

# 國立蘭陽女子高級中學異常工作負荷促發疾病預防計畫

109 年 6 月 9 日行政會議通過

109年7月6日行政會議第一次修正通過

112年1月5日行政會議第二次修正通過

中華民國113年12月24日職業安全衛生委員會修正訂定

## 壹、依據：

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 條之規定辦理。

## 貳、目的：

防止本校各類工作者因輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷而促發疾病，以確保工作者之身心健康，達到過勞防護及壓力管理之目的。

## 參、定義：

- 一、輪班工作：指事業單位之工作型態需由勞工於不同時間輪替工作，且其工作時間不定時日夜輪替可能影響其睡眠之工作。
- 二、夜間工作：指工作時間於午後10時至翌晨6時內，可能影響其睡眠之工作。
- 三、長時間工作：指近6個月期間，每月平均加班工時超過45小時者。

## 肆、管理組織：

- 一、本計畫以總務處為本校之主辦單位。
- 二、其他各相關教學單位及行政單位為協辦單位。

## 伍、各級人員之權責：

### 一、總務處：

- (一)預防計畫之規劃、推動及執行績效確認。
- (二)協助預防計畫之工作危害評估。
- (三)依風險評估結果，協助預防計畫工作調整、更換，以及作業現場改善措施之執行。

### 二、臨廠服務醫師及專責護理人員：

- (一)協助預防計畫之規劃、推動，並實際執行。
- (二)依預防計畫時程檢視並進行工作危害評估及風險評估。
- (三)依風險評估結果，提出書面告知風險、健康指導、工作調整或更換等健康保護措施之適性評估與建議。

陸、應辦理之事項包括：

- 一、辨識及評估可能促發疾病之高風險群，篩選出異常工作負荷之工作者，進行個案管理。
  - 二、由臨廠服務醫師及專責護理人員進行負荷評估、風險分級，並對工作者進行面談及健康指導。
  - 三、對「高度風險」之工作者進行調整或縮短工作時間、更換工作內容，以及作業現場改善措施之措施。本校改善情形追蹤表(如附表一)。
  - 四、就健康檢查結果，主動對具異常工作負荷潛在風險之工作者進行健康管理及促進。
  - 五、執行成效之評估及改善。
  - 六、上級交付之異常工作負荷預防及改進事項。
- 柒、本計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存三年以上。
- 捌、本管理規章經職業安全衛生委員會議審議後，陳校長簽核通過後施行，修訂時亦同。

## 「過勞量表」個人評估工具(包含「個人相關過勞」及「工作相關過勞」狀況

### (一)個人相關過勞分量表

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)工作相關過勞分量表

1. 你的工作會令人情緒上心力交瘁嗎?

☐ (1)很嚴重 ☐ (2)嚴重 ☐ (3)有一些 ☐ (4)輕微 ☐ (5)非常輕微

2. 你的工作會讓你覺得快要累垮了嗎?

☐ (1)很嚴重 ☐ (2)嚴重 ☐ (3)有一些 ☐ (4)輕微 ☐ (5)非常輕微

3. 你的工作會讓你覺得挫折嗎?

☐ (1)很嚴重 ☐ (2)嚴重 ☐ (3)有一些 ☐ (4)輕微 ☐ (5)非常輕微

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?

☐ (1)總是 ☐ (2)常常 ☐ (3)有時候 ☐ (4)不常 ☐ (5)從未或幾乎從未

計分：

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

B、個人相關過勞分數—將第1~6 題的得分相加，除以6，可得個人相關過勞分數。

C、工作相關過勞分數—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，除以7，可得工作相關過勞分數。

分數解釋：

| 過勞類型       | 分數      | 分級 | 釋                                                                                                               |
|------------|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個人相關<br>過勞 | 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 | 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<br>過勞 | 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。 |

（資料來源：勞安所過勞自我預防手冊）

# 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(無此項目者或事業單位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 <sup>2</sup> (18.5≤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 $\geq$ 40 mg/dL；女性 $\geq$ 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資部門提供）

- 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：\_\_\_\_\_6\_\_\_\_\_)

#### 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

附表一：國立蘭陽女子高級中學異常工作負荷促發疾病預防計畫改善情形追蹤表

| 異常工作負荷促發疾病預防計畫改善情形追蹤表 |    |             |              |           |            |          |             |      |      |    |                      |
|-----------------------|----|-------------|--------------|-----------|------------|----------|-------------|------|------|----|----------------------|
| 單位<br>名稱              | 姓名 | 已通 知<br>當事人 | 工作指導<br>建議日期 | 醫師指示之工作指導 |            |          |             |      |      |    | 醫師評估回復情況<br>良好不需進行追蹤 |
|                       |    |             |              | 已通知<br>主管 | 建議情形       | 工作<br>限定 | 工作限<br>制、禁止 | 工作調整 | 工作變更 | 其他 |                      |
|                       |    |             |              |           | 建議改善內容     |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 通知處室主管改善日期 |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 改善內容       |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 實際改善執行日期   |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 建議內容       |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 執行日期       |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 建議內容       |          |             |      |      |    |                      |
|                       |    |             |              |           | 執行日期       |          |             |      |      |    |                      |