



근골격계질환 유해요인 조사 매뉴얼

환경안전1파트

The logo for SFA, featuring the letters 'SFA' in a bold, blue, sans-serif font. A white swoosh underline is positioned beneath the 'A'.

**실천하는 안전만이
무재해를 달성한다**

근골격계부담작업 체크리스트 중 한 가지라도 선택되면 유해요인 조사 대상

■ 유해요인 조사

- 1) 유해요인 기본조사표 → 각 부서별 담당자
- 2) 근골격계질환 증상조사표 → 각 부서 전 인원

4. 유해요인 기본조사표 작성 방법

4-2. 유해요인 기본조사표 - 작업장 상황 조사

유해요인 기본조사표

가. 조사 개요

조 사 구 분	<input checked="" type="checkbox"/> 정기조사	[수시조사] <input type="checkbox"/> 근골격계질환자 발생 시 <input type="checkbox"/> 새로운 작업, 설비 도입 시 <input type="checkbox"/> 업무의 양과 작업공정 등 작업환경 변경 시	
조 사 일 시	2022.03.07	조 사 자	윤은지
부 서 명	↑ 유해요인조사표를 작성한 일자 환경안전 1 파트	↑ 지정된 유해요인조사자	
작 업 내 용	사무업무(컴퓨터 작업) 및 현장점검		

4. 유해요인 기본조사표 작성 방법

4-2. 유해요인 기본조사표 - 작업장 상황 조사

나. 작업장 상황 조사 ← 2020년도부터 금번 조사일 까지 기준

작업설비	<input checked="" type="checkbox"/> 변화 없음	<input type="checkbox"/> 변화 있음 (언제부터)
작업량	<input checked="" type="checkbox"/> 변화 없음	<input type="checkbox"/> 줄음 (언제부터) <input type="checkbox"/> 늘어남 (언제부터) <input type="checkbox"/> 기타 (언제부터)
작업속도	<input checked="" type="checkbox"/> 변화 없음	<input type="checkbox"/> 줄음 (언제부터) <input type="checkbox"/> 늘어남 (언제부터) <input type="checkbox"/> 기타 (언제부터)
업무변화	<input checked="" type="checkbox"/> 변화 없음	<input type="checkbox"/> 줄음 (언제부터) <input type="checkbox"/> 늘어남 (언제부터) <input type="checkbox"/> 기타 (언제부터)

4. 유해요인 기본조사표 작성 방법

4-3. 유해요인 기본조사표 - 작업 조건 조사

1 단계 : 작업별 주요 작업내용 (유해요인 조사자)

부 서 명 : 환경안전 1 파트
작업내용(단위작업명) : 사무업무(컴퓨터 작업) 및 현장점검
1) 사무업무(컴퓨터 작업)
2) 현장점검
3)

2 단계 : 작업별 작업부하 및 작업빈도 (근로자 면담)

작업 부하(A)	점수	작업 빈도(B)	점수
매우 쉬움	1	3개월마다(년 2~3 회)	1
쉬움	2	가끔(하루 또는 주 2~3 일에 1 회)	2
약간 힘들	3	자주(1 일 4 시간)	3
힘들	4	계속(1 일 4 시간 이상)	4
매우 힘들	5	초과근무 시간(1 일 8 시간 이상)	5


단위작업명	부담작업(호)	작업부하(A)	작업빈도(B)	총점수(AXB)
1) 사무업무	1 호	3	3	9
부서원 의견 취합한 값				

↑ 근골격계부담작업 해당하는 단위작업만 기재

4. 유해요인 기본조사표 작성 방법

4-3. 유해요인 기본조사표 - 작업 조건 조사

3 단계 : 유해요인 평가

부 서 명	환경안전 1 파트
<유해요인 설명>	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 작업내용을 설명할 수 있는 사진 첨부

4. 유해요인 기본조사표 작성 방법

4-3. 유해요인 기본조사표 - 작업 조건 조사

작업별로 관찰된 유해요인에 대한 원인분석(*유해요인 설명 참조)			
단위작업명	사무업무	부담작업(호)	1 호
유해요인	발생원인		비고
부적절한 자세	자료입력 작업이 지속되어 구부정한 자세 발생		
	↑ 유해요인에 대한 원인을 분석하여 간단하게 기입		
단위작업명		부담작업(호)	
유해요인	발생원인		비고

<참조. 유해요인 설명>

유해요인	설명
반복동작	같은 근육, 힘줄 또는 관절을 사용하여 동일한 유형의 동작을 반복해서 수행함
무자민스런, 부적절한 자세	반복적이거나 지속적으로 팔을 뻗음, 비틀, 구부림, 머리 위 작업, 무릎을 꿇음, 꼬그림, 고정 자세를 유지함, 손가락으로 집기 등
과도한 힘	작업을 수행하기 위해 근육을 과도하게 사용할함
점속스트레스	작업대 모서리, 키보드, 작업공구, 가위사용 등으로 인해 손목, 손바닥, 팔 등이 지속적으로 눌리거나 손바닥 또는 무릎 등을 사용하여 반복적으로 물체에 압력을 가함으로써 해당 신체부위가 충격을 받게 되는 것
진동	지속적이거나 높은 강도의 손-팔 또는 몸 전체의 진동
기타요인	극심한 저온 또는 고온, 너무 밝거나 어두운 조명 등

5. 근골격계질환 증상조사표 작성 방법

5-1. 근골격계질환 증상조사표

- 각 신체부위별 근로자가 느끼는 통증에 대한 자각증상을 조사
- 근로자가 직접 기입하거나 조사자가 문답식으로 체크
- 조사 결과는 개선의 우선순위 결정 시 부서별로 증상호소율 비교 · 활용

KOSHA CODE
H-30-2008

〈별표 2〉

근골격계질환 증상조사표

I. 아래 사항을 직접 기입에 주시기 바랍니다.

성명		연령	한 _____세
성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	현 직장경력	_____년 _____개월째 근무 중
직업부서	_____부 _____라인 _____직업(수행직업)	결혼여부	<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 미혼
현재 하고 있는 직업(구체적으로)	작업 내용 : _____ 작업 기간 : _____년 _____개월째 하고 있음		
1일 근무시간	_____시간	근무 중 휴식시간(식사시간 제외)	_____시간 _____분
현재 일을 하기 전에 했던 직업	작업 내용 : _____ 작업 기간 : _____년 _____개월		

1. 규칙적인(한번에 30분 이상, 1주일에 적어도 1~3회) 운동이나 걷기 및 수영을 하고 계시는 곳에 표시(V)하여 주십시오.

컴퓨터 관련활동 악기연주(피아노, 기타 등)

테니스/배드민턴/스쿼시 축구/족구/농구/스키 등 레저활동

2. 귀하는 하루 평균 가나노동시간(밤하기, 빨라하기, 쉬지 않는 시간 포함)은 얼마나 됩니까?

거의 하지 않는다 1시간 미만 1시간 이상

3. 귀하는 의사로부터 다음과 같은 질병에 대해 진단을 받은 적이 있습니까? (해당 질병에 체크)
(보기 : 류머티스 관절염 당뇨병 부스스병 통풍 알코올중독)

아니오 예 ('예' 인 경우 현재상태는? 완치 치료나 관찰 중)

4. 과거에 운동 중 혹은 사고로(교통사고, 넘어짐, 추락 등) 인해 손/손가락/손목, 팔/팔꿈치, 어깨, 목, 허리, 다리/발 부위를 다친 적이 있습니까?

아니오 예
('예' 인 경우 상에 부위는? 손/손가락/손목 팔/팔꿈치 어깨 목 허리 다리/발)

5. 현재 하고 계시는 일의 육체적 부담 정도는 어느 정도라고 생각합니까?

전혀 힘들지 않음 상당히 함 약간 힘들 매우 힘들

KOSHA CODE
H-30-2008

II. 지난 1년 동안 손/손가락/손목, 팔/팔꿈치, 어깨, 허리, 다리/발 중 어느 한 부위에서라도 귀하의 직업과 관련하여 통증이나 불편함(통증, 무시는 느낌, 뻣뻣함, 화끈거리는 느낌, 무감각 혹은 저릿저릿함 등)을 느끼신 적이 있습니까?

아니오(수고하셨습니다. 설명을 다 하지했습니다.)

예 ('예' 라고 답하신 분은 아래 표의 통증부위에 체크(V)하고, 해당 통증부위의 세부 줄로 내려가며 해당사항에 체크(V)에 주십시오.)

통증 부위	목()	어깨()	팔/팔꿈치()	손/손가락(손가락)	허리()	다리/발()
1. 통증이 구체적으로 발생하는 부위는?	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른손 <input type="checkbox"/> 왼손 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두
2. 통증의 발생 빈도는 어느 정도입니까?	1일 미만 1일 - 1주일 미만 1주일 이상	1일 미만 1일 - 1주일 미만 1주일 이상	1일 미만 1일 - 1주일 미만 1주일 이상	1일 미만 1일 - 1주일 미만 1주일 이상	1일 미만 1일 - 1주일 미만 1주일 이상	1일 미만 1일 - 1주일 미만 1주일 이상
3. 그 작업의 종류는 어느 정도입니까? (보기 참조)	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중
4. 통증의 발생 정도는 어느 정도입니까? (보기 참조)	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중	작업 중 휴식 중 자유 시간 중
5. 지난 1주일 동안 통증이 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
6. 지난 1년 동안 이러한 통증으로 인한 어떤 일이 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 업무정지 <input type="checkbox"/> 휴가, 신체 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 업무정지 <input type="checkbox"/> 휴가, 신체 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 업무정지 <input type="checkbox"/> 휴가, 신체 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 업무정지 <input type="checkbox"/> 휴가, 신체 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 업무정지 <input type="checkbox"/> 휴가, 신체 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 업무정지 <input type="checkbox"/> 휴가, 신체 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()

■ 기본 정보 (나이, 성별, 작업기간)
 ■ 신체 활동
 ■ 사고 경험
 ■ 육체적 부담 정도
 ■ 자각증상에 따른 통증 호소

