

屏東縣政府異常工作負荷促發疾病預防計畫

中華民國 110 年 5 月 4 日簽奉核定實施

一、依據

依「職業安全衛生法」第 6 條第 2 項暨「職業安全衛生設施規則」第 324-2 條之規定辦理。

二、目的

為保護本府勞工之安全健康，對長工時、輪班、夜間工作等異常工作負荷促發疾病之預防，應妥為規劃及採取必要之安全衛生措施，以確保相關工作者之工作安全與身心健康。

三、計畫範圍

(一)名詞定義

1. 輪班工作：指該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。
2. 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。
3. 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。

(二)適用對象

本府從事輪班工作、夜間工作、長時間工作之技工、工友、駕駛、約用人員、定僱人員、約僱人員及臨時人員。

(三)權責單位

1. 主辦單位(人事管理單位：行政處及人事處)
 - (1)本計畫之規劃與推動。
 - (2)協助提供本府各處適用對象之請假、公差、曠職等差勤記錄。
2. 協助單位(本府各處)

- (1) 參與本計畫之推動與執行。
- (2) 協助辨識及評估輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷者，並予造冊，再依本計畫之「辦理事項」評估個人風險程度。
- (3) 依個人風險程度之評估結果，協助執行適用對象之工作時間調整或縮短或變更工作場所、內容、型態或調整公差頻率及範圍或調整勞動密度、休息時間、作業環境改善(如空調或噪音)等措施。

3. 適用對象

- (1) 配合本計畫之執行措施。
- (2) 本計畫執行中之健康狀況，如有變化，應告知醫護人員，以調整相關之執行措施。

四、辦理事項

- (一) 服務單位應於技工、工友、駕駛、約用人員、定僱人員、約僱人員及臨時人員之工時資料，篩選出具有輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷者，並予造冊，進行個案管理。
- (二) 服務單位應請異常工作負荷者填寫「過勞量表」(附錄一)，以評估其個人相關過勞及工作相關過勞狀況。
- (三) 依勞工自評「過勞量表」之結果，判定是否需要接受「過負荷評估問卷」調查(附錄二)，進行過負荷之風險評估。
- (四) 「過負荷評估問卷」之結果，如顯示工作者屬於「輕微風險」，不需接受健康諮詢。
- (五) 「過負荷評估問卷」之結果，如顯示工作者屬於「中度風險」，但本身無意願參與相關健康諮詢，則可由其單位列冊管理並提供促進健康相關資訊。
- (六) 「過負荷評估問卷」之結果，如顯示工作者屬於「高度風險」，則建議其應尋求經勞動部認可之醫療機構(可至職安署網站查

詢)與醫師面談指導，並將醫師面談指導結果，製作成「醫師面談結果及採行措施表」(附錄三)，服務單位應依該表之採行措施建議，執行相關改善措施。

五、本計畫執行紀錄或文件等，應留存三年以上。

六、本計畫奉縣長核定後，函知府內各單位實施，修正時亦同。

附錄一

「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	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。

(資料來源：勞安所過勞自我預防手冊)

附錄二

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、 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²($18.5 \leq \text{BMI} < 24$)(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 ≥ 40 mg/dL;女性 ≥ 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：_____)

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

附錄三

醫師面談結果及採行措施表

面談指導結果			
(員工編號)姓名		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	需採取後續相關措施否
	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"/> 減少輪班頻率
		<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 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 其他
	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)

部門主管：