

職業健康服務制度的發展與台灣制度現況

尤素芬¹ 鄭雅文^{2,3,*} 鍾佩樺²

職業健康服務制度乃是國家勞動保護制度中重要的一環；其中，健康檢查與偵測不僅可積極地預防職業疾病的發生，也是促進雇主改善工作環境的重要依據；勞工健康檢查的資料，也是流行病學探究因果關係以及政府發展職業傷病防治策略的基礎。我國職業健康服務制度自1974年「勞工安全衛生法」頒布以來已有30多年歷史，但此制度問題重重，未能充分發揮上述功能。我國制度沿襲自日本，而日本制度又深受西方工業國家影響，因此，考察先進國家制度發展過程與精神有其必要。本文回顧歐美與日本職業健康服務制度之歷史緣起與內容，並回顧國際勞動組織有關職業健康服務之相關報告書所彰顯的制度精神，接著我們回顧台灣職業健康服務制度的發展沿革，並分析檢討目前制度現況，最後對現行制度提出改善建議。從國際制度的發展歷程與制度內容可發現，雇主責任乃是職業健康服務制度的核心原則，而政府政策是否積極介入，以及勞工是否積極參與，乃是該制度能否發揮保護勞工功能之關鍵。(台灣衛誌 2009；28(4)：255-267)

關鍵詞：職業健康服務、職場健康檢查、歷史沿革、國際比較

前 言

「職業健康服務」(Occupational Health Services)乃是國家勞動保護制度中重要的一環。完整的職業健康服務制度牽涉的工作內容十分廣泛，包括職業危害的預防與管理、意外事故的緊急應變措施、作業環境測定、健康風險的評估、有害物的標示、風險資訊的揭露、教育訓練、健康檢查、健康管理、職業相關疾病的預防與診斷、災後治療與復健復工等等[1-4]。

我國職業健康服務制度的主要法源依據為1974年頒布施行的「勞工安全衛生法」，

在此母法之下又有無數的子法與行政規則。整體而言，我國職業健康服務似乎已建立制度，單就法規而言，似乎已含括上述大部分功能；然而在實務上，這些法規是否落實，此制度是否充分發揮作用，卻頗有疑議。受限於篇幅，本文將以醫學相關的職業健康管理為主軸。

理想上，勞工健康檢查與偵測，旨在預防職業疾病的發生，也是促進雇主改善工作環境的重要依據；勞工健康檢查的資料，也是流行病學探究因果關係以及政府發展職業傷病防治策略的基礎。然而，之前研究已指出我國勞工健康檢查制度在實務運作上問題叢生，包括職業風險記錄不全、健康檢查資料缺乏有效利用與管理、異常個案缺乏後續追蹤、市場低價競爭等問題[5]。

由於我國制度沿襲自日本，而日本制度又深受西方工業國家影響，因此，考察先進國家制度發展過程與精神有其必要。本文首先回顧歐美與日本職業健康服務制度之歷史緣起與內容，並回顧國際勞動組織(International Labour Association)

¹ 義守大學醫務管理學系

² 國立台灣大學衛生政策與管理研究所

³ 國立台灣大學公共衛生學院公共衛生系

* 通訊作者：鄭雅文

聯絡地址：台北市徐州路17號

E-mail: ycheng@ntu.edu.tw

投稿日期：98年2月6日

接受日期：98年7月27日

national Labour Organization；簡稱ILO)之相關報告書所彰顯的制度精神，接著我們以職業健康管理為主軸，回顧台灣制度之發展沿革，並分析檢討目前制度現況，最後對現行制度提出改善建議。

職業健康服務制度的歷史緣起

一、西方國家職業健康服務的發展

工作與疾病之間的關連性很早就被發現。古埃及人早在西元前3000年左右就發現了打製金銀器皿過程中產生的煙霧有害健康；西元前1700年左右，巴比倫帝國著名的「漢摩拉比法典」(Hammurabi's Code)中，規範工作者因為工作導致的永久性傷害(如失明)應得到賠償；有「醫學之父」之稱的希臘名醫希波克拉底(Hippocrates)，在西元前400年即指出礦場工人的傷病問題[2]；西元1世紀時，羅馬學者Pliny描述了鉛與水銀的職業危害，並建議鉛工人在工作時應配戴口罩，以防止冶煉過程的金屬煙霧危害[6]。職業醫學的經典著作出現於1556年，由瑞士籍醫師Paracelsus發表的On the Miners' Sickness and Other Diseases of Miners一書中，詳述礦工好發的傷病；至1713年，有「職業醫學之父」之稱的義大利Ramazzini醫師出版了「工人的疾病」(De Morbis Artificum Diatriba)，書中詳載五十幾種職業疾病的致病原因與症狀；他並強調，醫生問診時不能只問病人「感覺如何」，而一定也要問「你的工作是什麼」。第一件職業性癌症病例則發現於1775年，由英格蘭外科醫師在清掃煙囪的男孩身上發現了陰囊癌[6,7]。

工業革命帶來生產方式的大幅改變，職業傷病問題日益嚴重，爭取職場安全健康保護的勞工運動亦日益蓬勃。英國於1802年制定「工廠法」(Factory Act)，大幅擴大國家公權力，勞動檢查員可依法進入工廠檢查，若發現違法行為則可具以告發；在進行職場傷病調查時，也可指派醫師參與協助[7]。至1898年，英國指派Legge醫師為第一位「工廠醫療檢查員」(Medical Inspec-

tor of Factory)，同時並建立「職業疾病監視措施」(surveillance schemes for occupational diseases)，除了監視疾病之外，亦結合預防措施。以鉛毒危害為例，受指派的醫師必須對鉛作業勞工工作定期健康檢查，若發現有中毒現象必須立即通報，同時也必須透過製程的改變來減少職業暴露，通報數據則是預防措施好壞的成效指標。其他工業化國家，包括法國、德國及美國等國，亦於二十世紀前期建立類似制度[7]。

在1960年代後期至1980年之間，西方國家由於人民生活水準與權利意識提升、環保與勞工運動蓬勃，政府於此時期頒布了大量的環境與職業安全衛生相關法規。此時期的法規強調四個面向，包括：建立多元機制以落實雇主責任、法規規範的內容更清楚明確、強調勞工參與，以及著重於暴露風險的資訊揭露[8]。從西方國家的發展歷程中，可發現職業健康服務制度的建立，與勞工運動的發展息息相關，促使政府訂定法規，規範雇主有責任確保職場的安全與工作者的身心健康；雖然雇主責任的範圍與承擔方式，隨著各國社會文化與社會安全體系而有差異。在職業醫學面向，我們亦可發現在西方國家的職業健康服務制度中，醫師除了治療疾病的本職之外，也扮演了確認疾病與工作之關連性的角色，醫師並可對職業疾病的預防提供具體的改善建議；職業健康檢查與職場健康風險的評估，高度倚賴醫師的專業介入，且一旦發現職業疾病，醫師亦有義務通報政府主管單位。

在1980年之後，西方國家面臨政府財政危機，加上產業外移、全球化等因素的推波助瀾，強調企業自主管理的系統性職場健康管理制度(Occupational Health and Safety Management System)受到青睞[8,9]，職業安全健康管理也越來越強調企業的成本效益，譬如在英國，一些企業團體主張將部分職業健康業務外包，或利用其他方式減少成本[10]；亦有學者主張將職業健康服務融入「國民健康服務」(National Health Services)[11]。



二、日本職業健康服務制度的發展與概況

日本在1868年明治維新之後開始快速工業化，中央政府角色也自此大幅強化。不過，工作者的勞動狀況與職業傷病問題，長久以來並未受重視。在20世紀中葉之前，日本勞工常見的健康問題包括肺結核與其他傳染性疾病。然而，勞工醫療監視制度並沒有促進職場勞動條件的提升，反倒是罹病勞工被要求離開職場，病情嚴重的勞工甚至會被拘禁在療養所，雇主並不需要為勞工的疾病負任何責任；勞工本身亦自認工作本來就有危害，因此職業傷病也是無法避免的[12,13]。

隨著人權意識的提升，人們對職業傷病的看法逐漸轉變。戰敗後的日本在美國監管下於1947年頒布新憲法，同年亦頒布勞動基準法，建立了中央與地方勞工行政體系，由政府主導勞動保護工作；日本並於1949年通過工會法，讓許多公司內部得以成立「企業工會」(enterprise unions)；然而，為數更多的小型企業員工無法組織工會，此情況至今仍是如此[12]。

日本於1972年通過實施「工業安全衛生法」(Industrial Safety and Health Law)，成為職業安全衛生最重要的法源依據，之後並頒布相關細則，包括Enforcement Order of the Industrial Safety and Health Act、Ordinance on Industrial Safety and Health等。此法與美國國會於1970年通過的「職業安全衛生法」(Occupational Safety and Health Act)內容十分類似，也包括了西方國家十分強調的勞工參與機制。該法實質地提升了日本工人的參與感與集體責任感[12,13]。

日本「工業安全衛生法」規定，雇主必須對所有勞工提供健康檢查；針對從事特殊危害健康作業之勞工，雇主則必須提供特殊健康檢查，包括勞工在開始從事該項工作時以及之後的定期檢查。在費用負擔部分，一般健康檢查由雇主付費，特殊健康檢查則可以向政府申請補助[14,15]。另外，工作場所雇用員工人數50人以上的事業單位，依法必須聘任具備職業衛生相關訓練的「產業醫

師」，負責工作環境管理、工作方法管理、健康檢查、健康照護管理、健康教育、疾病管理等工作。工人人數不到50人的小型企業雖然不需設置產業醫師，但仍需聘用具有執行職業健康管理所需專業知識的醫師，每月至少一次巡視工作場所與審視工作方法，並對個別勞工提供保健與醫療諮詢等服務[14,16]。

1980年代西方國家開始推動健康促進運動[17]；日本勞動省亦於1988年推動「全方位健康促進計畫」(Total Health Promotion；簡稱THP)，其內容包括：由產業醫師透過健康檢查，對勞工提供個人化的健康指導，包括運動、保健、營養及心理指導等，此外，並將健康檢查資料納入，作為企業規劃職場健康促進計畫之依據[18,19]。

必須強調的是，在日本有高達97%的企業，屬人數不到50人的小型企業，所聘僱勞工總數約佔全部勞動力的六成[20]。此類企業依法不需設置產業醫師，企業本身缺乏經濟資源與意願提供職業健康照顧服務，小型企業員工亦缺乏工會組織的保障。研究指出，日本小型企業受雇者的健康狀態普遍較大型企業受雇者差，呈現明顯的健康差異[16,20]。

針對小型企業員工，日本在「工業安全衛生法」中特別宣示，在職場安全衛生的促進上，國家必須優先考量中小企業處境，並給予具體協助，包括經費、技術、設備等。此政策宣示的具體呈現，即是由厚生勞動省於1993年以來積極推動的小型事業單位職業健康服務支援計畫，即所謂的「蒲公英計畫」[21]。日本並於2002年由厚生勞動省成立了獨立的行政法人機構，即勞動者健康福祉機構，其下於全國各都道府縣共設立了47個產業保健推進中心，各地方政府下則設有共347個地區型職業健康保健中心，聘請專職的職業醫學醫師、護理人員、管理師等專業人員。「蒲公英計畫」即是特別針對50人以下的小企業，提供職場安全衛生服務，包括工廠巡視、健康檢查、健康諮詢、保健指導、健康教育等；小型事業單位則自行組成團體，選派代表向地區職業保健推進中心提

出服務申請，經主管機關審核通過後，即可獲得三年的經費補助[19]。

日本中小企業員工所接受的職業健康服務來源相當多元，除了上述政府建立的公營性質的職業健康保健中心之外，大型母公司(parent companies)亦會提供下游公司部份協助，或可委託私營的獨立醫療機構，提供職業健康服務[15,22]。不論其來源，職業健康服務的內涵皆包括勞工健康檢查、醫療保健諮詢、疾病管理與追蹤、工作環境評估、健康促進等整合性服務。雖然有報告指出，日本產業醫師功能不彰，少有積極參與疾病預防與健康促進工作[16]，但同一篇報告也指出，事實上有9成左右的事業單位仍配合法規為其員工辦理每年一次的職業健康檢查，執行率相當高[16]。

從日本的發展經驗，特別是政府對於中小企業各種協助政策，我們清楚看到政策介入的重要性。政府的積極鼓勵與指導，也促成公私部門職業健康產業的活絡發展，有助於企業發展出符合員工需求的職業健康服務措施。

三、ILO有關職業健康服務之報告書

ILO在1985年出版的「職業健康服務建議書」(Proposed Recommendation Concerning Occupational Health Services)中提及，不論公私部門，企業主都應該要發展職業健康服務，用以保障受僱者的健康。

1997年，ILO特別針對勞工健康監視制度提出另一份報告書—「勞工健康監視之技術與倫理指引報告書」(Technical and Ethical Guidelines for Workers' Health Surveillance Report)[23]。該報告書內容豐富，所提出的建議相當週延而廣泛。首先，該報告書指出，健康檢查與諮詢有五大目的，包括：(1)評估工作場所中危害物質的管控是否有效；(2)提早診斷臨床前期之疾病，早期介入治療；(3)預防既有疾病的惡化；(4)強化工作者之安全與健康防護措施；(5)評估勞工是否適合該工作，瞭解其適應狀況。該報告書也強調，職業健康檢查應要能適當的反

應事業單位裡的健康風險，企業應定期檢討職業健康檢查內容，並適時修訂組織之健康管理政策，以作為改善工作條件的依據。就政府的職責而言，主管機關應建立職業健康監測之最低標準，並進行必要的評估與監督；主管機關除了應主動提供基礎設施與必要的職業衛生服務之外，也應鼓勵發展私部門職業健康服務的發展，並透過指定醫療服務機構或核准登記等方式，來確保職業健康監測之適當執行；此外，政府應設置職業傷病預防、通報、監測與補償制度。該報告書也強調，勞工健康檢查的數據應做有效的分析與利用，作為監測職業健康狀況的指標。同時，政府應立法保護勞工的醫療隱私，確保健康監測的資料不被不當使用。

ILO在2001年出版了「職業安全衛生管理指引」(Occupational Health and Safety Management Guidelines)[24]，再度強調雇主必須對職場安全健康負責，並主張建立系統性的職業安全衛生管理系統。該指引指出，在國家層次，政府應設置專責機構、制定職安衛管理系統指引供企業參考，並應主動協助企業建立職安衛管理系統，並透過勞動檢查或輔導，落實企業自主性的職安衛工作，此外，並應鼓勵勞工參與安全衛生管理工作。在組織層次，該指引則強調企業應將職安衛管理系統內化為企業組織管理系統中。

ILO與世界衛生組織之下的「職業衛生委員會」(International Commission on Occupational Health, ICOH)也在2005年出版了「基本職業健康服務」(Basic Occupational Health Services)手冊，其中特別強調勞動條件與社會發展狀況的國際差異，主張應依據各國不同的社會發展階段，設計不同階段的職業健康服務制度，從最基礎的職場保健與急性災害處置工作，至最完整的整合性服務，採循序漸進的方式[25,26]。此手冊亦指出，勞工健康檢查屬基本職業健康服務中重要的一環，不僅可協助釐清作業環境的危害暴露情形，亦是職場健康風險評估的必要資料之一。

ILO相當強調政府角色，主張政府應透過具體政策建制並推動職業健康服務制度；

ILO也鼓勵產業部門的自主發展，但仍強調政府負有督導之責。

台灣的職業健康服務制度之緣起與歷史沿革

台灣在戰後初期，經濟活動大體以農林漁業、礦業冶金等一級產業為主，此時的職業傷病問題以農藥中毒、礦場災害，以及礦工易罹患的塵肺症、矽肺症、肺結核、寄生蟲為主。隨著台灣工業化，輕工業開始轉型成電子工業，工業區紛紛設立。1972年，北台灣爆發飛歌電子廠多名年輕女工發生中毒死亡事件，引起社會強烈關注，此職災案件與有機溶劑暴露有關。政府因此參考日本與美國工業安全衛生立法，於1974年頒佈「勞工安全衛生法」與「勞工安全衛生法施行細則」，成為我國職業健康服務制度的主要法源依據，其下又陸續頒布多項子法與行政規範。明確的職業健康管理內容，則規範於1976年內政部公布的「勞工健康管理規則」，具體規定勞工健康檢查的執行內容。

「勞工健康管理規則」於1990年更名為「勞工健康保護規則」，職業健康管理的內容也作修訂，一方面將特別危害健康作業範圍擴大，涵括「慢性」及「可逆性」的職業疾病[6]，但另一方面也放寬了事業單位設置醫療衛生人員的人數下限規定。同在1990年，政府亦依據「勞工保險條例」發布「勞工保險預防職業病健康檢查辦法」，並於1992年7月開辦特殊健康檢查之勞保業務。1991年衛生署於六大醫學中心成立「職業病防治中心」。1992年勞委會修訂發布「勞工保險預防職業病健康檢查辦法」，勞工特殊健康檢查之受檢對象逐年擴大，於1998年已

有23項特別危害作業，在2005年時又增列2項，故目前總計有25項特別危害作業之特殊健康檢查。

為了提昇醫療機構之勞工健康檢查品質，勞委會並於1996年10月發布「指定醫療機構辦理勞工體格及健康檢查辦法」，規定接受事業單位執行勞工健康檢查的醫療機構，必須為勞委會與衛生署會同指定者。不過，有關醫院之醫療照護及檢驗的品質管理則由衛生署管理，搭配「醫院評鑑」辦理。

在作業環境偵測方面，勞委會於1992年訂定發布「勞工作業環境測定實施辦法」；此外，勞委會近年來亦大力推動企業自主管理與系統性的職業安全衛生管理系統。

整體而言，我國職業健康服務已建立制度，單就法規而言，似乎已含括先進國家職業健康服務制度的大部分功能；然而在實務上，這些法規是否落實，此制度是否充分發揮作用，卻頗有疑議。受限於篇幅，以下分析將以職業健康管理為主軸。茲先將台灣勞工健康檢查制度的立法沿革整理如表一。

台灣的勞工健康檢查制度概況

一、法源依據

目前與勞工健康檢查之實施與管理相關的法律包括四大類：勞工安全衛生、勞工保險、全民健保與醫療法規。以法律體系的觀點來說，前兩類法規提供了勞工健康檢查的實體規定(包括健康檢查的負擔義務人、健康檢查的種類項目、及健康檢查的管理流程等)；全民健保法規主要是關於辦理勞工健康檢查醫療機構之資格的規定；醫療法規則

表一 台灣勞工健康檢查制度之立法沿革

年代	主要變革
1974	頒佈「勞工安全衛生法」與「勞工安全衛生法施行細則」。
1976	公布「勞工健康管理規則」，詳訂健康檢查內容。
1990	「勞工健康管理規則」更名為「勞工健康保護規則」；公布「勞工保險預防職業病健康檢查辦法」。
1992	勞保局開辦「勞工保險預防職業病健康檢查」業務。
1996	重新發布「勞工保險預防職業病健康檢查辦法」，內容與前辦法相同。
1996	發布「指定醫療機構辦理勞工體格及健康檢查辦法」。

是就醫療機構及人員執行健康檢查的業務行為之相關規定。

更詳細的說，勞工安全衛生法規包括「勞工安全衛生法」(第5、12、13條)、「勞工安全衛生法施行細則」(第16、18條)、「勞工健康保護規則」、及「辦理勞工體格及健康檢查指定醫療機構辦法」。勞工保險法規包括「勞工保險條例」(第39條之1)及「勞工保險預防職業病健康檢查辦法」。全民健保法規包括「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及其他相關管理法規。醫療法規包括醫療法、醫師法及護理人員法。相關的法規整理如圖一。

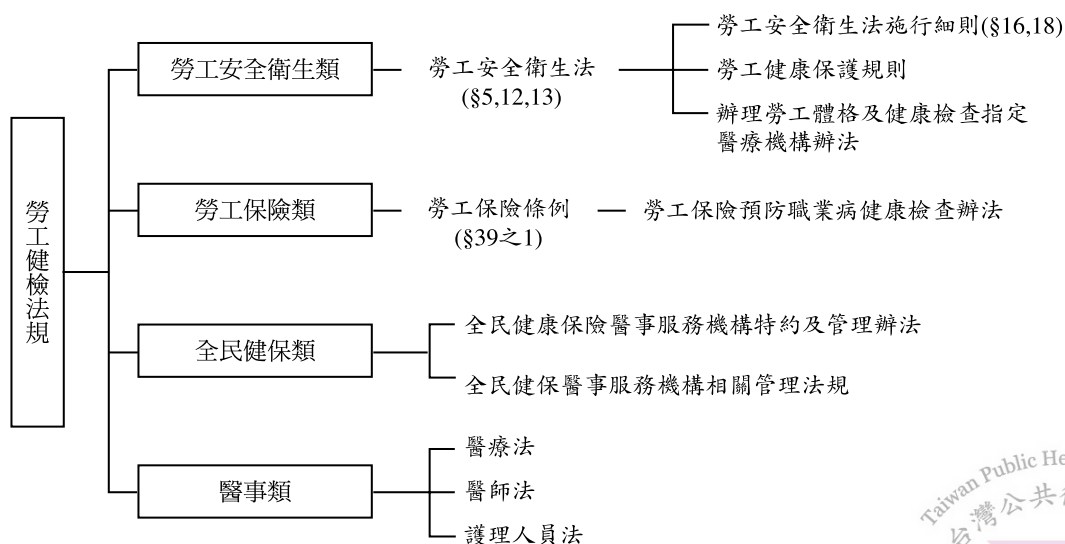
二、勞工健康檢查的類型與勞雇雙方的責任義務

勞工健康檢查是以從業勞工為對象，依法勞工有接受檢查的義務，而雇主有負擔檢查費用的義務。我國法定雇主應施行的勞工健康檢查種類包括：勞工受僱前的「體格檢查」及在職的「定期健康檢查」。體格檢查區分為從事一般工作之「一般體格檢查」及從事特別危害健康作業之「特殊體格檢查」；而從事特別危害健康作業者，在變更作業時亦需實施「特殊體格檢查」。「定期

健康檢查」亦區分為一般作業勞工之「定期健康檢查」與從事特別危害健康作業者之定期施行的「特定項目健康檢查」。

在檢查之後，雇主應盡的法定義務包括：(1)將醫師建議告知勞工，並適當配工；(2)建立健康檢查手冊，並發給勞工；(3)依法律規定時限，保存健康檢查紀錄。如為從事特別危害健康作業勞工，雇主必須實施健康管理，雇主除必須履行前述三項義務外，尚且必須：(1)填具特殊健康檢查結果報告書，並報請主管機關備查，及副知當地勞檢機構；(2)將檢查結果分為四級管理，雇主對於健康檢查結果屬於第三級管理或管理二以上之勞工，應於檢查分級後，在30天內報請主管機關備查，並副知當地勞檢機構；(3)針對第二型以上之粉塵作業勞工應實施健康追蹤管理，針對列入第二級管理的粉塵作業以外勞工，則得實施健康追蹤管理；(4)針對列入第三級管理以上的粉塵作業以外勞工，應至職業醫學科門診實施診治。有關我國勞工健康檢查之法律關係整理如圖二，勞工健康檢查雇主之法定義務整理如圖三。

為保障從事特別危害健康作業勞工之健康，勞保局並針對「勞工健康保護規則」



圖一 台灣勞工健檢管理法規一覽表



所列的特別危害健康作業(目前共計25項)之從業勞工，凡符合加保年資連續滿一年之條件者，得由雇主或勞工提出「預防職業病健康檢查」之申請，健康檢查費用由勞保局支付。相關之法律關係整理如圖四。

三、健康檢查資料管理與疾病通報制度

勞工健康檢查資料的保存義務由雇主承擔。一般體格檢查及一般定期健康檢查之紀錄應至少保存10年。特殊體格檢查、特殊健康檢查及健康追蹤檢查之紀錄應保存10年以上；如為游離輻射等指定特殊作業勞工之紀錄，則應保存30年。

由於勞工健康檢查制度具有職業病篩檢的意涵，當指定醫療機構實施勞工健康檢查發現勞工疑似職業病時，須於30日內函報事業單位所在地之勞工及衛生主管機關，並辦理職業病通報。此通報系統的負責單位為勞委會的勞工安全衛生處，由於特殊健康檢查費用由勞保局支付，故通報電腦資料存放於勞保局。

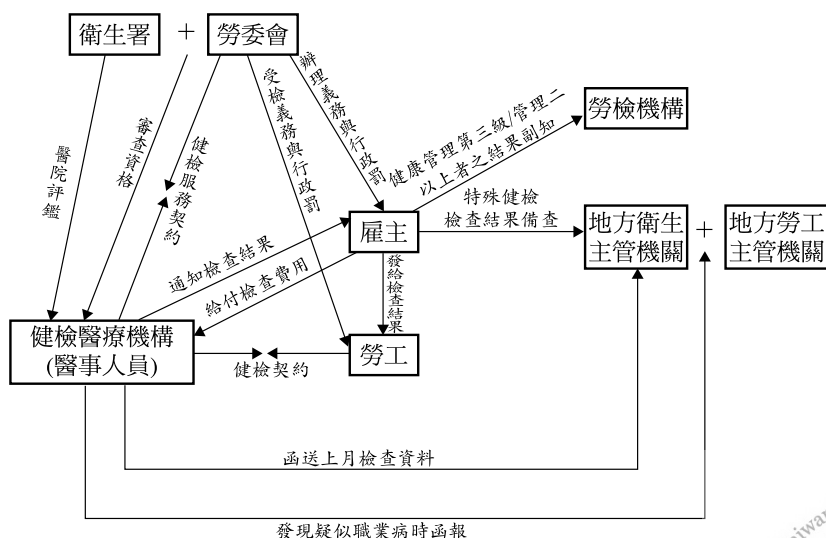
職業病的監控與通報除了上述管道之外，另有衛生署於1995年建立的「職業傷病通報系統」：疑似職業病由醫師主動通報衛

生署，然而此通報系統目前已停辦，於2007年起改由勞委會經費補助成立的九大「職業傷病診治中心」，負責辦理職業傷病通報之工作。此外，勞保局的「傷病給付資料」亦為職業傷病通報與監測之一環：勞工因職業因素致傷病、殘廢或死亡，投保單位應替勞工請領職業災害保險現金給付之補償，此現金給付資料由勞保局彙總。然而，多軌而未整合的通報管道，必然造成資料的不一致[5]。

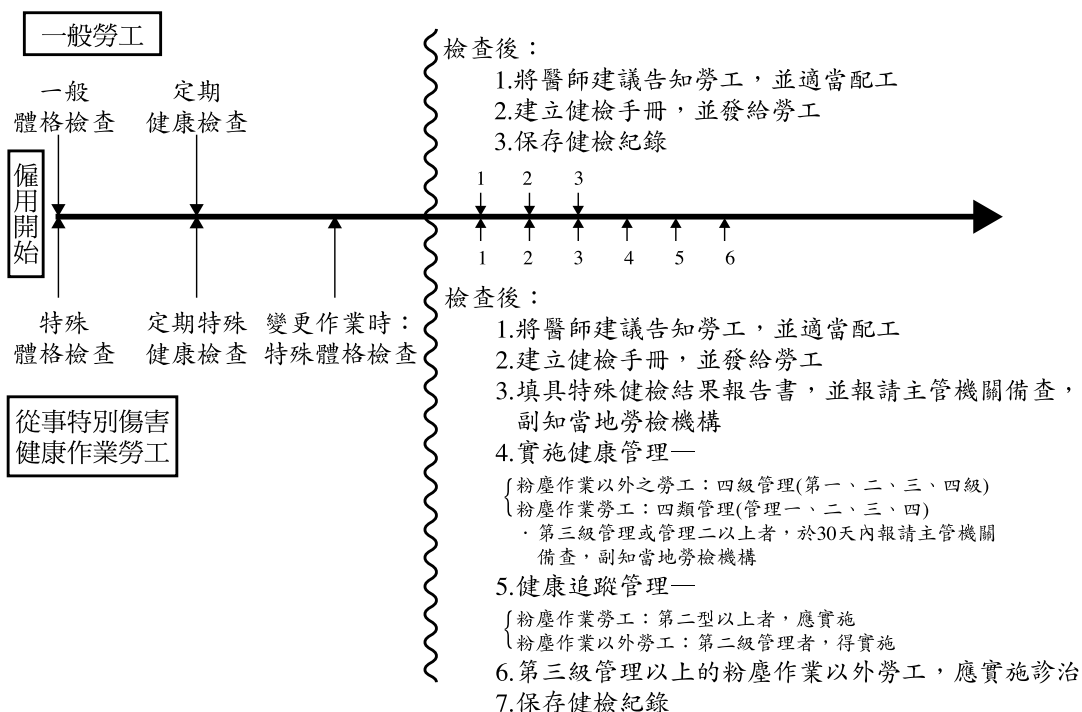
台灣的勞工健康檢查制度之反思

一、法律規範的保護不足

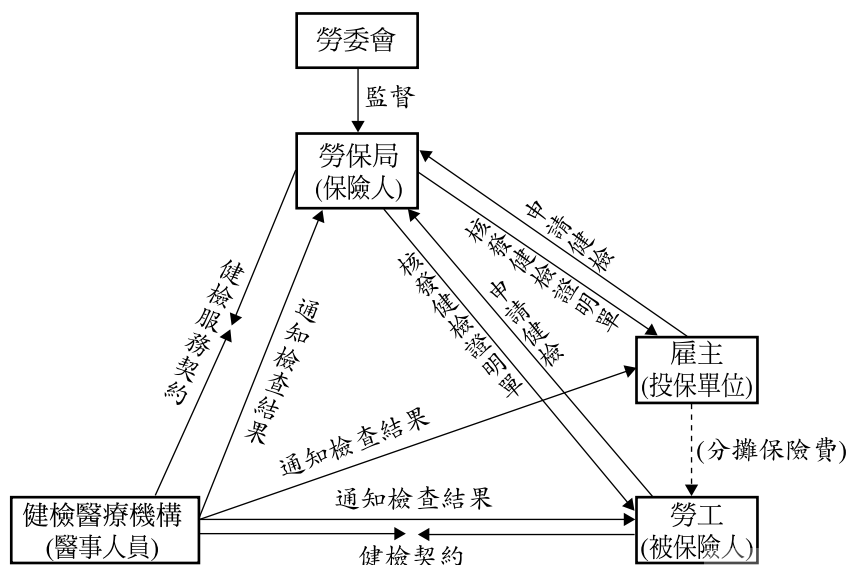
從日本的發展經驗裡，我們看到法律具有改變勞雇雙方行為的社會功能：法律一方面規定了雇主在職場健康管理上的責任，另一方面也提供了勞工參與職場預防措施的制度空間。此外，國家透過對產業醫師的設置規定與產業醫師角色功能的法律界定，也實質地建構了職業醫師在職場健康管理機制上的重要地位。相較之下，我國的勞工健康檢查制度雖然沿襲自日本，並且也有若干國際勞工組織關於職業健康檢查建議的影子，但



圖二 台灣勞工健康檢查之法律關係圖



圖三 職業健檢雇主之法定義務一覽表



圖四 勞保預防職業病健康檢查之法律關係圖

法律保護卻顯得不足，主要問題如下：

1. 有關事業單位設置醫療衛生人員的人數下限規定過於寬鬆

在原本的「勞工健康管理規則」裡規定，僱用勞工人數在100人至299人且從事特別危害健康作業勞工50人以上，應至少設置兼任醫師一人及專任護士一人。這樣的人數規定相較於日本(雇用員工人數50人以上的事業單位就應聘產業醫)已是相當寬鬆，在1990年修正後(更名為「勞工健康保護規則」)更將人數規定放寬為，僱用勞工人數在300人至999人或從事特別危害作業勞工100人以上，才應至少設置兼任醫師一人及專任護士一人。至於應聘「專任醫師」的門檻，則高至僱用勞工人數在3,000人以上之事業單位才需要辦理。

2. 勞工健康檢查資料的使用欠缺對勞工權益的保障規範

健康檢查的結果是作為雇主配工的依據，對勞工權益影響鉅大。美國規定雇主需先依據法規提供醫師關於不適任的條件資料，以供醫師評估；加拿大及香港是醫師要針對工作性質個別判斷，並開具工作合適證明；日本則明列不適宜從事各項工作之疾病。我國的規定是由雇主根據醫師依「勞工健康保護規則」提供之附表建議來告知勞工，並適當配工，但是只廣泛建議醫師應考量不適合從事特別危害健康作業之疾病，並未制定具體的條件標準。

另外，在有關隱私權保護的部分，由於健康檢查是由雇主付費，而雇主也負有保管健康檢查紀錄之法定義務，雇主往往就將健康檢查結果據為己有，不讓勞工知道其檢查結果[27]，甚至工會組織想索取資料進行有意義的分析也遭到拒絕[5]。勞工健康檢查紀錄為醫療紀錄的一種，而醫療紀錄係涉及高度敏感性的個人資料，故其使用及揭露皆應遵守隱私權保護的相關規定，包括「刑法」、「民法」、「電腦處理個人資料保護法」及相關醫療法規等[27,28]。然而，由於現行勞工健康檢查的法規著重於雇主的保管義務，至於醫療機構應如何提供病歷及檢驗

紀錄給予雇主以及提供的內容程度如何，則相當欠缺必要的規範；有關雇主如何使用勞工健康檢查資料的規範更是欠缺，故容易造成工作者的疑慮，擔心健康檢查資料是否會洩漏個人隱私，並受到雇主不當利用。

3. 勞工健康檢查普及率低

依「勞工安全衛生法」規定，雇主必須為其雇用員工辦理勞工健康檢查，包括受僱時的「體格檢查」與受僱後的「定期健康檢查」；隨著「勞工安全衛生法」的擴大適用，法令上需要接受勞工健康檢查的族群也不斷增加。不過，長期以來有依法執行的企業主單位並不多，以1994年至2007年間的受僱者調查資料來看[29]，在勞工的「體格檢查」部分，製造業的受檢率從未超過50%，營造業則一直低於23%；在「定期健康檢查」部分，製造業的受檢率同樣長期低於50%，營造業則低於16%，全產業的受檢率未曾超過40%。半數以上的企業主及工作者並不瞭解勞工健康檢查的重要性。

二、職業醫學的角色模糊

台灣自2002年10月公布「職業醫學科專科醫師甄審原則」以來，職業醫學成為專科，此制度旨在培育職業醫學專業人員，以對職業疾病之預防、早期診斷，以及職業傷病發生之後的診治與復健復工發揮功用。不過，在勞工健康檢查醫師的資格方面，目前法規並未限定由職業醫學專科醫師執行。在事業單位有設置醫療衛生單位的情形，「勞工健康保護規則」只規定「單位的醫護人員應參加有關職業醫學、職業衛生護理及勞工安全衛生訓練」；若事業單位找外面的檢查機構做健康檢查，則檢查機構僅需符合「指定醫療機構辦理勞工體格及健康檢查辦法」的規定，該辦法同樣並未強制執行勞工健康檢查的醫師必須具備職業病相關訓練。

然而，從勞工健康檢查的意義來看，很清楚的健康檢查的執行與後續處理應由職業病科醫師擔任才能發揮職業性疾病的篩檢與預防的功能。目前實務上健康檢查資料並未能與職業暴露狀況作連結，制度設計的缺失

造成勞工健康檢查的功效不彰[30]。在研究者先前的研究報告[5]，發現勞工健康檢查執行層面問題叢生，尤其由健康檢查過程與結果判讀未與受檢勞工的職業暴露狀況作連結，勞工普遍也不了解勞工健康檢查功能。

三、勞工參與的機制欠缺

西方的研究已指出，勞工參與企業內安全衛生管理的程度越高，越能降低職業傷病的發生率[31]，而有效的勞工參與，必須透過集體方式來發揮。國內學者的研究報告指出，台灣的職業安全衛生法律制度確實存有勞工參與的機制，但法規中的勞工機制，在實務上卻難以落實[3]。譬如，工會作為最主要的勞工參與機制，但台灣工會組織率相當低，尤其具有實質工會功能的產業工會，其組織率更低，且一般工會對於安全衛生業務並不熟悉，亦缺乏充分資源顧及職業健康議題[3,32-34]。即便有少數工會或個別勞工主動爭取健康檢查的項目或參與健康檢查機構的招標篩選，但由於大多數工會幹部與勞工事實上不瞭解勞工健康檢查的意義，這些參與似乎流於會員福利的爭取而已[5]。

四、勞動檢查重安全輕衛生

勞工健康檢查作為國家勞動保護體系中重要的一環，其制度功能是否能有效發揮也會和政府的勞動檢查有關。根據我國的勞動檢查法之規定(第4條)，「勞工安全衛生法令規定之事項」為法定的勞動檢查事項之一。換句話說，勞動檢查可以被視為職業安全衛生的事前預防手段，具有嚇阻企業主繼續違反安全衛生規範的作用。

歷來我國的勞動檢查雖然相當重視安全衛生的檢查，但不論是「一般檢查」(含勞動條件與安全衛生措施)或「勞工安全衛生專案檢查」，在檢查的項目與次數上明顯地側重於「安全」的檢查，而較不重視「衛生」的檢查。另外，若檢視政府的勞動檢查政策，可以發現「重安全輕衛生」確實是近年來的施政主調。舉例而言，行政院勞委會曾在2001年將「安全的工作環境」列為三大施

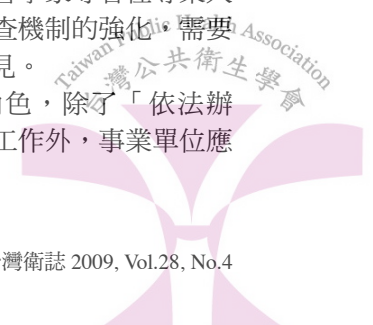
政主軸之一，並陸續推動「四年降災中程計畫」及「全國職場233減災方案」等措施，目的都在於追求職業災害率的降低[35,36]。在最近一期的「勞動檢查年報」的總說明裡，勞委會依然強調「為貫徹政府建構『安全的工作環境』之施政主軸，履行總統所提『持續降低職災傷亡率』之承諾，擴大保障勞工安全，降低職業災害，現有勞動檢查機構之人力主要投入減災工作……」[36]。另外，勞委會號稱參考日本、韓國對於中小企業的工安輔導措施，目前仍在實施中的「安全衛生在地扎根計畫」(又稱為「蒲公英計畫」)，政策目標與內容同樣是著重在「職場減災」[37]。由於「降災」是施政績效的主要評量依據，也就進一步促成了政府的安全衛生檢查更加偏重於「安全」的檢查，而這樣的偏頗施政實際上很不利於勞工「健康」保護的落實。

結 語

職業健康服務制度的運作涉及政府、醫師、雇主、及勞工四個重要的社會行動主體之參與。從西方與日本的勞工健康保護制度之發展歷史來看，「國家」的角色很重要—政府透過立法與行政可以直接影響雇主、勞工及醫師的行為。從而，台灣的勞工健康檢查制度的改革需要政府針對現行法律的缺失進行修補，同時強化勞動檢查，對違反規範者予以懲罰。另一方面，目前國內的勞動檢查被詬病之處在於「重安全輕衛生」，我們也呼籲主管當局需要在現有制度帶入「健康促進」的觀念，落實「職業健康」的檢查。

其次，醫師在職業健康檢查與職業健康管理機制裡應扮演著重要角色，不過在台灣的職場實務上，職業醫學專業的涉入不足。另一方面，「職業健康管理」除醫師之外，尚且包括人體工程學專家、護士、衛生專家、安全人員、及社會學家等各種專業人員。因此，勞工健康檢查機制的強化，需要吸納整合多方專業的意見。

關於雇主的制度角色，除了「依法辦理」勞工健康檢查各項工作外，事業單位應



超越法律層次的「雇主責任」，改從「企業倫理」的觀點思考如何發展全面性的職場健康管理策略。

最後，在勞工參與的部份，有鑑於勞工對於勞工健康檢查意義普遍不瞭解，當務之急應在於教育勞工，提高個別勞工的權利意識；也要針對工會幹部，發展充權的行動策略。

我們認為，職業健康服務制度的運作需要從勞、雇與醫療專業的角力中被定位，而國家政策的介入目的在於濟弱扶傾，透過公權力的手段協助建立一個可以公平角力、多方溝通的平台。從日本的例子裡，我們看到政府介入的成效，先天的結構限制並不會成為小型企業規避法律責任的藉口，反而促成了蓬勃的公私部門職業健康服務的發展，而這也正是國際勞工組織所倡導的觀念。同樣是以中小企業為經濟主體的台灣，實在需要多加省思。

致 謝

本研究感謝行政院勞委會勞工安全衛生研究所科技研究發展計畫(計畫名稱與編號：2020年我國安全衛生政策趨勢與智庫建立研究，973039)以及國科會研究計畫(NSC96-2412-H-214-001-MY2-2)之經費支持。作者並感謝台大衛生政策與管理研究所專任助理陳怡欣小姐提供行政協助，以及本計畫研究團隊成員對於本文初稿提供的豐富建議。

參考文獻

1. 林豐賓：勞工安全衛生法：概論與實務。台北：三民書局，1998。
2. Reese C. Occupational Health and Safety Management: A Practical Approach. London: Lewis Publishers, 2003; 2-6.
3. 尤素芬、陳美霞：企業內安全衛生保護之勞工參與機制探析。台灣衛誌 2007；26：419-32。
4. International Commission on Occupational Health (ICOH). Basic Occupational Health Services. Helsinki: International Commission on Occupational Health, 2005.
5. 鍾佩樺、尤素芬、鄭雅文：我國勞工健康檢查制度之現況與問題。台灣衛誌 2009；28：155-66。
6. Waldron HA, Edling C. Occupational Health Practice. 4th ed., New York: Oxford University Press, 2003; 1-2.
7. Carter T. Diseases of occupations: a short history of their recognition and prevention. In: Baxter P, Adams P eds. Hunter's Diseases of Occupations. New York: Oxford University Press, 2000; 917-25.
8. Frick K, Jensen P, Quinlan M, Wilthagen T. Systematic Occupational Health and Safety Management: Perspective on An International Development. Oxford: Elsevier, 2000.
9. Lie A. Trends and development of occupational health services in Norway. Int J Occup Environ Health 2002;15:159-63.
10. Nicholson PJ. Occupational health services in the UK: challenges and opportunities. Occup Med 2004;54:147-52.
11. Hughes A, Philipp R, Harling C. NHS occupational health services in England and Wales: a changing picture. Occup Med (Lond) 2003;53:47-51.
12. Aoyama H. Workers' participation in occupational safety and health in Japan. Int Labour Rev 1982;121:207-16.
13. Reich M, Frumkin H. An overview of Japanese occupational health. Am J Public Health 1988;78:809-16.
14. 徐徹暉、黃如璋、吳承恩、熊映美：各國特別危害健康作業勞工健康檢查制度比較研究，計畫編號IOSH92-M305。台北：行政院勞工委員會，2004。
15. Mizoue T, Higashi T, Muto T, Yoshimura T, Fukuwatari Y. Activities of an occupational health organization in Japan, in special reference to services for small-and-medium-scale enterprises. Occup Med 1996;46:12-6.
16. Muto T, Hsieh SD, Sakurai Y. Status of health promotion programme implementation in small-scale enterprises in Japan. Occup Med 1999;46:65-70.
17. 范國棟、李蘭：職場健康促進：國際與台灣經驗之比較。台灣衛誌 2008；27：271-81。
18. Muto T, Tomita M, Kikuchi S, Watanabe T. Methods to persuade higher management to invest in health promotion programmes in the workplace. Occup Med 1997;47:210-6.
19. 陳秋蓉、張振平：94年度中日技術合作計畫赴日研修「職場過勞預防與健康促進推動實務」報告。台北：行政院勞工委員會，2006。
20. Muto T, Takata T, Aizawa Y, Mizoue T. Analysis of Japanese occupational health services for small-scale

- enterprises, in comparison with the recommendations of the Joint WHO/ILO Task Group. *Int Arch Occup Environ Health* 2000;**73**:352-60.
21. Hino Y, Kan H, Minami M, et al. The challenges of occupational health service centers in Japan. *Ind Health* 2006;**44**:140-3.
22. Muto T, Higashi T, Mizoue T, Fukuwatari Y, Yoshimura T. Multiple channels for occupational health services to small-scale enterprises in Japan. *Occup Med* 1995;**45**:268-72.
23. International Labour Organization(ILO). Technical and Ethical Guidelines for Workers' Health Surveillance Report. Geneva: International Labour Office, 1997.
24. ILO. Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems. Geneva: International Labour Office, 2001.
25. ILO. Basic Occupational Health Services. Helsinki: International Commission on Occupational Health, 2005.
26. 戴基福、高瑞穗：基本職業健康服務。工業安全衛生月刊 2008；**231**：8-23。
27. 劉紹興、陳永煌、陳一中、吳聰能：勞工保險預防職業病健康檢查實施方式及職災醫療書單發放方式之研究。中華職業醫學雜誌 1997；**4**：199-212。
28. 陳仲麟：醫療隱私的法規範現況。醫事法學 2003；**11**：36-46。
29. 行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所：工作環境安全衛生狀況認知調查—2007年。台北：行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所，2007。
30. 王榮德：高雄市勞工健康檢查的意義與效度方面之探討。高雄：高雄市政府衛生局，2002。
31. Smallman C. The reality of "revitalizing health and safety". *J Saf Res* 2001;**32**:391-439.
32. 徐嘉珮：勞動者參與安全衛生事務制度之研究。台北：政治大學勞工研究所碩士論文，1997。
33. 曾鈺琄：台灣職業健康制度與勞工參與。台北：陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2001。
34. 黃英忠：我國企業內部團體協商及勞資會議現況分析，計畫編號PG9208-0508。台北：行政院勞工委員會，2003。
35. 戴基福：我國現有重要職業安全衛生制度運作及檢討。工業安全衛生月刊 2005；**198**：10-20。
36. 行政院勞工委員會：96年勞動檢查年報。台北：行政院勞工委員會，2008；e-f。
37. 行政院勞工委員會：安全衛生在地扎根計畫。
<http://www.sh168.org.tw/BackGroud/backgroud.aspx>。引用2008/11/24。



Development of occupational health services and the current system in Taiwan

SU-FEN YOU¹, YAWEN CHENG^{2,3,*}, PEI HUA CHUNG²

A system of occupational health services is required by the nation's labor protection provisions. Use of data from routine health examinations and surveillance is meant to provide empirical evidence for proactively preventing work-related illness and improving working conditions. Occupational health data also serve as the basis for epidemiologic research that evaluates the link between work hazards and health outcomes, as well as for the development of adequate occupational health policies. The system, in Taiwan, which has been operational since the implementation of the Occupational Safety and Health Act in 1974, has been criticized as problematic and poorly functioning. In this paper, we first reviewed the historical development and principles of occupational health services in Western countries as well as in Japan (as the current system in Taiwan used the Japanese system as a model, which in turn was greatly influenced by Western experiences). We also reviewed related documents published by the International Labor Organization. Finally, we reviewed the development of Taiwan's system, examined its current condition, and proposed some recommendations for its improvement. On the basis of this review, we conclude that the occupational health service system imposes on employers the responsibility to protect the health of their employees. Nevertheless, enforcement of this obligation is greatly determined by the extent of government's involvement and workers' participation. (*Taiwan J Public Health*. 2009;**28**(4):255-267)

Key Words: *occupational health services, workplace health examination, historical development, international comparison*

¹ Department of Healthcare Administration, I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

² Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University, No. 17, Xu-Zhou Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Public Health, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*Correspondence author. E-mail: ycheng@ntu.edu.tw

Received: Feb 6, 2009

Accepted: Jul 27, 2009

