

衛生福利部南區老人之家香揚日間照顧中心照顧服務計畫

中華民國 110 年 3 月 8 日衛南老社字第 1100000751 號制定

中華民國 110 年 6 月 28 日衛南老社字第 1100001897 號函修正

中華民國 113 年 4 月 15 日衛南老社字第 1136060105 號函修正

一、機構簡介

本家成立於民國37年3月2日，為老人兼具兒少安置機構，提供公費安置長輩機構式住宿照顧服務（包括安養、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，自109年1月6日起提供服務，並於110年起提供日間照顧喘息服務。

二、服務理念：

「有愛的地方就是家」，在人性化與智慧化照護系統下，香揚日照中心不只是機構，長輩不只是長輩，長照不只是長照，而是一處如家般舒適與溫暖的共有空間，期望使用日間照顧服務的使用者們，在此可以得到專業且尊嚴的陪伴與照顧，悠然、自在、快樂的度過每一天。

三、服務宗旨：

- （一）結合專業的照顧團隊，提供長者全人照顧服務。
- （二）人性化照顧，提供長照使用者猶如在家中般怡然、自在的照顧服務。
- （三）重視學習與生活賦能，找回長照使用者更多生活自主權與主導權。

四、服務類型：

全日照服務、半日照服務、交通接送、協助沐浴。

五、服務介紹：

（一）環境介紹：

1. 本中心位於屏東市區，附近緊鄰屏東大學、屏東演藝廳、全聯購物中

心，屬文教商綜合區，生活機能佳。

2. 本中心建築務為四合院的廣域空間，分成二小家，寬廣的中庭花園、無障礙設施設備、綠地幅員廣闊、溫暖舒適的休憩空間設計等等，成為讓長輩可以安心駐足與停歇的處所。

（二）照顧服務：

1. 提供輕中重度失能或失智長照使用者日間照顧服務，白天在本中心獲得專業貼心的陪伴與照顧，讓長照使用者得以社區連結促進社會參與，親屬得以安心工作，晚上回到自己溫暖的家享受天倫之樂，彼此都有喘息的空間。
2. 使用本日照中心服務之長照使用者，可同時使用本家各項服務資源，如醫療專業服務、社團活動、節慶活動、愛青春俱樂部、品茗區活動、憶廊藝文展示等等設施設備。

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，配備有完整充足專業人力。
- （二） 歷次全國老人福利機構評鑑成績均為「優等」，110年接受屏東縣社區式日間照顧長照機構評鑑—合格，111年榮獲屏東縣「社區式長期照顧服務機構金牌獎」，服務品質有保證。
- （三） 通過衛生福利部國民健康署「2019~2022 高齡友善健康照護機構」認證，更榮獲 2020~2023 年長照機構「典範獎」，為機構式服務表率。
- （四） 專業團隊提供長照服務者多元專業的照顧服務，滿足受服務者個別化需求。
- （五） 結合南老現有之設施設備及資源，讓服務能量更充沛。

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：

長照服務申請資格應為長照需要等級第2級（含）以上者，經屏東縣長期照護處評估，符合下列情形之失能(智)者：

1. 65歲以上失能老人
2. 55歲以上失能原住民
3. 50歲以上失智症者
4. 失能之身心障礙者

(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，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日照。
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，依屏東縣政府規定辦理。

- (二) 本中心開放體驗1天，請事前來電預約（遇例假日、國定假日不開放）。
- (三) 採半日照服務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，至屏東縣長期照護處申辦
(地址：900屏東縣屏東市自由路527號，電話：08-7662900)

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，辦理程序(中重度失能/失智者需視中心狀況，且經評估符合條件者)。

- (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)符合日間照顧服務資格者：

1. 需提供最近3個月內體格檢查表(附件三)
2. 服務契約書。
3. 國民身分證影本。
4. 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)
5. 日常用藥藥袋、處方箋影本。

十二、收費標準(附件四)

十三、當日請攜帶以下物品：

- (一) 2吋個人照一張。
- (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、有蓋小水杯、小毛巾、午休被。
- (四)其他：個別需要之物品，並請勿攜帶貴重物品。

十四、轉介：(轉入及轉出)

- (一)服務對象因以下原因需進行轉案：
 - 1. 服務對象搬遷住所至另一單位服務區域。
 - 2. 服務對象申訴經協調未果以致須更換服務提供單位。
- (二)原轉案單位初步進行協調(含：照管專員、A單位個案管理師、服務對象及其家屬、新接案單位)。
- (三)原轉案單位填寫「屏東縣長照顧服務個案轉案申請單」，送屏東縣長期照護處審核，審核同意後會發送副本轉案申請單給原轉案單位及新承接單位(約需五個工作日)。
- (四)轉案單位和新接案單位收到轉案申請單後，請依照生效日開始停止或提供服務。

十五、暫停服務：

因服務對象或其主要照顧者之因素，導致暫停服務2天以上，應主動於衛生福利部照顧服務資訊平台系統進行個案異動通報，並追蹤個案後續

之狀況。

後續如有服務對象之相關訊息，需再次於衛生福利部照顧服務資訊平台系統進行個案異動通報，以利 A 個管師及長期照護處專員掌握服務對象狀況。

十六、結案標準：符合下列事項者，予以輔導2個月，若未改善者即予結案

(一)不符補助標準：

1. 已聘僱本國或外籍看護工。
2. 服務對象入住機構。
3. 服務對象遷出本市。
4. 服務對象身體狀況改變。
5. 服務對象(或家屬)拒絕服務。

(二)服務對象有危險行為：

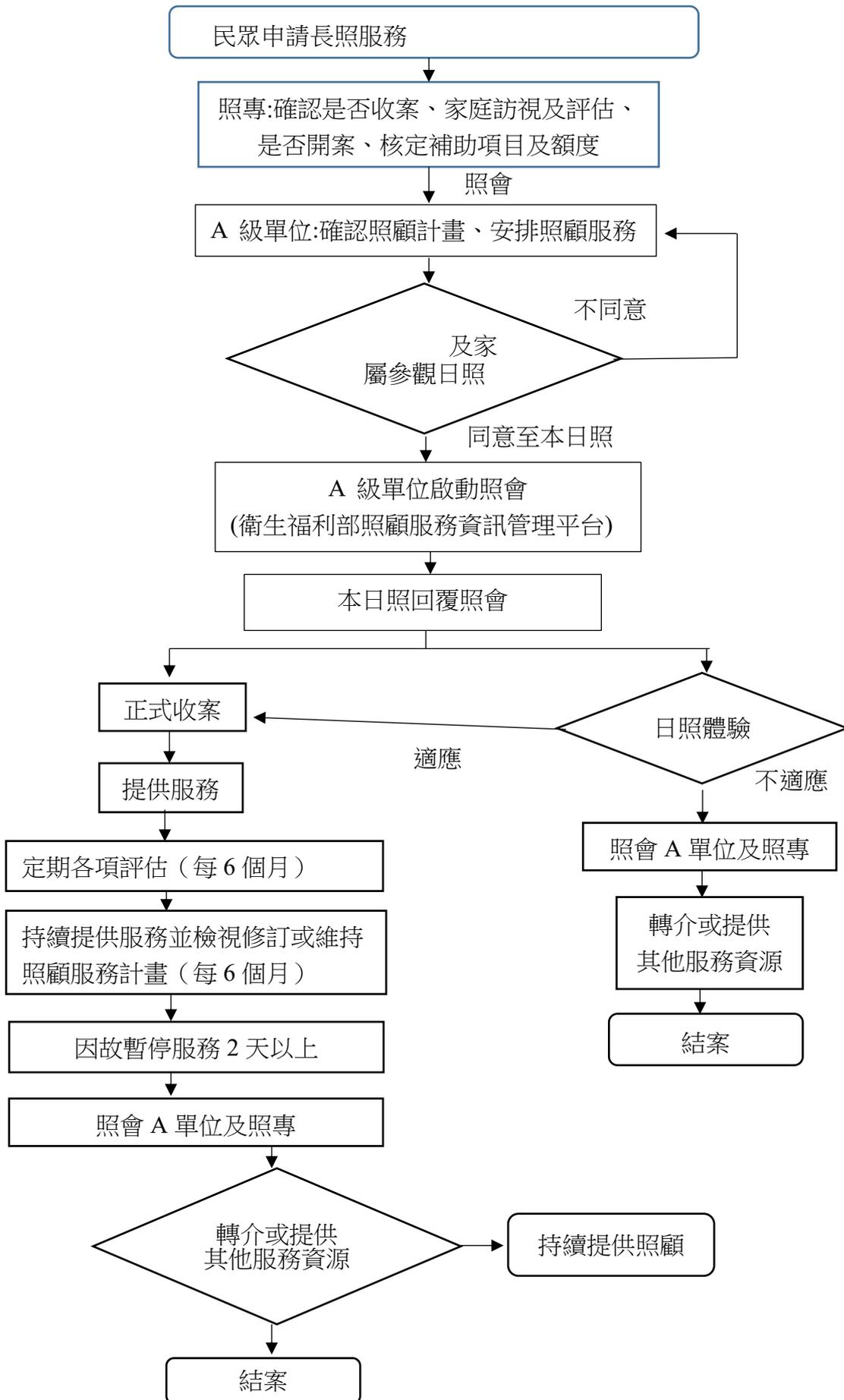
1. 惡意攻擊之暴力行為。
2. 言語或行為性騷擾。
3. 具有高度傳染疾病。
4. 其他危及服務提供之情形

十七、聯絡人： 曹佳鈴護理師

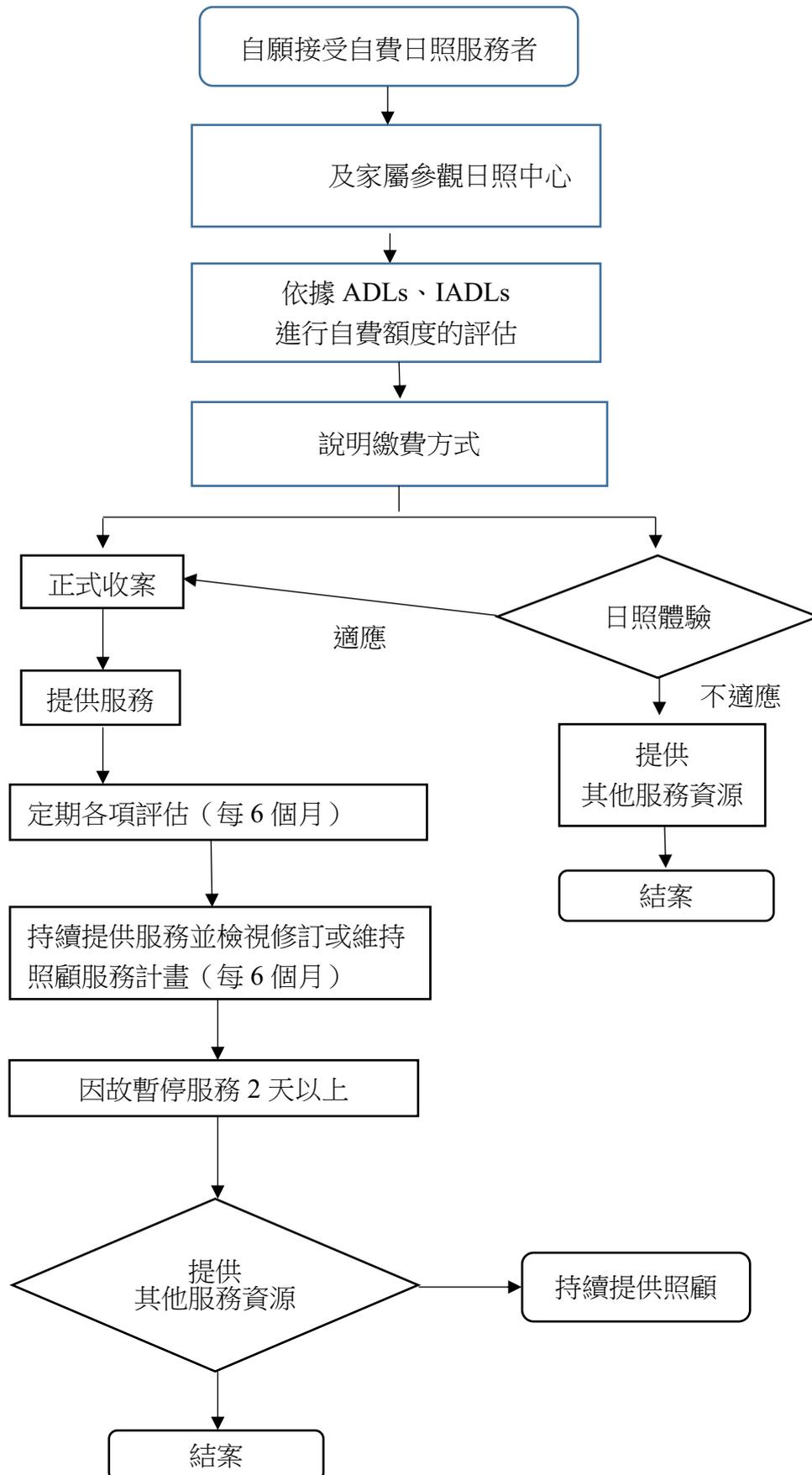
聯絡電話： (08)722-3434#585，傳真：08-7230588

連絡住址：屏東市瑞光里香揚巷1號

衛生福利部南區老人之家香揚日間照顧中心服務流程



衛生福利部南區老人之家香揚日間照顧中心服務流程(自費)



附件二

衛生福利部南區老人之家香揚日間照顧中心照顧服務申請表

申請日期： 年 月 日 申請方式：電話 親洽 其它_____

姓名		性別		出生日期	年 月 日	相片黏貼處
身分證字號		身分類別	<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			
連絡電話		服務對象	<input type="checkbox"/> 65歲以上老人 <input type="checkbox"/> 55歲以上失能原住民 <input type="checkbox"/> 50歲以上失智症者 <input type="checkbox"/> 失能之身心障礙者			
戶籍地址				CMS	_____級	
連絡地址				資訊來源	<input type="checkbox"/> 長照中心轉介 <input type="checkbox"/> 網路媒體 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____	
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"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他_____	
居住狀況	<input type="checkbox"/> 夫妻同住 <input type="checkbox"/> 與子女同住 <input type="checkbox"/> 獨居 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥、寡) <input type="checkbox"/> 其他：_____			過去病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
社會資源運用	1. 目前接受政府補助之服務：_____					
	2. 目前是否有聘請看護協助照顧： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 外籍)					
	3. 身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 障礙類別：_____ 障礙程度：_____					
	4. 走失手鍊： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
需協助事項	<input type="checkbox"/> 進食 <input type="checkbox"/> 喝水 <input type="checkbox"/> 如廁 <input type="checkbox"/> 穿脫衣服 <input type="checkbox"/> 室內走動 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
服務類別	<input type="checkbox"/> 全日照 <input type="checkbox"/> 半日照 (<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午) <input type="checkbox"/> 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"/> 交通接送 <input type="checkbox"/> 協助沐浴 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
申請人		與長者關係		聯絡電話		

附件三

衛生福利部南區老人之家【香揚日間照顧中心收費基準表】

一、本收費基準表依據政府公告長期照顧（日間照顧服務）給付及支付基準訂定，調整時亦同。

二、經屏東縣政府「長期照護處」開案補助者，收費基準如下表：

項目	長照需要等級 (CMS)	給付額度	政府給付額度上限(元)									
			收費基準									
			日額		全日照			日額		半日照		
			服務代碼	身分別日額	民眾自付部分負擔			服務代碼	身分別日額	民眾自付部分負擔		
低收0%	中低收5%	一般戶16%			低收%	中低收5%	一般戶16%					
照顧服務費用 (含餐費、維護費、服務費、活動費等)	第2級	10,020	BB01	675	0	33	108	BB02	340	0	17	54
	第3級	15,460	BB03	840	0	42	134	BB04	420	0	21	67
	第4級	18,580	BB05	920	0	46	147	BB06	460	0	23	73
	第5級	24,100	BB07	1,045	0	52	167	BB08	525	0	26	84
	第6級	28,070	BB09	1,130	0	56	180	BB10	565	0	28	90
	第7級	32,090	BB11	1,210	0	60	193	BB12	605	0	30	96
	第8級	36,180	BB13	1,285	0	64	205	BB14	645	0	32	103
服務代碼	其他服務費用		金額			低收0%	中低收5%	一般戶16%	說明			
BD01	社區式協助沐浴		200元/次			0	10	32	照顧服務費+其他費用，超出給付額度的部分，需全額自付。			
BD03	社區式交通接送		100元/趟(單程)			0	5	16				
	超時服務費		1. 每逾1小時100元/時(不含晚餐)。 2. 未滿30分鐘以30分鐘計，未滿1小時以1小時計，最多不得超過2小時。									

1. 接受本家日照中心失能或失智服務使用者至少能坐輪椅或使用助行器，經醫師診斷證明無傳染之虞者

2. 民眾自付部分負擔金額依「長照需要等級、長照服務給付額度及部分負擔比率」計算後，小數點無條件捨去。

3. 民眾實際自付部分負擔金額依政府實際核定時數及頻率而有所變動；超過政府核定之長照服務額度費用依自費收費基準自行負擔，並由本中心於服務提供後收取。

4. 月/日額扣除民眾自付部分負擔金額之差額由縣政府補助，由本中心於服務提供後向縣政府申請。

5. 上表費用不含

(1)個人日用品、營養品、醫療耗材等消耗品之費用(2)就醫或住院期間所需醫療、救護車及僱請看護人員之費用(3)其他因個人原因所生之費用，需自行負擔。

6. 本中心交通接送費係以長照需要者住家與本中心距離10公里內照管中心每趟補助100元，超過10公里，每1公里加收10元。

三、未經屏東縣政府「長期照護處」開案補助者而自願接受日照服務，其自費收費基準如下表：

項目	長照需要等級	自費收費基準	
		全日照	半日照
照顧服務費用(含餐費、維護費、服務費、活動費等)	第 2 級	675	340
	第 3 級	840	420
	第 4 級	920	460
	第 5 級	1,045	525
	第 6 級	1,130	565
	第 7 級	1,210	605
	第 8 級	1,285	645
其他服務費用			
協助沐浴費	200元/次		
交通接送費	本中心交通接送費係以長照需要者住家與本中心距離 10 公里內照管中心每趟補助 100 元，超過 10 公里，每 1 公里加收 10 元。		
超時服務費	1. 每逾 1 小時 100 元/時(不含晚餐)。 2. 未滿30分鐘以30分鐘計，未滿1小時以1小時計，最多不得超過2小時。		
備註：			
1. 評估: 未經長照處核定而自願付費民眾者，本家依據ADLs(日常生活活動功能量表)、IADLs(工具性日常生功能量表)進行自費額度的評估。			
2. 計算方式: 依據「日間照顧服務支付標準」×當月使用天數+其他服務費用×使用次數，為支付的費用。			

附件四

本人

照片

衛生福利部南區老人之家香揚日間照顧中心新進個案體檢表

姓名：		身分證字號：		生日：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
呼吸： 脈搏：		血壓：		視力：		身高： 體重：	
檢查項目（成人健檢）		中文名稱		檢驗結果		正常值範圍 單位	
尿液檢查：							
外觀		外觀		_____			
ph				_____		5-8	
Protein		尿蛋白		_____		—	
Glucose		尿糖		_____		—	
W.B.C		白血球		_____		1-3 /HPF	
R.B.C		紅血球		_____		3-5 /HPF	
上皮細胞		上皮細胞		_____		3-5 /HPF	
血液檢查：						5000-10000 /ul	
W.B.C		白血球		_____		男：4.5-5.5	
R.B.C		紅血球		_____		女：4.0-5.0 g/dl	
Hb		血色素		_____		男：14--16	
PLT		血小板		_____		女：12—14 150-400	
生化檢查							
Albumin (H)		白蛋白		_____		3.5-5.5 g/dl	
Globulin (H)		球蛋白		_____		2.0-3.5 g/dl	
GOT (AST) (H)		天門冬氨酸轉化酵素		_____		0-37 U/L	
GPT (ALT) (H)		胺基丙酮酸轉化酵素		_____		0-42 U/L	
A.C Sugar (H)		飯前血糖		_____		60-110 mg/dl	
Cholesterol (H)		總膽固醇		_____		120-200 mg/dl	
Triglyceride (H)		三酸甘油脂		_____		50-150 mg/dl	
BUN (H)		尿素氮		_____		4.7-23.5 mg/dl	
Creatinine (H)		肌酸酐		_____		0.5-1.4 mg/dl	
UA (H)		尿酸		_____		2.0-7.0 mg/dl	
血液特殊檢查項目							
B 型肝炎抗原				_____		陰性	
B 型肝炎抗體				_____		陰性	
HIV (AIDS)				_____		陰性	
V.D.R.L				_____		陰性	
X 光檢查							
Chest		胸部 x 光				註明是否有肺結核 或其他病況	
檢查結果綜合建議：							

受 檢 日 期： 年 月 日

檢查醫師簽名（蓋章）：

檢查醫院蓋章