

屏東縣立中正國民中學母性健康保護計畫

一、依據

1. 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。
2. 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

1. 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。
2. 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

1. 育齡期之女性勞工。
2. 妊娠中之女性工作者。
3. 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：

1. 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。
2. 人事室：
 - (1) 提供適用對象名冊，予總務處。
 - (2) 依據人事相關法規，辦理母性健康保護期間之請假、休假等事宜。
3. 總務處：
 - (1) 參與並協助本計畫之規劃、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，協助本計畫工作調整、更換，以及作業現場改善措施之執行。
4. 勞工健康服務人員：
 - (1) 宣導健康保護之相關資訊。
 - (2) 協助工作危害評估，判定及確認風險等級。

- ① 提出評估健康危害、風險分級、工作適性評估及危害控制建議等。
- ② 風險等級屬第二級管理者，提供個人面談指導及危害預防措施建議。
- ③ 風險等級屬第三級管理者，提供工作環境改善及有效控制措施，完成改善後重新評估，並註明不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。

5. 工作場所負責人：

- (1) 參與並協助本計畫之規劃、推動與執行。
- (2) 協助本計畫之工作危害評估。
- (3) 配合本計畫之工作調整、更換，以及作業現場改善措施。
- (4) 配合本計畫母性教職員工生之工作時間管理與調整。

6. 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。
- (4) 本計畫執行中之作業變更或健康狀況變化，應告知總務處，以調整本計畫之執行。

六、計畫執行流程

1. 人事室協助提供女性工作者產前假及產假人員名冊予總務處。

2. 危害辨識與評估：

(1) 總務處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（附表一）」及「妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表（附表二）」。

(2) 由勞工健康服務人員進行工作危害辨識與個別危害風險評估與分級。

3. 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

勞工健康服務人員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

安排婦產科或職業專科醫師提供女性工作者個人面談指導，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，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。

七、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。

八、適性評估

1. 經醫師評估需進行工作調整者，由勞工健康服務人員進行面談，填寫「母性健康保護之面談及工作適性安排建議表（附表四）」，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。

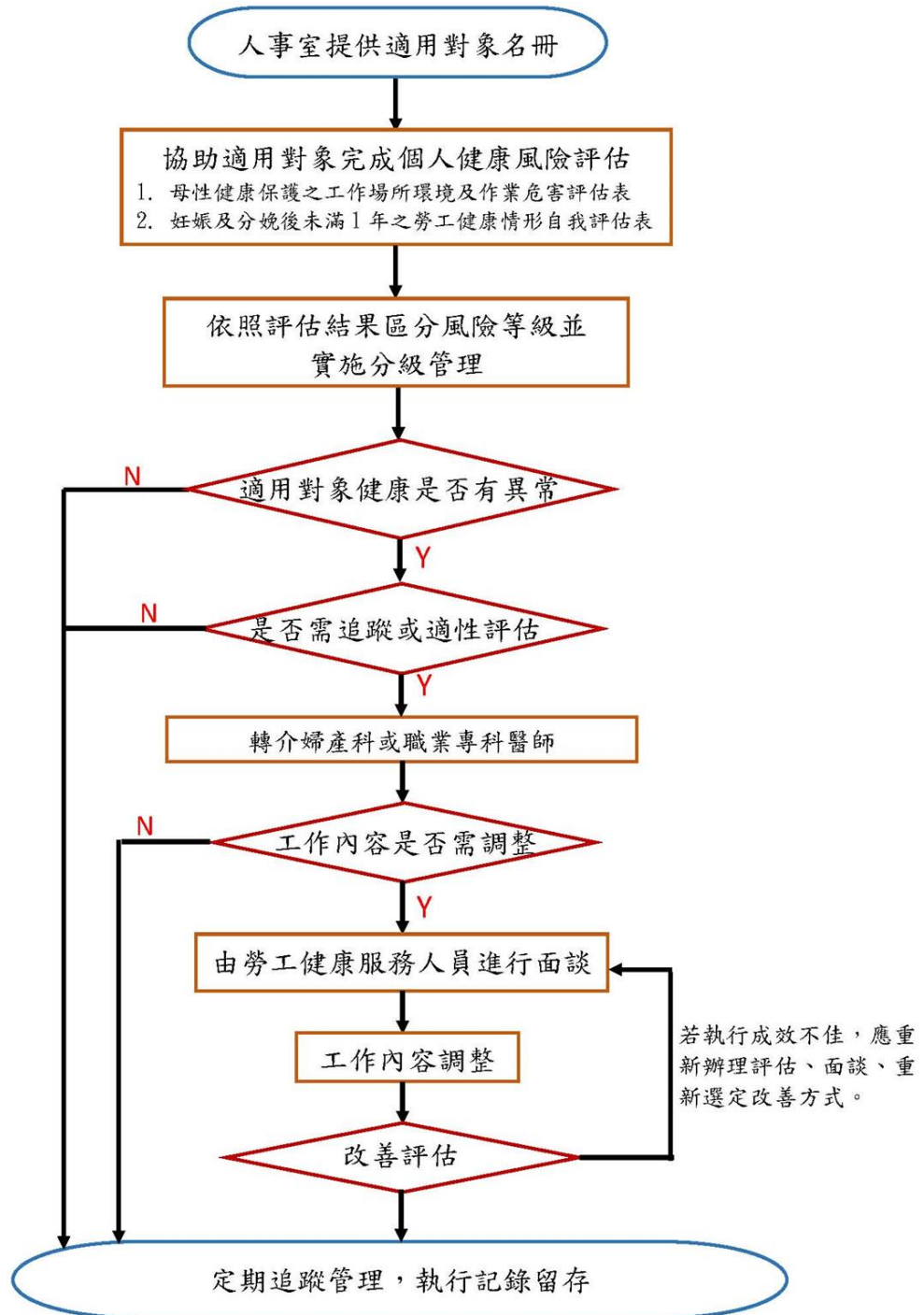


圖1 母性健康保護計畫執行流程

九、執行成效之評估及改善

1. 定期進行母性健康保護計畫執行情形及成效評估報告，研議改善對策作為未來母性健康保護規劃參考。

2. 如果改善成效不佳，應重新辦理評估、面談等事項，重新選定改善方法。

十、本計畫未盡事宜，適用本校其他規章進行修正或補充。

十一、本計畫執行紀錄或文件等應歸檔留存三年以上。

中正國中113年母性健康保護之工作場所環境及作業危害評估表
(請學校依實際狀況調正項目及內容)

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. <input type="checkbox"/> 懷孕，預產期____年____月____日，目前週數：____週 2. <input type="checkbox"/> 產後，生產日____年____月____日，目前產後：____週； 哺乳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. <input type="checkbox"/> 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				
a.	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. 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

PS:請學校依實際狀況調正項目及內容

(附表二)

中正國中113年妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表

(請學校依據實際狀況增減項目)

※本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。

※請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務人員。

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	<input type="checkbox"/> 日班、 <input type="checkbox"/> 夜班、 <input type="checkbox"/> 輪班、 <input type="checkbox"/> 其他： ____
職稱		工作內容	
1. <input type="checkbox"/> 妊娠週數____週；預產期____年____月____日			
2. <input type="checkbox"/> 分娩後（分娩日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳			
3. 本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（多胞胎）			
二、過去疾病史			
1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 氣喘 3. <input type="checkbox"/> 高血壓 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病 5. <input type="checkbox"/> 心血管疾病			
6. <input type="checkbox"/> 蠶豆症 7. <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 8. <input type="checkbox"/> 其他			
三、家族病史			
1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 氣喘 3. <input type="checkbox"/> 高血壓 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病 5. <input type="checkbox"/> 心血管疾病			
6. <input type="checkbox"/> 蠶豆症 7. <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 8. <input type="checkbox"/> 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）： <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"/> 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			
5. 其他			
五、妊娠及分娩後風險因子評估			
<input type="checkbox"/> 無下列各種風險情形			
1. <input type="checkbox"/> 沒有規律產檢 2. <input type="checkbox"/> 抽菸 3. <input type="checkbox"/> 喝酒 4. <input type="checkbox"/> 藥物，請敘明：			
5. <input type="checkbox"/> 年齡（未滿18歲或大於40歲）			
6. <input type="checkbox"/> 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：