

# 女性勞工母性健康保護實施辦法

第一條 本辦法依職業安全衛生法（以下簡稱本法）第三十一條第三項規定訂定之。

第二條 本辦法用詞，定義如下：

一、母性健康保護：指對於女性勞工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、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(以下簡稱保護期間)：指雇主於得知女性勞工妊娠之日起至分娩後一年之期間。

第三條 事業單位勞工人數在三百人以上者，其勞工於保護期間，從事可能影響胚胎發育、妊娠或哺乳期間之母體及嬰兒健康之下列工作，應實施母性健康保護：

一、具有依國家標準 CNS 15030 分類，屬生殖毒性物質第一級、生殖細胞致突變性物質第一級或其他對哺乳功能有不良影響之化學品。

二、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。

三、其他經中央主管機關指定公告者。

第四條 具有鉛作業之事業中，雇主使女性勞工從事鉛及其化合物散布場所之工作者，應實施母性健康保護。

第五條 雇主使保護期間之勞工暴露於本法第三十條第一項或第二項之危險性或有害性工作之作業環境或型態，應實施危害評估。

雇主使前項之勞工，從事本法第三十條第一項第五款至第十四款及第二項第三款至第五款之工作，應實施母性健康保護。

前二條及前項之母性健康保護，應參照中央主管機關公告之技術指引辦理之。

第六條 雇主對於前三條之母性健康保護，應使職業安全衛生人員會同從事勞工健康服務醫護人員，辦理下列事項：

一、辨識與評估工作場所環境及作業之危害，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、依評估結果區分風險等級，並實施分級管理。

三、協助雇主實施工作環境改善與危害之預防及管理。

四、其他經中央主管機關指定公告者。

前項之評估結果及管理，雇主應使從事勞工健康服務醫護人員告知勞工。

第七條 勞工於保護期間，雇主應使從事勞工健康服務醫護人員與其面談，並提供健康指導及管理。

前項之面談，發現勞工健康狀況異常，需追蹤檢查或適性評估者，雇主應轉介婦產科專科醫師或職業醫學科專科醫師評估。

雇主辦理前項轉介時，應將最近一次之健康檢查、作業環境監測紀錄與危害暴露情形及前條之評估結果等資料交予醫師。

勞工於接受第一項之面談時，應提供孕婦健康手冊予醫護人員。

第八條 勞工於保護期間，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，雇主應依前二條規定重新辦理。

第九條 雇主使保護期間之勞工從事第三條或第五條第二項之工作，應依下列原則區分風險等級：

一、符合下列條件之一者，屬第一級管理：

(一) 作業場所空氣中暴露濃度低於容許暴露標準十分之一。

(二) 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：

(一) 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。

(二) 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、胎兒或嬰兒健康。

三、符合下列條件之一者，屬第三級管理：

(一) 作業場所空氣中暴露濃度在容許暴露標準二分之一以上。

(二) 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。

前項規定對於有害輻射散布場所之工作，應依游離輻射防護安全標準之規定辦理。

第十條 雇主使女性勞工從事第四條之鉛及其化合物散布場所之工作，應依下列血中鉛濃度區分風險等級，但經醫師評估須調整風險等級者，不在此限：

一、第一級管理：血中鉛濃度低於五  $\mu\text{g}/\text{dl}$  者。

二、第二級管理：血中鉛濃度在五  $\mu\text{g}/\text{dl}$  以上未達十  $\mu\text{g}/\text{dl}$ 。

三、第三級管理：血中鉛濃度在十  $\mu\text{g}/\text{dl}$  以上者。

第十一條 前二條風險等級屬第二級管理者，雇主應使從事勞工健康服務醫師提供勞工個人面談指導，並採取危害預防措施；屬第三級管理者，應即採取工作環境改善及有效控制措施，完成改善後重新評估，並由醫師註明其不適宜從事之作業與其他應處理及注意事項。

雇主使保護期間之勞工從事第三條或第五條第二項之工作者，經採取母性健康保護，風險等級屬第一級或第二級管理者，經醫師評估無害母體、胎兒或嬰兒健康，並向當事人說明危害資訊，經當事人書面同意者，可繼續從事原工作；風險等級屬第三級管理者，應依醫師適性評估建議，採取變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護。

第十二條 對保護期間之勞工為適性評估者，雇主應將第六條或第八條之評估結果交付勞工，由勞工提供予婦產科專科醫師；婦產科專科醫師則依勞工個人健康狀況，參照附表一辦理有關妊娠或分娩後健康危害評估，提供工作適性安排之建議。

雇主應參照前項醫師之評估及建議，採取必要之母性健康保護，對其評估及建議有疑慮時，應再請職業醫學科專科醫師進行現場訪視，提供綜合之適性評估及變更工作條件、調整工時、調換工作等母性健康保護之建議。

第十三條 雇主對於前條適性評估之建議，應使從事勞工健康服務之醫師與勞工面談，告知工作調整之建議，並聽取勞工及單位主管意見。

雇主所採取母性健康保護，應尊重勞工意願，並依勞動基

準法、性別工作平等法及游離輻射防護法之規定辦理。

勞工對於雇主所採取之母性健康管理措施，有配合之義務。

第十四條 雇主依本辦法採取之危害評估、控制方法、面談指導、適性評估及相關採行措施之執行情形，均應予記錄，並將相關文件及紀錄至少保存三年。

前項文件或紀錄等勞工個人資料之保存及管理，應保障勞工隱私權。

第十五條 女性勞工分娩滿一年後，仍在哺乳者，得請求雇主採取母性健康保護。

第十六條 本辦法自中華民國一百零四年一月一日施行。

附表一 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

<b>一、基本資料</b>			
勞工姓名		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；身體質量指數（BMI）：_____ kg/m <sup>2</sup> ； 血壓：_____ mmHg <input type="checkbox"/> 工作職稱/內容：_____			
<b>二、婦產科相關病史</b>			
1. 預防接種： <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：_____			
<b>三、妊娠及分娩後風險因子評估</b>			
<b>1. 過去懷孕病史：</b>			
<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			
<b>2. 工作可能暴露之危害因素：</b>			
<input type="checkbox"/> 化學性物質，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 物理性危害，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 生物性危害，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 人因性危害，請敘明：_____			
<input type="checkbox"/> 社會環境因子引起之心理危害，請敘明：_____			
<b>3. 本次懷孕問題：</b>			
<input type="checkbox"/> 多胞胎妊娠 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 早期子宮頸變薄（短） <input type="checkbox"/> 泌尿道感染 <input type="checkbox"/> 妊娠毒血症 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剝離 <input type="checkbox"/> 陰道出血（14週以後） <input type="checkbox"/> 貧血（血紅素 < 10 g/dL） <input type="checkbox"/> 子宮收縮頻率過高（1小時超過4次以上） <input type="checkbox"/> 超音波檢查胎兒結構異常 <input type="checkbox"/> 胎兒生長遲滯（>37 週且體重 ≤ 2500g） <input type="checkbox"/> 家族遺傳疾病或其他先天性異常 <input type="checkbox"/> 其它不適症狀（如腹痛、頭痛、胸悶、下背痛..等，請敘明 _____）			
<b>4. 個人因素：</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>5. 分娩後子宮復舊與哺乳情形：</b>			



