

107 年度「預防及延緩失能照護方案及師資人才培訓計畫」-

「舒筋骨、活力漾」高齡者健康生活形塑計畫

【高齡者健康生活形塑指導員、協助員培訓】簡章

- ◆ 指導單位：行政院衛生福利部、臺南市政府照顧服務管理中心
- ◆ 主辦單位：財團法人台南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會
- ◆ 計畫說明：

依據衛生福利部 107 年度「預防及延緩失能照護方案及師資人才培訓計畫」，由財團法人台南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會提報「舒筋骨、活力漾」高齡者健康生活形塑計畫方案。本計畫將辦理高齡者健康生活形塑「指導員」及「協助員」培訓研習。期望透過本方案培訓專業人力，提升高齡者對運動流程之記憶點及喜好度，形塑健康生活之概念及生活模式，促進高齡者身心平衡，提升身體機能及生活品質，增強高齡者的肌耐力與肌力。

參與本培訓課程，將學習到衰弱高齡者健康生活形塑相關知識與技能。完成本培訓課程、通過考試、繳交相關作業，並參加實習者，經本方案審核通過者，依培訓類別將可獲得「高齡者健康生活形塑指導員」或「高齡者健康生活形塑協助員」證書，並提報行政院衛生福利部「延緩及預防失能師資人才」。

若您無法達到培訓課程出席率的 90% 及至少 2 小時社區實習。將僅獲得課程研習證書。

◆ 活動時間：

高齡者健康生活形塑指導員：107 年 4 月 28~29 日及 5 月 5 日

高齡者健康生活形塑協助員：107 年 4 月 14~15 日

◆ 報名時間：即日起~4 月 10 日止（名額有限、額滿為止）

◆ 資格審查及報名方式：

1. 填寫線上報名表：

<https://docs.google.com/forms/d/1CNXFafMBz0WGGMnubb3Xm9R7vh4WCXrWgNUe1K9trio/edit>

2. 填寫附件一，寄至下列聯絡人，經資格審查後將通知您，再於 4 月 12 日前至財團法人台南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會（台南市中西區西和路

100 號) 繳交報名費，或轉帳連同匯款收據 (掃描、拍照) e-mail 至：

linch.tld2008@gmail.com，黃小姐 收。

- ◆ 報名聯絡人：黃小姐，06-3588670#124
- ◆ 保險及聲明：本研習為參加學員辦理活動意外及醫療保險，請您審慎考慮自己身體狀況。若不適合，請勿參與本次培訓 (學、術科等體能活動) 課程，請自行承擔研習過程，可能發生之意外、傷害或死亡風險；主辦單位所有工作相關人員均無須擔負任何法律責任。主辦單位保留更改活動之日期、時間、內容及錄影、拍攝等，後續非營利著作、發行權利。報名者即表示同意以上聲明，並遵守上課須知、考試規定、實習規則，以及相關行政作業。
- ◆ 報名收費：2,000 元，優惠辦法：本會志工或學生優惠：1,000 元
- ◆ 通知錄取培訓資格後，請於 2 日內完成繳費，否則將由候補人員遞補。報名後因故不參加者，請於 4 月 12 日前申請取消，可退費 (扣除手續費)。
- ◆ 注意事項：
 1. 上課請著運動服裝，準時上課。上課中謝絕旁聽，禁止攝錄影。
 2. 上課當天須攜帶身份證報到，不得由他人頂替或冒名上課，如經查獲將取消資格恕不退費。
 3. 培訓需全程參加，通過筆試和術科測驗才予核發給『高齡者健康生活形塑指導員』證照或『高齡者健康生活形塑協助員』證照。若無全程參與，不得參加筆試和術科測驗，且不退費。
 4. 報名當天請繳交 2 張 1 吋半身相片 (背面以鉛筆寫上姓名，勿用油性筆)。
 5. 測驗未達標準者，若參加下次認證課程，比照收費，不另優惠。課程費用，除未開課外，恕不辦理保留、退費。
- ◆ 考試及作業：
 - 一、指導員：
 1. 術科：功能性體適能檢測、說明及分辨各種運動型態、設計運動課程內容、示範並指導高齡者進行多元性運動課程。
 2. 筆試：培訓課程內容，選擇題 25 題；70 分及格。
 - 二、協助員：

1. 術科：功能性體適能檢測、說明及分辨各種運動型態、簡易示範高齡者多元性運動型態動作。

2. 筆試：培訓課程內容，選擇題 25 題；70 分及格。

◆ 實習：

一、指導員：

1. 至少 2 小時社區實習。

2. 每組 2~4 人，課程前準備工作、需進行 20~30 分鐘多元性運動教學。

3. 同場次實習者，應就實習試教運動課程內容作分配調整，並事先與駐站專業師資聯繫，確認場次、課程內容等實習事項。

二、協助員：

1. 至少 2 小時社區實習。

2. 每組 2~4 人，課程前後準備（復原）工作、進行運動教學協助。

3. 同場次實習者，應就實習試教運動課程內容作分配調整，並事先與駐站專業師資聯繫，確認場次、課程內容等實習事項。

◆ 活動地址：財團法人台南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會臨安大樓東側教室（台南市中西區臨安路一段 89 號 3 樓）

◆ 培訓課程：高齡者健康生活形塑指導員

日期	4月28日(六)		4月29日(日)	5月5日(六)
8:30 ~ 9:00	報到	8:30 ~ 9:00	報到	報到
9:00 ~ 10:00	臺灣預防及延緩失能 照護方案政策與實施	9:00 ~ 10:30	衰弱高齡者伸展運動指 導 (學、術科)	衰弱高齡者 多元運動處方
10:00 ~ 12:00	衰弱高齡者運動科學 與健康促進	10:30 ~ 12:00	衰弱高齡者有氧運動指 導 (學、術科)	高齡者團體運動課程設計及 指導實務
12:00 ~ 13:00	午餐、休息			
13:00 ~ 15:00	高齡者運動評估與安 全	13:00 ~ 15:00	衰弱高齡者阻力運動指 導 (學、術科)	衰弱高齡者 多元運動實習
15:00 ~ 17:00	功能性體適能檢測實 務	15:00 ~ 17:00	衰弱高齡者平衡及防跌 運動指導(學、術科)	高齡者運動認知測驗及技能 評估

◆ 培訓課程：高齡者健康生活形塑協助員

	4月14日(六)		4月15日(日)
8:30 ~ 9:00	報到	8:30 ~ 9:00	報到
9:00 ~ 10:00	臺灣預防及延緩失能照護 方案政策與實施	9:00 ~ 10:30	衰弱高齡者伸展、有氧運動
10:00 ~ 12:00	衰弱高齡者運動科學與健 康促進	10:30 ~ 12:00	衰弱高齡者阻力、平衡與防 跌運動
12:00 ~ 13:00	午餐、休息		
13:00 ~ 15:00	高齡者運動評估與安全	13:00 ~ 15:00	高齡者運動協助員方案執行 實務
15:00 ~ 17:00	功能性體適能檢測實務	15:00 ~ 17:00	高齡者運動協助員認知與技 能評估

附件一、高齡者健康生活形塑指導員（協助員）報名表及資格審查表

姓名			性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	英文名字	
出生年月日	____年____月____日		E-mail		
身份證字號			聯絡電話	(手機) (0)	
聯絡地址					
報名班別	<input type="checkbox"/> 高齡者健康生活形塑指導員 <input type="checkbox"/> 高齡者健康生活形塑協助員		費用	<input type="checkbox"/> 學生及林澄輝志工：1,000元 <input type="checkbox"/> 非學生及林澄輝志工：2,000元	
匯款後五碼（戶名）					
身份別（可複選）	<input type="checkbox"/> 學生，校名及系所年級_____（請附學生證明） <input type="checkbox"/> 林澄輝基金會志工 <input type="checkbox"/> 高齡相關單位（服務單位/職稱）_____ <input type="checkbox"/> 非上列身分（服務單位/職稱）_____ <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 其他_____				
是否參加過其他培訓	<input type="checkbox"/> 其他單位指導員培訓 <input type="checkbox"/> 衛生福利部運動保健師 <input type="checkbox"/> 其他單位協助員培訓 <input type="checkbox"/> 否				
畢業科系或就讀系所 （學校/系所年級）	例如：嘉南藥理大學/老人服務事業管理系 3年級				
服務單位/職務 （學生請填寫目前社團、打工職務）	例如：1. 某某健身中心/教練；2. 家管；3. 中華醫事科技大學運動健康與休閒系學會會長。沒有者「無」				
專長（高齡者活動、運動及健康相關專長）	例如：高齡者團康活動、運動指導、職能治療、物理治療。沒有者寫「無」				
相關證照（發照單位/證照名稱）	例如：1. 體育署/國民體適能指導員；2. 國家考試/營養師。沒有者寫「無」				
是否有高齡者運動指導（協助）經驗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有辦理高齡者健促活動（協助）經驗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
運動指導（協助）經歷 （單位/職務/年資）	1. 單位名稱： 2. 單位名稱： <input type="checkbox"/> 無		職務： 職務： 例如：台南YMCA/教練/2017年7-9月。沒有者 <input type="checkbox"/> 無	年資： 年資：	
活動辦理（協助）經歷 （單位/職務/年資）	1. 單位名稱： 2. 單位名稱： <input type="checkbox"/> 無		職務： 職務： 例如：澄輝日照中心/照服員/2年。沒有者 <input type="checkbox"/> 無	年資： 年資：	
保險及聲明：為了您的安全，請您審慎考慮自己身體狀況，若不適合請勿參與本次培訓（學、術科等體能活動）課程。請自行承擔研習過程可能發生之意外、傷害或死亡風險，主辦單位所有工作相關人員均無須擔負任何法律責任。本人亦同意主辦單位可保留更改活動之日期、時間、內容及錄影、拍攝等後續非營利著作、發行權利。本人謹此同意以上聲明，遵守報名程序、上課須知、考試規定、實習規則和繳交相關作業 簽名：_____					
日期：2018年 月 日					