

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【總表】

106年 月

提報單位：(請填地方政府)

序號	方案名稱 (研發單位)	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)		聯絡人/連絡電話 /電子信箱
		<input type="checkbox"/> A1-已發表於國外具審查制度之期刊 <input type="checkbox"/> A2-已發表於國內具審查制度之期刊 <input type="checkbox"/> A3-曾公開發表	<input type="checkbox"/> B1-具已完成培訓之師資人才 <input type="checkbox"/> B2-具社區實際運作經驗	
		<input type="checkbox"/> A1-已發表於國外具審查制度之期刊 <input type="checkbox"/> A2-已發表於國內具審查制度之期刊 <input type="checkbox"/> A3-曾公開發表	<input type="checkbox"/> B1-具已完成培訓之師資人才 <input type="checkbox"/> B2-具社區實際運作經驗	
		<input type="checkbox"/> A1-已發表於國外具審查制度之期刊 <input type="checkbox"/> A2-已發表於國內具審查制度之期刊 <input type="checkbox"/> A3-曾公開發表	<input type="checkbox"/> B1-具已完成培訓之師資人才 <input type="checkbox"/> B2-具社區實際運作經驗	

(如表格篇幅不足，請自行增列)

◎備註：

一、方案規格(內涵)說明如下：

- (一)以失能/失智預防及延緩方案為主，以衰弱老人及輕、中度失能(智)長者為優先。
- (二)以現已發展成熟並實際運作之預防及延緩失能照護方案及師資人才為優先。
- (三)照護方案內容包含：肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養及認知促進等方案優先。
- (四)每單位方案以1期12週為設計，每週服務1-2次，每次2小時。

二、師資人才推薦資格說明如下：

包括專業師資及方案帶領人(含指導員及協助員)，其角色及資格如下：

(一)專業師資：

1. 角色：擔任培訓社區方案帶領人(指導員及協助員)之師資。
2. 資格對象，須符合下列：
 - (1)由發展方案模組之醫事及相關專業團體訂定須具備資格及培訓機制。
 - (2)已完成相關專業教育訓練且實際有培訓社區方案帶領人之經驗者。

(二)指導員(主要方案帶領者)：

1. 角色：擔任至社區特約單位提供預防照護之主要社區帶領專業人才，每次介入活動由1位指導員為主要帶領，及1位協助員協同帶領。
2. 資格對象，須符合下列：
 - (1)由發展方案模組之各醫事及相關專業團體訂定資格及培訓機制。

(2) 已完成相關方案專業教育訓練並實際具有社區活動帶領之經驗者。

(三) 協助員(協同帶領者)：

1. 角色：擔任至社區特約單位提供預防照護之協同帶領人才。
2. 資格對象，須符合下列：
 - (1) 不限為專業人員為原則。
 - (2) 由發展方案模組醫事及相關專業團體訂定資格及培訓機制。
 - (3) 已完成相關教育訓練且實際具有社區活動帶領之經驗者。

三、本部訂定審查條件如下：(需同時符合以下條件)

(一) 方案週數須符合 1 期 12 週，每週服務 1-2 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)。

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【個別方案】

◎註：各方案請依方案序號分別命名存檔，命名範例如下：推薦單位名稱_方案 01

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：(如：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)

方案內容	週次		內容(請具體說明每次活動內容)	
	第 1 週			
	第 2 週			
	第 3 週			
	第 4 週			
	第 5 週			
	第 6 週			
	第 7 週			
	第 8 週			
	第 9 週			
	第 10 週			
	第 11 週			
	第 12 週			
師資人才 推薦	(一)專業師資			
	1. 資格定義：(如具有○○相關專業學經歷及相關教學實務經驗者)			
	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)。)			
	3. 師資名單：			
	姓名	現職 (職業狀況)	專長	服務經歷
(二)指導員(主要帶領者)				
1. 資格定義：				
2. 培訓及認證機制：				
3. 師資名單：				
姓名	現職 (職業狀況)	專長	服務經歷	
(三)協助員(協同帶領者)				
1. 資格定義：				
2. 培訓及認證機制：				

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)