

副本

收文編號	收	文	日	期
0190	113	1	24	155

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

106646



1

臺北市大安區安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年1月23日

發文字號：健保醫字第1130101371號

附件：如主旨(請於本署全球資訊網\公告下載)



主旨：公告修正「全民健康保險代謝症候群防治計畫」如附件，並自113年1月1日起實施。

依據：衛生福利部113年1月17日衛部保字第1131260035號函。

公告事項：旨揭計畫修正內容如下：

- 一、收案條件增列個案派案相關文字。
- 二、收案人數提高至每一診所500名；收案對象增列排除透析病人(含血液透析及腹膜透析)。
- 三、結案條件增列個案收案院所退出本計畫之項目。
- 四、修訂追蹤管理費支付規定「同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費」。
- 五、獎勵費：

0.10
(一)調整診所品質獎勵費，前25%核付30,000點；排序大於25%至50%核付15,000點。

(二)調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵500點。

(三)新增腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費，每一個案獎勵500點。

(四)調整首次提供戒菸服務之醫師獎勵費為1,000元。

六、收案評估費、追蹤管理費及年度評估費採固定給付每點1元，各項獎勵費則採浮動點值計算。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、中華民國內分泌醫學會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長 石崇良

全民健康保險代謝症候群防治計畫

111年6月20日健保醫字第1110108093號公告

111年11月9日健保醫字第1110062964號公告修正

112年2月13日健保醫字第1120102171號公告修正

112年7月17日健保醫字第1120113778號公告修正

113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加6倍糖尿病風險、4倍高血壓風險、3倍高血脂風險、2倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於許多慢性疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能達到慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

參、計畫目的

一、藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群個案自我

健康照護。

- 二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。
- 三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。
- 四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。
- 五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險(以下稱本保險)西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目下支應。

伍、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

- 一、診所資格：辦理成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。
- 二、醫師資格，須符合下列條件之一者：
 - (一) 家庭醫學科、內科專科醫師、執行成人預防保健，或糖尿病共同照護網認證之醫師。
 - (二) 完成本計畫訓練課程四小時並取得認證者：
 1. 本計畫訓練課程(如附件1)，可由中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會辦理。
 2. 若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，本保險保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。
- 三、參與本計畫之診所或醫師於參與計畫起日前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者

(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

- 四、符合前述各項資格之特約西醫診所，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件2)，經審核通過後，自核定日起執行本計畫。
- 五、前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

陸、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 20歲至64歲之保險對象：

1. 符合下列代謝症候群指標任三項者：

- (1) 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。
- (2) 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg}/\text{dL}$ ，或已使用藥物治療。
- (3) 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
- (4) 三酸甘油酯值(TG)： $\geq 150\text{mg}/\text{dL}$ ，或已使用藥物治療。
- (5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $< 40\text{mg}/\text{dL}$ ，女性 $< 50\text{mg}/\text{dL}$ ，或已使用藥物治療。

2. 符合糖尿病前期定義者：醣化血紅素(HbA1c)：5.7%~6.4%。

(二) 保險人得依全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就

醫資訊方案檢驗(查)結果上傳資料及成人預防保健服務結果資料，擷取符合收案條件之名單，交付參與本計畫之診所進行收案評估。

- (三) 每一診所收案人數上限為500名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案、透析病人(含血液透析及腹膜透析)不得收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，以利院所查詢。

二、 服務內容

(一) 收案評估：

1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫目的及內容，由醫師確實向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如不健康飲食、缺乏運動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，並取得個案同意後，方得收案。
2. 須於 VPN 登錄收案對象相關資料及管理(附件3)：
 - (1) 登錄資料：包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)，可採收案日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。
 - (2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略：針對吸菸、嚼檳榔等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務；個案管理資訊化，提供所需之衛教資料；注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。
 - (3) 須交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄表，參考附件5)等，予收案對象進行自我管理。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，如電話、訪視、診間等，協助進行個案健康評估(包含飲食、運動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測)、提供個案疾病管理衛教(如其他預防保健項目、五癌篩檢之重要性等)、聯繫及協調照護計畫，以使收案對象認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案如合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供相關衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
3. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次，且可採用追蹤管理日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗檢查日期相同
4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形，調整照護目標及策略。相關檢驗項目資料，可採用前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與追蹤管理階段之檢驗檢查日期相同。
2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者應予結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案)：

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。

2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者。
3. 個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月。
4. 個案死亡。
5. 收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者。
6. 個案收案院所退出本計畫。

(五) 管理登錄個案：

1. 參與本計畫之院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件3)上傳至 VPN。
2. 若未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

柒、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇或低密度脂蛋白膽固醇、空腹血糖或醣化血紅素、總膽固醇)。 3. 上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前3個月(90天)內之數據(含成人健康檢查)。 4. 本項支付點數包含收案所需執行項目： (1) 個案收案資料確認(基本檢驗數據) (2) 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目 (3) 告知個案計畫管理流程及收案 (4) 慢性病風險計算及評估 (5) 風險因子評估(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、	900

編號	診療項目	支付點數
	<p>三高)</p> <p>(6) 個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食)</p> <p>(7) 血壓量測之722指導</p> <p>(8) 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或醣化血紅素、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇)</p> <p>(9) 完成疾病管理紀錄表交付病人</p> <p>(10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統</p> <p>5. 完成收案評估且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。</p>	
P7502C	<p>追蹤管理費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔10週(≥70天)，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少10週(≥70天)。 3. 同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費，惟仍須申報 P7502C，俾利進入年度評估。如有重複支付，將於年度結束後，核扣費用。 	200
P7503C	<p>年度評估費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔10週(≥70天)，且限申報追蹤管理費三次(含)以上始得申報本項費用，每年度最多申報1次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。 	500

捌、獎勵費：

- 一、診所品質獎勵費：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件)≥70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費 30,000點；得分排序大於25%至

50%之診所，核付獎勵費15,000點。

(一) 代謝症候群改善率(70分)

1. 診所收案之吸菸對象經醫事人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(自接受戒菸服務開始後3個月或6個月，若上一支菸在7天前抽的，視為戒菸成功)，且人數(以本計畫結算年前一年7月至本計畫結算年當年12月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算) ≥ 10 人者，得20分。(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)
2. 診所收案對象之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 10 人者，得20分。
3. 診所收案對象之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 10 人者，得10分。
4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原200mg/dL 以上降至150mg/dL 以下，且人數 ≥ 10 人者，得10分。
5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dL 以上，下降10%，且人數 ≥ 10 人者，得10分。

(二) 加分項(10分)：診所收案對象之醣化血紅素(前測值須 $\geq 5.7\%$)，下降10%或降至5.7%以下，且人數 ≥ 10 人者，得10分。

(三) 上述(一)及(二)執行方式：

1. 由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值為前測值，並以收案診所當年度7月至12月最後一筆上傳之檢

驗結果為後測值。

2. 如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。

(四) 個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15分)

1. 分子：診所申報「年度評估費」人數
2. 分母：診所收案人數

(五) 介入成效率 $\geq 30\%$ (15分)

1. 分子：收案對象任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬代謝症候群之人數。
2. 分母：診所收案人數

二、新發現個案獎勵費：

(一) 因本計畫收案評估而新發現未滿40歲保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵500點，同一個案僅得獎勵一次。

(二) 新發現定義：保險對象於收案評估前二年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

三、腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效獎勵費：個案於收案評估時腰圍未達標準(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分，或 BMI ≥ 27)，且飯前血糖未達標準(AC ≥ 100 mg/dL 或糖化血色素 $\geq 5.7\%$)，於當年度7月至12月最後一筆上傳之檢驗結果，該個案腰圍達標準值(男性 < 90 公分，女性 < 80 公分，或 BMI < 27)，且糖化血色素 $< 5.7\%$ ，每一個案獎勵500點。

四、個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵500點，同一個案獎勵一次，本項獎勵個案不得與「個案績優改善獎勵

費」重複支付：

- (一) 腰圍：減少3%以上。
- (二) 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。
- (三) 血壓：收縮壓降至130mmHg以下，舒張壓降至85mmHg以下。
- (四) 三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油脂個人目標值。
- (五) 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度脂蛋白膽固醇個人目標值。

五、個案績優改善獎勵費：個案於年度評估時，已非屬代謝症候群(即下列3項或3項以上代謝症候群指標達標)，且結案日前6個月內，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案獎勵1,000點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複支付。

- (一) 腰圍：男性<90公分，女性<80公分或身體質量指數(kg/m²) BMI<27。
- (二) 飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或糖化血紅素(HbA1c)：<5.7%。
- (三) 血壓值：收縮壓<130mmHg且舒張壓<85mmHg。
- (四) 三酸甘油脂值(TG)：<150mg/dL。
- (五) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 \geq 40mg/dL，女性 \geq 50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。

六、前述獎勵費以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組審查通過後1個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不

實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆獎勵金。

七、參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵1,000元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

八、參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，對有嚼檳榔習慣(6個月內有嚼檳榔)之個案，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100元(每個案以300元為上限，本項獎勵經費由衛生福利部口腔健康司支應)。

玖、醫療費用申報、審查及點值結算：

一、申報原則：

(一) 門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1. 屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P7501C、P7502C 及 P7503C，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「09：西醫其他專案」、特定治療項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

2. 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

- 二、本計畫支付標準所列之收案評估費、追蹤管理費及年度評估費以每點1元支付；各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。除獎勵費按年結算外，其餘按季結算。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達三次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- 三、參與本計畫滿一年(12個月)之特約西醫診所，倘當年度年底收案滿6個月之所有個案，其代謝症候群指標皆無改善，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。
- 四、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止

參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

壹拾貳、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體及國民健康署共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件1】全民健康保險代謝症候群防治計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷 — 台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件2】全民健康保險代謝症候群防治計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審查結果	備註
	成人預防保健服務		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 日期章戳：	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

【附件3】全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

(一) 收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達150分鐘)

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7.腦血管疾病、8.其他

(六) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、飯前血糖值(mg/dL)、醣化血紅素(%)(糖尿病前期者須填寫)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)(高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、總膽固醇值(mg/dL)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(1. ___ %；2.不適用)、糖尿病(1. ___ %；2.不適用)、高血壓(1. ___ ；2.不適用)、腦中風(1. ___ %；2.不適用)、心血管不良事件(1. ___ %；2.不適用)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10支/日或尼古丁成癮<4分)、2.自行提供戒菸服務(≥10支/日或尼古丁成癮≥4分)、3.轉介戒菸服務(≥10支/日或尼古丁成癮≥4分)

2. 戒檳：

- (1) 不適用
 - (2) 戒檳指導(6個月內有嚼檳榔)：1.戒檳指導(評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2.安排口飾(可複選)
 - (3) 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)
3. 每日建議攝取熱量：
- (1) 不適用
 - (2) 建議攝取熱量：1. 1200大卡/天、2. 1500大卡/天、3. 1800大卡/天、4. 2000大卡/天、5. 其他：____大卡/天
4. 運動建議：1. 提供運動指導及中度身體活動類別建議、2. 提供社區運動資源(可複選)
5. 想達成的
- (1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分
 - (2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤
6. 722血壓量測指導：1.無、2.有
7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)
- (1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL
 - (2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：____%
 - (3) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL
 - (4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL
 - (5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

二、 追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

- (一) 追蹤日期(YYY/MM/DD)
- (二) 追蹤方式：1.電話追蹤、2.訪視、3.回診
- (三) 追蹤項目：1.營養指導、2.運動計畫、3.戒菸、4.戒檳(可複選)
- (四) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達150分鐘)

(五) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血壓量測值)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目或參採用藥收案之檢驗檢查項目(於追蹤期間至少上傳一次檢驗檢查值)

三、 年度評估(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達150分鐘)

(三) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、醣化血紅素(%)(糖尿病前期收案者必填)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油脂值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)(高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)。

(四) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10支/日或尼古丁成癮<4分)、2.自行提供戒菸服務(≥ 10 支/日或尼古丁成癮 ≥ 4 分)、3.轉介戒菸服務(≥ 10 支/日或尼古丁成癮 ≥ 4 分)

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6個月內有嚼檳榔)：1.戒檳指導(了解原因、評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2.安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒、5.禦寒、6.解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200大卡/天、2. 1500大卡/天、3. 1800大卡/天、4. 2000大卡/天、5. (其他) _____大卡/天

4. 運動建議：1.提供運動指導及中度身體活動類別建議、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍 _____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重 _____公斤

6. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值： _____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值： _____%

(3) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值： _____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值： _____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值： _____mg/dL

四、 結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者、3.個案拒

絕或失聯 ≥ 3 個月、4.個案死亡、5.收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者、6.個案收案院所退出本計畫。

備註：

參與本計畫之醫師需透過醫事服務機構向保險人分區業務組申請，經保險人分區業務組核准後，始能登入 VPN 傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入保險人 VPN 網頁，登入本計畫登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 保險人分區業務組須確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所須請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料上傳至 VPN。

代謝症候群疾病管理紀錄表(交付收案對象)

病人姓名 _____ 收案評估/年度評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險(僅需收案時評估)	
1. 身高：_____公分	項目	風險程度
2. 體重：_____公斤	冠心病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
3. 運動： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常(每週累計達150分鐘)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
4. 抽菸： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 平均一天約吸10支菸以下 <input type="checkbox"/> 4. 平均一天約吸10支菸(含)以上	高血壓	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
5. 嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	腦中風	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
	心血管不良事件	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用

代謝症候群五大指標及身體質量指數(參考值)

- 腰圍：_____公分 (男性 \geq 90公分，女性 \geq 80公分)
- 飯前血糖值：_____mg/dL (\geq 100mg/dL)
- 血壓：收縮壓_____ mmHg、舒張壓_____ mmHg (收縮壓 \geq 130mmHg，舒張壓 \geq 85mmHg)
- 三酸甘油酯值：_____ mg/dL (\geq 150mg/dL)
- 高密度脂蛋白膽固醇值：_____ mg/dL (男性 $<$ 40mg/dL，女性 $<$ 50mg/dL)
- 身體質量指數(kg/m²)BMI：_____ (\geq 27)

疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)

- 戒菸(吸菸 \geq 10支/日或尼古丁成癮度 \geq 4分，可提供或轉介戒菸服務)
- 戒菸指導(無意願接受戒菸服務或 $<$ 10支/日或尼古丁成癮度 $<$ 4分)
- 戒菸服務(\geq 10支/日或尼古丁成癮度 \geq 4分)：提供戒菸服務 同意轉介戒菸服務
- 戒檳(6個月內有嚼檳榔)
- 戒檳目標：_____年_____月_____日前戒除檳榔 安排口腔黏膜檢查：_____年_____月
- 每日建議攝取熱量：(大卡/天)：1200 1500 1800 2000 其他(_____)
- 盡量減少油炸物甜食鹽含糖飲料其他(_____)
- 運動建議：
- 提供運動指導：每週累積150分鐘中等費力運動(活動時仍可交談，但無法唱歌)
- 提供社區運動資源：_____
- 想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤
- 量血壓：指導722量測
- 其他叮嚀：(1)飯前血糖或醣化血紅素個人目標值：_____mg/dL(%)、
- (2)三酸甘油酯個人目標值：_____ mg/dL、
- (3)高密度或低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dL

診所，建議回診日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※同意收案者，請提供個人連絡電話做為個案追蹤健康管理或衛生單位政策評估使用。
 ※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件5】

血壓「722紀錄」表

※正確測量血壓7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：(1)回診前，量測血壓7天。
 (2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
 (3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

姓名：_____

天數		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	我的回診日期
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第1遍								月 日
	第2遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第1遍								
	第2遍								

範例：收縮壓140mmHg，舒張壓60mmHg，格子內寫「140/60」。