

# 臺北市立大學母性健康保護計畫

107年12月25日環境安全衛生委員會通過  
109年12月29日環境安全衛生委員會修正通過

一、依據職業安全衛生法第三十、三十一條及女性勞工母性健康保護實施辦法之規定辦理。

## 二、目的

對於女性員工從事有母性健康危害之虞工作應採取各項健康保護措施，以確保懷孕、產後女性員工之身心健康，特訂定「臺北市立大學母性健康保護計畫」（以下簡稱本計畫）。

三、母性健康保護期間 得知妊娠之日起至分娩後一年期間。

## 四、職責分工

### （一）單位主管

- 1、協助本計畫之推動與執行。
- 2、協助本計畫之工作危害評估。
- 3、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。
- 4、配合本計畫女性員工之工作時間管理與調整。

### （二）臨場健康服務醫師

- 1、協助工作危害評估。
- 2、判定及確認風險等級。
- 3、有健康疑慮時，與工作者進行面談及相關醫療健康指導。
- 4、必要時轉介婦產科醫師。
- 5、協助檢視計畫執行現況，協助確認計畫執行績效。

### （三）職業安全衛生護理師

- 1、負責本計畫之規劃、推動與執行。
- 2、協助風險評估並依風險評估結果，協助健康保護措施之執行。
- 3、提供孕期及分娩後一年期間健康指導與諮詢。

### （四）人事室

- 1、協助每月提供產前假及產假人員名冊予護理師。
- 2、依臨場醫師之評估與建議，協助工作調整等事宜。

### （五）女性員工：

- 1、主動告知懷孕、分娩及哺乳事實。
- 2、提出保護計畫之需求，並配合計畫之執行及參與。
- 3、配合本計畫之工作危害評估、工作調整與作業現場改善措施。
- 4、若工作變更或健康狀況有變化，應立即告知健康服務醫護人員，俾調整計畫。

## 五、母性健康保護計畫執行流程與策略

母性健康保護計畫推動流程圖（如圖一），實施策略如下：

### （一）需求評估

由女性員工提出「母性健康保護計畫」之需求，並完成填寫「妊娠或分娩後一年期間之女性員工健康情形自我評估表」（附表一），經單位主管核章後，交予職業安全衛生護理師。

### （二）風險評估

- 1、由職業安全衛生護理師依據員工填報之健康情形自我評估表，進行初步評估；若無從事危害健康之情形，存檔結案。
- 2、若有可能從事危害健康之情形時，轉由臨場健康服務人員完成「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」（附表二）及「工作適性安排建議表」（附表三）。

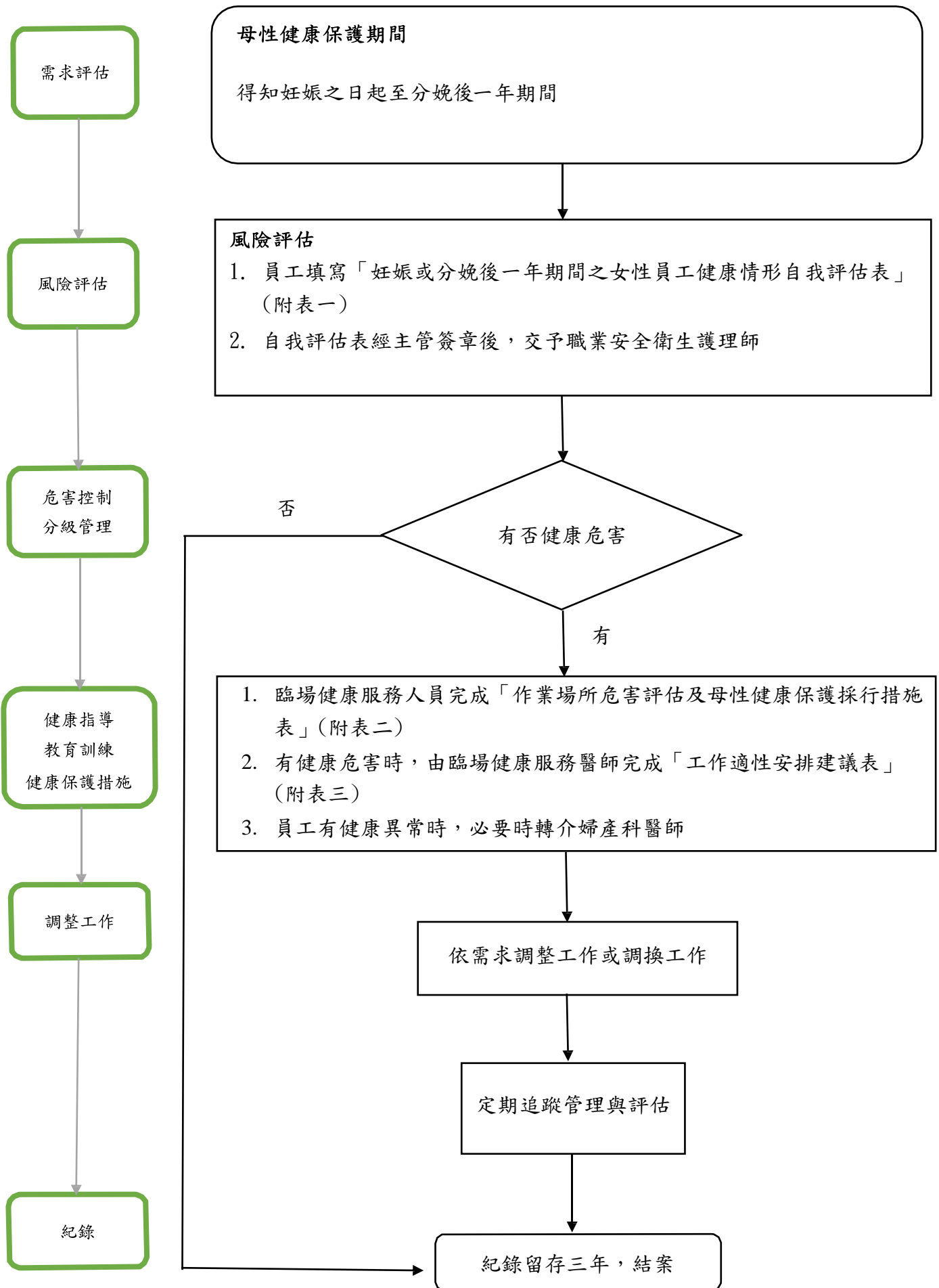
### (三) 危害控制與分級管理

- 1、第一級管理：無危害風險；經醫師評估無危害母體、胎兒或嬰兒健康，可繼續從事原工作。
- 2、第二級管理：可能有危害風險，安排臨場健康服務醫師面談指導，採取危害預防措施。
- 3、第三級管理：有危害風險，需會同相關人員作進一步評估，採取工作環境改善及有效控制措施。當評估有已知的危險因子存在時，先進行危害控制以及工作現場改善措施，以減少或移除危險因子。女性員工有健康異常時，必要時，由臨場健康服務醫師轉介至婦產科醫師診療。若需進行工作調整時，建議採取漸進式工作調整計劃，與臨場服務醫護人員、工作者、單位主管及人事主管等人員進行面談諮商，將溝通過程及決議完整紀錄。

### (四) 健康保護措施

由醫護人員執行健康指導，如在執行過程中，發現有工作變更或健康狀況變化，需隨時修正保護措施。

- 六、計畫執行紀錄或文件應歸檔留存三年，並保障個人隱私權。
- 七、女性員工分娩滿一年後，仍在哺乳者及凡有妊娠及分娩事實者，得請求適用本計畫。
- 八、本計畫經環境安全衛生委員會審議通過，經校長核定後實施。



圖一 母性健康保護計畫推動流程圖

## 妊娠或分娩後一年期間之女性員工健康情形自我評估表

(員工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊)

<b>一、基本資料</b>	
姓名：	_____ 年齡：_____ 歲 電話：_____
單位/部門名稱：	_____ 職稱：_____ 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	
<b>二、過去疾病史</b>	
<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 _____	
<b>三、家族病史</b>	
<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 _____	
<b>四、婦產科相關病史</b>	
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 _____	
<b>五、妊娠及分娩後風險因子評估</b>	
<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 _____	
<b>六、自覺症狀</b>	
<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：	

七-1、工作場所風險評估（妊娠中員工填答）			
危害分類	項目一：不得從事危害作業評估	是	否
化學性	您是否從事鉛及鉛化合物製作及散布場所之工作？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	您是否從事危害化學品製作及散布場所之工作？（危害化學品指處理或暴露於二硫化碳、三氯乙烯、環氧乙烷、丙烯醯胺、次乙亞胺、砷及其化合物、汞及其無機化合物，有一項符合，請填是）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生物性	您是否暴露在德國麻疹及弓形蟲感染之作業？ （已具德國麻疹抗體者填否）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
危害分類	項目二：採取保護措施後可從事危害作業評估	是	否
物理性	您從事游離輻射且輻射配章暴露劑量大於 1 毫西弗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人因性	搬運 10 公斤以上之重物，需請他人幫忙，不要獨立執行，您是否頻繁未依規定作業？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工作壓力	工作性質輪班、夜間工作、經常加班、經常出差、獨自工作？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	工作性質無法彈性調整工作、安排休假或易受暴力攻擊？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他	工作中長時間站立或靜坐或頻繁變換姿勢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
項目一：勾選「是」時，請單位主管必須安排工作調整；項目二：勾選「是」時，員工需依學校規定採取保護措施。健促中心將依醫師評估決定，安排是否需要醫師進行個人面談指導。			
七-2、工作場所風險評估（分娩後員工填答）			
危害分類	項目一：不得從事危害作業評估	是	否
化學性	您是否從事鉛及鉛化合物製作及散布場所之工作？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	您是否從事危害化學品製作及散布場所之工作？（危害化學品指處理或暴露於二硫化碳、三氯乙烯、環氧乙烷、丙烯醯胺、次乙亞胺、砷及其化合物、汞及其無機化合物，有一項符合，請填是）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
危害分類	項目二：採取保護措施後可從事危害作業評估	是	否
人因性	*分娩後未滿六個月者 搬運 15 公斤以上之重物，需請他人幫忙，不要獨立執行，您是否頻繁未依規定作業？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*分娩滿六個月但未滿一年者 搬運 30 公斤以上之重物，需請他人幫忙，不要獨立執行，您是否頻繁未依規定作業？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※項目一：勾選「是」時，請單位主管必須安排工作調整；項目二：勾選「是」時，需依規定採取防護措施，健促中心將依醫師評估決定，安排是否需要醫師進行個人面談指導。			
自評者	自評單位主管	職業安全衛生護理師	單位主管
		<input type="checkbox"/> 無從事危害作業 <input type="checkbox"/> 由臨場服務醫師評估風險等級 <input type="checkbox"/> 其他：	

\*本表經單位主管簽章後，交予職業安全衛生護理師留存\*

危害分類	採取保護措施後可從事危害作業	保護措施說明
物理性	是否從事游離輻射且輻射配章暴露劑量大於1毫西弗(法定安全限值一半)?	建議調離現職
人因性	搬運10公斤以上之重物，需請他人幫忙，不要獨立執行，您是否頻繁未依規定作業?	需請他人幫忙，不要獨立執行
工作壓力	工作性質輪班、夜間工作、經常加班、經常出差、獨自工作? 無法彈性調整工作或安排休假?	應調整孕婦工作時間，並提供適當休息、休假及產檢假。
	工作性質易受暴力攻擊?	1. 必要時應調整孕產婦之職務，避免獨自作業。 2. 若無法調整孕產婦之職務，雇主應該將孕婦或新產婦調至適當的新職務。
	工作性質屬工作負荷較大或常伴隨精神緊張?	提供壓力諮詢
	其他	工作中長時間站立或靜坐或頻繁變換姿勢?

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	

附表三、工作適性安排建議表

<b>一、基本資料</b>	
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：	
<b>二、健康問題及工作適性安排建議</b>	
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"/> (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