

# 國立鳳山高級商工職業學校人因性危害預防計畫

109.06.20 校務會議通過

111.02.11 校務會議修訂

## 一、政策：

本校為維護校內工作者（含：教職、員工、與學生等）及在學校適用職業安全衛生法工作場所從事作業之承攬商勞工與自營作業者的健康福祉，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，並經職業安全衛生委員會決議及總經理核准，公告全體勞工週知，共同推動。

## 二、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)，本計畫經負責本校職業安全衛生管理單位或人員送請會議審議後，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。

## 三、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，並指導各部門實施。
- (二)健康中心：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及健康指導。
- (三)各單位行政管理與教學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。
- (四)校內工作者：配合本計畫實施，並做好自我保護措施。

## 四、計畫對象範圍

- (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、辦公室及依各學科屬性所設之實驗及實習場所為主要作業環境。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：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. 實驗室或實習場所人員：
  - (1)長時間進行重複工作。
  - (2)不正確的工作姿勢。
  - (3)過度施力。
- 4. 技工/技佐/工友：
  - (1)不正確的工作姿勢。
  - (2)過度施力。

五、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；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。

六、計畫項目及實施：

人因性危害預防計畫之流程如圖 1 所示。

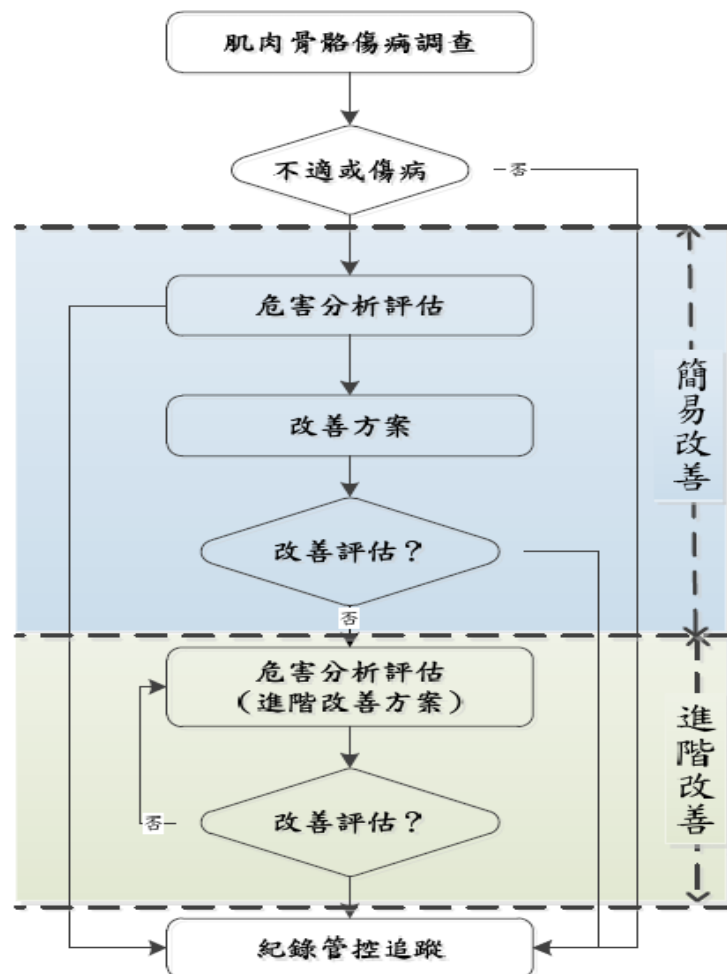


圖 1 人因性危害因子評估流程

七、本計畫經校務會議通過後公布實施，本計畫修正授權職業安全衛生委員會。

附表 1 國立鳳山高級商工職業學校肌肉骨骼症狀調查表

填表日期： 年 月 日

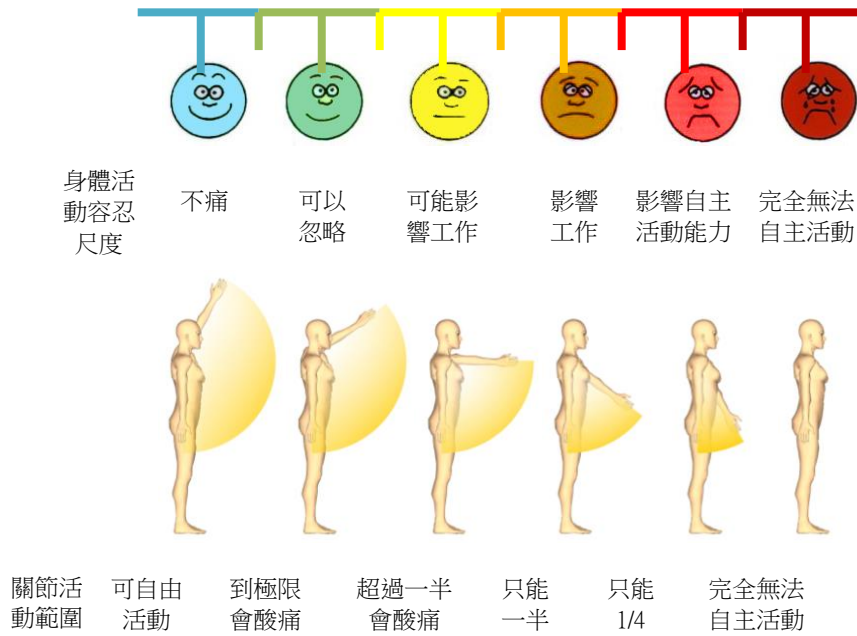
A.基本資料

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

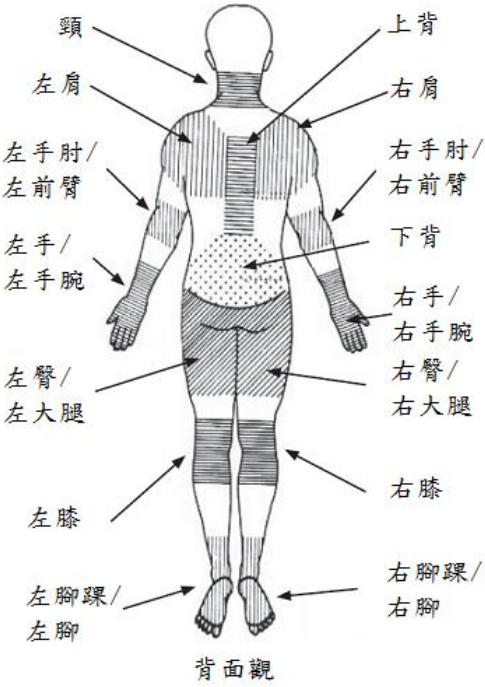
- 您在過去的 1 年內，身體是否有長達 2 星期以上的疲勞、酸痛、發麻、刺痛等不舒服，或關節活動受到限制？  
否 是
- 承上題，是否與工作環境或職業姿勢不良有關？  
否 是（若否，結束此調查表；若是，請繼續填寫下列表格。）
- 身體部位酸痛、不適或影響關節活動之情形持續多久時間？  
1 個月 3 個月 6 個月 1 年 3 年 3 年以上

## 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

<p>不痛 0 1 2 3 4 5 極度劇痛</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	 <p>背面觀</p>	<p>不痛 0 1 2 3 4 5 極度劇痛</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 其他症狀、病史說明