新北市失智友善守護站計畫

壹、 計畫緣起

根據世界衛生組織估計，全球平均每3秒鐘就新增1名失智症患者。新北市截至114年3月底65歲以上老年人口數超過77萬，依據失智症各年齡層之盛行率推估本市失智症人口數已達5萬5千多人，失智症已成為社會關注的議題，需要公私部門的協力合作，共同營造失智友善的環境，以因應失智症所帶來的衝擊與挑戰。

為打造全國第一個失智友善城市，本市自108年起推動本市失智症防治照護政策綱領暨行動方案，並與本市各局處共同推動新北市失智症防治照護行動方案，於2022年3月修訂「新北市失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，為持續佈建「失智友善守護站」、強健失智照護網絡，藉由本計畫，邀請社區商家及組織布建「失智友善守護站」，共同攜手守護失智者，使失智者及其家庭在社區中安心生活。

貳、 計畫目的

一、藉社區網絡擴展社區照顧服務資源，招募失智友善天使及組織，形成守護網，營造友善社區環境，讓失智者與家庭照顧者(或家屬)在社區自在生活。

二、協助發掘社區之疑似失智症個案轉介至轄區衛生所，衛生所需評估後予以轉介就醫。

參、 執行單位：

新北市轄內各區衛生所及失智友善守護站。

肆、 加入守護站之對象：

百工百業，包含各級學校、社區組織(如：村里長辦公室、公寓大廈以管理委員會為代表、社區發展協會、教會等)、商家企業(如：各式商店、餐廳、銀行、社區藥局等)、醫療院所(如醫院、診所等)、警消單位(如警察局、消防局等) 等其他各類型商家及組織。

伍、 加入守護站之方式：(如附件1)

一、**步驟一**：社區中任一組織或商店之負責人、老闆(或主管)及員工接受至少1小時實體或線上「失智守護天使課程」教育訓練。

（一）若單位有意願辦理失智守護天使課程

「失智守護天使課程」影片連結(線上課程)

實體課程申請媒合講師

二、**步驟二**：

（一）加入失智友善守護站，請掃描以下 QR Code，回填意願書。

加入失智友善守護站意願書

加入失智友善天使意願書

(二)或填寫「失智友善組織認同卡」(附件2)、「失智友善天使認同卡」(附件3)及名單造冊建檔電子檔(附件4)寄至新北市板橋區英士路192-1號4樓新北市政府衛生局高齡及長期照顧科承辦人林小姐收、電子信箱：AP5216@ntpc.gov.tw（電子檔以加密方式寄出）。

(三)若已完成失智友善天使課程，願意為失智症族群服務，可填寫報名表加入「新北獅子軍志工」，將提供適合之服務地點。

加入「新北獅子軍志工」報名表

三、衛生局提供：

(一) 守護站 Logo 標章，可張貼於組織門口或內部。

(二) 十大警訊宣導單張，供民眾轉介疑似失智症個案至衛生所。

十大警訊宣導單張

(三) 失智相關宣導品1份。

陸、 失智友善守護站如何轉介疑似失智個案：

一、可於本市失智個案管理系統進行通報或寫紙本通報單(附件5)，並協助將疑似失智症個案轉介至轄區衛生所，經衛生所評估後予以轉介就醫。

二、有關蒐集、電腦處理及使用之相關資料，除確保服務提供之目的外，不得將資料提供與第三方。

系統通報
疑似失智症個案

柒、 衛生所經費核銷與注意事項：

一、 衛生所登錄「失智症個案管理系統」進行個案資料建置與登錄系統及個案管理每半年追蹤1次 (100元/案)，相關工作流程請參考「新北市政府衛生局社區失智症個案管理工作手冊」，並於當年度每季(4月10日(第一季核銷)、7月10日(第二季核銷)、10月10日(第三季核銷)及12月25日(第四季核銷)前，送衛生局辦理，逾期不受理(截止日若為例假日，則繳交期限順延至上班第1日)。

二、疑似失智症個案登打費核銷資料如下:

衛生所需檢具「附件6、領據」、「附件7、計畫經費結算表」及「疑似失智症個案登打清冊」。

三、核銷注意事項：

計畫細項所需繳交單據憑證留存各區衛生所並依政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項第10點辦理，妥善保管單據憑證以備抽查。經費核銷時，憑證上用途摘要欄請填當年度衛生所「**疑似失智症個案登打費**」，需檢具相關資料並完成納入所得之手續，始得辦理，若內容不符一律退件。

捌、 本計畫如有未盡事宜，得另行補充或修訂。

附件1

如何成為新北市失智友善守護站

一、 加入失智友善守護站方式：

- 步驟1：社區中任一組織或商店之負責人、老闆(或主管)及員工接受至少1小時實體或線上「失智守護天使課程」教育訓練。

「失智守護天使課程」影片連結(線上課程)

實體課程申請媒合講師

- 步驟2：加入失智友善守護站，請掃描以下 QR Code，回填意願書。

加入失智友善守護站意願書

加入失智友善天使意願書

二、 加入失智友善守護站目的：

（一）藉社區網絡擴展社區照顧服務資源，招募失智友善天使及組織，形成守護網，營造友善社區環境，讓失智者與家庭照顧者(或家屬)在社區自在生活。

（二）協助發掘社區之疑似失智症個案轉介至轄區衛生所，經衛生所評估後予以轉介就醫。

三、 衛生局提供：

(一) 守護站 Logo 標章，可張貼於組織門口或內部。

(二) 十大警訊宣導單張，供民眾轉介疑似失智症個案至衛生所。

十大警訊宣導單張

四、 歡迎您成為失智友善守護站，您可協助以下事項：

(一) 若是熟識的失智者，可主動與家屬連繫並帶其返家。

(二) 若是不認識的失智者，且有疑似走失的情況，可撥打110或失智者關懷專線0800-474-580。

(三) 可於本市失智個案管理系統進行通報或寫紙本通報單，並協助將疑似失智症個案轉介至轄區衛生所。

系統通報疑似失智症個案

(四) 若已完成失智友善天使課程，願意為失智症族群服務，可填寫報名表入「新北獅子軍志工」，將提供適合之服務地點。

加入「新北獅子軍志工」報名表

失智友善組織認同卡

We are Dementia Friends and Organisation !



☐ 我們理解失智症，並願意同理、包容失智者及其家屬。

☐ 我們願意採取「STE²P」溝通技巧，如Smile（微笑）、Thanks（謝謝）、Eye Contact（眼神接觸）、Embracing the moment（擁抱當下）、Patience（耐心），提供失智者所需要的協助。

☐ 我們願意參加失智友善天使及相關衛教課程。

☐ 我們願意提供失智友善服務，共同打造失智友善環境。

讓失智者在日常生活，也能受到尊重，安心且安全的生活。在這高齡社會，我們一起伸出友善之手，共同守護失智者。

單位名稱_____

負責人_____

失智友善 Dementia Friends

HPA 衛生福利部 國民健康署



經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

失智友善天使認同卡

I'm a Dementia Friend!



我是 _____（姓名）

☐ 我理解失智症，並願意同理、包容失智者及其家屬。

☐ 我願意採取「STE²P」溝通技巧，如Smile（微笑）、Thanks（謝謝）、Eye Contact（眼神接觸）、Embracing the moment（擁抱當下）、Patience（耐心），提供失智者所需要的協助。

☐ 我願意參加失智友善天使及相關衛教課程。

☐ 我願意發揮所長，共同打造支持失智友善的環境。

讓失智者在原本熟悉的社區生活時，同時具備尊嚴、安心與樂活，是最好的關懷與照顧。讓我們一起伸出失智友善之手，共同守護失智者，在這高齡社會，成為一名失智友善天使。



失智友善 Dementia Friends

HPA 衛生福利部 國民健康署

經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

附件4

失智友善守護站名冊						
編號	單位名稱 （全銜）	單位地址	負責人/ 主管	聯絡人	單位電話	單位營業時間
例1	000有限公司00分公司	新北市板橋區英士路192-1號4樓	曾小明	林小美	22577155#3637	周一至五 08：00-17：00
	表格不足請自行延伸					

失智友善天使名冊					
編號	姓名	性別	出生年 （民國）	連絡電話	居住地 （鄉鎮市區）
例1	曾小明	男	071	22577155#3637	板橋區
	表格不足請自行延伸				

請善加利用「新北市失智個案管理系統」線上通報連結(無需帳密)

新北市_____單位通報單

(通報至新北市　　衛生所)

<table>
<tr><td rowspan="8">通報單位</td><td rowspan="4">個案基本資料</td><td>姓名</td><td>性別</td><td colspan="3">出生日期</td></tr>
<tr><td></td><td>□男　□女</td><td colspan="3">民國(前)　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>身分證字號</td><td></td><td colspan="3">聯絡人:</td></tr>
<tr><td>聯 絡 電 話</td><td></td><td colspan="3">聯絡地址:</td></tr>
<tr><td>無法取得個案資料(可擇一或複選)</td><td colspan="5">個案所在區域:_____區_____里。
□1. 已通報警政單位進行協助。
□2. 已提供相關照護資源。
□3. 其他_____。</td></tr>
<tr><td>症狀摘要
(可擇一或複選)</td><td colspan="5">□ 1. 記憶力減退到影響生活
□ 2. 計畫事情或解決問題有困難
□ 3. 不能完成原本熟悉的事務
□ 4. 失去時間或地點的概念
□ 5. 抽象思考出現困難
□ 6. 言語表達出現困難
□ 7. 東西放在不對的地方且找不到
□ 8. 判斷力變差或警覺性降低
□ 9. 從職場或社交活動中退出
□ 10. 情緒和個性有明顯改變</td></tr>
<tr><td>單位住址</td><td colspan="2"></td><td>電話號碼:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>傳真號碼:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>電子信箱:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>負責人簽章</td><td colspan="2"></td><td>通報日期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">接受通報衛生所</td><td>處理情形</td><td colspan="5">□1. 已安排轉診至　　醫院　　科門診治療中
□2. 已安排轉診至　　醫院病房治療中
□3. 其他,請說明:</td></tr>
<tr><td>衛生所名稱</td><td colspan="2"></td><td>回 覆 日 期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
</table>

※本通報單限使用乙次

附件6

新北市　　區衛生所

領　款　收　據

中華民國　　出納新字第　　號

撥款機關(商民)：新北市政府衛生局

摘　　要：

金　　額：

備　　註：

經辦人員　　主辦出納人員　　主辦會計人員　　機關長官

收據聯交撥款機關收執

附件7

____年「新北市失智症友善守護站」計畫經費結算表

___年__月__日 ____區衛生所　　單位：新臺幣(元)

項　目	疑似失智症個案登打費	合　計
核定經費		
第　季 核銷經費		

經辦人：　　主辦出納：　　主辦會計：　　機關長官：