

臺北市政府衛生局

113-114年臺北市失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫

壹、背景說明

隨著人口老化，失智人口明顯增加，推估民國120年我國失智人口近46萬人，屆時每100位台灣人有2位失智者；民國150年失智人口逾85萬人，每100位台灣人有近5位失智者；未來的20年中台灣失智人口數平均每天增加近48人。臺北市(以下簡稱本市) 65歲以上老人截至112年9月底為54萬4,026人，達21.71%，推估本市約有4萬2,308個老人疑似或罹患失智症，其中領有失智症身心障礙手冊者有8,536人，亦即尚有五分之四的潛在失智老人隱而未現。

失智症受疾病影響在記憶力、人時地定向感、判斷力、計算及抽象思考能力退化出現不同程度的干擾行為，患者處理日常生活事務的能力、長期經營的家庭與社區關係皆遭到疾病無情地破壞，長期下來常導致照顧者產生身心負荷症狀，甚至間接影響照顧者的工作及正常社交活動。

為鼓勵各醫療院所參與失智症業務，本局自103年起持續開辦疑似失智症個案初篩及確診個案需求評估與關懷計畫，推動失智症社區照護模式，結合社區及醫療院所相關資源，建立失智症支持網絡，落實失智症宣導及全面篩檢服務，達到早期診斷、早期介入的目標，以掌握個案病程進度，期能減少照顧者的壓力及負擔，提昇失智症患者及家屬之照護與生活品質。

貳、計劃目標

- 一、持續擴大辦理失智症初篩與個案需求評估，達到早期診斷、早期介入的目標。
- 二、提供新確診個案立即可取得之防走失資源，以利個案走失時可有效率協尋，降低個案危險。
- 三、推動失智症社區照護網絡模式，結合社區及醫療院所資源，將個案轉介院內或失智共照中心及失智社區服務據點等。
- 四、辦理個案關懷服務、電話訪視或居家訪視等服務，使醫療資源持續介入，有效掌握個案病程發展。
- 五、提昇失智症患者及照顧者照護及生活品質。

參、計劃執行內容

一、委託單位：

- (一) 篩檢：開設神經科或精神科門診之醫療院所。
- (二) 確診需求評估、關懷及訪視：除符合上開條件外，設置診療科別需有神經科或精神科之醫療院所。

二、服務對象：

- (一) 篩檢：設籍本市65歲(含)以上疑似失智症個案。
- (二) 確診需求評估：設籍本市50歲(含)以上新確診失智症個案。

(三) 關懷、訪視：居住於本市50歲(含)以上已確診之失智症個案。

三、辦理事項：

(一) 辦理失智症初篩服務：

1. 透過與本局簽訂合約之醫療機構，對疑似患有失智症個案提供初篩服務，並將資料鍵入本局失智症個案管理系統，以掌握失智症個案篩檢狀態，達到個案關懷與追蹤管理之目的。
2. 失智症初篩服務費用：預計服務人數為1,000人，總計10萬元整，補助金額100元/人。同一年度同一家醫療院所僅補助1次，每年每位個案以2次為上限；當月補助費用以先申請、交付失智症篩檢及確診個案需求評估總表並完成系統資料建置之機構為優先補助對象，若為異常個案(AD8 \geq 2分)須與本市確診需求評估合約醫療院所或失智共照中心聯絡，並協助個案完成掛號及追蹤個案後續就診情形，並請受理轉介之合約醫療院所協助完成「協助個案安排就醫單-受理轉介/照會單位資料」內容填寫，於個案就診後5個工作日內回傳「協助個案安排就醫單」予篩檢服務院所。
3. 若該個案已完成當年度老人健康檢查，不可重複申領此項服務費用。
4. 費用申請需檢據下列佐證資料影本：
 - (1) 個案基本資料(附件1)、AD-8篩檢量表(附件2)及完成填寫協助個案安排就醫單，其他相關佐證資料可一併提供。(異常個案若於當月申請確診需求評估服務費用可無需填寫協助個案安排就醫單)
 - (2) 機關規範之其他項目。
 - (3) 篩檢異常個案於篩檢日期當月份未於轉介單位完成就診者，將不予補助此項費用，如有特殊狀況，請提具「臺北市失智症篩檢及確診個案需求評估補助計畫時間延長申請表」(附件6)。

(二) 辦理新確診個案需求評估：

1. 為提供失智個案全人照護，請醫療院所對收治之疑陽個案(包含院內轉診個案)協助確診並提供照護資源需求評估(附件3、4)(含防災宣導如附件5)，並將資料及個案圖資鍵入本局失智症個案管理系統，以利掌握本市疑陽個案初次確診之相關數據。

2. 本計畫預計服務人數為500人，每案費用新臺幣(以下同)700元，總計35萬元，申領之個案需經機關確認未於本局失智症個案管理系統有確診紀錄者為限；老人健檢疑似失智個案經確診後亦適用本項補助經費。
3. 費用申請需檢據下列佐證資料影本，並完成失智症個案管理系統登錄：
 - (1) 個案基本資料(附件1)、「就醫紀錄暨需求評估」(附件3)及收案及連結同意書(附件4)等其他相關佐證資料。
 - (2) 機關規範之其他項目。
 - (3) 「確診評估」於就診日期起60天內未完成確診服務與系統登錄者，系統將釋放個案得由其他醫療院所另為評估，如有特殊狀況，請提具「臺北市失智症篩檢及確診個案需求評估補助計畫時間延長申請表」(附件6)。

(三) 辦理個案關懷服務：

1. 經個案或其家屬簽訂收案及連結同意書(附件4)，請醫療院所協助個案完成個案基本資料(附件1)及個案關懷紀錄表(附件7)將資料及個案圖資鍵入本局失智症個案管理系統，協助個案及照顧者獲得適當醫療諮詢或照護服務，並於系統內完成個案紀錄登打，當失智共照中心收案後即必須在本計畫結案，避免資源重複使用。
2. 個案關懷若與新確診個案需求評估同日提供服務，當次不予核付費用。
3. 本計畫預計服務900人次，每案費用800元，總計72萬元整。請按月填寫「個案關懷服務清冊成果月報表」(附件8)，並將資料鍵入本局失智症個案管理系統。

(四) 辦理失智症電話訪視服務：

1. 依不同失智程度之個案服務需求，利用電話訪視協助個案及照顧者獲得使用適當諮詢服務，完成填寫「個案關懷服務清冊成果月報表」(附件8)，並將個案服務紀錄資料鍵入本局失智症個案管理系統。
2. 為考量民眾使用服務之可近性並避免資源重複配置，本服務內容不得與衛生福利部該年度失智照護服務相關計畫重複申領為原則。
3. 本計畫預計服務500人次，每案費用200元，總計10萬元整。

(五) 辦理失智症居家訪視服務：

1. 當個案有急性症狀、獨自在家且無照顧者陪同就醫或不良於

行且有實際訪視其用藥評估等以上需求時，經個案同意個案管理師至家中提供相關服務，協助個案及照顧者獲得支援，完成填寫「個案關懷服務清冊成果月報表」(附件8)，並將個案服務紀錄資料鍵入本局本局失智症個案管理系統。

2. 本計畫僅補助個案管理師提供居家訪視服務，如非藥物治療、諮商輔導及照顧技巧等內容，若有醫師提供醫療服務，請依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」規定辦理，不得與本計畫重複申領。
3. 預計服務人數為20人次，每案費用1,500元，總計新臺幣3萬元整。

四、本計畫同一個案申領**新確診個案需求評估**或**個案關懷服務**補助以一次為限，後續可依個案不同失智程度之照護需求，提供**電話訪視**或**居家訪視服務**，惟同一月份僅能擇一申領，不得同時申請補助。

五、費用申請需於次月10日(如遇假日順延1日)前，檢附前揭紙本資料送達本局、完成失智個案管理資訊系統登打申請個案所列應登錄資料。並於次月25日前函送臺北市政府失智症個案管理系統中下載之「**臺北市政府衛生局失智症篩檢、確診評估及關懷服務核付表暨收據**」(附件9)、「**臺北市政府衛生局失智症篩檢及確診個案需求評估費用申請總表**」(附件10)各1式3份或其他相關表單，並由銀行轉帳或郵局存款轉帳方式核付，若前述表單因系統故障，致無法下載，本局另以電子郵件傳送需求該評估核付表暨收據予廠商，如表單非機關規定之規格或逾期送達，則機關得不予補助。

六、除前述規定外，尚需配合以下規定：

- (一) 設立失智症醫療服務窗口，以提供失智症個案相關諮詢與服務。
- (二) 每月申報以前1個月完成系統登錄者為限。
- (三) 個案請確實登錄詳實基本資料，並確實查核個案之身分證明資料，需符合戶籍地址在臺北市，始可申請本補助。
- (四) 失智症篩檢、確診評估及關懷服務核付表暨收據紙本之申報總金額須與個案關懷服務清冊成果月報表及失智症篩檢及確診個案需求評估費用申請總表之總計金額務必符合。若不符合，本局得退回紙本或資訊系統中申報資料，限於3工作天內修改完成，否則得不予核付該月申報款項。
- (五) 為配合機關年度結算，該年度11月份費用申請，廠商最遲於該年度12月3日前寄達相關文件予機關辦理審查，俟機關審查

合格，廠商應於該年度12月20日前函送付款資料及期末成果報告(附件11)，以利機關結算付款。

- 七、受機關補助之失智症醫療機構，需配合本局每年度舉辦之不定期抽查，以提升本市失智症醫療服務品質。評估醫療院所應採用標準化診斷工具。
- 八、為避免發生虛報、浮報費用之問題，將於每年度不定期抽查申報費用之相關證明文件或病歷紀錄，並經查核若有申報不實之情形，機關得於下1個月請領補助款中，直接核扣該筆已核撥金額，或行文追討該筆已核撥金額。
- 九、實施本醫療補助所需費用，由機關按年編列預算支應。
- 十、為擴大篩檢與加強院內轉診照會服務，合約醫療院所內部相關老年醫學門診可對門診收治疑似失智個案進行篩檢與協助就診服務及費用之申報。
- 十一、合約醫療院所對於疑陽個案進行確診服務後，對於確診為「非失智症患者」仍須登錄於本市失智症個案管理系統。
- 十二、其他：
 - (一)本合約醫療院所係為機關委託執行，適用行政程序法及個人資料保護法。
 - (二)本補助經費使用可相互支應，各醫療院所得依機構內實際狀況辦理申報補助。
 - (三)本局失智症系統僅開放合約機構之 IP 位址使用，並依照臺北市政府資訊安全管理規範二十二、網路存取控制：機關應視資訊系統或服務之性質儘可能限制網路存取之設備（例如只開放授權之 IP 位址或網路卡（MAC）、使用強制性通道存取資訊系統或網路資源）。
 - (四)其他本局要求配合事項。
 - (五)臺北市失智篩檢及確診評估服務流程圖如及臺北市失智症個案關懷及訪視服務流程詳如圖1、2。
 - (六)臺北市失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫核付詳如圖3。

肆、 預算金額：本案經費計130萬元整，由113年度及114年度醫療保健福利計畫/醫療福利計畫/獎補助費項下支應，各年度各項經費編列說明如下：

項目	單價(元)	預計收案	單位	小計(元)	總計(元)
初篩服務費	100	1,000	人次	100,000	1,300,000
辦理新確診個案需求評估服務	700	500	人	350,000	
個案關懷服務費	800	900	人	720,000	
電話訪視	200	500	人次	100,000	
居家訪視	1,500	20	人次	30,000	
備註：實際供應數量支付項次之總經費不變下，得依實際狀況互相勻支。					

伍、 計畫期程：自113年1月1日起(若核定日逾1月1日，則以核定日為計畫起始日)至114年12月20日止，或至當年度該項經費用罄為止。

工作計畫及內容	113、114年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
辦理失智症篩檢、 確診評估及關懷服務												
按月核銷經費												

陸、 預期效益

- 一、失智症個案能儘早取得失智症醫療介入，延緩病情發展之情形。
- 二、失智症個案經由確診後，可即時獲得多元照護服務資源。

柒、 計畫給付相關規定：

- 一、評核與管理機制：失智症合約醫療機構須配合本局不定期抽查，以瞭解醫療機構申報費用情形，並防範浮報。
- 二、費用申請作業係依本局失智症個案管理系統登錄資料辦理，請合約醫療院所依規定逐一登打至系統，如未於規定期限完成之個案，將不予核付。

三、各項表單若未完成署名，將不予核付費用。

圖1. 臺北市失智篩檢及確診評估服務流程圖

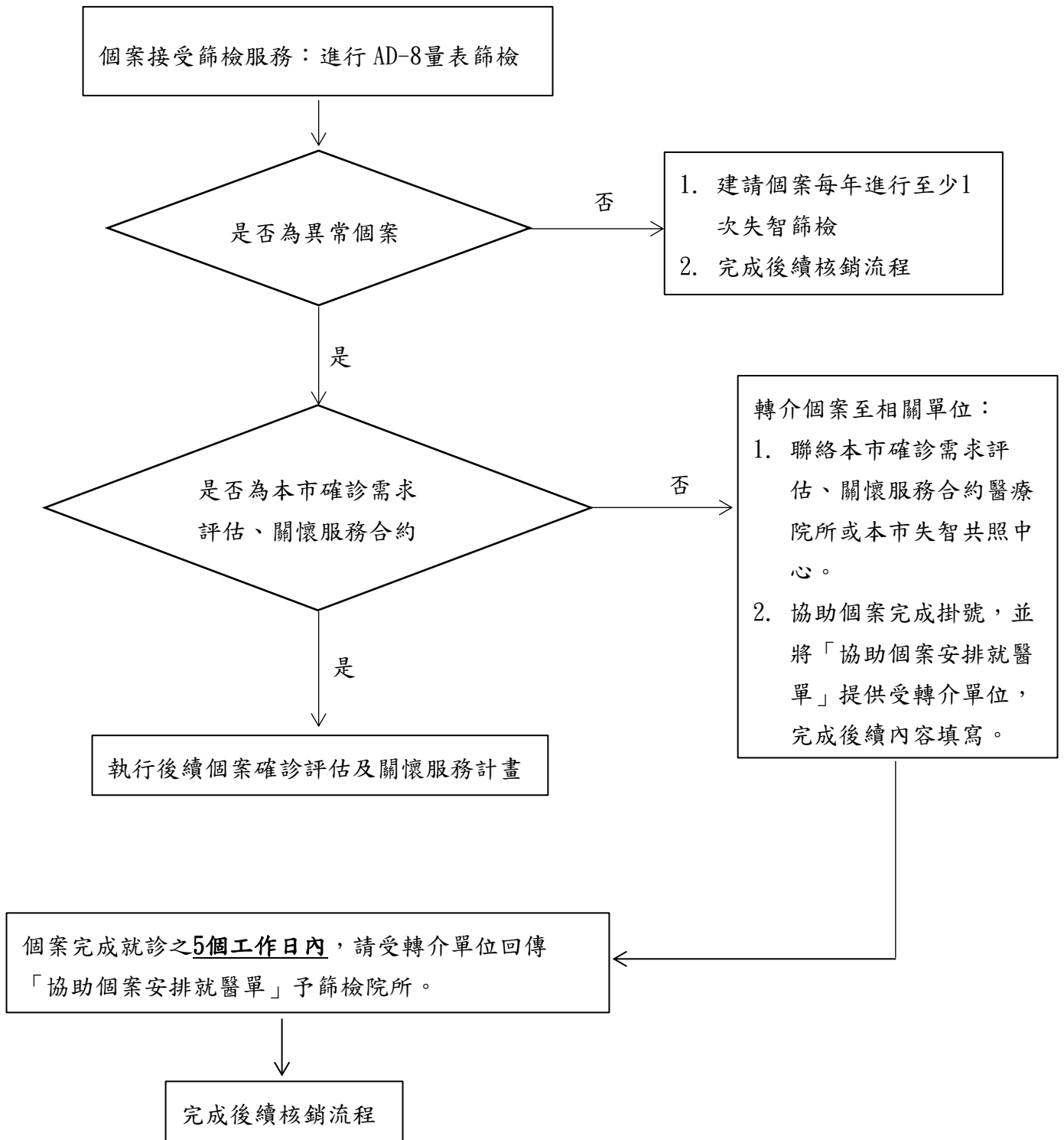


圖2. 臺北市失智症個案關懷及訪視服務流程圖

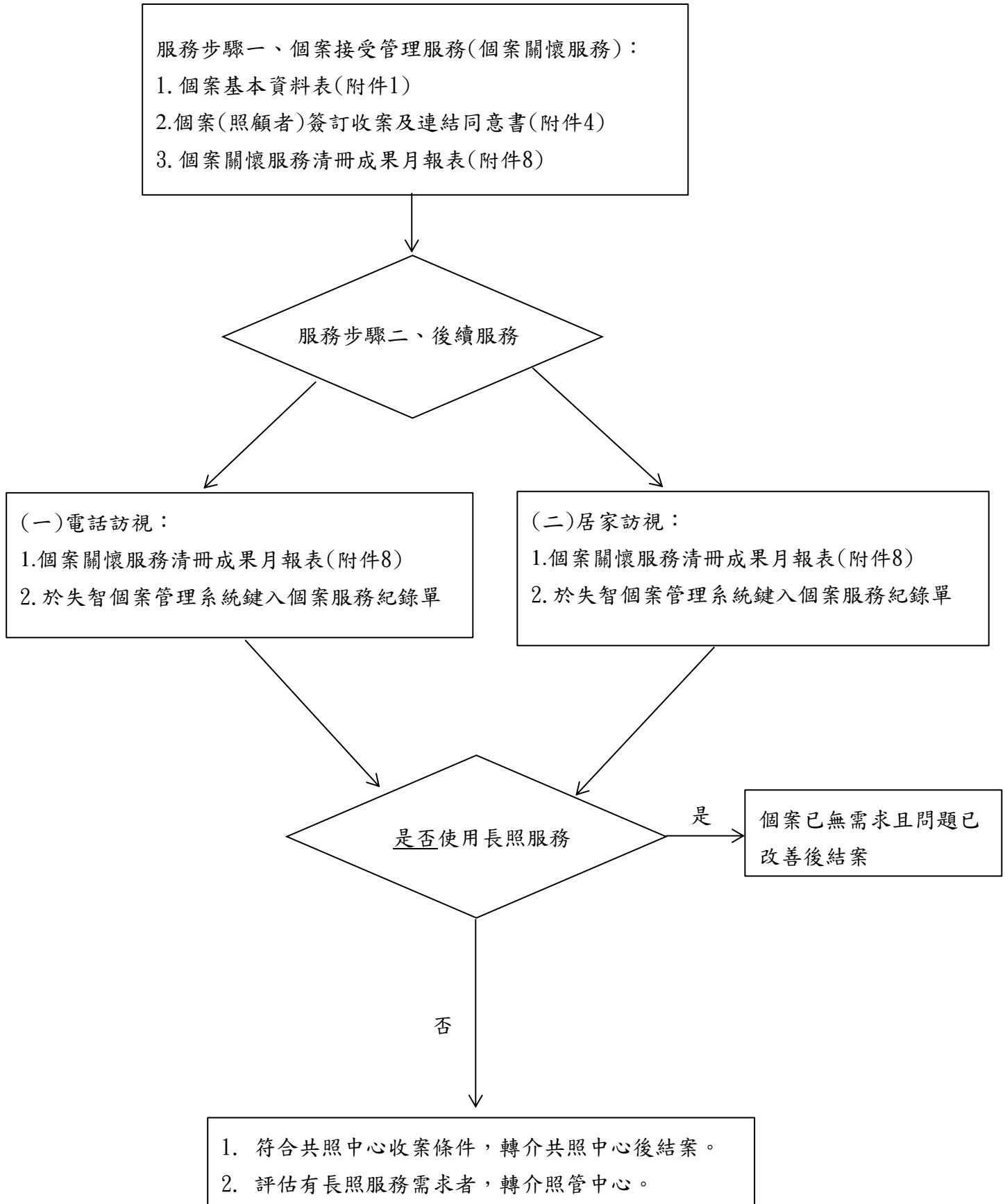
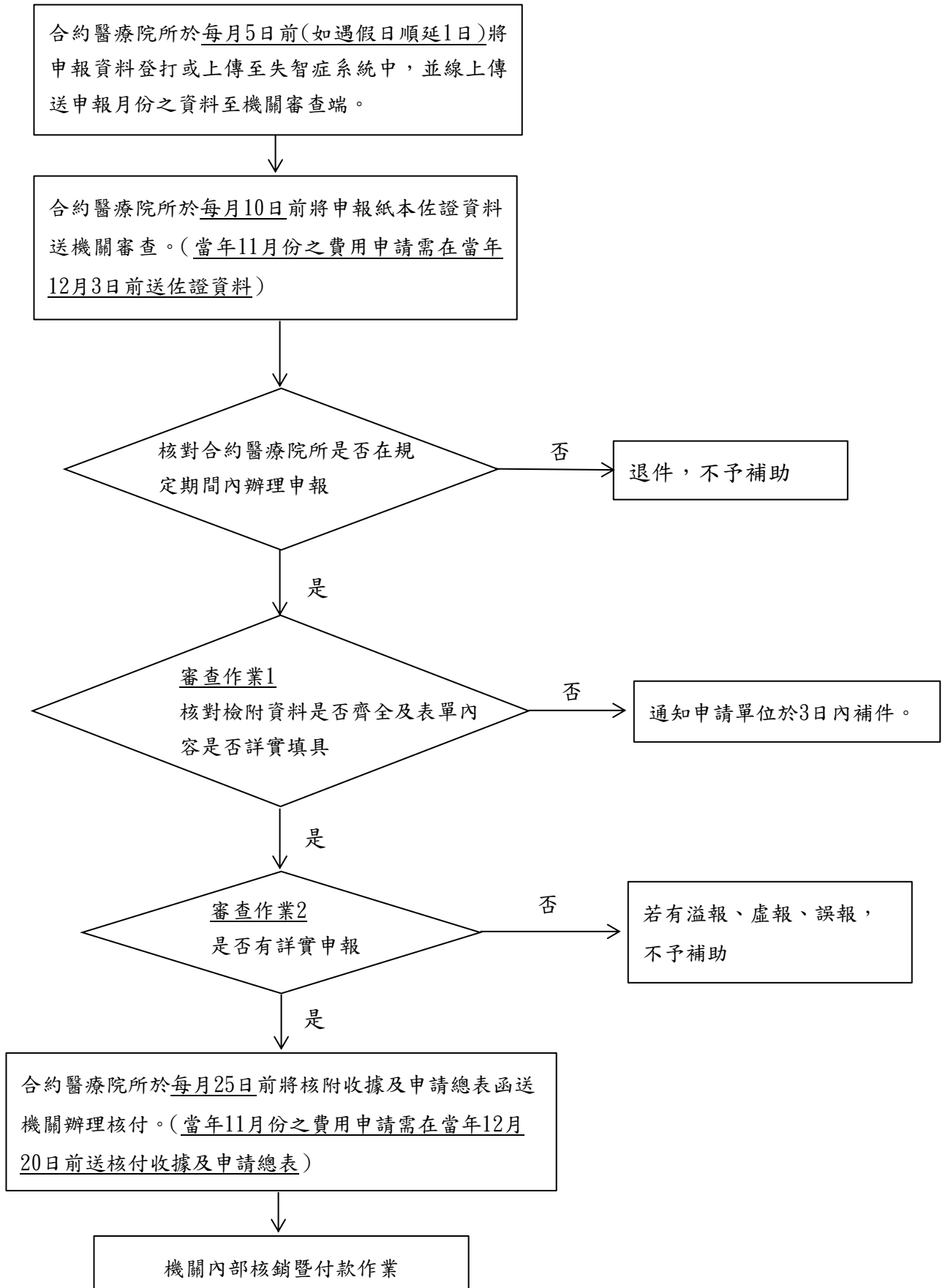


圖3 臺北市失智症篩檢、確診評估及個案關懷服務核付流程



臺北市政府衛生局

臺北市失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫

個案基本資料

合約醫院：_____

病歷號		個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女
出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號		手機	
E-mail		連絡電話 (日)		連絡電話 (夜)	
傳真		婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1未婚 <input type="checkbox"/> 2有偶 <input type="checkbox"/> 3離婚 <input type="checkbox"/> 4喪偶 <input type="checkbox"/> 5關係消滅		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1不識字 <input type="checkbox"/> 2識字 <input type="checkbox"/> 3國小肄業 <input type="checkbox"/> 4國小畢業 <input type="checkbox"/> 5國中肄業 <input type="checkbox"/> 6國中畢業 <input type="checkbox"/> 7高中(職)肄業 <input type="checkbox"/> 8高中(職)畢業 <input type="checkbox"/> 9大專肄業 <input type="checkbox"/> 10大專畢業 <input type="checkbox"/> 11大學肄業 <input type="checkbox"/> 12大學畢業 <input type="checkbox"/> 13研究所(含以上)畢業				
個案居住 狀態	<input type="checkbox"/> 1家裡 <input type="checkbox"/> 2機構 <input type="checkbox"/> 3其他：	是否 獨居	<input type="checkbox"/> 1是 <input type="checkbox"/> 2否	福利 身份	<input type="checkbox"/> 1低收 <input type="checkbox"/> 2中低收 <input type="checkbox"/> 3特殊境遇 <input type="checkbox"/> 4身心障礙： 障別
溝通方式	<input type="checkbox"/> 1口語(聽說均可) <input type="checkbox"/> 2筆寫 <input type="checkbox"/> 3溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4其他：				
現居地址 (區必填)	北市 區 路 段 里 鄰 街 巷 弄 號 樓				
戶籍地址 (區必填)	<input type="checkbox"/> 同上 北市 區 路 段 里 鄰 街 巷 弄 號 樓				
個案緊急連絡人					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	連絡電話	
與個案關係	<input type="checkbox"/> 1配偶 <input type="checkbox"/> 2父母 <input type="checkbox"/> 3子女 <input type="checkbox"/> 4兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5祖孫子女 <input type="checkbox"/> 6媳婦/女婿 <input type="checkbox"/> 7雇傭(本勞/外勞) <input type="checkbox"/> 8其他：				
附件資料	<input type="checkbox"/> AD-8評估量表 <input type="checkbox"/> 就醫紀錄需求單 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 個案關懷紀錄表 <input type="checkbox"/> 個案需求評估完成時間延長申請表				

備註:個案首次申請此計畫費用需檢附此附件，後續辦理計畫其他服務核銷僅需檢附影本，不需重複填寫。

篩檢日期： 年 月 日
 個案姓名： _____
 身分證字號： _____
 病歷號： _____
 合約醫院： _____

臺北市政府衛生局
 極早期失智症篩檢量表 (AD-8)

- 一、受測者： 個案本人
 照顧者或個案家屬(請填寫下列資料)
 ■ 姓名： _____、性別： 1. 男 2. 女、連絡電話： _____
 ■ 與個案關係： 1. 配偶 2. 父母 3. 子女 4. 兄弟姊妹 5. 祖孫子女
 6. 媳婦/女婿 7. 僱傭(本勞/外勞) 8. 其他： _____
- 二、進行方式：請教個案或家屬(或主要照顧者)，近幾年來在以下這些事情上有否改變？並將結果記錄下來(有改變得1分，無改變或不知道得0分)

有改變 (1分)	無改變 (0分)	不知道 (0分)	題 目	內 容 說 明
			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。	和以前比較「判斷力」變差，例如：容易被詐騙、明顯錯誤的投資、或過生日卻送鐘給對方，對方是男孩卻送裙子，不熟的朋友卻送昂貴禮物
			2. 對活動和嗜好的興趣降低。	和以前比較變得不愛出們，對之前喜歡從事的活動變的興趣缺缺，但須排除因環境變異因素引起或因行動能力所影響。例如：之前常去活動中心唱卡拉OK，現在卻不願意去，並非因為卡拉OK設備壞掉所導致。
			3. 重複相同問題、故事和陳述。	和以前比較，較常重複問同樣的問題，或重複述說相同的事件等。
			4. 在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐(器)、微波爐、遙控器。	和以前比較，對於器具的使用能力降低，例如：時常打錯電話或電話撥不出去，不會使用遙控器開電視等。使用器具能力的變化，過去患者會使用，但現在卻不會；同時非因肢體問題而導致，如手痛。
			5. 忘記正確的月份和年份。	和以前比較，以前可以但現在無法說出當下正確的年月、或說錯自己的年齡。
			6. 處理複雜的財務上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。	和以前比較。較有困難處理複查的財務活動，例如：過去皆負責所得稅的申報、水電費的繳款、信用卡帳單繳費等，現在卻常發生沒繳費、多繳或少繳錢的情形。
			7. 記住約會的時間有困難。	和以前比較，較常出現忘記與他人約會的時間。
			8. 有持續的思考和記憶方面的問題。	近幾年來較多持續出現思考或記憶的問題，例如每天或多或少都有發生上述之狀況。

結果：總分 ____ 分； 得分 \geq 2 分，需安排進一步確診

得分 $<$ 2分，建議每年至少進行 1 次失智症篩檢

職 稱： _____ 施測者(簽名或蓋章)： _____

(疑陽個案請將此表及協助個案安排就醫單交給院內神經或精神科進行確診，以申請相關補助費用)

協助個案安排就醫單

篩檢者資料

病歷號		個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日	身分證字號		聯絡電話	
AD 篩檢日期		安排就醫日期	年 月 日	AD8 分數	

施測單位資料

施測科別		職稱		主治醫師 (簽章或單位章)	
施測者		連絡電話		轉介/照會日期	年 月 日
主治醫師		連絡電話			

受理轉介/照會單位資料

受理單位				主治醫師 (簽章或單位章)	
受理科別	<input type="checkbox"/> 神經科 <input type="checkbox"/> 精神科				
聯絡窗口姓名		連絡電話			
主治醫師		連絡電話		就診日期	年 月 日

個案處理回覆	
--------	--

備註：若該個案同時申請確診需求評估服務費用，可不需填寫個案安排就醫單。

就醫紀錄暨需求評估

合約醫院：_____

個案就醫資料

病歷號	身分證字號			姓名	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日
				福利身份	<input type="checkbox"/> 1低收 <input type="checkbox"/> 2中低收 <input type="checkbox"/> 3特殊境遇 <input type="checkbox"/> 4身心障礙：障別
就診日期	民國	年	月	日	主訴摘要
就診問題 主訴	<input type="checkbox"/> 1生理 <input type="checkbox"/> 2認知 <input type="checkbox"/> 3感覺 <input type="checkbox"/> 4情緒 <input type="checkbox"/> 5行為 <input type="checkbox"/> 6精神 <input type="checkbox"/> 7諮詢 <input type="checkbox"/> 8身心障礙鑑定 <input type="checkbox"/> 9其他：				
個案病史	<input type="checkbox"/> 0無 <input type="checkbox"/> 1高血壓 <input type="checkbox"/> 2中風 <input type="checkbox"/> 3短暫性腦缺血 <input type="checkbox"/> 4短暫缺血性發作 <input type="checkbox"/> 5巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 6糖尿病 <input type="checkbox"/> 7梅毒 <input type="checkbox"/> 8心臟病 <input type="checkbox"/> 9腸胃疾病 <input type="checkbox"/> 10關節疾病 <input type="checkbox"/> 11泌尿道疾病 <input type="checkbox"/> 12唐氏症候群 <input type="checkbox"/> 13後天免疫不全症候群 <input type="checkbox"/> 14憂鬱症 <input type="checkbox"/> 15其他精神疾病：				
個案 家族病史	<input type="checkbox"/> 0無家族病史 <input type="checkbox"/> 1失智症 <input type="checkbox"/> 2中風 <input type="checkbox"/> 3憂鬱 <input type="checkbox"/> 4巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 5梅毒 <input type="checkbox"/> 6唐氏症候群 <input type="checkbox"/> 7其他：				
確診日期	民國	年	月	日	評估結果
					診斷 摘述
確診診斷	<input type="checkbox"/> 1退化性失智症(○1.1阿茲海默症○1.2路易氏體失智症○1.3額顳葉型失智症) <input type="checkbox"/> 2血管性失智症 <input type="checkbox"/> 3其他類型失智症：_____				
嚴重程度 (CDR)	評估日期：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1正常(CDR=0) <input type="checkbox"/> 2疑似失智(CDR=0.5) <input type="checkbox"/> 3輕度失智(CDR=1) <input type="checkbox"/> 4中度失智(CDR=2) <input type="checkbox"/> 5嚴重失智(CDR=3) <input type="checkbox"/> 6非常嚴重失智(CDR=4) <input type="checkbox"/> 7極重度失智(CDR=5)				
心智功能 (MMSE)	評估日期：民國 年 月 日 ●總分數：_____； <input type="checkbox"/> 1(0-9分) <input type="checkbox"/> 2(10-14分) <input type="checkbox"/> 3(15-20分) <input type="checkbox"/> 4(21-24分) <input type="checkbox"/> 5(25-30分) ●人時定向：_____分、注意力和計算能力：_____分、回憶：_____分、語言能力：_____分 三項詞句覆頌：_____分、空間建構能力：_____分				
精神行為 (BPSD)	評估日期：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1妄想 <input type="checkbox"/> 2幻覺 <input type="checkbox"/> 3躁動 <input type="checkbox"/> 4憂鬱/心情不悅 <input type="checkbox"/> 5焦慮 <input type="checkbox"/> 6過度興奮/情緒高昂 <input type="checkbox"/> 7精神漠然/態度冷淡 <input type="checkbox"/> 8行為隨便/失控 <input type="checkbox"/> 9暴躁易怒/情緒不穩 <input type="checkbox"/> 10不尋常舉動 <input type="checkbox"/> 11晚上行為 <input type="checkbox"/> 12食慾/進食改變				ADL/IADL
					評估日期： 民國 年 月 日 ADL 總分： IADL 總分：

需求評估

● 評估日期：民國 年 月 日

● 照護資源需求評估：

0無

1安全防數(防走失策略)：

- 1.1失智症走失手鍊【低收及中低收】(社會局)
- 1.2緊急救援手鍊【低收及中低收】(社會局)
- 1.3預防走失指紋捺印(警察局)
- 1.4其他：
- 1.5建立個案圖資於衛生局失智症個案管理系統(本項為必要完成項目)
- 1.6衛星定位(GPS)
- 1.7愛心布標
- 1.8環境巧思

- 2 社會福利資源(社會局)
- 2.1 身心障礙鑑定證明(手冊): ○2.1.1 符合申請資格 ○2.1.2 重新申請
- 2.2 獨居長者關懷
- 2.3 其他:
- 3 支持與活化措施:
- 3.1 失智共照中心
- 3.2 失智社區服務據點
- 3.3 家庭照顧者培訓班
- 3.4 家屬支持團體
- 3.5 社區樂齡活動
- 3.6 心理支持服務
- 3.7 鄰里關懷
- 3.8 日間照顧服務
- 3.9 其他:
- 4 醫療照護: 就診醫院:
- 4.1 門診追蹤:
- 4.1.1 神經科 ○4.1.2 精神科 ○4.1.3 其他:
- 4.2 藥物治療
- 4.3 非藥物治療: ○4.3.1 記憶門診 ○4.3.2 其他:
- 4.4 手術治療
- 4.5 其他:
- 5 長期照顧服務(長期照顧管理中心):
- 5.1 喘息服務
- 5.2 日間照顧
- 5.3 居家照顧
- 5.3.1 醫師 ○5.3.2 護理 ○5.3.3 營養 ○5.3.4 藥師 ○5.3.5 職能 ○5.3.6 物理
- 5.3.7 呼吸治療師 ○5.3.8 居家服務
- 5.4 安養安置
- 5.5 居住及餐飲服務
- 5.6 輔具評估與協助提供
- 5.7 交通接送服務
- 5.8 居家無障礙環境改善
- 6 復康巴士
- 7 重大傷病卡: ○7.1 已持有 ○7.2 符合申請資格 ○7.3 不符合申請資格
- 8 宣導防災相關: ○8.1 已安裝火災警報器 ○8.2 符合優先補助對象(低收入戶、獨居長者、身障、65歲以上長者、經評估經濟弱勢需協助者等)
- 9 其他: _____

●個案同意書(若有,請檢附佐證資料送局)

註:請依個案實際適用狀況記載。

醫師(簽名或蓋章): _____ 登錄者(簽名或蓋章): _____

登錄日期(年/月/日): _____

臺北市政府失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫 收案及連結同意書

您好：

臺北市政府衛生局（以下簡稱本局）委託_____醫療院所執行「113年度失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫」，為使您與您的家人獲得良好的失智症照護服務，衛生局特別結合本府相關局處失智症照護服務資源，期待透過積極主動的介入，將資源連結給您或您的家人，以減輕您或您家人照顧上的負擔。

本計畫合約醫療院所於您就診時，對您身心狀況進行照護需求的了解，以讓您與您的家人能獲得本府貼心的照顧服務，在提供各項照護服務之前，須徵得您或您的家人同意，以便將您的基本資料(姓名、身分證字號、電話、行動電話、現居地址、電子信箱及照護需求)視情況提供給本府相關局處暨所屬單位、合約醫療院所與民間團體，使前開資源單位主動與您或您的家人聯繫，以利就近獲得在地資源的照護服務。您所提供的資料將依據個人資料保護法規定辦理，絕對不會影響您的就醫權益及個人隱私。

誠摯地邀請您與我們為長輩的醫療服務資源情形把關，若您不同意參與本計畫，絕不會影響您日後於醫療院所接受的照顧服務。我們工作團隊將竭盡所能，提供您最佳的諮詢服務。

祝福您

臺北市政府衛生局 關心您

請勾選您是否同意將姓名、身分證字號、電話、行動電話、現居地址、電子信箱及照護需求等7項資料提供予本計畫

同意：接受家庭訪視、接受電話服務或問卷調查

不同意，理由：

以下是本市失智症照護網絡資源服務單位，請您勾選是否同意以下單位主動與您聯繫，將失智症照護服務直接連結給您或您的家人：

照護網絡服務資源單位	可提供的服務內容	是否同意將病患基本資料提供給照護網絡資源服務單位。	
		同意	不同意
臺北市十二區健康服務中心	社區樂齡活動、定期訪視關懷與提供諮詢與協助服務等		
臺北市政府社會局	走失手鍊、身心障礙證明（手冊）申辦、經濟協助與諮詢等		
臺北市政府警察局	預防走失指紋捺印申請等		
臺北市政府消防局	協助緊急救援等		
臺北市政府民政局/臺北市區公所	鄰里關懷等		
臺北市長期照顧管理中心	喘息服務、日間照顧、居家照顧、安養安置、居住及餐飲服務、輔具評估與購置及租借、交通接送服務、居家無障礙環境改善等		
臺北市社區心理衛生中心	心理支持服務（團體或個別心理諮商與治療）、家屬支持團體等		

我已經閱讀並瞭解上述資訊，同意參與計畫並接受家庭訪視或電話服務或問卷調查並提供給上述資源單位。

同意人(病患)：_____

連絡電話：_____

代理人(為病患親屬，病患本人無能力行使同意時由親屬代理)：_____

與同意人(病患)關係：_____

連絡電話：_____

個案管理師簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日

若個案無使用長照服務並於本計畫結束之後，接續失智共同照護中心服務，請填下一頁。

臺北市 _____ 失智共同照護中心 個案服務管理申請書

失智照護服務除了失智共同照護中心團隊人員的專業，更需要個案、家屬及照顧者的配合與意願，才能使照護服務發揮到最大的效益。為了順利提供照護服務，請您詳讀以下相關事項：

一、失智共同照護中心提供之個案管理服務，包含協調個案及照顧者需要之照顧服務使用、轉介及追蹤，並依照不同階段所需之生活照顧與醫療照護提供諮詢服務。本人(個案或家屬)同意自申請日起一年內接受個案管理服務，包含：

(一) 協調與轉介相關之醫療及照顧服務資源；

(二) 諮詢服務：除本人依照需求去電諮詢失智共同照護中心外，同意個案管理師提供諮詢與追蹤服務；

(三) 個案管理服務資料登錄：為接受長期照顧延續性服務，同意個案管理師將個案管理服務資料登錄於失智照護服務系統，資料將包含個案基本資料、照顧者資料、健康層面、諮詢記錄等。

二、個案如無意願再參與失智共同照護中心所提供的任何服務項目，請與個案管理師妥善商量，並於終止服務前至少進行一次結束性會談，以保障個案之權益。

三、其他記載事項：若有任何疑問，請洽失智共同照護中心個案管理師。

個案簽名：

家屬簽名： (與個案之關係：)

個案管理師簽名：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住宅安裝住警器海報：依「臺北市火災預防自治條例」規定，依法無須設置火警自動警報設備之住宅，自111年12月23日起，最高可罰 應全面設置住宅用火災警報器，違規者將處新臺幣6千元以上3萬元以下罰鍰。

快安裝

住宅用火災警報器

免配線，裝上電池即可使用，24小時全天候守護



住警器資訊網

依「臺北市火災預防自治條例」規定，依法無須設置火警自動警報設備之住宅，自111年12月23日起，應全面設置住宅用火災警報器，違規者將處新臺幣6千元以上3萬元以下罰鍰。

本市弱勢族群可向轄區分隊申請補助一只，後續住警器沒電或故障亦可向轄區分隊申請更換。



臺北市政府消防局 關心您



臺北市行動防災APP

臺北市失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫-篩檢及確診個案需求評估完成時間延長申請表

序 號	醫療院所 年 月「臺北市失智症篩檢及確診個案需求評估完成時間延長申請表」					
	個案姓名	評估項目	評估日期	評估者	延遲理由（請依具體事實勾選，並檢附證明，若不在此選項者，請加以說明）	衛生局審查結果
1			月 日		<input type="checkbox"/> AD-8篩檢異常個案尚未完成就診，預計就診日期為_____。 <input type="checkbox"/> 個案無法配合進行評估 <input type="checkbox"/> 主要照顧者無法配合進行評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 同意延長 <input type="checkbox"/> 不符合延長規定，不予補助。 說明： 核章：
2			月 日		<input type="checkbox"/> AD-8篩檢異常個案尚未完成就診，預計就診日期為_____。 <input type="checkbox"/> 個案無法配合進行評估 <input type="checkbox"/> 主要照顧者無法配合進行評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 同意延長 <input type="checkbox"/> 不符合延長規定，不予補助。 說明： 核章：
3			月 日		<input type="checkbox"/> AD-8篩檢異常個案尚未完成就診，預計就診日期為_____。 <input type="checkbox"/> 個案無法配合進行評估 <input type="checkbox"/> 主要照顧者無法配合進行評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 同意延長 <input type="checkbox"/> 不符合延長規定，不予補助。 說明： 核章：

備註:1. 本表請於次月10日前送達本局。若不敷使用。請自行增列。

承辦人：(請核章)

單位主管：(請核章)

合約醫院: _____

病歷號				身分證字號				
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月 日	
主要照顧者		與個案關係		電話		手機		
次要照顧者		與個案關係		電話		手機		
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(障別: _____, 程度 _____) <input type="checkbox"/> 其他 _____							
失智症 類別診斷	<input type="checkbox"/> 阿茲海默症 <input type="checkbox"/> 血管性失智症 <input type="checkbox"/> 額顳葉失智症 <input type="checkbox"/> 路易體失智症 <input type="checkbox"/> 帕金森失智症 <input type="checkbox"/> 混合型失智症 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
失智症 程度診斷	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 其他 _____ CRD 分數: _____							
失能狀況初篩	ADL:			IADL:				
	1. 進食	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理	1. 使用電話	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	2. 移位	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理	2. 上街購物	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	3. 個人衛生	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需協助		3. 食物烹調	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	4. 如廁	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理	4. 家務維持	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	5. 洗澡	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需協助		5. 洗衣物	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	6. 平地走動	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理	6. 外出活動	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	7. 上下樓梯	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理	7. 服用藥物	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	8. 穿脫衣褲 鞋襪	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理	8. 處理財務 能力	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理
	9. 大便控制	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理				
	10. 小便控制	<input type="checkbox"/> 不需協助	<input type="checkbox"/> 需部份協助	<input type="checkbox"/> 無法自理				
身心狀況	意識: <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 情緒: <input type="checkbox"/> 平靜 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 冷默 <input type="checkbox"/> 激動 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 溝通: <input type="checkbox"/> 能理解 <input type="checkbox"/> 不能理解 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 視力: <input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 聽力: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 失聰 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 呼吸: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 端坐呼吸 <input type="checkbox"/> 張口呼吸 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 皮膚: <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 紅疹 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 水腫 部位 _____ 程度 _____ <input type="checkbox"/> 壓瘡 部位 _____ 程度 _____							
管路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 造瘻(部位: _____) <input type="checkbox"/> 其他: _____			身高: _____ 體重: _____				
問題主述 (諮詢事項)								

就醫醫訊：不願就醫看診科別推薦醫生醫病溝通就醫抱怨
其他：_____

疾病說明：如何預防何謂失智症用藥說明其他：_____

行為問題：
妄想幻覺憂鬱焦慮興奮冷漠易怒躁動不安重複性行為
暴力行為遊走 其他：_____

照顧技巧：
飲食/營養洗澡睡眠護理重度照顧安寧療護管路護理傷口護理
其他：_____

社會資源
 社會福利：身障手冊重大傷病卡其他相關補助
 防走失資源：愛心手鍊指紋捺印GPS 定位系統QR 布標
建立個案圖資於衛生局失智症個案管理系統(本項為必要完成項目)
 (完成2項以上，並勾選。)

照顧資源：
各區長期照護管理中心
 居家式服務：居家服務居家照護(含護理、復健) 申請外籍監護工
 社區式照顧：日照中心家庭託顧
 機構式照顧：團體家屋失智專責專區養護機構榮家護理之家
機構喘息服務
 輔助資源：如何申請種類諮詢租賃資訊其他：_____

交通資源：復康巴士其他：_____

活動參與/培訓
失智社區服務據點瑞智學堂家屬支持團體講座互助家庭其他單位
其他：_____

法律問題/財務管理
監護/輔助宣告制度遺囑財產信託聯名帳戶法律扶助法律糾紛
其他：_____

其他服務
情緒支持照顧決擇家屬溝通照顧倫理遠距照顧其他疾病及健康問題諮詢其他：_____

個案問題與需求
(關懷內容)

(必填)

照顧管理評估量表(CMS)-J 表

我們想要了解您在照顧個案以後的感覺，請問您會不會因為照顧他而感到……。	1 否	2 是
J01. 睡眠受到干擾(例如：需夜間照顧頻繁起床或遊走的個案)。	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J02. 體力上的負荷(例如：需專注看護或花費體力協助個案移動)。	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J03. 需分配時間照顧其他家人(例如：來自其他家庭成員的要求)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J04. 對個案的行為感到困擾(例如：失禁、記憶問題、責怪他人拿取自己的物品)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J05. 無法承受照顧壓力(例如：擔心無法好好照顧個案)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.

轉介單位：_____ 轉介者：_____ 轉介日期：_____年_____月_____日

FAX：_____ 電話：_____ E-MAIL：_____

個案處理回覆

工作人員：_____

回覆日期：____年____月____日

臺北市衛生局失智症篩檢、確診評估及關懷服務計畫
 年 月 醫療院所 個案關懷服務清冊成果月報表

序號	個案姓名	性別	身分證字號	個案追蹤內容		轉介	無法追蹤原因 (例如：死亡等)	金額
				日期/時間	方式			
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 個案關懷 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪	<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心 <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____ <input type="checkbox"/> 照管中心		
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 個案關懷 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪	<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心 <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____ <input type="checkbox"/> 照管中心		
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 個案關懷 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪	<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心 <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____ <input type="checkbox"/> 照管中心		
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 個案關懷 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪	<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心 <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____ <input type="checkbox"/> 照管中心		
總計(元)								

備註：服務時間至少15分鐘且使用1項失智照護資源才能付費(下列8項)

失智照護資源：1. 醫療協助 2. 失智照護技巧指導2-1. 居家安全評估 3. 行為問題處理 4. 提供社會福利資源

5. 失智症主要照顧者之心理支持 6. 轉介(註明院內科別或社區資源服務名稱) 7. 非藥物治療 8. 其他

製表人

單位主管

會計主管

機關首長

臺北市政府衛生局失智症篩檢、確診評估及關懷服務核付表暨收據

申報年月：_年_月

由各醫療院所填寫	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區教學醫院 <input type="checkbox"/> 基層醫療院所					
	醫療院所名稱		負責人		機關印信	
	醫療院所代號		聯絡電話			
	醫療院所地址		填表日期	年 月 日		
	醫療院所帳戶名					
	醫療院所帳號	銀行/郵局	分行/支局帳號			
由各醫療院所填寫			由衛生局填寫			
疑似陽性個案篩檢與協助就診費用	①申報人次	人次	核減人次	人次	核付人次	人次
	②申報金額 ①×100元=②	元	核減金額	元	核付金額	元
新確診個案需求評估及個案服務管理費用	③申報人數	人數	核減人數	人數	核付人數	人數
	④申報金額 ③×700元=④	元	核減金額	元	核付金額	元
個案關懷服務費用	⑦申報人數	人數	核減人數	人數	核付人數	人數
	⑧申報金額 ⑦×800元=⑧	元	核減金額	元	核付金額	元
電話追蹤訪視費	⑨申報人次	人次	核減人次	人次	核付人次	人次
	⑩申報金額 ⑨×200元=⑩	元	核減金額	元	核付金額	元
居家訪視服務費	⑪申報人次	人次	核減人次	人次	核付人次	人次
	⑫申報金額 ⑪×1,500元=⑫	元	核減金額	元	核付金額	元
申報總金額			核付總金額			元

備註：1. 本表一式3份函送臺北市政府衛生局(1份辦理請領補助款，1份存於衛生局備查，1份寄回醫療院所核付通知並由醫療院所存查)。

2. 本表請務必加蓋承辦人等簽章及機關印信。

承辦人

單位主管

會計主管

機關首長(負責人)

臺北市政府衛生局失智症篩檢及確診個案需求評估費用申請總表

申報醫療院所名稱：_____

申報年月：____年__月

序號	姓名	身分證號	出生年月日	疑似陽性個案篩檢					確診需求評估				申報費用金額		審核結果 (衛生局 填寫)	
				篩檢日期	AD-8 (≥2) 篩檢分數	施測單位/ 科別	安排就診 科別	安排就醫 日期	就診日期	確診日期	評估結果	確診診斷	疑似陽性個 案篩檢(100 元/人)	確診需求 評估(700 元/人)		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
合計小計			申報疑似陽性個案篩檢總人數：_____ 人數					申報確診需求評估總人數：_____ 人數				元	元			
申報總金額			元 (新臺幣 拾萬 萬 仟 佰 拾 元)													

備註：1. 本表一式2份送臺北市政府衛生局(1份辦理請領補助款，1份存於衛生局備查)。

2. 本表請務必加蓋承辦人等簽章及機關印信。

3. 本表請依確診日期排序列表。

4. 請依「臺北市疑似失智症個案初篩及確診個案需求評估補助作業說明」檢據相關文件佐證，依憑辦理審查核付。

承辦人

單位主管

會計主管

機關首長(負責人)

機關印信

目錄

壹、 綜合資料表

貳、 各項服務成果執行情形

一、 各項服務量執行成果分析：個案量、性別、年齡、失智程度、個案來源、防災宣導、已結案個案後續分析(需含轉介失智共同照護中心或照管中心之成果)等。

二、 其他分析(自行決定)

參、 檢討與改善

壹、 綜合資料表

執行單位						
計畫 主持人	姓名		職稱		電話	
					手機	
	E-mail					
計畫 聯絡人	姓名		職稱		電話	
					手機	
	E-mail					
計畫核定數	服務項目	服務人數		經費		執行率
		本局核定	實際執行	本局核定	實際執行	
	初篩服務					
	新確診個案 需求評估					
	個案關懷					
	電話訪視					
	電話訪視					
	總計					