

終止勞動契約—臺灣新北地方 法院111年度勞訴字第187號民事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
黃思誠（實習醫學生） 葛 謹

前言

勞動基準法第2條第1項第六款：「勞動契約：指約定勞雇關係而具有從屬性之契約。」同法第9條：「（第1項）勞動契約，分為定期契約及不定期契約。臨時性、短期性、季節性及特定性工作得為定期契約；有繼續性工作應為不定期契約。派遣事業單位與派遣勞工訂定之勞動契約，應為不定期契約。（第2項）定期契約屆滿後，有下列情形之一，視為不定期契約：一、勞工繼續工作而雇主不即表示反對意思者。二、雖經另訂新約，惟其前後勞動契約之工作期間超過九十日，前後契約間斷期間未超過三十日者。」同法第12條：「（第1項）勞工有左列情形之一者，雇主得不經預告終止契約：一、於訂立勞動契約時為虛偽意思表示，使雇主誤信而有受損害之虞者。二、對於雇主、雇主家屬、雇主代理人或其他共同工作之勞工，實施暴行或有重大侮辱之行為者。三、受有期徒刑以上刑之宣告確定，而未諭知緩刑或未准易科罰金者。四、違反勞動契約或工作規則，情節重大者。五、故意損耗機器、工具、原料、產品，或其他雇主所有物品，或故意洩漏雇主技術上、營業上之秘密，致雇主受有損害者。六、無正當理由繼續曠工三日，或一個月內曠工達六日者。（第2項）雇主依前項第一款、第二款及第四款至第六款規定終止契約者，應自知悉其情形之日起，三十日內為之。」雇主若要依勞動基準法終止勞動契約，尚要注意「知悉三十日內為之」的法規限制¹⁻⁵。

經過

甲於2017年2月6日到職，擔任A醫院傳送員，工作內容為「配合各樓層或診間之需要，獨自將相應之檢體、報告、氧氣筒、藥品、病床、病患，運送至指定位置」。2021年7月25日下午3時許，2樓急診室傳呼甲，甲自5樓搭乘電梯赴2樓執行職務。當日醫院2樓電梯外走廊打蠟，打蠟前後未設置安全警示、警語、措施，甲出電梯廂門後左轉前往急診室之際，因地板打蠟地滑而摔倒，經急診後初步診斷為：「左橈骨下端閉鎖性骨折。」嗣後甲左手腕仍持續腫脹，左肩、左側疼痛不已，甚至影響睡眠，職災休養期間於同年10月6日赴B醫院進行磁共振影檢查（簡稱MRI），診斷為「左側遠端橈骨骨折，經開放復位內固定術後。左側尺骨莖突骨折合併三角纖維軟骨複合體受損。」其後，甲往返B醫院進行治療及復健。勞保局分別於：(1)2022年9月5日核發給甲2021年7月29日至2022年3月8日共223日職業傷病補助；(2)2022年11月22日續核給甲2022年3月9日至2022年6月14日止，共88日職業傷病給付。(3)合計勞保職業傷病給付共311日(223+88=311)。

2022年6月15日，甲收到A醫院存證信函，告知甲：(1)傳送人員工作性質。(2)右手及雙腳正常即可執行工作。(3)限收文次日起返院上班，否則曠職論處。甲於翌日（6月16日）持B醫院之診斷證明書向A醫院請假遭拒，遂於2022年6月17日再以存證信函檢附上開診斷證明書回覆A醫院。因A醫院已於2022

年6月14日逕將甲勞工保險退保，甲認為A醫院違法解僱，向法院起訴A醫院，並自請2024年4月22日終止勞動契約，同時請求：(1)醫療補償（醫療費用）69,368元；(2)自2021年7月25日至2023年3月9日之工資補償（不能工作損失）266,737元（應領工資507,720元-雇主已給付工資61,223元-勞保傷病給付179,760元=266,737元）；(3)資遣費86,567元（任職期間自2017年2月6日起至2024年4月22日止，平均工資24,000元，新制基數為3又437/720）；(4)勞動力減損：920,504元；(5)看護費用116,000元（自2021年7月25日至2021年11月17日止，共計116日，半日看護費以1,000元計算）；(6)精神慰撫金50萬元。(7)合計1,959,176元。

爭執1：甲「左橈骨下端閉鎖性骨折」是否為職業災害？

甲主張：因工作場所執行打蠟作業未確實完成圍籬及警告標示，導致出電梯口滑倒，為職業災害。

A醫院主張：(1)出具「勞工保險職業傷病門診單」亦載明此事。(2)甲跌倒，左橈骨下端閉鎖性骨折，經A醫院院長親自開刀，且術後囑咐甲應該要進行復健即可恢復。(3)甲係在兩台電梯間跌倒，但該處已打蠟完畢，且現場樓梯出入口有用休息椅擋住，電梯口地板是乾燥的，有止滑條，也將其中一台電梯停用。(4)甲應可知悉現場附近有清潔工作進行，也知道醫院行走需要注意速度以及前後狀況，自應注意周遭環境狀況。(5)A醫院否認有故意過失造成甲跌倒。

法院心證：(1)勞基法對「職業災害」未設有定義，但依勞基法第1條第1項：「本法未規定者，適用其他法律規定。」(2)職業安全衛生法第2條第5款：「職業災害：指因勞動場所之建築物、機械、設備、原料、材料、化學品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之工作者疾病、傷害、失能或死亡」。(3)職業災害之認定標準，須具備下列要件：(i)職務遂行性：即災害是在勞工執行職務的過程中所發生的狀態，係基於勞動契約在事業主指揮監督之下之情形。(ii)職務起因性：即職務和災害之間有因果關係。(4)甲為傳送員，2021年7月25日下午3時許自5樓搭乘電梯赴2樓執行職務，於出電梯廂門後左轉前往急診室提供勞務之際，因地板打蠟地滑而摔倒，具有職務起因性及職務遂行性，應屬職業災害。

爭執2：A醫院是否應負侵權行為損害賠償責任？

甲主張：因工作場所執行打蠟作業未確實完成圍籬及警告標示，導致出電梯口滑倒，應有過失。

A醫院主張：否認有故意或過失致甲跌倒。

法院心證：(1)A醫院事故當日實施清潔打蠟作業，事前未通知甲，且未設置防護圍欄、防滑告示牌。(2)A醫院未如平常落實打蠟通知，且在事故發生之前，並未事先張貼公告。(3)A醫院顯有過失，自應負過失侵權行為損害賠償責任。

爭執3：甲請求A醫院給付醫療補償（醫療費用）69,368元，是否合理？

甲主張：(1)事故發生日（2021年7月25日）至2022年6月27日止，支出醫療費109,649元，有A醫院、B醫院開立之收據，扣除A醫院已給付之93,048元（計算式：34,433元+58,615元=93,048元），尚不足16,601元。(2)另於訴訟中擴張請求，主張2022年6月27日後，仍於B醫院持續就診及復健，截至2024年4月17日止，總計支出52,767元，亦有B醫院開立之診斷證明書及收據可稽。(3)職災事故而生之過度焦慮、睡眠失調，尋求精神科治療之醫療費用：1,200元。(4)共計69,368元。

A醫院主張：(1)影像複製費、證明書費、護腕明顯非屬醫療費用不應計入。(2)其他就診費用應證明與本件事故相關。(3)不需負擔自2022年3月9日起已非職災期間之醫療費用52,767元。(4)精神科診斷證明，是事故發生後約8個月的證明，與本件事故無關。

法院心證：(1)影像複製費、證明書費部分：此部分雖非屬必需之醫療費用，但仍屬為證明損害發生原因、存在期間及其支出、申請賠償所必須，應屬損害賠償範圍。(2)輔具護腕部分：甲有「左側遠端橈骨骨折，經開放復位內固定術後。左側尺骨莖突骨折合併三角纖維軟骨複合體受損」之傷害，復健乃後續之醫治行為，在復健期間，B醫院認「避免手腕負重活動，需護腕協助復健」，有診斷證明書可稽，有使用護腕作為輔具治療之必要，此部分應認定屬必需之醫療費用。(3)甲依B

醫院醫囑進行復健，參照上開單據加註「醫生要我動肩轉」、「醫生要我轉動肩膀」、「復健過程頭暈、噁心、想吐、血壓升高、頭痛、手腰腳痠麻軟、無力、刺痛」、「頭昏痛、左手、左腳疼痛難過」、「復健後非常不舒服」等文字，且上開單據日期，互核B醫院復健科登記卡及急診醫藥費單據，甲分別於2022年3月25、30日、4月1、25日、5月11、13、25日進行復健，可見甲是因系爭事故於進行復健過程所生身體不適，緊急至急診就醫，復健期程與甲單據上之記載相當，與醫療時序具有相當性，足認上開醫療費用具有因果關係，顯屬必要，應予准許。(4)甲醫療期間應包括「醫治」、「療養」及「復健」三部分，甲發生事故後，先於A醫院就醫，診斷為「左橈骨下端閉鎖性骨折」，之後再赴B醫院就醫，診斷為「左側遠端橈骨骨折術後併三角纖維軟骨破損」，接受腕關節鏡三角纖維軟骨修補手術後連續記載，足證上開期間之醫療行為與系爭事故具因果關係。(5)依B醫院2024年3月27日開立診斷證明書醫囑載明：「病患於2021年11月12日入院，同年13日接受腕關節鏡三角纖維軟骨修補手術，同年11月17日出院，2021年11月24日至2022年9月21日門診複診共17次，目前手部功能尚未恢復，仍有角度受限之情形」、「休養時間自2022年3月9日至2023年3月9日」、「於2023年2月1日住院，2023年2月2日進行內固定物移除手術，2023年2月3日出院，2023年2月15日、2023年3月15日、2023年6月7日、2023年9月1日、2023年12月1日、2024

年3月1日、2024年3月27日門診追蹤，須持續復健至2024年6月30日以維持活動角度及肌肉力量，若效果不彰則考慮手術方式進行左肩旋轉肌縫合。」足見醫療期間之醫治、療養或復健階段所為之醫療支出，均因同一病症診斷所生，且療程連貫，均應認屬必需之醫療費用範圍。(6)精神科醫療費用1200元部分，甲雖主張此係因職災事故而生之過度焦慮、睡眠失調，尋求精神科治療所生之醫療費用，惟此精神科就診部分係本件事故後約八個月才就醫，且甲並未提出診斷證明書足以證明與本件職災事故相關，無法認定具有因果關係，自無法准許。(7)甲得請求A醫院補償、賠償上開醫療費用合計68,168元(69,368-1200=68,168)。

爭執4：甲請求A醫院給付工資補償（賠償）266,737元，是否合理？

甲主張：(1)2021年7月25日至2023年3月9日之應領工資507,720元。(2)雇主已給付工資61,223元。(3)已領勞保傷病給付179,760元。(4)工資補償（不能工作損失）：266,737元（計算式：應領工資507,720- 61,223-179,760=266,737元）。

A醫院主張：不爭執事故發生日（2021年7月25日）起至2022年6月14日止之工資，總計282,033元。

法院心證：(1)勞保局改核職業傷病給付自2021年7月25日至2022年6月14日止。(2)足見甲因事故所受傷勢，經勞保局專科醫師第二次審查，認為甲自事故起，治療（含復

健）至2022年6月14日止，已經治療終止，屬可恢復工作狀態。(3)甲得請求補償原領工資之醫療期間，應自2021年7月25日起至2022年6月14日為止。(4) A醫院2022年4月25日即致電及傳訊息予甲，請其復職，續於2022年5月9日由護理部主任以line訊息詢問：「醫院請問你是否可回來做輕鬆的工作？」惟甲僅回覆：「自從受傷後就一直會頭暈，而後手腳萎縮，角度和肌力還在努力復健，也有附上診斷書。」顯然甲有拒絕A醫院復工之要求。(5)既然甲右手及雙腳可進行一般日常生活，身體狀況足以勝任「輕度勞力」之工作項目，A醫院也表示願意提供較輕鬆的工作，且傳送員工作項目中也有屬於輕度勞力者，自應認定甲不能工作期間至2022年6月14日止。(6)甲自2022年6月15日起工資部分，不符「不能工作」之要件，未經A醫院同意繼續給予公傷病假，甲也未依照勞動契約繼續提供勞務，A醫院自不須依勞動契約負給付報酬之義務，故甲此部分請求，無法准許。(7)綜上，工資補償（賠償）部分：(i)事故發生日（2021年7月25日）起至2022年6月14日止之工資，依各年度基本工資計算，總計282,033元【計算式：24,000x6+25,250x(5+14/30)=282,033】。(ii) A醫院已給付起訴時傷病期間之薪資61,223元。(iii)勞保局核撥之傷病給付179,760元（75,600+49,280+54,880=179,760）。(iv)甲得請求A醫院補償工資（即不能工作損失）41,050元（計算式：282,033-61,223-179,760=41,050）。

爭執5：甲請求A醫院給付看護費用116,000元，是否合理？

甲主張：看護費用116,000元（自2021年7月25日至2021年11月17日止，共計116日，半日看護費以1,000元計算）。

法院心證：(1)民法第193條第1項：「不法侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責任。」(2)親屬間之看護，縱因出於親情而未支付該費用，然其所付出之勞力，顯非不能以金錢為評價，此種基於身分關係之恩惠，自不能加惠於加害人，而應比照一般看護情形，認被害人受有相當看護費之損害，命加害人賠償，始符民法第193條第1項所定「增加生活上需要」之意旨。(3)本院函詢B醫院關於看護費用部分，B醫院函覆：「左手為受傷開刀肢體，……負重及精細活動較不適合，可考慮請半日看護，時間約為兩個月。」(4)依甲所主張且為A醫院所不爭執之半日看護費以1000元計算，原告得請求看護費用60,000元(1000x60=60,000)。逾此部分之請求，無法準許。

爭執6：甲請求A醫院給付勞動能力減損920,504元，是否合理？

甲主張：事故所受傷害經C醫院鑑定後，認工作能力減損（勞動能力減損）為54%。(2)甲自2023年3月9日之次日起至法定強制退休年齡65歲，尚有5年7月7日，按各年度生效之每月基本工資計算，核計勞動力減損金額為920,504元。

A醫院主張：C醫院鑑定甲之勞動能力減損比例過高，應准予其他醫院複查。

法院心證：(1) C醫院職業醫學部於2022年12月15日獲勞動部認可，而為某區職業傷病診治專責醫院之職業傷病診治整合服務中心。(2)鑑定醫師領有職業醫學專科證書，具職業醫學專長，其所為鑑定具有相當的專業度。(3) C醫院針對甲「左側遠端橈骨骨折後併三角纖維軟骨複合體受損」進行理學檢查，依序斟酌(i)未來收入能力降低、(ii)職業類別、(iii)受傷年齡等因素後，依方程式調整甲工作能力減損之程度，此與A醫院所舉其他法院判決個別案件之基礎事實並不相同，無從與其他判決比附援引。(4) C醫院遵循「勞動部勞工保險局委託辦理勞工保險失能年金給付個別化專業評估作業要點」規定，採用美國醫學會永久障礙評估指南第6版(AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Edition(2008))第15章「Chapter 15: The Upper Extremities（略譯：上肢）」之規範，使用關節活動量尺，依建議測量方式進行理學檢測，其檢測方式亦無任何違誤。(5)左手手腕關節遠端連接手指關節、近端連接左前臂之尺骨與橈骨，且手指肌肉作用與活動手腕關節的肌肉均附著於前臂。為使左前臂能進行回復通常工作職能之旋前、旋後動作，故C醫院鑑定時須納入「左手肘關節」、「左手腕關節」活動角度，整體評估，亦無違誤。(6) C醫院依「美國醫學會永久障礙評估指南第6版」估算之全人障礙百分比為基準，參照美國加州「永久性失能評估準

則2005年版」，綜合判斷全人障害等級、未來收入能力、職業類別、與受傷年齡後，估算原告勞動能力減損為54%，確屬有據。(7)甲提出且C醫院不爭執的勞動能力減損金額及計算方式，依年別5%霍夫曼計算法扣除中間利息（首期給付不扣除中間利息）計算一次得請求金額，核計勞動力減損金額為920,504元（138,821+781,683=920,504），應予准許。

爭執7：甲請求A醫院給付非財產上損害（慰藉金）50萬元，是否合理？

法院心證：(1)最高法院民事判決：「按慰藉金之賠償須以人格權遭遇侵害，使精神上受有痛苦為必要，其核給之標準固與財產上損害之計算不同，然非不可斟酌雙方身分資力與加害程度，及其他各種情形核定相當之數額⁶。」(2)非財產上損害賠償，應以實際加害之情形、加害之程度、被害人所受精神上痛苦之程度、賠償權利人之身分、地位、經濟能力綜合判斷之。(3)甲為高職畢業，曾於2016年1月5日勞保退保並請領勞保老年給付，再於2017年間擔任傳送員，月薪為各年度基本工資。(4)A醫院屬地區醫院。(5)綜合兩造之身分、職業、教育程度、財產及經濟狀況、工作與收入、本件侵權行為損害事實及甲所受精神痛苦等一切主客觀情狀，甲請求賠償精神慰撫金50萬元，顯然過高，應以20萬元為適當；逾此部分，尚屬過高，無法准許。

爭執8：甲請求A醫院給付資遣費86,567元，是否合理？

甲主張：資遣費由雇主按其工作年資，每滿1年發給2分之1個月之平均工資，未滿1年者，以比例計給；最高以發給6個月平均工資為限。

A醫院主張：甲2022年6月14日因曠職，將甲解僱退保。

法院心證：(1)勞動基準法第12條第1項第6款：「勞工無正當理由繼續曠工三日，或一個月內曠工達六日，雇主得不經預告終止契約。」(2)最高法院民事判決：「勞工因職業災害而致失能、傷害或疾病者，其治療、休養期間，應給予公傷病假；於公傷病假期間未到職，自非屬無正當理由而曠工⁷。」(3)甲不能工作之醫療期間，依法應認定自2021年7月25日起至2022年6月14日止，於此期間均應給予公傷病假。(4)A醫院自認甲已於2022年6月1日提出假單請假至2022年6月14日，依法應准予公傷病假，甲於此期間未到職，自非屬無正當理由而曠工。(5)A醫院於2022年6月14日以曠職為由將甲解僱退保，應屬非法，自不發生終止勞動契約之效力。(6)A醫院雖曾於2022年6月9日以存證信函通知甲，以傳送人員工作性質，右手及雙腳正常即可執行工作，並限收文次日起返院上班，否則曠職論處，惟該存證信函於於2022年6月15日才送達。此信函內容，性質上應屬預告通知，尚未為終止契約之意思表示。(7)甲於2022年6月15日收受存證信函後，亦未再接獲解僱通知，足認A醫院所為解僱之意思表示並未送達甲，故A醫院主張終止契約，自不合法。(8)甲於起訴時已主張醫

療費、B醫院持續就診及復健費，A醫院均未給付，顯違反勞動法令之狀態持續迄今皆未改善，故以2024年4月22日庭呈書狀，作為終止契約之意思表示，自屬合法。(9)甲請求給付自2017年2月6日任職起至2024年4月22日終止契約止，依平均工資（24,000元）、新制基數為3又437/720計算之資遣費86,567元，自屬有理由，應予准許。

爭執9：甲未遵復健頻率之醫囑，是否與有過失？

A醫院主張：甲於事故發生後未持續復健，致影響其復原。

法院心證：(1)B醫院診斷證明書所載，甲手術後需復健回復活動角度及肌肉力量。(2)B醫院函覆法院：「（關於復健）建議之項目為物理及職能治療，針對關節活動度及肌力訓練，建議一週至少3次，每次約1小時。」、「一般建議至少進行3至6個月之復健，再依患者恢復狀況延長。」(3)甲受傷後應從事復健治療之最初6個月期間，於A醫院治療期間其復健頻率較為正常，但於B醫院治療期間：(i)於2021年10月28日起至同年11月12日達16日均未復健。(ii)手術後自2021年11月18日起至2022年1月27日長達71日均未復健，之後自1月29日起至2月10日止，也無任何復健。顯然未符合B醫院回函所載的頻率要求。(4)甲之損害與有過失至明。(5)本院認甲、A醫院就本件侵權行為損害發生之過失比例依序為3/10、7/10，應減輕A醫院3/10賠償責任。(6)就侵權行為損害賠償部分（即看護費用60,000元+勞動力減損金

額為920,504元+精神慰撫金20萬元），甲得請求賠償之金額應減為826,352元 $(920,504 \times 7/10 = 826,352)$ 。

法院

地方法院：「A醫院應給付甲新台幣93萬5570元，及其中35萬3078元自2022年10月5日起、其中58萬2492元自2024年4月23日起至清償日止，均按年息百分之五計算之利息⁸。」A醫院不服，上訴高等法院。

高等法院：尚未判決⁹。

討論

契約終止：民法第153條：「當事人互相互表示意思一致者，無論其為明示或默示，契約即為成立。當事人對於必要之點，意思一致，而對於非必要之點，未經表示意思者，推定其契約為成立，關於該非必要之點，當事人意思不一致時，法院應依其事件之性質定之。」契約終止是契約的效力消滅，對於已經履行的部分仍然有效；因此終止契約可以分為：(1)合意終止：契約雙方當事人透過新的共識，共同決定讓原有契約的效力結束。(2)單方終止：契約中一方，依據法律或契約約定，單方面行使終止權，使契約效力向後消滅。惟單方終止不一定需要對方的同意，但通常會伴隨特定的條件或責任。本案A醫院與甲為具有從屬性之「勞動契約」，合意終止最佳，單方終止，若終止不合法，或雖合法但造成對方損失，就可能需要負擔賠償²⁻⁵。

程序瑕疵：由於雇主若依勞動基準法第12條第1項第一款、第二款及第四款至第六款

規定單方終止契約者，「應自知悉其情形之日起，三十日內為之」。本案(1)勞保局核發給甲2021年7月29日至2022年3月8日共223日職業傷病補助，A醫院2022年4月25日即致電及傳訊息予甲，請其復職，續於2022年5月9日由護理部主任以line訊息詢問：「醫院請問你是否可回來做輕鬆的工作？」甲未回覆A醫院復工之要求。(2)A醫院2022年6月9日以存證信函通知甲，以收文次日起返院上班，否則曠職論處。(3)勞保局2022年11月22日續核給甲2022年3月9日至2022年6月14日止，共88日之職業傷病給付。(4)存證信函於於2022年6月15日才送達，性質內容屬預告通知。(5) A醫院已於2022年6月14日將甲勞工保險退保。(6)甲於6月16日持B醫院診斷證明書向A醫院請假遭拒。(7)勞動基準法第13條：「勞工在第五十條規定之停止工作期間或第五十九條規定之醫療期間，雇主不得終止契約。但雇主因天災、事變或其他不可抗力致事業不能繼續，經報主管機關核定者，不在此限。」(8)本案因A醫院單方終止合約程序有瑕疵，不發生終止勞動契約之效力。

客觀四原則：我國「過失」之定義，僅見於中華民國刑法第14條：「(第1項)行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。(第2項)行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論。」「過失」(negligence)成立與否，我國法院至今仍採「主觀構成要件」，與國際法院之「客觀四原則」差異頗巨，國際法院對於是否成立「過失責任」均採

客觀四原則，依下列四點逐一審理，缺一項即不認有過失：(1)被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)、(2)被告有無「違反照顧責任」(breach of standard of care)、(3)損害與「違反照顧責任」有無因果關係(causality)、(4)損害之事實(damage)¹⁰。本案：(1)A醫院對甲當然有「照顧責任」；(2)清潔打蠟作業，是否「違反照顧責任」？(3)清潔打蠟作業與甲跌倒受傷有無因果關係？(4)甲之損害事實。客觀而言，清潔打蠟作業與甲跌倒受傷有無因果關係，似有值得客觀探討之處。

無過失三原則：「職業傷病補償法」之立法，著眼於勞工安全衛生是雇主的責任，預防員工發生職業傷病是其天職，由於有無「違反照顧責任」態樣複雜，客觀事實若無調查，難以認定，故「職災保險理賠」採「無過失三原則」，讓勞工迅速取得理賠，減少勞雇間的爭執，增進社會安定。職業傷病補償之法理與原則，雖看下列兩點：(1)有無僱用關係(during employment or in the course of employment)：即確定雇主與勞工身分關係，基於勞工安全衛生是雇主的責任，雇主是負有補償責任之人。(2)職業傷病是否源自工作(arising out of work)：勞工之傷病是否因工作而發生¹¹⁻¹²。

僱用人責任：1974年4月16日制定公布「勞工安全衛生法」全文34條，2013年7月更名為「職業安全衛生法」修正公布全文55條，該法第5條：「雇主使勞工從事工作，應在合理可行範圍內，採取必要之預防設備或措施，使勞工免於發生職業災害。」主要目的在於新

修訂之職業安全衛生法擴大範圍後，現行法令並非能將所有的危害納入法規之中，但雇主仍須在合理可行之範圍內，事先進行風險評估並採取預防作為，以有效達到全面性保護勞工之效果。為保障職災勞工不因受僱人之資力而影響賠償，民法第188條僱用人責任的規定，在實務運作，與社會發展的多樣化，不同行業間的實務案例判斷標準，值得進一步以案例深入探討¹³⁻¹⁵。

勞動力減損：損傷或障害(impairment)是醫學概念，醫師根據身體檢查及各項測驗來決定疾病或傷害對一個人健康狀態所造成的改變稱之，損傷反映出經過治療仍然沒有辦法進步的身體功能或結構偏差或損失。依據各器官組織的損傷程度，可分為部分或全部、暫時或永久性損傷¹⁶。失能(disability)則不是醫學概念，而是法律名詞，係指估計損傷對於一個人的影響程度。「工作失能」係指一個人因為生理或心理損傷造成一個人工作表現的內容或產量（包括工作時間、工作品質以及工作上相關的社會互動過程）上的降低。換言之，一個人在執行工作，參與工作程度，或符合工作所需條件上有限制。決定個人工作失能的程度，除了需要考量個人工作能力狀態的改變與特定社會情境或職業需求間的差異，尚需考慮其他如年齡、性別、教育程度等因素¹⁷。

身心障礙法律：我國1980年公告實施「殘障福利法」（全文26條），1997年修正名稱「身心障礙者保護法」（全文75條），2007年修正名稱「身心障礙者權益保障法(People

with Disabilities Rights Protection Act)」（全文109條），臺灣社會的身心障礙福利逐漸由對弱勢施捨，轉為對身心障礙公民的權利保障。社會政策也從殘補式的慈善觀點，轉變為以個人權利導向的社會福利政策。教育方面，從教育零拒絕後，融合教育、增設特教助理員。無障礙環境，大眾交通系統如捷運、高速鐵路都有無障礙的設計。復康巴士、低底盤公車也納入公共運輸的設計。法律也規範建築物與公共設施的無障礙環境。工作權保障方面，定額進用的額度也讓障礙者有機會進入勞力市場。在立法精神上已接近「聯合國障礙者權利公約」(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)的精神¹⁷。

失能與殘廢：1958年7月21日公布「勞工保險條例」（全文87條），該法第2條：「勞工保險分左列二類：一、普通事故保險：分生育、傷病、醫療、殘廢、失業、老年及死亡七種給付。二、職業災害保險：分傷病、醫療、殘廢及死亡四種給付。」2008年8月13日修正第2條條文，將「殘廢」改為「失能」外，原第53條之附表二「勞工保險殘廢給付標準」廢除，改為同法第54-1條授權之法規命令：「勞工保險失能給付標準」第3條條文之附表，並自2010年10月8日發布日施行。「勞工保險失能給付標準第三條附表」的「失能等級」與「勞工保險殘廢給付標準」相同，仍為15等級；失能審核基準則增加：「（精神失能）審定時，須由精神科專科醫師診斷開具失能診斷書；必要時保險人得另行指定神經

科、復健科、職業醫學科等專科醫師會同認定。」簡言之，勞保2010年以後使用失能代替殘廢，應無疑義，然而各部會主管的法律對失能(disability)使用不同的中文，由於「損傷或障害(impairment)」與「失能(disability)」經常被交替使用，其實是兩個非常不同的名詞，且兩者之間並沒有一定的因果關係或是身體心理上的損傷一定會造成工作能力損失，法院似應盡速釐清失能(disability)的定義，並迅速建立我國的失能等級與補償制度¹⁸。

障礙評估：本案使用美國醫學會(American Medical Association)第六版「永久障礙評估指引」(Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, AMA Guide)之準則，該評估指引雖於歐、美、澳、紐、南非等國法院合意採用此評估指引為障害評估，並作為傷害、殘廢、職災給付之參考，但評估指引開宗明義聲明：「本指引(AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment®, AMA Guides®)為美國醫學會(AMA)出版，可用於職災補償、聯邦系統、道路交通傷害與個人傷害之障礙評等，並非失能評等，國際雖已通用，美國醫學會也另有因果關係與工作能力評估指引(AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment®, [AMA Guides®] is published by the American Medical Association. It is used in workers' compensation systems, federal systems, automobile casualty, and personal injury cases to rate impairment, not disability. It is used internationally. The AMA also offers the best standards for the evaluation of

causation and workability.)¹⁹。」然而「因果關係與工作能力評估指引(the AMA Guides to the Evaluation of Disease and Injury Causation, 2nd ed)²⁰」，美國實務界尚有不同的批評，國內引用時似宜謹慎。

結語

無過失定義：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，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、具有故意過失之雇主加以制裁或課以責任，而係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，職業災害補償制度，歐美國家立法改採「無過失責任」¹¹。2000年4月25日最高法院89年度第4次民事庭會議決議：「勞動基準法第59條之補償規定，係為保障勞工、加強勞、雇關係，促進社會經濟發展之特別規定，非損害賠償。同法第61條尚且規定該受領補償之權利不得抵銷，應無民法第217條過失相抵之適用。」然於我國實務判決，仍時有不同見解¹²⁻¹⁵，最高法院似應盡早統一見解，我國法院「無過失責任」如何定義與審查，法律所謂「無過失責任」是否即為歐美國家之「無過失三原則」？若然，既然職業災害在保險給付制度內為「無過失補償責任」，何種條件與狀況下，雇主方要負擔民法第188條之僱用人侵權責任？

失能評估：我國法律除應盡速定義損傷/障害(impairment)與失能(disability)兩者之內涵、

範圍與差異外，目前國內實務界有2種失能評估方式，分別來自不同的時空背景，本無優劣之分，惟因為二種評估之時間點、方法、分級方式不同，產生不同結果，雖不意外，然各國社會發展、經濟條件、薪資結構、保險理賠制度不同，本案似逕採美國醫學會(AMA)第六版「永久障礙」為「失能」，雙方訴諸法庭前，應事先衡量二種方式的優缺點，審慎為之¹⁷。

參考文獻

1. 黃程貫：勞動與勞動法－黃程貫教授論文集 (Arbeit & arbeitsrecht)。臺北市，元照；2022。
2. 陳建文：勞動基準法實務爭點(Contemporary legal issues of the labor standards act in practice)。臺灣勞動法學會主編，臺北市，元照；2022。
3. 臺灣高等法院107年度重勞上字第70號民事判決（勞工法庭，2019年11月19日）。
4. 張清滄主編；例解勞動基準法。臺北市，五南圖書；2024。
5. 臺灣勞動法學會主編：勞動基準法釋義－施行40年之回顧與展望(The jurisprudence of labor standards act)。臺北市，元照；2024。
6. 最高法院51年台上字第223號民事判決。
7. 最高法院110年度台上字第674號民事判決。
8. 臺灣新北地方法院111年度勞訴字第187號民事判決（勞動法庭，2025年2月17日）。
9. 臺灣高等法院114年度勞上字第156號民事判決（尚未判決）。
10. 葛謹：英國醫療糾紛判例之啟示。臺灣醫界 2008；51(8)：348-53。
11. 葛謹：職業傷病補償法之立法必要性。醫事法學2007；14(3,4)：103-15。
12. 徐婉寧：論過失相抵原則於受僱醫師過勞職災民訴之適用—評臺灣高等法院臺南分院102年度重勞上字第1號民事判決。政大法學評論 2016；146：259-304。
13. 謝哲勝：僱用人的侵權責任。臺北市，元照；2017。
14. 聞遠志、葛謹：職災鑑定－最高法院113年度台上字第622號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊2024；68(8)：18-26。
15. 謝艾庭、林采欣、葛謹：雇主責任－最高法院108年度台上字第1598號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊2024；68(10)：20-6。
16. 李永凌：勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究。行政院勞工委員會勞工保險局委託研究報告(BLI96-A03)，行政院勞工委員會勞工保險局，2007年11月30日。
17. 陳有毅、葛謹：失能爭執－臺灣高雄地方法院108年度重勞訴字第10號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2022；66(8)：29-38。
18. 林萬億：臺灣身心障礙者權益與福利(The rights and welfare of persons with disabilities in Taiwan)。臺北市，五南圖書；2014。
19. Rondinelli RD, Genovese E, Kat RT, et al：AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Edition, American Medical Association, Chicago, 2007。
20. Talmage JB、Melhorn JM、Hyman MH：AMA Guides to the Evaluation of Work Ability and Return to Work. 2nd edition, American Medical Association, Chicago, 2011. 🇺🇸