

# 第八屆台灣健康城市暨高齡友善城市獎項評選申請表

申請主題：不老診所計畫

申請單位：宜蘭縣政府衛生局

撰寫者：岳瑞雪

## 聯絡資訊

聯絡人姓名：岳瑞雪

地址：宜蘭縣宜蘭市女中路2段287號

手機：0911-209-221

電話：03-9322634\*1215

傳真：03-9362317

E-mail：[21821@mail.e-land.gov.tw](mailto:21821@mail.e-land.gov.tw)

申請類別（每份申請表，限勾選單一申請主題）：

（一）卓越獎：

### A. 健康城市

1.縣市類      2.鄉鎮市區類

### B. 高齡友善城市

1.縣市類

（二）創新成果獎：

### A. 健康城市

1.健康政策獎－公共政策

2.健康環境獎－都市規劃與環境建置

3.健康生活獎－健康生活

4.健康永續獎－低碳、綠能永續城市

5.健康產業獎－藝文休閒與創意產業

6.健康心理獎－心理健康促進

7.健康安全獎－城市與社區安全

8.健康平等獎－健康平等

9.健康特色獎－營造健康城市

10.智慧城市獎－資訊科技與技術應用

### B. 高齡友善城市

1.敬老獎－敬老與社會融入

2.親老獎－社會參與

3.無礙獎－無障礙與安全的公共空間

4.暢行獎－交通運輸

5.安居獎－住宅

6.連通獎－通訊與資訊

7.康健獎－社區及健康服務

8.不老獎－工作與志願服務

9.高齡友善特色獎

（三）傑出貢獻獎：

1.公部門

2.專家學者

**摘要（限 800 字內，內容建議包含背景說明、推動方式及創新性、跨部門、跨領域合作機制、市民參與機制與參與度、成果與成效、永續維護與評估機制）：**

要達到全民均健的目標，基層保健醫療是必要的健康照護方式，它是實務性的、是社區中的每一個家庭和個人都具有可近性的服務方式。**本計畫**以衛生局做為整合網絡之平台，宜蘭縣醫師、中醫師等公會、社會、教育、村里長及老人團體扮演社區執行中心，於基層成立不老診所，發展以社區人口為單位之績效追蹤機制及衛生所健康管理功能，建立社區民眾健康需求評估機制，強化社區民眾及跨部門的行動參與，以確保民眾就醫公平性。

實行方法包括：界定 65 歲以上長者為篩檢範疇、成立推動委員會並定期會議、修正作業規範、擴大基層診所參與之廣度、延續社區長者健康服務篩檢表檢出高風險長者、統整資源並成立生活圈模式之個管工作小組、辦理教育訓練及個案討論、轉介有失智傾向至醫院失智症門診、建置「提供老人整合性醫療服務」模式運作情形並追蹤及辦理衛生局間觀摩交流研討會。

本計畫計有 104 家基層診所參與老年整合性照護計畫，包含 67 家西醫診所、24 家中醫診所、1 家牙醫診所及 12 家衛生所，以加強基層醫療院所對於健康促進、預防疾病與健康維護等公共衛生三段五級照護之能力，並透過基層照護服務的普及與社區照護的可近性，落實「社區化」與「在地化」的目標，診所針對看診民眾協助進行社區長者健康服務篩檢服務，並依篩檢結果提供轉介、追蹤，並扮演支持性角色。依內政部戶政司統計 105 年 5 月宜蘭縣 65 歲以上人口數 66,294 人，本計畫篩檢普及率 14%，截至 105 年 6 月底共篩檢 8,868 人，篩檢結果中具長期照護風險人數 4,076 人（45.96%），以各面向風險評估而論，綜合性潛在長期照護風險 1095 人（26.86%），鬱卒/憂鬱潛在長期照護風險 351 人（8.61%），活動/運動潛在長期照護風險 1,437 人（35.26%），膳食營養潛在長期照護風險 46 人（1.13%），口牙潛在期照護風險 1,147 人（28.14%），其中綜合性潛在長期照護風險佔 26.86%，對於未來兩年演變成失能傾向最有預測力，因此對於篩檢結果顯示綜合性潛在長期照護風險個案須積極提供後續照護介入。

不老診所對長者看診時一併進行問卷篩檢疾病用藥之分析，依結果進行轉介、追蹤，診所於長者於整個過程中扮演支持性角色。篩檢後協助轉介醫療（失智症風險轉介）、樂齡學習、運動活動規劃、生活照顧據點及生活輔具之裝設等，以提供全方位照顧，透過基層照護服務的普及與社區照護的可近性，落實「社區化」與「在地化」的目標，期使基層診所醫師了解生活重於醫療，吃飯優

於吃藥之照護原則。另定期召開個案討論會，了解個案長期照護問題（例如：獨立生活功能(IADLs)、活動/運動、營養、口牙、社會適應、失智、鬱卒/憂鬱等），予協助轉介合適之醫院進一步檢查，另外製作照護資源手冊提供給篩檢結果須長期照護之個案，藉由轉介系統轉介至樂齡學習中心、運動休閒團體、廟宇資源、長者長青食堂、社區關懷據點、宜蘭縣牙醫診所、失智症照護地圖、中醫復健地圖等，提供全方位照顧。

本計畫診所期望有中央健康保險署的費用給付，使診所永續參與的原動力；

另個管師的角色非常重要，國家應考慮以長者為單位之整合性照護個管師之常設；又生活圈照護之個管模式爾後可結合鄉鎮市公所共同建立平台，始可連結社政、教育及運動活動資源。



# 不老診所計畫

## 壹、背景說明

宜蘭縣於民國 79 年即進入高齡化社會，參照世界衛生組織揭示之高齡友善城市八大面向「無障礙與安全的公共空間」、「交通運輸」、「住宅」、「社會參與」、「敬老與社會融入」、「工作與志願服務」、「通訊與資訊」、「社區及健康服務」，推動本縣「高齡友善城市」計畫，在社區與健康服務面向，提供方便及可近性的醫療服務，對於長者的友善就醫而言，十分重要，因此提出「整合性醫療服務計畫」。

台灣地區老年人口的比率預估在 2021 年將高達 16.54%；加上出生率年年降低，依賴指數（65 歲以上人口 / 15~65 歲人口），推估 2036 年將高達 35.2%，人口結構高齡化、疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化，如何降低老年的罹病率、縮減失能時間與比率，將個人處於健康狀況的時間最大化，成功的老化儼然已成為當今大家健康照護之重要共同課題。

宜蘭縣期望加強基層醫療院所對於三段五級前段至後段健康照護之角色與能力，以提供縣民具有完整性、協調性與持續性之醫療服務，透過基層照護服務的普及與社區照護的可近性，提供高品質的基層服務，滿足高齡者及特殊族群之需求，落實「社區化」與「在地化」的目標。藉由基層診所參與老年整合性照護計畫，透過篩檢服務及早發現未來失能個案，並提供及早介入措施。本縣將健康城市的重點大篇幅的轉到高齡友善城市的營造上，來面對高齡社會的嚴峻議題，建構宜蘭縣不老健康照護網絡，讓住在幸福宜蘭的老大人，健康、勇健、幸福快樂。

### 一、現況分析：

#### （一）人口結構

依據內政部戶政司統計 105 年 6 月底宜蘭縣總人口數為 457,808 人，其中男性 231,992 人、女性 225,816 人；65 歲以上的老年人口數為 66,438 人，佔總人口數的 14.51%，相較於台灣地區的老年人口比 12.83%，本縣高出了 1.68%，佔全國第八名，顯示高齡化問題日趨嚴重。

## (二) 醫療資源

本縣區域內現有公私立醫院，其中一般急性病床共有 1,796 床；醫師人數 641 人，平均每萬人口醫師數 13.99 人，平均每萬人口一般急性病床數 39.2 床，醫療資源尚稱足夠。

宜蘭縣以醫療資源區域劃分，本縣共分為二大區域，有 10 家醫院，分別為：宜蘭次區域有 6 家醫院—國立陽明大學附設醫院、蘭陽仁愛醫院、臺北榮民總醫院員山分院、杏和醫院、海天醫院(精神專科醫院)、社團法人普門醫院，計有一般急性病床共 557 床、急性精神科病床共 120 床、慢性一般病床 108 床；羅東次區域有 4 家醫院—羅東聖母醫院、羅東博愛醫院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、建生醫院，急性一般病床共 1,239 床、急性精神科病床共 4 床、慢性一般病床 47 床。

宜蘭縣基層醫療機構 326 家，宜蘭次區域計有西醫診所 81 家、牙醫診所 45 家、中醫診所 22 家；羅東次區域計有西醫診所 106 家、牙醫診所 48 家、中醫診所 24 家。各鄉鎮市醫師服務人口比(醫人比)：宜蘭市 457 人、頭城鎮 2,989 人、礁溪鄉 2,396 人、壯圍鄉 3,499 人、員山鄉 1,044 人、羅東鎮 226 人、三星鄉 5,376 人、大同鄉 1,532 人、五結鄉 4,375 人、冬山鄉 5,348 人、蘇澳鎮 1,282 人、南澳鄉 1,025 人。各鄉鎮市醫師服務老年人口比：宜蘭市 58 人、頭城鎮 464 人、礁溪鄉 362 人、壯圍鄉 515 人、員山鄉 153、羅東鎮 28 人、三星鄉 944 人、大同鄉 135、五結鄉 615 人、冬山鄉 720 人、蘇澳鎮 207 人、南澳鄉 84 人。

## (三) 老年就醫需求

台灣地區老年人口的比率預估在 2021 年將高達 16.54%；加上出生率年年降低，依賴指數(65 歲以上人口 / 15~65 歲人口)，推估 2036 年將高達 35.2%；宜蘭縣老年人口比率為 14.48%，已高於全國平均值 12.78%。人口結構高齡化、疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化，如何降低老年的罹病率、縮減失能時間與比率，將個人處於健康狀況的時間最大化，成功的老化儼然已成為當今大家健康照護之重要共同課題。

2006 年台灣約 9~10% 老年人口所使用的醫療費用比率達 25~35%，住院費用更高達 40%，整體醫療支出至少 2/3 用於慢性病方面；當人類從一個以急性疾病為主變成一個以功能退化、慢性疾病為主的社會，我們的醫療體系是否仍是以急性疾病為導向，處理單一器官或系統的

疾病為主的模式，是我們思考的方向，以老年人可近性高的基層診所，在適當的醫療人員照護、輔助器具或環境的改善之下，獨立自主的功能恢復到最大的程度，也不因醫源性的問題造成老年病人功能性的降低，預防疾病再發生與降低住院率，除提升老年生活品質外，亦可減少醫療費用。

綜上，本計畫宗旨，以衛生局為整合平台，縣內醫師公會、中醫師公會、村里長、老人協進會、社政、教育單位扮演社區實務執行中心，結合所屬會員等基層醫療診所執行，辦理社區基層醫療建立持續之合作模式，再配合健康管理個案管理之角色，提升照護民眾之功能發揮至社區各個角落，以達到提高公共衛生政策的執行。

## 貳、實施方法及步驟

### 一、推動方式及創新性

#### (一) 成立宜蘭縣社區健康照護網絡工作小組：

建立本縣社區健康照護網絡工作平臺，由衛生局、宜蘭縣醫師公會、中醫師公會、衛生所、醫院、基層診所、醫事團體及村里長、老人協進會及樂齡資源等，成立「宜蘭縣基層診所參與老年整合性照護計畫」推動小組服務網絡。

#### (二) 確立評估工具：

依據內政部戶政司之宜蘭縣 65 歲以上長者人數統計，界定設籍於本縣之 65 歲以上(原住民 55 歲以上)對象為主要對象，由本縣 12 個鄉鎮市衛生所產出轄內名冊，進行現況調查並界定篩檢範疇。使用日本厚生勞動省發展之「介護予防サービス対象者のチェックリスト」篩檢表作為篩檢基準，修訂成中文版之「宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表」，內容含括獨立生活、運動、口牙、營養、人際關係、認知(失智)及憂鬱等七大面向。此份篩檢表可篩檢出綜合性潛在長期照護風險、憂鬱潛在照護風險、運動潛在照護風險、膳食營養潛在照護風險及口牙潛在照護風險等五面向評估，並由醫師針對長者的罹病及用藥進行評量，故運用「宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表」、「長者罹病種類分類表」及「用藥種類分類表」，共同評估每位長者之需求。

#### (三) 招募基層診所之參與：

由醫師公會組成招募小組，以鼓勵基層診所醫師共同照護服務，並延續「健康照護網絡」logo 掛牌(如下圖)，以利縣內老人辨識診所具有此項服務。



(四) 制定作業規範並統整社會資源：

為使不老診所照護流程順暢，掌握個案問題及需求，以提供所需資源及實質服務，於工作小組會議中制訂「基層診所提供老人整合性服務」照護工作指標、轉介作業流程等作業規範，例基層診所之招募、服務對象之界定、服務輸送之流程、個案後續照護服務計畫及相關管理表單之擬定等，另訂定風險預防指標，依指標作為後續轉介之判別標準。

為提昇本縣社區長者之生活品質，由活躍老化為主軸，從健康、參與、照護等三大面向延伸，統整結合本縣社區在地資源，建立更完善的資源網絡系統。

(五) 轉介篩檢後有失智傾向至醫院失智症門診：

運用「宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表」認知(失智)風險指標高者，轉介至本縣羅東聖母醫院、羅東博愛醫院及國立陽明大學附設醫院失智症門診進行後續診療及照護。

(六) 建置個案管理制度：

透過個案管理人員，針對風險高需進行後續轉介之收案對象，進行收案並管理，並以生活圈之概念成立社區健康照護網絡工作小組，不定期召開個案研討會，評估轉介成效。

(七) 辦理教育訓練課程：

辦理個案管理培力教育訓練、定期召開個案討論會，並建置教育訓練數位化學習機制，將每場次教育訓練資料置放於本局不老診

所照護專區，供民眾及專業人員學習。

- (八) 種子教師培力訓練，由相關單位配合指定固定人員參與，並能參與個案討論會。於105年5月15日假本局健康大樓四樓辦理第一場種子教師培力營訓練，參與人數計88人，滿意度89.2%；第二場於105年7月10日辦理，參與人數計58人，滿意度90.5%。
- (九) 辦理標竿學習研習會：每年辦理「老人整合性醫療服務社區健康照護網絡」模式觀摩交流，挑選執行成效佳之不老診所分享執行過程與心得。
- (十) 健康照護前置預防工作小組定期會議：定期辦理工作小組會議，105年於6月12日召開第一次工作小組會議。
- (十一) 生活機能活化訓練(強化生活活動訓練)講座或社區活動：於105年6月至11月期間，假三星鄉、員山鄉、冬山鄉老來寶健康促進家園辦理3場次預防照護課程，包含長者居家照顧注意事項、生活機能活化訓練之課程，以提升社區民眾對預防失能的警覺進而養成生活即是復健，在生活中實踐機能活動，進而提升老年生活品質。

## 二、市民參與機制與參與度

老人照護不只照顧疾病問題，還要探討心理、營養、社會適應及活動運動等相關問題，截至105年5月止，宜蘭縣65歲以上人口數66,294人，本計畫篩檢普及率14%，截至105年6月底共篩檢8,868人，篩檢結果中具長期照護風險人數4,076人(45.96%)，以各面向風險評估而論，綜合性潛在長期照護風險1095人(26.86%)，鬱卒/憂鬱潛在長期照護風險351人(8.61%)，活動/運動潛在長期照護風險1,437人(35.26%)，膳食營養潛在長期照護風險46人(1.13%)，口牙潛在長期照護風險1,147人(28.14%)，其中綜合性潛在長期照護風險佔26.86%，對於未來兩年演變成失能傾向最有預測力，因此對於篩檢結果顯示綜合性潛在長期照護風險個案須積極提供後續照護介入。篩檢後定期召開個案討論會，了解個案長期照護問題(例如：獨立生活功能(IADLs)、活動/運動、營養、口牙、社會適應、失智、鬱卒/憂鬱等)，予協助轉介合適之醫院進一步檢查，另外製作照護資源手冊提供給篩檢結果須長期照護之個案，藉由轉介系統轉介至樂齡學習中心、運動休閒團體、廟宇資源、長者長青食堂、社區關懷據點、宜蘭縣牙醫診所、失智症照護地

圖、中醫復健地圖等，提供全方位照顧。

本計畫順利招募 104 家基層診所參與，成立個管師管理模式，定期召開個案討論會，以社區力量共同照護社區長者，比照中央健康保險署之家庭醫師照護制度運作模式，為使個案後續照護服務連結當地民政、社政、村里長等資源，以利規劃個案之居家照護服務。

105 年已辦理整合式個案討論會計 1 場次，於 105.6.14 假礁溪衛生所辦理，討論 7 位個案，計有 31 人參加，包含不老診所醫護人員、公所社會課代表、社會處社工員、村長及本縣各衛生所醫護人員等伙伴進行個案討論，進而連結照護資源，未來仍需擴大篩檢普及率，以全面掌握需長期照護之對象，進而提昇宜蘭縣社區老人生活品質。另多數長者行動不便而鮮少出門，降低社交活動參與，影響原有生活品質，為鼓勵長者能「走出家口，多多活動」，擬連結當地社會資源，包含樂齡學習中心、社區發展協會、廟宇、鎮公所、衛生所等相關資源，鼓勵長者參與社交活動，延緩慢性病伴隨的失能，再慢慢增增進身體活動功能，進而提升身心健康狀態。

實行過程以基層診所作為平台，連結鄉鎮衛生所或縣政府的資源，一起介入照護就醫的長者，讓宜蘭的診所回到小鎮診所的模式，照護全人也照護全家，使受照護的老人生活更方便，身體更健康。

### 三、成果與成效

- (一) 現況調查並界定篩檢範疇：本案以 65 歲以上人口為篩檢範疇，依據內政部戶政司統計各縣市人口年齡結構，宜蘭縣 65 歲以上長者進行篩檢服務
- (二) 延續宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表，篩檢出高風險需後續照護長者：運用宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表、罹病評量表及用藥評量表，發現未來兩年演變成失能風險之對象，並發現長者生活及健康風險(含用藥風險)，提供早期介入，轉介系統至樂齡學習中心、運動休閒團體、廟宇資源、長者長青食堂、社區關懷據點、宜蘭縣牙醫診所、失智症照護地圖、中醫復健地圖等，提供全方位照顧。
- (三) 成立工作小組推動委員會：工作小組成員包含本縣衛生局劉建廷局長，另邀請醫師公會(宜蘭縣醫師公會王維昌理事長、宜蘭

縣中醫師公會陳又新理事長)、老年醫學會(博愛醫院家醫科張賢政主任、聖母醫院社區醫學部家醫科楊廷芬副院長)、專家學者(國立台北護理健康大學長期照護研究所李世代教授)、國立陽明大學附設醫院附設大溪門診部負責醫師(林純吉醫師)等專家參與,透過專家、學者與社區村里長等指導,有效整合縣內各項資源與人力,建立以社區長者為基礎的健康照護網絡工作平臺。103年及104年召開2次會議,105年6月12日召開1次會議。

- (四) 研擬作業規範:本計畫以個人化服務模式作為指標,除從初段預防之老人流感、成人健檢等支持保護性之內涵納入外,再從既有之評量工具,以生活及獨立自主性、口牙保健、膳食營養、活動協助、社會適應、認知及情緒等各面向篩檢,再依結果進行後續之轉介及介入,於第一次工作小組會議中已研擬作業規範,界定長期照護預防對象,並建置「宜蘭縣基層診所提供老人整合性服務照護工作指標及作業流程圖」,使各診所有所依循。
- (五) 招募基層診所之參與:本計畫透過宜蘭縣醫師公會及中醫師公會招募小組,協助招募基層診所參與,已招募104家基層診所,其中包含西醫79家(含衛生所12家)、中醫24家、牙醫1家。
- (六) 統整資源並成立個管工作小組:透過篩檢出達長期照護風險之個案,個案管理師以長者為中心,連結基層不老診所、家屬、鄉鎮公所(民政課、社會課及清潔隊)、衛生所、村里長及相關機構等資源,提供整合性後續照護服務。本計畫104年完成個管工作小組個案討論會4場次,分別於104年3月12日(星期四)假頭城鎮公所辦理(附件6)、104年3月19日(星期四)假三星鄉衛生所辦理(附件7)、104年3月20日(星期五)假弘道四結中興關懷據點辦理(附件8)、104年3月23日(星期一)假羅東鎮衛生所辦理(附件9),結合生活圈基層不老診所醫師、護理師、鎮公所(民政課、社會課、清潔隊)、村里長、衛生所、樂齡學習中心、社區關懷據點、聖母護專運動休閒管理科、志工等伙伴進行個案討論,進而連結照護資源,以提升個案生活品質。105年6月14日假礁溪衛生所召開整合式個案討論會1場次,討論7位個案,計有31人參加,包含不老診所醫護人員、公所社會課代表、社

會處社工員、村長及本縣各衛生所醫護人員等伙伴進行個案討論，進而連結照護資源，未來仍需擴大篩檢普及率，以全面掌握需長期照護之對象，進而提昇宜蘭縣社區老人生活品質。

(七) 辦理教育訓練課程及個案討論會：

103年11月16日(星期日)假羅東博愛醫院由王維昌診所王維昌醫師講授「感受不老，擁抱健康-談老人整合照護與資源」、本局保健科講授「社區不老-活躍老化(長者平衡班與老人活力秀)」、健照科講授「長照資源及憂鬱症轉介資源介紹」主題，探討基層醫療在疾病管理與整合性服務的參與率，及建立資源共享模式，參加人次65人，問卷發出65份，問卷回收45份，回收率69.23%，課程整體滿意度為89.81%。103年12月21日(星期日)假佛光大樓蘭陽別院，由臺灣大學附設醫院老年醫學部詹鼎正主任講授「宜蘭縣社區長者健康服務篩檢表之運用」、本府社會處講授「社區關懷據點資源介紹」、佛光大學社會學系陳憶芬教授講授「樂齡學習理念與宜蘭縣樂齡學習中心特色」主題，增進基層診所及在地志工等瞭解篩檢表之運用及照護資源，參加人次86人，問卷發出86份，問卷回收79份，回收率91.86%，課程整體滿意度為90.19%。

104年2月7日(星期六)假羅東聖母醫院，由輔仁大學長期照護李劭懷助理教授講授「打造樂活、尊嚴、有價值的老後時光」及國立陽明大學附設醫院中醫科侯德俊醫師講授「代謝性疾病、痠痛症之預防與穴位保健」主題，參加人次165人，問卷發出165份，問卷回收114份，回收率69.09%，課程整體滿意度為100%。於104年9月17日、10月1日、10月8日、10月20日、11月3日、11月10日、11月24日於員山鄉結頭份社區老來寶健康家園、冬山順安社區活動中心、宜蘭市公所、壯圍衛生所辦理老來寶健康家園、蘇澳國中、羅東李科永圖書館、三星尾塹社區活動中心辦理7場「不老診所生活圈模式之個案討論會」。於104年9月17日、10月8日、10月13日、10月20日、11月3日、11月10日、11月24日於員山鄉結頭份社區老來寶健康家園、宜蘭市公所、羅東鎮衛生所及壯圍衛生所、蘇澳國中、冬山順安社區老來寶健康促進家園、三星尾塹社區活動中心辦理7場

次「不老診所社區培力照護預防訓練」，課程整體滿意度為4.47(89.43%附件三之十四)。因此訓練獲得民眾廣大迴響，12月15日於宜蘭市公所社福大樓6樓加次舉辦。為培訓宜蘭縣守護社區老人整合性照護教育訓練種子師資人力，於104年11月29日於羅東聖母醫院11樓簡報室增加召開「104年度醫療院所守護社區老人整合性照護計畫」種子教師培力暨標竿學習研討會，邀請各醫院、診所之醫師、護理師、職能治療師、社區理事幹部等學員參加。參加人數75人，問卷發出75份，問卷回收50份，回收率66.6%，課程整體滿意度為83.85%(附件四)。透過社區培力教育訓練改變社會大眾對醫療的既定概念，進行社會價值重建，期望其診所醫師能扮演小鎮醫師及家庭醫師腳色，落實社區照護在地化目標。

105年6月至11月期間，假三星鄉、員山鄉、冬山鄉老來寶健康促進家園辦理3場次預防照護課程，包含長者居家照顧注意事項、生活機能活化訓練之課程，以提升社區民眾對預防失能的警覺進而養成生活即是復健，在生活中實踐機能活動，進而提升老年生活品質。

- (八) 轉介篩檢後有失智傾向至醫院失智門診：透過篩檢表篩中第18至20題篩出達失智風險之個案，由基層不老診所醫師透過轉介單，轉介認知風險之長者至縣內三家區域醫院神經內科失智症門診治療，截至104年4月1日為止計轉介失智症門診合計134人。
- (九) 追蹤「提供老人整合性醫療服務」模式運作情形：103年由12鄉鎮衛生所及衛生局個管師至基層不老診所回收篩檢表，鍵入資料後，105年使用不老診所資訊系統，篩檢出綜合性潛在長期照護風險、憂鬱潛在照護風險、運動潛在照護風險、膳食營養潛在照護風險及口牙潛在照護風險等五面向評估，以綜合性潛在長期照護風險為優先，以轉介作業流程進行家訪，了解需求後予以資源連結，並按時程追蹤狀況，建置運作模式情形。
- (十) 辦理衛生局間「老人整合性醫療服務社區健康照護網絡模式」觀摩交流研討會：於104年3月26日假羅東聖母醫院辦理「感受不老，擁抱健康-談老人整合性照護標竿學習暨個案討論」研討會，邀請衛生福利部、台北區醫療網6縣市衛生局、台南衛生

局、桃園衛生局進行「老人整合性醫療服務社區健康照護網絡」模式觀摩交流，現場提問及交流踴躍，計 143 人參加。

(十一) 建立參與整合性健康照護的作業流程：於 103 年 09 月 24 日第一次工作小組會議紀錄中制訂「預防照護工作指標及轉介作業流程」，並於 12 月 24 日第二次工作小組會議修訂，另更名為「基層診所提供老人整合性服務」照護工作指標及轉介作業流程圖。如前述，個案篩檢後定期召開個案討論會，了解個案長期照護風險問題(例如：獨立生活功能(IADLs)、活動/運動、營養、口牙、社會適應、失智、鬱卒/憂鬱等)，予協助轉介合適之醫院進一步檢查，另外介紹健康促進與照護地圖，以供個案使用，並製作照護資源手冊提供給篩檢結果須長期照護之個案，藉由轉介系統轉介至樂齡學習中心、運動休閒團體、廟宇資源、長者長青食堂、社區關懷據點、宜蘭縣牙醫診所、失智症照護地圖、中醫復健地圖等，提供全方位照顧。

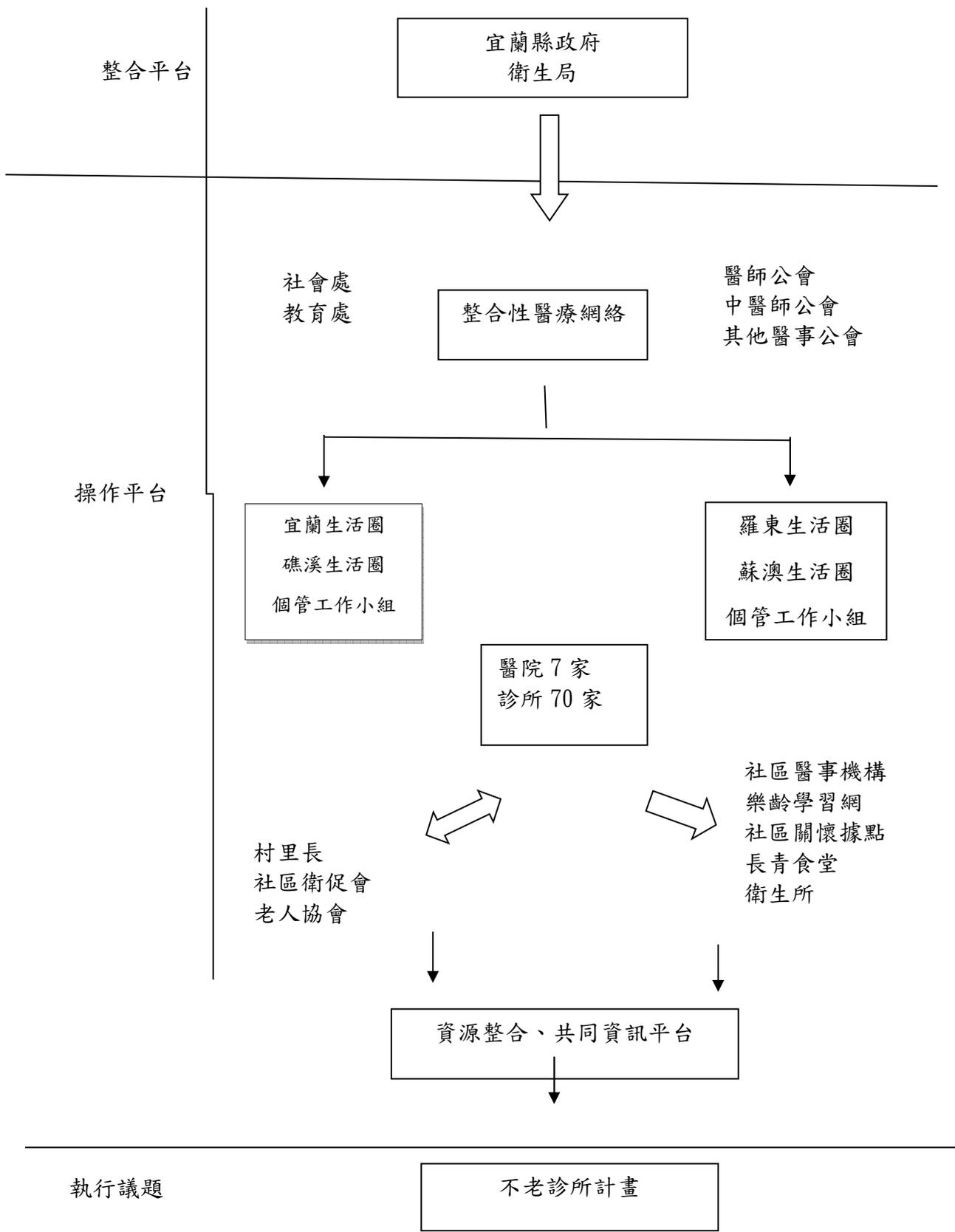
綜上，本計畫共篩檢 65 歲以上老人 6,564 人，招募基層診所達 102 家，篩檢達長期照護高風險人數計 2,074 人(31.60%)，建立 5 個生活圈照護之個管模式，轉介 134 位具失智傾向長者就醫，製作宜蘭縣不老診所-社區長者健康促進與資源手冊 1 式。不老診所對長者看診時一併進行問卷篩檢疾病用藥之分析，依結果進行轉介、追蹤，診所於長者於整個過程中扮演支持性角色。為掌握高風險個案，以生活圈照護之個管模式定期召開個案討論會，協助轉介醫療(失智症風險轉介)、樂齡學習、運動活動規劃、生活照顧據點及生活輔具之裝設等，以提供全方位照顧，透過基層照護服務的普及與社區照護的可近性，落實「社區化」與「在地化」的目標，期使基層診所醫師了解生活重於醫療，吃飯優於吃藥之照護原則。另外製作宜蘭縣不老診所-社區長者健康促進與資源手冊，以供個案使用，翻轉病房，讓長者” 掂厝內生活” ” 走到廟口講是非” 的原則運作。

#### 四、跨部門（跨領域）合作的機制

本計畫以衛生局做為整合網絡之平台，宜蘭縣醫師公會、宜蘭縣中醫師公會、相關醫事公會(物理治療師公會、職能治療師公會、語言治療師公會)、社會處、教育處、特教中心、村里長及老人協會扮演社區實務執行中心為執行中心，結合轄區基層診所成立不老診所，發展以社區人口為單位之績效追蹤機制及加強衛生所健康管理功能，建立社區民眾健康需求評估機制，協助輔導基層診所加入公共衛生業務及政策執行，強化社區民眾及跨部門的行動參與，合理分配宜蘭縣溪南溪北醫療資源，以確保民眾就醫公平性。並積極宣傳基層醫師公共衛生服務理念，提高以病人為中心之就醫服務效率，加強各類醫事人員教育訓練、增進健康知能。衡酌區域內現有家戶健康建置系統，整合各類疾病管理、預防保健等衛生資訊系統，規劃建立社區疾病應變與疾病照護機制。

##### (一)組織架構與資源整合

1. 加強基層醫療院所對於老人照護三段五級前段及中段健康照護之能力，以提供縣民具有完整性、協調性與持續性之醫療服務。
2. 以衛生局、醫師公會、社政、教育及民政系統為整合性社區健康照護網絡之操作中心並建立標準作業流程。
3. 透過基層照護服務的普及與社區照護的可近性，提供高品質的基層服務，滿足高齡者及特殊族群之需求，落實「社區化」與「在地化」的目標。
4. 透過基層照護服務與醫院建構之垂直整合服務，轉介篩檢後有失智傾向至醫院失智症門診。



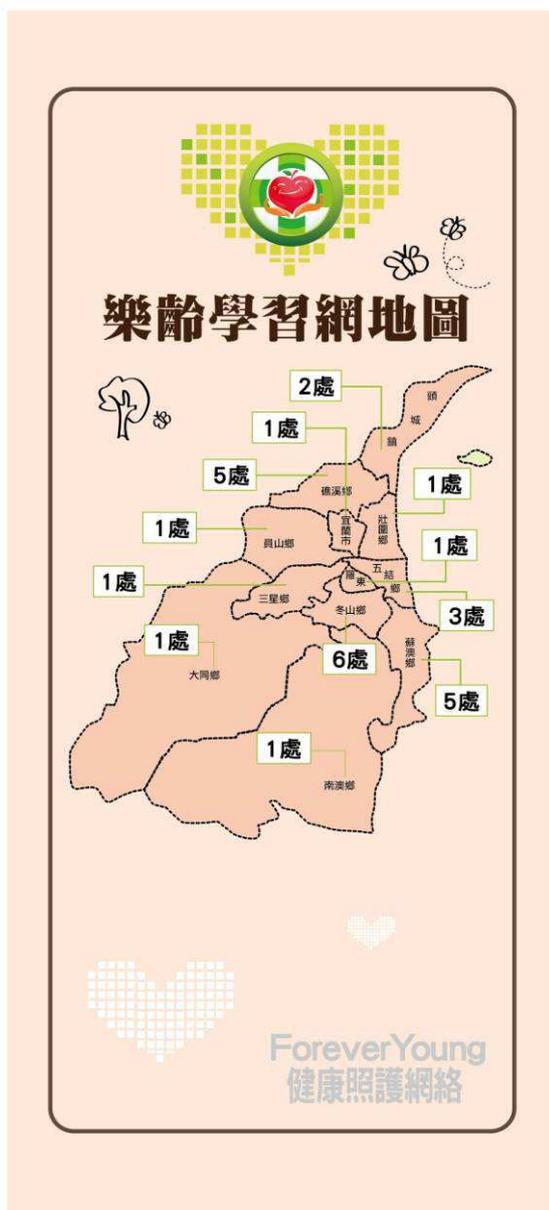
## 五、永續維護與評估機制

本計畫統整本縣各項社區照護資源，製作宜蘭縣不老診所-社區長者健康促進與資源手冊，包含宜蘭縣復健及中醫地圖、宜蘭縣長青食堂地圖、宜蘭縣老人假牙醫療機構地圖、宜蘭縣樂齡學習網地圖、宜蘭縣失智症門診地圖、宜蘭縣運動地圖、宜蘭縣廟宇地圖等資源，提供予篩檢結果須長期照護之個案使用。另外，目前社區長者篩檢涵蓋率為14%，宜持續擴大篩檢涵蓋率，已發現更多潛在風險個案。

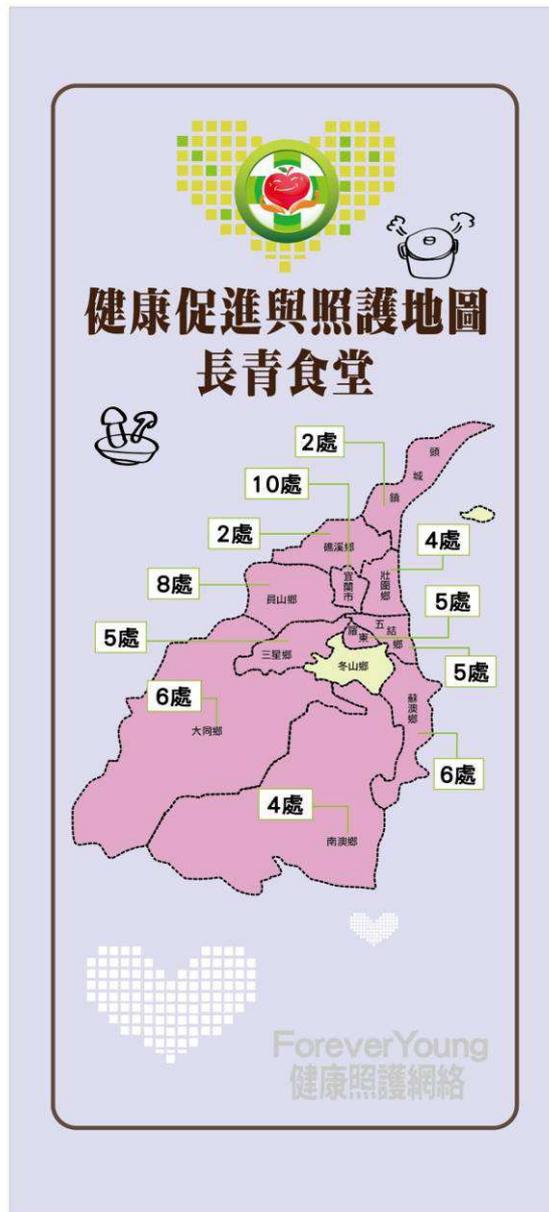
目前已建置不老診所資訊系統，有效管理社區長者健康服務篩檢資料，進行後續分析及統計，期許本縣長者皆能健康老化，樂齡快活。

宜蘭縣不老診所-社區長者健康促進與資源手冊

### (一) 樂齡學習網地圖



(二)長青食堂地圖



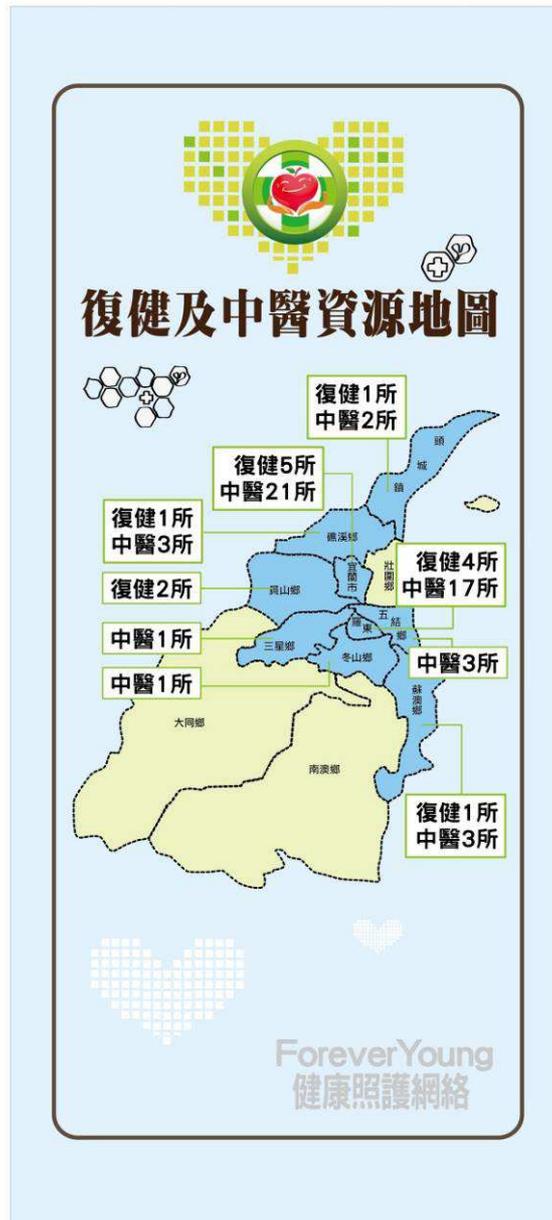
(三)老人假牙醫療機構地圖



(四)失智症門診地圖



(五)復健及中醫資源地圖



(六)運動地圖



(七)廟宇資源地圖



活動照片



不老診所個案討論會



不老診所個案討論會



不老診所個案討論會



不老診所個案討論會



不老診所個案討論會



不老診所個案討論會



社區教育訓練

社區教育訓練



社區教育訓練



社區教育訓練



社區教育訓練



社區教育訓練



標竿學習研討會



標竿學習研討會



標竿學習研討會



標竿學習研討會



標竿學習研討會



標竿學習研討會