

臺南市政府衛生局第二次公開徵求「115年臺南市長者健康促進站計畫」 委託辦理作業申請須知

壹、依據：衛生福利部國民健康署 115 年度補助地方政府辦理整合性長者健康促進計畫。

貳、背景說明

本市 65 歲以上人口截至 114 年 10 月已達 20.21%，邁入高齡社會，故延緩長者失能為刻不容緩之議題。為預防及延緩衰弱，甚至逆轉衰弱情形，養成規律運動習慣是非常有效的介入措施，長者進行有氧運動、柔軟度運動、平衡運動及加阻力運動等由多種類型的訓練組成複合式運動，可延緩長者的功能依賴性並改善其身體機能。另外，為因應社會快速老化，本(115)年將擴大招募服務提供單位，將銀髮健身俱樂部(已辦理 3 年以上)及健身房納入招募範圍內，擴充民眾可運用的運動場域，活化更多的社區運動資源，辦理據點以無「C 級巷弄長照站」之村里為原則。期能透過早期的運動介入，促使本市長者透過參與健康促進課程及運用轄區多元運動場資源達到在地健康、快樂且活躍地老化。

參、執行期間：計畫核定日起至 115 年 9 月 30 日止。

肆、辦理方式

- 一、計畫委託對象：社區立案單位，例如合法立案之醫療院所、衛生所、大專院校、學協公會、社企團體、宗教團體、運動中心、健身房、未領取國民健康署補助之銀髮健身俱樂部等，具備社區長者服務經驗優先。
- 二、徵求數量：3 案。
- 三、計畫委託經費：擇優勝計畫 3 案，每案金額不得超過 84,000 元整，委託經費應專款專用，視計畫內容核定。
- 四、服務對象：以 65 歲以上衰弱、亞健康及健康長者、50 歲以上衰弱或亞健康長者（有三高、慢性病、過度肥胖 BMI>27）為優先，或符合長期照顧十年計畫 2.0 之服務對象。
- 五、為增加整體資源運用效益，本計畫辦理據點以無「C 級巷弄長照站」之村里為原則，如據點已申請其他補助計畫，請於計畫書中詳述據點已介入之計畫內容，且本計畫課程執行時段不得與其重疊。

六、 服務場地及場地設置基本規範：服務提供場地以符合最基本安全考量為原則，具無障礙空間為佳，地下樓層或 2 樓以上者需備有電梯，場地須投保公共意外責任險且訂定緊急事件處理流程，並提供場地使用同意書（附件十三）。

七、 申請單位須提供 1 位聯絡人，負責相關行政作業及聯繫事宜。

伍、計畫需求目標及內容

一、 需求目標

衡量目標		目標值	單位
(一)服務提供涵蓋率			
1	辦理長者健康促進課程	至少 20	週
2	計畫服務人數-長者健康促進課程	大班 25-30 人 小班 15-20 人	人
3	自提肌力評估方法並完成長者肌力評估	大班 25-30 人 小班 15-20 人	人
4	完成長者健康整合式評估量表（ICOPE 院評）	大班 25-30 人 小班 15-20 人	人
5	完成長者咀嚼吞嚥障礙篩檢量表	大班 25-30 人 小班 15-20 人	人
6	長者參與課程出席率	≥50	%
(二)其他			
1	課程加入營養及口腔保健	至少 1	次
2	課程加入認知促進	至少 2	次
3	課程加入失智友善	至少 1	次
4	課程加入慢性病管理（含用藥安全）	至少 1	次
5	課程加入居家運動	至少 3	次
6	課程加入健走	至少 1	次
7	課程加入公園體健設施	至少 1	次
8	完成長者資料及前後測上傳	1	期
9	參加衛生局辦理之輔導會、成果發表會等相關活動	至少 1	場

二、 執行內容

(一) 辦理長者健康促進課程

1. 自計畫核定日起至 115 年 09 月 30 日前，至少連續辦理 12 週長者健康促進課程，每週提供 2 次健康促進課程，每次課程 2 個小時（含 50 分鐘運動課程），一個小時健康促進課程可由運動指導員或相關師資帶領，另一個小時運動課程須由運動指導員帶領，依規模得增加適量協助員，詳細師資規格參照【P.5 課程師資資格】。

2. 服務人數：依辦理轄區內 65 歲以上長者總人數為基準分大班制與小班制，大於 6000 人之轄區屬大班制（25-30 人），少於 6000 人為小班制（15-20 人）。
3. 課程內容可運用國民健康署公告之核心課程內容，如參考歐盟 Vivifrail 架構、ICOPE 長者健康整合式評估量表(若表單有更新以本局提供版本為準)等，或本局公告之抗衰弱復健四式運動（須參加本局相關訓練課程），由社區單位依在地需求與資源，提供具地方特色之整年度實體長者健康促進課程或活動。
4. 課程規劃必須含肌力評估、ICOPE 院評、咀嚼吞嚥、營養及口腔保健、認知促進、失智友善、慢性病管理、居家運動、健走、公園體健設施等課程。
 - A. 自提肌力評估方法並完成長者肌力評估
 - a. 請依社區長者特性，自行提出適用之肌力評估方法，可參考簡易身體表現功能量表 (SPPB)、肌少症相關篩檢評估工具，或結合握力器、阻力訓練設備等器材，設計合宜之肌力評估方式。惟不得直接採用 ICOPE 院評及長者功能自評量表之評估資料作為肌力評估依據。
 - b. 參加本計畫課程之長者，須於課程前及課程後接受上述肌力評估，並分析長者肌力改善成效。
 - B. 完成長者健康整合式評估量表（ICOPE 院評）
 - a. 參加本計畫課程之長者，須由本局 115 年「長者內在能力檢測推動計畫」合約單位進行 ICOPE 院評，並鼓勵註冊長者量六力官方 line@。
 - b. 評估異常者，社區單位可協助長者運用當地社區資源整合，以就近尋求社區診所或醫院等，進一步評估。
 - c. 「長者內在能力檢測推動計畫」評估費用由執行評估單位請領。
 - d. 本計畫收案人數不得與本局其他委辦計畫重複計算（如：失智友善社區計畫、高齡友善社區計畫等）。
 - e. 於期末提供邀約長者之身分證字號 EXCEL 電子檔供本局比對。
 - C. 完成長者咀嚼吞嚥障礙篩檢量表

- a. 參加本計畫課程之長者，須由加入本局 115 年度「臺南市長者咀嚼吞嚥篩檢計畫」之醫事單位於社區中辦理長者咀嚼吞嚥篩檢服務，完成咀嚼吞嚥障礙篩檢量表及建檔。
 - b. 「臺南市長者咀嚼吞嚥篩檢計畫」評估費用由執行評估單位請領。
 - c. 本計畫收案人數不得與本局其他委辦計畫重複計算（如：失智友善社區計畫、高齡友善社區計畫等）。
 - d. 於期末提供邀約長者之身分證字號 EXCEL 電子檔供本局比對。
- D. 課程規劃應兼顧健康促進與身體活動，內容包含健康促進課程及運動課程。
- a. 健康促進課程：至少辦理 1 次營養及口腔保健課程、2 次認知促進課程、1 次失智友善課程及 1 次慢性病管理（含用藥安全）課程。其中營養及口腔保健課程應涵蓋「吃全穀保健康」、「早晚一杯奶」及口腔保健（含吞嚥障礙）等內容；失智友善課程除加強失智症認識外，並鼓勵學員成為失智友善天使，協助社區失智者。
 - b. 運動課程：至少辦理 3 次居家運動課程、1 次健走課程及 1 次公園體健設施課程，說明居家運動方式、健走注意事項，並透過講師或影片帶領長者實作及使用公園體健設施；轄區內設有銀髮健身俱樂部者，鼓勵結合辦理至少 1 次課程體驗，促進學員自主運動。
- E. 使用國民健康署提供之相關教材，如動動生活手冊、長者防跌妙招手冊、我的健康餐盤等，以利課程進行，並提供本局自行印製之相關教材，協助參加者加深印象並落實於生活中。
- F. 推廣本市「健康照護站」據點
- a. 於課程中鼓勵學員加入「臺南市政府健康共照雲」官方 LINE@及推廣本市「健康照護站」，相關介紹簡報由本局提供。
 - b. 透過推廣本市智慧健康照護服務，包括生理量測、衰弱評估及衛教服務等，讓學員了解如何將智慧健康設備融入日常生活。
5. 課程學員每堂課出席率至少須達 50% 以上。

(二) 其他行政作業

1. 長者資料及前後測上傳

A. 配合國健署 115 年整合性長者健康促進計畫作業須知，參加 115 年長者健康促進站課程之長者，需填寫前、後測問卷並記錄每次課程出缺勤與血壓（附件四）。

B. 前、後測問卷：包含基本資料表（附件一）、長者功能自評量表（附件二）及個人資料蒐集及聲明同意書（附件三），由長者自評或委辦單位協助完成。前測須於開班日前 7 天起至開班日課程結束前完成，後測須於結束日前 7 天起至結束日後 14 天內完成。

C. 上述資料與開課內容需每個月定期上傳至國健署長者健康管理平台 (<https://p.tainan.gov.tw//8APpS3>)。

2. 出席本局辦理之相關活動：各單位應派員出席本局辦理之輔導會、成果發表會等相關活動，以了解作業方式及配合事項。

3. 出席率、報告繳交：配合填報學員出席率資料，及提交相關課程紀錄及成果報告資料予本局彙整。

(三) 課程師資資格

1. 運動指導員：須具備下列資格之一：國健署「整合性預防及延緩失能計畫—長者健康促進站」運動指導員、衛福部「長者健康促進服務方案」之專業運動指導人力（須包含肌力強化面向）、教育部體育署「中級國民體適能指導員」（請於計畫書檢附完訓證書影本佐證）。

2. 課程協助員：須為經國健署核定之運動保健師/預防及延緩失能保健師資-協助員，講座鐘點費為指導員鐘點費之 1/2。

陸、計畫申請及撰寫注意事項

一、 於 **115 年 05 月 25 日(星期一)**前，函送計畫書(1 式 4 份)及電子檔、場地使用同意書(附件十三) 1 份至本局。

二、 計畫書裝訂格式：

(一) 以 A4 橫式書寫。

(二) 字體：標楷體。

(三) 字體大小：標題 16 級，內文 14 級，行距：固定行高 22 點。

(四) 雙面列印，裝訂線於左側，並加目錄及頁碼，依序裝訂成冊。

(五) 計畫書格式詳如附件六。

三、 計畫書經專家書面或各單位實體報告（辦理時間另行公告）審查後，請依據審查意見修正計畫書，並將修正後計畫書及審查意見回復表函送至本局，經本局核定後始得進行委辦。

柒、 評分標準

序	評分項目	配分 (分)	
1	現況及問題分析（含在地資源盤點及如何連結應用）	20	
2	實施策略與進行步驟	執行策略具體、可行且具延展性	20
3		師資運用情形符合課程需求	15
4		課程安排內容具體、可行、符合在地特色及需求，且人力配置適當	20
5	預期效益是否符合計畫目標，且具正面效益。	10	
6	經費編列之合理性	15	
總計		100	

備註：

(1) 評分結果未達 70 分（含）以上，不予委辦。

(2) 同一據點如有兩個以上單位重複投件，將依評分結果擇優委辦。

捌、 成果報告及相關文件繳交

一、 115 年 10 月 05 日（含）前，函送以下資料，辦理期末審查及核銷作業。

(一) 初步期末成果報告、期中專家審查意見回復表、期末成果檢核表各 1 式 4 份，及相關電子檔（含初步期末成果報告、期中專家審查意見回復表、課程原始照片、長者前後測資料 EXCEL 檔、ICOPE 院評 EXCEL 檔、咀嚼吞嚥障礙篩檢 EXCEL 檔等資料）。

(二) 核銷憑證（收支明細表、收支明細清冊及原始核銷憑證正本）。

二、 115 年 11 月 02 日（含）前，函送最終期末成果報告、期末專家審查意見回復表各 1 式 2 份及電子檔。

三、 上述資料及公文以本局收文日為憑（非發文日期），缺一視同未如期繳交，每逾期一日，依契約價金總額千分之一計算逾期違約金。

四、 期末修正成果：由本局於期末辦理輔導會聘任專家委員，針對委辦單位書

面資料或簡報口頭報告之執行內容及成果，提供審查意見與計畫執行困難相關問題之輔導。

五、 期末報告參考格式詳如附件七，期末成果檢核表如附件八。

玖、經費編列與核撥

一、 經費編列原則

- (一) 請依照 115 年臺南市長者健康促進站計畫經費編列基準及使用範圍（附件五）編列經費，並依衛生福利部國民健康署及本局標準審核及核銷。
- (二) 本計畫依研提內容辦理，經費編列項目須與計畫內容有連結，且課程內外聘講師費用不得超過總經費之 70%。
- (三) 本項經費僅提供經常門，不提供資本門；僅能編列業務費，不含人事費及管理費（含水電費），且均不得編列主持人費用。
- (四) 業務費不得編列維護費、設備費、國外旅費、獎勵金、獎金、捐助及補助費、生日禮金、聚餐、手機儲值卡、執照費、會費，若編列雜支，編列上限為總經費之 5%。

二、 經費核撥及注意事項

(一) 撥款

1. 付款方式：修正後計畫書經本局核定後，撥付該年度計畫經費全額。
2. 撥款領據：依核定委辦經費額度開立領據並函送本局辦理撥款。領據請註明撥入戶名、銀行別、帳號、單位統一編號，並加蓋單位「大小章」，抬頭：臺南市政府衛生局，事由：115 年臺南市長者健康促進站計畫經費。

(二) 核銷

1. 各項支用單據、原始憑證應妥善保存，並於計畫結束後送至本局進行經費核銷事宜。
2. 核銷資料：應檢附收支明細表（附件九）及收支明細清冊（附件十收支明細清冊供參考使用）及原始核銷憑證正本。請注意內容填寫正確性且與計畫書經費概算表相符，原始憑證請浮貼於核銷單張（附件十一支出憑證黏存單供參考使用），並勿裝訂成冊。
3. 支用經費有需列計所得部分，核銷時請檢附已列計所得之佐證資料。

- (三) 本委辦經費專款專用，不得與其他計畫重複，並自計畫核訂日始得動支。計畫如有變更或因故無法執行者，應敘明理由、檢具相關事證，於 **115 年 08 月 28 日前** 函送本局同意後始得變更，且 **1 次** 為限。
- (四) 實際執行時，倘發現甲用途別科目預算（業務費）有賸餘，乙用途別科目預算有不足，必須於用途別科目間流用，其流用金額應經本局核定後辦理。如違反前述規定者，其流用金額，應予以減列。
- (五) 年度經費結報，倘有結餘，應全數繳回。

壹拾、 其他

- 一、 計畫核定日起，依委辦之計畫書確實執行及依原訂用途支用款項，執行期間不得拒絕本局派員輔導、瞭解計畫執行情形、要求向本局簡報或相關監測措施，委辦單位須指派專人擔任窗口，處理計畫執行事宜。
- 二、 配合出席衛生福利部國民健康署或衛生局所辦理之說明會、輔導訪查作業及計畫相關資料上傳、登錄作業。
- 三、 執行計畫宣導贈品不得有商業買賣行為。
- 四、 計畫內容不得有推銷商品、藥品等商業行為，若有違反情事，致使臺南市政府衛生局遭致任何損失或聲譽損害時，委辦單位應負一切損害賠償責任。
- 五、 計畫執行過程嚴禁任何營利行為，並應保護服務對象隱私權，若有任何侵犯第三人合法權益時，委辦單位應負責一切法律責任。
- 六、 請於提供民眾相關服務、措施、活動所製作單據、單張、文宣品或傳播媒體等，務必註明「經費由衛生福利部長照服務發展基金支應」等經費來源字樣及「廣告」與「臺南市政府衛生局關心您」，並檢附實物照片佐證於核銷憑證。

壹拾壹、 附件

- 一、 115 年度「長者健康促進站計畫」基本資料表
- 二、 長者功能自評量表-長者自評版
- 三、 個人資料蒐集、處理及利用告知聲明書暨同意書
- 四、 115 年度「長者健康促進站計畫」出席表與血壓紀錄表
- 五、 115 年臺南市長者健康促進站計畫經費編列基準及使用範圍
- 六、 115 年臺南市長者健康促進站計畫 計畫書格式
- 七、 115 年臺南市長者健康促進站計畫 初步/最終期末成果報告格式
- 八、 115 年「長者健康促進站計畫」期末成果檢核表
- 九、 115 年臺南市長者健康促進站計畫 收支明細表
- 十、 115 年臺南市長者健康促進站計畫 收支明細清冊
- 十一、 115 年臺南市長者健康促進站計畫 支出憑證黏存單
- 十二、 115 年「長者健康促進站計畫」問卷調查
- 十三、 115 年申請「臺南市長者健康促進站計畫」場地使用同意書

臺南市政府衛生局
115 年度「長者健康促進站計畫」基本資料表

前測 後測 開班編號： 長輩自行填寫問卷：1.是 2.否

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女
生 日	民國 年 月 日	連 絡 電 話	
身分證字號		具原住民身分	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
現居縣市		現居區域	
居住情況	<input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.與親友同住		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.識字，未受正規教育（含私塾） <input type="checkbox"/> 3.國小 <input type="checkbox"/> 4.國中 <input type="checkbox"/> 5.高中（職） <input type="checkbox"/> 6.專科大學 <input type="checkbox"/> 7.碩博士 <input type="checkbox"/> 8.其他_____		
病 史	<p>◎曾被醫生診斷患下列疾病（可複選）：</p> <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.高血壓 <input type="checkbox"/> 3.心臟疾病 <input type="checkbox"/> 4.中風 <input type="checkbox"/> 5.肺部/呼吸疾病 <input type="checkbox"/> 6.糖尿病 <input type="checkbox"/> 7.關節炎/風濕 <input type="checkbox"/> 8.骨折 <input type="checkbox"/> 9.癌症 <input type="checkbox"/> 10.身心科相關疾病 <input type="checkbox"/> 11.其他：_____		
	<p>◎自覺有下列健康問題（可複選）：</p> <input type="checkbox"/> 11.無 <input type="checkbox"/> 12.憂鬱/焦慮/情緒問題 <input type="checkbox"/> 13.頸背問題(如痠痛) <input type="checkbox"/> 14.行走問題 <input type="checkbox"/> 15.睡眠問題 <input type="checkbox"/> 16.視力問題 <input type="checkbox"/> 17.聽力問題 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	<p>◎自覺健康狀況：<input type="checkbox"/>1.良好 <input type="checkbox"/>2.普通 <input type="checkbox"/>3.不佳</p>		

填寫日期：民國 115 年 月 日

長者功能自評量表-長者自評版

前測 後測

評估日期:115年__月__日

項目	題目	評估結果
認知功能	1.您最近一年來，是否有記憶明顯減退的情形?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
行動功能	2.您是否出現以下"任一種"情況? <ul style="list-style-type: none"> • 非常擔心自己會跌倒? • 過去一年內曾跌倒過? • 坐著時，必須抓握東西才能從椅子上站起來? 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
營養不良	3.在非刻意減重的情況下，過去三個月，您的體重是否減輕3公斤或以上?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4.過去三個月，您是否曾經食慾不好?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
視力障礙	5.您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難? (此題回答「是」，請答題目 5-1.;此題回答「否」，請跳答題目 6.)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	5-1. 詢問長輩過去1年是否"曾"接受眼睛檢查?	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
聽力障礙	6.您的聽力是否出現以下"任一種"情況? <ul style="list-style-type: none"> • 電話或手機交談時聽不清楚，或因為沒聽到鈴聲常漏接電話? • 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲? • 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次? • 因為聽力問題而不想去參加朋友聚會或活動? 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
憂鬱	7.過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或「阿雜」)，或覺得生活沒有希望?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8.過去兩週，您是否減少很多的活動和原本您感興趣的事?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

評估說明

(一)評估時間

1. 據點單位服務人員須於開班日前 7 天起至開班日課程結束前完成前測。

例：開始日為 7/7，前七天為 6/30，後十四天為 7/21

2. 據點單位服務人員須於結束日前 7 天起至結束日後 14 天內完成後測。

例：結束日為 7/7，前七天為 6/30，後十四天為 7/21

(二)評估對象：計畫內所有參與的適用長者。

(三)凡參加 115 年健康促進課程之長者須於參與第一次課程時完成檢測，若篩檢正常，可繼續參加社區單位所提供不同強度之運動課程，反之若篩檢異常，社區單位可協助長者運用當地社區資源整合，以就近尋求社區診所或醫院等，做進一步的評估。

衛生福利部國民健康署「115年長者健康促進站計畫」
個人資料蒐集、處理及利用告知聲明書暨同意書

一、目的：

因應人口快速老化，強化社區初級預防功能，衛生福利部國民健康署補助地方政府辦理「長者健康促進站計畫」，提供普及性、可近性之長者健康促進課程或活動，促進長者自我健康管理能力。並將以計畫參與者前、後測問卷與測量資料進行成效評估，以利未來擬定及改善相關政策或計畫。

二、計畫簡述：

本次將以 65 歲以上長者為優先，或符合長期照顧十年計畫 2.0 之服務對象，蒐集個人基本資料(含姓名、性別、國民身分證統一編號、電話號碼、行動電話、通訊及戶籍地址、語言、教育程度、疾病史、出生年月日等)，以及接受服務期間所進行之長者健康評估(含認知功能、行動功能、營養不良、視力障礙、聽力障礙、憂鬱、社會性照護與支持、用藥、生活目標等知識、行為或功能)之前、後測成果，登錄於衛生福利部國民健康署「長者健康管理平台」，並運用前述蒐集之資料進行計畫成效分析，規劃與政府大型資料庫進行串檔，進行長期健康、社會及經濟效益之評價分析。本年度計畫服務期間預估辦理至 115 年 12 月 31 日止，將彙整本年度資料進行分析，規劃本署未來長者健康促進相關計畫。

三、串聯政府大型資料庫資料：

有關前述政府大型資料庫將包含健保資料庫、疾病登記檔、死亡檔、長期照顧資料庫、社區關懷照顧資料庫等，連結政府大型資料庫將有助於分析了解接受長者健康促進介入服務及落實健康生活型態與後續疾病發展的關係。在得到您的同意後，將會使用您的身分證字號在特定辦公室進行串檔，檔案串聯之後，會將您的名字和身份證字號刪除，用流水編號取代，讓您的個人資料不會被洩漏，達到保護個人隱私的要求，您有權利隨時提出停止串聯政府大型資料庫。

四、簽章及勾選欄：

如果您瞭解前述相關說明，並在符合上述告知事項範圍內，蒐集、處理及利用您所提供之各項個人資料，請您在此勾選與簽名，俾據以辦理相關事宜，謝謝您!

- 本人同意接受長者健康評估，相關資料登錄於「長者健康管理平台」，作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。
- 本人同意參與「長者健康促進站計畫」成效評估研究之自願參與者。

立同意書人：(簽名或蓋章)

立同意書日期：115 年 月 日

115 年臺南市長者健康促進站計畫經費編列基準及使用範圍

項目名稱	說明	編列標準
業務費		
講座鐘點費	講座鐘點費係實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費或實習指導費。專家指導授課之交通費可依「講座鐘點費支給表附則 5」主辦機關得衡酌實際情況，參照出差旅費相關規定，覈實支給外聘講座交通費及國內住宿費。	依「講座鐘點費支給表」辦理，須具授課事實始得編列經費，外聘講師上限 2,000 元/節，內聘講師上限 1,000 元/節。
文具紙張	實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。	
郵電	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路費，但不得編列手機費用。	
印刷	實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。	
租金	實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備(含遠距課程所需電腦相關設備)及車輛等租金。	受補助單位若使用自有場地或設備，以不補助租金為原則。但如確為執行本計畫而租用單位內部場地或設備，且提出對外一致性公開之收費標準等證明文件，經本局認可後，始得據以編列，並檢據報支。 車輛租用僅限於從事因執行本計畫之必要業務進行實地審查或實地查核時，所產生之相關人員接駁或搬運資料、儀器設備等用途（含電動車輛所需電池租金），且不得重複報支差旅交通費。
宣導品	實施本計畫所需宣導品費用。	每份單價金額不得超過 100 元。
電腦處理費	實施本計畫（含遠距授課）所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、硬碟、隨身碟、光碟片及報表紙等。電腦軟體、程式設計費、電腦周邊	

項目名稱	說明	編列標準
	配備、網路伺服器架設、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列於此項。	
材料費	<p>實施本計畫(含實名制)所需消耗性器皿、材料、實驗動物、藥品、讀卡機及使用年限未及二年或單價未達 1 萬元非消耗性之物品等費用。應詳列各品項之名稱(中英文並列)單價、數量與總價。</p> <p>使用年限未及二年或單價未達 1 萬元之非消耗性物品以與計畫直接有關為限；且不得購置普通性非消耗物品，如複印機、印表機、電腦螢幕、碎紙機等。</p>	
國內旅費	<p>實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。</p> <p>凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本局事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p>	依「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」及「國內出差旅費報支要點」規定辦理。
餐費	實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。	申請餐費應符合供餐時間規定：早餐須於 6 點前供應，每人次最高 50 元；午餐須於 12 點後供應，每人次最高 100 元；晚餐須於 18 點後供應，每人次最高 100 元。
雜支費	實施本計畫所需之雜項費用。	最高以總經費百分之五為上限。

臺南市政府衛生局
115 年臺南市長者健康促進站計畫

計畫書

承辦單位：

計畫提出日期：中華民國 115 年 0 月 0 日

目錄

壹、單位資料.....	P.
貳、前言.....	P.
參、計畫目標.....	P.
肆、實施策略與進行步驟.....	P.
伍、預定進度.....	P.
陸、預期效益.....	P.
柒、經費明細表.....	P.
捌、附件.....	P.

壹、 單位資料

申請單位	單位名稱：	
	計畫聯絡人：	
	電話：	手機：
	電子郵件：	
	公文收件地址：	
	統一編號：	
申請區域	_____區	
辦理地點	據點名稱：_____ 地址：臺南市_____區_____里_____。	
辦理時間	計畫核定後至 115 年 9 月 30 日	
委辦經費	84,000 元	

貳、前言

一、現況及問題

二、在地資源盤點

三、如何連結應用

四、相關經驗及成果

參、計畫目標

衡量目標		目標值	單位
(一)服務提供涵蓋率			
1	辦理長者健康促進課程	20	週
2	計畫服務人數-長者健康促進課程	15-20	人
3	自提肌力評估方法並完成長者肌力評估	15-20	人
4	完成長者健康整合式評估量表 (ICOPE 院評)	15-20	人
5	完成長者咀嚼吞嚥障礙篩檢量表	15-20	人
6	長者參與課程出席率	≥50	%
(二)其他			
1	課程加入營養及口腔保健	1	次
2	課程加入認知促進	2	次
3	課程加入失智友善	1	次
4	課程加入慢性病管理 (含用藥安全)	1	次
5	課程加入居家運動	3	次
6	課程加入健走	1	次
7	課程加入公園體健設施	1	次
8	完成長者資料及前後測上傳	1	期
9	參加衛生局辦理之輔導會、成果發表會等相關活動	1	場

肆、實施策略與進行步驟

一、執行策略：

(一)招生及課程推廣方式

(二)計畫目標執行步驟

(三)長者肌力評估（含肌力評估方法及數據分析方法）

二、師資運用情形：

序號	姓名	現職單位	專長(證照請檢附於附錄)
1			
2			
3			
4			
5			

(若表格不足請自行增列)

三、課程表：

辦理日期	115/7/6-115/9/24		
辦理時間	每週一上午 10 時至 12 時 每週四上午 10 時至 12 時		
辦理地點	臺南市 00 區 00 路 00 號(XX 關懷據點)		
長者健康促進課程表			
週次	時間	內容	師資
例	115.07.06	1.健康老化-食得健康 2.運動介入-坐姿運動 (1)了解運動安全 (2)知道運動的基本型態 (3)讓學員了解自己的體能狀況	000 營養師(外聘) 000 運動保健師(內聘)
	115.07.09	1.認知訓練課程-日常生活推理能力	000 運動保健師(外聘)

		2.運動介入-坐姿動作	000 運動保健師(內聘)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

(若表格不足請自行增列)

伍、 預定進度 (以甘特圖表示，可另行增列其他項目，但至少應包括計畫目標所列工作項目)

月次 工作項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	備註
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	

(如表格不足請自行增列)

陸、 預期效益

柒、 經費明細表

項目	單位	數量	單價	預算數	理由及說明
講座鐘點費	節				內聘講座鐘點費
講座鐘點費	節				外聘講座鐘點費
文具紙張					
印刷					
租金					
宣導品					辦理計畫所需宣導品 (請詳列品項) (每份單價不超過100元)
材料費					(請詳列品項、單價及數量)
保險費					
總計					元

(如表格不足請自行增列，並請刪除未編列項目)

捌、附件

- 一、立案證明（如營業登記、立案證書等）
- 二、辦理地點環境
- 三、公共意外責任險
- 四、緊急事件處理流程圖
- 五、師資佐證資料

目錄

壹、前言及目的.....	P.
貳、計畫目標.....	P.
參、實施策略與步驟.....	P.
肆、執行成效.....	P.
伍、檢討與修正.....	P.
陸、成果效益.....	P.
柒、結論與建議.....	P.
捌、附錄（含圖、表、活動或會議之照片、紀錄等） ...	P.

壹、前言及目的

貳、計畫目標

參、實施策略與步驟

肆、執行成效

一、關鍵績效指標達成情形

衡量目標		目標值	累計 達成數	完成率	參考 頁數
(一)服務提供涵蓋率					
1	辦理長者健康促進課程				
2	計畫服務人數-長者健康促進課程				
3	自提肌力評估方法並完成長者肌力評估				
4	完成長者健康整合式評估量表(ICOPE 院評)				
5	完成長者咀嚼吞嚥障礙篩檢量表				
6	長者參與課程出席率				
(二)其他					
1	課程加入營養及口腔保健				
2	課程加入認知促進				
3	課程加入失智友善				
4	課程加入慢性病管理(含用藥安全)				
5	課程加入居家運動				
6	課程加入健走				
7	課程加入公園體健設施				
8	完成長者資料及前後測上傳				
9	參加衛生局辦理之輔導會、成果發表會等 相關活動				

二、服務內容與成果

(一)社區執行概況與紀錄

1.健康促進課程：

(1)總表

	學員總人數	未滿 65 歲	65 歲~未滿 70 歲	70 歲以上	學員 平均出席率
男性					
女性					

(2)課程表（請附實際課程表）

辦理日期	115/7/6-115/9/24			
辦理時間	每週一上午 10 時至 12 時 每週四上午 10 時至 12 時			
辦理地點	臺南市 00 區 00 路 00 號(XX 關懷據點)			
長者健康促進課程表				
週次	時間	內容	師資	
例	115.07.06	1.健康老化-食得健康 2.運動介入-坐姿運動 (1)了解運動安全 (2)知道運動的基本型態 (3)讓學員了解自己的體能狀況	000 營養師(外聘) 000 運動保健師(內聘)	
	115.07.09	1.認知訓練課程-日常生活推理能力 2.運動介入-坐姿動作	000 運動保健師(外聘) 000 運動保健師(內聘)	
1				
2				
3				
4				
5				

6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

(若表格不足請自行增列)

2. 實際師資運用情形：

序號	姓名	現職單位	專長(證照請檢附於附錄)
1			
2			
3			
4			
5			

(若表格不足請自行增列)

(二) 長者個人成效統計 (建議以圖表呈現)

1. 長者肌力評估成效統計

2. 長者功能自評量表前後測成效統計及異常者轉介或處理情形

(三) 其他 (例如：媒體露出、建立合作網絡) (選填)

(若表格不足請自行增列)

二、活動照片 (每節課一張照片)

時間： 說明：	時間： 說明：
時間： 說明：	時間： 說明：

(若表格不足請自行增列)

三、師資佐證資料

臺南市政府衛生局

115 年「長者健康促進站計畫」期末成果檢核表

項目	是否完成	佐證資料
1. 辦理單位為立案單位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如報告書 P.?
2. 辦理地點是否為 C 據點	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 辦理至少 12 週課程 (每週 2 次、每次 2 小時、每次包含至少 50 分鐘之運動課程)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4. 運動課程講師符合課程師資資格	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(請檢附完訓證書影本佐證)
5. 每班課程人數至少大班制 25-30 人/小班制 15-20 人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6. 自提肌力評估方法並完成長者肌力評估	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7. 完成長者健康整合式評估量表(ICOPE 院評)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8. 完成長者咀嚼吞嚥障礙篩檢量表	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9. 於健康促進課程中加入至少 1 次營養及口腔保健課程、至少 2 次認知促進課程、至少 1 次失智友善課程及至少 1 次慢性病管理課程	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10. 於運動課程中加入至少 3 次居家運動、至少 1 次健走課程及至少 1 次公園體健設施課程	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
11. 完成長者資料及前後測上傳	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
12. 出席本局辦理之輔導會、成果發表會等相關活動至少 1 次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

臺南市政府衛生局收支明細表

(本計畫經費來自長照服務發展基金)

年度：115

執行單位：

子計畫名稱：115年臺南市長者健康促進站計畫

 期末核銷

委辦經費：新臺幣

元整 (A)

核撥(結報)		經費核撥日期 年 月 日		合計
經費預算核撥數		金額： 元(B)		
用途別	核定金額	結報日期 年 月 日		合計
		金額： 元(C)		
業務費	_____	_____		_____
小計	_____ (A)	_____		_____
餘(絀)數		_____ (D)=B-C		
備註		1. <input type="checkbox"/> 期末經費執行率(%)=_____%，是否達80%。 <input type="checkbox"/> 已達成。 <input type="checkbox"/> 未達成，請說明原因及處理方式：_____。 2. 年度經費繳回款：新台幣_____元。 3. 利息收入：新台幣_____元、其他衍生收入：新臺幣_____元。(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本署；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局)		

製表人：

覆核：

會計人員：

單位首長：

(單位名稱)

支出憑證黏存單

憑 編	證 號	會 科	計 目	金 額					用 途 說 明	
				百 萬	十 萬	萬	千	百		十

承 辦 人	出 納	會 計	負 責 人

(延虛線黏貼)

臺南市政府衛生局

115 年「長者健康促進站計畫」問卷調查

一、基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 年齡：_____歲

參加_____ (地點)長者健康促進站

二、問卷調查

1. 請問您是如何知道這個課程？

- 1.衛生所通知 2.里長通知 3.親朋好友告知 4.路過順便
5.衛生局網頁 6.廣告文宣 7.其他：_____

2. 您目前的教育程度是：

- 1.研究所或以上 2.大學(專) 3.高中(職) 4.國(初)中
5.小學 6.識字 7.不識字

3. 在上完健康促進站後，我對健康促進的知識有提升

- 1.學到很多知識 2.還好 3.沒有學到知識

4. 在上完健康促進站後，我會運用課程所學內容，在家或外出自主運動

- 1.經常 2.有時 3.偶爾 4.很少 5.從未

5. 在上完健康促進站後，我目前的身體狀況有所改善

- 1.非常認同 2.認同 3.普通 4.不認同 5.非常不認同

6. 您對於健康促進站所安排之課程感到滿意嗎？

- 1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意

7. 您會介紹親朋好友來參加本次課程嗎？

- 1.會 2.不會，為什麼？_____

8. 您認為此次課程有需要改進的地方嗎？

115 年申請「臺南市長者健康促進站計畫」 場地使用同意書

本_____ (單位/個人) 同意提供下列場地
供_____ (執行單位) 執行「115 年臺南
市長者健康促進站計畫」之用(使用期間已包含
自計畫 115 年核定日起至 115 年 9 月 30 日
止)。

場地名稱/地址: _____
(場地無名稱者可僅寫地址)

此致

_____ (執行單位)

同意書簽署人: _____ (簽章)

簽署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日