

國立高雄科技大學母性健康保護計畫

113年9月25日113學年度第1次環境保護暨職業安全衛生委員會通過

- 一、國立高雄科技大學(以下簡稱本校)為確保妊娠、分娩後、哺乳等女性教職員工(以下簡稱女性工作者)之身心健康，依職業安全衛生法第30；31條、職業安全衛生法施行細則第39條及女性勞工母性健康保護實施辦法之規定，對於母性保護之對象，規劃採取必要之安全衛生措施，特訂定本校母性健康保護計畫(以下簡稱本計畫)。
- 二、本計畫適用之對象，包括懷孕、產後未滿1年及哺餵母乳、育齡期之女性教職員工。
- 三、名詞解釋：
 - (一)母性健康保護：指對於女性工作者從事有母性健康危害之虞之工作所採取之措施，包括危害評估與控制、風險分級管理、面談指導、工作適性安排及其他相關措施。
 - (二)母性健康保護期間：指本校於得知女性工作者妊娠之日起至分娩後1年之期間。
- 四、權責分工：
 - (一)適用本計畫之女性工作者：
 1. 主動告知妊娠、分娩及哺乳之事實，提出本計畫之需求並配合執行。
 2. 配合本計畫之工作危害評估、工作調整與作業現場改善措施。
 3. 若作業變更或健康狀況變化，應告知本校職業健康服務護理人員，以調整本計畫之執行。
 - (二)本計畫適用對象之單位主管：
 1. 協助本計畫之規劃、推動與執行。
 2. 協助本計畫之危害評估。
 3. 配合本計畫之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。
 4. 配合管理與調整本計畫適用對象之工作時間、內容等。
 - (三)職業健康服務護理人員(以下簡稱職護)：
 1. 負責本計畫之規劃、宣導、推動與執行。
 2. 協助工作危害評估，判定及確認風險等級。
 3. 提出健康危害、工作適性及危害控制之建議。
 4. 提供健康指導與諮詢。
 - (四)職業安全衛生人員(以下簡稱職安人員)：
 1. 協助本計畫之規劃、推動與執行。
 2. 協助評估工作場所環境及作業之危害。
 3. 協助工作場所危害之預防管理與改善。
 - (五)人事室：
 1. 即時提供適用對象申請產前假、產假及育嬰假等人員名單給予環安衛中心。
 2. 依據人事相關法規，辦理母性健康保護期間之請假、休假等事宜。
 3. 依臨場服務醫師之評估與建議，協助工作調整等事宜。
- 五、規劃與實施：
 - (一)危害辨識與評估：
 1. 參照母性健康保護風險危害分級參考表(附錄一)、具有生殖毒性、生殖細胞致突變性物質(附錄二)與優先管理化學品之指定及運作管理辦法中規範對於未滿十八歲及妊娠或分娩後未滿一年女性勞工具危害性之化學品(附錄三)，由職護協助適用對象

完成「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表(附表一)」及「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)」，必要時訪視適用對象，依其作業內容辨識填寫資料正確性，以利臨場服務醫師進行工作危害辨識及個別危害風險評估與分級。

2. 育齡期之女性工作者：符合鉛及其化合物特殊作業體格檢查及健康檢查資格之工作場所人員，應實施檢查並評估相關危害是否影響其生殖機能。

(二)風險分級管理：

1. 第一級管理：經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康者，由職護以書面或口頭告知女性工作者危害資訊。
2. 第二級管理：經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者，安排職業健康服務醫師(含職業醫學科專科醫師)提供面談指導，由職護會同職安人員及單位主管採取必要之危害預防措施。
3. 第三級管理：經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者，應依職業健康服務醫師(含職業醫學科專科醫師)的評估建議，採取變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護措施。

(三)健康面談與指導：

1. 風險分級若為第二級管理以上或有顯著健康問題者，安排與從事職業健康服務醫師(含職業醫學科專科醫師)會談諮詢，並考量目前採行之母性健康保護措施，填寫「母性健康保護會談及工作適性建議表(附表三)」，綜合評估並提供醫療與工作適性建議。
2. 當上述對象有健康疑慮時，由臨場職業健康服務醫師協助轉介婦產科，安排進一步評估或追蹤檢查，並由婦產科醫師填寫相關建議於「媽媽手冊」或「診斷證明書」，提供工作適性安排之建議。

(四)工作適性安排：

1. 經醫師評估需進行工作調整者，由職護進行面談，告知工作調整之建議，並聽取適用對象及單位主管意見，依勞動基準法之規定進行工作調整。
2. 適用對象於母性健康保護期間，因工作條件改變、作業程序變更、健康異常或有不適反應，經醫師診斷證明不適原有女性工作者，應重新辦理評估、面談等事項。

六、成效評估及改善：

(一)每年底由職護填報「母性健康保護執行紀錄表(附表四)」。

(二)本計畫執行情形與成效，定期於環境保護暨職業安全衛生委員會報告並檢討，以作為未來規劃之參考。

七、本計畫執行紀錄或文件等資料，應予以妥善保存三年以上。

八、本計畫經環境保護暨職業安全衛生委員會通過，陳請校長核定後施行；修正時亦同。

國立高雄科技大學

作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

NO：母性

(由本人填寫後，須經單位主管核章)

一、作業場所基本資料	評估結果(風險等級)		
	第一級	第二級	第三級
作業型態： <input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他：			
二、危害類型	無	可能有	有
物理性危害			
1. 工作用階梯寬度小於30公分			
2. 作業場所可能有遭遇物品掉落或移動性物品造成衝擊衝撞(如固定物品無防震設計)			
3. 暴露於有害輻射散布場所之工作			
4. 暴露於噪音作業環境(TWA \geq 85dB)			
5. 暴露於高溫作業之環境(如鍋爐、輪船機房、金屬物料加熱或熔煉)			
6. 暴露於溫度明顯變動，致有極大溫差之作業環境			
7. 從事鑿岩機、鏈鋸、鉚釘機(衝程70公厘以下、重量2公斤以下者除外)及夯土機等有顯著振動之作業			
8. 暴露於異常氣壓之工作(如高壓室內作業、潛水作業)			
9. 從事起重機、人字臂起重桿之運轉作業			
10. 從事動力捲揚機、動力運搬機及索道之運轉作業			
11. 從事橡膠化合物及合成樹脂之滾輾作業			
12. 其他：			
化學性危害			
1. 暴露於依國家標準CNS15030分類屬生殖毒性物質第一級之作業環境： (請敘明物質)			
2. 暴露於依國家標準CNS15030分類屬生殖細胞致突變性物質第一級之作業環境： (請敘明物質)			
3. 暴露於鉛及其化合物散布場所之作業環境			
4. 暴露於製造或處置抗細胞分裂劑及具細胞毒性藥物之作業環境			
5. 暴露於對哺乳功能有不良影響至危害嬰兒健康之作業環境： (請敘明物質)			
6. 可經皮膚吸收之毒性化學物質，包括某些殺蟲劑			
7. 一氧化碳或其它窒息性氣體之空間			
8. 其他：			
生物性危害			
1. 暴露於感染弓形蟲之作業環境			
2. 暴露於感染德國麻疹之作業環境			
3. 暴露於具有致病或致死之微生物：(如B型肝炎、水痘、C型肝炎、人類免疫缺乏病毒或肺結核等)			
4. 其他：			
人因性危害			
1. 工作性質為處理一定重量以上之重物處理作業			
2. 搬抬物件之作業姿勢具困難度，或重覆不正常或不自然的姿勢			

3. 工作姿勢為重覆性之動作			
4. 工作姿勢會受空間不足而影響(活動或伸展空間狹小)			
5. 工作台之設計不符合人體力學，易造成肌肉骨骼不適症狀			
6. 其他：			
工作壓力/職場不法侵害			
1. 工作性質須輪班或夜間工作			
2. 工作性質須經常加班或出差			
3. 工作性質為獨自作業			
4. 工作性質易受暴力攻擊			
5. 異常工作負荷導致精神緊張或工作壓力，無法調整工作時間或休假			
6. 其他：			
其他			
1. 工作中須長時間站立，無坐具可休息			
2. 工作中須長時間靜坐，而無法自由起身活動			
3. 工作需頻繁變換不同姿勢，如由低位變換至高位之姿勢			
4. 其他：			
三、風險等級(由臨場服務醫師勾選)			
<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(由臨場服務醫師填寫)			
1. 工程控制 <input type="checkbox"/> 製程改善，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 置通風換氣設備，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 其他，請敘明：_____			
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：_____			
3. 使用防護具，請敘明：_____			
4. 其他採行措施，請敘明：_____			
5. <input type="checkbox"/> 大致正常(暫無工程及管理措施改善建議)			
工作者(評估者)/日期	單位主管	職業健康服務護理人員	臨場服務醫師

妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料(本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)		NO：母性	
姓名	年齡	班別： <input type="checkbox"/> 白班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他	分機
單位		職稱	員工編號
<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"/> 是否哺乳 <input type="checkbox"/> 哺 乳 <input type="checkbox"/> 不 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"/> 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"/> 藥物，請敘明： <input type="checkbox"/> 年齡(未滿18歲或大於40歲) <input type="checkbox"/> 生活環境存在風險因素(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"/> 正常 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 其他： <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： <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：			
自評者	職業健康服務護理人員	職業健康服務醫師	

母性健康保護面談及工作適性安排建議表

一、基本資料		NO：母性	
姓名	年齡	單位/職稱	分機
<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 身高： 公分； 體重： 公斤；血壓： mmHg 工作內容：			
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，請填寫「下列措施」： ➤ 採取措施 <input type="checkbox"/> 衛教指導： <input type="checkbox"/> 從事鉛作業之育齡期女性勞工，屬第二級或第三級管理者注意事項之指導 <input type="checkbox"/> 妊娠期間注意事項之指導 <input type="checkbox"/> 產後恢復或哺乳期間注意事項之指導 <input type="checkbox"/> 健康狀況有異常，需轉介專科醫師進一步健康評估或診斷，再由醫師適性評估：(請說明) <input type="checkbox"/> 定期追蹤管理與評估 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)			
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"/> 可繼續從事工作，但須考量下列條件限制：			

(1) 變更工作場所：

(2) 變更職務：

(3) 縮減職務量：

縮減工作時間：

縮減業務量：

(4) 限制加班(不得超過 _____ 小時/天)

(5) 周末或假日之工作限制(每月 _____ 次)

(6) 出差之限制(每月 _____ 次)

(7) 夜班工作之限制(輪班工作者)(每月 _____ 次)

不可繼續工作，宜休養(休養期間：敘明時間)

不可繼續工作，需住院觀察

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：

三、指導及工作適性安排意願

本人 _____ 已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日與本校聘請之職業健康服務醫師進行訪談，已清楚所處作業環境對健康之影響及學校所採取之措施，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

工作者(簽名)

四、執行人員及日期

臨場健康服務之醫師，簽章 _____

職業健康服務護理人員，簽章 _____

職業安全衛生人員，簽章 _____

臨場服務參與人員，單位 _____ 職稱 _____ ，簽章 _____

部門名稱 _____ ，主管職稱 _____ ，簽章 _____

執行日期：

時間：

國立高雄科技大學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
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 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.育齡期女性工作者(15~49歲)共 人 2.懷孕女性工作者共 人 3.哺乳期女性工作者共 人	
安排面談及健康指導	1.需醫護人員面談 人 (1)已完成共 人 (2)尚未完成共 人 2.需觀察或進一步追蹤檢查者共 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.需轉介適性評估者 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： 4.其他：	
其他事項		
填表人(簽章/日期)		

★本表為一定期間內之執行紀錄總表，其他相關執行紀錄或表件，應一併保存3年。