

計畫編號：BLI97-A02

行政院勞工委員會勞工保險局委託研究報告

勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究

研究主持人：鄭建興 醫師

共同主持人：許重義 教授

邱弘毅 教授

研究主辦單位：行政院勞工委員會勞工保險局

計畫研究單位：台灣腦中風學會

研究期間：中華民國九十七年五月五日

至九十七年十一月三十日

印製日期：中華民國九十七年十一月三十日

* 本研究報告僅供參考用，不代表本局意見。

* 非經本局書面同意，不得對外發表。

行政院勞工委員會勞工保險局 編印

目錄

摘要.....	P. 3
第一章 背景.....	P. 5
第二章 相關文獻回顧.....	P. 9
第三章 勞工保險神經障害爭議審議案件整理.....	P. 15
第四章 專家會議之討論與建議.....	P. 27
第五章 新建議勞工保險『神經障害部分』失能給付	
第一節 新建議之勞工保險失能診斷書－『神經障害部分』評估表.....	P. 30
第二節 新建議之勞工保險失能診斷書－『神經障害失能詳況及說明』 p.	32
第三節 新建議之勞工保險失能給付－『神經障害部分』失能等級.....	P. 38
第四節 新建議之勞工保險失能給付－『神經障害部分』審定標準.....	P. 41
第五節 新增第十等級與其他相等級疾病的比較.....	P. 45
第六節 以新建議神經障害殘廢（或失能）等級分析神經疾病案例.....	P. 47
第六章 討論.....	P. 52
第七章 結論.....	P. 57
參考文獻.....	P. 59
附件一 第一次專家會議記錄.....	P. 63

附件二	第二次專家會議記錄·····	P. 68
附件三	勞工保險殘廢給付標準表－『神經障害部分』 ·····	P. 74
附件四	勞工保險殘廢診斷書·····	P. 77
附件五	96 年「勞工保險神經障害殘廢給付審查標準」會議記錄·····	P. 79
附件六	神經功能評估量表·····	P. 81
附件七	身心障礙鑑定表·····	P. 90
附件八	勞工保險失能給付標準草案：神經部份·····	P. 95
附件九	勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究計畫審查會議記錄·····	P. 99
附件十	勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究期中報告審查會議記錄·····	P.102
附件十一	勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究期末報告審查會議記錄·····	P.106

摘要

研究目的：配合現行勞工保險殘廢給付標準表之整體平衡性，修定與建立更符合實際需求的勞工保險失能給付標準表『神經障害』審查標準。

方法：蒐集對於神經疾病（主要包括腦中風、失智、巴金森氏症、癲癇等）導致神經功能障害之評估工具，比較不同評估工具的優缺點，並參考美國醫學會 2008 年永久障害評估第六版的評估精神，是否可做為從事一般勞力工作的指標與臨床醫師評估的確實與一致性。整理分析勞工保險局所提供的神經障害爭議審議案件，了解較易發生爭議的原因與因應對策。邀請國內神經疾病領域的專家，包括神經內科、神經外科與復健科等醫師，針對現行神經障害殘廢評估量表提供修正意見，彙集與整理意見後擬定神經障害失能評估量表的修正建議。

結果：神經疾病所引起的神經功能障害因不同的疾病有很大的差異，障害的評估應根據各疾病的功能障害評估量表個別考量。現行勞保殘廢給付標準表第 8 項第 7 等級與第 9 項第 13 等級間之殘廢等級差距甚大，常為爭議的原因，建議增列第 8-1 項第 10 等級並制定審定標準以減少爭議。疾病診斷確定經治療逾一年可申請勞保失能給付。工作能力建議修改為工作能力正常、不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作、只

能從事一般輕便工作、無工作能力。腦中風的障害等級評估以新增的失能評估量表（modified Rankin Scale）為準，巴金森氏症以疾病的分級（modified Hoehn-Yahr Stage）為評估參考，失智症應佐以臨床失智評估量表（Clinical Dementia Rating）為評估參考。

結論：本研究建議神經功能障害（或失能）評估應根據不同神經疾病個別考量，建議增列第 8-1 項第 10 等級以減少爭議，建議修正現行的神經障害詳況並增列失能評估，期使神經障害的勞工保險失能給付標準更符實際需求。

第一章 背景

我國的勞工保險制度自開始即包括殘廢給付，勞工保險條例最初於 47 年 7 月 21 日內政部訂定發布，勞工保險條例施行細則於 49 年 3 月 1 日發布，最初僅有 7 個障害項目，而後經過多次修正，最近一次的修正公佈為 92 年 5 月 14 日，障害項目已達 178 項【1-4】。給付案件每年約 3 萬 6 千件，給付金額每年約 80 餘億元，其中神經精神障害約 6 千件，佔全部案件的 16%【5】。

台灣地區在過去 30 多年，腦中風一直是重要的死因，71 年之前為死亡原因的首位，71 至 95 年持續為第二位死因，96 年為第三位死因【6】。根據 96 年台灣地區主要死因統計，共有 12,875 人因腦血管疾病而死亡（約 9.2%）；每日平均為 35.3 人，每十萬人口為 56.2 人死亡，平均每 40 分 49 秒有 1 人死於腦血管疾病，潛在生命損失總數一年為 51,986 人，占全部的 4.9%【7】。除了腦中風，神經退化性疾病也愈益增多。腦中風病患所需的直接醫療支出與間接照護、社會支出非常高【8】。根據 1997-2003 年的台灣健保資料分析，每人腦中風病患的住院花費約為 66,000 元【9】，此僅為健保的直接住院醫療支出，間接的支出包括自付住院支出、看護費用、之後門診支出、工作受影響的損失、家人照顧等一定比直接支出還高許多。而初期腦中風的嚴重程度與後續醫療支出有密切相關【10】。對於台灣的勞工與農漁民，勞保的傷殘補助是非常重要的社會福利，因為多數的勞工與農漁民非高收入，除了健保的挹注，

多無其它的保險，因此勞保與農保的傷殘補助為勞工與農漁民的重要補助。農漁民多為高齡人口，發生腦中風致明顯神經功能障礙的機會很高，勞工們雖多為輕中壯年，但仍有為數不少的腦中風發生，因此如何擬定與規劃確實符合實際需求的腦中風之殘廢給付標準有其很高的需要性。

先前勞保局已委託研究計畫對於軀幹、肢體、精神、心臟等疾病進行審查標準的研究改進【11-14】。神經障害包括的疾病範疇廣而多樣，自中樞神經系統（腦部、脊髓）至周邊神經系統（周邊神經、肌肉病變），以及腦血管疾病至退化性疾病、癲癇、神經損傷等均包括在內。而過去多年勞、農保的被保險人因神經障害申請殘廢給付以腦中風病患為最多，特別是農保的被保險人年齡偏高更易發生腦中風，因腦中風遺留的神經功能障礙會受到中風發生的位置、機轉、嚴重程度、患者的年齡與合併其它疾病影響，因此個別的差異性很大。現有神經障害程度給付標準分為五個等級（附件三）：

1. 中樞神經系統機能極度障害，致終身不能從事任何工作，經常需醫療護理或專人周密照護者—1,200 日（為第 5 項第一等級）。
2. 中樞神經系統機能病變，引起截癱或偏癱，致終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助者—1,000 日（為第 6 項第二等級）。
3. 中樞神經系統機能顯著障害，致終身不能從事工作者—840 日（為第 7 項第三等級）。

4. 中樞神經系統機能顯著障害，致終身只能從事輕便工作者—440 日（為第 8 項第七等級）。

5. 神經系統病變，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀者—60 日（為第 9 項第十三等級）。

雖然現今使用的神經障害殘廢詳況已能提供許多遺存神經功能障礙程度（附件四），但不同的神經疾病所造成障害有很大的差異，如何將幾個主要的神經疾病（腦中風、失智、巴金森氏症、癲癇、頭痛、脊髓病變、周邊神經疾病）個別制定較為一致的標準，是否有需要修正或改變現有的神經障害五個等級的分級，需再研究與彙整專家意見。

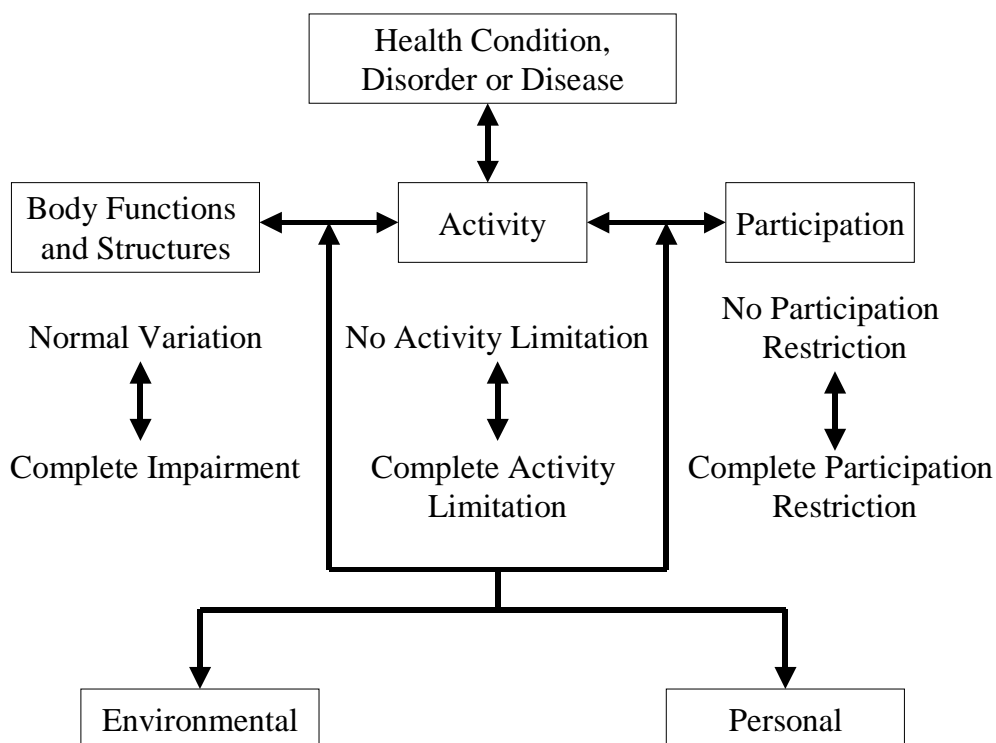
因神經障害的審查顯示同一類型案件醫師有不同的醫理見解，為降低爭議，勞保局曾於民國 96 年 5 月 24 日邀集相關審查醫師共同研商，俾齊一審查標準。當日的會議結論（附件五）主要有四點：（一）周邊神經損傷造成肢體肌力僅存 4 分，得按第 9 項第 13 等級給付；（二）就診醫院應提供勞保被保險人於再加保或離職退保當時之身體障害狀況；（三）審查中樞神經系統障害除考量肌力，尚須考量異常張力、認知狀況等相關問題，建議下次修改殘廢診斷書時，參考巴氏量表，將認知功能、日常生活等障害情形納入；（四）現行勞保殘廢給付標準表第 8 項第 7 等級與第 9 項第 13 等級間之殘廢等級差距甚大，建議宜增定殘廢等級以減少爭議。

勞委會於 97 年 8 月 12 日，匯集多個醫學會研商勞工保險失能給付標準草案會議，對於現行勞工保險殘廢給付標準表係以法律附表形式訂定，修正時須經修法程序始能施行。鑑於近年來失能項目因醫療技術發展逐漸變動，為適時保障被保險人權益，爰修正勞工保險條例將殘廢給付標準表授權由中央主管機關定之，並配合法規命令名稱定為「勞工保險失能給付標準」。明顯的改變為將「殘障」改為「失能」，「終身不能從事任何工作」修正為「經評估為終身無工作能力」。

本次研究收集國內外現行對於腦中風與其他神經疾病殘廢等級認定標準與殘廢（或失能）評定量表，並參考最新的美國醫學會永久障害評估指引第六版（2008 年）【15】，探討與分析勞保局所提供的神經殘廢申請案件，邀請相關神經疾病領域的專家與會討論，期能彙整意見，提出較能符合實際操作與公平的神經殘廢等級標準，供勞保的神經殘廢（或失能）給付審定之用。

第二章 相關文獻回顧

現今對於障害模式的建構，主要是以世界衛生組織（WHO）所發展的 International Classification of Functioning, Disability, and Health（ICF）模式為基礎【16】。美國醫學會（American Medical Association, AMA）亦是根據此模式建構對於障害等級的評估【15】。ICF 的模式是以身體功能與結構（body functions and body structures）、活動力（activity）與參與度（participation）評估健康與障害程度（如下圖）。



在第六版的 AMA 永久障害評估指引亦以此為基礎，對健康與障害程度分為五級（表 2-1），此障害等級是依各器官或系統的疾病損傷，對於個人整體障害百分比來分級，以疾病的症狀程度、理學與臨床檢查的結果作為分級的依據。AMA 永久障害評估指引的第 13 章為中樞與周邊神經系統疾病，另外於第 15 章的上肢功能與第 16 章的下肢功能有更深入的說明，對於因中樞神經系統疾病所導致的意識障礙（表 2-2）、上肢功能障礙（表 2-3）與步履功能障礙（表 2-4）的標準列於下：

表 2-1、美國醫學會的障害等級基本模式評估

障害等級	第 0 級	第 1 級	第 2 級	第 3 級	第 4 級
CLASS	(CLASS 0)	(CLASS 1)	(CLASS 2)	(CLASS 3)	(CLASS 4)
個人整體障害百分比 (%)	無 0	輕微 Minimal%	中度 Moderate%	重度 Severe%	極重度 Very Severe%
臨床症狀表現	無症狀或陣發性症狀不需治療	持續治療無症狀表現或陣發性輕度症狀	持續治療仍有輕度症狀或陣發性中度症狀	持續治療仍有中度症狀或陣發性重度症狀	持續治療仍有重度症狀或陣發性極重度症狀
理學檢查發現	無疾病徵候	持續治療無徵候或陣發性輕度徵候	持續治療有輕度徵候或陣發性中度徵候	持續治療有中度徵候或陣發性重度徵候	持續治療有重度徵候或陣發性極重度徵候
臨床檢查發現	檢查結果正常	持續治療檢查結果正常或陣發性輕度異常	持續治療檢查結果輕度異常或陣發性中度異常	持續治療檢查結果中度異常或陣發性重度異常	持續治療檢查結果重度異常或陣發性極重度異常

表 2-3、美國醫學會的意識障害等級評估

障害等級	第 0 級	第 1 級	第 2 級	第 3 級	第 4 級
CLASS	(CLASS 0)	(CLASS 1)	(CLASS 2)	(CLASS 3)	(CLASS 4)
個人整體障害 百分比 (%)	0%	1%-10%	11%-30%	31%-50%	51%-100%
描述	無意識障礙或 一般日常活動 受限	短暫陣發或持 續意識障礙與 / 或一般日常 活動輕度受限	短暫陣發或持 續意識障礙與 一般日常活動 中度受限	意識障礙與一 般日常活動重 度受限	昏迷、完全依 賴、需護理照護 與醫療支持

表 2-3、美國醫學會的上肢障害等級評估

障害等級	第 0 級	第 1 級	第 2 級	第 3 級	第 4 級
CLASS	(CLASS 0)	(CLASS 1)	(CLASS 2)	(CLASS 3)	(CLASS 4)
個人整體障害 百分比 (%)	0%	1%-5% (非慣用手) 1%-10% (慣用手)	6%-15% (非慣用手) 11%-20% (慣用手)	16%-30% (非慣用手) 21%-40% (慣用手)	31%-50% (非慣用手) 41%-60% (慣用手)
描述	上肢功能正常	患側上肢可正 常做一般日常 活動，握力正 常，但精細活動 受影響	患側上肢可正 常做一般日常 活動，但握力受 影響，無法做精 細活動	患側上肢的一 般日常活動受 影響	患側上肢無法 做一般日常活 動。

表 2-4、美國醫學會的步履障害等級評估

障害等級	第 0 級	第 1 級	第 2 級	第 3 級	第 4 級
CLASS	(CLASS 0)	(CLASS 1)	(CLASS 2)	(CLASS 3)	(CLASS 4)
個人整體障害 百分比 (%)	0%	1%-10%	11%-20%	21%-35%	36%-50%
描述	步履正常	能起身站立，一般行走正常，但斜坡、樓梯或長距離行走受影響	能起身站立，行走有些困難，但不需他人扶助	起身站立、行走有困難，需他人扶助	無他人扶助或其它輔助設備無法站立

腦中風病患的長期功能的評估方式很多，多數的臨床研究以能夠量化的評估量表來評估病患的失能狀況【17】，常用的量表包括美國國家衛生院腦中風量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)【18,19】、巴氏量表(Barthel index, BI)【20】、失能量表(modified Rankin scale, mRS)【21】、中風影響指數(Stroke Impact Scale, SIS)【22】、Glasgow Outcome Scale(GOS)【23】、工具性日常生活活動量表(Instrumental Activity of Daily Living Scale, IADL)【24】等(附件六)。考量這些量表何者較適合應用於神經障害的評估與殘廢等級的判定，除了量表的穩定、可靠、確切反應失能狀況與工作能力，也必須考量施測者使用的難易與適切。NIHSS 是現今對於急性腦中風的最重要且廣泛使用的神經功能障礙的評估工具【18】，但 NIHSS 主要是供急性期使用，

做為中風是否有惡化或恢復或是對於治療的反應，臨床較少做為慢性腦血管疾病（中風發生超過 1 年）所遺留的神經功能障害評估工具，且 NIHSS 評估較為繁瑣、評估者須接受一定時間的訓練，恐不適合做為一般性神經障害評估工具。

巴氏量表現已廣為使用【20】，主因國內的中重度殘障病患申請外籍看護工需要以此為評估標準，但要準確的評量巴氏量表應先接受訓練，譬如評量巴氏量表時是以患者主動能做到的程度為準或是經由協助可做到的程度並無一致的共識，且巴氏量表項目以與勞保現有的神經障礙詳況多有重疊。一個以德國中風病患所做的研究，4,264 位腦中病患追蹤 100 日至 1 年，失能量表 mRS 較巴氏量表與簡式-36 身體功能評估（Short Form-36 Physical Functioning）較不會出現天花板效應（ceiling effects）【25】。

失能量表 mRS 的精神接近 WHO 所發展的 ICF 模式，亦是以身體功能、活動力與參與度為評估考量，分為 7 級（自 0 級為正常、至 5 級為嚴重失能、6 級為死亡），以 mRS 評估的 inter-rater reliability 可達到 kappa 值為 0.56~0.78，test-to-test reliability 可達到 kappa 值為 0.81~0.95，近年的許多大型研究與臨床試驗均採用 mRS 為中長期的失能評估工具，至少表示具相當的可依賴性，應可用於勞保審查慢性中風病患功能障害的指標之一【26-31】。

對於失智症程度的評估，國內現主要以簡式智能評估表（MMSE）【32】與臨床失智評估表（CDR）【33】兩種評估量表，先前診斷為失智症，申請神經障害的殘廢給付已均需要附 MMSE 與 CDR 測量結果，相關的審議爭議較不多，應仍可延續此評估方式做為殘廢等級核定參考。巴金森氏症的臨床等級，是以 Hoehn-Yahr Stage 分級，現有的殘障手冊也均以此評定殘等，故可考慮巴金森氏症的勞保殘廢給付議以 modified Hoehn-Yahr Stage 為參照標準【34】。

第三章 勞保神經障害爭議審議案件整理

本次研究承蒙勞保局的協助，共取得 27 例神經障害的勞保被保險人，因不服核定結果依行政救濟申請審議，對於這些爭議審議案件進行整理、歸納與分析爭議原因，依疾病的種類區分，14 件為腦中風（腦梗塞 8 例、腦出血 6 例）、6 件為頭部外傷、6 件為脊椎與周邊神經疾病、1 件為腦炎的後遺症。

腦中風相關的 14 個爭議審議案件，**序號 1** 加保前即因腦出血致右肢體無力符合 7 等級，應無疑義。**序號 2** 經治療遺存右側上下肢輕度無力，肌力為 4 分，原核定為 13 等級，但患者合併有輕度語言障害與肢體僵直活動不便情形，需扶仗助行，改核 7 等級應合理。**序號 3** 經治療遺存左側肌力上肢 3 分、下肢 4 分，可自力行走，日常生活皆可正常自理，原核為 13 等級，但患者的左上肢遠端肌力為 2 分，須持杖行走，綜合衡量其所患改核 7 等級。一般狀況肢體肌力小於 4 分應即可判定為殘障等級較 13 等級嚴重，依現行等級判定符合 7 等級。**序號 4** 遺留左側肢體輕度無力（肌力 4 分），其他功能尚正常，符合 13 等級。再審時以患者併有輕度語言功能障礙，改核為 7 等級。然患者應為構音不全而非失語症，依現有審查標準是否可列為 7 等級值得商榷。**序號 5** 加保前因腦中風左側肢體輕度無力（肌力 4 分），語言障害不明顯，初審與再審均為 13 等級，應無疑義。**序號 6** 左側肢體無力（肌力 4 分），行動遲滯，終身僅能從事輕便工作，停保期已符合 7 等級，診斷殘廢時仍符合 7 等級，故

殘等未提高。再審時以患者左側肢體肌力為 4 分，故加保時與診斷殘廢的等級更改為 13 等級，符合現有審查共識。**序號 7** 加保前因腦出血至右側肢體無力核定為 7 等級，診斷殘廢時（肢體肌力為 4 分）仍為 8 項 7 等級。再審時以病患肌力為 4 分，只略低於正常，可從事一般非粗重工作，故加保與殘廢診斷等級更改為 13 等級，符合現有審查共識。**序號 8** 加保時已因腦中風致右側肢體無力，符合 7 等級，診斷殘廢時障礙程度未加重仍為 7 等級。再審時以右側肢體肌力為 4 分，言語不清不明顯，故加保時與診斷殘廢的等級更改為 13 等級，符合現有審查共識。**序號 9** 腦中風經治療後遺存右側上下肢無力（上肢肌力 2 分、下肢肌力 4 分），行動遲滯，已無力工作，殘廢程度符合 3 等級。再審時依複檢殘廢診斷書記載，輕度無力（上、下肢肌力為 4 分）及言語正常，日常生活可正常自理，改核為 13 等級。此應為原殘廢診斷書記載不明確致初審醫師判定過重。**序號 10** 中風致右側肢體無力（肌力為 4 分），其他神經功能尚正常，未達 7 等級程度，為 13 等級，再審時同意原審查意見，應無疑義。**序號 11** 於 96 年 5 月 8 日殘廢診斷書記載，意識正常，左側肢體肌力 3 分，需拐杖行走，日常生活部分需人扶助，為 3 等級。但 96 年 6 月 28 日診斷書記載，左側肢體上下肢肌力 3 分，自行進食，生活自理，意識清楚，仍可從事輕便工作，改核為 7 等級，此主要為兩次診斷書記載不同致殘等判定有差異。**序號 12** 的殘障手冊為重度視障與重度失智，應以無從事一般工作能力。因中風致眼盲與右側肢體無力（同一原因），符合 7 項 3 等級。再審時維持原核定，但

將 7 項 3 等級與 14 項 3 等級合併為 1 等級，此一合併有疑義，因同一原因引起的神經障礙應整體考量。**序號 13** 因腦出血遺留顯著神經功能障礙，雙側肢體無力，符合 3 等級。再審時以患者病況已無力工作，生活需人扶助，改核 2 等級。**序號 14** 右側上下肢肌力 4 分，輕度無力，符合 7 等級。再審時以右側上下肢輕度無力，肌力為 4，未達 7 等級，適用 13 等級。綜合 14 位爭議審議的腦中風病患，4 位維持原審定殘等（7 等級 1 位，13 等級 2 位，3 級 1 位），4 位殘等加重（3 位由 13 等級改核為 7 等級，1 位由 3 等級改核為 2 等級），6 位殘等減輕（4 位由 7 等級改核為 13 等級，1 位由 3 等級改核為 7 等級，1 位由 3 等級改核為 13 等級，後二者與診斷書前後記載不同有關），扣除殘等不變（4 位）與診斷書記載問題（2 位），剩下 8 位之中有 7 位是 13 等級與 7 等級的爭議，故極需對於 13 等級與 7 等級引起的爭議詳加了解，尋求解決方式。

頭部外傷的 6 個爭議審議案件，**序號 15** 所患腦外傷致神經功能障害，生活自理能力正常，不需他人扶助，左側肢體肌力為 4，未達 7 等級程度，符合 13 等級。再審時以水腦症致左側肢體無力，併有智能精神功能受損，改核為 7 等級。**序號 16** 因車禍頭部外傷致行動遲緩，寫字不順，夜間肌躍情形，腦電圖有異常放電，綜合適用 7 等級。第一次再審以外傷性癲癇，經充分治療，每 2~3 日發作 1 次，適用 3 等級。第二次再審則以患者仍可工作，屬中度神經障

害，勞動力較一般明顯低下，為 7 等級。**序號 17** 因外傷性顱內出血致右側上下肢力肌力為 1，左側肢體肌力為 5，意識正常，大部分時間需臥床，符合 3 等級。再審時以行動需他人操控輪椅代步，大部分時間需臥床，改核為 2 等級。**序號 18** 加保前已因外傷性顱內出血致右側肢體無力，再加保時與診斷殘廢時，依其神經功能障害程度，符合 7 等級。再審時以右側肢體肌力為 4 分，略低於正常，可從事一般非粗重性工作，未達終身僅可從事輕便工作之程度，改核 13 等級。**序號 19** 加保時已有神經與精神功能障害，符合 8 項 7 等級。加保後殘等未提高，仍為 8 項 7 等級。再審時以加保時適用 9 項 13 等級，診斷殘廢時適用 8 項 7 等級。**序號 20** 因頭部外傷、頸神經功能嚴重受損，初審時核定為 6 項 2 等級，再審時以日常生活完全需他人周密照護，改核為 5 項 1 等級。此案所附資料不足，改核為 1 等級的理由不足，有很大商榷之處。綜合 6 位爭議審議的頭部外傷病患，2 位維持原審定殘等（7 等級），3 位殘等加重（1 位由 13 等級改核為 7 等級，1 位由 3 等級改核為 2 等級，1 位由 2 等級改核為 1 等級），1 位殘等減輕（7 等級改核為 13 等級），殘等改變的 4 位有 2 位為 13 等級與 7 等級的爭議。

脊椎與周邊神經病變的 6 個爭議審議案件，**序號 21** 因頸神經根及臂神經叢病變至左上肢無力，初審時以主要肌力損傷為近端無力（肌力為 2），影響肩三角肌及上臂二頭肌，其他肌肉肌力尚可，目前日常生活可正常自理，適用

9 項 13 等級。再審時以左上肢肌力為 2 分，為近端無力，適用一上肢遺存運動障害，改核為 92 項 9 等級，此主要為以肢體障礙而非神經障礙評定。**序號 22** 為頸椎病變致雙下肢肌力 3~4 分，肌張力僵直上升，行動遲滯，符合 13 等級。再審時以兩下肢顯著運動障害，行動遲滯，終身僅可從事輕便工作；跛行易跌倒，頸椎活動度 5 度，改核為 7 等級，此改核應屬合理。**序號 23** 為第 1 腰椎粉碎性骨折併下肢輕癱，初審時以四肢肌力正常，行走及日常生活皆正常，病例病情紀錄主要為輕度夜間背痛，無明顯障害，未符合給付規定。再審時以下肢肌電圖，有輕度神經功能障礙，符合 13 等級，此改核應屬合理。**序號 24** 為原有重鬱症長期治療，腰椎病變符合 9 項 13 等級，第一次再審時以腰椎退化符合 13 等級，又所患與重鬱症（4 項 7 等級）合併升等為 6 等級。第二次以腰椎脊四肢痠痛無力，4 肢肌力 5 分，行動自如，殘廢程度僅符合 4 項 7 等級。**序號 25** 為胸腰椎脊髓損傷，兩下肢遺存顯著運動障害，下肢遠端無力（肌力為 0），近端肌力為 3-4，為 138 項 4 等級。再審時以未符合兩下肢完全廢用之規定，仍核定第 4 等級。**序號 26** 為腰椎病變，術後遺留雙下肢輕度無力（肌力為 4），符合 9 項 13 等級，再審維持原議。綜合 6 位爭議審議的脊椎與周邊神經病變病患，3 位維持原審定殘等，3 位殘等加重（1 位由 13 等級改核為 9 等級，1 位由 13 等級改核為 7 等級，1 位由未符等級改核為 13 等級），殘等改變的 3 位有 1 位為 13 等級與 7 等級的爭議。

序號 27 為原已有小兒麻痺，73 年加保前殘廢程度已達 8 項 7 等級，96 年 7 月 13 日診斷殘廢時，四肢肌力 1-2 分，完全臥床，完全無法自理，永久餵食，符合 5 項 1 等級，再審時維持 1 等級，此殘等的核定有疑義。

27 件爭議審議案件撤銷改核結果，10 (37%) 例為障害等級加重，9 (33%) 例為障害等級未改變，8 (30%) 例為障害等級減輕。多數的申請審議為被保險人認為核定殘等不如預期的嚴重，如原預期為第 7 等級但核定為第 13 等級（共 7 例），其中 6 例改為較嚴重等級（7 或 9 等級），常見的狀況為第一次審查時，審查醫師認為肢體肌力為 4 分故核定為第 13 等級，再審議時則再審查醫師認為除肢體肌力輕度無力，尚合併有其它神經功能障礙，故應考量是否有其它的神經功能評估量表，以供審查時能更清楚的判定等級。

表 3-1、勞保局提供神經障害爭議審議案件

類型	序號	姓名 生日 性別	簡短病史	第一次審查核定結果	撤銷改核結果
腦 中 風	1	林 X X 71/09/X 男	因腦出血致右側肢體無力。	加保前即因腦出血致右肢體無力符合 8 項 7 等級，加保期間即有高血壓病史，然高血壓僅是腦中風之危險因子，且高血壓極為常見不可以高血壓之有無認定與腦中風之相關性，依據其神經功能評估，其於再加保時應不致完全無工作能力，可符合 8 項 7 等級。	因加保時有高血壓，且高血壓與腦中風密切相關，屬加保期間事故，再加保時仍屬退保後一年內事故，符合 20 條，故發給 8 項 7 等級。
	2	林蔡 X 37/02/X 女	腦中風經治療遺存右側上下肢輕度無力，肌力為 4 分。	腦中風經治療遺存右側上下肢輕度無力，肌力為 4 分，目前日常生活可正常自理，適用 13 等級。	依增加之病例資料顯示，其患有腦中風經治療存右側上下肢輕度無力及輕度語言障害，目前其肢障併有僵直活動不便情形，行走需扶仗助行，僅可輕便工作，改核 8 項 7 等級。
	3	邱 XX 39/09/X 男	因腦中風於 95 年 3 月 16 日住院治療，經治療遺存左側肌力上肢 3 分、下肢 4 分。	腦中風經治療遺存左側肌力上肢 3 分、下肢 4 分，可自力行走，日常生活皆可正常自理，對勞動力之影響為輕度，適用第 9 項 13 級。	腦中風致左下肢肌力 4 分，左上肢遠端肌力 2 分，須持杖行走，綜合衡量其所患改核 8 項 7 等級。
	4	陳 XX 43/10/X 男	因腦出血中風致左側上下肢肌力均為 4 分。	腦中風遺留左側肢體輕度無力(肌力 4 分)，其他功能尚正常，符合第 9 項 13 等級。	腦中風遺留左側肢體無力(肌力 4 分)，與輕度語言功能障礙(患者非失語症)，改核 8 項 7 等級。
	5	黃 XX 41/05/X 女	87 年 9 月 15 日因腦出血住院治療。	91 年 8 月 13 日加保生效前，因中風遺留神經障礙，符合 8 項 7 等級，95 年 9 月 18 日診斷殘廢時，神經功能障礙未明顯改變，仍為 8 項 7 等級。	腦中風於 89 年 12 月間至中國醫藥大學附設醫院住院時兩下肢肌力 4 分，為輕度無力，適用 9 項 13 等級，95 年 9 月 18 日左側上下肢肌力 4 分，語言障害不明顯，適用 9 項 13 級。

6	黎 XX 31/2/X 男	79 年 8 月 20 日因腦中風住院治療，遺存神經功能障害。	79 年 8 月 20 日因腦中風致左側肢體無力（肌力 4 分），行動遲滯，終身僅能從事輕便工作，停保期已符合 8 項 7 等級，95 年 11 月 1 日診斷殘廢時仍符合 8 項 7 等級，故殘等未提高。	79 年 8 月間發生腦中風致左側上下肢無力，經治療其左邊肌力改善尚稱良好，未再有腦中風復發之病情，左側上下肢肌力約在 4 之間，適用 9 項 13 等級。加保後的殘廢等級仍符合 9 項 13 等級。
7	張 XX 41/4/X 男	92 年 5 月 16 日因高血壓性腦內出血，致右側肢體無力。	90 年 5 月 16 日因高血壓性腦內出血至右側肢體無力，94 年 9 月 30 日在加保時為 8 項 7 等級，95 年 9 月 18 日診斷殘廢時（肢體肌力為 4 分）仍為 8 項 7 等級。	90 年 8 月 3 日退保，94 年 9 月 30 日再加保，92 年 7 月 16 日鑑定為中度肢體障礙並領有身心障礙手冊，再加保前殘等符合 9 項 13 等級。此次申請肌力為 4 分，只略低於正常，可從事一般非粗重工作，仍符合 9 項 13 等級。
8	李 XX 42/10/X 男	86 年 9 月 22 日因左大腦出血性中風致右側肢體無力住院治療。	因腦中風致神經功能障礙，95 年 8 月 4 日加保時符合 8 項 7 等級，95 年 8 月 30 日診斷殘廢時，殘廢等級未加重，仍為 8 項 7 等級。	因腦中風致右側上下肢輕度無力（肌力為 4 分），言語不清不明顯，適用 9 項 13 等級，95 年 8 月 30 日診斷成殘時仍為 9 項 13 等級。
9	張 XX 39/10/X 男	因左側中大腦動脈梗塞住院治療，遺存右側上下肢無力。	腦中風經治療後遺存右側上下肢無力，上肢肌力 2 分，下肢肌力 4 分，行動遲滯，已無力工作，殘廢程度符合第 7 項 3 等級。	依複檢殘廢診斷書記載，目前病況已有明顯改善，上下肢肌力 4 分，輕度無力及言語正常，日常生活可正常自理，適用 9 項 13 等級。
10	謝 XX 45/12/X 男	因左側出血性腦中風住院治療。	中風致右側肢體無力（肌力為 4 分），其他神經功能尚正常，未達 7 等級程度，為 9 項 13 等級。	依所附資料，因中風遺留右側肢體輕度無力，肌力為 4 分，神經功能殘廢程度未達 7 等級，仍核定 9 項 13 等級。
11	彭 XX 42/5/X 男	95 年 5 月 5 日腦中風致肢體障礙接受復健治療，需拐杖行走，進食、大小便、沐浴更衣部分需人協助。	96 年 5 月 8 日殘廢診斷書記載，意識正常，左側肢體肌力 3 分，需拐杖行走，終身無法從事工作，為 7 項 3 等級。	96 年 6 月 28 日診斷書記載，左側肢體上下肢肌力 3 分，自行進食，生活自理，意識清楚，仍可從事輕便工作，改核為 8 項 7 等級。

	12	戴 XX 37/11/X 男	因中風致中樞神經性眼盲與右側肢體無力。	患者的殘障手冊為重度視障與重度失智，應以無從事一般工作能力。 因中風致眼盲與右側肢體無力，符合 7 項 3 等級。	維持原核定，7 項 3 等級與 14 項 3 等級合併為 1 等級。
	13	林 XX 47/5/X 男	94 年 10 月 28 日曾因高血壓、頭痛、頭暈到保生診所診斷為高血壓。95 年 1 月 17 日退保，95 年 1 月 18 日發生腦出血中風，右側肢體偏癱。	因腦出血遺留顯著神經功能障礙，雙側肢體無力，可符合 7 項 3 等級。	前有高血壓之病情引起頭痛頭暈（94 年 10 月 28），95 年 1 月 18 日發生腦出血，應符合為在保險期間之病情惡化引起，目前病況已無力工作，生活需人扶助，適用 6 項 2 等級。
	14	劉 XX 47/01/X 女	原有高血壓病史，但未服用降血壓藥物控制，95 年 6 月 27 日因腦梗塞中風致右側肢體輕度無力。	腦中風發生前已有高血壓多年，中風發生是突然的，但中風發生之因可能已存在許久，又其右側上下肢肌力 4 分，輕度無力，符合 8 項 7 等級。	退保前已有高血壓及頸動脈粥狀硬化之病情，有腦血流不暢之情況，腦梗塞遺存右側上下肢輕度無力，肌力為 4，適用 9 項 13 等級。

頭 部 外 傷	15	曾 X X 41/08/X 男	於 94 年 8 月 28 日因車禍致腦挫傷出血、鎖骨骨折及水腦症住院開刀治療，右側肌力 4 分、智能不良、行動跛行，日常生活需專人照料。	所患腦外傷致神經功能障礙，經訪查生活自理能力為正常，不需他人扶助，左側肢體輕度無力（肌力為 4），未達七等級程度，符合 9 項 13 等級。	因水腦症致左側肢體無力與智能精神功能受損，可符合 8 項 7 等級
	16	陳 XX 57/03/X 男	於 94 年 6 月 21 日車禍頭部外傷致罹患癲癇症，95 年 2 月因同一事故致頭部外傷併腦膜上血腫致殘。	行動遲緩，寫字不順，夜間肌躍情形，腦電圖有異常放電，綜合適用 8 項 7 等級。	外傷性癲癇，經充分治療，每 2~3 日發作 1 次，適用 3 等級（第一次醫理見解）。 目前仍可工作，屬中度神經障害，勞動力較一般明顯低下，適用 7 等級（第二次醫理見解）。
	17	簡 XX 42/9/1 女	簡女士因頭部外傷併顱內出血，經手術治療遺有右側肢體無力。	96 年 9 月 28 日得殘廢詳況為意識正常，右側上下肢肌力為 1，左側肢體肌力為 5，大部分時間需臥床，符合 7 項 3 等級。	右側肢體肌力 1，行動需他人操控輪椅代步，可符合偏癱，大部分時間需臥床，改核為 6 項 2 等級。

	18	蔡 XX 67/1/X 男	94 年 5 月 21 日因外傷性顱內出血住院治療。	94 年 5 月 21 日因外傷性顱內出血住院治療，94 年 11 月 29 日再加保，依其神經功能障害程度，符合 8 項 7 等級。	94 年 11 月 29 日再加保前，蔡君右側肢體肌力為 4 分，略低於正常，可從事一般非粗重性工作，未達終身僅可從事輕便工作之程度，改核 9 項 13 等級。
	19	王 XX 42/10/X 女	因 76 年 8 月於浴室滑倒，致顏面神經麻痺，合併有焦慮症、睡眠障礙、憂鬱症。	再加保前已有神經與精神功能障害，符合 8 項 7 等級。加保後殘等未提高，仍為 8 項 7 等級。	所患為浴室滑倒，非王君所稱下班途中受傷，屬普通傷害，於 84 年 8 月 21 日退保前適用 9 項 13 等級，95 年 10 月 24 日診斷殘廢時適用 8 項 7 等級，較 84 年加重，依 918 函示規定，發給 8 項 7 等級。
	20	吳 XX 73/02/X 男	因頭部外傷致失智，殘廢後不能繼續工作，申請殘廢給付。	原依殘廢診斷逕核 6 項 2 等級。	因頭部外傷、頸神經功能嚴重受損，日常生活完全需他人周密照護，可符合 5 項 1 等級。

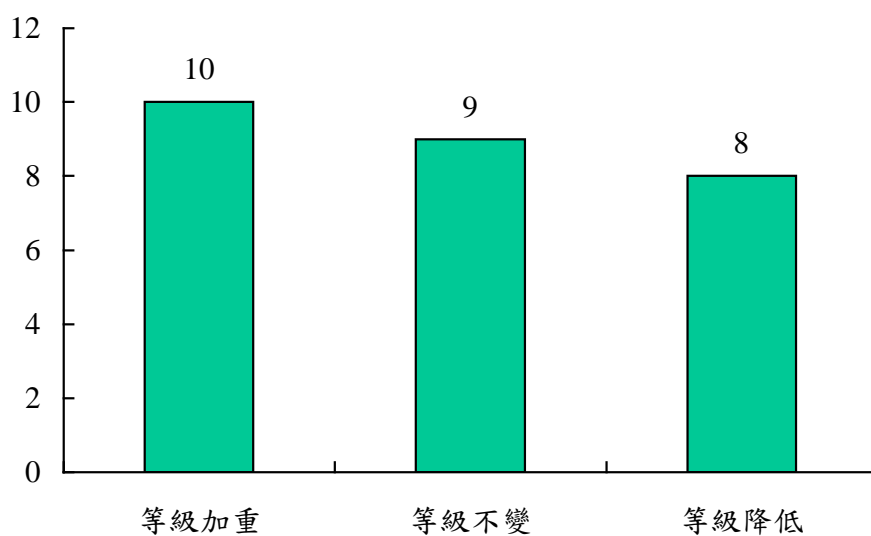
脊椎與周邊神經	21	陳 XX 70/05/X 女	因頸神經根及臂神經叢病變至左上肢肌力 2 分。	依所附病例，主要肌力損傷為近端無力（肌力為 2），影響肩三角肌及上臂二頭肌，其他肌肉肌力尚可，目前日常生活可正常自理，適用 13 等級。	左上肢肌力為 2 分，為近端無力，適用一上肢遺存運動障害，為 92 項 9 等級。
	22	蕭 XX 53/09/X 男	因頸椎第 3、4、5 節滑脫並狹窄，致雙下肢肌力 3~4 分，但僵直肌肉張力上升，行動遲滯，頸椎第 4 椎節至第 5 椎節共沾連 2 個椎節。	雙下肢肌力 3~4 分，但僵直肌肉張力上升，行動遲滯，頸椎第四椎節至第五椎節共沾連 2 個椎節，綜合其殘廢程度，符合第 9 項 13 等級。	依所附 2 家診斷書載，其中樞神經障害，兩下肢顯著運動障害，行動遲滯，終身僅可從事輕便工作；跛行易跌倒，頸椎活動度 5 度，改核為 8 項 7 等級。
	23	李 XX 40/11/X 男	於 96 年 8 月 23 日因第 1 腰椎粉碎性骨折併下肢輕癱及尿失禁住院治療。	依所附殘廢詳況，目前四肢肌力正常，行走及日常生活皆正常，病例病情紀錄主要為輕度夜間背痛，無明顯障害，未符合給付規定。	依所附下肢肌電圖，有輕度神經功能障礙，符合 9 項 13 等級。

	24	阮 XX 55/11/X 男	原有重鬱症，長期在草屯療養院治療，96 年 5 月 28 日以因腰椎障害申請普通傷害殘廢給付。	腰椎病變符合 9 項 13 等級，與重鬱症綜合衡量，仍符合 7 等級，殘等未提高。	腰椎退化符合 9 項 13 等級，又所患與重鬱症有關，屬普通疾病，故與前案 4 項 7 等級合併升等發給第 6 等級（第一次醫理見解）。 腰椎脊四肢痠痛無力，4 肢肌力 5 分，行動自如，殘廢程度僅符合 4 項 7 等級（第二次醫理見解）。
	25	李 XX 67/07/X 女	已因胸腰椎脊髓損傷申請殘廢給付。	原依殘診書逕核 8 項 7 等級，所附資料顯示其兩下肢肌力重度損傷，但未達完全喪失機能之規定，適用兩肢均遺存顯著運動傷害為 138 項 4 等級。	病情與殘廢診斷書記載相符合，符合兩下肢遺存顯著運動障害，下肢遠端無力（肌力為 0），近端肌力為 3-4，為 138 項 4 等級，未符合兩下肢完全廢用之規定，仍核定第 4 等級。
	26	李 XX 32/09/X 男	因腰椎間盤突出症術後，申請殘廢給付。	因腰椎病變，術後遺留雙下肢輕度無力（肌力為 4），符合 9 項 13 等級。	指定複檢逾時未回，仍維持原核定。
腦 炎	27	王 XX 50/12/X 男	原先有小兒麻痺，但仍可開車。於 96 年 7 月 16 日以因腦炎至呼吸衰竭及四肢癱瘓申請殘廢給付。	73 年加保前殘廢程度已達 8 項 7 等級，96 年 7 月 13 日診斷殘廢時，四肢肌力 1-2 分，完全臥床，完全無法自理，永久餵食，符合 5 項 1 等級。	腦炎及小兒麻痺均為神經受損導致肢障，加保前符合 8 項 7 等級，診斷殘廢時符合 5 項 1 等級。

表 3-2、勞保局提供神經障害爭議審議案件整理

疾病	序號	原核定等級	改核等級
腦中風	1	7	7
	2	13	7
	3	13	7
	4	13	7
	5	7	13
	6	7	13
	7	7	13
	8	7	13
	9	3	13
	10	13	13
	11	3	7
	12	3	3
	13	3	2
	14	7	13

疾病	序號	原核定等級	改核等級
外傷	15	13	7
	16	7	7
	17	3	2
	18	7	13
	19	7	7
	20	2	1
脊椎與 周邊神經	21	13	9
	22	13	7
	23	未達	13
	24	13	13
	25	4	4
	26	13	13
腦炎	27	1	1



第四章 專家會議

第一節 第一次專家會議之結論

本研究的第一次專家會議於 97 年 8 月 14 日於台大醫院神經部圖書室舉行，邀集院內與神經疾病相關的專家，包括神經內科、神經外科與復健科主治醫師與會，也特別邀請腦中風學會秘書長新光醫院連立明醫師代表學會共同參與討論。對於『神經障害』審查標準有深入討論，達到幾點共識（附件一）。

- 一、 勞工保險殘廢給付的診斷與審查的精神是以障害（impairment）考量，或是以失能（disability）考量，大方向宜明確。美國醫學會的 ICF 模式是以身體功能與結構、活動力與日常生活能力評估健康與障害程度，故為評估障害程度，而不需考慮工作能力的損失。若殘廢給付的審查是完全以障害程度考量，則工作能力不須列入殘廢診斷的選項內。然最近勞委會的「勞工保險失能給付標準」草案，將「殘障」改為「失能」，似乎又是以失能為主要考量，勞委會或勞保局宜先確定勞工保險殘廢給付的精神。
- 二、 神經障害的第 1 至第 3 等級的認定問題較少，問題較多的為之後的第 8 項第 7 等級與第 9 項第 13 等級，第 7 等級是只能從事輕便工作，而第 13 等級則為工作能力正常，從第 3 等級到第 13 等級中間只有一個第 7

等級，造成評估上的困擾。現階段肢體肌力為 4 分，理論上工作能力應會受到若干程度的影響，但現階段審查委員的共識為未達第 7 等級，僅能以第 13 等級認定，導致爭議較多。在殘障等級上建議增加第 8.1 項第 10 等級，以平衡給付標準。

三、 加入神經功能評估量表，包括巴金森氏症的 Modified Hoehn-Yahr Stage、腦中風的 modified Rankin scale、失智症的臨床失智評估量表(CDR)等，這些量表已經多年使用與嚴謹的測試，臨床的使用很多，對於神經障害的診斷與審查有助益。

四、 意識部份可改為「正常」、「有意識障礙」、與「無意識狀態」。

五、 言語狀態不是只有言語中樞受損引起言語功能障礙，改為正常、神經損傷致言語不清、神經損傷致喪失言語能力三級。

六、 癲癇部分原內容僅以經藥物治療後的發作頻率為評定依據，但癲癇多非癲癇本身，而是合併的其它神經疾病造成神經功能障礙，建議先採用現有殘障手冊標準評定。

七、 呼吸狀態、行動能力、臥床狀態、大小便情形、沐浴更衣等，因有其它功能評估，且不影響等級判定，建議可去除。

第二節 第二次專家會議之結論

本研究的第二次專家會議於 97 年 10 月 9 日於台大醫院神經部圖書室舉行，達到共識如下（附件二）。

- 一、神經障害部分的殘廢給付仍以診斷後須經一年以上的治療始得認定而一些特殊狀況，如植物人、運動神經元疾病則可以六個月為認定標準。
- 二、多發性硬化症應避開於急性期（一個月）診斷殘廢。
- 三、肢體肌力修改為上肢的肩、肘、腕/手，與下肢的股、膝、踝。
- 四、平衡功能修改為正常、肢體失調(limb ataxia)、軀幹失調(trunk ataxia)。
- 五、行走能力修改為行走正常、行走不便但不需行走輔具與他人協助、需使用行走輔具但不需他人協助、需使用行走輔具且需他人協助、無法行走。
- 六、臥床狀態應考慮臥床能否自行翻身。
- 七、工作能力修改為工作能力正常、不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作、只能從事簡易工作且工作能力明顯低下、無工作能力。
- 八、勞保殘廢給付標準表的神經障害等級認定標準的敘述與附註進一步修正明確。

第五章 新建議勞工保險『神經障害部分』失能給付

第一節 新建議之勞工保險失能診斷書－『神經障害部分』評估表

勞工保險失能給付標準草案將失能等級之審定基本原則定為診斷後須經六個月以上的治療始得認定，如經手術則須最後一次手術的術後六個月以上始得認定。審定時應綜合其全部症狀，對於永久喪失勞動能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及需他人扶助之情況定其等級。

但神經疾病，特別是外傷引起之神經功能障害多需要更長的時間恢復神經功能，委員們多不建議以六個月為認定時間，因此仍建議神經障害部分的失能給付仍以診斷後須經一年以上的治療始得認定。

(1) 在某些特殊嚴重的神經疾病狀況，可六個月。

(2) 運動神經元疾病自症狀發生起已逾一年，且自診斷確定已逾六個月。

對於一些神經疾病會復發、好轉、又復發，譬如多發性硬化症等，初次診斷後仍須經一年以上的治療，且殘廢診斷時應在復發的急性期之後（超過三個月）較適宜診斷殘廢程度。

神經疾病評估需檢附報告：

- ☐ 失智症：須檢附最近六個月的簡式智能評估表（MMSE）與臨床失智評估表（CDR）。
- ☐ 周邊神經：須檢附最近六個月的肢體神經傳導與肌電圖檢查報告。
- ☐ 脊椎與脊髓病變：須檢附相關的神經影像與神經電生理檢查報告。
- ☐ 腦中風：須檢附相關的腦部影像檢查報告。
- ☐ 其它神經系統疾病：須檢附相符之診斷檢查報告。

第二節 新建議之勞工保險失能診斷書—『神經障害失能詳況及說明』

新建議修改的神經障害失能詳況，主要的改變如下：

- (1) 意識狀態：原有的「遲鈍」與「不清楚」語意不明，改為「輕、中度意識障礙」與「重度意識障礙」。
- (2) 呼吸狀態：「長期需呼吸器輔助」改為「氣切需呼吸器輔助」。
- (3) 言語狀態：原敘述過長，且限定言語中樞損傷，改為「正常」、「神經損傷致言語不清與溝通能力受損」、「神經損傷致喪失言語與溝通能力」。
- (4) 攝食狀態：分為自行進食、須人餵食、鼻胃管灌食、胃（或腸）造瘻灌食。
- (5) 肢體肌力將原先上肢與下肢的評估，更改為於肩、肘、腕／手、股、膝、踝六處評估。
- (6) 增加肢體痙攣的評估，分為正常、有阻力、僵硬。
- (7) 增加平衡協調的評估，分為正常、肢體失調、軀幹失調。
- (8) 巴金森氏症的評估，改以經藥物治療後之 modified Hoehn-Yahr Stage 情況。
- (9) 行走能力：改為行走正常、行走不便但不需行走輔具與他人協助、需使用行走輔具但不需他人協助、需使用行走輔具且需他人協助、無法行走。
- (10) 起臥能力：原臥床狀態改為起臥能力，主要區別是臥床時否能自行翻身。

- (11) 工作能力：改為工作能力正常、不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作、只能從事簡易工作且工作能力明顯低下、與無工作能力。
- (12) 失能評估：特別是腦中風病患，以 modified Rankin scale 評估其神經功能狀況。
- (13) 癲癇：原內容為經抗癲癇藥物治療後的癲癇發作頻率為評定依據，新建議予以取消，改以引起腦部病變的神經疾病所致障礙與失能程度為評定依據。
- (14) 大小便情形、沐浴更衣等，因有其它功能評估與不影響等級判定可去除。

新建議修改的神經障害失能詳況如下：

說明：本障害應由神經科、神經外科或復健科等專科醫師依殘情實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，於☐打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

1. 意識狀態：

- ☐ 正常
- ☐ 輕中度意識障礙
- ☐ 重度意識障礙
- ☐ 無意識狀態

2. 呼吸狀態：

- ☐ 自行呼吸
- ☐ 需呼吸器輔助

3. 言語狀態：

- ☐ 正常
- ☐ 神經損傷致言語不清與溝通能力受損
- ☐ 神經損傷致喪失言語與溝通能力

4. 攝食狀態：

- ☐ 自行進食
- ☐ 需人餵食

☐ 鼻胃管灌食

☐ 胃（或腸）造瘻灌食

5. 肢體肌力：分為 0~5 共六等級，請依其程度填於下表

	上肢			下肢		
	肩	肘	腕 / 手	股	膝	踝
左						
右						

補充說明：_____

6. 肢體痙攣：

☐ 正常

☐ 有阻力

☐ 僵硬

7. 平衡協調：

☐ 正常

☐ 肢體失調

☐ 軀幹失調

8. 巴金森氏症經藥物治療後之狀態（Modified Hoehn-Yahr Stage）

☐ 第 0 級：沒有症狀。

☐ 第 1 級：單側之症狀。

☐ 第 2 級：輕微之兩側症狀，姿態平穩正常。

☐第3級：日常生活已受到一些限制，姿態稍微不平穩，不須他人協助。

☐第4級：可自行站立與慢慢行走，但大部分日常生活與工作有明顯限制。

☐第5級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床。

9. 行動能力：

☐行走正常

☐行走不便但不需行走輔具與他人協助

☐需使用行走輔具但不需他人協助

☐需使用行走輔具且需他人協助

☐無法行走

10. 起臥能力：

☐起臥正常

☐臥床但可自行翻身

☐臥床且無法自行翻身

11. 工作能力：

☐正常

☐不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作

☐只能從事簡易工作，工作能力明顯低下

☐無工作能力

12. 失能評估（Modified Rankin Scale）：

☐第 0 級：沒有症狀。

☐第 1 級：除症狀外，無顯著失能，能執行所有日常活動。

☐第 2 級：輕度失能，無法執行之前所有活動，但能照料自己的事情不須協助。

☐第 3 級：中度失能，需要一些幫助，但能獨立行走不須協助。

☐第 4 級：中重度失能，無法不依賴協助而獨立行走及照料自身所需。

☐第 5 級：重度失能，臥床、失禁，需持續照護及注意。

13. 其他補充說明：

第三節 新建議之勞工保險失能給付－『神經障害部分』失能等級

現有神經障害程度的殘廢等級給付標準分為 5 個等級，事實上 5 項 1 等級、6 項 2 等級、7 項 3 等級均為嚴重神經功能障礙無法工作，而工作能力正常但局部遺存頑固神經症狀者為 9 項 13 等級，對於因神經疾病致工作能力下降僅有 8 項 7 等級的一個等級可供評定，明顯不夠實際需要，故考量其它疾病致失能與工作能力受損的等級劃分，新建議於 7 等級與 13 等級間增加一個 10 等級。

表 5-3-1、現有神經障害程度的殘廢等級

身體殘害 系列		障害項目	身體殘害之狀態	身體殘害序列	
				殘廢等級	給付標準
精神神經	神經障害	5	中樞神經系統機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫護或專人周密照護。	1	1,200 日
		6	中樞神經系統機能之病變，引起節癱或偏癱，致終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助。	2	1,000 日
		7	中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身不能從事工作者。	3	840 日
		8	中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	440 日
		9	神經系統之病變，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀者。	13	60 日

表 5-3-2、新建議神經障害程度の失能等級

身體殘害系列	障害項目	身體殘害之狀態	身體殘害序列	
			失能等級	給付標準
神經障害	5	神經系統機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，需專人周密照護。	1	1,200 日
	6	神經系統機能遺存顯著障害，致終身不能從事任何工作，長期臥床，日常生活需人扶助。	2	1,000 日
	7	神經系統機能遺存明顯障害，經評估為終身無工作能力。	3	840 日
	8	神經系統機能遺存障害，經評估為祇能從事簡易工作，工作能力明顯低下。	7	440 日
	8-1	神經系統機能遺存障害，經評估為不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作。	10	220 日
	9	神經系統之病變，遺存局部神經症狀，工作能力正常。	13	60 日

表 5-3-3、新建議神經障害程度の失能附註

一、「神經障害失能等級」之審定基本原則：綜合其病灶症狀，對於永久喪失勞動能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及需他人扶助之情況依左列各項狀況定其等級。於審定時，須有神經內科、神經外科、復健科等專門醫師診斷證明資料為依據。

[一] 因極重度神經障害，包括植物人狀態、氣切需呼吸器輔助，完全須他人周密照護者：適用第一級。

[二] 因重度神經障害，需長期臥床、無法自行翻身、使用管灌飲食，須他人扶助者：適用第二級。

[三] 因中重度神經障害，日常生活尚可部分自理，經評估為終身無工作能力：適用第三級。

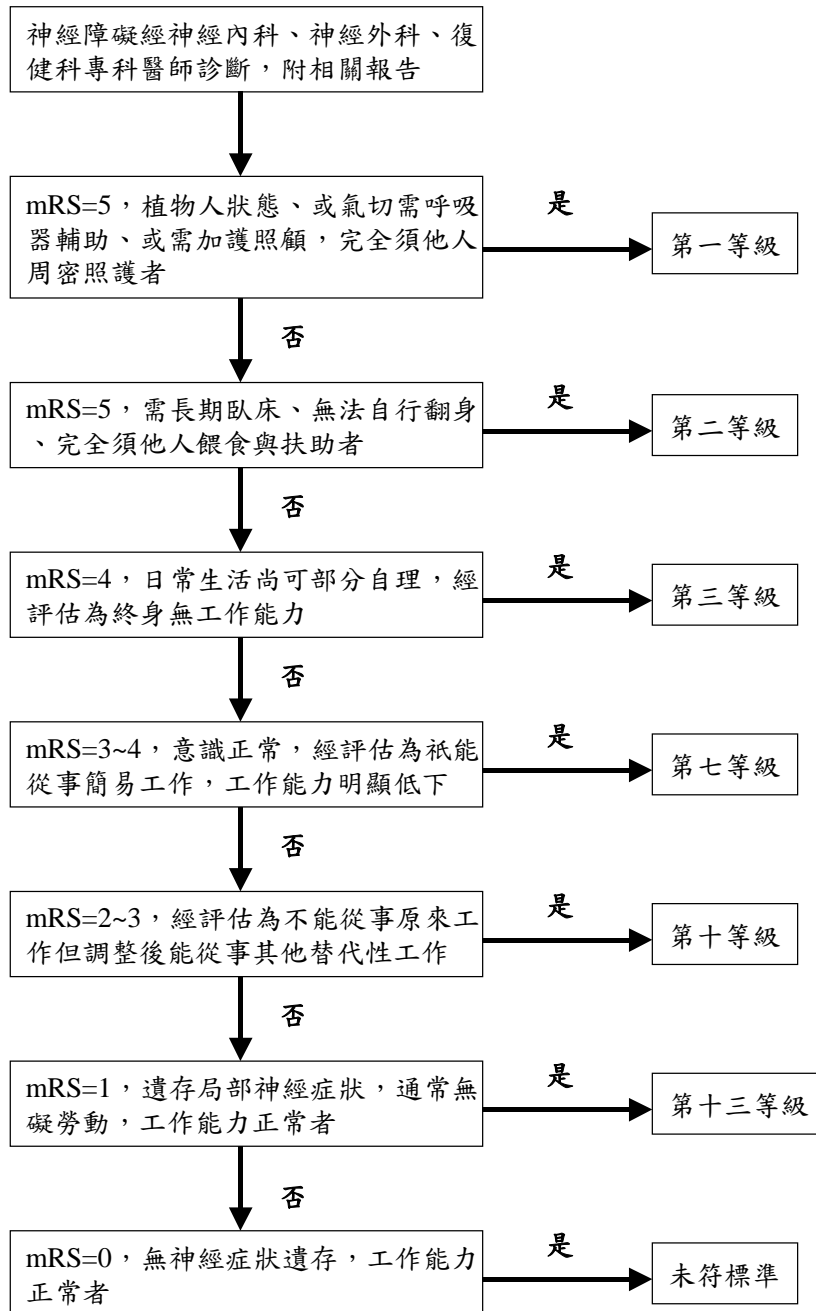
[四] 因中度神經障害，經評估為祇能從事簡易工作，工作能力較一般明顯低下者：適用第七級。

[五] 因輕中度神經障害，經評估為不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作者：適用第十級。

[六] 神經系統之病變，遺存局部神經症狀，通常無礙勞動，工作能力正常者：適用第十三級。

第四節 新建議之勞工保險失能給付－『神經障害部分』審定標準

新建議之勞保失能給付神經障害的審定標準如下：



個別神經疾病的審定標準等級如下：

1. 腦中風

殘廢 等級	失能評估 (Modified Rankin Scale, mRS)	意識狀態	工作能力	肢體肌力
1	5	無意識狀態	無工作能力	<2
2	5	重度意識障礙	無工作能力	<2
3	4	意識正常或輕度 意識障礙	無工作能力	≤2
7	3 或 4	意識正常	祇能從事簡易工 作，工作能力明顯低 下	≤3
10	2 或 3	意識正常	不能從事原來工作 但調整後能從事其 他替代性工作者	4
13	1	意識正常	工作能力正常	4 或 5
未達列 等標準	0	意識正常	工作能力正常	正常

2. 巴金森氏症

殘廢等級	Modified Hoehn-Yahr Stage	意識狀態	工作能力
1	5	無意識狀態	無工作能力
2	5	輕度意識障礙	無工作能力
3	4	意識正常或輕度意識障礙	無工作能力
7	3 或 4	意識正常	祇能從事簡易工作，工作能力明顯低下
10	2 或 3	意識正常	不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作者
13	1	意識正常	工作能力正常
未達列等 標準	0	意識正常	工作能力正常

3. 失智症

殘廢等級	臨床失智評估 量表 (CDR)	意識狀態	工作能力
1	5	無意識狀態或重度	無工作能力

		意識障礙	
2	5	輕度意識障礙	無工作能力
3	3 或 4	意識正常或輕度意識障礙	無工作能力
7	1 或 2	意識正常	祇能從事簡易工作，工作能力明顯低下
10	1	意識正常	不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作者
13	0.5	意識正常	工作能力正常
未達列等標準	0	意識正常	工作能力正常

4. 其他中樞神經疾病：以腦中風的殘廢等級標準考量

5. 週邊神經疾病：以腦中風的殘廢等級標準考量

第五節 新增第十等級與其它相近等級疾病的比較

假設一位腦中風患者有一側肢體輕度無力，上下肢的肌力均為 4 分，則以 AMA 的 whole person impairment 百分比評估，上肢為 5%（1%~8%），下肢為 3%（1%~5%），加起來為 8%（2%~13%）。若上下肢的肌力均為 3 分，則以 AMA 的 whole person impairment 百分比評估，上肢為 12%（9~15%），下肢為 8%（6%~10%），加起來為 20%（15%~25%）。

		Impairment Range			Impairment Range	
Class	Problem	Upper extremity (UEI)	Whole person (WPI)		Lower extremity (LEI)	Whole person (WPI)
0	No objective findings	0%	0%		0%	0%
1	Mild	1%~13%	1%~8%		1%~13%	1%~5%
2	Moderate	14%~25%	9%~15%		14%~25%	6%~10%
3	Severe	26%~49%	16%~29%		26%~49%	11%~19%
4	Very severe	50%~100%	30%~60%		50%~100%	20%~40%

在胸腹部臟器障害，喪失一側腎臟為第 48 項第 9 等級，在 AMA 的的 whole person impairment 百分比評估為 7%（1%~13%）。鼻部缺損致其機能遺存顯著障害者，為第 36 項第 10 等級，在 AMA 的的 whole person impairment 百分比評估為 15%（11%~20%）。一手食指殘缺為第 66 項第 11 等級，在 AMA 的的 whole person impairment 百分比評估為 8%（1%~13%）。一手拇指殘缺為第 65 項第 10 等級，在 AMA 的的 whole person impairment 百分比評估為 20%（14%~25%）。故由上述勞保殘廢給付其他系統器官疾病，障害程度為第 9~11 等級所得的 AMA 的的 whole person impairment 百分比，與新增訂的神經障害第 10 等級相近。

第六節 以新建議神經障害殘廢（或失能）等級分析神經疾病案例

（一）勞保局提供的 27 個爭議審議案例評等

以新建議的神經障礙（或失能）殘等標準重新評議，27 例爭議案件，16（59%）例依新建議標準的殘等與再審議的殘等不同，包括 8 例由 13 等殘改為 10 等殘、5 例由 7 等殘改為 10 等殘、2 例由 1 等殘改為 2 等殘、1 例由 2 等殘改為 3 等殘。最主要的改變為自 13 等殘或 7 等殘改為 10 等殘（共 13 例），足見增加 10 等殘對於日後 13 等殘或 7 等殘的判定有不小的影響，而這也是當初增加 10 等殘的目的，希望能使給付更合理，並減少爭議的情形。

序號	疾病	原審議殘等	再審議殘等	新建議殘等
1	腦中風	7	7	7
2	腦中風	13	7	10
3	腦中風	13	7	7
4	腦中風	13	7	10
5	腦中風	13	13	10
6	腦中風	7	13	10
7	腦中風	7	13	10
8	腦中風	7	13	10
9	腦中風	3	13	10

10	腦中風	13	13	10
11	腦中風	3	7	7
12	腦中風	3	3	3
13	腦中風	3	2	2
14	腦中風	7	13	10
15	頭部外傷	13	7	10
16	頭部外傷	7	7	10
17	頭部外傷	3	2	3
18	頭部外傷	7	13	10
19	頭部外傷	7	7	7
20	頭部外傷	2	1	2
21	脊椎與周邊神經病變	13	9	9
22	脊椎與周邊神經病變	13	7	10
23	脊椎與周邊神經病變	未達	13	13
24	脊椎與周邊神經病變	13	13	13
25	脊椎與周邊神經病變	4	4	4
26	脊椎與周邊神經病變	13	13	13
27	腦炎	1	1	2

（二）一般勞農保審查案件

以新建議的神經障礙殘廢（或失能）等級標準，對 10 月初審查的 26 例一般勞農保審查案例評等。在 26 例案件，有 5（19%）例以新建議標準所定殘等與現行審查標準殘等不同，3 例由 7 等級改為 10 等級，2 例由 13 等級改為 10 等級，主要的改變為增加了 10 等級，所以有些個案過去判定為 7 等級或 13 等級因而改變。

案例	年齡 / 性別	簡短病史	現行審查標準殘等	新建議殘等
1	54 歲 / 男	腦幹出血中風，左上肢肌力為 2，左下肢肌力為 3，右上下肢肌力為 5，自行操控輪椅代步。	7	7
2	52 歲 / 女	原即有小兒麻痺致右下肢無力，中風後，右側肢體肌力為 0，左側肢體肌力為 5，嚴重失語。	3	3
3	30 歲 / 男	腦出血中風，右上肢肌力為 2，右下肢肌力為 3，左側肢體肌力為 5，輕度失語。	7	7
4	56 歲 / 女	三叉神經痛，術後仍有神經痛，無其它局部神經障礙。	13	13
5	60 歲 / 男	曾有外傷性顱內出血，未遺肢體無力。因腦梗塞中風致兩側肢體輕度無力（肌力為 4）。	13	10
6	61 歲 / 男	巴金森氏症，兩側肢體僵直震顫，行走不穩。	7	10
7	54 歲 / 女	肺癌併腦部轉移，經治療後狀況穩	未符	未符

		定，兩側肢體肌力正常，無明顯局部神經障礙。		
8	41 歲 / 男	外傷性顱內出血，肢體肌力正常，但有嚴重失語，CDR 為 3。	3	3
9	46 歲 / 男	小腦萎縮症，肢體肌力為 4，肢體失調，步行不穩。	7	7
10	61 歲 / 女	淋巴瘤電療後遺留右上肢無力（肌力為 4）。	13	13
11	30 歲 / 男	左臂神經叢病變，自發病至診斷 10 個月，未逾 1 年。	未符	未符
12	45 歲 / 女	第五腰椎椎間盤突出，術後雙下肢肌力為 4，行走有些困難。	13	10
13	25 歲 / 男	第五腰椎椎間盤突出，術後肢體肌力正常，但有左下肢麻木。	13	13
以下為農保				
14	80 歲 / 女	腰椎神經根狹窄，右下肢肌力為 2，左下肢肌力為 3，上肢肌力為 5，輪椅代步。	3	3
15	59 歲 / 女	小腦萎縮症，肢體肌力為 4，肢體失調，步行不穩，輪椅代步。	3	3
16	83 歲 / 男	外傷性顱內出血，水腦，肢體肌力為 3，無語言能力，整日臥床，需人餵食。	2	2
17	51 歲 / 男	外傷性顱內出血，右上肢肌力為 4，其他肢體肌力為 5	13	13
18	73 歲 / 男	小腦梗塞中風，肢體肌力為正常，，但步履不穩。	7	10
19	46 歲 / 男	腦幹出血中風，四肢肌力為 4，並有	7	7

		巴金森氏症之肢體僵直症狀		
20	90 歲 / 女	巴金森氏症併失智症，四肢肌力為 2~3，HY stage 為 5，整日臥床，需人餵食。	2	2
21	73 歲 / 女	腦中風，左側肢體肌力為 4，右側肢體肌力為 4，併有構音困難、輕度步履不穩	7	10
22	66 歲 / 男	多發性神經病變，上肢肌力為 4，下肢肌力為 3。	3	3
23	86 歲 / 男	腦中風，右下肢肌力為 0，左下肢肌力為 3，構音困難，步履不穩，輪椅代步。	3	3
24	80 歲 / 男	腦中風，左側肢體肌力為 0，右側肢體肌力為 5，臥床需他人照顧。	2	2
25	77 歲 / 男	腦中風，左上肢肌力為 2，左下肢肌力為 2~3，輪椅代步。	3	3
26	67 歲 / 男	外傷性顱內出血，四肢肌力為 3~4，言語不清，扶杖行走。	3	3

第六章 討論

神經障害包括的疾病範疇廣而多樣，影響的範圍自中樞神經系統（腦部、脊髓）至周邊神經系統（周邊神經、肌肉病變），主要疾病涵括腦血管疾病、遺傳性疾病（如小腦萎縮症、杭亭頓舞蹈症、遺傳性周邊神經疾病等）、退化性疾病（巴金森氏症、失智症等）、癲癇、腦炎、腦瘤、水腦症、神經損傷（頭部外傷、脊髓損傷、周邊神經損傷等）等。申請神經障礙傷殘給付的被保險人因職業、年齡與所患疾病的差異，因此個別的差異性很大。

神經障害因每一病患的表現差異性大，無法如同其他疾病能已較單一的標準即判定其障害等級。如判定肢體障礙功能受損狀況，可以肢體的最好肌力與關節活動的最大角度，判定其障害功能等級【11】。心臟疾病則可以心臟機能損害程度，如藉由核子醫學的左心室射出分率的程度，判定其障害功能的等級【14】。然神經障害若僅以單一標準判定（如：以肢體肌力為標準）則可能判定失真，如有些小腦疾病（多為小腦中風或小腦萎縮症引起）的病患，肢體肌力正常，但因小腦功能受損致肢體或軀幹有失調不穩情形，常步履困難，容易跌倒，勞動型的工作可能受很大的影響。又如感覺型失語症（多為中風引起），肢體肌力可能尚可，無構音困難，但患者無法聽得懂他人的話語，有嚴重的溝通困難，自無法從事一般工作。再如胸或腰椎脊髓損傷的病患，雙下肢可能完全癱瘓，甚至有大小便失禁的狀況，若以現行的審查標準則患者可以得到很高

的給付，但患者可能尚能操控輪椅，從事一般可於輪椅從事的工作。因此神經疾病引起的神經障害無法以單一的指引標準即認定其障害等級，需要將其他神經功能的障害程度綜合判斷。

然而標準若不明確則診斷醫師、被保險人、勞保審查承辦人員、審查醫師的想法可能會有很大的差距，易發生爭議情形，不僅易使被保險人不滿，也增加再審議的行政流程，降低效率。而最重要的是標準不明確則保險給付的公平性就會被質疑，因此雖然神經障害程度與等級的判定不易單一化，仍應建立一合理、可行、爭議小的神經障害殘廢給付標準。

現行的神經障害殘廢給付標準分級已使用多年，診斷醫師（主要為神經內外科與復健科醫師）與審查醫師並無很大的困擾，多數案件的診斷與審查均順利進行。然而因過去訂定神經障害殘廢等級與標準可能疏忽了一些部分，致一些案件有爭議再審議的狀況發生。探討這些爭議案件主要集中於幾個原因，因此針對這些易發生爭議的原因宜訂定更明確、嚴謹的神經障害殘廢等級與標準。

現有神經障害程度給付標準分為五個等級：一等級、二等級、三等級、七等級、十三等級，易發生爭議的主要為七等級與十三等級、或二等級與三等級的認定，特別是七等級與十三等級，給付差距很大，七等級尚能維持勞保身分，

因此很多被保險人希望維持勞保但又希望給付較多（此為人之常情），但若將許多症狀不很嚴重的神經障害判定為七等級，則會增加許多勞保的傷殘支出，即政府的支出，不盡然公平。但過去勞保受限於法律位階，不能自行增加殘障等級與改變原有的文字敘述，如勞工保險殘廢給付標準表（勞工保險條例第53條附表）敘述中樞神經系統機能顯著障害，致終身祇能從事輕便工作者為第8項第七等級，雖然附註說明因中等度精神、神經障害，精神及身體之勞動能力較一般明顯低下者，適用第七級。但許多被保險人與診斷醫師以勞保殘廢診斷書中神經功能障害詳況，工作能力勾選終身僅能從事輕便工作即認定可獲得七等級認定，然而許多病患的神經障害程度並未達到七等級的標準，審查醫師只能以十三等級認定，此即易使被保險人提起爭議與要求再審。

勞保局雖於民國96年5月24日邀集相關審查醫師共同研商，俾齊一審查標準。然會議結論以現行勞保殘廢給付標準表第8項第7等級與第9項第13等級間之殘廢等級差距甚大，建議宜增定殘廢等級以減少爭議。勞委會於97年8月12日，匯集多個醫學會研商勞工保險失能給付標準草案會議，對於現行勞工保險殘廢給付標準表係以法律附表形式訂定，修正時須經修法程序始能施行。鑑於近年來失能項目因醫療技術發展逐漸變動，為適時保障被保險人權益，爰修正勞工保險條例將殘廢給付標準表授權由中央主管機關定之，並配合法規命令名稱定為「勞工保險失能給付標準」。此一契機使得神經障害的殘廢

等級可能可以增加，此外將「殘障」改為「失能」，未來再評定等級時工作能力是非常重要的部分，於新修訂的神經障害殘廢（或失能）等級與標準時應特別考量。

此次新修訂的神經障害殘廢（或失能）等級增加第十等級，增加的等級與現有勞保殘廢標準其他器官疾病相符的等級，以 AMA 的 whole person impairment 百分比比較，應屬合理。增加第十等級最主要即希望能減少爭議案件與給付的公平性，在勞保局提供的 27 例爭議審議案件，其中有 10（37%）例為七等級與十三等級的爭議，因此增加十等級應能減少許多爭議的案件。當然增加十等級不僅著眼於減少爭議案件，七等級與十三等級間之殘廢等級差距甚大，也易導致審查醫師的困擾與公平性受質疑。新增的十等級希望納入因神經障害不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作者，過去七等級以終身祇能從事輕便工作認定，新標準將七等級的工作能力為經評估為祇能從事一般簡易工作，勞動能力較一般明顯低下者。在神經障害詳況將工作能力分為工作能力正常、不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作、只能從事簡易工作且工作能力明顯低下、無工作能力，以此呼應失能等級為未符標訖或十三等級、十等級、七等級、三等級與更嚴重等級。

此次修訂殘廢（或失能）等級也特別將較嚴重的一、二、三等級界定明確，一等級只有非常嚴重的病患需周密照護才列入，對象為植物人狀態、已經氣切

並需要呼吸器輔助，因此患者若為完全臥床與意識不清，未達植物人狀態標準也不列為一等級。二等級因重度神經障害，需長期臥床、無法自行翻身、使用管灌飲食，須他人扶助者才可列入，因此即使臥床但仍能自行翻身或可經口進食則無法列入二等級。若以新建議標準評等，將可能有較過去少一些的病患達到一或二等級，而有較多的病患評為三等級。

前述神經障害不易以單一標準認定失能程度，所以此次修訂特別將一些神功功能評估量表納入，包括失能量表（modified Rankin scale, mRS）、巴金森氏症的臨床分級（Hoehn-Yahr Stage）、臨床失智評估表（CDR）等納入。這些量表是臨床常用量表，多數神經疾病相關醫師應熟悉這些量表，所選擇的量表亦不複雜，使用於神經障害評估詳況應無問題，將能提升殘廢或失能程度的判定可靠度。

第七章 結論

為減少神經障害的爭議審議案例、提高勞保給付的合理性、配合新修訂的勞保失能給付條例，新建議修訂神經障害的失能給付標準與等級的結論如下：

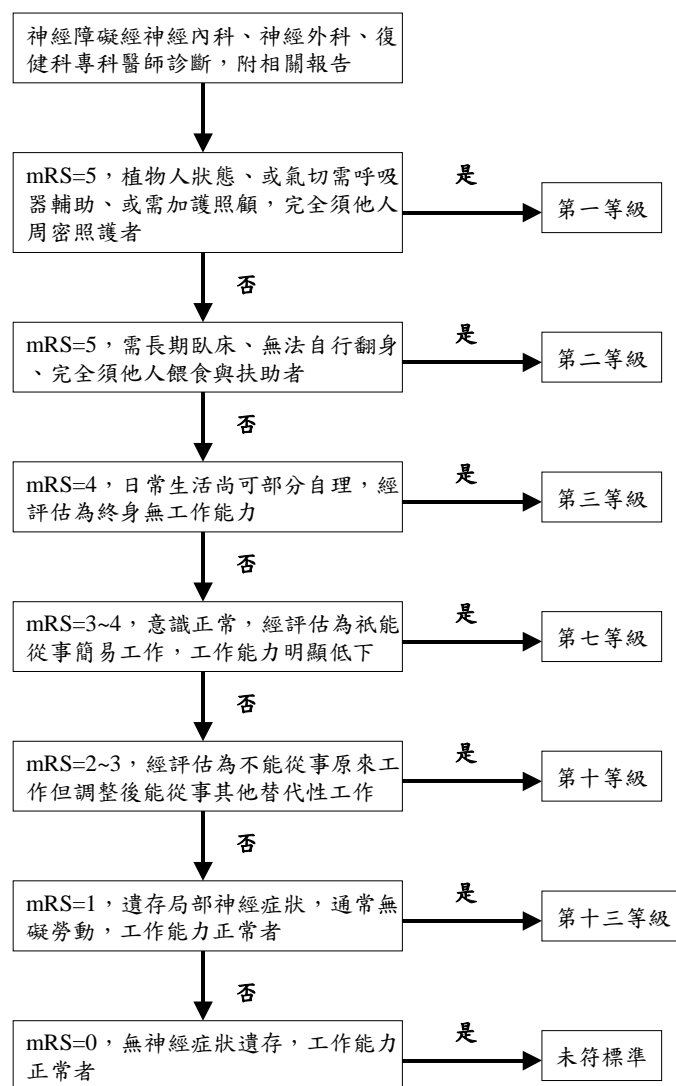
- (1) 神經障害的失能給付，原則仍以診斷後須經一年以上的治療始得認定。
- (2) 神經疾病的失能評估應檢附相關報告，失智症須檢附最近簡式智能評估表與臨床失智評估表，周邊神經疾病須檢附肢體神經傳導與肌電圖檢查報告，脊椎與脊髓病變須檢附相關的神經影像與神經電生理檢查報告。
- (3) 新建議修改的神經障害失能詳況，包括意識、呼吸、言語、攝食、肢體肌力、肢體痙攣、平衡協調、巴金森氏症經藥物治療後之狀態、行動能力、起臥能力、工作能力、失能評估等項目。原先的癲癇、大小便情形、沐浴更衣等予以刪除。
- (4) 增加以 Modified Hoehn-Yahr Stage 評估巴金森氏症經藥物治療後之狀態，與以 Modified Rankin Scale 評估整體失能狀況。
- (5) 現行勞保殘廢給付標準表第 8 項第 7 等級與第 9 項第 13 等級間之殘廢等級差距甚大，新建議增列第 8-1 項第 10 等級並制定審定標準，神經障害的失能等級包括一等級、二等級、三等級、七等級、十等級、十三等級，各等級的標準界定明確。

(6) 工作能力建議修改為無工作能力、只能從事簡易工作且工作能力明顯低

下、不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作、工作能力正常。

呼應一至三等級、七等級、十等級、十三等級。

(7) 新建議之勞保失能給付神經障害的審定標準如下：



參考文獻：

- [1] 行政院勞工委員會，民 92；「勞工保險條例」。
- [2] 行政院勞工委員會，民 92；「勞工保險條例施行細則」。
- [3] 勞工保險局：勞工保險殘廢給付標準表。民 91 年 5 月，行政院勞工委員會勞工保險局 編印。
- [4] 勞工保險局：勞工保險局業務常用法規。民 97 年 3 月，行政院勞工委員會勞工保險局 編印。
- [5] 李永凌，民 96；「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」，台南市，國立成功大學醫學院附設醫院，勞工保險局委託研究案。
- [6] Jeng JS, Su TC. Epidemiological studies of cerebrovascular diseases and carotid atherosclerosis in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan*. 2007;16:190-202.
- [7] 衛生署：96 年死因統計結果分析
(http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=9598&class_no=440&level_no=4)。
- [8] Martinez-Vila E, Irimia P. The cost of stroke. *Cerebrovasc Dis* 2004;17(Suppl 1):124-9.
- [9] Statistical Yearbook of the Republic of China 2006: *Directorate General of Budget, Accounting and Statistics*, Executive Yuan, Republic of China, 2006.
- [10] Chang KC, Tseng MC. Costs of acute care of first-ever ischemic stroke in Taiwan. *Stroke*. 2003;34:e219-21.

- [11] 中華民國殘環境職業醫學會，民 94；「勞工保險殘廢給付『軀幹』『上下肢』障害系列審查標準之研究」，台北市，中華民國環境職業醫學會，勞工保險局委託研究案。
- [12] 林幸台，民 94；「勞工保險殘廢給付判定方式變革之必要性」，台北市，中華民國殘帳聯盟，勞工保險局委託研究案。
- [13] 邱偉哲，民 95；「勞工保險殘廢給付『精神障害』審查標準之研究」，台北市，行政院勞工委員會勞工保險局。
- [14] 蘇大成、杜宗禮、陳思遠、王榮德，民 94；「勞工保險殘廢給付『心臟部分』審查標準之研究」，台北市，國立臺灣大學醫學院附設醫院，勞工保險局委託研究案。
- [15] Rondineelli RD, eds. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. American Medical Association, 6th ed, 2008.
- [16] World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
- [17] Kasner S. Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol*. 2006;5:603-612.
- [18] Adams HP Jr, Woolson RF, Clarke W, Davis PH, Bendixen BH, Love BB, Wasek PA, Grimsman KJ. Design of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Controlled Clinical Trials*. 1997;18:358-77.
- [19] Schlegel D, Kolb SJ, Luciano JM, et al. Utility of the NIH Stroke Scale as a predictor of hospital disposition. *Stroke*. 2003;34:134-7.

- [20] Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J.* 1965;14:61–5.
- [21] Rankin L. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. *Scott Med J.* 1957; 2: 200–215.
- [22] Duncan W, Wallace D, Lai M, et al. The Stroke Impact Scale Version 2.0. *Stroke.* 1999;30:2131-40.
- [23] Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage: a practical scale. *Lancet.* 1975;1:480-484.
- [24] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology.* 1969;9:179-86.
- [25] Weimar C, Kurth T, Kraywinkel K, and German Stroke Data Bank Collaborators, Assessment of functioning and disability after ischemic stroke. *Stroke.* 2002;33:2053-9.
- [26] Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: A literature review and synthesis. *Stroke.* 2007;38:1091-1096.
- [27] Dromerick AW, Edwards DF, Dringer MN. Sensitivity to changes in disability after stroke: a comparison of four scales useful in clinical trials. *J Rehab Res Dev.* 2003;40:1-8.
- [28] Shinohara Y, Minematsu K, Amano T, Ohashi Y. Modified Rankin scale with expanded guidance scheme and interview questionnaire: interrater agreement and reproducibility of assessment. *Cerebrovasc Dis.* 2006;21:271-278.

- [29] Sulter G, Steen C, De Keyser J. Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. *Stroke*. 1999;30:1538-1541.
- [30] Uyttenboogaart M, Stewart RE, Vroomen PC, De KJ, Luijckx GJ. Optimizing cutoff scores for the Barthel index and the modified Rankin scale for defining outcome in acute stroke trials. *Stroke*. 2005; 36: 1984-1987.
- [31] Wilson JT, Hareendran A, Grant M, Baird T, Schulz UG, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: use of a structured interview to assign grades on the modified Rankin Scale. *Stroke*. 2002; 33: 2243-2246.
- [32] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*. 1975;12:189-98.
- [33] Hughes C, Berg L, Danzinger W, et al. A new clinical scale for staging of dementia. *Br J Psychiatry*. 1982;140:566-72.
- [34] Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*. 1967;17:427-42.

附件一 第一次專家會議之會議紀錄

一、時間：97 年 8 月 14 日 12：00 至 13：35

二、地點：台大醫院研究大樓 15 樓神經部圖書室

三、討論內容：勞工保險殘廢給付『神經障害』審查標準之修定

四、主持人：台大醫院神經部鄭建興醫師

記錄：黃佳焄、莊育婷

五、出席人員：

台大醫院復健部	梁蕙雯醫師（專長領域：神經復健）
台大醫院復健部	陳思遠醫師（專長領域：神經復健）
台大醫院神經外科	王國川醫師（專長領域：腦外傷、腦血管疾病）
新光醫院神經內科	連立明醫師（專長領域：腦血管疾病）
台大醫院神經部	邱銘章醫師（專長領域：失智症）
台大醫院神經部	楊智超醫師（專長領域：神經肌病）
台大醫院神經部	陳至全醫師（專長領域：癲癇）
台大醫院神經部	林靜嫻醫師（專長領域：巴金森氏症）
台大醫院職業醫學部	李俊賢醫師（專長領域：神經職業醫學）

六、討論事項：

● 鄭建興醫師

1. 感謝諸位醫師撥冗參與今日的勞工保險殘廢給付『神經障害』審查標準之修定的討論會議，期盼此討論能得到初步的共識或修改方向。
2. 勞保殘廢給付標準表的神經障礙分五個等級，第 5 項目的第 1 等級，是完全臥床，如植物人或很嚴重的脊髓損傷或運動神經元疾病至四肢癱瘓甚致需呼吸器輔助才達的到。第 6 項 2 等級跟第 1 等級最大的差別就是從不需要到需要 24 小時有人周密照護。第 3 等級多為肌力 2-3 分，大部份時間需臥床，需他人部

分協助日常生活起居。一般第 1 至第 3 等級的認定問題較少，問題較多的是之後的第 8 項第 7 等級與第 9 項第 13 等級，第 7 等級是只能從事輕便工作，而第 13 等級則為工作能力正常，從第 3 等級到第 13 等級中間只有一個第 7 等級，造成評估上面的困擾。現階段肢體肌力 4 分，理論上工作能力是應會受到影響，但現階段審查委員的共識為未達第 7 等級，僅能以第 13 等級認定，導致爭議較多。

3. 最易引起問題的是在神經障害殘廢詳況的工作能力，診斷醫師認定為只能從事輕便工作，不表示就是第 7 等級，故易起被保險人爭議何以從事輕便工作不能是第 7 等級，因此工作能力項目應做修正。AMA（2008 年第六版）的評估主要為功能障礙永久受損（permanent impairment）程度，不是評估工作能力，而是評估症狀對一個人的影響程度，等級自 0 至 4 級分為 5 級。勞保的殘廢給付則除了功能障礙的評估，還需考量因障礙致工作能力受影響程度。故如何將 AMA 的精神用於怎麼應用障害評估值得好好思量。

- 楊智超醫師：請問殘廢等級的認定，這部份評定是由診斷醫師勾選的嗎？若不是由診斷醫師勾選，而是由審查醫師勾選應該會有爭議，有爭議時是由那些人鑑定？那是否假如以後診斷醫師認定某些情況，還是得看審查專家的主觀鑑定，怎麼辦？
- 梁蕙雯醫師：其實這些審查不是每件都會送到那些專家的手上，而是遇有爭議時，才會送上去，假如還是不滿意就送行政訴訟，假如被保險人仍不滿意就叫打官司，這是一層一層上去的。
- 邱銘章醫師：勞保主要是根據 impairment 做判別，假如 dementia 的病人體力還是很好，但 disability 可能很差，disability 和 impairment 會明顯不一樣。
- 梁蕙雯醫師：其實 ability 是可以根據一些語言、日常生活、飲食、肌力...等幾個項目評估，比較簡化。
- 陳思遠醫師：能否先把工作能力這個項目先刪掉，是否可以減少這部分的爭議，

至少這地方要有標準的處理，所以功能性的設定有很多的爭議，AMA 也不敢用功能而是 impairment。

- 連立明醫師：但勞保就是勞工的福利保險，不得不跟工作能力連在一起。
- 梁蕙雯醫師：德國的方法是可以透過轉業而不是一定跟之前工作比較。
- 楊智超醫師：在神經與肌肉疾病應不要限定自診斷滿一年才能提出申請，應加上“或”相關基因診斷。通常像 ALS 先前已有症狀但還未診斷，若是要依規定則要診斷一年後才能申請，可能不符實際需要。
- 陳思遠醫師：腦中風的身心障礙鑑定，要滿一個月才能開立。
- 邱銘章醫師：目前都以此方法，台北市也必須要超過一個月才能開立身心障礙鑑定。
- 連立明醫師：據我所知在台北市要病歷紀錄三個月以上，資料確定超過三個月，才開立殘障鑑定。
- 梁蕙雯醫師：神經障害殘廢詳況的意識部份，「輕度昏迷」該怎麼定義？是否可以再修改一下。
- 陳思遠醫師：農保是使用正常、遲鈍、不清楚、無意識狀態，但這對後面的評估會有影響嗎？
- 鄭建興醫師：意識部份可改為「正常」、「有意識障礙」、與「無意識狀態」。
- 梁蕙雯醫師：呼吸部份，BiPAP 算不算呼吸器？建議文字敘述可以再清楚一點，或者是有沒有做過氣切等等。
- 鄭建興醫師：呼吸部分與神經障礙的判定關係並不大，若確有呼吸障礙可由胸腔科醫師判定，建議此部分可去掉。
- 梁蕙雯醫師：言語的部分是否使用身心障礙手冊上的描述。
- 邱銘章醫師：言語功能不是只包括 aphasia，也包括 dysarthria。建議改用神經中樞或神經損傷致言語功能障礙。
- 陳思遠醫師：農保上為「因神經損傷致言語不清」及「因神經損傷喪失語言能力」。

- 鄭建興醫師：建議將言語中樞拿掉，採用與農保相用的描述。
- 梁蕙雯醫師：肌力部份建議調整，有些部份並不適用，有些病人可能為 4+ 或 4-。
我們復健科內有使用 10 個 key muscles 評估，建議可試用看看。
- 邱銘章醫師：要將其分的太細似乎不必要，只要是 4- 基本上都算為 4，有些病患只是某一條神經有問題。確實我現在自己評有時都還不太能寫的出來，都要自己再加註解，或許在最下面可以加一欄補充說明。
- 陳思遠醫師：農保是將這部份，也是用 5 分滿分，不過他將上肢分為「肩、肘、腕」，下肢分為「股、膝、踝」，可能會比我們目前的還要詳細，另外他又再加上了肢體的 spasticity 與 coordination。
- 梁蕙雯醫師：我認為臥床能力可以刪去，工作能力可做修改，或是將其刪去；攝食狀況，重點可能是在能不能進食，而非怎麼進食；大小便及其他部分應跟後面整合。
- 鄭建興醫師：工作能力暫時還是放入，或許要增加一些選項，若是各位還是認為不需要再將其捨掉，比較重要的是這次有加上 Rankin Scale 項目，裡面就包含行動能力、臥床，都可取代。
- 陳至全醫師：癲癇的部分有部份醫師建議不需要將其放入，首先因為可能有不同的原因導致癲癇發生，再者是發作次數影響病人程度不同，不一定會影響工作，這在這裡將其區分等級，但卻不是很好的選項，不應作為主要評斷標準，個人是建議拿掉，但如果堅持要保留，是覺得工作能力部份也要寫清楚。
- 鄭建興醫師：在殘障等級上會加個第 8.1 項第 10 等級，平衡給付標準，增加選項；在審定標準上，肌力部份會更改，將工作能力的描述上做調整。11 月會結案，在中間還會在開一、二次會議，在 11 月之前還是先以大方向的修改為主，還再摸索，各單位都有在做修正，細節再修改，Parkinson 部份就以等級區分，工作能力的部份會再做些調整。

七、會議共識：

- [1] 勞委會或勞保局宜確定勞工保險殘廢給付的精神是以 impairment 考量，或是以 disability 考量，若是以 impairment 考量則工作能力不應列入殘廢診斷的選項內。
- [2] 神經障礙的評估增加第 10 等級。
- [3] 加入神經功能評估量表，包括巴金森氏症的 Modified Hoehn-Yahr Stage、腦中風的 modified Rankin scale、失智症的臨床失智評估量表(CDR)等。
- [4] 言語狀態改為正常、神經損傷致言語不清、神經損傷致喪失言語能力三級。
- [5] 癲癇：原內容僅以經藥物治療後的發作頻率為評定依據，新建議改依現有殘障手冊標準評定。
- [6] 呼吸狀態、行動能力、臥床狀態、大小便情形、沐浴更衣等，因有其它功能評估與不影響等級判定可去除。

八、會議結束（13：35）

附件二 第二次專家會議之會議紀錄

一、時間：97 年 10 月 9 日 12：00 至 13：30

二、地點：台大醫院研究大樓 15 樓神經部圖書室

三、討論內容：勞工保險殘廢給付『神經障害』審查標準之修定

四、主持人：台大醫院神經部鄭建興醫師

記錄：黃佳焄

五、出席人員：

台大醫院復健部	梁蕙雯醫師（專長領域：神經復健）
台大醫院復健部	陳思遠醫師（專長領域：神經復健）
台大醫院神經外科	黃勝堅醫師（專長領域：腦外傷、腦血管疾病）
新光醫院神經內科	連立明醫師（專長領域：腦血管疾病）
台大醫院神經部	邱銘章醫師（專長領域：失智症）
台大醫院神經部	楊智超醫師（專長領域：神經肌病）
台大醫院神經部	陳至全醫師（專長領域：癲癇）

六、討論事項：

● 鄭建興醫師：

1. 感謝諸位醫師再度參與今日的勞工保險殘廢給付『神經障害』審查標準修定的第二次專家討論會議，現階段每年勞保的殘障給付約 80 多億，神經與精神疾病佔了 16%，是給付重要部分，上一次的專家會議討論已有初步結論，今日繼續針對神經障礙殘廢詳況、神經疾病殘等分級的精神進一步討論。
2. 上次討論提到開立殘廢診斷時認定時間的長短，新的勞保失能給付標準草案定為診斷後經六個月治療始得認定，但先前期中報告審查討論時委員認為許多神經疾病的恢復需更長的時間，仍宜以一年作為認定的時間，而一些特殊狀況，如植物人、運動神經元疾病則可以六個月為認定標準，是否有其它神

經疾病需要再考量，可請各位提出想法？

- 楊智超醫師：

有些疾病是好好壞壞，如多發性硬化症（MS）等，MS 於發病前就已有某種程度 disability，再發病可能會更差，而恢復後可能還存有舊的，要評估神經功能障礙應避開急性期，但要定幾個月後並不容易，在 EDS 上建議要急性期一個月以上，因此 MS 的殘廢診斷應以急性期治療一個月以上較適合認定。

- 陳思遠醫師：

有些疾病的病史可能已經 3、4 年了，之前的狀況恢復得不錯，但這次再發生較嚴重，但也可能可以恢復，但發病已經一年以上怎麼處理？有些疾患，如 cauda equina syndrome 導致的膀胱功能受損，找這些病患可能經過 2、3 年仍會持續進步，因此時間的定立有時不很容易，我們還是可以一年為標準。開立診斷書，但之前是在其它醫院治療，則在診斷書上記載清楚先前就診醫院，勞保局會去調先前就診醫院的病歷資料，供審查醫師參考。

- 鄭建興醫師：

接下來我們看神經障礙殘廢詳況的表單內容，逐項討論修改或是增加。意識狀態之前的會議是定為正常、有意識障礙與無意識狀態，但期中報告審查討論時委員認為有意識障礙宜再分為輕中度意識障礙、重度意識障礙。

- 楊智超醫師：

有方法區分輕中度意識障礙、重度意識障礙嗎？GCS 也不容易區別意識障礙程度。是否能有一些操作型定義。

- 陳思遠醫師：

意識狀態的判定是否會影響之後等級的判定？

- 鄭建興醫師：

意識狀態的判定還是會影響之後等級的判定，如植物人狀態應為無意識狀態，為一等級，輕度或重度意識障礙可能影響判定二等級或三等級。不容易下操作型定義，可予診斷醫師較大的決定空間。呼吸部分依之前會議討論予以刪除，但若要診斷一等殘的要項之一，需氣切並呼吸器使用則可考慮保留。

言語障礙分成正常、神經損傷致言語不清、神經損傷致喪失言語與溝通能力，不限定僅為 aphasia。

- 楊智超醫師：

語言理解應包含於溝通能力，神經損傷致言語不清應加上溝通能力受損。

- 鄭建興醫師：

攝食狀態依上次會議討論簡化，只單純評估其吞嚥功能。而肢體肌力部分依農保的格式修改為上肢的肩、肘、腕，與下肢的股、膝、踝。

- 梁蕙雯醫師：

肢體肌力可以有不同的位置評估，復健科內有使用 10 個 key muscles 評估，如 elbow or wrist 的 flexion or extension，但沒有包括肩部，不一定要評估那麼細。

- 楊智超醫師：

評估肢體肌力應以較嚴重的來寫，手腕的部份應該是包含手指，是否要做區別，很多人是手指功能不好而非手腕，是否放在補充說明？

平衡協調部分是否不是以能動但不協調、動作困難且不協調評估，可考慮參考殘障手冊的平衡機能障礙而無法坐立、無法站立、步行困難。

- 梁蕙雯醫師：

limb ataxia 與 trunk ataxia 均會影響功能，可考慮列入。行動能力在之後的評估即有，可以不需列在此。

- 鄭建興醫師：

繼續討論行動能力部分，仍為原內容，分級似乎太多，應有修改必要。

- 梁蕙雯醫師：

一般復健科是分一般或需協助，是否可做 outdoor 活動或是 indoor 活動，需不需要協助，能不能自行操控輪椅其實就是說，他沒辦法自己行走，其實不用分這麼多等級。

- 邱銘章醫師：

多數的神經科病患，若是不能走動需要坐輪椅，基本上也不能自行操控輪

椅。而需要扶杖行走是否與需要他人協助是相同的。

- 梁蕙雯醫師：

行動能力建議改為：可自行跨步行走、需使用行走輔具不需他人協助、需使用行走輔具且需他人協助、無法行走。

- 陳思遠醫師：

也會有不需輔具也不需要他人幫助但行走有問題的病患

- 鄭建興醫師：

行動能力改為行走，分為行走正常、行走不便但不需行走輔具與他人協助、需使用行走輔具但不需他人協助、需使用行走輔具且需他人協助、無法行走。

- 梁蕙雯醫師：

臥床狀態，有些臥床病人可以自己翻身但他不認為自己起臥正常。

- 邱銘章醫師：

Barthel index 中有個選項為轉位，會不會比較仔細

- 梁蕙雯醫師：

一等與二等差別在於有無呼吸器，二三等差別在於日常生活能否自理，用 Rankin scale 就可以判別，此項應可刪除。

- 鄭建興醫師：

原勞保殘障給付若記載為只能從事輕便工作為第七等級，因此許多病患要求勾選只能從事輕便工作，因此宜避開「輕便工作」選項，先前改為工作能力輕度受限、中重度受限。

- 連立明醫師：

能否改成僅能從事簡易工作。

- 梁蕙雯醫師：

工作能力是否分為：從事原有的工作、從事一般輕便工作？

- 陳思遠醫師：

是不是還得查證原有工作？可考量為可從事輕便工作、可從事勞力性工

作、無工作能力。

- 邱銘章醫師：

或是輕便工作跟原有工作中間再加上：不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作，再來才是只能從事一般輕便工作、無工作能力。

- 陳至全醫師：

癲癇是否還需要調整，這裡有把三個條件都列在上面了，可以先做區分。

- 邱銘章醫師：

是不是只要分有或無符合癲癇的殘障標準，再看工作能力，是不是就不用再分級了。

- 鄭建興醫師：

勞保條文將可在明年一月份重新修改與公佈，殘障等級認定敘述與附註的部分應有修正之必要性。

- 梁蕙雯醫師：

一等殘部分，中樞神經系統機能障礙，其後刪除。

- 邱銘章醫師：

條文附注清楚說明符合一等殘為：植物人狀態、氣切需呼吸器輔助。

- 鄭建興醫師：

二等殘部分，需他人扶助，加上需長期臥床、無法自行翻身、使用管灌飲食。

- 梁蕙雯醫師：

三等殘部分，原條文附註[3]為日常生活活動尚可自理，是否一定要符合全部自理呢？建議將「維持生命必要」去掉。條文附註[4]也可去掉。

- 陳思遠醫師：

可改為日常生活可部分自理，但無法從事任何工作。

- 鄭建興醫師：

新修正的殘障等級上會加個第 10 等級，關於 3 等級、7 等級、10 等級、13 等級的認定依工作能力可依之前工作能力認定分級參考，亦即 3 等級為無

工作能力，7 等級為只能從事一般輕便工作，10 等級為不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作，13 等級為工作能力正常。經過今日的討論整體神經障害殘等的分級精神已大致確定，後續再做文字修正。

七、會議共識：

- [1] 神經障害部分的殘廢給付仍以診斷後須經一年以上的治療始得認定而一些特殊狀況，如植物人、運動神經元疾病則可以六個月為認定標準。
- [2] 多發性硬化症應避開於急性期（一個月）診斷殘廢。
- [3] 肢體肌力修改為上肢的肩、肘、腕/手，與下肢的股、膝、踝。
- [4] 平衡功能修改為正常、肢體失調（limb ataxia）、軀幹失調（trunk ataxia）。
- [5] 行走能力修改為行走正常、行走不便但不需行走輔具與他人協助、需使用行走輔具但不需他人協助、需使用行走輔具且需他人協助、無法行走。
- [6] 臥床狀態應考慮臥床能否自行翻身。
- [7] 工作能力修改為工作能力正常、不能從事原來工作但調整後能從事其他替代性工作、只能從事一般輕便工作、無工作能力。
- [8] 勞保殘廢給付標準表的神經障礙等級認定標準的敘述與附註進一步修正明確。

八、會議結束（13：30）

附件三 勞工保險殘廢給付標準表『神經障害部份』

勞工保險殘廢給付標準表（勞工保險條例第 53 條附表）

身體殘害系列	障害項目	身體殘害之狀態	身體殘害序列		附註	開具診斷書之醫院層級或醫師
			殘廢等級	給付標準		
精神神經	神經障害	5	中樞神經系統機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫護或專人周密照護。	1	1,200 日	<p>一、「精神、神經障害等級」之審定基本原則：綜合其病灶症狀，對於永久喪失勞動能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及需他人扶助之情況依左列各項狀況定其等級。於審定時，須有精神科、神經科、神經外科等專門醫師診斷證明資料為依據。</p> <p>[一]因重度精神、神經障害，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者：適用第一級。</p> <p>[二]因高度精神、神經障害，為維持生命必要之日常生活活動之一部須他人扶助者：適用第二級。</p> <p>[三]為維持生命必要之日常生活活動尚可自理，但因精神、神經障害高度，終身不能從事工作者：適用第三級。</p> <p>[四]有失語、失認、失行等之病灶症狀、四肢麻痺、錐體外路症狀、記憶力障害、知覺障害、感情障害、意欲減退、人格變化等高度障害；或者麻痺等症狀，雖為輕度，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，無法遂行其工作者：適用第三級。</p> <p>[五]因中等度精神、神經障害，精神及身體之勞動能力較一般明顯低下者：適用第七級。</p> <p>[六]通常無礙勞動，但在醫學上可證明其精神、神經遺有障害者：適用第十三級。右述之中樞神經系統障害，例如無知覺障害之錐體路及錐體外路症狀之輕度麻痺，依腦注氣造影檢查始可證明之輕度腦萎縮、腦波異常等屬之。此等症狀須據專門醫師檢查、診斷之結果審定之。</p> <p>二、「平衡機能障害與聽力障害」等級之審定：因頭部損傷引起聽力障害與平衡機能障害同時併存時，須綜合其障害狀況定其等級。</p>

	6	中樞神經系統機能之病變，引起節癱或偏癱，致終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助。	2	1,000 日	<p>害同時併存時，須綜合其障害狀況定其等級。</p> <p>三、「外傷性癲癇」障害等級之審定：癲癇發作，同時應重視因反復發作致性格變化而終至癡呆、人格崩壞，即成癲癇性精神病狀態者，依說明一原則審定之。</p> <p>癲癇症狀之固定時期，應以經專門醫師之治療，認為不能期待醫療效果時，及因治療致症狀安定者為準，不論其發作型態，依下列標準審定之：</p> <p>[1] 雖經充分治療，每週仍有一次以上發作者：適用第三級。</p> <p>[2] 雖經充分治療，每月仍有一次以上發作者：適用第七級。</p>	
	7	中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身不能從事工作者。	3	840 日	<p>四、「頭痛」障害等級之審定：頭痛之發現機序甚多，因頭外傷或各種中毒等之後，遺存主要的頭痛如次：</p> <p>[1] 於挫傷、創傷部位之疼痛。</p> <p>[2] 血管性頭痛。</p> <p>[3] 肌肉緊張性頭痛。</p> <p>[4] 頸性頭痛。(後頭部交感神經症候群)</p> <p>[5] 大後頭神經痛等上位頸神經之神經痛或三叉神經痛。</p> <p>[6] 心因性頭痛。</p> <p>審定標準依下列規定：</p> <p>[1] 勞動能力尚存，但因頭痛屢發，不能從事工作，致就業職種之範圍，受相當限制者：適用第九級。</p> <p>[2] 通常勞動無礙，但有時發作即有礙勞動者：適用第十三級。</p> <p>五、「眩暈及平衡機能障害」等級之審定：頭部外傷後或因中樞神經系統疾病起因之</p>	

	8	中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	440 日	<p>頭部外傷後或因中樞神經系統疾病起因之眩暈及平衡機能障害，不單由於耳障害引起，因小腦、腦幹部、前頭葉等中樞神經系之障害發現者亦不少。其審定標準如次：</p> <p>[1] 必要之日常生活活動仍有可能，但因高度平衡機能障害，終身不能從事工作者：適用第三級。</p> <p>[2] 因中等度平衡機能障害、勞動能力較一般平常人顯明低下者：適用第七級。</p> <p>[3] 通常勞動無礙，但因眼震盪或其他平衡機能檢查認為有障害所見者：適用第十三級。</p> <p>六、「外傷性脊髓障害」等級之審定，依其損傷之程度發現四肢等之運動障害、知覺障害、腸管障害、尿路障害、生殖器障害等，依說明一之原則，綜合其症狀選用合適等級。</p> <p>七、「外傷後疼痛症候群」障害等級之審定：外傷後疼痛症候群：外傷後疼痛之特別形態，因四肢或其他神經不完全損傷而生之所謂「Causalgia」，於自然經過仍不消退，由醫學上可予證明者，得依下列標準審定其等級。</p> <p>[1] 神經及脊髓神經之外傷或其他原因之神經痛，依其疼痛發作頻度，疼痛強度與持續時間及疼痛原因之他覺所見，對於疼痛影響勞動能力等判定其等級，例如於輕便勞動以外之勞動，經常有障害程度之疼痛者：適用第七級。</p> <p>[2] 由於外傷引起之「Causalgia」，按前列說明分別按其程度以第七級、第十三級審定之。</p> <p>八、「根性及末梢性神經麻痺」障害等級之審定：原則上準用受障害神經支配之身體各部器官之機能障害所定等級，但神經麻痺由於他覺可予證明而無相當等級可資適用時，按第十三級審定之。</p> <p>九、「一氧化碳中毒後遺症」障害等級之審定：一氧化碳中毒後遺症障害之審定，綜合其所遺諸症候，按照附註說明精神、神經障害等級之審定基本原則判斷，定其等級。</p>	
	9	神經系統之病變，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀者。	13	60 日		

附件四 勞工保險殘廢診斷書神經功能障礙詳況

說明：本障害應由神經科、神經外科或復建科等專科醫師依殘情實況及影響生活與喪失工作能力等各項情形，於口打勾或加註文字說明；又每一勾填處均應加蓋醫師章始為有效。

1. 意識狀態：☐ 正常 ☐ 嗜睡 ☐ 輕度昏迷 ☐ 無意識狀態
2. 呼吸狀態：☐ 呼吸正常 ☐ 經常需借助氧氣器具輔助 ☐ 長期需呼吸器輔助
3. 肌力程度及巴金森氏症患者肢體狀態：

肌力程度(分): 5 4 3 2 1 0 巴金森氏症患者肢體狀態

左側 / 上肢 □ □ □ □ □ □ □ □ 一側肢體僵直顫抖

下肢 □ □ □ □ □ □ □雙側肢體僵直顫抖

右側 / 上肢 □ □ □ □ □ □ □雙側肢體顫抖

下肢 □ □ □ □ □ □ □走臥需他人扶助

口完全無法行動

4. 行動能力：☐可自力行走 ☐行動遲滯 ☐需扶杖行走 ☐自行操控輪椅代步
☐步 ☐需他人操控輪椅代步 ☐完全無法行動

5. 臥床狀態：☐起臥正常 ☐大部份時間需要臥床 ☐整日臥床但可自行翻身
☐整日臥床且無法自行翻身

6. 工作能力：☐正常 ☐通常無礙勞動，但醫學上可證明遺存神經症狀
☐終身僅能從事輕便工作 ☐終身無法從事任何工作

7. 攝食狀態：☐自行進食 ☐暫時需人餵食 ☐永久需人餵食 ☐暫時鼻胃管灌食 ☐永久鼻胃管灌食 ☐暫時性胃造瘻 ☐永久性胃造瘻

8. 大小便情形：☐可自理 ☐部份需人扶助 ☐完全無法自理 ☐失禁

9. 沐浴更衣：☐可自理 ☐部份需人扶助 ☐完全無法自理

10. 言語狀態：☐正常

☐言語中樞損傷，語言理解、表達、說話清晰度、流暢性、發聲

☐有困難，或與人溝通有顯著困難，表達或理解功能有輕度障害

☐言語中樞損傷，無法與人溝通，表達或理解功能有嚴重障害

11. 癲癇：☐經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充份治療，每月發作次數在 1 次以下

☐經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充份治療，每月仍有 1 次以上發作

☐經 2 種或 2 種以上抗癲癇藥物充份治療，每週仍有 1 次以上發作

12. 其他補充說明：

附件五 96 年「勞工保險神經障害殘廢給付審查標準」會議記錄

壹、 時間：96 年 5 月 24 日上午 10 時

貳、 地點：勞工保險局 4 樓會議室

參、 主席：黃副理金乙（代）

記錄：陳美柳

肆、 出席單位及人員：

特約醫師

陳哲雄 周少鈞

鄭建興 黃勝堅

吳志雄 梁蕙雯

柯德鑫

勞工保險監理委員會

朱柏樑 高靜萱

給付處

傅完珍 李漢茵

郭麗梅 葉淑娟

陳美柳

受託業務處

鍾博任 游逸風

伍、 主席報告：（略）

陸、 討論事項：（略）

柒、 結論：

- 一、 為齊一審查認定標準，有關周邊神經損傷造成四肢肌力受損僅存 4 分者，得按第 9 項第 13 等級給付；如審查醫師個案認定應按較高殘廢等級核給者，應加敘理由。

二、 勞保被保險人於停保期間遭遇傷害或罹患疾病，於再加保後診斷殘廢；或於離職退保領取老年給付後診斷殘廢請領殘廢給付者，於洽調病歷或其他佐證資料時，應請其就診醫院或醫師究其再加保或離職退保當時之身體障害狀況提供相關醫理見解，俾使審查醫師判定其實際殘廢發生日期及殘廢程度。

三、 有關腦血管疾病、頭部外傷等造成之中樞神經系統障害，審查時除考量異常張力、認知狀況等相關問題，建議下次修改殘廢診斷書時，參考巴氏量表將認知功能、日常生活等障害情形納入，俾使評估殘廢程度。

四、 現行勞工保險殘廢給付標準表第 8 項第 7 等級與第 9 項第 13 等級間之殘廢等級差距甚大，建議宜增定殘廢等級等級以減少爭議。

捌、 散會。

附件六 神經功能評估量表

美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)

1	a.	意識障礙程度	清醒 嗜睡 渾沌（半昏迷） 昏迷	0 1 2 3
	b.	意識障礙：回答問題 1.你今年幾歲？ 2.現在是幾月？	答對兩個 答對一個 兩個都答錯	0 1 2
	c.	意識障礙：照命令做動作 1.眼睛睜眼或閉上 2.左手（右手）握拳；放鬆	兩個都做對 只做對一個 兩個都做錯	0 1 2
2		眼球運動	正常 部份麻痺 完全偏向一邊	0 1 2
3		視力	無喪失 部份偏盲 完全偏盲 兩側完全偏盲	0 1 2 3
4		顏面麻痺	正常 輕度麻痺 部份麻痺 半側完全麻痺	0 1 2 3
5		左上肢運動	正常 輕度無力 無法抵抗加重力 無法抵抗重力 無法動彈	0 1 2 3 4
6		右上肢運動	正常 輕度無力 無法抵抗加重力 無法抵抗重力 無法動彈	0 1 2 3 4
7		左下肢運動	正常 輕度無力 無法抵抗加重力 無法抵抗重力 無法動彈	0 1 2 3 4

8	右下肢運動	正常 輕度無力 無法抵抗加重力 無法抵抗重力 無法動彈	0 1 2 3 4
9	肢體動作不協調	無（正常） 僅有上肢或下肢 上下肢或兩側均有	0 1 2
10	感覺障礙 （痛覺、觸覺或空間感覺）	無障礙 部份障礙 完全喪失感覺	0 1 2
11	言語障礙	正常 輕至中度障礙 嚴重障礙 完全無法言語	0 1 2 3
12	構音障礙	正常 輕至中度障礙 完全無法構音	0 1 2
13	感覺忽視 （大腦皮質功能病變，喪失兩側同時刺激分辨 感、空間感、病識感）	無障礙 部份忽視 完全忽視	0 1 2

總分：_____

失能評估量表

Modified Rankin Scale

- ☐ 第 0 級：沒有症狀。
- ☐ 第 1 級：除症狀外，無顯著失能，能執行所有日常活動。
- ☐ 第 2 級：輕度失能，無法執行之前的所有活動，但能照料自己的事情不須協助。
- ☐ 第 3 級：中度失能，需要一些幫助，但能獨立行走不須協助。
- ☐ 第 4 級：中重度失能，無法不依賴協助而獨立行走及照料自身所需。
- ☐ 第 5 級：重度失能，臥床、失禁，需持續照護及注意。

Glasgow Outcome Scale

Note: The scale presented here is based on the original article by Jennett and Bond. It has become common practice in clinical trial administration, however, to use a modified version that places the scores in reverse order (i.e., "good recovery" = 1, "moderate disability" =2, etc.).

SCORE	DESCRIPTION
-------	-------------

1	Death
---	--------------

2	Persistent vegetative state Patient exhibits no obvious cortical function.
---	--

3	Severe Disability (Conscious but disabled). Patient depends upon others for daily support due to mental or physical disability or both
---	--

4	Moderate Disability (Disabled but independent). Patient is independent as far as daily life is concerned. The disabilities found include varying degrees of dysphasia, hemiparesis, or ataxia, as well as intellectual and memory deficits and personality changes.
---	---

5	Good Recovery Resumption of normal activities even though there may be minor neurological or psychological deficits.
---	--

巴氏量表 Barthel Index (BI)

項 目	分 數	內 容
一、進食	10 5 0	<input type="checkbox"/> 自己再合理時間內(約十秒鐘吃一口)可用筷子取眼前食物。若需使用進食器具時，應會自行穿脫。 <input type="checkbox"/> 需別人穿脫輔具或只會用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。
二、輪椅與床位間的移位	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 可獨力完成，包括輪椅的煞車及移開踏板。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的協助(例如：予以輕扶以保持平衡)或需要口頭指導。 <input type="checkbox"/> 可自行從床坐起來，但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需由兩人幫忙方可移位。
三、個人衛生	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨力完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
四、上廁所	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。 <input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取便盆但需仰賴他人清理。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
五、洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨力完成(不論是坐浴或沐浴)。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
六、行走於平地	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導方向可行50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖然無法行走，但可獨立操縱輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
七、上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(允許抓扶手、用拐杖)。 <input type="checkbox"/> 需稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
八、穿脫衣服	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
九、大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁(每週不超過一次)或使用塞劑時需人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
十、小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或自行使用並清理尿套。 <input type="checkbox"/> 偶而會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待便盆或無法及時趕到廁所)或需要別人幫忙處理尿套。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
總 分		

工具性日常生活工具量表

Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

項目 情況描述
<p>使用電話</p> <p><input type="checkbox"/> 3分：獨立使用電話，含查電話簿、撥號等。</p> <p><input type="checkbox"/> 2分：僅可撥熟悉的電話號碼。</p> <p><input type="checkbox"/> 1分：僅會接電話，不會撥電話。</p> <p><input type="checkbox"/> 0分：完全不會使用電話或不適用。</p>
<p>上街購物</p> <p><input type="checkbox"/> 3分：獨立完成所有購物需求。</p> <p><input type="checkbox"/> 2分：獨立購買日常生活用品。</p> <p><input type="checkbox"/> 1分：每一次上街購物都需有人陪。</p> <p><input type="checkbox"/> 0分：完全不會上街購物。</p>
<p>食物烹調</p> <p><input type="checkbox"/> 3分：能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜。</p> <p><input type="checkbox"/> 2分：如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜。</p> <p><input type="checkbox"/> 1分：會將已做好的飯菜加熱。</p> <p><input type="checkbox"/> 0分：需別人把飯菜煮好、擺好。</p>
<p>家務維持</p> <p><input type="checkbox"/> 4分：能做較繁重的家事或需偶爾家事協助(如搬動沙發、擦地板、洗窗戶)。</p> <p><input type="checkbox"/> 3分：能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被。</p> <p><input type="checkbox"/> 2分：能在家事，但不能達到可被接受的整潔程度。</p> <p><input type="checkbox"/> 1分：所有的家事都需要別人的協助。</p> <p><input type="checkbox"/> 0分：完全不會做家事。</p>
<p>洗衣服</p> <p><input type="checkbox"/> 2分：自己清洗所有衣物。</p> <p><input type="checkbox"/> 1分：只清洗小件衣物。</p> <p><input type="checkbox"/> 0分：完全仰賴他人洗衣服。</p>
<p>外出</p> <p><input type="checkbox"/> 4分：能夠自己搭乘大眾運輸工具或自己開車、騎車。</p> <p><input type="checkbox"/> 3分：可搭計程車或大眾運輸工具。</p> <p><input type="checkbox"/> 2分：能夠自行搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具。</p> <p><input type="checkbox"/> 1分：當有人陪同可搭乘計程車或大眾運輸工具。</p> <p><input type="checkbox"/> 0分：完全不能出門。</p>

服用藥物

- ☐ 3分：能自己負責在正確的時間用正確的藥物。
- ☐ 2分：需要提醒或少許協助。
- ☐ 1分：如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用。
- ☐ 0分：不能自己服用藥物。

處理財務的能力

- ☐ 2分：可獨立處理財務。
- ☐ 1分：可以處理日常的購買，但需要別人的協助與銀行往來或大宗買賣。
- ☐ 0分：不能處理錢財。

得分：

Source: Lawton, M.P., and Brody, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist 9:179-186, (1969).

臨床失智評估量表

CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

	記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料
無 (0)	沒有記憶力減退、或稍微減退，沒有經常性健忘。	完全能定向。	日常問題〈包括財物及商業性的事務〉都能處理很好；和以前的表現比較，判斷力良好。	和平常一樣能獨立處理相關工作、購物、業務、財物、參加義工及社團的事務。	家居生活、嗜好、知性興趣都維持良好。	完全能自我照料。
可疑 (0.5)	經常性的輕度遺忘，事情只能部分想起；"良性"健忘症。	完全能定向，但涉及時間關聯性時，稍有困難。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，稍有困難。	這些活動稍有障礙。	家居生活、嗜好、知性興趣，稍有障礙。	完全能自我照料。
輕度 (1)	中度記憶力減退；對最近的事尤其不容易記得；會影響日常生活。	涉及有時間關聯性時，有中度困難。檢查時，對地點仍有定向力；但在某些場合可能仍有地理定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有中度困難；社會價值之判斷力通常還能維持。	雖然還能從事某些活動，但無法單獨參與，對一般偶而的檢查，外觀上還似正常。	居家生活確已出現輕度之障礙，較困難之家事已經不做；比較複雜之嗜好及興趣都已放棄。	需旁人督促或提醒。
中度 (2)	嚴重記憶力減退，只有高度重複學過的事物才會記得；新學的東西都很快會忘記。	涉及有時間關聯性時，有嚴重困難；時間及地點都會有定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有嚴重的障礙；社會價值之判斷力已受影響。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。被帶出來外面活動時，外觀還似正常。	只有簡單家事還能做，興趣很少，也很難維持。	穿衣、個人衛生、及個人事務之料理，都需要幫忙。
嚴重 (3)	記憶力嚴重減退，只能記得片段。	只能維持對人的定向力。	不能做判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重，無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。

臨床失智評估量表第3級以上之失智症認定標準雖然還沒有訂出來，面對嚴重的失智障礙程度時，可以參考以下的規則：

深度 (4)	說話通常令人費解或毫無關聯，不能遵照簡單指示或不能了解指令；偶而只能認出其配偶或照顧他的人。吃飯只會用手指頭不太會用餐具，也需要旁人協助。即使有人協助或加以訓練，還是經常大小便失禁。有旁人協助下雖然勉強能走幾步，通常都必須坐輪椅；極少到戶外去，且經常會有無目的的動作。
末期 (5)	沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。

巴金森氏症的分期

Modified Hoehn-Yahr Stage

- ☐ 第零級：沒有症狀。
- ☐ 第一級：單側之症狀。
- ☐ 第二級：輕微之兩側症狀，姿態平穩度正常。
- ☐ 第三級：日常生活已受到一些限制，姿勢稍微不平衡，不需他人協助。
- ☐ 第四級：可自行站立與慢慢行走，但大部份日常生活與工作已有明顯限制。
- ☐ 第五級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床。

附件七 身心障礙者鑑定表

(中華民國 95 年 9 月 8 日行政院衛生署衛署醫字第 0952801549 號公告修正)

以下列出於神經障害相關的殘廢評估等級

3.聲音或語言機能障礙

☐ 重度：

☐ A 無法用語言或聲音與人溝通者。

☐ B 喉部經手術全部摘除，發聲機能全廢者。

☐ 中度：語言理解、語言表達、說話清晰度、說話流暢性或發聲有嚴重困難，導致與人溝通有顯著困難者。

☐ 輕度：語言理解、語言表達、說話清晰度、說話流暢性或發聲有明顯困難，且妨礙交談者。

☐ 未達列等標準。

4.肢體障礙（同時具有上、下肢、脊柱或其他神經系統中兩項以上障礙者，以較重級者為準，如有兩項以上同級時，可晉一級，但最多以晉一級為限。而機能顯著障礙係指以下情形之一：①正常關節活動度喪失百分之七十以上，以上所述關節，上肢包括肩、肘、腕關節三大關節，下肢包括髖、膝、踝三大關節②肌力程度為二級或三級。機能全廢係指關節活動完全僵直或麻痺（肌力程度為零級或一級）。請填寫相對應之關節活動度或肌力表格）

(1)身心障礙等級

☐ 上肢

☐ 重度：

☐ A 兩上肢由腕關節以上欠缺者。

☐ B 兩上肢之三大關節中，各有兩大關節機能全廢者。

☐ 中度：

☐ A 一上肢之肘關節以上欠缺者。

☐ B 兩上肢的大拇指及食指自掌指關節處欠缺者。

☐ C 兩上肢各有三指（含大拇指或食指）自掌指關節處欠缺者。

☐ D 一上肢之三大關節中，有兩大關節機能全廢者。

☐ E 兩上肢之肩及肘關節，各有一關節機能全廢者。

☐ F 兩上肢之大拇指及食指完全僵直或麻痺者。

☐ G 兩上肢各有三指（含大拇指）完全僵直或麻痺者。

☐ 輕度：

☐ A 一上肢之大拇指及食指自掌指關節處欠缺者。

☐ B 一上肢之三指（含大拇指或食指）自掌指關節處欠缺者。

☐ C 兩手部分指節欠缺之手指共五指以上者。

☐ D 一上肢之肩或肘關節機能顯著障礙者。

☐ E 一上肢腕關節機能全廢者。

☐ F 一上肢之大拇指及食指完全僵直或麻痺者。

☐ G 一上肢之三指（含大拇指）完全僵直或麻痺者。

- ☐H 兩上肢之大拇指機能顯著障礙者。
- ☐未達列等標準。
- ☐下肢
- ☐重度：
- ☐A 兩下肢自膝關節以上欠缺者。
- ☐B 兩下肢之三大關節中，各有兩大關節機能全廢者。
- ☐中度：
- ☐A 一下肢自膝關節以上欠缺者。
- ☐B 兩下肢自踝關節以上欠缺者。
- ☐C 兩下肢之膝及髖關節，各有一關節機能全廢者。
- ☐D 一下肢之三大關節中，有兩大關節機能全廢者。
- ☐E 兩側髖關節切除且無法置換者
- ☐輕度：
- ☐A 一下肢自踝關節以上欠缺者。
- ☐B 兩下肢的全部腳趾欠缺者。
- ☐C 一下肢的髖關節或膝關節機能顯著障礙者。
- ☐D 一下肢的踝關節機能全廢者。
- ☐E 單側髖關節切除且無法置換者。
- ☐F 兩下肢正面 X 光由股骨頭上端至脛骨下端之長度，相差 5 公分以上或 15 分之一以上者。
- 下肢長度：_____公分；右肢長度：_____公分。
- ☐未達列等標準。
- ☐四肢
- ☐極重度：四肢的機能全廢者。
- ☐未達列等標準。
- ☐脊柱
- ☐重度：頸椎與胸椎 X 光片出現韌帶骨贅變化，皆各有超過一半以上的脊椎融合，且胸腰椎交界處之 Cobb 角度大於 70 度。
- ☐中度：
- ☐A. 頸椎與胸椎 X 光片出現脊椎韌帶骨贅變化，皆各有超過一半以上的脊椎融合，且經脊椎側面 X 光檢查，胸腰椎交界處之 Cobb 角度為 40 至 70 度。
- ☐B. 頸椎與腰椎 X 光片出現脊椎韌帶骨贅變化，頸椎有超過一半以上的脊椎融合，且腰椎前彎 Schober 測試達 2 公分以下。
- ☐C. 胸椎 X 光片出現脊椎韌帶骨贅變化，且胸腰椎交界處之 Cobb 角度大於 70 度。
- ☐輕度：
- ☐A. 頸椎 X 光片出現脊椎韌帶骨贅變化，且有超過一半以上的脊椎融合。
- ☐B. 胸椎 X 光片出現脊椎韌帶骨贅變化，且胸腰椎交界處之 Cobb 角度為 40 至 70 度。
- ☐C. 腰椎 X 光片出現脊椎韌帶骨贅變化，且腰椎前彎 Schober 測試達 2 公分以下。
- ☐其他神經系統

☐ 重度：

- ☐ A.巴金森氏症達 Modified Hoehn-Yahr Stage 第五級，無法站立或行走。
- ☐ B.四肢肌張力不全、僵直或痙攣達 Modified Ashworth Scale 第四級，無法站立或行走。
- ☐ C.由於震顫、舞蹈病、肌躍症、小腦性或感覺性運動失調等症狀，無法站立或行走。

☐ 中度：

- ☐ A.巴金森氏症達 Modified Hoehn-Yahr Stage 第四級，肢體軀幹僵直、動作遲緩，行走及日常生活需要輔具或協助。
- ☐ B.四肢肌張力不全、僵直或痙攣達 Modified Ashworth Scale 第三級，行走及日常生活需要輔具或協助。
- ☐ C.由於震顫、舞蹈病、肌躍症、小腦性或感覺性運動失調等症狀，行走及日常生活需要輔具或協助。

☐ 輕度：

- ☐ A.巴金森氏症達 Modified Hoehn-Yahr Stage 第三級，明顯動作遲滯、姿勢平衡受損，影響站立或步態。
- ☐ B.至少兩個肢體肌張力不全、僵直或痙攣達 Modified Ashworth Scale 第二級，影響站立或步態。
- ☐ C.由於震顫、舞蹈病、肌躍症、小腦性或感覺性運動失調等症狀，影響站立或步態。

上肢關節活動度：(關節活動度為前二項活動角度之總和)

左肩關節	前舉度(正常 180 度)	後舉度(正常 60 度)	關節活動度度(正常 240 度)
右肩關節	前舉度(正常 180 度)	後舉度(正常 60 度)	關節活動度度(正常 240 度)
左肘關節	屈曲度(正常 145 度)	伸展度(正常 0 度)	關節活動度度(正常 145 度)
右肘關節	屈曲度(正常 145 度)	伸展度(正常 0 度)	關節活動度度(正常 145 度)
左腕關節	掌屈度(正常 80 度)	背屈度(正常 70 度)	關節活動度度(正常 150 度)
右腕關節	掌屈度(正常 80 度)	背屈度(正常 70 度)	關節活動度度(正常 150 度)

上肢肌力：

肌力程度	5	4	3	2	1	0
左上肢						
右上肢						

下肢關節活動度：(關節活動度為前二項活動角度之總和)

左髖關節	屈曲度(正常 125 度)	伸展度(正常 10 度)	關節活動度度(正常 135 度)
右髖關節	屈曲度(正常 125 度)	伸展度(正常 10 度)	關節活動度度(正常 135 度)
左膝關節	屈曲度(正常 140 度)	伸展度(正常 0 度)	關節活動度度(正常 140 度)
右膝關節	屈曲度(正常 140 度)	伸展度(正常 0 度)	關節活動度度(正常 140 度)
左踝關節	蹠曲度(正常 45 度)	背屈度(正常 20 度)	關節活動度度(正常 65 度)
右踝關節	蹠曲度(正常 45 度)	背屈度(正常 20 度)	關節活動度度(正常 65 度)

下肢肌力：

肌力程度	5	4	3	2	1	0
左下肢						

右下肢						
-----	--	--	--	--	--	--

脊柱：

X 光片出現脊椎韌帶骨贅(syndesmophyte)變化之節數	頸椎：	胸椎：	腰椎：
經脊椎側面 X 光檢查，胸腰椎交界處之 Cobb 氏角度	度		
腰椎前彎 Schober 測試	公分		

其他神經系統：

Modified Hoehn-Yahr Stage:

- ☐ 第零級：沒有症狀。
- ☐ 第一級：單側之症狀。
- ☐ 第二級：輕微之兩側症狀，姿態平穩度正常。
- ☐ 第三級：日常生活已受到一些限制，姿勢稍微不平衡，不需他人協助。
- ☐ 第四級：可自行站立與慢慢行走，但大部份日常生活與工作已有明顯限制。
- ☐ 第五級：若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床。

Modified Ashworth Scale：

- ☐ 第零級：無肌張力增加。
- ☐ 第一級：肌張力輕微增加，表現在關節活動範圍之末端。
- ☐ 第二級：肌張力明顯增加，表現在整個關節活動範圍內。
- ☐ 第三級：肌張力更明顯增加，關節被動活動出現困難。
- ☐ 第四級：肌張力極高，無關節活動可言。

(2)行動情形

- ☐ 能自行走動
- ☐ 靠輔助器具
- ☐ 須坐輪椅
- ☐ 完全無法行動

(3)身心障礙部位

- ☐ 左上肢
- ☐ 右上肢
- ☐ 左下肢
- ☐ 右下肢

(4)需要裝配輔助器種類

- ☐ 義肢
- ☐ 支架
- ☐ 輪椅

10.失智症

- ☐ 極重度：記憶力極度喪失，僅剩殘缺片斷記憶，語言能力瓦解，僅餘咕嚕聲，判斷力喪失，對人、時、地之定向力完全喪失，大、小便失禁，自我照顧能力完全喪失，需完全依賴他人養護者。

- ☐重 度：記憶力重度喪失，近事記憶能力全失，判斷力喪失，對時、地之定向力喪失，對親人之認知功能開始出現障礙，大、小便失禁，自我照顧能力喪失，開始出現簡單之日常生活功能障礙，需完全依賴他人養護者。
- ☐中 度：記憶中度喪失，近事記憶困難，判斷力障礙，對時、地之定向力喪失，自我照顧能力缺損，且有明顯複雜性日常生活功能障礙，需部份依賴他人養護者。
- ☐輕 度：記憶力輕度喪失，近事記憶局部障礙，判斷力障礙，對時間之定向力障礙，自我照顧能力部份缺損，且複雜的日常生活功能開始出現障礙，需在監督下生活者。
- ☐未達列等標準。

16.平衡機能障礙

- ☐重度：平衡機能障礙而無法坐立者。
- ☐中度：平衡機能障礙而無法站立者。
- ☐輕度：平衡機能障礙致步行困難者。
- ☐未達列等標準。

17.頑性（難治型）癲 症：（每兩年重新鑑定乙次）

- ☐輕度：經神經科、神經外科或小兒神經科專科醫師認定有下列情形之一之頑性（難治型）癲症者。
- ☐A 依醫囑持續性及規則性服用兩種以上（含兩種）抗癲 藥物治療至少一年以上，其近三個月內血中藥物已達治療濃度，且近一年內，平均每月仍有一次以上合併有意識喪失、明顯妨礙工作、學習或影響外界溝通之嚴重發作者。
- ☐B 雖未完全符合前項條件，但有充分醫學理由，經鑑定醫師認定，其發作情形確實嚴重影響其日常生活或工作者。（所稱「雖未完全符合前項條件」，係指前項之藥物治療、血中藥物濃度、發作情形等三要件，至少有兩要件符合。）
- ☐未達列等標準。

附件八、行政院勞工委員會之勞工保險失能給付標準草案：神經部份

失能種類	失能項目	失能狀態	失能等級	失能審核	開具診斷書醫療機構層級	說明
2 神經	2-1	中樞神經系統機能遺存極度失能，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常須醫療護理及專人周密照護者。	一	一、神經失能等級之審定基本原則：須經治療六個月以上，始得認定；如經手術，須最後一次手術術後六個月以上，始得認定。審定時，應綜合其全部症狀，對於永久喪失勞動能力與影響日常生活或社會生活活動狀態及需他人扶助之情況定其等級。 二、審定時，須由神經科、神經外科或復健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職業醫學科專科醫師會同認定。	應由全民健康保險特約醫院或診所出具。	一、參考原工保險條例第五十三條附表（勞工保險殘廢給付標準表）之神經障害項目，明訂本標準附表之神經失能種類、項目、狀態、審核及給付標準。另配合勞工保險條例第五十三條第二項規定，將附表內「終身不能從事任何工作」文字修正為「經評估為終身無工作能力」。 二、明訂開具診斷書醫療機構層級或醫師，應由全民健康保險特約醫院或診所之神經科、神經外科或復健科等專科醫師診斷出具。 三、失能項目 2-3 之失能狀態文義不清，實務易生爭議，爰酌作文字修正。 四、參考公教人員保險殘廢給付標準表規定，於失能審核一訂定神經失能須經合理之治療期間。 五、因失能等級之審定，主要涉及神經醫學之專業判斷，惟必要時得由保險人另行指定職業醫學科專科醫師會同認定，作為審核依據。 六、為期審定原則明確，爰就失能審核三酌作文字修正。 七、鑑於現行審查作業，不侷限究係外傷或疾病所致，爰修正「癲癇」及「脊髓失能」之審核不限「外傷性」所致。 八、為期殘廢給付標準能達簡明易懂之目的，爰修正「頭痛」失能審核六及失能審核十「脊神經及週邊神經功能失能」難懂之文字。
	2-2	中樞神經系統機能之病變，引起截癱或偏癱，終身無工作能力，日常生活需人扶助者。	二	三、中樞神經系統病變產生的症狀，若僅存在於單一失能種類，則按其影響部位所定等級定之，例如因言語損傷所致之表達性失語症，準用言語機能失能審定之。		
	2-3	中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者。	三	四、「平衡機能失能與聽力失能」等級之審定：因頭部損傷引起聽力失能與平衡機能失能同時併存時，須綜合其失能狀況定其等級。		
	2-4	中樞神經系統機能遺存顯著失能，終身僅能從事輕便工作者。	七	五、「癲癇」失能等級之審定：癲癇發作，同時應重視因反覆發作致性格變化而終至癡呆、人格崩壞，即成癲癇性精神病狀態者，依精神失能之原則審定之。癲癇症狀之固定時期，應以經專科醫師之治療，認為不能期待醫療效果時，及因治療致症狀安定者為準，不論其發作型態，依下列標準審定之： （一）雖經二種或二種以上抗癲癇藥物充分治療，每週仍有一次以上發作致終身無工作能力者：適用第三等級。 （二）雖經二種或二種以上抗癲癇藥物充分治療，每月仍有一次以上發作，勞動能力明顯低下者：適用第七等級。 六、「頭痛」失能等級之審定：頭痛之病因甚多，因頭外傷或各種中毒等，遺存主要的頭痛包括：		

	2-5	神經系統之病變，通常無礙勞動，但由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀者。	十三	<p>(2) 挫傷、創傷部位之疼痛。</p> <p>(3) 血管性頭痛。</p> <p>(4) 肌肉緊張性頭痛。</p> <p>(5) 頸神經根或三叉神經病變所致之神經痛。</p> <p>審定標準依下列規定：</p> <p>(1) 一般的勞動能力尚存，但因頭痛屢發，不能從事工作，致就業職種之範圍，受相當限制者：適用第九等級。</p> <p>(2) 通常勞動無礙，但有時發作即有礙勞動者：適用第十三等級。</p> <p>七、「眩暈及平衡機能失能」等級之審定：</p> <p>頭部外傷後或因中樞神經系統疾病起因之眩暈及平衡機能失能，不單由於內耳失能引起，因小腦、腦幹部、額葉等中樞神經系統之失能發現者亦不少，其審定標準如下：</p> <p>(1) 因高度平衡機能失能，僅能維持生命必要之日常生活活動者，適用第三等級。</p> <p>(2) 因中等度平衡機能失能、勞動能力較一般平常人顯明低下者：適用第七等級。</p> <p>(3) 通常無礙勞動，但因眼震盪或其他平衡機能檢查認為有失能所見者：適用第十三等級。</p> <p>八、「脊髓失能」等級之審定，依其損傷之程度發現四肢等之運動失能、感覺失能、腸管失能、尿路失能、生殖器失能等，依失能審核一之原則，綜合其症狀</p>	<p>九、為使殘廢給付標準能達簡明易懂之目的，爰以「神經痛」名稱替代原「Causalgia」用語。</p> <p>十、依失能審核基本原則，應綜合勞動能力喪失情形定其等級，爰修正失能審核五，以茲明確。</p> <p>十一、為齊一精神、神經失能用語，爰修正失能審核七之（三）。</p>
--	-----	-------------------------------------	----	--	--

				<p>生殖器失能等，依失能審核一之原則，綜合其症狀選用合適等級。</p> <p>九、「外傷後疼痛症候群」失能等級之審定：</p> <p>外傷後疼痛症候群：外傷後疼痛之特別形態，因四肢或其他神經不完全損傷而生之神經痛，於自然經過仍不消退，由醫學上可予證明者，得依下列標準審定其等級：</p> <p>(1) 由於腦神經及脊髓神經之外傷或其他原因之神經痛，依其疼痛發作頻度，疼痛強度與持續時間及疼痛原因之他覺所見，對於疼痛影響勞動能力等判定其等級：例如於輕便勞動以外之勞動，經常有失能程度之疼痛者：適用第七等級。</p> <p>(2) 由於外傷引起之神經痛，按前列說明分別按其程度以第七等級、第十三等級審定之。</p> <p>十、「脊神經根及週邊神經功能失能」等級之審定：</p> <p>原則上準用受失能神經支配之身體各部器官之機能失能所定等級，但神經麻痺由於他覺可予證明而無相當等級可資適用時，按第十三等級審定之。</p> <p>十一、「一氧化碳中毒或缺氧造成後遺症」失能等級之審定：</p> <p>一氧化碳中毒或缺氧造成後遺症失能之審定，綜合其所遺諸症候，按照審核神經失能等級之審定基本原則判斷，定其等級。</p>		
--	--	--	--	--	--	--

附件九 97 年度「勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究」企劃書審查會議紀錄

一、時間：97 年 5 月 1 日(星期四)下午 2 時

二、地點：本局 12 樓會議室

三、主持人：賀委員兼召集人端蕃

記錄：蔡馥卉

四、出(列)席單位及人員：

黃委員勝堅、柯委員德鑫、李委員松林、黃委員麗珍、鄭委員清風、台灣腦中風學會鄭建興醫師、行政院勞工委員會勞工保險處孫傳忠、企劃室楊主任茂山、劉科長梅

五、討論事項：

(一)李委員松林：

- 1.本案研究範圍可否擴大為神經系統障害，而不侷限於腦中風。
- 2.現行殘廢給付標準表係勞保條例之附表，屬法律位階，須透過修法才得以修正，未來擬朝向改為法規命令位階辦理。本研究成果所建立完整客觀之審查標準，將建請勞委會做為未來修訂之參考。

(二)柯委員德鑫：

本案研究範圍若不限於腦中風，而擴大為神經系統障害審查標準之認定，應較有意義。

(三)黃委員勝堅：

- 1.建請勞保局提供爭議審議案件供研究單位分析參考。
- 2.應建立一套客觀具體之審查標準，除可考量增列殘廢等級外，亦可從修訂殘廢診斷書中神經障害殘廢詳況及說明表第 12 項「其他補充說明」或巴氏量表等面向進行研究。

(四)鄭建興醫師：

未來若考量增訂殘廢等級，需參考現行各殘廢等級內涵及以往類此研究之方向及結果等。

(五)李委員松林：

- 1.本局有關殘廢給付審查標準之委託研究報告，多以 AMA Guide 為衡量之基礎(包含工作能力損失之概念)。未來不論增訂障害項目或殘廢等級，應考量是否能明確將之用於審查過程，而不致產生核定或適用之困難。
- 2.可考量建立一套供醫師審查判斷時填載之書表，未來亦可適度修正勞工保險殘廢診斷書，使特定障害之殘廢給付申請人填具特定書表，俾供審查。
- 3.本局將提供相關案例、統計數據及研究報告等，供研究單位參考。

(六)黃委員麗珍：

建議研究範圍除擴大為建立神經系統障害審查標準外，研究內容亦能涵括農保之殘廢給付，供修法參考。

(七)柯委員德鑫：

AMA Guide 將喪失原有工作能力之百分比納入考量，本案若能比照納入此概念，將使審查及核定標準更精確客觀。

(八)楊主任茂山：

- 1.殘廢診斷書中神經障害殘廢詳況及說明表，係本局為利行政作業而製，俾供醫師審查時勾選有據，其並非法定內容，研究單位可建議增刪表內之評量項目。
- 2.研究內容建議仍應以勞保為主，因勞保及農保兩者平均年齡具顯著差距，同時進行恐致混淆。

(九)黃委員勝堅：

可考量修訂勞工保險殘廢診斷書中神經障害殘廢詳況及說明表之「終身僅能從事輕便工作」項目，例如將之劃分為數種情形，較符實際需求並可減

少判定殘等之困擾。

六、決議事項：

(一)本企劃書審查通過，請研究單位依各審查意見辦理。

(二)本委託研究應於 11/30 前完成，請研究單位依限於 8/15 前提交

期中報告，10/15 前提交期末報告初稿，11/30 前提交正式報告。

七、散會：下午 2 時 40 分

附件十 97 年度「勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究」期中報告審查會議紀錄

一、時間：97 年 8 月 28 日(星期四)下午 2 時

二、地點：本局 12 樓會議室

三、主持人：李委員兼召集人松林

記錄：石佳燁

四、出(列)席單位及人員：

黃委員勝堅、柯委員德鑫、黃委員麗珍、鄭委員清風、台灣腦中風學會鄭建興醫師、行政院勞工委員會勞工保險處孫傳忠、給付處傅科長完珍、陳美柳、企劃室劉科長梅

五、討論事項：

(一) 柯委員德鑫：

- 1.研究單位建議修訂殘廢給付神經障害審定標準，頗可參採，惟「意識狀態」部份，可考慮分 4 等級(正常、輕中度、重度及無意識狀態)，另「言語狀態」項下可加入評估溝通能力方面的損傷程度。
- 2.報告建議勞保殘廢給付宜先確定給付精神，審查標準究以「障礙」或「失能」為主要考量乙節，囿於勞工保險的立法宗旨，其殘廢給付診斷與審查難以與「工作能力」損失程度脫勾。
- 3.至建議殘廢給付標準表神經障害程度新增 8-1 項第 10 等級，原則同意，惟是否按第「10」等級發給，應與其他殘項等級併同考量。
- 4 報告第 21 頁勞保局提供神經障害-失智症之爭議審議案件，勞保局原核定 6 項 2 等級，審議後改按 5 項 1 等級，按被保險人為 73 年次，本個案何以得改按第 1 等級發給，審查醫師之專業素養甚為重要。

(二) 黃委員勝堅：

- 1.研究單位建議殘廢給付標準表神經障害程度新增 8-1 項第 10 等級，可參

採，至建議刪除殘廢診斷書內「呼吸狀態」、「行動能力」、「臥床狀態」、「大小便情形」、「沐浴更衣」等殘廢詳況記錄，宜再審慎研議。

2.臨床上約有 20%~30%的病人須經治療 1 年以上，較易判定其失能程度，故勞保失能給付標準草案將神經失能等級之審定基本原則，由診斷後須經「1 年」以上之治療，縮短為「6 個月」乙節是否妥適，請主管機關再研究。

3.殘廢診斷書之設計，宜考量臨床醫師開具時之實務性。

(三) 黃委員麗珍：

1.設若診斷書殘廢詳況刪除「行動能力」、「臥床狀態」等項目，則報告第 32、33 頁「腦中風」及「巴金森氏症」第 1、2 等殘之失能評估狀況完全相同，如何判定？

2.殘廢給付實務上，被保險人罹患「癲癇」症，有第 3 等級，惟報告中並未建議新的審定標準。

(四) 鄭委員清風：

1.報告內容應敘明研究主旨、研究方法及步驟、方向及結果等。

2.本報告多參考美國相關研究單位之文獻資料，是否可考慮參考其他國家的研究資料。

3.研究單位整理勞保局提供 27 例神經障害爭議審議改核案例之殘等比較，是否可進一步整理其中撤銷改核理由？

4.勞保殘廢給付審查標準究以「障礙」或「失能」為主要考量乙節，研究單位宜有明確建議以為妥適。

5.殘廢給付標準之認定，建請研究單位於報告中提供具體建議。

(五) 傅科長完珍：

1.新式殘廢診斷書如何結合臨床醫學上所需各項評估表(例如巴氏量表)，請

研究單位提供建議。

2.報告所提新建議勞保殘廢給付「神經障害」審定標準，在醫界神經科專科醫師評估病患失能程度方面是否普遍？所謂工作能力「中等程度受限」、「稍微受限」之定義及標準為何？

3.研究單位是否可就本局所提供殘廢給付 27 個案例，另以上述新建議之審定標準重新審定其殘廢等級。

(六)勞保處孫傳忠：

1.殘廢給付診斷與審查之精神究應以障礙或失能為考量乙節，本會已委託學者專家研究，協助建立客觀失能評估機制，惟完全排除以障礙考量，將衍生被保險人身體遺存障礙，未影響工作能力或影響輕微者，不能領取失能給付之爭議，本會將通盤審慎研議。

2.有關增列第 8-1 項第 10 等級障礙項目之建議：

(1) 本會尊重學者專家意見。惟國內目前並無客觀工作能力減損評估機制，如該障礙項目文字訂為「工作能力稍微受限」，將產生與障礙項目（如第 8 項第 7 等級）區隔，及其他障礙系列亦需比照增列之爭議，故建議障害項目文字參考「勞工保險失能給付標準草案」胸腹部臟器項目（如附件）之文字作修正。

(2) 該建議增列之障礙項目是否訂為第 10 等級，請研究單位併同考量殘廢給付標準表各障害項目間整體給付衡平性。

3.神經障礙審查，需經神經功能評估量表（失能評估、臨床失智評估量表等）評估建議若欲採行，應於「勞工保險失能給付標準」明訂，請研究單位協助勞保局研擬草案，俾利本會訂定並得據以執行。

4.本會為配合勞工保險條例修正，須於 98 年 1 月 1 日前完成「勞工保險失能

給付標準」法制作業程序，請勞保局配合前開作業期程，參採研究成果，並協助研究單位提供建議草案文字。

六、決議事項：

(一)本期中報告審查通過，請研究單位依各審查意見辦理。

(二)本委託研究應於 11 月 30 日前完成，請研究單位依限於 10 月 15 日前提交期末報告初稿，11 月 30 日前提交正式報告。

七、散會：下午 3 時 10 分

附件十一 97 年度「勞工保險殘廢給付『神經障害-腦中風』審查標準之研究」期末報告審查會議紀錄

一、時間：97 年 10 月 23 日(星期四)下午 3 時

二、地點：本局 12 樓會議室

三、主持人：李委員兼召集人松林

記錄：石佳燁

四、出(列)席單位及人員：

黃委員勝堅、柯委員德鑫、黃委員麗珍、鄭委員清風、台灣腦中風學會鄭建興醫師、行政院勞工委員會勞工保險處孫傳忠、給付處黃經理金乙、傅科長完珍、陳美柳、企劃室楊主任茂山、林大專芳珠

五、討論事項：

(一) 黃委員勝堅：

- 1.勞保殘廢給付的診斷與審定應以障害或是失能為考量，方向宜明確，以截癱病人為例，其殘廢等級會因上述因素致核定之殘等產生差異。
- 2.期末報告提到植物人、運動神經元疾病等神經障害殘廢等級之審定，可以診斷後治療「6 個月」為殘等認定標準乙節，在文字部分，是否應再斟酌，保持較大彈性空間，避免臨床醫師開具診斷書時遭遇不必要的困擾。
- 3.新建議神經障害程度第二等級之失能詳況須「使用管灌飲食」，惟臨床上常見重度神經障害，雖無管灌情形，然需他人餵食，障害程度相當嚴重，若以新建議障害標準，原本 2 等殘，卻降為 3 等殘，1~3 等級之審定標準宜再明確界定。

(二) 柯委員德鑫：

- 1.新建議神經障害程度第一等級之失能詳況須「氣切需呼吸器輔助、完全須他人周密照護」者，臨床上很多病患雖未氣切，但需在呼吸照護加護病房治療，是否亦可採 1 等殘？

- 2.報告建議植物人、運動神經元疾病等神經障害殘廢等級之審定，可以診斷治療「6個月」為認定標準乙節，是否考慮改為腦中風引起之植物人，診斷治療「6個月」可開具殘廢診斷書，至其他神經障害疾病，則仍須治療1年以上。
- 3.「只能從事一般輕便工作」與「不能從事原來工作，但調整後能從事其他替代性工作」兩者之間應如何界定，建議比照 AMA，把百分比列出來，以供比較。

(三) 黃委員麗珍：

- 1.報告第 31 頁提到失智症評估須檢附 MMSE 與 CDR，惟 43 頁卻又只提到檢附 CDR，前後不一，究須同時檢附二種，抑或只須 CDR？
- 2.第 44 頁建議失智症第 10 等殘，其 CDR=0.5 或 1，又 13 等殘其 CDR=0.5 乙節，按農保殘廢給付曾有個案，因 CDR=0.5，經本局特約審查醫師批示不符殘廢給付標準，是否 10 等殘的 CDR 刪除「0.5」，只要「1」即可。
- 3.第 34 頁似漏列「呼吸狀態」的失能詳況，請補列。

(四) 鄭委員清風：

- 1.本報告內容豐富，惟結論部分稍為單薄，殊為可惜，建議將第六章「討論」內容改置第五章，第七章「結論」加強各項論述。
- 2.報告第 94 頁「勞工保險失能給付標準草案」請加註出處「行政院勞工委員會」。
- 3.報告內文若有參考文獻之處，是否可在本文註明出處，俾查閱原文。

(五) 傅科長完珍：

- 1.報告 42 頁腦中風第 7 等殘與第 10 等殘之殘廢詳況相近，建議界定宜更為明確。
- 2.審查殘等時，殘廢詳況相同者，是否須考慮年齡因素？

(六)勞保處孫傳忠：

- 1.「只能從事一般輕便工作」與「不能從事原來工作，但調整後能從事其他替代性工作」定義？如何區隔？
- 2.神經障害增列第 8-1 項第 10 等級，未來其他障礙系列是否亦需比照增列？

(七)台灣腦中風學會鄭建興醫師

- 1.1~3 等殘之界定，會再做更明確的建議。
- 2.失智症評估仍須檢附 MMSE 與 CDR，報告內容不符之處會再做修正。
- 3.第 34 頁當補列「呼吸狀態」的失能詳況。
- 4.7 等殘及 10 等殘之殘廢程度應如何區隔乙節，按神經障害等級不應僅就「失能評估」、「意識狀態」及「肢體肌力」做評估，應合併檢視其他神經功能障害，再做整體考量，惟文字部分同意再做修正。

六、決議事項：

- (一)本期末報告審查通過，請研究單位依各審查意見辦理。
- (二)本委託研究應於 11 月 30 日前完成並提交正式報告 100 份。

七、散會：下午 4 時