

中國大陸工傷職業康復的發展現況分析

廣東省工傷康復醫院職業康復科 盧訊文

〔摘要〕工傷職業康復是我國工傷康復的重要組成部分，在工傷康復和全面康復中發揮著十分重要的作用。由於我國的工傷職業康復工作起步較晚，服務機構匱乏，缺少專業的職業康復理論教育及崗前培訓，不論是從專業人員的數量、結構、服務品質還是相關制度方面來看，與國際先進水準還有很大差距。本文通過比較國內外職業康復專業的發展情況，分析我國工傷職業康復的發展現況，探討我國職業康復技術人才的培養方向，以推動職業康復專業發展。

〔關鍵字〕 工傷；職業康復

職業康復 (Vocational Rehabilitation, VR) 是使殘疾人保持並獲得適當的職業，從而促進他們參與或重新參與社會^[1]。職業康復是現代康復的重要內容，在促進傷殘人士就業及回歸社會方面發揮著十分重要的作用。

目前，我國的職業康復服務大體可分為殘疾人職業康復和工傷職業康復兩大部分。前者主要由民政及殘聯系統組織，已經構建了全國性的服務網路，主要服務物件為社會殘疾人，如聾啞人、盲人、小兒麻痺等，主要服務方式為職業培訓、職業諮詢和就業指導等。殘聯系統已初步在全國構建了就業服務網路，但服務方式比較單一，以推動按比例就業為主，缺乏職業評定、職業訓練等工作內容。後者主要由人力資源和勞動保障系統組織，服務物件為工傷人員，主要手段為職業評定、職業訓練、技能再培訓與工作安置等。兩者比較詳見表 1

表 1 工傷職業康復和殘疾人職業康復比較

比較內容	工傷職業康復	殘疾人職業康復	備註
服務物件	工傷工人	殘疾人	兩者可能互為轉換
介入時間	病情穩定後	出院後、社區安置期間	
管轄系統	勞動保障系統	殘聯系統	
法例保障	工傷保險條例	殘疾人保障法	
職業評定	工作分析、功能性能力評估、工作模擬評估、強調能否返回原工作崗位	包括軀體功能，智力和才能，精神情緒，興趣等方面的內容，強調生涯的設計	
職業訓練	工作強化為主，強調就業意願，通常先進行工作重整和強化，工作模擬，不能勝任原工作後再進行技能培訓	職業培訓為主，通常先進行技能培訓，然後是就業安置和職業指導	
涉及主要人員	工作管理部門、原工作單位、個人家庭、醫療康復人員、職業康復人員、社會康復人員	個人及家庭、職業康復人員、社會工作者、殘聯服務機構、新工作單位	

一、中國大陸的職業康復發展

最早的殘疾人職業康復服務可以追溯到清朝末期，早在 1874 年我國的特教學校北京啓替目院和建於 1887 年的山東煙臺盲聾學校內就開始了編織、繪畫、手工、縫紉、木工和按摩等職業技能培訓，但由於政治經濟等因素的影響，沒有形成職業康復理論。解放後，我國的殘疾人職業康復經歷了起步階段 (1949-1966)、停滯階段 (1966-1976)、發展階段 (1976 起)，至今已構建了全國性的職業康復網路^[2]。目前中國大多數的省市殘聯系統都建立了殘疾人職業培訓和就業服務機構，為殘疾人提供就業諮詢、職業培訓以及就業支援服務。《2009 年中國殘疾人事業發展統計公報》資料顯示，2009 年，全國省、市、縣三級殘聯舉辦殘疾人職業

教育培訓機構達 1852 個，接受殘疾人職業培訓的普通機構有 2132 個，78.5 萬人次殘疾人接受了職業教育與培訓，並有 10.9 萬人次獲得了職業資格證書^[3]。截至 2011 年，全國各級殘聯下屬的殘疾人就業服務機構有 3127 個，工作人員近 3 萬，但人員素質參差不齊，缺乏統一職業康復教育課程，並且服務僅限於部分特殊教育學校（如盲人學校、聾人學校等）的職業培訓和就業指導，缺乏現代職業康復訓練技術的開展。

自 1990 年中國康復研究中心建立了中國第一個職業康復研究機構，到 2003 年廣東省工傷康復中心率先在國內開展以重返工作崗位為目標的專業化工傷職業康復，標誌著職業康復在國內開始了真正意義上的實踐探索。相對於醫療康復，我國職業康復的發展仍然緩慢，尚不具規模。

二、工傷職業康復的發展需求

2004 年出臺的《工傷保險條例》，總則第一條就把“促進工傷預防和職業康復”作為一項基本的立法宗旨。2008 年勞動和社會保障部關於印發《工傷康復診療規範（試行）》和《工傷康復服務專案（試行）》的通知中，對工傷職業康復內容從專案、專案內涵、項目臨床意義、操作、適用範圍、標準等做了詳細說明^[4]。

根據工傷康復的服務內涵，通過工傷職業康復恢復工傷職工的勞動能力並實現再就業是工傷康復的最終目標^[5]，工傷職業康復是工傷醫療康復的完善和發展，是幫助工傷職工保持和恢復適當職業能力的必要途徑，是開展工傷康復的核心^[6]，因此，工傷職業康復也是反映工傷保險水準高低的重要標誌。

據廣東省人社廳發佈的資料統計，中國每年有永久性傷殘的工傷人數超過 10 萬人。工傷給個體造成身體損害和功能障礙，使之勞動能力降低或喪失，從而在勞動力市場中處於劣勢，形成就業困難群體，嚴重影響個體的基本生存；同時，由於工傷發生群體主要是 20~40 歲的青壯年男性，常常累及家庭因傷致貧、因傷返貧。國際經驗表明，90%的工傷職工經過康復治療後能夠重返工作崗位^[7]。目前，我國工傷職業康復的發展積極與國際接軌，將現代康復技術應用於職業康復服務中，為因各種功能障礙而影響到工作能力的工傷人員提供職業評定、職業訓練、職業再培訓、職業諮詢等服務，大大增強了工傷人員的工作能力和再就業能力，療效顯著。

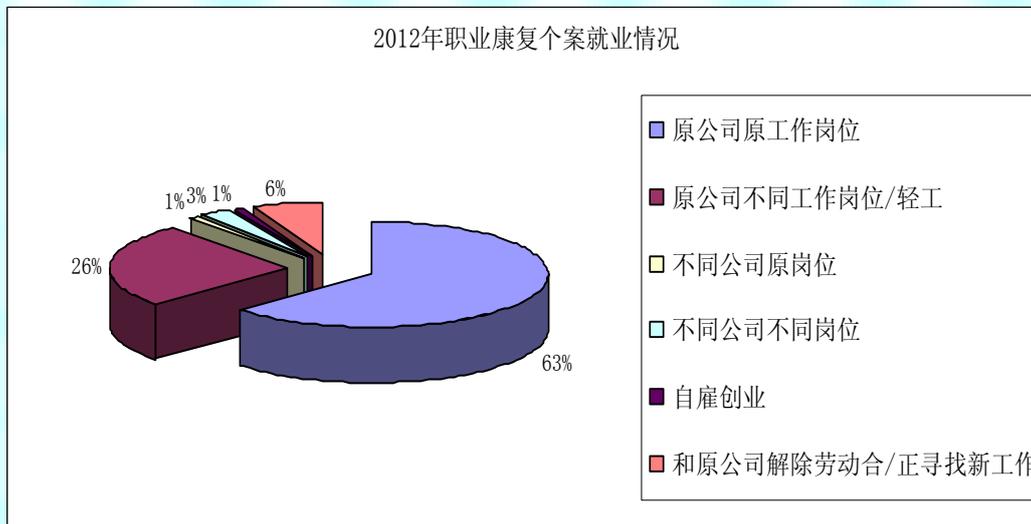
然而，我國的工傷職業康復起步較晚，全國每年新增工傷需住院人數約 95 萬人，其中至少有一半需要職業康復服務，而全國目前只有不足 10 個康復機構開展工傷職業康復服務，每年能享受職業康復的工傷職工人數僅為 2000 至 3000 人，不足需要職業康復人數的 1%。

廣東作為全國工傷保險參保人數第一大省，率先在全國建立了以廣東省工傷康復中心為龍頭，社會醫療康復機構為補充，覆蓋重點城市的工傷康復服務網路，積極探索工傷康復標準、培養工傷康復人才、工傷職業康復，充分發揮省工傷康復中心的康復資源優勢和區域輻射作用，帶動各地工傷康復規範化和標準化發展。全省每年職業康復受益人數明顯增加，從 2006 年-2012 年，廣東省工傷康復中心累計為 5700 多名工傷職工提供了系統的職業康復服務，服務累計達到 203144 人次（詳見表 2），形成了以促進工傷職工重返工作崗位和再就業為核心目標的工作模式，以醫院內職業康復服務為基礎，結合在工廠/企業內進行的外展性評估和現場治療服務，旨在保留或提升工傷職工受傷後的職業勞動能力，協助他們重新就業。通過職業康復，大部分工傷職工能夠順利實現再就業，最終逐步成為一個經濟獨立和生活獨立的人。其中超過 81%的工傷職工出院後重新回到工作崗位，取得了非常好的社會效益。然而，這一服務遠遠不能滿足實際需要。

表2 2006-2012年職業康復服務情況（廣東省工傷康復中心）



表3 2012年工傷職工就業情況



三、國內外工傷職業康復的發展現狀比較

我國的工傷職業康復服務與歐美等發達國家以及我國的港臺地區還存在著較大的差距。國際勞工組織于1983年6月1日在日內瓦舉行第六十九屆會議通過了《殘疾人職業康復和就業公約》，提出各類殘疾人在就業與參與社會方面的平等機會。工傷職業康復在歐美等發達國家和地區已經有30餘年的發展歷史，部分國家已經建立了完善的工傷職業康復服務體系及人才架構。

美國的職業康復開展較早，經過數十年的發展，人才架構已經具有明顯的國情特點，具體的職業康復技術人員包括：①職業康復顧問（Rehabilitation Counselor or Vocational Rehabilitation Counselor）：主要作為個案統籌經理，協助殘疾人士就業及在社區安置，需要一個認可的Rehabilitation Counseling碩士學位；②殘疾管理專業人員（Disability Management Professional）：主要是協調企業安排殘疾人士，包括工傷康復職工回到企業工作，並在企業推行殘疾管理計畫，要考取認證；③其他相關專業人員：例如作業治療師、物理治療師、醫生、護士，他們需要進修一些如職業醫學、人體工效學及其它相關的課程，從而參加有關職業康復的團隊。

香港和臺灣等地區於20世紀90年代初引進職業康復專案，並在地方醫院、康復機構開展，從而積累了不少技術知識和成功的工作經驗。以香港為例，目前從事職業康復的技術人

員包括職業治療師、技能培訓師、就業指導師、社工等，所有技術人員需要通過政府的註冊認定，並廣泛分佈於工作強化訓練、再就業培訓、協助及跟進再就業等職能領域。

以廣東省工傷康復中心為例，其工作內容與香港還存在著一定的差距，詳見表 3。

表 4 國內和香港的職業康復服務現狀比較

服務專案	國內 (廣東省工傷康復中心為例)	香港 (伊莉莎白醫院職業治療部為例)
職業能力評估	面談、工作分析、功能性能力評估、現場工作評估	面談、工作分析、功能評估、體能耐力量評估，部分機構也開展了現場工作評估
工作強化訓練	BTE 工作類比訓練系統、提舉和轉移工作站、上肢力量強化、工具使用模擬	建築、組裝、電工、駕駛、機艙服務、清潔衛生、提舉和轉移等模擬工作站、體能耐力量訓練、功能訓練
工廠探訪服務	重點的外展性服務專案	常規進行，並進行工作現場職業康復服務
再培訓/就業服務	暫未開展	有相當成功的服務經驗
重返工作建議	聯繫原公司負責人，給予重返工作建議書	雇主網路、漸進式復工安排
職後跟進	電話跟進為主	現場、電話跟進
工傷預防	2009 年開始在部分城市試點	開展較好，工傷發生率明顯降低
技術人員組成	醫生、治療師(全國統一的康復治療技術職稱標準)、技能培訓人員(暫無可參考的職稱標準)、護士、社工共同參與	職業治療師(註冊)、技能培訓師(註冊)、就業指導師(註冊)、社工(註冊)

四、工傷職業康復的專業發展所面臨的挑戰

1、我國工傷職業康復的發展潛力巨大，但專業技術人才嚴重缺乏，已經成為制約我國工傷職業康復專業發展的主要因素。

歐美、日本等發達國家治療師人數一般為 30~70 人/10 萬人口。目前從事康復治療師專業約有 1 萬人左右，而調查顯示我國現階段的康復治療師的需求量為 3.5-6.9 萬人，據專家預測，到 2015 年，我國至少需要 35 萬康復技術人才^[8]，而以 5:1 比例，目前我國職業康復人才需要 0.7-1.4 萬人，到 2015 年，這個人才缺口將達 7 萬。

以廣東省的工傷職業康復為例，截至 2013 年 6 月為止，廣東省範圍內從事工傷職業康復工作的工作人員不超過 40 位，其中廣東省工傷康復中心 25 位、東莞虎門醫院 5 位、東莞橋頭醫院 2 位。按這一資料推算，全國工傷職業康復人員不足 100 人。而每年需要進行職業康復的工傷職工近 40-50 萬人(根據相關資料統計，中國每年工傷人群達到了 95 萬，此處參考職業康復需求按照工傷人群 50%計算)。以上資料反映出我國職業康復專業人才需求量巨大。

2、職業康復作為我國一門新興專業，仍缺少統一的理論教育及崗前培訓，嚴重制約了專業技術人才的培養，進而影響專業的持續性發展。

由於我國仍缺乏職業康復的專業教育，現從事職業康復工作的技術人員的原專業背景各不相同。由於我國缺乏職業康復專業教育，以上人員多數為工作後才接觸職業康復工作，主要教育方式為在崗培訓，缺乏正規的專業化培養，導致了職業康復人員素質參差不齊，影響了職業康復工作的發展。學歷層次方面，全國範圍仍以專科層次為主，缺乏高水準的職業康復技術人員。

專業理論是職業康復發展的基礎和靈魂，如果沒有屬於自己的專業理論，職業康復將不可能發展。國內目前的職業康復理論知識大部分來自發達國家(如美國)和地區(香港、臺

灣），這些地方經過數十年的發展已經形成一套符合其國情的職業康復理論知識，並能夠指導當地的職業康復服務工作。但是，中國國情不同，實行以工傷保險為核心的社會保障制度，職業康復的開展也有別於其他國家和地區。由於我國職業康復發展較晚，現各職業康復人才的培養原則基本是“拿來主義”，缺乏統一的技術理論培訓計畫。

五、工傷職業康復的人才培養策略

1、建立符合我國國情的職業康復理論體系，開展職業康復專業學歷教育

建立和發展職業康復的理論體系是我國職業康復技術人才建設的基礎。國外發達地區已經在職業康復領域積累了豐富經驗，我們可以學習其職業康復理論知識，但我們必須結合實際，通過自身的工作實踐將其本土化，使其能夠符合我國的國情發展。另一方面，通過理論與實踐結合，我們也可以探索出我國的職業康復特色模式和工作經驗，用於我國職業康復理論知識的完善。

專業人才的培養是建立我國職業康復人才隊伍的關鍵。將職業康復專業學歷教育制度化，可以保證職業康復專業人才培養的持續性。在我國，職業康復的人才培養可嘗試由工傷康復機構與高等院校合作，開闢職業康復專科領域，開設職業康復專業的學歷教育課程，培養出德智體全面發展的職業康復專才。教育層次應以本科為主，部分職業康復工作開展較好的單位可嘗試進行研究生學歷教育。

2、建立職業康復人才考核標準和認證制度

在職業康復發達地區，如歐美、澳洲、香港等國家/地區，政府機構或由政府委託學術組織根據專業特點，設置有相應的執業標準及准入制度，從事職業康復的技術人員（職業治療師、技能培訓師、職業指導師、職業諮詢師等）必須符合一定的學歷及教育條件，並經過資格認定或執業能力考試，才能合法的從事職業康復工作。

目前，我國尚沒有職業康復技術人才的准入及資格考核標準，從事職業治療的技術人員的專業考核仍參照康復治療技術考核辦法。

專業技術人才准入是保證專業健康發展的前提，發展職業康復必須有統一的技術人才考核標準和考核認證制度，明確包括人才資質、建立職業康復科室的各種必備條件，按不同層次的技術要求規範各職業康復機構的服務資質，能夠提高職業康復服務品質及規範管理，保證職業康復工作健康有序的發展。

3、建立職業康復技術人才的在崗培訓機制，加強人才交流及培養

繼續教育及技術培訓班也是職業康復人才培養的重要途徑，通過各種人才培訓，將成功的工作經驗、新技術/模式進一步推廣。建立統一的職業康復技術人才培訓的管理機制有助於完善和加速職業康復技術人才的培養。

同時，可通過“送出去，請進來，合作發展”的方式，學習國外先進的工傷職業康復理念和技術，並結合實際，發展成為適合我國國情的職業康復理論和技術。可以通過到國外高校進行學歷教育、到職業康復發展成熟的康復機構進修培訓、參加培訓班、學術會議交流等方式提高專業技術水準。同時，邀請境外職業康復專家進行技術講座、學術交流也是提高專業能力的有效途徑。更為重要的是，利用我們的優勢與國內外機構進行專項合作，學習先進經驗的同時發展自己的專業及擴大國際影響，最終使我國的工傷職業康復事業走向世界。

參考文獻：

- 「1」1983年國際勞工組織（ILO）159號文《殘疾人職業康復和就業公約》
- 「2」王蓮屏,何青.我國職業康復現狀分析.中國康復,1997,12(3):133-134.
- 「3」《2009年中國殘疾人事業發展統計公報》
- 「4」勞動和保障部.關於印發《工傷康復診療規範（試行）》和《工傷康復服務專案（試行）》的通知.勞社部函[2008]31號

「5」唐丹. 康復醫學新領域-工傷康復. 中國康復醫學雜誌, 2003, 18 (4) 234-235

「6」勞動和社會保障部辦公廳. 關於加強工傷康復試點工作指導意見. 勞社廳發[2007] 7 號.

「7」唐丹. 試論工傷康復在工傷保險中的作用和地位, 創業者, 2005, 21。

「8」劉翠, 杜萍, 田梅梅, 等. 康復醫學專業技術人員現狀及其思考[J]. 中國醫院, 2008, 12(8):66-68.

上海的職業康復服務

上海陽光康復中心作業治療科 陸佳妮

上海陽光康復中心作為滬上首家綜合性公立康復機構，於 2011 年成為本市首批工傷保險康復定點機構。在推進工傷康復工作的過程中，始終得到了人社、衛生等部門的大力支持。最終我們也在香港職業治療學院的支持下，經過了兩年的努力發展，目前我院的職業康復已基本形成了一套具有上海特色的職業康復道路。

一、職業社會康復操作路徑

工傷職工在進行一階段醫療康復期後，其大部分功能障礙恢復，基本達到醫療康復目標。此時，作業治療師將對其進行復工潛力評估，評估結果從工傷職工本人因素及工作因素兩大方面考慮，分為復工潛力高、較高、中等、較低、低五個等級。

復工潛力高的工傷職工可直接再就業，進入原單位原崗位、原單位新崗位或是更換新的工作單位。

復工潛力較高或中等的工傷職工進行醫療性職業康復。作業治療師對其進行體能強化、工作能力強化、復工輔導、技能轉移、身心適應、工廠探訪、工作遷就或調崗及漸進復工等職業康復治療，目的使工傷職工回歸崗位。因各方原因無法直接回歸工作崗位者，可進行職業輔導、技能再培訓、就業安置、輔助就業等康復治療。最終使其重返工作崗位或社會。

復工潛力中等、較低或低的工傷職工進行家居安置及生活重整訓練。作業治療師根據工傷職工實際情況，對其生活重整，幫助儘快重返社會。

二、職業康復服務專案

職業康復服務包括了諸多的評估內容，以求真正發現患者的主要問題，最後根據患者的主要問題給予相關的解決方案。

(一) 復工潛能評估

復工潛能評估為作業治療師判斷工傷職工能否順利返崗的重要指標之一。職業康復是在醫療康復後期，針對仍有短期或長期後遺症狀或功能障礙的工傷職工而設。此類工傷職工有剩餘工作能力和再就業機會，但遇到種種身體、心理、人際及實際復工障礙，需社工師介入。復工潛能評估是在醫療康復後期，根據工傷職工的身體及工作背景，及各方面的表現及評估結果，歸納工傷職工再就業的潛能及機會，分成五個級別，由高至低。作業治療師按級別把工傷職工分流，針對性地提供不同種類的職業社會康復服務。

(二) 就業意願評估

就業意願評估目的在於使作業治療師掌握個案目前對於回歸到工作崗位的意願程度，找到阻礙回歸工作崗位的原因，並提供有針對性的解決方案。評估方法有：

1. 直接面談

作業治療師單獨與工傷職工談話，詢問其就業意願如何，直接瞭解個案目前的心理狀態。

2. 側面瞭解

基於直接面談，作業治療師還需通過側面瞭解工傷職工目前的就業意願。通常是通過工