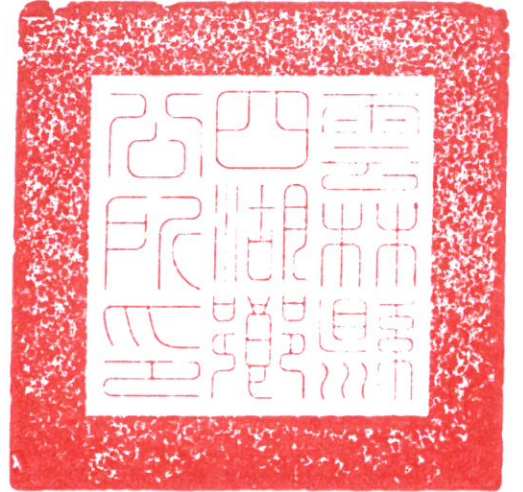


檔 號：

保存年限：

雲林縣四湖鄉公所 公告

發文日期：中華民國110年12月27日
發文字號：四鄉清字第1100017704B號
附件：



主旨：公告制定「雲林縣四湖鄉公所清潔隊母性健康保護計畫」，
自公告日起施行。

依據：職業安全衛生法第31條及女性勞工母性健康保護實施辦法。

鄉長 蔣國瓏

雲林縣四湖鄉公所清潔隊母性健康保護計畫

一、政策

中華民國 110 年 12 月 27 日四鄉清字 1100017704B 公告實施

本機關(以下係指清潔隊)重視女性勞工之生育機能及母體與胎(嬰)兒之健康，爰參考勞動部「工作場所母性健康保護技術指引」，採取系統性之危害辨識評估與風險分級管理措施，在尊重當事人意願條件下，落實保護母性健康與就業平權之政策目標。各級主管與全體人員不得歧視為保護母性健康而採取之特別措施。

二、依據

依職業安全衛生法第 31 條及女性勞工母性健康保護實施辦法相關規定辦理。

三、目的

規劃及採取安全衛生措施，以保障女性勞工之生育機能，以及懷孕、產後 1 年內以及哺乳期之女性勞工與其胎(嬰)兒之健康。

四、適用範圍

- (一) 本計畫適用對象為本機關所有具生理週期，且具生育能力之育齡期女性工作者(勞工、受工作場所負責人指揮或監督從事勞動者)，包含懷孕、產後未滿 1 年工作者，及產後滿 1 年仍哺餵母乳且提出母性健康保護需求者，以下簡稱女性勞工
- (二) 本計畫所稱母性健康保護期間(以下簡稱保護期間)為人事單位得知或當事人主動告知懷孕之日起至分娩後一年或持續哺餵母乳之期間。
- (三) 本機關並無鉛作業或使用依 CNS15030 分類屬生殖毒性之物質，本計畫內容所稱危害性工作係指以下作業內容：
 1. 從事易造成健康危害之工作，包括勞工作業姿勢、人力提舉、搬運、推拉重物、輪班、夜班、單獨工作及工作負荷等。
 2. 從事職業安全衛生法第 30 條之一定重量以上之重物處理工作，以及起重機之運轉工作。

五、權責

- (一) 職業安全衛生委員會：審議母性健康保護計畫及計畫之執行成效。
- (二) 職業安全衛生人員：規劃、推動與執行母性健康保護計畫，包括工作場所環境及作業危害之辨識與評估、風險分級、工作環境改善與危害控制管理，以及彙整保存計畫執行文件與紀錄，定期提報執行成效。
- (三) 從事勞工健康服務之醫護人員：協助進行危害辨識與評估、風險分級、工作環境改善與危害控制管理，與受保護者溝通危害評估結果與管理措施，並追蹤其健康狀況，必要時進行工作適性評估與建議。
- (四) 工作場所負責人及各級主管：參與危害辨識與評估、工作環境改善與危害控制管理，配合工作適性評估與建議內容，調整、更換受保護者之工作內容。

- (五) 人事單位：提供受保護勞工資料，如妊娠或產假人員清冊、部門及工時排班等，並依評估及建議內容調整女性勞工之工作內容及工時排班。
- (六) 女性勞工：主動提出母性健康保護需求，參與及配合保護措施之執行；受保護期間如有作業變更或健康狀況變化，應主動告知。

六、母性健康保護措施推動執行

相關人員應依圖 1 之流程積極推動女性勞工之母性健康保護。

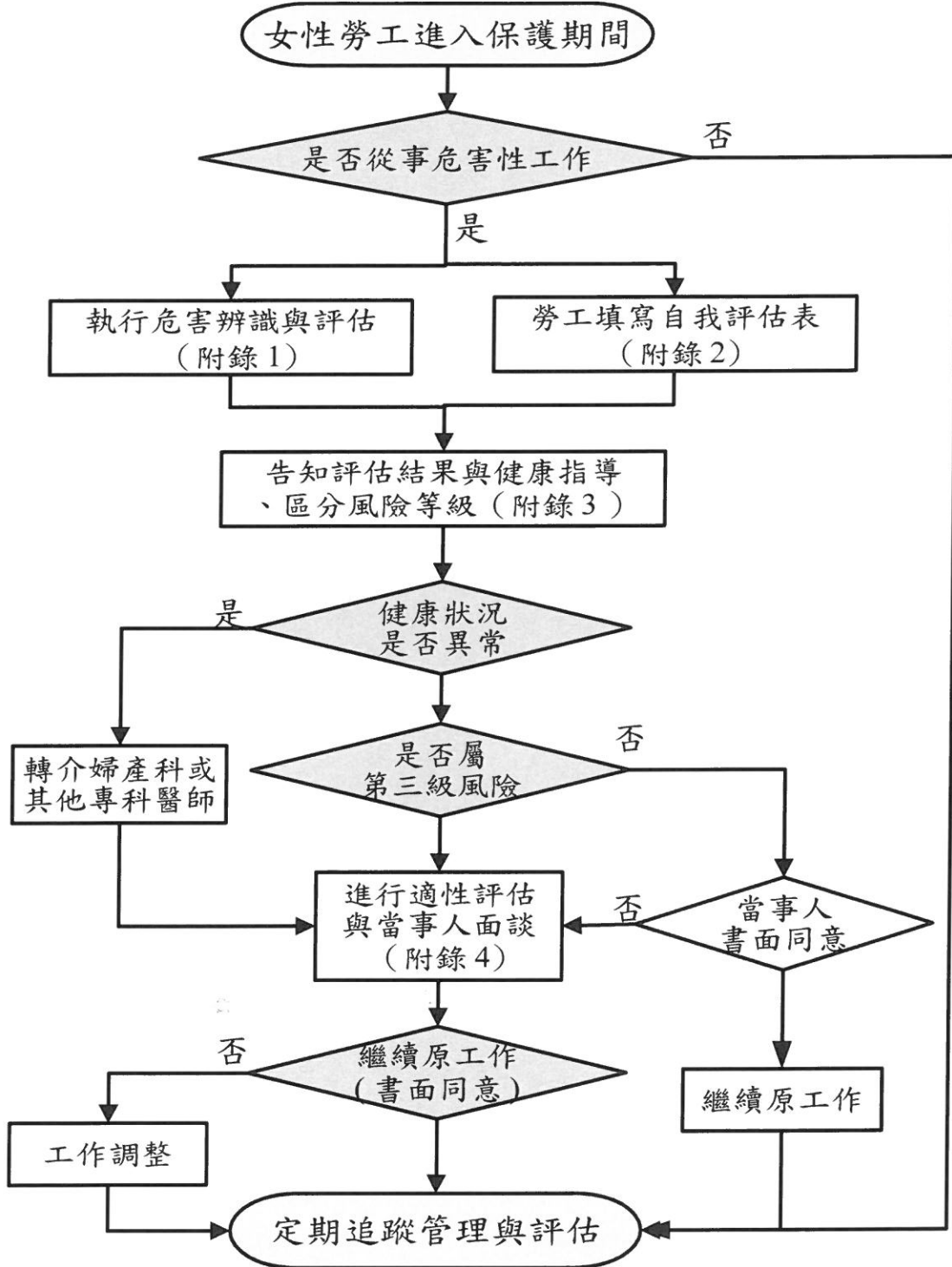


圖 1、女性勞工母性健康保護作業流程圖

(一) 危害辨識及評估

1. 人事單位人員或當事人本人向安全衛生人員，或從事勞工健康服務之醫護人員通知懷孕或生產時，該女性勞工即母性健康保護期間，經確認當事者從事危害性工作時，安全衛生人員應會同從事醫護人員依受保護者之作業特性填寫「作業場所危害評估及母性健康保護採行措施表」（附錄1）。
2. 從事勞工健康服務之醫護人員應於女性勞工進入保護期間後儘快與其面談，勞工應提供孕婦健康手冊供醫護人員參考確認，並填寫「妊娠及分娩後未滿1年之勞工健康情形自我評估表」（附錄2），醫護人員應於面談時告知勞工作業場所危害評估結果與管理措施，並提供必要之健康指導。
3. 女性勞工於保護期間如有需要（例如工作條件改變、健康異常或有不適反應），得主動提出與醫護人員再次面談。
4. 依危害辨識及評估結果，按母性健康保護危害風險分級參考表（附錄3）區分風險等級，作為分級管理依據。

(二) 危害控制與分級管理

1. 進行危害辨識評估時，如發現有已知的危險因子存在時，應即採取必要之危害控制措施，例如工程控制、使用防護具或行政管理等方式，以減少或移除危險因子，並依採取之措施更新附表一之危害評估結果。
2. 勞工健康服務之醫護人員與受保護勞工面談時，如發現勞工狀況異常，需進一步評估或追蹤檢查者，應將其轉介婦產科或其他專科醫師，並主動提供危害評估結果（附錄1）與勞工自我評估表（附錄2），請專科醫師註明臨床診斷與應處理及注意事項；如醫師診斷證明不適合原有工作時，應重新進行危害評估或由從事健康服務之醫師進行工作適性評估。
3. 風險等級為第一級者，由醫護人員向當事人說明危害資訊，經當事人書面同意後，繼續從事原工作。
4. 風險等級為第二級者，應由從事勞工健康服務醫師與勞工個人面談指導，並採取危害預防措施；經醫師評估可繼續從事原工作，並向當事人說明危害資訊，經當事人書面同意後，得繼續從事原工作。
5. 風險等級為第三級者，或經婦產科或其他專科醫師建議不適合原有工作者，應由從事勞工健康服務醫師或職業醫學專科醫師與勞工面談進行適性評估後，依「妊娠及分娩後未滿1年勞工之工作適性安排建議表」（附錄4）提出工作適性安排之建議，再由相關單位採取變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護措施。
6. 變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護措施，應尊重當事人意願，並依勞動基準法、性別工作平等法等相關法之規定辦理。

七、績效評估與檢討

- (一) 職業安全衛生人員或從事勞工健康服務之護理人員應將依本計畫採取之危害辨識評估、控制方法、面談指導、工作適性評估及相關採取措施之執行情形，妥予紀錄，並將相關文件及紀錄至少保存3年；勞工個人資料之保存及管理，應有效保障勞工隱私權。
- (二) 本計畫之執行成效應依附錄5，每年彙整提報職業安全衛生委員會。

八、其他

- (一) 本計畫經職業安全委員會審議，首長核定後實施，修正時亦同。
- (二) 勞工分娩滿一年後，仍在哺乳者，得主動提出證明要求採取母性健康保護。

附錄1、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
班/組： 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： <input type="checkbox"/> 暫無改善建議 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： <input type="checkbox"/> 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）
<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"/> 人事單位人員，簽名_____ <input type="checkbox"/> 其他，部門名稱_____，職稱_____，簽名_____ 執行日期：__年__月__日

備註：本表由職業安全衛生人員主責辦理，勞工健康服務醫護人員提供相關建議。

附錄 2、妊娠及分娩後未滿 1 年之勞工健康情形自我評估表

一、基本資料			
姓名：	年齡：		
單位名稱：	職務：	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			
二、過去疾病史			
<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：			
三、家族病史			
<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：			
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			
<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：			
六、自覺徵狀			
<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：			

備註：1. 本表由勞工本人填寫，可參閱孕婦健康手冊。

2. 請於面談時將此表單及孕婦健康手冊交與勞工健康服務醫師或護理人員。

附錄3、母性健康保護危害風險分級參考表

物理性危害			
風險等級	第一級	第二級	第三級
噪音	TWA<80 分貝	TWA 80~84 分貝	TWA ≥85 分貝
化學性危害			
本機關不得使懷孕勞工使用具生殖毒性之危害性化學品			
生物性危害			
本機關不得使懷孕勞工從事經主管機關規定具有致病或致死之微生物感染風險之工作			
人因性危害			
風險等級	第一級	第二級	第三級
以人工提舉、放、推、拉、搬運或移動重物		運用風險評估工具（如 KIM）為中等負載，或經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者。	運用風險評估工具（如 KIM）為中高負載或高負載，或經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者。
一定重量以上重物處理工作			從事重物處理作業，其重量達下列規定值以上者： 1. 妊娠中：10 公斤(6 公斤) 2. 分娩未滿 6 個月者：15 公斤(10 公斤) 3. 分娩滿 6 個月但未滿 1 年：30 公斤(20 公斤) 備註： 1. 括號內為持續性作業之規定值。 2. 經採取母性健康保護措施，可改列第二級
其他潛在危害			
起重機運轉工作			經採取母性健康保護措施者，可改列第二級。
輪班、夜班、單獨工作及工作負荷等		經醫師評估可能影響母體、胎兒或嬰兒健康者。	經醫師評估有危害母體、胎兒或嬰兒健康者。

附錄 4、妊娠及分娩後未滿 1 年勞工之工作適性安排建議表

一、基本資料	
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：	
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：_____）	
醫師：	執行日期：_____年__月__日

附錄 5、母性健康保護執行紀錄表（參考例）

執行日期： 年 月 日至 年 月 日

執行項目	執行結果（人次或%）	備註 （改善情形）
危害辨識及評估	1.物理性危害_____項 2.化學性危害_____項 3.生物性危害_____項 4.人因性危害_____項 5.工作壓力/職場暴力_____項 6.其他 7.風險等級_____項 8.危害告知方式與日期_____	
保護對象之評估	1.女性勞工共_____人 2.育齡期女性勞工（具生理週期且具生育能力者）共_____人 3.妊娠中之女性勞工：共_____人 4.分娩後未滿 1 年之女性勞工：共_____人 5.哺乳中之女性勞工：共_____人	
安排醫師面談及健康指導	1.需醫師面談者_____人 (1) 已完成共_____人 (2) 尚未完成共_____人 2.需觀察或追蹤檢查者共_____人 3.需進行醫療者_____人 4.需健康指導者_____人 (1) 已接受健康指導者_____人 (2) 未接受健康指導者_____人 5.需轉介進一步評估者_____人 6.需定期追蹤管理者_____人	
適性工作安排	1.需調整或縮短工作時間_____人 2.需變更工作者_____人 3.需給予休假共_____人 4.其他_____人	
執行成效之評估及改善	1.定期產檢率_____ % 2.健康指導或促進達成率_____ % 3.環境改善情形：（環測結果） 4.其他	
其他事項		

備註：本表為參考格式，職業安全衛生管理人員得依實際執行狀況調整使用