發佈：2011-05-16, 週一 18:22
點擊數：15055

壹、前言

最近台灣工作者疑似工作過度而猝死的事件頻傳。在「過勞死」一詞的發源地日本，早在1970年代，超時工作與過勞職災爭議即已層出不窮，日本政府陸續頒布不少法令政策，並推動各種勞工健康保護方案。我國勞工安全健康相關政策與法令，尤其有關過勞疾病職業病認定指引，參考日本法規制度之處頗多。本文概要介紹日本政府針對過勞問題的政策因應，並對台灣現況提出建議。

貳、日本就業狀況的變化

日本的企業文化相當具獨特性。在戰後經濟快速發展的時期，日本企業聘僱員工大多採終身聘僱制，強調為組織犧牲奉獻的團隊合作精神。以最精簡的人力物力、最小的庫存量，達到最高工作效率的「豐田管理模式」，亦為日本企業特色。但日本在1970年代中期經歷能源危機，經濟發展速度趨緩，1990年代更出現長期性的經濟泡沫化危機，終身聘僱制瓦解，不安定的就業模式也日益盛行。

根據厚生勞動省的統計，日本非正式員工佔所有受僱者的比率，從1984年的15.3%，上升至2010年的33.7% (MoHLW 2010)。在工時方面，日本自1970年代中期以來，受僱者每週工時≧60小時的人數逐年上升，雖於1990年代略有下降，但近來又有攀升趨勢。根據國際勞工組織在2004年出版的報告，日本工作者每週工時≧50小時的比例占勞動人口的28.1%，相較於歐洲國家，如荷蘭1.4%、瑞典1.9%、芬蘭4.5%、德國5.3%等，高出甚多(Iwasaki, Takahashi & Nataka 2006)。

此外，隨著「勞動派遣法」在1986年實施，「派遣事業所の派遣社員」人數快速上升，至2008年達最高峰之時，全國總共有140萬名派遣員工(MoHLW 2010)。低薪、低工作前景且勞動條件低落的「勤労貧困層」（working poor）日益增加，甚至淪為居無定所的「網咖難民」與遊民，處於貧窮與飢餓狀態的處境引起社會的高度關注(湯淺誠（蕭秋梅譯） 2010)。近年來，日本貧富差距不斷擴大，自殺死亡率也高居不下，政府於2006年頒布施行「自殺對策基本法」，2007年頒布「自殺綜合對策大綱」，但似乎未能減緩此問題。2009年9月民主黨取代了長期執政的自民黨，新政府宣布將致力於強化社會保護機制，包括對失業者與貧窮者的保護，並限制不安定僱用(Kondo & Oh 2010; 邱祈豪 2010)。

參、過勞職災認定爭議的發展

（一）職業引起的心腦血管疾病（即俗稱的「過勞死」）

日本早在1950年代即已出現職業引起的心腦血管疾病案例，政府為了處理此類職災補償的請求案件，於1961年頒布「中樞神經及循環系統疾病之業務上外認定基準」。該基準限定，勞工發病前必須有明確的、與業務相關的、強度夠強且異於平常的突發性災害，亦即採「災害主義法理」(楊雅萍 2007)。

自1960年代以來，心腦血管疾病相關的職災訴訟逐漸增多，司法實務界與法律學界開始提出不同見解，質疑甚至否定勞動省1961年頒布的認定基準。直至1970年代後期，工作者因工作勞

Phoca PDF

累而發生猝死的案例層出不窮，其中不乏正值青壯年的企業高階主管，在沒有任何疾病徵兆之下猝死，引起媒體大幅報導(Nishiyama & Johnson 1997; 楊雅萍 2007)。

1981年，法界、醫界人士以及受災勞工家屬聯合組成了「急性死等職災認定連絡會」；1982年，該組織的三位醫師出版「過勞死」一書，自此「過勞死」一詞成為廣被使用的名詞。1988年，由律師組成的民間組織「過労死弁護団全国連絡会議」（The National Defense Counsel for Victims of Karoshi）成立，該組織並設置「過勞死100番」專線，提供受災者家屬法律諮詢服務(Nishiyama & Johnson 1997)（該中心網址：http://karoshi.jp/index.html）。

日本政府在民意壓力下，於1987年重新制訂「職業引起的心腦血管疾病認定指引」，承認發病前的一週內發生的「過重負荷」也可被視為是致病成因；勞動省並明確定義心腦疾病的類型，且將之從職災補償統計中獨立出來。同年，政府亦修訂勞基法，將法定工時由每週48小時下修為每週40小時。

上述認定指引在1995、1996及2001年陸續修訂，逐步放寬有關「過重負荷」的定義。尤其在2001年的修訂中，進一步以發病前六個月的工時作為判斷「長期過重負荷」的依據（主要變革請參見表一）。台灣勞委會在2004年頒布的認定指引，即引自日本2001年修訂的指引。

表一、日本過勞職災之相關政策與法規

年/月	政策或法規
1961	勞動省頒布「中樞神經及循環系統疾病之業務上外認定基準」；採「災害主義」，必須確認業務災害與疾病發作的「相關性」、「因果性」與「時序性」。
1981	法界、醫界與受災者家屬團體成立「急性死等職災認定連絡會」。
1982	「過勞死」一書出版。
1985	國會通過「勞動派遣法」，1986年施行。
1987	廢止1961年認定基準；頒布「腦血管疾病與虛血性心疾病等之認定基準」，發病前一週內的「過重負荷」引發疾病，可被認定為職災。
1988/6	「過勞死辯護團全國聯絡會議」成立，設置「過勞死110」電話諮詢專線。
1995/2	修訂「腦血管疾病與虛血性心疾病等（除起因於負傷者外）之認定基準」，發病前一週之前的業務負荷亦可被考量，承認長期疲勞蓄積為「過重負荷」。
1996/1	追加「因心律不整而導致的猝死」為對象疾病。
1996	「勞動安全衛生法」修訂，規定雇主應定期實施健康檢查，並進行健康管理，以降低腦心臟疾病風險。
1997/10	「過勞死辯護團全國聯絡會議」要求政府制訂精神障害職災補償認定標準。
1999/9	勞動省頒布「關於因心理負荷的精神障害的業務上、外之判斷指針」；確認「對象疾病」為ICD-10 F0-F4之精神疾病；必須在發病前六個月間有業務相關的強烈心理負荷，並能排除業務以外的心理負荷與個人因素。

Phoca PDF

2000	厚生勞動省頒布「職場心理健康促進指針」。
2001/9	「過勞死辯護團全國聯絡會議」要求政府修訂心腦疾病（過勞死）認定標準。
2001/12	厚生勞動省修訂「腦血管疾病與虛血性心疾病等（除起因於負傷者外）之認定基準」；將「過重負荷」分為三類，包括：（1）發病前一天內的「異常事件」；（2）發病前一週內的「短期間過重負荷」；（3）「長時間過重負荷」（發病前一個月內加班時數超過100小時；發病之前2～6個月平均每月超時80小時；發病之前1～6個月每月平均超時45小時以上；其他工時之外的負荷）。
2002/2	厚生勞動省頒布「防止因過重勞動導致健康障害之綜合對策」，勸導雇主減少時間外勞動、提供特別休假、落實健康管理。
2003/5	厚生勞動省頒布「減少不支薪加班之宣導措施指針」，勸導雇主減少不支薪加班時間。
2005	修訂「勞動安全衛生法」，規定雇主必須安排醫師對每月超時工作超過100小時的員工作面訪，若醫師認為有必要，員工需接受醫學檢查並健康諮詢。
2006/10	頒布施行「自殺對策基本法」。
2007	頒布「自殺綜合對策大綱」。
2007/12	制訂「工作生活平衡憲章」。
2009/9	眾議院選舉，長期執政的自民黨大敗；民主黨新政府宣布將修補社會安全機制、限制不安定僱用、改善貧富差距問題。

本表由作者自行整理

可發現，日本有關過勞職災的司法訴訟相當多，法院多次駁回政府行政部門（勞動省）的認定，也直接挑戰政府制訂的認定指引。以2001年的修訂為例，亦源自於多起法院判決。其中包括一例職業駕駛腦出血事件，法院於2000年判決，認為該駕駛工作時間過長、勤務不規則、待命時間長且暴露於寒冷天氣，雖然屬工作常態，但疾病的發生與長期工作負荷有關，因此認定為職災（楊雅萍，2007；頁95-97）。「過労死弁護団全国連絡会議」綜合多起法院判決，於2001年9月提出意見書，要求政府修訂心腦血管疾病認定指引；厚生勞動省隨即召開檢討會議，並於同年12月頒布新修訂的認定指引，將「長時間過重負荷」與其他業務負荷納入考量(楊雅萍 2007)。

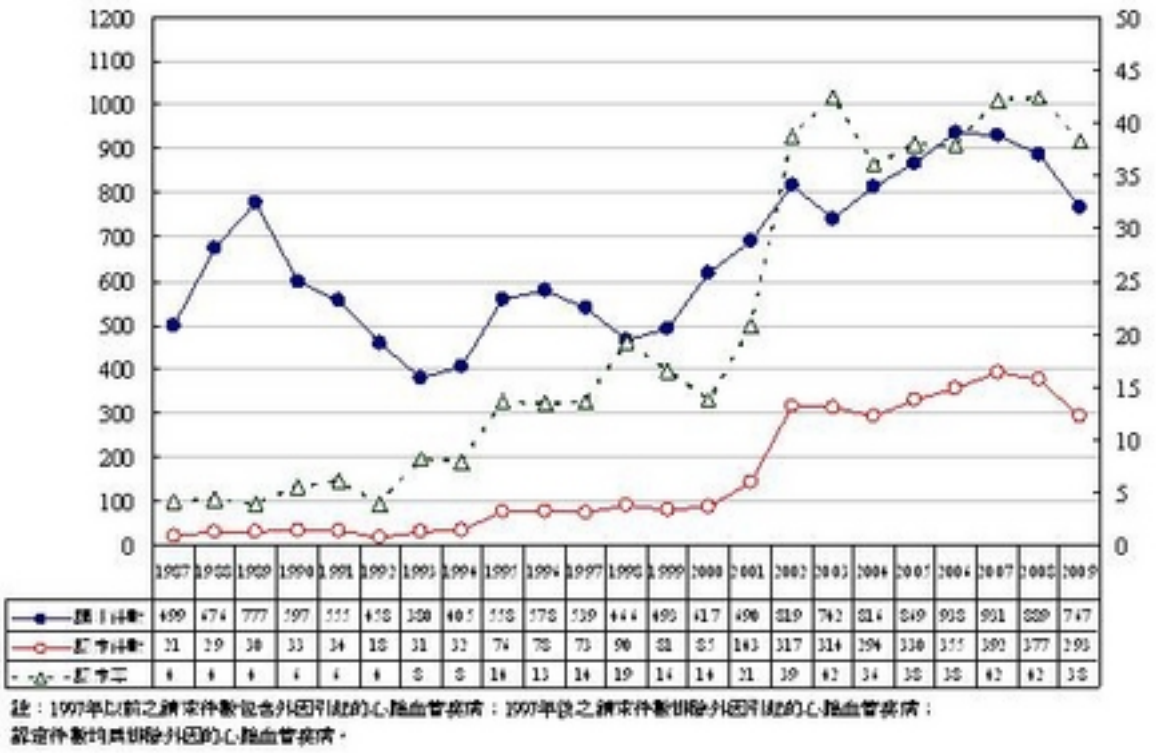
日本職災補償制度的法源為「勞動者災害補償保險法」，除了農林漁牧單位受雇人數少於5人的單位之外，民間部門的所有受僱者均強制納保，並由雇主負擔全額保費(林依瑩, 鄭雅文 & 王榮德 2009)。

從圖一資料可發現，日本在1987至1994年間，職業心腦血管疾病的認定率均在10%以下；1995年修訂認定指引後，認定率提昇至13～19%；2001年放寬「過重負荷」的定義後，提昇至35%以上，近幾年通過認定的件數每年大約300～400件(MoHLW 2010)。

圖一、日本「腦、心臟疾患」（過勞死）之職災補償狀況

Phoca PDF

發佈：2011-05-16, 週一 18:22
點擊數：15055



（二）職業引起的精神疾病（包括自殺）

日本自殺死亡率在1995年之後即呈現上升趨勢，尤其在1997年經歷亞洲金融風暴之後，自殺死亡率更大幅上升。過去十幾年來，日本雖然總體經濟指標呈現復甦狀態，但自殺死亡率卻居高不下，在國際上屬高自殺率國家。若依年齡性別區分，日本的中年男性為自殺死亡率最高的人口族群，與其他亞洲國家大多好發於老年族群，有顯著的不同(Kondo & Oh 2010)。

有關職業引起的精神疾病，日本法院在1996年作出第一例肯定過勞自殺的判決，該案例為一名勞工，在工作中摔落受重傷，身體康復後卻罹患憂鬱症進而自殺。之後陸續多起法院判例，皆對厚生勞動省原本持保守態度的職災認定政策，造成極大衝擊。「過労死弁護団全国連絡会議」在1997年提出意見書，要求政府制訂精神疾病的職災認定指引；厚生勞動省因而在1999年頒布「關於因心理負荷的精神障害的業務上外判斷指針」（楊雅萍，2007；頁127-139）(楊雅萍 2007)。

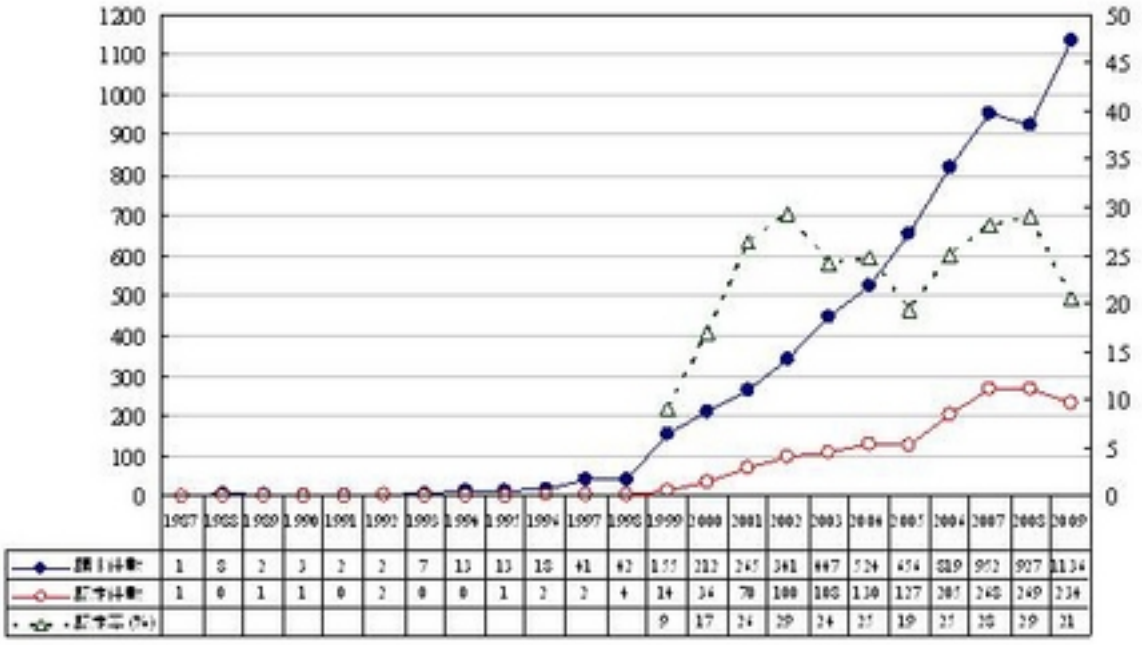
台灣勞委會在2008年將「創傷後壓力症候群」(Post-Traumatic Stress Disorder)列入職業病種類表；2009年11月將職業精神疾病納入勞保給付範圍，隨後頒布「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」，亦引用日本1999年的判斷指針。

如圖二所示，日本職業精神疾病補償件數在近年來顯著上升，在2007至2009年間，平均每年有260個案例通過職災認定（通過率20～30%），其中包括每年約70件的自殺死亡案例(MoH

Phoca PDF

LW 2010)。

圖二、日本「精神障害」之職災補償狀況



然而上述職災補償認定數據，很可能低估真實狀況，因為申請者必須備妥許多資料，包括工時紀錄，申請過程並不容易且曠日廢時，也僅有少部份申請者最後通過認定(Kondo & Oh 2010)。

肆、職場過勞問題的預防策略

除了逐步放寬過勞職災的認定標準之外，日本政府亦對職場過勞問題提出因應策略。例如，1996年「勞動安全衛生法」修訂，即規定雇主應落實健康檢查與健康管理，以降低心腦血管疾病的風險。

2002年2月厚生勞動省開始推動「防止因過重勞動導致健康障害之綜合對策」(Comprehensive Program for the Prevention of Health Impairment Due to Overwork)，以教育宣導方式，建議雇主降低超時工作時數、提供休假、落實員工健康檢查、安排醫師對工時過長的員工作訪談與健檢；同時也以手冊單張等方式，向員工宣導疲勞自我檢查、職災補償等訊息(Iwasaki, Takahashi & Nataka 2006)。

厚生勞動省接著在2003年公布「減少不支薪加班之宣導措施指針」，並在2005年修訂「

Phoca PDF

勞動安全衛生法」，強制規定雇主必須安排醫師對每月超時工作超過100小時的員工作面訪，若醫師認為有必要，員工就需接受醫學檢查與健康諮詢。另外，「勞動安全衛生法」亦要求雇主應對其他「因過勞而感到疲憊、焦慮」的員工，或工作時數超過各職場規範的員工，提供健康管理措施(Iwasaki, Takahashi & Nataka 2006)。可注意到的是，每月超時工作達100小時已達厚生勞動省2001年心腦血管疾病認定指引的「過度勞動負荷」定義。要求雇主對於如此高度勞動負荷的工作者作健康管理，意味著日本政府認為有些工作者是無法降低工時的，因而退而改採健康管理，試圖降低此類工作者的職業傷病問題。

另外，厚生勞動省又在2007年制定「工作生活平衡憲章」，並訂定具體的政策目標，包括降低工時過長的人口、降低兼職等不穩定就業型態的比率、提高育齡婦女的就業率、提高男性勞工的親職假比率等。

伍、日本經驗對台灣的啟發

日本工作者的過勞問題從1980年代受到重視，陸續推動各種修法與預防方案，但似乎成效有限。超時工作的人數沒有減少，勤奮工作卻仍陷入貧窮的窮忙族反而日益增加，貧富差距也不斷惡化。從日本的經驗看來，顯然要對抗過勞問題，將是一條漫漫長路。

最根本的問題，仍回到政府整體政策的方向。我們必須質問，政府代表誰的利益？政府政策是否仍以創造企業產值為施政目標？還是以保障勞動者的生活與工作為依歸？當企業處在激烈的全球市場競爭，並致力於最小化「人力資源」的成本，要企業將員工健康視為公司資產是不是緣木求魚？工作者應結合哪些力量，來對抗過勞問題？

從上述的回顧可發現，日本政府歷年來對於過勞職災認定指引的修訂，可說是在一連串的司法訴訟判例與民間壓力下，被迫前進的。司法實務界與法學界扮演相當積極的角色，並從一開始即與受災勞工結盟，部份醫界人士也扮演重要角色。但在台灣，有關過勞職災實體內容的司法判例，卻很少聽聞。為何會有如此顯著差異？為何日本法界人士如此積極？是否與訴訟制度的設計有關？還是與法學教育訓練有關？值得進一步探討。

日本厚生勞動省勞動基準局所屬的「勞災補償部」在其網頁上提供非常豐富的統計分析資料，包括申請者與通過認定者的年齡、職業、勞動狀況分佈等等訊息，其專業性與公開性，非常值得學習(MoHLW 2010)。目前我們主管職災補償給付的勞保局，受限於人力與專業性，統計資訊相當欠缺，外界完全無法瞭解台灣到底有多少職業傷病申請案件？也無法瞭解申請者或通過認定者的年齡、性別或職業的分佈為何？通過或不通過的原因為何等等資訊？我們建議，除了認定機制需要更公開透明，統計資料也應定期公開供外界監督。

台灣工作者超時工作比率可能不及日本、韓國，但相較於歐美國家，仍屬高工時國家，且部份職業族群超時工作的狀況事實上相當嚴重。近來過勞案例陸續出現，正是反省勞工安全健康保護與勞動政策的好時機。我國職災補償制度問題叢生，在職業傷病的認定流程，更有不少需要檢討之處(王嘉琪, 鄭雅文, 王榮德 & 郭育良 2009)。台灣應藉由日本經驗，吸取其優點，但也留意其問題與缺失，並參考其他國家經驗，以期建立更好的規範與制度。

作者鄭雅文為台大健康政策與管理研究所副教授 吳宣蓓為台大健康政策與管理研究所研究生
（本文僅代表作者個人意見，不代表本智庫立場）

Phoca PDF

參考文獻

Iwasaki, K, Takahashi, M & Nataka, A (2006) 'Health problems due to long working hours in Japan: Working hours, workers' compensation (Karoshi) & preventive measures', Industrial Health 44: 537-40.

Kondo, N & Oh, J (2010) 'Suicide and karoshi (death from overwork) during the recent economic crises in Japan: the impacts, mechanisms and political responses.' J Epidemiol Community Health 64/8: 649-50.

MoHLW (2010) 'Longterm trends in employment status', in: Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan).

MoHLW (2010)
'平成２１年度における脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について Statistics of the compensation for industrial accidents by cardiac, cerebral and mental illnesses.' in: Ministry of Health, Labour and Welfare).

Nishiyama, K. & Johnson, J. V. (1997) 'Karoshi--death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management', International Journal of Health Services 27/4: 625-41.

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

林依瑩, 鄭雅文 & 王榮德 (2009) '職業災害補償制度之國際比較及台灣制度之改革方向', 台灣衛誌 28/6: 459-74.

邱祈豪 (2010) '2008年日本勞動派遣法草案及派遣實態之研究', 台灣勞動評論 2/1: 63-91.

湯淺誠（蕭秋梅譯）(2010) 反貧困─逃出溜滑梯的社會 (台北: 早安財經).

楊雅萍 (2007) '過勞死之職業災害認定制度之形成與發展', in (台北: 台大法律學研究所).

Phoca PDF