

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。

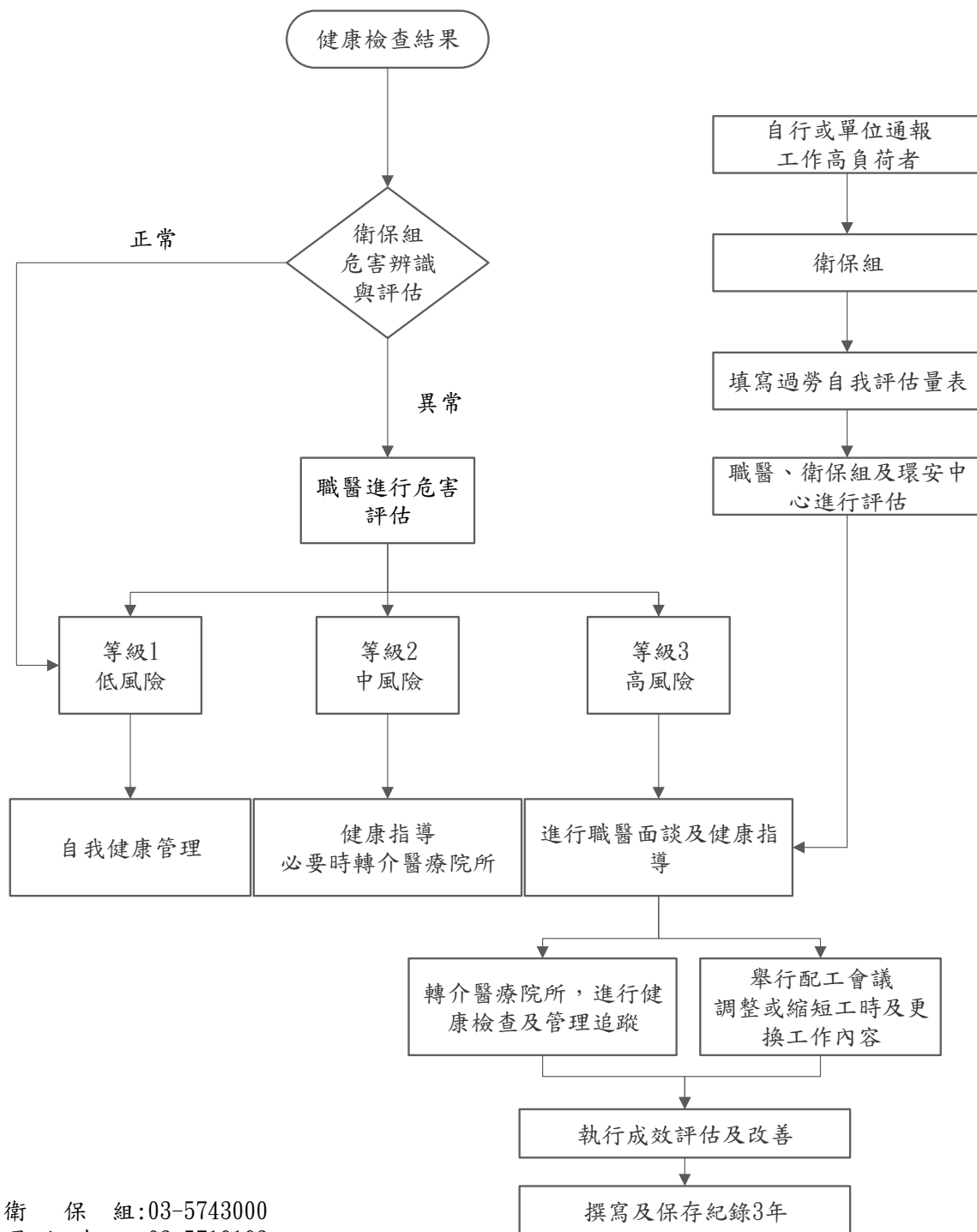
六、應辦理事項：

- (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 | | |
| | <10% (0) | 低負荷 (0) | 中負荷 (1) | 高負荷 (2) |
| | 10-20% (1) | 低負荷 (0) | 中負荷 (1) | 高負荷 (2) |
| ≥20% (2) | 低負荷 (0) | 中負荷 (1) | 高負荷 (2) | |
| 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"/> 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、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 | | | | |