

國立員林崇實高級工業職業學校

人因性危害預防計畫

中華民國 108 年 12 月 17 日行政主管會議訂定

壹、政策

本校為維護校內工作者（含：教職、員工及工讀生等）的健康福祉，預防人因性危害及避免重複性作業導致肌肉骨骼傷病，特訂定本計畫，並經行政會議決議及校長核准，公告全體校內工作者週知，共同推動。

貳、目標

本計畫的目的在於促進校內工作者及利害相關者的健康福祉，預防及避免重複性肌肉骨骼傷病事件(人因性危害)，本計畫經本校職業安全衛生管理單位送請會議審議後，報請校長核准後公告全體校內工作者週知，共同推動危害預防工作。

應用人因工程相關知識，預防校內工作者因長期暴露在設計不理想的工作環境、重複性作業、不良的作業姿勢或者工作時間管理不當下，引起工作相關肌肉骨骼傷害、疾病之人因性危害的發生。

參、職責分工

- 一、職業安全衛生管理單位：擬訂、規劃、督導及推動預防肌肉骨骼傷害、疾病或其他危害之宣導及教育訓練指導，並指導有關部門實施。
- 二、職醫：(1). 協助評估校內工作者肌肉骨骼傷病及人因危害因素。
(2). 協助處理職業病診斷與職傷復工、配工等事項。
- 三、職護：肌肉骨骼症狀調查表(如附表 1)、工作者職業傷害統計與分析。
- 四、各單位行政管理與教學研究單位之工作場所負責人：依職權指揮、監督協調有關人員施行本計畫。

肆、適用對象

- 一、計畫範圍：本校內所有工作場所。
- 二、計畫對象：本校全體校內工作者。
- 三、高風險族群：校園中以教室、辦公室、依各學科屬性所設之實習場所及工程與維修為主要作業環境。依相關作業內容進行分析，主要工作類型之人因危害因子如下：
 1. 電腦文書行政作業人員：利用鍵盤和滑鼠控制及輸入以進行電腦處理作業、書寫作業、電話溝通作業。
 - (1). 鍵盤及滑鼠操作姿勢不正確。
 - (2). 打字、使用滑鼠的重複性動作。

- (3). 長時間壓迫造成身體組織局部壓力。
 - (4). 視覺的過度使用。
 - (5). 長時間伏案工作。
 - (6). 長時間以坐姿進行工作。
 - (7). 不正確的坐姿。
2. 擔任授課教師：主要作業內容為教學、授課。
 - (1). 長時間以站姿進行工作。
 - (2). 不正確的坐姿/立姿。
 3. 維護校園環境之技工友：主要作業內容為修剪花木、水電維修。
 - (1). 不正確的工作姿勢。
 - (2). 過度施力。

控制措施：

1. 電腦文書行政作業人員：

顯示器的畫面上端應低於眼高，使臉正面朝向前方並稍稍往下，以減少因抬頭造成頸部負荷。鍵盤的位置要在正前方，最佳的高度是當手置於鍵盤上時，手臂能輕鬆下垂，靠近身體兩側，手肘約成90°。滑鼠放置高度不宜太高，可以考慮盡量靠近身體中線的位置。
2. 擔任授課教師：

適時改變姿勢以減少疲勞，藉由研習活動傳遞肌肉骨骼傷害風險意識與正確操作技巧，並有效利用合理之工作間休息次數與時間。
3. 維護校園環境之技工友：

必須避免用力方式不當，不要過度使用或持續太久已受傷之部位；考量調整工作者工作內容，如減少重複動作之作業內容，或增加不同之工作作業，以避免人因性危害發生。

伍、計畫實施時程

本計畫計預訂於每年一月底內完成肌肉骨骼傷病之現況調查及分析；預定每年四月底前完成肌肉骨骼之主動調查；於每年六月底前完成改善。

陸、計畫項目及實施

人因性危害預防計畫之流程如圖1所示。

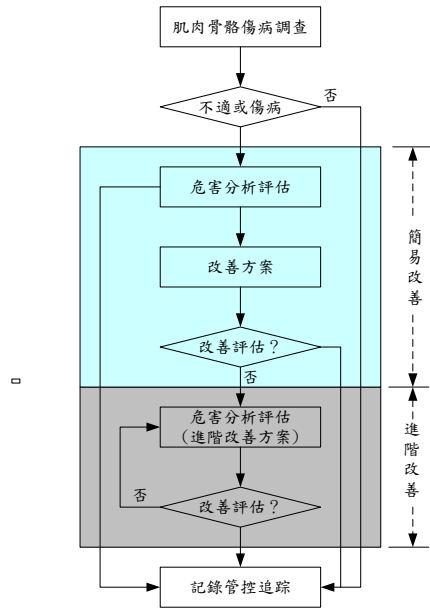


圖1 人因性危害因子評估流程

柒、本計畫經行政會議通過後，陳請校長核定後公告實施，修正時亦同。

附表1國立員林崇實高級工業職業學校肌肉骨骼症狀調查表

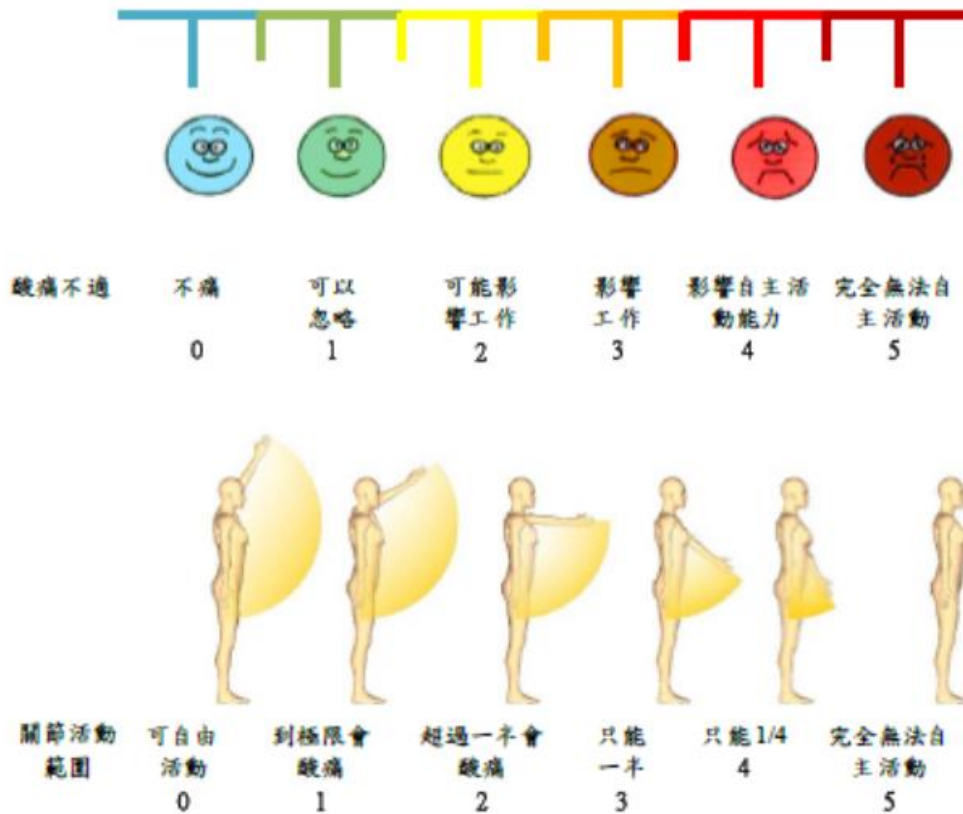
A.基本資料

一級單位	二級單位		工作內容		職稱	
姓名	性別	年齡	年資	身高	體重	慣用手
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右

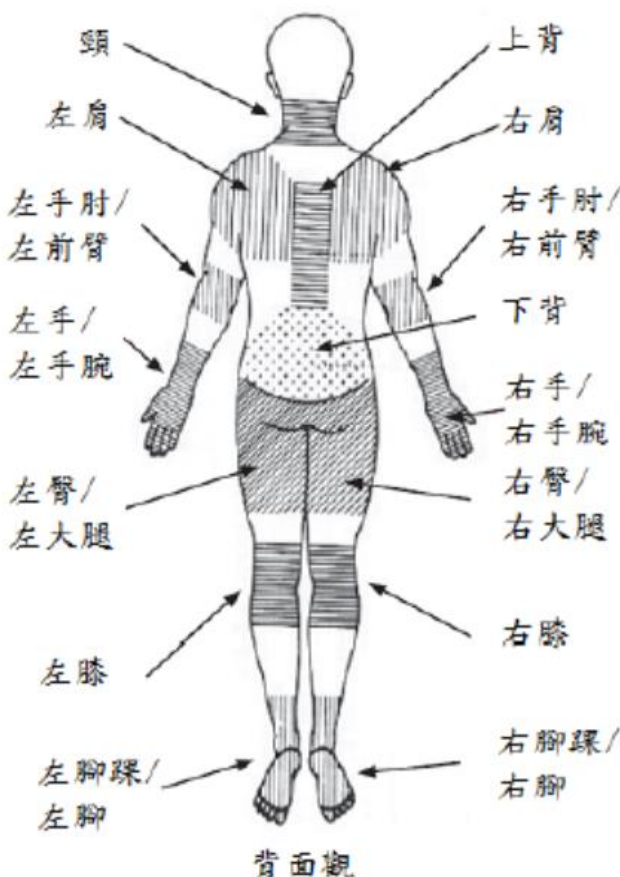
- 您在過去的1年內，身體是否有長達2星期以上的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制？
否 是
- 承上題，是否與工作環境或職業姿勢不良有關？
否 是（若否，結束此調查表；若是，請繼續填寫下列表格。）
- 身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？
1個月 3個月 6個月 1年 3年 3年以上

B.填表說明

任何部位請以酸痛不適與影響關節活動評斷，任選分數高者。以肩關節為例：痠痛不適達2分、影響關節活動範圍達3分，故以3分計。



C. 症狀調查

極度 劇痛						極度 劇痛				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. 其他症狀及病史說明

E. 結果評估及建議

結果評估			
建議改善措施			
職護簽名：		日期：	年 月 日
職醫簽名：		日期：	年 月 日

職安人員簽名：

日期： 年 月 日