

臺北市政府衛生局

111年臺北市失智症篩檢及確診評估補助計畫

壹、背景說明

臺北市 65 歲以上老人截至 110 年 9 月底為 50 萬 2,686 人，達 19.75%，推估本市約有 4 萬個老人 8,733 人(截至 110 年 8 月)疑似或罹患失智症，其中領有失智症身心障礙手冊者有，亦即尚有四分之三的潛在失智老人隱而未現。失智症患者因為認知功能障礙而出現不同程度的干擾行為，一名失智症老人可能影響 22.7 人的生活，其中包括親人及朋友，主要照顧者更成為憂鬱症的高危險群，據研究顯示有 30~83%的失智症老人照顧者有憂鬱的情形發生，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計畫，推動失智症社區照護模式推廣，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。針對疑似失智症個案提供初篩、確診、個案需求評估及轉介等服務以掌握個案，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、提供充裕及優質可近性高的失智症醫療服務，提供失智症個案完整性醫療服務。
- 二、持續擴大辦理失智症初篩與個案需求評估服務，達到早期診斷、早期介入的目標。
- 三、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：經中央衛生主管機關評鑑等級合格以上且開設神經科或精神科之醫院。
- 二、服務對象：
 - (一)篩檢：設籍臺北市(以下簡稱本市)65歲以上(含)疑似失智症個案。

(二) 確診：設籍臺北市（以下簡稱本市）65 歲以上(含)新確診失智症個案。

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院所，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：補助金額 100 元/人。同一年度同一家醫院僅補助 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醫院為優先補助對象，且申請該項補助費用需協助個案安排就診。
3. 費用申請需檢據下列佐證資料影本：
 - (1) 「AD-8 篩檢量表」及協助個案安排就診單或其他相關佐證資料。
 - (2) 機關規範之其他項目。

(二) 辦理新確診個案需求評估服務：

1. 為提供失智個案全人照護，請醫院對收治之疑陽個案(包含院內轉診個案)進行初次確診服務，並將資料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. 失智症個案需求評估費用：補助金額 1,000 元/人，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. 「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院另為評估，如有特殊狀況，請提出「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 1)。
4. 費用申請需檢據下列佐證資料影本，並依失智症個案管理系統登錄：

(1)「就醫紀錄暨需求評估」等其他相關佐證資料。

(2)機關規範之其他項目。

四、費用申請需於次月 10 日(如遇假日應提前 1 日)前，檢據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及確診個案需求評估核付表暨收據」(附件 2)及「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 3)各 1 式 2 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。核付流程圖詳附件 4。

五、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)「申報總金額」與核付表暨收據紙本「申報總金額」及費用申請總表「申報總金額」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，111 年 11 月份費用申請，廠商最遲於 111 年 12 月 3 日前寄達相關文件予機關辦理驗收，俟機關驗收合格，廠商應於 111 年 12 月 20 日前函送付款資料，以利機關結算付款。

六、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。評估醫院應採用標準化診斷工具。

七、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。

- 八、實施本醫療補助所需費用，由機關按年編列預算支應。
- 九、為擴大篩檢與加強院內轉診照會服務，合約醫院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、合約醫院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。
- 十一、其他：
 - (一)本合約醫院係為機關委託執行，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，各院得依院內實際狀況辦理申報補助。
 - (三)其他本局要求配合事項。

肆、預算金額：本案經費計 130 萬元整，由 111 年度醫療保健福利計畫/醫療福利計畫/獎補助費項下支應，各項經費編列說明如下：

失智症初篩服務			初次確診個案需求			總計(元)
單價(元)	預計收案人次	小計(元)	單價(元)	預計收案人次	小計(元)	
100	3,500	350,000	1,000	950	950,000	1,300,000

備註：失智症初篩服務及初次確診個案需求費用，得相互勻支。

伍、計畫期程：自 111 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 111 年 12 月 10 日止，或至當年度該項經費用罄為止。

工作計畫及內容	111 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
辦理失智症篩檢及個案需求評估服務												
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，請合約醫院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。

附件 1

臺北市失智症篩檢及確診評估補助計畫-個案需求評估完成時間延長申請表

_____醫院 年 月「臺北市失智症篩檢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
		月 日		<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：
		月 日		<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：
		月 日		<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。2.若不敷使用，請自行增列。

承辦人：（請核章）

單位主管：（請核章）

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	⑥核付金額	元	
確診個案需求評估費用	③申報人數	人數	核減人數	人數	核付人數	人數	
	④申報金額 ③×1,000元=④	元	核減金額	元	⑦核付金額	元	
⑤申報總金額		元	⑧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：__

姓名	身分證號	出生年月日	確診需求評估				疑似陽性個案篩檢				申報費用金額		審核結果 (衛生局填寫)	
			就診日期	確診日期	評估結果	確診診斷	篩檢日期	AD-8 (≥ 2)/MMSE 篩檢分數	施測單位/ 科別	安排院內 就診科別	確診需求評估(1,000元/人)	疑似陽性個案篩檢(100元/人)		
合計小計			申報確診需求評估總人次：_____ 人次				申報疑似陽性個案篩檢總人次：_____ 人次				元	元		
申報總金額			元 (新臺幣 拾萬 萬 仟 佰 拾 元)											

年__月

- 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) _____

臺北市失智症篩檢及確診個案需求評估核付流程圖。

