

壹、前言

去年（2010）科技產業年輕工程師的猝死事件，引發各界關注高科技業濫用「責任制」工作的問題。勞委會在民意壓力下，於去年十月針對30家大型高科技公司進行專案勞動檢查，結果發現有高達八成的業者違反勞基法有關工時的相關規定。事實上，台灣事業單位違反勞基法工時規範的情形相當普遍，例如讓員工超時工作、未依法給予加班費、加班費僅以底薪做計算單位造成員工加班費短少、違法使用「責任制」等等。

在全球產業競爭壓力之下，產業為了維持競爭力，無不致力於壓低人事成本。各種勞動力彈性運用策略的應用，成為產業界人資部門的重要工作；但對於工作者而言，則意味著勞動負荷的強化。不僅在台灣，工作壓力與職場疲勞也成為許多國家重要的政策議題。例如，日本與韓國自1980年代以來，過勞猝死案例即層出不窮，至1990年代後期，日本更出現「過勞自殺」的職業災害認定爭議。在歐美國家，心理壓力引起的身心理疾病獲得職災補償給付的個案也不斷增加。

勞動政策如何確保工作者的健康與福祉？職業健康法規如何保護勞工？如何預防職場中的社會心理危害？過勞疾病是否被認定為職業傷病？本文將針對因應對策，提出一些建議。

貳、工時與責任制工作的規範與落實

導致工作身心疲勞的因素很多，其中「工時」反映勞動長度，影響工作者身心健康甚劇，乃是各國勞動規範最重要的主題之一。國際間已有相當多的流行病學實證研究，指出工時過長會增加職業傷病風險，包括職災事故、工作疏失、心肌梗塞、高血壓、疲勞等。

世界各國對工時的規範不一，但一般而言，多數工業先進國家已將正常工時上限下修至每週40小時（如芬蘭、瑞典、荷蘭、美國、日本、韓國等）。我國勞基法有關正常工時與超時上限的規範（正常工時一天8小時、一週48小時、兩週84小時，一個月超時上限46小時等），相較於其他國家乃是偏高的。根據行政院主計處2006年的人力資源調查，我國就業者中有20.4%每週工時超過48小時，屬長工時國家。

勞基法自1984年制訂以來，一直僅適用於工業部門。至1996年，為了因應勞基法擴大適用範圍至服務業，而新增第84之一條「工作時間可另行約定」之條文，其中所指可另行約定的工作類型包括「監督、管理人員及責任制專業人員」、「監視性或間歇性工作」、「其他性質特殊之工作」。但哪些屬「責任制專業人員」仍須由政府公告，而另行約定的勞動契約，也必須由勞雇雙方議訂，內容應明訂每月最高工時、加班給付標準、例假、休假等等，且必須向公司所在地縣市主管機關勞工管理局，或是科學工業園區管理局、加工出口區管理局等核備後才能正式實施。

不論是「責任制工作」或一般工作，目前勞基法已有詳細規範，但為何雇主違法比率如此高？為何大多數工作者對上述規範不甚瞭解？為何工作者難以拒絕超時工作，甚至自願無薪加班？直言之，其實是勞雇權力極度不對等，以及政府勞動檢查部門的消極不作為所致。

勞動檢查乃是維護工作者安全與健康最根本的機制。我國勞動檢查的實體內容以「勞動基

準法」與「勞工安全衛生法」規定事項為主，前者規範最低的勞動條件，如工時、薪資、休假、雇佣契約等，後者則規範最低的安全衛生條件。我國勞動檢查制度有下述問題：

(1) 勞基法與勞工安全衛生法適用範圍皆未涵蓋所有受僱者，應擴大適用至所有受僱者；

(2) 勞動檢查重安全衛生，輕勞動條件；在安全衛生方面，又以工業部門的危害為主，如機械設備的檢查，缺乏社會心理危害的檢查，應修訂「勞工安全衛生法」，並強化一般勞動條件（如工時、薪資）以及特殊職業社會心理危害（如職場霸凌、騷擾、不當勞動對待）之檢查。

(3) 檢查體系的權責分散，易造成中央主管機構在統籌指揮、監督與統計上的困難。勞檢單位包括勞委會的北、中、南三區勞動檢查所、台北市與高雄市的勞動檢查處（所）、經濟部加工出口區管理處的勞動檢查單位、國科會科學園區管理局下設的勞動檢查中心等；

(4) 勞動檢查人力顯著不足。在2009年，僅有373名勞動檢查員，外加110名代行檢查員，檢查人力每十萬人約0.4名，遠低於國際水準（如，歐盟建議量為1.5；瑞典2.9、芬蘭1.6、英國1.1），應大幅提高勞動檢查員編制；

(5) 罰鍰金額偏低，恐怕無法有效遏止違規業者不法行為，應提高罰鍰；

(6) 勞動檢查的受檢單位以大型企業為主，應強化中小型企業之檢查。

參、造成疲勞的「職場社會心理危害」

單單從工時（亦即勞動長度），事實上無法反應出工作者整體的勞動負荷。勞動負荷的其他面向，尚包括工作量、職場中的人力配置、勞動密度（譬如工作速度）、勞動強度（譬如責任負荷、考核壓力），以及服務業非常普遍的情緒勞動負荷等問題。

在工作壓力問題上，歐美先進國家著重於事前預防，強調雇主責任、勞工通報、工會制衡、勞動檢查等策略。一些國家也已擴大規範內容與勞動檢查範圍，作為因應過勞問題的策略。譬如在丹麥、瑞典、澳洲、法國、比利時、加拿大的Saskatchewan與達北克等司法管轄區（jurisdiction），已將「精神騷擾」（psychological harassment）、「霸凌」（bullying）、「暴力」（violence）、「壓力」（stress）、「不當的工作組織」（poor work organization）等議題被納入勞動規範或勞動檢查的範圍。西方國家的全國性職業健康調查，亦涵括各種「職場社會心理危害」，如下表所示；政府透過定期的受僱者調查，以瞭解這些問題的普遍性與分佈狀態，並對高危險族群作宣導與介入。

表一、職場社會心理危害之類型與指標內容

| 類型 | 指標內容 |
|-----------------------------|----------------------|
| 就業狀態（employment conditions） | |
| 契約與薪資 | 契約型態 薪資、福利與績效考核機制 |
| 就業保障（employment security） | 工作保障、經濟收入保障、勞動市場就業機會 |

| | |
|---|--|
| 職涯發展 (career development) | 升遷機會、訓練 |
| 工作本身之內容與特質 (job characteristics and nature of work) | |
| 工作控制 (job control) | 工作技能 (skill discretion)：缺乏多樣性、重複性工作、零碎或無意義工作、缺乏技能 決策自主權 (decision autonomy)：自主性、參與權 |
| 工作負荷 (job demands) | 工作量 (與人力配置)、工作步調、情緒負荷、認知負荷、體力負荷、時間壓力 |
| 工作時間 (work duration and time) | 長工時 輪班工作、夜班工作 |
| 職場社會與組織特質 (social and organizational context of work) | |
| 社會人際關係 (social and interpersonal relationships) | 主管社會支持、管理品質 同事社會支持、社會互動關係 |
| 組織正義 (organizational justice) | 分配正義、程序正義、訊息正義、人際正義 |
| 工作角色 (work role) | 角色模糊、角色衝突、工作責任 |
| 暴力 (violence) | 身體暴力、霸凌、騷擾 |
| 歧視 (discrimination) | 性別、年齡、國籍、種族、宗教、失能、性向歧視 |
| 工作與家庭衝突 (work and family conflict) | 在家工作、電傳工作 家庭與工作的衝突 家務勞動 |

其中值得注意的是，薪資制度、契約關係與績效考核制度，往往是影響工作者工作行為與過勞問題的重要因素。在台灣，按件或按時計酬等彈性薪資制度原本就十分普遍；近年來企業管理者更加強化各種勞動彈性化策略，包括外包、派遣等雇用模式，在薪資管理上也採各種績效制度鼓勵員工，並藉以降低人事成本。從工作者的角度而言，浮動薪資制度可能可讓工作者感受到「薪水高低操之在我」的自我控制感，因此能主動積極地投入工作。但低底薪或無底薪的薪資結構，時常是勞動階級過度勞動的因素。除了工作負荷可能增加之外，「浮動薪資」也意味著經濟收入缺乏保障。「浮動薪資」強化競爭壓力，尤其是以個人績效表現為依據的薪資制度，經常伴隨著同事之間的競爭，不利於工作者之間的社會連結。此外，「浮動薪資制」也強化管理者的績效評估。這些因素，都可能是影響工作者身心健康的重要因素。

不當的勞動狀況往往源自於不平衡的勞雇權力關係。在台灣，勞工力量薄弱，更需要政府扮演積極的角色。如何強化政府勞動保護機制，思考如何擴大勞檢範圍，並對職場社會心理危害作定期調查，乃是當務之急。

肆、有關職災補償制度

相較於其他國家，台灣的職業災害發生率偏高，但職業疾病卻一直嚴重低估。以2009年勞保職災給付的數據為例，該年僅補償478件職業病，若以勞保投保人口作為分母，台灣每十萬工作者僅有5.3人得到職業疾病的認定與補償。相較於其他國家，如與日本（每十萬職災保險人口有17件）、韓國（每十萬職災保險人口有63件）以及西方先進國家，台灣的職業病補償率遠遠落後

, 屬落後國家的水準。

針對職業引起的心腦血管疾病問題（即俗稱的「過勞死」），日本在1961年即頒布了認定基準，近幾年來，此類案件的補償件數每年大約有300~400件，認定通過的比率佔該類疾病申請件數的40%左右。韓國在1995年首度將工作引起的心腦血管疾病納入職災補償的範圍後，補償件數逐年上升，至2003年達高峰，該年通過認定並得到職災補償的心腦血管疾病個案共2358件。台灣雖在1991年即頒布心腦血管疾病的職業病認定參考指引，但一直遲至2006年台灣才真正有心腦血管案例通過勞保的職業病認定，補償件數遠遠不及日、韓兩國，在2009年僅有26件，去年（2010）也僅33件。

在工作壓力引起的精神疾病方面，日本於1999年頒布了職業精神疾病認定指引，近年來日本職業精神疾病的補償件數上升速度快速，近三年平均每年有260個案例，認定通過率在20~30%之間，其中約有27%（每年約70件）為自殺死亡案例。韓國在2005年將精神疾病納入職災補償範圍，近幾年來平均每年約有27件職業精神疾病案例得到補償。台灣近年來在勞工團體與職業醫學專業人士的不斷訴求之下，勞委會於2008年將「創傷後壓力症候群」(Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)列入職業病種類表；並於2009年11月修訂勞保規定，將職業精神疾病（包括憂鬱症）納入給付範圍，但勞保局至今尚未認定任何職業精神疾病案例。

在大多數西方國家，雖然精神疾病未被正式納入「職業疾病種類表」，但在實際運作上，只要符合合理的工作因果相關性，即有可能被認定為職災。以加拿大達北克省為例，在2007年即有1,228件心理壓力引起的傷病案例（stress claims）通過職災補償認定。雖然在所有職業傷病補償案例中，stress claims所佔的比率不高，但仍有相當多的案例成立，被認定的工作壓力事件包括：經歷或目睹暴力事件、被主管或同事惡意排擠或威脅、受到歧視、騷擾或不當待遇、工作量過大、責任壓力過大等等。甚至有個案因面臨組織改造，同事離職而職缺未替補，導致工作量大增，診斷為憂鬱症，被認定為職業病；另有個案被迫休假，工作被取代後還被要求訓練其接替者，其自殺事件亦被認定為職災。法國在2007年前後並發生數起員工自殺事件，其中一個汽車製造業工廠在一年內發生了4起自殺事件，調查指出，該職場處在組織改造、工作外包與企業揚言外移的勞雇緊張關係之下。

值得注意的是，日本、韓國與西方國家對於心理壓力相關職災的認定，著重於個案本身的經驗，而不引用流行病學因果證據。主因是，流行病學以群體作為分析單位，不論是「相對危險性」（relative ratio）或「絕對危險性」（attributable risk），皆以群體作為計算單位，亦即，流行病學證據可有效地推估群體之間的風險差異，但對於「個體」（individuals）的預測性，卻是相當有限。

我國勞委會針對過勞疾病的職業病認定依據，雖然也考慮工時之外的其他面向，但由於後者難以量化，在實務上仍以工時長短作為主要依據，且十分拘泥於醫學與流行病學文獻上的因果證據。

我國的職業傷病認定機制有不少問題，職災補償制度更是問題叢生。職業傷病認定的問題包括：（1）認定時往往缺乏客觀中立的勞動紀錄或其他職場危害記錄，目前的勞工健檢制度也未發揮功能；（2）太過強調流行病學文獻上的因果證據，忽略流行病學在詮釋個案疾病工作相關性上的限制；（3）認定程序缺乏公開性，認定委員為醫界人士，未必清楚瞭解職災補償制度的社會意義與核心價值，亦即，落實雇主保護勞工健康與福祉之責任；許多醫界人士堅持，除非有非常明確的病理解剖與醫學因果證據，否則不應被認定為職業病，並主張工作者應負責管理自己的身心健康。

在職災補償制度方面，問題包括：（1）相關法規混亂分散，建議應參考國際經驗，獨立立法；（2）缺乏專責於職災保護制度的主管機構；（3）職災補償制度應涵蓋所有受僱者，包括目前未強制加保的受僱於五人以下公司行號的工作者；（4）自願加保者須自行負擔80%的職災保費，另外20%則由政府補助，而雇用自願加保者的小型公司行號雇主並不需負擔職災保費，並不公平，保費設計應修訂；（5）保險費率偏低。勞保局一方面嚴格地審查受災者的職業傷病申請，另一方面卻又不斷調降職災保險費率。相較於其他國家，台灣職災保險費率偏低；尤其近幾年不斷調降，目前為0.21%，遠低於其他國家；（6）給付不足，職災失能及死亡給付未採年金制。

台灣過去的經濟成長快速，墊基的是勞動者的「血汗」；長期以來犧牲環境品質，也忽視工作者身心健康與家庭、社會需求。這種發展模式勢必難以永續，也不應再複製。

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