

桃園市政府衛生局

「111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動」

服務計畫作業須知

中華民國 110 年 12 月

**桃園市政府衛生局**  
**「111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動」**  
**服務計畫作業須知**

**壹、前言**

醫療科技的進步，不僅延長人類壽命，亦改變了疾病型態，使得因失能、失智而需人照顧的老年人口大幅增加，台灣失智症協會依據國家發展委員會人口推計報告及台灣失智人口盛行率調查結果推估 110 年底失智人口約 30 萬 7,897 人，而依相關研究結果推估，截至 110 年 11 月底本市 50 歲以上潛在失智症人口數者約 2 萬 2,961 人。

為因應快速增加的老年及失智人口，延緩及減輕失智症對社會及家庭的衝擊，並提供失智症及其家庭所需的醫療及照護需求，在輕度病程之際，尚擁有自我照顧能力，仍可以留在社區及家庭中照護，一旦進入中重度之後，造成家庭及社會的負擔明顯的加重。為提升家庭生活品質與照護品質，本局特辦理照顧者支持團體暨長者認知促進活動，增進照顧者的照顧知能與技巧，透過團體分享及互動，使照顧者的情緒紓解有適當的出口；為讓照顧者得以放心在團體中分享、學習，更於同一時間辦理失智長者認知促進活動，使失智症長者於課程中透過畫畫、運動、音樂、或園藝等發揮原有功能、減緩疾病之退化並提升生活品質。

**貳、計畫執行時間**

本計畫執行時間自奉核日起至 111 年 10 月 31 日止。

**參、計畫執行單位**

本市所轄 13 個行政區衛生所。

## 肆、執行內容重點說明

一、本案執行內容為照顧者支持團體暨長者認知促進活動二大項：

(一)課程對象：

- 1.照顧者支持團體：居住於本市經確診為失智症、疑似為失智症目前正在診察評估過程中個案之家屬、照顧者或對失智症照護有興趣之一般民眾（僅可佔總人數1/3；於簽到單備註欄標註身分別）。
- 2.長者認知促進活動：居住於本市經確診為失智症或疑似為失智症目前正在診察評估過程中之個案並持有醫師診斷書、身障手冊或經AD-8極早期失智症篩檢量表評估等相關佐證資料。
- 3.參與人數：每場次課程至少5人以上為原則，全年參與人數合計至少20人以上。

(二)辦理場次/場地：

- 1.於各行政區衛生所轄內擇合適場地辦理課程，照顧者支持團體及長者認知促進活動課程為同一時段、不同場地同時辦理，每月至多辦理2場，每場次辦理2小時，並固定假日時間辦理為原則：
  - (1)照顧者支持團體：每場次辦理2小時，至多辦理8場次。
  - (2)長者認知促進活動：每場次辦理2小時，至多辦理8場次。
- 2.課程場地需有空調、桌椅等相關設備，並懸掛課程主題之紅布條及長照相關宣導海報。
- 3.課程時間及場地，執行單位須提報本局審核通過後執行。

(三)課程內容：

- 1.照顧者支持團體：規劃失智症照護技巧(內容包括失智症的認識、失智症患者居家環境設計、失智症患者之活動安排、失智症患者的飲食、失智症之照護原則或相關照護資源介紹等)、心理支持、壓力紓解、情緒宣洩、知識訊息傳授或經驗分享等內容。

2. 長者認知促進活動：規劃認知訓練、藝術創作、音樂療法、園藝活動或懷舊團體等失智症非藥物療法相關課程內容。
3. 執行單位請於申請服務計畫書內列出活動大綱、時數、預估服務人數，並提出預期效益與評值方式。

(四) 講師及助教資格：

1. 講師資格：具失智症防治、照護經驗或具課程主題相關領域(包括醫師、護理、社會工作、職能治療、物理治療、臨床心理師等)或相關經驗之專家、學者。
2. 助教資格：具失智症防治與照護相關經驗(可由衛生所人員擔任)，辦理簽到、場地佈置、協助課程進行，於課程辦理結束後，協助參與學員填寫基本資料(附件 1)及滿意度調查問卷(附件 2)等行政庶務工作。

二、課程滿意度分析及相關資料：

- (一) 執行單位應依本局提供之學員基本資料(附件 1)及課程滿意度調查格式內容(附件 2)製作課程(活動)意見調查問卷，於每次辦理課程(活動)時交由學員填寫並收回彙整分析，執行單位於每次課程(活動)結束後應製作分析資料表及建議事項。
- (二) 協助每場次參與學員、講師、助教等依本局提供之簽到單(附件 3)辦理簽到(並備註身分別)，及提供每場課程(活動)照片至少 2 張及訪觀察記錄表(附件 4)，並簡述說明。
- (三) 上述資料(併同正本)附於成果報告(附件 5)提交本局備查。

## 伍、預算金額

一、服務費用：

- (一) 辦理照顧者支持團體暨長者認知促進活動至少各 1 堂課，單一課程以 2 小時計算，費用包括講師費新臺幣(以下同)3,200 元整(復興區另含交通補助費 500 元，共計為 3,700 元整)；助教費 1,600 元整(復興區另含交通補助

費 500 元，共計為 2,100 元整)；雜支(含活動規劃、教具、材料費、場地費、補充保費等本案相關費用等)為 750 元整，故各區固定金額為 5,550 元整；另復興區單一課程為 6,550 元整，執行期間自計畫奉核日起至 111 年 10 月 31 日止，全年辦理 8 場(計 16 場次)。

(二) 預算經費總額(如下表)：

單位：新臺幣(元)

序號	轄區之衛生所	講師費 *2 節	助教費 *2 節	交通費 *2 人	雜支	合計 場次	小計	合計經費
1	龜山區、大溪區、 中壢區、楊梅區、 新屋區、蘆竹區、 觀音區、大園區、 八德區、龍潭區、 桃園區及平鎮區	3,200	1,600	0	750	16	88,800	1,065,600
2	復興區	3,200	1,600	1,000	750	16	104,800	104,800
總計								1,170,400

## 陸、申請方式

- 一、請執行單位依申請計畫書(附件 6)格式填列，將申請計畫書 1 式 3 份及 word 電子檔 1 份函送本局。
- 二、計畫書請統一左側裝訂，以 A4 大小直式橫書，務必標示頁碼，並請雙面列印。

## 柒、付款方式及請款注意事項

- 一、採一次撥付核銷
  - (一)完成課程後 1 個月內函送成果報告(附件 5)1 式 3 份裝訂成冊並編頁碼及電子檔 1 份(含成果報告、原始分析數據及照片檔等)。依實作數量覈實支付(上限為每區之核定金額)，經費核銷應檢具領據及其原始憑證、佐證資

料等相關核銷文件(附件 7-11)至本局辦理費用申請。

(二)本計畫需於 111 年 11 月 30 日前完成上述核銷資料辦理結案。

### **捌、使用監督及其他相關事項**

- 一、執行期間，本局得不定期至課程(活動)現場查訪辦理情形或請提供計畫實際執行情形及工作報告(附件 12)，執行單位不得拒絕。
- 二、執行單位應按計畫書內提報 111 年度講師、團體帶領者與助教名冊及課程表辦理課程，如有任何人員、課程時間更動須提前 1 週以電子郵件告知本局，另於異動日起 1 個月內函送本局更新人員清冊名單課程表。
- 三、課程問卷調查表請協助上課成員填寫完整及詳細，並於簽到單備註欄部分「標註身份別」。

桃園市政府衛生局

『111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』學員基本資料

一、學員基本資料【第 1 次參與學員(家屬或照顧者必填)】

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_
2. 地址：\_\_\_\_\_
3. 職業別：軍 公 教 農 工 商 漁  
自由 服務 家管 學生 無 其他
4. 性別：男 女
5. 教育程度：國小以下 國中 高中職 大專學院 研究所以上
6. 年齡：<20 歲 20-29 歲 30-39 歲 40-49 歲  
50-59 歲 60≥歲
7. 與被照顧者的關係：\_\_\_\_\_，平均每日照顧時數：\_\_\_\_\_
8. 是否有親友協助照顧：有 沒有
9. 是否有聘用照顧人員：有 沒有 照顧時間：全天 半天 其他
10. 自覺目前的照顧負荷：覺得非常疲累 覺得累 有點累 還好 輕鬆
11. 是否願意將個人資料提供給本市失智症共同照護中心予以電話諮詢協助：是 否

二、被照顧者基本資料【第 1 次參與學員(家屬或照顧者及失智症個案)必填】

1. 被照顧者姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_歲，民國\_\_\_\_\_年出生
2. 性別：男 女
3. 教育程度：國小以下 國中 高中職 大專學院 研究所以上
4. 居住狀況：獨居 與配偶住 與配偶及家人住 其他：\_\_\_\_\_
5. 失智症程度：輕度 中度 重度 其他：\_\_\_\_\_
6. 愛的手鍊：無 有 申請中
7. 指紋捺印：無 有
8. 身心障礙證明(手冊)：無 有 申請中
9. 是否使用長照服務資源項目：無 有：如照顧及專業服務(居家照顧、社區照顧、專業服務)、交通接送服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、喘息服務(社區喘息、居家喘息、機構喘息)、其它\_\_\_\_\_)

桃園市政府衛生局

『111 年度照顧者支持團體』課程意見調查表

日期：111 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 地點：\_\_\_\_\_

課程：\_\_\_\_\_ 講師姓名：\_\_\_\_\_

學員姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

一、支持團體課程滿意度回饋（每次參與學員必填）

1. 課程資訊覺得實用、有幫助

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

2. 對於團體的進行方式覺得滿意

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

3. 整體而言，您覺得本課程如何？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

4. 在團體活動中是否有獲得情緒支持或是壓力的紓解

是 否：\_\_\_\_\_

5. 請問本活動中您最期待的課程內容或是相關資訊為何？（可複選）

疾病認識 就醫資訊 社會資源

照護技巧 溝通能力 壓力調適 其他\_\_\_\_\_

6. 下次是否願意參與本活動？

願意

不願意，原因：時間無法配合 交通不便

課程內容不符合期待 其他\_\_\_\_\_

二、您對本次課程內容及未來的舉辦主題，有何具體建議或其他意見？

---

---

謝謝您撥空填寫此份問卷，您的參與是衛生局最大的鼓勵。桃園市政府衛生局關心您！！



**桃園市政府衛生局**  
『111 年度照顧者支持團體』簽到單

課程日期：111 年 月 日(星期 ) 時 分至 時 分

課程地點：

課程主題：

學員簽到：

編號	簽到	性別	備註 (1:失智症個案家屬(或照顧者)、2:疑似失智症個案家屬(或照顧者)、3:一般民眾、4:講師、助教、志工或其他)
1		男、女	
2		男、女	
3		男、女	
4		男、女	
5		男、女	
6		男、女	
7		男、女	
8		男、女	
9		男、女	
10		男、女	
11		男、女	
12		男、女	
13		男、女	
14		男、女	

**桃園市政府衛生局**  
『111 年度長者認知促進活動』簽到單

課程日期：111 年 月 日(星期 ) 時 分至 時 分

課程地點：

課程主題：

學員簽到：

編號	簽到	性別	備註 (1:失智症個案、2:疑似失智症確診中、3:一般民眾、4:講師、助教、志工或其他)
1		男、女	
2		男、女	
3		男、女	
4		男、女	
5		男、女	
6		男、女	
7		男、女	
8		男、女	
9		男、女	
10		男、女	
11		男、女	
12		男、女	
13		男、女	
14		男、女	

桃園市政府衛生局

『111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』活動相片

課程日期：111 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (星期 \_\_\_\_\_) 時 \_\_\_\_\_ 分至 時 \_\_\_\_\_ 分

課程地點：

課程名稱：

參加對象：

參加人數： \_\_\_\_\_ 人



照片簡述： \_\_\_\_\_



照片簡述： \_\_\_\_\_



## 桃園市政府衛生局

### 『111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』成果報告

#### 壹、內容

一、封面：應書明「計畫名稱」、承辦單位、計畫主持人等內容

二、目標

三、課程成果

(一)課程總表(包括課程時間、主題、地點、講師及助教姓名、參與學員人數等)

(二)彙整照顧者支持團體及長者認知促進活動學員名冊[包括家屬(或照顧者)姓名、年齡、被照顧者姓名、失智症程度、電話、地址、關係等]

(三)課程照片(照顧者支持團體及長者認知促進活動照片各 2 張)

(四)課程意見(滿意度)調查問卷統計結果、成果分析圖表等

(五)辦理成效(如量性評估、質性觀察紀錄表及學員回饋等)、相關分析圖表等

四、檢討與建議

五、結論

六、附件資料

(一)課程講義

(二)簽到單(含正本)：包括學員、講師、助教等人員之簽名

(三)學員基本資料及課程意見(滿意度)調查問卷(含正本)

(四)成效評估表單(含正本)或其他相關資料

貳、印製格式：報告書應以 A4 直式紙張列印製作，內容採中文橫式、由左至右繕打，裝訂成冊並編頁碼。

## 桃園市政府衛生局

### 「111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動」

#### 桃園市\_\_\_\_\_衛生所申請服務計畫書

一、計畫承辦主管：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_，

電子郵件：\_\_\_\_\_

二、承辦人：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_，

電子郵件：\_\_\_\_\_

填報日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 壹、前言與目的

## 貳、照顧者支持團體暨長者認知促進活動課程規劃：

(一)課程地點

(二)請列出課程日期、主題/活動大綱

(三)預估服務人數

(四)講師與助教資料(姓名、學經歷、專長及現職)並附上失智症防治、照護相關佐證證明文件。

參、預期效益與評值方式(如問卷調查、成效評估表單、學員回饋方式、質性記錄等)

肆、其他相關資料

伍、經費需求

陸、印製格式：報告書應以 A4 直式紙張列印製作，內容採中文橫式、由左至右繕打，裝訂成冊並編頁碼。

**桃園市政府衛生局**  
**『111年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』服務計畫**  
**服務費用申請領據**

茲收到桃園市衛生局『111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』服務計畫  
費用計新臺幣\_\_\_\_\_元整

此致

桃園市政府衛生局

單位名稱：\_\_\_\_\_

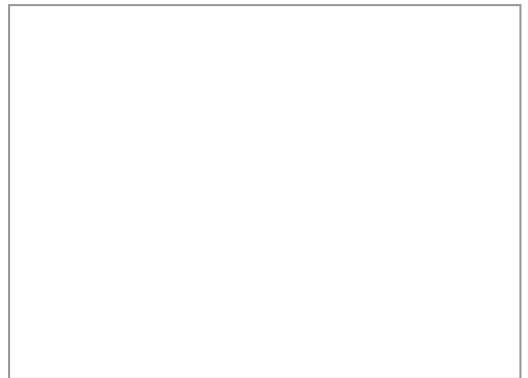
統一編號：\_\_\_\_\_

單位地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

入帳戶名：\_\_\_\_\_

入帳金融機構名稱(分行)、帳號：\_\_\_\_\_



製表：

單位主管：

負責人：

出納：

會計：

中 華 民 國 1 1 1 年 月 日

註 1：本表 1 式 3 份，2 份送衛生局(正本及影本各 1 份)，1 份由單位留存。

註 2：單張領據，需黏貼千分之四印花稅票或加蓋印花稅總繳章。(請以桃園市政府地方稅務局或其所屬分局，依契據性質開立印花稅大額憑證繳款書繳納印花稅)

註 3：總金額超過 2 萬元以上者，依據我國財政相關法令規定辦理執行業務所得之扣繳。



附件 8：支出憑證簿

機關單位名稱：\_\_\_\_\_

接受桃園市政府衛生局經費支出憑證簿

會計年度：	計畫編號：
計畫項目：	
衛生局核准日期及文號：	
經費新臺幣（大寫）：	
支出憑證正本共	張，計新臺幣
元	
在衛生局核定經費項下報支數	
計新臺幣（大寫）	
元	
繳回贖餘經費新臺幣（大寫）：	
經費孳息金額新臺幣（大寫）：	
其他收入金額新臺幣（大寫）：	

機關（單位）審核簽章

桃園市政府衛生局	業務單位	
	會計單位	
	機關長官	
執行單位	業務單位	
	會計單位	
	機關長官	

填表說明：請各執行機關（單位）於計畫執行完畢後，連同「經費支出明細表」、「支出憑證」依序裝訂。

附件 9：支出憑證明細表

執行單位：\_\_\_\_\_

接受桃園市政府衛生局經費支出憑證明細表

會計年度：\_\_\_\_\_ 計畫編號：\_\_\_\_\_

計畫名稱：111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動

支出日期			摘 要	支出憑證 編號	金 額 (新臺幣元)		
年	月	日			合計	自籌	核定
			合 計				
			講師費				
			助教費				
			人 事 費 小 計				
			一 般 事 務 費 小 計				

填表說明：

1. 請依支出憑證編號順序填列，並依核定項目分類列計金額（小計），俾利查核。
2. 如接受二個以上政府機關經費來源者，應列明各機關核定項目及金額(並填列於自籌欄位)。

# 黏貼憑證用紙

## 經費支出原始憑證用紙

活動名稱：111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動

機構單位：

傳 票 編號 付款憑單				金 額								<input type="checkbox"/> 受款人 <input type="checkbox"/> 發票(或收據)開立廠商 <input type="checkbox"/> 詳如受款人清單 <input type="checkbox"/> 扣抵罰賠款_____元 <input type="checkbox"/> 轉保固金_____元 <input type="checkbox"/> 其他(請列舉並標示金額)	
編號		預算年度	111 年度	億	千 萬	百 萬	十 萬	萬	千	百	十		元
預算科目			用途說明										

製表人員	會計人員	負責人或授權代簽人

( 憑 證 黏 貼 線 )

說明：

- 對不同工作計畫或用途別之原始憑證請勿混合黏貼。
- 本用紙除「傳票(付款憑單)編號」由會計單位填列外，其餘各欄由經辦核銷工作人員填列。
- 本用紙憑證黏貼線上端有關人員核章欄，得視各機關實際工作之分工程序自行增列。
- 簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」，各單位主管應於騎縫處核章。
- 凡提供參考之附件，如不能同時黏貼，則記明某號憑證之附件，按號另裝成冊一併附送，並於憑證簿封面註明上開另裝附件若干件。
- 發票為二聯式 須黏貼「收執聯」、三聯式則須黏貼「扣抵聯」與「收執聯」
- 須交付原始憑證正本辦理核銷，亦得交付原始憑證影本並另蓋與正本相符之核章及承辦人、會計人員及負責人職章。
- 凡是「公司」開立之單據需為「發票」，不得以收據替代，以避免逃漏稅事情發生。

附件：

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 發票               | 張 |
| <input type="checkbox"/> 收據               | 張 |
| (並至財政部稅務入口網之營業登記資料公示查詢)                   |   |
| <input type="checkbox"/> 動支經費請示單或核准辦理文件   | 張 |
| <input type="checkbox"/> 驗收報告             | 張 |
| <input type="checkbox"/> 合約書              | 份 |
| <input type="checkbox"/> 其他文件(需註明文件名稱、份數) |   |

## 肖像授權同意書

本人\_\_\_\_\_（被拍攝者）同意並授權拍攝者 ○ ○ 單 位  
拍攝、修飾、使用、公開展示本人之肖像，由拍攝者使用於桃園市政府衛生局及所屬衛生所提報成果報告、所舉辦之學術研討會、成果展示會、新聞媒體露出及參與國內外其他單位所舉辦之研討會、成果展示會等場合。本人同意上述著作（內含上述授權之肖像），該拍攝者就該攝影著作享有完整之著作權。

立同意書人： 身分證字號：

法定代理人(監護人)： 身分證字號：

電話：

住址：

中 華 民 國 111 年 月 日

**桃園市政府衛生局**  
**『111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』服務計畫**  
**實地訪查紀錄表**

訪查日期：111 年 月 日(星期 ) 時 分至 時 分

受訪單位：桃園市 \_\_\_\_\_ 區衛生所/地點： \_\_\_\_\_

訪查內容：

訪查項目	訪查結果 是否符合計畫
<p>參與對象：</p> <p><input type="checkbox"/>1.照顧者支持團體：經確診為失智症或疑似為失智症目前正在診察評估過程中之個案家屬或照顧者每場至少 5 人以上為原則。</p> <p><input type="checkbox"/>2.長者認知促進活動：經確診為失智症或疑似為失智症目前正在診察評估過程中之個案，每場至少 5 人以上為原則。</p>	<p><input type="checkbox"/>符合</p> <p><input type="checkbox"/>不符合，原因：</p>
<p>課程時間：每場次辦理時數為至少 2 小時。</p>	<p><input type="checkbox"/>符合</p> <p><input type="checkbox"/>不符合，原因：</p>
<p>課程場地：需位於所轄區域範疇內，課程場地有空調、桌椅等相關設備，並懸掛課程主題之紅布條或海報。</p>	<p><input type="checkbox"/>符合</p> <p><input type="checkbox"/>不符合，原因：</p>
<p>課程/團體主題：</p> <p><input type="checkbox"/>1.照顧者支持團體：家屬心理支持、壓力紓解、情緒宣洩、知識訊息傳授或經驗分享等主題。</p> <p><input type="checkbox"/>2.長者認知促進活動：認知訓練、藝術創作、音樂療法、園藝活動、或懷舊團體等失智症非藥物療法相關課程內容。</p>	<p><input type="checkbox"/>符合</p> <p><input type="checkbox"/>不符合，原因：</p>
<p>講師/團體帶領者資格：</p> <p><input type="checkbox"/>1.長者認知促進活動：具失智症防治、照護經驗或具課程主題相關領域(包括醫師、護理、社會工作、職能治療、物理治療、臨床心理師等)或相關經驗之專家、學者。</p> <p><input type="checkbox"/>2.照顧者支持團體：具失智症防治、照護經驗，或具團體主題相關領域(包括醫師、護理、社會工作、職能治療、物理治療、臨床心理師等)之專家、學者。</p>	<p><input type="checkbox"/>符合</p> <p><input type="checkbox"/>不符合，原因：</p>
<p>受訪單位人員簽章：</p> <p>衛生局訪查人員簽章：</p> <p>單位主管簽章：</p>	<p>訪查結果：</p> <p><input type="checkbox"/>符合 <input type="checkbox"/>不符合</p>

桃園市政府衛生局

『111 年度照顧者支持團體暨長者認知促進活動』服務計畫

實地訪查紀錄照片

上課照片

上課照片