

勞動部勞動力發展署中彰投分署 徵選職務再設計助聽輔具友善廠商實施計畫

核准日期:103年8月18日

修訂日期:111年7月19日中分署諮字第11125050201號

壹、計畫緣起：

依據勞動部訂定「推動職務再設計服務計畫」，針對特定勞工的特性及需求，將現有職務加以重新調整，並透過工作流程分析，找出他們在職場所遭遇的困難及原因，經由環境改善、設備機具或工作流程重新設計及提供輔具等策略與方式，排除工作困難，提昇工作效能。

基於中彰投轄內職務再設計之助聽輔具案件日益增加，為提供聽覺障礙者及經指定醫療院所開立診斷書之單側聽損者(以下稱服務對象)，能有基本知情選擇權利，獲得合適之輔具資訊及助聽輔具友善廠商優質選配服務，使需求與產品之提供能達一致性，以落實資源確實運用，發揮人力最大效益，爰此，特訂定此計畫。

貳、目的：

提供服務對象及助聽輔具友善廠商間之試用、選購平台，期協助服務對象購買合適之就業輔具，降低廠商售後服務成本、提供優質之服務，更進一步協助服務對象克服工作障礙，增進其工作效能，增加受僱機會、穩定就業及勞動力有效運用等多贏的面向。

參、主辦單位：勞動部勞動力發展署中彰投分署

肆、實施策略：

以本分署為平台，建立職務再設計助聽輔具友善廠商徵選公告制度，建立轄內有意願配合的廠商，適時提供聽障者助聽輔具試用、選購平台，以達一定水準服務品質及建立客觀性。

伍、實施期程：自即日起實施公告徵選助聽輔具友善廠商，採隨收隨審原則。

陸、徵選友善廠商方式：

一、廠商資格

1. 需能提供工作現場驗配服務之廠商，並提供個案試用個別助聽輔具至少 5 個工作天（包含試用個案於工作職場之不同情境，如安靜環境、噪音環境等）。
2. 能出具聲場測試、耦合測試、真耳測試、電聲分析等至少兩種測試結果。
3. 具備取耳模及後續調整暨維修服務能力。
4. 能提供如 FM 系統等聽覺相關輔具（ALD）服務。

二、徵選廠商程序

1. 申請廠商須繳交：

- (1) 廠商基本資料暨審查表（如附件一，附上相關證件影本，如藥商許可或醫療器材商許可執照、助聽輔具公司登記、進口許可等文件）
- (2) 提供試用同意書（一式 2 份並蓋大小章，如附件二）

2. 審查作業：

由主辦單位進行書面審查，必要時得邀請專家親訪廠商，並於現場核對本公告中所列資格之規範是否符合。

3. 徵選結果：

徵選結果將公告於本分署外網【助聽輔具友善廠商專區】，同時將名單列為本分署轄內地方政府辦理職務再設計助聽輔具補助案優先推薦廠商。

柒、友善廠商注意事項：

- 一、友善廠商名單將依投遞順序依序(每次 2 家)提供個案參考採購，惟考量個案取得服務之特殊性或可及性等因素，則不在此限。
- 二、友善廠商必要時需協助個案於選配助聽輔具前做聽力評估、或取得其聽力評估等資料，其中至少應包括純音聽力檢查、不舒適響度值〈UCL〉測試、語音聽力檢查等項。
- 三、友善廠商應願意提供個案試用服務至少 5 個工作天，試用時相關規範詳試用同意書(附件二)。
- 四、廠商應依訪視委員評估建議表(附件三)及視個案需求，廠商應依訪視委員評估建議表(附件三)及視個案需求，配合本分署、地方政府及專案單位需求，提供試用服務且需告知個案助聽輔具規格及功能。
- 五、廠商提供個案試用後，需提供助聽輔具功能規格一覽表及選配摘要報告，必須於審查會前出具聲場測試、耦合測試、真耳測試、電聲分析等測試結果。
- 六、廠商出具電聲分析報告時，應包含下列各項資訊：
 - (一) 原廠電聲規格表。
 - (二) 廠商用以執行電聲分析之儀器機型（需取得食藥署「G. 3310 助聽器校正器及分析系統」醫療器材許可字號）。

(三)廠商用以執行電聲分析之程序標準(例如 IEC 60118、IEC 60711、ANSI S3.22-2009 等,需符合前述原廠電聲規格表)。

(四)廠商執行電聲分析之結果,包含圖型與數值,需載明執行日期,並應註記(可手寫)助聽器型號及序號。

七、廠商出具選配摘要報告即輸出選配軟體之調整細項及功能配置內容,如廠商銷售之廠牌調整軟體無此項輸出報告功能,得以調整畫面(需涵蓋所有調整項目)代替之。參考範本如附件四。

八、廠商完成個案試用服務後進行評核作業,每次評核結果會予以通知。評核表(附件六之一)8分以下未通過,3年內累積8分以下者達3次,則取消友善助聽輔具廠商資格。

九、本計畫之友善廠商,如對評核結果有疑義,當事人(或廠商)可檢具資料,在書面評核結果通知送達後10個工作日內,向本分署提出書面申覆單(附件六之二),將於受理30日內召開複審會議。申覆以一次為限。

十、為提昇廠商職務再設計服務及相關專業知能,廠商需配合參加本分署所舉辦之教育訓練或出席相關會議,以達服務共識建立及提昇服務品質之目的。

捌、執行流程圖(附件七)

玖、預期效益:

一、建置職務再設計助聽輔具友善廠商名單,提供服務對象客製化之選配服務及合適輔具。

二、整合中彰投區聽力案件服務流程,凝聚專業服務共識及一致性。

三、提供職務再設計客製諮詢及選配服務,排除服務對象工作障礙,提昇溝通及工作效率,發揮最佳人力資源。

四、計畫於核定後公布實施;修正時亦同。

勞動部勞動力發展署中彰投分署
徵選職務再設計助聽輔具友善廠商實施計畫
參與徵選廠商基本資料暨審查表

申請日期：____年____月____日

廠商全名		
資本額		
統一編號		
負 責 人	姓名	
	地址及 電話號碼	
	稅籍編號	
可服務區域	<input type="checkbox"/> 台中市 <input type="checkbox"/> 彰化縣 <input type="checkbox"/> 南投縣	
印鑑	參與廠商：	負責人：
需檢附資料	<input type="checkbox"/> 公司設立或登記之證明或領有經濟部工廠登記證（須有助聽器業務之營業項目） <input type="checkbox"/> 藥商許可或醫療器材商許可執照 <input type="checkbox"/> 助聽輔具產品之醫療器材許可 <input type="checkbox"/> 納稅證明（剛設立之公司，得免附） <input type="checkbox"/> 助聽輔具保固書〈附件內容需有保固內容說明和公司章〉	
人員配置	<input type="checkbox"/> 合格聽力師 <input type="checkbox"/> 驗配員 <input type="checkbox"/> 維修人員	
設備配置	<input type="checkbox"/> 聽力室、 <input type="checkbox"/> 純音聽力檢查設備 <input type="checkbox"/> 實耳測試設備/助聽器電聲分析儀、 <input type="checkbox"/> 其他(<input type="checkbox"/> 除濕、取耳模、打磨修整等維修保養設備及 <input type="checkbox"/> 耳鏡及維修保養設備)	
書面資料 審查結果	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 其他	

受理日期：____年____月____日。

審查人員：

業務主管：

○○ 廠商

試用同意書

一、本廠商 (公司名稱) 同意試用人 (個案姓名)

試用下列助聽輔具。

二、試用期間：自 年 月 日至 年 月 日止，試用助聽輔具明細：

	右耳	左耳
助聽器		
型式		
廠牌		
型號		

三、試用期間請個案善盡保管之責，所借物品若有使用不當致毀壞或遺失，應負修復與賠償之責，試用期滿，即依期歸還。

試用人：

住址：

電話：

請蓋公司大小章

中華民國 年 月 日

職務再設計訪視委員評估建議表

訪視日期：____年____月____

申請單位				姓名	
配戴方式建議	雙耳	左耳	右耳	助聽輔具外型及型式	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耳掛型 (含 BTE/RITE/RIC)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訂製型 (含 ITE/ITC/CIC)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	其他： CROS/BiCROS 收音麥克風	
基本規格	<input type="checkbox"/> SSPL ₉₀ : ①____ ②____ dB SPL <input type="checkbox"/> 壓縮頻道 (可單獨調整壓縮參數及增益值) : _____ 頻道 <input type="checkbox"/> 其他 :				
附加功能	<input type="checkbox"/> 自動情境辨識切換 : <input type="checkbox"/> 安靜環境語音 <input type="checkbox"/> 吵雜環境語音 <input type="checkbox"/> 吵雜環境舒適 <input type="checkbox"/> 風噪聲情境 <input type="checkbox"/> 回音環境語音 <input type="checkbox"/> 音樂 (輸入動態範圍、相對音程、節奏) <input type="checkbox"/> 電話接聽 <input type="checkbox"/> 無線傳輸配件 <input type="checkbox"/> 其他 : <input type="checkbox"/> 噪音抑制功能 (強度 : _____) <input type="checkbox"/> 方向性麥克風 (模式或切換方式 : _____) <input type="checkbox"/> 防水防塵性能，認證等級 : <input type="checkbox"/> 防粉塵堆積 IP5x <input type="checkbox"/> 防粉塵侵入 IP6x <input type="checkbox"/> 防潑水 IPx5 <input type="checkbox"/> 防沖水 IPx6 <input type="checkbox"/> 防入水 IPx7 <input type="checkbox"/> 防浸水 IPx8 <input type="checkbox"/> 無線傳輸配件及配接方式 : <input type="checkbox"/> 其他 :				
指定驗證方式	<input type="checkbox"/> 依以下指定施測參數及條件執行效益驗證 :				
其他建議					

選配摘要報告-範本

1. 個案年齡選項（例如「成人」、實際年齡、生日）
2. 兩耳分別的聽力閾值及不舒適音量（如果有個案的實耳對耦合器差異值 RECD 更佳）
3. 助聽器廠牌、型號
4. 助聽器序號
5. 助聽器的相關聲學參數（例如使用的耳掛勾、使用的阻尼、使用的耳塞或耳模、氣孔形式等）
6. 助聽器的選配處方公式（包含調整時設定的個案配戴經驗值）
7. 助聽器的聆聽程式配置情況（實際設置了哪幾個聆聽程式）
8. 助聽器各聆聽程式的調整參數，包括聲源（麥克風拾音、電感拾音、音訊串流等）、各個壓縮頻道的調整參數（壓縮閾值、壓縮比、最大輸出）、是否使用頻率降轉功能（如有，應包含相關參數，如頻率壓縮起始頻率或降轉強度等）。
9. 助聽器各聆聽程式的調整圖型，即前一項的圖型表示。
10. 助聽器的選用功能（例如方向性麥克風、噪音抑制、自動程式切換等）在整體或個別聆聽程式中的配置情況。
11. 助聽器其他配件在整體或個別聆聽程式中的配置情況。（無則免提供）

廠商自主提出設備配置及維護資料

填寫日期：____年____月____

項目	配置及維護情況	
隔音室	型式	○不知道 ○單間式 ○雙間式 ○未設置隔音室
	內部尺寸	長____公分 × 寬____公分 × 高____公分
	隔間	○不知道 ○單層隔間 ○雙層隔間
	內部牆板材質	○不知道 ○鍍鋅沖孔鋼板 ○木板貼吸音棉 ○木板貼軟木 ○木板 ○其他：
	地板型式	○不知道 ○浮式 ○固定式 ○其他：
	校驗資訊請佐附 書面文件	隔音室設置日期：____年____月____日 最後一次校驗日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 無校驗記錄 校驗廠商： 校驗人員：
純音聽力檢查儀	主機	廠牌： <input type="checkbox"/> 未配置 型號： 購置日期：____年____月____日
	覆耳型 耳機	廠牌： <input type="checkbox"/> 未配置 型號： 購置日期：____年____月____日
	插入式 耳機	廠牌： <input type="checkbox"/> 未配置 型號： 購置日期：____年____月____日
	聲場喇叭	○未配置 ○方位角可依需求調整 ○方位角無法改變 廠牌： 型號： 購置日期：____年____月____日
	校驗資訊請佐附 書面文件	最後一次校驗日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 無校驗記錄 校驗廠商： 校驗人員：
實耳測量／電聲分析儀	儀器	廠牌： <input type="checkbox"/> 未配置 型號： 購置日期：____年____月____日
	功能模組	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 氣導助聽器實耳測量 <input type="checkbox"/> 氣導助聽器耦合器測量 <input type="checkbox"/> 骨導助聽器耦合器測量 <input type="checkbox"/> 雙耳 CROS 實耳測量 <input type="checkbox"/> RECD 測量 <input type="checkbox"/> 其他：
	校驗資訊請佐附 書面文件	<input type="checkbox"/> 無校驗記錄 最近一次探管麥克風校正日期：____年____月____日 最近一次耦合器麥克風校正日期：____年____月____日 校正操作人員：
耳鏡	數位式	廠牌： <input type="checkbox"/> 未配置 型號： 購置日期：____年____月____日
	傳統類比式	廠牌： <input type="checkbox"/> 未配置 型號： 購置日期：____年____月____日
其他	請自行描述填寫 其他設備資料	

友善助聽輔具廠商職務再設計試用協助服務評核表

受評廠商／分店／人員：

試用品項：

評核項目	評分	分數	備註
1. 試用過程整體服務態度	<input type="checkbox"/> 服務過程積極，除專案單位所提供試用建議外，能進一步提供選配相關資訊與問題回覆，並與個案或專案單位討論選配助聽輔具策略。	3-4分	
	<input type="checkbox"/> 服務過程態度良好，願意對個案或專案單位詳細解說對於試用助聽輔具的規格、功能。	2分	
	<input type="checkbox"/> 服務過程有提供試用，並提供價格等販售服務。	0-1分	
2. 試用過程願意持續協助個案調整助聽輔具	<input type="checkbox"/> 願意配合實際職場試用調整，並且能借用適當助聽輔具及相關配件至試用結束，借用期間並能主動發掘關心個案試聽調整需求，並主動調整，並於調整後能主動提出改善方案策略驗證與適當說明。	3-4分	
	<input type="checkbox"/> 願意配合實際職場或模擬職場狀況於門市試用調整，並且能借用適當助聽輔具及配件至試用結束，能協助專案單位完成效益驗證報告並且願意依據效益驗證結果或試用需求變動，再次調整試用助聽輔具。	2分	
	<input type="checkbox"/> 無特殊狀況無法配合職場試用，僅能至門市調整與當日試聽。	0-1分	
3. 廠商提供試用之助聽輔具規格、功能與訪視建議相符程度	<input type="checkbox"/> 完全相符(100%)	3分	
	<input type="checkbox"/> 大部分相符(80%-99%)	2分	
	<input type="checkbox"/> 部分相符(50%-80%)	1分	
	<input type="checkbox"/> 大部分不相符(50%以下)	0分	
4. 廠商提供適配服務之專業度表現	<input type="checkbox"/> 能依據選配摘要、效益驗證與廠商補充說明，選配過程及結果符合個案需求及委員建議，並順利解決個案試用期間遭遇的困難	3分	
	<input type="checkbox"/> 選配過程及結果，能大部分符合個案需求及委員建議	2分	
	<input type="checkbox"/> 選配過程及結果，不符個案需求或(及)委員建議	0-1分	
5. 廠商提供試用之助聽輔具調整報告及相關資料完整性	<input type="checkbox"/> 資料完整且公開透明	3分	
	<input type="checkbox"/> 僅提供部分資料	2分	
	<input type="checkbox"/> 資料不一致	0-1分	
評核分數			
評核結果			
<p>說明：</p> <p>一、 本表滿分 17 分，17-9 分通過，未通過:8 分以下未通過，3 年內累積 8 分以下者達 3 次，則取消友善助聽輔具廠商資格。</p> <p>二、 評核結果(總分)：<input type="checkbox"/>通過(17-9 分) <input type="checkbox"/>未通過(8-0 分)</p>			

友善助聽輔具廠商職務再設計服務評核申覆單

填寫日期：____年____月____

申覆原因:(請詳述於下列說明)

說明:

申覆廠商:

(請協助用印公司大小章)

徵選職務再設計助聽輔具友善廠商流程圖

