

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府照顧服務管理中心 函

704
台南市北區公園北路156-6號

地址：70847臺南市安平區中華西路2段315號6樓

承辦人：蕭靜怡

電話：06-2931232

傳真：06-2986826

電子信箱：monica5211@mail.tainan.gov.tw

受文者：台南市護理師護士公會

發文日期：中華民國107年5月11日

發文字號：南市社照字第1070534463號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：為推動本市長期照顧2.0服務，徵求「預防及延緩失能照護服務」方案及師資人才，請查照。

說明：

- 一、依據行政院105年12月19日院臺衛字第1050037149號函核定「長期照顧十年計畫2.0 (106-115)」及衛生福利部107年2月7日衛部照字第1071560372號函辦理。
- 二、衛生福利部規劃旨揭計畫，於社區廣設特約服務據點，針對衰弱、輕度及中度失能(智)老人導入具實證效果之方案課程，以達預防及延緩失能(智)之效果。
- 三、為充實本計畫方案課程及師資人才，徵求符合下列審查條件之已研發或實務推行相關方案：
 - (一)方案週數須符合1期12週，每週服務1次，每次2小時。
 - (二)具實證基礎，佐證資料之研究發表符合以下任一：
 - 1、已發表於國外具審查制度之期刊。
 - 2、已發表於國內具審查制度之期刊。
 - 3、曾公開發表：佐證資料為研討會發表海報、成果報告或碩博士論文者。
 - (三)具有可至社區特約單位提供方案介入活動之師資人才：
 - 1、專業師資、指導員及協助員人數至少3-5人，但專業師

資及指導員之人數其中至少應有1人。

2、同一方案所提報之各類師資名單不得重複，如同1人同時提報為2類以上師資資格，則以資格較高者計入(如某人同時被列為專業師資及指導員名單，則僅列為專業師資名單，刪除指導員)。

四、如有符合說明三所列審查條件之方案，惠請填寫附件表格並附佐證資料，另請將所有資料燒製光碟一份，於107年5月31日前函文親送或郵寄相關資料至本中心進行審查，俟審查通過建置於系統平台後即可於特約服務據點推行。

正本：台南市護理師護士公會

副本：本中心

主任 洪明婷

預防及延緩失能照護方案及師資人才地方政府自行推薦表

1. 縣市別：(請填提報之地方政府縣市別)

2. 序號：

3. 研發單位：

4. 方案名稱：

5. 審查條件：【請勾選(可複選)】

(推薦方案以同時符合 A 及 B 各其至少 1 項之條件為原則)

A1-已發表於國外具審查制度之期刊

B1-具已完成培訓之師資人才

A2-已發表於國內具審查制度之期刊

B2-具社區實際運作經驗

A3-曾公開發表

【務必填寫正確】

1. 聯絡人：

2. 聯絡電話：

3. 電子郵件：

4. 聯絡地址：

5. 可提供服務縣市：全國 (請填縣市名稱)

方案綱要

1. 方案類別：【請勾選(可複選)】

肌力強化運動

生活功能重建訓練

社會參與

口腔保健

膳食營養

認知促進

音樂

美術

其他：_____

2. 方案對象：【請勾選(可複選)】

衰弱老人

輕度失能

中度失能

輕度失智

中度失智

其他：_____

3. 方案時間：(每期 12 週，每週 1 次，每次 2 小時)

4. 方案目標：

5. 方案簡介：(不超過 300 字)

2. 培訓及認證機制：(如參與○○○等相關專業團體辦理○○○培訓課程及取得○○○證書(照)、至少培訓○○小時。)

3. 師資名單：

姓名	現職 (職業狀況)	專長	服務經歷

(表格行列數如不敷使用，請自行增列)