國立空中大學母性健康保護計畫

114年3月11日本校第435次行政會議通過

一、 依據

(一)依勞動部「職業安全衛生法」第30、31條、「職業安全衛生法施行細則」第39條暨「女性勞工母性健康保護實施辦法」之規定辦理。

(二)勞動部職業安全衛生署「工作場所母性健康保護技術指引」。

二、 目的

配合「職業安全衛生法」第30、31條、「職業安全衛生法施行細則」第39條暨「女性勞工母性健康保護實施辦法」有關母性勞工健康保護之規定，校園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。

三、 定義

(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一年之期間。

四、 適用對象

(一) 育齡期之女性勞工。

(二) 妊娠中之女性工作者。

(三) 分娩後之女性工作者，包括正常生產、妊娠24週後死產、分娩後一年內。

五、 職責分工：

(一) 校長：

1. 監督計畫依規定執行。

2. 支持及協調校內各單位共同推動本計畫。

(二) 人事室：

1. 提供適用對象名冊。

2. 依據人事相關法規，協助當事人辦理母性健康保護期間之請假、休假等事宜。

(三) 總務處

1. 依本校情況編撰計畫。

2. 協助進行危害辨識，並依評估結果提出改善方案建議。

(四) 適用本計畫之校內女性工作者：

1. 提出本計畫之需求，並配合計畫之執行及參與。

2. 配合本計畫之工作危害評估。

3. 配合本計畫之工作調整與作業現場改善措施。

六、 計畫執行流程

(一) 危害辨識與評估：

依據人事室提供的名冊，協助適用對象完成「母性健康保護之工作場所環境及作業危害評估表（附表1）」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2）」。

(二) 分級管理：勞工健康服務人員依評估結果區分風險等級，並實施分級管理。

1. 第一級管理：無危害風險

向女性工作者告知危害資訊（書面或口頭告知），經當事人書面同意後，方可繼續從事原工作。

2. 第二級管理：可能有危害風險

建議女性工作者徵詢婦產科或職業專科醫師意見後，並採取危害預防措施，經當事人書面同意後，方可繼續從事原工作。

3. 第三級管理：有危害風險

應依婦產科或職業專科醫師的評估建議(請醫師建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書)，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）健康面談及指導

協助初步評估結果異常者轉介婦產科或職業專科醫師，安排進一步追蹤檢查，提供工作適性安排之建議（參考附表3）。

（四）適性評估

1. 經醫師評估需進行工作調整者(請醫師建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書)，填寫「母性健康保護之面談及工作適性安排建議表（附表4）」，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之調整。
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工作者，應重新辦理評估、面談等事項。

七、 本計畫未盡事宜，適用本校其他規章進行修正或補充。

八、 本計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存三年以上。

九、 本計畫經行政會議通過後公告實施，修正時亦同。

附表1

母性健康保護之工作場所環境及作業危害評估表

一、基本資料			
姓　　名		年　　齡	
單　　位		聯絡電話	（分機）　　（手機）
職　　稱		電子信箱	
現　　況	1.□懷孕，預產期____年____月____日，目前週數：____週 2.□產後，生產日____年____月____日，目前產後：____週； 哺乳：□有　□無 3.□其他：_____		

二、工作場所環境及作業危害評估			
危害類型 （下述存在常態工作活動中者，請勾選「有」，反之勾選「無」）	評估結果		
	第一級	第二級	第三級
	無	可能有影響	有
(一)物理性危害			
1.工作性質須經常上下階梯或梯架			
2.工作性質須搬抬物件上下階梯或梯架			
3.工作場所可能有遭遇物品掉落或移動性物品造成衝擊衝撞			
4.暴露於有害輻射散布場所之工作			
5.暴露於噪音作業環境(TWA≧85dB)			
6.暴露於會引發不適之環境溫度（熱或冷）			
7.暴露於高溫作業之環境			
8.暴露於極大溫差地區之作業環境			
9.暴露於全身振動或局部振動之作業			
10.暴露於異常氣壓之工作			
11.作業場所為地下坑道或空間狹小			
12.工作場所之地板、通道、樓梯或台階有安全防護措施			
13.其他：			
(二)化學性危害			
1.暴露具有生殖毒性物質之作業環境： _____（參見附錄一，請敘明物質）			
2.暴露具有生殖細胞致突變性物質之作業環境： _____（參見附錄一，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致危害嬰兒健康之作業環境：（請敘明物質）			
6.其他：＿＿＿＿＿＿＿＿（請敘明）			
(三)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 型肝炎或水痘、C 型肝炎或人類免疫缺乏病毒或肺結核等，＿＿＿＿（請敘明）			
4.其他：＿＿＿＿＿＿＿＿（請敘明）			
(四)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.工作須經常提舉或移動（推拉）大型重物或物件			
3.搬抬物件之作業姿勢具困難度或經常反覆不正常或不自然的姿勢			
4.工作姿勢經常為重覆性之動作			
5.工作姿勢會受空間不足而影響（活動或伸展空間狹小）			
6.工作台之設計不符合人體力學，易造成肌肉骨骼不適症狀			
7.其他：＿＿＿＿＿＿＿＿（請敘明）			
(五)工作壓力			
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.工作性質較無法彈性調整工作時間或安排休假			
5.工作性質易受暴力攻擊			
6.工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張			
7.其他：＿＿＿＿＿＿＿＿（請敘明）			
(六)其他			
1.工作中須長時間站立			
2.工作中須長時間靜坐			
3.工作需頻繁變換不同姿勢，如經常由低位變換至高位之姿勢			
4.工作中須穿戴個人防護具或防護衣或制服			
5.工作性質須經常駕駛車輛或騎乘摩拖車外出			
6.作業場所對於如廁、進食、飲水或休憩之地點便利性不足			
7.工作場所未設置哺乳室或友善度不足			
8.其他：＿＿＿＿＿＿＿＿（請敘明）			
三、風險等級			
□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) □第一級管理　□第二級管理　□第三級管理			

四、改善及管理措施
1.工程控制 □製程改善，請敘明： □設置通風換氣設備，請敘明： □其他，請敘明： □暫無改善建議 2.行政管理 □工時調整，請敘明： □職務或工作調整，請敘明： □其他，請敘明： □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）
□職業安全衛生人員，簽名_____ □勞工健康服務醫師，簽名_____ □勞工健康服務護理人員，簽名_____ □人力資源管理人員，簽名_____ □其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____ 執行日期：___年___月___日

評估對象（孕、產婦本人）：_____(簽章)

單位主管：_____(簽章)

評估日期：_____年_____月_____日

附表2

妊娠及分娩後未滿1年之員工健康情形自我評估表

※本表由員工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。

一、基本資料			
姓　　名		出生日期	___年___月___日
年　　齡		工作時間	___：___～___：
單　　位		工作班別	□日班、□夜班、□輪班、□其他：___
職　　稱		工作內容	
1.□妊娠週數_____週；預產期_____年_____月_____日 2.□分娩後（分娩日期_____年_____月_____日）；□哺乳 □未哺乳 3.本次妊娠有無多胎情形：□無、□有（多胞胎）			
二、過去疾病史			
1.□無　2.□氣喘　3.□高血壓　4.□糖尿病　5.□心血管疾病 6.□蠶豆症　7.□腎臟或泌尿系統疾病　8.□其他			
三、家族病史			
1.□無　2.□氣喘　3.□高血壓　4.□糖尿病　5.□心血管疾病 6.□蠶豆症　7.□腎臟或泌尿系統疾病　8.□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）： □B型肝炎、□水痘、□MMR（痲疹-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：□否 □是： 4.過去懷孕病史： □無 □先天性子宮異常 □子宮肌瘤 □子宮頸手術病史 □曾有第2孕期(14週)以上之流產 □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			
□無下列各種風險情形 1.□沒有規律產檢　2.□抽菸　3.□喝酒　4.□藥物，請敘明： 5.□年齡（未滿18歲或大於40歲） 6.□生活環境存在風險因素（例如熱、空氣汙染） 7.□孕前體重未滿45公斤、身高未150公分 8.個人心理狀況：□焦慮症、□憂鬱症、□其他			

9.睡眠：□正常、□失眠、□需使用藥物、□其他
六、自覺徵狀
1.□無　2.□出血　3.□腹痛　4.□痙攣　5.□其他症狀：
七、其他檢查
1.□無　2.□有，請敘明：

評估對象（孕、產婦本人）：_____(簽章)

評估日期：_____年_____月_____日

附表3

母性健康保護之勞工健康及工作適性評估建議表

一、基本資料			
姓　　名		出生日期	____年____月____日
年　　齡		血　　壓	_____/_____mmHg
單　　位		身　　高	_____公分
職　　稱		體　　重	_____公斤
身體質量指數（BMI）		_____kg/m^2	

1.□妊娠週數_____週；預產期_____年_____月_____日

2.□分娩後（分娩日期_____年_____月_____日）；□哺乳 □未哺乳

3.本次妊娠有無多胎情形：□無、□有（多胞胎）

二、本次懷孕問題

1.孕吐：□無、□明顯、□劇吐

2.貧血：□無、□血紅素<9g/dL、□血紅素<12g/dL

3.妊娠水腫：□無、□1+、□2+、□3+、□4+

4.妊娠蛋白尿：□無、□24小時的尿蛋白質超過 300mg

5.高血壓：□無、□ >140/90mmHg、□妊娠後期之血壓比早期收縮壓高30mmHg、□妊娠後期之血壓比早期舒張壓升高15mmHg

6.妊娠毒血症：□無、□有

7.其他問題：□迫切性流產（妊娠22週未滿）、□切迫性早（妊娠22週以後）、□多胞胎妊娠、
□羊水過少、□羊水過多、□早期子宮頸變薄(短)、□泌尿道感染、
□妊娠糖尿病、□前置胎盤、□胎盤早期剝離、□陰道出血(14週以後)、
□子宮收縮頻率過高（1小時超過4次以上）、□超音波檢查胎兒結構異常、
□胎兒生長遲滯（＞37週且體重≦2500g）、□家族遺傳疾病或其他先天性異常

8.其他症狀：□靜脈曲張、□痔瘡、□下背痛、□膀胱炎、□其他

三、分娩後子宮復舊與哺乳情形

1.□子宮復舊良好、□子宮復舊不全，請敘明：

2.□哺乳情形，請敘明：

四、其他檢查異常

1.□無　2.□有，請敘明：

五、健康評估結果

1.□所從事之工作或以上健康問題，無害母體、胎兒或嬰兒健康。

2.□所從事之工作或以上健康問題，可能影響母體、胎兒或嬰兒健康。

3.□所從事之工作或以上健康問題，會危害母體、胎兒或嬰兒健康。

六、所採取措施或建議

1.□定期追蹤檢查 2.□提供孕期或產後健康指導 3.□工作適性安排建議：□縮減工時或業務量、□變更工作場所或職務、□停止工作（休養）、 □其他
備註： 1.如無法開立此評估表，請將建議註記於孕婦健康手冊或另開立診斷書，提供雇主參考。 2.如對工作適性評估或建議有疑慮，可再請職業醫學科醫師現場訪視，提供綜合適性評估建議。

醫療院所：

評估醫師(含醫師字號)：_____(簽章)

評估日期：_____年_____月_____日

附表4

母性健康保護之面談及工作適性安排建議表

一、基本資料
姓名：　　年齡：
□妊娠週數＿＿＿＿＿週；預產期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 □分娩後（分娩日期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日） □哺乳□未哺乳 □身高：＿＿＿公分；　體重：＿＿＿公斤；　BMI：＿＿＿；血壓：＿＿＿＿mmHg □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 □無，大致正常 □有，請敘明診斷或不適症狀 2.管理分級 □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） □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） □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 □可繼續從事目前工作 □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 ：　　）
醫師（含醫師字號）:　　執行日期：　年　月　日