

私立育民高級工業家事職業學校工作場所母性健康保護計畫

109年7月7日主管會報審議通過

一、政策：

本校為維護校內女性工作者（含：教職、員工、與受領學校工資之學生與自營作業工作者及在學校適用職業安全衛生法工作場所從事作業之承攬商勞工與自營作業者等），遇其工作環境或作業活動存有職業安全衛生法規所稱對母性健康危害之虞時，學校應採取母性健康保護措施；依據職業安全衛生法規規定學校對於有母性健康危害之虞之工作，應採取特別風險評估後對於母性健康保護措施採取預防或消除危害、調整工作條件或調換工作，遇必要之可能危害（應經醫師確認健康無虞後，告知當事人相關資訊），並應妥適尊重當事人之工作意願，以符合就業平等與母性保護之相關規定。本校為積極保護校內女性工作者，特訂定本計畫，並經主管會報及校長核准，公告全體教、職、員、工、生週知並共同推動。

二、目標

本計畫的目的在於促進校內女性工作者及利害相關者的健康福祉。對於母性保護之對象，針對可能造成母性健康危害之工作環境（含設備、措施、物品與作業）採取特別風險評估、消除危害、調整其工作條件或調換工作，以保護其生育機能及母體與胎（嬰）兒之健康。

校內女性工作者因從事實驗場所或營建工程或危害物品相關處理作業時，除遵守女性工作者不得從事職業安全衛生法規規定具風險性之作業外，應具備相關知識及必要訓練，以預防校內女性工作者身心受母性健康危害之虞之危害。

三、職責分工

（一）健康中心護理人員

1. 依個案至健康中心提出身心理需求，給予衛教或轉介醫療院所。

2. 提供合宜哺集乳室。

(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) 各處室行政單位主管

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. 依保護計畫協助風險評估。
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。

(三) 職業安全衛生管理人員

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. 依風險評估結果，協助計畫工作調整、更換，以及作業現場改善措施之執行。

(四) 工作場所女性勞工

1. 主動告知工作場所負責人懷孕或生產事實，並提供醫生簽署之「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」(如附表二)。
2. 母性勞工健康保護計畫之需求並配合計畫之執行及參與。
3. 保護計畫之工作危害評估。
4. 計畫之工作調整與作業現場改善措施。
5. 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：

- (一) 母性勞工健康保護計畫之需求評估。
- (二) 保護計畫之工作危害評估與個別危害評估。
- (三) 保護計畫之危害控制、工作調整、改善計畫與分級管理。
- (四) 保護計畫之健康指導、教育訓練與健康保護措施。
- (五) 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及管理步驟說明如下：

- 1、 需求評估：各科及各處室單位主管協助保護計畫之工作危害評估。
- 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「母性勞工健康工作服務指引」之「女性勞工母性健康風險評估表」，建立校內之母性健康風險評估檢核表(如附表一)，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。

- 3、 危害控制：依女性勞工母性健康風險評估表之評估結果，當評估有已知的危險因子存在時，應參考「母性勞工健康工作服務指引」之「母性職場健康風險危害因子、健康影響及控制策略」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：
 - 行動 1：暫時調整工作條件(例如調整業務量)和工作時間。
 - 行動 2：提供適合且薪資福利等條件相同之替代性工作。
 - 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。在進行工作調整時，需與醫護人員、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，並由醫護人員執行健康指導、教育訓練與健康保護措施(如附表二)。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、母性勞工健康保護計畫之執行情形與績效，應於職業安全委員會定期檢討(參考使用附表三)。

六、本辦法經本校主管會報審議後，報請校長核准後實施。

附表一

私立育民高級工業家事職業學校女性員工母性健康風險評估檢核表

填表日期：_____年_____月_____日

部門：_____

職稱：教師 職員 學生 其他_____

| | | | |
|--|--|--------|-------|
| 目前狀況 | <input type="checkbox"/> 未預計懷孕(勾選此項只需填寫二、三、四項) | 評估日期 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 預計懷孕 <input type="checkbox"/> 懷孕中 週，(預產/生產日：)本次妊娠有無多胞胎： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 分娩後(分娩日期____年____月____日) <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳 | 建議複評日期 | 年 月 日 |
| 填寫以下問卷 | | | |
| 一、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_____ | | | |
| 二、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_____ | | | |
| 三、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"/> 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_____ | | | |
| 四、妊娠及分娩後風險因子評估 | | | |
| <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_____ | | | |

| 【通用性危害】可能對孕婦產生危害情形 | 是：√ 否：X | | 改善情形 | |
|---|---------|---|------|--|
| | 是 | 否 | | |
| 工作中是否需要長時間站立且很難有休憩時間? | | | | |
| 工作中是否需要長時間靜坐且很難有休憩時間? | | | | |
| 工作中是否可能需要經常由低位變換至高位之姿勢而引發頭暈或暈厥? | | | | |
| 工作中區域是否有足夠空間已讓員工在懷孕晚期仍然能夠自由活動或充分伸展? | | | | |
| 工作中是否需要獨自作業? | | | | |
| 如果需要穿戴個人防護具或防護衣,是否能充分提供所需之個人防護具或個人防護衣且備有合適規格? | | | | |
| 如果需要穿著制服,事業單位是否能充分提供產婦各種合適規格的制服? | | | | |
| 妊娠員工需要使用的防護具、穿著之防護衣或制服的材質是否舒適? | | | | |
| 工作中是否需要經常駕駛車輛外出? | | | | |
| 工作中是否需要經常騎乘摩托車? | | | | |
| 工作中是否需要經常駕駛車輛至野地或郊外區? | | | | |
| 工作中是否需要經常至國外或遠地出差? | | | | |
| 出差時搭乘的交通工具是否安全且舒適? | | | | |
| 工作場所中所有的通道、樓梯或台階均是安全且通暢無阻嗎? | | | | |
| 【物理性危害】可能對孕婦產生危害情形 | | | | |
| 在工作中是否需要經常上下階梯或梯架? | | | | |
| 在工作中是否需要搬抬物件上下階梯或梯架? | | | | |
| 在工作場所是否可能遭遇物品掉落的危險? | | | | |
| 是否有會讓身體不舒服的噪音? | | | | |
| 工作場所是否提供充分的冷熱飲及休憩時間? | | | | |
| 工作地區地面是否不平坦、濕滑或有未固定之物件(如電線)而可能造成人員滑倒或絆倒? | | | | |
| 工作中是否有移動性物品而造成衝擊衝撞? | | | | |
| 其他 | | | | |
| 【人因危害】可能對孕婦產生危害情形 | | | | |
| 工作中是否需要有人工重物處理作業? | | | | |
| 工作中是否需要提舉或移動大型物件? | | | | |
| 工作中是否需要提舉或移動較重物件? | | | | |
| 工作中需要搬抬物件時,是否採用具困難度或不正常的姿勢? | | | | |
| 工作中是否需要不正常的抬舉動作(例如扭轉、彎腰或伸展)? | | | | |
| 工作中是否有重複性動作? | | | | |
| 【工作壓力】可能對孕婦產生危害情形 | | | | |
| 工作狀況是否使您感到有壓力? | | | | |
| 是否需要加班? | | | | |
| 工作狀況是否使您精神或體力感到有負擔及產生疲勞? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 是否須從事輪班工作? | | | | |
| 是否會在非常早的清晨開始或結束作業呢? | | | | |
| 在工作中是否感受到欺凌或壓迫呢? | | | | |
| 是否從事較易受到暴力攻擊之工作(如保全保安、公眾服務、獨自從事收銀作業等)? | | | | |
| 當員工受到他人(如顧客或犯人)之暴力攻擊時，是否很容易能獲得協助、支援或醫療照護? | | | | |
| 【福祉】 可能對孕婦產生危害的情形 | | | | |
| 工作時間中是否有固定的休憩時間? | | | | |
| 工作場所是否有適當的空間能提供孕婦休息? | | | | |
| 是否能便利舒適的使用廁所盥洗室? | | | | |
| 是否需要增加如廁、進食、飲水或休憩之頻率或時間? | | | | |

附表二

妊娠及分娩後勞工之健康危害評估及工作適性安排建議表

| 一、基本資料 | | | |
|--|--|----|--|
| 勞工姓名 | | 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；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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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工，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。 | |

附表三

職場母性健康管理單

| | | | |
|--------------------------|---|---|---------|
| 姓名 | | 第幾胎 | 第_____胎 |
| 年齡 | | 評估日期 | |
| 單位/部門名稱 | | 部門分機 | |
| 職務 | | 部門主管 | |
| 懷孕/產後週數 | <input type="checkbox"/> 懷孕__週,預產期__年__月__日 | <input type="checkbox"/> 產後__週,生產日__年__月__日 | |
| 職場母性健康風險評估表對應項目 | 屬於風險項目現況說明(該議題均無風險請填寫"無") | 後續管理與工作適性處置說明 | |
| 1.個人基本調查 | | | |
| 2.通用性危害 | | | |
| 3.物理性危害 | | | |
| 4.化學性危害 | | | |
| 5.生物性危害 | | | |
| 6.人因工程性危害 | | | |
| 7.工作壓力 | | | |
| 8.其他母性保護措施 | | | |
| 9.主管針對該孕婦工作適性分析及後續辦理整體說明 | | | |
| 10.職業安全衛生管理人員簽名：_____ | | | |