

慈濟學校財團法人臺南市私立慈濟高級中學

人因性危害防止計畫

中華民國 109 年 8 月 31 日 109 年度第一次職業安全衛生工作小組訂定
中華民國 110 年 2 月 09 日行政會議修正通過

一、依據

依據「職業安全衛生法」第6條第2項、「職業安全衛生法施行細則」第9條及「職業安全衛生設施規則」第324條之1之規定訂定本計畫。

二、目的

本計畫的目的在於應用人因工程相關知識，預防本校之工作者，避免因重複性作業或不良的作業姿勢等原因，引發工作相關肌肉骨骼傷害、疾病之人因性危害的發生，以維護本校教職員生之健康福祉。

三、定義

- (一) 人因工程：人因工程旨在發現人類的行為、能力、限制和其他的特性等知識，而應用於工具、機器、系統、任務、工作和環境等的設計，使人類對於它們的使用能更具生產力、有效果、舒適與安全。
- (二) 工作相關肌肉骨骼傷害：由於工作中的危險因子，如持續或重複施力、不當姿勢，導致或加重軟組織傷病。

四、權責單位

- (一) 職業安全衛生工作小組：
 - 1. 擬訂、規劃、督導及推動「人因性危害預防計畫」，並指導有關部門實施。
 - 2. 危害評估與改善規劃。
 - 3. 成效評估考核。
- (二) 學務處健康中心：
 - 1. 肌肉骨骼傷病調查。
 - 2. 危害改善管控。
 - 3. 健康指導。
- (三) 各單位主管：依職權指揮、監督協調有關人員施行本計畫。
- (四) 校內工作者：配合本計畫實施，並做好自我保護措施。

五、適用範圍、對象與控制措施

- (一) 計畫範圍：本校校區。
- (二) 計畫對象：本校全體工作者，大致上分為以下三類：
 - 1. 電腦文書行政作業：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. 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. 技工/技佐/工友：
 - (1)不正確的工作姿勢。
 - (2)過度施力。

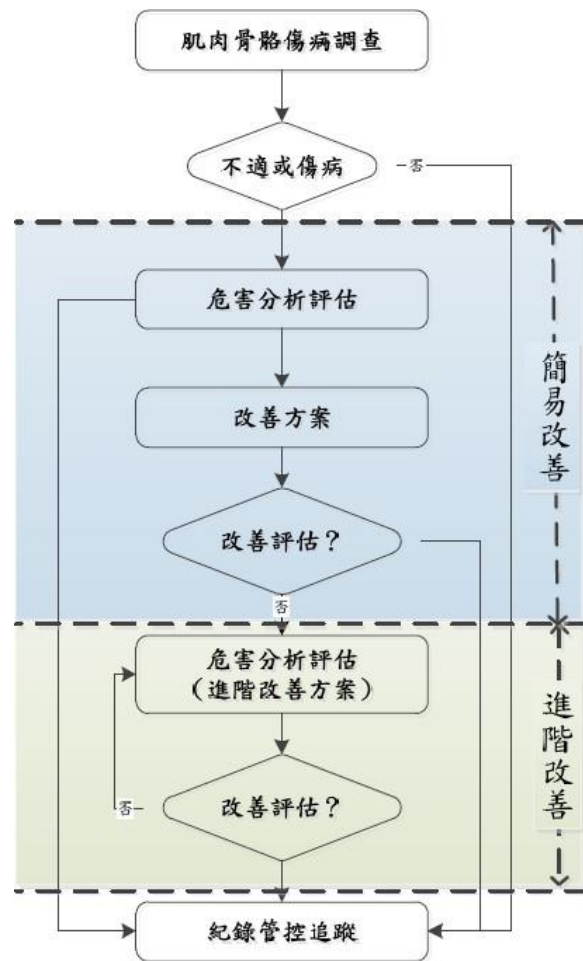
(三) 控制措施：

1. 電腦文書行政作業：
 - (1)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。
 - (2)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. 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. 技工/技佐/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。

(四) 對本校教職員生實施自覺症狀調查「肌肉骨骼症狀調查表」，如附件一。

六、實施方式：

人因性危害預防計畫之流程如圖一所示。



圖一 人因性危害因子評估流程

七、本管理計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存三年，並保障個人隱私權。

八、本計畫經本校職業安全衛生工作小組訂定後，並送行政會議審議通過，陳請校長核定後公布實施；修正時亦同。

九、附件

附件一 慈濟學校財團法人臺南市私立慈濟高級中學肌肉骨骼症狀調查表

【附件一】

慈濟學校財團法人臺南市私立慈濟高級中學肌肉骨骼症狀調查表

填表日期： 年 月 日

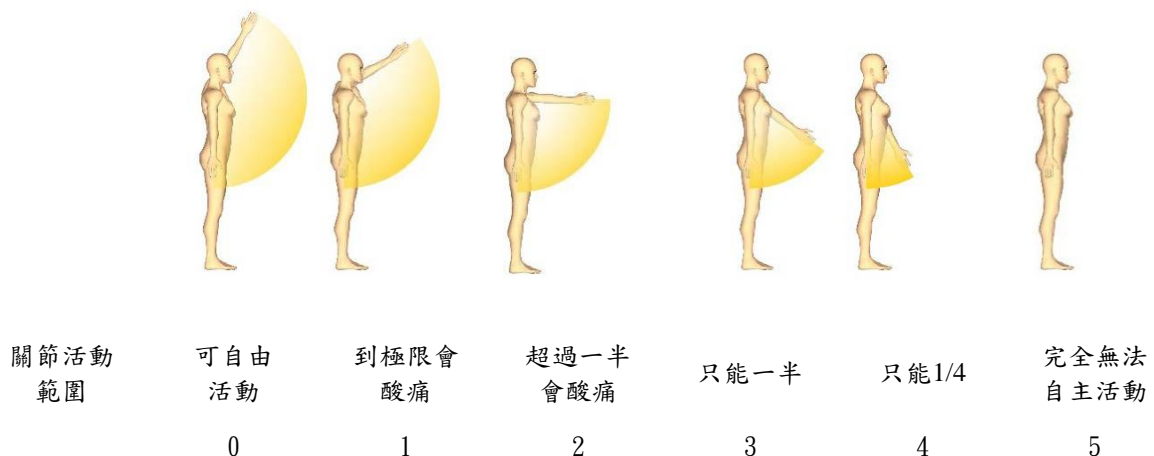
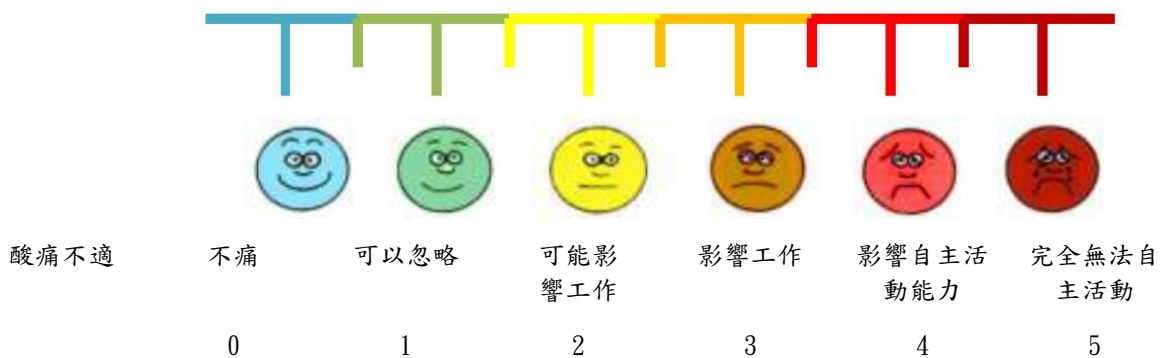
A. 基本資料

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"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手

- 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

不痛	微痛	疼痛	中等	劇痛	劇痛	極度							不痛	微痛	疼痛	中等	劇痛	劇痛	極度		
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"/>
<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"/>

背面觀

• 其他症狀、病史說明

D. 健康指導(醫護人員填寫)

填寫人：