

衛生福利部彰化老人養護中心日間照顧服務簡章

108年12月20日衛授家字第1080115044號函核

一、機構簡介：

本中心成立於78年7月1日，為我國第一所專事提供養護服務之老人福利機構，提供機構式住宿照顧服務（養護、長期照護、失智照顧），107年因應政府長期照顧2.0政策，規劃開辦日間照顧服務，並自108年起提供服務。

二、服務宗旨：

期盼使用日間照顧服務的長者們，猶如每日迎接清晨溫暖的陽光一般，對人生充滿希望，充實、愉快、幸福的度過每一天。

三、服務理念：

一個長者幸福樂活的家，提供長者全人照顧服務，重視長者健康促進措施，提供長者終身學習機會，尊重長者的權益與選擇。

四、服務類型：

月托服務、日托及半日托服務

五、服務介紹：

(一)日間照顧：是一種非常適合輕中度失能或失智者使用的服務，且符合大多數的長者喜歡居住

在自宅或熟悉的社區環境中的習慣。日間照顧就像「老人的幼兒園」，白天長者參與各項活

動，晚上回到自己溫暖的家享受天倫之樂，不僅能促進輕中度失能或失智長者的社會參與，長者亦可獲得舒適、安全的照顧，更提供家人喘息機會。

(二)環境介紹：本中心位於八卦山風景區，戶外庭園環境優美，日間照顧室內空間寬廣(250平方公尺)，設施設備齊全，無障礙設施完善，使用日間照顧服務長者並可同時使用母機構各項服務資源，諸如新和樂懷舊電影院、開放式圖書館、親子遊樂區、藝文展覽、宗教設施、復健服務及門診服務等。

六、服務特色：

(一)由衛生福利部所屬公立老人福利機構所附設。

(二)歷次全國老人福利機構評鑑成績均為「優等」。

(三)通過衛生福利部國民健康署「高齡友善健康照護機構」認證，更榮獲107年長照機構「典範獎」。

(四)配置完整專業團隊，提供長者多元專業服務。

七、服務對象：本中心服務對象以申請政府長照服務者為優先。

(一)政府長照補助身分者：

經照管中心評估，符合長期照顧服務請領資格之以下失能(智)者：

1. 65歲以上老人。
2. 55歲以上山地原住民。
3. 50歲以上身心障礙者。
4. 僅IADL失能且獨居之老人。

(二)自行申請者：

1. 中華民國國民年滿60歲以上失能或失智老人，並經本中心評估具基本行動能力者(至少可使用助行器行走，且巴氏量表為輕中度)；失智症患者需檢附身障證明或失智症診斷

(鑑定)等證明文件(經神經內科或精神科等專科醫師診斷為失智症輕度，具行動能力，CDR分數為1分者)。

2.經醫師診斷罹患法定傳染病，收托時有引起群聚感染之虞者，應完成住院或進行隔離治療後再申請收托。

3.罹患「精神病患照顧體系權責劃分表分類標準」第1類至第4類精神疾病非本中心服務對象。

八、服務項目及內容：

生活照顧、文康休閒、社工/護理/藥事/營養/健康促進及復健等專業服務、交通接送、家屬服務等。

九、服務時間：

(一)星期一至星期五，上午8時至下午5時(依實際交通接送狀況調整)，國定假日及例假日休息，上述服務時間如遇有特殊狀況如颱風等其他因素，依彰化縣政府規定辦理。

(二)本中心開放試托體驗，請事前來電預約(遇例假日、國定假日不開放)。

(三)採半日收托者須事先與本中心約定並登記時間。

十、申請流程：詳附件一

十一、申請檢附文件：

(一)政府長照補助身分者：請備妥下列文件，至彰化縣照管中心申辦(地址：50063彰化市曉陽路1號5-6樓)

1.國民身分證影本、全戶戶口名簿或戶籍謄本。

2.低收入戶/中低收入戶/身心障礙證明(無則免附)。

3.其他必要文件。

經取得「補助核准函」後洽本中心，辦理入托程序(中重度失能/失智者需視中心收托狀況且經評估符合收托條件者)。

(二)自費申請服務者須檢附文件：

1.日間照顧服務申請表(附件二)。

2.國民身分證影本。

3.失智症診斷(鑑定)或身障證明等證明文件(無則免附)。

4.其他必要文件。

(三)經本中心評估符合收托資格者，需提供最近3個月內公立或區域級以上醫院體格檢查表(附件三)，患有法定傳染病者應檢附經醫師開立已無傳染之虞診斷證明，各階段檢查項目如下：

1.第一階段：

(1)抽血檢查：血液常規、生化常規(肝功能、尿酸、膽固醇、三酸甘油酯、飯前血糖)。

(2)尿液檢查：尿液常規檢查。

(3)胸部X光檢查：說明是否曾感染肺結核，並註明不具感染性。

(4)皮膚：請開立不具傳染性皮膚病患之診斷。

2.第二階段：完成第一階段體檢報告，並經確認符合收托資格者，辦理糞便(檢查桿菌性病疾、阿米巴痢疾及寄生蟲感染)，於接獲檢查報告7日內，安排試托或正式收托。

十二、收費標準(附件四)：

收費方式	申請補助	自行申請者(自費)
日照	依失能等級福利身分別補助額度不同	每月收托費用最高上限為6,000

固定收托	<ul style="list-style-type: none"> ●失能等級：第 2 級~第 8 級 ●福利身分別： <ul style="list-style-type: none"> 一般戶(支付額度自行負擔 16%) 中低收入戶(支付額度內自行負擔 5%) 低收入戶(支付額度內自行負擔 0%) ★超出使用額度以長照失能等級每日費用計費 	元，未滿 15 天，按日托標準計費 (675 元/日)
彈性收托及早(延)托	<ul style="list-style-type: none"> ●彈性收托：上午 7 時 30 分至 8 時、下午 5 時至 5 時 30 分為彈性接送時間，不另收費。 ●早(延)托：提早於上午 7 時至 7 時 30 分間將長者送至中心視為早托，於下午 5 時 30 分至 6 時間將長者接回視為延托，早(延)托均以半小時為限。 ●早(延)托收費：每次收費 100 元。 	
交通費	<p>服務距離以受照顧者住家與本中心之 Google map 最短距離為計算標準，單趟以不超過 10 公里為原則，並依本中心交通接送規劃路線安排。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●使用本中心交通接送者，在支付額度內可申請交通費補助，並依其福利身分別收費，超過長照給付額度後，如仍需使用交通接送服務；收費方式為每趟 100 元計，低收入戶自付額度每月最高上限 1,200 元；中低收入戶及一般戶自付額度每月最高上限 2,400 元。<u>詳如附件三(日間照顧服務收費基準表)。</u> 	
其他說明	<ul style="list-style-type: none"> ●收托費用包含：各項專業服務、午餐、點心。 ●收托費用不含：早餐、交通費、個人耗材、特殊飲食、特殊照顧費用。 ●試托費：經評估符合收托條件者，家屬可視長者需要先行安排 5 日內之自費試托，每日 675 元；政府長照補助身分者，以核准公文之日起算長照補助身分(試托期間取得補助核准，得計入核定之補助額度內)。 ●失能或失智程度依據照顧管理中心評估為準。 	

十三、評估當日請攜帶以下物品：

- (一)失能、失智或身心障礙證明或診斷(鑑定)文件(失智者需註明 CDR 分數)。
- (二)半年內門診紀錄及病歷摘要。
- (三)日常用藥藥袋、處方箋影本。
- (四)長者自傳(約 500 字，可代寫)。

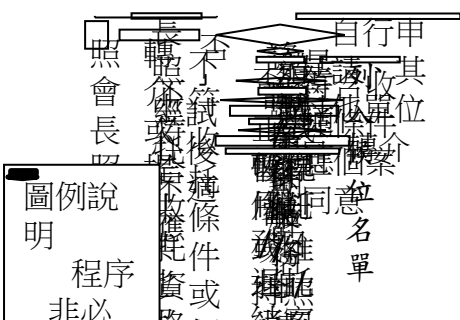
十四、入托當日請攜帶以下物品：

- (一)2 吋個人照及日常生活照各一張。
- (二)換洗衣物、襪(1 至 2 套)、外套(開前扣)、室內拖鞋(防滑、塑膠製為宜)。
- (三)盥洗用具(牙刷、牙膏、漱口杯)、保溫水杯、小毛巾、午休枕頭、午休被。
- (四)飲食用具(餐盤、碗、湯匙、筷子)。
- (五)小袋子/包包(置放個人隨身物品及聯絡簿等)。
- (六)其他：個別需要之物品，並請勿攜帶貴重物品。

十五、聯絡人：曾于廷 社工員，聯絡電話 (04)725-8131#178，傳真：04-7269267

十六、聯絡地址：彰化縣彰化市虎崗路 1 號。

日間照顧服務收托流程



附件二
選擇必要過程
案及家屬拒絕
（符合條件者）
3
月

日間照顧服務申請表

申請日期： 年 月

日

申請方式：電話 親洽 其他

姓名		性別		出生年月日	年 月 日	相片黏貼處			
身分證字號			聯絡電話	()					
戶籍地址	縣 區 鄉 村 路 市 市鎮 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓								
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上 縣 區 鄉 村 路 市 市鎮 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓								
教育程度	<input type="checkbox"/> 大專以上 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字	慣用語 言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他____	宗 教 信 仰	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 無信仰 <input type="checkbox"/> 其他____	婚 姻 狀 態	<input type="checkbox"/> 夫妻同在 <input type="checkbox"/> 鰥(妻亡) <input type="checkbox"/> 寡(夫亡) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他____	資 訊 來 源	<input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 媒體 <input type="checkbox"/> 政府轉介 <input type="checkbox"/> 機構轉介 <input type="checkbox"/> 朋友介紹 <input type="checkbox"/> 其他____
社會資源運用情形									
1. 目前接受政府補助之服務： _____ 2. 目前是否聘請看護幫忙照顧： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 外籍) 3. 身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障礙類別：_____ 障礙程度：_____ 4. 重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 走失手鍊： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
福利類別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 自費戶								
過去病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎衰竭 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 置換膝關節 <input type="checkbox"/> 置換髖關節 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 癱瘓 <input type="checkbox"/> 其他_____								

居住情形	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與子女同住 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 其他_____
對服務頻率的期望	<input type="checkbox"/> 月托 <input type="checkbox"/> 日托，每週_____天(<input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 星期五) <input type="checkbox"/> 半日托，時段(<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午) <input type="checkbox"/> 其他_____
交通接送服務	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要(<input type="checkbox"/> 一般座位 <input type="checkbox"/> 輪椅座位) 搭車時間：_____，返家時間：_____
無法自行完成活動	<input type="checkbox"/> 進食 <input type="checkbox"/> 上/下床 <input type="checkbox"/> 室內走動 <input type="checkbox"/> 穿脫衣服 <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 如廁

申請人姓名		聯絡電話	
與長者關係		聯絡地址	

附件三

日間照顧服務收費基準表

一、符合政府長照補助身份(公費)

【全日收托】

長照等級、 給付額度		每日費用	低收入戶		中低收入戶		一般戶	
級別	額度		政府補助 (100%)	民眾自付 (0%)	政府補助 (95%)	民眾自付 (5%)	政府補助 (84%)	民眾自付 (16%)
第2級	10,020	675	675	0	642	33	567	108
第3級	15,460	840	840	0	798	42	706	134
第4級	18,580	920	920	0	874	46	773	147
第5級	24,100	1,045	1,045	0	993	52	878	167
第6級	28,070	1,130	1,130	0	1,074	56	950	180
第7級	32,090	1,210	1,210	0	1,150	60	1,017	193
第8級	36,180	1,285	1,285	0	1,221	64	1,080	205

【半日收托】

長照等級、 給付額度		每日費用	低收入戶		中低收入戶		一般戶	
級別	額度		政府補助 (100%)	民眾自付 (0%)	政府補助 (95%)	民眾自付 (5%)	政府補助 (84%)	民眾自付 (16%)
第2級	10,020	340	340	0	323	17	286	54

第3級	15,400	420	420	0	399	21	353	67
第4級	18,580	460	460	0	437	23	387	73
第5級	24,100	525	525	0	499	26	441	84
第6級	28,070	565	565	0	537	28	475	90
第7級	32,090	605	605	0	575	30	509	96
第8級	36,180	645	645	0	613	32	542	103

註：1. 以每月核定身分別計費及實際使用服務情形，如超過長照給付額度部分依核定給付級別自付(自付額度最高上限為 每月 6,000 元)。

2. 照顧費用包含：生活照顧(全日或半日)、單元活動、專業服務、午餐、點心費用等。

3. 照顧費用不含：個人耗材(紙尿褲、護墊)、交通費、特殊照護服務(如傷口照護、特殊飲食)、特殊醫材、醫療掛號費等。

二、自行申請者(自費)：每月最高上限為 6,000 元，未滿 15 天按全日每日費用標準計費(675 元/日)。

三、交通接送服務費

(一)使用本中心交通接送者，在支付額度內可申請交通費補助如下：

距離	每趟費用	低收入戶	中低收入戶	一般戶
		民眾自付 0%	民眾自付 5%	民眾自付 16%
10 公里內	100 元	0 元	5 元	16 元

(二)超過長照給付額度後，如仍需使用交通接送服務，收費方式為每趟 100 元計，低收入戶自付額度每月最高上限 1,200 元；中低收入戶及一般戶自付額度每月最高上限 2,400 元。

日間照顧服務體格檢查表(第一階段)

★必要檢查項目

姓名				性別			相 片	
身分證統一編號								
出生日期	年	月	日	檢查日期	年	月		日
住址								
身高	公分	體重	公斤	血壓	/	毫米汞柱		
★肺結核檢查	(須請胸腔專科醫師判讀並蓋章)							
★皮膚								
精神狀況								
呼吸系統								
☞失智症檢查 (須請精神科或神經內科醫師蓋章)	※申請失智日間照顧服務者，本項為必要檢查項目(請註明輕中重度或CDR分數)， 領有失智中度以上身心障礙證明者得免做本項檢查 程度：_____ CDR分數：_____							
骨質密度檢驗								
★血糖檢查	※飯前血糖							
★血脂肪檢查	膽固醇				三酸甘油酯			
★肝膽功能	血清麩草酸轉氨基梅(SGOT)							
	血清麩丙酮酸轉氨基梅(SGPT)							
★肌酸酐								
★尿液常規	尿糖				尿潛血			
	酸鹼值				尿蛋白			
★血液常規	血型				血色素			
	紅血球			白血球			血小板	
檢查醫院：	(加蓋醫院關防)							
檢查醫師：	(簽章)							
中	華	民	國	年	月	日		

日間照顧服務體格檢查表(第二階段)

姓 名		性 別	
身分證統一編號			
出 生 日 期	年 月 日	檢 查 日 期	年 月 日
★糞便檢查	※「阿米巴痢疾」項目請採「濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查」或「痢疾阿米巴糞便抗原酵素連結免疫吸附分析法(ELISA)」檢驗		
	桿菌性 痢疾		阿米巴 痢疾
檢查醫院：	(加蓋醫院關防)		
檢查醫師：	(簽章)		
中 華 民 國	年	月	日 (報 告 結 果 提 供 日)

長者收托時應提供收托前一週內糞便檢查報告(含桿菌性痢疾、阿米巴痢疾及寄生蟲感染檢驗)；惟檢送檢體與完成糞便檢查時間有落差，請檢驗醫院協助於糞便檢查報告下方註記提供報告日期，倘有任何問題，歡迎致電本中心詢問 04-7258131 分機 171~178，感謝您！