

副本

# 中華民國呼吸治療師公會全國聯合會 函

立案字號 內授中社字第 0950017958 號  
成立日期 中華民國 95 年 12 月 03 日  
會 址 33305 桃園市龜山區復興街 5 號 2 樓呼吸治療科  
聯 絡 人 洪麗茵  
聯絡電話 (03)3971541 或 (03)3281200 轉 2644  
傳 真 (03)3972937  
行動電話 0910-786644  
電子信箱 rtsroc@gmail.com  
網 址 www.rtsroc.org.tw

受文者：台北市呼吸治療師公會、新北市呼吸治療師公會、桃園市呼吸治療師公會、  
基隆市呼吸治療師公會、宜蘭縣呼吸治療師公會、花蓮市呼吸治療師公會、  
台中市呼吸治療師公會、彰化縣呼吸治療師公會、嘉義縣呼吸治療師公會、  
嘉義市呼吸治療師公會、台南市呼吸治療師公會、高雄市呼吸治療師公會

發文日期：中華民國 112 年 10 月 06 日

發文字號：呼全字第 1121006 號

密等及解密條件或保密期限：

附件一：是否同意「呼吸治療師」比照護理師、護士納入危勞職務調查表

主旨：函請 貴單位呼吸治療師協助回填是否同意「呼吸治療師」應比照護理師、護士納入危勞職務。

說明：

- 一、 近期本會收到所屬之地區公會反應，委請全聯會代為爭取呼吸治療師比照護理人員為危勞職務降齡 55 歲即可退休。因公務人員危勞職務認定標準法規中第五條第一項中提及醫護人員屬危勞職務，故呼吸治療師第一線工作之風險應比照護理人員標準為危勞職務降齡退休。
- 二、 本會於 112 年 2 月 17 日分別發文至衛生福利部及銓敘部，以下為兩部之回復內容摘要：
  - (一)銓敘部：
    1. 危勞職務屬性及其範圍之認定，是由主管機關考量機關人力運用需要，做通盤檢討後報送銓敘部審查。
    2. 危勞職務之工作內容是否具危險性及勞力性，應由權責主管機關按其工作場所之危險程度、工作內容對身心健康或生命安全之危害程度、差勤制度及工作時間、工作負荷程度等因素綜合考量。此外，危勞職務之認定，因涉及各機關人力運用，對於全國一致性之職務(例如警察人員、消防人員、醫護人員等)，應先由中央與地方權責主管機關協商一致性之認定原則後，再由各具有用人權之權責主管機關依實際情形覈實認定。
    3. 呼吸治療師是否列為危勞職務一節，因其任用權責分屬中央及地方各不同主管機關，原則上應先由衛生福利部邀集各權責主管機關協商一致性之認定原則後，再由各權責主管機關自行依其用人實況覈實認定。

(二) 衛福部：

1. 按公務人員危勞職務降齡退休制度建制之本旨，係考量該職務之工作內容及屬性確實具有危險性及勞力性，而無法採與一般職務相同之退休年齡，爰須調降其自願及屆齡退休年齡。據此，公務人員歷來退休法制及前開危勞職務認定標準，均明定危勞職務之退休年齡，於自願及屆齡退休，應併同調降。從而，擔任危勞職務者，均應依一體適用經核備之降齡退休規定，無法依個人意願選擇不適用，或只選擇適用降齡自願退休，而不適用降齡屆齡退休。

2. 對於首次納入危勞職務之職類，其危險及勞力性之判斷，尚無明確相關參考資料或數據可供依循，為使各權責主管機關日後報銓敘部有所依循，請本會補充說明並分析本職類危勞職務發生危險及勞力事實之件數、發生頻率等數據分析資料，另此案涉及個人退休權益，請本會應凝聚所屬會員意見並獲致共識，補充分析資料彙整回復至衛生福利部。

三、具上，事涉個人工作權益，請貴呼吸治療單位之所有執登呼吸治療師，填寫附件一問卷表，於112年11月10日前回傳：E-mail：[rtsroc@gmail.com](mailto:rtsroc@gmail.com)或紙本回傳(33305 桃園市龜山區復興街5號2樓呼吸治療科)洪麗茵秘書、電話：03-3971541，如未於期限內回復，則視為無意見。

正本：各公立醫院

副本：台北市呼吸治療師公會、新北市呼吸治療師公會、桃園市呼吸治療師公會、基隆市呼吸治療師公會、宜蘭縣呼吸治療師公會、花蓮市呼吸治療師公會、台中市呼吸治療師公會、彰化縣呼吸治療師公會、嘉義縣呼吸治療師公會、嘉義市呼吸治療師公會、台南市呼吸治療師公會、高雄市呼吸治療師公會

理事長 蕭秀鳳

附件一：是否同意「呼吸治療師」比照護理師、護士納入危勞職務調查表

醫院名稱：\_\_\_\_\_

編制人數：\_\_\_\_\_名

序號	姓名	職稱	是否同意「呼吸治療師」比照護理師、護士納入危勞職務	簽名	日期
1			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
2			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
3			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
4			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
5			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
6			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
7			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
8			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
9			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
10			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
11			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
12			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
13			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
14			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
15			<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		

註：若表單不敷使用，敬請自行複印。

備註：

1. 簽名處請務必親簽掃描回傳 E-mail：[rtsroc@gmail.com](mailto:rtsroc@gmail.com) 或紙本回傳(33305 桃園市龜山區復興街5號2樓呼吸治療科)洪麗茵秘書
2. 表格不足請自行新增