**國立東港高級海事水產職業學校工作場所母性健康保護計畫**

**中華民國110年3月30日110年度第2次職業安全衛生工作小組訂定**

1. 依據

依職業安全衛生法第30條第與同法施行細則第39條之規定辦理。

1. 目的

規劃與採取必要之安全衛生措施，以確保懷孕、產後哺乳女性工作者之身心健康，達到母性勞工保護目的。

1. 定義(修改處以黃色標示)

(一)母性健康保護：指對於女性工作者從事有危害之虞之工作所採取之措施，包括危害評估與控制、醫師面談指導、風險分級管理、工作適性安排及其他相關措施。

(二)母性健康保護期間：女性工作者妊娠日起至分娩後一年內。

1. 適用對象
2. 預期懷孕，妊娠中之女性教職、員工及工讀學生。

 (二)分娩後之女性工作者者，包括正常生產、妊娠24週後死產、及分娩後一年內。

 (三)哺乳之女性教職、員工及工讀學生。

具有以上條件之女性教職、員工及工讀學生，請分別主動告知人事室(教職員)、總務處(技工、工友)、學生事務處(工讀學生)，並將此計畫公告全校教職員，以保護母性健康。

1. 權責單位

(一)人事單位、健康中心與職業安全委員會：

 1.擬訂本計畫。

 2.協助工作危害評估。

 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。

(二)人事室(教職員)、總務處(技工、工友)、學生事務處(工讀學生)：

 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)健康中心：

 1.協助工作危害評估。

 2.判定及確認風險等級。

 3.對風險等級屬第二級管理者，提供個人面談指導與危害預防措施建議。

 4.對風險等級屬第三級管理者，提供工作環境改善與有效控制措施建議，完成改善後重新評估，並註明不適宜從事之作業與其它應處理與注意事項。

 5.提供孕期與哺乳健康指導諮詢。

 6.孕產婦疾病之轉介與處理。

 7.協助工作危害評估。

 8.進行初步風險等級判定。

(四)單位主管及負責人：

 1.負責推動與執行本計畫。

 2.提供作業環境監測紀錄與危害暴露情形評估結果等資料。

 3.配合本計畫與醫師通性評估建議，進行工作內容與時間之管理與調整，及執行作業現場改善措施，並留存紀錄。

 (五)懷孕中或生產後一年內之女性工作者：

 1.主動告知懷孕或生產事實給工作場所單位主管或負責人知悉，如工作性質符合職業安全衛生法施行細則第39條之規定者，請填寫「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」(如附表一)之基本資料交由單位主管或負責人與醫師通性評估。

 2.提出保護計畫之需求，並配合本計畫之執行及參與。

 3.配合工作危害評估、工作調整及現場改善措施。

 4.若作業變更或健康狀況有變化，應立即告知工作場所負責人以調整計劃。

1. 實施方式

本計畫依「母性健康保護措施推動之流程圖」(如附圖一)，推動下列事項

 (一)辨識與評估工作場所環境與作業之危害，包含物理性、化學性、生物性、人因性、工作流程及工作型態等。

 (二)依評估結果與「女性勞工母性健康保護實施辦法」第9、11條之規定，區分風險等級，並實施分級管理與告知勞動者。

(三)實施工作環境改善與危害之預防與管理。

 (四)對適用對象提供健康面談、指導及管理，發現異常者需追蹤檢查或適性評估，必要時轉介婦產科或職業醫學科專科醫師評估。

(五)計畫執行成效之評估與改善。

(六)其他預防與改進事項。

1. 本計畫執行紀錄或相關文件，應歸檔留存3年以上，並保障個人隱私權。本計畫為預防性之管理，若身體已有不適症狀，應請孕、產婦儘速就醫。
2. 本計畫經本校職業安全衛生委員會(或行政會議)通過後，陳請校長核定後公告實施，修正時亦同。

圖一、母性健康保護措施推動之流程圖



附表一、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

|  |
| --- |
| 一、基本資料 |
| 勞動者姓名 |   | 年齡 |   |
| □妊娠週         週；預產期      年      月      日     □分娩後（分娩日期      年      月      日）          □哺乳          □未哺乳□身高：      公分； 體重：      公斤；身體質量指數（BMI）：      kg/m2；  血壓：       mmHg  □工作職稱/內容：                                                                |
| 二、婦產科相關病史 |
| 1.預防接種：□B型肝炎              □水痘          □MMR (痲疹-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：□否 □是：         |
| 三、妊娠及分娩後風險因子評估 |
| **1.過去懷孕病史：□無**□ 先天性子宮異常          □ 子宮肌瘤          □ 子宮頸手術病史□ 曾有第2孕期 (14週) 以上之流產          □ 早產 (懷孕未滿37週之生產)史 |
| **2.工作可能暴露之危害因素：□無**□化學性物質，請敘明：                                                           □物理性危害，請敘明：                                                           □生物性危害，請敘明：                                                             □人因性危害，請敘明：                                                             □社會環境因子引起之心理危害，請敘明：                                             |
| **3.本次懷孕問題：□無**□ 多胞胎妊娠  □ 羊水過多   □ 早期子宮頸變薄 (短) □ 泌尿道感染□ 妊娠毒血症  □妊娠糖尿病  □ 前置胎盤 □ 胎盤早期剝離 □ 陰道出血 (14週以後) □ 貧血 (血紅素＜10 g / dL) □ 子宮收縮頻率過高 (1小時超過4次以上)  □ 超音波檢查胎兒結構異常□ 胎兒生長遲滯（＞37 週且體重≦ 2500g） □ 家族遺傳疾病或其他先天性異常□ 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****：□無**□沒有規律產檢 □抽菸□喝酒□藥物，請敘明：                       □年齡 (未滿18歲或大於40歲) □生活環境因素 (例如熱、空氣汙染)□孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分□個人心理狀況：□ 焦慮症 □ 憂鬱症□睡眠：□正常 □失眠 □需使用藥物 □其他                                    |
| **5.分娩後子宮復舊與哺乳情形：**□子宮復舊良好 □子宮復舊不全，請敘明                                    □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 | □第一級管理               □第二級管理               □第三級管理 |
| 綜合建議 | **□評估結果大致正常**  □1.請定期追蹤檢查  □2.可繼續工作(□可繼續從事原來的工作 □可從事接近日常之工作內容 )  **□評估結果部分異常**              □1.可從事目前工作，但須考量下列條件限制:                   □(1)變更工作場所：                   □(2)變更職務：                   □(3)縮減職務量：                           □縮減工作時間：                                               □縮減業務量：                                          □(4)限制加班（不得超過      小時／天）                   □(5)週末或假日之工作限制（每月      次）                                □(6)出差之限制（每月      次）                   □(7)夜班工作之限制（輪班工作者）（每月      次）              □2.不可繼續原工作，宜休養(休養期間：                  )             □3.其它具體之工作調整或生活建議：                      **□評估結果異常，需住院觀察。****□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動者，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。 |

**附表二、母性健康保護工作場所環境及作業危害評估表**

 (建議由職業安全衛生人員會同勞工健康服務醫護人員填寫)

|  |  |
| --- | --- |
| 危害類型 | 評估結果 |
| 有 | 無 | 可能有影響 |
| **物理性危害** |
| 1. 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≧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：  |  |  |  |
| **化學性危害** |
| 1. 暴露於依國家標準CNS 15030分類屬生殖毒性物質第一級之作業環境：（請敘明物質）  |  |  |  |
| 2. 暴露於依國家標準CNS 15030分類屬生殖細胞致突變性物質第一級之作業環境：（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：  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |
| 4. 其他：  |  |  |  |
| **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：  |  |  |  |
| **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：  |  |  |  |
| **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：  |  |  |  |
| 評估結果(風險等級) |
| □ 第一級管理 □ 第二級管理 □ 第三級管理 |

評估人員簽名及日期：

□職業安全衛生人員： □勞工健康服務醫師：

□勞工健康服務護理人員： □人事室：

□勞工代表：

□受評估單位主管簽名： 評估日期：

**附表三、妊娠及分娩後未滿一年之勞工健康情形自我評估表**

**（勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊）**

|  |
| --- |
| 一、基本資料 |
| 姓名： 年齡： 歲單位/部門名稱： 職務： 目前班別：  |
| □ 妊娠週數 週；預產期 年 月 日 □ 本次妊娠有無多胎情形：□無 □有（多胞胎）□ 分娩後（分娩日期 年 月 日） □ 哺乳 □ 未哺乳 |
| 二、過去疾病史 |
| * 無 □ 氣喘 □ 高血壓 □ 糖尿病 □ 心血管疾病 □ 蠶豆症
* 腎臟或泌尿系統疾病 □ 其他
 |
| 三、家族病史 |
| * 無 □ 氣喘 □ 高血壓 □ 糖尿病 □ 心血管疾病□ 蠶豆症
* 腎臟或泌尿系統疾病 □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）：  □ B型肝炎 □ 水痘 □ MMR (痲疹-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： □ 否 □ 是： 4.過去懷孕病史：□ 先天性子宮異常 □ 子宮肌瘤 □ 子宮頸手術病史□ 曾有第2孕期 (14週) 以上之流產 □ 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 |
| □ 沒有規律產檢 □ 抽菸 □ 喝酒 □ 藥物，請敘明： □ 年齡 (未滿18歲或大於40歲) □ 生活環境因素 (例如熱、空氣汙染)□ 孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分□ 個人心理狀況：□ 焦慮症 □ 憂鬱症□ 睡眠： □ 正常 □失眠 □ 需使用藥物 □ 其他  |
| 六、自覺徵狀 |
| * 無 □出血 □ 腹痛 □ 痙攣 □ 其他症狀：
 |
| 備註：請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交予勞工健康服務醫師或護理人員，謝謝！ |