

台鋼學校財團法人台鋼科技大學職場母性健康保護計畫

114年1月15日環境安全衛生委員會通過

一、依據：

台鋼學校財團法人台鋼科技大學(以下簡稱本校)依據「職業安全衛生法」、「職業安全衛生法施行細則」及「女性勞工母性健康保護實施辦法」之規定，特訂定「台鋼學校財團法人台鋼科技大學母性健康保護管理計畫」(以下簡稱本計畫)。

二、目的

對於從事有母性健康危害之虞，應採取危害評估與控制，並依臨場服務醫師適性評估建議採取工作調整或更換等健康保護措施，確保懷孕、產後、哺乳女性工作者之身心健康，以達到母性健康保護之目的。

三、適用對象：

- (一)預期懷孕、已懷孕之女性工作者。
- (二)產後女性工作者，包括正常生產、懷孕24週後死產、產後一年內。
- (三)產後滿一年後，仍在哺乳之女性工作者。

四、職責分工：

(一)母性員工

- 1.提出母性健康保護預防計畫之需求，並配合計畫之執行及參與。
- 2.配合保護預防計畫之工作危害評估。
- 3.配合本計畫之工作危害評估、工作調整及現場改善措施。

(二)單位主管

- 1.參與並協助母性健康保護預防計畫之規劃、推動與執行。
- 2.協助提保護計畫之工作危害評估。
- 3.配合保護計畫之工作時間調整、更換，以及工作場所改善措施。

(三)環境安全衛生組

- 1.擬訂並規劃本計畫之各項措施及推動與執行。
- 2.協助保護計畫之危害評估。
- 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)勞工健康服務醫護人員

- 1.負責母性員工健康保護計畫之規劃、推動及執行。
- 2.依保護計畫協助工作危害評估、判定及確認風險等。
- 3.有健康疑慮時，與女性工作者進行健康保護面談及相關醫療健康指導。
- 4.依保護預防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。
- 5.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。

(五)人事室

- 1.提供校內懷孕或產假別人員之名冊於環境安全衛生組。
- 2.依據人事相關法規，辦理母性保護期間請假、休假事宜。

五、計畫內容計畫執行流程

(一)執行母性健康保護計畫流程(圖 1)如下：

(二)需求評估---人事室協助提供女性教職員工產前假、產假人員及育嬰假名冊於環境安全衛生組即啟動此計畫。

(三)風險評估---環境安全衛生組依據名單協助適用之對象，完成「妊娠及分娩後滿一年之勞工健康情形自我評估表(表一)」及「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表(表二)」，建立本校之母性健康風險評估檢核表，針對所有健康保護計畫之女性員工，進行工作危害評估語個別危害評估之風險評估。

(四)危害控制

- 1.依女性員工母性健康風險評估表之評估結果，當有已知的危險因子存在時，需進行危害控制，以及作業現場改善措施；單位主管協助將女性工作者之工作時間、內容調整或更換，以減少或移除危險因子。
- 2.臨場健康服務醫師依據女性工作者健康風險評估之結果及參考「母性健康保護危害風險分級參考表(表三)」與女性工作者進行面談訪視，填具「妊娠及分娩後未滿1年勞工之工作適性安排建議表(表四)」。

(五)風險溝通

- 1.完成風險評估後，無論是否有危害，應告知本人及單位主管 評估結果及管理計畫，並由醫護人員執行諮詢衛教、健康指導及健康保護措施；若計畫執行中員工有健康狀況變化，應主動告知臨場健康服務醫護人員，以利修正或更

改執行內容。

2.依孕產婦健康問題報告仍有需要工作調整時，依序採取工作調整計劃。

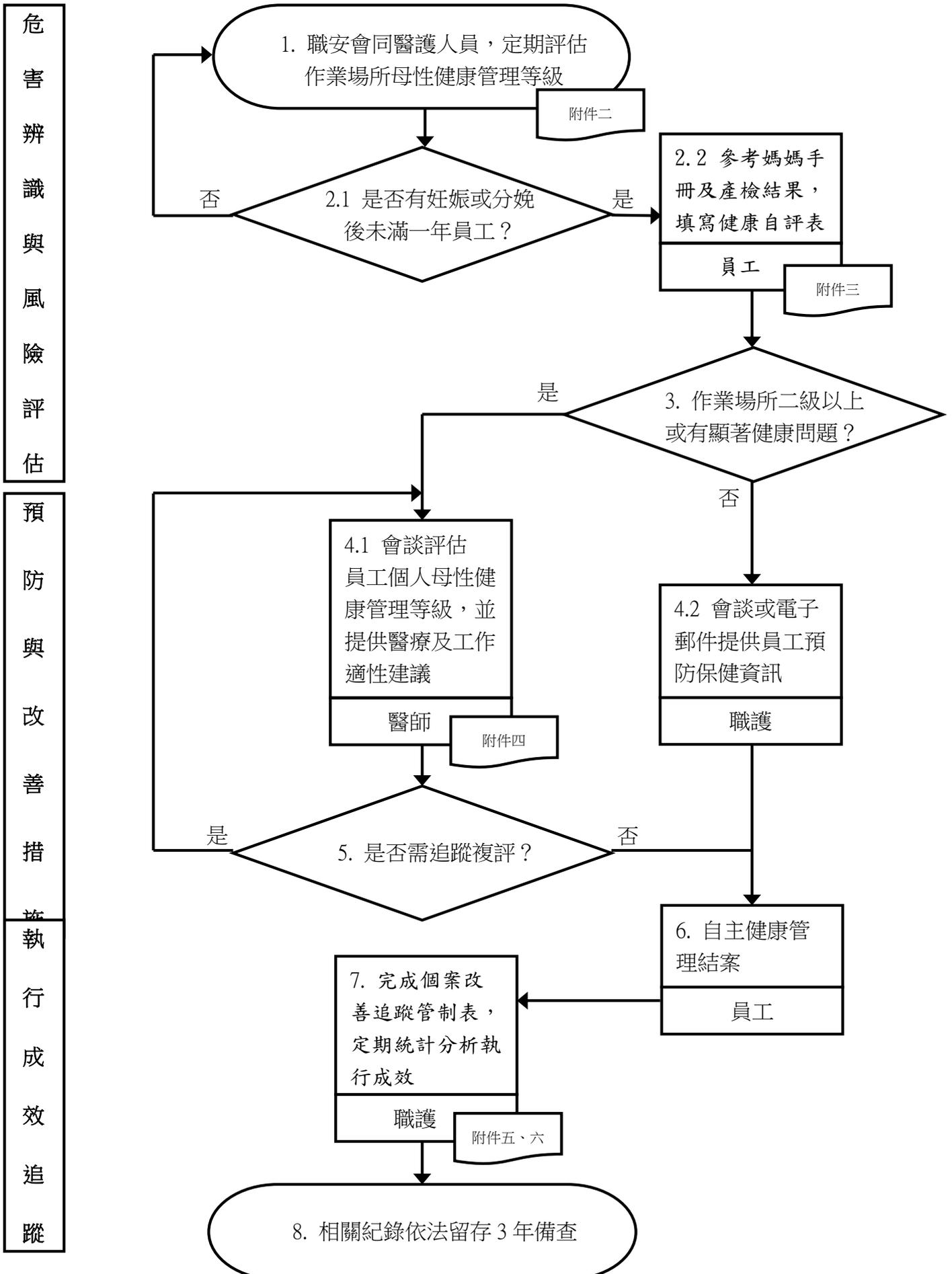
(六)適性評估---經醫師評估需進行工作調整者，由臨場服務醫護人員面談後，告知工作調整之建議並聽取工作對象及單位主管意見，依勞動基準法之規定來進行工作之調整。

六、成效追蹤

由勞工健康服務護理人員每年底填報「母性健康保護執行紀錄表（表五）」，本計畫執行紀錄或文件等，應歸檔留存三年以上，並保障個人隱私權。

七、本計畫經環境安全衛生委員會審議通過並陳請校長核定後公布實施，修訂時亦同。

母性健康保護計畫流程圖(圖1)



表一

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			
姓名：		年齡：	
部門單位：		職務：	
<input type="checkbox"/> 目前妊娠中：週數_____週；預產期_____年_____月_____日 本次妊娠是否為多胞胎： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期_____年_____月_____日）； <input type="checkbox"/> 哺乳中 <input type="checkbox"/> 未哺乳			
二、過去疾病史			
<input type="checkbox"/> 以下皆無 <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"/> 以下皆無 <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. 您是否曾接受注射以下疫苗或已產生抗體： <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） <input type="checkbox"/> 不確定			
2. 生產史：懷孕次數_____次，生產次數_____次，流產次數_____次 生產方式：自然產_____次，剖腹產_____次，是否有併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
3. 過去懷孕病史： <input type="checkbox"/> 以下皆無 <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週生產） <input type="checkbox"/> 其他：_____			
五、妊娠及分娩後風險因子評估			
1. 是否有下列各種健康風險因子？ <input type="checkbox"/> 以下皆無 <input type="checkbox"/> 未規律產檢 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 年齡（未滿18歲或大於40歲） <input type="checkbox"/> 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分 <input type="checkbox"/> 生活環境危害（例如嚴重空氣汙染、極端氣溫等）			
2. 個人心理狀況： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
3. 睡眠情形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
六、自覺症狀			
<input type="checkbox"/> 以下皆無 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
填寫員工簽名		填寫日期	

表二 作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表

一、基本資料				
姓名		年齡		電話
<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_____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_____）				
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：	；職護人員：
工作者：	；單位主管：；評估日期： 年 月 日

備註：

一、工作可能暴露之危害因素，請本校先行填寫，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工作者，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。

表三

母性工作者危害評估及分級管理措施

(評估流程:母性工作者通報與完成第一、二項(護理人員訪視並協助)→職安人員第三項目→傳簽)

一、基本資料(母性工作者填寫):

姓名:		年齡:		電話:	
單位名稱:		教學(上班地點):		單位主管:	

二、教學(上班)地點危害狀態及控制措施:(工作者本人填寫)

危害因子(hazards)		危害名稱	現有控制措施
類別	危害名稱或狀態		
通用性危害	工作負荷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜班工作 <input type="checkbox"/> 經常性加班 <input type="checkbox"/> 超時加班 <input type="checkbox"/> 其他	
	離群作業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 獨自作業 <input type="checkbox"/> 發生意外或急症時可能無法呼救其他同事	
	休憩型態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 固定休憩時間,以致工作者無法隨意如廁或進食飲水	
	防護具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 需要(<input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 實驗服(鞋) <input type="checkbox"/> 其他_____)	
	作業空間	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 密閉空間 <input type="checkbox"/> 局限空間 <input type="checkbox"/> 作業活動空間不足	
	交通問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 工作中需要經常外出 <input type="checkbox"/> 工作中需要經常外出-搭車	
物理性危害	作業環境	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高處作業 <input type="checkbox"/> 高溫環境 <input type="checkbox"/> 高壓作業 <input type="checkbox"/> 低溫作業 <input type="checkbox"/> 噪音作業 <input type="checkbox"/> 游離輻射作業 <input type="checkbox"/> 電磁輻射區域	
	作業動作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 長時間固定不動 <input type="checkbox"/> 重複性高頻率作業 <input type="checkbox"/> 人工提舉、放、推拉、搬運或移動重物 <input type="checkbox"/> 衝擊(突發性身體衝撞) <input type="checkbox"/> 震動(低頻振動上下) <input type="checkbox"/> 搖晃(左右)	
	環境設施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不平地面或延長線致容易絆倒 <input type="checkbox"/> 地面濕滑容易滑倒	
化學性危害	作業危害因子	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鉛 <input type="checkbox"/> 汞 <input type="checkbox"/> 致癌性化學物質 <input type="checkbox"/> 接觸致癌性化學物質 <input type="checkbox"/> CNS15030生殖細胞致突變性第1級 <input type="checkbox"/> CNS15030生殖毒性第1級	

		<input type="checkbox"/> 其他對哺乳功能不良影響：	
	危害途徑	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 皮膚接觸 <input type="checkbox"/> 眼睛噴濺	
	缺氧危害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一氧化碳 <input type="checkbox"/> 窒息性氣體	
生物性危害	生物性危害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> B型肝炎及C型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 傷寒 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 巨細胞病毒	

三、確認作業區危害與風險等級：(職安人員填寫)

作業區危害與風險等級	
母性危害辨識	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有害性工作：_____ <input type="checkbox"/> 生殖毒性危害：_____ <input type="checkbox"/> 重體力工作：_____ _____
環測值	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 環測項目1.：_____ <input type="checkbox"/> 環測值：_____ <input type="checkbox"/> 容許濃度：_____ ；是否符合環測值： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 環測項目2.：_____ <input type="checkbox"/> 環測值：_____ <input type="checkbox"/> 容許濃度：_____ ；是否符合環測值： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 環測項目3.：_____ <input type="checkbox"/> 環測值：_____ <input type="checkbox"/> 容許濃度：_____ ；是否符合環測值： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 環測項目4.：_____ <input type="checkbox"/> 環測值：_____ <input type="checkbox"/> 容許濃度：_____ ；是否符合環測值： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 環測項目5.：_____ <input type="checkbox"/> 環測值：_____ <input type="checkbox"/> 容許濃度：_____ ；是否符合環測值： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
風險等級	<input type="checkbox"/> 第一級管理(空氣中暴露濃度低於容許暴露標準1/10) (評估結果無危害母體及嬰兒健康) <input type="checkbox"/> 第二級管理(空氣中暴露濃度低於容許暴露標準1/10以上1/2以下) (評估結果疑似危害母體及嬰兒健康) <input type="checkbox"/> 第三級管理(空氣中暴露濃度低於容許暴露標準 1/2 以上) (評估結果確定危害母體及嬰兒健康)
建議管理措施	<input type="checkbox"/> 可繼續原單位原作業 <input type="checkbox"/> 原單位，但需工作調整 <input type="checkbox"/> 縮短工作時間 <input type="checkbox"/> 調離原單位 <input type="checkbox"/> 建議治療並休息

業管單位:總務處環境安全衛生組

後續追蹤結果(描述)

填寫人員：

環境安全衛生組組長：

總務長：

表四 妊娠及分娩後未滿1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"/> 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	

表五

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 (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/職場暴力 _____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. 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		