

26、職能治療社區實務教師培育暨認證辦法

民國 107 年 11 月 4 日第 17 屆第 1 次臨時理監事會通過

民國 110 年 6 月 26 日第 18 屆第 8 次理監事會議修改通過

一、宗旨

臺灣職能治療學會(以下簡稱本會)為增進職能治療社區實務教師教學能力及技巧,提升全國職能治療專業人員指導職能治療實習學生之品質,以提昇職能治療教學與服務水準,保障社會大眾權益,訂定「臺灣職能治療學會職能治療社區實務教師培育暨認證辦法」(以下簡稱本辦法)。

二、依據

本辦法係依據臺灣職能治療學會理監事會議決議,社區實務職能治療師應符合考選部公告之臨床實習基準,以建立職能治療師資培育制度。

三、本辦法所指稱之社區,係依照考選部「專門職業及技術人員高等考試職能治療師考試實習認定基準」所定義之場域。

四、培育對象

(一) 職能治療學生社區實習指導教師。

(二) 符合下列之一

1. 具備至少3年全職社區或長照職能治療師經驗。

2. 職能治療師具備至少3年專責的社區或長照職能治療相關業務經驗,且達2160小時的社區實務經驗。其認定方式如下:

(1) 可提供社區服務證明、開課證明或請服務的所有機構填寫本會在職證明的表格〔附件1〕,服務內容則由派案單位填寫)。

(2) 自填。唯自填時數不得超過機構認證時數的2倍(須提供佐證資料)。

五、權責

具備「職能治療社區實務教師」資格者,可於社區中指導職能治療實習學生。

六、認證資格與審核

- (一) 申請職能治療社區實務教師認證資格，需符合
1. 領有職能治療師證書者。
 2. 於申請日前 3 年內完成本會辦理，至少 10 小時(或 10 點)教學能力提升之培育課程，如教學倫理(教師倫理、教學態度與責任、性別議題、學生安全防護與權益)、課程設計、教學技巧、評估技巧、回饋、教材製作、跨領域團隊合作照護教學、溝通、督導及輔導、創新教學導入、教師教學經驗分享或其他提升教學能力相關課程。培育課程之實質內容、時數分配，以及考核方式由本會專業教育委員會訂定之。(註:依據衛生福利部繼續教育積分管理系統，課程每點為 50 分鐘)。
- (二) 審核：符合前項資格申請並通過審核者，由本會授予職能治療社區實務教師證書。申請人應自行確認是否符合該計畫作業要點之教師資格規定。
- (三) 職能治療社區實務教師認證之審核由本會專業品質委員會負責執行，結果提報理事會通過後，書面通知申請者並公告之。

七、換證

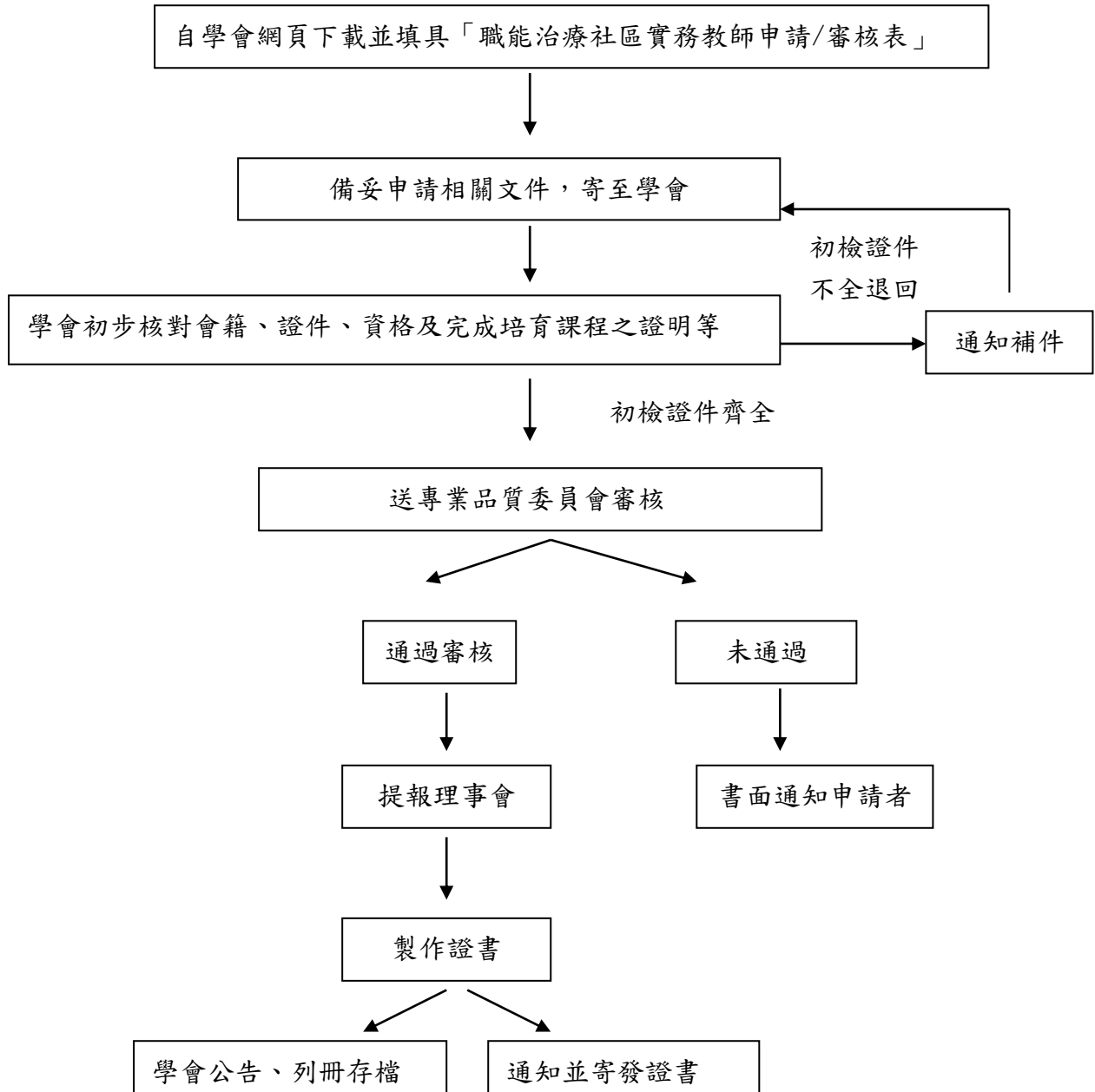
- (一) 職能治療社區實務教師證書效期 4 年，逾期失效。
- (二) 職能治療社區實務教師需於證書效期屆滿前 6 個月內，向本會申請換證。
- (三) 申請換證時，須檢附重新認證前 4 年，取得本會辦理或認可之教學能力提升之培育課程積分，至少 16 小時(或 16 點)，或平均每年至少 4 小時(或 4 點)之證明。
- (四) 查核方式:由本會專業教育委員會進行學分抵免認可，再由專業品質委員會進行審核。

八、申請費用

- (一) 申請認證手續費：本會會員新台幣肆佰元整，非本會會員新台幣捌佰元整。
- (二) 期滿換證申請手續費：本會會員新台幣參佰元整，非本會會員新台幣陸佰元整。

九、申請流程及申請檢附證件

(一) 申請流程



申請所需檢附文件如下：

1. 職能治療社區實務教師申請/審核表。
2. 職能治療師證書正反面影本（僅非會員需要）。
3. 完成本辦法第六條第一款所定本會辦理之培育課程並

通過考核之相關證明文件。

4. 最近六個月內二吋正面脫帽半身照片一張(製作證書用)。

5. 申請認證費用之劃撥單影本。

(二) 期滿換證者須檢附文件如下：

1. 職能治療社區實務教師申請/審核表。

2. 本辦法第七條第三款所定之教學能力提升培育課程並通過考核之相關證明文件。

3. 最近六個月內二吋正面脫帽半身照片一張(製作證書用)。

4. 申請重新認證費用之劃撥單影本。

十、申請認證者如對於核定之結果有異議，得於接獲通知一個月內提出申訴。

十一、本辦法如有未盡事宜，由本會專業品質委員會斟酌處理。

十二、本辦法經本會理事會通過後公佈施行，修訂時亦同。

社團法人臺灣職能治療學會

社區職能治療實務人員時數證明表

申請人姓名：

聯絡電話：

身分證字號：

通訊地址：

申請日期： 年 月 日

序號	服務機關	服務內容	服務期間	共計時數	服務機關簽章
1 (範 例)	臺北市長期 照顧管理中 心	居家照護	106 年 1 月 1 日 至 106 年 11 月 10 日	30 小時	
1			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
2			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
3			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
4			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
5			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
總計				共 小時	

附件 1

序號	服務場所	服務內容	服務期間	共計時數	自填之佐證資料
1 (範 例)	大安區里民 活動中心	延緩失能失智方案	106年1月1日 至 106年11月10日	30小時	證明文件、照 片、信函、或其 相關資料(並 將佐證資料附 於本表之後)
1			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
2			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
3			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
4			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
5			年 月 日 至 年 月 日	共 小時	
總計				共 小時	

申請人簽章：_____ 審查委員簽章：_____ 完成日期：_____