

第一章 緒論

第一節 研究動機

隨著經濟起飛、急速工業化，產業升級，更創造了臺灣經濟奇蹟，惟現今之經濟成果，除國人之辛勤努力外，亦可能係藉由勞工健康之付出與環境之污染而得來，因許多新的化學物質被引進於勞工的工作、生活環境中，導致新的職業病類型不斷增加。又勞工罹病是否與其工作間具有因果關係，其認定標準不如職業傷害顯而易見，勞工舉證容易。因此，於勞工保險職業病種類表（以下簡稱本表，如附表1）列舉八大類六十八種疾病名稱及增列之勞工保險職業病種類項目表（以下簡稱增列表，如附表2）列舉六大類五十二種疾病名稱，總計上百種職業病種類，避免因因果關係認定困難，致勞工不被診斷為職業病而影響勞工之權益。惟新型化學物質不斷被引進，對於非屬本表及增列表列舉之職業病類型，依勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則第二十條規定：「被保險人罹患之疾病，經行政院勞工委員會職業疾病鑑定委員會鑑定為執行職務所致者，為職業病。」，即勞工罹患非屬表列之職業病時，得經行政院勞工委員會職業疾病鑑定委員會鑑定是否屬職業性疾病，惟主管機關在認定勞工疾病屬職業病與否時，所採職業病認定條件常過苛，致罹病勞工無法獲得補償，例如：勞工因工作壓力造成情緒低落，導致罹患「職場」憂鬱症，向勞工保險局申請傷病給付，勞工保險局卻以「憂鬱症尚不屬於本表及增列表列舉之疾病」駁回。由於勞工是否罹患職業病，除涉及勞工工作現場狀況、環境、暴露程度、臨床病史及家族病史外，最重要的是職業病專科醫師對職業病及鑑定程序之認知，尤其係「職業病鑑定」關乎勞資雙方權益甚鉅。又常見發生相同事故，在經過不同機關鑑定後，卻產生不同之鑑定結果。而實務上對於具有高度

專業性，涉及屬職業病與否之醫療案件，必須常倚賴鑑定。是職業病鑑定攸關勞資雙方權益。因此，為期能減少職業病認定上之爭議，並保護經濟上弱勢之勞工，有探討我國職業病鑑定制度之必要，並參酌國外職業病鑑定制度，做為我國未來職業病鑑定制度修正之參考，以符合勞工之期待，並建立勞資雙贏之局面，是為本文研究之主要動機。

第二節 研究方法

關於職業病之鑑定，各國規定不一，研究方法亦未必相同，本文在研究方法上，採用一般文獻分析法及比較法，以職業病鑑定制度為中心，探討我國職業病鑑定制度，並以比較法分析美國、日本、新加坡與我國職業病鑑定制度，做為我國未來職業病鑑定制度修法改正之參考。惟資料甚多，分析比較頗為費時，加上研究能力有限，僅能全力以赴，期待能對我國職業病鑑定制度有所幫助。

第三節 研究範圍

在研究範圍方面，本論文係以研究我國職業病鑑定制度為中心，再以外國職業病鑑定制度為借鏡，首先介紹職業病概念，由於勞資雙方對於職業病認知嚴重缺乏，加上主管機關漠視及宣導不力、法令規定不全等因素，導致勞資雙方對於何謂職業病，職業病與一般疾病又有何不同完全無法分辨，更不知有職業醫學門診，是本論文於第二章說明我國職業病之意義、種類、成立要件及職業病現況，以便辨別勞工罹病究係與工作場所相牽連之職業病抑係與其工作場所無關之一般普通疾病。其次於第三章探討本論文之主要核心，即我國職業病鑑定制度，詳細說明有關職業病鑑定制度之法令規定、組織、流程、方法及職業專科醫師之培

育等，藉此瞭解職業病鑑定制度之相關規定。再者，由於我國職業病鑑定制度之發展不過短短二十餘年，且國內文獻並無深入研究此制度，因此藉由美國、日本、新加坡職業病鑑定制度之介紹，及與我國職業病鑑定制度之比較，做為我國未來職業病鑑定制度檢討改進之參考，以增加人民對行政機關鑑定報告之信服度，並因而減少勞資雙方糾紛，避免浪費人力、物力，甚而達到減少訟源之目的。最後，於第五章總結前述各章之重點及問題，提出個人淺見，試圖使我國職業病鑑定制度更加完整、更為公正，並整理提出有關職業病鑑定之改進方案，期盼達成勞資雙方共贏之結果。

第二章 職業病之概念

基於尊重生命及身體健康之維護為人類尊嚴之根本，勞工之生命及身體應獲得最大限度之保障。在勞動法令之規範體系下，所考量的不是一般疾病，而是勞工於勞動過程中所導致之疾病。勞工罹病原因相當複雜，有係因職業上之原因、有的是與長期工作有關，亦有的是與工作環境有關等。職業病之發作有可能是立即浮現的也有可能是長期累積過度疲勞形成的亦有可能是以漸進方式出現的病狀等並不一致，可說五花八門，相當複雜。從經濟生產力而論，勞工罹病不僅造成勞動力損失，勞工及其家屬經濟亦會頓失來源。另原料、生產工具等亦可能同遭破壞，導致工廠生產停頓，連帶影響其上下游產業之生產，故職業病之認定所影響之層面甚廣。因此，何謂職業病？它是如何形成？勞工法令有何規定？行政機關如何認定職業病？從工業化之後又有多少勞工罹患職業病？職業病成立要件為何？等均有加以釐清之必要，因此，本章即先就我國職業病定義、形成、勞工法令規定等加以說明。

第一節 職業病之意義

第一項 概述

在農業時代，多數人以務農為生，外出工作機會不多，故職業病並不多見，惟進入工業革命時代後，工廠林立，機器代替手工，生產材料、設備多樣化，大量適用化學原料，尤其近十年來高科技產業突飛猛進，除產生甚大經濟效益外，亦伴隨者環境污染，例如：二氧化碳之排放量，

臺灣竟是亞洲第一位，全世界第四位，可見污染相當嚴重，尤其是許多大工廠最為嚴重，勞工在如此之工作環境下服勞務之危險機率，嚴重超出吾人之想像等等，尤其長期暴露在有害物質的環境中所產生之身體病變事件漸多，使勞工職業災害問題頻傳，其中又以侵害勞工生理機能之健康權爭議最大，因侵害勞工生理機能之職業病大都係長期日積月累漸進方式屬慢性病居多，且往往發生在勞工離開工作崗位後例如退休或離職才發病之情形。職業病之認定涉及相當之專業能力，非受過專門職業訓練者無法做出正確判斷，其與侵害勞工外在肉體組織身體權大不相同。於判斷雇主對勞工是否應負補償責任之前，首先應確認勞工所罹疾病，是否與其工作具有因果關係，是否為職業災害之結果，故有必要先對職業病加以定義。

第二項 現行法令上有關職業 病之定義

由於各種勞工法令之立法目的均不相同，各有其規定，例如勞工保險條例之立法目的旨在保障勞工生活，促進社會安全，此在勞工保險條例第一條規定甚明；勞工安全衛生法之立法目的旨在防止職業災害，保障勞工生命安全與身體健康，於勞工安全衛生法第一條規定甚明；職業災害勞工保護法之立法目的旨在保障職業災害勞工之權益，加強職業災害之預防，促進就業安全及經濟發展，亦於職業災害勞工保護法第一條規定甚明等等。因此，對於職業病之認知即會不一致，無法一體適用，爰將現行法令上有關職業病之規定分別說明如下：

一、工廠法

於 1931 年 8 月 1 日實施迄今仍有效之工廠法第四十五條規定：「凡依法未能參加勞工保險之工人，因執行職務而致傷病殘廢或死亡者，工

廠應參照勞工保險條例有關規定，給予補助費或撫卹費；其辦法由行政院定之。¹」即該法條規定僅在對於未參加勞工保險之工人因執行職務而致傷病或死亡時定一撫卹之標準²，並未明確就「職業病」下一定義。

二、勞工保險條例

於 1960 年 2 月 24 日實施之勞工保險條例第三十四條規定：「被保險人因執行職務而致傷害或職業病不能工作，以致未能取得原有薪資，正在治療中者，自不能工作之第四日起，發給職業傷害補償費或職業病補償費。職業病種類表如附表一」，「前項因執行職務而致傷病之審查準則，由中央主管機關定之。」因勞工保險條例之立法目的在保障勞工生活，在勞工遭受職業傷害或罹患職業病時，生活將立即陷入絕境，故只要符合規定之要件，應即可獲得補償給付，惟勞工保險條例並未直接就「職業病」加以定義，僅採概括式的規定職業病之一般定義，須於發生具體疾病時始據以判斷，故從此一條文之規定，並無法找出「職業病」之意義。

三、勞動基準法

於 1984 年 7 月 30 日公布施行之勞動基準法第五十九條規定：「勞工因遭遇職業災害而致死亡、殘廢、傷害或疾病時，雇主應依左列規定予以補償。但如同一事故，依勞工保險條例或其他法令規定，已由雇主

¹ 工廠法第四十五條規定與職業災害勞工保護法第六條第一項規定：「未加入勞工保險而遭遇職業災害之勞工，雇主未依勞動基準法規定予以補償時，得比照勞工保險條例之標準，按最低投保薪資申請職業災害殘廢、死亡補助。」雖同係為保障未加入勞工保險之勞工，惟其補助範圍不同。工廠法之補助範圍包括補助費及撫卹費；職業災害勞工保護法之補助範圍僅包括職業災害殘廢及死亡補助。

² 最高法院 49 年度台上字第 406 號判例：「工廠法第四十五條對於工人之傷病或死亡所定撫卹之標準，惟於工人因執行職務而發生時有其適用。至工廠主人因故意或過失發生侵權行為所負之損害賠償責任，並不因此給卹標準而免除。」

支付費用補償者，雇主得予以抵充之：一、勞工受傷或罹患職業病時，雇主應補償其必需之醫療費用。職業病之種類及其醫療範圍，依勞工保險條例有關之規定。 』從此規定可知，勞動基準法僅規定雇主於勞工罹患職業病時，應補償其必須之醫療費用，至於職業病種類及其醫療範圍，則依勞工保險條例有關之規定，其仍未明確規範職業病之意義。

四、勞工安全衛生法

於 1974 年 4 月 16 日公布實施之勞工安全衛生法第二條第四項規定：「本法所稱職業災害，謂勞工就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡。」一般均將此規定作為職業災害（包括職業病）之定義，尤其是實務見解³，惟本法之立法目的旨在防止職業災害，保障勞工於從事作業活動時之生命安全與身體健康，而對雇主課予相當責任，要求雇主對工作場所之建築物、設備、原料、材料等採取一定之防護設施。至於何謂「職業上原因」，依勞工安全衛生法施行細則第四條規定：「本法第二條第四項所稱職業上原因，係指隨作業活動所衍生，於就業上一切必要行為及其附隨行為而具有相當因果關係者。」即不限於勞工作業活動場所發生之職業災害，只要與就業上一切必要行為及其附隨行為具有相當因果關係者均屬之。惟有主張超出就業場所以外之情形，實際上並非雇主所得控制之範圍，如要求雇主對之亦應負「預防職業災害」之安全衛生責任，顯屬不可能，且加重雇主之責任⁴。依勞工安全衛生法之立法目的可知，要求雇主對工作場所之建築

³ 如最高法院 78 年度台上字第 371 號判決、78 年度台上字第 1052 號判決、台灣高等法院 86 年度勞上字第 36 號判決、臺灣桃園地方法院 92 年度訴字第 20 號判決等

⁴ 王惠玲，職業災害爭議與補償，勞工法規研討會參考資料，行政院勞工委員會、司法院、法務部，1997.04，頁 17-3。參照臺灣高等法院高雄分院 93 年度重勞上字第 4 號判決：「相當因果關係說」之理論，職業災害之成立，必須在勞工所擔任之「業務」與「災害」之間有密接關係存在。從而，職業災害補償在解釋上，必須勞工因就業場所、作業活動及職業上原因所造成之傷害，始足當之。換言之，即造成職業災害之原因，須雇主可得控制之危害始有適用，若危險發生之原因非雇主可控制之因素所致，自不宜過份擴張職業災害認定之範圍，否則無異加重雇主之責任，而減少企業之競爭力，同時亦有礙社會之經濟發展。 』。

物、設備、原料、材料等採取一定之防護設施，在於保障勞工從事作業活動時之安全，與勞動基準法及勞工保險條例之立法目的不同，故職業災害在概念上亦應有所不同，勞工安全衛生法之定義不能一體適用。

五、職業災害勞工保護法

於 2002 年 4 月 28 日實施之職業災害勞工保護法，雖於第三章第十一條至第十七條增訂「職業疾病認定及鑑定」相關程序規定，惟並未規範職業病之意義，僅規範職業病之認定及鑑定程序及其機關，因此，何謂職業病，僅能依據其他勞工法令相關規定。

六、勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則

勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則（以下簡稱審查準則）第三條第二項規定：「被保險人於勞工保險職業病種類表規定適用職業範圍從事工作？而罹患表列疾病者？為職業病。」；同審查準則第十九條規定：「被保險人因執行職務而罹患中央主管機關依據勞工保險職業病種類表第八類第二項規定核定增列之職業病種類或有害物質所致之疾病？為職業病」；同審查準則第二十條規定：「被保險人罹患之疾病？經行政院勞工委員會職業病鑑定委員會鑑定為執行職務所致者？為職業病。」；同審查準則第二十一條規定：「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？視為職業病。」；又同審查準則第二十二條規定：「被保險人於下班應經途中促發疾病，而該項疾病之促發與作業有相當因果關係者，視為職業病」。從上述規定可知，該審查準則已就職業病意義加以規範，惟非僅如勞工保險條例僅作一概括式的規定，而係兼採「混合式」之規定方式。

七、職業災害勞工職業重建補助辦法

職業災害勞工職業重建補助辦法第四條規定：「本辦法職業重建之對象，指勞工發生職業災害後，由醫師診斷為職業傷病，致工作能力降低或喪失者。」依此規定，重點在於勞工罹患職業病，經醫師診斷係因該職業病導致勞工之工作能力降低或喪失時，得為本辦法所稱之重建對象，另亦有補助之措施，例如：職業災害勞工保護法第十條第一項規定：「為加強職業災害預防及職業災害勞工之重建，事業單位、職業訓練機構及相關團體辦理下列事項，得向勞工保險局申請補助：一、職業災害之研究。二、職業疾病之防治。三、職業疾病醫師及職業衛生護理人員之培訓。四、安全衛生設施之改善與管理制度之建立及機械本質安全化制度之推動。五、勞工安全衛生之教育訓練及宣導。六、職業災害勞工之職業重建。七、職業災害勞工之職業輔導評量。八、其他與職業災害預防及職業重建有關之事項。」，惟並未直接對職業病之意義加以說明，因此，何謂職業病，亦僅能依據其他勞工法令相關規定。

第三項 職業傷害給付建議書 有關「職業病之定義」

國際勞工公約及建議書中之職業傷害給付建議書，即第一二一號建議書，該建議書第六條規定：「1 各會員國應依照規定條件認定，因暴露於工作過程、商業或職業中危險物質或情況而起之疾病就是職業疾病。2 除非能提出相反證據，否則就應假定此類疾病之職業起源為（1）有關受雇人員至少已有一段時間之暴露。（2）有關受雇人員在結束有關前述暴露工作後，身上已出現此類疾病之症狀。（3）各會員國在規定及提出其最新之全國性職業疾病名單時，應特別考慮國際勞工局理事會所核定之最新職業疾病名單。⁵」，該建議書明文規範職業病定義，即勞工罹病與其職業活動相關，且在無其他反證時就可認定為職業病。我國雖非

⁵ 內政部編印，國際勞工公約及建議書（中），民國七十六年版，頁717。

國際公約組成之會員國，惟不得以此為理由拒絕此一建議書之認定條件。

第四項 學說上「職業病」之定義

我國大多數學者均係對職業災害下定義⁶，尤其是職業傷害，甚少直接對職業病下定義。對職業病下定義之學者，有謂職業病者係指因工作起因性所生之疾病，亦即與工作間具有相當因果關係之疾病而言⁷；或謂職業病乃指與職業有關的暴露所造成之疾病⁸；或謂職業病係因工作之性質、內容或職業環境存在一種或多種病源，勞工由於長期暴露於該環境，導致產生特定之疾病⁹等等。職業病雖屬職業災害類型之一，惟其與職業災害之突發性、立即性、可見性相異，其涉及因果關係認定及舉證之困

⁶ 如張清滄，例解勞動基準法增訂三版，2004.09，頁 249，氏認為：勞動基準法並無就職業災害下定義，依該法第一條規定「本法未規定者，適用其他法律規定」，因此何謂職業災害自可適用勞工安全衛生法及勞工保險條例、職業災害勞工保護法等。林振賢，新版勞動基準法釋論－比較.理論.實際－，1996.05，頁 277－278。氏認為：勞動基準法對職業災害未設定義規定，但依本法第一條第一項規定「本法未規定者，適用其他法律規定。」而其他法律除有勞工安全衛生法第二條第四項規定外，亦可參酌勞工保險條例等規定。黃越欽，勞動法新論修訂三版，2006.09，頁 256。氏認為：職業災害之定義即涉及三個法令：分別為工廠法、勞工安全衛生法及勞工保險條例等。黃茂榮、申康，勞動基準篇（增訂版），1987.10，頁 563。氏認為：勞工公傷假以勞工安全衛生法第二條有關職業災害之定義認定。陳明裕，勞動政策，1992.05，頁 130。氏認為：所謂職業災害，依我國勞工安全衛生法規定。林更盛，勞動法案例研究（一），2002.05 初版，頁 183－185。氏認為：勞動基準法上職業災害之範圍，應大致區分為：勞工一般社會生活上的危險及因從事勞務所面臨的（職業上）危險或一般社會生活上的危險之增加，原則上只有後者才應歸屬雇主負擔。其更進一步說明認為勞工安全衛生法只是就最重要的職業災害型態加以規範而已，對於（特別是因為生產技術變革所產生）其他可能之事故，勞工安全衛生法並無意（也無法）將該事故排除於職業災害的概念外，而是應當由依據各該當時醫學等等之研究加以認定。判斷是否為勞動基準法上職業災害之範圍，最終仍應以該事故與勞工所從事之工作間有無適當之關聯為斷。

⁷ 魏朝光，勞動職業災害之補償，1992.11，頁 32。

⁸ 郭育良等合著，職業病概論，1998，頁 2。

⁹ 王惠玲，前引註 4，頁 17－3。

難，故各國在職業病因果關係認定之困難、對勞工及其雇主之影響及解決爭議等因素之考量下，有將職業病事前予以類型化¹⁰，亦有以概括之

方式¹¹，僅就職業病之一般定義加以規定，於發生具體個案時才據以判斷是否為職業病，最後亦有採混合方式¹²，除有職業病之一般定義外，尚列舉職業病種類，於非列舉之職業病時，仍可依據一般定義加以判斷屬職業病否。

第五項 實務上所採之認定依據 標準

一、最高法院 78 年度台上字第 371 號判決：「按勞動基準法第五十九條規定勞工遭遇之職業災害，參照勞工安全衛生法第二條第四項規定係謂勞工就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡。」¹³。

二、最高法院 78 年度台上字第 1052 號判決要旨：勞工因遭遇職業災害而致死亡，雇主固應依勞動基準法第五十九條規定之規定給付該條

¹⁰ 學者主張訂定勞工保險職業病種類表可減輕因果關係舉證上之困難，惟為求充分保護勞工，只要醫學新知得以證明職業與疾病間之因果關係，應不受前述職業病種類表之限制。王惠玲，前引註 4，頁 17-5。

¹¹ 美國大部分的州對職業病定義係採概括方式，林振賢，談職業病的鑑定制度，中國勞工，1998.07，頁 6。

¹² 日本勞動基準法施行細則第三十五條第一款至第八款列舉各種職業性之疾病，屬「列舉式」規定，於第九款規定未包含在前八款所列舉而起因於工作上之疾病，亦包括在職業病之範圍內，屬於「概括式」規定。準此，日本對於職業病定義係採「混合式」。林振賢，前引註 11，頁 7。

¹³ 嗣後實務見解大多以此最高法院判決作為職業災害之認定依據，如台灣高等法院 94 年度重勞上字第 8 號民事判決、台灣高等法院 96 年度勞上易字第 32 號民事判決、台灣台北地方法院 96 年度勞訴字第 53 號民事判決、台灣台中地方法院 96 年度勞訴字 25 號民事判決。

所列各款之災害補償。惟「職業災害」依勞工安全衛生法第二條第四項規定係指勞工就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡而言。

三、高等法院 86 年度勞上字第 36 號判決：「按職業災害，係勞工於執行其業務上之工作時，因工作的意外事故，而致使工人發生死亡、殘廢、傷害或疾病的災害。惟勞動基準法就「職業災害」並未加以定義，一般均比照勞工安全衛生法第二條第四項對於職業災害定義之規定，即勞工就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡為職業災害。因此在認定是否構成職業災害，應依勞工安全衛生法之定義為之。」

四、桃園地方法院 92 年訴字第 50 號判決：「按勞工安全衛生法第二條第四項規定「本法所稱職業災害，謂勞工、就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡」，然該條係規定於勞工安全衛生法，雖可作為勞基法第五十九條「職業災害」判斷之參考，惟非為唯一之標準。」

五、依上述可知，我國實務見解並未直接規範職業病之定義，大部分均依勞工安全衛生法第二條第四項之規定作為認定職業災害（包括職業病）補償或職業災害保險給付之依據。對職業災害定義實務上尚無定見，有認為應與勞工安全衛生法之「職業災害」同定義，亦有認為勞工安全衛生法之「職業災害」雖可供參考，惟非為唯一之標準。又如前所述，勞工安全衛生法之立法目的在於防止職業災害之發生，保障勞工從事作業活動時之安全，實務上卻拿來作為職業災害之判斷參考，根本未提及如何認定職業災害¹⁴。

¹⁴ 惟有學者認為：「勞工安全衛生法第二條第四項所定義職業災害，應為勞基法上職

第六項 本文見解

經濟發展伴隨著許多新化學物質被引進勞工作業場所，勞工長期暴露於有害物質環境中致身體健康不斷被侵蝕破壞，其中又以侵害勞工生理機能之健康權最有爭議，因是否為侵害勞工健康權之職業病關涉勞資雙方權益。在判斷罹病勞工對雇主有無職業災害補償請求權之前提，必須先確認勞工罹病是否為職業災害之結果。目前不論是學說或實務上見解除甚少直接對職業病下定義外，且多數依勞工安全衛生法第二條第四項之規定作為職業災害（職業病）定義之標準，惟本文認為勞工安全衛生法之立法目的在於防止職業災害之發生，保障勞工從事作業活動時之生命安全與身體健康，因此要求雇主對就業場所之建築物、機具設備等等，採取特定之安全衛生設施，與勞動基準法或勞工保險條例之立法目的均不同，其定義不應一體適用。為求明確，職業病與職業傷害應個別定義，不應僅以一職業災害定義帶過，畢竟職業病與職業傷害之特徵不同。準此，本文認為所謂職業病應係指勞工因職業上原因或長期暴露於該環境中，導致特定疾病之產生，且其間具有因果關係者而言。

業災害觀念之核心範圍（Begriffskern）；蓋該法之立法目的在於『防止職業災害，保障勞工安全與健康』（同法第一條），因此，認定若一事故，屬於勞工安全衛生法之職業災害、即為勞基法上職業災害，雇主負有補償之責，應屬妥當。但吾人並不能反面推論：凡不屬勞工安全衛生法之職業災害、即非勞基法上職業災害；蓋吾人勞工安全衛生法並未已窮盡地涵蓋所有職業災害的可能型態。林更盛，前引註6，頁184。

第二節 職業病種類表之檢討

第一項 職業病種類相關規定

由於各國國情、工業化程度等因素之不同，對於職業病之認定方式亦不一致，有採取列舉式者、亦有採概括式者或兩者加以混合之混合式者。而我國目前主要係依據勞工保險條例第三十四條第一項之附表即本表，共分八大類六十八種疾病名稱及其應適用職業範圍，顯然係採取列舉之方式。近來工商經濟發展快速、新興行業林立及職業醫學之進步，前述之本表已無法含括所有有毒物質與職業病。行政院勞工委員會在各方要求下，尤其是勞工團體。先於 1996 年 6 月 14 日增列職業病種類，共增列四大類二十九種職業病種類¹⁵，最近一次再於 2008 年 5 月 1 日檢討修正前述核定增列之四大類二十九種職業病種類項目，合併納入新增列之職業病種類項目¹⁶，修正結果為六大類五十二種職業病¹⁷，即因應職

¹⁵ 1996 年 6 月 14 日行政院勞工委員會台 85 勞保 3 字第 120885 號函（行政院勞工委員會修正發布 85 勞保 3 字第 120885 號函於 2008 年 5 月 3 日停止適用）；又於 2005 年 1 月 3 日勞保三字第 0940000206 號函：「依據勞工保險職業病種類表第八類第二項規定，其他本表未列之有毒物質或其他疾病，應列為職業病者，得由中央主管機關准增列之。據此，從事病患診療、看護、清理之勞工保險被保險人，或從事病原體分析、培養之被保險人，或依法從事醫療廢棄物處理之被保險人，因執行職務接觸病患或病原體，罹患傳染病防治法第三條規定之傳染病者，其罹患職業病之認定，應視其是否因作業活動，於就業上一切必要行為及其附隨行為而具有相當因果關係所引起，個案事實認定。」，再增列生物性危害（傳染病）1 類。

¹⁶ 2008 年 5 月 1 日行政院勞工委員會勞保 3 字第 0970140166 號令發布「增列勞工保險職業病種類項目」，修正為六大類五十二種職業病，其增列之職業病種類略為：一、第四大類「創傷後壓力症候群」（適用於工作中遭受身體傷害之後所發生的精神症候群）。二、第五類職業病癌症：包括 1 肺癌、喉癌、間皮細胞癌（胸膜、腹膜、新包膜）（適用於使用、處理、製造石綿之作業或暴露於其纖維粉塵之工作場

業疾病鑑定委員之要求，增列職業性癌症¹⁸。惟對於職業病定義採列舉式之缺點係無法根本解決，尤其本應認定為職業病卻因職業病種類表未列舉納入，而無法認定為職業病¹⁹，加上醫生為避免引發爭議，往往對

所)。2 泌尿道癌症（適用於使用、處理、製造二胺基聯苯及其鹽類之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。3 泌尿道癌症（適用於使用、處理、製造 奈胺及其鹽類之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。4 泌尿道癌症（適用於使用、處理、製造四胺基聯苯及其鹽類之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。5 肺小細胞癌（適用於使用、處理、製造雙氯甲基乙醚之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。6 肺癌（適用於使用、處理、製造六價鉻之作業或暴露於其粉塵之工作場所）。7 皮膚癌、陰囊癌、肺癌（適用於使用、處理、製造煤焦油之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。8、皮膚癌、陰囊癌、肺癌、膀胱癌（適用於使用、處理、製造煤焦油瀝青之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。9、皮膚癌、陰囊癌（適用於使用、處理、製造礦物油、頁岩油之作業）。10 皮膚癌、肺癌（適用於使用、處理、製造煤煙、焦油之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。11 肝血管肉瘤（適用於使用、處理、製造氯乙烯單體之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。12 血癌（適用於使用、處理、製造苯之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。13 血癌、皮膚癌、甲狀腺癌、骨癌、乳癌（適用於使用、處理、製造游離輻射線之作業或工作場所）。14 肺癌、鼻竇癌、鼻癌（適用於使用、處理、製造鎳之作業或暴露於其粉塵之工作場所）。15 皮膚癌、肺癌、肝血管肉瘤、肝癌、腎盂癌、輸尿管癌、膀胱癌（適用於使用、處理、製造無機砷之作業或暴露於其粉塵之工作場所）。16 肺癌（適用於使用、處理、製造鈹之作業或暴露於其粉塵之工作場所）。17 肺癌（適用於使用、處理、製造鎘之作業或暴露於其粉塵之工作場所）。18 血癌（適用於使用、處理、製造環氧乙烷之作業或暴露於其蒸氣之工作場所）。19 肺癌（醫療保健服務業工作人員因針扎、噴濺等途徑，或其他因工作暴露人體血液、體液導致感染之後所致）。三、第六大類致癌之特定製程所引起之癌症：包括 1 皮膚癌（適用於製造巴拉刈之作業）。2 肺癌（暴露於煉焦爐廢氣之作業）。

¹⁷ 日本將職業病廣義的稱為「工作上疾病」，其範圍規定於勞基法施行細則第三十五條及該規則的「別表」一之二中，該表第一項規定「災害性疾病」，其餘各項則規定「職業性疾病」，此外，日本尚有「職業癌」之分類，惟因其致病因素複雜不單純，加上癌症屬於重病，所以日本另將其獨立歸為一類。林振賢，前引註 11，頁 7。我國於民國 2008 年 5 月 1 日修正增列勞工保險職業病種類項目時，也增列「職業性癌症」，如前所述。要判定勞工癌症之發生與職業上之暴露有關係時，必須考量以下四個要素：包括 1、特定之化學物質或職業暴露。2、暴露之劑量與效應之關係。3、潛伏期。4、特殊之癌症種類。黃文鎮、江淑娥、賴俊雄、楊冠洋、劉紹興，職業性癌症之監視與調查以白血病及膀胱癌為例，中華職業醫學雜誌，2001.01，頁 9。

¹⁸ 職業癌症研議納入職業病種類，<http://tw.news.yahoo.com/060719/15/3d8ex.html>。

¹⁹ 行政院勞工委員會雖於民國 97 年 5 月 1 日發布「增列勞工保險職業病種類項目」，並增加「創傷後壓力症候群」即勞工於工作中遭受嚴重身體傷害之後所發生的精神症候群，惟並無將因工作壓力而引發之「憂鬱症、躁鬱症」等精神方面疾病納入，政府認為憂鬱症等精神方面疾病是否係因工作引起涉及專業醫師診斷鑑定困難，且壓力之發生與個人應對能力與社會支持系統均有關係，無法歸因於單一工作因素，不宜屬職業病。故是否應將因工作壓力而引發之憂鬱症、躁鬱症等精神方面疾病列入職業病種類表，爭議甚大，尚有待政府機關之回應。

於前述本表及增列表以外疑似職業病之案例從嚴認定，結果造成勞工無法取得職業病診斷證明書。因此，為免產生掛一漏萬情形，除對於職業

病定義採列舉方式外，併採概括方式如審查準則第二十條至第二十二條規定之混合方式，如此對於不斷產生之職業病，方得以完全涵括，使其更加完整，進而更能保障弱勢勞工，減少勞資糾紛，使勞工能致力從事生產，雇主專心推動勞務政策，避免浪費人力、物力，增加國家經濟之競爭力。

第二項 勞工保險職業病種類 表之檢討

我國對於職業病種類採混合方式，已如前述，由於有些職業病潛伏期相當長、罹病之因素亦頗複雜，致勞工之罹病與其執行職務間是否具有因果關係即產生認定上之困難，為此，我國依本表及增列表規定列舉上百種職業病，凡屬本表及增列表列舉之職業病者即可認定為職業病，勞工無庸再就其間有無因果關係負舉證責任，相對的也可避免主管機關花費更多的人力、物力來認定。惟本表及增列表除無法涵蓋所有的職業病外，尚有因醫師診斷罹病勞工時所開立之診斷書與本表及增列表所列之病名不同，導致罹病勞工不被認定為職業病，因此，本表及增列表採列舉方式雖有其優點，惟仍有尚待改進之處，茲分述如下：

一、是否為職業病認定上之障礙

主管機關在審核職業病補償案件時，係核對申請者所罹患之疾病是否屬於本表及增列表所列之疾病名稱，若不屬於本表及增列表所列之疾

病名稱者，即不予認定為職業病。例如：從事鋅金屬燻煙之工作所引起之燻煙熱疾病時，必須被診斷為金屬燻煙中毒；若為氯氣或有機溶劑之

工作造成支氣管炎或神經病變時，必須被診斷為鹵素中毒或有機溶劑中毒²⁰。但是目前本表中八大類六十八種職業病大部分均以「中毒及其續發症」命名，所以醫師在診斷時所開立之診斷書亦應記載為「中毒」，即醫師在診斷時所開立之診斷書病名欄部分記載應與本表及增列表列舉之職業病名稱相同，否則勞工保險局承辦人員或雇主因無任何職業醫學相關知識，僅能依本表及增列表之記載作為認定標準，導致可能應認定為職業病者，卻不予認定之情形，影響勞工權益甚大。此乃因職業病之範圍已被限定在上述本表及增列表上，超過範圍不在本表及增列表列舉之疾病，將被排除在適用範圍外，且職業病分類亦不同，非專業人員是無法判定的，故本表及增列表列舉之職業病名稱反易造成認定上之爭議。

二、職業病名稱對醫師診斷上之障礙

由於勞工罹病因素頗為複雜，要確定勞工真正致病原因有其困難，例如：一位勞工罹患塵肺症時，通常是以X光拍下影像來加以診斷，但這是一般疾病的診斷方式，並非疾病原因上的診斷，若要確定何種粉塵造成塵肺症，則須以侵犯性的病理切片來判定，即使肺部有粉塵如石棉之沈積，尚無法斷定其即係致病原因，只能說有可能係由粉塵所造成²¹，因此，只能概括性的以塵肺症來表示。即醫師依據其專業知識、經驗診斷勞工疾病時，若無法確定真正致病原因，往往僅能在多數原因中尋找一最可能之原因，且醫師為避免將來訴訟上之麻煩，常將其診斷結果記載為「疑似」職業病。因為只記載「疑似」職業病，尚無法確認為職業病，結果造成勞工申請鑑定之案件逐漸增多，又對於鑑定結果不服進入訴訟程序之案件亦不斷增加²²，而且極有可能實際上是職業病，卻被低

²⁰ 劉紹興、陳永煌、陳一中、吳聰能，勞工保險『職業病種類表』之缺失與改進建議，中華職業醫學雜誌，1997.09，頁246。

²¹ 劉紹興、陳永煌、陳一中、吳聰能，前引註19，頁247。

²² 循司法途徑解決爭議之勞資爭議案件日益增加，由86年1089件至96年增加為6466

估。

三、「疑似」職業病是否為職業病

如前所述，「疑似」職業病尚未能被確認為職業病，但是究竟「疑似」職業病是否為職業病？此判斷結果對雇主、勞工影響甚大，因此亦常為勞資爭議之所在，可能有認為必須先確定為本表及增列表所列舉之職業病才是職業病，對於「疑似」職業病則非職業病，問題是職業病常係經由長期累積、長期之潛伏所造成。又醫師為避免日後司法訴訟必須出庭說明或致自己成為被告等因素，常不願直接診斷為職業病，而係以「疑似」職業病之方式開立診斷書。將鑑定職業病之責任推向「疑似」職業病之狀態，並無法解決問題。似此情形，本文認為在舉證責任分配及保障罹病勞工權益之前提下，對於「疑似」職業病之情形應由雇主負舉證責任，證明該項疾病係屬一般疾病，在無法證明「疑似」職業病係屬一般疾病時，即應認定為職業病。

四、職業病種類表係引發勞資糾紛之源頭

勞工罹病後一旦被認定罹患職業病時，除得依勞動基準法第五十九條規定向雇主請求補償外，尚得請公傷假以為治療，對雇主而言將是一項沈重之負擔。又請病假時是否係源於職業病之因素所導致，即是否屬於公傷假？即為導致爭議之所在，因勞資間之爭議常係因公傷假之認定所引起，罹病勞工雖經認定為職業病，惟是否需請公傷假？尚須視疾病之嚴重程度（是否已達失能程度）可否調離原工作而分配至其他能勝任之工作而定。例如：一位從事振動作業之勞工因下背疼痛求診，經醫師

件，其中請求給予職業災害補償或損害賠償之案例部分 86 年時有 32 件，96 年則增至 87 年。行政院勞工委員會，司法途徑受理勞資爭議案件，行政院勞工委員會網
站
<http://statdb.cla.gov.tw/statis/webproxy.aspx?sys=210&kind=21&type=1&funid=q05039&rdm=MOcV8POc>。

診斷為職業病，而且病情嚴重致暫時無法再從事勞力性工作，必須暫停工作在家臥床養病，此種情形該罹病勞工自應可請公傷假。惟並非每一種職業病均可請公傷假，如餐廳洗碗工人因罹患皮膚炎求診，經醫師診

斷為職業病，醫師建議該勞工應暫時避免接觸刺激性物質例如洗碗精等，該罹病之勞工向雇主請假時，並不被認定為公傷假，因該勞工只要不接觸刺激性物質，且雇主分配該勞工至可勝任又不會接觸到刺激性物質之工作時即無須請假，故並非每一種職業病均可請公傷假，須視具體個案情況而定。問題是前述之本表及增列表不可能詳列所有病症，只能列出情況較為嚴重，且不常見可能需要補償之疾病，因此，非屬前述之本表及增列表列舉之疾病即為爭議所在。又認定屬職業病與否本屬不易之工作，在經認定為職業病後，勞工可否請公傷假再度成為勞資雙方爭議之重點。於此種情形下，罹病勞工為了能繼續保有現在之工作，往往不願請公傷假，而係請一般病假，影響該勞工之考績。是有建議本表及增列表只需規定可補償之職業病或失能之概括標準，如此，將不會造成真正受害之勞工無法得到補償，而模稜兩可之病症卻反而可以得到補償之奇怪現象²³。

五、小結

目前我國職業病之認定標準，除依本表及增列表加以認定外，其次就是經職業疾病鑑定委員會之鑑定，惟職業疾病鑑定委員會亦以前述之本表及增列表作為鑑定標準，即認為非為前述本表及增列表所列舉之疾病時，即不被認定為職業病。如此雖得使職業病之認定有一致性，但在工商業突飛猛進，許多化學物質不斷被引進之今日，甚至有些化學物質非現今科學技術或方法可完全掌控之情況下，採用如此之認定方法，對勞資雙方均非有利，尤其對屬於弱勢團體之勞工影響甚鉅。本文認為發生職業病爭議時，亦應依流行病理學研究、毒物學、勞工暴露情形、勞工體質及勞工病史等綜合一切因素以個案方式逐一認定，否則即有可能導致應該屬職業病，卻不被認定，成為勞資雙方爭議之所在。

²³ 劉紹興、陳永煌、陳一中、吳聰能，前引註 19，頁 248。

第三項 職業引起急性循環系統疾病認定基準之檢討

由於就業人口逐漸老化、生活水準提升後伴隨著習慣之改變，加上科學技術之進步，職業病認定基準亦應隨之修正。針對職業病之認定，除由醫師根據相關之職業病認定基準外，尚應參考勞工工作現場之狀況、製程、環境、暴露情形、臨床病史、罹病原因等。行政院勞工委員會自 1992 年起陸續委託職業相關學者專家，針對常見之職業病訂定認定基準，以供醫師作為診斷上之參考，先於 1998 年 6 月底完成 52 種認定基準，再於 2002 年底完成 77 種認定基準，至最近之 2004 年 12 月 31 日共完成 108 種認定基準。目前政府將該認定基準分為二類²⁴，一是我國職業疾病認定基準摘要（共有 108 種職業疾病認定基準），另一是職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準²⁵。以後者之認定基準爭議問題最多，不易獲得認定，故本文將以後者之認定基準為探討中心，先與敘明。

前述之二類職業病認定基準，僅供醫師於診斷職業病時之參考，至於勞工罹患疾病是否為職業病，尚應經醫師診斷與職業原因具有相當因果關係時，始得認定為職業病。其中有關職業引起急性循環系統疾病致

²⁴ 我國職業疾病認定基準摘要（共計 108 種職業疾病認定基準）及職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準（分為腦血管疾病及心臟疾病二大類），行政院勞工委員會網站：http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/SM_theme?page=41d35566。

²⁵ 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。行政院勞工委員會為提供醫師對於上開二大類疾病之診斷認定有相關參考依據，乃審慎廣納各方意見，於民國 93 年 12 月 31 日修正職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準之內容並頒布施行。

病原因大多為多重因子²⁶所共同導致，且係慢性形成、在經年累月逐漸

累積後所導致之結果，即醫師在診斷勞工疾病是否為職業病時，除應將勞工個人體質、遺傳等因素列入參考外，尚應考量工作有無不規律性、工作時間之長短、是否經常出差、輪班、夜班的頻率、工作環境、伴隨精神緊張之工作等原因。惟往往由於鑑定資料不足，例如：因工作性質特殊勞工無須打卡，只紀錄該勞工是否到勤，至於該勞工之工作量是否超時或遲到早退等則無任何紀錄，及政府將勞工工作時間量化作為認定標準導致勞工權益受損，因此，職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準仍有加以檢討之必要。急性循環系統疾病包括腦血管疾病²⁷及心臟疾病²⁸的急性發作兩大類（通常情形為心肌梗塞猝死或腦中風，引發之所謂過勞死）。對於「起因於外傷情形而發生之疾病」，由於已有外傷存在較為明顯之發病原因，故職業上外傷與其所引起疾病之因果關係，判斷上較為容易，不致發生爭議。至於「起因於工作的疾病」，其是否因「工作當場」所「促發」，及是否「與作業有相當因果關係」等常有爭論。對此行政院勞工委員會提出一套判斷標準，即以工作時數「量」及工作內容造成心理負擔之「質」作為認定基準。茲分別將工作「量」及「質」之標準分述如下：

（一）工作時數「量」的考量標準為：1、死亡之前二十四小時仍繼續不斷工作或死亡前一星期每天工作超過十六小時以上被認定之。2、

²⁶ 主要之致病危險因子（工作以外的因子）有：（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，對本疾病之發生有危險的影響。而高血壓、高脂血症則可能具有高遺傳性。（三）飲食習慣：攝取高鹽分之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、溫度之急遽變化等，亦可能是本疾病發生的危險促進因子。（五）吸煙、飲酒：煙槍（每天約 20 支以上）的心肌梗塞發生的危險是沒有吸煙者之三倍。雖有研究發現適量飲酒能夠降低心臟血管疾病之發生，長期酗酒與血壓上升及動脈硬化的關係亦被認定。（六）藥物作用：如服用避孕藥可能較易發生心血管系統併發症。參照行政院勞工委員會 93 年 12 月 31 日第二次修正發佈之「職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準」。

²⁷ 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，通稱中風、高血壓腦病變。

²⁸ 心臟疾病：包括心臟性猝死、心肌梗塞、心臟衰竭、主動脈剝離。

每週四十八小時或兩週八十四小時工時以外之時數來計算加班時數，在發病日前一至六個月間，每月加班超過四十五小時以上時，隨著加班時數的延長，工作與發病間的關連性也隨之增強。³、

發病當日往前推算一個月，其加班時間超過一百小時，或發病日往前推二至六月，每月加班累計超過八十小時者，亦被認定之。

(二) 「質」的考量標準：工作時間雖是判定的重要依據之一，惟並非僅考量工作時數對健康之效應，當加班時數未超過工作「量」，或由於工作狀況不固定而形成加班時數有變動，造成心理負擔時，亦應進行「質」的考量，即除工作時間²⁹外，尚須考量發病前曾遭遇到造成精神緊張且與發病具有相當密切關連之工作型態，例如：不具規律性之工作、工作時間過長、經常出差、輪班或夜班、溫度、噪音或時差等亦應納入考量。

(三) 由上可知，在判定職業引起之急性循環系統疾病時，除必須考慮罹病勞工工作時數「量」之多寡及職業病之特異性，例如上班無須打卡之工作外，尚須審酌勞工發病前有无遭遇到增加精神負擔之工作型態，例如：工作量較平日多且複雜之情形。若沒有「超出尋常工作的特殊壓力」之明確事實做為「質」之要件者，即需要有一定時間的、場所的、明確之超出尋常工作範圍之特殊壓力發生之事實作為媒介而引發疾病為要件，否則即無法判定此疾病係由職業原因所引起。

行政院勞工委員會鑑於勞工罹患職業病案例頻傳，於是委託職業醫學專家訂定一職業疾病認定基準，並歷經數次修正，以作為醫師診斷疾病之參考依據，其中以職業引起急性循環系統疾病之認定基準最受矚目，爭議亦最大，爰將職業引起急性循環系統疾病認定基準之爭議點分述如下：

²⁹ 所謂「工作時間」係指須經過刷卡、登記、報備或主管支持或其他合理證明等，並且經認定與工作相關之範圍所耗用之時間。

一、勞工工作時數連續達一定時間或加班超過一定時間，雖可能致工作與疾病間之關連性增強，惟職業引起急性循環系統疾病所致之工作

災害，尚必須考慮多種複雜之因素，包括勞工發病前的工作環境、工作狀況之變化、勞工本身已有之疾病及工作對已有疾病所加之負荷等因素。因此，職業病認定時必須將勞工工作「量」及「質」一起納入考量，惟對於未達到「量」之標準之案例，似乎很難再考量「質」之因素，所以，對於未達「量」之標準之案例，幾乎很難被認定為職業病。

二、日本是世界各國中比較有系統探討腦血管疾病及心臟疾病（俗稱過勞死）之國家，在其逐漸擴大³⁰認定基準之過程中，亦認為工作「量」是考量因素之一，與我國相同。由此可知，對於工作「量」的考量應可被接受，惟在工作「量」之標準上，其先決條件必須有該罹病勞工正確且詳盡之上、下班及加班打卡紀錄，若無任何上、下班或加班紀錄者，例如：公司採「責任制」之工作型態，要求勞工不得申請加班費，勞工亦未填寫加班申請單或勞工於下班後將工作帶回家繼續完成等。此種情形僅能依員工、家屬之描述作一概括之認定，此等方式將無法正確辨別罹病勞工工作是否超過規定之量，最後可能犧牲罹病勞工之權益。再者，僅依員工或家屬所提供之訊息，並無法正確瞭解罹病勞工離開公司後之實際情形，家屬亦可能不清楚勞工在家之工作情形。又職業病認定涉及雇主應否給付補償金之責任問題，故對於罹病勞工之工作時間、內容及行程等，雇主均不願意自動提供。是考量工作「量」之因素是否過於嚴格？且如前所述罹病勞工之上、下班及加班完全未有紀錄之情形時，又如何分辨勞

³⁰ 日本對於與工作相關心血管疾病的職災認定基準，由「災害主義」限定發病必須在 24 小時內從事與「工作災害」有關，逐漸擴大改採「過重負荷主義論」係指除考慮勞工極近期內身體或精神遭受突發事件影響導致發病外，並考量勞工在發病前一定時間（訂定六個月為基準）內的工作負荷相較於日常工作，確有相當程度之增加，對於因工作導致疲勞累積的觀念進一步擴大認定範圍。厚生省表，「心疾患認定基準改正」，平成 13 年 12 月 12 日（水），<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0112/h1212-1.html>。

工是否超時工作？

三、若以勞工發病當日往前推算一個月，其加班時間僅為九十九個小時，

尚未超過如前述工作「量」之認定基準（一百小時）者，將不被認定為職業病，如此對勞工及其家屬是否公平？若以此工作時數「量」作為認定標準，不必贅言，必定引發爭議。

四、勞工罹病與其作業之間具有相當因果關係者，依據審查準則第二十一條規定：「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。」即可認定為職業病。惟是否具有相當因果關係應判斷勞工於發病前所從事之工作是否為引起該疾病之「相對有力原因」。若該疾病主因並非職業性原因所引起，只是時間上恰巧在勞工工作過程中發病，則不予認定為職業引起，例如：該勞工本就有動脈硬化等疾病，由於自然病程而逐漸惡化，突然在從事規則性工作的時候發生腦出血之情形。此種情形應僅是恰巧在工作中突然發生而已。因此，工作場所促發疾病之特殊壓力與其自身體質、危險因子相比，由「質」與「量」工作特殊壓力超過百分之五十機率者，始得認定為職業病。換言之，當疾病發作時係因工作危險因子及勞工本身之重大危險因子（即指勞工原有之宿疾）共同造成，而勞工本身之危險因子相較於工作之危險因子比重較高者，就不予認定為職業所引起之職業病，而無法獲得補償。此與日本在說明疾病與工作間之關聯性採「相當因果關係」³¹不同，依相當因果關係之理論，只要能證明勞工疾病之發作與其工作有相當因果關係，即可認定為職業引起之疾病，而能獲得補償。換言之，

³¹ 日本在相當因果關係判定上，因為心血管疾病是一多重原因引起之疾病，因此目前在法律判定上也有採用「交互作用論」原則之傾向，即除認同心血管疾病具多重原因外，在勞工申請認定時，亦將工作負荷可能導致勞工原有宿疾惡化之情形納入考量，例如：職業司機之高血壓不易受到控制或因工作壓力使得酗酒其況惡化，因不良之工作型態使得原有之宿疾惡化，而宿疾之惡化加上不良之工作型態，更加速心血管疾病之發生，此時更加證明工作與心血管疾病之發作有關，而不是因為原有宿疾過度惡化而排除對工作因子之認定。鄭尊仁，工作型態與心血管疾病交互作用之研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所委託研究報告，2004.01，頁5。

日本捨棄傳統以工作危險因子對疾病發作須相對有力之見解，改採「相當因果關係」為依據。我國職業疾病認定基準在歷經數次修正後，雖已將對勞工工作會造成心理、精神負荷之工作型態及其強度

列入考量，惟若仍以「相對有力原因」作為主要認定依據時，將導致因職業因素所引起之急性循環系統疾病被排除於職業病之外，其結果非屬職業病之比例亦將明顯增多，影響勞工及其家屬權益。

五、小結

（一）我國職業疾病認定基準在歷經數次修正後，雖已將工作時間「量」及工作對心理造成負荷之「質」納入考量，惟對於未達工作時數「量」之標準，或雖未達認定標準但與其相差不多者，例如：發病當日往前推算一個月，勞工加班時間僅九十九個小時（認定標準為超過一百個小時），均不予認定為職業引起之疾病。此對勞工及其家屬甚為不公平。就此問題本文認為為保障勞工生命身體健康及基於勞動契約之人格從屬性，對於未達工作時數「量」標準之案例，除應審酌公司員工及罹病勞工家屬所提供之資訊外，對此未達標準之情事，依舉證責任分配原則，應由雇主負舉證責任，即雇主無法舉證以實其說者，則應為有利於勞工之判定，而認定為職業引起之疾病。

（二）至於是否具有相當因果關係存在，以勞工於發病前所從事之工作是否為引起該疾病之「相對有力原因」為依據之部分。本文認為急性循環系統疾病係由多重原因交互作用所產生之慢性疾病，勞工原有宿疾惡化之誘因，雖可能係因工作型態之改變或與工作有關原因之突發，導致意外事件所引起，惟目前醫學上尚無法明確判斷疾病係自然惡化或是受工作影響才加速惡化。又因勞工工作狀況亦常會有所變化，致難以證明特定工作型態與急性循環系統疾病發作間之因果關係。若在「質」認定基準方面採「相對有力原因」，將容易導致多數職業疾病認定申請案件被排除。為落實保障勞工之生命身體健康及其家屬之基本生活之目的，應採較寬鬆之「相當因果關係理論」，使補償之對象範圍擴大，

方能使勞工法令保障勞工之美意得以達成。

第三節 職業病之成立要件

第一項 概說

職業災害為職業病之上位概念³²，職業病係因工作上原因而產生之疾病，即與工作間具有相當因果關係之疾病。其與職業傷害工作起因性之差異，在於受災勞工舉證上之困難，尤其係非屬前述本表及增列表所列舉疑似職業病之情形，故有賴醫學上經驗法則及透過國內、外之最新醫學資訊加以綜合判斷，若其間具有因果關係者仍可認定為職業病。

一般而言，勞工罹患疾病若為下列各種原因所引起或加重者，則可認定屬職業病：1、疾病醫學方面之各種發現與勞工受到暴露的一種或多種致病的病源之作用相符合。2、勞工過去或現在之職業環境的暴露過程中，有一種或多種病源之存在，足以引起該種疾病。3、證據力足以支持疾病的起源為職業性，而不是非職業性³³。4、在無反證推翻非職業因素所引起時，即應認定為職業病。

所謂職業病，根據世界衛生組織（WHO）之標準，其將職業相關疾病或症候群歸納為下列四大類：1、明確由職業引起之疾病，如煤礦工人，因長期暴露在職場中所致之塵肺症。2、職場污染為許多致病因子中之一個因素，如支氣管炎、肺癌等，但亦有可能是工人本身長期吸菸，再加

³² 林永頌、劉彥銓，職業災害之法令及訴訟實務（一），法律扶助第12期，2006.05，頁25。

³³ 魏朝光，前引註7，頁32。

上工廠的化學物質接觸所引起者。3、職業為複雜環境狀況下之影響因素，如酒吧、舞廳等，多半空氣污濁，容易引起疾病，例如慢性支氣管炎。4、職業本身加重原先已有之疾病，如本身已有氣喘之宿疾，然後暴

露在易造成支氣管過敏的環境³⁴。依上述職業病之分類原則及其考量，一般認為判定疾病或症候群為職業病時，須考慮（1）疾病之證據。（2）人類流行病學上之資料。（3）職業暴露之證據。（4）證據之確實性³⁵。

目前已被國際認定的職業病種類約有 150 多種³⁶，而我國職業病之認定標準，早期係依勞工保險條例第三十四條之規定及於 1996 年 6 月 14 日增列之職業病種類表，即列舉具體的職業病名，符合表列之規定或病名者始為職業病而得以受到補償。反之，則否。直至訂定審查準則後，始於該審查準則第二十條至第二十二條規定兼採概括式之認定標準，然除此之外，對於疑似職業病的案例，其職業病認定的標準則是建立在流行病學研究的基礎上來進行，但因該等流行病學的研究過程大多曠日費時，且對於此疑似職業病之案例，醫師往往不願也不敢從寬認定，造成勞工取得職業病診斷證明書的困難。是職業病認定標準關涉勞工權益甚大。我國政府基於就業人口之逐漸老化、生活水準提升後伴隨習慣之改變加上科學技術之進步，雖陸續委託職業相關學者專家，針對常見之職業病訂定認定基準，已如前述，惟此認定基準僅供醫師診斷上之參考，醫師仍應依勞工工作現場狀況、製程、環境、暴露情形、臨床病史、罹病原因等因素，加以綜合判斷認定。但由於職業病之認定涉及因素甚多又複雜，且對於疑似職業病之認定，每位醫師之診斷結果不一定相同，此缺失之存在在所難免，故站在保護勞工權益之立場而言，採混合式之認定基準較可行。

³⁴ 國際厚生健康園區，職業病的肇因與防治 - 漫談職業病，<http://www.24drs.com/consumer/diseas/occupational/2.htm>。

³⁵ 黃文鎮、江淑娥、賴俊雄、楊冠洋、劉紹興，前引註 16，2001.01，頁 9。

³⁶ 羅桂美，「職業災害勞工保護法」之跨步與未竟，新竹市青草湖社區大學，2002.05。
<http://www.bamboo.hc.edu.tw/workshop/session10/visit/wastewater/rca-appendix.html>。

第二項 職業病之成立要件

許多職業病之爭議大多屬於認定上之問題，在具體個案中亦常發生

認定上之難題。職業病之成立與否，必須視勞工是否因執行職務，而罹患疾病，及執行職務與職業病之間是否存在因果關係而定。茲將職業病成立要件分述如下：

一、因執行職務而罹患職業病：依文義解釋，因執行職務而罹患職業病，係指勞工於工作之進行中所導致之疾病，應為職業病，例如：勞工在高分貝之環境下執行職務，導致重聽者即是，惟何謂執行職務？學界意見未必一致³⁷，目前約有以下不同之意見：

（一）以僱用人之意思為判斷標準：即勞工依僱用人之交代辦理的事務，即為執行職務，是否為執行職務全以僱用人之主觀意思為判斷標準。

（二）以執行職務之外觀為判斷標準：只要受雇人從事工作之外觀上或形式上係在執行職務者，即為執行職務。凡客觀上為僱用人所使用，為其服勞務者，就是執行職務。

（三）以受雇人之意思為判斷標準：受雇人主觀上認為係為僱用人利益而為之者，即屬執行職務。是否執行職務？以受雇人之主觀意思為判斷標準。

（四）依『從屬性』之有無作為判斷標準：執行職務係指只要勞工在雇主指揮監督下執行職務之過程中發生職業災害，不論是

³⁷ 王澤鑑，民法學說與判例研究（一），僱用人無過失侵權責任的成立，1994.10，頁17-18。

否正在從事工作均屬之³⁸。即受雇人不論係在工作場所內、外執行職務，只要係受雇主指揮監督即屬執行職務。

(五) 所謂執行職務，係指「勞動者依『勞動契約』，於雇主之支配

下從事勞動契約所定之行為或附隨行為」³⁹。即只要係基於勞動契約或雇主之指揮監督，在工作場所內、外從事工作者，均屬執行職務。

(六) 實務見解

早期實務上採客觀說之見解，認為執行職務，不僅指受雇人因執行所受命令或委託之職務自體或執行該職務所必要之行為，尚應包括受雇人之行為在客觀上足認為與其執行職務有關⁴⁰。後來實務採更寬鬆之見解，認為只要與執行職務有相牽連關係者均屬之。即「受雇人之行為是否與其職務有關係，允宜從廣義解釋，以資符合。其所謂受雇人執行職務，不法侵害他人權利之行為，不僅指受雇人職務範圍內之行為而定，即與執行職務相牽連之行為，不法侵害他人權利者，亦應包括在內。職務上予以機會之行為，即屬於與執行職務相牽連之行為。」⁴¹。

(七) 小結

由於罹患職業病可能潛伏期相當長、加上是否因此致病

³⁸ 張清滄，前引註 6，2004.09，頁 267。

³⁹ 王惠玲，前引註 4，頁 17-4。

⁴⁰ 最高法院四十二年度台上字第一二二四號判例：「民法第一百八十八條第一項所謂受雇人因執行職務不法侵害他人之權利，不僅指受雇人因執行其所受命令，或委託之職務自體，或執行該職務所必要之行為，而不法侵害他人之權利者而言，即受雇人之行為，在客觀上足認為與其執行職務有關，而不法侵害他人之權利者，就令其為自己利益所為亦應包括在內。」

⁴¹ 參照最高法院七十三年度台上字第四五八〇號判決。

原因繁多且複雜，若採狹義之主觀見解，尤其係以雇主之意思為判斷標準，對勞工之保護更顯不利，且與政府立法保護勞工之良善美意相違背。若是就「執行職務」採客觀見解，雖較採狹義之主觀主義有利於勞工，惟此見解易導致執行職務範圍過大，對於執行雇主指揮監督以外之職務如私人

事務，亦要求雇主負責，不僅太過嚴苛且加重雇主之責任。因此，本文認為應兼採客觀見解及依『從屬性』之有無作為判斷標準較為妥適，即除勞工必須在從屬地位接受雇主指揮監督外，尚必須由第三人之立場從外觀上認為其係在執行職務者而言。若勞工逾越其職務範圍外，而為勞務之提供，雇主或其代理人不為阻止者，似仍可視為雇主默示同意該職務之執行⁴²。

二、執行職務與疾病間須具有因果關係：此涉及因果關係理論，占用篇幅較大，擬於本節之第三項詳論之。

第三項 職業病因果關係理論

第一款 概說

因果關係亦是哲學上一個重要議題，對此議題的討論相當多且深入，而且討論之對象並不區分為「自然科學的」、「人文科學的」或「法學的」因果關係⁴³。惟由於職業病之認定涉及相當之專業學識經驗，其判斷過程與其他顯而易見之職業傷害大不相同，職業傷害有一明顯之突

⁴² 魏朝光，前引註7，頁19。

⁴³ 薛瑞元，論因果關係（上），月旦法學雜誌，第76期，2001.09，頁134。氏另外認為因果關係可歸納出以下三個特質：包括（一）因果關係是兩個事實之間的關係。（二）這兩個事實的發生存在著時間之先後順序。（三）因果關係是一種經驗法則。同上，頁136。

發性事件導致勞工身體健康受傷害之事實存在，其間因果關係之有無判斷容易。惟職業病相異於職業傷害之突發性，而且多半係基於長期執行職務所引起之人身疾病，該疾病是否為職業病並不明確且認定困難，再加上其間有無因果關係之判斷需考量之因素甚多且複雜，如勞工工作現場之狀況、環境、暴露情形、臨床病史、罹病原因等因素。為避免職業

病因果關係舉證之困難，對於職業病種類及其範圍有採列舉方式如前述本表及增列表，惟對於非屬列舉之疾病，並不當然即可排除於職業病之外。因此，職業病因果關係之認定仍有其必要性。

第二款 因果關係理論

因果關係是行為與結果間存在著必要之客觀連鎖關係，因果關係之概念並非只有在民法或刑法領域才有，在其他領域也常被使用，且各有其應有獨特之機能，如刑法上之因果關係乃行為與結果間之必要關係問題，與責任問題無關，不受違法性與罪責影響。而民事上之因果關係則重在損害程度，即以具體侵害事實已生之損害程度為賠償責任之基礎。故非因果關係之本身，而係著重因果關係程度與損害賠償之平衡問題，亦即著重在價值判斷問題。刑事上相當因果關係論雖亦自應報主義之觀點，考慮客觀衡平上事物關係之結果，然此不過為形式上之觀察，與民事上之因果關係在實質上顯不相同⁴⁴。在探討職業病存否之問題上學說及實務大體均認為亦須有因果關係存在為要件⁴⁵，惟就應採何種因果關係理論，尚無一定論。茲分別探討因果關係學說如下：

一、條件說

此說係判斷因果關係有無之基本理論，認為造成具體結果所不可想像其不存在之每個具有刑法上意義之條件，即是刑法上之原因，具體結

⁴⁴ 周治平，刑法總論，1968.11，頁116-117。

⁴⁵ 唐國盛，勞基法第五十九條釋論，勞工研究季刊，91期，1988.04，頁116、121。

果之發生往往係由多數條件所造成，凡有助結果之發生者，不問價值大小，每個條件均同值、等價，故又稱為全部條件等價理論（簡稱等價理論或同值理論）⁴⁶。此說對於因果關係之判斷係屬經驗認識上之問題，

非法律評價問題⁴⁷。只要在經驗上認定行為是結果發生所不可想像其不存在之原因，即其間存在著邏輯上必然之條件關係，即「無彼行為，即無此結果」之關係（condition sine qua non，以下簡稱 c.s.q.n 公式）⁴⁸，由於條件說主張只要行為與結果間存在必然條件關係，即具有因果關係，然此說易於導致因果關係範圍過度擴張⁴⁹，在職業病之認定要件上，未必妥當，畢竟職業病之認定與刑法懲罰犯罪之觀念不同。

二、原因說

此說乃為限制條件說之不當擴大因果關係之範圍，所提出之修正說，原則上此說仍以條件說為基礎，將對於結果之發生賦予特別有力且重要之條件視為原因（即法律上原因）；其他與結果之發生無關係者，稱之為條件（單純條件），不具有原因力⁵⁰，原因說係針對個別的事態來進行有無因果關係之判斷，故原因說又稱個別化說或原因條件區別說⁵¹，此說雖將原因與條件區分開來，惟缺乏一標準依據⁵²。

⁴⁶ 林山田，刑法通論（上冊），增訂七版，2000.10，頁 182 - 183；陳樸生，實用刑法（重訂版），1993.07，頁 114；曾淑瑜，醫療過失與因果關係（下冊），1998.07，頁 373。

⁴⁷ 林山田，前引註 44，頁 183。

⁴⁸ 曾淑瑜，前引註 44，頁 374。

⁴⁹ 為克服此缺陷，有提出所謂之「因果關係中斷說」，此說認為在因果關係歷程中，介入了一般人理智上所無法預測之第三人行為或自然事實，致原因果關係中斷，例如：甲下毒毒殺乙，在乙毒發身亡前，乙被其仇人丙開槍擊斃。甲之下毒殺乙行為，因丙之行為介入，致甲下毒行為與乙死亡結果間因果關係中斷，只在丙行為與乙死亡間具有因果關係。惟此說因客觀歸責理論之發展，現今已不被採用，林山田，前引註 44，頁 187 - 188。

⁵⁰ 曾淑瑜，前引註 44，頁 394。

⁵¹ 莊慎翔，疫學因果關係理論的研究，中國文化大學碩士論文，2007.01，頁 11。

⁵² 有學者提出區分原因與條件之標準有：1、必生原因說（又稱必要條件說）。2、決定原因說（又稱優勢條件說、優越條件說）。3、最終原因說（又稱最後條件說）。4、最有力條件說。5、反則條件說（又稱離規條件說、變易常規說、背則條件說）。6、最先原因說（又稱直接原因說）。7、決定之條件說等；曾淑瑜，前引註 44，頁 395 - 399。

三、相當因果關係說

此說仍係以條件說為前提演進而來，並非造成結果之所有不可想像其不存在之結果條件均為結果之原因，必須在社會經驗上具有相當性因

果關係，即須係構成要件相當之條件，或結果相當之條件，始為具有刑法上意義之因果關係。相當因果關係說認為依據一般人之經驗、知識即經驗法則做客觀判斷，認為該條件足造成該結果者，該條件與結果即具有相當性而有因果關係存在。在通常情形下，一般人認為某行為產生某種結果，且該結果係非偏離常軌，亦非出於偶然者，則行為與結果間即具相當性而有因果關係存在⁵³。而我國學者及實務在探討職業病存否上，大體均認為要有因果關係存在。即採取民法及刑法一般所承認的相當因果關係理論。惟勞工法令之規定在哪裡？學者及實務見解又為何？爰說明如下：

（一）勞工法令上之規定

勞工保險條例、勞動基準法或勞工安全衛生法均無相當因果關係說之規定。惟於勞工安全衛生法施行細則第四條則規定：「本法第二條第四項所稱職業上原因，係指隨作業活動所衍生，於就業上一切必要行為及其附隨行為而具有相當因果關係者。」，及審查準則第二十一條、第二十二條亦有規範到相當因果關係⁵⁴。

⁵³ 相當因果關係有可分為：1、主觀的相當因果關係：主張以行為人在行為時現實所認識或可得認識之事實，作為判斷有無相當性之基礎。至於一般人是否能認識，在所不問，即以行為人主觀上認識之有無作為判斷基準。2、客觀的相當因果關係：主張以一般行為當時客觀存在之一般事情與從該事情所得預測可能之事情為基礎，綜合行為當時所存在之一切客觀事實，不問行為人於行為當時是否有所認識或有無預測可能。3、折衷的相當因果關係說：以行為當時一般人所能認識或預測之事實，及一般人雖不能認識或預測，但行為人主觀卻有認識或預測之事實為判斷有無相當性之基礎。陳樸生，前引註 44，頁 114；曾淑瑜，前引註 44，頁 403-405。

⁵⁴ 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及第二十二條，雖規定以執行職務與疾病具有「相當因果關係」，作為認定是否為職業病之基準，惟條文並未明確定義相當因果關係，因此必須委諸勞動法理論解決；黃越欽，前引註 6，頁 525。

（二）學說上之見解

國內學者對於職業病因果關係之論述，大多不分是社會法（例如勞工保險條例）或勞動法（例如勞動基準法），均係屬同一概念為出發點⁵⁵。然因果關係之內容為何？有未明示見解者；有依據日本法例簡單敘述其內容者⁵⁶；亦有明確採相當因果關係說理論者⁵⁷。尚有學者認為應兼採相關學說或理論中具說服力的觀點，以保持彈性、實現個案正義，避免以特定學說過度拘束實務及理論的發展，故認為因果關係之認定應採開放性、可變動的體系⁵⁸。

在相當因果關係理論之下，勞工必須就所有可能與其罹病間有因果關係之因素負舉證責任，加重勞工負擔。因此，有主張或許可引進日本近年來為因應公害事件所發展出來之「疫學因果關係理論⁵⁹」，在某些

⁵⁵ 林更盛，勞基法上職業災害因果關係的判斷——評台灣高等法院 87 年勞上字第 5 號判決，台灣本土法學雜誌，40 期，2002.11，頁 29。

⁵⁶ 林振賢，前引註 6，頁 278 以下。氏未明確表示採何見解，而係舉日本法之例加以說明，主張職業災害之認定基準須兼具「執行職務性」及「職務起因性」，且兩者無須同時具備，以職業病為例，如硬性以須在工作中發病為條件（即須具有執行職務性）就無意義，這種情形不能固執於必須具備執行職務性，職務起因性在職業病認定上遠較執行職務性重要。

⁵⁷ 黃越欽，前引註 6，頁 526。氏認為：作業與疾病間有「業務遂行之因果關係」，與作業與疾病間有一定的因果關係相當，同樣作為職業病認定之基準，亦稱為相當因果關係；魏朝光，前引註 7，頁 20。氏認為：職業災害之成立要件為（1）須勞工在雇主指定之就業場所，或到達或離去其就業場所而受災害。（2）須勞工居於從屬地位執行職務。（3）須勞工因災害而有死亡、殘廢、傷害或疾病之結果發生。（4）須災害之發生與勞工執行職務間具有相當因果關係；蔡振修，醫事過失犯罪析論，中華民國醫事法律學會，1996.06，頁 524-525。氏認為：刑法上以採相當因果關係為妥適，在醫事過失犯罪方面，原則也應採相當因果關係，以求一致。

⁵⁸ 林更盛，前引註 53，頁 37-38。

⁵⁹ 有認為疫學（即流行病學）是一個發展中之學科，在方法論上仍持續地進展中，因此引用疫學的因果判斷方法必須非常小心。除非這種判斷的流程及使用的方法是被承認為合於科學的標準、得到的結論已經具有統計學上的意義，且已經被認知或可以被合理懷疑的「干擾因子」都已被排除，疫學的因果判斷方可被認為等於刑法上的因果關係已被證明存在。薛瑞元，論因果關係（下），月旦法學雜誌，第 77

職業病之發生有與公害事件類似者，如地域性、共同性、持續性及技術性等特徵者，似可採用疫學因果關係作為判斷標準，即某種因素與身體、健康受損發生之原因，就疫學上可考慮之若干因素，利用統計方法，以「合理之蓋然性」為基礎，即使不能證明雇主之行為確實造成勞工目前

之損害，但在統計上，雇主之行為所增加之危險已達「醫學上合理確定性」，即應推定因果關係之存在⁶⁰。疫學因果關係係以病理學、臨床醫學之研究方法，對引起人體健康損害之異常因素、環境，分析疾病與外界條件之相互關聯性，若顯示特定物質與病因間存有高度之蓋然性者，即足以推論其間之因果關係存在。惟目前疫學因果關係在我國除公害法領域已有學者論述外，不論學說或實務⁶¹尚未見將疫學因果關係適用於職業病之認定要件上⁶²。

（三）行政機關之見解

我國行政機關對於職業病的解釋，有僅從因果關係出發，而未言明「業務執行性」及「業務起因性」者。亦有直接引用「業務執行性」及「業務起因性」，且有（間接）指出該案係屬於「業務起因性」者。亦

期，2001.10，頁 94－95。

⁶⁰ 林永頌、劉彥銓，職業災害勞工案例所涉法令及訴訟實務（摘錄），律師雜誌第 337 期，2007.10，頁 47。

⁶¹ 惟實務曾採用疫學因果關係，例如：高等法院 87 年度重上國字第 1 號：「在輻射受害事件中，欲以自然科學方法闡明事實性因果關係甚為困難，對於缺乏科學知識之一般人而言，要求因果關係之舉證，殆屬不可能，此於一般公害事件亦然。日本學說與實務為因應公害事件之舉證困難，乃發展出優勢證據說、事實推定說等蓋然性因果關係理論。其見解大都認為，在公害事件上，因果關係存在與否之舉證，無須嚴密的科學檢證，只要達到蓋然性舉證即足，即只要有「如無該行為，即不致發生此結果」之某程度蓋然性即可。其後並有所謂疫學因果關係及間接反證說之發展。而援用疫學因果關係於公害賠償上，其判斷模式即為：某種因素與疾病發生之原因，就疫學上可考慮之若干因素，利用統計的方法，以「合理之蓋然性」為基礎，即使不能經科學嚴密之實驗，亦不影響該因素之判斷。而美國毒物侵權行為訴訟更有採「增加罹病危險」之標準以證明損害，換言之，僅須證明被告之行為所增加之危險已達「醫學上合理的確定性」(reasonable medical certainty)即可，無需進一步證明被告行為造成原告目前損害。」。

⁶² 有學者認為醫療事件因果關係之證明很難達到毫無可疑之程度，故在以目前科學水準及醫學水準為立論根據之疫學因果關係學說，自應予以肯定，並可採特別立法之方式，建立「疫學因果關係」之嶄新法理。曾淑瑜，前引註 44，頁 649－650。

有連因果關係、「業務執行性」或「業務起因性」均未提及者。因此，僅能綜合個別地解釋其全文，推論究涉及「業務執行性」或「業務起因

性」⁶³。即對於職業病上因果關係之存否問題，行政機關尚無統一定論，必須就行政機關各自之函文內容全文觀之。茲就行政機關對於職業病因果關係之解釋意見分述如下：

1、行政機關對於職業病之解釋僅從因果關係出發的案例：

(1) 行政院勞委會九十二年五月二十一日勞保三字第 0 九二 00 二七一五九號函有關勞工於工作場所或出差途中感染嚴重急性呼吸道症候 (SARS) 者之職業災害保險給付或職業災害勞工保護法各項津貼補助「(一) 勞工因作業活動及伴隨活動所衍生，於就業上一切必要行為及其附隨行為而具有相當因果關係所引起之疾病，屬職業災害。有關工作場所如醫院醫師、護理人員、醫療技術人員等為診治、照顧可能或疑似感染 SARS 者而遭感染者，為職業災害，至於醫院工友、監護工於工作場所感染 SARS 者，亦從上開原則處理。(二) 有關因出差或公差途中感染 SARS 者，其職業災害依勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則規定就個案事實狀況認定。」。

(2) 司法院民國二十二年六月十四日院字第九三二號解釋：「工人因執行職務而致傷病者，應依所受傷病與執行職務有直接因果連絡之關係為限。」，此一解釋應屬早期對於因果關係之認定，

⁶³ 焦興鎧、劉志鵬、王松柏、劉士豪、邱駿彥、黃馨慧、黃程貫、林更盛、魏千峰、陳金泉、王惠玲、王能君、陳建文、鄭津津、郭玲惠、郝鳳鳴、楊通軒、鄭傑夫，勞動基準法釋義－施行二十年之回顧與展望，2005.05，頁 473。

雖然難以想像當年之勞資關係為何，惟已指出「傷病與執行職務以有直接因果連絡關係為限」。

2. 行政機關對於職業病之解釋直接引用「業務執行性」及「業務起因性」，或隱藏方式指出屬於「業務起因性」之案列：

行政院勞委會九十一年十一月十九日勞保字第 0 九一 00 五九二三八號函：「查職業災害之認定須具有業務之起因性與執行性，依據勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則第十三條規定：被保險人於執行職務時，因天然災害直接發生之傷害，不得視為職業災害。但因天然災害間接導致之意外傷害或從事之業務遭受天然災害之危險性較高者，不在此限。蓋因天然災害之發生，係屬與業務無關之自然現象，惟人類無法抗拒，一般不認為具有業務起因性，故先進國家之職業災害保障相關規定，均未將天然災害直接造成之傷害視為職業災害，惟若依職務性質、作業環境、事務場所設施狀況等，於天然災害發生之際，有執行職務之必要或具有易遭受災害之情況時，則可視為因附隨於業務之執行所致之傷害，而視為職業災害。惟應依個案事實狀況加以認定⁶⁴。

（四）司法機關之見解

1、台北高等行政法院 93 年訴字第 2152 號判決：「被保險人於公差途中發病死亡仍有勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則第 21 條之適用餘地，亦應審酌被保險人之發病死亡與其作業是否有相當因果關係，如不具相當因果關係，仍不得視為職業病，此觀勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則第 21 條規定意指甚明。而該條規定所謂職業病，係指該項疾病之促發與作業有相當因果關係者，所謂相當因果關係者，係指條件必須依據經驗法則作客觀判斷，可認定在通常

⁶⁴ 焦興鎧、劉志鵬、王松柏、劉士豪、邱駿彥、黃馨慧、黃程貫、林更盛、魏千峰、陳金泉、王惠玲、王能君、陳建文、鄭津津、郭玲惠、郝鳳鳴、楊通軒、鄭傑夫，前引註 61，頁 474。

情形下，其條件與結果有因果關係，反之，假如在一般情況下，雖有此條件存在，但並不一定發生此一結果者，則該條件與結果即不具相當因果關係。中央主管機關—行政院勞工委員會，針對勞工保險條例第三十四條第二項授權訂定之「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」中第二十一條所謂「該項疾病之促發與作業有相當因果關係」之不確定法律概念，依其權限訂頒之

判斷基準，核與相關醫理見解及經驗法則均無違背。即此見解對於職業病之解釋係明確採用相當因果關係說。

2、另臺灣高等法院 93 年勞上字第 54 號判決：「所謂「職務起因性」，乃指伴隨著勞工提供業務時所可能發生之危險已經現實化（即已經實現、形成），且該危險之現實化為經驗法則一般通念上可認定。至於判斷所發生之災害是否具有業務起因性，其前提要件則是必須肯定該災害之發生具有「業務執行性」，也就是說勞工於雇主之支配下從事工作，如發生之災害已可證明屬職務執行性，又無職務起因性之反證，亦不違反經驗法則時，應認定之。」，此見解係明確引用「業務執行性」及「業務起因性」。

由以上司法實務見解可知，對於職業病因果關係之解釋，其尚無一定論，有明確採用「相當因果關係說」者；亦有直接引用「業務執行性」及「業務起因性」者。

四、重要性條件理論說

此說認為刑法之所以處罰行為，係因該行為造成之結果具有刑法上重要性，所以造成具體結果之條件，亦必須同樣具有刑法重要性，始可認為原因。是否具有刑法上重要性，應就構成要件之規定及其保護法益

而定。即應以刑法規定之各個構成要件分別判斷決定其因果關係，故又有稱為法的重要關係說⁶⁵。我國學者⁶⁶及實務⁶⁷在探討職業病認定上，已

如前述，大多均認為要有因果關係，即採與民法及刑法相同之相當因果關係理論，惟民法及刑法與具有社會保險特質之職業病並不相同，故應做不同處理。對此，德國學說及實務上則採所謂之「重要性條件理論」⁶⁸，以取代相當因果關係說。依據重要條件理論，只要對於職業災害結果之發生具有重要意義（重大可能性）的原因或共同原因，始為造成損害之條件⁶⁹，且無須「幾近確定之可能性」，惟僅單純有此可能性也不行，故認為重要性判斷屬一評價問題。又重要性條件理論之目的在排除不重要之條件，而非在尋找一唯一之重要條件，是在數個重要條件導致損害發生時，若其中之一重要條件與社會法相關者，即應全部予以補償；反之，若社會法上相關聯之條件為其他條件所排斥而被認為不重要者，則全部不予補償。至於條件是否重要，應依日常生活上之觀點決之⁷⁰。

五、客觀歸責理論說

⁶⁵ 曾淑瑜，前引註 44，頁 427。

⁶⁶ 林更盛，前引註 53，頁 37 以下。氏認為：在審查職業災害時，若對照侵權行為法上的觀點，吾人將採德國通說以及我國採取重要條件理論者之見解，區分為「責任成立上（職務之執行與意外事故之發生）之因果關係」及「責任範圍上（意外事故之發生與損害範圍間）的因果關係」。

⁶⁷ 台灣高等法院 87 年度勞上字第 5 號判決略為：「關於勞動基準法職業災害之認定基準，學說上固有相當因果關係說、保護法的因果關係說及相關的判斷說之分，惟通說均採相當因果關係說，依此說「職業災害」，必須在勞工所擔任之「業務」與「災害」之間有密接關係存在。所謂密接關係即指「災害」必須係被認定為業務內在或通常伴隨的潛在危險的現實化。又所謂「一定因果關係」（學者稱之為業務起因性），指以傷病所發生之一切不可欠的一切條件為基礎，依經驗法則判斷業務和傷病之間具有相當的因果關係。」；台北地方法院 89 年度勞訴字第 108 號判決意旨略為：「所謂「職業上原因引起之勞工疾病」，應以作業與疾病間，具有一定之因果關係存在為要件。」

⁶⁸ BSGE1, 72, 76; 30, 167, 178; 33, 202, 204。轉引自焦興鎧、劉志鵬、王松柏、劉士豪、邱駿彥、黃馨慧、黃程貫、林更盛、魏千峰、陳金泉、王惠玲、王能君、陳建文、鄭津津、郭玲惠、郝鳳鳴、楊通軒、鄭傑夫，前引註 61，頁 474。

⁶⁹ MunchArbR/Blomeyer, §9, Rn.13; Schaub, a.a.O., 943。轉引自焦興鎧、劉志鵬、王松柏、劉士豪、邱駿彥、黃馨慧、黃程貫、林更盛、魏千峰、陳金泉、王惠玲、王能君、陳建文、鄭津津、郭玲惠、郝鳳鳴、楊通軒、鄭傑夫，前引註 61，頁 474。

⁷⁰ 林更盛，前引註 53，頁 32-33。

客觀歸責理論主要係以「危險增加原理」為主軸⁷¹，認為行為人之行為製造一個法所不容許之風險，且該風險被實現，而致構成要件之結果發生時，該結果方可歸責於行為人⁷²。客觀歸責理論仍以條件說作為判斷基礎，行為與結果間若無條件關係或因果關係，即無客觀歸責性，因此，客觀歸責理論須具備三要件：1、首先依條件說，條件係造成具體結果所不可想像其不存在之具有刑法上意義之條件？2、行為人製造一個法所不容許之風險，而該風險被實現；3、最後，該結果必須係存在構成要件範圍內⁷³。

六、推定有因果關係說

為解決認定職業病因果關係實際上存在之困難，日本勞動基準法第七十五條第二項明文規定，業務上疾病之因果關係依命令訂之。因此，該國勞動厚生省基於醫學上之經驗法則，在同法施行細則第三十五條中列舉了數十項業務上疾病。又日本實務及學說均認為「從事一定種類業務之勞工？罹患勞基法施行細則第三十五條所訂之職業病時，即推定疾病與業務之間有相當因果關係，而有業務上疾病之適用」。反之，非勞動基準法施行細則第三十五條所列舉之疾病者，即不能依上述規定推定為職業病，必須由主張為職業病者就相當因果關係負舉證責任，即用列舉來推定因果關係，以解決因果關係認定之困難性，並避免一再重複鑑定，影響勞資權利⁷⁴。

七、小結

⁷¹ 莊慎翔，前引註 49，頁 17。

⁷² 有認為客觀歸責理論之內容包括「危險創出」及「危險實現」兩個要素；曾淑瑜，前引註 44，頁 443。

⁷³ 曾淑瑜，前引註 44，頁 446；莊慎翔，前引註 48，頁 18。

⁷⁴ 呂榮海，勞基法實用 1，1990.01，頁 330-331。

綜合上述各種因果關係理論見解，實務及學說大多採相當因果關係理論，在採相當因果關係理論者，勞工除須證明病狀與特定因素具有相當因果關係外，尚需證明其病狀並非該特定因素以外之其他因素所導致始能成立，例如：勞工工作中甲因素可能係導致勞工罹病之因素，惟該病狀亦可能係因為乙、丙、丁等因素所致，如採相當因果關係理論，乙因素是否亦會導致勞工罹病，勞工就此必須證明所有相關因素與其罹病間之因果關係成立與否，如此不啻加重勞工之負擔，甚至可能導致罹病勞工無法獲得救濟。又職業病經過長期累積、長時間潛伏、致病因子複雜等，勞工僅能在雇主指定之作業場所提供勞務，其間具有從屬關係，對於工作環境無選擇權，只能選擇接受與否，因此，在認定是否為職業

病時，應就具體個案認定並適度放寬勞工之舉證責任，只要判斷勞工罹病與其工作環境相關，且具有原因關係即可認定為職業病，並無須如刑法學者所主張採客觀歸責理論，將結果原因與結果歸責區分，而行為人必須對於結果具有歸責性，始具因果關係，畢竟勞工法令之立法目的與刑法處罰犯罪之目的不同。

第四節 國內外職業病現況

第一項 國外職業病現況

依工業先進國家職業病案件之統計資料所顯示者，各國情況不一，可能因經濟規模、產業型態及工業化程度之不同，認定標準亦有異，其結果亦大不相同，如美國每年約有十二萬五千件至三十五萬件，比利時每年才約四千件，德國每年約一萬件，英國每年則約八千件，日本每年約一萬件，新加坡則每年約一千餘件。惟美、日職業病中「下背痛」所占比例高達百分之六十左右，惟下背痛究係因執行職務所引起，還是日常生活之活動所致者，區分不易。故其數量恐有高估之可能。新加坡之職業病案例中，噪音引起之聽力損失約占百分之八十一，職業性皮膚病約占百分之二十⁷⁵，日本以因受傷而引起之職業病件數最多（其中約百分之七十五為下背痛），其次為塵肺症及其併發症，物理性危害居第三⁷⁶。新加坡人口約三百萬人，日本則約有一億二千萬人，其經濟規模、

⁷⁵ 黃越欽，勞動法新論，2000.07，頁 532。

⁷⁶ 所謂「物理性危害」：包括因有害光線、游離輻射、異常溫度條件、噪音引起耳部

產業型態及工業化程度實際狀況都不能相提並論，故各國職業病之陳報資料亦不可能完全相同。

第二項 國內職業病現況

從表 3 勞保職業病傷病、殘廢、死亡給付案件數中，可看出我國從 1999 年至 2001 年間以礦工塵肺症及其併發症為最大宗，高達二萬二千二百二十五件（93.2 %），更占了殘廢給付之 99.1 %，其主要原因係因

1999 年放寬勞工保險塵肺症職業病給付之故，許多退職勞工請領職業病殘廢給付。即在開放認定塵肺症之標準後，立即大量增加職業病案例，由此可知，職業病認定標準影響著勞工之權益甚大。其他可歸因於職業因素者居第二位，共計 621 件，占 2.6 %，另職業性下背痛共計 351 件居第三位，手臂頸肩共計 182 件居第四位⁷⁷。

從上述資料比較，可知我國勞工每年罹患職業傷病比例明顯較其他先進國家為低。相對的勞工保險現金給付亦隨之減少，究其原因如下：

一、缺乏職業病專科醫師，由於我國職業醫學的教育或訓練長期向來不被重視，至今仍未建立職業病專科醫師制度，致職業醫學專科醫師普遍不足，目前雖可經由以下途徑取得職業病診療醫師資格後提供職業病診療服務，即醫師只要取得環境職業醫學相關研究之學位後，即可取得職業病診療醫師資格，從事職業疾病之診斷，在我國此種情形或許只是暫時性的，惟仍應建立一套正統完整之職業專科醫師教育及訓練計畫較妥當。職業病診療醫師資格取得之途徑依中華民國職業病診療醫師審定原則第二條之規定，國內醫師具中華民國專科醫師（或牙醫師）資格

之疾病。林洺秀，由職業病案例分析探討勞工安全衛生及檢查策略，2002.12，頁 23 - 24。

⁷⁷ 林洺秀，前引註 74，頁 48。

或為中華民國職業病醫學會或環境職業醫學會會員，於具備以下條件之一者，得申請審定以取得職業病診療醫師資格：

1、凡在職業病診療醫師訓練醫院接受兩年以上全職之職業醫學臨床訓練，並取得訓練期滿之醫院證明文件者。

2、凡在國內外環境職業醫學相關研究所獲得碩士學位或博士學位者。申請者應提交環境職業醫學相關學位論文摘要或相關著作抽印本；無學位論文、著作者，應提交修課成績證明，修習內容至少應含職業醫學、毒物學、職業或環境流行病學及工業衛生等相關課程。

3、衛生署核准之專科醫師（或牙醫師），在職業病診療醫師訓練醫院接受一年之職業醫學訓練，取得訓練期滿之醫院證明文件，並發表環境職業醫學相關論文或著作一篇以上，經職業病診療醫師審定委員會認可者。

4、衛生署核准之專科醫師（或牙醫師），取得職業病診療醫師審定委員會認可之職業醫學學術活動或繼續教育積分二百四十以上或提出與論文份量相當之職業傷病診療及廠訪調查報告，經職業病診療醫師審定委員會認可者。

前所稱職業病診療醫師訓練醫院，係指衛生署評鑑合格之教學醫院設有塵肺症門診、聽障門診、潛水醫學門診、航空醫學門診、臨床毒物門診、職業病特別門診或職業病防治中心，其所提相關訓練計畫並經職業病診療醫師審定委員會認可者。前述應提交之環境職業醫學相關論文或著作，申請者應為第一作者或通訊作者或該研究計畫之主持人，並經職業病診療醫師審定委員會認可。目前我國共舉辦三屆專科醫師甄審考試，獲得資格者有 219 人⁷⁸。

⁷⁸ 杜宗禮，台灣勞工保險制度下的職業傷病概況與探討，http：

二、由於專科醫師之專科業務範圍，並無排他性⁷⁹，依專門職業人員管理法令規定通常須取得一定資格者始可從事該專業工作，例如未取得醫師資格者，不可執行相關之醫療業務，未具有藥師資格者不得從事藥師工作，惟專科醫師之性質略異，在專科醫師制度實施後，婦科醫師替小孩看病，內科醫師替病人治療眼疾等，均不違法。此即係因專科醫師之業務範圍無排他性所致，除少數醫療行為有特別規定外，如墮胎、移植手術、腦死判定等，並無規定專科醫師之業務範圍。故對於是否為職業病一般門診醫師亦可判定，惟一般門診醫師對職業病認知不足，無法充分瞭解職業病鑑定程序。又國內職業安全衛生議題長期備受忽略，

且未有一套完整訓練職業病專科醫師之計畫，再加上一般門診醫師對職業病認識不足，對職業病鑑定程序亦不瞭解，致許多職業病在最初門診診療階段未被及時發現，致國內罹患職業病勞工比例明顯偏低。

三、職業病專科之醫療院所嚴重不足，且大多集中在都會地區，台灣有將近七百六十萬的投保人數，卻只有 36 家職業病特別門診醫院，其中擁有 60 萬名勞工的桃園縣卻只有一家醫院設有職業病特別門診，即僅有衛生署桃園醫院設有職業病特別門診，等於是只要一、兩名職業病醫師負責整個大桃園 60 萬勞工的身家性命。事實上，不僅如此，甚至有許多縣市如竹苗地區、南投縣、雲嘉地區、高屏地區、花東宜蘭、金馬澎湖等，根本連職業病門診的醫院都沒有⁸⁰，尤其是工廠林立之鄉村，著實令人難以置信。

四、勞資雙方對於職業病與職業災害權利義務認知之不足，加上職業病之診斷涉及雇主責任、勞工權益、勞工暴露情形、生活史、家族史及流行病學調查等資料之獲得不易，且可能涉及日後司法訴訟，醫師必

//www.ccswf.org.tw/2005paper/hazards/du.doc，頁 7。

⁷⁹ 曾淑瑜，醫療過失與因果關係（上冊），1998.07，頁 104。

⁸⁰ 敬仁勞工安全衛生服務中心，職業病專題系列（三），2000.09，頁 2，<http://labor.ngo.org.tw/weekly/C200904.htm>。

須出庭說明，甚至醫師為避免自己成為被告⁸¹等原因，一般醫師均不願診斷為職業病。又台灣工商經濟進步快速，工廠種類及數量大量增加，有毒化學物質達數百種，危害勞工健康的程度與狀況愈趨複雜，單純依據前述之本表及增列表，係無法含括所有職業病種類。

第三章 我國職業病鑑定 制度之檢討

第一節 概述

職業病之認定涉及對致病因子之專業判斷，尤其因果關係之認定有其實際上之困難，過去職業病之認定發生爭議時的鑑定程序，早期係以行政命令⁸²或直轄市單行法規⁸³的方式制定，直至 2002 年 4 月 28 日施行

⁸¹ 參照臺灣台北地方法院 88 年度訴字第 1939 號判決及臺灣高等法院 88 年度上字第 1128 號判決，案由係雇主告醫師開立之職業病鑑定報告不實致其受損，要求醫師賠償其損害。

⁸² 行政院勞工委員會 80 年 9 月 3 日臺 80 勞安 3 字第 23042 號函頒「職業疾病鑑定處理要點」，又於 83 年 5 月 6 日臺 83 勞安 3 字第 30050 號函：「關於職業疾病之認定應由醫療機構之醫師為之，目前設有職業病特別門診之醫療機構計有國立台灣大學醫學院附設醫院等 21 家。另依據本會訂定之職業疾病鑑定處理要點規定，勞資之一方對醫師之職業疾病認定有異議時，得由勞資之一方檢附相關資料向省（市）勞工處（局）申請認定，勞資之一方對省（市）勞工處（局）之認定結果仍有異議時，得依行政程序向本會申請鑑定，本會設有職業疾病鑑定小組，受理有關職業疾病鑑定事宜。」

之職業災害勞工保護法於第三章訂立職業疾病認定及鑑定（第十一條至第十七條），將其提升至法律層次，或有助於建立職業病認定及鑑定結果的法定效力⁸⁴。然職業病鑑定制度之組織、流程為何？如何鑑定？由誰鑑定？是否有助於解決職業病認定上之爭議？等等，均有加以探討之必要，本章即以現行職業病鑑定制度為探討重心，爰分述如下。

第二節 職業病鑑定制度之相關 法令

第一項 現行有關職業病的鑑定 法令

第一款 勞工保險被保險人因 執行職務而致傷病審

查準則規定與職業病

⁸³ 臺北市政府 89 年 2 月 23 日（89）北市勞二字第 8920655900 號函：「臺北市政府勞工局勞工職業疾病鑑定小組工作要點。」；嗣臺北市政府於 91 年 7 月 23 日以府勞二字第 09116806900 號函，將「臺北市政府勞工局勞工職業疾病鑑定小組工作要點」修正為「臺北市政府勞工職業疾病認定委員會工作要點」，並於 91 年 5 月 1 日起實施。

⁸⁴ 聯合網棧，身心障礙福利法各項福利措施，2004.11.18，<http://netinn.udn.com/community/forum/article.jsp?aid=1081297&tpno=0&no=3763>。

鑑定相關者

一、依審查準則第三條第二項規定：「被保險人於勞工保險職業病種類表規定適用職業範圍從事工作，而罹患表列疾病者，為職業病。」即職業疾病鑑定委員亦以前述本表及增列表所列舉之職業病名稱及其適用範圍作為鑑定之依據。因此，若屬前述本表及增列表所列舉之職業病名稱或其續發症時者，即可認定為職業病。反之，則否。此採列舉方式雖可避免因果關係認定上之困難，惟在工商發達、工廠林立，各種化學物質不斷被引進情形下，前述本表及增列表並無法含括所有之職業病，已如前述。

二、依審查準則第十九條規定：「被保險人因執行職務而罹患中央主管機關依據勞工保險職業病種類表第八類第二項規定核定增列之職業病種類或有害物質所致之疾病，為職業病。」即被保險人因執行職務而罹患行政院勞工委員會 97 年 5 月 1 日勞保字第 0970140166 號函發布之增列勞工保險職業病種類項目所列之六大類五十二種職業病名稱及其續發症者，得認定為職業病。

三、依審查準則第二十條：「被保險人罹患之疾病，經行政院勞工委員會職業病鑑定委員會鑑定為執行職務所致者，為職業病。」即被保險人對於罹患之疾病經醫師診斷至勞工保險監理委員會審議之結果均不服後申請鑑定，而職業疾病鑑定委員會認為勞工係在執行職務過程中罹病者，則可鑑定為職業病。此所應審究者係何謂「執行職務」？其認定標準為何？尚有不同意見，已如前所述。

四、依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，而該項疾病之促發與作業有相當因果關係者，視為職業病。」即須符合「在工作當場促發疾病」及「其疾病之促發與作業須具有相當因果關係」兩要件後，始得視為職業病。惟何謂「在工作當場促發疾病」？

此可參考我國職業疾病認定基準四、職業引起急性循環系統疾病認定基準之相關規定。

五、依審查準則第二十二條：「被保險人於下班應經途中促發疾病，而該項疾病之促發與作業有相當因果關係者，視為職業病。」即疾病發作僅限於勞工「下班」途中，不包括勞工「上班」途中促發疾病之情形，此規定雖已較早期主張勞工「上、下班」途中遭遇職業災害所致之傷病，因已超出雇主可得支配之範圍，而被排除於職業災害範圍外之情形進步，惟仍有不足。因勞工從事其工作，往返其住處與工作場所間，除非係因私人行為而與工作無關者外，基於勞工人格權之尊重及保護，亦應將勞工「上班」途中促發之疾病情形納入規範。又勞工於上班路線必須係在符合社會通念上之合理路線⁸⁵始可，且疾病之促發者，尚須與其作業有相當因果關係。

從上述可知，審查準則第三條第二項及第十九條至第二十二條規定，雖對何謂職業病提供鑑定委員一鑑定依據，惟對於鑑定委員會之組織、鑑定流程等均付之闕如，是有關職業疾病鑑定委員會之鑑定組織、方法、流程等應依其他勞工法令之相關規定，例如：職業災害勞工保護法第三章第十一條至第十七條。

第二款 職業災害勞工保護法

按勞動基準法僅係對於職業災害之補償方法及受領順位作出規定而已，如勞動基準法第五十九條第一款之規定：「勞工受傷或罹患職業病

⁸⁵ 在德國，勞工如脫離合理路線或中斷往返行為時，其脫離或中斷後之災害則不視為通勤災害。但德過實務上認為被保險人行程之中斷係屬「微不足道」之中斷者，則視為未中斷行程，例如：至鄰近之郵筒投信。如其中斷之期間過久，或依中斷原因之性質，可得認定已終止與通勤行為之關係者，則其後縱回到原來之路線，亦不再屬保險範圍。王惠玲，前引註 4，頁 17-5。

時，雇主應補償其必需之醫療費用。」，明文規定雇主之責任。問題是「職業病之種類及其醫療範圍，依勞工保險條例有關之規定」，將職業病之種類及其醫療範圍，推至勞工保險條例之相關規定，仍未作出職業病之認定標準。其次，勞工保險條例與勞動基準法之補償係以雇主為責任之規定，雇主一方面是職業災害補償責任之負責者，同時雇主是否願意為罹病勞工向勞工保險局提出保險給付之申請，如此矛盾之前提下，加上補償金額過低，若係需長期醫療者，勞工家屬生活勢必發生問題。另外，職業災害認定相當費時，遠水救不了近火，是故於2001年10月31日公布「職業災害勞工保護法」，並於2002年4月28日開始實施，尤其是對職業病之診斷與鑑定⁸⁶之強化，並放寬勞工保險之資格，惟能否確實讓

罹患職業病之勞工權益獲得保障，實有詳細觀察之必要。即有關職業病認定及鑑定雖因職業災害勞工保護法之訂定提升至法律位階，並規定相關程序，惟職業災害勞工保護法對於職業疾病鑑定報告之證據能力、法律性質、鑑定委員之資格等均未加以規定，是職業災害勞工保護法之規定並不完善。

第三節 現行之職業病鑑定制度

第一項 職業病鑑定之組織

當勞工懷疑罹患職業病，得到任一醫院、診所看病取得職業疾病診斷書（醫院診所依醫療法第五十四條及醫師法第十一條規定交付罹病勞工之職業診斷書自有其專業效力），雇主認為有必要時得要求勞工到指定

⁸⁶ 對於職業病之鑑定，早期係依「職業病鑑定處理要點」（勞委會80年9月3日80勞安3字第23042號）規定處理，依據該處理要點規定，勞資之任何一方對於醫師的認定有異議時，得檢附有關資料向省（市）勞工處（局）申請鑑定，再有異議時最後得向勞委會申請鑑定；而勞保局於審定職業病有困難時，亦得申請鑑定。勞委會設有職業病鑑定小組，處理鑑定有關事項。

之醫療機構看職業病門診。勞資雙方對職業病診斷結果均無異議者，勞工依法得向勞工保險局申請職業災害保險給付。反之，若勞資雙方對診斷結果有異議時，可先透過協調或分別向直轄市、縣（市）主管機關申請認定或向勞工保險機構申請審議，對其認定或審議結果有異議者，勞資雙方得檢附相關資料⁸⁷向中央主管機關申請鑑定。即在向中央主管機關申請職業病鑑定之前，原則上應先向直轄市、縣（市）主管機關申請認定或勞工保險機構申請審議⁸⁸，對於其認定或審議有疑議時，再向中

央主管機關申請鑑定。由上可知，勞工經醫師診斷為職業病者，一方面可向勞工保險局請求發給職業病補償費，對勞工保險局之核定不滿意時，得經由勞工保險局向勞工保險監理委員會申請審議；另一方面亦可依職業災害勞工保護法規定，對於職業疾病診斷有異議時，得檢附有關資料，向直轄市、縣（市）主管機關申請認定。直轄市、縣（市）主管機關為認定職業疾病，確保罹患職業疾病勞工之權益，得設置職業疾病鑑定委員會。其職業疾病鑑定委員會之組織、認定程序及會議。準用中央主管機關職業疾病鑑定委員會之規定，若直轄市、縣（市）未設置者，可逕向中央主管機關設置之職業疾病鑑定委員會申請鑑定。直轄市、縣（市）主管機關對於職業疾病認定有困難及勞工或雇主對於直轄市、縣（市）主管機關認定職業疾病之結果有異議，或勞工保險機構於審定職業疾病認有必要時，得檢附有關資料，向中央主管機關申請鑑定。其鑑定組織分述如下：

一、直轄市（以臺北市政府為例）職業疾病認定委員會

⁸⁷ 勞工應檢附職業疾病診斷書、既往之作業經歷、職業暴露資料、勞工體格及健康檢查紀錄、病歷、生活史及家族病史等；雇主應檢附勞工既往之作業經歷、職業暴露資料、勞工體格及健康檢查紀錄等，職業災害勞工保護法施行細則第十八條定有明文。

⁸⁸ 依勞工保險爭議事項審議辦法第二條第五款規定：「投保單位、被保險人、受益人或全民健康保險醫事服務機構對勞工保險局有關職業傷病事項之核定發生爭議時，得依本辦法規定申請審議。」；同辦法第三條第一項規定：「申請人依前條規定申請審議時，應於接到勞保局核定通知文件之翌日起六十日內，填具勞工保險爭議事項審議申請書，並檢附有關證件經由勞保局向勞工保險監理委員會申請審議。」。

置召集人一人，由本府勞工局局長兼任；委員十一人至十三人，除召集人為當然委員外，其餘由本府就下列人員聘（派）兼之：（一）衛生局代表一人。（二）勞工局代表一人。（三）職業疾病專門醫師六人至七人。（四）職業安全衛生專家一至二人。（五）法律專家一人。前項委員任期二年，期滿得續聘（派）之。任期內出缺時，得補行遴聘（派）；其任期制原任期屆滿之日為止（規定於臺北市政府勞工職業疾病認定委員會工作要點第二條）。

二、勞工保險爭議審議委員會

該委員會置委員十一人至十三人，除勞工保險爭議審議委員會爭議審組主任為當然委員，並為會議主席外，其他委員由主任委員遴聘專家⁸⁹

兼任之，任期為二年，報請中央勞工行政主管機關核定（規定於勞工保險監理委員會組織條例第十一條）。

三、職業疾病鑑定委員會

該鑑定委員會置委員十三人至十七人，中央主管機關代表二人、行政院衛生署代表一人、職業疾病專門醫師八人至十二人、職業安全衛生專家一人、法律專家一人，指定一人為主任委員，任期為二年，期滿得續聘之，代表機關出任者，應隨其本職進退（規定於職業災害勞工保護法第十四條）⁹⁰。

⁸⁹ 依勞工保險爭議事項審議辦法第八條第一項規定，聘請下列人員擔任委員：（一）曾任大學社會保險、保險學、社會福利、勞工問題講師以上職務三年以上者二人至四人。（二）曾任司法官、律師或簡任職法制工作三年以上者二人。（三）曾任大學法學講師以上職務三年以上者二人。（四）曾任大學醫學院講師以上、公立醫院主治醫師職務三年以上者二人。（五）現任勞工保險主管機關簡任職以上者二人。

⁹⁰ 早期依 84 年 11 月 20 日台 84 勞安 3 字第 142799 號令發佈之行政院勞工委員會職業疾病鑑定委員會組織規程第二條規定：本委員會置主任委員一人，由本會（指行政院勞工委員會）主任委員指定本會人員兼任之；並置委員九人至十五人，由本會主任委員遴聘左列人員兼任之。（一）本會及行政院衛生署代表各一人。（二）職業疾病專門醫師五人至十人。（三）職業衛生專家一人至二人。（四）有關法律專家一人。委員任期二年，期滿得續聘之。代表機關出任者應隨其本職進退。

目前雖已將職業疾病鑑定委員會的規範提升至法律層次，已如前述，惟委員會之成員中仍無代表勞工立場發言之團體，且鑑定委員資格為何，是否須具職業醫學相關背景，或至少須受過基礎之職業醫學訓練等均未規定，最有問題者，這些委員中職業疾病專門醫師、職業安全衛生專家及法律專家等皆為主管機關所聘任，等於是主管機關之人員，能否做到公正客觀，實令人無法置信。因此，職業疾病鑑定委員會的組成代表、資格與人數比例，仍存有許多爭議。

第二項 職業病鑑定之流程

當勞資雙方對於經醫師診斷為職業病結果不服時，勞工可依以下不同流程主張權益：

?? 依勞工保險條例第三十四條第一項規定向勞工保險局申請發給職業病補償費，由勞工保險局核定是否符合規定，勞工保險局審核勞工是否罹患職業疾病時，於必要時得通知勞工提供其既往之作業經歷、職業暴露資料、勞工體格及健康檢查紀錄、職業疾病診斷書、病歷、生活史及家族病史等，或通知事業單位檢送勞工既往之作業經歷、職業暴露資料、勞工體格及健康檢查紀錄等資料。惟通常此時勞工所能提供的資料有限，而對立之雇主基於某些因素之考量，例如：勞工經認定罹患職業病時，依勞動基準法第五十九條第一款規定，雇主應補償其必需之醫療費用；或者若經認定為職業病時，則雇主翌年之勞工保險職業災害保險費率勢必會增加⁹¹等等，大多不願提供相關資料。即勞、雇雙方基於各自利益之考量，常不願提供對己不利之資料，甚或提供不實之資料，因

⁹¹ 行政院勞工委員會於 84 年 12 月 30 日以 (84) 台勞保 3 字第 148261 號令訂定發布「勞工保險職業災害保險實績費率實施辦法」，該辦法第九條規定為：「被保險人發生職業災害時，以申請職業災害保險給付之投保單位為計算實績費率之投保單位；如發生疑議時，由保險人依權責認定之。」

而造成勞工保險局審核上之困難。勞工對於勞工保險局就有關職業病事項之核定結果有爭議時，應於接到勞工保險局核定通知文件之翌日起六十日內，填具勞工保險爭議事項審議申請書，並檢附有關證件經由勞工保險局向勞工保險監理委員會申請審議，勞工若直接向勞工保險監理委員會申請審議者，該監理委員會應將申請書移送勞工保險局，由勞工保險局先行審查原核定是否合法妥當，係採勞工保險局先行審查前置主義⁹²。而勞工保險監理委員會為審議保險爭議事件，設勞工保險爭議審議委員會，勞工對於審定結果不服者，得經由勞工保險局向中央勞工行政主管機關提起訴願，勞工保險爭議事項審議辦法第十九條定有明文。

二、另一流程係依勞動基準法第五十九條規定，勞工罹患職業病時，雇主應補償其必需之醫療費用，若雇主對於認定之結果不服者，依職業災害勞工保護法規定，得向其所屬地方主管機關設置之職業疾病認定委

員會申請認定，若誤向中央主管機關申請鑑定，除非地方主管機關未設有職業疾病認定委員會，或地方主管機關對於職業疾病認定有困難，否則中央主管機關應將該申請退回，由其所屬之職業疾病認定委員會加以認定，以保障申請人之救濟權益。勞工或雇主對於其地方主管機關所設之職業疾病認定委員會之認定結果不服時，均得檢附相關資料向中央主管機關設置之職業疾病鑑定委員會申請鑑定，職業疾病鑑定委員會於鑑定認為有必要時，得會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查⁹³。

由上可知，向中央主管機關申請職業病鑑定前，勞工或雇主對於醫師職業疾病認定之結果有異議者，得依勞工保險條例或職業災害勞工保護法規定申請核（認）定，對該核（認）定結果不服者，再向中央主管機關申請鑑定，因此，有認為我國職業病鑑定制度係採雙軌制⁹⁴，且以勞工保險相關規定較為完整，惟相關職業病鑑定組織、程序係於職業災

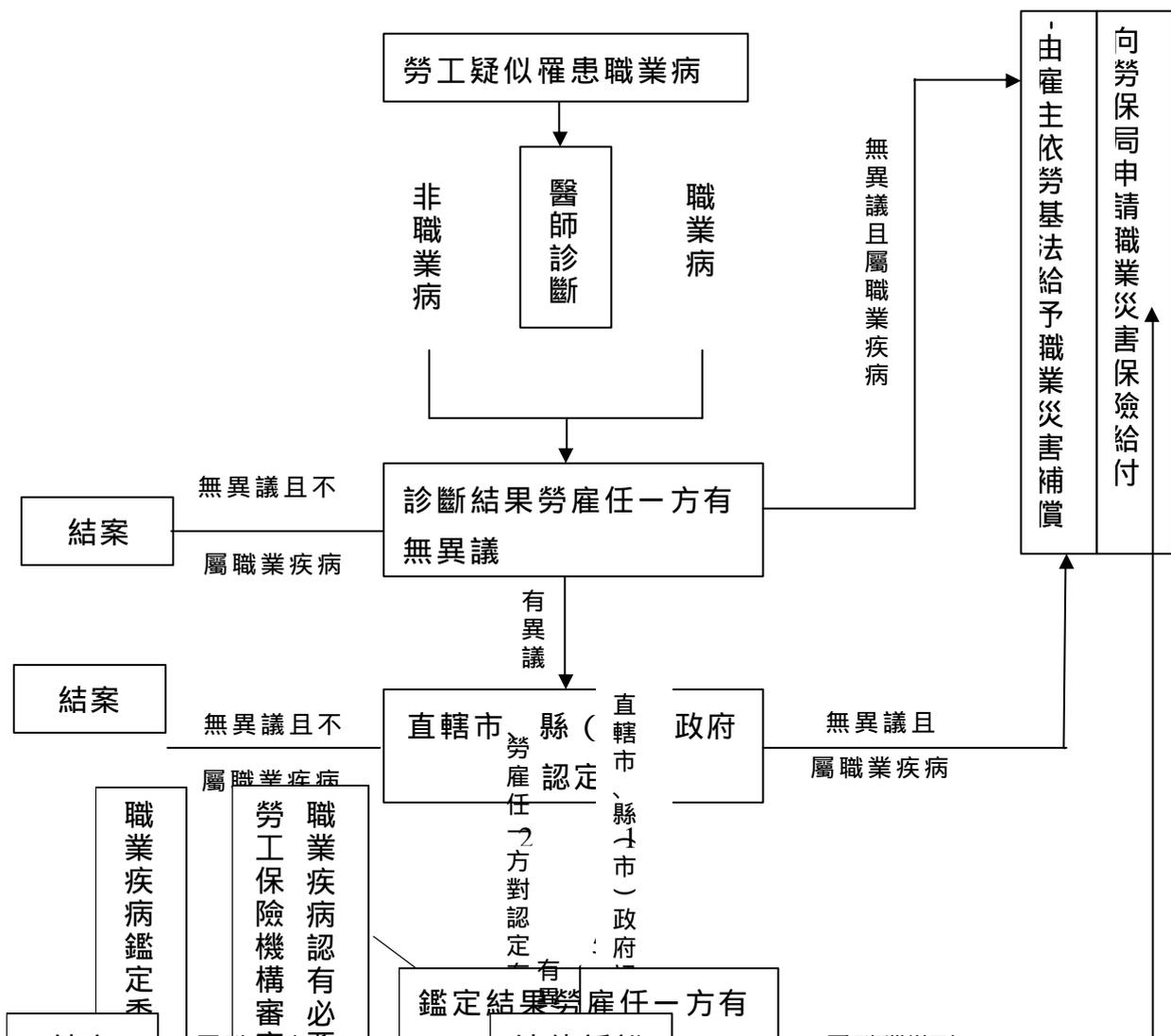
⁹² 勞工保險爭議事項審議辦法第三條第四項及第三條之二規定參照。

⁹³ 早期依 84 年 11 月 20 日台 84 勞安 3 字第 142799 號令發佈之行政院勞工委員會職業疾病鑑定委員會組織規程第六條規定：本委員會委員認有必要時，得至勞工工作現場瞭解。現規定於職業災害勞工保護法第十七條。

⁹⁴ 郭旭東，論我國職業病鑑定制度，私立中國文化大學，2006.7，頁 71。

害勞工保護法訂定時始法制化，不論係向前述勞工保險監理委員會（設勞工保險爭議審議委員會）或向地方主管機關申請審議或認定，應係屬申請鑑定之前程序，而非即可論定我國職業病「鑑定」制度採雙軌制。

職業疾病認定及鑑定之程序：





無異議且不

第三項 職業病之鑑定方法

目前我國職業病鑑定以中央主管機關所屬之職業疾病鑑定委員會之鑑定作為行政機關最後之結果，在此之前，職業病認定之主體尚包括醫師、直轄市、縣（市）及勞工保險局等，其等之核（認）定、審議甚至到最後之鑑定，通常係採書面審查（勞工保險爭議事項審議辦法第三條至第三條之二、第五十條以下及職業災害勞工保護法第十六條規定參照）。依現行法規規定，職業疾病鑑定委員會進行鑑定時，於認為有必要時，雖得會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查⁹⁵。惟當鑑定委員與勞動檢查員欲至事業單位進行檢查前，勞動檢查員會先通報行政院勞工委員會，後行文其所屬之直轄市、縣（市）專設之勞動檢查機構至該事業單位進行檢查，此時，事業單位可能早已將相關資

⁹⁵ 行政院勞工委員會為貫徹建構「安全的工作環境」之施政主軸，自 89 年起即力行推動各項勞動檢查革新策略，動員全國勞動檢查員及相關部會、公營大型企業等致力投入防災、減災工作，五年來使全產業職災死亡百萬人率，由 89 年的 77 下降至 94 年的 45 勞保職災死亡給付 382 人，較 89 年 602 人，累計減少 220 人；死亡百萬人率為 45，較 89 年 77，降幅 41.6%。另職災殘廢給付 3,361 人次，較 89 年同期 5,207 人次，累計減少 1,846 人次；殘廢百萬人率為 399，較 89 年 665，降幅 40%。行政院勞工委員會網站，http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/SM_theme?page=421ee94a。

料隱匿，甚至銷燬，造成鑑定委員鑑定困難，何況是無任何調查權限之醫師⁹⁶，其僅能依據勞工口述及勞資雙方提供之書面資料加以診斷，缺乏勞動現場的調查，醫師很難釐清發病與工作間因果關係之有無。又現行勞工保險局的申請書並不要求醫師作職業病因果關係之陳述⁹⁷，如此以來，一方面加重審查時求證作業之負擔，造成勞工保險局的困擾；另一方面增加鑑定委員鑑定上之困難，易生爭端。因此，職業病鑑定若能直接賦予職業病專科醫師會同勞動檢查員前往勞工作業場所實地調查勞工工作性質、工作環境、勞工暴露程度等之權

限，而不必經職業疾病鑑定委員會認為必要時始安排職業病鑑定委員進廠收集證據，或許有助於日後之鑑定，避免無謂之爭議⁹⁸。

鑑（認）定程序：中央（地方）主管機關職業疾病鑑（認）定委員會受理職業病鑑（認）定申請案件，依職業災害勞工保護法規定，採二次書面審查及一次開會審查，第一次書面審查以各委員意見相同者四分之三以上，決定之。未能於第一次書面審查時作成鑑定決定時，再以各委員意見相同者三分之二以上，決定之。若仍不能作成決定者，由鑑定委員會主任委員召集全體委員開會審查，須有超過二分之一委員出席，且出席委員中職業疾病專門醫師應超過二分之一，始得開會投票，委員應親自出席，以委員意見相同者超過二分之一，決定之⁹⁹。鑑定委員會開會時，得視案情需要，另邀請專家、有關人員或機關代表一併列席。

⁹⁶ 內政部 58 年 7 月 3 日臺內勞字第 31990 號函：「本部前函規定關於保護工人安全衛生及勞動條件之檢查，非檢查機構之人員不得執行及未持本部頒發檢查證者不得實施檢查等各點，」。

⁹⁷ 杜宗禮，前引註 76，頁 5。

⁹⁸ 德國職業病鑑定制度係交由職業病專科醫師會同工業衛生專家前往勞工作業環境實地調查可能罹病之原因，成立一專門調查單位專司處理職業病之案件，則可對於較困難之案件，以長時間研究之方式，研究其流行病因；戴基福、林瑞雄、劉紹興，RCA 受僱勞工流行病學調查研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，1999.07；戴基福、林瑞雄、劉紹興，RCA 受僱勞工流行病學調查研究（二），行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2001.02；林瑞雄、宋鴻樟，RCA 受僱勞工流行病學調查研究（三），行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2002.02。

⁹⁹ 依 84 年 11 月 20 日台 84 勞安 3 字第 142799 號令發布之行政院勞工委員會職業疾病鑑定委員會組織規程第四條第四項規定：「開會審查時，委員對於鑑定之意見不一致者，由各委員以無記名投票，過半數之同意決定之。」。

對三次審查結果若仍不服，只能循司法程序解決。

第四項 職業病專科醫師之 培育

職業災害預防之重點在於危害之認知，即時發現與認識危險物質，進而宣導作業環境之安全與衛生避免重複發生類似之職業災害，其中職業專科醫學醫師尤其重要，因此有培育職業專科醫師之必要。目前我國職業病專科醫師之培育途徑分三階段，分述如下：

（一）醫學教育

在醫學院七年之醫學教育課程中，前二年授課內容包括環境及職業衛生，惟不是缺乏臨床職業與環境醫學，就是定為選修，造成一般門診醫生對於職業病之認知有限甚至完全陌生，相對的亦使我國勞工被診斷為職業病之比率較其他國家低。

（二）住院醫師教育

目前我國經非官方組織之職業環境醫學會（The Environmental and Occupational Medical Association，簡稱 EOMA）總共認可了十三家可提供正式住院醫師訓練之教學醫院。而這些教學醫院於 1997 年開始為認可之程序，一般比較重視教學醫院之資格與人員，而不同的教學醫院就有不同之訓練計畫，例如：職業環境醫學會於 1998 年 10 月起至 2000 年 9 月止，與臺大醫院合作共同舉辦職業醫學住院醫師訓練，為期二年，在這二年期間共有八位醫學系畢業生參與這項住院醫師訓練計畫，訓練結束後，會頒發結業證明。

惟由於我國因欠缺官方認可之職業醫學會、未能認知職業醫學是一

獨立之醫學專科或次專科、有限之教學醫院相關編制及職業病評估、診斷與治療廣泛性補償計畫之匱乏等因素，致我國醫學系畢業生對職業醫學興致缺缺，相對的就會缺少職業病專科醫師。為改善此情形，國內幾所大學和公共衛生學會開始提供職業醫學碩士課程作為繼續教育及訓練之途徑，為期二年。政府方面，於 1997 年，衛生署為提供醫學系畢業生在職業醫學方面之繼續教育也設計了一約 240 小時之短期訓練課程，於接受此一短期訓練課程完畢後，醫師即可提供職業病之診斷及治療，並可經認證為「職業病診療醫師」(Doctor for Occupational Diseases Diagnosis and Therapy，簡稱 DODDT)。此外具有中華民國專科醫師（或牙醫師）資格或中華民國職業病醫學會或環境職業醫學會會員之醫師若符合一定

資格¹⁰⁰者，亦可取得職業病診療醫師之資格。

2001 年 9 月，我國共有 255 位內、外科醫師獲得衛生署授與職業病診療醫師之資格¹⁰¹，取得該資格之醫師在疑似職業病初診期間，其可獲得勞工保險給付二倍之診療費¹⁰²。雖有職業病診療醫師之認證，惟現今

¹⁰⁰ 中華民國職業病診療醫師審定原則第二條規定：醫師具有中華民國專科醫師（或牙醫師）資格或為中華民國職業病醫學會或環境職業醫學會會員，並符合下列各款資格之一者，得申請審定以取得職業病診療醫師資格：（一）凡在職業病診療醫師訓練醫院接受兩年以上全職之職業醫學臨床訓練，並取得訓練期滿之醫院證明文件者。本職業病診療醫師審定委員會（以下簡稱委員會）視需要得要求檢附訓練計畫及內容。（二）凡在國內外環境職業醫學相關研究所獲得碩士學位或博士學位者。申請者應提交環境職業醫學相關學位論文摘要或相關著作抽印本；無學位論文、著作者，應提交修課成績證明，修習內容至少應含職業醫學、毒物學、職業或環境流行病學及工業衛生等相關課程。（三）衛生署核准之專科醫師（或牙醫師），在職業病診療醫師訓練醫院接受一年之職業醫學訓練，取得訓練期滿之醫院證明文件，並發表環境職業醫學相關論文或著作一篇以上，經委員會認可者。（四）衛生署核准之專科醫師（或牙醫師），取得委員會認可之職業醫學學術活動或繼續教育積分二百四十以上或提出與論文份量相當之職業傷病診療及廠訪調查報告，經委員會認可者。前項所稱職業病診療醫師訓練醫院，係指衛生署評鑑合格之教學醫院設有塵肺症門診、聽障門診、潛水醫學門診、航空醫學門診、臨床毒物門診、職業病特別門診或職業病防治中心，其所提相關訓練計劃並經委員會認可者。第一項應提交之環境職業醫學相關論文或著作，申請者應為第一作者或通訊作者或該研究計劃之主持人，並經委員會認可。

¹⁰¹ 劉紹興，各國職業醫學科醫師和護理人員訓練制度之比較，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2002.02，頁 5。

¹⁰² 台北市政府勞工局 86 年 1 月 16 日（86）北市勞 3 字第 862010500 號：勞工保險

職業病診療醫師並未適用於勞工就職前或定期健康檢查、職業醫學執行或職業病。

直至 2001 年 10 月 11 日，行政院衛生署公告「職業醫學科專科醫師甄審原則」，而於 2006 年 2 月 24 日修正規定，醫師除依專科醫師分科及甄審辦法所定之分科完成專科醫師訓練外，尚須符合一定資格¹⁰³者，方得參加職業專科醫師甄審，至此我國才有經官方認可之職業醫學專科醫師。且專科醫師證書有效期限為六年，期滿得展延¹⁰⁴，每次展延期限為

被保險人因職業傷病至全民健康保險特約醫院、診所急診，其診察費依全民健康保險給付之急診診察費標準再加給二十元。

¹⁰³ 職業醫學科專科醫師甄審原則第二條規定，醫師符合下列各款資格之一者，得參加專科醫師甄審。(一)在職業醫學科專科醫師訓練醫院接受職業醫學臨床訓練三年以上，並取得該醫院訓練期滿之證明文件者。(二)在其他各科專科醫師訓練醫院接受各該專科臨床訓練三年期滿後，在職業醫學科專科醫師訓練醫院接受職業醫學臨床訓練二年以上，並取得該醫院訓練期滿之證明文件者。在國內外環境職業醫學相關研究所(組)獲得碩士或博士學位或主修環境職業醫學衛生相關課程(包括職業醫學、工業衛生、毒物學、環境職業流行病學及生物統計)，且有相當於碩士或博士論文發表，經本署認可者，至多可以抵減職業醫學臨床訓練(職業醫學學理訓練)一年。在國外接受環境職業醫學相關臨床訓練，並取得訓練證明文件，經本署認可者，得抵減全部或部分職業醫學臨床訓練。又專科醫師證書有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。

¹⁰⁴ 職業醫學科專科醫師甄審原則第九條規定，申請專科醫師證書有效期限展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加符合下列規定之學術活動或繼續教育課程積分總達三百點以上，但每年積分超過一百二十點者，以一百二十點計。繼續教育積分之計算原則如下：(一)參加本署認可之環境職業醫學相關學術演講或繼續教育課程，每小時得認定為積分一點，擔任特別演講或教育演講者，得認定積分為五點。(二)參加教學醫院職業醫學例行教學活動(包括每月或每週之臨床個案討論、專題演講、廠訪、書報討論、科技討論會等)，得檢具出席證明正本，或附有參加人員簽名之會議記錄本，向學會申請積分認定，每參加四十五至六十分鐘之教學活動為一點，擔任負責報告或演講者每四十五分至六十分鐘為五點，參加繼續教育課程之見習或實習活動者，每三小時為一點，主持見習或實習活動者，每一小時為二點。(三)在教學醫院職業醫學相關科別長期進修(一個月以上)期滿，經教學醫院發給進修證明者，得向學會申請認定每個月積分十點，在職業醫學科進修者，每個月積分二十五點，但本項積分最高採計不得超過一百點。(四)發表環境職業醫學相關論文於國內外醫學期刊，經本署委員會認可者，每篇第一作者與通訊作者積分十五點，第二作者十點，其餘作者每人均為五點；前述期刊如列名科學期刊引用指標(SCI)範圍者，以兩倍計點。(五)向本署「疑似職業相關疾病通報系統」通報疑似職業相關疾病(不包括職業傷害)個案，每通報一例個案，經研判確立者，可得二點。參加通報系統個案討論會者，每次為二點；負責教育個案報告者，每次為五點。申請專科醫師證書有效期限展延時，應於專科醫師證書之有效期限六年內至少通報一例個案經研判確立。(六)在醫學院校講授職業醫學相關課程經本署認可者，每小時為五點。(七)參加相關醫學會舉辦之學術研討會，經本署認可者每小

六年。目前我國職業醫學專科醫師甄審共舉辦三次，獲得職業醫學專科醫師資格者有 219 人。依勞工健康保護規則第三條規定，雇用勞工人數超過六千人者，應聘醫師中至少需有一人為「職業醫學科專科醫師」。

(三) 職業病醫師之活動

在我國醫師職業醫學證件和資格之授與，亦可由非政府組織之職業病醫學會¹⁰⁵ (the Association of Occupational Medicine, 簡稱 AOM) 及環境職業醫學會¹⁰⁶ (the Taiwan Environmental and Occupational Medical Association, 簡稱 TEOMA) 審查。此兩個學會之委員會認證測驗包括筆試及面試(包括臨床案例討論、工廠計畫書、病人之診斷與管理之面談)。醫師要取得環境職業醫學專科醫師之認證資格需具備之要件包括：1、醫師執照。2、衛生署認定之專科醫師執照。3、教學醫院二年之臨床住院訓練，如內科、家醫科、整型外科。4、職業醫學領域二年之工作證明。5、國內外主修職業醫學二年碩士課程及論文發表。6、臨廠訪視報告。

時得積分一點，發表論文者，每篇論文報告得積分十點，其餘作者每人得積分為一點。(八)出席全國性職業醫學醫學會每年例行舉辦之會員大會暨同時舉辦之學術討論會者，可得積分三十點，本項積分每年最多得三十點。(九)參加經本署認可之醫學雜誌通訊課程，成績達八十分以上者，每次視其內容得一至三點。(十)參加國外之職業醫學學術活動或繼續教育，經本署認可者，得比照國內學術活動或繼續教育，予以認定。(十一)醫學倫理、醫療品質及醫療相關法規之繼續教育課程積分數，合計至少應達十八點，超過十八點者以十八點計。前項各款所定學術活動或繼續教育之認定，於委託專科醫學會辦理專科醫師甄審初審工作或展延專科醫師證書有效期限先行查核工作時，由專科醫學會為之。於九十七年四月二十二日前，申請專科醫師證書有效期限之展延者，得不受第一項第十一款規定繼續教育課程積分之限制。

¹⁰⁵ AOM 於 1978 年成立，其目的在於促進職業衛生及預防職業病。直至 2001 年 9 月 AOM 經登記的會員約有 1000 人，其中有 210 位係經由職業醫學委員會認證的，許多開業醫師及廠醫為更進一步獲得職業衛生訓練、教育及公共衛生之相關知識而加入 AOM。劉紹興，前引註 99，頁 5。

¹⁰⁶ TEOMA 成立於 1992 年，其目的在於促進職業和環境健康及協助職業和環境醫學之發展，直至 2001 年 9 月 TEOMA 登記有案之環境職業醫學會會員已超過 310 人，參加資格須為醫學系畢業，其中經職業醫學委員會認證的約有 109 位，TEOMA 每年與職業衛生學會和職業衛生護理學會共同舉辦國際職業衛生會議。並自 1995 年 3 月 31 日起，TEOMA 每年會舉辦相關環境職業衛生之繼續教育課程。劉紹興，前引註 99，頁 6。

第四節 我國職業病鑑定之法律 性質

第一項 職業病鑑定之法律 性質

如前所述，對於經職業疾病鑑定委員會二次書面審查及一次開會審查之審查結果不服者，當事人仍可循司法程序救濟，惟究應循行政救濟程序或民事救濟程序，關涉職業疾病鑑定委員會所作成之鑑定結果性質而定。

一般而言，屬於公法性質者歸行政法院，私法性質者歸普通法院。惟公、私法區分標準，至今仍係一難解議題，其區分標準約有（1）利

益說(2)從屬說(3)舊主體說(4)新主體說，此說又稱特別法規說¹⁰⁷。以上諸說各有優缺點，適用單一標準不易判斷公、私法時，宜參酌各種標準，現今學者多數採特別法規說，而實務係視具體個案而採不同判斷標準¹⁰⁸。

對於職業病認定爭議，於申請鑑定前，在我國有兩種救濟途徑，一為依職業災害勞工保護法規定提起異議，另一途徑為依勞工保險條例

第五條第三項及勞工保險爭議事項審議辦法第二項申請審議，對此審議結果不服者，並得依同辦法第十九條規定於審定書送達之翌日起三十日內，繕具訴願書經由勞工保險局向中央勞工行政主管機關提起訴願¹⁰⁹。該異議程序及訴願程序均屬行政機關自我審查機制，不服異議或訴願結果者，得依司法救濟途徑解決，此係對行政機關所為之審議結果不服時，即對於認定屬職業病與否之結果不服者而言，明文規定之救濟途徑，並非針對認定職業病存否之認(鑑)定報告。惟對於中央主管機關作成之鑑定結果仍不服者，雖亦僅有依司法途徑救濟¹¹⁰，惟有疑義者係該循公

¹⁰⁷ 吳庚，行政法之理論與實用，增訂八版，2003.08，頁29-31。

¹⁰⁸ 最高行政法院22年判字第17號判例：「國家在公法上對於人民為權力服從關係於一定限制內固可用其強力而在私法上則與人民處於對等地位苟或對於人民歷久為事實上管領之不動產而與之發生所有權之爭執者即屬私法關係應由該管法院受理審判要不可遽以行政處分或命令強行處理」；釋字第八十九號：「行政官署依台灣省放領公有耕地扶植自耕農實施辦法，將公有耕地放領於人民，其因放領之撤銷或解除所生之爭執，應由普通法院管轄。」

¹⁰⁹ 最高行政法院55年判字第228號裁判要旨：「勞工保險，旨在保障勞工生活，促進社會安全，此在勞工保險條例第一條及臺灣省勞工保險辦法第一條規定甚明。而被保險之勞工為強制保險，其保險費除由被保險人勞工負擔小部分外，其餘係由僱主及政府負擔。此外關於保險範圍，保險給付等，散見上開條例及辦法各條文者，均係硬性規定，一律辦理。而依上開條例暨同條例施行細則及上開辦法暨同辦法實施細則有關規章之規定，勞資雙方及承辦保險機關如就勞工保險事項發生爭執，有其特定之審議程序及特設之審議機關。是勞工保險性質上顯係公法關係，與普通商業保險為私法上之契約關係有別。不問被告官署(臺灣省勞工保險監理委員會)係由何種人員組成，其依上開法令執行職務而有權為決定並表示其意思於外部，要不能不認其為行政官署，而其依照規定程序所為之審定，自應認為行政處分。人民對之如有不服，自可依訴願程序請求救濟。」；釋字第568號：「勞工依法參加勞工保險及因此所生之公法上權利，應受憲法保障。關於保險效力之開始、停止、終止及保險給付之履行等事由，係屬勞工因保險關係」。

¹¹⁰ 有認為當勞資雙方對鑑定結果不服者，僅能循民事訴訟程序救濟，蓋因爭訟重點在於僱主未依規定給予勞工職業災害補償，而非針對職業病鑑定公信力之問題。蘇德勝，我國職業病鑑定制度，勞工行政，第152期，2000.12，頁12。

或私法程序解決？此關涉鑑定報告性質而定。

目前實務認為職業病鑑定程序應與其他鑑定程序作同一解釋，例如：界址爭議之鑑定程序¹¹¹，認為職業病鑑定報告非屬行政處分性質，應係屬觀念通知之性質，僅係審判上其中一參考依據，其證明力仍由承審法官自由心證為之，承審法官不受鑑定報告拘束¹¹²，將鑑定報告視為一項屬於案件事實範疇之訴訟證據，法官不應完全依賴鑑定報告，而須

依據個案審酌一切客觀因素加以判斷，惟目前國內實務見解多數認為職業病鑑定結果，係審查委員根據個人學識素養與經驗所為專業獨立公正之智識判斷，具有高度專業性¹¹³，其審查決定結果有其判斷餘地¹¹⁴，法院自應加以尊重。因行政機關作成之鑑定報告與行政機關本於公權力上

¹¹¹ 最高行政法院 61 年裁字第 61 號判例：「被告官署受民事法院囑託丈量系爭界址，係屬鑑定性質，其鑑定結果之取捨，權在法院，與行政機關本於公法上權力服從關係所為之處分行為迥然不同，而該官署對原告複丈之申請不予受理，通知其向管轄法院請求依法處理，此項通知，於系爭界址並不生法律上之任何效果，僅屬單純之意思通知，亦難認為行政處分，原告對此通知遽依行政爭訟程序，請求救濟，自為法所不許。」

¹¹² 最高法院 91 年台上字第 3388 號裁判：按鑑定報告祇為形成法院心證之資料，法院仍得本於職權予以調查，不受鑑定報告之拘束，故鑑定報告究由何一機關鑑定與其證據能力及證明力之判斷無關。未查證據之取捨及證據之證明力如何，均屬事實審法院得自由裁量、判斷之職權，苟其此項裁量、判斷，並不悖乎通常一般之人日常生活經驗之定則或論理法則，又於判決內論敘其何以作此判斷之心證理由者，即不得任意指摘其為違法。

¹¹³ 惟有學者主張因醫學鑑定結論具有專斷性，法官無權審查，其依據是法官無此專業能力。此意見並不恰當，法官雖不具備進行醫學鑑定之專業資格，但是法官可以對醫療行為的合法性進行審查，向權威之專業人士求教相關醫學領域之問題，依據法律、法理及良知，作出實事求是之判斷。主張醫學鑑定之專斷性，違背法律之基本規則，是對法官行使審判權之限制，難以避免醫方與鑑定組織及其人員之作弊行為，不利於保護被害人之合法權益。故法官必須依據訴訟證據規則對鑑定結論進行審查、組織質證。法官可以依據審判經驗審查鑑定人員、組織、程式及結論之合法性、客觀性，作出自己之判斷，對不合法、不客觀之鑑定結論不予採信。莊慎翔，前引註 49，頁 105 - 106。

¹¹⁴ 釋字第 319 號不同意見書：「一國家考試之評分專屬於典試委員之職權，此項評分之法律性質有認為行政機關裁量權之行使者，亦有認為屬於行政機關適用不確定法律概念之「判斷餘地」(Beurteilungsspielraum)者。無論從裁量之理論或不確定法律概念之見解，典試委員之評分應受尊重，其他機關甚至法院亦不得以其自己之判斷，代替典試委員評定之分數。因依典試法規定，國家考試之評分權賦予典試委員而不及於他人。」；參照台北高等行政法院 93 年訴字第 2152 號判決。

下服從關係¹¹⁵所為之處分行為不同，因是否屬行政處分須具有 1、行政機關之行為。2、公權力行為。3、須為單方行為。4、須具個別性，即就具體事件所為之行為。5、須具對外法效性，即須直接對外發生效果之行為等要素¹¹⁶。而中央主管機關係因勞資雙方對職業病之認定有爭議，因其申請而為鑑定，其鑑定結果雖對勞資雙方均會有某程度之影響，惟從上述行政處分之要素分析，鑑定報告應非屬行政處分之性質，甚有認為應係屬對於特定事實而陳述意見¹¹⁷。

職業病鑑定之性質雖屬觀念通知而非行政處分，已如前述，惟其鑑定結果仍可能影響當事人公法上之給付請求權，按依職業災害勞工保護法第八條第一項第一款、第二項及同法第九條規定，勞工保險之被保險人，在保險有效期間，於本法施行後罹患職業疾病，喪失部分或全部工作能力，經請領勞工保險各項職業災害給付後，得請領生活津貼；又勞工保險效力終止後，勞工保險被保險人，經醫師診斷罹患職業疾病，且該職業疾病係於保險有效期間所致，且未請領勞工保險給付及不能繼續從事工作者，得請領生活津貼；又未加入勞工保險之勞工，於有如前述之情形之一者，亦得申請補助。是實務¹¹⁸上亦有認為職業病鑑定結果若因而影響勞工公法上給付請求權者，應允許勞資雙方對中央主管機關做成之職業病鑑定結果提起行政救濟。

第二項 職業病鑑定於我國實務上之審定

¹¹⁵ 參照行政程序法第九十二條及訴願法第三條有關行政處分定義之規定，所謂行政處分，係指行政機關就公法上具體事件所為之決定或其他公權力措施而對外直接發生法律效果之單方行政行為。

¹¹⁶ 吳庚，前引註 105，頁 307 - 340。

¹¹⁷ 熊谷秀，論鑑定制度之理論構成與實踐，國立成功大學法律學研究所碩士論文，2002.01，頁 5。所謂「鑑定」(Gutachtung)，係只由具有特別知識或經驗的第三人，依據其專業知識而對特定事實陳述意見而言。

¹¹⁸ 參照台北高等行政法院 93 年訴字第 2152 號判決。

我國鑑定制度除職業病之鑑定外，尚有車禍事故鑑定、毒品案件鑑定、醫療案件鑑定¹¹⁹等。該等鑑定單位各自獨立運作，其鑑定因設備、專業技術及鑑定方法等因素，致鑑定結果良莠不齊，無一定標準。又法院就具體案件是否送鑑定？送何機關鑑定？除非法明文強制規定應送鑑定，否則全由承審法官自由裁量，且承審法官對於具有高度專業性之案件如醫療事件，往往依賴鑑定機關之鑑定報告，而醫師做成之鑑定與行政機關所做成之鑑定結果未必一致¹²⁰，此時，因鑑定報告之性質僅屬行政機關對於特定事件之陳述，已如前述，對法官並無一定之拘束力，除非當事人另有合意外，法官審酌一切主、客觀因素後選擇其一鑑定報告作為判決依據，屬其價值判斷並無違法之處，故亦常造成行政機關與司法機關認知上之差異¹²¹。故同一事件常因不同機關鑑定，產生不同鑑定結果，而造成人民無所適從且對法院判決產生不信任。是法院於選任鑑

¹¹⁹ 有認為在民事案件審理中法院對於醫療糾紛鑑定之結果是否採認，屬「法律問題」而非「事實問題」，由法院依據經驗法則綜合判斷所有證據，無須達無可懷疑幾乎百分之百之確認因果關係；惟在刑事案件審理中則屬「事實問題」，必須達到無可懷疑幾乎百分之百之確認。葛謹，臺灣醫療糾紛探源－醫療過失責任與理論，醫事法學，第14卷第1期.第2期（合訂本），2006.06，頁57。

¹²⁰ 參照臺灣士林地方法院87年易字第1373號刑事判決：按勞工在第五十九條規定之醫療期間，雇主不得終止契約，惟既稱雇主不得終止契約，則自必有罹患職業病之事實，而且於雇主通知終止契約當時，仍罹患職業病，未痊癒且有必要持續治療，並繼續治療中為前提。然本案並無足夠證據足以證明告訴人罹患其所指訴之左側股骨缺血性骨壞死，即有潛水夫症之後遺症，亦無足夠證據證明其於八十六年十月當時因而仍需繼續治療。又本案勞資雙方既已成立協議，而勞方即被告公司解僱告訴人之行為並未違反該協議，縱令勞委會就告訴人有無罹患職業病所作之鑑定結果與台北市政府衛生局之鑑定意見相左，而確屬職業病症，被告等依據渠等與告訴人在台北市政府勞工局勞資爭議調處之結論處理，實難遽認被告解僱告訴人之舉即有違反勞動基準法之故意。

¹²¹ 75年6月23日內政部(75)台內勞字第410301號函：「勞工上下班必經途中之意外事故，應包括交通事故及其他偶發意外事故，此類事故非出於勞工私人行為而違反法令者，應屬職業災害，但仍應就個案發生之事實情況予以認定。」；76年8月26日行政院勞工委員會臺勞安字第171號函：「工人上下班途中因高血壓突然昏厥致死，如該疾病係基於工作所引起、得認定具有因果關係，而視為職業災害」；然實務87年8月18日87年勞上字第13號裁判：「本件交通事故，參酌前開勞工安全衛生法有關職業災害之定義，上訴人因車禍受傷害致死，既非因就業場所之設備等、或作業活動及職業上原因引起之傷害，而係於執行業務前所發生，縱係在上班途中因交通事故而發生，該交通事故之發生已脫離雇主即被上訴人有關勞務實施之危險控制範圍，依前所述，自非所謂之職業災害。」由上可知，實務與行政院勞工委員會之見解不同。

定機關之前，若能讓當事人有陳述意見之機會如兩造同意以行政機關之鑑定報告為認定基準等，或者由當事人合意指定鑑定機關¹²²，應可減少同一案件重複鑑定之必要，且可增加人民對法院判決之信服度。

鑑定報告於我國實務審定上既有如前述之缺失，則是否有統一立法之必要？按鑑定案件事涉設備、專業技術及鑑定方法等因素，尤其是具有高度專業性之醫療事件如職業病之鑑定，其鑑定時間往往需耗費長久時間，更甚者有強調時效性者，例如：毒品尿液檢查，若未於保存期限鑑定完畢，其結果可能會失真，因此，要統一訂立一部規範鑑定之法律並不容易。但或許可從中找出幾點共通點，例如對於鑑定人能力、機關之考核，或鑑定人責任之課予，若以此前提作為指導原則，而將細節性、次要性規定，交由各同業公會依據個案認定，並備存查¹²³，未來實務在運作上將更具彈性，且增加公正性。

第五節 小結

我國職業災害勞工保護法於2002年4月28日施行，至今已施行逾六年，職業災害勞工保護法雖比勞工保險相關規定增加一些保障，例如：擴大保險範圍、職災勞工訴訟可減免訴訟費、過失的舉證責任轉移至雇主及職業病法定認定及鑑定程序等。惟事實上仍存在著不少問題，至少在職業病鑑定制度上有著如下之缺點，分述之如下：

一、職業醫學資源之缺乏

由於職業安全衛生議題向來不被重視，連帶職業醫學的教育及訓練

¹²² 參照民事訴訟法第三百二十六條第一項、第二項：「鑑定人由受訴法院選任，並定其人數。法院於選任鑑定人前，得命當事人陳述意見；其經當事人合意指定鑑定人者，應從其合意選任之。但法院任其人選顯不適當時，不在此限。」

¹²³ 熊谷秀，前引註115，頁214-215。

亦不被重視，因此一般門診醫師對職業病認知有限，不瞭解職業病鑑定程序，造成許多職業病被忽略，是我國被鑑定為職業病之比例較工業先進國家為低之原因之一，已如前述。目前我國並無專門培育職業病醫師的教學機構，所謂的職業病醫師執照其實是由「職業病醫學會」與「環境醫學會」兩個單位來核發，而其核發標準僅以修業學分與聽講時數來評量，因此領有此證照的職業病醫師本身未必具有臨床經驗¹²⁴。全台灣具有職業病診療資格之醫師多半分散在內科、胸腔科、家醫科、毒物科等，且職業病診療醫院¹²⁵大多在都會地區之大型醫院，而工廠大多位於非都會型鄉鎮，因此常常錯失黃金診斷時機，致經鑑定為職業病之機率大大降低。

二、對職業病鑑定委員會代表與比例的疑義

職業災害勞工保護法雖已就職業疾病鑑定委員會相關程序規定的更詳細，惟鑑定委員會之成員代表及比例，並無具勞工身份或勞工工會之代表，可代勞工發言。且該委員會之成員多為主管機關所聘任，通常情形必須為其所認同之人始可能成為被聘任者，易言之，形同主管機關之同路人，能否公正客觀為鑑定，頗有疑問。再者，依職業災害勞工保護法第十五條第一項後段規定：「未提供職業疾病相關資料，鑑定委員會於必要時，得委請有關醫學會提供資料或於開會時派員列席。」，及同條第二項規定：「鑑定委員會開會時，得視案情需要，另邀專家、有關人員或機關代表一併列席。」可知鑑定委員會開會時上開人員僅得列席在場，並無陳述意見之權利，是此規定對鑑定工作並無任何助益，似有不妥之處¹²⁶。

¹²⁴ 羅桂美，前引註 34。

¹²⁵ 目前傷病診治中心有：(一)北區勞工職業傷病診治中心：台北榮民總醫院、國立台灣大學醫學院附設醫院、財團法人長庚紀念醫院林口分院。(二)中區勞工職業傷病診治中心：財團法人私立中國醫藥大學附設醫院、財團法人彰化基督教醫院。(三)南區勞工職業傷病診治中心：國立成功大學醫學院附設醫院、高雄醫學大學。(四)東區勞工職業傷病診治中心：佛教慈濟綜合醫院。<http://www.bli.gov.tw/html.asp?id=0012883&doGetChildList=N>。

¹²⁶ 參照勞工保險爭議事項審議辦法第十三條之規定：「審議會開會時，得邀請勞保局有關主管人員列席說明，必要時並得通知申請人及其他有關人員到場說明。」

三、職業病鑑定基準缺失

由於工業發展引進許多新之物質或製程，隨著科學技術之進步能更瞭解新的毒物，過去認為無害之物質可能被發現原具有毒性，或發現新的製程會產生新的危害。而目前我國職業病種類表是以危害的種類作分類及命名職業病名稱，只有列舉之危害種類造成之疾病才算是職業病，此不具彈性之職業病種類表無法因應時空之改變。又對於未屬於職業病種類表而疑似職業病者，其鑑定標準係建立在流行病學研究的基礎上進行，惟因流行病學的研究結果出爐往往曠日廢時，致罹患職業病之勞工因遲延給付而未能即時受到保障，影響其權益。為讓職業災害勞工能夠真正充分行使其法律上權益，必須致力於職業病鑑定基準的變革，否則

再多的法律條文亦是形同虛設。且在舉證責任方面宜採「舉證責任轉換」，即除非能具體認定非屬職業引起，否則職業疾病鑑定委員應負責證明勞工非因職業而罹病。

四、早期發現，早期治療

有云：「職業醫學為預防醫學」、「預防重於治療」¹²⁷。由於職業病非如職業傷害容易判斷，職業病潛伏期長，致病因素繁多且複雜，不易被發現。過去勞工長期暴露在有毒化學物質環境中而不自知，加上過去職業醫學被長期漠視，勞工及政府對於職業病認知嚴重不足，致勞工在退休或離職多年後始發病之情形，因缺乏具體之臨床證據而無法獲得應有之賠償。為此，政府近年來為確實減少職業災害之發生，有效協助勞工獲得應有之補償，及減輕雇主之責任與負擔，朝建立一整合職業傷病之診斷治療與工作復建於一身，且及於職業災害之預防之整合管理制度，分別於北、中、南、高屏成立職業傷病診治中心，以建立良好之職業傷病診斷、補償與復工體系，期能更了解職業病且有效率之判定職業病起

¹²⁷ 葛謹，職業傷病補償法之立法必要性，醫事法學第 14 卷第 3 期 第 4 期（合訂本），2007.05，頁 113。

因及預測未來可能發展之疾病，早日作預防。

第四章 美國、日本、新加坡與我國職業病鑑定制度之比較

本章將先介紹美國、日本及新加坡（以下簡稱該三國）之職業病鑑定制度，且分別就其演進過程及鑑定制度作一簡述、比較，再就該三國與我國之職業病鑑定制度作一比較，並歸納其間職業病鑑定制度之優缺點，期待將來我國職業病鑑定制度能有所改善。

第一節 簡介該三國之職業病鑑

定制度

由於各國國情不同，職業病鑑定制度相關規定亦不相同。如美國各州規定不同，有爭議之案例大多透過法律途徑解決；日本之職業病鑑定流程與我國雷同，係因早年我國典章制度參考日本之規定；新加坡有爭議之案例除依工傷賠償法請求賠償外，亦大多透過法律途徑解決。本節簡介該三國之職業病鑑定制度，係鑑於美國現為世界之工業大國，在工業之發展過程中，勞工必定遭遇到各種職業病之發生、醫療、鑑定或生活上的問題等；日本則與台灣相距不遠，台灣有許多工業和日本有技術上之合作關係，日本處理職業病之方式，亦頗值得借鏡；至於新加坡比台灣小，它是二次世界大戰後才獨立的新興國家，它的發展過程與台灣相當類似，生活方式亦頗相同，職業病之處理方式亦值得吾人參考，雖

然其他工業國如歐洲之英、法、德等應有其特別之處，因研究能力及篇幅上之考慮，容將來再列為研究之對象，此以下僅簡介該三國之職業病鑑定制度，並略加比較我國之制度，以利我國未來制度修正之參考。

第一項 美國職業病鑑定制度

第一款 概述

美國職業傷病制度始於 1908 年之「聯邦雇員補償法」(Federal Employees' Compensation Act 簡稱 FECA)，提供聯邦之員工職業傷病補償，隨後威斯康辛州先於 1909 年通過「職業傷病補償法」，保障該州之

所有勞工¹²⁸，並於 1911 年開始施行，此後美國各州亦紛紛制定「勞工補償方案」(Workers' Compensation)¹²⁹，使業主負擔勞工因公受傷所造成的經濟損失。因美國各州法律不一，連職業災害補償規定亦不一致，保險範圍、保險費率及給付標準不盡相同，至 1949 年美國各州雖均已建立職業災害補償制度¹³⁰。惟適合全國性的法案，則直至 1970 年 12

月美國國會通過職業安全衛生法¹³¹ (Occupational Safety and Health Act, 簡稱 OSH-Act) 始產生，美國職業安全衛生法明訂雇主的「一般責任條款¹³²」(General Duty Clause)，明確要求雇主必須提供勞工安全衛

¹²⁸ 職業傷病補償法只是「社會安全法」中最基本之法律，美國國會亦陸續通過法案以保障勞工、維持社會秩序，例如：「勞資糾紛法」(Trades Disputes Act of 1906)；「社會安全法」(Social Security Act of 1935)：工作 7 年以上之勞工，65 歲退休時得享有退休年金；「公平勞工標準法」(Fair Labor Standards Act of 1938)：規定最低工資與最高工時；「勞工管理報告與公開法」(Labor Management Reporting and Disclosure Act of 1959)：規範勞工工會之組織與財務管理，必須公開；「同酬法」(Equal Pay Act of 1963)；「民權法」(Civil Right of 1964)；「就業年齡歧視法」(Age Discrimination Act of 1967)；「復健法」(Rehabilitation Act of 1973)；「受雇者退休收入保障法」(Employee Retire Income Safety of 1974)；「美國人殘障法」(Americans with Disabilities Act of 1990) 等。葛謹，前引註 126，頁 107。

¹²⁹ 葛謹，前引註 126，頁 106。

¹³⁰ 陳銘志、蔡鳳嬌，美國職業傷病審核認定作業實務考察報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書－美國，2001.02，頁 6。

¹³¹ 職業安全衛生法制定後，勞工發生職業災害而致死亡、受傷之情形雖已降低，惟美國國會認為職業傷害發生率仍屬偏高，因此，為讓雇主與勞工能更體認職業安全衛生之重要，以減少危害之發生，美國國會通過職業安全衛生法修正案以供政府、雇主、員工遵循及彌補 1970 年制定的職業安全衛生法之不足，新修正之職業安全衛生法與原法之不同點有 (摘要)：1、雇主與員工之參與：其中員工可參與成立安全衛生聯合委員會，且可經由授權之代表參與安全衛生覆審委員會等。2、標準的制定程序：要求職業安全衛生署對於陳情案件，必須在九十天內回覆，如果認為陳情合理，必須在十二個月內提出標準草案，並在十八個月內定案，且更新暴露限值及發佈三個基本標準等。3、加強執行：要求職業安全衛生署對於高危險性工業與作業要建立特別加強檢查計畫等。4、擴大適用範圍：保護範圍包括州政府、地方政府之員工及能源部所屬聯邦核子作業區之員工及國會裡的員工等。5、罹災勞工或其家屬之權利：保障因職業產生之意外、職業病之勞工及其家人有權去調閱職業安全衛生署所作之調查報告及違規通知書等相關資料等。蕭明文，美國職業安全衛生法修正案摘要，勞工安全衛生研究季刊，1993.09，頁 123 - 127。

¹³² 陳永煌，各國職業疾病鑑定制度比較分析研究，2000.10，頁 5；蕭明文，前引註 129，頁 125；蔡維誼，美國職業衛生管理制度研究，行政院勞工委員會，行政院及所屬各機關出國報告－美國密西根大學，2001.03，頁 5。美國職業安全衛生法第五條規定雇主及勞工的責任，條文 5(a) 規定每個雇主的責任，條文 5(a) 雇主應該提供一個不具危害性的工作場所，勞工在這工作場所不致有發生嚴重傷害或死亡的情事；條文 5(a)2 規定，雇主要遵守職業安全衛生法所訂的安全衛生標

生的工作場所，並成立職業安全衛生署（Occupational Safety and Health Administration，簡稱 OSHA）與職業安全衛生研究所（National Institute for Occupational Safety and Health，簡稱 NIOSH）等專業機構¹³³，分別在勞工部（Department of Labor，簡稱 DOL）和健康人力部（Health and Human Service，簡稱 DHHS）之管理下，負責管理監督事業單位執行相關工作的情形及有關職業與環境醫學的相關研究調查、訓練、教育、管理，並提供健康的工作條件，預防工作相關職業病、傷害、殘廢及死亡¹³⁴，以確保勞工之安全與健康。OSHA 並訂定三個目標：1、增進工作場所的安全與健康，以減低傷害、疾病及死亡。2、提高工作場所之文化，以增加雇主與勞工對增進工作場所安全與健康之承諾。3、發展與致力職業安全衛生署服務之功能，以確保公眾信心¹³⁵。另 NIOSH 亦訂立三個目標：1、從事降低與工作相關之疾病與傷害。2、藉由深入、推薦等方式，來促進事業單位之安全與健康。3、透過國際合作來增加全世界事業單位之安全與健康¹³⁶，以保障勞工之安全與健康。

第二款 職業病之鑑定流程

由於美國各州法律並不相同，無法一一詳細介紹各州之職業病鑑定流程，惟職業病鑑定流程大致為（一）疑似職業病之通報。（二）調查蒐證。（三）行政機關之判定。（四）行政訴願與法律訴訟。本文僅以美

準。另條文 5（b）規定勞工的責任，勞工的行為及動作應該遵守職業安全衛生法所訂之安全衛生標準、規章與命令。

¹³³ OSHA 隸屬於美國聯邦政府勞工部；NIOSH 屬於美國聯邦政府健康和人力部疾病管制局之分支機構。曾傳銘，美國推動職業安全衛生的相關機構，工業安全衛生月刊，2006.08，頁 40.41.45-46。

¹³⁴ OSHA Trade News Release，U.S. Department of Labor OSHA，Office of Communications，<http://www.osha.gov>，美國勞工部職業安全及健康管理網站。

¹³⁵ 潘致弘，美國職業衛生管理制度研究，行政院及所屬各機關因公出國報告書—美國哈佛大學，2001.03，頁 4；世界主要國家職業災害統計分析報告，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，1997.03 初版。

¹³⁶ 曾傳銘，前引註 132，頁 45-46。

國紐約州之職業病鑑定流程為例並詳加說明。

（一）疑似職業病之通報

當勞工因工作上之因素懷疑自己罹患職業病時，應將其因工作性質、作業環境而接觸之危害物質及暴露之原因通知雇主及工會¹³⁷，罹病勞工可選擇紐約州勞工補償局特約之醫院或經授權之醫師看診，並由醫師於 48 小時內向紐約州立基金會¹³⁸（New York Insurance Fund，簡稱 NYSIF）及紐約州勞工補償局（New York State Workers' Compensation Board 簡稱 NYWCB）通報，以便獲得必要之醫療照顧。此時勞工無須直接給付診療費給醫師，而係由 NYSIF 就疑似職業病情形決定是否給付，如有疑義須再轉由職業專科醫師認定。勞工應於職業病發生之日起或知其職業病與工作有關之日起二年內提出申請或向較近之 NYWCB 申請補償。另雇主亦必須立即為以下之行為¹³⁹：

- 1、保留記載著勞工工作過程中所發生之傷害或職業病之紀錄至少 18 年。
- 2、若勞工無法選擇醫師時，提供勞工立即且必需之醫療。
- 3、勞工受傷後，雇主應全力配合提供所有相關資料，以便建立勞工工作須知。
- 4、通知 NYSIF 及 NYWCB，有關勞工工作狀況之改變，如已回復工作、不能繼續工作、已回復工作但減少正常工作時數、薪資減少等之行為。

（二）調查蒐證

¹³⁷ 羅景全，職業傷病診斷、鑑定與調查程序研討論文集—美國勞工補償制度—以紐約州為例，行政院勞工委員會、行政院衛生署、中華醫學會、中華民國環境職業醫學會、臺北榮總職業病防治中心，1997.06。

¹³⁸ NYSIF 於 1914 年成立，是一個非營利機構，以最低之費用提供雇主及員工保險理賠，是紐約州目前最大之保險機構。陳銘志、蔡鳳嬌，前引註 129，頁 19。

¹³⁹ <http://www.nysif.com>，紐約州立基金會網站；陳銘志、蔡鳳嬌，前引註 129，頁 31。

此為認定是否罹患職業病之重要手段，若未有證據致無法證明罹病之原因時，將嚴重影響勞工之權益。一般情形是由工業衛生專家及雇主投保之民間保險公司分別調查蒐證。由於保險公司為理賠當事人，由其進行蒐證是否妥當，著實令人懷疑。尤其當其與工業衛生專家分別調查蒐證後所得結果不同時，將影響行政機關之判斷。此外，對於因工作產生之死亡，或超過二個以上的勞工受傷住院之職業災害，雇主必須在 24 小時內提出報告，並由 OSHA 著手調查¹⁴⁰。OSHA 派員檢查事業單位時，只要證明雇主違反一般責任條款，提出 1、雇主已經有相關之知識（真正之知識或工業經驗）可確認危險的存在。2、這樣的危險必須會導致或可能導致嚴重之傷害或死亡。3、危險情況之改善是可行（Feasible）或可以合理（Reasonable）達到即可¹⁴¹。當然雇主也可提出反駁，主張其沒有相關的知識以認知作業場所危害之存在及作業場所的危害目前並無可行或合理的改善方法。

（三）行政機關之行政判定

判決小組會召開不公開的聽證會，勞資雙方皆可派代理人參與會議¹⁴²。在紐約州一旦被認定為職業病，則一切有關職業病治療之醫療開支皆可申請補償。如 1991 年 NIOSH 公佈「關於疾病之作業關聯性方針」（Concerning Disease For Work – Related Policy）提供六項應考量之步驟以證明勞工工作場所及週邊發生之傷害或疾病是否具有關聯性，分別為 1、疾病存在之證明。2、關於疾病之流行病學數據。3、暴露現象存在之證明。4、專家提供有效證據及證明。5、關於與非職業因素之關聯的考量。6、綜合的評價¹⁴³，以上為行政判定之程序。

（四）行政訴願與法律訴訟

勞資雙方任何一方對行政判定有異議者，可提起一次之行政訴願

¹⁴⁰ 蕭明文，前引註 130，頁 125。

¹⁴¹ 蔡維誼，前引註 131，頁 6。

¹⁴² 陳永煌，前引註 131，頁 11。

¹⁴³ 郭旭東，前引註 92，頁 59。

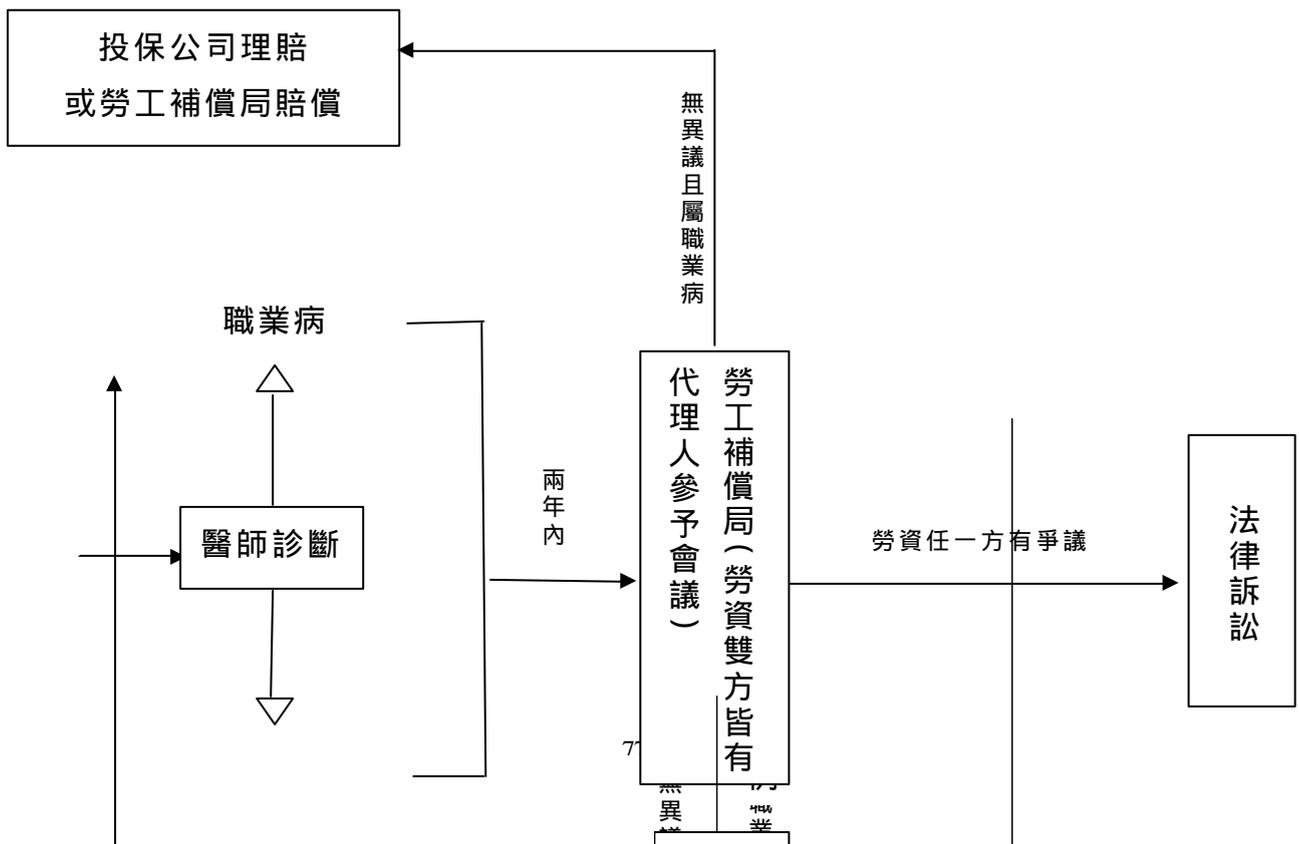
或尋求法律途徑救濟。美國各州規定不同，有爭議之案件大多透過法律訴訟途徑解決。其處理流程如下：

- 1、當勞工發生傷害事故時，勞工應為以下保障自身權益之行為：
 - (1) 應立即通知雇主或主管機關。
 - (2) 若未通知雇主者，則應在事故發生後 30 天內以書面通知勞工補償局並說明受傷原因，否則可能失去勞工補償利益。
- 2、當勞工罹患職業病時，勞工亦應為以下維護自身權益之行為：
 - (1) 勞工應於職業病發生之日起或知其職業病與工作有關之日起二年內提出申請或向最近之 NYWCB 申請。
 - (2) 若無法在事故發生之日起二年內提出申請者，將失去補償之權利。

當勞工發生事故後之 18 日內或雇主知悉之日起 10 日內，保險公司應決定支付補償金或通知勞工表達其對該職業病之質疑，同時拒絕

理賠。當保險公司拒絕理賠時，則須等到確定後方給付賠償金及醫療給付，這一段等待時間由政府衛生單位提供援助。保險公司若拒絕理賠、停止或減少賠償，傷殘勞工可提勞工理賠表，並要求舉行聽證。由 NYWCB 鑑定人命雙方切結，根據證詞及重新調查醫學證據來決定是否允許理賠，鑑定人一旦作出理賠之決定，即具有確定力，且內容應包括理賠金額及持續補償之期間。若一方不服鑑定結果，應於鑑定完成後 30 天內提訴願。NYWCB 於接獲訴願之申請時，必須先做初步書面審查，於確認後，由 NYWCB 三名成員複審。複審決定可分為爭執部分及不爭執部分，不爭執部分由保險公司逕行理賠，對爭執部分仍不服者得向紐約州上訴法院提起上訴。

美國（紐約州）職業病鑑定流程



非職業病

第三款 職業病專科醫師之培訓

一、美國職業環境醫學 (Occupational and Environmental medicine , 簡稱 OEM)

美國職業環境醫學之訓練一般採三年制，包括一年的實習期間。目前在美國只有二十種關於職業環境醫學的訓練課程，但缺乏相關職業與環境醫學開業醫師之正式證書¹⁴⁴。美國職業與環境衛生專科醫師之認證係由美國預防醫學委員會 (American Board of Preventive Medicine , 簡稱 ABPM¹⁴⁵) 所授與。要通過考試測驗後始可取得 ABPM 所認證之執照¹⁴⁶，

¹⁴⁴ Castorina JS , Rosentock L (1990) Physician shortage in occupational and environmental medicine. *Ann Intern Med* 113 : 頁 983 - 986 ; 轉引自陳永煌，前引註 131，頁 6。

¹⁴⁵ ABPM 是一個獨立、非官方全國性之組織，其對於醫師在預防醫學、職業醫學、普通預防醫學及航空醫學的專才做一評估並授與證照肯定其成就。要拿到 ABPM 所認證之執照必須通過考試測驗，而考試測驗之內容及資格包括：普通預防醫學及具備有 MPH 程度、大學畢業或受過 OEM 臨床訓練超過一年之經驗。劉紹興，前

執照之授與對一個職業與環境醫學醫師而言，並非必要，惟證照之授與總是有益的，可增加競爭力。

二、美國之職業醫學教育有六種醫學教育¹⁴⁷，分別為

(一) 醫學院教育

在美國大部分有關職業醫學之教授課程中通常慘雜流行病學與公共衛生之課程，在醫學院之二年級或四年級時接受流行病學與公共衛生約四至六小時之課程。

(二) 研究生之醫學教育

由研究生醫學教育認證委員會 (Accreditation Council on Graduate Medical Education, 簡稱 ACGME¹⁴⁸) 制定有關全國性之研究生預防醫學訓練、實習計畫，即預防醫學住院醫師計畫，包括普通預防醫學、職業環境醫學及航空醫學之專門課程。該課程內容包括：一年的學院課程：包括流行病學、生物統計學、職業醫學、毒物學、工業衛生、人因工程 (ergonomics)、安全學、衛生政策、管理學等等，及第二年之臨床實習，包括工作場所實習課程及研究調查之訓練與經驗之授與，該臨

引註 99，頁 13。

¹⁴⁶ 要取得專科醫師證照有三個途徑：1、住院醫師途徑為一般途徑。2、替代途徑：於 1984 年 1 月 1 日以前從醫學院畢業者。3、於 1984 年 1 月 1 日以後從醫學院畢業者，已獲得 ABPM 所認證之某一專科醫師資格，並想申請職業醫學專科醫師資格。此三個途徑共同要求之資格為：1、須為 ABPM 所認可之醫學院畢業者。2、有效之醫師執照。3、ACGME 所認可之臨床訓練工作一年以上。劉紹興，前引註 99，頁 13。

¹⁴⁷ 劉紹興，前引註 99，頁 9 - 12。

¹⁴⁸ ACGME 是一個獨立、非官方之專業組織，其成員係由美國專業醫師委員會 (American Board of Medical Specialties)、美國醫院協會 (American Hospital Association)、美國醫學協會 (American Medical Association) 及專科醫師交流研討會 (Council of Medical Specialty Societies) 組成，他們自願加入 ACGME 所委派之工作，且彼此分工專研於各別領域之指導，不過實際上是缺一不可的。劉紹興，前引註 99，頁 9。

床訓練須結合有關職業環境醫學基礎之臨床講授課程及工業衛生技能之訓練，並於該年學習期間，加入初級照護專長（通常為組織內或家庭醫學）之臨床訓練。

（三）衛生職業聯盟教育

有關工業衛生及職業衛生危害的預期、認識、評估、控制之技術訓練及職業衛生護理訓練等課程，大多源於NIOSH之援助，NIOSH主辦之訓練課程包括：毒物學、通風、流行病學、統計學、危害性評估、技術控制管理、管制基礎、職業衛生照護理論、生物統計、毒物學及工業衛生之基礎訓練。

（四）教育資源中心（Education resource centers）

NIOSH為因應1970年通過之職業安全衛生法（OSH Act），設立教育資源中心，提供大學生、研究生及職業安全衛生專家們（包括工業衛生學者、醫生、護士和安全技師及其他）專業之進修教育，並提供一般職業與環境醫學常識及技術與一般社會大眾及勞工。

（五）其他職業環境醫學之教育資源

職業安全衛生署針對勞工辦理有關勞工職業衛生之教育訓練。且大多數之工會組織亦意願提供相關資訊予其組織內之勞工，並提出改進工作場所安全之呼籲。

（六）專業的協會與社團

職業與環境醫學專家致力於提昇職業與環境醫學之水準，並提出相關爭點，以促進資訊及理念之交流。美國政府工業技師協會（American

Conference of Governmental Industrial Hygienists, 簡稱 ACGIH¹⁴⁹) 係一專業之協會組織, 致力於安全職業暴露之研究調查及宣導。於 1916 年成立之美國職業與環境醫學協會 (American College of Occupational and Environmental Medicine, 簡稱 ACOEM) 係北美洲之一個醫學協會, 專門致力提升勞工、作業場所及環境之衛生與安全條件, 其分會組織會員專研於職業與環境醫學之研究, 並提供有關職業環境醫學之專業指導服務、鼓勵進行各種研究調查、培養專業衛生人才及教導民眾正確之衛生觀念。美國工業衛生協會 (American Industrial Hygiene Association, 簡稱 AIHA) 致力於促進職業與環境醫學專業人員技術與資訊之交流。職業與環境臨床協會 (Association of Occupational and Environmented Clinics, 簡稱 AOEC) 是由診所或醫療中心架設之網站所組成之團體, 多以學術醫學中心或其附屬之診所為基礎, 提供有關職業與環境醫學臨床服務及職業環境疾病之預防、處理方式, 且對發生頻繁而較複雜之疾病深入研究。另美國職業與環境醫學協會每年舉辦職業與環境衛生專業課程, 其課程有分基礎及專業繼續教育課程, 開放給會員及非會員參加, 繼續教育課程約二天, 並發給學分證明, 由繼續教育認證委員會 (Accreditation Council of Continue Medical Education, 簡稱 ACCME) 認可¹⁵⁰。

第四款 小結

一、美國職業安全衛生法規定由隸屬於聯邦政府勞工部之職業安全衛生署及隸屬於聯邦政府健康和人力部之職業安全衛生研究所等兩機關負責所有勞工安全衛生相關業務。職業安全衛生署職司職業安全衛生相關法令之制定與執行, 並提供訓練和教育等, 且負責管理監督事業單位執行

¹⁴⁹ ACGIH 創立於 1938 年, 係一非官方組織, 在其成立三年後始設立委員會, 劉紹興, 前引註 99, 頁 11。

¹⁵⁰ 劉紹興, 前引註 99, 頁 13。

相關工作的情形，以確保勞工之職業安全衛生。職業安全衛生研究所則負責預防與工作相關職業病、傷害、殘廢及死亡等之研究，並提供職業安全衛生資訊、教育及訓練等，以確保勞工之安全與健康。

二、在職業災害調查蒐證階段，職業安全衛生署派員檢查事業單位時，只要證明雇主違反一般責任條款，提出雇主已經有相關之知識（真正之知識或工業經驗）可確認危險的存在、這樣的危害必須會或可能導致嚴重之傷害或死亡及危險情況之改善是可行或可合理達到即可。當然雇主也可提出反駁，主張其沒有相關的知識以認知作業場所危害之存在及作業場所的危害目前並無可行或合理的改善方法。

三、當勞工發生傷害事故時，應立即通知雇主或主管機關，若未通知雇主者，則應在事故發生後 30 天內以書面通知勞工補償局並說明受傷原因，否則可能失去勞工補償利益，至於勞工罹患職業病，勞工應於職業病發生之日起或知其職業病與工作有關之日起二年內提出申請表或向鄰近之勞工補償局申請，若無法在事故發生之日起二年內提出申請者，將失去補償之權利。

四、美國職業病專科醫師之培育途徑有二，分別為職業環境醫學及職業醫學教育。目前在美國只有二十種關於職業環境醫學的訓練課程，訓練課程一般採三年制，包括一年的實習期間。美國職業醫學教育則有醫學院教育、研究生之醫學教育、衛生職業聯盟教育、教育資源中心、其他職業環境醫學之教育資源及專業的協會與社團等六種醫學教育。其中職業安全衛生研究所設立一教育資源中心，並開辦職業醫學繼續教育課程，提供職業安全衛生醫師專業進修教育。

第二項 日本職業病鑑定制度

第一款 概述

日本在第二次世界大戰結束時，整個國家幾成為廢墟，經過多年的努力復興，現又成為工業先進國家，其中勞工罹患職業病之情形在所難免，該國對於職業病之處理方式，頗值得吾人參考。該國政府為確保勞工最低勞動條件，及規範雇主對職業災害無過失補償責任，於1947年4月制定「勞動者災害補償保險法」，同年9月與勞動基準法同時施行。又自1948年6月起在主要地區設立勞災醫院，提供職業傷病之醫療照顧。1951年為安定保險財務，公平負擔保險費及減少工業災害，首先對100人以上勞工之事業單位實施保險費率實績制（merit rate system）¹⁵¹。另法律上雖有規定職業病的類別¹⁵²及其範圍，但勞工罹患疾病時，

是否為執行職務有關之工作上疾病，即發生職業病鑑定之問題。由於在職業病方面，工作上或工作外之鑑定所依據之醫師診斷意見，常不明確，甚至意見不同，因此，該項症狀係由於工作本身的有害因子所引起的，或由其他原因所引起的，在判斷上常發生困難，尤其該疾病與工作上之因果關係判斷更顯困難。為此，該國勞動省根據有關專家會議之意見，及醫學知識與見解，作成「工作上疾病」的鑑定基準，周知各有關政府機關、勞工、雇主及醫療機構，即為現行的「職業性疾病的工作上或工作外之鑑定基準」¹⁵³。

第二款 職業病鑑定之相關

¹⁵¹ 陳永煌，前引註131，頁44。

¹⁵² 日本將職業病廣義的稱為「工作上的疾病」，可分為「災害性疾病」與「職業性疾病」。災害性疾病係指由於突發或發生的時間與場所均極明確之災害，所導致勞工發病或疾病惡化者，如工作場所發生火災，因吸入過多的一氧化碳等氣體而窒息。不屬於災害性疾病，係經長期累積過多有害因素所引起之疾病，如長期使用震動工具致手部麻痺，則視為職業性疾病。林振賢，前引註11，頁7。

¹⁵³ 林振賢，前引註11，頁8。

- 2、工作中暴露於紅外線所引起的網膜燒傷、白內障等眼疾及皮膚病。
- 3、工作中暴露於雷射光線所引起的網膜燒傷及皮膚病。
- 4、工作中暴露於電磁波所引起白內障等眼疾。
- 5、工作中暴露於放射線中所引起之急性放射線症，如：放射線皮膚潰瘍、放射性白內障、放射線肺炎、再生障礙性貧血等之造血器官損害、骨壞死和其他放射線損害。
- 6、經由有關高壓室內作業及潛水作業所引起之潛涵病和潛水夫病。
- 7、低氣壓工作場所中所引起之高山症及航空減壓症。
- 8、高溫作業所引起之日射病。
- 9、擷取高溫物品所引起之燙傷。
- 10、低溫作業場所及擷取低溫物品作業所造成之傷害。
- 11、持續性發出噪音之工作場所所造成的聽力障礙耳疾。
- 12、暴露於超音波中所引起之手指組織壞死。
- 13、除 1 至 12 所稱之傷病外，暴露於其他物理性因子是導因於該傷病所延伸而引發之較明顯之疾病。

(三) 身體上過度負荷超支等作業方式所引起的疾病：

- 1、激烈性作業引起之筋肉、肌腱、骨頭或關節及內臟脫離。
- 2、擷取重物之工作，持續性造成腰部過度負擔之不自然作業姿勢及其他會使腰部負擔之相關作業。
- 3、操作碎石機、鏈鋸等造成身體震動之工作：有手指、手腕等末梢循環之障礙、末梢神經之障礙及運動功能障礙。
- 4、打孔、影印、電話接線、速記及收銀等工作，使用引發機相關工具之工作及其他使上肢溫度負擔之相關工作：有手指痙攣、手指、手腕等肌腱、腱鞘或者肌腱周圍等發炎及頸肩腕症候群。
- 5、除 1 至 4 之外，其他與之相關延伸而身體負擔超支之作業姿勢所引起較明顯之疾病。

(四) 導因於化學物質引起的疾病：

- 1、勞動大臣指稱暴露於無法再分解之化學物質及化合物(含合金屬物)之作業，請參考次表勞動大臣所指定的項目。
- 2、暴露於乙烯樹脂、壓克力樹脂等合成樹脂之熱分解生成物之工作環境，所引發之結膜炎及呼吸導黏膜炎等之呼吸器官疾病。
- 3、暴露於煤、礦物油、油漆及水泥樹脂硬化劑等工作環境所引起之皮膚病。
- 4、暴露於蛋白分解酵素之工作環境中之皮膚炎、結膜炎、鼻炎及哮喘等呼吸器官之疾病。
- 5、暴露於木屑、動物毛塵等非散之工作環境所引起之過敏性鼻炎、哮喘等呼吸系統疾病。
- 6、棉塵飛散之相關工作場所中所導致之呼吸器官疾病。
- 7、處於空氣中氧氣濃度低之工作場所所引起的缺氧症。
- 8、除 1 至 7 所稱之各種疾病外，暴露於產生該疾病所衍生病症的化學物質作業環境中所引起較明顯之疾病。

(五) 粉塵散佈的工作場所引起的肺部疾病。

(六) 細菌、病毒等病原體所引起的疾病：

- 1、從事因照顧和相關研究為目的之工作而接觸該病原體所引發之傳染性疾病。
- 2、接觸動物或動物屍體、獸毛、獸皮、其他動物性之各類部分及拾荒等工作所引起之豬型丹毒、炭疽病等傳染性疾病。
- 3、於沼澤溼地中之工作環境引起之疾病。
- 4、從事室外工作引起之恙蟲病。
- 5、除 1 至 4 所稱之疾病外，暴露於前述病原下所衍生之其他細菌等病原體之工作後有較顯著之病症時。

(七) 癌原性物質、癌原性因子以及有關癌原性工程之工作所稱之疾病：

- 1、工作中暴露於汽油所導致尿路系統紅腫潰瘍。
- 2、工作中暴露於貝他？胺所導致尿路系統紅腫潰瘍。
- 3、工作中暴露於四胺基聯苯所導致尿路系統紅腫潰瘍。
- 4、工作中暴露於四哨基聯苯所導致尿路系統紅腫潰瘍。
- 5、工作中暴露於多氯聯苯所致肺癌。
- 6、工作中暴露於？？？？？？？？？？所致之肺癌。
- 7、工作中暴露於石綿所致肺癌及皮下腫瘤。
- 8、工作中暴露於苯所致之白血病。
- 9、工作中暴露於氯乙稀（？化？？？？？？？？）所致肝血管肉瘤。
- 10、工作中暴露於放射線所致之白血病、肺癌、皮膚癌、骨肉腫及甲狀腺癌。
- 11、才？？？？製造工程所致尿路系統潰瘍。
- 12、？？？？製造工程所致尿路系統潰瘍。
- 13、焦炭製造工程所引起之肺癌。
- 14、鉻酸鹽及重鉻酸鹽製造工程所引起之肺癌及上呼吸道癌。
- 15、鎳製煉工程所引起之肺癌及上呼吸道癌。
- 16、含砒素礦石之金屬煉製工程及無機砒素化合物製造工程所引起之肺

癌及上呼吸道癌。

- 17、工作中暴露於？？、礦物油、焦油、速度、瀝青或石蠟所導致之皮膚癌症。
- 18、除 1 至 17 所稱疾病外，其他由該所稱之疾病衍生的疾病，其他暴露於癌原性物質或癌原性因子之工作及癌原性工程之工作所引起較明顯之症狀。

（八）前列各項病症經過中央勞動基準審議會決議、厚生勞動大臣所指定的疾病¹⁵⁸。

¹⁵⁸ ？？基準法施行規則別表第一？二第八？？規定？基？？、厚生？？大臣？指定？？疾病？次？？？？定？？。一、超硬合金？粉？？？飛散？？場所？？？？業務？？？？管支肺疾患，二、？鉛？又？？鉛？製造？？工程？？？？業務？？？肺？？。三 ？？？？？？？？？？？？業務？？？尿路系腫瘍？？？？。

(九) 其他作業引起之比較顯著之疾病。

第三款 職業病之鑑定流程

該國之職業病鑑定流程與我國極為相似，即職業傷病雖於法令上定有其種類，惟因職業病潛伏期長，致病因子複雜，是無法以有限之法令規範所有可能發生之職業傷病，該國職業病鑑定之流程大抵為勞工疑似罹患職業病、經醫師診斷判定是否為職業病、對於醫師診斷結果有疑義時，向勞動部提出審定及向勞動部申請依勞動基準法賠，茲分述如下：

(一) 在判斷某一病患之疾病是否屬職業病時，係根據職業專科醫師醫師之診斷意見，惟因職業病牽涉因子甚廣，致醫師在診斷上常發生認定上之困難，尤其是因果關係認定，而其診斷困難之原因¹⁵⁹約有 1、作為醫學上診斷前提之有害工作條件、工作期間或暴露於有害物質之程度及其他有關之事實，常發生認定不明確之問題。2、醫學上必要之臨床或病理組織學上之各種檢查，及與其他疾病之鑑別診斷，均未充分且適切的進行。3、發病前勞工本身之身體健康因素，例如：勞工自身原有之疾病或者家族遺傳基因等，均會影響工作與疾病間因果關係有無之判，因此常會增加職業病因果關係認定上之困難，進而影響職業病之鑑定。

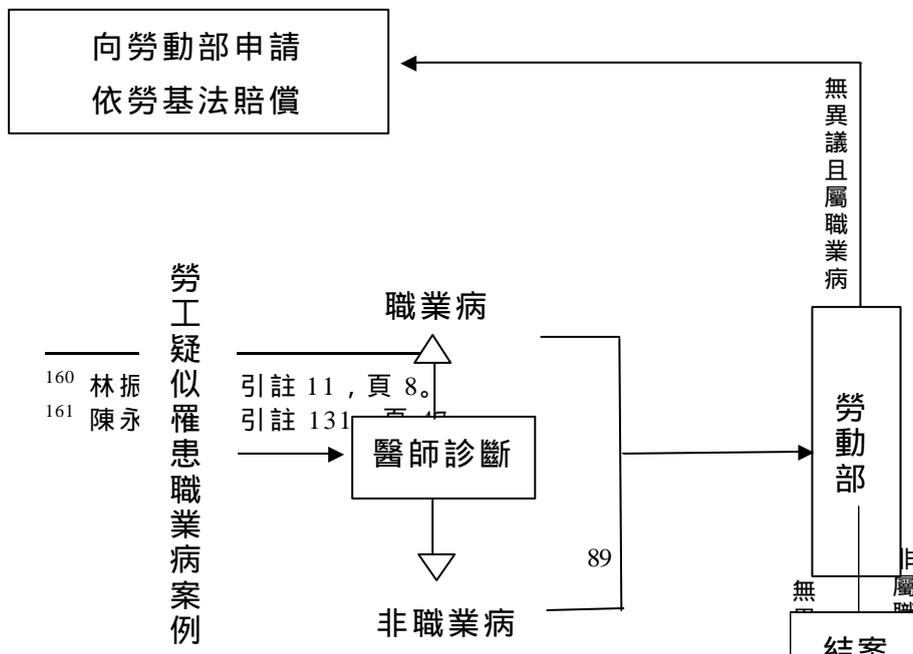
(二) 當勞工罹患疑似職業病時為使其能獲得公正而迅速的鑑定，該國勞動省根據專家會議之意見及最新之醫學知識與見解，預先訂立「工作上疾病」之鑑定標準，即現行之「職業性疾病的工作上或工作外之鑑定基準」，以供醫師於發生具體個案時參考，醫師於診斷時必須先對於 1、足以作為發病原因之有害工作條件、工作期間或者暴露於有害物質之程度。2、有何種相關臨床的或病理組織學上之檢查項目及技術，及

<http://www.roudoukyoku.go.jp/standard/index.html>，厚生??省，東京??局網站。
¹⁵⁹ 林振賢，前引註 11，頁 8。

其結果如何評定等有明確之認知¹⁶⁰。

(三) 該國職業專科醫師根據前述之鑑定基準,於診療及健康檢查時發現疑似罹患職業病案例時,應立即通報當地之勞動衛生機關所屬之安全委員會,由該委員會依據所有相關資料,例如:勞工健康檢查以外之特別健康檢查、調查有害物質、暴露於有害物質之期間及程度、作業環境、調查保護用具之使用狀況及衛生裝置性能調查¹⁶¹等等,審議該個案是否為職業病。

日本職業疾病鑑定流程



第四款 職業病專科醫師之 培訓

該國對於職業病專科醫師之培訓途徑有二，一為醫學院職業衛生醫療訓練，另一為專業化之職業衛生研究。兩者皆可培訓出非常專業化之職業病專科醫師，對於職業病之鑑定可謂貢獻鉅大，茲分述如下：

（一）醫學院職業衛生醫療訓練

通常該國之大學醫學教育長達六年，惟沒有正式的職業衛生課

程，有關職業衛生之科目大都被包括在公共健康或預防醫學課程內，各個學校對科目安排之時數未盡相同，有安排僅數小時者，亦有超過三十小時者，主要是對公共健康或預防醫學課程之講授，惟尚包括實驗室之訓練及工廠之參訪等實習課程。又為維持醫學院學生對於職業醫學之興趣，於某些全國性醫學考試中摻雜有關職業醫學之試題，惟比例很少，且僅限於毒物學及一些職業性疾病。由此可知日本在大學醫學教育中並未將職業醫學獨立成為一門學科，只是附屬於公共健康或預防醫學課程中。

（二）專業化之職業衛生研究

為培育職業專科醫生引進兩個專業者資格計畫，一係由日本醫學會（Japanese Medical Association，簡稱 JMA¹⁶²）運作，稱為 JMA 計畫，成立於 1990 年。另一計畫係於 1991 年由日本職業衛生學會（Japanese Society of Occupational Health，簡稱 JSOH¹⁶³），稱為 JSOH

計畫。以下分述此兩計畫：

1、JMA 計畫

一般醫學院畢業者取得醫師資格後，固然得為醫療行為，惟若欲對於職業病加以診斷或治療時，必須再取得 JMA 所發行之證書，易言之，必須再參加一定程度之專科訓練，方可充當兼任職業病醫師之工作及每天之社區健康服務工作¹⁶⁴，由於該國之領土屬於長縱之型態，有些偏遠地區或離島少有醫師，更不可能有職業病之醫師存在，為補充後項缺失，故多鼓勵醫師參加 JMA 之訓練，而且 JMA 所開設課程

¹⁶² JMA 是由內科醫生組成之官方學會；劉紹興，前引註 99，頁 48。

¹⁶³ JSOH 是由職業衛生中工作的全部種類的專家所組成的一個學術性團體；劉紹興，前引註 99，頁 48。

¹⁶⁴ JMA 計畫授與證書給已參加 50 小時在全國舉行之課程者，該課程包括立法、健康管理、生物工學、毒藥學、肺塵症、神經健康、流行病學及其他實際科目。此證書之有效期限為五年，且必須接受繼續教育始能維持下一期之證書；陳永煌，前引註 131，頁 45。

之財務由日本勞工部提供¹⁶⁵，可見，該國政府對於此項工作之重視。

2、JSOH 計畫

另參加 JMA 計畫取得證書者，雖可成為有執照之專業員，惟若想要在大醫院或職業健康服務中心得到專任全職之職位就需要更高之專長，例如：JSOH 資格計畫。參加 JSOH 計畫必須經過（1）資格確認：即必須具備學會會員之身分至少五年、取得醫生之全國執照至少五年以上、完成職業衛生中有系統之基本教育、在一位具有證書之資深職業衛生醫生監督下，作為期至少三年之職業衛生實際訓練、至少在學會的雜誌中出版一份著作或於學會之全體大會作一次口頭之報告等要件¹⁶⁶，具備此資格者方可參加學會舉辦之考試。（2）考試：分為筆試（3 小時）、口試（1.5 小時）、分組討論（1.5 小時）、口頭報告（每人 20 分鐘）及個人面談（每人 30 分鐘）¹⁶⁷。由於學會會先將筆試及口試題目公開，所以會員通過考試之機率很高，尤其是具有實務經驗者，更容易通過口試及面談。通過考試及格者學會會授與證書，有效期限為五年，五年經過後若欲持續持有證書者，需再重新申請，並須接受繼續教育及參加職業衛生醫師之活動。

3、駐地訓練

日本產業醫科大學(University of Occupational and Environmental Health, 簡稱 UOEH)於 1989 年根據 JSOH 資格計畫，設計一為期五年之駐地課程，前兩年主要為臨床訓練，第三年在經 JSOH 認可之監督者下接受為期一年之駐地訓練，最後兩年則回到 UOEH 所屬之職業衛生訓練中心（成立於 1990 年）接受任務訓練，該任務包括對小企業之職業衛生服務、對大學及其醫院中工人之職業衛生服務及回答

¹⁶⁵ 劉紹興，前引註 99，頁 48。

¹⁶⁶ 陳永煌，前引註 131，頁 45。

¹⁶⁷ 劉紹興，前引註 99，頁 49。

有關職業衛生諮詢之服務等，除此之外，此訓練中心尚提供許多有關職業衛生之短期課程，學員可自由選修，以補其受訓當時所欠缺之科目¹⁶⁸。

第五款 小結

一、判斷某一病患之疾病是否屬職業病時，係根據職業專科醫師之診斷意見，職業專科醫師係根據前述之鑑定基準，於診療及健康檢查時發現疑似罹患職業病案例時，應立即通報當地之勞動衛生機關所屬之安全委員會，由該委員會依據所有相關資料審議是否為職業病。

二、對於職業病專科醫師之培育途徑有二，一為醫學院職業衛生醫療訓練，另一為專業化之職業衛生研究。為培育職業專科醫生引進兩個專業者資格計畫，其一係由日本醫學會運作，提供其組織內醫師證書，以便兼任職業病醫師之工作，稱為 JMA 計畫；另一係由日本職業衛生學會辦理相關考試、訓練，以培育專業人才，稱為 JSOH 計畫。

第三項 新加坡職業病鑑定制度

第一款 概述

有關勞動方面之立法，主要是依靠該國之勞工部，其於 1996 年 4 月 1 日更名為人力資源部¹⁶⁹ (Ministry of Manpower)，轄下負責勞工健康安全事務者為工業衛生局 (The Department of Industrial Health, 簡稱 DIH)，工業衛生局成立於 1970 年¹⁷⁰，其責任係為促進健康的工作環

¹⁶⁸ 劉紹興，前引註 99，頁 50。

¹⁶⁹ <http://www.gov.sg/mom/menu/aboutmom/abmom1.htm>，新加坡人力資源部網站。

¹⁷⁰ <http://www.gov.sg/mom/wpeaw/navi/health.jpg>，新加坡人力資源部網站。

境，同時加強並提供職業安全與健康的訓練，並提供七所職業衛生診所（occupational health clinics）¹⁷¹，接受任何人因職業造成健康上問題的諮詢，惟任何赴診勞工須具備工作證明或身分證¹⁷²。

第二款 職業病之鑑定流程

該國之職業病鑑定流程大抵為（一）疑似職業病之通報。（二）調查蒐證。（三）行政機關之判定。（四）行政訴願與法律訴訟。

（一）疑似職業病之通報

登記有案之該國醫療從業者於診斷病患時，發現疑似職業疾病的案例必須以規定的書面形式通知人力資源部，雇主亦須於 18 日內以規定

的書面形式通知人力資源部¹⁷³，勞工因身體不適先行至該國人力資源部特約之醫療院所看診，經醫師診斷出罹患職業病者，則必須盡快以口頭或書面告知雇主。該國之通報表格全國均一致，填寫後寄交人力資源部，提報者應提出具體證據。為此，DIH 針對職業病表上每一種職業病出版診斷基準，提供醫師參考。DIH 提出之診斷基準共規範三十一種職業病¹⁷⁴，在該國一旦經通報為疑似職業病，即進入調查程序。

¹⁷¹ <http://www.gov.sg/mom/wpeaw/indushea/ohc.htm>，新加坡人力資源部網站。

¹⁷² 陳永煌、蘇文麟、熊映美、陳秋蓉，我國與新加坡職業疾病鑑定和補償制度簡介，勞工安全衛生研究季刊，第十一卷第一期，2003.03，頁 77-78。

¹⁷³ 陳永煌、蘇文麟、熊映美、陳秋蓉，前引註 171，頁 77。

¹⁷⁴ 包括：苯胺中毒、炭疽病、砷中毒、石棉塵肺症、聽障、鉍中毒、棉塵症、鎘中毒、硫酸中毒、二氧化碳中毒、鉻中毒、苯中毒、異常氣壓引起之疾病、氰化物中毒、皮膚炎（煤焦、礦物中毒及石蠟造成）、硫化氫中毒、工業性皮膚炎、鉛中毒、肝血管肉瘤、錳中毒、汞中毒、間皮瘤、噪音造成聽障、職業性氣喘、有機磷中毒、黃磷中毒、鹵化碳氫化合物中毒、肌肉骨骼病變、矽肺症、貧血及肝炎。<http://www.gov.sg/mom/wpeaw/ihfile/ih3.htm>，新加坡人力資源部網站。

(二) 調查蒐證

此階段主要任務在廣泛的收集證據、澄清事實，作為將來判定職業與否之依據。調查工作由人力資源部主動發起，安全調查員毋須負舉證責任。職業健康部門主要在調查和確定勞工罹病原因確實與職業有關。蒐證的方式有很多，包括過往個案資料、確認控制危害物質與疾病發生關係及現場視察。舉凡過去到現在之工廠資料、物質安全資料表、作業環境測定紀錄、健康檢查資料、事故報告，既往病歷、X光片、健康保險資料等，全在蒐證範圍內。對於每一案例，人力資源部有安全調查員統籌調查事宜，此外人力資源部之諮詢醫師和工業衛生專家亦協助導引蒐證方向，此調查過程不論當事人同意或合作與否，均會依法進行。

(三) 行政機關之判定

隨著工作型態之改變，職業病類型逐漸改以與服務業和辦公室為主之工作生產力有關，心理層面之疾病較身體或化學傷害之疾病明顯增加。人力資源部 DIH 經通報後，對於醫師之診斷結果有異議者，得要

求勞工到 DIH 指定的醫院複檢，對於複檢報告須以統一之格式告知 DIH。可補償之職業病種類由 DIH 明訂表列¹⁷⁵參考之。

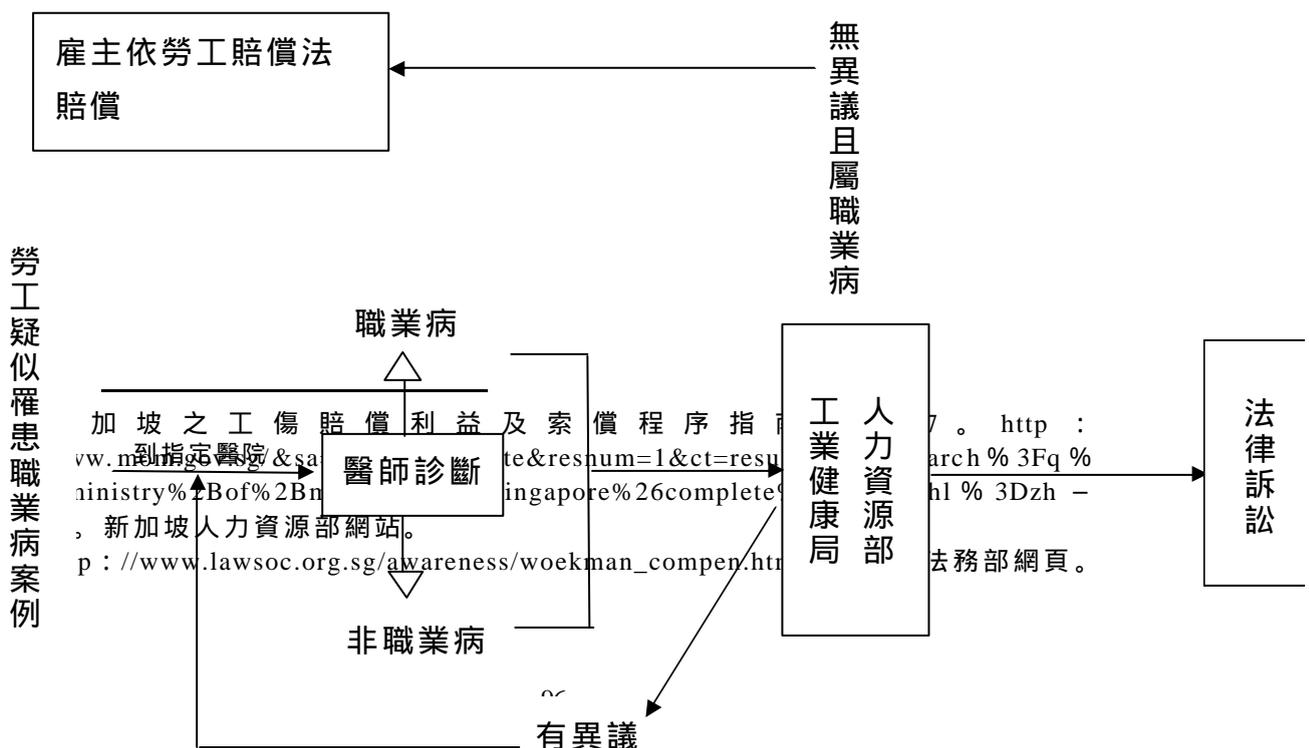
(四) 行政訴願與法律訴訟

罹患職業病之勞工有兩個請求賠償途徑，其一為依工傷賠償法 (workmen's compensation law) 向該國之工業傷害賠償局申請，另一

¹⁷⁵ 包括：炭疽病、石綿塵肺症、聽障、棉塵症、白內障、鉻酸鹽潰瘍、異常氣壓作業、皮膚癌或皮膚潰瘍、乳頭狀及角質層皮膚不斷新生、角膜潰瘍、鼻疽病、工業性皮膚炎、骨骼肌肉病變、發炎、潰瘍之惡性皮膚疾病、缺血性貧血和白血病、細螺旋體病、肝血管肉瘤、間皮瘤、噪音造成聽障、職業性氣喘、引起中毒之物質(如砷、苯及苯系、銅、硫酸、二硫化碳、二氧化硫、一氧化硫、氰化物、鹵化碳氫化合物、鉛、錳、水銀、氮化物燻煙、有機磷化合物、黃磷)、矽肺症、化學性肝炎、肺結核，<http://www.gov.sg/mom/wpeaw/wcfile/wc6.htm>，新加坡人力資源部網站。

為依民事法請求法院裁定。當勞工拿到醫師開立之職業病證明文件時，可選擇申請工傷賠償金或依法律途徑請求法院裁定。勞工一旦決定申請工傷賠償金者，即不能再依法律途徑請求法院裁定（此係因工傷賠償法規定，勞工只要因工作而罹患職業病時，就可獲得賠償金，且沒有上限限制。），且必須在一年以內向人力資源部下設置之工作傷害賠償局（Work Injury Compensation Department）申請賠償¹⁷⁶。罹病勞工若循法律途徑依民事法請求法院裁定，對於裁定結果不滿意者，勞雇雙方可於 14 日內上訴高等法院¹⁷⁷。

新加坡職業疾病鑑定流程



勞資任一方有異議

無異議且非屬職業病

第三款 職業病專科醫師之培訓

新加坡雖沒有職業病專科醫師認證制度，惟該國人力資源部制定勞工特殊體格及健康檢查相關之工廠（健康檢查）條例及指定「廠醫」制度，規定由廠醫負責執行醫療檢查和特殊檢查¹⁷⁸，廠醫是由登記有案之醫療從業者經過職業衛生之專門訓練。職業病專科醫師（即廠醫）培育之途徑有三種，分別為醫學院職業醫學訓練、學士後職業醫學訓練及職業醫學專業化訓練，其內容分述如下：

（一）醫學院職業醫學訓練

該國職業衛生課程訓練有十三個小時及一次的工廠參觀及討論

¹⁷⁸ 陳永煌，前引註 131，頁 58。

¹⁷⁹。其職業衛生課程內容包括：1、工作、衛生及疾病。2、職業衛生診斷與管理。3、健康檢查與工作合適性。4、工作暴露對血液系統之影響。5、工作暴露對皮膚之影響。6、工作暴露對肝膽系統之影響。7、工作暴露對神經系統之影響。8、工作暴露對腎臟系統之影響。9、工作暴露對呼吸系統之影響。10、工作暴露對生殖系統之影響。11、工作場合的肌肉骨骼與身心失調疾病。12、工作環境中生理危害物質。13、職業病預防。每一種課程各約為一小時，而工廠參觀與工作場合評估約三小時，工廠參觀討論約一個半小時，職業醫學個別指導約二小時，故職業醫學教育約有二十小時之職業衛生課程。

（二）學士後職業醫學訓練

該國學士後職業醫學訓練始於 1973 年，訓練後可取得工業衛生文憑(Diploma of Occupational Medicine)，可向人力資源部登記註冊為「廠醫」，由其負責執行醫療檢查及特殊檢查。至 1987 年始獨立成立職業醫學組，開辦職業醫學理學碩士課程¹⁸⁰，給投入職業衛生領域之醫師報考¹⁸¹。報考資格規定須為醫學學士，且至少須具有二年之醫師資格，其訓練課程內容¹⁸²如下：

- 1、 第一年為一般臨床訓練：包括對於一般組織內、一般外科、兒科、婦產科、急診醫學及門診之公共衛生服務等。
- 2、 第二年為全職職業衛生或公共衛生臨床訓練：

¹⁷⁹ Koh D, Chia K.S., Jeyaratnam J., Chia S.E., Singh J. (1995) Case studies in occupational medical for medical undergraduate training. *Occup Med* vol.45 No.1: 27-30. 轉引自劉紹興，前引註 99，頁 55。

¹⁸⁰ 新加坡自 1998 年 6 月起開辦兼職之職業醫學碩士課程，六個月至三年內完成一百小時之職業醫學專業課程，修習完成者須繳交個案報告、工廠參觀、筆試及口試，修畢者可取得學位證明，可向人力資源部登記註冊為廠醫，即可執行勞工週期性健康檢查（如暴露至危害物質：噪音、有毒化學物環境中之勞工），故取代之工業衛生文憑課程。劉紹興，前引註 99，頁 60。

¹⁸¹ <http://www.med.nus.edu.sg/cof/cofintro.htm>，國立新加坡大學醫學研究所網頁。

¹⁸² 劉紹興，前引註 99，頁 57-58。

(1) 職業醫學臨床訓練須於人力資源部之工業/職業衛生部 (Industrial Occupational Health Department of the Ministry of Manpower) 陸軍國家服務處或部隊、國立新加坡大學之職業/社區醫學/公共衛生系所、私人診所等任一單位作職業醫學臨床訓練始可。

(2) 公共衛生臨床訓練須於衛生部之醫院/衛生管理部門、衛生部之研究與評值部門、衛生部之社區衛生服務部門一、衛生部之孕母與孩童衛生部門、衛生部之訓練與衛生教育部門、衛生部之流行病學與疾病控制部門、陸軍國家服務處或部隊、國立新加坡大學之社區醫學/公共衛生系所等一個以上之部門接受公共衛生臨床訓練。

3、第三年為全職職業衛生課程訓練：課程包括職業衛生導引、電腦於職

業衛生之應用、職業流行病學及統計、毒物學、人因工程學、工業衛生、環境衛生、職業衛生服務、發展中國家之職業衛生、工作場所之衛生促進、職業醫學應用、臨床職業醫學、職業性肺疾病、皮膚病、心智衛生、工作場所之原則、評估學、教育管理學、經濟議題/衛生系統學、課程回顧及執行計畫等。該年除前述訓練課程外，主要內容係撰寫論文。

4、最後為職業醫學碩士資格考試：於每年三月時舉行，須具備4年的醫師資格、1年之一般臨床經驗、1年全職的職業醫學或公共衛生臨床訓練及修畢職業醫學碩士課程學分等考試資格始可參加考試，通過資格考後要在接受論文考試。

(三) 職業醫學專業化訓練

該國醫學院公共衛生及職業醫學科醫師部門為因應註冊廠醫專業能力提升之需求，提供公共衛生或職業衛生之專業訓練。於1998年6月開

始，開辦兼職的職業醫學碩士課程，6個月至3年內須完成100小時的職業醫學專業課程，修畢後取得學位證明者，即可向人力資源部登記註冊為「廠醫」，而得執行勞工週期性健康檢查（如暴露至危害物質之勞工）。此取代過去須擁有工業衛生文憑始可向人力資源部登記註冊為「廠醫」之規定¹⁸³。

（四）該國職業病專科醫師培訓之途徑如前所述，惟該國與美國相同均有職業醫學之繼續教育，每年由醫學院舉辦職業醫學繼續教育活動及安排課程，以促進職業衛生專業能力。

第四款 小結

一、該國登記有案之醫療從業者（即經過職業衛生之專門訓練之廠醫）於診斷病患時，可參考人力資源部 DIH 出版有關職業病之診斷基準，於發現疑似職業疾病案例者，必須以規定之書面形式通知人力資源部，勞工須以口頭或書面告知雇主，雇主亦須於18日內以規定的書面形式通知人力資源部，由 DIH 根據相關資料判別是否為職業病。人力資源部 DIH 經通報後，對於醫師之診斷結果有異議者，得要求勞工到 DIH 指定的醫院複檢。

二、罹患職業病之勞工有兩個請求賠償途徑，其一為依工傷賠償法（workmen's compensation law）向該國之工業傷害賠償局申請，另一為依民事法請求法院裁定。當勞工拿到醫師開立之職業病證明文件時，可選擇申請工傷賠償金或依法律途徑請求法院裁定。勞工一旦決定申請工傷賠償金者，即不能再依法律途徑請求法院裁定（此係因工傷賠償法

¹⁸³ 劉紹興，前引註 99，頁 60。

規定，勞工只要因工作而罹患職業病時，就可獲得賠償金，且沒有上限限制。），且必須在一年以內向人力資源部下設置之工作傷害賠償局（Work Injury Compensation Department）申請賠償。

三、該國職業病專科醫師培育之途徑有三種，分別為醫學院職業醫學訓練、學士後職業醫學訓練及職業醫學專業化訓練。醫學院職業醫學教育包括職業衛生課程訓練有十三個小時及工廠參觀討論約一個半小時，職業醫學個別指導約二小時，故職業醫學教育約有二十小時之職業衛生課程；學士後醫師經職業醫學訓練完成，取得工業衛生文憑後，始得向勞工部登記註冊為「廠醫」，惟自1998年6月開始，修畢職業醫學碩士後取得學位證明者，即可向人力資源部登記註冊為「廠醫」，此取代過去須擁有工業衛生文憑始可向人力資源部登記註冊為「廠醫」之規定。此外，該國與美國相同亦有職業醫學之繼續教育，每年由醫學院舉辦職業醫學繼續教育活動及安排課程，以促進職業衛生專業能力。

四、在該國罹患職業病之勞工有兩個請求賠償途徑，其一為依工傷賠償法（workmen's compensation law）向新加坡之工業傷害賠償局申請，另一為依民事法請求法院裁定。勞工拿到醫師開立之職業病證明文件時，可選擇申請工傷賠償金或依法律途徑請求法院裁定。勞工一旦決定申請工傷賠償金者，即不能再依法律途徑請求法院裁定，且必須在一年以內向人力資源部申請。罹病勞工若循法律途徑依民事法請求法院裁定，對於裁定結果不滿意者，勞雇雙方可於14日內上訴高等法院。

第四項 該三國職業病鑑定制度之比較

由於前述該三國之職業病鑑定制度各有其特色及不同之規定，茲歸納該三國職業病鑑定制度之異同，以職業病鑑定流程及職業病專科醫師培訓制度為範圍分敘比較如下：

第一款 職業病鑑定流程

該三國之職業病鑑定流程雖大致均為疑似職業病之通報、調查蒐證、行政機關之判定、行政訴願與法律訴訟，惟其規定仍有不同之處，茲分敘如下：

一、當勞工因工作上之因素懷疑自己罹患職業病時，美國、新加坡均規定先由一般醫師診斷，與日本規定須先由「職業專科醫師」診斷之規定不相同。

二、日本及新加坡為使勞工能獲得公正而迅速之鑑定，日本由其勞動省根據專家會議之意見及最新之醫學知識與見解，預先訂立一鑑定標準即現行之「職業性疾病的工作上或工作外之鑑定基準」提供醫師參考。新

加坡則由其工業衛生局出版一診斷基準提供醫師參考。美國雖未提出診斷基準供醫師參考，惟美國職業安全衛生研究所公佈「關於疾病之作業關聯性方針」，該方針提出六項應考量之步驟，用以證明勞工罹病與工作場所及週邊發生之疾病是否具有關聯性。

三、勞資雙方任何一方對行政判定有異議者，該三國之救濟途徑並不一致。美國規定勞資任一方有異議者，可提行政訴願或尋求法律途徑救濟，由於美國各州規定不同，其有爭議之案件大多透過法律訴訟途徑解決。新加坡與美國大致相同，亦係經由法律訴訟途徑尋求救濟。惟日本對於疑似罹患職業病之勞工經職業專科醫師診斷後，仍有異議者，係直接由其勞動部審理，於完成鑑定後即不得訴願。

第二款 職業病專科醫師培訓制度

如前所述，職業病專科醫師在職業病鑑定上佔有一關鍵性地位，為整個鑑定流程之靈魂人物，故培訓職業病專科醫師非常重要，該三國亦努力建構一套培訓職業病專科醫師之制度，該三國在大學醫學教育階段雖均未設有職業醫學專科，惟其等在大學醫學教育授課時均加入有關職業醫學課程，且對於職業病專科醫師亦均設有一繼續教育課程，以促進其職業衛生專業能力，惟該三國在培訓職業專科醫師制度上仍有不同之處，茲分敘如下：

一、美國、新加坡在職業醫學教育中均設有研究生之醫學教育，日本雖未設有研究生之醫學教育，惟為培育職業醫學專科醫師引進兩個專業者資格計畫，分別為 JMA 計畫及 JSOH 計畫。另外新加坡尚有學士後職業醫學訓練課程，為美國、日本等國所沒有。

二、日本之專科醫師證照有效期限為五年，五年後接受繼續教育及參加職業衛生醫師之活動，方得繼續擁有專科醫師證照，惟美國、新加坡並無類似之規定，其醫師取得專科醫師證照後即永久有效。

三、美國及新加坡並無如日本另設有一為期五年之駐地課程訓練，該訓練課程係根據 JSOH 資格計畫。

第二節 該三國與我國職業病鑑定制度之比較

由於各國國情不同，法律制度不一，工業化程度及社會型態亦各有異，職業病鑑定制度之精神、組織、流程等亦不一致。但前述該三個國家各有其特點，茲參酌該三個國家之職業病鑑定制度經驗，作為改進我

國職業病鑑定制度缺失之參考，該三個國家與我國職業病鑑定制度組織、流程及專科醫師培訓內容分敘比較如下：

第一項 職業病鑑定組織

如前所述，我國對於職業病之認定、審議，分別由不同行政機關（例如台北市職業疾病認定委員會、勞工保險爭議審議委員會）掌管，勞工或雇主對於其認定、審議結果不服者，可向行政院勞工委員會設置下之職業疾病鑑定委員會申請鑑定，該委員會作成之鑑定報告為行政機關之最後結論，對此鑑定報告仍不服者，唯有依司法途徑解決。不論職業災害勞工保護法訂定前、後，勞工與雇主對於前述行政機關有關職業病之認定、審議結果不服者，均係向行政院勞工委員會設置下之職業疾病鑑定委員會申請鑑定，即最後都由行政院勞工委員會作最終之決定，與美

國由紐約州勞工補償局、日本由其勞動部及新加坡由其人力資源部相同，均由單一專門機關負責，並設計一套鑑定流程，且將職業疾病之認定及鑑定相關程序規定，由早期之行政法令位階提升至法律位階¹⁸⁴，統一由行政院勞工委員會作最後行政決定。惟本文認為我國職業疾病鑑定委員會之組織仍存有不少疑義，茲分述如下：

一、目前雖已將職業疾病鑑定委員會的規範提升至法律層次，已如前述，該委員會委員在職業病鑑定工作中扮演著至為關鍵之角色，依職業災害勞工保護法第十四條第二項規定可知，該委員會委員除職業疾病專門醫師八人至十二人外，尚包括中央主管機關代表二人、行政院衛生署代表一人、職業安全衛生專家一人及法律專家一人，該等人員均無衛生醫療之專業背景，對於致病因素繁多且複雜之職業病是否具有判斷鑑

¹⁸⁴ 另有認為我國職業病鑑定制度，係採雙軌制，由不同機關、不同法規，獨立運作，且以勞工保險制度之規定較為完整。因此，認為同一案件由不同機關（職業疾病鑑定委員會及勞工保險爭議審議委員會）認定易產生不同之結果，公信力將遭質疑，而無法解決紛爭。郭旭東，前引註 92，頁 71-72。

定之專業能力？不無疑問。一般醫師對於職業病之認知及鑑定流程是否熟悉尚且遭到質疑，更何況係完全無任何醫療背景之人員。在制度設計上若有必要須前述非醫療人員參與鑑定者，則該等人員至少應接受完成有關職業醫學及職業衛生等鑑定之訓練課程，並取得證書後方得參與鑑定。

二、又該委員會作成之鑑定報告影響層面甚廣，對於該委員會委員之選任應慎重為之。因影響勞資雙方權益甚鉅，故應設計一公正、公開之遴選制度，甚或對於遴選條件設定限制，例如勞資爭議仲裁委員會委員之遴選，係以仲裁委員之遴聘除應注意其品德、操守外，並依下列資格之一遴聘之：一、曾（現）任國內、外仲裁機構仲裁事件之仲裁人者。二、曾（現）任法官、檢察官、律師及其他依法具有專門職業及技術職業資格人員，具三年以上經驗者。三、曾（現）任教育部認可之國內、外專科以上學校之法律、勞工、社會學科助理教授以上之教師，具三年以

上教學經驗者。四、曾任薦任七職等以上之行政職務，並負責處理勞資爭議、勞動條件或法制工作，具三年以上之經驗者。五、具大學以上學歷，並曾（現）任下列職務之一，具六年以上之經驗者：（一）雇用勞工五十人以上之事業單位，代表雇主處理勞工事務之經理級以上職務。（二）縣（市）以上勞、雇團體或民間仲介團體之理、監事（或相當）職務。另消極資格如一、犯貪污、瀆職之罪，經判刑確定者。二、受禁治產之宣告，尚未撤銷者。三、受破產之宣告，尚未撤銷者。四、經褫奪公權宣告，尚未復權者。」¹⁸⁵如此嚴格之遴選方法，尚且無法保證公正、客觀，更何況職業災害勞工保護法之規定。為避免行政機關恣意或選任具有利害關係之人參與鑑定，形成另一個紛爭，尤其係中央主管機關之代表。本文在此提出要求立即建立公正、公開及透明之職業疾病鑑定委員會委員遴聘制度。

第二項 職業病鑑定流程

¹⁸⁵ 參照勞資爭議仲裁委員遴聘辦法第三條及第四條規定。

勞雇雙方對於勞工罹患之疾病經醫師診斷為職業病者，勞工即依勞工保險條例第三十四條第一項規定向勞工保險局申請發給職業病補償費，或依勞動基準法第五十九條規定向雇主請求補償其必需之醫療費用。即進入鑑定流程之前須先經醫師診斷是否為職業病，勞工或雇主對於醫師之判定結果不服時，得向地方主管機關申請認定或向勞工保險局申請審議，地方主管機關或勞工保險局依據勞工或雇主提供之資料若仍不足者，可要求所屬勞動檢查機構蒐集相關資料¹⁸⁶，例如：環境檢測結果報告、勞工個人健康檢查紀錄¹⁸⁷、出勤紀錄、勞工病史、家族病史等，

以供地方主管機關或勞工保險局進行職業病與否之認定及審議。勞資雙方對此認定、審議結果不服者，得向行政院勞工委員會申請鑑定，鑑定完成後表示行政機關之鑑定流程終結。勞資雙方仍有不服者，唯有依司法途徑尋求解決。由於我國勞資問題之處理大都係參考日本之制度，故職業病鑑定流程與日本之職業病鑑定流程雷同，如前所述。相較於前述三個國家之流程，我國職業病鑑定流程架構上並無太大問題，惟本文認為我國職業病鑑定流程仍有如下之缺失有待解決，茲分述之：

一、 欠缺專科、專門之醫師：目前衛生署雖已積極推動「職業醫學專科醫師制度」，設計一個約 240 小時之短期訓練課程，一般醫師經此一短期訓練課程後，即可經認證成為「職業病診療醫師」，而得提供職業病之診斷與治療，惟其專業能力方面仍不能與經過一套完整培訓課程之職業病專門醫師相提並論，其鑑定結果容易遭受質疑，尤其臨床經驗方

¹⁸⁶ 勞動檢查法第 7 條：「勞動檢查機構應建立事業單位有關勞動檢查之資料，必要時得請求有關機關或團體提供。對於前項之請求，除其他法律有特別規定者外，有關機關或團體不得拒絕。」；又勞工安全衛生法施行細則第 31 條：「主管機關或檢查機構為執行勞工安全衛生監督及檢查，於必要時，得要求代行檢查機構或代行檢查人員，提出相關報告、紀錄、帳冊、文件或說明。」

¹⁸⁷ 勞工安全衛生法第 12 條：「雇主於僱用勞工時，應施行體格檢查；對在職勞工應施行定期健康檢查；對於從事特別危害健康之作業者，應定期施行特定項目之健康檢查；並建立健康檢查手冊，發給勞工。前項檢查應由醫療機構或本事業單位設置之醫療衛生單位之醫師為之；檢查紀錄應予保存；健康檢查費用由雇主負擔。前二項有關體格檢查、健康檢查之項目、期限、紀錄保存及健康檢查手冊與醫療機構條件等，由中央主管機關定之。勞工對於第一項之檢查，有接受之義務。」

面。惟職業災害勞工保護法第十一條卻規定，勞工疑有職業病，係應先經「醫師」診斷，而非須經「職業病專門醫師」之診斷，與日本係由職業專科醫師之診斷不同，且一般醫師除對於職業病鑑定流程、程序之認知不足外，醫師為避免日後訴訟時須出庭作證或成為訴訟中之被告等因素考量，通常不願明確診斷為職業病，錯失黃金診斷時機，致損及勞工權益且使鑑定案件日增。本文認為必須建立一個讓醫師願憑其專業知識與良知作出鑑定之制度，否則醫師將選擇診斷為「疑似」職業病，而無法解決問題。

二、 我國職業病鑑定制度性質雖已由早期之行政命令提升至法律位階，惟職業疾病鑑定委員會作成之鑑定報告性質並非行政處分，已如前述，對外無法律效力，故對此鑑定報告不服者，勞資雙方均得另提訴訟解決，惟法律訴訟過程冗長，耗費心力，對勞資雙方均是一沉重之負擔。且該鑑定報告對承審法官亦無一定之拘束力，承審法官是否另行指

定其他鑑定機構鑑定具有裁量權，不同法官就有不同之認定標準，造成同一事件，重複鑑定，人民無所適從，是關於職業疾病鑑定程序、法律性質等，是否有統一法制化之必要，尚有討論空間。

三、 在我國職業病鑑定過程中，首先須經醫師（非職業醫學專科醫師）認定，醫師佔有相當重要之地位，擔任第一線診斷勞工罹患職業病與否之角色，其診斷結果將影響勞資雙方權益。又當罹病勞工至其職業病門診¹⁸⁸就醫診療後，對其診斷結果不服者，得向地方主管機關申請認定，結果仍不服者，將再向中央主管機關申請鑑定。此時若允許該醫師再經由地方主管機關或中央主管機關聘任為職業疾病鑑定委員，再度參予職業疾病之鑑定者，不無「球員兼裁判」之嫌，非但不質疑自己之判斷能力，無法客觀作出鑑定，尚且造成其他委員亦可能基於同業或其

¹⁸⁸ 職業病門診醫院有：(一)大台北地區：三軍總醫院、臺大醫院、台北榮民總醫院、台北醫學院附設醫院、台北長庚醫院、基隆長庚醫院、台北市立仁愛醫院。(二)桃竹苗地區：林口長庚醫院、衛生署桃園醫院。(三)中部地區：彰化基督教醫院、中國醫藥大學附設醫院。(四)南部地區：成大醫學院附設醫院、財團法人奇美醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、國軍左營醫院、高雄市立小港醫院。梁蕙雯醫師，健康上班族網站，<http://newwww.iosh.gov.tw/Upload/Service/ocpdehosp2.htm>

他因素不願現場評論，最後產生鑑定不公之情形。因此，診斷勞工罹職業疾病與否之醫師，應不得參加職業疾病鑑定委員會而應迴避¹⁸⁹。準此，其他委員若有迴避原因，亦應迴避¹⁹⁰。

第三項 職業病專科醫師培訓 制度

在職業病鑑定制度中，職業病專科醫師扮演一關鍵性角色，目前衛生署為積極推動「職業醫學科專科醫師制度」而訂定發佈「專科醫師分科及甄審辦法」，並依該辦法第十一條規定訂定「職業醫學科專科醫師甄審原則」，且對於辦理職業疾病醫師及職業衛生護理人員培訓之事業單位、職業訓練機構或相關團體有補助制度，該等單位得向勞工保險局申請補助¹⁹¹。此種種因素均有助於職業病專科醫師之培育且可增加職業病

¹⁸⁹ 行政程序法第三十二條第四款規定：公務員在行政程序中，於該事件，曾為鑑定人者，應自行迴避。同法第三十三條第一項規定：公務員有前條所定之情形而不自行迴避者，或有具體事實，足認其執行職務有偏頗之虞者，當事人得申請迴避。同條第五項規定：公務員有前條所定情形不自行迴避，而未經當事人申請迴避者，應由該公務員所屬機關依職權命其迴避。由此可知，目前我國迴避種類有自行迴避、申請迴避及職權命令迴避等三種。而職業病專科醫師雖非公務員，惟基於職業疾病鑑定委員會站在客觀公正第三者立場解決勞資雙方糾紛功能，對於診療勞工罹職業病與否之醫師，應不得再參與職業疾病鑑定，以免造成不公。

¹⁹⁰ 例如台北縣政府勞工局局長司機林聰男君，於該局 92 年 8 月 28 日的研習活動當中，因中風造成半身癱瘓，當時勞工局局長曹愛蘭表示林員係因有家族性高血壓遺傳，才導致中風，而非因工作所引起。該局局長通常為職業疾病認定委員會之召集人，若於本案仍參與職業病認定，勢會造成不公。台北縣勞工局處置員工公傷案失當－工會不滿要求局長負起責任，苦勞網－苦勞報導，2003.12.19，<http://www.coolcloud.org.tw/news/database/interface/detailstander.asp?ID=76920&sort2=加班>。

¹⁹¹ 職業災害勞工保護法第十條規定：為加強職業災害預防及職業災害勞工之重建，事業單位、職業訓練機構或相關團體辦理下列事項，得向勞工保險局申請補助：一、職業災害之研究。二、職業疾病之防治。三、職業疾病醫師及職業衛生護理人員之培訓。四、安全衛生設施之改善與管理制度之建立及機械本質安全化制度之推動。五、勞工安全衛生之教育訓練及宣導。六、職業災害勞工之職業重建。七、職業災害勞工之職業輔導評量。八、其他與職業災害預防及職業重建有關之事項；職業災害預防補助辦法第四條規定：依本法第十條第一項第三款規定申請補助培訓職業疾病醫師之單位，應符合下列條件：一、為全國性醫學專科醫學會或大學校院設

診斷之正確性。惟因我國職業病專科醫師制度起步較晚，故各國有關職業病專科醫師教育及培訓制度仍有值得我國學習之處。

一、職業醫學科專科醫師教育制度之比較

(一) 我國有關職業病相關業務之整合困難重重，因有關醫療保健主管機關為行政院衛生署，而有關勞動醫學之部分則屬行政院勞工委員會，此兩機關不相隸屬亦各自獨立，各有專責單位（勞工委員會有勞工安全衛生研究所，衛生署有國民健康保險局），我國職業病專科醫師之認證，雖有「行政院衛生署職業病診療特約醫師審定辦法」，惟尚未公告仍屬草案階段。目前我國雖有「專科醫師分科及甄審辦法」，惟專科醫師之

分科並未將職業醫學科納入¹⁹²。且職業病專科醫師必須是在職業病診療醫師訓練醫院接受兩年以上全職之職業醫學臨床訓練，並取得訓練期滿之醫院證明文件或係國內外環境職業醫學相關研究所畢業獲得碩士學位或博士學位者等，於取得證書之後方得提供職業病診療服務，雖職業病診療費較高，卻遠低於醫學院畢業後就執業之一般醫師，造成我國醫學院學生從事職業病診療之意願偏低。本文認為應立即修正專科醫師分科相關規定，除增加「職業醫學科」外，並應訂定獎勵辦法，以吸引醫學院學生加入職業病專科醫師行列。

(二) 職業病專科醫師於診斷職業病時，為增加其正確性，除根據勞資雙方提供之相關資料外，亦有了解勞工工作場所之環境及勞工暴露情形等之必要。惟目前為止我國勞工法令並未賦予職業專科醫師有此權

有醫學系、所，並附設醫院開辦職業疾病門診。二、計畫主持人具有職業醫學相關教學研究之經驗且曾任教授、副教授或助理教授合計三年以上，或相當等級之專業人員三年以上，並有主持醫師培訓能力者。

¹⁹² 依據 77 年 6 月 29 日行政院衛生署（77）衛署醫字第 742060 號令，於 77 年 6 月 29 日發布「專科醫師分科及甄審辦法」，並於 95 年 4 月 12 日修正公佈之專科醫師分科及甄審辦法第三條規定：「專科醫師之分科如左：一、家庭醫學科。二、內科。三、外科。四、小兒科。五、婦產科。六、骨科。七、神經外科。八、泌尿科。九、耳鼻喉科。十、眼科。十一、皮膚科。十二、神經科。十三、精神科。十四、復健科。十五、麻醉科。十六、放射線科。十七、病理科。十八、核子醫學科。十九、其他經中央衛生主管機關指定之分科。」

限。另雇主若於罹病勞工被認定為職業病時，其必須付出相當代價，易言之，雇主根本不願配合職業病之調查。更有甚者，雇主因害怕醫師在實習過程中，發現雇主有違法情事例如使用禁用之化學物質，成為勞動檢查機關調查之對象，因此願意配合提供醫師實習之雇主幾乎不存在，就算雇主同意配合，其限制亦不少例如限制工作場所之某區域，實習醫師不得進入等。導致我國職業專科醫師在工廠實習方面之經驗稍嫌不足。本文認為有吸取他國經驗之必要，例如：日本之產業醫科大學在1989年根據JSOH資格計畫，設計一駐地課程，為期五年，其中在工廠實習時間為一年，如此將可提升職業病之鑑定水準。

二、職業醫學科專科醫師訓練制度之比較

(一) 傳統上，我國醫學教育制度中並不重視職業醫學，完全未將

職業醫學獨立列為一學科，甚至在專科醫師分科中亦無職業醫學之專門科目，直至1997年，行政院衛生署為提供醫學系畢業生在職業醫學方面之繼續教育，設計一套約為240小時之短期訓練課程，經此短期訓練課程之醫師即可提供職業病之診斷及治療，且可經由認證成為「職業病診療醫師」。此與美國在1995年，由美國醫學協會同意由美國預防醫學委員會授與職業醫學第二專長訓練之執照，及日本1990年引進JMA計畫，授與參加在全國舉行約為50小時課程之其組織內之醫師證書，取得證書之醫師得提供職業病診療服務比較，我國職業醫學專科醫師之培訓制度明顯起步較晚。因此，為使我國職業醫學科專科醫師訓練制度更趨完善，實有必要「取人之長，補以之短」，吸收美國、日本有關職業醫學科專科醫師訓練制度之優點，只要願意改善職業病之鑑定制度，應可以立即實施並加改善。

(二) 由於職業病專科醫師之專長與一般醫師並不相同，尤其在職業衛生醫學領域方面。因職業病致病因素繁多且複雜，其中又涉及勞工作業環境及其暴露危險物質程度等原因，故職業病專科醫師除須具備相關專業知識外，尚須具有臨床實務經驗始能畢其功，如日本規定職業醫學

醫師必須在一位具有證書之資深職業衛生醫生之監督下，作為期至少三年之職業衛生「臨床實務」訓練。有鑑於臨床實務經驗對職業病專科醫師鑑定之重要性，我國行政院衛生署亦努力建構一套完整職業專科醫師之培育計畫，於2001年10月11日以行政院衛生署衛署醫字第0900064142號公告，並於2006年2月24日以行政院衛生署衛署醫字第0940221494號修正「職業醫學科專科醫師甄審原則」，規定取得職業醫學科專科醫師之資格要件；又於2002年5月22日以醫字第910034456號函公告「職業醫學科專科醫師訓練醫院認定標準¹⁹³」及「職業醫學科專科醫師訓練課程綱要¹⁹⁴」以期提高醫師之專業能力，惟至2006年期間我國僅有15家醫院¹⁹⁵通過申請成為職業醫學科專科醫師訓練醫院，經認定合格之專

¹⁹³ 一、醫院須具備之條件有：1、評鑑合格之教學醫院，設有職業醫學科（或部），提供職業醫學科門診服務。2、應有專任職業醫學科專科醫師二人以上；或專任職業醫學科主治醫師一人，兼任主治醫師二以上。3、設有專門提供職業醫學或職業病門診。4、檢查設備：設有肺功能室、純音聽力室、神經生理檢查室。5、設有勞工安全衛生室。（上述包括職業病科部、環境職業醫學科部）二、教學師資：（一）職業醫學訓練之指導醫師須具備之條件：1、應專任負責訓練指導工作。2、具職業醫學科專科醫師資格三年以上經歷。3、具教學醫院教學經驗三年以上。4、用於門診指導及討論會的指導時間，每週八小時以上。5、近三年發表有關職業醫學之論文或報告（至少一篇）。6、積極參與疑似職業傷病通報，近三年內至少通報確定個案一例。7、積極參與各項職業醫學之教學研究活動。（二）職業醫學訓練之兼任主治醫師須具備之條件：1、具職業醫學科專科醫師資格。2、用於門診指導及討論會的指導時間，每人每週四小時以上。3、積極參與職業醫學教學研究活動。（三）其他專科師資：內科、家庭醫學科、神經科、皮膚科、胸腔科、耳鼻喉科、骨科等各科專科之專科醫師至少一人以上。

¹⁹⁴ 行政院衛生署於95年6月19日發布「職業醫學科專科醫師訓練課程基準」，本訓練課程為期三年。

一、第一年：（一）三個月之訓練課程：包括一般醫學實務訓練、社區醫學基本課程及社區醫學相關選修。（二）三個月之訓練課程：為一般內科。（三）六個月之訓練課程：包括1、病房基本訓練：在內科（或家庭醫學科）病房實施，每次輪轉病房以1至2個月為一輪。2、門診訓練：訓練其門診診療能力。3、急診訓練及重症加護訓練：至少應有2個月之急診和重症加護病房訓練。

二、第二年至第三年：（一）職業醫學科臨床訓練：1、職業病診療。2、職業病防治諮詢。3、職業醫學相關的臨床學科訓練。4、健康檢查評估。5、疾病與職業相關性判定。6、學術報告或演講。7、研究。（二）職業醫學學科訓練：包括毒物學、環境職業病、流行病學、生物統計、工業衛生、職業醫學專題討論。（三）實務與管理：1、作業場所之危害認知評估。2、個人防護設備之使用與維護。3、設計員工健康管理或健康促進計畫。4、環境與職業場所健康風險評估。5、參與公司或工廠防疫計畫（設計規劃一家公司或工廠的防疫措施）。（四）論文（選修）：得選擇與環境職業醫學相關之研究題目完成論文。職業醫學科專科醫師訓練課程基準，<http://www.doh.gov.tw>，行政院衛生署網站。

¹⁹⁵ 行政院衛生署94年11月3日衛署醫字第0940041480號函公告95年職業醫學科

科醫師訓練醫院資格有效期間為三年，有效期間屆滿後皆須再重新申請認定，藉以補充我國職業專科醫師之不足。依職業醫學科專科醫師甄審原則第二條之規定，醫師雖須在職業醫學科專科醫師訓練醫院接受職業醫學臨床訓練三年以上，或在其他各科專科醫師訓練醫院接受各該專科

臨床訓練三年期滿後，在職業醫學科專科醫師訓練醫院接受職業醫學臨床訓練二年以上，惟相較於日本之駐地現場實習仍有不同。因此，職業醫學科專科醫師之養成除須具備專業知識外，尚應具備一臨床實務經驗，尤其係於作業環境之現場實際實習訓練，以提高職業病診斷之正確率及預防功用。

（三）我國並未有如新加坡有之「廠醫」制度，惟於 2005 年 2 月 18 日修正之勞工健康保護規則第三條規定，事業單位之同一工作場所，平時僱用勞工人數在三百人以上或從事特別危害健康作業勞工人數在一百人以上者，應設置醫療衛生單位或委託醫療機構於事業單位設置醫療衛生單位，並視該場所之規模依規定設置醫師及護士，以辦理醫療衛生單位業務¹⁹⁶，此似與新加坡之「廠醫」制度頗為類似。按該國之「廠醫」制度，必須係學士畢業後經職業醫學訓練，訓練完成發給工業衛生文憑

專科醫師訓練醫院認定合格名單，95 年通過申請成為職業醫學科專科醫師訓練之醫院有：台北榮民總醫院、國立台灣大學醫學院附設醫院、台北市立萬芳醫院、三軍總醫院、台北醫學大學附設醫院、財團法人新光吳火獅紀念醫院、財團法人長庚紀念醫院林口分院、台中榮民總醫院、財團法人私立中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、財團法人彰化基督教醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、財團法人奇美醫院、高學醫學大學附設中和紀念醫院、財團法人長庚紀念醫院高雄分院。其中財團法人奇美醫院經認定合格之專科醫師訓練醫院資格效期為三年（自 95 年 7 月 1 日至 98 年 6 月 30 日止）；台北醫學大學附設醫院、財團法人新光吳火獅紀念醫院及財團法人長庚紀念醫院高雄分院等三家醫院為 93 年度認定合格之專科醫師訓練醫院資格效期為三年（自 93 年 7 月 1 日至 96 年 6 月 30 日止）；其餘台北榮民總醫院等十一家醫院為 94 年度認定合格之專科醫師訓練醫院資格效期為三年（自 94 年 7 月 1 日至 97 年 6 月 30 日止）。行政院衛生署 95 年度職業醫學科專科醫師訓練醫院認定合格名單，<http://www.doh.gov.tw>，行政院衛生署網址。

¹⁹⁶ 勞工健康保護規則第七條規定：醫療衛生單位辦理下列事項：一、勞工之健康教育、健康促進及衛生指導之策劃與實施。二、職業傷病及一般傷病之診治及急救有關事項。三、勞工之預防接種、保健有關事項。四、協助雇主選配勞工適當之工作。五、體格檢查、健康檢查及健康管理有關事項。六、職業衛生之研究報告及傷害、疾病紀錄之保存。七、協助雇主及勞工安全衛生人員實施職業病預防及工作環境之改善。八、提供勞工家庭計畫服務工作。九、其他經中央主管機關指定者。

並向其人力資源部登記註冊為「廠醫」。我國雖有類似廠醫之規定，惟對於廠醫資格並無特別之規定，僅在勞工健康保護規則第三條第三項規定，醫療衛生單位之醫護人員應參加有關職業醫學、職業衛生護理及勞工安全衛生訓練。該訓練係依行政院勞工委員會 2006 年 4 月 27 日公布之 95 年度「醫師職業醫學研習會」之研習課程¹⁹⁷，該研習課程僅有學理

上之講授，並無任何實際臨床研習。又依勞工健康保護規則第三條第一項規定，可知僱用勞工人數未超過六千人之事業單位，其所聘之醫師中是否有職業醫學科專科醫師在所不論，即只要受過短期有關職業醫學相關課程訓練即可。此對於職業病相關專業知識、業務認知不足，除無法提供勞工有關職業病之正確資訊，亦無法正確掌握職業病之發病過程，進而無法認定為職業病。再者，我國目前實務上新適用勞工安全衛生法之事業單位，認為目前醫院林立，尤其是都會地區（例如台北市），何需設置廠醫，其主要理由有 1、廠醫之定位不明。2、廠醫無須係職業醫學科專科醫師，只要受過短期職業醫學訓練之一般醫師即可，致廠醫之專業性受人質疑。3、廠醫之薪資過高，事業單位成本增加，致事業單位設置廠醫意願不高¹⁹⁸。以上種種因素均導致我國類似廠醫制度之功能不彰。因此，我國此類似廠醫制度之規定尚有改進之空間。

（四）依據職業醫學科專科醫師甄審原則第九條規定，醫師於取得專科醫師證書後，須於該證書有效期間六年內，參加符合規定之相關學術演

¹⁹⁷ 行政院勞工委員會 95 年 4 月 27 日發布 95 年度「醫師職業醫學研習會」及「職業衛生護理研習會」日程表及報名表注意事項：1、本案依據「勞工健康保護規則」第三條規定及「指定醫療機構辦理勞工體格及健康檢查辦法」第十二條規定辦理。2、為維護勞工檢康檢查品質，經各直轄市、縣（市）政府進行調查，目前受雇於事業單位設置之醫療衛生單位擔任廠護或於指定醫療機構實際辦理勞工健康檢查業務仍有相當比例之護理人員未參加職業衛生護理研習及訓練，上開人員參加是項研習會有其必要性與急迫性；惟本會辦理是項研習會因年度經費有限，接受報名訓練對象以現職從事上開業務之護理人員為優先，且每一梯次、每一指定醫療機構，本會接受參訓之護理人員以 5 名為限。3、為確實預防勞工職業疾病之發生，醫護人員相關訓練本會正研擬調整為適合廠護實際工作需要之相關課程，藉時本會將再另案公告。

行政院勞工委員會網站 [http :
www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=44505f22 :
7159&theme=.](http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=44505f22:7159&theme=)

¹⁹⁸ 郭旭東，前引註 92，頁 107。

講或繼續教育課程積分總分達三百點以上（但每年積分超過一百二十點者，以一百二十點計），方得有效延展專科醫師證書期限六年，此與日本之專科醫師證照有效期限五年，五年後符合一定條件方得繼續擁有專科醫師證照之制度相仿。惟美國、新加坡並無類似之規定，其醫師取得專科醫師證照後即永久有效。隨著經濟發展、工廠林立化學毒物種類不斷變化增加，致職業病之致病因子日趨複雜，因此，職業病專科醫師唯有不斷吸取新知進而研究，方能正確判斷是否為職業病，保障勞工生命健康安全，故對於職業病專科醫師制度起步較晚之我國，並不適合如美國及新加坡之職業專科醫師證照永久有效之規定。

第四項 小結

職業醫學於實務發展中，服務、鑑定與訓練一直是政府努力關心之目標，而我國職業病鑑定制度雖已提升至法律位階，惟與該三國之職業病鑑定制度比較後，發現我國仍需要「取人之長，補己之短」，參考、吸收該三國家之職業病鑑定制度優點，且配合我國國情，修正改進我國之職業病鑑定制度，以增加職業病診斷之正確性及加強預防工作。使勞資雙方皆能堅守崗位，減少紛爭，創造雙贏局面。茲比較該三國與我國之職業病鑑定制度後歸納如下：

- 一、我國職業病鑑定流程與美國相同，係由「醫師」而非「職業病專科醫師」先診斷認定，勞資雙方對此診斷有異議時，經地方主管機關認定後，方進入鑑定階段，由中央主管機關（行政院勞工委員會）鑑定，此與日本、新加坡規定由職業專科醫師診斷後，即直接進入鑑定階段不同。
- 二、我國職業病鑑定委員會於鑑定職業病認有必要時，雖得依勞動檢查

法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查，且勞動檢查員實施勞動檢查認有必要時，得報請所屬勞動檢查機構核准後，邀請相關主管機關、學術機構、相關團體或專家、醫師陪同前往鑑定，事業單位不得拒絕。又我國職業災害預防補助辦法第十六條規定，受補助單位無故拒絕查核者，勞保局得撤回補助，並視情節輕重得追回一部或全部補助款，並列為五年內不予補助之對象。惟我國勞動檢查員依勞動檢查法第十三條規定，勞動檢查員執行職業災害檢查之職務時，須事先通知事業單位，致勞動檢查員至勞工工作現場時，勞工工作現場可能已遭破壞、證據已滅失，影響職業病鑑定之正確性。又實務上受限於案件甚多及配合多數鑑定委員之時間，甚少安排鑑定委員實地訪查，而係行文由檢查機構派勞動檢查員進行調查，嗣後依勞動檢查員作成之書面加以審查，然因勞動檢查員未具職業醫

學或安全衛生之專業知識，甚至勞動檢查員與受檢事業單位具有利害關係¹⁹⁹，如勞動檢查員曾與受檢事業單位負責人發生糾紛等，均容易造成調查報告不實或偏頗，間接導致鑑定結果不正確。

三、我國職業疾病鑑定委員會於鑑定是否為職業病認有必要時，得會同勞動檢查員進入勞工工作場所檢查，惟職業疾病鑑定委員並無任何調查權限，此與日本之職業病鑑定委員由國家賦予其調查權限，且事業單位不得拒絕之情形不同。賦予職業疾病鑑定委員調查權限將有助於釐清職業病因果關係且可提高鑑定之信服度，故此制度可供我國參考。

四、由於國人對於職業病缺乏認知，且政府長期漠視職業病，欠缺職業病專科醫師，職業病通報率偏低等種種因素，導致我國職業病案例

¹⁹⁹ 若勞動檢查員與受檢事業單位間具有某程度之利害關係，該勞動檢查員應自行迴避。勞動檢查員執行職務迴避辦法第二條規定：「勞動檢查員有下列各款情形之一者，應自行迴避：一、投資受檢事業單位達其資本額百分之五以上者。二、現與或曾與受檢事業單位事業主或事業經營負責人發生非屬執行檢查職務所致之糾紛，而為訴訟事件之當事人，依情形足認執行職務有偏頗之虞者。三、本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親、三親等內之姻親或曾有此關係者為受檢事業單位事業主或事業經營負責人。」

比先進國家明顯偏低。

五、我國對於職業病專科醫師之培訓制度，雖較其他國家起步晚，惟在吸取該三國之經驗後，已知職業病專科醫師在職業病鑑定流程中之重要性，並逐步建立一套職業病專科醫師培訓制度。惟相較於該三國之規定後尚有不足之處，例如關涉職業病認定有無之駐地及臨床經驗顯有不足，均有待改進。

六、我國目前並無如日本規定職業醫學專科醫師必須在一位具有證書之資深職業衛生醫生之監督下，作為期至少三年之職業衛生臨床實務訓練，以增加職業醫學專科醫師之臨床經驗。此值得我國作為培訓職業醫學專科醫師之參考。畢竟職業醫學專科醫師涉及職業醫學及職業衛生領域，與一般醫師並不相同。

第五章 結論

「職業性疾病」相關問題雖早在三百年前即已被一位義大利醫師 Ramazzini (被推尊為職業性疾病之父) 發覺有些人因工作關係罹患特殊疾病，如煤礦、泥灰工人之塵肺症、鉛塊工人的鉛毒症等²⁰⁰。惟隨著現代經濟快速發展、技術日益增進複雜之高科技時代，在人類知識有限，有毒化學物質種類無限、不斷增加之情況下²⁰¹，勞工在作業過程中因不斷接觸有毒物質，致勞工身體逐漸遭有毒物質侵蝕、破壞而不自知，等到發現身體出現狀況時常常已深受其害，甚至事業單位已經轉讓、關門不存在了。勞工一生為雇主辛苦奮鬥，代價卻是換得一身疾病，家庭經濟頓失依靠，且求償無門，造成相當大之社會問題。因此政府在提升國家經濟競爭力同時，亦須立法保障勞工應有權益，例如建立一套公正、

²⁰⁰ 陳立中，泛述「職業災害勞工保護法」之內涵與施行方式，石油勞工，<http://www.tpwu.org.tw/periodical/360/1504.htm>。

²⁰¹ 聯合國於 1981 年即曾發表聲明，估計人類至少需要再 80 年的時間來進行適當之試驗，才可能確定目前被人類廣泛應用將近五萬種化學品會對健康產生何種危害。即工業發展所使用之化學藥品對於人體造成之傷害，實際上光靠流行病學研究之分析報告有時仍不足以論斷的。羅桂美，前引註 34。

公開之職業病鑑定制度，避免罹病勞工無法獲得職業災害補償。

我國對於勞工權益雖日益重視，惟許多法規大多年久未修，無法因應現代潮流，即使修訂亦僅是片段修正，未通盤考量所有客觀條件例如勞資關係之演進及各勞工法規間之立法目的²⁰²，使政府保護勞工之美意落空，這種頭痛醫頭腳痛醫腳，治標不治本之修法方式，有時不僅無法徹底解決勞資糾紛，甚而衍生其他勞資問題，形成保護勞工權益之目的落空。就以職業疾病鑑定制度而論，我國職業疾病鑑定制度在勞動事務上，與該三個國家相較起步較晚，且雖將職業疾病鑑定性質提升至法律位階，惟仍有須改進之地方，茲分述如下：

- 一、 職業災害勞工保護法雖將職業病鑑定制度予以法制化，並規定鑑定相關程序，惟對於職業病鑑定委員如何遴選及具有利害關係之委員是否應迴避等之規定，均付之闕如，如此不僅易致鑑定結果遭質疑，影響鑑定結果之公信力，且徒增勞資雙方紛爭。是有建立一套公正、公開透明之鑑定委員遴選制度及如行政程序法規定之迴避制度，以提升勞資雙方對鑑定結果之信服度，避免進入冗長之訴訟程序，浪費勞資雙方之人力、物力及時間等。
- 二、 職業病鑑定報告之法律性質為何？於訴訟進行中對於承審法官是否有拘束力？如前所述，中央主管機關作成之職業病鑑定報告僅係屬觀念通知之性質，亦有主張僅是一事實之陳述，在訴訟中不具證據能力，其證明力仍由承審法官自由心證為之，鑑定報告對承審法官並無拘束力，雖目前國內實務上多數見解認為職業病鑑定報告係審查委員根據個人學識素養與經驗所為，涉及高度專業性，法院基於判斷餘地通常均尊重委員之判斷。惟對於同一具體事件除由中央主管機關鑑定外，承審法官是否再送其他機關鑑定尚有裁量權限，因此，常導致同一事件由不同獨立運作之機關鑑

²⁰² 通常每個法規都有其立法目的及規範主體、客體，例如勞工保險條例係規範保險人（勞工保險局）與被保險人（勞工）保險關係上之權利與義務；勞動基準法則係國家課雇主於勞動關係中應盡特定之義務。

定，並因而產生不同之結果，致人民無所適從，影響鑑定報告之公信力及對判決之信服度，因而，是否有統一立法之必要，例如對於鑑定人條件、專業能力及遴選制度等，均有待討論。

三、雖然勞資雙方或勞資與勞工保險局對於職業病之認定有爭議時，得由中央主管機關之職業疾病鑑定委員會進行最後之認定，惟職業疾病鑑定委員會並無一定之鑑定標準，且鑑定委員並非均具有職業醫學或職業衛生安全領域方面之相關知識，對於非屬前述之本表及增列表所列舉之職業病可能被鑑定為職業病，造成雇主的不服；亦有可能對於經醫師診斷為職業病而被委員會鑑定為非職業病，造成勞工之不滿，甚而引發更多之勞資糾紛，致職業疾病鑑定委員會之鑑定案件日益增加。又對於鑑定結果不服進入訴訟程序之案件亦不斷增加，因此，當職業疾病鑑定委員具有相關職

業醫學知識，加上完善且具彈性之職業病種類表²⁰³時不僅可使勞工得到應有之補償，雇主盡其應盡之補償義務，且勞工保險局之給付亦不浪費。

四、於鑑定過程中扮演關鍵角色之第一線醫師，因非職業醫學科專科醫師，對於職業醫學或勞工安全衛生領域之專業知識不足，甚或對於鑑定流程之認知亦不足。且醫師為避免引發爭議，或避免將來訴訟出庭作證之麻煩及自己成為被告之風險，對於前述本表及增列表以外疑似職業病之案例往往不願認定為職業病，致許多罹病之勞工無法獲得應有之補償，甚而有些非職業醫學專科醫師在人情壓力下出具不確實之診斷書，導致勞工保險局受損且使政府照顧弱勢勞工美意受到扭曲。

²⁰³ 有認為我國要具備完善之職業病種類表，須朝三個方向來修改：（一）以器官系統疾病做為分類之標準，除了符合醫療分科制度外，亦有利界定職業病之範疇及利於統計分析。（二）制定可補償職業病的標準，釐清勞資雙方的權利與義務。（三）應具彈性原則或增列彈性條文，避免需時常修訂或不符時代背景之缺點，使職業衛生日益進步，達到零污染零危害之終極目標。劉紹興、陳永煌、陳一中、吳聰能，前引註 19，頁 250。

五、 我國並無如新加坡有「廠醫」制度，惟 2005 年 2 月 18 日修正之勞工健康保護規則第三條規定觀之，似與新加坡之「廠醫」制度類似。新加坡之「廠醫」必須係學士畢業後經職業醫學專業訓練，惟我國對於此類似廠醫者之資格並無特別規定，其所聘之醫師中是否有職業醫學科專科醫師在所不論，即只要受過短期有關職業醫學相關課程訓練即可。又我國目前實務上新適用勞工安全衛生法之事業單位，對於衛生醫療單位之醫師（類似新加坡之廠醫）之設置功能存疑，認為醫院林立，尤其是大都會地區，何需設置廠醫，其主要理由有 1、廠醫之定位不明。2、廠醫無須係職業醫學科專科醫師，只要受過短期職業醫學訓練之一般醫師即可，致廠醫之專業性受人質疑。3、廠醫之薪資過高，事業單位成本增加，致事業單位設置廠醫意願不高，以上種種因素均導致我國類似廠醫制度功能不彰。因此，對於衛生醫療單位之醫師之培育亦應與

職業病專科醫師相同，規劃一套完善之專科醫師培育計畫，並配合勞工安全衛生人員，提供勞工有關職業病相關資訊，記載職業病發病過程，累積經驗進而達到預防之功用，以便使國人能更了解職業病。

六、 我國職業病鑑定委員於鑑定職業病認有必要時，雖得依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查，且事業單位不得拒絕，惟當鑑定委員與勞動檢查員欲至事業單位進行檢查前，勞動檢查員會先通報行政院勞工委員會，後行文其所屬之直轄市、縣（市）專設之勞動檢查機構至該事業單位進行檢查，此時，事業單位可能早已將相關資料隱匿，甚至銷燬，造成鑑定委員鑑定困難，何況是具醫師資格而無任何調查權限之職業疾病鑑定委員，導致鑑定委員無法釐清勞工罹病與其工作場所間因果關係之有無，因此，是否應賦予鑑定委員調查權限，於受阻擋時，是否得指揮警察機關進行排除，均有檢討必要。

七、 目前我國雖無專門培育職業病醫師之教學機構，惟已知職業病專

科醫師在職業病鑑定流程中之重要性，並逐步建立一套職業病專科醫師培訓制度。勞資雙方對於醫師之診斷不服者，尚可向地方主管機關或勞工保險局申請認定、審議，對其認定、審議結果不服者，最後得向中央主管機關申請鑑定，即由中央主管機關之職業疾病鑑定委員會作最終之行政決定。因此，鑑定委員之資格、遴選及專業知識等因素，攸關鑑定報告之正確性、公正性。惟依職業災害勞工保護法第十四條規定可知，職業疾病鑑定委員尚包括非職業疾病專門醫師，例如中央主管機關代表、法律專家等，由於職業病涉及勞動職業醫學及勞工衛生安全等專業領域，此專業領域一般醫師大多缺乏，更遑論況係無任何醫療背景之人員，因此，除培養職業疾病鑑定委員之專業能力外，尚須對於相關人員例如非職業醫學專科人士之其他鑑定委員，進行職業醫學及職業衛生安全之訓練，以提升鑑定結果之公正性，並增加信服度，

避免同一事件重複鑑定，增加訟源。

- 八、大多數國家均著重於職業專科醫師之醫學知識，包括公共衛生、毒物學、環境衛生等專業知識及必要時訪視罹病勞工之工作場所等，甚少要求職業專科醫師之法律常識，惟接觸罹病勞工之第一線職業專科醫師除提供勞工醫學方面之資訊外，若能適時提供勞工某種程度之法律常識，除可使因罹病而慌張之勞工及其家屬避免不必要之人力、物力及時間之浪費，亦可使勞工明瞭其權益，進而保障勞工之權益。是除要求職業專科醫師之醫學、勞工安全衛生專業領域外，亦應加強職業專科醫師之法律知識，給予罹病勞工與雇主適時之幫助，以減少勞資雙方之爭議。

附表 1

(一) 勞工保險職業病種類表

(勞工保險條例第三十四條附表)

項類	名稱	職業病名稱	適用職業範圍
1	1	下列物質之中毒及其續發症 一、二胺基聯苯及其鹽類 (Benzidine and its salts) 二、貝他? 胺及其鹽類 (β-naphthylamine and its salts)。 三、阿爾發? 胺及其鹽類 (α-naphthylamine and its salts)。 四、對二甲胺基偶氮苯 (Paradi-methyl Azobenzene)	使用或處理合成染料, 染料製造中間產物或應用上述物質及暴露於其蒸氣之工作場所。

	2	下列物質之中毒及其續發症 一、二氯二胺基聯苯及其鹽類(Dichlorobenzidine and its salts)。 二、鄰二甲基二胺其他基聯苯及其鹽類(O-To-lidine and its salts)。 三、鄰二甲氧基二胺基聯苯及其鹽類(Dianisidine and its salts)。	使用、處理溶劑、煙燻、殺蟲劑及化學製造或暴露於其蒸氣之工作場所。
	3	氯甲基甲醚(Chloromethylmethyl ether)中毒及其續發症。	使用、處理、製造氯甲醚之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
	4	三氯(Benzotrichloride)中毒及其續發症。	使用、處理、製造三氯或暴露於該類物質之蒸氣之工作場所。
	5	丙烯醯胺(Acrylamide)中毒及其續發症。	使用、處理、製造丙烯醯胺或暴露於其蒸氣之工作場所。
	6	丙烯? (Acrylnitrile)中毒及其續發症。	使用、處理、製造丙烯?或暴露於其蒸氣之工作場所。
	7	二代甲亞胺(奧黃)(Auramine)中毒及其續發症。	使用、處理、製造二代甲亞胺及各種人造纖維之染色、顏料之使用工作場所。
	8	鄰二? 苯(O-phthalodinitrile)中毒及續發症。	使用、處理、製造鄰二? 苯或暴露於其蒸氣之工作場所。
	9	次乙亞胺(Ethyleneimine)中毒及其續發症。	使用、處理、製造次乙亞胺及農藥、染料、纖維處理、有機合成、重合等之工作場所。
	10	四羰基鎳(Nickel carbonyl)中毒及其續發症。	使用、處理、製造四羰基鎳或暴露於其蒸氣之工作場所。
	11	二異氰酸甲苯(Toluene diisocyanate)中毒及其續發症。	使用、處理、製造二異氰酸甲苯或製造樹脂塗料接著劑纖維處理劑等之工作場所。
	12	煤焦油之中毒及其續發症。	使用、處理、製造煤焦油或暴露於其蒸氣之工作場所。
2	1	二硫化碳中毒及其續發症。	使用、處理、製造二硫化碳或暴露於其蒸氣之工作場所。

	2	溴化甲烷中毒及其續發症。	使用、處理、製造溴化甲烷或暴露於其蒸氣之工作場所。
	3	氯乙烯中毒及其續發症。	使用、處理、製造氯乙烯或其重合之工作場所。
	4	五氧化酚 (Pentachlorophenol) 及其鹽類中毒及其續發症。	使用、處理、製造五氧化酚及其鹽類或暴露於其蒸氣之工作場所。
	5	碘化甲烷 (Methyliodide) 中毒及其續發症。	使用、處理、製造碘化甲烷或暴露於其蒸氣之工作場所。
	6	硫酸二甲酯 (Dimethyl sulfate) 中毒及其續發症。	使用、處理、製造硫酸二甲酯或暴露於其蒸氣之工作場所。
	7	硝化甘醇 (Nitroglycol) 中毒及其續發症。	使用、處理、製造硝化甘醇或暴露於其蒸氣之工作場所。
	8	硝化甘油中毒及其續發症。	使用、處理、製造硝化甘油或暴露於其蒸氣、粉塵之工作場所。
	9	雙氣甲醚 (Bisether) 中毒及其續發症。	使用、處理、製造雙氣甲醚或暴露於其蒸氣之工作場所。
	10	尼古丁中毒及其續發症。	使用、處理尼古丁物質或暴露於蒸氣、粉塵之工作場所。
	3	1	氯 [?] 或氯苯 (Chloronaphthalene or chlorobenzene) 中毒及其續發症。
2		有機磷劑等殺蟲劑中毒及其續發症。	使用、處理、製造有機磷劑及其他種類之殺蟲劑或暴露於蒸氣、粉塵等之工作場所。
3		苯或苯同系物中毒及其續發症。	使用、處理、製造苯 (Benzene) 甲苯 (Toluene) 或二甲苯 (Xylene) 等或暴露於蒸氣之工作場所。

	4 芳香族之硝基或胺基化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造硝基苯(Nitrobenzene)二硝基苯(Dinitrobenzene)三硝基苯(Trinitrobenzene)硝基甲苯(Nitrotoluene)硝基二甲苯(Nitroxylene)硝基酚(Nitrophenol)氯硝基苯(Nitrochloro-benzene)硝基 (Nitronaphthalene) 苯胺(Aniline)、苯二胺(Phenylene diamine) 甲苯胺(Otoluidine)、氯苯胺(Chloroaniline) 硝基苯胺(Nitroaniline) 酞蒽(Phthalicanhydride anthracene) 及其混合製劑等物質之工作場所。
	5 苯硝基醯胺(Benzene-nitroamide)及其化合物。	使用、處理、製造苯硝基醯胺或暴露於其蒸氣之工作場所。
	6 硝基氯苯(Paranitro-chlorobenzene)中毒及其續發症。	使用、處理、製造硝基氯苯或暴露於其蒸氣之工作場所。
	7 四胺基聯苯及其鹽類(4-Aminodiphenyl and its salts)中毒及其續發症。	使用、處理、製造四胺基聯苯及其鹽類之工作場所。
	8 多氯聯苯(Chlorinated diphenyls)或同類物中毒及其續發症。	使用、處理、製造多氯聯苯或暴露於其蒸氣之工作場所。
	9 四硝基聯苯及其鹽類(4-Nitrodiphenyl and its salts)中毒及其續發症。	使用、處理、製造四硝基聯苯及其鹽類之工作場所。
	10 鹵化脂肪族或芳香族碳氫化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造鹵化脂肪族或芳香族之化合物之工作場所。
	11 丙酮或 3-3、3-4、3-10 三項以外之碳氫化合物之有機溶劑中毒及其續發症。	使用、處理、製造丙酮或 3-3、3-4、3-10 三項以外之碳氫化合物之有機溶劑或暴露於其蒸氣之工作場所。

4	1	氟化氫中毒及其續發症。	使用、處理、製造氟化氫或暴露於其蒸氣之工作場所。
	2	鹵素之中毒及其續發症。	使用、處理、製造鹵素或暴露於其氣體之工作場所。
	3	硫化氫中毒及其續發症。	使用、處理、製造硫化氫或暴露於其氣體之工作場所。
	4	氰酸或其他氰化物中毒及其續發症。	使用、處理、製造氰酸或其他氰化物或暴露於其氣體、微粒之工作場所。
	5	一氧化碳中毒及其續發症。	使用、處理、製造一氧化碳或暴露於氣體之工作場所。
	6	二氧化碳中毒及其續發症。	使用、處理、製造二氧化碳或暴露於其氣體之工作場所。
	7	二氧化氮、三氧化二氮及二氯化碳(光氣)中毒及其續發症。	使用、處理、製造二氧化氮及三氧化二氮或暴露於其氣體之工作場所使用、處理、製造二氯化碳或暴露於其氣體之工作環境。
	8	二氧化碳等氣體所引起之缺氧及其續發症。	使用、處理、製造二氧化碳等氣體可能導致缺氧之工作場所。
5	1	鉛及其化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造鉛或鉛化合物或暴露於煙霧、粉塵之工作場所。
	2	錳及其化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造錳及其化合物或乾電池製造著色劑、合金、脫劑等之工作場所。
	3	鋅或其他金屬薰? 之中毒及其續發症。	使用、處理、提煉鋅或其他金屬或暴露於其金屬薰? 之工作場所。
	4	鎘及其化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造鎘或電鍍鎘、合金製造、電池製造等之工作場所。

	5	鉻酸及其鹽類或重鉻酸及其鹽類中毒及其續發症。	使用、處理、製造鉻酸及其鹽類或鉻酸及其鹽類如製造觸媒原料、染色、鍍鉻、鞣皮、顏料、製做作業之工作場所。
	6	鈹及其化合物(Beryllium and its salts)中毒及其續發症。	使用、處理鈹或鈹化合物或暴露於此等物質之粉塵或蒸氣之工作場所。
	7	四氫基鉛中毒及其續發症。	使用、處理、製造或暴露於此等物質或含有此等物質之工作場所。
	8	汞及其無機化合物(硫化汞除外)中毒及其續發症。	使用、處理、製造汞及其無機化合物或暴露於其蒸氣之工作場所。
	9	烷基汞(Mercury alkyl)化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造烷基汞或暴露於其蒸氣之工作場所。
	10	五氧化二釩中毒及其續發症。	使用、處理、製造五氧化二釩或暴露於其粉塵之工作場所。
	11	磷及磷化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造磷及磷化合物或暴露於其氣體粉末之工作場所。
	12	砷及其化合物中毒及其續發症。	使用、處理、製造砷及砷化合物或暴露於其粉塵之工作場所。
6	1	雷諾氏病(Raynaud ' s disease)運動神經血管、關節、骨、肌肉、腱鞘或粘液囊等之疾病。	使用輕重機械之振動因身體之接觸如鑿岩機、鍊鋸、鈹打機等之工作場所。
	2	眼球振盪症。	經常工作於坑內或地下之工作場所。
	3	日射病(中暑)熱痙攣熱衰竭等之疾病。	工作於酷熱之工作場所。
	4	潛涵及其他疾病。	工作於異常氣壓下之工作場所。
	5	職業性重聽。	長期工作於強烈噪音之工作場所。

	6	輻射症輻射性皮膚障礙、白血症、白血球減少症、皮膚潰瘍、皮膚癌、骨癌、白內障等症。	使用、處理於放射性同位素、X光線及其他放射性機械之操作之工作場所。
	7	各種非游離輻射引起之疾病(白內障、電光性眼炎、皮膚炎、視神經炎、充血、網膜炎等症。)	使用、處理各種機械、設備暴露於各種光線下之工作場所。
	8	因酸腐蝕引起牙齒之疾病。	使用、處理、製造各種酸類或暴露於其蒸氣之工作場所。
	9	皮膚或粘膜之疾病。	使用、處理、製造各種刺激性之化學品如溶劑煤煙、礦物油、柏油或粉塵之工作場所。
	10	結膜炎及其他眼疾。	使用、處理、製造各種刺激性化合物、高熱各種酸鹼類有機溶劑類等之工作場所。
7	1	外爾氏病(Weil ' s disease)。	有感染外爾氏病之工作場所。
	2	恙蟲病。	戶外勞動易患恙蟲病之工作場所。
	3	豬型丹毒、炭疽、鼻疽等疾病。	接觸患病之動物、動物屍體、獸毛、生皮革及其他動物性之製品之工作場所。
	4	從事醫療業務，由患者之病原體因接觸而引起之法定傳染病以外之傳染性疾病。	診療、治療及看護因職務之原因必須接觸患者之工作場所。

8	1	塵肺症。	<p>一、在粉塵作業場所工作之職業，因長期吸入粉塵，致肺臟發生纖維增殖性變化，以此變化為主體之疾病。</p> <p>二、粉塵作業場所係指從事該項作業之勞動者有罹患塵肺症之虞之工作地點。</p> <p>三、合併症，係指與塵肺症合併之肺結核症，及其他隨塵肺症之進展，發現與塵肺有密切關係之疾病。</p>
	2	其他本表未列之有毒物質或其他疾病，應列為職業病者得由中央主管機關核准增列之。	

備註：一、勞工保險塵肺症審定準則，另以表定之。

二、粉塵作業範圍及塵肺症合併症之範圍，由中央主管機關訂之。

(二) 增列勞工保險職業病種類

中 華 民 國 85 年 6 月 14 日

行政院勞工委員會台 85 勞保 3 字第 120885 號函發布

依據勞工保險職業病種類表第 8 類第 2 項「其他本表未列之有毒物質或其他疾病，應列為職業病者得由中央主管機關核准增列之」規定辦理，新增之職業病種類區分為以下 4 類：

一、第一類化學物質引起之疾病及其續發症

氫鹽酸、硝酸、硫酸氫氧化鈉、氫氧化鉀、氫氯化鋰、二氧化硫銻及其化合物甲醇、丁醇、異內醇、環己醇、甲基己醇甲醚、乙醚、異丙醚、丁烯醚、雙氯異丙醚醇醚類化合物：乙二醇乙醚、乙二醇甲醚等甲醛環氧乙烷、二甲基甲醯胺 (Dimethylformamide) 苯乙烯 (Styrene)、二苯乙炔奈酚 (Naphthol)、茶酚同系物及其鹵化衍生物苯昆 (Benzoguanines) 巴拉刈等除草劑。

二、第二類生物性危害引起之疾病及其續發症（限接觸生物性危害之工作）

退伍軍人症、漢他病毒出血熱、病毒性肝炎、肺結核、愛滋病。

三、第三類物理性危害引起之疾病及其續發症

低溫作業或低溫物品引起之凍傷、失溫等疾病、長期壓迫引起的關節滑囊病變、長期以蹲跪姿勢工作引起之膝關節半月狀軟骨病變壓迫造成之神經麻痺：職業性腕道症候群等長期工作壓迫引起的椎間盤突出。

四、第四類其他危害引起之疾病及其續發症

石綿引起之石綿肺症、間皮細胞瘤及肺癌外因性過敏性肺泡炎及其併發症、除石綿外引起之氣管、支氣管及肺惡性贅瘤其他項目未列之物質引起的職業性氣喘、支氣管炎、肺炎及肺水腫。

資料來源：行政院勞工委員會勞工法令查詢系統

<http://laws.cla.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY01-1.asp>

附表 2

增列勞工保險職業病種類項目

依據勞工保險條例第三十四條第一項之「勞工保險職業病種類表」第八類第二項所定「其他本表未列之有毒物質或其他疾病，應列為職業病者得由中央主管機關核准增列之」，並檢討修正行政院勞工委員會（以下簡稱本會）八十五年六月十四日台八五勞保三字第一二八八五號函核定增列之四類二十九項職業病種類項目，合併納入增列之職業病種類項目如下：

類別	項目	職業病名稱	有害物質、危害因素、致癌物質或致癌特定製程	適用職業範圍、工作場所或作業
第一類化學物質引起之疾病及其續發症	1.1	氨引起之疾病及其續發症	氨	使用、處理製造氨或暴露於其氣體之工作場所。
	1.2	鹽酸、硝酸、硫酸引起之疾病及其續發症	鹽酸、硝酸、硫酸	使用、處理、製造鹽酸、硝酸、硫酸或暴露於其蒸氣之工作場所。

1.3	氫氧化鈉、氫氧化鉀、氫氧化鋰引起之疾病及其續發症	氫氧化鈉、氫氧化鉀、氫氧化鋰	使用、處理、製造氫氧化鈉、氫氧化鉀、氫氧化鋰或暴露於其蒸氣、粉塵之工作場所。
1.4	二氧化硫引起之疾病及其續發症	二氧化硫	使用、處理、製造二氧化硫暴露於其蒸氣之工作場所。
1.5	銻及其化合物引起之疾病及其續發症	銻及其化合物	使用、處理、製造銻及其化合物或暴露於其粉塵之工作場所。
1.6	甲醇、丁醇、異丙醇、環己醇、甲基己醇引起之疾病及其續發症	甲醇、丁醇、異丙醇、環己醇、甲基己醇	使用、處理、製造甲醇、丁醇、異丙醇、環己醇、甲基己醇或暴露於其蒸氣之工作場所。
1.7	甲醚、乙醚、異丙醚、丁烯醚、雙氯異丙醚引起之疾病及其續發症	甲醚、乙醚、異丙醚、丁烯醚、雙氯異丙醚	使用、處理、製造甲醚、乙醚、異丙醚、丁烯醚、雙氯異丙醚或暴露於其蒸氣之工作場所。

1.8	醇醚類化合物：乙二醇乙二醚、乙二醇甲醚等引起之疾病及其續發症	醇醚類化合物：乙二醇乙二醚、乙二醇甲醚等	使用、處理、製造醇醚類化合物：乙二醇乙二醚、乙二醇甲醚等或暴露於其蒸氣之工作場所。
1.9	甲醛引起之疾病及其續發症	甲醛	使用、處理、製造甲醛或暴露於其蒸氣之工作場所。
1.10	環氧乙烷引起之疾病及其續發症	環氧乙烷	使用、處理、製造環氧乙烷或暴露於其蒸氣之工作場所。。
1.11	二甲基甲? 胺 (Dimethylformamide) 引起之疾病及其續發症	二甲基甲? 胺 (Dimethylformamide)	使用、處理、製造二甲基甲? 胺或暴露於其蒸氣之工作場所。
1.12	苯乙烯 (Styrene)、二苯乙烯 (Stibene) 引起之疾病及其續發症	苯乙烯 (Styrene)、二苯乙烯 (Stibene)	使用、處理、製造苯乙烯、二苯乙烯或暴露於其蒸氣之工作場所。
1.13	? 酚 (Naphthol)、? 酚同系物及鹵化衍生物引起之疾病及其續發症	? 酚 (Naphthol)、? 酚同系物及鹵化衍生物	使用、處理、製造? 酚、? 酚同系物及鹵化衍生物或暴露於其蒸氣之工作場所。

	1.14	苯? (Benzoquinone)	苯? (Benzoquinone)	使用、處理、製造苯? 或暴露於其蒸氣之工作場所。
	1.15	巴拉刈等除草劑引起之疾病及其續發症	巴拉刈等除草劑	使用、處理、製造巴拉刈等除草劑或暴露於其蒸氣之工作場所。
第二類生物性危害引起之疾病及其續發症 (限接觸生物性危害之工作)	2.1	退伍軍人症		從事冷卻水維修、牙科門診等工作或工作於中央空調辦公室、旅館、醫院、安養院、精神病院、漩渦水療等有感染退伍軍人症之虞的工作場所。
	2.2	漢他病毒出血熱		從事經常接觸啮齒類動物之工作或工作於啮齒類動物出沒頻繁等有感染漢他病毒出血熱之工作。
	2.3	病毒性肝炎		醫療保健服務業工作人員因針扎、噴濺等途徑，或其他因工作暴露人體血液、體液導致感染之後所致。

	2.4	結核病		從事必須接觸結核病患者或其檢體或廢棄物之工作。
	2.5	後天免疫缺乏症候群		從事必須接觸愛滋病患者或其檢體或廢棄物之工作。
第三類物理性危害引起之疾病及其續發症	3.1	低溫作業或低溫物品引起之凍傷、失溫等疾病		從事經常接觸冰塊、乾冰等低溫物品之工作或工作於冷凍倉庫、高山、水中及其他低溫作業之場所。
	3.2	長期壓迫引起的關節滑囊病變		長期從事工作時須經常壓迫關節之作業。
	3.3	長期以蹲跪姿勢工作引起之膝關節半月狀軟骨病變		長期從事以蹲跪姿勢工作之作業。

	3.4	壓迫造成之神經麻痺：包括職業性腕道症候群等		長期從事腕部反覆性單調動作之作業、長時間用力握緊或反覆抓取物品之作業、腕部須維持不自然姿勢操作之作業、必須直接對腕道施加壓力之作業及使用震動手工作之作業。
	3.5	長期工作壓迫或暴露於全身垂直振動之工作引起的腰椎椎間盤突出		長期從事搬舉重物或坐姿垂振動性工作等與椎間盤突出明確因果關係之職業。
	3.6	長期工作壓迫引起的頸椎盤突出		長期從事搬舉重物或坐姿垂振動性工作等與椎間盤突出明確因果關係之職業。
	3.7	肌腱腱鞘炎		負重、重複動作或用力，不良姿勢等工作引起。
第四類其他危害引起之疾病及其續發症	4.1	石綿引起之石綿肺症		使用、處理、製造石綿之作業或暴露於其纖維粉塵之工作場所。

	4.2	外因性過敏性 肺泡炎及其併 發症		使用、處理、製 造能夠引起此病 之作業或暴露於 其粉塵之工作場 所。
	4.3	刺激性或過敏 性氣喘，支氣 管炎，肺炎， 肺水腫等，包 括棉塵症 (Byssinosis) ，有機粉塵症 (Organic dust toxic syndrome) ， 及地下礦工的 慢性阻塞肺病 (COPD)		使用、處理、製 造能夠引起此病 之作業或暴露於 其氣體，蒸氣， 及粉塵之工作場 所。
	4.4	創傷後壓力症 候群 (Posttraumati c Stress disoder)		工作中遭受嚴重 身體傷害 (Physical injury) 之後所發 生的精神症候 群。
性 癌 症 第 五 類 職 業	5.1	肺癌，喉癌， 間皮細胞瘤 (胸膜，腹 膜，新孢膜)	石綿 (Asbestos) ， 包括含石綿的滑石 (Talc)	使用、處理、製 造石綿之作業或 暴露於其纖維粉 塵之工作場所。

5.2	泌尿道癌症	二氨基聯苯及其鹽類(Benzidine and its salts)	使用、處理、製造左列物質之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.3	泌尿道癌症	? 胺及其鹽類 (-Naphthylamine and its salts)	使用、處理、製造左列物質之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.4	泌尿道癌症	四胺基聯苯及其鹽類 (4-Aminodiphenyl and its salts)	使用、處理、製造左列物質之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.5	肺小細胞癌	雙氯甲基乙醚 Bis (chloromethyl) ether 【BCME】	使用、處理、製造左列物質之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.6	肺癌	六價鉻 (Chormium VI) 及其化合物	使用、處理、製造六價鉻之作業或暴露於其粉塵之工作場所。
5.7	皮膚癌，陰囊癌，肺癌	煤焦油 (Coal tar)	使用、處理、製造煤焦油之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.8	皮膚癌，陰囊癌，肺癌，膀胱癌	煤焦油瀝青 (Coal tar pitches)	使用、處理、製造煤焦油瀝青之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。

5.9	皮膚癌，陰囊癌	礦物油 (Mineral oil) , 頁岩油 (Shale oil)	使用、處理、製造礦物油、頁岩油作業。
5.10	皮膚癌，肺癌	煤煙 (Soots) , 焦油 (Tars) , and (Oils)	使用、處理、製造煤煙、焦油之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.11	肝血管肉瘤	氯乙烯單體 (Vinyl chloride monomer)	使用、處理、製造氯乙烯單體之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.12	血癌	苯 (Benzene)	使用、處理、製造苯之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
5.13	血癌，皮膚癌，甲狀腺癌，骨癌，乳癌	游離輻射線 (Ionizing radiation)	使用、處理、製造游離輻射線之工作場所。
5.14	肺癌鼻，鼻竇癌，鼻癌	無機鎳及其化合物 (Inorganic and its compounds)	使用、處理、製造鎳之作業或暴露於其粉塵之工作場所。
5.15	皮膚癌，肺癌，肝血管肉瘤，肝癌，腎盂癌，輸尿管癌，膀胱癌	無機砷及其化合物 (Arsenic and its compounds)	使用、處理、製造無機砷之作業或暴露於其粉塵之工作場所。

	5.16	肺癌	鈹及其化合物 (Beryllium and its compounds)	使用、處理、製造鈹之作業或暴露於其粉塵之工作場所。
	5.17	肺癌	鎘及其化合物 (Cadmium and its compounds)	使用、處理、製造鎘之作業或暴露於其粉塵之工作場所。
	5.18	血癌	環氧乙烷 (Ethylene oxide)	使用、處理、製造環氧乙烷之作業或暴露於其蒸氣之工作場所。
	5.19	肝癌	B 型肝炎或 C 型肝炎	醫療保健服務業工作人員因針扎、噴濺等途徑，或其他因工作暴露人體血液、體液導致感染之後所致。
第六類致癌之特定製成索引引起之癌症	6.1	皮膚癌	巴拉刈 (Paraquat) 製造	製造巴拉刈之作業。
	6.2	肺癌	煉焦爐作業 (Coke oven emissions)	暴露於煉焦爐廢棄之作業。

資料來源：行政院勞工委員會勞工法令查詢系統

<http://laws.cla.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY01-1.asp>

附表 3 勞保職業病傷病、殘廢、死亡給付案件數 (1999 ~ 2001)

職業病名稱	給付種類						Total	
	傷病		殘廢		死亡			
	件數	百分比	件數	百分比	件數	百分比	件數	百分比
眼睛疾病	8	0.6	3	0.0	2	1.4	13	0.1
游離輻射	7	0.5	3	0.0	0	0.0	10	0.0
異常氣壓	27	1.9	5	0.0	0	0.0	32	0.1
異常溫度	0	0.0	3	0.0	0	0.0	3	0.0
噪音引起之聽力損失	2	0.1	26	0.1	0	0.0	23	0.1
職業性下背痛	340	24.2	11	0.0	0	0.0	351	1.5
振動引起之疾病	30	2.1	6	0.0	0	0.0	36	0.2
手臂頸肩疾病	180	12.8	2	0.0	0	0.0	182	0.8
缺氧症	0	0.0	2	0.0	0	0.0	2	0.0
鉛及其化合物	4	0.3	0	0.0	0	0.0	4	0.0
其他重	5	0.4	0	0.0	0	0.0	5	0.0

金屬及其化合物								
有機溶劑或化學物質、氣體	82	5.80	5	0.0	1	0.7	88	0.4
生物性危害	8	0.6	0	0.0	0	0.0	8	0.0
職業性氣喘、過敏性肺炎	3	0.2	2	0.0	0	0.0	5	0.0
礦工塵肺症極其併發症	129	9.2	22,088	93.2	8	5.7	22,225	93.2
矽肺症及其併發症	14	1.0	1	0.0	1	0.7	16	0.1
石綿肺症及其併發症	36	2.6	1	0.0	5	3.5	42	0.2
職業性皮膚病	129	9.2	6	0.0	3	2.1	138	0.6
職業相關癌症	15	1.1	8	0.0	4	2.8	27	0.1
其他可歸因於職業因	386	27.5	118	0.5	117	83.0	621	2.6

素者								
Total	1,405	100.0	22,290	100.0	141	100.0	23,836	100 .0

資料來源：林洺秀，由職業病案例分析探討勞工安全衛生及檢查策略
，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所。

參考文獻

一、中文部分

(一) 中文書目 (按編著者姓氏筆畫順序)

- 1.王澤鑑，民法學說與判例研究（第一冊），三民書局，1994年10月。
- 2.呂榮海，勞基法實用1，蔚理法律出版社，1990年1月。
- 3.吳庚，行政法之理論與實用，增訂八版，三民書局，2003年8月。
- 4.林山田，刑法通論（上冊），增訂七版，作者自印，2000年10月。
- 5.林更盛，勞動法案例研究（一），翰蘆圖書出版有限公司，2002年5月初版。
- 6.林振賢，新版勞動基準法釋論－比較．理論．實務－，三民書局股份有限公司，1996年5月。
- 7.周治平，刑法總論，三民書局，1968年11月。
- 8.郭育良等合著，職業病概論，華杏出版股份有限公司，1998年。
- 9.陳樸生，實用刑法（重訂版），三民書局，1993年7月。
- 10.陳明裕，勞動政策，財團法人勞工研究資料中心基金會，1992年5月。
- 11.黃越欽，勞動法新論（修訂三版），翰蘆圖書出版有限公司，2006年9月。
- 12.黃茂榮、申康合著，勞動基準篇（增訂版），植根法學叢書編輯室，1987年10月。
- 13.曾淑瑜，醫療過失與因果關係（上冊），翰蘆圖書出版有限公司，1998年7月。
- 14.曾淑瑜，醫療過失與因果關係（下冊），翰蘆圖書出版有限公司，1998年7月。
- 15.焦興鎧、劉志鵬、王松柏、劉士豪、邱駿彥、黃馨慧、黃程貫、林更盛、魏千峰、陳金泉、王惠玲、王能君、陳建文、鄭津津、郭玲惠、郝鳳鳴、楊通軒、鄭傑夫，勞動基準法釋義－施行二十年之回顧與展

- 望，新學林出版股份有限公司，2005年5月。
16. 蔡振修，醫事過失犯罪析論，中華民國醫事法律學會，1996年6月。
 17. 張清滄，例解勞動基準法（增訂三版），五南圖書出版股份有限公司，2004年9月。
 18. 魏朝光，勞動職業災害之補償，財團法人勞工研究資料中心基金會，1992年11月。

（二）學位論文

1. 郭旭東，論我國職業病鑑定制度，中國文化大學法律學研究所碩士論文，2006年。
2. 莊慎翔，疫學因果關係理論的研究，中國文化大學勞動學研究所碩士論文，2007年。
3. 熊谷秀，論鑑定制度之理論構成與實踐，國立成功大學法律研究所碩士論文，2002年。

（三）中文期刊

1. 林更盛，勞基法上職業災害因果關係的判斷－評臺灣高等法院八七年勞上字第五號判決－，台灣本土法學雜誌，第40期，2002年11月。
2. 林振賢，談職業病的鑑定制度，中國勞工，1998年7月。
3. 林永頌、劉彥銓，職業災害之法令及訴訟實務（一），法律扶助雙月刊，第12期，2006年5月。
4. 林永頌、劉彥銓，職業災害勞工案例所涉法令及訴訟實務（摘錄），律師雜誌，第337期，2007年10月。
5. 陳永煌、蘇文麟、熊映美、陳秋蓉，我國與新加坡職業疾病鑑定和補償制度簡介，勞工安全衛生研究季刊，第11卷第1期，2003年3月。
6. 唐國盛，勞基法第五十九條釋論，勞工研究季刊，第91期，1988年4月。

- 7.黃文鎮、江淑娥、賴俊雄、楊冠洋、劉紹興，職業性癌症之監視與調查以白血病及膀胱癌為例，中華職業醫學雜誌 8 (1)，2001 年 1 月。
- 8.葛謹，臺灣醫療糾紛探源－醫療過失責任與理論，醫事法學，第 14 卷第 1 期．第 2 期 (合訂本)，2006 年 6 月。
- 9.葛謹，職業傷病補償法之立法必要性，醫事法學第 14 卷第 3 期．第 4 期 (合訂本)，2007 年 5 月。
- 10.曾傳銘，美國推動職業安全衛生的相關機構，工業安全衛生月刊，2006 年 8 月。
- 11.劉紹興、陳永煌、陳一中、吳聰能，勞工保險『職業病種類表』之缺失與改進建議，中華職業醫學雜誌 4 (4)，1997 年 9 月。
- 12.蕭明文，美國職業安全衛生法修正案摘要，勞工安全衛生研究季刊，1993 年 9 月。
- 13.薛瑞元，論因果關係 (上)，月旦法學雜誌，第 76 期，2001 年 9 月。
- 14.薛瑞元，論因果關係 (下)，月旦法學雜誌，第 77 期，2001 年 10 月。
- 15.蘇德勝，我國職業病鑑定制度，勞工行政，第 152 期，2000 年 12 月。
- 16.羅景全，職業傷病診斷、鑑定與調查程序研討論文集－美國勞工補償制度－以紐約州為例，行政院勞工委員會、行政院衛生署、中華醫學會、中華民國環境職業醫學會、台北榮總職業病防治中心，1997 年 6 月。

(四) 官方資料：

- 1.王惠玲，職業災害爭議與補償，「勞工法規研討會」參考資料，主辦單位：行政院勞工委員會、司法院、法務部；承辦單位：中興大學法律系，1997 年 4 月。
- 2.內政部編印，國際勞工公約及建議書 (中)，第七十六年版。
- 3.世界主要國家職業災害統計分析報告，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，1997 年 3 月，初版。
- 4.95 年度「醫師職業醫學研習會」及「職業衛生護理研習會」日程表及報名表注意事項，行政院勞工委員會，2007 年 5 月 12 日，

[http : w.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=44505f22 : 7159&theme=](http://w.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=44505f22:7159&theme=)。

5. 「職業醫學科專科醫師訓練課程基準」，行政院衛生署，2008年4月20日，[http : //www.doh.gov.tw](http://www.doh.gov.tw)。
- 6.我國職業疾病認定基準摘要，行政院勞工委員會，2007年12月13日，http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/SM_theme?page=41d35566。
- 7.林瑞雄、宋鴻樟，RCA受僱勞工流行病學調查研究(三)，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2002年2月。
- 8.林洺秀，由職業病案例分析探討勞工安全衛生及檢查策略，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2002年12月。
- 9.陳永煌，各國職業疾病鑑定制度比較分析，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2000年10月。
- 10.陳銘志、蔡鳳嬌，美國職業傷病審核認定作業實務考察報告，行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書－美國，行政院勞工保險局，2001年2月。
- 11.第二次修正發布之「職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準」，行政院勞工委員會，2004年12月31日。
- 12.蔡維誼，美國職業衛生管理制度研究，行政院所屬各機關出國報告－美國密西根大學，行政院勞工委員會，2001年3月。
- 13.劉紹興，各國職業醫學科醫師和護理人員訓練制度之比較，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2002年2月。
- 14.鄭尊仁，工作型態與心血管疾病交互作用之研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生所委託研究報告，2004年1月。
- 15.潘致弘，美國職業衛生管理制度研究，行政院及所屬各機關因公出國報告書－美國哈佛大學，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2001年3月。
- 16.戴基福、林瑞雄、劉紹興，RCA受僱勞工流行病學調查研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，1999年7月。
- 17.戴基福、林瑞雄、劉紹興，RCA受僱勞工流行病學調查研究(二)，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2001年2月。

（五）判決

- 1.最高行政法院 22 年判字第 17 號判例，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 2.最高法院 42 年度台上字第 1224 號民事判例，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 3.最高法院 49 年度台上字第 406 號民事判例，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 4.最高行政法院 55 年判字第 228 號裁判，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 5.最高行政法院 61 年裁字第 61 號判例，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 6.最高法院 73 年度台上字第 4580 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 7.最高法院 78 年度台上字第 371 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 8.最高法院 78 年度台上字第 1052 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 9.最高法院 91 年度台上字第 3388 號刑事裁判，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 10.台灣高等法院 86 年度勞上字第 36 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 11.台灣高等法院 87 年度重上國字第 1 號判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 12.台灣高等法院 87 年度勞上字第 5 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 13.台灣高等法院 88 年度上字第 1128 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 14.台灣高等法院 94 年度重勞上字第 8 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。

- 15.台灣高等法院 96 年度勞上易字第 32 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 16.台灣高等法院高雄分院 93 年度重勞上字第 4 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 17.台灣台北地方法院 88 年度訴字第 1939 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 18.台灣台北地方法院 96 年度勞訴字第 53 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 19.台灣桃園地方法院 92 年度訴字第 20 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 20.台灣台中地方法院 96 年度勞訴字 25 號民事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 21.台北高等行政法院 93 年度訴字第 2152 號判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。
- 22.臺灣士林地方法院 87 年易字第 1373 號刑事判決，引自司法院網站，
http://njirs.judicial.gov.tw/fjud/index_3.aspx。

(六) 其他

- 1.目前傷病診治中心，佛教慈濟綜合醫院，2008 年 5 月 20 日，<http://www.bli.gov.tw/html.asp?id=0012883&doGetChildList=N>。
- 2.杜宗禮，台灣勞工保險制度下的職業傷病概況與探討，2008 年 1 月 18 日，<http://www.ccswf.org.tw/2005paper/hazards/du.doc>。
- 3.陳立中，泛述「職業災害勞工保護法」之內涵與施行方式，2005 年 6 月 20 日，石油勞工，<http://www.tpwu.org.tw/periodical/360/1504.htm>。
- 4.國際厚生健康園區，職業病的肇因與防治-漫談職業病，2006 年 3 月 31 日，<http://www.24drs.com/consumer/diseas/occupational/2.htm>。
- 5.梁蕙雯醫師，健康上班族網站，2008 年 5 月 22 日，<http://newwww.iosh.gov.tw/Upload/Service/ocpdehosp2.htm>。
- 6.敬仁勞工安全衛生服務中心，職業病專題系列(三)，2000 年 9 月 4 日，<http://labor.ngo.org.tw/weekly/C200904.htm>。
- 7.聯合網棧，身心障礙福利法各項福利措施，2004 年 11 月 18 日，<http://netinn.udn.com/community/forum/article.jsp?aid=1081297&tpno=0&no>

=3763。

8. 職業癌症研議納入職業病種類，2006年12月5日，<http://tw.news.yahoo.com/060719/15/3d8ex.html>。
9. 羅桂美，「職業災害勞工保護法」之跨步與未竟，新竹市青草湖社區大學，2002年5月。
<http://www.bamboo.hc.edu.tw/workshop/session10/visit/wastewater/rca-appendix.html>。
10. 苦勞網－苦勞報導，2003年12月19日，<http://www.coolcloud.org.tw/news/database/interface/detailstander.asp?ID=76920&sort2=加班>。

二、外文部分

1. 厚生??省?表，??心?疾患?認定基準?改正????，平成13年12月12日(水)，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0112/h1212-1.html>。
2. <http://www.roudoukyoku.go.jp/standard/index.html>，厚生??省，東京??局網站。
3. OSHA Trade News Release，U.S. Department of Labor OSHA，Office of Communications，<http://www.osha.gov>，美國勞工部職業安全及健康管理網站。
4. <http://www.nysif.com>，紐約州立基金會網站。
5. <http://www.gov.sg/mom/menubar/aboutmom/abmom1.htm>，新加坡人力資源部網站。
6. <http://www.gov.sg/mom/wpeaw/navi/health.jpg>，新加坡人力資源部網站。
7. <http://www.gov.sg/mom/wpeaw/indushea/ohc.htm>，新加坡人力資源部網站。
8. <http://www.gov.sg/mom/wpeaw/ihfile/ih3.htm>，新加坡人力資源部網站。
9. 新加坡之工傷賠償利益及索償程序指南，頁7。<http://www.mom.gov.sg/&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dministry%2Bof%2Bmanpower%2Bsingapore%26complete%3D1%26hl%3Dzh-TW>。新加坡人力資源部網站。
10. <http://www.gov.sg/mom/wpeaw/ihfile/ih3.htm>，新加坡人力資源部網站。
11. http://www.lawsoc.org.sg/awareness/woekman_compen.html，新加坡法務部網頁。
12. <http://www.med.nus.edu.sg/cof/cofintro.htm>，國立新加坡大學醫學研究所網頁。

附錄 1

各國職業病鑑定制度比較之簡表

	我國	美國	日本	新加坡
管理機構	勞委會	勞工賠償局	勞動部	人力資源部
法源依據	安全衛生法	勞工賠償法案	勞基法	WCA及工廠法
通報人員	醫師	註冊執業醫師	醫師及雇主	醫事人員及雇主
通報表格	V		V	V
懲戒				
通報期限		2年		10天內
調查機構	勞委會	保險公司 WCB	勞動部	人力資源部
專家酬勞				V
判定機構	勞委會	WCB	勞動部	HIS
行政訴願	V			V
法律訴訟	V	V		V
訴訟期限	6個月		3個月內	14天內上訴
備註		雇主無過失之保險	雇主無過失之保險	

資料來源：行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所（90/10/29）九十年
度職業醫學與勞動保健成果發表會

http://www.iosh.gov.tw/netbook/90workshop/w901029/w901029_5.htm

附錄 2

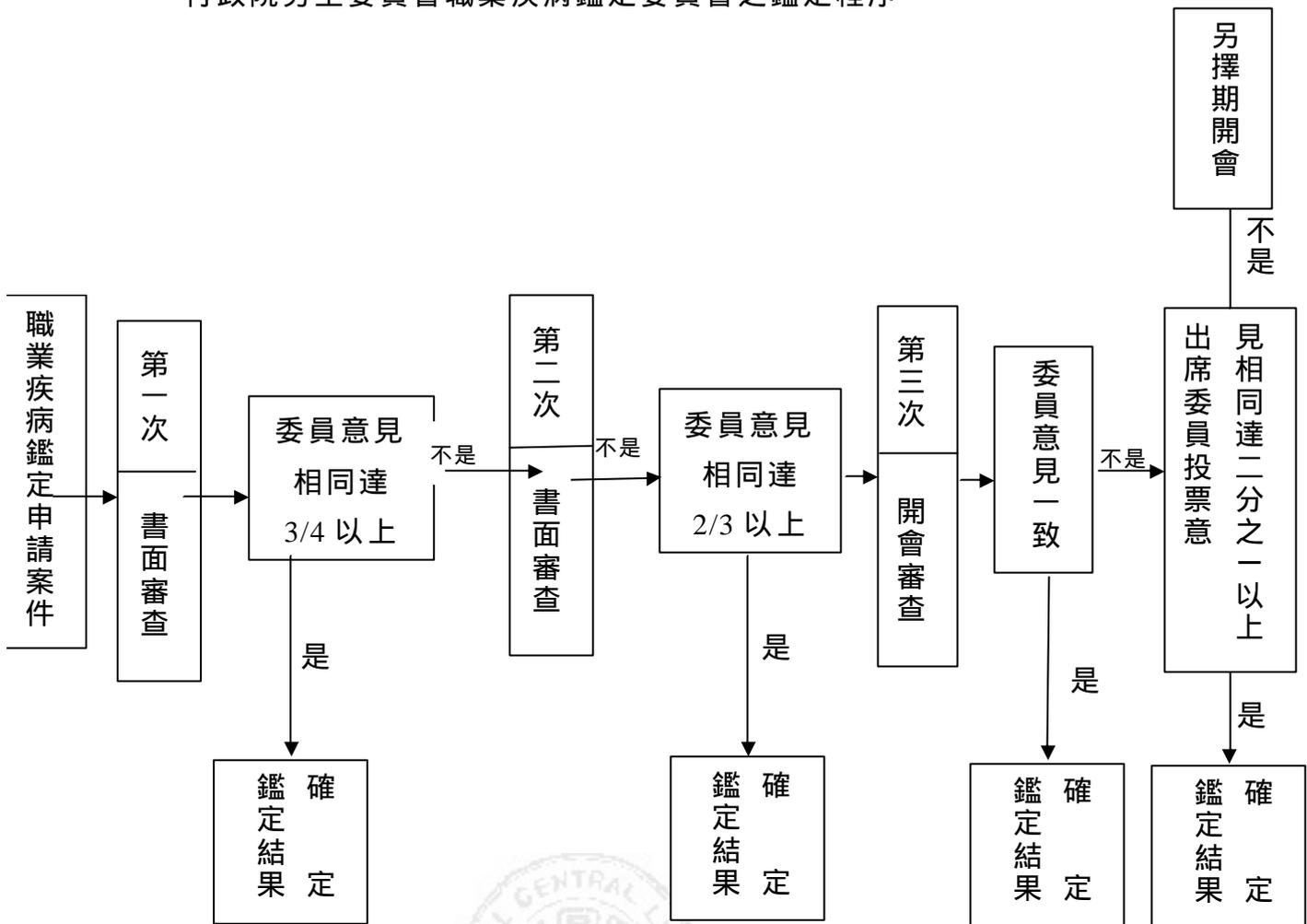
當勞工發生職業災害或罹患職業病時

	僅持健保卡	持職災門診及住院單、健保卡
勞保傷病認定	普通傷病	職業災害傷病
職災醫療費用	要部分負擔	免部分負擔
須經轉診程序	要轉診	不受轉診限制
勞保傷病給付	住院第四日起，每月領投保薪資 50%，最多一年	因傷病無法工作期間（含門診復健），每月可領投保薪資 70%（第一年）投保薪資 50%（第二年）
勞保殘廢給付	依殘廢等級表給付	依殘廢等級表，再加給 50%
勞保死亡給付	依年資計，最高 35 個月投保薪資	職災死亡，一律給付 45 個月投保薪資
勞基法職災補償	不屬職災全無保障，病假薪水減半（或全無）	明文規定職災補償是雇主責任，且公傷假期間薪水照給，並不得解雇職災勞工

資料來源：工作安全講座，主講人：工傷協會賀光正專員及李俊賢志工，
http://www.ncvs.tpc.edu.tw/guidan_/工作安全講座。

附錄 3

行政院勞工委員會職業疾病鑑定委員會之鑑定程序



附錄 4

職業醫學科專科醫師訓練課程基準

本課程訓練完成所需時間為三年

訓練年		訓練項目(課程)	訓練時間	評核標準(方法)	備註
第1年 (PGY1)	3個月	一般醫學實務訓練 社區醫學基本課程 社區醫學相關選修	依本署訂定畢業後一般醫學訓練內容及時間辦理(詳如附件)	學習護照(由衛生署委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會訂定)	
	3個月	一般內科			
	6個月	一、病房基本訓練：在內科(或家庭醫學科)病房實施，每次輪轉病房以1至2個月為一輪。 二、門診訓練：訓練其門診診療能力。 三、急診訓練及重症加護訓練：至少應有2個月之急診和重症加護病訓練。	6個月	1.每週參與1次以上門診醫療工作(3年至少50次)。 2.訓練單位、負責指導之專科醫師給予考核。 3.受訓醫師紀錄修業成果表及修業紀錄表，並有主治醫師或授課老師蓋印。	第1年住院醫師宜照顧10至15位病患。

<p>第 2 年 至 第 3 年</p>	<p>一、職業醫學科臨床訓練 (一) 職業病診療：對疑似職業病患者進行診斷、門診、住院等醫療工作，受訓醫師除學習職業史之問診與紀錄、治療計畫之訂立與執行外，並應學習建立職業病患者之個案資料檔案以繼續追蹤照護，並符合補償、預防、復工（Compensation、Prevention Return to work, CPR）之精神。 (二) 職業病防治諮詢：就所收集的國內外有關職業醫學文獻資料與實務經驗，學習提供有關職業暴露化學物質、環境污染物質之毒理諮詢服務及物理性、人因性及生物性病源之預防與診治。 (三) 職業醫學相關的臨床學科訓練：應針對特殊健康檢查項目，由胸腔科、神經科、皮膚及耳鼻喉等科之專科醫師，指導受訓醫師在塵肺</p>	<p>24 個月</p>		
------------------------------	--	--------------	--	--

	<p>症之 X 光判讀(至少 12 小時)、肺功能檢查之操作與判讀(至少 4 小時)、聽力計檢查之操作與判讀(至少 4 小時)、皮膚疾病鑑別診斷(至少 12 診次)、各項神經學特殊檢查之技巧與結果判讀(包括肌電圖與神經傳導速度檢查至少 4 小時)、神經疾病鑑別診斷(至少 12 診次)等能力。</p> <p>(四)健康檢查評估：學習對勞工健康檢查評估其健康狀態，對健康檢查異常之勞工做複查與鑑別診，以繼續追蹤照護，並學習建立勞工健康與工作異動之資料檔案，以繼續追蹤服務。</p> <p>(五)疾病與職業相關性判定：學習對於疑似或確定職業病病例之工作環境，在相關單位配合下進行職場之健康危害的評估，並學習作疾病與職業相關性判定與通報(至少 10 例)，與發現未曾就診醫治</p>			
--	--	--	--	--

		<p>之疑似案例。</p> <p>(六)學術報告或演講：於本學科學術月會或相關醫學會作研究或個案報告至少 4 次；配合有關單位辦理有關職業醫學之講習推廣工作，擔任講師至少 1 次。</p> <p>(七)研究：參與設計或執行與職業病防治相關之調查研究(至少 1 項)。</p> <p>二、職業醫學學科訓練</p> <p>(一)毒物學：以物質為分類導，探討各項健康危害因素之危害機轉、症狀表現及診斷治療(至少應 32 小時)。</p> <p>(二)環境職業病：以人體器官系統分類，系統因環境或職業因素引起各項疾病之機轉、症狀表現及其鑑別診斷與治療經驗(至少應為 32 小時)。</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>(三) 流行病學：概論流行病學研究方法，針對環境及職業有關暴露因子對人體健康危害探討，並應包括流行病學研究報告導讀(至少應為 32 小時)。</p> <p>(四) 生物統計：概論生物統計學之各項方法與實際運用(至少應為 32 小時)。</p> <p>(五) 工業衛生：概論作業環境中危害因素之認知、環境測定原理原則、危害評估與控制等原則及其實習(至少應為 32 小時)。</p> <p>(六) 職業醫學專題討論：應包括職業衛生政策與管理、勞工安全衛生法規、職業危害補償、殘障鑑定、職業醫學醫師之角色與執業規範、國內工廠內安全衛生管理現況等有關之問題(至少應為 32 小時)。</p>			
--	--	--	--	--	--

	<p>三、實務與管理</p> <p>(一)作業場所之危害認知評估：至作業現場實地觀察，作各項作業之危害評估，受訓醫師須完成 10 家事業單位(至少分屬 5 種不同行業)的製程或作業之危害評估報告。學習一般現場環境採樣儀器設備之使用原則與技巧。</p> <p>(二)個人防護設備之使用與維護：學習配合作業現場之危害認知評估，學習選用或建議各型個人健康防護設備與維護。</p> <p>(三)設計員工健康管理或健康促進計畫：接受業界委託，配合工作環境之健康危害評估與健康檢查資料判讀(如流行病學)，針對個別需要設計員工健康管理健康促進計畫，並協助業界追蹤管理其成效並作適度之修正。</p> <p>(四)環境與職業場所健康風險評估。</p>			
--	--	--	--	--

		(五)參與公司或工廠防疫計劃(設計規劃1家公司或工廠的防疫措施)。 四、論文(選修)得選擇與環境職業醫學相關之研究題目完成論文。			
--	--	---	--	--	--

附件：

一般醫學實務訓練、社區醫學基本課程、社區醫學相關選修、專科相關選修訓練課程

一年期畢業後一般醫學訓練計畫分為兩大部分，各6個月訓練。第一部分含「40小時一般醫學基本訓練課程」、「1個月一般醫學實務訓練」、「1個月社區醫學基本課程」、「1個月社區醫學相關選修」及「3個月專科相關選修」等共6個月訓練，係委由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下簡稱醫策會)負責規劃，訓練內容及評值詳如本計畫。第二部分為「6個月全人醫療訓練」，由各訓練醫院依各專科醫師訓練課程綱要規定辦理。

(一)一般醫學基本訓練課程：40小時。

課程內容	時數
醫學倫理與法律	10至14小時
實證醫學	6至10小時
感染控制	6至10小時
醫療品質	6至10小時
病歷寫作、死亡診斷書、疾病診斷	4至6小時

書 開立	
---------	--

- 1.課程內容應以實際案例之研討及實務訓練為主。
- 2.感染控制需含安全防護實務演練至少 2 小時、新型流感及結核病防治相關議題。
- 3.訓練醫院應依受訓學員學習背景安排適當課程內容；未接受過畢業前一般醫學基本訓練課程之學員，訓練醫院應安排基本知識之補強。

(二)一般醫學實務訓練：1 個月。

1.選修原則：

「1 個月一般醫學實務訓練」在一般醫學內科受訓者，則「3 個月專科相關選修」須在一般醫學外科受訓；如「1 個月一般醫學實務訓練」在一般醫學外科受訓者，則「3 個月專科相關選修」須選擇在一般醫學內科或一般醫學兒科受訓。

2.訓練內容：

一 般 醫 學 內 科 實 務 訓 練 內 容	
症狀或徵候	貧血、胸痛、腹痛、水腫、心悸、呼吸困難、發燒、寡尿。
病態或疾病	休克、意識障礙、消化道出血、腦血管疾病、尿路感染、下呼吸道感染/慢性阻塞性肺疾/氣喘、糖尿病、高血壓、蜂窩組織炎或丹毒。
執行或判讀	執行血液培養、心電圖判讀、簡易實驗室檢查結果判讀、胸部 X 光判讀。

一 般 醫 學 外 科 實 務 訓 練 內 容	
病態或疾病	頭部外傷、氣胸、腹部急症、骨折、褥瘡、

	血尿。
執行或判讀	無菌觀念、基本傷口縫合技術、基本外科傷口照料、常見外科疾病之手術適應症、手術前評估與準備、手術後之照護(含疼痛處理)、氣管插管、引流管置入照護、中央靜脈導管(CVP)插入與照護、燙傷緊急處理、緊急創傷評估、簡易麻醉、石膏與副木固定。

註：已受過畢業前一般醫學訓練的學員，上述內容應以實際照顧病人為主。

(三)社區醫學基本課程：1 個月。

訓練內容	
全人照護 (BPS)	生物心理社會模式在基層醫療之運用、社區常見健康問題之討論、社區老人評估與安置、婦幼衛生、生活型態之改變：以戒菸或減重為例。
社區導向 基層醫療 照護 (COPC)	公私立基層醫療院所之角色與功能、衛生所個案管理、居家訪視、社區防疫工作、社區健康評估、社區健康計畫實施與修正。
整合性健 康照護體 系(IDS)	後 SARS 社區醫療體系之建構、社區醫療群之組織與運作、社區公衛群之組織與運作、社區緊急醫療體系、社區心理衛生：以憂鬱症防治為例。

(四)社區醫學相關選修：1 個月。

1.選修原則：

受訓學員需從社區醫療實務、婦產科、兒科、急診醫學科、精神科等 5 科中跨科選修 1 科，請各訓練醫院依其訓練環境、師資及學員意願考量，安排選修課程。選修社區醫療實務者，應先完成 1 個月社區醫學基本課程。

2.訓練內容：(1) 社區醫學相關選修—社區醫療實務：

訓練內容		
主軸一	社區健康營造（社區健康促進）與整合性照護	<p>社區健康營造、社區動力、社區健康議題調查及診斷、社區健康促進策略及執行、社區健康促進評估與檢討、社區健康促進網絡、健康促進家庭、健康促進學校。</p> <p>社區醫療群--診所角色、功能、經營與管理、家庭醫師之角色扮演、病患之持續性照護安排，轉診與追蹤、執行中心之運作，社區公衛群，社區職場複合式健檢，慢性病照護。</p>
主軸二	社區長期照護與社區資源運用	<p>居家式長期照護、社區式長期照護、機構式長期照護（一）--榮民之家、機構式長期照護（二）--護理之家、機構式長期照護（三）--安養或養護機構、出院準備與資源轉介。</p> <p>兒童少年福利資源認識與運用、身心障礙福利資源認識與運用、老人福利資源認識與運用、社區健康照護單位的聯繫及整合、社區內相關社團之社區運作網絡。</p>

註：各訓練醫院可依醫院之教學資源就「主軸一」或「主軸二」擇一安排訓練課程；如限於教學資源，訓練醫院得於「社區健康營造（社區健康促進）」、「整合性照護」、「社區長期照護」及「社區資源運用」等 4 大主題中擇定 2 大主題安排訓練課程。

(五)專科相關選修：3 個月。

1.選修原則：

- (1)選修科別為一般醫學內科、一般醫學外科、一般醫學兒科，擇一訓練，為期 3 個月。
- (2)「3 個月專科相關選修」在一般醫學外科受訓者，則「1 個月一般醫學實務訓練」須在一般醫學內科受訓；如「3 個月專科相關選修」在一般醫學內科或一般醫學兒科受訓者，則「1 個月一般醫學實務訓練」須選擇在外科受訓。
- (3)內、外、兒科第一年住院醫師得跨科選修，以拓廣其未來專業發展相關知識及技術之領域，其他各科第一年住院醫師應跨科選修有助於其未來專業發展之領域。
- (4)訓練醫院於考量內、外、兒科所能提供之師資人數、教學設備等條件後，決定其可提供之訓練容額，並統一調配。

2.訓練內容如附件(一)

(六)全人醫療訓練：6 個月。

各專科醫學會已納入專科醫師訓練課程規劃，由各訓練醫院依各專科醫師訓練課程綱要規定辦理。本訓練之目標為培養醫療專業人員具備美國 IOM (Institute of Medicine)所建議之核心能力，包括：以病人為中心的醫療、跨領域的醫療團隊工作、基於實證醫學的專業執行、醫療品質促進以及資訊技術利用；及 ACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education) 所建議的核心能力，包括：病人照顧、醫學知識、臨床工作中的學習與改善、人際關係與溝通技巧、醫療專業以及制度下的臨床工作。

(七)訓練安排相關規定：

- 1.各訓練課程「1個月一般醫學實務訓練」、「1個月社區醫學基本課程」、「1個月社區醫學相關選修」需以1個月為單位，「3個月專科相關選修」需以3個月為單位。
- 2.各階段訓練課程，可分開或連續訓練，各階段訓練課程次序由訓練醫院依各自之情況安排；惟「1個月社區醫學相關選修」如在「社區醫療實務」受訓者，需先完成「1個月社區醫學基本課程」。
- 3.訓練學員應於第一年住院醫師訓練期間內完成上開訓練。

資料來源：行政院衛生署衛生法規資料檢索系統

<http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/NewsContent.asp?msgid=918>