

國立臺灣大學法律學院科際整合法律學研究所

碩士論文

Graduate Institute of Interdisciplinary Legal Studies  
College of Law  
National Taiwan University  
Master Thesis

流行病學與法學因果關係之研究：以職業傷病為例

A Study of Epidemiological Causal Relationship and Legal Causation :

Focusing on Occupational Iillnesses.



王嘉琪

Chia-Chi Wang

指導教授：葉俊榮 博士

Advisor : Jiunn-Rong Yeh, J.S.D

中華民國 102 年 1 月

January, 2013

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

流行病學與法學因果關係之研究：以職業傷病為例

A Study of Epidemiological Causal Relationship  
and Legal Causation :  
Focusing on Occupational Injuries.

本論文係王嘉琪君 (R97A41016) 在國立臺灣大學科際整合  
法律學研究所完成之碩士學位論文，於民國 102 年 01 月 28 日承  
下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

指導教授：

葉俊榮

口試委員：

王榮德

王能君

葉俊榮

## 謝辭

感謝指導教授葉俊榮老師，擔任老師計畫助理期間，老師豐富的學識內涵和視野讓每次的討論都讓人感到如沐春風，討論論文時老師也總是給予最大的支持和鼓勵，讓才疏學淺的自己有足夠的勇氣繼續前進。感謝口試委員王能君老師和王榮德老師，在王能君老師的勞工法專題課程及擔任王榮德老師研究助理期間所學習到的，不論是學識專業或為人處事方面，都已經超越「受益匪淺」四個字所能形容，未來從事律師工作時，我也會帶著從老師們身上所學習到的精神勉勵自己繼續精進。

還記得多年前衛政所口試完的那一天，一陣忙亂後驚覺自己完全沒有口試時的照片，當時還和同學笑稱：慘了，看來只好再念一個研究所了！沒想到一語成讖(?)，從一個學(苦?)海跳進另一個研究所的學海，而且這次這個海更深、更苦，不僅畢業學分是前一個研究所的三倍，更慘的是游到一半，回頭還看不到岸，只好硬著頭皮埋頭苦游到彼岸…。感謝上一個研究所的指導教授鄭雅文老師和口試委員邱文聰老師、郭育良老師、以及王榮德老師，沒有老師們的啟發和支持，嘉琪不會有勇氣踏進科法所、也不會有這本論文的產生。

這麼這麼多年來，從羅斯福路的校總區，到仁愛路的醫學院、徐州路的新公衛大樓和舊法學院，最後再度回到了總區，這個是起點也是終點的地方，看著總區大大小小的變化，從漢堡王變成摩斯的小福，越來越詩意、不時飄著咖啡香的醉月湖畔，就連新的社科院也蓋好了，更多的是一棟棟叫不出名字的新教學大樓…，對於見證這些大小變化的自己，常忍不住想：「這麼多年過去了，是不是只有我還停在原地？」

在這些惶惶不安的日子裡，首要感謝家人以及身邊強大親友團的支持（尤其是叔叔姑姑、表兄弟姊妹、堂兄弟姊妹們…等族繁不及備載的宗親會），我愛你們！也要向曾經給予照顧、關心及打氣支持的國中、高中、大學、研究所同學、學弟妹、學長姐及師長們致謝，尤其是明翰及其家人的關愛。雖然未來的難題只會更多，但我會帶著這些年學到的寶貴經驗來面對這些挑戰，期待能盡自己綿薄之力，對社會有所貢獻。再次感謝大家，未來也敬請多多指教。

## 摘要

「職業災害」包含「職業傷害」與「職業病」。勞工於執行職務時，遭受職業災害主要的救濟請求權主要有以下三種：(1) 勞工保險職災給付（採無過失主義的社會保險給付）；(2) 勞基法上的雇主補償責任（採無過失主義）；(3) 民法上的雇主侵權行為責任及契約責任（採過失主義）；形成職業災害賠償與補償之三重保護制度。當究竟是否屬於職業傷病，在認定上產生爭議、進入法院時，目前法院實務上以災害的發生與其執行職務是否有相當因果關係，作為判斷之依據，其中包括「業務遂行性」與「業務起因性」之判斷。而關於流行病學、職業醫學專業的鑑定、或診斷書之意見，往往以鑑定意見或行政機關判斷餘地之形式進入到法院，根據職業醫學，要判斷是否屬於職業傷病，必須符合五個原則：(1) 考慮疾病的證據；(2) 考慮疾病與工作的時序性；(3) 考慮人類流行病學的資料；(4) 考慮職業暴露的證據；(5) 排除其他病因：包括考量職業相關的因子與其自身體質、危險因子相比，超過百分之五十機率時，才可認定為職業病。

對於這類科學證據的提出，美國法院在 Daubert 案中要求原告必須提出流行病學相對危險度 RR 值達 2 以上的證據作為因果關係成立之門檻。然而，不論是描述流行病學、分析流行病學（包括橫斷性或縱貫性研究）、或實驗流行病學，都是透過不同的研究、統計方法、或建立因果關係推論原則來嘗試描繪事實上因果關係存在與否、以及存在的機率有多高。惟不同的研究方法本身都有其侷限（包括暴露資料難以取得、樣本數大小、抽樣及分派方式為何、研究樣本代表性的問題、對照組可對照的程度高低、測量上總有難以克服的系統性偏差、無法排除的外部因子之干擾、以及疾病的潛伏期長短…等）。若我們把這個透過科學來幫助嘗試接近或了解「事實上因果關係」存在與否的過程，稱為一個「發現真實」的過程的話，那麼，在所謂科學上發現真實的手段也有許多前提假設及侷限的情況下（甚至，理論架構本身其實就已經決定了研究者選擇問那些問題、而不問哪些

問題，蒐集哪些資料、而不蒐集哪些資料，進而影響研究者會如何去解讀資料與詮釋現象），當職業傷病的糾紛進入普通法院（如：向雇主請求侵權行為的損害賠償）或行政法院（如：勞保局核定非屬職業傷病、不予職業傷病給付）時，法院究竟要如何看待所謂流行病學這些統計數據的證據或所謂的專家鑑定意見？法院的任務是否仍限於單純的「發現真實」？或是「決定因果關係存否的標準」此時已經被賦予發現真實以外的任務（如：做為調整價值分配、維護制度目的工具）？尤其，侵權行為損害賠償和勞保社會保險給付的目的不同，在這兩個不同的法院系統間，對職業傷病流行病學因果關係成立與否的認定標準（即，法學因果關係）是否（或應否）一致？法院對職業傷病成立與否判斷標準之寬嚴又可能會產生什麼影響？

本文回顧民國 85 年至 101 年，普通法院（台灣高等法院、最高法院）以及行政法院（台北高等行政法院、以及最高行政法院）關於職業傷病的判決後，在行政法院的部分大致可歸納出法院駁回原告（即勞工）之訴的三大類理由，包括（1）尊重行政機關判斷餘地；（2）自身體質高於工作因素；（3）原告未盡舉證責任。僅極少數透過實質審查及降低勞工舉證責任的方式，做出有利原告之判決。在普通法院的部分，本文提出十個值得進一步探討的案例來分析討論，初步發現勞保局、醫學專業、勞動檢查所、普通法院、及行政法院對同一個個案可能做出相異的認定結果，顯示不同系統間對同一個案之傷病和工作間有無因果關係的標準及看法可能不同。而法院在認定的過程中，與其說法院在發現真實，毋寧說更是一種政策性、價值取向的決定（如：認為不宜過度擴張雇主補償責任，以免有害經濟發展，因此傷病與業務間必須達「密接關係」的程度；或是為擴大保障受災勞工，因此傷病與業務間只要有「合理關聯」即可），而非單純的真實發現、亦非單純套用「相當因果關係」這個法學概念操作後的結果。而流行病學或職業

醫學對因果關係存在的機率此種關於「量」的估計值，也透過法院的說理而產生質變、轉換成一種「質」的考量，最後展現在法院所建立的浮動標準上。

因此，當流行病學推論因果關係成立與否的證據（如：流行病學研究所得出的風險指標、或是動物實驗的試驗結果）進到法庭時，法院基於法政策與價值的考量，仍應保有一定獨立判斷的空間。尤其，法學做為一種研究「規範」的學科以及法律實踐所特有的論爭性格，往往正是表現在規範性的價值評斷之上。何況隨著經濟發展和產業型態的變遷，關於「職業傷病」的意義及內涵，其實是社會經濟結構、醫學專業、勞工、利益團體、以及政府等多方共同互動下的產物，而並非單純科學客觀定義下的結果，而法院作為整個社會系統中的一環，在認定是否屬勞基法或勞保條例上的職業傷病時，展現在判決書上之判決理由也不應僅是所謂「依法裁判」的結果，而是有活化法規制度的影響力。若說流行病學或職業醫學是透過科學系統的研究方法來形塑出一個科學系統所認定的真實、提供法院一溝通的背景而已，那麼，法學作為一個系統，當然也可以透過法學的符碼來建構什麼才是符合該制度精神下的真實，而價值判斷就是其中一個重要的元素。因此，本文認為法院透過實質的說理（如：說明採納或不採納勞保局或醫學鑑定意見的理由、勞基法上雇主補償責任和勞工職災保險兩者就職業傷病的認定標準是否應予以分割…等，而非形式地套用法學概念「所謂相當因果關係就是有此情形存在通常足生此種損害…」或「尊重行政機關判斷餘地」等口號）就是其中一種可以促進不同領域間對話的重要方式。

關鍵字：職業災害、職業傷害、職業病、流行病學、因果關係、認定標準、判決

# 目錄

摘要.....	ii
緒論.....	1
第一節    研究背景與動機.....	1
第二節    研究目的.....	6
第三節    研究方法與限制.....	6
第一章    台灣職災勞工保障制度之現況.....	8
第一節    職業災害之定義.....	8
第二節    我國職災之救濟制度.....	10
一、    勞工保險條例.....	11
二、    勞動基準法.....	15
三、    民法.....	16
四、    職業災害勞工保護法.....	17
第三節    現行勞保制度下，職災勞工傷後求醫之流程.....	21
一、如何以勞保身分就醫？.....	21
二、如何取得職業病門診單？.....	22
三、如何申請勞保職災傷病給付？如何被認定為職災？.....	22
第二章    流行病學與法學因果關係.....	26
第一節    流行病學因果關係.....	26
一、流行病學之定義.....	26
二、流行病學的分類、方法與限制.....	31
(一) 描述流行病學 (descriptive epidemiology) : .....	32
(二) 分析流行病學 (analytical epidemiology) : .....	34
1、 橫斷性研究 (cross-sectional study) : .....	34
2、 縱貫性研究 (longitudinal study) : .....	35
(三) 實驗流行病學 (experimental epidemiology) : .....	39
1. 隨機分配 (randomized clinical trial) : .....	40

2. 隨意分配 (arbitrary allocation) :	40
三、簡單介紹統計理論	41
四、判斷因果關係的流程	45
(一) 時間關係、時序性 (Temporality) :	46
(二) 相關的一致性 (Consistency of the association) :	47
(三) 相關性的強度 (Strength of the association), 或稱劑量— 效應關係 (Dose-response relationship) :	48
(四) 關聯的特異性 (Specificity of association) :	49
(五) 生物的贊同性 (Biological Plausibility) :	50
五、對流行病學意義之再思考與小結	50
第二節 法學因果關係	52
一、條件理論	53
二、原因說	54
(一) 必生原因說 (又稱必要條件說) :	54
(二) 直接原因說 (又稱最先原因說) :	55
(三) 最重原因說 (又稱最有力條件說) :	55
(四) 決定原因說 (又稱優勢條件說) :	55
(五) 最後條件說 (又稱最終原因說) :	55
(六) 異常行為原因說 :	55
三、相當因果關係說	56
(一) 主觀的相當因果關係說	56
(二) 客觀的相當因果關係說	56
(三) 折衷的相當因果關係說	57
四、重要性理論	58
五、客觀歸責理論	58
(一) 製造法所不容許的風險 :	59
1. 降低風險 :	59
2. 替代性風險 :	60
3. 可容許風險 :	60
(二) 實現不法風險 :	61
1. 結果與行為間須具常態關連、無重大因果偏異 :	61
2. 未實現不被容許的風險 :	61
3. 注意法規範的保護目的 :	62
(三) 構成要件效力範圍/他人及自我負責領域 :	62



	1. 他人（第三人）專屬負責領域： .....	62
	2. 自我（被害人）負責原則： .....	63
第三節	美國法上承認科學證據的基本原則 .....	64
一、	Frye 原則 .....	64
二、	聯邦證據規則之相關規範 .....	65
三、	Daubert 法則 .....	66
四、	小結 .....	69
第三章	職業災害相關訴訟案件分析 .....	70
第一節	普通法院判決 .....	70
一、	查詢結果分析 .....	70
二、	明白指出不受行政法院或勞保局核定結果拘束，或與行政法院或勞保局認定結果相異的案例 .....	71
三、	本節小結 .....	107
第二節	行政法院判決 .....	113
一、	行政法院維持行政機關見解之理由 .....	113
	基本句型一：是否為職業傷病所引發，涉及專業性、經驗性之判斷，基於法院審查能力有限，及司法、行政權分立之原則，法院原則上承認行政機關就此等事項之決定，有「判斷餘地」 .....	113
	基本句型二：自身因素高於工作因素，故本案應不能認定其發病與工作有相當因果關係 .....	115
	基本句型三：原告（勞工）未盡舉證責任 .....	120
二、	行政法院未採行政機關見解之理由 .....	122
三、	本節小結 .....	130
第三節	小結與討論 .....	133
一、	行政法院比普通法院更保守 .....	133
二、	透過實際對行政機關判斷餘地的審查可增加對話可能性 .....	133
二、	浮動的因果關係標準—因果關係產生質變，被賦予調整價值分配、維護制度目的或政策決定之任務 .....	134
三、	不同制度間的標準應否統一？統一的利與弊？ .....	137

第四章	結論與討論.....	139
一、	關於流行病學的相對危險度與因果關係.....	139
二、	關於一般因果關係與個別因果關係.....	142
三、	從流行病學研究所得出的風險指標有其侷限.....	144
四、	流行病學與法學在判斷因果關係是否成立的推論方式不同.....	145
五、	各制度目的不同，法院在尊重行政機關判斷餘地之餘應該有自己形塑法學因果關係標準的空間以促進對話.....	147
六、	不論是賠償、補償或是保險給付，根本之道仍在預防.....	149
參考文獻.....		153

## 圖表目錄

圖一、	我國職災救濟制度補償範圍關係圖.....	11
圖二、	職災勞工就醫程序.....	24
圖三、	職業病認定與申請補償流程.....	25
圖四、	研究區位層次不同所帶可能來的生態謬誤.....	33
表一、	我國職災救濟制度.....	20
表二、	世代追蹤研究所得之暴露狀況與疾病狀態之分布.....	37
表三、	病例對照研究法所得之暴露狀況與疾病狀態之分布.....	39
表四、	普通法院案例一至案例十之整理對照表.....	110

## 緒論

### 第一節 研究背景與動機

「職業災害」包含「職業傷害」與「職業病」。根據勞保資料，台灣每年約有四萬人次請領職業災害給付，其中約包含 300 起死亡職災<sup>1</sup>。然而，長期以來，勞工、資方、與政府三方所關心的勞工議題仍主要圍繞在工時、工資及退休金制度等議題，直到最近越來越多的過勞爭議，才讓職業病這個問題漸漸受到大家的關注。然而，當勞工發生職業災害、罹患職業病時，要怎麼認定該勞工的傷殘死亡是否為「職業上原因」所引起？實務上以災害的發生與其執行職務是否有明確的因果關係，作為判斷之依據。簡單的說，職業災害之認定必須有「業務遂行性」<sup>2</sup>（in the course of employment）與「業務起因性」（arising out the employment）。所謂「業務起因性」指的是勞工在雇主的支配或管理下從事業務所伴隨之危險，在經驗法則上可以認為所發生之事實與該危險間有因果關係而言。而「業務遂行性」則是最早由日本厚生勞動省所發展出來、用以輔助判斷是否屬於職業傷害的工具概念，指的是勞工的行為必須是在執行職務、屬於業務範圍，始屬職業災害。因此，業務遂行性之有無，透過整理可具體區分為三種情形，即（1）在雇主支配管理下從事工作，（2）在雇主支配管理下但未從事工作，以及（3）在雇主支配下，但不在其管理下從事工作等三種情形。而我國目前解釋業務起因性當中的因果關係則以「相當因果關係說」（Proximate Cause）為主流。但是實務判決對於「相當因果關係」之判斷似乎仍經常無法擺脫過於空洞、不確定的概念，這是因為職業傷害與職業病的過程有時是連續的，在就業型態與工作時間彈性化的趨勢下，「工作環境」與「工作以外的生活環境」也變得越來越難以切割。尤其職

---

<sup>1</sup> 參行政院勞工委員會 100 年勞動統計年報，「勞工保險職業災害保險給付人次」，101 年 6 月出版。

<sup>2</sup> 參邱駿彥，我國職業災害補償制度，輔仁法學第 17 期，第 208-209 頁，1998 年 6 月。臺灣勞動法學會編，「勞動基準法釋義—施行二十年之回顧與展望」，頁 535 至 543，楊通軒執筆。新學林出版股份有限公司，2009 年 9 月。更詳細關於業務起因性與業務執行性概念之緣起與法院實務運作之介紹可參楊雅萍，過勞死之職業災害認定制度之形成與發展—台灣法制與日本法制之比較，台灣大學法律學研究所碩士論文，頁 59 至頁 64，2007 年 7 月。

業病或職業性癌症往往是長期暴露、累積的結果。因此，勞保局雖然定有「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」、「職業病種類表」供判斷（倘若非屬職業病種類表所規定之疾病種類，則根據「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」第 20 與 21 條，專科醫師與職業疾病鑑定委員會仍可根據相關診斷基準來判斷個案是否屬於職業病）。然而，在實際個案上要判斷該疾病究竟是否為該職業所引起、與該勞工的工作環境有無因果關係時依然是非常困難。尤其，當社會上多數的職業型態從特殊的工業機械活動轉向為與日常生活作業更為接近的產業工作型態（如：勞動型態彈性的服務業、SOHO 族）時，工作環境的界限也變得更加模糊。

舉例而言，學校老師每天站在講台上授課，後來小腿靜脈曲張、喉嚨沙啞長繭，算不算職業病？電腦工程師平常上班在辦公室使用鍵盤、滑鼠，回家後仍繼續使用電腦，後來發生手腕關節疼痛、肩膀痠痛，算不算職業病？又，如工程師本身就有高血壓、心臟病的病史，而在長期熬夜、加班後，在辦公室突然心肌梗塞而死亡，是否屬因工作誘發之死亡？這類邊緣案例在實務上造成許多之爭議，其主要原因係因涉及「主觀判斷」及勞工之潛在私人病因究竟占整體發生原因的多少比例？亦即，到底要有多少的可能性，方能認定係屬因工作促發之職業病？而「是否為職業上原因、與工作環境有無因果關係」又應由誰來判斷？尤其，不論勞工要向勞保局申請勞保給付、或向雇主請求損害賠償時，往往最難克服的就是因果關係的證明，當他們申請勞保給付或向雇主求償被拒時，就可能會進入行政訴訟程序或民事訴訟程序。然而，勞工保險與雇主損害賠償制度目的並不相同，前者為採取無過失主義的社會保險，其目的乃在確保職災受害者最基本的社會救助，後者則為損害填補的概念，兩者在法學因果關係上的標準是否應相同？

再以 RCA 工人罹癌爭議為例<sup>3</sup>，對於員工集體罹患之各式癌症究竟是否為職業暴露所引起之爭議，政府分別委託勞工安全衛生研究所和台大公共衛生學院職業醫學與工業衛生研究所進行為期兩年之研究。台大王榮德教授所主持的研究報告<sup>4</sup>指出，儘管經過多年整治，地下水遭有機溶劑污染的程度並未減輕，而水中還含有確定人體致癌性的氯乙烯與極可能致癌物的三氯乙烯和四氯乙烯。造成當地的致癌風險率高達千分之三（可接受值為萬分之一到百萬分之一），非致癌風險率（導致其他疾病的風險）也高達 16.9（可接受值要小於一）；此外，其研究結果也顯示 RCA 女性受僱勞工，罹患乳癌、卵巢癌之癌症比例有顯著增高。且造成當地居民罹患全癌症和肝癌之 SRR（死因標準率比）也有顯著增加的趨勢，其因與環境因素有關。可見 RCA 廠造成的污染已經對工廠員工及附近居民的生命健康造成極大的威脅。然而，在勞委會委託勞工安全衛生研究所所進行的研究報告<sup>5</sup>卻指出「RCA 女工的乳癌罹患率以及比例死因比（PMR）雖然較高，但與工作暴露並無顯著相關」；換言之，無法 RCA 員工的癌症無法被認定為職業病。

<sup>3</sup> 1967 年，美國無線電公司 RCA 在台灣桃園及竹北設廠，享有政府免稅優惠與獎勵投資鼓勵；1992 年停產關廠，資遣員工；營運的 25 年期間，前後約有九萬名員工；1975 至 1991 年期間，勞委會曾進行 8 次勞動檢查，RCA 廠 8 次違反安全衛生法規，違規內容包括排氣不良、未告知員工有機溶劑的危害、未標示有機溶劑類別、未作特殊健康檢查等；然而未曾勒令停工改善。到了 1994 年 6 月，趙少康召開記者會檢舉此污染事件；環保署成立專案小組調查，地下水三氯乙烯濃度高出飲用水標準數百至數千倍。目前三氯乙烯、四氯乙烯已被國際癌症研究局（IRAC）歸類為極可能人體致癌物，且四氯乙烯已被證明對動物具致癌性。1998 年，RCA 員工偕同環境品質文教基金會召開記者會，揭露集體罹癌事件，並成立自救會；根據自救會之統計，至 2001 年四月共有 1375 人罹患癌症、其中有 216 人已因癌症死亡，此外尚有百餘人罹患各式腫瘤。行政院於 1998 年成立 RCA 跨部會專案小組，負責處理 RCA 汙染與罹癌事件，此一專案小組於 2001 年解散，而 RCA 汙染依然存在，罹癌員工之補償與責任歸屬至今則仍在司法訴訟中。

（資料來源：「RCA 汙染案民事求償 15 年來首次進入實體訴訟」，環境資訊中心，<http://e-info.org.tw/node/49251>，最後檢索日期 2013 年 1 月 31 日。「桃園 RCA 廠污染事件發生與處理歷程」，[http://sgw.epa.gov.tw/public/0602\\_RCA.asp](http://sgw.epa.gov.tw/public/0602_RCA.asp)，行政院環境保護署土壤及地下水污染整治基金管理會，最後檢索日期 2013 年 1 月 31 日。「RCA 工人職業性癌症事件答客問」，[http://www.jrf.org.tw/reform/file\\_5\\_3.htm](http://www.jrf.org.tw/reform/file_5_3.htm)，工作傷害受害人協會，最後檢索日期 2013 年 1 月 31 日。「台灣版永不妥協\_RCA 職災事件」，[http://www.taiwan-panorama.com/show\\_issue.php?id=2007109610075c.txt](http://www.taiwan-panorama.com/show_issue.php?id=2007109610075c.txt)，台灣光華雜誌，最後檢索日期 2013 年 1 月 31 日。）

<sup>4</sup> 王榮德（2000），「含氯揮發性有機物汙染事件居民流行病學調查與風險評估第二年計劃」，桃園縣環保局委託研究計畫成果報告。

<sup>5</sup> 戴基福、林瑞雄、劉紹興（1999），「RCA 受僱勞工流行病學調查研究（一）」，勞委會勞工安全衛生研究所。戴基福、林瑞雄、劉紹興（2000），「RCA 受僱勞工流行病學調查研究（二）」，勞委會勞工安全衛生研究所。

此研究結果讓 RCA 員工大為震驚，因為她們相信自身癌症與汙染之間一定有因果關係，且科學必然（應該）能證明確為職業病，然而，該調查結果卻讓罹癌員工們的期盼完全落空。

然而，值得注意的是，所謂「與工作暴露並無統計上顯著相關」並不是代表「該疾病確實與工作無關」，而是指在現行的研究方法下無法證明 RCA 員工得到癌症與工作有關而已，因為這涉及員工資料的收集困難、且工作現場無法完成重建、以及研究追蹤的時間可能還不夠長等因素，使得研究結果受極大的限制。由此可見，即便在學術領域社群中，同樣一個事件很有可能因為不同專家學者不同的研究取徑或研究方法而導致不同的研究結果與推論，且流行病學研究本身也有理論和研究方法上的侷限。而在現行制度下，職災勞工的救濟制度包括勞基法上的雇主責任（採無過失主義）、民法上的雇主侵權行為責任（採過失主義）、以及勞保給付（採無過失主義的社會保險給付），當疑似罹患職業傷病的勞工進入普通法院（如：向雇主請求侵權行為的損害賠償）或行政法院（如：勞保局核定非屬職業傷病、不予職業傷病給付）時，法院究竟要如何看待所謂流行病學統計的證據或所謂的專家鑑定意見？尤其，侵權行為損害賠償和勞保社會保險給付的目的不同，在這兩個不同的法院系統間，對職業傷病流行病學因果關係成立與否的認定標準（即，法學因果關係）是否（或應否）一致？法院對職業傷病成立與否判斷標準之寬嚴又可能會產生什麼影響？引發本文研究的動機。

回顧國內有關職業傷病議題的本土研究，我們大致可區分為幾類<sup>6</sup>：(1) **勞動法學領域**：包括對職災認定的範圍理論之學說和實務判決整理、或是制度之間彼此適用關係、通勤災害、事故因果認定或補償規定、職業災害所延伸的法律問題等進行法理學的探討或檢討；如黃程貫（勞動法，1997）、林更盛（勞基法上職業

---

<sup>6</sup> 此為研究者初步的分類，無法列舉出該領域內所有的專家學者與其論著，其他部分可參閱文末參考文獻，特此說明。

災害因果關係的評斷，2002)、陳聰富(損害賠償補償制度三層結構與職業災害補償，2000)、黃虹霞(職業災害補償相關法律問題，2002)、王能君(台灣勞動法制的形成與展開過程初探，2002)、邱駿彥(我國職業災害補償制度，1998)、王惠玲(職災補償論，1995)、林豐賓(勞動基準法論，1997)、林大鈞(我國勞動條件檢查之理想與實際，1996)、鄭津津(勞動法裁判選輯，2001)、楊雅萍(過勞死之職業災害認定制度之形成與發展，2007)、林姿秀(臺灣職業病認定法制之研究，2012)等；(2) **職業醫學與公共衛生領域**：包括對監測通報系統或補償政策進行的國際分析比較或檢討，如王榮德(國際間職業傷病診斷、鑑定及補償制度發展趨勢與我國改進方向之研究，2008)、王嘉琪(勞保制度下職災勞工傷後面臨之困境研究，2007)蘇德勝(我國勞工安全衛生立法趨勢之調查研究，2001)、何啟功(染煞醫事人員未獲勞保職災給付，2004)、葛謹(職業傷病補償法，2007)、陳永煌(各國職業疾病鑑定制度比較分析研究，1999)、陳秋蓉(世界主要國家職業災害統計分析，2002)、林洛秀(由職業病案例分析探討勞工安全衛生及檢查策略，2002)等；還有職業醫學的臨床病例報告及流行病學研究，如王榮德、郭育良、黃百燦、杜宗禮、鄭尊仁、蘇大成、石東生、鄭雅文等，以及近年偏向對職業傷病帶來的醫療或失能等成本進行的經濟估算，如王榮德、何俊傑等；(3) **勞動社會學領域**：主要在探討勞工、雇主與國家之三角關係，以及職業災害所衍生的社會問題；如謝國雄(純勞動，1999)、翁裕峰(社會運動在台北捷運潛水夫症事件中的力量，2006)等。但在職業傷病之認定的議題上，則較少有文章或論文從跨勞動法學與公共衛生領域的角度出發，因此本文擬以職業傷病作為探討的例子，從流行病學和法學因果關係理論之比較出發，觀察當流行病學或職業醫學專家的認定意見進入到法院時，普通法院與行政法院如何看待此類證據、從而如何論述個案的傷病與工作間有無因果關係，並嘗試分析法院其職業傷病因果關係認定的標準是否相同。

## 第二節 研究目的

因此，本文擬以職業傷病為例，先整理介紹什麼是流行病學、流行病學之研究方法、流行病學如何推論建立因果關係以及其研究方法的侷限後，藉由搜尋普通法院與行政法院中與職業傷病有關的案件(前者為職業傷病的勞工向雇主求償的案件，後者則是職災勞工申請勞保給付的案件類型)，分析普通法院與行政法院如何論述個案的傷病與工作間有無因果關係，以及嘗試分析其職業傷病因果關係認定的標準是否相同。

## 第三節 研究方法與限制

### 一、研究方法

為了解普通法院與行政法院在職業傷病相關訴訟案件中如何認定職業傷病，本文利用司法院裁判查詢系統，以職業傷害、職業傷病為全文檢索語詞，搜尋民國 85 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日間，臺灣高等法院、最高法院、台北高等行政法院、以及最高行政法院中搜尋與職業傷害相關的普通及行政法院判決(即，民事訴訟方面包括臺灣高等法院與最高法院，行政訴訟方面包括台北高等行政法院<sup>7</sup>與最高行政法院)。從中挑選值得進一步分析和討論的判決，並嘗試從判決理由中分析職業傷病相關的訴訟案件在普通法院和行政法院中是如何被認定的，藉此討論職業傷病的認定標準在不同職災救濟的制度間是否(或應否)有所不同。

### 二、限制

本文之研究限制主要有三點，分述如下：

1. 本文主要聚焦在普通法院與行政法院中關於職業傷病之民事案件分析(且基於人力及時間之限制，普通法院中以台北高等法院及最高法院之判決為主)，而非

---

<sup>7</sup> 之所以挑選台北高等行政法院是因為根據行政訴訟法第 13 條之規定，對公法人之訴訟乃由「該機關所在地」之行政法院管轄，而勞工保險局其機關所在地係台北市，依職權係屬「台北高等行政法院」管轄。



刑事案件，故關於職業傷病相關的案件中，雇主是否可能構成刑法上業務過失的部分，並非本文之研究範圍。

2. 由於從司法院判決查詢系統中查詢所得的結果並無法取得完整之卷證資料，因此無法看到初始鑑定意見之完整內容、以及其可能引用的醫學期刊文獻，只能從判決理由中間接地推論及分析法院採納或不採納醫學專業鑑定結果或勞保局核定結果的理由。

3. 礙於司法院判決查詢系統並非收錄、公開所有案件，故本文無法進行量化統計、也不是一個量性研究，而是從中挑選幾件值得進一步探討的判決理由來做分析與討論。



## 第一章 台灣職災勞工保障制度之現況

### 第一節 職業災害之定義

不論是職業醫學的領域或最後進入法律訴訟的階段，在實務上最大的爭議往往來自如何認定該傷災是否係屬「職業災害」；為了因應判定上的困難，勞委會陸續公佈了相關的醫學認定標準和判斷準則，但在法學的學說和實務上對於職業災害認定的理論卻仍有爭議。縱觀我國現行法令與判決實務，對於「職業災害」相關之規定散見於「勞工安全衛生法」、「勞動基準法」、「勞工保險條例」、「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病之審查準則」及「職業災害勞工保護法施行細則」等，針對特定疾病類型訂有各項認定標準，惟對於何謂職業災害的定義則僅於勞工安全衛生法中定有明文。

現行對「職業災害」的明文定義主要來自「勞工安全衛生法」，根據該法第2條第4項<sup>8</sup>，「職業災害」指的是勞工就業場所之建築物、設備…等原因引起的勞工之疾病、傷害、殘障或死亡；而在「勞工保險條例」第34條<sup>9</sup>中，「職業災害」之定義係指「勞動者因執行職務而致傷害或職業病而言」，包括職業傷害與職業病；實務的認定則遵循勞工保險條例第34條第2項授權中央主管機關所訂定之「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病之審查準則」及「職業病種類表」來判定。至於「勞動基準法」有關職業災害之補償，則規定於第59條至第63條，規範內容包括補償方法、罹災死亡親屬受領順位及時效、補償金抵充規定、承攬人連帶雇主責任等，然而對於職業災害之定義並未明文規定。此外，於2002年4月28日通過施行的「職業災害勞工保護法」，雖然並未另外對職業災害加以

<sup>8</sup>勞工安全衛生法第二條第四項：「本法所稱職業災害，謂勞工就業場所之建築物、設備、原料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵或其他作業活動及其他職業上之原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡」。

<sup>9</sup>勞保條例第三十四條：「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」。

定義，但值得注意的是，該法第 12 條<sup>10</sup>將職業病的認定與鑑定程序以法明訂，而不再散見於行政命令或直轄市單行法規的規定，使職業病認定與鑑定結果直接具有法定效力。在**法院的判決實務**方面，對於「勞工安全衛生法」中所定義之「職業災害」是否可直接適用於「勞動基準法」，最高法院<sup>11</sup>認為：「勞基法」中雖然並未對職業災害加以定義，然而「勞工安全衛生法」第 2 條第 4 項既然已對職業災害作出定義，自然可加以援用；行政法院<sup>12</sup>、司法院第一廳<sup>13</sup>亦採同一見解。**也就是說，「勞動基準法」第 59 條規定勞工遭遇之「職業災害」，原則上比照「勞工安全衛生法」中職業災害之定義。**此外，對於「通勤災害」是否屬職業災害，中央主管機關<sup>14</sup>與實務上大都將通勤災害視為職業災害。如最高法院 81 年度台上字第 2985 號判決：「所謂職業災害，不以勞工於執行業務時所生災害為限，亦應

<sup>10</sup>職業災害勞工保護法第 12 條：「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，得設置職業疾病認定委員會」。

<sup>11</sup>最高法院 78 年台上字第 371 號判決：「勞動基準法第 59 條規定勞工遭遇之職業災害，參照勞工安全衛生法第 2 條第 4 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、殘障或死亡為職業災害。準此，勞動基準法第 59 條第 4 款所稱之職業傷害，當指上述雇主提供工作場所之安全與衛生設備等職業上原因所致勞工之傷害而言」。

最高法院 78 年度台上字第 1052 號判決：「勞工因遭遇職業災害而致死亡，雇主固應依勞動基準法第 59 條之規定給付該條所列各款之災害補償。惟職業災害，依勞工安全衛生法第 2 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、殘障或死亡而言」。

<sup>12</sup>行政法院 84 年判字第 2526 號判決：「本法未規定者適用其他法律之規定」勞動基準法第一條後段定有明文。則關於該法第 59 條規定「職業災害」之定義，該法雖未設明文，然勞工安全衛生法第二條第四款既已規定「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、殘障或死亡」闡明職業災害之內涵，自得依法援用。」

<sup>13</sup>法律問題：勞動基準法第 59 條未對職業災害加以定義，解釋適用上是否應依勞工安全衛生法第 2 條第 4 項規定為之？

討論意見：

肯定說：本法第一條規定：「本法未規定者，是用其他法律之規定」，本法對職業災害，既未定義，自應適用勞工安全衛生法之規定，而為適用。

否定說：本法規定適用範圍與勞工安全衛生法適用範圍不一，本法適用範圍較廣，有無法盡依勞工安全衛生法第 2 條第 4 項為適用者，故除立法補救外，於未立法補救前司法單位應本於「法官造法」之「法律補充」方法補充法律規定之不足。

研討結論：勞動基準法對於職業災害未設定義，但在適用時，可參酌勞工安全衛生法或勞工保險條例之規定，依誠實信用之原則審理之。

司法院第一廳研究意見：同意研討結論。資料來源：民事法律問題研究（六），第 308 頁。

<sup>14</sup>行政院勞工委員會 76 年 9 月 2 日勞動字第 1558 號函亦揭示：「勞工由家中赴車站搭車，如確為上班行為，如途中發生車禍，應可視為職業災害處理」。

其他關於通勤災害的主要相關規定請參閱附錄一、「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病之審查準則」。

包括勞工準備提出勞務之際所受災害。是故上班途中遭遇車禍而傷亡應可視為職業災害<sup>15</sup>。至於怎麼認定「職業上原因引起的勞工傷殘死亡」，實務上則以災害的發生與其執行職務是否有明確的因果關係，作為判斷之依據。簡單的說，職業災害之認定必須有「業務遂行性」(in the course of employment)與「業務起因性」(arising out the employment)，而我國目前解釋因果關係則以「相當因果關係說<sup>16</sup>」(Proximate Cause)為主流；但是實務判決對於「相當因果關係」之判斷似乎仍經常無法擺脫過於空洞、不確定的概念。

綜合以上可知，我國現行法令對於職業災害之認定主要來自勞工安全衛生法第2條第4項、以及勞工保險條例第34條第1項，同時也將通勤災害視為職業災害；而判斷實務上則參酌「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」、「職業病種類表」、與現場情形作個案判斷。

## 第二節 我國職災之救濟制度

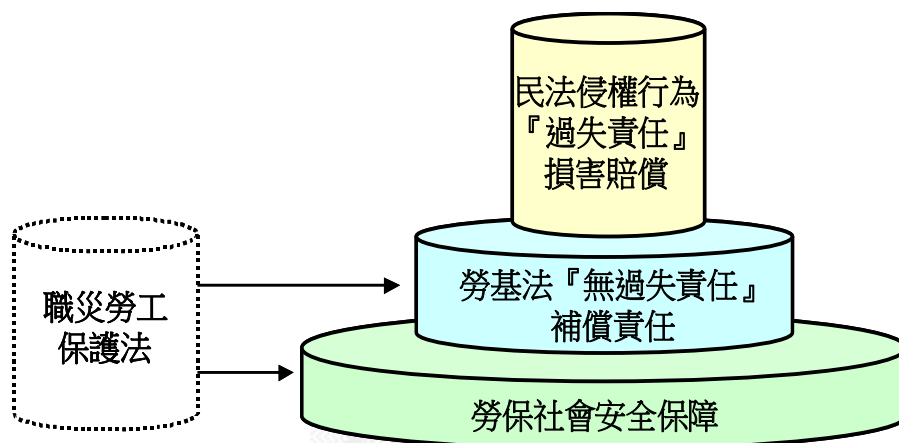
我國職災補償雖以勞保條例為基礎，但是勞動者於執行職務時，遭受職業災害主要的救濟請求權其實主要有以下三種：(1) 民法侵權行為與契約不履行之損害賠償；(2) 其次為勞動基準法之職業災害補償；(3) 最後是屬社會法之勞工保險條例，其中職業災害保險給付以及「職業災害勞工保護法」的各種補助，形成職業災害賠償與補償之三重保護制度。然整體而言，仍以勞保條例的保險給付及勞基法中的補償相關規定為主，共同架構而成雙軌制。若再就補償範圍與標準而言，以具「無過失責任補償」、社會保險性質的勞保條例標準最寬鬆；接著是同

<sup>15</sup> 黃程貫（1997）。勞動法。台北：國立空中大學。

<sup>16</sup> 所謂相當因果關係，是由「條件關係」以及「相當性」所構成，適用上區分為兩個階段：第一階段先探究其條件上的因果關係，如肯定，再進入第二階段認定其條件的相當性。條件關係指的是「若無…則不…」(But-for)的邏輯檢驗方式（若 p 則 q），亦即「無此行為，必不生此種損害」（非 p 則非 q）。至於「相當性」的認定，則是屬於價值判斷，必須針對該結果之所有必要條件加以考量，然後以「通常足生此種損害」為判斷標準（參王澤鑑，民法概要，2002，頁 212 至 214）。

採「無過失責任補償」、雇主補償的勞基法；而標準最嚴格的則是採「過失責任損害賠償」的民事規定（參見圖一）。至於「職業災害勞工保護法」則是當勞工在勞基法、勞保條例規定的相關權益皆無法取得時，提供部分津貼作為補充救助。其次茲分別概述如下。

圖一、我國職災救濟制度補償範圍關係圖



## 一、 勞工保險條例

勞工保險條例基本上是採「綜合保險」方式辦理，勞工經所屬投保單位參加勞工保險後即享有「普通事故保險」與「職業災害保險」的保險給付；普通事故保險包括生育、傷病、醫療、失能、失業、老年以及死亡等七種給付<sup>17</sup>；至於職業災害保險則提供傷病、醫療、失能、死亡給付與失蹤津貼。勞工保險之職災保險乃是基於社會保險<sup>18</sup>的精神，以保障勞工遭遇職災事故後的基本所得與生活安

<sup>17</sup> 原來的勞保現金給付包括：生育、傷病、醫療、殘廢、失業、老年、死亡等七種給付，而勞保條例部分條文於 97 年 7 月 17 日經立法院三讀通過修正後，除了將「殘廢給付」名稱改為「失能給付」外，也將失能、老年及死亡這三種給付增加了可以每個月領年金的方式，也就是「失能年金」、「老年年金」和「遺屬年金」三種年金式的給付方式（可分別參勞保條例第 53 條、第 58 條、及第 63 條之規定）。

<sup>18</sup> 社會保險屬於社會法體系類別下之「社會預護」，是依據政府所設定之社會政策目標，強制全體國民或符合要件之國民加入此一保險體系，繳付保費，於國民有生、老、病、死、傷、殘及失業等危險事故時，該保險體系提供保險給付，以確保國民最低收入安全，或是可獲得基礎之醫療照顧。社會保險不同於一般營利保險，目的並不在於營利，而係在於保障國民最低經濟安全的收入損失及基礎之醫療照顧。而所謂的最低收入安全並非指一般國民基本生活之需求，而是顧及個人原有生活水準維持之目的（節錄自黃程貫，勞動法頁 455，2006）。

全為目的。同時，也為了避免雇主因為重大工傷事件承擔鉅額補償而影響企業財務與營運，因此具有繳費互助、危險分攤之社會保險屬性，使職災事故發生後，可由職災保險基金承擔原應由特定雇主單獨負擔之大部分補償責任。在保費的部分，基於雇主僱用勞工從事勞動工作即有義務提供安全的工作環境，並於勞工遭遇職災事故後負擔補償責任，因此根據勞保條例第 15 條第 1 款之規定，**職災保險的保險費是由雇主全額負擔**<sup>19</sup>。且勞保被保險人發生職災時，不論雇主或被保險人是否有過失，被保險人皆可請領職災醫療、傷病、失能、死亡給付與失蹤津貼。

(1) 職災**醫療**給付方面：根據勞工保險條例施行細則第 59 條至 67 條之規定，在 1995 年全民健保開辦之後，勞保職災勞工就醫時可免除健保規定的部分負擔、免受轉診限制外，並享有住院膳食費用減半的優惠。勞保職災病人就診時醫療費用先由健保局墊付給醫療院所，事後再核算勞保局應支付給健保局的金額。

(2) 在職災**傷病**給付的部分：傷病給付的目的在於彌補傷病時期的薪資損失。根據勞保條例第 34 條第 1 項及第 36 條<sup>20</sup>，傷病給付於發生職災後不能工作的第四天開始發放，每半個月發一次，按事故前 6 個月的平均月投保薪資之 70% 發給，若經過一年尚未痊癒，則再繼續發給一年，但第二年減為投保月薪的 50%，最多總共只能請領兩年。

(3) 職災**失能**給付：根據勞保條例第 54 條之規定<sup>21</sup>，如果受災者發生不能

---

<sup>19</sup>勞工保險條例第 15 條第 1 款：「勞工保險保險費之負擔，依下列規定計算之：一、第六條第一項第一款至第六款及第八條第一項第一款至第三款規定之被保險人，其普通事故保險費由被保險人負擔百分之二十，投保單位負擔百分之七十，其餘百分之十，由中央政府補助；職業災害保險費全部由投保單位負擔。」

<sup>20</sup>勞工保險條例第 34 條第 1 項：「被保險人因執行職務而受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第四日起，發給職業災害補償費或職業病補償費」。同條第 36 條規定：「職業災害補償費及職業病補償費，按被保險人平均月投保薪資百分之七十發給，每半個月給付一次；如經過一年尚未痊癒者，其職業傷害補償費或職業病補償費減為月投保薪資之半數，但以一年為限」。

<sup>21</sup>勞工保險條例第 54 條：「被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病，經治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果，經保險人自設或特約醫院診斷為永久失能，並符合失能給付標準規定發給一次金者，得按其平均月投保薪資，依規定之給付標準，增給百分之五十，請領失能補償

復原的永久失能，則可於治療終止或領取傷病給付期滿後提出申請，按照殘廢的等級一次請領 45 日至 1,800 日不等的平均日投保薪資（也就是勞保條例 54 條第 1 項所謂的「失能一次金」）；或是選擇同條第 2 項以「年金」方式請領，亦即：依職災勞工之保險年資計算，每滿一年，發給其平均月投保薪資之百分之一點五五（金額不足新臺幣四千元者，按新臺幣四千元計），且除該年金外，再另按其平均月投保薪資，一次發給二十個月職業傷病失能補償一次金（亦即，職災失能給付總計為失能年金+20 個月職業傷病失能補償一次金）。若職災勞工的眷屬符合第 54-2 條的資格，則再加發眷屬補助<sup>22</sup>。而現行的職業傷害或職業病失能給付標準，乃是依據失能給付標準表，將勞工失能程度分成 15 等級。

（4）職災死亡給付：依照勞工保險條例第 63、63-2 及 64 條之規定<sup>23</sup>，若勞

---

費。

前項被保險人經評估為終身無工作能力，並請領失能年金給付者，除依第五十三條規定發給年金外，另按其平均月投保薪資，一次發給二十個月職業傷病失能補償一次金。」

<sup>22</sup> 勞工保險條例第 54-2 條：「請領失能年金給付者，同時有符合下列條件之眷屬時，每一人加發依第五十三條規定計算後金額百分之二十五之眷屬補助，最多加計百分之五十：

一、配偶應年滿五十五歲且婚姻關係存續一年以上。但有下列情形之一者，不在此限：

- （一）無謀生能力。
- （二）扶養第三款規定之子女。

二、配偶應年滿四十五歲且婚姻關係存續一年以上，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級。

三、子女應符合下列條件之一。但養子女須有收養關係六個月以上：

- （一）未成年。
- （二）無謀生能力。
- （三）二十五歲以下，在學，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級。

前項所稱無謀生能力之範圍，由中央主管機關定之。

第一項各款眷屬有下列情形之一時，其加給眷屬補助應停止發給：

一、配偶：

- （一）再婚。
- （二）未滿五十五歲，且其扶養之子女不符合第一項第三款所定請領條件。
- （三）不符合第一項第二款所定請領條件。

二、子女不符合第一項第三款所定之請領條件。

三、入獄服刑、因案羈押或拘禁。

四、失蹤。

前項第三款所稱拘禁，指受拘留、留置、觀察勒戒、強制戒治、保安處分或感訓處分裁判之宣告，在特定處所執行中，其人身自由受剝奪或限制者。但執行保護管束、僅受通緝尚未到案、保外就醫及假釋中者，不包括在內。」

<sup>23</sup> 勞工保險條例第 63 條：「被保險人在保險有效期間死亡時，除由支出殯葬費之人請領喪葬津貼外，遺有配偶、子女、父母、祖父母、受其扶養之孫子女或受其扶養之兄弟、姊妹者，得請領遺屬年金給付。」

保勞工因職災而致死（或是於領取失能年金給付或老年年金給付期間死亡者），除得由支出殯葬費之人請領 5 個月的喪葬津貼（如其遺屬不符合請領遺屬年金給付或遺屬津貼條件，或無遺屬者，則發給 10 個月的喪葬津貼）外，遺有配偶、子女、父母、祖父母、受其扶養之孫子女或受其扶養之兄弟、姊妹者，其遺屬得選擇請領遺屬年金（年金的給付方式，即每月按平均月投保薪資 $\times 1.55\% \times$ 年資發給，不足 3,000 元，發給 3,000 元；同一順序遺屬有 2 人以上時，每多 1 人加發 25%，最多加計 50%）或遺屬津貼（一次金的給付方式，不論被保險人之投保年資，一律發給 40 個月）。

(5) 關於失蹤津貼：根據勞工保險條例第 19 條第 5 項<sup>24</sup>，如為從事漁業生

---

前項遺屬請領遺屬年金給付之條件如下：

- 一、配偶符合第五十四條之二第一項第一款或第二款規定者。
- 二、子女符合第五十四條之二第一項第三款規定者。
- 三、父母、祖父母年滿五十五歲，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級者。
- 四、孫子女符合第五十四條之二第一項第三款第一日至第三日規定情形之一者。
- 五、兄弟、姊妹符合下列條件之一：

- (一) 有第五十四條之二第一項第三款第一日或第二日規定情形。
- (二) 年滿五十五歲，且每月工作收入未超過投保薪資分級表第一級。

第一項被保險人於本條例中華民國九十七年七月十七日修正之條文施行前有保險年資者，其遺屬除得依前項規定請領年金給付外，亦得選擇一次請領遺屬津貼，不受前項條件之限制，經保險人核付後，不得變更。」

勞工保險條例**第 63-2 條**：「前二條所定喪葬津貼、遺屬年金及遺屬津貼給付標準如下：

- 一、喪葬津貼：按被保險人平均月投保薪資一次發給五個月。但其遺屬不符合請領遺屬年金給付或遺屬津貼條件，或無遺屬者，按其平均月投保薪資一次發給十個月。

二、遺屬年金：

- (一) 依第六十三條規定請領遺屬年金者：依被保險人之保險年資合計每滿一年，按其平均月投保薪資之百分之一點五五計算。
- (二) 依前條規定請領遺屬年金者：依失能年金或老年年金給付標準計算後金額之半數發給。

三、遺屬津貼：

- (一) 參加保險年資合計未滿一年者，按被保險人平均月投保薪資發給十個月。
- (二) 參加保險年資合計已滿一年而未滿二年者，按被保險人平均月投保薪資發給二十個月。
- (三) 參加保險年資合計已滿二年者，按被保險人平均月投保薪資發給三十個月。

前項第二款之遺屬年金給付金額不足新臺幣三千元者，按新臺幣三千元發給。

遺屬年金給付於同一順序之遺屬有二人以上時，每多一人加發依第一項第二款及前項規定計算後金額之百分之二十五，最多加計百分之五十。」

勞工保險條例**第 64 條**：「被保險人因職業災害致死亡者，除由支出殯葬費之人依第六十三條之二第一項第一款規定請領喪葬津貼外，有符合第六十三條第二項規定之遺屬者，得請領遺屬年金給付及按被保險人平均月投保薪資，一次發給十個月職業災害死亡補償一次金。

前項被保險人之遺屬依第六十三條第三項規定一次請領遺屬津貼者，按被保險人平均月投保薪資發給四十個月。」

<sup>24</sup> 勞工保險條例第 19 條第 5 項：「被保險人如為漁業生產勞動者或航空、航海員工或坑內工，除依本條例規定請領保險給付外，於漁業、航空、航海或坑內作業中，遭遇意外事故致失蹤時，自失蹤之日起，按其平均月投保薪資百分之七十，給付失蹤津貼；於每滿三個月之期末給付一次，



產或航空、航海、坑內工，在作業中遭遇意外事故致失蹤時，可領取失蹤津貼，按其平均月投保薪資之百分之七十計算，於每滿三個月之期末給付一次。若失蹤滿一年或依法宣告死亡，則得依第 64 條之規定，請領死亡給付。

## 二、 勞動基準法

「勞基法」第 59 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，已由勞保支付費用者，雇主得予以抵充之。也就是說，若受災勞工已領取到勞保職災給付，雇主就可將之拿來抵充勞基法所規定的補償金。在醫療補償方面，雇主僅需補足「自費」部分。在傷病（工資）補償方面，內容與勞保條例相似，但是勞保條例以「**投保薪資**」作為計算單位（參勞工保險條例第 19 條第 2 項<sup>25</sup>），而勞基法則以「**實際領取的薪資**」作為計算單位（參勞基法第 59 條<sup>26</sup>）；由於勞保投保以多報少的現象十分普遍，導致勞保給付往往遠低於勞基法的補償金額；

---

至生還之前一日或失蹤滿一年之前一日或受死亡宣告判決確定死亡時之前一日止。」

<sup>25</sup> 勞工保險條例第 19 條第 2 項：「以現金發給之保險給付，其金額按被保險人平均月投保薪資及給付標準計算。被保險人同時受僱於二個以上投保單位者，其普通事故保險給付之月投保薪資得合併計算，不得超過勞工保險投保薪資分級表最高一級。但連續加保未滿三十日者，不予合併計算。」

<sup>26</sup> 勞動基準法第 59 條：「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。
- 二、勞工在醫療中不能工作時，雇主應按其原領工資數額予以補償。但醫療期間屆滿二年仍未能痊癒，經指定之醫院診斷，審定為喪失原有工作能力，且不合第三款之殘廢給付標準者，雇主得一次給付四十個月之平均工資後，免除此項工資補償責任。
- 三、勞工經治療終止後，經指定之醫院診斷，審定其身體遺存殘廢者，雇主應按其平均工資及其殘廢程度，一次給予殘廢補償。殘廢補償標準，依勞工保險條例有關之規定。
- 四、勞工遭遇職業傷害或罹患職業病而死亡時，雇主除給與五個月平均工資之喪葬費外，並應一次給與其遺屬四十個月平均工資之死亡補償。其遺屬受領死亡補償之順位如左：
  - (一) 配偶及子女。
  - (二) 父母。
  - (三) 祖父母。
  - (四) 孫子女。
  - (五) 兄弟姐妹。」

造成受災勞工會希望除了取得勞保職災給付之外，進一步尋求勞基法補償，而雇主方面則會在勞工開始申請勞保職災認定之時就加以阻撓<sup>27</sup>，以避免額外的補償金。

另外，根據勞基法，若兩年後受災勞工仍無法工作，依勞基法第 59 條之規定，雇主可一次給付 40 月工資之後得以免除責任。此外，若勞檢單位介入調查，發現雇主有違反安全衛生法規定之情事，雇主更可能被處以刑事處分。

### 三、 民法

「民法」侵權行為之損害賠償責任的概念，其基本機能以「填補損害」為目的。填補損害原則是基於公平正義的理念，主要目的在使被害人的損害能獲得實質、完整的填補<sup>28</sup>，但必須以「故意或過失不法侵害他人之權利」為前提。也就是說，如果能證明其行為沒有過失，則無法成立侵權行為責任（參閱民法第 184 條第 1 項<sup>29</sup>）。另外，對於受僱人服勞務之保護，民法第 483 條之 1<sup>30</sup>規定：當受僱人（勞工）生命、身體或健康有受危害之虞者，僱用人（雇主）應該為必要之預防；因此，當雇主未善盡維護工作環境之安全衛生，導致勞工發生損害者，雇主就必須負侵權行為責任。

根據民法，勞工因職業災害導致傷病時，可以請求的項目包括「醫療費喪失」或「減少勞動勞力」或「增加生活上需要」等費用之賠償，以及精神上之「慰撫金」。若勞工因職業災害致死，勞工家屬除了可向雇主請求支出醫療費、生活費、

---

<sup>27</sup> 王嘉琪，勞保制度下職災勞工傷後面臨之困境研究，台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2007 年 7 月。王嘉琪、鄭雅文、王榮德、郭育良，職災補償制度的發展與台灣制度現況台灣衛誌 2009；28(1)：1-15。王榮德，國際間職業傷病診斷、鑑定及補償制度發展趨勢與我國改進方向之研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所委託研究報告，2008 年 3 月。

<sup>28</sup> 王澤鑑，2002，民法概要，頁 203 至 205。

<sup>29</sup> 民法第 184 條第 1 項：因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。

<sup>30</sup> 民法第 483 條之 1：受僱人服勞務，其生命、身體、健康有受危害之虞者，僱用人應按其情形為必要之預防。

殯葬費之外，勞工的父母、子女、配偶可另外請求精神上之損害賠償—即慰撫金（參閱民法第 192 至 195 條）。

值得注意的是：勞基法乃是民法的特別法，是為了保障勞工於不幸罹災時，可以免去與雇主就民事責任纏訟，得以立即受到補償。但是，無過失主義的勞基法職災補償制度，並沒有解除雇主的民事責任；勞基法第 60 條規定「雇主依前條規定給付之補償金額，得抵充就同一事故所生損害之賠償金額」。此法條僅規定勞工不可對「同一事故所生損害」請求雙重給付，並非意在排除雇主的民事責任；也就是說，當職災的發生是可歸因於雇主的故意或過失時，勞工除了得向勞保局及雇主分別請求保險給付與補償之外，尚可依民法侵權之規定，要求雇主負損害賠償責任，以雇主過失的大小或受災者損害的輕重要求賠償，包括人身損害、財產損害、生命健康損害（如精神慰撫金）。

由此可知，我國「職災補償」與「民事損害賠償」兩者之間，是採取「互相調整抵充」型態。

#### 四、 職業災害勞工保護法

根據職業災害保護法第 3 條與第 4 條<sup>31</sup>，補助「加入勞工保險勞工」所需的經費是從勞工保險基金職業災害保險收支結餘中提撥，而補助「未加入勞工保險勞工」所需的經費則是由政府編列公務預算來支應；不論是納保或未納保勞工，雇主和勞工都不需另外繳費。

<sup>31</sup> 職業災害勞工保護法第 3 條：「中央主管機關應自勞工保險基金職業災害保險收支結餘提撥專款，作為加強辦理職業災害預防及補助參加勞工保險而遭遇職業災害勞工之用，不受勞工保險條例第六十七條第二項規定之限制，其會計業務應單獨辦理。

前項專款，除循預算程序由勞工保險基金職業災害保險收支結餘一次提撥之金額外，並按年由上年度收支結餘提撥百分之四十以上，百分之六十以下之金額。」

同法第 4 條：「中央主管機關應編列專款預算，作為補助未加入勞工保險而遭遇職業災害勞工之用，其會計業務應單獨辦理。

依第三十三條及第三十四條所處之罰鍰，應撥入前項專款。」

而依職業災害勞工保護法之核發辦法（職業災害勞工補助及核發辦法）第 2 至 16 條，對於已加入勞工保險而遭遇職業災害之勞工，得於保險有效期間申請

(1) 生活津貼：其一，對於罹患職業傷病而喪失部分或全部工作能力者，在請領勞保職災傷病給付期滿或殘廢給付之後，得請領每個月 1 千到 6 千不等之**職業疾病生活津貼**；其二，對於因職業災害致身體遺存障害，喪失部分或全部工作能力，且適合勞工保險殘廢給付標準第一級至第七等級規定之項目者，於請領勞保職災傷病給付期滿後得請領每月 4 千至 6 千元的**殘廢生活津貼**；其三，發生職業災害後，符合殘廢給付標準第二級至第十五級，參加職業訓練期間每月上課超過 120 小時，未請領前二款津貼者，得請領**職業訓練生活津貼**。(2) 相關之補助：其一，因職業災害致身體遺存障害，經醫師診斷必須使用輔助器具，且未依其他法令規定領取器具補助者，得請領**器具補助**；其二，因職業災害致喪失全部或部分生活自理能力，符合殘廢給付標準之精神、神經、胸腹部臟器障害系列及皮膚排汗功能喪失一及二級，確需他人照顧者，可請領每月 8 千元之**看護補助**；其三，因職業災害死亡，遺有受其扶養的配偶、子女或父母，且家庭生活困難者，由勞工保險局依據勞工保險條例有關規定審核後，一次發給 10 萬元之**勞工家屬死亡補助**；其他經中央主管機關核定有關職業災害勞工之補助亦可申請，而上述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，而未請領勞工保險給付及不能繼續從事工作者，亦得請領生活津貼。

針對未加入勞工保險的受雇勞工，除了以上補助外，當雇主未依照勞基法補償時，依職災勞工保護法第 6 條之規定，勞工尚得請求比照勞工保險條例之標準，按最低投保薪資申請 (3) 殘廢、死亡補助（雇主若已依勞動基準法規定給予補償時，則得以抵充之）：包括符合殘廢給付標準表第一至十級規定之項目的**殘廢補助**，以及遺有配偶、子女、父母、祖父母或專受扶養的孫子女或兄弟姊妹之**死**

亡補助。

值得注意的是，依據職業災害勞工保護法第7條：「勞工因職業災害所致之損害，雇主應負賠償責任，但雇主能證明無過失者，不在此限」。在本條規定之後，職災賠償的部分基本上採推定過失，雇主必須舉反證證明自己無過失始能免責，亦即，由雇主來承擔訴訟上不利的地位。惟該條適用的前提是成立職業災害，而目前實務上少有引用此條，原因就在於勞雇雙方爭執的重心往往在於「是否屬於職災」，如果連職災都無法成立，就不會進入討論雇主有無過失了。

從以上整理可發現，我國有關職災補償的相關法令規則十分零散繁複，不僅計算方式不一，彼此之間的適用性也相當複雜。看起來勞工似乎有許多保障，但實際運作狀況卻非常不利於受災勞工。由於這些法規互相之間連帶互動關係，甚至造成職災受害者可能連最基本的勞保社會救助都無法取得<sup>32</sup>（參見表一）。

---

<sup>32</sup> 參王嘉琪，勞保制度下職災勞工傷後面臨之困境研究，台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2007年7月。

表一、我國職災救濟制度

法源	性質	補償或給付項目	條次
民法	訴訟；過失主義	醫療、生活、殯葬費或其他費用支出、精神慰撫金。	第 184 條 第 192~195 條
勞動基準法	雇主補償； 無過失主義	以「平均薪資」計算；醫療、傷病、殘廢、死亡給付。	第 59 條、60 條
勞工保險條例	社會保險； 無過失主義	以「投保薪資」計算； <u>普通事故保險</u> ： 生育、傷病、醫療、失能、失業、老年、死亡。 <u>職業災害保險</u> ： 醫療、傷病、失能、死亡給付與失蹤津貼。	第 2 條、第 34 條、 第 54 條、第 54-2 條、第 64 條、第 19 條
職業災害勞工保護法	社會救助	<u>生活津貼</u> ： 職業疾病、殘廢、 職業訓練 <u>相關補助</u> ： 器具、看護、勞工家屬、殘廢、死亡	職業災害勞工補助及核發辦法第 2~16 條。

### 第三節 現行勞保制度下，職災勞工傷後求醫之流程

#### 一、如何以勞保身分就醫？

勞工在遭遇職業災害後，必須先向雇主承辦勞保業務單位（例如人事部），索取「職災醫療書單」，勞工可以拿「職災醫療書單」及健保 IC 卡、身分證到健保特約醫勞院所辦理門診或住院手續，可免除健保部份負擔。若職災勞工是在緊急狀況之下就醫，就必須先以健保身分就醫，按照健保規定繳交部分負擔等費用，並需在就醫日起 7 天內，補送上述「職業傷病醫療書單」到醫院，才能改為勞保職災身分，並依此向醫院申請退費。

但是許多職災勞工皆因為不知道此相關資訊，以健保身份就醫，而沒有免除門診與住院之部份負擔。即使有意願申請，此書單也難以取得，因為雇主往往擔心後續的勞基法補償責任，以及職災保費會提高，而不願意配合發放。2003 年「勞保條例」修訂後，該條例第 42-1 條之規定<sup>33</sup>，若雇主沒有按照規定發放上述書單給勞工時，勞工也可到勞保局各地區辦事處申請，須經勞保局查明投保有效、投保單位沒有欠費，才會發放；但是即便如此，勞工從勞保局領取的書單，卻還必須再回到公司蓋章證明後才可使用。

對於傷害程度較輕的職災個案，由於以健保身份就醫十分方便，通常不會大費周章申請上述書單，因此職災相關的醫療給付被健保吸收，部份負擔由勞工自行吸收，造成由健保資源去挹注理應由雇主負擔的職災醫療的不公平現象。

---

<sup>33</sup> 勞工保險條例第 42-1 條：「被保險人罹患職業傷病時，應由投保單位填發職業傷病門診單或住院申請書（以下簡稱職業傷病醫療書單）申請診療；投保單位未依規定填發者，被保險人得向保險人請領，經查明屬實後發給。被保險人未檢具前項職業傷病醫療書單，經醫師診斷罹患職業病者，得由醫師開具職業病門診單；醫師開具資格之取得、喪失及門診單之申領、使用辦法，由保險人擬訂，報請中央主管機關核定發布。」

## 二、如何取得職業病門診單？

若勞工罹患的是病因不明確的慢性疾病，懷疑與工作有關時，勞工也必須先拿到「職業傷病門診單」才能以勞保職災身份來免除健保的部分負擔。同上，此書單必須透過投保單位向勞保局申請領取<sup>34</sup>。但由於要向雇主索取此書單非常困難（雇主通常會要求勞工先出具「職業病診斷證明書」），近年來在職業病科醫師的呼籲之下已放寬，依勞保條例第 42-1 條之規定，勞工亦可直接向勞保局領取上述書單，或由醫師直接開立「職業病門診單」，一份可使用六次。依目前的規定<sup>35</sup>，任何領有執業執照的醫師皆可直接開具「職業病門診單」。

## 三、如何申請勞保職災傷病給付？如何被認定為職災？

若職災者欲進一步申請勞保的職災「傷病給付」（補償工資），除了上述各種「職業傷病醫療書單」之外，還必須依不同狀況備妥「勞保傷病給付申請書」、「勞工保險職業病歷報告書」（由勞工填寫服務單位名稱、職名、擔任相關作業具體工作內容）、「職業疾病生活津貼申請書」、或「上下班公出途中發生事故而致傷害證明書」等文件，若是職業病則需備有「職業病診斷證明書」。若順利得到勞保局或勞委會鑑定委員會的職災認定，勞工便可依相關規定獲得職災給付，若被認定事故與職業無關，就僅能領取普通事故保險給付。

當勞雇雙方對職災診斷結果皆無異議時，若適用勞基法，雇主就應該依照勞動基準法執行勞災補償；當勞、雇雙方對職業疾病診斷結果有爭議時，可利用「職業災害勞工保護法」提供之紛爭解決機制，向縣市政府申請認定，當縣市政府認定有困難時，就必須再呈報行政院勞工委員會送交職業病鑑定委員會鑑定是否為職業病<sup>36</sup>；或是，也可能未經此流程，而是直接進入訴訟程序，由普通法院之勞

---

<sup>34</sup> 「職業傷病門診單」需先由勞工向投保單位（公司或職業工會）領取「職業傷病醫療書單申請表」，填妥後再由投保單位向勞保局申請領取。

<sup>35</sup> 依據 2000 年勞委會公布的「職業病診療醫師領取及開具勞工保險職業病門診單作業要點」。

<sup>36</sup> 職業災害勞工保護法公布實施後，依該法第 12 條及 14 條之規定，中央政府「應設」職業疾病



工法庭審理。

此外，勞工亦可向勞保局依照規定申請各項補償金；依照勞工保險條例第 34 條附表制定參考之勞工保險職業傷病種類表，領取職災醫療、傷病、殘廢及死亡等可能的給付及失蹤津貼（參見圖二）。倘若勞雇雙方中如有一方對於勞保局的核定結果有爭議時，則必須依照「勞工保險爭議事項審議辦法」（2002 年 12 月 04 日修正）第 3 條之規定，於接到勞保局核定通知文件之翌日起 60 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委會所屬之「勞工保險監理委員會」申請審議，勞委會可選擇向「職業疾病鑑定委員會」申請鑑定，或者是由「勞工保險爭議審議委員會」做判定<sup>37</sup>。若因「不可歸責於己之事由」導致遲誤期間者，申請人則必須自該事由消滅之翌日起 30 日內，以書面敘明遲誤原因申請審議，但是整個過程非常繁瑣與冗長（參見圖三）。

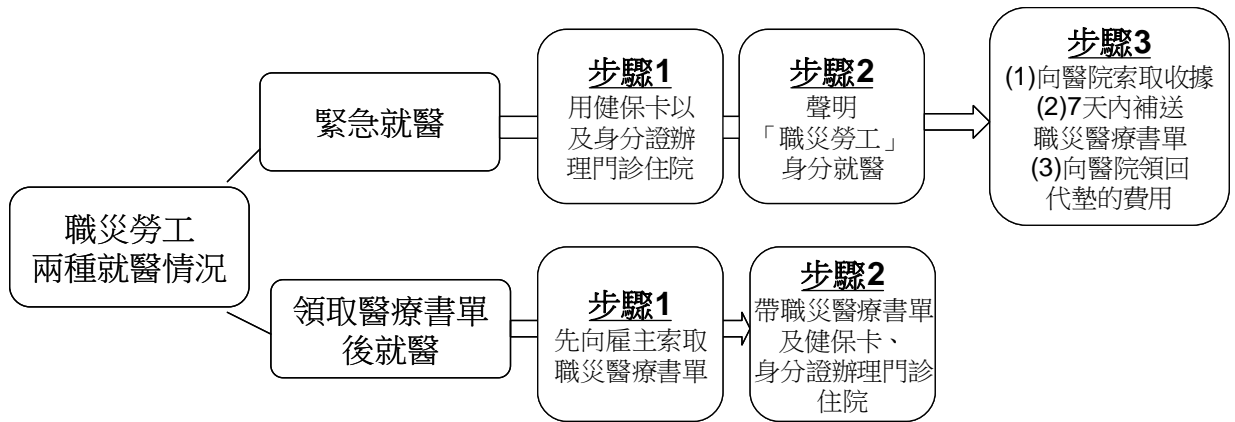


---

鑑定委員會，地方政府「得設」職業疾病認定委員會。因此，申請行政機關認定職業病的流程可能因縣市而略有差異，若地方政府未設，可逕向中央鑑委會申請認定。

<sup>37</sup>依「勞工保險監理委員會組織條例」第 11 條及「勞工保險爭議事項審議辦法」第 8 條，審議委員會設置委員 11 人至 13 人，除以監理會爭議審議組主任為當然委員兼召集人外，並聘社會保險、法學教授、資深法制工作者、公立醫院醫師、勞工問題或社會福利專家、勞保行政主管機關代表為兼任委員，審議不服勞工保險局原處分之案件。而爭議審議委員會則依勞工保險爭議事項審議辦法第 17 條第 1 項及第 18 條第 1 項之規定做成審定書。（該法第 17 條第 1 項：「審議事件依其性質分別由監理會爭議審議組簽註初步意見或審議委員提出初步審查意見，必要時得送請專家審查、鑑定後，提審議會審議。」，第 18 條第 1 項則為：「審議會對於審議事件，認為有複檢被保險人傷病或殘廢程度之必要時，得指定專科醫院或醫師予以複檢。被保險人如無正當理由不得拒絕複檢。」）據此，處理職業病認定相關之勞保爭議審議案件時，主要由審議委員中之職業醫學專科醫師提供專業意見，必要時則得延請公衛專家或職業病專科醫師對罹病勞工再為複檢。

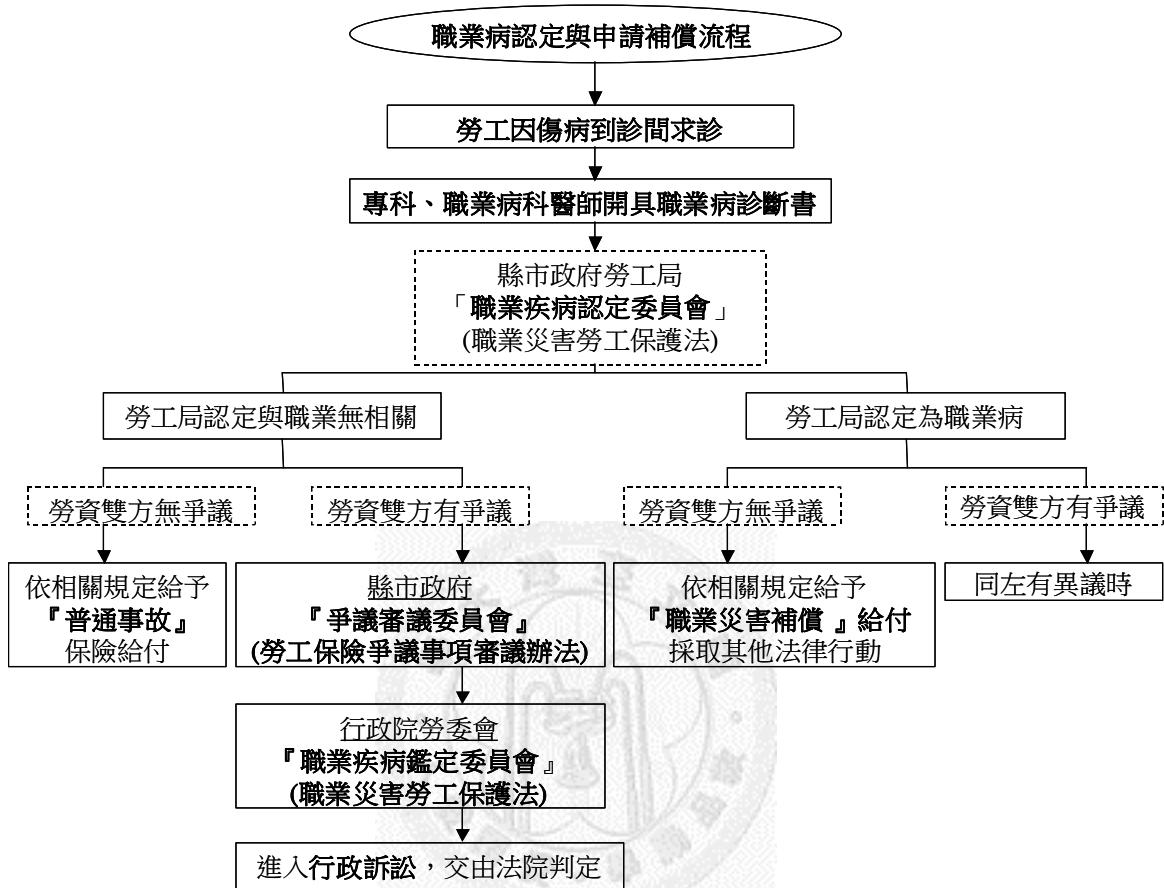
圖二、職災勞工就醫程序(資料來源:勞保局—勞保住院權益完全精通手冊)



(若無法從雇主那裡獲得職災醫療書單，則向勞保局或各地辦事處申請)



圖三、職業病認定與申請補償流程



## 第二章 流行病學與法學因果關係

在了解現行職災救濟制度後，本章將接著進入流行病學與法學因果關係理論與學說之整理。因果關係可以從不同的角度和領域切入，如：探討疾病和致病因子間的交互關係就是流行病學因果關係，至於探討行為和犯罪結果間在法律上是否要賦予它因果關係的評價，則屬法學因果關係的範疇。因此，本章先從流行病學的定義、研究方法、以及判斷流行因果關係的流程開始談起，其次，探討法學判斷因果關係的幾種學說，以比較流行病學與法學在因果關係判斷流程上可能的交集與異同。

### 第一節 流行病學因果關係

#### 一、流行病學之定義

一般而言，醫師要判定一個疾病或症候是否為職業所引起（即，與職業、工作環境因素間有無「因果關係」），必須參考下列資料或證據<sup>38</sup>：**(1) 考慮疾病的證據**：確立職業病診斷的先決條件為要有該項疾病的存在，例如，若要診斷職業氣喘症，則必須先診斷氣喘症的確存在，換言之，要有客觀的生理證據存在以證實的確罹患該疾病；**(2) 考慮疾病與工時的時序性 (temporality)**：時序性指的是必須是進入工作過後，經過適當的時間才發病，或使原有之疾病發生明顯的變化，同時，必須符合最低暴露期或誘發期、以及在最大潛伏期以前發生才符合時序性的要求。換句話說，該病若是在最低誘發期以前或最大潛伏期之後發生，就是不符合時序性。因此，暴露因素必須在發病、或病情加劇之前；倘若是在進入該工作前就發病、或是暴露累積的時間短於該疾病一般應有的潛伏期就發病時，可能就比較傾向非職場危險因子的暴露所引起。此點在急性危害所發疾病或在作

---

<sup>38</sup> 參王榮德，國際間職業傷病診斷、鑑定及補償制度發展趨勢與我國改進方向之研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所委託研究報告，頁 4。2008 年 3 月。陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學下冊，頁 181 至 190，王榮德、鄭尊仁、杜宗禮執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。郭育良等（2007），職業病概論，頁 8 至 11。台北：華杏出版

業現場立即發生的傷害爭議較少，但若是某些誘發期長的病如癌症，則往往就容易發生爭議，像是肝硬化、或是乳癌病變等都需要相當長的時間，才會發展到讓人體有感受到不適的狀態—如莫名其妙的疲倦或疼痛，然而等到發病的時候，我們往往已經很難精確地回溯去評估究竟是何時開始暴露；(3) **考慮人類流行病學的資料**：亦即，必須考慮對於患有某種疾病之勞工，在過去的流行病學研究中是否有顯示該疾病與某項職業上的暴露物質，或是否某項職業的工作項目有相關性、以及是否有此種相關性強度的研究資料；流行病學證據之回顧，常可以提供疾病與各種作業環境因子之相關強度的判斷參考，也是職業病判定的重要依據。而為了減少爭議且讓醫師們方便查閱，通常各國均有一些職業病表供參考，大致上多以國際勞工組織（International Labor Organization，ILO）所頒布的為準。(4) **考慮職業暴露的證據**：也就是探討勞工在工作之中是否的確有某種化學性、物理性、生物性或人體工學性的暴露，以及該暴露量的濃度高低與時間長短等因素。暴露證據之收集，是確立職業病診斷極重要的一環，在確立職業病判斷之前，經常要考慮作業環境中是否有相關的危害因子存在？其濃度為何？勞工是否會有暴露於其中的機會？有無個人或工程上的保護措施？暴露的程度是否足以引起該職業病？等問題(5) **要大致上排除其他病因**：除了以上考慮外，還必須考量該疾病的鑑別診斷、非職業的暴露或致病因子等（此點在第一次報告本國此類疾病時較重要，以便讓人信服），且考量職業相關的因子與其自身體質、危險因子相比，超過百分之五十機率時，才可認定為職業病。若勞工原本已有某種傷病，而職業性暴露可被證實的確使之惡化或加重者亦可被認定為職業病。值得注意的是，相較於工作現場意外或立即性危害所造成的職業傷害，職業病或職業性癌症在認定上往往較困難、也較有爭議，因為此類疾病誘發期間較長，也未必在工作現場或工作期間發病，致病相關暴露因素也往往不易精確評估，而且常伴隨有其他疾病因素而干擾因果關係的判定，因此也更為複雜而困難。因此，這當中往往需要流行病學的研究與知識。然而這就牽涉到流行病學的定義與研究方法本身的問題。

流行病學 (Epidemiology) 一詞是源自希臘字，Epi 是「在」、「上」的意思，demos 是「人民」的意思，而 logos 則是「學科」、「學問」的意思。顧名思義，流行病學，就是研究流行病的學問，更細緻地說，流行病學是「研究族群之健康狀態和健康事件的分布狀況及決定因素，並應用研究成果以控制健康問題、進而促進及保障人類健康<sup>39</sup>」。也有與此相類似的定義，認為流行病學是研究人群中所發生的疾患型態，以及影響這些型態的因素之間關連性的科學<sup>40</sup>。在此，**健康狀態**是指生理、心理、社會上的正常狀況，以及疾病、傷害、殘障、死亡等失調狀況的存在與否<sup>41</sup>；**健康事件**則是指從健康到發生病、傷、殘、或死亡的現象。換言之，健康狀態是描述有或無的靜態現況，而健康事件則是指由無變有的動態現象，而流行病學就是「一種蒐集、彙整數據、資料，利用統計學的方法以便對人群作成預測模型 (predictive models) — 也就是回答健康事件是指病、傷、殘、死亡等狀況的發生與否以及分布狀況的科學。」分布狀況是指描述及研究「什麼人 (WHO) 在什麼時間 (WHEN)、什麼地方 (WHERE)、罹患甚麼疾病 (WHAT)，以及為什麼該疾病在人時地的分布上會有所不同 (WHY)、如何來防治該疾病、傷害、殘障或死亡的發生 (HOW)。」由於這六個英文字都有 W 字母，因此流行病學也被稱為是研究六個 W 的學問。而亦有學者認為上述定義似乎比較著重在流行病學的研究方法，對於研究結果之目標或應用範圍則未提及，因此將流行病學定義為：「研究人群健康相關事件發生、狀態和政策的學問<sup>42</sup>」。

---

<sup>39</sup> 參陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 15 至 47，陳建仁執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。以及 Mervyn Susser, *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies in Epidemiology*。江東亮、陳建仁譯，流行病學的概念與策略---因果關係的邏輯---，頁 5。1980 年，臺灣省公共衛生教學實驗院發行。

<sup>40</sup> Harold M. Ginzburg, *Use and Misuse of Epidemiologic Data in the Courtroom: Defining the Limits of Inferential and Particularistic Evidence in Mass Tort Litigation.*, 12 Am. J. L. and Med. 423, at 425, (1986).

<sup>41</sup> 1946 年世界衛生組織 (World Health Organization) 成立，在該憲章中，世界衛生組織將健康定義為：「生理、心理和社會上的完全安寧美好狀態，而不僅僅只是免於疾病或虛弱。」雖然這個定義經常被批評不完整且過於抽象和籠統，導致難以操作該定義以方便健康和疾病之測量，但這個定義仍然是目前最普遍被接受的定義。

<sup>42</sup> 參王榮德，流行病學方法論，頁 8 至頁 9。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

而流行病學在預測的方法上，係測量「接觸某種特定物質」與「某種疾患」間關連性之強度<sup>43</sup>，再據以解釋、推論，換言之，流行病學研究的主題是「如何掌握健康失調<sup>44</sup>事件之發生、該事件發生的原因是什麼，以及如何管制及預防的方法」，找到在特定時間、地點、人群中疾病的流行規律後，制定防治措施和檢驗防治效果，以達到控制、消滅和預防疾病的目的<sup>45</sup>。因此，流行病學的內涵包括「描述」(Describe)族群的健康狀態(如：統計疾病的發生件數、型態變化)、「解釋」(Explain)疾病的致病機轉(包括致病因素的探討及疾病傳遞的機制)、「預測」(Predict)疾病的發生(包括預測可能的病例數目以及族群中的分布狀態，作為民眾考慮改變健康行為的依據)、以及控制(Control)疾病的分布(包括預防新病例的發生、治療現存病例以及如何延長病患的生命、並改善其生活品質等)。

而什麼叫做「流行病(epidemic)」呢？流行病是指任何一種疾病，它在特定人時地的發生率遠超過正常期望值(normal expectancy)而言。依此定義，我們可以明白流行與否其實只是相對值，而非絕對值，病例數目的多寡並非流行與否的指標，而是發生率超過期望值時才是疾病流行與否的指標，因此，端視我們所採定的比較標準為何而定。流行病可以是任何一種疾病，由前述的定義我們可知，流行病學研究的不只是傳染病，其他如慢性病(如癌症、心臟病、糖尿病、高血壓等)或精神疾病、自殺、意外事件等，凡與生理、心理健康有關的議題，甚至是各種疾病的危險因素，如：抽菸、肥胖、營養攝取狀態、生活型態等，都是流行病學研究的主題。隨著危害人類生命或健康的疾病類型已經從過去的傳染病轉

<sup>43</sup> Jean Macchiaroli Eggen, *Toxic Torts, Causation, and Scientific Evidence after Daubert.*, 55 U. Pitt. L. Rev. 889, at 898, (spring, 1994).

<sup>44</sup> 然而，什麼是健康狀態呢？其實我們無法清楚定義什麼叫做健康，而是只能由消極的方式去描述或衡量健康；因此，必須藉由觀察人群有無疾病(disease)、生病(illness)、有病(sickness)、傷殘(impairment)、殘廢(disability)、以及殘障(handicape)等情況，以側面地、反面地了解人群之健康狀態。以上參陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學上冊，頁15至20，江東亮、鄭雅文執筆。2009年10月，修訂四版。台北：健康文化。

<sup>45</sup> 參前揭註39(Mervyn Susser, *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies in Epidemiology*。江東亮、陳建仁譯，頁6)

變成慢性病為主，醫學模式也從單純的生物學轉向必須與心理學、社會醫學等學科相結合，才能提出合理的預防保健對策與措施，因此，流行病學的研究主題、方法及內容也在不斷發展。而相對於流行病的名詞則是「地方性 (endemic)」，地方性是指疾病或病原經常存在一個地理區域，長期、持續且不變的狀況。例如嘉義、台南近海鄉鎮的烏腳病即為著例。而如果疾病在廣大的地區流行、蔓延開來而波及到大多數人（如流行性感冒蔓延全東南亞地區）時，則稱之為「大流行 (pandemic)」。

事實上，流行病學緣起於「人口學」(demography)，早在 16 世紀，英國統治者為了瞭解疾病對人口的衝擊，因此建立了例行的人口死亡率監測系統 (The Weekly Bills of Mortality)。到了 17 世紀後期，英國醫師葛盎特 (John Graunt) 大量運用這些資料，描繪出英國人口結構的變化趨勢，包括死亡率、生育率、新生兒死亡率、死亡率季節變化...等。這些資料彙整與分析方法，奠定了人口學的基礎，描述性人口統計資料也成為國家人口治理的重要依據。至今，這些統計方法仍是公衛學必備的工具，也是政府公衛部門的重要業務<sup>46</sup>。

而流行病學研究的開端可以說是始於英國的醫師史諾 (John Snow)。歐洲國家在 1850 至 1890 年之間連續爆發大規模霍亂(Cholera)，造成數百萬人因霍亂而死亡。英國倫敦雖然已經建設了下水道，都市環境衛生也已經大幅改善，但 1848 年霍亂卻依舊爆發。英國倫敦當時主流的觀點認為霍亂是經由空氣所傳播（也就是所謂的「瘴氣說」、「瘴癘論」），然而，當時的醫師 John Snow 認為霍亂應該是經由水所傳播、而非空氣；John Snow 進入疫區進行訪查，並藉由在地圖上標點出霍亂主要發生的街道 (Broad Street, Golden Square)、繪製霍亂感染者的地理分布圖，研究當地水井和霍亂患者兩者之間分布的關係後，發現在寬街(Broad Street)

---

<sup>46</sup>參陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 208，鄭雅文執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。



某一水井供水範圍內的霍亂罹患率明顯較高，最後終於找到該次霍亂爆發的原因——也就是這口被污染的水井。雖然此時細菌尚未被發現，但史諾相信霍亂是透過不明的感染機制而傳播的，而不是空氣瘴氣本身而引起。這位替維多利亞女王施行無痛分娩聞名的醫師，在 1849 年出版了他的研究結果：「On the Mode of Communication of Cholera」，指出罹患霍亂與水廠供水之間的關係，而成為流行病學的先驅<sup>47</sup>。他的研究也受到後來取而代之的細菌論學者所推崇，被後者譽為流行病學研究的創始者。

## 二、流行病學的分類、方法與限制

要了解流行病學的研究方法本身有何侷限，我們就必須先從流行病學研究的分類與方法的介紹談起。流行病學的目的不外乎是對特殊流行病現象的解釋、對社區疾病型態的描述、研究疾病的自然史與危險因子、以及醫藥保健工作的計畫設計與效益評估等<sup>48</sup>，而要了解一個地區健康問題的先決條件，就必須先從疾病的發生率 (incidence)、盛行率 (prevalence)、死亡率 (mortality)、致死率 (fatality) 等調查著手。而此類描述疾病在不同人、時、地分布狀況的流行病學，就是一般所稱的「**描述流行病學 (descriptive epidemiology)**」。至於危險因子與致病機制的探討則是流行病學研究的主要課題，例如研究人類乳突病毒 (Human papilloma virus, 簡稱 HPV) 是否為子宮頸炎的病因，即有賴篩檢工作的推展、流行病學、基礎醫學與臨床醫學的密切整合；藉由回溯疾病病例與健康對照的暴露史，或是追蹤暴露組與非暴露組的疾病發生率，來支持或推翻致病機轉的相關假說，此類探討危險因子與疾病致病機轉的流行病學則為「**分析性流行病學 (analytical epidemiology)**」。除了上述的描述與分析外，流行病學的研究方法也延伸到臨床試驗和社區試驗上。藉著隨機分配、雙盲程序、密集追蹤、控制干擾和統計分析

---

<sup>47</sup>參陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 210 至 211，鄭雅文執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。

<sup>48</sup>參前揭註 39。

等實驗方法評估和追蹤的流行病學，則屬於「**實驗流行病學 (experimental epidemiology)**」的範疇。以下分別就這三類流行病學之研究方法做一簡單之概述<sup>49</sup>。

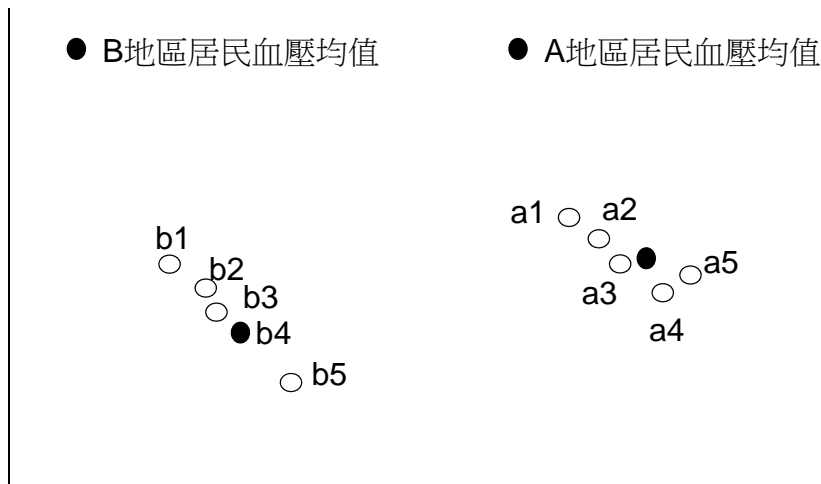
### (一) **描述流行病學 (descriptive epidemiology)**：

由於資料的蒐集、統計、分析與推論是擬定假說的基礎，而流行病學的目的既在了解社區、族群的疾病狀態，當然就必須從分布狀況著手，了解什麼人、什麼時間、在什麼地方、比較容易罹患什麼疾病，這就是描述流行病學的範疇。因此，在特徵的描述方面，包括人、時、地三方面。在「人」的方面，包括年齡、性別、社會經濟地位、職業、婚姻、生活習慣等特徵的描述；例如：及病率是否隨年齡增加而增加？不同種族的罹病率有無差異？未婚和已婚者的健康狀況有無不同？社經地位較高的是否有特別高或低的發病率等等。至於「地」的方面，則從描述較小的單位（如縣市間）到較大的單位（如鄉村與都市、或國際間的比較）都有可能。但必須留意，經由地區性描述而建立的假說，必須考慮研究區位層次不同所帶可能來的生態謬誤 (ecological fallacy)，舉例而言，若資料顯示 A 地區居民 (a1、a2、a3、a4、a5) 的血壓均值 (A') 高於 B 地區居民 (b1、b2、b3、b4、b5) 的血壓均值 (B')，並不代表居住 A 地區裡任何一個居民的血壓都高於 B 地區的任何一位居民，如 b1 即高於 a4 及 a5 (參照圖四)。這是因為群體層次的資料是一種平均值的概念；因此，若將群體層次的描述資料推論至個體層次，就會出現所謂的生態謬誤。然而描述疾病的地域性差異，可以幫助我們進一步深入探討疾病的發生和環境是否有關、了解特定疾病與地理環境的關聯性。

---

<sup>49</sup>亦有論者不為此三種分類方法，而係將流行病學研究的推論方式分為「**描述型**」和「**因果型**」兩大類型，前者主要是將樣本經由統計綜合及結果之後，描述原來的母群體 (population) 的真相為何；而後者則是經由比較不同暴露條件下的群體，接著以 Karl Popper 猜測與否證 (conjecture and refutation) 的精神，利用實證來驗證 (或否證) 的觀點來驗證原本的因果假說是否成立。參王榮德，流行病學方法論，頁 12-16，及頁 127、頁 132-134、頁 140。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

圖四、研究區位層次不同所帶可能來的生態謬誤



最後是關於「時」的描述，疾病時間的描述往往是從小單位延伸到大單位，如時間聚集、季節變動、週期循環、或長期趨勢等，都是描述疾病率在時間上的分布常常使用的分析方法。疾病若呈現時間聚集（time clustering）往往就暗示著有共同暴露經驗的存在，如急性傳染病的共同感染，在數小時後數日內就會有顯著增加的病例數，這類爆發性流行病致病因子的假說就比較容易建立，尤其是潛伏期或誘導期很短的情形，如調查食物中毒就是很好的例子。而季節變動也是描述時間的主要內容，多數的傳染病都呈顯明顯的季節變動，如德國麻疹、腮腺炎及水痘就好發於春夏之交，小兒麻痺、日本腦炎則以夏天比較常見。傳染病的季節變動主要是受到環境、宿主和病原體的影響，而有些慢性病也會因為季節而有發病率的變化，如腦中風的猝發較常見於冬季。而疾病的發生有時也會呈現逐年增加或逐年減少的長期趨勢，如台灣傳染病的罹病率和死亡率就有逐年下降的趨勢，而這可能導因於環境衛生與營養狀況的改善、抗生素與疫苗的普遍使用、衛生教育與健康促進的宣導等措施有關。相對的，慢性病（尤其是心臟病、癌症、糖尿病等）在近年反而有明顯增加的趨勢，這可能和競爭死因（尤其是傳染病）的減少、平均餘命的增加、生活飲食習慣改變、診斷技術的精進等原因有關。

綜上，描述流行病對疾病人、時、地分布的描述雖然有助於我們初步建立疾病致病因子與機轉的假說與研擬，但此類資料往往只是對某的區域範圍的一群人在一段時間的觀察與描述，而缺乏前後時期的比較、也無法介入或操作我們欲控制的特定變項。因此在解讀此類資料、建立假說的時候要特別注意被選取的樣本之代表性如何、以及不要犯倒果為因的錯誤。

## (二) 分析流行病學 (analytical epidemiology) :

相較於描述流行病學是描述一群人的疾病率在不同人時地的異同，分析流行病學的設計則著眼於「比較暴露於危險因子和未暴露於危險因子者的發病機率」<sup>50</sup>。在分析方法上面，若按「發病與暴露資料蒐集的先後時序」來劃分，則可分為橫斷性研究 (cross-sectional study) 和縱貫性研究 (longitudinal study)，而後者則可再分為追蹤性研究 (prospective study) 和回溯性研究 (retrospective study)。若按「研究對象選擇的方法」來劃分，則可分為調查法 (survey study)、世代研究 (cohort study) 和病例對照研究法 (case-control study)。從這樣的分類方法我們可以發現，實際上，調查法即橫斷性研究，世代研究即追蹤性研究，而病例對照研究法即回溯性研究。茲分述如下。

### 1、 橫斷性研究 (cross-sectional study) :

橫斷研究主要是在特定族群選取具有代表性的研究對象，觀察其有無罹患特定疾病，以及其是否暴露於危險因子 (或暴露的程度)，以研究疾病和危險因子間的關係。就研究對象的選取而言，即非從疾病、也不是從危險因子來分層抽樣，而是從族群中直接隨機抽樣、再觀察疾病和危險因子的相關。因此疾病和危險因子的測定兩者皆有隨機誤差 (random bias) 的存在。就資料的收集而言，橫斷性研究是在特定時間內同時收集疾病和暴露的資料，因此得到的疾病是盛行率 (prevalence)<sup>51</sup> 而非發生率

<sup>50</sup> 參前揭註 39。

<sup>51</sup> 盛行率 (prevalence rate) 指的是單一時點或一段期間內罹患該疾病且仍存活的人數佔總人口

(incidence)<sup>52</sup>，所得出的相關性不僅也往往不易斷言其因果時序。

## 2、縱貫性研究 (longitudinal study)：

縱貫性研究是指在疾病和暴露資料的蒐集上，在時間上是先後縱貫的，而非一時的橫斷蒐集；縱貫研究又可分為兩大類，若是「先選定尚未發病的暴露組與非暴露組」，再繼續追蹤直到發生相當數目的病例後，才比較兩組間發生疾病狀況的差異，則稱為追蹤性研究 (prospective study)，又稱世代研究 (cohort study)；若是「先選定病例組和對照組」，再向前回溯比較兩組在過去既往暴露於危險因子狀態的差異，則稱為回溯性研究

(retrospective study)，又稱病例對照研究法 (case-control study) 或個案對照研究法。換言之，世代研究法與病例對照研究法是兩種完全不同的研究方式，世代研究是針對某種被假定為原因的特定物質，觀察接觸該物質的群體與未接觸該物質的群體，其在發病人數、比率上有無差異；而病例對照研究的研究方向則剛好相反，它是先區分出有病 (或有某種負面健康狀態) 與沒病的群體後，再深入觀察這兩組群體在用藥、體質、生活環境等有什麼差異。也就是說，世代研究是「先假定原因」，成立對照組後，再去追蹤、比較兩者結果的差異；而病例對照研究則是「先選定結果」，再去探詢造成差異的原因。

---

數的比例；亦即，盛行率=所有現存病例數 (包括所有新發生的病例數新病例及先前已經生病的就個案數) / 族群總人口數。換言之，盛行率是看現有人口中有多少人罹病，至於病人是何時發病不管，只要是在觀察時已得病而仍存活者即可。因此，影響盛行率的因素可能有該病危險因子的增加、以及治療效應 (如：由於新的藥讓罹患該病的病人存活時間變長了，也會導致所計算出的盛行率上升) 等，因此，盛行率比較不適合用於致病因子的探討，而比較適合用於醫療衛生政策評估的指標 (如：規劃所需的醫療設備以及人力)。參王榮德，流行病學方法論，頁 88 至 93。2010 年 8 月。台北：健康文化。陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 15 至 47，陳建仁執筆，2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。

<sup>52</sup> 發生率 (incidence rate) 指的則是特定疾病在單一時間點或一段時間內，「新增病患人數」佔「有發病危險的人口數」 (population at risk) 的比率。亦即，發生率=新病例數/在一段時間內有可能罹病的人口數，若所得的數值越大則代表罹患該疾病的機率也相對較大。因此，我們常可藉由比較不同團體間的發生率和危險因子的分布狀況，來推論該因子是否為該病的危險因子。而影響發生率的因素可能包括對事件本身的定義及測量準確度、誘導期的長短、體質特異、環境或職業因素、生活習慣與社會行為因素...等。參王榮德，流行病學方法論，頁 88 至 93。2010 年 8 月。台北：健康文化。陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 15 至 47，陳建仁執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。

前者因為是選定暴露組與非暴露組後，在追蹤兩組的發病狀況，因此可以直接估算疾病的發生率，而後者因為是選定病例組與對照組後，再回溯比較兩組過去的暴露經驗，因此無法直接估算疾病的發生率。而追蹤法因為必須追蹤大量且尚未發病的健康者直到發生相當數目的病例，且若是潛伏期較長、或是較罕見的疾病，則可能追蹤的時間需要非常長，所以往往需花費相當可觀的人力及物力，而且可能面臨隨著追蹤時間拉長，研究對象可能逐漸漏失（如失去聯絡）的缺點，但此研究方法的優點是危險因子和疾病發生間的時序因果較易確立。至於回溯法則只需比較少數的病例組與對照組即可，因此研究所需投入的人力物力可大為減少，也較適合用於稀有、罕見疾病的研究，但缺點是可能面臨研究對象在回憶過去暴露經驗時的回憶偏差（recall bias），導致暴露累積量難以準確估計的問題<sup>53</sup>。

一般而言，在**病因未明**的情況下，較適合用回溯性研究來篩選危險因子，在**病因已經相對較明確**的情況下，則較適合用追蹤性研究來追蹤暴露與疾病的關係，以進一步證實兩者間的因果關係，甚至可利用預防性的介入來減少或去除危險因子，以觀察疾病率是否因此下降。

綜上，不同的流行病學分析方法各有其適用時機與優缺點，但其共同的目的都是推算危險因子和疾病發生的相關性（association）。在流行病學方法中，較常用的統計數值包括相對危險性（relative risk）、危險對比值（odds ratio）。「**相對危險性**」（relative risk，簡稱RR）或稱「**率比**<sup>54</sup>」（rate ratio），指的是暴露組的疾病率為非暴露組疾病率的比值，作為比較不同暴露組間的疾病發生率是否有所不同的指標，而由於世代研究法一開始著手調查的是族群中的暴露狀況，再依照

<sup>53</sup> 參前揭註 39。

<sup>54</sup> 參王榮德，流行病學方法論，頁 94。2010 年 8 月。台北：健康文化。

不同的暴露程度加以分組、追蹤各組的發病情形是否有所不同。因此，基本上由世代研究所得的資料可以藉由計算比較不同暴露族群的發生率是否有所差異，進而推估該暴露因子與疾病間的關係。以表二為例，我們可以算得暴露組的疾病率  $p_1=A/A+B$ ，未暴露組的疾病率  $p_0=C/C+D$ ，則可以得出暴露組的疾病率是非暴露組疾病率的  $p_1/p_0$  倍，此數值就是所謂的相對危險性，亦即，**RR=暴露組的發生率÷非暴露組的發生率=(A/A+B)÷(C/C+D)**。如果  $RR=1$ ，表示暴露組罹患該疾病的危險性和非暴露組罹患該疾病的危險性沒什麼差別，那麼就代表此一暴露因子就不太可能是該疾病的危險因子。如果  $RR>1$ ，則意味暴露組罹患該疾病的危險性大於非暴露組罹患該疾病的危險性，代表暴露因子與疾病狀態間呈現正相關的關係，那麼此一暴露因子就有可能可能是該疾病的危險因子。如果  $RR<1$ ，則代表暴露組罹患該疾病的危險性小於非暴露組罹患該疾病的危險性，暴露因子與疾病狀態間呈現負相關的關係，那麼此一暴露因子就有可能反而是該疾病的保護因子。以實際的例子來說，如：我們經常聽到「嚼檳榔得口腔癌的風險是沒有嚼檳榔的人的幾倍」、「抽菸得肺癌的風險是未抽菸的人的幾倍」等此類的描述，就是用相對危險性所算得的結果。

表二、世代追蹤研究所得之暴露狀況與疾病狀態之分布

世代追蹤研究所得之暴露狀況與疾病狀態之分布

		疾病狀態		
		有病	沒病	總計
暴露狀態	有暴露	A	B	A+B
	沒暴露	C	D	C+D
總計		A+C	B+D	

而「危險對比值」(odds ratio, 簡稱 OR) 或稱「勝算比<sup>55</sup>」則是將暴露組中有病與沒病的比率除以未暴露組中有病與沒病的比率所得的值, 因此, **OR=**  
**暴露組中有病與沒病的比率除以未暴露組中有病與沒病的比率**  
 **$\equiv [(A/A+B)/(B/A+B)] \div [(C/C+D)/D(C+D)] = AD/BC = (A/C) \div (B/D) =$ 疾病組中的暴露者與未暴露者的比率除以對照組中暴露者與未暴露者的比率**。換句話說, OR 值也等於疾病組與對照組的暴露比。因此, 如果 OR=1, 代表疾病組對某一暴露因子的暴露比等於對照組的暴露比, 那麼此一暴露因子就不太可能是該特定疾病的危險因子。如果 OR>1, 則意味疾病組對某一暴露因子的暴露比大於對照組的暴露比, 暴露因子與疾病狀態間呈現正相關的關係, 那麼此一暴露因子就有可能該特定疾病的危險因子。如果 OR<1, 則代表疾病組對某一暴露因子的暴露比小於對照組的暴露比, 暴露因子與疾病狀態間呈現負相關的關係, 那麼此一暴露因子就有可能反而是該特定疾病的保護因子。

然而, 值得注意的是, 若比較 RR 值與 OR 值,  $RR=(A/A+B) \div (C/C+D)$ ,  $OR=(A/B) \div (C/D)$ , 則我們可以發現當 A 遠小於 B、且 C 遠小於 D (也就是稀有、罕見疾病) 的時候,  $A/A+B \cong A/B$ ,  $C/C+D \cong C/D$ , 則 RR 將會約略等於 OR。換句話說, 在這種情況下, 我們可以用 OR 值去推估 RR 值, 這在病例對照研究的時候可看出其重要性; 由於病例對照研究法是直接先選取疾病組和對照組後, 再回溯比較兩組間暴露經驗的差異, 因此, 病例對照研究法不像前述的世代研究可以得知暴露組的疾病率 (A/A+B) 與非暴露組的疾病率 (C/C+D)、進而計算得到兩者比率的相對危險值 (參見表三)。因此, 在病例對照研究時, 我們只能以 OR 值來推估 RR 值, 也就是以「病例組與對照組的暴露比」來推估「不同暴露組間的疾病發生率有無不同<sup>56</sup>」。

<sup>55</sup>參王榮德, 流行病學方法論, 頁 95。2010 年 8 月。台北: 健康文化。

<sup>56</sup>參前揭註 39。



表三、病例对照研究法所得之暴露狀況與疾病狀態之分布

病例对照研究法所得之暴露狀況與疾病狀態之分布

		疾病狀態		
		有病	沒病	總計
暴露狀態	有暴露	A	B	
	沒暴露	C	D	
	總計	A+C	B+D	

### (三) 實驗流行病學 (experimental epidemiology) :

分析流行病學的目的在探討疾病的危險因子，以瞭解疾病的可能致病因子、辨識高危險群的特徵。然而，在瞭解疾病的危險因子後，流行病學進一步的目的即在疾病防治工作的籌畫、評估與進行，這就有賴透過適切的研究設計，進行預防性或治療性的介入，以降低或避免疾病的發生，這就是實驗流行病學的範疇。實驗流行病學依照其研究對象可以大致分為社區實驗和臨床實驗，前者是以社區為研究單位，在該社區中實施全面性的防治介入，以研究該介入是否有助於疾病的減少或根除，如竹東地區食鹽加碘就是最好的例子。後者則是以個人為研究單位，對個別研究對象實施防治介入（如：服用新藥），以探討該介入措施是否能預防或治療個體的疾病。若依「對照組的有無」，則實驗流行病學也可分為「無對照組之前後比較研究」(uncontrolled before-after study)和「對照研究」(controlled study) 兩類。前者為非典型的實驗設計，將所有研究對象均列為實驗組、而未設立任何對照組，然後比較實驗前後的差異；後者則是典型的實驗設計，亦即，將研究對象分別分派在實驗組和對照組，對實驗組中的成員施予實驗變項的介入，而對照組成員則不施予介入（或施予對照變項的介入），再評估兩組在實驗結果上的差異。值得注意的是，無對照組的前後比較研究往往有可能發生「歷史偏差」

(historical bias) 的困擾，也就是實驗期間，實驗對象所處的生活環境或醫療水準本身可能就已經隨著時間而發生改變，因此即使實驗結果發現前後健康狀況有顯著的改善，也不能斷言就是該實驗介入所導致的功效。因此，無對照組的實驗研究除了用在短期功效的評估之外，在實驗流行病學的研究中較少被使用。至於有對照組的臨床實驗設計，則又可分為「隨機分配」(randomized allocation) 或「隨意分配」(arbitrary allocation)，茲分述如下<sup>57</sup>。

### 1. 隨機分配 (randomized clinical trial)：

所謂的隨機分派 (randomized clinical trial，簡稱 RCT) 是指研究對象會被分配到實驗組或對照組是完全隨機的、以隨機抽樣的方式將樣本 (研究對象) 分組，進行不同的試驗。因此，任何一個樣本會被分歸為那一類組，在機率上都是均等的，如此一來可降低其中一個類組因為當中有特殊型態的案例所導致實驗結果上可能造成偏差的機率。易言之，隨機分配的好處在於可提高研究組別間的可比較性 (也就是確保不同組的樣本特性相似)，特別是在可能有未知的干擾因素時，我們可藉著機分配而得到較佳的控制。

### 2. 隨意分配 (arbitrary allocation)：

相對於隨機分派是由均等的機率決定研究對象會被分派到哪一組，隨意分配指的則是「研究對象如何被分配到實驗組或對照組，是隨研究者的看法、或按病患的主觀意願來決定」。因此，這樣分配所得出的實驗結果，往往就需要在資料分析時去控制已知干擾因素所帶來的偏差，但對於未知的干擾因素所帶來的偏差則完全無法控制。

綜上，在社區實驗研究中，我們必須注意社區人口的穩定性與可行性 (如：居民的態度、願意合作的程度、實驗防治介入的普及性及恆定性等)、實驗社區

---

<sup>57</sup> 參前揭註 39。

和對照社區的可比較性、以及可能干擾因素的可控制程度等；在臨床試驗中，則必須考量到樣本數的估計、研究對象選取的條件、組別隨機分配的方法、研究步驟要採取單盲<sup>58</sup> (single-blinded) 還是雙盲<sup>59</sup> (double-blinded)、研究對象的願意配合程度與追蹤率、以及研究倫理規範（如在醫院進行，則通常需要通過各醫院研究倫理委員會的審查）等考量。惟不論是社區實驗研究或臨床實驗研究，都必須徵得研究對象的同意，並且要使其詳細了解研究目的、方法、以及可能的利弊得失。

### 三、簡單介紹統計理論

所謂的統計學 (Statistics) 是一門以數量的方法來收集、整理、呈現、分析及解釋研究資料的科學，並由研究樣本的性質來推論未知因素的本質。由於流行病學是根據機率、統計及合理的研究方法建立的科學，且經由不斷否認來建立因果關係的假設與推論，加上其研究的對象是社區和族群，因此流行病學經常需要藉由統計的理論和方法來描述、統計、分析、推論疾病的分布狀況及成因。以兩組樣本檢定 (two-sample test) 為例，統計上的假設檢定乃以『否認  $H_0$ —null hypothesis (虛無假設)』為主體 ( $H$  下面附加 0 是代表 null 的意思，英語語意是 of no value or importance)，意思是「不重要、虛無的、空的、不是真的」，而將我們希望應該是對的假設放在  $H_1$ —又稱對立或替代假設 ( $H$  下面附加 1 是代表 alternative 的意思，英語語意是 giving a choice between two things)，意思是「在  $H_0$  和  $H_1$  兩個假設間，不選  $H_0$  時可以選擇  $H_1$ 」<sup>60</sup>。換句話說，「虛無假設」(null

---

<sup>58</sup>以藥物試驗為例，所謂的單盲指的是只有評估療效的人（如：醫師）知道研究對象中哪些人是實驗組（給予新藥）、哪些人是對照組（給予非新藥的安慰劑），因此醫師知道他所給予的藥物是或安慰劑，但研究對象（如：受試者）本身並不知道自己所服用的是新藥或安慰劑，以避免受試者本身有意或無意的心理因素，造成實驗結果的偏頗，這種只有評估療效的人知道受試者的所屬組別、受試者本身並不知道的研究設計就稱為單盲。參前揭註 39。

<sup>59</sup>所謂的雙盲指的是評估療效的人（如醫師）和接受試驗的對象都在不知道誰是實驗組、誰是對照組（在藥物試驗中通常投給安慰劑）的情況下進行試驗，只有等到所有資料都收集及分析過之後，研究人員才會知道實驗對象所屬組別。使用雙盲的設計目的是避免試驗的對象或進行試驗的人員的主觀偏好，導致有意或無意地影響到實驗的結果。參前揭註 39。

<sup>60</sup>參戴政、江淑瓊，生物醫學統計概論，台北：翰蘆圖書。2004 年 1 月，修訂三版，頁 71 至 73。

hypothesis) 指的是疾病和該因子兩者間無差異、無相關，當該因子強到足以推翻該虛無假設時（也就是達到「統計上的顯著」時），才能推定其為該疾病之危險因子、該危險因子與疾病間有相關，進而推論是否有因果關係。舉例來說，當我們在研發治療高血壓的新藥、欲了解服用新藥與舊藥的高血壓患者，在血壓控制的表現上效果有無不同時，此時我們統計上的假設是以檢定  $H_0$ （也就是 null hypothesis，虛無假設）為原則。換言之，我們假設的  $H_0$  是「新藥與舊藥的療效並無不同，因此兩組患者在血壓平均值的表現上應相同」，但實際上我們希望的是該新藥能比舊藥有效控制高血壓、因此兩組患者在血壓控制的效果上應該有不同，因此  $H_1$  就應該是「新藥與舊藥的療效不同，因此兩組患者在血壓平均值的表現上應不同」，寫成統計檢定式即為：

$$\begin{cases} H_0: \text{服用新藥組的血壓均值與舊藥組的血壓均值相同} \\ H_1: \text{服用新藥組的血壓均值與舊藥組的血壓均值不同} \end{cases}$$

當計算結果達到「統計上的顯著」(statistically significant) 時，就代表我們在一定的顯著水準（或稱信心水準，confidence interval）<sup>61</sup>下，有足夠的證據可

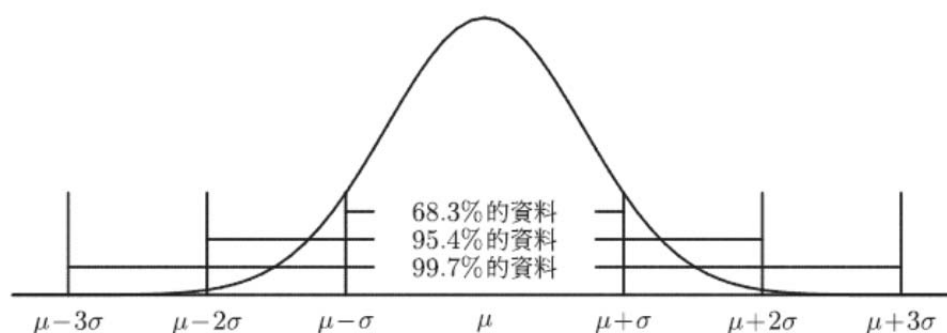
---

<sup>61</sup> 顧名思義，信心水準是用來衡量我們「以抽樣結果反推母群體狀況時的把握程度」，因為實際上我們不可能去實際一個一個去研究、調查母群體中的每一人，而是只能以抽樣、選取群體中一部分的人，而利用這一部分的人的結果去估計母群體的状况，而我們對於「使用抽樣的樣本來替代實際的母群體」這樣的結果有多大的把握或信心，就稱為信心水準。如此一來，只要藉由信心水準的計算，就能了解我們對這個抽樣調查的結果把握程度如何。參前揭註 61。

以常態分佈 (normal distribution) 為例，若我們抽樣的資料分布符合常態分佈的鐘型分布，那麼，常態曲線的最高點，其橫座標就是資料的平均數  $\mu$ ，曲線的左右兩端則會對稱於  $x = \mu$ ，而資料的離散程度可以用標準差  $\sigma$  描述。只要我們知道常態分佈的平均數與標準差，那麼根據中央極限定理，這些樣本分佈在範圍  $[\mu - \sigma, \mu + \sigma]$ 、 $[\mu - 2\sigma, \mu + 2\sigma]$ 、 $[\mu - 3\sigma, \mu + 3\sigma]$  之比率大約為 68%、95%、99.7%（參考下圖）；亦即，約有 68 的資料會落在距離平均數的一個標準差以內、95% 的資料會落在距離平均數的兩個標準差以內、有 99.7% 的資料會落在距離平均數的三個標準差以內。而以平均數為中心分別加減一個、二個、三個標準差的鐘型曲線下所包夾的面積，也就是我們所謂的信賴區間，換言之，當資料的樣本數夠大、符合常態分佈時，在以平均數為中心加減一個、二個、三個標準差的區間中，我們分別有 68%、95%、99.7% 的信心可以包含真正地母群體資料，這也就是所謂常態分佈的 68-95-99.7 法則。參前揭註 61。

『拒絕  $H_0$ 』，也就是有足夠的證據可以推翻  $H_0$  的假設，換言之，也就是在  $H_0$  與  $H_1$  這兩個假設之間，我們選擇接受  $H_1$  的假設，即，服用新藥組的血壓與舊藥組的血壓均值的確有不同（可能是較高、也可能是較低）、血壓均值的表現與服用新舊藥是有相關的（但是還需要符合時序性才能進一步推論得出有無因果關係）；相反的，如果計算的結果未達統計上的顯著時，則代表我們沒有足夠的證據可以拒絕（推翻） $H_0$  的假設。換言之，表示我們沒有足夠的證據可以說新藥組的血壓均值與舊藥組的血壓均值有不同（但必須注意的是，我們也不能因此說兩者的血壓均值就相同）。

統計思維之所以要設定一個多少是先入為主、預期經由檢定過程而能夠將之拒絕的假設放在  $H_0$ ，卻將希望應該是對的、應該能成立的假設放在  $H_1$  的原因，主要是如果能把  $H_0$  固定在一個具體的值（如：本例中，服用舊藥的高血壓患者的血壓均值是一個已知、具體的值）、做為被比較的分佈型式，則此時我們就可以根據  $H_0$  固定在該具體的值來推算樣本發生的情形，故若後來新藥實際治療後的效果和我們用  $H_0$  推算出來的情形（也就是服用舊藥的血壓均值）不一樣，就可以檢定出  $H_0$  應該是假設錯了；也就是用反證（disproof）的方式來檢定  $H_1$  可以被接受。尤其，在研究一開始時，因為我們無法預期服用新藥的血壓均值究竟是哪一個數值（有可能低於服用舊藥組均值的任何一個數字、也可能為高於舊藥組均值的任何一個數字），因此無法用正向證明的方式——預設新藥組血壓均值



的數字然後再一一檢定是否相同（因為無法窮盡），因此，只能用反向證明的方式予以檢定。

然而，統計分析的成功（準確）與否，乃奠基於資料的正確與否，而資料的正確與否則取決於收集資料的過程是否客觀嚴謹、是否能充分且正確的反應資料來源的群體特性，如果資料正確，則對欲分析的主題就能提供充分的訊息、統計的結果也才能精確地反映真實的情形；相反的，假如資料的正確度不足、或不夠充分（如樣本數不足導致樣本的代表性不足、或選取樣本的方式有偏差，導致樣本無法反映母群體的分佈）時，就算用再複雜的統計方法或數學技巧也無法得出準確的結果。以職業病為例，當工作環境中的暴露源（如工業製程中究竟使用哪些原料）、濃度與強度（如工時）、以及樣本數（如是否能收集到所有暴露及罹病之員工數）等資料無法完整取得時，就會影響統計分析的結果、使其無法達到統計上之顯著而無法推翻該虛無假設；由此可見，「無法證明有因果關係」並不代表「沒有因果關係」，因為能否證明有因果關係與是否能取得完整的事證資料有絕對的相關，但礙於現行的流行病學研究方法與職業醫學之研究典範，無法推翻虛無假設就無法被判定與職業相關，然而工廠、職場中，關於工作環境等相關資料皆掌握在雇主之一方，負舉證責任的勞方在不易取得前述暴露資料的情況下，往往難以證明自己的傷病與職業有關，而最後只能遭受不利益之判定。由此可見，流病研究和統計分析本身都有一定的侷限，因此，我們在解讀流行病學研究報告與統計結果時，要謹慎分析這些數據是透過什麼研究設計、統計分析所植基的資料是如何被蒐集取得、是否具代表性、能真實地反映現實等前提問題，才能正確地解讀這些研究結果。

#### 四、判斷因果關係的流程

從前面流行病學的定義、分類、與統計假設檢定原理的概述，我們可以知道，在探討疾病的致病因子時，首先應建立各種可能的假說，再檢定各種假說的變項和疾病之間是否具有統計上的相關，然後才能進一步判斷某危險因子和疾病之間是否有因果關係（causation）。然而，必須注意的是，判斷有無因果關係時所需考量的原則與要素絕不僅止於該因子與疾病間有無相關性（correlation；association）而已，而是必須符合一定的檢驗流程。因為有相關並不等於有因果關係，舉個最明顯的例子來說，若統計結果顯示「穿裙子和罹患乳癌間有統計上顯著相關」，我們並不能據此就得出「穿裙子會導致乳癌」的結論，因為穿裙子和罹患乳癌在統計上有高度相關的原因有很多，其中之一很可能只是因為女性的乳癌發生率高於男性而已；由此可見，即使我們收集資料、分析得出兩個項目間有統計上的相關，也不代表兩者之間有因果關係，尤其統計結果的正確性以及應該如何正確解讀乃取決於該資料是否正確、收集資料的過程是否客觀嚴謹、以及該疾病類型是否適合採取該研究設計和方法。

因此，面對已經完成的統計數據，我們應該先思考：該調查研究的對象、族群組成為何？其研究是屬於哪一種類型？是屬於向後追蹤的世代研究（Cohort study，參前第三章第一節二之（二））或向前回溯暴露經驗的病例對照研究（Case-control study）？人群所接觸的特定因子是什麼？該特定因子與群體的疾病間可能的生物關聯途徑為何？有沒有什麼影響研究結果的干擾因素？如果有話又是什麼？有無觀察上的偏差…等。這樣的初步思考，可以幫助我們更詳細地檢驗該份研究結果。然而，若要符合流行病學上的因果關係，還需要具備以下特徵<sup>62</sup>，也就是所謂的 Hill 準則（Hill's criteria）或「疫學原則」：

---

<sup>62</sup> 參 Susser, M.(1977).Judgement and causal inference:criteria in epidemiologic studies. Am J Epedemiol, 105, 1-15.

### (一) 時間關係、時序性 (Temporality)：

時序性指的是「原因」(即對某特定因子、物質的接觸)必須出現在「結果」(即疾患或傷害)發生之前<sup>63</sup>，也就是說致病因子必須在疾病發生之前侵襲到研究對象，而且從受侵襲到發病的時間，必須要比疾病的誘導期或潛伏期為長；以職業病來說，則是指職業環境中危險因子(如：鉛)的必須先於疾病(如：貧血、腎臟傷害、流產)而存在，若疾病在進入該職場前就已存在(亦即結果早於原因而存在)，則除非能證明該危險因子確實為加劇原病況的原因，否則就不符合時序性的標準。時序性的判定有時非常容易，有時卻不容易分辨，以**疾病類型**來說，如食物中毒等特定病因引起的急性病，就很容易辨明因果關係的時序性，或遺傳基因與疾病間的時序性也很容易判定(因為基因為與生俱來的)，至於病因複雜且發病的確切時間不明的慢性病，則致病因子與疾病間的時序關係就比較難判斷。以**流行病學的研究類型**來說，一般而言，在展望性(prospective)研究中，因為我們是向後追蹤兩個不同群體(如：用藥習慣不同)的健康表現有無差異。因此，只要實驗組及對照組的客體在「實驗開始時」都尚未罹患某特定疾病，就可以符合時序性的要求。然而在回顧性(retrospective)研究中，要釐清是否符合時序性就不是那麼容易；因為在回顧性研究中，我們只是向前回顧比較健康表現不同的兩組群體(如：罹患高血壓與未罹患高血壓)間，其行為的差異(如：服用A藥與未服用A藥)與該負面健康效應間是否有關聯，至於究竟是行為差異出現在先或是負面健康效應出現在先，光從統計數據上是看不出來的(如：若我們分析發現罹患高血壓組的人，服用A藥的比率高於未罹患高血壓組的人，則究竟是「因為服用A藥導致罹患高血壓的風險增加」，還是「因為罹患高血壓的人往往會服用A藥來控制血壓」? 這個時序關係我們光從回顧研究的資料上是無法得知的)。

<sup>63</sup>亦有論者認為時序性是流行病學因果關係判斷標準中之「必要基準」。並從否證的觀點，將因果關係判定的基準區分為，一、必要基準，二、次必要基準，三、其他參考判定標準。**必要基準**只有一個，就是時序性(Temporal)；**次必要基準**則有四個：1、一致性(Consistency)。2、機會無法解釋。3、沒有其他干擾因素。4、合理性(Coherence)。**其他參考判定標準**則有，1、相關強度(Strength of association)。2、相關的特定程度(Specificity of association)。3、劑量—反應關係(Dose-response relationship)。4、生物學上的贊同性(Biological plausibility)。參王榮德，流行病學方法論，2010年8月。頁41至56。台北：健康文化。



因此，在利用回顧性研究進行推論時我們必須特別小心不要犯倒果為因的錯誤。此外，**研究時間長短的設定**可能也會影響關聯性的判斷。例如，接觸某些化學物質的負面健康效應可能要經過一段長時間才會顯現，因此短期的研究也可能會導致我們錯誤地判定接觸該特定物質與負面健康效應間並不具有因果關係。

## (二) 相關的一致性 (Consistency of the association)：

所謂的相關(或稱關聯性)，我們通常用相對危險值(即前述的 Relative Risk，簡稱 RR 值。 $RR = \text{暴露組的發生率} \div \text{非暴露組的發生率}$ ) 或用歸因風險(或稱相差危險性，Attributive Risk，簡稱 AR 值。 $AR = \text{暴露組的疾病率} - \text{非暴露組的疾病率}$ ) 來表現，相對危險值或歸因風險越大，代表相關性越高；而如果針對不同研究對象所進行的各項研究，都能得到兩個變項在不同的人群、時間、空間的分布具有高度相關性的話，就表示有相關的一致性，代表該相關具因果關係的可能性也越大、比較可能有因果關係<sup>64</sup>。這是因為如果某特定物質與該疾病間真的有因果關係存在，則這種因果關係應該不會只侷限在某個特定的族群，而是不分年齡、性別、種族，服用之後都應該能減輕痛楚(雖然可能因為年齡或敏感度而有程度上的差別)。因此，如果不同的研究能得出相同的關聯性，而且該項關聯性在不同群組的實驗客體上都能趨於一致，此一致性就可以被認為是支持因果關係的指標<sup>65</sup>。如：在國內外對不同族群的不同研究中皆顯示血中鉛濃度與貧血有高度相關時，就表示血中鉛濃度與貧血間的相關性有一致性，代表血中鉛濃度與貧血間可能有因果關係存在。之所以說「比較可能」，是因為如果在許多研究中都犯了同樣的偏差，也會產生一致性，但此時一致性高就未必代表因果性也高；舉例來說，若在絕大多數的各種不同研究中發現社經地位越高、胰臟癌的發生率也越高，此時我們很可能就會覺得高社經地位和胰臟癌的發生有因果關係，惟，這

<sup>64</sup>參前揭註 39 及王榮德，流行病學方法論，頁 41 至 56。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

<sup>65</sup>參前揭註 39 及王榮德，流行病學方法論，頁 41 至 56。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

也很有可能只是因為社經地位越高，所得到的醫療品質越好（越有能力尋求較高水準的醫療品質），導致胰臟癌較容易被診斷、發現而已，而不是真的因為高社經地位會導致胰臟癌。因此，相關的一致性對於認定因果關係雖然有一定的幫助，但並非絕對的指標，而是尚需其他輔助的判準來綜合判斷。而值得注意的是，雖然具有一致性可以做為幫助我們判斷因果關係的指標，然而，欠缺一致性時卻不能相反地解釋作為排除因果關係存在的依據，因為許多同一課題的研究結果不同可能是由於方法學的不同，也可能是該研究採樣時病因暴露的濃度、頻率剛好不同（在回顧性研究中甚至可能是源自研究對象本身回憶過去暴露經驗的記憶錯誤）所致。

**（三） 相關性的強度（Strength of the association），或稱劑量－效應關係（Dose-response relationship）：**

承上，通常流行病學常用相對危險值（RR 值）來描述疾病與暴露間聯繫程度的大小，而相關性的強度越大時，說明兩者間具有因果關係的可能性也越高。因此，相關性的強度經常可作為判別因果關係和建立病因假說的依據，而通常相對危險性 $>2$ 時，即可認為具有強的因果聯繫。之所以要求相對危險性需大於2，是因為相對危險性大於2時，其轉換為歸因比率（Attributable Fraction，或稱 Attributable Proportion，簡稱 AP）時就會超過50%。換句話說，如此一來就符合舉證責任原則中「事實為真的可能性大於50%」的要求；換言之，可表示原告所患的疾病或傷害有50%以上的可能性是由該危險因子所導致<sup>66</sup>。舉例來說，假設接觸鉛作業的女工其貧血的發病率為50%，而社區中一般未接觸到鉛的女性貧血的發病率僅為0.02%，則相對危險性為50%：0.02%，換言之，接觸鉛作業的女工其發生貧血的危險性是一般女性的2500倍，則代表鉛暴露和女工的貧血之間

<sup>66</sup> 歸因比率（Attributive Fraction）=（暴露組發病率－非暴露組發病率）÷暴露組發病率，而若將分子分母同除以非暴露組的發病率，我們可以得到當歸因比率=（RR－1）÷RR，因此，當RR=2時，歸因比率=（2－1）÷2=50%。

可能就具有高度的因果關係。而相關性的強度通常也用劑量－效應反應來表現，指的是如果致病因子的暴露量越大、相應之疾病發生率或死亡率也越高時，表示暴露（致病因子）與效應（疾病）具有劑量效應關係，代表兩者之間有因果關係的可能性也越高<sup>67</sup>。在醫學研究中之所以存在這種現象，是因為生物個體間對於暴露因素的耐受性可能會表現出很大的差異，暴露於低劑量時，只有高敏感性的人發病，而暴露於高劑量時，除了高敏感者發病外，通常低敏感者也會開始發病，因此暴露於高劑量組的發病率會比低劑量組的發病率高。然而必須注意的是，此時我們仍須避免被觀察、實驗上的偏差所誤導。例如，假設某研究統計數據顯示：同樣接觸某種化學物質，結果女生比男生更容易產生特定症狀，且劑量越高、女生的發病率也越高；此時，表面上看來接觸該種化學物質與產生特定症狀在不同性別間似乎有很強的相關、甚至有劑量－效應關係；但事實上可能男女都有該種症狀，只是相較於男生，女生比較常去看診，所以症狀較容易被發現而已，這就是一種可能的觀察上的偏差。因此，劑量－效應反應關係雖然可做為支持或否定存在因果關係的有力證據，但也並非是唯一的證據。

#### （四） 關聯的特異性（Specificity of association）：

特異性指的是「一個變數的發生可以預測另一變數發生」的準確性，最理想的特異性是一對一的關係（one-to-one relationship），也就是該原因是該疾病的充分且必要的條件（necessary and sufficient）<sup>68</sup>，亦即，有該因子存在疾病一定發生（充分），而疾病若發生一定有該因子存在（必要）；當關係越接近這種狀況，特異性也就越高，因果推論的可信度也就更強，但因為流行病學的領域中，充分

---

<sup>67</sup>參 Mervyn Susser 著，江東亮、陳建仁譯，流行病學的概念與策略－因果關係的邏輯，第 64 頁，台灣公共衛生教學實驗院，1980 年 6 月。

<sup>68</sup> 所謂的必要（necessary）因子指的是：疾病發生必須有某因子存在，但縱使有此因子存在，疾病也未必會發生，如：結核菌即為肺結核必要因子。充分（sufficient）因子指的則是：某因子存在時則疾病一定會發生，但沒有該因子存在時，疾病也可能會發生，如：砍斷頭人一定死亡，但人死亡未必是因為斷頭。但在流行病學的領域中，充分因子是很少見的，很少有致病因子一定會產生疾病，而是經常有賴其他輔助因子（如：營養不良、免疫力差等）的配合才會真正致病。參王榮德，流行病學方法論，2010 年 8 月。頁 41 至 56。台北：健康文化。

因子是非常少見的。因此，特異性存在雖然可以支持因果關係，但不存在特異性時，也不能因此就否定因果關係的存在<sup>69</sup>。

#### (五) 生物的贊同性 (Biological Plausibility)：

此點指的是研究的結果、因果關係的認定必須符合現存的生學物知識<sup>70</sup>，不與現有的生物學知識相矛盾。倘若現有的科學知識未能證明其致病機轉，但因果關係的推定至少不能違反現有的科學知識，否則即屬欠缺合理的解釋，其因果關係成立的可能性即較小（但我們也不能完全排除其正確的可能性，畢竟伽利略的地動說、愛因斯坦的相對論都不合於當時的邏輯思考，但卻未人類知識領域開創了新天地）。如：現有的流行病學知識發現該疾病必須透過血液才能傳播，而研究對象與病患間僅有肢體上的接觸但雙方皮膚表面皆無傷口，則就不能認定接觸與研究對象的感染間具有因果關係。

最後，要通過的則是外部有效性 (external validity) 的檢驗。亦即，這項因果關聯是否能夠從目前的研究族群外推適用到其他相關的族群中。

### 五、對流行病學意義之再思考與小結

綜上，流行病學透過統計學與各種指標來陳述其所關注的族群健康狀態（包括人、事、時、地、物）時，它其實是透過採樣、資料蒐集、以及機率思維的統計推論來進行假設檢定與驗證假說，將一個複雜且多重因子的健康事件（例如：某地區的一群人為何集體上吐下瀉、或職場環境下某種疾病的盛行率偏高等）拼湊出完整的圖像。然而這個圖像最外圍的輪廓卻是受研究方法本身的侷限所框架。因此，透過流行病學的研究方法，雖然我們可以描述或預測整體人群 (population)

<sup>69</sup>參前揭註 39 及王榮德，流行病學方法論，頁 41 至 56。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

<sup>70</sup>參前揭註 39 及王榮德，流行病學方法論，頁 41 至 56。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

的健康狀態與傾向，亦即，在某些特定的情況下，某地區的人有較高的風險罹患某種疾病<sup>71</sup>，但我們卻無法藉由流行病學確知特定個人是否會罹患某種疾病。這是流行病學研究方法的特徵，同時也是其限制所在；它是一種針對人群的研究，觀察整體人群對某種因子、要素的反應狀況。因此，透過流行病學方法探尋決定因素，所能導出的推論往往是一種關聯性（correlation），或是一般性的因果關係（general causation）<sup>72</sup>；然而此種一般性的因果關係與侵權行為的個案中所要求的個別因果關係並不相同。因此，雖然流行病學的方法能夠預測一般性的因果關係，但卻無法解釋個別的、特定的因果關係。也因為流行病學統計方法本身的侷限，當工作環境中的暴露源、濃度與強度（如工時）、以及樣本數（如是否能收集到所有暴露及罹病之員工數）等資料無法完整取得時，就會影響統計分析的結果、使其無法達到統計上之顯著而無法推翻該虛無假設、在流行病學上無法得出有因果關係的結果，但並不代表事實上並沒有因果關係存在，因此，醫師或流行病學家其實常常是在不確定下作決策的<sup>73</sup>。因此，亦有論者指出，在醫療與公共衛生政策決定方面，決策分析通常涉及了對於不同健康事件的可能性（probability）與效用（utility）的主觀判斷，而該主觀判斷可能是基於先前的經驗而來<sup>74</sup>。

此外，值得注意的是，對於當代流行病學研究陷入生物化約論、隨機控制實驗（randomized control trial, RCT）成為流行病學研究典範的現象，近來歐美國的流行病學學界內部也出現了許多批判的聲音<sup>75</sup>，認為當前流行病學的學術訓練

---

<sup>71</sup> 參前揭註 39。

<sup>72</sup> 所謂一般性的因果關係，是指特定因子或物質有能力在人群中造成與原告所罹患的疾病相同的疾病和傷害。因此，流行病學的研究可以提供數據以說明，某地區居民由於某種特定因子、物質而罹患該種疾病的百分比是多少，該風險比起通常情況（沒有暴露、接觸該特定因子、物質）之風險，是否有升高或降低的情形。然而，流行病學並不能說明，個案中原告的疾病或傷害究竟是否為該特定因子或物質所造成。參前揭註 43，頁 898-899。

<sup>73</sup> Mervyn Susser, *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies in Epidemiology*. 江東亮、陳建仁譯，流行病學的概念與策略---因果關係的邏輯---1980年，頁 64，臺灣省公共衛生教學實驗院發行。及王榮德，*流行病學方法論*，2010年8月。頁 41 至 56。台北：健康文化。

<sup>74</sup> 參王榮德，*流行病學方法論*，2010年8月。頁 214 至 234。台北：健康文化。

<sup>75</sup> 參 Pearce, N. (1996). Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health*, 86(5), 678-683. 以及 Shy, C.M. (1997). The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *American Journal of Epidemiology*, 145(6), 479-484; discussion 485-477.

過度依賴生物醫學模型，不僅無視疾病的社會性與整體性（如：不平等的社會情境如何影響人們的生活型態、風險暴露與疾病情況），更將社會問題簡化成生物醫學與個人問題。這些批評在歐美學界引發了熱烈的討論，有資深學者認為流行病學研究應該秉持客觀中立的科學精神，致力於探討疾病的致病機轉，不應該被外在的政治信念所干擾；至於貧窮、貧富差距、社會不平等議題應屬社會學、政治學、及經濟學家的範疇，非流行病學所能置喙<sup>76</sup>。但也有不少學者反對這樣的論點，認為流行病學既然作為公共衛生疾病預防政策的主要依據，就應該從社會整體的角度去探索社會集體力量如何影響人們的健康，思考可以透過什麼樣的社會力或社會政策來改變群體的疾病發生狀況<sup>77</sup>，這些反省也促成了「社會流行病學」發展的動力。

## 第二節 法學因果關係

在整理說明完流行病學的研究方法以及其對因果關係的推論方式及侷限後，接著本節要整理的是在法學領域內談因果關係的幾個主要理論。所謂因果關係，從哲學的角度來說，是指現象或事物間所存在於內在、必然的客觀聯繫，這種聯繫具有事實性質（也就是所謂的「事實上因果關係」），其中，能引起一種或數種現象產生者為原因，被引起的另一種或數種現象則稱為結果。惟，正如我們前面談流行病學因果關係時所言：當流行病學研究、統計方法結果無法得出有因果關係時，並不等於事實上真的沒有因果關係。法律的因果關係亦同，在探討法學因果關係時，與其說我們重視的是事實問題，毋寧說我們更重視的是「一個行為在法律上應該如何評價」、價值判斷的問題（因為我們經常無法得知「真正的事實」是什麼）。因此，在這裡談因果關係，也應從「事實」和「法律」兩方面加以考察。

<sup>76</sup> Rothman, K.J., Adami, H.O., & Trichopoulos, D. (1998). Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet*, 352(9130), 810-813.

<sup>77</sup> 參陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 228 至 229，鄭雅文執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。

所謂「事實因果關係」，指的是客觀存在於外界中的先行為與後結果間引起與被引起的聯繫，該聯繫是純自然的存在，與人的主觀認識沒有任何關係，和法律如何規定也沒有關係，而是屬於純然的事實問題；而所謂的「法律的因果關係」，則是指一個行為被法律評價為有價值的原因，亦即，法律認為應讓行為人對該行為所產生的危害承擔責任的原因，而在此就有不同的法律觀點與判斷標準，具體而言，有條件說、原因說、相當因果關係說及客觀歸責理論等不同學說與認定標準，本節茲分別概述如下。

## 一、 條件理論

此說認為凡與結果的發生具有邏輯上意義且有影響力的所有條件，不問其價值大小，皆給予同等（等價）的評價，皆為原因，亦即，凡「無彼行為即無此結（非 p 則非 q）」者，彼行為（p）即為此結果（q）之因，換言之，凡造成具體結果所有「不可想像其不存在」的每個條件，皆為發生結果之原因，有因果關係；反之，若「可想像其不存在而結果仍會發生者」，則非刑法上之原因，即無因果關係。由於造成結果的所有條件均等價等值，一視同仁，故又稱為等價理論。而由於條件理論是建立在一種「去除法」（非 p 則非 q）的公式上，亦即，除了可想像其不存在而結果仍會發生者非原因外，所有造成結果的條件都是等價的，不需區別造成結果的原因是「遠因」或是「近因」，是「典型的」或是「純屬意外的」原因。因此，條件理論經常被批評牽連過廣、不合理<sup>78</sup>。最經典的例子就是殺人犯的父母生了殺人犯，就殺人犯本身殺害他人的犯罪結果而言，由於殺人犯的父母生下殺人犯的行為符合前開「無彼行為即無此結果」的公式（若殺人犯的父母沒有生下殺人犯，就不會產生殺人犯最後去殺人的結果），正因為條件說沒有區分原因對結果發生作用大小，因此，在條件說底下，殺人犯的父母與殺人結果兩者間也具有原因關係，這樣牽連過廣的結論無論是從一般人的常識或是社

---

<sup>78</sup> 參林鈺雄，新刑法總則，第 143 頁至第 168 頁，元照出版社，2006 年 9 月初版。

會公正的角度來看，顯然都是有問題的<sup>79</sup>。此外，條件理論在「擇一因果關係」的情形中，也將得出不合理的結果，如：A、B 在相互不知情的形況下，各自以殺人的故意在 C 的飲水中放置劑量足以致死的毒藥，而 C 在飲用後果然中毒身亡；但對 C 死亡的結果而言，A 下毒的行為「可」想像其不存在（因為 C 還是會因為飲用 B 下的毒劑而死亡），同樣的，B 的下毒行為也可想像其不存在，因此，最後就會得出 A、B 兩人都只能論以未遂的荒謬結果。因此，為了克服條件說的缺點，後來又陸續出現其他學說來加以限制條件說、避免條件說不合理、無限制地擴大責任成立的範圍。

## 二、原因說

原因說主要是為了限制條件理論不當擴大原因關係的範圍所提出的學說，該說實際上仍是以條件說為基礎，主張從引起某個犯罪結果的眾多條件裡，選出一個特別有意義的條件作為原因，而只承認該原因與結果間具有刑法意義上的因果關係，至於其餘的條件則皆只是單純的條件，與結果間沒有因果關係<sup>80</sup>。也由於原因說乃針對個別的事件來進行有無因果關係的判斷、區分原因與條件，因此原因說又稱為個別化說、或原因條件區別說。此說區別原因和條件，將結果的發生與許多條件相對應，其中特別有力而重要的條件作為結果發生的原因（即法律上之原因），其他條件則不認其對結果發生有原因力，屬於單純的條件；此說雖然將眾多條件依重要性區分為原因與非原因（即單純的條件），惟如何區分原因和條件事實上卻是一個抽象且困難的問題。在認識（區分原因和條件）的標準上，又可分為以下幾種：

### （一）必生原因說（又稱必要條件說）：

---

<sup>79</sup> 但有學者認為這樣的疑慮可以透過行為人行為時欠缺主觀不法要件（故意或過失）而排除其歸責事由，亦即，殺人犯的父母在生育該殺人犯時，對於殺人犯後來的殺人事實並無認知或認知可能性，所以即使殺人犯的母親生孩子的行為與後來被害人的死亡間在客觀上有因果關係，但主觀上則無故意或過失，因此不應被歸責。參黃榮堅，基礎刑法學（上），第 213 頁，元照出版社，2006 年 9 月 3 版。

<sup>80</sup> 林山田，刑法通論（上），十版，2008 年 1 月，頁 213 至 214。



此說認為引起結果發生的各種條件行為中，只有結果發生所必要、不可缺少的條件才是刑法上的原因，其餘則皆屬單純的條件。

(二) **直接原因說（又稱最先原因說）：**

此說認為在引起結果發生的數個條件行為中，最先引起結果發生、或有直接關係的條件行為屬刑法上的原因，其餘則為單純的條件。

(三) **最重原因說（又稱最有力條件說）：**

此說認為在引起結果發生的數個條件行為中，只有「賦予結果最有效力」的條件行為才是刑法上的原因，其餘則為單純的條件。

(四) **決定原因說（又稱優勢條件說）：**

此說認為在結果未出現前，積極惹起結果發生的條件（起果條件）與消極防止結果發生的條件（防果條件）間本應均衡，如起果條件的原因力勝過防果條件，使起果條件有決定效力時，則該起果條件就成為刑法上的原因，而防果條件就只是條件。換言之，該說主張凡優先於其他條件而率先發生結果的條件即為原因，其餘則為條件。

(五) **最後條件說（又稱最終原因說）：**

此說認為在各項連鎖的條件中，以最終條件為原因（與結果最近的條件為原因），換言之，於發生結果的數行為中，最後的條件行為是破壞之前所保持的均衡狀態才會發生結果，故此最後的條件行為即為原因。

(六) **異常行為原因說：**

此說的標準著眼於事務發展的自然順序，而以具有改變平常情勢狀況的非常條件為引起結果之原因。換言之，此說認為違反生活常規的條件行為為原因。

原因說雖然有不同的判斷標準，但主要目的皆在否定所有條件於刑法上具有同等價值性、破除條件理論等價說的迷思；雖然限制條件理論在因果關係成立

範圍牽連過廣的目的是正當的，但要從對結果發生作用的眾多條件中精密地測量、評估每一個條件的效果和重要性，進而從中挑選出原因，事實上是非常困難的。更何況在現實的事件中，犯罪結果的發生並非僅仰賴一個單純的條件，在多數的情形中，一個結果的發生往往都是數個行為共同起作用的結果。因此，原因說對於尋求條件理論合理限制的努力，雖然有學理上的參考意義，但因為實際上操作困難，因此並未為一般通說所採納。

### 三、 相當因果關係說

相當因果關係又稱為相當原因理論或相當理論，在現行民法領域及我國刑事事實務中為主要通說<sup>81</sup>。此說認為：僅構成要件相當的原因始為刑法上的原因，亦即，以一般經驗法則為客觀判斷，若該原因在通常情況下均足以造成該結果，則行為與結果間即具有相當的因果關係；反之，若該原因在通常情形下，並不一定會足生此損害、或造成該具體結果（尤其是該結果完全偏離常軌）者，則並不相當。相當因果關係的判斷標準主要又可分為三說：

#### （一）主觀的相當因果關係說

此說認為應以行為人在行為時所認識（或可能認識）的事實作為判斷有無相當性的基礎，至於一般人是否能認識則在所不問。換言之，以行為人主觀上認識的有無作為有無因果關係判斷的基礎。

#### （二）客觀的相當因果關係說

此說主張應於事後立於法官的立場，以行為人行為當時所存在的所有全部情況、以及一般人可能預見的情況作為判斷有無相當性的基礎，也就是所謂客觀的事後預測。此說綜合行為人行為時存在的一切客觀事實為理由，換言之，所有行為當時存在的客觀情狀與事實，凡是一般人以日常生活經驗所能認識到的，不論行為人自己能否、有無認識到，都認為其行為與結果間存在因果關係。

---

<sup>81</sup>參林鈺雄，新刑法總則，第143頁至第168頁，元照出版社，2006年9月初版。

### (三) 折衷的相當因果關係說

此說認為應該以行為時一般人能認識或可能預見的事實，以及一般人所不能認識或不能預見，但行為人主觀上卻有特別認識或預見的事實為基礎，判斷有無相當性。換言之，只要是一般人或行為人主觀上有認識或預見可能性，則其行為與結果間就存在因果關係。舉例來說，如：B 有不易凝血的特殊體質，但 A 並不知情，而 A 的行為引起 B 的輕傷，最後導致 B 血流不止而死亡，若根據客觀的相當因果關係說，如果一般人無法預見 B 有不易凝血的特殊體質，則 A 的行為與 B 的死亡結果間即無因果關係；若根據主觀的相當因果關係說，如一般人雖無法預見，但行為人 A 卻知道、認識 B 有不易凝血的體質時，則 A 的行為與 B 的死亡結果間仍具有因果關係；若根據折衷的相當因果關係說，則只要一般人或行為人 A 知道 B 有不易凝血的體質，A 的行為與 B 的死亡間即成立因果關係。

分析以上三種觀點，可以看出主觀的相當因果關係說將因果關係成立的範圍限縮在行為人本身的認識能力以及認識可能性，某程度來說是將構成要件與責任理論放在一起討論；而客觀的相當因果關係說則是把行為人本身不能認識的情況作為判斷的基礎，對行為人來說有可能過於嚴格，而折衷說則是想為前開兩說間尋求一個平衡的標準。

在我國實務方面，參最高法院 76 年台上字第 192 號判例：「所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果

關係。」可見，我國法院實務採的是客觀事後推測法<sup>82</sup>，亦即，從事後的角度將一個具有通常理解能力的人置於行為人的地位，依其行為當時之情況來判斷相當與否。在此意義上，相當因果關係是根據一般人的社會生活經驗（經驗法則），認為在實行的行為與結果間在客觀上具有相當性（非出於偶然）時，始謂有因果關係存在<sup>83</sup>。

雖然相當因果關係說在嘗試限制條件理論不當地擴張因果關係成立範圍的努力值得肯定，然而，關於「相當性」的判斷卻可能帶來新的疑問：究竟何謂相當性？又何謂不相當性？是達 50% 還是 95% 的蓋然率才算相當？其界限仍不明確。因此，在個案中，相當性的判斷往往被批評流於法官個人知識經驗的價值判斷、標準不明。

#### 四、 重要性理論

重要性理論又稱為重要原因理論，此說的重點在於區別「因果」的判斷與「歸責」之判斷，就結果的原因部分依條件理論判斷，而就造成具體結果的條件部分，則僅具刑法上之重要性者始可認為屬結果發生的原因。而由於所謂「重要性」的判斷，其實本質上就是一種相當性的判斷，因此，學說上也有將重要性理論視為一種相當因果關係理論者<sup>84</sup>。

#### 五、 客觀歸責理論

客觀歸責理論的基本原則是：若行為人藉由侵害行為（一）對行為客體製造了法所不容許的風險，（二）這個不法風險在具體結果中實現了，且（三）這個結果存在於構成要件效力範圍之內，那麼，由這個行為所引起的結果，才可以

<sup>82</sup> 其他如最高法院 28 年上字第 3268 號、65 年台上字第 3696 號等判例。

<sup>83</sup> 參林鈺雄，新刑法總則，頁 143 至頁 168，元照出版社，2006 年 9 月初版。

<sup>84</sup> 參蘇俊雄，刑法總論 II，頁 107，1998 年修正再版。

算作行為人的成果、而歸責給行為人<sup>85</sup>。除了以上三個基本檢驗歸責之外，客觀歸責理論還衍生了許多輔助規則來判斷，如可容許風險與信賴原則，以及備受爭議的風險升高理論等等，茲概述如下：

### （一）製造法所不容許的風險：

客觀歸責的第一個判斷基準是製造法所不容許的風險，亦即：行為人的行為必須對行為客體製造了不被容許的風險；反之，行為與結果縱有因果關係，但該行為仍在法所容許的界限時，行為人即未製造出具有法律上重要性的風險，因此，即便結果發生，該結果亦不能歸責於行為人。如：A 慫恿 B 出門散步，結果 B 在路上散步時竟被 C 所駕駛的貨車撞死，則無論 A 主觀上有無殺害 B 的意思，其慫恿 B 出門散步這個行為並未提高任何具有法律上意義的風險，因此，不可將 B 最後在散步時被撞死的結果歸責到 A 身上。

關於法所不容許的風險，有幾個輔助判斷的規則，主要是「降低風險」、「替代性風險」、以及「可容許風險」的問題：

#### 1. 降低風險：

簡單的說，行為人的行為如果是降低風險的話，則其行為並未製造法所不容許的風險，亦即，雖然降低風險的行為與所引起的結果間仍有因果關係，且行為人對此亦有認識，但該行為並不該當犯罪行為的客觀構成要件，因為降低風險者對刑法所保護的法益而言並沒有製造風險，反而是減輕了一個已經存在的風險而已。如：A 以棍棒擊向 B 的頭部，C 見狀衝向前阻擋，導致 A 的棍棒擊偏方向，最後擊中 B 的肩膀，造成 B 肩膀受傷；在此，C 的行為雖然和 B 肩膀受傷的結果間有條件因果關係，但因為 C 並未提高 B 受傷的風險，反而降低了損害的風險（從受頭部重傷降為肩膀受傷），因此 C 不應對 B 的肩傷負故意或過失責任。

<sup>85</sup> 參林鈺雄，新刑法總則，頁 143 至頁 168，元照出版社，2006 年 9 月初版。

## 2. 替代性風險：

替代性風險指的是行為人以製造不同方式的風險來替換原本已經存在的風險，如：火災現場，父親 A 為了避免其嬰兒 B 被燒死，遂將嬰兒從二樓窗外丟出，導致 B 摔傷，在此，由於 B 留在火災現場可能有被燒死的風險，故父親 A 將 B 從窗外丟出的行為雖然製造了法所不容許的風險，但他是為了避免另一個危險（避免 B 留在火災現場被燒死的風險），亦即，藉由藉由製造另一個風險（摔傷）來替代原本已經存在的風險（燒死），此時這個製造替代性風險的行為就構成阻卻違法事由，屬於違法性層次的判斷。

## 3. 可容許風險：

容許性風險又可稱為適度的危險，概念上是立法者有時基於重大社會利益，或是對特定安全措施的重視，因此將某些雖然本身可能帶有風險的行為所造成的結果排除在客觀構成要件以外，而認為這些行為屬於社會生活來往時人民可以承擔的風險，也就是法律上所容許的風險。如：開車上路雖然本身是帶有一定風險的行為，但參與道路交通者基本上是可以信賴其他人會以遵守交通法規的方式來參與道路交通，因此，凡遵守交通規則而仍然發生交通意外事故而致人死傷者，縱使其最後造成損害他人生命或身體法益的損害結果，法律上也不會將他評價為殺人或傷害的犯罪人，因為此乃由法律所容許的風險，這也就是所謂的**信賴原則**<sup>86</sup>。再如：菜刀行老闆 A 賣 B 菜刀，結果 B 持該菜刀殺了 C，則 A 賣 B 菜刀的行為與 C 的死亡結果間雖然成立條件因果關係，但因為賣菜刀是屬於法律所容許的風險（因為菜刀行老闆可信賴來買的人不以之為犯罪工具），因此 C 的死亡並不可歸責於菜刀行老闆 A，否則豈不百業不安、人

<sup>86</sup> 必須注意的是，只有遵守交通規則者才能主張信賴原則的適用，實務同此見解，如：高等法院 89 年重上更（三）字第 143 號。

人自危了？因為事實上所有工具都有可能成為殺人或傷害人的工具。其他販賣藥物、家電的行業亦同。當立法者基於重大的社會利益（如：民眾可以享受產品的利益、職業的自由等）而容許具有一定危險傾向的特定行為時，對於其因此所造成的結果，就不可認為其該當犯罪的客觀構成要件。

## （二）實現不法風險：

接下來是關於客觀歸責第二個層次—實現不法風險的檢驗，風險實現的基本原則是：行為與結果間雖然有因果關係，且行為人製造法所不容許的風險，但必須實現「該」不法風險時，行為人始可歸責；反之，若結果雖然發生，但並非基於該風險所導致者時，則不算有風險實現而不可歸責<sup>87</sup>。具體運用時必須注意以下輔助規則：

### 1. 結果與行為間須具常態關連、無重大因果偏異：

說的是行為與結果間須具有常態的關連，始可認為風險業已實現。所謂的常態關連，是指行為與結果之間沒有產生重大的因果偏異。重大因果偏異最明顯的例子就是A以殺人故意向B開槍，B受傷，惟救護車送B就醫途中，B因他車違規所致之交通事故而死亡，在此案中，A槍殺B與B死亡結果間雖有條件因果關係，且A也製造了法所不容許的風險，但因A開槍行為所製造的風險最後並未實現（因為B並非死於槍擊），最後實現的是另外一個風險（車禍死亡），而且救護車的運送並未提高車禍死亡的風險，因此B死亡的結果並不可歸責於A。

### 2. 未實現不被容許的風險：

實現不法風險的第二個輔助規則就是：假使行為人遵守義務，仍然會發

---

<sup>87</sup> 參林鈺雄，新刑法總則，頁143至頁168，元照出版社，2006年9月初版。

生該構成要件結果者，則其行為就是屬於未實現不被容許的風險（換言之，系爭構成要件的結果必須具有可避免性，才能判定為有客觀歸責性），否則，如果行為人遵守注意義務而結果仍會發生者，就表示法所課予的義務是無效的義務，此時就應判定為風險並未實現、不可歸責於行為人了。

### 3. 注意法規範的保護目的：

最後輔助判斷的規則是，縱使行為人違反注意規範而製造了風險、而且最後結果也發生了，則尚須注意此結果是否在規範所保護的目的範圍之內，亦即，系爭規範的保護目的是否正是為了避免該結果的發生，如是，則行為人才有可歸責性。如：A 違規超速，導致被超車的 B 因驚嚇過度引發心肌梗塞而死亡，該案中，A 違規超速超車的行為雖然與 B 的死亡結果間有條件因果關係，A 也製造了法所不許的風險（違反交通規則），但 B 的死亡結果卻不可歸責於 A，因為 B 最後死亡的風險並非交通規則所要防止的風險（交通規則所要防止的風險是避免因違規超速超車所致的交通事故），至於 B 發生心肌梗塞則並非交通規則的規範目的所能涵蓋，因此 A 不可歸責、不該當過失致死的客觀構成要件。

### （三）構成要件效力範圍／他人及自我負責領域：

客觀歸責的最後一個檢驗規則是：發生的結果必須落在避免危險的構成要件效力範圍之內，客觀上始可歸責，具體而言，就是檢驗系爭結果是否專屬於他人應負責、或是受害者應自我負責的領域，茲分述如下：

#### 1. 他人（第三人）專屬負責領域：

首先，關於他人專屬負責的領域，典型的案例就是對抗危險的專門職業活動，如：消防隊、救難隊、警察值勤等；此類案例排除歸責的原因在



於這些特定職業的從業者，在其權限範圍內本就有排除、監控危險源的義務。如：貨車後車燈故障，但司機 A 未將車燈修復即在夜間冒雨上路，遭公路警察 C 攔停至路邊臨檢，結果摩托車騎士 B 因貨車無後車燈照明、亦無設立警告標誌而從後面追撞貨車，導致傷重不治死亡；該案中，貨車司機 A 違規上路與摩托車騎士 B 的死亡結果間雖然有條件因果關係，惟貨車司機 A 遭警察 C 攔停在路邊後，此時已經進入警察 C 的專屬責任領域，警察 C 未盡其指揮、監督危險源（即：應在適當安全的路段才攔停該貨車、且應在貨車後方設立適當的反光警示標誌），才導致摩托車騎士 B 從後追撞，因此，摩托車騎士 B 的死亡結果已經不在原本 A 違規的構成要件效力範圍之內、而是在警察 B 的專屬負責領域之中，因此，騎士 B 的死亡結果並不可歸責於貨車司機 A，這就是所謂第三人專屬負責領域的規則。

## 2. 自我（被害人）負責原則：

這指的是如果行為人參與的是被害人故意自傷、或同意自傷的危害行為時，則在被害人自我負責的範圍內，行為人並不受歸責；其理由在於每個人原則上對自己的生命身體有處分權、且須對自己的行為負責。如：AB 兩人相約一起開車至山路飆車，車速高達法定限制的兩倍，最後，在高速行進中 A 車翻覆，A 當場死亡；在該案中，B 的行為與 A 飆車撞死的結果間雖有條件因果關係（約 A 一起去飆車）、B 也製造了法所不許的風險（超速），惟 A 是出於自願才與 B 一起去飆車的，故 A 所為的冒險行為（超速飆車）即屬其應自我負責（自願承擔風險）的領域，我們在道德上雖然可以譴責 B，但在法律上並不能將 A 的死亡歸責於 B，這就是自我負責原則的意義。

承上，我們可以發現流行病學和法學在判斷因果關係成立與否時推論方式的不同，前者藉由統計假設以及風險評估的數據與指標來推論因果關係是否成立，而後者則是一種經驗法則與價值判斷的過程。

### 第三節 美國法上承認科學證據的基本原則

承上，我們發現流行病學和法學在判斷因果關係時的推論方式其實非常不同，然而，在醫療、藥品、公害等訴訟案中，因果關係往往是決定訴訟勝敗的關鍵，如工作場所中的化學物質是否會導致勞工生病或致癌？如果會的話，是接觸多少劑量會致癌？又如，孕婦使用的止孕吐藥是否會導致胎兒殘障…等；由於在這些訴訟中，原告要證明這些因素與所受損害間有因果關係存在往往有很高的難度。因此，經常必須藉由專家證言來說明系爭物質、或被告之行為是否會（或是有多少的可能）造成原告罹患該疾病或受此損害，而專家往往基於該專業領域動物實驗或是流行病學的研究結果來做出推論與結論，最後再由法院決定是否採信這些統計數據、研究結果等科學證據。而美國法院對於科學證據的態度（亦即，科技證據究竟是否屬於傳聞法則的例外，法庭究竟應否採信包括測謊結果在內的專家證人、醫學文獻…等科技證據）從過去到現在其實也有不同的轉變，1923年的Frye案和1993年的Daubert案是兩個經典的判決，代表法庭對專家證言等科技證據的態度從普遍接受（general acceptance）原則轉向綜合觀察（general observation）的標準。茲於本節概述如下，以作為後續討論的依據及參考。

#### 一、 Frye 原則

Frye 原則是指在 Frye v. United States.293 F.1013 (D.C. Cir. 1923)<sup>88</sup>一案中所建立的原則。在 Frye 案中，被告被控告謀殺，其在訴訟中試圖提出測謊結果來證明自己的清白，惟哥倫比亞區巡迴上訴法院（District of Columbia Circuit Court of Appeals）認為專家證言之推論、所賴以建立的科學原理及技術方法必須已經

---

<sup>88</sup> <http://news.findlaw.com>

被充分地建立 (sufficiently established)、並且獲得其所屬領域中專家同行之普遍接受 (general acceptance) 才行—也就是所謂的普遍接受性原則。因此，法院最後認為由於該測謊方法尚未被充分地建立、在心理學和生理學領域內也尚未獲得該專業領域的普遍接受，因此不能在訴訟中被採信為證據。

## 二、 聯邦證據規則之相關規範

在 Frye 原則之後，美國制定了聯邦證據規則 (Federal Rules of Evidence, 簡稱 FRE)，依聯邦證據規則第 401 及 402 條之規定，「所有具相關性 (relevant) 的證據都有證據能力」<sup>89</sup>，如此看來似乎有放寬承認科學證據標準的傾向；至於所謂「具相關性的證據」，是指有這個證據存在的話將傾向 (tendency) 比無此證據存在時更能幫助法官在訴訟過程中判斷系爭關鍵且爭議的事實究竟是較可信 (more probable) 或較不可信 (less probable) — 亦即，有助法官判斷待證事實之真偽的事證<sup>90</sup>。

<sup>89</sup> Federal Rules of Evidence **Rule 402. General Admissibility of Relevant Evidence:**“ Relevant evidence is admissible unless any of the following provides otherwise:

- the United States Constitution;
- a federal statute;
- these rules; or
- other rules prescribed by the Supreme Court.

Irrelevant evidence is not admissible.”

[http://international.westlaw.com/result/previewcontroller.aspx?TF=756&TC=4&mt=WLLawSchool&d b=US-RULES&findtype=l&stid=%7b96026f60-6792-4e77-9f7b-a6a1c96512c8%7d&jh=Article+IV.+Relevance+and+Its+Limits&docname=PRT\(002150442\)+%26+BEG-DATE\(%3C%3d05%2f07%2f2012\)+%26+END-DATE\(%3E%3d05%2f07%2f2012\)+%25+CI\(REFS+\(DISP+%2f2+TABLE\)+\(MISC+%2f2+TABLE\)\)&jl=1&sr=SB&rp=%2ffind%2fdefault.wl&spa=NatTaiwanUni-04&ordoc=2150443&vr=2.0&fn= top&sv=Split&jo=FRE%2bRule%2b401&pbca=ADD17684&rs=WLIN12.04&RP=/find/default.wl&bLinkViewer=true](http://international.westlaw.com/result/previewcontroller.aspx?TF=756&TC=4&mt=WLLawSchool&d b=US-RULES&findtype=l&stid=%7b96026f60-6792-4e77-9f7b-a6a1c96512c8%7d&jh=Article+IV.+Relevance+and+Its+Limits&docname=PRT(002150442)+%26+BEG-DATE(%3C%3d05%2f07%2f2012)+%26+END-DATE(%3E%3d05%2f07%2f2012)+%25+CI(REFS+(DISP+%2f2+TABLE)+(MISC+%2f2+TABLE))&jl=1&sr=SB&rp=%2ffind%2fdefault.wl&spa=NatTaiwanUni-04&ordoc=2150443&vr=2.0&fn= top&sv=Split&jo=FRE%2bRule%2b401&pbca=ADD17684&rs=WLIN12.04&RP=/find/default.wl&bLinkViewer=true)

<sup>90</sup> 關於關聯性的定義，可參見 Federal Rules of Evidence **Rule 401. Test for Relevant Evidence:**”

Evidence is relevant if: (a) it has any tendency to make a fact more or less probable than it would be without the evidence; and (b) the fact is of consequence in determining the action.”

[http://international.westlaw.com/result/previewcontroller.aspx?TF=756&TC=4&mt=WLLawSchool&d b=US-RULES&findtype=l&stid=%7b96026f60-6792-4e77-9f7b-a6a1c96512c8%7d&jh=Article+IV.+Relevance+and+Its+Limits&docname=PRT\(002150442\)+%26+BEG-DATE\(%3C%3d05%2f07%2f2012\)+%26+END-DATE\(%3E%3d05%2f07%2f2012\)+%25+CI\(REFS+\(DISP+%2f2+TABLE\)+\(MISC+%2f2+TABLE\)\)&jl=1&sr=SB&rp=%2ffind%2fdefault.wl&spa=NatTaiwanUni-04&ordoc=2150443&vr=2.0&fn= top&sv=Split&jo=FRE%2bRule%2b401&pbca=ADD17684&rs=WLIN12.04&RP=/find/default.wl&bLinkViewer=true](http://international.westlaw.com/result/previewcontroller.aspx?TF=756&TC=4&mt=WLLawSchool&d b=US-RULES&findtype=l&stid=%7b96026f60-6792-4e77-9f7b-a6a1c96512c8%7d&jh=Article+IV.+Relevance+and+Its+Limits&docname=PRT(002150442)+%26+BEG-DATE(%3C%3d05%2f07%2f2012)+%26+END-DATE(%3E%3d05%2f07%2f2012)+%25+CI(REFS+(DISP+%2f2+TABLE)+(MISC+%2f2+TABLE))&jl=1&sr=SB&rp=%2ffind%2fdefault.wl&spa=NatTaiwanUni-04&ordoc=2150443&vr=2.0&fn= top&sv=Split&jo=FRE%2bRule%2b401&pbca=ADD17684&rs=WLIN12.04&RP=/find/default.wl&bLinkViewer=true)

另外，對於專家證言的主要規範則是在聯邦證據規則第 702 條以及 703 條。聯邦證據規則第 702 條—又稱可靠性 (reliable) 標準—規定，若該科學、技術或專業知識能幫助陪審團理解證據、或有助於認定爭議事實時，則被認為具備知識、技能、經驗、訓練之專家證人，可以以意見或其他的形式作證。根據 Rule 702，專家證言可採與否的標準是 (1) 此證言是以充分的事實或數據資料為基礎；(2) 該證言是可靠的原則及方法下之產物；(3) 該證人可靠、確實地將這些原則及方法適用到該案的事實上<sup>91</sup>。而聯邦證據規則施行後，Frye 原則是否仍然適用則有爭議。

### 三、 Daubert 法則

Daubert 法則源自 *Daubert v. Merrell Dow Pharms. Inc.*, 509 U.S. 590 (1993) 一案<sup>92</sup>，此案在是否承認專家、科學證據的課題上，扮演了舉足輕重的地位。本案例中，原告是兩個先天畸形的小孩與他們的父母，原告主張母親在懷孕期間服用 Merrell Dow 藥廠所生產的 Bendectin 藥物 (止孕吐藥) 而導致他們的小孩出生時畸形。被告 Merrell Dow 藥廠提出專家與文獻，說明沒有科學證據足以顯示該藥

---

<sup>91</sup> Federal Rules of Evidence **Rule 702. Testimony by Expert Witnesses:** "A witness who is qualified as an expert by knowledge, skill, experience, training, or education may testify in the form of an opinion or otherwise if: (a) the expert's scientific, technical, or other specialized knowledge will help the trier of fact to understand the evidence or to determine a fact in issue; (b) the testimony is based on sufficient facts or data; (c) the testimony is the product of reliable principles and methods; and (d) the expert has reliably applied the principles and methods to the facts of the case."

<http://international.westlaw.com/result/previewcontroller.aspx?TF=756&TC=4&mt=WLLawSchool&db=0102078&findtype=Y&stid=%7b96026f60-6792-4e77-9f7b-a6a1c96512c8%7d&tc=-1&rp=%2ffind%2fdefault.wl&spa=NatTaiwanUni-04&ordoc=2150422&serialnum=0283065524&vr=2.0&fn=top&sv=Split&tf=-1&pbcc=2A23B4C6&rs=WLIN12.04&RP=/find/default.wl&bLinkViewer=true>

**Rule 703 Bases of an Expert's Opinion Testimony:** "An expert may base an opinion on facts or data in the case that the expert has been made aware of or personally observed. If experts in the particular field would reasonably rely on those kinds of facts or data in forming an opinion on the subject, they need not be admissible for the opinion to be admitted. But if the facts or data would otherwise be inadmissible, the proponent of the opinion may disclose them to the jury only if their probative value in helping the jury evaluate the opinion substantially outweighs their prejudicial effect."

<http://international.westlaw.com/result/previewcontroller.aspx?TF=756&TC=4&mt=WLLawSchool&db=1000607&findtype=L&stid=%7b96026f60-6792-4e77-9f7b-a6a1c96512c8%7d&docname=USFRER702&rp=%2ffind%2fdefault.wl&spa=NatTaiwanUni-04&ordoc=2150422&tc=-1&vr=2.0&fn=top&sv=Split&tf=-1&pbcc=2A23B4C6&rs=WLIN12.04&RP=/find/default.wl&bLinkViewer=true>

<sup>92</sup> <http://news.findlaw.com>

會導致胎兒畸形，而原告也提出八位專家的證言說該藥物在動物實驗中證實的確會造成胎兒畸形；同時也對先前已刊登於期刊的數據重新分析，結果亦顯示該藥物與胎兒出生畸形達統計上顯著相關。然而，在一審時，地方法院認為該未出版的分析結果並不符合 Frye 的普遍接受原則，故不予採用，而美國第五上訴巡迴法院也引用 Frye 案，駁回原告的上訴，命其發回重審。然而，原告對 Frye 普遍接受原則提出的異議包括：

(1) Frye 原則與 1975 年頒布的聯邦證據規則 (Federal Rules of Evidence)

401、402、702 條的規定相違 (因聯邦證據規則第 702 條中並未要求科技證據必須被普遍接受，而是將採信與否的權力賦予法庭自由裁量)，不應採用。

(2) Frye 原則所設立的普遍接受標準不僅將造成新科技進入訴訟程序的障

礙，而且反而可能使已經過時的技術較容易被採信為證據。況且，科學與法院所追求的目的原本就不同 (科學追求的是永恆的、絕對正確的真實，必須經過不斷檢驗、修正的過程，法律則是在追求真實的同時，也必須兼顧社會公平正義、以及迅速且終局地解決爭端)，不應將科學證據與法院證據等量齊觀、混為一談。

(3) 為確保證據的正確與可信性，訴訟程序本身也設有相應的程序，如：

嚴密的交互詰問 (cross-examination)、舉證責任的分配 (burden of proof) ... 等，所以不應單憑 Frye 原則就將專家意見排除在外，而是至少應讓這些意見有機會進入法庭接受檢驗。

於是，聯邦最高法院被迫對原告對 Frye 的質疑做出了回應與裁判。聯邦最高法院指出，普遍接受原則違背了聯邦證據規則第 702 條之規定，不利於新科技證據進入訴訟程序，因此確定了以「綜合觀察」作為新的、判斷專家證言可靠性 (reliability) 的標準，包括：

- (1) 該項新科技的科學原理、方法本身是否經過檢驗、驗證，或是可以被否認（也就是關於該項新科學技術的可驗證性如何的問題）。
- (2) 該項新科技的原理或研究方法是否已經公開出版、或是經過同領域的同儕審查（peer-review）。
- (3) 法院應考量該新科技、研究方法可能的錯誤機率。
- (4) 該項新科技的研究方法或原理是否獲得普遍地接受等。

首先，關於第一點的可驗證性，可驗證性其實是以 Karl Popper 的可證偽性（Falsifiability）理論為基礎的。Popper 認為，科學方法的步驟是產生假設、檢驗假設，以及看它們是否可以證偽<sup>93</sup>；構成科學解釋的陳述必須能經得起檢驗，一個理論具科學地位的標準在於它的可證偽性、可檢驗性，至於非科學的本質則不在於它的正確與否，而是在於它的不可證偽性。其次，關於同儕審查，聯邦最高法院認為科學方法其實高度依賴同領域內專家彼此間的監督與評論，而同儕間的審查也能增加錯誤被發現的可能性。最後，最高法院雖然提到研究方法是否被該領域普遍接受也是檢驗的標準之一，然而，普遍接受原則不再是決定證據可採與否的前提或門檻，而只是輔助綜合判斷的其中一個標準而已。

此外，在 Daubert 案中，聯邦最高法院明確指出聯邦證據規則 702 條建立了可靠性（reliability）和關聯性（relevant）的雙重標準，而不僅僅是關聯性而已，以便有助於陪審團解決有爭議的待證事實。換言之，Frye 原則已經完全被聯邦證據規則 702 條所取代。因此，專家的推論和證言必須源於科學方法才稱得上是科學知識，若僅具相關性，但不具可靠性、確實性者，仍屬於不被承認的證據。最後，在 Daubert 案中，聯邦最高法院也確立了法官必須扮演守門員（gatekeeper）的角色，亦即，法官不僅必須決定專家證言是否將有助於事實審理者理解證據、

---

<sup>93</sup> 參 Popper, K. R.(1965). *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. New York: Harper & Row.及 Popper, K. R.(1968). *The logic of scientific discovery*. New York: Harper and Row.

釐清待證事實，還必須確保任何被採納的科學證據或證言不僅是相關的，而且是可靠的。換言之，在 Daubert 案中，最高法院強調判斷專家證言可採與否是法官的職責，而不是如 Frye 案中，將專家證言可靠、可採與否的裁決權交由科學團體去決定。

#### 四、 小結

綜上，我們可以發現在美國對於科技證據究竟是否屬於傳聞法則的例外(即：法庭究竟應否採信包括測謊結果在內的專家證人、期刊文獻...等科技證據)，在態度上由 Frye 案的普遍接受 (general acceptance) 原則轉向 Daubert 案的綜合觀察 (general observation) 原則—亦即，包括該原理或研究方法是否能被測試或檢驗、研究方法之錯誤機率、該研究方法或理論是否經過同儕審核、該專家之方法是否獲得普遍地接受等。在 Daubert 案中，美國聯邦最高法院被迫對科技性證言的採用標準做出回應，法院最後也明確表達立場，認為在聯邦證據規則 (尤其是 Rule 702) 下，Frye 案所建立的普遍接受原則不再是判斷科技證據被採用與否的標準，同時，法院也有義務確認專家證人所提供的證詞是可靠 (reliable) 且與案件相關 (relevant) 的，換言之，法院必須確認專家證人所提供的證據是合理的、在科學上是有根據而且正確、有助於判斷待證事實之真偽的，才能允許該相關且可信的證據進入法庭、交付陪審團審酌。

### 第三章 職業災害相關訴訟案件分析

在了解流行病學與法學關於因果關係之推論和分類後，本文擬進一步以國內普通法院和行政法院關於職業傷病相關的訴訟案件進行分析與比較，嘗試探討法院在認定傷病與職業間有無因果關係時的標準為何（如：採或不採鑑定結果？勞檢所之勞動檢查報告？勞保局是否核定為職業傷病？若不採，理由為何？法官有無加入自己「相當性」的判斷？法院是如何說的？）。

#### 第一節 普通法院判決

##### 一、查詢結果分析

以「職業傷害」、「職業傷病」為全文檢索字詞，搜尋台灣高等法院及最高法院中華民國 85 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日間的民事判決，在臺灣高等法院與職業傷害、職業傷病相關的案件數大約有 183 筆，在最高法院大約有 65 筆，裁判案由包括侵權行為損害賠償、給付職業災害補償金、職業災害損害賠償、給付工資、給付工資及資遣費等。

而法院在認定該傷病是否為職業相關的工作因素所引起時，除了意外所引起的（如通勤途中之車禍、或工作現場跌倒、感電所立即導致的傷害）這一類職業傷害，由於其因果關係成立與否較為明確、法院大多能自行判斷、較不須送鑑定外，在是否屬於職業病、或由職業災害所引發之後遺症的部分則經常有賴職業傷病鑑定委員會或委託醫院、職業病專科醫師鑑定。對於勞保局之核定結果、或專科醫師、醫院、勞動檢查所之鑑定意見，法院也多採取尊重的立場，而與其核定結果一致，僅少數判決法院明白指出其不受鑑定意見之拘束、而加上自己相當性的判斷（參以下案例一至案例十）。但由於在判決理由中無法窺知完整之鑑定意見，所以無法僅得從判決理由中引述或摘要的鑑定意見中得知專科醫師或鑑定委員會之作成鑑定意見之理由，此亦為本研究之限制，合先敘明。以下將值得進



一步討論分析之判決理由以案例方式摘要、分析如下<sup>94</sup>。

## 二、明白指出不受行政法院或勞保局核定結果拘束，或與行政法院或勞保局認定結果相異的案例

### 案例一、臺灣高等法院民事 90 年度勞上字第 20 號判決<sup>95</sup>

（曳引車司機猝死案，外部不一致，勞保局核定非職災，法院則認為勞保局之判斷未將其待命的時間計入、並不可採，故自為判斷認為應屬職災。）

**【案例事實】** 被上訴人（黃榮順之繼承人）等主張黃榮順生前受僱於上訴人公司，擔任曳引車司機，於 89 年 3 月 28 日上午至上訴人公司報到後，即駕駛車號 F H—8 9 7 的曳引車輛先至台電深澳發電廠，裝載變壓器後，出發前往湖口士林電機廠，途中因發生輪胎漏氣事故，回到五股鄉之車場維修，於中午休息後前往湖口士林電機重電廠，卸貨後又駕車往桃園縣龍潭鄉陸軍龍潭聯勤務連，至同年 2 月 29 日凌晨 2 時出發，途中稍事休息，到達南投集集兵整中心後即開始卸貨，嗣於上午 9 時許工作中發生心肺衰竭死亡，故被上訴人等基於勞工安全衛生法第 2 條第 4 項<sup>96</sup>、勞動基準法第 59 條第 4 款<sup>97</sup>之規定，請求上訴人給付二百四十五萬二千二百九十九元，及自八十九年六月三日起至清償日止之法定遲延利息。勞保局雖核定為非職業災害，惟法院最後則認為該勞工之死亡係屬職業災害，故維持上訴人之敗訴判決、命上訴人應依勞基法第 59 條之規定負雇主補償責任。

<sup>94</sup> 本文以下所提出的十個案例皆已為確定判決（或為雇主上訴駁回、或為勞工上訴駁回，或為雙方皆未上訴），合先敘明。而摘選高等法院判決、未摘選最高法院判決的理由主要是因為最高法院為法律審，回顧其關於職業傷病上訴案件之判決後，本文發現其幾乎以「傷病與工作間有無因果關係乃事實判斷之問題，原判決並無違背法令」為理由駁回（如最高法院 78 年台上字第 1644 號、88 年台上字第 696 號、96 年台上字第 890 號判決...等），無法觀察最高法院如何論述因果關係之相當性，故此處僅摘選高等法院之判決作為討論之文本，併此說明。

<sup>95</sup> 雇主（越興企業）上訴，後經最高法院 91 台上 81 號判決駁回確定。

<sup>96</sup> 勞工安全衛生法第 2 條第 4 項：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。

<sup>97</sup> 勞動基準法第 59 條第 4 款：勞工遭遇職業傷害或罹患職業病而死亡時，雇主除給與五個月平均工資之喪葬費外，並應一次給與其遺屬四十個月平均工資之死亡補償。其遺屬受領死亡補償之順位如左：（一）配偶及子女。（二）父母。（三）祖父母。（四）孫子女。（五）兄弟姐妹。

**【摘錄法院判決理由】**「按行政機關之行政處分及基此衍生之行政訴訟，行政法院所為判決，應以其所判斷之行政處分為範圍，民事法院該判斷，並不受其拘束。本件上訴人雖另舉勞工保險局及勞工保險監理會一致認定黃榮順並非因職業災害而死亡，而依普通疾病死亡核發死亡給付為據，認被上訴人等主張黃榮順係職業災害死亡，為無理由。**惟查：**黃榮順係於八十九年三月二十八日上午即開始依上訴人指示運送貨物，迄翌日上午九時四十分許，仍在工作，然上訴人未將黃榮順除駕駛外，並應幫忙指揮拖吊及固定之事實陳報勞保局，且將黃榮順工作之時間予以割裂，並未合併計算，勞保局依上訴人之陳述而認黃榮順「病發當日」並未承受異於尋常、超過平日工作量甚多之身心壓力，不符行政院勞工委員會職業病認定標準，因認係普通疾病死亡，**該判斷未將黃榮順病發前一日之工作情形予以考量在內，自有未妥，本院依法不受其判斷之拘束。**又勞工保險監理委員會之審定書駁回原告之審議申請，係以行政院勞委會職業病之認定基準為據，認黃榮順當日之發病非為職業病，難視為因職業病死亡，惟基上同一理由，民事法院亦不受其拘束。從而上訴人援引上開二機關所為行政處分作為本件事故非屬職業災害，自難採取。」

…（續摘）

「本件黃榮順於八十九年三月二十八日上午即離開其住居所至上訴人公司，依上訴人之指示至台電深澳發電廠，裝載變壓器後，出發前往湖口士林電機廠，途中因發生輪胎漏氣事故，回到五股鄉之車場維修，於中午休息後前往湖口士林電機重電廠，卸貨後又駕車往桃園縣龍潭鄉陸軍龍潭聯勤務連，至同年月二十九日凌晨二時出發，途中有休息，到達南投集集兵整中心後即開始卸貨，嗣於上午九時四十分許在工作中發生心肺衰竭死亡，此為兩造所不爭，依前揭說明，黃榮順於未返回其住居處所前之執行職務中所發生之事故，應視為職業災害。查黃榮順於同年月二十八日晚間裝載完畢至翌日凌晨二時出發前，僅於車上所設之床舖或駕駛座睡覺，亦不得在營區內自由活動，此據證人葉家福於原審結證在卷，**觀諸其**

間並無可暫時離開工作，使身心修養之時間，而須隨時在車隊附近，若有狀況亦必須隨時處理，此應計入處於可隨時被要求工作、待命狀態下之工作時間，而非能使身心完全放鬆之休息時間。雖證人葉家福並證稱於裝卸後已事先告知司機凌晨二點開車等語，惟知悉出勤時間，並非意即不用待命而可暫時離開工作，修養身心，安然休息，蓋勞工奉派於深夜出勤，易因緊張而不易安眠就寢，且其係在工作場所等待執行未完成之工作，是此段時間仍應計入待命狀態下之工作時間。上訴人認黃榮順已知悉出勤時間，認此即為休息時間，容有誤會。另上訴人以黃榮順得於駕駛座後座之專用臥鋪休息，可得到充分之休息等語抗辯，惟查勞工在當時是否確實已處於可離開工作，使身心修養以完全休息之狀況，應視該時間內之情況綜合判斷，並不以有無臥鋪為斷，是上訴人此之抗辯，亦不可採。」

**【分析與討論】** 本案中，勞保局和勞委會監理委員會認為曳引車司機黃榮順於「病發當日」由於並未承受異於尋常、超過平日工作量甚多之身心壓力，不符行政院勞工委員會職業病認定標準（主要是「職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準」），故非屬職業病；惟法院則認為由於勞工奉派於深夜出勤，易因緊張而不易安眠就寢，且其係在工作場所等待執行未完成之工作，所以司機黃榮順的這段期間仍應計入待命狀態下之工作時間，因此勞保局未將此時段計入、對工作總時數之認定並不妥當，是故法院認為勞保局之核定結果並不足採，進而認定該勞工猝死應屬職業所引起、屬職業傷病，因此雇主應依勞基法第 59 條之規定負補償責任。法院在本案中係就個案的實際情況（工時）實質審查並自為判斷，並且說明了不採勞保局核定之理由，最後做出了與勞保局相異之認定結果。值得注意的是，由於勞基法第 59 條規定的雇主補償責任係採無過失補償的精神已如前述（參本文第二章第二節），換言之，縱使雇主在本案中並無故意或過失，仍應對該遭遇職業傷病之勞工負補償責任。故本案法院認為曳引車司機黃榮順之猝死既為工作職務所促發，雇主即應依勞基法第 59 條之規定負相關補償責任，如此一來，是否能間接促成日後雇主有改善其他司機工作條件（如增加完整之休息時間）的

動機、進而達成預防類似情況再次發生的效果雖仍有待觀察，但法院自為判斷的論述方式值得肯定。

## 案例二、臺灣高等法院民事 98 年度勞上易字第 18 號判決<sup>98</sup>

（會議室開會跌坐在地案，外部不一致，行政法院認非職業病、普通法院則改認屬職業病。）

**【案例事實】** 勞工（被上訴人）主張其於會議中起身（並無碰動座椅）傳遞資料予開發部副理時，因會議室地面未呈水平致使坐椅滑開、致其不及察覺而直接跌坐在地，嗣後感覺左右大腿骨與坐腿骨間及尾椎骨經常隱隱作痛，然該期間工作繁忙無法請假看病，其僅自行購買酸痛藥膏塗抹減輕疼痛，至同年 8 月下旬，被上訴人因疼痛加劇已達無法忍受程度，遂於同年 8 月 23 日至台北縣中和市福星中醫診所就診，同年 12 月 9 日改至長庚醫院林口分院就診。又因上訴人公司 ISO 程序於 92 年 8 月 1 日進行稽核，被上訴人須經常加班，致使病況愈加嚴重，同年 9 月中旬，被上訴人前往長庚醫院台北總院腦神經外科就診，並轉介復健科進行復健療程，惟病狀仍無法完全改善，被上訴人隨即於同年 12 月 22 日至台北榮民總醫院復健醫學科施以肌肋膜電針，此外被上訴人亦曾前往萬芳醫院、台大醫院、大大中醫醫院等醫院就診，因此支出必需之醫療費用計新台幣 112,932 元。惟向勞保局申請職災相關醫療補助時，該局函覆其非屬職業傷病、不予給付，被上訴人不服申請審議、提請訴願、及行政訴訟，經台北高等行政法院 94 年度簡字第 276 號判決及最高行政法院 96 年度裁字第 555 號駁回。故被上訴人復以上開傷害係其於上班時間因公受傷，屬職業傷害為由，依勞動基準法第 59 條規定，請求上訴人公司補償醫療費用 44,354 元，並依侵權行為法律關係，請求上訴人公司賠償精神上損害 2,000,000 元，且另以上訴人公司終止勞動契約不合法、違法資遣被上訴人為由，一併請求確認兩造間僱傭關係存在。案經板橋地院於 94

<sup>98</sup> 雇主（健策精密工業）抗告，後經最高法院 96 年台抗字第 133 號判決駁回確定。

年2月3日以93年度勞訴字第82號民事判決駁回被上訴人之訴、台灣高等法院於94年8月2日以94年度重勞上字第12號民事判決駁回被上訴人之上訴而確定在案。嗣被上訴人復向勞委會陳情，經勞保局以95年8月30日保給醫字第095101190321號函通知被上訴人重新審查同意改核准予給付。故被上訴人以此新事證重新起訴，請求依勞基法第59條補償職災期間之工資損失，經法院認定屬職業病而判雇主應補償其醫療費用及工資損失，惟精神損失賠償之請求則為無理由。

**【摘錄法院判決理由】**「經查前案判決雖以被上訴人於前案訴訟中所提出之福星中醫診所出具之診斷證明書，病名欄記載為「上肢挫傷、肌痛及肌炎，未明示者」與被上訴人跌坐部位及所述疼痛處未相符而認定本件非職業災害，然查該診斷證明書之醫生囑言欄內卻載有「頸項背酸痛，左右轉甚痛」等語，且被上訴人背痛及轉動困難之症狀，即與嗣後經上開台大醫院醫師杜宗禮、趙建銘診斷認定腰間椎盤突出傷害，從時續性而言有關連之可能，因此自不得僅以病名欄記載上肢挫傷之位置與跌坐部位不符而為不利於被上訴人之認定，應認被上訴人所受之腰椎間盤突出、椎間體高度減少等傷害與其跌坐之事實有關，此亦經勞保局研商被上訴人於工作中跌坐地下申請職災醫療給付之認定疑義案會議中之杜宗禮醫師、蘇千田醫師、邱駿彥教授認定無訛，有上開會議紀錄在卷可查（見原審卷114、115頁），故上訴人主張勞保局第二次踐行之調查程序有疏漏，僅審酌杜宗禮、趙建銘醫師出具之診斷證明書云云，尚屬率斷。又按上訴人本應提供員工安全之工作場所與設備，以避免危險之發生，詎其會議室竟因地坪未呈水平，致被上訴人起身遞送資料時座椅在未觸碰情況下自行滑離，因此造成被上訴人跌坐受傷，則被上訴人主張其所受傷害屬職業災害，應堪予採信。」

**【分析與討論】** 本案中，系爭個案起初係先經勞保局、台北高等行政法院（94年度簡字第276號判決）、最高行政法院（96年度裁字第555號）、板橋地方法院（93年度勞訴字第82號民事判決）及高等法院（94年度重勞上字第12號民

事判決)皆認定為非屬職業傷病,其後向勞保局再為陳情,並由台大醫院杜宗禮、趙建銘醫師出具診斷,認定其腰間椎盤突出之傷害從時續性而言與其在會議室跌坐在地之意外有關連之可能、以及經過勞保局研商被上訴人於工作中跌坐地申請職災醫療給付之認定疑義案會議中,經杜宗禮醫師、蘇千田醫師、邱駿彥教授認定應屬職業傷病之會議紀錄在案後,普通法院才據此改認定系爭個案應屬職業傷病,也因此造成了普通法院與行政法院的認定相異之結果。值得注意的是,勞保局與行政法院起初以非屬職業傷病而駁回系爭勞工之申請時,板橋地方法院尊重勞保局之核定結果,認定其非屬職災而駁回勞工之訴。嗣後該勞工向勞保局陳情、並由勞保局召開認定疑義會議後始被改核定為職業傷病後,再據此結果向普通法院重行起訴請求職災補償與精神賠償時,普通法院亦尊重勞保局與勞委會之核定結果而獲普通法院認定屬職業傷病<sup>99</sup>;普通法院對系爭個案究竟是否屬職業傷病之態度雖前後不一,惟不變的似乎是都尊重勞保局、勞委會就其職權事項之判斷餘地,而與勞保局、勞委會之立場一致。若與前面的案例一做比較,可以發現本案法院認為系爭個案的腰間椎盤突出傷害究竟是否為先前跌坐在地之意外所引起,事涉高度醫學專業之認定,因此傾向尊重審查醫師之認定結果,而未如前案例一所涉及的是工時如何認定之爭議,較有自為論述以及價值判斷的空間。

### 案例三、臺灣高等法院民事 99 年度勞上字第 25 號判決<sup>100</sup>

(電子公司員工精神官能性憂鬱症案,外部不一致,行政法院認非屬職業病,而民事法院因勞委會嗣後將精神疾病增訂為職業病種類,故認為本案屬職業傷病。)

**【案例事實】** 本案例中,勞工上訴主張伊自 88 年 10 月 21 日起受僱於被上訴人,擔任生產單位品管作業員,嗣於 94 年 4 月起擔任 IPQC 現場組長,惟被上訴人於 95 年 10 月 25 日將伊降職減薪,並於同年 11 月 1 日將伊調職至人力池(人力資

<sup>99</sup> 雖然法院最後認為雇主只應負勞基法第 59 條之雇主補償責任,就精神賠償的請求法院則認為無理由。

<sup>100</sup> 勞雇雙方皆未上訴,判決確定。

源部分)，伊至新工作單位後，被上訴人之組長即訴外人莊華榮又在公共場所以「垃圾」對待公然辱罵，致伊名譽受損而終日以淚洗面，因而罹患精神官能性憂鬱症，至今無法痊癒。雇勞工主張其罹患之精神官能性憂鬱症之原因與工作具有相當因果關係，屬職業病，請求且伊因該職業病間減少工作收入之損失、減少工作能力損失、醫療費用、以及非財產上損害。該勞工並曾以罹患精神官能性憂鬱症為由向勞保局申請職業傷病給付，但遭勞保局核定非屬職業傷病、而以普通傷病為給付，勞工不服，復提起訴願、行政訴訟亦經駁回（臺北高等行政法院判決 97 年度簡字第 406 號），後經普通法院委託鑑定，經萬芳醫院職業醫學科黃百榮、臺大醫院職業醫學專科杜宗禮醫師出具診斷證明書及職業醫學意見報告後，法院認為既經勞委會將精神疾病增訂列為職業病種類，且經專科醫師審查後改認定屬職業病，則該勞工罹患之精神疾病與其職務即有相當因果關係、屬職業病。惟勞工因無法證明雇主對該勞工罹患憂鬱症有何故意或過失，故雇主無需賠償，而僅需依勞基法第 59 條之規定負補償責任。

**【摘錄法院判決理由】** 「(四)再查本件上訴人前曾以罹患此精神官能性憂鬱症為由，向勞工保險局申請職業傷病給付，但勞工保險局於 96 年 7 月 20 日以保給傷字第 09660422580 號函，就上訴人所罹憂鬱症，認為上訴人「所患並無傷害之診斷，亦非屬勞工保險職業病種類表及增列勞工保險職業病種類規定之表列疾病」，而認非屬職業傷病，核定為普通傷病而為給付。經上訴人對勞工保險局之前揭處分申請審議，經遭駁回後，復提起訴願、行政訴訟經駁回。然查：1.嗣後勞委會於 98 年 11 月 6 日增訂「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 1 規定：「被保險人罹患精神疾病，而該項疾病與執行職務有相當因果關係者，視為職業病。」，並制訂「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」，使我國勞工罹患憂鬱症是否屬職業傷病，有相關之法源及審查之判斷基準。因此，勞保局委請專科醫師依上揭新修正法令，重新審查上訴人所罹患之憂鬱症，是否為職業傷病，經請被上訴人公司表示意見後，送請特約醫師判斷，

均認為職業傷病，有傷病給付小組審查醫師 99 年 5 月 7 日批注意見可稽（見本院卷二第 109、110 頁）。勞保局乃於 99 年 5 月 31 日以保給傷字第 09960351600 號函、100 年 4 月 11 日保給傷字第 10060198460 號函（見本院卷一第 229 至第 230 頁、第 238 至 239 頁），變更認定上訴人所罹患憂鬱症屬職業性疾病。2. 被上訴人雖辯稱勞保局嗣後認定上訴人罹患之憂鬱症屬職業傷病，其認定方式並未依「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」之規定云云，**然查本院認定並非以勞保局認定為唯一依據**，且查勞工保險局於 101 年 3 月 26 日以保給傷字第 10160169640 號函復本院檢附上訴人職業傷病給付案改認定上訴人罹病屬職業傷病認定結果之全部卷證（見本院卷二第 36 至 89 頁），依卷內資料可知**勞委會於 98 年 11 月 6 日修正發布「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」第 21 條之 1 規定**：「被保險人罹患精神疾病，而該項疾病與執行職務有相當因果關係者，視為職業病。」後，勞工保險局依上揭新修正法令，重新審查上訴人所罹患之憂鬱症是否為職業傷病，而改為肯定見解，係經考量被上訴人之意見，且調取相關病歷，經 2 位特約專科醫師依「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」審查後所認定之結果，此由勞保局傷病給付小組函請 2 位勞保局特審查醫師進行審查之說明中，即明示：「一、本件耀華電子股份有限公司被保險人陳巧蓮女士以因工作因素導致『精神官能性憂鬱症發作』、『情感性精神病、重鬱症發作』，申請傷病給付。二、茲檢附陳巧蓮女士就診病歷及相關資料，請惠依行政院勞工委員會『工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引』將『工作造成心理壓力』及『非工作造成的心理壓力』（如附表）強度，就『強、中、弱』評估予以綜合判斷審定，是否屬工作相關心理壓力事件引起之精神疾病？」等語（見本院卷二第 79 頁），二位特約醫師係依據上揭說明方式回覆審查意見均認上訴人罹病屬職業傷病。準此，足見被上訴人辯稱勞保局嗣後認定上訴人罹患之憂鬱症屬職業傷病，其認定方式並未依「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」之規定云云，應屬誤解。況關於勞保局更改認定上訴人罹患憂鬱



症屬職業傷病之行政處分，被上訴人亦已依法提出申請審議之行政救濟，業遭駁回（見本院卷二第 24 頁），被上訴人未依法提起訴願而定案，益見上訴人於本件主張職業傷病，確有所據。」

**【分析與討論】** 本案勞工所經歷的歷程與案例二相似，皆是先向勞保局依職業傷病申請給付遭拒、被台北高等行政法院（臺北高等行政法院判決 97 年度簡字第 406 號）駁回其聲請，嗣經勞保局改核定屬職業病後，再向普通法院依勞基法與民法侵權行為之相關規定提起訴訟。不同的是，前案勞工罹患的是原本就已在職業病種類表之列的椎間盤突出，有爭議的只是究竟與先前的意外跌坐在地有無因果關係，而本案勞工罹患的則是原本不在職業病種類表中的精神官能性憂鬱症、且與職業間有無因果關係亦有爭議。若進一步分析整個流程，該勞工曾以罹患精神官能性憂鬱症為由向勞保局申請職業傷病給付，但遭勞保局核定非屬職業傷病、而以普通傷病為給付。勞工不服，復提起訴願、行政訴訟亦經駁回，後向普通法院提起訴訟，經普通法院委託鑑定，由萬芳醫院職業醫學科黃百祭、臺大醫院職業醫學專科杜宗禮醫師出具診斷證明書及職業醫學意見報告後，法院認為勞委會既已將精神疾病增訂列為職業病種類、且經勞保局專科醫師審查後已改認定屬職業病，因此該勞工罹患之精神疾病與其職務即有相當因果關係、屬職業引起之傷病，是故，雇主應負職災補償責任。在這個過程中我們可以發現，對於「什麼傷病屬於勞工保險給付所應涵蓋的職業病種類」這個概念及內容本身其實是流動的、也是非常政策取向的，在憂鬱症尚未被列為職業病種類前，勞保局認為系爭勞工的情況非屬職業傷病、而核定普通傷病為給付，行政法院亦尊重勞保局審查結果，認為每個人對職場壓力的因應方式不同，進而認為該勞工之憂鬱症與工作間無相當因果關係而駁回其訴。然而，在勞委會增列憂鬱症為職業病種類、勞保局也將該勞工改以職業傷病為給付後，普通法院也跟著尊重勞保局改核定之決定、認為該勞工之憂鬱症與工作間有相當因果關係，進而判雇主應負相關之補償責任。然而，「某類傷病是否要納入勞工保險給付的職業病種類」本身雖然是帶有價值判

斷、資源配置、政策取向的意涵，但這個問題與「該傷病是否為工作所引起的（亦即，與工作間有無因果關係）」這件事應該是不同的問題。普通法院要判斷的應該是該傷病是否為工作所引起、以及雇主應否因此對該勞工的傷病負勞基法上的補償責任（蓋就勞基法上的職業傷病而言，只要是「工作所致」之傷病，就應該屬該法補償責任的範圍，而與該病是否屬於勞保條例職業病種類表中所定的職業病無涉），但從判決理由觀察的結果，本案法院似乎將與工作間有無相當因果關係與是否屬勞工保險的職業病混為一談了。

#### 案例四、臺灣高等法院民事 99 年度保險上字第 11 號判決<sup>101</sup>

（高鐵鬥毆致死案，外部不一致，勞保局核定職災死亡給付，但法院認為非屬職災死亡。）

**【案例事實】** 本案上訴人（劉考）之子劉伯祿任職於被上訴人安兵公司、承作台灣高鐵左營車站新建工程之鋼筋加工及組立工程，在上開工地工作時，遭訴外人（同工地之勞工）杜英勇傷害致死，然安兵公司未為劉伯祿加保勞保，無法依勞工保險條例之規定取得勞保相關之職災給付，而高雄市政府勞工局勞工檢查所認定非職業災害，故上訴人就劉伯祿之死亡只能嘗試依職業災害勞工保護法向勞保局申請職業災害勞工死亡補助及家屬補助，並經勞保局核定發給職災死亡補助 103,800 元及家屬補助 10 萬元。此外，由於安兵公司有向富邦產物保險股份有限公司（亦為被上訴人）投保僱主意外責任險，惟上訴人請求富邦公司人請求給付保險金時遭保險公司拒絕，故上訴人向法院起訴請求保險公司給付保險金、以及請求安兵公司依民法及勞基法負相關之賠償與補償責任，原審為原告（即本案上訴人劉考）敗訴之判決，原告不服遂提起上訴。而高等法院除了認為杜英勇與劉伯祿間之鬥毆，係屬其等之個人行為、尚難認為係安兵公司未盡照顧勞工之保護義務，而使劉伯祿受到損害，故上訴人認安兵公司須依民法第 184 條及第 487

<sup>101</sup>本案勞雇雙方皆未上訴，判決確定。

條之規定負損害賠償責任之主張無理由外，亦認為安兵公司無須負勞基法之雇主補償責任、進而駁回上訴人之上訴。同時，法院也在判決理由中言明雇主之補償責任應予以一定之限縮，且勞工保險條例與勞基法的基本目的不同，故關於職業災害成立與否的認定標準寬嚴也應不同<sup>102</sup>。

**【摘錄法院判決理由】**「(一)…勞基法第 59 條之立意無非係因近代之事業經營，由於機械或動力之使用，或由於化學物品或輻射性物品之使用，或由於工廠設備不完善，或由於勞工的工作時間過長或一時之疏失，皆可能發生職業上災害，而致使勞工傷病、死亡或殘廢。勞工一旦不幸遭受職業上的災害，往往使勞工及其家屬生活，陷於貧苦無依之絕境，勞工若因執行業務而發生職業上之災害，當然應由僱主負賠償或補償責任。然職業災害補償（筆者按：此處係指勞基法上所規定的雇主補償責任）在解釋上，須勞工因就業場所或作業活動及職業上原因所造成之傷害，即造成職業災害之原因須僱主可得控制之危害始有適用，若危險發生之原因非僱主可控制之因素所致，則不宜過份擴張職業災害認定之範圍，否則無異加重僱主之責任，而減少企業之競爭力，同時亦有礙社會之經濟發展。

(二)經查，系爭意外之發生係因杜英勇與劉伯祿於 92 年 9 月 9 日下午 3 時 30 分許，二人在高雄市○○區○○路 666 號高鐵左營站南側 A 月臺之工地，持俗稱「老鼠尾」之工具綁鋼筋時，因口角而起糾紛，並演變成之後鬥毆傷害事件，為兩造不爭執事項（見三(一)部分所述）。就安兵公司而言，杜英勇與劉伯祿發生鬥毆情事，顯然非執行職務之行為至明，參酌勞衛法有關職業災害之定義，劉伯祿所受之傷害，既非因就業場所之設備、或作業活動及職業上原因引起之傷害，該傷害事故之發生，顯已脫離僱主即安兵公司有關勞務實施之危險控制範圍，自非所

<sup>102</sup> 同樣認為勞基法與勞保條例兩者關於職業災害之認定標準應不同的判決尚有：臺灣高等法院 96 年度勞上易字第 32 號、95 年度勞上更(一)字第 14 號判決。(摘錄法院判決理由：「同法第 59 條有關雇主應負之職業災害補償責任與勞工保險條例第 34 條第 1 項之勞工保險局應給付勞工職業傷害補償或職業病補償責任，其性質並不相同；勞動基準法此部分所規定為雇主個人所應負之責任，勞工平時對此並未有給付；而勞工保險條例則為保險人即勞工保險局對被保險之勞工所為之勞工保險給付，被保險人即勞工每月均應按期繳納保險費予保險人；勞動基準法第 59 條雇主補償責任與勞工保險條例關於勞工保險局所為之保險給付，二者性質有別，自不能以勞工保險條例所規定視為職業災害之通勤災害，認為此係僱主應依勞動基準法第 59 條規定負職業災害補償責任之範圍。」)

謂之職業災害，亦不在勞動基準法第 59 條職業災害規定之範疇內。且高雄市政府勞工局勞工檢查所 92 年 10 月 2 日高市勞檢二字第 0920009152 號函亦肯認系爭意外不構成勞衛法第 2 條第 4 款所稱之「職業災害」（見原審卷(二)第 100 頁），是上訴人主張劉伯祿於前揭時地遭杜英勇毆傷致死係屬職業災害，並請求安兵公司、大陸工程、華大成公司及台灣高鐵應連帶給付喪葬費及死亡補償費用 2,295,000 元，於法無據。

(四)此外，勞工保險屬社會保險，兼具社會扶助之性質，係依政府設定之社會政策目標，透過全體勞工強制納保、勞資政三方分攤保費之方式，於個別勞工遭遇危險事故時，由該保險體系提供保險給付，以保障勞工生活安定、促進社會安全，此觀司法院大法官會議釋字第 560 號解釋意旨即明。是勞工保險係依據社會安全制度所欲保障之範圍劃定保險事故之種類與範疇，以擴大保障範圍為職志，非以事件本質作為保險事故之認定標準。而職災保護法亦係依據社會安全制度而生，進一步擴大勞工獲得補償之可能，甚對於未加入勞工保險之勞工亦比照勞保條例之標準給與一定補助，本質與勞保條例均屬社會保險之一部，目的為擴大保護勞工之範圍，而非針對事件本質為認定。相較而言，勞基法所定之職業災害，係課予雇主單方負擔直接補償之責任，與前開勞工保險基於社會安全政策擴大勞工保護範圍之本質有重大差異，是關於職業災害之認定標準與適用範圍自有不同。此由高雄市政府勞工局勞工檢查所函於指明系爭意外非屬職業災害後，仍要求勞保局辦理相關勞保給付等語即明（見原審卷(二)第 51 頁）。上訴人固執勞保局 95 年 10 月 16 日保護一字第 09560009940 號函（高雄地院卷第 18 -20 頁）主張系爭意外屬職業災害云云，然該函係依勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則第 11 條「被保險人由於執行職務關係，因他人之行為發生事故而致之傷害，視為職業傷害」之規定，而將系爭意外擬制為職業傷害，其目的無非在於擴大社會保險保障範圍，與勞基法所定之「職業災害」大相逕庭，上訴人執上開規定及勞保局函文內容，主張系爭意外構成勞基法所稱之「職業災害」，顯無理由。」

**【分析與討論】** 本案最值得注意的地方在於從本案判決理由中可以看到普通法院對勞基法上雇主補償的責任本質做出解釋，認為不宜過分擴張勞基法雇主補償責任上職業災害認定之範圍，亦即，法院認為造成勞基法上職業災害之原因應限縮在雇主可得控制之危害、與職業間有密接關聯者始有適用<sup>103</sup>，否則無異加重雇主之責任、減少企業之競爭力，同時也有礙社會之經濟發展，是故本案上訴人其子既係與其他工人互毆導致死亡之結果，其原因非屬雇主可得控制之因素，故法院認為安兵公司無須負勞基法上之雇主補償責任。換言之，我們可以看到本案在勞保局端成立職業災害並取得職業災害死亡之相關補助，但在普通法院這邊卻不成立職業災害、雇主無須負職災補償責任的結果，且法院更進一步明白指出勞工保險條例所規定之勞工保險給付與勞基法上的雇主補償責任，兩者不論是在制度設計或立法精神，皆有本質上的差異，法院認為前者屬於社會保險，兼具社會扶助之性質，係依政府設定之社會政策目標，透過全體勞工強制納保、勞資政三方分攤保費之方式，於個別勞工遭遇危險事故時，由該保險體系提供保險給付，以保障勞工生活安定、促進社會安全，是勞工保險係依據社會安全制度所欲保障之範圍劃定保險事故之種類與範疇，以擴大保障範圍為職志，非以事件本質作為保險事故之認定標準。而職災保護法亦係依據社會安全制度而生，進一步擴大勞工獲得補償之可能，甚對於未加入勞工保險之勞工亦比照勞保條例之標準給與一定補助，本質與勞保條例均屬社會保險之一部，目的為擴大保護勞工之範圍，而非針對事件本質為認定。因此，法院明白指出：「相較而言，勞基法所定之職業災害，係課予雇主單方負擔直接補償之責任，與前開勞工保險基於社會安全政策擴大勞工保護範圍之本質有重大差異，是關於職業災害之認定標準與適用範圍自有不同」，並引述高雄市政府勞工局勞工檢查所在檢查報告函中指明系爭意外非屬職業災害後，仍要求勞保局辦理相關勞保給付的這段話來支持其論述。據此，本

<sup>103</sup> 持類似的立場尚有臺灣高等法院 99 年度勞上易字第 70 號判決。

案法院似乎認為在勞工保險條例和職業災害勞工保護法中職業災害的認定標準應該比勞基法所定之職業災害寬鬆。因此，從本案判決理由中我們可以看到，雖然同樣稱為「職業災害」，但同一個個案在不同法制的目的與精神下，將可能有截然不同的詮釋與結果。

#### 案例五、臺灣高等法院民事 100 年度重勞上字第 15 號判決<sup>104</sup>

（六福皇宮跌倒死亡案，外部不一致，法院並不採勞保局之核定結果、而係自為實質審查。）

**【案例事實】** 上訴人（翁欣妍）主張其女王貝今任職於被上訴人經營之六福皇宮飯店東西燴餐廳，擔任服務員工作，因餐廳與廚房間通道傾斜濕滑積水，工作場所環境不佳，被上訴人（即六福皇宮）復要求員工上班需著高跟鞋，致王貝今分別於民國 94 年 8 月 6 日及 94 年 8 月 26 日上班時，在上開餐廳與廚房間之傾斜通道處跌倒，嗣於 94 年 8 月 31 日晚間於家中因口吐白沫而緊急送往財團法人長庚紀念醫院林口分院（下稱長庚醫院林口分院）就醫，於 94 年 9 月 1 日因顱內出血進行緊急腦部手術，並轉入加護病房治療，94 年 9 月 23 日上午死亡；故上訴人主張王貝今之死亡係因在被上訴人所經營之餐廳跌倒且被上訴人未即時送醫所致，爰依民法第 184 條第 1 項前段、第 2 項、第 192 條、第 194 條、勞動基準法第 57 條、職業災害勞工保護法第 7 條規定，請求被上訴人給付伊職業災害補償費、喪葬費、扶養費之財產上損害及非財產上之損害賠償計 686 萬 6,337 元。在本案中，勞保局起初核定非屬職業災害，而原審法院曾送請醫審會、法務部法醫研究所鑑定，以及函詢台灣神經外科醫學會及台大醫院，結果皆認為王貝今所發生之顱內出血應為自發性，與跌倒無關；並認為「頑固性高血壓」、「甲狀腺亢進」、「心律不整」，皆足以引發自發性顱內出血，復參酌王貝今生前患有甲狀腺機能亢進，自 91 年 8 月開始於財團法人基督教長老教會馬偕紀念醫院（下

<sup>104</sup> 勞工上訴，經最高法院 101 台上字第 39 號判決駁回確定。

稱馬偕醫院)接受服藥治療，且依94年8月10日門診記錄顯示，王貝今拒絕手術治療，有馬偕醫院檢送王貝今之病歷資料可查，故認為其本身所罹患之甲狀腺亢進病史，即已足以單獨引起自發性顱內出血。

而上訴人雖提出「勞保局後來重新送姚建安醫師審查，並依審查結果改核定為職災給付」、以及臺大醫院郭育良醫師所出具之診斷證明書，但法院認為勞保局審核之姚建安醫師及出具診斷書之郭育良醫師似乎皆有漏未考慮的事項(即，未考量王貝今於本件事發發生前有甲狀腺機能亢進宿疾，且已因藥物治療效果不佳，醫師建議接受手術而未被接受之情況)，故不採該診斷、以及勞保局改核定為職災之結果，亦即，勞保局後來雖改核定為職災，但法院仍認定該勞工之死亡係自身疾病所致，認為本案勞工之死亡與職業間未達相當因果關係之程度，故維持原審上訴人敗訴之判決。

**【摘錄法院判決理由】**「(三)就王貝今之死亡原因有無可能因外傷導致顱內出血所造成乙節，原法院曾送請行政院衛生署醫事審議委員會(下稱醫審會)鑑定，該會鑑定意見為：「病人於94年8月6日滑倒，事後有嘔吐不適。8月26日曾經發生第2次跌倒，依照醫理，跌倒受傷後，所謂延遲性出血絕大部分在24小時之內發生，而且有明顯的症狀，然而病人於8月31日就醫前仍然在打電腦，顯然前兩次之跌倒並未造成腦部之明顯傷害。另外病人腦部出血位於深部之基底核，而頭部外傷導致之腦出血通常位於腦皮質等較淺部位，也可推論病人的腦出血並非外傷所致。故依照醫理，94年8月31日所發生之顱內出血應為自發性，與跌倒無關。因此認定病人之死亡原因與外傷無關。」，有行政院衛生署96年10月31日衛署醫字第0960209742號函覆所檢附編號第0000000號鑑定書在卷可佐(見原審卷一第46至48頁)。該委員會嗣並補充鑑定意見為：「(一)依長庚醫院病歷記載，病人死亡前有甲狀腺功能亢進、頑固性高血壓及心律不整，皆足以引發自發性顱內出血。(二)人腦基底核為自發性出血之好發位置。腦部外傷造成基底核

出血，極為罕見。(三)人腦基底核出血常為自發性之出血，其特點為突然發作，無明顯之前兆或症狀。」等語，有行政院衛生署 99 年 4 月 7 日衛署醫字第 0990207161 號函所附編號第 0000000 號鑑定書附卷可稽（見原審卷二第 241 頁反面），該會復補充說明：「(第 0000000 號)鑑定書中引發顱內出血之原因，如排除『頑固性高血壓』為原因，『甲狀腺亢進』、『心律不整』等皆足以引起自發性顱內出血」等語，亦有行政院衛生署 99 年 7 月 28 日衛署醫字第 0990018422 號、99 年 9 月 21 日衛署醫字第 0990212026 號書函在卷可憑（見原審卷二第 278 頁、卷三第 30 頁），足見王貝今之腦部出血係位於基底核，屬於深部出血，且係屬自發性出血之好發位置，與頭部外傷導致之腦出血通常係位於腦皮質較淺部分不同，醫審會不僅認王貝今所發生之顱內出血應為自發性，與跌倒無關，其死因與外傷無關；並認「頑固性高血壓」、「甲狀腺亢進」、「心律不整」，皆足以引發自發性顱內出血。參酌王貝今生前患有甲狀腺機能亢進，自 91 年 8 月開始於財團法人基督教長老教會馬偕紀念醫院（下稱馬偕醫院）接受服藥治療，且依 94 年 8 月 10 日門診記錄顯示，王貝今拒絕手術治療，有馬偕醫院 95 年 12 月 5 日馬院醫外字第 0950003852 號函（見原審卷一第 15 頁）檢送王貝今之病歷資料（外放）可稽，顯然王貝今於本件事故發生前甲狀腺機能亢進舊疾藥物治療效果不佳，已達應手術治療程度。故不論王貝今是否患有頑固性高血壓之宿疾，僅以其所罹患之甲狀腺亢進病史，即已足以單獨引起自發性顱內出血，遑論上訴人並未能舉證證明王貝今因跌倒而頭部外傷，或因跌倒之後作用力致傷及其基底核，故上訴人指摘上開報告忽視王貝今第一次跌倒摔及頭部前右腿附近，第二次跌倒摔及屁股，二次摔倒之後作用力均可能已傷及基底核，而倒致被害人死亡，醫審會之鑑定報告顯不足採云云，即難憑取。

（四）另就「頭部外傷所致之顱內出血是否有可能超過 24 小時以後、數日後或甚至 1、2 個月後發生？」、「外傷是否導致腦內深部之基底核出血？」復經原法院分別函詢台灣神經外科醫學會、國立台灣大學醫院附設醫院（下稱台大醫院），



台灣神經外科醫學會覆以：「頭部受傷所致之顱內出血，有可能在數日內產生，除慢性硬腦腫下血腫外，較少在 1、2 個月後產生。外傷很少會導致腦內深部之基底核出血」等語，有該會 97 年 1 月 22 日（97）神外醫施字第 007 號函在卷可參（見原審卷二第 11 頁）；而台大醫院則回覆：「頭部外傷可能產生延遲顱內出血，會於 1、2 日後出現，但不會於 1、2 個月後出現，而慢性硬腦膜下出血則常於外傷後 2 至 6 週出現。外傷較少導致基底核出血，但當腦部受到旋轉力（Shearing force）或加速力（Acceleration force）時可能產生深部出血」等語，有台大醫院 97 年 1 月 23 日校附醫秘字第 0970200387 號函存卷可憑（見原審卷二第 10 頁）。原法院復依上訴人請求送請法務部法醫研究所（下稱法醫研究所）再為鑑定，鑑定研判結果亦認為：「死者於發生腦出血 5 天前有跌倒，但在長庚醫院病歷 00000000 中記載並無硬腦膜下出血或頭皮下血腫之證據加上有難治癒高血壓的記錄，其死因較支持自發性（spontaneous），而較不支持外傷性（traumatic）。研判死者有可能因高血壓致自發性腦實質視丘區出血，但無外傷性頭部外傷之證據」等語，有法醫研究所 99 年 12 月 6 日法醫理字第 0990006351 號函送 99 醫文字第 0991103926 號法醫文書審查鑑定書附卷可佐（見原審卷三第 66 頁反面），亦均認即使因頭部外傷而產生延遲性腦出血，亦較少會導致腦內深部之基底核出血，核與上開醫審會之鑑定意見並不相違，據此仍無從認定王貝今之腦內深部基底核出血與跌倒間具有相當因果關係。

（六）上訴人復主張依長庚醫院林口分院 94 年 10 月 8 日診斷證明書之記載「其病因無法確切排除為外傷引起」，及勞工保險局（下稱勞保局）亦核定職災死亡給付，可證王貝今確係因職災跌倒外傷致死云云。然查：1、勞保局就上訴人王德生即王貝今之父（下稱王德生，因上訴不合法，另以裁定駁回其上訴）申請王貝今職業傷害死亡給付乙案，原係依長庚醫院 94 年 9 月 23 日出院病歷摘要記載王貝今有甲狀腺機能亢進併甲狀腺素中毒症狀、難以控制的高血壓及心律不整，認王貝今應屬病死，非外傷所致，核定發給普通疾病死亡給付，有該局 94 年 11

月 29 日保給命字第 09460809040 號函存卷可佐（見上開勞調卷第 38 頁），嗣王德生不服該核定結果，勞保局改將本件送由醫師姚建安提供醫理見解，依醫姚建安醫師之認定：「...根據長庚醫院提供的答覆提到『跌倒致顱內出血或疾病促顱內出血而致跌倒』皆有可能。94 年 10 月 8 日出具的診斷證明書在醫囑欄內也提及『...其病因無法確切排除外傷引起』。根據醫理來看發病時間順序，若是疾病促顱內出血而跌倒，則以高血壓及心律不整為首因，且應該立刻發病且意識不清，但王女士跌倒兩次皆沒有造成意識受損。雖無明顯外傷但頭部外傷造成遲發性顱內出血也是不無可能，據以上種種判斷，94 年 8 月 6 日跌倒與其顱內出血可能有因果關係」，勞工保險局依此見解，改為核定按職業傷害死亡發給死亡給付，亦有該局 95 年 4 月 13 日保給命字第 09560239970 號函及 98 年 4 月 17 日保給命字第 09860308400 號函在卷可參（見上開重勞調卷第 27 至 28 頁、原審卷二第 165 至 167 頁）。然查長庚醫院林口分院 94 年 10 月 8 日診斷證明書固記載：「病人於 94 年 8 月 31 日經由急診入院，並於 94 年 9 月 1 日進行緊急腦部手術並轉入加護病房治療，於 94 年 9 月 23 日上午十時零五分死亡，其病因無法確切排除為外傷引起」（見上開重勞調卷第 18 頁），僅係不排除王貝今之死亡與頭部外傷有關，而非肯認其死亡與頭部外傷有相當因果關係。況依據楊順泰醫師所提供之上開醫學專業意見（見本院卷 108 頁），業已表明王貝今於手術時剔髮後未見頭皮表面瘀傷，再參諸法醫研究所鑑定報告書亦認定在長庚醫院之病歷記載中無硬腦膜下出血或頭皮下血腫之證據（見原審卷二第 10 頁），則王貝今因跌倒而頭部受傷一節，即屬無證據可資認定。姚建安醫師既未參與王貝今之急救治療程序，則其依據長庚醫院之 94 年 10 月 8 日診斷證明書及醫囑之記載，而認王貝今顱內出血與外傷可能有因果關係，僅係認王貝今之死亡結果與頭部外傷「可能」有因果關係，核與民事上所謂「相當因果關係」，必須達到依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，在一般情形上，有此同一條件，足以發生同一之結果者，始能謂該條件與結果間有相當因果關係之情形，尚屬有間。故縱使勞

保局援引姚建安醫師之見解而改核定為職業傷害死亡，亦不足認定王貝今之死亡與跌倒間具有相當因果關係。

(七)上訴人復主張依台大醫院環境暨職業醫學部郭育良醫師 95 年 3 月 29 日出具之診斷證明書及台大醫院 99 年 7 月 15 日校附醫字第 0990902387 號函所載，可知本件王貝今之死亡確係因跌倒所致云云。然查： 1、上開郭育良醫師 95 年 3 月 29 日出具之診斷證明書僅係記載：「…究其（按王貝今）顱內出血病因，不排除與病發 5 日前在工作場所跌倒，造成無症狀之遲發性外傷性顱內出血…有關…」

（見原審卷二第 70 頁），而非確認其顱內出血係因跌倒所致。況且王貝今於本件事故發生前因罹患甲狀腺機能亢進舊疾藥物治療效果不佳，已達應手術治療程度乙節，已如前述，依證人郭育良醫師在原審到庭結證稱：「我依王貝今之前病歷，她有接受甲狀腺治療，血壓之收縮壓大致範圍在 120 至 146 之間，並未超過 180 的情況」等語（見原審卷二第 159 頁），「（被告訴訟代理人問：甲狀腺機能亢進會有何症狀？答：）心跳快、流汗、睡眠不佳、多食而體重下降症狀，若未控制，發生甲狀腺危機時，血壓會升高」、「（被告訴訟代理人問：長期高血壓併發症是否會引起顱內出血？答：有可能…）」（被告訴訟代理人問：王貝今甲狀腺機能亢進是否會引起長期高血壓症狀？答：）有可能，可是與治療有關…」等語（見原審卷二第 158 頁反面至 159 頁），顯然證人郭育良醫師似未考量王貝今於本件事  
故發生前有甲狀腺機能亢進宿疾，且已因藥物治療效果不佳，醫師建議接受手術  
而未被接受之情況，以及其既亦表明甲狀腺機能亢進未控制，會引發血壓升高（筆者按：由此可見法院並未採鑑定人之鑑定意見，而係自為實質審查！）；並參酌醫審會補充鑑定意見報告表示甲狀腺亢進足以引起自發性顱內出血等情狀，自難  
僅憑其所出具之前開診斷證明書而遽認王貝今之死亡係因跌倒所致。」

**【分析與討論】** 在本案中我們可以看到原審法院曾委請醫審會、台灣神經外科醫學會、台大醫院、以及法務部法醫研究所鑑定係爭個案顱內出血之死亡結果究

竟是否為工作中跌倒所致，抑或是勞工本身甲狀腺亢進之疾病所致。而醫審會、台灣神經外科醫學會、台大醫院以及法務部法醫研究所的鑑定結果皆認為頭部外傷導致之腦出血通常位於腦皮質等較淺部位，而系爭個案腦部出血部位卻是位於深部之基底核，因而可推論病人的腦出血並非外傷所致，故依照醫理，認為系爭個案所發生之顱內出血應為自發性、而與跌倒無關，因此認定病人之死亡原因與工作跌倒之外傷無關。而勞保局起初雖以普通傷病死亡為給付，惟上訴人表示不服、並再為陳情後，勞保局重新改送請姚建良醫師提供醫理見解，而姚醫師則認為，根據醫理來看發病時間順序，若是疾病促顱內出血而跌倒，則以高血壓及心律不整為首因，且應該立刻發病且意識不清。但系爭個案跌倒兩次皆沒有造成意識受損，雖無明顯外傷但頭部外傷造成遲發性顱內出血也是不無可能，因此判斷其跌倒與其顱內出血可能有因果關係，而勞保局也因此改核定以職業災害死亡為給付。惟上訴人據此結果以及台大醫院郭育良醫師出具之診斷證明，向普通法院請求雇主應依民法及勞基法之相關規定負賠償及補償責任時，卻遭原審法院駁回其聲請、高等法院亦維持原審之判決，理由是法院認為郭醫師之診斷並未考量個案本身患有甲狀腺亢進之事實，故不予採認。此外，法院亦認為縱勞保局改核定以職災死亡為給付，惟本案跌倒與顱內出血死亡之情況尚未達民事上所謂「相當因果關係」之程度<sup>105</sup>，故非屬職業災害、雇主無需負民法及勞基法上相關之賠償或補償責任。在本案中我們不僅可以看到，同一個個案在所謂的醫學專業認定之間，可能會有不同的認定結果，也可以再次看到法院自為實質審查、做出了與勞保局審查結果相異之判決。

---

<sup>105</sup>即必須達到依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，在一般情形上，有此同一條件，足以發生同一之結果者，始能謂該條件與結果間有相當因果關係。

## 案例六、臺灣高等法院民事判決 97 年度勞上易字第 51 號判決<sup>106</sup>

(材料科技公司勞工肩部挫傷案，外部不一致，法院未採勞檢所的報告結果、而係自為判斷。)

**【案例事實】** 上訴人(即原告，勞工)主張伊於 92 年 12 月起受僱於被上訴人(立基材料公司科技股份有限公司)，從事作業員之工作。於 94 年 2 月 6 日 23 時許，因搬運重達 29 公斤之紙箱時右手扭到，箱子撞及右肩，致右肩部挫傷。然被上訴人於 94 年 5 月 3 日將伊解雇，經伊聲請桃園縣政府勞資爭議調解，於 94 年 5 月 7 日成立調解，被上訴人同意就伊於上開時日所受傷害及職業災害補償事項，依照勞動基準法第 59 條及相關規定辦理，然被上訴人於調解後遲不履行其義務，爰依勞動基準法第 59 條之規定，求為判決命被上訴人給付伊醫療費用、自行負擔之健保費及自 94 年 5 月起至 96 年 1 月止不能工作之工資補償等合計 60 萬 5911 元及自 96 年 1 月 12 日起至清償之日止加計法定遲延利息。原審以其傷病非屬職業災害而駁回其訴，原告不服，對於原判決提起上訴。惟北區勞動檢查所 95 年 5 月 16 日勞北檢衛字第 0951005667 號函，認尚無直接明確證據認定上訴人之右肩受傷為職業傷害。而法院則自為實質審查，認為上訴人之肩部挫傷與業務間應有相當因果關係，應屬職業傷害，故廢棄原判決、認為上訴人本於勞動基準法第 59 條規定，請求被上訴人給付工資補償及醫療費用之主張為有理由。

**【摘錄法院判決理由】**「3.北區勞動檢查所 95 年 5 月 16 日勞北檢衛字第 51005667 號函，雖以上訴人於桃園醫院新屋分院自訴係騎機車受傷，且依上訴人作業時紙箱之高度為 111 公分，上訴人身高為 151 公分，由紙箱掉落撞擊上訴人肩部造成挫傷，其位能應略嫌不足等理由，認尚無直接明確證據認定上訴人之右肩受傷為職業傷害(見原審卷，55 頁)。然上訴人並非騎機車受傷，已如前述，又紙箱高 32 公分、長寬各 49 公分、重 29 公斤，棧板為 15 公分，為北區勞動檢查所當場

<sup>106</sup> 本案勞雇雙方皆未再上訴，判決確定。

勘驗明確，且有照片可參（見原審卷，104 頁至 141 頁），則上訴人欲將紙箱由第 3 層堆疊至第 4 層，必須將重 29 公斤之紙箱舉高至 111 公分以上，其因施力不慎而扭傷，本極可能。又上訴人係於堆疊第 4 層時紙箱掉落，已據上訴人於北區勞動檢查所檢查時陳述明確，則紙箱掉落時之最高點為 143 公分，且上訴人欲將重物往上抬，必須蹲下彎腰，而非筆直站立，故實際肩部高度必然更低，則上訴人所堆疊之第 4 層紙箱，必在上訴人肩部之上，以上開紙箱之重量，則上訴人肩部因被紙箱撞擊而受傷，亦屬可能，北區勞動檢查所認上訴人右肩受傷，非因工作所致，所持見解，難予認同（筆者按：可見法院係依經驗及論理法則自為判斷、而不採勞檢所之見解），何況經上訴人具函北區勞動檢查所說明其身高僅為 145 公分，且其平日係以小汽車代步而非騎機車，無於 94 年 2 月 6 月下班時騎機車發生車禍受傷之情形後（見原審卷，76 頁），北區勞動檢查所已於 95 年 7 月 6 日以勞北檢衛字第 0951009662 號函覆上訴人無法判定是否為工作中造成之傷害，有該函附卷可參（見原審卷，102 頁），是難依北區勞動檢查所前開 95 年 5 月 16 日勞北檢衛字第 0951005667 號函認上訴人非受職業傷害。」

**【分析與討論】** 本案中，我們可以發現法院係就勞工之工作現場及工作內容（包括考量勞工平時工作所需堆疊之紙箱大小、重量，以及必須將紙箱堆疊至多高的高度、以及堆疊置這樣的高度時所呈的工作姿勢可能為何…等細節），依其經驗及論理法則判斷後，認為勞檢所認為之見解難予認同，故自為判斷、認為上訴人肩部因被紙箱撞擊而受傷的可能性很高，故認為系爭案件應屬工作引起之傷病，不僅做出與勞動檢查所檢查報告相異之結果，甚至進而廢棄原判決、認為雇主應負勞基法上相關之補償責任，其論證之細膩以及理由之完備，實屬難得，值得肯定。

案例七、臺灣高等法院民事 95 年度重勞上更（一）字第 13 號判決<sup>107</sup>

（配電工人車禍引起之憂鬱症案，法院未採桃園醫院及林口長庚醫院之診斷證明，而認為被上訴人所併發之憂鬱症非屬職業病。）

**【案例事實】** 被上訴人（勞工）主張：伊自民國 70 年 2 月 20 日起受僱於上訴人（榮電股份有限公司），從事桃園縣境內之配電工作。90 年 2 月 1 日晚上 10 時 45 分許，伊在桃園縣中壢市○○○路四○○、四〇二號前之外側車道上執行職務時，遭訴外人謝景琦騎乘機車撞擊，受有右大腿骨折、左右膝蓋受傷、右小腿嚴重裂傷等傷害，並引起環境適應障礙合併焦慮及憂鬱症狀，應屬職業災害。經鑑定已不堪任原有工作，伊乃依職業災害勞工保護法第二十四條第一款規定，通知上訴人終止勞動契約，兩造間之勞動契約業於九十二年十一月五日終止。伊依勞動基準法第五十九條第二款及第三款規定，請求上訴人補償伊自九十年二月一日起至九十二年十一月五日之工資差額新臺幣一百二十八萬七千零三十六元及殘廢補償六十三萬一千五百四十三元，並依職業災害勞工保護法第二十五條第二項規定，請求退休金四百一十一萬五千六百九十八元，求為命上訴人給付六百零三萬四千二百七十七元。然而，法院認為雇主所負之責任應予以一定之限制，因為勞工生活上所面臨之危險，包括一般社會生活上之危險及因從事勞務所面臨之危險，原則上僅有後者方應歸屬雇主負擔，此係因勞工所從事之活動與職務，直接或間接有利於雇主，而雇主亦或多或少對此可加以掌控、防免損害之發生，或藉由保險、產品之賣價適當地予以分散或轉嫁危險，因此法院認為職業災害應與勞工所從事之業務達密接關聯程度之相當因果關係，方屬允當<sup>108</sup>。若危險發生

<sup>107</sup> 本案係經最高法院 95 年台上字第 1913 號判決發回更審，後勞工再上訴經最高法院 97 年台上字第 2025 號判決駁回確定。

<sup>108</sup> 同樣基於企業競爭力及社會經濟發展之考量而認為雇主責任不宜過分擴張之判決尚有：臺灣高等法院 99 年度勞上易字第 70 號、96 年度勞上字第 53 號判決。（摘錄法院判決理由：「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，即「災害」必須係被認定為業務內在或通常伴隨潛在危險的現實化，即係以客觀存在事實為觀察之基礎，並就此客觀存在事實與行為人之行為，依吾人智識經驗判斷，通常均有發生同樣損害結果之可能者，該行為人之行為與損害即為有相當因果關係。雇主所負之責任，之所以需如此限制，係因勞工生活上所面臨之危險，包括一般社會生活上之危險及因從事勞務所面臨之危險，原則應僅有後者方應歸屬於雇主負擔，此係因勞工所從事之活動與職務、直接或間接有利於雇主，

之原因非雇主可控制之因素所致，則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。故高等法院最後廢棄原判決，認為憂鬱症尚非被上訴人從事配電業務內在或通常伴隨潛在危險的現實化，亦即被上訴人從事之業務，難認通常均有發生憂鬱症損害結果之可能，是被上訴人所患憂鬱症與其執行之業務間難謂有密接關係，自無相當因果關係存在。故被上訴人罹患憂鬱症，尚非屬勞動基準法第五十九條規定之職業災害，其主張因憂鬱症期間無法工作之職災補償等情求為無理由。

**【摘錄法院判決理由】**「五、關於被上訴人之憂鬱症是否屬於職業災害部分：（一）按勞動基準法第五十九條固規定勞工因遭遇職業災害而致死亡、殘廢、傷害或疾病時，雇主應依規定予以補償。勞工保險條例第二條第二款亦規定，職業災害保險分傷病、醫療、殘廢及死亡等四種給付。然何謂勞工因遭遇職業災害，於勞動基準法與勞工保險條例中均未見有規定，僅在勞工安全衛生法第二條第四項中規定：「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。」。準此，勞動基準法第五十九條所稱之職業災害，當指上述雇主提供工作場所之安全與衛生設備等職業上原因所致勞工之災害而言。又職業災害補償的本質亦屬損失填補的一種型態，故職業災害是否成立，必須勞工在雇主所指定之工作場所或到達或離去指定工作場所而受傷害，因執行職務而遭遇意外傷害、罹患職業病、殘廢或死亡，執行職務與傷亡發生間存在一定因果關係。又所謂一定因果關係，學說上固有相當因果關係說、保護法因果關係說及相關判斷說之分，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，即「災害」必須係被認定為業務內在或通常伴隨潛在危險的現實化，即係以客觀存在事實為觀察之基礎，並就此客觀

---

而雇主亦或多或少對此可加以掌控、防免損害之發生，或藉由保險、產品之賣價適當地予以分散或轉嫁危險，因此職業災害應與勞工所從事之業務有相當因果關係，方屬允當，若危險發生之原因非雇主可控制之因素所致，則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。」)



存在事實與行為人之行為，依吾人智識經驗判斷，通常均有發生同樣損害結果之可能者，該行為人之行為與損害即為有相當因果關係。雇主所負之責任，之所以需如此限制，係因勞工生活上所面臨之危險，包括一般社會生活上之危險及因從事勞務所面臨之危險，原則上僅有後者方應歸屬雇主負擔，此係因勞工所從事之活動與職務，直接或間接有利於雇主，而雇主亦或多或少對此可加以掌控、防免損害之發生，或藉由保險、產品之賣價適當地予以分散或轉嫁危險，因此職業災害應與勞工所從事之業務有相當因果關係，方屬允當，若危險發生之原因非雇主可控制之因素所致，則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。

(二)被上訴人主張其於九十年二月一日遭人撞傷遭遇職業災害，嗣於九十年六月七日經診斷因上開職業災害引起之傷殘，致有環境適應障礙及情緒反應，而患有環境適應障礙合併焦慮及憂鬱症狀，經長庚醫院診斷與職業傷害直接相關，現仍繼續接受治療中，其憂鬱症亦屬職業災害等語，並提出桃園醫院九十二年二月二十四日診斷證明書、林口長庚醫院九十一年七月十五日、九十二年四月二日、九十二年九月十日診斷證明書（見臺灣桃園地方法院卷第十二、十頁、原審卷第二四、二五頁）為證。經查：

1 被上訴人受僱於上訴人係從事配電工作，依吾人智識經驗判斷，憂鬱症尚非被上訴人從事配電業務內在或通常伴隨潛在危險的現實化，亦即被上訴人從事之業務，難認通常均有發生憂鬱症損害結果之可能，是被上訴人所患憂鬱症與其執行之業務間難謂有密接關係，自無相當因果關係存在，依前開說明，被上訴人罹患憂鬱症，尚非屬勞動基準法第五十九條規定之職業災害。2 依被上訴人提出之桃園醫院九十二年二月二十四日診斷證明書記載：被上訴人因職業傷害引起傷殘，致有環境適應障礙及情緒反應，於九十年六月七日求診，患有環境適應障礙合併焦慮及憂鬱症狀等語。林口長庚醫院九十二年四月二日診斷證明書亦記載：被上訴人於九十年二月間車禍受傷後，致生情緒低落、睡眠障礙、焦慮不安等憂鬱症，

回溯過去病史，被上訴人未曾有憂鬱症，直到九十年二月車禍致職業傷害才有憂鬱症狀產生，故其憂鬱症與職業傷害有直接相關等語。另經長庚醫院鑑定結果，被上訴人於車禍前並無正式之醫療診斷或紀錄顯示有罹患憂鬱症，於受傷前亦無明顯導致情緒鬱之壓力事件，於受傷後四個月始有正式之憂鬱症醫療紀錄及診斷，並開始規則於門診服藥治療迄今，且車禍事件也影響至整個社會功能，成為一大壓力來源，依社會心理角度觀之，被上訴人目前罹患憂鬱症，與車禍事件具有一定程度之因果關係，有精神鑑定報告書可憑（見本院更審卷(一)第一八五至一八七頁），均係認定被上訴人所患憂鬱症與其於九十年二月一日所發生之車禍事件有因果關係，尚非認定憂鬱症與被上訴人執行之配電業務有因果關係。雖被上訴人係因車禍事件之職業災害而併發憂鬱症，惟一般人遭遇車禍事故，因心理人格、環境、社會壓力等等不同，尚非凡遭遇車禍事故即會併發憂鬱症，則車禍事故與憂鬱症病發間應無相當因果關係，自不能認為被上訴人因車禍事件之職業災害併發憂鬱症，故憂鬱症亦為職業災害。被上訴人主張其因車禍事故併發之憂鬱症亦屬職業災害，尚非可取。」

**【分析與討論】**在本案中，雖然桃園醫院與長庚醫院之診斷證明皆指出被上訴人所罹患之憂鬱症應與其於九十年二月一日所發生之車禍事件有因果關係，惟普通法院認為勞基法上之雇主責任應予以一定之限縮，倘若危險發生之原因並非雇主可控制之因素所致，則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（案例四中法院亦提出類似之論點），然後進一步指出「依吾人智識經驗判斷，憂鬱症尚非被上訴人從事配電業務內在或通常伴隨潛在危險的現實化」，換言之，系爭勞工雖係因車禍事件之職業災害而併發憂鬱症、且經桃園醫院及長庚醫院診斷證明其憂鬱症確為車禍事件所致，但法院認為一般人遭遇車禍事故，因個人心理人格、環境、社會壓力等等不同，並非凡遭遇車禍事故即會併發憂鬱症，亦即，法院認為以系爭勞工從事之配電業務，難認通常均

有發生憂鬱症損害結果之可能，故判決系爭個案所罹患之憂鬱症與其執行之業務間難謂有密接關係、應無相當因果關係存在。換言之，本案法院認為系爭勞工之車禍雖屬職業災害，而其後所併發之憂鬱症也確為車禍事件所引起，惟車禍後所併發之憂鬱症與其配電業務間，中間的因果關係鏈已經太遠，並不符合相當因果關係中「有此行為通常足生此損害、無此行為則不生此損害」關於相當性的判斷原則，加上法院認為勞基法上的雇主責任應予以一定之限縮，故最後認為該憂鬱症非屬勞基法上之職災、雇主無須負補償責任；從這裡我們可以看到法院是在保障勞工與維護企業競爭力兩者間權衡後，對勞基法上之雇主責任範圍做了一定的限縮，並且藉由對相當因果關係的「相當性」範圍做出較限縮的論述，來切斷系爭個案的憂鬱症與職務間的因果關係，進而判定個案之憂鬱症非屬勞基法上雇主應負責之職災範圍。

#### 案例八、臺灣高等法院民事 99 年度上字第 159 號判決<sup>109</sup>

（休息時間講電話，採光罩墜落致死案，外部不一致，勞檢所認非職災，法院則認與業務仍有相當因果關係、為職災。）

**【案例事實】** 本件上訴人（勞工之父）主張其子阮志盛（越南籍）前來臺灣工作，並受僱於周麗雲為負責人之國寶公司大溪廠，從事生產瓷器等相關勞力工作，其勞工保險投保薪資為每月 1 萬 7,400 元。98 年 1 月 29 日國寶公司指派員工至後倉庫屋頂上從事遮雨棚維修作業，同年月日下午 14 時 30 分許，在上開廠區內離地高度約 5 公尺之倉庫屋頂，因不慎踏穿屋頂採光罩直接墜落地面，造成頭部大量失血，經送醫後於 98 年 2 月 8 日 21 時 30 分不治死亡。被上訴人周麗雲涉嫌業務過失致死案件，業經臺灣桃園地方法院檢察署做成不起訴處分。故上訴人主張依民法第 487 條之 1 第 1 項規定，請求國寶公司賠償其扶養費及慰撫金，並依民法第 184 條第 1 項、第 2 項、第 28 條、第 192 條、第 194 條規定，請求國

<sup>109</sup> 雇主上訴，後經最高法院 100 年台上第 731 號判決駁回確定。

寶公司、周麗雲連帶賠償損害。本案經勞委會北區勞動檢查所認為該勞工私自離開作業場所至遮雨棚上踏穿採光板而墜落之行為並非作業活動所衍生之必要行為、與職業上原因無相當因果關係，故認定非職業災害；但法院認為該項報告書僅對事業單位發生拘束力、法院不受其意見之拘束，且基於勞基法第 59 條規定之本質在於使受到「與工作有關傷害」之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，維護勞工及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境，而不在於制裁違反義務、具有故意過失之雇主。是以職業災害補償制度之特質係採無過失責任主義，凡雇主對於業務上災害之發生，不問其主觀上有無故意過失，皆應負補償之責任。因此勞工所擔任之「業務」與「災害」之間，並不須有密接關係之存在，故仍得本於職權認定該勞工講電話之行為係在正常作業為與時間之內，與其清理排水管作業有合理關聯性，且在工作廠區內死亡，自為職業災害。且法院亦認為雇主對於勞工有墜落危險之場所，應設置警告標示，並禁止與工作無關之人員進入，於勞工安全衛生設施規則第 232 條既定有明文。從而國寶公司因過失未於系爭廠房二樓通往室外遮雨棚之鐵捲門邊設置明顯警告標示，亦未禁止與工作無關之人員進入，以致於並非從事修補屋頂工作之訴外人阮志盛誤入室外遮雨棚區域，並因誤踏支撐力不足之採光罩而墜落死亡，衡情顯有相當因果關係。從而依民法第 184 條第 1 項前段、第 2 項本文、公司法第 23 條第 1 項規定，阮志秋請求國寶公司與周麗雲連帶賠償損害，以及依勞基法第 59 條規定請求國寶公司付雇主補償責任即屬有據。

**【摘錄法院判決理由】** 「茲就兩造爭點及本院得心證理由分述如下：

(一)阮志秋得否依勞動基準法第 59 條第 4 款規定請求國寶公司賠償？

1.按勞工遭遇職業傷害或罹患職業病而死亡時，雇主除給與 5 個月平均工資之喪葬費外，並應一次給與其遺屬 40 個月平均工資之死亡補償。其遺屬受領死亡補償之順位如左：(1)配偶及子女。(2)父母。(3)祖父母。(4)孫子女。(5)兄弟姐

妹，勞動基準法第 59 條第 4 款定有明文。經查：(1)該條規定之目的，在於保障勞工，加強勞、雇關係、促進社會經濟發展，性質上非屬損害賠償。且職業災害補償乃對受到「與工作有關傷害」之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，維護勞動者及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境，以免造成社會問題，並不在於制裁違反義務、具有故意過失之雇主。是以職業災害補償制度之特質係採無過失責任主義，凡雇主對於業務上災害之發生，不問其主觀上有無故意過失，皆應負補償之責任，受僱人縱使與有過失，亦不減損其應有之權利。因此勞工所擔任之「業務」與「災害」之間，並不須有密接關係之存在，亦即縱使危險發生之原因，並非雇主可控制之因素所致，仍應認為成立職業災害（最高法院 95 年度台上字第 2542 號判決意旨參照）。又所謂災害，係指勞工所擔任業務之內在或通常伴隨的潛在危險的現實化。而所謂業務，則包括勞工本於勞動契約原定應提供之勞務給付本身，以及伴隨該勞務給付之作業活動所衍生，於就業上一切必要行為及其附隨行為而具有合理關連性者均包含在內。

(第 2、第 3 點…略，續摘)

- 4.則綜此足證訴外人阮志盛係於同組工作之訴外人范文兄於工作之際上廁所，本身無法獨力繼續工作，而暫時停止工作處於休息狀態之下，登上屋頂遮雨棚。且當范文兄離開未久亦即至多幾分鐘之際，阮志盛即自屋頂墜落地面，可見阮志盛於事發前僅處於正常休息時間數分鐘而已，此休息時間之長度顯未逾一般工作之中暫休片刻之常態。亦即此情形應得認為屬於正常工作之際之休息時間，阮志盛可暫停工作而於工作場所內等待范文兄上完廁所後，再與同組人員繼續工作。此外衡諸台灣地區通訊發達，行動電話普及率甚高之情況，應認為阮志盛雖於工作休息時間以手機講電話，惟該行為仍屬於阮志盛提供勞務給付之附隨行為，並且與勞務給付之作業活動具有合理關連性。因此應認為阮志盛

係於正常工作範圍與時間內，在工作之廠區內死亡，故為基於勞動契約提供其職業上之勞動力時所發生之意外事故，自為職業災害，則阮志盛之雇主即國寶公司即應依勞動基準法第 59 條第 4 款規定負擔法定補償責任，不得以該災害之發生，係因可歸責於阮志盛之事由所致，而主張免責。

5. 至於勞委會北區勞動檢查所雖認為，阮志盛疑似私自離開作業場所至遮雨棚上踏穿採光板而墜落，其行為並非阮志盛於 98 年 1 月 29 日作業活動所衍生之必要行為，與職業上原因無相當因果關係，因此不認為本件為職業災害，固有該所「外勞阮志盛行走於遮雨棚上不慎踏穿採光板墜落死亡災害檢查初步報告書」影本可證（見原審卷第 53 頁）。惟該項報告書僅對事業單位發生拘束力，本院自不受其意見之拘束，仍得本於職權認定本件阮志盛講電話之行為，係在正常工作範圍與時間之內，與其清理排水管作業有合理關連性；且在工作之廠區內死亡，自為職業災害，併予敘明。」

**【分析與討論】**從本案的判決理由中，我們可以看到法院認為勞基法第 59 條所規定的雇主責任，目的在於保障勞工，加強勞、雇關係、促進社會經濟發展，性質上非屬損害賠償，而是對受到「與工作有關傷害」之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，維護勞工及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境。故該條的目的並不在於制裁違反義務、具有故意過失之雇主，因此職業災害補償制度之特質係採無過失責任主義，凡雇主對於業務上災害之發生，不問其主觀上有無故意過失，皆應負補償之責任。受僱人縱使與有過失，亦不減損其應有之權利。因此勞工所擔任之「業務」與「災害」之間，並不須有密接關係之存在，亦即，縱使危險發生之原因，並非雇主可控制之因素所致，仍應認為成立職業災害，也基於此理由，法院做出了比勞保局更寬鬆之認定結果，認為該勞工在休息時間離開作業場所講電話而誤踩採光罩墜落之結果與業務間仍具合理關聯，且認為雇

主就警告標誌之設置有過失致勞工誤踩採光罩墜落致死，因此，不僅判雇主應負勞基法上之補償責任、尚須依民法上侵權行為之賠償責任。若與案例七法院的判決理由做比較，我們可以發現在案例七中，法院認為勞基法上的雇主補償責任應限縮在「雇主可得控制」之因素內；而在案例八中，法院則認為縱非雇主可得控制之因素，只要是與業務間具合理關聯性，即應屬勞基法上之職災。兩者除了在對於傷病與業務間的關聯性應達什麼程度，有明顯不同見解上的差異外(換言之，法院在案例七中，對於傷病與工作間的因果關係採取較嚴格之認定標準，在案例八中則是採取較寬鬆之認定標準)，另一個值得我們思考的問題是，法院若採取較寬鬆的認定標準的結果，長此以往，是否能達到間接造成提升雇主完備預防措施動機的效果？同樣也有待我們持續關注。

#### 案例九、臺灣高等法院民事 101 年度勞上易字第 4 號判決<sup>110</sup>

(華航員工椎間盤突出案，法院未以鑑定意見做為唯一判斷基礎，尚自為關於相當性的論述。)

**【案例事實】** 上訴人(勞工)吳景全於中華航空公司之修護工廠機坪維護單位擔任技術員，主要工作內容為客艙修護，包括緊急裝備、廚房、桌椅、水系及貨艙傳動設施。97年2月7日工作時，發現左腳及右臀疼痛不適，下班搭乘交通車時疼痛加劇，並於同日駕車與妻小返回彰化娘家過年；其因農曆春節連續假期，向中華航空公司事先申請97年2月9日起至同年月12日止，共4日之特別休假。吳景全於97年2月12日返回臺北後即先前往臺大醫院就診，並於97年3月11日，前往臺北榮民總醫院進行後方減壓、部分椎間盤切除手術以及人工韌帶固定手術。臺大醫院於97年5月1日診斷認定吳景全罹患「職業相關性第3,4,5腰椎及第1薦椎椎間盤突出症，故吳景全自97年5月21日起至8月20日止，向中華航空公司申請留職停薪。惟勞工保險局於97年9月5日保給傷字第

<sup>110</sup> 本案勞雇雙方皆未再上訴，判決確定。

09760659860 號函核定按普通傷病辦理，吳景全不服，向勞工保險監理委員會申請審議，該會於 98 年 1 月 13 日以 97 保監審字第 3847 號審定書審定申請審議駁回；吳景全再向勞委會提起訴願後，經勞委會訴願決定，將勞工保險局之處分及勞工保險監理委員會之審定予以撤銷。勞工保險局則於 98 年 4 月 15 日以保險給傷字第 09810090070 號函交由勞委會職業疾病鑑定委員會鑑定，勞委會於 98 年 10 月 29 日召開職業疾病鑑定委員會決定為「執行職務所致疾病」，吳景全並向普通法院提起告訴，主張依勞基法第 59 條之規定請求華航為職業災害之補償。法院最後並未以勞委會之鑑定結果作為判斷之唯一依據，而尚參酌中華航空公司針對該勞工服務單位中與該勞工工作內相近的 41 名員工所製作公傷調查表之結果來判斷，命中華航空應為職災補償。

**【摘錄法院判決理由】** 「七、本院得心證之理由：(一)按勞工因遭遇職業災害而致死亡、殘廢、傷害或疾病時，雇主應依第 1 款至第 4 款規定予以補償；勞基法第 59 條定有明文。次按「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因職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡。」勞工安全衛生法第 2 條第 4 項亦有明文規定。本件吳景全主張其於 97 年 2 月間發生椎間盤突出之疾病，及事後經臺大醫院診斷及臺北榮總之手術治療，係屬於工作性質需要長期負重所造成之職業災害，中華航空公司應給付職業災害補償等情，為中華航空公司所否認，並以前詞置辯。經查：

1.吳景全前於 87 年 2 月 26 日凌晨 1 時 27 分，執行 A/C B-152 #1 右門逃生滑梯更換工作時，因滑梯器材重量頗重，在搬運動作過程中，不慎扭傷腰部，經赴臺大醫院就醫後，經醫師診斷為「椎間盤突出」，吳景全除於臺大醫院接受治療，並自 87 年 3 月間起另前往博群復健診所接受復健治療，且中華航空公司於接獲該次事故之事故報告表後，經調查分析結果認為「事故單位（即吳景全服務之場站部客艙維護）較常發生搬運事故」、「滑梯重達 139 磅，人員站立空間狹窄，使勁



不易」等語，此有中華航空公司修護工廠事故報告表、臺大醫院診斷證明書、博群復健診所病歷影本、臺大醫院病歷影本可稽（見原審卷(一)146 至 149 頁、卷(二)123 至 126 頁、190 至 195 頁），顯見吳景全在修護工廠機坪維護單位擔任技術員，主要工作內容為客艙修護，包括緊急裝備、廚房、桌椅、水系及貨艙傳動設施，需要搬運逃生滑梯、貨艙傳動裝備等重物之工作性質，極易引起「椎間盤突出」之傷害。

2.吳景全於 97 年 2 月 7 日工作時，發現左腳及右臀疼痛，嗣因疼痛加劇，遂於 97 年 2 月 12 日前往臺大醫院治療，當時醫師即已診斷為「第 3,4,5 腰椎及第 1 薦椎椎間盤突出症併椎管狹窄」，並囑咐吳景全於 3 個月內不宜從事久站、久坐、彎腰負重等工作；嗣吳景全於同年 3 月 11 日前往臺北榮總接受後方減壓、部分椎間盤切除手術及人工韌帶固定手術；復於 97 年 5 月 1 日經臺大醫院醫師依據吳景全從事之工作之內容、吳景全於 97 年 2 月 7 日之工作表現，及前於 87 年 2 月 26 日於工作中更換逃生滑梯時發生急性下背痛，經該院安排腰椎核磁共振檢查顯示為「L3-L5 及 L5-S1 椎間盤突出症」，且大致排除其他造成此疾病之非職業性原因之病史，並依據增列勞工保險職業病種類第三類之診斷基準，認為吳景全所患之疾病有大於 50%之職業相關，因而認定吳景全本次所罹患之傷病為「職業相關之第 3,4,5 腰椎及第 1 薦椎椎間盤突出症」。吳景全於 97 年 8 月 28 日前往醫院復健治療時，醫師並囑咐吳景全應儘量避免搬運重物或經常彎腰等工作內容等情，亦有臺大醫院診斷證明書、臺北榮總病歷影本、臺大醫院病歷影本可參【見原審 99 年度勞訴字第 349 號（下稱第 349 號）卷 10 頁、11 頁，原審卷(二)128 至 180 頁、205 至 212 頁】。

3.另吳景全所受之前開傷病經勞委會於 98 年 10 月 29 日召開職業疾病鑑定委員會審查，以吳景全工作暴露屬高危險群，無法排除疾病與執行職務之因果關係，而依職業災害勞工保護法第 16 條及行政院勞工委員會辦理職業疾病鑑定作業程序處理要點第 8 點規定之程序，鑑定決定為「執行職務所致疾病」，此有勞委會 98

年 11 月 10 日勞安 3 字第 0980146321-5 號函可稽（見原審第 349 號卷 12 頁正、反頁）。

4.又中華航空公司於吳景全受傷後，曾於 98 年 5 月間針對吳景全服務之單位即客艙維護部門中與吳景全工作內容相近之 41 名員工進行內部調查、訪問，並製作「公傷調查表」，其中「是否因執行工作而造成腰部受傷」項目，共有 21 名員工勾選，並有 14 名員工曾就醫，且有 19 名員工表示係在更換 DOOR SLIDE（即逃生滑梯）時受傷，亦有公傷調查表足稽（見原審卷(一)153 至 156 頁），如吳景全所從事之工作不會或不易造成椎間盤突出症之疾病，上開部門之其他 21 名員工，即不會勾選曾因此就醫或受傷，勾選者之比例已逾二分之一，比例甚高，是吳景全主張其上開疾病與工作性質具有因果關係一節，應非虛詞。」

**【分析與討論】** 本案例中，勞保局起初認為系爭個案為普通傷病，系爭勞工不服，向勞工保險監理委員會申請審議、以及向勞委會提起訴願後，經勞委會訴願決定始將勞工保險局之處分及勞工保險監理委員會之審定予以撤銷，勞工保險局並函交由勞委會職業疾病鑑定委員會鑑定、經鑑定委員會決定為「執行職務所致疾病」後，並向普通法院提起告訴。在判決理由中我們可以看到法院在判斷系爭個案的椎間盤突出是否為工作所引起的時候，除了引述勞委會之鑑定結果外，另一項值得注意的論述是法院輔以同部門員工傷病現況調查表的統計結果來支持其認定結果。這個統計調查雖然並非法院主動進行（而是中華航空公司所統計調查）的，但是某程度來說，可以看出法院願意利用且考慮這類統計調查的結果，若說本案的判決理由能帶來什麼更積極的啟發或效果，那麼本文認為或許就是法院之後能主動對個案勞工所屬的同部門員工進行此類的問卷調查作為輔助判斷的基準。

## 案例十、臺灣高等法院民事 99 年度勞上字第 40 號判決<sup>111</sup>

(協榮航業印尼宿舍腦血管病發作死亡案，除採取醫師之診斷證明外，某程度也將舉證責任移轉至雇主)。

**【案例事實】** 本案上訴人(勞工謝華山之繼承人)主張其父謝華山自民國 90 年 6 月 19 日起受僱於被上訴人協榮航業股份有限公司，並由該公司派遣至印尼，在該公司以常務董事即被上訴人李謀誠名義投資之印尼大誠木業股份有限公司(Pt. Satya Raya Indah Woodbased Industries，下稱大誠公司)從事品管技術工作。而謝華山於 96 年 8 月 22 日印尼西區時間上午 5 時許，在大誠公司宿舍走廊經人發現昏迷，送醫急救後，於 96 年 8 月 23 日下午 10 時許死亡，應認屬職業災害死亡，而請求雇主依勞動基準法(下稱勞基法)第 59 條第 4 款規定，給與 5 個月平均工資之喪葬費，及給與其遺屬 40 個月平均工資之死亡補償。法院依當時之印尼神經外科醫師所出具之證明書進一步自行判斷，認為與一般蛛網膜下出血絕大多數是因車禍、跌倒等腦部外傷而生的醫學案例相符，因此認為謝華山並非因本身疾病造成腦部受傷死亡。此外，法院指出因雇主未能證明勞工生前有和腦部或血管疾病，可致單獨發生蛛網膜下出血而死亡之結果，故尚難認雇主張謝華山係因本身疾病死亡之抗辯為可採，因此廢棄原判決、判雇主應依勞基法第 59 條第 4 款之規定給予職災之相關補償。

**【摘錄法院判決理由】** 「經查：(一)依被上訴人提出之印尼警局收取申報證明書所載，謝華山係居住在雇主提供之公司宿舍，且在宿舍走廊摔倒，被發現時係倒在走廊呻吟而無法說話(見原審審勞訴字卷第 46 頁至第 48 頁)，而依當時照護謝華山之印尼神經外科醫師 Eka J. Wahjoepramono 出具之證明書所載，謝華山因摔倒送醫時腦部掃描顯示蛛網膜下出血，以及大腦浮腫，經送進加護病房加護治療仍告死亡(見原審審勞訴字卷第 86 頁及 87 頁之中英文證明書)等語，此與一般蛛網膜下出血絕大多數係因車禍、跌倒等腦部外傷而生之醫學案例相符(見

<sup>111</sup> 本案雇主(協榮航業)上訴，經最高法院 100 年台上第 1878 號判決廢棄發回、嗣經臺灣高等法院 100 年勞上字第(一)字第 8 號判決確定。

本院卷外放之醫學報告)，堪認謝華山並非因本身疾病造成腦部受傷死亡，而係在公司宿舍走廊摔倒致腦部受傷死亡。按員工居住設於公司內之員工宿舍，在客觀上有 24 小時待命工作之期待性，且公司內之員工宿舍亦屬雇主應負責安全防護之工作環境範圍，故謝華山在公司宿舍走廊摔倒並因而腦部受傷致蛛網膜下出血、大腦浮腫死亡，在外觀上堪認係屬因與工作有關之傷害而死亡。被上訴人雖抗辯謝華山係因本身疾病死亡云云，惟並不能提出謝華山生前有何腦部或血管疾病，可致單獨發生蛛網膜下出血而死亡之結果，故尚難認被上訴人此部分抗辯為可取。」

**【分析與討論】** 在本案判決理由中，法院不僅依當時照護謝華山之印尼神經外科醫師所出具之證明書所載(上面載明謝華山摔倒送醫時腦部掃瞄顯示蛛網膜下出血，以及大腦浮腫，經送進加護病房加護治療仍告死亡等)，更於閱讀醫學報告後認為系爭個案與一般蛛網膜下出血絕大多數係因車禍、跌倒等腦部外傷而生之醫學案例相符，因此認定謝華山並非因本身疾病造成腦部受傷死亡。可見法院在認定有無因果關係時是認真且有做功課的。此外，法院也提到「被上訴人(按：即雇主)雖抗辯謝華山係因本身疾病死亡云云，惟並不能提出謝華山生前有何腦部或血管疾病，可致單獨發生蛛網膜下出血而死亡之結果，故尚難認被上訴人此部分抗辯為可取。」由此可見，法院某程度也將舉證責任移轉至雇主了，要求雇主應就系爭勞工生前有和腦部或血管疾病舉出反證。

### 三、本節小結

在回顧高等法院與最高法院職災補償或賠償相關之判決後，我們可以發現法院在判斷勞工的傷病與工作因素間是否有因果關係時多採「相當因果關係」說<sup>112</sup>，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。即「災害」必須係被認定為業務內在或通常伴隨潛在危險的現實化，即係以客觀存在事實為觀察之基礎，並就此客觀存在事實與行為人之行為，依吾人智識經驗判斷，通常均有發生同樣損害結果之可能者，該行為人之行為與損害即為有相當因果關係。法院之所以採相當因果關係說來限制雇主所需負的責任，是因為法院認為勞工生活上所面臨之危險，包括了一般社會生活上之危險及因從事勞務所面臨之危險，但原則上應該只有後者才歸屬雇主負擔，此係因勞工所從事之活動與職務，乃直接或間接有利於雇主，而雇主亦或多或少對此可加以掌控、防免損害之發生，或藉由保險、產品之賣價適當地予以分散或轉嫁危險，因此職業災害應與勞工所從事之業務有相當因果關係，方屬允當。反之，如果危險發生之原因非雇主可控制之因素所致，則不宜過份擴張職業災害認定之範圍，否則無異是加重了雇主之責任、而減少企業之競爭力，同時也有礙社會之經濟發展。

然而，也有不同見解認為傷病和工作之間因果關係的標準不需達「密接關係」之程度，而是具備「合理關聯」即可，如最高法院 95 年度台上字第 2542 號判決、以及台灣高等法院 99 年度上字第 159 號判決，由此可見，縱使在多數實務採相當因果關係的見解之下，對於傷病的造成與工作之間究竟應達什麼程度始成立因果關係、始為雇主應負責的範圍，在標準和界限上仍相當模糊。亦即，相當因果關係中的「相當性」的標準雖然是在嘗試限制條件理論不當地擴張因果關係成立範圍，然而，關於「相當性」的判斷卻可能帶來新的疑問：究竟何謂相當性？又

<sup>112</sup> 如臺灣高等法院 99 年度勞上易字第 70 號、臺灣高等法院 00 年度重勞上字第 15 號、臺灣高等法院 99 年度保險上字第 11 號、台灣高等法院 95 年度重勞上更（一）字第 13 號...等。

何謂不相當性？若以機率的概念來呈現，是達 50% 的蓋然率就算相當？還是 75%？甚或是 95% 的蓋然率才算相當？或在法院判決理由中提到的，究竟為密接關聯始成立？或合理關聯即可？不論是用哪種方式表達，我們可以發現這個「相當性」的概念在標準及界限上仍然是相當模糊的。

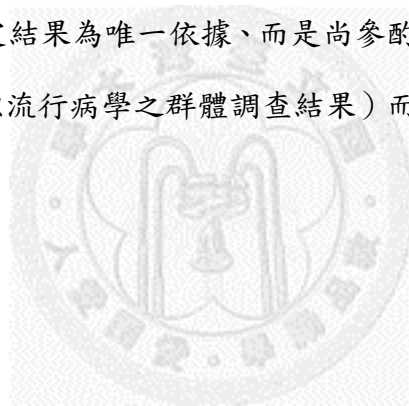
若綜合觀察前述的十個案例（參表格四），在案例一、案例二、案例三、案例四與案例五中我們可以看到普通法院做出了與勞保局之審查結果或行政法院相異之認定結果，而在案例六與案例八中，法院則是言明法院不受勞動檢查報告之拘束、而與勞檢所之認定結果相異。其中，值得注意的是在案例一、案例六與案例八中，普通法院不僅和勞保局或勞委會之審定結果相異，更做出了比勞保局或勞委會之鑑定結果更寬鬆的認定結果、認為雇主應負勞基法第 59 條之補償責任，在案例八中法院甚至判定雇主因有過失故應負侵權行為之損害賠償責任。至於案例五與案例七，法院則是不採專科醫師之診斷證明、做出了與診斷證明相異之認定、認為非屬職災。此外，在案例四與案例七中，法院則是在判決理由中都明白指出了勞工保險、勞基法雇主補償責任、與民法損害賠償責任之制度目的、構成要件不同，故適用範圍及認定標準亦應不同，且權衡職災勞工之保障與企業競爭力後，認為勞基法上之雇主責任應予以一定之限縮。亦即，災害發生之原因應限於雇主可能控制的因素、以及與業務有密接關係之因素，始得要求雇主負勞基法上之補償責任<sup>113</sup>。若我們將案例七與案例八做比較，與案例七不同的是，在案例八中法院認為勞基法第 59 條所規定之補償責任其目的是在於保障勞工，加強勞、雇關係、促進社會經濟發展，性質上非屬損害賠償。且職業災害補償既然是對受到「與工作有關傷害」之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，維護勞工及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境，以免造成社會問題，

---

<sup>113</sup> 其他類似的判決理由可參台灣高等法院 99 年度勞上易字第 70 號、99 年度保險上字第 27 號等。

並不在於制裁具有故意過失之雇主，因此在案例八中，法院認為勞工所擔任之「業務」與「災害」之間，並不須達密接關係之程度，而只要有合理關聯即可。亦即，縱使危險發生之原因，並非雇主可控制之因素所致，仍應認為成立職業災害。而在案例七中，法院則認為雇主之補償責任不宜過分擴張，應限於與工作有密接關係之因素，始得要求雇主負責，因此要求勞工所擔任之「業務」與「災害」之間，必須達密接關係之程度。顯示法院雖然同樣從勞基法雇主補償責任制度的目的及精神出發，但卻得出標準相異的結果，顯示法院的標準是浮動的、是價值權衡的結果，這樣見解上的差異值得我們持續關注。

至於案例九，在該案中法院雖做出與鑑定結果相同之認定、認為成立職災，但卻並非以勞委會之鑑定結果為唯一依據、而是尚參酌了其他事證（及華航工傷調查表之問卷結果，類似流行病學之群體調查結果）而補充其關於「相當性」的論述，值得肯定。



表四、普通法院案例一至案例十之整理對照表

案例	是否核定為職災	普通法院判決*	理由
一 曳引車 司機猝 死案	勞保局：X	V（勞基法）	認為勞保局未完全考量完整的工時（蓋普通法院認為待命時間亦應計入工時），故不採勞保局之見解
二 會議室 開會跌 坐在地 案	行政法院：X 勞保局：X→V	X→V（勞基法）	尊重行政機關之判斷餘地
三 電子公 司員工 精神官 能性憂 鬱症案	行政法院：X 勞保局：X→V	V（勞基法）	法院認為勞委會既將憂鬱症增列為職業病種類，故個案之憂鬱症即應可被認為屬工作引起之職業病
四 高鐵門 毆致死 案	勞保局：V （依職災勞工保護 法）	X（勞基法）	不宜過分過張勞基法上之雇主補償責任，否則有害企業競爭力及經濟發展；且指明勞工保險與勞基法雇主補償責任之性質、目的上皆不同，兩者關於職業災害之認定標準與適用範圍自有不同
五 六福皇 宮跌倒 死亡案	醫審會、神經外科醫 學會、法務部法醫研 究所、台大醫院之鑑 定：X 臺大醫院醫師診斷 證明：V 勞保局：X→V	X（勞基法）	法院自為實質審查，認出具診斷證明之臺大醫院醫師（證人）有未盡考量的事項，故不採其認定結果
六 材料科 技公司 勞工肩 部挫傷 案	勞動檢查所：X	V（勞基法）	法院係就勞工之工作現場及工作內容（包括考量勞工平時工作所需堆疊之紙箱大小、重量，以及必須將紙箱堆疊至多高的高度、以及堆疊置這樣的高度時所呈的工作姿勢可能為



			何…等細節)，依其經驗及論理法則判斷後，認為勞檢所認為之見解難予認同，故自為判斷、認為上訴人肩部因被紙箱撞擊而受傷的可能性很高，故認為系爭案件應屬工作引起之傷病
七 配電工人車禍引起憂鬱症案	桃園醫院、長庚醫院 診斷證明：V	X（勞基法）	法院認為不宜過分擴張勞基法上之雇主補償責任，否則有害企業競爭力及社會經濟發展，故傷病與職務間必須有「密接關係」、為雇主可得控制之因素，始屬勞基法上雇主應補償的範圍
八 休息時間講電話，採光罩墜落致死案	勞動檢查所：X	V（勞基法、 <u>侵權行為</u> ）	考量勞基法上雇主補償責任之本質在於保障勞工、加強勞雇關係，性質上非屬損害賠償，而係提供受到與工作有關傷害之受僱人及時有效之薪資利益與醫療照顧…等，使受僱人及其家屬不致陷入貧困。因此認為勞工所擔任之業務與災害之間，並不須有密接關係之存在，縱使並非雇主可控制之因素，仍應認為成立職業災害
九 華航員工椎間盤突出案	勞保局：X→V	V（勞基法）	輔以華航對同部門員工所製作工傷調查表之結果，而並未以勞委會之鑑定意見做為唯一證據
十 協榮航業印尼宿舍腦血管病發作死亡案	印尼醫師診斷證明：V	V（勞基法）	法院指出因雇主未能證明勞工生前有和腦部或血管疾病，可致單獨發生蛛網膜下出血而死亡之結果，故尚難認雇主主張勞工係因本身疾病死亡之抗辯為可採

\*括號內代表普通法院認為成立、或不成立的責任類型。

因此，從上述提出的十個案例中，值得我們進一步思考的是，當一個職業傷病的爭議案件進入法院時，究竟法學上因果關係的標準是什麼？是否引發了標準不一之疑慮？尤其，當流行病學、醫學的認定方法上對可取得的資訊（如工時、個人體質…等）有一定侷限性的情況下，法院對是否成立相當因果關係中「相當性」的論述似乎不僅在發現真實，而是帶有價值權衡、甚至政策考量後的價值判斷。



## 第二節 行政法院判決

進入行政法院的職業傷病案件，或來自勞工不服勞保局之核定，經勞委會之訴願決定後仍不服而提起，或來自雇主因不服勞保局之核定結果而提起。若以職業傷病、職業傷害為全文檢索語詞在司法院裁判查詢系統查詢民國 85 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日間最高行政法院、台北高等行政法院中與職業傷病相關的訴訟案件，我們可以發現前者大約有 221 筆（裁判案由多為勞保、勞工保險、勞工保險爭議等），後者則高達約 972 筆<sup>114</sup>（裁判案由多為勞保、職業災害勞工保護法、有關勞工事務…等）。初步的觀察發現，若為勞工提起，判決之結果似乎多為「原告之訴駁回」（即尊重勞委會審查結果），且判決理由相似性也很高（尤其在腦血管疾病方面，幾乎可歸納為幾個基本的固定句型，詳述如後），僅少數做實質審查而自為判斷，茲將值得進一步分析探討的判決提出討論，析述如下。

### 一、行政法院維持行政機關見解之理由

若以心、腦血管疾病相關之職業傷病爭議為例（以心、腦血管疾病做為探討分析的例子，主要是因為這類疾病的致病因子較為複雜，在認定究竟是個人身體因素或工作因素導致時往往較容易產生爭議），初步分析歸納行政法院之判決理由，大致可發現有以下三大基本句型<sup>115</sup>：

#### 基本句型一：是否為職業傷病所引發，涉及專業性、經驗性之判斷，

<sup>114</sup> 惟本文並非一量性研究，查詢所得的筆數並非精確之統計結果，而是可能因檢索語詞之不同而略有差異，合先敘明。

<sup>115</sup> 亦有論者分析指出行政院訴願委員會維持勞保局認定之駁回理由大致上可分為：（一）同一事件已經判斷；（二）行政機關已盡審查義務；（三）勞工未提出足夠證據；（四）非屬表列職業疾病；（五）訴願會亦自行判斷勞工情形「不符職業病基準」。至於訴願會撤銷勞保局原處分之理由可分為以下幾種：（一）勞保局未盡查證義務；（二）勞保局未送醫師表達意見；（三）醫師意見不一致、內容不夠詳盡；（四）勞工於訴願中提出新證據或新主張；（五）訴願會認為應送職業疾病鑑定委員會鑑定。而高等行政法院維持勞保局核定之理由則有：（一）尊重勞保局據醫師專業意見處分之職權；（二）尊重勞保局就複檢必要性之判斷；（三）尊重勞保局就複檢必要性之判斷；（四）勞保局認定事實無裁量濫用；（五）勞工無法就其主張適當舉證；（六）勞工無法就其主張適當舉證。可與本文行政法院維持勞保局認定之駁回理由做比較及參照。參林姿秀，台灣職業病認定法制之研究，台灣大學科際整合法律學研究所碩士論文，2012 年 7 月。

基於法院審查能力有限，及司法、行政權分立之原則，法院原則上承認行政機關就此等事項之決定，有「判斷餘地」，除其所例示之六大可資考量可能違法之情形<sup>116</sup>外，法院應予以尊重，縱使有不同鑑定意見，亦為見仁見智的結果，故原告之訴駁回。

如，臺北高等行政法院判決 96 年度訴字第 03252 號判決：

**【摘錄法院判決理由】** 「被告所聘審查醫師就「原告傷病是否為職業傷病所引起」、「無法工作之期間」之判斷，並無違法情事，應予尊重：(一)按保險事故是否職業傷病導致？常涉及醫理專業領域，非被告或監理會之一般承辦人員所能逕予認定。故被告於審核保險給付案件時，除以被保險人或受益人檢附之資料、診斷書等書面資料予以審核外，如有必要，亦須另外徵詢專科醫師意見或實地派員訪查瞭解實情，此觀勞工保險局組織條例第 11 條第 2 項規定，被告得視業務需要聘用兼任醫師 12 人至 20 人，及勞工保險條例第 28 條、第 56 條規定保險人（即被告）為審核保險給付，得調查有關之文件、得另行指定醫院或醫師複檢等規定甚明。」

臺北高等行政法院判決 98 年度簡字第 00415 號判決亦同<sup>117</sup>：

**【摘錄法院判決理由】** 「(三)前揭「是否為職業傷病所引發」、「無法工作之期間」職權，涉及專業性、經驗性之判斷，基於法院審查能力有限，及司法、行政權分立之原則，法院原則上承認行政機關就此等事項之決定，有「判斷餘地」。

<sup>116</sup> 即 1、行政機關所為之判斷，是否出於錯誤之事實認定或錯誤之資訊。2、行政機關之判斷，是否有違一般公認之價值判斷標準。3、行政機關之判斷，是否違反法定之正當程序。4、作成判斷之行政機關，其組織是否合法且有判斷之權限。5、行政機關之判斷，是否出於與事物無關之考量，亦即違反不當連結之禁止。6、行政機關之判斷，是否違反相關法治國家應遵守之原理原則，如平等原則、公益原則等

<sup>117</sup>類似的判決理由可參最高行政法院 100 年度判字第 216 號、98 年度判字第 458 號、96 年度判字第 01868 號，以及臺北高等行政法院 100 年度訴字第 1291 號、100 年度訴字第 1104 號、98 年度訴字第 1713 號、98 年度訴字第 1756 號、97 年度訴字第 2192 號、96 年度訴字第 04273 號、94 年度訴字第 01642 號、92 年度訴字第 5491 號、89 年度訴字第 2738 號、89 年度訴字第 3154 號…等。

但如行政機關之判斷有恣意濫用及其他違法情事，亦應承認法院得例外加以審查，其可資考量之情形包括：1、行政機關所為之判斷，是否出於錯誤之事實認定或錯誤之資訊。2、行政機關之判斷，是否有違一般公認之價值判斷標準。3、行政機關之判斷，是否違反法定之正當程序。4、作成判斷之行政機關，其組織是否合法且有判斷之權限。5、行政機關之判斷，是否出於與事物無關之考量，亦即違反不當連結之禁止。6、行政機關之判斷，是否違反相關法治國家應遵守之原理原則，如平等原則、公益原則等，仍應由法院審查（釋字第 553 號解釋理由書、釋字第 319 號翁岳生等 3 位大法官所提不同意見書、並參照學者通說見解）。」

**基本句型二：自身因素高於工作因素，故本案應不能認定其發病與工作有相當因果關係，故原告之訴駁回。**

如，臺北高等行政法院判決九十一年度訴字第四三一號判決<sup>118</sup>：

**【摘錄法院判決理由】**「又經被告調取原告就診病歷資料連同其所屬投保單位有關原告工作內容和事故發生經過之函覆，送請被告特約醫師審查後，其意見認為：「(一)根據台大醫院病歷，被保險人既有高血壓病史，又有抽煙習慣，本身即有極高腦中風出血的危險性。(二)病發時血壓高至 202/121 且無外傷，無跌倒撞擊造成腦中風，故所患屬普通疾病」。另勞工保險監理委員會將相關資料送請特約醫師審查結果，其意見亦認為：「被保險人本身即有腦出血中風之多項危險因子，其工作本身是否比平常有同樣危險因子之人有更多促發腦中風之機率，從資料中並無法看出，因此不屬於職業病」。有各該審查意見在卷可查，是從以上兩相關醫院之函復及兩特約醫師之審查意見，均無法證明本件原告疾病之促發與其執行職務有相當因果關係。

<sup>118</sup> 其他類似以原告自身之疾病因素（或其他危險因素）高於工作因素為由、駁回原告之訴的判決有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 1092 號判決、臺北高等行政法院 97 年度訴字第 1550 號判決、臺北高等行政法院判決 91 年度訴字第 4657 號判決、臺北高等行政法院 97 年度訴字第 1550 號判決、臺北高等行政法院 94 年度訴字第 02704 號判決、臺北高等行政法院判決 94 年度訴字第 00979 號判決...等。

**臺北高等行政法院判決 96 年度訴字第 03252 號判決亦同：**

**【摘錄法院判決理由】**「被告為審慎計，將所調閱原告發病前在新莊聯安診所就醫紀錄、臺大醫院病歷及相關訪查資料等送請特約職業病專科醫師審查簽注意見：「一、所患為腦出血，其發病危險因子有高血壓、肥胖、抽煙等。二、其發病前擔任清潔工，工作時間為晚上 10 時至早上 6 時，工作量沒有特別變大。三、故本案應不能認定其發病與工作有相當因果關係。」訴願期間被告復將相關資料送請特約神經外科專科醫師審查提供意見：「一、依醫理病史，白女士 94 年 10 月 6 日因腦內出血至台大初診，主訴為突發性左側偏癱，研判：係自發性出血，非外傷引起。二、符合第 8 項第 7 級。」更將原告嗣主張 94 年 9 月份加班約 60 小時，提出之 9 月份上班時數統計表影本併同前述相關資料送由第 3 位職業病專科醫師審查意見為：「此案有高血壓 10 年，未規則治療。發病前並未遭受異乎尋常的工作壓力，她所描述的工作狀況乃其常態工作之內容，並不構成 extraordinary 的壓力。94 年 9 月加班 60 小時，並未達職業性腦血管疾病的認定標準。**此案的自身因素比工作因素明顯，無法認定為職業病。**」業已詳述其為專業判斷之依據，是被告參據該醫理專業見解，並依前述查證情形為審查，核定原告所患係普通疾病所致，非屬遭遇職業災害成殘，不予補助，並無違法之處。」

**臺北高等行政法院判決 95 年度簡字第 00992 號判決亦然：**

**【摘錄法院判決理由】**「嗣經被告調閱原告於彰化基督教醫院診療之相關病歷資料，並向中央健康保險局中區分局調取原告就醫資料後，連同上開訪查資料，送請被告特約職業病專科醫師審查，審查意見明載：「(1)根據彰基病歷，被保險人有高血壓病史，且完全沒有治療（根據健保局記錄並沒有治療記錄），病發當時急診血壓高達 238/160，本身可因高血壓造成腦出血（彰基醫師也認為高血壓為致病主因）。(2)根據彰基病歷腦部電腦斷層顯示，5x5x4 公分腦內血腫，屬高

血壓性腦內出血，腦血管攝影並沒有血管瘤或動靜脈結構異常（畸形）。(3)並沒有最近 6 個月上下班、加班出勤資料，雖自稱工作精神緊張，長時間工作及不定期出差，無法確定其實際超時工作情形。故所患不屬職業病。」等語，有該審查意見表影本附原處分卷可按；…(中間略)此外，本件訴訟進行中，經原告提出補充說明（包括模具測試報告、管制計畫 C 表、模具變更紀錄表等），並經被告洽取友聯公司 96 年 1 月 18 日友管(96)字第 001 號說明函及育澤公司開發 CMC PS-41 車型零件製造過程狀況資料（包括試模、會議紀錄等），連同原告於彰化基督教醫院、中山大學附設醫院之病歷資料，暨原告訴訟代理人於法院陳述之筆錄，再次送請不同之職業病專科醫師為 3 次之審查，其審查意見分別明載：「此君有中風之危險因子高血壓，並未好好控制。此君主述工作壓力均屬主觀陳述，無客觀之事證，發病前也無『異乎尋常』之急性身心壓力。不建議認定為職業病。」、「一、依認定基準，王先生無客觀證據認定有過度工作時間負荷、夜班、輪班、噪音、高溫等情形。二、僅依『過度之工作壓力』一項來認定，則本案確因生產過程不順，導致經營上之壓力，然而是否導致其個人巨大之壓力而致發病，則無法衡量。三、其無體檢，故僅能根據訪查紀錄了解其一般狀況（無抽煙、喝酒、體重過重），但因其屬高血壓疏於診治，故自身亦應負相當之責任。．．」、「人對壓力的反應因人而異，有人泰然處之，有人積極處理，也有人沈默內化為心中之負擔。從所附之公司說明可以間接看出王君是屬於最後一型的人格，在壓力管理上可能不是很順利。他的血壓並未良好控制乃一事實，而未控制之血壓為中風之高危險因子。公司業務也非一朝一夕，乃分散於一段時間之內，並非職業醫學上所謂異乎尋常的壓力，有組織的公司，業務成敗也不會完全歸責於 1 人。綜上，此案自身的因素比重較大，不建議認定為職業病。」等語，復有 3 份審查意見表影本附原處分卷可稽。4、綜合上開業務訪查紀錄、育澤公司、亞星公司、雄輝企業社及友聯公司出具之證明書（說明函）、原告補充說明、育澤公司開發製造過程狀況資料、原告病歷及就醫資料．．等，並參酌被告及監理會特約職業病專科醫師前後多次

審查結果，本院認為：根據彰化基督教醫院病歷腦部電腦斷層顯示，原告係 5x5 x4 公分腦內血腫，屬高血壓性腦內出血（亦即原告所患之腦出血中風型態為基底核出血，此為高血壓性腦出血中風之最常見部位），而與頭部碰撞外傷性腦出血不同，故原告所述 93 年 9 月 17 日遭後行李箱蓋下壓撞擊頭部乙節，並非其所患腦中風之致病原因；參諸原告於 93 年 9 月 17 日在彰化基督教醫院之急診病歷資料，載明原告發病當天血壓為 238/160，另彰化基督教醫院 93 年 10 月 19 日原告出院病歷摘要載明「病史（Brief History）Patient is a 29-year-old single Taiwanese man, a businessman with a history of hypertension without control . . .」等語，堪認原告有中風之危險因子—高血壓，惟原告並未好好控制（遍查中央健康保險局中區分局之原告就醫資料，原告並未就高血壓病症進行治療），因此原告亦可能因其自身高血壓之疾病而造成腦中風（彰化基督教醫院醫師也認為高血壓為原告致病主因），並不一定與其所述工作之壓力有關；況且，自育澤公司 93 年 2 月承包模具開發工作至原告發病為止，公司業務並非一朝一夕，乃分散於一段時間內之常態性工作，此非職業醫學上所謂「超出尋常工作的特殊壓力」，而據原告訴訟代理人於本院 95 年 9 月 27 日準備程序期日表示，93 年 9 月 14 日原告模具開發成果經友聯公司判定為不合格，無法上線生產，友聯公司於是收回全部開發模具，並把模具開發工作轉給其他廠商（以翔、綸泰、政椿）重新施作等語，堪認原告於 93 年 9 月 14 日即已因模具開發不順遭受打擊，惟原告卻遲至 3 天之後，於 93 年 9 月 17 日腦出血中風，則原告所述其所受模具開發不順的特殊壓力，至其疾病發生的時間間隔，在醫學上亦無被認為是妥當的客觀證明；再者，在一般客觀情況下，每個人對於壓力的反應因人而異，有人泰然處之，有人積極處理，也有人沈默內化為心中之負擔，壓力原因並不一定產生腦中風疾病，而腦中風患者亦未必全然因壓力造成，也就是說，壓力本身在客觀上並不一定會直接導致腦中風之結果，則壓力之條件與腦中風之結果間，難謂有相當因果關係。準此，被告認為原告所患腦中風與其作業並無相當因果關係，不得視為職業病，據此否准原告



所請職業傷害醫療給付及核退職業傷害自墊醫療費用，自無不治。」

■ 但何謂「超乎尋常工作壓力」？同樣的問題展現在該案的判決文

臺北高等行政法院判決九十一年度訴字第四三一號判決：

【摘錄法院判決理由】「(三)原告雖主張因時值農曆年前，業務至為繁忙，工作壓力鉅大，始促發急性腦血管疾病云云，惟查原告當日或前幾日有無較平常為長之工作時間？或較平常為重之工作量？因原告所服務之貝斯特電腦公司並未設有打卡或出勤紀錄，並不能為明確之證明，而原告所服務之公司僅泛言：「因事故當日為農曆年前一天，故工作量較平日為大」，惟工作量究竟大多少？原告所應分擔之工作量究有多少？經本院訊問原告所聲請傳喚之証人蔡兩青到庭証稱：「當時我人在外面，下班時間之後，我打電話給他報備過，我發現他的聲音怪怪的，我回辦公室時，看到他跌坐在旁邊，嘴角流口水，我就打電話報警，．．．他是我們公司業務經理，本來就很忙，又有人員走了，原告他都做內勤，外勤是我在做，我們公司加班是很常態的，我們部門共有四個人，一個身兼其他職務，前一兩個月又走了一個人，我跑外勤，就只剩下他一個人，那時候是在加班，那間公司本來就人手不夠，又遇到年關，客戶都要求我們在年前機器交出來，那一陣子很亂．．．」等語，依証人所言，加班既屬常態，則是否能謂農曆過年前之加班已達「超出尋常工作的特殊壓力」（學理上判斷職業病之認定基準）？從証人之証言仍不足以證明，否則任何公司員工，只要在農曆過年前加班促發疾病，均將其認定為職業病，亦有寬濫之嫌，是原告主張其疾病之促發與其執行職務有相當因果關係，尚屬無法證明。」

■ 同樣的疑問也出現在臺北高等行政法院判決九十三年度簡字第三五八號判決：

【摘錄原告主張】：「六、行政院勞工委員會所訂職業病認定基準，顯有違誤。試

問一天開車十多個小時，是否為異乎尋常的壓力？是否為不利於健康的生理或心理負荷的工作？依此邏輯推論，一個司機每天開車八小時便休息，最近三天每天開車十二個小時而中風，即屬職業病；反觀另一個司機每天開車十二小時而中風，因未有超過平常之工作量，不得視為職業病，顯不合理公平。則年約五十八歲之原告，在凌晨睡三個多小時後，又連續開了十個小時計程車，被告逕認原告未有異乎尋常之壓力云云，難令原告甘服。況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規定，並未如此嚴苛，僅須具有相當因果關係即可，上開認定基準有違法律保留原則，以行政規則強加法律所無之限制於人民，依司法院釋字第四七九號及五〇五號解釋意旨，應屬無效。」

**基本句型三：原告（勞工）未盡舉證責任（論述過程幾乎固定如下：依民事訴訟法第 277 條及行政訴訟法第 136 條，原告負有舉證責任→依據勞委會「職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準」→原告未盡舉證責任證明有何質與量上超乎尋常之壓力→故駁回原告之訴）。**

如，臺北高等行政法院判決 95 年度簡字第 00992 號判決<sup>119</sup>：

**【摘錄法院判決理由】**「1、按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第 277 條前段定有明文，依行政訴訟法第 136 條之規定，上開規定為行政訴訟程序所準用。又按人民提起課予義務訴訟請求行政機關作成授益行政處分，係在增加自己之權利，依上開之規定，自應就權利發生實體上規定要件最低度事實負舉證責任，本件原告主張其所患疾病之促發與作業有相當因果關係，自應就此一事實負舉證之責任。2、次按所謂有相當因果關係者，係指條件必須依據經驗法則作客觀判斷，可認定在通常情況下，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，

<sup>119</sup> 其他類似以原告未盡舉證責任為原告之訴駁回之判決有：臺北高等行政法院 97 年度訴字第 1092 號、臺北高等行政法院 95 年度簡字第 00574 號、臺北高等行政法院 95 年度訴字第 00703 號、臺北高等行政法院 94 年度簡字第 00130 號...等。

則該條件與結果，即不具相當因果關係。查行政院勞工委員會以 94 年 1 月 5 日勞安三字第 0940000725 號函修正「**職業引起急性循環系統疾病診斷認定基準**」，其中對於「工作當場所促發的疾病」之認定基準，亦認在醫學上需要有合理的認定，**具體的是：1.「超出尋常工作的特殊壓力」的存在**：在該工作者發病前，有與工作有關連之突發的事件，其發生狀況可以按時間、場所作明確描述者；或在特定的工作時間內有從事特別激烈（質或量）的工作所致的精神的或肉體的負擔（特殊壓力）者。工作時間是判定的重要依據之一，但並非僅考量工作時數對健康的效應，除了以工作時數作為「量」的考量外，也會配合對工作內容造成的心理負荷來進行「質」的考量以作客觀綜合的判定。所謂「工作時間」指需經過刷卡、登記、報備或主管支持或其他合理證明等，並且認定與工作相關之範圍所耗用的時間。**2.「超出尋常工作的特殊壓力」在醫學上足夠成為疾病發生之誘因**：包括工作上的狀況、性質及程度等，在醫學上足夠可當做疾病發生的原因。**3.時間上的相關**：自「超出尋常工作的特殊壓力」至疾病發生的時間間隔，在醫學上必須被認為是妥當的，並能提出客觀證明。**4.為了決定「特殊壓力」的強度是否足夠成為疾病發生的原因，應作質的考量、量的考慮、在發病之前是否有與工作有關之突發而異常的意外事件發生而誘發疾病**，等等，本院認屬適當。蓋上開認定基準，係勞工保險之中央主管機關—行政院勞工委員會，針對勞工保險條例第 34 條第 2 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」第 21 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，本院自得予以適用。」

## 二、行政法院未採行政機關見解之理由

在看完行政法院關於職業傷病（主要以心、腦血管疾病為主）的案件中駁回原告之訴理由的三大句型後，本文將少數未以前開三大句型駁回原告之訴、且值得進一步分析探討之案例提出如下。

### 案例一、台北高等行政法院 98 年度訴字第 1520 號判決

（漢翔繪圖技術員罹患血癌案，行政法院與勞委會勞保監理委員會之鑑定意見不同，法院明白指出應降低其舉證責任，並撤銷原處分、判決勞保局應做成職業災害殘廢給付之處分，而普通法院亦肯認其屬職業病。）

**【案例事實】**本件原告於民國 72 年進入漢翔工業的前身（即中科院第一研究所）擔任繪圖技術員，從事手工及電腦繪製設計圖、文書處理工作，後於民國 83 年診斷出罹患血癌、97 年實施骨髓移植手術，後向勞保局申請職災殘廢給付，被勞保局核定為非工作引起的普通傷病。臺大醫院的鑑定結果認為，航空工業發展中心的員工中，至少有另外 6 位被診斷出白血病，且這些個案診斷時年齡為 29 至 38 歲，並非白血病的好發年齡層，符合美國國家癌症協會對癌症群聚的定義（即『某一癌症在通常不被影響的年齡層中數目增加』），可見於白血病的癌症群聚之證據明確，而且基於群聚個案的年齡偏年輕、早期黏著劑可能含有苯溶劑，無法完全排除疾病與執行職務之因果關係，故推論原告血液性癌症之罹患與其工作環境可能有關。

勞保局則以該勞工係擔任繪圖技術員，從事手工及電腦繪製設計圖、文書處理工作，並非使用、處理、製造苯、游離輻射線、環氧乙烷之作業或曝露在上開蒸氣之工作場所之勞動，故認為原告所患慢性骨髓性白血病並非從事工作所致，而以普通傷病辦理。原告不服提起訴願，經勞委會駁回後提起行政訴訟。

行政法院最後認為就被保險人殘廢失能「是否職業災害所導致」，究應要求多強之證明力，並非一成不變，而係與「被保險人之保護」、「保險事故發生形態」、「調查途徑是否已窮」等事項，為價值判斷取捨之結果，所以「證據證明力」應

該是隨著社會變遷、被保險人應保護程度、調查可能性之高低，而處於浮動之狀態，並非單純之法律邏輯，故在不同型態之保險事故所要求「是否職業災害所導致」之證據證明力，亦應不同。本件中，法院認為由於原告白血病之潛伏期較久，當年之工作場所原告已無從進入，且蒐證涉及高科技器材，是否具有苯、游離輻射、電磁場，調查困難，若均要求同樣強度之證據證明力，原告權利將永無實現可能性，故認為原告此時之舉證責任應予適度降低。因此，雖然沒有積極證據證明「原告暴露於苯、游離輻射、電磁場工作環境中」，但鑑定結果既然有「同工作地點白血病群聚」、「原告致癌時序性相符」、「排除其他可能致病因子」的前提，則法院認為在無其他消極證據可排除「原告暴露於苯、游離輻射、電磁場工作環境中」的情況下，應做成有利原告之事實認定，故撤銷勞保局之原處分、就原告白血病的部分命勞保局應作成職業災害殘廢給付之處分。

**【摘錄法院判決理由】**「(二)惟就被保險人殘廢失能「是否職業災害所導致」，究應要求多強之證明力？並非一成不變，而係與「被保險人之保護」、「保險事故發生形態」、「調查途徑是否已窮」等事項，為價值判斷取捨之結果，「證據證明力」係隨著社會變遷、被保險人應保護程度、調查可能性之高低，而處於浮動之狀態，並非單純之法律邏輯。於不同型態之保險事故，所要求「是否職業災害所導致」之證據證明力，各有不同，例如「車禍所致之殘廢是否於上班時間發生？」，因通常殘廢狀態在短期內即有定論，且發生之地點於公共場所，被保險人有充分之舉證能力，此時固應要求較高之證據證明力，但類如本件原告白血病之潛伏期較久，原告當年之工作場所（航空工業發展中心，即目前之漢翔工業），目前原告無從進入，且蒐證涉及高科技器材，且當年工作環境係屬軍事單位，是否具有苯、游離輻射、電磁場，調查困難，若均要求同樣強度之證據證明力，原告權利將永無實現可能性，此時，原告之舉證責任，應予適度降低。

(三) 本件經送台大醫院鑑定結果，該院 100 年 2 月 24 日校附醫秘字第

1000900707 號函稱「．．2、航空工業發展中心的員工中，至少有另外 6 位被診斷出白血病。根據目前可得之資料中，這些個案於 1993 年至 1998 年期間被診斷，診斷時年齡為 29 至 38 歲，不是白血病的好發年齡層。除了有慢性髓性白血病的診斷之外，也有急性骨髓性白血病、急性淋巴細胞、慢性淋巴細胞白血病。已知的包括曾女士（原告）在內的 4 名個案，工作位置都位於鄰近的兩棟建築物內。」3、根據台灣癌症登記的資料，台灣 30 至 39 歲白血病的發生率，於 1991—2000 年期間為平均每年每十萬人 1.79—2.81 人，暴露風險時間為 1983 年到 1998 年共 16 年，在這段期間內預期個案最多可能會有 0.562 人，實際個案數至少是 7 位，白血病風險顯著增加。根據美國國家癌症協會對癌症群聚的定義，本案例符合了『某一癌症在通常不被影響的年齡層中數目增加』一項。」、「曾女士於 1983 年進入航空工業發展中心擔任繪圖員工作，於 1994 年診斷為 CML。假定有某種職業的致癌物暴露，11 年的工作期間，發生白血病的潛伏期大於 5 年，應可符合時序性的要求。」、「苯在過去就被 IARC 視為致癌物，碰究指出苯的暴露和 AML 及 CLL 有極強的關連性，有部分研究發現跟 CML、ALL、骨髓增生異常症候群也有關連，跟苯相關的工作有油漆工、印刷工人、及化學藥劑、膠膜、鞋子的製造工廠，以及石油精煉。另外，有研究指出報紙的印刷工人有較高的白血病死亡率。」、「變電所露邊的電磁場暴露，是屬於極低頻磁場，被 IARC 歸類為 II B，也就是『可能對人類有致癌性』，其理由在於有研究顯示極低頻磁場會增加兒童罹患白血病的機率．．至於成人的相關研究，儘管目前研究多仍有其限制，或未能達到統計顯著，也有一些學者指出極低頻磁場可能會提高罹患白血病的風險。」、「曾女士出生於 1963 年，在 1994 年診斷為 CML 以前，除了腸胃潰瘍之外，並無其他重大疾病病史。家庭成員及親戚並無重大疾病及血液疾病的紀錄．．**由本案中同公司員工有癌症群聚的現象，因此考慮致因子有可能來自職場上。**」、「結論：．．基於白血病的癌症群聚之證據明確，群聚個案的年齡偏年輕，早期黏著劑可能含有苯溶劑，無法完全排除疾病與執行職務之因果關係，故

推論原告血液性癌症之罹患與其工作環境可能有關」，其雖未能肯定原告白血病係因職業災害所導致，但目前想要證明 25 年前為軍事單位之航空工業發展中心工作環境具有苯、游離輻射、電磁場，其可能性趨近於零，依調查方法極限性觀之，本件既有「同工作地點白血病群聚」、「原告致癌時序性相符」、「排除其他可能致病因子」的前提，只要沒有其他足以排除「白血病是因工作環境造成」之消極要件存在，縱無更積極之證據，亦應認定「白血病是因工作環境所造成」。

(四) 本件原告當年於航空發展中心係從事繪圖工作，使用透明膠紙與藍圖，其類如油漆工、報紙印刷工人，有可能接觸苯溶劑，不排除其工作中接觸苯而致白血病之可能，又原告之雇主漢翔工業 97 年 8 月 29 日翔人字第 0970002637 號函附之原告所從事工作內容說明（見本院卷第 395 頁）陳明：「二、由於第一研究所營區土地幅員有限，辦公室、『實驗室及電氣變電站參雜鄰立』，實驗室消耗電力在尖峰用電時段會發生跳停電情況，地下水與自來水的混合水提供日常及廠務用水，辦公室是封閉的冷氣房，在研究高峰期人員擁擠，手工繪圖所用的透明膠紙與晒製出來的藍圖所散發味道，大家習以為常，為趕進度時程，在每週上 5 天半的時代加班是常有的事。」、「••主治曾碧清小姐白血病的台大醫院醫師表示有區域罹病密度偏高情形，是否『繪圖用紙或藍圖含有致癌物質』、『大電力變電站跳電瞬間的衝擊電磁輻射』、飲用水成份、個人工作疲憊，都是值得探討之處」，亦不排除原告係因工作環境之苯溶劑、游離輻射、電磁場而致白血病之可能性，當年航空發展中心之「實驗室」及「電氣變電站」活動性質，顯有致生工作人員危險之可能，其類如民法第 191-3 條之危險事業，但因該中心係屬軍事單位而無法調查，此種無法調查之風險自不應由原告承擔，故雖無積極證據證明「原告暴露於苯、游離輻射、電磁場工作環境中」，但既有前揭「同工作地點白血病群聚」、「原告致癌時序性相符」、「排除其他可能致病因子」的前提，又無其他消極證據可排除「原告暴露於苯、游離輻射、電磁場工作環境中」，仍應為有利原

告之事實認定。」

**【分析與討論】** 在本案中，我們可以看到法官罕見地並未以前開三大句型中的句型三（即，以原告未盡舉證責任）來駁回原告之訴，而是除了降低勞工的舉證責任外，更進一步明白指出被保險人就「是否職業災害所導致」這部分的舉證責任究竟應盡到什麼程度的證明力並非一成不變，而應該考量保險事故的形態、調查途徑是否已經窮盡等事項；換言之，法院認為證據證明力係隨著社會變遷、被保險人應保護程度、調查可能性之高低，而處於浮動之狀態，並非單純之法律邏輯，否則被保險人之權利將永難實現。以本案為例，漢翔及其前身中科院第一研究所為軍事單位，曾女無從進入當年之工作場所調查，而此風險不應由其承擔，且蒐證涉及高科技器材、調查方法很有限且困難的情況下，雖然鑑定結果無法肯定系爭個案的白血病為職業所引起，但法院認為既然有「同工作地點白血病群聚」、「發病時間與血癌潛伏期的時序相符」、「排除其他可能致病因子」三大前提，因此，在沒有其他足以排除的消極要件下，就應做有利原告（即本案繪圖技術員曾女）之事實認定、認定曾女的白血病為工作環境所致；顯示法院意識到在勞雇雙方經濟地位不平等、工作環境中使用的物質及工時資料等證據往往偏在雇主一方的情況下，若嚴守行政訴訟法第 136 條準用民事訴訟法第 277 條的結果，則勞工之權利將永無實現的可能，因此明白指出在不同的保險事故類型中，對於勞工之舉證責任應予以適度的降低，因此，本文認為本案是一個非常具有啟示性的判決。



## 案例二、台北高等行政法院 99 年度訴字第 1535 號判決

(瓦斯行工人心血管病變死亡案，行政法院認為特約專科醫師之審查判斷或有基於錯誤之事實認定或錯誤之資訊，故不採審議委員會專科醫師之審查結果、撤銷勞保局之原處分。)

**【案例事實】** 原告主張其父生前在瓦斯行工作，某天在搬運瓦斯桶至客戶指定地點(無電梯公寓，六樓)的過程中由於身體不適、送醫急救，但因心因性休克、疑心血管病變，最後仍急救無效死亡；後原告以其父係因搬運瓦斯過程中身體不適、送醫急救無效死亡為由，向勞保局申請職業傷害死亡給付，勞保局以其發病與其工作並無相當因果關係、亦非執行職務而致傷害死亡，故非屬職業傷病，而核定以普通傷病之死亡給付。原告不服提起訴願，亦遭決定駁回，遂提起行政訴訟。行政法院認為勞保局特約審查醫師的審查意見中，關於被保險人「有高血壓，無定期診治」一項之認定事實基礎似乎有誤(蓋法院調閱中央健康保險局保險對象門診就醫紀錄明細表後顯示，壬○○在 93 年 3 月 27 日起至 94 年 4 月 16 日間，雖有至新泰綜合醫院、台北馬偕醫院、林口長庚醫院等之就醫診療紀錄，然所罹疾病皆與「高血壓」無關)，故法院認為勞保局引用特約醫師審查意見後之判斷係出於錯誤之事實認定或錯誤資訊之情形，在關於「是否有超乎尋常壓力」一項亦有採證調查上之疑慮，故認為勞保局有判斷上之違誤、判決命訴願決定及原處分均撤銷。

**【摘錄法院判決理由】** 「(三)經查本件被告否准系爭職業傷害死亡給付之申請，無非以壬○○一周僅工作 50 小時，未超過負荷量，亦無逾時加班之情形；且依特約醫師之醫理見解，壬○○有高血壓病史，其並未在工作中遭受易於平常之壓力或過度超時工作，故其死亡與工作並無相當因果關係等為據，固非無憑。然查：

(1)按「行政機關應依職權調查證據，不受當事人主張之拘束，對當事人有利及不利事項一律注意。」、「行政法院於撤銷訴訟，應依職權調查證據；於其他訴訟，

為維護公益者，亦同」，分別為行政程序法第 36 條及行政訴訟法第 133 條所明定。次按所謂禁止恣意原則，係在禁止行政機關之行為欠缺合理充分之實質理由，且禁止任何客觀上違反憲法基本精神及事物本質之行為。

(2)本件被告特約醫師審查之依據，其中之一為訪查原告之一丙○○（即被保險人王○○之女）之「被保險人個案資料訪查回覆表」，而據此認定王○○有高血壓病史。惟查原處分卷所附中央健康保險局保險對象門診就醫紀錄明細表顯示，王○○在 93 年 3 月 27 日起至 94 年 4 月 16 日止，雖有至新泰綜合醫院、台北馬偕醫院、林口長庚醫院等之就醫診療紀錄，然所罹疾病皆與「高血壓」無關，有上開就醫紀錄明細表影本在卷可資參照（見原處分卷第 31、32 頁）。是王○○既無「高血壓」之就醫診療紀錄，被告特約醫師認其「有高血壓，無定期診治」（醫師審查意見欄參照），即失所據，被告引用特約醫師審查意見，徒以原告丙○○個自之陳述（即「被保險人個案資料訪查回覆表」），即逕以認定被保險人王○○有「高血壓」之疾病卻未治療，自屬草率無稽，而有出於錯誤之事實認定或錯誤之資訊情形，堪以確定。

(3)且被告認定王○○一周僅工作 50 小時，未超過負荷量，亦無逾時加班之情形，係以在鳳祥瓦斯行工作之劉采瑩所為陳述為據。然查劉采瑩究與鳳祥瓦斯行何關，其係從事何業務，其就訪查人員詢以「被保險人每月及每週工作時數（含加班）若干？」，答稱「每週休一日，無需加班，周工作 50 小時左右」，暨問及「被保險人發病當日、前 1 週及前 1 個月工作內容為何？是否承受極大心理或生理壓力？」，所為「均從事送瓦斯工作，並無特殊壓力。」等語，又係依據何等資料等等，均未見有何文據資料附於「業務訪查訪問記錄」可供查稽，自難信實。則被告特約醫師於審查意見欄、所載「未遭受異於尋常的工作身心壓力。」、「未過度加班逾時」等字樣即有可議，被告引為原處分之作成依據，自不無率斷。**(4)是以，本件被告特約專科醫師之審查判斷，固已敘明其認定之理由，但其或有基於錯誤之事實認定或錯誤之資訊，或有採證調查上之疑慮情形，已如上述，被告**

竟引為原處分之否准理由，其有判斷上之違誤，堪以認定。原告起訴指摘，非無理由。是被告所為判斷既有恣意濫用之違法情事，依首開說明，本院自應依法撤銷違法之行政處分。」

**【分析與討論】** 在本案中，我們可以看到行政法院難得地就勞保局特約審查醫師及勞保局之核定結果做實質審查，認為勞保局特約醫師審查時所根據之基礎資料（即被保險人本身有高血壓病史）有誤、故不採取勞保局之核定結果，而並未套用前開三大句型的句型一（尊重行政機關之判斷餘地）駁回勞工之訴。



### 三、本節小結

在回顧行政法院職業傷病相關之判決後，本文發現職業傷病相關之案件在行政訴訟中的判決結果大多為「原告（即勞工）之訴駁回」，鮮少看到如本節案例一、案例二「撤銷（勞保局）原處分」、或「命（勞保局）應做成職災給付之處分」之結果；而在駁回原告之訴的理由中，大致可分為「尊重行政機關之判斷餘地」、「自身因素高於工作因素」及「原告未盡舉證責任」三大類句型。

然而，關於第一類「尊重行政機關判斷餘地」的駁回句型，雖然是法院基於權力分立，考量行政機關（勞保局）擁有特約審查醫師以及行政經驗、且對行政個案係做第一線的實際接觸，故認為對行政機關所核定之結果應予以相當之尊重，不宜作高密度之審查。然而，根據大法官釋字第 553 號解釋理由書，判斷餘地並非完全排除法院之審查，當其決定有違法之情形時（包括事實認識正確與否、符合法定程序與否、是否違背一般有效之審查或評價標準、有無違背平等原則等），仍須受法院審查。因此，值得討論的是在職業傷病的訴訟案件中，行政法院是否有一一確認有無前開可能違法之情形？還是單純套用、以「尊重行政機關判斷餘地」之名行便宜行事之實？尤其，勞保局特約醫師在審查時或勞委會鑑定委員會在鑑定時，主要是書面審查模式，勞工並無陳述意見之機會，且未必或得足夠或完整的資料，因此，勞保局最後的核定結果究竟有無基於錯誤或不足之資訊（如：勞工平時工作內容、工時資料是否完整或正確、自身疾病之資料是否真實等），就非常有賴法院作為最後一道的審查防線。此外，若行政法院能確實審查勞保局之決定有無違法、並公開法院採納或不採納的理由，亦能促成相關單位日後更審慎地核閱及蒐集做成核定時所需之資訊，也能間接達到不同領域間對話之效果。否則，在現行制度下，人民若不服行政機關之決定，理論上雖得提起訴願、行政訴訟以維其權利，惟倘若凡涉及判斷餘地者皆不生違法疑義、而遭行政法院一律以尊重行政機關判斷餘地駁回，則無異是將勞保局的核定結果遁入判斷餘地理論

之大門、而不受司法審查，如此一來無異是剝奪了人民的訴訟權，也將造成當流行病學或醫學專業這類的以鑑定或審查意見、甚至是判斷餘地的形式進入到法院後，與法學因果關係間可能的對話管道被關閉了。

至於第二類「自身因素高於工作因素」的駁回句型，往往引發「本身固有疾病難道是一種原罪、是一個無法跨越的障礙」的疑問<sup>120</sup>。對自身因素與工作因素之權衡，主要是來自職業醫學在判定一個疾病或症候是否為職業所引起（即，疾病與工作環境因素間有無「因果關係」）時，所必須考量的原則之一<sup>121</sup>，在該項原則中，要求必須考量職業相關的因子與其自身體質、危險因子相比後，超過百分之五十之機率時，才可認定為職業引起之傷病；然而，這個百分之五十的要求本身就是非常高度仰賴審查醫師自由心證之結果，而法院在以此為理由、駁回勞工之訴時，也往往是引用審查醫師的審查意見、而並非以其經驗及論理法則自為判斷，然而，考量勞工職災保險的本質為社會保險，其目的在保障職災勞工，使其能盡速獲得即時之救助與給付、生活不致因此陷入困境之精神，對於本身雖有固有之疾病，但為工作因素所「促發」之類型，行政法院在審查時是否可以有自為論述判斷之空間，是值得我們思考的問題。

---

<sup>120</sup> 如臺北高等行政法院 91 年度訴字第 4657 號判決、臺北高等行政法院 91 年度訴字第 4311 號判決等。

<sup>121</sup> 根據郭育良等（2002）的職業病概論（台北：華杏出版），主要有五個步驟：（1）**考慮疾病的證據**：例如，若要診斷職業氣喘症，則必須先診斷氣喘症的確存在，換言之，要有客觀的生理證據證實的確罹患該疾病；（2）**考慮疾病與工時的時序性（temporality）**：即，暴露因素必須是存在於發病、或病情加劇之前，倘若是進入該工作前就發病、或是暴露累積的時間短於該疾病一般應有的潛伏期就發病時，則比較傾向非職場危險因子的暴露所引起；（3）**考慮人類流行病學的資料**：亦即，必須考慮對於患有某種疾病之勞工，在過去的流行病學研究中是否有顯示該疾病與某項職業上的暴露物質，或是否某項職業的工作項目有相關性、以及是否有此種相關性強度的研究資料；流行病學證據之回顧，常可以提供疾病與各種作業環境因子之相關強度的判斷參考，也是職業病判定的重要依據；（4）**考慮職業暴露的證據**：也就是探討勞工在工作之中是否的確有某種化學性、物理性、生物性或人體工學性的暴露，以及該暴露量的濃度高低與時間長短等因素，如：作業環境中是否有相關的危害因子存在？其濃度為何？勞工是否會有暴露於其中的機會？有無個人或工程上的保護措施？暴露的程度是否足以引起該職業病？等問題（5）**排除其他病因**：除了以上考慮外，還必須考量該疾病的鑑別診斷、非職業的暴露獲致病因子等，且**考量職業相關的因子與其自身體質、危險因子相比，超過百分之五十之機率時，才可認定為職業病。**

最後，關於第三類「原告未盡舉證責任」的駁回句型，行政訴訟法第 136 條雖準用民事訴訟法第 277 條「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任」之規定，惟民事訴訟法同條但書及行政程序法第 36 條、41 條亦分別規定「但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限」、「行政機關應依職權調查證據，不受當事人主張之拘束，對當事人有利及不利事項一律注意」、「行政機關得選定適當之人為鑑定」，因此，若考量相較於擁有較多資源的行政機關勞保局而言，勞工在勞雇關係中由於是地位極度不平等、屬較弱勢的一群，而工時、工作環境等相關證據資料多偏在雇主這一方，倘若一律要求勞工需負高度之舉證責任，在現實情況中無異導致勞工之權利無實現可能性，因此，法院應視不同之事故類型（如：工作現場墜落導致殘疾、上下班途中之通勤災害、致病原因多重且複雜之慢性職業疾病或職業性癌症等）適度調整勞工所應負之舉證責任（如前開案例一之判決理由），始符合勞工職災保險是為了保障勞工、使受災勞工能獲得及時救助之制度本旨。



### 第三節 小結與討論

#### 一、行政法院比普通法院更保守

在分析職業傷病相關的普通及行政法院判決後，我們可以初步發現，在普通法院方面，對於勞保局、專科醫師、醫院、勞動檢查所之核定結果或鑑定意見，法院雖多採取尊重的立場，但仍有少數判決明白指出其不受鑑定意見、勞檢所、勞保局或勞委會審查意見、甚至是行政法院判決拘束之理由，而自為相當性之判斷。然而，在行政法院方面，則是幾乎看不見自為因果關係相當性之判斷的論述，而是絕大多數為「尊重行政機關判斷餘地，原告（即勞工）之訴駁回」之結果。可見行政法院對於傷病與工作間是否具因果關係的判斷事實上是比普通法院來得保守。換言之，在普通法院我們尚可以看到基於法規制度目的、或社會政策之考量，而指出工作與傷病間因果關係之標準究竟應達密接關聯之程度或合理關聯即可的說理；但在行政法院方面，則是幾乎一面倒地尊重行政機關之判斷餘地（尤其是最高行政法院），僅極少數之判決透過勞工舉證責任之減輕或對勞保局核定作違法性審查而做出與勞保局相異之判決，而過去亦有論者觀察訴願決定書彙編蒐錄之案件後，發現監理會審議決定幾乎都是維持勞保局原處分居多，而關於塵肺症的部分，行政法院亦幾乎毫無例外地依照醫師專業意見作出勞保給付等級之決定，形同醫師審查意見成為勞工是否能獲得塵肺症勞保補償之關鍵，只要行政機關之作為無其他明顯違法情形，高等行政法院及最高行政法院一貫之態度都是尊重勞保局，維持原決定<sup>122</sup>，可見得在關於職業傷病因果關係之認定標準上，普通法院是比行政法院更勇於自為判斷及說理的。

#### 二、透過實際對行政機關判斷餘地的審查可增加對話可能性

在普通法院方面，對於勞保局、專科醫師、醫院、勞動檢查所之核定結果或鑑定意見，法院多採取尊重的立場，僅少數判決法院明白指出其不受鑑定意見、

---

<sup>122</sup> 參林姿秀，台灣職業病認定法制之研究，台灣大學科際整合法律學研究所碩士論文，2012年7月。

勞檢所、勞保局或勞委會審查意見、甚至是行政法院判決拘束之理由，而自為相當性之判斷。在行政法院方面，則是比普通法院更為保守，幾乎看不見自為因果關係相當性之判斷的論述，絕大多數為「原告（即勞工）之訴駁回」之結果，在駁回的判決理由中，大致可分為「尊重行政機關判斷餘地」、「勞工自身因素高於工作因素」、以及「原告（勞工）未盡舉證責任」三大類，換言之，行政法院大多尊重勞保局或勞委會之審議結果，僅極少數做實質審查、說明勞保局或鑑定人之鑑定意見可能基於錯誤或不完整的事實，因此不採其認定結果，或透過降低勞工舉證責任的方式做出有利原告之認定。

然而，法院多數尊重行政機關判斷餘地或醫學專業鑑定意見的態度，一方面固然是尊重行政機關與醫學專業內部意見形成的程序與判斷，但另一方面卻可能導致司法機關喪失作為最後一道防線的審查功能。尤其是當法院只是單純套用原則尊重行政機關判斷餘地及鑑定意見、例外有違法情形始加以審查，但事實上卻未一一審慎檢視行政機關或鑑定意見的判斷有無植基於錯誤、或不足的資訊的話（換言之，若法院以尊重行政機關判斷餘地之名行便宜行事之實），不僅可能自廢武功、棄守了法院在勞保制度下可以如何描繪法學因果關係之輪廓的論述空間，也無異於剝奪了職災勞工之訴訟權、甚至是關閉了與行政機關或醫學專業對話與溝通的可能。因此，本文認為法院不宜單純以形式套用「尊重行政機關判斷餘地」、「醫學專業」為理由，但實際上卻沒有審慎確認有無違法情形之方式來置身事外。

## 二、浮動的因果關係標準—因果關係產生質變，被賦予調整價值分配、維護制度目的或政策決定之任務

此外，當事實上的因果關係（即：某傷病就是是否為工作環境因素所致）究竟存在與否、或存在的機率究竟有多高，在現實上往往不可知的情況下，不論是



流行病學或職業醫學，都是透過研究、統計方法、或建立因果關係推論原則來嘗試描繪事實上因果關係存在與否、以及存在的機率有多高，若我們把這個透過科學來幫助嘗試接近或了解事實上因果關係存在與否的過程，稱為一個「發現真實」的過程的話，那麼，當職業傷病的糾紛進入法院時，法院的任務是否仍限於單純的「發現真實」？或是「決定因果關係存否的標準」此時已經被賦予發現真實以外的任務（如：做為調整價值分配、維護制度目的工具）？

在普通法院判決分析一節（本章第一節）中的案例四與案例七中我們可以看到，法院認為相較於勞工保險是勞資政三方分攤保費、以社會安全制度所欲保障的範圍來劃定保險事故之種類與範疇，兼具社會保險及社會扶助的性質，勞基法則係課予雇主單方直接負擔補償的責任，兩者在本質上有重大的差異，是故兩者在關於職業災害之認定標準與適用範圍自然可以、也應該有所不同。因此，考量到倘若過分擴張勞基法所規定的雇主職業災害補償責任範圍將造成減少企業競爭力、以及有礙社會經濟發展的負面影響，故法院認為勞基法所規定之雇主補償責任在解釋上必須限於造成職災的原因是雇主可得控制的因素、且所罹患之傷病與所執行的業務間必須達緊密關聯的程度始成立因果關係。倘若危險發生的原因非雇主可控制之因素所致，則不宜要求雇主補償。因此在案例四與案例七中，雖然勞保局和醫院診斷結果都認為應屬職業傷病，但法院卻採取更嚴格的認定標準，認為高鐵工人鬥毆致死及配電工人車禍所病發的憂鬱症與職務間皆未達密接關係的程度、故非職災。顯示法院在考量是否要課予雇主補償責任時，其實已經先在保障職災勞工受償權與維持企業的競爭力兩者間做了價值權衡，最後決定雇主之補償責任應予以一定的限縮，進而提出「傷病與工作間必須達密接關聯始能成立因果關係」的標準。因此，法院是透過比較不同制度的目的及本質的方式來嚴格限縮傷病與職務間因果關係成立的標準，進而達到限縮勞基法上雇主補償責任範圍之目的。在這個嘗試建立標準的過程中，法院做的其實是一種政策性的決

定（認為不宜過度擴張雇主補償責任，以免有害經濟發展），而非單純的真實發現、亦非單純套用「相當因果關係」這個法學概念操作後的結果，而流行病學或職業醫學對因果關係存在的機率此種關於「量」的估計值，也透過法院的說理而產生質變、轉換成一種「質」的考量，最後展現在法院所建立的法學因果關係的標準上。

再以普通法院判決分析一節中的案例八為例，該案中，法院亦從勞基法雇主補償責任制度的目的及性質談起，但它強調雇主補償責任之目的在於保障勞工，性質上非屬損害賠償，而是為了提供與工作有關傷害之受僱人及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建的措施。因此，重點不在制裁違反義務、具有故意過失之雇主，而是維護勞工及其家屬之生存權，使其不致陷入貧困之境。是故，勞工所受之傷病與業務間並不需要有密接關係之存在，縱使危險發生之原因並非雇主可控制之因素所致，仍應認為成立職業災害、屬於雇主補償責任的範圍。因此，我們可以發現，法院對於職業災害的因果關係標準其實是浮動的，在案例七中，法院認為傷病與業務間必須達較嚴格的檢驗標準—即密接關係的程度—始能被認為兩者有相當因果關係、被認定為職業災害，在案例八中，法院則是採取比較寬鬆的標準，認為兩者間有合理關聯即可。兩個法院的判決理由皆是從勞基法雇主補償責任的本質談起，卻有寬嚴明顯不同的結論，兩者的差異或許出於法院對個案情況的衡平（如：考量勞工已死亡、以及綜合考量家屬家庭狀況等情形），但也凸顯法學因果關係的標準其實是浮動的，因果關係的標準背後其實是法院價值判斷的結果，不論法院是有意識或無意識的進行，但它確實透過調整因果關係寬嚴的標準來做了政策性的決定（如：是否要考量課予雇主補償責任對企業競爭力及社會經濟發展的影響？若是，又要限縮到什麼程度？雇主補償責任對職業災害的定義、範圍是否要與勞工職災社會保險納保的範圍相同？）。

### 三、不同制度間的標準應否統一？統一的利與弊？

勞工保險條例中的職災保險是為了避免雇主因為重大工傷事件承擔鉅額補償而影響企業財務與營運，因此具有繳費互助、危險分攤之社會保險屬性，使職災事故發生後，可由職災保險基金承擔原應由特定雇主單獨負擔之大部分補償責任。因此，在保費的部分，基於雇主僱用勞工從事勞動工作即有義務提供安全的工作環境，並於勞工遭遇職災事故後負擔補償責任，職災保險的保險費是由雇主全額負擔，且勞保被保險人發生職災時，不論雇主或被保險人是否有過失，被保險人皆可請領職災醫療、傷病、殘障、死亡給付與失蹤津貼。而勞基法所規定的雇主補償責任的目的亦在使職災勞工能獲得及時之補償，尤其是不在勞保強制納保範圍內的勞工，因此，勞基法所規定的雇主補償責任基本上也是採無過失主義，使勞工於不幸罹災之時，可以免去與雇主就民事責任纏訟之煩，而得以立即受到補償。因此，也不適用過失相抵原則。此外，勞保條例係以「投保薪資」作為計算單位，而勞基法則以實際領取的薪資作為計算單位，而由於勞保投保以多報少的現象十分普遍，導致勞保給付往往遠低於勞基法的補償金額，也因此造成受災勞工會希望除了取得勞保職災給付之外，還能進一步尋求勞基法上的補償。至於民法上侵權行為之損害賠償責任的概念，其基本機能係以「填補損害」為目的；填補損害原則是基於公平正義的理念，主要目的在使被害人的損害能獲得實質、完整的填補，可以請求的項目及範圍包括「醫療費喪失」或「減少勞動勞力」或「增加生活上需要」等費用之賠償，以及精神上之「慰撫金」。若勞工因職業災害致死，勞工家屬除了可向雇主請求支出醫療費、生活費、殯葬費之外，勞工的父母、子女、配偶可另外請求精神上之損害賠償，惟這些皆必須以「故意或過失不法侵害他人之權利」為前提。也就是說，如果無法證明雇主行為係出於故意或過失，則無法成立侵權行為責任，且當傷病或意外的發生，勞工本身也有過失的話，則適用過失相抵原則。因此，勞工保險條例、勞基法、以及民法這三者關於職災補償或賠償制度之目的、性質皆不同，是故，這三個制度對於職業傷病的定

義、範圍、標準是否一致？或應否一致？從前二節案例分析的判決理由中，我們可以看到確實存在勞保局或勞檢所的核定和法院最後的判斷不一致的情形，標準不一致的壞處可能是造成矛盾的結果，但好處是基於不同制度本質和目的不同的考量，可以保有適度調整標準寬嚴的彈性以維護個案正義，倘若標準一致，好處雖然是就職災勞工而言不會獲得相矛盾的判斷結果，但卻可能造成勞工在給付或補償的取得上全有全無，最後連最基本社會安全性質的勞保職災給付都無法取得。

會造成職災補償或救濟的現況如此複雜的原因，主要是因為關於職業災害的定義和補償之標準散落各法，彼此之間抵充之規定繁雜。例如，採無過失主義的勞基法職災補償制度其實並沒有解除雇主的民事責任，在勞基法第 60 條規定「雇主依前條規定給付之補償金額，得抵充就同一事故所生損害之賠償金額」，此法條僅規定勞工不可對「同一事故所生損害」請求雙重給付，而非意在排除雇主的民事責任；也就是說，當職災的發生是可歸因於雇主的故意或過失時，勞工除了得向勞保局及雇主分別請求保險給付與補償之外，尚可依民法侵權之規定，要求雇主負損害賠償責任。因此，在雇主方面往往會在勞工開始申請勞保職災認定之時就加以阻撓，以避免一旦經勞保局核定為職業傷病後，隨之而來的補償或賠償責任，結果往往造成職災勞工在申請最基本的社會保險給付時即備受刁難<sup>123</sup>。因此，未來是否應考慮就職業災害部分的相關法令作通盤的考量後統一整併、單獨立法，解決目前看似層層保護，但彼此間的責任範圍和規定卻可能存在潛在衝突的問題，值得我們進一步思考及探討。

---

<sup>123</sup> 參王嘉琪，勞保制度下職災勞工傷後面臨之困境研究，台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2007年7月。王嘉琪、鄭雅文、王榮德、郭育良，職災補償制度的發展與台灣制度現況台灣衛誌 2009；28(1)：1-15。鄭雅文、鄭峰齊/主編，職業病了嗎？：待修補的職業健康保護機制，2013年1月。台北：群學。王榮德，國際間職業傷病診斷、鑑定及補償制度發展趨勢與我國改進方向之研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所委託研究報告，2008年3月。

## 第四章 結論與討論

### 一、關於流行病學的相對危險度與因果關係

英美法上之舉證責任是採用「證據優勢」原則 (Preponderance of Evidence; Proof on a balance of probabilities)<sup>124</sup>。在優證據優勢原則下，訴訟中對立當事人之任何一方所提出之證據較他方之證據優越時，就可以獲得勝訴判決；換言之，證據優勢的說服責任，僅須就待證事實所提出的證據較對造更具說服力，即為優勢。因此，證據優勢所表彰為對於待證事實的「存在」，較「不存在」更為可能。這是因為法院經常無法得知事情的真相（即，「絕對的真實」）究竟為何，因此，就事實認定而言，只好比較原被告雙方所提出的主張何者相對地看來比較接近真實。只要一方所提出的證據其證明力能勝過對方時，就能相對地比較能取信於法院，成為相對的真實。換言之，勝訴一方所提出的主張或證據並非絕對的真實，充其量只能說是「其主張為真的可能性高於其主張為偽的可能性」而已，故此原則又可以稱為 More likely than not；More likely true than not true 原則。因此，在 Daubert 案中，法院要求原告必須證明「其母親服用被告所製造之藥品，導致原告出生時身體殘障之風險增加了二倍以上」—也就是要求證明該藥品的相對危險值  $RR > 2$ ，換算成歸因比率 (Attributable fraction 或 Attributable proportion，簡稱 AP) 的話，也就是大於 50% (AP 與 RR 之換算：歸因比率 (Attributive Fraction) = (暴露組發病率 - 非暴露組發病率) ÷ 暴露組發病率，而若將分子分母同除以非暴露組的發病率，我們可以得到當歸因比率 =  $(RR - 1) ÷ RR$ 。因此，當  $RR = 2$  時，歸因比率 =  $(2 - 1) ÷ 2 = 50\%$ 。參前第三章第一節之四、(二))，這也是為什麼法院之所以要要求原告證明風險增加為二倍以上、或是相對危險值大於 2，因為當相對危險值大於 2 時，換算成歸因比率就會大於百分之五十，就會符合優越證據原則之要求—亦即，該事實（某特定物質造成原告之疾病或傷害）為真之可能性大於百分之五十。換言之，法院是將流行病學上所使用的歸因比率當作是「事

<sup>124</sup> 王兆鵬，2008 年，刑事訴訟法講義，頁 678 至 679。台北：元照。

實接近於真實的可能性比例」，而認為原告的舉證責任是證明當該化學物質存在時，比起該物質不存在時，更加地可能 (more likely than not) 造成原告罹患疾病或傷害。如此一來，只有相對危險度在 2.0 以上之流行病學研究，才能滿足舉證責任的要求；沒有達到這個標準的科學證據就無法證明因果關係存在、不具備與待證事實的關聯性，該證據就應該被排除。

然而，法院這樣的要求可能是有問題的，首先，因為 RR 之估計是相對於「對照組」之基線，而對照組本身卻往往同時有其他暴露因素（這也是多數研究設計本身無法克服的限制），使得基線致病水準原本就比較高，在這種情況，RR 其實不必大於 2 就已經會超過 50% 的致病機率了<sup>125</sup>。其次，如同前述提及「生態謬誤」的概念（參本文第三章第一節二之（一））— 群體層次的研究結果並不能當然用來推論個體的層次；群體所計算出的風險比例也不能當然地就等於特定個案或個人的風險比例。相對危險度 (RR)、歸因風險 (AR) 以及歸因比率 (AP) 雖然都是流行病學用來衡量接觸特定物質是否會使群體罹患疾病的風險增加的參考指標，但群體所增加之罹病風險並不等於個人增加之風險。因為群體的風險並不能反映每個個人的狀況，如個人特別的體質、年齡、健康狀態的差異，以及每個人暴露在該特定物質之濃度、時間等等；因此群體的風險比例與其說是反映每個個體的情況，毋寧說只是一個族群「平均值」的概念，而統計數值的準確性除了取決於樣本的代表性外，更與對照組可對照性的高低息息相關。因此，當流行病學的研究顯示接觸某物質的相對危險值 (RR) 為 2.0 時，固然可以解釋為「接觸該特定物質增加了該群體百分之五十的罹病風險」，但不能因此就認定個人罹病的機率也增加了百分之五十，因為每個人健康、年齡、基因、暴露在風險因子中的狀態不同，個人的罹病風險有可能反而是大幅度地提高或降低，因此，在解釋時將群體層次所增加之罹病風險直接用以推論到個人的層次，雖然常見，但其

---

<sup>125</sup> 參王榮德，流行病學方法論，頁 54。2010 年 8 月，修訂二版。台北：健康文化。

實並非正確的作法。

此外，由於一個慢性傷病的發生往往是多個因子交互作用的結果，倘若無法準確地區辨出某疾病的發生率純粹是由接觸特定物質所造成（或是某特定物質究竟對某疾病「貢獻」多少罹病風險）的話，那麼歸因比率（AP）也就無法準確地用以解釋或推論接觸該特定物質所增加的罹病風險。

退萬步言，縱使我們認為要求原告提出流行病學研究的證據是合理且必要的，但認為相對危險值 RR 須達 2 始具因果關係的見解本身也是有問題的，因為事實上，相對危險值只要大於 1，就意味暴露組罹患該疾病的危險性大於非暴露組罹患該疾病的危險性，代表暴露因子與疾病狀態間呈現正相關的關係，那麼此一暴露因子就有可能是該疾病的危險因子；法院之所以要求相對危險性要大於 2，純粹是因為相對危險性大於 2 時，換算成歸因比率時就會大於百分之五十、符合證據優勢原則的舉證責任要求，然而，流行病學研究方法所得出的風險估計值，是一種關於量的、程度上的估算，而相對危險度估算的準確程度更是取決於對照組可對照性程度的高低（然而，完全乾淨、可 100%對照的對照組事實上往往是不存在的）。因此，只要該流行病學研究有關並且可靠，即使相對風險值未達 2、或是單項證據不足以證明原告之主張為真，法院仍可綜合其他證據（如，動物實驗的研究結果、原告的病理檢驗報告、個案的作業環境、以及臨床醫師的證言等）作整體的價值判斷，使其證明程度達證據優勢的程度，這也才符合流行病學因果推論的流程；因此，法院倘執著「相對風險值須大於 2」在數值上一刀兩斷式的標準，不僅可能剝奪原告綜合提出多項證據以彼此參照補充，證明其主張為真之權利，也悖離了流行病學因果推論的流程。

回顧普通法院職業傷病相關判決後，本文初步發現我國法院並未如美國

Daubert 案，要求勞工需提出相對危險值大於 2 的流行病學證據，而係根據醫院、勞保局認定結果或專家意見，加上法院自己「相當性」的判斷。至於在舉證責任的部分，僅有極少數的法院指明勞工所應盡的舉證證明度責任應視不同的保險或傷病事故類型，予以適度的減輕及調整（參前章第二節之判決分析）。

## 二、關於一般因果關係與個別因果關係

美國法院在 Daubert 案中要求以相對危險度 2 以上作為因果關係成立之門檻，惟，流行病學研究所認定之因果關係是針對群體而呈現之關聯性，是一般因果關係（General Causation）。然而，在法院中，原告必須證明的是個別之因果關係（Specific Causation），亦即，在特定個案中其遭受之特定傷害是否為被告之行為或產品所導致，或勞工之傷病究竟是否和作業環境、職務間有無因果關係。因此，法院要求原告舉證責任的標準（即證據優勢原則）需達到相對危險值大於 2，以滿足因果關係舉證責任之要求，但即使如此，原告所提出相對危險度大於 2 之流行病學研究所能證明的也只是該特定物質具有造成疾病或傷害之能力或可能性，亦即，一般的因果關係，而非個案中個別的因果關係。

是故，值得我們進一步思考的是：法學因果關係中經常套用以判斷有無相當因果關係的公式（即有此情形通常足生此種損害，無此情形通常即不生此種損害），所指的「通常足生」又是哪一種層次的因果關係？是群體層次？抑或是個人層次？以前開所摘選的普通法院案例而言，在案例四與案例七中，法院認為高鐵鐵段營造之工作並非通常足生鬥毆致死之情形、配電工人亦非通常足生憂鬱症之結果，因此認為高鐵工人的死亡和配電工人的憂鬱症皆非勞基法上雇主所應負補償責任之範圍。在這兩個案例裡面，法院似乎認為營造工人通常足生之職業傷病應為墜落、肌肉骨骼疾病...等等，鬥毆所致之傷害則不包含在內；而配電工人通常足生之職業傷病則應為感電...等等，而非憂鬱症，因此，法院心目中「通常



足生」之標準可能為該行業內群體經常發生之傷病種類。然而，在案例七中的感電工人，這個個案的憂鬱症經醫院鑑定後證實該憂鬱症確實是通勤途中的車禍所併發的，既然通勤途中之災害依職業傷病認定準則被視為是職業災害，那麼因該車禍而併發之憂鬱症為何不屬職業傷病呢？我們可以看到法院這時是透過「雇主責任不宜過分擴張、否則有害企業競爭力」的價值判斷畫了一條責任範圍的界限，用這個界限切斷或限制這個過長的因果關係鏈，而把因果關係中這個「相當性」成立的標準限縮在密接關聯的程度（若白話一點說，也就是：很抱歉，雖然醫院診斷該勞工的憂鬱症與車禍間確實有因果關係，但並不代表憂鬱症與工作間成立因果關係，因為車禍併發憂鬱症實在已經超過雇主可預測、可得控制的範圍太多了，我們不得不切斷這個過長的因果關係鏈，將因果關係限縮在雇主可得控制的因素上，否則過長的因果關係鏈將有害企業競爭力及經濟發展）。然而，在案例八中，我們看到法院認為瓷器公司的工人雖然並不通常足生墜落致死的災害，但基於勞基法雇主補償責任之本質在於保障勞工、提供受僱人及時有效之薪資利益與醫療照顧，因此，業務與災害間不須有密接關係之存在，而是有合理關聯即可，進而把因果關係的標準放寬到合理關聯的程度、認為雇主仍應對該勞工之死亡負補償責任。因此，由此可見，過去法院經常套用以判斷「通常足生」的公式其實是「該行業中通常可見、或至少可預見」的標準，是群體層次的，但個案的糾紛進入到法院後，法院仍會根據法規目的、或權衡個案情況後做出不同標準的闡述與判斷。

而不論是流行病學群體層次的統計結果或法學的相當因果關係，因果推論的困難處在於，我們雖然可以使用經驗或科學知識，嘗試描繪事實上因果關係存在與否、或事實上因果關係存在的機率如何（之所以說機率，是因為世界上幾乎沒有百分之百會發生的因果歷程），但我們根據一般因果關係（群體層次的因果關係）推論個案因果關係時，就可能發生偏誤（更何況事實上因果關係存在的機

率本身也是在一定限制的研究方法下所得出之結果)。此時，關鍵就在於：推論錯誤的機率可能有多高？多大的機率是我們可以接受的？然而這兩個問題本身都涉及價值判斷、甚至包含資源配置、公共政策目的…考量在內。因此，法院是不能以「尊重行政機關判斷餘地」、「醫學專業」為理由而置身事外的，而是必須透過說理來建立、描繪法學因果關係的標準及輪廓。

### 三、從流行病學研究所得出的風險指標有其侷限

承前所述，流行病學研究之主要課題是健康失調事件之發生及其過程，終極目的則係預防疾病；而流行病學是一種針對人群之研究，藉由觀察整體人群對某種因子或要素之反應，以探尋決定因素。在探尋的過程中，流行病學家往往發現，真正導致結果發生之先行事實未必具備充分以及必要之特質。因此，實際上切合於流行病學實務之原因概念應該是「增加結果發生之機率」或「升高風險」。「升高風險」並不僅僅是抽象的概念，它可以藉由一些流行病學的計算指標而具體化，例如相對危險度、歸因比率等；相對危險度則是接觸特定物質後之風險除以未接觸特定物質之風險所得出之比值，歸因比率則可以釐清群體之疾病發生率中哪些部分與接觸特定物質有關。這些指標在美國法院依流行病學研究方法認定因果關係時被普遍地使用。然而，由於不同的流行病學研究方法各有其侷限及優缺點（如：研究樣本代表性的問題、暴露資料難以取得、測量上總有難以克服的系統性偏差、無法排除的外部因子之干擾…等參本文第三章第一節），尤其因果論述的理論架構本身其實就已經決定了研究者選擇問那些問題、而不問那些問題，蒐集哪些資料、而不蒐集哪些資料，進而影響研究者會如何去解讀資料與詮釋現象。換言之，流行病學研究者的問題意識本身就已經反映了研究者將如何看待問題的觀點<sup>126</sup>。因此這些研究所得出的風險評估指標應該只是提供我們做為輔助判斷的因素，要判斷因果關係整體流程，首先應思考者為「目前所持有研究成果屬

<sup>126</sup>陳拱北預防醫學基金會，公共衛生學中冊，頁 220，鄭雅文執筆。2009 年 10 月，修訂四版。台北：健康文化。

於流行病學研究中的哪一種類型」，接著評估該份研究之內在有效性、暴露組與對照組的可比較性、樣本的代表性，以及是否被觀察上偏差、干擾因素所影響，甚至其發生只是因為偶然等可能的誤差。接著才能進入因果關係的推論與檢驗，包括探討時序性、關聯性的強度、藥量反應關係、關聯的一致性以及關聯之特異性等。檢驗內在有效性之後尚須檢視外在有效性，亦即該研究成果是否能適用於其他族群，且不會與生物學現存知識抵觸等等，而不應直接從相對危險性 RR 值、OR 值的數據大小就斷言有無因果關係<sup>127</sup>。

此外，由於許多風險估算的數值是來自實驗流行病學的結果，而基於人體試驗有倫理、成本的考量，以及現實上難度很高，因此多數實驗流行病學是以動物為實驗對象，再將其結論外推至人類；然而動物實驗的結果能否外推到人類身上，其實仍然是有很多爭議的，包括實驗動物與人類生理類似性的程度如何，其內部組織中進行之生物化學變化作用、吸收及散佈、新陳代謝程序是否相似，以及動物實驗經常是在短時間內施以高劑量濃度的暴露來觀察風險物質在受試動物身上是否產生病理變化，和人類真實生活中接觸該風險物質的歷程並不相同…等。因此，把該實驗動物與人類是否具有生理類似性等等因素考量在內後，據此而得的動物實驗結果雖然有相當價值的參考性，但其結論往往有許多前提的假設條件，因此，當我們在解讀這類研究結果時是要非常謹慎的<sup>128</sup>。

#### 四、流行病學與法學在判斷因果關係是否成立的推論方式不同

從第三章的介紹我們可以發現流行病學和法學在判斷因果關係成立與否時推論方式的不同，前者藉由統計假設以及風險評估的數據與指標來推論因果關係是否成立、或成立的機率有多高（也就是「量」的估算），而後者則是一種經驗

---

<sup>127</sup> 關於如何中肯的評論一篇實證性研究，可參王榮德，流行病學方法論，頁 204 至 213。2010 年 8 月。台北：健康文化。

<sup>128</sup> 參王榮德，流行病學方法論，頁 229 至 230。2010 年 8 月。台北：健康文化。Mark Geistfeld, Scientific Uncertainty and Causation in Tort Law, 54 Vand. L. Rev. 1011, at 1032. (April, 2001)

法則與價值判斷的過程，而不是單純「對錯」、或可以被化約為「合法與否」的問題<sup>129</sup>。尤其在前一章判決分析的結果，我們甚至可以看到法院透過比較不同制度的目的及本質的方式來嚴格限縮傷病或擴張與職務間因果關係成立的標準，進而達到限縮或擴大勞基法上雇主補償責任範圍之目的。在這個嘗試建立標準的過程中，法院做的其實是一種政策性的決定（認為不宜過度擴張雇主補償責任，以免有害經濟發展），而非單純的真實發現、亦非單純套用「相當因果關係」這個法學概念操作後的結果。而流行病學或職業醫學對因果關係存在的機率此種關於「量」的估計值，也透過法院的說理而產生質變、轉換成一種「質」的考量，最後展現在法院所建立的法學因果關係的標準上。因此，當流行病學推論因果關係成立與否的證據（如：流行病學研究所得出的風險指標、或是動物實驗的試驗結果）進到法庭時，法院基於法政策與價值的考量，仍應保有一定獨立判斷的空間，尤其，法學做為一種研究「規範」的學科，以及法律實踐所特有的論爭性格，往往正是表現在規範性的價值評斷之上<sup>130</sup>。因此，法院在法學因果關係成立與否的判斷上仍應保有論證的空間，而不應以流行病學或所謂的鑑定意見做為唯一的證據。從前述普通法院與行政法院判決分析來看，我們也可以發現在法院眼中，法學因果關係某程度是乘載著政策任務的（如：為維護企業競爭力及經濟發展、或是為落實或擴大社會保險保障之範圍），而不是純然為了發現真實、客觀中立的標準。

尤其，近來亦有論者指出，職業病鑑定委員會成員之組成，涉及制度運作精神，而鑑定委員會之定位本身是有爭議的，即，該委員會的功能究竟是提供醫學上之學理見解，或是勞工權益之爭端解決機制？若為前者，為何需加入政府官員、法律專家？同時，該文章也指出有時醫學背景之鑑定委員的反對理由也並非

---

<sup>129</sup> 參葉俊榮（2011）。臺灣行政法學的發展與挑戰——一個批判的觀點。月旦法學教室 100 期，頁 70-77。

<sup>130</sup> 參邱文聰（2008）。被忽略的立法事實。國立臺灣大學法學論叢，37 卷 2 期，頁 233-284。

完全出自醫理見解，而是為避免職業病診斷、請領補償過於氾濫、無先例可循、無診斷基準沒共識不宜認定、以該疾病非表列之職業疾病…等為理由，顯示出該委員會或勞保局核定為職業傷病與否時實則已帶著社會價值考量<sup>131</sup>。因此，在這樣的背景之下，法院倘若仍以尊重行政機關之判斷餘地為名而棄守法學的論述空間，則司法審查將可預見的失去作為保障勞工權益最後一道防線之功能。

## 五、各制度目的不同，法院在尊重行政機關判斷餘地之餘應該有自己形塑法學因果關係標準的空間以促進對話

勞基法上的職業災害補償係對受到與工作有關傷害之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境，造成社會問題，其宗旨非在對違反義務、具有故意過失之僱主加以制裁或課以責任，而係維護勞工及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力。是以職業災害補償制度之特質係採無過失責任主義，凡僱主對於業務上災害之發生，不問其主觀上有無故意過失，皆應負補償之責任，受僱人縱使與有過失，亦不減損其應有之權利。惟勞基法上雖課予個別僱主之補償責任，有時卻會因為僱主之能力不足，而無法確實履行補償責任、無法有效保障勞工，因此另設有團體責任之職業災害保險方式（即勞工職業災害保險），藉以確保災害補償之實行。而**勞工職業災害保險**，係由中央主管機關設立之勞工保險局為保險人，令僱主負擔保險費，而將僱主未來可能的損害賠償責任間接分散給向同一保險人投保之其他要保人（即其他僱主），使勞工發生職業災害時能迅速獲得保險給付、並減輕僱主經濟負擔之制度。因此，只要符合勞工保險職災給付的要件，不論僱主有無過失，保險人（即勞保局）就應給付予職災勞工，換言之，勞工保險採取的也是無過失主義，惟性質上屬於社會保險之制度。準此，依勞工保險條

---

<sup>131</sup> 參鄭峰齊，職災補償的科學與政治，台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2010年7月。

例所為之職業災害保險給付，與勞動基準法之勞工職業災害補償之給付目的類同，故勞工因遭遇同一職業災害依勞工保險條例所領取之保險給付，依勞動基準法第59條但書明定，雇主固得予以抵充之。是以，勞動基準法第59條規定之補償與勞工保險之給付，皆係保障受害勞工之最低生活保障為其目的，但若從保費負擔方式來看，後者是勞資政三方共同分攤保費的負擔，前者則是由雇主單方直接負擔，因此，若基於企業競爭力或經濟發展的考量，兩者間的職業災害認定標準或責任範圍是否不同，或應否不同？值得思考。至於**民法侵權行為**之損害賠償，則係旨在填補受害勞工所遭受之精神及物質之實際損害，與前開二者的目的亦有所不同。因此，本文認為，當流行病學或醫學專業這類關於估算職業因素所致的機率為何的意見（換言之，也就是關於「量」的意見<sup>132</sup>），以行政機關判斷餘地的方式進入法院時，由於法院的工作除了在真實發現之外，還負有維護制度目的與衡平、價值分配的任務（亦即，轉換為「質」的考量）。尤其，在現行實務上多以「業務起因性」和「業務遂行性」做為判斷是否屬工作所致之標準，然而，行政機關或醫學專業審查意見判斷的其實是「業務起因性」的層次（也就是事實性、因果性的判斷），至於「業務遂行性」基本上則是一個歸責評價的問題，主要在確認災害是否可被評價為歸屬於受僱關係之範圍<sup>133</sup>。因此，不論行政機關或醫學專業之核定結果為何，法院還是必須評價是否歸屬於受僱關係之範圍；甚至，法院倘若能積極審查行政機關判斷餘地有無違法情形（如：所作之判斷是否基於錯誤或不足的資料），以及論理說明為何評價或不評價為歸屬受僱關係之範圍，則一方面除了能形塑在不同制度下法學因果關係之輪廓和標準是否同一，也能間接達到促進與行政機關、甚或醫學專業對話的功能（如：日後可能還需要考量那些事證、或是更審慎的查核判斷所植基之資料是否正確）。尤其，隨著經濟發展和

<sup>132</sup> 值得注意的是，很多時候醫師的鑑定意見往往也已經是綜合考量其他與傷病本身無關的資料後，自由心證的結果，而也不再是單純的量、或所謂中性的科學結果。參 Markowitz GE., & Rosner D. (1989). The illusion of medical certainty: silicosis and the politics of industrial disability, 1930-1960. *Milbank Quarterly*, 67 Suppl 2 Pt 1, 228-53.

<sup>133</sup> 參邱文聰（2008）。從勞工職災補償制度的因果認定談治理理性的典範移轉。2007 科技發展與法律規範雙年刊：公衛風險的法律建構，頁 99-142。台北：中研院法律研究所籌備處。

產業型態的變遷，關於「職業傷病」的意義及內涵，其實是社會經濟結構、醫學專業、勞工、利益團體、以及政府等多方共同互動下的產物<sup>134</sup>（如：勞保條例中的職業病種類表的職業病種類起初主要為物理性、化學性危害因素所致之肌肉骨骼、皮膚或臟器之傷病，後來逐漸增訂心因性因素之傷病種類，包括過勞、憂鬱症等），而並非單純科學客觀定義下的結果。而法院作為整個社會系統中的一環，在認定是否屬勞基法或勞保條例上的職業傷病時，展現在判決書上之判決理由不僅是所謂「依法裁判」的結果，而是有活化法規制度的影響力。若說流行病學或職業醫學是透過科學系統的研究方法來形塑出一個科學系統所認定的真實、提供法院一溝通的背景而已，則法學作為一個系統，當然也可以透過法學的符碼來建構什麼才是符合該制度精神下的真實，而價值判斷就是其中一個重要的元素。因此，本文認為法院透過實質的說理（如：說明採納或不採納勞保局或醫學鑑定意見的理由、勞基法上雇主補償責任和勞工職災保險兩者就職業傷病的認定標準是否應予以分割…等，而非形式地套用法學概念「所謂相當因果關係就是有此情形存在通常足生此種損害…」或「尊重行政機關判斷餘地」等口號）就是其中一種可以促進不同領域間對話的重要方式。

## 六、不論是賠償、補償或是保險給付，根本之道仍在預防

職災發生後，不論是透過雇主之補償責任、勞工保險的給付、或課予雇主侵權行為之賠償責任，目的都無非在使受災勞工獲得即時之救助、使生活不致陷於困境、及損害填補。惟這三者皆是事後之補償或賠償，若從公共衛生「三段五級」預防的觀點<sup>135</sup>，除了事後的治療、補償或賠償外，仍應首重防患於未然的「預

<sup>134</sup> 參 Dembe AE. (1996). *Occupational and Disease. — How Social Factors Affect the Conception of Work-Related Disorders*. New Haven and London: Yale University Press.

<sup>135</sup> 公共衛生所指的三段五級的預防觀念，主要是從預防醫學的立場，從避免病原的侵襲、遏止病情的惡化、斷絕殘障和死亡的結果等一連串的過程。三段五期的工作分別指在第一段「易感受期」的促進健康（如衛生教育、定期體檢）與特殊保護（如預防接種、改善環境衛生、避免職業或事故傷害）工作，第二段「次臨床期」的早期診斷早期治療，以及在第三段「臨床期」、「殘障期」、甚至「死亡期」的適當治療以遏止疾病惡化、復健、長期照護之工作等。參前揭註 39。

防」，是故，值得思考的是，除了透過勞動檢查的事前預防外，前開的補償、社會保險給付或賠償的機制，是否能回饋到預防的機制，使前開事後補償、社會保險給付或賠償制度的運作，達成事前風險治理之目的？在前章節法院判決的分析中我們可以看到，同一個個案在勞保局、勞動檢查所、行政法院、及普通法院間，可能得到不同的認定結果，法院甚至在判決理由中言明勞工保險條例與勞基法的基本目的不同，故關於職業災害成立與否的認定標準寬嚴也應不同。那麼法院對職業傷病成立與否認定標準（包括業務起因性和業務遂行性）寬嚴的不同，就預防的機制而言又可能會有什麼影響？

在勞保職災給付的部分，由於現行勞工保險將費率分為「普通事故保險」與「職業災害保險」兩類<sup>136</sup>，對於職業災害發生率高以及勞工保險職業災害給付較高的公司企業（投保單位）將課以較多保險費，對於職業災害發生率低以及勞工保險職業災害給付較低的投保單位，則減收其保險費（也就是經驗費率），以激勵雇主重視勞工安全衛生設施的改進及工作環境品質的提昇、減少職業災害發生的機會（但實際上職災費率的提高是否確實能造成雇主改善工作環境的壓力，仍有待未來進一步的觀察及研究）。因此，可以想見的是，當行政法院或勞保局在核定是否屬職業傷病時，若基於勞工保險為社會保險、旨在擴大對受災勞工之保障而採許較寬鬆的認定標準，將導致該投保單位的職災給付事件及發生率提高、反映在投保單位下一年度的職災費率的結果就是雇主所需負擔的職災保費增加。如此一來，好處是可能造成雇主的壓力、願意投入較多的資源改善工作環境，以避免傷病情況再次發生，進而達成預防的效果，但也可能導致雇主由於擔心一旦成立勞保職災給付，則可能面臨主管機關勞動檢查、以及後續相繼而來的勞基法

---

<sup>136</sup> 職業災害保險費率在 1979 年前並未另行計算，而是合併了「普通事故保險」與「職業災害保險」保險費率，綜合計算保險費負擔額。在 1950 年創辦時，因僅辦理現金給付，所以按被保險人月投保薪資 3% 計算。由於每種行業的危險事故率相差甚大，負擔相同的費率明顯有失公平原則，所以 1979 年重新修正「勞工保險條例」，將費率分為「普通事故保險」與「職業災害保險」；按照 38 種行業別的危險程度、災害事故率，以及歷年保險給付實績等訂定差別費率（參閱勞保局「走過勞工保險 55 年」，2005）。



雇主補償責任，甚至是民法上侵權行為責任，因此索性在勞工準備申請職災給付時就夠過各種手段予以刁難（如：不願主動發給職業傷病門診單、或是不願提供工作環境之資料…等），反而不利勞工取得最基本社會保險給付的壞處。

至於勞基法雇主補償責任的部分，由於該條的規定係採無過失責任，換言之，不論雇主有無過失，只要勞工之傷病屬工作所引起，雇主就必須負補償責任。某程度來說是補充了勞保職災保險給付之功能（尤其是對不在強制納保範圍、或應投保但雇主卻未按實投保的勞工而言）；因此，當法院在認定雇主是否須依勞基法之規定對勞工負補償責任時，若採取較寬鬆的標準，對受災勞工而言雖然較容易取得補償，然而，由於雇主不論有無過失皆須負補償責任，因此，對雇主改善工作環境及安全衛生設備的誘因可能有限（因為對雇主來說，反正不管有沒有改善都要賠）。然而，在民法侵權行為責任上面，因為採過失責任主義，亦即，雇主須有故意或過失（如：違反勞工安全衛生法及相關施行細則）才需要負責，所以若採取較寬鬆之認定標準，或許能對雇主造成壓力、誘發雇主提升相關預防措施的動機（以降低其賠償責任的風險），因此，法院在判斷職業傷病成立與否時的標準其實是有可能進一步影響、回饋到預防機制的。

值得注意的是，職業傷病的補償給付，事實上是受災者所處社會脈絡中之一環，其標準與建構的過程，不僅與當時的社會背景、政治氣氛有關，也反映公眾對「工作場所遭遇到的傷害、疾病或死亡」理解之轉變、更必須考量不同補償、賠償制度之目的及精神。正由於職業災害的連帶後果具高度社會性，因此我們認為職業傷病的認定與補償不單單僅是科學問題，而可能更需要整體地檢討我國職業傷病政策的定位與制度設計，包括安全衛生檢查機制、職業病補償與救濟、對勞工相關資訊與教育的提供…等；更重要的是思考如何提升整體社會的職業傷病概念、以及受災者的補償、復健機制，並進而思考如何透過這些機制，達到預防

職業傷病的效果。



## 參考文獻

Braverman H. Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century. Monthly Review Press; 25 edition, 1998. 哈里·布雷弗曼(1974)。勞動與壟斷資本。(谷風出版社編輯部編譯)。台北：谷風。

Coggon D. (2005). Occupational medicine at a turning point. Occupational and Environmental Medicine, 62, 281-283

Daubert v. Merrell Dow Pharms. Inc., 509 U.S. 590 (1993)

Dembe AE. (1996). Occupational and Disease. — How Social Factors Affect the Conception of Work-Related Disorders. New Haven and London: Yale University Press.

Frye v. United States. 293 F.1013 (D.C. Cir. 1923)

Geistfeld, Mark.(2001). Scientific Uncertainty and Causation in Tort Law. 54 VANDERBILT LAW REVIEW, Vol. 54:3:1011.

Harold M. Ginzburg.(1986). Use and Misuse of Epidemiologic Data in the Courtroom: Defining the Limits of Inferential and Particularistic Evidence in Mass Tort Litigation., 12 Am. J. L. and Med. 423, at 425.

Jean Macchiaroli Eggen.(spring 1994). Toxic Torts, Causation, and Scientific Evidence after Daubert., 55 U. Pitt. L. Rev. 889, at 898.

Kogevinas M. (2005). The importance of cultural factors in the recognition of occupational disease. Occup. Environ. Med, 62, 286.

Kohler PA., & Zacher H.F. (1982). The Evolution of Social Insurance 1881-1981. London: Frances Pinter Publishers.

Krieger N. (1999). Sticky webs, hungry spiders, buzzing flies, and fractal metaphors: on the misleading juxtaposition of risk factor versus social epidemiology. Journal of Epidemiol Community Health, 53, 678-80.

Markowitz GE., & Rosner D. (1989). The illusion of medical certainty: silicosis and the politics of industrial disability, 1930-1960. *Milbank Quarterly*, 67 Suppl 2 Pt 1, 228-53.

Munkman JH. (1985). *Employer's Liability at common law* (10th Edition). London: Butterworths.

Neonila SD., & Wilczynska U. (2006). Occupational Diseases in the Period of Socioeconomic Transition in Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2), 99-106.

Pearce, N. (1996). Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health*, 86(5), 678-683.

Popay J. & Williams G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Soc Sci Med*, 42, 759-68.

Popper, K. R.(1965). *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. New York: Harper & Row.

Popper, K. R.(1968). *The logic of scientific discovery*. New York: Harper and Row.

Ramazzini B. ( translated by Wilmer Cave Wright, 2001 ) . VOICES FROM THE PAST — De Morbis Artificum Diatriba [Diseases of Workers]. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1380-1382.

Rothman, K.J., Adami, H.O., & Trichopoulos, D. (1998). Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet*, 352(9130), 810-813.

Shy, C.M. (1997). The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *American Journal of Epidemiology*, 145(6), 479-484; discussion 485-477.

Smith BE. (1981). Black lung: the social production of disease. *Int J Health Serv*, 11, 343-359.

Susser, M.(1977). Judgement and causal inference:criteria in epidemiologic studies. *Am J Epedemiol*, 105, 1-15.

Susser, M.(1986). The logic of Sir Karl Popper and the practice of epidemiology. *Am J*

Epidemiol, 124, 711-718.

Weeks JL., & Wagner GR. (1986). Compensation for Occupational Disease with Multiple Causes: The Case of Coal Miners' Respiratory Diseases. *American Journal of Public Health*, 76(1), 58-61.

Weindling P. (1985). Linking self help and medical science: The Social History of Occupational Health. *The Social History of Occupational Health*, London: Croom Helm.

丁庭宇，馬康莊主編（1986）。台灣社會變遷的經驗，一個新興的工業社會。台北：巨流。

王能君（2002）。台灣勞動法制的形成與展開過程初探。思與言，40(1)，頁5。

王嘉琪，勞保制度下職災勞工傷後面臨之困境研究，台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2007年7月。

王嘉琪、鄭雅文、王榮德、郭育良，職災補償制度的發展與台灣制度現況台灣衛誌 2009；28(1)：1-15。

王榮德，流行病學方法論，第四章因果關係的判定，當代醫學第14卷第4期，47頁，1987年4月。

王榮德，流行病學方法論，2010年8月。台北：健康文化。

王榮德，各國職業傷病補償制度研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所研究報告，2007年3月。

王榮德，國際間職業傷病診斷、鑑定及補償制度發展趨勢與我國改進方向之研究，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所委託研究報告，2008年3月。

王榮德等（1999）含氯揮發性有機物污染事件居民流行病學調查與風險評估。台北：行政院環保署。

王榮德等（2000）含氯揮發性有機物污染事件居民流行病學調查與風險評估第二年專案計畫。桃園：桃園縣環保局。

王榮德等（2004）台灣美國無線電公司（RCA）受雇勞工健康照護文獻評估及政

- 策分析研究)。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 王振寰（1993）。勞工資本與國家機器。台北：台灣社會研究季刊社。
- 王澤鑑（2002），民法概要，頁 212-214。台北：三民出版。
- 史尚寬（1970）。二十年來之勞工立法。法令月刊，21 卷 10 期，頁 180-181。
- 朱柔若（1998）。社會變遷中的勞工問題。台北：揚智。
- 江智慧（2010），職業災害救濟與重建之研究。國立中正大學勞工研究所碩士論文。
- 江鴻（1976）。歐洲各國工業化之起步與長成。台北：中華書局。
- 林江風（1990）。繼往開來精益求精勞工保險－創辦 40 週年之回顧與前瞻。勞工保險創辦 40 週年紀念專輯，46-52 頁。
- 林山田（2008）。刑法通論（上），十版，頁 213 至 214。
- 林更盛（2002）。勞基法上職業災害因果關係的判斷－評台灣高等法院八七年勞上字第五號判決。台灣本土法學，40 期，頁 23-42。
- 林宜平（2004）。煤礦工塵肺症的地方知識、科學研究與健康照護：公共衛生的視角。國立台灣大學衛生政策與管理研究所博士論文。
- 林姿秀，台灣職業病認定法制之研究，台灣大學科際整合法律學研究所碩士論文，2012年7月。
- 林洛秀（2002）。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。
- 林萬億（1994）。福利國家－歷史比較的分析。台北：巨流。
- 林鈺雄（2006）。新刑法總則，初版，第 143 頁至第 168 頁。台北：元照出版社。
- 林豐賓（1997）。勞動基準法論。台北：三民。

邱文聰（2008）。被忽略的立法事實。國立臺灣大學法學論叢，37 卷 2 期，頁 233-284。

邱文聰（2008）。從勞工職災補償制度的因果認定談治理理性的典範移轉。2007 科技發展與法律規範雙年刊：公衛風險的法律建構，頁 99-142。台北：中研院法律研究所籌備處。

邱駿彥（1998）。我國職業災害補償制度。輔仁法學，第 17 期，頁 205-220。

柯木興（2001）。社會保險。台北：三民書局。

周碩渠、黃百粲（2009）職業性憂鬱症——一個個案報告與職業醫學、精神醫學與勞動法學剖析。中華職業醫學雜誌 16 卷 2 期，頁 83-91。

徐正光（1987）。統合政策下的台灣勞工。勞資關係月刊，6 卷 9 期，頁 48。

徐婉寧（2005）。過勞死之職業災害認定—台灣高等法院台中分院九〇年重勞上字第一號民事判決評釋。台灣本土法學，76 期，頁 247。

翁裕峰（1995）。官僚制度下職業災害致殘者災後生活之研究：以嘉義地區為例。國立中正大學勞工研究所碩士論文。

張文貞（2005）。當科技遇上憲法：憲政主義的危機與轉機。月旦法學雜誌，116 期，頁 191-201。

郭旭東（2006）。論我國職業病鑑定制度。中國文化大學勞動學研究所碩士論文。

郭育良，職業病概論，第三版一刷，華杏，2007 年 11 月，頁 8-11。

郭浩然（2009）認定基準及目前判定遇到之實務問題。工作相關心理壓力事件引起之精神疾病認定基準說明會報告。行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所與中華民國環境職業醫學會。台北：勞工委員會勞工保險局。

陳文育（2006）。發展主義國家、勞動安全與環境保護—以電子業在台灣的發展為例。東海大學社會系研究所碩士論文。

陳永煌（1999）。各國職業疾病鑑定制度比較分析研究。行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所。

陳金泉(2002)。職業災害補償實務爭議案例解析。政大勞動學報,12期,頁425。

陳秋蓉(2002)。世界主要國家職業災害統計分析(三)。行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所。

陳秋蓉、鄭雅文、胡佩怡(2005)。國內勞工工作相關過勞與心理社會因子之認知調查。行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所。

陳拱北預防醫學基金會,公共衛生學上、中、下冊,台北:健康文化。2009年10月,修訂四版。

陳信行(2010)司法正義與科學事實如何交會? STS 研究對 RCA 案訴訟可能的貢獻。第2屆台灣 STS 學會年會論文。高雄:高雄海洋大學。

陳威霖(2003),就「過勞死」論我國職業災害認定及法律救濟制度。國立中正大學勞工研究所碩士論文。

陳國鈞(1992)。勞工問題。台北:三民。

陳聰富(2000)。損害賠償補償制度三層結構與職業災害補償。勞工行政,148期,頁26-36。

葉俊榮(1981),勞工職業災害賠(補)償制度的檢討與改進-行政管制與損害賠償的聯結,社會科學論叢,第39期,頁72-82。

葉俊榮(2011)。臺灣行政法學的發展與挑戰——一個批判的觀點。月旦法學教室100期,頁70-77。

黃百燦(2001)。合理的懷疑:淺論職業病診斷的若干疑惑。中華職業醫學雜誌,第8卷第3期,頁115-120。

黃虹霞(2002)。職業災害補償相關法律問題。萬國法律,第126期,頁63-72。

黃程貫(1997)。勞動法。台北:國立空中大學。

黃程貫主編(2006)。勞動法。台北:新學林出版社。



黃越欽（2000）。勞動法新論。台北：翰蘆。

黃越欽等（1995）。職災補償論－中英美德日五國之比較。台北：五南。

黃榮堅（2006年），基礎刑法學（上），初版，第213頁。台北：元照出版社。

詹火生（1992）。主要國家勞工福利制度之研究。行政院勞工委員會。

楊志良、吳凱勳、連子慧、詹佩玲、施明倩、簡美楓等（1996）。職業災害保險給付制度之研究。行政院勞工委員會。

楊雅萍，過勞死之職業災害認定制度之形成與發展－台灣法制與日本法制之比較，台灣大學法律學研究所碩士論文，2007年7月。

臺灣勞動法學會編，「勞動基準法釋義－施行二十年之回顧與展望」，第535頁以下，新學林出版股份有限公司，2009年9月（楊通軒執筆）。

鄭津津（2000）。勞動法裁判選輯（三）。台北：元照。

鄭雅文（2008）過勞職業病認定爭議中的流行病學知識。成令方編，醫療與社會共舞，頁99-107。台北：群學。

鄭雅文、鄭峰齊/主編，職業病了嗎？：待修補的職業健康保護機制，2013年1月。台北：群學。

劉志鵬（2000）。新時代裡的舊法制－台灣勞動法治的困境。台灣法學會報，第21輯，頁144。

劉紹興（1994），台灣職業病面面觀與職業醫學之發展。中華職業醫學雜誌，1卷2期，頁16-20。

劉紹興（1997）。職業醫學醫師的角色。中華職業醫學雜誌，4卷2期。

鄭峰齊，職災補償的科學與政治，台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文，2010年7月。

戴政、江淑瓊，生物醫學統計概論，台北：翰蘆圖書。2004年1月，修訂三版，頁71-73。

謝國雄（1999）。純勞動：臺灣勞動體制諸論。台北：中央研究院社會學研究所籌備處。

羅士翔、陳文慶、柯景塘、王榮德（2007）工作過勞致死之定義及診斷基準。北市醫學雜誌 4（2）：95-102。

簡坤港（2005）。我國職業災害補償相關問題之研究。國立中正大學勞工研究所碩士論文。

蘇俊雄（1998），刑法總論 II，修正再版，頁 107。台北：元照初版。

蘇德勝（2000）我國職業病鑑定制度。勞工行政 152：12—17。

行政院勞委會勞工安全衛生研究所、國立中山大學企業管理學系編印，職業災害預防之經濟誘因研究，1993 年 6 月。

行政院勞工委員會勞工保險局（2005）。軌跡—走過勞工保險 55 年。台北：商周。

