

調 查 意 見

壹、案由：邇來國軍各軍醫院接受罹患精神疾病官士兵就診案件為數眾多，究國防部在人才招募時之體檢方式是否周妥；嗣各軍醫院對就診人員之病況診斷是否妥切，影響國軍人力調配及當事人權益至鉅等情乙案。

貳、調查意見：

本案係國防及情報委員會推派調查，案經本院函請各該機關提供卷證資料說明暨約詢相關業務主管人員後，茲據各機關函復說明、約詢答覆及相關資料，臚列調查意見如下：

一、內政部役政署迄未積極妥謀役男精神系統檢查之策進作為，致現行徵兵體檢仍難有效篩除精神疾病役男，復未能有效掌握役男詐病案例，嚴重影響罹病役男權益及役政公平性，洵有疏失：

(一)中華民國憲法第 20 條明定：「人民有依法律服兵役之義務。」惟考量男女生理差異及社會生活功能角色之不同，我國兵役法第 1 條即明定：「中華民國男子依法皆有服兵役之義務。」以求實踐國家目的及憲法上人民基本義務之平衡；同法第 2 條則規範，男子年滿 18 歲之翌年 1 月 1 日起，至屆滿 36 歲之年 12 月 31 日止，為役齡男子(下稱役男)，依法應服常備兵役；現行兵源除依法徵集之常備兵外，尚有經志願考選，並完成所需訓練之預備役軍士官，通稱義務役軍人；此外，尚有因應軍事需求，而經志願考取軍事院校或循考(甄)選機制並完成所需軍事訓練之常備役、預備役軍士官及志願役士兵，通稱志願役軍人，故我國國軍人員來源有此二類，合先敘明。

- (二)為使入伍服役人員符合軍事需求，並保障役男服役權益，兵役法第4條明定：「凡身心障礙或有痼疾達不堪服役標準者，免服兵役。」內政部爰於同法第33條規範，經徵兵檢查之男子，應依其體位標準區分為常備役、替代役及免役體位，並依規定服常備兵現役、替代役或免除兵役；至國軍招募之志願役人員，則應符合常備兵體位，始能參與後續考(甄)選程序。復查「體位區分標準」第2條對於精神系統之體位規範，役男經精神科醫師確診罹患「精神官能症」、「精神病」及「嚴重型憂鬱症」等疾患1年以上，且仍持續呈現明顯症狀，造成社會(或職業)功能減損者，或經確診患有「慢性器質性腦徵候群」、「性格異常」、「性心理異常」、「自閉症」、「杜瑞氏症」及「神經性厭(暴)食症」等病症者，均予判定免役體位，是以，罹患前述疾病之役男，理應無法服常備兵役，綜予敘明。
- (三)現行徵兵體檢之精神系統檢查流程，經詢據內政部役政署(下稱役政署)查復說明略以：「依據『役男體檢精神科作業程序』檢查規範，由精神科醫師為之，藉由病史詢問、役男填寫之「役男身心狀況評量表」與臨床檢查等措施，參考其他科別檢查紀錄報告，作為疾病診斷依據。」惟查該署89~99年役男以精神疾病判定免役體位人數統計，歷年藉由徵兵檢查發現精神疾病之人數，僅占總人數0.18~1.30%，且未見顯著增加趨勢；復據國防部95~100年度新訓期間，發現不符「體位區分標準」常備役體位而予以驗退¹之人數統計，歷年因精神疾病而驗退者已由95年之159人增加至100年之304

¹「驗退」係指役男經役政單位判定常備體位而入伍服役後，於新兵訓練期間(或30日內)經訓練單位發現有不符原判定體位標準者。

人，人數與比率均呈現逐年遞增趨勢(詳附圖 1)。由於該類驗退人員均獲徵兵檢查判定常備役體位，且入伍接受新兵訓練後，始由訓練單位發現不符常備役體位，應歸屬服役前即有相關病症者，而類此逐年遞增趨勢，益證現行徵兵體檢之精神科檢查成效不彰，實難謂屬有效篩除作為，甚已影響國防軍事需求。

- (四) 為保障役男權益，維護役政公平性，役政主管機關除應篩除隱匿病情者，亦應避免不肖人士以精神系統疾病詐病規避兵役之情事，經詢據役政署查復說明，該署現透過「落實各項檢查」、「專案提役男體位審查委員會審議」及「依妨害兵役治罪條例移送法辦」等措施，作為防範詐病措施，並稱未有移送精神疾病詐病案例；惟據「臺灣精神醫學」期刊收錄文獻²，高雄榮民總醫院精神科曾於 90~91 年間辦理兵役複檢期間，發現 7 人疑似以精神疾病詐病規避兵役案例，並歸納出「精神病史較短」及「偽裝情感性疾病」為常見詐病模式等情，對於防杜類此詐病作為極具參考價值，針對上情，役政署均未切實說明該項疑義，亦未掌握相關人員詐病態樣，甚於約詢公開質疑文獻載示內容真實性等語，以上均有本院約詢筆錄在卷可稽。類此消極心態，顯已背離我國兵役法規管理精神，遑論保障役男人權。
- (五) 綜上，我國現行兵役相關法令標準已明定精神疾病役男免服兵役之類別與條件，役政機關爰應積極篩除不符體位人員，確保入伍役男均能符合國防軍事需求，俾能維護現行徵兵制度之公正性；惟該署迄未正視精神系統檢查成效不彰，並積極妥謀策進作

² 資料來源：精神科詐病役男之特徵。○○○等 8 人，臺灣精神醫學期刊，第 20 期第 2 卷，頁 154~145，民國 95 年 6 月。

為，致國軍驗退人數與日俱增，嚴重影響役政公平性，相關作為均洵有疏失。

二、內政部役政署迄未全面建立跨機關資料勾稽制度，無法於徵兵檢查前有效掌握罹患精神疾病役男人數，徒增檢查人員負擔，耗費有限行政資源，核有怠失：

(一)現行兵役體檢對精神系統檢查流程、體位判定標準與成效，已於前述；至其判等作業，除可由徵兵體檢之精神科醫師認定外，倘役男罹患慢性精神疾病而領有身心障礙手冊，且符合「身心障礙等級與體位區分標準免役體位對照表」者，即可依徵兵規則第 17 條規定，檢具身心障礙手冊，送請徵兵檢查委員會進行書面審查，經所轄直轄市或縣（市）政府役政單位向社政單位查證屬實，且符合免役標準者，毋須進行體檢，逕予判以免役體位，惟經詢據役政署查復說明，徵兵體檢期間，役男倘未主動告知檢查醫師罹患精神系統疾病，復未提供經治療 1 年以上之病歷病況或無功能顯著減損者，仍須服常備兵役，合先敘明。

(二)惟囿於精神疾病患者多為避免他人異樣眼光，不願主動告知病情病史，導致主管機關難於徵兵檢查有效篩除相關人員，然兵役體檢之性質顯異於一般健康檢查，不僅涉及役政公平性，亦攸關國防安全需求，主管機關除應策進篩除作為外，更有賴跨機關橫向協調作為，以有效掌握相關資料，提升行政效能。本院前於 85 年 12 月 7 日院台壹己字第 16140 號函，針對「據聞軍中精神病患者逐年增加，以致意外事件頻傳，嚴重折損士氣，並影響戰力」立案調查竣事後，曾就「政府各機關間劃地自限，各自為政，未能相互配合情事，導致行政上事倍而功半，甚且亦有同一機關所屬部門，因缺乏溝通，而各

行其事者」乙節，函請內政部研處見復。至主管機關現行作為，經詢據役政署查復說明略以：「內政部已於 89 年協調國防部、衛生署機關規劃結合全民健保醫療網，會商衛生署指定 43 家檢查醫院及 7 家複檢醫院辦理役男體檢及複檢，對於精確判定體位確有助益」、「各直轄市、縣(市)政府得向社政單位查詢役男身心障礙情形，或由役男主動提供相關書面資料，身心障礙等級符合免役體位對照表者，逕予判定體位，免予參加役男徵兵檢查。」

- (三) 經查役政署 89~99 年度藉由身心障礙書面審查而以精神系統傷病判定免役體位之統計資料，其中循書面審查之役男數由 89 年之 3 人，逐年增加至 99 年之 2,243 人，至獲判免役體位人數，則由 89 年之 1 人，遞增至 99 年之 1,784 人，篩除比率高達 33~81%，相較徵兵檢查，成效更為顯著(詳附圖 2)；至其效度，經詢據衛生署說明略以：「現行精神疾病之診斷證明文件並未限由精神科醫師開具，且疾病診斷類別與體位區分標準尚有差異，不全然能符合體位判等需求」、「以慢性精神疾病領有身心障礙手冊者，應通過所屬社政機關特約醫院之精神科醫師鑑定後，始能核發，除有明確疾病名稱外，亦有殘等類別，其診斷作為較為嚴謹。」爰此，透過社政機關之勾稽比對，除能有效篩除精神疾病役男，此類人員因免予參加徵兵檢查，倘經判定免役體位，當能縮短判等作業流程，減輕體檢作業人員負擔。
- (四) 惟據役政署查復資料稱：「在實務上，各直轄市、縣(市)政府得向社政單位查詢役男身心障礙情形，或由役男主動提供相關書面資料。」、「內政部曾發函宣導跨機關勾稽作為，且已納入業務督考項目，經查重視績效之縣市，已採全面造冊送請社政

機關勾稽作為，惟仍有部分縣市未能落實。」顯見此一勾稽作業仍未納入徵兵檢查規範，尤以主管機關對於未如實告知病情者，即逕予判定常備役體位，實已侵害渠等權益，背離現行役政法令精神。該署身為全國役政法令與制度規劃機關，且負有督導全國役政單位之權責，迄未積極謀求妥善徵兵檢查作為，殊有未當；又現行社會行政與兵役行政業務均屬內政部業管權責，該署亦遲未研議周全勾稽比對機制，完備相關篩除措施，核有怠失。

- (五) 綜上，有鑑於精神疾病涉及患者個人隱私之考量，影響疾病篩除成效，爰此，建立跨機關會商與資料勾稽平台，實屬刻不容緩；現既已有社政機關之身心障礙資料可供勾稽，主管機關卻遲未主動積極建立全面比對機制，反被動等待役男提供相關書面資料，嚴重影響渠等權益甚鉅，役政署實難卸其政策規劃不力、業務監督不周之責，亟應檢討改善。

三、國防部未積極正視國軍精神醫療資源配置實況，致專科醫療人力編配失當，應即檢討改進：

- (一) 國軍人員服現役期間，如有疑似罹患精神疾病之患者，多赴國防部所屬各國軍(總)醫院接受診治，倘經診斷符合「常備兵病傷殘廢停役檢定標準」及「陸海空軍軍官士官病傷退伍除役檢定標準」載示之精神系統病傷，即可辦理停役程序，經查國防部95~100年間，歷年因精神疾病因素而停服現役者約787至1,399人，占整體因病退伍或停(除)役人數半數以上，且自97年起，即呈現逐年遞增趨勢，其中以義務役士兵為最多數。惟現行相關停役檢定標準均未如體位區分標準，以罹病時程作為體位未訂或免役體位判定依據，加以國防部現已對國軍人員因罹患該類疾病而停役者，全面核以免予回役處

分，爰此，國軍醫院能否對罹病人員施予正確診斷，實與兵役公平性息息相關。

(二)至國軍(總)醫院精神疾病診斷方面，經詢據國防部查復說明，係由精神科醫師進行會談，除收集相關資料外，同時觀察個案思考、情緒、行為、言語等，必要時轉介心理師、社工師與職能治療師分別進行心理衡鑑、社會功能及職能評估，再按精神疾病診斷準則(DSM-IV-TR)確定診斷，其流程與依據均與民間醫院一致，惟據該診斷準則載示內容，除器質性腦症候群可透過「腦部影像學檢查」及「腦波檢查」作為腦結構受損與腦功能異常之證據外，其餘多透過心理衡鑑與職能評鑑方式，協助醫師瞭解精神疾病狀態與社會職業功能受損實況，少有實驗室檢查(驗)佐證，故醫師人力與相關醫療資源充足與否，勢將影響診斷之準確性。

(三)針對上情，本院前於85年12月7日以院台壹己字第16140號函調查「據聞軍中精神病患者逐年增加，以致意外事件頻傳，嚴重折損士氣，並影響戰力」乙案，就國軍精神科醫師明顯不足，人才流失情形嚴重等情，函請國防部研處見復。今次詢據國防部查復說明，該部醫療人力編配仍有以下缺失：

- 1、未有人員編配標準：該部未對國軍醫院醫事人員編制定有相關規範，現況係視醫療需求編設職缺，彈性進用人力；惟以國軍岡山醫院為例，該院未有精神科編制，96年起因業務需求自其他醫療部門流用2名員額迄今，遲未考量編制專科部門之必要性。
- 2、編現比例不均：歷年比率大多高於100%之醫院分別為：三軍總醫院、國軍高雄總醫院、國軍桃園總醫院、國軍花蓮總醫院；低於75%者分別為：

國軍臺中總醫院、國軍左營總醫院及國軍松山總醫院，其中國軍臺中總醫院更是逐年遞減。

(四)綜觀國軍醫院整體精神科醫師配置，多呈現編制不足(或短缺)、配置過剩及人員劇烈增減之現象，尤以國軍臺中總醫院肩負中部作戰區在地官兵之醫療作業，亦為該地區唯一國軍總醫院，精神科醫師編現比卻逐年遞減至 73%，又國軍岡山醫院為臺中以南至左營以北唯一軍醫院，擔負照顧該地區官兵身心健康之重責大任，惟值此部隊官兵情緒問題與日俱增，常有自傷案例之際，卻遲未賦予精神專科編制及檢討其醫療人力配置，均足證國防部迄未積極正視精神醫療人力之編補配置。

(五)綜上所述，有鑑於國軍人員因精神疾病因素而辦理退伍或停(除)役之人數與日俱增，且其確診甚為仰賴國軍醫院精神科醫師診斷及相關住院醫療資源，國防部允應正視資源配置實況，研議建立精神醫療人力與設施資源等相關配置標準之必要性，始能根本落實精神病患之追蹤輔導及個案管理措施，以提升精神醫療水平。

四、國防部允宜就工作環境與人員情緒等易肇生自傷因素，確實檢討具體心輔措施，營造合宜心理衛生環境，增進國軍人員精神素質，有效降低不當自傷事件：

(一)罹患精神疾病因素，除需考慮個人體質外，亦受時間與環境影響；軍隊生活屬較封閉與高壓力環境，部分軍士官兵於環境轉換及接受亟大壓力下，勢必出現環境適應相關問題，輕者自行調適，重者則焦慮憂鬱或罹患精神疾病，故大部分因精神疾病因素辦理停役者，多屬進入高壓環境後造成精神疾病產生或惡化；許多精神疾病初次發作時間與服役年齡相符，多為先天即具有精神疾病體質或家族遺傳之

役男，入伍後可能因環境壓力而引發病徵。爰此，為發掘高風險自傷個案及不適服現役人員，國防部透過「國軍心理衛生(輔導)工作實施計畫」及「國軍官兵自我傷害實施規定」等相關規範，訂定「三級防處」機制，發掘高風險自傷個案或未於徵兵體檢篩除及新訓期間驗退之不適服現役人員。

(二)經查國防部各級防處機制之運作架構，係由連、營級輔導長及基層幹部負責「初級預防」，進行第一線心輔工作，藉由教育推廣、發掘及轉介等措施主動掌握心緒不穩官兵；相關個案經轉介至各級心理衛生中心後，即進入「二級輔導」機制，由該中心心輔官(士、員)提供基層幹部教育諮詢及接受個案輔導；對於需要心理諮商及醫療處置後之輔導作為，即由國軍各總醫院設立之地區心理衛生中心進行「三級醫療」業務，對嚴重心理異常者轉介醫療體系，協助部隊落實心理衛生工作。另國防部對部隊未配置輔導人員或輔導人員未具心輔相關專長者，雖有針對其領導幹部規劃個案發掘及輔導實務技巧等課程，提昇基層幹部「同理心」及「敏感度」等輔導知能，強化初級預防作為，落實主動發掘及輔導轉介工作，惟考量心輔工作之專業性，相關人員接受課程訓練後，能否確實具備專業知能，並提供單位人員所需心理輔導作為，容有疑義。

(三)經分析國防部 95~100 年間國軍心輔成效，歷年由初級預防發掘個案數為 12,377~26,896 人，歸類為精神疾病個案數為 1,268~3,435 人，占總案件數 9.66~12.77%，歸屬各類壓力因素(如感情困擾、適應不良、工作壓力、消極厭世等)則有 5,614~16,429 人，占總案件數 45.36~61.08%，歷年趨勢變化詳附圖 3。另查該部初級防處發掘之精神疾病個案中，

僅有不到 2 成比率辦理停役結案或列入追蹤輔導，至其主因，經詢據國防部查復資料及補充說明略以：「多數初級防處發掘之精神疾病個案，均由個案外顯行為觀察得知，考量渠等可能合併具有攻擊他人或自我傷害等非理性行為，為確保類案、同袍及部隊安全，即直接轉介至國軍醫院接受治療」、「基層幹部考量當下個案問題之急迫性，認直接轉介醫療協處係保障個案安全之必要作為。」

(四)復據國防部 95~99 年間自傷案件統計，整體肇案數及歸屬精神疾病因素之人數雖呈逐年遞減趨勢，惟經族群分析發現，新進人員仍占 28.30~44.30%，環境因素(如適應不良、工作壓力、管教因素、逃避處分及退場機制等)及生活因素(如感情因素、家庭婚姻、生涯規劃、經濟債務、情緒失衡及消極厭世等)所占比率分別為 22.50~36.21%及 46.55~65.0%，歷年趨勢變化詳附圖 4；綜觀國軍自傷肇案成因，歸屬環境及情緒因素之自傷比率合計高達 6 成以上，且持續居高不下，加以比對前開國軍心輔工作個案發掘分析，均足證工作環境與個人情緒壓力儼然成為危害國軍人員心理衛生之潛藏因素；質言之，國防部長期以來僅側重於個案發掘與轉介，反忽略紓解國軍官兵環境及情緒壓力等心輔根本防治措施，至屬欠當。

(五)綜上，國防部雖透過國軍心理輔導相關規範，期能提升國軍人員心理衛生與輔導機制，減少服役人員因壓力而肇生自傷或傷人案例；惟據統計結果，歷年自傷人員多以新進人員、環境因素與情緒因素為主，後二者比率甚未見有所減少，足見現行機制仍側重於個案發掘作為，未有根本防治作為；究其主因，實為基層部隊欠缺專業心輔人力，復未針對壓

力因素訂定具體策進措施所致。國防部允應檢視現有各級部隊專責心輔人員編配與心輔措施之合宜性，適才運用各類入伍軍人之學歷專長，提升心輔人力資源，即時精進心理衛生業務，提升國軍人員心理素質。

五、行政院允應督飭內政部、國防部及衛生署於個人資料保護前提下，積極妥謀跨機關資料勾稽機制，有效篩除體格不符標準人員，保障役政公平性，維護國防軍事需求：

(一)本院前於 85 年 12 月 7 日院台壹己字第 16140 號函，針對「據聞軍中精神病患者逐年增加，以致意外事件頻傳，嚴重折損士氣，並影響戰力」立案調查竣事後，曾就「政府各機關間常有劃地自限，各自為政，未能相互配合情事，導致行政上事倍而功半，甚且亦有同一機關所屬部門，因缺乏溝通，而各行其事者……有關機關協調配合，定可減少因體位誤判而徵召入營情事發生」乙節，函請國防部與內政部研處見復；經查各該部會體檢流程與體位判定作業雖多有策進，惟資料勾稽查詢作業方面，仍力有未逮，尤以精神疾病具有諸多潛藏因素，欠缺實驗室檢查(驗)佐證，實難透過體檢作業予以發現，又因事涉個人隱私，病患恐遭社會異樣眼光而隱匿病情。惟入伍人員體檢之性質異於一般健康檢查，不僅攸關兵役公平性，更影響國防軍事需求及團體安全，爰此，建立多元資料勾稽機制，有效篩除罹病人員或防杜詐病等情，至屬刻不容緩。

(二)茲就國防部與役政署針對跨機關資料勾稽查詢作業乙節之查復說明分述如下：

- 1、國防部：精神疾病屬個人隱私，受限於個人資料保護法規範，若無當事人同意，無法調閱相關資

料；爰該部現由當事人主動提供過去病史及體檢醫師臨床診查，再據此安排精神專科檢查，未來擬規劃協請社政機關提供相關資料，若獲同意，即可將志願役報考人員造冊協請提供相關資料。

2、役政署：現行兵役相關法規及作業並無規定協請跨機關作為，故未向衛生主管機關協請資料勾稽事宜；內政部曾發函各縣市役政單位，宣導協請各地社政機關就領有身心障礙手冊者進行列冊比對，惟非所有縣市均採納。

(三)綜觀上述說明，役政署以現行法令未有規範為由而不作為，復未全面推動現有社政機關之資料勾稽機制，殊屬欠當；另有關國防部所述「個人資料保護法」乙節，經查該法第6條之意旨：「有關醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用；惟公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務所必要，且有適當安全維護措施者，不在此限。」至個人資料蒐集、處理或利用之範圍、程序及其他應遵行事項之辦法，亦規範應由中央目的事業主管機關會同法務部定之，並未全面排除公務所需之個人資料蒐集作為，該部對於個資保護之法令精神，容有誤解。

(四)行政院衛生署(下稱衛生署)暨所屬機關因業務之故，掌有全國就醫資訊，倘國防與役政機關於個資保護前提下，建立相關資料比對勾稽機制，應能提升精神疾病役男(或招募人員)之篩除成效。嗣經詢據衛生署暨所屬中央健康保險局(下稱健保局)針對建立該項機制之困境說明：

1、現行體位區分標準之精神系統判定標準與臨床診斷之精神疾病分類尚有落差，且是類疾病之診斷並不限由精神科醫師為之，故能否透過資料勾

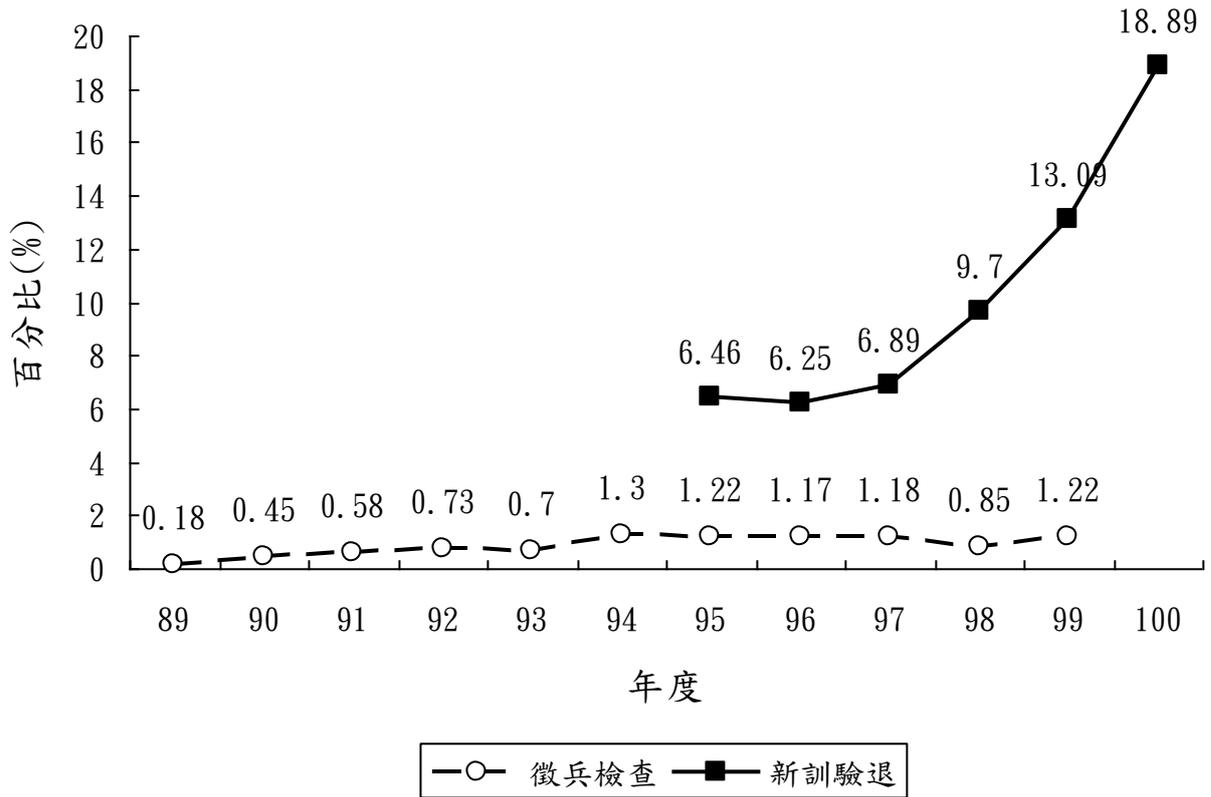
稽，達成罹病役男篩除之成效，尚有疑義。

- 2、健保局現有申報資料僅包含保險對象當次就醫資訊，亦無法確認保險對象之確診疾病，若提供未經醫療專業確診之資料，對個案影響甚鉅，建議應由精神專科醫師依據醫療專業判斷確診為宜。倘各機關確有公務需求，宜先透過會商，俾使提供者瞭解所需資料範圍與勾稽比對之可行性。

(五)綜上，囿於精神疾病既存發掘困境，現行入伍體檢機制實難有效篩除罹病者，惟發病人員除有危及團體安全之虞，亦將肇致戰力減損、任務無法遂行，部隊整體勢將付出極高代價；本院自 85 年函請內政部及國防部就跨機關合作事宜進行研處，惟各該部會仍未會商相關機關妥謀資料勾稽比對事宜，迄仍就本位各自表述，互為推諉，殊有未當。行政院身為內政部、國防部及衛生署之上級機關，為保障役政公平性，進而維護國防軍事需求，允應督飭該等機關於個人資料保護前提下，積極妥謀跨機關勾稽機制，有效篩除體格不符標準人員，以減少因體檢誤判而徵召入伍情事發生。

調查委員：尹委員祚芊、錢林委員慧君

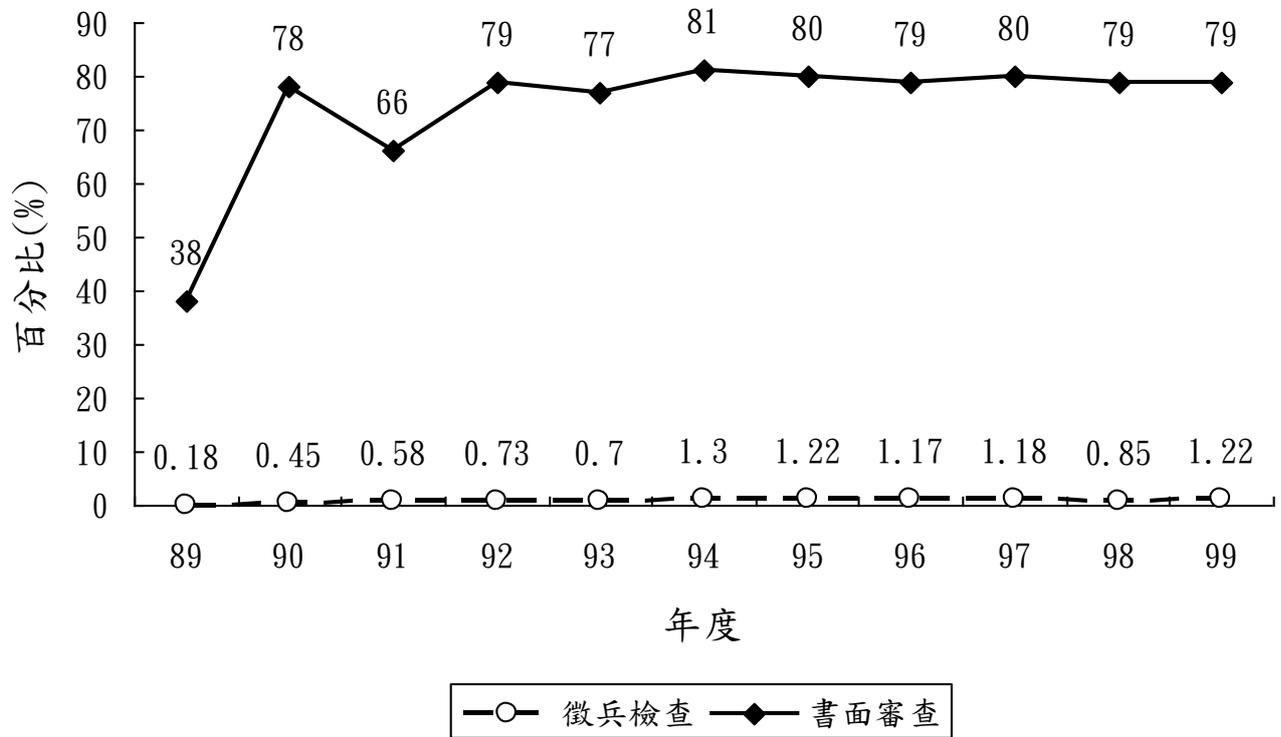
附圖 1、體檢篩除³暨新訓驗退⁴精神疾病役男比率



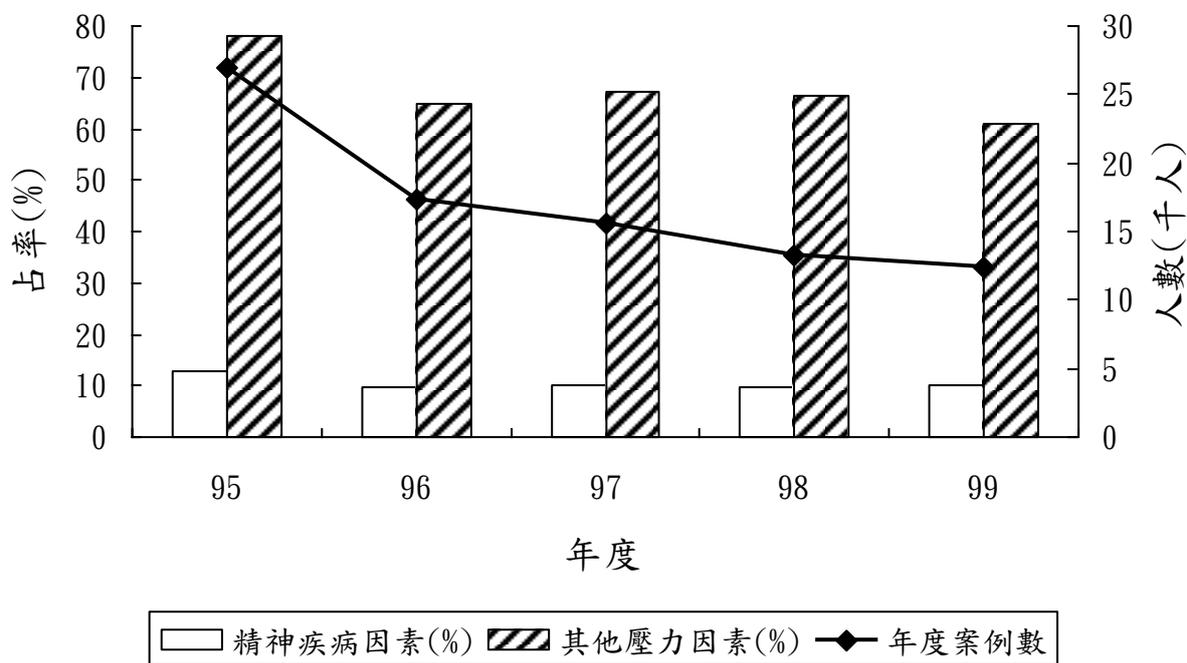
³ 篩除比率：依據役政署提供之年度資料，將體檢篩除精神疾病役男數÷總檢查人數×100%。

⁴ 驗退比率：依據國防部提供之年度資料，將精神疾病因素驗退人數÷總驗退人數×100%。

附圖 2、89~99 年體檢及書審判定精神疾病役男免役比率



附圖 3、95~99 年度國軍初級預防發掘個案數暨原因分析



附圖 4、95~99 年度國軍人員自傷人數暨原因分析

