

臺南市社區整合型服務中心(A)個案管理人員資格訓練 案例實作計畫

111 年 1 月初訂

一、依據：

衛生福利部 110 年 12 月 29 日衛部顧字第 1101963250 號函辦理。

二、主管單位：

臺南市政府社會局（以下簡稱本局）

三、實作對象：

已取得專業基礎課程（20 小時）結訓證明，且現為本市社區整合型服務中心(A)單位聘為個案管理人員者。

四、實作安排方式：

本市社區整合型服務中心(A)所聘個案管理人員於完成專業基礎課程 20 小時結訓後主動向本局提報實習申請單（附件 1），由本局安排實習。

五、實作說明：

1. 由本局照顧管理專員擔任實習指導員，帶領實習個案管理人員進行訪視評估 3 案，並針對長照需要者之長照服務額度、問題清單、照顧組合表與服務安排等進行練習與討論。
2. 實習個案管理人員於實習期間（2 週內）須於衛生福利部照顧服務管理資訊平台完成 3 案照顧計畫擬定，並由實習指導員於系統中完成簽審。
3. 實習個案管理人員完成 3 案照顧計畫後，由實習指導員依評值表（附件 2）進行審核，評值項目皆須達成，若有 1 項未達成者，不予核發案例實作(6 小時)結訓證明（附件 3），即代表未能完訓。
4. 審核合格後，由本局核發案例實作 6 小時結業證明。

六、注意事項：

1. 實習個案管理人員需領有本局核備之臨時證始可申請案例實作。
2. 如臨時證已逾期無法於衛生福利部照顧服務管理資訊平台完成照顧計畫者，請以紙本完成個案報告(附件 4)，並由實習指導員完成審核。

七、本計畫奉長官核准後施行，修正時亦同。

臺南市社區整合型服務中心(A)單位個案管理人員 【案例實作 6 小時】實習申請單

111 年 1 月初訂

申請日期： 年 月 日

單位名稱		
特約行政區		
實習人員 基本資料	姓名	
	身分證字號	
	連絡電話	
	電子信箱	
	專業背景	<input type="checkbox"/> 醫事人員(類別：_____) <input type="checkbox"/> 社工師/員 <input type="checkbox"/> 老人照顧相關科系 <input type="checkbox"/> 公共衛生 <input type="checkbox"/> 醫務管理 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	長照工作年資	_____年_____月
檢附應備文件	<input type="checkbox"/> 初階訓練-專業基礎課程(20小時)結訓證明	
個案管理人員 臨時證	臨時證認證效期(起迄日： 年 月 日至 年 月 日) <input type="checkbox"/> 已具備且有效中 <input type="checkbox"/> 已具備但逾期尚未完成案例實作	
單位用印		
審查表(以下由照管中心填寫)		
收件日期	年 月 日	
審核結果	<input type="checkbox"/> 同意實習，實習指導員：_____	
	<input type="checkbox"/> 不同意實習，原因：_____	
承辦人	單位主管	機關首長

臺南市社區整合型服務中心(A)單位個案管理人員 【案例實作 6 小時】評值表

111 年 1 月初訂

A 單位名稱：_____

實習人員姓名：_____

實習日期：_____年_____月_____日

評值項目		個案姓名	完成日期
個案照顧計畫	案例 1		年 月 日
	案例 2		年 月 日
	案例 3		年 月 日
評值項目		達成情形	
服務過程 總評值	能正確說明長照服務對象	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合，原因：_____	
	能向案家說明長照 2.0 四大服務 (至少 1 案)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合，原因：_____	
	除案家主述需求外，有發現個案其他照顧需求，並與案家建議及討論 (至少 1 案)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合，原因：_____	
	能向案家說明核定服務項目及費用 (至少 1 案)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合，原因：_____	
評值結果		<input type="checkbox"/> 及格 <input type="checkbox"/> 不及格	

核發結訓證明標準：訪視個案 3 案皆完成且服務過程總評值 4 項皆須符合。

實習指導員簽名：_____

評值日期：_____年_____月_____日

臺南市社區整合型服務中心(A)單位個案管理人員 【初階訓練－案例實作 6 小時】實習個案報告

實習日期：____年____月____日

實習單位：_____

個案評估日期：____年____月____日

實習人員姓名：_____

一、摘要（簡潔、扼要、包含全文內，字數500字內）

二、前言

三、個案評估

(一)個案基本資料			
個案身分證		個案電話	
個案姓名		個案生日	
原住民身分		原住民族別	
性別		目前居住狀況	
居住(通訊)地址			
常用語言			
長照福利身份			
就業情形		就業意願	
近三個月是否住院		住院原因	
是否聘有看護		看護國籍	
罹患疾病			
身心障礙類別		身心障礙程度	
(二)個案失能等級			
(三)聯繫及評估過程簡述：			
(四)家庭支持情形簡述：			

(五)照顧問題(依重要性排列至少 5 個)

(六)需轉介其他服務介入情形:

(七)照顧計畫

(八)核定使用服務

實習人員簽名：_____

日期：____年____月____日