



# 現階段各國職業災害 防止對策

曹常成

## 一、前言

職業災害不僅造成嚴重勞動力損失及龐大社會成本支出，且逐漸構成企業全球化貿易競爭的障礙。以2003年各國全產業職業災害百萬人死亡率為例，我國的50人均數遠高於澳洲的20人、瑞典的14人及英國的7人，顯示我國在深化為已開發國家過程中，在職業安全衛生相關法規、管理、研究及執行方面，可借鏡先進國家的防災成功經驗，一方面發展經濟，一方面維持低且持續改善的職災發生率，以增加企業生產力及競爭力，提升勞工就業意願，增進勞資和諧。以下分別介紹澳洲、日本、美國、英國等國之職業災害防止對策。

## 二、澳洲職業災害防止對策

2002年澳洲政府及民間勞資機構簽署2002年至2012年澳洲國家安全衛生策略，該策略規劃澳洲未來十年安全衛生政策的願景，該十年國家安全衛生策略由國家職業安全衛生委員會(National Occupational Health and Safety Commission, NOHSC)負責執行。以消除工作引起的死亡、傷害與疾病為國家願景，強調與工作有關的死亡、傷害與疾病雖不可避免，但可以預防，提供國家勞工安全衛生策略的最終目標。

### (一)策略目標：

- 1.維持有效且持續地降低因工作所引起死亡事故發生，以2002年的數據為基準，至2012年7月30日至少降低20% (2007年7月30日至少達成降低10%)。
- 2.降低工作場所傷害的發生率，至2012年7月30日至少降低40% (2007年7月30日至少達成降低20%)。

### (二)防災策略：

- 1.由於製造、運輸和倉儲等行業發生災害率最高，以2003年為例，運輸倉儲及通信業職災死亡人

數居冠佔總產業27%、製造業職災傷殘人數居冠佔總產業20%，改進空間最大。故2004年至2005年，將優先降低製造、運輸和倉儲等行業之災害率，並且執行該行業的衛生管理相關服務。

## 2. 加強營造業承諾共同努力改善營造業的安全：

- (1) 營造業所有勞工之安全為第一優先考量，所有公司必須經過政府安全制度之評鑑許可，得到執照後才可經營。
  - (2) 產業應針對不同時期之營建計畫，提供不同的安全制度。
  - (3) 政府需要持續不斷修正職業安全衛生標準，當前的方法並無法持續改進不安全之制度。
  - (4) 對目前所使用之化學製品，必須瞭解長期暴露下對衛生的影響。
  - (5) 關於營造業的規章，各州政府必須討論制定全國評估之標準。
3. 著重減少墜落、物體撞擊和被物體撞擊之災害。以2002年澳洲職業傷病原因分析，墜落佔全體19.9%，物體撞擊(7.2%)和被物體撞擊(13.7%)共佔全體20.9%<sup>1</sup>。
  4. 進行NOHSC控制工作場所危險物品的標準和業務守則之修正，並且分析研究相關致癌物質、危險物品標準，另維持澳洲之工作場所大氣相關污染物的國際標準規格。
  5. 發展企業管理者有效管理勞工安全衛生的能力，並建立受僱者有效管理勞工安全衛生風險、勞工工作更安全、以及參與勞工安全衛生協議的積極性及能力。
  6. 有效預防職業病。2001年至2002年澳洲職業傷病身體壓力(body Stressing)佔全體41.2%，精神壓力也佔了全體5.0%<sup>2</sup>，由於職業病不像外傷或死亡事故容易清楚認定發生原因，因此必須研究職業病與相關死亡案例之關聯性，進行防範。

## 三、日本職業災害防止對策

日本厚生勞動省提出2003年至2007年工業事故傷害預防計畫，以保護勞工安全衛生、因應勞工工作多元化的環境改變、根除致命意外傷害、提升中小企業安全衛生水準、解決勞工工作日益增加身心負擔、發展減災的安全衛生技術、因應工作型態多元及員工高流動率為主要內容。

### (一) 策略目標

1. 每年意外災害死亡人數不超過1500人。
2. 整體意外災害事故率將低超過20%。此防災計畫在平成14年(2002年)制定的，以平成15年為第一年度，至平成19年為第五年度，希望在五年內(2003年至2007年)可達成。

1. New compensation cases by type of occurrence, 2001-02p, Compendium of Workers' Compensation Statistics Australia, 2001-02, p.17-21, December 2003, Australian Government, National Occupational Health and Safety Commission(NOHSC) data.

2. New compensation cases by type of occurrence, 2001-02p, Compendium of Workers' Compensation Statistics Australia, 2001-02, p.17-21, December 2003, Australian Government, National Occupational Health and Safety Commission(NOHSC) data.



- 3.降低肺炎、職業癌症、一氧化碳中毒等重大致命傷害。
- 4.持續穩定降低工作相關疾病。

## (二)防災策略

日本防災策略為由厚生勞動省提出全國性事故傷害預防計畫，各災害防止協會根據其全國性事故傷害預防計畫研擬相關產業之防止計畫據以推動，相關單位包括勞動基準局安全衛生部計畫科、中央勞動災害防止協會、營造業勞動災害防止協會、陸上貨物運輸事業勞動災害防止協會、林業、木材業製造業勞動災害防止協會、礦業勞動災害防止協會及港灣勞動者災害防止協會。上述單位，除了勞動基準局安全衛生部計畫科為政府機構外，其於相關防災協會，皆為民間配合政府安全衛生策略，所組織之防災團體，類似於我國職業工會的組織架構。

### 1.勞動基準局安全衛生部計畫科 勞動災害防止之計畫：21世紀人們皆能安全衛生工作：

- (1)降低死亡災害。
- (2)中小企業勞動災害防止措施之確保。
- (3)隨著高齡社會來臨，安全衛生措施必須提供對年輕勞動者、高齡勞動者皆有效的安全衛生對策。
- (4)將目標安全衛生管理法導入安全衛生管理。簡言之，就是隨時將最新的目標，以目標管理法(何時要達到何標準)，來執行安全衛生管理。
- (5)專業技能承繼問題，由於人口老化，年輕勞動力日益減少，因此各業相關之專業技能可能面臨後繼無人之問題，當專業技能不足時，新進勞動力發生災害之比率可能性相當高。
- (6)增加勞動者產業保健服務、形成舒適工作環境。

### 2.中央勞動災害防止協會<sup>3</sup>

- (1)勞動災害的防止。
- (2)安全衛生情報的提供。
- (3)安全衛生意識的提升。
- (4)專業技術支援。
- (5)以零災害的為目標。
- (6)舒適的工作場所設備。
- (7)以勞動安全衛生管理系統Occupational Safety and Health Management System(OSHMS)，建構有用的指導方式，例如：為了降低工作場所意外災害的發生，以管理評估的方式，評斷每項工

3.中央勞動災害防止協會 (Japan Industrial Safety and Health Association ; JISHA), <http://www.jisha.or.jp/research/index.html>.

作的危險性，也就是建立預警效果的指標，各事業場在根據工作危險性之評估，實施改善辦法。

### 3.營造業勞動災害防止協會<sup>4</sup>：

- (1)提升安全意識：透過以集合方式之全國大會、分會大會，在各企業舉辦之安全衛生大會，致力提升全國性安全意識。
- (2)為提升營造業之安全衛生管理之確實及有效性：推動構築營造業勞動安全衛生管理系統(COHSMS)，實施使系統有效發揮其功能所必要之企業內之系統監查制度，對應接受已建立系統之營造企業，積極地實施COHSMS評估服務業務，致力推動營造企業之安全衛生管理相關系統評估。
- (3)在指導者培養教育與技能講習、特殊教育等導入風險評估手段，更進一層充實教育業務，對從事營造工作者則延續既往，致力實施有效之教育。
- (4)依據營造業界廣泛之安全衛生活動之需求，充實勞務安全管理實務之綜合性支援服務，利用民間之專業知識，致力擴充調查研究工作。
- (5)加深營造業之勞動災害防止活動相關之各種活動，在「推展特別委員會」進行綜合性研討。另設「勞動災害防止施策研討委員會」，就長期性之防止勞動災害之各種施策進行研討。

### 4.陸上貨物運輸事業勞動災害防止協會<sup>5</sup>

- (1)促進陸上貨物運輸事業的勞動災害防止。
- (2)交通勞動災害防止對策。
- (3)依據陸上貨物運輸事業的工作情況，具體地規範擬訂勞動安全衛生方面措施。
- (4)研究關於發生交通勞動災害之受災勞動者，其工作狀況為何，明確列出災害發生的原因、勞動環境等。
- (5)交通勞動災害的防止的指導援助。
- (6)安全衛生管理者之教育訓練教育。
- (7)陸上災害防止技術指導。
- (8)交通勞動災害防止。
- (9)辦理汽車司機之勞動教育。
- (10)勞動者腰痛預防衛生教育。

4.營造業勞動災害防止協會(Japan Construction Safety and Health Association；JCSHA), <http://www.kensaibou.or.jp/index.html>。

5.陸上貨物運輸事業勞動災害防止協會(Land Transportation Industry Safety & Health Association), <http://www.rikusai.or.jp/public/index/frame.htm>。



#### 四、美國職業災害防止對策

21世紀開始以來，美國勞工部所保障的總勞動人口又加倍增加：從原本在350萬工作場所5600萬勞工增加到700萬工作場所及1億1100萬勞工。此外，快速科技的提昇和勞工互動的環境改變了原本工作本質，產生了關於安全和衛生的新議題。不會說英語的勞工人數增加、年輕工作者比例成長、退休人口年齡的延後、以及短期工作勞工數目快速成長，這些勞動人口型態組成的改變對於整體勞動人口的安全與衛生造成了更大的挑戰。美國勞工部加強努力幫助雇主及員工了解和遵守安全及衛生(the regulation of safety and health partnership)的規定以減少勞工意外傷害、疾病和死亡率。

(一)策略目標：美國勞工部在2003年至2008年施政的策略目標：促進安全、衛生和公平的優質勞動力：

- 1.透過直接預防減少職業危險。
- 2.經由支持與合作的計畫部門和強力的領隊提供一個安全與衛生文化環境。
- 3.經加強OSHA組織的素質能力與基礎結構來使OSHA達到最大的有效性及效率。
- 4.減少工作相關的致命災害：依職業安全衛生法(Occupational Safety and Health Act)，至2008年減少15%的工作相關致命災害(平均從2000到2002間100萬勞工中有1.7的致命率減少到1.5的致命率)，從2003到2008年能減少15%礦業致命意外率，即從0.0226減少至0.0192。

#### (二)減災策略

1.資訊電子化：網路資訊的發達，各州政府可經由網際網路得知許多聯邦OSHA的各項計畫及參考資訊，藉由電腦化、互動式的資訊交流(例：線上的安衛教學、訓練，美國奧勒崗州、華盛頓)，更甚靜態的文書來往。

#### 2.建立夥伴關係：

(1)奧勒崗州的營造業與職業安全局合作，共同減少營建業的職業傷害與死亡。共同重視的計畫(The Joint Emphasis Program, JEP)是在勞、資、政三方致力於訓練講習會議(包括會議的計畫與實行)的合作成果。JEP著重於危害危險，規劃一門課程提供職業安全訓練(培訓)給個人、工會幹部、監查員與OSHA官員等，並透過研究的成果將研究問題、解決方法傳至資方與官方。

(2)肯塔基州由勞、資、政、學四方代表組織一個非官方、非營利的職業安全衛生網絡，其主要作用是經由教育過程、提供獎學金、捐贈基金與跨遍全州的研討會來增加職業安全衛生的體認。

#### 3.財務上的誘因(金融獎勵)：

(1)懷俄明州自1993年，規定若雇主在一年內能降低25%勞工的賠償金申請比例，州政府便減少75%的雇主罰款，大約有60%的雇主已達到這個標準。懷俄明州亦提出若雇主能在當天將危害排除，則罰款減半的措施。最近一項創新措施則為：雇主接受(同意)為期一年的協商訪問，將撤回所有處罰罰款。但若雇主在此一年內發生重覆的違反行為，則至少負起原有罰則的2至5倍。

(2)波多黎各在1996年實施權宜(應急)計畫，就是對於工作安全衛生的違反者，若能在檢查期間達到違法行為的降低(消除)，即可抵銷罰款的15%。

4.平鋪直敘的(白話、明顯易懂的)法條規定。

5.對雇主的獎勵：

(1)肯塔基州的州長職業安全衛生獎勵計畫，推行一種分級系統，讓每個雇主與勞工瞭解本身在預防職業傷害上的成就如何。

(2)印第安納州勞工局與安全委員會聯合發起州長就任的工作場所安全獎金(the inaugural Governor's Workplace Safety Awards)，所有印第安納州內的企業、工廠、個人、機構、市政當局、學校、服務機構、工會與第三部門組織均具申請資格，獎勵種類包含創新、合作(夥)、教育、研究與技術轉移。

6.申訴回應：大部分的州政府利用“電話傳真”方式來倡導OSHA提出的安全衛生申訴類型。當申訴符合州政府的申訴標準時，會以電話告知並指導雇主被申訴的行為，接下來會傳真給雇主一份不安全環境的調查文件。雇主必須在一定期限內回覆，期限通常是5天，若雇主未作回覆或回覆並不理想，或當州政府認為有必要時，雇主仍必須遵從調查文件的指導內容。此為利用電話傳真方式，以較少的計畫資源，達到降低多處工作場所的危害物之措施。

7.對雙重雇主的要求(派遣相關)：由於不充分的安衛訓練，通常暫時性勞動者因工傷殘比例高於一般平均值。加州採取新策略，制訂雙重雇主規章，幫助仲介機構與勞工之間契約的抱怨申訴。暫時性機構(稱第一雇主)擁有雇用與解僱的權力：如同雇主般與勞工簽訂契約，契約內容包括薪資、提供勞工保險賠償金。勞工則受另一家企業(稱第二雇主)的管理監督下工作。加州OSHA的雙雇主政策關注於勞工配置於另一家企業的工作場所時，所發生危害安全衛生的問題。第一雇主必須確保勞工受到工作相關訓練與有效用的預防傷病訓練。若第一雇主符合所有要求條件(規定)，則當勞工至另一家企業工作時，若暴露於具危害的工作場所時，第一雇主將不負違反法律上的責任，因為第一雇主並沒有監督管理勞工的工作行為。



8.有立即危險可能存在的限制措施：當工作場所有存在危害致死或傷害的可能性時，州政府需有保護勞工的回應措施。

- (1)華盛頓州違反SHA規定並處於有立即危險的情況時，可以對任一機器或環境發出紅牌(red tag)，發佈立即管制的命令。
- (2)明尼蘇達州、馬里蘭州、奧勒崗州也可提出紅牌來禁止使用某設備或持續一種被操作過程，直到危險被改正或者除去。
- (3)佛蒙特州對於有立即危險存在且沒有暫時命令可供管(限)制時，州政府可關閉全部的工作場所或一部分的工作場所。

9.安全衛生協議：

- (1)南卡羅來納州首先倡導在抗議前與抗議後以和解協議書解決。典型的協約課以雇主訓練與教育的義務，是為促進安全衛生的過程，並於每個月實施工作場所檢查。
- (2)維吉尼亞對於發生致命的意外、故意違反或有低度安全衛生紀錄的雇主做出特別指定的協議書，其中雇主被要求：
  - a.發展廣泛綜合的安全衛生程序。
  - b.每個月向維吉尼亞職業安全衛生局提報檢查報表達成目標。
  - c.雇用全職的安全健康專業人員來執行企業內的安全衛生業務。
  - d.針對勞工與管理者實施綜合廣泛性與特定目標性的訓練課程。
  - e.要求最高或高階層主管。
  - f.參與安全衛生訓練課程。
  - g.定期巡視工作場所並確保職業安全衛生的實行。
  - h.逐漸發展能證明違反安全衛生工作規則的文件紀錄與解雇不安全勞工的內部嚴厲罰款，成為訓紀體系。
  - i.提供動機鼓勵以專注於安全衛生的維持，維吉尼亞職業安全衛生局也同意原來被處份的單位若能在設定的年限間不再使危險復發，則可免除一部分罰款。

## 五、英國職業災害防止對策

以2003年各國全產業職業災害百萬人死亡率為例，加拿大61人、澳洲20人，而英國只有7人；若以職業傷害百萬人發生率看來，加拿大22,270人、澳洲12,300人，而英國則是6,300人<sup>6</sup>，因此英國著重於嚴重傷病原因的改進。

(一)策略目標：安全衛生委員會HSC (the Health and Safety Commission)<sup>7</sup>制定2004年至2010年減少10%的死亡及重大傷害、減少20%工作相關疾病、以及減少30%工作日損失。

(二)減災策略：

1.安適的工作、生活與未來計畫 (Fit for work, Fit for life, Fit for tomorrow Strategic Programme, Fit3)：將已知的工作傷害疾病紀錄分析，得知世代間職業傷害的分佈所在。為降低職災發生率，目前的積極實行計畫包括：

(1)推行運輸駕駛員各方面的管理標準，包括主要關係者(major stakeholders)工作上的安全合作。


(2)對於工作場所的滑落(跤)、失足，提供專業的企畫資訊與宣傳報導，並在2005年秋季執行。

(3)對於工作標準採取最高準則。

(4)對於工作場所的滑倒墜落(共佔傷病原因49%)<sup>8</sup>、身體上(肌肉骨骼)的傷害(佔傷病部位50.4%)<sup>9</sup>，提供專業資訊與宣傳報導。

2.主要工作傷害的計畫策略 (Major Hazards Strategic Programme)：本策略著重在HSE對於未能進行職業安全衛生風險管理的企業者，進行懲罰並確保其安衛的管理，如原子核能裝備、近岸天然氣與石油區的化學物質放射、值得報告的危險發生之稽查。

## 六、結語

由於目前先進國家的職業安全災害發生率普遍偏低，各國的防災對策大多以災害率改進空間最大之行業、高職災率、高職業病風險者為優先考量，在執行方面，多數國家會成立民間安全衛生專責機構配合政府政策來推動減災計畫；在具體措施方面，除積極宣導法令政策外，其他如政府與民間夥伴關係之建立、風險管理、申訴案件之處理、獎勵、重覆違反的加倍罰款等均列為防災措施。我國在職業安全衛生相關法規、管理、研究及執行方面可借鏡先進國家的防災成功經驗，考慮國情的差異性，研擬適合我國之減災策略。 

(本文作者 行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所研究員)

6.LABORSTA Internet , <http://laborsta.ilo.org/>。

7.Health & Safety Executive, <http://www.hse.gov.uk/index.htm>。

8.Statistics by causes or kinds of accidents, European Network-United Kingdom, <http://www.hse.gov.uk/statistics/causinj/index.htm>。

9.Health and Safety Statistics 2004/05, p.9, Health and Safety Commission。





# 過勞與工作壓力

徐傲暉<sup>1</sup> 洪柏宸<sup>2</sup>

## 壹、前言

勞委會勞工安全衛生研究所在93年針對國內17,321個受僱者所進行之工作環境安全衛生狀況認知調查結果顯示，勞工自覺工作壓力大的比率逐漸攀升，男性由八十三年來的38.0 % 攀爬至69.5 %，女性則由34.0 % 上升2倍至67.2 %。由此可見，勞工工作壓力問題有越來越嚴重的趨勢。工作壓力是造成疲勞的重要因素之一，尤其當前台灣產經結構變化迅速，例如雇用關係彈性化、結構性失業、國際市場競爭、資訊科技革新、產業型態轉變等，工作壓力似乎無所不在，衝擊著廣大工作者的身心健康，是值得重視的社會問題。目前過勞症已為21世紀最嚴重的健康問題之一，多數的案例報告指出「過勞死」為急性的致命心血管疾病突然地發作所致。近幾年來，疑似工作過勞而猝死的案例頻傳，經勞工團體與媒體揭露後，更引起社會大眾對此議題的關注。

在先進市場經濟體系中，如美國、荷蘭、英國，近年來因工作壓力要求賠償，或因心理健康要求賠償案例急遽增加。根據瑞典官方統計，1991年間所診斷出的所有職業病病例中，工作壓力為病因的案例就佔了70 % 以上。美國職業安全衛生部（NIOSH）推估，高達50 % 的員工缺勤可能與工作壓力有直接相關，而約有60 % 至80 % 的職業災害可能與工作壓力有關。工作壓力其他的影響層面可能包括職場衝突、暴力、酗酒、藥品濫用、意外、工作品質、服務品質、生產力、心血管疾病、疲勞、過勞或其他疾病。北歐國家對工作壓力問題的研究起步較早，對職業病的認證與補償也較為完善。

由於經濟、資訊及溝通技術的改變，加速商業過程，許多公司重要人物因為時間壓力而超時工作。工作壓力與過勞有極大的相關性，過勞是長期暴露於工作壓力下的結果。過勞引起之主要疾病在醫學上統稱「職業引起急性循環系統疾病」，包括急性腦血管疾病與急性心臟疾病二大類。「過勞死」（Karoshi）顧名思義為因為疲勞過度而猝死。創造此詞的日本醫學權威Tetsunojo Uehata把「過勞死」定義為：有害心理健康的持續工作，破壞工作者正常工作和生活節奏，從而導致體內疲勞積蓄及長期勞累過度，高血壓等舊疾加劇，再伴以動脈硬化，最終衰竭而死。研究顯示長時間工作對健康的效應如下：不充分的睡眠與不充分的恢復時間，同時伴隨著不良生活習慣時，會對健康產生負面影響，特

別是增加心血管疾病的危險。日本針對16年間申請過勞死（與過度工作相關）賠償案例進行研究，結果顯示大部分案例是長時間工作，並有其他壓力過度負荷情況的男性；日本研究曾發現每日工作超過11小時，發生心血管疾病的機會增加；日本研究者Hoshuyama T.參考相關文獻後歸納出：(1)大多數證據顯示過度工作與心血管疾病有關，(2)健康危害程度依工作者特性而有所不同，如性別、年齡、壓力調適和認知知覺等。我國行政院勞委會勞工安全衛生研究所針對大型醫院收集心血管疾病案例進行研究，分析其工作相關因子、職業等，結果發現長時間工作、突發工作負荷加重、期限壓力、經常性出差、天氣溫差大等是發病的常見原因。

「過勞」易導致急性的心血管疾病突然發作；分析我國近年勞工保險「職業引起急性循環系統疾病」給付資料（包含死亡、殘廢及傷病給付），86年9件、87年94件、88年185件、89~90年38件、91年15件、92年22件、93年19件。我國91-93年勞工保險資料職業病給付案例扣除塵肺症外約596例，其中心血管疾病約占9%（56例），值得注意的是心血管疾病給付絕大部分為死亡給付。

## 貳、日本過勞職業災害認定基準

有關「過勞」或「過勞死」的研究，日本是起步較早的國家，對職災補償方面的認定也較周延，因此本章對日本過勞認定基準做一詳述。

### (一)法規名稱及政府主管單位

目前在職災補償審查機構方面，勞工是厚生勞働省(2001年與厚生省合併改為現稱)，國家公務員為人事院，而地方公務員是地方公務員災害補償基金（以下簡稱地公災基金）。勞働省在1961年即頒布工作相關心血管疾病的職災認定基準 - 「腦中風及心臟疾病與工作相關的認定」。

日本勞働省及人事院在1987年頒布新的認定基準 - 「腦血管疾病及缺血性心臟病認定基準」(腦血管疾患及び血性心疾患等の認定基準)，除了認定因工作災害致病外，也將「發病前的一週有持續工作負荷過重」納入認定之中，此時也將認定對象擴及公務員；在1995年勞働省對於發病前1週的工作負荷過重，由必須證明工作負荷量是具有導致心血管疾病急性惡化的關聯性，改採在發病前一週的工作負荷相較於日常工作，確有相當程度的增加，以疲勞累積的觀念進一步擴大認定範圍。勞働省、人事院及地方公災基金數次修訂認定基準，希望透過認定基準更為嚴謹周密的修訂，減少爭議及更加快速適當的進行案例判定。

在申請認定時所需要的資料方面，雖然在勞働省的「腦血管疾病及缺血性心臟病（排除傷害致病）」



認定基準」(腦血管疾患及び血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準)中列舉出一些如工作時間、工作狀況、特殊事件等在認定時可供參考的具體事項，但是對照在同時期公布的公務員的認定基準「心臟、血管疾病及腦血管疾病等職業相關性疾病之公務職災認定參考(通知)」之參考附件中，國家公務員部分有發病日前一週、一個月內、及六個月內的工作狀況調查表，以及「心臟功能不全及殘障失能疾病與工作相關簡易認定調查表」；而在地方公務員部分也有類似的調查表用來協助收集個案鑑定時所需的資料，以便加速審查的申請過程。

## (二)認定之疾病範圍

目前在認定疾病部份，厚生勞働省的認定基準包括腦出血、蜘蛛膜下出血、腦梗塞及高血壓腦病變等腦血管疾病；及狹心症、心肌梗塞、主動脈剝離等缺血性心臟病及急性心臟停止等心血管疾病，而人事院的認定疾病則除了將上述的腦梗塞分為腦栓塞(cerebral embolism)及腦血栓(cerebral thrombolism)外，還加上小洞性梗塞(lacunar infarct)、肺栓塞症及心室纖動(ventricular fibrillation)等疾病。

雖然如大腦暫時性缺血、可逆性缺血性神經病變(Reversible ischemic neurologic deficit)、Willis環阻塞症(cerebrovascular Moyamoya disease)等暫時性神經病變，及心肌病變、不整脈、或瓣膜性心臟病等等的心臟病，並未包含於厚生勞働省及人事院的認定基準中，但由目前法院判例來看，如果在病發前確有明顯的工作特殊壓力，使得這些所謂「基本疾病」突然惡化，也可以被認定為工作相關腦血管疾病。

## (三)認定之工作型態

目前對於工作型態之認定的條件包括：1.在發病前1天內，在工作時間或地點有極為異常的特殊狀況發生。2.在發病前的短時間內，曾有特別過度勞累的工作狀況(「短期過勞作業」)。3.在發病前的長期內，特別是有長期的工作過勞導致顯著的疲勞累積(「長期過勞作業」)。

發病前1天內的特殊狀況，是指在發病前，曾遭遇到如 1.極度緊張、興奮、恐怖、驚訝等突發而又難以預測、會造成強烈精神負荷的異常事件；例如工廠失火或爆炸，對應負失火責任或廠長引發心理上的衝擊。2.突發而又難以預測、會造成強烈身體負荷的緊急異常事件，例如工廠火災或爆炸時參與消防及救災的工作。3.作業環境的急劇變動，例如在酷暑的氣候下進行戶外工作等等之工作災害事件。

短期過勞作業，一般是以在發病前一週內，曾遭遇到造成精神緊張且與發病具有相當密切關連的工作狀況，包括不規律的工作、工作時間（包括待工時間）過長、經常出差、輪班或夜班、具溫度、噪音或時差等不良作業環境等（如表一）。

工作型態		評估負荷程度的觀點
不規律的工作		對預定工作排程的變更頻率及程度、事前的通知狀況、可預估程度、工作內容變更的程度等
工作時間長的工作		工作時數（包括休憩時數）、實際工作時數、勞動密度（實際作業時間與準備時間的比例）、工作內容、休息或小睡時數、業務內容、休憩及小睡的設施狀況（空間大小、空調或噪音等）
經常出差的工作		出差的工作內容、出差（特別是有時差的海外出差）頻率、交通方式、往返兩地的時間及往返中的狀況、是否有住宿、住宿地點的設施狀況、出差時含休憩或休息在內的睡眠狀況、出差後的疲勞恢復狀況等
輪班工作或夜班工作		輪班(duty shift)變動的狀況、兩班間的時間距離、輪班或夜班工作的頻率等
作 業 環 境	溫度環境	低溫程度、禦寒衣物的穿著情況、連續作業時間的取暖狀況、高溫及低溫間交替暴露的情況、在明顯溫差之場所出入的頻率等
	噪 音	超過80dB的噪音的暴露程度、時間點及連續時間、聽力防護具的使用狀況等
	時 差	5小時以上時差的超過程度、及有時差之遷移的頻率等
伴隨精神緊張的工作		【伴隨精神緊張的日常工作】業務、開始工作時間、經驗、適應力、公司的支援等 【接近發病前伴隨精神緊張而與工作有關的事件】 事件（事故或事件等）的嚴重度、造成損失的程度等

（出處：厚生勞働省勞働基準局）

長期過勞作業，最重要的判定因素是工作時間，是以超過法定每週40小時的工時之加班時數來進行判定：(1)在發病前1至6個月間，當每一個月加班不超過45小時，與工作的關連性較為薄弱；但當每月加班超過45小時以上時，隨著加班時數的延長，工作與發病間的關連性也隨之增強。(2)在發病前一個月內有超過100小時以上的加班時間時，(3)在2個月至6個月間，每月平均超過80小時以上的加班，可認定為長期過勞作業。

雖然在長期過勞作業中，工作時間是判定的重要依據，但並非僅考量工作時數，當加班時數並未超過上述時數時，或由於工作狀況不固定而造成加班時數有變動時，此時除了以工作時數作為「量」的考量外，也會配合工作型態造成的心理負荷來進行「質」的考量，以作客觀綜合的判定。

過去對於工作時間或工作型態等造成生理或心理負荷量的評量，需要與發病勞工的健康同事或從



事類似工作型態的勞工來進行比較，以認定是否有過重負荷的情況。目前則傾向不與其他健康勞工的工作狀況來做量的比較，而是考量勞工本人既有疾病的狀況及相對於日常工作的工作負擔，來評量發病前工作負荷量。

#### (四)2002年認定案例分析

2002年申請的案件有819件，較2001年的690件明顯增加，其中被認定與工作有關者達317件，也較2001年被認定之174件有大幅增加。在2002年的317件認定個案中，有83% (262件)被認為與長期過勞作業有關；在職業種類方面，以運輸業及販售業最多，各佔23%(72件)及19%(60件)；在年齡方面，以40-49歲及50-59歲間最多，各佔28%(90人)及40%(128人)；在性別方面，絕大多數為男性，占95%(301人)；在疾病預後方面，有50%(160人)死亡。在疾病方面，腦血管疾病佔33%(104件)，而心臟相關疾病共有36%(115件)，詳細的疾病分類請參照表二。

#### (五)日本認定基準觀念的變革

1961年的舊法規採「災害主義論」，在判定上必需證明心血管疾病的發作與「工作災害」有關，限定在發病前極短時間內必須有特定的工作災害事件才能認定與工作有關，在認定上相當嚴格，引發爭

表二 腦血管疾病及缺血性心臟病等的職災補償及認定件數

分類		年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002
腦血管疾病	申請件數		349	309	316	448	452	541
	認定件數		46	47	49	48	96	202
腦出血			18	17	22	19	51	104
蜘蛛膜下出血			21	22	17	21	30	64
腦梗塞			6	8	10	8	15	34
高血壓腦病變			1	0	0	0	0	0
心臟病	申請件數		190	157	177	169	238	278
	認定件數		27	43	32	37	47	115
心肌梗塞			11	23	17	19	24	58
狹心症			0	1	0	2	0	0
原發性心臟停止			5	2	1	6	15	45
不整脈猝死			10	12	13	9		
主動脈剝離			1	5	1	1	5	8
急性心臟停止			0	0	0	0	3	4
合計	申請件數		539	466	493	617	690	819
	認定件數		73	90	81	85	143	317

(資料來源：厚生勞動省勞動統計資料)

議。因此1987年日本勞働省及人事院聽取專家會議的建議，導入「過重負荷主義論」的精神，除了上述工作災害外，也將「發病前一週內有持續工作負荷過重」納入認定基準。在1995年勞働省頒布新的認定基準來取代1987年的認定基準，對於發病前1週的工作負荷過重，由必須證明工作負荷量是具有導致心血管疾病急性惡化的關聯性，改為在發病前一週的工作負荷相較於日常工作，確有相當程度的增加，對於因工作導致疲勞累積的觀念進一步擴大認定範圍。與1961年的法規相較，目前在職災補償對工作相關心血管疾病的認定上採「過重負荷主義論」，相對於「災害主義論」，除了考慮極近期內身體或精神遭受到突發事件影響導致發病外，還加入了發病前一定時間內的工作過度負荷之考量。

在2000年7月，最高裁判所在進行某保險公司主管座車司機蜘蛛膜下出血導致重度殘障事件之訴訟判決時，認為應在舊有認定基準中，增列之前沒有列入考慮的慢性疲勞和具體的工作狀態等疾病誘因，因此勞働省為根據此一意見召開「腦及心臟病的認定基準相關的專門檢討會」，而在2001年12月再次頒布新的認定基準，主要的修正點在於長時間疲勞累積的認定，認定時間以六個月為基準，此外也將可能引發疾病發作的每個工作要因，如需進行折衝等伴隨精神緊張的工作、進行方案規劃或企業組織改造、拘束時間過久的工作等，都要充分進行調查，以進行客觀合理的綜合評估。

因為心血管疾病為一具多重致病因子的慢性病，過去採行「相對有力原因論」來說明「工作負荷過重」與心血管疾病發病間的關聯性，「相對有力原因論」認為心血管疾病的發生原因，是工作負荷、及職災勞工原有的健康狀況或危險因子等（即可歸因於勞工個人的因素）共同造成疾病的發作，而當工作負荷與自身體質、危險因子相比，由質與量考量職業原因超過百分之五十機率時，才能認定疾病之發生與工作有關。但根據目前的判例，則有不採用「相對有力原因論」，改採「相當因果關係論」的傾向，因為「相對有力原因論」，對於疾病的發生原因，如果勞工個人的因素相對大於工作的比重時，就無法獲得職災補償，因此當最高裁判所對於此類案件在進行判決時，會依照「相當因果關係論」的精神，認定在既有的疾病（如高血壓、高血脂症等會導致動脈硬化疾病的疾病）惡化的過程中，可能因為一些特定的事件導致疾病急劇惡化而發作，因此只要能證明疾病的發作與工作有相當的因果關係，就可判定為與職業有關，所以即使原有疾病已經相當嚴重，因為輕微的事件或工作狀況導致疾病的發作，也可列入職災補償對象。

在因果關係的判定上，1995年的認定基準中，認為工作導致心血管疾病的發作是因為工作過重負荷，導致動脈硬化急劇惡化，超過其自然進展速度而提早發作，因此只認定在極短時間內的異常事件或過重的工作（圖1）。而在2001年新的認定基準中，則加入了疲勞累積的想法，長期的疲勞累積可以加速血管病變惡化之速度而發病（圖2）。另外，目前法律也傾向採用「交互作用論」的原則，因為心血管疾病是一具多重致病因的慢性疾病，在過去探討工作負荷與勞工個人因素對發病的影響時，無論



是採用相對有力原因論或相當因果關係論時，均未考慮到不良的工作型態可能間接導致勞工原有的疾病及不良生活型態惡化而加速疾病的發生，例如罹患高血壓的職業司機，可能因長時間靜態工作、具高度緊張的工作型態等而使高血壓不易受到控制，或者有些勞工原有飲酒習慣，但因龐大的工作壓力使得酗酒情況惡化，以上均可能加速了心血管疾病的發生。這些行政基準或法院裁判的變化，主要是將適用範圍擴大，協助更多的勞工獲得適當的補償。

### 參、我國「職業引起急性循環系統疾病認定基準」

我國在民國84年由勞委會經根據專家委員會的意見，訂定了「職業引起急性循環系統疾病認定基準」，作為勞保職災給付、勞委會及勞工局職業病鑑定委員會對過勞判定的依據。急性循環系統疾病包括腦血管疾病以及心臟疾病的急性發作兩大類：一、腦血管疾病：包括腦溢血、腦血栓、腦栓塞、腦梗塞、蜘蛛膜下出血；二、心臟疾病：包括心臟性猝死、心肌梗塞、心臟衰竭。判斷「職業引起急性循環系統疾病」的基本原則為：1.起因於外傷的情形，2.起因於工作的疾病。因於工作上受外傷而發生疾病，通常由於有傷害或外傷為明顯的發病原因，故職業上的外傷與其所引起疾病的因果關係，比較容易判斷。根據行政院勞工委員會86年2月台86勞保三字第 七四三九號令修正發布「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」第二十一條：「被保險人於作業中，於工作當場促發疾病，而該項疾病與作業有相當因果關係者，視為職業病。」；但「工作當場所促發疾病」認定上，則指出必須要有「超出尋常工作的特殊壓力」，在質或量上有造成精神或生理明顯負擔之超出尋常工作的特殊壓力，在認定上包括（1）急性的工作負擔：如死亡前24小時仍繼續不斷的工作或死亡前1星期每天工

圖1 舊認定基準之過勞性腦及心臟病發病概念圖

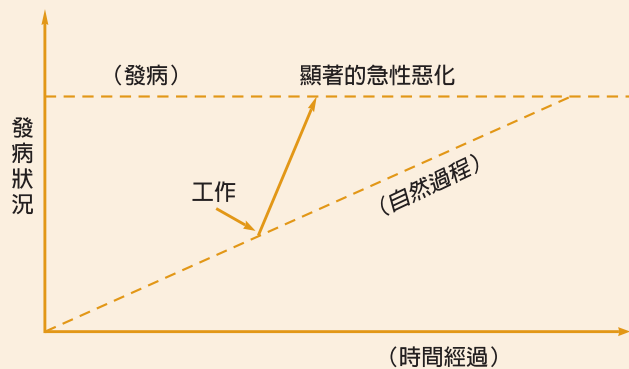
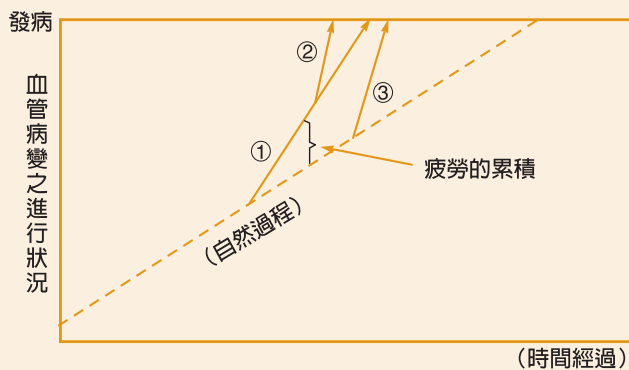


圖2 新認定基準之過勞性腦及心臟病發病概念圖



- 1.因為工作導致疲勞的累積而加速血管病變的惡化
- 2.因為工作的急性負荷誘發疾病的發病
- 3.因為工作的急性過重負荷導致發病

(出處：「腦及心臟病的認定基準相關的專門檢討會報告書」)

作超過16小時以上；(2) 重度體力消耗或精神緊張的事件，在醫學報告上被認為因職業之重度體力消耗或精神緊張而引起腦中風；(3) 症狀出現時間：必需要在發病之前或發病當日有能認定為疾病誘因的「超出尋常工作的特殊壓力」，或在壓力事件發生後至明顯症狀出現前，必需要有過過度性症狀。因傾向採用災害主義論，需要有「超出尋常工作的特殊壓力」事實做為認定要件，由於認定門檻較高，比較容易引發爭議。

民國91年12月修正「職業引起急性循環系統疾病認定基準」，增列對於「發病當日往前推算一個月，其加班時間超過100小時，或發病日往前推算2至6個月，每月加班累計超過80小時者」等長期過勞作業的認定。但對於工作場所促發的疾病之特殊壓力部份，增列「與其自身體質、危險因子相比，由質與量考量職業原因超過百分之五十機率者」，與日本相較，台灣仍然傾向較為嚴格的相對有力原因論。

基於各界迭有修正建議，民國93年12月再次修正認定基準。本次修正重點如下：

- (一) 腦血管疾病類別中，增加「高血壓腦病變」；心臟類疾病中，增列「主動脈剝離」疾病。
- (二) 正常工作時間以外之時數認定為加班時數，只要有工作事實者，且能提出合理證明為工作所耗用時間，均納入認定時工作過重考量。
- (三) 勞工工作可能造成特殊工作壓力之工作型態增列「工作時間以外考量的工作型態」之情形說明，考量不規律的工作、工作時間長、經常性出差、輪班、夜班、溫度、噪音或時差等之工作型態與負荷程度評估等可能引起過勞事項。
- (四) 勞工因長期疲勞蓄積可能為發病因素，將疲勞的累積考量為「特殊壓力」之一。

#### 肆、過勞危險因子及促發因子

急性循環系統疾病之致病原因並不只一種，是由多種病因所引起的。研究顯示長時間工作是一重要因素，因為超時工作導致睡眠時間不足與恢復時間不足，若再伴隨著不良生活習慣會對健康產生負面影響，特別是增加心血管疾病的危險。研究發現職業性心血管疾病個案都具有相當程度的傳統心血管疾病危險因子，加上本身特殊工作型態而加速疾病發展，因此認為傳統心血管疾病危險因子與工作型態對心血管疾病具有交互作用。

有那些工作是過勞高危險族群？超時工作與特殊工作型態是發病的主要工作因子，如有期限壓力、重度或激增之體力負荷、經常出差、不規律的工作及輪班工作、與心血管疾病相關的物理、化





學、生物等環境因子，因此此類工作族群是過勞高危險族群，需特別注意。

而工作以外的主要致病危險因子如下：

- (一)原有疾病、宿因等：高血壓症、動脈硬化（冠狀動脈、腦動脈硬化）、糖尿病、高脂血症（高膽固醇血症）、高尿酸血症、腦動脈瘤、梅毒、心臟肥大、心臟瓣膜疾病等。
- (二)體質、遺傳：肥胖是動脈硬化的促進因子，對本疾病的發生有危險的影響。而高血壓、高脂血症則可能具有高遺傳性。
- (三)飲食習慣：攝取高鹽分的飲食習慣會促進高血壓。歐美的高脂肪飲食習慣會促進動脈硬化，成為心臟疾病的原因。
- (四)氣溫：寒冷、溫度的急遽變化等，亦可能是本疾病發生的危險促進因子。
- (五)吸菸、飲酒：菸槍（每天約20支以上）的心肌梗塞發生的危險是沒有吸菸的人的3倍。雖有研究發現適量飲酒能夠降低心臟血管疾病的發生，長期酗酒與血壓上昇及動脈硬化的關係亦被認定。
- (六)藥物作用：如服用避孕丸可能較易發生心血管系統併發症。

## 伍、防制策略

預防勝於治療，尤其新興職業疾病，例如工作壓力、過勞、及心血管疾病等，此類慢性疾病一旦發生很難治療痊癒，僅能控制病情或延緩惡化，因此有效防制唯有「預防」，以健康促進預防發生，或對已發生者延緩惡化程度。

因此傳統職業衛生必須結合職場健康促進計畫，除改善工作環境、作業流程外，應積極促進員工健康、營造促進健康的工作環境、建立健康工作文化。勞工健康受多重因素影響，因此職場健康促進計畫應涵蓋生理、心理、社會、組織及經濟等因素。職場健康促進計畫可由兩方面同時著手：

### 1. 改善企業環境、組織文化

將健康促進與職業衛生管理系統結合，由工作場所環境管理、作業管理、勞工健康管理、組織管理等，四大方向著手，避免勞工疲勞蓄積，並達到健康促進之目的。

組織管理會影響勞工生理及心理層面，因此各先進國家開始由組織管理著手預防職業相關疾病及促進勞工健康。組織管理包括企業主管理理念、制度化、工作負荷、工作自主性、獎勵、進修機會、人事制度、福利等。

環境管理方面，去除有害健康的有害因子，尤其是心血管疾病或心理壓力相關的物理、化學、生物等環境因子。

健康管理，除進行定期健康檢查外，應建立員工健康資料庫，包括歷年健康檢查資料、身體異常項目追蹤結果。有慢性疾病特別是高血壓或心臟病等心血管疾病員工，均應隨時追蹤觀察健康狀況。

由作業管理做好疲勞管理、輪班管理，避免超時工作，預防過勞現象發生。輪班管理及時間安排上，宜考量生理適應性，以順生理週期的方式換班為原則，避免輪班頻率過高（一週或更短的時間輪一次班），改變工作時間時要有一、兩天以上的休假日以便調節時間，輪班工作盡量避免9-12小時超時工作，如果超過要安排充分的休息時間，避免過度疲勞，尤其如果工作內容需要相當的注意力或體力更應避免。

## 2. 建立勞工健康行為：

利用多元化教育訓練落實勞工健康行為於日常生活及工作中。包括健康體能、壓力認知與抒解、心血管疾病及過勞、菸酒及藥物濫用、均衡營養、安全行為等任何與健康有關的主題。除提供員工健康教育、訓練、資訊、諮詢、健康服務等，亦應創造支持員工進行健康行為的環境，例如無菸職場、便利之運動場所、舒適安全工作及休憩環境、提供均衡營養的飲食等。

勞委會勞工安全衛生研究所為預防工作壓力、過勞，及促進勞工健康，編撰多種技術手冊、宣導手冊、過勞檢測量表、及壓力檢測量表等，例如勞工職業壓力評估技術手冊、職業壓力預防手冊、網路版簡易工作壓力量表、過勞問題相關文獻回顧、合理工作環境指引、輪班作業危害預防手冊、職場健康促進計畫指引-營造健康工作環境等；上述資料皆可自該所網站([www.iosh.gov.tw](http://www.iosh.gov.tw)(出版中心)下載，此外亦有「過勞專區」放置於網站供各界參考。✿

（本文作者 1行政院勞委會勞工安全衛生研究所研究員  
2行政院勞委會勞工安全衛生研究所助理研究員）



# 勞工的隱形殺手——噪音

劉慧君<sup>1</sup> 何明宗<sup>2</sup>

## 前言

噪音環境無所不在，任何人均應對噪音多加認識，方可維護良好的生活品質。長期暴露在噪音環境下，在心理上會產生煩燥、頭痛、心跳加速、情緒緊張、甚至影響睡眠品質等不適症狀；在生理上則會造成不同程度的聽力損失，進而導致內耳細胞的變性，造成永久性的聽力喪失。雖然吵雜環境會引起聽力的損傷，早已眾所皆知，但在高噪音環境下所導致的聽力傷害，往往會令人所忽略。噪音引起的聽力喪失，往往會出現高音頻的聽覺敏感度下降，甚至產生言語溝通障礙。長期暴露在噪音環境下，會隨著暴露期間的增長而加劇聽力損傷程度，但若能做到適當的防護措施，則聽力損傷是可以預防且避免的。

## 背景

噪音環境的來源包括礦業、工業、農業、運輸業、打靶射擊及充滿聲光音響的娛樂場所等。長期暴露在噪音環境下，會造成永久性的聽力傷害，影響言語的溝通，進而導致社會的隔離，甚至有些人會伴隨著心情沮喪、工作時無精打采、身心方面錯亂、自主神經系統不平衡、工作產能下降等危害。過多的噪音暴露，無論在心理上、生理上或身體上均會造成嚴重的損傷。

聽力的損失，常肇因於長期暴露在噪音環境中，其對內耳的傷害，並不會引起疼痛，或是其他任何明顯的聽力損失症狀，但當被診斷出噪音性聽力喪失時，其病程經常已達數月之久。長期噪音環境暴露所引起的聽力損失，目前無任何醫療設備或手術可以恢復其原有的正常聽力，因此適當的預防乃是避免噪音性聽力喪失的最主要方法。

## 噪音

一般而言，令人感到厭惡、不悅的聲音即可稱為噪音。其對聽力的危害程度與噪音的物理特性有關，包括噪音頻率、強度與暴露的時間等。噪音的環境，充斥於四面八方，均會造成聽力的損傷，

尤其是重大工程建設，無論是炸山、造橋、鋪路、隧道開挖 等，均會產生巨大的噪音，因而造成聽力的永久性傷害。

聽力損失可分為暫時性及永久性的聽力損失，暫時性聽力損失經常是短暫時間(數分鐘到數小時)暴露於高噪音環境中，而導致聽力的傷害，但經由適當的休息十二到十八小時後，即可逐漸恢復，其症狀則包括:耳脹、耳鳴及聽力減退 等；永久性聽力損失則經常是長期暴露於噪音環境中，舉如：巨大聲響的爆破工作場所，持續吵雜的器械運作環境 等的巨大噪音，所導致的聽力傷害。噪音對人類的影響並不完全相同，眾多人在同一時間內，暴露於相同噪音環境中，有的人會發生嚴重的聽力喪失，而有的人則只會產生輕度的聽力損傷，甚或聽力完全正常，其結果皆不盡相同。

### 可容許噪音的標準

依勞工安全衛生設施規則第三百條規定：「勞工工作場所因機械設備所發生之聲音超過90分貝時，雇主應採取工程控制、減少勞工噪音暴露時間，使勞工噪音暴露工作日八小時，日時量平均不超過表（一）規定值或相當之劑量值，且任何時間不得暴露於峰值超過140分貝之衝擊性噪音或115分貝之連續性噪音；對於勞工八小時日時量平均音壓級超過85分貝或暴露劑量超過百分之五十時，雇主應使勞工戴用有效之耳塞、耳罩等防音防護具」。

表（一）勞工暴露之噪音音壓級及其工作日容許暴露時間表

工作日容許暴露時間（小時）	噪音音壓級（dBA）
8	90
6	92
4	95
3	97
2	100
1	105
1/2	110
1/4	115

資料來源：勞工安全衛生研究所

無論勞工或雇主，均應詳加明瞭政府相關法令規定，並確實執行，共同為勞工安全衛生而奉獻心力。

### 防護

工作環境的噪音，一般可藉由降低工業生產機器設備所產生的噪音、降低聲音傳至耳部的音量、減少暴露在噪音環境下作業的時間、正確地配戴噪音防護具、提供有效的衛生教育，來達到防治噪音性聽力喪失的目的，而耳塞、耳罩更是既便宜又舒適方便的噪音防護器具，值得推廣與使用。

### 預防勝於治療

降低噪音傷害人人有責，任何人皆應對噪音環境多加認識，並且應有下列的認知：



1. 長期的噪音暴露，會損傷內耳的聽覺細胞，無論是悅耳的音樂聲或吵雜的噪音，只要暴露時間過久或音量過大，皆會造成永久性的聽力傷害。
2. 目前尚無任何儀器，能事先偵測出「何種人對噪音傷害特別敏感」，而能事先預防的方法，因此所有人均應保護自己的聽力。
3. 保護聽力最有效的方法，是避免噪音的暴露。在吵雜的工作場所或從事高噪音娛樂活動時，盡可能的配戴適當的聽力防護設備。
4. 於吵雜的工作場所工作後，不可立即再接觸高噪音的娛樂休閒活動，必須讓耳朵獲得充分的休息，來復原其聽力，以避免二度傷害。

聽力檢查是目前評估聽力損傷程度的最佳方法，對於經常暴露於噪音環境的勞工朋友，定期接受聽力檢查是絕對必要的課題。

## 結論

噪音環境無所不在，而噪音性聽力喪失更經常在不自覺的情況下發生，進而逐漸惡化。無論是何種噪音均會對聽力造成嚴重的傷害，噪音性聽力喪失，不僅會對個人造成生活的不便，更會造成社會的負擔，影響工業安全，更進而影響國家的生產力與競爭力，任何人皆應對噪音傷害的防護奉獻心力，齊心為創造一個「既安全又有效率的工作環境」而努力不懈，朋友們，讓我們攜手努力吧！

（本文作者 1國軍台中總醫院 耳鼻喉科 甲級勞工衛生管理師  
2國軍台中總醫院 耳鼻喉科主任醫師）



# 「過勞死」(Karoshi)在台灣

顧玉玲

讓我們想想過去和現在的奴隸制度。

過去，奴隸被裝載在專門的船上，載往世界各地。

從某個角度來看，電車每天負載著過量的通勤者，是否更不人道？

難道現今公司的勞工團體實際上不具有幾分奴隸的意味嗎？

他們是以勞動力換得金錢。

他們的價值以工作時數來衡量。

他們無力反抗上級。

他們要求薪資的心聲無足輕重。

現今，這些公司的勞工，

甚至連過去年代受迫勞工的最基本快樂都無法享有：

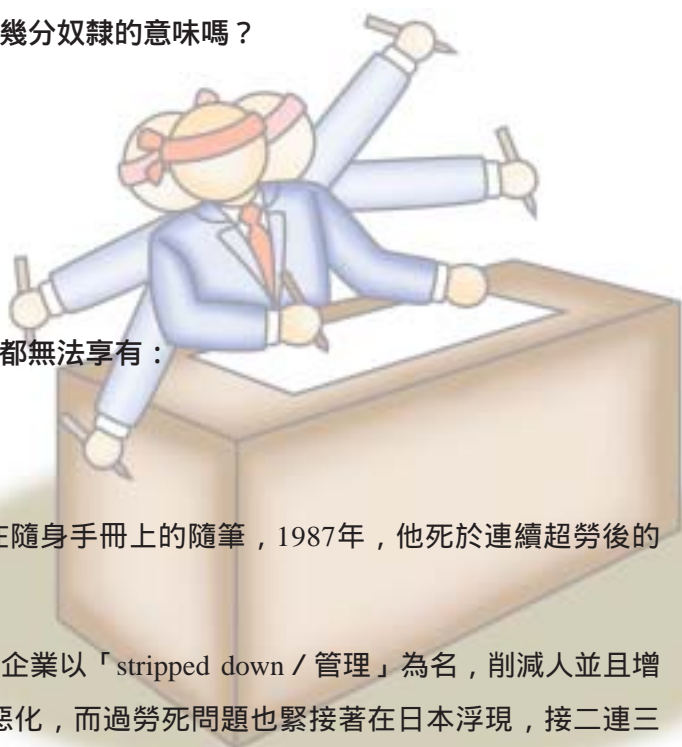
與家人坐下來共進晚餐的權利。

.....

這是日本廣告工人鈴木一郎（假名）在隨身手冊上的隨筆，1987年，他死於連續超勞後的心肌梗塞，得年四十三歲。

1970年後期，為了應付石油危機，日本企業以「stripped down / 管理」為名，削減人並且增加個人工作量，員工的平均健康情況急速惡化，而過勞死問題也緊接著在日本浮現，接二連三的鈴木一郎一一病發、死亡，經過勞工、律師、及民間社會力量的爭取，終於在1988年六月十八日，日本七縣市開放「過勞死熱線」電話，提供相關賠償保險諮詢服務。

在台灣，自九十年代中期以來，「過勞死」的案子陸續上了報，從警察、檢查官、大學教授、專業經理人、公務人員 都有，主要鎖定勞心的管理階層，不太出現基層生產線勞工的案例，且多半是媒體直接以「過勞死」定性，主管機關也不是勞委會，「過勞死」被當作積勞成疾的個人警訊，而不被置放在勞政體系的認定、勞工保險的取得、勞雇關係的爭議中處理。





工傷協會作為台灣唯一一個由職災工人組成、專注發展工傷勞安議題的社運團體，很早就注意到過勞問題是最具社會性的工傷議題，並在應接不暇的申訴個案中，整理具體事實，與工會幹部進行過勞症讀書會。到了九〇年代末期，隨著關廠失業、大規模裁員愈演愈烈，長期與工傷協會合作的倉運聯、工委會、台北市產業總工會等也陸續發現相關過勞案例，透過工運組織性的調查與勞教，總算讓過勞議題在台灣公開上昇到對勞動政策的挑戰。

2001年，某報產業工會會員張照一（假名）在工作中發生急性中風住院，工傷協會作為該報社工會的勞安顧問，協助工會工作人員進入勞動現場，收集完整的第一線勞動資料，且對張員的同事作了非常細部的工作流程調查，並邀請台灣RCA職業病工人與工會交換經驗，而張太太也多次到工會合作地補足了很多病發前後的個人健康史、家族病史。經過該工會全力投入的調查，總算逐步累積了第一個完整的過勞症基本資料。

而在與該公司多次談判不成後，該工會與工傷協會全程協同張照一走完整個勞保局職災審查、爭議審議、行政訴願的漫長申訴流程，並同時申請職業傷病認定，且積極爭取工會代表、受害人家屬有列席說明的機會，首度打破勞保局「密室審理」的慣例。有趣的是，同樣受行政院勞委會主管，勞保局的職災認定與台北市政府勞工局的職業病鑑定二個不同入徑的審查，最後卻出現二種截然不同的答案：勞保局的審議，最終勞工走到行政訴願還是敗訴；諷刺的是，地方政府的職業傷病鑑定委員會卻認定了張照一是職業性過勞中風。在過勞認定的模糊地帶，勞保局先是審查不通過，駁回，後又依台北市職業傷病鑑定結果同意發放職災傷病給付，最後卻又在工人請領殘廢給付時表示之前判斷有誤，將已發放的職災給付逕行扣除、改為普通傷病……官方態度似不一致，二套制度自相矛盾，基本的勞保職災給付竟爾付了又退回，讓受害工人莫衷一是。但不管怎麼說，在工會與工傷協會陪同長達二年的爭取下，該報同意採用勞工局的職病鑑定結果，終於發放張照一基本的職災補償。

如果不是工運團體組織性地深入勞動現場、陪同受害家屬全程走過審查程序，一個個過勞受害者也不過是官方棄置、駁回的不給付個案，連統計數字上都看不到。在張照一的工傷審查過程中，我們也主動連絡甫上任的新科醫生立委高明見協助，以立院總質詢、開公聽會等方式，要求勞委會、勞保局正視過勞症的認定標準的不明、及審查機制的黑箱作業。2002年一月，工傷協會、工委會正式到勞委會門前舉行記者會，公開各式過勞個案，並正式定名「過勞症」，將過勞引發的傷病不只侷限在死亡案例。同年底，勞委會隨即公布「職業引起的急性循環系統疾病」的認定標準。官方修法動作雖然快速，但期間似沒有調查、沒有研究、沒有申報，只片面拷貝日本舊資料，明顯落後於日本新修條文，引發職災工人強烈的不滿。

2003年初，工傷協會公布一系列過勞個案，引發媒體大幅追蹤報導相關議題。工傷協會、工人立法行動委員會、中國時報產業工會、台北市產業總工會、及台灣區倉儲運輸業工會聯合會長期合作，共同深入調查過勞個案，在當年428工殤日召開台灣第一次過勞症研討會，邀請受害人、工會幹部、醫界、法界學者共同討論。2004年，上述團體進一步擴大舉辦國際過勞症研討會，邀請日本、香港、韓國的相關團體來台交換意見。

在經濟不景氣，企業裁員縮編與生產技術轉型的多重壓力之下，可以預見過勞症(死)的發生在未來還會更多。統整由工傷協會、北市產總、及倉運聯在最近四、五年來累積所接觸的數十個過勞症案例，申請官方認定卻泰半被勞保局以「與其職務無相當因果關係」為由打了回票，受害的勞工與家屬也無法求取相關職災補償。

工傷協會公布「過勞專線」，以民間自主的力量進行全國過勞症案例通報系統，廣泛蒐集案例，以做為國內過勞症研究與建立認定標準的起點，並要求官方在研究調查出爐前，應於勞保給付上從寬認定，照顧職災工人。

### 不景氣下的犧牲者

張照一是某報資深的廣告主編，去年歷經大量裁員約六百餘人後，工作量與失業壓力遽增，不但原職位的工作人手大減，且各部門主管勸退員工動作不斷，其單位又被要求於下班後額外以私人時間在報社學習新的電腦全頁組版，並揚言無法學會者將被資遣。種種壓力下，張照一睡覺時都出現「組版、相片、版面...」等夢話。俟後就在工作中爆發缺血性腦中風送至醫院，而張員在病發意識不清時，台大醫院職能訓練師詢問他有什麼感覺時，他竟表示看到的都是一塊一塊廣告接拼版的圖片或相片

翁駿咸在建設公司任職多年。之前是三個主任管一個工地，但近年來營造業不景氣，人事大量精減，一個主任要管三個工地，令身為工地主任的他疲於奔命。於是，在巡視工地作業的途中，他無預警地倒下，因腦中風成為植物人，至今無法言語、移動，家中三個孩子仍在就學

經濟不景氣，大規模裁員層出不窮，保住工作的工人卻在工作量、工作壓力俱增的狀況下，促發各式職業疾病，其中尤以突發性心血管疾病最為明顯，但勞保局的相關認定卻遠遠落後於現實，造成最弱勢的職災工人求助無門。近年來，工傷協會有多起於工作時間內促發急性腦中風的職災工人，卻面對勞保局是否因人力問題未經詳細調查就判定非屬職災而領不到任何給付，工資與工作汲汲可危，職災補償也隨之一併落空。勞委會一面宣稱擴大職災給付，有關





職災認定的審查工作悄悄地、全面性緊縮了，過去明顯判為職災的案例，現在卻大開倒車！

心血管性疾病由工作引起的案例，在日本、韓國多年追蹤「過勞死」的案例中，早已列為職業病，但台灣的勞政單位卻從未有相關研究。根據「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」第21條規定：「被保險人於作業中因工作當場促發疾病而該項疾病之促發與作業有相當因果關係者，視為職業傷害」。1986年，永豐工業公司王先生於用餐時與客戶洽談業務、情緒激動導致腦中風，勞保局依「工作時間」、「工作地點」、「因工作促發」三個標準判定為職業病；1995年，中國時報印刷工人程先生，在工作中心臟病突發去世，也被認定為職災。勞保局並多次在勞教宣導時以程案為例，宣示政府「照顧工人，從寬認定」的原則。

張翁二人是經濟不景氣下，企業裁員的典型犧牲品，勞保局卻認定其為普通疾病，而非職業災害，無視企業裁員帶來勞工作業環境的變動與失去工作權的憂懼。失業浪潮襲捲全台，工人正需要社會保險作為後盾的時候，勞保局更不應違背立法初衷，在職災認定上大走回頭路，而受害人的要求很卑微、也有實際：

1. 職災審查過程透明化、公開化，爭議審議委員會應邀請家屬及同仁說明勞動現場。
2. 整理勞保局職災審查案例，作為職災認定的參考準則，以免政策搖擺，工人受害。
3. 全面展開心血管疾病與工作量、工作壓力的因果關係之通報、調查、研究。
4. 反對直接、間接造成「過勞症」的惡質勞動政策，全面檢討工時彈性化、勞動派遣化、國營企業私有化等殺人政策。

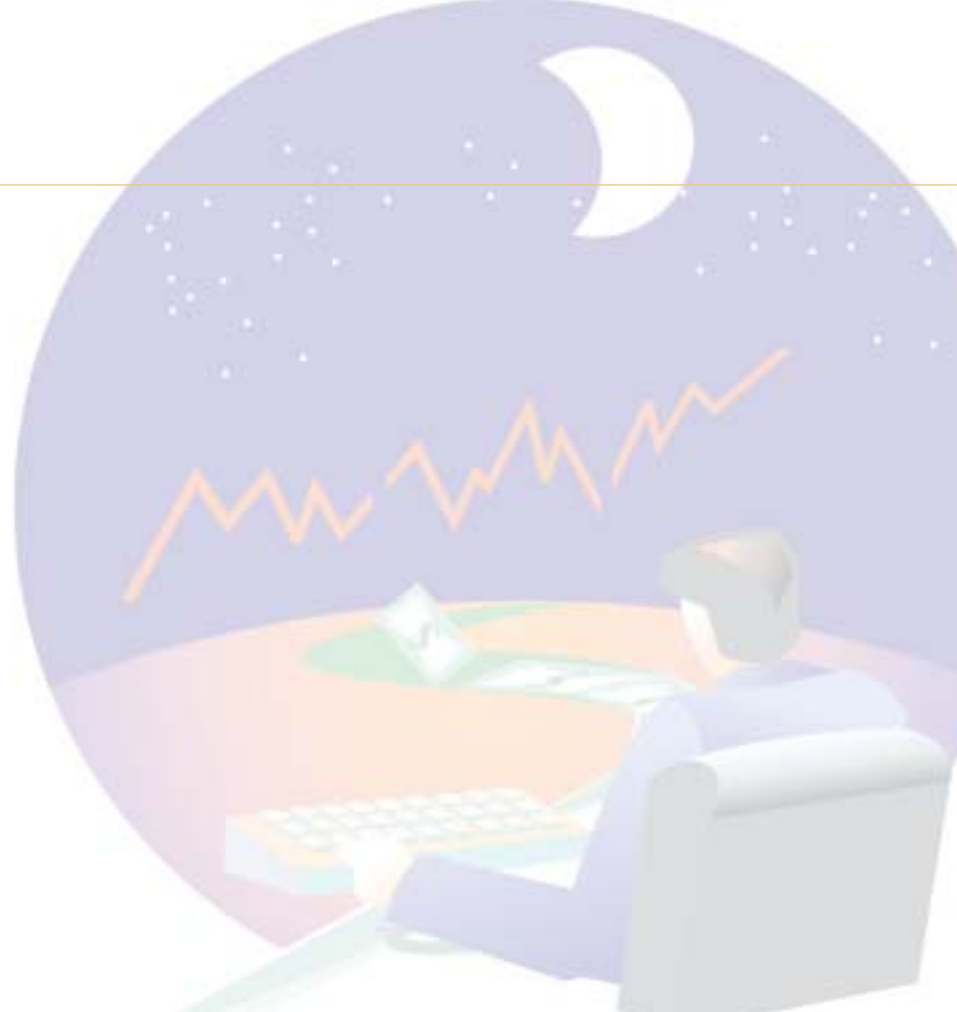
### 反對只見「疾病」不見「勞動」的職病認定

「公司裡好幾個同事都已經得病了，職業病醫師卻一直推說還要等更多研究結果，人都快死了，究竟要我們等到甚麼時候？」

「像我們開貨櫃車的，整天都在車上，長期顛簸震動的結果，司機們都得了椎間盤突出；為了趕時間吃飯常不定時，一吃完飯又要開車，好多人都得了胃病或是胃癌。這些勞動現場的細節，醫師哪裡會懂？當然是工會幹部最清楚。」

「清潔隊的同事裡好多人檢查出肝癌，有好幾個已經過世了，同仁們人心惶惶，可是誰來進行調查呢？工會可以提出要求嗎？勞委會肯嗎？」

「勞保局派訪察員來蒐集工作現場的資料，結果訪察員不來問工人，跑去問會計，或直接找老闆，他們哪裡知道工作的狀況？知道了又怎麼會老實說？」



「申請職災給付被駁回，工會調查了一大本勞動現場的訪談資料，也不知審查委員有沒有看？當事人主動要去說明，還被拒絕。只看病歷，怎麼看得出我們裁員後一個人當三個人用的事實，醫生到底懂不懂啊？」

層出不窮的抱怨、不滿、傷心與憤怒，已經累積很久了。多年來，工傷協會、工委會協助多名基層工人檢送職病認定的案例，在勞保局的審查過程中，卻只調閱醫生證明，交付專科醫師審定，一旦工人有疑義，官方便躲到醫師背後：「這是專科醫生認定的。」不負起行政裁量的責任，拿職病醫師當擋箭牌。

實務上，醫師雖然瞭解流行病學的致病因子，但對於勞僱關係與勞動現場卻是一無所知，更缺乏足夠的時間人力實地進入勞動現場進行訪察；種種限制讓醫師不得不傾向保守態度，結果卻是罹病勞工難以獲得職災給付。工會幹部與勞工最清楚勞動現場的種種細節、勞動流程中細緻的管理控制、勞動環境裡有形無形的危機，然而在現行制度中，就算工人懷疑他的工作可能造成職業病，卻沒有任何的管道可以提出。

放到過勞症來說，這個問題更為明顯。什麼是過勞症？失業率與過勞症有什麼關係？不到百人的工廠一年內有六個工人因過勞中風／死亡算不算嚴重？一個月連續加班100個小時才算過勞嗎？工作壓力無法量化，過勞只和工作時間有關嗎？以工時為單一的認定標準，忽視不同產業結構與勞動型態的差異，是否能一體適用？經濟不景氣，業界普遍出現「以二個人的薪水請三個人做四個人的事」，勞工又怕被裁又怕過勞……

過勞症是累積性的過度工作、包括工時及壓力，來自非自願性、不自由的勞動管理。過勞不只是個人健康管理問題，另有勞動關係上的不可迴避的社會意義。也就是說，過勞症的認定不只是醫療問題，更是社會問題。

職業病的認定原本就是勞政主管機關的職責，但職掌職災保險的勞保局，卻將責任全推給職病醫師，一旦工人對職災給付的審查有異議，官方便躲到醫師背後：「這是專科醫生認定的。」拿專科醫師當擋箭牌，迴避行政責任，也拒絕工人列席說明。實務上，醫師雖然瞭解流行病學的致病因子，但對於勞僱關係與勞動現場卻是一無所知，更缺乏足夠的時間人力實地進入勞動現場進行訪察；種種限制讓醫師不得不傾向保守態度，結果卻是罹病勞工難以獲得職災給付。工會幹部與勞工最清楚勞動現場的種種細節、勞動流程中細緻的管理控制、勞動環境裡有形無形的危機，然而在現行制度中，就算工人懷疑他的工作可能造成職業病，卻沒有任何的管道可以提出。



長期以來，職業病的審查、認定權力，掌握在官方、醫界的手中，工傷當事人及基層工會，完全沒有參與的空間。我們認為，真要落實職病防治，就應結合工人的力量，工人要與職病醫師結盟，官方更應開放工會正式、實質參與職病防治體系，從通報、研究、調查、鑑定，都正視來自勞動現場的聲音。

職業病不只是「疾病」，不能忽略「勞動」關連的面向。我們反對現行由醫界「全包式」職病防治制度！官方應負起行政裁決權，將「醫學」與「勞動」二大領域等量看待，由工會與醫界合作，共同參與職病預防與認定的重要工程！

在預防過勞症方面：

1. 通報權：過往職病通報都由專科醫師負責。基層工會、聯合會、與工傷團體也應納入職病通報體系，且比照職病醫師給予補助。有通報，才有調查與研究，才能做好預防職災的第一道防線。
2. 研究權：工會在勞動現場發現「疑似職業病」，得申請官方補助研究，國家應釋出資源協助，進行以工會為主體的研究調查。

在認定過勞症方面：

1. 調查權：勞保局審查過勞症案件時，訪察員至勞動現場蒐集資料，應知會工會協同進行。且運用500億擴大公共服務專案，優先培訓工傷者擔任訪察工作。
2. 鑑定權：過勞症認定標準，醫學診斷與勞動現場診斷應等量評估，從寬認定。職災鑑定委員會應有勞工代表參與，並邀請工會及當事人列席說明。

官方對過勞症的漠視與無知，正反映出台灣集體職業病的黑洞。唯有工醫合作，才能讓真實的案例具體浮現。有了案例，才會促進台灣職業醫學的發展與研究。而工會積極參與職病調查，也才能真正為勞動現場的安全衛生把關。

（本文作者 工作傷害受害人協會顧問）

### 案例介紹

有關某報廣告編輯張照一於上班時突然中風一案，工作傷害受害人協會認為係因大規模裁員下的犧牲者，工作量、工作壓力遽增促發腦中風，且該疾病之促發與作業自動化及事業單位裁員之壓力有相當之因果關係，應視為職災，說明如下：

## 過勞案例一

### 張照一基本資料：

年 齡	45歲
年 資	14年
工作地點	某報總社理稿中心擔任廣告部編輯主編
工作時間	17時至午夜零時
工傷時間	90年7月18日18:30

### 一、當事人工作流程：

- (1) 該員之上班時間為17:00~24:00，擔任台北市版分類廣告主編，工作內容：檢查稿件、設計編輯版面、理稿、核稿、拼版等相關業務，因台北市的分類廣告量居全國之冠，所以張員的工作量高達12個版面，報社降版時間為21:30，張員工作必須於四小時半之時間內完成。
- (2) 為搶出報時間，以及工作量的壓力(四小時編完12個版面)，該員處理稿件時，必須樓上樓下一直跑，且沒有時間上廁所，造成長期憋尿。張員有一勘正稿工作，必須校對出廣告商所登之錯誤，此項若沒有找出錯誤而登出，會影響報社收不到廣告費，甚至可能吃上官司，編輯則需撰寫悔過報告，此將影響張員的考績及升遷。

### 二、報社裁員壓力：

報社於90年5月勞資協商會議中向工會表示，未來報社將裁員500人，且將提出報社瘦身及組織再造計劃，此時報社同仁都已開始憂慮自身工作權問題。

- (1) 90年6月1日報社無預警裁撤中南編輯部後，宣佈年底前總社將裁撤至少500人，此時各部門主管不斷私下勸退同仁提前退休或以暗示性言語告訴同仁是下波裁員名單之一，此階段報社裁員謠言四起，同仁莫不人心惶惶，精神壓力非常大。
- (2) 報社原訂90年6月底裁撤裁撤理稿中心之契約工，但卻提前於6/9裁撤，並調其他單位同仁補其遺缺，但因新手上任，計算廣告行數常不精準，造成主編版面算錯，因而常需重新調整版面，更何況，出報時間不等人，此無疑讓原本工作量即過大的張員壓力更大，因為一旦版面規劃錯誤，張員必須多花幾乎做一個版的時間來調整版面。且因上游單位裁員所造成的精神緊張可想而知。
- (3) 90年7月6日該報產業工會首度披露資方裁員策略。



- (4)為因應報社瘦身及企業組織再造計劃，該報於廣告部實施分類廣告電腦全頁組版，自90年7月11日起要求員工於下午三點至五點用私人時間在報社學習廣告電腦全頁組版，以因應年底廣告組版上線，報社並言明將淘汰不會電腦者。該員本身不會電腦，為求保障工作權，犧牲自己午睡時間，隨即配合報社政策學完電腦後再至理稿中心上班。然而，自從該員學習全頁組版後，精神壓力即持續累積，晚上睡覺會一直說夢話，如：版面、組版、相片.....等。當時其家人不以為意，沒想到這是該員發病前的症兆。
- (5)90年7月16日工會再散發文宣，告知裁員人數將高達五百人以上，同時報導資方部署的裁員時間表，七月中下旬為決定資遣名單的關鍵，工會並宣布七月十八日將展開首度自力救濟保工作的行動——到各單位發送「反遣散（扇）」。
- (6)工會於90年7月18日發動首波保工作集體自衛行動時，張員卻於作業中不幸促發缺血性腦中風。
- (7)報社要求張員自91年5月1日起無論如何都要回報社上班，張員因身體尚未痊癒，且報社此舉造成他壓力過大，不幸，又二度中風。

### 三、發病時間及情況：

7月18日張員在學習新的電腦全頁組版後五點回理稿中心上班，負責市版分類廣告理核稿工作進行中，忽感身體不適，同事勸其先休息，該員為免擔誤出報流程，強忍不適繼續工作，直至18:30已無法勝任，同事請員工診所醫師先為其治療，當時診斷血壓太高(高血壓158低血壓108)，嘴巴歪，醫師先讓該員含降壓藥，於19:00送和平醫院，翌日轉台大醫院。轉普通病房後，開始復健工作，此時台大醫院物理職能訓練師詢問該員有什麼感覺，該員表示看到的都是一塊一塊的圖片(意指編輯接拼版面等相關事宜)，顯然該員的工作壓力相當大。

### 四、當事人病史：

該員之前並無任何高血壓病歷，身體狀況相當不錯。

### 五、此病對當事人影響甚鉅：

目前因身體左半邊麻痺，除了造成生活中非常不便外，也影響家庭生計甚鉅。

- (1)自己不能洗澡，不能穿衣，不能吃飯 等基本生活能力。
- (2)因擔心自己身體狀況無法恢復為發病前之健康狀態，及報社是否會趁此機會裁撤其工作，該員每天都睡不好，常常陷入緊張狀態。

(3)除了平常的復健之外，為了趕緊恢復健康，該員也有看中醫，但因健保不給付部份藥材，因此醫療費用相當可觀。而且因為其身體不便，每次出門就必需搭乘計程車，在交通費用上又是一筆大開銷。

(4)該員有兩個小孩(一個國三音樂班，一個小學六年級)，其太太原本是家庭主婦，現因該員發生此狀況，影響家庭生計，其太太目前在幼稚園做代課工作。白天則請菲傭照顧該員生活起居，因此該員的家計生活支出已超出其所能負荷。

## 過勞案例二

## 工作傷害受害人協會 整理分析

### 一、個案基本資料：

姓名	吳正獻(假名)
性別	男 年齡：32歲 身高：175cm 體重：55kg
學歷	中山大學 系
婚姻	婚前3天死亡
嗜好	無不良嗜好，不喝酒、偶而抽煙
工作年資	7.3年(83.07退伍後就進入職場)
第一份工作	高雄 鋼鐵公司財務管理
第二份工作	外商/台北 股份有限公司
工作行業	國際重機電設備製造業
公司年資	5年又9個月
擔任職務	財務副理，經常加班或帶回家處理(因有手提電腦)
健康狀況	98.09.10及90.09.14兩次健康檢查，紀錄表一切正常
事故時間	90.11.22上午11：10
事故原因	公司指派至國外開會返國途中猝死
事故病名	急性心肌梗塞突發致死

### 二、個案介紹：

吳先生在外商公司擔任財務副理，他是家中獨子也是長孫，在結婚的前一週90年11月19日，公司因為帳務有點問題，派他到馬來西亞去開會說明(因為財務經理不熟悉這份業務，所以非得派吳先生去)，出國前他要整理很多的資料報表，都要搞到半夜才能休息，在國外開完會後，他也要利用休息時間開夜車把資料整理好，因為回來就要結婚請婚假，沒有時間整理開會資料，聽他隨行同事說：吳先生在每天晚上都要整理資料到半夜，11月21日忙到凌晨2：30才休息。90年11月22日上午從旅館坐計程車到機場準備搭機返國時，沒想到在計程車上因心肌梗塞



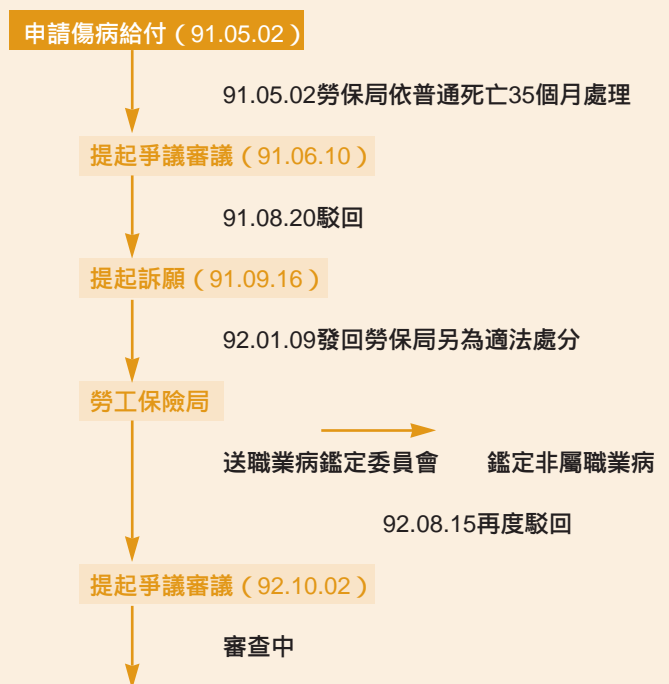
突發致死，馬國法醫驗屍報告死亡時間為上午11：10分，從正獻留下的私人行李中，除了會議相關資料外，尚留下170餘頁加上批註之財務報表及財務報表磁片。此次婚禮變喪禮讓家中長輩、親人真是傷心欲絕。

### 三、公司處理狀況：

公司並沒有積極的協助家屬爭取勞保局的職災死亡給付，因為勞保局認定吳先生是普通疾病死亡，所以公司處理的方法非常冷漠說：吳先生之死是因個人疾病去世，並非公務死亡，所以公司不需負擔任何責任，只給了一筆職福會的慰問金10萬元以及團體保險120萬元（自己付保費）。家屬非常氣憤至法國該公司理論，並請了法國律師（台灣人）在法國打官司，總公司說：『這件事連你們台灣政府都不認為是職災，如何要我們負責？』主管機關對待台灣勞工過於嚴苛審核的作法，在國際間簡直就是一種喪權辱國的羞辱。這場官司雙方在法國達成和解，回台後簽立了協議書。

### 四、行政救濟：

家屬尋求行政救濟，向主管機關討回公道，勞保局不給付的理由是非屬職業病，爭議審議雖被駁回，但在訴願會卻露出一些些希望，訴願會將原處分撤銷，請勞保局重新調查，另為適法之處分，勞保局將本案送至職業病鑑定委員會鑑定，經過兩次的書審，第一次書審時，同意認定屬職業病的只有三位醫生，不認定為職業病的有八位醫生，不確定的有五位；第二次書審時，同意認定屬職業病的增加為四位醫生，不認定為職業病的增加為十一位醫生，不確定的只有一位。結果勞保局還是將此案駁回；我們已協助家屬重新向勞保局監理委員會提出爭議審議。



### 五、不認定為職業病理由：

- 1.病發時，並無異乎尋常的工作壓力。
- 2.病發時，並無異常超時工作。

## 一、個案基本資料：

姓名	羅名及(假名)
事發年齡	39歲
從事工作	聯結車駕駛
工作年資	10年11個月
作業時間	上一天休一天
(平均工作時數為16小時以上，為配合碼頭作業，下班時間不定，至碼頭船隻作業完畢後才下班。)	

## 二、事發經過：

羅君所擔任之職務為貨櫃運輸之駕駛工作，作業時間為上一天班休一天班(配合碼頭二十四小時作業及海關作業時間)，經調查，羅君並無任何心臟疾病之病史，故羅君可能因長期處於長時間工作、高壓力(大型車輛之駕駛操作較一般車輛複雜、死角多、危險性高)、日夜顛倒、體能耗損的情況下，身體不堪負荷所致，引發急性之心肌梗塞。

經查，羅君於91年9月28日(星期六)當天由早上到勤上班至晚間十時近十一時才下班，翌日為星期假日，為羅家親子日(因羅君工作時間之特殊性，親子相處時間較一般正常工時之勞工家庭更為困難)，羅君9月29日為與家人出遊，致使睡眠休息時間並未足夠。

9月30日，羅君上班日，羅君至公司後，發現所駕駛之聯結車頭有故障現象，故駕駛該車至本公司修理廠維修，羅君至修理廠時，突感胸口不適，同事間曾有人看見羅君握拳捶胸。因該車輛之故障問題須送回原車廠之修理廠維修，故羅君聽從公司修理廠廠長之指示，將該車車頭駛至原車廠之修理廠維修，徒步回到公司車場員工休息室待命，仍感身體不適，且情況愈來愈嚴重，遂決定前往就醫，但因羅君未帶健保卡，故先行回家拿健保卡，(羅君家正好居住於就醫路途之主要道路旁)，唯到家後就立刻陷入昏迷狀態，羅太太即刻電話連繫救護車及公司同仁前往，經公司同事協助送上救護車送醫後，仍回天乏術；經醫師宣布為心肌梗塞，不幸往生。

## 三、勞保局核定結果：不符職業傷病死亡。

## 四、勞保局核定疑義如下：

問題一：勞保局並無明確之核定準則，只於91年11月07日派施姓訪員至公司進行訪查。





問題二：核定文內明載：依據羅君事發前一週之駕駛記錄顯示：其駕駛時間為上午九時至下午或至晚上，且做一天休一天，並無過度加班之情形，亦難以認定其有過度之工作負荷。

何謂晚上？零晨二點算不算？僅依事發前一週之駕駛記錄認定過為粗糙。聯結車駕駛工作為特殊行業，因長期性日夜顛倒、長時間連續工作、高壓力、其造成之身心靈影響，怎能以事發前一週之駕駛記錄作為認定之標準？

問題三：核定文中載明：死因為「心肌梗塞」，其發病之危險因子如抽煙、喝酒羅君有。

因長時間連續工作，駕駛抽煙是為了提神，喝酒是因為工作到天亮，在身心疲憊下，常靠酒精放鬆身心、舒解壓力，以便入眠。片面以有抽煙、喝酒來認定為死因「心肌梗塞」和其工作無因果關係太過武斷。

問題四：若羅君事發當日，所駕駛之車輛完好無故障，羅君正常出勤進行貨櫃拖運之工作，致使運輸途中「心肌梗塞」發病，造成肇事，羅君此時是否就可認定為職業傷病死亡呢？