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：