

臺中市政府衛生局

「114年長者心理健康方案」

壹、目的

依據聯合國世界衛生組織的定義，當老年人口占全國總人數7%，即為老年化國家，臺灣在1993年即進入高齡化社會，估計2025年將邁入超高齡社會，114年初臺中市老年人口為48萬1,014人，佔全市人口16.7%(資料來源：本府民政局)，本市的老年人口均逐年增加，顯示高齡化問題日趨嚴重，相關長者心理健康更應重視。

根據研究顯示，自殺死亡率最高的族群—65歲以上之老年人，自殺死亡前一個月內，曾至醫院診所就診高達九成(89.2%)，而就診科別以內科為主(56.1%)，其次為家醫科(27.3%)及不分科(19.4%)(資料來源：衛生福利部)，因此特藉本方案，今年預計結合本市114年長者健康檢查合約院所及本市設有神經科、神經內科、復健科之醫療院所，期能及早掌握長者心理狀態。

貳、主辦單位：臺中市政府衛生局

參、協辦單位：與本局簽訂契約之20家老人健康檢查合約院所、神經科、神經內科、復健科醫療院所

肆、方案內容

一、執行時間：簽約日起至114年10月31日或經費用罄為止。

二、實施對象：本市65歲以上長者或55歲以上之原住民。

三、實施方式：

1. 與本局簽約之醫療院所，由本局提供 GDS 量表、篩檢費及衛教品，每家院所執行長者憂鬱量表篩檢(附件1)，**篩檢費80元/案，總計2,500案(上限150案/家)**。
2. 篩檢後，若有憂鬱高風險長者(GDS 量表7分以上)，優先使用該醫療院所心理資源或適時轉介合作機構，無則轉介本局「老寶貝心健康-長者到宅心理諮詢服務」(轉介流程如附件2、附件3-1、附件3-2)，若不符合老寶貝使用資格，本局得轉介定點心理諮詢服務，轉介後即提供**資料收集與處理費100元/案，總計50案**。

伍、核銷方式：本案契約分季核銷，期程及須檢附核銷資料如下

一、核銷期程：第一季於114年9月10日前，第二季於114年11月10日前或「篩檢案件」已達核銷上限(150案)。

二、核銷需檢附資料：領據、已完成之量表(附件1)、轉介正本(附件3-1，若無則不須附)及長者清冊(附件4)彙整，上述相關書面資料寄送本局，並經本局審核無誤後，辦理款項撥付。

三、實際篩檢案件總計超過2,500案，則依篩選日期排序，如篩選日期相同則依送件日期計。

陸、預期效應：

- 一、透過合約院所長者憂鬱篩檢，及早發現社區中潛在高風險長者。
- 二、建立完善轉介流程，及時提供憂鬱高風險長者到宅心理諮詢服務，提供心理支持、減緩及降低憂鬱程度，讓每位長者回歸生命的軌道。
- 三、藉由篩檢機會，提供長者心理健康衛教，強化長者心理健康知能。

臺中市長者心理健康量表(GDS)

姓名：_____ 性別：☐男☐女☐跨性別 出生年月日：(民國)____/____/____篩檢來源：☐醫療院所 ☐高風險長者列冊 ☐獨居長者列冊 ☐一般長者

篩檢日期：____/____/____ 聯絡電話：(____)_____

婚姻狀況：☐未婚 ☐已婚 ☐離婚 ☐分居 ☐喪偶 ☐其他_____教育程度：☐無(不識字) ☐無(識字) ☐小學 ☐國(初中)
☐高中(職) ☐專科 ☐大學 ☐研究所以上居住狀況：☐獨居 ☐只與配偶同住 ☐只與子女同住 ☐與配偶、子女同住
☐與親友或孫子女同住 ☐其他_____

身體狀況(是否罹患)：

☐惡性腫瘤 ☐腦血管疾病 ☐心臟病 ☐糖尿病 ☐慢性肝病及肝硬化
☐肺炎 ☐高血壓性疾病 ☐憂鬱症 ☐失智症 ☐其他_____長照需求：☐失能 ☐長照需求是否有長照需求：☐失能 ☐長照需求 ☐已有申請相關服務 ☐無需求每週運動習慣：☐無 ☐1-2次 ☐3-4次 ☐5次以上每週家庭、社交或宗教活動：☐無 ☐1-2次 ☐3-4次 ☐5次以上*填表說明：請回想在過去一星期內，你是否曾有以下的感受，請圈選下表選項。

評量項目	是	否
1. 基本上，您對您的生活滿意嗎？	0	1
2. 您是否減少很多的活動和興趣的事？	1	0
3. 您是否覺得您的生活很空虛？	1	0
4. 您是否常常感到厭煩？	1	0
5. 您是否大部份時間精神都很好？	0	1
6. 您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	1	0
7. 您是否大部份的時間都感到快樂？	0	1
8. 您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？	1	0
9. 您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？	1	0
10. 您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	1	0
11. 您是否覺得「現在還能活著」是很好的事？	0	1
12. 您是否覺得您現在活得很沒有價值？	1	0
13. 您是否覺得精力很充沛？	0	1
14. 您是否感覺您現在的情況是沒有希望的？	1	0
15. 您是否覺得大部份的人都比您更幸福？	1	0

※總分：_____

※憂鬱量表判斷分數如下：總分7分至10分，疑有憂鬱傾向，轉介諮詢服務，總分11分以上，有高風險憂鬱情形，請轉介精神醫療或諮詢服務協助。

※本人同意接受臺中市政府衛生局安排免費的心理師到宅諮詢(同意轉介必填)：

受訪者(或家屬)同意簽章：_____ 與受訪者關係：_____

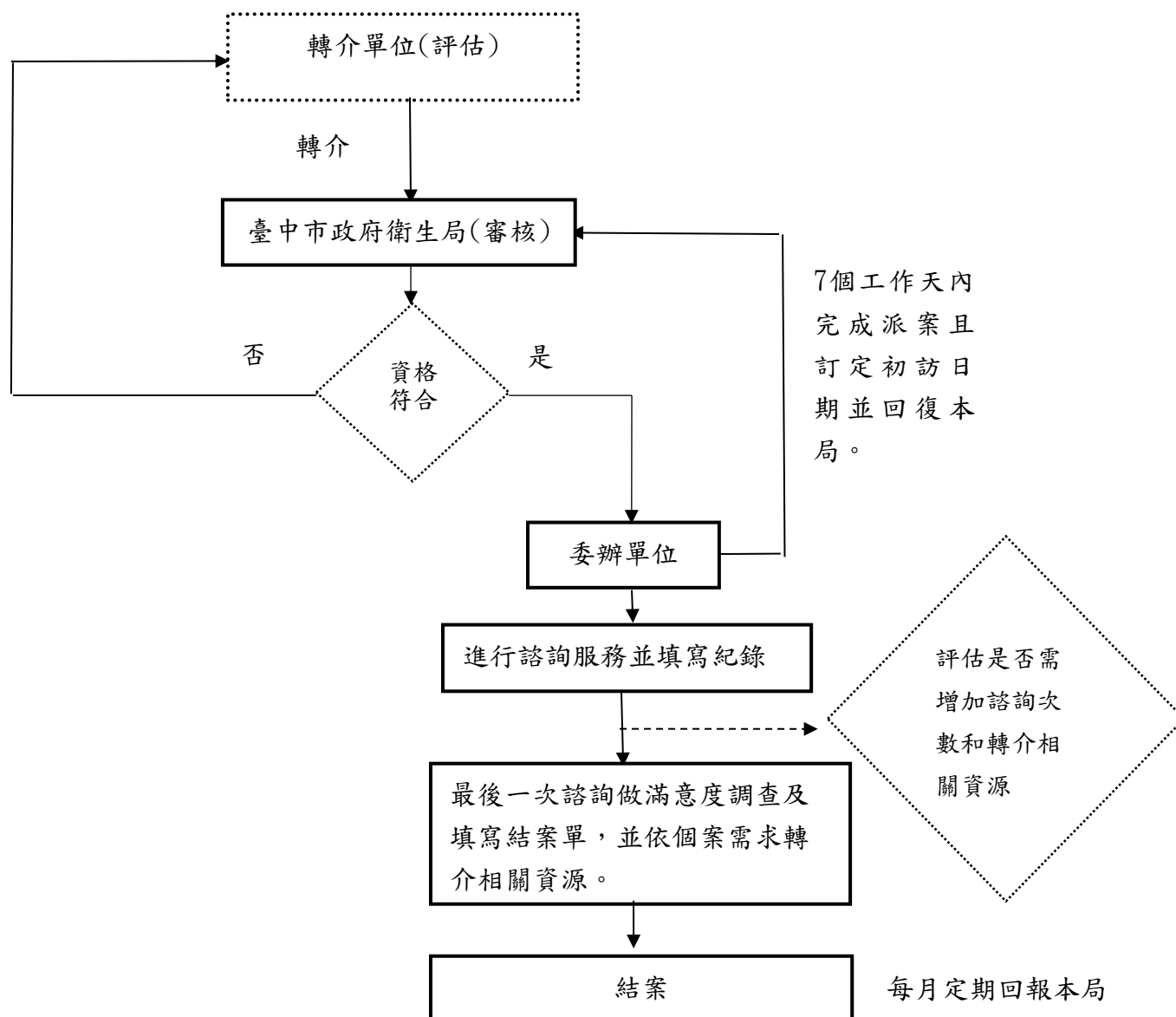
受訪者(或家屬)電話：_____ 手機：_____

填表人員/機構：_____ 聯絡方式：_____

轉介日期：____/____/____ 轉介至：_____ (醫療院所/衛生所)

114年度臺中市政府衛生局

「114年老寶貝心健康-長者心理諮詢服務計畫」服務流程表



服務對象與開案標準：

本市年滿65歲(含)以上，具溝通能力，且符合下列開案標準之長者：

- 1、經臺中市老人心理健康量表評估具有憂鬱傾向，並有心理諮詢需求事實且經本局評估確認者。
- 2、個案或家屬主動求助或其他單位經評估有心理諮詢需求，經本局評估確有心理諮詢需求事實者。
- 3、具自殺意念、未遂行為之高風險個案。(以無衛生所或社區關懷員訪視中者為優先)
- 4、自殺既遂個案之遺族。
- 5、有特殊需求，經與本局溝通討論准予開案(不限65歲以上長者，且需附上重大傷病卡或身心障礙手冊之影本)。

臺中市老寶貝心理健康服務轉介單

轉介日期： 年 月 日

基本資料	姓名		出生年月日 (或年齡)		身分證統一編號		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 跨性別
	居住地							
	聯絡電話	1.電話：		2.手機：				
	聯絡人		電話		關係			
評估狀況	一、長者憂鬱篩檢之風險分數：_____分(請檢附評估表正本) 二、 個案狀況描述 ：(請簡述)							
個案類型	☐ 1、經臺中市心理健康評估量表評估具有憂鬱傾向，並有心理諮詢需求事實且經本局評估確認者。 ☐ 2、個案或家屬主動求助或其他單位經評估有心理諮詢需求，經本局評估確有心理諮詢需求事實者。 ☐ 3、具自殺意念、未遂行為之高風險個案。 ☐ 4、自殺既遂個案之遺族。 ☐ 5、有特殊需求，經與本局溝通討論准予開案(不限65歲以上長者， 需附上重大傷病卡或身心障礙證明之影本)							
注意事項	1. 各欄位均須填寫清楚，如無，恕不受理。 2. 個案轉介可先以傳真或掃描後以 E-mail(hbttcm02019@taichung.gov.tw)為之，後續請寄送轉介單、心理健康評估量表正本至 420 台中市豐原區瑞安街143 號。 3. 衛生局社區心理衛生中心傳真電話：04-25272086 電話：04-25150326#111							

轉介單位/人員：_____ / _____ 聯絡電話：_____ 傳真：_____

*** 以下為承辦單位進行填寫回復。**

審核結果	☐ 1. 資格符合：開案日期____年____月____日 ☐ 2. 資格不符合：原因_____ 其他說明： _____
------	---

承辦人：

單位主管

「114年老寶貝心健康-長者心理諮詢服務」同意書

1. 本服務係臺中市政府衛生局委託合法機構辦理，無須收取任何費用。
 2. 本服務為免費諮詢性質，不涉及任何醫療目的。如需醫療處置，請尋正式、合法之醫療資源進行治療。
 3. 原則上與心理師/精神科(專科)醫師進行4次會談，諮詢時間將會與您討論後決定，**每次諮詢以60分鐘為原則**，如有特殊情形得再加以調整。
 4. 若因故不能出席，請務必於會談前2天以電話告知臺中市政府衛生局(電話：04-25150326)。
 5. 若諮詢過程中需要錄音(影)，會於進行前徵求您/心理師/精神科(專科)醫師的同意，並填具同意書，相關內容將會予以保密尊重，您/心理師/精神科(專科)醫師有權拒絕。
 6. 您有權利尋求其他心理師/精神科(專科)醫師之意見，但原則上本服務進行時只能找一位心理師/精神科(專科)醫師談話。您有權利隨時終止諮詢，但必須先和心理師/精神科(專科)醫師做終結的**諮詢**會談。
 7. 您的晤談資料全部以「機密」方式處理與保管，除主管機關因本計畫執行之必要抽查外，其餘均會經過您的同意後才會向必要對象說明。但在下列情形之一，心理師/精神科(專科)醫師將會知會相關人員：
 - (1)在當事人有危及自己或他人生命、自由財產及安全之情況。
 - (2)涉及法律責任(如兒童及少年福利與權益保障法、性侵害犯罪防治法、家庭暴力防治法...等)。
 - (3)心理師/精神科(專科)醫師接受督導，將與督導討論或邀請督導一同觀察其過程。
 - (4)其他[心理師/精神科(專科)醫師將與您協調後列出]
- ☐本人已充分閱讀本同意書，完全瞭解諮詢是自願的及個人的諮詢權益。對於不清楚的部份，也有詢問的機會，而且可隨時在告知我的心理師/精神科(專科)醫師之後結束諮詢。本人同意接受臺中市政府衛生局安排的諮詢會談。

受訪者(或家屬)簽章:_____ 日期: _____

與受訪者關係: _____

受訪者電話: _____ 手機: _____

機構簽章: _____

