

文件編號：PU-10380-C-1202-2020121601

管理單位：環境安全衛生組

文件名稱：靜宜大學母性健康保護管理計畫

版次：01

20201216 修

靜宜大學母性健康保護管理計畫

1091216職業安全衛生暨環境保護委員會會議通過

一、目的

為對靜宜大學(以下簡稱本校)具有母性健康危害之虞之工作，採取危害評估、控制及分級管理措施，依據職業安全衛生法第 30 條及第 31 條訂定本計畫。

二、定義

- (一)女性勞工：指受僱從事工作獲致工資之本校女性教職員工及與本校存有提供勞務獲取報酬之工作事實及勞動契約之女性助理等。
- (二)工作場所負責人：指本校從事管理、指揮或監督從事勞動之人員，包括學校各學院、系所、學位學程及單位主管等。
- (三)母性健康保護措施：指對於女性勞工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、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。

三、適用對象

- (一)已懷孕之女性勞工。
- (二)產後 1 年內之女性勞工，包括正常生產及妊娠 24 週後死產者。
- (三)分娩後一年，在哺乳之女性工作者。

四、適用範圍

- (一)女性勞工從事鉛中毒預防規則所稱之鉛作業者。
- (二)女性勞工於保護期間，從事職業安全衛生法第 30 條及女性勞工母性健康保護實施辦法第 3 條之工作者。
- (三)其他經中央主管機關指定公告者。

五、權責

(一)人事室

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. 傳達妊娠與產後女性工作者對母性保護之相關訊息。
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. 協助工作場所負責人進行女性勞工工作調整、更換及請假事項。

(二)環境安全衛生組

1. 擬定、並規劃本計畫及協助推動與執行。
2. 協助保護計畫工作危害評估，並依風險評估結果，協助工作調整、更換及作業現場改善措施之執行。

(三)工作場所負責人

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. 協助保護計畫之工作危害評估。
3. 配合醫生之評估建議，採取變更工作條件、調整工時、調換工作等現場改善措施作業。

(四)職業健康服務醫師

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. 執行並檢視母性健康保護風險評估，並依評估結果，提出書面告知風險、健康指導、教育訓練及工作調整、更換等健康保護之適性評估與建議。
3. 判定及確認風險等級。

(五)職業健康服務護理人員

1. 負責母性勞工健康保護計畫之推動與執行。
2. 執行母性健康保護風險評估，並依風險評估結果，協助健康保護措施之執行。

(六)女性勞工

1. 提出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、工作調整與現場改善措施。
3. 保護計畫執行期，若作業變更或健康狀況有變化，應告知工作場所負責人與醫護人員，以調整計畫。

六、本計畫作業方法如下

(一) 適用對象主(被)動提出母性健康保護

1. 適用對象於得知懷孕之日起至生產後一年，主(被)動告知工作場所負責人及職業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之勞工健康情形自我評估表」(附表一)，以執行健康保護計畫。
2. 職業健康服務護理人員每月定期向人事室洽詢「請產檢假」之教職員工名單。

(二) 危害風險評估

本校職業健康醫護人員會同環安組，依「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」(附表二)，執行現場危害評估及區分風險等級。

(三) 面談指導

安排職業健康服務醫師與實施母性健康保護措施之女性勞工進行面談，並於面談時提供「妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表」、「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」、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健康服務醫生參考，面談後醫生填寫「妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表」(附表三)，相關面談資料留存備查。

(四) 風險分級及危害控制

1. 風險等級屬第一級管理者，經職業健康服務醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康，並向女性勞工說明危害資訊，經女性勞工書面同意者，可繼續從事原工作。
2. 風險等級屬第二級管理者，應採取危害預防措施；其他同第一級之管理措施。
3. 風險等級屬第三級管理者，工作場所負責人應立即採取工作環境改善及有效控制措施，並於完成改善後重新評估，且由職業健康服務醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。工作場所負責人應依職業健康服務醫師適性評估建議，採取變更工作條件、調整工時、調換工作等方式。

(五) 告知風險評估結果

職業健康服務醫師應將評估結果之風險等級及建議採取之安全健康管理措施，以書面或口頭之方式告知女性勞工、校內職業健康服務護理人員及工作場所負責人，必要時應通知人事室進行相關協助。

(六) 異常轉介

前項面談如發現女性勞工健康狀況異常，需追蹤檢查或適性評估者，職業健康服務醫師應協助女性勞工轉介婦產科專科醫師或職業醫學科專科醫師評估。

(七) 重新評估

女性勞工於保護期間，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工作者，工作場所負責人應重新施予母性健康保護措施。

(八) 記錄保存

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執行情形，均應予記錄，並將相關文件及紀錄保存三年。相關文件或紀錄等勞工個人資料之保存及管理，應保障勞工隱私權。

七、本計畫經職業安全衛生暨環境保護委員會議審議通過，公告後實施，修正時亦同。

1051214職業安全衛生暨環境保護委員會議通過

1071219職業安全衛生暨環境保護委員會議通過

1081218職業安全衛生暨環境保護委員會議通過

文件編號：PU-10380-D-1202-2020121601

管理單位：環境安全衛生組 文件名稱：妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表

版次：01 20201216 修

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 (教職員工本人填寫)

一、基本資料	
姓名：	年齡：
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"/> 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 <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 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 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. 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。	

文件編號：PU-10380-D-1202-2020121602

管理單位：環境安全衛生組 文件名稱：作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

版次：01 20201216 修

附表二、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： <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"/> 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：_____
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：_____
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

提案一 附件

文件編號：PU-10380-D-1202-2020121603

管理單位：環境安全衛生組

文件名稱：妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表

版次：01

20201216 修

附表三、妊娠及分娩後未滿一年勞工之工作適性安排建議表

一、基本資料	
姓名：	年齡：
<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；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 _____ 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：_____）	
醫師（含醫師字號）：	執行日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日