

# 康寧學校財團法人康寧大學異常工作負荷促發疾病預防管理計畫

108 年 4 月 9 日環境保護暨職業安全衛生委員會訂定

110 年 2 月 3 日環境保護暨職業安全衛生委員修定

113 年 1 月 18 日環境保護暨職業安全衛生委員修定

## 一、依據

依勞動部職業安全衛生法第 6 條第 2 項第 2 款規定辦理，另依職業安全衛生設施規則第 324 條之 2，對於事業單位依勞工健康保護規則規定配置有醫護人員從事勞工健康服務者，雇主應依勞工作業環境特性、工作形態及身體狀況等訂定異常工作負荷促發疾病預防計畫，並據以執行；依規定免配置醫護人員者，得以執行紀錄或文件代替。

## 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)輪班工作：指工作時間不定時輪替可能影響睡眠之工作，如工作者輪換不同班別，包括早班、晚班或夜班工作。
- (二)夜間工作：於午後 10 時至翌晨 6 時間之工作。
- (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。
- (四)10 年內腦心血管疾病發病風險>20%者。

## 四、本校各級之權責如下

- (一)雇主：對輪班、夜間工作、及長時間工作等異常工作負荷者，預防其促發疾病。
- (二)職安衛人員
  - 1. 擬定規劃、推動、及執行本計畫。
- (三)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。

#### (四)勞工健康服務護理師

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。

#### (五)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。

#### (六)工作者

1. 配合執行及參與本計畫。
2. 配合本計畫之風險評估。
3. 配合健康服務醫師諮詢指導，執行工作調整與作業現場改善措施。

### 五、計畫執行

(一)計畫流程如異常工作負荷促發疾病預防計畫之流程圖(附件一)。

(二)符合下列工作型態之高危險族群，通知該工作者填寫「異常工作負荷檢核表」(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. 輪班工作者。
2. 夜間工作型態者。
3. 月平均加班時數超過 45 小時者，由人事室每月定期篩選後通知單位主管，並副知勞工健康服務護理人員。
4. 10 年內腦心血管疾病發病風險>20%者。

(三)勞工健康服務護理人員填寫過負荷評估問卷(附件三)，並參照勞動部職安署異常工作負荷促發疾病預防指引之風險等級表(表一)，進行過負荷評估。

表一促發腦心血管疾病之風險等級表

| 促發腦心血管疾病<br>風險等級 |      |     | 工作負荷    |         |         |
|------------------|------|-----|---------|---------|---------|
|                  |      |     | 低負荷 (0) | 中負荷 (1) | 高負荷 (2) |
| 10 年內            | <10% | (0) | 0       | 1       | 2       |

|                   |        |     |   |   |   |
|-------------------|--------|-----|---|---|---|
| 心血管<br>疾病發病<br>風險 | 10-20% | (1) | 1 | 2 | 3 |
|                   | >20%   | (2) | 2 | 3 | 4 |

(四)風險分級為高風險者，需安排健康服務醫師個別面談，並填寫「異常工作負荷面談結果及採行措施表」(附件四)，依據評估和判定結果對於該員工實施生活保健、就醫指導及工作調整等改善措施建議。

(五)單位主管參照健康服務醫師面談指導結果所提出之必要處置，採取相關措施。

(六)醫護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。

#### (七)健康管理

1. 依職業促發腦、心血管疾病風險程度進行健康管理：

(1) 低度風險者：建議教職員工維持規律生活，保持良好生活習慣，及定期接受健康檢查。

(2) 中度風險者：建議調整工作時間或生活型態，參照醫師之建議尋求醫療協助或定期追蹤。

(3) 高度風險者：建議尋求醫療協助及改變生活型態，參照醫師之建議予以工作限制、調整工作型態、休假或作業環境改善等，並定期追蹤。

2. 不定期辦理健康促進活動，供教職員工參與。

#### (八)執行成效評估與改善

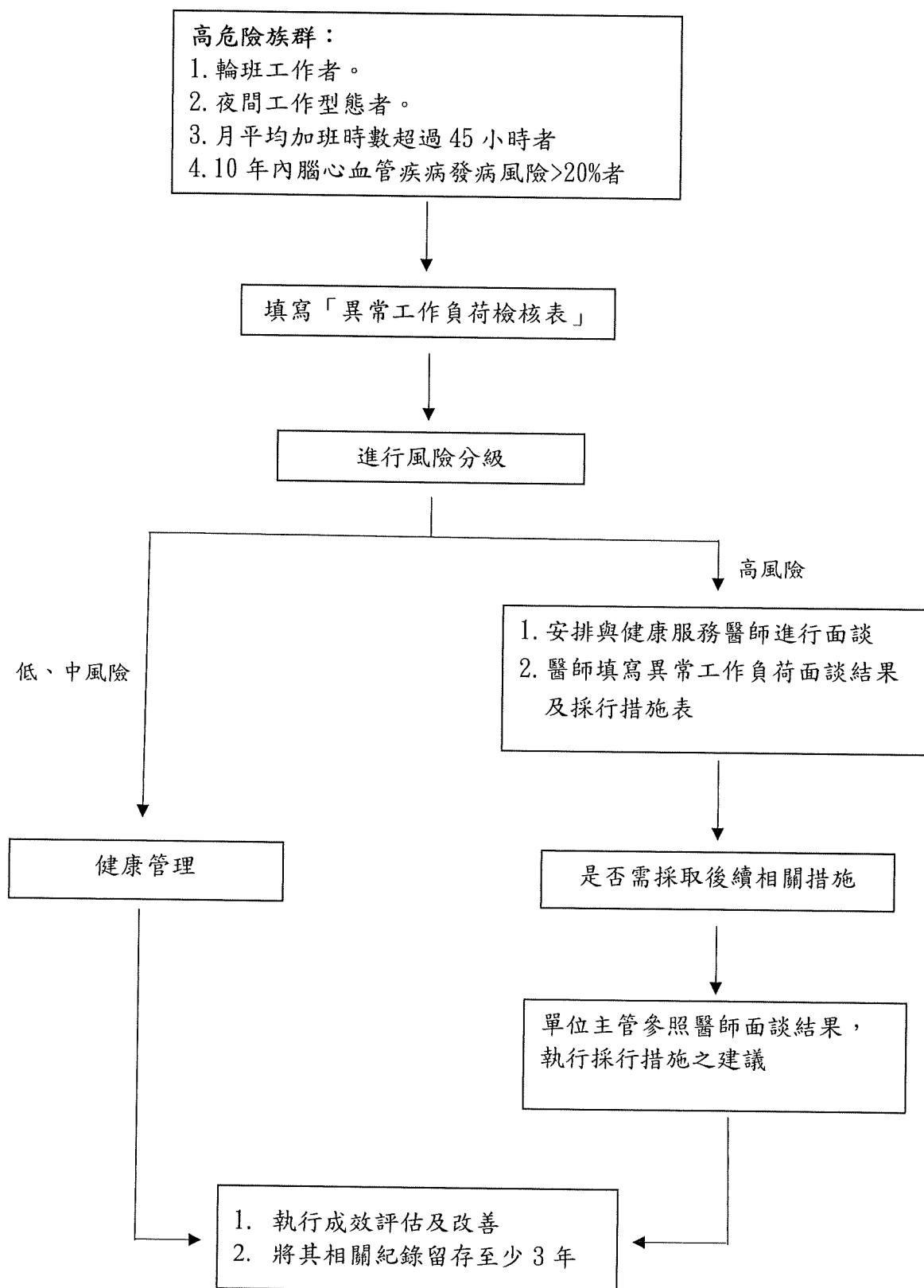
1. 依「異常工作負荷面談結果及採行措施表」需進行工作適性調整者，追蹤相關措施是否採行。

2. 計畫執行情形，應紀錄於執行紀錄表(附件五)。

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、本辦法經環境保護暨職業安全衛生委員會會議通過，陳請校長核定後公布實施，修正時亦同。

異常工作負荷促發疾病預防計畫之流程圖



附表二

## 異常工作負荷檢核表

「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<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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                             |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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：\_\_\_\_\_)

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

異常工作負荷面談結果及採行措施表

| 面談指導結果       |      |                                                                                                                |    |                                                                                   |
|--------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 姓名<br>(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<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>請填寫採行措施建議 |
|              | 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<br><input type="checkbox"/> 需醫療指導                 |    |                                                                                   |

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<br>～____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)

附件五

預防輪班、夜間工作、長時間工作等異常工作負荷促發疾病執行紀錄表

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

| 執行項目             | 執行結果                                                                                                                                    | 備註（改善情形）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|---|-------|--|--|--|-------|--|--|--|--------|--|--|--|----------|--|--|--|
| 辨識及評估高風險群        | 1.輪班工作者：____人<br>2.夜間工作者：____人<br>3.長時間工作者：____人<br>4.Framingham_Risk_Score(心力量表)<br>>20%者：____人<br>5. 需填寫檢核表：____人<br>5.1 已填寫檢核表：____人 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>風險分級<br/>高風險群</th><th>低</th><th>中</th><th>高</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>輪班工作者</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>夜間工作者</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>長時間工作者</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>心力量表&gt;20%</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | 風險分級<br>高風險群 | 低 | 中 | 高 | 輪班工作者 |  |  |  | 夜間工作者 |  |  |  | 長時間工作者 |  |  |  | 心力量表>20% |  |  |  |
| 風險分級<br>高風險群     | 低                                                                                                                                       | 中                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 高            |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 輪班工作者            |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 夜間工作者            |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 長時間工作者           |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 心力量表>20%         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 安排醫師面談及健康指導      | 1.需醫師面談者____人<br>1.1 完成面談者____人<br>1.2 需觀察或進一步追蹤者____人<br>1.3 需進行醫療者____人<br>2.需健康指導者____人<br>2.1 已接受健康指導者____人                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 調整或縮短工作時間及更換工作內容 | 1.需調整或縮短工作時間 ____人<br>1.1 已調整或縮短工作時間 ____人<br>2.需變更工作者____人<br>2.1 已變更工作者____人                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 實施健康檢查、管理及促進     | 1.應實施健康檢查者____人<br>1.1 實際受檢者____ 人<br>1.2 檢查結果異常者____ 人<br>1.3 需複檢者 ____ 人<br>2.應定期追蹤管理者____ 人<br>3 健康促進共____場                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |
| 執行成效之評估及改善       | 1.參與健康檢查率____ %<br>2.健康促進達成率____ %<br>3.健康檢查需健康指導者____人<br>3.1 完成健康指導____人<br>3.2 安排諮詢者____人                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |   |   |   |       |  |  |  |       |  |  |  |        |  |  |  |          |  |  |  |