

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112年3月底65歲以上老年人口數超過69萬，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4萬7千多人。

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」，並以提早於2023年達到「2025失智友善777」為目標。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。

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：

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郭小姐收、
電子信箱：AL0822@ntpc.gov.tw (電子檔以加密方式寄出)。

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。

(三) 失智相關宣導品1份。



十大警訊宣導單張

(四) 完成上述加入失智友善守護站步驟，預計於每年失智症月，本局郵寄致贈感謝狀。

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



系統通報疑似失智症個案

如何成為新北市失智友善守護站

附件1

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) 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) 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) 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。
- (四) 完成上述加入失智友善守護站步驟，預計於每年失智症月，本局郵寄致贈感謝狀。

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

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



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。



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	周一至周五 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				

新北市_____單位通報單

(通報至新北市衛生所)

通 報 單 位	個案基本資料	姓名	性別	出生日期		第一聯：接受通報衛生所留存 第二聯：單位自存
			☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日		
		身分證字號		聯絡人：		
		聯絡電話		聯絡地址：		
	症狀摘要 (可擇一或複選)	☐ 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				
		單位住址			電話號碼：	
					傳真號碼：	
			電子信箱：			
	負責人簽章			通報日期	年 月 日	
	接受通報衛生所	處理情形	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：			
衛生所名稱				回覆日期	年 月 日	

※本通報單限使用乙次