

# 醫師過勞職災之認定與權益保障

## 一以嘉基急診醫師腦血管事件為例

國立中正大學勞工研究所、嘉基工會實習生 蕭林盛

### 壹、 嘉基急診科陳醫師事件背景

嘉義基督教醫院急診部陳醫師，在嘉基醫院擔任急診醫師已有兩年。陳醫師在 6 月 25 日值完大夜班（凌晨 12 點到早上 8 點）後，一早搭火車返回高雄住處時，於岡山火車站因腦出血導致昏倒，經送往岡山秀傳醫院救治後再轉送回嘉基醫院接受急診。電腦斷層診斷顯示，陳醫師有硬腦膜下腔出血、蜘蛛膜下腔出血情形，幸好出血量不大，也未有持續出血情形，無須開刀，意識恢復後，能認得家人跟同事，肢體功能也未受影響。目前陳醫師情況已好轉，經觀察後由加護病房轉往一般病房，現已出院休養。

雖陳醫師人尚無大礙是不幸中的萬幸，然而，此事件又讓醫師血汗過勞的議題再度被關注，醫師血汗的情況亦早已不是新聞。賴昭翰、李政昌（2015）便指出台灣病床醫師比例遠低於先進國家，每百床病床醫師英國為 92 人、美國為 79 人、台灣約只有 27 人；每萬人口醫師密度希臘為 61 人、德國為 38 人、台灣只有 18 人；每萬人口護理人員密度瑞士為 166 人、德國為 114 人、美國為 112 人、日本為 100 人、而台灣為 50 人。然而，台灣平均每人每年就醫次數卻高達 15 次，為世界之首。

反映在如此極端的數據上，台灣醫護人員超時工作已是普遍現象，許多團體如台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟（醫勞盟）皆對此種現象提出批評，醫療人員超時工作所可能導致的醫療風險，會危及病患與其自身的安危。以陳醫師所服務的急診專科部門而言，急診醫師需全年 24 小時輪流值班，工作性質具有高危險性的風險，如面對高度傳染之疾病、危險有害物質、特殊個案情況等。在原本已充滿壓力的工作環境下，若又長期累積過多的工作時數，將可能對醫師帶來健康上的負面影響，同時也可能導致醫療上的錯誤而產生醫療糾紛。

Veasey, Rosen, Barzansky, Rosen, & Owens (2002) 便指出慢性睡眠不足所造成的影響是會逐漸累積的，這種情形不論是健康的成年人、住院醫師或是醫學生都會發生。Yang, Li & Wei (2007) 在當時的研究就顯示了，國內醫師過勞的情況，住院醫師每周平均工時為 112 小時，主治醫師為 89 小時，遠遠超出其他產業。許多研究亦證實了，醫師的過勞情況與工作時間的長短有著顯著相關 (Goldberg et al., 1996; Shanafelt et al., 2012; 唐莘嵐、鄭博文、簡瑞騰, 2014)。而早期的一篇醫學研究早已指出，在持續 10 至 16 小時的清醒不眠狀況下，每小時降低的行為能力，約等於血中酒精濃度每增加 0.004% 所降低的行為能力；而在連續 17 小時不眠狀態的行為能力，則如同血中含有「0.05%」的酒精濃度時的行為能力障礙；而在連續 24 小時不眠狀態下的行為能力，則如同血液中含有「0.1%」的酒精濃度時一般低落 (Dawson & Reid, 1997)。

藉由上述可知，長時間的工作對於醫師而言，存在著許多面向的影響，除了可能影響其在執行醫療時的判斷能力外，同時會對其身體造成健康上的危害，長期而言可能導致職業災害的發生。然而，目前屬於醫療保健服務業的醫師尚未被納入勞動基準法的保障，無論是在工時或休息時間上都不受勞基法的約束，如有發生疑似過勞而導致的職業災害，首先會面臨是否被承認具有勞工的身分，接著會面臨是否受勞保職災的保障等，進而影響後續的各項職災給付與責任歸屬問題。因此，在改變目前醫師尚未被納入勞基法保障的問題之前，醫師若發生了職業災害，將會面臨哪些法律上的適用問題、該如何保障自身的權益、過往是否有相關案件可以依循，未來在制度上又有哪些需改善之部分，本研究透過文獻上的回顧加以彙整並提出建議。

## 貳、 醫師過勞職業災害

### 一、 奇美住院醫師蔡伯羌事件

2009 年 4 月 23 日，擔任奇美醫院一般外科住院醫師 4 年、34 歲的醫師蔡伯羌，在連續工作超過 30 小時，準備進開刀房見習疝氣手術前發生急性心肌梗塞

倒地，雖救回一命卻因腦傷導致失憶、注意力不足、人際互動能力薄弱等後遺症，生活無法自理、也喪失學習新事物的能力。蔡伯羌醫師之後由勞保局認定為「職災」，2011年其妻李其芳向奇美醫院求償，經一審敗訴後，2015年1月，二審判決奇美醫院須給付補償金780萬元，成為台灣醫師職災獲賠的首例。

台南高等法院在二審判決中，法官採納3名職業醫學科專科醫師的意見，認定蔡伯羌醫師發病前每月平均超時工作84小時，扣掉已領勞保失能給付及奇美給付的薪資，總計判賠780萬餘元。然而，法官亦認為蔡伯羌本身有高血脂，因此要自負65%的職災責任。依照二審法官判決脈絡而言，雖然醫師不受勞基法所保障，仍適用於職災勞工保護法中所認定的職災保障。但是就全案而言，目前奇美醫院仍在進行上訴中，且二審蔡伯羌醫師方雖是勝訴，在實質上卻是敗了，因為在個人需負擔65%的職災責任上，顯然對蔡醫師有失公平。

綜觀過去醫護人員超時工作的情況，台北榮總住院醫師陳宥任(2015)指出，住院醫師每天平均工作12到14小時，加上一個月要值班八到十次，也就是連續工作三十幾個小時，醫師在值班期間有過勞情況並不少見。根據醫師勞動條件改革小組的調查，2012年住院醫師平均每周工時為100小時(平均每天工時14小時)；近6年來疑因過勞倒下或死亡而見報的醫師有11位。顯示了雖然蔡醫師事件的勝訴代表了醫師勞動權益促進的一大邁進，但是更多的醫師可能都有過勞的情況，只是尚未倒下，或者是倒下了我們卻不知道。陳宥任醫師(2015)更提出了重要的一點，醫師過勞，受害的是每個病患，因為醫師可能因過勞而態度不佳、誤判病情、寫錯醫囑、降低手術時的專注力等。

## 二、長庚前住院總醫師張皓程事件

林口長庚醫院前住院總醫師張皓程，於2007年起任職長庚醫院，2011年升任直腸科外科住院總醫師後工作量增加，在2012年7月因連續工作32小時，在工作期間發生腦出血中風，導致中度失能。

張醫師妻子要求長庚免收醫療費用、提供後續復健資源，並讓張醫師轉任非

醫師工作。然而，院方於 2013 年不續聘張醫師，並認為此案並非職業傷害同時拒絕給付退休金。此案台大醫院鑑定認為張醫師「連續工作 32 小時」、「發病前一週短期工作負荷過重」、「發病前 6 個月長期工作負荷過重」等，勞保局亦判定為職業災害，支付失能給付。因此，張醫師妻子認為，勞保局已判定張醫師為職業災害，依職業災害保護法及勞動基準法，以張醫師受職業災害致無法勝任工作為由，訴請長庚院方給付退休金 181 萬餘元。

此案經台北地方法院判決，認為依張醫師出勤資料，在其升任總醫師後，每日從上午六時許開始工作，不僅工作繁重還得擔任教學工作，病發前半年，每月加班時數達 155 小時，病發時更已連續工作 32 小時，已屬超時工作，才引發腦出血中風。判定張醫師因過勞導致中風屬於職業災害，同時，法官亦認定張醫師在中風前，已連續獲得院方聘僱 6 年，雙方應視為不定期契約。因此，最後判定長庚院方應付其退休金 16 個基數共 181 萬餘元。

從上述案件可以看到，儘管最後結果看似勞方的勝利，然而對這些醫師而言，卻是付出了慘痛的代價。透過上述案件亦可發現，導致醫師過勞的主因是工作時間的過長，在目前沒有勞基法的保障下，醫師超時工作便已成常態，在醫師被正式納入勞基法適用範圍之前，過勞的情形還是無法從根本改善，未來醫護人員過勞倒下的情形仍不會減少。

### 三、 過勞職業災害

#### (一) 何謂過勞職業災害

過勞 (burn-out) 指的是一種身心耗弱的狀態，個體長期處在高度心理壓力下的反應。過勞的症狀與成因複雜，許多研究認為過勞是長期暴露於工作壓力下造成個體受到損害的結果。

過勞職業災害在意義上可解釋為勞工因過度承受工作上的疲勞或壓力而導致之受傷、疾病、殘廢或死亡，在意涵上包括過度的勞身與勞心等兩方所導致的災害。廣義的過勞職業災害與一般職業災害相同，可能導致的情形包含職業傷害

與職業病兩部分。在職業傷害部分，由於通常有明顯災害的發生，因此在判斷時並不需要對過勞因子的影響加以特別注意也能進行認定。然而，在職業病方面，由於過勞職業災害是強調「疲勞因子」或「壓力因子」的影響，因而在概念上一般不包含由災害所引起的疾病，但是過勞所引起的職業傷害還是有可能會導致職業病的發生，但前提是需具有業務遂行性，也就是職業病與執行工作之間需是具有因果關係的（郭庭恩，2007）。

過勞職業災害亦包含過勞死的概念，1990年TetsunojoUehata在國際勞工組織（The International Labour Organization，ILO）發表對於過勞死（Karoshi）的定義，其認為過勞死係指有害心理健康的持續工作，打亂工作者的正常工作和生活節奏，從而導致體內疲勞積蓄及長期勞累過度，持續超時工作狀態伴隨原有高血壓或動脈血管硬化的惡化，最後導致致命性崩潰衰竭而死。

## （二）過勞職業災害之特性

過勞可能導致各種形式的災害，所以過勞職災含有相當廣泛的意涵，然而還是有以下幾點特性：

1. 導致過勞職業災害的「疲勞因子」或「壓力因子」具有累積的性質，必須暴露於此等有害因子之下一段時間後，傷害或病症才會發生。
2. 導致過勞職業災害的「疲勞因子」或「壓力因子」具有不易測量的性質。
3. 過勞職業災害是否形成，除了「疲勞因子」或「壓力因子」之外，還有其他諸多共同作用因素。

## （三）過勞職業災害成因

疲勞或壓力是造成過勞職業災害的主因，不僅可能會造成健康上的危害，一般事故性的外傷亦包含於其中。與其他壓力相較之下，來自工作本身之壓力對身心健康的影響更大（周文祥，1996）。祝年豐等人（1994）在研究工作壓力與心臟血管疾病之關係中就指出，隨著工作壓力的增加，冠狀動脈疾病的發生機率也會升高。

當人們承受過度的身體上或精神上的負荷而有過度的壓力時，一般都會在心

理上產生不愉快的反應，對大多數人而言，心理上的壓力大致會使其產生幾項負向情緒反應，如生氣、憤怒、焦慮、憂鬱、沮喪、厭惡等（葉重新，1997）。而在行為上的反應，許多研究也指出長期處於高壓力狀況下的人，較易產生放縱自身的行為，如抽菸、酗酒、暴飲暴食等，甚至可能導致人格上的變化，如低度自信、高敵意、憤世嫉俗等（鄭雅文，2004）。由此能看出，與工作有關之壓力是導致過勞職業災害的主要原因之一。

而經濟和資訊及溝通技術的改變，使得越來越多組織關鍵人物的工作超時，時間壓力加大，研究顯示長時間工作對健康的效應如下：不充分的睡眠與不充分的恢復時間，伴隨著不良生活習慣時會對健康產生負面影響，特別是增加心血管疾病的危險（Harma，2003）。勞工安全衛生所（今勞動部勞動及職業安全衛生研究所）在2005年針對高科技產業過勞的報告中便有提到，在容易產生過勞反應的危險因子其中有包含經常加班、工作負擔過重等。許多的研究也都顯示過長的工時與較高的工作壓力相關，並可能產生包括高血壓及心血管疾病、腸胃疾病、頭痛耳鳴、免疫機能下降等身體症狀（Niedhammer et al., 1998、Aronsson & Rissler, 1998）。有鑑於此，工作時間過長亦是導致過勞職業災害的主要原因之一。

#### 四、 過勞職業災害之認定

對勞工而言，無論是否有參加勞保，勞工若因職業災害導致喪失工作能力、殘廢或死亡都可以受職業災害勞工保護法保障<sup>1</sup>，重要的是，能否獲得各項補助及津貼的前提是所受傷病是否因職業所引起。而認定的結果便影響了勞工能否獲得勞保職災給付與職業災害勞工保護法的各項補助及津貼。

在勞工保險的部分，勞保分為兩方面，一是普通事故保險，提供勞工生、老、病、死、殘疾等給付，二是針對勞工因執行職務而導致傷病、殘廢、死亡或有醫療需求時所給予的職災給付。

---

<sup>1</sup> 職業災害勞工保護法第四條第一項：「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。」，同法第九條第一項：「未加入勞工保險之勞工，於本法施行後遭遇職業災害，符合前條第一項各款情形之一者，得申請補助。」

台大醫院職業傷病診治中心主治醫師杜宗禮（2006）認為，國內被認定為職業病個案不多的原因，一部分原因跟勞工發現有職業病時不會找職業病醫師，而一般醫師對職業病不大瞭解有關。目前全台提供職業傷病認定服務的職業傷病防治中心共有 10 間，分別是北區：長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院；中區：中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、中山醫學大學附設醫院、臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院；南區：國立成功大學附設醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院；以及東區：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院等。勞工若發生職業災害可向上述職業傷病防治中心申請職業災害之認定。

在職災認定方面，針對較難認定的職業病在事實認定上有五大原則，分別是：

1. 疾病診斷證據的確立：意即疾病之確定。
2. 危害暴露的證據：指導致職業病產生的工作因素要明確。
3. 符合時序性：必須要工作一段時間後才發生疾病，即疾病與執行工作間需具有因果關係。
4. 符合一致性：指疾病發生要有證據支持，且這些證據需在不同地區仍存有共通性。
5. 排除可能干擾因素：必須排除其他一般常見且與工作環境無關之因素。

因近年來工作型態快速變化，使得許多勞工有長時間勞動及高工作壓力的狀況產生，導致遭遇異常事件、短期工作負荷過重及長期工作負荷過重而促發腦血管及心臟疾病。因此，勞動部於 2016 年第三次修正「職業促發腦血管及心臟疾病（外傷導致者除外）之認定參考指引」，以做為職業疾病認定的參考依據。

根據該指引，腦血管及心臟疾病的致病原因可能是由幾種病因所引起的。而主要危險因子為原有疾病或宿因，促發因子經醫學研究所認知者包括：外傷、體質、飲食習慣、氣溫、吸菸、飲酒、藥物作用及工作負荷等八項。而在醫學上認為職業並不是直接形成腦血管及心臟疾病的主要原因，腦血管及心臟疾病只是所

謂的「個人疾病惡化型」之疾病。但是，如果職業是造成腦血管及心臟疾病等明顯惡化的原因時，便可以認定為是職業病。

該指引也列舉了職業原因所促發之腦心血管疾病，其中主要目標疾病有：

1. 腦血管疾病：包括腦出血、腦梗塞、蜘蛛膜下腔出血及高血壓性腦病變。
2. 心臟疾病：包括心肌梗塞、急性心臟衰竭、主動脈剝離、狹心症、嚴重心律不整、心臟停止及心因性猝死。

可以看出，若勞工罹患上述目標疾病，又符合該指引所提之工作原因過重負荷要件者，原則上便可認定為職業疾病，同時指引亦明示促發疾病之危險因子，在工作負荷部分為：「與工作有關之重度體力消耗或精神緊張（含高度驚愕或恐怖）等異常事件，以及短期、長期的疲勞累積等過重之工作負荷。」並列舉了工作負荷因子有（1）不規則的工作（2）工作時間長的工作（3）經常出差的工作（4）輪班工作或夜班工作（5）工作環境（6）伴隨精神緊張的工作等因子。

至此便可發現，判斷職業病的方法，是針對會導致工作負荷過重進而促發疾病之危險因子，從「異常事件」、「短期間業務過重」、「長期蓄積疲勞」等標準進行認定，一旦存有這些標準下之促發疾病危險因子，又符合該指引所列舉之目標疾病，便可認定為是職業病。這三項標準分別為：

1. 長期工作過重之評估部分：

（1）以每週 40 小時工時以外之時數計算加班時數。發病日至發病前 1 個月之加班時數超過 100 小時、或發病日至發病前 2 至 6 個月內之月平均加班時數超過 80 小時，其加班產生之工作負荷與發病之相關性極強。

（2）發病日前 1 至 6 個月，加班時數月平均超過 45 小時，其工作與發病間之關連性，會隨著加班時數之增加而增強，視個案情況進行評估。

2. 短期工作過重之評估部分：

（1）發病當時至前一天期間是否從事特別長時間之過度勞動。

（2）發病前約 1 週內是否常態性長時間勞動。

（3）短期過重之工作與日常工作相比，是否造成身體與精神上之過度負荷。



### 3. 異常事件之評估部分：

- (1) 會引起極度緊張、興奮、恐懼、驚訝等強烈精神上負荷之異常事件。
- (2) 會迫使身體突然承受強烈負荷之異常事件。
- (3) 急遽且明顯的工作環境變動。

### 參、 醫師過勞職災相關法律規範

根據上述所示，勞工發生職業傷害以及職業病，導致身心受到損害時，最重要的是對於職災的認定部分，將會影響後續勞保職災給付以及職災勞保的適用問題。然而，目前我國醫師尚未納入勞基法的適用範圍內，因此如有發生職業災害，將導致醫師在法律適用上的疑義。根據前述所介紹之醫師過勞職災案例，其判決結果可供往後醫師發生職災時加以借鏡。本文參照蔡伯羌醫師二審勝訴之判決結果，針對法官所作出的關鍵判旨來提出醫師在發生職災後，有哪些法律適用的問題是必須加以認定的。

#### 一、醫師與醫院是否具僱傭關係，又是否屬勞動契約？

法律上勞工之定義，在我國勞動法基本上並無明文規定，唯一較明確者，是自民國二十五年制定以來仍尚未施行生效的勞動契約法第一條規定：「稱勞動契約者，謂當事人之一方，對於他方在從屬關係提供其職業上之勞動力，而他方給付報酬之契約。」該法雖無法律上之效力存在，然而該條文明確點出了從屬性為勞動契約之核心概念。

根據往年判決，民法 482 條<sup>2</sup>僱傭關係乃當事人以勞務之給付為目的，受僱人於一定期間內，應依照僱用人之指示，從事一定種類工作，且受僱人提供勞務，具有繼續性及從屬性之關係（最高法院 94 年台上字 573 號判旨）。勞基法所規定之勞動契約，係指當事人一方，在從屬於他方之關係下，提供職業上之勞動力，

---

<sup>2</sup> 民法第 482 條：「稱僱傭者，謂當事人約定，一方於一定或不定期限內為他方服勞務，他方給付報酬之契約。」

而由他方給付報酬之契約。從屬性內涵通常具有：人格從屬、親自履行、經濟從屬、組織從屬（最高法院 96 年台上字第 2630 判決）。又勞動契約非僅限於僱傭契約，關於勞務給付之契約，其具有從屬性勞動性質者，縱兼有承攬、委任等性質，亦應屬勞動契約（最高法院 89 年台上字第 1301 號判旨）。且基於保護勞工立場，一般就勞動契約關係成立，均從寬認定，只要有部分從屬性，即應成立（最高法院 81 年台上字第 347 號判旨）。

針對醫師未納入勞基法的部分。衛生署（今衛服部）78 年衛署醫字第 900817 號函稱：醫療保健服務業，服務對象為病人，不僅涉及勞資關係，尚涉及醫病關係，其工作條件、工作環境、工作時數、與一般行業有別，具有其特殊性，因此不適宜納入勞基法之適用範圍。勞委會（今勞動部）86 年勞動一字第 037287 號函、93 年 10 月 11 日勞動一字號函亦均稱：醫療保健服務業之醫師其勞雇關係排除不適用勞基法之適用，認為醫療保健服務業之醫師非適用勞基法之勞工。

然而，在契約定性上，2010 年長庚醫院爆發醫院超收醫師健保費和逃漏稅之爭議，引發各界關注醫院與醫師間究竟為合夥關係或是僱傭關係的爭論。在醫師公會和衛生署公文來往論戰後，民 100 年衛署醫字第 1000200812 號函<sup>3</sup>和衛署醫字第 1000210622 號函<sup>4</sup>皆明確指出了，醫療機構與其所屬醫師為僱傭關係，非合夥關係。可謂確立各家醫院與工作於醫院之醫師，其法律關係為僱傭契約，而非如合夥、委任、承攬等擁有相對於醫院有一定獨立性之勞務契約關係。

且依從屬關係為勞動契約的特徵，從醫師與醫院簽訂之聘書可查是否具上述從屬性之特性，從而可判斷除了成立民法之僱傭關係以外，是否亦成立勞動契約關係。最高行政法院 103 年度判字第 641 號判決理由便認為主治醫師在組織、人格及經濟上而言，皆具有從屬於醫療機構之特徵。

從上述判決可見，醫師與醫院之僱傭關係以及是否具有勞動契約之事實，並

---

<sup>3</sup> 民 100 年 2 月 1 日衛署醫字第 1000200812 號函稱：「...有關醫療機構與醫師間，應認定其屬於一種『僱傭關係』，並依全民健康保險法之相關規定，以機構受雇者繳交保險費用，及依民法第 188 條之相關規定，對醫療之事故負擔連帶賠償責任。」

<sup>4</sup> 民 100 年 11 月 17 日衛署醫字第 1000210622 號函稱：「...有關醫院醫師與醫院之法律關係，本署業於 100 年 2 月 1 日以衛署醫字第 1000200812 號函，明確予以認定應該屬於僱傭關係，惟其認定係以醫療機構所聘僱並辦理執業登記之醫師作為對象。」

不是以是否適用勞基法來認定，而是以雙方之間是否具有從屬性來看，進而認定雙方是否成立勞動契約關係，進而影響後續的法律認定問題。

## 二、 職災是否有超時工作之情形，又職災與工作之間是否具有因果關係？

根據上述所提之「職業促發腦血管及心臟疾病（外傷導致者除外）之認定參考指引」，具有明顯強相關之長期工作負荷過重情形，評估發病前約 6 個月內，是否因長時間勞動造成明顯疲勞的累積。以每週 40 小時工時以外之時數計算加班時數，其中，發病日至發病前 1 個月之加班時數超過 100 小時，或發病日至發病前 2 至 6 個月內，月平均加班時數超過 80 小時，則加班產生之工作負荷與發病之疾病相關性極強，可認定為職業病。

蔡伯羌醫師一案二審法官亦認為，已加入勞工保險之被保險人，以及未加入勞工保險而遭遇職災之勞工，其申請補償給付、補助或津貼之權益，分別在職災保護法第 6、8、9 條規定，因此，遭遇職災之勞工是否為勞基法所稱之勞工無關。意即，醫師發生職災之情形，在認定為適用職災保護法保障上，並不受其未納入勞基法適用之身分而受到限縮。

在醫師職災與其執行醫務間之因果關係部分。首先，職業災害包含了勞工因事故所受之傷害以及因執行職務所罹患之疾病<sup>5</sup>，此概念亦包含了過勞死的意涵。通常具有明顯因果關係之職業傷害較無認定上之疑義。在職業病之認定部分，除重在職務與疾病間之關聯性（職務之性質具有引發或使疾病惡化之因子）外，尚須兼顧該二者間是否具有相當之因果關係（最高法院 100 年台上字第 1191 號判旨）。職業病認定五大原則中便詳述了這些基本要件，再經由事實認定來進行職業病的確立。

## 三、 醫師發生職災，醫院是否因侵害醫師權利而有侵權行為之法律關係？

民法第 184 條第一項前段明定：因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負

---

<sup>5</sup> 勞動基準法第 59 條第一項前段：「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。」

損害賠償責任。又就職災保護法第7條之規定，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。可知，若勞工因執行職務而致使其身心受到損傷，雇主須負賠償責任，以保障勞工之權益。

而根據勞委會（今勞動部）100年8月勞福3號函稱：職災保護法第7條，勞工因職災受有損害而提起民事訴訟時，其損害賠償舉證責任之歸屬，並不以勞基法之適用對象為限。可見，醫師若因職災而有損害情形發生時，後續賠償責任之舉證歸屬並不會因其未納入勞基法適用之身分而抹滅。

以蔡伯羌醫師一案二審之判決亦可發現，醫師雖無勞基法之適用，然而若醫師與醫院成立民法上之僱傭關係，又具有勞動契約關係，則醫師便有職災保護法之適用，院方便有需負損害賠償責任之可能。

#### 四、醫師發生職災，醫院是否因未盡保護之義務而有侵權行為之法律關係？

民法184條第二項前段明定：違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。而所謂違反保護他人之法律，指涉了違反以保護他人為目的的法律，意即該法律具有保護性質，而受其保障之個體遭他方侵害時，便有請求賠償之權利。

民法483條之一明定：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。意即，雇主在勞動契約上負有保護勞工身心安全之附隨義務，雖然附隨義務在民法上無明文之規範，在民事契約法領域內卻早已確立，顯見雇主有義務盡其力保障勞工在工作中免受身心上的損傷。

而民法483之一條所規範之內容亦屬於民法184條第二項所稱的保護他人之法律（最高法院95年台上字第2692號判旨）。因此，若醫師與醫院之間具有民法上之僱傭關係，又具有勞動契約關係，醫院便有其義務需保護醫師在執行醫務的過程中免受身心上之損傷，否則需因未盡保護義務而導致之侵權行為，負損害賠償責任。

## 肆、 國際比較

綜觀上述而論，醫師一旦發生職業病，後續的勞資糾紛將會是一條漫長的道路，對已發生職災的醫師與其家庭而言更是沉重的打擊，不僅須面對在法律上的各項權責攻防，同時生活也會陷入劇烈的動盪。對於職災而言，預防更勝於補償，因此，對於醫師工作時間的合理規範與限制才是治本之道。

就目前勞基法適用範圍而言，實習醫師適用勞基法，其工時規範參照衛服部於 2013 年所公告的「住院醫師勞動權益保障參考指引」；而住院醫師則不適用勞基法，其勞動權益依照「住院醫師勞動權益保障參考指引」所規範；至於主治醫師亦不適用勞基法。

針對住院醫師勞動權益保障參考指引之內容如下表所示，該指引將住院醫師之工時安排納入醫院評鑑項目之中，亦分別對每周工時、連續工時上限、休息時間、例假休息等給予相關規範，且明列了醫院與醫師雙方不得約定之事項，然而，該指引並不具法律強制效力且未訂定罰則，因此，仍有許多醫療勞動改革團體認為，將醫師正式納入勞基法之適用範圍才能確實逐步改善醫師的勞動條件。

對於住院醫師勞動條件的規範，本文亦回顧了美國住院醫師工時規範的相關文獻，與衛服部所公告之住院醫師勞動權益保障參考指引做一整理與比較：

台灣與美國住院醫師工時限制比較

	台灣衛服部 (2013)	美國 ACGME (2003)	美國 IOM (2009)	美國 ACGME (2010)
每週工時	88 小時 (四周平均)。	80 小時 (四周平均)。	80 小時 (四周平均)。	80 小時 (四周平均)。
最長連續上班時數	正常工作時間，連同延長工時 (值班) ≤12 小時。 評鑑 A：≤24 小時，特殊情況 ≤30 小時。 評鑑 B：≤28 小時，特殊情況 ≤32 小時。 評鑑 C：≤32 小時，特殊情況 ≤36 小時。 *特殊情況連續工作： 1.病人病情危急須持續照護。	30 小時，且 24 小時後不能接新病人，剩下 6 小時是過渡時期或參與教學活動。	若中間無睡眠時間，16 小時。 若能符合以下幾點，30 小時： (1) 16 小時後不能接新病人 (2) 晚上十點至早上八點之間至少要有 5 小時睡眠，剩下為過渡時期或參與	PGY-1：16 小時。 PGY-2 以上：28 小時，且 24 小時後不能接觸新病人，剩下 4 小時是過渡時期或參與教學活動。

	2.當時事件有重要學術價值。 3.基於對病人或家屬之職責。		教學活動。	
最高值班 頻率	平均三晚一班。	平均每三晚一班。	每三晚一班（非平均）。	平均每三晚一班。
每班之間 最短休息 時數	10 小時。	10 小時。	白班後 10 小時；夜班後 12 小時。 延長班（30 小時）後 14 小時，且在隔日早上六點後才能再上班。	10 小時。 延長班（24 小時）後 14 小時。
最高夜班 頻率	無規定。	無規定。	每週四晚。 連續三或四晚後，必須休息 48 小時。	無規定。
強制休假 （例假休息）	每月 4 天。 每周 1 天（24 小時，非平均）。 每月至少一次連續 48 小時休假。 *例外狀況，事後給予補假休息： 1.因天災、事變或重大突發事件。 2.病人病情緊急，病人本人或家屬請求由原住院醫師連續照護，並經住院醫師同意者。	每月 4 天。 每週一天（24 小時，四週平均）。	每月 5 天。 每周 1 天（24 小時，且非平均）。 每月至少一次連續 48 小時休假）。	每月 6 天。 每周一天（24 小時，四周平均）。

資料來源：參考自余忠仁、蔡宏斌、許甯傑（2015）。

美國對於住院醫師之工時規範，源於 1984 年 3 月 5 日發生的震撼全美之莉比·蔡恩（Libby Zion）悲劇。莉比·蔡恩為一名大學生，當時她住院於紐約一間教學醫院，卻在住院 8 小時之內死亡。事後歸咎原因後發現，短時間內連續兩次的精神藥物注射所造成的血清張力素症候群是主要的死因，在她過世前，也僅只受到兩位已經歷長時間值班的住院醫師所診治，代表了工作上的過勞以及經驗的不足也間接地促成她的死亡。該案件改變了美國社會對住院醫師的看法，進而促成了後續的立法，而該法則被稱為 Libby Zion Law（Fabricant, Dy, Dare & Bostrom,

2013)。具體內容是在 2003 年 7 月 1 日，由美國畢業後醫學教育評鑑委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)) 規定了醫師值班的規則，包含每週工時不能超過 80 小時；最長值班時間為 30 小時，且在連續上班 24 小時後，剩下 6 小時為過渡時間；值班最頻繁為 3 天值一班；正常班之間則必須有 10 小時的休息間隔。

美國衛生部(IOM)於 2009 年亦公告了，住院醫師每周最高工時為 80 小時；在最長值班時間的 30 小時當中，處理住院病人上限是 16 小時，在晚上 10 點到早上 8 點之間要有 5 小時的保護性睡眠，其餘時間做交班的活動；而正常班之間要有 10 小時休息間隔，夜班要有 12 小時，其他的延長時間值班(最高 30 小時)要有 14 小時休息間隔，且在隔日早上 6 點以後才能繼續工作；且每週最多只能輪值 4 班，在連續值 3 到 4 次夜班後須休息 48 小時。

而在 2010 年 ACGME 公告了新規定，對於第一年實習醫師的值班時間上限是 16 小時，第二年以上為 28 小時，其中處理住院病人上限是 24 小時，剩餘 4 小時為交班活動；在輪班工作後要有 10 小時休息間隔，且在 24 小時最長值班工作後要有 14 小時的休息間隔；每個月最多只能值 6 個夜班等。

相較於美國對醫師之工時規範，目前我國之住院醫師勞動權益保障參考指引雖提供了一較為明確的醫師工時規範，但仍有不足之處，且礙於指引位階與執行上的效力問題，對於改善醫師超時工作的問題未能起到有效的改善功能。

## 伍、 未來政策方向

本文回顧過往有關醫師過勞之文獻發現，我國醫師過勞問題主要是因專科醫師人力不足以及臨床工作過重，進而導致醫師需長時間於工作崗位上執行醫務，最後導致過勞職災的發生。

要有效改善醫師過勞的問題，除了保障在職災發生後醫師能獲得應有的補償與協助外，更重要的是須從制度面上做改變，否則醫護人員的過勞問題始終無法獲得實質的改善。本文提出以下幾點改善建議：

增加醫師人數以減少每人工時負擔。如今過勞情況普遍的醫療保健產業使得選擇投入醫療保健的後進人員數量不足，加上許多醫護人員退離職場，終將導致醫護人力無法負荷民眾需求，不僅醫護人員過勞的情況將更加劇烈，亦會導致整體醫療產業結構的崩壞。此方面需由衛服部提高專科醫師的每年訓練容額，以減少每位醫師所需負擔的工作時數與壓力。

改革我國健保制度對勞動成本的低估。就以急診專科為例，我國健保制度對於醫師診療費並未以疾病之嚴重複雜程度差異而有不同，針對急診病患是以檢傷分級的不同來給予不同額度的醫師診療費用。急診檢傷一級給付診療費為 1652 點，而檢傷五級給付為 358 點，儘管一至五級的差距相差約 4.6 倍，然而檢傷一級是指生命徵象不穩定需立即急救處理之病患，而檢傷五級則是類似於一般門診的病患，醫師所負擔之勞務差距與醫療風險成本卻無法等量而論(方震中, 2015)。這也間接導致了年輕醫師對於投入急重症科別的意願不高，使得原本人力不足的情況更加嚴重。

醫師全面納入勞基法之適用範圍並提高醫療產業之工會籌組率。本文認為醫療產業人員過勞的多數問題便是出自於不合理的勞動條件，儘管醫療產業具有其工作性質與醫病關係之特殊性，然而就勞動人權的本質而言，其勞動事實與權益不能因為本身職業的特性而受到抹煞與否定。雖然，醫療產業所面臨的困境無法依靠單一辦法來進行解決，然而，勞基法代表我國保障勞動人權的重要法律，不能因醫師在適用上的困難就予以排除，應是設想如何調整其工作模態並給予法規適用來保障其權益。另外，相對於僵性的法律規範，勞動部與衛服部等主管機關應鼓勵並協助醫療產業相關人員組織工會，透過集體的力量與醫院方面建立團體協約，就各自的需求建立好相關規範，如各專科的排班制度、補休辦法、申訴制度、緊急情況之應變措施與事後補償辦法等，根據法令規範所不足或有窒礙難行的部分，共同協商出解決之道，長期而言，對於醫護人員的勞動權益保障與醫療環境改善才能起到實質的效益。



## 參考資料

- Dawson, D., & Reid, K. (1997). Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 388 (6639), 235-235.
- Fabricant, P. D., Dy, C. J., Dare, D. M., & Bostrom, M. P. (2013). A narrative review of surgical resident duty hour limits: where do we go from here?. *Journal of graduate medical education*, 5 (1), 19-24.
- Goldberg, R., Boss, R. W., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W. K., Moradzadeh, D., ... & McConkie, M. L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*, 3 (12), 1156-1164.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172 (18), 1377-1385.
- Veasey, S., Rosen, R., Barzansky, B., Rosen, I., & Owens, J. (2002). Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *Jama*, 288 (9), 1116-1124.
- Yang, M. C., Li, Y. F., & Wei, S. L. (2007). An analysis of the work hours and related factors associated with attending physicians and residents in teaching hospitals. *J Med Education*, 11, 222-233.
- 方震中 (2015)。急診醫師過勞。 **台灣醫學**，19 (5)，494-498。
- 王善嫻 (民 105 年 6 月 2 日)。嘉基急診醫師 上完大夜班突腦出血。 **自由時報新聞網**。取自 <http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1004862>
- 余忠仁、蔡宏斌、許甯傑 (2015) 內科醫師過勞。 **台灣醫學**，19 (5)，469-478。
- 吳美環 (2015)。兒科醫師過勞。 **台灣醫學**，19 (5)，486-493。
- 周欣悅 (民 104 年 1 月 21 日)。首例！醫師過勞奇美醫院判賠 780 萬 家屬：判決結果太扯。 **三立新聞網**。取自 <http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=58085>
- 林煜軒、張立人、郭博昭、楊靜修 (2012)。您累了嗎？—從心身醫學的實證研究看醫師過勞現象。 **台灣醫界**，55 (4)，51-52。
- 林毅 (民 104 年 10 月 28 日)。醫師納入《勞基法》的漫漫長路。 **想想論壇**。取自 <http://www.thinkingtaiwan.com/content/4757>
- 唐莘嵐、鄭博文、簡瑞騰 (2014)。區域教學醫院的醫師過勞情形之探討。 **南臺灣醫學雜誌**，10，30-43。
- 徐彩媚、劉智維 (民 105 年 6 月 26 日)。值完夜班腦出血 同事集氣喚醒熱血醫。 **蘋果動新聞**。取自 <http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20160626/894824/>
- 陳成曄 (民 103 年 12 月 14 日)。現代醫療勞動體系下的醫師團結。 **勞動視野工作室**。取自 <http://laborvision.pixnet.net/blog/post/108450484-%E3%80%90%E5%8B%9E%E5%8B%95%E8%A6%96%E9%87%8E%E8%AB%96%E5%A3%87%E3%80>

<http://www.nextmag.com.tw/magazine/people/20150311/16144069>

賀照縈、宋岱融、簡崇寧（民 104 年 3 月 13 日）。《後來怎麼了》外科醫師心肌梗塞，忘了一切，竟只記得當醫生的事...。壹週刊。取自

<http://www.nextmag.com.tw/magazine/people/20150311/16144069>

劉志原（民 104 年 12 月 15 日）。醫師上班 32 小時中風 長庚拒付退休金敗訴。蘋果即時論壇。取自

<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20151215/753420/>

劉志原、吳詠平（民 104 年 12 月 16 日）。值班 32 小時 醫過勞中風。蘋果日報。取自

<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20151216/36957080/>

劉玲伶、蔡明翰、吳彥林（2006）。醫師的睡眠剝奪與疲累之探討。北市醫學雜誌，3（3），194-200。

黎曉英（民 95 年 11 月 1 日）。職業病的 5 大鑑定原則。現代保險新聞網。取自

<http://www.rmim.com.tw/news-detail-5316>

賴昭翰、李政昌（2015）。外科醫師過勞。台灣醫學，19（5），479-485。