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號函核定

1. 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。

1. 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。

1. 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。

1. 服務類型：

月托服務、日托及半日托服務

1. 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。

1. 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。

1. 服務對象：本中心服務對象以申請政府長照服務者為優先。
2. 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。
5. 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。

1. 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。

1. 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。

1. 申請流程：詳附件一
2. 申請檢附文件：
3. 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）
4. 國民身分證影本、全戶戶口名簿或戶籍謄本。
5. 低收入戶/中低收入戶/身心障礙證明(無則免附) 。
6. 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) 。

1. 自費申請服務者須檢附文件：
2. 日間照顧服務申請表(附件二) 。
3. 國民身分證影本。
4. 失智症診斷（鑑定）或身障證明等證明文件(無則免附)。
5. 其他必要文件。
6. 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(檢查桿菌性痢疾、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。

1. 收費標準(附件四)：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 收費方式 | 申請補助 | 自行申請者(自費) |
| 日照  固定收托 | 依失能等級福利身分別補助額度不同  ●失能等級：第2級~第8級  ●福利身分別：  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 | 每月收托費用最高上限為6,000元，未滿15天，按日托標準計費(675元/日) |
| 彈性收托及早(延)托 | ●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 | 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。  ●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。詳如附件三(日間照顧服務收費基準表)。 | |
| 其他說明 | ●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。 | |

1. 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)。

1. 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。

1. 聯絡人： 曾于廷 社工員，聯絡電話 (04)725-8131#178，傳真：04-7269267
2. 聯絡地址：彰化縣彰化市虎崗路1號。

附件一

日間照顧服務收托流程

經試托後不適應

檢視修訂或維持照顧計畫（每3個月）

定期評估

提供服務

正式收托

月托/日托/半日托

適應

試托期滿評估

符合

開案評估

否

符合收托條件且個案同意

列入候位名單

是

是

轉介或提供

其他服務資訊

否

體驗

諮詢/參觀/申請

初步評估

長照中心

自行申請、其他單位轉介

不符收托條件

或個案及家屬拒絕

額滿

試托

暫停服務、退托結案

不符合收托資格

照會長照中心

圖例說明

程序 非必要程序

選擇 必要過程

附件二

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 | | □同上  縣 區鄉 村 路  市 市鎮 里 鄰 街 段 巷 弄  號 樓 | | | | | | | | | | | | |
| 教  育  程  度 | □大專以上  □高中(職)  □國中  □國小  □識字  □不識字 | | | 慣用語言 | □國語  □閩南語  □客家語  □原住民語  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | 宗  教  信  仰 | □佛教  □天主教  □基督教  □道教  □無信仰  □其他\_\_\_\_\_ | | | 婚  姻  狀  態 | | □夫妻同在  □鰥(妻亡)  □寡(夫亡)  □離婚  □未婚  □其他\_\_\_\_ | | 資訊  來  源 | □網路  □媒體  □政府轉介  □機構轉介  □朋友介紹  □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：□否 □是(□本籍 □外籍)  3.身心障礙證明：□有□無 障礙類別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 障礙程度：\_\_\_\_\_\_\_\_  4.重大傷病卡：□有□無  5.走失手鍊：□有□無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福利類別 | | □低收入戶 □中低收入戶 □一般戶 □自費戶 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去病史 | | □高血壓 □中風 □糖尿病 □腎衰竭 □心臟病 □氣喘 □置換膝關節  □置換髖關節 □失智 □青光眼 □白內障 □脊椎損傷 □癱瘓  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住情形 | | □獨居 □與配偶同住 □與子女同住 □與親友同住 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 對服務頻率的期望 | | □月托  □日托，每週 天(□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五)  □半日托，時段(□上午 □下午)  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交通接送服務 | | □不需要  □需要(□一般座位 □輪椅座位) 搭車時間： ，返家時間： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 無法自行  完成活動 | | □進食 □上/下床 □室內走動 □穿脫衣服 □洗澡 □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

1. 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。

1. 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)。
2. 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。

附件四

**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 | |  | | 寄生蟲  感染 |  |
| 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！