

嘉義縣私立協志高級工商職業學校異常工作負荷促發疾病預防管理計畫

中華民國 109 年 4 月 13 日 109 年度第一次職業安全衛生工作小組訂定

中華民國 109 年 4 月 20 日行政會議修訂

一、依據

依勞動部職業安全衛生法第 6 條第 2 項第 2 款與同法施行細則第 10 條規定辦理。

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，以防止工作者因過度勞累而罹患腦、心血管疾病，並達到早期發現、早期治療之目的，以確保相關工作者之身心健康。

三、適用範圍

凡本校工作者皆適用本措施，屬以下工作者，尤其應注意異常工作負荷促發疾病預防：

(一) 長時間工作：指下列情形之一者

1. 一個月內加班時數超過 92 小時。
2. 二至六個月內，月平均加班時數超過 80 小時。
3. 一至六個月，月平均加班時數超過 45 小時

(二) 依健康檢查報告數據，評估十年內發生腦、心血管疾病風險估算值 $\geq 20\%$ 者。

(三) 其他異常工作負荷：包括不規則的工作、經常出差的工作、及工作環境具異常溫度、噪音、或時差。此外，伴隨精神緊張之日常工作負荷與事件，亦歸此類。

四、權責單位

(一) 職業安全與衛生單位：

1. 擬訂本計畫。
2. 協助本計畫工作危害評估。
3. 依風險評估結果，協助單位作業現場執行改善措施。

(二) 人事室：

1. 協助規劃、推動、及執行本計畫。
2. 協助提供工作者異常差勤、缺工、及請假紀錄。

(三) 健康中心：

1. 協助規劃、推動、及執行本計畫。
2. 定期依工作者體格(健康)檢查報告，篩選十年內發生腦、心血管疾病之高風險工作者。
3. 依風險評估結果，提出書面之適性評估與建議，告知風險、健康指導、工作調整或更換等健康保護措施。
4. 執行成效之評估與改善。
5. 提供工作者促進健康相關活動資訊。

(四) 工作場所負責人：

1. 負責推動與執行本計畫。
2. 協助本計畫之風險評估。
3. 配合勞工健康服務醫師諮詢工作者指導結果，採取維護工作者健康措施。

(五) 教職員工：

1. 配合本計畫之執行及參與。
2. 配合本計畫之風險評估。
3. 配合本計畫之工作調整與作業現場改善措施。
4. 配合勞工健康服務醫護理人員健康指導結果之各項措施或建議。
5. 本計畫為預防性之管理，若身體已有不適症狀應儘速就醫。

五、本計畫依「異常工作負荷危害預防諮詢指導程序與流程圖」(見附件一)，推動的程序與項目如下：

- (一) 符合下列工作型態之一者，由各權責單位通知該工作者填寫「異常工作負荷檢核表」，見附件二，配合月平均加班時數，綜合評估出低、中、或高負荷等級。
1. 月平均加班時數超過 80 小時者，由人事室每月定期篩選後通知單位主管，並通知職業安全衛生單位。
 2. 依健康檢查報告數據，評估十年內發生腦、心血管疾病風險估算值 $\geq 20\%$ 者，由勞工健康服務醫護理人員定期篩選後並通知。

3. 工作者主動或自覺性填寫「異常工作負荷檢核表」。

(二) 工作者綜合評估完負荷等級後，交由工作場所負責人依下列原則簽核：

1. 屬低或中負荷者，直接由工作場所負責人簽核後，指派人員將該執行紀錄留存3年。
2. 屬高負荷或經人事室、**勞工健康服務醫護理人員**通知工作者填寫者，由工作場所負責人簽核後，需再將「異常工作負荷檢核表」送交人事室與職業安全衛生單位簽核。
3. 職業安全衛生單位收到表單後，先由**勞工健康服務醫護理人員**判定腦、心血管疾病及過負荷風險，綜合評估是否需諮詢、提供建議及健康管理措施，再由該中心主管簽核後，擲回原單位留存該執行紀錄三年。

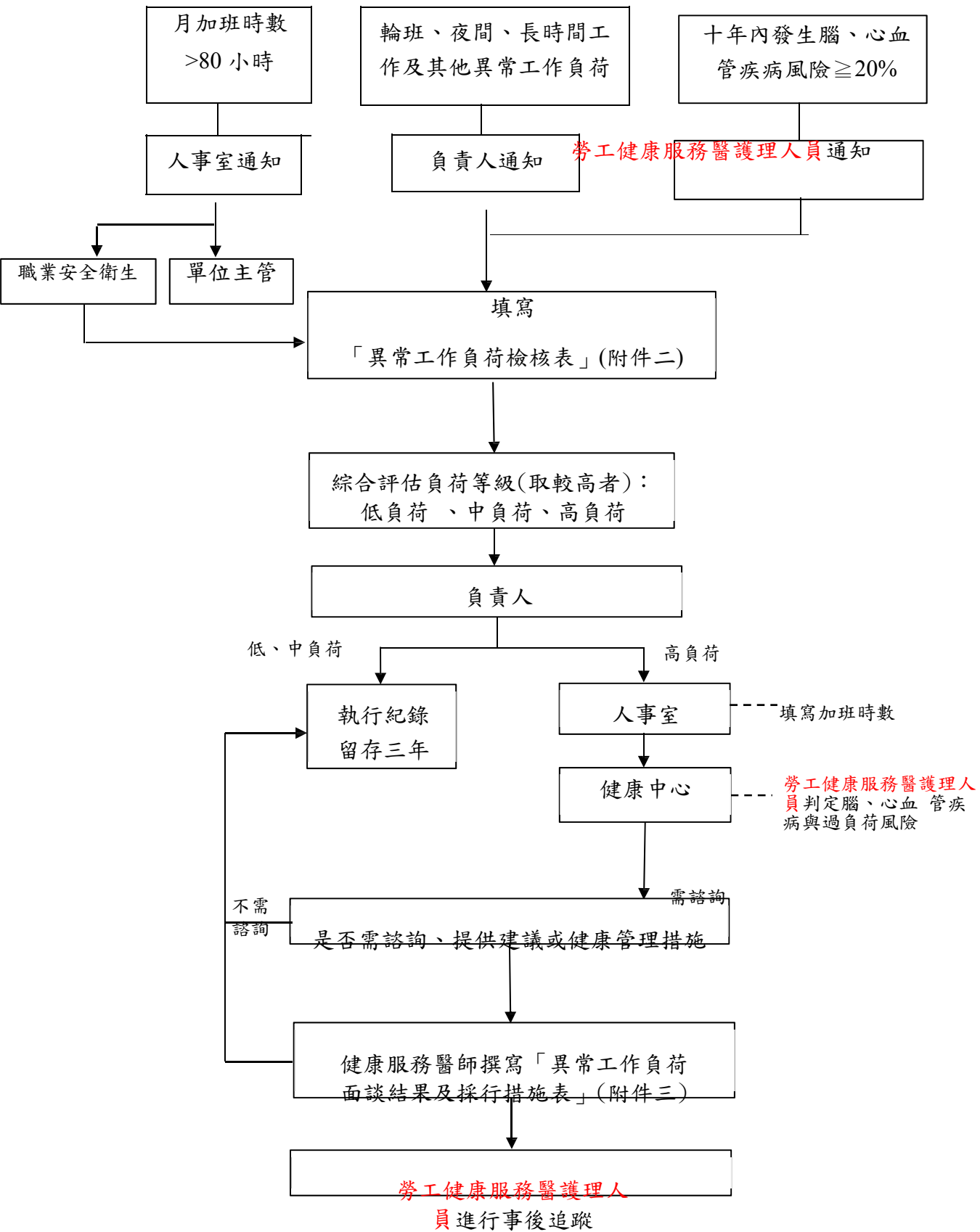
(三) 針對綜合判定需諮詢之工作者，臨場醫師健康服務需於諮詢後，填寫「異常工作負荷面談結果及採行措施表」(附件三)，依據評估和判定結果對於該員工實施生活、保健及就醫指導，提出針對該單位之事後處理相關意見(撰寫臨場服務報告書)，由該單位執行後續處理措施。

(四) **勞工健康服務醫護理人員**對於該工作者所實施的措施，需再確認是否適當，以及該工作者的健康回復狀態，是否如預期般的進展。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，則必須聯繫該工作場所負責人、工作者本人、及醫師進行討論。

六、計畫執行紀錄或相關文件應歸檔留存三年以上，本計畫為預防性之管理，若身體已有不適症狀宜儘速就醫。

七、本計畫經本校職業安全衛生工作小組訂定後，並送行政會議審議，並經校長核定後實施，修正時亦同。

異常工作負荷危害預防諮詢指導程序與流程圖



附件二

異常工作負荷檢核表

一、過負荷量表(由工作者填寫)

填表日期：_____年_____月_____日 填表原因： <input type="checkbox"/> 輪班工作 <input type="checkbox"/> 夜間工作 <input type="checkbox"/> 自行填寫 <input type="checkbox"/> 人事室通知(高工時) <input type="checkbox"/> 勞工健康服務醫護理人員通知(高心血管疾病風險) 單位：_____ 姓名：_____ 員工編號：_____ 職稱：_____ 電話：_____	
分數	
(一)個人疲勞	
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.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	
個人過勞總分：將各選項分數轉換如下：(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0。	
個人過勞平均分數：總分/題數，即 1~6 題分數相加後除以 6	
分數	
(二)工作疲勞	
1.你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎? <input type="checkbox"/> (1)很嚴重 <input type="checkbox"/> (2)嚴重 <input type="checkbox"/> (3)有一些 <input type="checkbox"/> (4)輕微 <input type="checkbox"/> (5)非常輕微 2.你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎? <input type="checkbox"/> (1)很嚴重 <input type="checkbox"/> (2)嚴重 <input type="checkbox"/> (3)有一些 <input type="checkbox"/> (4)輕微 <input type="checkbox"/> (5)非常輕微 3.你的工作會讓你覺得挫折嗎? <input type="checkbox"/> (1)很嚴重 <input type="checkbox"/> (2)嚴重 <input type="checkbox"/> (3)有一些 <input type="checkbox"/> (4)輕微 <input type="checkbox"/> (5)非常輕微 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				
工作疲勞總分：將各選項分數轉換如下：(1)100 (2)75 (3)50 (4)25 (5)0。				
工作疲勞平均分數：總分/題數，即 1~7 題分數相加後除以 7		_____		
(三) 負荷分級				
負荷分級	個人疲勞(分數)	工作疲勞(分數)		
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		
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		
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		
綜合評估(取高者)： <input type="checkbox"/> 低負荷 <input type="checkbox"/> 中負荷 <input type="checkbox"/> 高負荷				
備註： 1.綜合評估為低負荷或中負荷者，直接由工作場所負責人簽核後，將該執行紀錄留存三年。 2.綜合評估為高負荷者或經人事室、 勞工健康服務醫護理人員 通知填寫本檢核表者，由單位主管簽核後，送交人事室 簽核，再送至職業安全衛生單位及 勞工健康服務醫護理人員 簽核。 3.個人疲勞及工作疲勞分數解釋：				
	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	您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。
	工作疲勞	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。

二、工作者月平均加班時數(由人事室填寫)

月平均加班情形：
<input type="checkbox"/> 一個月內加班時數超過 92 小時。(_____ 小時)
<input type="checkbox"/> 二至六個月內，月平均加班時數超過 80 小時。(_____ 小時)
<input type="checkbox"/> 一至六個月，月平均加班時數超過 45 小時。(_____ 小時)

三、腦、心血管疾病與過負荷風險判定(由勞工健康服務醫護理人員填寫)

(一) 勞工健康服務醫護理人員透過工作者體格(健康)檢查報告，運用 Framingham Cardiac Risk Score 評估十年內發生腦、心血管疾病的風險：				
<input type="checkbox"/> 低度風險：<10% <input type="checkbox"/> 中度風險：10%-20% <input type="checkbox"/> 高度風險：≥20%				
(二)腦、心血管疾病與工作負荷矩陣				
1.風險分級矩陣				
十年內發生 腦、心血管疾病風險		工作者工作負荷		
		低負荷 (0)	中負荷 (1)	高負荷 (2)
<10% (0)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
10-20% (1)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
≥20% (2)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
備註：				
風險分級		健康管理措施		
低風險	0	不需諮詢	不需處理，可從事一般工作。	
中風險	1	不需諮詢	建議生活型態改變，注意工時調整，至少每年追蹤一次。	
	2	建議諮詢	建議生活型態改變，注意工時調整，至少每半年追蹤一次。	
高風險	3	需要諮詢	建議醫療協助及生活型態改變，需工作限制，至少每三個月追蹤一次。	
	4	需要諮詢	建議醫療協助及生活型態改變，需工作限定，至少每一至三個月追蹤一次。	
2.勞工健康服務醫護理人員簽名： _____、日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日				
3.醫師綜合評估： <input type="checkbox"/> 不需諮詢 <input type="checkbox"/> 建議諮詢 <input type="checkbox"/> 需要諮詢； <input type="checkbox"/> 請衛保組提供健康促進相關訊息 評估醫師簽名： _____、日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日				

負責人 簽章	人事室 簽章	職業安全衛生單位 簽章

異常工作負荷面談結果及採行措施表

面談指導結果			
姓名 (員工編號)		服務單位	
		男·女	年齡 歲
疲勞累積狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		特殊記載事項
應顧慮的身心狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
判定區分	診斷區分	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 需觀察 <input type="checkbox"/> 需醫療	是否需採取後續相關措施
	工作區分	<input type="checkbox"/> 一般工作 <input type="checkbox"/> 工作限制 <input type="checkbox"/> 需休假	
	指導區分	<input type="checkbox"/> 不需指導 <input type="checkbox"/> 要健康指導 <input type="checkbox"/> 需醫療指導	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 請填寫採行措施建議

醫師姓名： 年 月 日 (實施年月日)

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·月 (下次面談預定日 年 月 日)		
建議就醫				
備註				

醫師姓名： 年 月 日 (實施年月日)

負責人：