

# 國立清華大學母性健康保護計畫

106年02月16日 環保暨安全衛生委員會通過  
110年07月30日 環保暨安全衛生委員會通過  
111年07月08日 環保暨安全衛生委員會通過  
113年10月22日 環保暨安全衛生委員會通過

## 一、依據

職業安全衛生法第 30 條、第 31 條及依本法第 31 條第 3 項規定訂定之女性勞工母性健康保護實施辦法。

## 二、目的

對從事有母性健康危害之虞之工作之本校教職員工，實施母性健康保護。

## 三、政策重點

- (一) 為保護母性而採取之特別措施，不得視為歧視，並應保障其工作權利。
- (二) 對於母性保護之對象，應採取特別風險評估、消除危害、調整其工作條件或調換工作，以保護其生育機能及母體與胎(嬰)兒之健康。

## 四、定義

母性健康保護：指對於女性勞工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。

## 五、適用對象

- (一) 妊娠期間之女性教職員工。
- (二) 分娩後未滿 1 年之女性教職員工。
- (三) 分娩後(產後)滿 1 年仍持續哺乳之女性教職員工。
- (四) 育齡期女性教職員工主動提出評估需求。

## 六、職責分工

- (一) 校長：宣示落實對女性教職員工之母性健康保護政策(附件一)。
- (二) 工作場所負責人/單位主管：若所轄工作場所之教職員工有符合本計畫第五點適用對象時，完成下列事項：
  1. 自得知時啟動本計畫，提供作業環境危害暴露情形評估結果等資料。與環境保護暨安全衛生中心辦理工作危害評估，完成本校「母性健康保護計畫對象工作場所環境及作業危害評估表」(附表一)，依評估結果進行工作調整。
  2. 配合本計畫與醫師適性評估建議，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。
- (三) 本計畫第五點適用對象之女性教職員工：
  1. 主動告知工作場所負責人懷孕或生產事實，並填寫本校「母性健康保護計畫對象健康情形自我評估表」(附表二)。
  2. 與臨校健康服務醫師進行健康風險評估並完成填寫「妊娠及分娩後勞工之健康危害評估及工作適性安排建議表」(附表三)。
  3. 提出保護計畫之需求，並配合本計畫之執行及參與。
  4. 配合工作危害評估、工作調整及現場改善措施。
  5. 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俾調整計畫。
- (四) 環境保護暨安全衛生中心：
  1. 擬訂本計畫。
  2. 辦理工作危害評估，完成本校「母性健康保護計畫對象工作場所環境及作業危害評估表」(附表一)。
  3. 依風險評估結果，提供工作調整、更換及作業現場改善措施之建議。
- (五) 實驗室環安衛管理人：

如知悉實驗室內人員為本計畫適用對象，應告知工作場所負責人，並協助工作危害評估及改善等作業。
- (六) 人事室：

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. 協助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。

(七) 臨校健康服務醫師：

1. 協助工作危害評估。
2. 判定及確認風險等級。
3. 對風險等級屬第一級管理者，說明危害資訊，給予健康指導。
4. 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。
5. 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。

(八) 從事健康服務護理人員：

1. 協助本計畫之規劃、推動與執行。
2. 提供孕期與哺乳健康指導諮詢。
3. 孕產婦疾病之轉介與處理。
4. 協助工作危害評估。
5. 進行初步風險等級判定。

## 七、實施方式

本計畫依「母性健康保護措施推動之流程圖」(見附圖一)，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、工作壓力及其他等(附表一)。
- (二) 本計畫適用對象提供健康情形自我評估(附表二)，併同工作場所環境及作業危害評估結果與「女性勞工母性健康保護實施辦法」之規定，區分風險等級，並實施分級管理與告知勞工(附表三)。
- (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，必要時保護對象填寫健康情形自我評估表(附表二)並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。

八、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。

九、本計畫經環境保護暨安全衛生委員會通過後公告實施。

# 國立清華大學 工作場所母性健康保護政策

清華大學是一所具有輝煌歷史與優良傳統的大學，邁向永續發展的綠色校園與國際水準，本校願承諾落實下列政策：

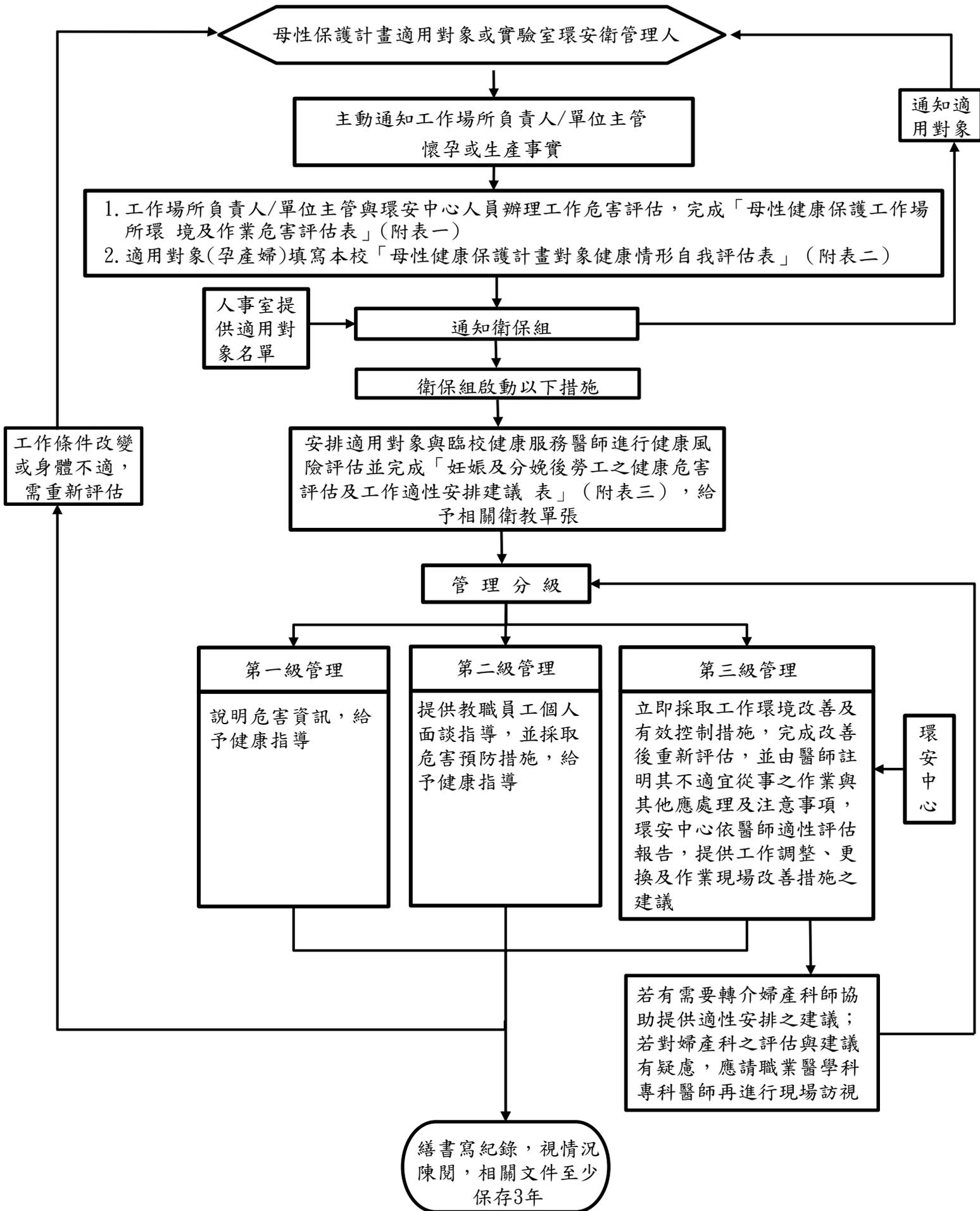
- 一、遵守政府現行關於職場母性健康保護的相關法規及其他相關要求事項。
- 二、為保護母性而採取之特別措施，不得視為歧視，並保障其工作權利。
- 三、對於母性保護之對象，採取特別風險評估、消除危害、調整其工作條件或調換工作，以保護其生育機能及母體與胎（嬰）兒之健康。

校長： 高航元

日期： 中華民國111年8月03日 用印

# 國立清華大學職場母性健康保護計畫流程圖

113年10月22日 環保暨安全衛生委員會通過



衛保組 03-5743000 (校內分機 43000)

環安中心 03-5719163 (校內分機 62399)

附表一 國立清華大學「母性健康保護計畫對象工作場所環境及作業危害評估表」

113年10月22日 環保暨安全衛生委員會通過

<b>一、基本資料</b>				
姓名		年齡		分機
單位		員編		手機
職稱		班別	<input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他:	
作業場所	<input type="checkbox"/> 校本 <input type="checkbox"/> 南大_____館_____室; 其他地點_____			
<input type="checkbox"/> 懷孕	預產期:	年	月	日
<input type="checkbox"/> 產後	生產日:	年	月	日

\*若此狀態存在於此工作者的常態工作活動(指該職務之所從事之動態性工作項目)中, 請勾選

\*評估結果有影響為可能或有請敘明

危害類型	評估結果(風險等級)		
	第一級	第二級	第三級
危害風險	無	可能	有
<b>一、物理性危害</b>			
1. 工作用階梯寬度小於 30 公分			
2. 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(例如固定物無防震設計)			
3. 暴露於有害輻射散布場所之工作(依游離輻射防護安全標準之定義)			
4. 暴露於噪音作業環境(TWA $\geq$ 85dB)			
5. 暴露於高溫作業之環境(依高溫作業勞工作息時間標準之定義)			
6. 從事高溫礦物或礦渣之澆注、裝卸、搬運、清除等作業			
7. 暴露於溫度明顯變動, 致有極大溫差之作業環境			
8. 從事鑿岩機、鏈鋸、鉚釘機(衝程 70 公厘以下、重量 2 公斤以下者除外)及夯土機等有顯著振動之作業			
9. 暴露於異常氣壓之工作(依異常氣壓危害預防標準之定義)			
10. 從事礦場地下礦物試掘、採掘之作業			
11. 從事起重機、人字臂起重桿之運轉作業			
12. 從事橡膠化合物及合成樹脂之滾輾作業			
13. 其他:			
<b>二、化學性危害(請見工作場所母性健康保護技術指引(第三版)附錄三及化學品所屬實驗室之SDS危害分類)</b>			
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 CNS15030 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:(請敘明物質)			
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. 可經皮膚吸收之毒性化學物質, 包括某些殺蟲劑			
7. 一氧化碳或其它窒息性氣體之空間			
8. 其他:			

危害類型	評估結果(風險等級)		
	第一級	第二級	第三級
危害風險	無	可能	有
<b>三、生物性危害</b>			
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、水痘、C型肝炎、人類免疫缺乏病毒或肺結核等			
4. 其他：			
<b>四、人因性危害</b>			
1.工作性質為處理一定重量以上之重物處理作業			
2.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			
3.工作姿勢經常為重覆性之動作			
4.工作姿勢會受空間不足而影響（活動或伸展空間狹小）			
5.工作台之設計不符合人體力學，易造成肌肉骨骼不適症狀			
6.其他：			
<b>五、工作壓力/職場壓力</b>			
1.工作性質須輪班或夜間工作			
2.工作性質須經常加班或國外出差			
3.工作性質為獨自作業			
4.工作性質易受暴力攻擊			
5.異常工作負荷導致精神緊張或工作壓力，或無法調整工作時間或休假			
6.其他：			
<b>六、其他</b>			
1.工作中須長時間站立，無坐具可休息			
2.工作中須長時間靜坐，無法自由起身走動			
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.其他：			

工作場所負責人/單位主管 意見說明：工作調整，請述明  
工作不調整

簽名：

日期： 年 月 日

環安中心 評估結果說明：低風險作業場所，無須現勘  
須會同醫護人員現勘作業場所

簽名：

日期： 年 月 日

受評者檢閱後簽名 \_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽名）

勞工健康服務醫師，簽名 \_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

勞工健康服務護理人員，簽名 \_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

人事室，簽名 \_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

附表二 國立清華大學「母性健康保護計畫對象健康情形自我評估表」(孕產婦填寫)

113年10月22日 環保暨安全衛生委員會通過

一、基本資料					
姓名		年齡		分機	
單位		員編		手機	
職稱		班別	<input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他:		
工作內容					
身高: _____公分; 體重: _____公斤; 身體質量指數(BMI): _____kg/m <sup>2</sup>					
妊娠情形: <input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週; 預產期_____年_____月_____日 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					
二、過去疾病史					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 請勾選 <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 請勾選 <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. 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"/> 有, 請勾選 <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					
下列各種風險: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 請勾選: <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"/> 生活環境存在風險因素(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"/> 正常 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 其他: 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: 其他:					
六、自覺症狀					
<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:					
教職員工簽名:          自我評估日期: _____年_____月_____日					
備註: 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醫師或護理人員。					

一、基本資料					
姓 名		年 齡		分 機	
單 位		員 編		手 機	
職 稱		班 別	<input type="checkbox"/> 常日班 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 其他:		
作業場所	<input type="checkbox"/> 校本 <input type="checkbox"/> 南大_____館_____室; 其他地點_____				
工作內容					
身高: _____公分; 體重: _____公斤; 身體質量指數(BMI): _____kg/m <sup>2</sup>					
妊娠情形: <input type="checkbox"/> 妊娠週數_____週; 預產期_____年_____月_____日 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					
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"/> (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: _____)					
評估醫師(含醫師字號), 簽名 _____					
受評者(本人同意接受上述評估結果), 簽名 _____					
工作場所負責人/單位主管, 簽名 _____					
評估日期: _____年 _____月 _____日					
備註: 請先完成本校「母性健康保護計畫對象工作場所環境及作業危害評估表」, 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, 交予評估醫師。					