

亞東學校財團法人亞東科技大學異常工作負荷促發疾病預防管理計畫

107.10.29 本校 107 學年度第 1 次環境保護暨安全衛生委員會會議訂定
109.12.28 本校 109 學年度第 2 次環境保護暨安全衛生委員會會議修正通過
110.07.27 本校 109 學年度第 5 次環境保護暨安全衛生委員會會議修正通過
112.09.27 本校 112 學年度第 1 次環境保護暨安全衛生委員會會議修正通過

一、依據

勞動部職業安全衛生法第 6 條第 2 項第 2 款及同法施行細則第 10 條規定辦理，並參酌勞動部公告之異常工作負荷促發疾病預防指引(第二版)訂定本計畫。

二、目的

為保護本校工作者之身心及安全健康，針對輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷可能促發疾病之工作者，提供健康管理措施，以達到過度勞累與壓力預防的目的，確保工作者之身心健康。

三、適用範圍

(一)定義

1. 異常工作負荷：異常工作負荷促發疾病即為俗稱的「過勞」，為「長期處在高度心理壓力之下所產生的身心耗弱狀態」，嚴重者甚至會造成工作者猝死。
2. 輪班工作：指該工作時間不定時輪替可能影響其睡眠之工作，如工作者輪換不同班別，包括早班、晚班或夜班工作。
3. 夜間工作：為工作時間於午後十時至翌晨六時內。
4. 長時間工作：指近六個月期間，每月平均延長工時時數超過 45 小時。
5. 其他異常工作負荷：不規則的工作、經常出差的工作、工作環境(異常溫度環境、噪音、時差)及伴隨精神緊張之日常工作負荷與工作相關事件(附件 1)。

(二)適用對象

全體校內工作者。

四、權責

(一)校長：輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病之預防。

(二)環保暨安全衛生組(以下簡稱環安組)

1. 擬定並規劃本計畫之各項措施。
2. 協助預防計畫之工作危害評估。
3. 協助檢視預防計畫執行，評估計畫執行績效。

(三)勞工健康服務人員

1. 預防計畫之規劃、推動與執行。
2. 依據預防計畫進行危害評估。
3. 依風險評估結果，進行健康指導，提供健康保護措施之建議。

(四)工作場所負責人(單位主管)

1. 參與並協助預防計畫之推動與執行。
2. 協助預防計畫之風險評估。
3. 配合預防計畫之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。

(五)人事室

1. 協助本計畫之推動與執行。
2. 協助提供輪班、夜間工作者名單，並注意工時管控，定期篩選出長時間工作之工作者。

(六)工作者

1. 提出預防計畫之需求，配合本計畫之執行與參與。
2. 配合本計畫之風險評估。

3. 配合工作調整與作業現場改善措施。
4. 本計畫為預防管理，若身體已有不適症狀應儘速就醫。

五、計畫內容

執行異常工作負荷促發疾病預防計畫流程圖(圖一)如下:

(一)需求評估

符合下列型態之一者，由職護通知該作業型態之工作者填寫「異常工作負荷過勞量表」(附件 2)及過負荷評估問卷(附件 3)。

1. 自覺為高風險群工作者隨時向環安組提出預防計畫。
2. 人事室篩選延長工時時數每月平均延長工時時數大於 80 小時之工作者。
3. 依健康檢查報告數據，評估十年內發生腦、心血管疾病風險 $\geq 20\%$ 者。

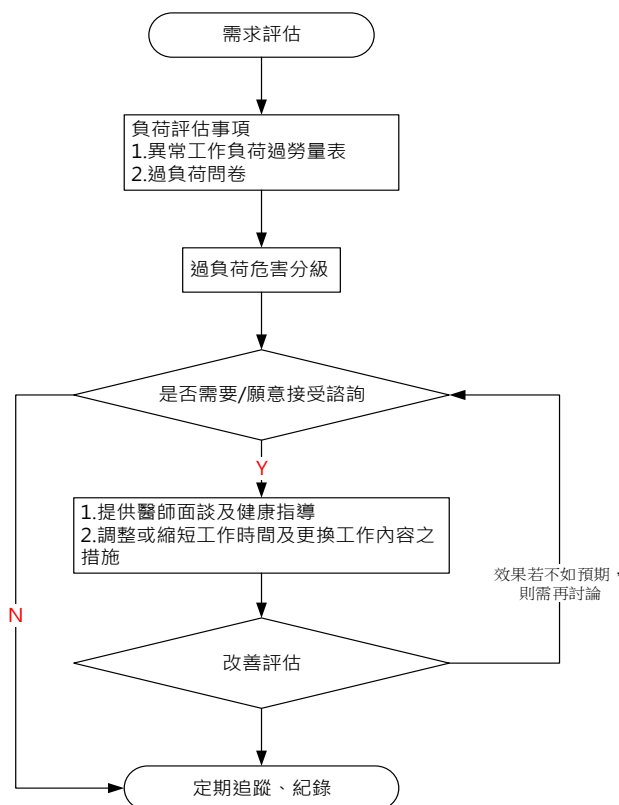
(二)風險評估：職護依據工作者填報過勞量表及評估問卷，配合月平均加班時數，綜合評估出負荷等級(低、中、高負荷)。

(三)風險分級與危害控制

1. 若負荷等級若為低、中負荷之情形，記錄保存結案。
2. 綜合評估結果，由服務醫師判定是否面談及健康措施。

(四)面談及健康指導

1. 經服務醫師面談後，醫師填寫「過負荷諮詢與指導紀錄表」(附件 4)，依據評估和判定結果對於該工作者實施生活、保健及就醫指導，提出「勞工健康服務執行紀錄」(附件 5)針對該單位之事後處理相關意見，由該單位主管執行後續處理措施。
2. 醫護人員追蹤後，若發現工作者的健康不如預期發展或對工作者健康有疑慮，則必須聯繫該單位主管、工作者本人和醫師進行討論。



圖一、異常工作負荷促發疾病預防計畫流程圖

六、本計畫執行之紀錄或文件等應歸檔留存三年，並保障個人隱私權。

七、本計畫經環境保護暨安全衛生委員會會議通過，陳請校長核定後發布實施，修正時亦同。

工作型態之評估表

工作型態		說明
不規則的工作		對預定之工作排程或工作內容經常性變更或無法預估、常屬於事前臨時通知狀況等。例如：工作時間安排，常為前一天或當天才被告知之情況。
經常出差的工作		經常性出差，其具有時差、無法休憩、休息或適當住宿、長距離自行開車或往返兩地而無法恢復疲勞狀況等。
作業環境	異常溫度環境	於低溫、高溫、高溫與低溫間交替、有明顯溫差之環境或場所間出入等。
	噪音	於超過 80 分貝的噪音環境暴露。
	時差	超過 5 小時以上的時差、於不同時差環境變更頻率頻繁等。
伴隨精神緊張的工作		日常工作處於高壓力狀態，如經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作、處理高危險物質、需在一定期間內完成困難工作或處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭等工作。

註：工作型態具 0-1 項者：低負荷；2-3 項者：中負荷； ≥ 4 項者：高負荷。

亞東科技大學異常工作負荷過勞量表

一、個人疲勞

1. 你常覺得疲勞嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

2. 你常覺得身體上體力透支嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

4. 你常會覺得「我快要撐不下去了」嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

5. 你常覺得精疲力竭嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

6. 你常常覺得虛弱，好像快要生病了嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

二、工作疲勞

1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

4. 工作一整天之後，你覺得精疲力竭嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

5. 上班之前只要想到又要工作一整天，你就覺得沒力嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎?

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

7. 不工作的時候，你有足夠的精力陪朋友或家人嗎?(反向題)

(1)總是 (2)常常 (3)有時候 (4)不常 (5)從未或幾乎從未

計分說明：

A. 將各選項分數轉換如下：(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0

B. 個人疲勞分數—將第1~6題的得分相加，除以6，可得個人相關過負荷分數。

C. 工作疲勞分數—第1~6題分數轉換同上，第7題為反向題，分數轉換為：

(1)0 (2)25 (3)50 (4)75 (5)100。將1~7題之分數相加，並除以7。

三、分數解釋：

疲勞類型	分數	分級	解釋
個人疲勞	50 分以下	輕微	您的過負荷程度輕微，您並不常感到疲勞、體力透支、精疲力竭、或者虛弱好像快生病的樣子。
	50-70 分	中度	你的個人過負荷程度中等。您有時候感到疲勞、體力透支、精疲力竭、或者虛弱好像快生病的樣子。建議您找出生活的壓力源，進一步的調適自己，增加放鬆與休息的時間。
	70 分以上	嚴重	您的個人過負荷程度嚴重。您時常感到疲勞、體力透支、精疲力竭、或者虛弱好像快生病的樣子。建議您適度的改變生活方式，增加運動與休閒時間之外，您還需要進一步尋找專業人員諮詢。
工作疲勞	45 分以下	輕微	您的工作相關過負荷程度輕微，您的工作並不會讓您感覺很沒力、心力交瘁、很挫折。
	45-60 分	中度	您的工作相關過負荷程度中等，您有時對工作感覺沒力，沒有興趣，有點挫折。
	60 分以上	嚴重	您的工作相關過負荷程度嚴重，您已經快被工作累垮了，您感覺心力交瘁，感覺挫折，而且上班時都很難熬，此外您可能缺少休閒時間，沒有時間陪伴家人朋友。建議您適度的改變生活方式，增加運動與休閒時間之外，您還需要進一步尋找專業人員諮詢。

四、工作負荷程度表：

	個人相關過勞分數	工作相關過勞分數	月加班時數	工作型態評估表 (附件1)
低負荷	<50分：輕微	<45分：輕微	<45小時	具0-1項
中負荷	50-70分：中等	45-60分：中等	45-80小時	具2-3項
高負荷	>70分：嚴重	>60分：嚴重	>80小時	具≥4項

五、職業促發腦心血管疾病之風險等級表

職業促發腦心血管疾病風險等級		工作負荷		
		低負荷	中負荷	高負荷
10年內 心血管疾 病發病風險	<10%	低度風險	中度風險	中度風險
	10-20%	中度風險	中度風險	高度風險
	>20%	中度風險	高度風險	高度風險

過負荷評估問卷

填寫日期：_____年_____月_____日

一、基本資料			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡
工作部門		年資	年 月
職稱			
二、個人過去病史(經醫師確定診斷，可複選)			
<input type="checkbox"/> 心臟循環系統疾病 (<input type="checkbox"/> 心絞痛 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 接受心導管支架手術 <input type="checkbox"/> 曾接受冠狀動脈繞道手術 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病接受藥物治療 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 其他_____) <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 血脂肪異常 <input type="checkbox"/> 睡眠相關呼吸疾病(如睡眠呼吸中止症) <input type="checkbox"/> 中樞神經系統疾病(如癲癇、脊椎疾病) <input type="checkbox"/> 周邊神經系統疾病(如腕隧道症候群) <input type="checkbox"/> 情感或心理疾病 <input type="checkbox"/> 眼睛疾病(不含可以矯正之近視或遠視) <input type="checkbox"/> 聽力損失 <input type="checkbox"/> 上肢或下肢疾病(如會導致關節僵硬、無力等症狀之疾病) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 長期服藥，藥物名稱： <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 以上均無			
三、家族史			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一等親內的家屬(父母、祖父母、子女)男性於 55 歲、女性於 65 歲前發生狹心症或心絞痛 <input type="checkbox"/> 家族中有中風病史 <input type="checkbox"/> 其他			
四、生活習慣史			
1. 抽菸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每天 包、共 年) <input type="checkbox"/> 已戒菸 年 2. 檳榔 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每天 顆、共 年) <input type="checkbox"/> 已戒 年 3. 喝酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(總類:_____、頻率:_____、每次大約_____ml) 4. 用餐時間不正常 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是； 外食頻率 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一餐 <input type="checkbox"/> 兩餐 <input type="checkbox"/> 三餐 5. 自覺睡眠不足 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(工作日睡眠平均 小時/日；假日睡眠平均 小時/日) 6. 運動習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(每週 次、每次 分) 7. 其他			

五、健康檢查項目(無此項目者或校方已掌握有勞工之健檢資料者免填寫)

1. 身體質量指數_____公斤/米²($18.5 \leq \text{BMI} < 24$)(身高_____公分;體重_____公斤)
2. 腰圍_____ (男性 < 90 公分;女性 < 80 公分)
3. 脈搏_____
4. 血壓_____/_____mmHg (收縮壓 < 120 、舒張壓 < 80 mmHg)
5. 總膽固醇_____ (< 200 mg/dL)
6. 低密度膽固醇_____ (< 100 mg/dL)
7. 高密度膽固醇_____ (男性 ≥ 40 mg/dL;女性 ≥ 50 mg/dL)
8. 三酸甘油脂_____ (< 150 mg/dL)
9. 空腹血糖_____ (< 100 mg/dL)
10. 尿蛋白_____ (陰性)
11. 尿潛血_____ (陰性)

六、工作相關因素(工作時數及輪班等資料可由人事室提供)

1. 工作時數: 平均每天_____小時;平均每週_____小時;平均每月加班_____小時
2. 工作班別: 白班 夜班 輪班(定期不定期;輪班方式: _____)
3. 工作環境(可複選):
噪音(_____分貝) 異常溫度(高溫約_____度;低溫約_____度) 通風不良
人因工程設計不良(如:座椅、震動、搬運等) 以上皆無
4. 日常伴隨緊張之工作負荷(可複選)
經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作
有迴避危險責任的工作
關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作
處理高危險物質的工作
可能造成社會龐大損失責任的工作
有過多或過分嚴苛的限時工作
需在一定的期間內(如交期等)完成的困難工作
負責處理客戶重大衝突或複雜的勞資紛爭
無法獲得周遭理解或孤立無援狀況下的困難工作
負責複雜困難的開發業務、或公司重建等工作
以上皆無
5. 有無工作相關突發異常事件(如近期發生車禍、車子於行駛中發生重大故障等)?
無 有(說明: _____)
6. 工作環境中有無組織文化、職場正義問題(如職場人際衝突、部門內部溝通管道不足等?)
無 有(說明: _____)
7. 對預定之工作排程或工作內容經常性變更或無法預估、常屬於事前的通知狀況等?
無 有(說明: _____)

8. 經常性出差，其具有時差、無法休憩、休息或適當住宿、長距離自行開車或往返兩地而無法恢復疲勞狀況等？

無 有(說明：_____)

七、非工作相關因素

1. 家庭因素問題 無 有，說明：

2. 經濟因素問題 無 有，說明：

八、過負荷評估

1. 心血管疾病風險：低度風險 中度風險 高度風險 極高風險 其他：_____

2. 工作負荷風險：低負荷 中負荷 高負荷 其他：_____

3. 過負荷綜合評估：低度風險 中度風險 高度風險 其他：_____

評估人員職稱/簽名：

_____年_____月_____日

過負荷諮詢與指導紀錄表

面談指導結果						
員工編號			無	輕	中	重
姓名		(A)疲勞累積狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
單位部門		(B)腦、心血管危險因子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年齡	歲	(C)憂鬱等病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(D)指導的必要性	生活: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 工作: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 醫療機構就診: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
是否需採行措施建議		<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要(若勾「不需要」則不需填寫以下建議)				
採行措施建議						
工作上採取的措施	調整工作時間	<input type="checkbox"/> 限制加班，最多__小時/月 <input type="checkbox"/> 不宜繼續工作(指示休假、休養) <input type="checkbox"/> 不宜加班 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 限制工作時間__時__分~__時__分				
	變更工作	<input type="checkbox"/> 變更工作場所(請敘明:_____) <input type="checkbox"/> 轉換工作(請敘明:_____) <input type="checkbox"/> 減少大夜班次數(請敘明:_____) <input type="checkbox"/> 轉換為白天的工作(請敘明:_____) <input type="checkbox"/> 其他(請敘明:_____)				
	措施期間	__日__週__日 (下次面談預定日 年 月 日)				
建議就醫						
備註						

臨場健康服務醫師:_____

諮詢者單位主管:_____

勞工健康服務執行紀錄

一、作業場所基本資料	
部門名稱：	
作業人員	<input type="checkbox"/> 第二類場所人員：男 人；女 人； <input type="checkbox"/> 第三類場所人員：男 人；女 人
作業類別與人數	<input type="checkbox"/> 一般作業： 人數： <input type="checkbox"/> 特別危害健康作業：類別： 人數：
二、作業場所與勞動條件概況： 由工作場所人員填寫工作流程、工作型態與時間、人員及危害特性概述	
三、健康服務執行情形（勞工健康保護規則第十條至第十二條事項）：	
四、改善及建議採行措施：	
五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽章）	
<input type="checkbox"/> 工作場所主管，簽章_____	
<input type="checkbox"/> 勞工健康服務之醫師，簽章_____	
<input type="checkbox"/> 勞工健康服務之護理人員，簽章_____	
<input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽章_____	
<input type="checkbox"/> 人事室人員，簽章_____	
<input type="checkbox"/> 環安組組長，簽章_____	
執行日期：____年____月____日 時間： 時 分 迄 時 分	