



114 年「預防及延緩失能照護服務方案  
新師資培訓計畫」  
申請提報須知

苗栗縣政府衛生局  
中華民國 114 年 4 月

# 目 錄

## 內容

壹、目的 .....	3
貳、相關規定及流程 .....	3
參、計畫實施期間 .....	8
肆、執行內容及策略 .....	8
伍、其他注意事項 .....	9
陸、附錄 .....	11
附件 1-計畫書 .....	11
附件 2-人才明細表 .....	17
附件 3-期末報告 .....	18

## 壹、目的

為因應社區預防及延緩失能照護服務需求持續增加，並提升服務品質，本計畫旨在培育新一代師資與指導員，依據據點開課需求辦理培訓課程。透過提供合格方案單位申請師資培訓機會，並結合長者健康整合式功能評估（ICOPE），強化人才專業能力，提升服務效能。

新師資培訓將由本局公告審查通過且具備執行經驗之單位辦理，優先邀請曾提出方案優化建議之研發單位參與，藉此建構本縣完整且高品質的預防及延緩失能師資人才資料庫，並進行相關方案與師資資源之整合與管理。

## 貳、相關規定及流程

一、依據 114 年預防及延緩失能照護服務方案及師資管理-苗栗業務執行說明辦理。

### 二、申請條件及規定

(一)須繳交 114 年新師資培訓計畫書，可申請之條件為依據表一「苗栗縣據點方案選用及師資服務情形」、及表二「苗栗縣據點選用數」數據訂定，並逐年依各方案表現調整，最終通過師資培訓額度由審查委員核定。

(二)本局合格之 6 個方案模組，且 113 年曾有提過方案內容優化之研發單位為主要提報對象：

序號	編號	方案名稱	方案研發單位
1	CL-01-0286	銀海愛腦友瑞智社區失能/智之預防與延緩	銀海愛腦友瑞智學堂
2	CL-01-0382	結合禪繞畫、氣功與膳食之肢體統合協調訓練	苗栗縣陽竹林學會
3	CL-02-0041	銀海預防及延緩失能/智社區-懷舊團體	銀海長照團隊
4	CL-03-0071	銀髮舒活養生療癒預防延緩方案	多元全人企業社
5	CL-03-0072	銀髮桌遊動健康	
6	CL-06-0034	全齡生命故事樂活手做書	

(三)新方案模組成為合格方案後，須滿 2 年才能提報新師資培訓(以合格年度計算)。

(四)請根據服務提供單位實際需求、方案管理品質、辦理成效等因素，評估後提報新師資培訓所需額度：

1. 可提報之條件，須符合以下第(1)、(2)點：

(1). 需曾通過方案模組內容優化之研發單位。

(2). 前一年年度查核得分達 17 分以上，且整體有服務的師資服務率達 40% 以上(含)。

表一、苗栗縣據點方案選用及師資服務情形

資料範圍 113 年 1 月至 12 月底

項目	師資數			整體有服務的師資				縣內開課師資數				線外開課師資數				開班數		
類別	專業師資	指導員	總計	專業師資	指導員	總計	服務率	專業師資	指導員	總數	服務率	專業師資	指導員	總數	服務率	縣內	縣外	總計
苗栗縣	54	334	388	19	193	212	55%	12	76	88	42%	7	117	124	58%	183	185	368
CL-01-0382	8	59	67	6	33	39	58%	6	16	22	56%	0	17	17	44%	21	13	34
CL-03-0071	3	27	30	0	8	8	27%	0	1	1	13%	0	7	7	88%	1	7	8
CL-06-0034	4	31	35	0	19	19	54%	0	1	1	5%	0	18	18	95%	1	23	24
CL-03-0072	6	73	79	4	55	59	75%	0	4	4	7%	4	51	55	93%	10	98	108
CL-01-0196	5	7	12	3	2	5	42%	3	2	5	100%	0	0	0	0%	15	0	15
CL-13-0013	7	27	34	1	7	8	24%	1	4	5	63%	0	3	3	38%	11	7	18
CL-01-0286	4	41	45	1	32	33	73%	1	21	22	67%	0	11	11	33%	53	20	73
CL-02-0041	4	36	40	1	25	26	65%	1	21	22	85%	0	4	4	15%	64	8	72

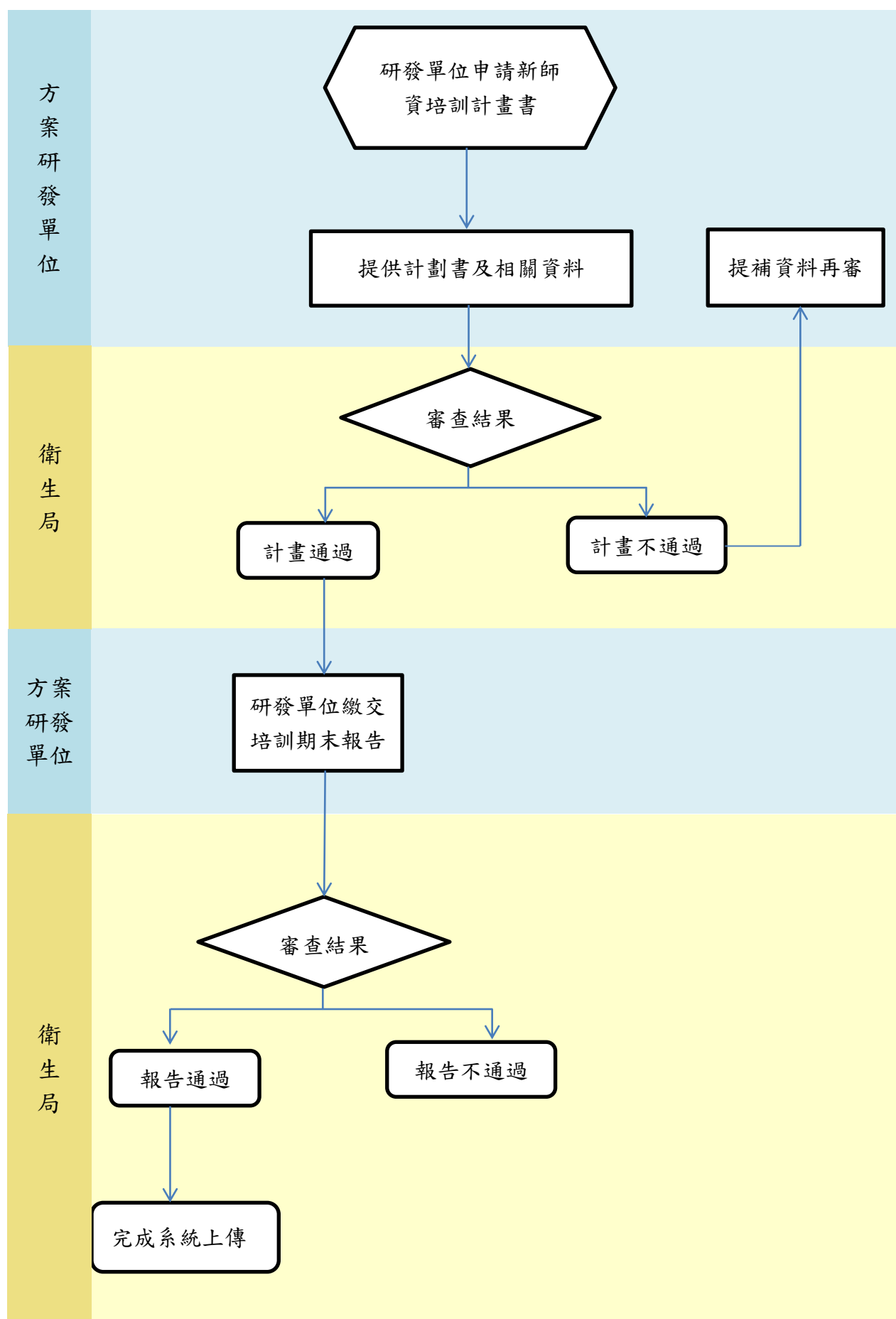
CL-01-0004	5	24	29	0	9	9	31%	0	3	3	33%	0	6	6	67%	3	6	9
CL-01-0005	8	9	17	3	3	6	35%	0	3	3	50%	3	0	3	50%	4	3	7

表二、苗栗縣據點選用方案數

資料範圍 113 年 1 月至 12 月底

項目	去重複			重複		
	縣內	縣外	總計	縣內	縣外	總計
苗栗縣	146	165	311	<b>183</b>	185	368
CL-01-0382	18	13	31	<b>21</b>	13	34
CL-03-0071	1	7	8	<b>1</b>	7	8
CL-06-0034	1	21	22	<b>1</b>	23	24
CL-03-0072	7	82	89	<b>10</b>	98	108
CL-01-0196	12	0	12	<b>15</b>	0	15
CL-13-0013	11	7	18	<b>11</b>	7	18
CL-01-0286	42	19	61	<b>53</b>	20	73
CL-02-0041	47	8	55	<b>64</b>	8	72
CL-01-0004	3	6	9	<b>3</b>	6	9
CL-01-0005	4	2	6	<b>4</b>	3	7

### 三、 作業流程



#### 四、 申請方式

##### (一)提繳計畫書：附件 1

1. 請有培訓新師資需求之研發單位，於 4 月 30 日下午 5 點前，函報本局並繳交「苗栗縣 114 年預防及延緩失能照護服務方案-新師資培訓計畫書」(郵戳為憑)，資料中必須含計畫書、優化後提報表、人才明細表(含原師資)及相關佐證資料。
2. 需準備紙本資料 1 式 3 份及電子檔案光碟 1 片，裝訂整齊(不必過度包裝)及繳交 1 份電子檔光碟。若檔案太大，則請利用 Google 雲端硬碟傳送。
3. 經本局審查通過後，始得依計畫內容進行培訓，前開名單經本局審認後，始納入師資庫供據點運用。
4. 郵寄地址：35646 苗栗縣後龍鎮大庄里 21 鄰光華路 373 號/苗栗縣政府衛生局保健科林小姐收。(請掛號郵寄，並於外包裝備註【預防及延緩失能照護服務方案新師資培訓計畫書】)。資料概不退還，由本局統一銷毀。

##### (二)期末成果報告

1. 方案研發單位應於 **114 年 10 月 31 日**前函送期末成果報告，經本局審查後，通知審查結果並將合格師資名單納入師資庫，通過後由本局辦理師資庫新增或刪除相關事宜。
2. 期末成果報告格式如附件 3，請雙面列印，並編碼裝訂。建議字形：標楷體；建議字體：大標字體 18 級、次標字體 16 級、內文字體 14 級，表格內字體 12~14 級。

#### 五、 審查方式

1. 本局邀請學者專家與本局代表進行計畫之審查，以書面或會議方式審查；全部審查委員至少 3 人，其中外聘學者專家至少 2 人。
2. 分數達 75 分(含)以上，得優先申請，惟是否通過申請與目標培訓人

數，由本局視整體需求與 75 分以上數量衡酌決定。

3. 審查項目權重如下：

編號	評審項目	配分
1	培訓課程設計內容完整性，且具體可行	30
2	講師團隊與專業背景	25
3	培訓方法具進度管制措施	15
4	學員評估及辦理場地設備	15
5	預期成效之合理性及效益	15

六、 聯繫窗口資訊：

- 聯絡窗口：苗栗縣政府衛生局保健科
- 聯絡人：林小姐/陳小姐 037-558570
- 電子郵件：mlh247@ems.miaoli.gov.tw

參、計畫實施期間

自核定日起至 114 年 10 月 31 日。

肆、執行內容及策略

一、 申請單位：本局合格之 6 個方案之研發單位，且 113 年曾有提過方案內容優化之研發單位為主要提報對象。

二、 主要工作項目：

(一) 請依經本局審查通過後之預防及延緩失能照護服務方案(以下簡稱方案)內容優化後之計畫書及提報表規劃辦理。

(二) 培訓方案新師資人才(含專業師資、指導員)。

1. 方案研發單位須盤整目前師資現況、師資整體需求，依照護方案內容所需之醫學等專業、照護知識及活動帶領技巧等，由方案研發單位既有合格之專業師資進行專業師資培育，再由已完成受訓之專業



師資協助培訓社區方案帶領人(指導員)。

2. 專業師資、指導員之角色與資格，請依方案優化後之計畫書及提報表-師資資格進行招募及培訓，其中資格建議，宜具 ICOPE 或方案面向(如認知、運動、營養口牙、社會參與、心理、身活功能、醫藥等)相關專長。
3. 培訓課程內容至少需含括以下：
  - (1)本次提報之培訓課程內容及設計須包含優化後之課程內容，其中師資培訓時間至少 8~16 小時，且有相關見習或實習等規劃。
  - (2)課程內容須採融入式，包含長者健康整合式功能評估(ICOPE)之認知功能、行動能力、營養、視力、聽力、憂鬱等六大面向，以提供社區長者整合性預防及延緩失能照護服務。
  - (3)各類人員須依方案內容優化後之計畫書及提報表規劃辦理，並有配合回訓及退場機制規劃。
  - (4)完成培訓後，需完成國民健康署公告之線上培訓課程 15 積分為必要條件，始能為合格師資。
- (三) 方案研發單位具跨單位合作與資源串聯機制，新師資培訓完後須規劃涵蓋有完整的方案師資派員或監管機制，以能協助新師資人才媒合至相關社區據點或特約單位服務。
- (四) 研發單位須於完訓後為參訓人員，提供符合實際培訓時數之結訓證書。
- (五) 預防及延緩失能照護服務方案模組及師資人才監測與管理。
  1. 方案研發單位請賡續依歷年社區特約單位實際介入後之成效評估(前後測)，滾動式修正方案模組培訓課程內容，並報本局核準備查。
  2. 方案研發單位須管理該方案下師資人才，依所訂回訓機制持續對其師資人才進行增能，並對不適任者(含未回訓)進行汰除。

## 伍、其他注意事項

- 一、 非符合本計畫所述條件或未依本計畫所訂規則完成申請並經審查通過者，不得培訓新師資；倘經查未經本局同意而擅自培訓者，完訓人員不列入師資庫，方案研發單位如收受相關費用者，應將款項退還參訓人員，如方案研發單位經本局通知應限期改善而未改善，廢止該方案研發單位培訓預防及延緩失能照護服務方案新師資之資格，並將該方案及研發單位名單公告於本局網站，爾後該單位不得培訓。
- 二、 方案研發單位辦理培訓收取相關費用，建議應開立相關收據。
- 三、 計畫內容不得有推銷商品、藥品等商業行為，並應保護服務對象隱私權，若有違反情事，致使本局遭致任何損失或聲譽損害時，執行單位與受委辦單位應負一切損害賠償責任。
- 四、 智慧財產權：執行單位必須遵守著作權及專利法等相關規定。交付所提供之本案相關報告或文件，如包含第三者開發之產品（或無法判斷是否為第三者之產品時），應保證（或提供授權證明文件）其使用之合法性（以符合中華民國著作權法規範為準），如隱瞞事實或取用未經合法授权使用之識別標誌、圖表及圖檔等，致使本局遭致任何損失或聲譽損害時，執行單位應負一切損害賠償責任（含訴訟及律師費用），於涉訟或仲裁中為本局權益辯護。
- 五、 計畫書經本局核定後，應據以確實執行，計畫執行期間不得規避、妨礙或拒絕本局派員輔導或相關監測查核措施；必要時應向本局本局簡報，執行單位須指派專人擔任窗口，處理計畫執行事宜。
- 六、 違反本申請須知規定者，本局得命其限期改正，視違規情節輕重廢止辦理新師資培訓等資格。

陸、 附錄

附件 1-計劃書

苗栗縣政府衛生局  
114 年預防及延緩失能照護服務  
方案新師資培訓計畫  
計畫書

申請單位：\_\_\_\_\_

方案編號： CL-○○-○○○○

方案名稱：\_\_\_\_\_

申請日期：114 年○月○日

## 基本資料

申請單位	聯絡人：	
	電話：	傳真：
	電子郵件：	
	地址：	
方案資料	方案編號：	
	方案名稱：	
	方案適用對象： <input type="checkbox"/> 健康長者 <input type="checkbox"/> 衰弱長者 <input type="checkbox"/> 輕度失能 <input type="checkbox"/> 中度失能 <input type="checkbox"/> 輕度失智 <input type="checkbox"/> 中度失智 <input type="checkbox"/> 其他	
	方案面向： <input type="checkbox"/> 認知促進 <input type="checkbox"/> 肌力強化 <input type="checkbox"/> 營養管理 <input type="checkbox"/> 生活功能 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 口腔保健 <input type="checkbox"/> 自主健康管理 <input type="checkbox"/> 其他	
	培訓收費額度： <u>專業師資</u> 元/人、指導員      元/人	
培訓課程 資訊(請 依實際場 次填報)	<b>第一場</b> 時間： 地點： 培訓對象與人數： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人	<b>第二場</b> 時間： 地點： 培訓對象： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人
	<b>第三場</b> 時間： 地點： 培訓對象與人數： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人	<b>第四場</b> 時間： 地點： 培訓對象： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人
師資招募 及宣傳方 法	1.	
	2.	
	3.	

※ 請依據 113 年方案內容優化計畫書及優化後提報表詳實填寫培訓規劃等相關資訊，以利本局公告。

## 目錄

壹、 背景說明	( )
貳、 現況分析	( )
參、 計畫目標	( )
肆、 計畫期程	( )
伍、 實施策略及執行步驟	( )
陸、 預定執行進度及效益	( )
柒、 預定培訓人數	( )
捌、 其他檢附資料	( )

## 壹、背景說明

## 貳、現況分析

一、目前方案師資相關分析(前一年方案利用情形、指導員至服務提供單位服務比率(含專業師資))：

### 1. 方案利用情形

(1). 前一年度服務提供單位有選用的方案次數：

(2). 苗栗縣：\_\_\_\_\_次

(3). 外縣市：\_\_\_\_\_次(請詳列各縣市使用次數)

### 2. 指導員至服務提供單位服務比率(含專業師資)

(1). 整體：\_\_\_\_\_%(前 1 年度，有服務指導員共\_\_\_\_\_人/  
指導員總數\_\_\_\_\_人)

(2). 苗栗縣：\_\_\_\_\_%(前 1 年度，有服務指導員\_\_\_\_\_人)

(3). 外縣市：\_\_\_\_\_%(前 1 年度，有服務指導員\_\_\_\_\_人)

## 二、目前核定方案內容：

三、需求分析：(須包括現有合格師資數量及未來服務規模等規劃)

## 參、計畫目標

肆、計畫期程：自核定日(111 年○月○日起至 114 年 10 月 31 日止)

## 伍、培訓、及實習內容與訂定

## 一、 預定培訓人數

類別	人數		
	原師資	114 年新增	合計
專業師資			
指導員			

## 二、 人員資格及培訓內容訂定說明：

### （一）參訓人員資格：

1. 專業師資
2. 指導員

### （二）新師資培訓

1. 課程大綱、形式及時數
2. 辦理期程、場次數、每場次人數、講師等課程設計
3. 認證機制

### （三）回訓

1. 課程大綱、形式及時數
2. 回訓週期
3. 認證機制
4. 退場機制

陸、 實施策略及執行步驟

實施策略	執行步驟

柒、 預期成效及檢討

捌、 其他檢附資料及表單



## 附件 2-人才明細表

### 預防及延緩失能照護服務方案人才明細表

	112 年	113 年	114 年新增	合計
專業師資				
指導員				
協助員				

編號	姓名	性別	身分證字號	資格類別 (專業師資/ 指導員/ 協助員)	現職單位	首次培訓起 訖日	113 年回訓 日期	114 年培訓 日期(新增)
例 1	OOO	女	A000000000	指導員	OO 物理治 療所	106.9.1-	113.9.1	114.10.1
例 2	OOO	男	N000000000	指導員	OO 協會	106.6.1	113.9.1	

備註：本表如篇幅不足請自行複製填寫。

## 苗栗縣政府衛生局

# 114 年「預防及延緩失能照護服務方案 新師資培訓計畫」

## 期末成果報告書

(方案研發單位名稱)

○年 10 月 31 日

## 執行成果摘要

1. 方案編號：CL-○○-○○○

2. 方案名稱：

3. 方案研發單位：

4. 聯絡人：

5. 聯繫資訊：

電話：	傳真：
電子郵件：	
地址：	

6. 方案適用對象：【請勾選(可複選)】

- ☐健康長者    ☐衰弱長者    ☐輕度失能  
☐中度失能    ☐輕度失智    ☐中度失智    ☐其他

7. 方案類別：【請勾選(可複選)】

- ☐認知促進    ☐肌力強化    ☐營養管理    ☐生活功能    ☐社會參與  
☐口腔保健    ☐自主健康管理    ☐其他

8. 培訓收費額度：專業師資\_\_\_\_\_元/人、指導員\_\_\_\_\_元/人

9. 培訓課程資訊：

培訓 資 訊	<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">第一場</div> 時間： 地點： 培訓對象及人數： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人	<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">第二場</div> 時間： 地點： 培訓對象及人數： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人
實 習 資 訊	<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">第一場</div> 時間： 地點： 對象於人數： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人	<div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">第二場</div> 時間： 地點： 對象： ➤ 專業師資：_____人 ➤ 指導員：_____人

## 壹、前言及目的

## 貳、計畫目標（請依計畫書內容填列）

## 參、實施策略及方法（請依計畫書內容填列）

實施策略	執行步驟與成效

## 肆、執行報表（請依計畫書內容填列場次數、人數等）

## 伍、師資人才明細表※請提報此次方案新師資培訓人才名單

### 新師資培訓名單：

編號	姓名	性別	身分證字號	資格類別 (專業師資/ 指導員/)	現職單位	114 年培訓日 期(新)	培訓 地點	實習 日期	實習地 點
例 1	OOO	女	A000000000	專業師資	OO 物理治療所	114.10.1			
例 2	OOO	男	N000000000	指導員	OO 協會				

備註：本表如篇幅不足請自行複製填寫。

陸、 活動或會議之照片(含培訓及實習課程)

一、辦理情形一覽表(依照日期排序)

日期	說明	照片	類型
			<input type="checkbox"/> 會議 <input type="checkbox"/> 說明會 <input type="checkbox"/> 業務宣導 <input type="checkbox"/> 訓練課程 <input type="checkbox"/> 輔導或查核 <input type="checkbox"/> 實地訪視 <input type="checkbox"/> 其他

(表格不足請自行增列)

二、行銷宣傳及推廣圖片(截圖或活動照片)

日期:	日期:
說明:	說明:
日期:	日期:
說明:	說明:

(表格不足請自行增列)

陸、附錄(圖、表、活動或會議之照片、紀錄等，須含學員上課簽到表或紀錄等相關文件) ※相關佐證如照片，務必清晰。