

調 查 報 告

壹、案由：據悉，一名因車禍而視覺受傷請領保險金之受刑人，被拍攝到行動自如等影片，遭法院認其裝盲詐保（最高法院112年度台上字第3820號判決），惟該受刑人喊冤。又其雖持有有效身心障礙證明，於臺中女子監獄執行，惟獄方及舍友懷疑其並非視障者，致其未能獲得身障者所需輔具等適當協助，亦遭受刁難及霸凌。究本案實情為何？受刑人喊冤之原因為何？獄方有無對其刻意刁難，或縱容霸凌情事，而有人員涉及違失？均有待查明釐清之必要案。

貳、調查意見：

公正的司法體系能增加社會對法律的信任，使民眾相信法律能夠公平地保護他們，能安心參與政策制定與社會活動，進而促進民主發展和社會安定。然而，冤獄事件通常導致社會對司法系統的不信任，因此，避免冤獄不僅是對個案權利的保障，也是社會正義的維護。公正的司法制度不僅是落實聯合國永續發展目標（SDGs）第16項「和平、正義與健全機構」的重要基石，更是實踐公民與政治權利國際公約（下稱公政公約）及身心障礙者權利公約（下稱CRPD）核心精神的具體表現。

公政公約第14條揭明人民受公正公平審判的權利，要求司法機關確保被告依法對判決提出上訴。而CRPD進一步擴展司法公平性的範疇，要求各國確保身心障礙者在司法程序中享有平等參與的機會，包括提供合理調適以消除障礙，尤其禁止基於身心障礙者能力不足的歧視，要求司法系統提供支持，以保障身心障礙者能充分行使其法律權利。

據悉，一名因車禍而視覺受傷請領保險金之受刑人(下稱彭女)，被拍攝到行動自如等影片，遭法院認其裝盲詐保(最高法院112年度台上字第3820號判決。最終事實審為臺灣高等法院臺中分院110年度上易字第907號判決，下稱原確定判決)，惟彭女喊冤，其雖持有有效身心障礙證明，於法務部矯正署臺中女子監獄(下稱臺中女子監)執行，惟獄方及舍友懷疑其並非視障者，致其未能獲得身障者所需輔具等適當協助，亦遭受刁難及霸凌。究本案實情為何？彭女喊冤之原因為何？獄方有無對其刻意刁難，或縱容霸凌情事，而有人員涉及違失？均有待查明釐清之必要案。經調閱臺灣臺中地方檢察署(下稱臺中地檢署)、臺中女子監、臺中榮民總醫院(下稱中榮)、光田醫療社團法人光田綜合醫院(下稱光田醫院)、中華民國眼科醫學會(下稱眼科學會)、衛生福利部(下稱衛福部)、財團法人金融法制暨犯罪防制中心等機關卷證資料，並於民國(下同)113年6月7日赴臺中女子監，114年1月20日舉行專家諮詢會議，同年3月7日詢問金融監督管理委員會保險局(下稱金管會保險局)、衛福部等機關人員，已調查完畢，調查意見臚列如下：

- 一、目前國內對於視覺皮質損傷(cortical visual impairment；下稱CVI)之認識與資料有限，國外文獻指出，CVI患者眼球功能雖屬正常，然患者至少存有視覺功能障礙、視野缺損等症狀，其檢測必須綜合考量患者的病史、臨床表現為基礎，採取視覺誘發電位(Visual Evoked Potential;下稱VEP)、神經影像檢查、擴散張量影像(Diffusion Tensor Imaging;下稱DTI)等方式進行檢測，且除眼科醫師以外，尚需神經科、復健科、兒科醫師(如為兒童)、職能治療師等共同判斷，國內眼科學會看法亦同。且縱使患者之VEP檢測正常，仍可能屬CVI患者，在在顯示CVI之檢測，無法由單一

科別或檢測方式即可判斷，故原確定判決所憑之鑑定意見或醫師證詞值得研議

(一)CVI患者的常見特徵¹

1、視覺功能異常：即便眼球結構（包括但不限於前房、眼底檢查正常、眼壓值、角膜、虹膜正常、裂隙燈檢查正常、瞳孔收縮反正常應等）均屬正常，但患者卻有以下幾種障礙：

(1) 視覺追蹤或定位異常：無法追蹤或定向視覺目標、產生隨意的共軛眼球跳動、眼球跳動不足，以及缺乏平滑追蹤，此情形無法以眼動失用症²(Oculomotor Apraxia,OMA)或其他運動障礙來解釋。

(2) 對比敏感度低。

(3) 對移動物體反應異常：患者可能難以感知運動，或對移動物體產生異常反應。

(4) 辨識空間困難：患者可能難以理解視覺場景，無法處理多個物體或理解視覺場景中的空間關係(例如但不限於在擺設複雜的房間裡，難以找到特定的物品或人臉面孔)。他們可能難以辨識物體，即使這些物體在視野中可見。

2、視力下降：部分CVI患者的視力可能嚴重受損。

3、視野缺損³：患者可能具有大或小範圍的視野缺損，部分患者則呈現周邊視野的同心圓縮小(又

¹ 本院前於107司調0048號案調查期間，振興醫院即曾表示國內關於CVI相關資料甚少。振興醫院105年7月27日105振醫字第0000001179號函亦指出：「cortical blindness 之正確表現是何？即使身為網膜專科醫師仍無法窺得全貌，且發表論文零星可數。」

² 一種神經系統疾病，患者在執行眼球運動時的困難，特別是在進行快速掃視(saccades)和追視(pursuit)時。通常由於控制眼球運動的神經受到損害，導致患者無法自主地轉動眼睛以觀察周圍環境。

³ Chokron, S., Kauffmann, D., & Dutton, G. N. (2021). Cortical visual impairments and learning disabilities. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 713316. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.713316>。其原始文句為「Observed visual field deficits range from cortical blindness (i.e., lack of all visual sensation despite the integrity of the eye).」

稱為管狀視野)⁴。

4、DTI(Diffusion Tensor Imaging;下稱DTI)擴散張量成像⁵異常：例如多個白質束的各向異性分數(FA)降低、徑向擴散率(RD)和平均擴散率(MD)增加，以及體積減少。

5、部分患者視覺誘發電位(VEP)⁶異常：部分患者VEP的幅度顯著降低、潛伏期延長，以及單神經元對視覺刺激的反應減少。

6、另有文獻指出，CVI為譜系的障礙⁷，患者並沒有統一的臨床表現⁸。

(二)CVI成因(區分先天與後天因素)⁹

1、先天性

(1) 遺傳基因突變。

⁴ Bosch, D. G., Boonstra, N., Limburg, H., Tijmes, N., van Genderen, F. R., & van Nispen, R. M. (2014). Low vision due to cerebral visual impairment: differentiating between acquired and genetic causes. *BMC Ophthalmology*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2415-14-59>。原始文句為「Visual fields can be impaired, varying from partial visual field defects, to severe constriction of visual fields.」「The type of visual field defects, concentric, hemianopsia, or upper or lower visual field defects, did not seem to differ between the two groups, but the numbers were too small to make definite conclusions.」

⁵ 係先進的磁共振成像技術，主要用於研究與評估中樞神經系統中的白質結構，透過觀察水分子在白質中的擴散行為，來顯示神經纖維的走向和結構。從神經纖維束的方向性、完整性和連接情形，分析大腦的功能與病理。

⁶ 視覺誘發電位測試透過記錄大腦對視覺刺激的電位反應來評估視覺通路的健康狀態。當視網膜接收到光刺激（如閃光或特定圖案），這些信號會沿著視覺通路傳遞至大腦的視覺皮層。在這個過程中，神經元會產生電位變化，這些變化可以通過安裝在頭皮上的電極進行記錄。

⁷ Chokron, et al.(2021)Cortical visual impairments and learning disabilities. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 713316. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.713316>。其原始文句為「Disturbance of any element of these complex mental visual processes can occur in a range of patterns of CVI, unique to each child. These need to be identified, characterized and profiled to provide matched habilitational approaches designed to cater for each element of the resulting visual and associated disabilities.」

⁸ 文獻另指出視動功能障礙與嚴重的CVI非常相似，難以區分。Kelly JP, Phillips JO, Saneto RP, Khalatbari H, Poliakov A, Tarczy-Hornoch K, Weiss AH (2021). Cerebral visual impairment characterized by abnormal visual orienting behavior with preserved visual cortical activation. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 62(6), Article 15. <https://doi.org/10.1167/iovs.62.6.15>。原始文句為「Clinically, visuomotor dysfunction is indistinguishable from severe CVI.」

⁹ Chokron et al.(2021)Cortical visual impairments and learning disabilities. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 713316. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.713316>。原始文句為「Indeed, complications of premature birth and perinatal cerebral anoxia (or hypoxia), are the most frequent causes of CVI (Fazzi et al., 2009). Other common etiologies include head injury, stroke, brain infection and genetic neurodevelopmental disorders (Lueck and Dutton, 2015a)」

- (2) 染色體異常。
- (3) 出生時大腦枕葉異常。
- (4) 產前缺血。

2、後天性

- (1) 藥物：抗癲癇藥物副作用。
- (2) 代謝疾病：代謝異常或粒腺體傳輸缺陷可能引起。
- (3) 腦部創傷：包括缺氧缺血性損傷、腦內出血、腦栓塞、外傷性腦損傷。

(三)檢測CVI所需的專業領域

國外文獻指出¹⁰，CVI的診斷，需由受過專業訓練的人員進行系統性評估，需綜合考量患者的病史、臨床表現¹¹、神經科檢查結果、VEP檢測結果等，除眼科醫師以外，還需要驗光師、神經科醫師、兒科醫師（如為兒童）¹²、復健科醫師¹³。

(四)CVI檢測的方式¹⁴

¹⁰ Kelly et al.,(2021) Cerebral visual impairment characterized by abnormal visual orienting behavior with preserved visual cortical activation. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 62(6), Article 15. <https://doi.org/10.1167/iovs.62.6.15>。原始文句為「Relevant data were visual evoked potentials (VEPs), Teller card acuity, eye movements recorded by video-oculography (VOG), and neuroimaging (magnetic resonance imaging [MRI]) including diffusion tensor imaging (DTI) tractography.」

¹¹ Ospina, L. H. (2009). Cortical visual impairment. *Pediatrics in Review*, 30(11), e81. <https://doi.org/10.1542/pir.30-11-e81>。原始文句為「The diagnosis of CVI remains essentially a clinical one. (47) The possibility of CVI should be raised when there is greater delay in visual development than in other areas and when the degree of vision loss is unexplained by ocular findings. Such a situation, paired with a characteristic clinical history such as hypoxia, should alert the clinician to the presence of CVI.」

¹² Bosch, et al.,(2014) Low vision due to cerebral visual impairment: differentiating between acquired and genetic causes. *BMC Ophthalmology*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2415-14-59>。原始文句為「All children were referred to Bartiméus by medical specialists, i.e. paediatricians, rehabilitation physici-ans, ophthalmologists, general physicians and orthoptists.」

¹³ 眼科學會見解亦同「腦性視障是因腦傷所致之視覺障礙，故大部分須多科別，如神經內科、神經放射診斷科、復健科及職能治療師…等共同評估，非眼科醫師就可全盤判定。」參見該會107年7月31日中眼台(107)字第076號函。

¹⁴ Kelly et al.,(2021) Cerebral visual impairment characterized by abnormal visual orienting behavior with preserved visual cortical activation. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 62(6), Article 15. <https://doi.org/10.1167/iovs.62.6.15>。原始文句為「Relevant data were visual evoked potentials (VEPs), Teller card acuity, eye movements recorded by video-oculography (VOG), and neuroimaging (magnetic resonance imaging [MRI]) including diffusion tensor imaging (DTI)

- 1、眼科檢查：包括視力檢查、眼壓檢查、眼底檢查、裂隙燈檢查、對比敏感度檢查、瞳孔檢查、色覺測試、注視能力、眼球運動評估與視野檢查等。
- 2、視覺誘發電位(VEP)檢查。
- 3、腦部影像檢查：包括核磁共振或CT掃描，以瞭解是否存有大腦病變或損傷、有無視神經病變或發育異常。
- 4、擴散張量影像(DTI)檢查。
- 5、腦電圖(Electroencephalogram;下稱EEG)：記錄腦部的電活動，以檢測癲癇或其他神經活動異常，且能確保VEP檢測數據正確。
- 6、行為視覺測試：由患者的反應來評估其視覺能力，包括物體識別、追蹤運動等。

(五)其中，能否單以視覺誘發電位(VEP)來檢測CVI患疾？又或CVI患者之VEP檢測報告是否必然異常？

經查，本案偵審期間曾對彭女檢測或鑑定之光田醫院及中榮曾有下列看法：

- 1、法務部調查局108年12月25日眼科醫師蔡○輝調查筆錄

問	你於友邦人壽函詢資料內容表示「VEP及MRI均無法顯示神經損傷之證據，未安排盲測檢查」，顯示VEP及MRI均為正常，為何你可以開立視神經損傷之診斷證明書？有無可能以偽裝方式謊稱看不清楚？
答	她的MRI檢查報告中，確實在視神經交叉的地方拍攝起來邊界不明顯，而一般正常人的邊界應該會比較明顯，所以是有可能有神經傳導的問題，但醫學上並沒有辦法確認該問題造成視力多大程度的影響。另外我幫她安排了兩次的VEP診斷，診斷結果都是正常，所以我當時對於她的視力確實是存疑的，但因為她說診斷證明書只是用來向公司請假和請看護使用，所以我才會開

	立診斷證明書。
問	承前，彭女若確實有視神經損傷或是視覺皮質損傷問題，是否可透過VEP視覺誘發電位檢查出來？
答	是的，是可以檢查出來，但她兩次檢查的結果都是正常。

資料來源：臺中地檢署108年度他字第94356號卷第169頁以下。

2、法務部調查局108年12月30日神經外科醫師林○熹調查筆錄

問	你於106年9月6日開立診斷書「頭部外傷後，雙眼視力缺損」、107年5月24日開立診斷書表示「雙眼視神經損傷」，你判斷視神經受損之依據為何？該視神經受損是否已達到不可矯正或症狀固定之情形？
答	因為當時已經看很多次醫師，而且我是依據她在眼科醫生那裡已經判定有視神經損傷，所以才會直接寫出視神經損傷。但我那時候不覺得她有什麼問題，但因為她一直說看不清楚，加上有其他眼科醫師已經開立診斷證明書給她，我才願意開立診斷證明書給她。
問	依據你的專業，「腦部視神經的結構邊界部分有點模糊」是否會造成完全失明的情形？
答	我認為依據MRI檢查結果，不會嚴重到失明的情形，若是視神經不可逆的傷害，如視神經斷裂，才會造成失明。
問	彭女若確實有視神經損傷或是視覺皮質損傷問題，是否可透過VEP視覺誘發電位檢查及MRI核磁共振等檢查出來？
答	若有視神經損傷或是視覺皮質損傷問題，而造成完全失明，MRI是可以檢查出來，他會很明顯的會有視神經損傷，甚至斷裂的影像，而上述的案例真的是我第一次遇到。

資料來源：臺中地檢署108年度他字第94356號卷第195頁以下。

3、中榮鑑定及補充鑑定報告

提問機關	中榮回復函號
提問內容	中榮說明

臺灣臺中地方法院(下稱臺中地院)民事庭	109年5月14日中榮醫企字第1094201565號函。
檢附貴院鑑定書影本1件，請查明鑑定結果所載「原告雙眼視覺功能低下之主觀症狀與檢查所得之客觀證據不符」，原因為何？	彭女自106年8月23日起多次於本院眼科及神經內科看診。其主觀表達之視力雙眼皆僅能辨識手動或於眼前10公分處辨識指數，視野檢查雙眼全視野缺損，視覺誘發電位檢查雙眼反應低下。但客觀眼球結構檢查皆無異常(包括裂隙燈檢查、眼底檢查、眼底光學斷層掃描OCT、腦部電腦斷層掃描)。
臺灣高等法院臺中分院(刑事庭)(下稱臺中高分院)	112年1月10日中榮醫企字第1124200124號函。
依貴院病歷摘要顯示彭女於106年8月23日、8月30日、9月27日、10月23日、11月22日、107年11月7日、107年4月18日均曾至貴院就診。請說明各次就診有無異常發現？如有，請說明檢查結果及診斷情形	歷次檢查雙眼視力低下、視野缺損、眼活動異常、視覺誘發電位反應低下；但客觀眼球結構無異常。另107年11月7日並無就診記錄。
彭女於108年12月18日進行鑑定，視覺誘發電位檢查(VEP)詳細結果(包括波形、震幅、潛伏期等)為何？有無視神經傳導等方面的異常？	108年12月18日視覺誘發電位結果震幅低下，潛伏期延遲。此檢查異常可因視覺系統疾病(含視神經損傷及視覺皮質損傷)造成，亦可因檢查時注意力不集中造成。依醫理判斷，正常的VEP結果代表患者具有相當良好的視力；而異常的VEP結果無法確認患者視覺系統有損傷。
彭女若真有視神經損傷或視覺皮質損傷，能否透過視覺誘發電位檢查(VEP)檢查出來？	同上。

資料來源：中榮。

4、綜上可知，光田醫院蔡醫師、林醫師及中榮均認為CVI患者之VEP檢測結果必屬異常，彭女於光田醫院所進行之VEP檢測卻屬正常(於中榮之VEP檢

測則為震幅低下，潛伏期延遲¹⁵)，光田醫院蔡醫師、林醫師爰認為彭女之視覺皮質並無損傷。

(六)然則，國外文獻指明，即使VEP檢測正常，仍可能為CVI患者¹⁶。國內眼科學會亦指出¹⁷，腦部斷層掃描和VEP不一定可以區辨CVI患者¹⁸；VEP並無法協助定位病變位置，亦無法確認損傷來自於視覺皮質之病變(因為VEP檢測對於視交叉後部位之病變較無價值)。視交叉後之部位包括視束、外側膝狀體、視放射和視覺皮質，CVI亦屬視交叉後之部位受損。足徵光田醫院蔡醫師、林醫師及中榮，就CVI之檢測方式與VEP檢測結果之認知，與普遍醫學之看法不符。

(七)綜上，目前國內對於視覺皮質損傷(CVI)之認識與資料有限，國外文獻指出，CVI患者眼球功能雖屬正常，然患者至少存有視覺功能障礙、視野缺損等症狀，其檢測必須綜合考量患者的病史、臨床表現為基礎，採取視覺誘發電位(VEP)、神經影像檢查、擴散張量影像(DTI)等方式進行檢測，且除眼科醫師

¹⁵ 此外，依彭女於中榮之病歷所示，107年10月3日中榮對彭女所實施之VEP檢測，亦出現右眼反應較弱情形。

¹⁶ Ospina, L. H. (2009). Cortical visual impairment. *Pediatrics in Review*, 30(11), e81. <https://doi.org/10.1542/pir.30-11-e81>。原始文句為「The role of VEP in confirming the diagnosis of CVI in children and predicting visual outcome has been addressed in many studies, and the subject is not free of controversy. Different technical methods, such as “flash” and “sweep,” are used to record potentials. Frank and Torres (71) did not find VEP valuable in diagnosing CVI because they were unable to identify differences in response between 30 children who had cortical loss of vision and 31 who had neurologic lesions and no visual involvement.」Bosch et al.,(2014)Low vision due to cerebral visual impairment: differentiating between acquired and genetic causes. *BMC Ophthalmology*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2415-14-59>。原始文句為「It has been demonstrated that visual evoked responses do not differ between individuals with and without CVI, although the responses can be abnormal. In addition, fixation is often severely impaired in CVI and minimal fixation is necessary for visual evoked responses. Therefore, visual evoked responses cannot be used to diagnose CVI.」

¹⁷ 眼科學會113年9月6日中眼台(113)字第1130000225號函、114年2月25日中眼台(114)字第1140000046號函。

¹⁸ 除前開函外，眼科學會早於107年7月31日中眼台(107)字第076號函表示：「因腦性視障是因腦傷所致之視覺障害，所以依傷害的腦部位置不同，其檢查結果亦不同。……若是傷到與『視覺統合』(將所有影像作偵測或辨識以作出正確反應)相關的位置，依上述檢查之學理，則pattern VEP正常，ERG正常，雙眼VF窄小或上下偏盲。」

以外，尚需神經科、復健科、兒科醫師(如為兒童)、職能治療師等共同判斷，國內眼科學會看法亦同。且縱使患者之VEP檢測正常，仍可能屬CVI患者，在在顯示CVI之檢測，無法由單一科別或檢測方式即可判斷，故原確定判決所憑之鑑定意見或醫師證詞恐有偏誤。

二、依據彭女歷來於光田醫院與中榮之病歷、檢查與鑑定結果，彭女之眼睛結構正常，並無腦內血腫、灰白質異常等情；視神經方面，除腦部斷層掃描MRI影像顯示視交叉纖維不清外，亦無視神經損傷之明確事證。對照人類大腦皮質層分布圖與彭女急診護理紀錄單可知，彭女後腦因車禍遭受外力撞擊，極可能因此損及其視皮質而為CVI患者，原確定判決僅憑中榮稱彭女雙眼及腦部之客觀檢查結果與主訴視力狀況不符，即認彭女係刻意施詐所致，未考量或於判決理由詳述彭女非屬CVI患者之可能，恐有偏誤

(一)106年8月17日下午3時許，彭女與嚴男發生車禍後，彭女由救護車送往童綜合醫療社團法人童綜合醫院，依該院之急診護理紀錄單所示(臺中地檢署109年度偵字第7933號偵查卷，第263頁):「病人來診為機車與汽車擦撞，病人自訴雙眼模糊，左後腦勺疼痛，雙膝擦傷，患者自訴家中有三個幼兒沒有其他家屬可以幫忙，需要聯絡社工協助，已聯絡社工協助，已聯絡社工來探視患者。」評估欄，疼痛評估：程度2分；神經系統：其他；頭暈；皮膚系統：多處傷口部位，雙膝、四肢共多處(其餘無異常)。同日同院診斷證明：「1．頭部鈍傷；2．頸部鈍傷；3．下背部鈍傷；4．雙手肘鈍傷；5．左膝0.5公分撕裂傷；6．視力模糊、頭暈噁心等症狀。」

(二)查彭女嗣後至光田醫院或中榮就診，各該醫院病歷

與檢測情形，分述如下：

1、光田醫院

(1) 106年8月22日MRI檢查報告單(由神經外科林

○熹醫師申請，放射科醫師徐○民醫師實作)：

〈1〉腦部灰白質：未發現異常訊號變化或局部顱內病灶。

〈2〉腦室系統：輕度擴張，但無腦積水證據。

〈3〉中線結構：沒有移位，也未發現腦內血腫。

〈4〉腦血管：威利氏環(Circle of Willis)無明顯動脈狹窄或腦動脈瘤。

〈5〉眼球與視神經：

《1》眼球外觀正常，包括水晶體和玻璃體。

《2》擴散張量纖維追蹤(Diffusion Tensor Tractography)：視交叉的視神經纖維定義不清。

《3》視神經沒有異常訊號。

(2) 106年11月8日視覺誘發電位(VEP)檢查：正常。

(3) 107年5月24日視覺誘發電位(VEP)檢查：正常。

2、中榮

(1) 106年8月30日OCT檢查：雙眼正常，視神經纖維層沒有變薄或水腫。

(2) 106年9月27日

〈1〉視野檢查：雙眼周邊狹窄，均差；右眼-17.17dB、左眼-10.13dB。

〈2〉OCT檢查：雙眼正常，視神經纖維層沒有變薄或水腫。

〈3〉視力檢查：未矯正視力，左眼：6/60(換算為萬國式視力值約0.1)；右眼：6/60。

〈4〉視覺誘發電位(VEP)檢查：雙眼正常。

(3) 106年10月23日

- 〈1〉視力檢查：左眼6/60+1；右眼：6/60(換算為萬國式視力值約0.1)。最佳矯正視力：左眼1.5、右眼1.2。
- 〈2〉屈光度：右眼屈光度為-2.75度近視，-0.75度散光，散光軸度為137度；左眼屈光度為-2.50度近視，-0.75度散光，散光軸度為45度。
- 〈3〉OCT檢查：雙眼正常，視神經纖維層沒有變薄或水腫。
- 〈4〉雙眼玻璃體、水晶體清澈。
- 〈5〉雙眼瞳孔圓形、等大，無相對性瞳孔傳入障礙，光反應良好。
- 〈6〉記載：Suspect functional visual loss (懷疑功能性視力喪失)、Suspect traumatic optic neuropathy, OU (懷疑外傷性視神經病變。106年11月22日同此記載)、Suspect conversion (懷疑轉化症)。

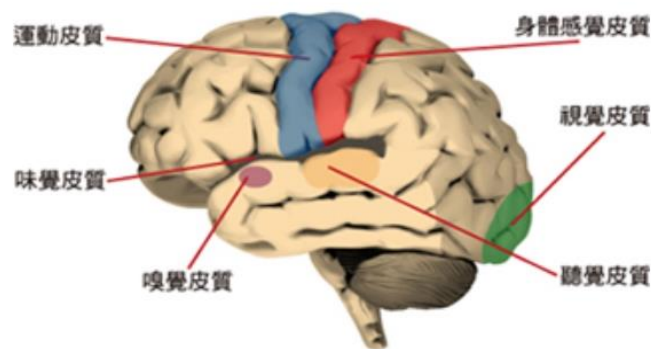
(4) 107年10月3日視覺誘發電位(VEP)檢查：記載「OD poor reponse. OS normal pattern」(即右眼反應較弱，而左眼正常)。

3、據上可知，依光田醫院與中榮之檢查，除MRI顯示彭女視神經交叉纖維影像略顯模糊外，均確認其眼睛結構(包含玻璃體、水晶體、眼壓、視網膜等)正常；腦部方面並無腦內血腫、灰白質亦無異常訊號變化，僅有輕微腦室擴張；視神經方面，視神經纖維層沒有變薄。光田醫院與中榮對彭女一直表示看不見雖存有疑問，但無法確定彭女視力受損之真正原因，無法確定視力不良係視神經受損所致。

(三)據上，光田醫院、中榮之眼科醫師，均確認彭女之眼球(器官)本身不具損傷或結構功能缺陷，卻有視

力與視野之缺損，至此，與CVI病灶初步相符。蓋CVI係因大腦視覺皮質區受損，患者眼球結構正常，但仍出現視力障礙，與彭女臨床表現一致。而對照彭女急診護理紀錄單與人類大腦皮質層分布圖(如下圖一)，彭女於急診時表示左後腦疼痛及頭暈，顯示彭女左後腦部位，因車禍遭到重大外力撞擊，遭受創傷，極可能損及位於腦部後方之視皮質而為CVI患者。

圖一 大腦皮質分布圖



資料來源：財團法人精神健康基金會網站¹⁹。

(四)至於彭女之視神經，除MRI影像顯示視交叉纖維不清晰外，光田醫院與中榮均未檢測出彭女有何視神經之病灶，可見彭女之視力(多次萬國式視力表測得僅約0.1左右)及視野均差，並非基於視神經之損傷²⁰，若排除刻意裝病之可能，其症狀與CVI的描述高度相符。蓋CVI乃因大腦視覺處理區受損所致，患者眼球結構正常，但仍出現視力障礙，與彭女臨床表

¹⁹ http://www.mhf.org.tw/wonderfulbrain/guide_b.htm。最後造訪日：114年3月18日。

²⁰ 此亦為中榮106年8月30日、106年9月27日及107年10月3日門診後之意見。參見中榮109年1月6日中榮醫企字第1094200017號函：「……眼底光學斷層掃描雙眼視神經及黃斑部無發現異常」；109年5月14日中榮醫企字第1094201565號函：「雙眼主觀表達視力不良，但客觀檢查無發現眼內結構及視神經功能異常之證據」；110年3月30日中榮醫企字第1104201024號函：「彭女士主訴之視力不良，經詳細眼部檢查後，已可排除眼內或眼神經疾病。」

現相符。至彭女2次於光田醫院之VEP檢測結果正常，與其屬CVI患者之間並無矛盾，此有國外文獻及與眼科學會查復說明可憑，已如前述。

- (五)綜上，依據彭女歷來於光田醫院與中榮之病歷、檢查與鑑定結果，彭女之眼睛結構正常，腦部並無腦內血腫、灰白質異常等情；視神經方面，除視交叉纖維MRI影像不清晰外，亦無視神經損傷之明確事證。對照人類大腦皮質層分布圖與彭女急診護理紀錄單可知，彭女後腦因車禍遭受外力撞擊，極可能因此損及其視皮質而為CVI患者。原確定判決僅憑中榮稱彭女雙眼及腦部之客觀檢查結果與主訴視力狀況不符，即認彭女係刻意施詐所致，未考量或於判決理由詳述彭女非屬CVI患者之可能，恐有偏誤。

三、原確定判決後，彭女經中國醫藥大學附設醫院診斷確為CVI患者。歷次偵審期間，檢察署與法院固均委託中榮對彭女進行鑑定，但各該鑑定報告與補充鑑定報告均僅限於眼科。然眼科學會及國外文獻均明確指出，CVI患者之檢測，必須橫跨諸多科別，例如但不限於神經科、復健科與職能治療師等。換言之，中榮對CVI患者所實施之檢查，並非醫學上所普遍接受之方式，更遑論中榮之鑑定報告並未載明實施鑑定者具備之專業資歷、可能之錯誤率等，核與道伯法則不符，自與經驗法則、論理法則不符

- (一)按刑事訴訟法第378條規定：「判決不適用法則或適用不當者，為違背法令。」第420條第1項第6款規定：「有罪之判決確定後，有下列情形之一者，為受判決人之利益，得聲請再審：……六、因發現新事實或新證據，單獨或與先前之證據綜合判斷，足認受有罪判決之人應受無罪、免訴、免刑或輕於原判決

所認罪名之判決者。」同條第3項規定：「第1項第6款之新事實或新證據，指判決確定前已存在或成立而未及調查斟酌，及判決確定後始存在或成立之事實、證據。」原最高法院53年台上字第2067號判例：「證據之證明力如何，雖屬於事實審法院自由判斷職權，而其所為判斷，仍應受經驗法則與論理法則之支配。」最高法院77年度第11次刑事庭會議決議：「……乙、一、(一)對於事實證據之判斷，其自由裁量必須保持其合理性，如其證據與事理顯然矛盾，原審予以採用，即於經驗法則有所違背。」臺灣高等法院110年度侵上更一字第3號判決：「判決不論言詞或書面所提出之鑑定，應包括鑑定經過及其結果，對於何謂鑑定經過並未明文規定。基於法院、當事人或訴訟關係人得以審驗，使鑑定之結果臻至客觀、正確之目的，鑑定經過即對於實施鑑定之程序與步驟，應包括：(1)實施鑑定者具備之專業資歷。(2)鑑定之方法。(3)因鑑定之必要而為資料之蒐集與其內容。(4)所為判斷意見之原理根據。(5)推論之理由等項。就鑑定方法之檢驗，有以須該領域普遍接受為標準，所謂普遍可接受原則無非係引進美國聯邦證據法第702條與佛萊法則(Frye test)及道伯法則(Daubert test)……本件所採取鑑定方法並未符合相關的科學領域中獲得普遍地接受，自無證據適格。」

- (二)查彭女於112年10月20日、同年11月10日(判決確定後)，至中國醫藥大學附設醫院就診，經該院測量彭女左右眼最佳矯正視力均為0.01，且雙眼視覺誘發電位(VEP)延遲，腦部視覺皮質萎縮，屬雙眼皮質盲，此有該院112年11月10日診字第11211876352號診斷證明書(下稱中醫藥診斷證明)可按。足徵彭女

確屬CVI患者，即使其眼球結構正常，視神經無明顯缺損或創傷，因其大腦視覺皮質受外力撞擊受損，致其視力及視野均差。此中醫藥診斷證明雖未經原確定判決審酌，惟單獨或與先前證據綜合判斷，足影響原確定判決對彭女之認定。

(三)次查，依據法院及檢察署於本案偵審期間對彭女之鑑定情形(彙整如附表一)可知，鑑定機構均為中榮，僅有眼科醫師參與。惟查，據國外醫學文獻指出²¹，CVI的診斷須由眼科以外之醫師共同會診判斷，例如神經科、復健科醫師等²²。眼科學會於本院107司調0048號案調查期間，亦曾表示：「腦性視障是因腦傷所致之視覺障礙，故大部分須多科別，如神經內科、神經放射診斷科、復健科及職能治療師……等共同評估，非眼科醫師就可全盤判定。惟少部分患者因明顯有與腦傷部位相關之視野缺損併視神經萎縮，才得以只由眼科醫師即可確診。」²³是原確定判決(含歷次偵審期間)雖曾委請中榮眼科部對彭女進行鑑定，惟不符醫學上對CVI之普遍標準。

(四)中榮固依法院及檢察署提出鑑定報告與補充鑑定報告，並112年1月10日函復臺中高分院²⁴，稱彭女「詐盲測試未通過」。然查，鑑定報告並未載明實施鑑定者具備之專業資歷、所採取之檢驗與結論是否為同樣專業領域所能驗證、並明確載明可能之錯誤率

²¹ 同註17至19及註21。

²² 除此之外，壽險公會表示：「視覺皮質損傷(CVI)是大腦皮質產生視覺問題，屬中樞神經系統障礙，依失能程度與保險金給付表註1規定，於審定神經障害等級時，須有精神科、神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷證明及相關檢驗報告(如神經系統影像檢查報告及相符之診所檢查報告等)資料為依據。」雖然CVI患者是否屬中樞神經系統尚有爭議，但該公會亦認同應有跨科別醫師的診斷，參見金管會114年3月6日金管保壽字第1140412980號函。

²³ 眼科學會107年7月31日中眼台(107)字第076號函。

²⁴ 中榮112年1月10日中榮醫企字第1124200124號函。

等。而就詐盲測試部分，眼科學會固稱住院醫師訓練過程中有針對如何施行測盲檢查做相關訓練和學習，眼科專科醫師考試的參考書籍中也有針對如何施行測盲檢查的相關說明。惟附表一所列鑑定報告與補充鑑定報告中，並未詳予記載中榮就詐盲測試所實施之項目與方法(例如但不限於如特殊的鏡片、視動性眼球震顫測試程式，均付之闕如)²⁵等，甚者，中榮亦未記載實施詐盲測試之日期。蓋對照附表一與彭女於中榮之病歷紀錄可知，彭女僅於108年12月18日至中榮眼科部進行鑑定，其餘鑑定報告或補充鑑定報告內容，似均係根基於該次鑑定結果對臺中地檢署或臺中地院(民事庭或刑事庭)所為函復。易言之，本案偵審期間，僅有一次醫事機構(中榮眼科)對彭女實施鑑定，然該次鑑定是否即屬上開詐盲測試？如是，何以中榮109年1月6日函復臺中地檢署之鑑定報告未載明彭女詐盲測試未通過²⁶？參諸本院諮詢專家意見與臺灣高等法院110年度侵上更一字第3號判決意旨，核與道伯法則(Daubert Test)未盡相符，因此原確定判決所參據之中榮鑑定報告與補充鑑定報告，核與論理法則、經驗法則不符。

(五)綜上，原確定判決後，彭女經中國醫藥大學附設醫院診斷確為CVI患者。歷次偵審期間，檢察署與法院固均委託中榮對彭女進行鑑定，但各該鑑定報告與

²⁵ 此為眼科學會114年2月25日中眼台(114)字第1140000052號函復衛福部之說明。原始內容為：「測盲檢查即為透過一個較為嚴謹的視力檢查過程，來確定受測者的視力受損情形，判斷受測者是否有詐盲的傾向。測盲檢查過程中會透過反覆測試，搭配不同的視力測量和評估工具，來進行交叉比對，判斷受測者的真正視力狀況。測盲過程中也可能運用到一些輔助工具，能運用到一些輔助工具，例如特殊的鏡片、視動性眼球震顫測試程式(optokinetic drum)等，並且會觀察受測者在檢查過程中的動作和反應，搭配眼睛構造檢查儀器的結果來進行判斷」。

²⁶ 況臺中高分院僅係以111年12月8日111中分高刑華110上易907字第1119007612號函，請中榮就各項問題進行說明，並未要彭女再次至中榮或其他醫療院所再次進行鑑定或詐盲測試。

補充鑑定報告均僅限於眼科。然眼科學會及國外文獻均明確指出，CVI患者之檢測，必須橫跨諸多科別，例如但不限於神經科、復健科與職能治療師等。換言之，中榮對CVI患者所實施之檢查，並非醫學上所普遍接受之方式，更遑論中榮之鑑定報告並未載明實施鑑定者具備之專業資歷、可能之錯誤率等，核與道伯法則不符，自與經驗法則、論理法則不符。

四、據彭女中榮病歷與檢測結果，其視野缺損不但持續惡化且始終符合衛福部公告之身心障礙標準，對照其缺損類型為不易造假之管狀視野，應可排除其施詐主觀構成要件。據衛福部查復，國內醫界並無統一之詐盲測試，可見中榮之測試方式與結果非為專業領域所普遍接受或可反覆驗證，尤其原確定判決審理期間，衛福部已公告皮質盲之身心障礙鑑定流程與方式，但彭女歷審期間均未依該流程與方式進行鑑定，自有違論理、經驗法則。又原確定判決以彭女於蒐證影(相)片中行為認定彭女之萬國式視力值，過度簡化行為與視力間的關係，不但欠缺科學或醫學立論基礎，復未委託鑑定，亦與論理、經驗法則不符

(一)按刑事訴訟法第155條第1項規定：「證據之證明力，由法院本於確信自由判斷。但不得違背經驗法則及論理法則。」第160條規定：「證人之個人意見或推測之詞，除以實際經驗為基礎者外，不得作為證據。」第378條規定：「判決不適用法則或適用不當者，為違背法令。」第420條第1項第6款規定：「有罪之判決確定後，有下列情形之一者，為受判決人之利益，得聲請再審：……六、因發現新事實或新證據，單獨或與先前之證據綜合判斷，足認受有罪判決之人應受無罪、免訴、免刑或輕於原判決所認罪名之判決者。」同條第3項規定：「第1項第6款之

新事實或新證據，指判決確定前已存在或成立而
未及調查斟酌，及判決確定後始存在或成立之事實、
證據。」

**(二)彭女之視野缺損始終存在，已符衛福部公告之身心
障礙標準，且其缺損情形為不易造假之管狀視野：**

- 1、查原確定判決審理期間，曾就彭女之視野缺損情形，請中榮補充鑑定(另參見附表一)略以：「鑑定書記載『視野檢查雙眼全視野缺損』，此視野檢查結果是基於彭女主觀陳述或是藉由儀器客觀判斷？如是藉由儀器檢查，受測人能否以主觀意思控制，亦即蓄意偽裝而影響檢查結果？」對此，中榮函復表示²⁷，視野檢查為患者主觀意志表達，眼睛觀看螢幕，手指按鈕表達所看見的光標，由儀器記錄患者主觀可見視區。可由主觀意思控制。此節與眼科學會函復本院表示²⁸：「無論採取動態、靜態或自動視野檢查，臨床上使用的視野檢查皆需患者主動回應(按按鈕或口述)，有賴患者配合，因此難以排除主觀因素」意旨一致，足勘認定。
- 2、惟查，據彭女中榮病歷資料及附表一，其歷來之視野值：106年9月27日右眼-17.17dB；左眼-10.13dB；108年12月20日右眼-30.15dB；左眼-30.87dB。據眼科學會就中榮對彭女作成之視野檢測資料分析表示，依彭女所測得之視野值，已符合衛福部公告之身心障礙判斷標準(視覺；b210.1項)²⁹。換言之，彭女之視野缺損不但持續惡化，且無論於車禍後不久之106年9月27日，或

²⁷ 中榮112年1月10日中榮醫企字第1124200124號函。

²⁸ 眼科學會113年11月25日中眼台(113)字第1130000343號函。

²⁹ 優眼自動視野計中心30度程式檢查，平均缺損大於10dB(不含)者。

臺中地檢署委託中榮鑑定之108年12月20日，彭女始終符合身心障礙(視覺)標準，其既然符合身心障礙(視覺)標準，則其有無施用詐術致相關醫師或保險公司陷於錯誤等節，即有重大疑義。雖然視野檢查無法排除病患之主觀意思，亦即若患者刻意裝病，視野值無從反映患者真實狀況。然查，據眼科學會就中榮對彭女作成之視野檢測資料分析表示，彭女之視野類型屬管狀視野³⁰(tubular vision)(中榮稱為中央島狀視野，實屬相同)。據國外文獻表示，管狀視野難以偽造³¹。既難以偽造，則彭女之管狀視野及視野值應足採信，無刻意偽裝情事。而據眼科學會表示，管狀視野僅中央一小塊地方看的到，對照中榮病歷資料，106年10月23日檢測時，彭女在鏡片矯正下測得萬國式視力值為右眼1.2；左眼1.5。可見彭女雖為CVI患者，當時在極小的視野範圍內，仍有視力，雖與一般大眾對盲人之刻板印象不同，惟醫學上並無矛盾，足供佐證。

(三)國內並無統一之詐盲測試：中榮固於112年1月10日函復臺中高分院稱彭女「詐盲測試未通過」，姑不論中榮之鑑定或檢測僅有眼科醫師，而無神經科、復健科等科別醫師或職能治療師共同會診，亦不論該次鑑定報告未詳列測試項目、方法、錯誤率等資訊，據衛福部函復本院表示，目前國內醫療院所，並無統一之詐盲測試³²，此為原確定判決未及審酌之新

³⁰ 眼科學會114年2月25日中眼台(114)字第1140000046號函：管狀視野即為中央島狀視野。

³¹ Villegas, R. B., & Ilse, P. F. (2007). Functional vision loss: A diagnosis of exclusion. *Optometry* 78(11)523, 529.原始文句為「It is difficult for someone who is malingering to generate a tubular field.」管狀視野的特點是視野範圍隨著測試距離的增加而不會相應擴大(在真實的視覺下，視野的視角大小應該大致恆定)，這對於裝病者來說可能難以掌握和持續模擬，因為人通常在不同距離下做出不一致的反應。

³² 衛福部113年9月30日衛部照字第1131561253號函。

事證。然而，詐盲測試通過與否，不但是各保險公司理賠或舉發被保險人之憑據，更是司法機關(含原確定判決³³)認定被告犯行之核心參據，既無一致之詐盲測試，可見測試方式與結果未必為專業領域所普遍接受或可被反覆驗證，原確定判決以之為憑，自有失偏頗而違反經驗法則、論理法則。

(四)本案審理期間，衛福部已公告皮質盲身心障礙鑑定建議流程：依中醫藥診斷證明，彭女為CVI患者，並非光田醫院³⁴或中榮³⁵先前診斷之視神經損傷。既為CVI患者，自應以醫學上所普遍接受或主管機關所公告之檢測流程，方屬妥適。查本案臺中高分院於110年11月12日收案，嗣於112年4月11日進行言詞辯論並於同年5月30日宣判。惟衛福部於111年7月27日已公告皮質盲身心障礙鑑定建議流程³⁶，並指定12家鑑定建議機構，供身心障礙鑑定機構與醫事人員參照運用，此有該函³⁷在卷可按。可見原確定判決審理期間，衛福部已公告適用於彭女之皮質盲身心障礙鑑定流程與方式，原確定判決卻未納入審酌，僅參採偵查階段中榮於108年12月18日鑑定報告(含補充鑑定報告)，以非供CVI之檢測方式對CVI患者所為鑑定，自有違論理法則、經驗法則。

(五)以行動蒐證影(相)片推導行為人萬國式視力值並無醫學、科學論據基礎：

³³ 原確定判決理由第11頁第10行至第16行：「綜合上情，被告之雙眼及腦部經客觀檢查結果與被告主訴之視力狀況顯不相符，且由被告106年10月23日在臺中榮總可經由鏡片矯正達右眼1.2及左眼1.5標準，及其於106年11月8日、107年5月24日在光田醫院之VEP檢查結果無異常、中榮函復本院被告詐盲測試未通過等情觀之，足認被告應無視神經損傷之情事甚明」。

³⁴ 光田醫院106年9月2日、106年11月4日、107年5月10日、107年5月24日、107年12月8日開立雙眼(側)視神經損傷診斷證明書。

³⁵ 中榮106年11月22日開立「疑似雙眼視神經病變、疑似腦震盪」診斷證明書。

³⁶ 依該鑑定流程，除經眼科醫師外，尚須經其他相關專科(如神經內科、神經外科、精神科等)醫師鑑定或診斷。

³⁷ 衛福部111年7月27日衛部照字第1111561068號函。

1、原確定判決以：「經南山人壽與法務部調查局新竹市調查站(下稱新竹調查站)對被告蒐證結果顯示，被告於108年3月13日7時58分至8時2分許，獨自在巷道邊調整曬衣桿位置，期間被告肢體活動自然，雙眼注視曬衣桿、所整理之棉被位置，並於汽車行駛通過時雙眼注視汽車；被告於108年4月24日在人群中通過醫院大門，肢體動作自然，步伐迅速，前方有2名女童，進入醫院後，被告左手牽著1名紅衣女童與另1名白衣女童共同乘坐手扶梯，同時低頭觀看紅衣女童並對該女童稱『妳鞋鞋穿錯了』、『鞋鞋穿錯了，趕快換過來』等語，嗣紅衣女童將所穿涼鞋左右交換，被告持續低頭看向該女童腿部並稱『到現在還不會穿鞋子喔。快點快點』等語……此經原審當庭勘驗蒐證光碟無訛，並製有勘驗筆錄附卷可按，復有新竹市調查站行動蒐證報告、保險公司蒐證報告、錄影畫面截圖照片在卷可參……殊難想像被告於前揭蒐證錄影時間突然得以在無須摸索、不靠輔助之情形下，自然調整曬衣桿位置、在人群中步伐迅速通過醫院大門、獨自帶2名女童使用手扶梯、低頭發現女兒鞋子穿反、第一時間準確牽住女童伸出來的手、獨自雙手牽2名女童外出散步、於汽車行駛通過時雙眼追視汽車、隨同蒐證人員走出民宅大門並轉頭看向隔壁民宅即知摩托車不在？準此，被告至醫院就診及在保險人員訪查時自陳之視力狀況及行為表現因與其日常生活之實際舉止明顯相違，是否真實，已甚為可疑。」並輔以偵查中光田醫院蔡醫師、林醫師於法務部調查局筆錄，認定彭女：「綜合上情，堪認被告確係以佯裝自己眼睛看不見之說詞及舉動，

使不知情之各醫師依其主訴及佯裝舉止開立診斷證明書，再向各該保險公司提出作為申請保險理賠之證明，及以相同方式矇騙編號1至3各該保險公司訪查人員，俾各該保險公司以為被告之視力符合保險契約約定給付失能保險金之殘廢程度，被告所為已屬施用詐術無疑。」查光田醫院蔡醫師、林醫師所述(審判外未經具結)，係基於倘彭女為視神經受損患者，卻有蒐證光碟、錄影(或拍照)畫面之行為而言。然而，彭女為CVI患者，並非光田醫院所診斷之視神經受損，已如前述，病症既不相同，依論理法則自不應參採。其次，林醫師稱：「我覺得被告可能有心要來騙醫師」「如果被告當初門診的時候是這樣的行為舉止，我根本不會開立視神經受損的診斷證明書給被告等語」，係屬其個人推測與意見，除無具體事證作為基礎外，依刑事訴訟法第160條規定，本應排除不作為證據，詎原確定判決納為參據，自與刑事訴訟法規定不符。

- 2、其次，據原確定判決上開理由可知，係以蒐證影(相)片中，彭女之行動情形與其在醫療院就診時之差異，認定彭女實際視力情形未達保險契約所定之萬國式視力值，而係以偽裝方式為之。然則，原確定判決以行為推論萬國式視力值，無科學或醫學之立論基礎，復未委託鑑定，逕以之為由認彭女行為係屬施詐，恐流於速斷。蓋人類達成一定之動作，視力功能僅占其中一部，在熟悉環境中，完成一定動作未必需要良好之視力值與意識³⁸，更何況動作之完成(尤其是視覺受損患者日常

³⁸ 時下普遍的低頭族即為適例，人類在完成某些動作時，未必需要完全依賴良好的視力或意

生活所需)，尚可透過一定訓練達成。此外，部分CVI患者存有盲視(blindsight)現象³⁹，亦即其等萬國式視力值低落，卻能做到如同未盲之行為(例如但不限於避開障礙物)⁴⁰，則原確定判決逕以彭女之蒐證影(相)片，而未考量是否為其日常所需、是否為其熟悉環境、其存否盲視現象等，在無科學與醫學論據下，以推論方式逕認其萬國式視力值與保險契約不符，與經驗法則、論理法則不符。

(六)綜上，據彭女中榮病歷與檢測結果，其視野缺損不但持續惡化且始終符合衛福部公告之身心障礙標準，對照其缺損類型為不易造假之管狀視野，應可排除其施詐主觀構成要件。據衛福部查復，國內醫界並無統一之詐盲測試，可見中榮之測試方式與結果非為專業領域所普遍接受或可反覆驗證，尤其原確定判決審理期間，衛福部已公告皮質盲之身心障礙鑑定流程與方式，但彭女歷審期間均未依該流程與方式進行鑑定，自有違論理、經驗法則。又原確定判決以彭女於蒐證影(相)片中行為認定彭女之萬國式視力值，過度簡化行為與視力間的關係，不但欠缺科學或醫學立論基礎，復未委託鑑定，亦與論理、經驗法則不符。

識。日常行走是一種高度自動化的行為，長期的經驗與肌肉記憶讓人們即使專注於手機螢幕，仍能避開大部分障礙物並維持基本的行進方向。這與盲人透過其他感官來適應環境的方式類似，顯示人類的行為不完全依賴視覺輸入。此外，大腦具備分工處理的能力，使得人在分心時仍能執行重複性或低風險的行為。

³⁹ 盲視是指某些因大腦損傷而視力受損的人，能在無意識中對視野範圍內物體做一定程度的描述。參見眼科學會113年9月6日中眼台(113)字第1130000225號函。

⁴⁰ Chokron, et al.(2021)Cortical visual impairments and learning disabilities. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 713316. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.713316>。原始文句為「It is important to note that, similar to adult patients, children with CVIs can also exhibit a dissociation between their abolished conscious perception and a type of non-conscious perception, known as blindsight, which enables them to avoid obstacles and process visual information in their blind visual field without being aware of doing so.」

五、現行失能程度與保險金給付表與勞工保險失能給付標準，對於視力失能均定有測盲檢查，然目前國內醫界並無統一之測盲檢查，恐使測試結果因不同醫療院所或醫師專業差異，而有不同，影響當事人權益甚鉅。尤其國內眼科醫師對CVI之病灶與檢測方式均屬陌生，目前已有多位CVI患者遭認定未通過測盲檢查，如此誤判不僅嚴重損及CVI患者權益，更影響司法裁判。相關主管機關允宜儘速參酌先進國家之理賠標準，建立醫學上普遍接受的統一測盲標準，並提高醫界對CVI之理解，落實正義與人權維護

- (一)按金管會保險局同意備查之失能程度與保險金給付表(下稱失能給付表)附註2-2規定：「失明係指視力永久在萬國式視力表0.02以下而言，並包括眼球喪失、摘出、僅能辨明暗或辨眼前1公尺以內手動或辨眼前5公分以內指數者。」勞工保險失能給付標準(下稱勞工失能給付)第2條第3款規定：「失能種類如下：……三、眼。」第3條規定：「前條所定失能種類之狀態、等級、審核基準及開具診斷書醫療機構層級如附表。」
- (二)查現行失能給付表針對眼部分，僅有視力障害一項，而針對視力之測定，該表附註2-1規定：「(1)應用萬國式視力表以矯正後視力為準，但矯正不能者，得以裸眼視力測定之。(2)視力障害之測定，必要時須通過『測盲(Malingering)』檢查。」而勞工失能給付第3條所定附表中，針對第2條第3款之眼，除定有視力失能外，尚有視野失能、調節或運動失能及眼瞼缺損失能、眼瞼運動失能。針對視力與視野測定，均定有「須通過『測盲(Malingering)』檢查。」之文字，以上足徵失能給付表與勞工失能給付之範圍不同，惟均將測盲檢查列為測定之標準。

(三)據金管會保險局查復，現行失能給付表註2-1視力測定之「測盲檢查」規定，係當時經該局邀請專科醫師、專家學者及相關單位召開會議獲致共識，經壽險公會報請該局同意備查⁴¹。然據衛福部查復，目前國內醫療院所，並無統一之詐盲測試⁴²，將使測試結果因不同醫療院所或醫師專業背景差異，而有不同之檢測結果，影響當事人權益甚鉅，不僅可能造成部分患者遭到錯誤診斷，且影響應受保障患者的合法權益。此情況在目前國內各界對CVI認知不足的背景，下，更加深問題的嚴重性。同前所述，CVI患者之視覺障礙，並非出於眼球與視神經構造之損傷；反之，其眼球構造與功能多屬正常，其核磁共振影像檢查亦屬正常，甚至部分CVI患者之視覺誘發電位檢查(VEP)結果亦屬正常。換言之，CVI患者之視覺障礙無法以透過傳統視力檢查方式準確評估，須由跨科別(例如但不限於神經科、復健科等)醫師共同判斷，然目前失能給付表與勞工失能給付所定之測盲檢查定義不明，如僅限於眼科而不含跨科別專業醫師，極有可能認定CVI患者未通過測盲檢查(例如本案彭女及本院107司調0048號調查報告之陳○憲均屬之)，致其等遭認定係對醫療院所(含醫事人員)或保險機構施用詐術，形成誤判。如此不僅嚴重損及CVI患者權益，更影響司法裁判之正確性。

(四)綜上，現行失能給付表與勞工失能給付，對於視力失能均定有測盲檢查，然國內目前醫界並無統一之測盲檢查，恐使測試結果因不同醫療院所或醫師專業差異，而有不同，影響當事人權益甚鉅。尤其國

⁴¹ 金管會保險局104年5月19日金管保壽字第10402543750號函同意備查。

⁴² 衛福部113年9月30日衛部照字第1131561253號函。

內眼科醫師對CVI之病灶與檢測方式均屬陌生，目前已有多位CVI患者遭認定未通過測盲檢查，如此誤判不僅嚴重損及CVI患者權益，更影響司法裁判。相關主管機關允宜儘速參酌先進國家之理賠標準⁴³，建立醫學上普遍接受的統一測盲標準，並提高醫界對CVI之理解，落實正義與人權維護。

六、目前法院雖未廢棄原確定判決，惟彭女業經醫療院所確認其屬視覺障礙者，並領有身心障礙證明，臺中女子監應依監獄行刑法、身心障礙者權利公約等規定，主動提升監方人員與獄友之認知，將障礙權利意識納為監方人員之培訓指標，依監獄行刑法第6條第3項規定確保監內環境符合人權標準，避免彭女因視覺障礙衍生處遇方面之歧視或不當對待

(一)按監獄行刑法第6條第1項、第3項規定：「監獄人員執行職務應尊重受刑人之尊嚴及維護其人權，不得逾越所欲達成矯治處遇目的之必要限度(第1項)。監獄應保障身心障礙受刑人在監獄內之無障礙權益，並採取適當措施為合理調整(第3項)。」CRPD第8條第1項第2款規定：「締約國承諾採取立即有效與適當措施，以便：於生活各個方面對抗對身心障礙者之成見、偏見與有害作法，包括基於性別及年齡之成見、偏見及有害作法。」第2項第1款第1目、第2目規定：「為此目的採取之措施包括發起與持續進行有效之宣傳活動，提高公眾認識，以便：培養接受身心障礙者權利之態度、促進積極看待身心障礙者，提高社會對身心障礙者之瞭解。」第14條第2項規定：「締約國應確保，於任何過程中被剝奪自由之

⁴³ 例如但不限於部分美國州勞工委員會所參據之AMA(美國醫學會)出版，Guides to the Evaluation of Permanent Impairment。

身心障礙者，在與其他人平等基礎上，有權獲得國際人權法規定之保障，並應享有符合本公約宗旨及原則之待遇，包括提供合理之對待。」身心障礙者權利公約施行法第5條第1項規定：「各級政府機關應確實依現行法規規定之業務職掌，負責籌劃、推動及執行公約規定事項。」

(二)據本案調查委員113年6月7日赴臺中女子監訪察情形，彭女表示113年3月31日監方配發每位收容人西瓜一顆，同住室友疑似將西瓜置於其行經路徑中，致其跌倒，頭痛劇烈，經向監方反映後，次日才安排戒護就醫；另其在監期間，工場主任及同學疑似對其有言語霸凌情事。因該監監視錄影畫面僅保留30日，113年3月31日相關錄影已遭覆蓋，爰除彭女所述外，就跌倒原因無其他事證可佐。

(三)惟查，彭女於入監前，業經中國醫藥大學附設醫院開立112年11月10日診字第11211876352號中醫藥診斷證明，已如前述，其入監後，亦經身心障礙鑑定並取得身心障礙證明，足徵縱法院尚未廢棄原確定判決，其確屬身心障礙者。因部分監方人員或獄友仍質疑彭女之視覺障礙，進而對其視覺障礙及障礙所伴隨之反應等予以冷嘲熱諷，自與前揭監獄行刑法第6條、CRPD第8條、第14條等規定未符。目前，雖然彭女屬和緩處遇，惟臺中女子監仍應秉持前揭規定，確保監內環境符合人權標準，避免彭女因身心障礙因素衍生人員或處遇方面之歧視或不當對待。

(四)綜上，目前法院雖未廢棄原確定判決，惟彭女業經醫療院所確認其屬視覺障礙者，並領有身心障礙證明，臺中女子監應依監獄行刑法第6條、CRPD第8條、第14條等規定，主動提升監方人員與獄友之認知，

將障礙權利意識納為監方人員之培訓指標，依監獄行刑法第6條第3項規定確保監內環境符合人權標準，確保監內環境符合人權標準，避免彭女因視覺障礙衍生處遇方面之歧視或不當對待。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一至四，函財團法人民間司法改革基金會參處。
- 二、調查意見一至四，函法務部轉臺灣高等檢察署有罪確定案件審查會審議。
- 三、調查意見五，函金融監督管理委員會保險局、勞動部勞工保險局研議見復。
- 四、調查意見六，函法務部矯正署臺中女子監獄參處。
- 五、調查意見（含案由、處理辦法、調查委員姓名）上網公布。

調查委員：王幼玲

高涌誠

附表一

偵審期間歷次委託鑑定答復情形彙整表

中榮函復時間	委託機關提問		中榮說明
109.1.6 ⁴⁴	檢察署提問事項 ⁴⁵	請貴站(法務部調查局新竹市調查站)派員帶同本案被告彭女108年12月18日上午9時30分,至中榮眼科部進行測盲檢視之鑑定,並將鑑定結果逕覆本署。	彭女於本院進行鑑定檢查。主觀表達之矯正視力雙眼均為辨指數於眼前10公分處。眼部結構檢查雙眼無發現異常;眼底光學斷層掃描雙眼視神經及黃斑部無發現異常;雙眼對光線縮瞳反應敏捷無異常;視野檢查雙眼全視野缺損,視野均差右-30.15dB,左眼-30.87dB;視覺誘發電位檢查雙眼反應低下;於室內自行活動時眼球可轉動視物,但檢查時眼球完全無法轉動,前庭動眼反射正常。 (一)目前雙眼狀況為:雙眼主觀表達視力不良,但客觀檢查無發現眼內結構及視神經功能異常之證據。無法證明其視力有無失能或何類失能程度。 (二)彭女曾於本院接受腦部電腦斷層掃描及上述各種眼科檢查。目前雙眼狀況為:雙眼主觀表達視力不良,但客觀檢查無發現眼內結構及視神經功能異常之證據。無法證明其視力有

⁴⁴ 中榮109年1月6日中榮醫企字第1094200017號函。受文者為法務部調查局新竹市調查站。

⁴⁵ 臺中地檢署108年12月13日中檢達淡108他9435字第1089132065號函。受文者為法務部調查局新竹市調查站。

			無失能或何類失能程度。 (三)疑似雙眼視神經病變之診斷依據為：患者主觀表達視力不良，但眼部檢查無發現結構異常，故暫時臆測為視神經病變。待後續追蹤檢查察明病因。 (四)檢查結果如上所述，其眼部主訴症狀與檢查結果不相符。
109.2.11 ⁴⁶	民事庭提問事項 ⁴⁷	主旨：檢送原告彭女病歷 1 件、數位醫學影像光碟 1 片，請鑑定彭女勞動力喪失之比例若干？ 說明(摘要)：本院受理 108 年度重訴字第 187 號損害賠償事件，就上開事項，有請貴院鑑定之必要。	彭女自 106 年 8 月 23 日起多次於本院眼科及神經內科門診。因其雙眼視覺功能低下之主觀症狀與檢查所得之客觀證據不符，故無法判定其真實視覺功能程度，亦無法得知其勞動力喪失之比例。
109.5.14 ⁴⁸	民事庭提問事項 ⁴⁹	檢附貴院鑑定書影本 1 件，請查明鑑定結果所載「原告雙眼視覺功能低下之主觀症狀與檢查所得之客觀證據不符」，原因為何？併提供相關檢驗資料過院參辦，請查照。	彭女自 106 年 8 月 23 日起多次於本院眼科及神經內科看診。其主觀表達之視力雙眼皆僅能辨手動或辨指數於眼前 10 公分處，視野檢查雙眼全視野缺損，視覺誘發電位檢查雙眼反應低下。但客觀眼球結構檢查皆無異常（包括裂隙燈檢查、眼底檢查、眼底光學斷層掃描 OCT、腦部

⁴⁶ 中榮109年2月11日中榮醫企字第1094200416號函。受文者為臺中地院(民事庭)。

⁴⁷ 臺中地院108年12月2日中院麟民齊108重訴187字第1080101301號函。

⁴⁸ 中榮109年5月14日中榮醫企字第1094201565號函。受文者為臺中地院(民事庭)。

⁴⁹ 臺中地院109年3月30日中院麟民齊108重訴187字第1090026029號函。

			電腦斷層掃描)。 彭女雖主訴雙眼視力模糊，但於室內行動無礙。自行走動時眼球可靈活轉動視物，但就醫檢查時眼球完全無法遵從醫囑轉動。前庭動眼反射正常、雙眼瞳孔光反射敏捷同步無異常。 目前雙眼狀況為：雙眼主觀表達視力不良，但客觀檢查無發現眼內結構及視神經功能異常之證據。其眼部主訴症狀與檢查結果不相符。無法判定其真實視覺功能程度。
110.3.30 ⁵⁰	檢察署提問事項 ⁵¹	設若有中榮補充鑑定書所載彭女所訴之視力不良症狀存在，係因何病變所致？	1．腦部病變及心理疾病，亦可能造成視力不良。
		彭女在貴院經客觀檢查既無發現眼內結構與視神經功能異常，臨床上是否可能發生其所主訴視力不良症狀？	2．彭女士主訴之視力不良，經詳細眼部檢查後，已可排除眼內或眼神經疾病。其症狀非由眼部疾病造成。
		其所主訴之視力不良症狀，是否係因腦視神經受損所致？	3．腦部病變及心理疾病屬神經內科及身心醫學科專科領域，宜由該領域專科醫師提供專業意見，較為周延。
111.9.15 ⁵²	法院提問事	請查明貴院於 109 年 1 月 6 日函復新竹市調站及同年 2 月 11 日函復臺中地院之鑑定書(如附件)，鑑定醫師各為何	查機關鑑定制度，除司法機關選任自然人實施鑑定外，亦得囑託具公信力之專業機關、團體

⁵⁰ 中榮110年3月30日中榮醫企字第1104201024號函。

⁵¹ 臺中地檢署110年2月26日中檢增服109偵7933字第1109020138號函。

⁵² 中榮111年9月15日中榮醫企字第1119920360號函。

	項 ⁵³	人？	進行鑑定。旨揭函詢案件係調查局新竹市調查站及臺灣臺中地方法院囑託本院（機關）鑑定案件，故由本院（機關）就鑑定結果以鑑定書予以回復。 倘貴院對本案鑑定結果所示鑑定書認有再次鑑定或補充說明者，請再來函告知待鑑爭點或待釐清疑義，本院將予函復說明。
112.1.10 ⁵⁴	法院 提 問 事 項 ⁵⁵	1．依貴院病歷摘要顯示彭女於106年8月23日、8月30日、9月27日、10月23日、11月22日、107年11月7日、107年4月18日均曾至貴院就診。請說明各次就診有無異常發現？如有，請說明檢查結果及診斷情形。 2．貴院病歷摘要記載彭女「疑似雙眼視神經病變」，請說明此診斷之依據及理由為何？除根據彭女之主訴外，有無其他客觀檢查結果資料可佐？ 3．根據病歷摘要記載，106年10月23日	歷次檢查雙眼視力低下、視野缺損、眼活動異常、視覺誘發電位反應低下；但客觀眼球結構無異常。另107年11月7日並無就診記錄。 患者主觀表達視力不良，但眼部結構無發現結構異常，故暫臆測為視神經病變。並無可供確診之客觀證據。 當日經鏡片矯正，患者表達可看見右眼1.2及

⁵³ 臺中高分院111年9月12日111中分高刑華110上易907字第1119005633號函。

⁵⁴ 中榮112年1月10日中榮醫企字第1124200124號函。

⁵⁵ 臺中高分院111年12月8日111中分高刑華110上易907字第1119007612號函。

		記錄「BCVA;OD:1.2 OS:1.5」，請說明為此記錄的情形及原因？如係雙眼視神經病變，是否可以矯正？	左眼 1.5 之視標。如係雙眼視神經病變，視力難以矯正。
		4. 彭女於 108 年 12 月 18 日進行鑑定，視覺誘發電位檢查 (VEP) 詳細結果 (包括波形、震幅、潛伏期等) 為何？有無視神經傳導等方面的異常？	108 年 12 月 18 日視覺誘發電位結果震幅低下，潛伏期延遲。此檢查異常可因視覺系統疾病 (含視神經損傷及視覺皮質損傷) 造成，亦可因檢查時注意力不集中造成。依醫理判斷，正常的 VEP 結果代表患者具有相當良好的視力；而異常的 VEP 結果無法確認患者視覺系統有損傷。
		鑑定書記載「視野檢查雙眼全視野缺損」，此視野檢查結果是基於彭女主觀陳述或是藉由儀器客觀判斷？如是藉由儀器檢查，受測人能否以主觀意思控制，亦即蓄意偽裝而影響檢查結果？	視野檢查為患者主觀意志表達，眼睛觀看螢幕，手指按鈕表達所看見的光標，由儀器記錄患者主觀可見視區。可由主觀意思控制。
		鑑定書所指視覺誘發電位檢查 (VEP) 「雙眼反應低下」是什麼意思？其造成的原因可能為何？與受檢人是否確實配合檢查有無關連？	同第 4 點。
		鑑定書記載「於室內自行活動時眼球可轉動視物，但檢查時眼球完全無法轉動，前庭動眼反射正常」，是	其眼球活動異常，無法以現有醫學理論解釋。

		否表示彭女檢查時眼球完全無法轉動是蓄意偽裝？	
		依鑑定報告顯示彭女亦有接受腦部電腦斷層掃描檢查，請敘明腦部電腦斷層掃描結果有無異常？有無視神經交叉界線處界線不明顯的問題？	無發現異常。
		彭女若真有視神經損傷或視覺皮質損傷，能否透過視覺誘發電位檢查(VEP)檢查出來？	同第4點。
		彭女若真有視神經損傷或視覺皮質損傷，有無可能呈現鑑定書所載：眼底光學斷層掃描雙眼視神經及黃斑部無發現異常、雙眼對光線縮瞳反應敏捷無異常、於室內自行走動時眼球可靈活轉動視物、前庭動眼反射正常、客觀檢查無發現眼內結構及視神經功能異常等檢查結果？請一併敘明理由。	現有證據無法佐證視覺系統損傷。
		綜合彭女之鑑定結果，其有無通過詐盲測試？	詐盲測試未通過。
112.4.3 ⁵⁶	法院提問	鑑定書記載(十一)詐盲測試未通過之理由與依據為何？	依據①歷次檢查患者主觀表達視力不良，但眼部無發現結構異常。②檢

⁵⁶ 中榮112年4月3日中榮醫企字第1124201175號函。

事項 ⁵⁷		查時主觀表達眼球活動受限，無法轉動，但自行活動時眼球活動正常，與醫學常理不符。								
	被告有無做過 fMRI？	未於本院進行 fMRI。								
	以當今科學技術，下列 A.B.C.D 各欄位結果出現的機率各為何？有無國際公認科學文獻佐證？	無法回答。								
	<table><tr><td></td><td>詐盲測試通過</td><td>詐盲測試未通過</td></tr><tr><td>有皮質盲</td><td>A 機率</td><td>B 機率</td></tr><tr><td>無皮質盲</td><td>C 機率</td><td>D 機率</td></tr></table>		詐盲測試通過	詐盲測試未通過	有皮質盲	A 機率	B 機率	無皮質盲	C 機率	D 機率
	詐盲測試通過	詐盲測試未通過								
有皮質盲	A 機率	B 機率								
無皮質盲	C 機率	D 機率								

資料來源：中榮、臺中地檢署、臺中高分院

⁵⁷ 臺中高分院112年3月6日112中分慧刑華110上易907字第01987號函。