

# 職場心理健康：從臨床診斷到制度改革的實務觀察

文、圖 / 杜宗禮<sup>1</sup> 謝明憲<sup>2</sup> 彭啟倫<sup>2</sup>

國立台灣大學醫學院附設醫院環境職業醫學部<sup>1</sup>

國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部<sup>2</sup>

## 前言

世界衛生組織(World Health Organization)指出，心理健康不僅是沒有精神疾病，更是一種能有效應對生活壓力、持續學習、順利工作並為社會做出貢獻的整體福祉狀態。然而，現實中約有15%的在職成年人可能隨時面臨某種精神障礙<sup>(1)</sup>，這不僅影響個人健康，也直接衝擊企業的營運與勞動力穩定。研究顯示，心理健康不佳會影響員工的認知、情緒、社交與身體功能，進而降低生產力與安全性，甚至影響留任意願。更嚴重的是，約10%至13%的自殺死亡事件與工作壓力或工作條件有關<sup>(2)</sup>。我國職業性精神疾病的認定比例遠低於日本<sup>(3)</sup>與韓國<sup>(4)</sup>。自2009年首例疑似職業性精神疾病出現後，雖政府修訂認定指引，但申請案件仍少。本院郭育良教授團隊研究發現，職傷住院勞工在傷後六年創傷後壓力症(post-traumatic stress disorder, PTSD)盛行率達7.2%，與工傷嚴重程度及工作不穩定性密切相關<sup>(5)</sup>。

## 臨床實務與制度發展

2012至2013年間，本院職業傷病門診與臨床心理中心合作，建立「篩檢→評估→介入」的整合模式，也發現職業傷害事件與憂鬱、強迫、畏懼等心理困擾高度相關，突發創傷事件對勞工心理健康影響不容忽視<sup>(6)</sup>。2014至2023年間，本院診治147件職業精神類個案，47件開立職業病評估報告，個案資料刻正回溯整理中。而有鑑於疫情後就業市場之不確定性增高，精神疾病之盛

行率升高，環境職業醫學部於2023年起設立「疑似精神疾病門診」，並與院內精神科合作，強化診斷與評估。本院團隊透過簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale-50)、工作內容問卷(Job Content Questionnaire)等工具進行評估，精神科職能治療師後續也加入團隊，探討勞工職場適應與復工可能性。

## 職業精神疾病認定指引

PTSD與特定創傷事件的連結較為明確，國際勞工組織(International Labour Organization)已於2010年將其納入職業病列表，我國亦於2008年納入，職業相關的創傷事件必須是「真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力」，而對於確診有精神疾病但不完全符合本指引基準的個案，仍可依循《工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引》來認定其工作相關性。

我國認定指引強調三大條件：

- 1. 已發病：**診斷為ICD-10 F2至F9精神疾病(以F2至F4為主)。
- 2. 存在強烈工作壓力：**發病前六個月內有可客觀認定的心理壓力。
- 3. 排除其他主要成因：**非由個人或非工作壓力引起。

特別事件如重大工傷、性暴力、單月加班超過160小時等，直接認定為「強」級壓力。其他事件則需透過心理壓力評估表進行綜合判斷，並考量個人脆弱性與應對能力，例如本身有長期的健康問題、過去有失眠或精神疾病史、應對困難與處理問題的能力較低…等。

## 討論

本院環職與精神醫學部每月舉行雙科討論會，自2023年10月至2025年10月間累計討論個案32人，診斷包括憂鬱症、焦慮症、適應障礙、PTSD、恐慌症、躁鬱症與思覺失調症等。除個案外，團隊也探討爭議診斷，並蒐集日本、韓國、澳洲、加拿大等國職業精神疾病制度與資訊，進行比較。本文從中整理個案診斷過程與相關之討論，反思綜合如下：

### 一、創傷後精神疾患與職災後續影響

精神疾病的致病原因多元且複雜，在職業病的認定上常引發爭議。然而，PTSD是少數在精神疾病分類中明確建立與特定壓力事故關聯的精神疾病，惟仍需注意不同的診斷系統中(如ICD-10及DSM-5)，當中對於PTSD的創傷事件定義及出現之精神症狀仍有不同。在DSM-5中，職業相關的創傷事件必須是「真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力」，在ICD-10中，則較為寬泛的認為創傷事件是：「遭遇極具威脅性或災難性的壓力事件或情況(無論是短期或長期)，這可能會給幾乎所有人帶來普遍的痛苦。」部分職災或交通事故病人雖不符合PTSD診斷，但仍出現憂鬱、焦慮、退縮或社會功能低落等問題，其精神困擾可能與長期復健、訴訟壓力、工作失能及家庭互動惡化有關。對於這類創傷後繼發性心理困擾個案，若缺乏職場支持，常加重心理負荷。原則上，疾病症狀在創傷事件發生後數週至數個月內(較少超過6個月)出現。若為延遲發病(創傷後至少6個月才符合全部診斷準則)，則需在6個月內已出現部分典型症狀。對於延遲發病類型，要確診勢必得更謹慎探查指標事件至發病期間其他可能影響之因子。個案中即有通勤車禍者因長期復健未癒，診斷為慢性PTSD。另有腦傷導致失語症者，因雇主不當對待而罹患憂鬱症；此外國際間對職災後精神病的認定標準不一，加拿大不予補償，澳洲則鼓勵家庭醫師(General Practitioners, GPs)注意此類病程。比較也發現，警察、消防員、急救人員等職業的PTSD發生機率較高，採用推定原則簡化高風險職業病認定，符合國際趨勢。

### 二、精神科診斷的複雜性與共病現象

診斷需由精神科醫師追蹤治療6個月，且至少有6次門診後，出具註明ICD-10診斷碼的診斷證明。實務上大多數的職業精神疾病認定案件集中於F3(情感性精神障礙)與F4(壓力相關障礙症)；相較之下，F2(思覺失調、思覺失調樣及妄想性障礙症)的案件則較為罕見，也需要更審慎評估。發病前一年內，若存在可能導致此次發病的精神病史、明顯家族病史或成癮物質濫用者，原則上將被排除。精神疾病診斷常隨時間與觀察深入而改變，尤其急性期如急性壓力症(acute stress disorder)、PTSD或適應障礙症，可能在病程中共病或轉變為憂鬱症(depressive disorder)、焦慮症(anxiety disorders)、解離性障礙症(dissociative disorders)或物質使用障礙症(substance use disorder)，這提醒我們在評估時需採取整體視角。若病人過去有相同診斷，但經積極治療後已超過一年無症狀，之後再發病者，可視為新案處理。因此對於已有精神病史者，需釐清其精神疾病是否由工作壓力引起，或原病史影響工作表現。認定指引雖允許「一年未發病」者視為無病史，但如何界定「穩定」仍需精神科專業判斷，建議以生活、社會與工作功能為準。此外我們也觀察到歷年來此類職災求診勞工中有自殺意念或行為(attempts)比例高達三至四成，顯示潛藏的精神危機，需及早辨識與介入。醫療人員及職場人員皆應參與自殺守門員訓練，並適時經由通報系統建立全面性自殺預防網絡，提供理解與關懷，降低自殺風險。

### 三、工作壓力來源與職場適應問題

勞工壓力可能來自人力不足、職務不適、升遷過快等因素。指引中「極度的長時間勞動」是指發病前1個月內加班時數超過約160小時，或若發病日前2個月內平均1個月從事約120小時以上的加班，且該業務內容通常需該程度的勞動時間，則心理壓力綜合評估為「強」。個案中有因公司人力吃緊導致員工長期加班，最終罹患憂鬱症即屬是，公務機構亦有類似案例，顯示此問題跨公私立產業存在。另有員工因升任主管後角色劇變，出現適應障礙。另主管若採高壓管理、言語辱罵或侵犯隱私，可能構成職場霸凌。此外也

有網路騷擾與性騷擾個案，可能導致焦慮、憂鬱與適應障礙。近期文獻報導年輕族群網路霸凌受害者心理困擾勝算比高達12倍<sup>(7)</sup>。診斷醫師臨床上需辨識症狀與事件關聯性，並協助個案報警或尋求法律申訴等資源。

雇主若要求員工偽造資料、使用績效改善計劃(Performance Improvement Plan)制度逼退員工，可能造成精神傷害。部分個案因壓力過大而求助門診，甚至涉及法律糾紛。勞工若能提供錄音及相關證據，有助認定，但通常需勞工整理成文字再由職醫比對認定指引。此外不僅考慮事件本身，工作相關心理壓力也需評估「事件後的狀況」，比如公司是否在勞工精神疾患之後提供支援、協助工作調整等。雇主任作出的人事管理決定，如：解僱、懲處、升遷調動、工作量分配或績效評估等在加拿大(如英屬哥倫比亞省)排除在可補償範圍之外，但在東亞國家，公司因人事管理決定所造成的勞工心理壓力仍可納入工作壓力源。

#### 四、職業精神疾病認定制度之挑戰與改革建議

我國認定制度以專家評估為核心，但申請流程主要由勞工端主動發起，勞工懷疑罹患職業性精神疾病後，尋求精神科醫師進行診斷或轉介至職業醫學科醫師，由其評估工作因果關係並開立「職業病評估報告書」。指引雖有壓力事件等級劃分，但仍缺乏強制通報與調查體系，指引建議進行客觀評估，並需廣泛收集暴露證據，如：工作時間表、工作項目、工作量、工作難易度，壓力事件詳情：包括事件的種類、時間、強度及事後狀況。除了當事人陳述，還應收集來自上司、同事、部下、家人及朋友的資訊各類書面或電子資料等，必要時可至工作場所錄影，記錄工作環

### 疑似職業病就診服務流程簡圖

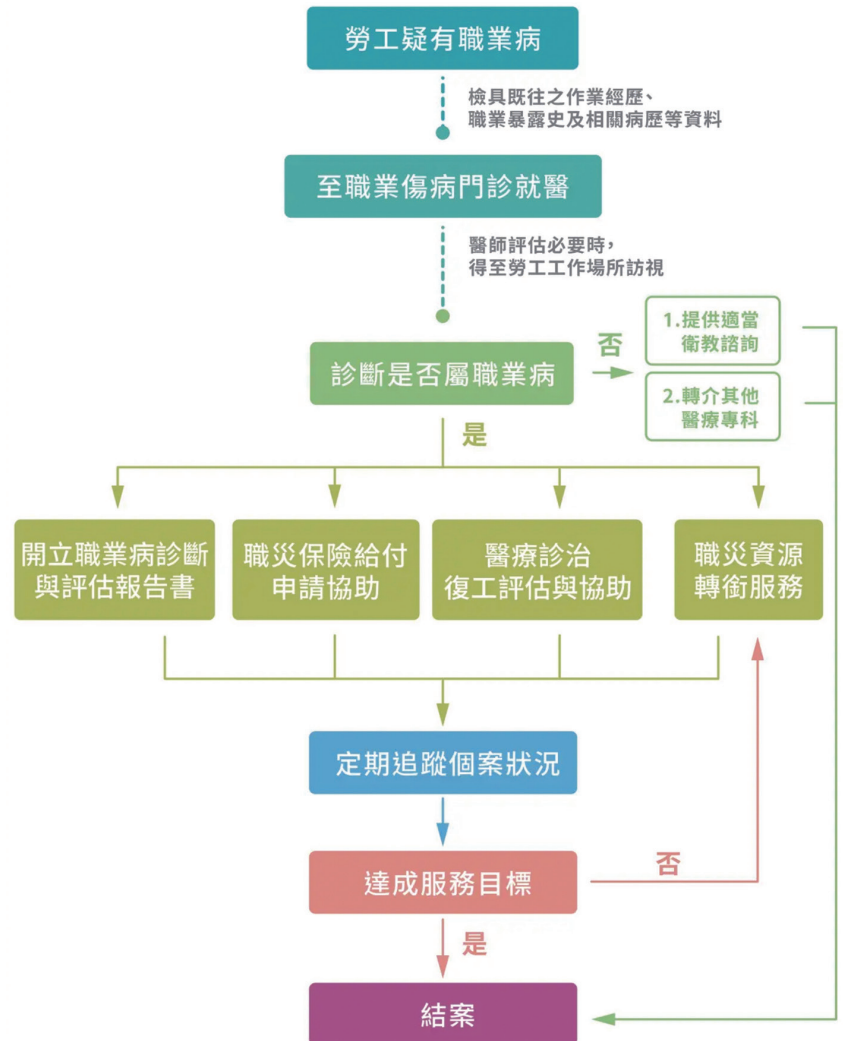


圖1 疑似職業病就診服務流程簡圖(摘自：勞動部職業安全衛生署)。

境與實際情況。然而上述規定增加勞工舉證困難，醫師也常面臨實務困境，包含無法獲得雇主所提供客觀資訊亦無合法調查權的職業醫學科醫師，卻要負擔開立客觀職業病認定報告的責任，可能導致認定精神性職業病趨於保守；再者若有法律訴訟介入，尤其事實晦暗不明有待司法端釐清，基礎事實的不同可能影響職業病的認定，也可能造成醫病關係緊張。醫師開立「職業病評估報告書」，勞工持診斷證明與評估報告書，向勞工保險局提出理賠申請，勞保局進行職業病審核(圖1)。然而實況是，評估報告書開立後，勞工未必提出申請，造成資源浪費，且個案也常失去

追蹤。因此也應思考如何強化雇主與醫療機構在職業精神疾病發生初期的通報責任，建議參考加拿大、澳洲制度，建立三方(雇主、勞工、醫師)通報機制來管理。

要更有效地應對職業精神疾病的挑戰，我們需要從以下四個層面持續努力：

1. 診治面：要持續強化跨領域團隊合作，包括心理師、職能治療師、社工師、個案管理師、廠醫護等等專業皆為重要合作對象。且無論個案最終是否被認定為職業病，他們都有回復職場的需求與壓力，醫療團隊應積極協助其解決復工相關議題，我國勞動部及衛生福利部亦有免費勞工心理諮商與青壯年心理諮詢專案，需持續引介推廣。
2. 政策面：現行的職業病評估報告書，對於個案後續的復工狀況與原職場環境的改善，實質效益有限。建議參考日韓做法，由公權力適時介入調查與認定，例如授權專責醫院進行現場調查，以提升評估的客觀性與效力。
3. 組織面：應強化企業中臨場健康服務專業人員(如職護、職醫)的角色，使其成為職場心理健康的第一道防線。其職責應包括：主動監測工作環境以識別潛在風險、向企業提供改善工作條件的專業建議，並對雇主與員工進行教育，提升對工作壓力危害的預防意識。
4. 社會面：要促進跨領域的對話與反思，從更宏觀的視角探討職場心理健康議題。

## 結語

職業精神疾病的診斷與認定需仰賴臨床判斷與制度設計，我們建議由精神科與職業醫學科共同評估，確保診斷客觀性及照護持續性。若無法由同院醫師評估，政府應協助建立相互轉介服務機制。企業應落實職場不法侵害預防指引，包括危害辨識、人力調整、行為規範、溝通訓練與事件處理程序。希望筆者所述的診治經驗能提供醫療同仁參考，期望促進臨床判斷、跨科合作。職場心理健康不僅是個人福祉，更是企業永續與社會責任的核心。唯有建立安全、支持與回應的職場環境，才能培育穩定且具韌性的勞動力。也期盼透過臨床實務與制度改革，推動職業精神疾病

的早期辨識、有效介入與公平認定。

## 參考文獻

1. Exclusive Data: Employees Staying Silent on Mental Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>. accessed 2025/10/27.
2. LaMontagne AD, Åberg M, Blomqvist S, et al.: Work-related suicide: Evolving understandings of etiology & intervention. *Am J Ind Med* 2024; 67: 679-695.
3. Park DY: Occupational disease statistics in Korea. 2025職業衛生暨職業醫學國際學術研討會，台灣台南。
4. 令和4年度 我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況(案)厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001522175.pdf>. accessed 2025/10/27.
5. Chin WS, Shiao JS, Liao SC, et al.: Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 267: 507-516.
6. Du CL, Xu YJ, Zeng CC, et al.: Psychiatric symptom evaluation and consultation in occupational medicine clinics. *Chin J Ind Hyg Occup Dis* 2015; 33: 592-594.
7. Wang Y, Cai J, Wang C, et al.: The prevalence and association of traditional bullying and cyber bullying with mental health among adolescent and youth students in China: A study after the lifting of COVID-19 restrictions. *BMC Public Health* 2025; 25: 618.