



常見職場精神疾病的防治與保護

中國醫學大學附設醫院 精神醫學部 成癮防治科主任

中國醫學大學附設醫院 精神醫學部病房主任

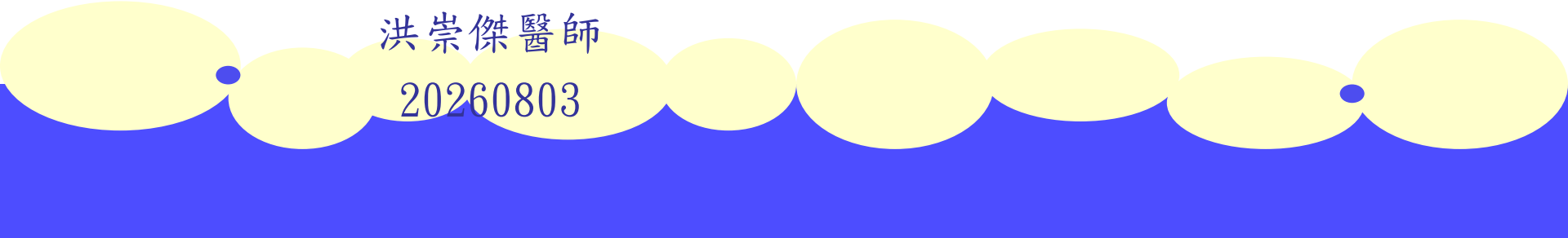
中國醫藥大學 臨床醫學研究所 醫學博士

國立中正大學 法律研究所 法學博士候選人

1

洪崇傑醫師

20260803



近來政府部門、私人公司職場霸凌事件頻浮出檯面

勞動部依法懲處北分署事件相關人員，並將謝分署長移送監察院及新北市地檢署依法懲戒及偵辦！

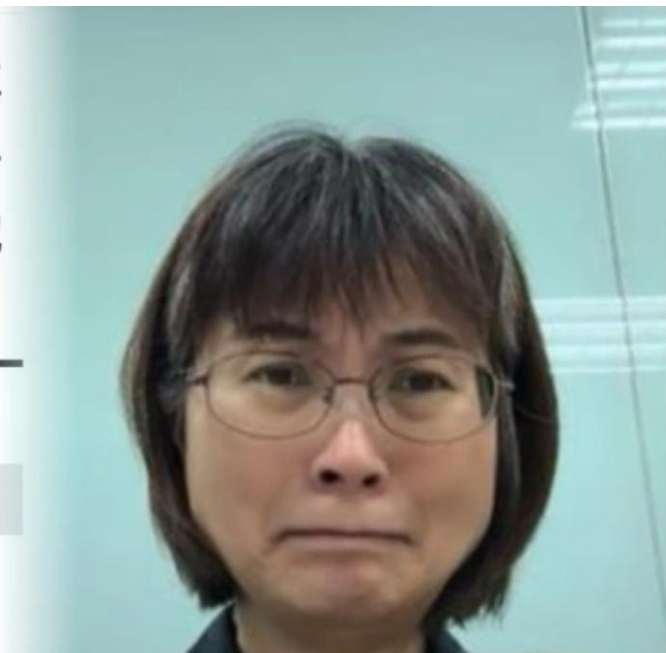


回上一頁

友善列印

轉寄友人

• 更新日期:2024-11-22



2026年7月1日 職安法新增「職場霸凌防治專章」

霸凌定義

1. **發生執行職務過程**：涵蓋辦公室，也包含出差、外勤、遠距工作的場合。與工作無關的私人衝突，難以認定為職場霸凌。
2. **行為人為同一事業單位內部人員**：霸凌者與被霸凌者屬於同一單位，其中一方利用職權之便。值得注意的是，不限於主管對下屬，平級同事之間、甚至下屬對主管，只要符合條件都可能成立。
3. **行為逾越業務上的合理範圍**：主管要求績效達標、糾正錯誤、交付有挑戰性的任務，都屬於正當管理；但設定明顯不可能達成的目標、針對特定人的人格貶低，就可能越線。
4. **具有反覆或持續性**：該行為有重複發生，輕微、偶發的摩擦難以認定為霸凌。但若情節重大，例如當眾嚴重羞辱，單次也可能成立。
5. **導致當事人身心受創**：行為對當事人造成焦慮、憂鬱、失眠等身心上的不良影響。

和心理狀態
精神疾病攸關

話說神經衰弱和自律神經失調

在現今精神醫學的疾病診斷中找不到神經衰弱和自律神經失調，只是一般人經常在說，醫師止在提，連開業的精神科診所在招牌和宣傳中常見是主治的項目。

其實一個是十九世紀末和廿世紀初期所曾經使用的名詞(neuroasthenia)，約到1930年代後就被拿掉了。另一個是神經醫學的名稱(ANS dysfunction)，大多數人却誤以為是精神疾病，後者大部份常見是交感神經系統的短期亢奮。在目前美國精神醫學會(APA)出版的精神疾病診斷與統計手冊的舊版(DSM-IV)和最新版的第五版(DSM-5)中都沒有這兩個診斷。

自律神經失調

常見的是交感神經(油門)的亢奮，少見副交感神經(剎車)的亢奮。

一般的症狀為：睡眠障礙、心血管系統的血壓上昇和心悸及胸悶、慢性疼痛、疲憊、缺乏精力、腸胃系統的腹脹和疼痛、免疫系統的問題、泌尿系統的症狀、其他(如：口乾、盜汗、鼻塞、過敏)、精神症狀的沮喪和焦慮及壓力...等。

處置的方法如：適當的運動及生活作息、調整飲食、培養良好的睡眠習慣、冥想、學習放鬆，有必要時使用藥物如antidepressants。



焦慮症

Anxiety Disorders

前言

- 焦慮症/焦慮性疾患屬於輕型精神疾病 (minor mental disorder) 以及精神官能症(Neurosis)，是最普遍常見的精神疾病。
- 焦慮(anxiety)是過度擔憂未來(預期)發生的問題，相對地，害怕(fear)是對於立即危險的一種反應。兩者都涉及交感神經的激發，兩者中又以害怕的激發程度較高。
- 適度的焦慮與害怕有助於適應環境，但在某些焦慮症中，其害怕的系統似乎是錯誤擊發，讓人在環境不危險的時候卻感到害怕。

五種主要的焦慮症

- 特定畏懼症 Specific Phobia
- 社交焦慮症 Social Anxiety Disorder
- 恐慌症 Panic Disorder
- 特定場所畏懼症 Agoraphobia
- 廣泛性焦慮症 Generalized Anxiety Disorder, GAD

DSM-IV-TR診斷

焦慮疾患

特定對象畏懼症

社交畏懼症

恐慌症(伴隨或未伴隨特定場所畏懼症)

廣泛性焦慮症

強迫症

急性壓力症

創傷後壓力症

DSM-5診斷

焦慮症

特定畏懼症

社交焦慮症

恐慌症

特定場所畏懼症

廣泛焦慮症

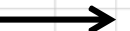
強迫症及相關障礙症

強迫症

創傷及壓力相關障礙症

急性壓力症

創傷後壓力症



- 各種焦慮症在定義上都有重疊之處，他們都一樣有過高的或經常性的焦慮。除了廣泛性焦慮症，本章所有討論到的焦慮症都有不尋常強烈害怕的傾向。各個焦慮症都必須符合下列DSM-5訂定的三項準則。
 - ✓ 症狀一定會干擾重要生活領域，或是引發顯著苦惱。
 - ✓ 症狀並非藥物或一般醫學狀況引發的。
 - ✓ 診斷此類焦慮症的害怕和焦慮，可以明確地與另一類焦慮症區分。



社交焦慮症

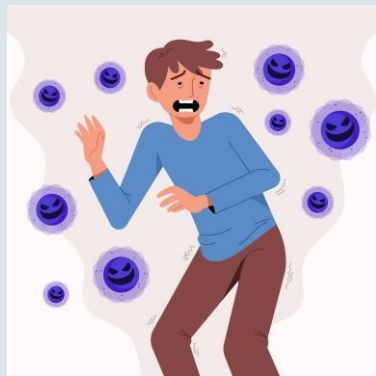
Social Anxiety Disorder

害怕受陌生人檢視的社交情境



- 持續性的、不切實際的顯著害怕或焦慮受到陌生人檢視的社交情境(甚至或許只是暴露在陌生人群中)。
- 通常害怕的是，自己會過度臉紅或流汗、公開演說或表演、在公共場所吃東西、上公共廁所或從事有他人在場的任何活動。

逃避會露出焦慮訊號的情境



- 通常會逃避可能讓自己遭受評價、會露出焦慮訊號或表現出丟臉行為的情境。

社交焦慮症 DSM-5診斷準則

- 暴露在別人可能會評價的一個或多個情境時，此情境引發的害怕或焦慮是顯著的，並且其害怕或焦慮相較於該社交情境及社會文化脈絡是不成比例的。
- 暴露在引發害怕或焦慮的情境時，就會導致強烈焦慮別人的負向評價。
- 迴避引發害怕或焦慮的情境，不然就在強烈的焦慮或害怕下忍受此情境。
- 症狀持續時間至少**六個月**。

社交焦慮症臨床病程

社交焦慮症臨床通常發病於兒童期或青少年期。

症狀好好壞壞，有時病患能掩飾部份的狀況。

社交焦慮症盛行率

社交焦慮症在一般人口中的盛行率為2%，終生盛行率 為10%。

較常見於女性，也有的說法為男、女性的比率相當。

社交焦慮症的共病

至少有三分之一的社交焦慮症個案也同時符合DSM-5 的畏避型人格障礙症的診斷準則(兩種診斷有很多重疊 的症狀，但是畏避型人格障礙症是種比較嚴重的障礙症)。

鬱症

酒癮

特定場所畏懼症

病因

社交焦慮症

行為因子：人們可能有某類型的負向社交經驗，受古典制約而害怕類似情境，透過操作制約，這種迴避行為就會持續，因為迴避可減少此人的害怕經驗。

認知因子：過度聚焦在負向自我評價、內在感覺，形成不合理的負向信念，這些信念與他們過去社交行為的後果有關。

社交焦慮症心理治療

- 認知-行為療法：
- 運用暴露療法搭配認知重建（cognitive restructuring），協助患者檢視內在負面而扭曲的自動化思想。
- 在治療中，案主會被指派一些練習，練習操控自己的注意力焦點（內在vs.外在），並接受錄影的回饋，以協助矯正自己扭曲的自我形象。

社交焦慮症藥物治療

- 最具效果且廣泛使用的藥物是抗憂鬱劑（包括單胺氧化酶抑制劑和選擇性血清素再回收抑制劑）
- 藥物需要長期服用，才能確保不至於復發，因此認知行為治療法會比起藥物的預後更佳。



恐慌症

panic disorder

恐慌發作(panic attack)

- 一種突發性的極度憂慮、驚嚇、有一種厄運即將到來的感覺，伴隨著至少其他四種症狀。恐慌發作的生理症狀包括：呼吸困難、心悸、噁心、胃不舒服、胸痛、噎住與窒息感、頭暈、輕微頭痛、流汗、發冷、發熱及發抖等症狀。



恐慌發作可能出現的其他症狀



- 失自我感(depersionalization；一種靈魂出竅的感覺)。
- 失現實感(derealization；一種覺得世界不真實的感覺)，以及害怕失控、發瘋、甚至死亡。恐慌發作時，會極度想從自己身處的情境中逃脫，症狀來得極快，數分鐘內可達顛峰狀態。

恐慌症 DSM-5診斷準則

- 無線索的恐慌發作一再出現。
- 至少為期**一個月**，擔憂可能有更多恐慌發作。擔憂恐慌發作的後果(如，發瘋)，或是恐慌發作而行為上出現一些不適應的變化(如，迴避不熟悉的情境)。

恐慌症盛行率

- 超過25%的美國人陳述其一生中至少經歷過一次恐慌發作，
3-5%的美國人在過去一年中曾出現恐慌發作，然而，上述這些人發展成恐慌症的可能性並不 高。

恐慌症的共病

另一種焦慮症

物質使用障礙症

鬱症

人格障礙症

病因

恐慌症

神經生物學因子：恐懼迴路當中的藍斑是正腎上腺素的發源地，當正腎上腺素湧出時，相關的交感神經系統活動就會使心跳加速及其他身心反應也會變快，激發fight or flight反應。

病因

恐慌症

行為因子：古典制約，是透過引發焦慮的情境或激發的內部身體感覺所引發之古典制約反應。若因身體感受而產生恐慌發作，被命名為內在體感制約（interoceptive conditioning）。

病因

恐慌症

認知因子：當一個人將身體的改變，解讀為即將到來的毀滅徵兆，就會形成恐慌發作。

許多研究者會使用焦慮敏感度指標（Anxiety Sensitivity）來測量人們對身體感覺的害怕程度。

恐慌症心理治療

- 認知-行為療法：
 - 暴露療法
 - 恐慌控制治療法（panic control therapy, PCT）。治療師會運用暴露技巧營造恐慌情境，要求患者練習一些技巧，刻意引發有關恐慌的感覺（例如呼吸急速、心跳加快、口乾、暈眩）。
- 由於患者是在安全的情況下經歷這些症狀，他就能學會不再把內在身體感覺是為失控的信號。

恐慌症心理治療

- 恐慌症的暴露療法中引發身體症狀的技巧：

技巧	身體感覺
快速呼吸90秒	呼吸短促、不真實的感覺
試著連續快速吞嚥五次	喉嚨緊繃、如鯁在喉
原地跑步	胸部緊繃、呼吸短促
旋轉椅子	暈眩

資料來源：Abramowitz & Braddock (2008)

恐慌症藥物治療

- 在於治療急性、強烈恐慌症時，可以運用抗焦慮藥物苯二氮平類藥物（benzodiazepines），例如贊安諾（Xanax）、clonazepam（Klonopin）。但這類藥物有昏昏欲睡、鎮靜等副作用，亦可能會成癮，因此這類藥物不被列為是治療首選。
- 除了急性恐慌，目前常用的是抗鬱劑SSRI，相較於抗焦慮藥物的風險較低，搭配認知行為治療法輔助，比起指使用藥物治療者，復發率降低。
- 現今也在研發D-環絲胺酸（D-cycloserine, DCS）搭配CBT，可以增進治療速度。

廣泛性焦慮症

Generalized Anxiety Disorder, GAD

無法控制的持續擔憂



- 其核心特徵是擔憂(worry)，擔憂指的是，在認知上容易一直想著一個問題、遲遲無法放下。大多數人有時也會擔憂，但廣泛性焦慮症個案的擔憂是過度、無法控制、且長期持續的。
- 如果擔憂是聚焦在特定的標的，就不能診斷為廣泛性焦慮症，廣泛性焦慮症個案擔憂的事和多數人類似，他們擔憂人際關係、健康、經濟狀況及日常瑣事。只不過他們過度且持續的擔憂干擾其日常生活。

廣泛性焦慮症 DSM-5診斷準則

- 過度焦慮或擔憂的時間至少六個月，並且是擔憂許多事件或活動(諸如工作 或課業)。
- 個人發現自己很難掌控擔憂。
- 焦慮及擔憂有關的症狀包括下列至少三個：煩躁不安或激動焦躁、很容易疲勞、很難集中注意力或是腦中一片空白、易怒、肌肉緊繃、睡眠障礙。

廣泛性焦慮症臨床病程

- 廣泛性焦慮症通常發病於兒童期，但是也可能發病於成人期。

廣泛性焦慮症盛行率

- 在一般人口中約為5%的盛行率。
- 女略多於男，約三比二，兒童也可能發生，多擔心 自己的勝任能力。

廣泛性焦慮症的共病

其症狀會終日困擾病人，延續長時間，會慢性化，症狀在遇到壓力狀況時會更惡化。

長期下來往往導致憂鬱症。

另一種焦慮症

人格障礙症

物質使用障礙症

病因

廣泛性焦慮症

認知因子：這類型的患者傾向於以擔憂來迴避比擔憂還要強烈的不愉快情緒。但迴避的後果，並沒有讓隱藏於意象之下的焦慮消失。

→相較於其他焦慮症，此類患者更可能經歷鬱症發作。

廣泛性焦慮症心理治療

- 採認知行為治療法，結合行為技術（例如肌肉放鬆訓練）和認知重建技術（針對GAD相關扭曲的認知，並降低對輕微事件的災難化思考）。

廣泛性焦慮症藥物治療

一些**抗憂鬱劑**像是速悅持續性藥效膠囊 Venlafaxine, 千憂解膠囊 duloxetine或是SSRIs, **抗焦慮劑**像是丁螺環酮 buspirone, 苯二氮平類藥物benzodiazepines (BZDs)。

某些家醫試圖要緩解患者的心神不寧或焦慮, 或是緩解他們各種功能上的 (心因性的) 身體困擾。

整理：焦慮症共通心理治療

01

暴露(exposure)
洪水法(flooding)

02

虛擬實境
(virtual reality)

03

正念靜坐

04

情緒接受程度
提升技巧

05

接受與承諾治療
(ACT)

整理：焦慮症共通藥物治療

抗憂鬱劑

tricyclic antidepressants
(三環類抗憂鬱劑)

SSRIs

SNRI

抗焦慮劑

benzodiazepines
(苯二氮平類藥物)：

促進學習藥物

(配合心理治療使用)

D-環絲胺酸 (D-cycloserine, DCS)

抗憂鬱劑的副作用較苯二氮平藥物還來的少，但是多半的人會因坐立不安、體重增加、心跳加速及高血壓等副作用而停用三環類抗憂鬱劑。也會因焦躁不安、失眠、頭痛，性功能變差而停用SSRIs。

整理：焦慮症共通藥物治療

抗憂鬱劑

tricyclic antidepressants
(三環抗憂鬱劑)

SSRIs

SNRIs

抗焦慮劑

benzodiazepines
(苯二氮平類藥物)：

促進學習藥物

(配合心理治療使用)

D-環絲胺酸 (D-
cycloserine, DCS)

適用於急性焦慮症。比抗憂鬱劑更有效，但可能帶來成癮，停用時會出嚴重的戒斷症狀。對於認知和動作方面產生副作用，例如記憶損害及開車出現困難。

共同危險因子

恐懼制約

01

02

遺傳

神經生物學因子：
恐懼迴路與神經傳導物質

03

04

人格：
行為抑制與神經質

認知因子：
持續與未來的負向信念、
覺察到缺乏控制力、
與注意力集中在威脅的線索

05

06

性別與社會文化

莫瑞爾雙因素模式

第一階段

在嫌惡刺激(UCS)與中性刺激(CS)配對後，個人學會怕他原本不怕的中性刺激(CS)。

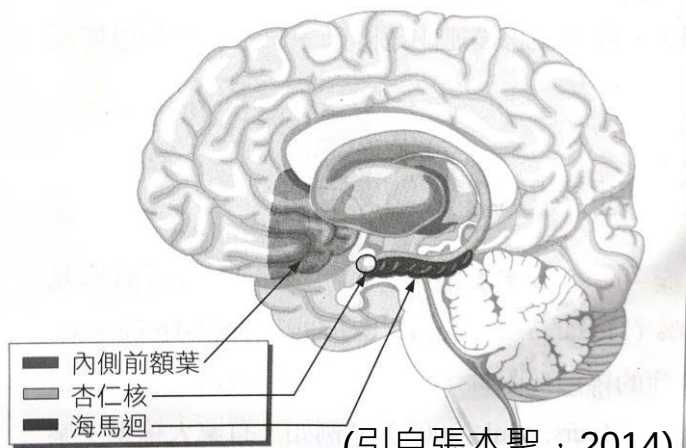
- 上述制約能由幾種方式產生，1.直接體驗。2.模仿，即看見刺激引發另一人的害怕。3.口語指示，例如家長警告小孩狗是危險的。
- 焦慮症個案容易經由古典制約發展出害怕，且一旦形成害怕，削弱就很慢。

第二階段

個人經由避開此中性刺激(CS)以緩解對它的害怕，此迴避反應可以減少害怕而得到增強。

恐懼迴路(fear circuit)

- 恐懼迴路容易在人感到焦慮或害怕時活化，杏仁核會發送信號給恐懼迴路中多種大腦結構，焦慮症個案看見恐懼刺激時杏仁核特別容易活化。
- 內側前額葉(medial prefrontal cortex)能調節杏仁核活動，它能消除害怕、運用情緒調節策略來掌控情緒。
- 焦慮症個案的內側前額葉與杏仁核之間連結可能有缺陷，而干擾焦慮的削弱與調節能力。



(引自張本聖，2014)

神經傳導物質

焦慮症似乎與神經傳導物質功能有關：

- 血清素系統的功能不佳。
- 正腎上腺素濃度超過正常值。
- 伽瑪氨基丁酸(GABA)功能不佳。

行為抑制(behavioral inhibition)

一種嬰兒在面對新玩具、陌生人、或其他新刺激時，會變得易怒和哭泣的傾向，出現行為抑制的嬰兒在未來更容易發展出焦慮症狀，特別是社交焦慮症。



(引自張本聖，2014)

神經質(neuroticism)

一種人格特質，其定義為，喜歡用比一般人強烈的負向情緒回應事物的傾向，此傾向是焦慮症的預測因子。

持續與未來有關的負向信念

- 焦慮症個案經常相信不好的事情將發生，例如，恐慌症的人相信，當他們心臟怦怦跳時，他們就會死掉。社交焦慮症的人相信如果自己臉紅就會受到排斥。
- 但是，當熬過一百次恐慌發作還健在，為何如此信念不會逐漸消失？
→ 例如，恐慌症個案害怕自己心跳太快而死亡，就會在覺得心悸時停止所有體能活動。因此，安全行為可能讓他們保持過度負向的認知。

覺察到缺乏控制力

兒童時期經歷創傷事件、懲罰型與限制型的撫養方式、被虐待都可能造成「生命是無法控制的」觀點的形成。

經歷生命控制感受到嚴重威脅的事件後，容易發展成焦慮症。

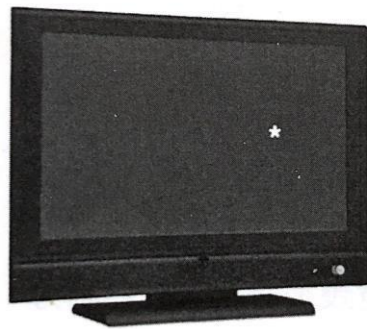
注意力集中在威脅的線索

- 焦慮症個案容易把注意力放在環境中的負向線索。一系列實驗型研究顯示，使用點偵測作業訓練參與者去注意有威脅的字詞，結束後，這些參與者比控制組有更高的焦慮。相反地，被訓練去注意正向字詞的參與者，訓練後的焦慮程度下降。

第一個螢幕



第二個螢幕



(引自張本聖，2014)

性別

女性罹患焦慮症的比率約至少是男性的兩倍。可能原因是：

- 女性可能比較容易講出自己的症狀
- 男性多半在相信自己有掌控權的環境下撫養長大。
- 男性面對害怕的社會壓力可能比女性更大。

社會文化

- 焦慮症的重點症狀、害怕的事物可能隨文化而有不同。
- 如：日本的「對人畏懼症」包括害怕觸怒別人、讓別人受窘、直接眼神接觸、臉紅、有體味、有身體殘缺等。與傳統日本文化有關 - 鼓勵極度關切他人感受，且不鼓勵直接談論自我感受。

情緒障礙症 - 鬱症

DSM-IV-TR診斷

重鬱症，單次發作

重鬱症，重複發作

重鬱症，慢性特質

低落情感症

憂鬱症

DSM-5診斷

鬱症，單次發作

鬱症，重複發作

持續性憂鬱症(輕鬱症)

DSM-5新的診斷

經期前情緒低落症

侵擾性情緒失調症

雙相情緒障礙症

雙極症第一型

雙極症第二型

循環性情感症

第一型雙相情緒障礙症

第二型雙相情緒障礙症

循環型情緒障礙症

鬱症及雙相情緒障礙症的神經生物假說摘要表

神經生物假說	鬱症	雙相情緒障礙症
遺傳的貢獻	中度	高度
血清素及多巴胺受器的功能失調	有	有
皮質醇失調	有	有
腦中情緒相關區域的活化改變	有	有
紋狀體活動增加	沒有	(躁症發作時)有
細胞膜及受器的改變	沒有	有

情感障礙症(mood disorder)的治療

疾患	最有效的治療	初期治療的 平均時間(週)	治療進步的 百分比(%)
憂鬱症	認知或人際關係治療	20	60
	抗憂鬱劑	20	60
	電痙攣治療(ECT)	2	60
輕鬱症	認知或人際關係治療	20	60
	抗憂鬱劑	20	60
第一型雙極性疾患	情緒穩定劑	不確定	60
第二型雙極性疾患	情緒穩定劑	不確定	60
循環型情感障礙症	人際關係治療或 情緒穩定劑	20到不確定	不清楚



創傷及壓力 相關障礙症

Trauma- and Stressor-related Disorders

創傷及壓力相關障礙症

- 反應性依附障礙症 Relative attachment disorder
- 失抑制社會交往症 Disinhibited social engagement disorder
- 創傷後壓力症 Posttraumatic stress disorder
- 急性壓力症 Acute stress disorder
- 適應障礙症 Adjustment disorders
- 其他特定的創傷和壓力相關障礙症
Other specified trauma- and stressor-related disorder
- 非特定的創傷和壓力相關障礙症
Unspecified trauma- and stressor-related disorder

創傷後壓力症

Posttraumatic stress disorder

世界上最糟糕的一瞬間
就進入你的大腦，
你卻要付出餘生去理解它。

《凝視創傷》

PTSD臨床徵候

個人經驗創傷事件→誘發嚴重心理症狀

天災

海嘯、地震、龍捲風、山崩、
雪崩、水災、火山爆發

人禍

戰爭、強暴、車禍、火災、空難

闖入性的再度經驗創傷事件



反覆地再度經歷創傷事件——
經由惡夢、侵入性意象，
以及對提醒之物的生理反應性。

迴避與此創傷事件相關的刺激物



試圖迴避去想這個事件、
迴避所有會喚起創傷事件的事物。

認知和情緒上的負面改變



包括感到疏離的症狀，
以及像是羞愧或憤怒的負面情緒狀態，
或是扭曲地責怪自己或他人。

警覺度或反應性升高的症狀



通常會覺得環境是危險的，
過度警戒、當驚嚇時過度反應、攻擊行為，
以及不顧後果的行為。

PTSD診斷準則的轉變

DSM-III



DSM-IV

- 1980年代納入：越戰退伍軍人
- 診斷準則→ 重點放在壓力源的性質
超出平常人類經驗範圍 + 引起重大的苦惱症狀
- PTSD被視為對「異常」壓力源的「正常」反應

- 可被診斷PTSD的經驗範圍拓寬，符合條件的事件：
 1. 獲知親密朋友或親人的死亡 (突然而不可預測的)
 2. 被診斷出有生命威脅的重大疾病
 3. 獲知他人經歷的創傷事件
- 要求當事人反應涉及「強烈恐懼、無助或驚慌」
→ 重視受害者的經驗
- PTSD被視為對極端形式的病態(pathological)反應

PTSD診斷準則的轉變

DSM-5

- 診斷準則被緊縮
 1. 當事人直接經歷、目睹(親身)創傷事件
 2. 保留「經由獲知另一個人的死亡而經歷創傷」
 - ↓
親密朋友、親戚
 - ↓
暴力、意外
 3. 撤除當事人以特定方式反應
→與事件本身反應混淆、女性較容易獲得此診斷
 4. 透過電腦、電視螢幕上觀看創傷事件
→不能被診斷為PTSD

創傷後壓力症(PTSD) DSM-5診斷準則

以下的診斷準則適用於成人、青少年和6歲以上的兒童

A. 暴露於真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力，以下列一種(或更多的)形式：

1. **直接經歷**這(些)創傷事件。
2. **親身目擊**這(些)事件發生在別人身上
3. 知道這(些)事件發生在一位親密的親戚或朋友身上；
如果是真正的或具威脅性的死亡，這(些)事件必須是暴力或意外的。
4. 重複經歷或大量暴露在令人反感(aversive)的創傷事件細節中
(例：第一線搶救人員收集身體殘塊；警察一再暴露於虐童細節下)。

註 準則A4不適用於透過電子媒體、電視、電影或圖片的暴露，

除非是工作相關的暴露。

創傷後壓力症(PTSD) DSM-5診斷準則

B. 出現下列一項(或更多)與創傷事件有關的**侵入性**症狀，始於創傷事件後：

1. 對於創傷事件的反覆、不自主及侵入性之令人苦惱的回憶。

註 在六歲以上兒童身上，可能會在遊戲中重複表達創傷主題

2. 反覆出現惱人的夢境，夢的內容及/或情感與創傷事件相關。

註 在兒童身上，可能是無法辨識內容、嚇人的惡夢。

3. 出現解離反應(例如：回憶重現[flashback])，個案的感受或舉動好像創傷事件再度發生。(這些反應可能可以各種不同的程度出現，最極端的症狀是完全失去對現場周圍環境的覺察。)

註 在兒童身上，針對創傷的重演可能發生在遊戲中。

4. 當接觸到內在或外在象徵或與創傷事件相似的暗示，產生強烈或延長的心理苦惱。

5. 對於內在或外在象徵或與創傷事件相似的暗示時，會產生明顯生理反應。

創傷後壓力症(PTSD) DSM-5診斷準則

- C. **持續逃避**創傷事件相關的刺激(始於創傷事件後)，顯示出下列一項以上的逃避行為：
1. 避開或努力逃避與創傷事件相關的痛苦記憶、思緒或感覺。
 2. 避開或努力逃避引發與創傷事件密切相關的痛苦記憶、思緒、或感覺的外在提醒物(人物、地方、對話、活動、物件、場合)

創傷後壓力症(PTSD) DSM-5診斷準則

D. 與創傷事件相關之認知上和情緒上的負面改變，

始於或惡化於創傷事件之後，顯現出下列兩項(或以上)的特徵：

1. 無法記得創傷事件的重要情節

(典型上是因為解離性失憶，而非因頭部受傷、酒精或藥物等其他因素所致)。

2. 對於自己、他人或世界持續且誇大的負面信念或期許 (例：「我壞透了」、「沒有人可以信任」、「這世界非常危險」、「我整個神經系統都永久毀壞了」、)。

3. 對於創傷事件的起因和結果，抱持持續且扭曲的認知，導致個案責怪自己或他人。

4. 持續的負面情緒狀態-例如：恐懼、驚恐(horror)、憤怒、罪惡感或羞愧。

5. 對於重要活動的參與或興趣明顯降低。

6. 感到疏離(detachment)或疏遠(estrangement)於他人。

7. 持續地無法感受到正面情緒(例：無法感到快樂、滿足、或鐘愛的感覺)。

創傷後壓力症(PTSD) DSM-5診斷準則

E. 與創傷事件有關的警醒性(arousal)與反應性(reactivity)發生明顯的改變，始於或惡化於創傷事件後，顯現下列兩項(或以上)的特徵：

1. 暴躁行為無預兆地發怒(angry outbursts)(在很少或沒有誘發因素下)，典型地表現為對他人或物件的言語或肢體攻擊。
2. 不顧後果(reckless)或自殘行為。
3. 過度警戒(hypervigilance)。
4. 過度驚嚇反應(exaggerated startle response)。
5. 專注力問題。
6. 睡眠困擾(例如：入睡困難、難以維持睡眠、或睡眠不安穩)。

創傷後壓力症(PTSD) DSM-5診斷準則

- F. 症狀(準則B、C、D和E)持續超過一個月。
- G. 此困擾引起臨床上顯著苦惱，或在社交、職業或其他重要領域功能減損。
- H. 此困擾無法歸因於某一物質的生理效應(例：藥物或酒精)，
或無法歸之於另一種身體病況所致。

✓ 註明是否有：

解離症狀：個案症狀符合創傷後壓力症的診斷準則。

還有針對壓力源表現顯示出下列一項以上的持續反覆的症狀

1.失自我感depersonalization

持續或反覆經歷脫離本身的精神或身體，宛如是局外人

（例如好像在夢中；感受到自己或身體不太真實或時間移動緩慢）

2.失現實感

持續或反覆經歷對周遭環境喪失現實感

（例如覺得周遭的世界好像不真實，如作夢般、疏遠的，或扭曲的）

註 使用此亞型，解離症狀必須非因某物質的直接生理影響（如酒後意識短暫喪失[black out]，酒精中毒期間的行為）或另一身體病況所致（如複雜性局部癲癇發作[complex partial seizures]）

✓ 特別註明：

延遲發病with delayed expression：如果在創傷後至少六個月才符合全部的診斷準則（雖然有些症狀可能很快就發生及表現）

創傷後壓力症(PTSD) 臨床病程

- ✓ 任何年齡均可發病。
- ✓ 期間不定，約50%於三個月內症狀緩解。
- ✓ 大多數於事件發生後不久症狀就出現，也有少數延遲數月或數年才發病。
- ✓ 影響人際關係和情緒的控制，造成生存的罪惡感、自殺性行為、濫用/依賴物質。

盛行率

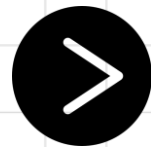
- NCS-R (the National Comorbidity Survey Replication)

美國PTSD的一生盛行率

6.8%



9.7%



3.6%

女性較容易暴露於一些性質的創傷，例如：強暴

盛行率

- PTSD盛行率估計值在不同研究中廣泛變動

創傷類型

起因於人類意圖的
創傷事件較可能引起

直接暴露程度

直接暴露於災難的成年人：30%-40%
拯救人員：5-10%

PTSD被定義的方式 如何評鑑

問卷 > 臨床訪談
• 誤解題目



遭受強暴的女性
在兩個星期內產生症狀 可以
被診斷為PTSD？

急性壓力症 Acute Stress Disorder

侵入性症狀

負面情緒

解離症狀

逃避症狀

警醒症狀

	急性壓力症 ASD	創傷後壓力症 PTSD
時間	三天 ~ 一個月	持續超過一個月

- 發展出急性壓力症，有偏高的風險繼續發展成PTSD
- 經歷症狀時，及早接受治療

適應障礙症 Adjustment Disorder

- 對一些常見的壓力源 (例：離婚、失業、所愛的人死亡)，造成臨床上顯著的行為症狀或情緒症狀
- 症狀必須在**壓力源發生的三個月內開始出現**
- 壓力源結束，或當事人學會適應該壓力源，症狀會減輕或消失
- 症狀延續超過六個月，建議將診斷改為其他精神疾病

	適應障礙症	急性壓力症 ASD 創傷後壓力症候群 PTSD
壓力源	常見壓力源 單一事件or多重壓力源	更具創傷的壓力源
心理反應	較不嚴重	長期及強烈的失能狀態

適應障礙症 Adjustment Disorder

- 這些症狀或行為具有臨床意義，表現出以下一項或兩項：
 1. 與壓力源嚴重度或強度不成比例的明顯苦惱，考慮到可能影響到症狀嚴重
 2. 度和表現的外在背景和文化因素
 2. 在社交、職業和其他重要領域出現顯著功能減損
- 困擾不符合另一精神疾病的準則，也非只是原有疾病的惡化。
- 症狀不代表正常的哀慟反應。
- 當壓力源或其結果終止，症狀不持續超過額外的六個月。

適應障礙症 Adjustment Disorder

- 註明：
憂鬱情緒、焦慮、混合焦慮和憂鬱情緒、品行問題、混合情緒、行為規範問題、非特定
- 特別註明：
急性 Acute：若此困擾少於六個月
持續性 Persistent (慢性困擾)：若此困擾持續達六個月或更久

創傷後壓力症(PTSD)的共病

01 廣泛性焦慮症

02 憂鬱症

03 物質使用障礙症

04 行為規範障礙症

自殺和創傷後壓力症(PTSD)

- ✓ 創傷後壓力症候群患者經常會出現自殺念頭
- ✓ 非自殺的自我傷害事件也常見
- ✓ 兒童時期受到虐待，一個人自殺的風險增加

病因學

與焦慮症
共同的危險因子

01

02

創傷的本質：
嚴重度及類型

個別風險因素

03

04

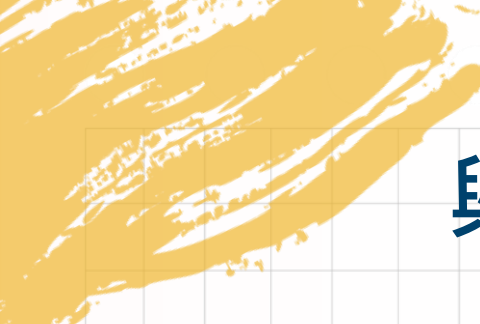
神經生物學因子：
海馬迴

因應

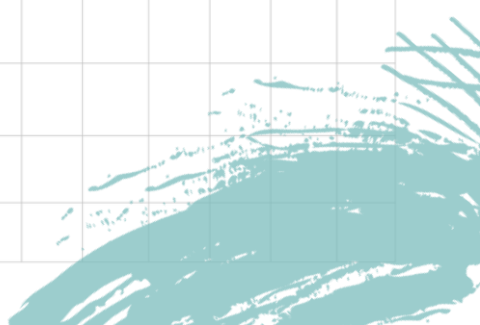
05

06

社會文化因素



與焦慮症共同的危險因子

- 基因
 - 杏仁核的恐懼迴路某些區域高度活動
 - 傾向於選擇性地處理威脅線索
 - 神經質
 - 負向情感
 - 制約雙因素模式
- 
- 

創傷的本質：嚴重度及類型

創傷嚴重度會影響到一個人是否發展出PTSD：

以戰場為例：二度到戰地服役者罹患PTSD的比率是初次到戰地服役者的兩倍。在當地成為俘虜、被分配去標記埋葬屍塊的人、其部隊傷亡人數越多、連續的戰鬥，都有很高的比例罹患PTSD。

911恐怖攻擊：

居住越靠近的成人，其陳述的症狀更多符合PTSD的診斷。

創傷的本質：嚴重度及類型

- 創傷事件的本質：
人為的創傷比自然災害更可能造成PTSD
例如：強暴、戰爭、受虐比天然災害更強的危險因子
→ 可能因為是挑戰了人類的慈愛理念。

個別風險因素

- 女性
- 偏高的神經質
- 原先已有憂鬱和焦慮的困擾
- 有憂鬱、焦慮及物質濫用的家族史
- 自身對壓力症狀的評價：

認為自己的症狀是個人脆弱的象徵、別人對其症狀引以為恥，有增高的風險發展出PTSD。

- 良好的認知能力：

擁有較多智能資源，較有能力從創傷經驗塑造意義

神經生物學因子：海馬迴

- PTSD患者的海馬迴小於沒有PTSD的人。(Gilbertson, 2002)
 - 縮小的海馬迴容積不僅是PTSD的風險因素，也是創傷暴露的後果
 - 即使在安全脈絡下，對創傷提醒物仍感到強烈危險。
 - PTSD患者的各種語文記憶測驗都顯示語文記憶有缺陷
- 講述創傷事件時，海馬迴缺陷會干擾講述的組織連貫性。

因應

- 以迴避思考方式去因應創傷事件壓力的人，比其他人更容易發展出PTSD
- 解離症狀Dissociation和PTSD有關聯，
→ 具有童年受虐史的患者更常出現此症狀。
- 當PTSD伴隨持續或重複的解離症狀時，將之標示，特別註明（ Specifer ）

社會文化因素

- 身為少數族群，有發展出PTSD較高的風險。

例：911事件，PTSD-----白人<非洲裔、拉丁美洲裔的倖存者

→ 較高的教育程度和年度收入，較低的PTSD發生率。

- 社會支持

→ 重返負面及較不支持的環境會提高對創傷後壓力的脆弱性

預防方式

降低創傷事件的發生頻率

減少青少年接近武器
→ 降低學校暴力和槍擊次數

預先做好準備

提供必要的訊息和因應技巧
例：壓力接種訓練

PTSD治療方式

藥物 治療

抗憂鬱劑（選擇性血清素再回收抑制劑）

療效獲得支持，但是一旦停藥容易復發。

PTSD治療方式



危機 干預

Crisis intervention

危機取向治療法的核心假設：
個體在創傷前有良好的心理運作，
治療重點僅在協助當事人度過當前的危機。

治療師：主動、協助澄清問題、建議行動方案、
提供安撫、所需資訊與支持。

PTSD治療方式

《危機處置之理論與實務：以第一現場相關處置為例》

危機 干預

Crisis intervention

危機處置原則：

- (一) 焦點放在解決立即的困擾上，而不要讓危機當事者投入長期的心理治療，企圖改變其生活或人格。
- (二) 希望恢復或能改善當事人的適應狀況。
- (三) 掌握時效，立即介入。
- (四) 強調個案處理問題能力的發展。
- (五) 是種次級預防(Secondary Prevention)的努力。
- (六) 聚焦在單一迫切問題的解決上。
- (七) 快速地聚焦在問題上。
- (八) 以行動取向。

PTSD治療方式

心理 簡報

Psychological
debriefing

- 提供情緒支持、鼓勵討論在危機期間的經驗，討論具結構，對於創傷的普通反應常態化。
- 重大事故壓力簡報：
 - ✓ 單一療程持續3-4小時。
 - ✓ 以團體的形式實施。
 - ✓ 通常在重大事故或創傷後的2-10天內舉辦。

PTSD治療方式

語言模式減壓團體 Debriefing

心理 簡報

Psychological
debriefing

開宗明義

介紹團體宗旨和進行流程

↓
還原現場

輪流敘說意外事件始末

↓
壓力反應

回溯身心所受的衝擊和症狀

↓
機會教育

歸納成員的身心行為反應

↓
行動計畫

分享因應壓力的方法

↓
重新出發

回顧危機處理中的成長

↓
篩選轉介

邀請（需要者）參加後續藥物或心理治療

「A&C模式」參考美國紅十字會 (ARC) 和「危機事件壓力管理」(CISM · Critical Incident Stress Management)

PTSD治療方式

延長 暴露 療法

Prolonged exposure

- 行為取向的治療策略。
- 個案一遍又一遍的敘述創傷事件，直到情緒反應減退，可以是實境或想像的方式進行。
- 可搭配其他行為技術，例：放鬆訓練。
- 注意：治療關係，治療師需要提供安全、溫暖及支持的環境。
- 困難：有較高的退出率。

PTSD治療方式

認知 治療

- 經歷創傷的人們對於發生在他們身上的事情，過度負面及特有的評價。
 - 改良案主對創傷（或他的後果）過度負面的評價。
 - 降低案主當回憶創傷事件時所感受的威脅。
 - 排除不切實際的認知和行為策略。

PTSD治療方式

眼動減敏與 歷程更新

Eye Movement
Desensitization
and Reprocessing

有了安全情境後，我和諮商師一起整理出最困擾我的幾個記憶，開始透過EMDR的方式處理它們。像是影片一般播放記憶，在最有感覺的畫面按下暫停，然後開始注意它，以及配合諮商師動眼後的一連串變化……。

EMDR是一個找到離散的、被遺忘的、尚未了解的自我，並學習與自己溝通的方法。透過這種治療方式，我從那些令人困擾的記憶聽到自己最真實的想法，告訴自己「你做得很好了」，並用正向的想法重新賦予那些記憶意義，最終能平靜的回憶，能好好地擁抱自己。

來源：[EMDR 臺灣眼動減敏與歷程更新治療學會](#)

PTSD治療方式

表達性 藝術治療

Expressive Art Therapy

運用多元媒材表達性藝術治療的介入，
可提供更多倖存者潛意識的非口語訊息，

讓治療者與倖存者對創傷有更多的覺察與透視，
治療者可以更直接的「看見」倖存者的創傷經驗，

而讓倖存者對自己的創傷獲得更好的領悟，
終究的目的都在使創傷達到的更好的療癒效果。

焦慮性疾患

- *種類很多，屬於輕型精神疾病。各個症狀、表徵都有特色，經常共病。發病的相關因素、病理機轉很多，病程亦不同。
- *盛行率高，可是就醫率低，經常被忽略。
- *不可以輕忽，影響可能很大、很深遠。
- *務必要求醫，接受評估、診斷。
- *依據疾病的不同，各有其治療的方式，單獨只是藥物治療並不足夠，要搭配心理社會行為治療。
- *共病的處置也很重要。
- *追蹤是必要的。

The background features a light gray grid. At the top, there is a row of white circles. On the left, there are several teal-colored brush strokes. On the right, there is a large, thick yellow brush stroke. At the bottom left, there is a red brush stroke, and at the bottom right, there are several small yellow dots.

Thanks!

CREDITS: This presentation template was created by [Slidesgo](#), including icons by [Flaticon](#), and infographics & images by [Freepik](#).



115年度職業傷病診治與職 災勞工保護教育訓練 (中部場)

職場精神疾病的認定與議題

- 報告人：林宇力醫師
- 單位：臺中榮總職業醫學科
- 日期：115年8月3日



個人履歷

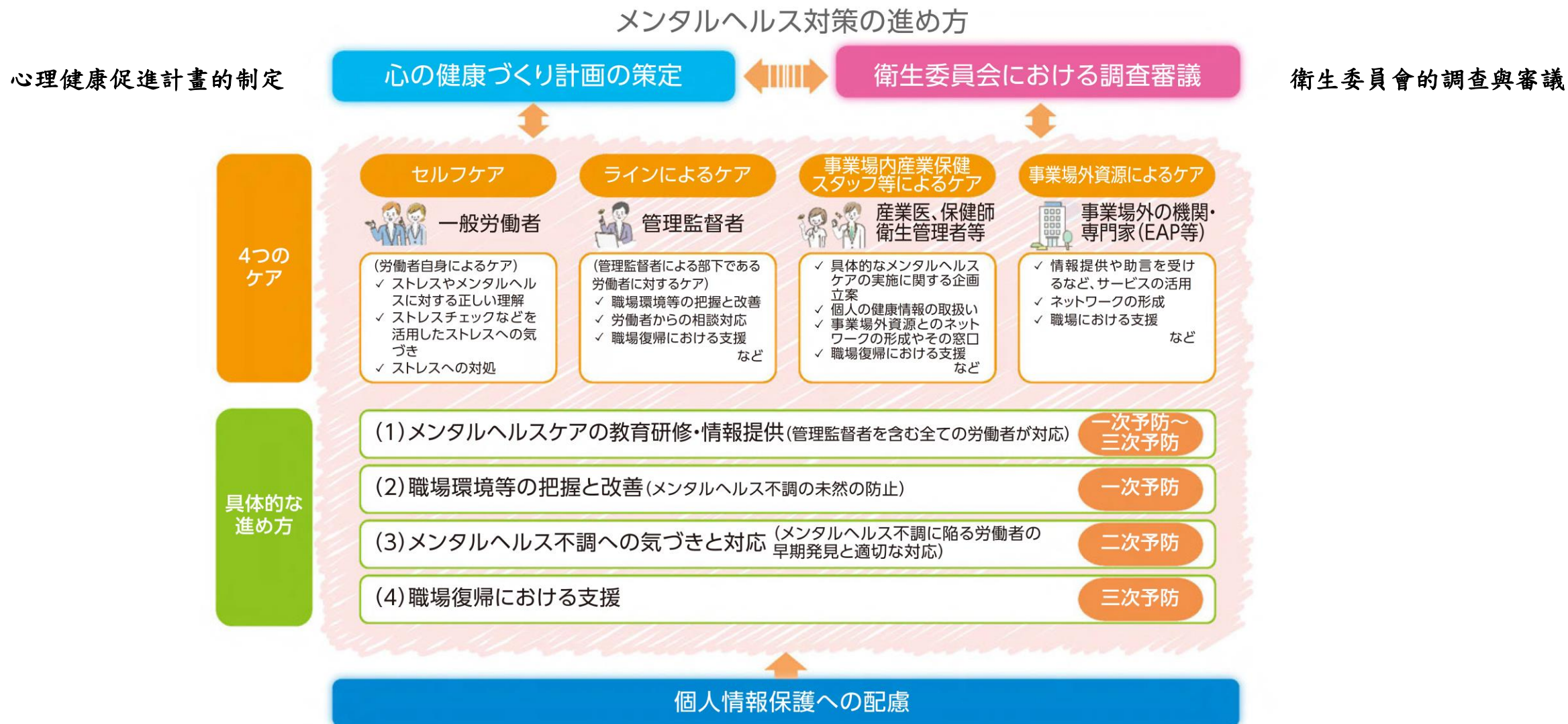
- 現職
 - 臺中榮民總醫院職業醫學科主治醫師
- 學歷
 - 國立中正大學法律博士
 - 國立高雄大學法律碩士
- 教職
 - 亞洲大學財經法律系兼任助理教授
- 證照
 - 職業醫學專科
 - 家庭醫學專科
 - 安寧緩和醫學專科
 - 中華民國律師證書



■ 職業災害——臺灣臺北地方法院
108年度簡字第86號判決評析
■ 林宇力 臺中榮民總醫院醫師

- 心理健康對策的推進方法 - 心理健康三級(三次)預防
- 日本職場壓力檢查制度簡介
- 職場心理健康促進實務
- 職場自殺(傷)防治與因應
- 過負荷面談之再檢視
- 結語&建議

心理健康對策的推進方法（三級預防）



4個關懷（4つのケア）

自我照護	主管照護	企業內產業保健工作人員 照護	企業外資源照護
一般勞工	主管	職醫/職護/職安	如EAP
正確理解壓力與心理健康	掌握並改善職場環境等	企劃與擬定具體的心理健 康關懷實施方案	獲取資訊提供與建議等服 務的活用
利用壓力檢查等方式自我 察覺壓力	回應勞工的諮詢	個人健康資訊的處理	建立網絡
應對壓力的方法	協助重返職場	與廠外資源聯絡網的建立 及諮詢窗口	協助重返職場等
		協助重返職場	

具體推進方法（具体的な進め方）

心理健康關懷的教育研修、 資訊提供	職場環境等的掌握與改善	心理健康失調的察覺與應對	協助重返職場
對象包含管理監督者在內 的所有勞工	未雨綢繆，防止心理健康 失調	早期發現並適當應對陷入 心理健康失調的勞工	精神疾病復配工
一級預防 （防止疾病發生）	一級預防 （防止疾病發生）	二次預防 （早期發現、早期治療）	三次預防 （防止復發、協助復健）
二級預防 （早期發現、早期治療）			
三級預防 （防止復發、協助復健）			
類似以下台灣制度			
心理健康教育訓練	職場不法侵害指引前半部 缺乏集體心理健康分析	異常工作負荷計畫 缺乏個別心理健康面談	缺乏精神疾病復工指引

心理健康三級(三次)預防

- 針對心理健康，必須執行 3 個「預防」：
 - 一級預防：透過活用壓力檢查制度與改善職場環境等，防範心理健康失調於未然。
 - 二級預防：早期發現心理健康失調，並採取適當的措施。
 - 三級預防：對已出現心理健康失調的勞工，提供重返職場等支援。

【 1次預防：未然防止 】 — 全體員工 — 職場改善、心理韌性培訓



【 2次預防：早期發現 】 — 高壓員工 — 定期檢查、醫師面談、諮商管道



【 3次預防：復職支援 】 — 休職員工 — 復職評估、漸進式適應、防止復發

心理健康三級(三次)預防

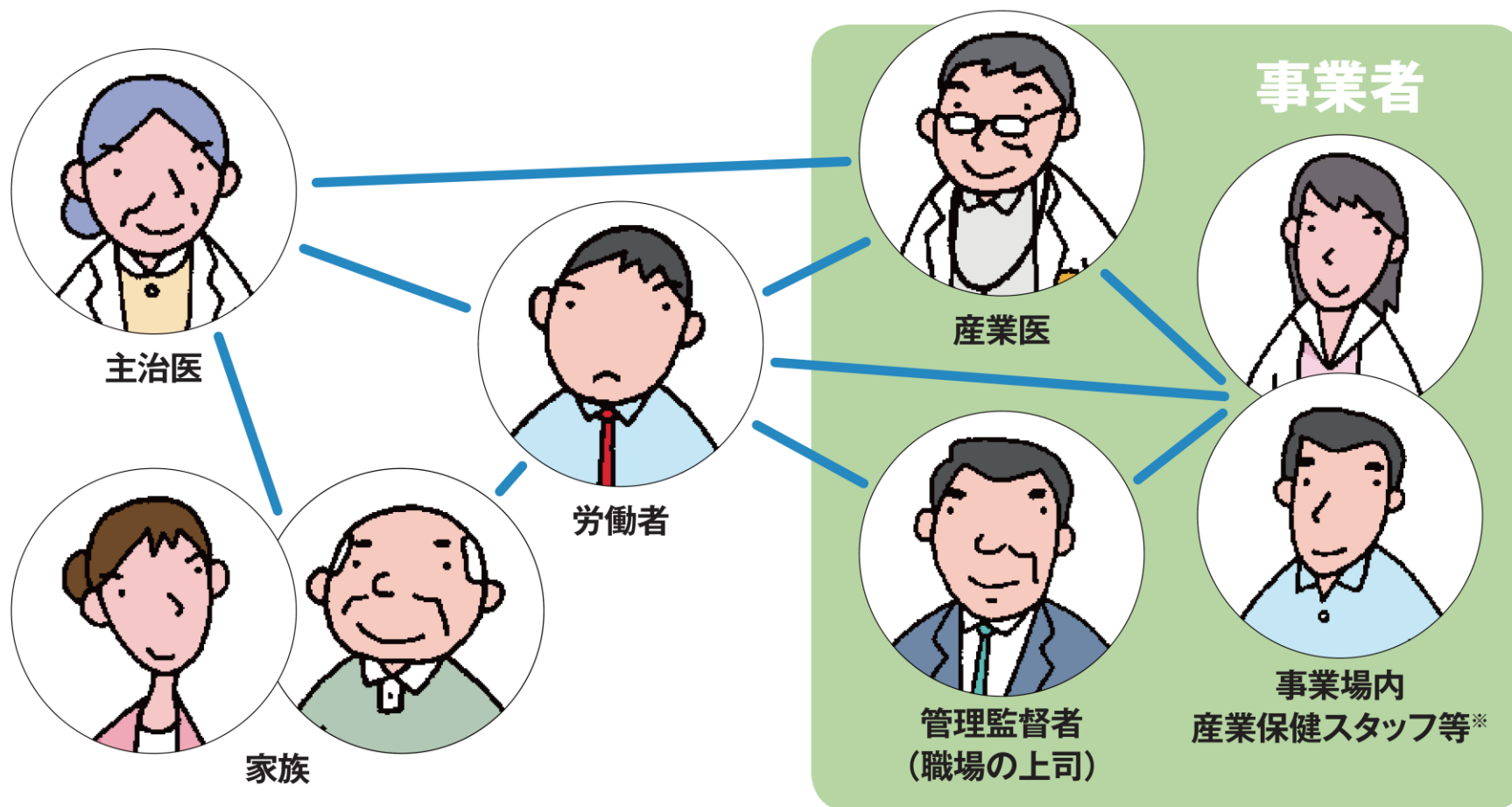
- 一級預防：「職場環境改善」的具體步驟
 - 核心目標是從源頭消除壓力源，營造健康的工作環境。
 - 數據分析：分析心理健康檢查（Stress Check）的「集體分析結果」，找出壓力最高的部門。
 - 找出問題：評估該部門的工作量是否過大、工時是否過長、主管管理風格或人際關係是否不佳。
 - 制定對策：召開職場 improvement 會議，調整工作分配、簡化業務流程、或進行管理階層培訓。
 - 效果驗證：定期追蹤員工缺勤率、離職率及下一次檢查結果，滾動式修正管理方式。

心理健康三級(三次)預防

- 二級預防：「檢查後醫師面談」的標準流程
 - 核心目標是篩檢出高風險者，由專業醫療介入，防止病狀惡化。
 - 篩選高壓者：心理健康檢查後，系統或外部機構篩選出「高壓力（High-stress）勞工」。
 - 本人提出申請：由公司通知員工結果，並由員工自願向公司提出「希望與醫師面談」的申請。
 - 實施醫師面談：由產業醫（廠醫）或特約醫師進行面談，評估員工的精神狀態與疲勞程度。
 - 醫師提供意見：面談後，醫師向雇主提交報告，說明該員工是否需要調整工作（如減班、換部門）。
 - 公司採取措施：雇主根據醫師建議，在考量員工隱私前提下，落實工作調整並持續觀察。

心理健康三級(三次)預防

- 三級預防：制定明確的「復工協助計畫」



※衛生管理者等、事業所内の保健師等及び心の健康づくり専門スタッフ、人事労務管理スタッフ等

～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～

改訂

心の健康問題により
休業した労働者の

職場復帰支援の 手引き

心理健康問題休養後复工評価指引



厚生労働省



独立行政法人労働者健康安全機構

2024/07/20

職場復帰支援マニュアル

复工手冊

中小企業心理健康対策推進研究

産業医学振興財団委託研究
「中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する研究」

参考資料

〈治療と仕事の両立支援〉

メンタルヘルス不調者の

主治医向け

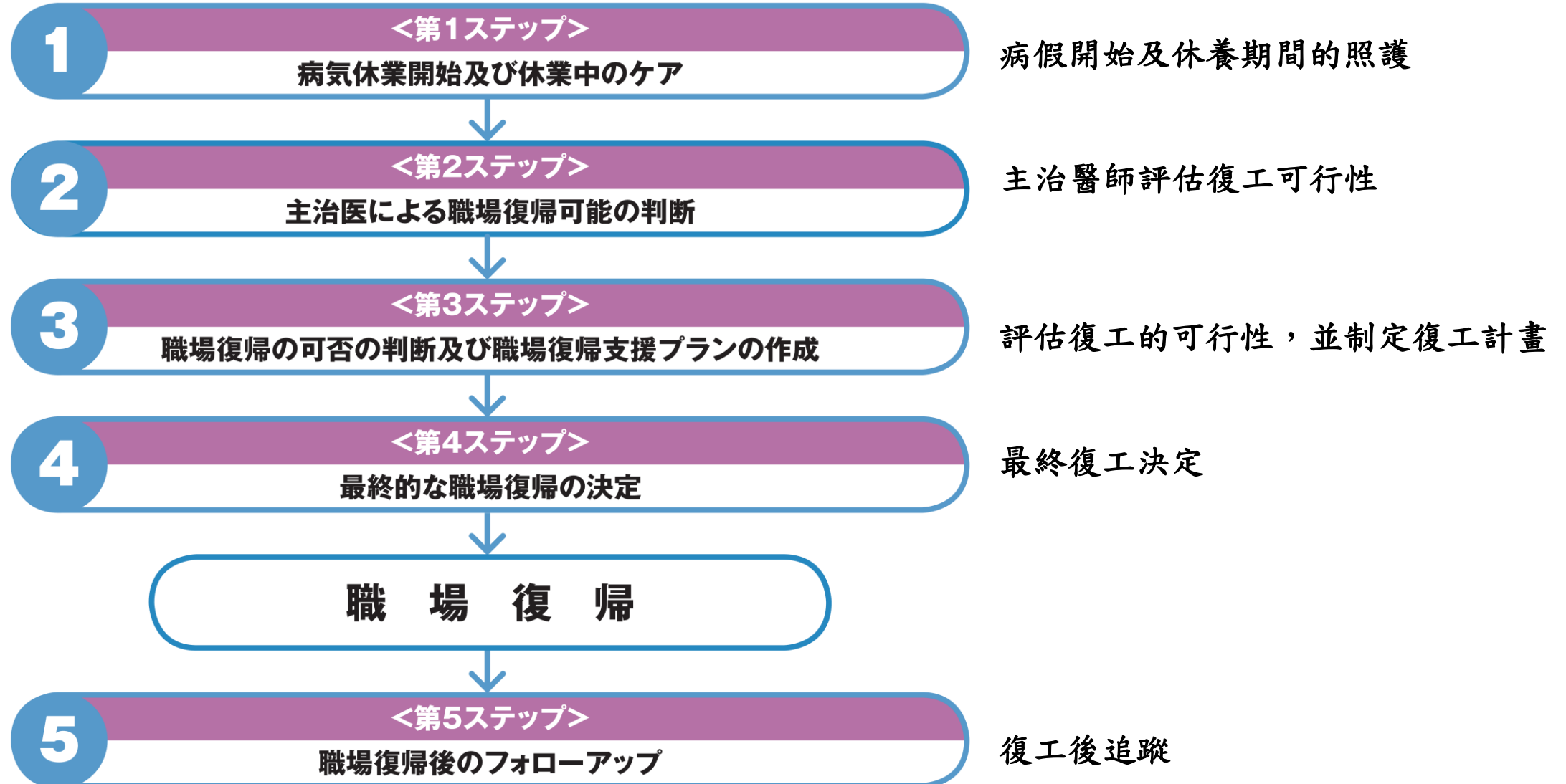
支援マニュアル



〈平衡治療與工作〉
精神健康問題主治醫師支援指引

復工流程

図 2 職場復帰支援の流れ



事業場における治療と仕事の 両立支援のためのガイドライン

支持職場中治療和工作平衡指引

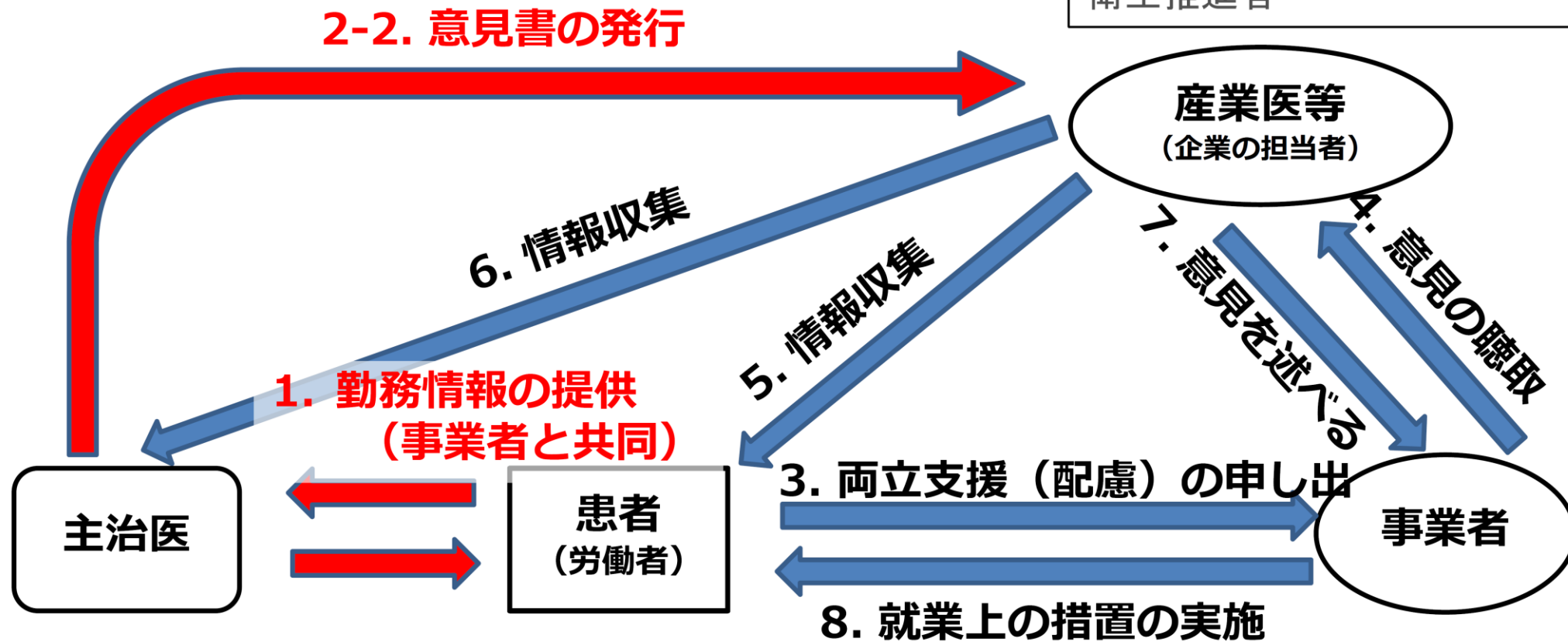
令和6年3月版

厚生労働省

2024/03

両立支援の流れ

産業医
総括安全衛生管理者
衛生管理者
安全衛生推進者
保健師
衛生推進者



決定是否復工的考量因素

- ① 個人判斷：治療是否已穩定，工作意願是否已恢復？
- ② 主治醫師判斷：工作是否會干擾病情進展或治療？
- ③ 產業醫師判斷：從健康角度對職業適應性進行個人判斷（員工的健康是否會因工作而受到影響，是否會發生工傷等事故，以及是否已完全恢復工作能力？）
- ④ 雇主判斷：綜合考慮員工的健康狀況，以及僱傭合約和勞動合約的履行情況、工作規則、過往案例和先例，以及與其他員工的平等和公平原則。

如果主治醫師的醫療證明為「能夠工作」，就必須上班嗎？

- 一般情況下，必須提交醫師所簽核的可復工證明，且公司判斷其具有工作能力，才允許其復工。醫師的診斷作為專家意見應得到充分尊重，但由於公司是最熟悉工作內容和工作環境的，因此醫師判斷員工可以復工，也可能根據公司規定和具體工作內容，判定員工復工為時過早。
- 這是因為，如果一個尚未完全恢復工作能力者輕率復工，預計他們將無法重新適應工作，並且很有可能復發或再次出現症狀。讓您和您的醫師意識到這一點很重要。
- 如果公司所做的決定與所提交的醫療證明的內容不同，則應向員工提供合理的理由。如果對主治醫師的決定不滿意，員工可向公司指定的醫師尋求第二意見，但這必須在公司的規章制度中明確規定。

- 第一類：考慮工作（任務）可能對個人疾病進展產生直接影響。需根據醫學病理生理學加以考慮。
 - 可能是對受疾病影響的特定器官進行「高負荷作業」的情況。
 - 範例：
 - 肺癌患者（呼吸功能下降）的呼吸負擔。
 - 癌症腰椎轉移患者搬運重物的負擔。
 - 禁止患有心臟衰竭的勞工從事過度體力勞動。
 - 禁止患有未經治療的嚴重高血壓的勞工夜間工作的情況。
 - 調動因工作適應不良而出現心理健康問題的勞工。

生病勞工工作限制法規 – 日本

對應第一類配工類型

- 《工業安全與健康法》第68條
 - 雇主必須依據厚生勞動省有關條例的規定，禁止患有傳染病或厚生勞動省有關條例規定的其他疾病的勞動者工作。
- 《職業安全與健康規則》第61條
 - 雇主必須禁止符合以下任一情況的員工上班。但是，如果已對第1項所列人員採取了預防感染的措施，則不在此限。
 - 患有可能傳播疾病的傳染病的人員。
 - 患有心臟病、腎臟病、肺病等疾病，且可能因工作而病情顯著惡化的人員。
 - 患有與前項類似疾病，且經厚生勞動大臣指定的人員。
 - 雇主依前項規定禁止員工工作時，必須事先諮詢產業醫師或其他專科醫師。

- 第二類：當工作（任務）可能導致嚴重事故，不僅涉及勞工自身，也可能影響他人。從企業風險管理的視角，應注意與疾病相關的公共災難與事故。
 - 適用於「昏厥」或「認知功能」受損的情況。原則上本項可視為“高風險工作”。
 - 即使欠缺明確流行病學證據表明疾病引發不良事件的可能性，如在病理生理學上被認為“可能”，在安全措施上的「可預見性」被質疑，這種擔憂可能會導致醫師和雇主採取超出實際風險的職場措施。
- 範例：
 - 限制癲癇患者在起重機上工作。限制有心律不整昏厥病史的人在高空作業。
 - 糖尿病控制不佳的勞工被禁止在高溫條件下工作。
 - 患有導致意識喪失疾病的勞工被禁止駕駛。

- 第三類：考慮因工作而忽視健康管理，無法接受所需治療的情況。
 - 鼓勵勞工就醫並改善生活習慣，實施勞動限制措施。
 - 醫師的真實意圖並非限制工作，而係採權宜之計，鼓勵勞工就醫。通常最先實施，被視為在前述第一類和第二類配工類型前的預防措施。
 - 員工可能會將該限制視為條件或「威脅」。由於第三類配工措施是由醫生做出的，因此也要注意其限制是否超出了企業所期望的健康考量。
- 範例：
 - 讓員工在預約回診當天休假。
 - 防止員工因夜班或長時間加班導致疲勞累積忽視治療（忘記服藥或就醫）。
 - 對於忽視高血壓控制的勞工，禁止駕駛作業和加班，以促使其就醫。

- 第四類：企業和工作場所的提醒和溝通。
 - 當健康問題主要在工作場所或工作環境中時，可以實施工作限制以改善工作場所環境或向管理人員和雇主提出問題。反映了產業醫師希望透過針對個別勞工的措施來促進上級和工作場所對安全問題的理解。
 - 此類措施對工作影響較大，受措施的勞動者可能被當作替罪羔羊等問題。
 - 範例：
 - 在過負荷工作現象普遍存在的工作場所，一律禁止高血壓控制不佳的勞工加班超過45小時。

- 第五類：因健康原因或能力不足而限制工作時所採取的措施。
 - 如果員工不具備完成工作所需的基本條件，則應視為錄用或人事管理，但實際上，在這種情況下，可能會徵求醫師或產業醫師的意見。
- 範例：
 - 限制視力較弱的人員從事VDT (Video display terminal) 作業。
 - 如果員工入職後被發現患有輕度發展障礙和數學能力受限，被避免分配到需要高階計算的會計部門。。

針對特定症狀的配工

症狀	個別症狀對工作的影響	有身體負荷的工作（配工類型 1）											可能導致事故和其他問題的工作（配工類型 2）		
		站立作業	重體力勞動	高溫作業	低溫作業	粉塵作業	振動作業	呼吸防護設備	感染風險作業	心肺壓力作業	肝毒性作業	腎毒性作業	單獨作業	高空作業	危險機器操作/駕駛/對客戶造成危險
情緒障礙	接受身體疾病治療的患者中約有 10%患有憂鬱症。如果出現動力和興趣下降，或食慾或睡眠出現異常，則應懷疑患有憂鬱症。開始服用口服藥物後，可能會出現白天嗜睡，在這種情況下，應注意循序漸進地進行危險性活動。												✓	✓	✓
失語症、語言障礙/構音障礙/語音障礙/聽力障礙	無法說話很少有工作需要醫療限制。但是，當被分配到可能需要突然大聲說話的危險工作時，需要謹慎。大多數必要的考慮都屬於合理便利(Reasonable Accommodation)的範疇。														
發燒	發燒患者應注意在高溫工作場所中暑的風險。此外，發燒患者往往容易感到疲勞，因此建議為他們提供合理便利(Reasonable Accommodation)。			✓											
疲勞	這是癌症相關病例中特別常見的症狀。其特徵是比普通疲勞感強烈得多。適當休息、逐漸增加工作量等，是根據個人情況調整環境和規則的有效方法。														

構築不崩潰の組織：日本小企業 「壓力評估制度」實施藍圖

50人以下企業全面強制化——
從法規遵循到心理健康風險的未然防止

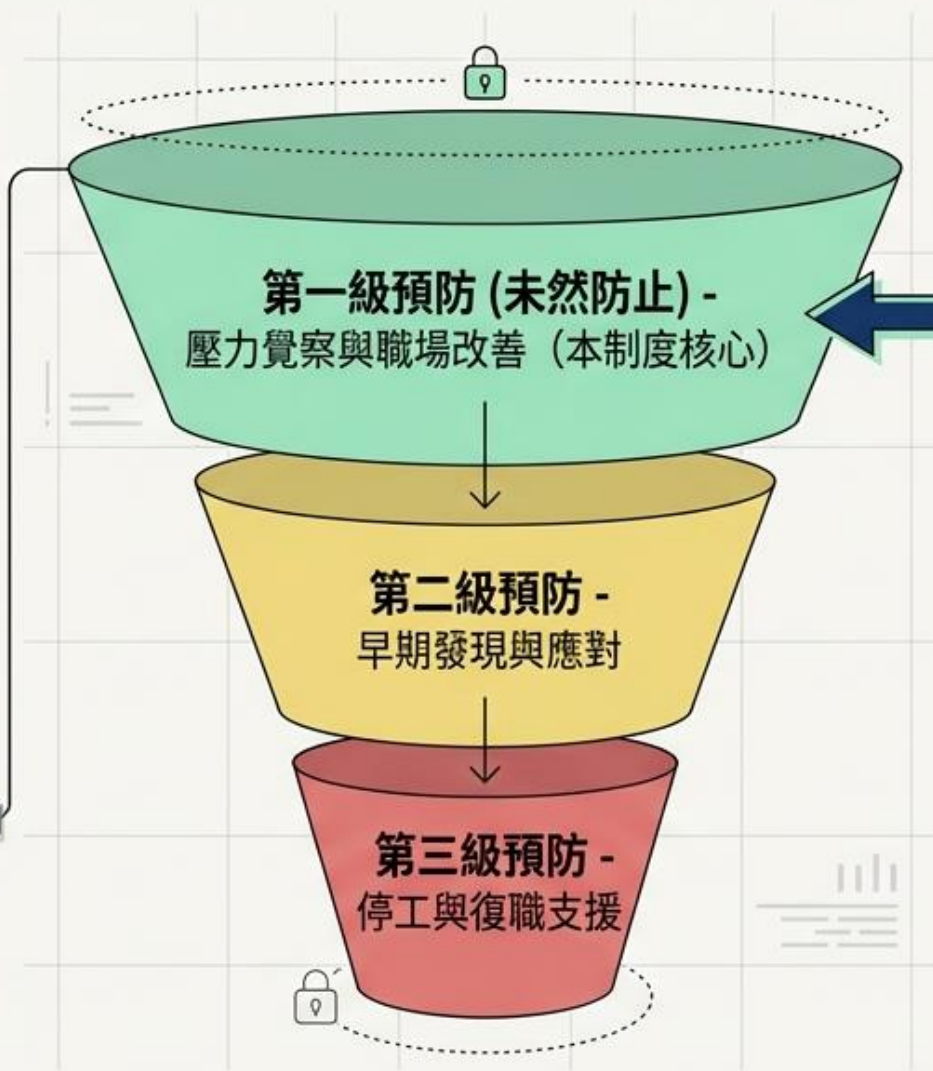
Based on:
日本厚生労働省
令和8年（2026）
最新實施手冊解析

Target:
企業主、HR、
勞安衛人員專用
Playbook

過去的代價 (被動補救)

一旦員工因精神疾病請假，平均病假期間長達約 3.3 個月，且復職後再次請假的比例約佔半數。

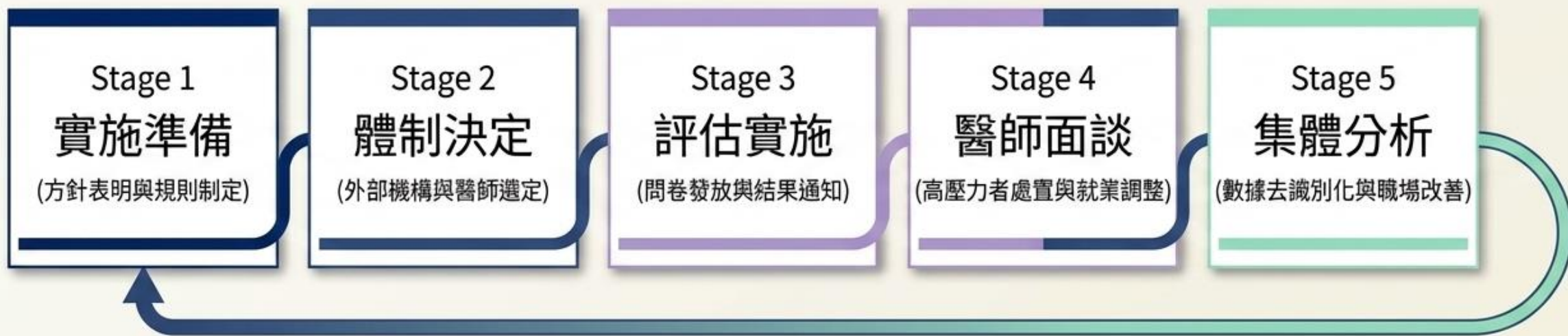
小企業的人力斷層與巨大經營風險。



未來的投資 (未然防止)

2026年起，50人以下事業單位由「努力義務」全面轉為「強制義務」。

這不是為了揪出精神疾病患者，而是防患未然的預防醫學。



壓力評估不是一次性的問卷，而是包含「事前準備」到「事後環境改善」的完整雙向迴圈。

企業端 (内部)

事業者 (雇主/最高負責人)
制定方針、承擔最終責任。

實務擔當者 (HR/勞安衛人員)
負責企劃與聯絡協調。
絕對不經手員工個人健康數據。

外部機構 (專業醫療)

實施者 (醫師/保健師/公認心理師)
判讀問卷、判定高壓力者。

實施事務從事者 (外部行政)
發放問卷、數據處理。

員工本人書面同意申請面談



Privacy Firewall

完全去識別化的集體分析報告

原則：企業內部絕對不經手員工的個人健康原始數據。

[階段 1] 實施準備：建立信任的基石



Top-Down (方針宣示)

雇主必須明確承諾：「絕不因評估結果給予不利益對待。」

目標：消除勞工疑慮，提高填答真實性。



Bottom-Up (意見傾聽)

利用現有的早會、業務會議或安衛委員會（50人以下可彈性運用現有會議）。

收集各種現場與不同立場員工的意見。



Rules (規則成文化)

制定《壓力評估制度實施規程》。

確立實施體制、資料保存期限（5年）、開示與苦情處理管道，並向全體佈達。

[階段 2] 體制決定：如何挑選外部委託機構？

SLA 檢核矩陣

☒ 實施體制資格

是否具備法定資格人員（醫師、保健師等）擔任「實施者」？

☒ 調查與評估方法

支援紙本或 Web 雙管齊下？高壓力者的選定標準是否合規（建議採用厚勞省標準的 57 題或 23 題簡略版）？

☒ 收費結構透明度

基本費涵蓋範圍？醫師面談與集體分析是否為「選配（Option）費用」？

☒ 資訊安全與隱私

是否具備 Privacy Mark 認證？個資保存與回傳機制是否安全？



50人以下企業專屬紅利：免費的「地域產業保健中心（地產保）」

What: 厚勞省轄下獨立行政法人營運的支援機構（全國約350處）。

Value: 免費提供「高壓力者醫師面談」與「聽取醫師就業意見」服務。

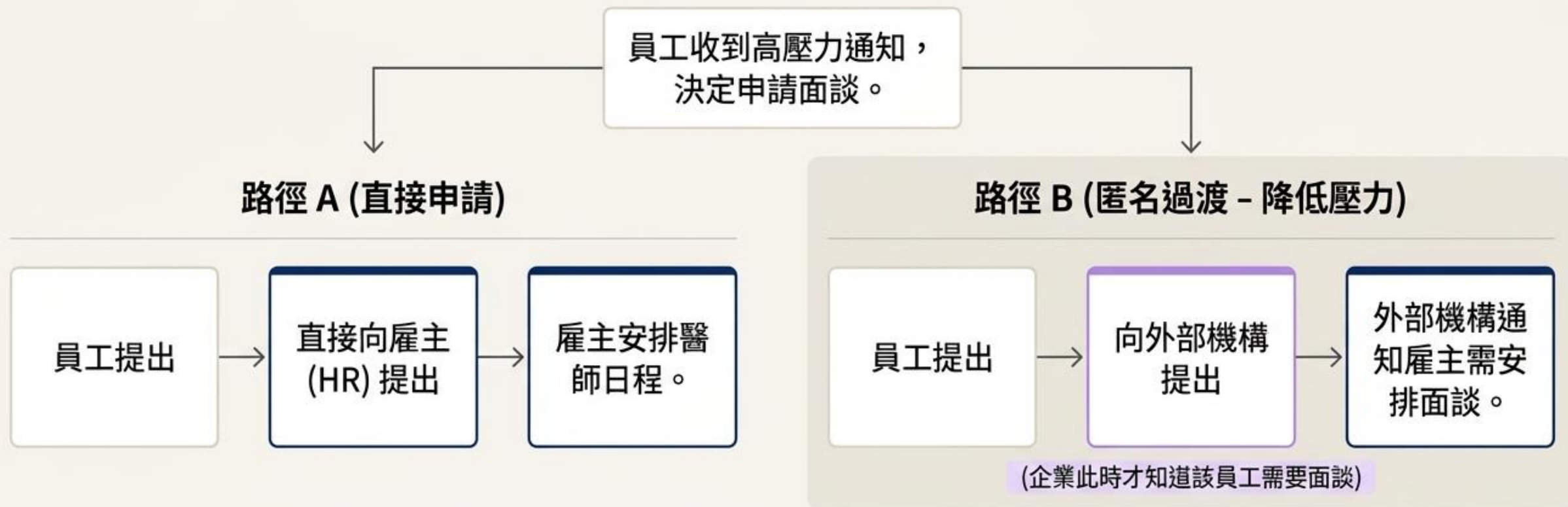
How to Use: 企業確認面談名單後，需主動填表向地產保申請。

⚠ 限制注意：地產保「不」負責前期的問卷發放與評估實施，這部分仍需企業自行委託外部機構或自理。

[階段 3] 壓力評估實施：數據的安全流動



【階段 4】 醫師面談：觸發機制與流程



雇主的準備義務 (Data Requirement)

面談前，雇主必須提供醫師客觀數據：該員工近 1 個月的工時、加班時數、深夜排班及業務責任內容。

[階段 4] 事後處置：雇主的最終行動方案

● 通常勤務 (Normal Duty)

判定：維持現狀即可。

行動：鼓勵自我照護，無需變更勞動條件。

● 就業限制 (Work Restriction)

判定：需限制勞動負荷。

行動：縮短工時、限制出差/加班、改變工作場所、減少深夜排班或轉日班。

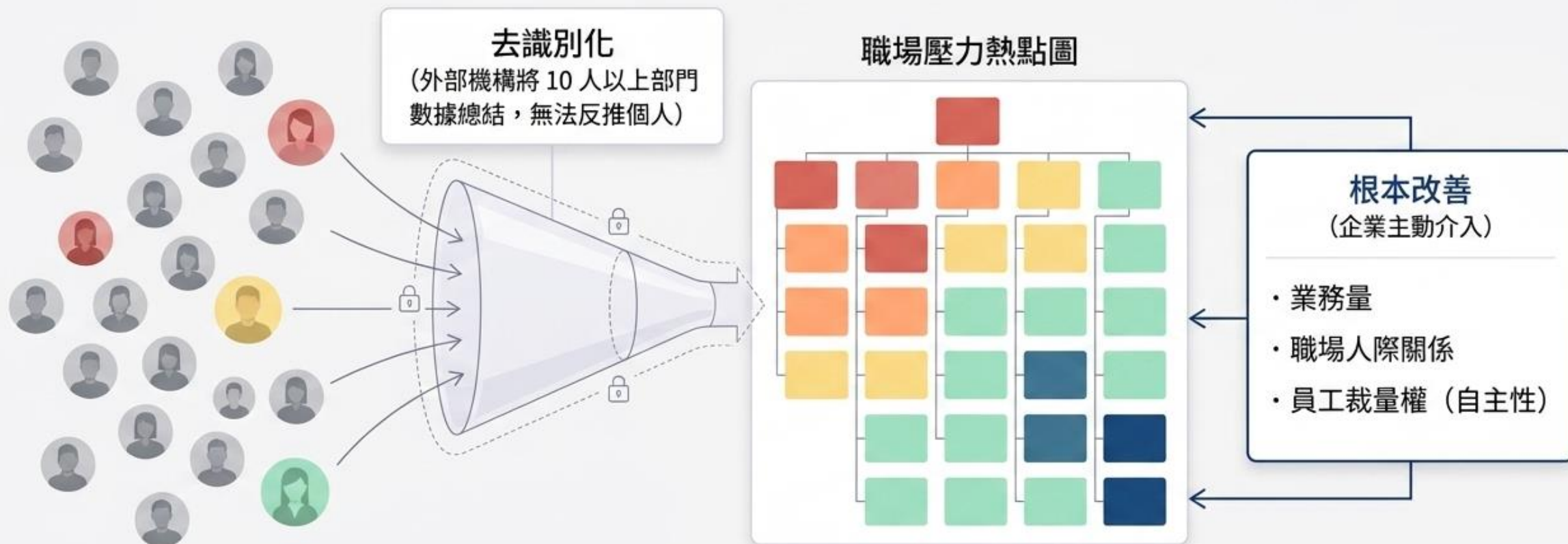
● 要休業 (Rest / Leave)

判定：需專心療養。

行動：給予休假或留職停薪。

**法規鐵律：雇主必須在面談後 1 個月內
聽取醫師意見，並與勞工充分溝通後實施。**

[階段 5] 集體分析：從個人到組織的根本解



備註：雖法規目前為「努力義務」，但這才是真正降低離職率、提升生產力的關鍵投資。

小規模事業場ストレスチェック制度実施マニュアル(令和8年2月)

制度的核心鐵律：絕對禁止事項



1. 禁止強迫 (No Forced Testing)

雖鼓勵全員受檢，但絕對不得以「業務命令」強制員工填答。



2. 禁止窺探 (No Data Snooping)

沒有勞工本人的「書面同意」，企業絕對不可向外部機構索取個人的評估結果。



3. 禁止報復 (No Retaliation)

絕不可因員工「拒絕受檢」、「評估結果高壓力」或「申請醫師面談」而給予降職、解雇、扣薪或不利的績效考核。

日本國家建議57項問卷：職業性壓力簡易調查問卷

A 工作壓力因素（17題）

工作量、工作質、身體負擔、控制度、技能運用、人際關係、職場環境、工作適合度、工作價值感

B 身心壓力反應（29題）

活力、煩躁、疲勞、不安、憂鬱、身體愁訴、睡眠、食慾等

C 周圍支持（9題）

上司支持、同事支持、家人朋友支持；可談話、可依靠、願傾聽

D 滿意度（2題）

工作滿意度、家庭生活滿意度

用途：個人壓力判定、醫師面談、群體分析與職場環境改善

以下問題是關於您的工作、最近1個月的身心狀態，以及您周圍人士的支持情形。請在最符合您情況的選項中勾選。

A. 關於您的工作

回答選項：

1 符合 2 大致符合 3 稍微不符合 4 不符合

1. 必須處理非常多的工作。
2. 無法在時間內完成工作。
3. 必須非常努力地工作。
4. 需要相當集中注意力。
5. 這是需要高度知識或技術的困難工作。
6. 工作時間中，必須一直想著工作的事情。
7. 這是非常耗費體力的工作。
8. 可以按照自己的步調工作。
9. 可以自行決定工作的順序與方法。
10. 自己的意見可以反映在職場的工作方針中。
11. 工作中很少用到自己的技能或知識。
12. 我所在的部門內部有意見分歧。
13. 我所在的部門與其他部門合作不順暢。
14. 我的職場氣氛是友善的。
15. 我的工作環境，例如噪音、照明、溫度、通風等，不太好。
16. 工作內容適合自己。
17. 這份工作讓我感到有價值。

B. 關於您最近1個月的狀態

回答選項：

1 幾乎沒有 2 偶爾有 3 經常有 4 幾乎總是有

1. 感到有活力。
2. 精神充沛。
3. 感到精神奕奕。
4. 感到憤怒。
5. 內心感到生氣。
6. 感到煩躁。
7. 非常疲倦。
8. 精疲力竭。

9. 感到倦怠。
10. 神經緊繃。
11. 感到不安。
12. 靜不下來。
13. 感到憂鬱。
14. 做什麼都覺得麻煩。
15. 無法集中注意力。
16. 心情低落。
17. 無法專心投入工作。
18. 感到悲傷。
19. 頭暈。
20. 身體關節痠痛。
21. 頭部沉重或頭痛。
22. 頸部或肩膀僵硬。
23. 腰痛。
24. 眼睛疲勞。
25. 心悸或喘不過氣。
26. 腸胃不適。
27. 食慾不振。
28. 便秘或腹瀉。
29. 睡不好。

C. 關於您周圍人士的支持情形

回答選項：

1 非常 2 相當 3 稍微 4 完全沒有

下列人士是否容易談話？

1. 上司。
2. 職場同事。
3. 配偶、家人、朋友等。

當您遇到困難時，下列人士是否可靠？

4. 上司。
5. 職場同事。
6. 配偶、家人、朋友等。

若您向下列人士談及個人問題，他們是否願意傾聽？

7. 上司。
8. 職場同事。
9. 配偶、家人、朋友等。

D. 關於滿意度

回答選項：

1 滿意 2 尚稱滿意 3 有點不滿意 4 不滿意

1. 對工作感到滿意。
2. 對家庭生活感到滿意。

日本23項簡略版問卷：構面與題目摘要

A 工作壓力因素（6題）

工作量、時間內未處理、努力工作、自主步調、順序方法、自身意見反映

B 身心壓力反應（11題）

疲勞、精疲力竭、倦怠、緊張、不安、靜不下來、憂鬱、麻煩、心情低落、食慾、睡眠

C 周圍支持（6題）

上司與同事支持；可談話、可依靠、願傾聽

說明：23項為可選之簡略版；填答負擔較低，但群體分析與職場改善資訊較有限。

職場心理健康促進實務－識別異常徵候

基層與中階主管必須隨時注意部下是否出現「與平時不同 (いつもと違う)」的行為表現：

異常範疇	具體外在行為表現	主管之立即應對作為
出勤與工作效率	遲到、早退、缺勤增加；工作效率無故顯著下降，失誤率提升。	- 選擇隱密空間進行個別面談。 - 傾聽而不預設評判，切忌否定其壓力。 - 詢問是否需要工作調整或尋求廠內醫護協助。 - 嚴禁代為進行醫療診斷。
日常言行舉止	平時溫和卻突然易怒、與同事發生爭執；談話內容變得極度消極。	
外觀與生理特徵	臉色蒼白、精神渙散、短時間內體重明顯改變、服裝儀容開始邋遢。	

職場心理健康促進實務－優化職場環境

工作量與作業組織優化

- 重新評估時程：避免不合理的緊急交付期限。
- 明確權責劃分：減少多頭馬車與角色衝突。
- 優化作業流程：消除無效的重複性行政作業。

擴大工作自主權與支持

- 彈性調整：在合理範圍內賦予員工工作順序的裁量權。
- 溝通機制：建立定期反饋機制，讓員工意見可向上反映。

硬體環境與作息調整

- 環境優化：改善照明、噪音、微氣候（溫濕度），設置舒適的休息區。
- 作息確保：嚴格控管超時加班，確保輪班間隔休息時間。

心理安全感與關係建立

- 推動小組交流：促進跨部門或同儕間的社交支持網絡。
- 零騷擾政策：制定落實職場騷擾防治準則，提供暢通申訴管道。

職場心理健康促進實務－勞工信任無價

個人資訊保護與隱私防線

- **未經同意禁止揭露：**壓力檢查的個別原始數據，**未經勞工本人書面同意，嚴禁提供給雇主。**
- **健康資訊獨立管理：**產業醫護訪談紀錄應獨立妥善加密保管，不可任意併入一般人資人事考核檔案。
- **去識別化利用：**職場群體分析報告必須進行去識別化，防止回推特定個人。

禁止不利益處分原則

- **嚴禁因病懲罰：**雇主絕不可因勞工申報心理健康問題或拒絕接受壓力檢查，而給予降職、減薪或解雇等不利益處分。
- **職務調整的適法性：**因應健康狀況進行的工作調整，必須以**維持就業、促進康復**為目的，並充分與勞工對話。

職場心理健康促進實務－實例

事業場背景：員工數約 350 人之製造業工廠（設有安全衛生委員會、配置兼任產業醫與專任衛生管理員）。

A事業場的推動體制與角色分工

衛生委員會 作為審議核心，每季檢討壓力檢查集體分析報告，審查年度改善方案。

直屬主管 全員強制參與「管理線關懷研修」，學習如何進行職場改善小組討論（改善ワークショップ）。

衛生管理員 擔任廠內窗口，統籌窗口諮詢，定期派發心理健康教育文宣。

關鍵成功因素（KPI變化）

該廠實施職場改善計畫 2 年後：

高壓力勞動者比例

15.2% → 9.8%

因應復職支援之再休職率

降低達 40%

職場心理健康促進實務－具體改善措施

發現之職場問題	實施之具體改善行動	產生之實質效益
深夜輪班交接期混亂 資訊斷層導致交接壓力大。	開發並全面導入「標準化數位交接查檢表」，取消口頭模糊交代，改為結構化交接。	交接時間縮短15分鐘，因誤解導致的初期作業失誤大幅減少。
基層技術員孤立感 單人機台作業缺乏社交支持。	重新配置休息區，並在白班推動10分鐘的「跨機台互助圈茶敘時間」（ピアサポートタイム）。	同儕支持感顯著提升，基層向主管反映問題的意願增加。
管理職指導方式衝突 部分資深班長指導語氣過重。	由廠外資源（專業講師）導入情境模擬式（Role-play）的「正向溝通與教練技巧」工作坊。	職場騷擾申訴案件歸零，部門內部的溝通氛圍明顯改善。

職場心理健康促進實務－企業自我檢視

人資與衛生管理者可依據下表檢視公司目前的落實程度：

☒ 是否已正式公告公司的心理健康促進方針？

指引強調經營階層的公開承諾是成功的第一步。

☐ 基層與中階主管是否每年接受ラインケア（管理線關懷）培訓？

主管必須具備識別部下異常兆候並進行初步面談的能力。

☒ 壓力檢查（Stress Check）後是否落實群體分析與職場環境改善？

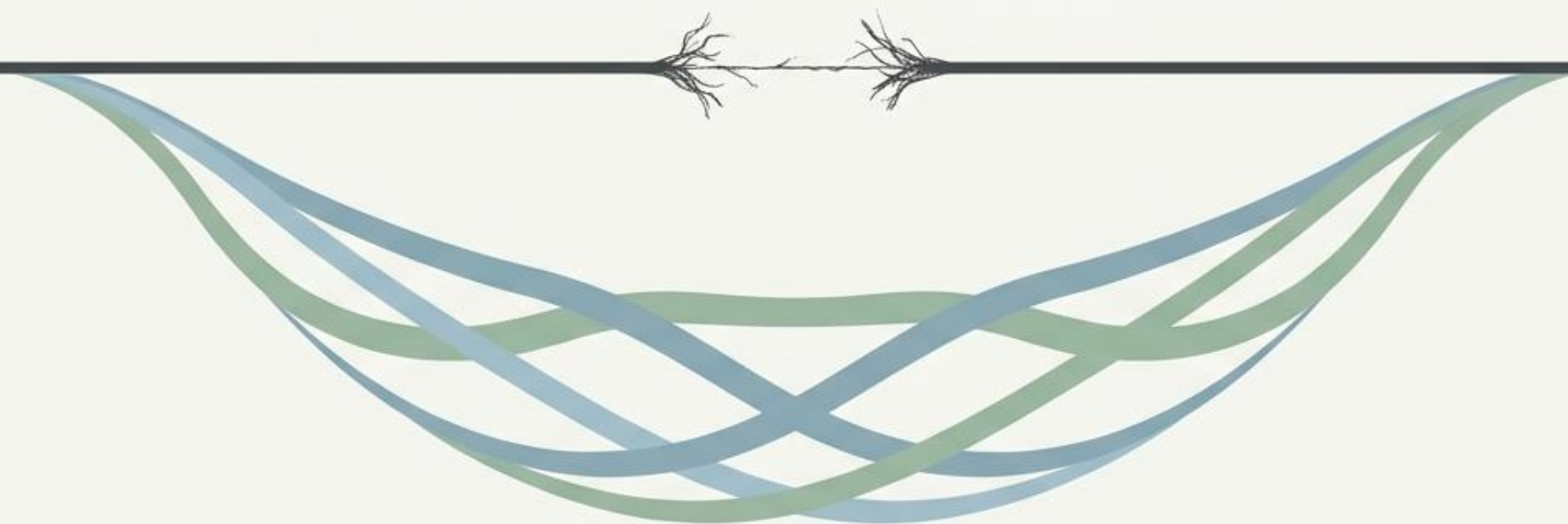
僅發放個人報告是不夠的，必須針對高風險部門實施組織改善。

☐ 是否制定了明確的系統化復職支援程序？

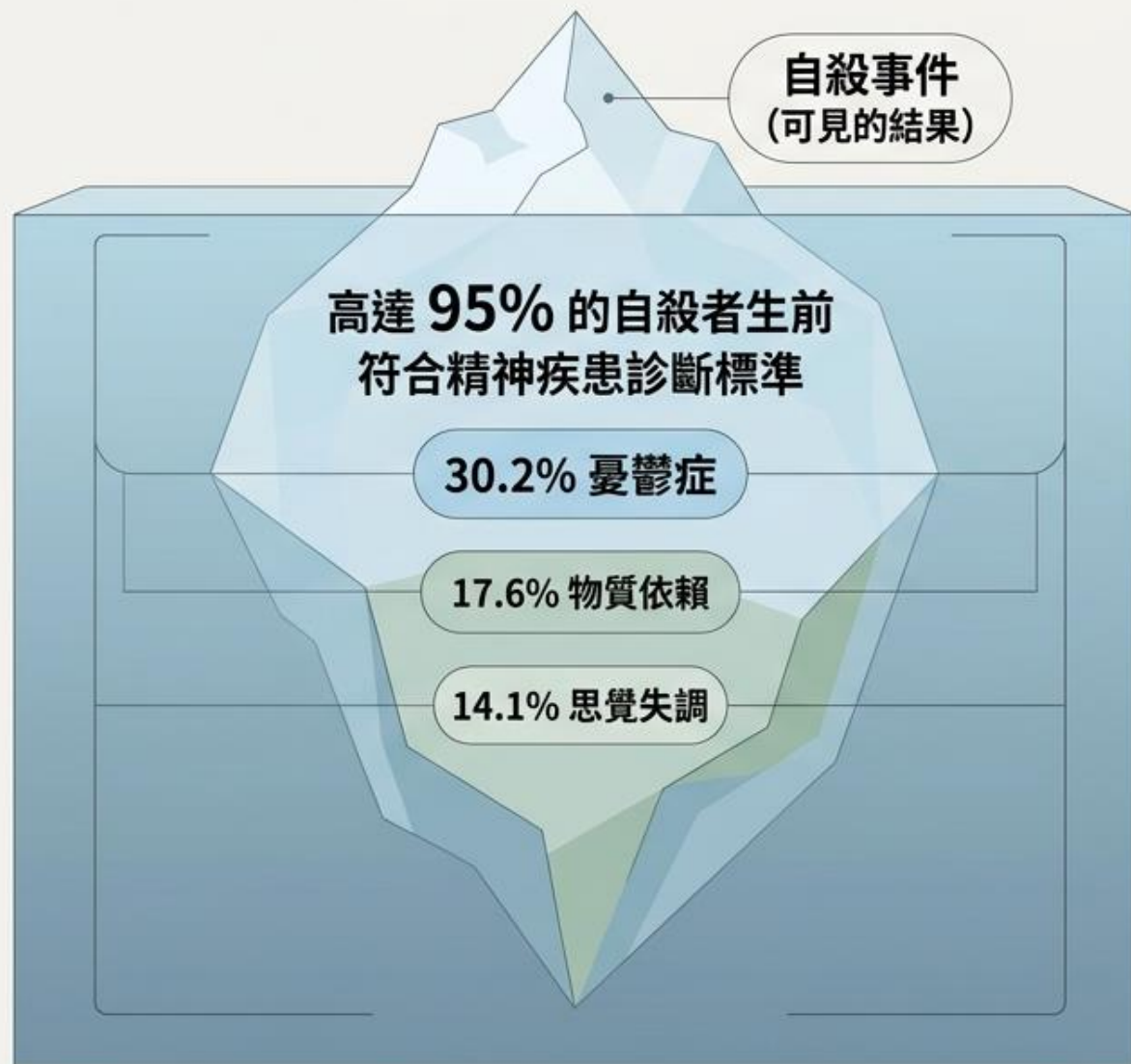
確保包含主治醫、產業醫、直屬主管與人資在內的角色分工明確。

織起職場的安全網

企業自殺防治與危機應對的實務框架



冰山之下的職場危機：被忽視的求救訊號



防線斷裂

95% 患有精神疾患

僅不到 20% 生前曾接受精神科治療

職場，往往是員工清醒時間最長的地方，也是最後一個能察覺異狀並主動介入的防線。

過勞與崩潰的臨界點：工時、睡眠與風險方程式



醫學證實，連續一週睡眠少於 4-5 小時，即會導致皮質醇分泌異常，形成「憂鬱症發病準備狀態」。

職場における自殺の予防と対応

法律責任提醒：無視員工的極度疲勞與長時間加班，等同於企業未履行「安全配慮義務 (Duty of Care)」，若發生憾事，企業將面臨重大法律與賠償責任。

企業防護網的三級架構 (The 3-Tiered Prevention Framework)



- 日常關懷、辨識十大危險徵兆、降低職場過勞風險。

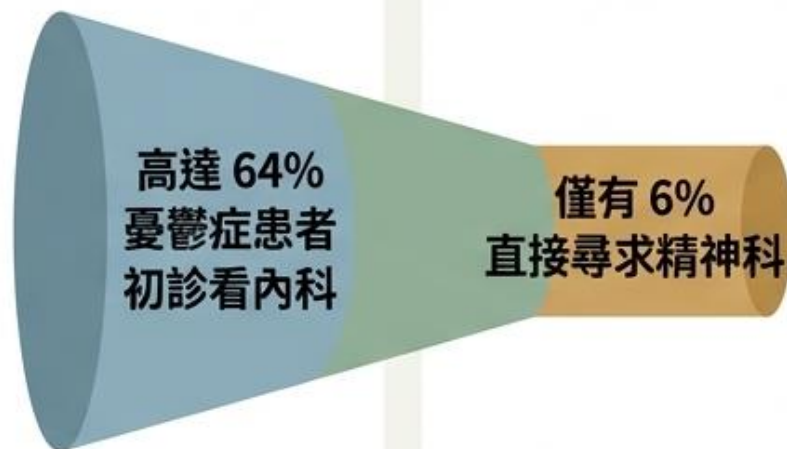




[Tier 1] 雙面偽裝：如何辨識潛伏的憂鬱症？

心理與行為徵兆 (易察覺)

- 遲到早退增加
- 決斷力明顯下降
- 工作失誤頻繁
- 不再開玩笑、迴避社交



身體偽裝徵兆 (極易被忽略)

- 不明原因頭痛
- 持續腸胃不適 (腹瀉/便秘)
- 失眠或早醒
- 食慾暴跌或體重減輕

Actionable Insight

當員工「頻繁因不明身體不適請假」或「長期吃內科藥卻未見好轉」時，主管應急提高警覺，這極可能是心理危機的生理警報。



[Tier 1] 預警雷達：職場自殺防治十大指標 (The 10 Warning Signs)



類別一：狀態驟變

1. 出現典型憂鬱症狀
2. 原因不明的身體不適長期未癒
3. 酒量突然大增（試圖藉酒澆愁）
4. 無法維持自身的安全與健康（如：突然停用慢性病藥物）



類別二：重大打擊

5. 工作負擔驟增、重大失誤或面臨解僱
6. 在職場或家庭中失去支持系統（孤立無援）
7. 失去對本人極具價值的核事物（親人過世、重大名譽受損）
8. 罹患重度身體疾病



類別三：危險行為

9. 開始把「自殺」或「想死」掛在嘴邊
10. 曾有自殺未遂紀錄（最強烈的危險因子）

註解：符合上述指標越多，危機等級越高，需立即啟動介入機制。

2 [Tier 2] 倒數計時：自殺前夕的「紅旗警訊」 (Red Flags)

反常的情緒

原本極度憂鬱，卻突然變得異常平靜或反常開朗（這是已下定決心、感到解脫的危險訊號）。

告別的儀式

開始分發珍貴物品、突然徹底整理桌面、猶如交代後事般地道謝。

危險的暗示

言語透露：「真想去一個沒有人認識的地方」、「要是睡著不用醒來就好了」。

中斷連結

從未有過的拒絕協助、突然無故失蹤或曠職。

自殺並非毫無預兆。長期的準備狀態，往往被視為微不足道的小改變。
看見紅旗，請立即行動，切勿等待。

2 [Tier 2] 關鍵對話：如何回應「我想死」的求救？

✓ 做（積極介入）

100% 傾聽

不帶評判地接住對方的情緒，理解他們在「想死」與「想獲救」之間掙扎的矛盾。

約定安全

嘗試與對方進行「不自殺約定（No-suicide contract）」。

尋找關鍵人物

立即聯繫家屬或摯友等「Key Person」協同處理。

✗ 不做（致命錯誤）

轉移話題

不要出於害怕而刻意略過自殺話題。

廉價鼓勵

絕對不要說「大家都很辛苦」、「你想開一點」、「加油」。

道德批判

不要指責對方不負責任。

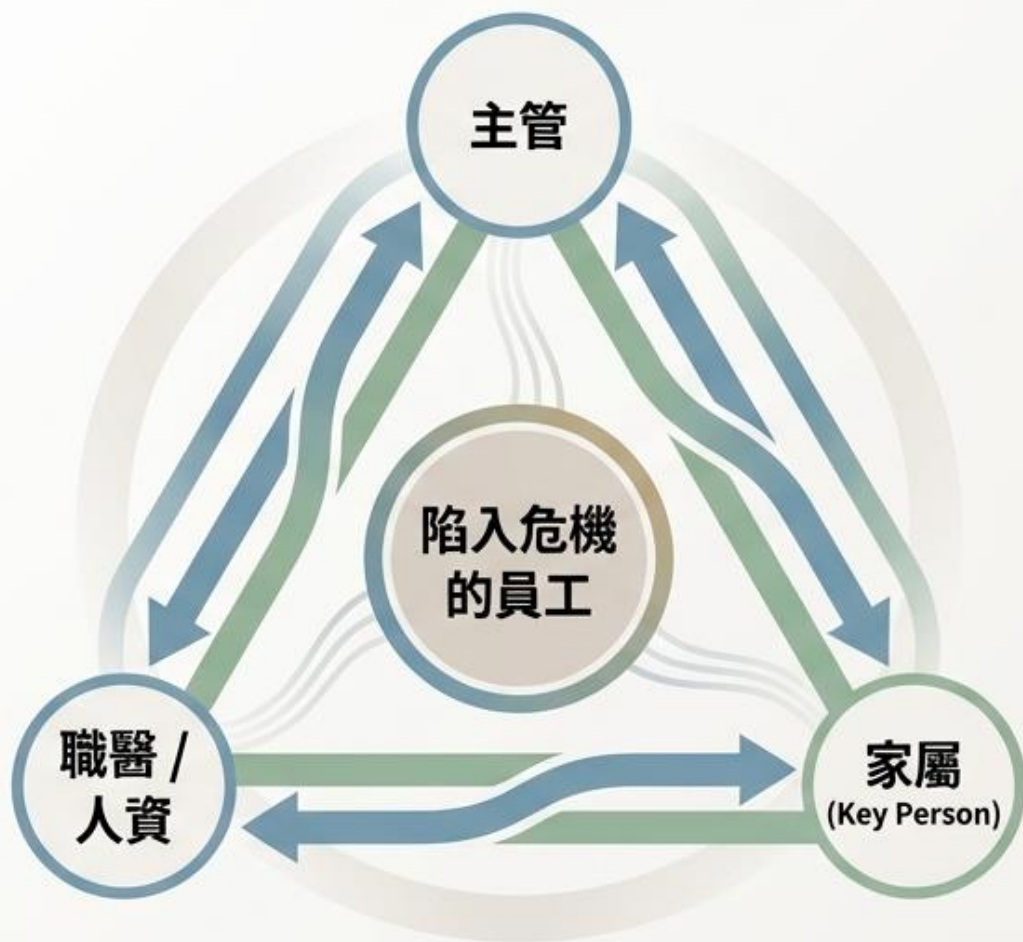
輕忽迷思

打破「會說想死的人就不會真死」的致命迷思，多數自殺者生前都曾明確求救。



【Tier 2】從職場到診間的橋樑：醫療轉介策略

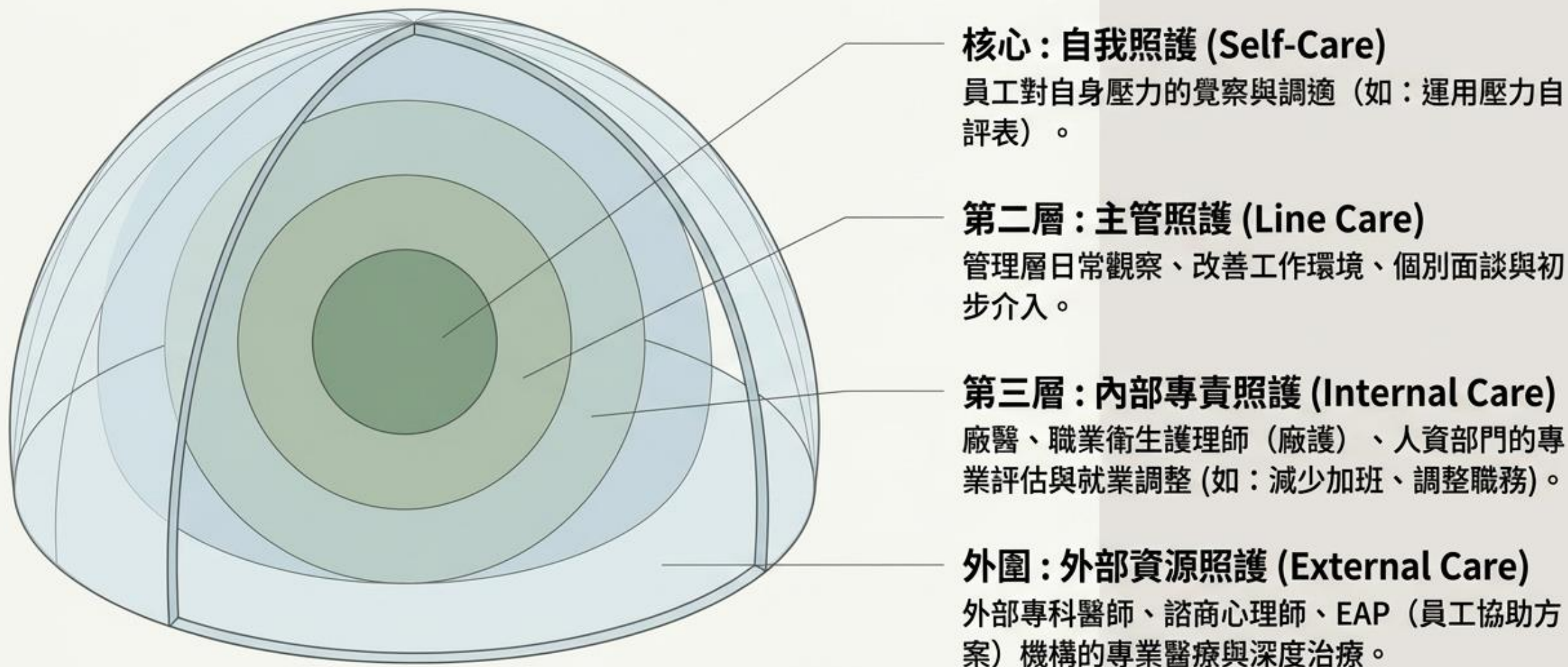
三資合協協流潮



步步跑指南

- 1 不要單打獨鬥：**主管切忌自行承擔所有壓力，必須聯繫家屬，讓家屬成為說服就醫的助力。
- 2 迂迴切入法：**若員工抗拒精神科，可利用身體症狀作為就醫藉口（如：「我們去看看你的失眠和頭痛問題吧」）。←
- 3 親自陪同就診：**在情況危急或員工極度抗拒時，由主管、家屬或廠護親自陪同前往醫院，確保防線不漏接。🛡️
- 4 確保資源對接：**提前建立友善的精神科醫療網路與 EAP（員工協助方案）聯絡清單。

[體制建構] 織網：企業的四層心理照護架構



[體制建構]

資源重組：中小企業 (SMEs) 的突圍之道

中小企業雖無雄厚資本與專職人員，但具備「人際網絡緊密、決策反應迅速」的絕對優勢。

聯合 EAP (Consortium EAP)

多家中小企業或上下游供應鏈結盟，共同出資共享外部心理諮商資源，分攤成本。

善用政府公衛資源

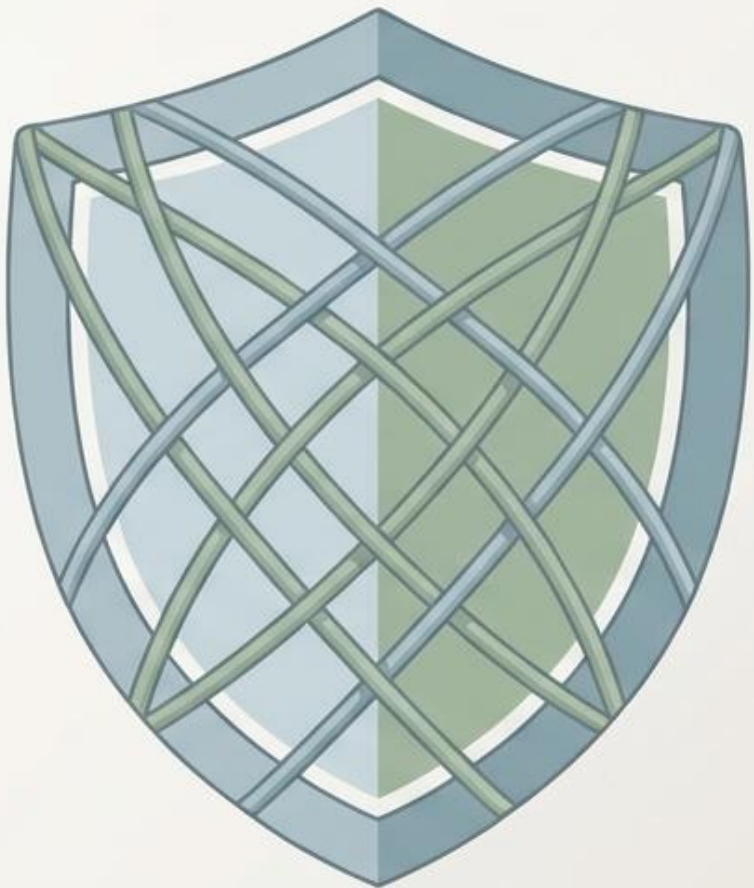
與各地區衛生中心、勞工健康服務中心建立常態聯繫管道。

擴充健檢問卷

在年度健康檢查中，加入「疲勞蓄積度」與「壓力自評」問卷
這是極低成本卻能有效篩出高風險群的方法。



[Tier 3] 當悲劇發生：事後處置的黃金原則 (Postvention)



1. 控制訊息傳遞範圍

在關係密切的小團體內（約 10 人）進行佈達，避免在大規模集會中發布，以利精準掌握每個人的反應。

2. 中立陳述事實

對事件的陳述必須客觀中立。切忌過度美化自殺行為，也不隱瞞事實，避免謠言與無謂的臆測撕裂團隊。

3. 容許情感表達

提供安全的空間，允許團隊成員表達震驚、憤怒或悲傷，不強迫立刻「恢復正常」。

4. 鎖定高風險群

主動介入與死者親密、處境相似、或第一發現者的員工，這些人是連鎖效應的高危險群。



[Tier 3] 創傷的波紋：辨識與接住倖存者



職場における自殺の予防と対応

正常但需留意的哀傷反應

- 強烈的自責（「我當初怎麼沒發現」）
- 對死者或公司的憤怒
- 短暫失眠、無法專注工作

需立即醫療介入的創傷反應

- 重度焦慮、急性壓力症候群（ASD）或 PTSD 症狀（如閃回畫面）
- 開始出現跟隨自殺的念頭

企業長期行動：協助家屬處理複雜的行政與保險手續，減輕其現實負擔；並在未來持續傳達「我們沒有忘記他」的態度。

結論：打造兼顧「健康」與「高生產力」的職場

「心理健康對策不是企業的慈善福利，而是核心的風險管理與人才資本投資。」

01

降低無形損耗

防範因員工心理健康惡化導致的缺勤（Absenteeism）與出勤但無效益（Presenteeism）。

02

建構法律安全防護

履行勞動契約中的「安全配慮義務」，大幅降低因職場騷擾或超時工作引發的法律訴訟風險。

03

提升雇主品牌

營造具備心理安全感的友善職場氛圍，有助於吸引並留住核心優秀人才。

職場過勞的醫療斷路器

長時間勞動員工醫師面談實務與風險管理指南

【適用對象】

產業醫、人資主管、職護

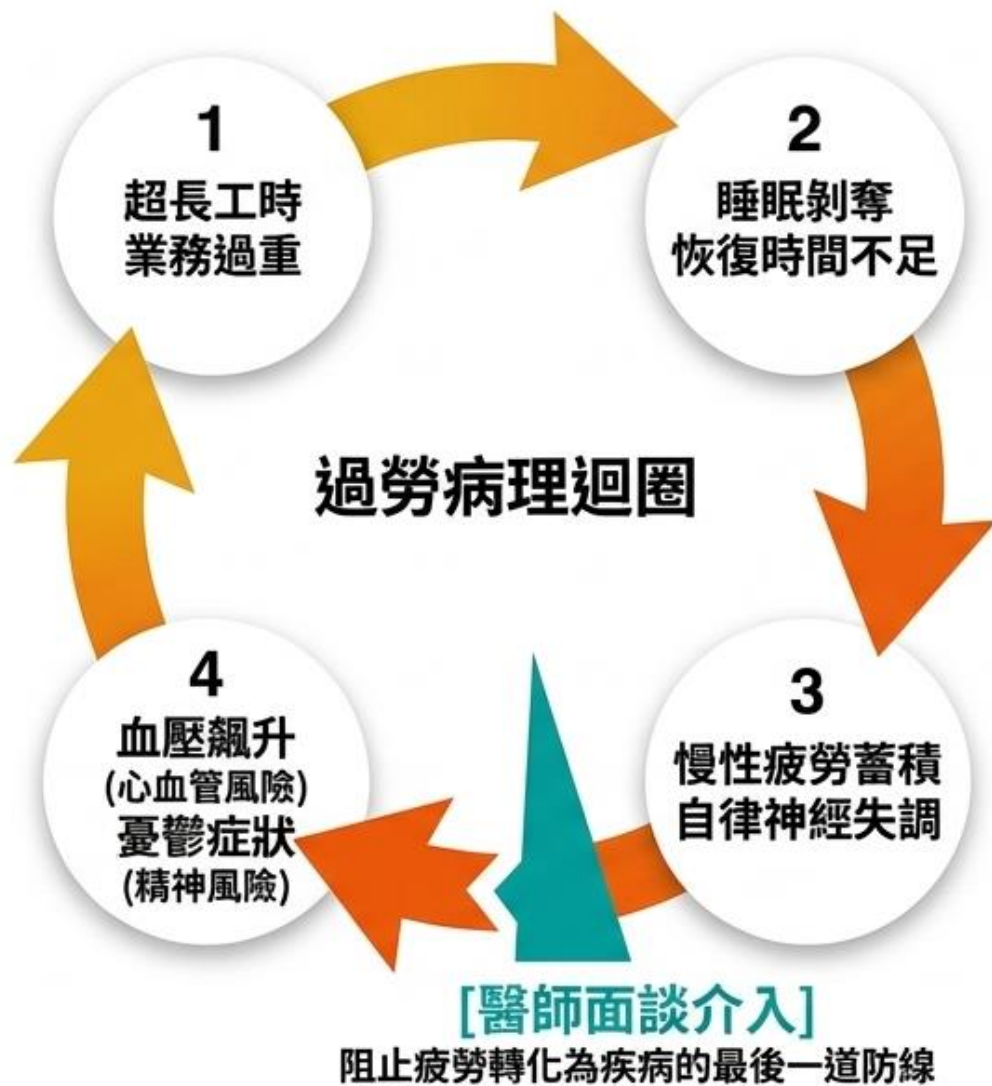
【核心目標】

法規遵循與心血管/精神風險阻斷

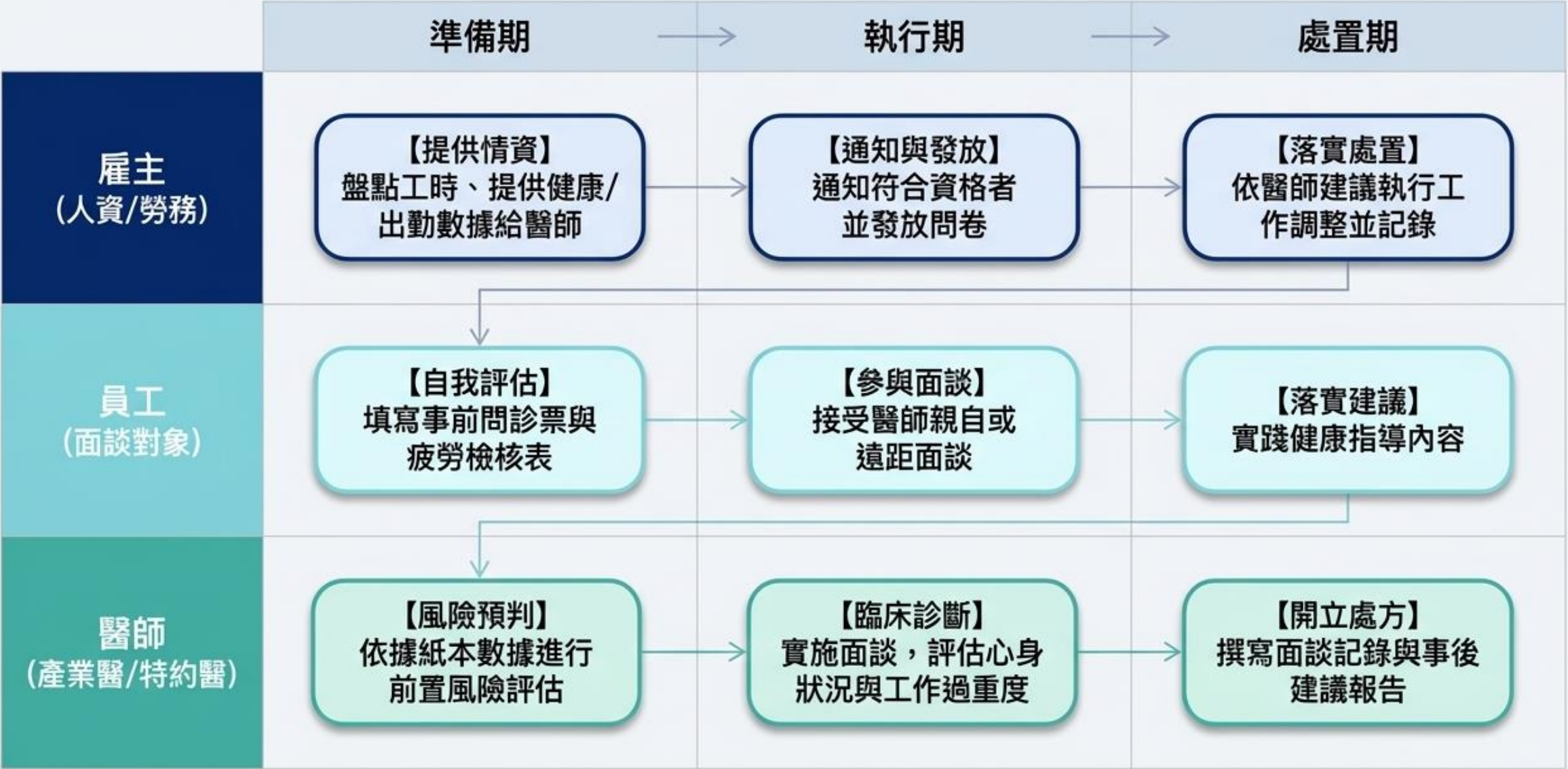
【版次】

最新法規與臨床指引整合版

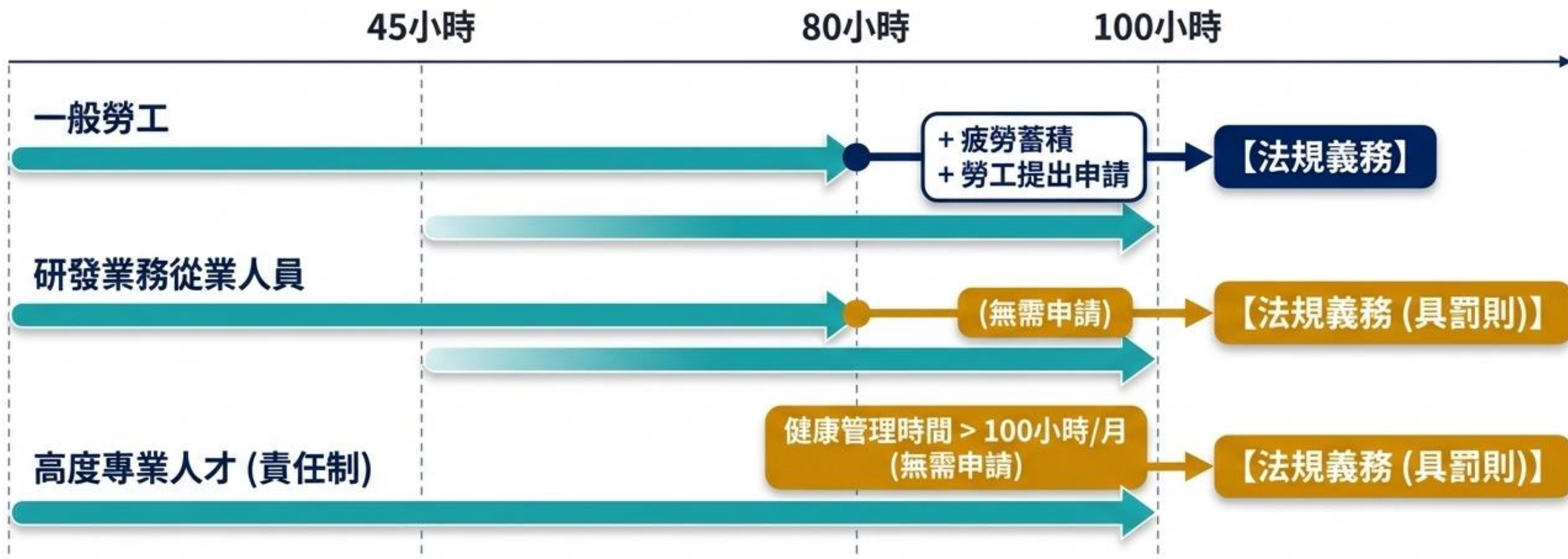
阻斷過勞的病理迴圈



跨部門的健康防護網：標準作業流程

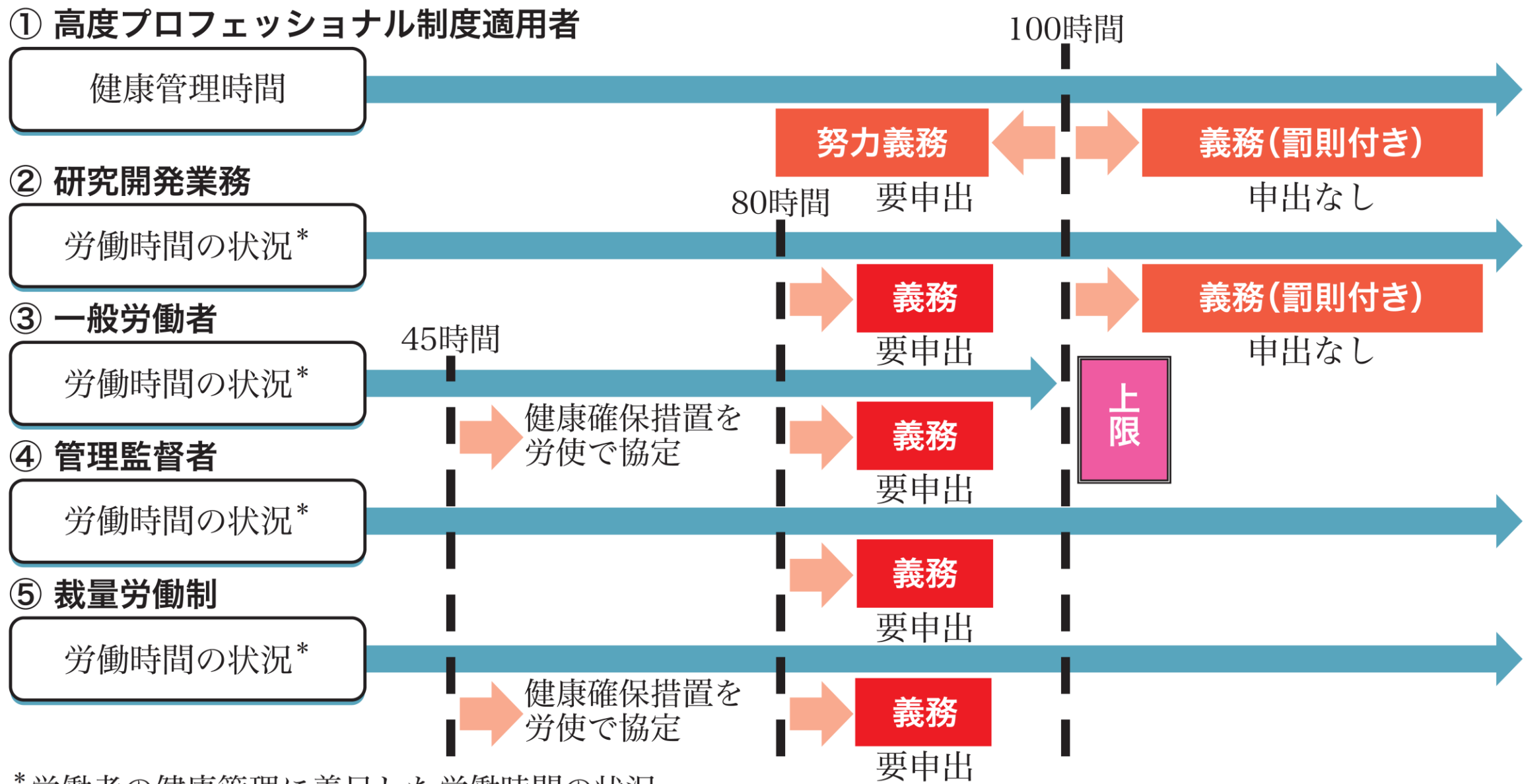


目標篩選決策矩陣：誰需要進行面談？



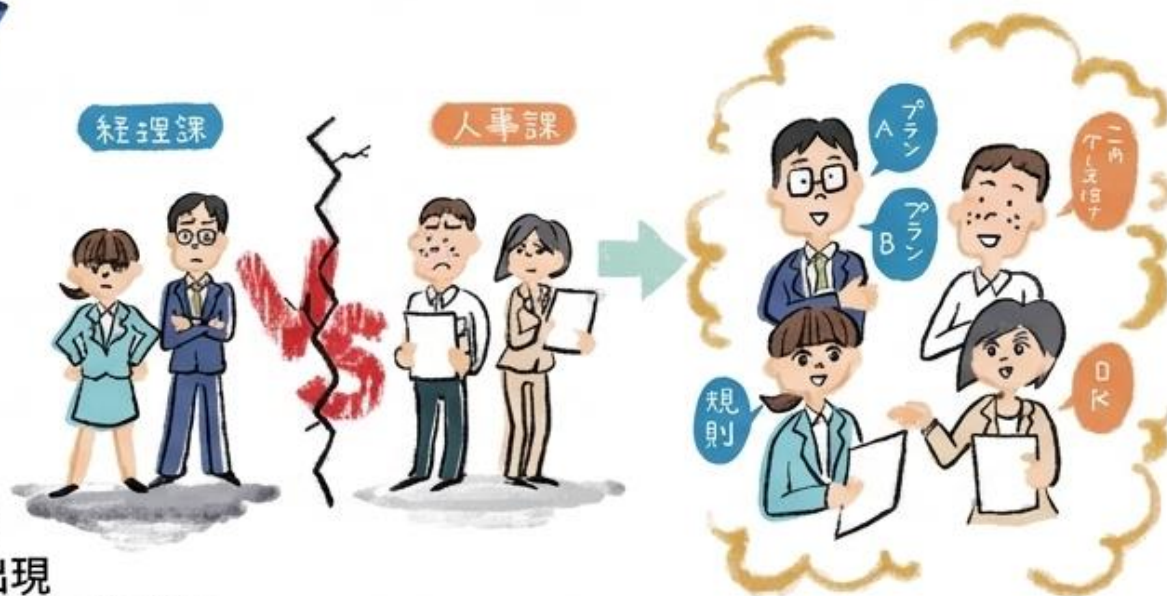
【努力義務】雇主自主下修標準防線

建議一般勞工 > 45h 即可依內部標準啟動面談。這不僅是合規，更是企業風險管理與人才保護的最佳防線。



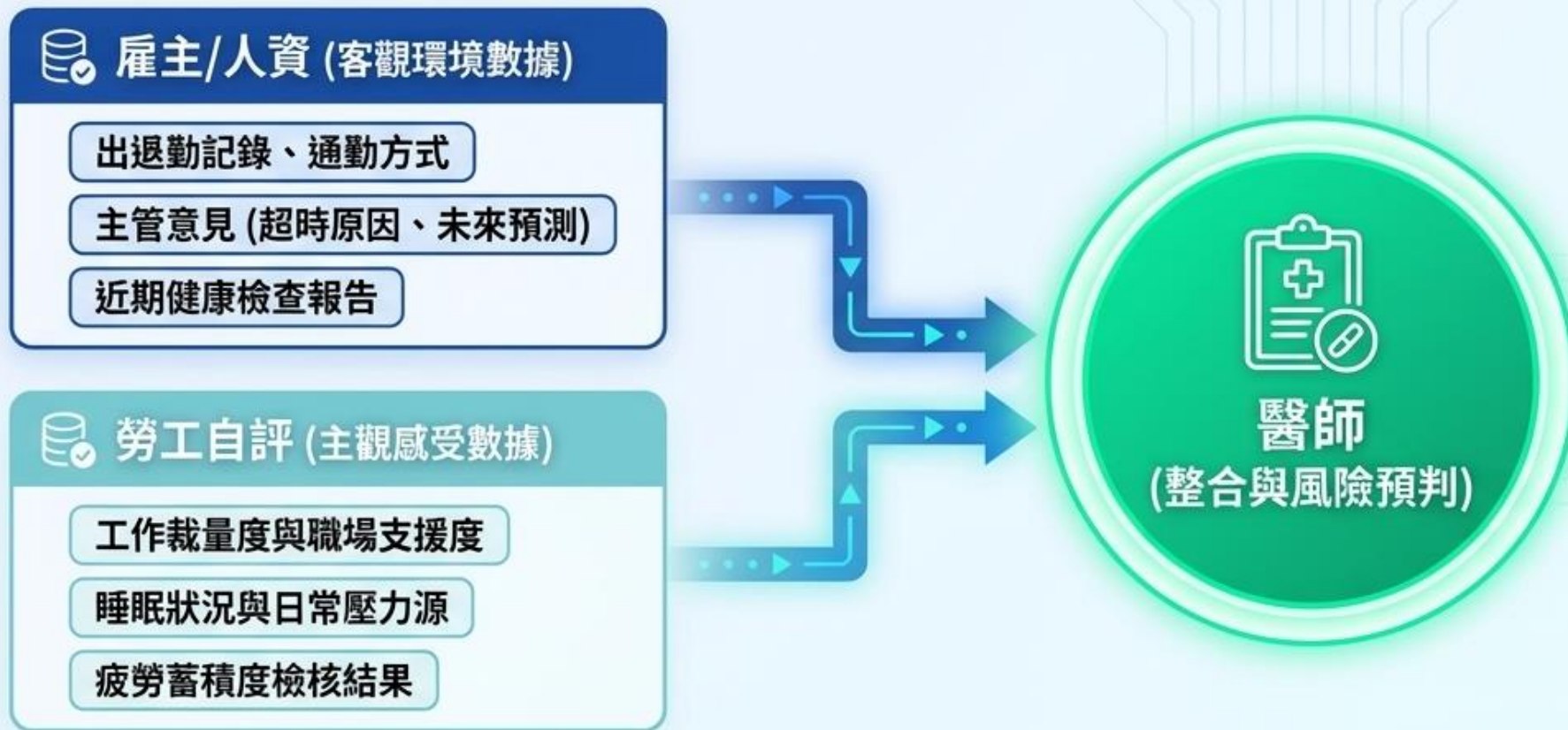
*労働者の健康管理に着目した労働時間の状況

隱形風險的挖掘：運用職護建立前哨防線



守密義務的突破：應制定內部規範，讓職護在發現高風險時，有明確的依據能將個案轉介給醫師，避免因護理人員守密義務而成為孤島。

面談前的情資生態系 (Pre-Op)



核心價值：醫師的專業在於「整合」。事前閱讀客觀與主觀數據，能將寶貴的面談時間保留給核心的「醫病對話」，而非單純填表。

風險量化：疲勞蓄積度雙軸矩陣

自覺症狀 (主觀)
(評估焦慮、睡眠、錯誤率等)
0, 2, 1 分系統

IV (極高)	1	3	5	7
	0	2	4	6
	0	1	3	5
	0	0	2	4
III	II	I (低)	A (低)	B
II	I (低)	A (低)	B	C
I (低)	A (低)	B	C	D (極高)

勤務狀況 (客觀) (評估時數、大夜班、身心負荷等)

【危險臨界點】

綜合評分達 2-7 分 (紅燈區)

疲勞已達器質性病變前兆，
是醫師必須重點介入與評估
的對象。

差異：日本並非用10年心血
管風險去框面談對象!!

360度全視角風險雷達

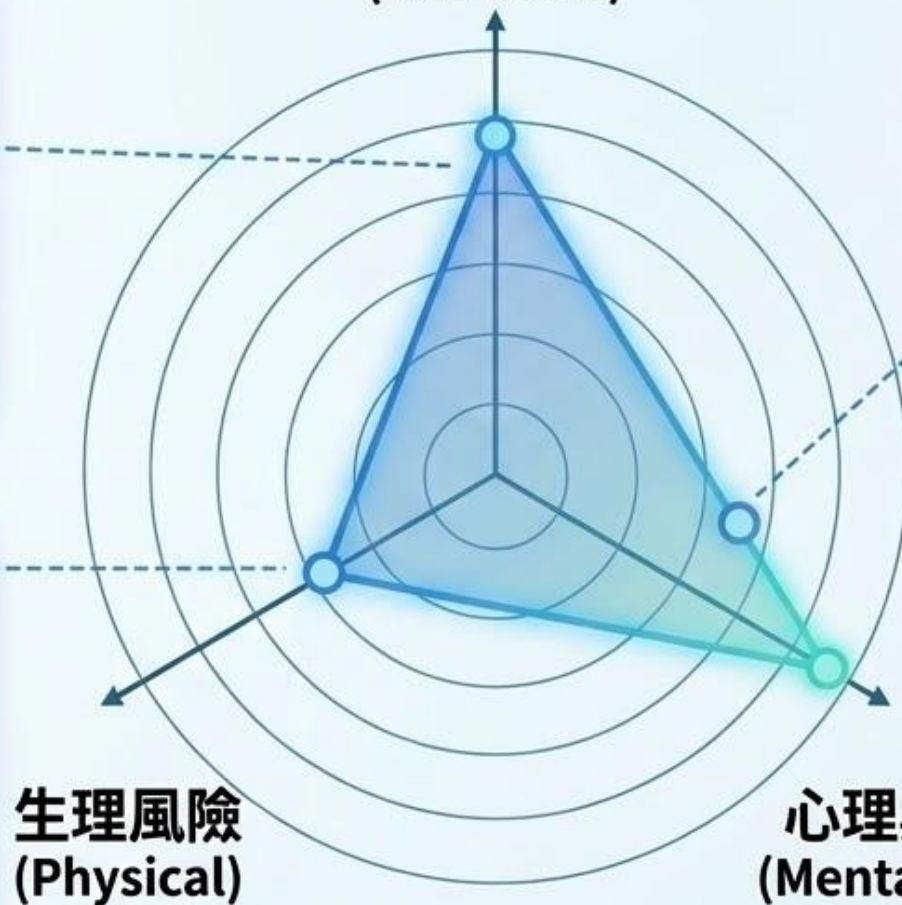
業務過重性評估

- ☑ 工作質與量的雙重壓力
(高度緊張/做不完的份量)
- ☑ 工作裁量度
(能不能自己決定節奏)
- ☑ 職場支援度
(主管/同事是否能提供協助)

生理風險評估

- ☑ 心血管病史與用藥狀況
- ☑ 當下測量血壓與體重變化
- ☑ 睡眠時間與品質
(入睡困難/早醒)

業務過重性 (Workload)



心理與生活評估

- ☑ 食慾變化與飲酒/抽菸
嗜好改變
- ☑ 工作外的壓力源
(育兒、長照負擔)
- ☑ 憂鬱症狀初步跡象

臨床基準：腦心血管風險層別化

診室血壓基準 (Cardiovascular Stratification)

低風險



中等風險

高風險 (風險第三層)

結合血壓數值 (130/85 至 180/110)
與危險因子 (年齡、吸菸、糖尿病等)
進行綜合判定。

預測模型工具包 (Risk Prediction Models)



【吹田分數 (Suita Score)】

預測 10 年內冠心病發作機率。
整合參數：年齡、性別、吸菸、
血壓、LDL等。



【JPHC 模型】

預測 10 年內腦中風機率。
將生活習慣與客觀數據轉化為
直觀的「血管年齡」對照。

核心精神：醫師的建議不應只是「看起來很累」，而是基於科學模型的
「10年發病機率警告」，為人事調整提供堅實後盾。

精神風險篩檢：BSID 漏斗式問診法

核心問題 (The Gatekeepers)

1. 過去兩週，是否幾乎每天都感到憂鬱或心情低落？
2. 過去兩週，是否對事物失去興趣，原本喜歡的事情也不覺得開心了？

若兩者皆為「否」

結束精神風險篩選

若任一為「是」

症狀深潛 (The Sub-symptoms)



【睡眠障礙】入睡困難、半夜醒來、或睡過頭？

【無價值感】覺得自己毫無價值，或帶有強烈罪惡感？

【認知困難】難以集中注意力或無法做決定？

臨床提示：精神症狀常透過遲刻/早退（出勤異常）或工作錯誤率上升來表現，需交叉比對人資出勤數據。

高效面談的臨床劇本 (15-30分鐘實戰)

建立信任 (開場)

「您好，我是產業醫。
今天請您來是因為上個月加班時數超過標準，想關心您的身體狀況。本次面談會嚴格守密...」

深度發掘 (評估)

「您認為近期超時工作的主要原因是什麼？
未來兩三個月的狀況預估如何？」

「假日有時間能做些讓自己放鬆、轉換心情的事嗎？」

尋求共識 (結尾)

「從您的數據看來，疲勞已達臨界點。為了保護您，我會建議公司採取工作限制。報告書的內容我先與您確認...」

將醫療發現轉化為職場解方 (面談紀錄撰寫)

醫療診紀錄 (樣式3)	
姓名病	症狀現狀
職稱段	
車位目	
業務過重性	
Workload	業務過重性區塊
理學/症狀區塊	理學/症狀區塊
Assessment/Plan	課題與對策區塊

【業務過重性區塊】

詳細記錄「質的負擔」(如：首次處理重大危機的焦慮)與「量的負擔」(如：專案人力短缺導致工作量達1.5倍)。

【理學/症狀區塊】

重點記錄當下測量的血壓、體重變化，以及任何心血管/精神相關的自覺症狀。

【課題與對策區塊 (核心)】

結合主觀意願與客觀風險。例：員工雖不願減少工時，但客觀睡眠僅4小時且伴隨高血壓，醫囑強烈建議受限工時。

⚠ 紀錄需區分「僅限醫護調閱的私密醫療資訊」與「提供給雇主的就業限制具體建議」。

從「合規打勾」到「積極介入」：重塑職場健康文化

過去的思維 (Compliance-Driven)

- 為了躲避勞檢罰則
- 走流程單純填表
- 員工視為麻煩
- 治標不治本

未來的實踐 (Health-Driven)

- 視過勞為系統壓力測試
- 醫師精準評估心身風險
- 啟動職務再設計與資源重分配
- 保障人才庫的永續戰力

總結：醫師面談不僅是開立給勞工的健康處方，更是開立給企業組織的「管理處方」。透過每一次的面談，修復職場系統的隱形裂痕。



中榮職業傷病預防及重建中心

