

私立萬能高級工商職業學校工作場所母性健康保護計畫

中華民國 108 年 10 月 01 日 108 年度第一次職業安全衛生工作小組訂定
中華民國 108 年 10 月 07 日行政會議通過

一、 依據

依職業安全衛生法第 30 條第與同法施行細則第 39 條之規定辦理。

二、 目的

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，達到母性勞工保護目的。

三、 定義

(一)母性健康保護：指對於女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。

四、 適用對象

(一)預期懷孕，妊娠中之女性教職、員工及工讀學生。

(二)分娩後之女性勞動者，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、員工及工讀學生。

具有以上條件之女性教職、員工及工讀學生，請主動告知人事室，並將此計畫公告全校教職員，以保護母性健康。

五、 權責單位

(一)職業安全與衛生單位：

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)健康中心：

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。

5.提供孕期與哺乳健康指導諮詢。

6.孕產婦疾病之轉介與處理。

7.協助工作危害評估。

8.進行初步風險等級判定。

(四)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。

(五)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「妊娠及分娩後勞動者之健康危害評估及工作適性安排建議表」(如附表一)。
- 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。

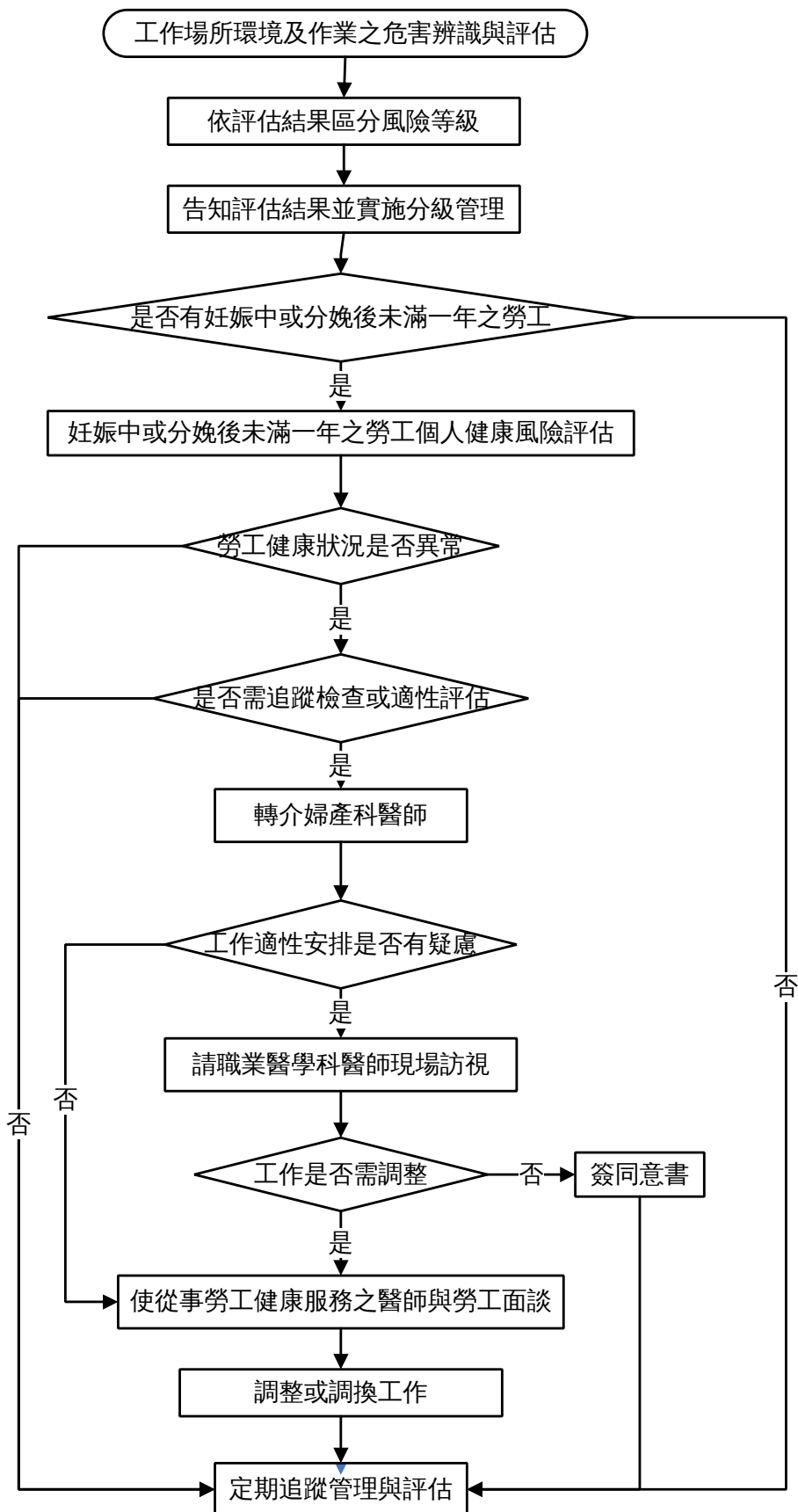
六、實施方式

本計畫依「母性健康保護措施推動之流程圖」(如附圖一)，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勞動者。
- (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

七、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。

八、本計畫經本校職業安全衛生工作小組(或行政會議)通過後，陳請校長核定後公告實施，修正時亦同。



圖一 母性健康保護措施推動之流程圖

附表一 妊娠及分娩後勞動者之健康危害評估及工作適性安排建議表

一、基本資料			
勞動者姓名		年齡	
<input type="checkbox"/> 妊娠週____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 <input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：_____			
二、婦產科相關病史			
1.預防接種： <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：_____			
三、妊娠及分娩後風險因子評估			
1.過去懷孕病史： <input type="checkbox"/> 無 <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			
2.工作可能暴露之危害因素： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 化學性物質，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 物理性危害，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 生物性危害，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 人因性危害，請敘明：_____ <input type="checkbox"/> 社會環境因子引起之心理危害，請敘明：_____			
3.本次懷孕問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 多胞胎妊娠 <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"/> 妊娠毒血症 <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"/> 貧血 (血紅素 < 10 g / dL) <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 <input type="checkbox"/> 其它不適症狀 (如腹痛、頭痛、胸悶、下背痛..等，請敘明 _____)			
4.個人因素： <input type="checkbox"/> 無 <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 _____			
5.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 _____			
6.其他檢查，請敘明： _____			

四、評估結果與建議	
評估結果	<input type="checkbox"/> 第一級管理 <input type="checkbox"/> 第二級管理 <input type="checkbox"/> 第三級管理
綜合建議	<input type="checkbox"/> 評估結果大致正常 <input type="checkbox"/> 1.請定期追蹤檢查 <input type="checkbox"/> 2.可繼續工作(<input type="checkbox"/> 可繼續從事原來的工作 <input type="checkbox"/> 可從事接近日常之工作內容) <input type="checkbox"/> 評估結果部分異常 <input type="checkbox"/> 1.可從事目前工作，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)週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"/> 2.不可繼續原工作，宜休養(休養期間： _____) <input type="checkbox"/> 3.其它具體之工作調整或生活建議： _____ <input type="checkbox"/> 評估結果異常，需住院觀察。 <input type="checkbox"/> 其它 _____
評估醫師(含醫師字號): 評估日期: 年 月 日 ◎備註: 一、工作可能暴露之危害因素，請雇主先行填寫，並提供最近一次之健康檢查、作業環境監測紀錄及危害暴露情形等資料予勞動者，交予評估醫師。 二、管理分級之說明: (一) 符合下列條件之一者，屬第一級管理： 1.作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一。 2.第三條或第五條第二項之工作或其他情形，經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康。 (二) 符合下列條件之一者，屬第二級管理： 1.作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準十分之一以上未達二分之一。 2.第三條或第五條第二項之工作或其他情形，經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒之健康。 (三) 符合下列條件之一者，屬第三級管理： 1.作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上。 2.第三條或第五條第二項之工作或其他情形，經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康。	