

國立虎尾科技大學醫護復工工作計畫

111 年 12 月 21 日安全衛生委員會審議通過

壹、目的：

為維護本校工作場所之安全與衛生，確保工作者之生命財產安全與健康，特依勞工健康保護規則、職業安全衛生法、職業災害勞工職業重建補助辦法、勞工職業災害保險及保護法、等相關法規，特訂定「醫護復工工作計畫」服務計畫。

貳、適用對象：

指受僱從事工作獲致工資且投保之工作者，對象包含校內所有工作者。

- 一、範圍本校從事工作獲致工資之勞工，包括勞保、公保、軍保之工作者。
- 二、對象技工、工友、駕駛、實驗室研究生、教職員工及經調查後需納入之工作者。

參、定義：

- 一、職業災害包括職業傷害 (work -related injury) 及職業病 (work -related illness) 兩種。非以上兩種則稱之為普通傷病。
 - (一)職業傷害：指在執行職務時，受到立即性 意外的傷害。
 - (二)職業病： 指在執行職務時，因暴露於化學性、物理性等，產生人因以及其他因子導致身體產疾病經醫師診斷為職業病。
- 二、職災事件：指工作者就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因(如上下班途中的交通事故)，引起之工作者疾病、傷害、殘廢或死亡。
- 三、職場危害：造成職業災害的危害因素，同樣也危害復工勞工，職場危害包括物理危害、化學危害、生物危害、機械性和人因危害，以及心理社會危害。

肆、作業內容：

- 一、權責單位：
 - (一)各工作場所主管：

1. 單位主管應熟悉所屬單位之安全守則，及安全工作方法規定，對新進人員及所屬教職員工，應教導正確工作作業方法及操作方法相關教育訓練，以防止、降低意外事故發生。
2. 遇事故發生時，職災事件發生單位/部門：應先立即執行緊急處理，並通報單位/部門主管與相關救災單位，並於事後，須完成災害事件調查。

(二)環保及安全衛生中心：

1. 進行工安相關教育訓練及預防宣導。
2. 防護設備及急救箱之準備、維持及使用管理。
3. 遇緊急應變執行措施與事故調查及回覆；視其傷患傷病程度，選擇適當之全民健康保險指定醫療院所診治，救護過程紀錄教職員工傷病記錄表(如附件一)。
4. 遇重大事故發生時，通報當地勞檢單位及當地派出所或警察局，和事故資料收集和準備。

(三)人事室：協助辦理請假事宜。

(四)總務處：勞(團)保投保、理賠給付相關作業。

(五)校安中心(通報專線 0932-969-994)：通報教育部相關作業。

二、因交通意外事故發生職災，申請職業災害處理作業：

(一)交通意外事故職災指：工作者上、下班或執勤時間，搭乘大眾交通設備、行走、開車、騎、乘座腳踏車或機車等交通工具，發生事故造成體傷或死亡。

(二)工作者於事故發生後 8 小時內，須告知單位主管、人事室及總務處。環保及安全衛生中心依據勞工保險被保險人上下班、公出途中發生事故而致傷害證明書(如附件二)協助調查事故發生狀況：

1. 是否為上、下班或執勤時間。
2. 是否為上、下班必經途徑。

(三)工作者如因違反交通規則而發生意外者將不視為公傷：例：闖紅燈、酒駕、超載、危險駕駛、超速等，導致個人傷害事故發生，依法將無法判定為職業傷害。

- (四)工作者因公發生交通事故(含自摔)，包括：上、下班時間及出差外出，發生車禍受傷意外，視受傷狀況處理外，當下應拍照事故現場(照片背景需要有特別明顯建築物，或能明顯辨識事故地點標的之處)，留存第一時間案發現場的照片，並紀錄當下時間，且工作者必須於事故發生當日，到醫院急救就醫(區域教學等級(含)以上之醫院機構就醫)，當日或隔日之後，待個人傷勢經初步處理後，工作者再到事故現場，或到當地派出所，請警察開立「交通事故當事人登記聯單」或報案三聯單，取得相關證明文件。
- (五)事後受傷勞保工作者需備妥：「駕駛人駕照正、背面影本」、「交通事故當事人登記聯單」影本，完成填寫“勞工保險被保險人上下班、公出途中發生事故而致傷害證明書(如附件二)”文件，送至總務處事務組用印後送勞動部勞工保險局。公保及軍保工作者無須完成此文件。
- (六)勞保工作者完成審查“勞工保險被保險人上下班、公出途中發生事故而致傷害證明書”，且判定為職災事故後，勞保工作者可向總務處事務組索取「勞工保險被保險人上下班/公出途中發生事故而致傷害證明書」及「勞工保險職業災害自墊醫療費用核退申請書及給收據」。
- (七)若判定為職業災害，環保及安全衛生中心協助受傷工作者醫療照護相關諮詢，填寫“教職員工傷病記錄表(如附件一)”，繕製教職員工傷病記錄報告。

三、工作場所發生職災事件處理：

- (一)當教職員工、來賓、廠戶、包商…等人員，在本校內發生災害(火災、水災、爆炸事件等)，實習場所(實驗室)各級主管應盡到督導之責，應迅速通報校安中心(通報專線 0932-969-994)、環保及安全衛生中心、人事室及總務處，說明發生狀況和人員傷害情形，並實施必要之搶救，防止災害繼續擴大。
- (二)環保及安全衛生中心、衛生保健組、119 急救等現場人員確認傷者傷害程度，並應立即採取以下處置：
1. 輕微的傷者確診狀況於校內進行包紮處理及傷者人員造冊。

2. 嚴重的狀況應立即急救和送醫治療及傷者人員造冊，勞保工作者依據名冊向總務處事務組申請「勞工保險職業傷病門診單」及「勞工保險職業傷病住院申請單」供傷者就醫。公保及軍保工作者以健保身分就醫。

(三)發生事故當事人依自身受傷害及後續需門診復建程度，持醫院診斷證明書(建議修養天數)自行上簽，提報給予校內人事室申請公傷假天數，簽陳簽核一級主管核決。公傷假請假程序依據本校學務處課指組(大、小工讀生)、總務室事務組(工友)、人事室差勤管理等相關規定辦理。

四. 受傷後返回工作場所前處理：

(一)定期電訪關懷受傷工作者：工作者在受傷後，醫護人員依據工作者復原情形填復單位工作調整建議表。並建議工作者「盡早接受適當的醫療服務、工作者到底能不能開始工作了呢…」等情境處理。

1. 盡早接受適當的醫療服務：工作者受傷後、手術後固然需要適當的保護和休息，透過早期的衛生教育宣導與建議，直接在傷者仍在住院時，就建議傷者適當的急性期復健活動，追蹤時也在適當的時間建議患者到復健科門診接受復健科醫師的評估，開始進行合適的復健訓練。

2. 工作者到底能不能開始工作了呢？：與工作者所屬單位主管討論工作者實際工作內容，透過工作分析實際了解工作者的工作內容，再透過功能性體能評估，以實際的操作來了解執行能力，才能客觀地給予適當的建議。

3. 如果發現工作者在傷病穩定後，癒後卻不如預期：經由醫師與治療師評估後認為可以透過密集的訓練來增進工作能力，則可經由工作強化協助勞工獲得原工作應有的能力。而當工作者的工作能力漸漸符合原工作部份所需，即可考慮透過漸進式復工，讓工作者一步一步地再適應他的工作職場。

(二) 工作者工作分析：藉由晤談或是與工作單位負責人了解工作或職務內容、翻查職業分類點紀錄職業內容、可能使用的工具及執行工作的步驟。也可以透過現場訪視，了解工作者工作中工作人員操作及從事

的狀況，製作流程圖。除此之外，要分析工作中主要職務的頻率、所需時間及所需力量，以測量工作中的可能危害。

(三) 工作者功能性能力評估：「功能性能力評估」為根據工作所需具備之身體能力所設計的評估工具，主要的目的是用來了解傷病對於工作者工作能力的影響程度，最常用於決定傷病者是否可以安全地重返原來工作或職務，決定是否需要職務再設計，或是需要工作上得限制或約束，或是需要改變工作內容，或是需要作合理的調整。

其他方面，也可以透過「功能性能力評估」，解決了僅靠解剖及心理測驗的結果卻難以有效地鑑定職災患者的工作能力的窘境，而提供了客觀及實際有關傷病勞工工作能力的損失或剩餘工作能力的資訊。工作者功能性能力評估包含以下 6 項：

1. 工作姿勢：包括軀幹身體的坐、站走動跑步攀登平衡蹲跪彎腰匍匐仰臥變換姿勢。
2. 手功能： 伸手、握持抓取操弄，以及雙協調等。
3. 耐受力： 指可以從事 8 小時工作的能力，可以心肺耐評估但需轉換成代謝當量 (MetabolicEquivalent, MET) 和工作能力，一旦在心肺耐評估時出現呼吸急促或困難必須依此 調整工作或限制，代謝當量與能力間之轉換。

表 1：代謝當量轉換工作能力

工作強度	最大能量消耗
輕度工作	<2 MET
中度工作	2-4 MET
重度工作	5-6 MET
極重度工作	7-8 MET
艱鉅工作	>8 MET

4. 肌力 / 負重能力：工作者負重能力的評估沒有標準測量方法，通常需要將物從地面到腰高、肘肩高，測驗時需同監有無其他肌肉輔助、心跳血壓和呼吸速度等負重能力大致可以分成靜態、輕度 中重和極 5 種等級。

5. 疼痛：工作者疼痛可能是評量的主要部分，也次如果復工危害因為耐受力那麼就需要詳細記錄活動的方式、強度持續時間與疼痛變化，可以在症狀緩解後改變活動模式，再記錄疼痛強度做為復工計畫之參考。

6. 協調和平衡能力：利用有效度的工具進行協調或平衡測驗，也可以直接在評估時觀察方式間接取得協調和平衡能力的資訊。

(四)工作強化訓練：工作者功能性能力評估後轉介職能復健醫療院所進行工作強化訓練。工作強化計畫中利用真實或模擬性工作再配合運動訓練活動，以漸進方式增進個案生理、精神肌肉、心臟血管、新陳代謝以及心理社會方面的功能。工作強化是一種個別化、工作目標為導向的治療計畫。治療計畫執行的過程式以模擬或真實的工作活動為媒介，這些活動具有高度的結構性及漸進的方式增加傷病勞工的心理、生理及情緒的耐力以及增進耐力、一般的生產力及工作適性。工作強化的最終目標是讓個案能夠達到最大的生產力，讓個案能夠符合市場的就業需求。工作需要的肌力/負重能力及工作姿勢之參考表如表 2。

表 2：工作需要的肌力/負重能力及工作姿勢之參考表

工作強度	偶爾	經常	總是	工作姿勢
靜態工作	10 磅	幾乎沒有重量	幾乎沒有重量	坐姿工作，偶爾站或走
輕度工作	20 磅	10 磅	幾乎沒有重量	1. 需要稍微站或走 2. 坐姿工作時，必需手或腳控下推/拉 3. 需要工作速度時，可以推/拉幾乎沒有重量的物體
中度工作	20~50 磅	10~25 磅	幾乎沒有重量~10 磅	超過輕度工作的生理需求 (需要工作速度時，可以推/拉幾乎沒有重量~10 磅的物體)
重度工作	50~100 磅	25~50 磅	10~0 磅	超過中度工作的生理需求
極重度工作	>100 磅	>50 磅	>20 磅	超過重度工作的生理需求

註：偶爾指 1/3 的工作時間，經常指 1/3~2/3 的工作時間，總是指超過 2/3 的工作時間。

五. 受傷返回工作場所：

(一)漸進式復工:如果傷病勞工的損傷已經達到穩定狀態且符合職務部份要求的話，經雇主的同意，讓傷病勞工回職場執行可勝任的職務，隨著傷病勞工狀況的增進，而增加傷病勞工的職務內容，以其最後能夠從事全部的職務內容。

(二)職務再設計:依據功能性能力評估決定是否需要職務再設計，職務再設計指以排除員工工作障礙，提升其工作效能，所進行之改善工作設備、工作條件、工作環境、提供就業輔具及調整工作方法之措施。包含以下 6 項：

1. 調整工作時間：如全職或兼差、工時。
- 2 調整、簡化工作內容：暫時性工作等。
3. 調整職場環境：如職場環境配置、空間改善無障礙環境。
4. 改善工作設備或機具。
5. 提供作業所需之輔具。
6. 改善工作條件：如手語翻譯、視力協助等。

六. 追蹤:依年度教職員工傷病記錄表分析結果，實施漸進式復工、職務再設計、工程改善、行政管理或健康管理，並進行後續追蹤改善。

伍、本計畫執行紀錄或文件等留存三年，並保障個人隱私權。

陸、本計畫經安全衛生委員會審議通過，並經核定後實施，修訂時亦同。

如附件一、教職員工傷病記錄表

填表完請繳交至環安中心

流水號(環安中心填寫)：

國立虎尾科技大學教職員工傷病記錄表

一、事件教職員工基本資料：

單位： 姓名： 員編： 分機： 性別：男 女

二、意外傷害相關資料：

(一)發生意外傷害的地點：_____

(二)發生意外傷害或虛驚事件的時間： 年 月 日 時 分

(三)意外傷害狀況：(請勾選，可複選)

(1)受傷

- 撞傷 挫傷 切傷 壓傷 剪傷 拉傷 抓傷 磨傷 刺傷 割傷 擦傷 凍傷 夾傷
扭傷 瘀傷 刮傷 戳傷 燙傷 曬傷 壓砸傷 穿刺傷 撕裂傷 動物咬傷 蚊蟲咬傷
血腫 水泡 指甲斷裂 抽筋 鼻出血 骨折 跌倒 脫臼 異物侵入 化學傷害
眼部傷害 交通傷害 手術後傷口 舊傷換藥 肌肉痠痛 協助就醫 其他_____

(2)生病

- 感冒 胃痛 腹瀉 腹脹 頭痛 噁心 嘔吐 胸悶 生理痛 肌肉痠痛 喉嚨不適
口腔潰瘍 呼吸困難 換氣過度 牙痛 過敏 關節疼痛 發燒 頭暈 食物中毒
懷孕 協助就醫 其他_____

(四)發生意外傷害部位：(請勾選，可複選)

- 頭 臉 額 頸 眼 耳 鼻 唇 舌 牙齒 上顎 下顎 胸 腹部 背 腰 臀部
腹部 會陰 大腿 小腿 膝 腳踝 腳掌 腳指 足跟 足背 上臂 前臂 手肘 手腕
手掌 手指 左側 右側 外側 內側 前側 後側 其他_____

(五)發生意外傷害原因：(由職護勾選)

- 墜落滾落 跌倒 衝撞 物體飛落 物體倒塌崩塌 被撞 被夾被捲 被切割擦傷 踩踏
溺斃 與高低溫接觸 與有害物等接觸 感電 爆炸 物體破裂 火災 不當動作
公路交通事故 鐵路交通事故 船舶航空交通事故 其他_____

(六)意外傷害發生時您當時之處置：(可複選)

- 不理會 立即找校內護理師 至附設醫院急診室 至附設醫院相關科診 自行返家處理
至校外其他醫療院所 通報校安中心處理 通報環安室處理 其他發生原因_____

(七)發生經過敘述：_____

填表人員(單位/姓名)：

填表時間：

附件二、勞工保險被保險人上下班、公出途中發生事故而致傷害證明書

勞工保險被保險人 ^{上下班} _{公出} 途中發生事故而致傷害證明書

		受理號碼	
(一)被保險人姓名		(二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間	自 時 分起 至 時 分止
(三)被保險人所用交通工具	<input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他() (勾其他者，請填明交通工具別)		
(四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需時間	需 小時 分鐘	(五)發生保險事故時間	年 月 日 時 分
(六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃證明，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	領有駕駛車種之執照駕車	駕駛人駕照正、背面影本浮貼處
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	闖越鐵路平交道	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酒精濃度超過規定標準駕車	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	違規行駛高速公路路肩	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不按遵行之方向行駛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不依規定駛入車道	
(七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 非	日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故 日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故	
(八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	處理私事而中斷或脫離應經之途徑(請於背面說明) 無處理私事而中斷或脫離應經之途徑	
(九)有無經警察等有關機關處理	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有，請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)； 無	
(十)屬上下班途中發生事故者，請於本證明書背面繪明包括日常居住處所、就業場所、上下班應經途徑及事故地點之簡圖。			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見證人	姓名： 關係： 地址： 電話：	
以上各項均由本人依照事實填寫，如有不實，願負民事、刑事責任，並歸還溢領之勞保給付，特此具結。			
此致 勞動部勞工保險局		被保險人(或受益人)簽章： _____	<input type="checkbox"/>
中華民國 年 月 日		(本人正楷親簽)	
投保單位印章：	<input type="checkbox"/>	負責人印章：	<input type="checkbox"/>
		經辦人印章：	<input type="checkbox"/>

簡圖：(屬上下班途中發生事故者，請務必繪明包括 1、日常居住處所· 2、就業場所· 3、上下班應經途徑· 4、事故地點·)

處理私事原因經過詳情，請說明：

105.06

工作調整建議表

部門： _____

姓名： _____

員工編號： _____

首次追蹤		評估日期： _____年____月____日	
復/配工建議項目(可複選)： <input type="checkbox"/> 個人健康狀況 <input type="checkbox"/> 特別危害健康作業 <input type="checkbox"/> 職場母性保護 <input type="checkbox"/> 職業災害/傷病 <input type="checkbox"/> 人因性危害預防 <input type="checkbox"/> 過負荷促發疾病預防 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
員工狀況簡述	(ex. 傷況、職務描述、預計調整之工作內容描述等)		
工作上的採取措施	調整工作時間	<input type="checkbox"/> 限制加班，最多 _____ 小時/月	<input type="checkbox"/> 減少輪班頻率
		<input type="checkbox"/> 不宜加班	<input type="checkbox"/> 不宜繼續工作(指示休息、休養)
		<input type="checkbox"/> 限制工作時間： _____ 時 _____ 分	<input type="checkbox"/> 其他
	變更工作	<input type="checkbox"/> 變更工作場所(請敘述： _____) <input type="checkbox"/> 轉換工作(請敘述： _____) <input type="checkbox"/> 減少大夜班次數(請敘述： _____) <input type="checkbox"/> 轉換白天的工作(請敘述： _____) <input type="checkbox"/> 其他(請敘述： _____)	
措施期間	_____ 日、週、月(下次追蹤時間： _____ 年____月____日)		
回覆暨簽章	<input type="checkbox"/> 員工，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽名 _____ <input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽名 _____ 意見回覆： <input type="checkbox"/> 員工直屬主管，簽名 _____ 意見回覆：		
後續追蹤		評估日期： _____年____月____日	

追蹤紀錄	(如有復/配工建議請再次填寫工作調整建議表) 醫護人員簽章：_____
------	--