

正本

檔 號：
保存年限：

收文日期	109. 2. 27
編 號	2774

新北市政府衛生局 函

地址：22006新北市板橋區英士路192-1號
 承辦人：郭麟瑤
 電話：(02)22577155 分機3752
 傳真：(02)22544029
 電子信箱：AL0822@ntpc.gov.tw



22069
 新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

發文日期：中華民國109年2月24日
 發文字號：新北衛高字第1090275250號
 速別：普通件
 密等及解密條件或保密期限：
 附件：計畫書1份

轉知會員

上網公告

理事長呂名峯

文頭印

復不全部
重

主旨：檢送109年「新北市失智友善守護站推廣計畫」，惠請貴單位協助辦理，請查照。

說明：

- 一、依據「新北市失智症防治照護行動方案」辦理。
- 二、失智症各年齡層之盛行率推估本市失智症人口數已達4萬多人，為有效延緩失智症病程減輕照顧者負擔，應運用公共衛生三段五級概念，經由促進健康及特殊保護(宣導)、早期發現早期治療(篩檢)來達到早期發現早期治療及延緩退化之目標。
- 三、本局規劃與基層醫療院所中醫、西醫、牙醫診所及社區藥局共同合作，以衛生所為主體連結在地服務資源中樞，強化推動垂直整合醫療「綠色通道」，發掘並轉介疑似高風險個案，由衛生所進行個案管理及協助轉診至「新北市共照中心」進行確診，同時登陸失智個案管理系統，期能適切提供轄區內失智個案之就醫諮詢需求及提供相關資源，逐步提升失智症確診率。
- 四、旨揭計畫摘要如下：
 - (一)對象：本市高風險失智症個案。
 - (二)計畫期程：自109年01月01日起至109年12月10日止。



(三)辦理單位：本市失智症友善守護站之中醫診所、西醫診所、牙醫診所及社區藥局及29區衛生所。

五、經費核銷與撥款方式：衛生所依計畫採季申請登打費、轉介費用，並於109年6月10日、109年9月10日及109年12月10日前檢附相關核銷資料「領據」、「計畫經費結算表」、「失智友善守護站轉介清冊」、「失智友善守護站服務合約書影本」送本局辦理。

六、本計畫請至新北市失智症共照網<http://missing.mobi/>，如有相關問題洽轄區衛生所。

正本：社團法人新北市醫師公會、社團法人新北市中醫師公會、社團法人新北市藥師公會、社團法人新北市牙醫師公會、新北市各區衛生所
副本：

局長 陳潤秋



109 年新北市失智友善守護站推廣計畫

壹、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。台灣目前估計有超過 27 萬失智人口，預估未來平均 1 年將增加 1 萬人。人口老化而來的失智巨浪是全球議題，世衛在 2017 年公布「2017-2025 年全球失智症行動計畫」；台灣跟上國際腳步，在 2017 年 12 月 29 日公布「失智症防治照護政策綱領 2.0」。

失智症防治照護政策綱領 2.0 訂定長程目標，在 2025 年達到 7 成以上確診的失智者及家庭照顧者可獲得個管師的諮詢轉介及所需服務；在失智識能方面，達到希望全國民眾 7% 以上對失智有正確認識及友善態度。

新北市 108 年 12 月底 65 歲以上老年人口數超過 57 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 萬多人，為有效延緩失智症病程減輕照顧者負擔，應運用公共衛生三段五級概念，經由促進健康及特殊保護(宣導)、早期發現早期治療(篩檢)來達到早期發現早期治療及延緩退化之目標。

「衛生所」為第一線公衛樞紐，可預期未來衛生所角色功能將以高齡化疾病(如失智症、慢性病等)個案管理為主，為強化公共衛生體系及擴增個案管理之功能，擬打造健全的失智症共同照護網絡。

貳、 計畫目標及內容

- 一、 發展可近、普及性結合在地資源，推動之宣傳失智友善守護站佈建，與基層醫療院所中西牙醫、社區藥局簽署合約書，成為失智友善守護站。
- 二、 衛生所與失智友善守護站合作，協助篩檢發掘高風險個案，並與個案建立穩定關係。
- 三、 基層醫療院所中西牙醫、社區藥局之失智友善守護站，篩檢出高風險失智個案，協助轉介個案至轄內衛生所。
- 四、 轄內衛生所透過友善守護站轉介個案之資料，協助將高風險失智個案轉診至醫院完成就醫。
- 五、 衛生所為主體連結在地服務資源中樞，強化推動垂直整合醫療-綠色通道，確實登錄系統平台追蹤個案。

參、 執行單位：

新北市轄內各區衛生所、失智友善守護站(特約本市基層中醫、西醫、牙醫診所及社區藥局)。

肆、 服務對象：本市高風險失智症個案。

伍、 計畫期程：109年1月1日起至109年12月10日止。

陸、 分工權責說明：

本計畫結合29區衛生所及失智友善守護站特約單位(基層中西牙醫診所及藥局)共同推動，分工權責說明如下：

權責單位	工作項目
新北市政府衛生局	<ol style="list-style-type: none"> 1. 負責整體計畫之統籌、規劃與運作。 2. 監督轄內衛生所完成資料登錄作業，排除問題處理機制。 3. 辦理本計畫說明會及系失智個案管理統操作說明會。 4. 提供新北市轄內各區衛生所及失智友善守護站特約單位諮詢服務。 5. 監測與統計轄內各區衛生所之服務量。 6. 完成整體計畫執行成效及評值。
各區衛生所	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結合基層中西牙醫診所及社區藥局合作，簽署合約書，成為失智友善守護站，協助推動之宣傳失智友善守護站佈建。 2. 針對109年失智友善守護站推廣計畫，辦理失智友善守護站聯繫會議。 3. 需審閱失智友善守護站轉介之個案，確認個案失智症狀後，予以收案列管協助就醫。 4. 協助轉診個案至醫院就醫，持續追蹤個案。 5. 衛生所主動告知失智友善守護站，轉介個案至醫院成功，給予轉借費用(200元/案)。 6. 配合本市失智個案管理系統，進行個案資料建置登錄系統(50元/案)，同時與失智友善守護站確認資料完整性。
失智友善守護站特約單位 (基層中西牙醫診所、藥局)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主動發現個案、透過守護記憶卡執行，篩檢高風險個案。 2. 協助將篩檢個案轉介至轄區衛生所，提高發掘潛在失智症個案之量能，每2周回復衛生所。

柒、 經費核銷與注意事項：

衛生所使用經費僅限於登錄失智症個案管理系統之失智症個案登打費及轉介，並於每一季 10 日前(109 年 6 月 10 日、9 月 10 日、12 月 10 日前，送局辦理，逾期不受理。

高風險個案登打費、轉介費經費核銷資料如下：

衛生所需檢具「附件 1、領據」、「附件 2、計畫經費結算表」、「附件 3、失智友善守護站轉介清冊」、「附件 4、失智友善守護站服務合約書影本」。

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上 109 年度衛生所「高風險個案登打費」、「轉介費」，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、 預期目標

關鍵指標	107 年		108 年		109 年
	目標/人	執行率	目標/人	執行率	預期目標
發掘高風險個案 (登錄系統)	6500	2527(38%)	6500	6214(95%)	涵蓋率 40%
陽性個案就醫率 (含轉介至醫院)	4825	11	4825	69	目標數 20%

<p>新北市 區衛生所</p> <p><u>領 款 收 據</u></p> <p>中華民國 出納新字第 號</p>			
<p>撥款機關(商民): 新北市政府衛生局</p>			
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 2*

109 年「新北市失智症友善守護站」計畫經費結算表

109 年__月__日 _____區衛生所

單位：新臺幣(元)

項 目	高風險個案 登打費	轉介費	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：

109 年度新北市各區失智症篩檢目標數資料

序號	區別	老年人口數	推估數(老年人口數* 失智症盛行率 8%)	指標(二) N=高風險個案 完成目標數 (推估數*20%涵蓋率)	指標(三) N=高風險個案 就醫目標數 (完成目標數*20%)
1	板橋區	76,513	6,121	1,224	244
2	三重區	53,398	4,272	854	170
3	永和區	38,656	3,092	618	123
4	中和區	62,844	5,028	1,006	201
5	新店區	50,774	4,062	812	162
6	新莊區	45,201	3,616	723	144
7	土城區	24,857	1,989	398	79
8	蘆洲區	19,713	1,577	315	63
9	樹林區	20,199	1,616	323	64
10	鶯歌區	9,770	782	156	31
11	三峽區	13,098	1,048	210	41
12	淡水區	23,987	1,919	384	76
13	汐止區	25,931	2,074	415	82
14	林口區	11,303	904	181	36
15	五股區	9,236	739	148	29
16	泰山區	8,597	688	138	27
17	瑞芳區	6,940	555	111	22
18	深坑區	3,188	255	51	10
19	石碇區	1,615	129	26	5
20	坪林區	1,607	129	26	5
21	三芝區	3,889	311	62	12
22	石門區	2,001	160	32	6
23	八里區	4,642	371	74	14
24	平溪區	1,347	108	22	4
25	雙溪區	2,267	181	36	7
26	貢寮區	2,660	213	43	8
27	金山區	3,370	270	54	10
28	萬里區	3,905	312	62	12
29	烏來區	842	67	13	2
合計		532,350	42,588	8,518	1,689

失智症友善守護站轉介清冊

編號	單位名稱 (診所、藥局)	領款 金額	領款 日期	領款人	身分證字號	地址	電話
1.							
2.							
3.							
4.							
	表格不足請自行延伸						

備註：

1. 請各區衛生所協助審查轉介完成之資料。例：檢附個案確診或就醫日期、單據。
2. 審查結果請掃描成電子檔備查。

新北市政府衛生局_____區衛生所(以下簡稱甲方)

為辦理失智友善守護站服務計畫，與_____ (以下簡稱乙方)

經雙方同意訂立合約條款如下：

- 一、 資格條件：立案之醫療院所、診所、藥局。
- 二、 履約期限：自 109 年 01 月 01 日起至 109 年 12 月 10 日止。
- 三、 履約標的：
 - (一) 服務對象：新北市居民。
 - (二) 服務內容：失智友善守護站發掘高風險個案後轉介至轄區衛生所，並每 2 周主動回覆衛生所（轉介單傳送方式：e-mail 掃描檔或傳真皆可）。
 - (三) 轉介費計算：追蹤個案至各大醫院神經內科或精神科就醫確診，給予轉介費用 200 元/案。
- 四、 乙方得自由參加甲方辦理之失智症相關內容說明會或教育訓練等，並遵守相關流程規範。
- 五、 甲方對於乙方之執行有督導之權；乙方應盡善良管理人責任確實執行失智友善守護站服務。

立合約人：

甲方：新北市政府衛生局_____區衛生所

代表人：

地址：

電話：

用印

印信
甲方機關

乙方：

代表人：

地址：

電話：

用印

印信
乙方機關

中華民國

年

月

日

通 報 藥 局	個案基本資料	姓名	性別	出生日期	病歷號碼
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		身分證字號	聯絡人：		
		聯絡電話	聯絡地址：		
局	症狀摘要(可擇一或複選)	<input type="checkbox"/> 1. 多次忘記約診時間與醫師姓名 <input type="checkbox"/> 2. 不準時服用藥物 <input type="checkbox"/> 3. 忘記曾經被衛教指導 <input type="checkbox"/> 4. 忘記常來看診，說第一次來 <input type="checkbox"/> 5. 嚴重的焦慮與不安 <input type="checkbox"/> 6. 抱怨有人偷東西或害他 <input type="checkbox"/> 7. 常弄丟處方箋 <input type="checkbox"/> 8. 莫名抱怨服務人員 <input type="checkbox"/> 9. 資料填寫有明顯困難 <input type="checkbox"/> 10. 迷路找不到診間			
		藥局住址	電話號碼：		
			傳真號碼：		
			電子信箱：		
藥師簽章	通 報 日 期	年	月	日	
接受通報衛生所	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已安排轉診至 醫院 科門診治療中 2. <input type="checkbox"/> 已安排轉診至 醫院病房治療中 3. <input type="checkbox"/> 其他, 請說明：			
	衛生所名稱	回 覆 日 期	年	月	日

第一聯：接受通報衛生所留存
第二聯：藥局自存

※本通報單限使用乙次

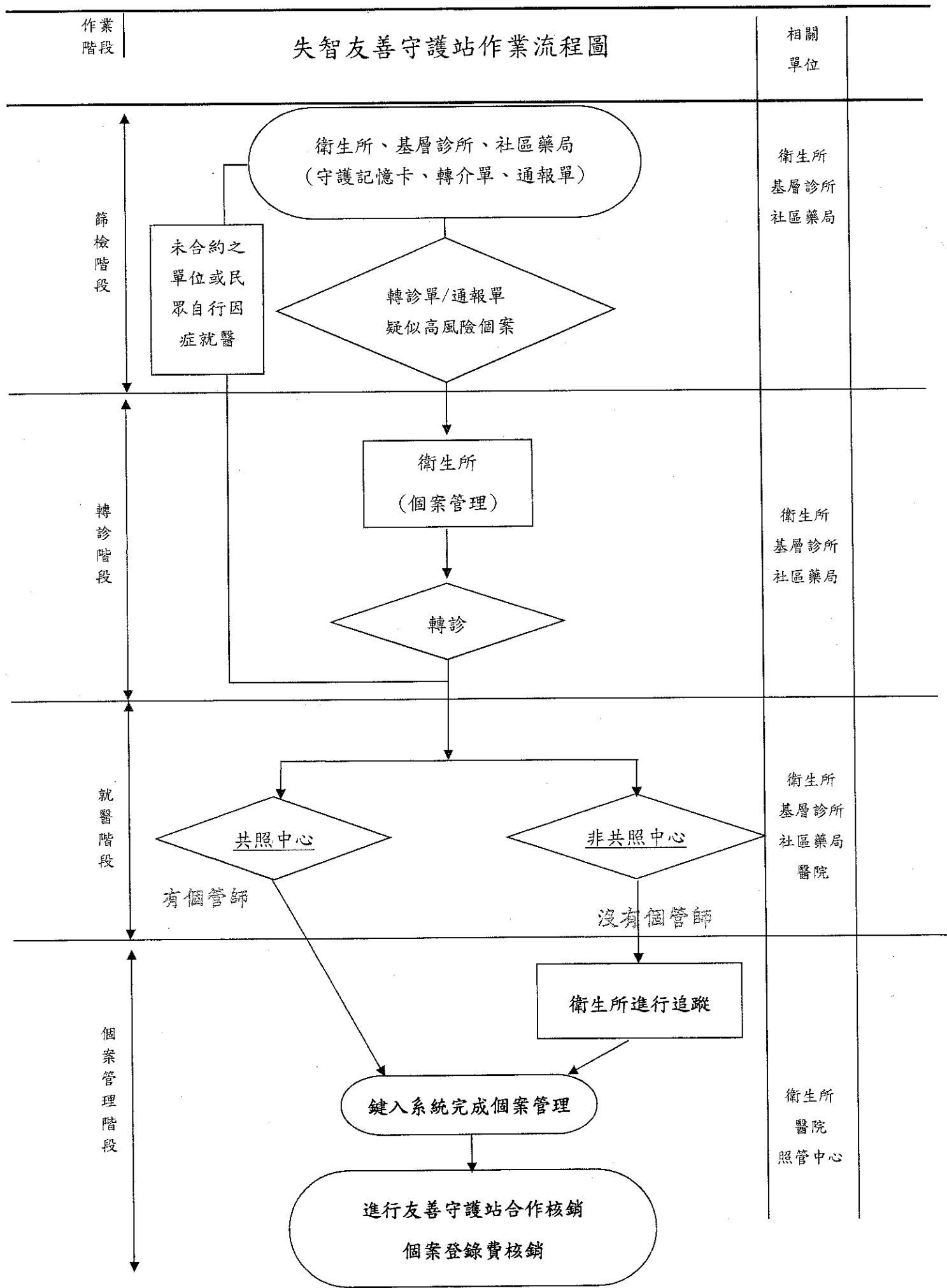
全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)
 保險醫事服務機構代號：

原 診	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期		病歷號碼		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前)	年	月	日	
		身分證號	聯絡電話	聯絡人		聯絡地址		
治 歷	摘要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)						
		<input type="checkbox"/> 疑似記憶力衰退						
醫 要	轉診目的	B.診斷		ICD-10-CM/PCS	病名			
		1.(主診斷：F03.9) 2.						
院 所	院所住址				傳真號碼： 電子信箱：			
		診治醫師姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章			
診 所	轉診日期	年	月	日	安排就醫日期	年	月	日
		建議轉診院所及科別醫師	名稱：(必填)	科別：(必填)	醫師：	轉診院所地址及專線電話	地址：	電話：
接 受 轉 診 醫 院 診 所	有效期限： 年 月 日							
	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院						
		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中						
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中						
治療摘要	4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中							
	5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄							
	1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱			3. 輔助診斷之檢查結果		
院所名稱	ICD-10-CM/PCS：					病名：		
				電話或傳真：		電子信箱：		
診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年	月	日	

第二聯：診所轉交本市衛生所(紅色)
 第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存(藍色)

第三聯：原診療醫院、診所留存(白色)

※本轉診單限使用乙次



失智友善守護站轉介作業流程說明

作業階段	流 程 說 明	備 註
篩檢階段	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所與失智友善守護站(中西牙醫基層診所、社區藥局)合作，簽署合約書。 2. 失智友善守護站發現個案後轉介至轄區衛生所，並於每 2 周主動回覆衛生所。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所主動告知友善守護站，轉介個案至醫院就醫成功，給予轉介費用 (200 元/案)。 2. 轉介單傳送方式：email 掃描檔或傳真皆可。
轉診階段	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所需審閱失智友善守護站轉介之個案，確認個案失智症狀後，予以收案列管並預約就醫。 2. 衛生所將資料登錄個案管理系統中，若個案資料不齊全或誤植，需與失智友善守護站再次進行確認。 	
就醫階段	<p>轉診分為<u>共照中心</u>及<u>非共照中心</u>部份。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>共照中心</u>： 由醫院個管師進行個案管理並回報衛生所。 2. <u>非共照中心</u>： 由衛生所進行全程個案管理，將醫院回傳資料登錄系統至完成就醫，持續追蹤個案。 	<p><u>共照中心</u>回報機制：更新個案就醫訊息於本市個案管理系統，衛生所依區域每月檢視個案就醫狀況。</p>
個案管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 就醫後若個案有長照服務需求則主動轉介照管中心。 2. 依據本獎勵計畫規定進行核銷事宜，登打費及轉介費用每季核銷 1 次。 	

