

# 臺中市 115 年度「失智友善醫事單位獎助計畫」

## 需求說明書

### 壹、計畫前言

失智症防治是國家公共衛生優先議題，世界衛生組織(WHO)也指出平均每 3 秒就診斷出 1 名失智症患者，隨著年齡越高得到失智的風險愈高，對國家社會造成衝擊及家庭照顧負擔，臺中市人口快速老化，114 年已進入高齡社會，全市 29 個行政區有 34.5% 為超高齡社會，截至 114 年 10 月老年人口比例為 17.24%，低於全國平均值且六都中排名第五，另依據衛生福利部 113 年公布「112 年台灣社區失智症流行病學調查結果」全國社區 65 歲以上長者失智症盛行率調查結果為 7.99%，推估本市 65 歲以上失智症人口數為 35,627 人。

面對人口快速老化，失智症一旦發生，便無法治癒，經常成為家屬壓力及社會問題，失智症是一種腦部功能逐漸退化的疾病，不是單純老化現象，及早就醫、治療與銜接照護資源才能有效延緩病情。依據衛生福利部 114 年 6 月公告資料，目前失智症診斷率約 61.68%，代表社區中仍有個案未被發掘，為提高社區醫事人員對失智症患者初期症狀的敏感度及察覺力，發掘在社區中潛在失智症個案，使民眾有及早就醫觀念，期盼集結更多醫事單位參與，共同在社區中扮演健康守護者的角色，攜手強化失智症照護網絡，延緩病況及減輕失智症對家庭及社會的負荷。

### 貳、計畫目的

為使社區中的疑似失智症個案能早期發現與治療，提升失智症確診率，將疑似失智症個案轉至失智共同照護中心(下稱共照中心)確診並個案管理，爰擴大納入本市健保特約醫事單位成為失智友善醫事單位，且使第一線醫事人員具備失智症初步篩檢之能力，並建構本市失智共照中心與失智友善醫事單位合作機制，協助轉介相關失智症照護資源增進服務對象及家屬對失智症之識能，並加強本市醫事人員失智照護專業能力，特辦理此計畫。

參、執行期間：計畫公告後至 115 年 12 月 10 日止。

## 肆、合約醫療機構資格

合約機構應為本市開業之健保特約醫療機構，且與臺中市政府衛生局(以下簡稱本局)簽訂合約者為限。

## 伍、計畫內容

### 一、服務項目

透過獎助方式鼓勵失智友善醫事單位積極發掘社區疑似個案，轉介至共照中心進行確診及個案管理，以提升本市疑似失智個案發掘確診率，讓疑似失智個案能即早介入不同的照顧服務模式，另轉介單位追蹤個案確診情形及確診單位回復個案診斷結果及介入之服務，藉以達到雙向回饋。

### 二、獎助機制

#### (一) 獎助基準及執行方式：

##### 1.發掘/轉介費：

(1) 使用及早期失智症篩檢表(AD8)，將  $AD8 \geq 2$  分疑似失智個案者轉介至本市共照中心進行後續診斷，每案獎助新臺幣(以下同)100元。

##### (2) 審查方式

A.轉介單位每月至雲端回報轉介情形，並於核銷時提供極早期失智症篩檢表(AD8)(影本)、經由個案或家屬簽名同意之轉介單及轉介名冊等資料予本局。

B.本市 10 家失智共同照護中心回報轉介個案數。

##### 2.精準篩檢費：

(1) 疑似個案經醫院評估後為新確診之失智症者，則獎助發掘轉介之失智友善醫事單位，每案獎助 500 元。

##### (2) 審查方式

A.轉介單位於核銷時提供轉介疑似個案之確診情形證明文件(影本)予本局；並每月雲端回報轉介情形。

B.本市 10 家失智共同照護中心回報轉介後新確診個案數。

3.前述個案排除住宿式長期照顧服務機構、老人福利機構、全日型身

心障礙福利機構、護理之家、團體家屋、身心障礙(障別為失智症)個案。

(二) 獎助核銷執行方式：

失智友善醫事單位申請辦理核銷作業需檢附文件及注意事項說明如下：

1.核銷發掘/轉介費需檢附：

- (1) 領款收據(如附件 1)
- (2) AD8 極早期失智症篩檢量表影本(如附件 2)
- (3) 經由個案或家屬簽名同意之轉介單影本(如附件 3)
- (4) 轉介暨精準篩檢個案名冊(如附件 4)

2.核銷精準篩檢費需檢附：

- (1) 領款收據(如附件 1)
- (2) AD8 極早期失智症篩檢量表副本(如附件 2)
- (3) 共照中心轉介單回復結果副本(如附件 3)
- (4) 轉介暨精準篩檢個案名冊(如附件 4)

3.獎助核銷期程，於 115 年 3 月、6 月、9 月及 12 月當月 15 日前將各項檢附資料一併送本局審核及辦理請款手續。

4.獎助申請至 115 年 12 月 10 日止或本案經費用罄。

三、辦理失智友善醫事單位教育訓練課程，精進人員失智症識能

本局透過教育訓練課程，使社區第一線醫事人員，發掘社區裡症狀似有若無的「早期失智症」個案，提供及早就醫診斷、適時獲得妥適的醫療與長照資源，以延緩病況的知能，讓民眾更了解失智症的症狀及預防措施。

(一) 對象

本市失智友善醫事單位之醫師、護理師及其他醫事人員。

(二) 課程內容

課程	時間	主題
基礎課程	3 小時	失智症的疾病病程及臨床表徵
		早期失智症與 AD8 的應用

### (三) 效益

因民眾就近就醫的習慣與社區醫事單位的在地優勢，於民眾就醫時主動發掘疑似失智的可能性，期望增進社區醫事人員的失智症篩檢技巧和知識，並能早期發現及提供適當的支持，使民眾獲得妥適的醫療與長照資源，以延緩病況，並達到失智友善、共融及互助共好的精神。

#### 陸、執行進度甘特圖

月份 項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
計畫書公告	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
單位設立時間	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
教育訓練課程					●					●		
核銷作業			●			●			●			●

#### 柒、預期效益

- 一、增進社區醫事單位發掘社區失智個案之意願及能力。
- 二、提升失智症確診率，結合照護資源，轉介合適照護單位。

#### 捌、合約醫事單位申請簽約應配合事項

- 一、參與合約之醫事單位應遵守本計畫內容及流程規範，並於簽約時檢附申請表(如附件 5) 1 份及契約書 1 式 2 份。
- 二、本計畫服務期程自計畫公告至 115 年 12 月 10 日止。為因應各年度會計結算期限終了，合約醫事單位應於服務期程內進行篩檢、轉介等服務，期程內執行之個案，最晚於當年度 12 月 15 日前將核銷相關文件送本局審查，完成申請費用事宜。
- 三、參與合約醫事單位不得向民眾收取額外費用。
- 四、截止期限依公告期限內以郵寄掛號或專人送達方式將審核資料送至臺中市政府衛生局 4 樓長期照護科(地址:420206 臺中市豐原區中興路 136 號)，封面請註明「失智友善醫事單位獎助計畫」。
- 五、如有任何疑問請洽詢長期照護科，何小姐，04-22289111 分機 71094。

玖、經費來源，本案經費由本局編列各年度預算支應。倘編列預算遭凍結或刪減，不能如期動支，本局得延後或調整變更經費或中止辦理權利。

壹拾、合約醫事單位如有違反締約事項，本局得隨時函知合約醫事單位終止契約，於終止契約後 3 年內，本局得不與其訂定本項服務之行政契約。

壹拾壹、合約醫事單位如與篩檢者發生醫療糾紛，應由合約醫事單位自行負責。

壹拾貳、本計畫於奉核准後實施，執行期間之執行細節得應本局政策需要在合理範圍內做彈性之調整，得依執行情形適時調整計畫，修正時亦同。

附件 1

## 領 款 收 據

茲收到 臺中市政府衛生局 撥付 臺中市失智友善醫事單位

☐ 疑似個案轉介：\_\_\_\_\_人 新台幣\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰元整

☐ 精準篩檢個案：\_\_\_\_\_人 新台幣\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰元整

此致 臺中市政府衛生局

單位名稱：

單位地址：

連絡電話：

統一編號：

負 責 人：

製表人員：

單位章

負責人  
簽章

存摺封面影本浮貼處

(請依存摺封面填寫並檢附存摺封面影本)

戶 名：

金融機構代號：

金融機構全銜：

金融機構帳號：

中 華 民 國                      年                      月                      日

## 附件 2

受訪者姓名：	年齡：	性別：
受訪者電話：		
篩檢單位：	病歷號：	篩檢日期：

### AD8 極早期失智症篩檢量表

填表說明：

若您/您的家屬以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請填「有改變」；若無，請填「無改變」；若不確定，請填「不知道」。

題 目	有改變 (1分)	無改變 (0分)	不知道 (不適用)
1. 判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2. 對活動和嗜好的興趣降低。			
3. 重複相同的問題、故事和陳述。			
4. 學習如何使用工具、設備、和小器具上有困難。例如：電視、音響、遙控器、冷氣機、洗衣機、熱水器、微波爐等。			
5. 忘記正確的月份和年份。			
6. 處理複雜的財務上有困難。 例如：個人或家庭的收支平衡、繳費單、所得稅等。			
7. 記住約會的時間有困難。			
8. 有持續的思考和記憶方面的問題。			
AD8 總得分			

Yang YH, et al. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 2011; 26: 134-138。八項鑑定老化與失智受試者訪談量表為美國密蘇里州聖路易華盛頓大學版權所有，合法授權複印。

✧當分數大於 2 分以上時，請與本市失智共同照護中心聯繫/轉介

## 臺中市失智共同照護中心個案轉介單

轉介單位：\_\_\_\_\_

轉介日期： 年 月 日      轉介者：      電話：      傳真：

基 本 資 料	姓 名			出生	民國 年 月 日 歲			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	緊急聯絡人			電話			關係		健保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	身 份 別	<input type="checkbox"/> 1.一般 <input type="checkbox"/> 2.低收入戶 <input type="checkbox"/> 3.中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4.身障手冊 <input type="checkbox"/> 5.其他_____								
	戶籍地址									
	現 住 址							身分證 字號		
個案摘要 (個案狀況)										
本單位已提供的服 務摘要										
轉介需求		<input type="checkbox"/> 協助確診 <input type="checkbox"/> 失智照護服務 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點 <input type="checkbox"/> 巷弄長照站 <input type="checkbox"/> 文化健康站								
認知評估 (至少填 1 項)		CDR: _____ AD8: _____ MMSE: _____						BPSD: _____		
個案(家屬)簽名：_____										

備註：

**【轉介至共照中心】**轉介個案前，請先確認及完成下列事項：

- (1) 確認各項欄位是否填寫完成(如個案摘要、失智症確診等)。
- (2) 取得個案或主要照顧者同意，並向個案簡要說明共照中心將提供之服務。
- (3) 詢問個案是否已有因失智就醫，如就醫單位為共照中心，則以該共照中心為優先轉介對象。
- (4) 個案是否無法到院就醫或住機構個案，若是，則排除轉介對象。
- (5) 填寫完畢請將此表寄到共照中心電子信箱，並副知衛生局窗口人員。

個案處理回覆：

轉介結果： <input type="checkbox"/> 確診，提供服務項目：_____ <input type="checkbox"/> 未確診，無法提供服務原因：_____ 執行者：_____ 日期：_____
--

備註：填寫完畢請將此表回傳原轉介單位備查。



## 臺中市失智共同照護中心聯絡窗口及資訊

衛生局 窗口	行政區	單位	服務人員	email	連絡電話
周小姐 (71093)	北區	中國醫藥大學附 設醫院	侯研究助理	035477@tool.caaumed .org.tw	04-22052121# 17262
	西區	衛生福利部臺 中醫院	蕭研究助理	adth5556@gmail.com	04-22294411# 5556
何小姐 (71094)	南區	中山醫學大學 附設醫院	黃個管師	cide@csh.org.tw	04-24739595# 38123
	沙鹿	光田醫療社團 法人光田綜合 醫院	古個管師	ms349@gmail.com	04-26885599# 5197 0919-744355
	沙鹿	童綜合醫療社 團法人童綜合 醫院	張個管師	changshiaochan@gmai l.com	04-26581919# 56176
黃小姐 (71095)	霧峰	亞洲大學附屬 醫院	蘇心理師	51289@tool.caaumed. org.tw	04-23329888# 1315
	西屯區	臺中榮民總醫 院	黃個管師	vghtcdcc@gmail.com	04-23592525# 3382
	豐原	衛生福利部豐 原醫院	林個管師	fyhfyh2020@gmail.co m	04-25271180# 2174 0900631158
黃小姐 (71098)	大里	仁愛醫療財團 法人大里仁愛 醫院	劉個管師	jahpac@mail.jah.org .tw	04-24819900# 12125
	潭子	佛教慈濟醫療 財團法人台中 慈濟醫院	賴行政主任	tc1370502@tzuchi.co m.tw	04-36060666# 3823

## 臺中市失智友善醫事單位

### 【轉介暨精準篩檢個案名冊】

類 型：☐診所☐衛生所☐其他\_\_\_\_\_

單位名稱：\_\_\_\_\_ 共\_\_\_\_\_名

序	個案姓名	身分證字號	出生年月日	轉介日期	確診日期	接受共照
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

註(本市 10 家共照中心)：臺中榮民總醫院、中山醫學大學附設醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、衛生福利部臺中醫院、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院、中國醫藥大學附設醫院、衛生福利部豐原醫院、佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院、亞洲大學附屬醫院

單位章

負責人  
簽章

## 臺中市 115 年度「失智友善醫事單位獎助計畫」申請表

### 壹、基本資料

單位名稱		醫療機構代碼	
地址			
單位負責人	(簽章)		
聯絡人	(簽章)		
連絡電話		電子信箱	

### 貳、失智友善醫事單位獎助計畫團隊成員共\_\_\_\_\_人。

單位	職稱	姓名	職掌
			評估篩檢
			追蹤轉介情形
			核銷

(表格請依需求自行增減列)

單位章

負責人  
簽章

臺中市政府衛生局

承辦人：

單位主管：