特殊教育學生及幼兒鑑定辦法

說明手冊

委託單位：教育部

執行單位：國立嘉義大學

中華民國 114 年 7 月

目錄

總說明 1

智能障礙鑑定說明 10

視覺障礙鑑定說明 31

聽覺障礙鑑定說明 48

語言障礙鑑定說明 62

肢體障礙鑑定說明 83

腦性麻痺鑑定說明 98

身體病弱鑑定說明 110

情緒行為障礙鑑定說明 123

自閉症鑑定說明 147

多重障礙鑑定說明 167

發展遲緩鑑定說明 176

其他障礙鑑定說明 200

一般智能資賦優異鑑定說明 206

學術性向資賦優異鑑定說明 216

藝術才能資賦優異鑑定說明 225

創造能力資賦優異鑑定說明 233

領導能力資賦優異鑑定說明 238

其他特殊才能資賦優異鑑定說明 242

附錄-

附錄一 學習障礙鑑定說明

附錄二 參與修訂專家學者名單

總說明

一、 前言

2023 年修正公布之特殊教育法（112 年 6 月 21 日華總一義字第11200052781 號令公布）第一章總則之第一條即宣告「為使身心障礙及資賦優異之國民，均有接受適性及融合教育之權利，充分發展身心潛能，培養健全人格，增進服務社會能力，特制定本法。」 根據特殊教育法，這群有學習特殊需求的身心障礙或資賦優異學生及幼兒，併稱為特殊教育學生。

2023 年修訂之特殊教育法，對身心障礙和資賦優異之說明，從 2009 年全文修正中「經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施之協助者；其分類如下。」修正為「經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形。」原 2009 條文後段「其分類如下」之用語，被認為是對身心障礙或資賦優異者身分的分類，甚導致身心障礙者標籤化之疑慮。而事實上特殊教育法現行第 3 條所列身心障礙和第 4 條所列各款資賦優異，旨在區辨各款身心障礙和資賦優異對應之學習特殊需求，再經由鑑定提供適切安置，並提供適性之特殊教育及相關服務措施協助，其目的並非對於接受特殊教育之學生及幼兒，給予身心障礙者或資賦優異者之身分分類。

因此，本次特殊教育法修訂之條文強調應鑑定出符合法定之身心障礙和資賦優異之情形，以需求為導向，而非以分類為目的。各身心障礙和資賦優異情形分別明載於第 3 條和第 4 條。

第 3 條 「本法所稱身心障礙，指因下列生理或心理之障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形：

一、智能障礙。

二、視覺障礙。

三、聽覺障礙。

四、語言障礙。

五、肢體障礙。

六、腦性麻痺。

七、身體病弱。

八、情緒行為障礙。

九、學習障礙。

十、自閉症。

十一、多重障礙。

十二、發展遲緩。

十三、其他障礙。」

第 4 條「本法所稱資賦優異，指下列有卓越潛能或傑出表現，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形：

一、一般智能資賦優異。

二、學術性向資賦優異。

三、藝術才能資賦優異。

四、創造能力資賦優異。

五、領導能力資賦優異。

六、其他特殊才能資賦優異。」

相對於 2019 年的條文，本次特殊教育法並無修訂身心障礙和資賦優異情形之用詞，只有調整多重障礙和自閉症兩款之順序。2019 年特殊教育法是先多重障礙再自閉症，考量鑑定實務上自閉症屬第一款至第九款同為獨立之情形，並可能與前述各款情形同時存在而經鑑定為多重障礙，所以調整多重障礙和自閉症兩款之順序，以更切合實務運作情形。

為了有效鑑定學生及幼兒是否具學習特殊需求，需特殊教育及相關服務措施協助，特殊教育法針對身心障礙及資賦優異鑑定之辦理規定如下：

第 19 條:

各級主管機關為實施特殊教育，應依鑑定基準辦理特殊教育學生及幼兒之鑑定。

前項學生及幼兒之鑑定基準、程序、期程、教育需求評估、重新評估程序、評估人員之資格及權益、培訓方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 46 條:

高級中等以下各教育階段主管機關及學校對於身心障礙及處於離島、偏遠地區，或因經濟、文化或族群致需要協助之資賦優異學生，應 加強鑑定與輔導，並視需要調整評量項目、工具及程序。

前項鑑定基準、程序、期程、評量項目與工具等調整方式及其他相關事項之實施辦法，由中央主管機關定之。

依特殊教育法第 19 條和第 46 條授權而訂定的「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」適用於各教育階段特殊教育學生的鑑定。除修正 2013 年的「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」名稱，同時也加入對特定群體之資賦優異鑑定之彈性、以及合理調整的規範。然而，考量大專院校與高中以下學校及幼兒園評估人員之資格、權益以及培訓方式，且大專院校與高中以下學校及幼兒園各有其規範，因此並未納入本鑑定辦法，而分別制定「大專校院身心障礙學生鑑定評估人員資格權益及培訓辦法」和「高級中等以下學校及幼兒園身心障礙學生及幼兒鑑定評估人員資格權益及培訓辦法」加以規範。

「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」主要包括鑑定方式、基準、程序、期程、教育需求評估、重新評估程序等條款。此次修法從 2023 年 7 月開始著手進行鑑定辦法的修訂，為了讓本辦法的修訂能兼顧呼應國際專業發展現況及改善國內實務執行困難，讓特殊教育學生鑑定及教育需求評估更為明確，參與修訂的研修人員包含各相關領域的專家學者（特殊教育、復健諮商、幼兒教育、神經科學、視光、職能治療、語言治療與聽力學系）、醫師（小兒科、復健科、新陳代謝科、精神醫學）與專業人員（臨床心理師）等。各研修小組在修訂過程中邀請小組之外的相關領域專家學者、專業人員（聽力 師、語言治療師、職能治療師等）、現場實務教師、縣市承辦鑑定業務人員、相關協會與家長團體代表、身心障礙者代表等進行鑑定基準的討論與意見諮詢。同時，各小組之間亦有多次的跨組共同討論，以充分溝通各身心障礙和資賦優異情形鑑定基準間的共通性和獨特性，以及了解特教實務現場的鑑定現況和問題。

辦法屬法規命令，本辦法是各級主管機關辦理特殊教育學生及幼兒鑑定之依據，並據以提供合適的特殊教育相關服務與支持。為了讓參與鑑定工作人員能瞭解鑑定的原則、程序以及綜合研判的基準，特撰寫本說明手冊。然而，鑑定屬專業工作，非相關專業者不宜憑此手冊自行判定學生或幼兒之身心障礙或資賦優異情形。本說明手冊由參與研修小組人員撰寫，主要目的在提供參與鑑定過程之相關人員瞭解鑑定的規準與精神，使其鑑定工作更加精準與完善。完成後並經教育部與教育部國民及學前教育署外部委員審查並經會議討論，最後定稿，以期能充分呈現鑑定實務上的應用。本說明手冊除總說明外，身心障礙和資賦優異之各種情形也分別依前言、定義及基準、鑑定程序、教育需求評估、綜合研判、案例等六項說明。由於學習障礙的鑑定基準較為複雜，涉及層面較泛，因此2024年公告之鑑定辦法尚未修訂，本說明手冊目前暫以附錄方式呈現學習障礙的說明。此外，我國特殊教育之實施包括學前教育階段、國民教育階段、高級中等教育階段及高等教育階段，本手冊從通則性加以說明，各教育階段之主管機關若有鑑定手冊，可以在鑑定基準之下再做更具體詳細的說明和規定。

二、 修訂原則

「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」屬法規命令，在修訂過程有其延續性和穩定性，修訂

的目的在於改善現有問題以及促進所訂事務的執行。因此，此次在修正鑑定辦法時主要參考以下原則：

由於法規條文以精簡概念為原則，無法於辦法中詳細說明者，於說明手冊中再加以論述。

辦法屬法規，條文以穩定延續為原則，因此原鑑定基準條文若可順利運作，則以不改變為原則。

需要更改的部分或新增的條文、字句，需有所對應期待解決的明確問題。若為文字修正，不涉及定義或操作，宜放入說明手冊中加以說明。

考量特殊教育法中明定身心障礙和資賦優異是經「專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形」，在鑑定過程皆須考量學生或幼兒學習的特殊需求與所需特殊教育及相關服務措施，此一原則屬共通性之必要原則，因此未在各身心障礙和資賦優異的個別情形以文字呈現。

修訂過程充分徵詢利害關係人意見，並針對修訂內容有所共識。

三、 修訂重點

因應特殊教育法修定與目前各級主管機關對於特殊教育學生及幼兒鑑定運作之現況，此次鑑定辦法之修正主要聚焦在鑑定方式、期程、教育需求評估、重新評估程序等再進行詳細的調整或增列。

在鑑定基準方面，參照國際對於身心障礙與資賦優異的定義、趨勢變化、實證研究與鑑定實務運作之發現，並以延續性為原則，因此身心障礙及資賦優異鑑定基準，僅進行部分修改，朝向讓鑑定運作更加周延且具體可行為目的，希冀各主管機關能依此鑑定基準，針對身心障礙與資賦優異學生及幼兒進行發現、篩選、鑑定與安置，再依據教育需求提供合適的特殊教育相關服務與支持。但本手冊重點在鑑定基準的說明與如何運作，至於安置與提供特殊教育相關服務與支持非此手冊重點，故不列入說明。除總則說明外，身心障礙及資賦優異學生及幼兒鑑定辦法說明手冊再分依各個身心障礙及資賦優異情形分章敘寫。各章均包括：前言、定義與基準、鑑定程序（鑑定目的、鑑定步驟、鑑定方式與工具、評估人員）、教育需求評估、綜合研判、案例等項目進行撰寫。由於除了發展遲緩外，均包括學生及幼兒，為方便各章撰寫，若無特殊情況，均以學生代表學生及幼兒。

以下說明此次修訂重點：

（一）修訂鑑定辦法名稱：依據特殊教育法第 19 條實施特殊教育所服務的對象，將「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」修改為「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」。

（二）鑑定基準之修改：針對身心障礙、資賦優異或具特定群體之資賦優異雙重需求學生及

幼兒之鑑定基準修訂主要以延續性為原則，並以國際性的定義與趨勢作為參照，特別針對過去不明確的鑑定基準，進行更周延且具實務可運作之修訂，以維持相關規範之穩定性與可行性。此外，也以精簡的概念性定義為原則，將完整的鑑定程序、詳細說明與示例另載於說明手冊提供參照，強調進行鑑定時可依據學生最明顯的教育需求等多元資料進行綜合判斷，據此以提供合適的特殊教育相關服務與支持。

（三）強調多元與多階段評量：關於身心障礙學生及幼兒之鑑定，維持原先多元評量之原則，其中可參考資料之「身心障礙手冊」修改為「身心障礙證明」，因目前已無身心障礙手冊。資賦優異學生之鑑定，原法條的「應以標準化評量工具，採多元及多階段評量，…」，修改為「應採多元及多階段評量，以標準化評量工具、各類鑑定基準規定之方式，綜合研判之。…」，以強調資賦優異鑑定依不同情形，應採用多元及多階段方式進行，鑑定基準依不同資賦優異情形，採用標準化評量工具或依各類鑑定基準之規定採用其他資料，綜合判定。

（四）增列特定群體之資賦優異鑑定條文：針對特殊教育法第 46 條第二項所提及「對於身心障礙及處於離島、偏遠地區，或因經濟、文化或族群致需要協助之資賦優異學生，應加強鑑定與輔導，並視需要調整評量項目、工具及程序」。此外，考量學生需求之多元樣態，鑑定運作得由各主管機關鑑輔會依學生需求調整評量項目、工作、期程和程序。因此，新增條文第 22 條「身心障礙及處於離島、偏遠地區，或因經濟、文化或族群致需要協助之資賦優異學生之鑑定，其程序、期程、評量項目及工具之調整方式，依下列規定辦理： 一、為加強本條所定學生之鑑定，各級主管機關得因應學生身心特質及其需求、文化差異、族群特性或地區限制，彈性調整鑑定程序。二、各級主管機關為處理本條所定學生之鑑定，必要時得延長鑑定期程，或召開各級主管機關特殊教育學生鑑定及就學輔導會（以下簡稱鑑輔會）臨時會。三、學生參與特殊教育學生鑑定無法適用既有評量工具時，應依其個別需求，調整評量工具之內容或分數採計方式，或改以其他評量項目進行評估。」除鑑定基準外，前項之鑑定期程、程序、評量項目及工具之調整，得由各級主管機關鑑輔會依學生需求評估後調整之。

（五）教育需求評估項目之修改：在舊版條文身心障礙類與資賦優異學生之教育需求評估項目中，大部分項目一樣。特殊教育學生之教育需求多元，雖條文強調可依學生需求選擇必要之項目進行評估，但考量身心障礙與資賦優異學生及幼兒之特殊需求評估項目仍有區別，故於此次修法中，第 24 條中提及各身心障礙情形學生及幼兒之教育需求評估維持原來的項目，僅將「學科（領域）」修改為「領域（科目）」，但各資賦優異情形學生之教育需求評估項目，修改為「應包括：認知/情意特質、社會適應、性向、

優弱勢能力、興趣、專長領域(科目)學習等」。此外，在舊條文中提及「前二項教育需求，應依學生之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、評量、環境調整及轉銜輔導安置等建議」，修改為「前二項教育需求評估，應依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議」。主要是參照十二年國民基本教育特殊教育課程實施規範（教育部，2021），以課程調整一詞涵蓋學習內容、學習歷程、學習環境與學習評量之調整，並加入支持服務項目。

（六）明定重新評估以跨階段辦理為原則：依據第 25 條「各級主管機關辦理特殊教育學生及幼兒之重新評估，以跨教育階段為原則。經鑑輔會鑑定安置之特殊教育學生及幼兒，遇障礙情形改變、優弱勢能力改變、適應不良或其他特殊需求時，得由教師、法定代理人、實際照顧者或學生本人向學校、幼兒園或主管機關提出重新評估之申請；其鑑定程序，依第二十三條第一項規定辦理。主管機關並得視需要主動辦理重新評估。前二項重新評估，應註明重新評估之原因；身心障礙學生或幼兒應檢附個別化教育（支持）計畫，資賦優異學生應檢附個別輔導計畫。」主要強調辦理重新評估以跨教育階段轉銜辦理為原則，但仍保留遇特殊情形得由教師、法定代理人、實際照顧者或學生本人向學校或主管機關提出重新評估之彈性。同時主管機關得視需要主動辦理重新評估，各縣市鑑輔會可以視個案的情況，對於障礙情形不穩定者，指定階段內重新評估的日期。

四、 鑑定原則

（一）以學生及幼兒之教育需求為鑑定目的：鑑定的目的在於找出學習特殊需求，非在於特殊教育學生類別之分類。此次 2023 年修訂之特殊教育法將身心障礙和資賦優異之定義，由「經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施之協助者；其分類如 下：」改為「經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形」，從過去強調以個體為主的分類，改為需要特定之特殊教育及相關服務的情形。因此，鑑定過程除需蒐集資料以判斷是否符合各鑑定基準，同時亦須透過教育需求評估，瞭解學生及幼兒所需的教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等教育需求。

（二）考量教育需求決定學生及幼兒之身心障礙情形：身心障礙的情形有時會有無法完全切割為二（例如：過去研究指出學習障礙及語言障礙皆有語言語音處理之困難(如：Ramus,et al., 2013），考量到目前鑑定目的在於提供特殊教育服務，若在鑑定過程中有難以判定之處，則應以該生（幼兒）之教育需求作為判定之主要考量。例如：學

齡前幼兒具有語言理解或語言表達顯著困難，可能會被鑑定為具有「發展性語言異常」之語言障礙情形，但對於小學三年級學生具有語言處理異常且聽說讀寫有顯著困難者，則可能會被鑑定為學習障礙。

（三）應採多元評量方式進行鑑定：身心障礙學生及幼兒之鑑定，應採取多元評量方式進行，除依鑑定基準蒐集所需資料，過程中需要依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方 式，或參考身心障礙證明記載蒐集個案資料，再綜合研判之，不宜只依據單一資料做為鑑定之參考。此外，資賦優異學生及幼兒之鑑定亦強調採多元及多階段評量，依各款資賦優異情形，除採用標準化評量工具，也應重視各鑑定基準之不同款規定的相關資料。

（四）考量標準化工具的測量標準誤（standard error of measurement, SEM）：鑑定過程多數會採用標準化測驗工具，但測驗難免都有測量的誤差。因此，測驗施測後不建議將測驗所得的分數直接用來解釋個體的特質或能力，而是應使用測量標準誤來說明個體的測驗分數區間，此作法亦有比較高的信心可以代表真實分數。因此建議在解釋標準化測驗分數時，可考量測量標準誤的概念，作為參照解釋個人測驗成績的彈性區間。例如：以魏氏智力量表（第五版）而言，測得一位學生全量表總分為 33，對照臺灣常模得到智力商數（FSIQ）為 68，但參考該測驗 95%的信賴區間，該生的真實分數會落在 64-75 之間，因此在解釋該生智力表現，建議應參照區間範圍之數值作為更客觀的估計，而非以單一數值作為絕對的依據，同時也應參考其他的佐證資料。

（五）重新評估以跨教育階段為原則：在評鑑過程使用的評估工具應具有良好的信度與效度，而且可以從多元綜合的資料中了解學生的特殊教育需求。為避免過於頻繁的重複評估所造成的不必要困擾，以及造成現場評估人員的過度負擔，此次鑑定辦法修訂時規範重新評估以跨教育階段實施為主。但遇障礙情形改變、優弱勢能力改變、適應不良或其他特殊需求時，可由教師、法定代理人、實際照顧者或學生本人主動提出重新申請，對於未成年之學生得徵詢該生意見後提出，但重新評估需要註明原因及相關資料（個別化教育計畫或個別輔導計畫）。對於部分學生或幼兒因其障礙情形較不穩定或預期在短時間內可能會有變化，各主管機關可以標示重新評估時間，主動辦理重新評估。

（六）提供彈性及合理的調整：對於身心障礙學生與幼兒及特定群體之資賦優異學生鑑定除基準不變外，為避免因障礙或其他因素（地 區、種族、族群、經濟、文化）之影響阻礙有卓越潛能或傑出表現之資賦優異之學習特殊需求學生接受特殊教育服務，在鑑定程序、評量項目和測驗工具之選用，可視學生個別的需求，經各主管機關鑑輔會同意，進行彈性及合理的調整。

（七）落實學生教育需求評估，並說明所需相關服務：依據鑑定辦法第 23 條規定「特殊教育學生及幼兒之鑑定，應依轉介、申請或推薦，蒐集相關資料，實施初步類別研判、教育需求評估及綜合研判後，完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告。」對於初步研判符合各基準之特殊教育學生及幼兒，要進行教育需求評估。而依據鑑定辦法第 24 條規定，在進行評估該生之教育需求，除了考量身心障礙或資賦優異學生及幼兒之需求而選擇必要之評估項目外，也需要針對該生（幼兒）之需求說明該生之優弱勢能力，與提供所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議，經鑑輔會綜合研判後再完成正式的評估報告。

教育安置以特殊教育法第 12 條規定，需依學生需求以及融合教育的考量安置適切的場所，在學前教育階段及國民教育階段，特殊教育學生及幼兒以就近入學為原則，但國民教育階段學區學校無適當場所提供特殊教育者，得經主管機關安置於其他適當特殊教育場所。

課程調整可參考十二年國民基本教育特殊教育課程實施規範之調整向度（學習內容、學習歷程、學習環境與學習評量）提供建議，並考量其所需支持服務。對身心障礙學生及幼兒，在考量課程調整時，宜先就學習歷 程、學習環境和學習評量等項目思考調整後，再進行學習內容調整。支持服務部分，則可依「特殊教育學生及幼兒支持服務辦法」所列之身心障礙學生及幼兒所需之支持服務及家庭需求的家庭支持服務，加以評估。對於跨階段轉銜重新評估之身心障礙學生及幼兒，則要考量其轉銜輔導及服務的需求，可參考「各教育階段身心障礙學生與幼兒轉銜輔導及服務辦法」所建議之轉銜需求與服務。教育安置以特殊教育法第 12 條規定，需依學生需求以及融合教育的考量安置適切的場所，在學前教育階段及國民教育階段，特殊教育學生及幼兒以就近入學為原則，但國民教育階段學區學校無適當場所提供特殊教育者，得經主管機關安置於其他適當特殊教育場所。

課程調整可參考十二年國民基本教育特殊教育課程實施規範之調整向度（學習內容、學習歷程、學習環境與學習評量）提供建議，並考量其所需支持服務。對身心障礙學生及幼兒，在考量課程調整時，宜先就學習歷 程、學習環境和學習評量等項目思考調整後，再進行學習內容調整。支持服務部分，則可依「特殊教育學生及幼兒支持服務辦法」所列之身心障礙學生及幼兒所需之支持服務及家庭需求的家庭支持服務，加以評估。對於跨階段轉銜重新評估之身心障礙學生及幼兒，則要考量其轉銜輔導及服務的需求，可參考「各教育階段身心障礙學生與幼兒轉銜輔導及服務辦法」所建議之轉銜需求與服務。

六、參考文獻

教育部(2021年10月29日)。十二年國民基本教育特殊教育課程實施規範。教育部主管法規查

詢系統。
https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=GL002124&kw=%E7%89%B9%E6%AE%8A%E6%95%99%E8%82%B2%E8%AA%B2%E7%A8%8B%E5%AF%A6%E6%96%BD%E8%A6%8F%E7%AF%84
教育部（2023年06月21日）。特殊教育網。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027
Ramus, F., Marshall, C. R., Rosen, S., & van der Lely, H. K. J. (2013). Phonological deficits in specific language impairment and developmental dyslexia: Towards a multidimensional model. Brain, 136(2), 630–645. https://doi.org/10.1093/brain/aws356

智能障礙鑑定說明

一、 前言

智能障礙學生一直是臺灣特殊教育的主要服務對象之一，在高中以下各教育階段身心障礙學生及幼兒人數統計中，近年來也都是人數統計的前三位，即使在高等教育階段人數也是第四位(教育部，2023)。除了人數多，智能障礙學生及幼兒的教育需求也較為多元且強度較高。

過去臺灣特殊教育是使用「智能不足」一詞，對於智能不足的定義則是參考美國智能不足協會（American Association for the Mentally Retarded，簡稱 AAMR）在 1982 年對智能不足之定義而來。到 1987 年特殊教育法施行細則第十六條才對於智能不足訂出具體的鑑定基準。

唯隨著國際特殊教育思潮趨勢的發展，「智能不足」名稱已不再適切；此外，由於針對智能不足的適應行為判斷基準不夠明確，同時依智力區分為輕、中、重度的障礙程度標準亦已過時且不適當，再者過去的鑑定基準係以智力為主，而忽略了適應行為的表現，以致常有誤判而造成學生學習權益受損的情況出現。

為因應上述國際趨勢與問題,1997 年修訂的特殊教育法(簡稱特教法),改用「智能障礙」一詞，並在 1999 年教育部修訂之「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」中的第三條對智能障礙鑑定基準明確指出：

「特殊教育法(以下簡稱本法)第三條第二項第一款所稱之智能障礙,指個人之智能發 展較同年齡者明顯遲緩，且在學習及生活適應能力表現上有嚴重困難者；其鑑定基準如下：

(一) 心智功能明顯低下或個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差。

(二)學生在自我照顧、動作、溝通、社會情緒或學科學習等表現上較同年齡者有顯著困難情形。」

雖然美國智能不足協會（AAMR）在 2007 年更名為美國智能和發展障礙協會(American Association on Intellectual and Developmental Disabilities ,AAIDD)，把 mental retardation 改為「intellectual and developmental disabilities」，但是臺灣特殊教育法仍維持使用「智能障礙」一詞。

因應特教法在 2009 年重新修訂而同步修訂的「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」(教育部，2013)中，對智能障礙定義也重新進行些微調整如下：

「本法第三條第一款所稱智能障礙，指個人之智能發展較同年齡者明顯遲緩，且在學習

及生活適應能力表現上有顯著困難者。

前項所定智能障礙，其鑑定基準依下列各款規定：

(一) 心智功能明顯低下或個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差。

(二) 學生在生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為等任一向度及學科（領域）學習之表現較同年齡者有顯著困難情形。」

美國智能和發展障礙協會(AAIDD)修訂第 12 版定義指南中對智能障礙定義係指在智力功能和適應行為上呈現顯著的限制，適應行為包含概念、社會和應用三方面的技能，發生於發展時期，通常是在 22 歲之前；指南中也說明智力的判定不應僅以標準化測驗為準，亦需參照環境脈絡跟既有支持系統；另外，適應行為分為概念技能、社會技能、實用技能三部分(Schalock et, al., 2021）。和第 11 版定義不同處在於，第 11 版定義智能障礙發生於 18 歲之前，而第 12 版定義智能障礙發生於發展階段，22 歲之前被鑑定出(鈕文英，2022)，主要是基於當代研究顯示重要的腦部發展持續到 20 多歲，故將發展期結束的年齡定義為 22 歲。

美國精神醫學會（American Psychiatric Association，APA）2022 年出版的 DSM-5-TR（DSM 第五版文字修訂版）對智能障礙的定義為「智能障礙是一種發生於發展期，同時具智力和適應功能(概念、社會和實用領域)缺陷。必須滿足以下三個標準：

(一) 智力功能的缺陷，如推理、解決問題、計劃、抽象思維、判斷、學業學習以及從經驗中學習，通過臨床評估和個別化的標準化智力測驗確認。

(二) 適應功能的缺陷導致未能達到發展和社會文化標準的個人獨立性和社會責任。在沒有持續支持的情況下，這些適應缺陷限制了在家庭、學校、工作和社區等多種環境中的日常生活活動，如溝通、社交參與和獨立生活。

(三) 在發展期間開始出現智力功能和適應功能的缺陷。

因應特殊教育法在 2023 年做了大幅度的修訂，故「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」隨之重新檢視與修訂，並更名為「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」（教育部，2024）。對於智能障礙鑑定基準的修訂同步參考 AAIDD 及 APA 兩個協會內容，並考量鑑定辦法條文的延續性，本文目的即在對智能障礙鑑定基準之闡述及鑑定方式與歷程做進一步闡釋與說明，俾利鑑定實務參考。

二、 定義與基準

特殊教育系統鑑定主要依據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》（2024）規定，其中智能

障礙之鑑定基準修正如下：

「第三條 本法第三條第一款所稱智能障礙，指個人在發展階段，其心智功能、適應行為及學業學習表現，較同年齡者有顯著困難。」

前項所定智能障礙，其鑑定基準依下列各款規定：

(一)心智功能明顯低下或個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差。

(二)學生在生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為等任一向度及學科（領域）學習之表現較同年齡者有顯著困難情形。」

相較於2013年的定義：「本法第三條第一款所稱智能障礙，指個人之智能發展較同年齡者明顯遲緩，且在學習及生活適應能力表現上有顯著困難者。」使用「智能發展」，係指生理、心理和社會層面上的智力成長和進步。為強調智能障礙係指心智運作各種能力缺損，爰修正為「心智功能」。

另考量本辦法適用至高等教育階段，因此參考參考 AAIDD 及 APA 兩個協會內容，加上發展階段的概念，所指之「發展階段」係以 22 歲之前為發展階段的基準，除參考 AAIDD 的定義，也考量臺灣高等教育階段的大學生多為 18 歲到 22 歲，大學生也有鑑定的需求，因此將發展階段也納入並界定為 22 歲以前，提供具體判斷的年齡，以避免高等教育階段沒有就讀年齡限制，而發生中高齡學生新申請智能障礙鑑定的情形。

此外，所稱智能障礙較同年齡者在學習表現上有顯著困難，係指學業學習，且適應行為不僅限於生活適應，所以把「學習及生活適應能力」修改為「適應行為和學業學習」，以更具體呈現此二向度。

前項所定智能障礙，其鑑定基準則未修正。心智功能評估如果採用標準化評量測驗工具，也應考量測量標準誤，如：一位 6 歲 8個月兒童在魏氏兒童智力第五版之全量表（FSIQ）為74，應參考95%信賴區間之測量標準誤，FSIQ 實際是落於 69-79 間。DSM-5-TR 也強調要考量測量誤差（American Psychiatric Association, 2022)。此外，鑑定評估人員亦應再採取由直接觀察、晤談、醫學檢查等方式或參考身心障礙證明記載所蒐集到的個案資料，再行綜合研判。此外，對於無法施測之個案，例如嚴重肢體動作受限學生，也可以藉由直接觀察、晤談、醫學檢查等方式或參考身心障礙證明記載所蒐集到的個案資料，加以綜合研判。

適應行為部分亦延續 2013 年的界定，而未改採用概念、社會和實用領域來界定適應行為，主要考量是 2013 年的生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為屬適應行為的核心項目，鑑定實務上執行也具體。智能障礙鑑定涵蓋的年齡層廣泛，在評估個案的適應行為時，要參照其年齡、性別和社會文化之同儕的表現，考量不同年齡和教育階段之生態，評估其行為表現上的困難，例如：對於大學階段學生之適應行為評估，建議可以

採用更廣泛的概念來評量。

適應行為的「顯著困難」雖然可視為是指「未達平均數負 2 個標準差」(盧台華，2014)，但在實際蒐集個案適應行為表現過程中，除標準化的適應行為量表，也要蒐集其平時在前述適應行為向度的真實表現。此外，在使用標準化適應量表時，也應考量工具的測量誤差，不宜直接以未達負二個標準差為唯一切截分數。例如：文蘭適應量表第三版家長版 6 歲得分以 95%信賴區間、誤差範圍±3 看來，其標準分數 72 實際上是落在 69-75；標準分數 68 實際上是落在 65-71。鑑定評估人員也應參考個案的輔導紀綠、教師或家長的晤談、或直接觀察，再判定是否有適應行為顯著困難。

整體而言，智能障礙鑑定需符合以下幾個條件：

(一)心智功能較同年齡者有顯著困難。

(二)生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為等任一向度較同年齡者有顯著困難情形。

(三)學科（領域）學習之表現較同年齡者有顯著困難情形。

(四)前三項困難發生在 22 歲以前。

三、 鑑定程序

（一） 鑑定目的

特殊教育系統鑑定目的是為了取得特殊教育服務的資格。智能障礙的鑑定，是為了確認學生是否因認知功能缺損及適應行為困難而在普通教育服務下有學習和適應困難，以為進一步提供適切之特殊教育及相關服務的依據。因此，學生需要在鑑定為具有智能障礙情形後，才能接受符合其個別需求的特殊教育與相關服務（吳雅萍、陳明聰，2022）。

在鑑定過程，鑑定評估人員應依智能障礙鑑定基準，根據所蒐集之資料加以研判，不宜把特殊教育服務視為補救教學資源或補充家庭教養功能之資源，讓不符基準的學生也鑑定為具智能障礙情形。

（二） 鑑定步驟

「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」（2024）規範了智能障礙的鑑定基準以及流程。依該辦法第 23 條規定，「特殊教育學生及幼兒之鑑定，應依轉介、申請或推薦，蒐集相關資料，實施初步類別研判、教育需求評估及綜合研判後，完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告。」而蒐集相關資料的方式應依該辦法第 2 條「身心障礙學生及幼兒之鑑定，應採多元評量，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身

心障礙證明記載蒐集個案資料」。至於教育需求評估，依該辦法第 24 條規定：

「身心障礙學生及幼兒之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等。」但並非每一項均必要，而「應依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。」

因此，智能障礙鑑定應依轉介，蒐集相關資料，實施初步類別研判、教育需求評估及綜合研判後，完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告。以下依據法規內容以及鑑定實務流程（見圖1），綜合說明智能障礙鑑定與安置的程序。

1. 轉介

學校教師或幼兒園教保服務人員（以下統稱教師）若發現學生或幼兒有學習或適應行為表現較差的情形，經輔導指導後懷疑有疑似特殊需求的可能，教師（需獲學生（幼兒）法定代理人、實際照顧者或學生本人同意）或學生（幼兒）法定代理人、實際照顧者或學生本人可以進行校（園）內轉介程序，也就是向學校或幼兒園負責單位提出特殊需求學生轉介，由學校或幼兒園召開會議進行審議,通過者再送各主管機關特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱各主管機關鑑輔會），進入鑑定流程。

2. 資料蒐集與初步研判

鑑輔會接到學校的轉介後，即進行相關資料的蒐集。如前所述，智能障礙需要符合智力、適應行為和學科(領域)等向度有顯著困難的標準，因此所蒐集的資料也要包括這三個向度。一般而言，這項工作會由各主管機關的鑑定評估人員負責。鑑定評估人員先根據學校繳交的資料再決定需要哪些進一步的評量以及資料。例如，學校提供學生有效期限的心理衡鑑資料，包括個別智力測驗和適應行為評量的結果，這樣評估人員即不需再進行智力測驗，也不需請學校老師或家長再填寫適應行為量表。但如果學生尚無相關資料或資料不適用，評估人員即會安排時間進行個別智力測驗的施測，並請學校老師或家長填寫適應行為量表。

除了根據現有測驗資料或施予個別標準化測驗外，評估人員也會進行直接觀察、晤談與相關資料之蒐集，以更進一步瞭解學生在學校情境中的表現與需求。評估人員完成評估後，先進行資料分析以及初步類別研判，若初步研判符合智能障礙鑑定基準，評估人員需依個案需求選擇《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第24條所提及的教育需求評估項目進行評估，完成評估報告初稿後再提送鑑輔會進行綜合研判。

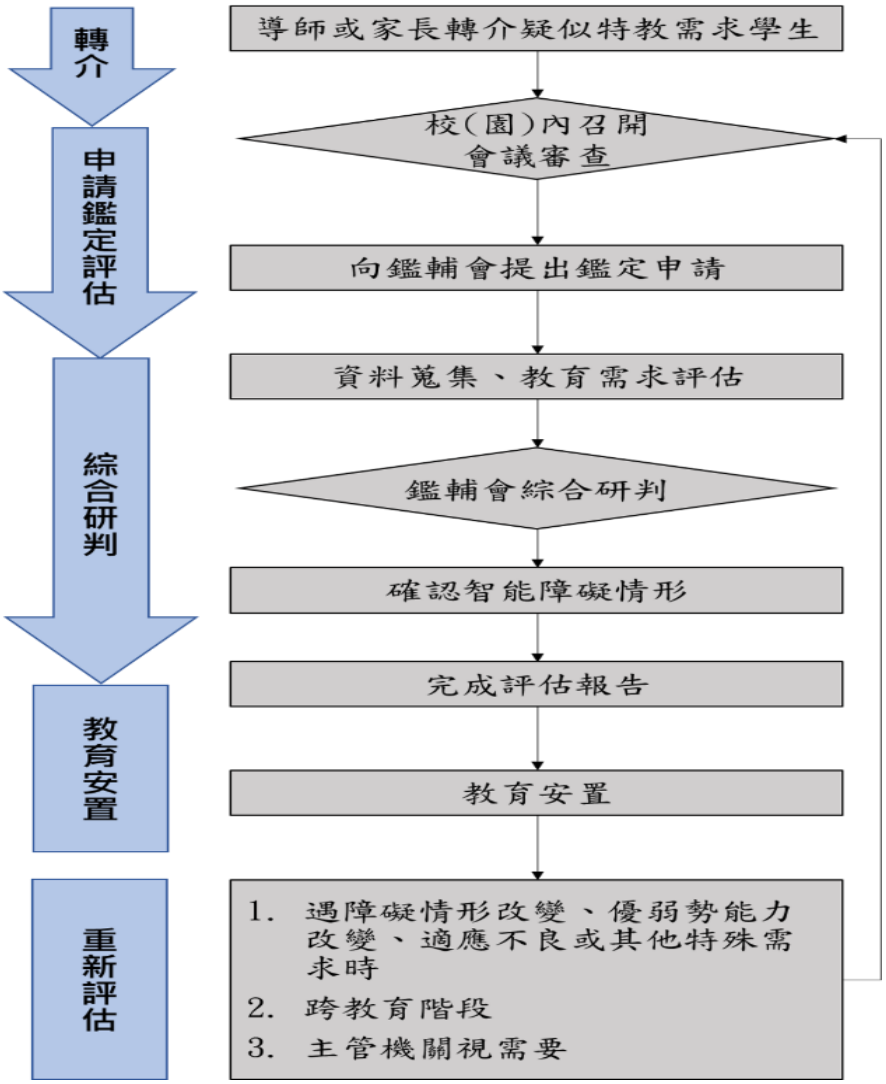
3. 綜合研判

鑑輔會議討論時，依據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》的智能障礙鑑定基準，採用多元評量的資料，包括學校與評估人員提供的直接觀察、晤談、個別測驗的評估報告、醫療診

斷（如：心理衡鑑報告、聯合評估中心報告）或參考身心障礙證明，進行綜合研判以決定學生是否具有智能障礙情形。

過去因醫療端身心障礙證明類別與《特殊教育法》的身心障礙類別相似（如：都是智能障礙），因而發生直接對持有身心障礙證明學生進行安置的情形，也就是未經鑑定程序就直接安置。如此，顯然忽略了鑑定過程中教育需求的評估，以及教育安置後所需相關服務的建議，容易造成鑑定結果與日後擬定學生個別化教育計畫難以連結的現象。

圖1 智能障礙鑑定及安置流程



此外，智能障礙的鑑定需要同時符合智力低下（未達負 2 個標準差）、適應行為和學科學習顯著困難三項基準，但在鑑定過程中也偶而會遇到學生標準化測驗評估結果呈現智力剛好在負兩個標準差，適應行為評量結果卻未達顯著困難的程度。此時要如何決定呢？此時多元資料的來源即相當重要，評估人員或鑑輔委員可以從教師觀察、評估人員觀察或學生的輔導紀錄，進一步瞭解學生的適應行為表現是否有顯著困難，以為研判的依據。

綜合研判結果若符合智能障礙的基準，則需完成正式的評估報告，內容除根據所蒐集之資料註明個案的優弱勢能力，也要說明其所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。

4. 教育安置

根據《特殊教育法》第 6 條規定，鑑輔會負責特殊教育學生及幼兒鑑定、就學安置（以下簡稱安置）、輔導及支持服務等事宜。因此主管國中以下教育階段鑑輔會完成鑑定工作後，會依學生的各項評估資料及學生教育需求評估結果，根據融合教育安置以及就近入學的原則，考量學生需求以及區域特殊教育資源進行安置。國中升高中的跨階段適性安置，除參加免試升學和特色招生的一般管道，則以安置高中實用技能班、集中式特教班或特殊教育學校為主。

5. 重新評估

鑑定的目的是在確定學生的能力或行為表現是否符合鑑定基準，在鑑定為具有智能障礙情形後，仍可能因為教育、成熟或其他因素而改變其障礙的情形，可能變得比較好，也可能變得比較差，而需要重新評估。根據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》（2024）第 23 條規定有三個情形可以辦理重新評估：1.遇障礙情形改變、優弱勢能力改變、適應不良或其他特殊需求時。2.跨教育階段時，如進入下一教育階段前。 3.主管機關視需要。

此外，對於鑑定、安置、輔導或支持服務的結果若有爭議，得由學生或幼兒之法定代理人、實際照顧者代為或由高級中等以上教育階段特殊教育學生向主管機關提起申訴，主管機關應提供申訴服務。

（三）評估方式與工具

智能障礙的鑑定基準聚焦在心智功能與適應行為（含學業表現）兩大向度，根據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第二條規定，身心障礙學生之鑑定，應採多元評量，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙證明，記載蒐集個案資料，綜合研判之。至於智力功能和適應行為的正式評量方式可施予標準化測驗，以下僅介紹評量智力與適應行為常見的標準化測驗工具。

1. 心智功能的評估

盧台華（2013）指出，根據智能障礙的定義與鑑定基準，所謂的智力功能是指認知與智力之發展，是謂潛能而非成就。故需以智能之結構因素全面觀之，所根據之評量內涵應為涵蓋面較廣之個別智力測驗之各因素，而非測量某單一功能(如：記憶力、理解力、語文能力)，也不能以團體智力測驗為依據。此外，如果學生無法施測個別化智力測驗，或有因口語表達困難或動作控制困難而不利施測者，則不一定得以標準化測驗資料為依據，可以改採其他評量方式或多元評量方式交叉驗證，以取得較可靠之心智功能是否顯著低下的資料，所以非正

式評量資料更顯得必要與重要。目前常用的個別智力測驗為魏氏智力量表，包括魏氏成人智力量表第四版（WAIS－IV）中文版、魏氏兒童智力量表第五版（WISC－V）中文版、魏氏幼兒智力量表第四版(WPPSI－IV)中文版，臺灣也有常模可供對照。

2. 適應行為的評估

適應行為的評估工具往往採用他評方式，意即量表填寫者通常需熟識個案一段時間，透過日常與直接的觀察，最後提供個案的各種生活領域訊息。他評方式有各種優點（如：不會受限個案的語言、行為、智力等因素，也可以從師長、父母或實際照顧者獲取更多訊息），然而 Drew 與 Hardman（2000）提醒，他評的結果有時並不一致。事實上，他評方式有時會因評量者對個案的印象或特殊的意圖而影響其評分結果，因此適應行為的評估除標準化評量測驗工具外，仍需提供非正式的評量資料（如：教師觀察、晤談、檔案資料等）才能呈現更為全面的適應行為訊息。

盧台華（2013）指出「生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為等任一向度及學科（領域）學習之表現較同年齡者有顯著困難情形。」的鑑定基準，較重視學童的現況與行為表現而非潛能，且「任一向度」代表只要前項適應行為向度之一有顯著困難之情形，加上「學科（領域）學習之表現較同年齡者有顯著困難情形」即符合智能障礙之適應行為評估基準。因此鑑定人員應針對學童在前述的所有適應行為的向度表現進行評量，而非僅其中之一、二項。若使用的適應行為量表無法完全對應所有向度，則除挑選合適分量表呈現該向度表現外，其他向度則可以使用非正式評量資料佐證之。再者，此鑑定基準強調「較同年齡者有顯著困難情形」，意指需要對照學童實足年齡之常模，據此，使用可提供常模對照的適應行為量表會較合宜。

臺灣常見且具常模之適應行為量表，包括：文蘭適應行為量表第 3 版（中文版）（張正芬、陳心怡、邱春瑜，2022）、修訂中華適應行為量表（徐享良，2007）；社會適應表現檢核表第二版（盧台華、林燕玲、黃彥融，2023）；適應行為評量系統第三版（ABAS－3）（盧台華、林坤燦、陳心怡，2023）。下表 1彙整這些常見適應行為量表的評量向度。

（四）評估人員

在進行智能障礙的鑑定時，智能障礙兩項鑑定基準均需達所規定標準才可稱之為智能 障礙者。因此鑑定時，評估人員可依「心智功能發展低下」與「生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒等任一向度及學科(領域)學習之表現較同年齡者有顯著困難情形」兩部份進行評估。前者以潛能為主，評估其認知的全面功能發展，以採個別智力測驗為首要工具，由合格的鑑定評估人員為主試人員，如遇不適宜實施該項測驗的個案，則可改採其他

工具或方式進行；後者以現況表現為主，評估其目前的現有行為表現，以採適應行為量表中合適的分量表、其他檢核表、自編的相關項目或採敘述性的描述與檔案資料，由與個案熟識者，如前一階段最瞭解與接近個案的教師，提供相關數據與資料。

表 1臺灣常見適應行為量表之評量向度

量表名稱	評量向度
文蘭適應行為量表第 3 版	日常生活領域、動作領域、溝通領域、社會領域、不適應行為領域
修訂中華適應行為量表	生活自理、動作發展狀況、溝通能力、社會技能、家事技能、獨立自主、安全衛生、 社區活動、消費 技能、休閒活動、工作活動、社會-工作行為
社會適應表現檢核表第二版	生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為、學科（ 領域）學習表現
適應行為評量系統第三版	自我照顧、溝通、社交、社區應用、學校（家庭）生活、健康與安全、休閒、 自我引導、學習功能

在評量適應行為及學科（領域）學習的表現顯著困難方面，由於著重其外顯行為，需要由熟悉個案的評估人員或由熟悉個案者來提供資料。因為對一位初識個案的評估人員而言，除非個案外顯行為的頻率相當高或情境適當，否則很難發現其在各向度表現的實際現況。

四、 教育需求評估

依據「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第 24 條，各類身心障礙學生之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等。教育需求評估應依個案需求選擇必要的評估項目。也就是說，在初評定個案符合心智功能、適應行為和學業表現的基準後，要評估其教育需求。特殊教育法第 3條指出「本法所稱身心障礙，指因下列生理或心理之障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形」，符合身心障礙學生資格需同時具有障礙和學習上的特殊需求。智能障礙學生的需求可能是比較廣泛的，所以至少應從知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為等領域來評估其需求，其中關於生活自理、溝通、情緒或社會行為等適應行為的向度宜運用適應行為評量的資料評估其需求，對於進入學校的學生則需再評估其領域（科目）學習需求。

鑑定辦法適用階段從幼兒園至大專階段，在進入學校的學生要再考量領域（科目）學習

的需求。高級中等以下學校，可參考「十二年國民基本教育各特殊教育課程實施規範」(2021)課程規劃與調整原則，來評估學生的領域/科目之學習功能與需求，重新規劃及調整學習重點，並得視其需求、能力、學習方式、速度及理解程度，針對所選用的教材內容進行調整，以符合課程與教材彈性鬆綁之原則。學校需以專業團隊合作方式，評量學生個別優弱勢及需求，針對學生在特定領域/科目學習功能無缺損、輕微缺損、嚴重缺損之表現情形，訂定適合學生能力及學習特性的個別化教育計畫以利教學。

本項目四教育需求評估將在項目六用案例一來舉例，詳細內容請參酌下面案例說明。

五、 綜合研判

綜合研判應根據所蒐集之資料是否符合智能障礙鑑定基準並考量其教育需求評估結果，其中資料來源除了由鑑定評估人員評量的資料，也可以包括心理衡鑑報告、身心障礙證明等，除確定個案是否具有智能障礙情形，也需在確定後完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告。此評估報告可結合評估過程的資料表件，不一定要再另行撰寫新的文件。

一般而言，個案必須在個別智力測驗的得分低於 2 個標準差以下，且在「生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒」四項表現中有一項以上「表現較同年齡者有顯著困難情形」，再加上在「學科(領域)學習之表現較同年齡者有顯著困難情形」才能判定為智能障礙。三項條件雖為分別獨立，然所蒐集之各項資料卻需進行比較與驗證，才不至於有誤判情況出現。高中以下各教育階段亦可作為安置於巡迴輔導班、分散式資源班、集中式特教班與智能障礙有關之特殊教育學校之參考依據。在思考教育安置時，不應只考量學生的智力測驗的得分和學科學習困難，而應以學生的適應行為是否真的在融合教育環境下，即使用提供課程調整及相關支持服務仍有適應困難，再考量其安置於集中式特教班或特殊教育學校的必要性。

對於國民教育階段學生，典型的智能障礙情形可能是魏氏兒童智力量表第五版全量表 60，且生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒等有一個向度顯著困難，學科（領域）表現也有顯著困難。在綜合研判時，除依前述基準鑑定為智能障礙，也要根據其教育需求評估結果，決定適合的教育安置以及相關課程調整和支持服務。例如：這位學生是在語言溝通有困難，情緒穩定、與同學有良好互動，可以考量先安置普通班接受資源班服務（包括特殊需求領域課程），同時評估其所需的語言治療之支持服務。另一方面，如果這位學生的適應行為是在社會人際與情緒有顯著困難，具體行為包括因情緒問題而打同學的頻率高、很容易焦慮而哭鬧等，基於融合教育安置原則，則在考量安置普通班接受資源班服務時，除

課程調整和特殊需求領域課程外，也需同時考量行為功能介入方案以及人力資源的支持。

對於智力商數在 70 左右的個案研判要更謹慎。例如魏氏兒童智力量表全量表智商 74 且在學科(領域)學習有顯著困難情形者，宜先考量魏氏兒童智力量表的測驗誤差，其在 95% 信賴區間為 69-81，因此仍有可能符合「個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差」，同時分析這位學生在主要組合分數分數之間是否有顯著差異，再檢視其適應行為表現，包括標準化適應行為量表和學生的輔導資料、晤談或觀察。如果是重新評估的學生則要再參考其個別化教育計畫的內容，再加以研判。倘若這位學生在四個適應行為向度上無任何一項有顯著困難，則可以鑑定為非智能障礙；另一方面，如果有一項以上的適應行為向度有顯著困難，則可以鑑定為智能障礙。

相同的思考過程，如某個案所測得的魏氏兒童智力量表全量表智商雖在 67，其 95%信賴區間則為 63-74，且學科表現有顯著困難，但是在四個適應行為向度表現中並沒有一項有顯著困難，因此該生雖測得是心智功能低下，但可能是測驗使用的不適當或測驗誤差所造成的誤判，且分析其適應行為的各項表現情形，個案顯然並非智能障礙者，故不應鑑定這位學生具有智能障礙情形，在安置上亦較適宜安置於普通班。然而這位學生在學習上仍有困難，學校應視學生需要安排學習扶助課程或其他的學習輔導活動。

如果個案無法進行個別智力測驗，但在生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒等向度也有多數向度有顯著困難且有學科(領域)學習顯著困難情形，此時可蒐集足以顯示出其心智功能非常低下的各項資料，透過專業判定，鑑定該生為智能障礙，考量其需求較為多元且所需服務強度較高，可能安置在課程與服務調整較多的集中式特教班，或是無障礙環境較完善、且有相關專業人員的特殊學校接受教育，同時亦應評估其所需的教育輔具、復健等支持服務需求，並登載在評估報告上。

六、 案例

(一)李生

李生係國小六年級學童，轉介原因為跨階段轉銜重新評估，目前具智能障礙身份且接受資源班服務，自個案小二開始即已因學業落差同年齡同學頗大，且學習速度緩慢，注意力及記憶力皆不佳，影響整體學習表現。

四代同堂家庭，目前與曾祖母、阿公、阿嬤同住，父親在外租屋且工作狀況不穩定，無法協助家庭經濟，阿嬤為小孩實際照顧者及經濟支持者，但在學業學習部分無法給予足夠的支持。李生在學習時能夠聽老師的話，可以接受學習新的事物並且喜歡老師的讚美，但其注

意力及記憶力不佳，自信心不足，易遇到困難就放棄。

經鑑定評估人員施測，李生在魏氏兒童智力量表第五版測驗結果，全量表智商為 53；語文理解 60；視覺空間為 65；流體推理 56；工作記憶 55；處理速度 45。李生的個別智力測驗結果低於平均數負 2 個標準差，符合《心智功能明顯低下或個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差》基準。

經導師及家長（阿嬤）填寫之社會適應表現檢核表結果如下表 2：

表 2 社會適應表現檢核表之導師及家長評量紀錄（李生）

社會適應表現檢核表（一般常模） 評量者：導師 評量日期：111 年 9 月 16 日						
領域 總評	生活自理	動作與行動能力	語言與溝通	社會人際與情緒行為	學科學習	總量表
原始分數	79	43	19	37	143	321
百分等級	3	4	1	7	2	2
社會適應表現檢核表（一般常模） 評量者：家長 評量日期：111 年 9 月 16 日						
領域 總評	生活自理	動作與行動能力	語言與溝通	社會人際與情緒行為	學科學習	總量表
原始分數	76	40	26	36	131	309
百分等級	2	3	2	6	2	2

依據導師及家長填寫的社會適應表現檢核表顯示，李生的生活自理、語言與溝通、學科學習和總量表在兩者的評分上相當一致，均落入百分等級 3 以下，可見李生在這些向度表現與同年齡相較有顯著低落情形。符合《**學生在生活自理（管理/照顧）、動作與行動、語言與溝通、或社會與情緒等任一向度及學科領域學習表現有顯著困難情形**》

綜合以上，李生智力測驗結果為 53，低於 3 個標準差，在社會適應表現檢核表紀錄中，其在生活自理、語言與溝通、學科學習等向度皆低於百分等級3，具有顯著困難情形，智力與社會適應及學科表現之評估皆符合智能障礙鑑定基準，此外，根據學生在校的學習及生活適應表現也確有困難，因此研判李生為智能障礙學生。

李生之教育需求評估如下表 3 所示：

表 3 李生之教育需求評估

教育需求評估案例——李生
●健康狀況：健康狀況大致良好。 ●感官功能：視覺（經矯正後正常）、聽覺功能正常。 ●知覺動作： 粗大動作：能獨立完成行走、跑步（但較同儕慢）、開合跳、上下樓梯的活動，肌力較同儕弱。 視知覺：能在複雜訊息中找出線索，如：可以文章中找出生字、語詞；看過的事物或是學習的內容容易遺忘；對於物體與物體之間的上下、左右等空間關係概念較弱。 精細動作：手部肌肉控制弱，書寫字較潦草，操作電腦打字時，僅能以一指按 壓打字。 聽知覺：聽覺能力正常，但在聽覺收訊不太能夠聽懂較長的語句內容，而對於聽到訊息的回應較慢，覆述內容易缺漏不完整。 動作協調性：動作協調性較同儕弱，在接收環境刺激訊息後，行為組織能力較慢、操控大小肌肉動作能力較弱。 生活自理：經反覆教導後，大致上能獨立完成自身儀容整潔、進食盥洗及購買商品等生活技能，雖能完成但完成度及清潔度有待加強，且有時需要旁人檢核，相較同儕仍有明顯落差。 ●認知： 注意力：注意力短暫，大約僅能持續 1-3 分鐘，易受外在事物影響而分心。 記憶力：長期記憶與一般同儕無異，但在短期記憶上則常容易忘記學過的內容，或是遺忘交代事項，也缺乏記憶策略。 推理：幾何圖形推理理解困難；在文字推理方面則能在協助下歸納、說出大概的意思。 ●溝通： 遇有聽不懂的語詞會主動發問什麼意思，這點很棒。 口語表達進步不少，能夠針對課文問題回答，也能把平時發生的事物分享得更具體清楚。 ●情緒：情緒穩定，經常是大而化之，很快就忘記不愉快的情緒。 社會行為：個案在班上缺少下課會一起活動的朋友，若非教師要求合作活動，在班級中鮮少有同學會主動找個案一起活動。而個案平時下課通常也只會主動找同班另一位自閉生聊

天，若自閉生當時並不想聊天，個案則不大知道能做些什麼。10 月中時也發生因為自閉生不想理個案，讓個案覺得自己沒有朋友，而相互之間發生不愉快的狀況。

●領域（科目）學習等所需課程調整：

識字：注音能力退步許多，也較無法獨立認讀課文，可能與同組學生增多後導致其認讀課文機會減少，以及五年級文本已無注音輔助，讓她難以藉由注音再認國字與反覆練習字音連結識字，往後課文或其他文本需要加註注音。

寫作：相較於其他識字及課文理解的課程，造句是李生的強項，能夠依照生活經驗融入造句，這要感謝媽媽平時會訓練李生實際操作各項生活技能，以及有機會就會帶李生出門走走，豐富生活經驗。

閱讀：五年級課文內容較多，李生對於課文內容的掌握度較四年級前弱，本學期加入課文理解的學習單後已有進步，但因為文本缺少注音，以及個案認讀課文機會減少後，其獨立閱讀的能力有些退步。

學習內容調整	學習歷程調整
1. 視學生學習需求簡化、減量、分解各領域學習重點。 2. 特殊需求課程 (1)於課堂中融入生活管理：健康、財物、自我決策管理。 (2)提供學習策略課程。	1. 交互使用直接教學法、多感官學習法、示範教學法法等，配合學習單加強練習，並檢核錯誤處。 2. 採用識字策略認識國字，如部件組裝法-利用獨體字做部件，組裝成複雜的合體字。 3. 融入閱讀理解與記憶策略：運用閱讀技巧(如：畫線策略、找關鍵字、手指輔助唸讀、圖示等)，引導李生用正確的語句簡要說出課文文章內含之關鍵訊息、理解文意並正確回答問題。 4. 數學學習過程中，重視學習單元和舊經驗與生活經驗的連結，強調「數與量」、「空間與形狀」、「關係」、「資料與不確定性」等學習重點的基本概念理解與解題。進行應用題解題時，採降低數字數值量、題型難度，以操作教具、圖示、提問與口頭回答、九九乘法表、計算機做替代。 5. 分段、少量學習，重覆練習基礎計算 6. 延長時間及等待。
學習環境調整	**學習評量調整**
1. 安排小幫手做部份協助與引導。 2. 鼓勵其踴躍表達，增加參與課堂回答問題的機會、主動性，並給予等待時間。	1. 評量方式：課程本位評量、實作評量、口頭評量、檔案評量。 2. 評量調整方式：延長考試時間、報讀、獨立考場、提供九九乘法表、計算機等。

●轉銜輔導：

1. 召開轉銜會議以利未來國中安排及提供特殊教育服務。
2. 建議於畢業前安排至未來學校進行轉銜參觀，先了解未來學校環境與課程。
3. 課程方面如上述課程調整說明，建議安置資源班，採全抽離國語文、數學領域上課，並提供特殊需求領域生活管理及學習策略課程，提升其自我決策及學習策略運用等能力；個案除資源班以外之課程較顯被動，需讓其他相關行政、任課老師了解個案狀況，適時督促與鼓勵個案。
4. 個案對於烹飪、跳舞相關技能有濃厚的興趣，有機會可以讓個案多加參與。
   個案喜歡擔任老師的小幫手，能夠協助教室的清潔打掃、整理資料等工作，可強化其自我檢核工作完成度的能力。

(二)陳生

陳生為六年級學童，家庭背景為父母離異，與媽媽、外婆、弟弟及妹妹同住，媽媽為家中主要經濟來源，十分配合學校活動，亦能提供足夠的生活或學習用品。做事能力不錯，是老師的小幫手；體力佳，肢體動作協調性佳，很會跳繩及跳舞。但記憶力不佳，學後容易忘記，聽說讀寫算皆有待加強；在教室書寫數學考卷時，會的題目能盡力完成，但遇到不會的題目就較不願意再次嘗試解題。

陳生的魏氏兒童智力量表第五版全量表智商為 66，95%信賴區間為 62-73，百分等級 1，五項組合分數組合分數如下：語文理解87、視覺空間69、流體推理71、工作記憶59、處理速度 85。其全量表智商未達平均數負二個標準差，但從組合分數來看，其主要的困難是在工作記憶，而語文理解和處理速度則是強項。

導師及家長依據日常觀察填寫的社會適應表現檢核表（第一版）結果如表 4 所示。由下表4可以看出陳生在四個適應行為領域和學科學習領域皆未低於百分等級 3 以下，顯示其在適應行為及學科學習表現並未出現顯著困難。

此外，根據導師的觀察，其生活自理能力約與同儕相當，在動作能力方面，則是觀察到陳生喜歡跳舞，協調性亦與同儕差異不大；在語言溝通方面，陳生亦經常在下課時間，會跟導師分享最近有看到或是喜歡的影片，甚是跳舞給導師看，但溝通語句較為簡單，要在引導協助下才能夠完整敘說，相較於同儕明顯語言溝通較弱；在社會人際部分，陳生在班上缺少下課會一起活動的朋友，但和同學相處尚屬融洽。

而家長觀察陳生在動作與行動能力及語言與溝通這兩部分皆較弱，陳生放學回家後在家中的休閒活動大多為滑手機、看手機上的影片，鮮少有戶外活動；在語言與溝通，家長則表示陳生在家能夠表達想說的話以及需求，且家中成員皆能夠溝通順暢。

表 4 社會適應表現檢核表之導師及家長評量紀錄（陳生）

社會適應表現檢核表（一般常模）　　評量者：導師 評量日期：112 年 9 月 18 日						
領域 總評	生活自理	動作與行動能力	語言與溝通	社會人際與情緒行為	學科學習	總量表
原始分數	105	52	32	51	175	415
百分等級	55	43	9	38	4~5	17
社會適應表現檢核表（一般常模）　　評量者：家長 評量日期：112 年 9 月 16 日						
領域 總評	生活自理	動作與行動能力	語言與溝通	社會人際與情緒行為	學科學習	總量表
原始分數	105	47	33	52	177	414
百分等級	55	11	13	42	5	16~17

綜合上述，雖然陳生智力測驗結果為 66，低於 2 個標準差，但考量測量誤差，95%信賴區間為 62-73，同時其在社會適應表現檢核表中的各領域未有顯著困難，且經導師、家長平日觀察其在各適應行為向度，亦未有明顯困難，因此研判陳生未符合智能障礙鑑定基準。

(三)林生

林生為二年級學童，家庭經濟狀況小康，雙親悉心呵護，林生的學習及作業大多是安親班協助完成。平日導師經常於課後協助林生，同時亦安排同儕小老師協助其在校完成學習任務；在家裡，母親會利用時間陪伴其做作業或是從事學習活動（讀繪本或是繪畫）。

剛上小一時，導師發現林生遇到困難時易以哭鬧方式表達，經過導師一年的引導，才能向導師表達「老師，我不會」，情緒也穩定許多，經導師長期輔導與補救教學，發現其在學習上落後、表達能力與書寫狀況不佳及理解能力較弱，學習表現與同儕有明顯落差，導師向家長說明後轉介提報鑑定。

林生經評估人員於施測魏氏兒童智力量表第五版測驗結果如下表 5。林生的個別智力測驗結果全量表（FSIQ）74，其 95%信賴區間則落於 69-81 之間。若從分量表綜合評估，其中四個分量表均高於70，有兩個分量表80分上，只有處理速度69。

表 5 林生之魏氏兒童智力量表第五版測驗結果

	全量表（FSIQ）	語文理解（VCI）	視覺空間（VSI）	流體推理（FRI）	工作記憶（WMI）	處理速度（PSI）
智商/組合分數	74	84	72	78	80	69
百分等級	4	14	3	7	9	2

導師及家長（媽媽）填寫的文蘭適應行為量表第 3 版結果如下表 6。由班級導師及母親依據日常觀察填寫的文蘭適應行為量表第 3 版測驗結果表中可看出，林生在導師觀察下，其僅在適應行為、溝通及日常生活等項目有明顯困難，但是在母親觀察下，所有項目均高於臨界值，並無顯著困難，導師與母親的觀察與填寫結果有明顯落差，兩者呈現矛盾結果，值得留意，同時也建議將兩版本評量結果納入考量。

而依評估人員觀察，林生的注意力容易受外在事物干擾而分心，需要旁人經常提醒喚回，顯示其有注意力不集中現象；在記憶力上，林生則是容易遺忘學過的事物、內容，也缺乏記憶策略的運用；再訪談導師及家長，皆能發現林生在班級或在家中都有注意力不集中的狀況。

再由評估人員進一步檢視導師及母親填寫的文蘭適應行為量表(第 3 版)，發現在溝通向度中的理解、表達與讀寫部分，家長對於項目的勾選多為猜測，較難實際反映出其溝通能力狀況，建議採用導師的觀察結果；日常生活向度包含自我照顧、數量應用及學校生活，評估人員要求林生從事量表內容指令，如整理儀容，林生則直接表達其在家皆由母親協助，並非能夠獨立完成，由此可採信導師之觀察紀錄。

綜合上述，林生智力測驗結果為 74，雖為臨界智力，但其 95%信賴區間落於 69-81 之間，但只有處理速度低於70；由文蘭適應行為量表第 3 版測驗結果並比對兩位重要他人的填寫狀況以及評估人員的實際觀察結果，雖顯示林生在溝通及自我照顧有明顯困難，但因同時也有注意力不集中現象，因此不宜直接研判林生為智能障礙，需再進一步確認其注意力的問題。

表 6 林生之文蘭適應行為量表第 3 版測驗結果

文蘭適應行為量表第 3 版										
	教師版填表者：導師					家長/照顧者版填表者：母親				
	填表日期：113.03.18		對照年齡：6：8-6：11歲			填表日期：113.03.11		對照年齡：6：8-6：11歲		
	適應行為組合	溝通	日常生活	社會	動作	適應行為組合	溝通	日常生活	社會	動作
標準分數	60	55	70	86	82	95	82	101	100	84
95%信賴區間	57-63	50-60	65-75	82-90	77-87	92-98	77-87	96-106	96-104	78-90

（四）吳生

吳生現為就讀大專院校之學生，健康狀況良好，但有抽菸習慣，整體氣色不佳；感官知覺皆正常；注意力尚可，易受外在事物影響而分心；在記憶力上，對於簡單事物能夠理解與記憶，較複雜的訊息則難以理解，同時需多次提醒才會記得；數理及文字推理能力弱，較難以理解抽象的概念，僅能以圖片或是舉例方式說明，表達的完整度不佳，需協助組織與釐清；肢體動作能力正常，學科學習成績也不佳。

經學生本人同意提報鑑定，並接受大專院校學生身心障礙評估，由大專院校校內業務承辦人上網申請鑑定，填寫鑑定障礙類別所需相關資料。

吳生在國小、國中階段皆曾被鑑定具有智能障礙情形並安置於身障資源班接受特殊教育服務，也提供此二階段的鑑輔會鑑定安置公文及以下相關測驗結果做為佐證資料。吳生的魏氏成人智力量表第四版中文版測驗結果如下表 7 所示。吳生的魏氏成人智力量表第四版（WAIS-IV）中文版結果顯示全量表智商為 49，落入智能障礙範圍，其智力功能符合低於平均數二個標準差。

表 7 吳生之魏氏成人智力量表第四版（WAIS-IV）中文版測驗結果

	全量表	語文理解	知覺組織	工作記憶	處理速度
智商/組合分數	49	53	56	50	56
百分等級	<0.1	0.1	0.2	<0.1	0.2

而吳生的適應行為評量系統第二版中文版（ABAS-II）量表評量結果如下表 8，其在概念知能及實用技巧皆為百分等級 4，社會知能為百分等級2，顯示其適應行為有顯著困難。

綜合以上，吳生在發展階段即有心智功能明顯低下、適應行為有顯著困難情形且學科學習表現與同儕有顯著困難，因此鑑定吳生具有智能障礙情形。

表 8 吳生適應行為則適應行為評量系統第二版中文版量表結果

適應行為評量系統　　評量日期：112 年 03 月 05 日 填答者：母親				
	一般適應組合	概念知能	社會知能	實用技巧
組合分數	70	74	67	74
百分等級	2	4	1	4

七、 參考文獻

吳雅萍、陳明聰(2022)。鑑定與安置。在何素華主編：智能障礙(第二版)。華騰文化。

徐享良（2007）。**修訂中華適應行為量表**。國立臺灣師範大學特殊教育中心。

張正芬、陳心怡、邱春瑜（2022）。**文蘭適應行為量表第 3 版（中文）**。心理出版社。

教育部（2021年10月29日）。**十二年國民基本教育各特殊教育課程實施規範。**教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=GL002124&kw=%E7%89%B9%E6%AE%8A%E6%95%99%E8%82%B2%E8%AA%B2%E7%A8%8B%E5%AF%A6%E6%96%BD%E8%A6%8F%E7%AF%84

教育部(2024年04月29日)。特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187

鈕文英（2022）。美國智能和發展障礙協會智能障礙第 12 版定義的內容與意涵。**中華民國特殊教育學會年刊，53**，39-61。

衛生福利部（2012）。**身心障礙者鑑定與需求評估作業併同辦理實施辦法。**

盧台華（2014）。智能障礙學生鑑定辦法說明。在張正芬主編：**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法說明手冊（頁 2-1 至 2-14）**。https://spe-girc.ntnu.edu.tw/wp-content/uploads/2021/08/jianding201608.pdf。

盧台華、林坤燦、陳心怡（2023）。**適應行為評量系統第三版（ABAS－3）**。台北：中國行為

科學社。
盧台華、林燕玲、黃彥融（2023）。**社會適應表現檢核表（第二版）**。台北：心理。
American Psychiatric Association（APA）.(2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. DC: American Psychiatric Association.
Drew, C. J., & Hardman, M. L. (2000). Mental Retardation: a life cycle approach (7th ed.). Prentice Hall.

視覺障礙鑑定說明

一、前言

相較於其他身心障礙類別，視覺障礙被認為是低發生率(low-incidence)，但高需求(high-needs)的族群(Royal National Institute of Blind People, 2013； Lieberman, et. al., 2019)；臺灣在2012 年 7 月 11日起參考世界衛生組織公布之「國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,簡稱 ICF）全面實施身心障礙鑑定與需求評估新制，新制身心障礙鑑定係以障礙是否影響生活及其程度判定，而非單以疾病或損傷為鑑定唯一依據（周月清等人，2015）。新制身心障礙鑑定改變過去使用損傷(impairment)、殘障(handicap)等負面名詞，而使用身體的結構與功能(body structure & function)、活動(activity)及參與(participation)等中性陳述；更大的改變是將「環境因素」與「個人因素」放入分類考量中（周宇翔等人，2015）。同樣的觀念套用在教育現場，其實踐的深度與廣度勢必更高。

基於教育的觀點，視覺障礙學生的鑑定應該強調其教育需求，而非僅以醫師診斷證明或是身心障礙證明為依據，且教學的介入也不應該只以學生的身心障礙等級為思考主軸；早在1990 年代,美國視覺障礙學生的鑑定就已經明確的敍明應該確定學生是否符合視覺障礙特殊教育需求的程序(Levack, 1994)。此一觀點與教育部2024年 4月 29日公告修訂的特殊教育學生及幼兒鑑定辦法第 2 條「身心障礙學生及幼兒之鑑定，應採多元評量，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙證明記載蒐集個案資料，綜合研判之」之規範相符合。此外，視覺皮質損傷(Cortical or cerebral visual impairment)已經被認為是造成視覺障礙的因素之一(RNIB, 2013； Roman-Lantzy, 2018)，在本次視覺障礙學生鑑定基準修訂過程也受到相當程度的重視,相關的內容將在後文中說明。

二、定義及基準

本法第三條第二款所稱視覺障礙，指由於先天或後天原因，導致視覺器官之構造缺損或視覺機能發生部分或全部之障礙，經矯正後其視覺辨認仍有困難，致影響參與學習活動。

前項所定視覺障礙，其鑑定基準依下列各款規定之一：

1、遠距離或近距離視力經最佳矯正後，優眼視力未達 0.4。

2、兩眼視野各為 20 度以內。

3、視力或視野無法以一般標準化工具測定時，以其他醫學專業採認之檢查方式，綜合研判之。

以下就上述之鑑定定義及基準進行說明：

（一）先天或後天

文獻上對於先天或後天視覺障礙的「時間點」有很多不同的解釋，比較有共識的是：先天性視覺障礙(Congenital Visual Impairment)是指出生時或出生後不久就發現疾病的存在，大多數是因為遺傳、產前感染、發育異常、或在分娩過程中受傷等因素所引起的。後天性視覺障礙(Degenerative Visual Impairment, 又稱為進行性或退化性視覺障礙)合理的解釋便是，出生後因外傷、感染、疾病等非上述先天性因素所導致之視覺問題；而不論先天或後天，這些問題通常影響眼睛的結構和功能，甚至有可能影響大腦中的視覺處理中心。

根據世界衛生組織(World Health Organization，簡稱 WHO)與前一版視覺障礙鑑定辦法說明的概念，長期處於視力未矯正(WHO, 2019)或 5 歲以前就發生視覺相關疾病的學生（杞昭安，2014），可對應視覺系統發展的視覺知覺理論。理論上，人類視覺系統發育的黃金期是實齡五足歲之前(Hooks and Chen, 2007；Purves, et al., 2001)，但並不代表五歲之後視覺系統停止發育，較新的文獻告訴我們，一直到 14 歲左右，視覺仍然有發展的機會(Giaschi, et al., 2013)。五歲前罹患視覺疾病的學生有較高的風險發展出眼球震 顫(Nystagmus)、雙眼視覺整合(Binocular Visual Integration)、周邊意識(Peripherical Awareness)、眼動控制(Eye Movement Control)立體視覺(Stereopsis Vision)、深度知覺(Deep Perception) 等視知覺(Visual Perception)相關的問題(陳賢堂等人，2022)；因此，也有學者將先天性視覺障礙的時間點切截在五足歲之前。

再者，同一位視覺障礙學生身上可能同時面臨低視力(Low Vision)與弱視(Amblyopia)的風險。弱視基本上分屈光型弱視、斜視型弱視、不等視型弱視與剝奪型弱視(Elliott, 2017)。弱視與低視力不同，兩者在定義、成因與治療上的差別如下表 1 所示(許明木等人，2017)。若發現視障學生同時有低視力及弱視兩種風險(如視網膜發炎的視障學生合併有高度散光)，

應先積極處置學生弱視的問題，避免發展性的視覺問題產生。

表1 低視力與弱視的差異視覺器官之構造缺損

	低視力(Low Vision)	弱視(Amblyopia)
定義	視力經最佳矯正後，「優眼」視力未達 0.4。	「任一眼」最佳矯正視力未達 0.8（另有文獻稱 1.0）。
成因	屬病理性成因，多由眼睛構造與功能相關的疾病所導致。	屬發展性成因，多由屈光異常、斜視或不等視所導致。
治療處置	治療矯正後仍無法達到一般人的視覺水準，且對生活、就學、就業造成相當程度的影響，因此需透過輔具、教學輔導、與政府資源提昇其學習及生活品質。	在黃金時期治療矯正可能回復到一般人的水準，未及時或妥善處理仍有可能對學習造成影響。

（二）視覺器官或視覺構造

視覺器官或視覺構造通常可分為眼前段成像系統(或稱光覺系統)與眼後段神經系統(或稱知覺系統）。依國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning Disability and Health, 簡稱 ICF）編碼的概念，與眼睛相關的編碼有眼窩構造（s210）, 眼球構造（s220）, 與眼周圍構造（s230），其中 s220 與視覺器官之構造較為相關，以下依眼生理構造之功能性分類說明如下（施永豐，2019）：

1. 屈光

人類眼睛中，所有的屈光度數來自於角膜、水晶體與眼軸長度，學生的眼睛疾病若與角膜或水晶體相關，透過矯正近視、遠視與散光等屈光問題，視力獲得改善的機會最高。可能的疾病或功能性問題如圓錐角膜(Keratoconus)、先天性白內障(Congenital cataract)、馬凡氏症(Marfan syndrome)、或調節不足(Accommodation insufficiency)。

2. 介質

介質（medium）通常指的是一種生物體內的物質或組織，用於傳遞和產生影像的物質或結構，眼球中的瞳孔、角膜、前房、水晶體與玻璃體均屬之。而影像傳導到視網膜的清澈程度與介質息息相關。可能影響介質或是光線傳導路徑的疾病如：角膜白斑(Corneal Leukoma)或角膜混濁(Corneal Opacity)、白內障(Cataract)、飛蚊症(Floaters)、或翼狀贅肉(Pterygium)。

3. 縮瞳與調節

瞳孔收縮與虹彩(交感神經、副交感神經)、動眼神經上的EW核(Edinger-Westphal nucleus)有關，瞳孔會隨著光線的強弱、看遠看近、緊張放鬆、或人眼對訊息的接收與反應程度而產生變化。可能影響到縮瞳與調節的疾病有眼白化症或眼皮膚白化症(Albinism)、葡萄膜炎(Uveitis)、虹彩發育不全或先天無虹彩症、青光眼、腦傷(Brain Injury)或發展遲緩。

4. 視網膜成像

視網膜是影像成像的位置，除了視覺清晰度外，視網膜上的錐細胞(Cone cell)與桿細胞(Rod cell)還負責色彩辨識、對比敏感度、明暗適應、視野以及視覺訊息的分流等工作。依據臺灣近三年的調查研究(Cheng, et al., 2023；Tsai, et al., 2020)，視網膜疾病占臺灣視覺障礙者的最大宗，常見的疾病如早產兒視網膜病變(Retinopathy of Prematurity)、視網膜失養症(Retinal Dystrophies)或錐/桿細胞失養症(Cone-Rod dystrophy)、色素性視網膜病變(Retinitis Pigmentosa)與先天性黃斑部病變(Macular Degeneration)。

5. 視覺訊息傳導

視覺訊息在視網膜上成像後，水平細胞(Horizontal cell)、無軸突細胞(Amacrine cell)、雙極細胞(Bipolar cell)與神經節細胞(Ganglion cell)等工作站開始篩選不重要的小雜訊，同時分流所有的視覺訊息，使訊息傳遞變得更敏銳；接著透過 Magnocellular、Parvocellar 與 Koniocellular 三組路徑(pathway) 傳送不同的視覺訊息（形狀、位置、動作、空間關係與色彩）[註]。。此外，成像在視網膜上不同位置的影像也會走不同的視覺路徑，因此任何的視神經疾病都有可能有視覺辨識及視野缺損的問題。較常見與視覺訊息傳導相關的眼睛疾病包括青光眼(Glaucoma)、腦傷(Brain Injury)、腦性麻痺(Cerebral Palsy)、中風(Stroke)、藥物神經性中毒(Toxicity)、化療後視神經萎縮。

註：網膜節細胞依據其功能又可以分為P型細胞(parvocellular cells) 、 M 型細胞(magnocellular cells) 、 K 型細胞(koniocellular cells)、及少數其他細胞。P 型細胞佔 80%，光接受區較小，接受數量較少的感光細胞訊號，對顏色較敏感，神經傳導速率較慢，主要偏向 錐細胞功能相關。M型細胞佔10%，光接受區域較大，可以接受數量較多的感光細胞訊號，對光照度的中間視覺較為敏感，神經傳導速率較 快，主要偏向桿細胞功能相關。K型細胞佔10%，光接受區只有一個中心圓(沒有周邊抑制)，接受中等數量感光細胞的訊號，對顏色及明暗 都有敏感性，神經傳導速率介於P與M細胞之間。少數其他種類的節細胞則負責瞳孔光反射(pupillary light reflex)及晝夜規律(circadian rhythms)等其他生理功能（施永豐，2019）。

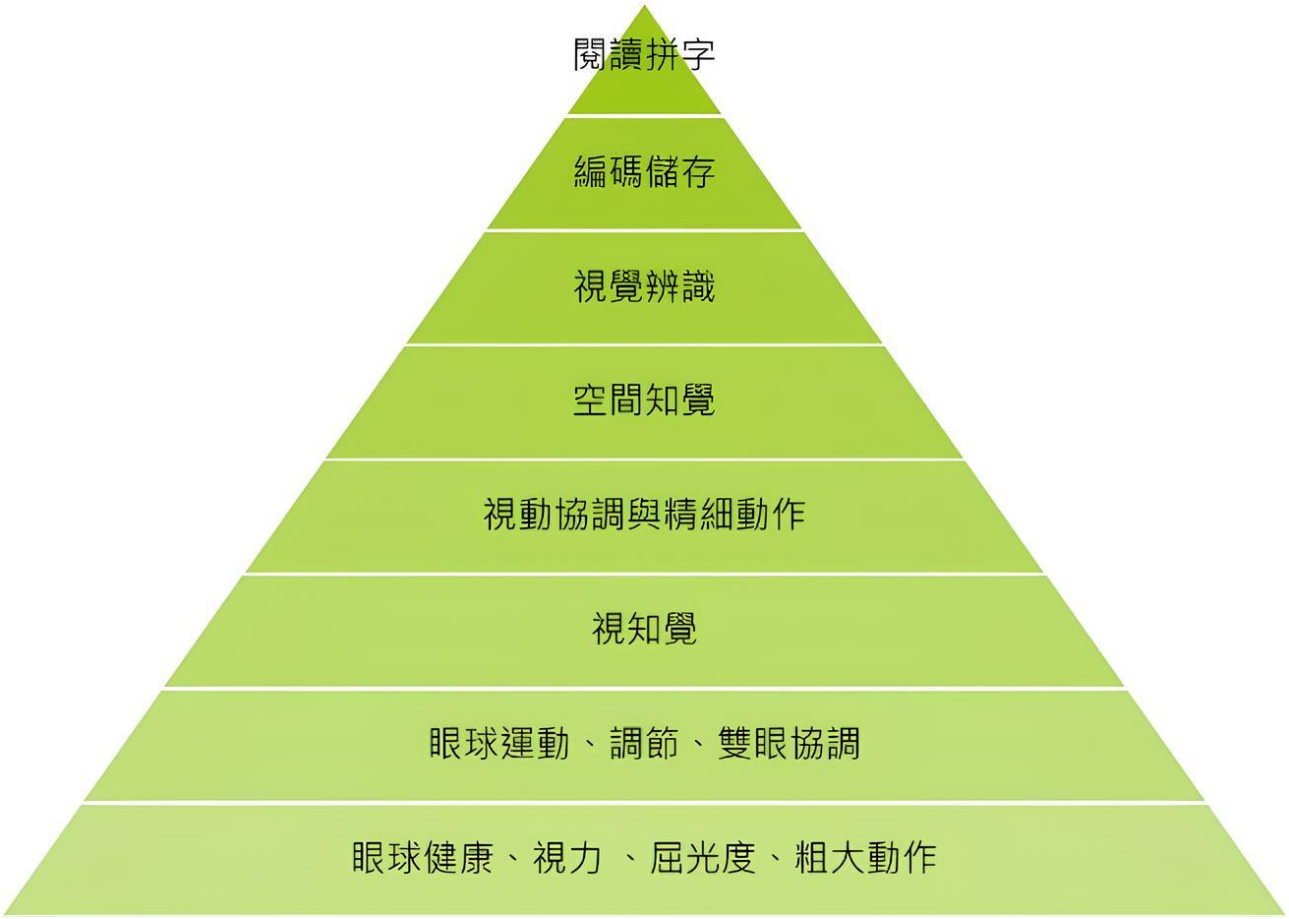
6. 視覺訊息辨識

如同上述，所有的視覺訊息經過視神經的分流傳導後，最終會在枕葉皮質進行整合與辨識，視覺皮質若發育不全或受損傷，就算眼前端或視神經無任何的疾病，也無法對視覺訊息進行辨識。醫學上習慣用的皮質盲(Cortical blindness)稱之，但大部份的教育專家學者並不認同這樣子的翻譯，因為其視障程度未必嚴重至全盲的程度，且腦部受損的位置亦未必只限於視覺皮質，最特別的是它的視覺行為表現不同於一般的視覺障礙。因視覺功能及視覺表現足以證明其視覺的特殊需求，翻譯為腦損傷相關的視覺功能障礙(brain-damage related visual dysfunction, BVD)或視覺皮質損傷(Cortical or cerebral visual impairment)較符合教育鑑定的面向。常見與視覺訊息辨識相關的疾病包括腦傷(Brain Injury)、腦性麻痺(Cerebral Palsy)、中風(Stroke)、與發展遲緩(Developmental Delay)等。

(三)視覺機能發生部分或全部之障礙

狹義的視覺機能可能僅止於指視力與視野，然而廣義的視覺機能則可以擴及眼球健康、眼球運動、調節、雙眼協調、視知覺、視動協調與精細動作、空間知覺、視覺辨識、編碼儲存、與閱讀拼字。衛福部與教育部過去的鑑定標準均採狹義的視覺機能為定義；然而，國內許多視障教育學者都曾經提出功能性視覺評估在教學上的實踐策略(何世芸，2009；杞昭安，2016；林慶仁，2001；張千惠，2004；鄭靜瑩、張千惠，2005))，實際上就是將廣義的視覺機能以功能性視覺的角色在視障教育中實現（如圖 1）。

圖1 廣義的視覺機能(鄭靜瑩自行繪製)



(四)矯正後其視覺辨認仍有困難者

一般人對「矯正後」的認知，多數認為是簡單的矯正近視、遠視與散光等屈光問題，除此之外，配戴近用閱讀眼鏡(Reading glasses)也屬於屈光矯正的一部份。然而，屈光矯正較寬廣的定義是「將進到眼睛的光線加以處理的過程」，目的都是因應學生的視覺需求，進而使視覺品質提昇；因此濾除不必要雜光的濾鏡片(Tinted Lens)、增加視覺對比度的鍍膜片(Coating)、亦或是擴增視野的稜鏡(Prism)等均屬之。

進一步參考衛福部輔具評估報告格式編號7(https://reurl.cc/QZWV19)，視覺及相關輔具附件三驗光報告表的內容第五點提及：特製眼鏡建議使用的項目當中就說明特製眼鏡除了屈光矯正之外，尚有輔助斜視矯正、放大、延伸視野、防眩光、增強對比、與色覺改善等不同的功能。除此之外，衛福部於 2023 年 1 月公告的視覺輔具補助品項中，新增了特製隱形眼鏡、與角膜疾病類隱形眼鏡(https://reurl.cc/0jE6LX)。依目前高階的製造技術，隱形眼鏡除了有傳統的屈光矯正功能外，對老花眼、乾眼症、圓錐角膜與眼球震顫等問題，也都有輔助或緩減的功效。

視覺辨認困難的可能性有兩種，一者很單純的是視覺功能不佳（視力、視野或對比敏感度）而導致低劣的影像成像品質，亦或是導致訊息傳導不完整的視神經相關障礙；而另一種視覺辨認困難(Visual Agnosia) 則是一種腦部神經學上的症狀，通常指的是患者在保持正常視力的情況下，卻無法識別、辨認物體、人物、符號或場景。視覺辨認困難可能單獨存在，也可能與腦部神經問題一起出現。

後者視覺辨認困難的情況可能是由於大腦特定區域的損傷或功能障礙引起的，通常不是由於眼睛本身的問題，較常見的案例可能表現出物體、臉部、字母和數字、地點、形狀和顏色等類型的辨認困難。這種症狀通常與大腦後部區域（尤其是顳葉、枕葉和頂葉）的損傷或功能障礙有關。視覺辨認困難可能單獨存在，也可能與其他神經心理學問題一起出現。診斷和治療通常需要專業的神經心理學評估和醫療介入；而教學上，更需要專業的教師協助，才能找到對學生最有利的教學策略與方法(Lueck & Dutton, 2015)。

(五)遠距離或近距離視力經最佳矯正後，優眼視力未達 0.4 者；兩眼可辨識之視野範圍各為 20 度以內者

根據國際疾病分類第十一版（ICD-11）之修訂內容（WHO, 2022），遠距離最佳矯正視力未達 6/12則可被定義為視覺障礙。其中 ICD-11最大的變革是將近距離視力列入鑑定的考量(Near vision impairment : N6 or M 0.8 at 40cms)。此外，依據臺灣衛福部身心障礙鑑定標準，視覺功能缺損達第 1 級第 1 項的視力標準有三類，本次修訂除參考 ICD-11 在近距離視力之變革外，亦同時採用比衛福部「優眼視力 0.4，另眼視力小於 0.05(不含)者」更寬鬆的角度，來做為特殊教育視覺障礙學生之鑑定標準，將視障學生鑑定標準之視力值訂在「遠距離或近距離視力經最佳矯正後，優眼視力未達 0.4」。

視野之鑑定標準則同樣以衛福部身心障礙鑑定標準中視覺功能缺損第 1 級第 2 項的視野標準，將視障學生鑑定標準之視野訂在「兩眼視野各為 20 度以內者」。20度係指人類視網膜上視力敏銳度最高的黃斑部，其直徑約 0.55 公分，黃斑部正中央色素上皮層高又密集；中央有一直徑 0.35 毫米的微細構造，稱為中心凹(Fovea)；由中心凹直視前方時，視角 20° 內都是由黃斑部負責的範圍。需要強調的是，每位學生視野缺損的樣態都不一樣，有的學生僅存中心視野、有的學生下視野缺損、甚至有的學生半側偏盲，一般視野缺損很難明確

的用數字予以定義，評估時仍應對學生的教育目標進行全盤的考量。

(六)視力或視野無法以一般標準化工具測定時，以其他醫學專業採認之檢查方式，綜合研判之。

無法以一般常用的視力表或是自動視野計量測視力或視野，大多數指的是嬰幼兒、注意力不足或過動、發展遲緩、認知功能缺損、或者是情緒困擾的學生，其中當然包括上面提及的視覺皮質損傷的幼兒及學生。醫學專業可諮詢眼科醫師、驗光師、甚至是腦神經科醫師，請依其醫學專業提供鑑定會議時可參考的資料，例如大腦電腦斷層檢查(Computed Tomography)、視覺誘發電位檢查(Visual Evoked Potential)或核磁共振檢查(Magnetic Resonance Imaging)，不過上述的檢查費時又費力，且必須在大型的醫院才有辦法進行。眼科診所與驗光所較容易觸及的眼底照相(Fundus Photography)、眼球光學電腦斷層掃瞄(Optical Coherence Tomography)、他覺式屈光度數(Objective Refractive Errors)、以及前述的眼球結構檢查，如介質、縮瞳反應、眼底反射光、角膜反射光、雙眼協調與調節反應等資料，前述檢查除了屬非侵入性（亦無須點藥）之檢查外，檢查結果也相較容易取得。

三、鑑定程序

一、鑑定目的

視覺障礙學生鑑定的目的，表面上是在確定視覺缺損情形是否符合鑑定基準；然而教育鑑定的重點並不只在鑑定本身，而是在尋求視障學生適性的教學方案、教學策略與特殊教育相關服務。視障學生的鑑定有以下幾個原則：

1. 鑑定是為了要確定學生的接受視障教育服務的需求。
2. 鑑定基準並非僅以視力值或視野值為決斷基準。
3. 醫學檢查資料的時效以 6 個月內為限。
4. 持有第二類視覺類之身心障礙證明者，仍需經教育需求評估與鑑定的流程。
5. 視力與視野符合特殊教育視覺障礙鑑定基準者，仍需經教育需求評估流程。
6. 鑑定採用多元評量原則，注意到情境、方法和人員三個因素。
7. 無法測定其視力或視野時，在醫療與教育多元的評量下，確認其視覺影響學習甚鉅時，仍

可能通過教育鑑定流程，獲取教育鑑定文號。

8. 鑑定的結果有疑慮時，交由專業團隊重新評估與鑑定。

9. 學生若疑似有視覺皮質損傷之特質，可由眼科醫師及相關專科醫師診斷後，依其主障礙類別邀請相關的專家進行評估鑑定。

二、鑑定步驟

視覺障礙學生的鑑定，整體上依其視力、視野、基本能力、專業評量、與特殊教育需求等方面之評估結果進行鑑定。

1. 醫療評估：檢附眼科醫師之診斷證明與驗光師之驗光報告，內容應包括眼生理檢查與視覺功能檢查。

2. 由家長向學校提出申請並由學校向各主管機關鑑輔會提報。

3. 進行教育需求評估（包括功能性視覺評估、定向與行動能力評估、輔助科技評估與讀寫媒介評估）：由鑑定小組安排專業人員進行，建議由視障教育專長之特教教師與定向行動專業人員為主要評估人員，必要時可邀請具低視力評估經驗的驗光師或職能治療師協同評估。

4. 綜合研判：彙整上述醫學與教育專業評估資料後，綜合分析最適合學生的需求服務與安置環境。

5. 重新評估：鑑定的目的是在確定學生的能力或行為表現是否符合鑑定基準，在鑑定為具有視覺障礙情形後，仍可能因為教育、成熟或其他因素而改變其障礙情形而需要重新評估。根據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》（2024）第 23 條規定有三個情形可以辦理重新評估：1.遇障礙情形改變、優弱勢能力改變、適應不良或其他特殊需求時。 2.跨教育階段時，如進入下一教育階段前。 3.主管機關視需要。

三、評估方式

如同上述，評估方式可簡單分為醫療端之眼生理及視覺功能評估，以及教育端的學習需求評估。

1. 醫療端：眼生理及視覺功能評估

由眼科醫師及驗光師進行，眼生理包括電腦斷層檢查、視覺誘發電位檢查或核磁共振檢查，眼底攝影、與眼球光學電腦斷層掃瞄；視覺機能檢查包括他覺式與自覺式屈光度數、視

力（如 LEA symbol test, Keller / Teller preferential looking acuity cards）、視野、對比敏感度、色彩視覺、介質、縮瞳反應、眼底反射光、角膜反射光、雙眼協調、眼動能力與調節反應等。此外，若學生疑似有視覺皮質損傷的行為特質，建議邀請腦神經相關的醫師共同評估。

2. 教育端：學習需求評估

由視障教育專長之特教教師與定向行動專業人員進行評估，內容可包括功能性視覺評估、定向與行動能力評估、輔助科技評估、以及讀寫媒介評量等。

四、鑑定評估人員

由家長配合醫療人員與教育人員實施鑑定，取得視力和視野測定資料或其他醫學檢查資料後，由視障教育教師主責學生的學習需求評估，在綜合研判時可視學生需求邀請視障教育專家學者、眼科醫師、驗光師、治療師、與定向行動專業人員參與鑑定會議。

四、教育需求評估

依據「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第 24 條，各類身心障礙學生之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等。教育需求評估應依個案需求選擇必要的評估項目。美國視覺障礙學生的鑑定也明確的指出應該確定學生是否符合視覺障礙特殊教育需求的程序，而此需求評估對應在視障學生鑑定的教育專業有功能性視覺評估(Functional Vision Assessment)、定向與行動能力評估(Orientation and Mobility Assessment)、輔助科技評估(Assistive Device Assessment)、讀寫媒介評量(Reading Media Assessment)等 (Koenig & Holbrook, 1995)。

（一）功能性視覺評估(Functional Vision Assessment)

功能性視覺評估以多元評量的方式，評量視障學生將其剩餘的視覺功能應用在生活與學習的能力。此類評估沒有絕對標準化的評量工具，也不限於使用固定的儀器設備，是一種因地制宜、接近教學現場的評估方法(Erin & Paul, 1996)。功能性視覺評估通常由視覺障礙教育專業人員進行，包括有低視力評估經驗的驗光師、職能治療師、視障教育教師與定向行動專業人員。須提醒一點，功能性視覺評估應該由經常接觸得到學生的專業人員負責進行，主

要的考量是：許多評估的結果須與學生學習的情境與動作操作反覆驗證，非一次、兩次的評估能觀察得到，如此亦有助於制訂學生的個別化教育計畫，對於教育目標的實踐將更佳具體。

（二）定向與行動能力評估(Orientation and Mobility Assessment)

對於視覺障礙學生來說，有效率且安全的定向行動技能是非常重要的。定向與行動能力評估通常包括評估學生是否能夠識別方向、正確的使用白杖或輔走工具、安全地穿越十字路口、訂票與搭乘大眾交通工具。

（三）輔助科技評估(Assistive Technology Assessment)

輔助科技的定義包括輔助科技環境的設置、輔助科技的提供(包括軟體與硬體)、輔助科技的服務(包括教導使用與輔具保養與維修)、以及輔助科技補助資訊的提供與轉介。

（四）讀寫媒介評估(Learning or Reading Media Assessment)

讀寫媒介評估指的是學生用來閱讀書寫的工具和方法，一般而言視障學生的閱讀材料有點字書、有聲書、大字書、可報讀（衛福部補助品項稱螢幕報讀軟體）或可觸讀電子文件之盲用電腦、數位有聲書系統 DAISY（Digital Accessible Information System）。對於視障學生而言，用其視障程度來判斷其閱讀媒介過於草率，同一位學生可能運用兩種以上的媒介進行學習，不同學生所需要的大字書字體或放大鏡倍率也會有所不同。

綜合上述四種評估，有助於專業人員更完整全面的綜合研判視障學生的教育需求，訂定個別化教育計畫，提高學生的學習 品質和獨立性。此外，西方國家視覺障礙學生中大腦性視覺皮質損傷者佔有一定的比例(Roman-Lantzy, 2018)；臺灣衛福部已在 2022 年 8 月份公告的皮質盲鑑定流程(https://reurl.cc/WvDr3y)，而教育鑑定可參考莊素貞教授翻譯 Roman-Lantzy 教授的資料進行評估(莊素貞，2013)；負責鑑定學生主障礙類別（如腦性麻痺或發展遲緩）的專業人員，若發現學生有疑似視覺皮質損傷的問題時，應邀請視障教育專長教師進行視覺皮質損傷學生之功能性視覺評估。

伍、綜合研判

視覺障礙學生因其疾病明顯的反應在辨識物件及行動功能上，因此醫療檢查與教育需求評估兩者一樣重要；鑑定的目的不在鑑定本身而在教學現場的安排與輔導，如何做最適性的

教育安置與教學策略的介入，則仍需經特教教師或經驗豐富的專業人員評估後，參考學生家長之意願進行綜合分析。

六、案例

（一）A生

國小一年級男生，嬰幼兒時期因腦癌進行化療與放射性治療，後續父母發現學生視覺問題，眼科醫師診斷因治療而導致視神經受損，已持有重度視覺類身心障礙證明，眼科醫師已處方眼鏡，但學生無配戴眼鏡的習慣。

1. **醫療評估**：視神經受損，散光問題是導致弱視的危險因子，建議長時間配戴眼鏡。

	球面度數	散光	遠距離 最佳矯正視力	近距離 最佳矯正視力	視野
右眼	近視 125 度	200 度	0.07-0.08	0.07-0.08	周邊視野缺損 僅剩中心視野約 10 度
左眼	近視 150 度	150 度	僅有光覺	僅有光覺	

2. **教育需求評估**（僅呈現教育評估後有特殊需求的項目）：

評估類別	評估內容	操作評估觀察記錄	需求與建議	需求項目
視力	遠中視力	3-5公尺處可看到同學與老師的移動，但無法辨識；1公使處可勉強動手指，正確率約50-60%；無法在沒有附具的情況下視讀教室的板書。	• 試用桌上型擴視機。可辨識教室的板書，座位安排須注意輔具空間與身高桌椅的搭配 • 學生個子嬌小，建議擴視機型號以一體成型的機台爲主。 • 學生視力及視野問題，大量閱讀時閱讀效能下降，建議以點字及有聲書輔助視覺學習。	環境設置 輔具功能 讀寫媒介
	近距離視力	近距離以右眼視讀，在40公分處可唸讀40號字的故事書，近距離對比敏感度不錯。		
視野	中心視野 周邊視野	有效視野在右眼中心十度的範圍，熟悉環境中設可應付，但對於周邊移動的小狗或妹妹的出現，常常受到驚嚇。	因視力與視野問題，定向行動訓練的需求極高。	定向行動訓練
眼球運動	追視能力 躍視能力	有效視野在右眼中心十度的範圍。追視及躍視能力不佳，對於色彩較鮮豔或對比較強的視標，表現較佳。	閱讀時可；提供閱讀規或指導使用尺規進行閱讀；此外，可使用擴視機中的直線引導或遮蔽視窗功能，避免漏行漏字的情況經常發生。	輔具功能
視覺知覺	平衡 視知覺	因周邊視野缺損，直線行走時有偏頭與手腳不協調的情況，身體整體重心偏又且向前傾，無法找到自己身體的中心點。	• 應介入視性體育與物理治療或職能治療，協助平衡、肌力與肌耐力的均衡發展。 • 提供斜面桌或特製課桌椅	專業團隊 人體學工輔具
		閱讀時必須貼近文本，明顯有駝背與肌肉發展左右不平衡的現象。		

3. 綜合研判

本案例持有身心障礙證明，遠距離或近距離視力經最佳矯正後，優眼視力均未達◯．四且兩眼視野約為十度，符合視覺障礙之基準。醫療評估確認其疾病與配鏡的需求，教育評估確認其環境設置、定向行動訓練、輔助科技介入、讀寫媒介與專業團隊諮詢的需求。依視覺障礙學生鑑定標準鑑定為視覺障礙學生，建議在視障專業教師的介入後，依其教育需求進行環境安排與教育訓練。

（二）B生

國小六年級女生，馬凡氏症合併嚴重的脊椎側彎，原障礙類別為身體病弱，自小就有視力方面的問題，然因視力未達鑑定標準（遠距離最佳矯正視力：右眼 0.6、左眼 0.02，無視野缺損），無法申請到第二類視覺功能相關之身心障礙證明，家長提出視障鑑定的需求。

1. **醫療評估**：雙側水晶體異位，調節異常

	球面度數	散光	遠距離 最佳矯正視力	近距離 最佳矯正視力	視野	眼位
右眼	近視 600 度	450 度	0.6	無法量測	無缺損	看遠時 左眼外斜
左眼	近視 1300 度	350 度	0.02	0.05	無缺損	看近時 右眼外斜
雙眼			0.6	0.05	無缺損	

2. 教育需求評估（僅呈現教育評估後有特殊需求的項目）：

評估類別	評估內容	操作評估觀察記錄	需求與建議	需求項目
視力	遠中距離視力	教室座位安排在教室第三排正中間偏左的位置，大部分情況，可憑藉右眼看到版書與教室中的人事物。	身高168公分，無法安排在教室中間第一排，此外高度散光使眩光問題影響學生視覺的舒適度，遮光窗簾與鍍膜鏡片有助於改善。	環境設置 輔具功能
	近距離視力	抄寫困難，近距離難以左眼視讀，須將文件貼近到5-6公分處才能唸讀16號的文章。右眼試用近用加入度(一般老眼鏡)，雖近方視力大大提昇，但個案反應不舒服容易頭暈。		
視野	中心視野	兩眼均正常，左眼的重測信度較差。	左側視力及視野問題，仍有定向與行動訓練的需求。	定向行動訓練
	周邊視野	兩眼均正常，但左視野的反應較慢，左側經常碰撞桌角且左下方物件經常忽視。		
眼球運動	追視能力	遠方追視沒有太大問題，唯左眼視力不佳，追視反應差，可推測學生對遠方距離與深度的判斷能力不佳。		
	躍視能力	躍視能力與閱讀相關，個案以左眼貼近視讀，躍視能力不容易量測。右眼試用近用加入度數。雖然可以使近方視力與躍視有所提昇，但個案反應不舒服容易頭暈。	試用攜帶型擴視機可提升遠方辨識度，且可使調節不足的右眼，對於近方文字的辨識，閱讀與書寫戲能提昇。	輔具教導 讀寫訓練
	幅輳功能	雙眼異向運動，內聚與開散有交替外斜情況，主因仍來自於遠近用不同的眼來辨識有關。		

3. 綜合研判

本案例未持有視覺類身心障礙證明，但從視力檢查結果可知，該生遠距離最佳矯正視力是0.6（右眼），近距離最佳矯正視力為0.05（左眼）。符合「遠距離或近距離視力經最佳矯正後，優眼視力未達○．四」基準。醫療評估確認其疾病與配鏡的需求，教育評估確認其環境設置、定向行動訓練、輔助科技介入、與讀寫媒介的需求。依視覺障礙學生鑑定標準鑑定為視覺障礙學生，但因其本來有身體病弱，因此符合多重障礙的基準。建議原有服務納入視障專業教師的介入，依其教育需求進行環境安排與教育訓練。

（三）C生

幼稚園大中班之發展遲緩幼兒，女生；經學前巡迴輔導教師的觀察與轉介，認為應有視覺相關的問題待確認，但經眼科醫師診斷無眼球構造相關的問題，無法申請到第二類視覺功能相關之身心障礙證明，家長提出視障鑑定的需求，也因幼兒認知與表達能力不佳，無法進行常規的視力與視野檢查，亦無法在教育階段獲得視障學生的身份。目前可以轉介到全臺特殊兒童及青少年視覺復能計畫門診（臺灣大學醫學院附設醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、榮民總醫院員山分院、恩主公醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、耕莘醫院），進一步釐清視力與視覺發育情形。

1. **醫療評估**：

(1) 無眼球構造相關的疾病

(2) 電腦斷層掃瞄發現幼兒的枕葉與顳葉相較於同年齡的幼兒有明顯發育不全的現象。

(3) 有正常年齡幼兒的遠視，需注意高度散光的問題，建議配鏡。

(4) 視網膜反射光明亮，推估有不錯的視力值

(5) 可注視並追視光點與有興趣的玩具

(6) 角膜反光點對稱且一致，暫無斜視斜位問題

(7) 瞳孔一直處於收縮無法放鬆的情況，多數可以在嬰兒、老人或梅毒、腦橋病變、腦血管病、藥物中毒（嗎啡中毒）、有機磷中毒等病患身上看到。若長期處於該狀態，周邊視覺無法啟動，可能影響肢體動作發展甚至是與平衡退化。

2. **教育需求評估**（僅呈現教育評估後有特殊需求的項目）：

針對疑似有腦損傷相關的視覺功能障礙學生或幼兒，在教育上的評估仍是採用功能性視覺評估之方式，以 Roman-Lantzy(2018)所擬定之大腦性視覺損傷範圍評估(CVI Range Assessment)做為最常用的評估工具，評估內容包含下列十個項目（蕭斐文、洪榮照，2014；Roman-Lantzy, 2018）：

(1)對光或是無目的的凝視

(2) 複雜環境下的視覺辨識

(3)顏色偏好

(4) 物體動態移動之需要

(5)視覺延宕

(6) 視野偏好

(7) 對新事物辨識困難　　(8) 遠距離注視之困難

(9) 異常視覺反射（包含眨眼反應、視覺威脅反應）　　(10) 視覺動作協調能力

下表依此十項特徵篩檢本案C生之範例說明如下：

表 3 疑似腦損傷相關視覺功能障礙學生篩檢表

學生姓名：林○○　年齡：5 歲 3 個月　就學階段：幼稚園中班　填寫者：鄭○○		
視覺和行為特徵	有✓ 無×	細節敘述
顏色偏好	✓	對紅色、黃色特別有反應；其他顏色都視而不見
動感的需要	✓	物件晃動或人移動較能引起注視或追視
視覺延宕	✓	辨識極為緩慢，需透過提示或其他聽觸覺輔助辨識
視野偏好	✓	喜歡用特定的視野區看東西，尤其是下視野
在視覺環境複雜的情形下辨識有困難	✓	在雜亂的背景下不容易找到目標，經常會以手部輔助探索，若把背景環境調整後，辨識速度會加快很多
對光會無目的的凝視	×	會凝視光，但不似無目的的凝視
遠距離注視有困難	✓	喜歡將臉貼近物體進行辨識
異常的視覺反射	✓	眼前受威脅時或對突如其來的手部揮動沒有反應
對新穎的事物辨識困難	✓	對透過視覺新學習的事物，要反覆一段時間的訓練後才能記得起來
不容易以視覺引導動作	✓	手眼協調極差，即使用看到物件，不容易用手直接拿取，手部動作比較像盲生的摸索行為

3. **綜合研判**

本案例主障礙類別為發展遲緩，但確定有腦損傷相關的視覺障礙特質，可轉介特殊兒童視覺門診進一步釐清視力與視覺發育情形，同時建議鑑定時邀請視多障專家學者共同討論學生之安置與教學策略。

七、參考文獻

何世芸（2009）。談低視力學生選用合適光學輔具的評估向度。**國小特殊教育　，48**，70-80。

何世芸（2012）。探討視覺皮質損傷的成因特徵與教學上的策略。**國小特殊教育，53**，24-31。

杞昭安（2016）。**功能性視覺評估與訓練實務手冊。**國立臺灣師範大學特殊教育學系。

杞昭安、何世芸（2014）。視覺障礙學生鑑定辦法說明。載於張正芬（主編）：**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法說明手冊**。國立臺灣師範大學特殊教育學系。

周月清、張恆豪、李慶真、詹穆彥（2015）。聯合國國際衛生組織 ICF 緣起與精神：文獻檢視。**社區發展季刊，150**，17-39。

周宇翔、李淑貞、謝東儒、張聿淳（2015）。ICF 架構下的身心障礙者需求評估制度現況與挑戰。**社區發展季刊，150**，40-57。

林慶仁（2001）。功能性視力評估與評估工具的省思。**啟明苑通訊，46**，19-26

施永豐（2019）。**最新基本眼科學。**合記出版社股份有限公司。

張千惠（2004）。功能性視覺能力評估與觀察之研究。**特殊教育研究學刊**，27，113- 135。

教育部(2024年04月29日)。特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187

莊素貞（2013）。大腦視皮質損傷與其功能性視覺評估。**特殊教育與輔助科技，45394**，38-50。

莊素貞（2017）。以 VIIAF 模式建構之個別化功能性視覺訓練方案對提升視皮質損傷學童視動協調成效之研究。**特殊教育與輔助科技學報，10**，51-79。

許明木、莊素貞、鄭靜瑩、陳賢堂、王俊諺、吳承臻、林則豪、許淑貞、連政炘、葉志偉、詹益智、蔡龍輝、謝錫寶（2017）。**低視力學**。五南書局。

陳賢堂、鄭靜瑩、蕭清仁、蘇國禎、王博信、朱禹、林鴻隆、張鈺雯、陳至莛、陳彥婷、陳柏瑜、葉志偉、盧方駿、鍾翔印（2022）。**Pickwell 雙眼視覺學（6 版）**。臺灣愛思唯爾。

鄭靜瑩、張千惠（2005）。改善重度弱視學生使用功能性視覺之研究。**特殊教育研究學刊，**29，275-294。

蕭斐文、洪榮照（2014）。視皮質損傷診斷評量之探究。**特殊教育季刊，131**，33-43

Elliott, D. B. (2017)。**基礎眼睛照護與臨床視光學**（廖嘉琛譯）。臺灣愛思唯爾。(原著出版於2013年)

Erin, J. N., & Paul, B. (1996). Functional vision assessment and instruction

of children and youths in academic programs. In A. L. Corn & J. N. Erin (Eds.), Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives(pp. 185–220). AFB Press.

Giaschi, D., Narasimhan, S., Solski, A., Harrison, E., & Wilcox, L, M. (2013). On the typical development of stereopsis: fine and coarse processing. Vision Research. 30(89), 65-71.

Hooks, B.M., & Chen, C. (2007). Critical periods in the visual system: Changing views for a model of experience-dependent plasticity. Neuron, 56(2), 312-326, ISSN 0896-6273,https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.10.003.

Koenig, A. J., & Holbrook, M. C. (1995). Learning media assessment of students with visual impairments: A resource guide for teachers. Texas School for the blind and Visually Impaired.

Levack, N. (1994). Low vision: A resource guide with adaptations for students with visual impairments. Austin, TX: Texas School for the Blind and Visually Impaired.

Lieberman, L. J., Lepore, M., Lepore-Stevens, M., & Ball, L.(2019). Physical education for children with visual impairment and blind. Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 90(1), 30－38. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07303084.2018.1535340

Lueck, A. H., & Dutton, G.N. (2015). Vision and the Brain: Understanding Cerebral Visual Impairment in Children. AFB Press.

Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Katz, L., LaMantia, A., McNamara, J., & Williams, S. (2001). Critical Periods in Visual System Development. Neuroscience(2nd edition). Sinauer Associates.

Roman-Lantzy, C. (2018). Cortical Visual Impairment: An Approach to Assessment and Intervention(2ndEd.). AFB Press.

Royal National Institute of Blind People evidence-based review. Retrievedfrom:http://www.rnib.org.uk/knowledge-and-research-hub-research-reports/evidence-based-reviews

Royal National Institute of Blind People. (2013). Children and young people:

World Health Organization. (2019). World report on vision. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570

World Health Organization. (2022). International Classification of Diseases, ICD-11. https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/ http://id.who.int/icd/entity/1103667651

聽覺障礙鑑定說明

一、前言

學生及幼兒因為聽力損失而在教育過程中面臨很多的挑戰，他們具有高度的異質性，因此在滿足他們的需求時，需採多元的觀點和運用多元介入的方式。聽力損失造成的多方面挑戰包括語言習得、溝通互動、閱讀寫作、學業成就、認知發展及社會適應等。

近年來，隨著新生兒全面性聽力篩檢、早期診斷、及早介入與持續的特殊教育服務，越來越多的聽障學生及幼兒，能夠克服聽力的困難，在各方面的表現都有很大的進步，但是大部分的聽障學生及幼兒仍非常需要特殊教育與相關服務措施的協助。

由於融合教育的趨勢，多數聽障學生在普通學校接受教育，少數則在啟聰學校就讀。在臺灣，超過九成的聽障學生在普通班級中學習，使用口語為其主要的溝通方式，大部分時間與聽力正常的同儕一起學習，接受相同的課程和教材，部分時間則接受資源班（教室），聽語巡迴輔導或相關諮詢服務等。就讀啟聰學校的聽障學生除了口語以外，有更多機會接觸並使用手語，透過手語發展其語言、認知等能力。

正確鑑定出需要接受特教服務之具有聽障情形的學生及幼兒是提供優質特教服務的第一步。隨著特殊教育法（以下簡稱特教法）的修訂，鑑定辦法必須與時俱進，更精確地反映學生及幼兒的需求，進行相應的修訂與調整。以下將詳細說明聽覺障礙的定義與鑑定基準、鑑定程序、特殊教育/學習需求評估、綜合研判及案例介紹等進行說明。

二、定義與基準

2024 年新修訂的「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」關於聽覺障礙的定義與基準為：

第五條 本法第三條第三款所稱聽覺障礙，指由於聽力損失，致使聽覺功能或以聽覺參與活動之能力受到限制，影響參與學習活動。

前項所定聽覺障礙，其鑑定基準依下列各款規定之一：

一、純音聽力檢查結果，聽力損失達下列各目規定之一：

（一）優耳五百赫、一千赫、二千赫、四千赫聽閾平均值，未滿七歲達二十一分貝以上；七歲以上達二十五分貝以上。

（二）任一耳五百赫、一千赫、二千赫、四千赫聽閾平均值達五十分貝以上。

二、聽力無法以前款純音聽力測定時，以聽覺電生理檢查方式測定後認定。

以下先針對條文中的重要名詞做說明，接著闡釋條文的要點，最後與舊法進行比較。

（一）名詞釋義

1. **聽力損失**：是指其聽力表現和一般聽力正常的年輕人相較，需要更大的音量才有反應。一般而言，是指在純音聽力檢查的聽閾高於聽力正常者。

2. **純音聽力檢查**：是常見的聽力檢查方法，透過聽力檢查儀器，播放不同頻率的純音，用以測出各頻率的聽閾，也就是了解受測者在各頻率的聽覺敏銳度。

3. **優耳**：是指聽力較敏銳的一耳，也就是聽力損失較少的那一耳。

4. **任一耳**：任一耳指的是兩個耳朵中的其中一耳。

5. **聽覺電生理檢查**：利用電生理儀器檢測聽覺系統對聲音的反應，此檢查乃是由聽力師依儀器所記錄的生理反應結果做判定，不需要受測者主動配合。常見的聽覺電生理檢查包括聽性腦幹反應(auditory brainstem response, ABR)、耳聲傳射(otoacoustic emissions, OAEs)、聽性穩定狀態反應（auditory steady state response, ASSR）等。這類檢查適合 6 個月以下的嬰幼兒，以及無法配合行為聽力檢查的兒童，如智能障礙、注意力不足等。

（二）條文要點

1. **聽覺障礙的鑑定基準**：

- **雙側聽力損失**：

當學生的「優耳」（聽力較好的一耳）在 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz 四個頻率的氣導聽閾平均值達到 25 分貝以上時（本文「分貝」皆指 dB HL），就符合聽覺障礙的鑑定基準。對於未滿七歲的兒童，這一平均值只需達到 21 分貝以上。選擇這四個頻率主要是因為它們是人類語音中的主要頻率，對於語音的理解特別重要。

- **單側聽力損失**：

在純音聽力檢查中，任一耳的 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz 四個頻率的氣導聽閾平均值達到 50 分貝，而另一耳未達上述聽力損失程度（25 分貝或 21 分貝），則該學生符合單側聽力損失的鑑定基準。

2. **聽力檢查的實施方式**：

- **純音聽力檢查**：

通常要求受測者在聽到聲音時進行某種行為反應，如按鍵或舉手，以表示聽到聲音。然而，對於認知能力、行動能力有限或其他原因不能正確進行此類反應的學生，則需進行聽覺電生理檢查。

- **聽覺電生理檢查**：

這類檢查不依賴於受測者的主動反應，而是透過專門設備來測量聽覺系統對聲音的生理

反應。檢查結果由醫師或聽力師根據生理反應的數據推估受測者的聽力損失程度。

（三）新法與舊法的比較

2013年的條文為：

第五條 本法第三條第三款所稱聽覺障礙，指由於聽覺器官之構造缺損或功能異常，致以聽覺參與活動之能力受到限制者。

前項所定聽覺障礙，其鑑定基準依下列各款規定之一：

一、接受行為式純音聽力檢查後，其優耳之五百赫、一千赫、二千赫聽閾平均值，六歲以下達二十一分貝以上者；七歲以上達二十五分貝以上。

二、聽力無法以前款行為式純音聽力測定時，以聽覺電生理檢查方式測定後認定。

相較於2013年的法規，此次修定後的定義與鑑定基準的主要差異如下說明。

1. 納入 4000 Hz 計算平均聽閾：

新法在計算平均聽閾時增加了 4000 Hz 的聽閾值，肯定這個頻率對於語音理解的重要性，此更動使得聽力損失的評估更加全面，並與國際標準相同，如世界衛生組織(World Health Organization, WHO)（2021）；國內衛生福利部身心障礙者鑑定表（2023）對於聽障比率的算法，也是以 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz 四個頻率的閾值為計算基礎，其聽力損失的分級標準就是以這四個頻率的平均值作計算。

2. 正式納入單側聽力損失：

單側聽損指的是只有一耳的聽力損失達到一定分貝以上，但另一耳聽力正常者。研究顯示單側聽損者在聽覺功能、活動參與上亦可能受到限制（Bell, et al., 2022），因此國內外對單側聽損者的權益日益重視，例如 WHO（2021）在聽覺障礙等級加入單側聽損，美國許多州的教育局將單側聽損納入特教服務對象中，國內衛福部、勞動部的相關法規也加入了對單側聽損者的福利與服務。WHO 對於單側聽損的界定是以劣耳 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz四個頻率平均閾值達 35 分貝以上為基準；佛羅里達州教育局（Florida Department of Education, 2024）則是以劣耳平均閾值達 50 分貝以上作為能否納入特殊教育服務的聽力基準。新修訂的鑑定辦法即採取美國佛羅里達州的基準，增加了單側聽損學生於聽障類別中，以確保單側聽損學童獲得特殊教育與相關服務措施。新法明確包含了單側聽損的情形，認定任何一耳在 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz 的平均聽閾超過 50 分貝即符合聽覺障礙的鑑定基準，增強認識單側聽損在聽覺功能和聽覺參與活動上所帶來的限制，也提供學生特殊教育和相關服務。

3. 純音聽力檢查的敘述簡化：

為了文本的簡潔性，新法中去除了「行為式純音聽力檢查」中的「行為式」三字，使條

文更為簡明。

4. 對年齡段的明確界定：

對於舊法六歲以下和七歲以上兒童的聽損年齡進行明確區分，以未滿七歲作為分界，清晰地劃分了年齡界限，提供鑑定工作明確的依據。

5. 重視聽覺功能與活動參與：

考量特教鑑定不以生理缺陷為重點，新法不再僅將聽覺障礙定義為生理上的缺陷，而是強調聽力損失對聽覺功能和參與活動的實際影響，而有特殊教育及相關服務措施的需求。

三、鑑定程序

根據《特殊教育學生與幼兒鑑定辦法》（2024），身心障礙學生及幼兒的鑑定應透過轉介、申請或推薦，由鑑定評估人員蒐集相關資料，並執行初步類別研判、教育需求評估及綜合研判後，完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告等程序，再提送鑑輔會審議。本節先說明聽覺障礙的鑑定目的、鑑定步驟、鑑定方式與工具選用、鑑定人員，之後再說明特殊教育/學習需求評估、綜合研判，並提供個案範例。

（一）鑑定目的

本類別鑑定目的在於判斷學生是否符合《特殊教育學生與幼兒鑑定辦法》中規範的聽覺障礙標準，並評估其教育需求，以提供聽覺障礙學生所需的特殊教育與相關服務措施。

（二）鑑定步驟

聽覺障礙的鑑定步驟可分為篩檢與轉介、聽力學診斷與評估、資格申請與初判、收集活動參與及表現的資料、高中以下學校特殊教育推行委員會（以下簡稱特推會）或幼兒園園務會議轉介、以及特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會（以下簡稱鑑輔會）審議。若具有效日期內（通常設定為 6 個月至 12 個月，視學生年齡及聽力變動等情形而定）接受過聽力學檢查而已有聽力學診斷與評估資料者，則可進行後續資格申請與初判等流程。

1. 篩檢：分為新生兒全面聽力篩檢和後續追蹤篩檢，說明如下。

(1) 新生兒全面聽力篩檢：新生兒全面聽力篩檢自 2012 年開始實施，可找出絕大多數的聽損幼兒，以利早期診斷、早期介入。然而篩檢有偽陰性的問題，仍有少數的聽力損失者未被篩檢出來，再加上身體發展過程中，仍有疾病、傷害、基因等內外因素導致的聽覺損傷，因此通過聽力篩檢的新生兒，特別是有高風險因素（例如早產、家族史、語言障礙、多重障礙、自閉症、智能障礙、聽力相關症候群等），不論處於哪一個發展階段，仍須後續追蹤篩檢，持續觀察其聽覺能力、溝通互動，發現異常即須轉介進行聽力學診斷與評估。

(2)後續追蹤篩檢：在學前階段，尤其是三至四歲兒童，通常會由衛生單位進行聽力篩檢，進入學校階段之後，在國小新生、四年級、國中新生、高中新生及大學新生時，也會按照《學生健康檢查實施辦法》實施聽力篩檢，通常使用 512 Hz 的音叉進行檢測。然而，此種篩檢方式受限於頻率、音量和環境噪音等多個因素，因此在學校環境中，教師仍須觀察學生行為特徵，特別是在語言接收或表達、溝通互動、專注力等方面有困難，就應該懷疑是否存在聽覺障礙。

2. 轉介過程：

在進行轉介前，教師應當收集包括觀察記錄、聽覺行為檢核表或問卷、訪談、以及其他相關文件在內的懷疑聽力問題的資料。這些資料應填寫在轉介申請表中，並由學生及幼兒的法定代理人或實際照顧者帶領，進行後續的聽力學診斷與評估。此流程不僅確保及時發現聽覺障礙，也有助於對潛在的聽覺問題進行早期介入。

(1)聽力學診斷與評估：

當學生轉介出來後，需要進一步檢測其聽覺敏銳度，聽閾有異常時，需要探究其聽損類型、語音辨識等，並進行追蹤，觀察聽閾有無波動或漸進變差的情況。若就學前已接受聽力學檢查確定有聽損者仍應進行聽能評估，以確定其聽能狀況，而有助聽輔具者則要留意其助聽後的聽能狀況。這一階段通常在衛生福利部核可的醫學中心或地區醫院進行，並出具聽力檢查結果報告。

(2)收集活動參與及表現的資料

這一階段目的在於確認聽力損失對學生或幼兒聽能、說話及語言、人際溝通、學習表現、學校適應等方面的影響，並評估學生需要的輔助裝置及其使用情形、特殊教育與相關服務措施。收集到的資料將作為後續特推會和鑑輔會審議的依據。若發現學生存在其他類型的障礙，可能需重新評估並分類至多重障礙類別。

(3)校（園）內會議審議：

高中以下學校透過特推會、幼兒園透過園務會議，根據聽力學診斷與評估、以及聽覺活動參與及表現的資料綜合審議學生及幼兒是否具有聽障特質，並討論其所需的特殊教育與相關服務措施，將審議結果提交至鑑輔會。

3. 綜合研判：

鑑輔會根據申請者的評估資料，綜合研判其是否符合聽覺障礙定義與鑑定基準，鑑定審議申請者是否為聽覺障礙、疑似聽覺障礙、或非聽覺障礙。若學生或幼兒被鑑定為具聽覺障礙情形，還需根據其教育需求進行教育安置；若聽覺敏銳度尚未確定或聽覺功能仍待進一步評估，判定為疑似聽覺障礙，則依教育主管機關或學校規定，評估其學習特殊需求，提供服

務、協助，必要時再提報鑑定；而非聽覺障礙的學生或幼兒則安置在原班級，但仍應持續觀察，評估其補救教學或學習輔導的需求，並提供相關的諮詢服務等。鑑定結果如有爭議，則依據特殊教育學生及幼兒申訴服務的相關辦法辦理。

（三）鑑定方式與工具選用

1. 新生兒聽力篩檢

新生兒階段的聽力篩檢採取全面性策略，通常在出生後 3 個月內由指定醫療機構進行，並享有政府補助。篩檢遵循 1-3-6 原則：即新生兒出生後 1 個月內進行初步篩檢，未通過者應於 3 個月內完成完整的聽力評估，並在 6 個月內開始早期療育。篩檢主要使用自動聽性腦幹反應（automated auditory brainstem response, aABR）分析儀作為檢查工具。

2. 學前及學齡階段聽力篩檢

對於 3 至 6 歲的學前幼童，通常採用制約遊戲聽力檢查法來進行篩檢。在學校進行的健康檢查則常用音叉作為篩檢工具，但此方法受頻率、音量和環境噪音等因素的限制，因此學生或幼兒即使篩檢通過，教師應持續觀察其行為特徵，尤其是語言接收或表達、溝通互動、注意力等。

3. 其他篩檢方法

除了上述聽力篩檢方法之外，聽覺行為檢核表、行為觀察法、視覺回饋增強法也是適用於不同年齡幼兒的篩檢方法。利於教師使用的是聽覺行為檢核表，例如學齡兒童聽覺行為檢核表（https://hhl314.org.tw/聽覺小百科保健篇/）、微聽損警示量表（https://minimal-hearing-loss.chfn.org.tw/nowait/assessment/）等，以及觀察互動行為、訪談重要他人、本人晤談等，是較為簡便施行的方式。

4. 聽力學診斷與評估

在聽力學的診斷和評估階段，常見檢查項目包括耳部基本理學檢查、純音聽力檢查(裸耳、助聽後）、語音聽力檢查（裸耳、助聽後的語音接收閾、辨識閾、辨識分數），以及鼓室圖、中耳聽反射、耳聲傳射、聽性腦幹反應或聽性穩定狀態反應等電生理檢查。這些檢查利用的工具包括耳視鏡、聽力檢查儀、中耳功能分析儀、耳聲傳射分析儀、聽性腦幹反應檢查儀、及聽性穩定狀態反應檢查儀等。

5. 資料收集與多元評量

聽覺障礙鑑定中所收集的聽覺參與活動相關資料應通過多元評量方式進行，包括多管道、多來源、多面向、多情境的資料收集，以確保全面而準確地評估學生的聽覺表現。使用的工具可以是標準化或非標準化的測驗、問卷、檢核表、訪談或晤談、觀察和文件等。

6. 鑑定過程中的考慮因素

在鑑定過程中，需特別注意聽障學生及幼兒的特殊需求和偏好，確保鑑定工具的適用性和文化公平。此外，對於手語使用者，應注意溝通和翻譯的準確性，施測時應留意環境中的噪音、視覺線索和溝通策略等，進行適當因應或調整，以確保測試結果的準確性和可靠性，並適當調整評量時間，以滿足不同學生的需求。

（四）鑑定評估人員

1. 聽力篩檢人員

在醫院中，聽力篩檢主要由醫師、聽力師或護理人員負責實施。在學校環境中，則多由學校護理人員執行此項任務。此外，在家庭或學校環境中，照顧者和教師也應透過觀察或晤談方式，留意幼童的聽覺行為。必要時，應使用聽覺行為檢核表或聽覺表現問卷進行進一步的檢核。

2. 聽力學診斷與評估人員

聽力學的診斷與評估工作主要由具有專業資格的醫師和聽力師執行。他們不僅負責進行聽力檢查，還需登錄檢查結果並簽發正式的聽力檢查結果報告書。

3. 聽覺活動參與資料收集人員

收集聽覺參與活動的相關資料，如聽能、語言表達、人際溝通、學習表現以及學校的適應情況，主要由聽力師、語言治療師、普通教育老師、特殊教育老師以及鑑定評估人員等通力完成。這些專業人員通過多元的評估工具和方法，確保能夠全面評估聽障學生及幼兒的需要和支持他們的學習與發展。

整體而言，聽覺障礙學生及幼兒的鑑定涉及多種專業人員的合作，從初步的篩檢到深入的聽力學診斷與評估，乃至人際社會、特殊教育與相關服務措施的評估，每位專業人員的角色都是確保聽障學生及幼兒能獲得恰當且有效評估和支援的重要一環。

四、教育需求評估

針對具聽覺障礙情形之學生及幼兒的特殊教育和學習需求評估，根據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》，評估內容應涵蓋健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為及領域（科目）學習等多個方面。在進行評估時，必須根據個別學生的實際需求選擇適當的評估項目，並在評估報告中明確指出學生的優勢與弱點，同時提供適合的教育安置、評量方法、環境調整及必要的轉銜輔導建議。

對於具聽覺障礙情形之學生或幼兒來說，他們的教育需求範圍雖廣，但核心焦點主要集中在聽覺功能和活動參與兩大領域。以下是評估聽障學生及幼兒時需要特別關注的幾個重要

項目：

（一）感官功能

感官功能的評估主要集中在聽能狀況，涵蓋以下幾個重要項目：

1. **聽覺敏銳度與聽損程度**：透過不同頻率的聽力測試來確定各頻率聽力水準、可聽度指數（audibility index）、聽覺障礙（hearing handicap）比率等。

2. **聽損類型及部位**：根據聽力檢查，確定聽損是感音性、傳導性或混合性，並確定影響的部位。

3. **中耳功能**：通過鼓室圖和阻抗測試來評估中耳狀態，這有助於識別中耳疾病等可能影響聽力的問題。

4. **語詞辨識能力**：評估語詞辨識閾和辨識分數，這不僅包括在安靜環境下的表現，還要考慮在噪音環境中對語音的辨識能力。

上述四項聽覺感官功能，通常來自醫院聽力學診斷與評估報告的資料，此外，仍需留意其他項目的評估，例如（1）語音成份的接收：包括聲調、聲母、韻母、句型、語音段落及情緒聲音線索（emotional acoustic cues）等；（2）聽覺記憶與語言理解能力；（3）聆聽負擔，考量聽障學生及幼兒在長時間聆聽下可能出現的聽覺疲勞。

針對評估結果，應考慮以下幾種支持與介入措施，以提升或輔助其聽覺感官功能。

1. **聽能訓練、讀話訓練、說話訓練或溝通策略訓練**：這些訓練旨在改善學生的聽覺和溝通能力。

2. **輔具應用**：提供合適的助聽器、電子耳或其他聽覺輔助設備，以增強聽覺效能。

3. **環境支持與素材視覺線索**：調整學習環境，如使用視覺輔助材料和技術，以幫助學生更好地理解課堂內容。

4. **手語與視覺支持服務**：提供手語翻譯、打字、影片字幕、光或震動提示等，以保證信息的有效接收。

（二）知覺動作

聽障者常合併有平衡感的問題，通常由醫師、聽力師、物理治療師或職能治療師進行平衡感的評估與治療。

（三）認知

智力測驗通常需要相當的語文能力，甚至語文能力即是智力的分測驗，因此需要考慮對聽障學生及幼兒測驗的文化公平問題。評估他們的認知功能，一般採用非語文測驗，例如托尼非語文智力測驗、柯氏方塊組合能力測驗、瑞文氏非文字推理測驗、瑞文氏圖形補充測驗等。

（四）溝通

受限於聽力損失，學生及幼兒容易導致語音接收與理解的困難，後續影響說話、閱 讀、寫作等溝通能力的發展，因此需要說話訓練、溝通策略訓練，也可以學習手語或簡單手勢，提升其溝通效能。

（五）情緒與社會行為

聽障學生及幼兒是個異質性團體，在情緒與社會行為也一樣具有很大的差異。在對話時，聽障學生及幼兒在聽取說話者的情緒聲音，可能會遭遇困難（例如 Başkent et al., 2023; Wang, et al., 2016），而為了讀話，視覺焦點多放在說話者的臉部下半，而非如一般兒童放在臉部上半，因此對於談話者情緒的辨識可能較弱（Wang, et al., 2017）。聽障學生及幼兒在心智理論上，平均有發展較慢的趨勢，因此較難了解互動夥伴的觀點、想法、情緒。聽障學生及幼兒也可能在聆聽與溝通互動面臨較多挑戰，需要學習更多的情緒調節策略、提升社會互動能力，而提升語言溝通能力，有助於減少負向的情緒與行為問題。

（六）領域（科目）學習

聽障學生及幼兒從聆聽到閱讀的訊息接收，從說話到書寫的訊息表達，都處於弱勢的地位，因此在領域或科目的學習上也就比一般學生遭遇較大的困難，特別是使用手語的學生，還要多一層語言、文字的轉譯，挑戰更加艱鉅。因此需要從課程調整、教學設計、評量調整、特需課程等多方面考量，提供聽障學生及幼兒學習支持。

五、綜合研判

本節以聽障學生及幼兒鑑定原則與研判的注意事項、以及安置建議與相關服務等進行說明。

(一) 自 2012 年啟動新生兒全面性聽力篩檢以來，通過早期發現、早期診斷和早期介入，許多聽障學生及幼兒在各方面展現出優異的表現。然而，雖然蒐集到的資料可能顯示這些學生有優異的聽能表現，但聽能表現的評量並不容易做到周全，尤其是在噪音環境中的語音聽知覺。此外，學生在認知、溝通、學科學習、情緒與社會行為等方面能和同儕有一樣的表現，往往是因為他們投入了更多的心力努力聆聽，因此聆聽負擔較為沉重，會有維持專注力的困難、容易感到聽覺疲勞等。這些情形在學校不易察覺，意味著不能因早期療育的成效而過早剝奪他們的聽覺障礙資格，應根據多元評量原則綜合評估學生的情況，以及所需要的特殊教育與相關服務措施。

(二) 儘管新生兒全面性聽力篩檢能夠發現大多數聽損新生兒，但考慮到少數新生兒錯過篩檢、

篩檢偽陰性、遲發性聽損、以及藥物、疾病或外傷等環境因素引起的聽力問題，各教育階段都應加強對學生溝通表現的觀察。一旦懷疑存在聽力損失問題，應立即轉介進行診斷，以免錯過早期發現的機會，進而引起後續的連鎖反應。

(三) 聽覺障礙和其他障礙類別一樣，其資格鑑定、安置和所需的特殊教育與服務措施，都需整合多元評估的資料之後再進行綜合研判。學生即便通過純音聽力檢查或聽覺電生理檢查得到氣導聽閾、計算聽損程度，仍不能僅憑此確認其聽覺障礙資格，而必須結合完整的聽力學診斷與評估資料，如助聽後聽閾、語音接收閾、語音辨識閾及語音辨識分數等，以及其他聽覺參與活動的資料進行鑑定。

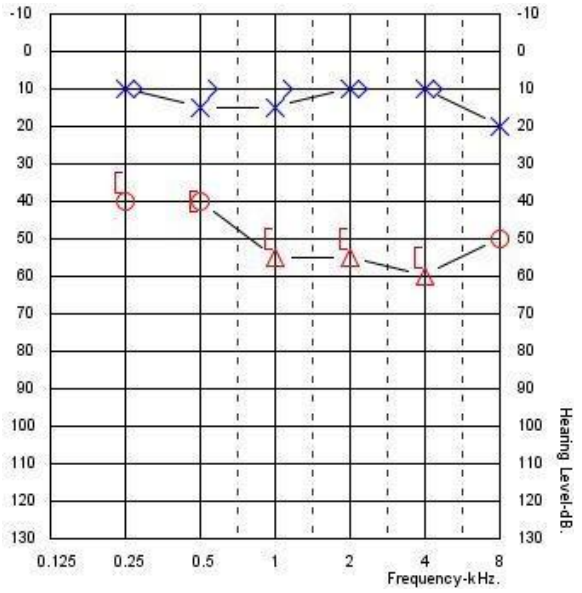
(四) 由於教育系統和衛生福利系統對聽覺障礙的定義存在差異，因此不應直接用衛生福利系統的資料來判定教育系統的聽覺障礙資格。教育系統對於聽覺障礙的定義概如上述，除了聽力學診斷與評估外，還需要參考聽覺活動參與的情況，進行綜合研判。若僅就純音聽力檢查結果來看，教育系統與衛生福利系統在鑑定上都採用 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz 的閾值，但教育系統直接計算純音平均閾值，而衛生福利系統以雙耳聽閾計算加權後的聽障比率；教育系統的單側聽損定義為任一耳聽損超過 50 分貝，而衛生福利系統則為雙耳非對稱聽損。就此純音聽檢結果而言，教育系統的標準較為寬鬆，符合衛生福利部聽覺障礙資格者，也都符合教育系統的資格，但符合教育系統的資格者，並不一定能取得衛生福利部的身心障礙證明。

教育安置方面，根據《特殊教育法》的規定，所有身心障礙及資賦優異的國民都有權接受適合其特性的融合教育。教育階段應依據就近入學原則進行學生安置，如學區內學校無法提供適當的特殊教育場所，應由主管機關負責安置於其他合適的特殊教育場所，以確保學生的教育權益得到妥善的實現。

六、案例

(一)小松

小松今年九歲，活潑好動，人緣還不錯，但有時同學會覺得很奇怪，問他問題，有時候反應很快，有時卻沒反應。特別是從右後方叫他時，他不是沒反應就是轉錯邊。老師懷疑小松的聽力有損失，請父母帶去醫院檢查。小松聽力檢查的結果如下圖。



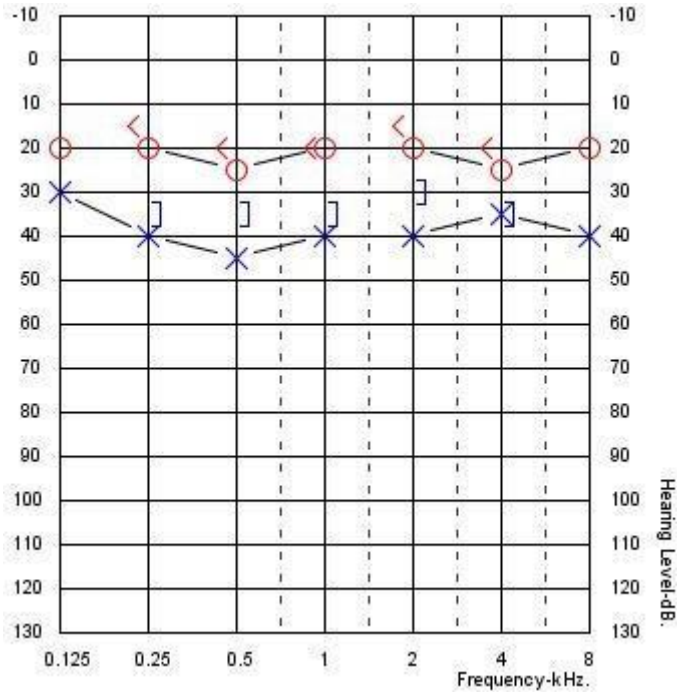
註：圖內符號為純音聽力檢查結果所標記的聽閾，「○」為右耳氣導；「Δ」為遮蔽後的右耳氣導；「〔」為遮蔽後的右耳骨導；「 」為左耳氣導；「>」為左耳骨導。

從聽力圖可以看出小松左耳氣導四個頻率（500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz）的聽閾平均值是（15 + 15 + 10 + 10） ÷ 4 = 12.5（dB HL）。右耳的四個頻率（500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz）聽閾平均值是（40 + 55 + 55 + 60） ÷ 4 = 52.5（dB HL）。顯示雖然他的左耳聽力未達障礙基準，但右耳超過 50 分貝，達到單側聽損的鑑定基準，而且老師觀察小松在吵雜環境中，不太能參與小組討論，常常需要側耳傾聽，或經常詢問旁邊的同學，這些聽覺表現顯示小松需要的特殊教育與相關服務措施。

經過小松老師轉介，並且提供聽力圖和他的聽覺行為表現等相關資料後，鑑輔會認為小松符合聽覺障礙的鑑定標準，可以接受特殊教育與相關服務措施。後續小松在聽力師的建議下，在右耳配戴助聽器，並且由其個管老師為其申請在教室使用遠距麥克風系統（例如 FM 調頻輔助系統），以減少距離與噪音對小松學習的干擾。小松的班級導師也在小松的同意下，向班上同學說明小松有時候沒有反應並不是故意不理人，而是因為單側聽損的緣故，並且用心透過班級經營，營造班上正向支持的氣氛，也讓小松經常有機會服務班上，班上同學越來越喜歡小松。同時也和小松討論在班級中的座位安排，最後小松坐在教室的前三排中間偏右，讓他的優耳（左耳）接近老師的語音。慢慢的，小松的學習和適應越來越好了。

（二）小藍

小藍剛滿四歲，在幼稚園聽力篩檢時，被發現可能有聽力問題。經過醫師和聽力師進一步的聽力檢查，其聽力圖如下。



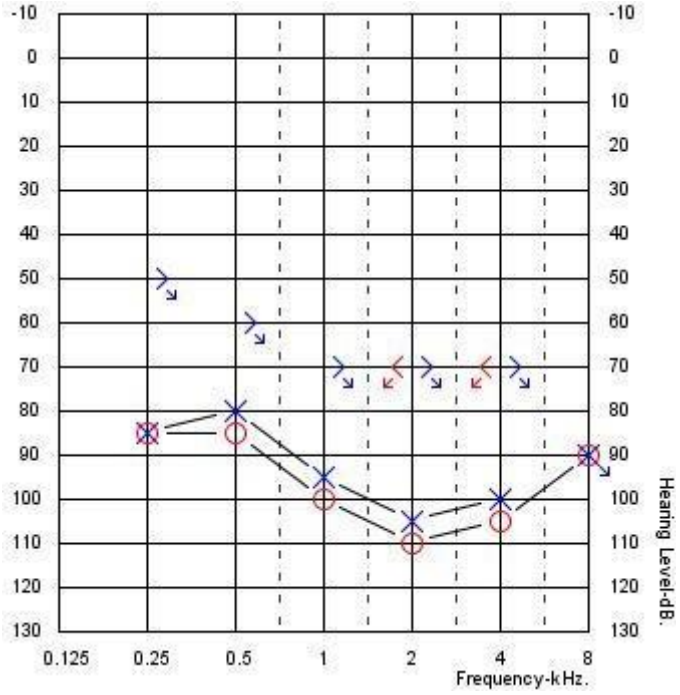
註：圖內符號為純音聽力檢查結果所標記的聽閾，「○」為右耳氣導；「<」為右耳骨導；「 」為左耳氣導；「]」為遮蔽後的左耳骨導。

小藍左耳四個頻率（500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz）的閾值分別是 45、40、 40、35 dB，因此平均閾值為 40 dB HL。右耳四個頻率（500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz）的閾值分別是 25、20、20、25，平均閾值為 22.5 dB HL。由於小藍未滿七歲，因此符合優耳平均聽閾大於 21 分貝的基準，且其說話的清晰度相對同齡兒童較不清楚。因此經過老師、法定代理人或實際照顧者合作提供聽力圖及相關的聽覺表現觀察與描述，經鑑輔會判定符合接受特教資格。後續小藍接受語言治療師的語言、說話評估，並且在學前巡迴輔導老師與班級老師的合作下，在幼兒園的課程活動中融入聽能與說話的練習。

（三）小梅

小梅今年 11 歲，國小五年級。出生時三個月內即被診斷雙耳有 90 dB HL 以上的聽力損失，經過配戴助聽器並且接受早期療育後，仍無法發展出口語。小梅的父母原本考慮要接受人工電子耳的介入選項，但經醫師進一步檢查後，發現小梅的聽神經細小，植入後效益可能不佳。因此小梅的父母決定不植入人工電子耳，而是全家陪小梅一起學手語，盡快和小梅有溝通的管道。小梅父母希望小梅能在自家附近的小學就讀，而不是去啟聰學校。但是因為小梅無法透過聽覺來學習，需要有手語翻譯員入班協助才能了解老師的授課內容。經過學校個案會議的討論，小梅的國語、數學課抽離到資源班上課，其他科目在原班級。同時，每週 20 節課有手譯員入班。在小梅父母向同班同學說明小梅的情況後，班上同學也開始學手語，

以便和小梅溝通。目前小梅在班上適應良好，人際互動不錯。以下是小梅最近一年檢測的聽力圖，顯示小梅兩個耳朵的聽力損失很重，左耳四個頻率（500Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz）的閾值分別是 80、95、105、100 分貝，因此平均閾值為 95 dB HL。右耳四個頻率（500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、4000 Hz）的閾值分別為 85、 100、110、105 分貝，平均閾值為 100 dB HL。雙耳很難透過聆聽而理解口語訊息，就算戴上助聽輔具，也無法達到很高的語音辨識率，小梅的聽力損失程度符合鑑定辦法的標準，是特殊教育服務的對象。



註：圖內符號為純音聽力檢查結果所標記的聽閾，「○」為右耳氣導；「<」為右耳骨導，加上「 」表示已達機器輸出最大音量；「 」為左耳氣導；「>」為左耳骨導，加上「 」表示已達機器輸出最大音量。

七、參考文獻

教育部(2024年04月29日)。特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187

Başkent, D., Babaoğlu, G., Yazgan, B., Ertürk, P., Gaudrain, E., Nagels, L., Jong, T., Launer, S., Singh, G., Derleth, R. P., Coster, F., Chatterjee, M., Vickers, D., Hendriks, P., Yücel, E., Sennaroğlu, G., Schroeff, M., Vroegop, J., Maat, B., Free, R., Benard, R., Dirks, E. & Rahman L.(2023). Emotion perception in children with cochlear implants and with hearing aids. *The Journal of the Acoustical Society of America, 153*(3), A331. https:/doi.org/10.1121/10.0019038

Bell, R., Mouzourakis, M. & Wise, S. R. (2022). Impact of unilateral hearing loss in early development. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 30*(5), 344-350.

Florida Department of Education. (2024, May 21). *Rule 6A-6.03013, F.A.C.,*

Exceptional Student Education Eligibility for Students Who Are Deaf or Hard-of- Hearing. https://www.flrules.org/gateway/ruleNo.asp?id=6A-6.03013

Wang, Y., Su, Y., & Yan, S. (2016). Facial expression recognition in children with cochlear implants and hearing aids. *Frontiers in Psychology, 7*, 213507. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01989

Wang, Y., Zhou, W., Cheng, Y., & Bian, X. (2017). Gaze patterns in auditory-visual perception of emotion by children with hearing aids and hearing children. *Frontiers in Psychology, 8*, 267013. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02281

World Health Organization. (2021). *World report on hearing*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/339913.

語言障礙鑑定說明

一、 前言

語言是一套約定俗成的符號系統，也是人類用以達成溝通目的的主要工具，而將語言透過說話的方式表達出來，更是大多數人最常使用且有效的溝通方法。隨著年齡發展，大多數兒童的言語和語言能力也隨之發展，能有效地運用言語和語言能力達到各種的溝通目的，例如分享訊息、表達想法、請求協助、提問、回答問題、評論等。若學生有明顯的言語或語言處理困難，可能會影響說話清晰度，以致溝通效能降低，且會影響學習活動的參與。國際聽語專業學會以「溝通障礙」（Communication disorders）涵括聽、說、讀、寫等能力面向的障礙（例如美國聽語學會， American Speech-Language- Hearing Association [ASHA], 1993);國際疾病分類(ICD-11)以發展性言語或語言障礙(Developmental speech or language disorders）作為分類名稱（World Health Organization [WHO], 2019）；美國特殊教育系統則是參照身心障礙者教育法案(The Individuals with Disabilities Education Act [IDEA]）（U.S. Department of Education, 2017）以「言語或語言障礙」（Speech or language impairment)指稱有明顯說話或語言障礙的特殊需求學童(The Office of Special Education Programs [OSEP]）（U.S. Department of Education, 2023）。

國內特殊教育法歷經多次修法則是持續使用「語言障礙」一詞涵蓋有言語（說話）或語言問題而導致有溝通困難的學童。雖然國內外的相關專業組織所採用的類別名稱不完全一致，但是其所界定的實質內涵有其似之處，都包括了言語異常和語言異常，前者涵蓋了語音異常（構音）、嗓音異常、語暢異常；後者涵蓋了語言理解、語言表達或兩者能力的異常，而且強調不論是因說話或語言問題所導致的溝通困難會對個人的學習參與產生不利的影響，需要提供特殊教育與相關服務介入。

根據美國教育部的特殊教育統計資料(U.S. Department of Education, 2023)， 2021-2022年所鑑定出3～21歲有言語或語言障礙的出現率約占該年齡層總人數的 2.8%，約占該年齡層所有身心障礙人口的19%，此比例僅次於學習障礙，且以就讀於普通班的各類特殊需求學童人數來看，言語或語言障礙學童的比例是所有障礙類別中比例最高的。相較於美國教育系

統對語言障礙學生的高鑑出率，臺灣對語言障礙學生之鑑出率歷年來都明顯低估。根據2023年度《特殊教育統計年報》（教育部，2023），國內2023年高級中等以下學校身心障礙類學生有13 萬 1,884 人，語言障礙學生有1,331人，占全部身心障礙學生的比例僅為1.01%。其中，各教育階段的語言障礙學生數及其所占該階段障礙學生人數之比例如下：學前階段為56人（0.20%）、國小階段為1168人（2.21%）、國中階段為51人（0.19%）、高中階段為56人（0.24%），且男女生出現語言障礙的比例約為2.5：1。整體來看，臺灣跨各教育階段經鑑定之語言障礙學生總數約占該階段身心障礙學生的0.20～2.21%，都明顯低於美國對言語-語言障礙學生的鑑出率。

造成此一現象的複雜原因仍有待探究，首先，推測由於部分的言語和與語言障礙會涉及說話生理機能的損傷，在特殊教育現場的教師或評估人員對語言障礙的認定會傾向認為屬於語言治療或醫療系統的實務領域，或需要依據醫學診斷證明作為決定語言障礙身份資格的依據，而較忽略此類障礙學童的教育鑑定與在特殊教育需求評估（錡寶香， 2013）。其次，國內特殊教育法的分類使用「語言障礙」一詞涵蓋有說話或語言問題的學童，但由於特殊教育學生中有頗高比例會同時伴隨有明顯的說話和語言問題，例如：智能障礙、聽覺障礙、學習障礙、自閉症、腦性麻痺等，都會衍生出語言溝通的困難，但鑑定時會以其主要核心障礙作為障礙情形的鑑定。然而值得注意的是，美國特殊教育統計資料中言語或語言障礙學生的認定，已經排除其他障礙的可能性，因此這個原因並無法完全說明目前臺灣各教育階段中語言障礙學生鑑出率較低的問題。

最後，基於語言和閱讀發展的連續性與相互關連性，部分在學齡階段出現學習障礙（特別是閱讀困難）學童，其學習困難很可能是源自於更早期的語言處理缺陷，但因其在學齡階段所衍生出的學習問題可能更為明顯，以致在國小和國、高中階段的教育鑑定容易忽略其在言語或語言處理的問題及相關語言溝通訓練的特殊教育需求等。透過此次特殊教育法與身心障礙學生鑑定辦法的修改，研修小組對語言障礙學生的定義與鑑定基準有更明確的界定，希冀特殊教育領域人員和家長對語言障礙學生的特質、鑑定、評量與安置流程有更明確的認知與做法，能更及早鑑定出有說話和語言發展障礙學童，尤其是在學前階段和學齡低年級階段就能有效地鑑定，並提供這些學童所需之說話/語言發展之相關介入與支持。

以下將針對語言障礙學生鑑定辦法的定義與基準、鑑定程序、教育需求評估、綜合研判、案例等進行說明。

二、 定義與基準

2024年修訂 「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」 第六條規定，依特殊教育法（2023）第三條第四款所稱語言障礙，指言語或語言符號處理能力較同年齡者，有顯著偏差或低落現象，造成溝通困難，致影響參與學習活動。前項所定語言障礙，其鑑定基準依下列各款規定之一：

(一)語音異常：

產出之語音有省略、替代、添加、歪曲、聲調錯誤或含糊不清等現象，致影響說話清晰度。

(二)嗓音異常：

說話之音質、音調、音量或共鳴與個人之性別、年齡或所處文化環境不相稱，致影響口語溝通效能。

(三)語暢異常：

說話之流暢度異常，包括聲音或音節重複、拉長、中斷或用力，及語速過快或急促不清、不適當停頓等口吃或迅吃現象，致影響口語溝通效能。

(四)發展性語言異常：

語言理解、語言表達或二者較同年齡者有顯著偏差或低落，其障礙非因感官、智能、情緒或文化刺激等因素直接造成之結果。

以下針對語言障礙的定義和鑑定基準中的重要名詞或概念加以說明，並與過去條文內容相比較，說明此次修改之內容與參考依據。

（一） 定義說明

1. 本條文所定義之語言障礙是指個人的言語或語言符號處理能力與同年齡者相較，有顯著偏差或低落現象，此一定義強調語言障礙學生的核心問題包括了言語或語言符號處理能力缺陷，兩者皆屬於語言障礙的範疇。

2. 由於言語和語言能力會隨年齡成長而逐漸發展成熟，因此語言障礙學生的鑑定必須參照同

年齡者的語言表現水準，且在相較之下，與同儕語言能力之差距達到一定的顯著程度的偏差或低落（通常是以差距達1.5個標準差作為判斷標準，約為百分等級7以下）。

3. 強調因言語和語言能力的偏差或低落，造成溝通困難，致影響參與學習活動，例如在課堂上發言、提問、分組討論、回答問題、敘說故事或經驗或與同儕聊天互動等，會受到個人的言語和語言能力的偏差或低落，而使學習參與活動受到限制。

（二） 鑑定基準說明

語言障礙鑑定基準中的前三項，包括語音異常、嗓音異常、語暢異常是屬於言語或說話的障礙，第四項「發展性語言異常」則屬於如何使用語言符號的形式（語形和語法）、內容（語意）、功用（語用）上的問題，以致於在語言理解或表達上有顯著困難。不論是說話或語言的問題，若因而影響到個人的語言溝通效能，以致影響參與學習活動的機會或表現，都屬於語言障礙的範疇。

由於各項言語或語言異常的內涵相當多元，以下說明鑑定基準中所稱各項言語或語言異常的重要內涵和特性，作為鑑別的參考。

1. 語音異常（speech sound disorders）

是指產出之語音有省略、替代、添加、歪曲、聲調錯誤或含糊不清等現象，致影響說話清晰度。說話者的構音方法、位置、速度、強度、或協調度有問題，以致產生的語音（包括聲母、韻母和聲調）有錯誤或含糊不清的情形，進而影響說話清晰度，造成別人（聽話者）無法清楚瞭解其說話的內容，而產生溝通困難。隨著年齡增加與構音動作的成熟，語音錯誤的情形會逐漸減少，因此在鑑定兒童是否有語音異常時必須考量和參照華語兒童語音發展的年齡常模（可參見鄭靜宜，2011，2018）。

常見的語音錯誤類型有替代（ substitution ）、省略(omission ）、 添加(addition)、歪曲（distortion）等（Owens et al., 2011）。

(1) 替代：以另一個語音代替某一個標準語音，例如將「工作」說成「東作」（以舌尖音/ㄉ/替代舌根音/ㄍ/）。

(2) 省略：聲母或韻母被省略了，通常是聲母省略的情形較多，例如將「香蕉」說成「央蕉」（省略了聲母/ㄒ/）；或者是複韻母部份省略，簡化成為單韻母，例如將「白鴿」說成「拔鴿」（將複韻母

/ㄞ/的末尾韻母/ㄧ/省略了）。

(3) 添加：在正確的語音中加入額外的音，例如將「綠色」說成「略色」（添加了韻母/ㄝ/），或者將「舞衣」說成「虎衣」（添加了聲母/ㄏ/），但此錯誤情形在中文系統裡較為少見。

(4) 歪曲：歪曲語音聽起來不同於標準語音或不存在於原語音系統裡的語音，而讓人無法正確聽辨其語音內容，例如將「黑狗」說成「黑？」，介於ㄍ和ㄉ之間的怪異音。

除了上述四種常見語音異常類型，中文四個聲調的錯誤運用，例如把「不要」說成「補藥」（二聲和三聲的混淆）；或者是整體的說話含糊不清，雖無明確的語音錯誤類型，但仍會影響說話清晰度，也屬於語音異常。

2.嗓音異常（voice disorder）

是指說話之音質（quality）、音調（pitch）、音量（loudness）或共鳴（resonance）等嗓音特質與個人之性別、年齡或所處文化環境不相稱，致影響口語溝通效能。常見的嗓 音異常問題包括：

(1) 音質異常：包括沙啞聲（hoarseness）、粗嘎聲（roughness）、顫抖聲（tremor）、氣息聲（breathiness）、嗓音過緊（strain）、失聲（aphonia）或發聲困難（dysphonia）等現象。

(2) 音調異常：包括說話的習慣性音調過高或過低、音調變化範圍太小（例如說話音調變化過於平板）、或音調控制不穩定（例如音高破裂）等現象。

(3) 音量異常：包括說話音量過小或過大、或音量控制不穩定（例如忽大忽小）等現象。

(4) 共鳴異常：包括說話時鼻音過重（hypernasality）或鼻音不足（hyponasality）等現象。

3.語暢異常（fluency disorder）

是指說話之流暢度異常，包括聲音或音節重複、拉長、中斷或用力，及語速過快或急促不清、不適當停頓等不流暢的現象，致影響口語溝通效能。

說話的速度、節奏、韻律等特性上出現明顯的異常現象，產生說話不流的問題，最常出現的是口吃（stuttering）和迅吃（cluttering）。

口吃現象主要包括：

(1) 語音、音節或部分詞的重複（repetition）。例如：ㄇㄇ買菜、我我我們去上學，經常重

複二次以上。

(2) 語音或字（音節）的延長（prolongation）。例如：妹妹疊－（聲音延長）積木或妹妹勹－（聲音延長）疊積木。

(3) 字詞中出現不適當的中斷或卡住（block or broken words）。例如：我要去搭高-（用力或聲調改變）-鐵。發生口吃時可能伴隨身體的動作，包括眨眼睛、聳肩、臉部怪異表情、擺手或頓足等次要症狀（secondary syndromes），或因口吃而產生緊張焦慮和逃避的情緒。

迅吃的現象主要包括：說話時語速過快或時而正常時而過快，容易發生構音錯誤，例如：聲母省略或錯誤，音節省略或難以辨識，令聽話者不易聽清楚，同時也可能會出現插入字詞（interjection）、修正（revision）和多音節重複，以及在不適當的地方暫停等問題，迅吃者也會伴隨口吃現象，二者有共病情形。

4. 發展性語言異常（developmental language disorder）

是指語言理解、語言表達或二者較同年齡者有顯著偏差或低落，其障礙非因感官、智能、情緒或文化刺激等因素直接造成之結果。此基準強調在發展階段出現語言理解、語言表達或兩者能力相較於同年齡者有顯著偏差或低落的問題，且這些語言能力的困難並不是源自於個人的感官缺陷、智能低下、情緒問題或文化刺激不足等因素所直接造成之結果(Bishop et al., 2017; Leonard, 2014; WHO, 2019）。

語言是溝通時用來進行編碼與解碼的工具符號，包括語音、語意（詞彙概念和使用）、語法（語法結構和句型等）和語用（語言使用、對話、敘說等）等要素，若在這些語言要素的發展上持續有顯著的困難，則會導致在語言理解或語言表達上的偏差或低落，以致與同年齡者相較之下出現明顯的語言能力偏差或遲緩現象，通常會以低於同齡兒童平均發展水準 1.5 個標準差作為發展性語言異常的判斷依據。

發展性語言異常兒童在早期幼兒階段，通常會出現較晚的語言發展里程碑，例如，詞彙發展遲緩（包括理解和表達）、較晚出現兩個詞彙的連結、較晚出現完整的句子、或整體語言發展的成熟度較正常兒童遲緩或低落的情形，其語言偏差或遲緩的問題若未獲得有效的早期介入，可能會持續到學齡階段（Weismer et al., 1994; Gleason & Ratner, 2009）。發展性語言異常兒童的溝通和語言困難若持續到學齡階段，則經常會反映在語言理解及表達能

力較弱，例如詞彙知識不足、新詞學習的速度較慢、語句理解較弱、對較抽象或象徵性詞彙的理解困難、語句不完整或複雜語句的使用頻率較低、敘事能力低落等現象(Leonard, 2014)。語言處理能力的偏差或低落問題往往會影響個人的語言溝通能力及閱讀能力的發展，對學習活動之參與會有不利的影響。

（三） 新法與舊法之比較與修改說明

新版的「語言障礙」定義及鑑定基準與「**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法**」(2013）的內涵大致相符應，但在名稱定義及各項鑑定基準的文字敘述上有部分修改，同時也參照國際學界和臨床界對語言障礙的界定，以期能更清楚地說明其障礙的內涵。

1. 在定義中明確指出語言障礙的核心問題包括言語或語言符號處理能力較同年齡者，有顯著偏差或低落現象，此項修改是參照IDEA法案、ASHA（美國聽語學會）、DSM-5（精神疾病診斷與統計手冊第五版）（American Psychiatric Association [APA], 2013）、 ICF（國際健康功能與身心障礙分類系統）（WHO, 2018）對語言障礙之界定框架，將言語和語言問題的內涵均清楚明列為語言障礙。

2. 在定義中強調語言障礙會對溝通功能造成影響，以及對各種學習活動的參與也會有不利影響。

3. 因應近年來國際學界慣用名稱之改變（例如DSM-5）（APA, 2013），將「構音異常」修 改為「語音異常」（speech sound disorders），以個人說話產出的語音特徵或錯誤情形對說話清晰度之負面影響，並影響學習活動之參與，作為語音異常與否的判斷基準。

4. 對「嗓音異常」的內涵說明，強調個人之嗓音特質須參照其性別、年齡或所處文化環境之常態，呈現出不相稱的情形，且會對口語溝通效能造成不利影響，作為判斷之基準。

5. 將「語暢異常」的內涵更清楚說明，將口語不流暢的兩項主要問題，即口吃和迅吃，分別明列進去並加以說明其二者的說話節律特徵，以提升特教現場教師和評量人員對此二種語暢問題的覺察。

6. 舊法採用「語言發展異常」之名稱易生混淆，且因應國際（ICD-11）（WHO, 2019）對此類別名稱之改變，修正為「發展性語言異常」（developmental language disorder, DLD），強調是發展階段的語言異常，不論是語言理解、語言表達或是二者同時出現顯著偏差或低落

的表現，都屬於發展性語言異常，且強調其障礙並非因感官（視覺或聽覺）、智能、情緒或文化刺激等不利因素所直接造成之語言處理問題。

三、鑑定程序

《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》(2024)第二十三條規範特殊教育學生及幼兒之鑑定，應依轉介、申請或推薦，蒐集相關資料，實施初步類別研判、教育需求評估及綜合研判後，完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告。語言障礙之鑑定程序亦大致依照此規定進行鑑定程序。

以下依序說明語言障礙學生的鑑定目的、鑑定步驟、評估方式(含工具選用)、鑑定重點、鑑定評估人員。

（一） 鑑定目的

語言障礙的鑑定目的在判斷學生是否符合《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》所規範的任一項言語或語言異常類型的鑑定基準，透過多元評量方法和工具，分析學生言語或語言能力的強弱勢及影響溝通功能的嚴重程度，以提供具語言障礙學生或幼兒所需的特殊教育與相關服務措施。

（二） 鑑定步驟

語言障礙學生之鑑定時程與其他類身心障礙學生或幼兒的鑑定相同，由各級主管機關鑑輔會於每學年度上、下學期至少召開一次會議辦理，必要時得召開臨時會議。鑑定步驟主要包括轉介、多元與完整的評量、綜合研判等步驟。

1. 轉介：通常是由教師或家長透過長期的觀察後，發現學生經常出現言語問題（例如：口齒不清、語音錯誤、逃避說話、說話結巴不流暢、或嗓音品質怪異等）、或是語言問題(例如；無法理解他人的話語意思、所表達出來的語句不完整或結構混亂、或經常無法與人進行有效的口語溝通互動等)，或是覺察該學生語言發展與同齡者有差異或落後的現象，教師或家長可以填寫轉介資料表，提出進一步鑑定的申請。

2. 初步篩檢：由教師使用語言問題檢核表進行初步篩檢，檢核表的內容大多涵蓋各項可能的說話-語言問題的面向，透過此步驟初步篩檢出有語言障礙的學生，以及學生或幼兒的言語-

語言問題類型（例如：語音異常、嗓音異常、語暢異常、口語理解困難、口語表達困難、口語理解和表達困難等）（參見錡寶香，2013編製之「說話／語言障礙檢核表」）。

3. 多元與完整的評量：對於初步篩檢出來可能有言語或語言異常的學生或幼兒，鑑定評估人員必須針對學生言語-語言能力或障礙進行多元評量。主要包括：使用標準化語言評量工具、語言行為觀察、晤談、語言樣本的蒐集與分析等方法，針對學生的說話、語言理解、和語言表達能力進行完整的評量，以深入瞭解個案說話和語言能力的強處和弱處。由於言語異常的原因可能部分與言語生理構造的缺陷有關連，因此建議在評估過程中，盡量取得醫學相關的檢查結果，例如聽力檢查、呼吸系統、構音及共鳴的構造與功能檢查等，以更了解學生的言語問題的可能生理原因，並排除因感官問題所造成之言語-語言異常。同時實施個別化智力測驗，包括語文和非語文智力測驗或量表，以確認其認知能力在正常發展範圍內，一般以非語文智力高於80分為切截，若介於70-80之間仍可考慮和綜合研判，但若非語文智力低於70則轉應轉介其他類組進行鑑定。另外，學齡階段學生（尤其是中高年級以上）與語言能力有關的學習表現，例如閱讀理解、書寫語言應用、國語文能力等，也建議加以評估，以瞭解因語言能力低落對各項學習表現的負面影響程度。評估人員也可以透過與實際照顧者訪談或訪談表的使用，蒐集可能影響學生語言發展或障礙的相關發展史與醫療或教育史，做為參考。評估人員必須在各項評量程序完成後，彙整學生在各項語言能力評量結果和上述觀察和晤談的資料，並撰寫評估報告。

高中以下學校透過特推會、幼兒園透過園務會議，根據所蒐集之各項語言評估結果與相關資料審議後，將審議結果提交至鑑輔會進行綜合研判。

4. 綜合研判：進行綜合研判時，若學生具下列資格或證明文件之一，且經上述測驗、觀察、晤談等多元評量方式，確認與學生實際表現相符，得作為判定符合語言障礙基準的參考，尤其是語音異常、嗓音異常及語暢異常的鑑定，更應提醒或協助學生取得所列證明之一:

（1） 具有效期限之身心障礙證明（第三類聲音或言語機能障礙）

（2） 一年內身心障礙鑑定或教學醫院以上等級醫院專科醫師開具醫療診斷證明記載為語音障礙、嗓音障礙、語暢障礙或語言障礙。

（3） 醫院聯合評估報告或語言治療師評估為語音障礙、嗓音障礙、語暢障礙或語言障礙者。

鑑輔會委員依據上述學生言語-語言能力的多元評量結果和相關醫療證明等資料，參考家庭因素、適應問題及所需之教育相關服務，必要時得請評量小組或相關人員提供其他具體資料供討論之參考，進行鑑定結果的綜合研判，以認定個案之語言障礙資格，同時也須確定學生並非其他障礙造成言語-語言發展問題。

若學生符合任一項語言障礙的鑑定基準，則進一步評估學生所需的特殊教育服務方式、內容與教育安置。若不符任一項語言障礙的鑑定基準，則依情況轉介其他障礙類組之鑑定，或建議學校針對學生的言語-語言問題，加強學生與教師、家長之觀念溝通，並可由特教教師提供普通班教師諮詢服務，協助在原班級實施合理調整與輔助。

（三） 鑑定方式

語言障礙學生之鑑定，應採用多元評量方法，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙證明記載蒐集個案資料，並進行綜合研判。建議可以透過以下的多元評量方法：

1. 蒐集個案史

在正式評量之前，可以透過學生的出生史、發展史、醫療史、早期療育或接受教育服務等相關記錄的蒐集，作為了解學生言語-語言問題的原因、問題本質、及可能的語言介入參考。

2. 晤談

透過與學生、學生的實際照顧者或教師進行晤談，以了解學生在日常的學習和溝通情境中的語言行為與困難，例如同儕關係建立、學校活動參與、溝通意願、溝通效能與學校適應等情形，大多與學生的言語-語言能力有關聯。尤其是重度和極重度溝通障礙學生，更需要透過此方法瞭解其在真實情境中溝通意圖的展現方式、溝通的方法、及溝通的效能等。

3. 施測標準化語言測驗

實施具有標準化程序、計分方法、和結果解釋的標準化語言測驗，將學生的表現與常模相對照，以瞭解學生言語-語言能力是否明顯低於同儕。或者是與特定標準對照，瞭解個案是否具備了某一程度的能力，作為個案言語-語言能力的基準線。依選用測驗的內涵來看，綜合性的語言測驗通常涵蓋了多個語言向度和層次，其結果能提供瞭解個案整體語言能力的訊息，但對於特定的語言能力則較無法提供深入的分析；特定項目的語言測驗通常只涵蓋特定或少

數的語言能力向度，例如語意、語法、語音、語用，較能深入評量特定項目語言的能力。

關於標準化語言能力測驗結果的切截分數的設定，除了可以參考原測驗工具建議之障礙切截分數之外，若參考國內外聽語和特教專業學會的實務運作情形，則建議以負1.5個標準差作為言語-語言能力偏差或低落的參考切截。然而，國內目前所發展出來的語言評量工具，能涵蓋的語言能力向度與年齡範圍頗為有限（詳見表 1），尤其是適用常模通常以幼兒園和國小階段為限，國高中階段的常模較為缺乏，有待持續研發或編制。特別須留意的是每項評估工具有其優劣點及適用範圍，建議評估者謹慎選用，且至少能施測兩項（含）以上的標準化語言能力測驗，同時蒐集學生的語言行為觀察和溝通樣本分析資料，進行較為客觀且具生態效度的語言能力評估。

表 1 國內常用兒童語言評量工具

0~6歲兒童發展篩檢量表－語言與溝通發展（2000）	黃惠玲	0~6歲	綜合性語言
嬰幼兒綜合發展測驗－語言分測驗（2004）	王天苗等人	3~71個月	綜合性語言
華語嬰幼兒溝通發展量表（臺灣版）（MCDI-T）（2010）	劉惠美、曹峰銘	8~36個月	綜合性語言/詞彙理解＆表達/語法表達
零歲至三歲華語嬰幼兒溝通及語言篩檢測驗（CLST）（2009）	黃瑞珍等人	0~3歲	綜合性語言/詞彙理解＆表達
華語兒童理解與表達詞彙測驗（REVT）（2011）	黃瑞珍等人	3~6歲	詞彙/理解＆表達
修訂畢保德圖畫詞彙測驗（PPVT-R）（1998）	陸莉、劉鴻香	3~12歲	詞彙/理解
修訂學前兒童語言障礙評量表（2008）	林寶貴等人	3~5歲 11個月	綜合性語言
學前幼兒與國小低年級兒童口語語法能力診斷測驗（2005）	楊坤堂等人	4~7歲	語法/理解＆表達

兒童口語表達能力測驗（1993）	陳東陞	5~10歲	綜合性語言/表達
修訂學齡兒童語言障礙評量表（2009）	林寶貴等人	6~12歲	綜合性語言
西北語句構成測驗（1993）	楊坤堂等人	小一~小二	語法/理解&表達
兒童口語理解測驗（2002）	林寶貴、錡寶香	小一~小六	綜合性語言/理解
聽覺記憶測驗（2007）	陳美芳	小二~國一	聽覺理解
國語正音檢核表（第二版）（2004）	席行蕙等人	小一~國三	構音
修訂中文口吃嚴重度評估工具(兒童版）（SSI-3）（2004）	楊淑蘭、周芳綺	3~13歲	說話流暢度
兒童溝通能力檢核表第二版（CCC-2）中文版（2021）	曹峰銘、劉惠美	4~15歲11個月	言語、語法、語意、敘說凝聚性、開啟話題、刻板化的語言、情境、非口語溝通、社會關係、興趣
華語兒童構音與音韻測驗（2018）	鄭靜宜	3~8歲	構音
華語學齡兒童溝通及語言能力測驗（TCLA）（2014）	黃瑞珍等人	小一~小六	詞彙/象徵性語言/語句結構/關聯詞

4. 系統性的觀察與言語-語言樣本的蒐集與分析

透過系統性的觀察與紀錄個案在多種溝通情境與溝通對象下所呈現的語言行為，並蒐集有代表性的言語-語言樣本並進行分析，以瞭解個案的語言能力。在系統性的觀察與紀錄部分，應蒐集並分析學生平時以語言參與各項學習活動的相關資料，例如學生平時參與課堂討論、分組討論、發表想法、提問和回答、人際溝通等需要以語言進行溝通和參與學習活動的情形和表現，以確認其言語-語言能力的缺損對於活動參與及教育表現的負面影響。

在蒐集具代表性的言語-語言樣本方面，常用的語料蒐集方法是以個案較感興趣且適合其

年齡或發展階段的主題，以開放式問句誘發（例如：你平常最喜歡玩什麼遊戲？要怎麼玩？請你說說看讓你印象深刻的一次出去玩的經驗）；也可以用圖片、玩具、故事書等做為媒介，引導個案口語敘事、回答問題或重述故事，並透過錄音和錄影程序去蒐集語言樣本，用以分析敘事的結構、情節的連貫性、語句的完整性與複雜性、詞彙的複雜度、連接詞的應用、主題的維持與延續、因果關係推論等語言能力，同時也可以口語敘事樣本分析學生的語音、嗓音與語暢異常情形和嚴重程度。此方法的優點在於較能詳細描述個案在各個語言面向的能力，瞭解個案在自然互動情境中的語言表現，作為決定言語-語言障礙的參考，以補標準化測驗的不足。

透過上述的多元評量方法與資料蒐集過程，評估人員應彙整相關資料送交鑑輔會鑑定，以決定學生是否為語言障礙學生，並進一步判定其言語-語言障礙類型與教育需求。

（四） 語言障礙各分項之鑑定重點

除了上述說明的一般語言評量方法與步驟之外，由於語言障礙涵蓋了不同的說話和語言障礙類型，各分項的言語-語言異常的鑑定步驟與重點略有不同，分別說明如下：

1.語音異常的鑑定重點

(1) 篩檢：先聆聽個案說話或要求其完成一些簡單的口語活動，例如數數、自我介紹、圖片或顏色命名、短文朗讀等，由評估人員進行聽覺判斷，並參照國內具常模之語音習得資料，作為快速篩檢語音異常的參考。

(2) 實施正式構音測驗：運用標準化的構音測驗讓個案命名或誦讀，以分析個案音素構音的正確率、錯誤數量和類型，同時也可以分析其音韻歷程，以診斷個案的語音異常及其語音錯誤類型。

(3) 分析語言樣本：取得一個或多個具代表性的自然會話樣本，分析個案的正確音、錯誤音的數量、種類、清晰度（語詞和句子層次）、說話速度、說話韻律等項目。

(4) 語音聽辨檢查：感覺回饋對於構音發展有重要的影響，因此也應檢查個案是否能辨別正確音與錯誤音。

(5) 口腔顏面構造與機能檢查：口、唇、舌、齒、口蓋等構造與運動協調性也是必須檢查的項目之一。

(6) 綜合判定：綜合個案在標準化構音測驗與自然說話情境下的言語樣本加以比較，在排除可能的聽力損傷後，確認其構音錯誤情形，包括：錯誤音為何、錯誤音的類型、錯誤音的共同性（錯誤音之間是否有共同的某些特徵，以確認其音韻歷程），以及構 音錯誤是否已影響生活中對話、溝通、表達之清晰度，進而影響其一般生活適應與學校生活，

2.嗓音異常的鑑定重點

(1) 篩檢：除了平時觀察學生的說話情形之外，可以要求學生完成一些簡單的說話活動，例如數數、仿說句子、圖片敘說、短文朗讀、自然會話、或發出簡易母音並維持數秒鐘，以聽覺判斷檢核其嗓音品質是否有明顯異常，例如出現氣息聲、沙啞聲、粗嘎聲、拉緊聲等嗓音問題的情形，或是說話的音調過高或過低、音量太大聲或小聲、音調和音量的控制不佳、鼻腔共鳴過多或過少或是氣流控制不穩等嗓音問題，並評估其是否造成個案說話費力而影響口語溝通效能。

(2) 轉介學生取得身心障礙鑑定或教學醫院以上等級醫院之復健科或耳鼻喉科相關醫學檢測或醫療證明，或嗓音生理構造/功能評估結果，做為研判之參考之一。如無醫療證明，評估人員應蒐集學生平時說話或對話的語音檔，以主觀聽知覺判斷的方法評估學生說話時的嗓音狀況或問題，並評估其嗓音問題對學生口語溝通效能的負面影響程度。

3.語暢異常的鑑定重點

(1) 蒐集代表性言語樣本：建議取得兩個以上說話情境下的說話樣本（例如上課參與討論、下課和同學互動），以了解學生平時說話的流暢性情形。

(2) 不流暢口語行為的測量：可以利用標準化測驗或與學生對話，觀察與判斷學生說話時 是否有結巴、重複、停頓等現象，以快速篩檢兒童的流暢度是否正常，並計算言語樣本中出現不流暢口語的比例。要留意口吃（例如聲音或音節重複、拉長、中斷或用力）和迅吃（語速過快或急促不清、不適當停頓等）都是常見的語暢問題，過快或是不規律的說話語速，可能會使說話清晰度和流暢性下降，進而影響口語溝通效能。

(3) 附屬或伴隨口吃行為的紀錄與分析：觀察與紀錄學生在說話不流暢時所伴隨出現與說話內容無關的肢體動作，例如眨眼、皺眉、歪嘴、聳肩、抖動手臂等行為，並計算出現比率。另外，也觀察個案是否出現逃避特定說話情境或字音、語句，而有改變說話方式（例如圍繞同

一話題或使用贅詞）或減少說話（甚至完全不說話）的情形。

(4) 說話態度的評估：針對幼兒說話不流暢的評估，建議瞭解個案重要家人（尤其是父母）在日常生活中的說話特徵（例如，說話速度是否太快、語句過於複雜、或經常打斷個案說話等），透過自然觀察方式評估說話流暢度及與家人互動的情形。若明顯有口吃問題或較嚴重時，則應營造讓兒童感到自在的檢查情境，並與其家人晤談，綜合各種情境的觀察結果再進行判斷。

(5) 轉介學生取得身心障礙鑑定或教學醫院以上等級醫院之復健科或耳鼻喉科的醫療證明，或語言治療師的評估結果，做為研判之參考之一。若如無醫療證明或評估結果，評估教師或人員應參照上述的方法，蒐集學生平時說話或對話的語音檔，以主觀聽知覺判斷的方法評估學生說話時的流暢情形或問題，並評估其語暢問題是否造成學生說話困難、溝通費力等情形，以及對學生口語溝通效能的負面影響程度，例如對人際互動或學習動參與是否有負面影響。

4. 發展性語言異常的鑑定重點

(1) 實施標準化語言能力測驗: 評估人員可以利用各項語言能力測驗，諸如聽覺記憶測驗、詞彙測驗、語言發展與障礙評量表等具特定性或綜合性語言評量工具，瞭解個案的語言理解、語言表達或整體語言發展與同年齡兒童相較之下的發展水準是否有顯著偏差或低落現象（例如落在同年齡平均數的負1.5個標準差以下）。

(2) 若發現學生的語言理解、表達能力或整體語言能力有顯著偏差或低落現象，也建議轉介到醫院（兒童心智科、早期療育單位）接受與語言能力有關之醫學、語言病理學、神經心理學、聽力學等檢查，及評估其他面向的發展資料（例如社會情緒、認知、知覺動作能力等），以排除因其語言障礙是因感官、智力、情緒或文化刺激等因素直接造成之結果。

(3) 同時蒐集學生與家人、同儕或教師的語言溝通與互動情形，評估學生的語言問題在一般生活以及學校情境中，是否明顯影響其同儕關係建立、各種學習活動參與、溝通效能與生活適應等。此部分之評估可以透過親師訪談學生的困難表現、相關適應行為量表、或檢核表等多元評量方法或工具進行資料蒐集，以評估學生的言偏差或低落等問題是否造成溝通困難，以致影響參與學習活動。

(4) 在國小低年級階段，若學生有讀、寫、算等學習上的困難，但口語理解與口語表達為其核心問題且已達前述顯著困難標準，且其非語文智力屬正常發展範圍，建議仍可依其主要教育

需求判定為發展性語言異常。

（五） 鑑定評估人員

在國外通常是由專業且合格的語言治療師負責語言能力的評量與語言障礙鑑定過程，然而在臺灣由於目前語言治療師尚未普遍進入學校系統中，因此除了醫療單位和語言治療人員對語言障礙兒童的言語和語言能力或困難進行評估外，在教育現場主要依賴普通班教師和特教教師對學生在平時課堂或學校活動中所展現的語言能力或困難進行仔細觀察和紀錄，同時也以訪談和語言樣本蒐集與分析等方式了解學生平時以言語-語言能力參與各項學習活動的相關資料，例如說話表達、語言溝通、人際互動、學習表現、學校適應等多項資料，並由評估人員進行多元評估程序(含標準化測驗等)及撰寫評估鑑定報告，再由各主管機關鑑輔員會針對學生之說話-語言能力和語言障礙的資格綜合研判學生的障礙資格與特殊需求之鑑定。

四、 教育需求評估

各類身心障礙學生之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等項目，評估學生在這些能力上的優勢和弱勢，以便進一步評估學生所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等教育相關服務建議。

語言障礙學生之教育需求評估，主要應包括感官功能、知覺動作、認知、溝通、情緒、社會行為、及學科學習等方面，並於評估報告中註明其優弱勢能力。所需之教育安置經過 適當的評量與鑑定程序，在確認語言障礙學生的說話和語言問題後，依據其言語-語言異 常情形與程度提供適合其發展與學習的安置環境與教育相關服務。

（一） 教育安置需求

語言障礙學生的教育安置需求主要包括（林寶貴、錡寶香，2006；Kuder, 2008）：

1. 普通班：若語言障礙程度未影響其學習與適應困難者，建議就讀普通班，由普通班教師視學生需求提供溝通支持或調整語文教學與環境。

2. 普通班輔以諮詢服務：語言障礙程度雖不致於影響學習，但其適應或學習稍有困難者，則可由語言治療專業人員或特教老師對家長或普通教師提供語言教學或溝通訓練的諮詢服務，

使語言障礙學生在教師與家長的協助下能增進語言溝通技能。

3. 資源班(或資源教室)：語言障礙程度對於部分學習活動及適應行為有不良影響且使學業成就處於不利地位者，可以安排特定的時間在資源班（或資源教室），由語言治療師或有溝通訓練專長之教師，對語言障礙學童實施說話及語言訓練，或與語言有關的補救教學。

4. 特殊班（校）：重度智能障礙、自閉症、腦性麻痺、多重障礙、其他各類障礙學生伴隨有語言溝通障礙，若其障礙明顯影響到其學習普通課程，產生不良適應行為，由於這些兒童所需的特殊教育服務時間較長，則可能需安置於特殊班或特殊學校或特殊機構，提供特別的語言與溝通訓練或溝通輔具的申請和使用訓練。

（二） 教育相關服務需求

語言障礙學生的教育相關服務需求主要包括：

1. 與學業學習有關的特殊需求：包括課程調整、教學調整、評量調整等項目。

2. 相關專業服務方面的需求：語言治療（含巡迴輔導）、說話訓練、溝通訓練等。

3. 輔具方面的需求：輔助性溝通系統或輔具、電腦化科技輔具、學習輔具的使用與介入等。

五、 綜合研判（說明鑑定原則與研判注意事項及安置建議與相關服務）

語言障礙學生的鑑定，在轉介(申請)、初步篩檢、蒐集相關資料與進行完整評估、初步語言障礙類別研判、和教育需求評估之後，鑑輔會委員必須依據多元評量的結果和各項相關資料，主要包括標準化語言能力評量結果、直接觀察記錄、語言樣本分析結果、與家長或重要他人晤談的報告、醫學檢查報告、身心障礙證明記載之個案資料等，進行綜合研判。綜合研判時會考量語言障礙對學生的影響程度與教育需求，盡量以最少限制的學習環境為原則，提供適合學生最大發展與學習機會的教育安置與服務介入的建議。

以下就語言障礙鑑定的原則加以統整說明：

1. 為確保鑑定結果的可靠性，在鑑定過程中應依學生個別狀況透過多元評量方法蒐集與語言能力或障礙有關的各項資料，包括採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙證明記載蒐集個案資料，進行綜合研判。

2. 標準化的施測程序是否適用於不同障礙程度的學生、其測驗結果是否有足夠的社會、生態

效度以反應個案在真實生活情境中的語言能力，是評量與鑑定過程中必須注意的。

3. 除了標準化的測驗之外，針對重度語言障礙學生也應以生態評量取向評量在自然情境中（例如教室內）所要求的溝通能力、個案所展現的能力，藉此瞭解個案溝通能力在真實生活中的功能性及提供實用性的介入協助（McCormick et al., 2003）。

4. 不同的語言評量方法各有其優勢與限制，可以依階段性評量目的的需要交互使用，以蒐集到最完整的訊息，提高評量結果的信效度，達到評量的目的。

5. 在鑑定過程中，盡可能邀請並鼓勵實際照顧者（或家長）積極參與，以有效蒐集與學生語言溝通能力有關的各項資料。

6. 其他類別之身心障礙學生也經常會伴隨有明顯的語言溝通問題，但其語言溝通困難往往是因其主要的身心障礙所導致，在障礙的鑑定上應以其原有核心障礙為主，但也應評估學生的各項語言溝通問題及語言相關服務介入的需求。

7. 醫療相關診斷證明可做為學生是否有語言障礙的參考文件之一，但仍須由教師或評估人員針對學生平時以言語-語言進行同儕互動及參與各項學習活動的情形或困難加以觀察、紀錄、和評估，以瞭解其言語-語言偏差或低落現象所造成的溝通困難，以及對參與學習活動的影響，並藉以評估其教育需求。

六、 案例

以下以一名語言障礙學生為例，說明鑑定的過程。

學生甲今年7歲半（男生），就讀於國小二年級。根據與母親晤談發現他在 20 個月大才出現的第一個有意義的詞彙，大約在四歲時才可以說出簡單的句子，內容大都是簡短的回應，較少有主動的口語表達，而且口語表達不清晰，周遭的親友常聽不懂他的說話內容。雖然隨著年齡增加，說話清晰度略有提升，但仍然會有不少錯誤或不清晰的語音。

(一)轉介：

媽媽主動向老師表達對個案說話問題的擔心，老師同時也發現學生是班上同學中說話最不清晰的，建議媽媽帶他去醫院檢查，同時也向輔導室提出轉介的申請。

(二)初步篩檢：

班級導師利用語言問題檢核表初步篩檢，發現學生可能有語音異常，同時也透過與媽媽晤談，瞭解個案在學前階段有疑似語言發展遲緩和語音問題，但未積極尋求早期療育服務。

(三)實施多元與完整的評量：

校內或縣市心理評估小組成員為學生甲的語言能力進行多元評量，包括：實施「修訂兒童語言障礙評量表」、「口語表達測驗」、「國語正音檢核表」、「托尼非語文智力量表」等標準化測驗；觀察學生甲和其導師和同學之間的口語互動情形(包括:上課以口語提問和回答問題、參與小組討論)；蒐集對話語言樣本與說故事語料。在針對學生的說話(含語音、語暢、嗓音)、語言理解和表達能力進行完整的評量後，發現學生甲的語言理解能力正常，但是口語表達和語音清晰度則明顯落後於同儕。主要的言語-語言和相關能力評估結果如下:

（1） 在「修訂兒童語言障礙評量表」的語言表達分測驗得分百分等級為6

（2） 在「口語表達測驗」的得分百分等級為5

（3） 在托尼非語文智力測驗、聽力檢查、構音器官及功能檢查的結果都屬於正常發展水準。

（4） 說話時，常出現詞彙提取困難，且常錯用詞彙。

（5） 敘事的前後語句不連貫，且無法使用口語完整表達一個概念或事件。

（6） 仍有7個以上的語音有構音錯誤情形，且整體說話清晰度約為60%。

(五)綜合研判：

鑑輔會委員依據上述多元評量結果資料和報告，認定學生甲為語言障礙學生，有語音異常和發展性語言異常的問題，針對其較為弱勢的語音和口語表達能力，建議接受構音訓練和口語表達訓練。考量學生甲的言語-語言異常程度對於參與學習活動及適應行為可能會有不良影響，建議安排特定的時間在資源班（或資源教室），由有溝通訓練專長之特教教師實施說話及語言訓練，或接受與語文有關的補救教學；或是透過申請專業團隊語言治療師的入校評估和入班觀察，並與普通班教師及特教老師合作，討論適當之策略、調整與訓練，降低對於學生甲在人際互動和學習參與的影響。關於課程和考試的調整服務，則可依其實際需求再加以安排。

另外，也建議家長帶學生甲至鄰近醫療院所接受較密集的語言治療。

七、參考文獻

王天苗、蘇建文、廖華芳、林麗英、鄒國蘇、林世華（2004）。**嬰幼兒綜合發展測驗**。教育部特殊教育工作小組。

林寶貴、黃玉枝、黃桂君、宣崇慧（2008）。修訂學前兒童語言障礙評量表。國立臺灣師範大學特殊教育中心。

林寶貴、黃玉枝、黃桂君、宣崇慧（2009）。**修訂學齡兒童語言障礙評量表**。國立臺灣師範大學特殊教育中心。

林寶貴、錡寶香（2002）。**兒童口語理解測驗**。國立臺灣師範大學特殊教育中心。

林寶貴、錡寶香（2006）：**語言障礙學生輔導手冊**。教育部。

席行蕙、許天威、徐享良（2004）。**國語正音檢核表**（第二版）。心理出版社。

教育部(2013)。**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法**。

教育部（2023）。**111 年度特殊教育統計年報**。教育部。

教育部（2023年06月21日）。**特殊教育法**。教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009136&kw=%E7%89%B9%E6%AE%8A%E6%95%99%E8%82%B2%E6%B3%95

教育部（2024）。**特殊教育學生及幼兒鑑定辦法**。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065

曹峰銘、劉惠美（2021）。**兒童溝通能力檢核表第二版（CCC-2）中文版**。中國行為科學社。

陳東陞（1993）。**兒童口語表達能力測驗**。臺北市立師範學院特殊教育中心。

陳美芳（2007）。**聽覺記憶測驗**。教育部特殊教育工作小組。

陸莉、劉鴻香（1998）。**修訂畢保德圖畫詞彙測驗**。心理出版社。

黃惠玲（2000）。**零歲至六歲兒童發展篩檢量表**。心理出版社。

黃瑞珍、李佳妙、黃艾萱、吳佳錦、盧璐（2009）。**零歲至三歲華語嬰幼兒溝通及語言篩檢測驗**。心理出版社。

黃瑞珍、蔡昀純、林佳蓉、張亦渝、王亦群（2014）。**華語學齡兒童溝通及語言能力測驗**。心理出版社。

黃瑞珍、簡欣瑜、朱麗璇、盧璐（2011）。**華語兒童理解與表達詞彙測驗**。心理出版社。

楊坤堂、張世彗、黃貞子、林美玉（1993）。**西北語句構成測驗**。臺北市立師範學院特殊教育中心。

楊坤堂、張世慧、李水源（2005）。**學前幼兒與國小低年級兒童口語語法能力診斷測驗**。教育部特殊教育工作小組。

楊淑蘭、周芳綺（2004）。**修訂中文口吃嚴重度評估工具**（兒童版）。心理出版社。

劉惠美、曹峰銘（2010）。**華語嬰幼兒溝通發展量表（臺灣版）**。心理出版社。

鄭靜宜（2011）。學前兒童華語聲母之音韻歷程分析。**特殊教育學報，34**，135-169。https://doi.org/10.6768/JSE.201112.0137

鄭靜宜（2018）。**華語兒童構音與音韻測驗**。心理出版社。

錡寶香（2013）。特殊教育中語言障礙學生的鑑定與安置：流程與評量。**國民教育，54**（1），11-21。

American Psychiatric Association,(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders:*

DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) . (1993). D*efinitions of communication disorders and variations (relevant paper)*. www.asha.org/policy - PubMed.

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 58*(10), 1068–1080. https://doi.org/10.1111/jcpp.12721

Gleason, J. B., & Ratner, N. B. (2009). *The development of language (7th ed.)*. Pearson.

Kuder, S. J. (2008). *Teaching students with language and communication disabilities (3 ed.)*. Pearson.

Leonard, L. B. (2014). Specific Language Impairment Across Languages. *Child Development Perspectives, 8*(1), 1-5. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cdep.12053

McCormick, L., Loeb, D. F., & Schiefelbusch, R. L. (2003). *Supporting children with communication difficulties in inclusive settings: school-based language intervention (2nd ed.)*. Allyn and Bacon.

Owens, R. E., Metz, D. E., & Farinella, K. A. (2011). *Introduction to communication disorders: a lifespan evidence-based perspective (4th ed)*. Pearson Education.

U.S. Department of Education. (2017, May 2). Sec. 300.8 (c) (11) *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*. https://sites.ed.gov/idea/regs/b/a/300.8/c/11

U.S. Department of Education. (2023, June 26).*Office of Special Education Programs (OSEP)*. https://sites.ed.gov/idea/idea-files/2023-determination-letters-on-state-implementation-of-idea/

Weismer, S. E., Murray-Branch, J., & Miller, J. F. (1994). A prospective longitudinal study of language development in late talkers. *Journal of speech and hearing research, 37*(4), 852-867. https://doi.org/10.1044/jshr.3704.852

World Health Organization. (2018, January 1). *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/implemented-icf-update-proposals-2018

World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*

肢體障礙鑑定說明

一、前言

肢體障礙學生是指由於神經肌肉系統(包括大腦、脊髓、周邊神經、肌肉病變)或肌肉骨骼系統(包含肌肉、骨骼、關節周邊軟組織)疾病或缺損，造成肢體或動作功能損傷，以致影響學校的參與或學習的學生(Kirk et al., 2022)。Hallahan 等人(2019)指出，肢體障礙學生意指非因視覺或聽覺等感官障礙，也非源於重度智能障礙所造成的肢體或動作功能問題，妨礙其在學校參與或學習，以致於需要特殊的教育服務、訓練、設備、教材或輔具的學生。

依據新制身心障礙者鑑定作業辦法（2024），肢體障礙屬於第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能之障礙類別，鑑定向度包括關節移動的功能(上肢)(b710a)、關節移動的功能(下肢)（b710b)、肌肉力量功能(上肢)（b730a)、肌肉力量功能(下肢)（b730b)、肌肉張力功能(b735)、不隨意動作功能(b765)、上肢結構(s730)、下肢結構（s750)以及軀幹結構(s760)。

肢體障礙的致病原因有許多，Hallahan 等人(2019)指出，造成肢體障礙的因素包括先天的(congenital)或後天的(acquired)，在嬰幼兒出生前、出生時或出生後，都有可能因為基因突變、意外傷害、疾病、或其他因素，造成肢體障礙。由於致病原因不同，肢體障礙的型態和功能表現也相當多樣，癒後往往也不同，以下僅就常見造成肢體障礙的原因加以說明：

(一)神經肌肉障礙：

神經肌肉障礙是運動神經元單位，包括:運動神經元、周邊神經、神經肌肉交接處與肌肉的任何部分病變所引起。神經肌肉障礙的種類非常多，其中以肌肉失養症(muscular dystrophy)和脊髓肌肉萎縮症(spinal muscular atrophy，簡稱SMA)較為常見（廖華芳，2021)。

1. 肌肉失養症：是一種遺傳性、進行性的肌肉退化疾病，其中以裘馨氏肌肉失養症（Duchenne muscular dystrophy）最常見也最嚴重。它是因為缺少肌肉失養蛋白(dystrophin)所引起，發生率約為1/3500位活產男嬰，屬性聯遺傳。通常在3至5歲發病，患者剛開始只是輕微肌肉無力，之後逐漸走路越來越笨拙，容易跌倒，上下樓梯困難，約10歲左右喪失行走能力，約20歲後容易因呼吸肌衰弱或呼吸系統併發症而去世(廖華芳，2021)。

2. 脊髓肌肉萎縮症：則為基因異常導致脊髓前角及腦幹之運動神經元細胞退化，造成進行性的肌肉萎縮及無力。根據病程的快慢及嚴重程度，可分成四型，第四型通常成人才發病，症狀輕微，有些人最後行走需要輔具。另外三種依障礙程度區分，嚴重型脊髓肌肉萎

縮症在產前或出生六個月內發病即出現症狀，哭聲弱，會有吞嚥及呼吸困難的問題，四肢及軀幹呈現嚴重無力，無法自己坐，平均壽命小於兩年；中間型脊髓性肌萎縮症症狀通常出現於出生後六個月至18個月間，患者肢體呈對稱性之無力，且以肢體近端較嚴重，患者通常可以坐但終身無法自行站走；輕度脊髓肌肉萎縮症病程進展較慢，以影響近端肌肉為主，下肢又比上肢嚴重，多數患者在三十歲前會需要以輪椅代步(廖華芳，2021)。近年由於藥物及基因治療的發展，如果早期診斷及介入得當，可以改變疾病進展及預後。

(二)神經管缺陷：

神經管缺陷是綜合因素所致，造成胚胎早期階段神經管關閉缺陷，其中常見的是脊柱裂。患者依其脊髓受損程度而有不同程度的動作障礙、感覺異常或喪失、大小便失禁等症狀，常繼發肢體變形或脊柱側彎，也常合併後腦發育異常及水腦等問題。嚴重脊柱裂導致行動困難者也可能會有骨質疏鬆的情形出現(廖華芳，2021)。

(三)脊髓損傷：

脊髓損傷是指脊髓的創傷，致病原因以車禍居多，其次為高處跌落、運動傷害等。脊髓損傷造成身體功能缺損的嚴重程度，與損傷位置和損傷的完全程度有關，造成的臨床症狀主要為肢體無力、感覺喪失或異常、張力異常、及大小便功能障礙。還可能伴隨呼吸功能障礙、姿勢性低血壓、自主神經反射失調、呼吸或泌尿道感染等(廖華芳、吳亭芳，2023)。

(四)臂神經叢損傷：

為周邊神經損傷，主要症狀在於損傷側的上肢肌肉無力、肌肉萎縮以及感覺喪失，進而影響損傷側的上肢動作功能(廖華芳、吳亭芳，2021)。

(五)成骨不全症：

是一種自體顯性遺傳的骨骼疾病，主要因為第一型膠原形成異常或不足，導致骨骼脆弱容易骨折變形，其他結締組織也可能會受到影響，例如牙齒軟弱、關節活動度過大、聽力損失、藍色鞏膜等（廖華芳，2013)。

(六)先天性多重關節攣縮症：

為一種非進行性疾病，因胎兒在子宮內動作不足導致全身多處關節攣縮變形，肢體動作受限，患者一出生即呈現症狀，可以合併於多種疾病狀況，也有部分個案原因不明。其外觀可能呈現肢體關節攣縮或變形，進而導致患者關節運動角度受限，影響患者的肢體動作。

(七)肢體畸形或缺損：

肢體缺損包括先天性畸形或後天截肢。先天性畸形是指出生時即存有的發育畸形，其型態包括缺損處以下均發育障礙之末端型，以及遠端近端均正常，僅中間缺損之中間型，或只有肢體之半側（如前臂之橈側）缺損者(廖華芳，2021)。後天截肢則可能因為外傷或疾病，

以外科手術切除部分或全部肢體。較大的兒童若為後天截肢，可能需要較長的適應期，且由於面臨肢體缺損的失落感，可能需關注其心理適應狀況(廖華芳，2021)。

肢體障礙由於致病原因不同，功能表現及預後往往差異甚大。通常需先經由醫療相關之檢查，並經相關專科醫師診斷後，才能評估其預後以及後續需要的醫療處置與照護。其後需再經過特殊教育需求評估及鑑定後，才能確認是否為特殊教育需求學生，特殊教育教師以及學校行政才能考量需要提供哪些特殊教育及相關支持服務來協助肢體障礙學生在學校的學習。

二、定義與基準

依據2024年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第七條，「特殊教育法」（2023年）第三條第五款所稱肢體障礙係指，「上肢、下肢、軀幹或平衡之機能損傷，致影響參與學習活動。前項所定肢體障礙，其相關疾病應經由該專科醫師診斷；其鑑定基準依下列各款規定之一：一、先天性肢體功能障礙；二、疾病或意外導致之長期持續性肢體功能障礙。」(教育部，2024)。

相較於 2013 年舊法，本次主要對肢體障礙的定義進行微調，在定義的內涵並無大幅變動，包括：

（一） 本次之定義係參考世界衛生組織所出版之國際健康功能與身心障礙分類（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF)以及身心障礙者權益保障法的用語修訂文字說明。根據世界衛生組織所出版之國際健康功能與身心障礙分類，肢體障礙屬於第七類：神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能之障礙類別。然而本法所稱之肢體障礙主要為描述肢體與動作的功能障礙，肢體動作障礙除上下肢及軀幹外，尚包含平衡功能，故依據國際健康功能與身心障礙分類，因此本次修訂將平衡功能之障礙(b235)納入，以完整說明動作功能。

（二） 參考 ICF 以及身心障礙者權益保障法的用語，構造或功能之缺失應為損傷（impairment），因此將上肢、下肢、軀幹或平衡之機能障礙改為機能損傷。又由於許多後天性之疾病即使其疾病不是永久性的，但疾病所造成的肢體功能損傷仍會長期且持續影響學習參與，因此也應提供特殊教育，故於此次修改之際將永久性修改為長期持續性肢體功能障礙。

因此，肢體障礙學生的鑑定基準必須符合「肢體障礙，其相關疾病應經由該專科醫師診斷其相關疾病應經由該專科醫師診斷」，以及「影響參與學習活動」兩項要件，分述如下：

(一)相關疾病應經由該專科醫師診斷：

由於肢體障礙學生之異質高，所患疾病種類不同，功能也會差異甚大，因此須由相關專科醫師出具醫學相關診斷與檢查報告。

(二)影響參與學習活動：

本基準強調上肢、下肢、軀幹或平衡之機能損傷，致影響參與學習活動。因此，肢體障礙相關的疾病，必須導致學生學習活動有顯著困難或限制，有特殊教育及相關服務的需求，方可被鑑定為肢體障礙。

三、鑑定程序

（一）鑑定目的

肢體障礙學生鑑定之目的，主要在發現可能有肢體障礙之學生，經多方蒐集相關資料、實施特殊教育需求評估後，再據以綜合研判學生是否具肢體障礙之障礙類別、提供適當之教育安置，以及所需之特殊教育與相關支持服務，以提升學生在學校各項學習活動的參與。

（二）鑑定步驟

肢體障礙學生鑑定之步驟主要有兩個部分，一為該專科醫師診斷；其二為實施教育需求評估，瞭解並確認學生之障礙對學習活動參與造成顯著困難或限制。

在鑑定步驟上，首先應先經由家長、教師或相關人員蒐集疑似為肢體障礙學生之初步資料，並依各主管機關鑑輔會作業時程，提出鑑定之申請，同時按規定繳交相關資料，例如：身心障礙證明、重大傷病證明、或該專科醫師之疾病診斷證明或相關醫療報告、前一教育階段鑑定相關資料等文件。但在校學生如因疾病或意外導致肢體障礙，以致在學校學習或參與學校活動有顯著困難或限制，過去並無特殊教育資格者，則建議家長先帶學生至醫療機構就醫，經醫療檢查取得相關診斷證明與檢查報告。

接著，由特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，並視學生個別狀況，邀集物理治療師、職能治療師、語言治療師等特殊教育相關專業人員參與評估，瞭解障礙對學習活動參與造成的影響，以及學生所需的特殊教育及相關支持服務，實施類別初步研判。

最後，綜合上述評估結果，由學校彙整送予鑑輔會，由各主管機關鑑輔會綜合研判學生是否具特殊教育學生資格。

（三）評估方式與工具

肢體障礙學生的評估方式，分為醫學相關檢查以及教育需求評估。以下分述：

1. 醫學相關檢查：

肢體基本結構檢查、關節活動度測量、徒手肌力檢查、肢體活動功能檢查、目視步態檢

查以及放射線影像檢查、肌電圖、肌肉切片以及等速肌力檢查。此部分通常在醫療機構所執行，並且作為醫師診斷之參考。若學生已有身心障礙證明或相關醫療診斷應於申請鑑定時一併檢附相關報告。

2. 教育需求評估:

由於肢體障礙學生異質性高且嚴重程度不一，有時實施標準化測驗會有困難，評估時宜盡可能蒐集多方資料，包括相關醫療報告或證明、家長或實際照顧者的訪談資料、前一教育階段鑑定資料及輔導資料、班級老師的觀察結果、學生的學習檔案等；同時建議從生態評量觀點，採多元評量方式包括：非標準化評量、直接觀察、晤談等，在自然情境中評估學生的動作功能等各項能力，以及學生參與學習活動的困難與限制情形。

（四）鑑定評估人員

肢體障礙學生之醫學相關診斷及檢查部分由該專科醫師執行。而特殊需求的評估則由物理治療師、職能治療師、特殊教育教師以及其他相關專業人員辦理，詳如下列：

1. 相關專科醫師：

可能由小兒神經科、復健科、骨科、神經外科或整型外科等專科醫師協助醫學相關檢查與診斷。

2. 特殊教育鑑定評估人員：

健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為等各項能力，以及領域（科目）學習與家庭狀況等的評估。

3. 物理治療師：

評估肢體障礙學生之肢體功能(著重於姿勢維持與改變、移位與移動、身體平衡與動作協調等粗大動作、關節活動度與肌張力，以及動作計畫)、體適能、行動與擺位輔具等輔助科技使用需求、以及無障礙環境與設備需求等評估。

4. 職能治療師：

評估肢體障礙學生之肢體功能(著重於手與手臂使用、手部精細操作、雙側協調與手眼協調等精細動作、關節活動度與肌張力，以及動作計畫)、生活自理或工作能力、感覺統合、生活輔具等輔助科技使用需求、以及無障礙環境與設備需求等評估。

5. 其他相關專業人員：

視需要延請語言治療師、心理師等專業人員共同評估。

四、教育需求評估

依據2024年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第七條，「特殊教育法」（2023年）第三條第五款所稱肢體障礙係指，「上肢、下肢、軀幹或平衡之機能損傷，致影響參與學習活動。」因此，對於肢體障礙學生的特殊教育鑑定，除須有醫療診斷與評估之外，尚需要提供教育需求之評估，以了解肢體障礙學生在參與學習活動可能會遇到的困難。教育需求評估包括：健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等的能力現況評估，並於評估報告中說明該生在特殊需求領域課程、課程調整、評量調整、輔助科技、無障礙環境與設備以及相關專業服務等需求和建議。由於肢體障礙學生主要為動作、平衡與姿勢等粗大動作與精細動作的困難，因此評估過程需視學生個別狀況，邀集特教相關專業人員，例如：相關專科醫師、物理治療師或職能治療師，進行動作功能評估。以下各項教育需求評估分述如下：

（一）健康狀況

身高、體重、一般健康情形、營養情形、主要健康問題、醫療史、用藥情形，以及重要醫囑、過往重要檢查紀錄等。

（二）感官功能

視覺、聽覺、觸覺等功能之評估。肢體障礙學生基本上沒有感官相關問題，但若有伴隨有感官功能困難或障礙，若發現學生有顯著之視覺或聽覺等問題，建議應轉介相關專科醫師及視障或聽障巡迴輔導教師做進一步評估。

（三）知覺動作

動作功能的困難是肢體障礙學生最先會面臨到的，而動作功能的困難會因為這些學生的疾病以及預後進展不同而有所差異，因此，需要透過物理治療師以及職能治療師進行專業評估，以了解肢體障礙學生目前的動作功能。粗大動作及精細動作功能評估項目包含:維持身體姿勢、改變身體姿勢、移位及移動、平衡與協調、舉起與移動物品、手與手臂使用、手部精細操作、雙側協調與手眼協調、動作計畫等動作功能、心肺耐力等體適能，以及肌肉張力、被動關節活動度等評估，以及因動作障礙造成學生在參與學習活動可能面臨的困難。

（三） 生活自理

這些學生常見的生活自理困難是因為肢體動作不自由，因而影響其生活獨立與學習的進行。特殊教育教師亦可從具體的日常生活活動中觀察學生的動作功能，例如：穿脫衣物與鞋

襪、午餐用餐使用餐具、以及如廁所等。

（五）認知

學生或幼兒具肢體障礙情形不一定會有認知功能上的缺損，但仍有可能因為病因不同而有差異，此仍需透過相關專科醫師對於其病因的診斷以了解其疾病與認知功能的相關性。

（六）溝通

學生或幼兒具肢體障礙情形不一定會有溝通功能的缺損,但有可能因為軀幹部位之受損,導致呼吸肌損傷，進而影響其說話時的音量以及流暢度，若有相關問題，需要透過語言治療師以及特殊教育教師給予專業評估。

（七）情緒與社會行為

具肢體障礙情形的學生或幼兒，可能因為自身的肢體結構與功能上的缺損而影響其自我概念、生活態度、情緒調節、社會互動等心理方面的狀況，如能建立這方面的鑑定或評量資料，有利於後續肢體障礙學生社會行為之介入。

（八）領域（科目）學習

這些學生在領域(科目)學習常見的困難出現在操作性的課程，例如:健康與體育、藝術、科技等領域。此外，在學科學習亦可能因為操作學習工具的困難，例如:握筆寫字、操作圓規或量角器、操作自然科學儀器等，造成學生參與課程、完成作業的困難，以及無法透過紙筆測驗展現學習成果等，因此需要特殊教育教師觀察學生課堂表現，以評估肢體障礙學生在領域(科目)學習以及課程評量所需的調整。

此外，也評估以下的需求以納入評估報告之中：

（一）特殊需求領域課程

這些學生的動作功能障礙以及伴隨的併發症可能為因應未來適應生活所需，而有特殊需求領域課程的需求，例如：生活管理、功能性動作訓練、輔助科技應用、職業教育，或社會技巧等科目，建議應綜合考量學生的動作功能障礙、伴隨的併發症，以及領域（科目）學習困難等，評估其在特殊需求領域課程的需求。

（二）課程調整

轉介相關專業人員(物理治療師及職能治療師)進行學校生活功能性評估，若考量學生的肢體動作能力無法應付一般課業活動時,則可以依據學生需求及能力,適當運用簡化、減量、替代等方式調整課程及作業內容。此外，在體育等體能課程中，這些學生，仍應儘量與同儕共同上課為優先，但應就個別學生的動作功能，安排符合其動作能力的適應體育課程及提供運動輔具服務，並視需要轉介相關專業人員(物理治療師及職能治療師)共同規劃體育課程內容。

（三）評量調整

由於他們的動作協調不佳，書寫評量答案可能有困難，教師可依據學生個別需求並參考身心障礙學生考試服務辦法提供考試評量調整服務，包括：延長時間、電腦作答、口頭回答、放大試卷、代謄答案等。由於學生未來於國中基本學力測驗以及大學入學學科能力測驗或分科測驗、四技二專等各項考試也可能需要相關的評量調整，特殊教育教師宜於在學階段及各種入學考試前即執行評量調整，記錄調整前後的效益，並納入個別化教育計畫，以作為未來申請考試評量調整服務之參考。

（四）無障礙環境與設施

對有肢體障礙情形的學生或幼兒而言，校園的無障礙環境與設施是重要的考量，從進入校門口到班級教室之上下課(學)動線之無障礙規劃， 如進入校門口是否需要斜坡輔助?是否需要加裝扶手?上課教室動線安排是否能配合該生方便移動？如廁是否需無障礙廁所等各項環境及設備設施都需加以考量。

（五）相關輔助科技設備

指行動移位與擺位輔具、閱讀與書寫輔具、溝通輔具、進食輔具、電腦輔具及其他改善身心障礙學生能力及課程參與之輔具。

（六）相關專業服務

將依學生之個別需求提供物理治療師、職能治療師、語言治療師、心理師、學生助理員等相關專業服務。

（七）交通服務

有些學生可能因下肢動作能力受限或平衡能力不佳，導致無法自行行走或行走有顯著限制而無法自行上下學，符合前述情形者應給予交通車服務或交通補助費用。

五、綜合研判

依據2024年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第七條，「特殊教育法」（2023年）第三條第五款所稱肢體障礙係指，「上肢、下肢、軀幹或平衡之機能損傷，致影響參與學習活動。前項所定肢體障礙，其相關疾病應經由該專科醫師診斷」(教育部，2024)。其鑑定基準依下列各款規定之一:

一、先天性肢體功能障礙

二、疾病或意外導致之長期持續性肢體功能障礙

然肢體障礙學生除持有身心障礙證明或醫療診斷之外，其障礙情況需顯著且長期持續性

影響該生在校課程學習或參與各項活動。因此，除依據身心障礙證明或醫療診斷之類別及嚴重程度，必須參照特殊教育鑑定人員與相關專業團隊之教育需求評估結果，確定其特殊教育需求，再由鑑輔會予以綜合研判。短暫性肢體功能障礙，如骨折，雖然於短期內可能行動不便，但因非長期持續性障礙則不符合肢體障礙的基準。

針對肢體障礙學生的安置，建議必須考量學生之學習能力以及融合的觀點，而非僅其肢體障礙的嚴重程度。許多肢體障礙學生的動作功能差，但認知能力佳，仍應安置於普通班，提供特教學生助理人員(以下簡稱學生助理員)以協助其課程學習、活動參與日常生活。

此外，在綜合研判肢體障礙學生時需特別注意以下2點:

1. 並非所有持有身心障礙證明第七類者皆為特殊教育之肢體障礙學生

首先，肢體障礙學生必須持有身心障礙證明或醫學相關診斷。但並非全部持有身心障礙證明第七類或醫學相關診斷之學生都有特殊教育之需求，仍必須經過教育需求評估，確實其有特殊教育相關需求，才會鑑定為肢體障礙學生。例如:某生於左手小指缺少一個指節，但經評估於學校學習與適應上並未造成困難，雖有醫學相關之診斷仍不會鑑定為肢體障礙學生。

2. 有些肢體障礙學生之動作能力會有所變化,當能力現況有所改變時,宜重新評估教育需求。尤其是退化性疾病，當動作能力退化時，宜及時提供輔助科技設備，以協助學生於學科學習及學校生活之最大參與。

六、案例

（一）甲生

基本資料:甲生，男性，6歲，目前就讀○○國小附設幼兒園，即將進入國小就讀。**診斷**：脊柱裂，ICD-10代碼為Q76.0 （脊柱裂）。

醫療史:甲生在出生之時即檢查出脊髓末端發育畸形,有脂肪瘤脊髓膨出及脊髓末端牽扯症，經神經外科手術處理脊髓末端牽扯，並於2歲時接受骨科手術，使足部可以踩到地面。

身心障礙證明：根據上述醫學相關檢查，甲生持有第七類神經、肌肉、骨骼之相關構造及其功能損傷中度，ICF代碼**b730.2**(肌肉力量功能損傷中度)。

能力現況:

甲生因患有脊柱裂，影響下肢活動和泌尿系統功能，雙腳需穿著踝足支架才可站立和行走。由於足部變形及感覺不佳，雙腳常因穿著支架摩擦造成傷口，且很難癒合。足部變形影響甲生之站立、行走和平衡，且因下肢肌肉力量不足，無法做出需爆發力的動作以及長距離的行走。在生活自理功能部分，甲生飲食能力與一般同儕無異，能獨立穿脫上半身衣物，下

半身衣物因著踝足支架，則需他人協助，其他漱洗部分則可以獨立完成。但因無法自行排尿，需於固定時間進行導尿，以免膀胱累積過多尿液，影響腎臟功能。在各領域課程學習部分，其注意力、記憶力、理解能力與一般同儕無異，課堂上亦十分積極參與。惟整體肌肉力量不足，無法長時間維持同一姿勢，且長時間書寫也容易感到疲累。

在情緒行為部分，甲生知道自己的身體狀態，但心理上對於自己與一般同儕有差異的部分未能完全接受，積極想表現出與同儕相同的活動力，因此常做出超出自己體能可以負荷的動作，而需他人提醒。此外，甲生挫折容忍度偏低，遇挫折易情緒低落。

教育需求評估：

甲生因脊髓神經損傷的關係，影響站立、行走和平衡，以及大小便等問題；因此，在申請入學前，學校已經申請教育需求評估，以了解其教育相關需求，以及各項調整措施。教育需求評估結果如下：特殊需求領域課程

甲生因受限於平衡以及移動能力，在行走時容易重心不穩而跌倒，且因下肢肌肉力量不足，無法做出需爆發力的動作以及長距離的行走，因此建議在體育課中提供適應體育，調整課程使甲生可以參與。此外，亦可提供特殊需求領域課程-功能性動作訓練課程，以強化其動作機能。

（1） 課程調整

由於甲生之整體肌肉力量不足，長時間的書寫容易感到疲累，建議入小學一年級之後，班級老師可以將書寫的作業予以減量。在藝術、健康與體育以及生活課程等藝能操作課程中，建議任課老師可以針對該生課程進行簡化、減量、或替代的調整措施。

（2） 評量調整

由於甲生之整體肌肉力量不足，書寫評量答案的持續度有困難，因此，建議可隨時根據需要調整評量方式，包括：延長時間，以提供應答時的便利。並將評量調整納入個別化教育計畫中。

（3） 無障礙環境與設施

治療師協同學校老師及相關行政人員，共同討論並規劃出甲生從學校門口到班級教室和各科教室動線之無障礙規劃，如樓梯以電梯或斜坡替代、上課教室盡量安排在一樓。另外，學生有導尿之需求，故須將學生上課教室盡量安排靠近醫護室。

（4） 相關設備

由於甲生有導尿的需求，建議申請照護床，並加裝活動式拉簾，以利導尿時的隱密性。

（5） 相關專業服務

由於甲生平衡以及移動能力的損傷，影響學生在校之環境適應，建議申請物理治療以提

供平衡與移動能力訓練以及代償方式之建議；此外，由於甲生受限於平衡以及移動能力，在行走時容易因重心不穩而跌倒，因此在轉換教室或動態課程時需他人協助，因此建議提供學生助理員。甲生在心理上未能完全接受疾病狀態，常積極想表現出與同儕相同的活動力，也由於未能做到而感到失落，建議轉介輔導資源。

（6） 交通服務

由於甲生的平衡以及移動能力的損傷導致於無法自行上下學，建議提供交通服務。

綜合研判：

甲生持有第七類神經、肌肉、骨骼之相關構造及其功能損傷中度之身心障礙證明，並經過特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，根據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果：甲生受到疾病的影響，雖能自行移位、上下樓梯，但重心不穩易跌倒，肢體功能的損傷影響各領域學習與活動參與。此外，因疾病關係無法自行排尿，需於固定時間進行導尿，以免膀胱累積過多尿液，影響腎臟功能。因此，鑑輔會依據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果，綜合研判甲生因先天性脊髓末端發育畸形，導致長期持續性的肢體功能障礙，，並對各領域課程學習及參與學校學習活動造成影響，符合肢體障礙之鑑定標準，安置於分散式資源班，提供特殊需求領域課程、適應體育、課程調整、評量調整、無障礙環境、物理治療、學生助理員、交通服務以及所需之輔具。

（二）乙生

基本資料：乙生，女性，今年12歲，目前就讀小學六年級，將進入國中一年級就讀。**診斷：**右側臂神經叢損傷，ICD-10代碼:S14.3(臂神經叢損傷)。

醫療史：乙生為自然產，出生時體重為4,470公克，因此肩難產，導致右肩神經斷裂。出生後四個月進行臂神經叢神經重建手術。出生後於醫學中心持續進行電療、物理治療、職能治療、與知動相關課程。

身心障礙證明：根據醫學相關檢查，乙生持有第七類神經、肌肉、骨骼之相關構造及其功能損傷輕度。ICF代碼:b730.1(肌肉力量功能損傷輕度)。

能力現況:

乙生目前上肢在日常生活可以完成一般性事務，惟因右上肢肌肉力量不足，目前右臂上舉高度最多能至平舉，右側手肘伸直彎曲動作僅能在不抗重力的情形下完成。因右上肢動作能力不佳，因此需要右臂舉高或是需要雙手操作的動作常需要較長的時間才能完成或無法完成，例如:無法進行跳繩、擰乾抹布或綁頭髮等需要雙手同時操作的活動、右臂無法舉高拿取上方物品。下肢則單腳平衡分別可達1分鐘以上，可完成上下樓梯、行走、跳躍、跑步等粗大

動作。

乙生認知能力與一般同儕無異，語言理解與表達能力也與同儕相仿，各學科表現亦與同齡兒童相仿，平日能按時完成課堂作業。目前使用左手寫字，但因右側上肢肢體功能缺損，書寫或使用文具時，例如使用橡皮擦擦拭字體或是使用圓規，右手無法提供適當的協助，以至於影響其參與學習活動。此外，也無法進行需要雙手同時操作的體育活動，如：投籃、運球、跳繩、拋球、接球…等。

教育需求評估：

乙生於國小一年級時即鑑定確認為肢體障礙學生，接受資源班服務迄今。因升國中轉銜之需求，因此於國中入學前，就讀學校轉介鑑輔會進行綜合研判及教育需求評估。

（1） 特殊需求領域課程

乙生因右側肢體損傷，無法進行需要雙手同時操作的體育活動，如：投籃、運球、跳繩、拋球、接球…等，健康體育課程需依據學生的動作功能進行課程內容調整，讓學生可以參與課程學習。此外，學生右手動作功能仍需持續進行訓練，以維持基本功能及避免退化，因此建議，安排特殊需求領域課程-功能性動作訓練課程，執行職能治療師所提供之訓練建議。

（2） 課程調整

乙生因右側肢體損傷，無法進行需要雙手同時操作的活動，建議在藝術、健康與體育以及科技課程等藝能操作性課程中，班級任課老師可以針對乙生課程提供簡化、減量、或替代措施。

（3） 評量調整

乙生因右側肢體損傷，無法進行需要雙手同時操作的活動，建議若操作性課程之評量宜提供替代措施或延長操作時間。例如:考試需要操作圓規或量角器、或實驗課程考試操作自然科學儀器等，需要特殊教育教師觀察學生課堂表現，以評估乙生在領域(科目)學習以及課程評量所需的調整

（4） 相關專業服務

轉介職能治療服務，提供上肢肌力的穩定性及手指肌肉力量訓練。

綜合研判：

乙生持有第七類神經、肌肉、骨骼之相關構造及其功能損傷輕度之身心障礙證明，並經過特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，根據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果：乙生目前因右側上肢肌肉力量不足，右臂僅能平舉無法超過肩，在需要雙手同時操作的動作課程有所受限，如:童軍課、體育課、視覺藝術以及音樂等課程，都需適時提供協助。因此，鑑輔會依據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果，綜合研判乙生因先天性臂神經叢損傷，導致

右側肢體長期持續性的肢體功能障礙，且其障礙已影響乙生參與學校學習活動，需特殊教育服務，綜合以上研判為肢體障礙學生，安置於分散式資源班，提供特殊需求領域課程、適應體育、課程調整、評量調整、以及職能治療。

（三）丙生

基本資料：丙生，男性，今年16歲，目前就讀高中一年級**診斷**：肌肉失養症，ICD -10代碼:G71.0（肌肉失養症）。

醫療史：丙生於3歲時在醫院確診為肌肉失養症，隨後每三個月至半年需定期進行一次全身性檢測。小學三年級時發現丙生從地板站起來顯得吃力，故開始服用類固醇，目前服用自費藥物以減緩肌肉退化及壞死，且持續每天至少一小時復健運動至今。

身心障礙證明：根據上述醫學相關檢查，丙生持第七類神經、肌肉、骨骼之相關構造及其功能損傷中度，ICF代碼: b730.2（肌肉力量功能損傷中度）。

能力現況:

丙生手部基本動作與靈活度和同儕相當，功能性操作能力也與同儕相當，可操作剪刀、摺紙及扣鈕扣，但是寫字和握筆都很用力。在粗大動作部分，可獨立在平地行走不需攙扶，但多以墊腳尖方式，且有嚴重的內八，經常會因為腳部肌肉無力或是雙腳互相絆到而跌倒，需要他人陪伴以維護其安全，且醫生建議行走5分鐘後需休息10分鐘以上避免過度勞累而使病情惡化；走斜坡道或上階梯時容易跌到，需要老師、家長或學生助理員協助。為延緩病情惡化平時會減少走樓梯，多搭乘電梯或是使用爬梯機，轉換教室時需要他人陪同以避免發生意外。

丙生認知能力與同儕無差異，甚至更佳。目前就讀數理資優班，推理能力良好，可以完成資優班的專題研究報告。在靜態學科學習表現優異，惟在動態學科，如體育課，因疾病關係需要給予適時調整。球類運動部分，目前可以定點投籃或互丟，可緩慢運球走路，但需避免太激烈消耗會肌肉力量的運動；可以游泳，游泳技巧與同儕相當，可獨立來回游泳25公尺，中途略做休息後可持續約20分鐘。體育課適合緩和性運動，且無法蹲下，跪姿需扶物體以穩定軀幹，由跪姿起身也需要他人協助。

生活自理大致與同儕無異，可以自行飲食、穿著、盥洗，但是如廁或穿脫鞋襪需坐著。在教室需使用擺位椅，目前平地可以自行行走，惟行進間或體育課需他人陪伴或協助以防跌倒，不宜爬樓梯、跳高、跳遠、跑跳等動作或負重運動。進行校外教學等長時間活動時，需要使用輪椅以減少體力的流失。

教育需求評估：

丙生因下肢功能持續退化，上下學皆使用電動輪椅代步，在學校教室位置安排、專科教室間的動線規劃及廁所皆需無障礙設施，部分課程如體育、家政、生活科技及理化課實驗等皆需做調整，並由學生助理員或老師與同學協助，因此在入學前，就讀學校轉介教育需求評估

（1） 特殊需求領域課程

由於疾病類型之故，治療師建議除維持一般活動體能外，應避免過度使用及疲累，因此在體育課中建議適度減量，或安排物理治療師及職能治療師等相關專業人員提供特殊需求領域課程，例如：功能性動作訓練課程。由於丙生因自身障礙導致自卑等心理狀況，面對挫折及他人對於身體狀況詢問時，有較大的情緒起伏，甚至出現不適當行為以發洩情緒，建議入學後觀察狀況，適時轉介輔導資源，亦或可提供社會技巧課程，教導自我認識及認同、情緒管理和處理情緒方式等程。

（2） 課程調整

考量丙生的肢體動作能力無法應付一般課業活動時，建議可以盡量減少書寫份量，以其他替代方式（如錄音、電腦打字等方式）完成作業。

（3） 評量調整

由於丙生肌肉逐漸退化，目前手部精細動作如書寫、擰乾抹布等均開始出現困難，建議入學後觀察其學習狀況及手部功能狀況變化，視情況申請延長考試時間、電腦打字、代謄答案至電腦卡，並安排在一樓或設有電梯之試場應試。丙生目前為高一學生，未來大學入學學科能力測驗或分科測驗也可能需要相關的評量調整，因此，在學校時即應執行評量調整，記錄調整前後的效益，並納入個別化教育計畫，以作為未來申請大學入學學科能力測驗或分科測驗評量調整服務之參考。

（4） 無障礙環境與設施

治療師協同學校老師及相關行政人員，共同討論並規劃出甲生從學校門口到班級教室和各科教室動線之無障礙規劃，如樓梯以電梯或斜坡替代、上課教室盡量安排在一樓或有電梯可達者等考量。

（5） 相關輔助科技設備

丙生現因下肢退化嚴重，上下學皆須使用電動輪椅代步，故提供輕便型電動輪椅，以利學生移行。因丙生上肢亦開始出現困難，故提供電腦輔具以協助學生進行電腦打字。

（6） 相關支持服務

丙生因肌肉力量逐步退化，影響其行走功能、操作與書寫功能以及日常生活自理能力，

所以建議持續接受相關專業的物理治療與職能治療的服務。為避免跌倒及行走安全，需學生助理員陪同轉換教室，所以建議申請學生助理員。

（7） 交通服務

由於丙生移動能力的損傷導致無法自行上下學，建議提供交通服務。

綜合研判：

丙生持有第七類神經、肌肉、骨骼之相關構造及其功能損傷輕度之身心障礙證明，並經過特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，根據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果：丙生由於疾病之影響，走路不穩，無法正常地跑、跳，上、下樓梯容易跌倒需要他人協助，致使參與學校活動有顯著困難，且因上肢亦開始退化，操作與書寫功能以及日常生活自理能力皆持續面臨困難。因此，鑑輔會依據醫療診斷證明以及教育需求評估報告，認為丙生因疾病之影響，導致長期持續性的肢體功能障礙，且行動及操作能力的困難已對各領域課程學習及參與學校活動造成影響，故綜合研判為肢體障礙學生，安置於分散式資源班，提供特殊需求領域課程、適應體育、課程調整、評量調整、職能治療與物理治療、學生助理員、交通服務以及所需之輔具。由於丙生的疾病屬於進行性退化疾病，宜定期持續追蹤，以提供即時的相關支持服務。

七、參考文獻

廖華芳、孫世恒、陳麗秋、潘懿玲、程欣儀、蔡鏞申、陳佩珊、王慧儀、劉文瑜、康琳茹、朱彥穎、羅鴻基及黃維彬（2021）。**兒童物理治療學**（第四版）。禾楓書局。

廖華芳、吳亭芳(2023)。醫療復健。載於林寶貴(主編)，**特殊教育理論與實務**(第 6版)。心理出版社。

教育部(2023年06月21日)。特殊教育法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

教育部(2024年04月29日)。特殊教育學生與幼兒鑑定辦法。主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187

教育部(2024年05月06日)。身心障礙者鑑定作業辦法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020020

Hallahan, D. E., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2019). Exceptional learners: An introduction to special education (14th ed.). Pearson.

Kirk, S., Gallagher, J. J., & Coleman, M. R. (2022). Educating exceptional children (15th ed.). Cengage Learning.

腦性麻痺鑑定說明

一、前言

腦性麻痺是指一群以動作和姿勢障礙為主的症候群，其成因為在腦部發育的早期階段，也就是胎兒或嬰幼兒階段，因產前（例如：先天腦部發育不良、先天性腦部畸形）、產中（例如：出生時缺氧）或產後（例如：腦炎、頭部外傷）等因素，導致腦部產生永久性、非進行性的損傷。除動作障礙外，還經常合併感覺、知覺、認知、溝通、情緒、行為或癲癇等問題（ICD-10, 2019; USCDC, 2024; Wright & Palisano, 2023）。

腦性麻痺的動作和姿勢障礙主要包括：肌肉張力異常、肌力與耐力不足、肢體攣縮或變形、動作發展慢或停滯、動作型態與姿勢控制異常、平衡反應與協調能力不佳、心肺體適能較低等。而前述身體功能與結構的困難，也進一步影響腦性麻痺者在課程學習與活動參與的層面，包括：移位或行走功能、自我照顧能力，以及遊戲與社會參與等的受限（廖華芳等，2021；Wright & Palisano, 2023）。此外，腦性麻痺會因其腦部損傷的位置、範圍及程度等，合併有感覺、知覺、認知、溝通、行為或癲癇等問題。這些合併症通常源自腦部損傷，但也可能是次發性問題，例如腦性麻痺兒童可能因為動作或溝通上有困難，而產生情緒問題、容易感到挫折或自卑（佘永吉，2020；廖華芳等，2021）。

腦性麻痺有不同分類方式，以肌肉張力的性質分類，主要可分為：痙攣型（spastic type）、動作不良型（dyskinetic type）、及協調不良型（ataxic type）。若以肢體受損部位進行分類，主要可分為：單肢麻痺、雙側麻痺、半側麻痺、及四肢麻痺（佘永吉，2020；廖華芳等，2021）。若從動作功能作分類，目前經常使用的是「粗大動作功能分類系統（Gross Motor Function Classification System，簡稱 GMFCS）」，依行走或移動功能分為 I 至 V 級，階級 I 為能在室內外和社區中獨立行走、能不需協助獨自上下樓、能跑、跳，但速度、平衡和協調性受限，階級 V 則由他人推行輪椅移動，即使使用輔助科技、功能仍極度受限（Palisano et al., 1997；Wright & Palisano, 2023）。

腦性麻痺的主要問題在動作及姿勢障礙，但由於其病因、腦部損傷情形、臨床症狀、功能表現，以及合併症等的差異性很大，因此是一群異質性很高，且嚴重程度不一的症候群。再者，雖然腦性麻痺的腦部損傷為非進行式，其病灶不會持續惡化，但身體功能與結構問題仍可能隨時間而變得嚴重，甚至進一步影響其在家庭、學校及社區的參與。

根據國內新制「身心障礙者鑑定作業辦法」（行政院衛生署，2023），腦性麻痺屬於第七類「神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能」之障礙類別，鑑定向度主要包括：肌肉力量功能（上肢）（b730a）、肌肉力量功能（下肢）（b730b）、肌肉張力功能（b735）、不隨

意動作功能（b765），各鑑定向度再依障礙程度進行 0、1、2、3 之評定。在 2019 年版的「國際疾病分類第十版（ICD-10）」之中，腦性麻痺的 ICD 診斷編碼有：G80.0（痙攣型四肢麻痺腦性麻痺）、G80.1（痙攣型雙邊麻痺腦性麻痺）、G80.2（痙攣型半邊麻痺腦性麻痺）、G80.3（動作不良型腦性麻痺）、G80.4（協調不良型腦性麻痺）、G80.8（其他腦性麻痺），以及 G80.9（腦性麻痺，未明示）（ICD-10, 2019）。身心障礙鑑定由指定醫療機構之鑑定醫師及鑑定人員進行鑑定，再經由各縣市社會局（處）進行需求評估並核發身心障礙證明。前述腦性麻痺的身心障礙類別及 ICD 診斷碼記載於身心障礙證明背面處。

二、定義與基準

依據 2024 年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第八條，「特殊教育法」（2023）第三條第六款所稱腦性麻痺，「指因腦部早期發育中受到非進行性、非暫時性之腦部損傷，造成動作、平衡及姿勢發展障礙，經常伴隨感覺、知覺、認知、溝通及行為等障礙，致影響參與學習活動。前項所定腦性麻痺，應經由該專科醫師診斷。」（教育部，2024）。

相較於 2013 年舊法，本次主要對腦性麻痺的定義進行微調，在定義的內涵上並無大幅變動，包括：（一）參考 2017 年公佈之「國際疾病分類第十版（ICD-10）」及美國疾病管制與預防中心（CDC）的定義，腦性麻痺係起因於腦部早期發育過程的非進行性之腦部損傷，影響動作、平衡及姿勢發展，並經常伴隨感覺、知覺、認知、溝通或行為等問題，因此新增「早期」兩字，並微幅調整腦性麻痺在定義的敘述。（二）腦性麻痺病症之影響非單指在活動及生活上有顯著困難，而在影響學生就學時之學習活動參與，因此修改為「致影響參與學習活動」。（三）腦性麻痺之鑑定，應經由與疾病相關科別之專科醫師診斷病症，以及教育需求評估結果進行綜合研判認定之，因此修改為「前項所定腦性麻痺，應經由該專科醫師診斷」。

腦性麻痺的鑑定基準必須符合「經由專科醫師診斷為腦性麻痺」，以及「影響參與學習活動」兩項要件，分述如下：

（一） 經由專科醫師診斷為腦性麻痺：腦性麻痺為醫學診斷，本鑑定辦法第八條「經由該專科醫師診斷」係指，經由小兒神經科、復健科等與疾病相關科別之專科醫師診斷為腦性麻痺。

（二） 影響參與學習活動：腦性麻痺為一群異質性很高，且嚴重程度不一的症候群，本鑑定辦法第八條「影響參與學習活動」係指，腦性麻痺的動作、平衡及姿勢發展障礙，以及可能伴隨之感覺、知覺、認知、溝通及行為等障礙，必須對學生就學時的學習活動造成顯著困難

或限制，有特殊教育及相關支持服務需求，方可被鑑定為具有腦性麻痺情形。

此外，他們經常伴隨程度不一的視覺或聽覺困難或障礙、心智功能低下或智能障礙、語言表達或理解困難或障礙、情緒行為問題或障礙等，由於這些困難或障礙乃起因於腦性麻痺此一主要障礙所導致，因此在障礙類別的鑑定上應研判為腦性麻痺，但仍需針對學生出現之各項困難或問題加以評估，並提供適當的特殊教育及相關支持服務。

三、鑑定程序

特殊教育學生之鑑定，應依時程向各主管機關特殊教育學生鑑定及就學輔導會（以下簡稱「鑑輔會」）申請，多方蒐集相關資料、實施教育需求評估後，再據以綜合研判學生或幼兒之障礙情形、教育安置，以及所需之特殊教育與相關支持服務。相關鑑定目的、步驟、評估方式、評估人員等分項說明如下：

（一）鑑定目的

腦性麻痺鑑定之目的，主要在確認可能有腦性麻痺之學生或幼兒，透過多方蒐集相關資料、實施教育需求評估後，再據以綜合研判學生是否符合腦性麻痺之鑑定基準、提供適當之教育安置，以及所需之特殊教育與相關支持服務。

（二）鑑定步驟

腦性麻痺的鑑定主要有兩個部份，一為經相關科別之專科醫師診斷為腦性麻痺；其二為實施教育需求評估，瞭解並確認學生之障礙對學習活動參與造成顯著困難或限制。

在鑑定步驟上，首先應先經由家長（法定代理人或實際照顧者）、學生、教師或相關人員蒐集疑似具腦性麻痺之學生的初步資料，並依各主管機關鑑輔會作業時程，提出鑑定之申請，同時按規定繳交相關資料，例如：相關專科醫師之腦性麻痺診斷證明，或相關醫療報告、前一教育階段鑑定相關資料等任何足以證明具腦性麻痺醫療診斷之文件。

接著，由特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，並依學生個別狀況，視需要邀集物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師等特教相關專業人員參與評估，瞭解障礙對學習活動參與造成的影響，以及學生所需的特殊教育及相關支持服務。最後於彙整資料後，由各主管機關鑑輔會綜合研判學生是否具腦性麻痺之特殊教育資格，以及所需之特殊教育與相關支持服務。

（三）評估方式

腦性麻痺鑑定主要有兩個部份，一為經相關科別之專科醫師診斷為腦性麻痺；其二為實施教育需求評估，瞭解並確認學生之障礙對學習活動參與造成顯著困難或限制。

醫學診斷部份，應由醫療機構之相關專科醫師進行診斷，或若學生已持有效期限內之身心障礙證明，或足以證明具腦性麻痺醫療診斷之任何相關醫療文件時，應於申請鑑定時一併檢附。

在教育需求評估部份，由於腦性麻痺學生異質性高且嚴重程度不一，有時實施標準化測驗會有困難，評估時宜盡可能收集多方資料，包括相關醫療報告或身心障礙證明、家長或實際照顧者的訪談資料、前一教育階段鑑定資料及教學輔導資料、班級老師的觀察結果、學生的學習檔案等；同時建議從生態評量觀點，採多元評量方式包括：非標準化評量、直接觀察、晤談等，在自然情境中評估學生的動作功能等各項能力，以及學生參與學習活動的困難與限制情形。

此處要特別提醒，由於評估過程會視學生個別狀況邀集物理治療師、職能治療師、語言治療師等參與評估，治療師對於學生在動作等方面的相關評估，亦應從學校功能與學習情境為出發、著重動作等困難對參與學習活動的影響，並思考如何運用輔助科技、無障礙環境與設備等來提升學生在學習活動的參與程度，以及學校生活的獨立性，以利在鑑定階段充份掌握學生的教育需求，為其申請所需的相關支持服務。

（四）評估人員

有關腦性麻痺的評估人員，其評估範疇簡要說明如下：

1. 相關專科醫師：由小兒神經科、復健科等專科醫師進行腦性麻痺之醫學診斷。
2. 特殊教育鑑定評估人員：健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為等各項能力，以及領域（科目）學習與家庭狀況等的評估。
3. 物理治療師：姿勢維持與改變、移位與移動、身體平衡與動作協調、關節活動度與肌張力等粗大動作，以及動作計畫、體適能、行動與擺位輔具等輔助科技使用、無障礙環境與設備等的評估。
4. 職能治療師：手與手臂使用、手部精細操作、雙側協調與手眼協調等精細動作，以及動作計畫、生活自理或工作能力、感覺統合、生活輔具等輔助科技使用、無障礙環境與設備等的評估。
5. 語言治療師：口腔功能、吞嚥、語言理解、口語表達、構音、語暢、嗓音，以及溝通輔具使用等的評估。
6. 其他相關專業人員：由於腦性麻痺學生除了動作功能困難之外，經常還會伴隨感知覺、情緒行為等困難，或因其就學階段有職業輔導等之需求，鑑定時應視學生個別需要，安排其他例如：臨床心理師、諮商心理師、聽力師以及職業輔導評 量、定向行動等專業人員進行評估。

四、教育需求評估

具腦性麻痺的學生，其教育需求評估應包括：健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等的能力現況評估，並於評估報告中說明該生在特殊需求領域課程、課程調整、評量調整、輔助科技、無障礙環境與設備，以及相關專業服務等的需求和建議。

由於他們除了動作、平衡與姿勢發展等粗大動作與精細動作上的困難之外，還經常伴隨語言理解和表達的困難，因此評估過程需視學生個別狀況，邀集特教相關專業人員例如：物理治療師、職能治療師，以及語言治療師等參與評估。各項教育需求評估分述如下。

（一）健康狀況：身高、體重、一般健康情形、營養情形、主要健康問題、醫療史、用藥情形，以及重要醫囑、過往重要檢查紀錄等。

（二）感官功能：視覺、聽覺、觸覺等功能之評估。由於腦性麻痺經常伴隨感官功能困難或障礙，若發現學生有顯著之視覺或聽覺等問題，建議應轉介相關專科醫師及視障或聽障巡輔教師做進一步評估。

（三）知覺動作：粗大動作及精細動作功能評估，包括：維持身體姿勢、改變身體姿勢、移位及移動、平衡與協調、舉起與移動物品、手與手臂使用、手部精細操作、雙 側協調與手眼協調、動作計畫等動作功能，心肺耐力、肌張力、被動關節活動等評估，以及動作困難對參與學習活動及學校生活的影響。

（四）生活自理：由於動作功能上的困難，常會進一步影響生活自理能力。 生活自理能力的評估包括：飲食、穿脫衣、如廁、清潔衛生以及安全等自我照顧，以及視學生之學習階段增加家庭生活與社區參與等生活管理的評估項目。

（五）認知：因腦部損傷可能伴隨認知功能缺損，認知的評估通常包括：記憶、知覺辨別、推理思考、概念等向度。若發現學生有顯著認知功能缺損，可進一步施測個別智力測驗，或轉介臨床心理師進行心理衡鑑。

（六）溝通：因腦部損傷可能伴隨溝通困難，或口腔動作、吞嚥、口腔肌張力、構音以及語暢等問題。溝通的評估包括：口腔動作、口腔肌張力、吞嚥功能、語言理解、口語表達、構音、語暢等。

（七）情緒與社會行為：可能因為動作困難及平衡姿勢不良，以致長期處於挫折或依賴的狀態，而產生次發性的情緒行為問題，例如：自我孤立、貶抑，或偽裝等。建議宜視學生個別狀況，進行情緒與社會行為的相關評估，或轉介心理師進行評估。

（八）領域（科目）學習：由於動作功能障礙以及伴隨的併發症可能影響領域（科目）學習，

例如：操作文具或學習材料、操作滑鼠與電腦周邊設備、做體操、踢球投籃、跑步等。建議在評估學生粗大動作及精細動作功能後，應進一步評估學生在各領域（科目）學習上可能會遇到的困難和所需要的支持措施。

此外，也評估以下的需求以納入評估報告之中：

（一）特殊需求領域課程：由於動作功能障礙以及伴隨的併發症可能影響其領域（科目）學習，而有特殊需求領課程的需求，例如：功能性動作訓練、溝通訓練、輔助科技應用、生活管理、職業教育，或社會技巧等科目，建議應綜合考量學生的動作功能障礙、伴隨的併發症，以及領域（科目）學習困難等，評估其在特殊需求領域課程上的需求。

（二）課程調整：可能因動作功能障礙以及伴隨的併發症等無法應付一般課業活動，而有課程調整的需求，例如：無法蹲、走、跑、跳而有健康與體育課程的課調需求，或需要適應體育課程。又例如，腦性麻痺學生可能因為手部操作不佳而有藝術課程的課程調整需求；可能因伴隨認知功能障礙，而有數學課程的課程調整需求；也可能因寫字速度慢而有作業份量調整的需求等。建議應綜合考量學生的動作功能障礙、伴隨的併發症，以及領域（科目）學習困難等，評估其在課程、作業調整上的需求。

（三）評量調整：在考試評量的過程中，腦性麻痺學生可能因為握筆困難、寫字速度慢、手部協調不佳、手部肌力肌耐力不佳，或因為維持坐姿或站姿不易、行動困難而轉換教室不便等，需調整評量方式，包括：延長考試時間、放大試卷、電腦作答、口頭回答、代謄答案、特殊課桌椅，或特殊考場等之需求評估。由於他們未來在國中教育會考以及大學入學學科能力測驗或分科測驗、四技二專等各項考試也可能需要相關的評量調整，特殊教育教師宜於在學階段及各種入學考試前即執行評量調整，記錄調整前後的效益，並納入個別化教育計畫，以作為未來申請考試評量調整服務之參考。

（四）輔助科技：根據個別在動作功能、學習活動參與，以及學習環境的困難情形，在行動移位與擺位輔具、電腦輔具、溝通輔具、閱讀與學習輔具、生活輔具等，以及其他為改善或擴大學習活動參與之相關輔助科技的需求評估。

（五）無障礙環境與設備：根據他們的動作功能、學習活動參與，以及輔助科技使用等情形與需求，在斜坡道、電梯、扶手、地板止滑設備、無障礙廁所，以及教室動線調整、教室出入口改善、室內外與校園通道改善等的需求評估。

（六）相關專業服務：依據他們在前述各項能力的現況與需求，在物理治療、職能治療、語言治療等相關專業服務之需求評估；並視學生需要，邀集物理治療師、職能治療師、語言治療師等特教相關專業人員共同規劃特殊需求領域課程、課程調整、適應體育課程、評量調整，以及無障礙環境與設備等內容。

五、綜合研判

新修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」（2024）第八條所稱「特殊教育法」（2023）第三條第六款的腦性麻痺，是指「因腦部早期發育中受到非進行性、非暫時性之腦部損傷，導致動作、平衡、及姿勢發展障礙，經常伴隨感覺、知覺、認知、溝通及行為等障礙，致影響參與學習活動。前項所定腦性麻痺，應經由該專科醫師診斷」。腦性麻痺的研判應依據特殊教育學生及幼兒鑑定辦法之基準，同時參照教育需求評估之結果，綜合研判之。若腦性麻痺學生同時伴隨有感覺、知覺、認知、溝通及行為等問題或困難，在障礙類別的鑑定上仍應研判為腦性麻痺，但需針對其各項困難或問題加以評估，提供所需之特殊教育及相關支持服務。

針對腦性麻痺學生之教育安置，建議不宜僅從學生在動作、平衡及姿勢發展障礙，或伴隨問題的程度或多寡等來思考安置的班級型態，因為腦性麻痺學生的動作等困難能經由各式輔助科技與無障礙環境設施達成參與學習活動之目標，再者透過課程及教學的調整、相關服務的提供亦能降低學習環境的阻礙，因此建議腦性麻痺學生之安置，應從學生學習能力、融合觀點等進行綜合考量，除了讓學生能獲得符合其能力及需求的環境，更讓學生能擁有與同樣年齡層的一般同儕共同學習的經驗與機會。

六、案例

（一）甲生

1. 基本資料

（1） 甲生，女性、7 歲，目前就讀○○國小附設幼兒園普通班大班，即將進入國小就讀。

（2） 醫療診斷：腦性麻痺，ICD-10 代碼為 G80.1（痙攣型雙邊麻痺腦性麻痺）。

（3） 身心障礙證明：持第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能損傷， ICF 代碼為 ICF 代碼為 b735.2（肌肉張力功能損傷中度）。

（4） 發展史/醫療史：

- 足月自然產，約 11 個月大時阿嬤發現爬的動作怪怪的，就醫檢查後醫生診斷為腦性麻痺。
- 動作發展上，約 10 個月時會坐、11 個月開始爬、3 歲半左右放手走一、二步；認知和語言發展與同齡無異。
- 1 歲半時通過視力及聽力檢查，目前聽力及視力正常。3 歲及 4 歲時雙腳（大腿和小腿處)打肉毒桿菌降低肌肉張力。1 歲開始持續到醫院接受物理治療、職能治療等復健至今，目前每週物理治療及職能治療各一次。

（5） 教育史：5 歲入○○國小附設幼兒園普通班中班就讀。

2. 教育需求評估：

（1） 健康狀況：健康狀況大致良好；因腦性麻痺規律於復健科及骨科進行追蹤。

（2） 感官功能：視覺、聽覺正常。

（3） 動作：

- 能獨立坐在一般課椅及地板上，但常呈圓背姿勢，超過 30 分鐘上半身就會往前靠在桌邊。可自己撐著從地板站起、可以扶著從椅子上站起，但偶爾會跌倒。整體速度明顯較同儕慢。
- 可放手站約 3 分鐘、放手走約 20 來步（但身體搖晃、有時會跌倒），跨越門檻時需扶持。目前主要使用助行器行走（會直行及轉彎，約可走 10 公尺，呈現剪刀腳步態，雖不致絆倒、但走得很慢）。可雙手扶著欄杆上下樓梯，但需大人在旁留意安全。還不會跑步。雙腳跳有預備動作、但跳不起來；還不會單腳站或單腳跳。
- 能旋開瓶蓋、會擰毛巾但擰不乾。能疊 8-10 塊積木、能串大珠子。會使用剪刀(一刀剪)，但太緊的剪刀常會打不開。慣用手為右手，會著色，但常常畫不滿；會畫直線、圓形及三角形。其他書寫能力請見（八）領域(科目）學習。
- 雙側下肢張力高、行走時有剪刀腳，穿雙側足踝支架。被動關節活動度正常，無關節或骨骼變形。

（4） 生活自理：能獨立以湯匙或學習筷進食，但有時舀飯或湯會潑灑；穿脫衣物，如廁及洗手大致能獨立完成，但大號尚需協助擦拭乾淨。整體速度明顯較同儕慢。

（5） 認知：大致與同齡無異。

（6） 溝通：理解與表達大致與同齡無異。

（7） 情緒/社會行為：情緒大致穩定，性情溫和，能很快適應陌生環境。願意和他人分享玩具，喜歡與同學互動及交談。會主動探索環境、主動加入同儕遊戲，但上課分組時會因為動作較慢找不到同學而落單。

（8） 領域(科目)學習：能以前三指握筆書寫1 到10 及自己的名字，但穩定度不佳、

（9） 下筆力道輕，寫字速度明顯較慢；著色不均勻，約莫 5 分鐘就表示手酸，需鼓勵才願意繼續完成。能一頁一頁翻書；能看繪本說故事。能回答簡單的個位數加減；認得自己的名字、好朋友的名字，以及日常常見的國字(例如爸爸、媽媽、學校、老師等)。

（10）特殊需求領域課程：行走及移位轉位等動作功能，以及跑步、跳躍等基本運動能力有困難，建議體育課部份抽離，提供功能性動作訓練課程。

（11）課程調整：粗大動作及精細動作困難，書寫速度慢且耐力不佳，建議藝術、健康與體育、綜合活動等經常需要粗大動作或精細動作參與之課程，以及需要書寫或操作之作業，視學習狀況進行簡化、減量，或替代等調整。

（12）評量調整：寫字速度慢且耐力不佳，建議入學後視學習及手部功能狀況，申請延長考試時間或代謄答案。

（13）輔助科技：使用後拉式助行器，目前功能及尺寸符合需要。但由於用助行器行走距離短且行走速度慢，不利校園內長距離行走，有電動輪輪椅評估、配置及使用訓練之需求。

（14）無障礙環境與設備：主要使用助行器行走、粗大動作困難，有斜坡道、電梯，以及無障礙廁所之需求；並建議安排適當班級教室位置(例如：安排在一樓、離無障礙廁所較近等)、安排適當教室座位(例如:座位離教室門口較近等)、安排適當教室和校園活動範圍間的動線。

（15）特教學生助理人員(以下簡稱學生助理人員):尚無法獨立行走、獨立上下樓梯有困難、手部精細操作穩定度及肌耐力不佳、部份日常生活自理(進食與如廁的整理清潔等)需要協助，有學生助理員之需求。

（16）相關專業服務：粗大動作及精細動作困難，並影響學習活動參與，有物理治療服務，以及職能治療服務之需求。

3. 綜合研判

甲生經相關專科醫師診斷為腦性麻痺，並持有身心障礙證明第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能障礙、ICD-10 診斷碼為 G80.9（腦性麻痺，未明示），並經特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估結果：甲生在認知、溝通以及情緒行為大致與同齡無異，但因腦性麻痺病症導致粗大動作與精細動作功能困難、部份生活自理困難，有特殊需求課程、課程調整、評量調整、輔助科技、無障礙環境與設備、學生助理員以及相關專業服務之需求。因此，鑑輔會依據專科醫師診斷以及教育需求評估結果，綜合研判甲生為符合腦性麻痺基準，安置於普通班接受資源班服務，並提供所需之特殊教育及相關支持服務。

（二）乙生

1. 基本資料

（1） 乙生，男性、12 歲，目前就讀○○國小集中式特教班六年級，即將進入國中就讀。

（2） 醫療診斷：腦性麻痺，ICD-10 代碼為 G80.9（腦性麻痺，未明示）。

（3） 身心障礙證明：持第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能損傷， ICF 代碼為 b735.3（肌肉張力功能損傷重度）。

（4） 發展/醫療史：

- 26 週早產兒，出生時體重 790 克，8 個月大時診斷為腦性麻痺。
- 發展情形家長已忘記，但主訴明顯比同齡小孩慢許多，到 2 歲左右才會坐、會叫爸媽。
- 4歲時曾施打過肉毒桿菌降低肌肉張力、小二雙腳接受肌腱延長術。目前 雙腳穿足踝支架。小一下癲癇發作，開始服藥治療，但仍頻繁發作，小四 時接受手術治療後獲得控制，小六開始停藥。小四時檢查出有左側髖關節半脫位，持續定期至骨科追蹤。8 個月大時開始持續到醫院接受物理治療、職能治療、語言治療等復健至今。目前每週物理治療及職能治療、語言治療各一次。

（5） 教育史：

3 歲進發展中心日托班。5 歲進○○國小幼兒園學前特教班就讀，7 歲進○○國小特教班就讀。

2. **教育需求評估**：

（1） 健康狀況：健康狀況尚可，偶爾感冒。目前每天早上吃一顆肌肉鬆弛藥；因腦性麻痺規律至復健科追蹤、每半年至一年到小兒神經科及骨科進行追蹤。

（2） 感官功能：視覺、聽覺正常。

（3） 動作：

- 能獨自翻身，可貼地爬行約 2 公尺，從地板或椅子上站起時皆需他人大量協助或直接攜抱。無法獨自坐在一般課椅，目前坐擺位型輪椅上課，自我移動能力受限，無法放手站或放手走，可使用步態訓練器並由他人協助推行走約 30 分鐘、行走速度慢且剪刀腳明顯。目前主要坐在手推式輪椅上、由他人協助移動。可站直立式站立架約 1 小時。暑假開始在醫院學習操控電動輪椅，控制力道受張力影響輪椅容易爆衝。
- 雙手可抬到約胸口高度。右手表現比左手好，能以右手手掌及手指前三指抓握物品、完成簡單形狀板及插棒；協助下右手能以拳握方式握筆著色(但只能大範圍著色且畫不滿)及畫直線，但畫圓形和三角形常難以辨認；能以右手食指移動操作手機和平板。左手張力高，經常呈握拳狀態。其他書寫能力請見（八）領域(科目)學習。
- 手腳張力高，左手經常呈握拳狀態、興奮或生氣時雙腳常會伸直；被動關節活動度大致在正常範圍，左側髖關節半脫位。

（4） 生活自理：能用右手握湯匙進食，但速度明顯較慢且經常潑灑；能用右手自行拿吸管杯喝水；餐後能用右手拿毛巾擦嘴、拿衛生紙擦桌子，但會擦不乾淨。能表達如廁需求，但大小便需他人大量協助。穿脫衣物需他人大量協助。

（5） 認知：能記住兩步驟指令；能理解日常生活物品功能與應用、簡單的因果關係；能從

1 數到 100，簡單的個位加減法，但對於抽象概念的理解較困難（例如：2 個一數、5 個一數），需圖片或實物加以配合。對感興趣的事能專注（例如：喜歡的動畫影片），上課注意力約可維持 15-20 分鐘，偶爾需提醒專注。

（6） 溝通：能理解兩步驟指令和日常生活對話；瞭解名詞、動詞，及簡單的形容詞(例如：大小、長短、冷熱、快慢)；能以簡單句回答日常生活問題，以及敘述事件發生的過程與重點。不喜歡開口說話，常以點頭、搖頭回答，說話時咬字不清晰、速度慢且聲音小。

（7） 情緒/社會行為：情緒平穩、稍害羞，但喜歡與人相處，會主動與同學打招呼，也能很快適應新環境。遇挫折時經常放棄、需大人鼓勵始願意繼續嘗試。

（8） 領域(科目)學習：協助下能以右手握筆著色及畫直線，但畫圓形和三角形常難以辨認；能以右手食指簡單操作手機和平板；還無法一頁一頁翻書，教材教具的操作需大量協助。能看繪本以簡單句說故事、能回答簡單的個位數加減。認得自己的名字、好朋友的名字，以及日常常見的國字(例如爸爸、媽媽、學校、老師等)；能理解課文中較淺的意涵，例如人事時地物等，但無法理解較深的抽象思考意涵。

（9） 特殊需求領域課程：動作功能及生活自理有明顯困難，有功能性動作訓練課程、溝通訓練、輔助科技應用課程，以及生活管理課程之需求。

（10）課程調整：動作及認知功能困難，建議各（領域）課程及作業等應視學習狀況進行簡化、減量，或替代等調整。

（11）評量調整：動作功能、認知功能明顯困難，有調整評量內容與標準、試題報讀、口頭回答、延長考試時間，或採檔案評量等之需求。

（12）輔助科技：使用步態訓練器、直立式站立架以及擺位型輪椅，功能及尺寸皆符合需要，建議可從國小端轉移至國中端。目前輪椅由大人推行，移行效率不佳且不利獨立性之訓練，有電動輪輪椅評估、配置及使用訓練之需求。

（13）無障礙環境與設備：使用輪椅、步態訓練器、直立式站立架等輔具，有斜坡道、電梯，以及無障礙廁所之需求。並建議安排適當教室位置(例如:安排在一樓、離無障礙廁所較近等)、安排適當教室座位(例如：座位離教室門口較近、座位周圍空間較大等)、安排適當教室和校園活動範圍間之動線。

（14）學生助理員：無法獨立行走，需由他人推行輪椅；無法握筆寫字、無法有效操作教材教具；生活自理大部份皆需他人協助，有學生助理員之需求。

（15）相關專業服務：動作功能(包括粗大動作及精細動作)困難、溝通困難，並影響學習活動參與，有物理治療服務、職能治療，以及語言治療服務之需求。

3.綜合研判

乙生經相關專科醫師診斷為腦性麻痺，持有身心障礙證明第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能障礙、ICD-10 診斷碼為 G80.1（痙攣型雙邊麻痺腦性麻痺），並經特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估結果：乙生在動作功能上有明顯困難，目前無法獨立行走、需使用輪椅移動並由他人推行；握筆、操作教材教具需他人大量協助；進食、穿脫衣褲及如廁等生活自理皆需他人大量協助；認知部份，可以理解日常生活事物及簡單因果關係，但抽象概念的理解仍需圖片或實物配合，記憶力及注意力短暫；能以簡單句和點頭、搖頭表達需求及與他人互動。根據上述，有特殊需求領域課程、課程調整、評量調整、輔助科技、無障礙環境與設備、學生助理員以及相關專業服務之需求。因此，鑑輔會依據專科醫師診斷以及教育需求評估結果，綜合研判乙生符合腦性麻痺基準，安置於特殊教育班，並提供所需之特殊教育及相關支持服務。

七、參考文獻

佘永吉（2020）。肢體障礙、腦性麻痺與身體病弱。載於吳武典、林幸台、杜正治、胡心慈、潘裕豐、林淑莉等（合著），**特殊教育導論（頁 385-426）**。心理出版社。

衛生福利部（2024年05月06日）。**身心障礙者鑑定作業辦法**。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020020

教育部（2023年06月21日）。特殊教育法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

教育部（2024年04月29日）。**特殊教育學生及幼兒鑑定辦法**。全國法規資料庫。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187

廖華芳、孫世恒、陳麗秋、潘懿玲、程欣儀、蔡鏞申、陳佩珊、王慧儀、劉文瑜、康琳茹、朱彥穎、羅鴻基、黃維彬（2021）。**兒童物理治療學（第四版）**。禾楓書局。

Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology, 39*, 214-223.

US Centers for Disease Control and Prevention (2024). *Cerebral Palsy.* https://www.cdc.gov/ncbddd/cp/index.html

World Heath Organization (2019). *ICD-10.* https://icd.who.int/browse10/2019/en

Wright,M. & Palisano, R. J. (2023). Cerebral palsy. In R. J. Palisano, M. N. Orlin, & J. Schreiber (Eds.), *Campbell's physical therapy for children (6th Ed.)* (pp. 500-537). Elsevier

身體病弱鑑定說明

一、 前言

在特殊教育領域，身體病弱強調以學生身體的體能、生理狀況加以描述，並據以說明其在教育學習活動的特殊需求。身體的體能意指學生因某些特定急、慢性疾病造成體能衰弱，無法負荷正常學校學習活動；但若經適當調整，可學習與生理年齡相近的學業，惟不宜因疾病而中斷學習(余永吉，2020)。

身體病弱學生可能持有身心障礙證明，包括新制身心障礙鑑定類別中的第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能，第五類消化、新陳代謝與內分泌相關構造及其功能，以及第六類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(身心障礙者鑑定作業辦法，2024)。其鑑定向度包括：第四類的心臟功能(b410)、血管功能(b415)、血液系統功能(b430)、呼吸功能 (b440)、與呼吸系統構造(s430)；第五類的攝食功能(b510)、胰臟功能(b540)、胃構造 (s530)、腸道構造(s540)、與肝臟構造(s560)；以及第六類的腎臟功能(b610)、排尿功能 (b620)與泌尿系統構造(s610)(身心障礙者鑑定作業辦法，2024)。此外，學生也可能持有重大傷病卡，或經醫師診斷因罹患疾病，體能衰弱，需長期療養，並經評估後有特殊教育相關需求。然，考量學生疾病急性期及恢復期之狀況不同，功能障礙之認定應俟確定疾病於短期內無法矯正其身體功能之缺損，需長期療養，而影響學習活動參與者才納入身體病弱學生。常見疾病包括:

（一） 心肺疾病:

包括心臟與肺臟相關之疾病，其中最常見的是先天性心臟病。先天性心臟病的發生率約為活產兒的 6-10/1000 人，大部分的病變發生於懷孕的第 18-50 天，其中，心室中膈缺損是最常見的病變，佔先天性心臟病的 25-30%，其次為開放性動脈、心房中膈缺損、法洛氏四重症、主動脈弓窄縮、大血管轉位。先天性心臟病可分為發紺型與非發紺型兩類。發紺型學童會出現嘴唇與指甲發紫或發黑，嚴重時會出現缺氧、呼吸困難、氣喘、抽筋甚至死亡的情形。此外，常出現手指或腳趾末端變粗的狀況。非發紺型學童因為沒有動、靜脈血管互通或是僅由動脈血流到靜脈血的狀況，因此不會造成全身動脈血缺氧的現象。先天性心臟病的學童有的需要開刀治療，有些則在長大後會自然癒合，此須由醫師根據學童心臟狀況進行評估(廖華芳等，2021)。

（二） 癌症:

癌症是 1-16 歲兒童死亡的主要病因之一，類型包括血癌、腦癌、淋巴瘤、中樞神經腫瘤、骨癌等，其中以血癌與腦癌最常發生。癌症兒童常見的症狀包括貧血、身體出血、發燒、

骨頭疼痛、全身衰弱以及喪失食慾等(廖華芳等，2021)。癌症的預後會依其類型、分期和擴散程度有所不同，其治療方式與療程也有差異，對學生學校生活適應之影響亦有所不同，因此，需定期追蹤學生病況的進程，並依據學生健康狀況改變而有重新鑑定之需求。

（三） 血友病:

血友病是血液中凝血因子缺乏造成容易出血的一種疾病，此病症是一種性聯遺傳，以男性居多(余永吉，2020)。患者容易因自發性、或運動傷害、輕微外傷而出血，最常出血的部位為四肢關節，急性出血會造成關節腫痛活動受限，反覆出血則會導致慢性關節炎、關節變形及肌肉萎縮。患者也常有肌肉出血、血尿、流鼻血或口腔出血的問題，需長期規律靜脈注射補充凝血因子。如有規律的治療，血友病本身很少直接影響患者的生長發育，但仍可能影響其身心發展及適應。患者必須要知道如何適當而不過度保護自己，須注意選擇適切的運動，並有物理治療之需求。同時，校方也需知道急性出血之處置方式(盧孟佑，2014)。

（四） 地中海型貧血與鐮刀型貧血症:

此症屬於遺傳性疾病，主因為骨髓造血機能缺陷，導致紅血球血紅素攜氧胺基酶分子異常，容易阻塞血管，造成組織壞死、併發疼痛、關節腫大、疲勞、高燒等，嚴重時會不定期反覆出現關節病變、肢體變形、痙攣、腎衰竭等(余永吉，2020)。

上述為身體病弱學生常見之疾病，但不限定於上述之疾病。此外，學生即使患有疾病，若疾病未嚴重影響學校學習與生活適應，將不納入身體病弱之類別。

二、定義與基準

依據 2024 年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第九條所稱「特殊教育法」（2023 年）第三條第七款的身體病弱，「指罹患疾病，且體能衰弱，需長期療養，致影響參與學習活動。前項所定身體病弱，其相關疾病應經由該專科醫師診斷。」(教育部，2024)。

相較於 2013 年特殊教育法，本次修訂主要針對身體病弱的定義進行微調，但定義的內涵並無大幅變動，包括：（一）修正第一項身體病弱之定義文字，現行基準原為除罹患疾病外，同時具備體能衰弱、需長期就醫或療養，導致學習參與受到影響，爰予修正定明。（二）身體病弱之認定應經由相關科別之專科醫師評估診斷，爰將醫師修正為該專科醫師，又疾病應經由專科醫師診斷，鑑定認定應另包括特殊教育需求之綜合研判。

因此，身體病弱學生的鑑定基準必須符合「其相關疾病應經由該專科醫師診斷」，以及「影響參與學習活動」兩項要件，分述如下：

（一）疾病應經由該專科醫師診斷：

由於身體病弱之異質高，學生所患疾病種類亦不同，須由符合衛生福利部訂定之各類專業科別持有專業證照之醫師診斷後，出具醫學相關診斷與檢查報告。

（二）影響參與學習活動：

本基準強調不但罹患疾病，並且體能衰弱、需長期就醫或療養，導致學生就學時的學習活動有顯著困難或限制，有特殊教育及相關支持服務的需求，方可鑑定為身體病弱學生。

三、鑑定程序

（一）鑑定目的

身體病弱鑑定之目的，主要在發現可能有身體病弱之學生，並多方蒐集相關資料、實施特殊教育需求評估後，再據以綜合研判學生是否具身體病弱學生之障礙類別、提供適當之教育安置，以及所需之特殊教育與相關服務，以提升學生在學校各項學習活動的參與。

（二）鑑定步驟

身體病弱鑑定之步驟主要有兩個部分，一為經相關科別之專科醫師診斷；其二為實施教育需求評估，瞭解並確認學生之障礙對學習活動參與造成顯著困難或限制。

在鑑定步驟上，首先應經由成年學生、學生（幼兒）之法定代理人（實際照顧者）、教師或相關人員蒐集疑似為身體病弱之初步資料，並依各主管機關鑑輔會作業時程，提出鑑定之申請，同時按規定繳交相關資料，例如：身心障礙證明、重大傷病證明、或相關專科醫師之疾病診斷證明或相關醫療報告、前一教育階段鑑定相關資料等文件。但在校學生如因疾病導致體能衰弱需長期療養，以致在學校學科學習或參與學校活動有顯著困難或限制，過去並無特殊教育資格者，則建議家長先帶學生至醫療機構就醫，經醫療檢查取得相關診斷與檢查報告。

接著，由特教鑑定評估人員進行教育需求評估，並視學生個別狀況，邀集物理治療師、職能治療師、語言治療師等特殊教育相關專業人員參與評估，瞭解障礙對學習活動參與造成的影響，以及學生所需的特殊教育及相關服務，實施類別初步研判。

最後，綜合上述評估結果，由學校彙整送予鑑輔會，由各主管機關鑑輔會綜合研判學生是否具特殊教育資格。

（三）評估方式與工具

身體病弱學生的評估方式，分為醫學相關檢查以及教育需求評估。

1. 醫學相關檢查:依病情需要安排相關檢查，例如:影像檢查（包括X光、超音波、電腦斷層掃描）、血液檢查以及相關手術紀錄等。若學生已有身心障礙證明/重大傷病證明或相關醫療

診斷應於申請鑑定時一併檢附相關報告。

2. 教育需求評估:由於身體病弱異質性高且嚴重程度不一,有時對學生實施標準化測驗會有困難,評估時宜盡可能蒐集多方資料,包括相關醫療報告或證明、學生之法定代理人或實際照顧者的訪談資料、前一教育階段鑑定資料及輔導資料、班級老師的觀察結果、學生的學習檔案以及出勤狀況等;同時建議從生態評量觀點,採多元評量方式,包括:非標準化評量、直接觀察、晤談等,在自然情境中評估學生等各項能力,以及學生參與學習活動的困難與限制情形。

(四)鑑定評估人員

身體病弱學生之醫學相關診斷、檢查及病情追蹤部分由該專科醫師執行。而教育需求評估則由特殊教育鑑定評估人員、物理治療師、職能治療師以及其他相關專業人員辦理,詳如下列:

1. 相關專科醫師:符合衛生福利部所訂定之各類專業科別,持有專業證照之醫師,如:兒科、心臟科、泌尿科、血液科、內分泌新陳代謝科、風濕免疫科、腎臟科、腸胃肝膽科、胸腔科等專科醫師出具診斷書、門診紀錄、住院病歷摘要與檢查報告等。

2. 特殊教育鑑定評估人員:健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為等各項能力,以及領域(科目)學習、特殊需求領域課程、課程調整以及評量調整之需求,與家庭狀況等評估。

3. 物理治療師:評估身體病弱學生、心肺功能、體適能、行動與擺位輔具等輔助科技使用需求、以及無障礙環境與設備需求等評估。若身體病弱學生有肢體功能問題,亦可由物理治療師評估其姿勢維持與改變、移位與移動、身體平衡與動作協調等粗大動作、關節活動度與肌張力,以及動作計畫。

4. 職能治療師:評估身體病弱學生之生活自理或工作能力、感覺統合、生活輔具等輔助科技使用需求、無障礙環境與設備需求等。若身體病弱學生有肢體功能問題,亦可由職能治療師評估其手與手臂使用、手部精細操作、雙側協調與手眼協調等精細動作、關節活動度與肌張力,以及動作計畫。

5. 其他相關專業人員:視需要延請語言治療師、臨床心理師等專業人員評估。

四、教育需求評估

依據 2024 年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第九條所稱「特殊教育法」(2023年)第三條第七款的身體病弱,「指罹患疾病,且體能衰弱,需長期療養,致影響參與學習

活動。」因此，對於身體病弱學生的特殊教育鑑定，除須有醫療診斷與評估之外，尚需要提供教育需求之評估，以瞭解身體病弱學生在參與學習活動可能之困難與限制。

(一)健康狀況

除基本的身高、體重外，通常因疾病而有較多的醫療處置，在進行教育需求評估時，應就學生的主要健康問題、過往重要醫療史、相關檢查紀錄、用藥情形，以及重要醫囑等予以詳細記載。尤其是申請鑑定日期之過去一年內有無因該疾病回診或住院而頻繁請假?請假或住院期間多長?未來一年內是否會進行醫療相關重大的手術或療程?期間多長?是否因該疾病而影響學生學習等情形，特殊教育鑑定評估人員都必須詳加記載，提供相關訊息供鑑輔會綜合研判時參考。

(二)感官功能

視覺、聽覺、觸覺、嗅覺、味覺等功能之評估。隨著病情的進程可能併發感官功能困難或障礙，若發現學生有顯著之視覺或聽覺等問題，建議轉介相關專科醫師及視障或聽障巡迴輔導教師做進一步評估。

(三)知覺動作

粗大動作及精細動作功能評估，包括：維持身體姿勢、改變身體姿勢、移位及移動、平衡與協調、舉起與移動物品、手與手臂使用、手部精細操作、雙側協調與手眼協調、動作計畫等動作功能，以及心肺耐力等體適能、肌肉張力、被動關節活動等評估，以及動作困難對學生參與學習活動及學校生活的影響。

(四)生活自理

隨著病情的進程可能會進一步影響學生生活自理能力。生活自理能力的評估包括：飲食、穿脫衣、如廁、清潔衛生以及安全等自我照顧，以及視學生之學習階段增加家庭生活與社區參與等生活管理評估項目。

(五)認知

認知的評估通常包括：記憶、知覺辨別、推理思考、概念等向度。若發現學生有顯著認知功能缺損，可進一步施測個別智力測驗。

(六)溝通

溝通評估包括：口腔動作、口腔肌張力、吞嚥、語言理解、口語表達、構音、語暢等。

(七)情緒與社會行為

可能因為長期面對繁複的醫療檢查與治療，以及對於健康恢復的不確定性，導致沉重的心理壓力，容易造成精神上與情緒上的困擾(余永吉，2020)。建議宜視學生個別狀況，進行情緒與社會行為之相關評估，或轉介學校輔導相關資源。

(八)領域（科目）學習

隨著病情的進程可能影響學生動作功能、心肺功能以及體能狀態，進而影響領域(科目）學習，例如：文具的操作、體能活動以及上課時間等等。建議在評估學生動作功能、心肺功能以及體能狀態後，應進一步評估學生在領域（科目）學習可能會遇到的困難。

此外，也評估以下的需求及建議並纳入評估報告中：

(一)特殊需求領域課程

身體病弱學生的動作功能、心肺功能以及體能狀態的困難可能影響其領域(科目)學習，而有特殊需求領域課程的需求，例如：功能性動作訓練、輔助科技應用、生活管理、職業教育，或社會技巧等科目，建議應綜合考量學生的動作功能、心肺功能以及體能狀態，以及領域（科目）學習困難等，評估其在特殊需求領域課程的需求。

(二)課程調整

轉介相關專業人員(物理治療師及職能治療師)進行功能性評估後，若考量學生的生理狀況無法應付一般課業活動時，則可以依據學生需求及能力，適當運用簡化、減量、替代等方式調整課程及作業內容。身體病弱學生的體育課程，仍應儘量與同儕共同上課為優先，但考量學生的生理狀況若無法負荷一般體育課程，應依照學生個別的生理狀況以及遵照醫囑，安排適應體育課程，並視需要轉介相關專業人員(物理治療師及職能治療師)共同規劃體育課程內容。

(三)評量調整

由於身體病弱學生心肺功能不佳，體力不佳，長時間作答可能有困難，需要調整考試評量方式,教師可依據學生個別需求並參考身心障礙學生考試服務辦法提供考試評量調整服務，如：延長時間、獨立考場、電腦作答、口頭回答、放大試卷、代謄答案等。由於學生未來於國中基本學力測驗以及大學入學學科能力測驗或分科測驗、四技二專等各項考試也可能需要相關的評量調整，特殊教育教師宜於在學階段及各種入學考試前即執行評量調整，記錄調整前後的效益，並納入個別化教育計畫，以作為未來申請考試評量調整服務之參考。

(四)無障礙環境與設施

身體病弱學生從家中到學校班級教室之上下課動線之無障礙規劃，如進入校門口需不需要斜坡輔助、上課教室動線的安排，需不需要加裝扶手，是否能配合該生方便移動的需求，如廁廁所是否需無障礙廁所等考量。

(五)相關輔助科技設備

指行動移位與擺位輔具、閱讀與書寫輔具、溝通輔具、電腦輔具及其他改善身心障礙學生能力及課程參與之輔具。

(六)特殊教育相關專業服務

依據學生個別需求提供物理治療師、職能治療師、語言治療師、心理師、聽力師、社工師等相關專業服務。

(七)交通服務

身體病弱學生可能因體力不足、併發症或後遺症導致無法自行上下學，符合前述情形者應給予交通車服務或交通補助費用。

五、綜合研判

依據 2024 年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第九條所稱「特殊教育法」(2023年）第三條第七款的身體病弱，「指罹患疾病，且體能衰弱，需長期療養，致影響參與學習活動。」因此，對於身體病弱學生的鑑定，必須先有醫療相關的診斷，學生除身心障礙證明外，尚需提供半年內該專科醫師之診斷証明，及一年內就醫、用藥或復健等病歷摘要，以供鑑輔會綜合研判之參考。

除醫療診斷證明及相關佐證資料外，尚需提供教育需求之評估，以了解身體病弱學生在參與學習活動可能會遇到的困難。此外，身體病弱學生的生理情況需顯著影響該生在校學科學習或參與各項學習活動。因此，除參照特殊教育相關專業團隊之評估結果，亦需提出其特殊教育需求，包括:出缺席記錄，體適能或體育課程調整、其他課程調整、評量調整或無障礙環境、相關輔具等特殊教育需求等，再予以綜合研判。

一般而言，考量疾病之治療期程，身體病弱學生之特殊教育資格原則上以兩年為原則。然，若判定疾病狀況再也無法恢復，也可予以教育階段內或至下一階段一年級之特殊教育資格，待學生轉銜至下一階段後再重新鑑定。重新鑑定時，若疾病病情穩定，僅須定期回診追蹤，將不再判定為身體病弱學生。而進行性之疾病應依規定及醫師之判定，定期重新鑑定。此外，因學生仍在成長發育階段，某些疾病雖知無法矯正，但因學生的成長或可使其功能改善或惡化，故亦應配合醫師之判斷，定期重新鑑定。

六、案例

（一）甲生

1. **基本資料：**甲生，女性，年齡:16歲，就讀高中一年。

（1） 診斷：魚鱗癬（罕病）、粒線體代謝疾患(ICD-10代碼: E88.40)、松果體腦瘤、呼吸器依賴狀態(ICD-10代碼:Z99.11)、再生不良性貧血、嗜中性白血球低下、癲癇

（2） 醫療史：

甲生於幼稚園時經兒童神經科醫師診斷為粒線體缺陷，爾後又經醫師診斷有魚鱗癬之罕見疾病、睡眠呼吸中止症、松果體腦瘤及癲癇。該生因粒線體缺陷影響造血與心臟功能，導致有陣發性缺氧、血小板低下、再生性不良貧血以及心律不整之症狀，須長期使用呼吸器與氧氣製造機，並隨時監測血氧濃度。

（3） 身心障礙證明：

根據上述醫學相關檢查，甲生持有第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙重度。ICF代碼: b440.3(呼吸功能障礙重度)

（4） 能力現況:

甲生因罹患粒線體缺陷之罕見疾病，影響學生造血與心臟功能，導致身體狀況不佳，無法規律到校上課，目前仍因血小板過低問題持續醫療中，不定時須請假就醫或在家休養，每週僅能到校2-4個半天不等，且因體力衰弱，無法早起，僅能在午後一點過後入班上課。

甲生之一般生活自理與同儕相仿，大致能獨立完成，但因魚鱗癬之罕見疾病致使甲生皮膚調節異常，對溫度十分敏感，需處在攝氏26度以下的環境，離開冷氣房1個多小時就易出現頭暈、噁心、想吐、無法久站的症狀；且因甲生的體力衰弱，不適合從事需要體力要求或劇烈的活動。甲生之智力中上，惟學習動機低，加上長期缺席，導致學習成就低落。平時情緒穩定，但因長期身體不適，缺乏與同儕互動溝通機會，性格較為沉默，對不熟的人較不會主動提出需求。

2. **教育需求評估**：

甲生從幼兒園至國中皆鑑定為身體病弱學生。甲生之教育需求評估結果如下：

(1)特殊需求領域課程

甲生因體力虛弱，不適合從事需要體力要求或劇烈的活動，但仍須維持基本的肌耐力以及心肺功能，因此建議在體育課中提供適合該生之適應體育課程。或安排物理治療師及職能治療師等相關專業人員或特殊教育教師提供功能性動作訓練等特殊需求課程。

(2)課程調整

因甲生體力虛弱，即使進行靜態的學習活動時，也會因疲累而需要短暫休息。此外，甲生因疾病頻繁住院，建議可以將學校課程的活動量及內容加以減量、簡化，以及在所有課程中允許該生短暫休息。

(3)評量調整

甲生因松果體腦瘤以及癲癇問題，需頻繁住院，需要各任科老師之替代/簡化作業成績取代之。且因甲生體力虛弱，長時間書寫評量答案有困難，因此，建議可隨時根據身體狀況調

整評量方式，包括：延長時間、電腦作答、口頭回答、代謄答案等方式，以提供考試評量應答時的便利。由於甲生目前就讀高一，未來大學入學學科能力測驗或分科測驗也可能需要相關的評量調整，特殊教育教師宜於在學階段及各種入學考試前即執行評量調整，記錄調整前後的效益，並納入個別化教育計畫，以作為未來申請考試評量調整服務之參考。

(4) 無障礙環境與設施

甲生因粒線體缺陷影響造血與心臟功能，導致有陣發性缺氧、再生性不良貧血以及心律不整之症狀，行走時容易喘，上下樓梯，速度較慢，且體力無法負荷。此外，下課移動至廁所如廁的時間較長，以致於下課無法獲得足夠休息，因此，治療師建議可安排甲生就讀班級能在一樓，靠近廁所與健康中心，並給予電梯鑰匙以利在校移動的安全及效能。此外，於班級中置放氧氣製造機，健康中心備有血壓計與血氧監測儀器以監控血壓與血氧，必要時提供氧氣。此外，甲生因疾病使皮膚調節溫度功能異常，需教室溫度保持在攝氏26度左右，並依狀況開啟空調設備。

(5)特殊教育相關專業服務

轉介物理治療師提供心肺功能活動訓練，強化心肺功能。

3. **綜合研判：**

甲生持有第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙之身心障礙證明，並經過特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，根據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果：甲生認知能力正常，但因疾病導致腦壓不穩定，頻繁頭暈頭痛、噁心、嘔吐、無法久站，需要頻繁住院，每週僅能到校2-4個半天不等，且因體力衰弱，無法早起，僅能在午後一點過後入班上課，參與學校活動有困難。因此，鑑輔會依據疾病狀況以及教育需求評估結果，綜合研判甲生符合身體病弱之鑑定資格，安置於分散式資源班，提供特殊需求領域課程(功能性動作訓練)、課程調整、評量調整、無障礙環境等特殊教育相關支持服務以及物理治療。由於甲生之疾病無法復原，因此身體病弱之特教鑑定資格將可延續至下一階段一年級，於大專階段再予以重新評估以瞭解教育需求之變化。

(二)乙生

1. **基本資料：**

（1） 乙生，女性，年齡5歲，就讀幼兒園大班，即將進入小學。**診斷：**先天性心臟病，完全房室傳導阻滯(ICD-10代碼:I44.2)。

（2） 醫療史：乙生因複雜性心臟病以及心律不整，陸續接受將近10次的手術治療，多次住

院。目前持續服用藥物治療中，後續仍有手術治療之需求。

（3） 身心障礙證明：根據上述醫學相關檢查，乙生持第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙極重度。ICF代碼為b410.4(心臟功能障礙重度)。

（4） 能力現況:

乙生因先天性心臟病與心律不整，陸續接受將近10次手術治療，目前在右心室置放心臟節律器，目前持續藥物治療中，後續仍有手術治療之需求。乙生因先天性心臟病，每日需服用抗凝血劑、防心臟衰竭以及利尿劑等多種藥物，需避開與葡萄柚、黑木耳等食物共食。

乙生在粗大動作及精細動作發展較同儕差，粗大動作目前為兩腳一階上下樓梯，走超過一層樓需要休息，單腳站立無法超過3秒，大多時候無法跟上班級隊伍移動，需有小幫手或老師在旁牽引留意；精細動作部分，目前尚採五指抓握方式握筆或畫畫。在班級活動中，動作稍慢，多數時候會在隊伍最後。生活自理能力大致與同儕相仿，惟用餐速度慢會依賴大人餵食，穿脫衣物大致可獨立，僅在套頭衣物、拉鍊以及扣鈕釦需要大人協助。語言理解以及表達能力大致與同儕相仿，惟有塞音化、後置音化以及塞擦音化，需加強其構音能力。乙生情緒大致穩定，性情溫和，可很快適應陌生環境。

2. 教育需求評估:

乙生目前就讀國小附設幼兒園大班，持有第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙極重度之身心障礙證明。目前右心室置放心臟節律器，持續服用藥物治療，預計於一年後之暑假手術治療。因此在入小學前，就讀學校向鑑輔會提出鑑定申請，並進行教育需求評估及綜合研判。教育需求評估結果如下:

(1)課程調整

物理治療師評估乙生的心肺功能不佳，即使進行靜態的學習活動，也會因疲累而需要短暫休息，建議健體課教師可以將健體課之活動量及課程內容加以減量、簡化，以及在所有課程中允許乙生短暫休息。

(2)評量調整

乙生因心肺功能不佳，體力不佳，因此長時間的書寫有困難，進入小學後，紙筆評量可讓乙生分段考試，延長考試時間。

(3)無障礙環境與設施

由於乙生心肺功能不佳，粗大動作能力較為低落，上一層樓梯即需要休息，速度較慢，下課移動至廁所如廁的時間較長，以致於下課無法獲得足夠的休息。因此，治療師建議學校安排教室在一樓，或可搭乘電梯，並靠近廁所，以方便乙生在學校移動的安全及效能。

(4)特殊教育相關專業服務

由於乙生心肺功能不佳，需加強其心肺功能及體適能方面的訓練，故轉介物理治療師提供心肺功能活動訓練。由於乙生精細動作功能以及日常生活自理能力不佳，故轉介職能治療師提供精細動作以及日常生活訓練。由於乙生有構音問題，故轉介語言治療師提供構音矯正訓練。

3. 綜合研判：

乙生持有第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙之身心障礙證明，並經過特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，根據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果：乙生認知能力正常，但因疾病以致於體能不佳，參與學校動態性活動有困難，即使是靜態的學習活動也會因疲累而需短暫休息。因此，鑑輔會依據醫療診斷證明以及教育需求評估報告，綜合研判乙生符合身體病弱之鑑定基準，安置於分散式資源班，提供課程調整、評量調整、無障礙環境等特殊教育支持服務以及物理治療與語言治療師等相關專業服務。由於乙生將於一年後的暑假進行手術治療，建議給予兩年之特殊教育資格，於兩年後重新評估。

(三)丙生

1. 基本資料：

（1） 丙生，女性，年齡17歲，就讀高中一年級。

（2） 診斷：紅斑性狼瘡(ICD-10代碼:L93)，腎病症候群(ICD-10代碼:N04.9)，後天性溶血性貧血（ICD-10代碼: D59.9)

（3） 醫療史：學生小學四年級時因身體不適至醫院就診，進行抽血檢查，發現血紅素以及血小板數值偏低，立即住院治療，服用類固醇，並進行腰椎穿刺，最終被診斷為紅斑性狼瘡。國中八年級因紅斑性狼瘡引發腎病症候群，亦即開始洗腎。丙生自小四發病至國中階段，住院治療超過15次，國中八年級時因併發感染或是急性腎炎而大部份時間在醫院治療，或在家休養。

（4） 身心障礙證明：根據上述醫學相關檢查，丙生持第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙，ICF代碼為b430.3(血液系統功能重度)以及第六類泌尿與生殖系統相關構造及其功能障礙，ICF代碼為b610.4(腎臟功能障礙極重度)。

（5） 能力現況：

丙生因罹患紅斑性狼瘡導致腎病症候群，入學後即因疾病而住院，休學一年，目前每周三天上午需至醫院洗腎。且因疾病狀況經常感染，不宜接觸過多人群，以避免感染。丙生因疾病曾做過白內障手術，目前視覺狀況尚可。因長期住院及反覆感染，以致呼吸肌肉力量弱，

須使用呼吸器輔助呼吸，且因整體體力不足，肌肉力量弱，移動皆需依靠輪椅。目前大部分生活自理需靠家長協助，無法自行更衣、如廁，僅能自己飲食。丙生語言理解與表達能與同儕無異，惟受疾病影響，長期依賴呼吸器且接受氣管切開手術，以致於說話只能用氣音，面對病容讓同儕看見，顯得有些膽怯與退縮，需適時給予輔導。

2. 教育需求評估：

丙生因疾病導致須長期洗腎，且因長期住院及反覆感染，導致目前需靠呼吸器輔助呼吸，以至於整體體力衰弱，行動困難，影響丙生參與學校學習活動。學校向鑑輔會提出特殊教育學生鑑定申請，並進行教育需求評估及綜合研判。其教育需求評估結果如下:

（1） 課程調整：

丙生由於疾病因素，做氣管切開術，目前使用呼吸器呼吸，需加強其心肺功能，因此在體育課需要調整，提供適應體育。考量丙生需常至醫院洗腎，課程及課業改以電子化課程或網路作業，以利丙生可在醫院進行學習。

（2） 評量調整

由於丙生肌肉力量不佳，體力較差，長時間書寫評量答案有困難，因此，建議可隨時根據身體狀況調整評量方式，包括：延長時間、電腦作答、口頭回答、代謄答案等方式，以提供考試評量應答時的便利。由於丙生目前就讀高一，未來大學入學學科能力測驗或分科測驗也可能需要相關的評量調整,特殊教育教師宜於在學階段及各種入學考試前即執行評量調整，記錄調整前後的效益，並納入個別化教育計畫，以作為未來申請考試評量調整服務之參考。

（3） 無障礙環境與設施

丙生因疾病導致目前體力不佳、肌肉力量不足，無法站立及行走，需使用輪椅移行。治療師協同學校老師及相關行政人員，共同討論並規劃，該生從學校門口到班級教室之上下課動線之無障礙設計及安排,例如進入校門口需要斜坡輔助、上課教室盡量安排在一樓等考量。

（4） 相關輔助科技設備

由於丙生體力不佳，肌肉力量不足，無法獨自站立及行走，需於校園中使用輪椅移行。因此建議提供電動輪椅，使其可以自行操作輪椅於校園中移行。

（5） 特殊教育相關專業服務

由於丙生體力不佳,肌力不足以及心肺功能不佳,需加強其心肺功能及肌力方面的訓練，故物理治療師提供心肺功能訓練。此外，丙生目前行走及生活自理皆需他人協助，因此提供學生助理員協助在校學習與生活。

3. 綜合研判

丙生持有第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能障礙，以及第六類泌尿與生

殖系統相關構造及其功能障礙之身心障礙證明，並經過特殊教育鑑定評估人員進行教育需求評估，根據醫療診斷紀錄以及教育需求評估結果：丙生之生理狀況受到及疾病嚴重影響，體能衰弱，目前行走及生活自理皆需他人協助，並因為疾病經常請假住院，對學科學習及參與學校學習活動造成重度影響。因此，鑑輔會依據醫師診斷、特殊教育鑑定評估人員的教育需求報告，綜合研判丙生符合身體病弱的鑑定標準，安置於分散式資源班，提供特殊需求領域課程、課程調整、評量調整、無障礙環境與設施、輪椅等輔具。丙生所患疾病-紅斑性狼瘡，為系統性免疫疾病，是種難以預測其預後的疾病，病症改變時所需要之支持服務可能也會有所改變。若丙生病況未有改變，身體病弱之特殊教育資格可維持至下一階段一年級。若丙生接受換腎，則將視疾病穩定與否，重新進行教育需求，再經鑑輔會綜合研判是否符合身體病弱的鑑定標準。

致謝：

感謝臺大醫院復健科盧璐醫師、馬偕紀念醫院內分泌暨新陳代謝科王朝弘醫師、臺北市立聯合醫院中興院區小兒科簡穎瑄主任、臺北市西區特教資源中心顏瑞隆主任、臺北市立興雅國中曲俊芳老師、以及臺北市松山高級商業家事職業學校歐思賢老師等六位專家，協助本文之專業審查與修訂。

七、參考文獻

佘永吉（2020）。肢體障礙、腦性麻痺與身體病弱。載於吳武典、林幸台、杜正治、胡心慈、潘裕豐、林淑莉等（合著），**特殊教育導論**（頁 385-426）。心理出版社。

教育部（2023 年 06 月 21 日）。特殊教育法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

教育部（2024年04月29日）。特殊教育學生與幼兒鑑定辦法。教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187

教育部（2024 年 05 月 06 日）。身心障礙者鑑定作業辦法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020020

廖華芳、孫世恒、陳麗秋、潘懿玲、程欣儀、蔡鏞申、陳佩珊、王慧儀、劉文瑜、康琳茹、朱彥穎、羅鴻基、黃維彬（2021）。**兒童物理治療學（第四版）**。禾楓書局。

盧孟佑（2014 年 04 月 03 日）。認識血友病。**臺大醫院健康電子報**。https://epaper.ntuh.gov.tw/health/201404/project_1.html

World Heath Organization (2019,February1). ICD-10. World Heath Organization. https://icd.who.int/browse10/2019/en

情緒行為障礙鑑定說明

一、前言

「情緒行為障礙」歷經三次立法更名，1984年的「性格異常」、「行為異常」，1997年的「嚴重情緒障礙」、2009年終於確定「情緒行為障礙」。特殊教育法所提到的情緒行為障礙不僅限於「情緒」內在心理問題，也可能是外在行為的問題（洪儷瑜，1995），名稱並列情緒、行為二詞較能顯示此類的內涵；另也確定「障礙」一詞，異於美國身心障礙者教育法使用的困擾(disturbance)、學校輔導使用的偏差行為或是精神醫療使用的疾患(disorder)。此次修法仍延續使用「情緒行為障礙」，除了名詞之外，定義與鑑定基準也大致沿用。

「情緒行為障礙」異質性高，由於範圍包括發展性的心理疾患和青少年或成人的疾患，所以在不同年齡發展階段的差異很大，而且跨發展階段的一致性可能不如其他障礙穩定。尤其是很多心理疾患好發於高中、大學階段，在國民教育階段之後的情緒行為障礙學生的組成可能異於國中小學階段。所以，鑑定工作之重點與準備應該因不同教育階段而有不同的設計。

國內過去十年來所得之情緒行為障礙學生在國民教育階段之鑑出比率已達0.39%，相較於100學年度的0.18%，成長了兩倍，雖遠低於國外文獻所建議之1%，但已是出版鑑定基準以來最高的鑑出率。而且在國內特殊教育的身心障礙類型，除了發展遲緩僅於學前階段外不列入比較，情緒行為障礙之學生數量高居第四多的障礙類型，僅次於學習障礙、自閉症、智能障礙三類。可見上次的情緒行為障礙鑑定基準在國內已奠下一個可操作的基礎，本次的說明也將依據國內學校相關輔導措施的變遷和特殊教育之發展，說明新的鑑定基準、工具與方法，並建議鑑定流程與評估人員之培訓目標與內容，期待在此類的鑑定工作更臻完善，以為有情緒或行為困難的學生建立及早介入、多層級適性支持服務。

二、定義與基準

本定義主要以美國全國心理衛生與特殊教育聯合組織(The National Mental Health and Special Education Coalition，NMHSEC）1980年代末所提的定義為主要參考架構（Forness & Kavale，1997)，未採用美國身心障礙者教育法(Individuals with Disabilities Education Act, IDEA）的定義之架構，於1998年經過國內學者、心理衛生專家與特教實務工作者的意見修訂而成，再於2012第三次修法的修正後，使用上未見太大爭議，故多為沿舊版定義，僅就部分文字稍作修改，經過專家學者共同研修和教育部公開諮詢、審查之後定案。

沿用舊定義，本定義內容包括概念性和操作性定義（即鑑定基準）兩部份，本文除了解釋這兩部份外，另進一步說明其與精神醫學模式之關係。

(一) 定義

根據2024年的特殊教育學生及幼兒鑑定辦法第10條：

「本法第三條第八款所稱情緒行為障礙，指長期情緒或行為表現顯著異常，致嚴重影響學校適應者；其障礙非因智能、感官或健康等因素直接造成之結果。

前項情緒行為障礙之症狀，包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或有其他持續性情緒或行為問題者。」

根據上述定義可歸納出情緒行為障礙的四個重要特徵：

1. 主要問題在行為或情緒表現顯著異常

行為或情緒表現異常是情緒行為障礙學生的主要特徵和特教需求，例如在平時有不符合文化常規的行為反應或情緒反應，或行為與情緒反應與一般同年齡、同文化的同儕相較有顯著差異。美國學者波以爾 （Bowel,1957）所提出的情緒困擾（emotional disturbance）五類中有四項可以說明行為或情緒顯著異常之類型：

（1） 無法和同儕及教師建立或維持滿意的人際關係；

（2） 在正常的狀況下有不當的行為或情緒型態；

（3） 普遍充滿不快樂或憂鬱的情緒 ；

（4） 會因個人或學校的適應問題衍生出有關的生理症狀或恐懼。

也就是說在一般情況下，學生具情緒障礙情形，其情緒行為會出現不當的表現，如攻擊的危險行為、自傷、不成熟的反應、嚴重退縮、衝動、過動、注意力短暫、難與人維持溝通或正常互動等，或者過度焦慮、恐懼、憂鬱等不快樂情緒，導致無法維持正常生活功能，如上學、生活作息、個人清潔，有時會出現無生理病因的生理症狀，如失眠、疲累或腸胃問題。一般常見的分類，內向性（或稱內化）、外向性（外化）性問題和精神病等三種異常，亦可參考精神醫療的診斷，異常症狀可包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症等心理疾患。

2. 問題的嚴重程度需要長期而且明顯的，且嚴重影響學校適應者

基於考慮一般人難免會有暫時性的行為或情緒的異常表現，如面臨重大生活壓力，大考、失去重要他人或寵物等，故情緒行為障礙之行為或情緒問題之嚴重程度必須符合三項標準，長期的、明顯的，以及問題的後果已嚴重影響學校適應者，故新法增加「致」字，以因果關係說明嚴重程度。

(1) 長期的：一般兒童精神醫學在各種心理疾患（disorder）的診斷時間常以六個月或十二個月以上，意指問題出現的時間需持續六個月或十二個月，持續長度因各種疾患而異，換言之，如果是因環境事件或發展上的適應所致異常情緒或行為表現，並不符合此標準。

(2) 明顯的：一般對於明顯的定義，係指與一般同年齡、同性別、相同文化背景的同儕比較，即可明顯看到差異，或由心理測量之在平均數以上1.5或2個標準差以上，或臨床水準。

(3) 問題的後果：由於情緒或行為的問題易有主觀的判斷，且易有特質或障礙的混淆，例如固執性或活動過多等，可能是一個人的特質，也可能是症狀，因此，在問題嚴重程度的定義，明文指出情緒行為的問題必須嚴重影響其學校適應。**學校**適應困難之範圍在下面之鑑定基準第二項有定義，且此困難主要因情緒行為困難所致，以下提供排除其他個人因素。

3. 問題成因排除智力、感官或健康等因素直接影響者

情緒或行為的困難並非智力、感官、或健康等因素所致，主要是智力異常、聽覺障礙、視覺障礙或慢性生理疾病之學生也可能會出現類似的異常行為，而智力不限於低落，過高或部分智力內在差異太大導致的適應困難，也可能出現情緒行為異常表現。因此，如果甲生出現異常的情緒行為表現時，需同時參考其智力表現，以其同智力表現的群體，判斷甲生的情緒行為異常是否反應出其適應困難，如學習太難、長期沒有成就感導致焦慮、退縮或干擾、分心；或是智力太高，學習無聊與同儕難以溝通導致其學業或人際問題。判斷甲生是否有情緒行為障礙時，需區分其異常表現顯著異於智能障礙或高智商的同儕，而且其情緒行為問題與其智力為獨立事件，確定兩種障礙共同存在，而非因果關係。

4. 服務對象包括兒童精神醫學所診斷的患者

為了與其他專業溝通，特於定義增列一段「情緒行為障礙之症狀，包括…」，主要連結精神醫學之診斷疾患，很多情緒行為障礙學生均源自於精神醫學的診斷。此參考NMHSEC之定義做法，列舉精神醫學疾患的說明，「這一類包括思覺失調疾患(schizophrenic disorders)、情感性疾患（affective disorders）、焦慮性疾患（anxiety disorder）、或其他對學校教育成效有負面影響之持續性的行為或適應困擾」，比美國IDEA僅列行為症狀更加明確，且有助於專業間溝通和知識交流。

「情緒行為障礙之症狀，包括…」常被誤解為「是」或「等於」，換言之，情緒行為障礙等於精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、…，如「XX包括YY」並不等於「XX是YY」，二者的邏輯需要注意，就像亞洲人包括臺灣人，並不表示亞洲人就是臺灣人。換言之，具有上述列舉心理疾患診斷的學生未必是情緒行為障礙，具備上述心理疾患診斷者需參考上述之三項定義特徵和以下之鑑定基準才可符合情緒行為障礙，如案

例說明，相反的，沒有上述診斷的也未必不是情緒行為障礙。此段定義除了上述DSM所列之疾患，還包括有其他持續性之情緒或行為問題者，避免部份因生理或其他因素所致非典型心理疾患學生表現之情緒行為異常者，其特殊教育需求被忽略。

（二） 鑑定基準

第一項所定情緒行為障礙，其鑑定基準依下列各款規定：

1. 情緒或行為表現顯著異於其同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之。

2. 在學校出現學業、社會、人際、生活或***職業學習***等適應有顯著困難。

3. 除學校外，在家庭、社區、社會***或***任一情境中顯現適應困難。

4.***前二款之困難***經評估後確定一般教育***及輔導***所提供之介入成效***有限，***仍有特殊教育需求。

四項鑑定基準，乃將舊版的第三項區分為二、四項說明，讓每項說明各具獨立重點，說明如下：

1.情緒或行為表現顯著異於其同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之。

情緒或行為顯著的異常，係指該行為或情緒表現與同年齡、同性別、同文化背景的常模相比較，而異常的判定可分標準參照或常模參照。標準參照是指在達到幾個特徵即可判別，例如「精神疾病之診斷和統計手冊」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱為DSM）對注意力缺陷過動症（attention deficit hyperactive disorder，簡稱ADHD）之規定，主要需由受過專業訓練的精神科醫師依據專業程序診斷，應求助醫師，或已有醫師診斷或治療，因此，在情緒行為異常的這項標準，可以參考精神科醫師的診斷，但是醫師的診斷並非鑑定之必要程序或文件。本文之「得」（音「ㄉㄜˊ」）在此表示可以參考，也可以不參考。

對於國小以下的學童常因正處發展，不易獲得上述疾患診斷，即使有診斷也會不穩定，故其情緒、行為異常可採心理測量之常模參照，以全國標準化測驗或量表之常模所得的相對分數來決定，一般異常的標準有百分等級90或95，或是85，其標準會因不同工具、不同向度而異。採用量表評估者是以向度(dimensional)為主，異於DSM採類別(categorical)的評估（Cullinan，2007）。基於行為或情緒評量上的困難，很多學者呼籲在學校鑑定行為或情緒異常應該採用多元的評量工具，例如洪儷瑜等編製之「學生行為評量表」、「學生行為問題篩選表」，這些工具至少包括兩種不同來源的資料，教師評、家長評或學生自評，有的甚至達三種，包括教師評、家長評或同儕評或自評，或是醫師診斷與在校觀察、訪談學校和家庭中長期與學生相處之重要他人等，綜合不同資料。

很多心理疾患的類別診斷不應依賴測驗或評量工具，應兼用結構性問卷訪談、觀察，且評量重點不一定限於症狀評估，須包括其他診斷標準或區別診斷之需求，因此疾患之診斷應參考精神科醫師正式診斷證明。但對於國小階段之持續性的行為、情緒異常，基於可能診斷之困難，進行評估者應該經過完整的心理測驗、兒童行為發展、與兒童偏差行為或情緒行為障礙等相關專業訓練，並具訪談、觀察與非正式情境施測的專業技能，才能正確收集兒童的情緒行為資料，作出綜合研判。即使有醫師之疾患診斷之學生，其情緒行為異常對學校適應之影響的評估也需要上述專業知能。因此，在行為或情緒異常的這項標準，上述兩種方式任選一種資料即可，但基於青春期心理疾患和適應問題之複雜，建議在國中以上的情緒行為障礙鑑定，應該以兒童或青少年精神科醫師的診斷為限，但是在國小以前，則不一定要限於具有醫師診斷。

2. 在學業、社會、人際、生活或職業學習等適應有顯著困難。

此條在舊版為第三款，特提前到第二款說明適應困難的範圍，亦即為問題嚴重性之規範之一。本款的標準，規定行為或情緒異常之表現必須造成學業、社會、人際、生活或職業實習等適應有顯著困難，主要都是在學校生活重要的表現，這五項適應困難說明如下：

(1) 學業適應困難：包括學業低成就或學業成就低落，該生學業表現遠比該生之潛能（智力或相關認知能力）差、或是比就讀年級之程度差、或是跟不上班上的學習進度，為全班（校）倒數，所以，可能是有差距之低成就(under-achievement)或成就低落(low achievement)，但亦可能有學習行為異常，如長期缺席、缺課或不交作業或無法參與課堂學習活動等。

(2) 社會適應困難：係指其團體適應表現不佳，在學校之社會適應困難包括不能參與團體學習或活動或不能遵守常規或例行作息、不能在團體負應盡的責任，例如維持安靜、維持整潔、輪值日生、遵守基本班規、校規。但此困難需符合第三款規定，需有跨情境的出現，不僅出現在學校，在校外的團體活動或社區團體也出現類似的困難。

(3) 人際適應困難：在學校與教師或同儕不能建立或維持適當的人際關係，例如受全班同學排斥、孤立或是忽視，此困難需符合第三款規定，需有跨情境的出現，不應僅出現在學校，類似的人際困難也出現在校外或其他情境。

(4) 生活適應困難：針對學生在學校的生活適應困難是指不能獨立自理生活作息、維持個人清潔衛生、執行在校多數學生可以達成的任務，如交作業、下課休閒活動或安排個人空閒時間。此項困難亦須如上述困難考慮跨情境之出現。

(5) 職業學習困難：高中階段以上的學生在學校的生活包括職業相關學習，職業學習除了專業知能的表現外，此困難常見的是情緒行為的表現，如遇到困難就情緒失控，無法遵守職場

規定、無法獨立完成任務等，或因預知困難而被實作的教師拒絕者，都顯示其在此之適應困難。此項困難亦須如上述困難考慮跨情境之出現。

3. 除學校外，在家庭、社區、社會或任一情境中顯現適應困難。

很多行為或情緒問題的出現是情境的，其異常表現僅在某特定情境才出現，缺乏跨情境的出現，這樣的問題並不符合情緒行為障礙界定的範圍。情緒行為障礙學生的適應問題應該有某種程度之普及性，並一定要在學校情境出現適應困難，其次在學校以外的情境，如家裡、社區或一般社會（如到公共場所、拜訪親戚、到安親班或社會參與活動等），都因類似情緒行為異常的表現，而導致適應困難或難被接受。如果沒有跨情境，或是只在家裡或其他非學校的情境出現的適應問題，例如害怕高度或空曠的畏懼症，在學校並未顯現，或是親子關係導致學生在家出現情緒失控、行為幼稚等，這些問題確實需要學校輔導或心理衛生專業輔導，但因其不影響學校適應，就不符合特殊教育的目的，故不符合情緒行為障礙。在學校適應正常之學生的情緒行為問題本為學校輔導工作之範圍，此即輔導、心理衛生與特教的區別。

4. 前二款之困難經評估後確定一般教育及輔導所提供之介入成效有限，仍有特殊教育需求。

此基準即是針對第二、三款所列之困難進一步界定其是否具備特殊教育需求，也就是說學生的行為或情緒問題在一般普通教育環境或三級的學校輔導工作之介入，其困難改善的程度仍未符合同儕或所處教育環境之期待，才能研判為情緒行為障礙。

強調經過有效介入仍具備特殊教育需求，旨在倡導進入鑑定前應先進行轉介前介入(pre-referral intervention)。針對有醫師診斷，但未經過普通教育所設計之三層級的輔導工作之學生，不應根據第一款的異常標準就鑑定為情緒行為障礙。另外也藉此排除單一專業介入（如心理輔導或精神醫療）即可適應學校生活的學生。此外，所謂之介入也應參考各疾患之「實證有效的介入」（evidence-based intervention）。

（三） 與精神醫學的合作關係

由上述定義與鑑定基準中，可以歸納出情緒行為障礙與一般精神醫學診斷之關係，分別可以由隸屬與運作兩方面來說明 ：

1. 部份重疊但不等同的關係

行為、情緒方面的異常現象多以精神科醫師的診斷為主，此次定義特定引用精神醫學診斷的名稱為參考，要綜合美國精神醫學會所出版的「精神疾病之診斷和統計手冊」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 簡稱為 DSM) 與美國全國心理衛生與特殊教育聯合組織的定義中所列舉的疾患。

根據 DSM 第五版，神經發展性疾患（neurodevelopment disorders）之疾患類型中，與行為或情緒表現有關的類型包括注意力缺陷和過動症（attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD），以及其他非特定於發展性的診斷與情緒行為異常表現有關之疾患包括：思覺失調與精神性疾患（schizophrenia and psychotic disorders）、情感疾患（affective disorders）、焦慮疾患 （anxiety disorders） ，這三種與美國全國心理衛生與特殊教育聯合組織之定義所列舉的疾患一致，但美國心理衛生與特殊教育聯合組織在三項疾患敘述之後增加「其他對學校教育成效有負面影響之持續性的行為或適應困擾」。精神醫療與特殊教育二者之差異主要在其功能不同，前者為心理疾患診療，需要有清楚病理、病因者，後者主要界定難以在學校教育受惠而需要特殊教育的學生。美國早有研究證實 DSM(代表精神醫學診斷) 與特殊教育的鑑定不具等號關係，二者雖有重疊，但因二者目的不同，而導致二者分類原則與標準有所不同。因此，我國特教列有「其他持續性的情緒或行為問題」和增加國小學童常見的「注意力缺陷過動症」（ADHD），主要呼應學校特殊教育的功能，將少數難以在醫療確定診斷者以及需要團隊介入之ADHD，列入情緒行為障礙之範圍。然而這些疾患仍須符合上述三項鑑定基準，才能取得特殊教育的資格。

上述異同之關係，基於過去很多持有醫師診斷之學生，不一定接受任何介入即申請情緒行為障礙之鑑定，以及參考上述心理疾患的出現率遠超過文獻所估計之情緒障礙學生之出現率，可知具有醫師精神科診斷之學生未必會具有特殊教育需求，表一以接受實證有效醫療或介入、學校適應困難來說明特殊教育需求，六種狀況中僅有接受實證醫療、介入仍有適應困難，且其困難有學校情境與跨情境出現，才會符合情緒行為障礙之鑑定基準，取得特殊教育資格，而無特殊教育需求者並不表示不需要學校輔導的介入，尤其學校輔導工作的發展性、介入性和處遇性的輔導等三層級，其中精神醫療被納入處遇性輔導的專業資源團隊。故表一無特教需求的 4、5 種學生就是輔導工作三級處遇性輔導或次級的介入性輔導的對象，僅有第六類型學生符合上述特教資格，而第三種類型之學生之特殊教育需求可能需要其在實證介入之後仍有適應困難，才具特教資格，而特殊教育也需要與學校輔導工作專業合作共同協助，即為特殊教育法第 30 條「加強普通班教師、輔導教師與特教教師之合作」，以及外加上相關專業團隊。

表一、具有精神醫療診斷之學生與是否具有特殊教育需求之關係

類型	實證醫療或介入	學校適應困難	研判建議
1	無	尚可、困難不明顯	無特殊教育需求
2	無	困難明顯、但無跨情境	無特殊教育需求
3	無	困難明顯，且跨情境	不確定
4	有	尚可、困難不明顯	無特殊教育需求
5	有	困難明顯，但無跨情境	無特殊教育需求
6	有	困難明顯，且跨情境	有特殊教育需求

2. 合作的關係

本法之第二條「身心障礙學生之鑑定，應採多元評量，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，…」，因此情緒行為障礙也需要醫學檢查，尤其在國中階段以後屬於青少年心理疾患好發階段更需要專業診斷，僅是醫療應以兒童及青少年精神醫學次專長之醫師為主。即使高等教育階段的學生，為了避免誤將其他障礙適應困難導致的心理疾患誤判為情緒行為障礙，雖已超過18歲，也建議有兒童及青少年醫學之醫療專業參與，各種疾患可能的變化、有效的介入和藥物治療等議題，特殊教育的鑑定需要醫療的跨專業合作。特殊教育也應嚴守特殊教育的精神，而非將輔導三級工作所負責的心理疾患學生都視為特殊教育的對象，專業間互相尊重才能發揮跨專業合作的效益。

三、鑑定程序

因應前述四項鑑定基準，情緒行為障礙學生之鑑定目的、步驟、方法與評估人員和原則分項說明如下。

（一）鑑定目的

情緒行為障礙之鑑定目的有二：一是在取得特殊教育資格，以及早提供跨專業合作介入，由特殊教育在學校提供相關服務或支持。另一是針對經過治療或特殊教育之後，出現症狀緩解或適應功能改善，不再具有特殊教育需求者，且其特教資格仍在有效期間者，家長或教師亦可主動提出申請取消特殊教育資格。

（二）鑑定步驟

具有情緒行為障礙情形之學生在入小學之後經老師發現異狀才會被轉介，如前文所述兒童及青少年之心理疾患之穩定性不高，他們可能因教育輔導或治療介入出現症狀緩解、適應困難改善的機率很高。因此，建議所有階段的情緒行為障礙學生都應在下一個階段重新評估，如國小就學階段長以且多以注意力缺陷過動症為多，其特殊教育資格應在國中重新鑑定，國

中、高中、大專校院就學年數少，且多出現青春期心理疾患，這些疾患之治癒機率高，建議在高中或高等教育階段仍有特殊教育需求者應重新評估。

1. 轉介前介入

情緒行為障礙之鑑定可分為三階段，第一階段為轉介和轉介前介入，即包括學校輔導工作三級輔導之初級全校性（W，代表Whole School 全校性、Workable and Mutual benifit雙方獲益、Work Smart not work hard 智慧策略）、二級介入性（ISE，I指個別化Individualized Intervention，S指系統合作 System Collaboration，E指效能評估 Evaluation）或三級處遇性（R指校內外資源整合，Resource Integration）輔導工作，轉介前介入可以運用國民中小學輔導工作所提到的WISER三級學校輔導工作架構（王麗斐，2013 a, b），所以，情緒行為障礙的鑑定所需要的轉介前介入需與學校輔導工作密切合作，而且應該先放在學校三級輔導的工作項目中。

2. 初步篩檢

第二階段的初步篩檢，即是負責特教鑑定之評估教師與輔導室之輔導教師或輔諮中心的輔導專業人員針對以下標準共同完成評估，再決定是否符合進入特教鑑定資格，其主要篩選標準有五項：

(1) 問題是否跨情境。問題出現的情境是否包括學校和學校以外的另一個情境，如果沒有，則建議輔導室依據其問題持續輔導；

(2) 問題是否具持續性。問題之持續是否超過 6 個月，應利用訪談回溯學生出現問題之最早時間，以對問題之持續作正確之判斷；

(3) 是否有學校適應困難，如學業、社會、人際、或生活方面的適應問題。應綜合校內輔導記錄和文件瞭解學生在學校之適應問題，必要時，可以調查學生在家之適應表現；

(4) 是否有智力、感官或生理疾病等異常問題，而出現的行為或情緒問題並非由上述因素直接導致；

(5) 是否曾針對此問題採用過該問題實證有效的專業介入。利用訪談或校內輔導記錄瞭解學生行為情緒問題所採用過之介入經驗，如果還沒有任何介入，應該先請學校輔導教師先行輔導，如果疑似有心理疾患，輔導教師可邀請特教教師共同討論初步擬定實證支持的介入方法，提供專業的心理諮商、治療或精神醫療，必要時，徵求家長同意前往尋求精神醫療，主要是兒童青少年心智科、心理健康科或小兒精神科，各家醫院對小兒精神科之命名可能有異，但不宜僅限於小兒科或其他生理相關醫療專科。

在學業部分，不僅看學業表現水準，畢竟情緒行為障礙學生在學業能力可能會驟降，而學業成績不一定顯著低落，應該兼顧學業適應行為，如出缺席、繳交作業、上課不專心和過度在乎或不在乎學業成績等表現，且這些表現應該結合班級層級的正向行為支持(Classwide postitive behavior support, CWPBS）之通用有效的原則：（1）教室高結構性，（2）主動促進學生參與的教學設計，（3）有明示明確、可行的班級期待目標，（4） 正向預防與支持回應不適當的行為，（5）團體積極增強（洪儷瑜、陳佩玉等譯，2022）。弱勢學生因每日生活的上課的學習氣氛的影響且長期累積，持續性的負面學習經驗常難以透過個別諮商或醫療短期改善。所以國內外文獻都發現，班級層級功能本位小組介入（CW-FIT）可以解決80%學生的學習干擾或不參與的行為，這也是次級輔導工作的系統合作，經常忽略輔導應與授課教師合作的項目，讓普通班教師實施普及通用、互惠且智慧的策略，畢竟這是實證有效的班級經營策略，已有很多文獻支持類似CWPBS的好行為遊戲（good behavior game）是預防霸凌、強化心理衛生的有效預防策略（Kellam, Mackenzie, Brown, et al., 2011 ），如何避免學校和班級是製造情緒行為障礙的學生也是轉介前介入和初步篩檢應該要重視的。

3. 轉介

由學校鑑輔會或幼兒園園務會審議後，依各主管機關所要求之文件與程序送鑑定評估。

4. 鑑定評估與綜合研判

通過第二階段的篩檢者，即進入第三階段的評估與鑑定，主要在確定診斷是否為情緒行為障礙之要素，可綜合上述所有資料研判學生是否符合四項鑑定基準：

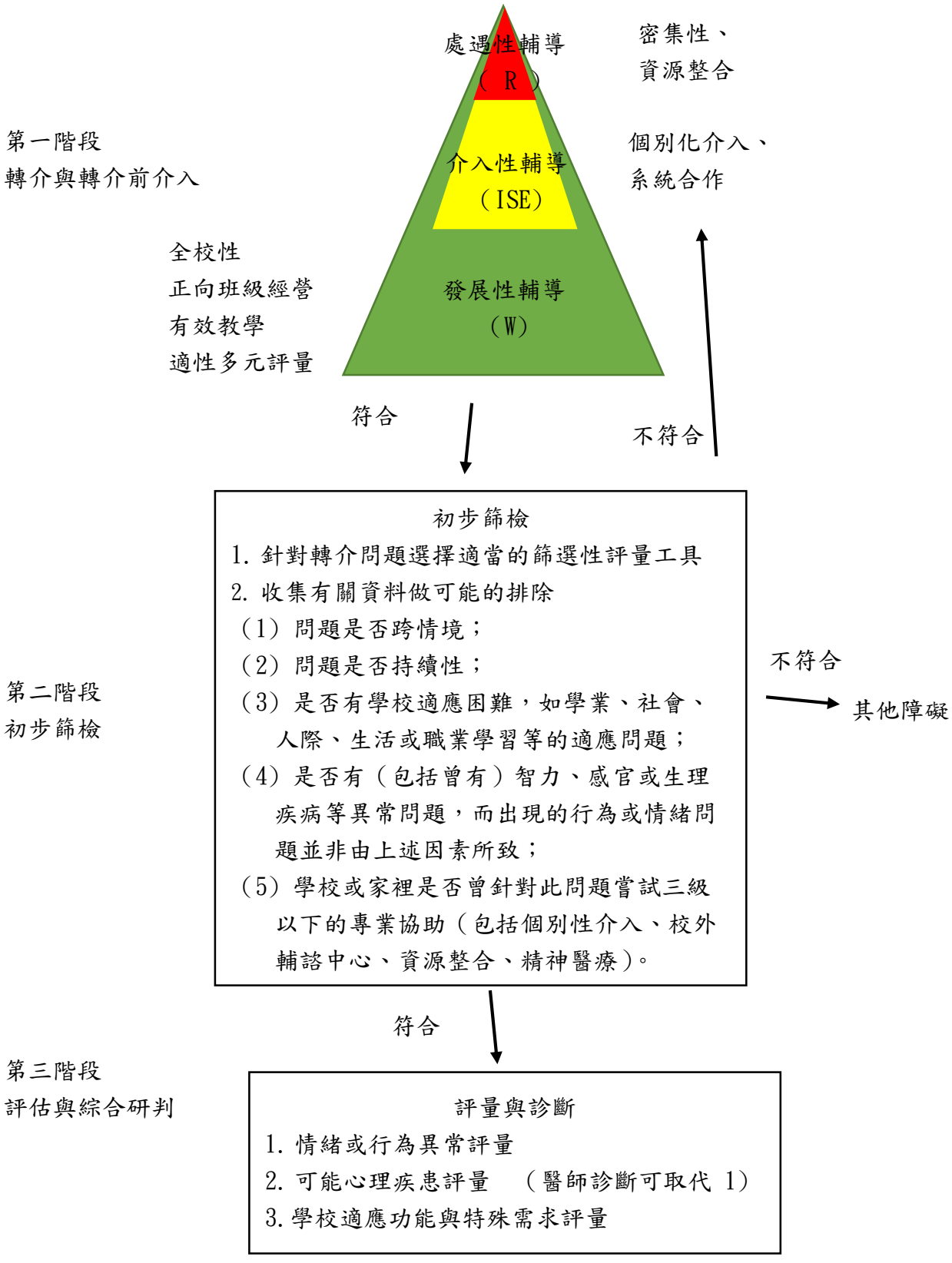
1. 行為或情緒異常程度之評量：可以是醫療診斷或心理測量資料，但青春期學生則需要心理疾患之診斷證明。

2. 學校適應困難包括學業、社會、人際、生活或***職業學習***等任一項的適應功能顯著低下。

3. 其症狀和適應困難是否出現在學校與其他情境：可綜合學校文件（如請假、出缺席、獎懲、輔導紀錄…等）、教師觀察、家長或前一階段之轉銜資料，確定學生所診斷之症狀或困難確實出現在學校和學校以外的其他情境。

4. 其學校適應功能與其特殊需求之評量：學生的適應困難是否曾或正在接受專業介入，專業介入包括 WISER 的次級和三級的輔導，持續介入之後，改善不多或有改善，但仍難適應現有生活上的需求，上述適應困難仍顯著者。

圖 1 情緒行為障礙鑑定三階段



由於情緒行為障礙與其他心智障礙的行為特徵重疊或類似，很多學生在初步篩檢不符合情緒行為障礙之要素者，建議轉回輔導工作維持在三級處遇性輔導或是轉介其他障礙的鑑定，尤其是與情緒行為障礙常見的區別診斷。必要時在第二階段篩檢可同時進行其他障礙之評估與鑑定。經常要與情緒行為障礙做區別診斷者，包括學習障礙、自閉症、智能障礙或其他顯著障礙，應釐清其心理疾患是因長期在學校因智力、學習困難、語言困難或自閉症等隱性的問題所致之適應困難者，才不至於把衍生的適應困難視為主要障礙；或是有些可能在青春期出現心理疾患，透過發展史和症狀出現的期間做適度排除，可以讓特殊教育的支援和規劃更符合其需求。

（三） 評估方式與工具

情緒行為障礙的評估應依據上述鑑定基準，除了心理測驗或標準化的量表之外，更需要觀察、訪談和蒐集學生檔案文件。其中以觀察和訪談最為重要，包括實際觀察學生在學校不同情境之表現，與實際訪談學生和家長、學生教師以獲得情緒行為表現的確實狀況，以及在不同情境的適應狀況與困難，以配合測驗或量表資料進行綜合研判。

評估情緒行為障礙所需之心理測驗可依據施測內容與方式分為他評（由重要第三者）和自陳（由學生自評），以及外顯行為或內隱潛在特質，對於年紀小的學生，他評式和外顯行為的評量工具在信效度較佳，也是主要的資料來源；但對於年紀較大、認知功能高之內向問題學生，自陳式內隱特質之評量比較能反映出真實問題，他評的行為量表較難反映出真實的問題。因此，鑑定工具之選擇應考慮學生問題與年紀、認知功能，而自陳式評量工具也需要考慮人格評量工具所要求之作答可信度的設計，以確保測驗資料之可信度。

表二所列是有關行為、情緒異常評量國內可參考使用之工具，然這些工具較多的評量是症狀或向度的，每個診斷之診斷標準不僅是症狀，故如與小兒精神科醫師之診斷不一致，應尊重醫師專業的診斷，如果擔心家長無法提供學校的訊息給醫師，建議可以把量表或學校的觀察紀錄帶去給醫師參考，了解二者的差異才有助於綜合研判。此外，使用量表之內容應符合我國定義和鑑定基準之項目。我國定義中的情緒行為異常較接近精神醫學的診斷，與美國官方定義強調行為問題不同，尤其在情緒行為異常的部分，評量工具之內容會比測驗名稱一致更為重要。

表二、國內現有可用之行為與情緒之評量工具

測驗名稱	編製者	年代	評量者	出版單位	適用對象
情緒障礙量表第二版	Epstein, M., & Cullinan, D. 鄭麗月修訂	2022	教師或家長	心理出版社	5歲到18歲
學生行為評量表	洪儷瑜、丘彥南張郁雯、蔡明富孟瑛如	2001	教師評	臺灣師大特殊教育中心	國小 國中
兒童及青少年行為評量表	洪儷瑜、丘彥南張郁雯、蔡明富孟瑛如	2001	家長評	臺灣師大特教中心	國小 國中
阿肯巴克實證衡鑑系統	陳怡群、黃惠玲、趙家琛 修訂	2009	家長、教師、自評	心理出版社	一歲半到18歲
行為問題篩選量表---青少年版、國小版	洪儷瑜、丘彥南張郁雯、孟瑛如、蔡明富	2001	教師評 家長評	臺灣師大特殊教育中心	國小 國中
青少年社會行為評量表--簡式、正式版	洪儷瑜	1996	教師評 自評 同儕評	心理出版社	小六、國中
學前兒童社會行為評量系統	蔡明富、吳裕益莊涵皓	2014	教師評 家長評		4--6歲
國民中小學社會行為評量系統	蔡明富	2015	教師 家長 自評		小一到國九
高中職學生社會行為量表	蔡明富、吳裕益	2016	教師、家長、自評	臺灣師大特教中心	高一到高三
大學生心理健康量表篩選性評估	黃政昌、王蔚竣	2008	自陳	心理出版社	大一到大四
貝克兒童及青少年量表第二版	陳學志等修訂	2008	自陳	中國行為科學社	7-18歲
臺灣版兒童及青少年憂鬱量表	陳淑惠修訂	2008	自陳	心理出版社	8-16歲
台灣版多向度兒童青少年焦慮量表	顏正芳修訂	2010	自陳	心理出版社	8-19歲
學前至九年級注意力缺陷過動症學生行為特徵篩選量表	孟瑛如、簡吟文、陳虹君	2016	教師、家長平	心理出版社	K-G9

情緒行為障礙之鑑定除了情緒行為異常的評量外，還需要適應功能之評估，如上述鑑定基準所強調之嚴重性。此向度之評估應該學生在學校之表現為主，在學校之適應功能，亦可以採用相關檔案文件，如出缺席、學業成績、繳交作業等，也可以利用評量工具作全面之評估，但所得之評估應該佐以實際觀察和訪談學校重要他人（教師、同學），綜合三種資料才能確實研判學生之適應功能表現。

表三、國內適應功能可用之評量工具

測驗名稱	編製者	年代	評量者	出版單位	適用對象
行為與情緒評量表	Epstein,M.,& Cullinan, D. 楊宗仁修訂	2001	教師或家長	心理出版社	國小、國中
學生適應調查表	洪儷瑜、丘彥南張郁雯、蔡明富	20001	教師評 家長評	臺灣師大特殊教育中心	國小 國中
青少年社會行為評量表-正式版（正向行為量表）	洪儷瑜	1996	教師評 學生自評 同儕評	心理出版社	小六、國中
文蘭適應行為量表中文版（幼兒版）	Sparrow,S.,S, Cicchetti.D., Saulunier, C. 張正芬、陳心怡、邱春瑜修訂	2020	教師評	中國行為科學社	2-5 歲
文蘭適應行為量表中文版（兒童版）	Sparrow,S.,S, Cicchetti.D., Saulunier, C. 張正芬、陳心怡、邱春瑜修訂	2020	教師 家長（照顧者）	中國行為科學社	6-17 歲
文蘭適應行為量表中文版（兒童版）	Sparrow,S.,S, Cicchetti.D., Saulunier, C. 張正芬、陳心怡、邱春瑜修訂	2020	家長（照顧者）	中國行為科學社	18-90 歲
學校日常生活功能量表	黃政良	2008	教師評	中國行為科學社	小一到小六
適應行為評量系統	Harrison, P. L. & Oakland, T. 盧台華、陳心怡修訂	2008	教師評 家長評	中國行為科學社	幼兒：2-5 歲 兒童：6-17 歲 成人：18-84 歲

（五）鑑定評估人員

情緒行為障礙鑑定時在評估收集資料需要三種人員，一是提供資料者（informant），如家長或照顧者、教師或同儕等；一是收集資料者，如實施測驗、訪談、觀察紀錄者；另一種是綜合所有資料加以研判者，亦即根據鑑定基準決定收集資料，根據所收集的資料在鑑定步驟二、三做重要決策者。

一般而言，由於他評量表、訪談、觀察都是蒐集學生資料的重要工具，提供這些資料者除了學生本人之外，長期跟學生相處的重要他人經常是提供資料者，包括家長、主要照顧者、手足、教師、同學等。一般在量表上，教師所提供的資料在信、效度較佳，但因教師所觀察之時間長短、教師與受評學生相處時間或情境之多少，皆可能影響其評量結果的準確性。在國中以前，導師與學生接觸較多，而高中以上的教師評量真實行為表現之準確性可能不如國中小教師。所以，就發展和跨情境之必要性而言，家長或主要照顧者所提供的資料是不可缺少的，只是家長和主要照顧者是否有足夠的閱讀能力，如外籍看護工或隔代長輩，需考慮他們對評量內容的閱讀和理解能力，必要的協助調整是關鍵。

收集這些資料的人稱鑑定評估人員，惟此評估仍以心理、教育等項目的評量為主。經培訓的鑑定評估人員不僅是會正確的實施測驗和量表，也具備與教師或不同社經地位之家長進行訪談的技能，能夠透過訪談獲得補充或驗證施測結果的資料，以及利用觀察收集資料之知能，透過教室觀察、親子觀察、施測觀察和與學生本人不同情境互動的觀察，收集學生行為、情緒在真實情境之表現的資料。同時，也透過觀察確定教師、家長所提供的量表資料是否可信，例如教師轉介之過動問題學生，到教室觀察卻看到教師班級經營鬆散、指令不清楚，全班秩序不佳，這樣的教師對於學生所做的評量與提供的資料，可能需要進一步訪談，才能確定學生真正的問題行為因情境所致，或源自學生本人或是其他。

正確的鑑定研判來自正確的資料蒐集，正確的資料蒐集來自對轉介問題性質的瞭解與懷疑，光僅是標準化程序的施測收集資料，雖然可以提供學生的情緒行為問題之部分資料，但卻難以反映出這個學生的行為情緒問題真的屬於「情緒行為障礙」，或真的有特殊教育需求，甚至問題是需要學校輔導工作、特殊教育或是二者，因此，在鑑定過程中，學校應有上述三種人員才能做好鑑定工作。

四、教育需求評估

情緒行為障礙之教育需求的評估可參考其在鑑定報告所提供之適應功能的表現，有學業、社會、人際、生活等，各項評量工具之細項或針對教師、家長、同學、本人所收集之具體資

料，或依據生態差異評估確實學生在學校環境所需要的協助。需求之高低可依據此生之個別化教育計畫（IEP）中是否需附加「行為功能介入方案」（IFBP），以及行為功能介入方案所評估與擬定之結果是否需要行政支援或額外人員之協助。為方便界定需求強度可參考表四之建議，如果僅是依據 IEP 所擬訂之專業支援或行政支援，則可視為輕度需求者，但如果其行為介入和專業或行政相關支援是依據 IFBP 所得，則可依據其狀況視為中度需求，需求更高到需要助理人員者協助，應視為重度需求者。但基於部份情緒行為障礙學生需求不高，不需對所有情緒行為障礙學生均要求實施 IFBP，倒是各級政府可依據 IFBP 作為提供助理人員之決策參考。

表四、特殊教育需求強度

需求強度	需求描述	GAF
輕度	所需之服務僅需要個別化教育計畫 不需另擬行為功能介入方案	61 以上
中度	需要擬定行為功能介入方案，依據行為功能方案需要行政或其他專業支援，不需要助理人員	51-60
重度	需要擬定行為功能介入方案，依據行為功能方案，需要行政或其他專業支援與助理人員	41-50
極重度	宜暫時安置在醫療院所之住院或日間留院	31-40

依據美國精神醫學會(APA)所制定之 DSM5 （APA, 2012)所提供之整體功能評估(Global Assessment of Functioning，GAF）之 01—100 之評估依據，出現學校適應困難需要特殊教育之學生可能介於 51-60 到 31-40 等三級：51-60 為中度症狀困擾或學校適應有中度困難、41-50 指嚴重症狀或學校適應有重度困難、31-40 指出現多個領域的功能有嚴重困難。至於 GAF 最下面的三個等級（21-30 至 1-10）應以醫療為主，建議以醫療院所為主，待其症狀緩解，功能改善之後再轉回學校或教育與醫療的合作班級，透過 GAS 之功能可提供這類別學生鑑定之參考，重點應該綜合研判學生在學校的整體功能。

學生輔導法自民國 103 年提出三級輔導架構，弟三級的處遇性輔導重點在資源整合，配合學生特殊需求，「結合心理治療、社會工作、家庭輔導、職能治療、法律服務、精神醫療等各類專業服務」，其中精神醫療包括其中。目前各縣市的情緒行為障礙鑑定之轉介前介入應該透過現有學生輔導法之三級處遇性輔導之精神醫療單位的合作，特殊教育應該在學校教育系統與醫療系統合作之後，確定其功能經過第三級處遇性輔導的醫療、心理治療後，其功能

可以回到學校系統，但仍具有特教需求。目前很多縣市之特教鑑定與三級輔導系統之連結尚待加強，且教育系統與相關醫療院所之合作應該強化三級處遇輔導。

五、綜合研判

情緒行為障礙學生之鑑定除了依據上述的鑑定基準之外，鑑定工作應遵守以下原則和注意事項：

（一）鑑定原則

1.確保所收集之情緒行為資料的正確性：

情緒行為資料經常依賴重要他人，然而重要他人也常因其評量動機、對問題瞭解、或認知、情緒等狀況而影響所提供之資料。所以，評估人員對於所收集資料必須盡量確保其正確性，常見的正確性議題有如下三項：

（1）**資料不正確**：如上述班級經營不佳的教師轉介過動問題之個案，經訪談和觀察，可能瞭解教師對於過動問題主要依據這個學生的反抗、不服從或其他問題，所以對此教師評量資料之可信度與正確性則應提供其他資料佐證或駁斥。

（2）**資料不精確**：訪談所得的資料經常是模糊、不清確的描述，如學生很不守規矩，學生打人，類似形容詞或僅有行為的描述，缺乏精確行為表現脈絡的描述以供判斷。正確的行為資料應該包括行為**形式**（打人的形式可能有用手、用器具或用武器）、**頻率、強度、情境、事件前後的脈絡發展**等才能判斷此行為是否為異常，所以，蒐集資料者如果不易判斷是否異常，則應利用上述要素繼續追問或觀察，收集到完整的資料描述，尤其是關鍵重要之行為、情緒之表現之資料必須要是正確的。

（3）**資料不完整**：收集的資料缺乏學生重要行為之發展而影響了研判，提供不完整的資料將會忽略了某些訊息而誤判，例如提供學生用藥之前的測驗資料作為適應困難，缺乏用藥之後的行為表現資料導致難以判斷是否轉介前介入之後仍有適應困難;或忽略學生身心發展背景，例如一個學生因其閱讀問題被忽略，而長期面臨學習困難與挫折導致退縮、憂鬱，到國中被醫師診斷為社交畏懼症和憂鬱症，學校僅提供國中階段的適應困難，而未提及小學的其他適應困難，導致依據醫師診斷與國中問題鑑定為情緒行為障礙，而經資源班之教學介入後，個性、行為改善很多而演變成不像情緒行為障礙學生，但卻出現其他特教需求。上述鑑定所情緒行為評量之案例都在強調蒐集資料的評估人員要注意資料之正確性，唯有遵守與瞭解其間道理才能確保資料之正確性。

2.應綜合各項資料做出研判：

情緒行為表現之正常與否常需要考慮其發展性、情境性、合理性等不同標準，所以很難依據一個分量表之得分就判斷。因此，在研判學生的問題行為，不應僅依據量表或心理測驗的資料，必須另提供學生實際行為資料，如訪談他人或實際觀察，如果測驗與實際資料符合者，才得以研判，如果僅有測驗資料符合，但實際現象不符合，則應由其發展、情境方面考慮，是否在蒐集資料上還需要加強，否則不應該依據單一測驗資料結果加以研判。在症狀方面經常可以參考醫師診斷，但在校之適應功能之評量，更是特殊教育資格重要的研判資料，更需要要求綜合兩種以上的資料才得以研判。

3.需注意學生情緒行為問題是否為適應問題所導致：

雖然很多具情緒行為障礙的學生會出現共病的情形，例如 ADHD 的學生容易出現語言障礙、閱讀障礙或知動協調障礙之共病，但造成學生情緒行為異常表現問題則不應該是其他因素所致。例如：很多身心障礙學生或弱勢學生因在校適應困難而出現情緒行為問題，這些問題可能也會拿到精神科醫師的診斷。就特殊教育而言，這些診斷可能僅是適應問題需要加強輔導或醫療，不一定需要情緒行為障礙之鑑定，此區別是鑑定上需要釐清的。舉例來說，因閱讀障礙未被介入而被醫師診斷為社交畏懼症和憂鬱症，如果沒有澄清現有行為情緒方面問題的初現（onset）與學習或閱讀問題二者初現的前後因果關係，這個學生會被診斷為情緒行為障礙或有學習障礙與情緒行為障礙之共病診斷，此診斷可能誤導特殊教育之計畫與實施。文獻已指出很多社交畏懼或選擇性緘默症在學習早期出現有語言或學習的困難之機率很高，因其困難不顯著而未被發現或積極介入，導致後來衍生的心理疾患，醫學常僅針對其現有症狀診斷與提供治療，未必就其症狀之成因提供完整的診斷。基於特殊教育之目的異於醫療，在情緒行為障礙之鑑定，應注意問題是共病或衍生的適應問題，才能落實定義中的排除其他因素。

（二）鑑定工作之注意事項

1.學前教育階段不宜研判情緒行為障礙，研判以發展遲緩為主。由於情緒行為之表現在學前階段不穩定，即使是發展性的注意力缺陷過動症（ADHD）在學前階段的診斷也仍有改變的可能性，而其他心理疾患更不可能於學前診斷。因此，建議學前階段之幼兒即使出現情緒行為發展遲緩之評量結果，建議先研判為發展遲緩，國小階段才考慮給予情緒行為障礙。

2.注意情緒行為障礙與其他障礙之共病或衍生的問題。由於所有障礙都可能因適應問題累積產生疾病，而研判為情緒行為障礙應該是情緒行為之異常表現為其主要障礙，而非其他障礙

之衍生問題，故充分的發展史資料和情緒行為之發展里程，有助於區分心理疾患是共病（亦即獨立），或是因適應困難所致，後者衍生的問題不宜納入情緒行為障礙，例如自閉症到國中獲得診斷為焦慮症或憂鬱症，並服用里斯必妥藥物，仍宜放在自閉症，以免影響其教育服務之適切性。

3.國中以後的教育階段之情緒行為障礙盡早取得醫師診斷，以便做適性之生涯轉銜規劃。由於國中階段是初現青少年心理疾患的階段，如果仍以情緒行為量表之得分做情緒行為障礙的研判，可能會讓特殊教育服務僅依據行為症狀，而忽略心理疾患之發展、影響和預後等相關問題，如很多焦慮症、憂鬱症會出現不專注、思考緩慢或讀寫困難，常見被誤診為學習障礙或是 ADHD，而在升學或生涯轉銜時，忽略該生可能病程發展和預後（治療成效與結果）等議題，導致學生無法因特殊教育，而及早預防該生病情之惡化，且規劃適性生涯之規劃。

4.高中教育階段的鑑定宜用醫師診斷作為情緒行為異常的必要評估，不宜僅用行為量表。情緒行為障礙之類型包括有發展性和青少年期發病的疾患。發展性的心理疾患僅有 ADHD 在小學出現，而其他都初現在國中、高中階段，也容易是輔導教師的二、三級個案，這些學生的症狀不一定出現於外顯行為，且複雜多變，不宜只用行為量表評估；相關的心理測驗可以篩檢，但也僅是症狀，未包括疾患診斷所有資料。如前文所述，心理疾患的診斷有助於了解共病或衍生，也有助於澄清是否藥物治療即可控制，尤其青少年階段常見的急性心理疾患，盡快接受正確的診斷與治療，緩解的機會高，其不需要特殊教育。因此，高中以後初次進行之情緒行為異常的診斷與轉介前介入，應該以精神醫療為主，以免錯誤使用特殊教育資源，且可藉由鑑定鼓勵學生及早就醫、及早適性治療。

5.盡量少針對九年級和高三才發病的心理疾患之患者鑑定為情緒行為障礙。國內很多學生在因會考或學測等升學大考之壓力出現心理疾患，此乃壓力可預期的反應，不符合特殊教育之精神。理論上，情緒行為障礙應該是長期之心理疾患，在非壓力情境也會出現情緒行為異常的表現，而且是醫療介入與壓力解除都難以改善的，而在國九與高三才出現的心理疾患很難排除這些顧慮，除非學生在國八或高二前即開始接受診斷與就醫，且具備醫療後難以改善(RTI)之歷程，僅是因學校或縣市安排的鑑定時間導致他（她）在國九或高三才能被鑑定，否則建議少給這個階段的學生情緒行為障礙之鑑定。如果擔心其確實有特教需求，可以先給疑似，

讓學生在下一個教育階段去申請鑑定，下一個階段就可以觀察其持續就醫以及醫療後和非壓力情境的反應，而且還可以避免錯誤增強利用特教學生身分升學之不當目標。

6.情緒行為異常之評估不宜僅有評量工具或醫師診斷，宜兼有觀察和訪談等多元資料。情緒行為障礙之情緒行為異常表現，可以採用評量工具或醫師診斷，但這些重要的訊息不宜依賴單一資料，應該兼顧觀察、輔導紀錄、訪談學生和周圍他人，利用三角校正原理，確認情緒行為異常之事實，即使需要醫師診斷之高中教育階段以上的學生，也應該收集多元資料做確認。

7.評估人員宜接受訪談、觀察和文件資料之評估之相關訓練。情緒行為異常之研判需要了解情緒行為之發展和異常表現與環境互動的關係，所以擔任收集資料的評估人員，除了實施量表，對於訪談紀錄、觀察紀錄和文件資料之可信度，都應該區分事實與觀點，如”教師說 00 很不專心”這是教師觀點，而非事實，如果訪談者或引用文件者，評估人員應針對此觀點進行澄清，請教師提供更多事實佐證他的觀點，如果無法獲得佐證，紀錄上應該寫”國一導師說 00 很不專心”，而非紀錄”oo 很不專心”，明確的紀錄可以讓研判者在讀資料時可以知道是觀點還是事實，如此對於資料不一致，才可以澄清。

8.負責綜合研判的資深評估人員應該接受情緒行為障礙之類型、鑑定基準之背景知識以及綜合研判之培訓。研判情緒行為障礙之評估教師不應僅就評估工具做解釋，除了多元資料的收集，也應具備足夠知識才能做綜合研判，例如情緒行為之發展里程、心理疾患的類型與各種資料之綜合研判，尤其是不一致或矛盾的資料，如何判斷最可信的事實和排除不可信的觀點或過去事實，尤其不同症狀在不同的評量工具有不同效果，如前文所述，這些都是研判情緒行為障礙所需之基本知能，不宜僅根據其評估個案數量之經驗。

9.適應功能除了參考現有評量工具之外，也應參考實際表現等多元資料。如表四所提之特殊教育需求和前文之特殊教育需求評估所述，部分嚴重功能損失之學生，由於未能到校，在家功能表現也很嚴重，適應功能之評量除了評量工具之外，部分顯著損傷者可以依其實際表現作為參考，故評估人員對學生之實際表現的研判也是重要的參考。

10.適應功能之評量也應參考多元資料，且應區分介入前後之差異。根據上述鑑定標準，情緒行為異常要嚴重影響學生之適應功能者才得以研判為情緒行為障礙。故適應功能的評量結果，

不宜僅參考評量工具，也應有觀察、輔導紀錄、訪談學生和周圍他人等多元資料，並利用三角校正原理，確認其功能損失程度，並且要區分在轉介前之介入前、後的功能表現之差異，主要以介入後之適應功能仍符合標準者，才能鑑定為情緒行為障礙。

（三）鑑定結果—安置與相關服務

情緒行為障礙學生之安置建議，應該以其功能作為依據，不應僅依據其情緒行為之異常表現，如表四和前文之特殊教育需求所述，輕、中、重度需求者可以普通班接受間接服務或是資源班教學，外加功能本位介入、行政、相關專業人員或助理人員等支援，對於有醫療需求的學生，即為表四之極重度學生，建議先安置在原學校或其功能適切的學校，暫時先到縣市合作的醫療合作班級，如台北市松德院區的蘭亭書院、雙北市合作的台北榮總的向日葵、桃園市在桃園療養院或高雄市在凱旋醫院之合作班級，這樣的班級應限為中途的安置，不宜視為整個教育階段的全程安置。因如前文所述，情緒行為障礙的症狀可變性高，如果醫療需求高於教育，特教需求屬於極重度者，建議先以醫療為主，醫療到復健後期則可以依據其需求逐步回到原學籍學校，繼續特殊教育，畢竟情緒行為障礙的預後改變程度大於其他障礙。如果醫療需求不高的學生，可以安置在資源班或普通班，其需求可安考表四之需求程度，安排間接服務、抽離課程、功能本位介入、心理治療或醫療衛教等，並定期監控學生之醫療行為和成效，以避免學生在無醫療協助下難以負荷學校生活的壓力而惡化。

六、案例

學生甲和乙兩位都是同具醫師相同之診斷，但在情緒行為障礙鑑定上卻獲得不同的結果，僅以兩個案例比較說明情緒行為障礙個案之診斷。

（一）甲生

甲生是七年級男生。從小被教師認為分心、好動，當時就教師轉介經醫師確診為注意力缺陷過動症，並開始服用藥物，後因副作用，上國中前就表示不想用藥，家長想換個環境可能會好一些。進入國中後，導師因學生在班級適應問題在七上就與家長反應，才知道學生有ADHD的問題。導師反應學生上課專心度還好，課業表現中等或以上，比較困擾的是上課說話多、容易跟同學起衝突、班上幹部反應甲生不守規矩、自我中心，喜歡佔同學便宜。家長重新帶學生就醫，診斷仍是ADHD，醫師仍建議用藥，並且依據其副作用而換藥。導師發現學生

用藥後，在班上說話、攻擊同學事件略有改善，但仍是受到班上女同學的排斥，與幹部仍小衝突不斷，不守規矩、無法受小組成員接納。

甲生的行為表現與適應功能的評量結果，發現教師和家長在攻擊破壞、違規行為和人際關係之問題均達顯著水準（PR85 以上），其他行為問題雖不一致但均在非顯著水準，惟家長在過衝動問題評分在正常範圍，主要是家長認為學生甲之過動問題已經比小學進步很多，且在家裡都在樓上自己房間裡，比較感受不到。而在適應功能表現，教師評量結果與家長不同，且人際、活動與團體適應均低於 PR5，總分低於切截點，可見用藥之後在學校適應之功能仍達顯著。而家長評量適應功能偏高，因家長認為甲生比小學改善很多，主要是 ADHD 之過動症狀在國中之後變得不明顯，且是家中獨子，住家獨棟分上下樓，家長因怕甲生在青春期出現叛逆、脾氣大，家長怕親子關係破壞，並考慮學校課業壓力大，都採順從與幫忙，盡量不讓甲生做任何家事，而在功能評分偏高。當訪談家長有關但在學校所得之適應功能，與訪談其他同學在其他情境之觀察與家長之觀察，個案甲學生在人際與活動表現項目之實際表現時，家長反應不是觀察不到就是與學校觀察的水準差不多，可見家長的評分有高估之嫌，而甲生的適應功能在學校和家庭都算是低於國中學生之水準。因此，甲生被鑑定為符合情緒行為障礙基準。

表五、個案甲在行為評量和適應功能評量之結果摘要

測驗工具	教師評 （PR）			家長評 （PR）		
學生行為量表	過動衝動		PR 95	過動衝動		PR 60
	攻擊破壞		PR 91	攻擊破壞		PR 97
	違規行為		RP 90	違規行為		RP 95
	憂鬱退縮		PR 60	憂鬱退縮		PR 80
	焦慮		PR 50	焦慮		PR 50
	人際		PR 98	人際		PR 85
	學業		PR 50	學業		PR 60
	學校版	百分等級	量表分數	家長版	百分等級	量表分數
學生適應調查表	學業適應	50	9	居家生活	99	12
	人際適應	3	4	人際適應	50	8
	活動適應	7	4	休閒活動	75	12
	溝通能力	7	8	溝通能力	75	12
	團體適應	50	5	自我指導	90	13
	總分	30		總分	67	
	適應商數	76		適應商數	113	

（二）乙生

乙生是七年級男生，從小家長就被教師建議轉介就診，經醫師診斷為 ADHD，經醫師藥物治療有明顯改善，小學適應因此沒有明顯困難。上國中之後，因考慮新環境而未服藥。進入國中因上課多話、不專心而再度被導師懷疑，導師向家長反應獲知其有 ADHD 診斷，鼓勵家長再度回診。醫師仍診斷為 ADHD，並建議重新用藥，穩定服用藥物之後，在教室上課干擾問題顯著減少，在學校與同學、教師間之衝突也明顯下降，雖功課表現和繳交作業等工作表現仍不穩定。因其已具醫師診斷，在鑑定時僅實施適應功能調查，所得之結果在教師或家長的評量結果都屬正常範圍，雖其在學校仍有人際適應表現較不理想，在家裡自我指導功能較差，但其 ADHD 症狀與適應功能二者在教師和家長的眼中都有明顯改善，且其問題尚可接受，應該說其問題與國中學生沒有顯著異常，故不需要特殊教育，而被鑑定為不符合情緒行為障礙路基準。但其 ADHD 之問題仍建議家長與醫師、學校輔導室合作，共同輔導學生增進其在人際與自我指導的適應功能。

表五、個案乙在適應功能評量之施測資料

學校版	百分等級	量表分數	家長版	百分等級	量表分數
學業適應	75	11	居家生活	99	12
人際適應	15	7	人際適應	50	9
活動適應	50	8	休閒活	50	9
溝通能力	50	8	溝通能力	75	12
團體適應	50	8	自我指導	90	12
總分	52		總分	54	
適應商數	103		適應商數	105	

個案甲乙在情緒行為障礙鑑定之綜合研判結果摘述如表六做比較，表六摘要比較可以看出兩個案例在鑑定基準的研判與特殊教育或介入需求之差異。

表六、個案甲乙在情緒行為障礙鑑定之研判摘要

鑑定基準	個案甲	個案乙
情緒行為異常	醫師診斷 ADHD 有實施行為評量表 主要問題：曾經有過動衝動、違規行為、人際適應等	醫師診斷 ADHD 無行為或情緒評量結果 主要問題：上課干擾、不交作業
問題持續性、跨情境	從小學開始 出現情境：學校、其他	小學開始 出現情境：學校

問題嚴重性	適應功能表現 低於切截點 用藥之後教師和家長評量不一致，但家長有高估之現象	適應功能高於切截點，高於平均水準 用藥之後問題顯著改善
排除其他因素	無智力、感官、生理健康之問題	無智力、感官、生理健康之問題
轉介前介入	服藥有改善,但仍有適應問題	服藥改善多數適應問題
結果	情緒行為障礙	非特教生， 但仍是 ADHD，對 ADHD 加強輔導
特殊教育或介入與需求/ 輔導重點	穩定服用藥物 提供系統性的社會技巧訓練 支援導師協助輔導班級同儕 建議增加 ADHD 相關衛教給學生和家長 上述特教需求為輕度,只需擬於 IEP，尚不需要 IFBP 或其他額外支援。 可以就班級之管理需求酌減班級人數	穩定服用藥物 加強輔導，增加學生社會技巧和自我管理之訓練 建議增加 ADHD 之相關衛教知識給家長和學生 建議提供家長行為訓練策略以提升親職效能

七、參考文獻

王麗斐（2013a）：**國民中學學校輔導工作參考手冊**。教育部。

王麗斐（2013b）：**國民小學學校輔導工作參考手冊**。教育部。

American Psychiatry Association （2012）. *Di*agnostic and Statistics Manual of Mental Disorder. Washington, DC : American Psychiatric Association.

Kellam, S. G., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H. & Wilcox, H. C. (2011). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. Addition Science and Clinical Practice, 73-84. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3188824/

Simonsen, B., & Mayers, D.（2022）。**全班性正向行為介入與支持—預防性班級經營指引**（洪儷瑜、陳佩玉等譯）。心理出版社（原著 2015）。

自閉症鑑定說明

一、前言

1984 年公佈的特殊教育法及 1987 年公佈的特殊教育法施行細則中，並未明確的將自閉症兒童列入特殊教育的對象中，學校教育中雖不乏自閉症兒童就學，但不論是在普通班、特教班或特殊教育學校就讀，大多未能依其障礙特性提供所需的教育內容，大多數教師也在對自閉症兒童所知不多的情況下摸索教學，成效並不顯著。1997 年修訂通過的特殊教育法，明文將自閉症列為 13 類身心障礙中的一類，正式揭開自閉症兒童教育的扉頁。

美國精神醫學會（American Psychiatric Association，簡稱 APA）所主編的精神疾病診斷及統計手冊第三版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder，簡稱 DSM-III，1980） 於 1980 年首度將自閉症列為廣泛性發展障礙（Pervasive Developmental Disorder， 簡稱 PDD） 之一類， 隨後世界衛生組織（World Health Organization，簡稱 WHO）的國際疾病分類第十版（International Classification of Diseases，簡稱 ICD-10，1992）也將自閉症列入。因為此二版本對自閉症的診斷標準差異不大，故本文主要採取 DSM 的標準。到目前為止自閉症一詞在時代變遷與數量龐大的研究支持下，由概念模糊到診斷標準逐漸明朗，各種介入方案如雨後春筍被推出，回顧 80餘年的自閉症發展史，變化不可謂不大。

在WHO 的ICD-10（1992)及APA 的DSM 第四版修訂版（DSM-IV-R，2000)中，均將典型自閉症與雷特症、兒童期崩解症、亞斯伯格症及其他未註明之廣泛性發展障礙歸類為廣泛性發展障礙。2000 至 2012 年間，世界各國，如美、英、日等國的學界已普遍接受廣泛性發展障礙下的各次類別並非獨立的障礙類別，而是較類似於光譜上深淺不一的族群，也就是他們分屬於輕微到嚴重此一連續線上的族群，而非有根本上本質的不同，因此不宜有獨立且特定的診斷名稱。因此，APA 在透過大量研究及實務的累積下，於 2013 年 5 月修訂完成公布的 DSM-5 中，不再沿用過去兒童期崩解症、自閉症、亞斯柏格症及其他未註明之廣泛性發展障礙之次分類名稱而改以「Autism Spectrum Disorder，簡稱 ASD」一詞統稱由症狀輕微到嚴重的自閉症類群，並用嚴重程度作為分類之依據。同時WHO的ICD-11(2019)，也採用「Autism Spectrum Disorder」。此外，在診斷基準上，為增加臨床診斷的正確性及減少症狀的重複描述，將常同時出現或一體兩面的「社會互動困難」及「社會溝通困難」二核心障礙整併為「社會溝通及社會互動困難」一項，並保留行為及興趣單獨成一項。

2012 年「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」修法過程中，自閉症組在經過專家學者(含精神醫學領域）、教師、家長團體數度討論及公聽會結果，一致同意與世界同步，參考 DSM

在其網站上針對 ASD 公布之條文草案採取廣義定義以符合自閉症診斷之世界趨勢，亦即國內的「自閉症」一詞等同「Autism Spectrum Disorder，ASD」的概念，對象含括兒童期崩解症、自閉症、亞斯柏格症及其他未註明之廣泛性發展障礙，不須再特別使用泛自閉症、自閉症類群或自閉症光譜障礙等名詞。在此同時，並將原鑑定基準中的（1）顯著口語、非口語之溝通困難者和（2）顯著社會互動困難者，整併成「顯著社會互動及溝通困難」一項，保留原（3）表現固定而有限之行為模式及興趣者。定義部分則維持原文字：

「自閉症係指因神經心理功能異常而顯現出溝通、社會互動、行為及興趣表現上有嚴重問題，造成在學習和生活適應上有顯著困難，而需要特殊教育服務者」。「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」於 2012 年公布後，教育部（2014）亦提供「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法說明手冊」供各縣市鑑定時參考使用。至此，國內自閉症已採取廣義的概念，自閉症學生人數也隨之逐年上升，至 2023 年，國中小自閉症學生已達 14,920 人，佔所有身心障礙學生（78,830 人）的 18.92%（特殊教育通報網，2023），較之於 2012 年國中小階段的自閉症學生 6,912 人，多出一倍以上，鑑出率也位居第二，僅次於學習障礙學生。

2023 年「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法（原身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法）」修法過程中，自閉症組專家學者考量 2012 年之鑑定標準在國內實務運作上並無特殊困難且和目前國際間之自閉症診斷標準一致，DSM-5-TR 對自閉症之診斷標準亦無太大改變，故僅採取最小幅度的修正，將原本鑑定基準一的「顯著社會互動及溝通困難」修改為「顯著社會溝通及社會互動困難」。此次修訂內容在各次討論會或公聽會上亦獲得大家的支持。此外，考量各縣市自閉症鑑出率差異大，女性出現率較低、輕症自閉症較晚才鑑定等議題，故在本手冊中會加強補充說明之。

二、定義及基準

2023年的特殊教育法把多重障礙和自閉症款次順序調整，改為第十款。2024 年 4 月 29 日公布之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法（原身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法）」有關自閉症之鑑定基準為第十二條，其條文如下：

本法第三條第十款所稱自閉症，指因神經心理功能異常而顯現出溝通、社會互動、行為及興趣表現上有嚴重問題，致在學習及生活適應上有顯著困難。

前項所定自閉症，其鑑定基準依下列各款規定：

一、顯著社會溝通及社會互動困難。

二、表現出固定而有限之行為模式及興趣。

此次修法與 2012 年版本大致相同，重點說明如下：

（一）採廣義的、光譜障礙連續性的概念：本次修定鑑定基準即參考 DSM-5-TR 對自閉症診斷的標準，採 ASD 的廣義概念，即本法所稱自閉症，係包含兒童期崩解症、自閉症、亞斯柏格症及其他未註明之廣泛性發展障礙，但不標示次分類名稱，也不須特別使用泛自閉症、自閉症類或自閉症光譜障礙等名詞，在鑑定時以自閉症統稱之。

（二）鑑定基準仍維持二項：（1）原鑑定基準中的「顯著社會互動及溝通困難」小修為「顯著社會溝通及社會互動困難」，強調社會互動中的溝通；（2）表現固定而有限之行為模式及興趣者，本次修訂過程將「有限」改為「侷限」，但公布之基準仍維持有限，為強調侷限部分，本文中會以「有限/侷限」的方式呈現。而此二項基準下之細項將參考表一所列 DSM- 5-TR 的 ASD 正式診斷基準中 A 及 B 項的規定。

（三）症狀出現時期：此次新修訂的鑑定辦法中，雖未如 DSM-5-TR 的 C 項列出症狀出現時期，但從以往到現在，不論是醫院的診斷或教育界的鑑定，一向都充分將「早期症狀出現」此項診斷標準列入考量，即症狀必須出現在兒童早期，但輕症兒童的困難可能到社會溝通需求超過受限能力時才完全顯現，或因為習得的策略無法再掩飾其困難時才清楚被辨識。若明顯症狀出現較晚，仍會回溯兒童早期的表現。一方面避免輕症自閉症兒童因症狀出現較晚而被剔除或因其他因素而影響正確診斷，一方面也強調早期發現、早期診斷的重要性。

（四）強調自閉症對個體的影響：新修訂的鑑定辦法中，雖未將 DSM-5-TR 的 D 項明列於鑑定基準的項目中，但在定義中即明確指出「因神經心理功能異常而顯現出溝通、社會互動、行為及興趣表現上有嚴重問題，致在學習及生活適應上有顯著困難」，其精神與 DSM-5-TR的 D 項「症狀導致在社會、職業、或其他日常重要領域功能有臨床上顯著的困難」一致，故在鑑定時，除症狀需符合二項基準外，尚需有在「學習及生活適應上有顯著困難」之佐證資料。

（五）不強調智力的問題：一般人常誤會自閉症是低智力或資優，事實上，自閉症者的智力分佈範圍極廣，由智力顯著低下到資優皆有，因此智力高低並非診斷自閉症的必要條件。智力在顯著低下(智力商數低於平均數負二個標準差,IQ<=70)的自閉症者,約占自閉症的 37.9%（ADDM，2023），故不宜歸類為多重障礙或智能障礙，但可以註記智力低下，仍應歸類於自閉症（參考 DSM-5-TR 的 E 項），至於智力顯著優異者，有可能是身心障礙資賦優異學生，即雙重特殊需求學生。2020 年教育部的調查中，義務教育階段身心障礙資賦優異學生中，自閉症學生就佔了 64%（教育部，2020），故有資優特質者，建議宜接受資賦優異之鑑定。

自閉症在美國的盛行率約為 36 人中有一名（1/36，2.8%），男女生比率為 4：1（CDC，2023），較 2018 年之盛行率 44 人中有一名（1/44，2.3%）高出 0.5%。國內高淑芬（2017）對臺灣學童的流行病學調查報告顯示，ASD 的盛行率約為 1%。2023 年特殊教育通報網的資

料顯示，所有教育階段（含大專校院）身心障礙學生人數為 127418 人，自閉症學生人數為 19883 人，佔身障生總數的 15.6% ；若只看大專校院階段，身心障礙學生人數為 14078 人，自閉症學生人數為 3167 人，佔身障生總數的 22.5%，僅次於學習障礙學生的 14078 人（33.9%），為身心障礙類學生人數第二高的障礙類別（特殊教育通報網，2023）。由上述統計資料可知，國內在自閉症概念擴大之後，鑑出人數逐年上升，與國外趨勢相符合。

因國內鑑定時二大基準下的細項係參考 DSM-5-TR 的 ASD 診斷基準，故將其列於表 1 供參考。

表 1 DSM-5-TR 的 ASD 診斷基準*

A. 在多重情境中持續有社會溝通及社會互動的缺損，於現在或過去曾有下述 3 項全部的表徵（範例為闡明之用，非為詳盡範例）：
1. 社會-情緒相互性的缺損。包含範圍如：從異常的社交接觸及無法正常一來一往的會話交談，到興趣、情緒或情感分享的不足，到無法開啟或回應社交互動。
2. 用於社交互動的非語言溝通行為的缺損，包含範圍如：從語言及非語言溝通整合不良，到眼神接觸及肢體語言異常或理解及運用手勢的缺損，到完全缺乏臉部表情及非語言溝通。
3. **發展、維繫及了解關係的缺損，包括含範圍如：從調整行為以符合不同社會情境的困難，到分享想像遊戲或交友的困難，到對同儕沒興趣。**

B. 侷限、重覆的行為、興趣或活動模式，於現在或過去至少有下述二種表徵或症狀（範例為闡明之用，非為詳盡範例）：
1. 常同的或重複的動作、使用物件或言語（例如：簡單的常同動作、排列玩具或翻彈東西、仿說、奇異語詞）。
2. 堅持同一性、固著依循常規或語言和非語言行為的儀式化模式（例如：對微小的變化感覺極端困擾、在面臨情境轉換的調節上有困難、僵化的思考模式、問候/打招呼的儀式化行為、每天固定路徑或吃相同食物）。
3. 具有在強度或焦點上顯現達不尋常程度的高度侷狹、固著的興趣（例如：強烈依戀或執迷於不尋常的物件、過度侷限的或堅持的興趣）。
4. 對感官輸入訊息反應過強或過低或是對環境的感官刺激面有不尋常的興趣（例如：明顯對疼痛/溫度的反應淡漠、對特定的聲音或材質有不良反應、過度聞或觸摸物件、對光或動作之視覺刺激著迷）。

C. 症狀必須在早期發展階段出現（但是缺損可能到社會溝通需求超過受限能力時才完全顯現，或是可能被年長後習得的策略所掩飾）。

D. **症狀導致臨床上在社會、職業或其他重要領域方面有顯著的功能減損。**

E. 這些困擾無法以智能發展障礙（智能障礙）或整體發展遲緩解釋。智能發展障礙與自閉症常並存；在作智能發展障礙與自閉症類群障礙共病診斷時，社會溝通能力應低於一般發展程度所預期的水平。

註：經診斷為罹患 DSM-IV中的自閉症、亞斯伯格症或其他未註明之廣泛性發展障礙症者，皆應給予自閉症之診斷。

修改自 DSM-5-TR 精神疾病診斷準則手冊

以下就社會溝通及社會互動困難、有限/侷限興趣及重複行為、情緒、智力、學業表現等說明如下：

1. 社會溝通及社會互動困難：由不理人、對人不感興趣到很喜歡和人互動但能力、技巧不佳、方式怪異、難以分享情感等；溝通則由完全無口語到口語能力雖好但難以維持雙向對談、對非口語溝通行為的理解與表達困難、過度堅持自己獨特的見解、好辯等。

2. 有限/侷限興趣及重複行為：自閉症者常有固執、堅持己見、儀式化、刻板的、不喜歡突然變化的特質，常對侷限及固定的興趣有極度的專注，而這狹隘的興趣有可能是塑膠袋、電器用品、報章雜誌等生活周邊的東西，也可能是生物、天文、氣象、物理、化學等學科導向的知識。感官知覺方面，由極度鈍感到極度敏感都有。此次 DSM-5 首度將「對於感覺刺激的輸入過度反應及過度反應不足、對於環境中的感覺刺激有異常」列入診斷基準中，顯示自閉症者感官知覺異常的問題已受到廣泛的重視。

3. 情緒：由溫和、內向、孤僻，容易被忽略到過動、衝動、具攻擊性、破壞、干擾的情緒行為都有，但他們普遍容易有焦慮、憂鬱的情緒，為精神疾患的高危險群。

4. 智力：由智力顯著低下到資優範圍者都有。

5. 學業表現：由於受到本身症狀嚴重程度、智力高低、專注力、學習動機及與環境等因素之交互影響，其學業表現出現極大差異，由全面顯著低落到全面成績優異到學科間成就落差大者皆有。

6. 在學齡前階段，需要留意的共病包括語言疾患、妥瑞氏症（14-38%）及注意力不足過動症（28-44%）。在兒童青少年階段，則需要特別注意智能低下（~45%）、焦慮症狀（42- 56%）、憂鬱症狀（12-70%）以及自傷行為的發生（~50%）。在生理疾病部份則需要特別留意癲癇的發生（8~30%,好發於學齡前以及青少年）、腸胃症狀（9~70%）以及睡眠問題（50~80%）（Lai et al., 2014）。

表 2 為 DSM-5 依嚴重程度所做的自閉症分類。依自閉症者在「社會溝通」及「有限/侷限的興趣及重複性的行為」二大核心障礙的表現情形區分成三種程度：第 3 級「需要非常大量的支持」，相當於重度；第 2 級「需要大量的支持」，相當於「中度」；第 1 級「需要支持」，相當於「輕度」。因此，傳統分類中的高功能自閉症、亞斯伯格症及其他未註明之廣泛性發展障礙者在新的分類系統中應多屬於第 1 級的輕度自閉症。

表 2 自閉症嚴重程度

嚴重程度	社會溝通	侷限的、重覆的行為
第 3 級 **需要非常大量的支持**	語言和非語言社交溝通技巧有嚴重缺損，造成功能嚴重減損，啟動社交互動極其有限，對別人的社交招呼反應微小。例如：某一僅有極少清晰言語者鮮少啟動互動，而當他啟動時，使用不尋常的方式去滿足需要，且只對直接的社交接觸方式有反應。	行為固執無彈性、極難因應變化，或有侷限的/重複的行為明顯阻礙所有層面的功能，對焦點或行動的改變感到非常困擾/困難。
第 2 級 **需要大量的支持**	語言和非語言社交溝通有顯著缺損，即使有支援，社交功能障礙仍很明顯。啟動社交互動有限，對別人的社交招呼反應減損或異常。例 如：某一有簡單語句能力者的互動侷限於狹窄的特定興趣，且伴隨顯著古怪的非語言溝通。	行為固執無彈性、難以因應變化，或有顯而易見之侷限的/重複的行為經常出現，明顯妨礙不同情境的功能。對焦點或行動的改變感到非常困擾及/或困難。
第 1 級 需要支持	在沒有支援之下，社交溝通缺陷可見造成功能減損。啟動社交互動有困難，對別人的社交招呼反應有清楚不典型或不尋常反應的例子。可能顯現對社交互動少有興趣。例如：某一有完整語句能力並能溝通者，無法與他人一來一往的會話交談，且其嘗試和別人交友的方式古怪，以致往往不成功。	行為固執無彈性造成明顯妨礙某一或更多情境的功能，活動間之轉換有困難；在組織和做計畫方面的問題，妨礙其獨立生活。

摘自 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊

三、鑑定程序

（一）鑑定目的

鑑定主要目的有二：一為確認是否符合自閉症的鑑定基準；二為評估其教育需求以完成包含安置及所需特殊教育及相關服務措施之評估報告。

依特殊教育法第三條定義：本法所稱身心障礙，指因下列生理或心理之障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施協助之情形。因此，鑑定的目的就是確認學生具「學習特殊需求」，且須「特殊教育及相關服務措施協助」，是開啟特殊教育的第一步。評估報告通常和「安置」連結，也就是說，我們必須將其安置於接受得到適合其所

需要的特殊教育的場域；接著，各校須於學生進入安置場所後一個月內為其擬定個別化教育計畫（簡稱 IEP），所以「鑑定」是居於專業評估及擬定 IEP 之間的重要程序。如果學生不需要或不想要接受特教服務，就不必進行鑑定這道程序，如果學生需要且想要接受特教服務，此時我們要慎重評估其真正的特教需求。

許多自閉症學生會表現出情緒行為問題，也有不少自閉症學生溝通能力不佳、課業成就不佳，但不能草率地被歸類到情障、語障或學障中，就是為了能提供針對自閉症者核心缺陷的特殊教育，能分辨清楚其「不為」還是「不能」，能對他有正確期待。也由於自閉症者很容易與其他疾病產生共病效應，要快速或早期即正確判斷有時是有困難的，因此本章節特別努力清楚說明鑑定基準、舉許多實例、並加上注意事項補充說明，希望提供老師觀察及蒐集資料方向，有可能在學生更年長或跨教育階段重新鑑定時，慎重考慮是否需改變身分別。

（二）鑑定評估人員

除醫療系統的兒童心智科或精神科醫師、心理師、職能治療師、物理治療師、語言治療師及社福系統的社工師等相關專業團隊人員參與評估工作外，國內通常由學校普通班教師、輔導老師負責發現之工作，經由轉介，由特教教師或輔導老師實施初步篩選，再經由鑑定評估人員依需要實施必要之評量與綜合研判。但是越年長會仰賴醫療系統之協助，尤其大專階段已經無法由導師長時間觀察。或是有些個案經過後天學習、或是後天挫折（例如被霸凌）而發展出其他非典型樣貌，此時就需要精神科醫師及心理師更詳細地進行心理衡鑑，他們大多仍會向父母詢問學生年幼時之樣貌，只是在現今家庭功能式微或是家長只關注孩子的課業，還是有可能錯過回溯的功能，因此一位專業而又有經驗的評估者就更顯重要。

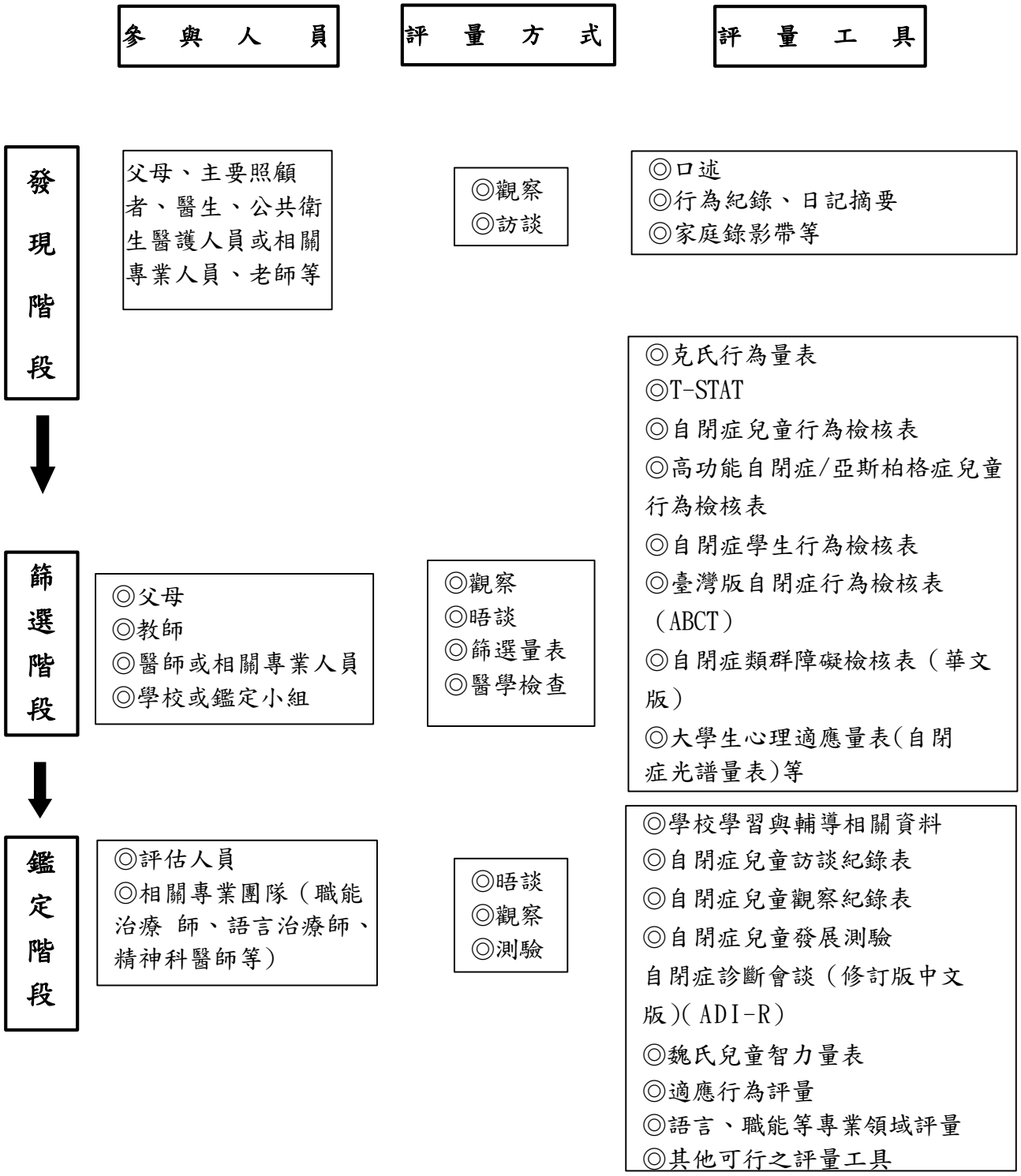
（三）鑑定步驟

自閉症學生因症狀嚴重程度不一，家長或專業人員敏感度不同，可能影響醫學診斷或教育鑑定時間。症狀明顯者（即重度或程度第3級者）可能1、2歲間即可被辨識出來，以目前國內普遍拿到醫學診斷或取得身心障礙證明者多在學前階段即已獲得。症狀較不明顯者，或需要在更複雜的社會互動環境中才容易突顯其社會互動困難的輕症者，則常在國小階段被發現並接受鑑定。但至國中、高中、大學階段甚至成人階段才被發現、轉介、鑑定者亦不在少數。此外，由於自閉症學生常伴隨有注意力缺陷、過動、焦慮、憂鬱、書寫困難、智力低下等問題，常先被鑑定為情緒行為障礙、學習障礙、智能障礙學生，或因具有資優特質而被鑑定為資優生等，之後可能因為各種適應問題而被重新轉介安置。所以自閉症學生的鑑定時機可能跨各種年級和各種教育階段。

國內有關自閉症學生的診斷，至目前為止，多由各大醫院精神科或兒童心智科實施。醫院在診斷時由於健保系統的規定，可能仍沿用ICD的分類；新制的身心障礙證明， 則歸為第

一類「神經系統構造及精神、心智功能」，ICD診斷碼為F84。在教育體系中，由各主管機關的特殊教育學生鑑定及就學輔導會（簡稱鑑輔會）統籌整體鑑定、安置等相關事項，學校則賦予校內特殊教育推行委員會研訂疑似特殊教育需求學生之提報及轉介作業流程，因此學校至少負責發現、篩選等工作。正式步驟方面，至少應包括發現、篩選和鑑定三階段。以下配合圖1就三階段的評量參與人員、評量方式和評量工具簡要說明。

圖1 自閉症鑑定流程圖



1. 發現階段

自閉症的症狀通常出現在兒童早期，此項診斷標準為多數專家學者所接受。父母或實際照顧者多在3、4歲階段便會因明顯的異常而到醫院求診，而大部分的自閉症兒童在入小學前就已經診斷確定，並領取身心障礙證明。由於自閉症屬能早期發現的類型，若能接受早期療育，其效果更佳。現將嬰幼兒與學齡前階段自閉症兒童的主行為特徵說明如下，以利早期發現。

(1) 社會互動及溝通

嬰幼兒時對大人的逗弄或叫喚少有反應，醒著時常喜歡獨自玩；能自行走動時也常獨自玩，對他人的陪伴似乎並不很喜歡，也較少出現模仿與關心他人的行為；視線接觸較少或時間短促，或雖接觸但較少傳遞社會性訊息。

共同注意力方面，不論是自閉症幼兒用手指指東西要別人看或他人指東西要自閉症幼兒看，自閉症幼兒很少出現在他人與物體之間轉換眼神或確認彼此注意焦點是否一致的行為，顯示其有共同注意力的困難。情感的理解與表達方面，自閉症兒童的父母通常會形容自己的孩子文靜、不愛哭、不黏人、不喜歡被抱。自閉症兒童的面部表情較為單調，並常發出怪異的聲音，而這種聲音的意義通常只有實際照顧者才能瞭解；看別人時，很少面帶微笑；大人讚美他時，通常會選擇逃避或轉移視線；感覺害怕或緊張時，很少會看大人，也較少尋求大人的協助或安慰；高興時，常自己發笑、拍手，較少和人分享。模仿方面，自閉症兒童常見的問題是缺乏動機、模仿能力低，尤其是身體動作的模仿明顯較物品操作的模仿為差。

口語溝通方面，有些自閉症兒童有明顯的語言發展（包括口語的使用及理解）遲緩現象，嬰幼兒期的喃語較一般嬰幼兒出現為晚或不曾出現；有些自閉症幼兒在一歲左右如常出現口語，但隨後在一歲半到兩歲左右消失，消失後有的會再出現，有的則終生無法再出現口語。有口語者，會出現自閉症兒童常見的口語溝通上的問題，如持續長時間（如一年以上）的鸚鵡式語言（仿說）、代名詞使用困難、難以理解他人的口語等；有些自閉症兒童雖沒有明顯語言發展遲緩的現象，但使用怪異的語言（如，平淡缺乏變化或字正腔圓的聲音，隱喻式語言等）、不斷重複相同的話語或話題等。非口語溝通，包括聲音、表情、肢體動作等的溝通，是幼兒發展過程中極為重要的溝通方式。但自閉症幼兒不論具有口語與否，通常很少用點頭、搖頭等非口語方式表達需求；在手勢和用手指頭指物的發展也相當遲緩；對他人的手勢、表情或肢體動作的理解通常也較為困難。

(2) 行為模式及興趣方面

自閉症兒童的遊戲形式較相同心理年齡的一般兒童與智能障礙兒童單調、缺少變化，也較少玩功能性遊戲、象徵性遊戲等。與智能障礙兒童相較，在想像遊戲、同儕遊戲與模仿技

巧上的表現有明顯的低下。在日常生活上，有固執而難以改變的行為，如堅持出門走同一條路，堅持用同樣方式擺放東西；重覆玩弄身體部位（如晃動手或手指、拍手，擺動身體）等。感官知覺方面，經常有過度敏感或鈍感的現象。如，耳朵似乎聽不到，對他人的叫喚毫無反應，但對在意的聲音（如水聲），再小聲都能聽到；只吃某些特定食物（嚴重偏食）；對他人的身體接觸極為敏感，會有過度反應，但自己撞擊物品卻不覺疼痛；用聞的方式確認物品等。當父母、保育人員、幼教教師於日常生活觀察中，發現幼兒有上述行為中的數項時，應至醫院接受鑑定或進入學校教育系統時，可透過學校（幼兒園）向縣市特殊教育學生鑑定及就學輔導會（簡稱鑑輔會）申請鑑定。3-6歲的幼兒，通常已進入幼兒園接受團體生活，對團體規範的了解與遵守、同儕互動的表現、遊戲能力的習得，均是重要的觀察指標。自閉症兒童在這些方面通常都會陸續出現困難，故也容易被老師或其他家長所發現。

2. 篩選階段

主要在過濾疑似自閉症兒童，以便進行進一步的鑑定工作。此階段可由醫護人員或學校實施簡易的篩選性工具，如，「克氏行為量表」或「自閉症兒童行為檢核表」。克氏行為量表係由謝清芬、宋維村、徐澄清（1983）所修訂，共14題，由家長填寫，總分在14分以上或總是的「題目」在7題以上，則為疑似自閉症兒童。自閉症兒童行為檢核表由張正芬、鄒國蘇和王華沛所編製（張正芬、王華沛，2005），分學齡前、國小低年級和國小中年級以上三種版本，主要適用於智力在臨界及顯著低下之疑似自閉症兒童;高功能自閉症/亞斯柏格症兒童行為檢核表由張正芬、吳佑佑、林迺超、陳冠杏（2009）所編製，分學齡前、國小和國高中三種版本，主要適用於智力在正常範圍之疑似自閉症兒童。此二檢核表均可由熟悉兒童的家長、老師或專業人員填答，題目內容包含溝通、社會性和行為等三個向度。檢核表採李克特量表計分，每一題目從「從不如此」到「總是如此」分四等第，得分越高代表自閉程度越嚴重，二檢核表皆提供有切截分數。篩選工具過切截分數者，代表疑似自閉症的可能性較高，應進一步至醫院接受診斷或透過學校向縣市鑑輔會提出鑑定申請。

高中以上之篩選工具，目前國內可用者有大學生心理適應量表。此量表原名自閉症光譜量表(Autism-spectrum Quotient)，為英國劍橋大學Baron-Cohen、Wheelwright、Skinner、Martin和Clubley（2001）所編製，主要用於16歲以上成人，目的在篩檢亞斯柏格症和高功能自閉症成人，屬自評量表，總題數50題。中文版由劉萌容（2008）所修訂，中文原名為自閉症光譜量表，後因為推廣使用,獲原編製者之同意改名為「大學生心理適應量表」及「高中職學生人格特質質量表」，切截分數高於30且有社會適應困難者應尋求協助。

另外，在2-3歲間可使用的工具有由姜忠信、吳進欽、劉俊宏和侯育銘（2011）所修訂的2-3歲自閉症幼兒篩檢量表(Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds, STAT, Stone,

et al.,2000,2004）臺灣版（簡稱T-STAT），適用於在發展遲緩兒童中區辨出可能的自閉症幼兒。此工具需由受過訓練之專業人員進行評估，評估作業包括遊戲、要求、相互注意協調能力及模仿能力等四項領域，提供有切截分數。

3.鑑定階段

已鑑定確定或持有有效期限內之自閉症證明而無疑義者，可簡化鑑定程序直接進行能力評量，並視需要進行相關專業服務需求的評估。未鑑定確定或持有非自閉症類身心障礙證明或雖已鑑定確定但有疑義者，鑑輔會應安排適當的評估人員進行評量或建議至適當的醫院重新鑑定，以確定是否為自閉症兒童。

此階段以實施多元評量為主。評量至少應包括晤談、觀察、上一教育階段的學校學習表現三部份，必要時，並應有醫學診斷證明及心理衡鑑報告。晤談的重點，主要包括生長史，尤其是懷孕至3歲前之發展，是否具有自閉症兒童的行為特徵，並排除特殊的環境或心理因素可能導致類似的行為表現；醫療史，主要瞭解可能的原因、特殊病史、用藥情形及醫療復健等（如，語言治療，職能治療等）；教育史，主要瞭解兒童接受教育訓練的內容、期間、學習表現等；目前行為表現，以瞭解目前溝通、社會性、認知、動作、生活自理、行為等各方面的綜合表現情形。

晤談工具方面，目前國內有張正芬、王華沛所發展的自閉症兒童訪談紀錄表，主要用途在了解六歲前的發展史及早期症狀，由受過訪談訓練之特教教師實施，訪談對象為實際照顧者，所需時間約2-3小時。或吳佑佑、高淑芬、黃琦棻、丘彥南所修訂（2022）的自閉症診斷會談（修訂版中文版，ADI-R）。觀察部份，主要針對自閉症的二大主要障礙進行觀察--社會性及溝通（如，人際互動、情緒表現、口語溝通、非口語溝通等）及行為興趣（如，物體操作，視、聽、味、嗅、觸覺等感官知覺的反應，重複固著行為，對細微改變的反應，狹窄興趣等）。有關觀察的評量工具，目前國內有張正芬、王華沛所發展的自閉症兒童行為觀察表，主要用途在確認目前之症狀。此工具需由熟悉自閉症且受過訪談及觀察訓練之特教教師實施，觀察對象為疑似自閉症學生，所需時間約2-4小時。

在能力的掌握方面，可透過先前的晤談與觀察，決定能力評量的施測方式與工具。一般而言，10歲以下且能力較差者的評量，以自閉症兒童發展測驗修訂版（張正芬、林月仙，2016）較適合，能力較佳者，則可實施魏氏智力量表（陳心怡，2018）。其他如修訂畢保德圖畫詞彙測驗（陸莉、劉鴻香，1998）或托尼非語文智力測驗第四版（吳武典、胡心慈、蔡崇建、王振德、林幸台、郭靜姿，2016），因不需使用口語，對口語能力不佳的自閉症兒童亦可考慮選用。

適應行為方面的評量工具，如學生適應調查表（洪儷瑜、張郁雯、丘彥南、蔡明富，2001）、

自閉症學生學校適應行為檢核表（張正芬等，2019）、文蘭適應行為量表第3版中文版（張正芬、陳心怡、邱春瑜，2020）、社會適應表現檢核表（第二版）（盧台華、林燕玲、黃彥融，2023）皆可依學生之狀況選用之。鑑定階段各種評量的施測者，以受過自閉症鑑定相關訓練之評估人員擔任為宜，適應行為的評量則由家長、教師等熟悉的人士填答再由評估人員分析評量為原則。有需要進行相關專業服務需求評估者，由鑑輔會協調特殊教育相關專業人員進行評估工作。

4.注意事項

（1） 認知能力較佳的自閉症學生，被診斷的時間可能較遲

認知能力較佳的自閉症學生，可能因為在校功課表現佳、已發展出某種因應策略致難以被敏察，通常需要年齡稍長，當面對更為複雜的社會情境時，才表現出較為明顯的自閉症特質。或因為ADHD、書寫問題、動作問題等先被鑑定為情緒障礙、學習障礙等，但所提供的服務無法有效因應其人際互動、溝通的困難、侷限及固著等的行為問題時，自閉症的可能性才開始被納入考量，此時則必須提出重新評估。

（2） 男性與女性自閉症特質的表現方式可能稍有不同

研究指出，相較於男性自閉症者，女性自閉症者可能因有更高情感的需求，因而使用補償（後天學習）、掩飾（隱藏自閉症特質）和同化（模仿他人社會行為）等方式讓自閉症的特質不若男性自閉症者般明顯。因此其出現率常有被低估之情形，接受特教鑑定的時間也相對較晚。女性自閉症者在國高中階段後，常因焦慮、憂鬱而就醫或在校接受輔導，在此過程中，其自閉症特質才被專業人員所辨識進而接受特教鑑定而取得自閉症之身份。

四、教育需求評估

依據「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第二十四條，身心障礙學生及幼兒之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行 為、領域（科目）學習等。由於自閉症第五版強調是譜系現象，換言之，為一異質性相當大的族群，故評估內容的深度與廣度會依個案狀況而有所不同。社會溝通與社會互動以及有限/侷限、重覆的行為、興趣或活動模式為自閉症的核心障礙，故不論障礙程度輕重，皆須詳細評估；其他則視狀況增減其評估比重，如重度者，可著重功能溝通、生活自理；輕度者強調認知、領域/學科學習資料以及社會互動、情緒管理及觀點取替等資料方面的收集。其他需求評量建議，則條列說明。

(一)因應自閉症者對環境刺激有固著、侷限或特定的偏好，在學習上表現較為被動，建議應

重視刺激偏好物的評量（鍾怡潔、鳳華，2014；Cooper, Heron & Heward, 2007），善用其特殊偏好物順勢引導並引發學習動機。目前無口語之自閉症者之教育首重功能溝通訓練，其中溝通意圖的安排為成功建立溝通行為的關鍵課題，偏好評量亦是必要策略之 一。

(二)自閉症者若伴隨有情緒行為問題，依據《特殊教育法施行細則》（2023）第 11 條之規定，其個別化教育計畫中規範必須呈現行為功能評量、介入方案及行政支援，以維護有情緒與行為問題學生的基本受教權。而因應聯合國身心障礙權益保障的推動，特別著重於環境的前事刺激的調整（移除或降低誘發型刺激源、增加促進好行為的動機型刺激），以及合理調整（包含人、事、時、地、物等多方的調整），營造一無障礙的正向支持環境。

(三)自閉症學生常有零碎天賦或學者症候群的優異表現，若有明顯之內在差異且達到優異之程度，宜針對其優異部分實施領域（學科）、特殊才能、創造力等的評估。

(四)高中職以上的自閉症者，特教需求評量則應以生涯發展為主，必要時可結合勞政單位所提供之職業重建服務，如，於高二下或大專階段申請職業輔導評量服務，協助學生有機會透過系統化評量探索自我，找出未來的職涯發展方向。而在教育輔導應強調建立環境的支持體系及合理調整，始能協助個體充分發展自我，實現自我。

完成教育需求評估後，須於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、評量、環境調整、教學重點及相關專業團隊之服務等建議。

五、綜合研判

進行綜合研判時首要重點是確認為自閉症而非其他的相關障礙。第二項要務是就自閉症學生的優弱勢能力、現有表現水準、交通或居家遠近、家長（或學生本人）意願等決定教育安置及特教服務重點。由於自閉症和智能障礙、學習障礙、情緒行為障礙、語言障礙及多重障礙之間會出現某些特性重疊而容易產生研判的疑慮，建議在鑑別診斷時，除參考其他各類鑑定原則與基準以作為區別判讀外，是否同時兼具二大項自閉症核心障礙，仍為主要的鑑別所在。此外，因自閉症常有不專注、動作笨拙、焦慮及書寫、閱讀困難等問題，故鑑定自閉症時不須排除此些障礙，但若伴隨感官、肢體障礙等，則以多重障礙歸類。在鑑別診斷方面，提供下列說明作為參考。

（一）和智能障礙的區別診斷：

由於智力落在智能障礙等級的自閉症者不在少數，因此容易和智能障礙混淆。智力低下的自閉症和智能障礙主要的差別有二：（1）單純智能障礙學生的社會情緒能力特別是在非語言社會情緒發展上（如共享式注意力、展示、分享喜悅 等）通常與其心智年齡相當，雖然一

些重度、極重度者因其智力發展受限而容易出現缺乏主動人際互動或類似自閉症者之社會情緒發展上的不足現象，但智力低下的自閉症學生，其社會溝通及社會能力通常還會較其心智年齡顯著低落；(2)智能障礙學生的智力表現常呈現全面低下，自閉症學生卻有明顯的內在差異，如視覺空間、工作記憶常明顯優於語文理解及處理速度。

（二）和學習障礙的區別診斷：

智力功能在正常範圍的自閉症學生也常出現書寫困難、動作笨拙、不專注、學科成就差異大、智力測驗內在差異大等與學習障礙學生類似的表現。在診斷時較易混淆，區別診斷的重點可加強症狀出現的年齡（學障多在國小階段出現，自閉症則多在學前）及問題特徵的組合型式等，如學障學生可能也有社會人際方面的問題，自閉症者則較缺乏觀點取替，及欠缺理解自身及他人情緒的行為表徵，學障生也無自閉症學生的固執、侷限重複或感官異常的行為表現。

（三）和情緒行為障礙的區別診斷：

情緒行為障礙學生中最常見的 ADHD 學生在環境控制得宜、服用藥物等之後常有明顯改善,但若上述措施未能有效改善其人際互動及溝通、固著等行為,則要懷疑該生為伴隨有 ADHD 的自閉症學生；其他如憂鬱症、焦慮症等，可因環境改變、藥物使用、策略習得及年齡增長等因素而得到緩解或痊癒，自閉症則多屬終身性障礙。此外，情障生也無自閉症學生的固執、侷限重複或感官異常的行為表現。

（四）和語言障礙的區別診斷：

部分自閉症學生本身就有語言發展遲緩的問題，部分自閉症學生有音調異常（如缺乏抑揚頓挫、聲音尖銳等）的現象，而大多數自閉症學生有程度不一的語用問題，因此被誤判為語言障礙的例子亦時有所見。此外，研究指出，自閉症者在語言發展的遲緩與溝通動機有關，自閉症對人的興趣相較於特定物品的興趣為弱（Keogel et al., 1989），語障學生對人的興趣與一般人無異，也可以從此處進行區別判讀。與語障的區別診斷，應強調回到自閉症的主要核心臨床症狀，關注個案是否有社會情緒及社會互動之困難以及侷限的重複行為、興趣和活動的表現，因語障學生較少出現此方面的問題。

（五）和多重障礙的區別診斷：

自閉症學生本身同時兼具有社會溝通障礙、社會情緒障礙並可能伴隨有固著行為等問題，此為診斷標準必備之條件，缺一不可，這些臨床特性雖看似多方面的障礙，但不能因為同時具有這些障礙而稱之為多重障礙。然而，自閉症學生若兼有視覺障礙或聽覺障礙等問題，則應歸類於多重障礙。然而，在教育輔導時則需要兼顧其自閉症者的核心特徵及其特殊需求。

六、案例

一、案例一許生

學生基本資料姓名：許○○

性別：男

年齡：6 歲 10 個月

身心障礙證明：第一類，ICD84

鑑定原因：轉換教育階段（入國小）

（一）鑑定過程

因許生已經醫院鑑定並持有自閉症的身心障礙證明，在幼兒園接受學前巡迴老師的特殊教育服務2年，老師對其障礙類別並無疑義，故不需再做障礙類別的身分確認，而直接進行能力評量即可。能力評量，共進行家長與老師晤談及實施自閉症兒童發展測驗二部分。透過與家長、老師晤談，得知許生生長史、教育史及現況如下：

1. 晤談

生長史：母親懷孕與生產時一切正常，無特殊狀況。從小父母親就因為許生不黏人、睡醒常安靜在小床上晃手、對大人的接近、逗弄沒有特別高興的樣子而感到擔心。2歲時口語遲未出現，喜歡一人玩，且玩玩具時玩法一成不變，不是拿來舔便是敲打，父母更覺憂心忡忡。2歲8個月至臺大醫院兒童心智科求診，3歲多時複診確定為自閉症，目前持有自閉症身心障礙證明，持續在醫院接受語言治療和職能治療。

教育史：確診後即接受早期療育。5歲時上○○國小附設幼兒園。老師反應許生不太理人，需要多下幾次指令才能引起他的注意，且常需小朋友協助。和小朋友一起玩遊戲相當困難，但可自己玩玩具，經常玩的是用積木建城堡，且每次建的都大同小異；上課雖不太注意聽講，但老師堅持要他做時，常常可以有正確反應。每週有學前巡迴輔導老師到園提供特殊教育服務。現況：溝通方面，聽懂日常生活指令、喜歡重複聽同一個故事帶，會說短句，只有在自己感興趣的事物或有需求時，才會出現較長的自發性語言。社會性方面，喜歡和小朋友玩，但因為無法瞭解小朋友的行為而常常出現不適當的舉動，如看到小朋友搶玩具，會過去打人；小朋友跌倒時，會高興得一直笑，對教室中的規範不太瞭解，無法遵守。行為方面，經常用指尖敲打桌面，喜歡將東西拿來聞，玩東西時玩法一成不變，對教室物品的擺放方式很堅持。其他方面，活動量大、喜爬上爬下，注意力不集中，易受外界影響，興奮時會發出聲音、握拳，常會突然大聲發出“阿”聲，驚嚇到同學。

2. 自閉症兒童發展測驗

一般用途得分，年齡分數介於2歲半到5歲7個月之間，以社會性分測驗的二歲半及語言理解分測驗的三歲為最低，最好的為生活自理（5歲7個月）及 精細動作（4歲10個月）內在差異明顯，且最差的分測驗（社會、語言理解）均屬自閉症困難的領域。診斷用途側面圖，除社會性成長空間較小外，其他分測驗在二、三階段的介入下，均有明顯的進步空間。

（二）綜合研判

許生持有身心障礙證明（ICD編碼為F84.0），且經由晤談、觀察、實施測驗過程中確認許生自閉症之障礙類別無誤。許生的自發性口語雖不多，社會性方面也欠缺主動，但在大人引導、小朋友協助下，可以有不錯的反應，並無明顯的問題行為與拒絕反應。綜合以上的研判，許生目前表現雖落後一般兒童甚多，但並非全面落後，且在協助下成長空間甚大，加上父母強烈希望接受融合教育，故建議安置在普通班，除接受資源班的服務外，增加語言治療的專業服務。

二、案例二高生

學生基本資料姓名：高○○性別：男

年齡：13 歲 6 月

就讀年級、班別：八年級普通班，接受資源班服務

身心障礙證明：無

鑑輔會證明：無

鑑定原因：因過動衝動、不守班規、易和老師同學起衝突等原因於七年級時提報鑑定，被鑑定為疑似情緒行為障礙學生，接受資源班每週1節的特教服務。資源班老師在輔導過程中，發現高生有許多自閉症特質，如，不會察顏觀色缺乏同理心、說話過於直接、對學校日常作息過度堅持缺乏彈性等，當同學和老師的要求超出他預期即容易違抗起衝突。家長重視教育，且教養方式民主而非權威，排除環境因素所造成，因而轉介自閉症的鑑定。

（一）鑑定過程

高生雖被鑑輔會初判為疑似情緒行為障礙學生，但因老師懷疑其有自閉症傾向，故提出重新評估的申請。高生在普通班課業表現中等，故特教組選用高功能自閉症/亞斯柏格症行為檢核表（國高中版）請家長填寫，得分如下：總分89，社會領域40，溝通領域　21，行為領域28，不論是總分或領域得分皆高於切截分數（總分57，社會26，溝通15，行為16），通過篩選標準。

1. 確認階段

鑑定階段，主要以家長與老師的晤談及實施魏氏兒童智力量表（第四版）二部分。

（1）家長、老師晤談

生長史：母親懷孕與生產時一切正常，無特殊狀況。高生1歲半左右會叫爸、媽；3歲左右已從兒童節目學會簡單英文。平常喜歡一人玩，對玩具都有自己固定的玩法，爸媽陪他玩新奇的玩法時，他會排斥並生氣；媽媽表示孩子從小不貼心且很有個性，很難改變他的固執，如，不吃的食物如何威脅利誘都不入口；玩具、鞋子擺放方式與位置不能隨意改變等。

教育史：學前及國小皆就讀普通班。雖然老師常反應高生很固執、不合群，容易和小朋友發生衝突且上課時常分心不專注，但因功課名列前茅，所以家長雖多有擔心但仍期望長大後能有所改善。高年級時，與同學衝突加劇，告狀頻繁，同學常說他很白目很奇怪，難以溝通。導師建議家長接受特殊教育鑑定，但家長並未同意但表示會加強教導。七年級時，同儕相處狀況不佳，班上適應愈趨困難，高生向家長表示不想上學，家長發現問題嚴重，始同意接受教育鑑定。七下提報鑑定結果為疑似情緒行為障礙，資源班老師開始提供特殊教育服務。

現況：社會溝通及社會互動方面：A.口語理解和表達能力雖不錯，但較無法依場合表現出適當的談話，常因說話太直接未顧及對方感受而讓同學或老師感到難堪；B.雖很少主動與人交談，但只要聽到他人談論自己感興趣的話題，如捷運、生物等，他就會立刻插嘴且滔滔不絕，即使對方不想聽或不很熟識仍一直講，讓對方或周遭人感到不悅或怪異，而且說話時常不看人，讓對方覺得很沒禮貌；C.對班上同學的玩笑話或諷刺很容易當真，因此常做出錯誤反應而遭到同學的訕笑；高生常向媽媽表示無法理解別人為何生氣，媽媽常需問明原由後幫他分析背後可能原因，高生很困擾為何別人想法和他的差異如此大，常常反映都沒有朋友。

行為興趣方面：A.對學校突然的調課、更動活動行程或老師無預警的請假，高生都會非常生氣且會到各處室抗議，對老師或校方的解釋無法認同；B. 在家中，自己的學習用品有自己擺放的規則與邏輯，媽媽整理房間若不小心有所移動雖努力恢復原狀，高生回家後仍會發現而很生氣；C.課外書由小到大，只看捷運和昆蟲有關書籍。D.不喜歡被人碰觸，同學不小心碰到他會反應很激烈，大聲罵人。

學習方面：A.高生固定服用專司達，但上課仍會分心，常低頭做自己的事情，如摳手、挖鼻孔、畫昆蟲等，被老師提醒要抄筆記時會回神抄一下。上課時常會舉手發問一些常識性的問題（如：拖油瓶、死黨是什麼意思）；B.學業表現，以英文和生物科最佳，社會最差，整體成績約在班上前10名。

評量

1. 魏氏兒童智力量表第四版（WISC-IV）中文版

高生全量表智商（FSIQ）與四種組合分數分別如下：FSIQ110，語文理解和處理速度皆為105，工作記憶和知覺推理皆為111。內在差異不明顯，優勢部份為圖形設計分測驗，高於平

均數正1個標準差以上，弱勢部分為符號替代與理解分測驗，低於平均數負2個標準差，此側面圖和一般自閉症兒童的側面圖頗為符合。

2. 自閉症學生學校適應行為檢核表（張正芬等，2019）

請導師填寫的結果，高生全量表適應商數79（平均數100，標準差15），四個量表分數（平均數10標準差3）分別為：溝通4，人際互動1，固著行為3，學習2。學校適應商數53，學校適應結果為明顯適應困難。

（二）綜合研判

高生在提報自閉症鑑定的同時，亦拿到醫院自閉症（亞斯伯格症）的診斷證明。評估人員綜合篩選量表的結果，和媽媽、老師的晤談及高生魏氏兒童智力量表、自閉症學生學校適應行為檢核表得分，研判高生符合自閉症鑑定基準且學校適應明顯困難，為輕度自閉症學生，建議安置普通班並接受資源班的服務，在班級經營上應重視友善環境的建構並加強同儕輔導

七、參考文獻

吳佑佑、高淑芬、黃琦棻、丘彥南修訂（2022）。**自閉症診斷會談**（修訂版中文版）（ADI-R）。心理出版社。

吳武典、胡心慈、蔡崇建、王振德、林幸台、郭靜姿（2016）。**托尼非語文智力測驗第四版**。心理出版社。

身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法（2012）。2012年9月28日教育部臺參字第 1010173092C號令

身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法(2013)。2013年9月2日教育部臺教學(四)字第1020125519B號令修正發布。

姜忠信、吳進欽、劉俊宏、侯育銘（2011）。2-3 歲自閉症幼兒篩檢量表的發展：T-STAT 的初究。**中華心理衛生學刊，25**（1），135-154。

洪儷瑜、丘彥南、張郁雯、蔡明富（2001）。**學生適應調查表**。國立臺灣師範大學特殊教育中心。

教育部（2009年11月18日）。特殊教育法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080027

教育部（2013年1月23日）。特殊教育法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080027

教育部（2023年07月11日）。特殊教育法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080027

張正芬(1999)。自閉症學生鑑定原則鑑定基準說明。載於張蓓莉（主編），**身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準說明手冊**(頁 109-132)。國立臺灣師範大學特殊教育學系。

張正芬（2014）。自閉症。載於張正芬（主編），**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法說明手冊**（頁 12-1-12-26）。國立臺灣師範大學特殊教育學系。

張正芬、王華沛（2005）。「自閉症兒童行為檢核表」之編製及相關研究。**特殊教育研究學刊，28**，145-166。

張正芬、吳佑佑、陳冠杏、林迺超（2009）。**高功能自閉症/亞斯伯格症兒童行為檢核表**。國

立臺灣師範大學特殊教育中心。
張正芬、李怡嫻、蕭莉雯、連文宏、黃碧鳳、李惠慈、顏瑞隆、葉純菁（2019）。**「自閉症學生學校適應行為檢核表」指導手冊**。臺北市西區特殊教育資源中心。
張正芬、林月仙（2016）**自閉症兒童發展測驗修訂版指導手冊**。國立臺灣師範大學特殊教育中心。
張正芬、林迺超、李玉錦、鄭津妃、連文宏、宋秉錕、王恒晟、歐思賢、王珮宸（2019）。**「自閉症學生行為檢核表—高級中等教育階段學生適用」指導手冊**。臺北市北區特殊教育資源中心。
張正芬、陳心怡、邱春瑜（2020）。**文蘭適應行為量表第 3 版中文版**。中國行為科學社。
教育部（2020）。**教育部國民及學前教育署加強推動身心障礙資賦優異學生之發掘與輔導方案。**教育部國教署。
教育部（2023年12月20日）。特殊教育法施行細則。 全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080032
教育部（2024年04月29日）。特殊教育學生與幼兒鑑定辦法。教育部主管法規查詢系統。https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187
教育部特殊教育通報網（2012）。**特殊教育相關統計。**教育部特殊教育通報網。https://www.set.edu.tw/Stastic_Spc/STA2/default.asp
教育部特殊教育通報網（2023年07月31日）。**111 學年度大專校院身心障礙類學生人數統計概況。**教育部特殊教育通報網。https://www.sen.edu.tw/Statistic/Sen/CityObstacle.aspx
教育部特殊教育通報網（2023年10月20日）。**111 學年度所有教育階段一般學校各縣市特教類別學生數統計（身障）**。教育部特殊教育通報網。https://www.set.edu.tw/Stastic_Spc/STA2/default.asp
教育部特殊教育通報網（2023年10月20日）。**112 學年度所有教育階段各縣市安置班別學生數統計（身障）【年度特教統計】**。教育部特殊教育通報網。https://www.set.edu.tw/Stastic_Spc/sta2/doc/stuA_city_cls_ABCE/stuA_city_cls_ABCE_20231020.pdf
陳心怡（2018）。**魏氏兒童智力量表第五版（WISC-V）中文版**。中國行為科學社。
陳榮華、陳心怡（2008）。**魏氏兒童智力量表第四版（WISC-IV）中文版**。中國行為科學社。
陸莉、劉鴻香（1998）。**修訂畢保德圖畫詞彙測驗**。心理出版社。
劉萌容（2008）自閉症光譜量表-Autism-spectrum Quotient 中文版之預測效度及相關因素分析。**特殊教育研究學刊，33**（1），73-92。
盧台華、林燕玲、黃彥融（2023）**。社會適應表現檢核表（第二版）**。心理出版社。
盧台華、陳心怡（2008）。**適應行為評量系統第二版（ABAS-II）**。中國行為科學社。
謝清芬、宋維村、徐澄清（1983）。自閉症：克氏行為量表的效度研究。**中華民國神經精神學會會刊，9**（1），17-27。
鍾儀潔、鳳華（2014）。訓練特殊教育教師二種刺激偏好評量之成效研究。**特殊教育學報，40**（2），93-112。
ADDM(2023年03月23日). *CDC 's Autism and Developmental Disabilities Monitoring.* https://www.cdc.gov/autism/addmnetwork/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html
American Psychiatric Association（2014）。自閉症類群障礙症，DSM-5 精神疾病診斷準則手冊（臺灣精神醫學會，譯）。合記圖書出版社。（原著出版於 2013 年）。
American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
American Psychiatric Association. (2013). D*iagnostic and statistical manual of*

mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.
American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association.
Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley,E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders, 31*, 5-17.
Centers for Disease Control and Prevention, USA.(2023, March 23). Autism Prevalence Higher, According to Data from 11 ADDM Communities.https://www.cdc.gov/media/releases/2023/p0323-autism.html
Cooper, J. , Heron, T. & Heward, W. (2007). *Applied behavior analysis (2 ed.)*. Pearson Merrill Hall.
Koegel, R.L., Schreibman, L., Good, A., Cerniglia, L., Murphy, C. & Koegel, L. (1989). *How to teach pivotal behaviors to children with autism: A training manua*l. University of California, Santa Barbara.
Lai, M. C., Lombardo, M. V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet, 383*, 896-910. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1
Stone, W. L.,Coonrod, E.,Ousley, O. Y.(2000).Screening tool for autism in two-year-olds(STAT): development and preliminary data.Journal of Autism and Developmental Disorders.30,607-612.
Stone, W. L.,Coonrod, E. E.,Turner, L. M.,Pozdol, S. L.(2004).Psychometric properties of the STAT for early autism screening.Journal of Autism and Developmental Disorders.34,691-701..
World Health Organization (2019). *International classification of diseases the global standard for diagnostic health information. (11th ed.)*.

多重障礙鑑定說明

一、前言

多重障礙學生經常是在教育場域中需求相對複雜、支持強度多元的族群(Heller et al., 2009)。臺灣在特殊教育法立法之後，針對其鑑定的實施辦法曾經過數次修訂，但不管是2002年或2006年公告之《身心障礙及資賦優異學生鑑定標準》乃至於民國2012及2013年的《身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法》，均以「二種以上不具連帶關係且非源於同一原因造成之障礙而影響學習者」為基準。在前一次教育部所出版的鑑定基準說明手冊中，林淑莉教授即詳述了修訂時專家學者竭盡心力的討論歷程以及實證（林淑莉，2013），說明多重障礙鑑定實務操作上在釐清成因以及連帶關係可能碰到的困難。例如腦部損傷（head injury）的學生可能因其腦損傷而引發出不同的障礙類別與需求，有些自閉症學生也的確是因其主要障礙而衍生出其他的共病狀態，導致有兩種以上的障礙或困難；然而這些學生的確會需要更複雜以及高強度的特殊教育支持。

綜觀國際法規以及學術專業中對於多重障礙的定義，目前雖然仍未產出全球認同的定義，但極少呈現針對連帶性與成因的論述。最早開始就多重障礙論述的歐洲，在近期再次出現學者呼籲大家注意多重障礙定義模糊所引發身份確立以及跨專業溝通的問題（ Rousseau et al., 2024）。法國從 1970 年代開始便有文獻使用 polyhandicap 一詞，主要是針對「在發展期間產生的嚴重障礙，表徵於多元樣態，通常合併動作機能的缺陷以及認知障礙，使其在物理環境中以及與人互動時的自主、認知、建立關係上受到限制」。這個名詞後來也被其他法語區以及義大利所採用。但另一個相似的名詞則是「 嚴重智能與多重障礙」Profound Intellectual and Multiple Disabilities (PIMD)，在英國則因慣用 Learning Disabilities 稱呼智能障礙，是以 Profound and Multiple Learning Disabilities (PMLD) 表示（Doukas et al., 2017）。但多重障礙是否一定具備智能障礙仍值得多加討論。

美國與加拿大比較偏向從學生需求來進行研判，但也因為幅員廣大且各州民情不同而產生地方差異。根據美國身心障礙者教育法案（Individuals with Disabilities Education

Act, IDEA）的判定下，明確以學生需求來定義多重障礙，即指同時出現的複數障礙（如智能障礙盲生、智能與肢體障礙學生），致使多重複雜的需求無法透過單一障別的既有服務來適切支持 （U.S. C. 20 Sec.300.8（c）(7））。值得一提的是，因為在美國盲聾雙障是獨立類別，縱使定義符合也不會被歸類為多重障礙。因為美國的聯邦地方分權，部分州政府還會加上五歲之前發生的條件。以科羅拉多州為例，更是提出一份清單列表(Colorado Department of Education, n.d.)，表明在該州要符合多重障礙的資格必須有智能障礙加上其他的類別。在加拿大，安大略地區的教育法即說明「學生具有學習上的障礙或其他疾病、加上身體損傷（如視覺聽覺語言）或肢體障礙的組合，而為了讓這樣的學生能夠有學習成效，必須依靠一名或多名持有特殊教育資格的教師提供服務，加以提供適合此類障礙的支持服務。」(Ontario Government, n.d.)

與臺灣較為接近，在東亞障礙圈內的日韓則有不同做法。日本在法令中不管是福利就業或教育體系法規都並未就多重障礙[重複障害]進行定義。厚生勞動省在各年度調查中針對多重障礙僅明定只要符合七大類障別中的三類便列入計算（厚生勞動省，2021）。日本的七大類障別包含肢體不自由、視覺障礙、聽覺平衡機能障礙、聲音言語咀嚼機能障礙、內部障礙（包含免疫機能、心臟、呼吸等）、智能障礙、精神障礙。在這個判定標準底下，僅針對精神障礙者進行同時有智能障礙者的排除。在學齡階段，《學校教育法施行令》也僅規範出獨立障礙，「同時具備此法令中規定障礙（盲、聾、智能障礙、肢體障礙、病弱）兩項」為多重障礙學生定義；直至《特教學校學習指導要領解說總則》才特別指出主要是該特殊學校服務障別（視覺障礙、聽覺障礙、智能障礙、肢體障礙、身體病弱等）及其他障礙合併的學生，方可鑑定為多重障礙。但學生可能同時有「語言障礙、自閉症、情緒障礙等的情況，可視教學需求進行判斷」（文部科學省，n.d.）。韓國則是一直到去年透過倡權運動，留意到最顯著障礙的族群可能會有的特殊需求，修法後才將多重障礙的類別加入法規當中，但也僅限盲聾雙障、或智能障礙同時再具備視覺或聽覺障礙的個體。

在全球的趨勢看法上，多半仍建議回歸到評估學生的需求本身是否能達到滿足，即學生因不同障礙情形交織所產生多元學習需求。國內此次修定鑑定辦法，將「非源於同一原因」加以刪除，將多重障礙定義為「包括二種以上不具連帶關係造成之障礙而影響學習」，以符

合目前的世界趨勢潮流。

爰此，本文將先針對國際上多重障礙用語以及定義進行論述、再針對名詞進行釋義，呈現多重障礙鑑定流程，最後提供案例針對此次法條修改舉例說明。

二、定義與基準

2024年《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第13條對於多重障礙之定義與鑑定基準如下：「本法第三條第十一款所稱多重障礙，指包括二種以上不具連帶關係造成之障礙，致影響學習。前項所定多重障礙，其鑑定應參照本辦法其他各類障礙之鑑定基準。」(特殊教育學生及幼兒鑑定辦法，2024)。相對於2013年《身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法》所稱多重障礙之定義與鑑定基準，此次修訂主要是刪除「且非源於同一原因」。

以下進一步說明現行辦法對於多重障礙之定義與鑑定基準。由於前次出版之說明手冊已針對本次保留之條文內涵進行定義，本次以林淑莉（2013）撰寫之版本為主要內容，再增添一些說明。

1. 含二種以上障礙

二種以上係指學生必須同時具有二種或二種以上之障礙情形。 種類依據為特殊教育法本法第三條列舉的一至十款，包含智能障礙、視覺障礙、聽覺障礙、語言障礙、肢體障礙、腦性麻痺、身體病弱、情緒行為障礙、學習障礙以及自閉症。同時考慮鑑定辦法中互斥的類別（如學習障礙鑑定基準中有智力正常一項，便不可能同時為智能障礙；肢體障礙和腦性麻痺均有肢體動作的困難，但不會同時有兩種診斷）。合邏輯同時出現方可符合。

2. 不具連帶關係

所謂「不具連帶關係」係指學生同時所具有的多種障礙狀況，其彼此之間不可具有衍生性的關係。換句話說，學生所出現的各種障礙若為非原發性障礙而是因某特定障礙所另外衍生出來的問題或困難（如重度聽覺障礙衍生出來的口語表達障礙，若其需求可能透過聽覺障礙相關支持滿足，則不可鑑定學生具有另外一種障礙）。

3. 影響學習

當多種障礙狀況的共存構成獨特的相關需求，而非僅是幾種缺陷的同時存在，加上這些

需求對學生的學習造成重大限制或影響者，方可被鑑定有多重障礙（葉瓊華，1999；Best et al., 2010；Heller et al., 2009；Orelove & Sobsey, 1991）。被診斷為具有多重障礙的學生，其多種缺陷組合在一起所造成的教育問題較為嚴重也較為複雜，需要長期且多元的教育服務措施才能滿足其學習方面的需求。

三、鑑定程序

（一）鑑定目的

多重障礙學生鑑定之目的，主要在發現學生可能具有含二種以上的障礙，且各個障礙間不具連帶關係，在多方蒐集相關資料、實施特殊教育需求評估下，以各個障礙類別之鑑定基準綜合研判學生是否符合含兩種以上的障礙類別，據以判定為多重障礙。並依鑑定結果提供適當之教育安置，以及所需之特殊教育與相關支持服務，以利學生參與及融入學校的各項學習活動。

（二）鑑定步驟

在鑑輔會的鑑定階段中，需考量到個案是否符合兩種以上的鑑定基準、個案需求是否能在單一障別獲得滿足及兩種障礙是否具有連帶關係等因素進行綜合研判，最後決定個案的教育安置結果。

（三）評估方式與工具

多重障礙個案在鑑定工具的使用，依其個別障礙之鑑定流程進行。最後進行綜合評估時，除使用個別障礙之鑑定基準判斷是否符合該障別之標準外，應考量障礙間是否具有連帶關係以及學生具兩種以上障礙的學習需求是否能被滿足。

（四）鑑定評估人員

多重障礙評估應為各障別評估所需之鑑定評估人員，在確定障礙後，再由鑑定評估人員蒐集相關資料以確定其學習的需求，此外由於學生若有多重障礙的情形，其需求較為複雜，建議可以整合專業團隊實施執行評估。專業團隊依據「特殊教育支持服務及專業團隊運作辦法」（教育部，2023年）第四條所稱特殊教育專業團隊，含括普通教育教師、教保服務人員、特殊教育教師、輔導教師、特殊教育相關專業人員、學校行政人員及護理人員、職業重建、

視覺功能障礙生活技能訓練及輔具評估等人員組成，依學生或幼兒需求彈性調整，以合作提供統整性之服務。

四、教育需求評估

依據 2024 年修訂之「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第七條所謂多重障礙係指，「包括二種以上不具連帶關係造成之障礙，致影響學習。且鑑定應參照本辦法其他各類障礙之鑑定基準」因此，對於多重障礙學生的特殊教育鑑定，除須有各障別診斷基準所需之醫療診斷與評估之外，尚需要提供教育需求之評估，以了解多重障礙學生在參與學習活動可能會遇到的困難。教育需求評估可能包括但不限於：健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等的能力現況評估，並評估該生在特殊需求領域課程、課程調整、評量調整、輔助科技、無障礙環境與設備以及相關專業服務等需求及建議以納入其評估報告。主要仍須依據各障別之鑑定基準與辦法進行妥善而全面的評估其障礙影響學習的情況，進而提供適切的特殊教育服務，滿足學生的學習需求。

五、綜合研判

在鑑定多重障礙時，需先參照本辦法第三條至第十二條各類障礙的鑑定原則為個別障礙的鑑定基準。在專業團隊就專科醫師診斷及個案評估與討論後，確認學生具兩種以上障礙且障礙間無連帶關係，並在學習上有顯著困難，最後形成多重障礙之評估結果。即多重障礙之鑑定需滿足以下條件：1.具有兩種以上障礙類別。2.障礙間不具連帶關係。3.障礙影響學習。

六、案例

（一）案例一陳生：

1. 基本資料

（1） 姓名：陳生

（2） 年齡：14 歲 6 個月

（3） 性別：男

（4） 就讀學校：00 國中九年級

（5） 醫療診斷：自閉症

（6） 鑑定之障礙類別：多重障礙（自閉症、聽覺障礙）

2. 發展/教育史

（1） 國小階段：

於國小一年級時即出現下列適應上的困難

A. 當課程臨時調整(調課、換老師)、早自習導師進行非學期初即告知的活動時會出現堅持要上原課程、發脾氣、不配合指令、甚至會有落淚的情形

B. 無法理解老師和同學所講的笑話，常因誤解同學的話語和社交訊息而和同學發生衝突；與人互動時語調平淡，面部較少依情緒而變化

C. 上課時常專注在自己想做的事（例如：看課外書籍、玩旋轉陀螺），須老師多次叫喚和提醒才會將注意力轉移回課堂上

D. 於國小二年級時經兒童心智科醫師診斷為自閉症，並經由特殊教育鑑定為自閉症障礙類別學生，接受特殊教育資源班服務；六年級時出現陣發性失去意識、全身抽蓄，經小兒神經科診斷有癲癇，門診追蹤治療

（2） 國中階段：

於八年級下學期左耳患嚴重中耳炎，治療後發生聽力損失，經聽力檢查，五百赫、一千赫、二千赫、四千赫聽閾平均值為55分貝，並對其上課或平時交談造成影響，符合單側聽覺障礙基準

3. 綜合研判

陳生在小學階段即被鑑定為自閉症，並安置於資源班接受特殊教育服務。爾後在國中階段發生左耳單側聽力損失，並符合聽覺障礙的鑑定基準，因自閉症與聽覺障礙所需之特教服務明顯不同，單一障別服務無法滿足學生需求，故鑑定之障礙類別為多重障礙，較符合學生之教育需求。

（二） 案例二小勳 ：

學生因身體因素造成需長期請假療養，符合身體病弱鑑定標準，期間若因疾病造成其他類別障礙，導致單一障別服務無法滿足需求，可判定為多重障礙。以下為個案小勳之描述：

1. 基本資料

（1） 姓名：小勳

（2） 年齡：18 歲 0 個月

（3） 性別：男

（4） 就讀學校：0 高中 2 年級

（5） 醫療診斷：先天性心臟病

（6） 鑑定之障礙類別：多重障礙（身體病弱及肢體障礙）

2. 發展/教育史

（1） 國小/學前階段：

A. 罹患先天心臟疾病，出生後 3 天即進行手術

B. 從學前至國小四年級每學期皆需請長期病假接受小兒心臟科治療

C. 國小五年級起每年均回醫院進行引流管置換手術，期間必須住院療養以及頻繁回診，影響學生學習，符合身體病弱鑑定標準

（2） 國中/高中階段：

A. 在國中七年級下學期因腦血管瘤破裂，導致腦出血併右側肢體癱瘓，即使經積極復健後，右手右腳仍無法恢復日常功能

B. 持有身心障礙證明，並符合特殊教育肢體障礙類別之鑑定基準

C. 小勳目前仍等待心臟移植中

3. 綜合研判

小勳出生即患有先天性心臟病，雖進行手術，但後續仍需長期請假療養、進行引流管手術等，因疾病影響學生正常學習，符合身體病弱鑑定標準。小勳在國中 7 年級時，因腦部血管瘤破裂出血，導致右側肢體偏癱，雖有進行復健治療，但仍無法回復正常功能，符合肢體障

礙類別之鑑定基準。兩者障礙且不具連帶關係，原鑑定障別（身體病弱）與肢體障礙所需之特教服務差異甚大，單一障別服務無法滿足學生需求，故鑑定之障礙類別為多重障礙，較符合學生之教育需求。

七、參考文獻

教育部 (2023年12月08日)。 特殊教育支持服務及專業團隊辦法。 全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080084

教育部 (2002年05月09日)。 身心障礙及資賦優異學生鑑定標準。 全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080065

教育部 (2006年09月29日)。 身心障礙及資賦優異學生鑑定標準。 全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080065

教育部 (2012年09月28日)。 身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法。 全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080065

教育部 (2013年09月02日)。 身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法(2013)。 全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=H0080065

林淑莉（2013）。多重障礙學生鑑定辦法說明。載於張正芬（主編），**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法說明手冊**，10-1-10-3。教育部。

厚生労動省 (2021).重度重複加算にかかる重複の判断について

葉瓊華(1999)。多重障礙學生鑑定原則鑑定基準說明。國立臺灣師範大學特殊教育系主編，**身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準說明手冊**，149-158 。國立臺灣師範大學特殊教育系。

Administration of the Exceptional Children's Educational Act(2014).

Best, S. J., Heller, K. W. & Bigge, J. L. (2009). *Teaching individuals with physical or multiple disabilities*. Pearson.

Doukas, Fergusson, Michael, Jo Grace (2017). *Supporting people with profound and multiple learning disabilities*. NHS England.

Enforcement Decree of the Act on Special Education for Persons with Disabilities, 2023.

Government of Ontario (2022). Categories of exceptionalities. https://www.ontario.ca/document/special-education-ontario-policy-and-resource-guide-kindergarten-grade-12/categories#section-0

Haute Autorité de santé. (2020). *L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité*.

Heller, K. Forney, P., Alberto, P., Best, S. & Schwartzman, M. (2009).*Understanding physical, health, and multiple disabilities*. Pearson.

https://elaw.klri.re.kr/eng_mobile/viewer.do?hseq=62719&type=part &key=16

https://www.mhlw.go.jp/general/seido/syakai/sienhi/030128/dl/2.pdf
Individuals With Disabilities Education Improvement Act (2004).
Orelove, F.P., Sobsey, D. & Silberman, R. (2004). *Educating children with multiple disabilities*. Brookes Publishing.
Rousseau, M. C., Winance, M. & Baumstarck, K. (2024). Polyhandicap, profound intellectual multiple disabilities: Concept and definition of a highly specific public health issue. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 71*(6), 102184.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762023007873

發展遲緩鑑定說明

一、前言

回溯我國特殊教育對象之法規沿革， 1984 年首次訂定之《特殊教育法》將身心障礙分為十一類，其中並未包含「發展遲緩」一類，直至 1997 年修正《特殊教育法》才將此類納入。該法第三條將「發展遲緩」明列為十二類身心障礙之一，並於第九條將特殊教育之實施年齡向下延伸至三歲，而 1998 年修正《特殊教育法施行細則》更明訂學前階段身心障礙兒童應以與普通兒童一起就學為原則，揭示推展學前融合教育之新里程。而後因應幼托整合及早期療育之推動，於 2013 年修正《特殊教育法》第二十三條，將特殊教育服務對象進一步向下延伸自二歲開始。迄今，最新修訂之《特殊教育法》（2023 年），發展遲緩屬於十三類身心障礙之一類。

至於發展遲緩之鑑定基準，則歷經 2002 年訂定之《身心障礙及資賦優異學生鑑定標準》、2012 年修正之《身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法》及 2024 年修正之《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》三個時期，但修訂幅度不大。本章說明發展遲緩之定義與基準、鑑定程序、教育需求評估、綜合研判與案例。

二、定義與基準

2024 年《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第 14 條對於發展遲緩之定義與鑑定基準如下：「本法第三條第十二款所稱發展遲緩，指未滿六歲之兒童，因生理、心理或社會環境因素，在知覺、動作、認知、語言溝通、社會情緒或生活自理等方面之發展較同年齡者顯著落後，且其障礙類別無法確定。前項所定發展遲緩，其鑑定依兒童發展及養育環境評估等資料，綜合研判之」（特殊教育學生及幼兒鑑定辦法，2024）。

相較於 2012 年《身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法》所稱發展遲緩之定義與鑑定基準，此次修訂幅度並不大，僅有**四**處修正：一是基於動作發展較易於在兒童早期加以具體觀察，故將動作領域移至認知領域之前；二是將溝通修正為語言溝通，自理修正為生活自理，以符合幼兒教育與特殊教育之常用詞；三是將原條文「發展較同年齡者顯著遲緩」修改為「發展較同年齡者顯著落後」，以補原條文未就遲緩二字有所解釋之不足；**四是比照本鑑定辦法對**

各障礙類別定義之統一修訂原則，刪除「無法確定者」之「者」以強調其障礙之影響情形，避免被誤解為個案本身。以下進一步說明現行辦法對於發展遲緩之定義與鑑定基準。

(一)「未滿六歲之兒童」

根據《特殊教育法》規定，特殊教育之實施應自二歲開始，再依《幼兒教育及照顧法》規定幼兒乃指二歲以上至入國民小學前之人，本條文所稱「未滿六歲之兒童」，係指二歲以上至入國民小學前之兒童。

(二)「生理、心理或社會環境因素」

發展遲緩具有多重成因，本條文將「生理、心理或社會環境因素」皆視為發展遲緩之可能成因，換言之，包含先天因素、後天因素或生物因素、環境因素，且因條文採用「或」字，故無論成因為單一因素或多重因素皆符合。

(三)　「在知覺、動作、認知、語言溝通、社會情緒或生活自理等方面之發展較同年齡者顯著落後」

本條文明確指出發展遲緩的領域包含知覺、動作、認知、語言溝通、社會情緒或生活自理等方面，細究其中文字，各方面間係以「或」為連接詞，亦即表示具有單一領域或兩種以上發展領域之落後，皆可視為發展遲緩。

此外，本條文指出發展遲緩乃是在上述發展領域之發展「較同年齡者顯著落後」，易言之，幼兒於某一領域之發展是否為遲緩，係以同年齡幼兒之發展情形為比較基礎，即是否具備該年齡應有之發展水準而定。當幼兒在某（或某些）發展領域較同儕有明顯落後情形，而且對其學習或生活適應上產生相當影響，**經專業評估後，確認**一般幼兒教育無法滿足其學習而需要特殊教育進一步協助者，**即為**顯著落後。

(四)「其障礙類別無法確定」

本條文尚有「且其障礙類別無法確定」之條件，亦即若可確定符合特殊教育法之另十二類身心障礙者，則不屬於發展遲緩，以避免因障礙類別間之重疊而造成鑑定類別混淆。不過，基於某些身心障礙類別於幼兒期並不易有確切之判斷，同時，由於未滿 6 歲之幼兒各領域仍處於發展過程中，某一領域之發展落後可能與刺激不足和生活經驗有關，而非真的有障礙，因此，研判為發展遲緩既能反映其發展與特殊需求，並能保障接受特殊教育之權益。例如：若剛入園的三歲幼兒顯現部分自閉特質（與身邊的人互動和適應新環境有困難，還有固著行為),但考量環境因素可能的影響或仍未足以確定為自閉症,為顧及擴大幼兒的學習參與機會,建議研判為發展遲緩。然而，若某幼兒確定為《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》所稱之聽覺

障礙（聽力損失符合規定且影響參與學習活動），雖然該幼兒在語言溝通發展具有顯著落後，但依此定義仍應研判為聽覺障礙。

事實上，美國「特殊兒童學會」中的「學前分會」（Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children）2009 年提出，學前階段宜採不分類，呼籲以「發展遲緩」統稱有特殊教育服務需求的所有孩子。幼兒階段是發展重要關鍵期，可塑性大，為了減少過早標記可能限制幼兒學習的機會，又因某些障礙不容易在學前階段判定，因此，欲研判幼兒為其他十二類身心障礙類別之前，宜謹慎考慮。

（五）「前項所定發展遲緩，其鑑定依兒童發展及養育環境評估等資料，綜合研判之。」

本條文特別強調養育環境與幼兒發展之密切關係，以及鑑定時應蒐集多元來源與向度的評估資料。亦即，鑑定幼兒是否發展遲緩，除了就幼兒發展進行評估之外，亦應蒐集家庭、幼兒園或教保機構等之教養環境與互動方式等評估資料，經多元資料之綜合分析後再加以研判。

以養育環境與幼兒發展的密切關係而論，環境風險因子愈多對幼兒發展愈不利(Evans et al., 2013)。從預防的角度，生長於脆弱及特殊境遇家庭的年幼兒童，**也**是**早期療育**的對象。**故**《兒童及少年福利與權益保障法施行細則》第九條將發展遲緩界定為「在認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理技能等方面，有疑似異常或可預期有發展遲緩異常情形」（兒童及少年福利與權益保障法施行細則，2020），涵蓋高危險群幼兒。相較於本鑑定辦法將發展遲緩限於發展**較同年齡者**顯著落後，**係基於幼兒教育與特殊教育都屬於早期療育的範疇，如前文所述，特殊教育對象乃是經一般幼兒教育無法滿足其學習之特殊需求而需特殊教育進一步協助者，高危險群幼兒則可先從幼兒教育提供早期介入，故本鑑定辦法將發展遲緩限於發展較同年齡者顯著落後，並將兒童發展及養育環境評估列為綜合研判之參考資料，可提醒學前教育階段實務工作者關注高風險家庭幼兒，協助這些幼兒成長與發展。**

三、鑑定程序

（一） 鑑定目的

鑑定為特殊教育實施之重要基礎，其主要目的在透過評估以了解幼兒的特殊需求，並經法定程序確認其接受特殊教育之資格，提供適性的教育安置，更重要的是及早提供所需的特殊教育與相關支持服務，保障幼兒應有之權益。《特殊教育法》第十條即明訂「各級主管機關為實施特殊教育，應依鑑定基準辦理特殊教育學生及幼兒之鑑定」，並於同法第二十條進

一步說明，經鑑定後予以安置，並提供特殊教育及相關服務措施。可見，除依鑑定基準研判幼兒是否為發展遲緩之外，尚應就其教育安置、支持服務及教學輔導提供適切的建議。此外，學前特殊教育與幼兒教育皆屬於早期療育的一環，彼此間具有關聯性、連續性與整合性，因此，發展遲緩幼兒之特教鑑定也具有連結社政與衛政早期療育服務之功能（蔡昆瀛，2007）。

(二)　鑑定步驟

《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第二十三條指出「特殊教育學生及幼兒之鑑定，應依轉介、申請或推薦，蒐集相關資料，實施初步類別研判、教育需求評估及綜合研判後，完成包括教育安置建議及所需相關服務之評估報告」。發展遲緩幼兒之鑑定，亦應依此法定程序規劃辦理。年滿二足歲之發展遲緩幼兒即屬於法定之特殊教育對象，可進入幼兒園普通班、集中式特教班或特殊教育學校幼兒部就讀，並依需求獲得特教巡迴輔導、相關專業服務等支持服務。

依時程，發展遲緩幼兒的鑑定可分為兩階段，其一是入園前之鑑定，係針對尚未進入幼兒園就讀的發展遲緩幼兒，主要由家長提出鑑定之申請，協助經鑑定獲得優先入園之機會；其二是入園後之鑑定，由幼兒園就園內疑似發展遲緩幼兒提報鑑定。以下就鑑定步驟說明：

1. 鑑定申請

首先，依各直轄市、縣(市)政府特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)作業時程，由家長、教師或相關人員提出鑑定之申請。依據現行法規，無論入園前或入園後之鑑定申請，皆須經幼兒之法定代理人或實際照顧者同意，再經鑑輔會之鑑定，方能取得接受特殊教育之正式身分。

提出鑑定申請，同時需繳交相關資料。針對入園前鑑定，家長可能需要檢附申請書、戶口名簿、家長同意書、兒童發展聯合評估報告書、醫療診斷證明、身心障礙證明、或先前療育相關資料等；針對入園後鑑定，教師可能需要檢附幼兒發展篩檢資料、教室觀察或輔導紀錄等資料。

在此要特別提醒，為減少重複評估及醫療資源浪費，並降低家長反覆奔波，兒童發展聯合評估報告書或醫療診斷證明等醫療資料並非申請學前特殊教育鑑定時應檢附之必要文件，也非取得特教鑑定之必要條件（有則附，無則免）（衛生福利部國民健康署，2019），亦不宜做為研判是否為發展遲緩的唯一參考。所以，主管機關不得以未持有兒童發展聯合評估報告書、醫療診斷證明或身心障礙證明為由，拒絕受理幼兒申請鑑定。

2. 蒐集**相關**資料並進行個案評估

鑑輔會受理鑑定申請後，接著由鑑定評估人員(以下簡稱評估人員)接案、詳閱申請繳交之相關資料，並展開評估工作。特別提醒，評估過程應邀請家長（法定代理人或**實際**照顧者）參與。

首先，評估人員應主動連繫家長，說明評估目的和評估方式，約定評估時間與地點，並透過訪談家長蒐集幼兒與教養環境等初步資料，包括幼兒成長與教育醫療史、家庭環境與教養方式、幼兒發展或行為問題、及興趣喜好等。

其次，評估人員進行個案評估時，應應重視自然情境觀察與評估，透過遊戲、戶外活動、幼兒園例行性和學習活動等多元情境，觀察並紀錄幼兒在各項活動中的參與和表現情況，據以分析幼兒各領域的發展以及行為特質。針對入園前鑑定，若幼兒無就讀幼兒園之經驗，評估人員**可**安排幼兒入幼兒園，透過事先規劃的活動或遊戲進行個別評估，另安排幼兒進入班級短暫參與課程，從中進行觀察。針對入園後鑑定，評估人員應以個案在幼兒園一日作息活動的參與為評估重點，在班級老師的同意**與合作下**進**行**入班觀察，瞭解幼兒在各項作息活動中的表現及參與情形。

在觀察幼兒能力與行為的同時，評估人員還要盡可能收集多方資料，例如：家長陪同幼兒前來評估時，觀察家長與幼兒的親子互動和家長教養方式；晤談家長，瞭解家庭教養環境和家庭需求；晤談班級老師，瞭解班級學習環境和老師期待，以及收集幼兒學習作品。除觀察和訪談外，評估人員也可以運用適當的發展診斷測驗進行施測，以取得幼兒在同儕常模對照下的發展能力情形。

此外，評估人員可視幼兒個別狀況與需要，邀請治療師、視障或聽障專長特教教師等其他專業人員參與評估。相關評估原則、評估方式及評估內容詳見後續各節內容。

3. 初步研判並撰寫評估報告

評估工作完成後，由評估人員彙整資料、進行初步研判，最後撰寫評估報告。依據**《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第二十四條，應於評估報告中「註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議」。因此，**評估人員在評估報告中，除了提供特教資格及適性安置建議外，更重要的是做為後續班級老師**與教保員**設計個別化教育計畫及教學的參考，應就幼兒發展及養育環境評估結果，於評估報告中提供**教保服務人員**和家長在教**育**和教養上的建議。

4. 決定鑑定安置與相關支持服務

最後，由鑑輔會委員針對評估人員的評結果及鑑定安置建議，確認個案是否具有發展遲緩之特教資格，同時並確認所需之教育安置及支持服務。所謂教育安置，是指經鑑定通過之

幼兒，安置於幼兒園普通班接受特教服務、巡迴輔導、或分散式資源班服務，或安置於集中式特教班、特殊教育學校幼兒部。至於支持服務，依《特殊教育法》第 38 條規定，包括教育及運動輔具服務、適性教材服務、學習及生活人力協助、復健服務、家庭支持服務、適應體育服務、校園無障礙環境及其他支持服務。

（三） 評估原則與方式

1. 評估原則

關於發展遲緩幼兒的評估，國內外學者提出許多建議（胡心慈，2014; 蔡昆瀛，2007；Benner & Grim, 2013；McLean et al., 1996；McLean et al., 2014），歸納出以下原則：

（1） 家長參與評估：

家長參與評估，可以提高評估的準確性和效率，更讓家長感受到尊重，增加家長對幼兒發展的了解。幼兒接受評估前，評估人員應向家長說明評估的目的、評估方式及評估結果後續的運用，以家長認為對幼兒或家長最適合的評估時間及評估方式進行規劃。評估人員可向家長說明各種參與評估的方式，並在評估過程中鼓勵家長用他們覺得自在的方式參與。例如，提供幼兒生長發展史和家庭資料、陪子女一起互動、引導子女與評估人員互動、分享各種相關資訊、確認子女在評估時的表現與在家表現的差異等。評估結束後，評估人員感謝且肯定家長對幼兒能力或發展觀察所提供的資訊，也與家長分享評估的結果，共同討論日後學習的重點或優先順序。

（2） 自然情境中評估

在自然情境中評估幼兒，更能夠掌握幼兒真實發展能力。若幼兒已經就學，評估人員可以觀察幼兒在幼兒園生態中，參與例行性作息和各種課程學習活動的表現。針對未入園就讀的幼兒，評估人員則應該根據幼兒的年齡和興趣喜好，提供適齡的材料或玩具，誘發幼兒表現其真實能力。DEC（2004）建議評估人員應能跟隨幼兒自發主動的興趣，從中觀察幼兒的發展樣態，並且要能發揮創意設計讓幼兒投入參與的活動，以便評估幼兒的優勢和興趣。

（3） 專業合作進行評估

為兼顧幼兒發展之全面性和功能性，理想的評估做法宜有不同領域的專業人員就彼此對幼兒與家庭的評估觀點進行分享與討論，因此在早期療育之評估即發展出跨專業遊戲本位評估模式（transdisciplinary play-based assessment）（Linder, et al., 1990）。就學前特殊教育鑑定實務而言，除了有學前特教評估人員之外，還可運用與幼兒有關的班級老師及視障或聽障巡迴輔導老師、物理治療師、語言治療師、職能治療師、心理師、社工師等特

殊教育相關專業人員一起實施發展遲緩之評估。評估人員應視幼兒之需求，與其他專業人員合作，蒐集多方資料並且共同討論。

（4） 評估結果與後續教學的連結

鑑定的目的不應只是鑑別特教資格或安排教育安置，更應該運用評估結果協助班級教師設計個別化教育計畫及進行適性教學。一份好的鑑定評估報告，應該能生動勾勒出幼兒的圖像，清楚呈現幼兒在各發展領域能力的現況與需求，要能讓家長和班級老師讀得懂，並且提供班級老師以及家長具體可行的教學和居家指導建議。事實上，一份完整周延的評估報告，對於幼兒園的編班安排、班級老師轉銜準備以及擬定個別化教育計畫目標，皆具有重要的參考價值。

2. 評估方式

依據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第二條，「身心障礙學生及幼兒之鑑定，應採多元評量，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙證明記載蒐集個案資料，綜合研判之」。另於《高級中等以下學校及幼兒園身心障礙學生及幼兒鑑定評估人員資格權益及培訓辦法》第十條亦規範「鑑定評估人員辦理鑑定評估時，依個案障礙類別，以觀察、訪談、施測或其他多元方式為之」。這些規定，皆明文揭示包含發展遲緩之各類身心障礙幼兒的鑑定，都應採用多元評量方式。

針對發展遲緩幼兒的評估方式，可以運用標準化評量或非標準化評量進行。標準化評量是指以常模參照測驗施測，非標準化評量則透過直接觀察、晤談及收集幼兒作品或相關文件（如醫學診斷證明、聯合評估報告書、身心障礙證明等）等重要且關鍵的資訊進行評估與研判（胡心慈，2014）。

（1）標準化評量

標準化評量的優點是透過**嚴謹編製與評量程序及信、效度資料，以**數**據**呈現幼兒在常態分配下的相對位置，可具體解釋幼兒發展能力的遲緩程度**及內在差異**，然而，因幼兒尚處於發展的過程中，且關係的建立較不易，標準化的施測方式**可能**低估**或**錯估幼兒的能力。因此，評估人員不可忽視測驗方式對幼兒和障礙者不利、無法考量生態文化因素等問題，不可為了測驗而測驗。如使用標準化測驗也需考量測驗誤差，以測驗分數的信賴區間說明測驗結果。

以發展遲緩鑑定而言，應該強調幼兒的發展能力評估，故選用的標準化評量工具應為發展測驗而非智力等發展向度以外的標準化測驗。目前國內可供用以評估發展能力的工具包括**由教育部所出版的**「嬰幼兒綜合發展測驗」（王天苗，2002）、**「嬰幼兒全面發展量**

表」（蔡昆瀛，2019），以及其他單位出版的工具，例如：貝萊嬰幼兒發展量表第四版(郭乃文，2023)、「學前兒童發展檢核表」（鄭玲宜，2005）、「嬰幼兒發展測驗」（徐澄清等人，1983）、「零歲至六歲兒童發展篩檢量表」（黃惠玲，2000）等。**在評估過程應根據工具的編製目的和信效度來選用合適的工具，也要考量工具所建立之常模的年代，謹慎解釋，而且在鑑定時也不宜只使用單一的標準化測驗結果做為判斷的依據。**

（2）非標準化評量

非標準化評量方式包括直接觀察、晤談及蒐集其他相關文件資料，**評量結果多以文字描述。非標準化評量雖然沒有一定的評估程序和指導語，也無測驗分數和常模對照表，但對於發展遲緩的鑑定有其重要性及必要性（胡心慈，2014；de Sam Lazaro, 2017）**。

A.直接觀察：在自然情境下直接觀察幼兒的表現，是最能掌握幼兒真實發展能力的評量方式。評估人員到幼兒所處的生態環境中（**幼兒園**、家庭、社區），觀察記錄幼兒在日常作息中能獨立做到的以及需要協助的**表現**，後續分析幼兒在各發展領域的能力，以對照同年齡幼兒的**發展**。

B.晤談：晤談對象包含熟悉幼兒的實際照顧者或老師。幼兒在不同場域與不同大人互動表現可能不同，任何一方得到資訊都是彌足珍貴且值得參考。晤談實際照顧者或老師時，可以從每天的例行性作息與活動中，詢問幼兒在參與這些作息與活動的功能性表現，以便勾勒出幼兒的生活經驗。晤談的時候需要謹記，盡量詢問開放性的問題（怎麼了？為什麼？如何？），少問誘導性或二選一的問題（例如：這孩子很難帶嗎？會不會？能不能？）。例如，詢問家長「如果要出門去公園，孩子是怎麼穿鞋的」，會比問家長「孩子會不會自己穿鞋」得到更多**的**細節和資訊。最後，面對弱勢家庭或文化殊異的家長，要謹慎用字遣詞，避免無心造成傷害**甚或歧視**，**並且**要確認家長能理解晤談內容。

C.蒐集相關文件資料：相關文件包括醫療證明資料（如醫療診斷書、身心障礙證明、聯合評估報告書）及幼兒表現的資料（如塗鴉本、作品、說話錄音檔、動作行為影像等），這些文件資料可以和其他評估方式所得的資訊相互比對印證，以便釐清幼兒的優勢能力與需求。

身心障礙幼兒之鑑定，應採多元評量，依個別狀況採取標準化、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，綜合研判之。爰建議敘明各該評量工具作為鑑定評估之參考資料，鑑定評估人員於解釋各該評量工具測驗結果時，仍應參酌非標準化評量（如：觀察、晤談）及其他相關文件資料，綜合研判之，不宜以單一標準化評量工具測驗結果作為判定特殊教育資格之基準，以落實多元評量之立法意旨。

（四）鑑定評估人員

發展遲緩的鑑定，主要由評估人員進行之。**評估**前或**評估**過程可視幼兒個別狀況與需要，邀請其他專業人員（如治療師、視障或聽障專長特教教師等）參與評估。各類專業人員參與評估時，建議參照《特殊教育支**持**服務及專業團隊運作辦法》敘明之特教專業團隊合作與運作程序，於同時評估或個別評估後，共同討論評估結果，以充份掌握幼兒的發展能力與需求。

依「高級中等以下學校及幼兒園身心障礙學生及幼兒鑑定評估人員資格權益及培訓辦法」規定，幼兒鑑定評估人員應完成二十七小時「幼兒園身心障礙幼兒鑑定評估人員培訓課程」培訓、取得評估人員證書且經審查通過者擔任之。培訓課程的內容包括特殊幼兒評估概論、幼兒發展評估實施、個案評估報告撰寫與實例研討、特教相關專業人員評估與實務、評估人員的角色與專業倫理、解讀相關資料與綜合研判、評估與報告撰寫案例討論。換言之，幼兒鑑定評估人員的評估範疇為包括健康狀況、感官知覺能力、動作能力、認知能力、語言溝通能力、社會情緒能力、生活自理能力、行為特質等發展能力與行為評估，另外還包括家庭及幼兒園（或早療機構）等養育環境的評估。

關於評估人員之培訓對象，《高級中等以下學校及幼兒園身心障礙學生及幼兒鑑定評估人員資格權益及培訓辦法》第四條規定，各該主管機關得視實務需要，依下列順序決定參加培訓之人員：1.《特殊教育法》第五十一條第四項所定增置之編制內特殊教育教師；2.編制內特殊教育教師；3.編制內並具特殊教育、輔導或心理專長之教師或教保員；4.於學校、幼兒園服務之輔導、心理或相關專業人員；5.具特殊教育教師資格之代理教師或教保員；6.具特殊教育、輔導或心理專長之代理教師或教保員；7.編制內不具特殊教育、輔導或心理專長之教師或教保員。

除了評估人員之外，視幼兒個別狀況，會安排其他如物理治療師、職能治療師、語言治療師、社會工作師、聽力師、臨床心理師、聽障或視障專長特教教師等專業人員參與評估。前三者為最常參與學前鑑定的專業人員[1]，其中，物理治療師可以協助有關幼兒移動、行走、身體平衡、動作協調、體適能、動作相關身體構造等粗大動作能力、及行動與擺位輔具使用、環境改造等評估。職能治療師可以協助有關幼兒手功能、手眼協調等精細動作能力、及日常活動能力、感覺統合、生活輔具使用、環境改造等評估。語言治療師可以協助有關幼兒口腔功能、吞嚥、語音、語暢、嗓音、語言理解、口語表達、及溝通輔具使用等評估。社會工作師可以協助兒少保護案件問題、家庭變故、家庭支持系統、家庭功能與資源等評估。聽力師可以協助有關裸耳聽力狀況、輔具使用情形及功能評估、幼兒參與學習等評估。至於臨床心理師，可以協助有關幼兒情緒與學習狀態、活動量和衝動性、興趣或遊戲種類或固著性、特殊感官知覺或疾病等評估。

評估人員應對其他專業人員的評估重點有所瞭解，並且需能解讀醫療診斷證明書、兒童發展聯合評估綜合報告書或心理衡鑑報告的評估結果及內容。

四、教育需求評估

依據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第二十四條「身心障礙學生及幼兒之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等」。若將此等需求評估面向對應同法第十四條發展遲緩之定義，顯示對於發展遲緩幼兒而言，教育需求評估主要即針對各大發展領域之評估，另尚應包含養育環境之評估。

亦即，發展遲緩幼兒的評估有兩大部份，一為發展能力與行為評估，包括健康狀況、感官知覺功能、動作、認知、語言溝通、社會情緒、生活自理等能力的評估，以蒐集幼兒在生理健康、發展面向及行為特質上的資料；另一為養育環境評估，包括家庭教養環境及幼兒園（或早療機構）學習環境的評估，以瞭解幼兒在不同環境脈絡下各項發展的情形。特別提醒，進行評估時，無論運用觀察、訪談、蒐集相關文件資料或實施標準化測驗等方法，都可能有所遺漏，因此應謹慎並竭盡所能瞭解幼兒及其所處環境，並相互比對各方資料，若有不一致情形，需做進一步分析與釐清，或與其他評估或專業人員進行討論。以下分述各項主要的評估內容：

(一) 發展能力評估

1. 健康狀況：包含身高、體重、營養情形、主要健康問題（如癲癇、腦性麻痺、心臟病等）、用藥情形、重要醫囑等。

2. 感官知覺功能：包含視覺反應與視知覺、聽覺反應與聽知覺、觸覺反應、前庭覺、本體覺等的評估。若發現幼兒有顯著視覺或聽覺問題，建議轉介相關專科醫師或邀請視障或聽障專長特教教師參與評估。

3. 動作能力：包含粗大動作與精細動作能力兩部分發展能力。粗大動作的評估包括姿勢控制、移動與行走、平衡與協調；精細動作的評估包括手部基本操作與手眼協調。此外，還包括幼兒體能、動作計畫能力、肌張力、關節活動度、及無障礙環境需求、行動和擺位輔具需求的評估。

4. 認知能力：包含知覺辨別、記憶、推理思考、概念及讀寫算萌發等能力的評估。知覺辨別包括辨認環境改變、感知一樣或不一樣、配對、照示範組合造型等；記憶包括物體恆存、複誦、重述故事、生活分享；推理思考包括多樣玩法、假扮、理解東西間關係、解決生活問題、

做選擇等；概念則包括自我、身體部位、性別、物體、大小、形狀、顏色、數量、空間、~~數~~時間、**數概念**等；**讀寫算萌發能力則包括閱讀文字、數字和繪本；唱數、數數、數的合成與分解等，以及畫畫、寫文字和數字等。**

5. 語言溝通能力：包含口腔功能、語音、語暢、嗓音、語言理解能力、語言表達能力、及溝通輔具需求的評估。語言理解能力包含對聲音的反應、聽得懂簡單語彙、指令、了解日常對話、說話或故事內容等；語言表達能力包含模仿發聲、手勢動作表達、仿說、主動說語彙或句子、對話能力、描述生活經驗或說故事、及溝通意圖、發音清晰度及流利度等。

6. 社會情緒能力：包含人際互動、團體規範、環境適應、情緒、**行為特質**等的評估。人際互動包括**表達性互動、接受性互動及關係維持，例如**主動接近、一起玩和合作、分享、輪流等；團體規範包括靜坐、遵照指示、主動參與、守規矩、完成工作等；環境適應包括與親人分離、適應新環境與活動、容忍挫折等；至於情緒，則包括**覺察、**表達**與**控制情緒；行為特質則包括**注意力、衝動性、活動量、堅持度、有無自我刺激或固著行為等**。

7. 生活自理能力：主要包含飲食、穿脫衣、如廁、清潔衛生、安全等向度的評估。飲食包括吞嚥和咀嚼能力、倒喝水、用湯匙吃等；穿脫衣包括鞋襪、拉鍊、扣子、衣褲等；如廁包括如廁意願、主動告知、大小便處理等；清潔衛生包括擤鼻涕、洗手臉、漱口刷牙等；安全則包括避開危險物或危險區、行走安全等。

除了上述健康狀況及發展領域之外，也應關注幼兒的行為特質，包括活動量、專注力、堅持度、規律性、趨避性、適應性、反應閾、反應強度、情緒本質、思考方式、及是否有自我刺激或固著行為等特殊行為

(二) 養育環境評估

1. 家庭教養環境：主要包括家庭狀況與家庭需求兩部分的評估。針對家庭狀況的評估，包括家庭經濟情形、家人關係與親子手足互動情形、教養態度與方法、家庭學習刺激與機會、家庭環境與空間、家庭資源、家長參與意願和能力，並考量幼兒家庭環境的社會文化因素等。針對家庭需求的評估，包括教養資訊、專業指導、服務支援、心理支援、家庭問題輔導、及經濟協助等需求。在進行前述的評估時，除了透過訪談家長**蒐**集資料之外，還可以在評估現場實際觀察家長與幼兒互動時是否敏銳感應和適切回應？是否以鼓勵方式引導幼兒？是否提供幼兒多樣的學習機會？以及家長對於幼兒興趣、喜好和發展能力的瞭解等。

2. 幼兒園（或托嬰中心、早療機構）學習環境：若幼兒在鑑定時已在托嬰中心、公私立幼兒園或早療機構就讀，其作息的空間與環境、班級教學取向、師生互動、同儕關係，以及幼兒的學習興趣與動機等也應納入評估的範圍。

五、綜合研判

進行綜合研判前，應釐清各項評估資料之信實度，比對不同資料的一致性，若有差異需澄清是否評估時間不同？評估情境不同？幼兒鑑定評估人員和班級教師、家長或其他專業人員認知不同？並針對差異性**有所**解釋。如果經確認後仍有不一致情形，可與其他評估人員討論或在**評估**報告中註明。綜合歸納彙整幼兒發展與養育環境各方資訊後，若幼兒符合發展遲緩之鑑定基準，即具特教資格，再依其需求建議安置班型，以及所需要的課程調整及支持服務。

關於發展遲緩的研判，應依「兒童發展」與「養育環境」綜合研判。**若僅**依據醫療診斷結果或是量化測驗分數**做**研判，**可能**忽略情境脈絡以及臨床專業判斷的重要性。由於幼兒鑑定評估強調幼兒全面發展，同時重視生態以及家長參與，面對各方不同觀點的資訊，研判的決策往往更加複雜且深具挑戰。因此，建議採整合共識取向，根據幼兒是否需要特殊教育服務研判其資格（Shernoff et al.,2014）。

至於安置班型的考量，根據聯合國《兒童權利公約》、《身心障礙者權利公約》以及《特殊教育法》，發展遲緩幼兒有權利與一般幼兒一起學習。因此，應優先考慮安置於普通班進行課程調整以及特教相關支持服務。若普通班課程調整及提供相關支持服務後，仍無法符合幼兒需求且經家長同意，才考量安置於學前集中式特教班。

最後，關於課程調整和支持服務方面，課程調整包括調整**學習**環境、學習內容、教材教具**或**教學策略等；支持服務**則**包括相關專業服務、助理人員服務、普通班酌減人數、無障礙環境設施、教育輔助器材、家庭支**持**等。

六、案例

案例一

(一)基本資料

1. 姓名：陳小婷（化名）
2. 實足年齡：3 歲 6 個月
3. 性別：女
4. **申請原因**：班級老師在個案入學後，觀察到自發性口語表達極少，說話時構音異常，注意力不集中、情緒反應激烈，經奶奶（實際照顧者）同意後提出鑑定申請。
5. 目前就讀園所：○○國小附設幼兒園小班

6. 診斷**證明書/兒童發展聯合**評估**綜合**報告書/身心障礙證明：無

7. 發展/醫療史

(1). 足月產，媽媽孕程及產程皆無特殊狀況，從小至大亦無特別問題。

(2). 約 5 個月大時會坐、6 個月大會站、9 個月大會走。約 1 歲時聽得懂奶奶說話，何時開口叫人奶奶表示已忘記。生活自理發展情形奶奶也已經忘記。

(3). 未曾接受過醫療評估或復健相關治療。

8. 教育史： ○○年 9 月初就讀○○國小附設幼兒園小班迄今。

(二)家庭狀況與需求

出生兩個月就由奶奶照顧，家中有奶奶與個案兩人，奶奶是主要且唯一的照顧者，父母離異且爸爸已不知去向。晤談過程奶奶數度表示個案很聰明，會用平板找影片看，只因自己年紀大、不會教，個案才說話比較慢、說不清楚，個案在家會跟著平板唱歌和跳舞、會和固定來訪的社工師玩，也會跟鄰居家外勞學說話、念數字。晤談時觀察到，奶奶對特教鑑定安置完全不理解，並認為個案只是「大隻雞晚啼」，上學後就會說話了。奶奶目前最擔心的是日漸年邁、無力照顧個案，希望社工師能協助找相關單位提供支援。

(三)幼兒發展能力與行為評估結果

1. 健康狀況： 從小到大身體健康，很少生病。

2. 感官功能：視覺方面，很少主動注視人，但看到平板或玩具等會主動注視。聽覺、觸覺正常。

3. 動作能力

(1). 粗**大**動作：具備行走、跑步、跨越礙物、上下樓梯（一腳一階）、模仿舞蹈動作的能力。走平衡木時身體稍搖晃、但不會掉下來。會雙腳原地跳、雙腳前跳，以及單腳跳 2 至 3 下，還不會單腳站。會攀爬直梯 3 至 4 階，動作俐落。會騎三輪車，但腳踩踏板的動作不熟練，奶奶表示家裡有三輪車但很少騎。能雙手抱球舉高，但球會從後腦勺落下；接不到球，待球滾地後才撿起球。肌耐力不足，老師表示跑四分之一圈操場左右就用走的，須拉著她的手才肯跑跑、走走完成一圈。

(2). **精細動作：**手的基本操作能力和手眼協調能力尚佳，能插棒入洞、能整齊的疊高 12 個積木、能一頁一頁翻書。會穿 3 至 4 顆大串珠，但拉線動作不靈巧；會使用膠水進行黏貼、但會弄得手指都是膠水。還不會使用剪刀，疑過去無相關經驗。會以拳握方式握蠟筆慢慢描畫直線和圓圈，但著色時尚無法塗滿。手部肌力較弱，未能將毛巾擰乾、瓶蓋旋不緊。老師表示在學校坐不住、也不喜歡著色和黏貼任務，作業經常空白或幾筆畫交回。

4. 認知能力

(1). 知覺辨別：具備知覺辨別能力，能辨別環境變化、能依形狀塊嵌入形狀板、能區別一樣或不一樣、能完成實物與實物及實物與圖案的配對。

(2). 記憶：能複述 3 個數字，4 個數字 3 次中答對 2 次；連續指令只記得做兩個，後面指令需大量提醒才完成。能哼兒歌前三、四句，但歌詞含糊不清。會模仿做動作，但做不完全。

(3). 推理思考：會玩辦家家酒遊戲。能解決生活上簡單的問題，例如：吃東西沒椅子會去搬椅子。

(4). 概念：能辨認常用的物品。有大小、長短概念，能說出胖胖的、大大的，但前後、上下、左右概念不穩定。可以唱數 1 至 10，2 以內的數量概念正確，但不會數數。能辨認紅色、藍色、橘色、綠色，並能主動說出這四種顏色。

5. 語言溝通能力

(1). 語言理解：喚名有反應。能分辨他人不同手勢動作、語氣表情代表的含意並做出對應的回應。理解生活常用的兩步驟指令、聽得懂日常問句。理解大小、長短等簡單的形容詞。理解簡短的故事內容，對於較長或較抽象的故事常會分心而無法理解。

(2). 語言表達：無主動口語、對老師和同學的問話都笑而不答。會用眼神、手勢表達需求和做選擇，例如給她選擇，不會說冰淇淋，而是以眼神看和手指著冰淇淋。在評估老師引導下願意仿說詞彙和短句，也能在圖片和口語提示下，使用簡單句表達，但明顯構音異常、尾音習慣二聲上揚，例如：小白兔仿說成「ㄒㄧㄠˇ 白 ㄨㄟˊ」、番茄說成「ㄅㄢ ㄒㄧㄝˊ」、飛機說成「ㄅㄟ ㄒㄧ」；例如：評估老師示範說三次「老師，請幫忙」後，在操作教具遇到困難時，便能主動說「老ㄒㄧ，ㄧㄥˇ 幫 ㄨㄤˊ」。無日常對話能力，評估過程只有一次用詞彙回答問題，評估老師問「小熊在玩什麼？」，個案回答「ㄒㄧㄡˊ（球）」，再問「那妳也想玩球嗎？」，個案就不回應了。

6. 社會情緒能力

(1). 人際互動：極少主動注視說話的老師或同學，但會東張西望的觀察同學操作的教具。喜歡用大聲的笑引起同學注意。會主動親近大班姐姐，但不會口語表達，而是直接拉扯大班姐姐的手而被甩開。不會分享玩具或教具，例如：傳球遊戲拿到球時，不願意傳出去，需要老師不斷溝通才能順利與同學合作遊戲。

(2). 團體規範：坐約 5 分鐘就會一直扭動身體或想起身離座。排隊時身體動來動去、東張西望，需老師嚴厲制止才能遵守規矩約 5 分鐘。會收拾玩具並放回原處，但常收到一半就東看西看，需老師提醒才能完成。

(3). 環境適應：環境適應力佳，能跟著第一次見面的評估老師到活動室進行遊戲，願意嘗試新的東西或活動。挫折忍受度較低，遇到困難或失敗（例如疊一半的積木倒了），會出現生氣的情緒，且不願再嘗試。

(4). 情緒：班級老師表示個案在校平時情緒溫和、常有笑容，但遇到喜歡的活動結束（例如喜歡唱跳時間、不想停止）、想要的東西拿不到（例如飯後水果是香蕉，想一直吃），或進行活動要分享（例如玩傳球遊戲，拿到球要傳出去時）時，情緒反應激烈，常會躺在地上大叫大哭。

7. 生活自理能力

(1). 自理能力佳，能自行進食（經提醒會前三指握湯匙）、如廁、洗手、穿脫鞋襪。如廁時會自己脫褲子，但穿褲子時褲子後面常拉不完整。穿運動鞋時，會先坐在椅子上，仔細地拉緊鞋舌，再將魔鬼氈壓緊，但左右腳辨識還不穩定。

(2). 可以雙手捧湯碗走路，不會潑灑在地板。湯汁撒在桌面，會主動拿抹布擦桌面。

(3). 會挑食，遇不喜歡的食物，會翹腳或坐兩腳椅搖動椅子，需不斷提醒才肯吃幾口。奶奶表示平常喜歡吃肉、甜甜圈、巧克力，菜只吃高麗菜、水果只吃香蕉。

(4). 尚未建立安全意識，常隨心所欲離座、做自己想做的事。會不自主的跑來起、撞到同學或桌椅而不自知。

8. 其他

(1). 能在評估老師引導下進行操作，但注意力短暫（約只維持 5 分鐘）、衝動性較高，一下子就東張西望或急於結束、直接拿取其他教具操作，或想站起來離座，經嚴厲口氣制止後才會遵守規則的坐著，但身體會動來動去，感覺無時無刻都在忙、靜不下來。

(2). 班級老師表示，操作教具時很馬虎，常做一半就直接起身離座，需要一個大人隨時看著。對一些事堅持度高，例如：拿不到自己想要的物品或喜歡的活動結束時，會生氣、甚至大哭，常需要一位老師花時間安撫。

(四)綜合研判

綜合入班直接觀察、遊戲評估、訪談班級老師和家長，以及個案學習作品等資料顯示，個案動作俐落，願意嘗試新活動，自理能力佳。在語言理解及語言表達上明顯落後同齡幼兒，構音與語調異常並影響人際互動。在社會情緒部份，情緒起伏大、無法遵守團體規範，人際互動亦有落後的情形。同時，個案注意力短暫、衝動性較高，且尚未建立安全意識。根據上述資料，綜合研判個案為發展遲緩，安置於普通班，並提供所需之特殊教育及相關支持服務，包括特殊教育巡迴輔導、語言治療**諮詢**服務。

(五)建議

1. 給教保服務人員的建議：

(1). 建議老師確實執行班級常規，在教室外的情境時務必要有老師看顧個案安全。

(2). 可邀請個案成為小老師，為同學唱名發作業或是晨間點名，在團體中增加語言表達的機會。

(3). 閱讀繪本時，可運用圖片提示，讓個案練習理解與複述較複雜的句子和故事情節。給予連續指令時，請帶著個案複述，幫助記憶較長的句子和步驟。可引導個案做簡單的分享，包含假日分享、繪本複述、玩具分享等，從中建構和擴充個案的詞彙、形容詞的使用，以及語句的完整度。

(4). 建議角落時間可多引導進入扮演區，進行多人的扮演遊戲（可安排一、二位年紀較大、較穩定的同學參與其中），從中自然而然練習口語表達與溝通，以及人際互動。

2. 給家長的建議：

(1). 建議多進行戶外活動（例如跟奶奶一起去公園散步、去菜市場買菜等），減少看平板的時間與頻率，或用平板播放兒歌和故事（只聽不看）。

(2). 睡眠作息正常，維持早睡早起習慣，避免因睡眠不足，影響到園時間。

(3). 與老師配合，相信老師的教導，若有疑問，建議主動詢問老師。

<u>案例二</u>

(一)基本資料

1. 姓名：林小明（化名）

2. 實足年齡：2 歲 4 個月

3. 性別：男

4. 申請原因：幼兒為早期療育通報系統已通報之發展遲緩個案，曾接受兒童發展聯合評估中心之評估，經醫師與公共托育家園托育人員建議家長申請特殊教育鑑定安置，藉由幼兒園的學習刺激及特殊教育資源，促進孩子各方面能力的發展。

5. 目前就讀園所機構：○○社區公共托育家園

6. 診斷證明書：13/12/03，00 醫院復健科，發展遲緩

7. 兒童發展聯合評估綜合報告書：113/11/05-114/11，2 歲 0 個月，發展遲緩(認知、語言、動作、社會情緒、其他)，疑似自閉症類群。

8. 身心障礙證明：無

9. 發展/醫療史

(1). 幼兒出生時為足月順產，母親於懷孕期間未服用藥物，亦無特殊身體問題。

(2). 家族無遺傳疾病，但幼兒患有異位性皮膚炎。

(3). 幼兒約 8 個月會站，12 個月會走路，目前尚不會說話。家長於 1 歲時發現幼兒可能有發展遲緩或障礙，並於 2 歲時首次接受醫療評估，評估結果為全面發展遲緩，且疑似有自閉症。

(4). 目前已開始接受醫院的早期療育，包括每兩週各一次的職能治療及語言治療。

10. 教育史：個案於 10 個月大時，便於社區公共托育家園接受托育，迄今已近一年半。

(二)家庭狀況與需求

個案為獨生子，與父親（35 歲，本國籍，金融業、碩士畢業）及母親（32 歲，本國籍，金融業、碩士畢業）同住。家庭收入固定、家境小康。家中主要使用語言為國語，平時之實際照顧者為父母，兩人皆傾向採民主的教養態度，教養資訊的主要來源為網路、托育家園和療育機構。以前從托育家園下課後，都是由爺爺奶奶先接回照顧，晚上才由爸媽接回。近期改由爸媽直接接回家。個案會在托育家園待到約 18:40 才由爸媽接回，回家後作息為吃飯、玩、洗澡、喝奶，約 9 點半至 10 點睡覺，早上 6 至 7 點起床。較常從事的親子活動為閱讀繪本、玩玩具、戶外活動或運動，孩子玩的內容主要是繞珠玩具、配對玩具、敲木琴、把軟積木疊高、聽有聲書的音樂、推學步車走來走去等。家長領有托育補助，將會申請發展遲緩兒童療育補助費，並希望獲得親職教育資訊。整體而言，個案之家庭養育環境具有諸多有利因素，包括：父母教育程度高、家庭收入穩定無經濟困難、父母婚姻關係與家庭氣氛良好、教養態度適當且一致、與幼兒互動良好、陪伴幼兒的時間穩定且有親子活動。

(三)幼兒發展能力與行為評估結果

1. 健康狀況：個案有異位性皮膚炎，天氣較冷或較熱時會去抓，前半年很常一直抓皮膚，近 3 個月有常擦醫院用藥，情況有所好轉。

2. 感官知覺功能：視覺、聽覺正常，依綜合報告書職能治療師評估結果指出，個案感覺統合失調，整體活動量偏高，特別喜歡在地板滑行，也會將物品拿很靠近觀看，生活中也有類似表現，建議持續追蹤感覺統合發展。

3. 動作能力

(1). 粗大動作

a. 依鑑定前一個月完成之綜合報告書的物理治療師評估結果，粗大動作發展為臨界遲緩。個案動作相關構造無明顯異常，但活動中觀察個案肌力較同齡兒童弱，動作模仿也較弱，尚未發展出單腳站之控制，原地踱步還無法原地跳。

b. 個案能在教室內來回跑；可以用兩手扶扶手，側身兩腳一階上下樓梯；無法原地雙腳跳；即使經評估人員肢體協助及示範後，還是沒有做出揮手丟球、用腳踢球的動作。

c. 評估人員帶著個案丟球、踢球後，請個案自己做一次，個案還是用原本的方式（手放開讓球掉落，直接用手撿球不踢球）；請個案模仿簡單手勢動作（拍手、掰掰），個案沒有反應。

(2). 精細動作

a. 依綜合報告書之職能治療師評估結果，精細動作為發展遲緩。受個案配合度影響，評估時參與度不穩定，雖會觀察模仿主試者遊戲方式，但感興趣才會配合執行。個案會在治療室滿場跑，特別喜歡在地板滑行，也會想要碰觸電腦、滑鼠，會將物品拿很靠近觀看。對於鼓勵的聲音沒特別的反應。與主試者及其他治療師眼神接觸少，也較少互動，對於指令反應不穩定。

b. 個案能用前三指拿取積木；能一頁一頁翻書；能把插棒放進洞中再拔出來；但還無法把鬆鬆的瓶蓋轉開。在塗鴉活動中，個案把筆拿反在紙上畫，即使提醒及協助個案把視線看向紙，個案也沒有把筆轉過來。幫助個案把筆轉過來後，肢體協助個案在紙上畫幾筆後，個案才自己拿筆在紙上塗鴉。

c. 疊高積木時，疊 3 個就把積木推倒，即使評估人員和家長示範把積木繼續疊高，個案也沒有反應。在串珠活動中，即使評估人員示範及握著個案的手拿好珠珠跟線，個案也沒有做出串線的動作。

4. 認知能力

(1). 依綜合報告書之心理師評估結果，認知發展為遲緩。認知內部項目表現不均，知覺辨別能力可達中下程度，記憶跟概念能力落後同齡，模仿、語言理解及配合度不足。無法配合觸覺辨認物品的題項，自顧自把玩眼前感興趣物品。心理師將玩具藏在手中可找出，但無法持續注意及尋找。可模仿手勢，未能模仿假扮遊戲動作，會推開拒絕。可指認少數五官跟身體部位。

(2). 依教室觀察及托育人員晤談結果，個案可以配對幾何形狀板，但無法配對較複雜的圖案（例如：水果圖案）；放置配對板時如果卡住了不會轉一轉，會硬塞，塞不進去就直接放棄，即使托育人員教導個案轉一轉圖案板並搭配指令「轉一轉」，個案還是會直接塞。此外，個

案注意力轉換快速，難持續操作一樣教具或玩具，會不停轉換活動；在教室中經常被數字、感興趣物品影響而分心，或是一直盯著特定地方，中斷當下活動，需要大人去提醒個案。

5. 語言溝通能力

(1). 依綜合報告書之語言治療師評估結果，口語理解為發展遲緩。叫名反應不穩定，能理解否定和讚美的語氣；能指認少量熟悉的身體部位、五官名稱和部分熟悉的生活物品，也可配合指認有興趣的數字符號和交通工具圖片，但評估當天尚無法配合指認名詞和動詞圖卡；可在熟悉情境下遵循簡單動作指令，但受到動機和注意力影響，容易忽略指令，指令遵循正確率起伏；可理解簡單的是非問句和動詞片語。

(2). 依綜合報告書語言治療師之評估結果，口語表達為發展遲緩。具有揮手、拍手和點頭搖頭等手勢動作，但模仿動機起伏，不一定會立即模仿治療師示範的新手勢動作。仿說約可達 1-2 字詞，仿說動機仍不穩定，可仿說有興趣的狀聲詞和疊字詞（例：/哎呀/杯杯），自發口語多為自顧自背誦聽過的數字，也可使用少量有意義的詞彙表達需求（例：家人稱謂、不要等），多會哀叫哭鬧或反覆說「不要不要」表示拒絕。

(3). 依評估人員與個案互動及觀察，個案對於簡單指令和問句皆無反應，例如：拿一個積木給我、這是什麼、蘋果在哪裡、指蘋果等，個案只是看自己手上的物品，或是看向其他地方。對於可以理解的指令，也需要大人走到個案旁邊多說幾次，及給予手勢提示，個案才能成功執行指令。

(4). 個案仿說長度約 1-2 個字，自發性表達的詞彙有稱謂詞、數字、不要，有需求時會尖叫，沒有用手勢動作表達。偶爾會模仿大人說出的疊字，例如：筆筆、疊疊。當天觀察到個案自發性說出的詞彙有：爸爸、媽媽、10 以內的幾個數字、不要。在玩的東西被拿走、想要某樣物品、想要出去教室外面的時候，個案會尖叫。

(5). 依教室觀察及托育人員晤談結果，在語言理解方面：每天都會做的簡單指令在執行上還是有些不穩定，例如：請個案拿水壺，個案有時會拿成籃子、袋子；托育人員請個案來洗手、坐著等等，個案找了最靠近自己的椅子坐下，開始把玩旁邊的玩具，但大家都去坐水龍頭旁邊的椅子等待。在語言表達方面：有需求時不會主動表達，例如：吃完飯就玩碗、發呆，直到老師過去詢問個案還要不要吃，個案才回應要。自發性口語表達大部分都不符合情境，會突然說稱謂詞、數字。托育人員在情境中教導個案仿說，個案也不會仿說，入班觀察當天，托育人員拿點心給個案時，個案有在引導下說謝謝，此為第一次。

(6). 依家長晤談結果，在語言理解方面：叫個案名字時個案不一定會回應；知道部分物品的名稱，例如：車車、鞋子；可以理解部分簡單指令，但不一定會執行；可以理解大人否定的

語氣；可以理解「要不要？」的問句，但有時候會錯誤回應，說不要但其實是要。在語言表達方面：可以仿說 1 個字或疊字，仿說意願不一定，有時候要求也不仿說，有時候會突然仿說大人的話；自發性口語表達有稱謂詞（爸爸、媽媽、爺爺、奶奶、阿嬤）、數字，但表達時不一定會符合情境；非常有需求的時候才會用動作、疊字表達，情境通常是想喝飲料時，會拿飲料給大人，說喝喝；拿書給大人，指某個圖案要大人念。

6. 社會情緒能力

(1). 依綜合報告書由托育人員和家長填寫「阿肯巴克實證衡鑑系統」評估結果，個案於症候群量尺之焦慮/憂鬱、身體抱怨、攻擊行為在正常範圍；退縮在臨床範圍。於 DSM 導向量尺之焦慮問題、注意力缺陷過動問題、對立反抗問題在正常範圍；廣泛性發展問題在臨床範圍。心理師之臨床觀察則指出，個案眼神接觸少，無共享式注意，指認眼前物品也很少跟隨注意，對測驗材料不一定感興趣，也不一定能立即配合指令。很少觀察心理師示範及模仿玩法，多自己玩，被打斷或要求時經常有情緒起伏，會哀叫或拒絕，尚可被轉移安撫，整體配合度不穩定，互動品質不足。

(2). 依教室觀察及托育人員晤談結果，個案平時情緒溫和穩定，早上跟爸媽分開時會哭鬧，托育人員引導個案去做事情就能慢慢平復；在班上有時會突然哭泣，但不知道是什麼原因；自由活動時如果跌倒、踢到東西，個案不會看向大人，只在原地哭泣，哭一下下就沒事了。此外，個案無法遵守團體規範，團體活動時在教室中到處遊走，即使托育人員叫個案名字、想用禮物吸引他，他也不會注意到並加入團體中。說故事時邀請個案加入，個案看完書本上貼的數字就會走掉，如果要求他坐下來聽故事，他會抗拒離開。

(3). 依家長晤談結果，想做的事情被阻止時會打爸媽；外出時會想跑掉；不開心的時候會打自己的頭，一天約 1 至 2 次。

7. 生活自理能力

(1). 。

(2). 依教室觀察及托育人員晤談結果，個案可以自己拿湯匙吃飯，但會轉頭一直看著廁所的門，導致吃的速度很慢，最後由托育人員協助個案吃完。至於餐後收拾，每天都在做的收拾工作仍需要托育人員協助和提醒，需要用手勢提醒碗、水壺放哪裡。托育人員請個案把整個籃子拿去放，但個案拿著籃子走去看同學玩、再去看書櫃上的數字，最後老師走到他旁邊再提醒一次，他才拿去放。如廁方面，目前還是由托育人員定時幫他換尿布。

(3). 依家長晤談結果，個案可以自己拿湯匙進食，但不會主動吃白飯；如果是大人餵或是混在一起挑不出來就都會吃。尿濕沒有任何反應，有時候大便會叫。能自己穿脫鞋子；褲子只能自己拉下一點點跟拉上一點點，還是需要大人幫忙換褲子、尿布和衣服。

8. 其他

(1). 個案經常不易與人混在一起玩、避免視線接觸、過度偏愛某些物品（車子跟杯子）、對周圍漠不關心。有時聽而不聞、反抗學習、不顧危險、不能接受日常習慣變化、莫名其妙地笑。

(2). 依教室觀察及托育人員、家長晤談結果，在「社會溝通及社會互動」方面：叫喚名字經常都沒反應，要大人用比較強烈的語氣叫才會轉頭看向對方。害怕人多的地方，要等同儕都離開才會去拿剛剛大家玩的玩具；在班上都是自己玩，也不會觀察同儕，僅會偶爾看一下同儕疊高的積木；托育人員引導個案與同儕互動時，個案會抗拒。老師跟個案玩搔癢遊戲時，個案會皺眉；托育人員用很開心的語氣稱讚個案、要跟個案擊掌，個案也沒有反應。評估人員用個案喜愛的事物與其互動僅能維持幾分鐘，個案會突然抗拒跑掉。評估過程中眼神接觸僅有 1-2 次，其他時間都在看感興趣的物品，或是教室中的各個角落。評估人員用個案喜歡的車子與其互動，假裝把車子開到個案及評估人員身上，個案都只會看著車子，不會看向評估人員。此外，個案缺乏共享式注意力，即使用誇張的語調及手勢指向物品、呈現物品到個案眼前、指個案面前的物品，個案都沒有反應，不會跟著看向該物品。

(3). 依教室觀察及托育人員、家長晤談結果，在「固定而有限的行為及興趣」方面，個案玩有聲玩具時，只會聽某一首音樂，大人如果切換音樂，個案會再切回去；看交通工具書時，個案只會看救護車，如果大人翻頁了，個案會堅持翻回來，手指著救護車。個案對數字很敏銳，經常分心去看教室中的數字，直到老師過去提醒個案；老師講一個數字，個案會接著數；老師倒數數字，個案會跟著倒數。例如：老師說 56，個案會說 57；老師說 100、99、98，個案會說 97。此外，經常自顧自念數字、不分情境重複叫爸爸媽媽。喜歡沿著教室邊緣繞圈走、在坡道上來回走、穿著襪子在教室經常墊腳尖走路，但穿上室外鞋就不會。當托育人員教過一種教具玩法後，個案就只會用這種方式玩，不會嘗試不同玩法。評估時難安坐，喜歡在教室兩端來回跑，邊跑邊笑。

(四)、綜合研判

根據評估時行為觀察、教室觀察、托育人員晤談、家長晤談、診斷證明書及兒童發展聯合評估綜合報告書等多元評量資料一致顯示，個案在感官知覺、粗大動作、精細動作、認知、語言溝通、社會情緒及生活自理領域之發展皆較同年齡者顯著落後，並且具有社會溝通與社

會互動的困難，以及固定而有限的行為及興趣等疑似自閉症特質，考量幼兒年齡尚小，故鑑定結果研判為「發展遲緩」，並持續追蹤其自閉症特質。

個案對於喚名表現不穩定、模仿能力不足、缺乏共享式注意力，僅能執行少數熟悉的簡單指令，尚未能遵循團體規範，基本的生活自理都需要大人提醒和協助。考量需要大量個別協助和密集練習，建議安置於集中式特教班，另視進步狀況安排普通班融合課程。支持服務建議提供物理治療、職能治療、語言治療之諮詢服務。

(五)建議

1. 給教保服務人員的建議：

(1). 環境調整：個案容易因環境中的干擾物件影響其注意力或活動參與，建議在教室環境布置上，盡量減少不必要的刺激。此外，可以規劃一對一教學區和情緒轉換區。

(2). 運用結構化教學：個案有疑似自閉症的特質，教師可採用結構化教學策略，例如：透過時間表，讓個案能預測接續的活動及進行的順序；設置個人工作系統，引導個案在結構環境下，達成能力內可以完成的工作；利用視覺線索，如圖像或顏色提示，協助個案明顯區辨及執行任務。

(3). 各發展領域的教學建議：認知方面可採用分段或簡化學習內容、線索或動作提示、提供專注力練習活動；語言溝通方面可營造豐富的語言環境、促進溝通意願、運用輔助性溝通；動作方面可以安排戶外活動機會、運用手眼協調遊戲、提供有助於肌力及動作平衡的活動；社會情緒方面可以教導社交技巧、運用正向行為支持策略；生活自理方面則可以運用工作分析法、結合作息情境與教具、提供充分的練習機會等。

2. 給家長的建議：

(1). 孩子有需求時，讓孩子練習用手勢或口語表達後，再滿足其需求，以建立溝通行為及溝通方式。

(2). 利用孩子喜歡的物品或是觀察模仿孩子的動作，引發他的注意力，並創造來回的互動，例如：輪流疊積木、親子間的互動遊戲（如搔癢、躲貓貓遊戲）。跟孩子互動時，給予他豐富的語言刺激，例如：狀聲詞、誇張語調、命名物品名稱、說出當下的動作。

(3). 與教師維持順暢的溝通，主動告知教師關於孩子的居家表現、家庭狀況及校外療育情形，並配合孩子的學習目標，與教師採取一致的教養態度和策略。

七、參考文獻

王天苗（2002）。**嬰幼兒綜合發展測驗**，教育部。

胡心慈（2014）。發展遲緩兒童鑑定辦法說明。載於**身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法說明手冊**（教育部），頁 13-1~13-26。

徐澄清、廖佳鶯、余秀麗主編（1983）。**嬰幼兒發展測驗**。杏文出版社。

黃惠玲（2000）。**零歲至六歲兒童發展篩檢量表**。心理出版社。

郭乃文(2023)。貝萊嬰幼兒發展量表第四版中文版。中國行為科學社。

蔡昆瀛（2019）。**嬰幼兒全面發展量表**。教育部。

衛生福利部國民健康署（2019）。辦理特教鑑輔審查作業。國健婦字第 1080401217 號函。

鄭玲宜(2005)。**台北學前兒童發展檢核表信效度分析與修訂研究成果報告**(計畫編號: 93001-63-002）。台北市政府衛生局。

衛生福利部（2020 年 02 月 20 日）兒童及少年福利與權益保障法施行細則。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050010&kw=%e5%85%92%e7%ab%a5%e5%8f%8a%e5%b0%91%e5%b9%b4%e7%a6%8f%e5%88%a9%e8%88%87%e6%ac%8a%e7%9b%8a%e4%bf%9d%e9%9a%9c%e6%b3%95%e6%96%bd%e8%a1%8c%e7%b4%b0%e5%89%87

教育部（2024 年 04 月 29 日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

教育部（2023 年 04 月 29 日）。 高級中等以下學校及幼兒園身心障礙學生及幼兒鑑定評估人員資格權益及培訓辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0060089&kw=%e9%ab%98%e7%b4%9a%e4%b8%ad%e7%ad%89%e4%bb%a5%e4%b8%8b%e5%ad%b8%e6%a0%a1%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e5%9c%92%e8%ba%ab%e5%bf%83%e9%9a%9c%e7%a4%99%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%a9%95%e4%bc%b0%e4%ba%ba%e5%93%a1%e8%b3%87%e6%a0%bc%e6%ac%8a%e7%9b%8a%e5%8f%8a%e5%9f%b9%e8%a8%93%e8%be%a6%e6%b3%95

教育部（2023 年 06 月 21 日）。 特殊教育法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

蔡昆瀛（2007）。特殊需求幼兒之早期篩選與鑑定。**國小特殊教育，43**，1- 11。 https://tci.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi?o=dnclresource&s=id=%22A07070060%22.&searchmode=basic&tcihsspage=tcisearch_opt1_search

Benner, S.M. & Grim, J.(2013). *Assessment of young children with special needs: A context-based approach*. NY: Routledge.

de Sam Lazaro, S.L.(2017). The importance of authentic assessments in eligibility determination for infants and toddlers. *Journal of Early Intervention,39*(2), 88-105. https://doi.org/10.1177/1053815116689061.

DEC(2004). *Position statement: The role of special instruction in early intervention(revised 2004).* https://www.dec-sped.org/single-post/position-statement-the-role-of-special-instruction-in-early-intervention-revised-2024.

Evans,G.W., Li,D., & Whipple, S.S.(2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin,139*(6),1342-1396. https：//doi.org/10.1037/a0031808.

Linder, T.W.(1990). *Transdisciplinary play-based assessment: A functional approach to working with young children*. NY: Paul H Brookes.

McLean,M.E., Hemmeter, M.L., & Snyder, P.(2014). *Essential elements for assessing infants and preschoolers with special needs*. NJ: Pearson.

McLean,M., Bailey,D.B. & Wolery,M.(1996). *Assessing infant and preschoolers with special needs*. NJ: Prentice Hall.

Shernoff,E.S., Hill.C., Danis,B., Leventhal,B.L., & Wakschlag, L.S.(2014). Assessment data for young children with behavior problems. *Infants & Young Children,* *27*(2), 92-110. https://journals.lww.com/iycjournal/fulltext/2014/04000/integrative_consensus__a_systematic_approach_to.2.aspx

其他障礙鑑定說明

一、前言

對於其他障礙類別的分類與定義，國際間有不同的作法，在美國及日本的分類中，並無區分出其他類別，但英國則有列出其他困難或障礙（Other Difficulty / Disability）的類別，以作為一種彈性的分類，用來涵蓋那些無法明確歸入主要類別的學生（GOV.UK, 2024）。在台灣，對於其他障礙的分類則在1984年的特殊教育法中開始列出「其他顯著障礙」的分類，2009年的修定條文刪除了「顯著」改成「其他障礙」，此次2023年新修訂第三條第十三款也是使用「其他障礙」，主要是補充特殊教育法第三條第一到第十二款之不足，如果學生或幼兒可以被 鑑定任一種障礙情形，則不宜鑑定為「其他顯著障礙」。此次2024年特殊教育學生及幼兒鑑定辦法並未改變「其他障礙」的定義，基準則有部分的修訂。本章說明發展遲緩之定義與基準、鑑定目的、鑑定程序、教育需求評估、綜合研判與案例。

二、定義及基準

2024年《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第15條對於其他障礙之定義與鑑定基準如下：「本法第三條第十三款所稱其其他障礙，指在學習與生活有顯著困難，且其障礙類別無法歸類於第三條至前條類別。前項所定其他障礙，相關疾病應經由該專科醫師診斷；其鑑定除醫師診斷外，應評估其特殊教育需求後綜合研判之。」

(一) 學習與生活有顯著困難

在「其他障礙」類別鑑定時，係指因生理或心理因素，但並非導因於認知、知覺、溝通、動作、體能衰弱、情緒、社會互動、生活自理能力或發展遲緩等方面，卻仍在學業學習、社會、人際或生活等方面出現顯著困難或負面影響者。

(二) 無法歸類

指參照本辦法第三條至第十四條各類障礙的鑑定基準，若學生符合其中任一障礙類別，優先鑑定為該類別；但是若無法歸類時，且其學習與生活有顯著困難，才鑑定為「其他障礙」類別。

(三) 專科醫師診斷

主要考量其他障礙多為疾病或先天異常造成，故需經由專科醫師診斷後確定。

(四) 應評估其特殊教育需求後綜合研判之

此為新增之基準，主要是考量因疾病所造成之學習與生活困難，且學習環境需進行特殊教育評估調整再進行綜合研判。

三、鑑定程序

由於其他障礙的學生之間的差異極大，很難訂定一套統一的標準鑑定程序，每一個其他障礙學生所需的鑑定方法與程序可能都不盡相同，但是都必須要同時符合在學習與生活有顯著困難，且其障礙情形無法歸類於特殊教育法第三條第1至12款者，並經由專科醫師診斷並開具證明等三個要件。

（一）鑑定目的

鑑定為特殊教育實施之重要基礎，其主要目的在透過評估以了解學生或幼兒的特殊需求，並經法定程序確認其接受特殊教育之資格，提供適性的教育安置，更重要的是及早提供所需的特殊教育與相關支持服務，保障學生或幼兒應有之權益。因此，鑑定的目的在於先確定學生或幼兒是否符合其他障礙的鑑定基準，並評估其教育需求，再為教育安置以及支持服務及教學輔導之依據。

（二）鑑定步驟（含醫學診斷及其他專業領域）

1.一般性醫學檢查：其他障礙類別與生理缺陷、肢體障礙、身體病弱、乃至多重障礙等之鑑定有密切的關係，因此醫學的鑑定與診斷實為其他障礙鑑定的第一步驟，鑑定的項目則應視學生需要安排以下醫學檢查，以提供特殊教育專業團隊足夠的背景資料，整合評估是否會造成學習與生活的顯著困難，且無法歸類於鑑定辦法第三條至第十四條之障礙情形。

2.相關專業評量

(1) 物理治療評量：包含關節活動度、肌力、肌肉張力、反射、動作能力等的發展和功能的評估。

(2) 職能治療評量：包含頸部控制、知覺動作能力、生活自理能力等的發展和功能的評估。

(3) 語言治療評量:包含語言前發展(口腔功能與進食能力)、語言能力(呼吸形態、聲音、發音)、非口語溝通能力等接受、表達即清晰理解程度評估。

3.認知能力評量

4.適應行為評量：評量學生在個人日常生活環境中的適應能力，一般包括自我照顧、 溝通能力、家庭生活、社區生活、社交技能、健康及安全、功能性學業技能、休閒等能力。

（三）鑑定方式

依據「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第二條，應採多元評量，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙證明記載蒐集個案資料，進行綜合研判之。鑑定方式包括：

1. 直接施測：使用常模參照測驗工具，在標準化的施測時間、情境、器材及步驟，或以效標參照及工作分析的方式，讓學生直接對測試的項目做反應。

2. 自然情境觀察：鑑定人員以觀察、檢核的方式以蒐集、記錄學生在日常生活環境中各項行為的表現。

3. 晤談：鑑定人員與學生的親友、師長、照顧者等晤談，以便蒐集及瞭解學生在有關方面的表現。

4. 醫學檢查與資料蒐集：對於障礙狀況極為嚴重的學生，若無法經由直接施測、觀察、晤談等方式鑑定時，可藉由搜集學生過去的醫療記錄、事件記錄、日常生理資料等，以作為瞭解學生表現的基礎資料。

（四）鑑定評估人員

「其他障礙」學生之類別種類繁多且罕見，應先為專科醫師進行醫學上的診斷，再由縣市政府合格身心障礙學生鑑定評估小組人員評估其教育需求，此外，建議整合專業團隊實施評估。專業團隊依據「特殊教育支持服務及專業團隊運作辦法」（2023 年 12 月 08 日修訂）第四條所稱特殊教育專業團隊，含括普通教育教師、教保服務人員、特殊教育教師、輔導教師、特殊教育相關專業人員、學校行政人員及護理人員、職業重建、視覺功能障礙生活技能訓練及輔具評估等人員組成，依學生或幼兒需求彈性調整，以合作提供統整性之服務。其中之特殊教育相關專業人員，指醫師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師、諮商心理師、語言治療師、聽力師、社會工作師及職業輔導、定向行動等專業人員。

（五）鑑定原則

1. 確定其障礙是否會造成長期的學習與生活的顯著困難。

2. 「其他障礙」之鑑定，應參照本辦法第三條至第十四條各類障礙的鑑定原則為鑑定的基準，若學生符合十二個障礙情形其中任一種障礙情形，優先鑑定為該障礙，若無法歸類時，才鑑定為其他障礙。

3. 專業團隊之合作方式及運作程序，由相關團隊成員共同先就個案討論後再進行個案評估，或由各團隊成員分別實施個案評估後再共同進行個案討論，最後整合專科醫師診斷後作成評估結果。

4. 由於「其他障礙」學生異質性高，為兼顧學前至大專院校各教育階段及不同障礙類型學生之需要，僅作大原則之建議，不作細節之規範。

四、教育需求評估

依據《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第二十四條「身心障礙學生及幼兒之教育需求評估，應包括健康狀況、感官功能、知覺動作、生活自理、認知、溝通、情緒、社會行為、領域（科目）學習等」。此外，課程調整、支持服務等需求和建議，也宜先進行評估，以便寫入評報告，評估向度可參見表一。

表一：其他障礙學生特殊教育及相關務需求調查表

(一)與學業學習有關的特殊需求

□1.課程調整，項目：

□2.教學調整，說明：

□3.評量調整，項目：

□4.其他，項目：

(二)相關專業服務方面的需求

□1.物理治療

□2.職能治療

□3.聽能訓練

□4.語言治療

□5.心理輔導

□6.定向行動

□7.醫療護理

□8.社會工作

□9.營養諮詢

□10.其他，項目：

(三)輔具方面的需求

□1.輔助性溝通系統，項目：

□2.電腦化科技(含特殊操作介面)

□3.生活輔具

□4.學習輔具

□5.其他特殊(或個別化)輔具，項目：

(四)無障礙學習環境方面的需求

□1.特製課桌椅

□2.一樓教室

□3.照明

□4.視覺顯示

□5.斜坡道，說明：

□6.廁所

□7.空間，說明：

□8.交通

□9.升降裝置，說明：

□10.其他，項目：

五、綜合研判

在其他障礙類別鑑定時，係指因生理或心理因素，但是並非導因於認知、知覺、溝通、動作、體能衰弱、情緒、社會互動、生活自理能力、或發展等方面，卻仍在學業學習、社會、人際、或生活等方面，出現顯著困難或負面影響者。參照本辦法第三條至第十四條各個障礙的鑑定基準，若學生符合其中任一障礙，應優先鑑定為該障礙情形；只有在無法歸類，且其學習與生活有顯著困難時，才鑑定為其他障礙。專業團隊之合作方式及運作程序，由相關團隊成員共同先就個案討論後再進行個案評估，或由各團隊成員分別實施個案評估後再共同進行個案討論，最後整合專科醫師診斷之相關疾病後作成評估結果。

換言之學生鑑定為其他障礙必須同時符合三個要點：對其在學習與生活有顯著困難；無法歸於第三條至第十四條障礙情形者；相關疾病經由專科醫師診斷後，並評估特殊教育需求綜合研判之。

六、案例

（一）案例一：

因燒燙傷或車禍造成傷殘學生，四肢若無損傷或其他大面積的傷害，不會被鑑定為肢體障礙或身體病弱類別；但是，倘若顏面有嚴重傷殘，造成其外觀會造成其在生活適應同儕互動上有顯著困難，則可鑑定為其他障礙。再者，若傷殘學生因肢體皮膚攣縮，具有關節活動限制、肌力萎縮時，或是顏面傷殘影響視力，則可以肢體或視覺障礙類別的鑑定標準予以鑑定。

（二）案例二：

某些罕見疾病，如威廉氏症、羅素-西弗氏、成骨不全症等等，因其在認知、溝通及語言、肢體、情緒、社會與行為等方面均有困難，但沒有體能衰弱、需要長期療養的問題，同時其學習與生活長期出現顯著困難，且有專科醫師的診斷，，可暫時判定為其他類別，但疾病進程產生改變時，應重新評估。

七、參考文獻

教育部（2023年12月08日）。 特殊教育支持服務及專業團隊運作辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080084&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%94%af%e6%8c%81%e6%9c%8d%e5%8b%99%e5%8f%8a%e5%b0%88%e6%a5%ad%e5%9c%98%e9%9a%8a%e9%81%8b%e4%bd%9c%e8%be%a6%e6%b3%95

教育部（2023年06月21日）。 特殊教育法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

教育部（2023年02月27日）。 特殊教育學生及幼兒支持服務辦法。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080064&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e6%94%af%e6%8c%81%e6%9c%8d%e5%8b%99%e8%be%a6%e6%b3%95

GOV.UK.(2024). Children with special educational needs and disabilities (SEND) https://www.gov.uk/children-with-special-educational-needs

一般智能資賦優異鑑定說明

一、前言

有關「智力」的定義紛歧，張春興（2006）指出，智力是遺傳與環境的交互作用時，所能思考、解決問題的綜合能力。心理學先驅 Galton 認為，每一個人都具有普通智慧能力及某些特 殊性向，而普通智慧能力則統涵人類的各種心理。Spearman 用統計方法推論出二因論，認為智力包括普通因素(g 因素)及一種或多種特殊因素(s 因素)，而代表人類智力的實際上是普通因素，即是普通心理能力。Thorndike 認為智力是由若干獨立群聚但彼此關聯的心智能力所構成，包括：語文理解、語詞流暢、歸納與演繹推理、數字運算、機械記憶、知覺速度及空間或視覺化等七項基本心理能力，亦即目前所發展之智力測驗的內涵。

因國小階段學生尚未有明確的學術性向優勢，因此國小學生多進行一般智能資優鑑定，然因國小高年級以後分殊性能力之發展，多數國中以設立學術性向資優班或辦理學術性向資優鑑定為主，僅少數縣市在國中仍辦理一般智能資優鑑定。此外，小學階段之資優教育服務，係於小學三年級開始提供分散式資優資源班安置，未設有資優資源班的學校則採取資優學生特殊教育方案或巡迴輔導的型態提供服務。因此，一般智能資優鑑定申請主要對象為小學二年級學生，部分縣市亦同時辦理小學三年級、四年級或五年級之資優學生鑑定。

二、定義與基準

一般智能資優學生之定義與鑑定基準與2013年頒佈之鑑定辦法基準條件相同，根據2024年「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第 16 條規定，依特殊教育法（2023）第四條第一款所所稱一般智能資賦優異，指在記憶、理解、分析、綜合、推理及評鑑等方面，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。前項所定一般智能資賦優異，其鑑定基準依下列各款規定：

（一）個別智力測驗評量結果在平均數正二個標準差或百分等級九十七以上。

（二）經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，並檢附學習特質與表現卓越或傑出等之具體資料。

另考量學生的多元性與文化差異，保障特殊群體學生接受資優教育的權益，其鑑定保有彈性。依據特殊教育法第46條：高級中等以下各教育階段主管機關及學校對於身心障礙及處於離島、偏遠地區，或因經濟、文化或族群致需要協助之資賦優異學生，應加強鑑定與輔導，並視需要調整評量項目、工具及程序。而特殊教育學生及幼兒鑑定辦法第22條亦針對其鑑定程序、期程、評量項目及工具之調整方式，說明若無法適用既有評量工具時，應依其個別需

求，調整評量工具之內容或分數採計方式，例如透過信賴區間考量其截斷標準；或改以其他評量項目進行評估，如：不採計個別智力測驗全量表，而參採分量表、因數指數、調整性/選擇性指數、主要指數差距標準等彈性措施，由縣市鑑輔會討論評估之。

一般智能資優學生鑑定基準使用之工具包含標準化工具之個別智力測驗，及有利綜合研判之非標準化資料,如資優學生觀察推薦檢核表與學習表現卓越或傑出之學習檔案參酌資料。說明如下：

一、個別智力測驗：智力測驗依施測對象與方式，分為與團體智力測驗與個別智力測驗。個別智力測驗的施測時間較長，涵蓋智力的範疇也較廣泛，通常包含：圖形設計、矩陣推理等空間判斷和邏輯思考能力；語詞辨識、詞彙解釋等語文理解能力；記憶廣度、數學運算等工作記憶能力；符號替代、符號尋找等處理速度能力等綜合評估學生在記憶、理解、分析、綜合、推理及評鑑的表現。智力測驗為保密工具，須由取得智力量表心理評估證照之專業人員施測，並於施測過程中記載學生應答情形與動機表現，施測結束對照量表常模進行學生全量表智商與各分量表組合指數的評析。

二、資優學生觀察推薦檢核表：有關一般智能資優鑑定過程中使用的觀察向度，不同縣市所使用的檢核表或觀察推薦表略有不同，有針對資優學生常見的表現提供家長或教師填寫；亦有依據認知、情意、創造或社會等面向由家長或教師勾選。大體可從資優學生的行為表現和身心特質兩大項設計，列舉檢核表參考項目如下：

(一)行為表現

1. 幼年時/入學後便具閱讀能力，對感興趣的主題會主動學習。
2. 對感興趣的主題能投入較多專注力從事相關的活動。
3. 興趣廣泛、常識豐富，超過同齡的孩子。
4. 學習速度快，並且很快就能想起學過的東西。
5. 與同儕相比擁有不尋常的記憶能力與空間概念。
6. 不喜歡一成不變和反覆的練習，常對普通課程感到無聊。
7. 重點歸納能力佳，並能由其中分辨出類似與相同的差別。
8. 與同儕相比具有較高的計劃、問題解決和抽象思考能力。
9. 勇於發表意見或提出異議，並常堅持自己的看法。
10. 喜歡獨自完成任務，不太喜歡別人干預。
11. 是非分明、要求公平正義，很常對人事物進行評論。
12. 對於問題常提出各種構想，並有獨特新奇的點子。

(二)身心特質

1. 認知（思考）

(1) 詞彙發展超過同齡學童，語言的運用流暢而精確。

(2) 興趣廣泛，常識豐富，超過同齡學童。

(3) 訊息處理與記憶能力優異。

(4) 喜歡追根究柢，提出疑問。

(5) 喜愛並自動閱讀，讀物的難度，範圍與水準超過同齡讀物。

2. 情意（動機）

(1) 對感興趣的事物專注執著，能持之以恆的完成。

(2) 要求完美，對於自己的表現不易滿意。

(3) 喜歡獨自工作，不太喜歡別人干預。

(4) 是非分明，要求公平正義，並常對人、事、物進行批判。

(5) 對於重複與機械性作業容易厭煩。

3. 創造（創新）

(1) 對於許多事物富好奇心。

(2) 對於問題常能提出各種構想，並有獨特新奇的點子。

(3) 勇於發表意見或提出異議，並常堅持自己的看法。

(4) 富冒險精神，喜歡嘗試和探究。

(5) 不順從權威，不拘小節。

4. 社會（領導）

(1) 展現自信，與人和諧相處，喜歡交朋友，人緣不錯。

(2) 參與許多社團活動，並受倚重。

(3) 常扮演領導者的角色，有支配他人的傾向。

(4) 善於表達自己的意見，容易被了解。

(5) 適應環境的能力強，有彈性。

(三) 學習檔案參酌資料：特別是身心障礙及處於離島、偏遠地區，或因經濟、文化或族群致需要協助之學生，申請一般智能資優鑑定時，考量測驗與檢核表方式，無法完整評估學生專長領域的優勢表現，申請學生可檢附近一年卓越表現的資料，如優勢領域的學習表現、優勢才能的競賽表現或作品等(無則免附)，以利綜合研判。

三、鑑定流程

依照2024年公布之特殊教育學生及幼兒鑑定辦法第二條：資賦優異學生及幼兒之鑑定，應採多元及多階段評量，以標準化評量工具、各類鑑定基準規定之方式，綜合研判之。為符應多階段評量，現行各縣市一般智能資優鑑定，除依鑑定基準進行個別智力測驗評量，也會先以團體智力測驗進行初選，部分縣市會在報名資格和初選階段加入學科成就表現作為篩選條件。因此，現行各縣市一般智能資優鑑定雖依鑑定基準，需進行個別智力測驗評量，但會先以團體智力測驗進行初步篩選，部分縣市會在初選條件上加入學科成就表現作為篩選。

一般智能資優鑑定之流程（參見圖 1），依法採用多元多階段評量的作法下，整體可分為以下流程：

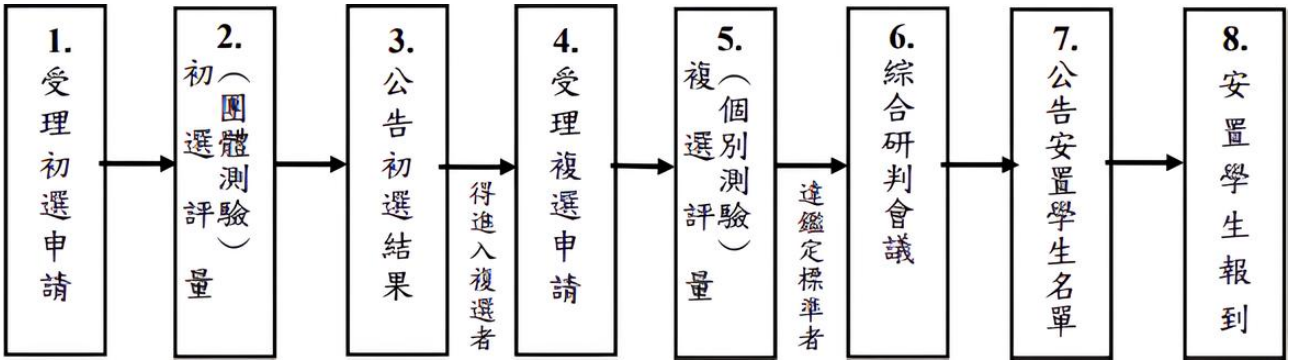
（一） 報名資格審查：由就讀學校特教組或特教承辦單位審查報名資料，配合鑑定基準第二項，須經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，並檢附學習特質與表現卓越或傑出等之具體資料，通過者始得參加初選。報名資格的審查，有的縣市會以學校例行實施之瑞文氏團體智力測驗(CPS或SPM)成績達百分等級85以上，界定報名資格；亦有少數縣市會以前一學年/學期之國語文、數學定期評量成績為審查資格之依據，若為四、五年級鑑定會再參酌自然科學定期評量成績。此外，若是身心障礙或文化殊異的學生，有特殊應考服務的需求，也須在報名資各審查階段提出申請。

（二） 初選：透過團體智力測驗(少數縣市增列國語文和數學測驗)進行篩選，通過標準由縣市鑑輔會依據年度學生評量表現而訂定。為考量可能的誤差並讓更多學生參與，團體智力測驗結果多以達平均數正1個或1.5個標準差以上；或達百分等級85或93以上為條件，始得參加複選。

（三） 複選：進行個別智力測驗施測，通過標準須符合法規，評量結果須達平均數正2個標準差或百分等級97以上。台北市多年來將複選階段再區分為複選一和複選二，複選一進行個別智力測驗，通過標準者，再進入複選二的觀察評量。觀察評量為觀察學生在課堂實作表現，安排六個單元主題課程，橫跨國語文、數學、自然科學、人文社會等領域，實施為期六週、每週2節之資優課程，由資優班教師做觀察記錄，以蒐集學生知識技能、溝通表達、參與動機等多面向的認知學習與情意表現情形。

（四） 綜合研判：最後，由承辦單位彙整學生初、複選所蒐集到的各項資料，提報縣市鑑輔會進行綜合研判。研判會議除根據學生的個別智力測驗總分，亦會參酌學生在各分量表分數結果，和教師或家長觀察推薦表的特質或表現等資料，由專家學者、教育行政人員、學校行政人員與資優教師，以及家長代表等，進行綜合研判。

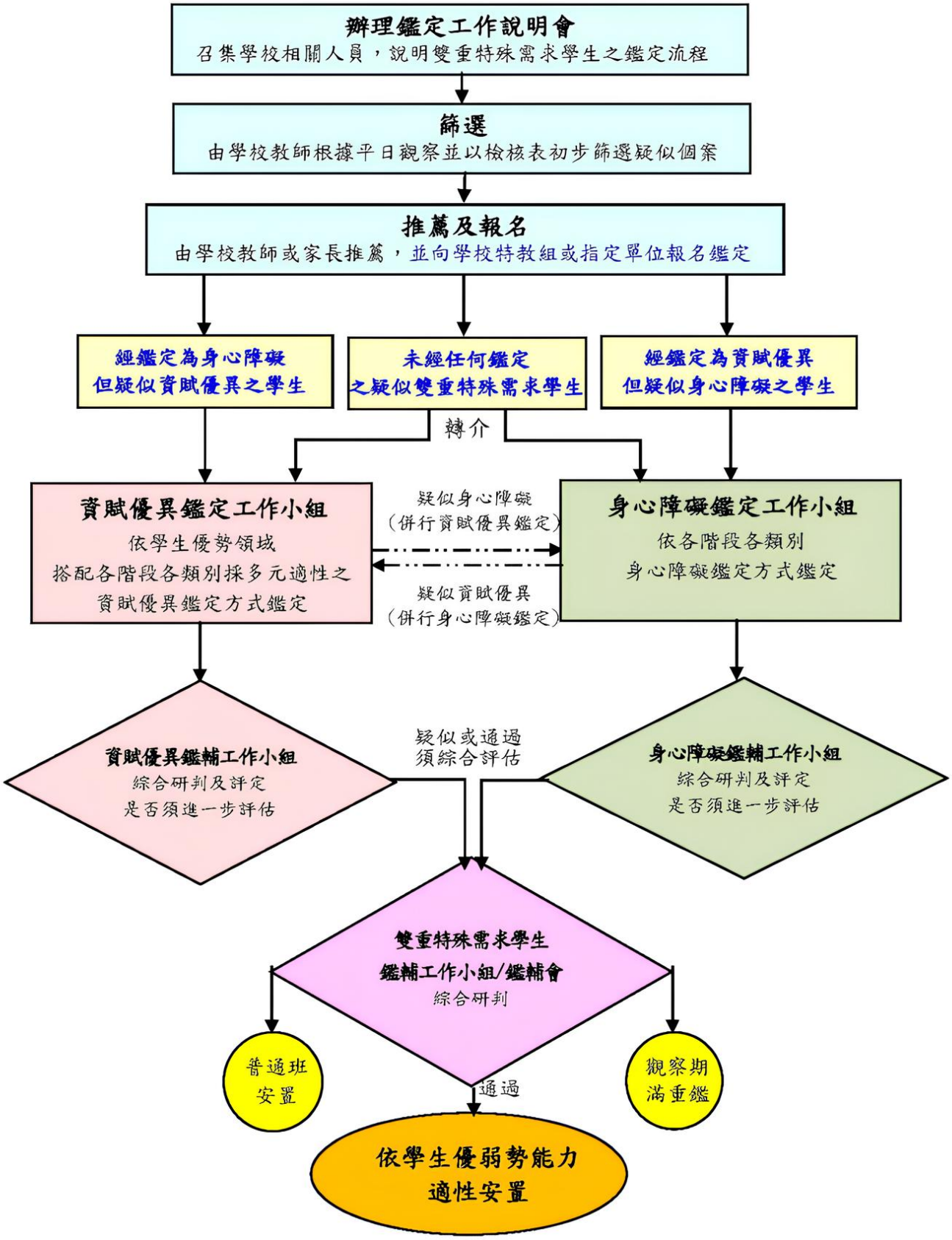
圖1　一般智能資優學生鑑定流程



另依據特殊教育學生及幼兒鑑定辦法第22條，為加強身心障礙、離島、偏遠地區及文化殊異等學生之鑑定，各級主管機關得因應其身心特質及需求、文化差異、族群特性或地區限制，彈性調整鑑定程序；必要時得延長鑑定期程，或召開鑑輔會臨時會議。國教署亦針對身心障礙資優學生即雙重特殊需求學生之鑑定委請大學進行研究，提出相關之鑑定流程如(圖2)，其鑑定流程須整合身心障礙及資優鑑定兩小組進行綜合研判。鑑定期間評量資料蒐集的方式，除提供特殊應考服務之評量方式調整，亦可考慮採用介入反應評量、動態評量、實作評量、檔案評量等方式，以避免遮蔽效應影響資優潛能之發掘與評估。

（五） 安置：所有通過一般智能資優鑑定的學生，依現行特殊教育法規，可安置型態包含分散式資優資源班、巡迴輔導或特殊教育方案。各縣市提供的安置型態不一，部分縣市未提供巡迴輔導，部分縣市提供跨校辦理之區域資優方案。鑑輔會依綜合研判核發通過資優鑑定證明，由家長與學生依縣市資優教育辦理型態，選擇安置原校資優資源班、接受巡迴輔導、或由未設資優班學校辦理校本資優方案、或選讀區域資優方案等。

圖2　雙重特殊需求學生鑑定流程



資料來源：教育部國民及學前教育署109年11月30日召開之「身心障礙資賦優異雙重殊異學生鑑定與輔導之模式建構計畫」暨「各教育階段資優學生追蹤輔導機制第2期計畫」縣市聯席諮詢會議紀錄。

四、教育需求評估

依照「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第 24 條第二及第三項：資賦優異學生之教育需求評估，應包括認知或情意特質、社會適應、性向、專長領域（科目）學習等，且依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。

透過鑑定，除由學生的身心特質或行為表現檢核表，可知學生在一般智能相關之認知或情意特質，並透過個別智力測驗結果亦可了解學生不同面向或組合分數的表現，進而評估其優弱勢能力。另縣市因不同的安置措施，無論是分散式資優資源班或資優教育方案，通過鑑定之學生則可根據縣市鑑定簡章或計畫之規定，安置在所屬的班級。校內在為新生擬定個別輔導計畫時，亦會將鑑定結果註記其中，以供後續特教需求評估之參考。

五、綜合研判

綜合研判是由跨領域的專業團隊進行，成員包含資優教育專家、教育局代表、學校代表、家長代表。會議中需檢核資料的正確性，再綜合考量學生的各項資料。

在研判時，需先認定學生是否達到特殊教育法對一般智能資優的認定標準，尤其個別智力測驗分數除了分量表分數與總量表分數，還提供各項組合分數或稱指數分數供參考。

對於特殊群體資優學生的綜合研判時需考量學生鑑定或評量過程可能對學生的不利影響，在決定截斷標準時，需參考鑑定辦法，進行相關的調整。根據郭靜姿等（2023）針對國小身心障礙及社經文化地位不利資優學生鑑定評量項目調整之研究:WISC-V 調整性指數之運用一文的建議，除「一般能力指數」，透過「擴展版語文理解指數」、「擴展版流體推理指數」及「擴展版一般能力指數」等三項新調整性指數可作為特殊族群學生調整評量工具之內容或分數採計方式之參考。研究發現，「一般能力指數」與「擴展版一般能力指數」在高智商學生群展現相對較佳區辨意義，若在資優鑑定運用多元 WISC-V 調整性指數分數，將更能顧及資優生內在差異並發掘其獨特認知潛能。

六、案例

◎一般生案例

（一） 學生基本資料姓名：張○○

性別：男

就讀學校：○○國民小學二年級，預計申請一般智能資優資源班就讀

健康狀況：很少生病，無嚴重疾病就醫記錄興趣：閱讀、喜歡玩數獨、喜歡觀察昆蟲等

（二） 家庭背景

父親大學畢業，開店做生意。母親大學畢業，家庭主婦。

在家排行老大，下有一個妹妹，就讀同校國小一年級。

（三） 具體優秀表現

1. 擔任班上班長，個性平穩，對同學和善，交代的事情能順利完成。

2. 記憶力佳，喜歡閱讀自然百科全書，常問父母很多與昆蟲相關的知識，觀察細微，口語清晰。

3. 小一、小二在校成績優異，名列前茅。

（四） 家長與教師觀察

張生個子略高，身材偏瘦，飲食正常，生活作息穩定。媽媽表示，小時候張生即表現極佳的記憶力，對媽媽說過的故事都牢記在心。喜歡看百科全書，尤其是與昆蟲有關的圖案，會詢問父母有關百科全書中的昆蟲名稱，教過的文字很多也記得。口語表達能力很好，所問的問題很清晰也很有邏輯。

教師表示，張生在小一擔任班長，對交代的工作會認真做好，對同學和善。文字工整，作業都會準時繳交，成績優異，名列前茅。

（五） 綜合研判與建議

張生經老師推薦後參與一般智能資優鑑定，初選團體智力測驗達PR99，個別智力測驗之全量表分數達IQ135,五個主要指數分數中,語文理解VCI達PR99、工作記憶WMI亦達PR97。另該生提報鑑定時檢附之教師觀察推薦表，係參照郭靜姿等人(2003)編製之特殊需求學生特質檢核表，其中針對一般學習能力優異項目共10題的檢核結果如下：

	是	否
1.學習能力很快,所需的學習時間比同年齡同學少。.....	☑	☐
2.觀察能力敏銳，閱讀或活動時可以觀察到許多細節。.....	☑	☐
3.記憶能力很強,聽過或看過的訊息能持久不忘。.....	☑	☐
4.理解能力優秀，很快能夠瞭解問題或他人說話的意思。.....	☑	☐
5.類推能力良好,學會一個觀念後能夠舉一反三運用到別的情境。.....	☑	☐
6.歸納能力良好，例如：做分類問題時能很快地發現概念或原則。.....	☑	☐
7.不必經由大人指導，很早（二、三歲）就開始自我閱讀。.....	☑	☐
8.喜歡讀課外讀物，常識豐富。.....	☑	☐

9.對於感興趣的事物能做很久，顯得專注、投入。..... ☑ ☐

10.喜歡與較年長的兒童一起遊戲與學習。..... ☑ ☐

張生個性平穩、記憶力與觀察力俱佳，學業表現佳，從個別智力測驗分數亦可發現其在語文理解與記憶方面的極佳潛能，適合就讀一般智能資優資源班。

雙特生案例

（一） 學生基本資料

姓名：陳○○

性別：男

就讀學校：○○國民小學二年級，5歲幼小銜接經鑑輔會確認為自閉症(不排除注意力缺陷過動症之可能)，小學一年級安置身心障礙資源班，二年級提出一般智能資優鑑定。

健康狀況：容易燥熱，因專注力較弱，每晚服用1顆安保思定(40mg)

興趣：數學與自然科學領域，喜歡實驗操作，樂高與資訊科技相關活動

（二） 家庭背景

單親，由母親照顧，但因工作時間不固定，會以孩子事務為優先。

家境小康，外婆同住，無手足。

（三） 具體優秀表現

1.推理思考優秀，桌遊、棋盤類需要推理的活動表現較同儕突出。

2.喜歡解答數學問題，理解速度快，且能舉一反三。但冗長的計算易出錯。

3.生活常識豐富，能自行透過書本或網路學習。對天文科學表現出極大的興趣，且能主動求知。

4.112下學期各科學業成就(等第):國語(優)；數學(優)；生活(優)；英語(優)；校訂閱讀(優)。

（四） 家長與教師觀察

1.教師表示課堂中容易玩弄文具，或與同學講話，也常主動回答問題。但不舉手、不等老師點名逕自回答，非常在意要第一個回答，也經常會打斷別人發言。當話題與自身興趣不符時，易離題又導回自己想講的內容。

2.衝動控制能力較不好，有安排小孩參加課後才藝班(鋼琴和跆拳道)，睡眠時間固定，生活習慣尚可。

（五） 綜合研判與建議

陳生為自閉症，但認知學習表現較同儕突出，經資源班教師建議和普通班導師推薦，

申請一般智能資優鑑定。陳生初選的團體智力測驗達PR98，但在個別智力測驗之全量表分數為IQ128，分量表組合標準分數分別為語文理解123、視覺空間130、流體推理133、工作記憶128、處理速度110。全量表未達法定一般智能資優學生鑑定標準，考量學生具自閉症，受動作協調而處理速度弱勢，但在視覺空間和流體推理均達正兩個標準差，同時考量測量誤差，以95%之信賴區間估計，陳生落在120-132區間。整體而依符合資優生的鑑定基準，通過一般智能資優生鑑定。

綜合上述，陳生雖為身心障礙學生，但在數學邏輯、視覺空間、流體推理等方面表現優異，學業表現亦佳，受動作協調之處理速度弱勢，和不感興趣領域容易分心等影響其真實能力展現。個別智力測驗同時參採視覺空間和流體推理的表現及區間估計，符合一般智能資優的基準。惟因優、弱勢交織的影響，宜先就陳生優勢與弱勢需求，召開個別化教育計畫會議，結合校內特教教師、資優教師、普通班教師、行政團隊和家長等人進行研議，亦可安排陳生本人出席IEP會議，提出個人輔導計畫的期待。

七、參考文獻

張春興（2006）。張氏心理學辭典。東華。

郭靜姿、陳彥瑋、王曼娜、陳心怡（2023）。國小身心障礙及社經文化地位不利資優學生鑑定評量項目調整之研究：WISC-V調整性指數之運用。特殊教育研究學刊，48(2)， 37-76。DOI: 10.6172/BSE.202307_48(2).0002

教育部（2024年04月29日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

教育部（2023年06月21日）。 特殊教育法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

學術性向資賦優異鑑定說明

一、前言

學術性向資優學生目前是國高中教育階段資優學生的大宗，根據 2023 年特殊教育通報網統計，國中階段的學術性向資優學生占國中資優學生總數的94%，高中學術性向資優學生則占高中資優學生總數的 56%，雖與國中不同，但也是高中資優學生的主體。因此，如何鑑別出資優學生是縣市與學校重視的。

所謂「性向」係指個體在學習某特定領域知識或某項事物前，對學習該知識或事物所具有的潛在能力，換言之，此特定領域性向或潛在能力愈強的人，學習這些知識或事物就會愈容易，未來就愈有可能成為此特定領域之專家。因此，在特定領域具潛在能力或性向的學生其學習速度比較快，比較擅長將習得的知識遷移轉化以應用在新情境中，展現在特定領域的學習優勢。若這些學生具備強烈的學習動機與興趣，接受適性教育後，未來在專業表現成功的機會也相對較高。

而學界將潛在能力分為「學術」與「非學術」兩種，「學術性向資賦優異」指的是前者，範圍包含學校核心學科有關的四大領域：語文、數學、社會科學及自然科學。學術性向優異的學生在能力方面與同年齡同儕相比明顯超前，知識廣、學習速度快、更能將學習結果類推遷移；在興趣與動機方面，對特定學術領域學習很有興趣，學習的持續力與堅持度很高，更願意接受挑戰。

雖然性向是潛在能力，但在鑑定評量過程中多僅能以目前的表現來估計。因此學生如果在語文、數學、社會科學或自然科學任一領域表現比同年齡同儕明顯傑出，便可能符合「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第 17 條所指「學術性向資賦優異」之學生。

二、 定義與基準

依據2024年「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第 17 條（教育部，2024），學術性向資賦優異，指在語文、數學、社會科學或自然科學等學術領域，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。依前述 17 條規定，其鑑定基準須符合以下四項條件之一：

（一）前項任一領域學術性向或成就測驗得分在平均數正二個標準差或百分等級九十七以上，並經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，及檢附專長學科學習特質與表現卓越或傑出等之具體資料。

（二）參加政府機關或學術研究機構舉辦之國際性或全國性有關學科競賽或展覽活動表現

特別優異，獲前三等獎項。

（三）參加學術研究單位長期輔導之有關學科研習活動，成就特別優異，經主辦單位推薦。

（四）獨立研究成果優異並刊載於學術性刊物，經專家學者或指導教師推薦，並檢附具體資料。

相較於前一次2013年的鑑定辦法，學術性向資優學生的定義與鑑定基準並無修正，相關專有名詞的定義說明如下：

（一）學術性向或成就測驗：指標準化之學術性向或學科成就測驗。學術性向資優生之鑑定強調是特定領域之學術性向表現，因此測驗宜配合學生的強項，選用語文、數學、社會科學或自然科學等特定領域的學術性向測驗或成就測驗，不宜採用綜合性向或成就之表現。在性向測驗方面，目前幾乎都採用教育部委託編製，並委由大學特教中心發行的性向測驗。測驗結果需達到平均數正二個標準差或百分等級九十七以上。為進行多階段評量，多數縣市會透過實作評量或能力評量等複選，檢核學生的真實能力表現作為篩選之參考。

（二）專長學科學習特質與表現：指在語文、數學、社會科學或自然科學等特定學科領域，具突出的學習特質或傑出的能力表現。在能力方面，這些學生常在特定學科領域的知識豐富、思考或推理能力突出、學習快、能舉一反三；在特質或動機方面，對特定學科領域展現高度興趣及熱忱、積極參與，在學習、研究或問題解決過程中能專注持久、全力以赴，自我要求高、願意接受挑戰、常有創新性想法或作為。學生的特質與表現可透過教師或家長觀察推薦，表一之特殊需求學生特質檢核表可用以輔助檢視數理或語文資優學生的常見特質以利篩選（郭靜姿等，2003）。

（三）國際性或全國性學科競賽或展覽活動表現優異：強調是具有高度公信力、公眾認可、經由一定篩選機制且符合傑出特殊表現的項目。其主辦單位限定為政府機關或學術研究機構，而採認之競賽如：與專長學術領域相關、世界公平競爭之國際各類科奧林匹亞競賽得金、銀、銅牌獎、國際或全國科展相關類別前三名、全國語文競賽特定項目獲前三名、全國各學科能力競賽獲前三名等。各縣市政府鑑定過程透過所組成的專家小組進行書面審查確認，亦針對參與人數等作進一步細節的規範，如：科展作品如果有共同作者，應呈現各參與學生的貢獻百分比。

（四）學術研究單位長期輔導推薦：指經遴選參加大專院校之相關系所、研究中心及公立學術研究機構（如：中央研究院）定期學術進修、研習或充實活動長達一年以上，並經該單位以正式公函具名推薦。

（五）獨立研究成果優異：獨立研究成果採認已公開發表於學術性刊物者，學術性刊物之認定由學術機構依領域專業認定。推薦申請者之專家學者或指導教師需對該學生有一年以

上之指導或接觸經驗，對該生之學術能力有深入瞭解者。檢附之具體資料則應包含刊載之期刊論文全文、專家學者或指導教師之推薦函等，

推薦函須足以佐證推薦者與申請者的關係、對申請者在能力、成就與動機等方面表現之具體說明。

表一　特殊需求學生特質檢核表

數理資優	語文資優
1. 對研究數理方面的問題有強烈的動機和興趣，願意自動花時間鑽研。	1. 詞彙能力優秀，能夠運用超乎年齡水準的字詞。
2. 常主動詢問周遭與數理有關的問題。	2. 語言表達流暢，善於描述事件、說故事等。
3. 數理領悟力強， 學習數理的速度快。	3. 經常閱讀超乎年齡水準的書籍，閱讀理解能力佳。
4. 數字概念良好，計算能力優異。	4. 對於文字的意義掌握良好，善用比喻成語典故。
5. 抽象思考能力優異，運用符號思考的能力強。	5. 語文推理能力良好， 擅長辯論演說。
6. 能運用圖形、符號等代表或簡化複雜的訊息。	6. 寫作能夠把握重點，具有高度的組織能力。
7. 能用多元方式解題，思考靈活。	7. 語文聯想能力豐富，對於文字的敏感度高。
8. 分析的能力強， 邏輯推理能力優異。	8. 文學作品風格獨特。
9. 願意嘗試超乎年齡水準的數理題目。	9. 學習語言快速。
10. 對於需要實作的項目，明顯優於同儕。	10. 參與語文競賽表現優異。
11. 看到一個理論會主動找相關文獻閱讀或思考實驗設計證明。	
12. 參與數理競賽表現優異。	

三、 鑑定程序

學術性向資賦優異學生之鑑定採多元及多階段辦理為原則。多元係指採認之標準包含標準化之測驗結果、競賽表現、獨立研究表現等項目。多階段強調鑑定經推薦審查、初選、複選、綜合研判等不同階段，透過不同的鑑定工具進行學生能力評量或特殊表現之評估判斷。

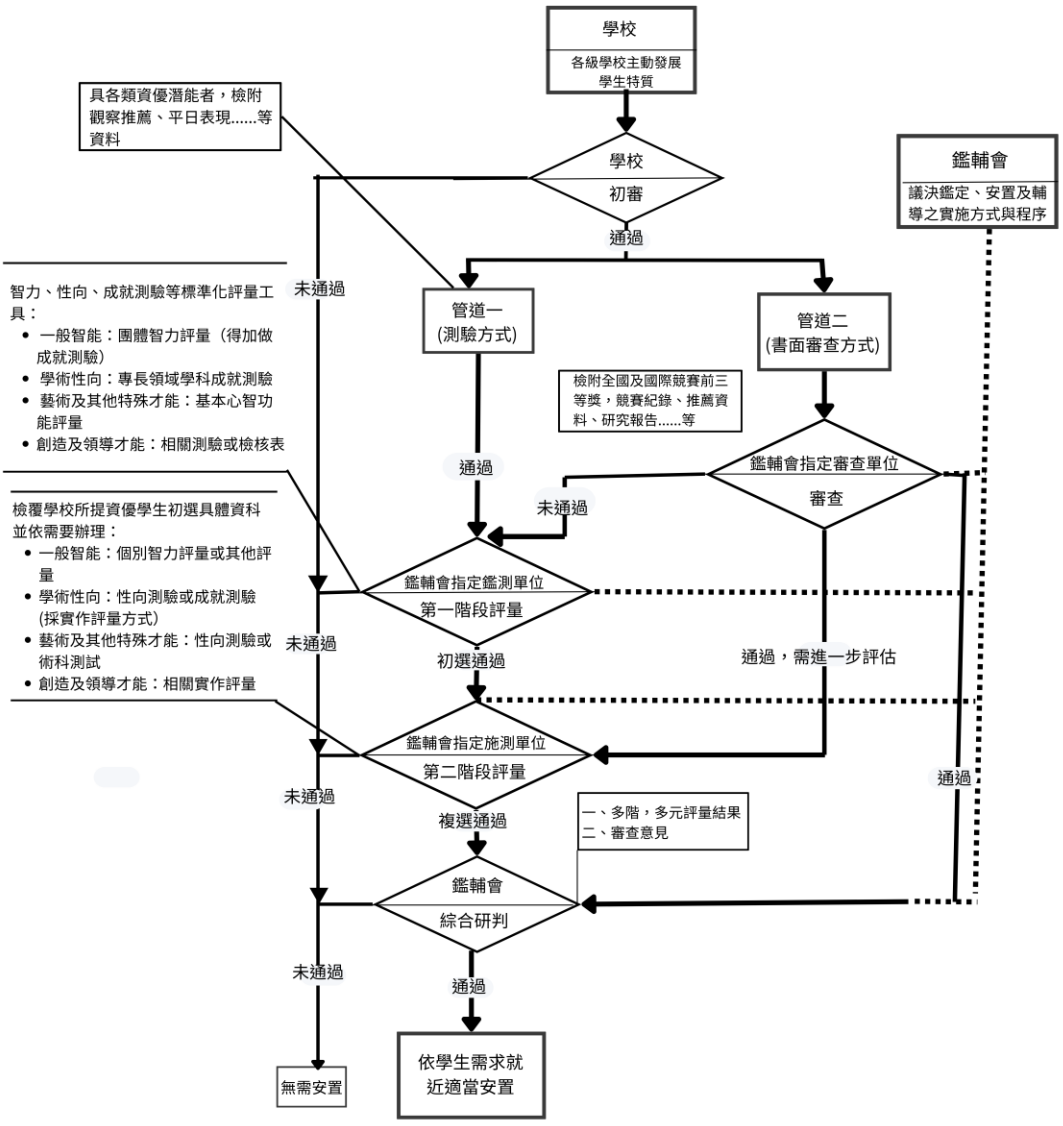
（二） 步驟

各縣市對學術性向資優學生之鑑定多於半年前公布相關鑑定計畫，以聯合鑑定方式，以「書面審查」及「測驗」兩方式或管道進行資優生鑑定。其程序可參採教育部於2006年訂定之「國民教育階段資優學生鑑定安置流程」（見圖1）「書面審查」是透過會議，審查申請者是否達到「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第十七條中第二至四款的要求，包括：參

加政府機關或學術研究機構舉辦之國際性或全國性競賽表現特別優異、參加學術研究單位長期輔導之有關學科研習活動成就特別優異、獨立研究成果優異並刊載於學術性刊物。「測驗」則是透過多元、多階段的測驗評量，認定申請者是否達到「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第十七條中第一款的要求，即學術性向或成就測驗得分在平均數正二個標準差或百分等級九十七以上，除標準化評量工具之篩選，多數縣市會由專家學者與有學科專長之教師組成實作評量設計小組，進行實驗操作、多元解題、寫作等能了解學生多元且真實能力的評量作為複選，進行多元、多階段評量。

此外，為協助一般智能資優學生的學術性向與適性教育得以銜接，近年亦有縣市提出第三種管道「轉銜評估」方式，讓國小資優學生透過數理或語文學術性向測驗的施測，確認其有學術性向與專長發展，複選透過國小階段之學習歷程檔案所呈現之具體表現，作為資優鑑定的評估方式，可供參考。

圖1 國民教育階段資優學生鑑定安置流程



整個鑑定流程，先由各該主管教育機關委託學校組成鑑定小組，依相關規定遴選人員擔任，在教育局(處)層級，通常包括資優教育及領域學者專家、教育局(處)代表、學校行政及教師、家長代表等；學校層級則包含校長、處室行政人員、資優班教師、普通班教師、家長代表。從籌備擬訂計畫、受理申請鑑定、實質評量、綜合研判與結果公布，教育局(處)及學校端均須召集會議決議相關事宜。

在籌備階段，學校需擬具鑑定計畫，內容包含依據、目的、重要期程、評量方式、通過標準、成績複查等內容，並經教育局(處)核定公布，並加以宣導或說明。進入實質評量階段，則依不同方式或管道依程序進行鑑定，細部流程如圖1，包含：籌備宣導、報名、資格審查、評估安置、通報鑑核安置等階段，各階段又有教育局(處)與學校需完成的事項。

至於雙重特殊需求學生的鑑定流程可參考「一般智能資優鑑定辦法說明」中，教育部國民及學前教育署2020年11月30日召開之「身心障礙資賦優異雙重殊異學生鑑定與輔導之模式建構計畫」暨「各教育階段資優學生追蹤輔導機制第2期計畫」縣市聯席諮詢會議紀錄之鑑定流程辦理之。

（三） 評量方式

1. 學生特質與表現之觀察

學校宜廣泛網羅可能的學術性向優異學生，其來源包括導師及相關教師推薦、鑑定小組主動發掘在各項展覽、競賽、測驗或活動表現優異的學生、蒐集學生在前一學程表現優異的資料(如：學生現就讀國中，但其在小學階段曾獲科展優秀成績)、請家長或前一學程教師推薦等。

關鍵人士的觀察資料，是報名階段需檢附的資料。觀察者可採用特質檢核表先進行結構化的表述，再補充其他觀察資料。郭靜姿等學者（2003）發展之資優生特質檢核表可作為家長或教師觀察之用（如表1）。

2. 文件與資料審查

在學術性向優異學生鑑定的四項標準中，參加國際性或全國性學科競賽或展覽的表現、參加學術研究單位長期輔導表現優秀獲主辦單位推薦、獨立研究成果優異刊載於學術性刊物獲專家學者或指導教授推薦等三項標準申請者都會提出得獎資料、相關文件或推薦函，這是「書面審查」管道必須檢附的資料。

對得獎項目的審查，需認定相關獲獎或推薦時間，建議以近三年得獎者為限。由於國際性與全國性競賽與活動種類繁多，審查過程中可能會遇到很難判定是否符合資格的案例，因此需由對該學術領域精熟的專家參與指導，也可請申請者提出該項比賽的相關資料。如果得獎科展有其他共同作者，則應提具分工表，詳述每個人的工作及貢獻度，並需由所有作

者簽署同意，建議貢獻度以超過50%以上為宜。

申請者若有獨立研究刊登於學術性期刊，需提出期刊論文全文，建議以三年內發表者為限。至於刊載的刊物是否屬於「學術性刊物」，宜由該領域的專家依領域內對學術性的共識認定。

有些資優認定標準除學生表現之具體資料外，尚須檢附推薦函，主辦單位可對推薦函的內容加以規範或建議。推薦函內容可包括：推薦者服務單位及職稱、推薦者與申請者的關係、如何認識與認識的時間長度、推薦者對申請者的學術表現的具體敘述與佐證、推薦者對申請者的學術能力、動機與情意態度等方面的評述。

3. 實施標準化測驗或實作評量

標準化測驗包含性向測驗與成就測驗。學術性向測驗多由教育部委託學者編製並託印保管於大學特教中心，僅限定於資優生鑑定時使用。臺灣師大特殊教育中心有幾項語文性向測驗、數學性向測驗、自然科學性向測驗，可供學校借用於學術性向資優生鑑定評量之用。在成就測驗方面，建有全國常模的標準化測驗極少，過去有些縣市在每年辦理學術性向優異學生鑑定前，會委託學者或結合各校專長教師發展，但這些測驗發展的時間很短，常不及建立常模與信效度資料，因此雖可作為學生人數過多時的篩檢，但不適用於學生資格認定。

實作評量通常用於複選階段，這類測驗的結構性較弱，學生在作答過程中需自行建構答案，可用於評量學生較高層次的思考與較複雜的知識。實作評量可由領域專家與教師共同發展，編製時除考量題目本身的有效性外，也需考量計分的層次與結構。目前實作評量工具多由教育局每年委託專家指導學校教師共同研發。

（三） 推薦、審查與評量者條件

1. 推薦者：視鑑定基準項目的不同，對推薦者的身份要求有差異，如果學生在某領域性向或成就測驗得分達要求標準，則學習觀察與表現的推薦者可以是專家學者、指導教師或家長；如果是學術研究單位長期輔導推薦，則需由該單位行文推薦；如果是獨立研究成果優異，則需由專家學者或指導教師推薦。無論學術研究單位、專家學者或指導教師，均需對學生有一年以上的指導時間，才能提出推薦。

2. 審查者：需是對該類學術領域瞭解深入的資深教師及學者專家，曾參與該類活動之評審工作者尤佳。

3. 測驗主試者：需接受過測驗主試訓練，能充分掌握測驗實施原則。

四、教育需求評估

依照「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第24條第二及第三項：資賦優異學生之教育需求評估，應包括認知或情意特質、社會適應、性向、專長領域（科目）學習等，且依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。

透過鑑定，除由學生的特質檢核表可知學生在學術性向相關之認知或情意特質，並透過性向測驗結果亦可了解學生的學術性向潛能，進而評估其優弱勢能力。另縣市因不同的安置措施，無論是分散式資優資源班或資優教育方案，通過鑑定之學生則可根據縣市鑑定簡章或計畫之規定，安置在所屬的班級。校內在為新生擬定個別輔導計畫時，亦會將鑑定結果註記其中，以供後續特教需求評估之參考。

五、綜合研判

綜合研判是由跨領域的專業團隊進行，成員包含學科專家、資優教育專家、教育局代表、學校代表、家長代表。會議中需檢核資料的正確性，再綜合考量學生的各項資料。通常申請「書面審查」管道的學生已經在之前的會議審查過，因此鑑定流程最後的「綜合研判」常是研判接受「測驗」管道評量學生的各項資料。

在研判時，需先認定學生是否達到特殊教育法對學術性向資優的認定標準，如果有安置於資源班或資優班的需求，則常另又涉及該選擇哪些學生入班。為避免爭議，委員會在學校鑑定簡章中可先討論並清楚的列出幾項測驗分數的比重、同分比序的原則，在最後綜合研判就可有研判規則可依循。

對於特殊群體資優學生的綜合研判時需考量學生鑑定或評量過程可能對學生的不利影響，在決定截斷標準時，需參考鑑定辦法，進行相關的調整。

六、案例

◎案例一

（一） 學生基本資料

姓名：王○○

性別：男

就讀學校：○○國民中學數理資優班國中三年級，目前已考進○○高中，預計申請學 校數理資優班

健康狀況：很少生病，無嚴重疾病就醫記錄興趣：閱讀、玩電腦、運動等

（二） 家庭背景

父親大學畢業，從商。

母親大學畢業，家庭主婦。

在家排行老么，上有一兄，就讀大學。

（三） 具體優秀表現

1. 國一參加全市科展獲數學科第一名、全國科展數學科第三名。

2. 國二時參加縣市獨立研究競賽獲優等。

3. 在校成績優異，名列前茅。

（四） 教師觀察

王生在國一擔任班長，除班長例行性工作認真負責外，擅長協調處理來自各班菁英的人際關係，使同學相處和諧。王生除讀書、活動能與同學打成一片外，也是許多科任教師（國文、英文、理化）心目中的得意門生。根據導師（擔任王生導師兩年、任教數學科）的觀察，王生是一位班上傑出的資優學生，各科均佳，在理科表現尤其突出。

（五） 綜合研判與建議

由於王生在三年內獲得教育部舉辦全國科展數學科第三名，符合「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第17條第二款所指的「學術性向資賦優異學生」之規定，因此王生在「書面審查」即獲通過學術性向優異學生之認定，無須接受進一步測驗評量。

由於王生除理科表現特別突出外，各科成績表現也相當優秀；由其擔任班長的表現、與同學相處的表現，也顯示他是一位性格穩定成熟、各方面均同步優秀的學生，除建議學校針對其突出領域提供挑戰性學習機會外，也可讓學生及家長知悉資優教育的各項措施，包括加速式資優教育方案，讓學生可及早進行學習與生涯規劃。

◎案例二

（一） 學生基本資料

姓名：謝○○

性別：女

就讀學校：○○國民中學，七年級，預計申請國中語文資優鑑定（採入學後鑑定，七上提出申請）

健康狀況：容易過敏，但無其他重大疾病。興趣：閱讀

（二） 家庭背景

父親大學畢業，擔任藥劑師。母親大學畢業，擔任教師。

在家排行老么，上有一兄，就讀國中九年級。

（三） 具體優秀表現

謝生自小喜愛文學，空閒時常以閱讀為樂。小學中年級起即經常代表班上參加國語文五項競賽，成績表現優異。五年級時，曾得校內作文第一、演說第一、字音第一、書法第二。六年級代表參加台北市西區國小作文比賽得到第二名，更經常參加各項作文比賽，得到獎狀、獎金不計其數。課餘喜歡閱讀、投稿，作品經常被刊登在國語日報上。

謝生並將自己最近三年的作品分類(主要是散文及新詩）集結成集，其中可看出謝生每月平均約有兩篇佳作，每年在正式發行之報章刊物發表之作品也有五篇以上。

（四） 觀察資料

經由謝生國小五六年級導師(對謝生約有兩年的任教經驗)的觀察，發現謝生在國語文方面，尤其是寫作，有出眾的能力。更難得的是學習興趣濃厚，願意做多方面的寫作嘗試，由謝生經常性的投稿，也可看出他對自己的鞭策與要求，導師認為謝生是不可多得的文學人才。謝生家長為學生申請國語文資優生鑑定。

（五） 綜合研判與建議

鑑定會議中，委員雖肯定謝生的文學常識豐富，閱讀的文學書籍刊物超出同齡同學水準，作品常有獨到的見解，無論在能力與態度方面，表現俱佳。但謝生在三年內獲得多項獎項，屬於校內或地區性獎項，未符合「國際性」與「全國性」的競賽條件。

雖然謝生有整理成冊的作品集，可看出他三年來在文學方面的創作及努力，此作品集雖可視為獨立研究成果，但因並不符合「獨立研究成果優異並刊載於學術性刊物」的要求，因此在「書面審查」管道，駁回謝生的申請。建議謝生可另循「測驗」管道，繼續申請鑑定，並尋求接受語文類學術性向資優教育服務的機會。

七、參考文獻

郭靜姿、胡純、吳淑敏、蔡明富及蘇芳柳（2003）。**特殊需求學生特質檢核表**。國立臺灣師範大學特殊教育中心。

教育部（2024年04月29日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

教育部（2023年06月21日）。 特殊教育法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080027&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e6%b3%95

藝術才能資賦優異鑑定說明

一、 前言

藝術才能資優學生的發掘與鑑定出現於1997年的特殊教育法，將其由其他特殊才能資優學生中單獨出一項，顯見對藝術才能資優學生教育的關注。相比於智力或性向，學界將藝術方面的發展以才能發展(talent development)界定之，擴展資優的概念。以 Gagné(2004)所提出的資優才能區分模式即說明：天賦的能力必須經由個人因素、環境因素、發展過程與機會，發展為才能，其中，對於藝術才能資優的學生除了個人與環境因素，透過特定領域能力的培養與投入、練習，是卓越表現的必經之路。

有關藝術才能資優學生的鑑出，過往幾乎超過資優學生的半數，以特殊教育通報網97學年度國中小資優學生的人數統計，藝術才能資優學生佔國中小資優學生的58%，高中亦佔46%，然隨民國98年特殊教育法之規定，要求國民教育階段之資優學生的安置型態僅能採分散式資源班、特殊教育方案與巡迴輔導三種類型，而無法集中編班，因此多數的藝術才能資優班則依據藝術教育法，轉型為藝術才能班，使得國中小藝術才能資優學生的人數大幅下降，以2023學年度的統計為例，僅佔資優學生人數的2%，高中階段則尚有44%。目前，設立之藝術才能資優班包含音樂、美術與舞蹈三類，戲劇類則未設置。

二、定義與基準

依據2024年「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第18條：「本法第四條第三款所稱藝術才能資賦優異，指在音樂、美術、舞蹈或戲劇等藝術方面，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。」前項所定藝術才能資賦優異，其鑑定基準依下列各款規定之一：

（一）任一領域藝術性向測驗得分在平均數正二個標準差或百分等級九十七以上，或專長領域能力評量表現優異，並經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，及檢附藝術學習表現卓越或傑出等之具體資料。

（二） 參加政府機關或學術研究機構舉辦之國際性或全國性各該類科競賽表現特別優異， 獲前三等獎項。

相較於2013年的鑑定辦法，除將原先界定所提之「視覺或表演藝術」清楚地界定為美術、音樂、舞蹈、戲劇等項目，亦將「術科測驗」表現優異修正為「專長領域能力評量」表現優異，避免將藝術定義為「術科」，並以能力評量說明藝術領域之鑑定項目。

而針對藝術才能相關的定義與基準之說明如下：

（一）音樂、美術、舞蹈、戲劇等藝術方面：

1. 音樂：是指對於音樂形式的分辨、轉變、及表現的認知能力，包括對於樂曲之韻律、音調、音色的敏感等。

2. 美術：是指對視覺環境的體認能力，以及根據此認知能力而變化的能力，包括對色彩、線條、形式，和空間關係的敏感性等。

3. 舞蹈及戲劇：這種能力是以身體的各部份去表達概念和感情，包括肌肉動作及表情的調整、平衡、韌度、強度、速度、靈巧度、表現情形及情感的表達等。

（二）藝術性向測驗：

本項是指美術、音樂、舞蹈、戲劇等性向測驗稱之，性向測驗之得分需在平均數正2個標準差或百分等級97以上。

（三）專長領域能力評量：

本項是指美術、音樂、舞蹈、戲劇等專長項目之能力評量。該項評量內涵與標準需由參與評量之人員共同討論決定之。其中，美術、音樂、舞蹈三類現行評量之項目可參考鑑定程序中評量方式的說明。

（四）國際性或全國性各該類科競賽表現特別優異：

係指國際性、全國性或臺灣區的音樂、美術、舞蹈、戲劇之各類競賽活動獲前三等獎項者，並需檢附各項證明文件、得獎獎狀、獎牌、獎項等。

三、 鑑定程序

藝術才能資優鑑定採書面審查與測驗方式兩種管道鑑定。學生本人或家長認為學生在某項藝術才能方面具有潛能或優異表現，或由專家學者、指導教師經長期的觀察後，發現學生在藝術方面的學習表現優異或具有卓越潛能，皆可連同報名需繳交之文件，主動提出申請。

（一）藝術才能特質

鑑定時需繳交的資料除報名表及相關證明文件，須包含藝術才能資優鑑定觀察推薦表，其中音樂、美術、舞蹈三類資優之觀察推薦項目，除戲劇才能特質尚待發展，茲參考吳舜文等（2024）編印之藝術才能特質及說明（如表1），包含以下各項：

表1　藝術才能特質及說明

音樂才能特質		
序號	**特質**	**說明**
MU 02	具有優異的曲調聽辨能力	對有組織的音調高低或聲音長短變化，聽覺敏銳。
MU 03	具有優異的音色聽辨能力	對不同聲音來源、樂器性質，聽覺敏銳。
MU 04	具有優異的音調記憶能力	能運用聽覺，記憶先後或多次固定播放之聲音類型，如：準確的模仿唱奏等。
MU 05	具有歌唱能力	對聲音具有高度之掌握能力，能準確唱出。
MU 06	具有優異的多聲部音樂處理能力	對二聲部以上之音調組織，能加以察覺、模仿或唱奏。
MU 07	具有優異的音樂表情處理能力	曲調或節奏進行時，對其速度、力度及表情之良好掌握。
MU 08	具有音樂即興能力	對節奏、曲調、和聲等音樂語言及元素之掌握，能發揮想像力將之聯結與創新，做流暢與原創之即席表現。
MU 09	具有優異的音樂演奏能力	對樂器之掌控，表現良好，能精準再現與深入詮釋。
MU 10	對音樂學習具有極佳的專注力	相較不同學科或領域之學習表現，對音樂相關課程之學習極為投注，並具強烈探索意願。
MU 11	對所欣賞的樂曲具有優異的批判能力	對音樂具有獨特與縝密之思考，周詳深入之判斷與評價能力，對各項音樂鑑賞觀點能提出質疑與反思。
MU 12	善於擷取各類音樂作品優點並應用於個人創作或演出	能於聆賞音樂作品時，提出個人感受並指出優缺點，並能隨不同需要，轉化他人特色，運用於自己作品或演出。
MU 13	能運用想像力對音樂及藝術相關事物產生聯結	能發揮豐富想像力，將音樂及其他藝術相關事物，加以聯結並觸類旁通，省思音樂與其他藝術領域之關聯性。
MU 14	具有優異的音樂發展潛能	在實作過程中，對音樂的接觸與學習，其整體表現，具有較一般學生學習快速的傾向。
MU 15	在音樂相關展演或競賽具有優異的表現	包含家庭、學校、社區等公開性之音樂相關展演或競賽，具有優良及特殊表現者。
MU 16	能積極參與各項音樂活動的規劃工作	意指能主動參與家庭、學校、社區等各層面之音樂活動，包含規劃、製作、演出…等不同層級之角色投入。
MU 17	能有效運用各項資源充實音樂的學習	能針對各式各樣與音樂相關之資料蒐集、網路資訊、社區資源等，具備彙整與運用之能力。
MU 18	能鍥而不捨地針對某一音樂課題投入研究	對於音樂學習具有相當的領悟力、解決問題的毅力與鍥而不捨的精神；尤其，著重對音樂的研究或展演擇善固執的態度。
MU 19	具有挑戰傳統與前衛音樂藝術的特質	樂於嘗試與探索不同之音樂素材、主題、概念與技巧，作品或演出內容富有創新思維。
MU 20	能將音樂廣泛運用於生活之中	熟悉生活週遭音樂相關訊息，能以音樂豐富生活情境。
美術才能特質		
序號	**特質**	**說明**
AU 01	具有優異的視覺記憶能力	能從廣泛視覺印象中輕易地憶起某一畫面，猶如照相機一般，對觀察、回憶視覺印象中的細節及整體結構有優異的表達能力。

AU 02	具有優異的視覺聯想能力	能依據簡要的圖樣聯想出許多的不同物像，或同一題材可表現出許多不同內容的作品。
AU 03	具有優異的即興作畫能力	能即興創作，並善用媒材展現豐富的想像力與創作意念。
AU 04	具備優異的構圖與空間表現能力	具備優秀之構圖與平衡配置能力，畫面所呈現之空間處理效果，如物體重疊、透視、遠近感覺等，對空間與方向之掌握能力，均較同齡者表現深刻。
AU 05	具有優異的藝術造形與結構安排能力	不論是平面繪畫和立體造形均能組構成具有平衡之關係，取得多元和諧之美感；畫面具整體結構性，同時又能細膩地處理細節。
AU 06	具有優異的手做能力	能靈活的嘗試、試驗與操作各式不同創作媒材與工具，展現高度技巧進而表現藝術的多元面向。
AU 07	具有優異的模仿與再現視覺化事物之能力	善於辨識他人或藝術家之作品以及觀察日常事物，進而描繪再現並能表達自己獨特風格之能力。
AU 08	對藝術品之鑑賞具有優異的批判能力	對視覺藝術及相關藝術具有獨特與縝密之思考，周詳深入判斷與評價能力，對各項鑑賞觀點能提出見解與反思。
AU 09	具有豐富敏銳之色彩感受及應用能力	對日常生活色彩之應用感受敏銳，能以各種方式表達；對藝術作品的色相、明度、彩度、統一、漸層、對比等特性之應用，表現傑出。
AU 10	藝術表現形式與風格富於多變性	善於運用色彩、肌理等造形元素，並結合多元的藝術媒介，進而創作出獨特的藝術風格與內容之作品。
AU 11	善於以多元的藝術表現手法傳遞個人思維	在各種藝術表現形式與空間、環境的關係中，善於以平面、立體、數位科技等藝術媒介表現個人獨特思維之作品。
AU 12	善用周遭環境資源充實視覺或空間感知的學習	能善用網路、社區及環境等各式資源，進行藝術創作展現獨特的視覺與空間感知能力。
AU 13	對於創作過程所面臨之困難具有高度容忍力	在藝術創作過程中深具耐心和毅力，能貫徹始終，並以獨立構思及多類型觀點處理創作中所遭遇的困境。
AU 14	能於創作過程中維持高度之專注	在藝術創作或觀察藝術品過程中，能持續表現出高度之專注力。
AU 15	善於擷取各類藝術品優點並應用於個人創作	能於觀賞作品時常提出個人感受並進行創作反思，並能隨不同需要，轉化他人特色，創造屬於自己之新符號。
AU 16	具有省察傳統與前衛藝術之特質	樂於嘗試探索不同的媒材、工具、技巧與觀念，進行傳統及前衛的創作表現手法，作品內容常能反應多元社會現況或趨勢。

舞蹈才能特質

序號	特質	說明
DU 01	具有勻稱的身體發展	軀體勻稱、脊椎挺直，在舞蹈運作過程中表現靈活，且具協調性、平衡感。
DU 02	具有優異的舞蹈體適能表現	包含如心肺耐力、肌耐力、柔軟度、彈性、敏捷性、爆發力、協調性、平衡等。
DU 03	具有優異的各種基本動作能力	包含流動/位移動作，如走、跑、跳、躍、滾、爬、翻等；以及穩定性技能原地動作，如延伸、扭轉、擺盪、下墜、旋轉等。
DU 04	具有優異的組合和變化身體動作能力	善於變化、運用個別或組合之身體動作，能掌握其動作中的各種變化要素的應用，如：時間、空間、力量和移

		動的運用，並且明顯表現出其流暢性。
DU 05	具有優異的動作記憶能力	對動作流程有高度的記憶能力，並且能正確且流暢的做出舞蹈動作。
DU 06	具有優異的身體覺察能力	肢體運作在空間知覺的感應能力、身體動作質感的辨別與詮釋，以及肢體情感表達能力。
DU 07	具備即興之創造能力	透過指令或課題設計，能以動作適切表現出來；進行即興或創作活動時，表現流暢，具有特色和創造力。
DU 08	具有優異的身體律動及音樂性/感知力	能以各種方式表達對聲響之反應，能配合音樂的節奏、拍子等順暢的串聯，並具流暢性與表現力。
DU 09	善於模仿他人動作且具良好的表演能力	日常活動或與人交談中，常伴隨豐富的肢體動作且表情生動活潑；能夠明確、快速的模仿他人動作並善於表現和表演。
DU 10	對舞蹈學習意願高且注意力集中	學習舞蹈極為專注，勇於挑戰有難度之動作技巧，對課程具高度學習興趣與探索意願。
DU 11	喜歡身體創造性活動且常有獨特性或創意性之見解表現	樂於參加課程中創造性活動，且能主動提出見解，並能積極應用組合動作表現創意。
DU 12	喜歡參與團體性的舞蹈學習並能與他人合作	進行群舞或分組排練及舞蹈創作活動，能積極學習，接納他人意見與人合作。
DU 13	喜歡欣賞他人作品且能提出個人見解	對各類別或舞蹈創作作品皆樂於欣賞，且能清晰地應用文字或口語表達想法和見解。
DU 14	善於運用各種資源協助舞蹈學習	有能力蒐集與整合各種資料來協助舞蹈的學習；善於應用各種不同的資源，有效益地應用在舞蹈學習與表演上。
DU 15	善於運用各領域/科目並與舞蹈結合	能積極探索各領域/科目與舞蹈特質融合，並能運用在舞蹈學習和表演中增加表現力。
DU 16	具有投入舞蹈專題研究之精神	具有極高之意志力、毅力，並有信心接受學術科進階學習，能鍥而不捨，研究、追求與解決相關課題。
DU 17	善於接納不同形式、派別的舞蹈並能鑑賞	能夠運用不同的角度看待不同形式（類型）或不同派別的作品； 能以同理心做不同形式的舞蹈欣賞和批判。

(二)有關書面審查與測驗方式兩管道說明如下：

1. 書面審查方式：學生具國際性或全國性藝術相關競賽獲獎資料，如：國際性、全國性或臺灣區的音樂、美術、舞蹈、戲劇之各類競賽活動獲前三等獎項等，其所附資料經鑑定審查小組邀請相關專家學者及具豐富經驗之教師等相關專業人員透過審慎仔細研讀評估與查核，通過者不須參加評量。然若仍有疑義，如學生獲獎距今已超過三年，對於頒獎單位或推薦者有所質疑等情況，則不予通過，建議學生改以測驗方式進行鑑定。

2. 評量方式：以藝術性向測驗及(或)專長領域能力評量，並可考慮加入創造力測驗及面試，上述各項評量可由各縣市政府教育局鑑定評估小組成員或各承辦學校施測。說明如下：

(1) 藝術性向測驗：包括音樂、美術、舞蹈、戲劇之相關性向測驗。實施標準化測驗或量表之評估人員需接受過該項測驗之主試者講習或訓練，並曾受督導者。

(2) 專長領域能力評量：鑑定小組應依據學生所申請之項目聘請相關專業人員(專家、學者、教

師及行政人員等)組成專長領域能力評量小組，進行命題及評分等工作。以下即分項說明之：

a.音樂專長領域能力評量：可包括專長樂器及音樂基本能力如視唱、聽寫、樂理等。

b.美術專長領域能力評量：可包括各類技法如素描、水彩、水墨、油畫、雕塑、創意表現、設計、立體造型、多媒體創作、以及創意表現、審美知能等。

c.舞蹈專長領域能力評量：可包括即興創作、舞蹈基本動作如芭蕾舞、現代舞、中華民族舞、基本能力等。

d.戲劇專長領域能力評量：可包括各類戲劇自選演出、即興創作等。

(3) 創造力測驗：係指標準化的創造力測驗，如威廉斯創造力測驗、托倫斯創造力測驗等。

(4) 面試：由上述之專長領域能力評量小組成員與學生進行面試，以瞭解學生的學習背景、學習動機、學習態度、學習資源以及家長態度等。

最後，依據申請人所提出之申請表格進行逐項審查後做綜合研判，並由各縣市鑑輔會召開複選或甄別會議決定入選名單。通過之學生，學校可依學生之特質與需要，給予學生適當的安置及輔導計畫。

（三）高中專長領域評量(術科測驗)補充說明

依據相關規定與時程參加應試。過往採術科測驗，為統一相關作業，其計分採百分制，各科以100分為滿分計算。各科目原始成績，係以各測驗科目評審平均分數取至小數點第2位，第3位(含)以下四捨五入計算並登載。各科目加權成績，係以登載之原始成績依簡章加權採計方式計算。一般生及特殊身分考生鑑定標準均採用原始分數。分發時特殊身分考生才會依規定加分。

近年參與鑑定的特殊考生增加，無論是身心障礙、文化殊異或社經地位不利之考生，其中，依照2024年公布之身心障礙學生升學輔導辦法第3條：身心障礙學生參加高級中等學校或專科學校五年制新生入學，依下列規定辦理；其入學各校之名額採外加方式辦理，不占各級主管機關原核定各校（系、科）招生名額：

(1) 參加免試入學者，其超額比序總積分加百分之二十五計算。

(2) 參加特色招生入學者，依其採計成績，以加總分百分之二十五計算。

前項第一款總積分經加分優待後進行比序，第二款經加分優待後分數應達錄取標準。

然各校訂有總分門檻，可能對學生填寫志願造成限制，因此，委員會對於特殊身分考生除提供考試服務，多考量測驗可能對其的不利因素，會另訂合理之總分門檻。

四、教育需求評估

依照「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第24條第二及第三項：資賦優異學生之教育需求評估，應包括認知或情意特質、社會適應、性向、專長領域（科目）學習等，且依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。

透過藝術才能資優鑑定，除由學生的特質檢核表可知學生在藝術才能相關之特質，透過學生所提供之各項競賽表現等相關資料，亦可掌握學生現行的多元才能傑出表現。至於性向測驗與專長領域能力評量(或術科測驗)結果亦可了解學生藝術相關的潛能或能力，進而評估其優弱勢能力。

另縣市因不同的安置措施，無論是高中的集中式藝術才能資優班、國中小的分散式資優資源班或資優教育方案，通過鑑定之學生則可根據縣市鑑定簡章或計畫之規定，安置在所屬的班級。校內在為新生擬定個別輔導計畫時，亦會將鑑定結果註記其中，以供後續特教需求評估之參考。

五、綜合研判

審查小組應依據學生之各項表現，包括藝術性向測驗及專長領域能力評量之結果，以及具代表性之競賽獎項等，進行綜合性評估，綜合研判的過程尤應注意多元資料之檢核與統整。並在綜合研判報告中針對學生的特質及教育需求提供學生適當的安置及輔導計畫。

六、案例

（一）學生基本資料

姓名：楊○○

性別：男

出生日期：民國○○年○月○日

就讀學校及年級：高雄市立○○國中，國中七年級。

（二）家庭背景：父親為老師，大學畢業；母親為家庭主婦，五專畢業；妹妹就讀於國小三年級

（三）藝術才能學習經歷與各階段之具體表現：

楊生自小即喜愛繪畫，國小時期曾多次代表學校參加校外各項美術比賽，並獲得優異的成績：四年級時榮獲高雄市國小中年級組水彩比賽第二名，五年級獲得臺灣區國小高年

級組水彩比賽第三名。在課餘時間或假日，楊生很喜歡到郊外寫生，並將自己自小以來的水彩作品彙集成五大冊，共有一百多張圖畫。(註：檢附比賽獎狀兩張及楊生畫冊五本)

（四）推薦人之推薦原因及對於學生特殊教育需求之建議：

本人為楊生國小四年級至六年級的美術老師，經由長期對於楊生的觀察，發現到他在美術方面，尤其是水彩上的表現相當傑出，且學習興趣濃厚，是不可多得的人才，曾多次獲得校內、外的美術比賽獎項。希望該生能進入國中美術班繼續美術方面的學習，以發揮其所長。

（五）綜合評述及建議：

楊生在美術方面的表現的確非常優秀，質、量表現均佳，獲全國性美術類科競賽第三名，符合基準二，並能在課內及課餘時間持續進行美術方面的學習活動，學習動機頗強烈，並通過國中美術班甄試；希望學校能有水彩方面專長的教師給予楊生長期的輔導，以繼續發揮其美術長才。

七、參考文獻

吳舜文、陳曉嫻、高震峰、吳義芳、李威廷（2024）。**縣市端與學校端實施具藝術才能學生多元多階鑑定之指引手冊**。國立臺灣師範大學。

教育部（2024年04月29日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

Gagné, F. (2004). Transforming gifts into talents: The DMGT as a developmental theory. High Ability Studies,15(2),119-147. https://doi.org/10.1080/1359813042000314682.

創造能力資賦優異鑑定說明

一、前言

創造能力是人類特有的稟賦，從平日觀察中，即可發現生活就充滿著創意：周遭親朋好友之間，不時會有出人意表的言行舉止，雖稱不上所謂創造、發明，卻可解決當時所面對的問題或尷尬的情境，他們不一定是什麼科學家、藝術家、或擁有什麼發明專利，這種表現卻是智慧的火花；再由廣告世界五花八門的景觀中，處處皆有初看頗為突兀、會意之後卻讓人驚嘆的新點子，更顯示這個世界有無窮的機會，讓人類的智慧可以不斷的創新、創造。事實上，許多心理學家即認為人的潛能無限，人人都有創造的潛能，只是在成長過程中被後天環境所限制或斲喪，以致逐漸失去創造的動力，如果能揚棄環境或自我所設的限制，那麼人類的發展更是無止境。

創造一詞常與發明、發現並存，其間有甚多重疊之處，似不必特意加以區隔，故「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」將「創造能力資賦優異」綜合定義為：「運用心智能力產生創新及建設性之作品、發明、或問題解決者」，含括已有傑出表現與未來可能的發展潛能，對於正在發展中的中小學生、甚至幼兒園兒童而言，更重要的應在培養其對創造發明有正確的態度與解決問題的方法，並適時提供發展、發揮的空間。而鑑定具有創造能力或創造潛能的學生，主要目的即在提供其接受特殊教育的機會，使其創造潛能得於適切的教育措施協助下獲得適切的發展。

二、定義與基準

依「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第19條：「本法第四條第四款所稱創造能力資賦優異，指運用心智能力產生創新及建設性之作品、發明或解決問題，具有卓越潛能或傑出表現者。

前項所定創造能力資賦優異，其鑑定基準依下列各款規定之一：

一、創造能力測驗或創造性特質量表得分在平均數正2個標準差或百分等級97以上，並經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，及檢附創造才能特質與表現卓越或 傑出等之具體資料。

二、參加政府機關或學術研究機構舉辦之國際性或全國性創造發明競賽表現特別優異，獲前三等獎項。」

在創造能力資賦優異的鑑定基準中，有些重要名詞說明如下：

（一）創造力測驗：指經國人編製或修定之標準化創造力測驗，用以了解學生思考的流暢性、變通性、獨創性、精進性，以及冒險性、挑戰性、好奇心、與想像力等層面的特性或潛能。

（二）創造性特質量表：指經國人編製或修定之標準化創造**特質量表**，用以了解學生創造之態度與傾向，如好奇、冒險、特異獨立、彈性開放、求新求變、熱忱投
入等創造傾向。

（三）競賽：指以創造或發明為主題之各種競賽活動，如全國發明展、國際發明展等。

（四）創造才能特質與表現：指學生平日作息或學習活動中所展現之特質具創造潛能者，觀察重點包括其思路的流暢性、變通性、獨創性、縝密性， 以及好奇、冒險、特異獨立、彈性開放、求新求變、熱誠投入等特質。觀察範圍可包括學生之作品、課內或課外活動之行為表現特徵、參與校內外比賽之表現、以及其他檔案記錄資料等。

三、鑑定程序

（一）步驟

1. 教師、家長或學生本人經長期觀察，發現學生具有創造潛能，並符合本項條款所訂定之標準者，得向學校或教育行政主管單位提出申請。申請(推薦)表內容可包括具體事實及相關證明文件、學習歷程各階段表現、教師對其接受特殊教育之建議等。

2. 學校或教育行政主管單位受理申請後，應會報鑑輔會聘請相關專業人員組成審查小組，依據學生情況，分別進行評量或資料審查。

3. 審查小組綜合各項評量結果或相關資料，進行研判。

（二）評量方式

1. 審查小組選定適當之創造力測驗或量表，依該項工具之施測程序安排學生進行評量工作。目前可供使用之評量工具包括陶倫斯創造思考測驗(圖形、語文)、新編創造思考測驗(圖形、語文)」、科技創造力評量、幼兒創造力測驗、行動和動作創造思考測驗、威廉斯創造力測驗(創造性思考活動、創造性傾向量表)等。

2. 依鑑定基準二申請者，得免除上述之評量，改以資料審查方式處理，但必要時亦得以面試或實地觀察等方法進行審核。

（三）鑑定評估人員

1. 採用標準化測驗或量表進行評量者，評量人員應曾修習創造力相關課程二學分以上、並曾實際操作運用相關評量工具者；或參加資優與創造能力專業研習36小時以上，同時接受創造能力評量工具講習者。評量人員均應有使用該評量工具並接受督導經驗。

2. 依鑑定基準二申請者，審查人員應對該類競賽有相當了解、並曾參與該類競賽之評審工作，審查小組亦得事先諮詢相關專業人士，或邀請列席指導。

四、教育需求評估

依照「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第24條第二及第三項規定：「資賦優異學生之教育需求評估，應包括認知或情意特質、社會適應、性向、專長領域（科目）學習等。教育需求評估應依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。」因此，創造能力資賦優異的鑑定，要評估學生的優弱勢能力以及服務的建議。

五、綜合研判

審查小組根據申請者所提出之資料(包括相關證明文件、獎項、或學生實際表現等)，進行綜合性研判。審查過程尤應注意多元資料之檢核與統整，同時應以學生之特殊教育　需求為基本訴求，於審查報告中提出在教育上適當之安置或學習重點之建議。

六、案例

（一）個案資料

1. 學生姓名：陳○○

2. 性別：男

3. 出生日期：2014年○○月○○日

4. 就讀學校：○○市○○國小四年級

5. 健康狀況：良好

（二）家庭背景

父母高中畢業，自營商業。家有姐姐一人，在學中。

（三）評量與觀察結果

1. 威廉斯創造思考活動：流暢力PR99、開放性PR92、變通力PR95、獨創力PR59、精密力PR16、標題PR97。

2. 威廉斯創造性傾向量表：冒險性PR90、好奇性PR98、想像力PR73、挑戰性　PR92、總分PR95。

3. 威廉斯創造性思考與傾向量評定表(家長)：好奇、挑戰、變通、想像較高，惟冒險性稍弱。

4. 教師觀察記錄：施測中學生反應速度快、但比較不重視細節。

（四）綜合評述

1. 創造思考活動上的反應，其流暢、開放、變通、標題四項之表現均在百分等級90以上，顯示其思考時，較同年級學生更能就刺激物作頗多聯想，思路順暢、思考內容亦多樣化，而在獨創方面則較未能有與眾不同的反應，且因在量表上所繪圖形大多左右對稱，減少其發揮空間，亦少有細緻的描繪。

2. 該生在創造傾向方面，自陳好奇性最高、樂於接觸未知的事物，不害怕面對挑戰，有追根究底、打破砂鍋問到底的勇氣，即使在不熟悉的情境、亦能大膽假設、不怕失敗。其想像力稍弱，較無法憑空想像，此與其在創造思考活動中獨創力較低的現象頗為吻合。

3. 家長(母親)在評定量表上，認為該生好奇、挑戰、變通較高，與前述評量結果相符，然家長尚認為該生富想像力、缺冒險性，與學生自評結果有出入，可能係二者出發點之不同所致，需進一步了解其想像內容與範圍；在冒險性方面，有可能因不易自表面行為觀察其實際動機與傾向，而有不同之評定結果，惟參諸教師觀察記錄，似可發現該生之冒險性確未特別突出。

4. 四級任教師觀察結果與學生有較多相同之處，認為該生在流暢、開放、變通、好奇、挑戰等方面有優於同學的表現與傾向，此可從教師提供之觀察記錄、發現其平日與學習情形與腦力激盪活動中，常較其他同學有更多反應、能綜合他人意見歸結新的念頭，亦常在課堂就教師所提問題提出多樣思考方向、或追問問題以圖澄清問題性質。至於其冒險性與想像力則未見特別突出。

5. 建議：

(1) 根據各項資料綜合研判，該生具有創造潛能，雖有部分資料略有出入，可能係因未就其表面行為作深入觀察所致。然級任教師之觀察記錄頗能支持該生在標準化測驗/量表上的表現與反應，顯示其平日表現有異於同學之處。

(2) 兩項評量結果似反應出該生較需有物件或文詞引導其思考，亦即較擅長「有中生有」式之反應(如搭便車、產品改良等)、然若能進一步培養其敏銳觀察事物變化的能力， 再輔以心像訓練，擴大其想像空間與創造基礎，配合其好奇心與面對挑戰的勇氣，可成就其更大的創造園地。

審查小組建議宜給予該生接受資優教育的機會、可透過短期研習(如科學營等)或獨立研究指導方式，針對上述情況，加強培養觀察力與想像力，以擴大其創造思考空間，發展獨創的可能性。

七、參考文獻

教育部（2024年04月29日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

領導能力資賦優異鑑定說明

一、前言

領導能力乃是一種社會智能的表現,具備這種能力的人,通常在團體中能影響別人的想法或行為,並能有效的處理團體中的事務。領導是一種改變他人、社會和專業生活的方式。領導能力可以表現在許多的面向諸如行政、軍事、經濟、政治、企業及民間社團等方面,因而領導能力是社會的中相當重要的能力(吳昆壽,2014)。我國於2023年新修訂特殊教育法第五條,有關資賦優異的對象中第五項為「領導能力資賦優異」,即重視在學校中善於計畫、組織、溝通、決策、評鑑等的能力,同時在處理團體事務上有傑出表現者,冀能提供適當的培育或訓練使他們成才,以為社會各階層服務。

二、定義與基準

2024年教育部修訂公佈「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」,其第二十條規定:「本法第四條第五款所稱領導能力資賦優異,指具有優異之計畫、組織、溝通、協調、決策、評鑑等能力,而在處理團體事務上,較同年齡者有卓越潛能或傑出表現。前項所定領導能力資賦優異,其鑑定基準依下列各款規定:

一、領導才能測驗得分在平均數正二個標準差或百分等級九十七以上。

二、在領導實務具優異表現,經專家學者、指導教師、家長或同儕觀察推薦,並檢附領導才能特質與表現傑出等之具體資料。」

在領導能力資賦優異的鑑定基準中,有些重要名詞說明如下:

(一)領導才能測驗

指經國人所編製或修訂之標準化領導才能測驗。領導才能涉及某些正向的人格特質,亦可參酌某些標準化人格測驗中之分測驗,予以評斷。

(二)領導特質量表

指經國人所編製或修訂之標準化領導特質量表。為求客觀起見、此種領導特質量表應包括學生自評及教師評定兩種方式。

(三)領導能力與特質

指學生在平日團體活動中所表現的自我特質或能力。根據相關文獻,領導才能的自我特質主要包括:自信、負責、熱誠、人緣好、精力充沛、成就動機高、應變能力強;領導能力主要包括:自我情緒覺知、自我的情緒管理、覺知他人的人際能力、人際敏感度、同理心、信任、溝通技

巧；概念能力如設定目標、組織、計畫、評鑑等。

（四）領導能力傑出表現

指學生在平日團體活動中具體的表現或事蹟包括：

1. 擔任班級或社團幹部：被同學推選為班級或社團幹部，而表現優良者。

2. 競賽表現：獲選為學校自治市長、優良學生代表者；或參加演講比賽、才藝表演表現優異者。

3. 辦理活動表現：規劃或協助學校、社團及班級舉辦之各項活動如迎新晚會、義賣、展覽會等而有優異表現者。

三、鑑定程序

（一）鑑定步驟

1. 成立校內鑑定小組：校內鑑定小組通常包括輔導室、訓導處等相關行政人員、資優班教師、導師等。通常由輔導室特教組承辦有關領導能力資賦優異學生之鑑定事宜。

2. 接受推薦、申請，並建立學生人才資料庫：鑑定小組平日應主動蒐集學校各項競賽或社團活動中有優異表現者，或由各班導師推薦在班級中擔任幹部處理班務有優異表現者，建立領導才能學生資料庫。並負責接受申請或推薦工作。

3. 初選：鑑定小組就領導才能人才庫或有關人員推薦之名單，進行面談或實施相關測驗， 彙整相關資料初選可能之名單。

4. 召開鑑定會議：由校長召開鑑定會議，就初選名單進行複選並議決入選名單。

5. 送鑑輔會審議：由鑑輔會組成之鑑定小組人員進行鑑定程序、鑑定標準等綜合評估，審議通過的名單。

6. 提供輔導方案：建立領導才能資優學生個案資料，並提供相關的輔導方案如良師引導、週末營、夏令營活動。

（二）評量方式

1. 實施標準化測驗

(1) 領導才能測驗：由國人所研發的領導才能測驗如陳政見編製「領導才能性向測驗」，係依教育部法規所界定之領導才能內涵所研製之標準化測驗，適用國小五、六年級學生，測驗結果可轉換成百分等級或T分數。

(2) 人格測驗：如賴氏人格測驗(千華出版社，2016)，其十三個分測驗中，活動性、領導性、社交性、協調性四個分測驗可作為鑑定領導能力資賦優異學生之參考。

2. 非正式之評量法

(1) 教師觀察評量表：如Renzulli於1983年所編訂的「領導才能特質評量表」, Northouse於2013年所編定的領導特質問卷，可作為教師觀察評定領導能力資賦優異學生之非正式評量工具。

(2) 社會計量法：如李如仙(1993)編訂之「領導潛能問卷」係以社會計量之方式，由同儕評選具有領導特質的人選。

(3) 領導技巧量表：此量表可以瞭解領導能力資賦優異學生在領導技巧上專技技巧、人性技巧與觀念技巧上的表現。

(4) 晤談法：由教師自編「領導才能學生訪談問題」藉由晤談的方式，可以評析學生處理人際關係及團體事物之能力。

(5) 檔案評量：蒐集學生平日參與班級團體活動及競賽等之相關資料。

（三）評量者條件

1. 標準化測驗之實施,評估人員應修習心理測驗或特殊學生鑑定與評量之輔導教師、特殊教師，並對上述相關測驗之實施具有經驗者。

2. 非正式之評量，可由導師、資優班教師、輔導教師、訓導處相關人員、家長、同學實施之，上述人員須對被評量者有充分的相處經驗及瞭解。

四、教育需求評估

依照「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第24條第二及第三項規定：「資賦優異學生之教育需求評估，應包括認知或情意特質、社會適應、性向、專長領域（科目）學習等。教育需求評估應依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。」因此，領導能力資賦優異的鑑定，要評估學生的優弱勢能力，以及服務的建議。

五、綜合研判

對特殊學生的鑑定,依照特殊教育學生及幼兒鑑定辦法(2024)所規定採多元多階的評量原則，最後階段以多元資料綜合研判的方式來決定。尤其是領導能力資賦優異學生的鑑定,最佳方式應以 檔案評量為核心，再輔以測驗、面談、教師觀察資料、參加競賽表現、擔任班級或社團幹部表現等資料綜合研判。

六、案例

(一)個案資料

1. 姓名：王◯鈞

2. 性別：男

3. 出生日期：2010年4月25日

4. 就讀學校：市立◯◯國中　狀況:良好

興趣：閱讀、歌唱、球類運動

（二）家庭背景

父母皆大學畢業，從事公職，家有姐二，均在大學肄業。

（三）評量資料

1. 領導技能問卷：P97

2. 賴氏人格測驗：活動性(G)：P99；領導性(A)：P95；社交性(S)：P95；協調性(Co)：P95

（四）檔案資料

1. 該生於一年下學期曾任班長，負責盡職表現良好。

2. 該生於一年下學期參加國中部桌球比賽獲得第一名。

3. 該生於二年上學期獲選為優良學生代表。

4. 該生參加班級辯論比賽表現優異。

（五）同儕推薦資料

領導潛能問卷在全班得分第二高分。

（六）綜合研判

該生領導技能問卷分數百分等級97；人格測驗資料(四項分測驗皆在百分等級95以上)顯示，在人際社會方面表現良好；同儕推薦及檔案表現資料皆顯示其領導能力佳。綜合以上資料，該生可鑑定為領導能力資賦優異學生。

七、參考文獻

吳昆壽（2014）。 **領導才能理論與實務**。華騰。

李如仙（1993）。 **國小六年級學生領導潛能及其相關研究**（未出版士論文）。國立台灣師範大學。

教育部（2024年04月29日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

其他特殊才能資賦優異鑑定說明

一、前言

從多元智能理論的觀點，我國對於資優的看法朝也是向多元的發展來界定，因此在修訂特殊教育法時對於資賦優異的範疇在一般智能、學術性向、藝術才能、領導能力和創造力以外的特殊才能以資賦優異的第六類「其他特殊才能」來定義。也就是說，智能表現應是多向的。由於不同的才能組合，顯現出不同的智力表現。讓每一個具有潛能者的潛在才能有一個適性的發展，應該是教育的目的。也才能顯示出訂定「其他特殊才能資賦優異」的實質意義。

二、定義與基準

根據「特殊教育學生與幼兒鑑定辦法」(2024)第二十一條如下「：本法第四條第六款所稱其他特殊才能資賦優異，指在肢體動作、工具運用、資訊、棋藝、牌藝等能力，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。

前項所定其他特殊才能資賦優異，其鑑定基準依下列各款規定：

一、參加政府機關或學術研究機構舉辦之國際性或全國性技藝競賽表現特別優異，獲前三等獎項。

二、經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，並檢附專長才能特質與表現卓越或傑出等之具體資料。」

從這條法規看來其中包括了 Gardner 所謂的邏輯-數學智能(電腦程式設計)、空間智能(工具運用、棋藝、堆砌骨牌圖形創意能力)和身體-動覺智能(肢體動作)三方面的智能。也與 Sternberg 的三元智能理論相呼應。雖然 Sternberg 並沒有如 Gardener 這般把智能做明確的分類，但也以社會實際的才能表現來說明智能的特質，也較以往過度著重在學術才能的智力觀點具有宏觀性。其實就本條款的意義看來，我們可以從較為寬廣的角度來認知才能和智能的定義。因此，其他特殊才能資賦優異的提出，是對多元智能的肯定。

本項名詞釋義主要是定義與「其他特殊才能資賦優異」有關之名詞，本定義採用較為寬鬆之定義，其用意乃在於避免真正有才能者在初審階段就被摒除於外，而有遺珠之憾。

（一）**肢體動作**：係指以身體的各部去表達概念和感情、或是去製造物件包括肌肉動作的調整、平衡、韌度、強度、速度、及靈巧度。

（二）**工具運用**：本項所指工具運用是指機械操作能力。

（三）**資訊**：係指電腦程式設計、網路設計等。

（四）**棋藝**：係指圍棋、象棋等。

（五）**專長才能特質與表現**：是指學生平日學習表現活動中所展現之專精於某項學科或技術的才能。

（六）**技藝競賽**：本項所指是國際性或全國性之各專長競賽活動等。

（七）**指導教師**：是指接受推薦者之學校指導教師或學校特約指導老師。

三、鑑定流程

（一）步驟

1. 申請階段：

(1) 主動申請者：教師、家長或學生本人經長期觀察，發現學生具有特殊才能，並符合本項條款所訂定之標準者，得向學校或教育行政主管單位提出申請。申請時應檢附相關證明文件、或學生平日表現及教師或家長觀察資料等。

(2) 接受推薦者：學者專家、指導老師或家長經由長期的觀後，發現學生在上述特殊才能資賦優異的學習與表現具有卓越潛能，可推薦之。

2. 審查階段：

(1) 學校或教育行政主管單位受理申請後、應會報鑑輔會聘請相關專業人員組成審查小組，依據學生情況，分別進行評量或資料審查。

(2) 審查小組綜合各項評量結果或相關資料、進行研判。

（二）評量方式

對於具有本項條款所規定之特殊才能表現優異者，家長或學校得依申請者之請求提出資優學生特殊才能鑑定申請。申請時除應填寫申請要件，同時亦應提供能證明之文件或得獎獎狀、獎項等。其申請要件如下：(本要件僅供參考，各審查單位可以依其需要自行設計)。資優生特殊才能鑑定與就學輔導申請要件建議如下：

1. 基本資料：姓名、性別、出生日期、就讀學校、年級、興趣等。

2. 具體表現：請附帶提出個人所獲得之比賽、競賽之成績、證書、或獎項。

3. 特殊才能學習經歷與各階段具體表現(請附帶相關證明文件、產品或資料)。

4. 申請人對特殊教育之需求分析。

5. 申請人對安置方式之建議：包含資優資源班、特約指導老師、提早選修、跳級、夏令營充實

方案、獨立研究指導、研習營等。

6. 申請人簽章與申請日期：針對申請者所提出之申請，依據其所申請之項目主管單位應聘請相關專業人員(專家、學者、教師及行政人員)等，針對申請人所提供之資料、文件、作品進行審查工作，進　行審核時，如有必要，並得以對申請人進行實際表現觀察測試、評量或口試方式進行審查。根據申請人所提出之申請表格進行審查，逐項審查通過與否，最後做綜合研判、審查結果以及建議。

其審查要件如下：

1. 基本資料：姓名、性別、出生日期、就讀學校、年級。

2. 申請人所獲得之比賽、競賽之成績、證書、或獎項

□通過

□不通過(原因)

3. 特殊才能學習經歷與各階段具體表現(附帶相關證明文件、產品或資料)

□通過

□不通過

4. 特殊教育之需求分析對申請人

□適合

□不適合

5. 對申請人安置方式之建議

□資優資源班　□特約指導教師　□夏令營充實方案

□研習營　□其他才能發展方案

6. 綜合研判

7. 建議

8. 審查結果

□通過

□不通過，原因：

9. 審核單位

10. 申請日期及審查日期

（三）鑑定評估人員

對於具有特殊才能者之評量，審查人員應具有下列條件之一。

1. 審查人員應對該類競賽或才能具有專業資格證照、或曾參與該類競賽之評審工作。

2. 審查人員應對該項特殊才能有相當瞭解，或有接觸學生、觀察其該項特殊才能之表現的經驗

四、特殊教育需求評估

依照「特殊教育學生及幼兒鑑定辦法」第24條第二及第三項規定：「資賦優異學生之教育需求評估，應包括認知或情意特質、社會適應、性向、專長領域（科目）學習等。教育需求評估應依學生或幼兒之需求選擇必要之評估項目，並於評估報告中註明優弱勢能力，所需之教育安置、課程調整、支持服務及轉銜輔導等建議。」因此，其他特殊才能資賦優異的鑑定，要評估學生的優弱勢能力，以及服務的建議。

五、綜合研判

審查小組根據申請者所提出之申請資料、所提供之證明文件、獎項以及審查時之實際表現觀察測試、評量、口試成績進行綜合性評估，經由審查及格後建議由教育行政機關依審查結果及審查建議，提供適合其需求之教育安置措施。

六、案例

案例(一)工具運用：

一、基本資料：

1. 姓名：林○○

2. 性別：女

3. 出生日期：民國○○年○○月○○日

4. 就讀學校：高雄市立○○國中

5. 年級：八年級

二、具體表現：

1.參加全國服裝設計技藝比賽獲得國中女子組比賽第一名。

2.林生自幼聰明，喜好創新，並自制作品，曾多次參加設計比賽得獎。頗多佳作。

三、教育需求分析：

希望能提供有研習更高深服裝設計技巧或知能的機會，或有這方面的專家指導學習。或有相關科目的學校提供升學的機會，繼續從事服飾設計的學習。

四、綜合研判：

根據該生所提資料及證明，鑑定該生符合工具運用能力，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。該生學習的最佳方式給於參與研習營的方式以增長其服裝設計的能力。

案例(二)資訊：

一、基本資料：

1. 姓名：朱○○

2. 性別：男

3. 出生日期：民國○○年○○月○○日

4. 就讀學校：台北市立○○國中

5. 年級：八年級

二、具體表現：

朱生自小學開始接觸電腦，對於電腦程式設計頗有興趣，從小學開始學習電腦語言，表現傑出。七年級時開始自己撰寫電腦程式語言。民國112年3月獲得國際電腦程式設計師認證，全台灣僅有一百餘位人士獲此認證，而朱生更是擁有此項認證中全世界最年輕的一位(十四歲)。足可證明其電腦程式設計的優良表現。

三、教育需求分析

學習電腦時，因為校內找不到適當教導的人，所以希望學校能夠請專人指導撰寫語言程式。

四、綜合研判

根據朱生所申請之資料及證明文件，顯示該生表現傑出，鑑定該生符合**資訊**能力，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。唯其在學習上缺乏專家指導，因此，建議學校聘請特約指導老師給於指導，以適當的發展其才能。

案例(三)棋藝：

一、基本資料：

1. 姓名：李○○

2. 性別：男

3. 出生日期：民國○○年○○月○○日

4. 就讀學校：新北市立○○國小

5. 年級：六年級

二、具體表現：

自小學三年級開始學棋，三年級晉段，五年級躍升五段，進步神速，棋力驚人。111年獲得中華圍棋協會業餘五段資格。在國內擁有五段者人數僅九十餘人，而李生則是全國

國小學生中的三人之一。

三、教育需求分析

學校聘請特約指導之圍棋老師定期給予個別指導。

四、綜合研判

根據李生的具體表現，顯示李生其圍棋的天賦與才華的表現的確優異，鑑定該生符合棋藝能力，較同年齡者具有卓越潛能或傑出表現。宜提供專人指導。

七、參考文獻

教育部（2024年04月29日）。 特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。 全國法規資料庫。 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080065&kw=%e7%89%b9%e6%ae%8a%e6%95%99%e8%82%b2%e5%ad%b8%e7%94%9f%e5%8f%8a%e5%b9%bc%e5%85%92%e9%91%91%e5%ae%9a%e8%be%a6%e6%b3%95

附錄一 學習障礙鑑定說明

玖、學習障礙鑑定說明

洪儷瑜

一、前言

學習障礙在國內從1992年第一次公佈之定義後，歷經1997年之特殊教育法所重訂學習障礙定義，此乃第三次定義。從第二次定義之後，學習障礙歷經國內之成長和整合兩階段(洪儷瑜，2006)，不僅在鑑定、服務與學術研究出現快速成長，在學習障礙之議題也開始出現多學科整合，不論在學術研究或服務上均出現擴大參與和整合之投入，學習障礙學生也於2012年7月得以申請內政部之身心障礙證明，其障礙終被社會福利認可。反觀在特殊教育領域中，學習障礙曾因2000年教育部推動身心障礙學生十二年國民教育就學安置，出現人數急速增加，後經教育部關注與積極輔導各縣市學習障礙鑑定工作，終於在2003年後穩定成長，成為身心障礙學生人數次多之類別，在100學年度國民教育階段之學習障礙學生高達18,373人，與智能障礙學生之人數僅差2,521人，與智能障礙二者之總和已經超過所有身心障礙學生總人數之半數(教育部，2012)。

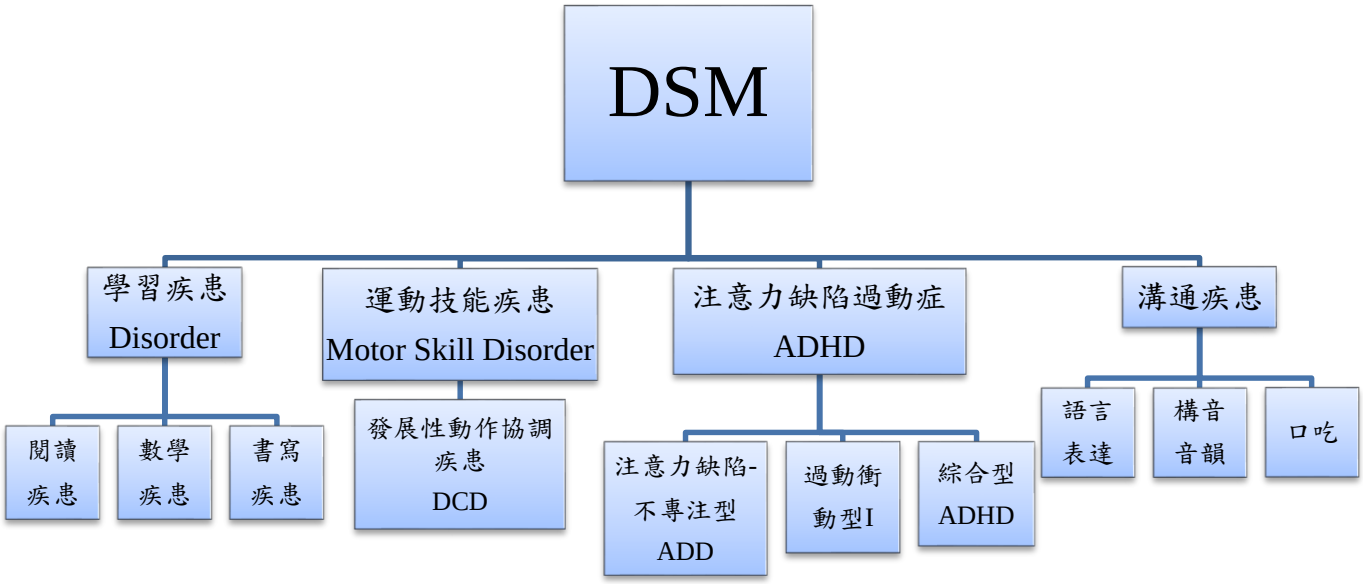
學習障礙在國際之間的定義與範圍是各類身心障礙中最為分歧的，也因此容易被混淆。從美國歷史看美國當初將很多不同的醫學診斷合併在「特定學習障礙」一類中(specific learning disabilities)，此概念並沒有影響其他歐美國家(參考Journal of Learning Disabilities，1992，25卷第六期專刊)，很多歐美國家仍保留醫學診斷名稱，而是且把他們納入學習困難(learning difficulties)與其他低成就學生混在一起作為補救教學的對象，而美國精神醫學(American Psychiatry Association)出版的DSM(Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorder)所定義的，僅將學習障礙定義在學業技巧上有顯著困難者，並未包括知覺動作、注意力等困難者。這些分歧容易造成文獻溝通上的困難，因此，在討論定義與鑑定之前，特先說明學習障礙可能的範圍與說法，以釐清國內定義之定位。

學習障礙常限於閱讀、數學、書寫等學業學習上有困難，其困難可以包括短期學習困難、環境文化不利或身心障礙等因素，如英國、紐西蘭、澳洲或挪威等國；有些國家將其限制在身心障礙範圍，如美國、臺灣，所以，在定義中會將閱讀、書寫、數學領域的困難要排除智力、環境、學習因素者，強調特定的身心障礙。如果與美國精神醫學會(APA)的DSM內之疾患比較，我國過去第一、二次定義之學習障礙範圍超過DSM之學習疾患，另涵蓋其他疾患，二者間關係可參閱圖一，我國學習障礙自第二次定義以來都修正自美國學界定義，與美國官方定義和DSM之診斷有所出入。DSM的學習疾患(learning disorder)診斷雖也排除智力、感官等因素，僅限在閱讀、書寫和數學出現困難，範圍小於我國第一次之官方定義即指出「學習障礙通常包括發展性的學習障礙與學業性的學習障礙，前者如注意力缺陷、知覺缺陷、視動協調能力缺陷；後者如閱讀能力障礙、書寫能力障礙和數學障礙。」(教育部，

民81)根據我國官方定義，學習障礙在DSM-IV-TR之範圍應該涵蓋學習疾患、發展性動作協調障礙與注意力缺陷過動症之不專注型，在上述定義之範圍雖未明文包括溝通疾患之語言表達，但在第一、二次之定義中都明文指出學習困難在為「聽、說、讀、寫、算…」，且在1998年之鑑定基準三也明文包括「…聽覺理解、口語表達…等任一能力表現有顯著困難」，因此圖中之語言表達亦可能是符合特殊教育之學習障礙的診斷。雖能描繪出特殊教育法之學習障礙與DSM各疾患之關係大概對比關係，然而因為基本精神和目標以及鑑定基準不同，二者間仍難以等化。

本文僅就2012年所通過之定義之內容、鑑定程序與案例作說明，以便推動此定義下之學習障礙的特殊教育。

圖一、DSM 之學習疾患診斷與可能為學習障礙診斷關係圖



二、定義及基準

基於1998年所公布之「學習障礙」定義，以美國學習障礙全國聯合委員會(National Joint Committee on Learning Disabilities，NJCLD)1988年之定義所修訂(Hammill，1990)，未採用美國身心障礙者教育法(IDEA)的學障定義之架構。國內學習障礙教育在這個定義下，發展了十餘年，算是國內學障教育發展最為快速之年代(洪儷瑜，2006)，執行上也未見太大爭議，因此，本次定義循民國87年定義架構修訂，僅是將過去實施常見問題或新文獻的結果稍作修改，經過國內參與特殊教育實務工作之學者與相關領域之學者參與草擬而成，經教育部召開公聽會收集意見，最後經定案之定義。

學習障礙定義分兩部份，第一部份的概念定義如下：

「本法第三條第九款所稱學習障礙，統稱神經心理功能異常而顯現出注意、記憶、理解、知覺、知覺動作、推理等能力有問題，致在聽、說、讀、寫或算等學習上有顯著困難者；其障礙並非因感官、智能、情緒等障礙因素或文化刺激不足、教學不當等環境因素所直接造成之結果。」

上述利用生理、認知和行為等三層次的關係來說明學習障礙主要核心困難的成因與現象。在生理上明指學習障礙起因於神經心理功能異常，在心理認知層面會出現注意、技藝、知覺、知覺動作或推理等問題，導致在行為層次上，出現基本學業技巧(聽、說、讀、寫、算)之學習顯現困難，所以，學習障礙所出現的學習困難應該有此三層次的關係，並特別將困難排除其他障礙及環境因素所致的困難，畢竟很多神經心理功能異常也可能會出現智力低下或感官問題等障礙，而這些障礙也會出現類似的學業技巧。

第二部份的鑑定基準如下：

1. 智力正常或在正常程度以上。
2. 個人內在能力有顯著差異。
3. 聽覺理解、口語表達、識字、閱讀理解、書寫、數學運算等學習表現有顯著困難，且經確定一般教育所提供之介入，仍難有效改善。

上述定義與1998年所公佈的學習障礙僅有些微的修改，主要修改有兩項，一是困難內容的調整，包括定義的認知部份少了表達，以及鑑定基準三在舊定義之困難指能力表現，「**注意、記憶**[1]、聽覺理解、口語表達、基本閱讀技巧、閱讀理解、書寫、數學運算、**推理或知覺動作協調**[1]等任一能力表現有顯著困難，」新定義修改為學習表現，也因此刪去認知層面的注意、記憶、推理和知覺動作等四項，並把基本閱讀技巧修改為識字，這些改變對非學業型的學習障礙學生在新定義的資格認定上可能會有所影響。二是修改把轉介前介入之學習輔導「且經**評估**[1]後確定一般教育所提供之**學習輔導**[i]無顯著成效者。」擴大為一般教育所提供之介入，讓轉介前之有效介入不限於學習輔導，將可落實運用實證支持的方法(evidence-based intervention)，包括補救教學、其他策略訓練或其他治療。

前後兩次定義共同對學習障礙指出下列五項要素，亦是學習障礙定義中主要概念：

1. 生理、認知、行為三者關連的困難：著名的英國兒童病理學者Frith指出兒童病理之探討應結合三部份，生理、認知和行為，生理包括基因、神經，本定義明文學習障礙之生理因素為「神經心理功能異常」，認知即指心理基礎的能力，本定義指出有「注意、記憶、理解、知覺、知覺動作、推理」等，行為乃指一般診斷之症狀，此定義中「聽、說、讀、寫或算等學習上

[i]與新定義有差異之處

有顯著困難者」。

2. 主要困難在學習聽、說、讀、寫、算有顯著困難：如前文所述，學習障礙之主要特徵在學習聽、說、讀、寫、算有顯著困難，亦即在學習基本學業技巧上有困難。
3. 智力正常或在正常程度以上：學習障礙之智力表現應該在正常或正常程度，此原則異於DSM對學習障礙之定義，也排除學習困難是智力因素所造成的。
4. 內在能力有顯著差異：內在能力差異一直是學習障礙主要特徵之一，差異之操作方式有二，一是能力與成就之差距，在1992年之定義鑑定基準二明文限於「其能力與成就之間的嚴重差異，非直接由視覺、聽覺、動作障礙、智能不足、情緒障礙、文化環境不利等因素所產生。」然而，在1998年之定義開放此限制，僅確定要有內在能力之顯著差異，根據邱上真(1998)將內在能力差異包括有能力與成就、能力間、不同成就間、成就內、不同評量方式。對於內在能力差異的另一個議題在於決定差異的標準，有期待年級(齡)、標準分數法、回歸預測等，各種方法均有所爭議，目前很多研究與診斷都採低成就標準，亦即利用切截點，低於切截點來表示其基本學業技巧之表現低下，另以智力正常來表示二者間的差異，畢竟智力與基本學業技能的相關，作為差距標準會有概念與技術上的疑慮(李俊仁，2010)。
5. 特殊教育需求：定義中除了強調學習困難非「或文化刺激不足、教學不當等環境因素所直接造成之結果」以及「確定一般教育所提供之介入，仍難有效改善」，此兩項在強調學習障礙並非普通教育之教學品質不佳或文化不利等因素所導致的困難，而且其困難也非一般教育所提供之有效介入即可改善者，與美國2004年的IDEA所提出的介入反應(Response To Instruction，簡稱RTI)精神雷同，亦即美國學者Bateman早就強調的特殊教育需求，畢竟在學校很多學習成就低落的學生，要先區分學習障礙與一般有效教學或介入就可改善的學習困難學生，美國IDEA擬利用RTI免去上述差異標準造成的混淆，而本要素主在強調學習障礙具有特殊教育需求，在本定義中強調具有兩項功能，一是區分學習障礙與一般學習困難或低成就之差異，二是重申我國學習障礙之定義需要具有「障礙」之標準，其困難非一般有效介入即可改善，正如視覺障礙的視力功能之標準定義在矯正後；一般教育所提供之介入雖多指補救教學，但不限於教育方法，其介入依據其困難類型之實證有效的介入才足以排除上述因素，符合障礙標準。

三、鑑定程序

因應教育部因應十二年國民教育即將於2014年推動之全面性學習支援系統(洪儷瑜，2012)，學障鑑定工作在三層次的學習支援系統中，應該是在第二層級(T2)之補救教學成效不彰，才轉入特殊教育

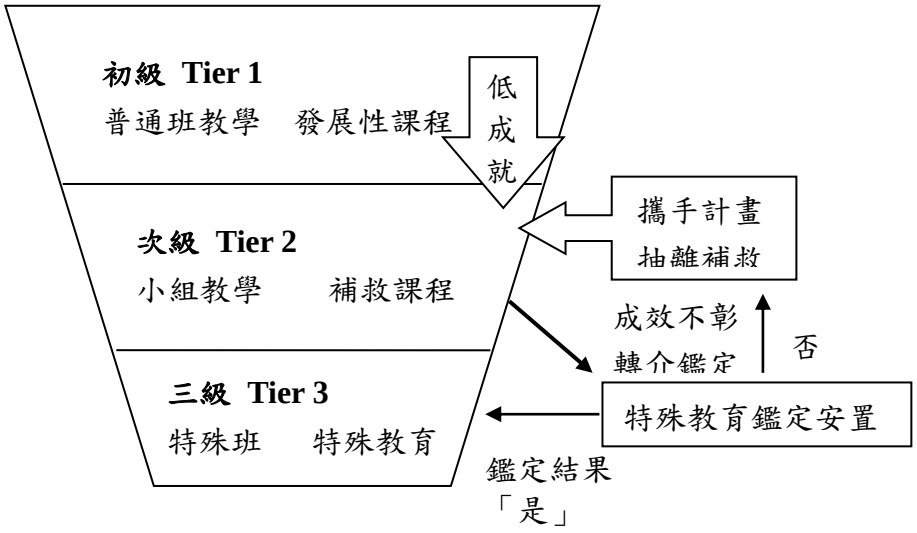
鑑定，如圖二所示，經過特殊教育鑑定不符合學習障礙或其他身心障礙資格的學生，如其還有學習低成就現象，則仍回到第二層級之補救教學，因此，第三層級的特殊教育在整個教育之學習支援系統所扮演的角色，應該是提供給一般補救教學難以改善之學生適性的特殊教育。以下說明學習障礙之鑑定目的、時機、步驟、方法將依據圖二的全面學習支援系統之架構加以說明。

（一）鑑定目的

學習障礙之鑑定目的有二：一是在取得特殊教育資格，以及早獲得適性的特殊教育服務。另一是針對經過特殊教育之後，出現適應功能改善，不再具有特殊教育需求者，且其特教資格仍在有效期間者，家長或教師亦可主動提出申請取消特殊教育資格。

（二）鑑定時機

學習障礙學生經常在入小學之後才會被轉介，依據圖二的流程和圖三之診斷流程，可以發現學習障礙之鑑定時機有三：第一種是由教師或家長發現學生有學業方面的適應困難，提出轉介，另一種是由學校一般測驗篩選出來，經過補救教學，成效難以改善其困難，第三種是由前一階段轉銜時所提出之個案，因學習問題改變，而需要重新鑑定取得資格或取消資格者。依據學習障礙之成因之假設，腦功能異常所致之困難要恢復並不容易，但因早期有效的介入已被證實有樂觀成效，建議學障鑑定期限應依據不同階段而異，小學因是早期介入成效最佳的階段，建議小學在學障資格之期限應限於小學，到國中需重新鑑定，國中鑑定所取得之學習障礙資格，建議期限可給予延伸到高中或大學。



圖二、學習障礙鑑定在全面性學習支援系統之角色與運作

（三）鑑定步驟

學習障礙鑑定依據圖三可分五個階段，篩選與轉介、轉介前介入、初審、診斷評量、鑑定安置，前兩階段即發生在圖二所示之第一、二層級的工作，後三個階段主要將圖二所示之特殊教育鑑定的工作詳述為三個階段。

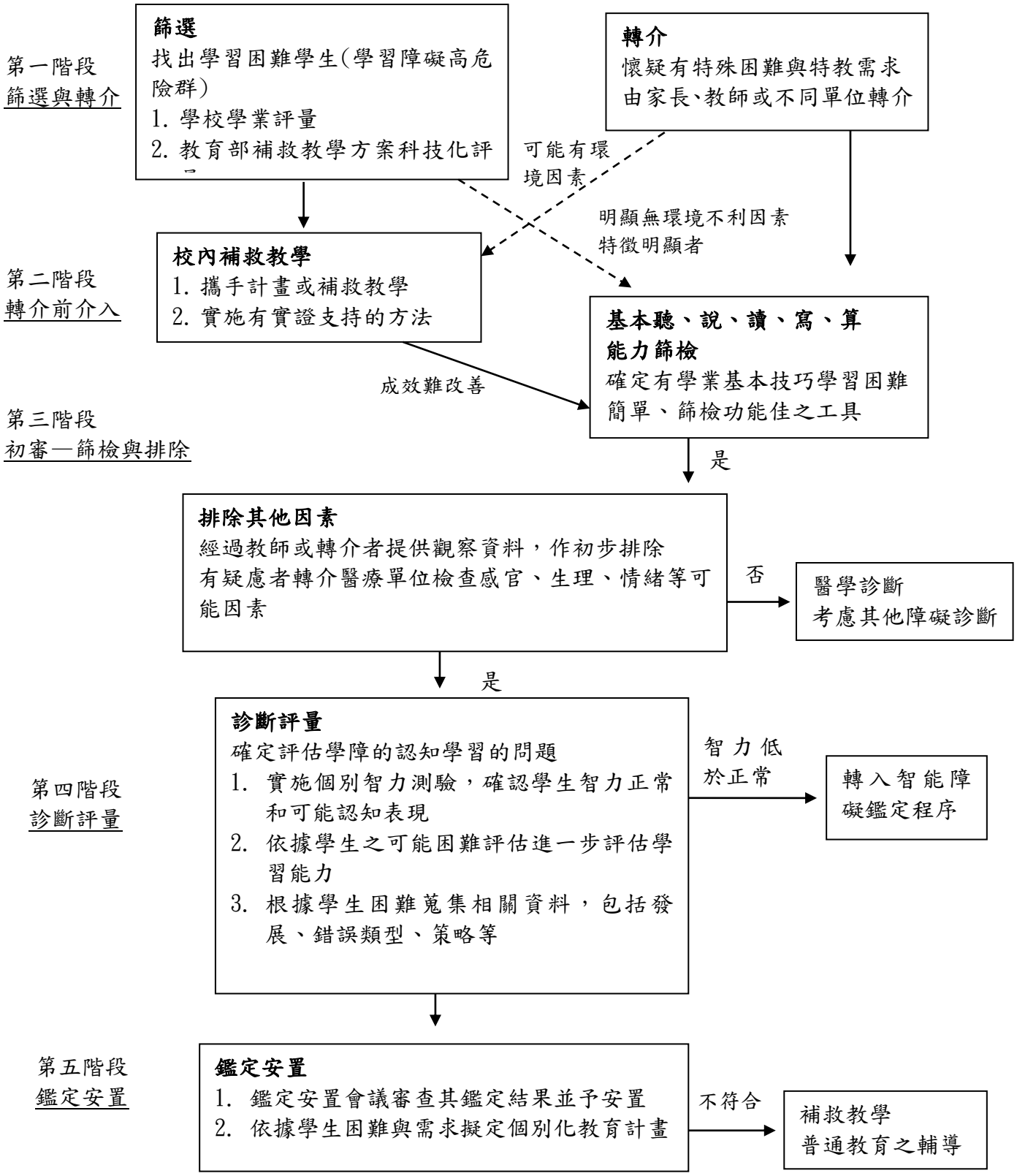
1. 第一階段篩選與轉介：篩選學障高危險群學生可多利用學校現有的資料，如長期學業成績或教育部委託雲林科技大學之補救教學方案科技化評量(PRIORI)，後者以國小一到九年級為施測樣本，主要是依據教育部頒佈之基本學習內容，亦即為課程綱要簡化的目標所編製，未能通過此評量所訂標準之學生，即符合接受教育部補助之攜手計畫或補救教學方案資格，學校得依據這些學生向教育局處申請補救教學之相關經費，如果具有高危險之病因，且特徵明顯非補救教學之需，應該轉介到相關醫療單位診斷介入。

   對於高中職或大學校院學生，基於他們都參加過全國大型之學業成就評量，目前國內大型之評量都提供標準分數，因此可以參考這些大型評量的資料作為初步篩選之參考，作為研判轉介個案是否直接進入初審的依據，除非個案學習障礙之病因發生於升高中或大學以後。

   此階段最重要的目標就是確定學生是否有學業學習困難，其學習困難是否與學習障礙(肇因於腦神經功能異常而致認知能力受損)有關。

2. 第二階段轉介前介入：此階段主要是確定學生確實不是因為學習或教學等環境因素所導致之學習障礙。教育部已於 2012 年制訂《國民小學及國民中學補救教學實施方案》，明文參與攜手或補救教學者必須是無法通過基本學習內容的基本門檻，並於同年公布國英數基本學科的基本學習內容作為低成就學生之學習目標，這些都可作為第二層級之補救教學資源。

圖三、學習障礙鑑定流程



轉介前介入亦即在蒐集學生對實證有效教學方法之反應(RTI)以作為對特殊教育需求之判定。

轉介前介入是指學習支援系統中的第二層補救教學，其實施方式可分三種模式：問題解決

模式、標準化模式和功能行為分析模式等三種(洪儷瑜、何淑玫，2010)，其採用的介入方式都以具實證的有效方法(evidence-based intervention)，且實施程序也應該注意確實度(fidelity)，唯有正確實施有效的方法，才能排除學生的學習困難不是因為教學不當或學習經驗不利所致。

針對聽、說、讀、寫、算之學習困難之有效方法在國內文獻或相關教科書皆可查詢。教育部的推動補救教學政策中，也開始要求實施攜手或第二層級補救教學之教師需接受過相關訓練，101 學年度全國各縣市已經開始展開教師培訓工作，其他介入也應以符合資格者為限。如何決定轉介前介入的實施是否有效？首先要看介入方法是否為實證有效的方法，其次是實施之長度和密度，長度至少三個月或一學期，介入之密度應該至少每週二次，補救或介入次數至少超過 20 節，此外，成效指標應該依據其困難所選定之課程本位評量或相同量尺的前後測評估才能做比較，成效指標可以參考進步的幅度或與一般學生平均水準之差距等兩種。因此，未來對於實施轉介前介入之方法、長度、密度或相關資料都應該提出說明，成效的期限之決定因考慮年級而異，一般而言，年級越高所需補救時間越長，如果有顯著進步但仍未能達到平均水準，則應考慮延長介入時間，以確定學生的困難是否真的具有特殊教育的需求。

3. 第三階段初審(篩檢或評估排除因素)：此階段分兩個重點，一是篩檢具有學習障礙基本特徵，先利用簡單學業技能篩檢工具確定學生具有學業基本技能之困難，而且證明此困難並非補救教學或一般單一專業之介入難以改善的。但為了避免耽誤顯著特徵之學生接受特殊教育的機會，明顯特徵和高危險病因，且無環境不利因素混淆者，可以參考其過去教育和療育史，由專家團隊研判是否可以直接進入篩檢。基於考慮縣市實施補救教學方案科技化評量的普及性或可能的困難，縣市也可以將基本學業技能篩檢工具設計為第一階段之工具，如識字量估計測驗、聲韻覺識篩選測驗等，如此設計下的第三階段之初審就僅剩排除因素之評估和一般補救教學之後的成就評量(PRIORI)，中文閱讀障礙診斷流程圖即採後者之設計。

確定學生具有學業學習基本技能之困難和補救教學無效時，且經第二階段排除文化、學習、社區等不利環境因素時，第三階段則進一步排除其困難非智力、感官、生理、情緒等其他相關個人因素，此階段可先採用特殊需求轉介表由重要他人填寫，以簡化其他因素的排除程序，瞭解學生的重要他人包括導師、家長或安親班老師提供學生整體表現，有生理健康、視力、聽力、學習、認知、語言、情緒、團體生活、家庭等，如評量表顯示出生理健康、感官或情緒行為出現異常問題，則要求轉介到相關醫療單位檢查，這樣可以節省很多醫療資源和鑑定時間，必要時，甚至轉介到其他障礙類別之鑑定流程。

4. 第四階段診斷評量：此階段之診斷評量主要利用標準化測驗個別施測進行測驗資料、施測行為觀察等收集，主要實施個別智力測驗與可以證明學生學習基本技能上有顯著困難之相關測驗，例如中文閱讀障礙診斷工具中，建議利用識字量估計測驗作為識字能力之篩選，但在證實其識字困難就應採用常見字流暢性測驗，因為識字困難需要針對識字完整的評估，包括識字正確性和流暢性，正確性應包括字音、字形、字義三方面的連結，參考註二讀寫障礙之定義[ii]，但由於該定義表示困難除的識字之外，還舉出拼字能力和解碼能力，在國外可能包括拼寫或口拼字，或假字的認讀，這些在中文閱讀障礙可能參考學生之聽寫或聽詞選字和聲旁假字或注音符號假音拼讀。

   這個階段的施測非常重要，不僅是正確實施測驗，也應該觀察學生的施測表現和回答歷程、回答速度等，以收集研判困難的重要資訊。另也要根據觀察所得之結果與教師、家長所提供的資料整合比對，才能正確診斷出學生的困難，並給予正確的鑑定結果。

5. 第五階段鑑定安置：第四階段診斷確定是學習障礙者，鑑定報告應該依據學障鑑定基準做出綜合研判，經由鑑定安置會議決定之後，提供安置之建議，並根據其困難、優勢和年級(發展階段)等提出其特殊教育需求，以作為擬定 IEP 之參考。此階段未符合學障資格者，但仍有學業困難者應轉回到接受第二層級之補救教學，或是其他障礙之評估與鑑定。

由於學習障礙學生人數多，參與鑑定人數將更多，且其鑑定期程都集中在國民中小學，縣市政府在設計鑑定流程時，應考慮多階段漏斗式的篩選與鑑定流程，把重要、簡單具有區別力之測驗放在前面階段，先刪除絕對不可能的，把需要高專業需求、費時的測驗放在後面，並給予此階段的施測教師給予較多心理測驗與診斷之專業培育，有效運用人力也可以讓學障鑑定具有一定的品質。

此外，各階段測驗工具之安排應考慮學生的發展與各項能力之相關，例如第三階段的篩檢基本學業能力，雖然定義中明文表示聽、說、讀、寫、算，但到高年級學生，口語困難與書面文字的讀寫相關很高，因此，在小學四年級以後篩檢可考慮省去聽、說等困難的篩檢工具，此階段之讀寫能力之評量也會篩檢出口語困難的學生，因此在各鑑定階段之評量工具應考慮各項能力的發展與其間的關係，這些學習障礙的相關知識，都會有助於設計一個有效、節約、適合該地需求的鑑定流程，當然定期分析縣市的鑑定資料與工作檢討，也有助於各地方建立一個可行高品質的學障鑑定工作模式。

（四）鑑定方式

學習障礙學生的鑑定工作，應該以直接對學生實施心理測驗為主，但其他資料如觀察、訪談與參考過去教育相關文件、學習作業表現和醫療文件等可以作為參考，必要時，行為量表可為參考資料，

[ii]讀寫障礙(dyslexia)是一種由腦神經生理原因所致的特定學習障礙，它的特徵在認字的正確和(或)流暢性有困難、拼字能力和解碼能力差。這種困難典型是因為語言聲韻能力的缺陷，而非由認知能力或有效教學所直接造成的困難，衍生的結果包括閱讀理解的問題，以及減少可增加詞彙和背景知識的閱讀經驗。(NICHD，2002)

不宜取代心理測驗，畢竟在心理構念上二者有所差異。所有資料的收集與選擇都應依據學障之困難採假設驗證的推理思考，依據所懷疑的困難收集必要與相關的資料，最後得以依據上述鑑定基準進行研判。

本文依據鑑定基準三所提出之學習表現困難之領域整理國內相關工具如表一，其中有關閱讀的識字、閱讀理解、語言理解等三項可以參考柯華葳編的＜中文閱讀障礙＞一書，這三項都有專章介紹相關的理論知識與評量工具。其中部份測驗編製年代已久，建議評量認知能力之工具，盡量選用年代接近者，此外，魏氏系列智力測驗中有部份分量表亦有下列領域之評量功能，可參考其指導手冊使用。

表一、學習障礙評量工具依據學習能力領域摘要表

領域	測驗名稱	編製者	年代	出版單位	適用對象
聽覺理解	修訂畢保德圖畫詞彙測驗	陸莉、劉鴻香修訂	1998	心理	3-12 歲
聽覺理解	聽覺記憶測驗	陳美芳	1999	作者、教育部[註]	G2-G7
聽覺理解	兒童口語理解測驗	林寶貴、錡寶香	2005	教育部特教小組	G2-G6
聽覺理解	學前幼兒與國小低年級兒童口語語法能力診斷測驗	楊坤堂、張世彗等	2005	教育部特教小組	幼稚園中班—G2
聽覺理解	圖畫式聽覺理解測驗	陳美芳、吳怡潔	2007	教育部特教小組	G1-G2
聽覺理解	聽覺理解測驗	陳美芳、吳怡潔	2007	教育部特教小組	G1-G2
聽覺理解口語表達	修訂學前兒童語言障礙量表	林寶貴、黃玉枝等	2008	教育部特教小組	3-5 歲
聽覺理解口語表達	修訂學齡兒童語言障礙量表	林寶貴、黃玉枝等	2009	教育部特教小組	6-12 歲
識字	中文年級認字量表	黃秀霜	2001	心理	G1-G9
識字	基本讀寫字綜合測驗 看字讀音造詞 看詞選字 聽詞選字	洪儷瑜、張郁雯等	2002	心理	G1-G3 高年級讀寫字困難
識字	識字量估計測驗	洪儷瑜、王瓊珠等	2007	教育部特教小組	A12 G1-G2 A39 G3-G9

識字	常見字流暢性測驗	洪儷瑜、王瓊珠等	2007	教育部特教小組	B1~B5 G1-G9
解碼	聲韻覺識篩選測驗	曾世杰、陳淑麗等	2007	教育部特教小組	G1-G9
解碼	聲韻覺識診斷測驗	曾世杰、陳淑麗等	2007	教育部特教小組	G1-G9
閱讀理解	語文理解能力測驗	柯華葳、陳美芳	2000	作者	G2-G6
閱讀理解	閱讀理解困難篩選	柯華葳	2000	作者、教育部	G2-G6
閱讀理解	中文閱讀理解測驗	林寶貴、錡寶香	2000	教育部特教小組	G2-G6
閱讀理解	國民小學閱讀理解篩選測驗	柯華葳、詹益綾	2007	教育部特教小組	G2-G6
閱讀理解	國民中學閱讀推理測驗	柯華葳、詹益綾	2007	教育部特教小組	G2-G6
書寫	國小學童書寫語言測驗	林寶貴、錡寶香	2000	教育部特教小組	G3-G6
書寫	國小兒童書寫語文能力診斷測驗	楊坤堂、張世彗等	2001	心理	G1-G6
寫字	基本讀寫字綜合測驗 聽寫 看注音寫國字 抄寫	洪儷瑜、張郁雯等	2002	心理	G1-G3 高年級讀寫字困難
寫字	國民小學寫字測驗	洪儷瑜、陳秀芬等	2010	台東大學永齡中心	G3-G6
數學	國小數學診斷測驗	洪碧霞、吳裕益		作者	G1-G6
數學	國小低年級數學診斷測驗	秦麗花、吳裕益	1996	心理	G2-G3
數學	基本數學概念評量	柯華葳	2000	作者、教育部	G2-G6
數學	數學障礙鑑定工具 基本數學能力診斷測驗 數學學習障礙特徵檢核表 數學錯誤類型計分表	郭靜姿等	2001	作者	G6

註：該項測驗為作者專案研究發展，於 2001 年由柯華葳主持授權給教育部編印，發放到各縣市

（五）鑑定人員

學習障礙鑑定的需求量應是各障礙類別最高的，不僅人數多，其鑑定多依賴學習與心理測驗以及教育相關資訊，較少依賴醫療診斷。根據上述鑑定流程中不同階段所需之鑑定專業度不一，大致可將參與鑑定的工作人員依據專業訓練與知能分為兩種：心理評量與鑑定。

心理評量主要是負責實施標準化個別測驗之實施者，正確利用個別測驗蒐集鑑定所需的資料，有些縣市稱之為心評教師，如醫療的檢驗師。心評教師不僅是會正確的實施測驗，計算測驗結果與解釋，更需要觀察施測時學生之行為表現，以及利用訪談收集學生、教師和家長所提供的相關資料，並能研判所得之測驗資料之正確性與可信度。這樣的人員可以擔任第一、三階段的工作，在第四階段雖可以擔任施測人員，但其在第四階段施測需要對學障鑑定具有更多知能的專家給予指導與諮詢，才能確保第四階段的診斷評量所得的資料是正確、重要且足夠與完整的。很多縣市缺乏足夠的培訓或提供類似的諮詢與協助，讓施測教師把測驗報告送到鑑定會議才被退回，讓心評老師對鑑定工作感到模糊與挫折，這樣的人力運用就像是不教而戰。

由於學習障礙之鑑定工作需要根據不同困難去假設與選擇搜集資料的工具與方法，並根據所得到的資料驗證後，再進一步擬定或修改下一步的收集工作，才能完成鑑定的綜合研判，這個過程是整個鑑定工作中最難的一項。第四階段的診斷評量就需要這樣的能力，因此勝任第四階段之工作者需要接受學習障礙各類型專業研習，以及實作研判之思考流程，以及相關能力發展之心理學知識，這類教師所需要的專業培訓與心評教師不同，有些縣市稱之為鑑定種子教師，其絕非施測一定數量的個案經驗就可以累積而成的。這類工作在國外都由學校心理師或教育心理師擔任，其需要心理學、心理測驗和學習障礙等專業知能，國內有些縣市另設有特殊訓練讓部份心評教師擔任鑑定種子教師，與上述心評教師在訓練與專業要求上作區隔，畢竟第四階段所需之專業較多，人力遠不及心評教師的數量，如果各校心評教師在蒐集資料時，隨時有鑑定種子教師在旁給予諮詢和協助，並協助其將所有資料進行有意義歸納，以撰寫出一個有條理、正確的綜合研判報告，讓鑑定會議委員相信與參考並進行決議，不致於因蒐集資料不足或不符合其困難表現，或所收集資料過於雜亂不知所云，甚至對自己所蒐集的資料間之矛盾、不一致也毫無覺察，這樣的報告讓與學生接觸很少的鑑定委員在會議上自圓其說擅作決定，或單依據家長或校方的需求而下決議，如此鑑定工作對學障教育的發展和學生都不是一件好事，要讓學障鑑定上軌道，重要的是如何讓收集資料的過程就有專業的知識引導。所以，鑑定人才之分工分級培育是非常必要的。

（六）鑑定原則

學習障礙主要的問題都在學業基本能力，其鑑定上有下列五項原則：

1. 學習困難的評量乃依據學業基本技巧，而非學習成就

學習障礙之學習困難強調是「學業基本技巧之學習有顯著困難」，故非以學習成就為依據，

雖然成就與基本能力相關很高，但學習成就低不一定有學業技巧學習之困難。國內第一次定義以成就與智力之差距為主要基準，故學習困難的焦點都放在學業成就的表現。從 1998 年定義到本定義就很明白指出學習障礙之學習困難所在，故，學業成就僅能供篩選之參考，而不是鑑定之關鍵資料。

2. 基本學業技巧的評估考慮學習與發展階段之不同

學校教育之主要目標之一就是教導學生學習讀寫算等基本技巧，尤其國小階段，因此基本學業技巧之表現在不同學習階段會有所不同，例如閱讀發展階段，小一、小二學生主要在學習識字能力，其閱讀能力的重點還未放到理解，因此如果用閱讀理解測驗來評估這個階段的學生，可能會篩選出學習發展比較遲緩的學生，而難以有效篩檢出該階段的學習障礙。因此，在柯華葳主編之「中文閱讀障礙診斷工具」，建議針對不同年級學生選用不同工具篩選，其間不僅是年級常模的問題，更重要的是考慮閱讀能力的發展，希望診斷時注意到學生是否已經學過且發展成熟到足以判斷為障礙，還是依據尚未成熟的表現給予診斷。同理，說話、書寫、數學等障礙之評估都應該考慮學生在該項能力之正常發展年級(齡)。

3. 學習障礙是個異質性團體，應該視其可能困難選擇適當工具

學習障礙是一個不同學習問題之總稱，學障學生間的異質性很高，所以在鑑定學習障礙時，需根據學生可能的困難選擇適當的工具才能真正診斷出學習障礙的認知和學習表現兩項困難之表現。目前閱讀障礙、數學障礙、書寫障礙、發展性動作協調疾患之核心能力與重要徵狀大多都已有一致的結果，且制定出較為清楚的定義(如註二)，如果鑑定學習障礙時，以這些定義為指南，將有利於選擇適當的評量工具。

4. 結合新的補救教學政策，可以減少文化、經濟、學習經驗與環境等不利因素的混淆

學習障礙與學習困難很相似、不易區分，學習困難有一大部分肇因於環境因素，很多研究都已證實文化、經濟、社區環境資源都會影響學生的閱讀、數學等學習，雖然在定義強調學習障礙非「文化刺激不足、教學不當等環境因素所直接造成之結果。」，但仍看到很多地區出現原住民在學習障礙鑑定有過高比率之現象(柯雅祺、曾世杰，2009)或是輕易把曾移居國外或外籍配偶的子女鑑定為學習障礙，因此，在學習障礙之鑑定與上述學習困難之診斷同樣的重要的是，蒐集學生之家庭背景、發展史、教育史，如有環境不利因素，鑑定時需要提出該生之學習困難非其環境不利因素所致之證明。安排這些學生先接受適當的轉介前介入，讓事先有效之介入解決這些環境不利下的學障學生鑑定之問題。目前教育部已經逐漸將補救教學制度化，從 101 學年度起，不僅是整合攜手計畫、教育優先區等不同方案於一，同力執行補救教學，並提供具有全國樣本之線上學習基本內容評估工具(補救教學科

技化評量)讓各校免費使用，另要求擔任補救教學之教師必須受過一定時數的研習(洪儷瑜，2012)，結合新的補救教學政策將有助於學障鑑定工作流程的進行，尤其在排除其他混淆因素上。

5. 學習能力困難之診斷可採向度或類別式，不同取向各有優缺點

一般心理疾患之分類取向有向度(dimensional)和類別的(categorical)兩種，鑑定基準三所提出「聽覺理解、口語表達、識字、閱讀理解、書寫、數學運算」之學習表現有顯著困難確實是很多學習障礙類型的區分依據，但這些能力間並非獨立與平行，有些基礎能力會影響多種表現，如識字會影響閱讀和數學，有些較為複雜之能力涵蓋其他較基本的能力，例如閱讀理解需要識字和口語理解。因此，使用這些領域評估的結果並不能斷定該生之困難僅在此項，所以，很多障礙類型採類別式的，就會診斷出其真正的核心缺陷，另再評估其可能的困難，如註二所提供之讀寫障礙的定義，雖然其主要核心問題在識字解碼，但其可能出現的困難會在寫字、詞彙和理解，如果依據核心缺陷診斷就是類別式分類。但有些縣市依據學生出現的困難稱為其有哪些困難，且困難間沒有階層與排除關係，這樣作法就是向度式的分類，這樣分類比較明顯而易判，決策所需之專業較低，但學障學生卻在此分類下，容易出現同時具有很多類的困難，而致補救教學需求多。學障困難分類的二種取向各有利弊，各縣市可以互相瞭解與借鏡。

四、特殊教育需求評估

學習障礙學生在特殊教育之需求可分直接服務、間接服務，直接服務包括學科補救教學、相關能力、策略的訓練等特殊教育課程，間接服務則包括調整作業評量、班級或行政調整、或提供相關學習輔具。如果區分需求強度，可依據學生對服務的依賴與獨立表現狀況來決定，如表二，可分輕、中、重和極重度。輕度需求者應該是具有學習障礙特徵但未具特殊教育需求者，這樣學生在特殊教育之鑑定不應給予資格，但可能需要第二層級之補救教學或其他介入，而中度需求者具有特殊教育介入之需求，但經介入之後，可以獨立表現出符合就讀年級之水準，換言之，其特殊教育需求可能會在下一階段後解除，而重度和極重度的學習障礙學生，則是在長期直接介入之後，仍依賴調整或輔助才得以表現或學習者，後兩種學習障礙學生除了在學校需要特殊教育教育之外，更需要為其離開學校進入社會提供相關之轉銜服務，其未來可能需要內政部之身心障礙身份延續其支持。

表二、學習障礙學生之特殊教育需求

需求程度	特徵與能力表現

輕度	有聽、說、讀、寫、算之困難與學障特徵，但未經過直接介入或輔助工具或策略，即能達到就讀年級平均水準或與智力相當之水準
中度	有聽、說、讀、寫、算之困難與學障特徵，經過一段密集直接介入，無須調整或輔助工具或策略即可達到就讀年級之平均水準或與智力相當之水準
重度	有聽、說、讀、寫、算之困難與學障特徵，經過直接介入持續長達一年以上，仍須在調整或輔助下才可達就讀年級的平均水準或與智力相當之水準
極重度	有聽、說、讀、寫、算之困難與學障特徵，經過直接介入持續長達一年以上者，在調整或輔助下仍難達到就讀年級的平均水準或與智力相當之水準

五、案例

甲生 七年級女生

發展史：早產，除長短腳之外，沒有顯著影響。從小乖巧懂事，會協助做家事，從國小就自己獨立上學。

教育史：從小功課普通，一直到小五因學習成績太差，先被轉介到資源班，接受數學抽離的補救教學。

小六畢業前主動轉銜到國中希望繼續接受特殊教育，小六老師在特殊需求表提供的資料如表三，結果發現甲生之動作、組織能力差、情緒與團體生活上也出現困難。

表三、甲生的小六老師所填寫之特殊需求轉介表 100 R

生理	＊ 生理動作發展較一般孩子明顯的遲緩。
感官動作	＊ 動作明顯的比一般同學慢很多。
學業表現	＊ 整體學業：中下到最後 30% ＊ 數學科：中下到最後 30% ＊ 國語科：中下到最後 30%
學習能力	＊ 組織力差，說話或做事顯得凌亂，沒有重點與組織。
口語能力	＊ 不太能和別人閒談，不太能接續別人的話題。
團體生活	＊ 喜歡一個人獨處或自己玩。 ＊ 下課經常一個人，沒有人和他玩。
個人生活適應	＊ ＊可以像一般同年齡的同學照顧自己。
行為情緒適應	＊ 退縮、膽子很小。

	＊　比一般同學更容易緊張、焦慮。

初步篩檢：

經過訪談國中教師和輔導教師發現學生確實比較內向，但無明顯情緒行為問題，進一步實施讀寫算等基本能力篩檢，所得結果發現其閱讀、書寫能力沒有明顯困難(高於切截點)但數學基本概念篩檢，空格運算、三則運算與應用問題之速度指標(答對/做完)均低於切截點(如表四)，與小學轉介問題一致，該生在數學表現上有顯著困難。

表四、甲生在基本讀寫算學習表現篩檢資料

測驗名稱	施測結果				
中文年級認字量表	原始分數：107		PR48，T 分數 49，年級分數 5.9		
閱讀理解困難篩選測驗	原始分數：14		切截點：13↓	達切截點 13 以上	
看注音寫國字	原始分數：38		年級分數 3.4		
基礎數學概念評量	分測驗	切截點	答對/全部	切截點	答對/做完
	九九乘法	.55↓	1	.73↓	1
	空格運算	.68↓	.5	.84↓	.8
	三則運算	.42↓	.3	.42↓	.33
	應用問題	.40↓	.25	.40↓	.5

註：畫線為得分低於切截點

排除其他因素

轉介前介入：確定其在小學資源班之補救教學持續超過一年以上，確實採用密度與策略足以排除其困難是教學或學習不當。

生理、情緒因素：除了動作之外，其他生理、感官、情緒都與一般同儕無異，其情緒和團體生活雖有問題，但並不顯著異於同儕。

診斷評量

在排除其可能因素之後，進一步實施智力測驗確定其智力正常，另針對其特定困難實施數學能力診斷測驗和其他知覺動作評估。

(1)智力與相關認知能力

實施魏氏兒童智力測驗第四版結果如表五。智力正常，因素之間有顯著差距，應以 VCI 為其優勢智商，其智商 105，中上水準。各因素之間知覺組織和處理速度是甲生的弱勢，約低於平均數 1 個標準差，僅有 72-73。

表五、甲生之魏氏智力測驗得分摘要表

全量表：84													
VCI 語文理解：105				PRI 知覺推理：72				WMI 工作記憶：103			PSI 處理速度：73		
類同	詞彙	理解	(常識)	圖形設計	圖畫概念	矩陣推理	(圖畫補充)	記憶廣度	數字序列	(算術)	符號替代	符號尋找	(刪除動物)
11	12	10	7	1	7	7	6	10	11	7	6	4	4

(2)數學診斷

進一步實施中年級之數學基本概念篩檢測驗,發現甲生在進位加或不借位減法都沒有問題，但其在速度上仍略低，而在三個借位減法的表現，在借位減法的三個分測驗，其「十位數為 6」的正確性指標(答對/做完)低於切截分數，如表六，而且其運算能力隨著十位數的數字增加，正確率明顯降低，顯示甲生在借位減法的計算仍不精熟，會受到數字大小影響，至於計算速度(答對/全部)，甲生在三個簡單的借位減法都無法達到應有的運算速度，可見其運算能力有顯著困難。此困難在其課堂學習與作業表現一致。家長亦表示甲生到目前還不會讀時鐘，只會看電子時鐘，做計算時需要用手算，小學時曾到補習班補數學，且曾接受國小資源班數學補救，但沒有太大改善。綜合上述，甲生在數字處理與數學運算顯現困難。

表六、甲生數學困難進一步診斷

測驗項目	**答對/全部%**	**答對/做完%**
進位加法 (結果 10-18)	9/10=.90	9/10=.90
不借位減法 (結果 8-1)	14/16=.87	14/14=1.00
借位減法 (十位數為 1)	4/9=.44	4/5=.80
借位減法 (十位數為 2)	3/9=.33	3/4=.75
借位減法 (十位數為 6)	4/9=.44	4/7=.57

註：畫線為得分低於切截點

(3)知動評估

經職能治療師評估，甲生除了長短腳，行動和蹲坐有些困難外，其他大動作或精細動作都沒有明顯困難或遲緩。但觀察其在魏氏兒童智力測驗，發現圖形、空間知覺是其弱勢，多數在 6 以下，甚至在平均數負 2 個標準差以下。

其在小六教師轉介表示組織力差、說話或做事顯得凌亂，沒有重點與組織，溝通能力差，不太能和別人閒談，不太能接續別人的話題，但根據國中教師觀察，甲生上課並沒有出現注意力問題，且由智力測驗之施測觀察證實甲生沒有語言理解能力之困難，其溝通之困難可能受到非語言因素之影響。綜合上述資料顯示甲生在圖形確實有明顯困難，其在人際互動之知覺可能因此有困難。

綜合研判

甲生確定為學習障礙，其主要困難在數學運算，並兼有知覺能力異常。其在各項基準上之結果如下：

1. **智力正常或正常程度以上**：智商因素差距過大，以語文理解 105 為其優勢智商。
2. **個人內在能力有顯著差異**：其數學運算之表現遠低應有水準，但其能力正常，顯示出個人內在差異。另在魏氏兒童智力測驗也顯示其語文理解顯著優於知覺組織和處理速度。
3. **出現學習困難**：由測驗與教學、作業觀察，顯示甲生在數學相關概念理解、基本計算正確性和速度有顯著困難。且這些困難自小五起開始接受資源班的直接教學服務，顯示其經補救教學仍難以改善其困難。

   其知覺異常的現象是否僅影響到數學的學習，是否與其人際、團體生活困難有關，可能仍須進一步觀察，以提供適性教育計畫。
4. **特殊教育需求**：由甲生接受補救教學之歷史可看出甲生之數學困難確實有其障礙，需要特殊教育。由其現有表現，其障礙即使在特殊教育之補救和輔助下仍難表現出應有水準，應有重度到極重度的需求，不僅持續接受數學補救教學，與數學相關之活動均需提供計算機、電子鐘等輔具以協助她生活，由於其動作與數學計算不成熟，可以考慮在數學考試上給予延長時間。

六、參考資料

身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法(2013)：2013 年 9 月 2 日教育部臺教學(四)字第 1020125519B 號令修正發布。

邱上真(民 87)：學習障礙概念的演變。**學習障礙資訊站，3**，4-6。

洪儷瑜(民 95)：學習障礙教育在台灣的第一個三十年—回顧與展望。**特殊教育季刊，100**，3-15。

洪儷瑜(民 101)：由補救教學到三層級學習支援。**教育研究月刊，221**,13-24。

洪儷瑜、何淑玫(民 99)：「介入反應」在特殊教育的意義與運用。**特殊教育季刊**, 115, 1-13。

柯華葳編(民 99)：**中文閱讀障礙**。台北：心理出版社。

李俊仁(民 99)：智力與閱讀障礙。載於柯華葳編，**中文閱讀障礙，115-129**。台北：心理出版社。

附錄二-參與修訂及說明手冊主筆之專家學者名單

各組召集人：

研修組別	召集人	任教學校
智能障礙	陳明聰委員	國立嘉義大學特殊教育學系
視覺障礙	鄭靜瑩委員	中山醫學大學視光學系
聽覺障礙/語言障礙	劉惠美委員	國立臺灣師範大學教授特殊教育學系
肢體障礙/腦性麻痺/身體病弱	吳亭芳委員	國立臺灣師範大學教授特殊教育學系
情緒障礙/學習障礙	洪儷瑜委員	國立臺灣師範大學教授特殊教育學系
自閉症	胡心慈委員	國立臺灣師範大學教授特殊教育學系
多重障礙	吳柱龍委員	國立臺中教育大學特殊教育學系
發展遲緩	蔡昆瀛委員	臺北市立大學特殊教育學系
其他障礙	吳柱龍委員	國立臺中教育大學特殊教育學系
資賦優異	于曉平委員	國立臺灣師範大學教授特殊教育學系

各組研修委員：

研修組別	研修委員
智能障礙 召集人-陳明聰委員 （國立嘉義大學特殊教育學系）	國立臺灣師範大學特殊教育學系-邱春瑜委員 國立臺中教育大學特殊教育學系-王欣宜委員 國立彰化師範大學特殊教育學系-林千惠委員 國立嘉義大學特教教育學系-吳雅萍委員 國立屏東大學特殊教育學系-陳麗圓委員
視覺障礙 召集人-鄭靜瑩委員 （中山醫學大學視光學系）	國立臺灣師範大學特殊教育學系-杞昭安委員 國立臺灣師範大學特殊教育學系-何世芸委員 國立臺北教育大學特殊教育學系-吳純慧委員 國立臺中教育大學特殊教育學系-莊素貞委員 國立臺南大學特殊教育學系-林慶仁委員
聽覺障礙 召集人-劉惠美委員 （國立臺灣師範大學教授特殊教育學系）	國立臺灣師範大學特殊教育學系-劉秀丹委員 國立彰化師範大學特殊教育學系-陳怡慧委員 國立臺南大學特殊教育學系-李芃娟委員 國立屏東大學特殊教育學系-黃玉枝委員
語言障礙 召集人-劉惠美委員 （國立臺灣師範大學教授特殊教育學系）	國立屏東大學特殊教育學系-楊淑蘭委員 國立清華大學特殊教育學系-許馨仁委員 國立東華大學特殊教育學系-楊熾康委員
肢體障礙/腦性麻痺/身體病弱 召集人-吳亭芳委員 （國立臺灣師範大學教授特殊教育學系）	臺灣物理治療學會物理治療-王雅瑜委員 臺北市立聯合醫院小兒科-簡穎瑄委員 馬偕醫院內分泌暨新陳代謝科-王朝弘委員 國立臺灣大學附設醫院復健科-盧璐委員 國立臺東大學特殊教育系-陳志軒委員
情緒障礙 召集人-洪儷瑜委員 （國立臺灣師範大學教授特殊教育學系）	關渡醫院精神科醫師-劉弘仁委員 國立臺北教育大學特殊教育學系-陳佩玉委員 醒吾科技大學諮商中心-林靜如委員 榮民總醫院心理師-單延愷委員 奇美醫院精神科醫師-林健禾委員 國立高雄師範大學特殊教育學系-蔡明富委員
自閉症 召集人-胡心慈委員 （國立臺灣師範大學教授特殊教育學系）	國立臺灣師範大學特殊教育學系-張正芬委員 臺大醫院精神醫學部-丘彥南委員 國立彰化師範大學復健諮商研究所-鳳華委員 國立高雄師範大學特殊教育學系-劉萌容委員

多重障礙 召集人-吳柱龍委員 （國立臺中教育大學特殊教育學系）	國立臺灣師範大學殊教育學系-佘永吉委員 國立彰化師範大學特殊教育學系-葉瓊華委員 國立陽明交通大學神經科學研究所-鄭雅薇委員 國立臺灣師範大學特殊教育學系-邱春瑜委員 臺北市立大學特殊教育學系-李姿瑩委員
其他障礙 召集人-吳柱龍委員 （國立臺中教育大學特殊教育學系）	國立臺灣師範大學特殊教育學系-佘永吉委員 國立彰化師範大學特殊教育學系-葉瓊華委員 國立陽明交通大學神經科學研究所-鄭雅薇委員 國立臺灣師範大學特殊教育學系-邱春瑜委員 臺北市立大學特殊教育學系-李姿瑩委員
發展遲緩 召集人-蔡昆瀛委員 （臺北市立大學特殊教育學系）	國立臺北教育大學特殊教育學系-陳介宇委員 南華大學幼兒教育學系-黃志雄委員 國立臺南大學特殊教育學系-陳英豪委員
資賦優異 召集人-于曉平委員 （國立臺灣師範大學教授特殊教育學系）	國立臺灣師範大學特殊教育學系-吳武典委員 國立臺灣師範大學特殊教育學系-郭靜姿委員 國立臺灣師範大學特殊教育學系-陳美芳委員 國立臺灣師範大學數學學系-游森棚委員 國立臺灣師範大學特殊教育學系-潘裕豐委員 國立臺灣師範大學音樂學系-吳舜文委員 國立臺灣師範大學英語系-王宏均委員 國立臺北教育大學特殊教育學系-鄒小蘭委員 臺北市立大學特殊教育學系-吳淑敏委員 國立臺北教育大學特殊教育學系-李乙明委員 臺北市資優教育資源中心-王曼娜委員 國立臺中教育大學特殊教育學系-侯禎塘委員 國立彰化師範大學特殊教育學系-賴翠媛委員 國立屏東大學特殊特殊教育學系-侯雅齡委員 國立高雄師範大學特殊教育學系-蔡典謨委員

手冊撰寫主筆人：

組別	主筆人
智能障礙	陳明聰委員
視覺障礙	鄭靜瑩委員
聽覺障礙	劉秀丹委員
語言障礙	劉惠美委員
肢體障礙	吳亭芳委員
腦性麻痺	吳亭芳委員、王雅瑜委員
身體病弱	吳亭芳委員
情緒障礙	洪儷瑜委員
學習障礙	洪儷瑜委員、李俊仁委員
自閉症	胡心慈委員、張正芬委員、丘彥南委員、劉萌容委員、鳳華委員
多重障礙	吳柱龍委員
發展遲緩	蔡昆瀛委員
其他障礙	吳柱龍委員
一般智能資賦優異	鄒小蘭委員、于曉平委員
學術性向資賦優異	于曉平委員
藝術才能資賦優異	吳舜文委員、于曉平委員
創造能力資賦優異	潘裕豐委員、林幸台委員
領導能力資賦優	潘裕豐委員、林幸台委員
其他特殊才能資賦優異	潘裕豐委員