年度社會工作人員之人身安全環境、設施設備項目暨危害事件調查表

表1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **單位名稱：** | | | | | | | | | | **聯絡電話(含分機)：** | | | | | | | **填表人(職稱)：** | | |
| **貴單位職稱為社工員（師）總人數： 人** | | | | | | | | | | **聯絡信箱(Email)：** | | | | | | | **填表日期： 月 日** | | |
| 一、社會工作人員之人身安全環境 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建立機制與因應措施（■有，□沒有。） | | | | | | | | | | | | | 提供教育訓練（■有，□沒有。） | | | | | | |
| □制定風險分析管理、危機處理流程及通報機制。  □辦理社工人員人身安全個案會議及追蹤改善情形。  □建立特殊個案風險預測機制。  □建立與警政連繫機制。  □支付員工心理諮商費用。  □提供訴訟諮詢及補助。  □協助職業災害、意外等保險之請領。 | | | | | | | | | | | | | □參加中央人身安全相關訓練課程  □參加縣內辦理各單位人身安全相關訓練課程  □其他，請說明 | | | | | | |
| 定期檢查情形：第一季： 月 日，第二季： 月 日，  第三季： 月 日，第四季： 月 日。 | | | | | | | | | | | | | 定期檢查情形：第一季： 月 日，第二季： 月 日，  第三季： 月 日，第四季： 月 日。 | | | | | | |
| 二、提供社工人員相關設施設備項目（請依實際提供填報） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 單位購(配)置人身安全具備之設施設備項目（■有，□沒有。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 當年增加設施設備項目 |
| □門禁系統  □監視器  □錄音錄影設備  □會談室警報系統  □緊急按鈕  □視線死角反射鏡 | | | | | | | □安全警報器  □行車設備（如汽機車行車紀錄器等）  □加強照明設備（如緊急燈光照明等）  □蜂鳴器或高音哨子  □噴霧防身器  □其他:請說明 | | | | | | | | | | | | 請說明:  □自籌款購買  □申請補助  □其他(如捐贈等)  名稱：  數量： |
| 定期檢查情形：第一季： 月 日，第二季： 月 日，第三季： 月 日，第四季： 月 日。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三、社工人員遭受執業安全危害事件(請依社會工作人員遭受執業安全危害事件調查說明填報) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建立社工人員遭受執業安全危害事件通報機制（■有，□沒有。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □通報窗口 | | □通報流程 | | □通報作業表格 | | | | | □使用中央通報機制 | | | | | □使用縣內通報機制 | | | | □其他 | |
| **當年度社會工作人員遭受執業安全危害事件調查** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 危害型態  事發地點 | | | | | 口頭辱罵 | | | 遭受威脅 | | | 肢體暴力 | | 其他 | | | 未發生或遭受前述危害(人數) | | 備註（處理情形） | |
| 人數 | 人次 | | 人數 | 人次 | | 人數 | 人次 | 人數 | | 人次 |
| 事業場所 | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 事業外場所 | 公共場所 | | 醫院 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 學校 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 法院 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 其他 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 私人場所 | | 案家 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 其他 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 總計 | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 其他(類危害型態/地點)請說明 | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | |

填表人簽章： 單位主管核章：