

母性員工健康保護計畫

制定部門：環保暨安全衛生室  
中華民國 107 年 4 月 25 日訂定

本著作非經著作權人同意，不得轉載、翻印、或轉售。

訂定(修正)紀錄

107 年 4 月 25 日職業安全衛生委員會制定

# 長庚大學母性員工健康保護計畫

107 年 4 月 25 日職業安全衛生委員會通過訂定

## 一、目的

長庚大學(以下簡稱本校)為確保懷孕、產後、哺乳女性員工之身心健康，規劃及採取必要之安全衛生措施，依據職業安全衛生法第 31 條之母性員工健康保護政策，訂定母性員工健康保護計畫，以保護母性員工健康。

## 二、範圍

當本校出現以下情形之女性員工，應啟動母性員工健康保護計畫：

- (一)預期懷孕、已懷孕之女性員工
- (二)產後女性員工，包括正常生產、妊娠 24 週後死產、產後 1 年內
- (三)哺乳之女性員工

## 三、職責分工

各單位職責分工如下：

### (一)從事員工健康服務護理人員

- 1. 負責母性員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. 依風險評估結果，協助健康保護措施之執行。
- 4. 依保護計畫時程檢視並報告計畫執行現況，確認計畫執行績效。

### (二)計畫負責臨場服務醫師

- 1. 參與並協助母性員工健康保護計畫之規劃、推動與執行。
- 2. 依保護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。
- 3. 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。
- 4. 協助檢視計畫執行現況，協助確認計畫執行績效。

### (三)工作場所負責人(含實驗室主持人)

- 1. 參與並協助母性員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. 配合保護計畫女性員工之工作時間管理與調整。

### (四)職業安全衛生人員

- 1. 協助保護計畫之工作危害評估。
- 2. 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。

#### (五)受評估女性員工

1. 提出母性員工健康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。
3. 配合計畫之工作調整與作業現場改善措施。
4. 保護計畫執行中之作業變更或健康狀況變化，應告知臨場服務醫護人員，以調整保護計畫之執行。

### 四、執行流程

母性員工健康保護計畫執行流程，依序如下：

- (一)母性員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，含工作調整、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、內容

母性職場健康風險計畫流程及管理步驟說明如下：

- (一)需求評估：保護對象或單位部門主管提出母性員工健康保護計畫之需求，包括已懷孕、即將懷孕或預期懷孕之女性員工、產後女性員工，包括正常生產、妊娠 24 週後死產、產後 1 年內，以及哺乳之女性員工，或保護計畫執行中作業變更或健康狀況變化。
- (二)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「母性員工健康工作服務指引」之「女性員工母性健康風險評估表」，建立本校之母性健康風險評估檢核表，針對所有適用母性員工健康保護計畫之女性員工，進行工作危害評估與個別危害評估之風險評估。
- (三)危害控制：依女性員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「母性員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。
- (四)工作調整：經危害控制後，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：
  1. 暫時調整工作條件(例如調整業務量)和工作時間。
  2. 提供適合且薪資福利等條件相同之替代性工作。
  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。

4. 在進行工作調整時，需與臨場健康服務醫護人員、員工、單位主管等面談諮商，並將溝通過程及決議建立正式的文件，並正式告知員工。
5. 風險溝通：當完成保護計畫之風險評估後，應正式告知員工及其單位主管，關於風險評估結果及管理計畫，並由臨場服務醫護人員執行健康指導、教育訓練與健康保護措施。預期懷孕、已懷孕、產後一年內或哺乳之女性員工，或保護計畫執行中作業變更或健康狀況變化，應儘早告知臨場服務醫護人員，以利保護計畫之啟動與執行。
6. 績效評估與探討：母性員工健康保護計畫之績效評估，在於本校內所有母性員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。母性員工健康保護計畫之執行情形與績效，應於職業安全衛生委員會定期檢討。

## 六、 其他

本計畫應於職業安全衛生委員會逐年檢討修正並公告實施。

附表一：母性健康保護工作場所環境及作業危害評估表（孕產婦填寫）

姓 名		年 齡		填寫日期	/ /
單位名稱		懷 孕	預產期：	/ /	（目前週數： 週）
職 稱		產 後	生產日：	/ /	（目前產後： 週）
分 機		E-mail			

\*若此狀態存在於常態工作中，請勾選，並將本表交給工作場所負責人以完成評估。

\*以下列舉內容並不代表不得從事該項工作，尚需經醫師評估。

危害類型	初次評估		二次評估	
	是	否	是	否
<b>一、物理性危害</b>				
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( $TWA \geq 85dB$ )				
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. 工作場所為地下坑道或空間狹小				
12. 工作場所之地板、通道、樓梯或台階沒有安全防護措施				
<b>二、化學性危害(請見 SDS 之化學品危害分類)</b>				
1. 暴露於依國家標準 CNS 15030 分類屬 <b>生殖毒性物質</b> 第一級之作業環境，請敘明物質：				
2. 暴露於依國家標準 CNS 15030 分類屬 <b>生殖細胞致突變性物質</b> 第一級之作業環境，請敘明物質：				
3. 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，請敘明物質：				
4. 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：				
5. 暴露於鉛及其化合物散布場所之作業環境				
6. 暴露於砷及其化合物散布場所之作業環境				
7. 暴露於汞及其無機化合物散布場所之作業環境				

三、生物性危害				
1. 暴露於感染弓形蟲之作業環境 若有， <input type="checkbox"/> 已具免疫力 <input type="checkbox"/> 無免疫力				
2. 暴露於感染德國麻疹之作業環境，若有， <input type="checkbox"/> 已具免疫力 <input type="checkbox"/> 無免疫力				
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				
四、人因性危害				
1. 工作性質為 連續 6kg 或 斷續 10kg 以上之重物處理作業 <input type="checkbox"/> 連續___kg，平均___小時/日 <input type="checkbox"/> 斷續___kg，平均___小時/日				
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				
五、工作壓力				
1. 工作性質須輪班或夜間(22:00~06:00)工作				
2. 工作性質須經常加班或出差 若有，近 3 個月平均_____小時/月				
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				
六、其他				
1. 工作中須長時間站立 若有，每天平均_____小時				
2. 工作中須長時間靜坐 若有，每天平均_____小時				
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. 工作場所對於如廁、進食、飲水或休憩之地點便利性不足				
7. 其他：				

受評估者簽名：

工作場所負責人簽名：

職業安全衛生人員簽名：

表號:0F0050101

附表二：母性健康保護危害評估及工作適性安排建議表(孕產婦及醫師完成填寫)

一、基本資料				
姓名		年齡		分機
單位		職稱		手機
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；身體質量指數（BMI）：_____kg/m <sup>2</sup> ； 血壓：____/____ mmHg 工作內容：_____				
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"/> 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				
2. 本次懷孕問題： <input type="checkbox"/> 無 <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，請敘明_____				
3. 個人因素： <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"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 需使用藥物 <input type="checkbox"/> 其他_____ 過去病史： <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____				
4. 分娩後子宮復舊與哺乳情形(產後收案者填寫)： <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_____				

表號:0F0050102



四、評估結果與建議（由醫師評估）	
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，可從事目前工作 <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，需轉介醫療機構。 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 評估醫師（含醫師字號）：_____
<p>本人經衛教指導後已了解上述評估結果，並於妊娠及產後一年內發生作業變更，或健康狀況變化時，主動聯繫環安室「再次接受」母性保護評估</p> <p>受評估者簽名：_____ 日期：____年____月____日</p> <p>備註：</p> <p>一、工作可能暴露之危害因素，請雇主與教職員工先行填寫，再交予評估醫師。</p> <p>二、管理分級之說明：</p> <p>（一）符合下列條件之一者，屬第一級管理：</p> <p>    1、工作場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一。</p> <p>    2、經醫師評估<b>無害</b>母體、胎兒或嬰兒健康。</p> <p>（二）符合下列條件之一者，屬第二級管理：</p> <p>    1、工作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。</p> <p>    2、經醫師評估<b>可能影響</b>母體、胎兒或嬰兒之健康。</p> <p>（三）符合下列條件之一者，屬第三級管理：</p> <p>    1、工作場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上。</p> <p>    2、經醫師評估<b>有危害</b>母體、胎兒或嬰兒健康。</p>	

表號:0F0050102

附表三：第二級管理以上後續評估表(由職業安全衛生人員及醫師填寫)

姓名：_____ 年齡：_____歲；單位：_____ 職務：_____	
<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	
初評風險等級為 <input type="checkbox"/> 第二級(工作場所環境及作業 <b>可能影響</b> 母體、胎兒或嬰兒健康) <input type="checkbox"/> 第三級(工作場所環境及作業 <b>有危害</b> 母體、胎兒或嬰兒健康)	
<input type="checkbox"/> 配工後評估（初次調離原工作場所） <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 無暴露  <input type="checkbox"/> 第一級(工作場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一)  <input type="checkbox"/> 第二級(工作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)  <input type="checkbox"/> 第三級(工作場所空氣中暴露在濃度容許暴露標準二分之一以上)                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     職業安全衛生人員簽名：_____ 年____月____日                 </div> <div style="margin-left: 20px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 第一級(工作場所環境及作業<b>無害</b>母體、胎兒或嬰兒健康)  <input type="checkbox"/> 第二級(工作場所環境及作業<b>可能影響</b>母體、胎兒或嬰兒健康)  <input type="checkbox"/> 第三級(工作場所環境及作業<b>有危害</b>母體、胎兒或嬰兒健康)                 </div> 綜合意見：	
評估醫師簽名：_____ 年____月____日	
<input type="checkbox"/> 產後評估（產前非一級管理者，產後返回原工作場所） <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 第一級(工作場所環境及作業<b>無害</b>母體、胎兒或嬰兒健康)  <input type="checkbox"/> 第二級(工作場所環境及作業<b>可能影響</b>母體、胎兒或嬰兒健康)  <input type="checkbox"/> 第三級(工作場所環境及作業<b>有危害</b>母體、胎兒或嬰兒健康)                 </div> 綜合意見：	
評估醫師簽名：_____ 年____月____日	
<input type="checkbox"/> 延長保護期評估(分娩後滿一年，產婦有延長保護期需求者) <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> <b>不同意</b>延長保護期  <input type="checkbox"/> <b>同意</b>延長保護期，延長期限至_____年_____月_____日                 </div> 綜合意見：	
評估醫師簽名：_____ 年____月____日	

表號:0F0050103

附表四：孕產婦續任危害場所工作暨自主管理同意書

本人已知悉工作場所對妊娠／分娩後一年內之母體、胚胎、嬰兒具危害風險之虞，  
係自願於原場所續任原職務，並同意 ☐ 接受母性健康保護計畫  
☐ 不接受保護計畫，會自主管理自身健康。

簽名/日期：\_\_\_\_\_

表號:0F0050104