

# 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  
109.6.11 經 108 學年度第 2 學期第 1 次環境保護暨安全衛生委員會會議修正通過

## 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) 環境安全衛生中心：

- 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「妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表」附表二。
- 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) 工作場所環境及作業之危害辨識與評估，依評估結果區分風險等級及採取工作環境改善與控制措施(附表一)，並告知勞工評估結果及管理措施。
- (二) 懷孕、產後未滿1年及哺餵母乳之工作者健康狀況自我評估(附表二)
- (三) 醫師健康面談，依工作及勞工個人健康風險，綜合評估風險等級及提供工作適性安排建議(附表三)。
- (四) 實施工作環境改善與危害之預防與管理。
- (五) 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。
- (六) 計畫執行成效之評估與改善(附表四)。
- (七) 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。

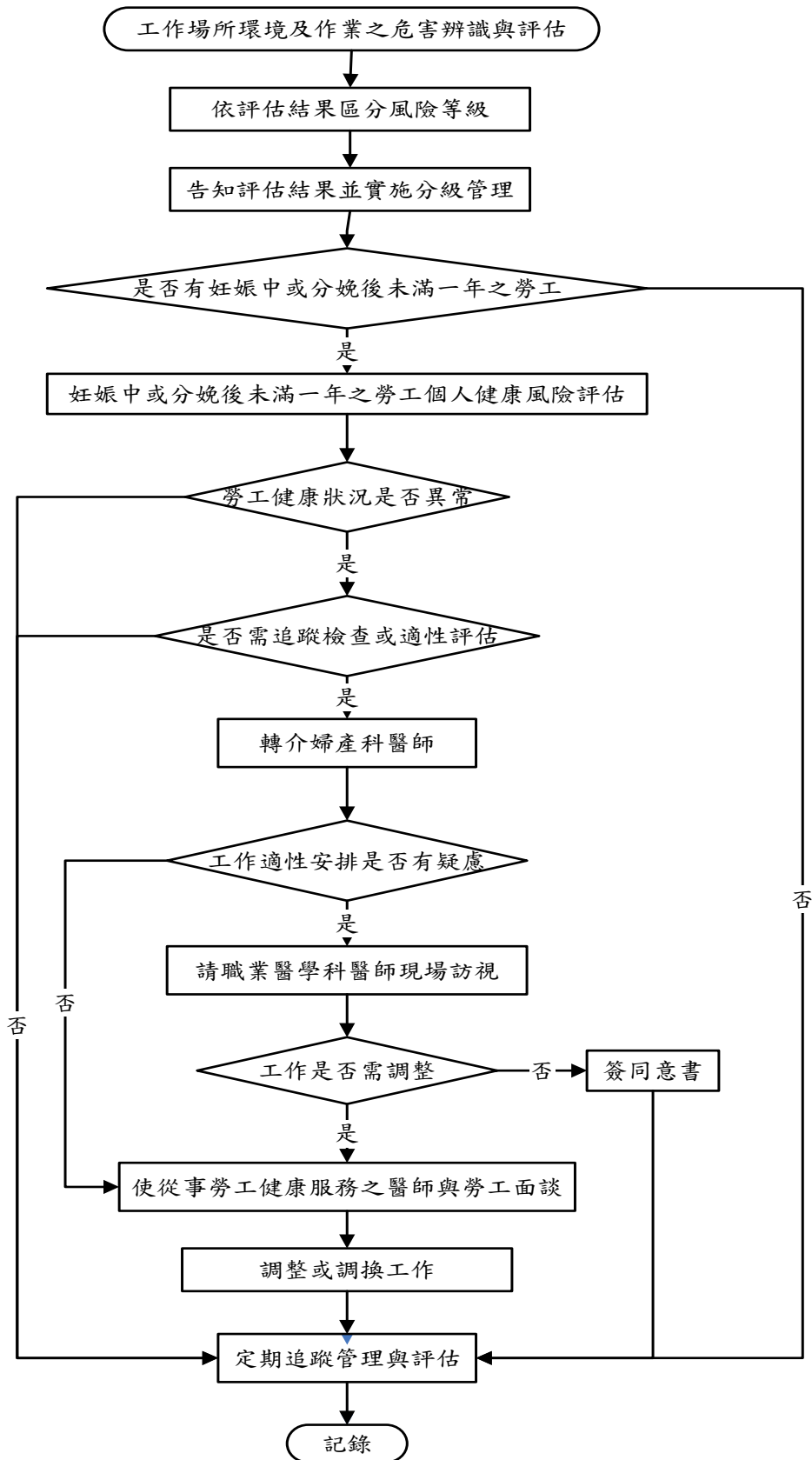


圖 1 母性特別保護危害因子調查及評估流程

附表一、作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

一、作業場所基本資料
部門名稱： 作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：
二、作業場所危害類型
危害特性評估概況：(可參考附錄一、二參考例) <input type="checkbox"/> 物理性危害： <input type="checkbox"/> 化學性危害： <input type="checkbox"/> 生物性危害： <input type="checkbox"/> 人因性危害： <input type="checkbox"/> 工作壓力/職場暴力： <input type="checkbox"/> 其他：
三、風險等級
<input type="checkbox"/> 無(非屬女性勞工母性健康保護實施辦法第3條至第5條適用範圍) <input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理
四、改善及管理措施
1.工程控制 <input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明： <input type="checkbox"/> 設置通風換氣設備，請敘明： <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： <input type="checkbox"/> 暫無改善建議 2.行政管理 <input type="checkbox"/> 工時調整，請敘明： <input type="checkbox"/> 職務或工作調整，請敘明： <input type="checkbox"/> 其他，請敘明： <input type="checkbox"/> 暫無管理措施建議 3.使用防護具，請敘明： 4.其他採行措施，請敘明：
五、執行人員及日期(僅就當次實際執行者簽名)
<input type="checkbox"/> 職業安全衛生人員，簽名_____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務醫師，簽名_____ <input type="checkbox"/> 勞工健康服務護理人員，簽名_____ <input type="checkbox"/> 人力資源管理人員，簽名_____ <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____ 執行日期：___年___月___日
備註：本表由職業安全衛生人員主責辦理，勞工健康醫護人員提供相關建議。

附表二、妊娠及分娩後未滿1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)

<b>一、基本資料</b>
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
<b>二、過去疾病史</b>
<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_____
<b>三、家族病史</b>
<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_____
<b>四、婦產科相關病史</b>
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_____
<b>五、妊娠及分娩後風險因子評估</b>
<input type="checkbox"/> 無下列各種風險情形 <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_____
<b>六、自覺徵狀</b>
<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： 1.本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。 2.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）

<b>一、基本資料</b>	
姓名：_____ 年齡：_____歲；	
單位/部門名稱：_____ 職務/內容：_____	
<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	
<b>二、健康問題及工作適性安排建議</b>	
<b>1.健康問題</b> <input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀 <b>2.管理分級</b> <input type="checkbox"/> 第一級管理（所從事工作或健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第二級管理（所從事工作或健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康） <input type="checkbox"/> 第三級管理（所從事工作或健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康） <b>3.工作適性安排建議</b> <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制： <input type="checkbox"/> (1)變更工作場所： <input type="checkbox"/> (2)變更職務： <input type="checkbox"/> (3)縮減職務量： <input type="checkbox"/> 縮減工作時間： <input type="checkbox"/> 縮減業務量： <input type="checkbox"/> (4)限制加班（不得超過 小時/天） <input type="checkbox"/> (5)周末或假日之工作限制（每月 次） <input type="checkbox"/> (6)出差之限制（每月 次） <input type="checkbox"/> (7)夜班工作之限制（輪班工作者）（每月 次） <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，宜休養(休養期間：敘明時間 ) <input type="checkbox"/> 不可繼續工作，需住院觀察 <input type="checkbox"/> 其他具體之工作調整或生活建議 （包括工作調整或異動、追蹤或職場對應方法、飲食等詳細之建議內容： _____）	
<b>面談指導及工作適性安排意願</b>	
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： <input type="checkbox"/> 維持原工作 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 調整工作時間 <input type="checkbox"/> 變更工作場所 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 勞工簽名：_____	
醫師（含醫師字號）：	執行日期： 年 月 日

附表四、母性健康保護執行紀錄表

執行日期： 年 月 日至 年 月 日

執行項目	執行結果 (人次或%)	備註 (改善情形)
危害辨識及評估	1. 物理性危害 項 2. 化學性危害 項 3. 生物性危害 項 4. 人因性危害 項 5. 工作壓力/職場暴力_____項 6. 其他 7. 風險等級 8. 危害告知方式與日期	
保護對象之評估	1. 女性勞工共 人 2. 育齡期女性勞工(具生理週期且具生育能力者)共 人 3. 妊娠中之女性勞工：共 人 4. 分娩後未滿 1 年之女性勞工：共_____ 人 5. 哺乳中之女性勞工：共_____ 人	
安排醫師面談及健康指導	1. 需醫師面談者_____ 人 (1) 已完成共 _____人 (2) 尚未完成共 _____人 2. 需觀察或追蹤檢查者共_____ 人 3. 需進行醫療者_____ 人 4. 需健康指導者_____ 人 (1) 已接受健康指導者_____ 人 (2) 未接受健康指導者_____ 人 5. 需轉介進一步評估者_____ 人 6. 需定期追蹤管理者_____ 人	
適性工作安排	1. 需調整或縮短工作時間 _____人 2. 需變更工作者 _____人 3. 需給予休假共 _____人 4. 其他 _____人	
執行成效之評估及改善	1. 定期產檢率 _____ % 2. 健康指導或促進達成率 _____ % 3. 環境改善情形：(環測結果) 4. 其他	
其他事項		

本表為例舉一定期間內之執行紀錄總表，若有其他相關執行紀錄或表件，應一併保存。