

亞東技術學院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

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

為避免本校工作者因異常工作負荷促發疾病，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，以防止因過度勞累而罹患腦、心血管疾病，以確保工作者之身心健康。

三、適用範圍

(一)定義

1. 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。
2. 夜間工作：為工作時間於午後十時至翌晨六時內。
3. 長時間工作：參考「職業促發腦血管及心臟疾病(外傷導致者除外)之認定參考指引」。
 - (1)一個月內延長工時時數超過 100 小時。
 - (2)二至六個月內，月平均延長工時時數超過 80 小時。
 - (3)一至六個月，月平均延長工時時數超過 45 小時。
4. 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)雇主(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. 依預防計畫協助風險評估。
3. 勞工健康服務醫師(簡稱服務醫師)依風險評估結果，於臨場服務提出書面告知風險、健康指導、工作調整或更換等。
4. 職業安全衛生護理人員(簡稱職護)定期依工作者健康檢查報告篩選十年內發生腦血管疾病之高風險工作者。
5. 協助提供工作者健康促進宣導及相關活動資訊。
6. 執行成效之評估及改善。

(三)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。

(四)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。

(五)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「工作者異常工作負荷自評表」(附件 2)。

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檢核表，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

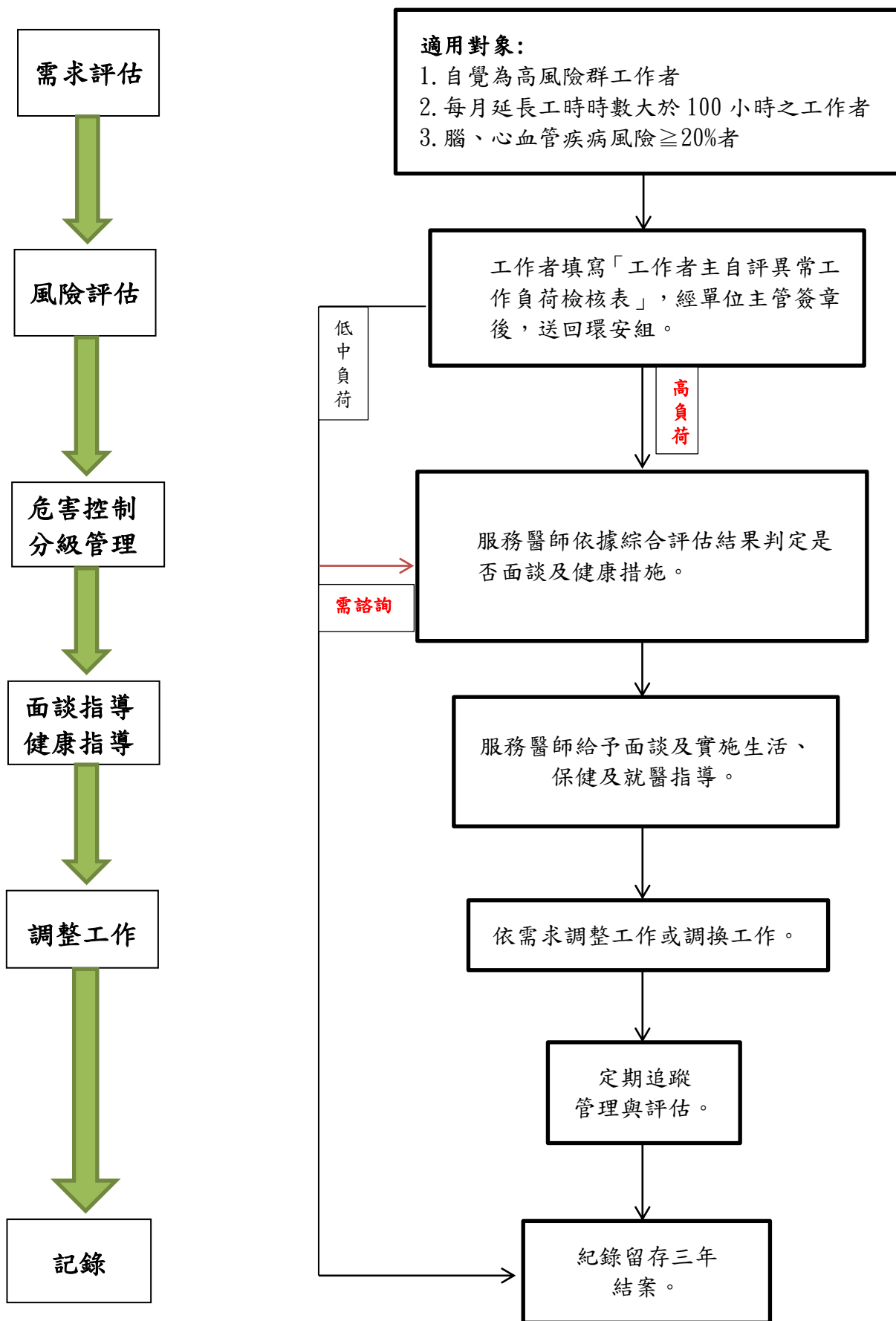
1. 若負荷等級若為低、中負荷之情形，記錄保存結案。
2. 綜合評估結果，由服務醫師判定是否面談及健康措施。

(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。

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。



圖一、異常工作負荷促發疾病預防計畫流程圖

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。

工作者異常工作負荷自評表

填表原因：長工時 輪班、夜班 其他異常工作負荷

填表日期： 年 月 日

一、基本資料	
單位部門：_____ 姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年資：_____年 出生年月日： 年 月 日 年齡：_____歲 月平均延長工時數：_____小時 慢性病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 其他_____ 抽菸： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
二、自評過負荷量表	
(一)個人相關 【各項分數轉換(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0】	1-6 項分數 總和除以 6
1. 你常覺得疲勞嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 2. 你常覺得身體上體力透支嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 3. 你常覺得情緒上心力交瘁嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 4. 你常會覺得「我快要撐不下去了」嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 5. 你常覺得精疲力竭? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 6. 你常常覺得虛弱，好像快要生病了嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未	
(二)工作相關 【各項分數轉換(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0】	1-7 項分數 總和除以 7
1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 4. 工作一整天之後，你覺得精疲力竭嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (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? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (5)從未或幾乎從未 6. 上班時你會覺得每一刻都很難熬嗎? <input type="checkbox"/> (1)總是 <input type="checkbox"/> (2)常常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)不常 <input type="checkbox"/> (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? <input type="checkbox"/> (1)從未或幾乎從未 <input type="checkbox"/> (2)不常 <input type="checkbox"/> (3)有時候 <input type="checkbox"/> (4)常常 <input type="checkbox"/> (5)總是	

(三)工作型態	是	否
1. 不規律的工作：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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 噪音：於超過 80 分貝的噪音環境暴露。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(四)負荷分級

負荷分級	個人相關(分數)	工作相關(分數)	月平均延長工時時數
低負荷	<50 分:過勞程度輕微 <input type="checkbox"/> _____分	<45 分:過勞程度輕微 <input type="checkbox"/> _____分	<37 小時
中負荷	50-70 分:過勞程度中等 <input type="checkbox"/> _____分	45-60 分:過勞程度中等 <input type="checkbox"/> _____分	37-80 小時
高負荷	>70 分:過勞程度嚴重 <input type="checkbox"/> _____分	>60 分:過勞程度嚴重 <input type="checkbox"/> _____分	>80 小時

綜合評估(3 項取高者): 低負荷 中負荷 高負荷

(五)過勞量表分數解釋

過勞類型	分數	分級	解 釋
個人相關	50 分以下	輕微	您的過勞程度輕微，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	你的個人過勞程度中等。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	您的個人過勞程度嚴重。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。
工作相關	45 分以下	輕微	您的工作相關過勞程度輕微，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	您的工作相關過勞程度中等，您有時對工作感覺沒力，沒有興趣，有點挫折。
	60 分以上	嚴重	您的工作相關過勞程度嚴重，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。

三、心血管疾病風險判定(由醫護人員填寫)

健康檢查報告：無報告，有報告，體檢日期： 年 月 日

總膽固醇濃度：_____mmol/L，高密度膽固醇濃度_____mmol/L，血壓：_____mmHg

運用 Framingham Cardiac Risk Score 評估十年內發生腦、心血管疾病風險值：

低度風險：<10% 中度風險：10%-20% 高度風險：≥20%

自評者	自評單位主管	職業安全衛生護理師	環保暨安全衛生組組長

請將本表單經單位主管簽章後，送回環保暨安全衛生組評估

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	