

國立臺北商業大學工作場所母性健康保護計畫

107.8.16 經 107 學年度第 1 學期環境保護暨安全衛生委員會會議通過

一、目的

為對有母性健康危害之女性工作者，應規劃與採取必要之安全衛生措施，以確保懷孕、產後哺乳女性勞工之身心健康，達到母性員工保護目的，依職業安全衛生法第 30 條與同法施行細則第 39 條之規定辦理。

二、定義

- (一) 母性健康保護：指對於女性勞工從事有危害之虞之工作所採取之措施，包括危害評估與控制、醫師面談指導、風險分級管理、工作適性安排及其他相關措施。
- (二) 母性健康保護期間：女性勞工妊娠日起至分娩後一年內。

三、適用對象

- (一) 預期懷孕，妊娠中之女性教職員工。
- (二) 分娩後之女性勞工，包括正常生產、妊娠 24 週後死產、及分娩後一年內。
- (三) 哺乳之女性教職員工。

四、職責單位

(一) 環安組：

- 1. 擬訂本計畫。
- 2. 協助工作危害評估。
- 3. 依風險評估結果，協助工作調整、更換及作業現場改善措施。

(二) 人事室：

- 1. 協助本計畫之規劃、推動與執行。
- 2. 宣導母性保護與妊娠產後女性工作者相關資訊。
- 3. 協助蒐集、彙整及提供懷孕中或生產後一年內之女性工作者名單。
- 4. 其他有關契約內容與女性工作者調整、更換工作及請假事項。

(三) 工作場所負責人：

- 1. 負責推動與執行本計畫。
- 2. 提供作業環境監測紀錄與危害暴露情形評估結果等資料。
- 3. 配合本計畫與醫師通性評估建議，進行工作內容與時間之管理與調整，及執行作業現場改善措施，並留存紀錄。

(四) 特約醫院服務醫師：

- 1.協助工作危害評估。
- 2.判定及確認風險等級。
- 3.對風險等級屬第二級管理者，提供個人面談指導與危害預防措施建議。
- 4.對風險等級屬第三級管理者，提供工作環境改善與有效控制措施建議，完成改善後重新評估，並註明不適宜從事之作業與其它應處理與注意事項。

(五) 職業衛生護理師：

- 1.提供孕期與哺乳健康指導諮詢。
- 2.孕產婦疾病之轉介與處理。
- 3.協助工作危害評估。
- 4.進行初步風險等級判定。

(六) 懷孕中或生產後一年內之女性工作者：

- 1.主動告知工作場所負責人懷孕或生產事實，並填寫「妊娠及分娩後勞工之健康危害評估及工作適性安排建議表」附表一。
- 2.提出保護計畫之需求，並配合本計畫之執行及參與。
- 3.配合工作危害評估、工作調整及現場改善措施。
- 4.若作業變更或健康狀況有變化，應立即告知工作場所負責人以調整計劃。

五、 實施方式

本計畫依「母性健康保護措施推動之流程圖」(見附圖一)，推動下列事項

- (一) 辨識與評估工作場所環境與作業之危害，包含物理性、化學性、生物性、人因性、工作流程及工作型態等。
- (二) 依評估結果與「女性勞工母性健康保護實施辦法」第 9、11 條之規定，區分風險等級，並實施分級管理與告知員工(附表二及附表三)。
- (三) 實施工作環境改善與危害之預防與管理。
- (四) 對適用對象提供健康面談、指導及管理，發現異常者需追蹤檢查或適性評估，必要時轉介婦產科或職業醫學科專科醫師評估。
- (五) 計畫執行成效之評估與改善。
- (六) 其他預防與改進事項

六、本計畫執行紀錄或相關文件，應歸檔留存 3 年以上，並保障個人隱私權。本計畫為預防性之管理，若身體已有不適症狀，應請孕、產婦儘速就醫。

七、本計畫經本校環境保護暨安全衛生委員會通過後，陳請校長核定後公告實施，修正時亦同。

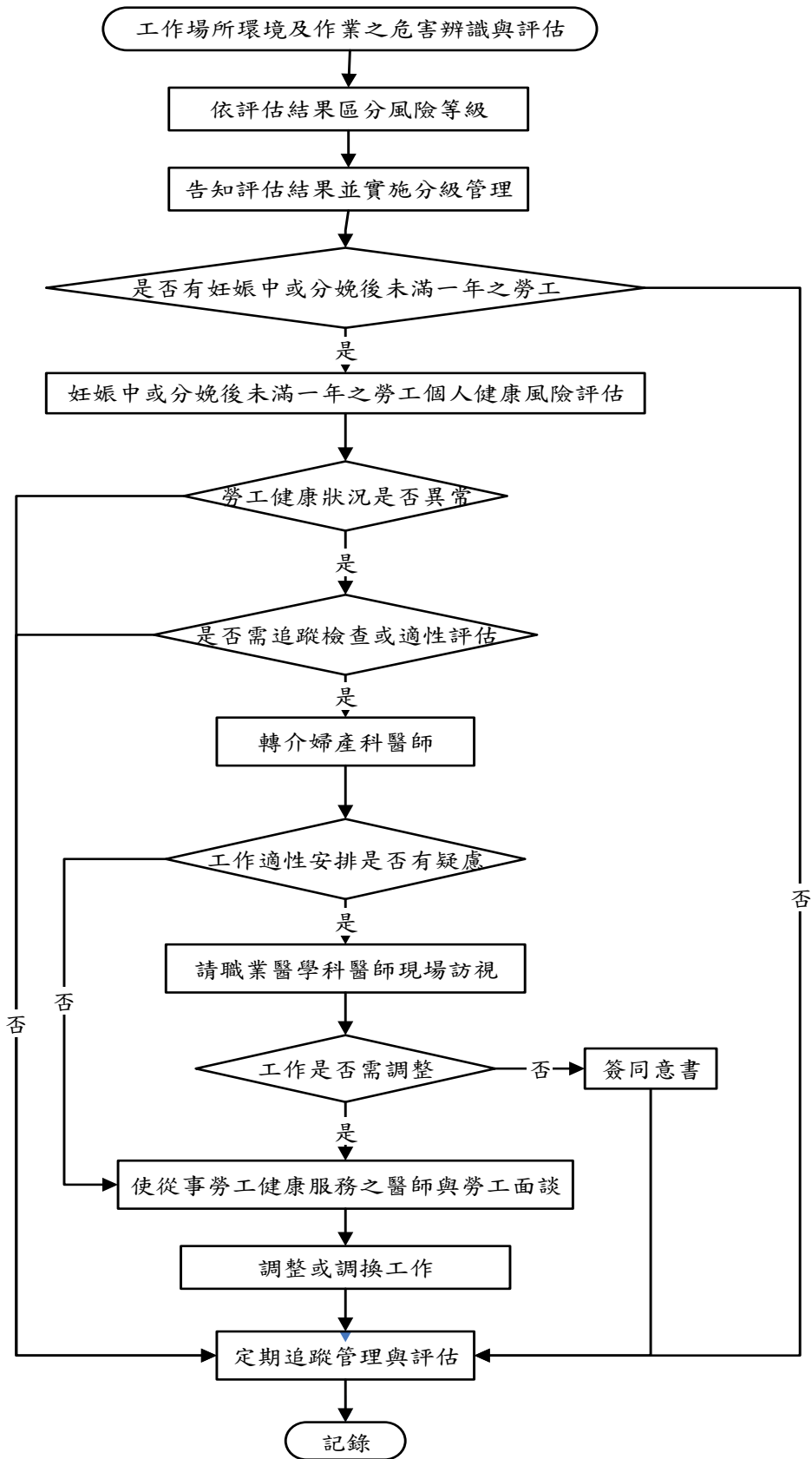


圖 1 母性特別保護危害因子調查及評估流程

附表一、妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

(員工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)

一、基本資料
姓名：_____ 年齡：_____ 歲 單位/部門名稱：_____ 職務：_____ 目前班別：_____
<input type="checkbox"/> 妊娠週數 _____ 週；預產期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (多胞胎) <input type="checkbox"/> 分娩後 (分娩日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳
二、過去疾病史
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____
三、家族病史
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____
四、婦產科相關病史
1. 免疫狀況 (曾接受疫苗注射或具有抗體)： <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MMR (麻疹-腮腺炎-德國麻疹)
2. 生產史：懷孕次數 _____ 次，生產次數 _____ 次，流產次數 _____ 次
3. 生產方式：自然產 _____ 次，剖腹產 _____ 次，併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____
4. 過去懷孕病史： <input type="checkbox"/> 先天性子宮異常 <input type="checkbox"/> 子宮肌瘤 <input type="checkbox"/> 子宮頸手術病史 <input type="checkbox"/> 曾有第2孕期 (14週) 以上之流產 <input type="checkbox"/> 早產 (懷孕未滿37週之生產)史
5. 其他 _____
五、妊娠及分娩後風險因子評估
<input type="checkbox"/> 沒有規律產檢 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物，請敘明：_____
<input type="checkbox"/> 年齡 (未滿18歲或大於40歲) <input type="checkbox"/> 生活環境因素 (例如熱、空氣汙染)
<input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分
<input type="checkbox"/> 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症
<input type="checkbox"/> 睡眠： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他 _____
六、自覺徵狀
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 其他症狀：_____
備註： 請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務醫師或護理人員，謝謝！

附表二、妊娠及分娩後未滿一年勞工之健康及工作適性評估建議表
(由婦產科醫師填寫)

《請由個案提供之工作場所環境及作業危害評估表及妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康危害評估表提供健康指導或建議或診斷書。》

一、基本資料	
姓名：_____ 年齡：_____歲 出生年月日：____年____月____日	
<input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週；預產期____年____月____日	
<input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日） <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳	
<input type="checkbox"/> 身高：_____公分；體重：_____公斤；身體質量指數(BMI)：_____ kg/m ² ；血壓：_____ mmHg	
二、評估結果(請依評估情形勾選或敘明其他異常狀況)	
1.本次懷孕問題：	
(1)孕吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明顯 <input type="checkbox"/> 劇吐	
(2)貧血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血紅素<9g/dL <input type="checkbox"/> 血紅素<12g/dL	
(3)妊娠水腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+	
(4)妊娠蛋白尿 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 24小時的尿蛋白質超過 300mg	
(5)高血壓 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> >140/90mmHg或妊娠後期之血壓比早期收縮壓高 30mmHg 或舒張壓升高 15mmHg	
(6)妊娠毒血症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
(7)其他問題	
<input type="checkbox"/> 迫切性流產（妊娠22週未滿） <input type="checkbox"/> 迫切性早產（妊娠22週以後） <input type="checkbox"/> 多胞胎妊娠	
<input type="checkbox"/> 羊水過少 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 早期子宮頸變薄（短） <input type="checkbox"/> 泌尿道感染	
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離 <input type="checkbox"/> 陰道出血（14週以後）	
<input type="checkbox"/> 子宮收縮頻率過高（1小時超過4次以上） <input type="checkbox"/> 超音波檢查胎兒結構異常	
<input type="checkbox"/> 胎兒生長遲滯（>37 週且體重≤ 2500g） <input type="checkbox"/> 家族遺傳疾病或其他先天性異常	
(8)其他症狀 <input type="checkbox"/> 靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 痔瘡 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 其他_____	
2.分娩後子宮復舊與哺乳情形：	
<input type="checkbox"/> 子宮復舊良好 <input type="checkbox"/> 子宮復舊不全，請敘明_____	
<input type="checkbox"/> 哺乳情形，請敘明_____	
3.其他檢查異常，請敘明：	
4.健康評估結果：	5.所採取措施或建議：
<input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康。	<input type="checkbox"/> 定期追蹤檢查
<input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。	<input type="checkbox"/> 提供孕期或產後健康指導
<input type="checkbox"/> 所從事之工作或以上健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康。	<input type="checkbox"/> 工作適性安排建議
	<input type="checkbox"/> 縮減工時或業務量
	<input type="checkbox"/> 變更工作場所或職務
	<input type="checkbox"/> 停止工作（休養）
	<input type="checkbox"/> 其他_____
備註：1.如無法開立此評估表，請將建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書，提供雇主參考。	
2.如對本工作適性評估或建議有疑慮，可再請職業醫學科醫師現場訪視，提供綜合之適性評估建議。	

醫療院所：_____ 婦產科醫師（含醫師字號）：_____ 評估日期：_____

附表三、母性健康保護面談及工作適性安排建議表（由職業醫學專科醫師或勞工健康服務醫師填寫）

姓名：_____ 年齡：_____ 歲；單位/部門名稱：_____ 職務：_____

妊娠週數_____ 週；預產期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

分娩後（分娩日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 哺乳 未哺乳

風險等級為 第一級 第二級 第三級

工作適性建議表		
危害類型	危害項目	工作改善及預防
物理性危害	<input type="checkbox"/> 游離輻射	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 提供適當防護具 <input type="checkbox"/> 管制暴露量及時間 <input type="checkbox"/> 調整工作環境(包括空間、照明、電腦桌椅等) 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ 至 _____ <input type="checkbox"/> 休假：_____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 噪音TWA ≥ 85 分貝	
	<input type="checkbox"/> 衝擊(shock)、振動(vibration)或移動(movement)	
	<input type="checkbox"/> 非游離輻射(如電磁輻射)	
	<input type="checkbox"/> 高溫作業	
	<input type="checkbox"/> 異常氣壓	
	<input type="checkbox"/> 低溫或氣溫明顯變動之作業	
	<input type="checkbox"/> 電擊	
	<input type="checkbox"/> 滑倒、絆倒或跌倒	
化學性危害	<input type="checkbox"/> ……(得依事業單位實際狀況增列評估項目)	
	<input type="checkbox"/> 生殖毒性第一級之物質_____ (除職安法第 30 條第 1 項第 5 款之化學品外，可參閱附錄一)	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境(如通氣設備) <input type="checkbox"/> 提供適當防護衣及防護具 <input type="checkbox"/> 管制暴露量及時間 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ 至 _____ <input type="checkbox"/> 休假：_____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 生殖細胞致突變第一級之物質_____ (除職安法第 30 條第 1 項第 5 款之化學品外，可參閱附錄一)	
	<input type="checkbox"/> 抗細胞分裂(antimitotic)或具細胞毒性(cytotoxic)之藥物	
	<input type="checkbox"/> 對哺乳功能有不良影響之物質 _____	
	<input type="checkbox"/> 可經皮膚吸收之毒性化學物質，包括某些殺蟲劑	
	<input type="checkbox"/> 一氧化碳或其它窒息性氣體之空間	
<input type="checkbox"/> ……(得依事業單位實境增列評估項目)		
生物性危害	<input type="checkbox"/> 弓形蟲	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境 <input type="checkbox"/> 提供清潔設備 <input type="checkbox"/> 提供適當防護衣及防護具
	<input type="checkbox"/> 德國麻疹	
	<input type="checkbox"/> 具有致病或致死之微生物：如 B 型肝炎或水痘、C 型肝炎	

	炎或人類免疫缺乏病毒、或肺結核 ……(得依事業單位實境增列評估項目)	2.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知懷孕工作者其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 3.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日
人因性危害	<input type="checkbox"/> 人工重物處理 <input type="checkbox"/> 空間狹小 <input type="checkbox"/> 動作(movement)或姿勢 <input type="checkbox"/> 工作之儀器設備操作(如終端機或工作站監視..等) <input type="checkbox"/> ……(得依事業單位實境增列評估項目)_____	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境(包括空間、照明、電腦桌椅等) <input type="checkbox"/> 提供適當的座位 <input type="checkbox"/> 提供寬敞環境可經常活動 <input type="checkbox"/> 避免獨立作業 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.其他預防措施 <input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 壓力諮詢或管理 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日
工作壓力/職場暴力	<input type="checkbox"/> 工作壓力 <input type="checkbox"/> 職場暴力 <input type="checkbox"/> ……(得依事業單位實境增列評估項目)_____	<input type="checkbox"/> 告知勞工其作業之危害及預防 <input type="checkbox"/> 壓力諮詢或管理 <input type="checkbox"/> 禁止此作業 4.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日
其他	<input type="checkbox"/> 工作時間 <input type="checkbox"/> 工作姿勢(久站或久坐..等) <input type="checkbox"/> 個人防護具或制服之穿戴 <input type="checkbox"/> 如廁、進食、飲水或休憩地點便利性不足 <input type="checkbox"/> 未設置哺乳室 <input type="checkbox"/> ……(得依事業單位實境增列評估項目)_____	1.工作環境 <input type="checkbox"/> 調整工作環境 <input type="checkbox"/> 提供適當的座位 <input type="checkbox"/> 提供寬敞環境可經常活動 <input type="checkbox"/> 提供哺乳室 <input type="checkbox"/> 提供臨近浴廁 <input type="checkbox"/> 提供適當防護衣及防護具 <input type="checkbox"/> 避免獨立作業 2.工時調整 <input type="checkbox"/> 增加休息時間及頻率 <input type="checkbox"/> 調整輪班及班別時間 3.職務內容 <input type="checkbox"/> 調整：_____ <input type="checkbox"/> 休假：__年__月__日至__年__月__日

面談指導及工作適性安排意願

本人 _____ 已於__年__月__日與 _____ 面談，並已清楚所處作業環境對健康之影響，及公司所採取之措施，本人同意接受下述之建議：

維持原工作 調整職務 調整工作時間 變更工作場所 其他 _____

勞工簽名：_____

面談醫師(含醫師字號)：_____ 評估日期： 年 月 日

單位主管簽名：_____ 日期： 年 月 日