

日本語言障礙兒童教育發展趨勢

林寶貴

壹、前言

我國的特殊教育近一、二十年來，由於社會的需要與輿論的呼籲，學者專家的學術研究與實際參與，以及在政府的重視與支持下，已經獲得相當的成就，但是在特殊教育的領域中，語言障礙兒童教育是最弱的一環。因為語言障礙兒童在外表上看不出有顯著的缺陷，又不是急性傳染病，障礙者本身感覺不出「病」或「痛」的痛苦，不是嚴重的致命傷，足以構成生命的危險，因此往往容易被障礙者本身、家長、教師、教育當局、社會所忽略；又因為語言障礙是慢性的，矯治或訓練工作需要長期的時間，有時花上一年半載也不見得立竿見影，有顯著的效果，使得障礙者或其家人常在治療過程中，半途而廢。因此雖然我國的特殊教育，已有一一六年的歷史，但語言障礙兒童教育，卻停留在尚未起步的階段。

語言在人類溝通情感，傳達思想上扮演極重要的角色。但是人類自幼兒至成人的語言發展與學習過程中，由於健康的狀態，環境的因素，自胎生期、出生時、嬰兒期、幼兒期、兒童期間可能引起腦傷或機能不全的事故；也可能在胎生期或嬰幼兒期喪失聽力，使語言的學習受到阻礙；也可能在發展初期親子關係不夠密切，缺乏語言刺激；甚至可能在一個人最活躍的成年期，發生意想不到的車禍或中風，引起失語、失讀、失書、失認、失算等症狀；或者長時間暴露在噪音的環境下，久而久之變成重聽者。上述原因皆可能導致說話或語言的障礙，造成溝通上的困難，以及學習、生活、社會適應、人際關係方面的障礙。

根據許多研究文獻的報告，指出學齡兒童中，具有語言障礙者佔很高的比率。例如美國

Dearman and Plisko (1981) 推估四千一百萬在籍學童的語言障礙出現率為六% (其中構音障礙佔三%，口吃 0.7%，聲音異常 0.2%，口蓋裂 0.1%，腦性麻痺 0.2%，說話發展緩 0.3%，聽覺障礙 0.5% 語言發展遲緩一%) (註一)。日本的語言障礙兒(者)數在一百萬人以上 (其中聽覺障礙者佔 218,269 人，口吃 273,460 人，腦性麻痺 135,635 人，口蓋裂 53,190 人，機能性構音障礙 80,000 人，語言發展遲緩 166,707 人，失語症 79,860 人，麻痺性構音障礙 123,378 人) (註二)。

至於我國語言障礙兒童的出現率，民國六五年榮民總醫院復健醫學部與耳鼻喉科調查台北市三十所國小一年級三、二四七名學童的語言障礙出現率結果，發現國小階段的兒童語言障礙出現率高達 9.6% (註三)。以此推估我國二〇餘萬學齡兒童的語言障礙人數，當不在十萬人以下。文化水準首屈一指的台北市之出現率尚且如此之高，更遑論其他縣市，可見我國學童語言障礙的嚴重性。

筆者亦曾於民國七十一年至七十三年調查全省 (包括台北市、台灣省、高雄市) 12,850 名四歲至十五歲學童，發現 339 名 (2.64%) 學童有語言障礙，以此推估我國 220 餘萬學童的語言障礙人數，至少亦有五、六萬人之多 (註四)。

儘管時代在進步，醫學、教育學、心理學、語言學也不斷地在革新與發展，但家長、教師、社會大眾、教育行政單位對語言障礙兒童教育的看法或指導方式，因為不重視或不認識而沒有很大的改變。到目前為止，全國只有高雄市立福東國小於民國六十七年成立一班語言障礙兒童矯正

諮商室（六十九年改為資源教室方式）（註五）；以及甫於去年九月在台北市永樂國小成立的語言障礙矯治室而已（註六），而且只限於構音障礙的矯治，尚未推廣到其他類型的語言障礙之矯治。語言障礙兒童教育沒有發展的另一個原因，可能與「師資」，以及「師資的師資」之難求有關。到目前為止，我們的大學、師範院校、師專中，沒有一所師資培育機構設立語言障礙或語言治療的科系，以培養專業的語言治療師或語言治療教師；只有本院特殊教育系開設「語言發展與矯治」、「語言溝通法」、「聽力學」，以及特殊教育研究所開設「溝通能力的評量與輔導」課程，算是這方面的相關課程。一般家長、國中、國小、幼稚園，特殊學校（班級）教師，殘障福利機構保育人員等，對如何幫助有語言障礙的兒童，大都沒有基本的概念或認識。

在美國目前共有四萬名合格的語言治療師，其中四〇%設於學校；一九七八年有 856,052 名兒童接受溝通障礙的特殊服務（註七）。但我國目前只有約三十名的語言治療師，其中只有三名真正接受過大學的語言治療訓練教育（註六），而這三十名語言治療師又集中在台北市的大型綜合醫院內，對特殊教育機構與殘障福利機構中的語言障礙兒童無法提供實質上的幫助。

日本與我國為同文同種的國家，語言文化背景較為相近，為瞭解日本對語言障礙兒童實施特殊教育與師資培育的情形，以做為我國辦理語言障礙治療教育的參考，承蒙國科會提供研究進修機會，得以在半年內參觀、訪問五、六十個有關語言障礙師資培育機構，特殊教育機構、醫療復健機構，殘障福利機構等設施，吸收有關各類語言障礙兒童診斷、檢查、矯治、訓練的知識與技能，對臨床指導實務，增加不少經驗與新知，對今後個人在諮詢、診斷、教學、輔導、推廣、服務方面有莫大的幫助。謹將這半年參觀、訪問時所看到的日本語言障礙兒童教育概況，做一簡要的報告。

貳、日本語言障礙兒童教育概況

日本語言障礙兒童教育，肇始於昭和二十八

年（一九五三年）市川市立真間國小語言障礙兒童治療教室（註八）。開始設立階段僅有一、二班的特殊班級，其後逐漸擴充，目前日本語言障礙班級已增加到 1,419 個班級，學生 7,923 人，其中國小語言障礙 1,332 班，學生 7,662 人；國中語言障礙班八七班，學生二六一人（註九）。但是最近，除了學齡階段的語言治療教室外，各地教育諮商中心學前幼兒要求語言障礙矯治的案例超過學齡階段的兒童數，大有人滿為患之慮。

世界上無論那一個國家，語言障礙的問題一定是發生在語言學習期的幼兒階段。到了六、七歲以後，兒童已經獲得相當的語彙，可以自由自在地表達自己的情意。語言障礙的發生，也大部份在這個時期，其他少部份可在成人階段發現。例如腦血管障礙及其他疾病的後遺症所產生的失語症或構音困難等。前者屬於「habilitation」（肇建）的問題，後者屬於「rehabilitation」（復健）的問題（註十）。本來語言障礙問題應該涵蓋這兩類問題，但從語言障礙發生的頻率看來，語言障礙問題的核心是在語言障礙兒童的身上。尤其是嬰幼兒期的早期治療與預防對策更是目前大家最關心的課題。

日本的行政權責劃分是三歲以上兒童的教育歸文部省（教育部）管轄，三歲以下兒童的教養責任歸厚生省（衛生署）管轄。對語言障礙兒童的早期發現與預防對策貢獻最大的第一關卡是負責三歲兒童健康檢查的保健所。最近保健所所在地居民的合作下，不僅積極地實施健康檢查，而且提供語言發展諮詢與診斷的服務。同時保健護士對推展語言障礙兒童問題的啓蒙與認識活動亦不遺餘力。

在早期發現語言障礙兒童或語言問題兒童時，兒科、耳鼻喉科、精神科、口腔外科醫師、語言治療師、臨床心理學者、社會工作者，職能治療師、物理治療師等專業人員的團隊合作，以及小兒保健中心、醫療中心、諮詢中心、福祉中心等據點的語言治療與預防活動的推廣是必要的。日本目前各大都市均開設有這些醫療、保健、福祉中心（註十一）。

在聽覺障礙兒童的早期診斷中，需要由耳鼻喉科醫師聽力檢查師、聽能訓練師等執行聽力檢查、聽能訓練、助聽器佩戴等業務。也需要由口腔外科、整形外科、語言治療師等執行腭裂手術、人工口蓋裝置、語言訓練等業務；對於心智發展遲滯兒童、自閉兒童、語言發展遲滯兒童等，則需要小兒神經科、兒童精神科醫師，臨床心理學者、語言治療師等的協助；對於腦性麻痺兒童，則需要整形外科、小兒科醫師，與語言治療師適當的診斷與語言矯治；負責語言障礙兒童的語言治療工作者，除語言治療師外，尚需取得醫師，臨床心理學者、社會工作者的協助。總之，各中心所實施的三歲以下語言障礙治療工作，除直接對語言障礙幼兒實施矯治外，醫療、診斷、預防，以及親職教育與輔導，更是工作的重點。尤其是重聽兒童、蒙古症兒童，愈早開始訓練效果愈好：一歲前，嬰兒期階段的診斷、助聽器的佩戴、聽能訓練、親職教育的輔導；語言發展遲緩兒童、自閉症兒童的語言發展問題，需要學習說話的先備能力與人際關係做基礎，所以推廣嬰兒期甚至母親生產前的語言衛生教育，也是重要的課題。

促進日本政府積極在各地設立醫療、診斷、保健中心網的原因，是應語言障礙兒童家長的要求；而家長之所以會在嬰幼兒期很早就帶著孩子去拜訪語言訓練診所或中心的動機，主要是受電視、收音機、報章、雜誌等大眾傳播的影響；以及各地區組織「語言障礙兒童家長會」，採取各種必要的行動；各地社教館、文化中心也在擴充媽媽教室，舉辦專題演講或講座，喚起社會一般大眾對語言治療教育的重視，這種社會教育的啓發，一方面解放「學校教育」的窄門，一方面強調從「搖籃到墳墓」的一貫生涯教育之重要性，對落實日本語言障礙兒童教育，有莫大的幫助；各大學也不再像象牙塔一樣閉關自守，紛紛設立語言教育諮商中心或研究中心，讓語言障礙兒童前來接受診斷與訓練。因此，語言障礙問題，已經不再是障礙者本身的問題，而是社會一般大眾，障礙者，及有關單位（人士），共同的責任與應努力的課題。由於保健、福祉、教育各部門的

通力合作，日本語言障礙兒童的預防教育工作，相當徹底而踏實。

叁、三歲至六歲兒童的語言治療教育

一、幼稚園與托兒所的語言治療教育

三歲以上兒童的教育，屬於文部省的權責。但語言障礙兒童教育，一般說來，分別在幼稚園與托兒所內接受教育，托兒所屬於厚生省（衛生署）的管轄。最近，日本自幼稚教育階段已開始實施回歸主流的「統合教育」，尤其是語言障礙兒童，在學習語言障礙之矯治，不能脫離人際溝通的語言關係。因此應該想辦法製造各種交流機會，利用語言溝通解決語言障礙的問題。幼兒的語言發展未臻成熟，正確的發展策略最為重要。要想在統合教育中使語言障礙兒童的語言發展獲得改善，必須具備下列的條件：

1.適當的教育安置體制：幼稚園教師或保育老師不僅要負責幼童的保育工作，並且要把握每個兒童的人格特質，在團體生活中隨機實施個別輔導。這是一九七四年，美國科羅拉多大學為語言發展遲緩兒童所設計的早期治療方案，稱為「教室內反應語言治療法」（Inclass Reactive Language Therapy）（註十二）。今後，語言治療教育，在三歲以下階段，以語言障礙發生的預防、保健，充實語言前期的先備能力為重點；三歲以上的階段，以利用殘餘的能力（如聽力、模仿能力），實施復健或矯治訓練為重點。雖然語言障礙兒童有不同類型與輕重程度之分，但教育安置宜採多元化，即家庭、醫院、學校、中心、診所、設施等，均為重要的訓練場所。

(1)家庭內的語言治療教育：在語言治療師的指導之下，家人（尤其是媽媽）應該習得「語言衛生」的常識，具備正確、良好的語言模式，以做為兒童學習語言的模範。尤其對口吃、構音障礙、語言發展遲緩的兒童來說，防止障礙的惡化，並謀求語言關係的正常化是非常重要的。

(2)在幼稚園、托兒所的語言治療教育：在混合教育與普通一般兒童的交流中，由語言治療師、語言治療教師所實施的「教室內反應語言治

療法」，特別具有教育意義。治療對象可以包括語言發展遲緩、聽覺障礙、情緒障礙、輕、中度智能不足，以及蒙古症等類的兒童。保育老師或幼稚園教師也應瞭解障礙兒童的問題所在，並熟稔如何在團體內實施個別指導的技術。

(3)醫院、診所、中心的語言治療教育：在家庭或幼稚園中實施的語言教育，是以親友或教師為中心所實施的個別指導，並不預先設定某種情境，而是在日常生活中，隨機實施語言訓練。而在醫院、診所、中心所實施的語言治療，則是按照一定的時間，以語言治療師為主，在醫師的協助下所實施的矯治工作。主要對象為構音障礙、口蓋裂、腦性麻痺、聽覺障礙等類兒童。

二、教育中心（特殊教育中心）的語言治療教育

學齡前兒童的語言治療教育型態為資源教室制的語言治療教室。亦即教師（多半為幼稚園教師）在教育委員會的支援下，在教育中心或特殊教育中心從事語言矯治工作。此外，在小兒保健中心、兒童福祉中心、各種障礙通學制設施也提供矯治服務。無論是文部省或厚生省所屬的機構，行政轄區雖不同，指導的內容卻無二致。茲簡要介紹各類型的功能與特色如下：

1.教育·特殊教育中心：由語言治療教師（接受過語言障礙專業訓練），針對每個語言障礙兒童的種類、特性、程度，實施個別輔導或團體輔導。與教育方面的連繫較為密切的關係，就學安置上容易銜接；另一方面，因缺乏醫療或保健方面的專家，對構音障礙、語言發展遲緩、口吃兒童的治療較為有利，對口蓋裂、腦性麻痺、智能不足、或器質性障礙兒童的指導，尚需取得醫療保健機構的協助。

2.小兒保健中心·保健所·醫院：除有語言治療師常駐以外，尚有醫師、護士從嬰兒期起，即密切負責養育工作，並有完備的醫療管理體制，對器質性障礙所伴隨的語言障礙兒童（如智能不足、蒙古症、口蓋裂、腦性麻痺）幫助較大。

3.各種障礙兒童福祉設施：障礙兒童中，程度比較嚴重者，或自閉症、情緒障礙、活動過多等人際關係不好的語言障礙兒童，有時很難在混

合教育中與一般普通兒童交流，這些兒童有時被稱為學習障礙或語言發展遲緩兒童。這時候，在跟普通一般兒童交流之前，先在專門治療師的指導之下，與一小群障礙兒童交流一段時間以後，再接受混合教育為佳。

三、學齡前兒童的語言治療教育現況

1.幼稚園收容障礙兒童情形：一九七八年七月日本都道府縣指定都市幼稚園督學連絡會舉辦一項有關「幼稚園收容身心障礙幼兒實況調查」結果（註十三），發現全日本二、六四一所公立幼稚園中，收容障礙兒童者有八四三所（佔三一·九%）；二、六四五所私立幼稚園中，有七八一所（佔29.5%）收容障礙兒童；合計二八六所公私立幼稚園中，有一、六二四所（佔三〇·七%）公私立幼稚園收容障礙兒童。若以園童數計算時，則公立四二萬五、七六五人中有二、八〇四名，私立八三萬四、八五六人中有三、六七九人，合計公私立一二六萬六二一人中有六、四八三人是身心障礙兒童。其中，視覺障礙兒童佔六·三%，聽覺障礙兒童佔四·四%，肢體殘障兒童佔11.8%，智能不足兒童佔15.0%，病弱虛弱兒童佔8.6%，情緒障礙兒童佔26.5%，語言障礙兒童佔22.6%，其他佔4.8%。可見，日本身心障礙兒童在學齡前階段，已經有三成接受混合教育，其中以情緒障礙兒童與語言障礙兒童所佔比率最高，幾乎佔全部障礙兒童的一半。

2.托兒所收容障礙兒童情形：一九七六、一九七七學年度，日本調查全國一萬九、一〇九所公私立托兒所實況調查結果（註十四），發現九、一二〇所公立托兒所中有50%，私立44%收容了障礙兒童。再從一九七八年三月的收容情形看來，腦性麻痺兒童佔5.1%，癲癇佔2.9%，智能不足佔21.7%，視覺障礙佔4.3%，聽覺障礙4.3%，蒙古症佔6.0%，肌肉萎縮佔0.4%，自閉症佔24.1%，病弱虛弱症佔1.8%，語言障礙佔17.0%，先天性心臟疾患佔1.4%，行為異常佔4.2%，身體障礙佔6.5%，其他佔2.6%。可

見，約半數的托兒所收容着身心障礙兒童。其中，分佈在幼稚園與托兒所的語言障礙兒童，平均約佔身心障礙兒童的二成，可見日本語言障礙兒童早年教育的早年化與普及性。

肆、學齡階段的語言治療教育

學齡階段兒童的語言治療教育，分別在特殊班級與養護學校兩方面進行。前者有「語言教室」與「聽能教室」為語言障礙兒童與聽覺障礙兒童而設；後者有肢體殘障養護學校與智能不足養護學校，主要為腦性麻痺、智能不足兒童，及其他障礙的兒童實施語言訓練。

一、特殊班級內的語言治療教育

根據日本全國公立學校聽覺、語言障礙教育研究會的報告，六〇%的幼兒在聽覺、語言障礙班級（以下簡稱聽語班）接受語言諮詢或訓練（註十五）。再根據國立特殊教育總合研究所的報告，七五四所中、小學校中，附設聽·語教室者有七一八班，幼稚園附設聽·語教室者有三三班，合計七五一班。一〇六所兼設語障與聽障的學校中，有八六校（81.1%）實施幼兒輔導。四六六所設有語言障礙班的學校，有三六八所（七九·〇%）實施幼兒輔導。合計五七二所設有語言障礙班的學校，有四五四校（79.4%）實施幼兒輔導。另外一四六所設有聽障班的學校，也有四一所（28.1%）實施幼兒輔導（註十六）。另一方面，教育諮詢服務也相當普及：包括幼稚園在內，聽·語班級提供教育諮詢服務者佔96.6%，語言障礙班級提供教育諮詢服務者94.7%，聽障班級提供教育諮詢服務者79.4%。

二、語言訓練教室的輔導內容

在語言障礙特殊班級中所實施的輔導方法，主要的有遊戲治療法、發音說話指導法、及其他諸如行為改變技術、心理治療、自律訓練法、催眠法等（註十七）。根據調查的報告，小學的「語言教室」中，實施心理、遊戲治療法者佔27.6%，發音訓練者佔29.2%，指導親子

關係者佔20.4%，其他佔22.8%；另一方面，中、小學兼設聽·語教室者，以語言訓練為主者佔30.0%，以聽能訓練為主者佔五五·〇%，以學業輔導為主者佔55.0%，其他佔10.0%。

至於輔導方式，實施個別指導的小學有二二四校，中學有十九校，合計二四三校；實施團體輔導的小學有十五校，中學有五校，合計二〇校；個別與團體併用的小學五七校，中學六校，合計六三校。若以百分比計算，則個別指導佔74.5%，團體輔導佔9.2%，兩者併用佔19.3%。

三、設置型態

輔導型態大約可分下列數種：(1)校內資源教室式，(2)校外資源教室式，(3)巡迴式，(4)自足式班級，(5)併用式等（註十八）。從表一的實態調查結果，可以看出校外資源教室式的比率最高。在國小的階段，東北、北陸、中部地區以校內資源教室為主；校外資源教室式僅限於大都市交通方便的地區；人口過疎的僻遠地區或離島地方實施巡迴式的輔導。

表1：設置型態統計表

設置型態	幼稚園	小學	中學	合計
校內資源式	2	185	20	207
校外資源式	4	197	12	213
巡迴式		10	1	11
自足式		9	3	12
併用式		20	1	21

伍、師資培育課程

前述日本語言障礙兒童教育自嬰幼兒期起即相當被重視而普及的一個重要原因，是日本重視從事語言障礙兒童治療教育的師資培育。早在一九六〇年，世界衛生組織顧問Palmer博士赴日

，呼籲日本應比照美國聽·語協會的標準與規定，培育語言與聽覺障礙領域的專業人員（註十九）。而語言治療教育自一九五八年成為特殊教育的一環，正式在特殊班級與特殊學校實施訓練以來，目前日本有二、五〇〇名語言治療教師，在「語言治療教室」與「啓聰班教室」從事語言訓練與治療的臨床工作（註二十）。這些語言治療教師的來源，主要是由文部省所管轄的十所國立大學設置四年制聽覺·語言師資培育課程培養出來的（請參照表二、表三）（註二一）（註二二）。另外對具有教師資格的在職教師，設置一年制的語言障礙教育專攻課程與語言障礙教育臨時教員養成課程者，有八所大學。厚生省也自一九

七一年起，在國立身體障礙者復健學院，設立一年制聽能·語言專業人員訓練課程，對大學畢業者實施專業訓練。設置四年制課程的大學，同時設有銜接的碩士課程或博士課程。近年來由有識之士所結合的「日本聽能語言治療師協會」更積極呼籲為提高語言治療師的素資與專業知能，應該早日建立聽能語言治療師的培育制度與任用資格。他們主張語言治療師必須具備語言病理學，聽力學、生理學、神經學、心理學、語言學、音響學、特殊教育學等科際整合的知能（請參照圖一）。並比照美國聽語學會規定，修習各種有關語言病理學的課程（參照表四）（註二三）。

表2 設置聽能語言教育課程的培育機構

文 部 省		厚 生 省				
課 程 別	大 學 名	名 額	合 計	課 程 別	名 額	
四 年 制 課 程	聾學校師資培育課程	東京學藝大學 金澤大學 大阪教育大學 廣島大學 愛媛大學 福岡教育大學	各 15 名	90 名		
	語言障礙兒童師資培育課程	宮城教育大學 東京學藝大學 金澤大學 大阪教育大學	各 20 名	80 名		
一 年 制 課 程	特殊教育特別專攻科 語言障礙教育專攻	北阪教育大學 金澤大學 愛媛大學	各 30 名	90 名	國立身體障礙復健學院聽 覺語言專業人員訓練課程	30 名
	語言障礙教育臨時教員養成課程	北海道教育大學 宮城教育大學 千葉大學 橫濱國立大學 福岡教育大學	各 20 名	100 名		

研 究 所 課 程	身心障礙學 研究所博士課程	筑波大學		
	教育研究所 障礙兒童教育碩士課程	筑波大學 東京學藝大學 橫濱國立大學 愛知大學 大阪教育大學		
	教育學院教育心理學研究 所 聽覺語言缺陷學博士課程	東北大學		
	家政學研究所兒童學碩士 課程	御茶水女子大學		
	外國語科語言障礙學碩士 課程	上智大學		
入 學 資 格	四年課程	有大學入學資格者	具有學士學位者 年齡在 30 歲以下	
	特別專攻科	有大學畢業資格 並具有國中、小、 、高中、幼稚園 教師資格者		
	臨時教員培育課程			

表 3 專業科目必修學分統計表

	文 部 省	厚 生 省
專 業 科 目 必 修 學 分	四年制課程專業科目 30 ~ 40 學分 聾校教師培育課程→聾校教師資格 語言障礙兒童師資培育課程→語言治療教師資格 特別專攻科 (30 學分) 臨時教師培育課程 (30 學分)	800 小時 > 養護學校教師資格
就 業 狀 況	教育機構：啓聰學校 (大部份) 啓智學校、仁愛學校 啓聰班、語障班 福利機構 醫療機構 > 少數	醫療機構 } 大部份 福利機構 } 教育機構：少數 特殊教育教師資格認定考試 時，上述課程結業者，可免 考技能科實習。

圖1 語言病理學的相關專業科目

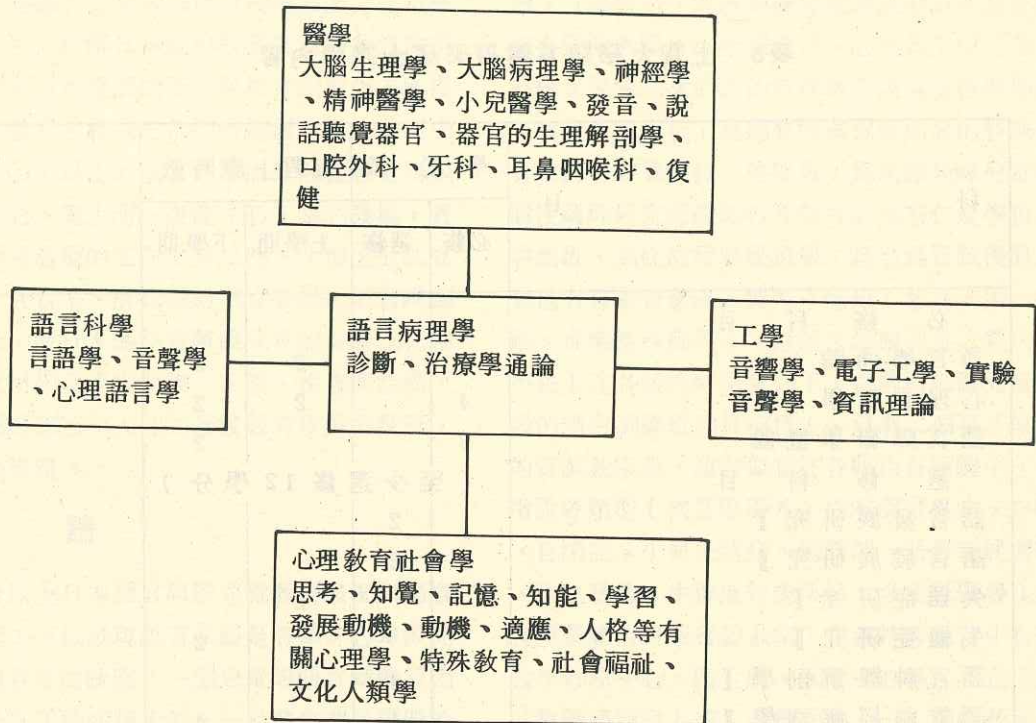


表4 美國聽語學會臨床資格認定標準語言病理學部門

課 程	必 修 學 分 數
① 基礎教養課程：聽覺器官與發音說話器官的解剖與生理、神經學、音聲學、音聲語言科學、語言學、語言心理學、實驗音聲學、音響學、統計學等。	12
② 語言病理學的專門課程：構音障礙、聲音異常、口吃、失語症、語言發展遲緩、聽障、口蓋裂、腦性麻痺、食道語。	24
③ 聽力學的專門課程：聽力檢查、聽能訓練、語言訓練、聽障兒童專題研究。	6
④ 相關課程：學習與行為改變技術，相關專門領域中，對語言障礙者的服務。	18
以上必修的學分小計	60
⑤ 臨床實習	300 小時
⑥ 專業經驗：上述全部課程結業後，所指定的臨床經驗。	9 個月
備註：1 學分是指每週 1 小時，為期四個月的課程，約 16 小時。	

茲以上智大學所開設之語言障礙學碩士課程為例，以窺探日本語言障礙兒童教育師資培育課程內容之一斑（請參閱表五）（註二五）：

表5 上智大學語言障礙學碩士課程內容

科 目	學 分 數		每 週 上 課 時 數	
	必 修	選 修	上 學 期	下 學 期
必 修 科 目				
語 言 學 通 論	4		2	2
心 理 音 聲 學	4		2	2
語 言 障 礙 學 概 論	2			2
選 修 科 目	(至 少 選 修 12 學 分)			
語 言 發 展 研 究 I		2		
語 言 發 展 研 究 II		2		
失 語 症 研 究 I			2	
失 語 症 研 究 II				2
語 言 神 經 解 剖 學 I		4	4	
語 言 神 經 解 剖 學 II		4		4
復 健 醫 學		2		2
聽 覺 、 發 音 、 說 話 解 剖 生 理 學		2		2
聽 覺 障 礙 論 (聽 力 學)		2	2	
語 言 臨 床 特 講		8	4	4
語 言 臨 床 實 習		2		2
選 修 科 目	(下 列 科 目 中 承 認 8 學 分)			
實 驗 音 聲 學 特 講 研 習		4	4	4
語 言 生 理 學 原 論		4	2	2
社 會 福 利 概 論		4	2	2
人 類 行 為 科 學		2	2	
學 習 心 理 學		4	2	2
發 展 心 理 學		4	2	2
兒 童 心 理 學		4	2	2
心 理 學 特 講		2		2
教 育 心 理 學 特 講		4	2	2
教 育 心 理 學 研 習		4	2	2
個 案 研 究		4	2	2
基 礎 科 目	(不 計 學 分)			
音 聲 音 素 論 特 講		4	2	2
一 般 音 聲 學		4	2	2
心 理 衛 生 學		4	2	2
心 理 測 驗 與 統 計		4	2	2
諮 商 概 論		4	2	2

修習方法
1. 必須修滿 30 學分
2. 碩士論文合格

從上述這些語言治療教師培育機構的多元化訓練課程中，可以瞭解日本政府對語言治療教育的重視。雖然語言治療師的資格與培育制度尚未獲得醫界學、教育、福利三部門的協議，但目前至少已有六〇〇名以上的語言治療師分散在各地醫院、保健中心、衛生所、復健中心、福利機構，實際執行語言治療的工作（註二四）。加上公私立大學特殊教育系、所長期的培育聽覺、語言障礙教育教師，使日本的語言障礙兒童能從嬰幼兒期開始，就可接受早期諮詢、診斷、檢查與治療，這種重視國家百年大計的落實教育政策與投資，值得吾等借鏡。

陸、結 語

綜合以上日本語言障礙兒童教育概況與師資培育課程，可以發現語言障礙是各類身心障礙兒童中普遍存在的缺陷，一個兒童的語言障礙原因，無論是先天的或後天的，一旦發生語言障礙的現象，不但身心遭受「難言」的無限痛苦，有時還會失去許多應得的權利或機會，給父母或其他兒童帶來很多困擾，對其本身的課業常常導致學習障礙，又因為溝通上的困難而影響其人格發展、人際關係，與社會適應，造成學校生活、家庭生活、社會生活、職業生活、婚姻生活的不適應或行為異常，阻礙心理健康，給社會增添麻煩或負擔。但是我們都知道，這些語言障礙兒童，有些在接受適當的醫療處理並經過有計劃的指導後，即可改進他們的語言缺陷；若能在學校與家庭中，再加以輔導與訓練，即可增進其語言表達能力與溝通能力，而與普通正常人一樣，享受幸福、快樂的生活。為使我國成千成萬的語言障礙兒童，也能像資賦優異兒童、視覺障礙兒童、智能不足兒童、肢體殘障兒童一樣，接受適當的缺陷補救教育，早日使症狀獲得改善或減輕，以達到語言復健、教育復健、心理復健、職業復健等目的，教育當局有必要重視並加強語言障礙兒童的特殊教育問題，下面謹提出數點管見，做為改進我國身心障礙兒（者）語言治療教育的參考：

一、目前我國為智能不足兒童而設立的特殊教育設施，有啓智學校、啓（益）智班級；為學習障

礙、行為異常、情緒困擾兒童而設的特殊教育設施有資源教室、少年輔育院、心理衛生中心等；為視覺障礙兒童而設的特殊教育設施有啓明學校、盲生走讀班級；為聽覺障礙兒童而設的特殊教育設施有啓聰學校、啓聰班；為肢體殘障兒童或腦性麻痺兒童而設的特殊教育設施有仁愛學校、啓能班、腦性麻痺實驗班級；甚至為資賦優異兒童也有普通資優班、特殊才能班（包括美術、舞蹈、音樂特殊班等）。但語言障礙兒童人數，並不在上述各類特殊兒童之下，為語言障礙兒童而設的矯治訓練班到目前為止，只有二個構音障礙的資源教室班，政府似宜在各縣市普通國中、小增設各類型（構音障礙外，尚有聲音異常、口吃、自閉症、小兒失語症、唇腭裂、語言發展遲緩、腦性麻痺、中重度智能不足，多重障礙等）語言障礙矯治班或資源教室；在各特殊教育中心或教學資源中心、衛生所、保健中心等，設立「語言障礙諮詢室」或「診療中心」、「媽媽教室」、「聽語中心」等，以大力推展早期語言障礙兒童治療教育計畫。

二、為推展語言障礙治療教育，語言治療師、聽力檢查師、語言障礙治療教師、養護訓練教師（啓聰學校、班對語言訓練教師的稱呼）等醫療專業人員與特殊教育教師的師資培育問題是刻不容緩的工作。目前國內語言治療師的人數極少（未過三十人），且大部份分佈在台北市各大醫院復健部或耳鼻喉科內，今後特殊教育的領域中，要加強推展語言障礙兒童的教育，似應在大學、師範院校、師專內設立語言治療、或語言復健、語言病理學等方面的科系；或在特殊教育科、系；所中，設置語言病理學、聽力學、語言治療學、語言復健學、語言發展與矯治、溝通能力評量與輔導、語言溝通法、聽能語言障礙學、語言矯治與訓練等課程；各特殊教育系、所、中心，教師研習中心辦理在職特殊教師專業科目研習訓練時，亦應加開上述課程，使特殊教育教師具備有語言障礙矯治與訓練的理論與實際的臨床經驗。

三、各特殊學校、中重度特殊班、多重障礙班、教養機構，應視實際需要，增加語言治療師、語言治療教師、聽能診療師、職能訓練師、養護訓

練師、心理學者、社會工作者、醫師、護士、保健人員、醫學復健人員等編制。如仁愛學校增加語言治療師、物理治療師；啓聰學校增加語言治療師、聽能診療師、養護訓練師；啓智學校增加語言治療師、職能訓練師、心理學者；啓智教養機構增加社會工作人員、心理學者、語言治療師、職能訓練師等。各國中、國小的資源教室特殊教師，亦應聘請修過語言治療課程的教師來擔任，否則碰到有構音障礙、口吃、自閉症、聽覺障礙、智能不足、腦性麻痺、語言發展遲緩等特殊兒童，如何給予幫助或矯治？

四醫療機構應與教育機構多方配合與交流，才能發揮治療的功能。例如榮民總醫院為推廣語言治療工作，曾於民國六十六年起，不定期的舉辦語言治療技術人員訓練班；中華民國傷殘重建協會及中華民國復健醫學會，為促進腦性麻痺兒童獲得有效的矯治機會，於民國七十二年六月三日邀請奧地利玻巴斯技術專家來華訓練腦性麻痺治療人才；中華民國特殊教育學會與聽語學會曾於民國七十三年與七十四年度舉辦兩次中美語言治療研討會，邀請美國聽語學會六、七位學者專家來華講演有關語言治療的知能。有諸如此類的講習、研討機會，訓練的對象不應限於各醫院的醫護人員、語言治療師、聽能檢查師等，應擴大對象及於各地區殘障教養機構、特殊教育機構的教、保人員，也能有接受講習的機會。

五立法院公布之「特殊教育法」中，特殊教育之施教對象，語言障礙兒童與視電障礙、聽覺障礙、智能不足、肢體殘障、身體病弱、學習障礙、資賦優異等類兒童一樣；同被列為特殊教育的施教對象，政府每年為特殊兒童編列龐大的教育經費（據教育部社會教育司周司長在一次特殊教育人員工作會議中，報告社教司一年花在特殊教育的經費，有七億元之多）。希望以後每年編列特殊教育經費預算時，不要忘記將語言障礙的部份也同時列入。如辦理特殊教育教師語言治療訓練班、資源教師語言治療訓練班，開設自閉症兒童教育中心或特殊班級，增設學前啓聰班、啓智班、腦性麻痺、語言矯治班、補助私立機構開辦這些班級，建立鑑定語言障礙診斷工具的常模等

經費，以嘉惠語言障礙兒童。

六國內語言障礙兒童的特殊教育尚未起步，到前為止有語言障礙的兒童大都到各大醫院附設之語言治療室或聽語中心求診，但語言矯治與訓練多半費時費事，不是短期間內可以奏效，而且在醫院治療的時間有限（每星期預約，每次約半小時），如果學齡階段能在特殊學校、特殊班級、資源教室、教養機構、幼稚園內，實施語言矯治與訓練的話，比較有充分的時間，也可以節省家長許多經費負擔。因此，若要根本解決語言障礙兒童的問題，增添特殊教育機構，教養機構的聽語訓練設備，研究，開發各類聽語障礙診斷、評量、鑑定工具，建立全國統一之鑑定常模，掌握語言障礙學童人口，做為師資培育、設班、編列預算之參考依據等工作，也是當務之急。

七為加強「早期教育」與「預防教育」的效果，以收早期發現、早期治療的目的，建議衛生、教育、社政當局，編印有關「說話指導要點」、「聲音的保健常識」、「噪音的公害」、「如何接納語言障礙的兒童」、「正常的飲食習慣」、「語言訓練指導手冊」、「怎麼和語言障礙兒童做朋友」等宣傳手冊，做為健康教育、生活教育、說話訓練之教材。

八建議環境保護局或治安單位，加強噪音的管制。學校若位於鬧區中，應准予使用擴音器教學，或教室建築裝設隔音設備，例如使用雙層牆壁、雙層玻璃窗戶、隔音天花板等設備；在學校附近增設「禁聲慢行」、「肅靜」、「禁鳴喇叭」等標識。

九診言障礙的診斷、鑑定手續，以及治療、矯治、或訓練的過程，是非常繁複而需要專業化的工作。它包括各種教育學、心理學、醫學、語言學、音響學、教育工學、特殊教育學等專門知識的應用。特殊教育的先進國家，如美國、英國、德國、丹麥、日本等，都是由國家專門培養專業人員來擔任。這些專業人員要取得語言治療師的資格以前，必須要修習醫學、心理學、教育學等課程。以美國來說，過去必須修畢大學的四年專門課程後，再經一年以上的臨床經驗，才能取得該項資格；近年來有提高師資水準的趨向，很多

州規定要獲得碩士學位以上，再經三、四年的臨床經驗，才能取得資格執照。換句話說，語言治療師的培育，是由政府視實際的需要，全面地統籌與訓練。全國並設有推動語言、聽能教育的輔導、行政管理、與研究機構，例如美國的聽語學會、丹麥的國立語言障礙中心、日本的國立聽力、語言障礙中心等名聞遐邇。日本各地方更設有縣（市）立小兒保健中心語言（訓練）課，縣（市）立身心障礙中心語言指導課。各大學、特殊教育學術研究機構也附設語言治療諮商中心，如國立東京學藝大學附設語言障礙教育研究設施，國立東京大學醫學部附設音聲、語言醫學研究設施，國立特殊教育研究所附設語言障礙教育部門等。各大醫院耳鼻喉科也設有音聲、語言障礙門診、診療處、語言訓練教室。日本廣播協會更透過電視與收音機的廣播節目，每星期固定時間向父母介紹嬰幼兒的語言發展、語言障礙、聽覺障礙、語言發展遲緩兒童的診斷、矯治、訓練方法。這些均表示特殊教育先進國家，對語言障礙治療教育的教學、研究、推廣工作，治療與復健訓練工作，專業人員（醫療與特殊教育兩方面）的培育訓練工作，非常重視。

十今後我國要推展身心障礙兒童語言治療教育，似亦宜由醫療、復健對策，研究發展對策等三方面同時著手。亦即需要確立語言障礙的研究體制，研究者的訓練體制，語言治療師、語言治療教師的培育、任用、登記體制、醫療、復健體制等。同時需要結合醫師（耳鼻喉科、牙科、整形外科、小兒科、精神科、內科、神經內科、骨科、醫學復健科等）、護士、語言治療師、聽能診療師、職能治療師、物理治療師、社會工作人員、特殊教育教師、父母等醫療、教育、社會福利等三方面的力量，才能使語言障礙兒（者）早日獲得語言方面的復健，恢復正常、健康、快樂、幸福的學校生活、家庭生活、社會生活、職業生活。（本文作者為國立台灣教育學院教授兼特殊教育中心主任）。

柒、參考書目

註一：Dearman, N. and Plisko, V. (1981

) : The Condition of Education. Washington, D.C., National Center for Education Statistics .

註二：永江和久（一九八二）：言語障害に失語症の看護につきて，教育と醫學卷三〇，第九期，頁七八。

註三：鍾玉梅（民七一）：語言障礙的鑑別，教育部社會教育司編印（七十一年特殊教育分組研討會報告，頁二二五）。

註四：林寶貴（民七三）：我國四歲至十五歲兒童語言障礙出現率調查研究，國立台灣教育學院學報第九期，頁一一九—一五八。

註五：黃宜化（民六七）：國語構音測驗之研究與編製，高雄市福東國小研究叢書。

註六：鍾玉梅（民七四）：語言治療的過去、現在、與未來。中華民國特殊教育學會年刊，頁二〇八、二〇九。

註七：Kirk, S.A. and Gallagher, J.J. (1983) : Educating Exceptional Children. Houghton Mifflin Company. p. 284 ~ 285 .

註八：森壽子（一九八三）：聽能言語士の資格養成制度問題を中心にした協會九年の歩み、日本聽能言語士協會會報第二六號，頁二一。

註九：日本文部省初等中等教育局特殊教育課（一九八四）：特殊教育資料，頁二六～二七。

註十：Stanley Dickson (1984) : Communication Disorders-Remedial Principles and Practices. Scott Foresman and Company. p.2

註十一：內須川洸（一九八二）：言語障害とその治療教育，言語障害治療教育叢書第一卷，福村出版，頁十七。

註十二：同註十一，頁二〇。

註十三：同註十一，頁二五。

註十四：同註十三。

註十五：日本公立學校難聽、言語障害教育研究會（一九七八）：全國公立學校難聽，

（以下從略）