

計劃編號：BLI95-02

行政院勞工委員會勞保局委託研究報告

勞工保險殘廢給付『精神障害』 等級及審查標準之研究

研究主持人：邱偉哲 醫師

計劃主辦單位：行政院勞工委員會勞工保險局

研究期間：中華民國九十五年五月十八日

至中華民國九十五年十一月三十日

印製日期：中華民國九十五年十一月

*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. 4
第一章 前言	p. 5
第二章 給付申請案件之整理與爭議案件監理會審議結果	p. 8
第三章 國內外相關文獻之回顧	p. 21
第四章 本研究專家會議之結論	p. 32
第五章 建議與討論	p. 46
第一節 新建議之勞工保險殘廢診斷書『精神障害』評估	p. 46
第二節 新建議之勞工保險殘廢給付『精神障害』審查標準	p. 48
第三節 新建議之勞工保險殘廢給付『精神障害』審定流程	p. 52
第四節 綜合討論	p. 53
參考文獻	p. 87
附件一、現行勞工保險相關條例	p. 89
附件二、內政部身心障礙手冊	p. 91
附件三、健保局重大傷病	p. 92
附件四、國防部兵役相關精神障礙規定	p. 93
附件五、常見勞保診斷書名稱與 ICD-9 疾病分類對照表	p. 95
附件六、常見心理衡鑑簡介	p. 98
附件七、常見職業功能評估簡介	p. 102

附件八、精神疾病社會生活功能評估簡介.....	p. 105
附件九、常用精神科抗憂鬱藥物一覽表.....	p. 106
附件十、勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究 計畫書審查會議紀錄.....	p. 107
附件十一、勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究」 期中報告審查會議記錄.....	p. 111
附件十二、勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究」 期末報告審查會議記錄.....	p. 119

摘要

研究目的：針對勞工保險殘廢給付中之精神障害等級與審查標準部份予以修訂，使其更能符合本國勞工保險實況，提供勞工更全面之保障。

方法：經由整理近年來勞保殘廢給付精神障害申請案例與爭議案件，參考國內相關精神障害有關之規定，如身心障礙手冊、重大傷病卡、軍人殘廢標準，公務人員保險與台灣精神醫學會之建議等，參閱國外制度，並召集相關專業人員進行會議討論，擬出客觀可行之精神障害殘廢標準。

結果：目前殘廢給付精神障害類給付現存許多爭議，造成病患、醫師與勞保局之間的困擾，但精神疾患包含甚廣，變異性又大。根據目前對於精神障害的共識，大致將現行殘廢給付標準分為兩個方向，另外對於訂立個別精神疾病之殘廢標準，供勞工保險局參考。

第一章 前言

我國勞工保險條例自民國 47 年 7 月 21 日公佈實施後，被保險人因普通傷害或疾病經治療終止後，身體遺存障害，依第 53 條(附件一)之規定之附表二，勞工保險殘廢給付標準表請領相關給付。然而標準表之實施以來因各種醫學診斷技術進步及疾病分類愈趨精細，現有之給付標準表，恐已無法滿足廣大保險人口之需求。

根據王國羽(2004)之論文統計資料顯示國內領有慢性精神病患之殘障手冊病患由 1997 年的 32,120 人大幅增加到 2003 年的 71,291 人，失智症病患也由 1997 年的 3,978 人大幅增加到 2003 年的 14,567 人；截至 2003 年為止，智能障礙者亦達 78,174 人。又依據中央健康保險局最新網站資料，領有重大傷病證明卡之慢性精神病患至 2005 年 2 月共有 165,950 人。顯示隨著人口逐漸邁入老化與醫療環境的變遷，被診斷為精神疾患的國人大幅增加。

近年來精神疾病的治療有明顯的進展，精神疾病不再像過去一樣不易治療。精神病患經過現代新的抗精神病藥物、抗憂鬱藥物、情緒穩定劑的治療下，多能大幅減輕其精神疾病所帶來之痛苦。再者

國內工勞保、全民健康保險等的公共健康政策施行下，積極的精神治療除藥物治療，目前病患也容易接受相關之住院治療、心理治療、職能治療與其他復健治療，使得精神病患的治療有更近完整，精神病患也更容易恢復其功能，回歸原本的家庭、社會、與職業。

過去對於“殘廢”的觀念也隨著時代與醫療環境的變化有不同的認識。1980年代世界衛生組織(WHO)提出第一版ICIDH模型，對疾病與障礙之間的關係提出解釋。它將概念分為三個層次，損傷

(Impairment)、障礙(disability)、殘障(handicap)三層次。首先是生心理系統的損傷；在第二層次的身心障礙過程，因生心理系統產生損傷，導致個體障礙；第三層次的殘障(handicap)概念屬於社會層次的測量，認為身體系統的損傷造成對人體的障礙。但經過二十多年的修正與試用、修改，世界衛生組織在二〇〇一年發表最新的ICD—ICF新版的身心障礙定義與分類系統(WHO, 2001)，新版的定義系統中，更重視外在環境因素對個人身心障礙過程的影響。新版的概念架構中，世界衛生組織帶入損傷與活動的互動觀念，認為隨著醫療科技的進步，疾病對身體系統所形成的損傷將會受到更好的控制，外部社會環境的改善與他們本身活動能力也會影響身心障礙者參與社會的機會與管道。這些是近年來國際社會對於身心障礙觀念的

改變。

因此過去對於精神疾患對於勞工之勞動力影響不但隨著醫療技術的進步而有所變化，也受到整體環境的改變而改變，過去對於精神疾患殘廢的認定與等級的區分，因此也有不同程度的改變。

此外，對於精神疾病由於目前尚未有明確科學儀器之檢驗，使得精神疾病在殘廢的診斷與認定上仍有許多問題有待解決，而目前常用的精神疾病診斷標準 DSM-IV 在保險給付上是否適用也有許多專家學者提出疑義 (Regier)。殘廢給付標準無法跟目前精神病的診斷與治療的接軌，使得勞工、臨床醫師、勞保局三方在認定與給付上徒增許多困擾，導致勞工殘廢給付未能實際落實需要之勞工朋友身上，是筆者近年來審查精神障害類殘廢給付的感想。因此，勞工保險殘廢給付對於精神障害的認定、等級與相關之審查標準，有必要隨著醫療技術與國家健康政策改變而調整，以進一步保障勞工的權益。

第二章

給付申請案件之整理與爭議案件監理會審議結果

一、給付申請就案件之整理

根據勞保局殘廢給付科提供 94 年 10 至 12 月審定之精神障害類案件共 276 件，其中通過為 216 件，不通過為 60 件。

其中若以殘廢診斷書所記載之診斷來分類（表 2-1），以器質性精神病（含失智症、酒精性精神病）申請給付有 32 件、精神分裂症（含妄想狀態、情感性精神分裂症）62 件、情感性精神病（含重度憂鬱症、躁鬱症）163 件、精神官能性憂鬱症 17 件、其他診斷為 2 件。平均通過給付比例為 78.3%。

通過率中以精神分裂症類最高，比例為 80.6%，未通過的原因為未加重等級最多（八位），其他未通過的原因為死亡、退保、已請領殘廢給付與發病未滿一年。

其次為情感性精神病，通過比例為 79.8%，不通過的原因為症狀尚未固定、酒癮、未積極治療、疾病可復原等。

器質性精神病通過比例為 72.9%，未加重等級、可復原疾病、已退保為主要不通過原因。

精神官能症通過比例為 70.6%，不通過的原因則為酗酒、症狀未

固定、治療未滿一年。

表 2-1 精神疾病殘廢給付通過率

疾病名		通過	不通過	比例 %
器質性精神病	32	23	9	72.9
精神分裂症	62	50	12	80.6
情感性精神病	163	130	33	79.8
精神官能(性 憂鬱)症	17	12	5	70.6
智能障礙	2	1	1	50.0
合計	276	216	60	78.3

*本表主要由勞保殘廢診斷書所記錄之中文診斷名稱分類

**器質性精神病包含失智症、疾病與藥物造成之器質性精神病

***精神分裂症類包含情感性精神分裂症、妄想狀態

****精神官能症包含憂鬱症且 ICD-9 為 300.4 之憂鬱症案件

但是若參考有實際病歷的 186 份申請案件，若以健保所通用

ICD-9 分類標準的疾病代碼來分析的話，分布的比例如表 2-2。

精神官能症通過殘廢給付為最低 68%，遠低於其他精神疾病。

表 2-2 精神疾病(以 ICD-9 分類標準)殘廢給付通過率

ICD-9 code		通過	不通過	比例 %
290.0~290.9	5	4	1	80
291.0~291.9	1	1	0	100
294.0~294.9	12	11	1 *	91.6
295.0~295.9	29	25	4 **	86.2
296.0~296.9	117	98	19	83.7
297.0~297.9	1	1	0	100
300.0~300.9	19	13	6	68.4
318 (MR)	1	0	1	0
780	1	1 (dementia)	0	100

合計	186	154	32	82.8
----	-----	-----	----	------

*原因為未加重殘等

**3 案未加重，1 案已退保

經過病歷的比對發現，情感性精神病的案件，近一年有改變其病歷中之疾病診斷的比例為 22.3% (表 2-3)，遠高於精神官能症的 5.3% 與非情感性精神病與非精神官能症的 8%，可見臨床醫師對於情感性精神病的診斷變異性仍高於其他疾病。

表 2-3 一年內變更 ICD-9 診斷碼之申請案件

ICD-9 code	未變更診斷	變更診斷	未變更比例 %
Non-296, 300 50	46	4	8.0
296.0~296.9 117	91	26	22.2
300.0~300.9 19	18	1	5.3

一年內變更 ICD-9 診斷碼指變更個位數以上之代碼

針對情感性精神病 (ICD-9 code 296) 與精神官能症 (ICD-9 code 300) 二者之診斷變更案件，通過殘廢給付的比例統計如表 2-4，近一年更改診斷的案件，不論情感性精神病與精神官能症通過的比例明顯高於未更改診斷組。

表 2-4 情感性精神病與精神官能症案件

	pass	No pass	比例 %
296 診斷未變更 91	75	16	82.4
296 診斷變更 26	23	3	88.5
300 診斷未變更 18	12	6	66.7
300 診斷變更 1	1	0	100

二、精神障害殘廢給付爭議案件監理會審議結果

根據勞保局殘廢給付科 94 年度下半年送勞工保險監理委員會的有關精神障害類爭議案件，根據其病歷與監理會所提供之爭議事項審定書共二十六件，整理如下。

- 有關於被保險人不服審定殘等未達或過低的有十二件；
- 因酒精或其他成癮性藥物導致之精神疾病有二件；
- 器質性精神病神經精神殘程疑義有二件；
- 不服殘等過重有一件；
- 因退保後致殘廢日期認定爭議有二件；
- 因已殘廢又殘程未加重有五件。

以下針對各個分類整理並論述勞工保險監理委員會之見解。

1. 不服審定殘等未達或過低之爭議案件（共十二件）

案號	病名	申覆原因	監理會結論
保監議字第 0940005919 號	重度憂鬱症	申請人不服勞保局審查未達勞工殘廢給付標準表規定之給付標準。	被保險人乃因婚姻問題引起之憂鬱情緒與失眠，故其症狀與其壓力源持續有關，雖其職能評估有輕度障礙，然在壓力原未解除之下，其憂鬱相關影響並非全部源自於疾病本身，且其服用之抗憂鬱劑劑量均穩定，顯示病況穩定，尚不服殘廢給付請領規定。

保監議字第 0940006312 號	情感性精神 病	目前仍在吃藥 控制病情，應 符合殘廢給付 標準表之規 定。	病歷未有任何功能退化之記錄，亦 無進行任何心智功能評估報告，僅 接受藥物治療，無其他深度之復健 治療，顯示其功能無明顯退化，按 醫理，情感性疾患乃陣發性疾病， 不致有現實感障礙，亦不致明顯障 礙…。按病歷多次記錄顯示病況穩 定，服藥只是預防復發，與其殘廢 程度無關聯。
保監議字第 0940006797 號	憂鬱症	申請人不服勞 保局審查未達 勞工殘廢給付 標準表規定之 給付標準。	就醫過程中有過度使用鎮靜安眠 藥物之情況，且均多次提早取藥， 顯示未配合醫囑接受治療，此行為 與症狀無改善有關，且其症狀並非 全源自於精神疾病，按醫理，憂鬱 症不致現實感障礙，所患不符給付 標準。
保監議字第 0940006866 號	情感性精神 病	申請人不服勞 保局審查未達 勞工殘廢給付 標準表規定之 給付標準。	病歷記載病患仍從事業務工作，顯 示其有一般工作能力，且除症狀描 述以外，並無任何心智評估報告佐 證，核其所患尚不符殘廢給付請領 規定。
保監議字第 0940006929 號	重鬱症	申請人不服勞 保局審查未達 勞工殘廢給付 標準表規定之 給付標準。	依病歷顯示，病患 93 年 11 月 25 日至 94 年 1 月 25 日期間，每一至 二週到院就診，爾後每個月就診一 次，而憂鬱症為陣發性疾病，按醫 理不致現實感障礙，因此視為其自 93 年 11 月 25 日起積極治療，然 而僅維持 2 個月即結束，顯現病情 尚未固定，暫不符合給付規定。
保監議字第 0940006994 號	憂鬱症	不服勞保局 13 等級認定。	勞保局審查：病患操作事物能力未 有退化與困難之傾向，且以其教育 模組，其智能並無退化之傾向。本 會就其病歷審查，所患之憂鬱症狀 乃源自親人死亡以及兒子不孝順 並欺瞞其財產所致。故壓力乃其主 要因素而非單獨源自精神疾病，且 心理衡鑑亦未顯著退化，顯示其所 患應未符合殘廢給付標準，勞保局

			核以 13 等級殘廢已從寬認定。
保監議字第 094007641 號	重鬱症	申請人不服門診治療不規則，因開立慢性處方領藥，非認定之無積極治療	被保險人於初診表示其憂鬱症狀，可能與 921 地震、失業等其他社會心理壓力有關，因此其症狀並非全源自於憂鬱本身，且按醫理，憂鬱症並未導致現實感障礙，應不致成殘，此外，被保險人未積極接受治療，且病歷記錄未有任何證據顯示有功能退化，故不符合殘廢給付。
保監議字第 0940008012 號	情感性精神病	不服勞保局 13 等級認定。	情感性精神病未必致現實感障礙，且所付資料無任何功能評估及積極性心理治療，原應不符合殘廢標準，原核定第 13 等級核付已屬從寬。
保監議字第 0940008261 號	重度憂鬱症、精神分裂症	不服勞保局 13 等級認定。	依病歷，94 年 5 月 30 日仍有在自助餐聽工作，且病歷並無幻覺或妄想病史；若係憂鬱症，病歷無任何評估有退化，且憂鬱症乃陣發性疾病，不至現實感障礙，按第 13 等級核付已屬從寬。
保監議字第 0940008569 號	情感性精神病	申請人不服勞保局審查未達勞工殘廢給付標準表規定之給付標準。	依病歷記載，病患自 93 年 8 月起病況即有改善，自 93 年 9 月起即記錄有規則工作表現，此後均記錄症狀改善，94 年 6 月則記錄有工作，顯示其雖記錄有輕微工作，但未影響其工作能力，按醫理，有精神症狀，未必會導致殘廢。
保監議字第 0940008779 號	重鬱症	申請人不服勞保局審查未達勞工殘廢給付標準表規定之給付標準僅為第 13 等級。	被保險人所患症狀主要源於壓力，並非全源自疾病本身，且重鬱症按醫理未必致現實感障礙，由病歷記錄，除有殘餘症狀外，並無相關的檢測報告足以證明其有退化，勞保局按第 13 等級發給已屬從寬。
保監議字第 0950009762 號	重鬱症	投保薪資係投保單位自行提高，不服勞保	個案症狀主要源於壓力，故非全源自疾病本身，且重鬱症未必致現實感障礙，由病歷記錄，除有殘餘症

		局 13 等級認定。	狀外，並無相關檢測報告足以證明其有退化，勞保局核給 13 等級已屬從寬認定，不宜調升。
--	--	------------	---

根據上述十二件審議案件可以得知，大多數的爭議案件之精神科診斷為情感性精神病、重度憂鬱症與憂鬱症。多數被保險人對於憂鬱症是否為殘廢的認定與勞保局之認定上有許多差距。根據監理委員會對於情感性精神病、重鬱症與憂鬱症的見解可以歸納如下：

- 殘廢之原因必須完全源於疾病本身，故必須排除壓力、環境等因素。
- 精神障害殘廢的認定應由疾病本身導致現實感障礙。
- 在未接受積極治療前不宜判定為殘廢。
- 應有實際之評估報告顯示病患已明顯功能退化。

因此，監理委員會對於情感性精神病、重度憂鬱症與憂鬱症等疾病的殘廢認定見解可供為日後訂立相關殘廢給付標準之參考。

2. 酒精或其他成癮性藥物導致之精神疾病（共二件）

案號	病名	申覆原因	監理會結論
保監議字第 0940005298	重度憂鬱症	申請人不服勞保局審查未達	根據目前常用精神科之診斷，酒精濫用係指“一年以上反覆使用酒

號		勞工殘廢給付標準表規定之給付標準。	精，導致身體、心理（工作、家庭、學業方面障礙）或法律方面問題。…酒精濫用影響病患之精神狀態甚鉅，多可在病患戒酒後逐漸減輕。故當病患服用酒精或其他物質，均可加重其病情，若此時判定為殘廢，不但易造成錯誤之認定、造成不公，且影響病患戒除酒精之意願，導致個人、家庭、社會之負擔，故要判斷是否因憂鬱症成殘，仍宜於病患充分戒除後再為之。酒精濫用之患者其症狀及易受酒精影響，當然症狀無法固定。
保監議字第 0940008455 號	雙向情感疾 患	申請人不服勞保局審查未達勞工殘廢給付標準表規定之給付標準。	依據病歷記錄，被保險人顯然有工作能力，然而酗酒而影響其工作能力，且病程中未針對該症予以情緒穩定劑、戒酒治療或復健治療等，並未積極治療，此外雙向情感疾病按醫理為陣發性疾病，未必致現實感障礙，綜合所述，不予核付妥適合理。

對於酒精或其他成癮性藥物導致之精神疾病，監理委員會之看法，整理如下：

- 酒精濫用影響病患之精神狀態甚鉅。
- 故當病患服用酒精或其他物質，均可加重其病情，若此時判定為殘廢，不但易造成錯誤之認定、造成不公，且影響病患戒除酒精之意願。
- 酒精濫用之患者其症狀及易受酒精影響，當然症狀無法固定。

- 若憂鬱症合併疾患時，要判斷是否因憂鬱症成殘，仍宜於病患充分戒除酒精後再為之。
- 酒藥癮導致之精神疾患應積極接受戒除酒精或藥物之治療後，在判定是否達殘廢標準。

3. 器質性精神病神經精神殘程疑義（共二件）

案號	病名	申覆原因	監理會結論
保監議字第 0940006510 號	器質性精神病	主張其殘廢程度符合第4項第七等級與第8項第七等級，合併升等後應按提高二等級給予殘廢給付。	腦傷後引發器質性精神病，二者有因果關係，為同一事故…而腦傷及精神疾病均為中樞神經系統，宜屬同一部位…。依規定精神、神經係屬同一障害項目，且前開“精神、神經障害等級”之審定基本原則，應按被保險人病灶症狀綜合審查認定等級，並非將其殘廢部位分開審查。
保監議字第 0940008315 號	器質性精神病	主張其殘廢程度符合第2項第二等級與第6項第二等級，合併升等後應按第一等級給予殘廢給付。	精神、神經障害等級之審定基本原則為依病灶症狀綜合審查，並非將其殘廢部位分開審查；…車禍前以睡眠為主之輕型精神疾患，當時未達殘廢給付標準；車禍外傷引起器質性精神病，MMSE為20分，與正常值24分相差無幾，因腦傷引起之殘廢程度符合第3項第三等級。

對於器質性精神病神經精神殘程疑義，監理委員會之看法，整理如下：

- 依規定精神、神經係屬同一障害項目，且前開“精神、神經障害等級”之審定基本原則，應按被保險人病灶症狀綜

合審查認定等級，並非將其殘廢部位分開審查。

- 腦傷後引發器質性精神病，二者有因果關係，為同一事故。

因此對於器質性精神病所引發之器質性病因，因往往與器質性並有相關連性，故病歷記錄相當重要，宜查明原因後綜合審查之。若被保險人已申請過神經方面殘廢給付，宜一併考量判斷之。

4. 不服殘等過重（一件）

案號	病名	申覆原因	監理會結論
保監議字第 0940007778 號	精神分裂症	達勞工殘廢給付標準第 3 項第三等級，逕予退保，保險人不服，以其仍能從事輕便工作，請准予恢復其投保資格。	病患未規則治療，且病識感不佳，因此持續有幻覺與社會畏縮，又其智商為 54，為輕度智能障礙，其於 94 年 3 月 30 日審定成殘後，應不至在 3 個月內恢復工作能力，其殘廢程度符合第 3 項第三等級，已無工作能力。依勞工保險條例第 57 條：“被保險人領取殘廢給付，不能繼續從事工作者，其保險效力即行終止。”

5. 退保後致殘廢日期認定爭議（共二件）

案號	病名	申覆原因	監理會結論
保監議字第 0940004599 號	慢性精神分裂異常	94 年 5 月 5 日治療終止診斷成殘，但於 92 年 10 月 31 日退保，不符合勞工保險條例第 20 條規定，保險人不	據病史記錄，其於 92 年 5 月始在發病，同年 10 月 31 日退保，於退保一年內即 93 年 10 月 31 日前尚無法判定是否已達殘廢給付標準。

		服。	
保監議字第 0940005681 號	雙極性情感 性疾病	申請人不服勞 保局審定屬保 險效力終止後 發生知事故。	病歷記錄被保險人 89 年出現情緒 不穩，91 年亦曾住院五週，以後 持續治療亦可工作，至 93 年 8 月 27 日治療時情緒正常，之後再次 門診日為 93 年 9 月 14 日，被保險 人於 93 年 8 月 31 日退職退保並領 取老年給付。…其保險效力已終 止，其於 93 年 11 月 24 日始診斷 殘廢，自不得在行請領殘廢給付。

對於退保後致殘廢日期認定爭議，若被保險人因退休或其他原因
退保後，因保險效力已終止，故在退保期間所致之殘疾，不與給付。
對於精神疾患因其往往為持續性，若資料不夠完整，許多發病之日期
不易認定，且發病後要達到症狀固定或不可治癒之程度，其認定更為
困難。目前僅能盡量由診斷書與病歷相關之發病日期、症狀、功能、
與記載之殘廢日期，再與被保險人退保日期加以比較，綜合判斷之。
故對於相關之案件，宜詳加收集：

- 發病當時之病歷記錄
- 殘廢當時之病歷記錄
- 退保當時之病歷記錄

6. 已殘廢又殘程未加重（五件）

案號	病名	申覆原因	監理會結論
保監議字第 0940005017	器質性精神 病	申請人不服勞 保局審查未加	1. 未見專科醫師自醫理上提 出專業判斷。是本案勞工保險

<p>號 保監議字第 0940008838 號</p>		<p>重殘廢程度， 未予給付。</p>	<p>局在未送請專科醫師審查下， 即遽以核定被保險人所患係停 保期間之殘廢事故…原核定應 予以撤銷，查明後另為是法之 處分。</p> <p>2. 經病歷審查，被保險人於停 保期間其殘廢程度可符合殘廢 給付標準，因係停保事故，應 不予給付；又病患工作後申請 殘廢給付，其殘廢等級並未提 高。</p>
<p>保監議字第 0940006350 號</p>	<p>慢性精神分 裂症</p>	<p>申請人不服勞 保局審查未加 重殘廢程度， 未予給付。</p>	<p>被保險人 89 年經鑑定為中度精神 障礙，並領有殘障手冊。經本會特 約醫師就卷附病歷等資料審查，被 保險人藥物治療劑量 89 年降低後 藥物治療劑量均固定至 93 年，故 當時症狀應已固定，殘廢程度為第 四項第七等級；又按治療記錄，被 保險人可自行就醫，故應具部份能 力，審定為第四項第七等級並無不 當。</p>
<p>保監議字第 0940006553 號</p>	<p>癲癇、酒精 中毒併智障</p>	<p>申請人不服勞 保局審查未加 重殘廢程度， 以其所患卻為 清掃工作導致 傷害，應醫職 業傷害核付。</p>	<p>病歷顯示被保險人員有癲癇病史 以五年多，…可見其所患為普通疾 病，與所主張清掃工作跌倒受傷無 涉，非屬職業傷害。其加保後之殘 成並未加重。</p>
<p>保監議字第 0940006927 號</p>	<p>精神分裂症</p>	<p>申請人不服勞 保局審查未加 重殘廢程度， 未予給付。</p>	<p>被保險人於 89 年經鑑定精神中度 殘障，當時之殘廢程度符合第 4 項 第七等級之給付標準。…94 年以 前均能自行就醫，於 93 年病歷記 錄顯示從事家事，94 年 7 月記錄 可以從事簡單工作，並可安排登山 等休閒活動，可見其上有部份工作 能力。且可自理日常生活，其殘廢 程度符合第 4 項第七等級之給付 標準。從而殘廢程度並未提高。</p>

保監議字第 0940007242 號	精神分裂症	申請人不服勞保局審查未加重殘廢程度，未予給付。	被保險人 89 年 6 月出院病歷所示，整體功能評估為 GAF60 分，當時有顯著功能退化，89 年至 92 年，於 90 年 4 月記錄開始工作，且症狀與劑量均穩定，已達第 4 項第七等級標準。92 年至 94 年期間之精神狀態仍維持穩定，並無加重跡象，且有回復功能之可能，勞保局 94 年 4 月認定已仍屬第 4 項第七等級標準已為從寬認定。
--------------------------	-------	-------------------------	---

對於已殘廢又殘程未加重認定爭議，大多為被保險人在保險或再保時已因病導致勞動能力或相關之功能下降，於保險後申請殘廢給付，因殘等未加重，導致所請領之殘廢給付必須扣除先前加保時之殘等。依目前之殘廢給付等級，往往被保險人所扣除之殘廢給付就是其所能領取之金額，故導致許多爭議。

監理委員會對於殘等是否加重，因涉及專業判斷，故仍建議應就審議案件之病歷，據醫理判定其殘等。

這類對於殘廢殘程爭議可知大多數為精神分裂症與其相關疾病，主要原因為精神分裂症發病極早，約十幾二十歲為好發之年齡，故當被保險人投保時，許多都已病發，能力下降。再者，這類病患發病時，症狀極為混亂，多無法持續工作，導致退保。若發病當時未及時申請給付，當其病情穩定再度就業加保，可能造成帶病加保的情形，而必須予以扣除部份殘廢給付津貼。

第三章 國內外相關文獻之回顧

一、現行國內相關精神障礙殘廢鑑定規定

國內對於精神疾患相關殘障認定，大致可分為下列幾個方向：

- (一)、內政部身心障礙手冊標準(附件二)
- (二)、健保局重大傷病卡相關精神疾患審定標準(附件三)
- (三)、公務人員保險
- (四)、兵役(附件四)
- (五)、勞委會外籍看護工診斷書

二、各相關精神殘障認定標準：

- (一)、身心障礙手冊

內政部目前對於身心障礙手冊與精神障礙相關部分主要分為幾個類別，分別是慢性精神病、自閉症、智能不足、失智症等類別，其中慢性精神病之等級規定如下(表 3-1)：

表3-1、慢性精神病患者殘障鑑定等級、標準及重新評定期限

鑑定等級	鑑定標準(何時須重新評定)
極重度	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者。

重度	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維護其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。(每二年重新評定一次)
中度	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。(每一年重新評定一次)
輕度	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且無需他人監護，極具日常生活自我照顧能力者。(每一年重新評定一次)

殘障鑑定，目前對於鑑定為輕、中度者，規定為每年鑑定；重度者採兩年鑑定一次；極重度者則不需重新鑑定。

針對目前精神障礙殘障鑑定標準模糊，因此相關主管單位對於精神障礙提出一些規範，如台北市衛生局於民國九十年身心障礙小組對於慢性精神病中的憂鬱症鑑定提出規範，建議鑑定醫師應對於“憂鬱症應治療兩年以上，且經過住院治療、環境治療、三線以上藥物治療後仍無法改善者，才予以鑑定”。

鑑定方式

對於殘障鑑定的鑑定方式目前採病患至相關民政單位索取殘障鑑定書，由民眾將殘障鑑定書交由相關科別之醫師鑑定後，由醫院直接寄回民政單位，完成鑑定手續。鑑定費用由政府支付。

(二)、重大傷病卡：健保局

健保局對於許多疾病，如癌症、慢性精神疾病，因考量民眾就醫之權利與負擔，規範許多疾病為重大傷病，並發予重大傷病卡，給予民眾就醫負擔上之優惠。

因健保局對於疾病的分類統一以 ICD-9(International Classification of Disease, 9th ed.)碼來分類，對於精神疾病方面的重大傷病亦是以 ICD-9 碼來作區分，目前指定老年期及初老年期器質性精神病態、亞急性譫妄、其他器質性精神病態、精神分裂症、情感性精神病、妄想狀態、源自兒童期之精神病等幾類疾病為重大傷病的範圍。(附件三)

鑑定方式

對於上述符合之精神病病患，可由診治之精神科專科醫師出具重大傷病診斷書，診斷書內容必須包含疾病名稱、ICD-9 疾病碼、與專科醫師字號。由病患將重大傷病診斷書直接送往健保局辦理。

若是診斷書疾病名稱與 ICD-9 疾病碼不符合時，健保局會退回診

斷書，待修正後再行處理。現在對於許多疾病，如 ICD-9 代碼 296 之情感性精神病，健保局會調閱相關病歷，交由審查醫師審閱後認定。

(三)、公務人員保險關於精神障害之部份

根據現行公教人員保險殘廢給付標準（中華民國九十一年九月二日銓敘部修正），目前公務人員保險對於精神障礙殘廢等級分為兩類，分別是編號十四之全殘廢與三十三項之半殘廢（表 3-2）。

表 3-2 公務人員保險對於精神障礙殘廢等級：

殘廢等級	編號	殘廢標準	給付標準		說明
			因執行公務或服兵役	因意外傷害或疾病	
全殘廢	14	精神障礙，呈現極嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者，經積極精神復健治療兩年以上，終身無法從事任何工作，且日常生活須他人照顧者。	三十六個月	三十個月	1. 精神障礙及智能減退程度須由精神專科醫師鑑定之。 2. 因腦疾病、創傷或癡呆症所致認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化者，得適用精神障礙之規定辦理。
半殘廢	33	精神障礙，呈現嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能有明顯退化，經積極精神復健治療一年以上，身體能力仍存，但非他人任在身邊指示，終身不能從事任何工作，僅能維持日常基本自我照顧能力者。	十八個月	十五個月	

根據公教人員保險對於精神障害所造成的殘廢分為兩級，分別是編號 14 的全殘廢與編號 33 的半殘廢。

全殘廢與半殘廢二者中指病患因為精神障礙呈現極嚴重智能減退，在認知功能、職業功能、社交功能呈現功能退化，經積極精神復健治療一年或兩年以上，終身不能從事任何工作。全殘廢與半殘廢的差別在於是否有自我照顧之能力，全殘廢須達到完全仰賴他人養護或需密切監護者，日常生活須他人照顧；半殘廢則雖身體能力仍存，但非他人在身邊指示，終身不能從事任何工作，僅能維持日常基本自我照顧能力者。

因此公保所指之精神障害全殘廢與半殘廢認定上十分嚴格，指的是病患已無工作能力之可能，與勞保殘廢給付標準的一至三項相似。其優點為病患在在認知功能、職業功能、社交功能均已退化達無法工作之程度，在臨床上認定比較無爭議性，與一般社會對於殘廢的觀感相似，但對於部份功能退化之精神障害被保險人則未有相關規定。

因為公務人員保險之被保險人為政府與公家機關之人員，銓敘單位一向有一定的考核制度與出缺勤記錄，就醫上亦多有相關醫療之記錄可供參考，因此可以從其實際工作考核記錄、出缺勤記錄、就醫記錄等判斷其殘廢之原因與程度。再者，雖然對於精神障害認定不易，

但公務人員保險對於精神障害的認定標準偏向重殘已無工作能力之被保險人，殘廢程度反而可清楚判斷，對於是何種精神疾病，倒不是那麼關鍵了。

(四)、兵役鑑定

根據國防部現行殘等區分標準表，於精神疾患僅限於器質性精神病，共分為一至三等殘與與重度機能障礙等幾項等級。對於器質性精神病其範圍限於服役中受傷所致之器質性精神病，經必需適當醫療六個月以上，未能痊癒且病情已慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭及社會照顧，才予以認定殘廢。又因物質濫用或依賴所引之器質性精神病不在此列。

故一般其他之精神疾病並未包含在軍人殘等鑑定標準之中。

因軍人其殘廢僅限於服役中受傷所致之器質性精神病，平時多在服役，日常生活作息與能力均有密切之觀察，軍人又有其專屬醫院治療。不論平時與就醫記錄多完整，在認定上，較不易出現爭議。

(五)、勞委會外籍看護工診斷書

現行勞委會外籍看護工診斷書主要用於有重病病患家庭，需要聘雇人力來協助照顧病患使用。因目的不同，故標準不同，就精神障害

部份目前僅規定失智症病患家庭申請。

比較值得注意的是申請的程序，目前外籍看護工診斷書一定要附上評鑑的工具，如巴式量表或臨床失智症評估量表，且診斷書需要由二位以上的專業醫療人員評估並認證簽署，以減少個人主觀之判斷。另外也結合內政部身心障礙手冊，對於重度殘等之病患可允許直接申請，這些都值得參考。

(六)、 勞保殘廢給付

勞工保險殘廢給付再精神障害納入殘廢給付開始，申請殘廢給付的精神障害案件均逐年增加。

目前勞工保險殘廢給付的申請程序為勞工向勞保局或公司承辦人員索取勞工保險殘廢診斷書，交由健保局特約醫院之精神科專科醫師，依據病患之診斷、就醫經過、症狀、社交職業功能與病患是否已達殘廢或症狀固定已達不能復原之程度等內容來填寫，由被保險人逕行將殘廢診斷書寄至勞保局審定。

審定流程

審定流程可分為行政審查與專業審查，行政審查針對診斷書之內

容、被保險人保險記錄等予以資格審查，對於認定無礙之診斷書則予以核發或退回。對於須醫療專業人員評估之審查案件，勞保局可經由實地訪查、調閱被保險人就醫記錄等，將所收集之資料送交特約醫師審查，再參考特約醫師之建議，予以綜合評斷被保險人是否達殘廢給付標準與殘廢之等級。

(七)、目前殘廢給付精神障害類常出現的問題

1. 精神障害診斷書的問題

目前在勞工保險殘廢診斷書精神障害部份最令人爭議的是等級上的選項，因為目前殘廢等級之規定，故大多數申請殘廢給付之勞工多申請永久只能輕便工作之第四項第七等級，原因有二：依目前規定勞工殘廢符合第四項第七等級，可請領四四〇日的殘廢給付，若向上升一等級，規定為無法工作，則勞工適必被退保，無法享受日後的退休給付與其他勞保的相關福利。但若向下一等級，可恢復正常生活，則易被認定不符合殘廢標準，又無法取得給付。但在臨床醫師的立場，要判斷病患生病並不困難，但要判斷精神病患勞動力缺損的程度，實不易由勞保殘廢診斷書幾項選項判定出來。又目前醫療進步，許多疾病在治療上均有進展，要認定病患“終生“僅能從事輕便工作

有實際上的困難。又診斷書所謂“輕便工作”？又常是許多精神科醫師的疑問。

2. 勞工保險殘廢診斷書中的診斷名稱。

目前精神疾患之診斷與分類多是參考國外譯名，常見的診斷標準有世界衛生組織（WHO）的 ICD 系統與美國精神醫學會（APA）的 DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）系統。近年來，因精神醫學的進步，兩項診斷系統均有大幅的修正。因此，許多精神病名往往在不同時期、不同的診斷系統，有多種不同的診斷名稱，這些精神疾病的中文譯名並未統一，加上診斷書以中文書寫，造成診斷病名五花八門，使得勞保局在行政與審查過程出現許多疑慮。筆者就近半年來之殘廢診斷書之精神科診斷中文病名以 ICD-9 疾病代碼分類所一比較，如附件五。

國外相關制度

目前國外對於身心障礙者，因各國的法律與制度不同，所施行的方式亦不同。

對於身心障礙者領取年金的資格大多式根據受傷後所剩餘的工作能力或生產力而來。

根據德國 1974 年的身心障礙者法案中，所謂的重度身心障礙者是以受傷後勞工勞動能力的損失是永久性的，且產能低於受傷前的 50%，重殘勞工享有額外假期與免於資遣的工作保障，不能領取現金給付，但卻可以提早在六十歲退休，只要工作滿十五年可領全額年金。

美國主要是由其社會安全制度 (Social Security Administration, SSA)，將領取障礙給付作為勞工提早退休與老年給付之間的橋樑。根據美國 SSA 的法律，障礙 (disability) 指的是一成年人因為身體或精神方面的疾病導致無法從事一實質生產力 (substantial gainful activity, SGA) 之活動，這樣的情形會持續一生或者會持續十二個月以上。

實質生產力之活動 (SGA) 指重要或有生產力的生理或心理的職務，可用來生產或牟利，在 2005 年 SGA 標準為每月大於 830 美元收入。

過去美國身心障礙制度大多可接受由醫師開的證明文件來判定

是否達障礙標準，但根據目前新的SSA法律，已不採用此證明，改採新的申請流程與規定。目前的申請流程，必須向 State Disability Determination Services (DDS) 申請，經由下列的審查程序：

- 評估申請人的薪資是否以達SGA；
- 由申請人的醫療記錄與提供的醫療評估（由醫師、心理師等），是否達嚴重殘疾（明顯生理或心理活動的限制）；
- 根據申請人的工作史（15年）評估申請人是否已無能力執行過去15年內的工作（或相當的工作），若申請人評估可以從事過去15年內的任何工作，將無法達到標準。

比較特別的是從1994年立法嚴格限制酒精或其他成癮性藥物所造成的失能的給付標準；從1996年開始，更將因酒精或其他成癮性藥物所造成的失能，排除列入給付的項目。

第四章 本研究專家會議結論

勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究

專家會議〈第一次〉

一、時間：中華民國 95 年 08 月 21 日上午 11 時

二、地點：國泰醫院內湖分院 8F 病房會議室

三、主席：邱偉哲

記錄：林怡君

四、出席單位及人員：

和信醫院精神科醫師 吳佳璇

培靈醫院精神科醫師 張瓊珍

國泰醫院精神科醫師 邱偉哲

國泰醫院心理師 陳映程

勞工保險局給付處 徐錦岳

五、主席致詞

會議主要針對「勞保殘廢給付精神障害等級及審查標準」作一個會議討論與建議，討論的主題大約分作三部分，第一部分為現行對於勞保殘廢給付精神障礙的規定，第二部分是對於審查流程上的看法，第三部分為對於個別疾病作一些討論與相關標準。

六、討論事項：

(一)現行勞保殘廢給付規定

Q：精神疾患殘廢的認定？

A：建議開立診斷書的醫院，被保險人應於該醫院規則就診一年以上，

仍有精神障害殘存未痊癒者才給予認定。若在開立殘廢診斷書時治療未滿一年，建議不予以審定。若在審查過程發現病歷中治療記錄不完整，可認定病患並未積極治療；一般而言，若近一年中，有三個月未經治療，則認定未積極治療，若病患拿連續處方，病歷空窗在六個月以上無門診治療記錄，則認定未積極治療。

Q：對於目前現行送審流程的建議

A：建議勞保局在要送至審查醫師審查前，被保險人應提供完整資料，

若無完整資料宜於行政審查中先行退件。

Q：如何判定“終身”？

A：不易在精神疾患判定“終身”殘廢，目前只有在精神分裂與失智症才判為“終身”。

Q：輕便工作的認定？

A：輕便工作應是病患明顯的能力退化，導致工作無法固定。但認定上十分不容易，可針對加保記錄、投保薪資、學歷工作部分作參考，無法判定者可要求申請者去做職能治療或心理衡鑑的評估。(建議勞保局可與特約醫院簽約，提供職能評估與心理測驗之複檢)。

(二)相關疾病審查討論(結論)

Q：情感性精神病重度鬱症與精神官能憂鬱症這部分要怎樣區分？

A：在診斷書中就可註明，被保險人來申請時若能附上重大傷病卡與殘障手冊的影本，有助於了解其等級。在環境適應不良的一些精神官能性憂鬱症病患，若病患服用過三種抗憂藥物與心理治療仍未改善其症狀，可考慮予以給付，但仍要看勞保局的政策決定是否判定給予。

Q：是否需附上相關精神殘疾等相關資料？

A：建議在重度憂鬱症與官能性憂鬱症的病人須嚴格審核，有重大傷病不代表殘廢，因病人殘疾也有復原之可能，故不見得可做為勞保殘疾的標準。殘障手冊比較有參考性質，可做為附件參考，希望被保險人可以附上證明。

Q：情感性精神病中，躁鬱症的症狀未固定時要如何認定？

A：躁鬱症若在一年之內兩次發作(躁症，或鬱症發作任一)以上，症狀無法固定，若要鑑定是否程殘，需積極治療半年疾病仍未穩定，才可認定為精神障礙。

Q：輕躁症病人的認定？

A：輕躁症患者若規則吃藥一年，但仍有殘存的症狀，能回復原本的工作能力，可歸為第 13 等級。

Q：精神官能症的認定？

A：強迫症、恐慌症、社交畏懼症等精神官能症病患若規則治療一年以上，但仍有殘存的症狀，影響其日常社交功能時，雖能回復原本的工作能力，也可歸為第 13 等級，但最多也為 13 等級為限。而精神官能性憂鬱症再做討論。

Q：失眠部分算不算殘存疾患？

A：若病患其精神疾病經治療後，僅殘餘失眠症狀，應不予判定為殘存疾患。

Q：精神障害合併酗酒或藥物濫用病人要如何認定？

A：如有酗酒情形或藥物依賴、濫用情形，不予以認定成殘，需戒酒一年且積極治療一年以上，仍有精神障害殘存可認定為精神障害予給付。

Q：器質性精神病如何認定？

A：宜調閱事故發生的病歷，以判定其病因，若於是故屬同一殘程，宜判定第八項第七等級，不宜以第四項第七等級判定，安排心理衡鑑可了解其功能的退化情形。

勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究

專家會議〈第二次〉

一、時間：95年10月13日(星期五)中午12時

二、地點：國泰綜合醫院內湖分院8F病房會議室

三、主席：邱偉哲醫師

記錄：林怡君

四、出席單位及人員：

台灣精神科醫學會秘書長

蔡長哲醫師

三軍總醫院

曾念生醫師

台北市立聯合醫院仁愛院區

王怡仁醫師

國泰綜合醫院

邱偉哲醫師

五、討論：

在勞保殘廢診斷書上比較有爭議部份大致分為：第一“終身的定義”；第二“治療一年以上，未癒仍有殘存疾患”；第三“為輕便工作的認定”，“判斷有無工作能力”；另在診斷書上所謂的症狀固定，怎樣才是症狀固定？有些部分要積極治療？這些規定似乎不太明確，另外就是殘廢給付診斷書的格式，在新的格式中希望，希望在此次會議中，專家能提供給予意見與建議。

(一)、針對現行勞工保險精神障害殘廢給付流程

1. 診斷書希望還是能由醫院鑑定後寄回，像社會局的身心障礙鑑定一樣，減少醫病間認知上的誤會。若無法逕寄勞保局，則建議診斷書中，將診斷書分為一式兩聯，一份由鑑定報告由醫院寄回，另一份診斷書由病人帶回。
2. 勞保局現在是以健保特約醫院都可以做鑑定，醫師的彼此認定不同，會造成標準的不一致，目前就有少數幾個醫院鑑定得非常寬。
3. 被保險人一定要規則治療一年以上，醫師才可開立勞保診斷書。
4. 若以功能來判定其殘等，病人須自行檢附上證明文件資料，建議病人在第一次開立診斷書就必須自費做職能評估、心理測驗評估、社會功能評估兩項以上的資料，配合病歷紀錄，勞動能力相關文件，以證明其功能以達殘廢程度。當勞保局在審定過程中對被保險人能力有疑義時，可再另行安排評估。
5. 爭議案件是否可成立一個複檢制度，在勞保局底下成立一組織來特別處理這些案件。列如在軍方有一「醫評會」，是專門負責各科的志願役的軍事官兵之殘障認定，決定病人是要退伍或是除役，成員由院長副院長等組成審定。目前勞工保險「監理委員會」是有一些醫師、委員、律師處理一些病歷文件上有審爭議的案件。

若成立一專責組織，更能減少爭議問題。在國外個案若因公受傷，申請給付時有爭議，往往是雙方委託律師，找各自的鑑定人，由法庭來認定。是否需要專門醫院評估職業功能、心理衡鑑與社會功能？

(二)、針對現行勞工保險精神障害殘廢給付給付標準

1. 在軍方制度中原本服役期間因公受傷，造成器質性精神病，才給予認定殘廢。
2. 精神醫學會給予勞保局意見，是希望將精神殘等分兩級，這部份「公保」中全殘與半殘是一致的。在等級上目前精神障害輕、中度之分，當若有判定成殘時，應已無工作能力，無所謂的輕便工作之分，可減少精神認定的困擾。在九十一年精神醫學會之公文表示，建議將精神帳害分二等級，如下：
 - a. 第一級：「精神障礙呈現極嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者，經積極精神復健治療兩年以上，終身無法從事任何工作，且日常生活須他人照護者。

- b. 第二級：「精神障礙呈現嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能有明顯退化，經積極精神復健治療一年以上，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，終身不能從事任何工作，僅能維持日常生活基本自我照顧能力者。」
3. 被保險人要求給付時，應評估其「功能」是否退步，而非其診斷傷病名稱。憂鬱症病人合併精神症狀，盡量以「功能」、「精神症狀」為其評估標準，而在「功能」上的定義以精神醫學會所訂立的「功能」為宜。
4. 在積極治療的認定，規則門診藥物治療只是最基本的條件，對於精神疾病，規則拿藥、服藥只是藥物治療部份，其他還有復健、心理治療，精神長期住院治療等。

(三)、針對現行勞工保險精神障害殘廢給付給付標準一個別疾病討論

1. 若是依精神醫學會的建議規定，對於目前爭議較大的憂鬱症，大多不算在此二等級內了，在判定上將十分明確清楚。其實，若是使用此準則，則精神障害其實可以功能來判定即可，反而不須考慮不同的診斷別。但若依現行的規定，不同精神疾患的診斷就非

常重要。

2. 對於重度憂鬱症與官能性憂鬱症，根據醫理，應多能復原，建議勞保局應從嚴審查，否則不宜認定成殘。

除非被保險人達下列程度才與給付：

- a. 有持續「實感脫序」與「精神病症狀」
 - b. 因憂鬱症接受多次電氣痙攣療(ECT)
 - c. 多次因憂鬱症狀、自殺意念強烈、精神病症狀導致重複住院
3. 雙極性情感精神病病人如同憂鬱症一樣，若以鑑定者的「功能」做為評估，較無太大問題。
 4. 酒精、藥癮等相關疾病，目前社會價值體系尚未認同殘廢，基本上應不予給付。若被保險人因酒精、藥癮等相關疾病造成的功能退化時，如 酒精性失智症、酒精性失憶症等，必須待被保險人完全戒除相關酒精與藥物後，附上評估資料，以證明其功能退化。
 5. 智能不足為天生殘廢，但可教育、訓練、工作。被保險人工作時可投保勞保，但加保時能力應已缺陷。至於當被保險人申請殘廢給付時，醫師較無法判定是否給付，依醫理只能告知其殘等成因。至於是否給付，有些部份因牽扯到社會價值，此殘疾不能只為醫學上討論，也必須請社會公正人士來判斷此殘疾是否給付。依目前殘廢給付條例，當智能不足之被保險人在保險期間合併其他精

神疾病時，如憂鬱症等，往往無法增加殘等而無法領取殘廢給付，若有疑義個案，建議可直接送監理會做判斷。

6. 器質性精神病，有些病人在神經科申請過，而後精神科再申請，造成重複申請，依醫理表示其為同一殘程，若加重，可視為殘等的變化，若鑑定者重新申請另一殘等，須退件告知鑑定者申請項目的錯誤。

六、專家會議個案討論

	診斷書記錄	病歷記錄	投保薪資
1	<ul style="list-style-type: none"> • 55y/o male • 傷病名稱：重度憂鬱症 • 治療經過：病人持續門診治療，使用抗憂鬱劑，情緒穩定劑，鎮靜劑等。 • 治療期間：94.06.22~95.08.29 共門診 24 次。 • 精神症狀：神經質、憂鬱、緊張、焦慮、躁不安、退縮行為、自殺意念。 • 殘廢狀況：職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，終身祇能從事輕便工作者。 	<ul style="list-style-type: none"> • A 醫院診斷證明：憂鬱症，病患因症狀干擾，92-11-6 於本院門診至 94-3-29 • Dx: 300.4 neurotic depression, 781.0 異常不隨意運動, 780.5 睡眠障礙 • 大多門診為內科與泌尿科治療 • B 醫院： • S: sleep disturbance, fearful feeling, destructive figure in his house, suicidal ideal ideation for 2-3 months • O: 4-5 yr ago, he got depressive state and was treated. BW loss 4-5kg, no somatic complaints • Dx. 296.33 重鬱症復發, 300.4 憂鬱症 • Tx. Modipanol(2) 2hs, Convulex(500) 1#bid, Cipram(20) 1hs • 94-8-3: 睡眠太少，不能入睡，三四小時就起來… • Tx. Modipanol(2) 2hs, Cconvulex(500) 1hs, Seroqual(100) 2hs Cipram(20) 1#hs --> Seroxat 1#bid--> Loxapro(10) 1#qd 	<ul style="list-style-type: none"> - 930628: 21900 - 930701: 24000 - 930801: 22800 - 940701: 27600
2	<ul style="list-style-type: none"> • 57y/o male • 傷病名稱：憂鬱症 • 治療經過：病人自初診後，陸 	<ul style="list-style-type: none"> • CP: 錢討不回來，工廠倒了，睡不著，胡思亂想，記憶力差，體力下降，呼吸困難 • Dx: 296.22 major depressive disorder, single 	<ul style="list-style-type: none"> • 900913;:17400 • 940922 :18300 • 950101 :21900

	<p>續就醫，但仍有殘餘症狀，注意力不集中，體力不佳，影響生活功能，目前其整體智商為65</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治療期間：94.07.22-95.08.15 共門診多次 • 精神症狀：憂鬱 • 殘廢狀況：職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，終身祇能從事輕便工作者。 	<p>episode, moderate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tx: Cipram 1#hs --> Lexapro(10) 2hs + Remeron 1#hs --> Lexapro <p>心測</p> <ul style="list-style-type: none"> • 個案原本在台北經營工廠，因車禍工廠倒閉回到鄉下種田…服裝儀容上整齊。表情愁苦，說話無力…會談時填寫個人資料無礙，但測驗時卻表示看不大懂測驗的符號刺激 • FIQ =65, VIQ=79, PIQ=47 • 受測動機低落，反應速度較慢 <p>語言表達能力，記憶力可，反應動作速度稍慢，生活自理能力無明顯障礙，執行複雜認知作業或有輕微障礙</p>	
3	<ul style="list-style-type: none"> • 51y/o female • 傷病名稱：重度憂鬱症、長期創傷後壓力症候群 • 治療經過：個案長期情緒低落，自殺意念、人際功能、職業功能退化。 • 治療期間：94.08.16-95.08.21 共門診28次。 • 精神症狀：神經質、憂鬱、焦慮、退縮行為、自殺意念。 • 殘廢狀況：職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，終身祇能從事輕便工作者。 	<ul style="list-style-type: none"> • S/S dysphoric mood, sleep disturbance, self harm behavior, weight gain 5kg • Hb sudden death 1 yr ago • 強暴未遂 1 yr ago, reexperience, hyperarousal state, cry, dysphoric mood after work… • Dx: 296.23 major depressive disorder, 309.81 prolonged posttraumatic stress disorder • Tx: sertraline(50) 1#bid --> Efexor(75) 1# qd + Seroqual(200) 0.5hs --> Efexor(75) 1# bid + Seroqual (200) 0.5hs + Carmpine(400) 1#hs --> Zactine 1#qd + Valpro(200) 1#hs --> Valpro(200) 1#bid hs, Setraline(50) 1#hs, Clopine(100) 1#hs 	<ul style="list-style-type: none"> • 910530 : 19200 • 940601 : 21900 • 950601 : 24000
4	<ul style="list-style-type: none"> • 55y/o female • 傷病名稱：精神官能症 • 治療經過：門診藥物治療，症狀持續，生活職業功能受損，應繼續維持治療。 • 治療期間：91.10.05-95.07.03 門診共22次。 • 精神症狀：神經質、緊張、焦慮、自殺意念。 • 殘廢狀況：職業 	<ul style="list-style-type: none"> • 91-12-30 ~92-6-25 • 摩托車被撞輕傷，未失去意識，逐漸失眠，收驚無用，先生賭博煩惱，depression, worrisome • 雲林長庚拿 Stilnox 1# hs, 大賣場工作 • 治療：Seminax 1#hs Trazo 1#hs • 94-4-8Kempt, anxious, multiple somatic complaints, 酸痛、胸悶、曾有自殺意念，現幾乎已消了 • 治療：inderal 1#bid, apraline 1#bid, Zodem 1#hs 	<ul style="list-style-type: none"> • 900829 19200 • 950201 21900

	<p>功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，不能從事任何工作。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OPD: 91-12/30, 92-1/9, 1/27, 3/6, 4/14, 5/7, 5/30, 6/25, 11/12, 94 4/8, 5/9, 6/9, 7/11, 8/15, 10/25 95 1/16, 2/18, 3/22, 4/17, 5/29, 7/3, 8/3 • 95-4-17 提問是否可開立勞保殘障診斷書 • 告知資格不符，無法開立，可 accept • 95-7-3 Insomnia, somatization, current no job, 較無 energy, 討論 sleep hygiene • Alpraline 1#bid, Inderal 1#bid, Zodem 1#hs • 勞保殘障診斷書 	
5	<ul style="list-style-type: none"> • 45y/o male, taxi driver • 傷病名稱：情感性精神病 • 治療經過：情緒起伏大，有輕生念頭，吃藥治療後有改善，但仍有起伏，目前評估起來：反應仍顯遲鈍，現實感差，易衝動，操作能靈活度均差，另外智商評估起來只剩 FIQ:78，有輕度智能不足程度，顯示功能實質下降，只能從事輕便工作。 • 治療期間：93.12.31~95.08.10 門診共 20 次。 • 精神症狀：神經質、多疑、憂鬱、緊張、焦慮、冷漠、激躁不安、攻擊行為、退縮行為、強迫意念、自殺意念。 • 殘廢狀況：殘廢狀況：職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，不能從事任何工作。 	<ul style="list-style-type: none"> • 門診時間：93-12-31, 94-1-14, 1-28, 3-1, 5-2, 6-7, 7-5, 8-9, 9-6, 10-4, 11-1, 11-29, 12-27, 95-1-23, 2-3, 2-24, 3-24, 4-21, 5-12, 6-12, 7-11 • 93-12-31: mood labile, dysphoria 拿汽油潑家人，公共危險，suicidal ideation, alcoholism 想喝就喝，不喝則已，一喝到醉 • Dx: 291.89 other specified alcoholic p 305.02 alcohol abuse, episodic • Tx: Mesyrel 2#hs, Ativan 2#hs, Supride (200) 0.5#hs Eurodin 3#hs • 94-3-1: 有時不好，depression, suicidal idea, good compliance • Dx: 296.7 Bipolar affective disorder • Tx: 加 convulex(150) 2#hs • 94-6-7: Dx: 296.7 Bipolar affective disorder, 312.31 pathological gambling • Tx: 加 Seroxat 1#hs • 94-8-9: 勞保不過，酗酒，不在喝了；記憶力退化，情緒低落，想死 • 信用破產，女友也跑了，被開紅單 200 萬 • 殘障鑑定：中度 	<ul style="list-style-type: none"> • 880101:19200 • 940601:21900 • 950601:24000
6	<ul style="list-style-type: none"> • 63y/o male • 傷病名稱：精神官能症憂鬱症 • 治療經過：情緒多落、失眠多夢，記憶力變差，忘東忘西，治療多次顯起伏，近來記憶力有更差現象，各項功能退化，大不如前。 • 治療期間：94.10.12~95.04.28 	<ul style="list-style-type: none"> • CP: poor sleep for 4-5 yrs • Alcoholism, 喝酒可睡, alcoholic hepatitis • Dx: 300.4 neurotic depression, 305.00 alcohol abuse • Tx: Alepam 2#hs, Mesyrel 2#hs, Imovane 2#hs • Job: 建築，賣彩卷 • 後續病歷未見 alcohol 相關記錄 • 心測 	<ul style="list-style-type: none"> • 880101 : 18300 • 880601 : 22800 • 950421 退職退保 • 950328 症狀固定 • 950612 診斷書

	<p>共門診 22 次。</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神症狀：神經質、憂鬱、緊張、焦慮、冷漠、激躁不安、退縮行為、自言自語。 殘廢狀況：職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，終身祇能從事輕便工作者。 	<ul style="list-style-type: none"> 國小畢業，只會寫名字，指認得簡單數字。曾做板模工，目前賣彩卷。 MMSE 22/33, CDR=0.5 時間地點定向感模糊，專注力與簡單計算力較弱，訊息登錄與短期記憶力尚可 情緒保持平穩，社交判斷仍合宜，有自我照顧能力，參與處理工作、購物，財務，日常生活，有輕微障礙。 	
7	<ul style="list-style-type: none"> 45y/o male 傷病名稱：智能不足、輕度 治療經過：主要呈現學習能力不佳，識字能力較差，記憶能力不佳，目前的工作五年時間，每月薪水兩萬多元，執行能力較差。 門診期間：93.11.23-95.04.12 共門診 3 次 	<ul style="list-style-type: none"> - Dizziness and easy memory loss in his past days. - Mild dysphoric mood - Sometimes could not sleep well - He had work (粉末冶金), mild slow of occupational function noted - 國小畢業, but poor academic performance - Dx: 317 mild mental retardation • 門診時間：93-11-23, 94-3-1, 95-4-12 • 殘障鑑定：94-3-1 輕度 	<ul style="list-style-type: none"> • 870220 20100 • 890705 21000 • 930801 27600
8	<ul style="list-style-type: none"> 50y/o female 傷病名稱：情感性精神病、智能障礙 治療經過：智能屬「輕度智障」，認知功能退化 門診期間：78.09.26-95.08.01 共 136 次 精神障害：神經質、憂鬱、多疑、緊張、焦慮、激躁不安、強迫意念 職業功能職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療後，身體能力仍存，終身祇能從事輕便工作者 	<ul style="list-style-type: none"> • Dx: 3004 neurotic depression • 29690 unspecified affective psychosis • S/S: worry about the son' s problem, vertigo all the day, mild headache, anxiety improved, delusion improved • Tx: Fluoxetine --> Paroxetine + Sulpiride 50mg + Mesyrel 100mg • 智力測驗 • VIQ = 59, PIQ = 61, FIQ = 59 • 小學肄業，只讀到三年級就輟學在家幫忙作家事 • Lack' s 的得分排除腦傷得可能性，但個案畫圖品質不佳，難度較高的圖形抄畫有困難，智力可能在輕度智障的程度 	<ul style="list-style-type: none"> • 880101 18300 • 880701 19200

七、散會。

第五章 建議與討論

第一節 新建議之勞工保險殘廢診斷書『精神障害』評估

健保局之重大傷病卡之診斷書對於疾病名稱的要求十分嚴格，完全要依據衛生署通用的 ICD-9 code 來執行，可以免除精神疾病中文化與診斷標準不一致的困擾，又目前勞保殘廢診斷書開立單位為健保特約醫院之專科醫師，病歷公文書完全以 ICD-9 疾病碼記錄，臨床醫療工作人員對此系統十分熟悉，不易出錯。因此建議若能於殘廢診斷書上加上 ICD-9 疾病代碼與統一疾病名稱，病歷審查可與之對照，減少行政人員對於精神疾病的混亂與困擾。另外也可對於日後勞保局相關精神疾病資料統計上，可以有一共通之標準，更可與衛生署與健保局接軌。將有助於殘廢審查品質之提升。

因目前勞保殘廢診斷書內容涉及精神醫療以外相關之職能、心理、社會工作等範疇，宜由相關人員專業評估之。殘廢診斷書與相關證明文件建議比照勞委會目前申請外籍看護工診斷書之流程，診斷書需由二位以上醫療專業人員簽署判定，如專科醫師與職能治療師，以減少僅由醫師單方之評估之疏漏。

對於目前之勞工保險殘廢診斷書『精神障害』評估表因已於今年修

訂過，將過去過於簡化不易施行之功能評估予以修訂，並加註相關憂鬱症之治療摘要。建議繼續施行後再評估各界反應後再予以修正。

表 5-1、95 年修訂之勞工保險殘廢診斷書『精神障害』評估表

<p>精神遺存障礙：1. 未曾住院治療者。2. 已達終身不從事任何工作者，均請附最近一年之病歷影本。</p> <p>1. 外觀：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>敵意 <input type="checkbox"/>神經質 <input type="checkbox"/>多疑 <input type="checkbox"/>不合作(可重複勾選)</p> <p>2. 情感：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>憂鬱 <input type="checkbox"/>緊張 <input type="checkbox"/>焦慮 <input type="checkbox"/>冷漠(可重複勾選)</p> <p>3. 行為：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>激躁不安 <input type="checkbox"/>攻擊行為 <input type="checkbox"/>退縮行為 <input type="checkbox"/>自言自語(可重複勾選)</p> <p>4. 思想：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>幻覺 <input type="checkbox"/>強迫意念 <input type="checkbox"/>自殺意念(可重複勾選)</p> <p>5. 職業、社交功能：</p> <p><input type="checkbox"/>經治療後，可恢復正常生活</p> <p><input type="checkbox"/>通常無礙勞動，但由醫學上可證明遺存精神障害</p> <p><input type="checkbox"/>功能退化，終生僅能從事輕便工作</p> <p><input type="checkbox"/>功能退化，終身不能從事任何工作</p> <p>6 日常生活</p> <p><input type="checkbox"/>正常</p> <p><input type="checkbox"/>功能退化，僅能維持日常活最基本的自我照顧能力</p> <p><input type="checkbox"/>功能退化，需他人照護，以維持日常生活最基本的自我照顧能力</p> <p><input type="checkbox"/>功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護</p> <p>7 曾接受過治療種類</p> <p><input type="checkbox"/>住院（精神科急性病房）治療。治療期間_____</p> <p><input type="checkbox"/>長期復健（精神科日間病房、慢性病房）治療。治療期間_____</p> <p><input type="checkbox"/>電氣痙攣治療。次數_____</p> <p><input type="checkbox"/>藥物治療（請詳述與疾病相關之藥物種類，劑量與治療期間）</p> <p>藥物名：_____ 劑量：_____ 治療期間：_____</p> <p>藥物名：_____ 劑量：_____ 治療期間：_____</p> <p>藥物名：_____ 劑量：_____ 治療期間：_____</p> <p>8. 其他補充說明：_____</p>		
<p>治療終止診斷殘廢日期 (症狀固定) 年 月 日</p>	<p>治療一年以上診斷為永久不能 復原(即症狀尚未痊癒)日期</p>	<p>年 月 日</p>

第二節 新建議之勞工保險殘廢給付『精神障害』審查標準

根據現行勞工保險殘廢給付『精神障害』部份，因考慮時空社會因素與施行之可行性，大致建議如下列二方案。

第一方案

依據台灣精神醫學會對於精神疾患殘廢的認定標準建議。

等級分為二級：

- 第一級、精神障礙呈現極嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者，經積極精神復健治療兩年以上，終身無法從事任何工作，且日常生活須他人照護者。
- 第二級、精神障礙呈現嚴重智能減退，且認知功能、職業功能、社交功能有明顯退化，經積極精神復健治療二年以上，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，終身不能從事任何工作，僅能維持日基本自我照顧能力者。

此標準在醫理上認定較無爭議，也無須針對不同疾病分類判定，僅由病患實際現況（功能）來判定是否殘廢，對於主管單位與臨床醫療人

員在判定殘廢上較無困擾。此認定標準與一般醫理與社會認定相似，又目前銓敘部公務人員殘廢給付標準規定也依據相關之原則訂定，可以互相契合。

優點為與現行條例可以相互比照，第一級相當於目前勞保殘廢給付標準之第一項第一等級，第二級相當於目前的第三項第三等級標準。

缺點為目前勞保殘廢給付不同，將大幅限縮勞保精神障害之範圍，在目前實際執行層面可能會引起被保險人的意見。

第二方案

依據現行現行之勞工保險殘廢給付『精神障害』審查標準表，仍然維持一、二、三、七殘等，但建議比照神經障害類，加上第十三殘等。

- 第一級殘等：精神遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫療護理及專人周密監護者
- 第二級殘等：精神遺存高度障害，終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助者。
- 第三級殘等：精神遺存顯著障害，終身不能從事工作者。
- 第七級殘等：精神遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。
- 第十三級殘等：精神遺存顯著障害，無礙勞動，但在醫學上可證明其精神上遺有障害者。

對於終生祇能從事輕便工作的定義尚未明確，社會大眾對於此名詞往往有錯誤之見解。因此對於達終生祇能從事輕便工作應加強審查，不能僅限於目前之醫療病歷審查，更應由申請之被保險人提出其近年之實際收入證明、工作能力證明、與過去幾年（例如美國為15年）之工作史，綜合來判定是否已經達到無法從事過去相當之勞動能力工作。

當被保險人經證明終生祇能從事輕便工作時，其保險薪資因其實際

勞動能力正下降，依理應予以調整。因審查等級較多，申請案件也有許多的爭議，還需做各別討論。

各個疾病之審查注意原則可見後文之綜合討論之個別疾病各論。對於僅能從事輕便工作之精神障害被保險人，一次給付之補償金是否符合其實際需求，社會之公平正義是否兼顧，還需進一步討論與研究。

就業輔導與職業能力之訓練是近年來精神疾患復健治療的主流，每年勞委會職訓局提供許多就業訓練與輔導，應就此結合殘廢給付與職業訓練，才是對於精神障害類被保險人較大的福祉。

第三節 新建議之勞工保險殘廢給付『精神障害』審定流程

因為因為精神障害的等級認定標準爭議性仍大，又殘廢等級攸關病患或被保險人的實際權益，為減少病患與臨床醫師之間之爭議，建議比照內政部殘障手冊鑑定流程中，直接由醫院將鑑定書寄回主管單位。

另外規定被保險人應於申請時，即應提出其近年之實際收入證明、工作證明、檢附相關之能力證明文件，如心理衡鑑(附件六)、職業功能評估(附件七)、社會功能評估(附件八)提供審查，以加速審查時效與提高公正性。

唯評估報告若非醫療所需，不宜由健保支付，若由被保險人提出，則建議被保險人自付；若勞保局認為有再施行評估之需要時，其費用應由勞保局負擔。

第四節 綜合討論

精神疾患包含十分廣泛，因為受文化、體質的影響，表現的變異性很大，至今對於精神疾患的認識，雖然已有長足的進步，但仍無快速準確的診斷工具，協助臨床工作人員診斷精神疾病。故目前精神疾患的診斷標準仍不斷修正，以期有更準確診斷，以治療罹患精神疾患之患者。

因為診斷標準尚未精確，因此即使是相同的診斷，不同精神疾患病患的表現差異極大，功能影響差別也很大，因此在殘廢的認定上，一定會有相當的爭議。

以下就針對與殘廢相關之精神疾病分類，做一概略性介紹。然後再就各個與精神障害相關殘廢給付之精神疾病一一予以論述。

一、精神疾病分類概論

精神疾病就病因上可分為器質性與功能性兩種。器質性精神病指的是由身體因素（如腦瘤、外傷、荷爾蒙、腦中風等其他疾患）、藥物因素（一般治療藥物如類固醇等、成癮性藥物如酒精、安非他命、海洛因、強力膠等）所造成的精神疾病；功能性精神病指的是利用一般的檢查仍然無法發現導致精神疾病的因素的精神疾病。

器質性可因其病成分為急性與慢性無法復原兩類：急性之器質性精神病如譫妄症、藥物中毒、酒精戒斷症、安非他命精神病等，這類疾病經過適當的治療，多可恢復其病前之功能，故多半與殘廢無關；慢性之器質性精神病指的是有明確造成其精神疾病之原因，但其精神病多半已傷害導致無法復原，這類疾病常見如失智症（由腦部退化或腦中風造成）、酒精性癡呆症（長期飲酒造成）、腦部手術或外傷所導致的器質性精神病等。

功能性精神病依據其精神症狀與病程的嚴重度大致可依分為兩類：精神病與精神官能症。

精神病最常見的為精神分裂症、妄想症、情感性精神病等，病患因疾病關係，多已造成嚴重之現實感缺損，如持續性之妄想、幻聽、脫序性之行為。這類疾病目前醫學上大多無法完全根治，且功能持續性退化。

另一類為精神官能症，病患呈現之精神症狀，大多未脫離現實感，

即使有，也多半是暫時性情形。這類病患大多病程較為溫和，經過適當之治療，多半可以恢復其功能。常見如輕鬱症（或稱精神官能性憂鬱症）、焦慮症、強迫症、恐慌症、人格違常、適應障礙等。

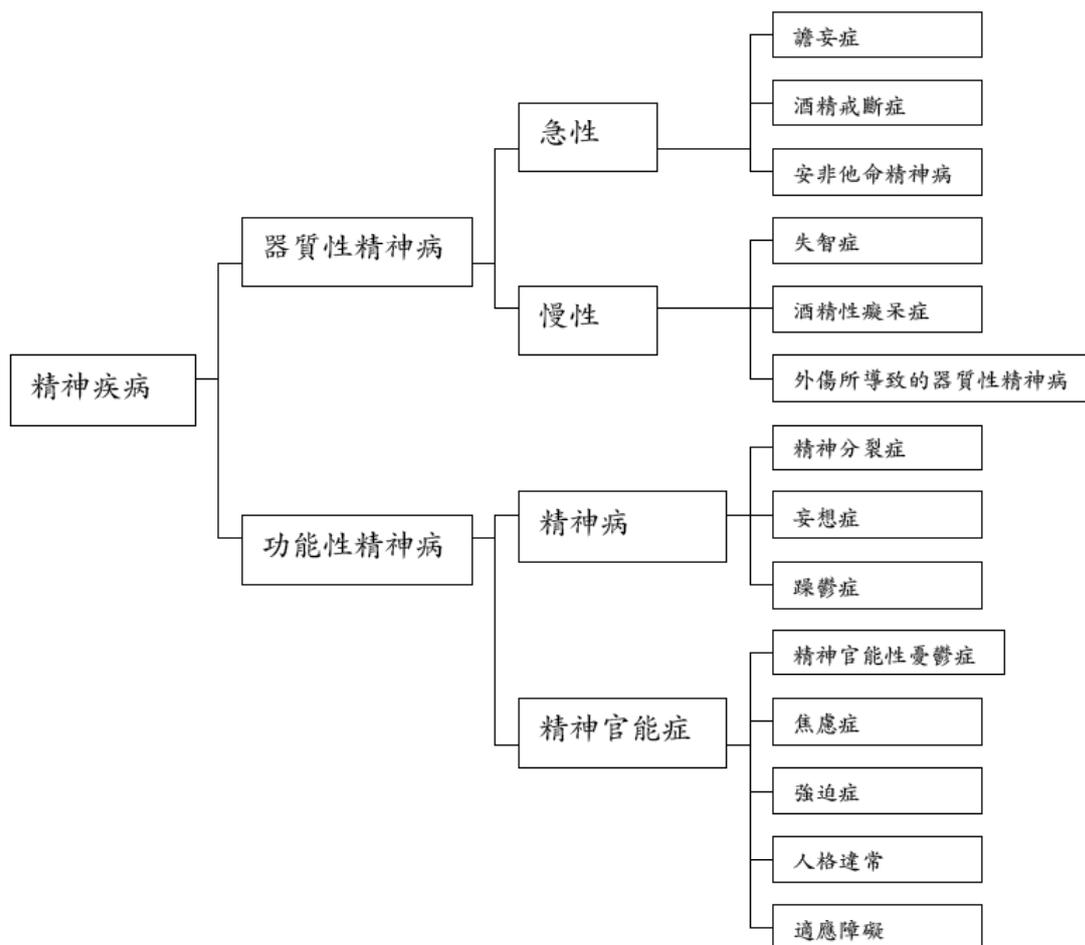


圖 5-1：精神疾病分類（本圖僅提供概念，並未包含所有精神疾病）

精神疾病常與環境相關，疾病常受到環境的影響，造成其症狀與功能的惡化。如家庭、工作、人際關係等，故考慮的因素相當廣泛。故判斷精神疾病往往不是短時間，以片斷性的症狀來判定其疾病，最好能長

期的觀察，以期能得到最正確之判斷。

又根據疾病所導致的回饋，如保險金、工作的休息、法律的問題、家人的關懷等，使得有一類精神疾病如詐病、偽病等，更是精神科醫師在醫療上的一大挑戰。此類病人，在保險給付上最為常見。

二、精神疾病個論

二之一、器質性精神病

定義

器質性精神病指的是病患受到身體的因素，如腦部的傷害、腫瘤、或其他如藥物、內分泌等因素所導致出現的精神疾病。常見的疾病有失智症、腦傷後導致的精神病。

病程

由病程而言，器質性精神病可大致分為暫時性或永久無法復原兩類。藥物、感染、營養、新陳代謝所導致的器質性精神病常常快速進展，但若能及時就其病因醫治，則大多能夠恢復。永久性的器質性精神病常見者如失智症，這是任何因素導致腦部認知功能明顯退化所呈現的現象，最常見為阿茲海默疾病與血管性失智症；許多腦傷如車禍、腦部手術、中風的病患，在事故發生後出現精神病症狀，亦是常見的器質性精神病。近年來，酒精與許多中樞神經物質如安非他命的盛行，產生許多不可回復的精神病，如妄想症、精神分裂症、情感性疾患、智能退化等現象，亦常被認定為器質性精神病的一種。

殘廢的認定

器質性精神病若是永久性的退化，如失智症、腦傷後的精神病，通常經神經心理學評估或心理衡鑑，可分辨其功能退化的程度。目前對於失智症，比較有一致評估標準，如臨床失智症評估量表(Clinical Dementia Rating scale; CDR)或簡易智能評估(Mini-Mental State Examination; MMSE)。但對於腦傷所致的器質性精神病則較無明確的準則，因為不同部位的腦傷，所導致的損害亦不同。

病程記錄

病程記錄對於器質性精神病是十分重要的，病因或腦部損傷位置往往決定病患表現。病程記錄通常會提供病患藥物治療的反應，從藥物治療，往往可以觀察病患是否合併精神病症或行為干擾，精神病症或行為干擾對於功能影響常十分顯著，輔以病歷記錄的病程記錄。

病程記錄往往對於病因有明確的記錄，若是病因與藥物相關，則宜分辨其相關藥物為一般治療藥物或是酒精與其他成癮性藥物。

審查時常見之問題

審查時常出現的問題為器質性精神病的病因多為腦傷，在腦傷得當時，病患往往已經申請腦傷的殘廢給付。因此器質性精神病在許多病患身上可是為原先腦傷的同一病程，而非不同的疾病。但是在審查時若無

完整的病歷記錄，二者之間的關連性與造成的職業傷害部份往往不易區分。

再者，許多臨床醫師對於器質性精神病的病因“器質”界定十分廣泛，包含物質、藥物、酒精濫用等造成之後遺症，但在病歷記錄上呈現又不盡完善，非常容易造成審查時的困難。

審查建議注意事項

建議對於器質性精神病患的審查應注意

1. 病程是否有明顯或清楚的器質原因，如車禍導致腦傷、中風、腦部開刀等原因？病歷記錄是否清楚？若無，是否請病患提供相關之就醫記錄與證明，以供審查判斷。
2. 許多未註明清楚器質原因之器質性精神病患，可能與酒精或其他非法藥物相關，必要實應調閱健保相關就醫記錄，作為佐證與判斷。
3. 器質性原因是否為先天？許多先天因素如遺傳、智能不足、或其他源自兒童時期之精神疾病，可能會被臨床醫師認定為器質性精神。若被保險人屬此種先天因素導致之精神病，則應考慮加保時之工作能力。
4. 是否仍處急性期？許多器質性精神病在急性期症狀尚未固定，若

經積極復健，仍有恢復部份功能之可能性。若病患仍屬急性期，不宜過早判定成殘。

5. 是否積極治療？在器質性精神病患，是否積極復健治療，與其癒後能力恢復相關，因此宜注意是否積極治療。
6. 病患是否已以其他器官殘廢申請殘廢給付，最常見為腦傷、中風等原因，已申請神經部份殘廢，蓋器質性精神病多與神經部份之障害為同一病程，應視為同一疾病之不同殘程。

二之二、精神分裂症

名詞闡述

因為不同的診斷準則，對於精神分裂症有著許多不同的名詞。但目前一般大多稱為精神分裂症或精神分裂病。但精神分裂症有許多亞型，如妄想型精神分裂症、混亂型精神分裂症。許多精神分裂症與情感性精神病合併出現，則常被診斷為情感性精神分裂症。

定義

根據 ICD 第十版的診斷標準，精神分裂症雖然不能以特殊症狀確定該疾病之存在，為實際的目的，把症狀分為對診斷特別重要病常常同時出現的幾群如下：

- (1) 思想回聲、思想插入或剝奪、思想廣播；
- (2) 被控制、被影響或被動等妄想，都是明顯的對身體或四肢動作或特殊思考、行動或知覺有關的；妄想性知覺；
- (3) 聽幻覺的聲音，不斷批評病人的行為或幾個人在討論病人，或是由身體某些部分產生的其他種類的聽幻覺的聲音。
- (4) 其他種類不符文化背景且完全不可能的持續性妄想，例如宗教或政治上的重要角色，或超人的力量、權柄(例如：能呼風喚雨，與外星人通訊)。

- (5) 任何類型的持續性幻覺，且伴有暫時的或半成型的妄想，又不具明顯情感成分，或者伴隨過度高估的持續性想法，或者數週或數月中每天出現；
- (6) 思考流程中斷或插入字句，導致語無倫次或答非所問之言語或新語現象；
- (7) 緊張性行為，如刺激、作態、蠟屈、拒絕、不語及靜呆現象；
- (8) 負性症狀，如顯著冷漠、言語缺乏、遲鈍或不適切的情緒反應通常會導致社交退縮及社會功能降低，這現象必需要確定並非因於憂鬱症或抗精神病藥物的影響。
- (9) 個人行為在某些方面的品質，有持久性且有意義之降低，如顯得興趣缺失、漫無目的、懶散、只顧自己之態度，且社交退縮。

病程

精神分裂症目前一般認為是一退化性的精神疾病，病患大多病發於一二十歲時期，一開始發病的症狀受病患的體質、環境、文化等因素影響慎大，表現之差異幸甚大，對臨床醫師診斷有著很大的考驗。故許多精神分裂症病患早期可能被診斷為憂鬱症、躁鬱症、妄想症、精神官能症等，但隨著病程的進展，才漸漸被判定為精神分裂症。精神分裂症幾乎都會出現功能缺損退化的現象，近年來治療的藥物有顯著的發展，可

減緩病患退化的程度，但仍然無法完全治癒。

精神分裂症病患的工作史往往呈現片段、不穩定、易換工作的現象，許多病患無法長期持續同一工作，工作更換的頻率遠比一般人高。對於病前職業功能高的患者，工作中斷後往往還能找到新的工作，但若是功能低下或退化之精神分裂症病患，工作史則易出現失業現象。病患工作中斷的原因不外乎症狀干擾、功能退化、住院等因素。

住院

許多精神分裂症病患在發作時，因為出現嚴重干擾行為，如被害、關係妄想、自言自語，語無倫次等脫序行為，造成自己與他人的困擾，往往必須住院治療。住院治療因通常必須耗費數週或是數月以上的時間，故常影響病患的工作，造成職業的中斷。

殘廢的認定

因為精神分裂症為一持續退化的疾病，目前對於其病因上不完全明瞭，雖然近年來治療持續進步，但臨床上對於精神分裂症的治療仍然無法完全恢復病患病前的功能，且必須長期藥物與精神復健治療，故一般醫界對於精神分裂症病患多認定其應成殘。

審查時常見之問題

精神分裂症的審查，就病患診斷書出具當時，應無太多爭議。但是常許多病患因為病發或病情惡化，常造成職業中斷，甚至造成退保。因此若當時並未提出殘廢給付申請給付，故當病患恢復重回職場時再度加保，可能就已達到給付標準。

因罹患精神分裂症之被保險人，由其病程綜觀，往往有多次以上發病的狀態，而且，發病往往影響其社交、職業功能，造成病患中斷勞保的情形，對此，是否勞保局應從寬予以認定，以免影響被保險人之權益。

審查時常須就再保當時判斷其殘等，但此時可能因時間久遠，記錄上不若開立診斷書當時容易查明。

審查建議注意事項

1. 加保當時病患是否已經因病就醫？當時症狀是否已固定？是否以達殘廢給付標準？可與病患初診日期相比較，應收集被保險人加保當時之就醫記錄，必要時可以查健保局資料，以判斷被保險人實際初診日期與就醫狀態。
2. 因罹患精神分裂症之被保險人，由其病程往往有多次以上發病的

狀態，造成病患中斷勞保的情形。因此，勞保常常中斷或變換投保單位亦是病患功能缺損的指標之一。

3. 是否有住院？目前是否長期住院復健中？
4. 病史中是否有酒精、藥物物質（如安非他命、強力膠）使用狀態？
是否造成其功能的進一步惡化？

二之三、情感性精神病

情感性精神病依據美國精神醫學會所訂立的 DSM-IV 診斷標準主要分為雙極性情感性精神病(Bipolar disorder) 與重度憂鬱症(Major depressive disorder) 兩大主軸。但依據世界衛生組織所訂立的 ICD 診斷標準則分為…

因為診斷標準有許多變革，臨床醫師對於情感性精神病的診斷用詞方面也有許多出入，導致勞保局審查相關作業出現許多疑義，固有必要針對相關疾病、相關疾病中文用語、臨床上失能的現象與程度，做一適當釐清。

(一) 雙極性情感性精神病(Bipolar affective disorder)

名詞闡述：

因為不同的診斷準則，對於雙極性情感性精神病有著許多不同的名詞，如雙極性疾患、情感性精神病、躁症等名詞。一般大眾則稱為躁鬱症。

定義

對於雙極性情感性精神病或躁鬱症，指的是病患在病程過程中反覆出現躁期(manic episode)、鬱期(depressive episode)、或混合期(mixed episode)，這些病程通常反覆交替出現，但亦有可能出現正常時期，沒有任何的症狀。醫學上的看法顯示病患至少要出現一次的躁期或輕躁期(hypomanic episode)，至於是否出現憂鬱期，則並不會影響診斷。在 DSM-IV 又將雙極性情感性精神病分為兩型，第一型指的至出現至少一次以上的躁期，而第二型則指出現輕躁期但未曾出現過明顯的躁期。

病程

雙極性情感性精神病在病程過程中反覆出現躁期、鬱期或混合期，故許多病患是先出現憂鬱期，可能會先被診斷為重度憂鬱症後，因為出

現躁期或輕躁期而改變診斷為雙極性情感性精神病。一般雙極性情感性精神病病患治療後多可恢復病前正常功能，但少數在多次發病後，亦有可能出現功能缺損退化的現象。

住院

許多雙極性情感性精神病病患在躁期時，因為出現嚴重干擾，如誇大妄想、多話等脫序行為，往往必須住院治療，住院治療因通常必須耗費數週或是數月以上的時間，故常影響病患的工作，造成職業的中斷。

殘廢的認定

目前對於雙極性情感性精神病是否一定是殘廢，仍有許多爭議。主要認為不屬殘廢的理由是因為雙極性情感性精神病病程多是陣發性，通常在躁期或鬱期中間的恢復期，病患的功能大多可以恢復正常，故職業功能有時很難判定是否缺損。但是對於雙極性情感性精神病屬於殘廢的專家通常認為病患病程反覆發作，常常需要住院治療，影響其職業的持續性，對於多次發病的病患，臨床功能的確出現缺損的情形。

對於第二型雙極性情感性精神疾患專家會議建議最高給予十三等級之認定。

近年來，因為抗憂鬱藥物的進步，許多憂鬱症病患在使用抗憂鬱藥

物後，容易出現輕躁症或躁症的現象，臨床醫師可能易將此類病患認定為雙極性情感性精神病的病患，但這類病患是否與傳統雙極性情感性精神病病程相同，造成職業功能的缺損，仍有待進一步的研究。但是的確在臨床上，造成雙極性情感性精神病的比例升高。因此對於此類病患，建議嚴格審查，應確定其躁期病程與恢復期之職業功能，若無永久缺損，不宜過早判定程殘。

審查時常見之問題

雙極性情感性精神病患，部份只出現輕躁期，並不影響其職業功能，故在認定成殘上仍有爭議。

部份因藥物引起的躁症或輕躁症的憂鬱症病患，通常在藥物停止後，症狀即可緩解，此類病患其職業功能並不一定受損，亦常常造成認定是否殘廢上的爭議。

部份病患病歷並未記錄有明確記錄躁症症狀，即診斷為雙極性情感性精神病，在審查上容易造成爭議與困擾。

審查建議注意事項

建議對於雙極性情感性精神病患的病歷記錄

1. 病程是否有明顯或清楚的躁期？病歷記錄是否清楚？

2. 是否有住院？
3. 用藥記錄是否符合雙極性情感性精神病的治療？
4. 是否為藥物引起的躁鬱症？
5. 目前病患屬於何種病程？躁期、鬱期或恢復期。

(二) 重度憂鬱症(Major depressive disorder)

名詞闡述

重度憂鬱症與憂鬱症、重鬱症、精神官能性憂鬱症等

定義

目前一般診斷標準 ICD 第十版的對於重度憂鬱症的陳述為“患者通常有憂鬱情緒，興趣和快樂感的失去，與活動力的減退，導致疲倦增加與活動減少。只稍微做事後即有明顯的疲倦是正常的。其他普遍的症狀是(1)集中力與注意力的減低，(2)自我尊心與自信的的減少，(3)罪惡感與無用感的意念(甚至在輕度憂鬱發作時亦存在)，(4)對未來黯淡與悲觀的看法，自傷或自殺的意念或行為，睡眠障礙，食慾減低。”

病程

針對重度憂鬱症病患，其病程常常出現反覆發作的情形。若病患未積極治療與預防，許多患者常在停止治療或停藥的狀態後復發，造成病情的起伏，影響其勞動能力。因此若病患不能積極治療，重度憂鬱症病情會更形嚴重，影響其勞動與社會功能。

殘廢的認定

目前對於重度憂鬱症的殘廢認定十分分歧，主因為現行重度憂鬱症的診斷十分廣泛與寬鬆，對於較輕微之憂鬱症又無一定的診斷守則，使得臨床醫師在診斷上出現許多不一致現象，導致殘廢認定上的困難。故通常須依據下列指標作為判斷（見下章節 疾病嚴重度）。

根據勞保局保給殘字第 09560014060 號公文指出經由專家開會後對於“憂鬱症”須持續積極治療兩年以上，尚須經三線以上藥物治療(即經過足夠、規則之時間劑量的使用 3 種不同作用機轉之抗憂鬱藥物)後，仍遺存顯著障患者，方可經由精神科專科醫師診斷後依規定申請殘廢給付。可作為審查上之參考。

監理委員會對於憂鬱症認定應出現現實感障礙，才能判定程殘廢，多數專家學者在專家會議亦認為對於憂鬱症應從嚴審定，應達下列標準才予以判定成殘：

- a. 有持續「實感脫序」與「精神病症狀」
- b. 因憂鬱症接受多次電氣痙攣療(ECT)
- c. 多次因憂鬱症狀、精神病症狀導致重複住院

疾病嚴重度

1. 住院情形

對於一重度憂鬱症的病患，大多是不需要到醫院住院治療，特別

是醫院中的精神科病房。這些病患在現實感尚未損害時，多不願到精神科病房接受治療，而家屬也多半不願意病患住院治療。但在一些特殊的狀況時，醫師則會建議病患住院治療。常見的情形如病患有強烈的自殺傾向與可能性、嚴重之精神病狀態、門診治療得不到滿意的效果、難治型的憂鬱症、或必須住院接受電氣痙攣治療時，才會考慮住院治療。一般而言，住院以急性症狀控制為主，故病患鮮少長期住院。因此若病患必須反覆住院，或長期住院，表示病患疾病的嚴重度相對較高，對職業功能的損害也越大。故診斷書中病患住院次數的多寡與住院天數的長短，則可顯示其住院情形的特色。

2. 精神病症狀

並不是所有的重度憂鬱症病患都會出現精神病症狀。精神病症狀指的是缺乏或脫離現實的一些症狀，常見的如妄想、幻覺等症狀。重度憂鬱症病患所出現的精神病症狀在妄想部份常出現有被害妄想、罪惡妄想、忌妒妄想等症狀；在幻覺部份則常出現聽幻覺、視幻覺或體幻覺。但重度憂鬱症所出現的精神病症狀多在急性期出現，對藥物的反應易良好，故在穩定的重度憂鬱症病患，是較少出現精神病症狀，若出現精神病症狀則顯示其現實感損害，可能會影響其一般功能。

3. 自殺

自殺近年來高居十大死因之一。自殺是許多精神疾病都會出現的症狀之一，特別是憂鬱症。有很高比例的憂鬱症患者，會自殺成功。自殺可分為自殺意念與自殺行為。自殺意念可分成形與不成形、有計畫與沒有計畫等，指的是只有一些思想但還無具體的行動的自殺。當自殺意念強度增加時，病患會由意念轉為實際的行為，稱之為自殺行為。對於自殺行為，有些是作態成份為主，警告或宣示的成份較高，自殺行為只算是手段並不是目的，例如感情或婚姻困擾時，一方為挽回另一方的感情，作勢要割腕或服安眠藥自殺，這類不以自殺為最終目標的行為，稱為作態性自殺。一般而言，這類自殺的成功性病不高，但仍有例外弄假成真。另一類自殺行為是以自殺作為最終之手段，以完成自殺為目的。這類自殺不是有完整的自殺計畫，就是行為非常衝動或暴力，常見的手段如燒炭、跳樓、上吊，自殺的成功率很高。

4. 藥物治療

目前針對憂鬱症的治療，可分為兩大方向，一是心理治療，另一是藥物治療(附件九)。目前國內的治療，以藥物治療為主軸。藥物治療主要以抗憂鬱藥物為主，再視病患之病情與症狀輔以抗焦慮藥物、抗精神病藥物、穩定情緒藥物或其他藥物等。抗憂鬱藥物的種類很多，根據醫

理雖然彼此藥物機轉不同，但治療效果相仿。因個人體質不同，對於不同藥物的反應也有不同。以一般臨床守則而言，若病患能夠忍受藥物的副作用，多建議對於同一作用機轉之抗憂鬱藥物使用一適當時間（兩週以上）與適當劑量後若仍然反應不佳時，才改用另一抗憂鬱藥物。當嘗試多種不同抗憂鬱藥物仍然不見改善時，則可稱病患為藥物反應不佳型憂鬱症(treatment resistant depression)。

5. 電氣痙攣治療 (ECT)

電氣痙攣治療是早期精神疾病的治療之一，目前為止，仍然有其療效，未被捨棄不用。目前對於重度憂鬱症、躁鬱症、緊張型精神病、高度自殺危險性精神病患、難治型精神分裂症等疾病，仍有其治療上的需要。但對於電氣痙攣治療，一般民眾，多存有懲罰、害怕的觀感，在施行過程中，病患多需要麻醉手續，使得在治療上並不普遍。又近年來精神藥物學發展迅速，使得目前在治療精神疾病上多運用於對於藥物反應不佳的病患。

對於憂鬱症，電氣痙攣治療以漸漸退居第二線治療的地位，因治療手續繁複，病患接受電氣痙攣治療多在於住院期間施行，病患一般而言多有對藥物反應不佳、高度自殺傾向等特色。相形下，其疾病嚴重度多半較高。

審查時常見之問題

診斷名稱的混淆：目前對於憂鬱症的界定有許多可能的診斷，如重度憂鬱症、輕鬱症、精神官能性憂鬱症、躁鬱症之鬱期或混合期、適應障礙合併憂鬱症狀等。故由目前健保局對於一般疾病的分類系統 ICD-9-CM 碼可以得知 300.4(neurotic depression)、296.2(major depressive disorder, single episode)、296.3(major depressive disorder, recurrent episode)、296.5(bipolar affective disorder, mixed)、309(adjustment reaction)、311(depressive disorder, not elsewhere classified)，皆可能成為診斷書中憂鬱症的患者。

因為有上述問題，故在病歷審查上往往會在不同治療期間，出現出不同的疾病名稱，甚至部份申請案件之殘廢診斷書之診斷與病歷記載不服之狀況，也因此造成許多爭議案件。

故民國 95 年勞保局殘廢給付科邀集相關專家開會討論，對於憂鬱症訂立相關之規定。但目前醫師開立診斷書與審查病歷上對於開會結論，仍有待進一步評估其可行性。

審查建議注意事項

1. 病患的診斷是否確定？近一年是否有更改過診斷？更改診斷

原因為何？（例如：過去診斷為失眠、焦慮症，近幾次門診記錄才診斷為重度憂鬱症，更改診斷原因為何？）

2. 是否有酒精或其他物質藥物濫用的情形或共病現象？目前（一年內）是否完全戒除？目前酒精或其他物質藥物是否影響其症狀與功能？
3. 是否有住院記錄？但住院原因不可是酒精、非法藥物之戒除或相關疾患。
4. 病患是否接受電氣痙攣治療治療？
5. 病患近一年內是否積極規律治療？
6. 使用抗憂鬱藥物治療是否達三種以上？每種抗憂鬱藥物使用時間、劑量是否足夠？藥物順從性是否良好？
7. 自殺不宜作為判斷殘廢的依據。

二之四、精神官能症

名詞闡述

精神官能症，是精神疾患中的一個分類。最常見的精神官能症，包括恐慌症、焦慮症、憂鬱症、強迫症。

定義

精神官能症是屬於輕型的精神疾患，病患呈現之精神症狀，大多未脫離現實感，即使有，也多半是暫時性情形。這類病患大多病程較為溫和，經過適當之治療，多半可以恢復其功能。

精神官能症，近幾年國內學者所做的大型統計，發現國人有精神官能症現象者，高達百分之二十五，換言之，目前台灣二千多萬人口中有五百萬人曾有此困擾，而且此症有逐漸增加的明顯趨勢。

病程

雖然精神官能症屬於較輕之精神疾病，但受文化、環境、家庭等因素之影響，仍有許多不同之嚴重度。病患之病程，也因為疾病的嚴重程度、與環境的影響、病患是否接受治療、治療是否積極相關。故病程可能起伏，治療之癒後差異性也很大。

殘廢的認定

根據醫理而言，對於精神官能症，應不至於出現現實感缺損之情形，

且經積極治療，大多可以恢復其功能，故多認定應不至於達殘廢程度。

但對於少數病患，經長期積極治療後仍有明顯之症狀時，專家會意見亦可以判定達十三等級殘等。

審查時常見之問題

許多精神官能症之病患，期診斷書疾病名稱可能為“情感性精神病”或“重度憂鬱症”，企圖加重其疾病之嚴重度，以取得殘廢給付，故診斷名稱與其病歷名稱、症狀是否一致，是審查時最易出現困擾。

審查建議注意事項

1. 診斷是否確定？
2. 病患是否積極治療？（門診服藥是否規律？是否有接受其他精神復健治療？）
3. 是否為藥酒癮病患？
4. 不能回復功能之原因為何？

二之五、智能不足

定義

成長過程中，心智的發展停滯或不完全發展，導致認知、能力和社會適應有關之智能技巧的障礙稱為智能障礙。智力不是單一的特徵，而是基於許多不同專門技能所作之評估。雖然一般的傾向是每個人的這些技能都會發展到類似的程度，但仍可能有極大的差異，尤其是那些智能不足的患者。他們可能在某方面表現嚴重的障礙(如語言)，或縱使他是重度智能不足的個案仍可能在某方面比較有較好的技能(如簡單的視覺—空間操作)，這種狀況會造成智能不足細分類的問題。智力的評估須依據可取得的所有資料，包括臨床發現、適應行為(須根據個人的文化背景判定)、及心理測驗的結果。

病程

智能不足大多是自兒童期即出現的，一般人的智能多不會因學習或其他藥物與治療而有所進步，對於智能不足的病患若無出現行為問題，可能不會就醫。

許多智能不足的病患經適當的訓練後，仍有部份工作能力，但其功能可能較一般人低下。

智能不足的病患仍有可能出現憂鬱症或其他精神疾病，可進一步惡

化其原有之勞動能力或社交功能。

殘廢的認定

智能不足一不同的智商分為不同程度智能不足，智商鑑定若採用魏氏兒童或成人智力測驗時，智商範圍極重度為二十四以下(平均值以下五個標準差)，重度為二十五至三十九(平均值以下四到五個標準差)，中度為四十至五十四(平均值以下三到四個標準差)，輕度為五十五至六十九(平均值以下二到三個標準差)。

審查時常見之問題

因為智能不足為先天，多在病患工作之前即影響其勞動能力，故多數病患多不會以智能不足來申請殘廢給付。多是因為出現其他精神疾病，如憂鬱症時，來申請殘廢給付。當病患因其他精神疾病時，可能會影響其原來勞動能力。但以目前殘廢等級，病患罹患其他精神疾病時，多以只能從事輕便工作殘等來申請給付，實在很難與病患原先之勞動能力區分。

審查建議注意事項

應安排心理衡鑑，評估其智能。

二之六、失智症

名詞闡述：

過去對於失智症多稱呼為“癡呆症”或“老人癡呆症”。

定義

根據 ICD-10 精神與行為障礙之分類，癡呆是由於腦部疾病造成的症候群，通常為慢性或進行性之本質，可造成多種高級皮質功能之障礙，包括記憶、思考、定向感、理解能力、計算、學習能力、語言及判斷能力。意識狀態並沒有混淆。認知功能障礙常合併出現，此症候群發生於阿滋海默病、腦血管疾病、以及其他源發或次發性影響腦部的狀況。

病程

根據不同的病因造成的失智症，所呈現的病程亦不盡相同。阿滋海默病失智症通常病患的病程是漸進式，功能持續退化。血管性失智症則是階梯式的惡化，與其腦血管造成腦部傷害有關。許多腦傷或手術後病患，出現認知功能缺損，亦可診斷為失智症。

失智症的前期或早期，病患並非是呈現記憶力上的缺損，反而是以憂鬱症或妄想症的症狀被家人注意而送醫，經病程的演進後才診斷為失智症。

失智症中晚期，功能已完全下降，不但無工作能力，甚至多需他人協助照料其生活起居。

殘廢的認定

因為失智症的診斷，是以功能的缺損作為判斷，故當臨床醫師診斷為失智症時，多已達到記憶力與認知功能的缺損，且認定病患多無法恢復。

目前健保局與外籍看護工診斷書多是以臨床失智症評估量表(CDR, Clinical Dementia Rating)來評估失智症的嚴重度。健保局有時亦採簡易智能評估 (MMSE, Mini-Mental State Examination)來評估失智症病患的智能。

臨床失智評分量表 (CDR, Clinical Dementia Rating)，根據病患的記憶力、定向力、判斷和解決問題的能力、社區事物處理、家居和嗜好、以及個人照料等六項來評量患者的嚴重度。正常人的 CDR 為 0，CDR=1 是輕度、2 是中度、3 是重度失智。

隨著就業年齡之增加，老年保險人口亦增加。對於失智症的給付年齡上限應予已訂立，舉例而言，日本殘障年金對於 65 歲以上之失智症病患並不給予殘廢年金，而改與老人年金，值得本國相關制度參考。

審查時常見之問題

病歷記錄對於病患之失智症嚴重度有時並無詳細或完整的評估，一參考臨床失智症評估量表或簡易智能評估來評估失智症的嚴重度，許多病患多已達無法工作之程度，而非僅能從事輕便工作。

審查建議注意事項

1. 許多失智症是因腦中風或腦部手術後產生現象，應考慮是否與腦部疾病為同一病程。
2. 病患的嚴重度是否與其臨床症狀相符？病患是否還有工作能力？
3. 評估工具為何？

二之七、酒精與其他物質引發之精神疾病

病程

多數病程與其使用酒精與藥物的量與頻率相關。

殘廢的認定

根據醫理，對於病患因為酒精或藥物的依賴與濫用，因病患若不使用酒精或藥物時，其相對造成之勞動功能缺損即可回復，故一般專家學者多不認定其為殘廢。

美國對於酒精與其他物質引發之精神疾病則有幾次的意見修正：“

1994修正案中，將因為嗑藥與酗酒而造成失能者之給付予以嚴格限制。其規定修正為，因嗑藥與酗酒而造成失能者，申請失能給付或補充性安全所得時僅限於無法獲得治療（failing to get treatment）者，而領取給付期間之上限則縮短為三年。”

“1996年的修正案，進一步將嗑藥與酗酒所造成的失能，自失能給付排除。其修正案的決議中指出“prohibited DI and SSI eligibility to individuals whose disability is based on drug addiction or alcoholism”，亦即只要嗑藥或酗酒是造成失能事實的主因，不能再獲得給付。”

故目前對於酒精與其他物質引發之精神疾病，實不宜判定成殘。

審查時常見之問題

許多診斷書中，常會隱匿相關酒精與其他物質的使用，僅記錄精神疾病名稱，容易造成審查過程的困難。雖然病歷記錄可以提供部份證據，但仍無法完全判定酒精與其他物質與其記錄精神疾病之關係。

審查建議注意事項

1. 是否以其他疾病申請？如憂鬱症。
2. 病歷記錄是否完整？若不完整，建議調閱健保局記錄，了解病患是否有其他因酒藥癮導致之疾患就醫。亦建議藉由醫療主管單位宣導，加強醫師對於酒精或成癮性藥物的病歷記錄。
3. 是否已戒除一年以上達完全戒除之程度？

參考文獻

1. World Health Organization. 1997 International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Geneva. WHO.
2. World Health Organization 2001 International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.
3. DA Regier :Mental Disorder Diagnostic Theory And Practical Reality: An Evolutionary Perspective. Health Affairs, 2003, Vol.22, No. 5:21-27
4. Disability Evaluation Under Social Security□- Mental Disorders - Adult (Blue Book- January 2005)
http://www.socialsecurity.gov/disability/professionals/bluebook/12_00-MentalDisorders-Adult.htm
5. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems □10th Revision □Version for 2006
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - Text Revision (DSMIV-TR)
7. American Occupational Therapy Association (2000). Occupational therapy services in facilitating work performance (Statement). American Journal of Occupational Therapy, 54(6), 626-628.
8. Neistadt, M.E., & Crepeau. E. B. (1998). Unit VI: Occupational Therapy Evaluation. In M.E. Neistadt., & E.B. Crepeau. (Eds.) Willard & Spackman's Occupational Therapy(9th ed., pp. 149-310). New York: Mosby. _
9. Marilyn B, Cole. (2004) 團體動力學在職能治療的應用 (劉文茜譯), 台北: 合記。(1998)

10. 褚增輝 (1997)。褚氏職能測驗工具組 使用手冊。台北：華健國際企業有限公司。
11. 勞保殘廢給付審核作業認定基準之研究—胸腹部臟器障害系列，勞工保險局，91 年 1 月。
12. 勞工保險殘廢給付『心臟部分』審查標準之研究，勞工保險局，94 年 12 月。
13. 改進勞工保險殘廢給付標準表之研究，勞工保險局，91 年 11 月。
14. 王國羽：老年、障礙：研究概念取向與我國資料討論。身心障礙研究 2004, Vol. 2, No. 3:134-159
15. 董和銳：身心障礙之概念與社會意涵。身心障礙研究 2003, Vol. 1, No. 1:32-42
16. 王國羽：身心障礙研究概念的演進：論障礙風險的普同特質。台灣社會學會論文。民 92 年。
17. 重大傷病證明卡統計明細表，中央健康保險局，95 年 02 月
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=4&webdata_id=813
18. 身心障礙者重返勞動市場，Saskia Klosse 等編著，葉琇珊，1998
19. 軍人殘等區分標準表 http://mab.mnd.gov.tw/Check_STD/std_09.htm

附件一、現行勞工保險相關條例

勞工保險殘廢給付標準表

身體障害系列	障害項目	身體障害之狀態	殘廢等級	給付標準	附註	開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師
精神神經	1	精神遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫療護理及專人周密監護者。	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) 因中度精神、神經障害，精神及身體之勞動能力較一般顯明低下者：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>(七) 中樞神經系統之頹廢症狀如發生於四肢、感覺器之機能障害，按其發現部位所定等級定之，諸如因言語中樞損傷所致之失語症，準用言語機能障害審定之。</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> <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</p>	應由精神科專科醫師診斷出具
	2	精神遺存高度障害，終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助者。	2	1,000日		
	3	精神遺存顯著障害，終身不能從事工作者。	3	840日		
	4	精神遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	440日		
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，經常需醫療護理或專人周密照護者。	1	1,200日		<p>(八) 應由神經科、神經外科專科醫師診斷出具</p>
	6	中樞神經系統機能之病變，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。	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	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，依左列標準審定之： （一）雖經充分治療，每週仍有一次以上發作者：適用第三級。 （二）雖經充分治療，每月仍有一次以上發作者：適用第七級。
	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	

附件二、內政部身心障礙手冊

殘障等級鑑定須知

精神病的特徵除了常會慢性化以外，病人在自我照顧能力、社交技巧能力及職業功能等方面亦常會呈現退化的現象。慢性精神病患者常在罹病多年後，因疾病關係導致上述能力的退化，而失去謀生甚或自我照顧能力，不僅個人生活堪慮，家屬的負擔也會加重。政府有鑑於此，特於民國84年6月16日將慢性精神病患者列入殘障福利法所規定的殘障項目中。經殘障等級鑑定領有身心障礙手冊，可依相關法規，享有健康保險保費補助、低及中低收入戶殘障生活津貼補助、就學補助、職業訓練、創業貸款、創業扶助、及其他如所得稅減免與交通費半價等福利服務。

慢性精神病患者定義：慢性精神病患者係指由於罹患精神病，經必要適當醫療，未能痊癒且病情已經慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭、社會支持及照顧者；其範圍包括精神分裂症、情感性精神病、妄想病、老年期及初老期精神病狀態、其他器質性精神病狀態、其他非器質性精神病狀態、源發於兒童期之精神病。

慢性精神病患者殘障鑑定等級、標準及重新評定期限

鑑定等級	鑑定標準(何時須重新評定)
極重度	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者。
重度	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維護其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。(每二年重新評定一次)
中度	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。(每一年重新評定一次)
輕度	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且無需他人監護，極具日常生活自我照顧能力者。(每半年重新評定一次)

※源發於兒童期之精神病其殘障等級、鑑定標準比照自閉症殘障鑑定規定辦理。

附件三、健保局重大傷病

全民健康保險重大傷病範圍（慢性精神病）

行政院衛生署八十四年一月二十五日衛署健保字第八三〇七八四九七號公告
 行政院衛生署八十四年四月二十七日衛署健保字第八四〇二一五二九號公告修正
 行政院衛生署八十四年六月二十日衛署健保字第八四〇三四二八七號公告修正
 行政院衛生署八十四年十月五日衛署健保字第八四〇五九九四四號公告修正
 行政院衛生署八十五年四月二十三日衛署健保字第八五〇一八九三三號公告修正
 行政院衛生署八十五年七月六日衛署健保字第八五〇三七五四五號公告修正
 行政院衛生署八十七年一月十四日衛署健保字第八七〇〇六三四六號公告修正
 行政院衛生署八十七年一月二十一日衛署健保字第八七〇〇〇四四四號公告修正
 行政院衛生署八十七年五月二十日衛署健保字第八七〇二五九〇五號公告修正
 行政院衛生署八十七年十月二十二日衛署健保字第八七〇六一〇九二號公告修正
 行政院衛生署八十八年四月二十二日衛署健保字第八八〇二一六一二號公告修正
 行政院衛生署九十一年八月三十日衛署健保字第九一〇〇五四二二三三號公告修正

	慢性精神病〔符合以下診斷，而病情已經慢性化者，除第 項外，限由精神科專科醫師所開具之診斷書並加註專科醫師證號〕		
290	老年期及初老年期器質性精神病態 【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】	SENILE AND PRESENILE ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS	
293.1	亞急性譫妄	SUBACUTE DELIRIUM	永久
294	其他器質性精神病態	OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS	
295	精神分裂症	SCHIZOPHRENIC DISORDERS	
296	情感性精神病	AFFECTIVE PSYCHOSES	
297	妄想狀態	PARANOID STATES	
299	源自兒童期之精神病	PSYCHOSES WITH ORIGIN SPECIFIC TO CHILDHOOD	

附件四、國防部兵役相關精神障礙規定

軍人殘等檢定標準

第一條 標準依軍人撫恤條例第十六條第四項及軍人保險條例第十五條第二項規定訂定之。

第一條 軍人服役期間因作戰、公務疾病或意外致傷殘者，其等級區分如左：

- 一 一等殘。
- 二 二等殘。
- 三 三等殘。
- 四 重度機能障礙。
- 五 輕度機能障礙。

軍人殘等區分標準表，[如附表](#)。

第二條 殘等檢定，由國軍醫院依據病歷記錄及相關資料等，確實審查；將殘狀詳細註記於國軍官兵因傷病殘等檢定證明書內之國軍醫院檢查紀錄欄內，並將資料送國防部聯合後勤司令部核定殘等。

第三條 殘等之檢定應以損傷或疾病對身體或局部某一器官所引起之機能缺陷為依據，國軍醫院應提供有關解剖、病理、檢驗及預後等資料，並敘明機能缺陷對個人日常生活之影響。

第四條 凡一人在同一時間內，因同一原因而致有二種以上之殘狀時，殘等不同者，以較重之殘狀核定殘等；殘等相同者，晉一殘等核定。但以核定至一等殘為限。

第五條 軍人殘等區分標準表規定各殘等之殘狀，應視為該殘等之最低規定，低於此規定者，應依低一殘等核判。

殘等、殘狀未列入軍人殘等區分標準表內者，國軍醫院應依據醫學評註殘狀，由國防部聯合後勤司令部按其殘狀議定殘等。如有疑義，報由國防部召開醫務評審會解釋之。

第六條 奉派國外之軍人，因傷病無法回國檢定殘等者，由其隸屬單位檢具傷病軍人國外醫院診療之完整病歷紀錄等相關資料，送三軍總醫院依據該等資料，按軍人殘等區分標準表核辦。

第七條 本標準自發布日施行。

附表，軍人殘等區分標準表－器質性精神病

編號	15
一等殘	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，而完全依賴他人養護或需密切監護者。
二等殘	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維持其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。
三等殘	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部份工作能力，亦可在他人部份監護維持日常生活自我照顧能力者。
重度機能障礙	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可維持發病前之部份工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。
輕度機能障礙	
備 考	<p>一、器質性精神病其範圍限於服役中受傷所致之器質性精神病，經必需適當醫療六個月以上，未能痊癒且病情已慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭及社會照顧。</p> <p>二、因物質濫用或依賴所引之器質性精神病不在此列。</p>

附件五、常見勞保診斷書名稱與 ICD-9 疾病分類對照表

ICD-9 號碼	診斷	常見之診斷
290	老年期及初老年期器質性精神病態	失智症合併妄想症 癡呆症 老年性癡呆合併焦慮症 老年期精神病 失智症
	290.0 無併發症之老年期之呆症	
	290.1 初老年期癡呆症	
	290.4 動脈硬化性癡呆症	
	290.9 老年期精神病態	
291	酒精性精神病	酒精引發器質性精神疾患
	291.1 酒精性失憶徵候群	
	291.2 其他酒精性癡呆症	
292	藥物性精神病	
294	其他器質性精神病態(慢性)	外傷性腦傷 外傷性顱內出血 腦傷導致器質性症候群 腦瘤數後合併腦損傷 腦震盪，硬腦膜上出血
	294.0 失憶徵候群	
	294.8 其他器質性腦徵候群(慢性)	(慢性)腦器質性症候群(癲癇)
	294.9 器質性腦徵候群(慢性)	
295	精神分裂病	慢性重大精神病 慢性精神分裂症 精神分裂 精神分裂異常
296	情感性精神病	情感性精神病 情感性精神疾病

	296.0	躁症，單純發作	
	296.1	躁症，復發	
	296.2	重鬱症，單純發作	重度憂鬱症
	296.3	重鬱症，復發	重鬱症(單純發作部分緩解) 重鬱症 憂鬱症、復發中度
	296.4	雙向情感疾患，躁型	躁鬱症
	296.5	雙向情感疾患，鬱型	雙極情感性精神疾患
	296.6	雙向情感疾患，混合型	雙向情感性疾患
	296.7	雙向情感疾患	雙極性情感症
	296.8	其他躁鬱精神病	循環型躁鬱症
297		妄想狀態	妄想狀態(妄想症) 妄想症 妄想精神病
298		其他非器質性精神病	
299		源於兒童期之精神病	亞斯伯格症
300		精神官能症	
	300.0	焦慮狀態	情感性精神疾病(焦慮症)
		300.01 恐慌症	恐慌症
		300.02 泛焦慮症	
	300.2	畏懼疾患	
	300.3	強迫症	
	300.4	精神官能性憂鬱症	憂鬱症 官能型憂鬱症 精神官能性憂鬱症 憂鬱性精神官能症
	300.5	神經衰弱症	
	300.9	精神官能症	
301		人格異常	
302		性心理偏差及疾患	

307		特定症狀或徵候群(NEC)	
	307.5	其他飲食疾患	
		307.50 飲食疾患	
		307.51 暴食症	
309		環境適應障礙	
314		兒童期過動徵候群	
317		輕度智能不足	
318		其他特定智能不足	
	318.0	中度智能不足	
	318.1	重度智能不足	
	318.2	極度智能不足	
319		智能不足	

附件六、常見心理衡鑑簡介

魏式智力量表

它是一個需要個別施測，且由多個分測驗合成的智力測驗，共有有十一個基本分測驗及三個選擇性測驗，它提供了三個不同的智商分數，分別是全量表智商(Full scale IQ)、語文智商(Verbal IQ)以及作業智商(Performance IQ)。經由計算不同分測驗組合可以得到更多的指數分數或特定組群分數，整套測驗做完約需一個半小時。

智力測驗是測量受試者「目前功能」，用之於短期的預測較有意義，可用於預測(1)預測學業成就，(2)預測工作表現，(3)敏銳的判斷神經心理的損傷。可以提供受試者認知功能的強勢與弱勢。經過標準化程序的常模，與同年齡組相互比較，可以瞭解受試者在各方面的表現。因此在預測短期的學業表現，衡鑑個人相對優勢及若是能力、預測職業成就、揭露個人重要人格特質，讓我們可以瞭解其認知功能的變化。

對智商常見的迷思有三個，(1)智商並不是固定的或不可變的，他是有可能出現變化的，特別適合孩童的智商更容易出現變化。(2)智商並非是正確的、精密的測量，相反的智商分數只是一個預期兩次表現間變化的能力。(3)如魏氏智力量表這類測驗只是測量某個有限範圍內的能力，有許多通常被稱為「智力」的變項都不在大多數智力測驗的測量範圍之內。

魏氏智力測驗其基本分測驗及交替及選擇性分測驗如下：

分測驗名稱	包含的分測驗
圖畫補充測驗(作業量表)	記憶廣度(語文量表)
詞彙測驗(語文量表)	常識測驗(語文量表)
數字符號—替代測驗(作業量表)	連環圖系測驗(作業量表)
類同測驗(語文量表)	理解測驗(語文量表)
圖形設計測驗(作業量表)	符號尋找(交替測驗)
算數測驗(語文量表)	數一字序列測驗(交替測驗)
矩陣推理測驗(作業量表)	物形配置測驗(選擇性分測驗)

IQ分數採用距離常模之平均數多少個離差單位來表示，魏氏智力量表的三個智力分數(全量表IQ，語文IQ、作業IQ)的平均數皆為100，標準差皆為15。智力分數也可換成百分等級。

根據WAIS-III的分類系統

WAIS-III	常用的用語	相對應的智商範圍
Very superior	非常優秀	130 以上
Superior	優秀	120-129
High average	中上	110-119
Average	中等	90-109
Low average	中下	80-89

Borderline	臨界	70-70
Very low	非常低	69 以下

根據 DSM-IV 的分類系統

Borderline intellectual functioning	邊緣性智能	71 到 84
Mild mental retardation	輕度智能不足	50-55 到大約 70
Moderate mental retardation	中度智能不足	35-40 到 50-55
Severe mental retardation	重度智能不足	20-25 到 35-40
Profound mental retardation	極重度智能不足	20 或 25 以下

魏至智力量表的五個解釋階層

- 1、解析全量表智商（百分等級及智商分類）
- 2、解析語文智商、作業智商及其他解析群組（語文智商與作業的差值以及語文理解、知覺組織、工作記憶、處理速度）
- 3、解析分測驗變異情形（分測驗分數波動使否達顯著）
- 4、分析各分測驗內的變異情形
- 5、進行質化分析

魏氏記憶量表

魏氏記憶量表設計的目標是瞭解受試者記憶力的各種因素，它是由多個分測驗組合而成的個別操作量表。魏氏記憶量表已經修訂到第三版，根據當代記憶理論設計，且將記憶功能的所有因素都包含在內。他總共有 6 個基本分測驗及五個可選擇作答的分測驗，共有 8 個指數分數。整套測驗做完約需一個小時左右。

基本分測驗及選擇分測驗如下：

指數	包含的分測驗
聽覺立即記憶	邏輯記憶 I、字詞配對 I
視覺立即記憶	臉孔記憶 I、家庭圖片 I
立即記憶	邏輯記憶 I、字詞配對 I、臉孔記憶 I、家庭圖片 I
聽覺延宕記憶	邏輯記憶 II、字詞配對 II
視覺延宕記憶	臉孔記憶 II、家庭圖片 II
綜合記憶	邏輯記憶 II、字詞配對 II、臉孔記憶 II、家庭圖片 II、聽覺再認
工作記憶	數字序列、空間記憶廣度
選擇分測驗及歷程	常識與定向力、字詞測驗 I 及 II、圖形視覺測驗 I 及 II、心智控制、記憶廣度

魏氏記憶量表的分數採用距離常模之平均數多少個離差單位來表示，其指數分數的平均數皆為 100，標準差皆為 15。記憶力分數也可換成百分等級。

根據 WMS-III 的分類系統

WMS-III	常用的用語	相對應的指數範圍
Very superior	非常優秀	130 以上
Superior	優秀	120-129
High average	中上	110-119
Average	中等	90-109
Low average	中下	80-89
Borderline	臨界	70-79
Very low	非常低	69 以下

其綜合記憶指數可與 IQ 做比較，若兩者相差十五分以上，則代表目前受試者可能是腦部損傷的紅色警戒範圍，其他在各指數之間相差也可以讓我們瞭解其診斷、治療計畫、優勢及弱勢能力的瞭解。

班達視覺動作完形測驗

也被稱為班達完形測驗，是個廣泛使用的神經心理損傷之篩選工具，主要作用為評估視覺組合能力。此測驗由九個圖案所組成，主試者將圖片一張一張地呈現給受試者，而受試者要做的就是盡可能正確的逐一將圖形畫在一張紙上 (A4)。主試者將依受試者所繪出的圖形的正確性及空間整合情形而給予評分。

雖然此測驗最常用來篩選腦傷，但在臨床上的應用已延伸遠超過篩選腦傷。在孩童人口群中曾用來篩選閱讀障礙、預測孩童學業成績、診斷孩童閱讀及學習問題、評量情緒困難、及探討發展能力喪失的問題。在成人及青少年的人口中，此測驗是及優良的衡鑑腦傷工具，也是評量多種性格功能的測驗。

貝克憂鬱量表(BDI-II)

Beck Depression Inventory II：最早的貝氏評量表是 1961 由 Aron T. Beck, Ward, Mendelson, Mock 與 Erbaugh 所設計，用來評估上 13-80 歲人的憂鬱程度，作為診斷及處置參考，受檢者至少應有小學 5-6 年級以上的閱讀能力。共有 21 組題目，每組題目包括 4 個句子，依憂鬱的特定症狀之嚴重程度排列，並與精神科醫師使用的參考標準”精神疾病的診斷與統計第四版”(DSM-IV, 1994)中的憂鬱症診斷一致。填表時間約為 10 分鐘。1990 的修訂版 BDI 是為了更加區分出感到寂寞、壓力與自稱是焦慮的病人是否是憂鬱症。每項分數依程度分 0, 1, 2, 3 把 21 項的總分相加(0- 63)，得到的憂鬱指數評估如下：

- 0 - 7 分：可以接受的正常情緒起伏
- 8 - 14 分：輕度至中度的憂鬱
- 15 - 28 分：中度至重度的憂鬱
- 28 分以上：嚴重憂鬱

貝克焦慮量表(BAI-II)

量表藉由自我陳述方式，測量焦慮嚴重程度。本量表包含 21 個描述焦慮症狀項目，用「完全沒有困擾」、輕度困擾（有點困擾但不嚴重）、中度困擾（相當受這個症狀困擾）、重度困擾（我幾乎不能忍受），以 0、1、2、3 計分，測量與推測出成人及青少年的焦慮嚴重程度。

0 - 7 分：有很少的焦慮

8 - 15 分：輕度的焦慮

16 - 25 分：中度的焦慮

26-63 分：嚴重焦慮

附件七、常見職能評估簡介

職能評估的目的在於瞭解個案目前『功能』到底為何。職能治療師需評量個案的工作表現、評估工作任務與環境，並以整體評量為依據來提出對職務、流程、工具和職場的修改與建議。也因此、需依循上述原則對個案進行評估，以瞭解個案目前之能力與功能。

壹、評估內容：

以職能治療師的觀點，在進行殘障鑑定之時，主要依據職能領域（performance area）、職能元素（performance components）以及職能情境（performance contexts）三大項評估之。

- 一、職能領域---包括：日常生活功能、工作（包含有職業、教育程度.....等等）、休閒娛樂生活等項目，而其中興趣調查之分類主要是依據興趣調查表設計而成。
- 二、職能功能---包括：感覺動作功能、認知功能、社會心理功能。
- 三、職能情境---包括：病史資料與職能發展之流程。

貳、常用評估工具介紹：

一般而言，職能治療師在進行殘障鑑定之時，依據不同情況的需要，選用各種不同的評估工具。以下、僅就幾項一般常見之職能治療評估工具進行介紹。

常用的評估工具包含：

- 艾倫認知層級測驗 Allen' s Cognitive Level Screen (ACLS)
- 普渡手部靈巧度測驗 (Purdue Pegboard)
- 褚氏手部靈巧度測驗
- 褚氏注意力測驗
- 褚氏日常生活評量表 (二版)
- 句子完成測驗
- 工作史詢問指引
- 興趣調查表

一、艾倫認知層級測驗 Allen' s Cognitive Level Screen (ACLS)

此測驗利用縫皮方式評估病人的認知程度（由 3.0 至 6.0）。此項測驗在十年來更具標準化，由於測驗具有方式簡單、測驗時間較短的特性，也因此廣為職能治療師所用，本測驗可提供了對個案學習能力的快速測量。

根據 ACLS 的評估可以協助職能治療師瞭解個案目前的能力，以及預測個案的學習能力。

二、普渡手部靈巧度測驗 (Purdue Pegboard)

本測驗包含四項分測驗，包括：右手、左手、雙手、組合。每次 30 秒、每項分測驗進行 3 次，協助職能治療師瞭解個案手部靈巧度、精細動作操作能力、精細動作協調能力、手臂活動度，與手眼協調功能。本測驗為一標準化之評估工具。

三、褚氏手部靈巧度測驗

褚氏手功能測驗於民國 70 年又褚增輝直能治療師研發，經過多年使用與修正，為一具有良好之信度與效度的標準化工具，並且涵蓋：手指靈巧性、手臂穩定性、手臂三度空間活動度與手眼協調功能。

相較於普渡手部靈巧度測驗，本測驗涵蓋正常人與精神疾病患者之常模，且為本土常模。測驗針對右手、左手及雙手組合三項進行操作，由於每項測驗時間為兩分鐘（亦有一分鐘版本），因此增加一項耐力因素。

四、褚氏注意力測驗

本測驗於民國 74 年由褚增輝職能治療師設計出，經過多年臨床應用與修正，證明其有五項優點：

- (一) 「褚氏注意力」測驗為一套具有良好信度與效度的標準化工具。
- (二) 測驗方法及工具簡單，容易被個案接受。
- (三) 可探測注意力素度、辨識力及集中度。
- (四) 可採個別或團體方式施測，若採取團體施測可節省時間。
- (五) 提供正常人及精神病患者的常模與等級，可供臨床評估之用。

由於褚氏注意力測驗擁有以上優點，在臨床上，職能治療師使用本測驗以協助瞭解個案目前注意力之情形。

五、褚氏日常生活評量表（二版）

一般日常生活功能可簡單的分為三方面：

- (一) 自我照顧能力：包括個人衛生習慣、適當穿著、飲食、居住及基本家事等。
- (二) 溝通能力：包括與人語言的交談、閱讀、書寫、使用電話及寫信寄信等。
- (三) 行的能力：安排自己生活時間、出外、購物、使用公共交通工具或駕駛車輛等。

在評估個案日常生活功能能力，一般可使用：臨床觀察法或運用評量表或問卷表。由於前者需藉由實際境遇方式，如讓個案在店內購物、如何搭乘交通工具等方式，效度較高，但是相對而言，評量者需花費很多時間，方能瞭解個案整體之日常生活功能。

因此，褚氏日常生活評量表則是以會談方式讓個案填寫有關生活情境的問卷表，這種方法能夠在短時間內取得一致性、客觀性、及經濟簡易地獲得評量結果。

由於時代的變遷，第一版日常生活問卷已有不合時代之處，於是，於民國 82

年重新修訂問卷為「日常生活評量表(二)」，於原有問卷測驗方式之外，增加六像觀察項目，以加強評量效度。此測驗亦為依據有良好信度與效度的標準化工具。

六、句子完成測驗

此項測驗為一半結構式的投射測驗，要求受試者寫下看到句首後第一個想法。測驗不計時、不計分。一共有 25 題句首，內容大致可包含：家庭、自我、及時間情境三類。在分其細項則可分為：個人價值觀、家庭關係、對未來的期待、工作……等等。

七、工作史詢問指引

唯一會談為主的測驗，主要以「工作」為主。包括需詢問個案從病前至現在的工作名稱、工作內容、薪資、工作滿意度、工作起迄時間、離職原因，以及個案對未來工作的期待。

除此之外，職能治療師仍需瞭解個案是否曾經接受過職業訓練？包括訓練項目、內容、時間、參訓單位、有無結業、有無證書或執照等項目。以期對個案有更進一步的瞭解。

此外，為了更進一步瞭解個案，關於個案是否具備專業技能之執照，或是接受過相關訓練也是必須收集之資訊。

八、興趣調查表

本測驗列出 72 項活動，請個案自行針對「感興趣(不論會或不會)」、「以前從事過」及「未來打算從事」三項目進行圈選，並且請個案寫出自己「最感興趣」、「最想從事」以及「進來最常從事」的活動各三項。藉此協助個案瞭解自身興趣。

目前職能治療師使用的評估工具大致以以上八種；然而，不同的醫院、不同的職能治療師仍會依據個案本身的獨特性選擇適合的評估工具，以期能真正的評估出個案的能力。

附件八、精神疾病社會生活功能評估簡介

精神病患社會功能量表與照顧者負荷量表

精神病患的治療及復健工作，需由系統觀點來看，包含個人、家庭、社區之內外在資源與支持系統網絡等作全面性的評估。學者 Tyrer (1993a) 對社會功能的定義指 ” 個人在其生活的社會脈絡下能發揮功能的程度，功能種類廣及生活自持 (self-preservation) 到與他人維持關係的基本生活技能” 。

社會生活功能評估主要是評量病患之社會功能狀況，以作為擬定病患社區復健計畫之參考。國內方面，目前學者宋麗玉，於 2004 年所發表之國科會研究計畫；精神病患社會功能量表與照顧者負荷量表，乃依據 Birchwood 等人 (1990) 研究之社會功能量表為基礎，再考量國內文化與生活內涵加以修改，其所修訂之社會功能量表問項主要測量個人在其文化脈絡下，生活自持以及與他人維持關係所需的基本生活技能，因此乃在測量個人的社會勝任度及因應生活需要的能力。

該量表共有三十六題，內含七個向度：社交/退縮 (2 題)、人際溝通 (3 題)、獨立/能力 (5 題)、獨立/表現 (5 題)、娛樂 (9 題)、社會性 (6 題)、職業/就業 (6 題)。

這份量表的特色在於區分病患的能力與實際表現，前者指技巧的有無，後者則指技巧的使用。量表施測可由病患自填或是照顧者填答，也可以採個別訪談方式進行。計分方式；各題項除了職業/就業之外，分數都在 0-3 分間，依選項的數字給分。整體量表最高可能的總分為 100 分。其建立常模時的病患樣本選取標準包括；第一，病患須年滿 18 歲且患嚴重長期的精神疾病；第二點，至少住院過一次；及第三點為避免樣本差異過大汙染研究結果研究對象不包括精神官能症患者、藥物濫用者與老年癡呆症患者。填答之家庭照顧者的選取條件為過去一年內，病患與照顧者同住至少六個月以上。施測結果可依量表總分區分為四個等級；71 分以上為高功能，52-70 分之間則為中度到優，34-51 分為尚可至中度，33 分以下為低功能。

附件九、常用精神科抗憂鬱藥物一覽表

作用機轉	學名	所有商品名
SSRI	Citalopram	Celexa, Cipram(舒鬱)
	L-citalopram	Lexapro
	Fluvoxamine	Luvox(無鬱寧)
	Fluoxetine	Prozac(百憂解), Sinzac, U-Zet, Zactin
	Paroxetine	paxil, paxil CR, Seroxat(克憂果)
	Sertraline	Sertraline, Zoloft(樂復得)
TCAs	Amitriptyline	Amitriptyline, Amtyline, Elavile, Pinsaun, Saroten, Tryptanol
	Clomipramine	Anafranil, Clopran, Clomine, Pashi, Promil
	Doxepine	Sinequan(神寧建), Doxepine, Quitaxon
	Imipramine	Tofranil(妥富腦), Emiranil, Imimine, Imine, Tofnil
	Maprotiline	Ludiomil, Maprotilin
	Mianserin	Tolvon
SNRI	Venlafaxine	Effexor, efexor(速悅)
	Duloxetine	Cymbalta
NaSSa	Mirtazapine	Remeron(活樂憂), Remeron Sol(口溶性活樂憂)
MAOI	Moclobemide	Aurorix(歐蕾思)
NDRI	Buspropion	Welbutrin(威搏雋)
其他	Trazodone	Desyrel, Mesyrel(美舒鬱)
Anticonsulvant	Lamotrigine	Lamictal(樂命達)

附件十、「勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究」

計畫書審查會議紀錄

一、時間：95年5月22日(星期一)上午11時

二、地點：本局12樓會議室

三、主席：蔡委員兼召集人吉安

記錄：李孟茹

四、出席單位及人員：

張委員景瑞、劉委員絮愷、蔡委員美貴、張委員秀豐、李委員松林、
黃委員麗珍、邱偉哲醫師

五、列席單位及人員

勞保監理委員會謝研究員文琳、企劃室鄭主任清風、劉科長梅

六、討論意見：

劉委員絮愷：

- (一) 勞保殘廢給付標準之訂立應更為明確，由於各個醫院對疾病認知程度不一，判斷等級之過程決定方式亦不相同，建議宜訂立一套標準化流程以茲遵循，使開立診斷證明書者有所依據。
- (二) 建議可參考國內其他法規之共通性，如健保之重大傷病卡，社會福利之殘障手冊，與公保之等規定之表準訂立，宜注意不同法規之共通性。
- (三) 殘廢疾病的範疇廣泛，因台灣病人的特殊性，故標準無法一致，

易造成流弊的現象，判斷時應以「疾病別」加以考量，如憂鬱症有其特殊考量應由源頭即設定門檻。

(四) 不同疾病別有不同考量，如精神病及精神官能症即應加以區分。

張委員景瑞：

(一) 由於判斷等級並無共同標準，易造成勞保黃牛、漏洞之情事，各單位意見多且分歧、不易落實；有關殘廢給付鑑定之成本問題應確實評估，如：標準流程觀察時間最少經費成本需求，複審需多少經費，案例分析、主題如何設定..等。

(二) 本研究希以修法的方向完成，報告具體建議優、缺點，開會研討時避免與會專家學者各說各話，應形成具體共識。

(三) 國內判斷標準應齊一，勞保與公保所訂立之標準應相近，務求實務界與醫界之整合，建立統一標準。

李委員松林：

(一) 勞保監理會與勞保局審查醫師應建立尺度一致之標準，建立客觀的指標，就現況而言，不同個案觀念差異性較大，可安排審查醫師以專家座談方式就個案互相交換意見，建立共識，由個案累積經驗，以建立尺度一致之標準。

(二) 未來勞保局認定申請精神疾病的給付希望能建立標準化流程，訂立指標方便診療。

(三) 目前勞保局可分別向不同醫院調閱病歷，惟目前實務作業儘量由被保險人申請時自己檢附病歷，不再透過勞保局向醫院調閱病歷，如此可節省調閱病歷往返時間，減少行政流程，如由其提供之病歷無法判斷時，才進一步考量調閱被保險人在其他醫院之病歷。

(四) 殘廢診斷書，應如何設計，針對精神障礙部分加強，使其具體可行。

黃委員麗珍：

精神病種類繁多，如各種症狀精神分裂症、憂鬱症、失智症、躁鬱症等，宜設定鑑定標準值，如失智症即有一套標準(MMSE, CDR)可依據判斷其等級。是否可由此研究協助訂定各種精神疾病之標準。

監理會謝研究員文琳：

(一) 本研究應落實法規面，現行問題因面對同一個案，勞保監理會及勞保局有不同認知形成困擾，同一法規標準醫師診斷需具體列明，以茲區別判斷。

企劃室鄭主任清風：

(一)、請邱醫師依審查意見進行研究，並確實掌握時程，於8月31日前繳交期中報告，10月20日前繳交期末報告，並於11月30日完成正式報告。

(二)、請給付處指定窗口人員，配合提供相關資料。

七、決議：

(一) 本企劃書審查通過，請研究單位依據各審查意見辦理。

(二) 研究案內容希望建議事項能具體可行，供審核參考及作為勞保殘

廢給付精神障害等級與審查標準之修訂依據。

八、散會：(中午 12 時 10 分)

附件十一、「勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究」

期中報告審查會議記錄

一、時間：95年9月19日(星期二)上午9時

二、地點：本局10樓監理會會議室

三、主席：蔡委員兼召集人吉安

記錄：李孟茹

四、出席單位及人員：

張委員景瑞、劉委員絮愷、蔡委員美貴、李委員松林、黃委員麗珍、
邱偉哲醫師

五、列席單位及人員

勞委會勞保處孫傳忠、勞保監理委員會謝研究員文琳、朱研究員柏
樑、本局給付處傅科長完珍、李領組漢茵、企劃室彭研究員德明、劉科
長梅

六、討論意見：

張委員景瑞：

(一) 研究報告中以臨床加以分類，實務上而言是較好的分類方式，期

末報告應再增加統計分析之數據及資料，以使研究內容更加完整。

(二) 在報告中關於專家意見部分，定義疾病的寫法不太一致，如「精

神分裂症」寫的比較簡單，而在「雙極性情感疾病」專家建議注

意事項就比較明確，希望在最後期末報告所有的疾病寫法能予統

- 一，使審查作業亦能趨於一致。
- (三) 「審查建議注意事項」第 18 頁的「雙極性情感精神病」，較具體列明相關病歷記錄應行注意事項，如果資料不齊全時即予以退件，使病歷審查較有具體明確記錄。
- (四) 「審查建議注意事項」第 24 頁-3「是否有酒精或其他物質藥物濫用的情形或共病現象？」，在前面的報告內容中並未提及此現象，應再予以說明，而健保局對於酒精及藥癮引起的精神病不予給付，病人常因申請殘廢給付，造成爭議，故究竟病歷該如何調閱？建議這部分應有行政程序上的考量，除了「器質性精神疾病」，若是有「酒精引起」之字眼，希望病人能簽授權同意書，同意調閱健保局的病歷，行政費用請病人自付，不知是否可行？
- (五) 藥物引起的精神疾病，像老年期精神疾病巴金森氏症所服用藥物或其他疾病引起的精神病，與安非他命、酒精相關之精神病，可能會有很大爭議，希望期末報告中能將藥物、酒精部分引起的症狀，能更清楚明白的呈現。
- (六) 健保局審查給付作業非常嚴格，若在審查時有錯字即無法通過，所以臨床與健保局皆要求需一字不漏才准予通過，所以可以作為行政上的門檻，醫院立場與行政機關一致會有較多的困難，建議可以加註 ICD-9 編碼，由於 ICD-9 是衛生署統計的正式要求，健

保局申請給付時一定也要有 ICD 碼，用此對照的方式應較簡單可行，而作業上亦不致於有太大困難，若有 ICD-9 編碼，就不需再多定義新名詞，統一以衛生署 ICD-9 名稱，在審查時加以填註。行政審核時就可確知是何類疾病的歸類。建議應於期末正式報告可以具體敘明依據 ICD-9 的那些類別：才能申請殘廢給付。

(七) 有關案件審查部分，由於審查的時間有限，建議把情感性疾病集中，因精神分裂症、器質性精神病通過率較無爭議，而情感性疾病、精神官能性憂鬱症調出在專家審查會議中抽樣的爭議討論，像這類案件為什麼無法通過？如此應會有更好的溝通共識。

劉委員絮愷：

(一) 目前勞保局殘障定義較無相關法規，此篇研究報告之目的及任務應該是經過討論給予醫師們共識，但目前的意見多為內部談論，如果在行政處理上可以克服，相信會較具體可行，例如現在最大問題就是病人的流動性，通常病人若這家醫院不予給付就換至另一個醫院，而精神病患規定就診應一年以上，在申請條件上也規定需在固定的醫院評估一年以上，這就算是一個門檻，可避免病人的流動性問題，建議可否就現在施行層面研究更具體的報告內容，以茲遵循。

(二) 依據新版殘廢診斷書格式，按照作業的流程由病人帶回資料，如有些不適用之處可在第一個選項後面做一個打勾的選項，

會減少很多麻煩。

(三) 在「輕便工作」方面，有人建議被鑑定者做職能評估、心理衡鑑，但首要條件需有特約醫院，相對而言這些醫院也許到 A 和 B 醫院的評估可能差異很大，研究上與實務上此類需要評估的病人應做「必要項目」的列舉。

(四) 在精神科裏被認定「情感性精神病」應比「官能性的精神憂鬱症」嚴重，表示「憂鬱症」的領域較混亂，這部分牽涉到重大傷病卡的問題，重大傷病卡與勞保殘障認定建議應由專業團體有嚴格、清楚的共識，並做等級的認定。

(五) 「憂鬱症」認定必要的要件，有無住院、就醫、自殺等，惟自殺不應列入必要條件，建議應列入專業考量，不可作為認定的標準。而精神疾病依其病程可分兩類，一類是症狀固定的精神病，在輕便工作要是達到共識就沒問題，另外一類歸為慢性的精神病，因病情起伏，認定上較無共識，其中在情感性精神病中、躁鬱症方面會較好認定，但在憂鬱症方面則較不易認定，這點在專家會議希望能有明確的建議，需要大家有共識。

(六) 另外「帶病加保」的問題，精神分裂症、情感性精神病，鼓勵生病也能工作，而很多病人申請殘廢給付後，被退保後就不能工作，因此就「加保時間」與「疾病病程」部分希望專家會議當中能有所建議。

- (七)「智能不足」問題，是一個社會基本概念的問題，也許不是專業可加以判定，許多智能不足與後天精神疾病要如何選擇區分這部分，希望能有清楚的準則。若研討亦希望能有分類編組的方式討論，由相關背景的人士加以討論。
- (八) 在行政與專業區分依據，要考慮需要專業審查時要有鑑定因素，假如大部分案例都要送專業審查，就不需要訂立了，故重點在審查層面，例如就診規則性。一般來說精神疾病分類複雜，若在行政審查需要疾病分類，建議醫師可以分為幾大類的病，跨越不同情緒控制或行為障礙來分類。
- (九) 同意診斷書中呈現 ICD-9 號碼，其實 ICD-9 有很多診斷，以行政審查立場來說建議在報告書要附上哪些資料需詳盡，希望在專家審查會討論應附的資料，就可解決分類混亂的行政審查問題。

李委員松林：

- (一) 有些基本的問題需界定明確，如精神病要如何分類才是正確？有幾種分類方法？各類型精神疾病，要經過哪種治療及符合哪些條件才算是殘廢、該如何審查？是否可設定各項條件作為行政人員行政審查之認定標準，如行政審查不符合者即先予剔除，故應清楚分類設定一致性之條件，以重度躁鬱症宜納入情感性精神病為例，一般外行人可能就不太清楚。本研究希望藉由學術上的概念

能更清楚定義，界定各類型精神病應具備哪些條件，才認定為殘廢，而若符合申請時，又該如何認定其殘等究為第 1、2、3 等級或第 7 等級？

(二) 研究報告中有關國外多將精神障害歸類為社會保險之項目，且勞工保險僅限於勞災所導致之精神障害部分，事實上國內勞工保險也是社會保險的一部分，分為普通事故和職業災害，與國外的制度應相同。另資料取得遭遇困難部分，若有需要勞保局可提供。

(三) 爭議審議案件中，監理會之特約審查醫師對個案有其醫理上的見解，如有需要亦可協助提供。

黃委員麗珍：

老人失智症利用 GDR、MMSE 評估表作為失智症篩檢的客觀指標，在其他精神障礙疾病上是否可有客觀的指標以茲遵循？如果能加以分類，以供行政上審查有所依據，應能予以解決很多現行的問題。

監理委員會謝研究員：

(一) 此研究報告的研究目的希望將來提供勞保局與專科醫師有審查明確的標準，行政審查也會參考，但無論專業還是行政審查，最後將歸類到殘廢給付標準表，在此期中報告中各種疾病審查應注意的標準描述較不明確，而與標準表的關聯論述較欠缺，甚至在審查標準，醫理見解歸納到標準表的部分亦尚未提出看法。

(二)建議研究目的應清楚表達，將來甚至可考慮是否修正精神障害項目，如果有關聯的論述應再明確敘述。

監理委員會朱研究員：

- (一) 監理委員會的審查醫師是蔡醫師、李醫師，他們的審查標準較趨一致，如果勞保局需要進一步請他們審查，每件案子會請審查醫師填寫意見，而為避免刺激被保險人起見，通常並未呈現全部內容，若研究報告有需要相關資料可予以提供。
- (二) 在審議困難方面，有些案件意見上出入不大，精神病的認定多是社會觀感與醫師見解，醫師認為如酒癮、家庭、經濟因素、不列入，但專業見解與社會學者就不儘相同，所以遇到很多的問題，而審查標準多為專業審查，實務上在專業見解與社會見解方面即有落差；此外，在標準表等級方面，第1、2、3、7、13等級的差距太大，故許多病人極力爭取第7等殘，就是這些現象造成。

給付處傅科長：

- (一) 有關器質性精神病如腦外傷建議應列第8項第7等級，而非第4項第7等部分，由於造成器質性精神病之原因很多，像是藥物、內分泌、腦瘤等，這部分是否也應歸類為第8項第7等級？
- (二) 是否所有的精神病否都可以透過心理衡鑑判斷程度輕重？神經心理學、心理衡鑑，職能評估、失智症評估量表、智能評估表等等

各種評估方式是否不同、各種不同之精神疾病應分別適用何種評估方式？還是僅名稱不同而實質內容是相一致的？

七、決議：

- (一) 本期中報告審查通過，請邱醫師依據各審查意見辦理。
- (二) 請確實掌握時程積極進行研究，於 10 月 20 日前繳交期末報告，並於 11 月 30 日完成正式報告。

八、散會：上午 10 時 30 分

附件十二、「勞工保險殘廢給付精神障害等級及審查標準之研究」

期末報告審查會議記錄

一、時間：95年11月9日(星期四)下午2時

二、地點：本局10樓監理委員會會議室

三、主席：蔡委員兼召集人吉安

記錄：李孟茹

四、出席單位及人員：

陳委員喬琪、張委員景瑞、劉委員絮愷、蔡委員美貴、黃委員麗珍、
邱偉哲醫師

五、列席單位及人員

勞委會勞保處孫傳忠、勞保監理委員會謝研究員文琳、陳專員偉
平、本局給付處傅科長完珍、李領組漢茵、企劃室彭研究員德明

六、討論意見：

張委員景瑞：

(一)、“終身”的條件認定不易，醫生若要認定病患是否“終身”，其責任也許太大，報告中擬採責任分攤，是一個正確的方向，而不是由一個醫師來負那麼大的責任。但最大的困難是要如何標準化。像要求申請者附上實際收入證明、工作能力證明、工作時數證明，與相關評估資料，作為殘廢程度輕重與實際功能是否相一致之判斷，若不一致可能需再行討論。

- (二)、報告中有關監理會意見的第三部分：將「現實感障礙」列為精神病症狀的判斷標準，似不妥適，宜待進一步討論。
- (三)、針對各個疾病，審查注意事項建議交予勞保局作為內規使用，將來在新的審查委員會議中讓審查醫師能有共識。
- (四)、因評估非醫療所需，若由保險人自費做評估一定有很大爭議點，故可行性並不大，實務上爭議的部分技術上如何解決。
- (五)、較支持審查標準的第二方案，第一方案太過嚴格。
- (六)、在所有疾病中，「失智症」部分較無爭議，其他疾病較為模糊，失智症與老化是不一樣的，並非只有記憶力不好就為失智症，還必須要有五個以上相關的症狀，目前失智症之診斷可由問卷測試得知。
- (七)、在殘障津貼上，目前都是以現金給付，若用實際給付可以免除許多金錢補助上的問題，例如失智症病患，經專業團體評估病患之需求給予實際的協助，而非給予現金給付，可滿足真正需要，其他如憂鬱症病患提供人力幫助其實際需要、減輕失業壓力、照顧失業需求，是一種實務的考慮，每當沒辦法達到完全的實務給付時會配合津貼，但國內就這部分需要更進一步協商。

劉委員絮愷

- (一)、關於疾病診斷書鑑定上需要兩個專業人員的共識，並且蓋章署名，但實際在醫院，主要病程仍為醫師所觀察的症狀，保險人所提供的資料，不管是職業功能、心理衡鑑或社交能力，在殘廢診斷書都需檢附，在疾病的診斷系統上就已經有許多阻礙，所以建議開立診斷書簽章以 1 人簽名即可，並在診斷書附註 ICD-9 編碼。
- (二)、希望可藉由製作簡單開立精神障害診斷書應具備的資格、條件等分別列舉成小冊子，提供各個醫院精神科專科醫師參考。
- (三)、而”自殺”不應列入包括在憂鬱症之內，此部分還是可由專家來判斷，不可列入標準。
- (四)、台灣制度診斷書開出給付後就無法再撤回，所以同意第一關審查的重要，在重大精神病，可明顯的判斷，但在憂鬱症，可能就必須要有明確的工作鑑定，其中之差異作為不同的等級認定。
- (五)、如要列入殘等第 13 等級，易形成一些輕微的疾病也可請領，似應再行考慮是否妥當。

蔡委員美貴

農保高齡加保者眾，領取老痴重殘者為數極多，而高齡失智如果是屬於正常現象，是否應給殘廢給付常困擾業務單位，本研究報告指出日本對於 65 歲以上失智者不給予殘廢年金，係給予老年年金，值得提出予內政部及勞委會修法參考。

陳委員喬琪

- (一)、以目前的診斷標準會有許多灰色地帶，故造成診斷上的問題，若衛生署不改變現況，可能無法解決問題。
- (二)、同意診斷書 1 人蓋章即可。

黃委員麗珍：

- (一)、報告中建議參考日本的殘障年金，對於 65 歲以上之失智症，不應給殘廢年金，應給予老人年金。
- (二)、失智症評估工具除可用 CDR、MMSE 來做評估外，是否仍有其餘工具，可幫助評估。
- (三)、新建議提到的第一方案，極嚴重判定標準需要兩年，而嚴重需要一年，才給予殘廢給付，實際有時候在時間上無法達到，常引發許多糾紛，精神醫學會的認定為何？
- (四)、較贊成建議方案中的第二方案，將勞保殘廢給付精神障害審查標準表維持分類為 1，2，3，7 殘等並加入第 13 殘等。

勞保局給付處蔡副理：

- (一)、各項疾病，病名、病程因複雜性，建議是否用表列方式區分各種不同精神疾病應具之條件、報告等，有助承辦單位直接比對，使審查流程更加清楚、便捷。
- (二)、被保險人職業功能、社交能力評估，內容上界定較模糊，應可再

更具體。

- (三)、針對殘診書納入 ICD-9 號碼，目前已增列在新版之殘廢診斷書上，至於建議診斷書由醫院寄回部份，新版診斷書在首頁列有診斷書逕寄本局之同意書一式兩聯，供醫院逕寄本局，以確保資料的正確性，至於審查有需要複檢時相關之費用是由勞保局負擔，並非由申請者支付。

勞委會勞保處孫傳忠

- (一)、勞保殘廢給付標準表精神障害系列之殘廢等級判定，係以被保險人生活能力及勞動力喪失程度決定殘等，被保險人經治療終止後，生活能力及勞動力確有一定程度喪失而永久無法復原者，始得認定成殘，爰有「終身」之文字規定。另有關精神科醫師較難判定被保險人是否終身不能從事工作或終身只能從事輕便工作，建議檢討「終身」一詞之合理性部分，本處將於修正殘廢給付標準表時納入參考。
- (二)、依本件期中報告之統計數據顯示，被保險人較少因「工作能力」喪失程度未達標準而經保險人核定不予殘廢給付，是否代表現行相關工作能力喪失程度之評估技術尚不夠健全。此外，罹患精神疾病之年齡層有年輕化趨勢，未來勞保年金制度施行後，重殘被保險人將可以領取終身障礙年金，如工作能力評估技術仍不夠成

熟，則對障礙年金之施行會有相當程度影響，故有關工作能力評估制度應如何建立，可再多作討論。

監理會謝研究員文琳

- (一)、勞保所有殘廢給付中並非僅精神障害才涉及終身不能從事工作，另外一些較嚴重之障害項目亦有以終身不能從事工作為要件，故此類障害，除醫學專業判斷其生理功能外，尚應判定其社交及工作能力喪失程度，勞保局特約醫師恐非此領域之專家，如何正確判定失能狀態，宜由勞保局就制度面建構一結合職能治療評估及復建之團隊予以審核，始足以勝任。
- (二)、建議之第一方案，採 2 個等級給付，因衝擊較大，建議當做參考。
- (三)、現行勞保殘廢給付採一次給付，對於被保險人日常生活照顧及工作能力之恢復並無直接助益，應思考與職災勞工重建相結合，未來勞保殘廢給付除改採年金給付外，並將如何恢復其工作能力及協助日常生活之活動等亦納入給付範圍。

勞保局給付處傷殘科傅科長：

- (一)、病歷資料不足時如向健保局索取，因健保局只提供最近兩年內的資料，兩年前的資料無法取得，仍無法達到預期目的。
- (二)、現行標準表附註已有第 13 等殘精神障害之規定，惟只存於附註一之（六），若提高到給付項後可使審查更明確。

(三)、有關申請給付建議被保險人提供實際收入證明、工作證明、能力證明部分，因職業工作無一定雇主，工作證明較難確定為真，為了要殘廢與老年給付同時請領，則稱能工作，但為要領重度之2、3等殘時，則稱無法工作，如此認定殘等易失真，另現行殘廢給付為一次金給付，領過重殘者日後再工作，亦能再加保，僅保險年資重新起算。宜採較客觀之醫學專業認定較妥適。

(四)、本報告希望可具體建議那種疾病需要檢附何種報告資料，期望能以醫學專業的角度來鑑定殘廢等級，較具客觀公平性。

七、決議：

(一) 本期末報告審查通過，請邱醫師依據各審查意見辦理。

(二) 請確實掌握時程進行研究報告之修正，於11月30日完成正式報告。

八、散會：下午3時50分。

勞工保險殘廢給付『精神障害』等級及審查標準之研究

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 110 中正區羅斯福路一段四號

電話：(02)2396-1266

傳真：(02)2341-6231

出版日期：中華民國 95 年 11 月

工本費：新台幣 150 元整