

計畫編號：CLA94-A02

行政院勞工委員會勞工保險局委託研究報告

勞工保險殘廢給付『心臟部份』 審查標準之研究

研究主持人：蘇大成 醫師

共同主持人：杜宗禮 醫師

協同主持人：陳思遠 醫師

王榮德 醫師

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：國立台灣大學醫學院附設醫院

研究期間：中華民國九十四年六月一日

至九十四年十二月十日

印製日期：中華民國九十四年十二月

※ 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. 1
第一章 前言	p. 2
第二章 給付申請舊案件之整理	p. 5
第三章 國內外相關文獻之回顧	p. 15
第四章 本研究專家會議之結論	p. 20
第五章 結論與建議	
第一節 新建議之勞工保險殘廢診斷書『心臟部分』評估表	p. 24
第二節 新建議之勞工保險殘廢給付『心臟部分』審查標準表	p. 25
第三節 新建議之勞工保險殘廢給付『心臟部分』審定流程	p. 28
第四節 綜合討論	p. 33
參考文獻	p. 41
附件一 第一次專家會議之會議記錄	p. 45
附件二 第二次專家會議之會議記錄	p. 49
附件三 勞工保險條例與施行細則－『殘廢給付部分』	p. 53
附件四 勞工保險殘廢給付標準表－『胸腹部臟器部分』	p. 55
附件五 勞工保險殘廢診斷書	p. 58
附件六 台北榮總「勞工保險殘廢給付審核作業認定基準之研究 －胸腹部臟器障害系列」研究案－『心臟血管疾病』	p. 62

附件七	美國醫學會永久障害評估指引第五版－『心臟血管疾病』	
		p. 73
附件八	原勞保殘廢給付『心臟部分』建議審查標準草案	p. 85
附件九	本研究計畫書摘要	p. 86
附件十	本局九十四年度委託「勞工保險殘廢給付『心臟部分』	
	障害系列審查標準」研究計畫書審查會議記錄	p. 93
附件十一	本局九十四年度委託「勞工保險殘廢給付『心臟部分』	
	審查標準之研究」期中報告審查會議記錄	p. 95
附件十二	本局九十四年度委託「勞工保險殘廢給付『心臟部分』	
	審查標準之研究」期末報告審查會議記錄	p. 97

摘要

研究目的：修訂我國勞工保險殘廢給付『心臟部分』審查標準，使其能夠更合乎國內勞工保險實況之需要。

方法：經由查考美國醫學會 2001 年永久障害評估指引第五版關於心臟血管系統之內容、國外最新臨床指引文獻與國內相關研究結果，以及整理勞工保險局所提供的給付申請案例，並召集相關專科的臨床醫師專家進行會議討論，對於之前台北榮總葛謹醫師等人完成之建議修正草案增訂修改，以擬訂出客觀可行之審查標準與審定參考流程。

結果：美國醫學會永久障害評估指引中所建議採用心肺功能測試指標 METs，由於量測不易、且在實行上有其限制性與危險性；而核子醫學檢查所得左心室射出分率大小分級，對於慢性心臟衰竭病人的心臟收縮功能評估有相當之重要性，當可將此項具客觀實用性之指標用於心臟障害等級評估。

結論：本研究經過審慎思考且與各方專家討論後，建議以其主要心臟疾病的類別為基礎，考量不同治療方式之觀察期長短，依所評估之紐約心臟學會功能障害等級，合併具客觀性核子醫學檢查所得左心室射出分率大小分級，共同作為勞工保險殘廢給付『心臟部份』審查標準之指標。

第一章 前言

社會安全制度的建立與發展，是先進國家中一個重要的議題。其內容包含了社會保險、社會救助、福利制度與就業服務等。社會保險是其中相當重要的一環，主要在於當社會風險發生時、作為一種民眾基本權益的保護。隨著社會需要及社會風險的升高，更加完善的機制也不斷地被提出。目前世界各國大部份都有社會保險制度，雖然各國所實施的制度略有不同，但主要都是包含了醫療保險、職災保險、失業保險、及年金保險四種，這四種保險主要都是以勞工為保險對象。目前在我國運作的社會保險制度，有勞工保險、農民保險、公教人員保險、殘障福利、及全民健康保險等，原本注重於傷病的醫療給付，之後才陸續擴增其他種類補助給付。對於勞工而言，勞工保險是維護勞力供給、提昇勞力品質、與穩定勞工生活的重要社會保險制度。

我國勞工保險制度依據現行勞工保險條例與施行細則的規定，其保障範圍包括了生育、傷病、職災醫療、殘廢、老年及死亡等五種給付，原有普通事故之醫療給付因全民健康保險開辦、而移轉中央健康保險局辦理。而根據勞工保險局的統計資料，我國勞工保險的投保人數大約在八百萬人左右，佔全國人口三分之一的比例，可知勞工保險在我國社會保險制度之重要性。隨著政治、社會、經濟等方面的變遷，給付申請件數直線上升，為了因應廣大保險人口的需求，勞工保險制

度相關法令規章也不斷地被修訂補正，以期達到更合理的保障。政府最近一次對於勞工保險條例【1】的修正公布，是在民國 92 年 1 月 29 日；對於勞工保險條例施行細則【2】的修正發布，則是在民國 92 年 5 月 14 日。

關於勞工保險中的殘廢給付，推究其原意，當是為了對於勞工因傷病、影響工作能力、致損及生計的情況提供補償，以建構出勞動社會安全制度之一環。而現行勞保殘廢等級的劃分原則，是以文字敘述呈現勞工傷病影響工作能力的程度，在殘廢給付（詳見附件三）的部分，目前雖然是將各系統器官殘廢等級，均放置於第一至第十五等級的劃分，但是關於胸腹部臟器障害的殘廢等級認定標準（詳見附件四）依然不夠明確。由於胸腹部臟器障害的症狀固定狀態，不似其他肢體障害容易分辨，還牽涉到許多病理生理功能的部分，因此有其評估之複雜度。而且認定標準的敘述文字簡要、偏重症狀與活動性評估，雖然讓醫師在診斷（詳見附件五）上有較大的專業自主判斷空間，但是也導致傷病勞工與勞保給付單位，在殘廢給付上的眾多爭議。

勞保局曾於民國 90 年委託台北榮民總醫院職業病防治中心，進行「勞工保險殘廢給付審核作業認定基準之研究—胸腹部臟器障害系列」研究案【3】（詳見附件六），其成果乃是將美國醫學會(American Medical Association)永久障害評估指引第五版的評估標準【4】（詳

見附件七)引入現行勞保殘廢等級中，表達「相近等級殘廢應是處於相同範圍整體障害比例」的概念。之後也有一些審查標準的建議，乃是基於此次研究結果而發展出來的。然而，在此特別需要提出來討論的是心臟性疾病。由於心臟性疾病在民國 93 年十大死因排行，已高居第二位、僅次於惡性腫瘤，且心臟性疾病為一進行性疾病，血管繼續硬化、發生病變的可能性高，藥物治療與處置尤須積極，以致於愈來愈多的勞工因為中重度心臟病接受治療後，要求殘廢鑑定、申請殘廢給付。因此，儘速訂立一個客觀且實用的殘廢等級認定標準，實有其迫切性。然而當時勞保殘廢給付『心臟部分』之建議審查標準草案（詳見附件八），經過數次專家會議討論，仍無法達成共識，其間主要原因據推測，乃在於缺乏客觀檢查數據結果，以作為明確的區分標準、與實際執行的可行性。

本次研究將收集國內現行殘廢等級認定標準、美國醫學會永久障害評估指引第五版以及國外與國內的心臟疾病研究相關文獻資料，並深入探討勞保局所提供過去的殘廢給付申請案件，邀請相關專家與會討論，以期提出在實際執行面上，更客觀且完備的殘廢等級標準，以供勞保殘廢給付審定之用。

第二章 給付申請舊案件之整理

本次研究承蒙勞保局的協助，共取得 33 例過去的給付申請案件資料，進行分析與歸納整理。以其主要的心臟疾病種類為劃分，當中 12 例為冠狀動脈心臟病，7 例為瓣膜性心臟病，6 例為主動脈疾病，4 例為心律不整，3 例為擴大性心肌病變，1 例為心內膜疾病。

冠狀動脈心臟病最常見的原因是動脈硬化，進而造成冠狀動脈的血流減少，其他的原因則包括動脈痙攣、栓塞、先天異常、外傷或動脈炎等。冠狀動脈血流的減少會引起心肌缺氧，產生心絞痛的症狀，嚴重情況下甚至造成心肌梗塞。其所致心臟障害等級的評估，一般是以儀器檢查去觀察心臟肌壁的活動性及增厚情形，並計算左心室射出分率作為收縮功能代表。這些殘廢給付申請案件中，被審議醫師認定為不符合給付標準者，幾乎都是冠狀動脈繞道手術後經心臟超音波檢查而發現其左心室射出分率（left ventricular ejection fraction）仍在 50% 以上；另外有 1 例，則因為殘廢診斷的時間在手術後一年之內，而被認定不符合申請要件。

瓣膜性心臟病的致病因素，包括先天性、風濕性、感染性、外傷或以上諸因素的綜合所造成。在瓣膜狹窄的情況下，心室內的壓力增加，逐漸造成左或右心室肥大、心臟的填充壓增加、心肌缺氧、以及左心室功能障礙。在瓣膜閉鎖不全的情況下，則是發生血液逆流，心

室血液量增加，逐漸造成心室擴大、以及心肌功能障礙。其所致心臟障害等級的評估，一般是利用杜卜勒血流偵測結合心臟超音波檢查，去觀察心臟瓣膜病變、心室壁增厚、心室擴大、內部壓力與血量增高的情形，並計算左心室射出流速與逆流程程度作為心臟功能障害程度的參考。而這些殘廢給付申請案件中，被審議醫師認定不符合給付標準者，多是因其左心室射出分率仍在 50% 以上的正常範圍。

主動脈疾病包括動脈粥狀硬化性擴張、結締組織疾病伴隨血管炎所造成之擴張或狹窄、瀰漫性動脈硬化症引起的動脈硬化栓塞併發症等等。主動脈擴張可能引起嚴重的主動脈逆流，甚至造成主動脈剝離破裂、以及死亡。其所致的循環功能障害，是與其存活危險性有較大關連性，其實是不適合以慢性疾患的功能評估來考慮其障害等級。而這些殘廢給付申請案件中，被審議醫師認定符合給付標準的關鍵，卻是以其左心室射出分率在 50% 以下作為心臟障害的判定標準。

心律不整是指有一個以上的心臟搏動是由竇房結以外的地方所產生，可能出現於心臟結構或功能均屬正常，或任何器質性心臟病的患者身上。相關的臨床症狀可能包括暈厥、虛弱、疲倦、心悸、頭暈、頭重腳輕感、胸口重壓感或呼吸困難等。一般可視心律不整發生頻率與所致症狀嚴重度，參照心臟疾病狀況，而評估其相關心臟障害等級。這些殘廢給付申請案件中，被審議醫師認定不符合給付標準者，

幾乎都是心臟超音波檢查發現左心室射出分率仍在 50%以上。

心肌疾病乃指原發於心臟肌肉的疾病，主要包括三大類：擴大或鬱血性、肥大性、以及侷限性，可能造成心臟收縮或舒張功能異常。擴大性心肌疾病所致心臟障害等級的評估，一般是利用心臟超音波檢查去觀察心室擴大與肌壁增厚的情形，並計算左心室射出分率以作為收縮功能代表。此疾病為原發性心臟疾病，大部分是無法治癒，只能盡力去控制疾病進展，最後通常會需要進行心臟移植。由於現行殘廢給付規定已對於心臟移植有明確的給付等級規範，因此這些經過心臟移植手術的殘廢給付申請案件都是被審議醫師認定符合給付標準的。

心內膜疾病在開心手術後心臟障害等級的評估，乃利用心臟超音波檢查，去觀察心臟瓣膜及其他構造的病變情形，並計算左心室射出分率作為收縮功能代表。此例殘廢給付案件被審議醫師認定符合給付標準，是以其左心室射出分率在 50%以下作為心臟障害的判定標準。

由上述簡要討論可知，心臟血管機能障害等級的審定，應先瞭解其所屬心臟疾病的類別及病程，再考量心臟收縮或舒張功能的異常，才決定是否適合以左心室射出分率高低來判斷障害等級。誠然，心臟血管疾病所致機能障害，不盡然可用左心室射出分率的高低來代表，其殘廢情況更無法輕易得知，因為還涉及個人與環境的互動，但是要有簡單實用的分別時，左心室射出分率仍不失為可參考之客觀指標。

◆勞保局所提供研究案例（合計 33 例）之整理

類型	序號	姓名	簡短病史	勞保局人員之提問	審查醫師之回覆
		性別/生日			
冠狀動脈心臟病	1	郭 XX	病人因冠狀動脈疾病於 93/03/10 接受冠狀動脈繞道手術，於 93/08/24 接受心臟超音波檢查追蹤（adequate global LV performance），之後因心臟機能損害且有輕度運動障礙，於 93/11/23 申請殘廢給付，但遭到勞保局以「治療未滿一年」核定不予給付，因此逾一年後再重新審定。	個案冠狀動脈疾病經開心手術後至今已滿一年，則目前是否符合殘廢給付規定？	經冠狀動脈繞道手術後，病人的心臟功能尚在正常範圍內，不符合殘廢給付規定。
		男性 32/04/xx 生			
	2	許 XX	病人有糖尿病與高血壓病史，因冠狀動脈心臟病於 92/08 接受心導管冠狀動脈氣球擴張術，因急性心肌梗塞於 93/02 接受冠狀動脈繞道手術，後併發急性成人呼吸窘迫症、呼吸衰竭，經氣管切開術與呼吸器治療，而遺留有心臟機能損害及重度運動障礙，於 94/03/19 接受心臟超音波檢查追蹤（LVEF：68%）。	個案為冠狀動脈疾病併心肌梗塞，則其於 94/01/08 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	經冠狀動脈繞道手術後，病人的心臟功能尚在正常範圍內，不符合殘廢給付規定。
		男性 39/10/xx 生			
	3	游 XX	病人因急性心肌梗塞於 85/04/08 接受冠狀動脈繞道手術，術後發生多次心臟衰竭與肺水腫而住院治療，之後遺留有心臟機能損害及重度運動障礙，於 94/01/11 接受核子醫學心臟功能檢查追蹤（LVEF：21%）。	個案為陳舊性心肌梗塞併心臟衰竭，則其於 94/01/21 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 46 項第 3 等級。
		男性 26/09/xx 生			
	4	蘇 X	病人因冠狀動脈心臟病於 93/06/24 住院治療，並接受冠狀動脈整形術及支架放置術，術後仍有輕度心臟衰竭及輕度運動障礙，經 94/01/31 殘障診斷後申請殘廢給付。	個案於 94/01/31 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人經冠狀動脈繞道手術後未滿一年，不符合殘廢給付申請規定。
		男性 26/05/xx 生			
	5	楊許 X	病人因冠狀動脈心臟病於 92/08/14 接受心導管檢查發現三條冠狀動脈有嚴重阻塞，並於 92/09/09 接受冠狀動脈	個案於 94/01/24 被診斷殘廢當時是	經冠狀動脈繞道手術後，病人的
		女性			

	25/01/xx 生	繞道術，遺留心臟機能損害，但無運動障礙，於 94/05/02 接受心臟超音波檢查追蹤。	否符合殘廢給付規定？	心臟功能在正常範圍，不符合殘廢給付規定。
6	溫 XX 男性 44/12/xx 生	病人因急性心肌梗塞於 91/07/23 接受心導管手術，於 91/08/13 接受第二次心導管手術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/02/16 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：56%)。	個案於 94/03/01 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	經心導管手術後，病人的心臟功能在正常範圍，不符合殘廢給付規定。
7	溫 XX 男性 40/02/xx 生	病人有糖尿病病史，於 90/07/26 發生急性下壁心肌梗塞，而接受冠狀動脈氣球擴張術，於 92/12/21 發生急性前中膈壁心肌梗塞，而接受冠狀動脈成形術，於 93/06/30 至 93/07/13 因心臟衰竭相關的右肋膜積水住院治療 (LVEF：25%)，於 93/08/30 至 93/09/05 因心臟衰竭合併肺水腫住院治療 (LVEF：15%)。但是病人已於 93/05/31 退職退保請領勞保老年給付 (保險效力業已終止)，又於 93/09/05 診斷成殘時提出殘廢給付的申請，但遭勞保局駁回。	個案為冠狀動脈疾病併心臟衰竭，則其於 93/05/31 退職退保當時是否可以診斷為殘廢？心臟功能是否符合殘廢給付規定？	就心臟功能而言，病人當時的殘廢程度已符合給付規定第 47 項第 7 等級。
8	呂 XX 男性 33/02/xx 生	病人因急性心肌梗塞於 92/04/01 接受冠狀動脈氣球擴張術及支架置放術，後因心絞痛於 92/06/09 接受冠狀動脈攝影術檢查，發現嚴重血管阻塞及第一型主動脈剝離，而進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣懸吊術，術後併發缺氧性腦病變，遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/01/14 接受心臟超音波追蹤 (LVEF：31%)。	個案為主動脈剝離併心肌梗塞與心臟衰竭經開心手術後，則其於 94/01/14 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 45 項第 2 等級。
9	李 XX 男性 39/07/xx 生	病人有糖尿病與高血壓病史，因急性心肌梗塞於 92/09/15 接受冠狀動脈氣球擴張術與支架放置術，因心絞痛於 93/04/08 接受冠狀動脈氣球擴張術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動	個案為急性心肌梗塞合併心臟衰竭，則其於 94/03/18 被診斷殘廢當時是	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。

			障礙，於 94/03/16 接受心臟超音波追蹤 (LVEF：43%)。	否符合殘廢給付規定？	
	1 0	洪 XX 男性 37/03/xx 生	病人有痛風、高血壓、冠狀動脈心臟病合併鬱血性心臟衰竭、以及腦中風病史，曾於 90/10/30 以腦中風合併右側下肢輕癱與中樞性視野障礙請領殘廢第七等級給付，之後以心臟機能損害、 重度運動障礙 與 94/06/03 心臟超音波之檢查結果 (LVEF：50.7%) 申請心臟部份殘廢給付。	個案為冠狀動脈心臟病合併鬱血性心臟衰竭，於 90/10/30 以腦中風合併右側下肢輕癱與中樞性視野障礙請領殘廢第七等級給付，則於 94/06/03 被診斷心臟部分的殘廢當時是否符合殘廢給付規定？其心臟病發病原因是否與高血壓有所關聯？	病人心臟部分的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。其心臟衰竭或冠狀動脈性心臟病都與高血壓有關。
	1 1	王 XX 男性 40/03/xx 生	病人有高血壓、糖尿病、陳舊性腦中風、冠狀動脈心臟病病史，於 91/03/28 接受冠狀動脈氣球擴張術，遺留有心臟機能損害及 輕度運動障礙 ，於 94/05/16 心臟科門診追蹤時曾被告知冠狀動脈繞道手術之必要性，但病人仍在考慮中，並於 94/07/13 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：55%)。	個案於 94/05/16 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
	1 2	陳 XX 男性 35/08/xx 生	病人有冠狀動脈心臟病併發心臟衰竭病史，治療後遺留有心臟機能損害及 輕度運動障礙 ，並於 94/04/18 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：35%)。	個案於 94/06/16 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 47 項第 7 等級。
心 肌 疾 病	1	簡 XX 男性 38/10/xx 生	病人因擴大性心肌病變，於 92/12/03 接受心臟移植手術，並於 92/12/23 接受心律調整器置入術，遺留心臟機能損害而 無法活動 ，於 94/01/11 接受運動肺功能檢查 (Max V02：69%)，並於	個案於 94/01/11 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 47 項第 7 等級。

			94/04/12 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF : 55%)。		
	2	宋 XX 男性 59/01/xx 生	病人有氣喘、猛暴性肝炎病史，於 92/12/07 至 92/12/17 因擴大性心肌病變併心臟衰竭住院治療，於 93/02/13 接受心臟移植手術，遺留心臟機能損害及重度運動障礙，於 93/03/10、93/05/26 及 93/09/01 接受心內膜肌層病理檢查追蹤。	個案於 94/03/04 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	
	3	劉 XX 男性 45/01/xx 生	病人有擴大性心肌病變合併心律不整病史，於 94/06 曾因腦中風、心臟衰竭與心搏過慢、低血壓住院治療，之後遺留有心臟機能損害及重度運動障礙，於 94/07/19 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF : 21%)。	個案為擴大性心肌病變合併心律不整，於 94/08/03 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 47 項第 7 等級。
瓣 膜 性 心 臟 病	1	羅 XX 女性 37/02/xx 生	病人有二尖瓣閉鎖不全併充血性心臟衰竭病史，因併發急性心內膜炎而於 93/11/13 至 93/12/22 住院接受抗生素治療，之後遺留有心臟機能損害及重度運動障礙，於 94/03/30 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF : 65%)。	個案為二尖瓣閉鎖不全併充血性心臟衰竭，則其於 94/01/07 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的心臟功能尚在正常範圍，不符合殘廢給付規定。
	2	陳林 XX 女性 30/04/xx 生	病人因瓣膜性心臟病併心臟衰竭於 94/01/06 至 94/01/31 住院治療，另於 94/03/03 至 94/03/10 住院期間併發慢性阻塞性肺疾病之後續感染，遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，且於 94/03/04 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF : 40%)，之後於 94/03/14 申請殘廢診斷，但是遭到勞保局以「症狀未固定且治療未滿一年」不予給付，而病人稱其於 89/10 即在他院開始治療。	個案於 94/03/14 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人首次申請時因肺疾病影響心臟功能的判定而未核付，則此次就最近三個月內心臟功能檢查而言，殘廢程度已符合給付規定第 47 項第 7 等級。
	3	牛 XX	病人有風濕性心臟病病史，於	個案為風濕性	病人的殘廢

	女性 33/09/xx 生	76/11/11 接受二尖瓣與三尖瓣置換術，於 76/11/14 請領勞保殘廢給付第 47 項第 7 等級，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/03/18 接受核子醫學心臟功能檢查追蹤 (LVEF：48%)。	心臟病相關二尖瓣及三尖瓣置換術後，於 76/11/14 已請領殘廢給付，則於 93/09/27 診斷殘廢當時殘廢程度是否有加重？	程度未加重，仍屬於給付規定第 47 項第 7 等級。
4	鄭 XX 男性 47/12/xx 生	病人有二尖瓣狹窄合併主動脈瓣逆流病史，於 92/08/29 接受二尖瓣與主動脈瓣置換術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 93/09/11 診斷殘廢前三個月內接受心臟功能檢查追蹤 (LVEF：33%)。	個案於 93/09/11 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
5	巫 XX 女性 38/01/xx 生	病人有二尖瓣逆流合併心律不整病史，於 93/05/28 接受二尖瓣置換術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/06/02 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：45%-50%)。	個案於 94/06/02 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
6	謝 XX 女性 53/04/xx 生	病人有二尖瓣與三尖瓣逆流合併心律不整病史，於 93/07/16 接受二尖瓣置換術與三尖瓣修補術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/07/19 診斷殘廢前三個月之內接受心臟功能檢查追蹤 (LVEF：55%)。	個案於 94/07/19 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
7	黃 X 男性 59/01/xx 生	病人有高血壓、冠狀動脈性心臟病、心房顫動合併心臟衰竭病史，因缺血性中風發作導致左側偏癱，於 93/02/08 至 93/03/04 住院接受治療，再於 93/03/24 接受冠狀動脈繞道手術、二尖瓣置換術與三尖瓣整形術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/03/25 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：48%)。	個案於 94/05/26 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？又其腦中風與心臟疾病有無因果關係？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 47 項第 7 等級。雖然心臟病會引起中風，但由所附資料並無直接證據顯示其中風係由心臟病引起。

心 內 膜 疾 病	1	陳 XX	病人因心內膜炎於 92/07/05 接受開心手術，之後併發心臟衰竭，於 93/01/09 至 93/01/15 與 94/02/11 至 94/02/23 住院治療，遺留有心臟機能損害及重 度運動障礙，並於 93/02/12 接受心臟超音波檢查追蹤（LVEF：30%）。	個案為心內膜炎經開心手術後心臟衰竭，則其於 94/05/05 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
		男性 37/12/xx 生			
心 律 不 整	1	王 XX	病人因心律不整，接受經心電灼燒術治療，之後遺留有心臟機能損害及輕 度運動障礙，於 94/08/01 接受心臟超音波檢查追蹤（LVEF：56%）。	個案於 94/05/10 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的心臟功能尚在正常範圍內，不符合殘廢給付規定。
		女性 53/07/xx 生			
	2	江 XX	病人因瓣膜性心臟病、心臟傳導系統退化所致之心律不整，於 86/02/04 接受永久性心律調節器置入術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/05/18 接受心臟超音波檢查追蹤（LVEF：68%）。	個案於 93/07/24 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人之心律不整已接受永久性心律調整器置放術治療，目前心臟功能尚在正常範圍內，不符合殘廢給付規定。
		女性 46/12/xx 生			
	3	林 XX	病人因心臟房室傳導阻滯，接受永久性心律調節器置入術，之後遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，於 94/07/25 接受心臟超音波檢查追蹤（LVEF：55%-59%）。	個案為心臟房室傳導阻滯，於 94/03/07 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的心臟功能尚在正常範圍內，不符合殘廢給付規定。
		男性 34/01/xx 生			
主 動 脈	4	陳 XX	病人有高血壓合併心臟衰竭病史，曾因竇性心搏過慢引發暈厥於 88/01/03 至 88/01/06 住院治療，遺留有心臟機能損害及輕度運動障礙，並於 94/07/19 接受心臟超音波檢查追蹤（LVEF：37.98%）。	個案為高血壓合併鬱血性心臟衰竭，於 94/04/21 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
		男性 30/01/xx 生			
主 動 脈	1	許 XX	病人因急性主動脈剝離於 89/04/22 接受緊急手術，後因併發主動脈瓣膜逆流於 93/05/25 接受主動脈瓣膜置換	個案為主動脈剝離併瓣膜逆流，經手術後心	主動脈剝離雖然被內政部列入身心
		男性 35/12/xx			

疾病	生	術，於 93/07/26 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：70%)，但是目前仍有殘留之主動脈瘤且有擴大的現象。	臟功能在正常範圍，則其於 93/08/09 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	殘障，但未被健保局列入重大傷病中，勞保局也無特殊規定，且病人術後心臟功能未達殘廢標準，不符合現行給付規定。
	2 魏 XX 女性 64/04/xx 生	病人因主動脈狹窄併左鎖骨下動脈瘤於 92/06/18 及 92/07/07 接受手術治療，但是仍有殘留之動脈瘤，於 94/05/25 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：67%)。	個案於 94/03/18 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的心臟功能在正常範圍，不符合殘廢給付規定。
	3 陳 XX 男性 38/04/xx 生	病人因主動脈破裂於 93/03/16 接受手術治療，於 94/07/06 接受心臟超音波檢查追蹤 (LVEF：50.2%)。	個案於 94/05/10 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
	4 蕭 XX 男性 50/07/xx 生	病人有高血壓病史，因胸腹部主動脈剝離於 92/05/23 接受手術治療，但是仍有殘留之動脈瘤，於 94/06/09 接受胸部電腦斷層檢查追蹤 (遺留 3.9 公分之囊狀假性動脈瘤)。	個案於 94/06/09 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
	5 劉 XX 男性 37/02/xx 生	病人有高血壓病史，因主動脈剝離於 90/07/07 接受手術治療，於 93/12/23 接受胸部電腦斷層檢查追蹤 (遺留 4.3 公分之夾層性動脈瘤)。	個案於 94/07/07 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的殘廢程度已符合給付規定第 52 項第 12 等級。
	6 蕭 XX 男性 39/08/xx 生	病人因主動脈剝離於 93/08/11 接受股動脈繞道術治療，於 94/05/06 接受心臟部分殘廢診斷評估 (心臟功能尚在正常範圍內)。	個案於 94/05/06 被診斷殘廢當時是否符合殘廢給付規定？	病人的心臟功能在正常範圍，不符合殘廢給付規定。

第三章 國內外相關文獻之回顧

在現行勞工保險條例與施行細則的規定中，殘廢給付的殘廢等級是依據系統器官傷病相關的障害，影響工作與日常生活能力的程度來分級，以系統器官為分類而未提及各種致病因，並且殘廢等級的高低也牽涉到補償給付日數的多寡，其評估則是所謂「治療終止」後「永久殘廢」的診斷。(詳見附件三、四及五)。

美國醫學會(American Medical Association)永久障害評估指引第五版中，障害等級是依據系統器官疾病，造成個人整體障害百分比來分級，涵蓋各種系統器官的傷病種類，常會以客觀的檢查數據作為分級標準，並不涉及補償給付的事項，其評估是在「治療達最佳療效」後的評估。(詳見附件六)。

台北榮總職業病防治中心在民國 90 年接受勞保局的委託，進行「勞工保險殘廢給付審核作業認定基準之研究—胸腹部臟器障害系列」研究案。報告中參考美國醫學會永久障害評估指引第五版，提出勞保殘廢給付的殘障等級對照於美國醫學會永久障害等級的意見，而關於心臟血管疾病的部分，引入功能性檢查結果數據作為分級標準(詳見附件六及七)。之後所提出的修訂版審查標準草案(詳見附件八)，在數次專家會議中，關於補償給付的審查標準，仍然未達成一致性共識。因此，本研究案針對這個部分進行更深入的研究探討。

對於成年慢性心臟衰竭病人的診斷與處置，美國心臟學會在 2005 年更新版的指引 (ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult)【5】，提到影像醫學檢查類者，包括結合杜卜勒血流偵測之 2-D 心臟超音波檢查、放射性核子心室造影術 (radionuclide ventriculography)、核磁共振影像檢查與電腦斷層檢查，是可以作為初期結構與功能異常的辨識工具；依心臟的功能表現對於全身血液供應影響程度而評定的紐約心臟學會心臟功能分級 (NYHA functional classification) (詳見附件六)、六分鐘內所能行走距離的測量 (measurement of distance that a patient can walk in 6 minutes)、及最大運動程度測試合併尖峰氧氣攝取測量 (maximal exercise testing with measurement of peak oxygen uptake) 等方式，則可以作為後續功能評估工具。

心臟超音波檢查基本上可以處理三個問題：首先是左心室射出分率 (LVEF) 是維持正常或者是減少，其次是左心室結構是正常或者是異常，最後則是還有其他能造成此種臨床表現的結構異常，如瓣膜、心包膜或右心室異常嗎？然而，心臟超音波檢查的缺點在於結果數據的高低常會因操作者不同而有較大的變異。至於放射性核子心室造影術，則能夠對於左心室功能與右心室射出分率提供高度精確的測量，其檢查結果較不會因操作者不同而有所差異，是較客觀的測量工具，

不過它卻無法用於直接評估解剖結構異常，如瓣膜異常或心肌肥大。核磁共振影像檢查與電腦斷層檢查，在評估腔室大小與心室組織質量、偵測右心室發育不良（right ventricular dysplasia）或辨識心包膜疾病以及評估心臟功能與臟壁運動狀況上，可能是有用的，但其設備與費用算是比較昂貴的。核磁共振影像檢查尚可被用來辨識心肌的存活能力（myocardial viability）與結疤組織（scar tissue）。假如有多種評估工具可供使用來測量左心室射出分率的話，美國心臟學會建議的先後運用次序是放射性核子心室造影術、核磁共振影像檢查、心臟超音波檢查、對比性心室造影術等【6】。其實，再綜合檢查費用上的考量，放射性核子心室造影術在測量左心室射出分率的工具中仍是最優先之選項。

若心臟功能的異常表現於左心室射出分率的降低時，可將左心室射出分率大於或等於 50%者列為正常、41%至 49%者列為輕微降低、26%至 40%者列為中度降低、小於或等於 25%者列為嚴重降低。【6】。

紐約心臟學會心臟功能分級雖然廣泛地被使用，但這個系統非常容易受到不同觀察者間差異（interobserver variability）的影響，且對於運動能力的重要變化也不敏感。測量一個病人在六分鐘內所能行走距離，有助於評估重病者的功能性缺損（functional impairment）程度及其預後。而最大運動程度測試併尖峰氧氣攝取的

測量，已經被使用來辨認心臟移植手術的適當候選者以及決定其失能狀態 (disability) 與輔助運動處方的開立，但是它在心臟衰竭病人一般處置上的角色尚未被界定出來。

關於運動測試這個常用於心臟功能評估的檢查，美國心臟學會在 2002 年更新版的指引 (ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Exercise Testing)【7】中提到，對進行心臟功能復健的病人而言，接受在訓練計畫開始前的症狀侷限性運動測試 (symptom-limited exercise test) 是相當有必要的。(例如那些最近有心肌梗塞、經過冠狀動脈繞道手術、血管成形術、慢性穩定型心絞痛或已控制良好的心臟衰竭病人)。心臟功能穩定的病人進行持續性運動訓練計畫時，常是在訓練開始後的前八至十二週內接受運動測試，之後則是週期性進行。這些測試有助於重新開立運動處方、評估其心臟功能的改善、以及重新審視病人的心臟功能。

由運動測試所發展出以 MET (metabolic energy equivalent) 為測量單位的功能性體能 (functional capacity)，能夠被用來估計對於特定活動的耐受性。大部分職業性活動所需能量是少於 5 METs，但是 METs 的測量結果是無法作為復工建議唯一考量。因為工作所需的負重能力、對於工作現場溫度、環境狀況與心理壓力的忍受能力，是無法由常規的運動測試評估出來。

以上討論之檢查方法，除了影像醫學類檢查以外，其他那些需視病人主觀症狀以進行量測與分級者，會由於觀察者不同而引起較大之變異，其結果之客觀性易有爭議；而且這些方法往往要求病人做最大之努力，但是此種要求對於受測的心臟疾病患者有某種程度的風險，施測的醫師也會擔心病人過份的努力，可能造成其心肌相對缺氧、而引致心臟病的發作。因此，如果功能評估的結果還牽涉到其障害補償給付的話，那麼疾病對於工作能力的影響程度，可能更是無法由一般的運動測試評估出來了。當然，如果在病患願意充分配合情況下進行檢查評估，則其結果也是有一定程度參考價值的。

由於我國勞保殘廢給付相關法令規範的運作，及美國醫學會永久障害評估指引的應用，兩者之間有相當大的差異存在，所以是否要將功能評估檢查 METs 的測量列入勞保殘廢給付「心臟部分」審定標準中的必要條件，是需要更嚴謹的思考與廣泛的探討的。

第四章 本研究專家會議之結論

本次研究案承蒙台大醫院內相關專家的熱忱參與，已於 94 年 8 月 30 日舉辦第一次專家會議，會中對於勞工保險殘廢給付的精神與實踐、殘廢等級的審定原則以及審定標準的修訂方向等等，有相當程度的討論，並達成幾點共識。（會議記錄詳見附件一）

第一、勞保殘廢給付的精神是對於勞動工作者因疾病影響工作活動能力、減少工作收入的職業生涯期，提供金錢上的補償，所以一般需等到狀況穩定才作鑑定；這是目前其他如肢體等部位缺損之鑑定原則。在給付鑑定未完成期間內死亡的個案，勞保另外有死亡給付可以請領，因此如主動脈瘤有可能突然剝離破裂、造成死亡的疾病狀況，並未列入殘廢給付中特別考量。

第二、對於不同致病因導致的心臟血管疾病，需有不同的審定標準，最好是能夠分成幾大類，依據相關研究文獻，分別訂立達到狀況穩定而足以鑑定的治療期時間及障害等級標準。

第三、對於預後狀況不錯的心臟血管疾病，可依解剖構造缺損之存在與對於工作能力之影響，表列成稍具門檻性之等級（如第四、七、十二等級）標準；待其進展至較嚴重心臟衰竭時，則以更高層級、較嚴格標準來規範，依其殘廢程度加重等級（如第一、二、三等級）核定差額給付，未來尚可視需要於上述門檻性等級之外，依不同的嚴重

程度增列其他等級（如第九等級）標準。

第四、關於以何種指標較能夠客觀地反應心臟衰竭患者的現存功能，有如下之共識：左心室射出分率（LVEF）通常不能作為功能表現分級的唯一診斷標準，因為最被廣泛使用之評估工具超音波檢查，在不同操作者間的量測變異性頗大，難被視為客觀，而如果還是需以左心室射出分率作為參考標準，則核子醫學檢查似乎較能夠得到較客觀一致的結果【8, 9】。透過運動測試，也可以對於心肺整體的功能表現做出較客觀的評估，不過需要病人盡最大努力配合，但醫師或技術員往往擔心過份要求盡力是否會損及病人健康，如誘發心室性心搏過速（VT）、心房纖維顫動（Af）等心律不整、或急性心肌梗塞（AMI）造成生命危險；運動測試中尚有評估病人是否盡力的指標，但是對於要申請殘廢給付的高危險群，盡最大努力的風險可能高於排除詐病者的效益。所以由運動測試所得 METs 測量值雖然可以列入參考，但是不適合單獨作為殘廢給付審查標準的依據。

根據上述專家之高見，我們再查考全民健保的規定【10】，得知核子醫學檢查量測左心室射出分率，可得支付點數 1813 點；而心臟超音波檢查（M-mode and sector scan）可得 1200 點；評估瓣膜性心臟病常需要的結合杜卜勒血流偵測之心臟超音波檢查，可得 2000 點。對於申請殘廢給付的患者，這些檢查多是合乎健保追蹤診察醫療

給付的適應症。

基於以上的共識意見，我們對於原先勞保殘廢給付『心臟部分』建議審查標準草案的內容再次加以詳讀，並且另外收集各種心臟血管疾病相關文獻資料，再邀請一些相關醫學會的醫師代表參與討論，於94年10月25日舉辦第二次專家會議。會中各位醫師對於之前台北榮總葛醫師等負責「勞工保險殘廢給付『胸腹部臟器』審核作業認定基準」的努力過程以及成果，給予相當多的肯定與認同，並且在討論中發展出一些新的實務操作的構想。（會議記錄詳見附件二）

第一、勞保殘廢給付審核作業認定基準中，如果能明訂「『心臟部分』殘廢診斷書的開立要由心臟專業（包含心臟內科、心臟外科、小兒心臟科）醫師來執行」的話，應該可以避免掉一些麻煩。

第二、如果要製作一份審查標準指引，給勞保局承辦人員參考，或許可以用一個作業流程圖（flowchart），列出哪些項目不要給付、哪些項目要給付、要給付的項目是以什麼樣的檢查工具評估、檢查結果的等級標準、是不是要經過手術治療才給予給付等等，最好還有簡短的解釋說明，甚至包括台灣有哪些可執行檢查的醫院。

第三、如果手術在心臟血管疾病患者的障害分級上是很重要的，那麼手術治療或許可以當成是勞保殘廢給付『心臟部分』審定等級的一個條件，不管是冠狀動脈心臟病的冠狀動脈繞道手術、瓣膜性心臟

病的瓣膜置換手術、心肌疾病的心肌手術、心律不整的永久心律調節器置入或去心室振顫器植入手術、主動脈疾病的動脈瘤切除手術、及週邊血管疾病的血管繞道手術等等，其實都可以列入考慮。

第四、關於殘廢給付第一至第三等級心臟血管機能障害的標準，「經適當治療一段時間後、仍需接受連續性機械輔助或靜脈注射強心藥物治療，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭」的病人，大概都是長期住院治療的病人，應該可以符合所謂「臟器機能遺存障害，終身不能從事工作」的敘述。

第五、未達殘廢給付第一至第三等級心臟血管機能障害的病人，如果是有心臟衰竭的話，美國心臟學會對慢性心臟衰竭的評估與處置研究所用左心室射出分率測量結果分類，將大於或等於 50%者視為正常、41%至 49%者視為輕微功能減退、26%至 40%者視為中度功能減低、小於或等於 25%者視為嚴重功能減低，這些標準應該可以拿來應用。

所以，經過兩次專家會議之後，我們由各研究文獻資料以及專家意見，對於原先勞保殘廢給付『心臟部分』建議審查標準草案做更進一步修正，並嘗試規劃出審定流程以供參考。

第五章 結果與討論

(一) 新建議之勞工保險殘廢診斷書『心臟部分』評估表

※ 心臟血管功能障害狀態評估

- ☐ 第一度之心臟機能損害：有心臟病，但無運動障礙，平常之活動下無疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ☐ 第二度之心臟機能損害：有心臟病，且有輕度運動障礙，在休息或輕工作時無症狀，但日常生活較重之工作時，則有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ☐ 第三度之心臟機能損害：有心臟病，且有重度運動障礙，休息無症狀，但稍有活動即有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀。
- ☐ 第四度之心臟機能損害：有心臟病，且無法活動者，在靜止狀態下仍有疲倦、心悸、呼吸困難或心絞痛等症狀，而活動時症狀加重。
- ☐ 冠狀動脈心臟病，有心肌梗塞病史、或經冠狀動脈攝影術證實。
- ☐ 瓣膜性心臟病，經心臟超音波檢查證實有_____【輕、中、中重、重】度之瓣膜異常（狹窄或逆流）。
- ☐ 心肌疾病（擴大性、肥厚性、局限性），經心臟超音波檢查證實。
- ☐ _____【剝離性、非剝離性】主動脈疾病，經適當影像學檢查證實有_____【檢查結果】。
- ☐ _____【其他心臟血管疾病】，經_____【適當檢查】證實或經心臟專業醫師診斷。
- ☐ 已接受一年以上內科適當治療（飲食調整、藥物治療、侵襲性非手術之處置）。
- ☐ 接受_____【手術】治療已達六個月。
- ☐ 無法接受手術治療，但已接受一年以上內科適當治療。
- ☐ 接受適當治療後，核子醫學檢查測得左心室射出分率為_____。
- ☐ 需要住院接受_____【未超過兩週、兩週以上、四週以上】的連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，而有無法控制之進行性慢性心臟衰竭。
- ☐ 心臟血管疾病合併_____【其他相關合併症，如腦中風等】

※ 工作能力狀態評估

- ☐ 不能從事任何工作 ☐ 只能從事輕便工作
- ☐ 不能從事粗重工作 ☐ 工作能力稍微受限

註 以上心臟血管疾病及機能損害評估與診斷，須由心臟專業（心臟內科、心臟外科、小兒心臟科）醫師、復健專科醫師或職業醫學專科醫師開立勞工保險殘廢診斷書，並附上相關病歷與心臟血管影像學及功能檢查報告，以資證明。

(二) 新建議之勞工保險殘廢給付『心臟部分』審查標準表

★同時符合條件一、條件二與條件三者，方給予相對應殘障等級判定與給付★

條件一	條件二	條件三		殘廢等級	給付標準	身體障害狀態
心臟機能損害經評估確認後	心臟血管疾病經適當檢查或心臟專業醫師診斷確定後	再經適當內科治療一年或者外科手術治療六個月之後，且符合下列標準	核子醫學檢查所測得左心室射出分率			
第二、三、四度之心臟機能損害	冠狀動脈心臟病有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實後	未接受冠狀動脈繞道手術者	41%-49%	12	100日	心臟血管機能遺存障害者。
		接受冠狀動脈繞道手術者	41%-49%			
	瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有中度以上瓣膜異常（狹窄或逆流）後	未接受瓣膜置換手術者	41%-49%			
		接受瓣膜置換手術者	41%-49%			
	心肌疾病（擴大性、肥厚性、局限性）經心臟超音波檢查證實後	未接受心肌手術者	41%-49%			
		接受心肌手術者	41%-49%			
	主動脈剝離經適當影像學檢查證實後	接受主動脈手術	-			
		無法接受主動脈手術或主動脈手術無法完全切除者	-			
第三、四度之心臟機能損害	冠狀動脈心臟病有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實後	未接受冠狀動脈繞道手術者	26%-40%	9	280日	心臟血管機能遺存
		接受冠狀動脈繞道手術者	26%-40%			

	瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有中重度以上瓣膜異常（狹窄或逆流）後	未接受瓣膜置換手術者	26%-40%			中度障害，終身不能從事粗重工作者。
		接受瓣膜置換手術治療者	26%-40%			
	心肌疾病（擴大性、肥厚性、侷限性）經心臟超音波檢查證實後	未接受心肌手術者	26%-40%			
		接受心肌手術治療者	26%-40%			
	動脈瘤（含主動脈剝離或非剝離性瘤達直徑5公分者）經適當影像學檢查證實後	接受主動脈手術者	26%-40%			
		無法接受主動脈手術或主動脈手術無法完全切除者	26%-40%			
	其他心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後	經審查醫師評估與判定有相當程度之心臟功能障害	26%-40%			
第三、四度之心臟機能損害	冠狀動脈心臟病有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實後	未接受冠狀動脈繞道手術者	≤25%	7	440日	心臟血管機能遺存顯著障害，終身只能從事輕便工作者。
		接受冠狀動脈繞道手術者	≤25%			
	瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有中重度以上瓣膜異常（狹窄或逆流）後	未接受瓣膜置換手術者	≤25%			
		接受瓣膜置換手術者	≤25%			
	心肌疾病（擴大性、肥厚性、侷限性）經心臟超音波檢查證實後	未接受心肌手術者	≤25%			
		接受心肌手術者	≤25%			
	動脈瘤（含主動脈剝離或非剝離性瘤達直徑5公分者）經適當影像學檢查證實後	接受主動脈手術者	≤25%			
		無法接受主動脈手術或主動脈手術無法完全切除者	≤25%			
	其他心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後	經審查醫師評估與判定有相當程度之心臟功能障害	≤25%			
第二、三、四度之心臟機能損害	任何心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後	接受心臟移植手術者	-			

第四度之心臟機能損害	任何心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後	需要不定時住院接受未超過兩週之連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭者	$\leq 25\%$	3	8 4 0 日	【見附註一】
第四度之心臟機能損害	任何心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後	需要住院接受兩週以上之連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，目前仍然不定時需要如此處置，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭者	$\leq 25\%$	2	1 0 0 0 日	【見附註二】
第四度之心臟機能損害	任何心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後	需要住院接受四週以上之連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，目前仍然持續需要如此處置，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭者	$\leq 25\%$	1	1 2 0 0 日	【見附註三】

*其他心臟血管疾病，如：心律不整、周邊血管疾病、肺動脈高血壓疾病等，其左心室射出分率大於或等於 50%者，殘廢等級標準待專家醫師深入研究後以決定，而左心室射出分率小於 50%者，則可依上述障害標準來審定之。

附註一：心臟血管機能遺存顯著障害，終身不能從事工作者。

附註二：心臟血管機能遺存高度障害，終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助者。

附註三：心臟血管機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需要醫療護理或專人周密照顧者。

(三) 新建議之勞工保險殘廢給付『心臟部分』審定流程

心臟專業醫師評估診斷

勞保局承辦人員核定

1.

第一度之心臟機能損害

→ 不給予殘廢給付

2.

第二度之心臟機能損害



(1)

冠狀動脈心臟病有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實後

↘ 未經一年適當內科治療

→ 不給予殘廢給付

↘ 經一年適當內科治療、且未經冠狀動脈繞道手術

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$

→ 不給予殘廢給付

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$

→ 殘廢給付第 12 等級

↘ 冠狀動脈繞道手術六個月後

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$

→ 不給予殘廢給付

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$

→ 殘廢給付第 12 等級

↘ 心臟移植手術六個月後

→ 殘廢給付第 7 等級

(2)

瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有輕度瓣膜異常（狹窄或逆流）後

→ 不給予殘廢給付

瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有中度以上度瓣膜異常（狹窄或逆流）後

↘ 未經一年適當內科治療

→ 不給予殘廢給付

↘ 經一年適當內科治療、且未經瓣膜置換手術

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$

→ 不給予殘廢給付

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$

→ 殘廢給付第 12 等級

↘ 瓣膜置換手術六個月後

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$

→ 不給予殘廢給付

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$

→ 殘廢給付第 12 等級

↘ 心臟移植手術六個月後

→ 殘廢給付第 7 等級

(3)

心肌疾病（擴大性、肥厚性、侷限性）經心臟超音波檢查證實後

↘ 未經一年適當內科治療

→ 不給予殘廢給付

↘ 經一年適當內科治療、且未經心肌手術

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$

→ 不給予殘廢給付

↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$

→ 殘廢給付第 12 等級

- ↘ 心肌手術六個月後
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$ → 殘廢給付第 12 等級
- ↘ 心臟移植手術六個月後 → 殘廢給付第 7 等級

(4)

- 主動脈剝離經適當影像學檢查證實後
 - ↘ 可接受主動脈手術、但未經手術 → 不給予殘廢給付
 - ↘ 主動脈手術六個月後 → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 無法接受主動脈手術、或主動脈手術無法完全切除者 → 殘廢給付第 12 等級

(5)

- 其他心臟血管疾病經心臟專業醫師診斷後
 - ↘ 未經一年適當內科治療 → 不給予殘廢給付
 - ↘ 經一年適當內科治療、或經適當手術六個月後
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 49\%$ → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 心臟移植手術六個月後 → 殘廢給付第 7 等級

3.

第三度之心臟機能損害



(1)

- 冠狀動脈性心臟病有心肌梗塞病史或經冠狀動脈攝影術證實後
 - ↘ 未經一年適當內科治療 → 不給予殘廢給付
 - ↘ 經一年適當內科治療、且未經冠狀動脈繞道手術
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
 - ↘ 冠狀動脈繞道手術六個月後
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
 - ↘ 心臟移植手術六個月後 → 殘廢給付第 7 等級

(2)

- 瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有輕度或中度瓣膜異常（狹窄或逆流）後 → 不給予殘廢給付

- 瓣膜性心臟病經心臟超音波檢查證實有中重度以上度瓣膜異常（狹窄或逆流）後

- ↘ 未經一年適當內科治療 → 不給予殘廢給付
- ↘ 經一年適當內科治療、且未經瓣膜置換手術
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
- ↘ 瓣膜置換手術六個月後
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
- ↘ 心臟移植手術六個月後 → 殘廢給付第 7 等級

(3)

心肌疾病（擴大性、肥厚性、局限性）經心臟超音波檢查證實後

- ↘ 未經一年適當內科治療 → 不給予殘廢給付
- ↘ 經一年適當內科治療、且未經心肌手術
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
- ↘ 心肌手術六個月後
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
- ↘ 心臟移植手術六個月後 → 殘廢給付第 7 等級

(4)

動脈瘤（含主動脈剝離或者非剝離性直徑 5 公分以上者）經適當影像學檢查證實後

- ↘ 可接受主動脈手術、但未經手術 → 不給予殘廢給付
- ↘ 主動脈手術治療六個月後 → 殘廢給付第 12 等級
- ↘ 無法接受主動脈手術、或無法以主動脈手術完全切除
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 41\%$ → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級

(5)

其他心臟血管疾病經心臟專科醫師診斷後

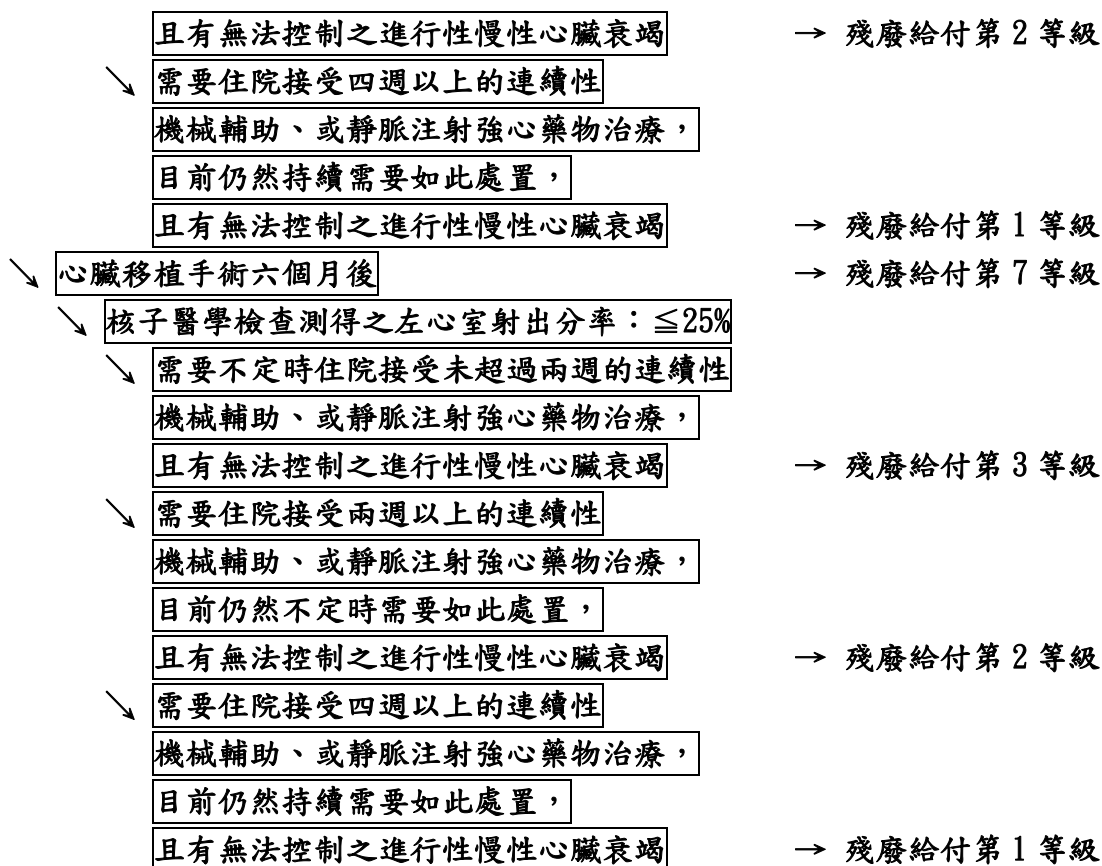
- ↘ 未經一年適當內科治療 → 不給予殘廢給付
- ↘ 經一年適當內科治療、或經手術六個月後

- ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
- ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
- ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
- ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
- ↘ 心臟移植手術六個月後 → 殘廢給付第 7 等級

4.

第四度之心臟機能損害

- ↓
- 任何心臟血管疾病經心臟專科醫師診斷後
- ↘ 未經一年適當內科治療 → 不給予殘廢給付
 - ↘ 經一年適當內科治療、且未經手術
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
 - ↘ 需要不定時住院接受未超過兩週的連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭 → 殘廢給付第 3 等級
 - ↘ 需要住院接受兩週以上的連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，目前仍然不定時需要如此處置，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭 → 殘廢給付第 2 等級
 - ↘ 需要住院接受四週以上的連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，目前仍然持續需要如此處置，且有無法控制之進行性慢性心臟衰竭 → 殘廢給付第 1 等級
 - ↘ 非心臟移植之手術六個月後
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\geq 50\%$ → 不給予殘廢給付
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：41%-49% → 殘廢給付第 12 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率：26%-40% → 殘廢給付第 9 等級
 - ↘ 核子醫學檢查測得之左心室射出分率： $\leq 25\%$ → 殘廢給付第 7 等級
 - ↘ 需要不定時住院接受未超過兩週的連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，而有無法控制之進行性慢性心臟衰竭 → 殘廢給付第 3 等級
 - ↘ 需要住院接受兩週以上的連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療，目前仍然不定時需要如此處置，



(四) 綜合討論

之前我們努力地蒐集了國外的心臟血管疾病相關文獻，做整理，並且召集國內相關專科臨床專家進行討論，進而提出了上述新建議之殘廢診斷評估表與審查標準，以下則以國內的相關研究資料為基礎，針對各個心臟血管疾病分類來做討論，以資相互印證。

一、冠狀動脈心臟病

由台灣過去三十年的死亡統計分析報告可知，冠狀動脈心臟病的住院率愈來愈高，但是死亡率卻在過去十年有稍微下降的趨勢，主要原因是急性的冠狀動脈疾病加護照顧與醫療的進步所致。然而，冠狀動脈心臟病主要的危險因子，如糖尿病、高血壓、肥胖及抽菸等愈來愈盛行，未來台灣冠狀動脈心臟病的發生率與盛行率預期將持續增加【11】。所以冠狀動脈心臟病在未來健康保險、及殘障給付上的支出，勢必是一大負擔。

長庚醫院在 1993 年的研究報告指出，左主要冠狀動脈疾病以及左心室射出分率是 Q 波心肌梗塞病人預後的重要決定因子。此項結果與國外的研究結果吻合【12】，因此對於有冠狀動脈心臟病或心肌梗塞後的病人而言，左心室收縮功能評估在心臟殘障等級的決定方面有其重要角色。

此外，在台大醫院 1989 年到 1999 年心肌梗塞住院登記資料中，

因為考慮仍需工作的年齡，我們選取小於或等於 65 歲的住院病人、有左心室射出分率記載之 634 份資料（男性 556 人、女性 78 人；小於 45 歲者 125 人、45 歲至 55 歲者 192 人、55 歲至 65 歲者 317 人）以進行分析研究，發現左心室射出分率大於或等於 50%、49%至 41%、40%至 26%以及小於或等於 25%的病人所佔之比率分別是：男性為 61.3%、23.9%、13.7%、以及 1.1%，女性為 60.2%、26.9%、10.3%、以及 2.6%；小於 45 歲者為 62.4%、24.8%、12.0%、以及 0.8%，45 歲至 55 歲者為 55.2%、29.2%、14.6%、以及 1.0%，55 歲至 65 歲者為 64.4%、21.1%、12.9%、以及 1.6%【台大醫院心肌梗塞病人登記，蘇大成等】。然而，上述資料為當疾病初發住院之時所測量的，一般而言，出院後繼續治療與復健下，大部分病人的心臟功能可再進步，部分病人甚至恢復到正常之左心室射出分率 50%以上的狀況。因此，關於心臟失能殘障的認定，仍建議依其心臟衰竭的程度以及左心室射出分率來做考量，且內科病人需經一年的治療、待其殘障程度較穩定時進行測量，並非有心肌梗塞病史者，就算殘障。

關於接受冠狀動脈繞道手術的病人，台北榮民總醫院研究報告指出，從 1991 年 1 月到 1999 年 12 月期間共有 2055 位病人，其中 188 位是女性、平均年齡是 67.3 歲，1867 位是男性、平均年齡是 67.6 歲。當中有 60%左右的病人在手術前，是屬於心臟衰竭分級第一度，

僅有 5%的病人是屬於心臟衰竭分級第四度，其平均左心室射出分率有 80%是大於或等於 35%、其他 20%是小於 35%【13】。但此論文中並未詳細提到手術後左心室射出分率的狀況。由此報告可知，大部分接受冠狀動脈繞道手術的病人年紀較老、且其心臟功能尚可接受。由於手術後心臟功能往往略有改善，因此建議心臟手術後的病人，仍需要有左心室收縮功能不良，才給予心臟殘廢給付，且其比率可能不會高於上述百分比。

二、瓣膜性心臟病

關於接受生物性人工瓣膜置換手術的病人，高雄醫學大學附設醫院的統計研究報告指出，1979 年 7 月到 2001 年 4 月，有 82 位病人接受以標準 Carpentier-Edwards 豬心瓣膜進行瓣膜置換的手術，其中 40 個男性、42 個女性，平均年齡 42.3 ± 15.1 歲，平均追蹤時間為 10.9 ± 3.2 年。結果發現整體手術死亡率為 16.9%。其五年、十年、十五年、二十年的精算存活率分別是 71.7%、66.9%、55.5%及 44.4%。其五年、十年、十五年、十七年無瓣膜結構退化的精算估計率，分別為 96.3%、64.0%、24.3%以及 24.3%；無需再度手術的精算估計率，分別為 96.3%、64.5%、24.5%以及 24.5%。其中發現生物性人工瓣膜置換手術六年後會有明顯的瓣膜結構退化及再度手術的比率，這與西方國家的研究結果並無不同之處【14】。由此份報告可知，大部分接

受瓣膜置換手術的病人在數年後，其心臟功能尚在可接受的範圍，所以心臟手術後的病人，仍需要有左心室收縮功能不良，才給予心臟殘廢給付。

三、心肌疾病

根據長庚醫院的統計研究報告可知，從 1990 年 5 月到 1996 年 12 月，有 6798 位成年人接受心臟超音波檢查，發現其中 122 位被診斷為阻塞性肥大性心肌疾病，平均追蹤時間是 3.2 年。全因死亡率是 4.7%，大部分死亡原因是由於同時併存的內科疾病，每年的心臟病死亡率為 0.99%。研究結論指出阻塞性肥大性心肌疾病的臨床病程是偏屬較良性的，仍有較好的預後【15】。因此，我們認為肥大性心肌疾病，如果沒有心室收縮功能失常者，基本上是不需要給予殘廢給付的。

四、心律不整

根據台大醫院蔡醫師的整理分析報告可知，從 1995 年 2 月到 2001 年 10 月，台灣地區總共有 101 位病人接受植入性心臟去振顫器治療，當中約有 39% 是冠狀動脈心臟病，41% 是心肌疾病，而型態構造正常的心臟病則有 23%。不良預後的決定因子則包括心肌梗塞病史、以及心臟收縮功能係數。其平均左心室射出分率是 $48 \pm 19\%$ 【16】，亦即有危及生命的心律不整病人、將近一半是心臟收縮功能正常者。這些病人的心臟功能殘障並不是由左心室射出分率來決定。而目前對於此種

病人心臟功能障害等級的審定尚未有共識，有待於未來之努力，因此建議另案進行研究探討。

五、主動脈剝離

根據台大醫院許醫師的整理分析報告可知，過去 8 年來 107 位因急性 B 型 (type B) 主動脈剝離而住院的病人，只有 16 位接受外科開刀介入治療，而 92 位則接受內科治療。16 位接受開刀的病人中，有 2 位後來死於急性主動脈破裂，1 位因疾病繼續進展至 A 型 (type A) 主動脈剝離而死亡。所有病人的平均追蹤時間是 36 個月，其平均六個月、一年及五年的存活率分別是 96.2%、95.2% 以及 95.2%。結論是內科藥物治療可以達到相當好的結果，但若合併腳部缺血的 B 型主動脈剝離，則應以外科介入治療【17】。可見主動脈剝離或主動脈瘤疾病在急性期內科治療或手術治療之後，似乎五年之內並不一定加速惡化而危及生命。所以我們考慮對於主動脈剝離接受手術治療者、無法手術、或手術無法完全切除者，給予第十二等級的殘廢給付；合併中等程度以上心臟失能者 ($LVEF \leq 40\%$)，才給予第九等級以上的殘廢給付。

六、周邊血管疾病

關於周邊血管疾病，雖然美國永久障害評估指引將其區分出上肢與下肢兩類，且主要以病肢影響活動之嚴重程度做分級狀況敘述，但

由於國內並未有此病相關的殘障研究論文，而此次勞保局也未能提供適切的給付申請案例以供研究，因此我們沒有足夠的資料以供佐證，所以建議其與心律不整等心臟疾病未來應另案加以研究，以便能提出適切的建議標準。

七、心臟移植

自 1987 年開始至今，台灣地區接受心臟移植的病人已超過 500 例。由台大醫院朱教授較早期研究報告可知，從 1987 年到 1997 年 11 月完成了 231 例心臟移植，而且有愈來愈多的趨勢。那些病人在開刀前皆是紐約心臟協會分級的第四度心臟衰竭，當中 59.7% 是擴大性心肌疾病、24.7% 是缺血性心肌疾病、7.4% 是瓣膜性心臟病、1.3% 是肥厚性心肌疾病、3% 是生產後心肌疾病 (post-partum cardiomyopathy)。大部分接受心臟移植者是介於 30 歲與 69 歲之間，其平均一年、五年及十年的存活率分別是 $81\pm 2\%$ 、 $66\pm 4\%$ 以及 $58\pm 7\%$ 【18】。

台北榮民總醫院在 1987 年到 2000 年之間共完成 40 例心臟移植手術，其平均一年、五年及十年的存活率分別是 90%、68% 及 62%【19】。台北振興醫院從 1988 年 7 月到 2003 年 9 月，總共完成 215 例的正位心臟移植 (orthotopic heart transplantation)，其中 164 位是男性、平均年齡是 47.3 ± 14.3 歲。主要的病因是擴大性心肌疾病、佔

68.5%，而缺血性心肌疾病佔 20.2%，瓣膜性心臟病佔 4.2%。其平均一年、五年及十年的存活率分別是 88.3%、77.1%及 57.2%【20】。

由上述國內研究資料可見，心臟移植後五年存活率仍將近有三分之二。爾後，因為心臟移植而申請殘廢給付的人勢必愈來愈多，這些病人的顯著心臟失能常會因移植手術而改善；至於經治療六個月後仍遺存有功能損害者，依目前勞工保險殘廢給付標準（詳見附件四），可獲得第七等級的殘廢給付，此項規定並未明列功能損害程度標準，所以經過與心臟血管外科的專家醫師討論後，基於病人接受心臟移植手術後需不間斷地使用抗排斥之免疫抑制藥物、及密切地回診追蹤與心臟評估檢查（含心肌切片與心臟超音波檢查），嚴重地影響其工作機會，因此建議對於此種病人在手術六個月之後，不論其左心室射出分率是否異常，均給予第七等級之殘廢給付。

綜上所述，雖然美國心臟學會永久障害評估指引中建議採用心肺功能測試指標 METs 作為心臟殘障分級的標準，但是由於 METs 的量測不易，用於殘障等級的評估有其限制性與危險性，因此經過審慎思考且與各方專家討論之後，我們乃決定採用紐約心臟學會功能障害等級合併左心室射出分率大小，作為殘廢給付心臟部份審查標準之指標。

此外，關於心臟的殘障判定之觀察期需時多久才合理這個問題，本次研究案中我們參照了其他系統器官的標準，並考慮到心臟病本身

的特性（進行性與可恢復性），乃認為「必須接受適當治療一段時間後，才能給予合理的殘障等級判定」。基本上，如果只接受內科治療的話，是以一年的時間為標準；如果是接受外科手術治療的話，衡量其屬於較嚴重之心臟疾病、才需接受外科手術，因此以六個月的時間為標準。一般而言，心臟手術六個月後，應該已達到穩定的狀況。

參考文獻

- 【1】、行政院勞工委員會，民 92；「勞工保險條例」。
- 【2】、行政院勞工委員會，民 92；「勞工保險條例施行細則」。
- 【3】、葛謹、吳明玲、謝伯欣，民 91；「勞工保險殘廢給付審核作業認定基準之研究—胸腹部臟器障害系列」，台北市，台北榮民總醫院職業病防治中心，勞工保險局委託研究案。
- 【4】、Cocchiarella L and Andersson GBJ. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. 5th Edition, American Medical Association, 2001, USA。
- 【5】、Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol. 2005; 46(6): e1-82.
- 【6】、Martha J. Radford, J. Malcolm O. Arnold, Susan J. Bennett, et al. ACC/AHA Key Data Elements and Definitions for Measuring the Clinical Management and Outcomes of

Patients with Chronic Heart Failure: a report of the American Colllege of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Data Standard (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Data Standards) Circulation. 2005; 112: 1888-1916.

- 【7】、Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. 2002. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing). Circulation. 2003; 107: 149-58.
- 【8】、Chiang FT, Huang PJ, Su CT. Determination of Left Ventricular Volumes by Radionuclide Angiocardiology. J Formos Med Assoc. 1988; 87: 331-8.
- 【9】、Gibbons RJ, Miller TD. Equilibrium radionuclide angiography. In: Skorton DJ, ed. A Companion to Braunwald's Heart Disease. 2 ed. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders Co; 1996: 942-6.
- 【10】、中央健康保險局，民 94；「全民健康保險醫療費用支付標準」。
- 【11】、Cheng Y, Chen KJ, Wang CJ, Chan SH, et al. Secular trends

in coronary heart disease mortality, hospitalization rates, and major cardiovascular risk factors in Taiwan, 1971-2001. *Int J Cardiol.* 2005; 100: 47-52.

【12】、Chern MS, Fu M, Cherng WJ, Yeh SJ, et al. Prognosis after a first Q-wave myocardial infarction in ethnic Chinese people: a prospective study. *Int J Cardiol.* 1993; 39(1): 33-41.

【13】、Huang CH, Hsu CP, Lai ST, Weng ZC, et al. Operative results of coronary artery bypass grafting in women. *Int J Cardio.* 2004; 94: 61-6.

【14】、Chen YF, Lee CS, Lin CC, Su SF, et al. Twenty-year follow-up of the Carpentier-Edwards standard porcine bioprosthesis in the Oriental population. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2003 Dec;44(6):691-9.

【15】、Lin CL, Chiang CW, Shaw CK, Chu PH, et al. Obstructive hypertrophic cardiomyopathy in Taiwanese adults. *J Formos Med Assoc.* 1999; 98(12): 799-806.

【16】、Tsai CT, Huang SS, Lin JL, Lai LP. Distinct clinical features in the recipients of the implantable

cardioverter defibrillator in Taiwan: a multicenter registry study. PACE. 2003; 26: 2083-90.

- 【17】、Hsu RB, Ho YL, Chen RJ, Wang SS, et al. Outcome of medical and surgical treatment in patients with acute type B aortic dissection. Ann Thorac Surg. 2005; 79(3): 790-4; author reply 794-5.
- 【18】、Chu SH, Wang SS, Hsu RB, et al. Cardiac transplantation in Taiwan. Transplant Proc. 1998; 30: 3387-90.
- 【19】、Lu L, Chang J, Lai ST, Shih CC. Clinical outcome of heart transplantation at Taipei Veterans General Hospital. J Chin Med Assoc. 2003; 66(7): 400-5.
- 【20】、Wei J, Chang CY, Chuang YC, et al. Heart transplantation at Cheng Hsin General Hospital in Taiwan. Transplant Proc. 2004; 36: 2374-6.

附件一 第一次專家會議（台大醫院內專家）之會議記錄

一、時間：94 年 8 月 30 日（星期二）下午二時至三時半

二、地點：台大醫院職業傷病診治中心會議室

三、主持人：台大醫院內科部蘇大成醫師

記錄：吳景義

四、出席人員：

台大醫院內科部	曾春典教授
台大醫院內科部	簡國龍醫師
台大醫院外科部	王水深教授
台大醫院外科部	許榮彬醫師
台大醫院復健部	陳思遠醫師
台大醫院職業傷病診治中心	王榮德教授
台大醫院職業傷病診治中心	杜宗禮醫師

五、討論事項：

● 蘇大成醫師：

- 1、感謝諸位專家抽空參與本次「勞保殘廢給付『心臟部分』障害系列審查標準」的討論會議，期望會議中能針對以下幾個問題，收集諸位專家寶貴的意見，以整理出一個我們台大醫院內相關各科的共識。
- 2、目前勞保規定是以一年治療期作為申請殘廢給付條件，其他臟器系統障害也差不多是要求這個時間，但經台北榮總研究案後所擬的建議審查標準，提到四個月、六個月等不同時間，那麼到底哪一個才比較合理呢？現行法規是以文字敘述來呈現殘廢嚴重程度，以胸腹部臟器系列來涵蓋心臟、肺臟及其他臟器，而心臟部分殘廢等級方面，是否可以找出客觀的數值作為劃分標準？是否可與其他臟器系統的障害等級標準有衡平性的對照呢？
- 3、民國九十一年台北榮總研究報告引入 2001 年第五版美國永久障害評估指南的作法，對於各殘廢等級標準化提出建議。美國醫學協會所提出心臟部分的障害評估方式，涵括以症狀表現為主的紐約心臟協會心臟功能分級、飲食控制或藥物治療等處置的需求程度、儀器檢查對於解剖構造病變程度的證實、以及功能性評估結果如 METs 的測定數值等作為障害嚴重等級標準。不過，其中倒是沒有提到要以左心室射出分率數值為評定標準。
- 4、本次研究案尚由勞保局提供十七例勞保殘廢給付爭議審議案件，作為分析研究之用，經過歸納整理可以發現一些問題，例如主動脈剝離患者的左心室射出分率數值雖在正常範圍、但仍會有突發性死亡的危險性，二尖瓣脫垂造成高動態性的心臟狀況，這些情況是否還適合以左心室射出分率數值為心臟功能障害程度的代表？冠狀動脈性心臟病患者接受繞道手術、是否一定要一年後才能合理而精確地評估障害程度？
- 5、心臟功能評估的相關文獻方面，2005 年更新版美國心臟學協會成人心臟衰竭診斷及處理指引提到，結合杜卜勒血流偵測的 2-D 心臟超音波檢查、放射性核子心室造影術、核磁共振影像檢查與電腦斷層檢查，可作為初期

結構與功能異常的辨識工具；紐約心臟協會心臟功能分級、六分鐘內所能行走距離的測量及最大運動程度測試合併尖峰氧氣攝取測量等方式，則作為後續功能評估工具。但是否心肺功能綜合評估才能作為一個客觀性評估呢？另外 2002 年更新版運動測試指引提到，大部分職業性活動所需能量是少於 5 METs。以上歡迎提供您的臨床專業見解，來作進一步的討論。

● 曾春典教授：

- 1、診治心臟疾病患者時，不但要處理其解剖構造的病變，還需評估其功能的變化，特別是各種本質不同的疾病造成之影響，也應該分別考慮，例如主動脈剝離可能導致突發性死亡等。心臟功能殘障等級的認定，當然有客觀的數據會比較好，比較能夠減少爭議。
- 2、冠狀動脈性心臟病患者接受支架的放置，再狹窄與否的情形大約三個月後就可以知道，因此探討症狀是否穩定時，可能需要把這一點考慮進去。

● 王榮德教授：

- 1、我國勞保殘廢分級劃分為十五等級是參考日本的制度而來，而心臟部分的殘廢是屬於胸腹部臟器系列，現行標準以影響日常活動的程度，由重至輕以文字敘述列出第一、二、三、七、十二等級。本次研究希望可以更明確地列出審查標準，像是肢體機能障害的標準那樣。
- 2、勞保殘廢給付的目標族群應該不是突發性死亡的病人，而是對於長期存活的病人提供其因病失能的生活補助。以兩年作為申請勞保殘廢給付的時間似乎不盡合理，應該要再延長一點，以免民眾錯失申請的機會。
- 3、如果本次研究案所建議的勞保殘廢給付心臟障害等級標準被接受了，那麼之後可能還要有個專家委員會，去幫勞保局審議相關有爭議的案件。

● 王水深教授：

- 1、勞保中除了殘廢給付之外，還有死亡給付的部分，可補助死亡的個案。
- 2、此次研究不一定要侷限於十五等級中第一、二、三、七、十二等級，如果發現有需要增列哪個等級，也可以列出來在研究報告中建議。例如，台北榮總研究案後來就有增列第九等級的建議。
- 3、所謂症狀固定，由解剖構造來看的話是比較清楚的，例如截肢或心臟移植在手術後就固定了，比較難判定的是功能的部分。此外，勞保殘廢給付規定請領殘廢給付者，需於診斷為永久殘廢或永不能復原之日起兩年內提出申請。所以「症狀固定與否」常成為關切的焦點。
- 4、勞保殘廢給付並不是針對疾病或解剖構造缺損，而是對於機能障礙或工作能力障礙來判定等級的。METs 用於工作能力的評估或許可以，但是很少看到殘廢診斷書有記載到，而且有進行這種測試的醫院好像不多。以單一個參數 LVEF 其實很難作為心臟功能的判定基準，所以希望能收集到一些幫助判定的參數來訂出比較客觀的標準。
- 5、關於 LVEF 的測定，以心臟超音波來檢查，其實是會有操作者間的差異，相較而言，心導管檢查與核子醫學檢查會比較客觀，但是心導管檢查是具

有侵襲性的，所以核子醫學檢查是屬於比較客觀且較無侵襲性，其設備在眾多醫學中心都有，只是費用比其他檢查還貴。不過，人為操作因素對於核子醫學檢查的影響程度，還是該方面的專家才會比較瞭解。

● 陳思遠醫師：

- 1、AMA guidelines to the evaluation of permanent impairment，事實上就相當於殘障鑑定指引，涵蓋各種不同種類疾病所造成的功能障礙分級，但不涉及補償給付的部分；至於勞保殘廢給付標準所關切的不是殘障程度的鑑定，而是勞動工作能力受疾病影響程度的鑑定；其精神是要對於勞動工作者因疾病影響工作活動能力、減少工作收入的職業生涯期，提供金錢上的補償。而對於在鑑定未完成期間內死亡的個案，勞保另外有死亡給付可以請領。
- 2、作鑑定時，解剖構造的缺損情況是比較容易確定的，但功能的好壞程度卻受到有否訓練及其配合程度所影響；心臟衰竭且 LVEF 低下的病人，接受訓練後，在功能上或許可達到還不錯的情形，但如果不接受訓練，則功能可能還是很差；如果只以功能評估結果作為給付標準的話，則落入「配合受訓練、功能變好、請領的錢少，不配合受訓練、功能變差、請領的錢多」這種不合理情形。所以那些 functional performance-based examination 如果不是用於補償給付鑑定，病人可能還會盡力配合，去知道或證實自己的能力或疾病進展與嚴重程度，但用於補償給付鑑定，則易有爭議與困擾。
- 3、運動測試中，雖然有對於病人盡力配合程度的檢查，但只適合於一般正常族群，對於要申請殘廢給付的高危險族群，其危險性遠高於排除詐病者的效益。有時候中止運動測試的原因，並非病人已達到最大運動程度，而是要避免繼續測試可能引發的嚴重後果，如心室性心搏過速 (VT) 或心房顫動 (Af)。所以 METs 的測定不適合作為殘廢給付中功能判定的基準。
- 4、解剖構造缺損的有或無是比較沒有爭議的，而且還是可能影響工作能力，因此可以表列一些疾病種類作為給付底線標準，至於功能障礙所導致較嚴重的工作能力受損，則需要藉由客觀的檢測方法界定出較嚴格的標準。
- 5、曾經有研究報告指出，冠狀動脈性心臟病患者經心肌梗塞或繞道手術後，在出院後的前三週至一個月期間開始接受心臟功能復健，則六個月時可以達到穩定的狀況，沒有接受復健的病患在一年後差不多也可以達到穩定的狀況，只是 functional capacity 稍微差了一點。這是就功能方面來看，那麼對於疾病的存活率方面就不是很清楚了。此外，心臟衰竭而接受心臟移植的病患，目前要經過半年才作殘廢給付鑑定，主要是考慮到存活問題。

● 簡國龍醫師：

- 1、勞保殘廢給付審查標準的寬鬆或嚴格，應該是要取決於政府對於勞保殘廢給付的定位。根據規定，被判定不能繼續從事工作（即殘廢等級第三級以上）而領取殘廢給付者，其勞保資格就會喪失；此外，殘廢程度加重時，可按其加重後殘廢給付日數、扣除原已局部殘廢部分所核定給付日數、發

給殘廢給付。因此，第三級的標準應該訂得更清楚、更嚴格；第四級以下的標準則可以稍寬鬆一點，以待之後殘廢程度加重時請領差額。

- 2、根據觀察，許多心臟疾病患者在手術後六個月都可達到穩定的狀況，如果還有其他疾病的話，一年後幾乎也穩定了。不過，最好是以不同疾病種類找相關文獻佐證，看看是要維持一年後再鑑定、六個月或是九個月等等。

● 許榮彬醫師：

- 1、心臟血管系統障礙，應該按照各種不同的病因去作考量，有些疾病的嚴重程度並不是由 LVEF 就可以看出來，例如瓣膜性心臟病、心律不整等等。所以不同病因所導致心臟功能殘障等級，應該有不同的審查標準才合理。
- 2、根據經驗，瓣膜性心臟病患者接受手術治療，三個月後就恢復得不錯了。

● 杜宗禮醫師：

- 1、對於心臟血管障害的患者，應該有一些評估檢查是被健保列入可支付範圍的，所以最好能夠列出那些殘廢給付等級鑑定必需、但健保不支付的檢查項目，與勞保局相關人員溝通，看看是否由勞保支付其檢查費用。此外，也可參考相關檢查的適應症，研擬出合適的殘廢給付的審查標準。

● 蘇大成醫師：

- 1、也許應該以不同的病因作劃分，去收集相關的文獻，看看瓣膜性心臟病、冠狀動脈性心臟病、心肌病變等幾大類疾病，經過外科手術或內科治療後需經過半年或是一年的時間才到達穩定的狀況。
- 2、此次會議討論讓大家有了一些共識，之後會藉著更多文獻收集整理，擬出更詳細的內容，邀請院外心臟內科、心臟外科等各學會的專家與核子醫學科專家，舉行第二次的會議。在這個期間也請諸位專家多多提供意見。

六、會議共識

- 1、勞保殘廢給付的精神是對於勞動工作者因疾病影響工作活動能力、減少工作收入的職業生涯期，提供金錢上的補償，所以要等到狀況穩定才作鑑定。在給付鑑定未完成期間內死亡的個案，勞保另外還有死亡給付可以請領。
- 2、對於幾大類心臟血管系統疾病，依據相關研究文獻，分別訂立達到狀況穩定足以鑑定的治療期時間，而且鑑定診斷至申請給付的時限應該要能延長。
- 3、對於癒後狀況不錯的心臟血管系統疾病，可依其解剖構造缺損的存在與對於工作能力的影響，表列成底限等級標準；待其進展至心臟衰竭時，則以更高層級、較嚴謹的標準規範，依其殘廢程度加重等級核定差額給付。此外，可視需要於現行第一、二、三、七、十二等級外，增列其他等級。
- 4、對於心臟衰竭的患者，若以 LVEF 作為判定標準，則需要藉由較客觀的核子醫學檢查來測定結果。心肺功能性測試結果如 METs，並不適合單獨作為殘廢給付審查標準的依據。

七、會後進展

- 以核子醫學檢查在評估心臟障害上的客觀實用性，徵詢於核子醫學科專家。

附件二 第二次專家會議（相關學會代表）之會議記錄

一、時間：94 年 10 月 25 日（星期二）下午五時至七時

二、地點：台大醫院職業傷病診治中心會議室

三、主持人：台大醫院內科部蘇大成醫師

記錄：吳景義

四、出席人員：

台大醫院內科部

曾春典教授

台大醫院外科部

王水深教授

中華民國心臟學會代表

吳道正醫師

中華民國胸腔及心臟血管外科學會代表

周迺寬醫師

中華民國職業病醫學會代表

陳守堅醫師

中華民國環境職業醫學會代表

葛謹醫師

五、討論事項：

※ 一般性討論 ※

● 蘇大成醫師：

- 1、目前勞保殘廢給付等級是由第一至第十五等級，等級劃分是以文字敘述來呈現障害影響工作或生活能力的嚴重程度，在胸腹部臟器方面，由於標準不夠明確，因此勞保局 90 年委託台北榮總職業病防治中心葛謹醫師等人進行研究。我們將其研究結果仔細研讀後，發覺他們很用心地將美國醫學會永久障害評估指引第五版的內容翻譯成中文，並依據勞保殘廢給付等級要求去做許多適用性的調整，完成非常好的審定標準建議。不過，在心臟這部份仍然有些標準，還未能在勞保局召開的專家討論中達成共識，所以勞保局才又委託我們，針對其中不完備之處再做修正補充。
- 2、到目前為止，我們整理了勞保殘廢給付的一些申請案件資料及相關文獻，並且召開一次台大醫院內的專家會議，邀請近十位包括心臟內科、外科、復健科與職業醫學科的專家參與討論，獲得幾點共識與建議。首先，勞保殘廢給付的精神，是對於勞動工作者因疾病影響工作活動能力、減少工作收入的職業生涯期，提供金錢上的補償，所以要等到狀況穩定才作鑑定。另外，由於勞保尚有死亡給付，因此對於有生命危險的疾病如主動脈瘤，不一定要特別列入無法工作的殘廢等級標準。其次，對不同致病因的心臟疾病應該有不同的審定標準，而不是只以左心室射出分率（LVEF）大小作為基準。預後不錯的心臟疾病，可用解剖構造異常狀況的證據作為給付的門檻等級標準，當疾病持續進展惡化成更高殘障等級時，再核定差額給付補償。心臟衰竭的嚴重程度，目前認為以核子醫學檢查來測量左心室射出分率比心臟超音波來得準確，而且檢查收費並沒有比較貴。而以心肺運動功能檢查來做代謝能量當量（METs）測量，可能讓心臟復健科醫師與申請給付的病人承擔較大風險，雖然美國醫學會永久障害評估指引建議以此為評估標準，但是在台灣勞保殘廢給付審定標準的適用性仍需要加以考量。

- 3、我們可能先針對之前台北榮總所完成的心臟部份殘廢等級審定標準表做討論，看看六個月治療期與第一、二等級所要求的四週機械輔助或強心藥物治療是否需要作調整。雖然美國醫學會的指引將心臟血管疾病分成十項，不過我們這次分出了六大項來，包括冠狀動脈性心臟病、瓣膜性心臟病、心肌疾病、心律不整、周邊血管疾病、以及其他，以下將分別進行討論。

● 王水深醫師：

- 1、之前台北榮總職業病防治中心葛謹醫師等人，其實已經花費很大的功夫將臟器部分的殘障等級做了一番的修訂，只是勞保局方面認為心臟這部分的標準還是不夠明確，而相較於其他臟器如肺臟的殘障等級標準，似乎比較寬鬆一點，而再委託蘇醫師負責做更詳細的修訂。不過，美國醫學會指引好像沒有辦法直接用在勞保殘廢給付之上，也沒有很明確的檢查數據可以簡單判定，不曉得葛醫師在這方面有沒有什麼樣的想法可以提供出來討論的？而關於六個月與四週的治療時間，是否有什麼學理上的根據呢？
- 2、關於心臟部分勞保殘廢給付規定，由於目前胸腹部臟器的殘廢等級只有第一、二、三、七、十二等級，等級之間的差異太大，如果像病人狀況屬於「判定為第十二等級算太輕、判定為第七等級算太重」時，往往易有爭議產生。其實勞保局是可以接受增列幾個等級的，像葛醫師那時候除了努力地將美國評估標準調整來符合勞保規定之外，還增列了一個第九等級。
- 3、關於心臟殘廢等級劃分，除了（紐約心臟學會）心臟功能障害分類可作為等級粗分標準之外，左心室射出分率的大小也是可以列入，當作心臟衰竭病患的殘廢程度區分的標準。

● 葛謹醫師：

- 1、那個研究案是由中華民國環境職業醫學會做的，其中是將由頭至腳的各個內臟器官障害通通囊括進來，放到第一至第十五等級進行評比，困難度很高，而且有許多醫學會給予意見指教。其實美國醫學會永久障害評估指引的訂定，也是邀請五十至一百個醫學會參與，讓各個醫學會專家一起坐下來，對於所認知特定器官系統疾病嚴重情況各自表述，再充分討論以決定整體障害的比例，而不同器官系統的障害比例還可以合併計算。
- 2、根據美國醫學會的指引，醫師是做 passive evaluation，評估測驗時只能給予建議、不能介入其中，但可以記錄關於受試者是否有不配合施測的敘述。其所做的障害評估是關於此一障害佔個人整體功能障害的百分比，不管其與外界環境的關係；然而殘廢是指一種失能狀態（disability），與外界環境的互動有關，勞保殘廢給付等級的劃分更是與工作能力有關。判定為第一、二、三級殘廢，基本上是認定此病人無法工作，所以勞保會要求退保的，這一點是美國標準無法直接引用的關鍵。除此之外，還存在好幾方面的差異，那些相關論述已呈現於研究結果報告書中，可供參考。
- 3、我們當時訂定心臟部分的標準，多半是引用美國那一份指引的數據，除非是國內有自己的數據、或是心臟科專家有不同意見時。不過，美國的研究

數據，是否同樣適合運用於台灣的情況，應該也是必須列入考量的。由於心臟屬於胸腹部臟器，殘障等級照目前規定只有第一、二、三、七、十二等級，不同於美國指引中整體障害比例的核算方式，因此要以美國的標準對照回勞保殘障等級是有相當的困難，所以還是建議可以增列幾個等級，以助於殘廢等級的審定。

- 4、其實如果經過六個月治療後，還是需要機械輔助或靜脈注射強心藥物治療的話，病患通常也是都在醫院接受治療、無法工作的情況，所以應該也是可以符合第一至三等級要求的。因此這些所列的標準應該還算合理。
- 5、由於心臟疾病眾多，如果要製作一份審查標準指引給勞保局承辦人員參考的話，或許可以用一個作業流程圖(flowchart)，列出哪些項目不要給付、哪些項目要給付、要給付的項目是以什麼樣的檢查工具評估、檢查結果的等級標準、是不是要經過手術治療才給予給付等等，最好還有簡短的解釋說明，甚至包括台灣有哪些可執行檢查的醫院，這樣子會讓大家比較清楚哪些心臟疾病、到什麼樣的嚴重程度可以給付，減少爭議。
- 6、建議在法規中明訂「心臟部分的相關檢查結果判讀需由心臟專科醫師（含心臟內科、心臟外科、小兒心臟科）來開立診斷書」，如此應該可以避免一些麻煩。

● 陳守堅醫師：

- 1、為了避免大家弄不清楚狀況，或許將治療六個月的前提敘述併入各個等級的敘述中，變成第七個月仍需要強心治療的敘述，可能會比較好；或者以六個月治療期中必須涵蓋有四週以上的強心治療為要求，也是一種考慮。

● 吳道正醫師：

- 1、心臟部份殘障等級審定標準表所提到的六個月治療期，應該算是前提，也就是病患要經過六個月適當治療，才能夠進入殘障等級的鑑定中。因此，第一等級的標準應該是六個月之後、再經過四週以上機械輔助或靜脈注射強心藥物治療，但依然是症狀符合第四度心臟障害分類等級的無法控制之慢性進行性心臟衰竭。

● 曾春典醫師：

- 1、如果採取Flowchart的方式，那麼相關期限以及數據標準可能需要是evidence-based。

● 周迺寬醫師：

- 1、今天的書面資料中，美國心臟學會對慢性心臟衰竭的評估與處置研究所用左心室射出分率測量結果的分類，將大於50%當作正常、41%至49%當作輕微功能減退、26%至40%當作中等功能減低、小於25%當作嚴重功能減低，這些好像可以被拿來應用到心臟殘廢等級的劃分中。

※ 各類心臟疾病討論 ※

● 曾春典醫師：

- 1、冠狀動脈性心臟病除了會造成功能的缺損之外，還會有突發性死亡的可能

性，因此對於殘廢等級的標準似乎不應該訂得太嚴格。或許只要由客觀檢查工具如血管攝影發現有疾病的證據，經過一段時間（不一定需要六個月）的最佳治療，症狀仍然達到第四度心臟機能損害標準，就可以給予第一、二、三級殘廢的判定。是否經過手術或其他侵襲性處置才算最佳的治療，也是可以列入條件的考慮。

- 2、關於瓣膜性心臟病，雖然美國醫學會的指引以 METs 測量值作為分級標準，但是之前曾提到這個在台灣不容易適用，所以還是建議可以利用心臟超音波檢查來評估，看看是否以左心室擴大至某種程度、左心室射出分率減少至某種程度的標準來代替 METs 的標準會比較好。
- 3、心肌疾病可能還要細分為兩大類，一類是擴大型或鬱血型，另一類是肥厚型及限制型，來分別做考慮，擴大型或鬱血型心肌疾病或許可以用左心室射出分率的高低來評估其功能狀態，而肥厚型及限制型心肌疾病患者較多有舒張功能異常，在左心室射出分率還不錯時就出現症狀，所以大概需要另外做考量，看看以什麼標準衡量其舒張功能異常的程度。
- 4、心律不整方面，嚴重心律不整病患置入式心律回復去顫器（implantable cardioverter-defibrillator），可以考慮列入第一至第三等級殘廢中。

● 王水深醫師：

- 1、各種心律不整可以表列，比如輕度心律不整、不至於影響工作表現則不予給付，重度心律不整、可能危及生命者才進入殘廢給付的作業流程中。
- 2、周邊血管疾病患者如果是有截肢的狀況，應該可以利用肢體部分殘廢給付標準做考量；如果是未達截肢的狀況，還是要視其疾病嚴重度、所經處置、影響工作的情形，審定其殘障等級。

● 吳道正醫師：

- 1、心臟部份殘障等級審定標準表中，裝置永久心律調整器者屬第十二等級，另外可以再考慮心律不整復發頻率、有無伴隨其他合併症如心臟衰竭等，調高殘廢等級的判定。

● 葛謹醫師：

- 1、周邊血管疾病如果是有截肢，即便是整個下肢的截肢，仍然未達到第一至第三等級的嚴重失能程度，所以要用較低的等級去規範；至於沒有截肢的狀況，應該也是要有永久功能障礙、無法恢復的情況，才能予以給付。
- 2、關於主動脈疾病，當時考量到其他傷病或殘障診斷分類系統有將主動脈瘤剝離列入重大傷病與殘障，為了避免爭議，因此將主動脈瘤剝離並經手術治療者列入第十二等級、無法手術完全的狀況則列入較高的第九等級。

● 蘇大成醫師：

- 1、這次的會議很感謝諸位專家的意見，讓我們可以對於心臟部分的殘廢等級標準修訂有一些比較開創性的作法，之後我們會彙整大家的意見，再找尋相關文獻，想辦法完成一份如大家所建議的作業流程圖（flowchart），好讓勞保局承辦人員容易處理這方面的問題。謝謝大家。

附件三 勞工保險條例與施行細則—『殘廢給付部分』

● 勞工保險條例 第五節殘廢給付

第五十三條 被保險人因普通傷害或罹患普通疾病，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殘廢者，得按其平均月投保薪資，依同表規定之殘廢等級及給付標準，一次請領殘廢補助費。被保險人領取普通傷病給付期滿，或其所患普通傷病經治療一年以上尚未痊癒，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不能復原者，得比照前項規定辦理。

第五十四條 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殘廢者，依同表規定之殘廢等級及給付標準，增給百分之五十，一次請領殘廢補償費。被保險人領取職業傷病給付期滿，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不能復原者，得比照前項規定辦理。

第五十五條 殘廢給付依左列規定，審核辦理之：

- 一、被保險人身體遺存障害，適合殘廢給付標準表之任何一項目時，按各該項目之殘廢等級給與之。
- 二、被保險人身體遺存障害，同時適合殘廢給付標準表之任何兩項目以上時，除依第三款至第六款規定辦理外，按其最高殘廢等級給與之。
- 三、被保險人身體遺存障害，同時適合殘廢給付標準表之第十四等級至第一等級間任何兩項目以上時，按其最高殘廢等級再升一等級給與之。但最高等級為第一等級時，按第一等級給與之。
- 四、被保險人身體遺存障害，同時適合殘廢給付標準表之第八等級至第一等級間任何兩項目以上時，按其最高殘廢等級再升二等級給與之。但最高等級為第二等級以上時，按第一等級給與之。
- 五、被保險人身體遺存障害，同時適合殘廢給付標準表之第五等級至第一等級間任何兩項目以上時，按其最高殘廢等級再升三等級給與之。但最高等級為第三等以上時，按第一等級給與之。
- 六、被保險人身體遺存障害，不適合殘廢給付標準表所定之各項目時，得衡量其殘廢程度，比照同表所定之身體障害狀態，定其殘廢等級。
- 七、依第三款至第六款規定所核定之殘廢給付，超過各該等級殘廢分別計算後之合計額時，應按其合計額給與之。
- 八、被保險人身體原已局部殘廢，再因傷害或疾病致身體之同一部位殘廢程度加重者，一律依照殘廢給付標準表規定，按其加重後殘廢給付日數，發給殘廢給付。但原已局部殘廢部分，依殘廢給付標準表規定所核定之給付日數，應予扣除。
- 九、被保險人之身體原已局部殘廢，再因傷害或疾病致身體之同一部位殘廢程度加重，同時其不同部位又成殘廢者，一律依殘廢給付標準表，按第一款至第六款

規定所核定之殘廢給付日數，發給殘廢給付。但原已局部殘廢部分，依殘廢給付標準表規定所核定之給付日數，應予扣除。

十、第八款及第九款規定之被保險人身體殘廢程度加重之原因，係職業傷害或罹患職業病所致者，按各該款之規定所核定之殘廢給付日數，增給百分之五十。

第五十六條 保險人於審核殘廢給付認為有複檢必要時，得另行指定醫院或醫師複檢。

第五十七條 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。

● 勞工保險條例施行細則 第五節 殘廢給付

第七十六條 依本條例第五十三條或第五十四條請領殘廢給付者，應備左列書件：

一、殘廢給付申請書。

二、給付收據。

三、殘廢診斷書。

四、經X光檢查者，附X光照片。

前項殘廢診斷書，應由全民健康保險特約醫院或診所出具；障害項目基於認定技術及設備之需要，經中央主管機關公告者，其出具殘廢診斷書之全民健康保險特約醫院，應屬依法評鑑合格之地區教學醫院以上之醫院。但在本條例施行區域外致殘者，得由原應診之醫院或診所出具。保險人審核殘廢給付，除得依本條例第五十六條規定指定全民健康保險特約醫院或診所或醫師複檢外，並得通知出具殘廢診斷書之醫院或診所檢送必要之檢查紀錄或有關診療病歷。

第七十七條 本條例第五十三條第一項及第五十四條第一項所稱治療終止，指被保險人罹患之傷病，經治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果之狀態。

第七十八條 依本條例第五十三條及第五十四條規定，請領殘廢給付者，以全民健康保險特約醫院或診所診斷為永久殘廢或永不能復原之當日為本條例第三十條所定得請領之日。被保險人請求發給前項診斷之證明書者，全民健康保險特約醫院或診所應於三日內發給之。

第七十九條 本條例第五十五條第八款、第九款所稱同一部位，指與身體障害系列部位同一者。

第八十條 本條例第五十五條及勞工保險殘廢給付標準表未規定之事項，得由中央主管機關補充規定之。

第八十一條 被保險人身體殘廢不能從事工作，依勞工保險殘廢給付標準表申請殘廢給付後死亡，其受益人得擇領死亡給付或殘廢給付。

附件四 勞工保險殘廢給付標準表—『胸腹部臟器部分』

● 勞工保險殘廢給付標準表（勞工保險條例第 53 條附表）

身體 障 害 系 列	項 目 障 害	身體障害之狀態	身體障害系列		附 註	開具殘廢 診斷書之 醫院層級 或醫師
			殘 廢 等 級	給 付 標 準		
胸 腹 部 臟 器 （ 含 外 生 殖 器 ）	胸 腹 部 臟 器 障 害	44	胸腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需要醫療護理或專人周密照護者。	1	1,200 日	<p>一、胸腹部臟器：</p> <p>（一）胸部臟器，包括心臟、心囊、主動脈、氣管及支氣管、肺臟、胸膜、食道等。</p> <p>（二）腹部臟器，包括胃、肝臟、膽囊、胰臟、小腸及大腸、腸間膜及脾臟等。</p> <p>（三）泌尿器，包括腎臟、副腎、輸尿管、膀胱及尿道等。</p> <p>（四）生殖器，包括內生殖器及外生殖器。</p> <p>二、胸腹部臟器障害等級之審定：</p> <p>胸腹部臟器機能遺存障害，須將症狀綜合衡量，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及需他人扶助之情形，比照精神、神經障害等級審定基本原則，綜合審定其等級。</p> <p>三、胸腹部諸器官中，有二種以上器官同時併存障害時，須將所有症狀綜合衡量，依前述原則，綜合審定，不得按各個器官障害等級合併再為提高等級。</p> <p>四、「塵肺症」障害等級之審定：</p> <p>塵肺症障害亦應按照前述「胸腹部臟器障害」等級審定之原則，審定其等級。</p> <p>五、「生殖器遺存顯著障害」，係指生殖器遺存實質顯著障害，致生殖能力受顯著之限制者，如：</p> <p>（一）陰莖大部分缺損或癰痕等畸形，致</p>
		45	胸腹部臟器機能遺存高度障害，終身不能從事任何工作，日常生活需人扶助者。	2	1,000 日	
		46	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事工作者。	3	840 日	
		47	胸腹臟器機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	440 日	
		48	喪失脾臟或一側腎臟者。	9	280 日	
		49	膀胱機能完全喪失者。	3	840 日	
		50	膀胱萎縮容量祇存 50 西西以下者。	8	360 日	
		51	生殖器遺存顯著障害者。	11	160 日	
		52	胸腹部臟器遺存障害者。	12	100 日	

					<p>性行為不能，因而喪失生殖機能者。</p> <p>(二) 因瘢痕致陰口窄狹，陰莖不可能插入，致性行為不能，因而喪失生殖機能者。</p> <p>(三) 喪失兩側睪丸，致不能生育者。</p> <p>(四) 未滿四十五歲，原有生殖能力，因傷病割除兩側卵巢或子宮，致不能生育者。</p> <p>(五) 明顯確認因骨盤環骨折引起骨盤內臟神經(勃起中樞神經)病變所致之陽萎者，準用第十三級。</p> <p>六、「胸腹部臟器遺存障害者」係指胸腹部遺存機能障害，致工作上確有明顯之阻害而由醫學上可予證明者，如膀胱括約肌變化所致之尿失禁或肛門括約肌不全(因斷裂等)所致之大便失禁者，適用第五十二項第十二級。至於施行胃或膽囊切除術，如經過順利，未遺存明顯之永久性機能障礙者，不在給付範圍。</p>	
--	--	--	--	--	--	--

● 補充增列勞工保險殘廢給付標準

中華民國 88 年 5 月 7 日行政院勞工委員會臺 88 勞保 2 字第 020505 號函發布

身體障害系列		障害項目	身體障害之狀態	給付等級	附註	開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師
胸腹部臟器(含外生殖器)	胸腹部臟器障害	1.	心臟移植者(經治療六個月仍遺存心臟功能損害者)。	7	<p>一、心臟、肝臟、肺臟移植者，如經治療六個月後仍遺存各該器官功能損害者，則依上開適用之等級給付。</p> <p>二、上開所列殘廢部份，如其殘廢程度較該適用等級情形更嚴重時，則綜合衡量障害程度定其等級。</p> <p>三、「塵肺症」障害等級之審定：塵肺症障害，依附表二審定之原則，審定其等級。</p>	應由依法評鑑合格之地區教學醫院以上之全民健康保險特約醫院出具。
		2.	肝臟移植者(經治療六個月仍遺存肝臟功能損害者)。	9		應由全民健保特約醫院或診所出具。
		3.	肺臟移植者(經治療六個月仍遺存肺臟功能損害者)。	9		
		4.	胰臟全切除者。	9		

● 補充增列勞工保險塵肺症障害等級肺功能損失程度審查標準

行政院勞工委員會 88 年 5 月 7 日台 88 勞保 2 字第 020505 號函發布

行政院勞工委員會 88 年 8 月 4 日台 88 勞保 3 字第 0033209 號函修正

行政院勞工委員會 89 年 3 月 23 日台 89 勞保 3 字第 0011267 號函修正

障害項目	身體障害之狀態	給付等級	肺功能損失程度	附註：塵肺症診斷第二症度以上者，塵肺症肺功能損失程度依下列標準審定	開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師
52	胸腹部臟器遺存障害者。	12	10-25%	FVC：60-79% FEV1：60-79% FEV1/FVC：60-74% DLC0：60-79% VO2maX：20-25ml/kg.min	應由依法評鑑合格之地區教學醫院以上之全民健康保險特約醫院出具。
47	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	26-50%	FVC：51-59% FEV1：41-59% FEV1/FVC：51-59% DLC0：41-59% VO2maX：15-20ml/kg.min	
46	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事工作者。	3	51-100%	FVC：41-50% FEV1：31-40% FEV1/FVC：41-50% DLC0：31-40%	
45	胸腹部臟器機能遺存高度障害，終身不能從事任何工作，日常生活須人扶助者。	2	51-100%	FVC：36-40% FEV1：26-30% FEV1/FVC：36-40% DLC0：26-30%	
44	胸腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需要醫療護理或專人周密照護者。	1	51-100%	FVC≤35% FEV1≤25% FEV1/FVC≤35% DLC0≤25%	

註：1. FEV1：第一秒分時肺活量

2. FVC：用力肺活量

3. DLC0：氣體交換，肺彌散功能。

4. VO2maX：最高耗氣量

5. 上開標準參考美國醫學會、美國胸腔醫學會肺部障害分類及我國內政部殘障鑑定手冊。

6. 塵肺症必需 X 光確認為症度 2 以上者，可依肺功能標準確實描述臨床症狀並註明符合殘廢給付之等級。

勞工保險殘廢診斷書								勞工保險局受理號碼 310	
請診斷醫師於開具診斷書前先行受閱背面之說明									
姓別	出生日期	國民身分證號	鄉鎮市區	村里	路街	巷弄	門牌	樓層	身分證號
傷病初發時間		年 月 日		時 分		連絡電話		() --	
傷病原因		牛 月 日 午 時 分		傷病(發生)地點		就醫經過(其他院所名稱及時間)		主治醫師姓名及職稱	
傷 病 名 稱				殘 廢 之 傷 病 在 本 院 診 療 情 形					
治 療 經 過				年 月 日 午 時 分					
				住 院 診 察 期 間					
				自 年 月 日 至 年 月 日					
				自 年 月 日 至 年 月 日					
				自 年 月 日 至 年 月 日					
				門 診 診 察 期 間					
				自 年 月 日 至 年 月 日 共計門診 次					
				自 年 月 日 至 年 月 日 共計門診 次					
病 歷 號				殘 廢 碼		殘 廢 近 因		殘 廢 部 位	
其 他 既 往 症 及 殘 廢 部 位 與 程 度									
本診斷書所列殘廢症狀經本醫師親自診斷，特此證明									
全民健康保險特約醫療院所名稱：_____									
代 號：_____- 電 話：(_____) - _____									
開業執照：_____- 字 第 _____ 號									
地 址：_____									
院長(負責人)：_____- 印 章：_____									
診斷醫師：_____- 印 章：_____									
專科醫師證照：科別：_____- 科 _____ 字 第 _____ 號									
診斷書出具日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日									
蓋圖記									

(請註明原式傷病日期)

[1. 本診斷書需由被保險人原屬診之醫療機構提出具，限由醫師填寫。]

[2. 申請之書件如有虛偽不實之記載，填寫人將觸犯刑法偽造文書罪。]

殘廢詳況（填此欄前請詳閱背面說明）

一、神經、精神、神經障害（美國精神科、神經科、神經外科等專科醫師填寫：請依實況打勾並填寫，並在每一行勾選加蓋醫學會章）

(一) 精神遺存障害：**（如神經遺存障害而涉及精神部分，亦請一併勾劃填寫）**

- 外觀：☐正常 ☐厭惡 ☐神經質 ☐多疑 ☐不合作
- 情感：☐正常 ☐憂鬱 ☐緊張 ☐驚慌 ☐焦慮 ☐冷漠
- 行為：☐正常 ☐躁動不安 ☐攻擊行為 ☐退縮行為 ☐自言自語
- 思想：☐正常 ☐妄想 ☐幻覺 ☐強迫意念 ☐自殺意念
- 職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人看護或需密切監護者，終身不能從事任何工作。

☐職業功能、社交功能退化，需能以長期精神復健，以維持其日常生活最基本自我照顧能力，並常他人照護者，終身不能從事任何工作。

☐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，但非本人在身邊指示，終身不能從事任何工作。

☐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。

☐經治療後，可依復正常生活

(二) 神經障害：**（如精神遺存障害而涉及神經部分，亦請一併勾劃填寫）**

- 意識狀態：☐正常 ☐遲鈍 ☐不清楚 ☐無意識狀態
- 呼吸狀態：☐呼吸正常 ☐經常需借助氣具 ☐長期需呼吸器輔助
- 肌力程度：

5	4	3	2	1	0
左側/上肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
右側/上肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
左側/下肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
右側/下肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

巴金森症患者肢體狀態
☐一個肢體僵硬顫抖
☐雙側肢體僵硬顫抖
☐雙側肢體僵直顫抖
☐雙側肢體震顫
☐走臥需他人扶助
☐完全無法行動

4. 行動能力：☐可自力行走 ☐行動遲滯 ☐需扶持行走 ☐單杖 ☐雙單杖 ☐四腳杖 ☐扶物

5. 臥床狀態：☐起臥正常 ☐大部分時間需要臥床 ☐整日臥床但可自行翻身

6. 工作能力：☐正常 ☐終身僅可從事輕便工作 ☐無法從事精細工作 ☐終身無法從事任何工作

7. 攝食狀態：☐自行進食 ☐暫時需人餵食 ☐永久需人餵食 ☐暫時鼻胃管灌食

8. 大小便情形：☐可自理 ☐部份需人扶助 ☐完全無法自理 ☐失禁

9. 沐浴更衣：☐可自理 ☐部份需人扶助 ☐完全無法自理

10. 言語狀態：☐正常 ☐言語不清 ☐喪失言語能力

11. 惡性腫瘤：☐經治療已達緩解 ☐經治療後再復發 ☐已轉移

12. 其他補充說明：

以上診斷係依據 ☐病患親自到診 ☐年 ☐月 ☐日病歷 ☐家屬陳述

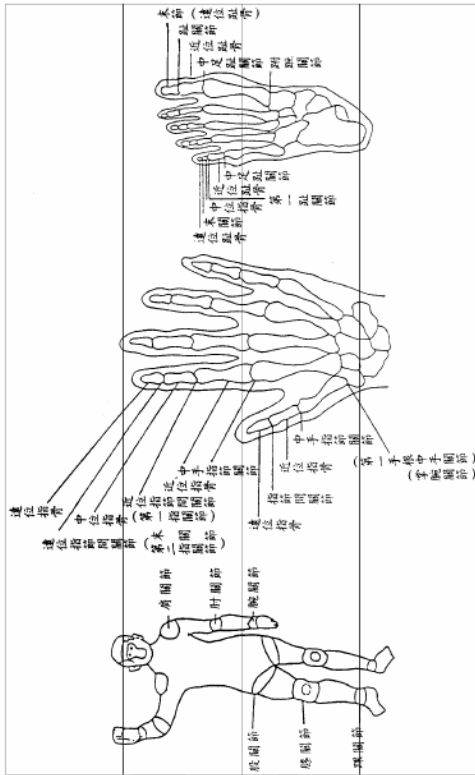
治療終止診斷日期 (患狀固定)	年 月 日	治療一年以上診斷為永久不能 復原(即症狀尚未痊癒)日期	年 月 日
--------------------	-------	--------------------------------	-------

殘廢詳況 (填此欄前請詳閱背面說明)		殘廢詳況 (填此欄前請詳閱背面說明)	
二、胸腹部臟器及骨骼功能障害 (請將實況打勾或填寫【可複選】並在每一打勾處加蓋醫師章)		三、身體排汗功能障害 (除頭、頸、顏面部外,請將實況打勾或填寫,並在每一打勾處加蓋醫師章)	
1.胸腹部臟器障害部位及症狀: (1)心臟: <input type="checkbox"/> 胸腹部臟器障害,有心臟病且無法活動者,在靜止狀態下有心臟代償不全,活動時呼吸困難症狀加重。 <input type="checkbox"/> 心臟機能損害,有心臟病且有程度運動障礙,休息時無症狀,但稍有活動即有症狀。 <input type="checkbox"/> 因心臟機能損害,有心臟病且有程度運動障礙,休息或輕工作時無症狀,但日常生活較重之工作時,則有呼吸困難症狀。 <input type="checkbox"/> 因心臟機能損害,有心臟病但無運動障礙,平常之活動下,無氣喘胸悶或疲憊或心悸現象。 <input type="checkbox"/> 因多發性冠狀動脈硬化,合併腦病變。 <input type="checkbox"/> 因難以控制之頻發性心絞痛,且無法接受冠狀動脈整型手術或繞道手術(或手術失敗)。 <input type="checkbox"/> 重症心臟傳導阻滯,合併多發性腦缺血,經心電圖證實,而無安裝人工心律調節器者。 <input type="checkbox"/> 肢體運動障礙阻礙血液或血液成分管障礙(無法手術,但經治療後仍有缺血性潰瘍者)。 <input type="checkbox"/> 因心臟病或藥物或外科手術後,有一次以上鬱血性衰竭,經藥物治療後,尚難完全症狀控制者。 <input type="checkbox"/> 患有失胃性主動脈瘤者。 <input type="checkbox"/> 動脈瘤無法手術完全切除者。 <input type="checkbox"/> 治療於三個月內心臟收縮指數 (Cardiac Ejection fraction): _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		1.身體排汗功能喪失程度(計算標準以手掌大小約為1%體表面積):喪失 _____%。 2.外科治療終止日期: _____年 _____月 _____日 3.身體排汗功能喪失程度達百分之六十者,繼續填寫下欄: <input type="checkbox"/> 終身不能從事工作 <input type="checkbox"/> 終身不能從事工作	
四、頭部、頸部、顏面部障害 (請將實況打勾或填寫,並在每一打勾處加蓋醫師章)		四、頭部、頸部、顏面部障害 (請將實況打勾或填寫,並在每一打勾處加蓋醫師章)	
1.頭部或頸部障害(不包括失聰)以上癱瘓者。 <input type="checkbox"/> 顏面部障害(包括以上癱瘓或五公分以上不規則狀狀痕,彩色近距離照片) 或直徑三公分以上組織凹陷(與人相遇時可引起他人注意程度)者。		1.頭部或頸部障害(不包括失聰)以上癱瘓者。 <input type="checkbox"/> 顏面部障害(包括以上癱瘓或五公分以上不規則狀狀痕,彩色近距離照片) 或直徑三公分以上組織凹陷(與人相遇時可引起他人注意程度)者。	
五、視力障害 (請用萬國式視力表以大字數字填寫,並加蓋醫師章,如無法以萬國式視力表示者請參照背面說明填寫)		六、聽力障害 (請填明並加蓋醫師章)	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	
左		左	
右		右	
初診時視力		初診時聽力	
未矯正		未矯正	
矯正後		矯正後	

一般說明		殘廢詳況欄填表說明	
一、殘廢給付，須視保險人之傷害或疾病治療終止後致成永久殘廢，或所患傷病雖經治療一年以上仍未痊癒，身體遺存殘廢永久不能復原，符合殘廢給付標準規定項目者，始得請領。 被保險人罹患之傷病，症狀未固定仍需繼續治療者，請勿開具殘廢診斷書。	一、被保險人脊椎有明顯骨折、脫位或畸形者。	精神、神經障害	一、請視其殘廢程度及影響生活與工作能力各項加以勾選。 (各級肌力所代表之意義：5分→正常肌力、4分→居於5分與3分之間、運動可能正常，但比檢查者力量小一點、3分→抗地心引力、2分→可水平移動、1分→肌束活動、0分→完全無力) 二、精神、神經障害等級之審定基本原則：綜合其病狀症狀，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。
二、診斷被保險人之殘廢詳況，請據實詳細填寫，勿徇情而為不實、誇大虛偽之證明。檢查被保險人傷病情形或殘廢程度時，請依醫學專業詳實診斷，並防範假冒。	二、附X光片，並於右表(附圖三)填明脊椎前屈、後屈及能動範圍角度。 或 脊椎遺存顯著畸形者，請同時檢附穿著衣服之照片。	胸腹部機能障害	一、胸腹部臟器：包括心臟、心囊、主動脈、氣管及支氣管、肺臟、胸腺、食道等。 2 腹部臟器：包括胃、肝臟、膽囊、胰臟、小腸及大腸、腸間膜及脾臟等。 3 泌尿器：包括腎臟、副腎、輸尿管、膀胱及尿道等。 4 生殖器：包括內生殖器及外生殖器。 二、胸腹部臟器障害者，係指胸腹部遺存機能障害，致工作上確有明顯之阻害而由醫學上可予證明者，如膀胱括約肌變化所致之尿失禁或肛門括約肌不全(因斷裂等)所致之大便失禁者，適用第五十二項第十二等級。至於手術後，如經過順利，未遺存明顯之永久性機能障害者，不在給付範圍。 三、胸腹部臟器障害等級之審定：胸腹部臟器機能遺存障害，須將症狀綜合衡量，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及需他人扶助之情形，比照精神、神經障害等級審定基本原則、綜合審定其等級。 胸腹部諸器官中，有二種以上器官同時併存障害時，須將所有症狀綜合衡量，依前述原則，綜合審定，不得按各個器官障害等級合併再為提高等級。
三、診察被保險人時並請注意其在此次傷害或罹患疾病之前是否已有殘廢，將其原已殘廢部位及程度填入診斷書相關欄位。	四肢殘缺	視力障害	一、「視力」之測定，應用萬國式視力表以矯正後視力為準，但矯正不能者或依矯正後發生不等像症，因而工作上招致影響顯著者，得以裸眼視力測定之。如無法以萬國式視力表示者，則以視電誘發電位檢查VEP。 二、「失明」包括眼球喪失或摘出或不能辨明暗或僅能辨眼前手動者。
四、診察被保險人時並請注意其在此次傷害或罹患疾病之前是否已有殘廢，將其原已殘廢部位及程度填入診斷書相關欄位。	身體機能障害	聽覺障害	一、請敘明其係因何種傷病或因何種因素致聽力受損，及於治療經過欄載明其有無經藥物之積極性治療情形。 二、申請本項殘廢給付請一併檢附A B R之檢驗報告。
一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。	一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。	下肢縮短障害	一、以遭受意外傷害致牙齒缺損五齒以上者為限。 二、牙齒缺損之定義為：牙齒因意外傷害致牙齒完全脫落無殘根，或牙齒機能受損，造成該牙齒咀嚼功能遺存顯著障害者而言。 三、請轉囑被保險人檢附X光照片。
二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	牙齒障害	一、以遭受意外傷害致牙齒缺損五齒以上者為限。 二、牙齒缺損之定義為：牙齒因意外傷害致牙齒完全脫落無殘根，或牙齒機能受損，造成該牙齒咀嚼功能遺存顯著障害者而言。 三、請轉囑被保險人檢附X光照片。
一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。	一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	身體排汗功能喪失	一、本項鑑定時間以外科治療終止後一年始得進行判定。 二、請將身體排汗功能喪失程度填載於「殘廢詳況」欄內，並載明疤痕佔體表面積百分比(計算標準以手掌大小均為1%體表面積)。 三、被保險人於申請時除於診斷書上載明疤痕佔體表面積百分比外，輔以照片(應檢附量尺)為佐證。 四、身體排汗功能申請殘廢給付者，原則上仍應依規定檢附燒傷相片(應檢附量尺)為佐證，惟如由設有整形外科之地區教學醫院或燒燙傷病房醫師所開具之診斷證明書之圖畫說明替代相片，不需再檢附照片佐證。
一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	下肢縮短障害	一、以遭受意外傷害致牙齒缺損五齒以上者為限。 二、牙齒缺損之定義為：牙齒因意外傷害致牙齒完全脫落無殘根，或牙齒機能受損，造成該牙齒咀嚼功能遺存顯著障害者而言。 三、請轉囑被保險人檢附X光照片。
一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	牙齒障害	一、以遭受意外傷害致牙齒缺損五齒以上者為限。 二、牙齒缺損之定義為：牙齒因意外傷害致牙齒完全脫落無殘根，或牙齒機能受損，造成該牙齒咀嚼功能遺存顯著障害者而言。 三、請轉囑被保險人檢附X光照片。
一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	一、請於右表填寫殘廢關節之生理運動範圍。 二、「假關節」係指骨折後骨折兩端無法癒合，肢體在斷處可以活動，形成一種關節之狀，相似之情況亦可發生非機械性骨折，承重之長骨產生去骨現象，造成彎曲及病理性骨折，在骨折處無法鈣化癒合而形成假關節，但非人工關節。	身體排汗功能喪失	一、本項鑑定時間以外科治療終止後一年始得進行判定。 二、請將身體排汗功能喪失程度填載於「殘廢詳況」欄內，並載明疤痕佔體表面積百分比(計算標準以手掌大小均為1%體表面積)。 三、被保險人於申請時除於診斷書上載明疤痕佔體表面積百分比外，輔以照片(應檢附量尺)為佐證。 四、身體排汗功能申請殘廢給付者，原則上仍應依規定檢附燒傷相片(應檢附量尺)為佐證，惟如由設有整形外科之地區教學醫院或燒燙傷病房醫師所開具之診斷證明書之圖畫說明替代相片，不需再檢附照片佐證。

咀嚼、嚥下機能障害	咀嚼機能發生障害之主要原因，由於牙齒之損壞者，求表已另有專項訂明，此處規定之咀嚼機能障害，係專指由於牙齒以外之原因（如咽、舌、軟硬口蓋、顎骨、下顎關節等之障害），所引起者。食道狹窄、舌異常、咽喉頭支配神經麻痺等引起之嚥下障害，往往併發咀嚼機能障害，故兩項障害合併定為「咀嚼、嚥下障害」； (一)「喪失咀嚼、嚥下之機能」，係指因器質障害或機能障害，以致不能作咀嚼、嚥下運動，除流質食物外，不能攝取或嚥下者。 (二)「咀嚼、嚥下機能遺存顯著障害」，係指不能充分作咀嚼、嚥下運動，致除粥、糊、或類似之食物以外，不能攝取或嚥下者。
言語機能障害	一、言語機能障害，係指由於牙齒損傷以外之原因引起之構音機能障害、發聲機能障害及綴音機能障害等； (一)「喪失言語機能障害」，係指後列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語言機能中，有三種以上不能構音者。 (二)「言語機能遺存顯著障害」，係指後列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語言機能中，有二種以上不能構音者； 雙唇音：ㄅㄆㄇ（發音部位雙唇） 唇齒音：ㄆㄆㄌㄎ（發音部位唇齒） 舌尖音：ㄌㄌㄌㄌㄌ（發音部位舌尖與牙齦） 舌根音：ㄌㄌㄌㄌㄌ（發音部位舌根與軟顎） 舌面音：ㄌㄌㄌㄌㄌ（發音部位舌面與硬顎） 舌尖後音：ㄌㄌㄌㄌㄌ（發音部位舌尖與上牙齦） 舌尖前音：ㄌㄌㄌㄌㄌ（發音部位舌尖與上牙齦） 二、因綴音機能遺存顯著障害，致以言語表示對方不能通曉其意思者，採用「言語機能遺存顯著障害」所定等級。

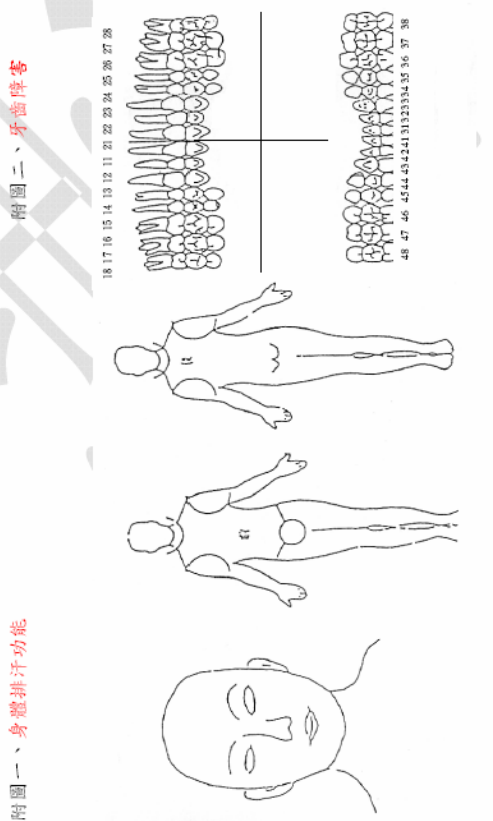
附圖三、肢體障害



填寫下列附圖（表）時，請加蓋出具醫師圖章

附圖一、身體排汗功能

附圖二、牙齒障害



肢體障害關節各關節可活動範圍度數表

關節名稱	屈曲	伸展	活動範圍
頸椎	前屈	後屈	度
胸椎	前屈	後屈	度
腰椎	前屈	後屈	度
左肩關節	前屈	後屈	度
右肩關節	前屈	後屈	度
左肘關節	前屈	後屈	度
右肘關節	前屈	後屈	度
左腕關節	前屈	後屈	度
右腕關節	前屈	後屈	度
左腕關節	前屈	後屈	度
右腕關節	前屈	後屈	度
左膝關節	前屈	後屈	度
右膝關節	前屈	後屈	度
左踝關節	前屈	後屈	度
右踝關節	前屈	後屈	度

左、右腳趾關節可活動度數表

第一趾	第二趾	第三趾	第四趾	第五趾
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度

左、右手障害手指關節可活動度數表

拇指	食指	中指	無名指	小指
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度
度	度	度	度	度

附件六 台北榮總研究案—『心臟血管疾病』

表 14 心瓣膜疾病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
<p>理學檢查及實驗室數據證實有心瓣膜疾病（需由都卜勒超音波或心導管確定診斷）。</p> <p>且一般的日常活動（心臟功能等級第一級，5 METs）或是中度活動無症狀（7-10 METs）。</p> <p>且不需要持續治療，除非是暫時性的外科手術或牙科處置時所需的預防性抗生素治療，以減少細菌性心內膜炎的發生機率。</p> <p>且無鬱血性心臟衰竭之證據。</p> <p>且無心室功能障礙或擴大的症狀，同時，瓣膜狹窄及逆流程度為輕度（METs >7；TMET >6 min）。</p> <p>且已從心瓣膜手術恢復，並符合上述標準者，亦符合此一等級。</p>	<p>有理學檢查及實驗室數據證實有瓣膜心臟疾病，一般日常生活中無症狀，但中重度的活動時會有症狀（心臟第二級功能等級）。</p> <p>或需要適當的飲食或藥物調整，來預防或保持不會發生鬱血性心臟衰竭或其他心瓣膜疾病症狀，如暈厥、胸痛、血栓。</p> <p>或有心房室擴張或功能障礙的徵候與實驗室證據，估計為中度之瓣膜狹窄或逆流，且手術治療可行（METs 5-7；TMET >3 min）。</p> <p>或由心瓣膜手術恢復，且與第二級心臟功能等級標準相符。</p>	<p>有瓣膜性心臟病徵候，且於一般日常活動會有輕至中度的症狀（紐約心臟學會心臟功能等級第三級）。</p> <p>且飲食調節或藥物治療無法完全控制疾病症狀或預防鬱血性心臟衰竭。</p> <p>或心臟擴大或功能障礙有理學檢查徵候或實驗室檢查結果佐證，所造成的瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度，且無法手術治療（METs 2-5；TMET 1-3 min）。</p> <p>或由心瓣膜手術恢復，但仍符合心臟功能等級第三級者。</p>	<p>理學檢查中有瓣膜疾病徵候，且於休息時或輕於日常活動之活動時，即出現症狀（心臟功能等級第四級）。</p> <p>且下列三者有其中一項：</p> <p>1. 飲食調節或藥物治療無法控制或減少鬱血性心臟衰竭徵候。</p> <p>2. 心臟擴大或功能障礙有理學檢查徵候或實驗室檢查結果佐證，瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度，且無法手術治療（METs <2；TMET <1 min）。</p> <p>3. 已由心瓣膜手術恢復，但心臟功能等級第四級者。</p>	<p>理學檢查中有瓣膜疾病徵候，且於休息時或輕於日常活動之活動時，即出現症狀（心臟功能等級第四級）。</p> <p>且下列三者有其中兩項：</p> <p>1. 飲食調節或藥物治療無法控制或減少鬱血性心臟衰竭徵候。</p> <p>2. 心臟擴大或功能障礙有理學檢查徵候或實驗室檢查結果佐證，瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度，且無法手術治療（METs <2；TMET <1 min）。</p> <p>3. 已由心瓣膜手術恢復，但心臟功能等級第四級者。</p>	<p>理學檢查中有瓣膜疾病徵候，且於休息時或輕於日常活動之活動時，即出現症狀（心臟功能等級第四級）。</p> <p>且飲食調節或藥物治療無法控制或減少鬱血性心臟衰竭徵候。</p> <p>且心臟擴大或功能障礙有理學檢查徵候或實驗室檢查結果佐證，瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度，且無法手術治療（METs <2；TMET <1 min）。</p> <p>且已由心瓣膜手術恢復，但心臟功能等級第四級者。</p>

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 15 冠狀動脈心臟病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
由於冠狀動脈血流減少會引發嚴重的後果，因此對於具有冠狀動脈疾病症狀、而已由理學檢查或實驗室檢查確定者，給予 0~9% 的障害比率是不合理的。符合此一等級者，應為心絞痛症狀不確定或原本無心絞痛症狀，結果冠狀動脈攝影顯示橫截面小於 50%，且心臟搏出率正常者，此時 MET 並不適用。	曾有心肌梗塞或心絞痛病史，經由適當的檢查確定診斷者，但於評估時，日常活動、甚至中度活動，皆沒有症狀。 且 可能需要適當的飲食調整或藥物治療，以預防心絞痛發作，或避免鬱血性心臟衰竭症狀的發生。 且 在跑步機(treadmill)或腳踏車肌力計(bicycle ergometer)測試時，可達最高心搏速率的 90%，而無有意義的 ST 波段偏移、心室性心搏過速或低血壓發生，若因其他器官的疾病而無法配合時，則此項條件可省略；METs >7。 或 已由冠狀動脈手術或血管成形術恢復，日常活動中沒有症狀，且可以作前述的運動；若有使用乙型交感神經阻斷劑(beta-adrenergic blocking agent)，則必須可於跑步機上運動，能量消耗達 7METs 以上，以代替原本必須達到特定心率的規定。	曾有心肌梗塞病史，經由適當的檢查確定診斷者，或心絞痛病史，經休息或運動心電圖診斷，或放射線同位素攝影懷疑缺血者。 或 血管攝影及功能檢查顯示有 50% 以上的固定或非固定的阻塞。 且 需要適當的飲食調整或藥物治療，以預防心絞痛常發作或避免鬱血性心臟衰竭症狀出現，但可能在中度的運動時發生心絞痛(心臟功能分級第二級)；METs 5-7。 或 已從冠狀動脈手術或血管成形術恢復，而仍需要治療，並有上述的症狀者。	符合下列二者中其一項： 1. 曾有心肌梗塞病史，經由適當的檢查確定診斷者，或心絞痛病史，經休息心電圖診斷，或放射性同位素檢查高度懷疑心肌缺氧者。 2. 血管攝影及功能檢查顯示在一條或以上的冠狀動脈有 50% 以上的固定或非固定的阻塞。 且 需要適當的飲食調整及藥物治療，以預防心絞痛或避免鬱血性心臟衰竭症狀出現，但在日常活動時，持續有心絞痛發作或鬱血性心臟衰竭的症狀(心臟功能分級第三或第四級)；METs <5。 或 已從冠狀動脈繞道手術或血管成形術恢復，仍需要治療，並有上述症狀者。	曾有心肌梗塞病史，經由適當的檢查確定診斷者，或心絞痛病史，經休息心電圖診斷，或放射性同位素檢查高度懷疑心肌缺氧者。 且 血管攝影及功能檢查顯示在一條或以上的冠狀動脈有 50% 以上的固定或非固定的阻塞。 且 需要適當的飲食調整及藥物治療，以預防心絞痛或避免鬱血性心臟衰竭症狀出現，但在日常活動時，持續有心絞痛發作或鬱血性心臟衰竭的症狀(心臟功能分級第三或第四級)；METs <5。 或 已從冠狀動脈繞道手術或血管成形術恢復，仍需要治療，並有上述症狀者。	曾有心肌梗塞病史，經由適當的檢查確定診斷者，或心絞痛病史，經休息心電圖診斷，或放射性同位素檢查高度懷疑心肌缺氧者。 且 血管攝影及功能檢查顯示在一條或以上的冠狀動脈有 50% 以上的固定或非固定的阻塞。 且 需要適當的飲食調整及藥物治療，以預防心絞痛或避免鬱血性心臟衰竭症狀出現，但在日常活動時，持續有心絞痛發作或鬱血性心臟衰竭的症狀(心臟功能分級第三或第四級)；METs <5。 且 已從冠狀動脈繞道手術或血管成形術恢復，仍需要治療，並有上述症狀者。

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 16 先天性心臟病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
<p>理學檢查或實驗室檢查有證據顯示具先天性心臟病，日常活動或中度的身體活動無症狀。</p> <p>且</p> <p>不需要持續的治療，即使在外科手術可能建議使用預防性抗生素，以減少發生細菌性心內膜炎的機率；無鬱血性心臟衰竭的症狀或疼痛。</p> <p>且</p> <p>無房室功能障礙或擴大的徵候；證據顯示有輕度殘存的瓣膜狹窄或逆流；無證據顯示有右至左分流；可以有輕微的左至右流，但 $Qp/Qs < 1.5/1.0$。</p> <p>或</p> <p>已由心臟矯正手術恢復，而符合上述標準者。</p>	<p>理學檢查或實驗室檢查有證據顯示具先天性心臟病，日常活動無症狀，重度的身體活動則有症狀（心臟功能分級第二級）。</p> <p>或</p> <p>需要適當的飲食調整或藥物治療，以防或避免鬱血性心臟衰竭或其他併發症，如暈厥、胸痛、栓塞或發紺等症狀或徵候的發生。</p> <p>或</p> <p>具有心房心室擴大或機能障礙的徵候或檢查證據，瓣膜狹窄或逆流的程度估計為中度；無證據顯示有右至左分流；可以有中度左至右分流，而 $Qp/Qs < 2.0/1.0$；或證據顯示肺血管阻力上升至中度、且低於體循環阻力的一半。</p> <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，而符合上述障害標準者。</p>	<p>理學檢查或實驗室檢查有證據顯示具先天性心臟病，即使在飲食控制及藥物治療下，日常活動仍有症狀（心臟功能分級第三級）。</p> <p>且</p> <p>有心房心室擴大或機能障礙的徵候或檢查證據，瓣膜狹窄或逆流程度估計為中或重度；證據顯示有右至左分流、或有左至右分流，且肺循環流量大於體循環的 2 倍；肺循環阻力上升大於體循環的一半。</p> <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，但仍有心臟功能分級第三級的症狀；或鬱血性心臟衰竭的症狀或發紺，且證據顯示心臟擴大及顯著的瓣膜狹窄或逆流，左至右分流、或右至左分流、或肺循環阻力上升。</p>	<p>具先天性心臟病的徵候，在飲食控制及藥物治療下，低於日常活動強度的活動即引起鬱血性心臟衰竭的症狀（心臟功能分級第四級）。</p> <p>且</p> <p>理學檢查或實驗室檢查的證據顯示有心臟擴大、心房心室擴大或機能障礙、或肺循環阻力維持在體循環的一半以上；</p> <p>或下列三項之任一項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 瓣膜狹窄或逆流程，度估計為中至重度， 2. 具左至右分流、且肺循環流量大於體循環的 2 倍， 3. 具左至右分流、且肺循環阻力大於體循環的一半，或具右至左分流。 <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，但仍有鬱血性心臟衰竭的徵候，並造成上述障害。</p>	<p>具先天性心臟病的徵候，在飲食控制及藥物治療下，低於日常活動強度的活動即引起鬱血性心臟衰竭的症狀（心臟功能分級第四級）。</p> <p>且</p> <p>理學檢查或實驗室檢查的證據顯示有心臟擴大、心房心室擴大或機能障礙、或肺循環阻力維持在體循環的一半以上；</p> <p>或下列三項之任一項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 瓣膜狹窄或逆流程，度估計為中至重度， 2. 具左至右分流、且肺循環流量大於體循環的 2 倍， 3. 具左至右分流、且肺循環阻力大於體循環的一半，或具右至左分流。 <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，但仍有鬱血性心臟衰竭的徵候，並造成上述障害。</p>	<p>具先天性心臟病的徵候，在飲食控制及藥物治療下，低於日常活動強度的活動即引起鬱血性心臟衰竭的症狀（心臟功能分級第四級）。</p> <p>且</p> <p>理學檢查或實驗室檢查的證據顯示有心臟擴大、心房心室擴大或機能障礙、或肺循環阻力維持在體循環的一半以上；</p> <p>且皆符合下列情形：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 瓣膜狹窄或逆流程，度估計為中至重度， 2. 具左至右分流、且肺循環流量大於體循環的 2 倍， 3. 具左至右分流、且肺循環阻力大於體循環的一半，或具右至左分流。 <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，但仍有鬱血性心臟衰竭的徵候，並造成上述障害。</p>

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 17 心肌疾病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
無症狀。 且 理學檢查或實驗室檢查並無鬱血性心臟衰竭的證據。	無症狀。 且 需要適當的飲食調整及藥物治療，以控制鬱血性心臟衰竭的症狀及徵候。 或 已由心肌梗死大治療手術或心臟移植手術恢復，且符合上述條件者。	在較日常活動更費力的活動時，即有鬱血性心臟衰竭的症狀（心臟功能分級第二級）。 且 需要適當的飲食調整及藥物治療，以減輕心臟衰竭的症狀、或預防其徵候，或有實驗室檢查為心肌症之證據。 或 已由心肌梗死大治療手術或心臟移植手術恢復，且符合上述條件者。	符合下列任何一項情況： 1. 即使在飲食調整及藥物治療之下，日常活動仍有症狀。 2. 在飲食調整及藥物治療之下，仍持續有鬱血性心臟衰竭的徵候。 3. 已由心肌梗死大治療手術或心臟移植手術恢復，且符合上述條件者。	符合下列任何二項情況： 1. 即使在飲食調整及藥物治療之下，日常活動仍有症狀。 2. 在飲食調整及藥物治療之下，仍持續有鬱血性心臟衰竭的徵候。 3. 已由心肌梗死大治療手術或心臟移植手術恢復，且符合上述條件者。	即使在飲食調整及藥物治療之下，日常活動仍有症狀。 且 在飲食調整及藥物治療之下，仍持續有鬱血性心臟衰竭的徵候。 且 已由心肌梗死大治療手術或心臟移植手術恢復，且符合上述條件者。

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 18 心包膜疾病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
<p>日常活動或中強度的活動時無症狀，但理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>不需要持續治療，無心臟擴大、肺或其他臟器充血的徵候。</p> <p>或</p> <p>已由心包膜切開或引流手術恢復，無併發症、且符合上述條件者。</p>	<p>日常活動無症狀，但理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>需要適當的飲食調整及藥物治療，以控制鬱血性心臟衰竭的症狀及徵候。</p> <p>或</p> <p>已由心包膜切開手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>雖在飲食調整及藥物治療之下，日常仍有輕至中度不適（心臟功能分級第二級），且理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>出現因靜脈壓力增加而表現的徵候，或在心臟超音波或血液動力學檢查有心臟受壓迫的證據。</p> <p>或</p> <p>已由心包膜切除手術恢復，仍有上述症狀、徵候及檢查證據者。</p>	<p>在適當的飲食限制及藥物治療之下，日常活動即出現症狀（心臟功能分級第三級），且理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>已由心包膜切除手術恢復，仍有上述症狀、徵候及檢查證據者。</p>	<p>在適當的飲食限制及藥物治療之下，日常活動即出現症狀（心臟功能分級第四級），且理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>已由心包膜切除手術恢復，仍有上述症狀、徵候及檢查證據者。</p>	<p>在適當的飲食限制及藥物治療之下，日常活動即出現症狀（心臟功能分級第三或第四級），且理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>已由心包膜切除手術恢復，仍有上述症狀、徵候及檢查證據者。</p>

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 19 心律不整殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
<p>日常生活無症狀，但心律不整經心電圖診斷或曾經昏倒。</p> <p>且</p> <p>未曾發生連續三個以上的異位性跳動或 1.5 秒以上的不收縮，且房室搏動速率維持在每分鐘 50 至 100 下。</p> <p>且</p> <p>無器質性心臟疾病的證據。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術或心導管治療恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>日常生活無症狀，但心律不整經心電圖診斷或曾經昏倒。</p> <p>且</p> <p>需要適當的飲食調整、藥物治療或人工心律調節器，以控制心律不整的症狀。</p> <p>或</p> <p>心律不整仍持續著，且有器質性心臟病。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>在飲食調整、藥物治療或人工心律調節器治療之下，心電圖仍發現心律不整。</p> <p>且</p> <p>擁有活躍的生活，心律不整的症狀僅侷限於偶發的心悸及或頭暈、瀕臨昏厥或暫時性心輸出量不足。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>符合下列任一項情況：</p> <p>1. 持續性的心律不整，已造成症狀，且對於日常生活造成妨礙（心臟功能分級第三或第四級）。</p> <p>2. 經常因心輸出量不足而出現症狀，且經心電圖證實肇因於屢發的心律不整。</p> <p>3. 即使在飲食調節、藥物治療或人工心律調整器治療之下，仍屢發昏厥，而確定或極可能肇因於因率不整。</p> <p>4. 已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>符合下列任二項情況：</p> <p>1. 持續性的心律不整，已造成症狀，且對於日常生活造成妨礙（心臟功能分級第三或第四級）。</p> <p>2. 經常因心輸出量不足而出現症狀，且經心電圖證實肇因於屢發的心律不整。</p> <p>3. 即使在飲食調節、藥物治療或人工心律調整器治療之下，仍屢發昏厥，而確定或極可能肇因於因率不整。</p> <p>4. 已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>持續性的心律不整，已造成症狀，且對於日常生活造成妨礙（心臟功能分級第四級）。</p> <p>且</p> <p>經常因心輸出量不足而出現症狀，且經心電圖證實肇因於屢發的心律不整。</p> <p>且</p> <p>即使在飲食調節、藥物治療或人工心律調整器治療之下，仍屢發昏厥，而確定或極可能肇因於因率不整。</p> <p>且</p> <p>已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 21 高血壓性心臟血管疾病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
無症狀，無治療的第一、二期高血壓。 或 抗高血壓藥物治療之下正常血壓。 且無終器官受損的證據。	無症狀，複合藥物治療的第一、二期高血壓。 或 於抗高血壓藥物治療之下，有下列任一項情況： 1. 蛋白尿、尿液不正常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)未顯示腎功能損壞。 2. 眼底小動脈基底測試時，有明顯血壓改變，如銅或銀線、動靜脈相交改變，無論是否伴隨出血、分泌物，或其他終器官異常損壞的狀況。	無症狀，複合藥物治療的第三期高血壓。 或 於抗高血壓藥物治療之下，有下列任一項情況： 1. 蛋白尿、尿液不正常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)未顯示腎功能損壞，且肌酸酐廓清率(Ccr)為正常人之 20%-50%。 2. 心電圖或超音波發現左心室肥大，即使已有終異常損壞狀況，但無心臟衰竭的症狀。	抗高血壓藥物治療之下有第一至第三期高血壓。 且 有下列任一項： 1. 蛋白尿、尿液不正常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)顯示腎功能損壞，且肌酸酐廓清率(Ccr)低於正常人之 20%。 2. 腦血管高血壓造成的損害或高血壓腦病。 3. 左心室肥大、心室收縮障礙、且或有高血壓造成的心臟衰竭症狀。	抗高血壓藥物治療之下有第一至第三期高血壓。 且 有下列任二項： 1. 蛋白尿、尿液不正常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)顯示腎功能損壞，且肌酸酐廓清率(Ccr)低於正常人之 20%。 2. 腦血管高血壓造成的損害或高血壓腦病。 3. 左心室肥大、心室收縮障礙、且或有高血壓造成的心臟衰竭症狀。	抗高血壓藥物治療之下有第一至第三期高血壓。 且 有下列三項： 1. 蛋白尿、尿液不正常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)顯示腎功能損壞，且肌酸酐廓清率(Ccr)低於正常人之 20%。 2. 腦血管高血壓造成的損害或高血壓腦病。 3. 左心室肥大、心室收縮障礙、且或有高血壓造成的心臟衰竭症狀。

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

* 高血壓性心臟血管疾病之終器官包括：腎臟、眼、心臟、腦。

表 22 主動脈疾病殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
日常生活行動時 無症狀；有輕微 動脈異常，但不 會加重。	日常生活行動時 無症狀；但動脈 異常有加重的情 形。 或 從診療情況恢 復；診斷發現並 不會有形成動脈 疾病的風險。	藥物治療之下， 仍有輕微或中等 的動脈疾病症 狀。 或 從診療情況恢 復；持續有輕微 或中等的動脈疾 病症狀，或有動 脈疾病復發的風 險。	藥物治療之下， 仍有中或重度動 脈疾病症狀，且 妨礙日常生活行 動（心臟功能分 級第三級） 或 從診療情況恢 復；但在藥物治 療之下，仍有中 或重度的動脈疾 病症狀。	藥物治療之下， 仍有中或重度動 脈疾病症狀，且 妨礙日常生活行 動（心臟功能分 級第四級） 或 從診療情況恢 復；但在藥物治 療之下，仍有中 或重度的動脈疾 病症狀。	藥物治療之下， 仍有中或重度動 脈疾病症狀，且 妨礙日常生活行 動（心臟功能分 級第四級） 且 從診療情況恢 復；但在藥物治 療之下，仍有中 或重度的動脈疾 病症狀。

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

* 主動脈疾病包括：動脈粥狀硬化性擴張、結締組織疾病伴隨血管炎所造成的擴張及或狹窄、瀰漫性動脈硬化症引起的動脈硬化栓塞併發症。

表 23 周邊血管疾病之上肢殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 8 級 (360 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 6 級 (540 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)
無間歇運動障礙 或休息時疼痛。 或 僅有暫時性水腫。 且 理學檢查中無發現下列情況之外的症狀：心律不整、指尖皮下組織少量減少、動脈鈣化、無動脈或靜脈擴張、不需要手術、不會造成行動不便。 或 無論有是否生理阻塞的 Raynaud' s 症，但不能完整反應生活形態改變及醫療，如指臂指數小於 0.8、或因未經溫度調整的都卜勒訊號減少而測得之低溫記錄。	上肢末端重度使用時，有間歇性運動障礙。 或 中度持續水腫，可以彈性支持物治療。 或 有血管損壞的證據，如指截肢部位已不痛、但持續有血管疾病或潰瘍癒合。 或 無論有是否生理阻塞的 Raynaud' s 症，但不能完整反應生活形態改變及醫療，如指臂指數小於 0.8、或因未經溫度調整的都卜勒訊號減少而測得之低溫記錄。	上肢末端輕度使用時，會有間歇性運動障礙。 或 以彈性支持物可治療部分水腫的症狀。 且 同一肢有兩個以上的指尖截肢，並伴隨持續的血管疾病或表面潰爛。	上肢末端輕度使用時，會有間歇性運動障礙。 且 以彈性支持物可治療部分水腫的症狀。 且 同一肢有兩個以上的指尖截肢，並伴隨持續的血管疾病或表面潰爛。	休息時仍有持續且連續的疼痛。 或 以彈性支持物治療，無法完全控制部分水腫的症狀。 或 腕關節以上截肢的血管損壞、兩肢中所有指尖截肢的血管疾病，且持續擴散、深度潰瘍而影響上肢。	休息時仍有持續且連續的疼痛。 或 腕關節以上截肢的血管損壞、兩肢中所有指尖截肢的血管疾病，且持續擴散、深度潰瘍而影響上肢。

* 指臂指數(finger-brachial index)：受侵犯之手指動脈壓及手臂動脈壓之比例(ratio)，小於 0.8 表示可能有血管阻塞。

* Raynaud' s phenomanon：必需有典型的手指發白、接著發紺一段時間後再變紅，若只是手指欲能而蒼白或疼痛，並非此症；此疾病現象需有典型的描述及持續血管疾病的證據，如血管攝影。

* 殘廢等級第八級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 24 周邊血管疾病之下肢殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 10 級 (220 日)	殘廢等級 8 級 (360 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 6 級 (540 日)
無間歇性跛足或休息時疼痛。 或 只有暫時性水腫。 且 理學檢查中無發現下列情況之外的症狀：心律不整、皮下組織少量減少、動脈鈣化、無動脈或靜脈擴張、不需要手術、不會造成行動不便。	下肢末端重度使用時，有間歇性跛足的現象。 或 中度持續性水腫，可以有彈性的支持物治療。 或 持續的癒合潰瘍及血管疾病，在已癒合、不痛的截肢部位、其血管損壞。	跛足行走 20-100 呎。 或 彈性支持物可治療部分水腫。 且 同一肢有兩個以上的趾尖截肢，並伴隨持續的血管疾病或表面潰爛。	跛足行走 20-100 呎。 且 彈性支持物可治療部分水腫。 且 同一肢有兩個以上的趾尖截肢，並伴隨持續的血管疾病或表面潰爛。	跛足行走少於 20 呎，且休息時有間歇性疼痛。 或 無法以彈性支持物治療部分水腫。 且 踝關節以上截肢的血管損壞、兩個以上的趾尖截肢的血管疾病，或持續擴散、深度潰瘍而影響下肢。	休息時仍有持續且連續的疼痛。 或 兩腳踝關節以上截肢的血管損壞、兩肢中所有趾尖截肢的血管疾病，且持續擴散、深度潰瘍而影響下肢。

* 殘廢等級第十級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

表 25 肺高血壓殘廢等級標準

0	殘廢等級 12 級 (100 日)	殘廢等級 7 級 (440 日)	殘廢等級 3 級 (840 日)	殘廢等級 2 級 (1000 日)	殘廢等級 1 級 (1200 日)
無右側心臟衰竭，有輕微的肺循環高血壓症狀 (PAP 40-50mmHg)，或於都卜勒心電圖的三尖瓣流速介於 3.0-3.5m/s。	無右側心臟衰竭，有中度的肺循環高血壓症狀 (PAP 51-75mmHg)，	藥物治療之下，仍有輕微或中度的動脈疾病症狀。 且 有右側心臟衰竭、輕微的肺循環高血壓症狀。 或 輕度活動限制 (心臟功能分級第二級) 及任何程度的肺循環高血壓。	重度肺循環高血壓 (PAP >75mmHg)。 或 重度活動限制 (心臟功能分級第三或第四級) 及任何程度的肺循環高血壓。		

* PAP: pulmonary arteries pressure (肺動脈血壓)。

* 殘廢等級第三級以上之病患殘廢等級評估，醫師應依照病患之實際障害程度審定之。

附件七 美國醫學會永久障害評估指引第五版－『心臟血管疾病』

表 3-1 心臟疾病的紐約心臟學會功能分級

第一級	第二級	第三級	第四級
個人雖有心臟疾病，但無身體活動限制，一般日常生活行動時，不會發生過度疲勞、心悸、呼吸困難或心絞痛。	個人的心臟疾病造成輕度身體活動限制，在休息與一般輕鬆的日常活動時感到舒適，需要體力的重工作則會造成過度疲勞、心悸、呼吸困難或心絞痛。	個人的心臟疾病造成明顯的身體活動限制，休息時感到舒適，但一般日常活動時則會造成過度疲勞、心悸、呼吸困難或心絞痛。	個人的心臟疾病造成在任何身體活動時都感到不舒適，即使在休息時，不充足心臟輸出量、肺臟鬱血、全身性鬱血或心絞痛的症狀也可能會發生，只要增加活動量，便會增加不適感。

表 3-5 心瓣膜疾病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
<p>理學檢查及實驗室數據證實有心瓣膜疾病（需由都卜勒超音波或心導管確定診斷）。</p> <p>且</p> <p>一般的日常活動（心臟功能等級第一級，5 METS）或是中度活動無症狀（7-10 METS）。</p> <p>且</p> <p>不需要持續治療，除非是暫時性的外科手術或牙科處置時所需的預防性抗生素治療，以減少細菌性心內膜炎的發生機率。</p> <p>且</p> <p>無鬱血性心臟衰竭之證據。</p> <p>且</p> <p>無心室功能障礙或擴大的症狀，同時，瓣膜狹窄及逆流程度為輕度（METS >7；TMET >6min）。</p> <p>且</p> <p>已從心瓣膜手術恢復，並符合上述標準，亦符合此一等級。</p>	<p>有理學檢查及實驗室數據證實有瓣膜心臟疾病，一般日常生活中無症狀，但中重度的活動時會有（心臟第二級功能等級）。</p> <p>或</p> <p>需要適當的飲食或藥物調整，來預防或保持不會發生鬱血性心臟衰竭或其他心瓣膜疾病症狀，如暈厥、胸痛、血栓。</p> <p>或</p> <p>有心房心室擴張或功能障礙的徵候與實驗室證據，估計為中度之瓣膜狹窄或逆流，且手術治療可行（METS 5-7；TMET >3min）。</p> <p>或</p> <p>由心瓣膜手術恢復，且與第二級心臟功能等級標準相符。</p>	<p>有瓣膜性心臟病徵候，且於一般日常活動會有輕至中度的症狀（紐約心臟學會心臟功能等級第三級）。</p> <p>且</p> <p>飲食調節或藥物治療無法完全控制疾病症狀或預防鬱血性心臟衰竭</p> <p>或</p> <p>心臟擴大或功能障礙有理學檢查徵候或實驗室檢查結果佐證，所造成的瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度，且無法手術治療（METS 2-5；TMET 1-3min）。</p> <p>或</p> <p>已由心瓣膜手術恢復，但仍符合心臟功能等級第三級者。</p>	<p>理學檢查中心有瓣膜疾病徵候，且於休息時或輕於日常活動之活動時，即出現症狀（心臟功能等級第四級）。</p> <p>且</p> <p>飲食調節或藥物治療無法控制或減少鬱血性心臟衰竭徵候。</p> <p>或</p> <p>心臟擴大或功能障礙有理學檢查徵候或實驗室檢查結果佐證，瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度，且無法手術治療（METS <2；TMET <1min）。</p> <p>或</p> <p>已由心瓣膜手術恢復，但心臟功能等級第四級者。</p>

表 3-6 冠狀動脈心臟病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
由於冠狀動脈血流減少會引發嚴重的後果，因此對於具有冠狀動脈疾病症狀、而已由理學檢查或實驗室檢查確定者，給予 0-9%的障害比率是不合理的。符合此一等級者，應為心絞痛症狀不確定或原本無心絞痛症狀，結果冠狀動脈攝影顯示橫截面小於 50%，且心臟搏出率正常者，此時 MET 並不適用。	<p>曾有心肌梗塞或心絞痛病史，經由適當的檢查確定診斷者，但於評估時，日常活動、甚至中度活動，皆沒有症狀。</p> <p>且</p> <p>可能需要適當的飲食調整或藥物治療，以預防心絞痛發作，或避免鬱血性心臟衰竭症狀的發生。</p> <p>且</p> <p>在跑步機(treadmill)或腳踏車肌力計(bicycle ergometer)測試時，可達最高心搏速率的 90%，而無有意義的 ST 波段偏移、心室性心搏過速或低血壓發生，若因其他器官的疾病而無法配合時，則此項條件可省略；METS >7。</p> <p>或</p> <p>已由冠狀動脈手術或血管成形術恢復，日常活動中沒有症狀，且可以作前述的運動；若有使用乙型交感神經阻斷劑(beta-adrenergic blocking agent)，則必須可於跑步機上運動，能量消耗達 7METS 以上，以代替原本必須達到特定心率的規定。</p>	<p>曾有心肌梗塞病史，經由適當的檢查確定診斷者，或心絞痛病史，經休息或運動心電圖診斷，或放射線同位素攝影懷疑缺血者。</p> <p>或</p> <p>血管攝影及功能檢查顯示有 50%以上的固定或非固定的阻塞。</p> <p>且</p> <p>需要適當的飲食調整或藥物治療，以預防心絞痛常發作或避免鬱血性心臟衰竭症狀出現，但可能在中度的運動時發生心絞痛（心臟功能分級第二級）；METS 5-7。</p> <p>或</p> <p>已從冠狀動脈手術或血管成形術恢復，而仍需要治療，並有上述的症狀者。</p>	<p>曾有心肌梗塞病史，經由適當的檢查確定診斷者，或心絞痛病史，經休息心電圖診斷，或放射性同位素檢查高度懷疑心肌缺血者。</p> <p>或</p> <p>血管攝影及功能檢查顯示在一條或以上的冠狀動脈有 50%以上的固定或非固定的阻塞。</p> <p>且</p> <p>需要適當的飲食調整或藥物治療，以預防心絞痛或避免鬱血性心臟衰竭症狀出現，但在日常活動時，持續有心絞痛發作或鬱血性心臟衰竭的症狀（心臟功能分級第三或第四級）；METS <5。</p> <p>或</p> <p>已從冠狀動脈繞道手術或血管成形術恢復，仍需要治療，並有上述症狀者。</p>

表 3-8 先天性心臟病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
<p>理學檢查或實驗室檢查有證據顯示具先天性心臟病，日常活動或中度的身體活動無症狀。</p> <p>且</p> <p>不需要持續的治療，即使在外科手術可能建議使用預防性抗生素，以減少發生細菌性心內膜炎的機率；無鬱血性心臟衰竭的症狀或疼痛。</p> <p>且</p> <p>無房室功能障礙或擴大的徵候；證據顯示有輕度殘存的瓣膜狹窄或逆流；無證據顯示右至左分流；可以有輕微的左至右流，但 $Qp/Qs < 1.5/1.0$。</p> <p>或</p> <p>已由心臟矯正手術恢復，而符合上述標準者。</p>	<p>理學檢查或實驗室檢查有證據顯示具先天性心臟病，日常活動無症狀，重度的身體活動則有症狀（心臟功能分級第二級）。</p> <p>或</p> <p>需要適當的飲食調整或藥物治療，以預防或避免鬱血性心臟衰竭或其他併發症，如暈厥、胸痛、栓塞或發紺等症狀或徵候的發生。</p> <p>或</p> <p>具有心房心室擴大或機能障礙的徵候或檢查證據，瓣膜狹窄或逆流的程度估計為中度；無證據顯示右至左分流；可以有中度左至右分流，而 $Qp/Qs < 2.0/1.0$；或證據顯示肺血管阻力上升至中度、且低於體循環阻力的一半</p> <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，而符合上述障害標準者。</p>	<p>理學檢查或實驗室檢查有證據顯示具先天性心臟病，即使在飲食控制及藥物治療下，日常活動仍有症狀（心臟功能分級第三級）。</p> <p>且</p> <p>有心房心室擴大或機能障礙的徵候或檢查證據，瓣膜狹窄或逆流程度估計為中或重度；證據顯示有右至左分流、或有左至右分流，且肺循環流量大於體循環的 2 倍；肺循環阻力上升大於體循環的一半。</p> <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復、但仍有心臟功能分級第三級的症狀；或鬱血性心臟衰竭的症狀或發紺，且證據顯示心臟擴大及顯著的瓣膜狹窄或逆流，左至右分流、或右至左分流、或肺循環阻力上升。</p>	<p>具先天性心臟病的徵候，在飲食控制及藥物治療下，低於日常活動強度的活動即引起鬱血性心臟衰竭的症狀（心臟功能分級第四級）。</p> <p>且</p> <p>理學檢查或實驗室檢查的證據顯示有心臟擴大、心房心室擴大或機能障礙、或肺循環阻力維持在體循環的一半以上；瓣膜狹窄或逆流程度估計為中至重度；具左至右分流、且肺循環流量大於體循環的 2 倍；具左至右分流、且肺循環阻力大於體循環的一半，或具右至左分流。</p> <p>或</p> <p>已由先天性心臟病治療手術恢復，但仍有鬱血性心臟衰竭的徵候，並造成上述障害。</p>

表 3-9 心肌疾病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
無症狀。 且 理學檢查或實驗室檢查並 無鬱血性心臟衰竭的證 據。	無症狀。 且 需要適當的飲食調整及藥 物治療，以控制鬱血性心 臟衰竭的症狀及徵候。 或 已由心肌肥大治療手術或 心臟移植手術恢復，且符 合上述條件者。	在較日常活動更費力的活動 時，即有鬱血性心臟衰竭的 症狀（心臟功能分級第二 級）。 且 需要適當的飲食調整及藥物 治療，以減輕心臟衰竭的症 狀、或預防其徵候，或有實 驗室檢查為心肌症之證據。 或 已由心肌肥大治療手術或心 臟移植手術恢復，且符合上 述條件者。	即使在飲食調整及藥物治療 之下，日常活動仍有症狀。 或 在飲食調整及藥物治療之 下，仍持續有鬱血性心臟衰 竭的徵候。 或 已由心肌肥大治療手術或心 臟移植手術恢復，且符合上 述條件者。

表 3-10 心包膜疾病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
<p>日常活動或中強度的活動時無症狀，但理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>不需要持續治療，無心臟擴大、肺或其他臟器充血的徵候。</p> <p>或</p> <p>已由心包膜切開或引流手術恢復，無併發症、且符合上述條件者。</p>	<p>日常活動無症狀，但理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>需要適當的飲食調整及藥物治療，以控制鬱血性心臟衰竭的症狀及徵候。</p> <p>或</p> <p>已由心包膜切開手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>雖在飲食調整及藥物治療之下，日常仍有輕至中度不適（心臟功能分級第二級），且理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>出現因靜脈壓力增加而表現的徵候，或在心臟超音波或血液動力學檢查有心臟受壓迫的證據。</p> <p>或</p> <p>已由心包膜切除手術恢復，仍有上述症狀、徵候及檢查證據者。</p>	<p>在適當的飲食限制及藥物治療之下，日常活動即出現症狀（心臟功能分級第三或第四級），且理學檢查或實驗室檢查有心包膜疾病的證據。</p> <p>且</p> <p>已由心包膜切除手術恢復，仍有上述症狀、徵候及檢查證據者。</p>

表 3-11 心律不整永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
<p>日常生活無症狀，但心律不整經心電圖診斷或曾經昏倒。</p> <p>且</p> <p>未曾發生連續三個以上的異位性跳動或 1.5 秒以上的不收縮，且房室搏動速率維持在每分鐘 50 至 100 下。</p> <p>且</p> <p>無器質性心臟疾病的證據。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術或心導管治療恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>日常生活無症狀，但心律不整經心電圖診斷或曾經昏倒。</p> <p>且</p> <p>需要適當的飲食調整、藥物治療或人工心律調節器，以控制心律不整的症狀。</p> <p>或</p> <p>心律不整仍持續著，且有器質性心臟病。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>在飲食調整、藥物治療或人工心律調整器治療之下，心電圖仍發現心律不整。</p> <p>且</p> <p>擁有活躍的生活，心律不整的症狀僅侷限於偶發的心悸及或頭暈、瀕臨昏厥或暫時性心輸出量不足。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>	<p>持續性的心律不整，已造成症狀，且對於日常生活造成妨礙（心臟功能分級第四級）。</p> <p>或</p> <p>經常因心輸出量不足而出現症狀，且經心電圖證實肇因於屢發的心律不整。</p> <p>或</p> <p>即使在飲食調節、藥物治療或人工心律調整器治療之下，仍屢發昏厥，而確定或極可能肇因於因率不整。</p> <p>或</p> <p>已由外科手術、心導管手術或去顫器植入手術恢復，且符合上述條件者。</p>

表 4-1 成人高血壓分級

血壓	血壓分類			高血壓種類		
	理想	正常	正常偏高	第一級	第二級	第三級
收縮壓	<120	<130	130-139	140-159	160-179	≥180
舒張壓	且 <80	且 <85	或 85-89	或 90-99	或 100-109	或 ≥110

表 4-2 高血壓性心臟血管疾病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
無症狀，未使用藥物治療下的第一或第二期高血壓。 或 於抗高血壓藥物治療之下，有正常血壓。 且 無終器官受損的證據。	無症狀，複合藥物治療下的第一或第二期高血壓。 或 於抗高血壓藥物治療之下，有下列任一項情況： 1. 有蛋白尿、尿液異常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)未顯示有腎功能損壞。 2. 眼底鏡檢查時，發現小動脈有明顯高血壓病變，如銅或銀線、動靜脈相交改變，無論是否伴隨出血、分泌物。 3. 有其他終器官損壞的異常狀況。	無症狀，複合藥物治療下的第三期高血壓。 或 於抗高血壓藥物治療之下，有下列任一項情況： 1. 有蛋白尿、尿液異常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)顯示有腎功能損壞，且肌酸酐廓清率(Ccr)為正常人之 20%-50%。 2. 心電圖或超音波發現有左心室肥大，但無心臟衰竭的症狀。 3. 有其他終器官損壞的異常狀況。	抗高血壓藥物治療之下的第一至第三期高血壓。 且 有下列任一項情況： 1. 有蛋白尿、尿液異常沈澱，血液尿素氮(BUN)及血清肌酸酐(Scr)顯示有腎功能損壞，且肌酸酐廓清率(Ccr)低於正常人之 20%。 2. 有腦血管高血壓造成的損害或有高血壓腦病變發作。 3. 有左心室肥大、心室收縮障礙、及高血壓造成的心臟衰竭徵候與症狀。

表 4-3 主動脈疾病永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
日常活動時無症狀；有不會加重的輕微主動脈異常證據。	日常活動時無症狀；有已知會加重的主動脈異常。 或 從主動脈手術恢復，無症狀，且不預期有進一步的主動脈疾病風險為手術後遺症。	雖然在藥物治療之下，仍有輕微至中度主動脈異常的症狀。 或 從主動脈手術恢復，持續有輕微至中度主動脈疾病的症狀，或有主動脈異常復發的風險。	雖然在藥物治療之下，仍有中至重度主動脈異常的症狀，且會妨礙日常活動（紐約心臟學會心臟功能分級第三或第四級）。 或 從主動脈手術恢復，雖然在藥物治療之下，仍有中至重度主動脈異常的症狀。

表 4-4 周邊血管疾病之上肢永久障害分級標準

第一級 上肢障害百分比 0%-9%	第二級 上肢障害百分比 10%-39%	第三級 上肢障害百分比 40%-69%	第四級 上肢障害百分比 70%-89%	第五級 上肢障害百分比 90%-100%
<p>無間歇性運動障礙、或休息時疼痛。</p> <p>或</p> <p>僅有暫時性水腫。</p> <p>且</p> <p>理學檢查中無發現下列情況之外的症狀：心搏減少；指尖皮下組織少量減少；放射影像學檢查發現動脈鈣化；無症狀性動脈或靜脈擴張，不需要手術，且不會造成行動不便。</p> <p>或</p> <p>Raynaud' s 症，無論是否伴隨生理性阻塞（如指臂指數小於0.8、或在未加溫的受侵犯手指測得都卜勒訊號減少而證實低手指溫度），都不能完整反應生活形態改變及醫療。</p>	<p>上肢重度使用時，會有間歇性運動障礙。</p> <p>或</p> <p>有中度持續性水腫，可以彈性支持物控制。</p> <p>或</p> <p>在已癒合、不痛的指尖截肢殘餘部位，有持續的血管疾病的徵候、或已癒合的潰瘍，證實有血管損傷。</p> <p>或</p> <p>Raynaud' s 症，無論是否伴隨生理性阻塞（如指臂指數小於0.8、或在未加溫的受侵犯手指測得都卜勒訊號減少而證實低手指溫度），都不能完整反應生活形態改變及醫療。</p>	<p>上肢輕度使用時，會有間歇性運動障礙。</p> <p>或</p> <p>有明顯的水腫，以彈性支持物只能部份控制。</p> <p>且</p> <p>在同側肢體兩個以上的指尖截肢部位，有持續的血管疾病、或表面潰爛的徵候，證實有血管損傷。</p>	<p>上肢輕度使用時，會有間歇性運動障礙。</p> <p>或</p> <p>有明顯的水腫，無法以彈性支持物控制。</p> <p>或</p> <p>在一側腕關節以上或兩側肢體兩個以上的指尖截肢部位，有持續的血管疾病的徵候，證實有血管損傷；或有持續擴散或深度的潰瘍影響到上肢。</p>	<p>休息時仍有持續且連續的疼痛。</p> <p>或</p> <p>在兩側腕關節以上或兩側肢體所有的指尖截肢部位，有持續的血管疾病的徵候，證實有血管損傷；或有持續擴散或深度的潰瘍影響到上肢。</p>

* 指臂指數(finger-brachial index):受侵犯之手指動脈壓及手臂動脈壓之比例(ratio),小於0.8表示可能有血管阻塞。

* Raynaud' s phenomanon:必需有典型的手指發白、接著發紺一段時間後再變紅,若只是手指欲能而蒼白或疼痛,並非此症;此疾病現象需有典型的描述及持續細血管疾病的證據,如血管攝影。

表 4-5 周邊血管疾病之下肢永久障害分級標準

第一級 下肢障害百分比 0%-9%	第二級 下肢障害百分比 10%-39%	第三級 下肢障害百分比 40%-69%	第四級 下肢障害百分比 70%-89%	第五級 下肢障害百分比 90%-100%
無間歇性跛足現象、或休息時疼痛。 或 只有暫時性水腫。 且 理學檢查中無發現 下列情況之外的症狀：心搏減少；皮下組織少量減少；放射影像學檢查發現動脈鈣化；無症狀性動脈或靜脈擴張，不需要手術，且不會造成行動不便。	下肢重度使用時，會有間歇性跛足現象。 或 有中度持續性水腫，可以彈性支持物控制。 或 在已癒合、不痛的趾尖截肢殘餘部位，有持續的血管疾病的徵候、或已癒合的潰瘍，證實有血管損傷。	行走 20-100 呎時，會有間歇性跛足現象。 或 有明顯的水腫，以彈性支持物只能部份控制。 且 在同側肢體兩個以上的趾尖截肢部位，有持續的血管疾病、或表面潰爛的徵候，證實有血管損傷。	行走少於 20 呎時，會有間歇性跛足現象，或休息時疼痛。 或 有明顯的水腫，無法以彈性支持物控制。 或 在一側踝關節以上或兩側肢體兩個以上的趾尖截肢部位，有持續的血管疾病的徵候，證實有血管損傷；或有持續擴散或深度的潰瘍影響到下肢。	休息時仍有持續且連續的疼痛。 或 在兩側踝關節以上或兩側肢體所有的趾尖截肢部位，有持續的血管疾病的徵候，證實有血管損傷；或有持續擴散或深度的潰瘍影響到下肢。

表 4-6 肺高血壓永久障害分級標準

第一級 整體障害百分比 0%-9%	第二級 整體障害百分比 10%-29%	第三級 整體障害百分比 30%-49%	第四級 整體障害百分比 50%-100%
無右側心臟衰竭的症狀或徵候，有輕微的肺循環高血壓 (PAP 40-50mmHg)，或於都卜勒心臟超音波圖呈現三尖瓣的尖峰流速介於 3.0-3.5m/s。	無右側心臟衰竭的症狀或徵候，有中度的肺循環高血壓 (PAP 介於 51-75mmHg)。	有中重度的肺循環高血壓 (PAP 大於 75mmHg)。且 有右側心臟衰竭的徵候與症狀。 或 有輕度活動限制的症狀 (紐約心臟學會心臟功能分級第二級)，及任何程度的肺循環高血壓。	有重度的肺循環高血壓 (PAP 大於 75mmHg)。或 有重度活動限制的症狀 (紐約心臟學會心臟功能分級第三或第四級)，及任何程度的肺循環高血壓。

* PAP: pulmonary arteries pressure (肺動脈血壓)。

附件八 原勞保殘廢給付『心臟部分』建議審查標準草案

身體 障害	殘廢 等級	給付 標準	心臟機能障害等級之審定(經治療六個月以上無改善者。)	附註 (91.1.8 版)
心臟	一	1200 日	符合心臟機能損害分類標準第四度，需有連續性機械輔助、或靜脈注射強心藥物治療達四週以上，且有不能控制之進行性慢性充血性心臟衰竭者。	心臟機能損害分類標準：
	二	1000 日	符合心臟機能損害分類標準第四度，需有連續性機械輔助、或靜脈注射藥物治療達四週以上，且有不能控制之進行性慢性充血性心臟衰竭者。	第一度：有心臟病，但無運動障礙，平常
	三	840 日	符合心臟機能損害分類標準第四度，需不定期連續性能機械輔助、或靜脈注射藥物治療者，且有不能控制之慢性充血性心臟衰竭者。	之活動下，無氣喘、胸痛、疲倦或心悸現象。
	七	440 日	(一) 心臟血管機能遺存障害，有下列情形之一，且有客觀資料顯示嚴重心臟功能異常： 1. 任何心臟病，符合心臟機能損害分類標準第三度，有多發性充血性心臟衰竭，其心臟機能僅能負擔輕度操作勞動者。 2. 不能控制之頻發性心絞痛，且無法接受冠狀動脈整形手術或繞道手術（或手術失敗），經診斷確實為冠心症，並殘留有心肌缺氧的證據者。 3. 任何心臟病，在手術後期心臟機能損害分類仍在第三度（含）以上，並有客觀檢查資料顯示左心功能不良者。 4. 肢體周邊動脈阻塞性疾病（經超音波或血管攝影證實），無法手術，但經藥物治療、仍有缺血性潰瘍者。 (二) 多發性複雜心室性心律不整，合併多發性腦缺血症狀者，經藥物治療、心臟機能損害分類仍為第三度；或影響血液動力學之心律不整，經治療後、無法完全去除者。 (三) 心臟移植後仍遺存障害者，如第（一）項所列者。	第二度：有心臟病，且有輕度運動障礙，在休息或輕工作時無症狀，但日常生活較重之工作時則有呼吸困難等症狀。 第三度：有心臟病，且有重度運動障礙，休息無症狀，但稍有活動即有呼吸困難之症狀。
	九	280 日	心臟血管機能遺存障害，符合心臟機能損害分類標準第三度（含）以上，且有下列情形之一者： 1. 經藥物或外科手術後之慢性心臟病與心肌梗塞症，有一次以上之充血性心臟衰竭，不能完全控制症狀，並有客觀資料顯示。 2. 動脈瘤（含主動脈剝離）無法手術或手術無法完全切除者。（非剝離性者限直徑五公分以上者） 3. 接受去心室振顫器植入治療者。	第四度：有心臟病，且無法活動者，在靜止狀態下仍有心臟代償不全，活動時呼吸困難症狀加重。
	十二	100 日	符合心臟機能損害分類標準第二度（含）以上，且有下列情形之一者： 1. 有充血性心臟衰竭病史及客觀證據，但可用藥物控制症狀者。 2. 接受永久性心律調整器者。 3. 下肢深部靜脈疾病，具有下肢水腫者。 4. 心導管動脈攝影術，有嚴重阻塞，經積極治療六個月後，仍有缺血症狀及客觀證據（含心電圖）。 5. 瓣膜性心臟病經過兩個瓣膜置換、或修補、或再次開刀手術者。 6. 患有主動脈剝離症，並經開刀治療者。 7. 肢體周邊動脈阻塞性疾病（經血管攝影，或無法血管攝影者、以超音波證實），且有間歇性跛行症狀者。	上述審定所稱「客觀檢查資料」係指心臟超音波、核子醫學掃描、心導管、運動功能測試(MVO2, METS)等檢查。

附件九 本研究案之計畫書摘要

一、研究內容：

對我國勞工保險殘廢標準有關心臟之部分進行修訂，使能更合乎實況之需要。

二、背景分析：

我國勞工保險殘廢給付之各臟器中，胸腹部臟器屬於變化較大者，由於症狀的固定不似其他肢體容易分辨，還牽涉到許多病理生理功能的部分，因此有其評估之複雜度。而我國既有的殘廢標準乃將所有胸腹部臟器列在一起，因此缺乏個別臟器之標準可為依循，美國醫學會的永久殘廢認定基準則對於各臟器（包括心臟）列出詳細的評估方法及標準，此部分在勞保局委託台北榮總之報告中亦有翻譯及初步討論，該研究也探討各國殘廢給付相關法律、法令制度（美、日、德、澳、WHO），並建議有客觀標準者以細分為原則；標準不客觀者粗分，以減少困擾。對於各殘等之標準化提出一、二、三等殘應有相同之標準或功能損失百分比達到一致。在該報告中，關於心臟部分向勞保局建議了下列的標準（表一），雖經過之後勞委會召開數次專家開會，但未成達成一致之看法，可能之關鍵在於寬鬆及與其他殘等平衡性之拿捏不準，簡化與細分之分野，以及客觀評估之數據，以及實際執行之可行性均缺乏評估，因此本研究將就此上述部份進行探討。

表一、勞工保險殘廢給付項目「心臟部分」殘廢等級之建議審查標準(91.1.8版)

身體 障害 系列	身體 障害 狀態	殘廢 等級	給付 標準	心臟機能障害等級之審定(經治療六個月以上無改善者)	附註
心臟		一	一二 00 日	符合心臟機能損害分類標準第四度，需有連續性機械輔助或靜脈注射強心藥物治療達四週以上且有不能控制之進行性慢性充血性心衰竭者。	一、心臟機能損害分類標準： (一) 第一度：有心臟病，但無運動障礙，平常之活動下，無氣喘胸痛疲倦或心悸現象。 (二) 第二度：有心臟病，且有輕度運動障礙，在休息或輕工作時無症狀，但日常生活較重之工作時則有呼吸困難症狀。 (三) 第三度：有心臟病，且有重度運動障礙，休息無症狀，但稍有活動即有呼吸困難之症狀。 (四) 第四度：有心臟病，且無法活動者，在靜止狀態下仍有心臟代償不全，活動時呼吸困難症狀加重。 上述審定所稱「客觀檢查資料」係指心臟超音波、核子醫學掃描心導
		二	一 000 日	符合心臟機能損害分類標準第四度，需有連續性機械輔助或靜脈注射藥物治療達四週以上，且有不能控制之進行性慢性充血性心衰竭者。	
		三	八四 0 日	符合心臟機能損害分類標準第四度，需不定期連續性能機械輔助或靜脈注射藥物治療者，且有不能控制之慢性充血性心衰竭者。	
		七	四四 0 日	(一) 心臟血管機能遺存障害，有左列情形之一且有客觀資料顯示嚴重心臟功能異常： 1. 任何心臟病，心臟機能損害第三度，有多發性充血性心衰竭，其心臟機能僅能任何操作勞動者。 2. 不能控制之頻發性心絞痛，且無法接受冠狀動脈整形手術或繞道手術（或手術失敗），經診斷確實為冠心症，並殘留有心肌缺氧的證據者。 3. 任何心臟病，在手術後期心臟機能損害仍在第三度（含）以上並有客觀檢查資料顯示左心功能不良者。 4. 肢體周邊動脈阻塞性疾病（經超音波或血管攝影證實），無法手術，但經藥物治療仍有缺血性潰瘍者。 (二) 多發性複雜心室性心律不整，合併多發性腦缺血症狀者，經藥物治療仍為第三度或影響血液動力學之心律不整經治療後無法完全去除者。 (三) 心臟移植後仍遺存障害者，如第（一）項所列者。	
		九	二八 0 日	心臟血管機能遺存障害，符合心臟機能損害分類標準第三度（含）以上，且有下列情形之一者。 1. 經藥物或外科手術後之慢性心臟病與心肌梗塞症，有一次以上之充血性心衰竭，不能完全控制症狀，並有客觀資料顯示。 2. 動脈瘤（含主動脈剝離）無法手術或手術無法完全切除者。（非剝離性者限直徑五公分以上者） 3. 接受去心室震顫器植入治療者。	

		十二	一 00 日	<p>符合心臟機能損害分類標準第二度（含）以上，且有下列情形之一者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有充血性心衰竭病史及客觀證據，但可用藥物控制症狀者。 2. 接受永久性心律調整器， 3. 下肢深部靜脈疾病具有下肢水腫者。 4. 心導管動脈攝影術，有嚴重阻塞，經積極治療六個月後仍有缺血症狀及客觀證據（含心電圖）。 5. 瓣膜性心臟病做過兩個瓣膜置換或修補或再次開刀手術者。 6. 患有主動脈剝離症並開刀治療。 7. 肢體周邊動脈阻塞性疾病（經血管攝影或無法血管攝影者以超音波證實），且有間歇性跛行症狀者。 	<p>管、運動功能測試（MV02, METS）等檢查。</p>
--	--	----	-----------	---	---------------------------------

三、研究方法及步驟：

在本計畫中將藉由進一步的討論，針對 AMA guide 之心臟標準中的各種疾病分類，如高血壓、冠心病、週邊血管疾病等分別進行臨床實質內容之探討，藉由臨床醫師之經驗協助，比對上述提出之建議標準，建立適合我國之法規標準。在補償實務上保險公司除經常會詢問相關科專家有關該被保險人之醫療狀況來決定殘廢等級外，為能提供更客觀有效的評估，特別是對於工作能力的評估乃為相當重要的關鍵所在。由於心臟功能之評估在過去以 NYHA 之四級心臟功能分類，但因為現今有更客觀性之檢查方法，不但於前擬基準草案已提及，也關係著勞工復原回職場的客觀因素，因此其優先性更在前。這些方法包括對於評估前是否接受治療亦要列入考慮，的確較目前所建議之修正幾付標準表有更客觀之評估。至於各等級之客觀檢查結果之訂定將同時商請專攻心臟復健的醫師協助探討美國心臟協會之功能性分類法與運動測試(EXERCISE TEST)於實務上評估心臟殘廢等級之應用，再經由其他相關科(如核醫、心臟外科)專家與相關醫學會的驗證，來提出合適的基準，最後尚須基於殘廢等級之平衡性以及保險給付的趨勢再加以修訂，這部份將一方面回顧各國所擬定之建議基準，另一方面收集我國現行公、勞保及內政部之標準及相關資料，並請勞工保險局提供過去給付之資料分析作為研判基準之參考點。

四、相關參考資料：

1. AMA guide for the evaluation of permanent disability, 5th ed. American Medical Association, 2001.
2. 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
3. 卓大宏 中國殘疾預防學 北京華夏出版社 1998.5
4. AHA Medical/Scientific Statement: 1994 revisions to classification of functional capacity and objective assessment of patients with diseases of the heart. *Circulation*. 1994;90:644-645.
5. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels, 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256.
6. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels, 7th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1973:286-287.
7. Cumming GR. The independent medical examination: cardiology assessment. *Canadian Journal of Cardiology*. 12(12):1245-52, 1996 Dec.
8. Ng JY. Tam SF. Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on mobility and self-esteem of persons after cardiac surgery. [Journal Article] *Perceptual & Motor Skills*. 91(1):107-14, 2000 Aug.
9. Salazar JD. Wityk RJ. Grega MA. Borowicz LM. Doty JR. Petrofski JA. Baumgartner WA. Stroke after cardiac surgery: short- and long-term outcomes. *Annals of Thoracic Surgery*. 72(4):1195-201; discussion 1201-2, 2001 Oct.
10. Mahler DA. Franco MJ. Clinical applications of cardiopulmonary exercise testing. [Review] *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 16(6):357-65, 1996 Nov-Dec.
11. Mital A. Shrey DE. Cardiac rehabilitation: potential for ergonomic interventions with special reference to return to work and the Americans with Disabilities Act. *Disability & Rehabilitation*. 18(3):149-58, 1996 Mar.
12. Clark WL. Alpern HL. Breall WS. Hyman RM. Markovitz A. O'Brien JB. Starke RD. Suggested guidelines for rating cardiac disability in workers' compensation. Medical and Chiropractic Advisory Committee to

the Administrative Director of the California Division of Industrial Accidents, *Western Journal of Medicine*. 158(3):263-7, 1993 Mar.

五、人力配置：包括計畫主持人及工作人員學經歷背景說明及配置狀況

人力配置：類別欄請分別填寫主持人、協同主持人、研究人員、專任研究助理、兼任研究助理等。研究助理如未確定人選，其姓名欄可填寫待聘。			
類 別	姓 名	現 職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍
計畫主持人	蘇大成	內科暨心臟科主治醫師	計畫構思擬定及撰寫、協助由心臟內科醫學來訂定殘障評估標準、計畫報告與發表
共同主持人	杜宗禮	職業醫學科兼內科主治醫師	文獻收集、資料收集、資料分析與處理
協同主持人	陳思遠	復健醫學部臨床助理教授	協助由心臟復健醫學來訂定殘障評估標準
協同主持人	王榮德	職業醫學科教授兼內科部主治醫師	單位間協調、指導研究方法與策略
專任研究助理	吳景義		協助計畫之聯絡，調查與資料收集彙整以及會議之召開

附件十 本研究案計畫書審查會議記錄

勞工保險局九十四年度委託研究

「勞工保險殘廢給付『心臟部分』障害系列審查標準」

計畫書審查會議紀錄

一、時間：九十四年六月二十三日（星期四）上午十時

二、地點：本局十樓會議室

三、主席：蔡委員兼召集人吉安

記錄：李孟茹

四、出席人員：

王委員水深	王水深
簡委員國龍	（請假）
林委員昌琦	林昌琦
蔡委員美貴	蔡美貴
張委員秀豐	張秀豐
黃委員麗珍	黃金乙代
李委員松林	李松林
台灣大學醫學院附設醫院	蘇大成

五、列席單位及人員：

行政院勞工委員會	黃肇凱
給付處	趙曼君、傅完珍
資訊室	王曉雲
企劃室	劉梅

六、討論事項：

（一）王委員水深：

- 1、本研究報告宜確立客觀標準定殘等，重度心臟病常有潛在的生命危險，血管續硬化的可能性高，有別於其他臟器障害。
- 2、原擬審查標準草案中有關「需經治療6個月」之規定，宜更明確界定始算時間點。

（二）林委員昌琦：

- 1、治療期間應納入考慮，究6個月之後再評定，或4週以上可申請？或1年後再作功能性評估是否較周全？
- 2、原審查標準草案所列第12等級殘廢，部分定義應補強，例如「嚴重阻塞」之定義？又心臟瓣膜置換2個者其功能未必較換一個者為差，不能以瓣膜置換多寡判定嚴重性。

（三）蔡委員美貴：

- 1、研究內容應考量胸腹部各臟器殘廢給付標準之衡平性。
- 2、各殘廢等級應有認定之數據標準，並以案例作為參考，並考慮是否應治療1年以上。

(四) 張委員秀豐：

- 1、殘廢給付之請領需經醫生診斷認定永不能復原，症狀固定時才給予補助，若治療一段時間後功能恢復就不能認定為殘廢。心臟功能遺存障患者，「症狀固定」之要件究為何？
- 2、本研究報告應將現行殘廢給付標準表「身體障害狀態」之文字敘述融入標準規範內。例如：第1-3等級殘廢，需醫療照護、生活需人扶助、不能從事工作…等。

(五) 勞委會黃科長：

- 1、本研究報告相關資料建議數據化，殘廢等級之認定應以客觀的數值取代文字敘述。
- 2、希望與其他障害系列殘廢給付做評比，考量其間的衡平性。
- 3、原審查標準草案中有關「達四週以上可判定」之認定方式可補強說明，以更完善。
- 4、殘廢給付標準表1-3等級喪失工作能力等文字敘述部分，日前已納入原審查標準草案。
- 5、可否協助訂定各科別的認定標準以資遵循？

(六) 李委員松林

- 1、醫療專業人員對勞保法規不了解，考量勞保現實面，未來研商時建議請勞委會及本局給付處再就現實情況提供予研究單位並作說明，以使未來研究報告能切合實用。
- 2、現行審查面建議能建立一些標準。

七、決議：

本計畫書經審查通過，請研究單位依據各審查意見進行，並於九月三十日前提交期中報告，十一月五日前提交期末報告初稿。

八、散會：上午十一時十五分。

附件十一 本研究案期中報告審查會議記錄

「勞工保險殘廢給付『心臟部分』審查標準之研究」

期中報告審查會議紀錄

一、時間：九十四年十月二十日(星期四)上午十時

二、地點：本局十一樓開標比價會議室

三、主席：張委員秀豐(代)

記錄：李孟茹

四、出席單位及人員：

林委員昌琦、簡委員國龍、蔡委員美貴、黃委員麗珍、李委員松林、台灣大學醫學院附設醫院蘇大成、吳景義

五、列席單位及人員

勞委會勞保處黃科長肇凱、勞保局給付處傅專員完珍、李領組漢茵、企劃室劉科長梅

六、討論意見：

• 簡委員國龍：

- (一) 心臟疾病診斷困難，未來勞保局的給付趨勢應一併納入考慮，如猝死症的衡量標準等，把複雜歸納、分類為給付的標準，宜有客觀判斷數據非依病人主觀症狀作為判斷。又客觀能力的判斷不易，如：超音波因人為操作會有誤差，核子醫學檢查較客觀但費用高，宜考量病人負擔問題。
- (二) 應定義「治療終止」、「治療達最佳療效」的時點，因心臟疾病沒有「治療終止」的問題，故兩者時點界定難以判斷。
- (三) 本研究建議以本局 91 年委託榮總職業病防治中心所作之研究案為基礎，訂立「標準作業流程」，以茲遵循。

• 林委員昌琦：

- (一) 台灣醫學界如心臟手術後能作功能性評估，整體治療中有相關之檢測資料，有助於日後領取給付之判斷。
- (二) 不同心臟疾病所需治療期長短不一，如時間短時，可考慮暫時性的生活補助，等症狀固定後給予殘廢給付，分階段進行給付，以資周延。
- (三) 未來判斷心臟疾病除依據客觀數據外，宜授權予看診醫師之診斷權及其家人之見證。
- (四) 同意簡醫師所提訂立「標準作業流程」，留部分裁量權給專業醫師作判定依據。

• 蔡委員美貴

- (一) 此委託研究報告之研究方向正確，由於給付涉及支出面，較易有爭議案件產生，如僅以爭議案為樣本，取樣是否失真，宜訂立審查標準，作為遵循依據。

• 張委員秀豐

- (一) 委託研究報告交付研究之目的乃希望研究結果有實際成效、可茲採行。
- (二) 舉證責任在於被保險人，所以診斷費及檢驗報告費由被保險人負擔，如需複檢時，則可由本局負擔複檢費。
- (三) 殘廢等級之判斷標準應明確判定何種情況給予第1等，何種情況給予第2等，如塵肺症即已有共識標準，可客觀判定其診治程序及醫療期，各審查醫師可用為判斷，故爭議較少。
- (四) 請求權時效與治療終止不同。

• 黃委員麗珍：

- (一) 目前勞保、農保殘廢給付之標準表相同，本研究共收集17個案例，可再加入農保的案例，例如：用何項目作檢查，治療時間多久..等，將案例歸納整理、分門別類，訂立一套「標準作業流程」以茲遵循。
- (二) 心臟疾病因症狀複雜，一般承辦人審查案例判斷困難，訂立標準將對承辦人有所助益。
- (三) 治療期間不認為是治療終止，研究報告第13頁2年的申請時限，不應延長為5年。

• 勞委會黃科長：

- (一) 第4頁有關取樣的問題，將17案例分成5大類，建議蒐集最近1~2個月更多案件，分類愈完整，愈能有遵循依據。
- (二) 第9頁「治療終止」、「治療達最佳療效」施行細則類似，結合在一起易造成誤解。目前不易界定殘廢的症狀屬「暫時或永久」，日本有「暫時性津貼」，等確定永久殘廢時才領取永久性津貼。
- (三) 我國年金制度尚未開辦，2年延長至5年的請求時效認定困難，不宜延長，2年期間應由診斷確定後起算，可明訂低殘等之等級、項目內容及症狀等。
- (四) 第15頁有關審查費的問題，由於尚處實（試）驗階段，應不給付，國外作法究係由被保險人或診療單位支付或兩者各半負擔，應再蒐證；訂立標準流程愈明確愈好，較能凝聚共識。

七、決議：

- (一) 本期中報告審查通過，請研究單位依據各審查意見辦理。
- (二) 研究報告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標準表之修正依據。

八、散會。(上午十一時四十五分)

附件十二 本研究案期末報告審查會議記錄

「勞工保險殘廢給付『心臟部份』審查標準之研究」

期末報告審查會議紀錄

一、時間：94 年 11 月 29 日(二)下午 3 時 30 分

二、地點：勞保監理會 10 樓會議室

三、主持人：蔡委員兼召集人吉安

記錄：李涓鳳

四、出席單位及人員：

王委員水深、林委員昌琦（請假）、簡委員國龍（請假）、蔡委員美貴、張委員秀豐、黃委員麗珍、李委員松林、台灣大學醫學院附設醫院蘇大成醫師、吳景義先生

五、列席單位及人員：

勞委會勞保處黃科長肇凱、給付處趙科長曼君、傳專員完珍、企劃室彭研究員德明、劉科長梅

六、討論事項：

（一）王委員水深：

1. 本報告研訂之審查標準較現行標準客觀嚴謹，心臟移植殘廢等級，於原第 7、12 級中增列第 9 級，可使判定上較具彈性，惟移植術後易引發感染及排斥等問題，對工作確会造成相當之影響，建議仍維持原殘廢給付標準第 7 級，以資保障。
2. 第 77 頁，首要條件、次要條件之寫法，易造成誤解，宜修正為「條件 1、條件 2 均符合」才能請領給付。
3. 放射性核子心室造影術等核子醫學檢查準確性高，但恐為病人排斥而拒做，需考量實務上之困難。

（二）黃委員麗珍：

1. 研究建議之審查標準及審定作業流程等均極合宜可行。有關心臟功能障害程度，除以左心室射出分率作為判定標準外，需否再考量喪失工作能力情形。
2. 心臟機能損壞評估，其中經內科治療 1 年或「外科手術治療 6 個月」之後，是否比照農保將 6 個月改為 1 年。

（三）蘇大成醫師：

一般心臟手術患者，通常已先接受一段期間之內科治療，加上術後 6 個月應都已超過 1 年。

（四）蔡委員美貴：

1. 本研究報告相當務實慎重，並考慮到財務面，極具參考價值。
2. 生育、死亡等事件係屬確定之事實，故應於 2 年內行使請求權，此為申請給付之期限，而心臟疾病需長期觀察，病況觀察期與申請期限並不相同，部分文

字請酌予修正並明確定義。

(五) 王科長肇凱：

1. 報告中有關建議「有殘廢給付審查所需，而健保未能給付的檢查項目，由勞保支付」一節，因涉及專案申報，可請勞保局先行研究。另建議未來持續針對「心率不整」及「周邊血管病變」案例加以研究。
2. 有關建議將心臟移植分列為 7 等殘與 9 等殘一節，因接受心臟移植手術者，其術後之影響，較肝臟及腎臟移植者嚴重，似宜維持單列為 7 等殘。
3. 有關認殘時間方面，支持「接受內科治療者訂為 1 年，接受手術者訂為 6 個月」。
4. 附件 9 之建議表，請酌予修正「適當手術」之用語，以避免爭議。另 12 等殘、9 等殘及 7 等殘所列之部分資格條件未規定左心室射出分率，為統一標準，請針對部分項目增列訂定。

(六) 張委員秀豐：

1. 此份報告提出具體數據之審查標準及程序等，深具實用性。
2. 附表 9 之審查標準表內容極完備，建議採用作為「殘廢診斷書」，將可減少調閱病歷及複檢等程序。

七、決議事項：

本研究期末報告經審查通過，請研究單位依各審查意見修正，送本局簽核後，於 12 月 10 前提交正式報告 100 份結案。

八、散會：下午 5 時 50 分。