

中原大學母性健康保護計畫

106.01.20 105 學年度第 2 次環境保護暨安全衛生委員會議通過
110.07.07 109 學年度第 3 次環境保護暨安全衛生委員會議修正

一、目的

配合職業安全衛生法第 31 條有關母性勞工健康保護之規定，事業單位對母性健康保護事項宜妥為規劃及採取必要之安全衛生措施，訂定母性勞工健康保護計畫，以確保妊娠、分娩後、哺乳等女性勞工之身心健康，以達到母性勞工健康保護之目的。

二、範圍

(一) 當本校出現以下情形之女性勞工，應啟動母性勞工健康保護計畫：

- 1、 預期懷孕、妊娠中之女性勞工。
- 2、 分娩後女性勞工，包括正常生產、妊娠 24 週後死產、分娩後 1 年內。
- 3、 哺乳之女性勞工。

(二) 對象：適用於預期懷孕、妊娠中、分娩後 1 年內或哺乳之女性勞工。

三、職責分工

(一) 人事室

- 1、 協助母性勞工健康保護計畫之推動與執行。
- 2、 依風險評估結果，協助健康保護措施之執行。

(二) 學生事務處衛生保健組

- 1、 協助母性勞工健康保護計畫之推動與執行。
- 2、 依保護計畫協助風險評估。
- 3、 依風險評估結果，協助健康保護措施之執行。

(三) 從事勞工健康服務醫護人員(含職業醫學科專科醫師)

- 1、 參與並協助母性勞工健康保護計畫之規劃、推動與執行。
- 2、 依保護計畫時程檢視並進行風險評估，包括生殖危害之工作危害評估、個別危害評估、危害控制及分級管理措施。
- 3、 依風險評估結果，提出書面告知風險、健康指導、教育訓練及工作調整或更換等健康保護措施之適性評估與建議。
- 4、 協助檢視計畫執行現況，協助確認計畫執行績效。

(四) 單位部門主管

- 1、 參與並協助母性勞工健康保護計畫之推動與執行。
- 2、 協助保護計畫之工作危害評估。
- 3、 配合計畫之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。
- 4、 配合保護計畫女性勞工之工作時間管理與調整。

(五) 環境保護暨安全衛生中心人員

- 1、 負責母性勞工健康保護計畫之規劃、推動與宣導。
- 2、 協助保護計畫之工作危害評估。

(六) 總務處人員：依風險評估結果，協助作業現場改善措施之執行。

(七) 工作場所女性勞工

- 1、 提出母性勞工健康保護計畫之需求並配合計畫之執行及參與。
- 2、 配合保護計畫之工作危害評估。
- 3、 配合計畫之工作調整與作業現場改善措施。
- 4、 保護計畫執行中之作業變更或健康狀況變化，應告知醫護人員，以調整保護計畫之執行。

四、母性勞工健康保護計畫執行流程

母性勞工健康保護計畫執行流程，依序如下：

- 1、 母性勞工健康保護計畫之需求評估。
- 2、 保護計畫之工作危害評估與個別危害評估。
- 3、 保護計畫之危害控制、工作調整、改善計畫與分級管理。
- 4、 保護計畫之健康指導、教育訓練與健康保護措施。
- 5、 保護計畫之績效評估與檢討。

五、母性勞工健康保護計畫

(一) 母性勞工健康保護計畫

母性職場健康風險計畫流程如圖一及管理步驟說明如下：

- 1、 需求評估：單位部門主管(或勞工個人)提出母性勞工健康保護計畫之需求，包括妊娠中、即將懷孕或預期懷孕之女性勞工、分娩後女性勞工(包括正常生產、妊娠 24 週後死產、分娩後 1 年內)，以及哺乳之女性勞工，或保護計畫執行中作業變更或健康狀況變化。勞工主動告知工作場所負責人及勞工健康服務護理人員妊娠或分娩事實，並填寫「妊娠及分娩後未滿一年健康自我評估表」(附表二)，以執行健康保護計畫。勞工健康服務護理人員每月定期向人事室洽詢「請產檢假」人員名冊。
- 2、 風險評估：包括工作危害評估與個別危害評估之風險評估，可參考「工作場所母性健康保護技術指引」第二版，建立校內之母性健康風險評估檢核表，針對所有適用母性勞工健康保護計畫之女性勞工，進行工作危害評估與個別危害評估之風險評估。本校勞工健康服務醫護人員(含職業醫學科專科醫師)會同環境保護暨安全衛生中心人員、女性勞工及單位場所負責人，依「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」(附表一)，執行現場危害評估及區分風險等級；依附表一之評估結果，安排與職業醫學科專科醫師面談，並於面談時提供「妊娠及分娩後未滿一年健康情自我評估表」(附表二)予職業醫學科專科醫師參考，依據「女性勞工母性健康保護實施辦法」第 9 條及第 10 條區分風險等級，其相關面談資料「妊娠及分娩後未滿一年之工作適性安排建議表」(附表三)將留

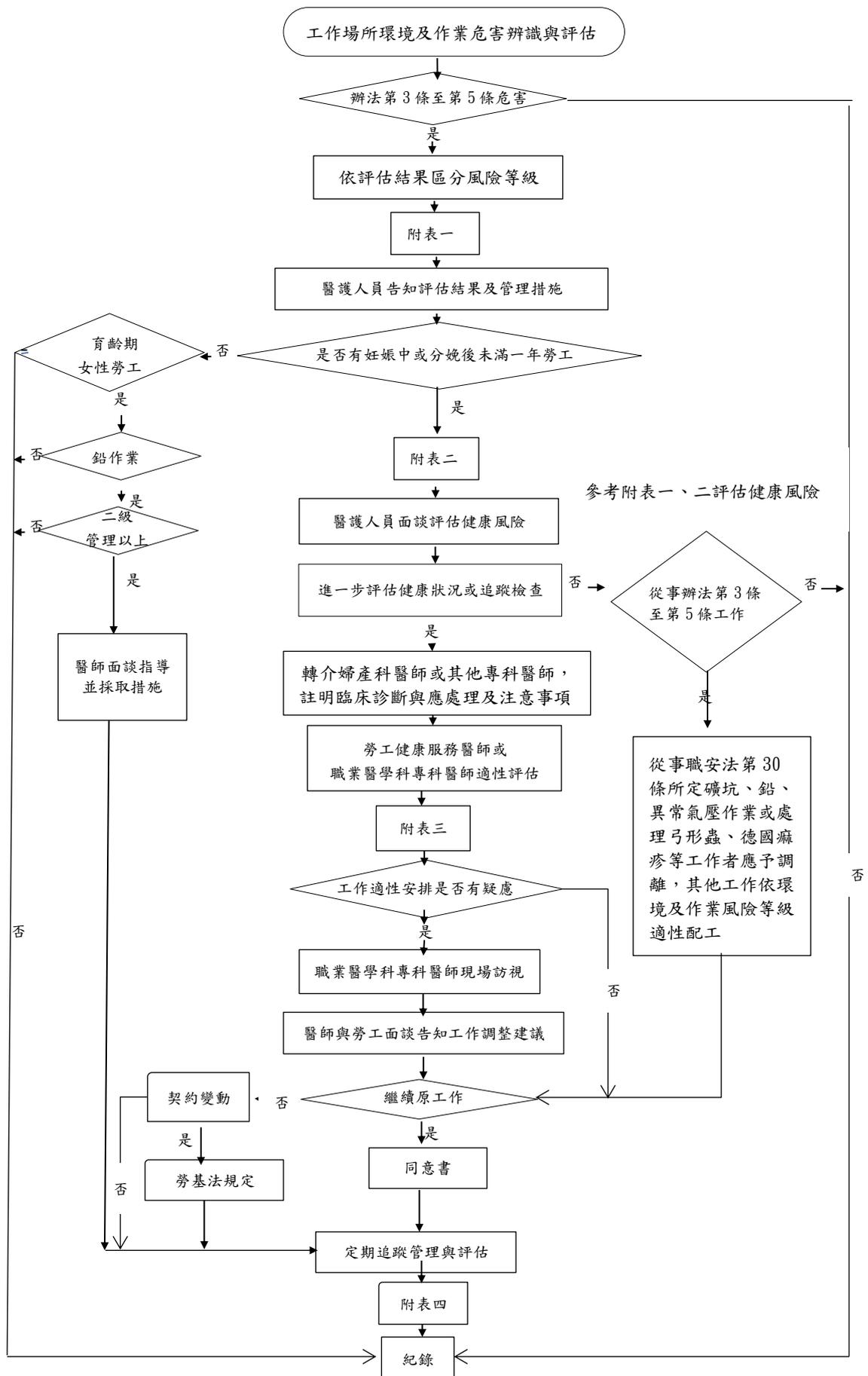
存備查。

- 3、危害控制：依「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」(附表一)，執行現場危害評估及區分風險等級，當評估有已知的危險因子存在時，應參考「工作場所母性健康保護技術指引」進行危害控制、工作內容調整或更換、工作時間調整，以及作業現場改善措施，以減少或移除危險因子。
- 4、工作調整：經工程管理之危害控制後，仍存在危害風險時，或孕產婦依報告健康問題並提出工作調整申請時，應依序採取工作調整計劃，其原則如下：
 - (1) 行動 1：暫時調整工作條件(例如調整業務量)和工作時間。
 - (2) 行動 2：提供適合且薪資福利等條件相同之替代性工作。
 - (3) 行動 3：有給薪的暫停工作或延長產假，避免對孕婦及其子女之健康與安全造成危害。
 - (4) 在進行工作調整時，需與勞工健康服務醫護人員、勞工、單位主管等等面談諮商，並將溝通過程及決議建立正式的文件，並正式告知勞工。
- 5、風險溝通：當完成保護計畫之風險評估後，應正式告知勞工及其單位主管，關於風險評估結果及管理計畫，並由勞工健康服務醫護人員執行健康指導、教育訓練與健康保護措施。預期懷孕、已懷孕、產後 1 年內或哺乳之女性勞工，或保護計畫執行中作業變更或健康狀況變化，應儘早告知勞工健康服務醫護人員，以利保護計畫之啟動與執行。

(二) 績效評估與檢討

- 1、母性勞工健康保護計畫之績效評估，在於校內所有母性勞工健康管理之整體性評估，包括接受母性健康風險評估之參與率、危害控制、工作內容調整或更換、工作時間調整，以及作業現場改善措施之達成率。
- 2、依本計畫採取之危害評估、控制方法、面談指導及相關採行措施之情形，均應予記錄並將相關文件及紀錄至少保存三年，並應保障個人隱私權，相關文件及記錄內容記載於母性健康保護執行紀錄表(附表四)。母性勞工健康保護計畫之執行情形與績效，應於環境保護暨安全衛生委員會定期檢討。本計畫經環境保護暨安全衛生委員會議通過，報請校長公布施行，修正時亦同。

圖一 母性健康保護措施推動之流程圖



中原大學作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

備註:本表由職業安全衛生人員主責辦理，勞工健康服務醫護人員提供相關建議。

(建議由工作場所負責人、職業安全衛生人員會同勞工健康服務醫護人員共同填寫)

一、作業場所基本資料
單位名稱: _____ 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: <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"/> 暫無管理措施建議
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"/> 人事室，簽名: _____ <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱: _____，職稱: _____，簽名: _____ <input type="checkbox"/> 執行日期: _____年_____月_____日

一、基本資料	
姓名：_____	員工編號：_____ 年齡：_____歲 分機：_____ 手機：_____
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；產檢醫院 _____ <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"/> 無 <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"/> 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	
5. 其他_____	
五、妊娠及分娩後風險因子評估	
<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"/> 有使用藥物，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"/> 無 _____	
<input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分 <input type="checkbox"/> 正常	
<input type="checkbox"/> 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <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：1. 本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。 2. 如需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。	

一、基本資料	
姓名：_____	員工編號：_____分機：_____
單位名稱：_____	職務：_____目前班別：_____年齡：_____歲
<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"/> 年齡_____ <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳 <input type="checkbox"/> 身高：_____公分；體重：_____公斤；BMI：_____；血壓：_____ mmHg <input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：_____	
二、健康問題及工作適性安排建議	
1.健康問題 <input type="checkbox"/> 無，大致正常 <input type="checkbox"/> 有，請敘明診斷或不適症狀	
2.管理分級 <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)	
3.工作適性安排建議 <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作 <input type="checkbox"/> 可繼續從事目前工作，但須考量下列條件限制： <ul style="list-style-type: none"> <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： <ul style="list-style-type: none"> <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、追蹤或職場應對方法、飲食等詳細之內容)：	
醫師（含醫師字號）：_____	
執行日期：_____年_____月_____日	

中原大學母性健康保護執行紀錄表

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/職場壓力_____項 6. 其他_____項 7. 風險等級_____項 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		

執行日期： 年 月 日至 年 月 日