

調 查 報 告

壹、案由：據訴，其子為國防部空軍司令部空軍戰術管制聯隊第六雷達中隊志願役士兵，於109年1月4日因身體不適昏迷，詎空軍延誤送醫，致腦部缺氧成為植物人，於一年後死亡。究該日其子發生身體不適情形至抵達醫院期間，空軍第六雷達中隊對應之處置為何？是否未為適當且及時的醫療救護？空軍第六雷達中隊於事發時是否配置醫務人員或救護技術員(Emergency medical technician, EMT)？有無建制傷病官兵緊急救護之衛生勤務作業規定？實有深入查明之必要案。

貳、調查意見：

據訴，其子(下稱蘇君)為國防部空軍司令部空軍戰術管制聯隊第六雷達中隊(下稱空軍第六雷達中隊)志願役士兵，於民國(下同)109年1月4日因身體不適昏迷，詎空軍延誤送醫，致腦部缺氧成為植物人，於一年後死亡。究該日其子發生身體不適情形至抵達醫院期間，空軍第六雷達中隊對應之處置為何？是否未為適當且及時的醫療救護？空軍第六雷達中隊於事發時是否配置醫務人員或救護技術員(Emergency medical technician, EMT)？有無建制傷病官兵緊急救護之衛生勤務作業規定？實有深入查明之必要案。

案經本院向國防部、國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院(下稱臺大醫院金山分院)、衛生福利部中央健康保險署及基隆市政府衛生局等相關單位調閱卷證，並於111年6月10日諮詢精神衛生及緊急醫療專業人員，復就相關爭點於111年8月1日詢問國防部空軍司令部(下稱

空軍司令部)劉副司令中將、軍醫組林上校、心輔官林少校等人員，再就國軍整體制度性問題函詢國防部，經卷析該部111年10月27日函復本院說明，調查竣事，茲陳述調查意見如下：

一、蘇君於109年1月4日在營期間身體不適昏迷，在緊急送往臺大醫院金山分院急救前，空軍第六雷達中隊人員或自認為其體溫正常、或自行判定其有呼吸、心跳及反應等情，爰未立即積極協處，可見對於緊急救護之認知不足且應處不當，復所配置的救護技術員(EMT)亦未能發揮救護功能，就制度而言，欠缺統一緊急救護與後送標準流程，整體緊急處理過程混亂無章，確有欠當。

(一)蘇君於107年11月14日入陸軍步兵第一〇四旅第五營第二連服役，後於108年1月9日至空軍第六雷達中隊補給勤務分隊服役，職稱為勤膳兵。蘇君於109年1月4日上午身體不適，經軍方人員送往臺大醫院金山分院，到院前無生命徵象，經急救後恢復自發性血液循環，惟其意識仍屬昏迷狀態，且須依靠呼吸機維持呼吸，為執行進一步醫療處置，該院於當日將蘇君轉送至長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院(下稱基隆長庚醫院)，109年1月13日轉入住三軍總醫院加護病房，因腦部缺氧過久已成植物人，家屬為就近照顧，於109年2月17日轉至國軍高雄總醫院左營分院，1年後(110年4月20日)因器官衰竭離世。

(二)查蘇君於109年1月4日5時20分時，以Line通訊軟體表達身體不適，10時47分姜姓下士發現呈跪姿，臀部著地、右手倚桌方式支撐，遂通報營中當值長官，11時09分蘇君由潘姓上尉自行駕車(民車)，離營送

往臺大醫院金山分院，主要經過如下表。

表1 蘇君109年1月4日身體不適至送醫之經過

時間	作為
5時20分	蘇君以Line通訊軟體請當日膳勤人員，其訊息內容：「不好意思，可以幫我跟伙委說一下我身體不舒服嗎？謝謝。」
5時30分	以Juiker通訊軟體向分隊長潘姓上尉表示：「分座我身體不舒服」
6時51分	潘姓上尉前往寢室探望，蘇君向潘姓上尉反映「頭暈」、「四肢無力」，後潘姓上尉詢問睡眠狀況及以手部觸摸額頭，表示未察覺異常，潘姓上尉遂表示「早上鎮海宮敦親睦鄰活動結束，再帶你看醫生」，蘇君回復潘姓上尉「好」、「謝謝分座關心」。
7時28分	潘姓上尉再次至寢室查看蘇君狀況，並為其量測體溫，體溫為36.1℃。
7時31分	潘姓上尉向李姓少校回報蘇君狀況，並表示待敦親睦鄰活動結束後再行帶蘇君就醫。
8時37分	曾姓上士送餐至蘇君寢室，見蘇君於床鋪睡覺，即將餐點放置桌面後離開。
10時47分	姜姓下士發現蘇君於寢室以跪姿、臀部坐地、右手倚桌方式支撐，遂通報營中當值長官。
10時55分	李姓少校前往蘇君寢室協處，見蘇君有心跳、呼吸，也有反應，認應以儘速送醫為優先，為求時效，決定以民車送醫。
11時06分	潘姓上尉及姜姓下士共同攙扶其從浴廁到寢室，續由潘姓上尉及姜姓下士抬至VIP寢室，再由林中士接手與姜姓下士共同抬往部隊門口。
11時07分	林姓中士、葉姓中士協力安置蘇君至潘姓上尉座車後座。
11時09分	蘇君坐於潘姓上尉轎車內並由江姓士官長攙扶之，離營送往臺大醫院金山分院。

時間	作為
11時31分	抵達臺大醫院金山分院，由院方工作人員及吳姓中士一同將蘇君抬上輪椅送急診室急救。

資料來源：本院按空軍司令部查復資料彙整。

(三)蘇君在營身體不適至送醫過程，共有6位軍方相關人員協處，其主要處理作為按時間順序，彙析如下表。

表2 案發當日軍方人員協處作為時序表

人事 時	蘇君	潘姓上尉	李姓少校	曾姓上士	姜姓下士	江姓少校	江姓士官長
05:00-06:00	<p>一人留置於寢室。</p> <p>5:20 首次以Line請膳勤人員回報不適。</p> <p>5:30 以Juiker向潘姓上尉回報身體不適。</p>						
06:00-07:00	<p>一人留置於寢室。</p> <p>6:51 潘姓上尉前往探望，與潘姓上尉說明身體狀況。</p>	<p>6:43 始獲知蘇君身體不適。</p> <p>6:51 前往蘇君寢室探望。</p>					

人事 時	蘇君	潘姓上尉	李姓少校	曾姓上士	姜姓下士	江姓少校	江姓士官長
07:00-08:00	<p>一人留置於寢室。</p> <p>7:28 潘姓上尉為其量測體溫，體溫36.1℃。</p>	<p>7:04 指示曾姓上士請其送早餐予蘇君。</p> <p>7:28 為蘇君量測體溫，體溫36.1℃。</p> <p>7:31 向李姓少校回報蘇君身體狀況。</p>	<p>7:31 經潘姓上尉回報始知蘇君身體狀況。</p>	<p>7:04 接獲潘姓上尉通知請其送早餐予蘇君。</p>			
08:00-09:00	<p>一人留置於寢室。</p> <p>8:37 曾姓上士送餐，見其在睡覺。</p>			<p>8:37 送餐予蘇君，見蘇君正在睡覺。</p>			
09:00-10:00	<p>一人留置於寢室。</p>	<p>9:40 離營進行敦</p>					

人事 時	蘇君	潘姓上尉	李姓少校	曾姓上士	姜姓下士	江姓少校	江姓士官長
		親睦鄰活動。					
10:00-11:00	<p>一人留置於寢室。</p> <p>10:47 經姜姓下士發現呈跪姿，臀部著地。</p> <p>10:48 姜姓下士詢問身體狀況，雖有回復但姜姓下士聽不懂；後由江姓少校及姜姓下</p>	敦親睦鄰活動。			<p>10:47 聽到異物落地聲，前往蘇君寢室查看，見蘇君跪姿臀部著地；隨即通報江姓少校及江姓士官長。</p> <p>10:48 詢問蘇君身體狀況，惟無法聽懂其表達內容，遂與江姓少校攙扶蘇君回床上休</p>	<p>10:47 接獲姜姓下士通報蘇君狀況。</p> <p>10:48 與姜姓下士攙扶蘇君回床上休息。</p>	<p>10:47 接獲姜姓下士通報蘇君狀況。</p>

人事 時	蘇君	潘姓上尉	李姓少校	曾姓上士	姜姓下士	江姓少校	江姓士官長
10:00-11:00	<p>士攙扶回床上休息。</p> <p>10:51 由江姓少校以手為其量測體溫，當下感覺其體溫與江姓少校差不多。</p> <p>10:55 江姓少校再次詢問其身體狀況及健保卡放置位置，回復音量正常但含糊不清。</p>	<p>敦親睦鄰活動</p>	<p>10:53 接獲江姓士官長回報蘇君狀況。</p> <p>10:55 抵達蘇君寢室，見蘇君有呼吸但說話含糊不清，請江姓少校準備開車送蘇君前往臺大醫院金山分院。</p>		<p>息。</p>	<p>10:51 以手量測蘇君體溫，感覺體溫與自己相當；請江姓士官長取耳溫槍。</p> <p>10:55 詢問蘇君狀況及健保卡位置，蘇君音量正常但含糊不清。</p> <p>10:56 離開蘇君寢室，前往個人寢室拿包包及車鑰匙。</p>	<p>10:53 向李姓少校回報蘇君狀況。並請蔡姓二兵提供耳溫槍。</p> <p>10:54 返回蘇君寢室。</p> <p>10:58 前往醫務室取耳溫槍。</p> <p>10:59 手持耳溫槍</p>

人事 時	蘇君	潘姓上尉	李姓少校	曾姓上士	姜姓下士	江姓少校	江姓士官長
							返回蘇君寢室。
11:00-12:00	<p>11:01 欲嘔吐，由李姓少校及姜姓下士共同攙扶至浴廁。</p> <p>11:06 先由潘姓上尉與姜姓下士共同攙扶，後由機動分隊林姓中士及姜姓</p>	<p>11:03 因已獲知蘇君狀況，驅車返回中隊部前。</p> <p>11:05 停車於部隊前方，小跑步至蘇君寢室。</p> <p>11:06 先與姜姓下士共同攙扶蘇君，後交由機動分隊林姓中士接手；遂跑步</p>	<p>11:01 偕同姜姓下士攙扶蘇君至浴廁嘔吐。</p> <p>11:06 將蘇君交予潘姓上尉後離開蘇君寢室。</p>		<p>11:01 偕同李姓少校攙扶蘇君至浴廁嘔吐。</p> <p>11:06 先與潘姓上尉共同攙扶蘇君，後與機動分隊林姓中士共同抬蘇君至中</p>	<p>11:01 離開個人寢室前往43車庫。</p> <p>11:04 進入43車庫，並拆除後座兒童椅。</p>	<p>11:00 離開蘇君寢室前往換裝，準備後送蘇君。</p>

人事 時	蘇君	潘姓上尉	李姓少校	曾姓上士	姜姓下士	江姓少校	江姓士官長
11:00-12:00	<p>下士共同抬至中隊部前。</p> <p>11:07 安置於潘姓上尉轎車後座。</p> <p>11:09 於潘姓上尉轎車後座，由江姓士官長攙扶，離營前往臺大醫院金山分院。</p>	<p>至部隊門口發車。</p> <p>11:09 駕車載蘇君及江姓士官長離營前往臺大醫院金山分院。</p>			隊部前。	<p>11:07 駕車抵達中隊部前。</p> <p>11:09 駕車載吳姓中士隨潘姓上尉車輛一同前往臺大醫院金山分院。</p>	<p>11:09 換裝出部隊，見蘇君已坐在潘姓上尉車內後座，遂坐至副駕駛座，又見蘇君持續滑落，改至後座攙扶之。</p>

資料來源：本院按空軍司令部查復資料彙整。

(四)針對上述送醫過程，蘇君家屬陳訴表示，軍方未能及時搶救，且當日有救護技術員(EMT)在營，卻未緊急協處，亦未立即呼叫救護車，導致錯失黃金救援時間等語。至於蘇君的死因，據本院諮詢當日(111年1月4日)診療蘇君的臺大醫院金山分院急診醫學科劉醫師及基隆長庚醫院急診醫學科鄭醫師，主要說明如下：

1、劉醫師：

- (1) 當天蘇君並不是由救護車送到本醫院(指臺大醫院金山分院，下同)，而是用部隊的車子載他來，然後推輪椅進到急診。一般而言，病患到急診會先至檢傷櫃台分類，但一推進來我們工作人員看到蘇君整個臉色已經不對，醫學上來說是有發紺現象，因此馬上將蘇君移到急救床上接心電圖監視器，顯示已經沒有自發性心跳，故馬上進行急救，急救過程都會依據急救流程(ABC)，建立呼吸道插管急救十幾分鐘後有回復自發性心跳(ROSC)。因為當初到院沒有心跳，所以判定院外心跳停止，當我們接上呼吸器後，蠻短的時間心跳就回復自發心跳，也就是心臟開始恢復跳動送氧氣到身體各器官。
- (2) 蘇君到醫院的症狀包括第一點是抽搐；第二點是雖然已經心跳停止，但是體溫非常高($>40^{\circ}\text{C}$)；第三點是當蘇君回復心跳後有一段時間又有心律不整的症狀。因為有瞭解到蘇君有在服用Wellbutrin藥物，有詢問部隊蘇君之前服用是否有症狀，部隊表示蘇君之前服用藥物沒有癲癇的症狀；當下又有問藥物如何服用，部隊說明由部隊保管，但蘇君前一晚才收假回部隊。
- (3) 統整而言，一般年輕人突然猝死的案件，我們大概會進行幾個鑑別診斷，包括是否為代謝的問題(如：糖尿病或是身體電解質、酸鹼值的問題)，或是感染的問題(如：腦膜炎、腦炎)，再來就是會瞭解是否是藥物使用

造成，或是是否因本身腦部及心臟問題等原因造成心臟停止。當下有照腦部電腦斷層，整個過程排除腦部本身像是腦出血、腦部腫瘤的問題，腦部看起來是沒有異狀，心臟本身的問題其實大概也排除掉，因為最後送基隆長庚醫院時，其實蘇君的心跳就是規律的，且蘇君本人也沒有心臟病病史；代謝的部分因為抽血會看電解質、酸鹼值的問題，所以代謝這部分也是沒有問題，可以排除的。至於白血球過高的部分，其實病人有時候在壓力或是有抽搐狀況，白血球就會有上升的情形，單看一個白血球數據其實是沒有辦法去解釋的，當然感染症有可能看到白血球過高，但如果蘇君的狀況是感染(例如腦炎)造成的話，可能前兩三天就會有發燒或是呼吸道等前驅症狀，不過我記得當下詢問，並沒有問到有這樣的狀況。所以最後我當時的猜測就是藥物使用的部分，因為我們去查藥物可能造成的症狀跟蘇君當下的症狀也有某部分是吻合的，因此當時與基隆長庚醫院交班時有特別說明可能是因為該藥物造成此狀況。

- (5) 至於軍中同袍表示蘇君一直有意識，但就病歷紀錄，可以看到蘇君到院時已經心跳停止。其實這部分也是蠻常見的，很有可能就是快要到院才發生心跳停止的狀況。蘇君到院時我們是接上心電圖去判定，一定是最客觀的，當下測量結果就是沒有呼吸心跳。
- (6) 如果是癲癇重積症，就是一直抽搐的狀況，沒有趕快用抗癲癇藥物把他停止下來，其實肌肉本身就會僵直，或是持續抽搐是有可能造成橫紋肌溶解。另外抽筋沒有趕快把他抽搐停止，大腦一直不斷放電，最後心跳停止也有可能是持續抽搐造成。但是否跟口服Wellbutrin藥物有關，也只是猜測。

2、鄭醫師：

- (1) 當時從臺大醫院金山分院轉診已經知道蘇君是到院前

心肺功能停止，經過急救恢復自發性心跳，需要轉診到本院。轉診交班有特別提到有服用Wellbutrin藥物的部分，也有提到該藥物是部隊做保管，所以當然藥物是一個評估項目。

- (2) 因為劉醫師前面已經有做很多檢查，有幫我們排除一些可能性，電腦斷層我們並沒有看到腦部異常，我們這邊檢測紀錄到有一些指數上的異常，包括白血球異常、心臟指數異常、肝指數異常、腎功能異常、乳酸指數偏高、肝指數升高，當然這些也可能是急救過後會有的變化。而因為病歷上有記載到在臺大醫院金山分院急救時有為蘇君做電擊，所以蘇君是否有先天性的心臟病的部分到本院較難釐清。且蘇君經急救後恢復自發性心律，很多指數異常都可能是因急救過程中缺氧情況造成的。
- (3) 到醫院(指基隆長庚醫院，下同)當下(約10分鐘)有請心臟科醫師來評估，心臟科醫師評估有兩個目的，一個是釐清蘇君後續住加護病房需要做怎樣的處理，另一個是病患是否需要做心導管去把心臟問題排除，我看後續的報告心導管的部分，是沒有看到說目前有急切性的需要。
- (4) 急診的部分大概如上所述，另外後續本醫院會判定蘇君「急性腎衰竭併橫紋肌溶解症」，這部分其實是在蘇君到加護病房之後，因為有看到腎功能異常所以有做一些鑑別診斷，有抽血檢查「肌球蛋白」含量，這部分是由本醫院院內(加護病房的陳醫師進行檢測跟判定，其意見如下：「蘇君於基隆長庚醫院急診時抽血檢驗發現血液肌酐(Creatinine)上升為正常值的兩倍(男性的腎臟指數大約是1.2，蘇君的指數到本院抽血時是2.3)，考慮蘇君未有慢性腎臟病病史，此血液肌酐上升疑似為急性腎損傷。在蘇君的情況中，心跳停止時腎臟灌流不足可造成急性腎損傷，但針對其急性腎損傷，內科值班醫

師(蘇君當下加護病房的醫師)仍判斷需做鑑別診斷,故在加護病房抽血檢查 myoglobin(肌球蛋白)、ANA(Anti-nuclear antibody, 抗核抗體)、total protein/albumin(總蛋白跟白蛋白)等項目,這些主要都是在看有沒有一些自體免疫方面的問題。且在蘇君的尿液檢驗中,尿液試紙(dipstick)呈現血液陽性反應(blood 2+),顯微鏡鏡檢下卻沒有許多紅血球(RBC)的現象。在橫紋肌溶解症中,由於尿液中含有myoglobin,可能使尿液試紙呈現血液陽性反應,故懷疑蘇君有橫紋肌溶解症的可能。進一步抽血檢驗亦發現血液中的肌球蛋白上升,符合橫紋肌溶解症的診斷。急性腎損傷的可能原因眾多,包括:1、腎前性(prerenal disease):如心因性休克、低血容性休克造成腎臟灌流不足。2、腎源性:包括腎絲球疾病(intrinsic glomerular disease)如紅斑性狼腎絲球腎炎、腎小管和腎間質疾病(intrinsic tubular and interstitial disease)、藥物和顯影劑引起的腎損傷、多發性骨髓瘤(multiple myeloma)、橫紋肌溶解症(rhabdomyolysis)等。3、腎後性:結石、神經性膀胱造成輸尿管阻塞等。橫紋肌溶解症的病人約有33~50%會發生急性腎損傷。橫紋肌溶解症的發生原因可能有壓砸傷(crush injury)、長時間靜止不動(immobilization)、激烈運動、癲癇(seizures)等。另備註說明:在加護病房入院護理紀錄有提到病人在軍中有突然抽搐、四肢僵硬情形,抽搐亦可能導致橫紋肌溶解症,在此病人的情況並無法確定橫紋肌溶解症的原因為何。」以上是本醫院後續交班醫師對「急性腎衰竭併橫紋肌溶解症」這部分的回復。

3、Wellbutrin藥物副作用¹:

¹ 參考資料:財團法人藥害救濟基金會/首頁/藥物/藥品安全訊息/Bupropion成分藥品安全資

- (1) Wellbutrin (150mg)是治療憂鬱症及治療尼古丁依賴症之藥物，藥品成分為Bupropion。近期歐洲針對該藥品之安全性資料指出，至少有8件血清素症候群的案例(可能會危及生命的情況)被認為是由Bupropion及血清素作用藥品間可能的交互作用導致。另外有6件案例具充足證據顯示與Bupropion使用過量有關。
- (2) 每天服用量如低於300mg，發生癲癇的風險估計為0.1%，但當每天服用量超過450mg，發生癲癇的風險則增加至0.4%(The risk of seizures with daily doses below 300 mg is estimated at 0.1% but increases to 0.4% with doses up to 450 mg daily.)²。
- (3) 血清素症候群的徵兆與症狀可能包括精神狀態改變(如：躁動、幻覺、昏迷)、自律神經失調(如：心搏過速、血壓不穩定、體溫超過38°C)、神經肌肉異常(如：癲癇發作、反射亢進、動作失調、僵直)及腸胃道症候群等。
- (4) 衛福部食品藥物管理署針對該藥品風險溝通說明略以：「……本品與主要由這種同功酶代謝的藥物併用時(如選擇性血清素回收抑制劑(SSRIs)、三環抗憂鬱劑、抗精神病劑)，這些併用的藥物必須由最低劑量開始……」。
- (五)關於家屬上述陳訴事項，空軍司令部查復略以：
 - 1、空軍第六雷達中隊為獨立駐地中隊級單位，未符合編設專業醫務人員及救護車基準，遂由軍方幹部先行處置送醫。
 - 2、當日具救護技術員(EMT)資格人員王上士雖在營，惟案發時見蘇君有心跳、呼吸，也有反應，

訊風險溝通表(<https://www.tdrf.org.tw/2020/12/16/safety02-54/>)

² 參考資料：Foley KF, DeSanty KP, Kast RE. Bupropion: pharmacology and therapeutic applications. Expert Rev Neurother. 2006 Sep;6(9):1249-65.

認尚無立即性危險，且當日該救護技術員(EMT)為中隊通信值勤人員，事發時位於機動雷達掩體內執勤，未接獲本案相關通知，故未有營中救護技術員(EMT)協處。

3、因蘇君無心臟及氣喘重大病史，故未通報消防單位，且為求時效，決定以民車送醫。

4、有關有無延誤治療等情，國防部空軍司令部空軍作戰指揮部(下稱空軍作戰部)於109年5月1日函請新北市憲兵隊偵辦，結果如次：

(1) 經臺灣士林地方檢察署於109年9月25日為不起訴之處分³，理由略述如次：

〈1〉潘姓被告(指潘姓上尉，下同)於109年1月4日7時許探視蘇君後，仍關心其身體狀況，係因當日9時30分有鎮海宮敦親睦鄰任務需外出，並未置之不理。

〈2〉空軍第六雷達中隊位於新北市石門區老梅地區，如救護車由臺大醫院金山分院駛至營區，等待時間約20分鐘，潘姓被告及李姓被告(指李姓少校，下同)選擇自行駕車前往可節省等待時間，並未與常情判斷有違，且潘姓被告於109年1月4日11時14分許離開營區，同日11時31分即抵達臺大醫院金山分院急救，並未有任何延誤之事。

〈3〉自109年11月4日10時30分許姜姓證人(指姜姓下士)發現被害人跪坐在107寢室門口，至同日11時14分由潘姓被告駕車送醫，期間被害人尚有知覺，潘姓被告於同日11時5分獲報，即於同日11時10分進入蘇君寢室處理，

³ 臺灣士林地方檢察署檢察官不起訴處分書(109年度軍偵字第21號、第45號)。

於11時14分送醫，另考量營區地處偏僻，不待救護車而自行駕車送蘇君就醫，尚難謂有何延誤之疏失。

(2) 蘇君家屬聲請再議，經臺灣高等檢察署109年10月30日審認為駁回之處分⁴，其理由如下：

〈1〉一般人未必有充分知識可資判斷蘇君當時症狀引發之確實或可能原因，進而認定此屬重症之徵象而需緊急儘速就醫，故潘姓被告等認蘇君既然尚可正常應答，且未發燒，當先讓蘇君休息，恐無立即性危險，待潘姓被告結束其他任務後，蘇君狀況並無改善便帶其就醫之決定，並未逸脫一般人之認事，而與常情無違。難認被告等有何應注意而未注意之情事。

〈2〉潘姓被告等認為基於時效考量，所屬部隊又無醫護兵或醫官，自行駕車搭載蘇君前往臺大醫院金山分院較聯絡救護車當可更早抵達醫院爭取時間，為較佳之方案，並非全無理由。

(3) 家屬不服處分，再向臺灣士林地方法院提起交付審判，110年3月24日裁定駁回確定，並不得再為抗告⁵。

(4) 綜析上情，有關軍方相關人員被告涉犯刑法第284條之過失致重傷害罪，已為不起訴處分，但就制度面而言，蘇君身體不適時，軍方人員或自認為其體溫正常、或自行判定其有呼吸、心跳及反應等情，爰未立即積極協處。惟軍方人員判定蘇君有呼吸、心跳的方式，未輔以血氧計等儀器偵測，其中甚一度以手部觸摸額頭方式測量體溫，即據以判定體溫無異，且竟認在有呼吸、心跳

⁴ 臺灣高等檢察署處分書(109年度軍上聲議字第35號)。

⁵ 臺灣士林地方法院刑事裁定(109年度聲判字第139號)

的情形下，無須救護技術員(EMT)急救處理，亦忽略病程進展迅速及不可預測特性等，顯見對於緊急救護之應對措施及認知不足，加以所配置的救護技術員(EMT)亦未能發揮救護功能，部隊未訂有統一緊急救護與後送標準流程，處理過程混亂無章，確有欠當。

(六)綜上，蘇君於109年1月4日在營期間身體不適昏迷，在緊急送往臺大醫院金山分院急救前，空軍第六雷達中隊人員或自認為其體溫正常、或自行判定其有呼吸、心跳及反應等情，爰未立即積極協處，可見對於緊急救護之認知不足且應處不當，復所配置的救護技術員(EMT)亦未能發揮救護功能，欠缺統一緊急救護與後送標準流程，整體處理過程混亂無章，確有欠當。

二、空軍作戰部為因應本案事件，強化執行緊急救護工作，於109年2月18日令頒「獨立陣地救護技術員人力運用暨傷病官兵緊急救護後送作法」，空軍司令部要求所屬戰管獨立陣地需配置6名救護技術員(EMT)，惟截至111年8月底止，所屬16處獨立陣地中尚有3處駐地所配置的救護技術員(EMT)不足6名，有待該部檢討改善；另國防部雖定期辦理救護技術員(EMT)訓練計畫，惟對於接受訓練及取得救護技術證照者，卻缺乏實質的誘因與鼓勵，亦有欠周延。

(一)查空軍作戰部為因應本案事件，強化執行緊急救護工作，於109年2月18日令頒「獨立陣地救護技術員人力運用暨傷病官兵緊急救護後送作法」，律定救護技術員(EMT)人力運用與傷病官兵緊急救護後送作法如次：

1、同駐地有醫務所之單位，每日維持據救護技術員(EMT)證照人員1名在營為原則，有緊急救護需求

時通報駐地醫務所協處，如需後送一律由駐地所救護車支援。

- 2、同駐地無醫務所之單位，每日須維持具救護技術(EMT)員證照人員2名在營，負責第一時間緊急救護處理，初判符合急診處理範圍時，單位應通報當地119勤務中心協助現場緊急救護及送醫事宜。

依上，空軍司令部要求所屬戰管獨立陣地需配置6名救護技術員(EMT)，截至111年8月底止，所屬16處獨立陣地救護技術員(EMT)計130名，其中尚有3處駐地所配置的救護技術員(EMT)不足6名，仍有待該部檢討改善。

- (二)至於國軍整體救護技術員(EMT)人力情形，國防部表示，為貫徹執行平時、戰時軍陣醫學及傷病救護後送作業，以及因應募兵制實施，基層醫療人力招募不易，與維繫緊急救護量能等因素，定期辦理救護技術員(EMT)訓練計畫，培育衛勤官兵取得緊急救護證照，以提升軍醫人員本職學能及專業救護技能，維護官兵健康等語。查自106年起至111年6月止，各年度國軍接受救護技術證照(EMT)訓練者計3,045、3,594、4,238、4,704、3,366及3,073人次，平均每年約有3,700人次參加救護技術員(EMT)訓練；軍方各年度救護技術員(EMT)人數分別為9,326、10,192、11,015、12,019、13,124及13,423人，詳如下表。

表3 各年度國軍接受救護技術員(EMT)訓練人次及各當年度具救護技術員(EMT)證照人數

單位：人次；人數

年度	106年	107年	108年	109年	110年	111年
參與訓練人次						
EMT-1	2,880	3,133	3,843	4,295	3,059	2,861

年度	106年	107年	108年	109年	110年	111年
EMT-2	165	461	395	409	307	212
小計	3,045	3,594	4,238	4,704	3,366	3,073
救護技術員(EMT)人數						
EMT-1	8,618	9,379	10,129	11,045	12,008	12,352
EMT-2	711	813	886	974	1,116	1,071
小計	9,326	10,192	11,015	12,019	13,124	13,423

備註：106-110年各年度救護技術員(EMT)人數以當年度12月31日為統計基準；111年的統計時間至111年6月30日止。

資料來源：本部按國防部查復資料彙整。

(三)承前述，國軍每年約有3,800人次接受救護技術員(EMT)訓練，而每年平均約有11,000人具救護技術證照，由於因應募兵制實施，基層醫療人力招募不易，充實緊急救護技術能力至為重要，但關於國軍接受救護技術訓練及取得證照之相關誘因問題，國防部表示，公務預算編列「加給」及「獎金」的條件須為占編制職缺，具所占職缺專長，且不得與其他加給重複領取，爰無法提升其待遇及加給等語。然救護技術員(EMT)在軍隊扮演重要角色，尤其獨立陣地營區地區偏遠，縱與外界醫療院所簽有安全維護等支援協定，但外界給予之緊急支援救護協助仍有其限制，況且獨立陣地大多未配置有醫務所，亦即未編設有專業醫務人員，當遇有緊急傷病或意外，第一時間僅能仰賴救護技術員(EMT)協處，國防部每年辦理緊急救護訓練課程，參加受訓人員或只能消極配合政策，缺乏實質的誘因與鼓勵，有欠周延。

(四)綜上，空軍作戰部為因應本案事件，強化執行緊急救護工作，於109年2月18日令頒「獨立陣地救護技術員人力運用暨傷病官兵緊急救護後送作法」，空軍司令部要求所屬戰管獨立陣地需配置6名救護技術

員(EMT)，惟截至111年8月底止，所屬16處獨立陣地中尚有3處駐地所配置的救護技術員(EMT)不足6名，有待該部檢討改善；另國防部雖定期辦理救護技術員(EMT)訓練計畫，惟對於接受訓練及取得救護技術證照者，卻缺乏實質的誘因與鼓勵，亦有欠周延。

三、近年志願役士兵在分發至常備部隊單位前的「基礎訓練」階段，已超過半數比率需接受心理輔導評估，即該階段已浮現心理衛生問題重大警訊，惟退訓者僅占基礎訓練總人數1.84~3.04%，且均為「自願」申請退訓者，可見國防部未能積極自源頭建立篩選機制，除易加深士兵心理創傷之嚴重性，亦徒增軍方量能負擔，顯有欠妥。

(一)按國防部102年11月29日國醫衛勤1020010141號令修頒「國軍志願役新進人員體格檢查作業規定」三、(一)之1，入學體檢於考生報名前，赴各志願役就學(業)甄選班隊招生委員會指定之醫院實施體檢及填寫「報考國軍志願役班隊身心健康檢查表」(下稱身心健康檢查表)，並由體檢醫院逕行體位初判(下稱第一階段心理健康檢查)。復按「志願士兵選訓實施辦法」第9條第1項第4款規定，於基礎訓練期間，身心狀況經評估，不適服志願士兵者，應予退訓；國防部102年6月7日公布「國軍心理評量工具運用作業要點」規定，志願役新進人員於入伍訓練訓期第1週內，實施「人際、思考、情緒、行為量表(BASIC)(志願役版)」及「國軍官兵行為檢核表(OBS)(志願役版)」(下稱第二階段心理健康檢查)；到部後1至3個月內期間內，則須實施「國軍身心狀況評量表(志願役版)」(下稱第三

階段心理健康檢查)。是以，國軍志願役士兵自入學至部隊期間，共有3階段心理健康評估機制。

(二)有關上述3階段的心理評估機制之內容、執行方式及辦理結果，分述如下：

1、第一階段心理健康檢查機制：

(1) 執行方式：

由報考者自行填列身心健康檢查表，亦即以類似問卷調查的方式，填寫該檢查表所列之問題，主要包括：「20. 您有沒有看過精神科的急診或門診：沒有 有 21. 您有沒有住過精神科病房：沒有 有……25. 您過去有沒有自殺或自我傷害：沒有 有」等，後續國防部會再將報考者名冊（須完成填註同意書），函請衛生福利部中央健康保險署辦理精神疾病就診紀錄勾稽作業，該部軍醫局再就診斷符合精神官能症、精神病、嚴重型憂鬱症、性格異常、自閉症……等，判定為體位不合格。

(2) 辦理結果：

108年至111年6月底止，各年度志願士兵徵選因具精神相關疾病而判定為不合格體位或撤銷其錄取資格之人數分別計1,242、1,198、1,030及893人，占報考人數比率分別為5.10、5.37、5.87及7.04%，詳情如下表。

表4 近年志願役士兵徵選因精神相關疾病遭判定不合格體位之情形

年度	108年	109年	110年	111年
不合格人數	1,242	1,198	1,030	893
總人數	24,370	22,325	17,553	12,690
不合格率	5.10%	5.37%	5.87%	7.04%

備註：111年資料統計至該年6月底止。

資料來源：國防部。

2、第二階段心理健康檢查：

(1) 執行方式：

〈1〉 108年6月12日以前：

在志願役新進人員於入伍訓練訓期第1週內實施，主要進行方式係由單位主官(管)以人際、思考、情緒、行為量表(BASIC)(志願役版)」及「國軍官兵行為檢核表(OBS)(志願役版)」進行施測，再按施測結果分為「危機處理組」、「轉介醫療組(或OBS為精神衛生醫療組)」、「心理治療諮商組(或OBS為心輔幹部協助組)」及「輔導關懷組(或OBS為基層幹部協助組)」分類輔導。

〈2〉 108年6月13日以後：

志願士兵於基礎訓練期間，國軍心理評量工具，係依「國軍心理評量工具運用作業要點」於入伍訓練第1週內實施「國軍心理健康評量表(MHS)」，施測結果分為「危機處理組」、「心輔幹部協助組」、「基層幹部協助組」、「一般組」及「未達效度指標」等，再依各組施予不同程度輔導。

(2) 辦理結果：

108至110年止，各年度志願士兵於基礎訓練期間，經心理衛生輔導評估的人數分別計6,241、5,720及5,072人，占率約介於58~65%間；另經心理輔導評估後退訓者分別計318、238、及144人，且均為自願申請退訓，而非經醫療處遇後才退訓，詳情如下表。

表5 近年志願役士兵於基礎訓練期的經心理輔導評估及退訓者之情形

年度 項目		108年		109年		110年	
		人數	占率	人數	占率	人數	占率
經心理輔導 評估		6,241	59.65%	5,720	58.43%	5,072	64.69%
評估後 退訓	自願 申請	318	3.04%	238	2.43%	144	1.84%
	醫療 處遇	0	-	0	-	0	0-
基礎訓總人數		10,462	-	9,789	-	7,841	-

資料來源：國防部。

3、第三階段的心理健康檢查，係由常備部隊單位於新進人員到部後1至3個月內，以「國軍身心狀況評量表(志願役版)」實施普測，心輔人員亦得依個案需要適時使用該表測量，施測結果則分為「需高度關懷群」、「需中度關懷群」、「尚需關懷群」及「適應良好群」等4類。其中屬「需高度關懷群」者，應轉介心理衛生中心，由心輔人員進行人工檢核晤談，評估是否需持續納管與追蹤輔導，必要時可轉介國軍醫療單位或地區心理衛生中心協助；另屬「需中度關懷群」者，主官(管)應每兩週定期面談、同時施測「簡式症狀評定量表(BSRS-5)」及「外顯評定量表」檢核評估，以協助適應軍中生活，或適時轉介心理衛生中心協助。

(三)承前述，國軍志願役士兵自入學至部隊期間，共有3階段心理健康評估機制，在報考志願役的入學體檢階段(即第一階段心理健康檢查)，國防部藉由身心健康檢查表，以及報考名冊與健保就醫紀錄勾稽，雖已建立初步評估與篩選機制，惟在基礎訓練期間(第二階段心理健康檢查)，經過檢核或評量表

測量後，近年(108至110年)接受心理輔導評估者竟超過半數以上(約58~65%)，顯見志願役士兵在下部隊前的基礎訓練階段，已浮現嚴重心理衛生問題之警訊，再觀各年度申請退訓人數竟僅有318、238及144人，占基礎訓練總人數僅1.84~3.04%，且均為「自願」申請退訓者，未有任一係軍方令退訓者，是國防部在志願役士兵基礎訓練階段，雖有建立心理健康評估與輔導機制，卻未能發揮作用，積極自源頭篩選不適服役者，顯有欠當。

- (四)依上，近年志願役士兵在分發至常備部隊單位前的「基礎訓練」階段，已超過半數比率需接受心理輔導評估，即該階段已浮現心理衛生問題重大警訊，惟退訓者僅占基礎訓練總人數1.84~3.04%，且均為「自願」申請退訓者，可見國防部未能積極自源頭建立篩選機制，除易加深士兵心理創傷之嚴重性，亦徒增軍方量能負擔，顯有欠妥。

調查委員：林郁容、范巽綠