

國立清華大學異常工作負荷促發疾病預防計畫

108.10.02 108 年度環保暨安全衛生委員第 3 次會議通過

- 一、為防止本校工作者因輪班、夜間工作、長時間工作等異常負荷，而促發疾病特訂定本要點，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。
- 二、依據職業安全衛生法之第 6 條及施行細則第 10 條規定辦理。
- 三、適用對象為全校教職員工。
- 四、參照勞動部職業安全衛生署《異常工作負荷促發疾病預防指引》，定義相關名詞如下：
 - (一)長時間工作：每月平均加班工時超過 46 小時者。
 - (二)輪班工作：工作者輪換不同班別，包括早班、晚班、夜班。
 - (三)夜班工作：參考勞動基準法第 49 條，定義為工作時間大致與「午後十時至翌晨六時」重疊之工作。
 - (四)其他異常負荷工作：工作量/責任急遽變化、工作時間不規則、經常出差、異常工作環境（例如：異常溫度環境、高噪音、時差）及其他伴隨明顯精神緊張之工作負荷、事件。
- 五、單位職責分工：
 - (一)環安中心：
 1. 擬訂本計畫，協助推動及執行。
 2. 協助預防計畫之工作危害評估。
 3. 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)人事室：
 1. 參與並協助預防計畫之規劃、推動與執行。
 2. 超時工作預防管控。
 3. 每月加班工作時數已達 46 小時人員名單應於次月 15 日前送環安中心及衛保組。
 - (三)學務處衛保組：
 1. 預防計畫之規劃、推動與實際執行。
 2. 辦理健康檢查並配合過勞問卷調查，依預防計畫協助風險評估，必要時進行實地訪查。
 3. 協助安排職業專科醫師臨校服務，依風險評估結果，協助預防計畫之執行。
 4. 後續追蹤管理及並給予相關健康指導。
 - (四)臨校服務醫師：
 1. 參與並協助預防計畫之規劃、推動與執行，並進行風險評估，必要時進行實地訪查。
 2. 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。
 3. 協助檢視預防計畫執行現況，協助確認預防計畫執行績效。

(五) 部門主管：

1. 參與規劃並負責推動、執行預防計畫。
2. 避免單位同仁超時工作，或其他異常負荷工作。
3. 凡遇疑似過勞個案，主動告知衛保組及環安中心，進行預防計畫之風險評估。
4. 協助進行風險評估並配合人員之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。

(六) 本校教職員工

1. 參與及配合預防計畫之執行。
2. 避免超時工作，或其他異常負荷工作。
3. 配合預防計畫之風險評估。
4. 配合預防計畫之工作調整與作業現場改善措施。
5. 預防計畫執行中之作業變更或健康狀況變化，應告知衛保組護理師，以調整預防計畫之執行。

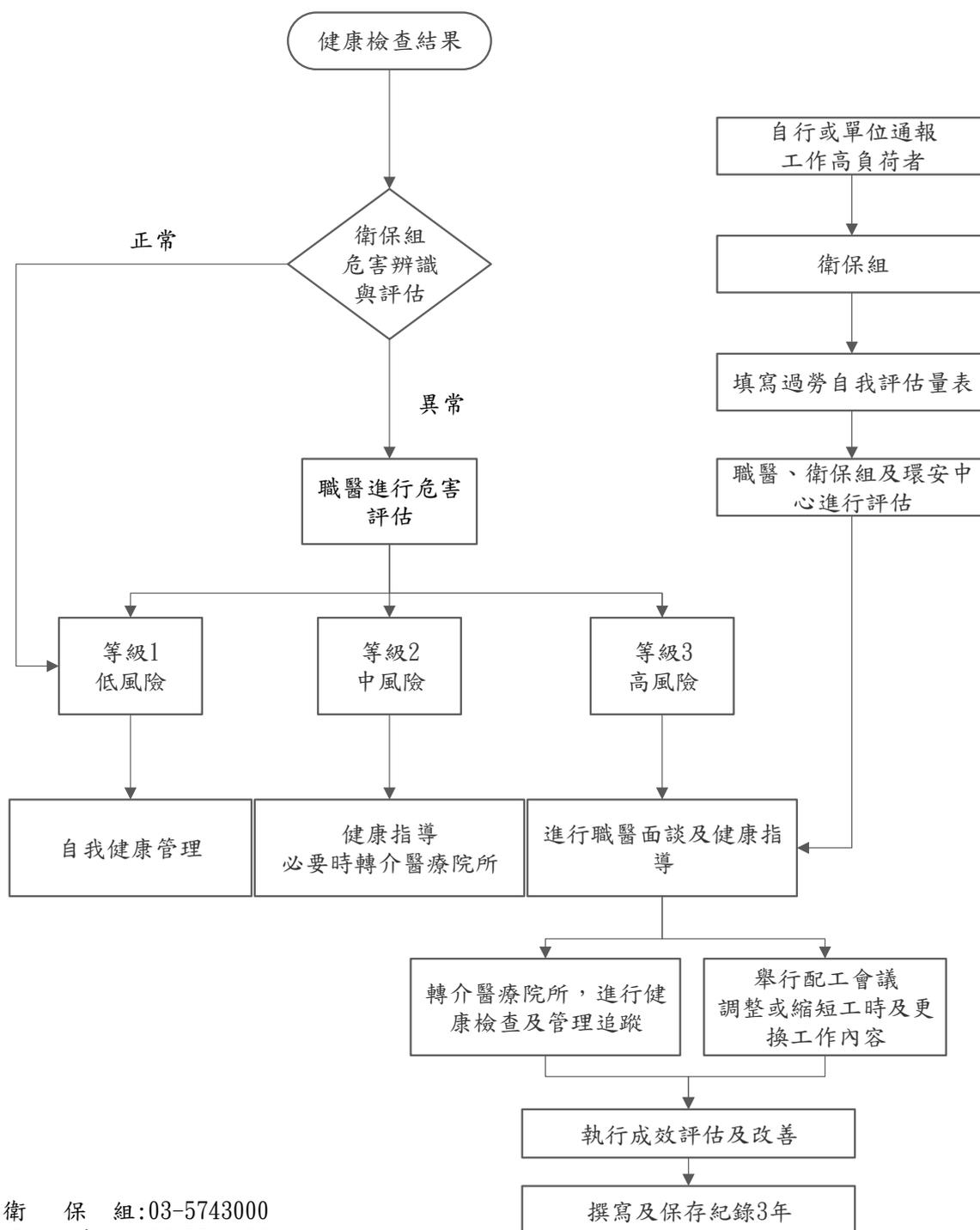
六、應辦理事項：

- (一) 由臨校服務醫師及衛保組專責護理師進行負荷評估、風險分級，並對工作者進行面談及健康指導。
- (二) 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。
- (三) 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。
- (四) 預防計畫執行成效之評估及改善。
- (五) 上級交付之異常工作負荷預防及改進事項。

七、本計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存三年以上。

八、本計畫經本校環境保護暨安全衛生委員會通過後實施。

國立清華大學異常工作負荷促發疾病預防計畫流程圖



衛 保 組:03-5743000
環 安 中 心:03-5719163

附件 1. 過勞問卷及評估方法：

過勞量表 Fatigue Scale

題目	總是 Always	常常 Often	有時候 Sometimes	不常 Seldom	從未 Never
1. 您常覺得疲勞嗎？ How often do you feel tired?					
2. 您常覺得身體上體力透支嗎？ How often are you physically exhausted?					
3. 您常覺得情緒上心力交瘁嗎？ How often are you emotionally exhausted?					
4. 您常會覺得，「我快要撐不下去了」嗎？ How often do you think: "I can't take it anymore"?					
5. 您常覺得精疲力竭嗎？ How often do you feel worn out?					
6. 您常覺得虛弱，好像快要生病了嗎？ How often do you feel weak and susceptible to illness?					
7. 您的工作/課業會令人情緒上心力交瘁嗎？ Is your work/class emotionally exhausting?					
8. 您的工作/課業會讓您覺得快要累垮了嗎？ Do you feel burnt out because of your work/class?					
9. 您的工作/課業讓您覺得挫折嗎？ Does your work/class frustrate you?					
10. 工作/上課一整天之後，您覺得精疲力竭嗎？ Do you feel worn out at the end of the working day/class?					
11. 上班/上課前只要想到又要工作/上課一整天，您就覺得沒力了嗎？ Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work/class?					
12. 上班/上課時您會覺得每一刻都很難熬嗎？ Do you feel that every working/class hour is tiring for you?					
13. 不工作/上課的時候，您有足夠的精力陪伴家人或朋友嗎？ Do you have enough energy for family and friends during leisure time?					

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 7~12 題分數轉換同上，第 13 題為反向題，分數轉換為：

(1)0 (2)25 (3)50 (4)75 (5)100。將 7~13 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	解釋
個人相關過勞	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	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。
工作相關過勞	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。

國立清華大學異常工作負荷員工風險評估表

基本資料	姓名：	員編/學號：		
	生日：	Age：	到職日：	
	部門：	面談日期：		
過勞負荷評估	1. 過勞問卷、超時工作時數（第一列填入，其餘列勾選）			
		個人過勞平均_____分	工作過勞平均_____分	平均每月超時工作_____小時
	低負荷	<input type="checkbox"/> < 50 分	<input type="checkbox"/> < 45 分	<input type="checkbox"/> < 46 小時
	中負荷	<input type="checkbox"/> 50-69 分	<input type="checkbox"/> 45-59 分	<input type="checkbox"/> 46-79 小時
高負荷	<input type="checkbox"/> ≥ 70 分	<input type="checkbox"/> ≥ 60 分	<input type="checkbox"/> ≥ 80 小時	
綜合評估(3 者取高者)： <input type="checkbox"/> 低負荷 <input type="checkbox"/> 中負荷 <input type="checkbox"/> 高負荷				
十年腦心血管疾病風險	2. 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%			
	健康檢查項目:健檢日期：_____			
	>BMI_____公斤/公尺 (18.5≤BMI<24 (身高_____公分；體重_____公斤) >腰圍_____公分 (男性<90 公分；女性<80 公分) >脈搏_____次/分、血壓_____/_____mmHg (SBP<120、DBP<80) >T-Chol_____mg/dL (<200)、LDL_____mg/dL (<100) >HDL_____mg/dL (男性≥40 mg/dL；女性≥50 mg/dL) >TG_____mg/dL (<150 mg/dL) >空腹血糖_____mg/dL (<100 mg/dL)，DM history: _____ >尿蛋白_____ (陰性)、尿潛血 _____ (陰性) 抽菸：_____			
風險分級	3. 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低風險	<input type="checkbox"/> 1中風險
10-20% (1)	<input type="checkbox"/> 1中風險	<input type="checkbox"/> 2中風險	<input type="checkbox"/> 3高風險	
≥20% (2)	<input type="checkbox"/> 2中風險	<input type="checkbox"/> 3高風險	<input type="checkbox"/> 4高風險	
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。				
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				
護理人員簽章：		年	月 日	
醫師簽章：		年	月 日	

一、基本資料			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
員編/學號		工作部門	
出生日期		婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡
職稱		年資	年 月
聯絡電話		填寫日期	年 月 日
二、個人過去病史(經醫師確定之診斷，可複選)			
<input type="checkbox"/> 心臟循環系統疾病(若有，請勾選下列疾病)： (<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"/> 以上均無 <input type="checkbox"/>其他_____			
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、工作相關因素			
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： <input type="checkbox"/> 白班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 輪班 (<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期；輪班方式：_____) 3. 工作環境(可複選)： <input type="checkbox"/> 噪音(_____分貝) <input type="checkbox"/> 異常溫度(高溫約_____度；低溫約_____度) <input type="checkbox"/> 通風不良 <input type="checkbox"/> 人因工程設計不良(如:座椅、震動、搬運等) <input type="checkbox"/> 以上皆無 4. 日常伴隨緊張之工作負荷(可複選) <input type="checkbox"/> 經常負責會威脅自己或他人生命、財產的危險性工作 <input type="checkbox"/> 有迴避危險責任的工作 <input type="checkbox"/> 關乎人命、或可能左右他人一生重大判決的工作 <input type="checkbox"/> 處理高危險物質的工作 <input type="checkbox"/> 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：_____）

六、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：_____）

七、簽章：

受評人員簽名：

年 月 日

醫師簽章：

年 月 日

護理人員簽章：

年 月 日

國立清華大學異常工作負荷工作適性建議紀錄表

基本資料	姓名		員編/學號		
	單位/科系		聯絡電話		
醫師建議	面談指導結果				
	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	需採 後續相 關措施	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，採行措施建議
		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		
	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_____時/月	<input type="checkbox"/> 減少輪班頻率	
		變更工作	<input type="checkbox"/> 不宜加班	<input type="checkbox"/> 不宜繼續工作（指示休假、休養）	
			<input type="checkbox"/> 限制工作時間_____時_____分	<input type="checkbox"/> 其他	
			<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					
醫師簽章	_____年_____月_____日	護理人員簽章	_____年_____月_____日		
受評者檢閱後簽章	_____年_____月_____日	環安中心簽章	_____年_____月_____日		
若有適性配工須簽核：					
會簽單位	_____年_____月_____日				
工作場所負責人/單位主管	_____年_____月_____日				
一級主管	_____年_____月_____日				
校長或授權核准人	_____年_____月_____日				