

論特殊教育與醫療的分合關係

胡永崇

國立屏東大學

特殊教育學系兼任教授

摘要

特殊教育與醫療關係密切，不過障礙並非疾病，且身心障礙學生之多數障礙情況亦非醫療所能醫治，其所需要的是特殊教育之介入。本文論述特殊教育與醫療專業之間的分合關係。說明那些障礙類別或情況需醫療或醫事人員之介入，那些屬於特殊教育之介入範圍，那些需雙方之專業整合。特殊教育與醫療，各自皆有其專業領域與限制，過度醫療化或教育化皆不恰當。

關鍵詞：醫療化、教育化、專業整合

壹、緒論

身心障礙的研究起源於醫療體系，各類障礙幾乎皆由醫師首先發現個案及提出案例報告，因此，長期以來醫療與特殊教育存有密切關係。就社會大眾對專業領域的認同程度而言，醫療專業所獲得的認同程度通常高於教育專業。同樣的，多數身心障礙兒童家長，面對其障礙子女亦較可能偏向認同及尋求醫療專業的介入。對於可治療的疾病，尋求醫療確有其必要性，但對於難以醫療介入的身心障礙兒童，若醫療機構亦將其列為服務或治療的對象，則家長將更可能相信其子女的障礙是可以

治療甚至相信是可以治癒的。事實上，許多醫療機構皆將學習障礙、智能障礙、注意力缺陷過動症、自閉症、語言障礙等障礙類別，納入醫療系統的服務對象，提供門診、定期治療、諮詢等相關醫療服務，甚至留院治療(林宛儀等人, 2015)。此外，諸如「學習障礙及其復健」(陳嘉忻, 1999)或「學習障礙應及早治療」、「自閉症治療」等論點或用詞，也經常出現於醫療網站或相關網路、報刊等資訊。

在學校系統方面，近年來由於特殊教育相關法規的制定及教育部補助各縣市相關專業團隊的運作經費，也促使各縣市聘請許多物理治療師、職能治療師、心理師、語言治療師等醫事人員進入特殊教育體

系，提供直接治療服務及間接諮詢服務。不過，各類身心障礙兒童是否皆需醫療體系介入，是否皆可治療或是否可以治癒？那些障礙類別、那些介入內容屬於醫療系統可服務的範圍，那些屬於特殊教育的服務範圍，那些屬於醫療與特殊教育需合作的範圍，都是值得探討的議題。本文將先說明臺灣地區醫療體系介入特殊教育的現況，再由定義與鑑定、介入措施、改進建議等方面，探討特殊教育與醫療的分合關係。

貳、臺灣地區醫療體系介入特殊教育現況

臺灣各大型醫院或教學醫院，多數皆將學習障礙、自閉症、智能障礙、情緒行為障礙、注意力缺陷過動症等心智障礙者，列入醫療服務對象。許多醫療體系之治療師近年也加入學校特殊教育系統，提供直接治療服務或間接諮詢服務。

一、醫療機構將身心障礙兒童列為醫療對象的現況

以下舉出幾個臺灣地區醫療機構將心智障礙兒童列為治療或復健對象的現況。臺灣大學醫學院職能治療學系網頁，列出職能治療的服務範圍包括生理疾患、精神疾患、學習與發展障礙兒童等三大類患者。其中學習與發展障礙兒童的服務對象又包括腦性麻痺、唐氏症、發展遲緩或障礙、智能不足、自閉症、腦病變或遺傳疾病、早產、過動、情緒障礙、感覺統合功能障礙、學習障礙等患者(<http://ntuot.mc>。

ntu.edu.tw/main.php)。臺中榮民總醫院兒童神經科網頁，將「學習困難」列為該科的醫療服務對象之一，並指出學習困難的定義，廣義來說是指兒童生長過程的生物基礎障礙，這種障礙主要以學習能力的不行、學業困難，或注意力不集中等表現出來(<http://www.vghtc.gov.tw/>)。臺東基督教醫院，也列出該院早期療育的服務對象包括發展遲緩、智能不足、唐氏症、自閉症、注意力不足過動症、輕微腦傷，及腦性麻痺等障礙幼兒。服務項目包括物理治療、職能治療、語言治療。參與早療的專業團隊人員包括物理、語言、音樂、職能、臨床心理、藝術治療等(<http://www.tch.org.tw/TchWeb/>)。

以上所舉醫療機構所列入的醫療對象中，固然有些確實需要醫療資源之介入(例如腦性麻痺、腦病變、注意力缺陷過動症等)，但也有許多障礙類別雖起因於大腦功能異常，但除非伴隨其他可醫療之相關病症，否則仍應接受特殊教育而非醫療所能有效介入之對象(例如自閉症、智能障礙、學習障礙等)。醫療機構將各類心智障礙者皆納為醫療對象，提供醫療與健保資源，其做法是否適當確有檢討空間。

二、醫療人員介入學校特殊教育的現況

特殊教育法(2014)第23條規定：身心障礙教育之實施，各級主管機關應依專業評估之結果，結合醫療相關資源，對身心障礙學生進行有關復健、訓練治療。第24條規定：各級學校對於身心障礙學生之

評量、教學及輔導工作，應以專業團隊合作進行為原則，並得視需要結合衛生醫療、教育、社會工作、獨立生活、職業重建相關等專業人員，共同提供學習、生活、心理、復健訓練、職業輔導評量及轉銜輔導與服務等協助。

在上述二項法律條文規範下，教育部每年皆補助各縣市政府相關專業團隊運作的經費，而醫療系統的相關醫事人員，也因而進入學校系統執行身心障礙學生的診斷、治療、諮詢合作等任務。以高屏地區為例，屏東縣 103 學年度第 2 學期，物理治療師、職能治療師、語言治療師等相關專業人員，即有 669 個身心障礙學生申請，通過物理治療服務者 148 人次、職能治療服務者 327 人次、語言治療服務者 501 人次，合計通過 976 人次。核定時數部分，物理治療師 240 小時，職能治療師 565 小時，語言治療師 834 小時，合計 1639 小時，總經費 133 萬 4128 元（屏東縣政府教育處，2015）。依此推估，一年需經費 266 萬餘元；高雄市 103 學年度，相關專業人員的服務共計 3420 人次，服務時數共 2960.5 小時。其中物理治療師服務 965 人次共計 836 小時；職能治療師服務 1078 人次共計 738 小時；語言治療師服務 514 人次共計 485.5 小時；臨床心理師服務 13 人次共計 19 小時；社會工作師等個案管理員服務 850 人次共計 882 小時（高雄市 103 學年度特殊教育統計年報，2014）。若以鐘點費每小時 800 元計算，相關專業人員服務一年即需 236 萬餘元。若由此二縣市的經費推估，臺灣地區一年醫事人員進入特

殊教育服務的經費應高達數千萬元。此外，依屏東縣、高雄市的資料可知，醫療相關專業人員服務時數較高者為語言治療師、職能治療師、物理治療師、臨床心理師等。李宜靜（2012）以臺中市國小為調查對象的研究也發現，相關專業人員服務時數最多的依序為語言治療、職能治療、物理治療、心理治療。

張如杏（2007）調查臺北縣國中小學老師、特教相關人員，對於專業人員進入校園服務的需求與意見，受訪老師認為最需要增加的專業服務是職能治療和語言治療，老師也最常轉介學生給這兩類專業人員，這兩類專業人員最早進入校園服務且人數最多。教師認為自閉症、ADHD、情障（包括精神疾病）學生的輔導，最需要醫師的建議與指導，這些學生被認為需要藥物控制情緒行為，教師期望學習醫療的處理模式來協助學生。教師期望相關專業人員協助的項目包括：對個案的評估診斷（93.5%）、提供治療訓練（93.5%）、提供教學方法（90.3%）、增加對醫療專業的了解（77.4%）、提供 IEP 討論（51.6%）等。九成以上教師期待醫療專業人員提供學生治療訓練和教學方法，以醫療的模式來「治療」障礙學生、提供教學建議。從教師的訪談和調查中，醫療的服務是教師所期待的，他們認為疾病的診斷和治療有助於學生的學習與學校適應。不過，就上述調查結果而言，這些被特教教師期待接受醫療的障礙學生，多數所需要的卻是特殊教育而非醫療。

哪些障礙類別的學生或哪些學習/行

為問題，需轉介醫療專業人員，各縣市並未作較明確規範。有些縣市則提供參考指標讓學校或家長參考，但可轉介之學習/行為問題的範圍頗大，甚至可能將大部分應屬特教教師之教學輔導職責皆納入其中。例如有的縣市將注意力短暫或不易持續專心、容易衝動、記憶力差、閱讀不流暢、閱讀困難、寫字困難、組織力差等，皆列為可申請職能治療師服務之參考指標；並將聽覺理解困難、閱讀理解困難、口語表達困難、書寫表達困難等，皆列入可申請語言治療師服務之參考指標。

詹鳳君（2009）調查臺北縣國小階段的語言治療專業團隊運作情況，發現語言治療師所提供的治療項目，其頻率由高至低依序為：語言表達訓練、構音矯治、語言理解訓練、溝通與語用能力加強、進食技巧與口功能（含吞嚥）訓練、認知功能訓練、閱讀能力訓練、聽能訓練、書寫能力訓練、其他。郭雅雯（2006）的研究也發現，臺南市接受語言治療師服務的對象，其語言障礙情況及語言治療師的服務內容，頻率由高至低依序為語言理解、語言表達、口腔顏面、構音、語用、語法、語意；接受語言治療服務的障礙類別，智能障礙占 41.7%，語言障礙占 19.7%，聽覺障礙占 15.2%，發展遲緩占 11.4%，自閉症占 7.6%，染色體異常與多重障礙分別占 2.3%。事實上，上述所列語言治療師所從事的「治療」，多數亦同時為特殊教育教師對語言障礙兒童應提供的特殊教育介入。

參、特殊教育與醫療的分合關係之探討

身心障礙兒童固然有些障礙情況或其伴隨之疾病，可藉助醫療及醫事人員之治療或介入，但多數單純的障礙狀況並非醫療所能有效醫治，也應非屬醫療體系之介入對象。非醫療的問題若以醫療處遇加以界定及處理，即形成特殊教育醫療化（medicalization）的現象（張如杏、林幸台，2009；Petrina, 2006）。以下分別由障礙的定義與鑑定、介入措施等方面，討論特殊教育與醫療的分合關係。

一、定義與鑑定方面

各障礙類別中，視覺障礙、聽覺障礙、肢體障礙、腦性麻痺、身體病弱屬於明顯身體或感官障礙的類別，因此，其障礙的定義與鑑定基準由醫療系統負責主要的鑑定任務尚屬適切；但智能障礙、學習障礙、自閉症、情緒行為障礙、語言障礙等障礙類別，則大都缺乏明顯可觀測的生理病因，或即使理論上假設其障礙來自神經系統之病因，但亦難以作確切或客觀之診斷與鑑定，這些障礙即宜由特殊教育的觀點加以定義與設定鑑定基準。情緒行為障礙，若屬於需配合醫療的障礙狀況，例如注意力缺陷過動症(ADHD)、憂（躁）鬱症、精神疾病等，則仍較屬醫療體系之鑑定範圍；語言障礙中，除極少數因生理結構異常（例如唇顎裂、聲帶疾病等）需接受醫療者外，絕大多數皆屬於功能限制且需教育訓練而非需醫療介入之對象。

事實上，有些障礙屬於病後的穩定狀況（例如視障或聽障），但多數「障礙」（尤其是心智方面之障礙）並不同於「病」。多數障礙者所需要的亦是特殊教育的系統化教學而非醫療，亦非偏重大腦功能訓練、神經系統訓練的矯治方法。例如感覺統合訓練、知覺動作訓練等偏重神經系統的訓練，或許可改善知覺或動作，但卻難以改善障礙性質，其學科學習或社會適應亦難以因接受這些訓練而改善（王瓊珠，2002；American Academy of Pediatrics, AAP, 2012；Hallahan, Lloyd, Kauffman, Weiss, & Martinez, 2005）。

此外，目前教育部對身心障礙的分類亦依醫療導向的「病因」，而非依需求或所需教育內容的教育導向，以致障礙類別與教育內容之間缺乏直接關連性，且可能加深障礙的標籤化效應。因此，常有學者主張障礙類別應依教育需求而非依病因（鈕文英，2008；Terzi, 2005）。

二、介入措施方面

一般而言，「障礙」通常具有以下幾個意涵：(1)長期的、延續的，非臨時產生的，也非到某一年齡才突然發生的（明顯生理器官病變者除外）；(2)絕大部分非醫療措施所能治療或治癒的。經由教育訓練，社會適應能力可提昇，但障礙本質卻無法消失或痊癒（王瓊珠，2002；宋維村，2013）；(3)持續一生的，終身可能皆需介入服務的；(4)具有社會適應之困難；(5)輔具可增進其功能，但無法完全回復或取代其應有功能；(6)具有特殊教育及（或）相關支持

服務之需求。因此，一個學生的障礙如果只是短暫的、可以醫治的、可以經由輔具完全回復功能的（例如近視者配戴眼鏡），則應積極治療或提供輔具應用，而非列入身心障礙類別。

各類身心障礙學生，如果伴隨疾病（例如心臟病、腎臟病或需藥物治療的精神疾病等），且其學校生活需配合醫療照護，則需醫療照護之諮詢合作。此外，有些障礙亦需醫療或醫事人員之配合介入，如表 1 所示。

除表 1 所列需醫療介入的障礙類別與項目外，其他各障礙類別，及表 1 所列障礙類別的相關教育措施，皆屬特殊教育的專業範圍。以下將各校經常申請醫事人員介入的障礙類別，就其對醫療介入需求的迷思與正思，整理如表 2。

表 2 所列各障礙類別學生，所需的大都是教育訓練及相關支持服務而非醫療或醫事人員之介入。介入措施也需針對學生的行為或學習問題，而非施予大腦功能訓練、神經功能矯治、知動訓練或潛能（全腦）開發等各種間接的神經功能形式訓練。事實上，即使醫事人員在醫院中，對這些障礙學生所從事的「治療」，也是使用教育的方法，而非醫療的措施（例如構音異常兒童的語言治療，即利用教學原理，指導兒童正確發音的方法）。「治療」一詞或許只是為配合醫療機構或醫療相關法規所需使用的語詞，但因其冠上「治療」，往往使其專業形象高過特殊教育專業，甚至可能使得特殊教育教師自動放棄自己的專業，轉而申請治療師對學生實施「治療」。

表 1

需配合醫療介入的障礙類別與項目

| 障礙類別 | 醫療或醫事人員介入項目 |
|-----------------|------------------------------------|
| 身體病弱或伴隨疾病之身心障礙者 | 疾病照護之諮詢合作 |
| 注意力缺陷過動症 | 配合藥物治療 |
| 情緒行為障礙 | 憂(躁)鬱症等有精神科治療必要的個案 |
| 視覺障礙 | 視覺輔具的配置與調整、眼睛疾病的照護 |
| 聽覺障礙 | 聽覺輔具的配置與調整、耳朵疾病的照護 |
| 腦性麻痺 | 肌肉動作的復健、輔具的配置與調整 |
| 肢體障礙或伴隨肢體障礙者 | 肌肉動作的復健、輔具的配置與調整、人造肢體使用訓練 |
| 語言障礙 | 吞嚥困難、嗓音、共鳴、嚴重的構音或語暢(口吃)、溝通輔具的配置與調整 |

表 2

各障礙類別需醫事人員介入的迷思與正思

| 障礙類別 | 迷思 | 正思 |
|------------------|----------------|--|
| 語言障礙 | 需語言治療師介入 | 語言障礙學生是特殊教育服務對象，一般構音異常、語言理解、語言表達等，皆屬特殊教育範圍，絕大多數構音異常學生亦無舌頭或口腔手術之必要。 |
| 聽覺障礙 | 需語言治療師介入 | 聽覺障礙學生之語言溝通能力訓練，屬特殊教育範圍。 |
| 智能障礙 | 需語言治療師、職能治療師介入 | 智能障礙學生之語言、生活功能、動作技能等教學訓練，除具有肌肉動作之限制者外，皆屬特殊教育範圍。 |
| 學習障礙 | 需語言治療師、職能治療師介入 | 學習障礙學生的聽、說、讀、寫、算、社會技巧等教學，皆屬特殊教育範圍，絕大多數書寫困難學生並非肌肉動作之障礙所致。 |
| 自閉症 | 需語言治療師、職能治療師介入 | 自閉症學生的溝通、基本學科、社會技巧、情緒行為等教學，皆屬特殊教育範圍。 |
| 注意力缺陷過動症 | 需心理師、職能治療師介入 | 注意力缺陷過動症學生的認知行為控制訓練、行為功能介入方案、行政支持，皆屬特殊教育範圍。 |
| 情緒行為障礙或伴隨情緒行為障礙者 | 需心理師介入 | 情緒行為障礙學生的社會技巧、認知行為控制、行為功能介入方案、行政支持等，皆屬特殊教育範圍。 |
| 早期療育 | 需醫療專業團隊介入 | 除病弱、腦性麻痺、肌肉動作困難、有輔具需求者外，其他領域皆屬特殊教育範圍。 |

語言治療師法(2008)第12條所訂語言治療師主要業務為：(1)構音、語暢、嗓音、共鳴障礙之評估與治療；(2)語言理解、表達障礙之評估與治療；(3)吞嚥障礙之評估與治療；(4)溝通障礙輔助系統使用之評估與訓練；(5)語言發展遲緩之評估與治療；(6)語言、說話與吞嚥功能之儀器操作。就這些法定業務而言，除嗓音、共鳴、嚴重的構音與語暢、吞嚥、輔具外，其他業務幾乎亦為特殊教育的語言教育專業領域，語言治療師法(2008)第31條亦規定：特殊教育教師從事學生教學工作，涉及執行本法所定業務者，不屬於本法罰責範圍。因此，已接受特殊教育服務的身心障礙者，其語言能力發展屬於特殊教育教師職責；未接受特殊教育者，則可至醫療院所接受語言治療師之治療。

職能治療師法(2007)第12條所訂職能治療師的主要業務為：(1)作業治療；(2)產業治療；(3)娛樂治療；(4)感覺統合治療；(5)人造肢體使用之訓練及指導；(6)副木及功能性輔具之設計、製作、使用訓練及指導。就這些法定業務而言，除感覺統合訓練、人造肢體使用訓練、輔具等業務外，其餘業務也同時都是特殊教育的專業範圍，而其中感覺統合訓練固然可能改善學生的肢體動作技能，但卻難以類化到學生的學業、情緒、社會技巧、生活適應等功能領域，因此，其對身心障礙學生的有效性與必要性，也頗有爭議(曾世杰，1995；AAP, 2012)。

或許在特殊教育未充分發展以前，許多身心障礙者皆屬於醫療的對象，但隨著

特殊教育專業的建立，這些醫院裡的特殊教育業務也應轉至特殊教育系統。畢竟多數身心障礙學生需要的仍是特殊教育及相關支持服務，而非醫療復健或治療。

肆、特殊教育與醫療分合關係的改進建議

身心障礙學生的教育輔導過程固然有些方面，可能需要醫療或醫事人員之介入，但多數仍屬於特殊教育之專業範圍，或至少是與醫事人員之業務範圍重疊者。針對目前臺灣地區特殊教育與醫療的分合關係，也許可朝以下方向調整改進。

一、確立特殊教育專業與醫療專業的分合關係

身心障礙兒童若屬需醫療、可醫療的類別或項目，自然需要醫療或醫事人員之介入，但若屬特殊教育專業領域者，亦需確立其專業歸屬，不宜有醫療專業過度介入特殊教育專業之現象，醫療機構也不宜將各類心智障礙兒童皆列為醫療對象。如果醫師的處方為「宜接受特殊教育」，則此一診斷與處方究屬特殊教育專業或醫療專業，醫界即值得深思。當然有些項目亦需雙方專業之整合。特殊教育界與醫界，各自對於所屬專業的功能、限制與合作關係也需有所自覺。特殊教育界固然不應排斥身心障礙學生必要的醫療介入或合作，但醫界與健保行政單位亦需對醫療專業提供身心障礙者醫療措施的必要性與有效性有所自覺與檢討，該接受特殊教育的障礙類

別或障礙項目即需轉介特殊教育，不宜逕予列入醫療對象且提供醫療介入。醫療人員若能了解特殊教育之專業內容，或許亦有助於與特殊教育教師之合作，也可避免同樣的介入服務，醫療人員稱之為「治療」，但卻是特殊教育教師經常實施的教育內容。因此，醫療人員（尤其是各類治療師）的養成教育若能納入適當特殊教育課程（例如特殊教育三學分、身心障礙教材教法等），則應有助於醫療人員了解特殊教育與醫療之分際。

此外，特殊教育法（2014）第 23 條所訂「身心障礙教育之實施，各級主管機關應依專業評估之結果，結合醫療相關資源，對身心障礙學生進行有關復健、訓練治療」，此種應結合醫療之較強制性規定也需調整為如該法第 24 條所訂「並得視需要結合衛生醫療……」之較彈性規定。身心障礙學生及資賦優異學生鑑定辦法（2013）第 14 條對「其他障礙」的鑑定基準，規定「其鑑定應由醫師診斷並開具證明」，此一規定亦應刪除，由醫學專業回歸鑑輔會依特殊教育專業作綜合研判。

二、教育部對各縣市相關專業團隊經費補助方式的改進

目前教育部對各縣市相關專業團隊經費補助方式皆採年度前即撥款，年度後提報成果的方式。依教育部所訂「教育部補助直轄市縣（市）政府辦理身心障礙教育人事及業務經費辦法補助標準」，採普通班接受特殊教育服務之中度以上身心障礙學生人數為依據，各縣市最少補助 180

萬，最多補助 700 萬。各縣市為了完全執行預算，即可能採取較寬的審查機制，以增加醫療人員服務的個案量，因而擴大醫療化現象。教育部審查醫事人員介入特殊教育之經費預算時，若能要求縣市政府提出審查機制，且要求縣市政府需區分特殊教育教師與治療師之職責範圍。考核縣市政府績效也不應以相關專業團隊預算之多寡或預算是否完全執行完畢為指標，應以執行過程是否適當，是否避免特教醫療化及資源重複為依據。

三、相關專業人員介入特教服務申請的審查機制

目前有些縣市對各校相關專業人員介入的申請案件審查，大都由相關專業團隊自行審查，較缺乏特殊教育專業人員之參與或經由鑑輔會之審查，因此，只要符合治療師業務範圍的個案皆可能通過申請，造成個案量過多且過度醫療化之現象。事實上，許多申請之案件，可能皆屬於特殊教育範圍，或治療師所能提供的服務與特殊教育差異不大，這些個案仍應回歸特殊教育教師職責，無需納入醫療人員之介入服務。需納入醫療介入者，應僅限於嚴重之個案、超出特殊教育教師專業範圍的個案，以免造成資源重複或專業凌駕之現象。

四、以個案需求及必要性作專業整合

醫事人員介入特殊教育系統，宜採專業整合(transdisciplinary)方式運作，亦即強調目標導向、專業整合、專業釋放、專業對等、諮詢合作、資源整合等方式，除了

確有醫事人員直接介入之必要者外，大多數個案皆應避免醫療人員之直接介入或對學生抽離服務。確實有醫療需求者，醫事人員可經由專業整合會議，與特教教師共同討論提出介入目標與介入建議，並由特殊教育教師於教學現場中加以執行，並將執行成效提出檢討以作為後續介入之依據。

五、建立特殊教育專業及特教教師的專業自信與自覺

社會上對醫療專業的認同高於教育專業，且治療師具有國家考試專業證照，因此，特殊教育教師面對治療師，常缺乏專業自信(林鉉宇、甘蜀美、陳瑄妮，2006)。事實上，在專業上，特殊教育教師本身就是專業人員，且其教育內容與治療師亦有許多重疊之處，因此，特殊教育教師固然不應有專業自傲態度，但亦不必自貶專業價值。此外，特殊教育教師亦需對自己的專業職責有充分自覺，承擔該有的教學任務，並讓家長對特殊教育專業有適當的認識，避免家長將非醫療介入必要的個案，尋求醫療或過度依賴醫事人員的治療。特教教師不宜以「我不包山包海」的態度而推辭本屬特教教師的專業職責範圍。

當然，特殊教育教師亦無需反對醫事人員參與障礙兒童之教育，但至少在專業領域的認定、專業能力的發揮，特殊教育教師皆需有適當的自覺與自信。理論上，相較於醫事人員，特殊教育教師面對障礙兒童更能應用相關的教學原理，更了解障礙兒童的特質與需求，也更能整合學校與

家庭資源，使障礙兒童獲得更佳之教學成效。特殊教育教師應以其專業能力獲得家長與社會之肯定，才不致讓社會上對特殊教育教師的觀念常停在「愛心與耐心」的印象。師資培訓與政府相關部分亦有責任建立特殊教育教師的專業形象與專業能力。

六、發展出有利於特殊教育介入的身心障礙定義與鑑定標準

目前身心障礙的類別大都依病因作為類別依據，有些心智方面的障礙類別在定義上亦偏重神經心理功能的病因推定，例如學習障礙、自閉症等。以生理病因來定義心智障礙者，固然有助於醫學研究及釐清學生的困難究屬其不能或不為，但就特殊教育觀點而言，生理病因的定義對特殊教育的啟示有限，且常造成鑑定上為符合生理病因的假定，而排除許多確有特殊教育需求的心智障礙者。例如學習障礙者的鑑定，即常以學生是否符合各種差距(例如智力與基本學業之差距、各種心智能力之差距)，作為推定其是否符合障礙的鑑定基準，因而可能排除許多雖不符差距標準，但卻具有明顯基本學科學習困難及特殊教育需求的學生(胡永崇，2013)。障礙的定義與鑑定標準，若能與特殊教育充分結合，則更有利於鑑別出具有特殊教育需求的學生，及提供其必要的特殊教育介入與相關服務措施。

七、特教界相關用詞盡量符合特殊教育觀點

語言治療、音樂治療、遊戲治療、行為治療、繪本治療、園藝治療等等充滿醫學意含的用詞，常出現於特殊教育現場，事實上，這些「治療」其應用的方法幾乎就是教育的方法，雖然這些充滿醫療色彩的用詞已廣泛使用，但特殊教育界若能發展出更符合特殊教育觀點的專業用詞，例如語言輔導、溝通訓練、音樂融入情緒輔導、社會適應能力訓練等，則應更有利於特殊教育界對這些相關「教育」措施，發展出符合身心障礙學生特質與需求的系統性介入方案。此外，早期療育(early intervention)一詞亦過於偏重醫療，甚至常被簡稱為「早療」，易使人誤以為醫療為主教育為輔，或甚至誤認為僅需醫療措施。身心障礙幼兒固然有些項目需醫療之介入（例如伴隨疾病、肢體動作困難、需配置輔具等），但多數項目（例如語言、認知能力、情緒行為、社會適應、生活自理等）仍為特殊教育專業領域，因此，如果稱之為早期介入、早期「育療」或幼兒特殊教育，則更具有特殊教育之積極意義。

八、特殊教育師資的職前與在職訓練課程加入相關專業領域

語言障礙、情緒行為障礙等類別，通常特殊教育教師較易於將之轉介至醫事人員，其原因可能與師資的職前及在職訓練缺乏修習此方面的課程有關。事實上，語言障礙、情緒行為障礙本屬重要之特殊教育學生類別，師資培育機構及教育行政單位，若能提昇特殊教育教師此方面之專業能力，則有助於教育現場對此類障礙學生

之教育輔導。此外，復健醫學導論等課程也可納入職前與在職課程，讓特教教師對醫事人員所實施的各種「治療」有較充分認識，亦可避免特教教師將需接受特教服務的學生，轉介給醫事人員作各種醫療或復健介入。特殊教育教師也需持續不斷作專業之自我成長，才足以在教學現場發揮應有之專業能力。不過，就特殊教育專業能力的培養而言，職前與在職進修課程的重點，仍應在於各類障礙兒童的教學策略與實務實習，而非修習諸多偏向醫學領域或神經生（心）理學之課程。

九、強化特殊教育的諮詢輔導系統

身心障礙學生具有相當異質性，有些個案其行為與學習輔導，常造成教師專業上的挑戰，因此，除不斷的在職訓練與自我成長外，建立特殊教育的諮詢輔導系統也很重要，讓特教教師遇到難題可以有適當諮詢管道或藉由個案實務研討方式獲得解決，而非急於轉介醫療系統。各縣市特殊教育輔導團、各大學特殊教育中心、各縣市特殊教育資源中心，目前雖皆有類似的組織與功能，但仍可再加以強化。當然一些較為特殊之個案或確有醫療配合必要之個案，亦需邀請醫事人員參與討論。此外，建立網路社群的輔導系統，也是因應資訊時代之可行方式。

十、建立實證本位的介入成效

不管醫療或特殊教育，皆需建立藉由嚴謹實驗設計的實證研究基礎。醫療介入的成效在獲得充分實證基礎前，也不宜過

度宣告其治療效果。例如感覺統合常被職能治療師應用於許多心智障礙者，但美國小兒科醫學會即曾指出，由於尚缺乏廣被接受的診斷證據，感覺處理障礙不應成為一項診斷。也許它可以當作整體治療計畫之一，但需讓父母了解其治療效果的研究仍有限，研究結果也尚缺乏一致性(APA, 2012)。知動訓練也常被職能治療師應用於心智障礙者，但 Hallahan 等人 (2005)所作的後設分析卻發現，學習障礙學生各種教學取向中，知動訓練是其中效果最低且幾乎是未具成效之教學取向。因此，不管特教界或醫界聲稱具有治療或教育效果時，都應提出實證本位的證據，支持其介入措施之效力與效率。

伍、結語

任何專業皆有其業務範圍但同時亦需專業整合，特殊教育專業亦然。有些身心障礙類別、有些障礙性質，確實有與醫療專業整合之必要，但多數身心障礙學生所需要的仍是特殊教育專業而非醫療介入。即使醫事人員參與障礙兒童的教育工作，仍需尊重特殊教育專業，並尋求專業間之整合。由於醫療的專業程度較特殊教育更受社會肯定，加上近年來不斷強調的相關專業團隊運作，且特殊教育評鑑亦常將相關專業人員參與 IEP 或學校是否申請相關專業團隊列入評鑑指標，因此，特殊教育有過度向醫療傾斜的疑慮。

無醫療專業介入之必要，卻納入醫療專業所形成的醫療化現象(medicalization)，

及需醫療介入或需與醫療作專業整合，卻只限於提供特殊教育措施的教育化現象(educationalization)，二者皆不恰當(Dimitrios, Diamandis, & Stavroula, 2010)。如果特殊教育教師及治療師等醫事人員，對自己本身的專業範圍及專業限制皆有充分認識，再參考本文所提各項改進建議，則或許即有助於特殊教育專業與醫療專業之間，取得適當的平衡及增進相互間的尊重與合作關係。

參考文獻

- 王瓊珠 (2002 年 4 月 7 日)。學習障礙可以治療嗎？國語日報，特殊教育專刊。
- 身心障礙學生及資賦優異學生鑑定辦法 (2013 年 9 月 2 日)。
- 李宜靜 (2012)。臺中市教師及不同專業團隊人員對提供國小特殊教育專業團隊服務之研究 (未出版之碩士論文)。國立臺中教育大學特殊教育學系臺中市。
- 宋維村 (2013)。自閉症會好嗎？**健康世界**，335，13-19。
- 林宛儀、丘彥南、楊智涼、李素貞、蕭嫩妮、劉有寶、黃琳婉、郭純雅、李姿誼 (2015)。輕度自閉症類群障礙年輕成人患者特定日間留院治療方案：三例個案報告。**臺灣職能治療研究與實務**，11(1)，61-70。
- 林鉉宇、甘蜀美、陳瑄妮 (2006)。醫院治療師介入學校系統之現況與省思。**身心障礙研究**，4(2)，97-118。

- 胡永崇(2013)。從特殊教育觀點檢討我國學習障礙的定義與鑑定標準。《**國小特殊教育**》，**56**，1-16。
- 屏東縣政府教育處(2015)。屏東縣**104**年度第一次特殊教育諮詢會會議資料。屏東縣：屏東縣政府教育處。
- 特殊教育法(2014年6月18日)。
- 高雄市政府(2014)。高雄市政府**103**學年度特殊教育統計年報。
取自 <http://kserc.spec.kh.edu.tw/>
- 郭雅雯(2006)。臺南市特殊教育相關專業團隊語言治療服務對象、治療計畫與服務品質之探討(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學聽力與語言治療研究所，高雄市。
- 張如杏(2007)。臺北縣特殊教育相關專業合作模式及運作方式之探討。《**東臺灣特教學報**》，**9**，93-108。
- 張如杏、林幸台(2009)。特教醫療化現象之探討。《**特殊教育與復健學報**》，**21**，1-17。
- 鈕文英(2008)。身心障礙教育觀念與作法之轉變。載於《**中華民國特殊教育學會97年年刊**》(頁247-270)。臺北市：中華民國特殊教育學會。
- 曾世杰(1995)。談感覺統合：一點不同的聲音。《**特殊教育季刊**》，**55**，10-12。
- 語言治療師法(2008年7月2日)。
- 詹鳳君(2009)。臺北縣國小階段特教教師對專業團隊語言治療服務現況之探討(未出版之碩士論文)。國立臺北教育大學特殊教育學系，臺北市。
- 職能治療師法(2007年1月29日)。
- American Academy of Pediatrics(2012). Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics*, *129*(6), 1186-1189.
- Chen J.S., Huang, M. X. (1999, December). Clinical concepts about ankle joint deformity in foot-binding. Annual Conference Rehabilitation Medicine Association.
- Dimitrios, P., Diamandis, P., & Stavroula, T.(2010). Medicalization in special education as a factor of educational and social exclusion. In C. N. Phellas(Ed.), *Sociological perspectives of health and illness*(pp. 214-236). Cambridge Scholars Publishing.
- Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P. & Martinez(2005). *Learning disabilities: Foundation, characteristics, and effective teaching*. Boston, MA: Pearson Education.
- Petrina, S.(2006). The medicalization of education: A historiographic synthesis. *History of Education Quarterly*, *46*(4), 503- 531.
- Terzi, L.(2005). Beyond the dilemma of difference: The capability approach to disability and special education. *Journal of Philosophy of Education*, *39*, 443-459.

A Review of the Correlation Between Special Education and Medication

Yung-Chung Hu

Adjunct professor

Dept. of Special Education

National Pingtung University

Abstract

The main idea of this thesis emphasizes that disability is not illness. Although some disabilities need medication or collaboration with special education, most disabilities need special education not medical treatment. The author reviewed the correlation between special education and medication, and concerns the medicalization of special education.

Keywords: lexicalization, denationalization, transdisciplinary

