

正本

收文日期	110.1.5
編號	4069

檔 號：  
保存年限：

## 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3663

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110年1月5日

發文字號：新北衛高字第1092544254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

主旨：檢送110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」，發掘並轉介疑似失智個案，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：本市疑似失智症個案。
  - (二)計畫期程：自110年01月01日起至110年12月31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：依計畫採季申請轉介費用，並於110年3月10日、110年6月10日、110年9月10日及110年12月10日前檢附相關核銷資料「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」送轄區衛生所辦理。

六、本計畫請至新北市政府衛生局網址 <https://reurl.cc/EzAnQ0>，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、新北市健保診所協會

副本：

局長 陳潤秋



# 110 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 29 萬失智人口。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 109 年 10 月底 65 歲以上老年人口數超過 61 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，協助篩檢發掘疑似失智症個案，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，篩檢出疑似失智個案，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，協助將疑似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：本市疑似失智症個案。

## 伍、計畫期程：110年1月1日起至110年12月31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"> <li>1. 負責整體計畫之統籌、規劃與運作。</li> <li>2. 監督轄內衛生所完成資料登錄作業，排除問題處理機制。</li> <li>3. 辦理本計畫說明會及系失智個案管理統操作說明會。</li> <li>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。</li> <li>5. 監測與統計轄內各區衛生所之服務量。</li> <li>6. 完成整體計畫執行成效及評值。</li> </ol>
各區衛生所	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 針對110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。</li> <li>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。</li> <li>4. 協助轉診個案至醫院就醫，持續追蹤個案。</li> <li>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)。</li> <li>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。</li> </ol>
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"> <li>1. 主動發現個案、透過守護記憶卡執行，篩檢疑似失智個案。</li> <li>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。</li> </ol>

**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(110 年 3 月 10 日、110 年 6 月 10 日、9 月 10 日、12 月 10 日前，送局辦理，逾期不受理。

疑似失智症個案登打費、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 110 年度衛生所「疑似失智症個案登打費」、「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。

新 北 市 區 衛 生 所			
<u>領 款 收 據</u>			
	中 華 民 國	出 納 新 字 第	號
撥款機關(商民): 新北市政府衛生局			
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\*

### 110 年「新北市失智症友善守護站」計畫經費結算表

110 年\_\_月\_\_日 \_\_\_\_\_區衛生所

單位：新臺幣(元)

項 目	疑似失智症個案 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：



## 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。

# 110 年度失智友善守護站服務合約書

附件 4\*

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 110 年 01 月 01 日起至 110 年 12 月 31 日止。若期滿前一個月雙方均無任何反對或另議新約之意思表示，視為以不定期限繼續契約。
- 三、 履約標的：
  - (一) 服務對象：新北市居民。
  - (二) 服務內容：失智友善守護站發現疑似失智症個案後轉介至轄區衛生所，並每月主動回覆衛生所（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

新北市

藥局通報單(通報至新北市  
健保特約藥局代號:

衛生所)

附件 5\*

第一聯：接受通報衛生所留存  
第二聯：藥局自存

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:	
	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

※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	醫 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)								
		<input type="checkbox"/> 疑似記憶力衰退								
		B.診斷		ICD-10-CM/PCS		病名				
		1.(主診斷：F03.9)								
		2.								
	轉診目的	進一步認知功能檢查								
院 所	診所	院所住址	聯絡電話			傳真號碼： 電子信箱：				
		診治醫師姓名	科別	醫師簽章						
	轉診日期	年	月	日	安排就醫日期	年	月	日		
	建議轉診院所及醫師	名稱：(必填)			轉診院所地址及專線電話		地址：			
		科別：(必填)			醫師：		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 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								
	治療摘要	1. 主診斷 ICD-10-CM/PCS： 病名：		2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果				
	院所名稱				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)

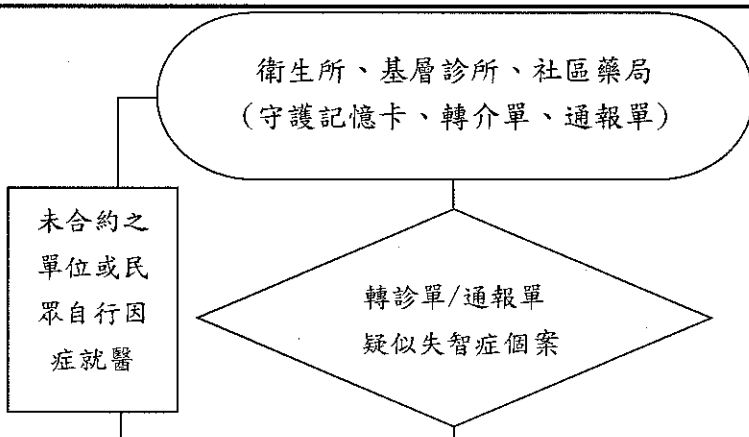
※本轉診單限使用乙次

作業階段

### 失智友善守護站作業流程圖

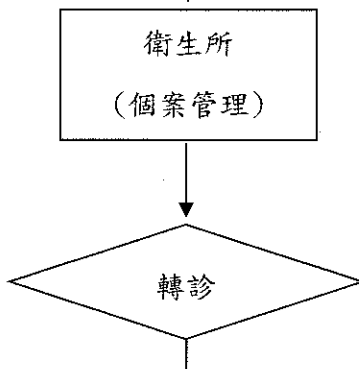
相關單位

篩檢階段



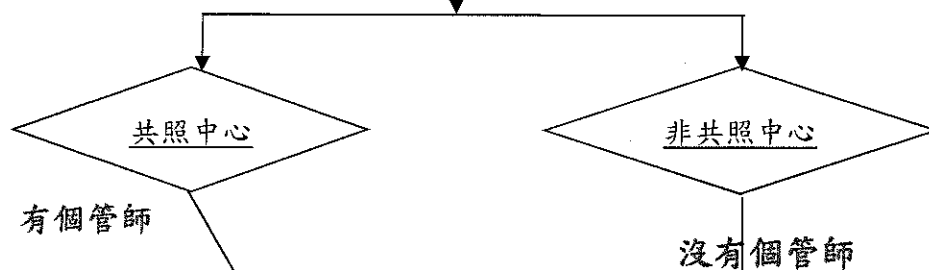
衛生所  
基層診所  
社區藥局

轉診階段



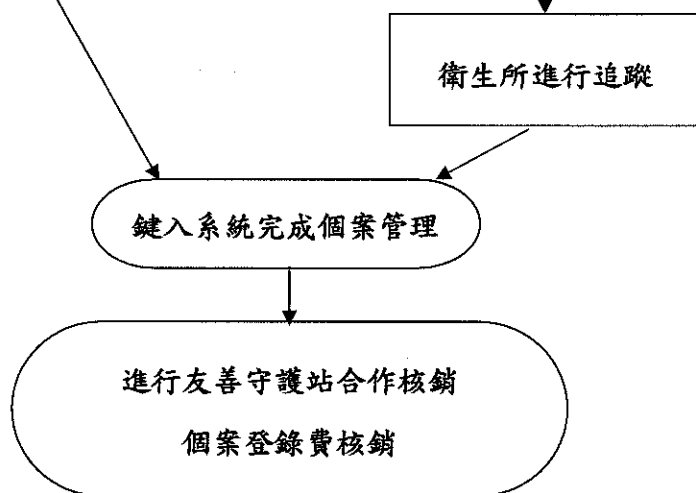
衛生所  
基層診所  
社區藥局

就醫階段



衛生所  
基層診所  
社區藥局  
醫院

個案管理階段



衛生所  
醫院  
照管中心

### 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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)。</li> <li>2. 轉介單傳送方式：email掃描檔或傳真皆可。</li> </ol>
轉診階段	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	
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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<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"> <li>1. 就醫後若個案有長照服務需求則主動轉介照管中心。</li> <li>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。</li> </ol>	

