

計畫編號：BLI96-A03

行政院勞工委員會勞工保險局委託研究報告

勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究

研究主持人：李永凌 助理教授

計畫主辦單位：行政院勞工委員會勞工保險局

計畫研究單位：國立成功大學醫學院附設醫院

研究期間：中華民國 96 年 4 月 13 日
至 96 年 11 月 30 日

印製日期：中華民國 96 年 11 月 30 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	1
第一章 背景介紹	4
(一) 前言	4
(二) 關於工作能力鑑定	9
第二章 國外核發失能給付之制度	11
(一) 澳洲新南威爾斯州	11
(二) 德國	14
(三) 美國加州	16
(四) 日本	20
(五) 新加坡	24
第三章 工作能力鑑定的方法	27
(一) 傷病的發生	27
(二) 評估傷病者的損傷及/或功能限制	28
(三) 評估傷病所造成的後果	28
(四) 測量失能程度	29
(五) 提供補償或賠償	36
第四章 國內職能治療、職業重建、職業訓練之功能	43
(一) 早期國內職災後重建之狀況	43
(二) 國內職災後重建之先驅研究	43
(三) 國內職災後重建之現況	46
(四) 國內職災勞工勞工保險給付現況	47
第五章 國內勞工保險殘廢給付改採失能判定之相關配合要件	54
(一) 判定機構之資格認定	54
(二) 判定人員之資格認定	55
(三) 其他各國之經驗	57
(四) 殘廢給付改採失能評估可能面臨的問題	57
(五) 相關配合要件與建議	59
第六章 國內勞工保險殘廢給付之未來展望	62
(一) 我國勞工保險殘廢給付標準與美國永久障害評估指引之比較	63
(二) 殘廢給付標準表修正	70
(三) 改採年金給付制度	71
(四) 職業災害保險獨立立法	72
(五) 結語	73

參考文獻-----	74
附錄一「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」座談會會議紀錄-----	78
附錄二 96 年度委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」企劃書 審查會議紀錄-----	81
附錄三 96 年度委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」期中報告 審查會議紀錄-----	84
附錄四 96 年度委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」期末報告 審查會議紀錄-----	87
附錄五 期末報告審查意見答覆及修改說明-----	90

圖表目錄

表 1 民國 86-95 年殘廢給付核付件數統計表-----	5
表 2 民國 93-95 年殘廢給付各障害系列請領件數統計表-----	6
表 3 民國 88 年到民國 93 年職業災害傷病、殘廢、及死亡給付件數與金額-----	7
表 4 職業災害保護實付各種給付金額-----	7
表 5 澳洲漸進式復工薪資給付標準-----	13
表 6 日本殘障補償給付項目及金額-----	21
表 7 日本傷病補償給付項目及金額-----	22
表 8 1996-200 新加坡勞工傷害補償申請人數與補償金額-----	25
表 9 台灣勞工保險殘廢等級表—上肢機能障害-----	30
表 10 Guidelines of California Back Disability Rating Schedule-----	31
表 11 平均薪資—依性別、年齡與教育程度分-----	35
表 12 高中教育程度身心障礙者與非身心障礙者之預期工作餘命—依性別分-----	36
表 13 台灣與日本勞工保險殘廢給付天數比較-----	36
表 14 日本之殘障等級-----	39
表 15 理想上「職業傷病診治中心」之人力配置與職責-----	60
表 16 勞工保險塵肺症之殘廢等級與美整體障害百分比之對應表-----	68
表 17 與勞工保險條例殘廢給付標準以新法更新與原殘廢等級之比較-----	68
表 18 我國勞保條例殘廢給付標準參考 AMA Guide 第五版修正更新後之優缺點-----	69
圖 1 日本殘障給付之請領作業流程-----	23
圖 2 職業傷病診治中心之理想個案管理流程-----	52

摘要

本研究團隊執行勞保局委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」，利用圖書文獻、期刊與網際網路資料蒐集的方式整理國際間的勞工補償及職災後重建制度，將所獲得的文獻與資料進行比較與分析，探討這些國家殘廢給付制度的特色及問題，另外，也探討國內勞工保險殘廢給付之現況、失能判定的意義、評估我國目前職能治療、職業重建、職業訓練之功能及改按失能判定之相關配合要件與機構。最後並嘗試凝聚各界共識，提出對我國勞工保險殘廢給付改採失能判定制度的建議，為相關法規的修訂與執行細節之改進奠定基礎，進而謀求勞工權益的確實保障以及社會正義的實現。

綜合各項資料顯示，多數參與者皆認為現行勞工保險殘廢給付確實有其修訂之必要，以擺脫過去的以「金錢」交換「失能肢體」模式。另外，綜觀世界各國的勞工職災殘廢相關保障制度，大都依循「年金給付」以及「勞動能力減損」這兩大原則辦理。以與我國制度最類似的日本為例，其「勞動基準法」與「勞動者災害補償保險」，其對於障害最嚴重的第一級至第七級發給「障害給付年金」，而對於比較輕微的第八等級到第十四等級則發給「障害給付一次給付金」。德國的「職業傷病保險」，其給付標準則是依據投保薪資和「勞動能力減損」的數值計算而得，而且均採年金給付制。美國則由各州訂定職災補償法，強制所有雇主加入，以愛達荷州為例，永久性障害之給付，除可領到復原期薪資給付之外，更可領到週薪的 55%，其領取的週數則視障害的嚴重程度而定。由以上各國的經驗觀之，我國由於不是採行年金給付，所以不同年齡的勞工遭受同樣傷害，其所得到的待遇卻是相同的，這對於較年輕者其後續的漫長生活維持，將無以為繼。

另外現行勞保殘廢給付，並沒有考慮到「勞動能力減損」，賦予職業醫學專科醫師審查的空間，沒有以「全人」的角度來判定其失能影響程度並對後續在職場工作上的影響。因此現行勞保的殘廢給付，實在必須隨著老年給付更改為年金制之際，一併將其更改為「年金給付」的方式，以符合生活照顧的原則。更必須加入職業醫學專科醫師對於失能勞工其後續工作能力影響所做的「勞動能力減損」之評估，以照顧不同職業勞工的所得損失，進而落實職災補償的分配正義。

在失能判定執行的配套方面，各區「職業傷病診治中心」模式將會是最符合未來的趨勢，除了職業醫學專科醫師之外，更多的專業介入協助工作能力損失的鑑定過程，包括：職能治療師、物理治療師、語言治療師、醫學工程人員等等。讓曾經合作過的企業願意將其所有的職業傷病個案都轉介到各區職業傷病診治中心，來接受職業傷病的診斷、工作能力損失的鑑定、與後續之職能復健。為了要達成此網絡的建立，須加強專業人員、政府、保險承辦人員、雇主、勞工對於職災後重建服務及醫療的認識；鼓勵雇主在公司內設立「傷害管理計畫」，訂定公司對於職災後勞工的重建策略及執行步驟。此外，建議政府應訂定職災後重建服務、工作能力鑑定、各種診斷之醫療及重返工作、重建機構及人員之資格認定等準則以及補助相關研究。對於職災後之職業重建則建議與一般身心障礙者的職業重建在同樣的單位進行，避免人力和經費的浪費。

但從近幾年各區「職業傷病診治中心」的經驗中，發現工作能力損失的鑑定在此模式執行時會有專業人力缺乏的主要缺失。過去之職業傷病門診只有醫師兼任幾個門診開立職業傷病診斷書，對於職業傷病的成因及治療的調查及控管都僅能部分參與，無法完全參與，或沒有時間進行；而在職能復健部分也因為無法在

原有的醫療復健體系下執行而沒有職能復健。有鑑於上述問題，因此，各區「職業傷病診治中心」現在都有專任之主治醫師來管理、監督、及執行此中心的運作，訓練職業醫學專科醫師並且讓所有的問題都能夠讓醫師有時間充分的參與，如此專職醫師再搭配個案管理人員，能夠將職災勞工的問題及監控與參與職災勞工的醫療、職能復健、職業重建。此外，職業傷病診治中心也漸漸聘用專任的職能治療師及個案管理師，可以負責個案的管理、工作能力損失的鑑定、及職能復健與職業重建。

第一章 背景介紹

(一) 前言

勞工保險係我國第一個社會保險，開辦時給付項目即包含殘廢給付。自民國 39 年迄至 95 年底，殘廢給付共核付 63 萬餘件，佔整體現金給付件數 1 千 7 百 90 餘萬件 3.5%，核付 1 千 1 百 50 餘億元，佔整體給付金額 1 兆 7 千 6 百 50 餘億元 6.5%。不論件數或金額，殘廢給付所佔的比率並不高，可是因殘廢給付的內涵涉及醫學、保險學、社會學等各方面知識，給付的請領又需投保單位、醫療機構、被保險人、保險人之間互相配合，故屬勞工保險各種現金給付中最为複雜的一種。

開辦初期殘廢給付僅有 7 個障害項目，42 年 10 月增為 62 項，49 年 4 月增為 109 項，59 年 1 月增為 150 項，68 年 2 月再增為 160 項。近年來政府未因應社會變遷並增進勞工權益，不斷修正勞保法令，增列殘廢給付項目，提高給付標準及放寬給付條件，截至目前為止，殘廢給付項目已達 178 項。適時提供罹患傷病勞工現金輔助，有助於保障勞工生活，促進社會安全。

根據統計，86 年殘廢給付核付件數為 1 萬 8 千餘件，給付金額 39 億餘元；87 年因行政院勞工委員會於 86 年 12 月增列罹患尿毒洗腎者得請領殘廢給付，核付件數大幅增長，增加 80.3%；給付金額為 88 億餘元，增加 122.0%；88 年則因行政院勞工委員會開辦「離職退保後經診斷為職業病者得請領職災保給付」以致罹患肺塵症之礦工申請案件大量擁入；90、91 年申請案件已漸趨減少，92 年後漸恢復平穩，核付案件平均每年約在 3 萬 5 千至 3 萬 6 千餘件間，給付金額約 80 餘億元(表 1)。

表 1 民國 86-95 年殘廢給付核付件數統計表

年度	件 數	金 額
86	18,757	3,986,236,641
87	33,812	8,850,275,199
88	52,296	13,019,654,646
89	45,651	11,123,780,625
90	42,470	10,956,958,684
91	42,007	10,246,351,949
92	36,191	8,771,950,646
93	36,623	8,682,816,366
94	34,877	8,413,751,147
95	35,090	8,929,945,244

備註：本表係依據勞工保險統計年報編制，但 95 年統計年報資料尚未公佈，如有修正，已公佈資料為準。

據統計資料顯示，最近 3 年(93、94、95 年)間申請殘廢給付之案件，以胸腹部臟器障害系列之申請件數為最多，每年約 1 萬 5 千件左右，分別佔各該年度核付總件數之 41.6%、41.8%、41.7%（該障害系列中又以生殖器遺存顯著障害子宮切除為最大宗，約佔各該年度核付總件數之 20%左右）。其次為精神神經障害系列每年約 5 千至 6 千餘件分別佔各該年度之 16.5%、15.9%、16.5%，排名第三者為上肢障害的 3 千至 4 千餘件，分別佔各該年度之 11.5%、11.4%、11.1%，至核付件數最少則為鼻障害，每年約有 60 件，約佔各該年度之 0.2%（表 2）。

表 2 民國 93-95 年殘廢給付各障害系列請領件數統計表

年度 障害系列	93		94		95	
	件數	百分比	件數	百分比	件數	百分比
精神神經障害	6,042	16.47%	5,534	15.87%	5,812	16.52%
眼障害	3,286	8.96%	3,272	9.38%	3,194	9.10%
耳障害	1,774	4.83%	1,511	4.33%	1,497	4.30%
鼻障害	61	0.17%	59	0.17%	62	0.20%
口障害	1,001	2.73%	1,001	2.87%	1,119	3.20%
胸腹部臟器障害	15,250	41.57%	14,587	41.82%	14,675	41.70%
軀幹障害	751	2.05%	651	1.87%	485	1.40%
頭臉頸醜形	397	1.08%	410	1.18%	458	1.30%
上肢障害	4,236	11.55%	3,966	11.37%	3,887	11.10%
下肢障害	3,238	8.82%	3,298	9.45%	3,113	8.90%
皮膚排汗功能障害	121	0.33%	109	0.31%	111	0.32%
綜合審查	527	1.44%	481	1.38%	690	1.96%
合計	36,684	100.00%	34,879	100.00%	35,191	100.00%

備註：本表因與勞工保險統計年報擷取時間點不同，故合計件數略有差異。

隨著工業的發展與機器的大量使用，在此追求速度及效率的今天，工作站、設備設施、及工具的設計多半是根據流暢的產品製作流程及如何讓機器發揮最大功能來設計，而未充分考量勞工的工作環境安全性，再加上勞工本身不正確姿勢及不安全的工作行為，我國自民國88年到93年[勞保局資料庫，2004]，勞保局所核付的職業傷害殘廢給付每年平均約有5千多件，傷病給付每年平均約在4萬件以上，死亡給付每年平均約在8

百件以上(表3)；傷病給付(17億9千萬元)、殘廢給付(12億5千萬元)、死亡給付(9億元)等現金給付(表3)；以及職業災害保護實付金額(1億3千萬元)(表4)，總共一年給予的職災相關給付就高達59億元以上(表3)。這些勞工多為家庭的經濟支柱，職業災害的發生除了造成職災勞工身體或心理健康上的問題之外，還讓職災勞工在工作上無法發揮其傷病前的生產力以致於造成工作能力下降的問題，甚至於發生失去傷病前的工作或是失業的問題，衍生出許多家庭經濟困難及社會再適應的問題。

表3 民國88年到民國93年職業災害傷病、殘廢、及死亡給付件數與金額

年別	職業災害傷病給付		職業災害殘廢給付		職業災害死亡給付	
	件數	金額	件數	金額	件數	金額
88 年	38,680	1,597,551,487	22,727	5,264,073,819	1,165	1,223,383,850
89 年	45,333	1,895,481,776	10,500	2,178,374,335	1,094	1,158,274,723
90 年	45,282	1,828,620,655	6,394	1,564,148,818	913	1,005,573,087
91 年	43,043	1,671,934,496	6,133	1,450,543,766	899	1,050,012,622
92 年	43,493	1,676,246,990	5,748	1,312,977,878	777	855,225,148
93 年	47,545	1,793,962,787	5,539	1,249,027,079	809	901,160,975

*金額包括通勤災害資料，金額單位為新台幣：元。

表 4 職業災害保護實付各種給付金額*

年別	按月補助					一次補助			
	職業疾病生活津貼	身體障害生活津貼	職業訓練生活津貼	看護補助	續保保費補助	器具補助	勞工死亡家屬補助	殘廢補助	死亡補助
91 年	-	80,000	-	-	17,718	75,000	16,200,000	427,680	1,801,200
92 年	117,000	2,078,000	8,000	368,000	279,804	339,210	48,200,000	8,522,320	17,292,100
93 年	1,149,000	12,616,000	36,000	3,072,000	769,158	614,007	64,600,000	18,632,440	24,297,200

*金額為新台幣：元。

「勞工補償系統(workers' compensation system)」乃是一種補償制度，是社會保險制度中最普遍實施的一種勞工福利。勞工補償系統的目的為預防職業傷病的發生及針對受到與職業相關的傷害(occupational injury)或/與疾病(occupational disease)的勞工，提供即時有效的醫療及經濟支持，避免勞工及其家屬陷入貧困而造成社會問題；一般勞工補償包括：薪資補償、醫療照護及職業重建。職業傷病所造成的損失除了這些直接損失外，尚包括間接損失，如：重新雇用短期或長期替代勞工、重返工作勞工之低工作能力、重返工作勞工之在職訓練、訓練新雇用勞工、傷病勞工家屬的損失、對其他勞工的心理及工作上的影響等等[Berger等]。

根據國際勞工組織(International Labor Organization)的估計每年約有1億6千萬職業病的案例中，有10%的職業病勞工會造成永久性的失能(disability)，當考慮職業傷害的話，這個數值將會更高；2003年歐洲統計指出在25個歐洲同盟國中16%的人口有慢性健康問題或永久性失能，造成此現象的第二大原因為職業傷病；1970-2000年，美國的統計資料顯示領取社會安全失能保險及勞工補償金的案例中約有32%的個案涉及永久性部分或全部失能，這些個案所領取的補償金佔全部補償金的74%[Münchener Rück Munich Re Group]。

職場中的「失能管理(disability management)」系統首重預防職業傷病的發生及提供最好的醫療照護服務，但是為了讓失能管理能夠完整，如何評估及定義失能也是不可或缺的項目。清楚的定義失能定義及評估失能可達成下面的目的：

1. 減少訴訟
2. 補償金額的合理分配
3. 減少偽造(fraud)或裝病(malingering)
4. 制訂較好的復健措施
5. 社會及經濟資源的合理運用

(二) 關於工作能力鑑定

「工作失能鑑定(work or occupational disability evaluation)」不僅僅是醫學議題，也深深受到制訂政策者、雇主、勞工、保險業者、律師及其他相關人士的關心。通常工作失能鑑定的最終目的是要算出失能的百分比，依此比例給予適當的補償金。雖然此定義似乎非常清楚，但又是非常多樣化及複雜，如工作失能是指就業能力(employability)或是賺錢能力(earning capacity)?當比較工作能力時，是與過去的職業相比較，或是與可能從事的職業相比較?是與目前所從事的工作或是未來可能從事的工作相比較?這些都無法確定。且失能百分比又非常的敏感，如在比利時，永久性失能所造成的工作能力損失為5%，將會得到5%的年金，但如果同一個人損失為10%的話，所得到的年金為10%[Berger等]。又如在哥倫比亞，損失工作能力45%，將會獲得一次的現金給付，但如果損失為50%的話，則會獲取年金[Berger等]。因此，工作失能鑑定是非常重要的且須定義非常清楚。

「損傷(impairment)」是一種醫學概念，醫師根據身體檢查及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[Diorio and Fallon]，損傷反映出經過正確治療仍然沒有辦法進步的身體功能或結構偏差或損失。損傷的程度可分為部分或全部、暫時或永久性損傷。「失能(disability)」是一種非醫學概念，是一個法律上的名詞，係指估計損傷對於一個人的影響程度[Diorio and Fallon]。「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，一個人在工作的執行上，參與工作上，或符合工作所需條件上有限制[Berger等]。決定一個人工作失能的程度除了需要考量一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[Diorio and Fallon]，尚需考慮其他如年齡、性別、教育程度等因素[Gamboa等]。失能程度也與損傷程度一樣可分為部分或全部、暫時或永久性失能。當談及工作失能時，會考慮兩個重

要因素：一般而言身心障礙者較非身心障礙者少工作機會(就業能力)；如果身心障礙者能夠工作的話，一般而言，身心障礙者的平均薪資較非身心障礙者低(賺錢能力)。

「就業能力(employability)」係指一個人在經過適當的教育與訓練、職務再設計及復健服務之後，可從事類似及可能替代工作的潛能[Law]。「賺錢能力(earning capacity)」乃是指一個人目前及在經過適當的教育與訓練、職務再設計及復健服務之後，所可能從事的所有職業，這些職業所能獲取的薪資範圍(可用平均值或中位數來表示)稱之。

「損傷」與「失能」經常被交替使用，其實這兩個是非常不同的名詞，且這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。在美國，醫師依據美國醫學會所出版的「Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, GEPI」[American Medical Association]一書所記載的準則來評估傷病勞工生理及心理上的損傷並依照此來評估傷病勞工的工作能力損失及賺錢潛能。根據GEPI的準則，因為只根據身體的結構及生理心理損傷，忽略抬舉、彎腰、站、坐、教育程度、年齡、職業史等資訊，僅能算出「完全身體或心理損傷」及「完全工作能力喪失」的工作失能及賺錢能力，至於，部分損傷或失能程度的傷病勞工，GEPI就無法準確的算出這些勞工的工作失能、就業能力及賺錢能力[Gamboa等, Law]。因為，失能勞工的剩餘工作能力、就業能力及賺錢能力取決於傷病勞工的生理與心理功能性能力，再加上年齡、教育程度及職業史[Gamboa等, Law]。舉例來說：因為下背痛造成5%身體損傷的患者，對於一個秘書而言並不會造成工作能力的損失，但是，對於一個37歲的鐵工廠工人而言，卻讓他沒有辦法從事他原來的工作；如果此37歲的鐵工廠工人之手部功能很好，且經過工作臺的調整後，此工人可以從事裝配工作，則此工人仍然具備「就業能力」計算從事裝配工作所能獲取的薪資，雖然此位工人尚未找到工作，工人仍具有「賺錢能力」。

第二章 國外核發失能給付之制度

在探討我國勞工保險改採失能判定方式之前，需先了解其他各國之制度，由於國外之採取失能判定給付多是針對職災勞工，因此本研究所有內容均參考國外職災之殘廢給付結論所得。另外，澳洲及美國各州在職災後之勞工補償制度及職災後重建的作法上，雖然差異不大但都有自己的制度，因此，本研究僅挑選其中的一州來介紹。

（一）澳洲新南威爾斯州

澳洲新南威爾斯州(New South Wales, NSW)的職災後之勞工補償制度乃是以州為基礎的強制性方案，但針對1,000人以上的公司允許自行承保(self insured)，但必須能夠遵照州的規定。南威爾斯州的職災後勞工補償主要的負責單位Work Cover Authority在1990年成立，是在Department of Industrial Relations and Employment下的一個自籌基金之政府機構(self funded government agency)，根據1989年的Work Cover Administration Act而設立的，負責新南威爾斯州的職業安全與衛生、重建及補償業務，以及執行1987年的職災後之勞工補償法、2000年的職業安全衛生法、1998年職場傷害管理與職災後之勞工補償條例以及其他相關法案[Perrin等]。

新南威爾斯州的職災後之勞工補償方案適用於(1)所有的受僱者當其在工作過程中遭受到意外傷害，(2)職場中具有致病因子導致勞工生病，(3)職場中具有引起任何疾病惡化或退化因子導致勞工疾病的惡化或退化，或是(4)勞工於往返住所與職場或是因為工作理由而所做的旅程中受到傷害。新南威爾斯州的職災後之勞工補償方案是以「管理基金(managed fund)」模式進行[Perrin等]。新南威爾斯州之Work Cover由合法的私人保險公司(licensed private insurers)負責基金的管理[Perrin等]。合法保險公

司(業者)負責政策的制定、評定保險金額及收取保險金、裁定及管理申請案件，以及為了Work Cover Authority的利益維持及投資法定基金。僅有合法保險公司能夠根據職災後之勞工補償各項條例制定保險政策[Perrin等]。合法保險公司不是保險承購者(underwriters)不需要對申請案件負責(liability)，僅是基金的管理者；所收取到的保險金，合法保險公司需存放在單獨及合法的帳戶中，僅能在下面的情況下才能動用：(1)符合申請案件，(2)處理申請案件所需要的花費，(3)合法保險公司之管理費用，(4)其他法令或Work Cover Authority所授權的給付。

1. 暫時性障礙給付(weekly loss of earnings or wage loss compensation)：

如果原公司一時沒有適當的職務提供給職災勞工，或職災勞工正接受復健、職業訓練或在找工作的話，職災勞工可以申請暫時性障礙給付(週給付)。如此種情況乃是暫時性的話，此給付最長可給12週，但若職災勞工是永久性的傷害或/及接受職業重建而無法工作，則可以領取此給付到52週。在2005年，傷病勞工的最初26週，每週發給同樣工作勞工的平均薪資，最高可領1420.5元澳幣；如果沒有同樣工作勞工的薪資的話，發給傷病勞工原有平均薪資(worker' s average weekly earning, WAVE)的80%；超過26週則發給原有薪資的80%但不得超過334.10元澳幣，此外，職災勞工也可領取配偶及小孩撫養金額。但總補償金額不得超過原有薪資。傷病勞工所得到的暫時障礙給付需繳稅。

2. 永久性部分及全部障礙給付：

分為薪資損失補助金(loss of earnings or wage loss awards or pensions)及永久性身體損傷補償金(award for permanent physical impairment)。

(1) 薪資損失補助金：

發給傷病勞工原有平均薪資的80%但不得超過334.10元澳幣再加上配偶及小

孩撫養金。以兩年為期限，如果傷病勞工無法工作且有遵循重返工作計畫找尋工作，但仍然無法找到工作者，可以申請延長；如果傷病勞工的傷病非常嚴重讓傷病勞工無法工作，此補助金可以領取到傷病勞工可以領取老人年金的後一年。

(2) 永久性身體損傷補償金：

依障礙及身體部位損傷程度一次發給最高120,000元澳幣(多重器官損傷或喪失)，最低2,000元澳幣(任何腳指之任何指節喪失)。

為了鼓勵職災勞工重返工作及參與漸進式復工的動機，職災勞工的失能補償金有如下的設計：在最初的45週職災勞工領取傷病時薪資(normal weekly earnings(NWE))相等的失能補償金；但是在45週後會降到傷病時薪資(NWE)之75%。如果職災勞工參與漸進式復工計畫的話，勞工所領取的NWE之百分比會隨著傷病勞工工作時數的增加而增加[表5]。職災勞工在45週之內重返工作的話，雇主只需要負擔勞工在傷病時期與其工作能力相等的薪資(Adjusted Earning, AE)，此薪資(AE)與傷病勞工傷病時薪資(NWE)間之差額則由保險公司負擔(此差額稱之為補助金)。

表5 澳洲漸進式復工薪資給付標準

每週上班時間的百分比(%)	薪資百分比(%)
0-25%	補助金+ AE= 80% NWE
26-50%	補助金+ AE = 85% NWE
51-75%	補助金+ AE = 90% NWE
76-99%	補助金+ AE=95% NWE
100%	補助金+ AE = 100% NWE

(二) 德國

最早之職災後之勞工補償法是於1871年俾斯麥之德意志帝國時代所創立的，當時稱之為「帝國強制責任法」，透過法律的規範，讓特定行業企業主(如：採礦業)負有私法上的責任，保障受其僱用勞工發生職業傷病時的生活保障。

1884年德國頒布世界第一個職災後之勞工補償法：「帝國意外傷害保險法」[謝榮堂]，使得職業災害的給付權由私法轉為公法，自此職業災害發生後，勞工有向國家申請給付的請求權。1925年之「職業疾病法」將職業病納入給付範圍。

1996年，此兩法正式納入德國「社會法典」中成為社會保險制度中的一種。德國目前所實施的職災後之勞工補償是以「工作是生命中重要的一件事 (work is vital to life)」及「職災勞工想要重返生產性工作 (injured worker want to return to productive work)」為理念基礎，所發展的國家強制生的社會安全保險制度。藉由雇主及勞工的合作，增進工作場所的安全與衛生，當有職災發生時實施有效的職災後重建讓職災勞工能夠重返工作崗位。職災後之勞工補償以早期介入、預防及復健為原則，職災勞工必須經過職業再訓練及復健才能獲得補償金[Rey and Lesage, Social Security Administration]。

1. 「暫時性障礙給付」也就是「薪資補償」，乃是當職災勞工無法從事原來工作時，在醫療及重建期間所領取的給付。最初的六個星期由雇主支付，之後才由意外保險公司支付。職災勞工將可獲得粗收入(gross income，包括雇主給予的薪資)的70%，最高發給淨所得的90%，但每年不得超過108,000-144,000馬克，最多可以領取78個禮拜，領取薪資補償前六個禮拜由雇主發給原薪資。
2. 「永久性障礙給付」不論職災勞工是否就業，會依據職災勞工身體的損傷給予一次的現金給付。此外，如果屬於「完全障礙(total disability)」則給予「障

礙年金」相當於薪資66.7%的年金；如果屬於「部分障礙」，且賺錢能力損失(earning capacity loss)大於20%的話，則依照損失程度給予「完全障礙年金」的部分；如果賺錢能力喪失50%以上的話，則還可以領取依賴孩童的補助金；但當職災勞工年齡到達65歲時，停止障礙年金的給付改領老人年金。

3. 診治醫師的責任：負責職災勞工的檢查及操控整個治療復健過程，其責任與義務如下所述：

(1) 醫生的告知義務：依契約(醫生-保險機構)之規定當職災勞工符合下面情況

時，統合診治醫生對保險機構負有告知義務。這些情況包括：

A：明顯的非暫時性行動能力之障礙

B：明顯的變形、畸形或脊椎彎曲

C：明顯的非暫時性視覺、聽覺及語言之障礙

D：因內部器官或新陳代謝所引起的嚴重慢性疾病，導致明顯的非暫時性生理、心理損害。

(2) 建議和通知條件：

A：職災勞工有上述問題時，統合診治醫生就職災勞工的醫療狀況和職業情況，建議職災勞工接受適當復建措施並提醒復建工作的必要性。

B：保險機構或合格之復健機構就統合診治醫生所提出之報告，告知職災勞工有關重建給付或諮商之可能性。若職災勞工需要特別的醫療復健措施，或必需在特別的醫院、療養院或特別機構進行復健者，統合診治醫生需在報告中指出；其它相關之重建給付或額外給付之考量也需在報告中提示。

(3) 撰寫報告書：

報告中的內容包括：有關職災勞工的個人及障礙狀況、診斷結果及證據、建議的醫療與復建介入方式、職災勞工是否可以經由統合診治醫生所建議的重建介入方式獲得就業能力或恢復工作能力、整個療程的建議、整個療程所需要的專業人員。

(三) 美國加州

美國的第一個有關職災後之勞工補償法令在1908年替鐵路工作者所制定的「聯邦雇主責任法案(Federal Employers Liability Act)」；1911年威斯康辛州制定第一個「職災後之勞工補償法」，紐澤西州於1912年制定了第二個「職災後之勞工補償法」，1914年加州根據申請者的年齡、職業及身體損傷程度制定補償表，一直到1948年美國50州、哥倫比亞特區及美屬波多黎各及維京群島都有「職災後之勞工補償法」[Ranavaya and Rondinelli]。

在美國，職災後之勞工補償可以說是雇主與勞工之間的一種交易(industrial bargain)，勞工放棄訴訟雇主過失的權利，接受比較高與立即性的補償；雇主放棄辯護自己無過失的權利，讓職災勞工可以得到立即和合理的補償，僅需要面對有限制的保險義務(limited liability)，避免龐大的訴訟費用。「職災後之勞工補償法」的前提是雇主需將職業相關的傷害與疾病的損失應該包括在生產的成本中，經由保險，將此成本的分擔分散至整個社會。雖然美國50州、哥倫比亞特區及美屬波多黎各及維京群島的「職災後之勞工補償法」沒有一個是完全一樣，但是大多數都有相似的特性。僅有德州、紐澤西州及南卡羅萊納州職災後之勞工補償保險不是強制性的外，其他職災後之勞工補償保險是強制性的；保險經費來源多是由雇主負責，政府不用負擔任何費用，但在少許州，勞工需有些微的付出。大部分的職災後之勞工補償制度都需要等待3-7天才能申請各項

給付，給付分為三大類型：遺屬給付(職災勞工死亡時給予)，醫療及復健給付，以及現金或薪資損失給付(暫時障礙給付，永久障礙年金、定期持續照護補助金、撫養人口補助金、部分障礙年金)。

美國加州的職災後之勞工補償屬於強制性的，雇主可以選擇私人保險、州立保險或是自行承保。職業災害是指勞工因執行職務所受到的身體或精神上傷病，包括由於職場犯罪(workplace crime)所造成的傷病。職務中所受到的傷病包括：工作上的意外傷害，另外，也包括部分與工作壓力相關(心理)的傷害(stress-related (psychological) injury)。

1. 暫時性障礙給付

只要醫師證明職災勞工無法執行平常職務超過3天；醫師證明職災勞工需要住院治療；或是恢復期的職災勞工，雇主無法提供與原來薪資相同之替代工作的話，職災勞工就能得到暫時性障礙給付。補助金額是職災勞工所損失的稅前薪資的2/3，但不得超過加州所設定的最高值或是低於加州所設定的最低值；如2005年的職災勞工最高的暫時性全部障礙給付金額為840元美金/週；最低暫時性全部障礙給付金額為126元美金/週。職災勞工所領到的暫時性障礙給付不需要付任何聯邦稅、州稅、地方稅、社會安全稅、工會會費或退休儲存基金。

暫時性障礙給付終止須符合下面條件：

- (1) 醫師指示職災勞工可以從事原來的工作(不論職災勞工是否真的回去工作)。
- (2) 職災勞工從事傷病前的工作或是調整(modified job)或替代工作(alternate ve work)，但是薪資與傷病前相同。
- (3) 醫師指示職災勞工的狀況永遠無法完全恢復且已經到達無法進步也無法更壞的狀況，這種狀況稱之為「醫療穩定期(permanent and stationary)」。

此情況下，職災勞工有資格申請永久性障礙給付、或/及職業重建服務給付或轉業補助費(supplemental job displacement benefits, SJDB)。

(4) 受傷日期在2004年4月19日之前的職災勞工，暫時性障礙給付沒有時間上的限制，但是不得超過5年。但是受傷日期在2004年4月19日之後受傷的職災勞工，暫時性障礙給付最多不得超過2年；但是如果職業傷病為急性及慢性B型肝炎、急性或慢性C型肝炎、截肢、嚴重燙傷、愛滋病、眼睛傷害、化學性眼睛燙傷、慢性肺病、肝部纖維化的話，則不在2年的限制中。

2. 永久性障礙給付

如果職業傷病造成職災勞工無法完全恢復，且造成職災勞工在工作上有限制的話，職災勞工所得到的給付稱之為永久性障礙給付。永久性障礙給付是對於職災勞工未來工作能力上的限制所做的補償。

給付金額依照法律的規定，索賠管理者會依照下面三個因素來決定金額：(1) 職災勞工永久性障礙等級；(2) 職災勞工的受傷日期；(3) 職災勞工受傷前的薪資；(4) 如果使用2005年的障礙等級標準且雇主有50名以上員工：如果雇主提供職災勞工持續至少12個月的一般、調整或替代工作的話，職災勞工的永久性障礙給付會減少15%；如果雇主沒有提供一般、調整或替代工作的話，職災勞工的永久性障礙給付會增加15%。「一般正常工作」是指薪資與福利與傷病時的工作相同，且交通往返距離也在合理範圍「調整或替代工作」是指薪資是傷病時工作薪資的85%以上，且交通往返距離也在合理範圍。

如果職災勞工是永久性全部障礙，職災勞工將會終身領取一定金額的永久性障礙給付。如果職災勞工是永久性部分障礙的話，職災勞工將會每兩個星期領取固定金額的永久性障礙給付，直到達到法律所能給予的總額。

3. 勞工補償中主要參與人員的責任

(1) 合格復健代表：代理人/保險人員須根據職災勞工所在的地點及合格復健代表的技能、資格等，提供無勞工代表之勞工或勞工代表至少三個合格復健代表的名字並且要求在合理的時間內完成選擇。任何一方如果無法同意合格復健代表的選擇，任何一方可要求復健單位指定一位獨立職業評估師 (independent vocational evaluator)。合格復健代表之責任包括：

A：提供或安排商定好或需要的復健服務，可能包含諮詢、測驗、參加工作面試、安置協助。

B：評估復健服務是否能幫助勞工回到合適的。

C：建議勞工任何可能在復健過程中支持勞工的社會資源。

D：參考勞工在勞工補償中遇到的問題，提供給代理人或資訊和協助的官員或律師做參考。

(2) 醫師：加州職災勞工診治醫師的責任包括：

A：決定職災勞工傷病所需要的醫療照護介入型式。

B：決定職災勞工什麼時候可以回去工作。

C：決定職災勞工在恢復期間可以安全地從事什麼樣的工作。

D：必要時，轉介職災勞工接受專科醫師或專業人員的治療。

E：撰寫醫療報告，此份報告影響職災勞工所領取的給付。

F：撰寫「醫療穩定及永久障礙報告(permanent and stationary report)」。

(3) 獨立職業評估師的責任：鑑定職災勞工的能力。

（四）日本

日本與職災相關的法令有「勞動基準法」及「勞動者災害補償保險法（Workmen's Accident Compensation Insurance）」，並可經由民事訴訟的管道請求損害賠償。勞動者申請民事訴訟的原因，為勞動基準法及勞動者災害補償保險法提供最低限度的補償，因此，職災勞工認為勞動基準法及勞動者災害補償保險法之補償額度過低，因此民事訴訟大增。職業災害的民事訴訟除了請求金錢賠償之外，尚包括防止職業災害發生之預防義務上認定雇主是否應負擔此項責任。

第二次世界大戰後，以實現生存權為理念的「勞動基準法」於1947年制定。其目的是在給予職災勞工或其遺屬適當的保險給付，推動促進殘障勞工的社會回歸，對受災勞工與其遺屬進行援助，以及防止職業災害發生。「勞動者災害補償保險法」也於1947年同時訂定，由政府統一掌管之職災保險，職災保險法規定由雇主支付全部的保險費，繳納的金額乃是依據前三年此公司的意外發生率來繳納員工薪資總額的0.5-12.9%；此外，政府在國家預算的限度下放入部分的基金。目前日本除了國家或地方公務員以及船員有其獨自相當於職災保險的保險制度外，其他所有的勞動者都適用於職災保險。職災保險業務在中央為厚生勞動省負責一般的監督與行政，在地方為各都道府縣的勞動局以及勞動基準監督署的勞動補償課透過縣郡的勞動基準辦公室及地方之勞動基準檢查辦公室來執行計畫[獨立行政法人高齡、障礙者僱用支援機構,財團法人勞災保險資訊中心]。

職災勞工因為職災必須療養而無法工作時，自事故發生日或診斷確定日造成無法上班的第四天開始給予「休業補償給付(暫時性障礙給付)」，給付金額為平均薪資的60%；另外，由勞動福利事業支出所給付的「休業特別支付金」，給付金額為平均薪資的20%。平均薪資以事故發生日前一天為止的前三個月的薪資除以工作日來計算。若療養超過1

年6個月，則以該年齡層的最低標準計算。

若治療到達穩定狀態，即使繼續治療亦無法達到改善效果時，身體仍遺留相當的障礙，則可申請殘障給付(永久性障礙給付)。給付內容與金額因殘障等級而不同。第1-7級給付殘障補償(年金)，殘障特別支付金(津貼)，殘障特別年金。第8-14級給付殘障(津貼)，殘障特別支付金(津貼)，殘障特別津貼(表6)。

表6 日本殘障補償給付項目及金額

殘障等級	殘障補償給付		殘障特別 支付金	殘障特別年金	殘障特別津貼
第1級	年金	每日基礎給付額 的313天份	342萬日圓	算訂每日基礎 額的313天份	
第2級	年金	277天份	320萬日圓	277天份	
第3級	年金	245天份	300萬日圓	245天份	
第4級	年金	213天份	264萬日圓	213天份	
第5級	年金	184天份	225萬日圓	184天份	
第6級	年金	156天份	192萬日圓	156天份	
第7級	年金	131天份	159萬日圓	131天份	
第8級	津貼		65萬日圓		算訂每日基礎 額的503天份
第9級	津貼		50萬日圓		391天份
第10級	津貼		39萬日圓		302天份
第11級	津貼		29萬日圓		223天份
第12級	津貼		20萬日圓		156天份
第13級	津貼		14萬日圓		101天份
第14級	津貼		8萬日圓		56天份

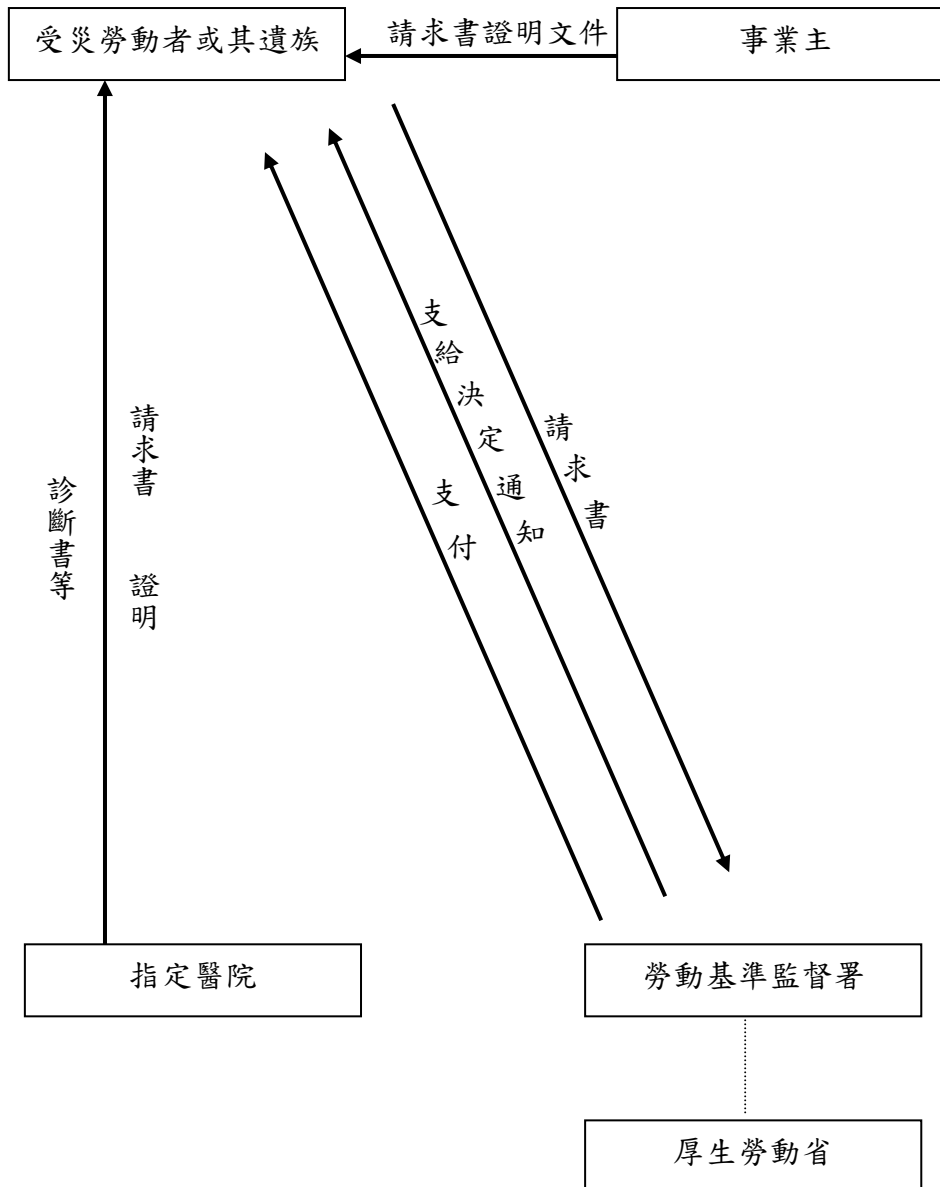
註：每日基礎給付額與勞動基準法所規定的平均薪資相當。「算訂每日基礎額」是由事故發生前一天為止的一年內的特別薪資所得(獎金及分紅等)，除以365算出。

職災發生1年6個月後職災勞工的傷病尚未治癒，且該傷病造成的殘障程度符合傷病等級表中的任何一項時，將支付職災勞工傷病補償年金(表7)。殘障年金與傷病年金第一級的所有職災勞工或是第二級中精神神經，胸腹部臟器傷殘的職災勞工，若目前正接受長期照護則給予長期照護補償給付。申請給付的職災勞工必須符合以下的要件：(1)處於一直需要或隨時需要長期照護的狀態；(2)現在正接受長期照護，包括民間自費服務，親人或友人的照護；(3)並未住居於殘障者療護機構，安養院，老人之家，職災特別照護機構等[獨立行政法人高齡、障礙者僱用支援機構，財團法人勞災保險資訊中心]。日本殘障給付之請領作業流程如圖1所示。

表7 日本傷病補償給付項目及金額

傷病等級	傷病補償給付	傷病特別支付金	傷病特別年金
第1級	每日基礎給付額的313天份	114萬日圓	算訂每日基礎額的313天份
第2級	277天份	107萬日圓	277天份
第3級	245天份	100萬日圓	245天份

圖1 日本殘障給付之請領作業流程



（五）新加坡

在新加坡，罹患職業病的勞工可有兩條要求賠償的途徑。一為工傷賠償法（workmen's compensation law）向新加坡的工作傷害賠償局申請，一為民事法（common law）請法院裁定。依據勞工賠償法，雇主需幫勞工向保險公司投保強制保險。如雇主因過失未遵守，最高可處新加坡幣10,000 元罰金或拘役1年。另外，勞工可先將職業病證明文件寄至工作傷害賠償局，並告知先將其懸宕；再循法律途徑請法院依一般法裁定，如結果不滿意並可上訴至高等法院。但須於一年之內，法院途徑都無勞工所盼之結果；再請工作傷害賠償局判定賠償。

工作傷害賠償局的方案包含所有的勞動工作者，但不包括月薪超過新加坡幣1,600 元的受薪級非勞動工作者。賠償方案是基於工作相關的意外應該是操作上費用的一部分。換言之，也就是雇主在沒有過失的情況下負起某種程度的責任，而員工也放棄訴訟，因此能很快的達成合理的賠償。

1. 暫時的失能

暫時的失能，是指因為受到傷害，而使勞工在一個限定的期間內無法執行他的正常職務。在這種情況下，勞工在病假期間會繼續支付這位勞工薪資最多達一年，假如他住院60天，在前14 天，他可領到全薪，之後可以領到2/3 的薪水。

2. 永久性的失能

永久性的失能是可以是完全失能或部分失能。永久性的失能指的是因為受到傷害，而造成勞工完全無法從事他原來能從事的工作，例如失去雙手、雙眼或全身癱瘓，因此永久性的造成他從事每一項工作的收入減少。對於永久性失能的給付計算，如下列公式：

公式 A：新加坡罹患職業病勞工造成永久性失能之賠償的計算公式

平均月收入×相乘因子（multiplying factor，永久性失能的相乘因子是決定於勞工的年齡，計算方式是由意外發生的下一個生日計算）假如醫師證明罹病或受傷者為完全永久性的失能，終生需要其他人持續的幫助，可以申請額外的補償金額，數量為總給付金額的四分之一。

在另一方面，部分的永久性失能，例如一眼失明，會造成勞工於每一個職業的收入都降低，對於部分永久性的失能的給付，如下列公式：

公式 B：新加坡罹患職業病勞工造成部分永久性失能之賠償的計算公式

失能百分比%×平均月收入×相乘因子（死亡意外的相乘因子是決定於勞工所減少生命，計算方法是由意外發生的下一個生日計算）或是失能百分比%×新加坡幣147,000 元

不管哪個算法較少，都不能少於最低限度：失能百分比%×新加坡幣49,000 元

表8 1996-2005新加坡勞工傷害補償申請人數與補償金額

項目 年度	暫時失能	部份 永久失能	全部 永久失能	致死	總計 (單位:人)
	(單位:百萬 新加坡幣)	(單位:百萬 新加坡幣)	(單位:百萬 新加坡幣)	(單位:百萬 新加坡幣)	(單位:百萬 新加坡幣)
1996	10,077	3,162	10	74	13,323
	\$ 5.07	\$ 33079	\$ 1.42	\$ 6.46	\$ 46.92
1997	10606	3108	25	105	13844
	\$ 5.69	\$ 40.55	\$ 3.34	\$ 9.68	\$ 59.26
1998	10,923	3,386	19	144	14,472

	\$ 5. 41	\$ 46. 64	\$ 2. 75	\$ 12. 82	\$ 67. 62
1999	10, 621	3, 414	10	104	14, 149
	\$ 4. 71	\$ 45. 42	\$ 1. 35	\$ 9. 00	\$ 60. 48
2000	9, 874	3, 397	18	85	13, 374
	\$ 3. 87	\$ 43. 80	\$ 2. 54	\$ 7. 87	\$ 58. 08
2001	10, 166	2, 602	16	135	12, 919
	\$ 5. 05	\$ 34. 11	\$ 2. 39	\$ 12. 57	\$ 54. 12
2002	9, 893	3, 795	20	80	13, 788
	\$ 11. 11	\$ 46. 91	\$ 2. 62	\$ 7. 89	\$ 68. 53
2003	8, 305	4, 198	16	105	12, 624
	\$ 3. 06	\$ 46. 74	\$ 2. 28	\$ 10. 02	\$ 62. 10
2004	9, 448	4, 175	19	93	13, 735
	\$ 3. 33	\$ 44. 24	\$ 2. 69	\$ 8. 70	\$ 58. 96
2005	9, 914	4, 969	13	97	15, 042
	\$ 3. 78	\$ 53. 10	\$ 2. 11	\$ 8. 98	\$ 68. 52

資料來源：新加坡人力資源部 <http://www.sgdi.gov.sg/>

第三章 工作能力鑑定的方法

在職災後之勞工補償制度裡，通常對於輕微及較不嚴重的部分障礙，採用一次現金給付方式(lump sum)，對於嚴重障礙的勞工補償採用年金(如在德國、日本)；年金可能會付到終身或是達到退休的年齡，有些有限定的期間，如在美國加州其永久性障礙給付乃是依據障礙程度、年齡、職業、工作能力損失、受傷時間等來決定一個數值，然後再以年金的方式給予。固定年金可以補償職災勞工未來薪資上的損失以及障礙對於職災勞工未來所造成的花費，固定年金也可以讓社會安全的花費能夠有所控制；而一次現金給付需要結計預期壽命，但大多數時候估計都是錯誤的，同時，一次現金給付很可能在短時間內花完，然後又需要另外的社會救助；因此，在補償中固定年金制度要比現金給付更能符合保障職災勞工的要求。

發生職業傷病或其他事故(車禍、打架、醫療疏失、意外事件等)時，傷病的一方多半會依據其醫療損失、精神損失以及工作能力(勞動力)損失，要求保險公司、雇主或過失的一方給予補償或賠償，這些損失的計算最重要的就是「工作能力損失」。近年來，國家賠償、民事賠償、勞工補償常會為了計算傷病者的工作能力損失，保險單位或法院會要求醫療人員評鑑這些個案傷病後的工作能力。工作能力鑑定可分為下面五個步驟[Berger等]。

(一) 傷病的發生

進行後面評估與補償或賠償的動作之前，一定要先有傷病的發生。如果是職業傷病，須符合職業傷病的定義；如果是普通傷病，須先確認責任所在，如此才能確定要向誰去要求補償或賠償。

(二) 評估傷病者的損傷及/或功能限制

藉由醫學及/或心理評量來決定傷病者的損傷及/或功能限制，採用的測量常見於美國醫學會所出版的「Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, GEPI」一書所記載的，包括：

1. 生理功能測量如：關節活動度、肌力、疼痛、心肺耐力、腎功能、肺功能、心臟功能、工作耐力、負重、移動、姿勢維持與變換、視覺、觸覺、聽覺等。
2. 認知知覺功能：智力測驗、神經心理測試等。
3. 社會心理功能測試等。

(三) 評估傷病所造成的後果

當傷病者的損傷及/功能限制確定後，接下來要決定傷病是否造成患者任何損失(決定有損失或沒有損失)。損失取決於傷病者目前狀況(目前點current point)以及如果沒有發生傷病該患者的狀況(參考referenced point)間的差異，稱之為「剩餘能力」(residual capacity)[Berger等]。如果這兩點沒有差異，則傷病者沒有損失；若參考點大於傷病者的目前狀況，則傷病者有損失。

決定傷病者是否有工作能力的損失其「參考點」或「目前點」各國並不一致，下面乃是綜合目前一些國家的作法：

1. 回溯法(retrospective)：參考點為傷病者傷病前的能力，採用此方法的國家為西班牙。
2. 預期法(prospective)：參考點為傷病者如果沒有傷病的話，該位傷病者可能從事的工作或可能賺的錢。採用此方法的國家有比利時及香港。
3. 正常/類似健康人(normal/similar healthy man)：參考點為同樣或類似工作的市場薪資，採用此方法的國家為英國。

4. 診斷：目前傷病者的狀況以診斷或傷害型式(type of injury)作為代表（表10及表11）。採用的國家包括：美國大部分的州、義大利、哥倫比亞、台灣、日本等都是用診斷或傷害型式列出等級或百分比來表示失能程度。

（四）測量失能程度

當涉及到補償或賠償時，工作失能的程度就成為重要議題，相差幾個百分比可能所差的補償或賠償金額就非常的大。如在西班牙工作失能程度必須超過33%，德國必須超過20%才能獲得補助。因此，客觀且定義清楚的評估就非常重要。

裁決及計算傷病者工作失能的方法通常有三種：動態能力評估法(dynamic capacity evaluation method)，身體損傷法(physical impairment method)或稱之為Barema，及薪資損失法(earnings loss method)[Ison, Gunderson and Hyatt]。

1. 動態能力評估法

採用一套心理及功能性特定職業或工作活動的要求，傷病者依此評量決定傷病勞工是否符合這些要求，稱之為正向評估(positive evaluation)，或是失能是否妨礙傷病者從事這些工作活動，稱之為負向評估(negative evaluation)。

評量時，先將傷病者的工作依照職務內容分成工作單元，然後利用工作分析將每個工作單元所需要的生理及心理功能、智能、教育準備、社會條件、每日或每週或每月該工作單元執行頻率與時間等列出；依據工作所要求的條件來評量傷病者的能力；最後將傷病者的能力與每個工作單元所需要的能力比較，找出傷病者無法執行的工作單元來計算傷病者的工作失能程度。

此方法的困難處在於無法涵蓋所有型式的職業，職業的變化及不定因素的存在影響工作分析的準確度，且缺乏標準來定義評量中的差異到底佔多少百分比的損失；此方法的好處是治療或復健人員可以很清楚的知道傷病者不能從事的職務內容

有哪些，並依照評量結果可以設定復健目標並進行職務再設計。

2. 身體損傷法

「身體損傷法」乃是依照傷病者身體及/或心理的損傷程度來計算補償金額，不論此損傷是否會影響其生產能力或是會造成薪資損失。在此種制度下，通常會制定「失能等級表(disability rating schedule or meat chart)」(表9及表10)，然後依照此表或是參考此表來給予現金給付或是固定年金，如：一個右側上肢肩關節截肢的個案，其損傷是整個身體的百分之六十，然後根據此百分比乘上個案的薪資；如果低於10%通常給予現金給付，不給固定年金。因為不論有無薪資的損失都可以獲得補償，因此，此種方法最大的好處是可以保留傷病者自由選擇復健的意願。然而，依照此標準卻無法算出傷病者之工作能力損失，因為傷病者是否能夠工作或是有多少損失取決於其他的因素，如：年齡、工作經驗、工作需求、教育準備等；舉例而言，一根食指的截肢，會讓一個鋼琴家完全喪失工作能力，但是對於一個公車司機而言卻不會影響到其工作能力；又如，使用輪椅的脊髓損傷患者，會讓一個屋頂鋪瓦工人完全喪失工作能力，但是對於一個秘書工作者卻不太會影響其工作能力。因此，損傷相同，但是因為工作內容不同，工作能力失能也有所不同。

表 9 台灣勞工保險殘廢等級表—上肢機能障害

項目	身體障害狀態	殘廢等級
79	兩上肢均喪失機能者。	二
80	兩上肢三大關節中，各有二大關節喪失機能者。	三
82	一上肢喪失機能者。	六
83	一上肢三大關節中，有二大關節喪失機能者。	七
84	一上肢三大關節中，各有一大關節喪失機能者。	九

85	兩上肢均遺存顯著運動障害者。	四
86	兩上肢三大關節中，各有二大關節遺存顯著運動障害者。	五
88	一上肢遺存顯著運動障害者。	七
89	一上肢三大關節中，有二大關節遺存顯著運動障害者。	八
90	一上肢三大關節中，有一大關節遺存顯著運動障害者。	十一
91	兩上肢均遺存運動障害者。	六
92	一上肢遺存運動障害者。	九
93	一上肢三大關節中，有二大關節遺存運動障害者。	十一
94	一上肢三大關節中，有一大關節遺存運動障害者。	十三
95	一上肢遺存假關節且有顯著運動障害者。	八

表10 Guidelines of California Back Disability Rating Schedule

10%	(a)	“Disability precluding very heavy lifting” contemplates the employee has lost approximately one-quarter of his pre-injury lifting capacity. A such as “unable to lift 50 pounds “is not meaningful. The total lifting effort, including weight, distance, endurance, frequency, body Position, and similar factors should be considered.
15%	(b)	“Disability precluding very heavy work” contemplates the employee has lost approximately one-quarter of his pre-injury capacity for performing activities such as bending, stooping, lifting, pulling, and climbing or other activities involving comparable physical effort.
20%	(c)	“Disability precluding heavy lifting” contemplates the employee has lost approximately half of his pre-injury lifting capacity.
25%	(d)	“Disability precluding heavy lifting, repeated bending, and stooping” contemplates the employee has lost approximately half of his pre-injury capacity for lifting, bending, and stooping.
30%	(e)	“Disability precluding heavy work” contemplates the employee has lost approximately half of his pre-injury capacity for performing activities such as bending, stooping, lifting, pushing, pulling, and climbing or

		other activities involving comparable physical effort.
50%	(f)	“Disability resulting in limitation to light work” contemplates the employee can do work in a standing or walking position, with a minimum of demands for physical effort.
60 %	(g)	“Disability resulting in limitation to semisedentary work” contemplates the employee can do work approximately one-half the time in a sitting position and approximately one-half the time in a standing or walking position with a minimum of demands for physical effort, whether Standing, walking, or sitting.
70%	(h)	“Disability resulting in limitation to sedentary work” contemplates the employee can do work predominantly in a sitting position at a bench, Desk, or table with a minimum of demands for physical effort and with some degree of walking and standing permitted.

資料來源：Clark WL, Haldeman S, Morris JJ, Sxhulenberger C, Trauner D, White A. Back impairment and disability determination: Another attempt at objective, reliable rating. Spine 1988; 13(3): 332-341

3. 薪資損失法

「薪資損失法」可分為「預期薪資損失法(projected or expected loss of earnings lllmethod)」及「真正薪資損失法(actual loss of earnings method)」。

「預期薪資損失法」乃是估計傷病者未來因為失能所造成的薪資損失程度作為補償基準，然後提供固定的年金。因為大多數的傷病者在計算損失時已經回去工作，因此，可以將其薪資當作計算的基準；如果在計算損失時並沒有回去工作，則此種計算將會非常困難，且需要提供證據來證明計算的公正性。但是此種方法會讓傷病者復健的動機保留及保有自由選擇的權利[Ison]。

「真正薪資損失法」並不提供固定年金，每個時期的給付是根據此時期傷病者因為失能所造成的真正薪資損失來估計的。此方法的問題是當時間越來越久之後，年齡、政治與經濟上的改變等因素都會影響傷病者之薪資，因此，很難估計薪資的損失是因為特定傷害或疾病所造成的失能所產生的，在某些情況很難真正的計算出真正的薪資損失。其優點為：

(1) 能依據勞工之職業、性別、年齡等之不同，綜合評估勞工遭遇該傷病事故後之生活能力、工作能力及所得損失。

(2) 給付與判定殘等之過程，需結合各專科醫師、物理治療師、職能治療師等組成專業團隊。

但也有以下缺點：

(1) 本制度需有充足的各種專業人員之養成、訓練，且專業評估團隊亦須普遍設置，始能加以推廣，需要結合政府及民間之力量，採中、長程規劃之方式推廣。

(2) 相同之障礙類別，可能因甲地區與乙地區專業團隊之組織成員不同，其評估結果卻不相同，造成給付標準不一致之情形。

(3) 容易因保險黃牛或利益關係人之介入，影響工作能力或所得損失之評估，造成給付不公及爭議。

(4) 行政成本較高，且可能因需送專業團隊評估，延遲給付日期之情形。

我國勞工保險殘廢給付之計算，係採「身體損傷法」，以「勞工保險殘廢給付標準表」為判定依據，目前殘廢程度共分 15 個等級，給付標準則從 30 日至 1200 日平均投保薪資，採一次給付方式發給，若為職業病造成則依普通事故殘廢給付標準增給 50%。

不論預期薪資損失法或是真正薪資損失法，所碰到的問題是如何計算薪資損失，薪資的損失是以什麼作為標準？其他因素如年齡、性別、教育程度、經驗、智能等對於工作能力損失的影響程度是否不同？如果不一樣，那麼各種因素的比重是如何呢？工作環境改造及輔助科技或職務再設計的提供對於工作能力又有什麼樣的影響呢？社會環境及經濟因素對於就業機會與薪資的影響有多少呢？這些都是值得探討的問題，也是需要解決的問題。測量方式包括就業能力評估與賺錢能力評估。

1. 就業能力評估

評估因為無法治療的損傷所造成的工作失能，傷病患者所剩餘的身體心理功能及技巧；社區中目前或未來可能可以從事的工作，分析這些工作的條件及所需要的技能；經過教育、職業訓練、就業服務、職業重建後，所可能從事的職業。此項評量通常由具備職業評量(vocational assessment)之專長，由職業評量相關領域研究所畢業，具備職業諮商、職業評量或就業安置方面的工作經驗的職業評量人員(vocational experts)來執行。這些評量工具包括：美國職業分類典[U.S. Department of Labor, Employment and Training Administration]、職業分析手冊、性向測驗、興趣測驗、智力測驗、功能性能力評估等。生理損傷者為例，傷病者的賺錢能力與工作對於身體能力的需求、工作情境、與動作技巧及智能或工作技能相關之性向能力有關；如果是智能損傷，則評量重點就應強調智力的損失評量性向及/或一般教育發展。

2. 賺錢能力評估

一個人能做的工作與其真正做的工作有時是不一樣的，而一個人能夠賺的錢與真正賺到的錢也可能是不同的。因此，如果傷病者有完整的工作經驗則代表傷病者傷病前賺錢能力的薪資為其傷病前薪資，如果傷病者沒有工作經驗則使用與傷病者背景類似的市場勞動者薪資的平均值。因此，根據就業能力評估的結果，將傷病者目前或未來可能從事的職業計算這些職業所能賺取的薪資[Law]，計算與傷病者傷病前的薪資或是類似勞動市場的平均薪資間的差異來代表傷病者之薪資損失。進行賺錢能力評估所需要具備的資料包括：薪資分佈狀況(表11)、薪資成長率(wage growth)、通貨膨脹率(inflation)、利率(interest rates)，以及職業經濟學家(vocational economist)所能提供的資料如：福利津貼(fringe

benefits)、預期工作餘命(worklife expectancy) (表12)[Gamboa等]。

「預期工作餘命」係指一個人在特定年齡依據所居住的地方及工作所計算出的聯合機率稱之(A worklife expectancy is determined by calculating the joint probability that an individual will be living and working at a specific age)[A discussion of gender specific worklife expectancy]。

預期工作餘命通常利用政府的人口普查資料為基礎，會受到性別、年齡、障礙程度及社區資料的影響[A discussion of gender specific worklife expectancy]。可使用的工具與資料包括：Worklife Expectancy Table[Vocational Economics Inc]、Vocational Assessment of Lost Earnings (VALE)電腦軟體[Vocational Assessemnt of Lost Earnings]、中華民國統計資訊網[中華民國統計資訊網]。

表 11 平均薪資—依性別、年齡與教育程度分

教育程度		年齡					
		18-64	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
小學	男	16,315	10,420	12,976	15,923	18,604	18,093
	女	10,436	—	9,677	11,196	10,853	10,910
高中	男	21,594	13,209	20,089	24,278	25,003	24,038
	女	13,751	10,731	14,050	14,740	14,191	14,252
大學	男	31,531	15,236	25,610	34,634	38,416	38,769
	女	19,250	13,381	18,356	21,678	20,849	21,257

資料來源：U. S. Department of Commerce, Bureau of the Census. Money income of households, families, and persons in the United States: 1984. Washington, DC: U. S. Government Printing Office, 1986.

表12 高中教育程度身心障礙者與非身心障礙者之預期工作餘命—依性別分

年齡	非身心障礙		身心障礙	
	男	女	男	女
25	34.255	24.379	16.690	9.128
30	30.248	21.395	14.131	7.698
35	26.219	18.414	11.556	6.267
40	21.910	15.161	9.318	5.150
45	17.647	11.933	7.095	4.042
50	13.378	8.851	5.011	2.857

資料來源：Gamboa AM, Jr. Worklife expectancy of disabled versus nondisabled persons by sex and level of education attainment. Louisville, KY: Vocational Economics Press, 1987.

(五) 提供補償或賠償

根據上述評量的結果，有的國家給予一次現金補償，如台灣及日本；有的國家給予年金，如日本對於嚴重的個案給予年金(表13)。但是有的國家兩者都給，如澳洲新南威爾斯州及丹麥，傷病勞工可依據其損傷程度獲得一次的現金補償，同時，依據其賺錢能力的損失獲得年金補償。

表13 台灣與日本勞工保險殘廢給付天數比較

台灣勞工保險			日本勞災保險		
殘廢等級	普通傷病給付天數(日)	職業傷病給付天數(日)	殘廢等級	給付天數(日)(%) *	工作能力損失率(%)
1	1200	1800	1	年金 313(86)	100
2	1000	1500	2	年金 277(76)	100
3	840	1260	3	年金 245(67)	100
4	740	1110	4	年金 213(58)	92
5	640	960	5	年金 184(50)	79
6	540	810	6	年金 156(43)	67
7	440	660	7	年金 131(36)	56
8	360	540	8	503	45
9	280	420	9	391	35
10	220	330	10	302	27
11	160	240	11	223	20
12	100	150	12	156	14
13	60	90	13	101	9
14	40	60	14	56	5
15	30	45	--	--	--

如在德國由專家(包括醫療診斷專家)提出醫療報告，使用政府統一的準則，對於在比較勞工受傷後可擔任所有可能的工作後，其所得損失仍有三分之二或以上者，則提供全額年金；部分年金則是提供給受傷勞工能力損失達50%或以上者[葉秀珊]。

而在加州「永久性障礙等級」乃是依照下面四個因素來決定：(1)「醫療穩定及永久障礙報告」或「具有法律效用的醫療鑑定報告」中所敘述的職災勞工身體狀況；(2)職災勞工的受傷日期；(3)職災勞工受傷時的年齡；(4)職災勞工受傷時的職業，工作能力障礙評估者須指出職災勞工的障礙有多少比例是因為工作而產生的；如果醫師在2005年撰寫「永久性障礙報告」或「醫療穩定及永久障礙報告」，必須使用2005年障礙等級標準(2005 rating schedule)的職災勞工，永久性障礙等級還需要考慮職災勞工所減少的「未來賺錢潛能(future earning capacity)」。

然後根據此最後的等級給予職災勞工一個定額的「永久性障礙給付」，但是以固定年金的方式給予。

在日本，乃是以身體上的損失來作為14級殘障等級的標準(表14)(此與我國的非常相似)，然後，將較為嚴重的等級(1-7級)給予年金，較為輕微(8-14級)的給予一次現金給付。澳洲新南威爾斯州也類似日本是以身體上的損失來作為一次現金給付的標準，但是每個有最高給予上限，如：兩眼視力喪失的最高給付金額為100,000元澳幣，右手喪失70,000元澳幣，右手臂肘以上喪失80,000元澳幣，永久性腦傷100,000元澳幣，HIV/AIDS感染100,000元澳幣，嚴重顏面損傷80,000元澳幣。

各國在給付規定中，有些會設計一年的等待期，以瞭解當勞工身體損傷出現時影響他們工作的狀況，然後，給付部門採取私人醫師的診斷或是由福利部門自行僱用醫師，來診斷申請人的身體健康問題對於工作的影響(如德國)。雖然醫師可以運用一般的常模評估申請者的健康，但是在身體健康狀態與工作之間是不可能有清楚的標準，有些允許司法權或裁決權來決定職災勞工的身體損傷百分比，並考慮職災勞工的職業、經驗、訓

練及年齡，然後給予適當比例的補償。可是，目前沒有具有效度的公式可以將醫學狀況與其他因素合併。因此，發展及建立一套合宜的標準以及審查程序，是職災後之勞工補償最重要的課題。

當勞工因身體健康問題而影響工作時，勞工及雇主必須做出有關工作的重要決定，這些決定受到政府社會政策的影響[葉秀珊]。Gunderson & Hyatt針對職災後之勞工補償給付的文獻自願報告中指出[Gunderson and Hyatt]：

1. 高給付會讓勞工疏於職災發生的防範，但是會增加雇主預防職災發生的動機。
2. 高給付會增加職災的申請，但是也會增加雇主對於職災發生的質疑。
3. 高給付與職災通報率的增加、增加申請的期間及減緩重返工作時間及降低返工作率相關。如果能夠在「薪資損失」系統下，降低給付的話，會減少上述的結果。
4. 根據「障礙等級表」給付並不會減少重返工作的動機，但是採用「薪資損失」給付的話，會降低勞工重返工作獲取薪資的動機。
5. 使用「薪資損失」給付系統的職災後之勞工補償，為了要增加職災勞工重返工作的動機，通常會訂定其他條件才能得到補償，這些包括：職災後工作相關復健、職業重建、重返工作義務、合理的工作調整、反歧視法等。

如何設計一個最適合的職災後之勞工補償制度，一方面能夠讓勞工獲得適當的生活保障，一方面又不會因為補償給付過高影響職災勞工復健及重返工作的意願是一個很難解決的問題。

表14 日本之殘障等級

殘障等級	身體上殘障
第 1 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兩眼失明者 2. 咀嚼及語言功能喪失者 3. 神經系統功能或是在精神上遺留有顯著殘障，隨時需要照護者 4. 胸腹部臟器功能上遺留有顯著殘障，隨時需要照護者 5. 刪除 6. 兩上肢自肘關節以上欠缺者 7. 兩上肢功能全廢者 8. 兩下肢膝關節以上欠缺者 9. 兩下肢功能全廢者
第 2 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼失明，另一眼視力在 0.02 以下者 2. 兩眼視力在 0.02 以下者 <ol style="list-style-type: none"> 2-1 神經系統功能或是在精神上遺留有顯著殘障，隨時需要照護者 2-2 胸腹部臟器功能上遺留有顯著殘障，隨時需要照護者 3. 兩上肢自腕關節以上欠缺者 4. 兩下肢自踝關節以上欠缺者
第 3 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼失明，另一眼視力在 0.06 以下者 2. 咀嚼或語言功能喪失者 3. 神經系統功能或是在精神上遺留有顯著殘障，終生無法執行勞務者 4. 胸腹部臟器功能上遺留有顯著殘障，終生無法執行勞務者 5. 兩手的手指全部欠缺者
第 4 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兩眼視力在 0.06 以下者 2. 咀嚼及語言功能有顯著障礙者 3. 兩耳聽力全部喪失者 4. 一上肢自肘關節以上欠缺者 5. 一下肢自膝關節以上欠缺者 6. 兩手的手指功能全廢者 7. 兩腳自中足骨關節(Tarsometatarso joint)以上欠缺者
第 5 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼失明，另一眼視力在 0.1 以下者 <ol style="list-style-type: none"> 1-1 神經系統功能或是在精神上遺留有顯著殘障，特別是除了輕易的勞務以外無法執行其他勞務者 1-2 胸腹部臟器功能上遺留有顯著殘障，特別是除了輕易的勞務以外無法執行其他勞務者 2. 一上肢自腕關節以上欠缺者 3. 一下肢自踝關節以上欠缺者 4. 一上肢功能全廢者 5. 一下肢功能全廢者 6. 兩腳腳指全部欠缺者

第 6 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兩眼視力在 0.1 以下者 2. 咀嚼或語言功能有顯著殘障 3. 兩耳聽力程度在除非靠在耳邊大聲講話否則無法聽解者 3-1 一耳聽力全失，另一耳聽力程度在 40 公分以上以普通聲音講話時無法聽解者 4. 脊柱顯著變形或遺留有運動障礙者 5. 一上肢的三大關節中有兩個關節全廢者 6. 一下肢的三大關節中有兩個關節全廢者 7. 一手的五隻手指或是含拇指與食指的四隻手指欠缺者
第 7 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼失明，另一眼視力在 0.6 以下者 2. 兩耳聽力程度在 40 公分以上以普通聲音講話時無法聽解者 2-1 一耳聽力全失，另一耳聽力程度在 1 公尺以上以普通聲音講話時無法聽解者 3. 神經系統功能或是在精神上遺留有殘障，除了輕易的勞務以外無法執行其他勞務者 4. 刪除 5. 胸腹部臟器功能上遺留有殘障，除了輕易的勞務以外無法執行其他勞務者 6. 一手的拇指與食指欠缺，或是含拇指與食指的三隻手指欠缺者 7. 一手的五隻手指或是含拇指與食指的四隻手指全廢者 8. 一腳自中足骨關節(Tarsometatarso joint)以上欠缺者 9. 一上肢有偽關節遺留，導致顯著運動障礙者 10. 一下肢有偽關節遺留，導致顯著運動障礙者 11. 兩腳腳指功能全廢者 12. 女性在外貌上遺留有顯著醜狀者 13. 兩側睪丸欠缺者
第 8 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一眼失明或是一眼視力在 0.02 以下者 2. 脊柱遺留有運動障礙者 3. 一手含拇指的兩隻手指欠缺者 4. 一手的拇指與食指功能全廢，或是含拇指與食指的三隻手指功能全廢者 5. 一下肢縮短 5 公分以上者 6. 一上肢的三大關節中有一個關節全廢者 7. 一下肢的三大關節中有一個關節全廢者 8. 一上肢有偽關節遺留者 9. 一下肢有偽關節遺留者 10. 一腳的所有腳趾欠缺者 11. 脾臟或單側的腎臟欠缺者
第 9 級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兩眼視力在 0.6 以下者 2. 一眼視力在 0.06 以下者 3. 兩眼遺留有半盲，視野狹窄，或是視野變形者 4. 兩眼眼臉遺留有顯著缺損者 5. 鼻子缺損，遺留有顯著功能障礙者 6. 咀嚼及語言功能遺留有障礙者

	6-1 兩耳聽力程度在 1 公尺以上以普通聲音講話時無法聽解者 6-2 一耳聽力程度在除非靠在耳邊大聲講話否則無法聽解者，另一耳聽力程度在 1 公尺以上以普通聲音講話時無法聽解者 7. 一耳聽力全失者 7-1 神經系統功能或是在精神上遺留有殘障，在執行勞務上受到相當程度限制者 7-2 胸腹部臟器功能上遺留有殘障，在執行勞務上受到相當程度限制者 8. 一手的拇指欠缺者，或含食指的兩隻手指欠缺者，或除拇指與食指外的三隻手指欠缺者 9. 一手含姆指的兩隻手指以上功能全廢者 10. 一腳含第 1 趾的兩隻腳趾以上欠缺者 11. 一腳所有腳趾功能全廢者 12 生殖器遺留有顯著殘障者
第 10 級	1. 一眼視力在 0.1 以下者 2. 咀嚼或語言機能遺留有障礙者 3. 14 顆以上的牙齒需加以補綴者 3-1 兩耳聽力程度在 1 公尺以上以普通聲音講話時聽解有困難者 4. 一耳聽力程度在除非靠在耳邊大聲講話否則無法聽解者 5. 一手的食指欠缺者，或除拇指與食指外的兩隻手指欠缺者 6. 一手的拇指功能全廢，或含食指的兩隻手指功能全廢者，或除拇指與食指外的三隻手指功能全廢者 7. 一下肢縮短 3 公分以上者 8. 一腳的第 1 趾或其他腳趾欠缺者 9. 一上肢的三大關節中的一個關節功能上遺留有顯著障礙者 10. 一下肢的三大關節中的一個關節功能上遺留有顯著障礙者
第 11 級	1. 兩眼眼球遺留有顯著調節障礙或運動障礙者 2. 兩眼眼臉遺留有顯著運動障礙者 3. 一眼眼臉遺留有顯著缺損者 3-1 10 顆以上的牙齒需加以補綴者 3-2 兩耳聽力程度在 1 公尺以上小聲講話時無法聽解者 4. 一耳聽力程度在 40 公分以上以普通聲音講話時無法聽解者 5. 脊柱遺留有變形者 6. 一手中指或無名指欠缺者 7. 一手的食指功能全廢，或除拇指與食指外的兩隻手指功能全廢者 8. 一腳含第 1 趾的兩隻腳趾以上功能全廢者 9. 胸腹部臟器遺留有殘障者
第 12 級	1. 一眼眼球遺留有顯著調節障礙或運動障礙者 2. 一眼眼臉遺留有顯著運動障礙者 3. 7 顆以上的牙齒需加以補綴者 4. 一耳的耳郭大部分欠缺者 5. 鎖骨，胸骨，肋骨，肩胛骨或骨盤遺留有顯著變形者 6. 一上肢的三大關節中的一個關節功能上遺留有障礙者 7. 一下肢的三大關節中的一個關節功能上遺留有障礙者 8. 長骨(除手根骨，足根骨以外的四肢骨)遺留有變形者

	9. 一手中指或無名指功能全廢者 10. 一腳的第 2 趾欠缺者，或含第 2 趾的兩隻腳趾欠缺者，或第 3 趾以下的三隻腳趾欠缺者 11. 一腳的第 1 趾或其他腳趾以上功能全廢者 12. 局部留有難治的神經症狀者 13. 男性在外貌上遺留有顯著醜狀者 14. 女性在外貌上遺留有醜狀者
第 13 級	1. 一眼視力在 0.6 以下者 2. 一眼遺留有半盲，視野狹窄，或是視野變形者 3. 兩眼眼瞼的部份欠缺或睫毛缺失者 3-1 5 顆以上的牙齒需加以補綴者 4. 一手的小指欠缺者 5. 一手的拇指指骨一部份欠缺者 6. 一手的食指指骨一部份欠缺者 7. 一手的食指末關節無法伸屈者

備註：1. 視力依據萬國式視力表測定。折射異常者測定其矯正視力。2. 手指欠缺是指拇指指間關節以上或是其他手指的第一指間關節以上欠缺。3. 手指功能全廢是指手指的末節一半以上欠缺，或是中手骨關節或第一指間關節(拇指的話則是指間關節)遺留有顯著運動功能障礙者。4. 腳趾欠缺是指腳趾全部欠缺。5. 腳趾功能全廢是指第1趾的末節一半以上，其他趾的末節以上缺失，或是中足骨關節或第一趾間關節(第1趾的話則是趾間關節)遺留有顯著運動功能障礙者。

第四章 國內職能治療、職業重建、職業訓練之功能

（一） 早期國內職災後重建之狀況

台灣依照憲法第十三章基本國策第四節社會安全第一百五十五條規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。」於民國39年由台灣人壽保險公司設立「勞工保險部」承辦我國第一個社會保險——「勞工保險」業務，自此陸續於民國47年7月21日公佈「勞工保險條例」、民國63年4月16日公佈「勞工安全衛生法」、以及民國73年7月30日公佈「勞動基準法」等法案，這些法案的公佈與施行，奠定我國勞工的基本權益與福利。針對職災後勞工補償的目的乃是為了保障職業災害勞工之權益，加強職業災害之預防，促進職災勞工之就業安全及經濟發展。在此時期，職災勞工所需要的醫療或復健都與普通傷病相關，雖然針對職災勞工職災後之各項給付等都在勞動基準法、勞工保險條例中撰寫的非常清楚，但是對於如何積極協助職災勞工重返工作政策或作法付之闕如。此時我國的職災後勞工補償乃停留在「被動補償」的階段。

（二） 國內職災後重建之先驅研究

國際勞工組織所訂定的國際勞工公約及1955年「障礙者職業重建建議書(第九十九號建議書)」中之第七章第三十條上寫道：「對於那些工作能力因身體損傷而有所改變的勞工，鼓勵雇主轉換其至其他適當的工作」，以及1964年「有關職業傷害給付公約」中之第25條第1項第二款中規定「為障礙者提供復健服務，儘可能協助其重新擔任過去的工作；如此舉不可能，則應視其體能與能力，為其尋找另一份最適合之有酬工作。」由上述這些條文，我們可以看出：國際上對於職災後之勞工補償的真正價值在於「建設性補償」，職災後之勞工補償除了醫療給付、傷病期間之薪資補償及永久性障礙補償之外，更重要的是職災後之重建工作。而職災後重建的目的就是讓職災勞工能夠獲得及保持合適的工作，以及讓職災勞工能夠融合於社會中；鼓勵職災勞工留在原來的工作上或

是留在原來的公司中任職，如果不行，也希望能夠藉由重建的協助，幫職災勞工找到適合其能力的工作。

因此，在民國84年到民國86年期間，行政院勞工委員會安全衛生研究所有鑑於國內職災勞工職災後重建的重要性，委託黃曼聰、張彧、李文淑等人進行「職業災害復健」之研究[黃曼聰等]，其結果顯示：採用個案管理的模式，並實施工作能力評估及工作強化方案，在一年半的期間，共有112名傷病勞工參與工作能力評估與強化計畫，這112名傷病勞工的診斷多半為骨折、輕微脊髓損傷、或腦部外傷，這些傷病勞工平均在工作能力評估與強化計畫的時間為33天，最少的僅需一天的時間進行工作能力評估，而工作強化進行最長的長達半年，每天在工作強化中評估與訓練的時間在2-4個小時，工作強化結束後一個月內的重返工作率為40.2%(45位)，而六個月內的重返工作率增加到48.2%(54位)。這112名傷病勞工中的51名在接受完工作能力評估之後就直接轉介到其他職業訓練、職業輔導評量、就業服務或是直接回去工作；其他61名傷病勞工接受工作強化，其中6名接受工作試作(work trial)亦即傷病勞工回去原來的工作但是在時間或是職務內容上有做些許的調整；另外有8名接受職務再設計；在112名傷病勞工的工作能力評估，僅有11名(9.8%)有做職場評估來了解傷病勞工職場的工作場所狀況、及傷病勞工可能碰到的困難與工作場所或工作內容需要的調整，同時也可與雇主及傷病勞工的同事進行溝通[Jang等1997, 1998]。此研究結果也指出：雖然工作強化可以在醫院、獨立機構中進行，但是在台灣因為專業人員大部分是在醫院內，因此，工作能力評估與工作強化的執行最好是在醫院中進行，但是需與傳統的醫療復健有所區別，且需要針對專業人員進行訓練並監督，才不至於造成工作強化及工作能力評估的濫用。此篇研究同時也指出除了工作強化專業人員的不足之外，且在當時就業服務、職業輔導評量、職業訓練的連接並不通順，造成傷病勞工雖然已經準備好就業，但是沒有後續的職業重建服務。

民國87年，行政院勞工委員會安全衛生研究所委託王國羽等教授[王國羽等]以嘉南

地區為例進行傷殘職災勞工職業復健網絡建立之研究，針對工作傷害勞工在醫院就醫期間或離開醫院後，試圖推行一個專業團隊(社會工作人員、職能治療師、復健師等)彼此之間轉介與介入的流程，以彌補病人出院後就失去聯絡且不易提供協助的困難。結果顯示：在221位職災個案中，重返工作崗位的比例有30.6%，重新就業及自行創業的比例有20.1%；雇主積極替勞工做調整職務或改善環境的比例僅有7%，替職災勞工保留職位的也僅有24.3%。職災勞工無法就業原因包括：居住地方欠缺無障礙措施、交通工具欠缺、輔助器具欠缺或政府補助不足。同時，研究結果發現：醫療體系的醫師在與各個社政單位或是身心障礙團體間的轉介角色上佔有非常重要的一角；專業人員對於職業重建或是職災後復健的認識及技巧的不足；醫療機構、職業訓練、就業服務、身心障礙者福利團體間之聯繫不足；職業訓練應採取工作現場訓練的方式進行，但是國內無法達成；無障礙環境的不足。研究報告中也建議：有鑑於職災勞工傷害嚴重程度的認定不同，造成程度職災勞工從轉介系統中流失，建議建立標準化的評估方式，對整個職災勞工轉介或職災後重建流程的順暢性有幫助；有鑑於醫院內的治療師對於職災勞工工作能力的評估與治療並不是例行工作，容易脫序且參與動機低，為了要增加治療師或其他臨床人員的參與意願的話，需要設計適當的誘因；有鑑於醫院或職訓單位沒有專門單位或人員負責聯繫，造成此制度推動的困難，因此建議未來推動此制度的話，需有適當的窗口專責此工作。

此兩項先驅研究結果都顯示：職災後重建在專業人員之知識與技巧上有不足，國內欠缺此方面的人才，且單位與單位之間的轉介不流暢。而黃曼聰等人的研究則顯示：如果採用個案管理及工作強化的話，有助於職災勞工的重返工作。

自民國87年之後，有關於職災後重建的研究或是試驗計畫都處於停頓狀態，醫療、醫療復健仍然照著一般醫療的流程；沒有職能復健；職災勞工如有身心障礙手冊，則有部分的社會復健及職業重建；如果職災勞工沒有身心障礙手冊，則所有的重返工作都在

雇主與勞工之間自行解決，職災勞工如果需要社會復健或職業重建，也是自行解決，政府與專業人員的主動協助非常的少。一直到民國90年10月31日之「職業災害勞工保護法」及民國91年4月10日之「職業災害預防及職業災害勞工重建補助辦法」才開始有職災後重建的概念。

（三） 國內職災後重建之現況

我國對於職災勞工職災後重建的重視始於民國90年10月31日之「職業災害勞工保護法」，在此法中除了明定有關職災後之勞工補償、職災鑑定條文外，並在第十八條中規定「職業災害勞工經醫療終止後，主管機關得依其意願及工作能力，協助其就業；對於缺乏技能者，得輔導其參加職業訓練，協助其迅速重返就業場所。」已有職業重建的概念。其後於民國91年4月10日根據「職業災害勞工保護法」第十條訂定「職業災害預防及職業災害勞工重建補助辦法」為了要顯示政府對於職業災害預防及職業災害勞工重建的重視，於民國93年10月20日廢止「職業災害預防及職業災害勞工重建補助辦法」然後分別訂定「職業災害預防補助辦法」及「職業災害勞工職業重建補助辦法」兩個辦法，在「職業災害勞工職業重建補助辦法」中，明列職災勞工職業重建所需的心理輔導、工作能力評估及強化、職務再設計、職業輔導評量、職業訓練、就業服務等，自此我國職災勞工的照護從過去強調職災的預防、診斷、及醫療，更向前邁入職業輔導、強化職災勞工的就業，以保障職災勞工傷病後的生活，而「職業災害勞工職業重建補助辦法」給予這些職災後重建服務經濟上的補助。自此，我國之職災後之勞工補償走向「建設性補償」。雖然，這些法令有訂定職災後勞工之重建應該包括的服務內容及金額上的補助，但是，並沒有詳細的敘述要如何進行，或是用什麼樣的制度來進行才最符合職災勞工的需求，或是如何控制職災後重建的成本，或是每項服務的收費標準等等。

（四） 國內職災勞工勞工保險給付現況

依照勞工保險條例第 54 條第一項規定：「被保險人因職業傷害或罹患職業病，經治療終止後，如身體遺存障害，適合殘廢給付標準表規定之項目，並經保險人自設或特約醫院診斷為永久不能復原者，依同表規定之殘廢等級給付標準，增給付 50%，一次請領殘廢補償費」。

同條文第 2 項規定：「被保險人領取職業傷害給付期滿，尚未痊癒，如身體遺存障害，適合殘廢給付標準表規定之項目，並經保險人自設或特約醫院診斷為永久不能復原者，得比照前項規定辦理」。現行職業傷害或職業病殘廢給付標準，依據殘廢給付標準表規定，將勞工殘廢程度分成 15 等級，最低發給 1 個半月平均月投保薪資，最高發給 60 個月。

為保障職業災害勞工之權益，加強職業災害之預防，促進就業安全與經濟發展。在各界積極推動下，「職業災害勞工保護法」於 2001 年 10 月 11 日由立法院三讀通過，2001 年 10 月 31 日經總統頒布，並訂於 2002 年 4 月 28 日起施行。除勞動基準法及勞工保險條例給予勞工職業災害保障外，本法提供職災勞工補充性之保障，補助對象包括已參加勞工保險勞工及未參加勞工保險勞工；已參加勞保職災勞工，除勞保之職災給付外，可依該法第 8 條規定請領職業疾病生活津貼、身體障害生活津貼、職業訓練生活津貼、器具補助、看護補助、勞工死亡家屬補助，退保後職業疾病生活津貼等各項補助。至於未參加勞工保險勞工發生職災事故時，符合第 9 條規定者，亦得依規定請領前述各項補助及津貼，又雇主如未依勞動基準法規定予以職業災害補償時，得另依該法第 6 條規定請領殘廢補助或死亡補助。

參加勞工保險之職災勞工，於職業災害醫療期間終止勞動契約並退保者，得依該法第 30 條規定繼續參加勞工保險，並由專款補助其續保期間保險費之 50%。

另外，為加強職業災害預防及職業災害勞工職業重建工作，協助職業災害勞工於醫療終止後重返就業場所，針對僱用職業災害勞工並提供其從事工作必要之輔助設施之事業單位及辦理職業災害預防與職業災害勞工重建專案計畫之單位給予補助。

1. 申請補助對象

(1) 勞工保險被保險人在保險有效期間，於職災勞工保護法施行後遭遇職業災害者。

(2) 未加入勞工保險之勞工，於職災勞工保護法施行後遭遇職業災害者。

2. 補助項目、條件及標準

(1) 職業疾病生活津貼

罹患職業疾病，請領勞工保險職業災害傷病給付期滿或殘廢給付。經醫師診斷喪失部分或全部工作能力，其障害狀態相當於勞工保險殘廢給付標準表第 1 等級至第 15 等級規定之項目。

給付標準：1 至 3 等殘、喪失全部工作能力者—每月發給 6000 元。

2 至 7 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 4000 元。

8 至 10 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 2000 元。

11 至 15 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 1000 元。

(2) 身體障害生活津貼

A：因職業傷害或罹患職業疾病，請領勞工保險職業災害傷病給付期滿。

B：經醫師診斷喪失部分或全部工作能力，身體遺存障害，適合勞工保險殘廢給付標準表第一等級至第七等級規定之項目。

給付標準：1 至 3 等殘、喪失全部工作能力者—每月發給 6000 元。

2 至 7 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 4000 元。

(3) 職業訓練生活津貼

A：因職業傷害或罹患職業疾病，經醫師診斷喪失部分工作能力，身體遺存障害，適合勞工保險殘廢給付標準表第 2 等級至第 15 等級規定之項目。

B：參加政府機關主辦、委託或政府立案之訓練機構之養成訓練或轉業訓練，每月總訓練時數逾 120 小時。

C：訓練期間未領取其他訓練補助津貼或前二條規定之生活津貼。

給付標準：2 至 7 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 12000 元。

8 至 10 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 8000 元。

11 至 15 等殘、喪失部分工作能力者—每月發給 6000 元。

(4) 看護補助

A：因職業傷害或罹患職業疾病，經醫師診斷終身不能從事工作，經常需醫療護理及專人周密監護或為維持生命必要之日常生活活動需人扶助。

B：符合勞工保險殘廢給付標準表所定精神神經障害系列、胸腹部臟器障害系列及身體皮膚排汗功能喪失第 1 等級及第 2 等級障害標準之規定。

C：未依其他法令規定領取有關補助。

給付標準：每月發給新台幣 8000 元。

(5) 家屬補助

A：職業災害勞工死亡，遺有受其扶養之配偶、子女或父母。

B：勞工因職業災害死亡致家庭生活困難者。

給付標準：1 次發給新台幣 10 萬元。

(6) 器具補助

A：因職業傷害或罹患職業疾病，導致身體遺存障害，經醫師診斷或其他專業人員評估必須使用輔助器具。

B：未依其他法令規定領取器具補助者。

給付標準：依「職業災害勞工輔助器具補助標準表」規定辦理。

(7) 殘廢或死亡補助

A：未加入勞工保險而遭遇職業災害之勞工。

B：雇主未依勞動基準法規定予以補償時。

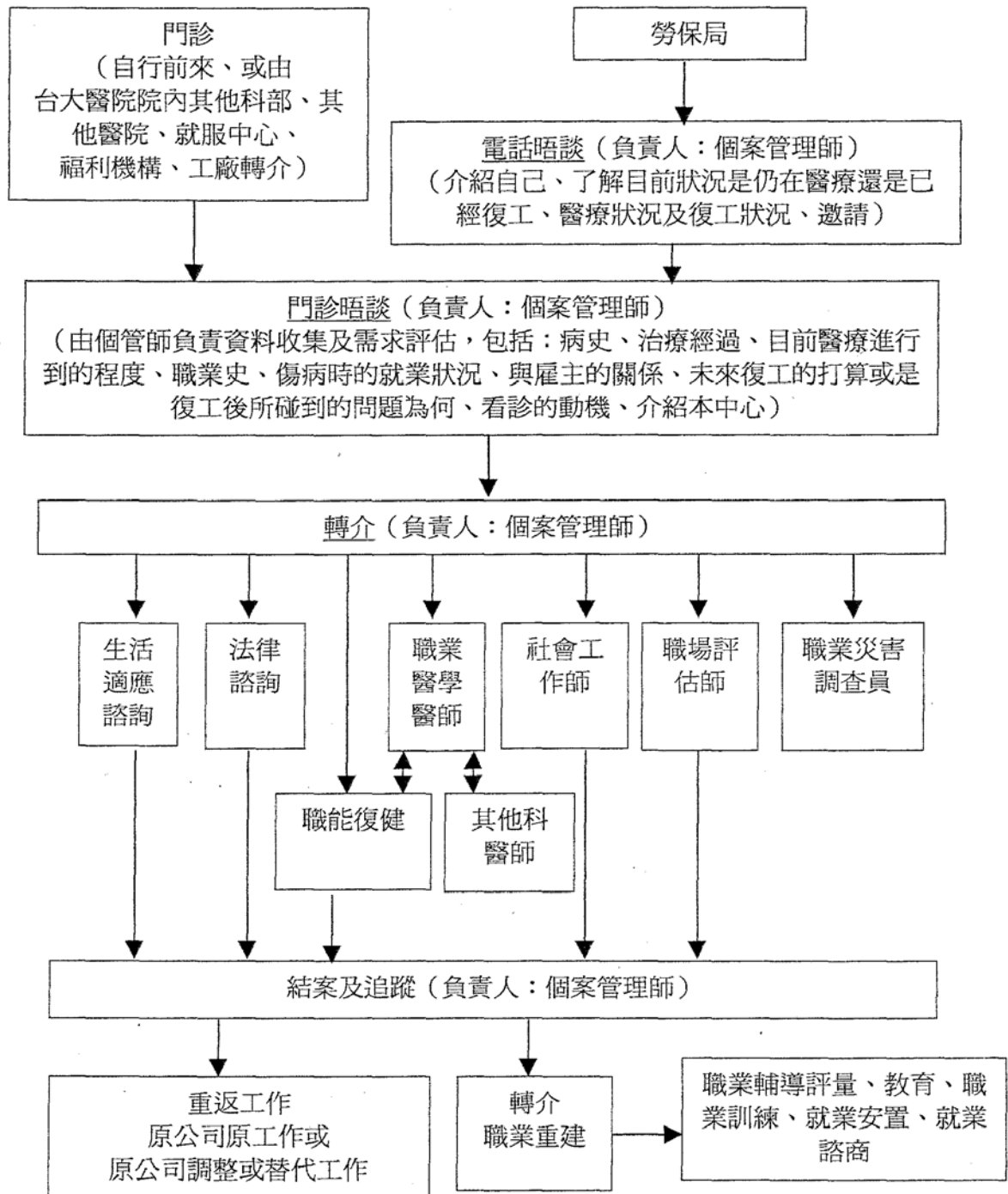
給付標準：比照勞工保險條例之標準，按最低投保薪資申請職業災害殘廢、死亡補助。

為了響應「職業災害勞工保護法」的立法精神，依據「職業災害預防及職業災害勞工重建補助辦法」，於民國91年起，勞保局開始鼓勵結合醫師、個案管理師、職能治療師、物理治療師、護理人員、工業衛生師的合作，以及預防、醫療、職業重建、補償的概念，成立「職業傷病診治中心」，現在全國已經陸續成立八個中心。以個案管理、醫療、與職災後重建一貫的「個案管理照護模式」解決各地區職災勞工所產生的各項身體或/及心理、生活適應、法律、勞雇關係、補償等等的問題。「職業傷病診治中心」設置的目的乃在於讓職業傷病勞工能夠儘早獲得應有之服務與補償，並協助其重返職場，以減少社會及家庭的負擔。因此，這些職業傷病診治中心都擔負著職業傷病診斷及門診；諮詢區域內之醫師諮詢或代為安排臨床處理、職場訪視、事故調查等；職業傷病個案之原因調查與工作能力判定；開具職業傷病診斷書；進行流行病學的調查及環境測定；嘗試建立個案管理模式；及成立「職能復健」（如台大醫院）或轉介復健（如成大醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院）。

理想上，各區職業傷病診治中心應從事與各區的職業病門診醫師或單位，成立「職業傷病防治網」以職業傷病診治中心為區域樞紐接受醫師的諮詢或代為安排臨床處理、職場訪視或事故調查；定期職業傷病個案討論會；進行流行病學調查，探討致病原因調查及防治策略；職業傷病個案，之原因調查與工作能力判定與報告撰寫；開具職業傷病

診斷書；職業醫學醫師的訓練或是舉辦職業醫學討論會等；這些服務項目與其他職業傷病診治中心相同，除此之外，各區職業傷病診治中心還應包括：在職能治療人員的協助下，對於職災勞工的工作能力損失的鑑定；由中心聘任的職能治療人員從事職能復健（功能性能力評估、工作與職務及人因工程分析、工作強化訓練、工作模擬訓練、職場中的現場試作及職務再設計、工廠衛教活動以預防工廠內勞工之職業傷病）以及其他職能復健籌畫時的觀摩、實習、諮詢地點；聘用專任個案管理人員從事個案之接案及轉介各單位〔圖2〕，進行職災勞工醫療、職能復健、及職業重建之監控，以及職災勞工之追蹤。

圖2 職業傷病診治中心之理想個案管理流程



目前國內的職災勞工發生職災後，可以到自己所選擇的醫院看病及接受復健；職災勞工所接受的復健僅有醫療復健沒有所謂的職能復健；社會復健極少或沒有；而職業重建僅有少數被診斷為身心障礙者領有身心障礙手冊者才能獲得此種服務，即使如此，如果領有身心障礙者手冊之職災勞工沒有獲得有關職業重建方面資訊，也不會享受到此項服務。勞工保險局僅是被動的等待職災勞工申請各項給付，然後核付補償金額，並沒有主動的提供職災後勞工勞雇關係、補償諮詢、職災鑑定、醫療諮詢、法律等相關服務或是積極強調重返工作、成本控制、職災勞工所接受的醫療或重建服務的品質等機制。

第五章 國內勞工保險殘廢給付改採失能判定之相關配合要件

職災補償真正的意義是在讓職災勞工能夠重返就業市場，因為科學與醫療的進步，雖然職災勞工損失身體或心理的部分，但是經由復健、輔助科技的協助，職災勞工仍可能具有工作能力。綜觀各國的職災後勞工補償制度大多以「工作能力損失」為給付的標準，且以工作能力鑑定來判定職災勞工之工作限制及是否能夠重返原工作或是需要轉介職業重建。不過，工作能力損失除了身體或心理損傷部位會影響就業的潛能之外，也受到年齡、工作年資、工作經驗、年齡、個性、市場失業率等的影響，如在美國加州的永久性障礙等級除了考慮身體損傷程度外，尚需要考慮職災勞工的職業、年齡、受傷日期。各國為了讓工作能力的損失鑑定能夠更為合理及公平，除了醫師之外，更多的專業介入協助工作能力損失的鑑定過程，這些專業人員包括：職能治療師、物理治療師、語言治療師、醫學工程人員等等。各國計算工作能力損失的方式及標準的設定都不相同，且有些仍有爭議；因此，如何設定一個客觀、公平、合理的工作能力損失計算方式是件刻不容緩的議題。

另外，工作能力的損失鑑定時到底是以「就業能力」或是「賺錢能力」當作標準，也是需要優先決定的事情，因為有關於日後判定標準的建立、以及相關研究的進行。

（一）判定機構之資格認定

從以上報告我們可以發現，工作能力損失的鑑定與職業災害重建密不可分。本報告所回顧的幾個國家中，顯示日本、德國、美國加州、澳洲在失能判定上都有指定醫療機構，這些機構都會經過某種程序的資格認定。在澳洲所有的醫療機構及復建機構只要符合某些條件就可以成為職災指定醫療醫院及復健機構。在德國，也只有像大學醫院才能成為指定職災醫院，同樣的在日本也有同樣的情形。在美國除了醫療機構及職災後重建

機構需要符合雇主需求外，同時，雇主及保險公司為了控制職災後重建的品質，希望這些機構能夠通過「重建機構資格認定委員會(Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARP)」的資格認定，來確保職災勞工或身心障礙者的職業重建及職能復健的服務品質，評鑑職業重建及職能復健機構，也就是判定失能程度的機構。機構的資格認定代表著此機構將持續改進機構內之服務品質，協助職災勞工達到其所選擇的目標及其所要的結果，職災勞工也可以主動的參與選擇計畫、及使用此機構的服務。

本篇報告所回顧的國家為了控制職災後之醫療及重建品質有些會用個案管理的方法(如美國、澳洲)，且都有所謂的「職災指定醫院或是特約醫院」這些醫院由保險公司、企業、或政府依照一定的準則來審核資格；而從事職災勞工醫療照護的醫師、職能治療師、物理治療師、心理治療師、復健諮商師、職業評估師等等專業人員也都必須符合一定的資格且在職災勞工的醫療或復健上都有相當的經驗(如在澳洲大多數都需有一年到三年以上在資深職災專業人員監督下工作的經驗)。各國對於每一診斷也會依照醫療準則(如加州乃是遵循加州DWC所採納的有科學根據的、全美國所認可的、及經過同儕審查過的醫療準則或是American College of Occupational and Environmental Medicine 所出版的職業醫學臨床準則為基準[Sum等])所制定的治療方式及時間來執行職災勞工的醫療以控制整個醫療及復健的時間、品質、與成本。為了確保職災後重建的服務品質，也會針對職災重建機構有評鑑及資格認定機制。

(二) 判定人員之資格認定

本研究報告所回顧的國家中，除了提供服務的機構需要符合一定標準之外，所有失能判定與職災重建人員都需要具有證照且符合某些特定資格，以確保服務之品質。如在德國之「統合診治醫師」須由同業工會聘任，且須具高等專業知識並須證明定期參加職業進修。如在加州的「合格復建代表」必須能夠開發或完成職業復健計畫，在評估、提

供建議或替受傷者安排工作方面有經驗的人，才能擔任。而「獨立職業評估師」須符合下面任何一種條件：

1. 其為職業諮商或相關科系之碩士或博士學位，以及具備一年以上職災勞工職業諮商的全職經驗。
2. 具醫學博士學位且具備一年以上身心障礙者復健諮商相關的精神或心理評估的全職經驗。
3. 具諮商或心理及其相關科系之碩士或博士學位，以及具備兩年以上在獨立職業評估師的直接監督下使用復健諮商技巧及執行身心障礙者職業評估的全職經驗。
4. 具任何領域的學士學位，以及其備三年以上在獨立職業評估師的直接監督下使用復健諮商技巧及執行身心障礙者職業評估的全職經驗。

在德國利用「統合診治醫師」及美國加州利用「主要治療醫師」來決定職災勞工工作能力損失的程度、所應接受的醫療、醫療復健、職能復健、社會復健等等，也希望雇主能夠提供職務再設計及替代或調整工作。此外，在美國加州的醫師除了工作能力損失的鑑定、職災勞工應該接受的治療及轉介專業醫療外，在其醫療報告中還會明白寫出職災勞工之工作限制及什麼時候可以重返工作，當職災勞工的狀況達到「醫療穩定期」，在醫師所撰寫的「醫療穩定及永久障礙報告」中說明職災勞工的特定醫學問題、未來所需要的醫療照護、職災勞工是否能夠重返工作及工作限制、並估計職災勞工的障礙有多少是因職務而造成的，而有多少是因為其他因素所造成的。此外還可以解釋勞工賠償及殘障法規，作殘障等級評估，書寫評估報告，並在公聽會法庭作證，節省公家資源且可增加鑑定的專業度與可信度。

日本雖然沒有明顯的說明在醫療期是採用個案管理模式，但是多數職災勞工是在從醫療到職業重建一貫式的醫院中接受治療，也算是一種管理模式。

（三） 其他各國之經驗

從所回顧的幾個國家來看，國外之勞工保險機構都不是被動的職災後勞工補償給付給予及核付單位，而是一個實際執行的單位。也就是說，除了工作能力損失的鑑定之外，還負責依據政策來執行所有的業務，只要不違背政策，則有充分的權利制定所有的規範，如：職災申請程序、核定醫療費用、控管所有醫療及重建的品質及費用等等。一般國外政府之勞工主管機關乃是在政策的制定、監督政策的執行、及爭議時的仲裁。以國內目前的情形而言，勞工保險局要像國外之勞工保險機構那樣能夠實際執行所有規範的制定，並能做到工作能力損失的鑑定，恐怕並沒有這樣的能力與人力，因此，是否要開放私人保險來從事或是勞工保險局自己培養或聘僱有此等專業的人員來從事此方面的業務，有待進一步的研究。

在推動職災重建工作的同時，工作能力損失的鑑定應該屬於其中的一部份。因此參考國外模式，建議勞工保險局應該有相關的配套措施包括，包括設立「職災後醫療及重建機構及人員資格認定委員會」、訂定工作能力損失的鑑定準則、醫療及復健標準服務模式及準則、個案管理制度、職場傷害管理計畫等等，以控制職能復健甚至整體職災後重建工作的品質與花費。

（四） 殘廢給付改採失能評估可能面臨的問題

負責提供失能評估的單位機構有三，可簡分為（1）資方：也就等同於國內的勞保局、（2）勞方：個案自由選擇的醫師與醫院，而經政府認可者、（3）第三中立機構。資方機構容易偏袒資方，反之亦然，且不論資方或勞方機構都有監督的困難性，雖然如此，卻比請第三機構認定來的效率高、低成本與資源；而第三機構擁有獨立公正易監督的優點，但耗時耗資源，使勞工獲得權益與賠償的時間拉長，增加勞工在此時期的身心負擔。

在評估原則訂立的過程中，需面臨許多問題。制度面越完整，勞工申請賠償過程中遇到的專業機構就越多，會使受傷勞工喪失越多的隱私權，增加心理壓力。另外，我們

知道幾乎沒有任何兩個失能的案例是相同，但使用越多的工具和條例將案例標準化，取代 case by case 的專業評估，將越容易失去個案的個體性。

當進入法規部分時，亦面臨許多挑戰。若規定個案評定為失能之前必須依醫師指示復健並應表達積極復工意願，優點是讓病患不至於一開始就被歸類為社會上的失能者，增加恢復健康的程度，缺點則是延遲失能賠償的時間並使病患承受不公平的壓力；若對賠償把關較嚴格，雖可防範詐病者，卻使需要幫助的勞工獲得賠償過程複雜並增加不公平性，反之亦然；若以身體失能比例直接換算失能賠償，雖可鼓勵輕微失能者尋求復健與復工，但失能比例低不代表失能情況輕，則低比例失能的勞工可能獲得不公平的賠償金額；如果將薪水與賠償金結合，好處是可以讓失能者回歸社會獲得庇護性工作，卻可能讓失能者為了能繼續此項福利而放棄積極復建，降低完全恢復的機會，並增加詐病的機率；若對於長期失能的個案逐年遞減賠償金，雖可促使病患尋求復建，但對於需依賴此賠償金的個案不公平。

臨床上遇到非常多的個案，獲得傷病給付，卻未達殘障給付標準，往往在獲得兩年或不到兩年的傷病給付後陷入無法工作也無後續賠償的窘境，因缺乏失能評估，個案更需面對「沒有殘廢，看起來好好的為什麼不去工作」的社會壓力，目前台灣需要努力的部份很多。首先，缺乏統一學術失能評估標準，不同機關、不同醫院失能評估方式不同；其次，政府尚未訂立明確法規，無法針對學術失能評估的結果換算合理統一的賠償方式與金額，因為這樣的不確定性，無法確立失能評估介入的時間點，個案不知道何時需要使用失能評估，而失能評估又可以為他們帶來多少保障與賠償？因為如此制度未明，所以急缺單一窗口與諮詢求助管道，當個案有相關需求，應該求助誰？是工會、勞工局、勞保局、法院還是醫院醫師？這些機構之間的關係與連結沒有確立，各自獨立或對立，是平行關係或上下關係？個案須在充滿不確定性中在各機關奔波。當與資方仲裁破裂需進入法律程序時，中央法院是否有明訂公文與規章委託特定醫院醫師或第三機關裁定？

裁定之後的效力如何？都是需要進一步努力的部份，也是今後推動失能評估的重點。

國內除了對於醫療醫師有相當的資格限定，但是對於其他專業人員雖然有專業資格的限制，但是並沒有規定要與工作能力損失的鑑定或是職災重建相關，也沒有職災勞工重建的流程規範與依據，更沒有評鑑職災後重建機構的標準。這樣的結果，會讓國內的職災後重建品質、花費無法監控，職災勞工所得到的服務也參差不齊。如果國內的職災後之勞工補償要朝向「積極性補償」的話，又如果我國之職業傷病診治中心要朝向原來設置目的：「讓職業傷病勞工能夠儘早獲得應有的診療服務，並協助其重返職場」的話，以「個案管理照護模式」將可提供職災勞工工作能力損失的鑑定、醫療復健、職能復健、社會復健、職業重建一貫式的服務，確保職災勞工所獲得的醫療及各項重建是合適且正確的，且能在合理的時間內完成診斷、醫療、復健、補償。

（五） 相關配合要件與建議

我們認為各區「職業傷病診治中心」模式將會是符合未來的趨勢，除了醫師之外，更多的專業介入協助工作能力損失的鑑定過程，包括：職能治療師、物理治療師、語言治療師、醫學工程人員等等。針對「職業傷病診治中心」所提供的服務，已受到服務過的勞工和雇主，以及政府的肯定。如曾經合作過的企業願意將其所有的職業傷病個案都轉介到各區職業傷病診治中心，來接受職業傷病的診斷、工作能力損失的鑑定、與後續之職能復健。其他想要籌設職業傷病診治中心或是職能復健中心的醫療機構，必須先到各區之職業傷病診治中心進行觀摩及諮詢。

從近幾年各區傷病診治中心的經驗中，發現工作能力損失的鑑定在此模式執行時會有專業人力缺乏的主要缺失。過去之職業傷病門診只有醫師兼任幾個門診開立職業傷病診斷書，對於職業傷病的成因及治療的調查及控管都僅能部分參與，無法完全參與，或沒有時間進行；而在職能復健部分也因為無法在原有的醫療復健體系下執行而沒有職能復健。有鑑於上述問題，因此，各區之職業傷病診治中心現在都有專任之主治醫師來管

理、監督、及執行此中心的運作，訓練職業醫學醫師並且讓所有的問題都能夠讓醫師有時間充分的參與，如此專職醫師再搭配個案管理人員，能夠將職災勞工的問題及監控與參與職災勞工的醫療、職能復健、職業重建。此外，職業傷病診治中心也漸漸聘用專任的職能治療師及個案管理師，可以負責個案的管理、工作能力損失的鑑定、及職能復健與職業重建。目前各區職業傷病診治中心，在有限的補助經費下聘用有限的人力，僅能讓少數附近的勞工接受到完整的服務，尤其是工作能力損失的鑑定與職能復健。職能復健的訓練與治療需要一段持續且密集的時間才能完成，職能復健中的職務再設計、工作嘗試或是漸進式復工，都需要到職場中直接進行，有時工作能力損失的鑑定也需要到現場觀摩。因為中心現今最多僅有一名治療師的人力，因此，也無法讓治療師在職場中直接進行這些服務；且如果治療師在職場上提供這些服務，那麼在中心內接受治療的職災勞工就得中斷其治療或訓練，這也不符合職能復健持續及密集的精神。

表15 理想上「職業傷病診治中心」之人力配置與職責

全職專業人數	專業人員類別	專業職責
2	職業醫學專科醫師	職業傷病病因調查及環境測定，職業傷病網內諮詢及輔導，職業醫學相關訓練、教育、與研究，職業傷病診斷、工作能力鑑定、殘廢等級判定，以及相關爭議事項處理。
2	個案管理師	個案管理，通報個案處理，職業傷病網內聯繫
2	職能治療師	職能復健，職能訓練、教育、與研究，職業傷病病因及事故調查。
1	臨床心理治療師	職能復健，職能訓練、教育、與研究。
1	職業專家（工業衛生師）	職業傷病病因及事故調查，環境測定。
2	行政人員	行政事務處理。

我們規劃一個理想「職業傷病診治中心」之人力配置與職責，如表15所示。可以約略估計這樣的人力配置，每年可以從事約600人次的失能評估服務與個案管理，現在國內現有的每間職業傷病診治中心，大致只有理想上的1/3~1/2而已，功能也不甚健全，因此以現在國內設立的八間職業傷病診治中心來估計，每年全國最多也只能進行共約

2000人次的失能評估，依照台灣一年職災人數5000多的職災殘廢勞工的狀況之下，還有一段距離，更不要說勞保殘廢給付每年約35,000勞工全部都要以失能判定作為標準。另外，國內勞工保險其他相關機構如「職業輔導評量中心」、「長期照護中心」或「工作強化中心」等等，都應該沒有這樣完整的人力與規模，足以符合失能評估的要求。

因此，我們建議勞工保險相關單位，未來應該大力支持「職業傷病診治中心」的設立，並強化其已經存在的內部功能，增加專業人員人數及保障其工作。開始進行失能評估時，要分階段實施，從職災勞工開始做起，並且要有相關法令立法的完成、以及前驅研究結果的配合，還在全國勞工團體與社會福利團體的共識之下進行，才能讓失能評估對於勞工保障的效益發揮到最大。

第六章 國內勞工保險殘廢給付之未來展望

勞工保險是台灣給付項目涵蓋範圍最廣，投保人數最多的社會保險，可說是台灣社會安全體系最重要的支柱。目前勞工保險「普通事故保險」當中的給付項目分為：生育、傷病、殘廢、老年及死亡等給付，而「職業災害保險」亦有：傷病、醫療、殘廢及死亡等給付，投保人數高達七百八十萬人。但是勞工保險的給付方式（除住院期間的薪資補貼之外）卻一律採取「一次給付」，為世界其他國家所罕見，特別是在老年、殘廢給付部分，嚴重偏離社會保險給付乃是在「維持喪失工作能力之後的經濟生活安全」的目的。根據統計，自民國 76 年到 90 年，每年職業災害保險殘廢給付人數每年約 4310 件至 7450 件，佔全部職災保險給付之 15~19%。而現行勞保殘廢給付，有學者比喻根本是一種稱斤論兩的「人肉市場」，因為目前殘廢給付是依照「殘廢給付標準表」當中十五個殘廢等級，一次給付保險金額，其普通傷病殘廢從最嚴重的第一等級 1200 日，一直到最輕微的第十五等級 30 日，職業傷害病殘廢，則加給百分之五十，從 1800 日到 45 日。這樣的給付方式忽略勞工因傷致殘之後，因為工作能力的減損所引發的生活照顧與所得維持。

綜觀世界各國的勞工職災殘廢相關保障制度，大都依循「年金給付」以及「勞動能力減損」這兩大原則辦理。以與我國制度最類似的日本為例，其「勞動基準法」與「勞動者災害補償保險」，其對於障害最嚴重的第一級至第七級發給「障害給付年金」，而對於比較輕微的第八等級到第十四等級則發給「障害給付一次給付金」。而德國的「職業傷病保險」，其給付標準則是依據投保薪資和「勞動能力減損」(MdE)的數值（受傷前的勞動能力與受傷後勞動能力之比值）計算而得，而且均採年金給付制(Pension)。而美國則由各州訂定職災補償法，強制所有雇主加入，以愛達荷州(Idaho)為例，永久性障害之給付，除可領到復原期薪資給付之外，更可領到週薪的 55%，其領取的週數則

視障害の嚴重程度而定，例如：肩膀關節殘缺為 300 週。由以上各國的經驗觀之，我國由於不是採行年金給付，所以不同年齡的勞工遭受同樣傷害，其所得到的待遇卻是相同的，這對於較年輕者其後續的漫長生活維持，將無以為繼。另外現行勞保殘廢給付，並沒有考慮到「勞動能力減損」，賦予職業醫學專科醫師審查的空間，沒有以「全人」(whole person) 的角度來判定其失能影響程度並對後續在職場工作上的影響。因此現行勞保的殘廢給付，實在必須隨著老年給付更改為年金制之際，一併將其更改為「年金給付」的方式，符合生活照顧的原則，以擺脫過去的「金錢」交換「失能肢體」模式。更必須加入職業醫學專科醫師對於失能勞工其後續工作能力影響所做的「勞動能力減損」之評估，以照顧不同職業勞工的所得損失，進而落實職災補償的分配正義。

聯合國的研究顯示，身心障礙者的平均餘命比非身心障礙者短少 15 年左右。雖然目前國內欠缺同一主題的基礎研究，但實務發現身心障礙者有提早老化與平均餘命比一般人短的問題，所以勞工保險對年齡、年資等方面的給付條件限制，會使得身心障礙者無緣享受勞保退休給付年金化的保障。為確保身心障礙勞工之權益，應採用「職業輔導評量」做為職能評估之機制，使老化之身心障礙者能夠經過一定程序申請提前退休，領取勞工保險老年給付，以實踐分配正義。

（一）我國勞工保險殘廢給付標準與美國永久障害評估指引之比較

綜觀世界先進國家對於殘廢給付標準之評估，亦逐漸發展為以失能作為評估方式，藉由專業人員組成之評估團隊做綜合判斷，雖然都尚未完全是先前所說的「就業能力」或是「賺錢能力」的評估方式，但其對於身體損傷的評估方式是遠遠比我們來的進步。國際間大多使用美國永久障害評估指引做為身體損傷的評估標準，我們就先拿我國勞工保險殘廢給付標準與美國永久障害評估指引做一比較。

我國勞工保險條例中殘廢給付標準之相關規定，可參見勞工保險條例第五十三至五十七條、及勞工保險條例施行細則之第七十六至八十一條。與美國永久障害評估指引(以

下簡稱 AMA Guide)第五版有關臟器之障害標準比較，兩者之間有以下相異之處：

1. 障害等級不同

勞保條例殘廢給付審核標準中，依等級障害之給付日數分為 15 級；AMA Guide 第五版之障害等級則是以個人之整體障害百分比(%Impairment of the Whole Person)作為區分等級之標準，身體各系統中不同器官，再依不同的整體障害標準以百分比原則分為三至五級，且美國障害等級分級之目的為提供障害分級之專業及客觀標準，並不必然與其給付規定相關。

2. 診斷標準不同

AMA Guide 第五版之障害等級評估標準中，有明確的客觀數據作為區分的原則，如呼吸系統的障害分級，是以肺功能五大項(FVC、FEV₁、D_{co}、V_{o2max}、PC₂₀ mg/ml)的實測值來評估障害之等級；勞保條例中殘廢給付審核標準，則缺乏較明確客觀的證據，雖然規定中有「將障害症狀綜合衡量，永久喪失勞動能力與影響其日常生活活動或社會生活活動之狀況急需他人扶持之情形，比照精神、神經障害等級審定基本原則、綜合審定其等級」之原則說明，但是其「終身不得從事任何工作」則無法有較客觀而科學的方法及檢驗數據來評估。

3. 障害與環境關係不同

AMA Guide 第五版本之障害等級明訂其障害(impairment)為「功能的損失，或任何身體部位、器官組織、或器官功能的擾亂」，並非個體與環境間之障害等級，也就是障害等級之評估與殘障(disability)程度之評估應為兩個不同之領域，殘障(disability)或障礙(handicap)是指個人的需求(個人、社會、職業需要，或規定或管理上的要求)、或生活環境中因障害所造成的失能。勞保條例中殘廢給付審核標準則將人體障害與環境的互動關係共同考量，如上述「終身不得從事任何工作」便將職業因素納入分級標準的評估中，由於不同工作環境對每個人影響程度之差

異，若無受過專業訓練之職業醫師，加上無客觀之標準，則醫師不易有效執評估障害而滋生困擾。

4. 評估原則簡易不同

勞保條例中殘廢給付審核標準相對為較簡化之障害等級評估法，原則簡單，如胸腹部臟器標準中計有 9 項規則，規範了包含胸部、腹部、泌尿及生殖系統中所有器官損傷所造成的障害；而 AMA Guide 第五版之障害等級則分別細述不同器官疾病之障害等級之評估標準，且將診斷之各相關疾病以系統及器官納入評估標準中。

5. 合併障害等級

勞保條例第五十五條中規範殘廢給付標準之兩項障害合併相關事宜，以等級較高之障害為主，再視另一障害等級作為是否再升級之標準；而 AMA Guide 第五版之障害等級則將局部的障害分級以不同的權重(weight)依「結合數值表」(combine value chart)統合為一整體障害及數。

6. 評估施行時機不同

施行障害等級評估的時間在勞保條例中殘廢給付審核標準中，依勞工保險條例第五十三條規定「治療終止」後經診斷為永久殘廢者；而 AMA Guide 第五版中則在治療達「最佳療效」後可實施障害等級之評估，亦即授權醫師依其專業與職權進行永久障害之評估工作，無時效之限制。

7. 明訂障害評估者之資格不同

AMA Guide 第五版之障害評估者為醫師，且需要專業單位訓練之專業醫師；而勞保殘廢給付標準中，並未明定實施障害等級評估者之相關規範，對於協助評估之專業醫師無相關規定與訓練規範。

8. 訂定標準之機關不同

訂定標準之主辦單位不同：AMA Guide 第五版為美國醫學會，屬於執業之醫師團體；我國勞保條例之殘廢給付標準之負責單位為勞工行政單位。

9. 應用及補償制度不同

AMA Guide 第五版僅依醫師之評估，提出身體整體障害百分比，至於障害對於個人之職業、社會之殘障(disability)程度及如何補償，則依個人特質而定，並未規定如何補償，且補償是依一次給付或採年金方式給付，皆未規定；我國之標準，則採用一次固定日數給付方式，強調生命及障害一律等價之原則，另外日本之勞工殘廢等級如為第一至第七等級時，則採用年金給付，此種保障又是我國所不及。

10. 傷病與障害結合之不同

AMA Guide 第五版明定疾病之評估方法與方式，並敘明各種傷病名稱及障害等級，將疾病與障害相結合，才依個別之障害標準評估。最後如為多種器官障害，則依「結合數值表」統整成整體障害百分比；我國則是只有概括規定，並未明白訂定何種疾病或傷害依何種標準評估。

我國勞工保險條例中殘廢給付標準之優點則為原則簡單，相對的它缺乏客觀標準，易生爭議與流弊，且難以訓練協助評估之專業醫師。AMA Guide 第五版之障害分級標準之優點包括：標準客觀，尊重醫療專業，行政與障害評估分流。它的缺點則包括了：需要較長時間、完整謹慎的評估，需要訓練專責的醫師人力。兩者之間如何平衡其優缺點，

值得我們三思。

AMA Guide 第五版是以整體障害百分比表示個人之障害程度，並且每一器官系統之障害有各自不同的標準項目與評估方法，各系統的障害評估方法之注意事項則包括疾病史、測試紀錄、器官機能評估、最終器官損害及診斷，分述各系統之障害評估摘要中。美國之障害分級，是以個人之一般日常生活行動障害程度為評估標準，整體障害的分級並不同於我國之殘廢等級，個人身體障害與工作環境間之障礙，因每項工作內容與性質均有不同，無法一概而論，如何以 AMA Guide 之標準，歸納調整至我國標準則須加入更多的考量，如國情、工業化程度以及法律之完備情況。AMA Guide 第五版中整體障害百分比(% impairment of the whole person)，未討論工作環境之影響，而我國勞工保險條例中殘廢等級標準須考量其工作，因此我國殘廢等級與美國障害等級標準應如何對應，使之合理且能應用實為重要課題，然而在缺乏評估工作環境因素之工具時，也是目前世界各國醫學界難以解決的事情，必須結合更多專業學者及社工共同努力。

現行勞工保險條例之「殘廢等級給付標準」已將殘廢等級分為 15 級，障害百分比與殘廢等級之對應關係，在整體障害百分比低於某標準時，對日常生活活動的影響較小時，可不將此情形視為殘廢，在 AMA Guide 第五版中，多數疾病之第一及障害為「無症狀、未發病時機能正常、輕微的不適或功能異常、控制良好、或無手術後遺症」的情況，其疾病第一級之整體障害百分比絕大多數為 0%~9%，故我們不應將其列為殘廢等級。

另外根據行政院勞工委員會 88 年 5 月 7 日函示增列之『勞工保險塵肺症障害等級肺功能損失程度審定標準』，係依照肺功能損失程度與殘廢等級之對應關係，(如表 16)我們依據此表之原則，利用百分比原則，類推適用於胸腹部臟器之其他器官系統。

表 16 勞工保險塵肺症之殘廢等級與美整體障害百分比之對應表

我國殘廢等級	0	第 12 級	第 7 級	第 3 級	第 2 級	第 1 級
給付日數	0	100	440	840	1000	1200
美國障害等級	第一級	第二級	第三級	第四級	第四級	第四級
整體障害百分比	0~9%	10~25%	26~50%	51~100%	51~100%	51~100%

若依上述之原則，將勞工保險條例中胸腹部臟器之殘廢給付標準，與利用美國指南

第五版更新之殘廢等級互相比較，依勞工保險條例與美國指南第五版之分級標準內容可

以直接比較之十二項診斷標準分別列出，如下表 17。

表 17 與勞工保險條例殘廢給付標準以新法更新與原殘廢等級之比較

已有勞保條例殘廢給付項目	我國殘廢等級	美國指南第五版障害百分比	對應方法殘廢等級
一、胰臟切除	第九級 (280 日)	*胰臟全切除 50%~75%	三
		*胰臟次全切除 10%~24%	十二
二、膀胱機能完全喪失者	第三級 (840 日)	41%~70%	三~六
三、膀胱括約肌變化所致之尿失禁	第十二級 (100 日)	16%~40%	八~十
四、一側腎臟切除或一側萎縮完全無功能者	第九級 (280 日)	0%~14%	十三
五、陰莖大部份缺損或癰痕等畸形，致性行為不能，因而喪失生殖機能者	第十一級 (160 日)	**陰莖切除者 50%、43%、36%	三~四、五~六、七
		**陰莖未切除者 30%、20%、10%	七、十二、十二
六、喪失兩側睪丸，致不能生育者	第十一級 (160 日)	16%~20%	十二
七、因骨盤環骨折引起勃起中樞神經病變所致之陽痿者	第十三級 (60 日)	**30%、20%、10%	七、十二、十二
八、未滿四十五歲，原有生殖能力，因傷病切除兩側卵巢或子宮，致不能生育者	第十一級 (160 日)	26%~35%	七~九
九、因癰痕致腔口窄狹，陰莖不可能插入，致性行為不能，因而喪失生殖機能者	第十一級 (160 日)	26%~35%	七~九
十、尿毒症	第七級 (440 日)	60%~95%	二~三
十一、單側乳房切除遺存畸形者	第十三級 (60 日)	無	無
十二、雙側乳房切除遺存畸形者	第十一級 (160 日)	無	無

絕大多數的醫學會與勞工組織都贊成更新我國之殘廢給付標準，使之能有較為客觀之證據，然而在中美兩國標準結合之際，各器官間之障害百分比與工作環境之關係是否亦相同百分之百類推適用，則是一個顯然存在的問題，我國勞保條例殘廢給付標準，經參考 AMA Guide 第五版修正更新後，優缺點表列如下：

表 18 我國勞保條例殘廢給付標準參考 AMA Guide 第五版修正更新後之優缺點

優點	缺點
1. 與世界標準接軌：目前 AMA Guide 於歐、美、澳、紐、南非等國均採用此書為障害評估，並作為傷害、殘廢、職災給付之準則，我國勞保條例之殘廢給付標準採用 AMA Guide 第五版修正後，除了可以較為明確之一並檢驗數值與臨床表徵，作為各等級障害區分標準，也可以將我國的殘廢給付標準跟上世界潮流。	1. 更新之障害標準中增加了多種常見疾病，如高血壓、糖尿病、冠狀動脈心臟病及肝硬化等疾病，由於本計劃之胸腹部臟器之殘廢等級評估須符合診斷及各級標準，需要有受過訓練之專業醫師及行政配套措施，以避免對社會、對勞保之財政及業務產生衝擊。
2. 傷病與障害合一：我國原本之標準僅泛稱「遺存障害致無法工作或需他人扶助」等條件為給付標準，或是「心臟移植、肝臟切除等手術後遺存功能障害者」為給付標準，本研究依美國指南之精神，將傷病名稱、診斷方法及障害程度均作表及詳細說明，給付之條件必須有精確之疾病診斷及障害評估方法方可能得到給付。	2. AMA Guide 第五版中消化系統之障害等級，係依個人之「期望體重」而定，由於國人身高體重未必與美國相同，且衛生署公佈國人「理想體重」一覽表，故我國“似乎”應以衛生署之理想體重為診斷依歸，可是是否能如此簡單就予以適用，在講求實證醫學之現代，可能要先做必要之評估再予以執行。
3. 明確定義障害等級：更新之障害標準中有明確之疾病定義與該疾病之障害分級，可利用既有的資料庫執行財政與行政之評估。台灣自民國八十四年三月實施全民健保，相關傷病資料皆已電腦化，國人健康情況如有明確之疾病分類，評估其所造成之衝擊將更為方便簡單。	3. 合併美、日障害標準，無法同時面面俱到。日本之標準為「終身不得從事工作」，而美國之標準為「參考障害對日常生活的影響」，在合併過程中無法各項標準皆符合兩者之原則，是否在執行初期能取其中庸之道，以客觀易行又不抵觸者，先行適用，值得考量。
4. 標準透明公開，減少爭議。	
5. 重症者不易造假：各疾病如以達到殘廢等級，多數需要大型醫院之檢查，重症者自大多數有住院之長期且完整之病歷，提出申請時不易造假。	
6. 訓練教材：本計劃提出更新之殘廢等級，有較客觀且完整之補償標準，可作為勞保殘廢給付特約醫師之訓練教材標準。	

7. 勞保健保得以接軌與便民：傷病分類方式整合後，殘障評估得以如衛生署之重大傷病等措施合併執行，減少患者家屬奔波於兩大保險系統。	
--	--

（二）殘廢給付標準表修正

勞工保險殘廢給付標準表目前為勞工保險條例之附表，修正時須經修法程序，致法制上較為僵化。鑑於醫療科技進步及殘廢給付業務實務經驗，殘廢給付項目逐漸被發掘及變動，未能適時保障被保險人權益，於 95 年 4 月 28 日送立法院審議「勞工保險條例部分條文修正草案」將殘廢給付標準表授權由中央主管機關定之，並將名稱定為「勞工保險殘廢給付標準」，目前正由立法院審議中。

現行殘廢給付標準表在民國 68 年勞工保險條例修正時，並同修正施行，迄今逾 28 年，該期間為加強保障遭遇殘廢事故被保險人之保險給付權益，行政院勞工委員會適時補充增列或函示發佈多種障害項目及審查標準，但因該表附註有關障害項目說明之醫學名詞有所變動或更新，致在給付作業上容易遭受質疑及衍生爭議，或因部分障害項目之審定標準較無法明確判別殘廢等級，或因給付作業審核需要而需增訂相關障害項目之審查標準，或因整體衡平性之考量而須調整部分項目之殘等及增、刪部分障害項目，有修正之必要，原立法院研議修正方向如下：

1. 將障礙種類分為精神障害、神經障害、眼障害、耳障害、鼻障害、口障害、胸腹部臟器(含外生殖器)障害、軀幹障害、頭臉障害、皮膚障害、上肢障害及下肢障害等 12 種，並將障害狀態、障害等級、給付標準及障害審核等事項，以附表明定。
2. 調整障害等級第 1 級之給付標準由 1200 天提高至 1350 天。
3. 明訂請領殘廢給付應備書件及殘廢診斷書開具之醫院層級。
4. 明訂殘廢給付請求權時效之起始日及醫療院所應將殘廢診斷書於 3 日內發給被保險人或直接寄給保險人。

5. 明訂「治療終止」之定義。
6. 明訂「身體同一部位」之定義。
7. 授權由中央主管機關補充增定殘廢給付項目。

此外，在殘廢給付以身體障害程度改採失能判定的過渡期，亦可考量將我國勞保條例殘廢給付標準，經參考 AMA Guide 第五版修正更新，讓國內一般判定的專科醫師有一段適應期，而後再經過修法以及相關配套措施（如職業傷病診治中心的人力與機構數量）的改善，過渡至失能判定以就業或賺錢能力的損失，來衡量勞工應得的賠償。

（三）改採年金給付制度

目前勞工保險殘廢給付是採一次現金給付方式，容易有通貨膨脹或投資不當之風險，無法提供喪失勞動能力者所需長期生活照顧，且一次領取大筆現金，亦造成作假風險或故意不做復健，以領取更高等之給付，而喪失了給付的目的。

以世界各國之趨勢，88.7%國家對於重殘者係採取發給「障礙年金」，我國於 91 年所召開的全國社會福利會議，結論認為應儘速完成建立勞保年金制度，因此，行政院勞工委員會於 92 年以老年年金制度作先期規劃，並將其制度內涵納入「勞工保險條例修正草案」送立法院審查，目前正在立法院研議中。其重點如下：

1. 年金給付條件

殘廢程度符合殘廢給付標準規定終身不從事工作之項目者。

2. 給付標準

（1）普通事故障礙年金

按被保險人投保薪資×年資×1.3%發給，但計算後之金額不足 4000 元者，按 4000 元發給。如：

A：甲先生因車禍受重傷成為植物人，終身不能從事工作，符合障礙年金

請領條件，他參加勞保年資已有 20 年，平均月投保薪資為 30,000 元，

他可請領年金金額為： $30,000 \text{ 元} \times 20 \times 1.3\% = 7,800 \text{ 元}$ (每月)

B：乙先生車禍受重傷成為植物人，終身不能從事工作，符合障礙年金請領條件，他參加勞保年資僅有 5 年，平均月投保薪資為 40,000 元，他可請領之年金金額為： $40,000 \text{ 元} \times 5 \times 1.3\% = 2,600 \text{ 元}$ 但因計算後金額不足 4,000 元，所以每月按 4,000 元發給。

(2) 職災事故障礙金

普通事故障礙年金標準+平均月投保薪資 20 個月之一次金。

3. 障礙程度不符合障礙年金條件者，依殘廢給付標準表規定發給一次金。

(四) 職業災害保險獨立立法

現行勞工保險採綜合保險制度，包含普通事故保險及職業災害保險，不像日本、美國等國家之職業災害保險採以單獨立法方式，所以在制度設計上與其他先進國家有所差異及限制，我國職業災害保險需配合普通事故保險辦理，但隨著勞動型態日益多樣化，常有勞工因為參加勞保而無職災給付保障現象產生。此外，我國對於勞工職災預防、補償及重建之照顧規劃，雖已有健全保障及整體架構，惟相關法令規定散佈於勞動基準法、勞工保險條例、就業保險法、勞工安全衛生法、職業災害勞工保護法、職業訓練法及就業服務法。

普通事故保險是以保障個人為主的社會保險，其保險效力的發生或停止幾乎與商業保險相同，但職災保險強調是雇主責任，縱使投保單位未依規定辦理加保手續，但在無過失責任貫徹雇主損害賠償責任的原則下，就需跳脫個人加保模式，以團進團出的方式，只要是在雇主的場所提供勞務者，就由雇主負起最終職災損害賠償責任。因此，將職業災害保險與普通事故保險脫鉤，是有其必要性。為因應職災勞工實際需要及世界潮流趨勢，亟需將目前散落於各勞動法規中之預防、補償及重建制度整合，建立一套完整之職災保險體制，以減少職災發生率及讓職災勞工在傷病後能早日安全重返工作，使職

災預防、補償及重建密切結合。因此，勞委會現階段將積極研擬勞工保險由綜合保險性質，改採分項保險辦理，將職業災害保險獨立普通事故保險之外，採專章立法，未來則進一步研議規劃職業災害保險單獨立法，使職災預防、補償及重建密切結合，期能提供勞工安全之工作環境，確切保障職災勞工及其眷屬基本生活，並使其能儘速重返工作職場之要旨。

（五） 結語

我國勞工保險制度施行至今超過半世紀，被保險人發生殘廢事故時，仰賴殘廢給付維持經濟生活的個案數已突破60萬個勞工，給付金額高達1,068億元，對於勞工而言，殘廢給付實屬不容忽視的社會安全保障制度。隨著時代的變遷，年金給付已成為殘障給付規劃的重要課題，為使勞工發生殘廢事故後長期生活照顧獲得完善的保障行政院勞工委員會將積極檢討修正相關規定，俾使殘廢給付制度更為完備，周延保障勞工生活。

參考文獻

- A discussion of gender specific worklife expectancy. VE Insight 1999; 2:1-4. <http://www.vocecon.com>.
- American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment, ed 5, Chicago, 2001.
- Berger ML, Murray JF, Xu J, Pauly M. Alternative valuations of work loss and productivity. J Occup Environ Med 2001;43:18-24.
- Dictionary of occupational titles (4th ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986.
- Diorio PG & Fallon LF: Workers' compensation, impairment and disability.
- Gamboa AM Jr, Holland GH, Tierney JP. Assessing work and earning capacity. Advan Clin Rehabil 1988;2:6-36.
- Gunderson M, Hyatt D: Some benefit considerations in workers' compensation Vancouver, British Columbia: Royal Commission on Workers' Compensation in British Columbia, 1998. <http://www.qp.gov.bc.ca./rcwc/research>.
- Ison TG. Workers' compensation systems, overview. In: Stellinlan JM, McCann M, Warshaw L, Brabant C, Frinklea J, et al. (eds.): Encyclopaedia of Occupational Health and safety (4th ed.). Geneva: International Labor Office, 1998.
- Jang Y, Hwang MT, Li WS. A work-oriented Occupational Therapy program f

- or individuals with physical disabilities. *Occupational Therapy International*. 1997;4:304-316.
- Jang Y, Li WS, Hwang MT, Chang WY. Factors related to return to work following a work-oriented Occupational Therapy program for individuals with physical disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1998;8:141-151.
- Law DK. Worker employability and earning capacity. Report the Royal Commission on Worker' Compensation in British Columbia, 1998.
- Münchener Rück Munich Re Group. Assessing disability: An international comparison of workers' compensation systems. German: Author, 2004.
- Perrin, Thorau & Associates Ltd. Comparative review of workers' compensation systems in select jurisdictions - Final reports update. Vancouver, British Columbia: Royal Commission on Workers' Compensation in British Columbia, 1998. <http://www.qp.gov.bc.ca/rcwc/research>.
- Philadelphia, PA: Occupational Medicine: State of the Art Review 1989;4:145-151.
- Ranavaya, MI, Rondinelli RD: The major U.S. disability and compensation systems: Origins and historical overview. In: Rondinelli RD, Katz RT (eds.): *Impairment rating and disability evaluation*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.
- Rey P, Lesage M: Workers' compensation systems, topics. In: Stellman JM, McCann M, Warshaw L, Brabant C, Frinklea J, et al(eds.): *Encyclop*

- International Labour Office, 1998.
- Social Security Administration: Social security programs throughout the world 1999. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1999.
- Sum J, Stock L, Darling G, Oliver K, Mathes P, Gumpert R. Workers' compensation in California: A guidebook for injured workers. CA: Institute of Industrial Relations, Labor Occupational Health Program, and California Commission on Health and Safety and Workers' Compensation, 2005.
- U.S. Department of Labor, Employment and Training Administration. Selected characteristics of occupations defined in the Dictionary of Occupational Titles. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1981.
- Vocational Assessment of Lost Earnings (VALE). Accessed date: 2007/3/9. <http://www.vocecon.com/metrics/pdf/files/ordrform.pdf>
- Vocational Economics Inc. <http://www.vocecon.com>
- 中華民國統計資訊網。Accessed date: 2007/3/9.
- 王國羽、陳美津、蘇純瑩（民 87）：傷殘勞工職業復健網路建立模式之研究——以嘉南地區為例。台北：行政院勞工委員會安全衛生研究所。
- 財團法人勞災保險資訊中心（2005），<http://rousai-ric.or.jp/index.htm>
- 勞保局資料庫，2004。
- 黃曼聰、張彥、李文淑、褚增輝、黃小玲（民 86）：職災勞工職業復健研究職業復健與工作強化模式研究。台北：行政院勞工委員會安全衛生研究所。

葉琇珊(譯)(民 90)：身心障礙者重返勞動市場—歐陸各國政策的比較，台 北：洪葉文化事業有限公司。譯自：Klosse S, Uijl SD, Bahlman T, Schippers J: Rehabilitation of partially disabled people: An international perspective. Amsterdam: Thesis Publisher, 1998.

獨立行政法人高齡、障礙者僱用支援機構 (2005)，<http://www.jeed.or.jp/>

謝榮堂 (民 90)：社會法規彙編。台北：元照出版有限公司。

附錄一

「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」座談會會議紀錄

一、時間：96 年 9 月 19 日下午 13 時 30 分

二、地點：台北市中正區徐州路 17 號台大公共衛生學院 422 會議室

三、主持人：成大醫院職業及環境醫學部 李永凌助理教授

記錄：柳鳳玉

四、出席單位及人員：

台灣大學職能治療系張彧助理教授

成功大學職能治療系張哲豪老師

成大醫院職業及環境醫學部郭浩然主任

立法院王榮璋委員助理黃淑芬小姐

工作傷害受害人協會楊國楨先生

伊甸社會福利基金會馮彩蓮小姐

財團法人愛盲基金會阮文瑞先生

工作傷害受害人協會林淑真理事、

台大職業醫學與工業衛生研究所王嘉琪小姐

五、討論事項：

(1)主持人：李永凌助理教授

承接這個計畫壓力很大，勞保局要求要找勞工及社會福利團體以及各專家提供意見，請大家提供意見。

(2)立法院王榮璋委員助理 黃淑芬小姐

王委員的意思是，工作能力喪失的評估是很專業的東西，他絕對尊重專業。從頭到尾他所堅持的是「勞工保險殘廢給付要年金化」，而非失能判定。年金化要評估工作能力損失的程度，而不是像現在表列秤斤賣肉計算。現在因為有身心障礙

者權利保護法，所以裡面的身心障礙定義是很清楚的。因此，工作能力損失時，不能用「障礙」這二個字，因為有法定的定義；而「失能」這二字就較無法律上的定義。不知為何勞保局會覺得委員很在乎失能判定的機制？重點在於「不要像現在當殘廢給付發生時依表賠判」，之後的「職業重建」都不管。

(3)工作傷害受害人協會 楊國楨先生

對中重度職災的勞工而言，年金的支付才能真正照顧到他們的需求。職災給付的判別是考慮受傷前的損害？還是往後生存的考量？失能的標準應該考慮：壽命的損害？還是考慮之前能力的損害？很多發生職災的勞工，大都就近找健保醫院處理，不太會大老遠跑到有職業病門診的大醫院就診，根本不知勞保有職傷門診單，所以有很多權益都喪失了。

(4)財團法人愛盲基金會 阮文瑞先生

身心障礙者的考量，是災後的給付。如能將身心障礙者權利保護法的概念引進來作為基礎，是較有幫助的，除非這個法將來會廢除。

(5)伊甸社會福利基金會 馮彩蓮小姐

我來聽這個會，是因為這個題目和保險有相連性，所以我先來了解一下。

(6)工作傷害受害人協會 林淑真理事

為何公務員、軍人於公務上發生意外時，國家要養他一輩子。而勞工於工作中發生職災，卻不能得到相同的照顧？政府若能落實到每一個老闆都能以勞工實際的薪水投保，那勞工若發生職災時，至少 2 年的復健費用不致使勞工生活發生困難。職災的申請限制 2 年內必須辦理，這也是不合理的。這也是造成勞保黃牛的主因。殘廢給付年金化，才不致造成階級複製。另外，職能治療的復健也必須照顧，使勞工能再站出來工作。

(7)成大醫院職業及環境醫學部 郭浩然主任

年金化是給付的方式，失能是職能判定的標準，這二個不一定要掛鉤在一起，應該分開探討。職災門診常碰到的問題是，大部分的雇主不願開職傷門診單，而依勞保局規定職傷門診單只有雇主可以開，若雇主不願意開，需提出訴願並經查屬實，才可以開。這種情況下，很多勞工為免麻煩或急於診治，大都以健保就診。

(8)成功大學職能治療系 張哲豪老師

失能判定之後的配套，如何依循？才是最重要的。原來的表已經用很久了！後面的配套跟前面的配套間，反而有很多東西要做，至少有個方向，不管5年、10年都沒關係，只要方向正確，那就差不多了！職災發生有無適當診治？有無通報？之後有無加入工作強化？失能判定之後，有無職業輔導評量？可否有開發其他工作的機會？這些都牽涉到給付，都應該要一直做下去。

(9)台灣大學職能治療系 張彧助理教授

一開始我們研究目前15等級的殘廢給付表，有無不適用之處？失能鑑定方面，我們很早就列出：失能跟損傷的部份是完全不一樣的。而失能判定是在醫療之後或是職能治療之後？若在醫療之後就判定，似乎也不公平。失能判定在職業輔導評量而言，是就業能力方面評估的參考。

(10)台大職業醫學與工業衛生研究所王嘉琪小姐

重殘者之給付，以年金化支付，主要是因平均餘命比預期中來的長。

六、散會：下午16時30分

附錄二

96 年度委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」

企劃書審查會議紀錄

一、時間：96 年 4 月 13 日(星期五)上午 9 時

二、地點：本局 12 樓會議室

三、主持人：蔡委員兼召集人吉安

記錄：蔡馥卉

四、出(列)席單位及人員：

謝委員清麟、郭委員育良、李委員松林、黃委員麗珍、鄭委員清風、國立成功大學醫學院附設醫院李永凌醫師、勞委會勞保處孫傳忠、企劃室彭研究員德明、資訊室李聿修

五、討論事項：

(一)郭委員育良：

本研究案範圍極廣，包含蒐集參考國外相關資料；比較目前勞保殘廢給付與改採失能判定兩者之差距；提出改採失能判定流程之建議；評估醫界有無能力作失能判定；勞保局及各界相關團體能否接受新制等等，應無法一次完成研究，勞保局可思考此次主要研究目標為何。

(二)謝委員清麟：

1. 建議將本次研究定位為探索性質，待全面了解殘廢給付改採失能

判定之可行性及困難性後，未來再朝此方向作進一步研究規劃。

2. 請研究單位與勞保局、社福團體及殘障人士做充分配合溝通。

勞保局可設立特別業務窗口，隨時與研究單位做政策及資訊上之交流。

(三)李委員松林：

1. 建議本案朝失能判定制度面著手研究，待整體規劃成熟並獲上級機關核可，再進行細部規劃。
2. 請先評估究應參採國外何種失能判定制度，方最符合國情需求，並研擬相關配套措施及須耗時多久建制，另提出改制過程中各界可能之衝擊與反應。至各殘廢狀況如何判定與給付，則列為下一階段之目標。
3. 文獻及資料蒐集極重要，規劃辦理兩次專家學者會議，建議改為與社福及勞工團體討論及說明，待廣蒐各方意見成離型後，再比較新舊制之差異性。

(四)黃委員麗珍：

企劃書內容偏重論述職災意外、職災保護及殘廢重建等議題，且與目前殘廢給付標準表相較，僅以手部外傷作為失能判定之案例分析，似不合比例。

(五)鄭委員清風：

本研究案應非僅侷限於職災及職能重建，且亦須考量經費是否足夠。另失能判定制度請連同法制面、電腦系統建置面一併納入規劃。

(六)勞委會勞保處孫傳忠：

1. 建議加強各國失能判定制度之研究，蒐集官方資料，俾能有系統性及全面性瞭解各國制度之作法，進而歸納分析適合我國改制方向之建議，以供政策參考。
2. 現於立法院審查之身心障礙者保護法修正草案，有關障礙程度鑑定部分，亦朝失能認定方向修正，參考聯合國世界衛生組織頒佈之「國際功能、障礙與健康分類系統(簡稱 ICF)」作為分類標準依據，故建議本委託研究亦能將其納入參考。

(七)蔡委員兼召集人吉安：

1. 何種失能判定制度最符國情且反彈聲浪最小，應為最主要之研究方向。
2. 請提出採行制度之衍生問題，以及對殘廢者將產生何種衝擊，例如失能判定期間可能須長達數月、醜形但未失能者將無法獲得給付等。
3. 失能判定制度之大方向確定後，再深入進行細部子計畫之研究。

六、決議事項：

1. 本企劃書審查通過，請研究單位依各審查意見辦理。
2. 勞保局業務窗口由給付處擔任。

七、散會：上午 10 時 10 分

附錄三

96 年度委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」

期中報告審查會議紀錄

一、時間：96 年 9 月 17 日(星期一)下午 2 時

二、地點：本局 12 樓會議室

三、主持人：蔡委員兼召集人吉安

記錄：蔡馥卉

四、出(列)席單位及人員：

謝委員清麟、郭委員育良、梁委員蕙雯、李委員松林、黃委員麗珍、國立成功大學醫學院附設醫院李永凌醫師、勞委會勞保處孫傳忠、企劃室楊主任茂山、彭研究員德明、給付處傅科長完珍、郭麗梅

五、討論事項：

(一)謝委員清麟：

針對殘廢給付改制，請研究單位建議一最適合國內環境之可行方法。

(二)李永凌醫師：

在人力不足之情況下，建議殘廢給付不立即改採失能判定，可先參考日本制度及勞工團體意見，修正現行勞工保險殘廢給付標準表。

(三)郭委員育良：

1. 請就現行及改採失能判定後之殘廢給付制度，進行綜合比較。
2. 請評估澳、德、美、日、星等國之制度何者較符合國情，另可考量於勞工團體說明會時，徵詢其意見。

(四)梁委員蕙雯：

1. 就勞工之需求面而言，若制訂更繁瑣冗長的判定制度，恐無法降低其對殘廢給付制度之不滿。
2. 職能治療、職業重建等不宜在此論述；所有比較分析可更細部或表列化。
3. 請提供歷年普通事故及職災之各項殘廢給付數據，例如案件數量、殘廢類型及就診科別之分布，以做為日後建制作業之參考；並請呈現國外(例如美國加州)失能判定相關機構之數目、核發時間及流程等數據。
4. 結論應陳述改採失能判定後「實務」上而非「觀念」上之困難。

(五)李委員松林：

1. 請補充敘明報告內容偏重論述職災，係因國外失能判定制度與職災之相關性，及未來國內改制時，不論普通事故或職災均適用。
2. 若無法修正現行之殘廢給付標準表，則應提出第 2 可行方案，以及建制之時間、困難並說明新制是否符合勞工之期待。
3. 於勞工團體與會時，請說明改採失能判定之影響及困難。

(六)勞委會勞保處孫傳忠：

1. 請補充國外制度有關普通事故之殘廢給付失能判定相關作法，並與職業災害失能判定作法比較。
2. 報告中「國內勞工保險殘廢給付改採失能判定之相關配合要件」，請針對我國如規劃採行各國失能判定作法時，現行制度應如何修正，或需重新建置，分析論述應更詳盡，再總結以我國適採何種制度，以利進行下一階段之研究方向。
3. 請確認報告第 4 頁比利時之相關數據。

(七)企劃室楊主任茂山：

建議以實例比較國內與國外現制下，自就診至取得給付之時間、流程及配套措施之具體差異，以探詢被保險人對新制之接受程度。

(八)企劃室彭研究員德明：

請考量當更多專業人員介入失能判定之鑑定過程，行政成本增加之幅度。

六、決議事項：

1. 本期中報告審查通過，請研究單位依各審查意見增修研究內容。
2. 期末報告初稿請依限於 10 月 18 日前提交，俾召開審查會議，並於 11 月 30 日前提交正式報告。

七、散會：下午 15 時 00 分

附錄四

96 年度委託研究「勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究」

期末報告審查會議紀錄

一、時間：96 年 10 月 29 日(星期一)下午 2 時

二、地點：本局 12 樓會議室

三、主持人：李委員松林^代(蔡委員兼召集人吉安出差) 記錄：蔡馥卉

四、出(列)席單位及人員：

謝委員清麟、郭委員育良、黃委員麗珍、國立成功大學醫學院附設醫院李永凌醫師、
勞委會勞保處孫傳忠、企劃室楊主任茂山、彭研究員德明、給付處傅科長完珍、郭
麗梅

五、討論事項：

(一)謝委員清麟：

請說明勞工團體座談會中主要意見為何；若其與政策方向及研究目標不一致，

請研究單位提出看法。

(二)李永凌醫師：

座談會中主要認為應將勞工保險殘廢給付予以年金化，至是否改採失能判定較

無意見，另立法院王榮璋委員助理亦傳達委員係持相同看法。

(三)郭委員育良：

1. 請更正文中 AMA Guide 誤植為 AMA 「Guid」之處；p1 以我國制度「模仿」

最多的日本為例、「是一個非常不符合人道關懷的制度」，請酌修以較委婉之

語意表達；p81 王嘉琪小姐之意見似有誤，請確認其是否欲表達「平均餘命

比預期中長」。

2. 不論未來政策走向為何，仍請就本委託研究之主題彙整結論，並以更方便閱讀的方式將結論之優缺點具體表列化，俾供抉擇或進一步研究。

(四)李委員松林：

1. 請將改採失能判定後所需之人力(例如專業人員之類型、培育時點及內容…等)及機構(例如重新設置或就現有機構擴充)等配套措施，以條列化呈現；若判定案件數量龐大，請說明改制是否分階段實施。
2. 請檢視全文並修正錯別字；若摘錄其他報告之內容，相關主詞用語應一併調整。

(五)黃委員麗珍：

1. 未敘明勞工保險殘廢給付如何由目前以身體的障害程度來衡量，過渡至失能判定以就業或賺錢能力損失程度來衡量之過程及方法。
2. 請說明身兼數職之勞工，在改採失能判定後如何評估其就業或賺錢能力。
3. 目前勞保及農保之殘廢給付適合 2 障害項目以上時係採最低保障之觀念，但失能判定之就業能力或賺錢能力評估似採完全保障，請說明此是否與現行之社會保險相扞格。

(六)勞委會勞保處孫傳忠：

1. 請確認立法院王榮璋委員之意見是否為座談會上由其助理傳達「勞工保險殘廢給付要年金化，判定方式不重要」之說法。
2. 請綜合所蒐資料及座談會意見提出失能判定究採何種方式較佳，將研究結論之論述以流程表呈現，以了解改制之工作項目及所需人力。
3. 請補充敘明本研究結論係蒐集參考國外職災之殘廢給付而得。

(七)傅科長完珍：

1. 請說明失能判定之運作模式可否參採已有一段運作期之機構(如長期照護中心或職業傷病診治中心等)；另 85%之殘廢給付屬普通事故，案件數量龐大，職業傷病診治中心是否有能力處理？
2. 請評估一般專業醫師或職業醫學專科醫師何者才有能力依 AMA Guide 調整修正現行殘廢給付標準表。

(八)企劃室彭研究員德明：

有關描述現行勞工保險殘廢給付制度之「銀貨兩訖」、「給錢走人」、「眼不見為淨的金錢交換失能肢體模式」等類似語句，建議予以省略。

六、決議事項：

本期末報告審查通過，請研究單位依各審查意見增修研究內容，並依限於 11 月 30 日前提交正式報告。

七、散會：下午 3 時 05 分

附錄五

期末報告審查意見答覆及修改說明

審查意見	答覆及修改說明
請說明勞工團體座談會中主要意見為何；若其與政策方向及研究目標不一致，請研究單位提出看法。	勞工團體的主要意見已經列於附錄中，並已依照委員指示在報告中提出看法。
請更正文中 AMA Guide 誤植為 AMA 「Guid」之處；p1 以我國制度「模仿」最多的日本為例、「是一個非常不符合人道關懷的制度」，請酌修以較委婉之語意表達；p81 王嘉琪小姐之意見似有誤，請確認其是否欲表達「平均餘命比預期中長」。	已再次確認並且依照委員指示修正。
不論未來政策走向為何，仍請就本委託研究之主題彙整結論，並以更方便閱讀的方式將結論之優缺點具體表列化，俾供抉擇或進一步研究。	已依照委員指示彙整結論，儘可能地說明優缺點並且表列化。
請將改採失能判定後所需之人力(例如專業人員之類型、培育時點及內容…等)及機構(例如重新設置或就現有機構擴充)等配套措施，以條列化呈現；若判定案件數量龐大，請說明改制是否分階段實施。	已依照委員指示修正，條列化說明職業傷病診治中心的配套措施，使之有能力處理龐大的案件數量，並且分階段實施。
請檢視全文並修正錯別字；若摘錄其他報告之內容，相關主詞用語應一併調整。	已依照委員指示修正。
未敘明勞工保險殘廢給付如何由目前以身體的障害程度來衡量，過渡至失能判定以就業或賺錢能力損失程度來衡量之過程及方法。	已說明希望先修正殘廢給付標準表，以身體障害程度衡量失能程度，並且條列化說明職業傷病診治中心的配套措施，使之有能力處理龐大的失能判定案件數量，並且分階段實施。
請說明身兼數職之勞工，在改採失能判定後如何評估其就業或賺錢能力。	身兼數職的勞工在國內是常見的現象，但失能評估總要以「賺錢能力」或是「就業能力」當作標準，這也就是我們在一開始就說明失能評估是一種非醫學概念，是一個法律上的名詞，實際作業上，要由職業評估專家做一綜合判定，決定失能勞工的「賺錢能力」或是「就業能力」。
目前勞保及農保之殘廢給付適合 2 障害項目以上時係採最低保障之觀念，但失能判定之就業能力或賺錢能力評估似採完全保障，請說明此是否與現行之社會保險相扞格。	已依照委員指示修正並說明。
請確認立法院王榮璋委員之意見是否為座談會上由其助理傳達「勞工保險殘廢給付	已依照委員指示確認。王委員的意思，工作能力喪失的評估是很專業的東西，應該

要年金化，判定方式不重要」之說法。	信任專業人員，進行更進一步的研究來改善給付制度。王委員希望目前改進的是「勞工保險殘廢給付要年金化」，而非失能判定。
請綜合所蒐資料及座談會意見提出失能判定究採何種方式較佳，將研究結論之論述以流程表呈現，以了解改制之工作項目及所需人力。	已說明希望先修正殘廢給付標準表，以身體障害程度衡量失能程度，並且條列化說明職業傷病診治中心的配套措施，使之有能力處理龐大的失能判定案件數量，並且分階段實施。
請補充敘明本研究結論係蒐集參考國外職災之殘廢給付而得。	已依照委員指示修正。
請說明失能判定之運作模式可否參採已有一段運作期之機構(如長期照護中心或職業傷病診治中心等)；另 85%之殘廢給付屬普通事故，案件數量龐大，職業傷病診治中心是否有能力處理？	已依照委員指示修正，儘可能說明職業傷病診治中心是否有能力處理龐大的案件數量。
請評估一般專業醫師或職業醫學專科醫師何者才有能力依 AMA Guide 調整修正現行殘廢給付標準表。	在給付標準表修正後，應該一般專業醫師即可根據判定說明進行評估。
有關描述現行勞工保險殘廢給付制度之「銀貨兩訖」、「給錢走人」、「眼不見為淨的金錢交換失能肢體模式」等類似語句，建議予以省略。	已依照委員指示修正。

勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究
編印者：行政院勞工委員會勞工保險局
出版機關：行政院勞工委員會勞工保險局
地址：台北市 100 中正區羅斯福路一段四號
電話：(02)23961266
傳真：(02)23416231
網址：<http://www.bli.gov.tw>
出版日期：中華民國九十六年十一月
工本費：每本新台幣100元整