

立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會第 15 次全體委員會議 紀錄

時 間 中華民國 105 年 4 月 14 日（星期四）9 時 4 分至 14 時 31 分

地 點 本院群賢樓 801 會議室

主 席 林委員淑芬

主席：出席委員已足法定人數，現在開會。

進行報告事項。

報 告 事 項

一、宣讀上次會議議事錄。

立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會第 14 次全體委員會議議事錄

時 間：105 年 4 月 11 日（星期一）9 時 2 分至 12 時 24 分

14 時 3 分至 15 時 44 分

地 點：本院群賢樓 801 會議室

出席委員：洪慈庸 吳焜裕 吳玉琴 劉建國 李彥秀 陳曼麗 陳宜民 陳 瑩
鍾孔炤 蔣萬安 黃秀芳 王育敏 林靜儀 林淑芬 楊 曜

（委員出席 15 人）

列席委員：林德福 王榮璋 王惠美 吳秉叡 賴士葆 鄭天財 李昆澤 曾銘宗
江啟臣 陳歐珀 黃偉哲 蕭美琴 鄭運鵬 鍾佳濱 簡東明 顏寬恒
陳明文 管碧玲 徐永明 羅明才 蔣乃辛 盧秀燕 何欣純 周陳秀霞
邱志偉 林俊憲 賴瑞隆 徐榛蔚 呂玉玲 高金素梅 陳怡潔 黃昭順
劉權豪 呂孫綾 陳賴素美

（委員列席 35 人）

列席官員：行政院環境保護署 副 署 長 張子敬
廢棄物管理處 處 長 吳盛忠
法規委員會 參 事 郭子哲
資源回收管理基金管理委員會 技 監 許永興
管制考核及糾紛處理處 處 長 蕭慧娟
環境衛生及毒物管理處（上午） 簡 任 技 正 張文興
（下午） 副 處 長 陳淑玲
環境督察總隊 總 隊 長 蕭清郎
水質保護處 簡 任 技 正 宋欣真

基礎設施事務處

科 長 蘇思漢

主 席：林召集委員淑芬

專門委員：趙弘靜

主任秘書：劉錦章

記 錄：簡任秘書 黃淑敏

研 究 員 鄭翔勻

簡任編審 黃維郎

科 長 葉淑婷

專 員 江建逸

報 告 事 項

宣讀上次會議議事錄。

決定：議事錄確定。

討 論 事 項

一、審查本院委員林淑芬等 21 人擬具「廢棄物清理法部分條文修正草案」。(詢答)

二、審查本院委員林淑芬等 22 人擬具「廢棄物減量及循環利用法草案」。(詢答)。

(本日會議經委員林淑芬說明提案旨趣，並由行政院環境保護署張副署長子敬列席說明並備詢。委員洪慈庸、吳玉琴、劉建國、吳焜裕、陳宜民、陳曼麗、李彥秀、陳瑩、鍾孔昭、蔣萬安、黃秀芳、王育敏、林靜儀、楊曜、李昆澤及林淑芬等 16 人提出質詢，均經行政院環境保護署張副署長子敬暨各相關主管、經濟部工業局吳局長明機、科技部新竹科學工業園區管理局張副局長金豐及衛生福利部劉專門委員玉菁暨各相關主管等即席答復。)

決議：

一、說明及詢答完畢，另擇期繼續審查。

二、委員王榮璋所提書面質詢，列入紀錄刊登公報，並請相關機關書面答復。

三、委員口頭質詢未及答復或請補充資料者，請於 2 週內以書面答復，委員另要求期限者，從其所定。

通過臨時提案 8 案：

一、近年台灣廢棄物經再用途徑污染環境案件顯已失控，查台灣一年產 1900 萬公噸事業廢棄物，其中有八成近 1600 萬公噸屬工業廢棄物，目的事業主管機關經濟部工業局僅有 1 個科長、3 名科員共 4 名官員兼辦，同時經濟部於 105 年 3 月 14 日於立法院社會福利及衛生環境委員會指出：「現行事業廢棄物管理權責分散且規定不一致，建議集中由專責機關統籌負責」。對此，立法院委員亦擬具廢棄物清理法部分條文修正草案，針對第三十九條修正條文，將事業廢棄物再利用管理權責回歸中央主管機關。然行政院環境保護署回應：「於現行人力及管理資源下難以涵蓋原屬各目的事業主管機關之業務」。

爰行政院環境保護署應於一個月內針對事業廢棄物再利用管理權責回歸中央主管機關所需之人力及管理資源進行評估，並將評估報告送交立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：陳曼麗

連署人：陳 瑩 吳玉琴

二、立法院委員擬具廢棄物清理法部分條文修正草案，其中針對第三十九條之一修正草案條文新增中央主管機關指定公告之再利用產出之產品，應由中央目的事業主管機關負責流向追蹤管理，必要時實施環境監測。行政院環境保護署表示：惟第 2 款規定「不當利用、不當謀利、污染環境或危害人體健康之虞者。」欠缺明確性，恐致判斷與執行之困擾……。經查污染環境或影響人體健康之虞……等此類用語散見於行政院環境保護署主管之廢棄物清理法、空氣污染防治法、水污染防治法……等法中。

爰行政院環境保護署應於一個月內針對所轄法令清查此類用語，避免執法判斷與執行之困擾，並將清查報告送交立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：陳曼麗

連署人：陳 瑩 吳玉琴

三、鑒於現行《廢棄物清理法》第 39 條，事業廢棄物再利用業務基於性質及數量之複雜性，並考量產業發展之重要性，目前以目的事業主管機關主管為依歸。然而，現行制度造成權責分散，共有十個部會分別訂定事業廢棄物再利用管理辦法，多頭馬車分立，不易管理統合。為使事權統一、權責明確，應採用修正草案將事業廢棄物再利用權責由現行各中央目的事業主管機關改隸中央主管機關。爰要求行政院環境保護署應提出人力及管理資源不足之補強評估報告，並於一個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會報告。

提案人：蔣萬安

連署人：陳宜民 李彥秀

四、建請行政院環境保護署會同衛生福利部針對連鎖超市、賣場、量販店丟棄之食物數量，會同相關部會規劃業者申報丟棄之食物量與流向之「剩食數量精進管制方案」進度應儘速於一個月內提出相關數據，以利跨部會協調、聯合稽查之作業。

說明：

(一)最新食物安全研究顯示，除食物產量不足外，分配不均與剩食浪費已成為新型態之糧食議題。為減少剩餘食物（剩食）之浪費，各國等都相繼提出更細緻之糧食生產管理策略，希望能提升國人之健康與糧食安全。

(二)根據聯合國糧食及農業組織，全球每年浪費達 1 千 3 百億噸食物，足夠養活 30 億人。另全球有三分之一食物最後被丟棄，全部被浪費之食物總值更達 7 千 5 百億美金，相當於瑞士之全國生產總值。數字顯示出減廢不單是環保議題，更牽涉嚴重之社會資源浪費。

(三)食物超過期限就必須銷毀，但食物不盡然是壞掉，下架後仍可捐至食物銀行，救助需要協助民眾等用途。其次，連鎖超市、賣場、量販店等下架食品通常被申報為「事業廢棄物」，過去官方未特別統計，去年甚至有業者將過期品回收混充賣給小吃店。以至近來

相關部會為避免過期品流入「不肖業者」後再進入消費者中，必研商剩食再利用方式。

提案人：李彥秀

連署人：陳宜民 蔣萬安

五、自 90 年代開始，行政院環境保護署推動「跨縣市合作處理垃圾政策」至今已逾 10 多年，但卻迄未健全統一調度分配、風險預測及應變管理機制，肇使國內多個縣市自 104 年初起，相繼陷入垃圾無法正常處理致生民怨窘境，行政院環境保護署「區域合作機制」明顯失靈，並於民國 105 年 2 月 3 日遭到監察院糾正。爰要求行政院環境保護署於二個月內提出區域聯防垃圾危機緊急應變方案，並向立法院社會福利及衛生環境委員會提出檢討報告。

提案人：劉建國 黃秀芳

連署人：楊 曜 洪慈庸 鍾孔炤

六、國內全年約產出 1880 萬公噸事業廢棄物，行政院環境保護署雖然要求清運有害及量大廢棄物之車輛須裝設 GPS 即時追蹤系統，但事業廢棄物亂傾倒問題仍層出不窮。另外，安裝 GPS 只是管理「前端」從產源處到處理廠的部分，行政院環境保護署對於「後端」管理機制至今仍未提出。爰要求行政院環境保護署於一個月內，向立法院社會福利及衛生環境委員會提出檢討報告，包含後端管理機制。

提案人：劉建國 黃秀芳

連署人：楊 曜 洪慈庸 鍾孔炤

七、從事業廢棄物亂傾倒種種事件可看出，各目的事業主管機關（如經濟部、科技部、內政部等等）根本無法實際明確掌握事業廢棄物源頭及清理流向。如同空污、水污，垃圾問題為公共事項，建請行政院環境保護署將「家戶垃圾與事業廢棄物妥善處理」全國層級政策會議之會議結論送至行政院報告，並請各目的事業主管機關配合共同辦理。

提案人：劉建國 鍾孔炤 黃秀芳

連署人：楊 曜 洪慈庸

八、鑒於燃煤火力發電廠集中於中南部地區，包括台中、雲林、高雄等，造成當地空氣污染情況嚴重。去（104）年雲林縣針對空污問題提出禁燒生煤自治條例，遭中央主管機關行政院環境保護署、經濟部宣告無效。而雲林已經被證實是全台 PM2.5 濃度最高、罹癌率顯著增加的地區。國家經濟發展不應建立在部分國民的生命風險之上，爰請行政院環境保護署針對空氣污染減量之實際作為及措施提出檢討，並向立法院社會福利及衛生環境委員會提出報告，說明未來如何加強空氣污染之減量及管制。

提案人：鍾孔炤

連署人：黃秀芳 陳曼麗

散會

主席：請問各位，上次會議議事錄有無錯誤或遺漏之處？（無）無錯誤或遺漏之處，確定。

繼續報告。

二、邀請衛生福利部、教育部就「特殊需求兒童早期介入與服務現況專題報告：以注意力不足過動症(ADHD)為例」列席報告，並備質詢。

主席：現場列席的官員除了衛福部之外，教育部是由國教署原特組的林副組長列席，教育部列席代表位階未免也太低了，我們今天在談特殊需求兒童早期介入和服務現況，我認為教育部應該重視這個問題，不管是從管理面或是從未來政策擬定要關注的層面，只指派國教署原特組的副組長來列席，層級未免也太低了吧！今天教育及文化委員會的議程是審查文化資產保存法，完全沒有教育部的業務，難道請國民及學前教育署署長列席報告會有困難嗎？

齊專員國興：（在台下）報告主席，署長出國了。

主席：署長出國也有副署長，我們還沒有要求要次長來，顯然在 520 以前，大家都無心業務，整個擺爛！

陳委員瑩：（在席位上）現在聯絡一下。

主席：請現在聯絡副署長前來，好不好？我覺得這太不尊重立法院了，也太不在乎這些特殊需求兒童的需求了，這是一個非常嚴肅的議題，如果在 520 以前，大家就擺爛，那我不曉得我們立法院在這裡開會到底是要跟誰討論？衛福部部長還坐在這裡，我剛才詢問部長是不是會挺住、不會請假吧？部長回答他一定會努力到最後一天，我覺得這個態度是非常值得肯定的！真的很難得！我覺得這不是在官、不在官的問題，而是做事情的態度以及負責任的態度，所以我們希望教育部趕快聯絡，至少署長出國也應該向我們報告一下，副署長應該可以來吧？

今天很多單位及團體想要跟我們溝通，我向各位報告，事實上注意力不足過動症(ADHD)缺乏單一有效的篩檢工具，這也是衛福部在報告的內容中所提到的：英國國家健康暨臨床醫學研究院在 2014 年甚至提出建議不應在幼兒園、中小學進行全面性 ADHD 的篩檢。另外，在 OECD 的 34 個國家裡，包括美國、加拿大、法國、德國、瑞典及英國等等 OECD 的 33 個國家都沒有執行全面性的篩檢。我們會看到這個問題也是來自於新北市政府全面性的針對國小 2 年級的孩子做篩檢，這件事情當然引起討論，有人認為這是過度提早將兒童貼標籤，也有人認為這可能是來自小孩吃的食物中含有磷酸或色素，也有人主張 ADHD 不一定要這麼早篩檢。本人也很好奇，所以到相關的網站做測試，我跟助理測試出來的結果，大概都有所謂注意力不足的問題，我想邀請大家上網測試一下，搞不好大家都會變成是注意力不足過動症，依據網站上的測試，大人可能也會有注意力不足過動症的問題。我們認為有特殊需求的孩子的確需要即時給他們關注和幫忙，但是也不能逾越了某一種界線，人家所謂為藥廠服務的界線，我們覺得是不是有機會針對這個問題，能讓大家到立法院一起來討論，所以今天特別排定這個議程。

現在請衛福部先行報告，衛福部部長報告之後，再請教育部報告，因為教育部就在對面一街之隔，是不是請副署長來？只有一街之隔，我想副署長的速度應該也不會太慢吧？所以請衛福部部長先報告，我們再請教育部報告，報告之後再進行詢答。

請衛福部蔣部長報告。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。今天承邀至貴委員會進行「特殊需求兒童早期介入與服務現況：以注意力不足過動症(ADHD)為例」專題報告，深感榮幸。謹就本部業管事項簡要說明如下，敬

請各位委員及先進指教。

為了照顧具有特殊需求的兒童，需要透過醫療、教育及社福等單位，進行跨專業整合性服務，共同提供兒童及其家庭相關治療、支援及協助方案。謹說明如下：

壹、發展遲緩兒童

依兒童及少年福利與權益保障法及其施行細則之規定，發展遲緩兒童指在認知發展、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異常情形，並經衛生主管機關認可之醫院評估確認，發給證明之兒童。為及早發現、提早治療，由衛生、教育及社會福利等專業人員，以團隊合作方式，依未滿 6 歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧等早期療育服務。

政府近年來在衛政、教育、社政單位的分工合作下，持續提供各種資源與推動相關措施，致力於發展遲緩兒童之早期發現與早期介入等協助作為：

一、強化發現篩檢：

推展未滿 6 歲兒童發展篩檢，加強家長及相關人員對兒童發展之認知，並運用兒童發展檢核表發現疑似發展遲緩兒童。另透過兒科及家醫科等 1,949 家醫療機構，辦理 0 至 7 歲兒童 7 次預防保健服務，加強生長發展狀況之篩檢及診察（包括身體生理、動作神經、語言、認知、情緒與社會及人際發展等面向）。針對 3 至 7 歲兒童，於兒童健康手冊家長紀錄事項中列有孩子行為發展之評估題項，以利家長、老師及醫事人員給予兒童適當的關注與協助。

二、建立通報機制：

為早期發現疑似發展遲緩兒童，全國各地方政府已設置 28 處通報轉介中心，受理醫療、教育、社福等機構及家長通報疑似發展遲緩兒童。104 年全年度計完成通報 2 萬 0,658 名兒童，期能提早發現、及早療育。

三、評估確診制度：

兒童如疑似有發展遲緩，可至本部國民健康署輔導之各縣市聯合評估中心（共 44 家），或地方政府輔導之評估醫院（共 35 家）進行評估確診。聯合評估中心均設置單一窗口，以跨專業團隊方式提供聯合評估，縮短個案候評及看診時間，並開立綜合報告書、提供後續療育建議及依個案家庭需求協助安排療育服務。

四、加強個案管理：

全國各地方政府已設置 55 處個案管理中心，針對發展遲緩兒童依其個別需求擬定服務計畫，並提供其家庭支持性服務，目前個案管理服務 4 萬 3,177 名兒童。

五、提升療育服務：

為因應發展遲緩兒童及其家庭之個別化需求，提供醫療院所、早療機構、社區式及到宅等多元療育服務，並以家庭為中心，辦理「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」，教導家長個別化之居家照護或訓練技巧，強化其對早期療育服務之參與，同時導入個案管理，引導孩童接受合理、適當且有效率之療育服務。另針對早期療育資源缺乏鄉鎮區，推動「發展遲緩兒童社區療育據點服務實施計畫」，提供近便性與社區化療育服務，目前已於 8 縣市 40 個鄉鎮區提供定點式及走動式之療育服務。又為減輕發展遲緩兒童家庭經濟負擔，並結合地方政府提

供早期療育費用補助，低收入戶者每名兒童每月最高補助 5,000 元，非低收入戶者每名兒童每月最高補助 3,000 元。

貳、注意力不足過動症（ADHD）兒童

ADHD 係指精神疾病中的神經發育障礙，另查 ICD-10，注意力不足過動症歸類「精神與行為疾患」項下（F90）。其主要問題表現在三個層面，包括：注意力不易集中、活動量過多、行為衝動，目前案例以兒童為主，但此類狀況也會在成人身上出現。由於 ADHD 目前缺乏單一有效的篩檢工具，英國國家健康暨臨床醫學研究院於 2014 年提出建議不應在幼兒園、中小學進行全面性 ADHD 篩檢。另，OECD 的 34 個國家，包括美國、加拿大、法國、德國、瑞典、英國等 33 國均未執行全面性篩檢。

國內注意力不足過動症的盛行率推估約 5%至 7%，但接受治療比例偏低。據查小學一到三年級是黃金治療期，未經輔導治療個案，可能衍生學習挫折、人際互動與行為障礙。因此，關於注意力不足過動症孩童，應致力於早期發現及早給予治療，以使孩童能正常生活及學習。經由醫師確診為 ADHD 後，提供情緒管理方法與行為治療，必要時提供藥物，以減少適應不良與行為偏差發生。目前國內精神科醫院或綜合醫院設有精神科者共 197 家，其中開設兒童精神科門診之醫院有 82 家，均可提供 ADHD 之診療服務。國內 ADHD 的治療專業人員為兒童精神科（心智科）醫師、一般精神科醫師、小兒神經科醫師，並結合臨床心理師、職能治療師及社工師共同協助。

我國全民健康保險也提供 ADHD 兒童相關醫療診療服務，現行支付一般復健檢查、物理治療及評估、職能治療及評估、語言治療及評估、人格特質鑑定、職能評鑑、心理測驗、心理社會復健、心理治療、活動治療及行為治療等數十項相關診療項目。其中除副木治療費、材料費及特殊心理社會治療，其餘項目患童年齡未滿二歲實施該等診療項目，支付點數加成 30%；年齡在二（含）至六歲者實施該等診療項目，支付點數加成 20%。

針對精神科服務，全民健康保險另訂有精神科加護病床、急性精神病床、慢性精神病床、精神科日間住院、精神科院外適應治療及精神疾病患者社區復健等相關住院或社區式精神醫療服務。

依本部全民健康保險資訊系統統計分析，102 年至 104 年未滿 6 歲兒童主次診斷為 ADHD 者，其整體就醫、復健與精神醫療人數、人次及醫療費用變動不大（詳如附表 1）。另 6 歲至未滿 12 歲 ADHD 兒童整體就醫、復健與精神醫療人數、人次及醫療費用皆呈下降趨勢（詳如附表 2）。

為加強認識 ADHD，本部已編印「注意力不足過動症」之心理衛生專輯，從認識 ADHD、到 ADHD 產生的原因、造成的重大影響、評估及治療、如何面對 ADHD 及可運用之服務資源等，可提供民眾參考運用，亦得自行自本部網頁下載使用。

另目前伴隨注意力不足過動症之領有身心障礙證明（手冊）兒童有 587 名，其個人及家庭可依其需求評估，提供臨時或短期照顧服務，並依家庭經濟狀況提供照顧費用補助；對家庭照顧者提供心理及情緒支持、成長團體、諮詢服務與照顧技能訓練及相關研習等，並進行家庭關懷

訪視，同時也會結合民間社會福利資源協助解決問題。

參、結語

孩子是國家重要的人力資產，為維護兒童健康與促進其身心健全成長發展，對於注意力不足過動症兒童，本部除持續掌握國內外篩檢工具最新資料外，也將督導地方政府主管機關辦理相關促進注意力不足過動症兒童健康之服務事項，並將持續與教育部橫向聯繫合作推動早期療育服務，精進以家庭為中心之相關服務，以增進家長養育兒童之能量。

以上報告，請各位委員指教，謝謝！

附表 1：未滿 6 歲兒童主次診斷為 ADHD 者，其整體就醫、復健與精神醫療人數、人次及醫療費用

類別	年 度	項 目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	合 計
人數	102	整體醫療	4,326	5,254	2,482	5,110	15,174
		復健及精神醫療	3,769	4,772	2,286	4,867	13,996
		藥品	314	220	79	161	744
	103	整體醫療	4,058	4,989	2,478	5,027	14,775
		復健及精神醫療	3,524	4,550	2,239	4,818	13,593
		藥品	261	178	48	92	564
	104	整體醫療	4,278	4,989	2,421	4,971	14,790
		復健及精神醫療	3,748	4,548	2,212	4,778	13,652
		藥品	197	155	44	108	487
人次	102	整體醫療	15,159	27,011	21,067	43,626	106,863
		復健及精神醫療	43,127	106,746	139,645	185,874	475,392
		藥品	984	752	268	583	2,587
	103	整體醫療	14,205	25,851	20,691	42,426	103,173
		復健及精神醫療	41,028	102,346	135,415	191,650	470,439
		藥品	861	636	195	348	2,040
	104	整體醫療	14,534	26,422	20,297	41,823	103,076
		復健及精神醫療	41,742	105,924	136,879	191,953	476,498
		藥品	630	506	98	489	1,723
醫療費用 (百萬點)	102	整體醫療	33.57	74.93	68.43	88.05	264.98
		復健及精神醫療	25.13	65.86	64.31	78.86	234.16
		藥品	0.23	0.08	0.08	0.04	0.43
	103	整體醫療	30.93	70.78	67.36	91.07	260.15
		復健及精神醫療	23.90	63.71	63.26	82.26	233.13
		藥品	0.22	0.16	0.04	0.02	0.44

104	整體醫療	32.52	74.73	72.00	94.99	274.24
	復健及精神醫療	25.13	67.93	67.88	86.14	247.07
	藥品	0.17	0.08	0.02	0.03	0.30

附表 2：6 歲至未滿 12 歲 ADHD 兒童整體就醫、復健與精神醫療人數、人次及醫療費用

類別	年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	合計
人數	102	整體醫療	15,556	15,792	5,860	13,807	45,294
		復健及精神醫療	12,224	12,665	4,920	11,653	37,261
		藥品	9,490	9,297	2,643	6,428	26,285
	103	整體醫療	15,300	15,160	5,670	13,461	43,851
		復健及精神醫療	12,162	12,112	4,731	11,515	36,238
		藥品	9,122	8,723	2,437	5,957	24,702
	104	整體醫療	15,124	14,834	5,636	13,179	43,029
		復健及精神醫療	12,006	11,944	4,740	11,366	35,805
		藥品	8,789	8,206	2,310	5,731	23,527
人次	102	整體醫療	71,911	81,368	41,250	92,931	287,460
		復健及精神醫療	86,013	150,525	162,640	221,576	620,754
		藥品	63,676	62,292	17,373	40,264	183,605
	103	整體醫療	71,553	78,357	39,886	92,376	282,172
		復健及精神醫療	88,353	148,823	160,034	233,988	631,198
		藥品	62,625	59,701	16,187	38,088	176,601
	104	整體醫療	69,939	77,538	38,255	92,504	278,236
		復健及精神醫療	91,508	148,175	154,488	238,117	632,288
		藥品	59,438	56,718	14,749	36,584	167,489
醫療費用 (百萬點)	102	整體醫療	135.47	144.09	85.28	116.83	481.66
		復健及精神醫療	40.33	75.29	60.98	77.01	253.61
		藥品	68.02	46.62	15.99	24.52	155.15
	103	整體醫療	132.10	135.50	82.94	116.65	467.19
		復健及精神醫療	41.76	73.98	61.10	80.77	257.61
		藥品	59.60	39.41	13.13	21.53	133.67
	104	整體醫療	123.00	133.90	80.74	117.81	455.46
		復健及精神醫療	42.85	75.39	61.27	82.53	262.04
		藥品	53.25	35.92	10.88	19.94	119.99

主席：謝謝蔣部長。接下來我們是不是請教育部國教署現有列席的代表先來報告？

林副組長琴珠：（在台下）報告主席，我們副署長已經趕在路上了。

主席：太遠的話，叫次長來。

林副組長琴珠：（在台下）副署長馬上過來了。

主席：請次長過來比較近，因為就在對面。不論是特殊需求、早期發現早期治療或是整體篩檢的政策是否適當，從教育的角度來看，都是滿需要思考的教育政策。目前已經有地方政府在校園裡進行全方面的篩檢，所以邀請次長過來，大家一起來討論，這應該也不為過吧？因為就在對面，我們是不是就請次長直接過來比較快？請聯絡教育部主責國教署的次長，請次長過來。我們先請教育部國教署原住民與少數族群及特殊教育組副組長報告，連組長都沒有來，不是組長來，還是副組長過來，沒關係，先請副組長簡單報告。

請教育部國民及學前教育署原住民族與少數族群及特殊教育組林副組長報告。

林副組長琴珠：主席、各位委員。首先感謝各位委員對特殊需求兒童早期介入與服務的關注，特別是以注意力不足過動症（ADHD）當前的相關服務進行瞭解，共同協助這類的孩童。簡要報告如下：

壹、前言

早期療育（或稱早期介入）對特殊需求學童身心發展之重要性和成效已獲學理與研究論證，結合社政、醫政與教育系統共同推動早期療育向為政府施政重點之一。依據《學童及少年福利與權益保障法施行細則》第 8 條之定義，「早期療育指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式，依未滿六歲之發展遲緩學童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。」此一定義揭示早期療育服務內容與方式之跨專業與多元化的特性。另依特殊教育法第二十三條明定「為推展身心障礙兒童之早期療育，其特殊教育之實施，應自二歲開始。」以保障二歲以上特殊需求兒童接受特殊教育之權益。本報告茲以注意力缺陷過動症（以下簡稱 ADHD）為例，綜合說明我國學前及國民小學階段，經鑑定為有特殊教育需求之 ADHD 學童其早期介入與服務之現況。

貳、ADHD 學童之多元處遇需求

ADHD 學童早期療育服務的軸線包含早期預防、發現篩檢、評估診斷、通報轉介、療育介入、轉銜服務等多面向環節，每一環節有其相應之專責領域扮演服務遞送之核心角色，以國內為例，由醫政系統輔導設立學童發展聯合評估中心，由社政系統於各縣市成立早期療育通報轉介中心，教育系統則主責校（園）場域有特殊教育需求學童之支持服務。此一涉及多元專業的服務特性，正亦符應當代對於 ADHD 學童介入應採多元處遇的觀點。

ADHD 屬於精神疾病診斷準則手冊 DSM-V 的精神疾患之一，臨床實務對於 ADHD 的處遇已發展出許多不同的介入方法，惟尚未有單一方法被視為具有獨立的處遇成效，有效的 ADHD 介入應採多元途徑的處遇，包括藥物治療、飲食控制、認知行為改變、心理治療、環境治療、體能訓練、行為治療、特殊教育等方法。

目前，為配合醫政及社政系統之專業團隊合作，教育部針對就讀學校或幼兒園之 ADHD 學童

提供適性且專業的特殊教育服務，如：營造尊重與接納的環境、提供結構化的學習空間、彈性調整教學與評量等，惟學校（園）除提供學童的特殊教育需求服務之外，必須醫政及社政等其他多元處遇不斷持續介入，學童才能獲致更可預期的療育成效。

參、ADHD 學童特殊教育鑑定安置

於我國法定身心障礙學生類別中，ADHD 學童係歸類於情緒行為障礙，《身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法》第九條對於情緒行為障礙之鑑定基準規定如下：「一、情緒或行為表現顯著異於其同年齡或社會文化之常態者。二、除學校外，在家庭、社區、社會或任一情境中顯現適應困難。三、在學業、社會、人際、生活等適應有顯著困難，且經評估後確定一般教育所提供之介入，仍難獲得有效改善。」

依據此鑑定基準，目前國內特殊教育系統對於 ADHD 學童已建立嚴謹且專業的鑑定模式與機制，除鼓勵家長經醫療評估取得評估報告或診斷書之外，尚需接受特殊教育心評人員的教育評估程序，不同於醫療評估，教育評估著眼於 ADHD 學童在學習上的特殊需求，其評估方法採多元資料來源，包括正式評量（採標準化評量工具）與非正式評量（如：檢核表、行為觀察、家長與相關人員晤談）；此外，在校生於轉介特教鑑定前更須經持續一段期間之一般教育介入，並檢附介入期間之輔導資料，以確定一般教育介入無效而具有特殊教育需求；完成教育評估後，則須經各縣市「特殊教育學生鑑定及就學輔導會（簡稱鑑輔會）」綜合研判鑑定結果，符合特教學生資格者即予以適性安置。換言之，若 ADHD 學童經評估無特殊教育需求，且能適應一般教育所提供之服務者，則應鼓勵其提早適應一般教育環境。

依據本部特殊教育通報網之統計資料，104 學年度全國學前階段身心障礙幼兒總數為 14,592 人，其中，發展遲緩幼兒數達 10,703 人（占 73%），而鑑定結果註明 ADHD 者則有 81 人，此一人數偏低的現象係因學前階段欲確定 ADHD 實有較多評估限制，並且為避免過早標籤之可能負面影響，學前階段通常將疑似 ADHD 幼兒鑑定為發展遲緩，既保有鑑定嚴謹性，也保障 ADHD 幼兒接受學前特殊教育之機會。至於國小階段之身心障礙學生總數則為 40,752 人，其中鑑定為 ADHD 者有 1,540 人（占國小身障生之 3.78%）。ADHD 與智能障礙並不存有相關，在融合教育趨勢下，經鑑定之 ADHD 學童通常安置於一般學校的普通班，並接受資源班服務、巡迴輔導服務或特殊教育服務。

肆、ADHD 學童之特殊教育服務

《特殊教育法》第二十三條則明訂「為推展身心障礙學童之早期療育，其特殊教育之實施，應自二歲開始」，據以保障年滿二歲以上特殊需求學童接受特殊教育之權益，並將學前特殊教育視為多元化早期療育服務之一環。

為滿足特殊需求學童之特殊教育需求，本部透過訂（修）定特殊教育相關法規、建置行政支持系統與支持服務網絡，賡續推動辦理多項特殊教育服務，茲歸納為 10 項分述如次。

一、提供巡迴輔導及資源班服務

為協助幼兒園教保服務人員對特殊需求學童之教學與輔導，落實融合教育成效，目前各縣市均設有學前不分類巡迴輔導班，由巡迴輔導教師依幼兒與教保人員需求提供不同程度的支持服

務；配合幼托整合，本部國教署補助各縣市新設幼兒園身心障礙類特殊教育班（含巡迴輔導班）開班費，以均衡地方身心障礙教育發展，並符合特殊教育班設立應力求普及與社區化之精神，近幾年來，全國學前巡迴輔導班數量已逐年增加。

至於就讀國小普通班之 **ADHD** 學童則以資源班為主要服務型態，由資源班教師依學生需求，提供社會技能、生活管理、學習策略等外加之特殊需求領域課程，或將教學輔導策略融入原班課程與作息中，此外，資源班教師並入班協助普通班教師進行宣導活動、課程調整或行為問題處理。

二、設置情緒行為輔導專業支援

為協助學校（園）處理特殊需求學童情緒及行為問題，及增進學校團隊成員處理情緒及行為問題之專業能力，縣市本權責部分有設置「情緒行為專業支援輔導團」，提供具備情緒行為問題處理專長之專業支援教師，針對學校轉介之特殊個案，協助召開個案會議、評估分析行為功能、設計及執行介入處理策略，提供電話諮詢、校園精神醫療諮詢及家庭親職教育諮詢等相關諮詢工作，以及辦理情緒行為相關專業之宣導及教材編纂。

三、落實 IEP 及行為功能介入方案

個別化教育計畫（簡稱 **IEP**）乃特殊教育、相關服務與支持策略的執行基礎，**ADHD** 學童所需之教學、輔導與服務皆由學校（園）依特殊教育法以團隊合作方式敘明於 **IEP** 中，並據以施行。現行 **IEP** 的法定項目中，對於具情緒行為問題學生規定須擬定行為功能介入方案，透過功能性行為評量及正向行為支持，可更為有效地處理身心障礙學生之情緒行為問題。為落實 **IEP** 之訂定與執行，本部國教署五年計畫「提升學前特殊教育服務品質方案」將 **IEP** 完成率及辦理 **IEP** 研習列為工作績效指標，並要求幼兒園於申請補助款時須檢附幼兒 **IEP**，推動迄今，目前公私立幼兒園 **IEP** 訂定已頗為普及，並將持續提升 **IEP** 之內容品質與運用。此外，為充實教師擬定行為功能介入方案之知能，各縣市已將行為功能介入方案列為特殊教育研習之重點項目。

四、結合校園輔導及轉介前介入

透過全校性三級預防輔導計畫，對於學校適應欠佳之疑似或確診之 **ADHD** 學童，視個案需求連結導師、科任教師、認輔教師、家長、輔導教師、駐區心理師、社區精神科醫師、社工師、行政人員、資源班教師合作提供個案輔導、小團體輔導、班級輔導、諮商與心理治療服務、課程與教學調整服務、情緒管理、行為訓練等輔導及轉介前介入服務。

五、提供相關專業服務

對於經鑑輔會評估需要特殊教育相關專業服務之 **ADHD** 學童，提供職能治療師、物理治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師等相關專業人員到校服務，其服務內容主要包括評估學生能力與學習環境、參與訂定 **IEP**、提供所需專業之合作諮詢服務等。

六、提供教師或特教學生助理員

對於具有生活自理或情緒行為問題之身心障礙學生（含 **ADHD**），由各級主管機關鑑輔會評估學生需求後，依其需求程度提供教師助理員或特教學生助理人員協助，並要求助理員每年需參加特殊教育知能研習至少達 9 小時之研習時數，以增進服務品質。

七、補助縣市校（園）特殊教育經費

為均衡地方身心障礙教育之發展，本部每年均依「教育部補助直轄市縣（市）政府辦理身心障礙教育人事及業務經費辦法」規定，補助 22 個直轄市、縣（市）政府辦理特殊教育相關經費，協助特殊教育各項業務推動，以 104 年度為例總計補助經費約 4 億 7,993 萬元。本部並依據《就讀私立幼兒園社會福利機構之身心障礙幼兒及招收單位獎補助辦法》及《教育部補助直轄市縣（市）政府辦理身心障礙教育人事及業務經費辦法-就讀公立幼兒園之身心障礙幼兒教育補助》，提供滿 2 歲至入國民小學前之身心障礙幼兒（含 ADHD）就學補助及獎勵招收單位，104 年度共補助 1 億 7,755 萬元，以提升身心障礙幼兒入園率，俾推展早期療育。

八、規劃辦理特教相關人員知能研習及家長增能活動

為增進教保服務人員、普通班教師、行政人員、特殊教育教師對特殊需求學生之認識與處遇知能，本部、各縣市政府及學校（園）每年廣續辦理特殊教育、融合教育、ADHD、情緒行為處理等相關主題研習。為全面提升學前融合教育品質，本部國教署並自 104 年度起持續規劃辦理全國性之分區學前融合教育核心課程種子教師研習。

本部及地方教育主管機關每年補助民間團體辦理特殊教育活動，申請與補助之活動類型包含親職教育、家長成長工作坊、特教宣導等，此外，各縣市教育局（處）與學校每學期均規劃辦理多樣化的親職教育及家長成長活動，俾協助家長增能及提供家庭支持。

九、落實轉銜輔導及服務

本部依特殊教育法訂定《身心障礙學生轉銜輔導及服務辦法》，對於自早期療育機構進入幼兒園、以及自幼兒園進入國民小學就讀之特教需求學童，提供生活輔導、學習輔導、心理輔導、就學與相關福利資訊等轉銜輔導服務，按本部國教署五年計畫「提升學前特殊教育服務品質方案」之施行成果統計，各縣市身心障礙學童（含 ADHD）幼小轉銜服務均已達 100%之普及率。

十、提供特殊教育諮詢及相關宣導

為宣導特殊教育政策及服務，並提升大眾對特殊教育之正向認知與態度，本部委託國語日報於每週五開闢特殊教育專刊，以及委託國立教育廣播電臺於每週六、日下午企劃特教宣導節目「特別的愛」，其專刊與節目主題均涵蓋 ADHD 之認識與教育。

本部國教署業已於 102 年建置免付費特殊教育諮詢服務專線 0800-258880，提供特教學生及家長各項諮詢服務，此外，各縣市特殊教育資源中心及大學特殊教育中心亦設有諮詢專線，提供所屬縣市及輔導區家長、教育人員與民眾有關特殊教育之電話諮詢、網路諮詢及面談諮詢服務。

伍、結語

我國特殊教育發展歷經啟蒙奠基、實驗推廣與法制建構等時期，已朝向精緻發展的階段，本報告以 ADHD 學童為例，綜整特殊需求學童早期療育與服務現況，除闡述特殊教育鑑定安置機制應有之嚴謹性，以及特殊教育支持服務之多元化樣貌外，並顯現特殊教育之介入方法與場域有別於醫療系統之專業特性，此種專業特性乃源自對 ADHD 學童「學習需求」的重視，進而構

成特殊教育政策與實務的主體性。誠如前文所言，ADHD 學童具有多元需求，需要多元途徑的處遇，本部將秉持特殊教育理念與專業發展，結合政策推動、學術研究與民間參與，廣續擊劃推動符合 ADHD 學童教育需求的特殊教育。以上報告，謝謝。

主席：署長說他再 10 分鐘會到，我們是不是還是先開始進行詢答？署長是指國教署的署長。

林委員靜儀：（在席位上）我要問……

主席：你要問教育部，你可以接受副組長來進行詢答嗎？

林委員靜儀：（在席位上）他可能沒辦法回答。

主席：可能沒辦法的話，因為只有 10 分鐘，我們是不是暫時休息，等署長到？好，謝謝大家，我們等署長。

現在休息 10 分鐘。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。

報告委員會，國教署署長出國，副署長鄭來長已經到場，現在開始進行詢答，每位委員質詢 10 分鐘，得延長 2 分鐘；上午 10 時 30 分截止發言登記；如果委員有書面質詢，請於散會前提出，逾期不受理；中午 12 時處理臨時提案。

現在請林委員靜儀質詢。

林委員靜儀：主席、各位列席官員、各位同仁。請問副署長，教育部是否有針對 ADHD、妥瑞氏症、亞斯柏格症、自閉症等特殊的小朋友，提供老師相關研習課程？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。我們每年大概都有補助縣市政府辦理相關的幼教研習，至於有沒有指定重點項目，若有需要，我們可以指定他們把研習的重點放在某些部分。

林委員靜儀：那你們現在指定的重點在什麼地方？

鄭副署長來長：實際執行時基本上都是由縣市規劃比較多。

林委員靜儀：但是錢是你們補助下去的，他們規劃什麼你們不用管嗎？

鄭副署長來長：基本上我們會去了解。

林委員靜儀：根據你們了解的結果，這兩、三年你們補助他們的特殊專案課程是朝哪些方向規劃？

鄭副署長來長：有關視障專業知能、智障、情障、自閉症、過動症、個別化教育計畫等等，各類都有，以人數來看，自閉症、過動症大概比較多，另外就是心理……

林委員靜儀：你講的人數是受訓的人數，是不是？

鄭副署長來長：就是各縣市參與研習的人數。

林委員靜儀：你可以大概說明一下有多少嗎？很多部門在報告時，尤其我剛才聽到教育部的報告，最大的問題就是你們的態度是「有，有專案給地方政府、有補助地方政府或有協助地方政府」，你們搞不搞得清楚你們到底做了什麼？

鄭副署長來長：我們有一個特教計畫，每年都會請縣市政府提報需求，我們就會核定，而且有一個

……

林委員靜儀：縣市政府提報需求是有縣市政府的特殊狀況，那你們這邊的需求、宗旨、目標呢？教育部提出特教計畫總有立場吧？我希望你們針對某些部分去了解，教育部沒有立場嗎？還是只是給錢，讓地方提出需求？

鄭副署長來長：主要是縣市政府依照縣市的情況來提，如果委員認為我們每年應針對重點項目補助，那我們朝這個方向來努力。

林委員靜儀：請問這半年以來，教育部在這部分有沒有專業的需求？

鄭副署長來長：最近譬如 ADHD 等問題……

林委員靜儀：是不是今天這場是 ADHD，你就說 ADHD，如果下一場是自閉症，那你就說自閉症？

鄭副署長來長：我們會再向縣市政府了解他們的需求。

林委員靜儀：我直接告訴你，臺灣對於精神疾病的個案、情緒障礙、社會適應等問題，過去雖然有很多壓力給衛福部，但是其實應該有更多的壓力給教育部。

鄭副署長來長：是。

林委員靜儀：教育部應該跟著國家的脈動，不能不知道國家現在發生什麼事，你跟著國家脈動就會知道很多事牽涉到家庭教育缺乏、社會教育缺乏、學校輔導人力不足，這些難道需要我們跟你們講，然後指定請你們做自閉症或 ADHD，你們才會做嗎？你們都沒有這種責任嗎？

鄭副署長來長：基本上是我們尊重地方政府提報的作為。

林委員靜儀：所以，如果地方政府認為本縣市沒有任何 ADHD 的個案，我們就不用讓老師接受任何 ADHD 或其他障礙、疾病的研習，是不是？

鄭副署長來長：相關的研習，根據統計，應該各縣市都有。

林委員靜儀：第二，教育部其實也負責家庭教育、學前教育，請問現在所有的小學、國中入學時，尤其是小學，有沒有新生家長說明會？

鄭副署長來長：你是說特教嗎？

林委員靜儀：不是，一般的學生。特教生是已經認定需要特教，但是進小學之前不是每個家長都知道孩子需要特殊協助。

鄭副署長來長：你是說特教方面嗎？

林委員靜儀：所有小學新生入學有沒有家長說明會？

鄭副署長來長：新生入學時，學校會發給入學通知，要新生依規定到學校報到。

林委員靜儀：請他到學校來報到，發制服、記得帶書包這樣嗎？都不必告訴家長，你的小孩要唸小學了，要準備什麼東西？

鄭副署長來長：學校會針對家長開一個座談會。

林委員靜儀：由學校來處理，對不對？

鄭副署長來長：對。

林委員靜儀：又來了，搞半天又是看學校，學校覺得需要就做。你們教育部有一個國民及學前教育

署，對於小朋友要進小學家長應有什麼認知，應提供協助。以我們現在看 ADHD，都認為國小一至三年級的小朋友如果是 ADHD，及早輔導、復健可能會有幫助，而不是讓他被老師叫去外面罰站，罰站到五年級什麼都沒學到，你們有針對這部分採取什麼作為嗎？簡單說 ADHD、學習障礙、發育遲緩的小孩，在小孩進國小之前或國小一、二年級，除非老師很敏感，否則，家長有機會知道他的小孩在學習上有障礙嗎？

鄭副署長來長：實際上，在進國小之前如果孩子發展遲緩，基本上會去作相關的鑑定。

林委員靜儀：誰會知道他發展遲緩？隔代教養的阿嬤會知道他的孫子發展遲緩嗎？

鄭副署長來長：學前縣市政府會去篩選。

林委員靜儀：每件事都是縣市政府去做，你們教育部只發錢就對了？

鄭副署長來長：但是我們就是會在政策上引導、給予協助。

林委員靜儀：我這樣說，如果是我們現在在談的 ADHD，學理上的說法是及早診斷、及早給予家庭的支持、早一點減少對他的偏見、學校老師給他足夠的支持，甚至包含必要的復健或藥物治療，這些孩子是有機會好好的在教育體系中學習的。可是教育部沒有一個中心思想去思考這些學習障礙的孩子要怎麼讓老師輔導，也沒有任何的思想給今天這些提早在小學階段有機會被發現的學習障礙或注意力有問題孩子的家長任何這樣的訊息。

鄭副署長來長：在學前應該先有一個篩選的機制……

林委員靜儀：好，我簡單做結論，請教育部規劃小學學童入學前的家長新生教育，我們目前的新生教育都只限於國中生，我記得國中入學時是有一、兩天的新生訓練，告訴你未來人生是如何如何，今天家裡有小朋友要進小學，不只是高高興興地去買書包而已，家長能否理解自己的孩子未來會遇到什麼狀況，我們在教育的場域，希望他有什麼想法，以及這個孩子在一、二年級遇到困境時是家長、學生還是老師的問題？學校會給他什麼資源、資源的對口在哪裡？統統不清楚嘛！假設今天有一個 ADHD 的小朋友念到二年級才發現孩子常被老師罰站，其他小朋友的媽媽來抱怨，請問，這個媽媽有沒有機會知道自己的孩子是什麼問題？有資料嗎？

鄭副署長來長：沒有。

林委員靜儀：我的意思是，如果我們認為很多學習障礙的孩子在國小一、二年級就會出現症狀，若及早介入會有幫助的話，教育部就應該把這個資料找出來，確認過之後，新生入學的學前教育，也要把家長納進去。

鄭副署長來長：事實上，現在大部分的孩子都有就讀學前的幼兒園，如果幼兒園發現有這些特殊需求的學生……

林委員靜儀：那你們有給幼兒園老師這方面的知能嗎？有沒有讓這些老師瞭解什麼是 ADHD、亞斯伯格症嗎？

鄭副署長來長：有辦三場的融合教育相關……

林委員靜儀：什麼叫做三場的融合教育？一年三場、一個月三場？還是一個縣市三場、全國三場？

鄭副署長來長：全國分三區來辦理。

林委員靜儀：聽到這裡，我們都已經知道教育部根本不清楚對這些學習障礙的孩子到底能幫上什麼

事情。好，剛才的報告還提到鑑輔會，可以告訴我鑑輔會的實施狀況嗎？各縣市都有嗎？

鄭副署長來長：都有。

林委員靜儀：總共多少人？一個學校組成一個鑑輔會還是一個縣市組成一個？每一個縣市組成一個鑑輔會？

鄭副署長來長：對，教育部也有一個鑑輔會……

林委員靜儀：教育部發錢嘛！我知道你們教育部很會發錢。

鄭副署長來長：教育部再做最後的複審，教育部負責高中、大學，地方政府……

林委員靜儀：所以，國中、國小的部分是由地方政府建立鑑輔會？

鄭副署長來長：對。

林委員靜儀：你們有沒有去統計臺灣各縣市鑑輔會每年核定的個案數？

鄭副署長來長：我手邊是沒有這個資料，可否事後提供給委員？

林委員靜儀：你們有統計嗎？

主席：請教育部國民及學前教育署原住民族與少數族群及特殊教育組林副組長答復。

林副組長琴珠：主席、各位委員。鑑定通過會上通報網。

鄭副署長來長：通報網站上有……

林委員靜儀：鑑定通過上通報網，但鑑定之前是多少人？這個有很明顯的差異，有鑑定需求可能是 1,000 人，鑑定通過 50 人，表示前面的篩選有問題；鑑定 100 人，經過鑑輔會鑑定，有 98 人被認定為要補助，就代表前面的篩選是對的。這些數據都是有意義的，不是你們教育部補錢就好了！還有一個巡迴輔導班也是一樣，各縣市的數量是多少，你們有沒有資料？

鄭副署長來長：不確定通報網上是否都有這樣的統計數字，若有，我們是不是可以事後提供給委員？

林委員靜儀：好，這部分事後提供給我們。簡而言之，教育部不要認為 ADHD 是衛福部的事情，基本上，現在這些 ADHD 或有相關學習障礙的孩子代表的其實是城鄉階級與隔代教養的差異，亦即資源好的地方、知能比較足夠的父母有機會知道孩子，有一些需求，也知道如何尋求協助，但是如果他剛好不幸住在偏鄉，輔導資源也少，老師資源也少，或者是隔代教養的情況下，他根本沒有機會知道自己的孩子是比較皮還是需要其他的協助。就算他知道孩子需要協助，他也不知道要去哪裡找人輔導、復健。衛福部出版了一本「注意力不足過動症」相關出版品，你們有看過嗎？

鄭副署長來長：我本人還沒看過。

林委員靜儀：注意力會影響學習，你們學教育的人不用懂這個嗎？衛福部出版的這一本，內容都是專家所寫，還是有討論空間，但是如果連主管學前教育、國小教育的人有這些基本的資源都不知道，請問，父母會知道嗎？父母可是要像無頭蒼蠅一樣地到處去問！對於家庭教育、學前教育，教育部都是有責任的，不要只跟我說你們有補助給縣市，你剛才講到的巡迴輔導、鑑輔會，麻煩你們會後把資料送到我辦公室。

鄭副署長來長：是。

主席：請劉委員建國質詢。

劉委員建國：主席、各位列席官員、各位同仁。剛才聽到林委員在質詢教育部官員，他們的回應讓本席感覺臺灣教育部好像患了嚴重的 ADHD。如果不重視這件事，顯然其注意力就是無法集中，注意力不集中，他就無法針對這件事的重點去對委員一一做回應。今天我們要開這樣的專案報告會議，他們應該有所準備，也要有相關的數據及具體作為供委員會參考才對。本席來自偏鄉，方才林委員問得很好，針對偏鄉在 ADHD 上的資源，你們是怎麼處理？有沒有城鄉的落差？這些其實都是我們想要瞭解的。如果教育部在這部分對本委員會的答復就是如此，我當然會期待衛福部有更好的作為。部長，在第 8 屆第 7、8 會期，本席辦公室就已經接到非常多類似的案件，委員會接到這些案件，相關行政機關一定也都會接到，你們有沒有接到 ADHD 相關的這些陳情？有掌握嗎？大致上是什麼樣的情況？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。相關的陳情嗎？

劉委員建國：對，相關的陳情。

主席：請衛福部心理及口腔健康司謚司長答復。

謚司長立中：主席、各位委員。其實從去年 8 月開始，就有相關的團體到心口司來拜訪與陳情，關於這個問題，其實更早之前，新北市政府在做這件事時，也有團體去拜訪他們。其實他們是一個利益團體，所以……

劉委員建國：陳情的話，應該會有很多的面向、團體，你為什麼就直接了當地說它是一個利益團體？就只有那個利益團體去跟你們陳情嗎？

謚司長立中：是。

劉委員建國：那本席跟你不一樣，你們行政機關都遇到利益團體，本席遇到的都是個人，但不是利益團體。我說一個我接到的一些案例給你們聽，這是一個路見不平、拔刀相助的方姓臺北市市民，他說：孩子的一切問題該回到教育，而不是將責任放在一顆可怕的小藥丸上，其他的內容就不再贅述；這是一個藥師所講的：讓教育回歸教育，沒有一個孩子需要這些藥，我是一位藥師，我說了我該說的話，我愛我的孩子，相信您也是，請您一起來捍衛孩子的未來，將這個篩檢趕出校園，這是一個藥師媽媽的聲音。還有，這是一個關心你我幸福未來的市民，他說：終於暫緩了過動兒篩檢表的實施，這種輕易就將孩子貼上標籤的篩檢表真的要禁止，以免荼毒國家幼苗。另外，這是一個祖父級的家長的心聲：請將 ADHD 的篩檢政策逐出校園。然後是一個退休老師所講的：這兩年在教育的某些新變革中最令人震撼的是 ADHD 的篩檢，我不知道做了這個手續之後，後續的發展是什麼。內容還有很多，我大致先講這幾點。如果今天衛福部心口司或教育部所接到的陳情是來自利益團體，當然你們能因應的就會有侷限性，如果接受到的陳情是比較廣泛，你們一些未來的因應作為可能會比較不一樣，而不是像司長方才對本席的答復。我這邊引用一些報導，英國每日郵報及美國時代雜誌都報導有關醫學博士理查·索爾的研究，每日郵報的標題比較聳動：「ADHD 並不存在，藥物帶來更多傷害。」，這位博士表示，在他五十年診療看過數千呈現 ADHD 徵狀的病人後，他已經有了結論：沒有 ADHD 這種東西。近

幾年，這個所謂的病，像野火般狂掃全球，確診與用藥的數量急速增加。在美國有 4%的成人與 11%的兒童，被確診為過動症。總人數在過去十年來，激增了 40%。而在英國也成為最普遍的精神健康失調問題，學齡兒童有 2-5%的比例。這些徵狀像無法對細節專注、煩躁、打斷他人、難以安坐、易衝動等的確存在。但是把它們攪成一團，再變成 ADHD 診斷標準，然後再用興奮劑治療這個所謂的病症，這種作法是危險、疏忽而且是錯誤的。這種定義太過主觀，很多 ADHD 成人病人還有其他病症，像是憂鬱、躁鬱、精神分裂等，這些都被說成是和 ADHD 共生。但是在他看來，它們才是引起 ADHD 徵兆的原因。所以治療那些病症，等於就治療了 ADHD。

引起 ADHD 的原因有時只是單純的缺乏睡眠，研究顯示，那些患有 ADHD 的年輕人有高比例的睡眠問題。但是，睡眠失常卻被說成是跟 ADHD 共生的，而不把睡眠不足視為造成分心與過動的因果連結。另外，妥瑞氏症、強迫症常被誤認為是 ADHD，憂鬱症、躁鬱症有時也被搞混為 ADHD。很多時候身體缺乏某種營養如鐵，也有可能被誤診為 ADHD。所以 ADHD 病患不代表他們有 ADHD，只是陷在 ADHD 誤診、濫用像利他能興奮劑藥物等的循環裡，這些興奮劑是錯誤的，對他們是傷害的。

很多人相信他們有 ADHD 或一些其他病症，其實只是因為在高速運轉世界下處理壓力的正常範圍而已。調整我們的生活方式，改善我們的飲食，多運動，多睡覺，就可以減輕像這類易怒、分心、衝動等徵狀了。我們必須確實重新思考是什麼導致了這些徵狀。我們必須拋棄幾十年來那些醫生、藥廠、媒體甚至病人們一直死守的舊式 ADHD 診斷法。

本席提出這些報導用意在於提醒，至於對與錯就請部長和司長以及教育部去評斷。今天這位醫學博士已經把他的經驗和論述發表在這些有名的雜誌上，受到許多人認同。現在我們對國小、學前孩童進行篩檢，造成家長的恐慌，甚至導致小朋友被誤診。在診斷和篩檢的過程中，我們並沒有被認可是專業並達到某種程度的人去進行篩檢，請問在都會尤其是偏鄉，有這樣的人才在篩檢嗎？請你們提供資料，不過我想是沒有的，那你們是如何處理的？有位老師講得很清楚，他說他不知道這些篩檢手續的後續發展是什麼？他身為老師，但還是不知道。部長、司長和教育部對於上述兩篇的報導有什麼看法，有什麼因應的作為，或是有不一樣的思維，可否向委員會說明？

蔣部長丙煌：剛才委員提到兩個重點，第一個是篩檢的問題，國際上包括英國國家健康和臨床醫學研究所都認為不應該對幼兒園、小學、中學的學生作全面的篩檢，免得被貼上標籤，而且會有處置過當的問題。目前我國國健署有提供 0 至 7 歲兒童 7 次預防保健服務，在兒童健康手冊家長記錄事項中有提醒家長了解小孩有無學習上或人際關係上的障礙，例如跟不上進度。如果家長的警覺性夠，就會尋求專業性的協助。總而言之，我們也不贊成篩檢。

第二個重點是藥物的使用，據我們了解，很早以前有些補習班會使用這些藥物來增進學生的注意力和專注力，所以這些藥物的使用是必須受到重視的。對 6 歲以前的孩童，我們根本不主張用藥，只能做行為治療。而根據健保署的統計，6 到 12 歲 ADHD 的就醫率是 3.47%，其中約有一半有用藥，這是目前的情況。

劉委員建國：謝謝部長這麼詳細的答復。在精神疾病的診斷群裡，你們把 ADHD 認定是疾病還是

症狀？

譚司長立中：目前是把它認為是一個疾病。

劉委員建國：精神疾病？

譚司長立中：是。

劉委員建國：剛才部長提到有一半以上病患在用藥，其實藥是三分毒，會不會因為服用那些藥品反而讓 ADHD 的起因沒被治療到？

譚司長立中：ADHD 雖然是一種疾病，但也有很多重原因導致，大部分原因是遺傳因素，少部分有其他因素干擾到，產生類似的症狀。通常醫生診斷時會先作鑑別診斷，例如有些天才兒童看起來像 ADHD，但其實是天才兒童。還有慢性鼻炎的小孩，有時比較煩躁不安，看起來也會像 ADHD，所以臨床上通常會作鑑別診斷。

劉委員建國：目前在臺灣，ADHD 的醫療診斷有沒有限制某領域的專才人員？這些專才人員分布在教學醫院、醫院、診所，尤其是偏鄉的情形如何？請簡單答復一下。

譚司長立中：現在主要的治療是精神科醫生負責，特別是小兒精神科，其他包括小兒科、復健科也都有看這個病，不過診斷上還是由精神科醫生負責，而且在醫學中心、地區醫院、區域醫院以及診所統統都有。

劉委員建國：所以分布很平均？

譚司長立中：很平均。

劉委員建國：這個疾病服用的藥物如利他能、專思達長效錠，這兩者的化學結構和安非他命很相似，對不對？

蔣部長丙煌：對。

劉委員建國：它們是中樞神經的興奮劑，屬於三級管制藥品，具有副作用包括依賴性，停藥後可能有其他症狀。你們有管制這些藥品的作為嗎？它到底有沒有被濫用？

譚司長立中：這些藥的藥量使用都是在被管制之下，它是三級管制藥品，所以開立這種藥的時候，每個領藥人都是要簽名的，也就是說，它是有被嚴格管制的。另外，食藥署也會針對所有開出去的藥核對數目，包括在診所裡面也是一樣，他們都會定時 check，要求診所每天都要記錄。

劉委員建國：在英國有一種類似的作用藥叫做聰明藥，近年來在網路流傳販售，這類聰明藥宣稱可以提高記憶力、改善思考過程、保持清醒、集中注意力等等，請問臺灣有沒有這種狀況發生？或是臺灣有沒有人從國外網站上買回來？這方面你們有沒有掌握？

譚司長立中：最近我們在網路上看到有人在討論有一些藥物確實在研究上發現它對於腦部思考功能有所增進，但是這種藥物一般是不鼓勵使用的，除了醫療目的之外，一般是不鼓勵使用的，目前在國內應該也沒有販售。

劉委員建國：你們有沒有近十年來針對 ADHD 小朋友家庭的調查資料？

譚司長立中：其實每個小朋友來談的時候，最重要就是談他們的家庭，因為這種疾病和家庭環境有很大的關係，特別是遺傳因素以及父母親有多少能力可以照顧小孩，這些都是重要的評估項目。通常在處理這樣的個案時，有 95% 的時間都是在跟爸爸、媽媽談。

劉委員建國：什麼時候開始啟動？

蔣部長丙煌：全國有 55 個個案管理中心，目前有四萬三千多個兒童是列在個案管理當中。

劉委員建國：如果有相關的資料，麻煩提供給本席參考，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝。

主席：請吳委員焜裕質詢。

吳委員焜裕：主席、各位列席官員、各位同仁。關於要不要篩選兒童的問題，剛才譔司長回答劉委員的質詢時，曾提到目前並沒有單一有效的篩選方法，所以不會全面篩選。兒少法第十三條規定主管機關應每四年對兒童及少年身心發展、社會參與等現況進行調查，請問其中是不是也包括可以瞭解兒童或青少年是否有潛在 ADHD 的問題？

主席：請衛福部社會及家庭署簡署長答復。

簡署長慧娟：主席、各位委員。委員是指每四年的兒童生活狀況調查有沒有相關問項，事實上，目前不會特別針對 ADHD，因為它是全面性的……

吳委員焜裕：我知道，但有沒有潛在幾個可以問出是否有 ADHD 的問題？

簡署長慧娟：兒童生活狀況調查主要是去看兒童、少年及其家庭是否有福利服務的需求，或是我們在……

吳委員焜裕：但條文中也有明定「身心發展」啊！

簡署長慧娟：對，可是目前比較偏重在福利服務的部分，主要是去瞭解家庭狀況，發展遲緩也有可能，但 ADHD 和發展遲緩並不是劃上等號。

吳委員焜裕：剛才譔司長曾提到目前並沒有單一有效的篩選方法，但是有幾個問題可能會和潛在 ADHD 相關對不對？剛才你說發展遲緩可能是一個問項，其實它也是造成 ADHD 的可能因素之一。

簡署長慧娟：心口司有做這樣的調查。

吳委員焜裕：我知道，根據法令規定是每四年要做一次對不對？

簡署長慧娟：這是社家署做的，心口司也會進行調查。

吳委員焜裕：本席並不是反對篩選，我們從文獻上發現傳統上大家所認定的壞小孩或問題少年可能和 ADHD 有關係，如果沒有及早輔導或治療的話，可能會造成這樣的結果。相關治療可分為三方面，最後一項才是藥物治療，社會上對此有不正確的印象，甚至有污名化的現象。其實很重要的是行為的矯正或教育方案的介入，藥物治療則是最後一個選擇，並不是一開始就進行藥物治療，我們必須導正社會，讓大家瞭解並非全然都是藥物治療，這方面是我們可以著力的。

現在小孩生得少，大家都希望小孩未來的發育及發展都很好，這樣才能對社會有所幫助。教育部國教署一定要注意這方面的問題，尤其在老師的在職訓練過程中，一定要讓他們知道該如何輔導小孩，另外也要傳遞給家長正確的觀念。剛才林委員也提到，其實衛福部有提供一本手冊，這本手冊非常值得大家參考。方才譔司長曾提及哪些專科醫師可以診斷的問題，難道是精神科醫師就可以嗎？還是有一些次分科醫師？

主席：請衛福部心理及口腔健康司譔司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。如果是精神科醫師的話，至少必須接受過兒童次專科訓練，或是曾經接受過兒童及青少年精神醫學訓練，一般至少都會要求三個月到半年的訓練，如果是……

吳委員焜裕：次專科醫師需要多久的訓練？

謹司長立中：次專科通常要兩年。

吳委員焜裕：全國現在有多少次專科醫師？

謹司長立中：兒童精神科次專科醫師共有 150 幾位。

吳委員焜裕：據本席所知，應該是 214 位才對。

剛才謹司長說這方面分配得很平均，但是根據本席的分析，卻是分配得很不平均，多數集中在醫學中心及臺北市、新北市地區，其他縣市或偏鄉卻很少。究竟這個問題該如何改善？另外就是 214 位次專科醫師是不是足夠？根據衛福部的報告，推估盛行率應該是 5%至 7%，很明顯目前就診的人相當少，相較於 5%至 7%的盛行率，目前的就診率算是少的。其實就診並不一定就是要吃藥，如果把輔導及個案介入的部分也包括在內的話，那麼目前的就診率算是低的，究竟這方面該如何輔導，這是一個很重要的問題，還有就是診斷專科醫師的訓練及培育也很重要。再者是健保方面的問題，因為給付的關係，偏鄉可能沒有這方面的專科醫師，該如何鼓勵這方面的專科醫師到偏鄉去？就盛行率來推估，30 個學生當中搞不好就有 1 位，究竟該如何診斷或照護這樣的學生？偏鄉可能沒有相關資源，因為目前專科醫師大部分都集中在六都當中，該如何鼓勵這些人進到偏鄉？在健保給付上要怎麼給予優待？雖然目前有一些優待措施，但是在偏鄉的診所其實是沒有優待的，健保署有什麼作法可以鼓勵這方面的專科醫師到偏鄉去呢？

主席：請衛福部健保署蔡副署長答復。

蔡副署長淑鈴：主席、各位委員。我們現在有「早期療育門診醫療給付改善方案」，這裡面有給付的誘因，但是早期療育涵蓋的範圍非常廣，不會只有 ADHD 的 patient 或是兒童，這部分就是鼓勵復健科醫師、精神科醫師。事實上，過去確實要兒童精神科醫師做確診，但是在確診之後，一般復健科醫師也可以提供療育的服務，所以復健科醫師的分布就會比兒童精神科醫師……

吳委員焜裕：確診要診斷，所以這裡是講診斷的部分。

蔡副署長淑鈴：針對診斷的部分，各縣市政府都設有聯評中心，由該中心做確診，拿著確診通知才到各地的復健科醫師接受療育，目前的作法是這樣。

吳委員焜裕：但並不是每個縣市都有這方面的次專科醫師。

蔡副署長淑鈴：聯評中心有合格的醫師可以做建議。

吳委員焜裕：什麼叫合格醫師？要很明確才對。

蔡副署長淑鈴：精神科醫師和兒童精神科醫師。

吳委員焜裕：我們講的是心智科的醫師。

蔡副署長淑鈴：這部分在全國可能就不是那麼充足……

吳委員焜裕：那要怎麼改善？

蔡副署長淑鈴：目前各縣市的聯評中心是設在比較大型的醫院，那裡會有合格的醫師做鑑定，如果是偏鄉……

吳委員焜裕：對偏鄉很不方便啊！

蔡副署長淑鈴：我們會再進行瞭解，因為各縣市政府的……

吳委員焜裕：本席手上就有統計資料，我們的資料比司長講的還多，他講 150 幾位，我們找到 214 位，如果你回去還要再重複作業，那就太沒有效率了吧？

蔡副署長淑鈴：是，我們回去會把資料補充給委員。

吳委員焜裕：重點是你們要怎麼改善，不是給我資料，我已經蒐集到資料了啊！

蔡副署長淑鈴：聯評中心是由國健署設立，病人經過鑑定需要療育服務，那就由健保支付。

吳委員焜裕：這部分真的非常缺乏，大部分都在醫學中心。

另外，關於胡亂開藥方面，健保局有什麼看法？

蔡副署長淑鈴：大概有一半的孩子是有服藥，對這類長效型藥物確實有一些給付的規範。

吳委員焜裕：哪些專科醫師可以針對 ADHD 開利他能及相關的藥物？

蔡副署長淑鈴：目前對開這類藥物的專科醫師，我們並沒有特別的……

吳委員焜裕：所有醫師都能開這類的藥嗎？

蔡副署長淑鈴：這個我要查一下。

吳委員焜裕：根據統計數字，非精神科醫師開藥占 11%，而精神科醫師不一定是兒少心智科醫師，其實大部分都是他們在開藥，在社會上會誤解這種藥物被濫開，健保局要為此負一些什麼責任嗎？

蔡副署長淑鈴：謝謝委員提醒，這部分……

吳委員焜裕：不是提醒，這是健保資料統計出來的嘛！我是提供正確的資料給你！

蔡副署長淑鈴：我們會把這個資料提到專家會議裡面討論，看是否需要限定科別醫師開藥，事實上，相關用藥規定都是經過專家討論出來的結果。

吳委員焜裕：所以非精神科醫師也可以開 ADHD 的用藥，是嗎？

蔡副署長淑鈴：目前我們沒有限科別的醫師。

吳委員焜裕：之所以社會上會有藥物濫用的感覺，就是因為非專科醫師也可以開這方面的藥，這方面真的不需要做比較嚴格的限制嗎？不要讓民眾有醫師濫開藥物的感覺，真的有浮濫開藥的現象，健保局要採取適當的措施來加以限制。

蔡副署長淑鈴：好，我們會提專家會議。

吳委員焜裕：繼續要請教教育部，要如何避免這類學童被汙名化？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。ADHD 不應該被汙名化，在宣導方面，我們要讓老師、家長和教育人員瞭解……

吳委員焜裕：依照特教法相關法律，要鑑定以後有 ADHD 症狀才可以到特教班，對不對？

鄭副署長來長：是。

吳委員焜裕：在普通班有多少老師可以處理 ADHD 學童？比例大概是多少？

鄭副署長來長：我們是看這些學童的特殊需求是什麼。

吳委員焜裕：是由誰決定他們需要特殊需求？連老師都沒有能力了，要由誰來決定呢？

鄭副署長來長：鑑輔會會建議……

吳委員焜裕：由神明、上帝來決定嗎？否則誰來決定？

鄭副署長來長：我們可能要加強老師對這方面……

吳委員焜裕：普通班的老師有多少比例來照顧這些小孩？難怪會被汙名化，連國教署都沒有注意到這個事情。再者，現在全國有多少資源班？分配的情況如何？國教署有這個資料嗎？

鄭副署長來長：我們系統上面都有的。

吳委員焜裕：系統上？我是問實際的分布情況！

鄭副署長來長：我現在手邊沒有資料，會後提供給委員，可以嗎？

吳委員焜裕：你們這麼重要的單位，手上都沒有相關資料，之後才要蒐集？你們在報告上都提及了，如果有需要的話就到資源班，希望行政單位要確實努力。

再就健保署方面，如果這些兒童需要用藥，希望要給他們長效藥，因為學校老師若是缺乏這方面知識，學童請老師幫忙服藥時，容易造成學童被汙名化的現象，所以希望給孩子長效藥，讓他們在家裡服藥，不用到學校服藥，這樣就比較不會被汙名化。所以，如何開這類長效藥是很重要的事情。

蔡副署長淑鈴：對於 6 歲以上的孩子，我們都是給付長效藥。

吳委員焜裕：沒有，你們一開始是開短效藥，需試用一個月後沒有產生副作用，你們才開長效藥嘛！我們都有相關的資料。

事實上，照護 ADHD 小孩有各方面的需要，衛福部應該整合各局處好好的努力，當然教育部也扮演很重要的角色，你們落後很多，要趕快趕上來。謝謝。

主席：請洪委員慈庸質詢。

洪委員慈庸：主席、各位列席官員、各位同仁。我們今天討論 ADHD 的問題，新北市在 2014 年針對國小二年級學童做全面篩檢，這個計畫令大家非常驚訝，也紛紛討論這個問題。據國外的研究調查，患有 ADHD 的學童大概是 5%到 8%，也有認為是 5%到 10%，請教部長，以臺灣的健保資料來看，臺灣的比例是多少？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我國的 6 歲至 12 歲兒童人數總共是 120 多萬人，目前健保就醫人數有 4 萬 3,000 多人，所以大概是 3.5%左右。

洪委員慈庸：就臨床數據來看，臺灣的比例比國外 5%至 10%的比例還低一些，請問衛福部有沒有針對這個數據做過分析研究？

蔣部長丙煌：我請謹司長向委員報告。

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。我們看到的 3.5%是就醫率，也就是說有實際在臺灣做過流行病學的調查，發現實際的數字應該是在 5%到 7%或 5%到 8%之間。所以直接去看病的只有 3.5%，也就是說可能有 2.5%到 4.5%是沒有去就醫的。

洪委員慈庸：謚司長，這個比率還滿高的，為什麼他們沒有去就醫？

謚司長立中：這是因為一般人對 ADHD 比較不了解，覺得小孩只是調皮、好動或不乖，可是沒有想到這可能是得了一種病的結果。

洪委員慈庸：所以其實小孩有症狀，但是家長不知道應該要就醫？

謚司長立中：是。

洪委員慈庸：2014 年新北市做了全面性的篩檢，有很多家長批評這個量表太過簡單，其實家長跟老師未必有這方面的專業，如果去寫這樣的量表，很可能會有錯誤。我覺得這個量表有一個版本滿有趣的，一共問了 9 個問題，包括是不是粗心大意、容易分心、忘東忘西等，如果讓大家來回答，其實在 10 個人裡面有 8 個、9 個應該都會有這樣的症狀，請問要怎麼判斷是不是粗心大意、容易分心？什麼樣的程度算是粗心大意？

謚司長立中：其實這個量表是全世界公認非常好的量表，在臨床上也有廣泛使用，專門讓家長自填。因為過動兒的診斷，不只是由醫生進行評估，也需要老師、家長從不同的角度去做評估。關於怎麼樣算粗心大意，其實並沒有一個嚴格的定義，這個表只是供診斷時參考而已。

洪委員慈庸：既然這是一種初步的篩檢，新北市在做這個計畫之前有向衛福部、教育部諮詢過嗎？謚司長，他們有問過你們的意見嗎？

謚司長立中：沒有。

洪委員慈庸：鄭副署長，他們有問過你們嗎？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。沒有。

洪委員慈庸：所以他們要做這件事情之前都不必先跟教育部、衛福部討論嗎？

鄭副署長來長：事先我們都不曉得。

洪委員慈庸：好，你們認為在校園進行這種全面性的篩檢是否合適？

謚司長立中：跟委員報告，新北市做的這個計畫基本上還不到篩檢的程度，所謂篩檢是必須要用量表去做篩，然後看分數並進行統計，再決定幾分以上要怎麼處置，新北市做的這個只能算是自我評估，學校並沒有去回收這些資料，只是發給家長一個密封的問卷，家長自行填寫之後再決定要不要就醫。當初新北市做這件事情只是一個試辦計畫，他們想看看用這種方式是不是能夠有效的協助讓過動兒出來就醫，這主要是因為當年發現過動兒就醫的比率很低。

洪委員慈庸：你覺得他們這樣的計畫有沒有成功，還是失敗了？

謚司長立中：跟委員報告，基本上是失敗的。

洪委員慈庸：失敗的原因是什麼？

謚司長立中：基本上，一般民眾對於 ADHD 的了解本來就不夠，當時又引起了很多的媒體效應，所以大家對這件事情就變得會有一點抗拒。據我所知，實際上只有 70 幾位兒童是因為那個計畫去看醫生，而且其實當時並不是整個新北市全部二年級的學童都有篩檢，只有選了幾個區，真正就醫的個案比率相當低。

洪委員慈庸：所以衛福部也覺得這是一個很失敗的計畫。目前針對 ADHD 有兩種不一樣的論調，

醫學界認為 ADHD 是一種疾病，必須要進行治療跟吃藥才能改善。另外一個學派則認為這不是病，可以靠著改變家庭、學校環境和對行為進行矯正來改善。這兩種都各有支持者，本席認為應該要併著一起來看，衛福部和教育部的看法如何？你們覺得這是一種病還是可以透過行為的矯正來解決？

謹司長立中：就算是一種病，也有可能可以透過行為去協助，這到底是不是病，其實應該是專業人士說了算。其次，關於這是不是病，其實有一些依據，第一，有沒有病理的發現，也就是說在檢查的時候有沒有發現什麼不正常的地方，譬如說 ADHD 在目前幾乎已經確定大部分的個案都是遺傳上導致的，也就是過動是一種特質，不專心是一種特質，這樣的特質不一定就不好，要視環境而定。第二，這種問題能不能用藥物加以改善，確實也有藥物。第三，現在最有爭議的就是會不會造成痛苦跟障礙，有一部分的 ADHD 個案確實是會造成障礙，但是也有一部分不見得那麼嚴重，也就是因為這樣才導致大家對這件事情的看法不一樣，因為 ADHD 從輕到重都有，比較輕、中度的個案其實只要環境支持好、老師的教育好、父母親懂得如何教養，其實不見得要用藥，也一樣可以過得很好。

洪委員慈庸：鄭副署長看法如何？

鄭副署長來長：基本上學校教育是提供這些孩子上學的場所，至於這是不是一種病，應該要尊重專業，我們教育系統就是要盡量幫助這些孩子讓他們正常的發展。在教學的過程中，我們要讓老師對 ADHD 有比較深入的了解，而且讓他們能夠教導這樣的孩子，如果這些孩子有特別的需要，我們就會提供特別的服務跟照顧，如果需要專業的支持，我們也可以請專業人士來提供協助。

洪委員慈庸：謝謝。本席也認同兩位的說法，其實健保都有納入給付，所以這是一種疾病，這一點應該是沒有問題的。剛剛吳委員也有提到，像兒童心智科或兒童精神科現在醫師的人數算是滿少的，衛福部還稍微多一點，大概有 200 多個人，本席覺得滿好奇的，以新北市很失敗的篩檢計畫來看，如果一個年級的學童有 3.6 萬人，以 5%到 7%折衷定為 6%，在 3 萬 6,000 人裡面有 6%的人需要就醫，算起來就有 2,000 多個人，如果是黃金治療期一到三年級的話，每個年級有 2,000 個人左右，那新北市就有 6,000 個學童可能需要就醫，如果這 6,000 個學童都需要就醫，這樣新北市兒心科的醫師到底夠不夠？

謹司長立中：因為當時在做這件調查的時候我正好在新北市衛生局服務，所以我對這整個過程非常了解，這件事情雖然從讓他們去就醫的這個角度來看是失敗的，但是以教育家長的目的來看，其實應該算成功，等於是讓家長了解孩子有這些症狀並考慮是不是真的有問題。

洪委員慈庸：那如果要就醫的比率很高怎麼辦？

謹司長立中：其實都有就這件事情做過評估，因為當時並沒有在偏鄉做這個計畫，而是集中在都會的兩個區來做自填量表，經過評估這兩個區精神科和專科醫師的人數足夠，當時有做過這樣的評估。

洪委員慈庸：現在臺北市和新北市兒童心智科跟精神科的醫師有幾位？

謹司長立中：我不記得這個數字。

洪委員慈庸：請你們之後再提供給本席，本席和其他委員擔心的問題是，全臺灣只有 200 多個醫師，臺北市和新北市是醫療資源最豐沛的地方，在其他偏鄉是不是有足夠的醫療資源？因為這些小孩子不可能全部都集中在臺北市和新北市，就是分布在全臺灣，各縣市是不是有足夠的醫療資源？其實這是我們滿擔心的一個問題。再者，針對這些有特殊需求的兒童，你們在目前和未來就早期介入或治療有投入哪些具體的資源或是採取什麼做法嗎？

鄭副署長來長：如果經過專家或鑑輔會的鑑定，這些孩子確實需要特別的照顧，我們當然就會儘量來幫助他們，譬如說如果需要一個教師助理員，我們就儘量提供，如果需要一些特殊的教導方案，我們也會儘量滿足他們。

洪委員慈庸：你這樣說很不具體，可否再具體一點？

鄭副署長來長：其實，每個縣市都有一個輔導團，在這個輔導團裡面有很多專家及老師，他們都是這方面的專家。

洪委員慈庸：縣市政府所設立之輔導團，跟你們教育部應該沒有什麼關係，是嗎？

鄭副署長來長：都是合作與夥伴關係。

洪委員慈庸：但在實際上並非由你們負責運作或執行，對不對？

鄭副署長來長：對，是由縣市政府在進行運作。

洪委員慈庸：所以，教育部在這方面並無具體計畫與作為，也就是說，中央層級並沒有要做這件事。

鄭副署長來長：對國立的學校，我們可以直接幫助他們；至於縣市政府的部分……

洪委員慈庸：請教衛福部對這方面有何作法？

蔣部長丙煌：目前衛福部在這方面重要的工作，就是加強對民眾尤其是家長們的宣導，讓他們認識 ADHD，同時，我們已經編製一份有關注意力不足過動症的手冊，希望能廣為宣傳，俾讓大家對 ADHD 比較有明確的認識，這樣一來，後續的醫療或是行為協助也就比較容易到位。

另外，我們也會跟教育部加強橫向的連繫，希望能做到早期發現、早期給予輔導。

洪委員慈庸：謝謝部長的說明，其實，對今天教育部的回應，本席覺得還滿遺憾的，原因是對本席的問題教育部都提不出一些具體的說法，不僅本席有這樣的感覺，前面幾位委員的詢問也都一樣。事實上，家裡有這樣情況的小朋友，他們的父母親都很辛苦，對這方面的關注與問題的解決，我們認為，包括教育部、衛福部等相關部會必須再加強橫向的連繫，雖然這是屬於一種疾病，但不要因為這些小朋友常會有一些狀況發生，比如他們會在學習過程中比較多話或是會分心，一些老師就把他們丟給醫療體系，其實，透過一些家庭或學校環境的改善，對這些孩子們的行為是可以提供幫助的，基於上述，本席希望教育部在這方面能有更積極的作為，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝。

主席：剛才譚司長自己承認他就是推動 ADHD 全面篩檢的始作俑者。

接下來請陳委員瑩質詢。

陳委員瑩：主席、各位列席官員、各位同仁。其實，在臺灣只要一提到「精神疾病」這個字眼，都會給人一種不好的或是負面的感覺，在教育部的報告中提到：ADHD 是屬於精神疾患之一；衛

福部的報告則是寫明：指精神疾病中神經發育障礙；也就是說，兩個部會的報告都把 ADHD 跟「精神疾病」或「精神疾患」劃上等號。剛才謹司長在回答委員詢問時表示 ADHD 是一種特質，也是一種症狀，我們知道，目前在學理上是把它歸在「精神疾病」之下，姑且不論是「精神疾病」抑或「精神疾患」，都是從外文翻譯過來名詞，請問有沒有比較好的文字來定義它？因為目前有這種情形的孩子，其家長都是把他們送到醫院的兒童心智科去做評估或鑑定，須知，目前醫院都把精神分裂症改為「思覺失調症」，對 ADHD 我們既不願意給它貼標籤，也不想把它污名化，在此前提下，對它「精神疾病」或是「精神疾患」的定義名詞，我們是不是還有一個討論的空間？也就是說，未來對 ADHD 名詞的使用，我們能不能再作比較好的更改？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。陳委員的意見，我覺得可以研究，事實上，我們也擔心現有的名詞被標籤化或是給我們的社會留下負面的印象。

陳委員瑩：本席在這裡要求你們對 ADHD 定義的名詞，宜重新研議一個比較不會被污名化的名詞，好嗎？

蔣部長丙煌：是，我們來研究看看。

陳委員瑩：謝謝。接下來本席要在此肯定新北市衛生局主動出擊，提供各學校與每位家長自我評估衡量表，本席今天除了以立法委員的身分之外，還要以特殊兒童家長的身分，對新北市推動這樣的政策給予肯定，同時，我也要在這裡很誠實地肯定之前謹司長所做相關政策的推動，坦白說，對 ADHD 這個新興名詞所包括的症狀，並不是很容易就看出來，也許有一些是有明顯過動的特質，但有亞斯伯格症傾向的孩子就看不出來，其實，我們家長也真的沒有這方面的常識，以本席來說，因為很忙，所以對孩子也有點像隔代教養，都是阿公阿嬤在帶，我很幸運的是，因為父親曾經唸過醫學院，所以有這方面的知識，他觀察我孩子的情況很特別，就把孩子送去評估，評估結果發現確實有一些特殊的狀況。今天我們在這裡只討論是否發給家長一份自我評估衡量表而已，大家都覺得可能因此被貼上標籤，其實，到底是誰在給誰貼標籤？做這樣的評估其實是很重要的，因為包括教育部副署長今天在這裡回答委員的詢問，都讓我嚇一跳，因為你真的很沒有概念，連主司其事的教育部都沒有這方面正確的觀念，更遑論孩子的家長又能怎麼辦！因此，之前謹司長在新北市衛生局服務的時候，所發給大家的自我評估衡量表就益發顯得重要了，這就像現在報上對一些社會現象常引用一些專家的理論與說法，並提供讀者自我評估衡量表，包括壓力指數多少、戀愛指數多少，是不是有恐怖情人的傾向等等，這種自我評估衡量表目前出現在報章上可以說相當多。本席看過新北市衛生局所發的這份自我評估衡量表之後，覺得其中唯一失敗的地方，就是衡量表上並無斗大的字寫明：「只須自己評估，無須繳回」。再者，還有另外一個重要因素，就是家長真的沒有這方面的常識，當然，過去在這方面的衛教也確實不足，包括我剛才提到連教育部主管其事的都不太有概念了，更何況家長們要有正確的觀念，的確有事實上的困難。所以，本席在這裡對教育部與衛福部提出特別要求，未來應針對特殊孩童與早療這個區塊做好研習。同時，對這方面自我評估與衡量的工作也要擴大辦理，而在擴大辦理之前必須做好溝通教育與宣導的工作，對本席以上要求，不知教育部與衛福部

能否做到？

蔣部長丙煌：未來我們會研究給家長們多一點提醒，期能讓他們對 ADHD 有更多的認識與警覺。

陳委員瑩：我想不只是 ADHD 的部分，還有我剛才提到亞斯伯格症的部分也是更難評估、更難發現出來，我曾看過一項統計資料，顯示未來有這樣情況孩童的比率會越來越高，所以，我們早一點發現，並非早一點給他們貼標籤，而是早一點針對他們的特質做一些特殊的訓練或導正，以免錯過早療的黃金時期，因為這些孩子有可能成為下一個愛因斯坦或是下一個賈伯斯！本席要特別說明的是，如果評量或診斷結果，自己的孩子真是如此的話，家長大都很難消化，需要時間去接受、面對這樣的事實。以 ADHD 為例，盛行率大概是多少？

蔣部長丙煌：5%至 7%。

陳委員瑩：就診率有多少？

蔣部長丙煌：大約 3.5%。

陳委員瑩：是 4 萬多人的 3.5%，還是 ADHD 的 3.5%？

蔣部長丙煌：我剛剛提到的數字是 6-12 歲，因為 6-12 歲的兒童總共有 120 幾萬……

陳委員瑩：沒有關係，重點是盛行率比就診率至少要高出兩倍以上……

蔣部長丙煌：因為仍有一些人未就診。

陳委員瑩：除了篩選問題外，有些家長知道事實之後，對於要不要去拿這個手冊，又是一番天人交戰，如果去拿，怕自己的孩子會被貼上標籤，像自閉症、亞斯伯格症的孩子看起來很正常，平常也都還好，為什麼就要稱之為身心障礙，家長也很難接受；如果不去拿，就會失去早療的資源。所以重點還是家長和老師的教育問題。誠如林委員剛剛說的，要如何去發現、帶領、教導這些特殊的孩子？學校、家庭、醫療是所謂的黃金三角，我們都希望醫療用藥，可以占最小部分，最好是不要用到，希望透過學校教育和家庭關懷就可以把這些孩子帶得很好。所以在新生入學、新生訓練的時候，就把自我評估的表格發給家長，家長如有疑慮，可以先找人諮詢，像在臺東，有錢還不見得找得到醫生。當初我的小朋友回到臺東，每到一個學校，我們就要買一堆書送給老師，和老師一起自我學習，因為臺東沒有這方面的醫生，我們也不希望 ADHD 專長的醫師來看亞斯伯格的孩子，因為隔行如隔山，每個類別差別都很大。加上偏鄉原住民地區在早療部分，資源嚴重不足，本席並不期待教育部能做得多好，但是吳焜裕委員剛剛的那個表就寫得很清楚，臺東的醫生真是寥寥無幾，何況還要分科，這部分也你們特別加強一下。

最後，本席想請司長分享對這些特殊孩子的用藥經驗，還有你的看法，藥物畢竟不是天然的東西，我們還是會有疑慮。

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。謝謝委員對 ADHD 的關心，用藥本來就是最後一道的考慮，關鍵在於我們的環境對他的支持度如何，父母親懂不懂得怎麼樣教育他，老師在班級管理、班級經營方面，懂不懂得照顧這樣的小朋友？如果大家都懂也懂得協助的情況下，這個小朋友需要用藥的比例就比較低；但若是這個小朋友的狀況真的比較嚴重，過動的情況非常嚴重，坐都坐不住，老師和家長都無法妥善處理的情況下，用藥確實是一個選擇；但也不是整天用藥，就只是

白天用，假日和寒暑假也不必用。所以，這個藥並沒有大家想像的那麼可怕。

至於劉建國委員拿的是國外最偏激的資料，實際上這個藥已經用了 50 年，它所有的副作用，我們全都曉得，我自己的小朋友也用過。我覺得藥就像柺杖，在有需要的那段時間使用，不需要的時候就不要用它，就這麼簡單。我覺得最重要的是要能夠和開藥的醫師做很好的討論，如果有什麼不舒服或是吃起來有些反應不如預期，都應該和醫師討論、溝通，去調整劑量，甚至考慮是否要換藥，而不是認為它好可怕，就不要去用它，這是不正確的態度。

陳委員瑩：謝謝譔司長的分享，本席與你都有特殊的任務。最後 30 秒鐘，本席要在此表揚臺東均一國小鍾文淑老師。我的孩子到了均一國小之後，他們班上很特別，有兩位特殊的孩子，另外一位需要坐輪椅，這位老師花非常多時間跟每個同學溝通，教導這些孩子如何與這兩位特殊同學相處，這兩位小朋友也在國小度過他們最友善、最快樂的時光。本席覺得這樣的作法，未來可以減少很多的醫療資源，所以要拜託教育部，老師的部份很重要，在我們討論如何用藥之前，請大家把重點放在我們如何來對這些特殊孩子，營造一個友善的環境。謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：請李委員彥秀質詢。

李委員彥秀：主席、各位列席官員、各位同仁。剛剛聽到陳瑩委員最後 30 秒的發言，本席感觸非常多，看到這個議題的時候，我真的很感謝召委的安排。每一個媽媽都不希望自己的孩子或自己親人是過動兒，問題是現在過動兒的比率是愈來愈高，剛剛有委員提到目前在臺灣過動兒的比率大概在 7% 左右，但是健保局的資料顯示，目前確認的 ADHD 人數大概是 7% 至 15%，這代表著有很多 ADHD 被低度診斷。部長你說對不對？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。對。

李委員彥秀：也就是說這些孩子在國中小中，並沒有被診斷出來，或許他在學校班級中是一個比較調皮搗蛋的孩子，是老師眼中比較不好照顧的孩子。本席今天不著重在專業部分，以我過去在臺北市議會擔任 18 年的議員，我接到的陳情案件太多太多了，每位過動兒的媽媽來跟我陳情時，都是哭哭啼啼的。對於今天的書面報告，本席最不滿意的就是教育部的資料，你們說轉介過程 100% 都做得非常好，請問每一個幼稚園都能接受過動兒孩子嗎？我向副署長報告，沒有！或許有一些公立幼稚園不能拒絕，但是在私立幼稚園有太多孩子被拒絕，讓媽媽掉著眼淚回來。今年年初我在選前還接到一個陳情案，ADHD 的孩子不一定都需要用藥治療，用藥的處方治療應該回歸專業的兒童精神科醫師去確定用量，但是因為這個孩子在學校過度調皮搗蛋，老師就把媽媽叫來，說孩子這樣下去會影響其他孩子的上課品質，希望媽媽給他多吃「利他能」。司長，這個個案的狀況我相信在校園裡普遍存在，如果孩子不吃藥就會影響別人，我沒有辦法讓他在我的班級，是不是能夠儘量轉校？或者是透過班級中其他的媽媽來排擠孩子，排擠這位家長。我講的或許是個案，我希望它是個案，但是本席知道有太多 ADHD 孩子的家長有這樣的心聲，所以每次和過動兒孩子接觸，媽媽都是一把鼻涕一把眼淚。司長，這個部分你是專業，請你答復我有沒有這樣的現狀發生？可不可能有這樣的現狀發生？

謹司長立中：其實我們現在最重要的目的就是希望能營造一個友善的環境對待過動兒。

李委員彥秀：好，謝謝你，你這句話就夠了。副署長，我們先看一下簡報，目前國中國小特殊班級根據教育部的特殊人員編列辦法，幼兒園及國民小學每班設置教師 2 人，國中及高中要設置教師 3 人。目前全國對於特殊教育老師編任的比例，包括新北、臺北，每一個縣市都非常的低，目前全國的特教老師大概有 9,050 人，但是應編制的人數有 9,734 人。我剛才講了，每一個班可能都有一個程度不均等的 ADHD 的孩子，如果老師在這個部分的專業能力不足，不知道如何去打造一個友善的環境，甚至是讓其他同儕的孩子知道不要去排斥而是要幫助他，我覺得學校需要多一點的老師有這樣的專業能力，但是以目前教育部編制人力的方式和人數，本席是有問號的。一個專任導師在班級要帶 25 人左右，好的班級有 28 人，我懷疑老師有沒有那樣的心力，這也是為什麼那個個案我本來要開記者會但後來算了，因為我開了又打到學校，我又讓班上其他 27 名家長罵，但是接到這個個案的陳情讓身為媽媽的我聽了心裡真是難過，剛才司長說打造一個友善的環境，如何去打造？我們目前還不是每一個國中、國小都有特教老師，學校如果沒有特教班級就沒有特教老師，你不要說用輔導老師來替代，輔導老師有其他的功能在，現在校園的老師要面對的問題實在太多了，包括孩子的過度早熟，還有前陣子孩子行為異常的問題，這些老師都要去關注，新住民之子的問題也要關注，很多不同的議題在校園發生都要輔導老師去介入，每一個學校才一到兩名輔導老師。如果說孩子是我們未來的主人翁，我們希望把校園打造成一個對 ADHD 更友善的環境，本席覺得教育部國教署在做這份簡報的時候，我都不知道過去你到底在這一塊努力了多少，你剛才答復其他委員有巡迴的轉介服務，對不對？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。是。

李委員彥秀：每一個學校都去嗎？沒有。如果老師對於 ADHD 沒有及早認識的話，他把他當成一個調皮搗蛋的孩子，當成一個行為比較異常的孩子，那他有機會接受治療嗎？有一些家長忙於工作，忙於家裡的負擔，他可能不知道孩子是需要被治療的，這個部分或許就需要老師有更多的能力及早去發覺。副署長，我覺得教育部其實是源頭，當然很多議題要衛福部共同來處理，家長當然是一塊問題，你先回答。

鄭副署長來長：一般在學校裡面，如果老師發現這個孩子可能有過動的傾向，他應該要向學校的輔導室報告，然後……

李委員彥秀：但是關鍵就在於不是每一個老師都有這樣的專業能力去判斷他可能是輕微早期，然後適時的去做一些親職教育，因為要協助 ADHD 的孩子，一個是行為治療，親職的介入，一個是教育性方案的介入，最後才是藥物併在一起的控制，對不對？

鄭副署長來長：對。

李委員彥秀：剛才有提到 ADHD 現在是被低估的，臺灣平均每一年有 7% 的孩子有 ADHD 的狀況，但是我們目前才發覺到 7% 裡面的 15%，其實有一些孩子是可以及早被治療的，他的行為可以做一些修正，用我剛才說的這三個方案來治療，但是他沒有機會被發覺，如果某一些家長對於這方面的專業能力不足，其實是需要靠衛福部心口司以及教育部共同去努力的。除了教育部在

校園裡面人力不足，我們再看衛福部，從澎湖、金門、苗栗、臺東、雲林、屏東到新竹，每一個地方的兒童精神科醫師才 3 個、1 個、2 個、2 個，這就是陳瑩委員說的，城鄉的醫療資源差距實在是太大了，新竹還算比較好，有 8 個。我的侄子本來有可能被判斷是，光是排隊就多麼的困難，要接受兒科的精神醫生諮詢就要排多久，再加上老師如果對於這部分的專業能力不足，還不是每個學校都有特教老師，都對 ADHD 有進一步的瞭解，孩子治癒的機會可能就這樣被錯過了，他在學校的狀況有可能是什麼？被霸凌，被老師貼上標籤，家長可能被同班的其他家長排斥，到最後就讀不下去，所以我一早看到教育部專案報告的書面資料是不滿意的，從兒童精神科醫師編制的人數到校園裡面特教編制的人數，我覺得臺灣在這一塊，心口可在這一塊，教育部在這一塊要努力的方向要改進的部分實在是太多了，我不希望讓媽媽走上絕路，我只能輔導他轉到遠一點的學校，但是憑良心講，好的特教班老師在某一個國小，孩子早上 6 點就得出門去更遠的學校，而且還不是每一個學校都有特教班的老師。

現在的政策是特教班不足，我們希望把 ADHD 的孩子放在普通班讓其他的同儕和老師來帶他們的話，第一，老師的能力要足夠；第二，如何去打造一個友善的環境，讓其他同學的父母也對 ADHD 有更進一步的認識，讓同儕能夠進一步瞭解怎麼輔導他們、怎麼接受他們、怎麼幫助他們。其實你們說的友善環境都是空話，在校園裡面把特殊狀況的孩子放在普通班，很多還是會被有色的眼光看待，憑良心講就是這樣。陳瑩委員剛才說她的孩子的老師要表揚，我覺得真的是要表揚，但是有能力這樣子照顧的老師有多少？並不是老師不願意照顧，而是一個班級要照顧的孩子、要關心的議題實在是太多了，如果我們沒有給予足夠的資源去做這件事情的話，我覺得都是空話。因為時間不多，但是這個議題實在太重要，所以我的訴求還是如何在各縣市把兒童精神科的醫師補足，當孩子需要看醫生的時候不要讓他排隊排過長，這是衛福部應該做的事情。在教育部這邊，你剛才回答其他立委有巡迴服務，我是不滿意的，針對每一個專任老師有沒有最基本的概念和知識，還有如何去打造一個友善的環境，如果我有機會在立法院的話，這個課題本席每一年都要去追你們，我覺得老師的專業能力在這一塊需要再加強，友善環境我就盯著你們如何去做，如果衛福部說要打造友善的環境，無論在家中、在同儕、在校園裡面，我就看教育部怎麼去做，希望有一個比較具體的成效出來好嗎？謝謝。

主席：現在休息 5 分鐘。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。請吳委員玉琴質詢。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。今天是針對特殊兒童這個議題在討論，剛才大家已經談了非常多的過動兒議題，本席是比較關注另外一個議題，這個議題大概也追了一年多，就是關於一些重症的兒童，他們可能是癲癇，有氣切或是吞嚥困難或是有鼻胃管、胃造瘻口等身障的孩子，現在學校要求家長一定要陪讀，甚至還要再加一個外勞，等於要配置兩個人力到學校幫孩子做照顧工作，鄭副署長知不知道這個問題出在哪裡？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。對於這些比較重症的孩子，如果是在學校裡面會有一些助理員來幫忙

吳委員玉琴：是，你們有兩個老師嘛！一個是助理員，一個是老師、保育員，這些重症的孩子有鼻胃管、有氣切管，他們有時候要抽痰、做管灌，這些工作你們不能做，都要家屬或外勞來做，這就是現在的狀況。對這些家長來說，為了這個孩子他要去工作，可是卻被學校要求來做照顧工作，這應該涉及到兩個議題，一個就是對於這種孩子的照顧，到底學校的助理員或是老師可不可以執行抽痰和管灌？

鄭副署長來長：這個應該要專業訓練過的人員來做比較好。

吳委員玉琴：所以我也要請問蔣部長，不只是學校這邊碰到問題，過去照顧服務員在執行業務上面也碰到一些問題，包括很多服務員到案家做服務的時候，常常案家都覺得你很不好用，我測個血糖，用血糖機來扎血糖也違法，老人有便秘需要塞塞劑也違法，因為這些都有侵入性；甚至按照醫囑要去幫他分藥也涉及到藥事法，所以本席在擔任老盟秘書長的時候就向當時的衛生署做了很多抗議，希望爭取放寬，因為有些工作是生活上的照顧，應該要做一些調整。好不容易 101 年衛福部才行文解釋說這些屬於生活照顧，所以是可以做的；去年社家署和照護司也做了一些協調，強調有訓練一定時數就可以執行我提到的那幾個簡易的護理工作，但是抽痰和管灌這些事情還是不行。本席現在要問的是，我們到底要怎麼樣來照顧重症的孩子？尤其當他在教育系統的時候，是不是我們的護理人員要進去照顧？這些工作如果都要護理人員做的話，在學校是不是要配置更多的護理人力去做這樣的工作？這件事情已經迫了一年，問題好像一直沒有解決，我不知道照護司怎麼回答，因為這涉及到護理人員法裡面的護理業務。

主席：請衛福部護理照護司蔡副司長答復。

蔡副司長閻閻：主席、各位委員。這是屬於醫療輔助行為，有生活能力的部分其實都是淺層的抽痰，有經過訓練的照顧服務員是可以做的，我們唯一限制的就是希望有護理人員在旁，因為學校衛生護理的同仁對於重症的孩子都會提高注意。至於深度的部分因為會引起嘔吐，我們還是希望和學校的護理同仁有一個聯繫然後去注意。一般來講，如果他可以到學校上課，需要深度抽痰的機會並不多，淺層的抽痰比如說他有咳嗽能力……

吳委員玉琴：也就是說學校的老師們經過一定的訓練是可以做這些工作的？

蔡副司長閻閻：沒有。

吳委員玉琴：你說淺抽痰。

蔡副司長閻閻：委員剛才是問服務員嘛？

吳委員玉琴：沒有，這裡是到學校了，學校現在的情況是由家長和外籍看護工來抽痰，就是叫他們自己抽啦！那老師們是不行的，因為會違反護理人員法。

蔡副司長閻閻：這就是授權的部分，因為這是生活照護，譬如在醫院也會 routine 教糖尿病個案去抽血糖，所以要看家長願不願意授權，至於深度的抽痰因為比較會有一些合併症，其實老師也會擔心要負那個責任。

吳委員玉琴：所以這樣看起來還是無解，在護理人員法的限制下我們還是不能讓教育系統的專業人

員去做這件事，還是要家長和外勞陪在旁邊，如果家長的經濟條件不是很好，那孩子可能就不送出來了，因為沒有人可以服務他們，他們只好把孩子放在家裡。本席一直在思考一個問題，我知道護理有護理的要求，可是上次在討論照服員的護理專業授權的時候，事實上我們也參考了日本，日本在 2009 年針對照顧服務員有做一些授權的工作，包括管灌和氣切的抽痰，他們經過四、五十小時的訓練，再加上護理人員的督導，以這兩個條件作為他們執行這些業務的準則，但是臺灣在這個部分只要一談起來就是互相捍衛自己的專業，很多都不能談。我覺得這個地方之前照服員已經有開始了，是一個好的開始，我們可不可以再進一步來討論？這些孩子的受教權以及他的照顧真的需要更多的協助，不應該讓家長和外勞綁在那邊照顧這個孩子，因為他的照顧密度還滿高的，我不知道醫院是不是有這樣的設施可以讓他們在醫院裡面受教？還是就在學校受教？如果在學校受教，這些照顧的工作怎麼解決？

蔡副司長閻閻：其實這個要看個案的情況，有些重症需要依賴呼吸器，我剛才已經說明了，在深度抽痰的部分如果他有能力到學校去受教，我們會請學校衛生護理的同仁提供一些幫助。

吳委員玉琴：現在的校護不提供服務耶！現在的校護告訴我們，因為他要管整個學校孩子的安全，所以他不做這樣的事情。

蔡副司長閻閻：這個就是剛才委員提的，要視個案的重症到什麼樣的情況，我們希望不要有過度侵入性的護理行為造成小孩發生合併症，那個時候我們就希望有護理同仁可以 monitor。

吳委員玉琴：我舉一個最完整的例子，文山地區的啟智學校算是很完整的，他們對孩子有個別化教育訓練，每天固定 11 點就要拍痰、抽痰，中午就管灌，下午可能就是口腔按摩，在固定的時間要有這些服務，因為對孩子來講，這些服務就是在維持他的生命和生活，但是現在都由家長和外勞在做，這一塊學校難道都沒有責任？我覺得現在學校好像不能做是因為受限於衛福部這邊的法令。

鄭副署長來長：如果是在一般學校，沒有受過專業訓練可能也沒有辦法這樣做，護理如果有這樣的能力是可以，但是一般的導師還是不行。如果是在特教學校，他們有另外的護理人員編制，那就可以這樣來做。

吳委員玉琴：是，因為他們比較齊全，可是在家長向我們投訴的過程中，這些重症的小孩大概有兩百多位的家長都有互相聯繫，他們的孩子分散在各個學校，能夠進入特殊學校真的是幸運，因為那邊的師資和服務是比較完整的，但是有些孩子還是會分散到一些小學的特教班，他們的家長就非常頭痛，因為他們必須辭掉工作然後全心照顧孩子，那家庭的收入在哪裡？

鄭副署長來長：鑑輔會要把孩子安置在某些學校，實際上都會考量這個學校有沒有能力來照顧這樣的孩子。

吳委員玉琴：好，如果學校沒有能力照顧這些孩子，那孩子的受教權怎麼辦？

鄭副署長來長：有幾種方式，如果可以的話就到特教學校，如果真的……

吳委員玉琴：請問特教學校有幾所？

鄭副署長來長：每個縣市至少有一所特教學校。

吳委員玉琴：所以孩子要集中到那邊去就對了，像剛才提到可能 6 點多就要出門，一大早就出門

，是這樣子嗎？

鄭副署長來長：基本上要看怎麼樣的安置最適合這個孩子，以現有資源來看。

吳委員玉琴：其實去年陳節如委員就已經在協調，當時衛福部的前次長林奏延先生，現在即將要成為新的部長，他也有幫忙協調一些兒童醫院來照顧這些孩子，然後學校的教育系統進來幫忙，可是兒科醫院擔心在醫院容易感染反而不好，所以他們拒絕了。在學校沒有好的照顧，醫院也不願意收，這個問題到底要怎麼辦？以蔣部長的經驗，你有沒有什麼解套的方式可以來保障這些孩子的受教權和醫療權？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。這真的是兩難的問題，其實他不是在學校就是在醫院，原來林次長是希望至少在專業的兒童醫院像臺大……

吳委員玉琴：對，林口長庚都有。

蔣部長丙煌：希望它可以來做這件事情，當然醫院也有它的立場，我們沒有辦法用強制的方式來處理，只能再加強協調，看能不能解決這個問題。

吳委員玉琴：也許在專責醫院設置這樣的部門要看醫院的意願，但是在護理專業部分的授權以及加強教育訓練和督導，我覺得這個部分並不是完全沒辦法解套，我們已經逐步在做解套的動作。

蔣部長丙煌：那個應該有空間，我們可以來研究一下，看怎麼樣避免家長這樣子的困擾。

吳委員玉琴：那就請衛福部和教育部一併來研議好嗎？

蔣部長丙煌：是。

吳委員玉琴：謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：請鍾委員孔炤質詢。

鍾委員孔炤：主席、各位列席官員、各位同仁。主席這次排的議程是關於 ADHD 這些兒童未來的治療或是防範，早上有很多委員就教於衛福部和國教署，也提出了不同的意見和看法，本席想問的是，根據專業的醫療，ADHD 是不是屬於精神障礙的一種？

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。謝謝委員的關心，有關 ADHD 是不是一種精神疾病，目前在精神科的診斷手冊裡面是把它列入精神相關的疾病之一。

鍾委員孔炤：如果是精神相關的疾病，那麼社政單位扮演的角色也很重要。

謹司長立中：其實他有精神疾病不一定會牽扯到社政，但是如果他有障礙或是需要社政介入和協助的時候，當然社政這邊是可以介入的。

鍾委員孔炤：在精神衛生法裡面寫得非常清楚，針對精神障礙或是疾病者，包括教育和社政這些相關的資源都要來幫助這些病患，對不對？要幫助他們，但是我們要先找出需要幫助的人，所以早上才會一直在討論，如果國外的比例是接近 10%，臺灣是 7%，可是實際就診的可能不到 3%，在這麼低的比例之下，是我們高估了過動兒的人數，還是需要幫助的人怕被污名化、被貼標籤所以不能站出來？這時候家庭扮演的角色就非常重要，所以委員也特別提到家長和學校要怎

麼樣去幫助這些孩子，包括這個過動兒的孩子在班級裡面是不是容易被排斥、其他的家長會不會變成恐龍家長，當然教育扮演的角色就非常重要，本席要請教國教署，碰到這些問題的時候，教育單位應該如何來因應？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。我想就和剛才幾位委員提的一樣，我們要幫助老師瞭解如果班上有特殊的孩子要怎麼樣來經營這個班級，怎麼樣教導其他孩子不要用異樣的眼光來看這樣的孩子，而且老師也有能力來照顧這樣的孩子，這是我們要繼續努力的方向。

鍾委員孔炤：副署長，早上問了這麼多，其實每個委員都認為教育部基本上是準備不足的，教育部認為這些都應該要回到衛福部，衛福部扮演的角色比教育部扮演的角色更重要，但是我們在討論的過程中發現教育部扮演的角色非常重要，而不是到末端的時候再看醫生或吃藥，然後家長就會擔心吃藥會引起副作用。在前面的前置作業，早上委員也特別提到對於學前兒童的訪視也好，一些問卷也好，教育部有把角色扮演好嗎？

鄭副署長來長：我們繼續努力啦！不敢說扮得好，我們……

鍾委員孔炤：這個問題不是現在才發生，已經發生了這麼久，其實教育部可以運用很多的資源，譬如大學，剛才委員也特別提出偏鄉地區在醫療體系不足之下是不是可以透過大學的資源來做一個合作？就我所知，我有一個朋友的小孩在加拿大，當小孩在學校發生過動的情形，家長、校長和老師就一起開會，會議決議請家長每天帶小孩子到隔壁的大學，因為他到醫療院所可能太遠，在大學可能有某個博士生剛好也在研究這種案子，透過雙方的互動，他發現小孩子根本就不用吃藥，透過一些行為的治療導正了他的孩子，不到兩年的時間就把冠在他身上所謂的太活潑、太調皮搗蛋的這種行為導正好，所以不見得要吃藥，而是透過行為的治療去協助 ADHD 的兒童。

教育部一直說資源不夠，包括教師可能也沒辦法直接去輔導這些學生，那是不是可以透過周邊大學的資源運用來合作？在現有的資源不足之下，是不是能夠透過各種不同的方案來幫助比較偏鄉的地方？剛才我看李彥秀委員 show 出來的資料，本席來自屏東，整個屏東縣才有 3 個精神科醫師，而且另外一家醫院是精神病院，叫做屏安醫院，屏東是那麼狹長的地方才 3 個精神科醫師，其實它大專院校也不少啊！透過這些大專院校一起來合作也是教育部另外一個可以思考的方向，而不用太執著在醫療體系之下，這樣反而模糊了教育部本身該負的責任，對於本席的見解不曉得副署長有什麼看法？

鄭副署長來長：實際上在大學裡面如果有特教系或是有成立特教中心的，我們都有請他們來幫助學校。

鍾委員孔炤：你們有幫助？

鄭副署長來長：都請他們來協助學校。

鍾委員孔炤：請問有幾所學校？就我剛才舉的例子，屏東你們找了幾所學校？你們不能說有這個方法但是沒有執行，你們執行能力不夠，到底在執行上出了哪些問題，教育部會後是不是可以給我比較詳細的資料？

鄭副署長來長：好。

鍾委員孔炤：包括你們和哪些學校合作，合作過程中發現哪些特殊案例或者對家長的幫助有哪些，與衛福部做了哪些橫向聯繫，這樣對於這些兒童和家長才能夠有所幫助啊！不管從家庭、社會或者學校，大家應該要共同來合作，共同來努力。你們之前也特別提過，過動兒如果不治療，他的童年可能就是黑暗的，因為他的童年是黑暗的，那長大之後恐怕就會有反社會人格，如果是這樣的話，那教育部要不要扮演好角色？而不是一直強調長大之後就會好，因為家長都會有迷思，認為小孩子長大就會好了，不然就是過度的渲染，再不然就說小孩子比較放縱，或者責怪家長不會教，就是因為你不會教，所以小孩子才有脫序或是容易衝動的行為，其實那個都是過動的現象。

針對家長這些迷思，教育部扮演的角色要怎麼透過學校或者教育部現有的行政資源來協助？透過行為治療可能會比末端的藥物治療來得好一點，這是本席對於國教署的期待，我也希望教育部能夠扮演角色，在角色扮演的過程中能夠和衛福部合作得更愉快，這樣才是全國人民和這些兒童之福。另外，本席要特別就教國教署，除了精神醫師以外，其實也涉及到社工師和心理師，在整個過程當中，社會體系需要更多層面的支援，這些人力的支援目前大概有多少？

鄭副署長來長：在縣市都有成立心理輔導諮商中心，這裡面也有一些社工師、心理師等人員來協助，如果孩子有特別的需要……

鍾委員孔炤：我知道，本席只是想透過教育部在教育體系之下和衛福部一起合作，當然衛福部不能置身事外，因為社工、心理和社福有關，也和衛福部有關，在這一塊教育部和衛福部是不是能夠訂定一個期程和目標？對於社會安全網體系需要的專業人員我們最少要有一個期程和目標，剛才吳玉琴委員也提到他們之前討論的一些案子已經過了 2 年都看不到進展，最起碼教育部和衛福部要訂定一個目標和期程，不然就會如同剛才李彥秀委員說的，每年都要追每年都要問，衛福部和教育部不能用這種敷衍的態度，在這邊我期待衛福部和教育部應該有一個目標和期程，給自己一個時間和壓力，到底你們的目標訂在哪，在時效上能夠有一個很明確的數目字或是目標值給社環委員會的各位委員，讓我們能夠瞭解教育部和衛福部針對這些問題所下的決心和目標。你們什麼時候可以給我們這些委員一些相關的數目字？包括目標值，包括期程，包括我剛才提到和大專院校的合作，還有這些社工師和心理師。

鄭副署長來長：我們是不是兩個部會來討論一下？

鍾委員孔炤：大概要多久的時間？總是要有一個期程吧！

鄭副署長來長：我們兩個部會儘快來討論好不好？

鍾委員孔炤：1 個月嗎？

鄭副署長來長：是不是再稍微長一點？因為牽涉的問題滿多的啦！

鍾委員孔炤：今天幾號？

鄭副署長來長：今天 14 日。

鍾委員孔炤：1 個月你們嫌太短，是不是 2 個月的時間內完成？好不好？

鄭副署長來長：好。

主席：請陳委員曼麗質詢。

陳委員曼麗：主席、各位列席官員、各位同仁。請問部長有沒有看過一部臺灣的紀錄片是由「睏熊霸樂團」拍的？你聽過「睏熊霸樂團」嗎？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。沒有。

陳委員曼麗：你沒有聽過「睏熊霸樂團」，真的好可惜，這是臺灣人拍的片，這部紀錄片的名字叫做「一首搖滾上月球」，就是一群家裡有特殊孩子的爸爸，因為他們要抒發壓力所以組成一個搖滾樂團，然後被拍成一部紀錄片，也有一些搖滾系統的朋友在幫助他們，這是一部非常有名的片子，也得到了一些獎，這些爸爸都「睏袂飽」，所以他們的團名就叫做「睏熊霸」，因為他們希望能夠睡得飽一點。我們臺灣一般的人可能對於一些特殊的孩子認識不太夠，因為對他們不瞭解，有時候就會遠遠的看他們，可能有的人還會覺得有點害怕。本席在這邊也質詢過，在特殊的孩子裡面有一群是早產兒，其中可能有些人需要協助和醫療，我們很希望政府可以早點掌握到早產兒的健康狀況然後來協助這些早產兒的家庭。本席很高興衛福部有回了一些資料，但是我覺得還是不太夠，包括政府是不是能夠主動的去追蹤、追蹤的頻率和品質夠不夠，衛福部說會採訪到 3 歲，甚至被動的訪視到 7 歲，如果是這樣子的話，我們的醫療對於預防的工作其實做得還不太夠，可能會有一些孩子沒有被追蹤到。我想請問一下，在政府體系裡面是不是有一些預防的推廣？因為早產兒童其實是可以對他的爸爸、媽媽做一點提醒，也可以做一些預防的工作。

蔣部長丙煌：我先稍微回應一下再請國民健康署來說明，一般對早產兒的追蹤應該是從他出生的通報開始，出生的時候有通報我們就會……

陳委員曼麗：你們會追蹤到幾歲？

主席：請衛福部國健署施簡任技正答復。

施簡任技正靜儀：主席、各位委員。這個部分在縣市衛生局這邊會從出生通報系統裡面依週數還有體重來做掌握，它會按照一個管理原則來追蹤。

陳委員曼麗：所以你們不知道追蹤到幾歲，我看你們的資料好像是追蹤到 7 歲，那個追蹤的辦法可不可以給我一份？另外，我在你們今天的簡報中看到發展遲緩兒童社會療育據點的服務實施計畫，可是你們只有 8 個縣市 40 個鄉鎮區，請問我們其他縣市呢？要怎麼辦？

主席：請衛福部社家署簡署長答復。

簡署長慧娟：主席、各位委員。那個是針對偏鄉，就是比較偏遠的地區，我們等於是到那邊去設一個療育的據點。

陳委員曼麗：如果不是偏鄉呢？

簡署長慧娟：至於其他的本來就在醫療院所或是相關資源比較充足的地區，本來就有相關的早療體系在從事早療的服務。

陳委員曼麗：包括早產兒的掌握都在裡面嗎？

簡署長慧娟：早產兒不一定是發展遲緩。

陳委員曼麗：好，我還是希望你們把相關的資料繼續提供給我。

簡署長慧娟：好。

陳委員曼麗：我們今天舉的例子是 ADHD，可能平常會看到他注意力不集中，活動量很大然後行為很衝動，其實很多人都是這個樣子不是嗎？很多人在這個部分的反應都是這樣子啊！

蔣部長丙煌：對，我就是這個樣子。

陳委員曼麗：本席還是希望醫療端這邊的協助藥物不是唯一的選項，它應該有各種方法，甚至我們看到有時候民眾來看診，醫生就開藥的情形，應該要這樣做還是應該觀察半年？我們也看到一些用藥應該要有年齡的限制，包括低年級的孩子是絕對不要用藥的，在國外的用藥年齡是 12 歲以下都不要，因為他的腦部還在持續成長，如果 12 歲以下的孩子就開始用藥，很可能他永遠會被限制住，他覺得沒有吃藥心裡就很不安。我不知道臺灣和國際接軌的情形是怎麼樣的狀況，不過本席看到衛福部這邊有舉英國的例子，英國建議不應該在幼兒園和中小學進行全面篩檢，然後 OECD 也說 34 國裡面有 33 個國家根本沒有執行全面篩檢，衛福部對於我們和國際的接軌有怎麼樣的看法？

蔣部長丙煌：這個比較專業，我先稍微回應一下，目前 6 歲以下我們基本上不用藥，是用行為輔導的方式來處理；6 歲以上才會考慮用藥。

陳委員曼麗：我們有考慮到 12 歲嗎？就是不要用藥的方式。接下來請部長看一下，關於尊重個別的差異，這個女孩子叫吉莉安·林恩，她從小也是過動兒，很多人都覺得這個小孩子不怎麼樣，但她長大之後是「貓」和「歌劇魅影」的編舞家，因為她的老師和媽媽都認為吉莉安是沒有病的，她只是愛動而已，她只是想跳舞，所以就帶她去上舞蹈課，就這個樣子。有些時候我們對於小孩子的不瞭解可能會在過程當中誤判了孩子的需要，然後就覺得他是有問題的，因為他不是乖乖坐在那邊，他是動來動去的。本席接下來要請教教育單位，在這個部分是不是有針對孩子不同的狀況來加以注意？我知道在教育裡面有一個很特別的特殊資源班，在特殊資源班會有一些特教老師針對身心障礙包括學習障礙、閱讀障礙或是情緒障礙的孩子來做一些事情，請問一下，ADHD 的孩子是不是特教兒童？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。依照特教法的規定，他是屬於情緒方面的障礙。

陳委員曼麗：ADHD 是情緒障礙，那他可能進入特教資源班嗎？

鄭副署長來長：要經過鑑定確認以後才會。

陳委員曼麗：除了鑑定之外，可不可以由老師、學生甚至和家長一起討論到底他要不要進入這個班？因為我們看到有些判斷非常可能是誤判，但是你進入這樣一個班的話，可能他的情緒也會受到一些影響。我們看到在學校的系統裡面有專任的輔導老師，可是要 30 個班的學校才會有一位專任輔導老師，如果不足 30 班可能就變成要合聘，以這樣子的人數，事實上這個輔導老師要負責的可能是一些障礙的孩子或者是家暴、性侵的孩子，所以他根本就忙不過來，是不是有這樣的情形？

鄭副署長來長：ADHD 的孩子一般不會單獨成為班，一般都是融合在班級裡面，因為現在強調所

謂的回歸主流，大部分會安置在一般的班級和一般的孩子一起來學習。

陳委員曼麗：現在很多輔導老師都覺得忙不過來，因為他們除了和小孩子溝通之外還要去協助家長或是協助老師，所以他們真的忙不過來。這些輔導老師他們還有一些助理，你們是不是可以把學生數、輔導老師的人數以及助理的人數提供給本席做參考？

鄭副署長來長：如果有需要的話都會有一個教師助理員，這些資料我們提供給委員。

陳委員曼麗：好。教師助理員是按鐘點計費的嗎？他們是臨時工嗎？我聽說好像是 1 個小時 90 元。

鄭副署長來長：應該是 120 元。

陳委員曼麗：現在是 120，所以他們有調薪，1 個小時 120 元。這些助理員的來源是什麼？

鄭副署長來長：高中以上。

陳委員曼麗：高中以上就可以來做學校的特教助理，這樣子會不會……

鄭副署長來長：還要經過職前的訓練。

陳委員曼麗：這樣子會不會良莠不齊？

鄭副署長來長：基本上他是做一些生活方面的照顧，至於專業的部分可能還是要靠老師或專家來幫忙。

陳委員曼麗：是哦？我剛才才提到特教助理的人數，也把資料給我一下好嗎？

鄭副署長來長：是。

陳委員曼麗：站在教育的觀點，我一直不希望 ADHD 的孩子被貼上標籤，標籤化以後，在他的成長過程中就有很多心理上面要去克服的問題，讓孩子做自己我覺得也是非常重要，可是我們看到有很多的家長因為心疼孩子，如果他發現孩子在這個學校沒有辦法受到尊重或者是一個誤判的情形，他們就會把孩子轉學到別的學校，甚至有的家長把孩子帶到國外以後就完全沒有問題，變成是一個正常的孩子，所以有的家長會覺得很頭痛，因為孩子會碰到這樣的遭遇，本席是希望學校能夠給老師一些改善教學方面的支持，讓他們能夠得到教學方面的改善，還有協助家長來認識兒童的一個特殊性，不知道現在教育部是不是有往這個部分去……

鄭副署長來長：基本上這個孩子如果被認定是特殊的孩子，他經過鑑輔會最後確認安置在某個地方，如果發現確實有一點不太適合，其實他可以轉介到更適合的，那這個當然有一定的程序。

陳委員曼麗：對，我們從很多的研究資料，甚至臺灣有一些關心兒童的社團也提出來，如果把課程和時間做一點調整讓孩子去玩，把運動時間和下課時間拉長讓孩子去動，不要把他們關在教室一直坐著，讓他們有實際操作的課程，讓他們動手動腳的機會增加，然後給他們更多的圖象思考，甚至有些學校還會在教室內設置一些特殊的配備譬如搖搖椅，讓學生想動的時候就到搖搖椅那邊玩一下，或者是給他們一些捏捏球，讓他們在這個部分不會一直被壓抑，甚至有些教室外面可以留空間來做手工藝，讓他們有空間去動，讓他們有活動的規劃，我希望在這個部分學校方面的作法能夠更加有彈性。

鄭副署長來長：是，每個孩子應該都有他的 IEP 個別教育計畫，依照特教的課綱，這些孩子的課程都是可以調整的。

陳委員曼麗：我想這個課程調整就是教育部的權限，這個部分希望教育部能夠思考一下，讓它更有彈性一點。

鄭副署長來長：是，學校老師本來就可以訂定適合孩子的個別教育計畫。

陳委員曼麗：好，非常感謝。

鄭副署長來長：謝謝。

主席：請王委員育敏質詢。王育敏委員詢答結束之後我們就處理臨時提案。

王委員育敏：主席、各位列席官員、各位同仁。譚司長，關於 ADHD 疾病，在醫學上到底有沒有嚴謹的定義，有沒有科學鑑定方法？本席看到現在很多家長都很恐慌，他們覺得他的孩子應該沒有罹病，但一旦被鑑定出來他馬上就會被標籤化，這個問題目前臺灣的執行狀況是如何？我們有沒有辦法很明確的鑑定出這個孩子的確就是罹患 ADHD，我們沒有誤判也不會去擴大解釋，因為前面質詢的委員有這樣的疑慮跟擔心，到底在現在醫學的鑑定工具是不是已經能精準掌握，或者還是有誤判的情況？

主席：請衛福部心口司譚司長答復。

譚司長立中：主席、各位委員。是，跟委員報告，精神科疾病到目前為止，很少能夠用客觀的抽血或檢查做診斷，在各種精神疾病的診斷來講，ADHD 的診斷方法算是最多的一種，也就是說它除了要有家長的評估、老師的評估、醫師當場的評估外，進一步還可以做一些心裡測驗，測他的專心度是不是有困難，綜整這些考量後才會下診斷，所以大家可以看到國內對於 ADHD 的診斷率並沒有這麼高，也就是它並沒有被濫用過度的現象。

王委員育敏：目前沒有這樣的情況，但就醫學來看，ADHD 的孩子是不是需要早期發現、早期給予處遇跟治療？

譚司長立中：是的，任何疾病特別是這種兒童期就會出現的疾病，早一點介入、協助一定是最好的。

王委員育敏：謝謝。

接下來本席要請教鄭副署長，如果醫學認為早期發現、早期輔導處遇對孩子相對是好的，在你們的報告第 3 頁特別指出，學齡前發現 ADHD 的孩子只有 81 位，我算了一下比率大概是 0.55%，但是學齡孩子之後，人數就增加為 1,540 位，比率是 3.78%，你們的理由是鑑定出來疑似 ADHD 的學齡前孩子，你們擔心他們會被標籤化，所以把他歸類在發展遲緩裡面，沒有把他歸類在 ADHD。本席要問，這樣的做法到底是避免標籤化，還是延誤這個孩子可以早期發現、早期治療的時機？而教育部的這個動作，有沒有會同衛生醫療的專業人員，按照剛剛譚司長的說法，現在的鑑定是比較精準的，如果鑑定是 ADHD，你們為了怕標籤化就把他歸類在發展遲緩，因此造成他後續處遇的落差，這樣做是對的嗎？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。他在學齡前 ADHD 的發展還不是很明確，等他稍長以後才會比較明確，因為發展變化可能大一點，我們怕一開始就給他標籤……

王委員育敏：我知道，但是我們要有科學方法，不是因為你心理的怕就去做了主觀的判定。

鄭副署長來長：如果這個孩子有疑似 ADHD 的症狀，就要請專業心評人員或是醫師幫他做檢測，是要經過專業過程。

王委員育敏：本席的疑慮是目前學齡前 ADHD 的孩子只有 81 位，是你們少報了，還是實質的情況？因為你在報告裡面說擔心他會被標籤化，所以把疑似的歸類到發展遲緩，但是 ADHD 跟發展遲緩的面向不一樣，後續所需的治療跟處遇也不一樣，你這樣的動作跟行為有沒有經由專業醫療人員告訴你說他的確不是，還是你主觀的把他做這樣的分類？

鄭副署長來長：基本上我們都尊重專業醫師、心評人員及……

王委員育敏：你是說會同衛生單位人員。

鄭副署長來長：鑑輔會裡面就有一些醫師、心評人員等專業人士。

王委員育敏：是啊！所以他們鑑定出來的結果只有 81 位？

鄭副署長來長：目前是這個樣子。

王委員育敏：是很精確的鑑定有 81 位？

鄭副署長來長：在我們的通報網裡面……

王委員育敏：本席要求你回去好好的查一下，本席擔心的是會不會標籤化跟他是不是 ADHD 這兩件事情要分開，如果一個孩子已經透過鑑定發現他是 ADHD 的孩子，那後續就涉及我們要怎麼給他最適當的處遇方法，絕對不是你在前端怕他被標籤化，所以主觀說他不是，把他視為發展遲緩的孩子來做處遇，如果是這樣的處理方式我覺得對孩子健康權的維護沒有幫助，因為標籤化是另外一個議題，這個部分我們可以透過其他方式來處理，如果像謹司長講的，ADHD 要早期發現、早期處遇的話，早期鑑定就非常地重要，不是嗎？

鄭副署長來長：是，基本上我們尊重專業人士的檢測結果。

王委員育敏：對，所以本席要求你回去再確認你現在通報的結果，我認為現在的通報人數很低，如果 ADHD 的盛行率是將近 5%-7%，就等於現在學齡前的 ADHD 只有占身心障礙者比率的 0.55%，如果再把母數放大為所有兒童的話，那真的是低到難以想像！你們都沒有想過一個問題，學齡前的罹病小孩怎麼會才 81 個，到小學突然他們的症狀都出來了，變成 1,540 位這麼多？是你的報告指出，你們主觀的去淡化標籤化印象才做這樣處理，至於這樣的處理是否得當，你們回去要好好的檢討，如果這個孩子真的有需要幫助，本席希望你不可以去掩蓋事實的真相，這是不對的，我們要給他一個……

鄭副署長來長：就是早期療育。

王委員育敏：是啊！所以你不覺得這個 81 的數字少得有一點奇怪嗎？這個篩檢率真太低了嗎？本席希望你們回去好好的檢討好不好？

接下來，本席請教謹司長，本席看到教育部的資料是大家都害怕標籤化這個議題，在實務上家長的心態可能也在抗拒，他害怕孩子診斷出來會被貼標籤，連我們的教育人員也覺得這個標籤化不好，所以即使他可能已經疑似了，他主動的把他篩檢掉，這樣對我們的後續處遇是好的嗎？好像大家都不肯面對真正的問題，我記得早期在推早療的時候，遇到的問題也是這樣，家長都說我的孩子講話、走路只是比較慢，他將來可能是一個奇才、是要成就大事的，所以慢一

點沒有關係，他們是用這樣的理由來說服自己不要面對問題。同樣的，今天討論 ADHD 議題本席覺得非常好，但是在實務上，家長還是擔心孩子一旦被診斷出來，標籤就貼上去了，但是這是解決問題的方法嗎？我們應該要找出問題，找到一個合理的、家長願意接受的方式幫助他才對！

謹司長立中：是，跟委員報告，其實在這個問題上面，我們要先營造一個友善的環境。

王委員育敏：對，不要去標籤化孩子，這個很重要！

謹司長立中：這個時候孩子被診斷出來，家長也不會有這麼大的抗拒，他們在班上都是問題人物，如果我們把他當做問題人物的時候，他自然就會被排斥、被貼標籤，如果我們能夠接受他，其實他只是不一樣而已，或者說他……

王委員育敏：就是要尊重孩子的差異化！我覺得我們要好好看待這件事情，我記得你在擔任新北市衛生局副局長的時候，也曾經試圖找出這些潛在 ADHD 的孩子，你們發問卷要求家長填寫，發了 3,600 份問卷，發現了 112 位孩子，後來這些家長自行就醫，但這當中也引發了很多學者對你們的批評，認為你們的手段太粗糙，當時你是在新北市對不對？

謹司長立中：是。

王委員育敏：當時你們推這個方案是希望達到什麼效果？

謹司長立中：當時我們有做評估，也擔心會被過度解釋，我們的想法是希望能夠達到教育的目的。

王委員育敏：讓家長開始有敏感度。

謹司長立中：是，進而求其次的讓這些家長能夠注意到問題，把他們的小朋友帶出來接受評估，由新北市衛生局補助掛號費跟自付比例，希望能夠因為這樣而降低就醫門檻，協助個案得到幫助，可是滿遺憾的，當時有一些人反對，導致這個事情做了一年就沒有再做了。

王委員育敏：現在中央針對這件事有任何的作法嗎？你現在是中央主管機關，本席認為如果你們真的認為 ADHD 是早期發現、早期治療的話，即使民間可能有不一樣的聲音，它是一個很重要的精神，你們就應該去溝通，而不是因為有異樣的聲音就整個停下來，該做而未做！就像我們當時推動早療一樣，一開始也有家長不太願意接受或是不認識發展遲緩的議題，但是後來透過發展遲緩的孩子是慢飛天使的方式，讓大家知道我們不是要標籤化這些孩子，這些孩子的確特殊，但是我們會找到一些好的方法，好的治療模式讓他將來的發展更好，一連串的推動下來，現在在早療這件事情上，你可以看見沒有家長會去抗拒，反而知道要趕快帶孩子去做篩檢，如果篩檢出來，大家都排隊希望讓孩子能夠接受處遇跟輔導，所以現在你們是面臨資源不夠用的問題。本席認為面對 ADHD 的議題，中央應該要做一些宣導，讓更多家長認識這不是標籤，而是就客觀數字來看它的發生率可能會有多少，可能存在哪些症狀，我們要用適當方法對待這些孩子，雖然現在大家對行為療法跟藥物可能還有一些爭議，本席待會兒也會提臨時提案，希望你們做客觀的科學研究告訴大家，而且要找出適合孩子的治療模式。如果現在家長跟有些團體對藥物治療有這麼大的疑慮，你們應該要找出一個更適合的處遇模式，而且是適合臺灣的模式，我們還是應該要往前推動，讓每一個 ADHD 的孩子獲得最適當的處遇跟治療，而不是因為一些聲音就什麼事情都不敢做，好不好？

謹司長立中：好，謝謝委員的建議，我認同委員的想法。

王委員育敏：好，謝謝。

主席：現在處理臨時提案。

進行第 1 案。

1、

案由：針對有許多家長反映小孩子被診斷為過動兒的傾向愈來愈多，且根據調查發現由學校轉診去兒童心智科或精神科診斷的注意力不足過動症（ADHD）學童裡，有八成會被開藥，惟醫學越進步，藥物的使用應該更謹慎，用得更精簡，爰此，請衛福部、教育部提供過去 15 年注意力不足過動症（ADHD）藥品使用人數及人次、學生被轉介去看兒童心智科或精神科診斷給藥的比例。

提案人：黃秀芳

連署人：鍾孔炤 陳曼麗

主席：委員只是要你們提供數字而已，應該沒有問題吧！

請衛福部心理及口腔健康司謹司長說明。

謹司長立中：主席、各位委員。跟委員報告，這個數字應該看教育部有沒有？

主席：我想教育部大概是沒有辦法提供，連 6 歲以下的鑑定他們都只有 81 個，整個國小才一千多個，比你們健保局確診、服藥數目都還要少，是否可以修正為「請衛福部提供過去 15 年來注意力不足、過動症（ADHD）藥品使用人數及人次。」

謹司長立中：關於學生被轉介去看兒童心智科或精神科診斷給藥的比例的部分，這個學生部分沒有辦法……

主席：你是說學生被轉介沒有數字？

謹司長立中：是。

主席：你還是堅持？基本上教育部就是不想面對 ADHD 問題，因為會牽扯到他們要用更多的人力做輔導工作，對他們來講，把人數控制得越少就不會被責難，所以到目前為止，教育部 12 歲以下的人數總共加起不到 1,600 個而已。我跟你講，教育部能不能提供不是由你們來訂，你就提供衛福部的資料。

教育部對於委員要的資料你們可不可以提供？

請教育部國民及學前教育署鄭副署長說明。

鄭副署長來長：主席、各位委員。我們沒有學生被轉介去看心智科的數據。

主席：如果沒有，你就提供沒有。那可以證明教育部門從來沒有認知到學生有問題，進而轉介出去，這也是一個教育的問題，你提供沒有我們就可以證明你的失職。

請問各位，對本案照案通過有無異議。（無）無異議，通過。

進行第 2 案。

2、

案由：有鑑於台灣有九成以上罹患子宮頸癌的婦女是因感染人類乳突病毒（HPV），而子宮頸

癌是奪取婦女的頭號殺手！爰要求衛生福利部本於職責，應於一個月內提出國家 HPV 疫苗全面性之預防接種政策，以維國人健康。是否有當，敬請公決？

提案人：陳宜民

連署人：王育敏 蔣萬安

主席：請衛福部蔣部長說明。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。其實 HPV 疫苗的施打我們是非常重視，但是全面性的施打涉及經費，委員也知道我的任期就只剩一個月，總不能我答應全面性施打以後，讓後面的政府去買單，這樣有點不妥，可否修正為「一個月內提出國家 HPV 疫苗之預防接種政策」，全面性那幾個字刪掉？

主席：請陳委員宜民發言。

陳委員宜民：主席、各位列席官、各位同仁。其實 HPV 疫苗政策很重要，是國健署怠忽職守，所有已開發國家都已經有 National vaccination program、國家 HPV 疫苗篩檢政策，現在我先把今天質詢的題目洩題給你，你們現在就是完全沒有政策，我覺得政策並不代表要花錢，但是你總要先有一個 recommendation，你的 recommendation 出來後，家長看到知道他該怎麼處理，這其實有點像今天我們討論的 ADHD 一樣，家長必須要有 awareness，如果他連這個都不知道，我們的國家要怎麼保護我們的青少年、青少年？要讓女性將來不要得到子宮頸癌，男性也需要疫苗接種，但是你們現在的政策都只針對國中少女接種，而且是各個縣市政府自力救濟，你們沒有國家政策及任何建議，你們都是針對女生，連「魔法書」都是粉紅色的，沒有男生的部分，你們要考慮到女生得到 HPV 感染都是被男生傳染的，所以男生也應該要施打，你的政策也都是在欺負男生，以前我們都說女男平等，但是對不起，現在小英總統要上台了，我們重視的應該是男女平等，男生也很重要，你們的政策完全沒有顧慮到這個部分，本席要求的其實是一個國家疫苗接種政策，至於政策由誰出錢 That's another story，今天你的政策要先出來，政策沒有出來大家會無所適從，可以嗎？

蔣部長丙煌：我們會在一個月內提出政策，但是「全面性」……

陳委員宜民：當然是全面性，你的政策現在是逐步進行，只有針對低收入戶跟原住民的部分，請問原住民少女是高危險群嗎？低收入戶是高危險群嗎？你這樣做其實是污辱她們，而且是污名化她們！我當然是要求全面性政策，全面性政策出來以後，如果你要對低收入戶或原住民給予補助，你再給予補助，但是不要漸進式的，只有針對他們而已，這就是標籤化，今天的 ADHD 也仍然是這樣的問題。

蔣部長丙煌：如果委員的意思不是在政策上一定要我們全面性施打的話，我們是 OK 的，因為這會涉及到經費問題……

陳委員宜民：政策提出來……

主席：應該是政策的研議。

陳委員宜民：不要寫研議好嗎？

主席：如果政策都還沒有研議就叫他們直接做，這樣風險未免太高了。

陳委員宜民：好，那就先提政策之研議。

蔣部長丙煌：研議報告。

主席：是不是「於一個月內提出國家 HPV 疫苗全面性預防接種政策研議報告。」？

蔣部長丙煌：沒問題，謝謝主席。

主席：本案照上述修正意見通過。

本席的疑問之處：到底是好幾家、單一或單二藥廠在施打呢？

陳委員宜民：不止，不是 2 家或 4 家，而是有 9 家。

主席：請衛福部國民健康署癌症組吳組長說明。

吳組長建遠：主席、各位委員。現在 FDA 通過的應該是 2 家藥廠……

陳委員宜民：你們提出政策，人家就會來申請，還有可以集體採購來幫消費者省錢，不要讓他們做待宰的羔羊。

吳組長建遠：我們再提出研議報告。

主席：進行第 3 案。

3、

案由：有鑑於現行注意力不足過動症（ADHD）之以藥物治療方式迭生爭議，爰建請衛生福利部針對 ADHD 治療方式進行評估研究，提出科學客觀之報告，作為後續處遇之方式，以化解爭議，維護兒童健康與促進其身心健全成長發展。

提案人：王育敏

連署人：李彥秀 黃秀芳 陳 瑩

主席：請問各位，對本案有無異議？（無）無異議，通過。

進行第 4 案。

4、

孩子是國家的未來，尤其是偏鄉醫療資源不足的地方，在缺乏專業醫師的確診下，這樣貼標籤、濫用藥物的方式，不僅傷害孩童的身心，浪費健保資源，對一位正常的孩童，整個前途都毀掉，整個家庭是貧者益貧，更嚴重地說是刨掉國家的根。爰此，要求衛生福利部於一個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出專業醫師合理分配的改善方案。

提案人：劉建國 黃秀芳

連署人：楊 曜 鍾孔炤

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長說明。

謹司長立中：主席、各位委員。這點的難度相當高，因為專科醫師不是……

主席：我有點不懂是什麼專科醫師？

謹司長立中：如果指的是精神科專科醫師就比較簡單，要是指的是兒童精神科專科醫師，那人數就會比較少。

主席：這個提案指涉的到底是什麼，即指涉什麼樣的專科醫師，比如是兒童精神科專科醫師、普通精神科醫師、心理醫師或全部的專業醫師呢？濫用藥物及貼標籤是在指 ADHD、精神科或身心

障礙，等你們想清楚之後，我們再來處理，先暫時擱置本案。

進行第 5 案。

5、

利他能（Ritalin），專司達長效錠（Concerta）均為三級管制藥品，這兩個藥的成分均為 Methylphenidate（派醋甲酯）化學結構與安非他命相似。是一種中樞神經興奮劑，查國內網路上尚有通路流傳販售此相似成份及作用的藥，即俗稱聰明藥（nootropics），這類聰明藥一般來說也可以提高記憶效果、改善思考過程、保持清醒，以及「集中注意力」，台灣有沒有可能也存在這樣的狀況（如：網路販售或者從國外網站買），有沒有相關政策來預防管理？爰此，要求衛生福利部於一個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出檢討報告。

提案人：劉建國 黃秀芳

連署人：楊 曜 鍾孔炤

主席：請衛福部食品藥物管理署張專門委員說明。

張專門委員志旭：主席、各位委員。由於 Methylphenidate 是醫療用的管制藥品……

主席：三級管制藥品。

張專門委員志旭：相對的，如果不是醫療用，那就是第三級毒品。如果是在網站上購買，就不屬於醫療用的部分。內政部警政署針對網路毒品查緝已經有專責在做了，因此在倒數第二行是否改為「衛生福利部會同警政署於二個月……」呢？

主席：提案講的是國內網路有在賣，這等於是公然在網路上賣毒品。

請問各位，本案照上述修正意見通過，有無異議？（無）無異議，修正通過。

進行第 6 案。

6、

案由：本院李委員彥秀等，建請教育部加強學校老師及家長對有「特殊需求教育」之孩童認識，並於兩周內提出具體實施辦法。

說明：

一、目前已經有許多研究和資料顯示，ADHD（注意力不足過動症）是盛行率高的兒少精神疾病，估計達 5-10%（國內 7.5%）。ADHD 的孩童可能會有學業低落、人際關係障礙、長期挫折感，甚至造成未來行為偏差或焦慮、憂慮等問題。

二、需要醫師專業的判斷，學校（老師）、家庭（父母）該怎麼著手，這是一個循環，缺一不可。透過行為矯正、家庭教育、教育性的方案介入。從學校的教育資源和家庭的教育共同來配合。

提案人：李彥秀 王育敏 蔣萬安

主席：是否改為「建請衛福部會同教育部……」？不然應該到教育委員會去提案才對。

王委員育敏：（在席位上）教育部多做一點。

主席：衛環委員會責成教育部去做這件事情是否恰當？其實也沒有什麼不能做的，本案照案通過。

進行第 7 案。

7、

案由：鑒於教育部「特殊需求兒童早期介入與服務現況專題報告：以注意力缺陷過動症（ADHD）為例」內文提到，教育部廣續推動辦理多項特殊教育服務，歸納 10 項其中第四、「結合校園輔導及轉介前介入」，對於學校適應欠佳之疑似或確診之 ADHD 學童，視個案需求連結社區精神科醫師提供個案輔導、小團體輔導、諮商與心理治療等服務、輔導等。惟事實上就全臺灣國中小學有無徹底落實連結社區精神科醫師提供相關輔導、諮商等服務，實有調查及確認之必要。爰要求衛福部查明各縣市國中小學有無落實社區精神科醫師或醫院提供相關輔導、諮商等服務並檢討實施成效。對於偏鄉地區學校，如何落實或建置精神科醫師，針對 ADHD 學童或其他特殊狀況學童提供輔導、諮商等服務，並於一個月內提出報告，是否有當？敬請公決。

提案人：蔣萬安

連署人：陳宜民 黃秀芳

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長說明。

謹司長立中：主席、各位委員。衛福部無法查明各國中小是否有落實社區醫院或精神科……

主席：本案講的是教育部，你只要回答衛福部主責的部分有沒有辦法做到就好，比如社區精神醫師的建置有沒有配套及落實的問題。至於教育部則必須回答，如何對特殊狀況的孩童提供輔導及諮商的服務。本案有兩部分，一是要建置足夠的精神科醫師，另一就是學校對需要治療的孩子要做輔導及諮商。

請教育部國民及學前教育署鄭副署長說明。

鄭副署長來長：主席、各位委員。教育部能做的，就是對特殊兒童的需求予以幫助，這方面我們應該要承擔起來。

主席：衛福部的健保確診資料有四萬多個，如果再加上 0 歲到 5 歲的部分就有五萬、六萬多人，用藥比例也達到 6 成。既然是確診了，你們就應該開始做事，因此本案是否照案通過呢？

另外，衛福部在偏鄉地區也要建置精神科醫師，以使病患能夠就醫就診，針對配置輔導及諮商的精神科醫師有沒有困難呢？

請衛福部心理及口腔健康司謹司長說明。

謹司長立中：主席、各位委員。精神科醫師人數的發展是一個長期趨勢，是否在一個月提出報告來檢討看看那邊有不足之處呢？

主席：倒數第 5 行改為「……衛福部及教育部一起查明各縣市國中小學有無落實社區精神科醫師或醫院提供相關輔導、諮商等服務並檢討實施成效。」，後面則是屬於教育部的部分。

蔣委員萬安：（在席位上）對，教育部……

謹司長立中：這件事情我們可能要先與教育部合作，由於全國有很多國中小的學校，我們需要花一點時間去查明，即看看他們是否與精神科醫師簽約或有沒有轉介合作的計畫。在查明之後，如果沒有的話，衛福部就會看看要如何去協助他們建立這種連結。

主席：請蔣委員萬安發言。

蔣委員萬安：主席、各位列席官員、各位同仁。由於偏鄉地區確實是不足的，所以本席才會提案要

求主責機關的衛福部，你們應該對不足的偏鄉地區看看要怎麼做個配置，並於一個月內提出方案，同時也要先找出哪些地方是不足的。教育部在報告中也有提到，這些學校都應該與在區的精神科醫師有聯繫，因此後端是由教育部去做，而前面則是希望衛福部能夠於一個月內提出方案。

主席：本席建議「並於一個月內提出相關問題的調查報告。」，這樣的修正會比較簡單。

蔣委員萬安：可以。

主席：本案修正兩處，一是倒數第 5 行的「……衛福部及教育部……」；另一是倒數第 2 行的「並於一個月內提出相關問題的調查報告。」請問各位，對本案照上述修正意見通過，有無異議？（無）無異議，修正通過。

現在回頭處理第 4 案。

黃委員秀芳：（在席位上）應針對 ADHD 的部分……

主席：那 ADHD 要放在哪裡？孩子是國家的未來，尤其是偏鄉醫療不足的地方，針對 ADHD 確實是缺乏專業醫師的確診，因此是不是在本案第 2 行的「在」之前加上「ADHD」，而「專業醫師」則改為「專業精神醫師」呢？

請衛福部心理及口腔健康司謹司長說明。

謹司長立中：主席、各位委員。本案能不能與上面的案子合併在一起呢？因為兩個案子都是針對偏鄉地區的不足問題，如果將兩案併在一起，我們可以一起做個調查。

主席：我們必須尊重委員提案的權力。

本案修正為「ADHD 在缺乏專業精神科醫師的確診下，……建請衛福部於一個月內向衛環委員會提出專業精神科醫師合理分配的改善方案。」，由於兒童精神科的受訓人數只有 200 人，可能會不足，因此就用精神科醫師好了。本案就照上述修正意見通過。

現在繼續進行詢答，請蔣委員萬安質詢。

蔣委員萬安：主席、各位列席官員、各位同仁。針對 ADHD 的孩童是否能夠在早期就給予協助及治療？本席看過衛福部及教育部的報告，還有衛福部網站中也有很多相關資訊，其實都提到很重要的一點，就是現在的就醫率是偏低的。在衛福部報告中所提到 ADHD 的盛行率，大概是 5% 到 7%，你們是怎麼得出這個數據，有沒有一個很精確的算法呢？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。這是流行病學調查出來的。

蔣委員萬安：請司長說明是怎麼調查出來的呢？

主席：請衛福部心口司謹司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。全世界對 ADHD 的調查已經做過非常多的次數，臺灣也曾經小規模做過，目前心口司正在委託做比較大規模的調查，就是關於兒童的精神疾病，其中也包括 ADHD。全世界的流行率分布都差不多，大約是 5% 到 12%，這與調查標準的嚴或寬有關。

蔣委員萬安：全球是 5% 到 12%，臺灣也差不多。另外，就醫率大概是 3.5%，這也是衛福部的調查嗎？

蔣部長丙煌：這是健保的資料。

蔣委員萬安：衛福部的報告中有提到，應適時給予資源及協助。另外，在衛福部的網站中也有提到注意力不足、過動症的報告，其中很詳細介紹了 ADHD 的症狀，以及家長該如何從旁輔導等。衛福部的報告提及可以上網找這種資料，並參考相關的資源來給予協助。最後第八項是可用資源與案例參考，該項非常的完整，其中有個簡單結論，就是早期發現及早期治療，就會有長足的進展。接著還有參考書籍及相關組織資源。基本上，我看相關組織都是民間團體的相關協會，還有一個 YouTube 的演講資訊，不過我沒有發現有任何的政府資源及協助，我看到的都是藉由民間的力量，還有一些參考書籍。這次衛福部的報告提到有相關資源，如果我身為家長，發現孩子有這樣的問題，上網查閱資料尋求協助時，除了民間資源以外，我是想看到衛福部有沒有做些什麼，有什麼樣的政府資源可以讓我使用。

謚司長立中：謝謝委員的關心。有關資源的問題，其實 ADHD 如果純粹以治療的角度來看的話，目前都已經納入健保，所有的治療活動都可以用健保來給付，現在比較欠缺的反而是家長對這個疾病的認識和認知比較不足，比較需要從這個角度去介入，所以我們當初才會委託臺大醫學院去編教材，希望能夠透過這個教材，對家長進行良好的宣導，讓他們能夠學習。

蔣委員萬安：我當然知道目前健保有給付，但是其他的呢？上個星期我也在赤子心協會碰到司長，知道雖然民間有很多資源和力量，但是光靠他們其實是不夠的，請問除了健保給付以外，對於 ADHD 的孩子們，有沒有更具體的活動或補助可以提供更多的資源來予以照顧？

謚司長立中：按照第二期的國民心理計畫，這部分我們本來就準備從今年底開始試辦。因為在過動兒的治療裡面，最大的困難就是父母親不知道怎麼照顧這個小孩，老師在班上也不知道要怎麼照顧這樣的小朋友，所以我們的重點可能會先放在教育父母，因此到時候會先補助民間團體，讓他們去開辦一些家長的教育團體，教家長怎麼照顧這樣的小朋友。

蔣委員萬安：所以民間團體可以申請相關計畫的補助，是這樣嗎？

謚司長立中：是的。

蔣委員萬安：也就是你們會有這樣的補助計畫？

謚司長立中：是的。

蔣委員萬安：除此之外還有呢？除了給予適時的治療協助，譬如精神科醫師的專業診斷、用藥或輔導，家長端和社會端其實更重要。除了讓他們看醫生之外，在校園當中當然是由教育部負責給予協助，剛才司長也一直談到家庭是很重要的一環，至於社會的部分，衛福部方面的資源有健保給付和計畫補助，接下來是不是只有宣導和宣傳？本席是希望能有其他更具體的做法，譬如舉辦一些輔導的活動、座談、講座，給他們更多的協助，讓他們在社會上更不會遭受不一樣的眼光，更能和一般人一樣被接受。

謚司長立中：委員講的是整個社會對於 ADHD 的瞭解和接納的問題，其實目前的成人裡面就有很多 ADHD，其中有適應成功的，可是也有很多人是適應失敗的，對於這些人我們確實都需要予以關注。不過要跟委員報告，以目前國內 ADHD 的發展階段來講，包括我們的人員養成、學校和醫療單位的結合都還有很多成長空間，所以我們建議暫時還是把資源放在這個部分會比較好

一點。

蔣委員萬安：謝謝司長。

其實今天我們一直很關注一個問題，就是 2014 年新北市進行全面評量，希望家長發現孩童有達到一定標準就帶他們去就醫，而衛福部在報告中提到國外包括英國和 OECD 34 個國家其實並不建議做全面篩檢，站在衛福部的立場，請問部長建不建議做這樣子的全面篩檢？

蔣部長丙煌：我們不建議做這樣的篩檢。

蔣委員萬安：為什麼？

蔣部長丙煌：有關大量篩檢，第一，剛剛委員也提到國際上目前包括 OECD 國家，大部分都不會執行全面篩檢；第二，篩檢之後假陽性的情況其實很高；第三是怕會被標籤化，對孩童造成的傷害反而比對他的幫助還大。

蔣委員萬安：本席也認為全面篩檢最嚴重的問題就是這些孩子很容易被標籤化，這種二度傷害的確會造成負面的效果，可是不全面篩檢的話，又有就醫率偏低的問題，明明有 5%至 7%，就醫率就是只有 3.5%，這是剛剛司長談到的落差。同樣的，國人其實也不是這麼瞭解 ADHD，而黃金治療期大約是小學 1 年級到 3 年級左右，所以，如果部長不建議全面篩檢的話，衛福部是否有其他具體方案可以把需要接受協助或治療的 ADHD 孩童，甚至其他有特殊狀況的孩子找出來？本席認為這樣才能真正幫助他們。請問你們有沒有這樣的計畫？

蔣部長丙煌：要把可能有 ADHD 的孩童找出來，讓他們接受適當的輔導或治療，我們的做法是，首先，我們本來就有提供 0 到 7 歲孩童的預防保健服務，因此可以在兒童健康手冊的家長記錄事項上予以強化，重點是提醒家長去注意這個事情，因為這個事情必須家長有足夠的警覺性，如果發現孩童可能有這個問題，可以去尋求專業的評量和服務，這是我們衛福部要做的。另外一個很重要的就是跟教育部合作，透過學校的體系來把他 identify 出來。

蔣委員萬安：有沒有具體的做法？剛才部長提到家長要注意這個事情，新北市才會發一個評量表請家長勾選，如果發現達到一定的分數，就可以帶著孩子到兒童精神科醫師那邊就診。所以部長的意思還是要由家長來發動或做評量嗎？

蔣部長丙煌：包括家長和老師，甚至家庭科醫師等等，敏感度都要高一點。

蔣委員萬安：2014 年新北市進行全面篩檢的時候，譚司長也在新北市服務，根據該年 7 月底的統計數據，71 名家長持該評量表帶孩童就醫之後，有 5 位孩童確診為注意力不足過動症，可見的確有找出部分需要協助和治療的孩童，所以本席希望這方面能有更具體的方法。如果新北市那樣的評量可以做得更好，不要遭到這麼多質疑或討論的話，我覺得朝這樣的方向去做是對的。因為這樣的問題會對家長和老師造成非常大的壓力和困擾，也應該讓有需求的孩子適時接受治療和協助，所以衛福部應該採取更好的做法。司長是這方面的專家，我覺得給 ADHD 孩童適時的協助和治療、真正幫助到需要幫助的人是你們非常重要的工作，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：請黃委員秀芳質詢。

黃委員秀芳：主席、各位列席官員、各位同仁。首先請教教育部國教署鄭副署長，本席在地方碰到

一個案例，有一名國中 1 年級的學生從國小到國中階段可能都有情緒不穩的狀況，但家長並沒有帶他去做鑑定，一個月前，他在學校可能是受到同學的言語刺激，就拿美工刀自我防衛。針對這樣一個學生，學校並沒有特教助理員來幫他，老師、校長和家長協調後，希望他能先在家自習或者是轉學。因為這個家長本身要工作，所以他後來是在本席的服務處安置了 3 個禮拜。請教副署長，萬一學校再有這樣的學生，家長既沒辦法帶回家自習，也沒辦法辦理轉學的話，教育部可以針對學生做什麼樣的處置？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。剛才委員提到這個孩子情緒不穩，如果他不是確診的 ADHD 或其他……

黃委員秀芳：家長根本沒帶他去看病啊！

鄭副署長來長：現在不曉得他是不是。可是他有這樣的行為，其實學校是不應該排斥他的，因為學校的存在就是要幫助他。

黃委員秀芳：可是實際上學校就是這樣，因為學校也有其他家長的壓力，他們會認為這個學生在學校可能是一個不定時炸彈，會影響到其他學生的受教權或傷害到其他的同學。雖然後來這個學生有一個特教助理員來陪他，可是空窗期就將近 3 個禮拜，這 3 個禮拜他並沒有進到學校，而是由我們服務處來幫忙安置。我覺得這是一個非常、非常特殊的案例，當出現這樣的空窗期的時候，不知道教育部是不是有比較特殊的做法可以協助學校或教育處來安置這樣的學生？

鄭副署長來長：首先應該是由學校想出可行的方法來幫助這個孩子，如果資源不夠，比方師資或人力不足，應該向地方行政機關請求協助，因為這是比較特殊的個案，不應該兩手一攤，就要學生在家自習，我覺得這種做法不太好。

黃委員秀芳：對於這樣的案例，請問教育部會做什麼樣的處置？

鄭副署長來長：教育部會先瞭解，學校可以召開個案輔導會議，地方政府也可以要求相關專家來討論這個案子怎麼處理最適當。

黃委員秀芳：我相信這樣的案例未來會越來越多，尤其是情緒不穩的學生，希望教育部能針對這樣的學生配置助理輔導員。像這次這個學生，他本來並沒有鑑定，經過大家的討論之後，就派了一個助理教師來幫他。但是這樣還是有一個空窗期，所以教育單位是不是可以在空窗期發生時，馬上派特教助理員介入，提供輔導和協助？請問教育部是不是可以請地方政府的教育局或教育處在一發生這種問題時，馬上啟動這樣的機制，不需要先經過什麼樣的評估，就派特教助理員去協助？因為如果要經過評估的話，可能一拖就是 3、4 個禮拜甚至一個月以上。這點是不是可以請教育部來協助？

鄭副署長來長：基本上可以分兩個方面來講，第一是馬上因應處理的方式，比如剛剛講到的就是助理員馬上來幫忙；稍微緩一點的做法就是馬上啟動輔導機制。

黃委員秀芳：好，謝謝。

現在特教老師都有 3 個小時的研習，針對今天討論的 ADHD 的議題，請問之前研習是邀請什麼樣的人來擔任講師？

鄭副署長來長：課程是由地方政府安排的，可以按照實際需要，找一些這方面的專家來講，也可以找有實際經驗的人來提供他的經驗。

黃委員秀芳：副署長對這方面可能不是那麼清楚，我們希望未來特教老師研習時，尤其是針對 ADHD 的學生，除了邀請有關的精神科醫師來當講師，也能邀請社工或營養師來擔任講師。因為學生出現過動症狀也可能有營養不良的問題或其他疾病，所以針對 ADHD 的研習是不是在邀請精神科醫師之外，也可以邀請營養師或社工師一起來討論？因為以往都只邀請精神科醫師，但是很多案例可能是誤診，或者本來並不是 ADHD，所以我們希望教育部未來可以針對這個部分廣泛邀請相關的專家，包括專科醫師、社工師和營養師共同來討論。

另外，目前國中小一個班級的學生人數是 25 人至 28 人，請問老師有足夠的時間和資源來關心這樣的學童嗎？

鄭副署長來長：基本上是這樣，地方政府和教育部以前有規定，如果一個班級有一個特殊兒童，大概可以減 3 個學生，讓老師有更多時間照顧到每個孩子，這是編班方面的做法。另外，如果符合相關規定的話，大概可以增加教師助理員和一些相關的專業人士，比如輔導團的人員也可以到學校去協助瞭解。我們當然希望老師都能照顧到每一個孩子，所以剛剛才提到如果班上有一個特殊的學生，班級人數可以減少。

黃委員秀芳：本席希望教育部能夠多關心這些學童，因為關於老師建議之後被轉介到兒童心智科或精神科診斷的學生比例，教育部幾乎完全都不知道，希望教育部今後能予以關心。

本席接下來要請教衛福部蔣部長，孩童第一次到心智科或精神科就診，醫師就馬上開藥的比例到底多還是少？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我沒有這樣的數字，不過我們對開藥有一定的限制，6 歲以下的孩童基本上不開藥，而是採用行為治療的方式。

黃委員秀芳：有關看診後開藥的問題，其實很多用藥孩童的家長都很擔心，因為精神科醫師無法在問診上花很多時間。有的人迷信名醫，但這類名醫可能只花 10 分鐘或 20 分鐘問診，更短的可能問診個 5 分鐘後就開藥了。由於精神科醫師看診的診療點數低於一般醫師，所以我希望未來在健保給付上，能否針對初診、複診做出區別？

蔣部長丙煌：我會請健保署研究看能不能有所區別。

黃委員秀芳：因為精神科醫師要在初診就判定患者是否為 ADHD 時，必須花很多時間，或許要一個小時……

蔣部長丙煌：任何科別幾乎都有這問題。

黃委員秀芳：那就不管科別，能否將初診點數與複診點數做出區別？

蔣部長丙煌：我會請健保署研究一下。

黃委員秀芳：我希望能透過問診時間的長短來減少誤診機率，所以請健保署針對這點進行評估。關於過動篩檢表，有很多人反應粗糙，部長也說如果看著量表填，自己可能也符合過動症狀，相信在座很多人都是如此。請問衛福部是否對此做過統一？換言之，擬定統一篩檢表，而非由各

單位各行其是，完全缺乏統一的篩檢表。

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。關於篩檢表，那其實是全世界通用的，並非新北市或衛福部特別做的，是世界通用的。不過該表只作為篩檢用，非診斷用，也就是希望能從父母的角度來評估孩子的狀態，非自行評估。該表共分為兩類，一是給老師看孩子有無這類現象，一是從父母角度看孩子有無這類現象，兩者相併，再與臨床醫師在診間所看到的，以及心理測驗結果進行綜合判斷與診斷。

黃委員秀芳：希望衛福部及健保署能讓這類診斷更嚴謹，以免誤診，畢竟有很多家長滿擔心誤診及誤判。謝謝。

主席：請陳委員宜民質詢。

陳委員宜民：主席、各位列席官員、各位同仁。今天主要討論活動不足或動過兒（ADHD）的篩檢、預防及治療策略。之前我與臺大精神部高淑芬醫師通過電話，高醫師送我「家有過動兒」一書，今早我把這本書看完了，也瞭解 ADHD 是個很複雜的問題，光 ADHD 的原因就很多，可能來自遺傳，可能是鉛中毒，可能是週產期因素或生期因素。高淑芬醫師甚至說，在診斷上，醫師需要對孩子做多方瞭解與觀察、評估，再審慎追蹤後才能做出正確診斷。如果要由學校來從事預防或診斷工作，請問部長覺得合適嗎？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。放在學校？

陳委員宜民：一開始新北市就是先發問卷，讓孩子帶回去給家長填，然後篩檢出來，這不就是從學校做起嗎？

蔣部長丙煌：那只是一種管道，我認為必須多管齊下。委員所說為新北市的計畫，是以密封方式讓學生帶回去給家長填，其用意應該是提醒家長注意孩子的問題。這固然是一種可以施行的管道，但應該還有其他管道可一併運用。

陳委員宜民：這是個很複雜的問題，所以今天一路聽下來，我想教育部或許可以考慮讓中小學校長、訓導主任或幼稚園園長先接受相關訓練，畢竟有些過動兒常常會因為比較不適當的行為遭到處罰。如果學校的訓導主任不夠敏感，不知道孩子其實是生病了，卻讓他去罰站，也不做 referral，就會變成嚴重的問題。對這問題，也許教育部可以這樣考慮，尤其若無法在學校校護以外建置心理諮商輔導機制的話，那麼至少校長、訓導主任及幼稚園園長要先接受相關訓練，擁有這方面的認知，至少在面對孩子時能先有這樣的 sensitivity，再做到 referral，不要一下子就施以處罰。本席過去一直希望中小學編制上能加進心理諮商輔導人員，但若暫時無法達到，或許可以先做這樣的處理。

接下來是有關 HPV 疫苗篩檢與接種治療政策問題，本席也已經提出臨時提案。國健署組織法第二條提到癌症、心血管疾病及其他主要非傳染病的防治與規劃推動及其執行。在我們國家的疫苗篩檢與接種政策中，只有 HPV 由國健署負責，其餘均交由 CDC 主管，但國健署卻做得「離離落落」，愧對國人！以國健署癌症防治五年計畫為例，網站上只列到 2013 年第二期，至於

2013 年以後第三期的篩檢計畫則根本連資料都沒有！2013 年以後的癌症篩檢計畫重點為子宮頸癌防治，可是子宮頸癌的防治就只有 HPV 疫苗接種計畫，且該接種計畫的實施亦非全面性。其實世界衛生組織在民國 98 年即針對 HPV 疫苗表發過 position paper，鼓勵將 HPV 納入國家疫苗接種計畫。但國健署卻是逐步導入，且過去十年來都在做逐步導入，什麼叫逐步導入？根本就是完全沒進步，且對象竟只針對中低收入戶的國中女生、原住民地區及其離島的一般女生，總共約兩萬四千人為接種對象，其他都沒有！部長，為何專挑這些人接種？您知道為什麼嗎？

蔣部長丙煌：應該是經費考量，因為一年經費只有三千五百多萬，所以能做的就會有限……

陳委員宜民：部長認為是先經費才決定對象的？這好像不太對！不是應該先決定政策，再考慮經費嗎？尤其子宮頸癌已經成為女性十大死因之一，一年因此死亡的人數均超過 1,500、1,600 人，年齡還逐步下降。Cancer Research 的隨選資料也顯示，30 歲以下的女性中有 200 人死於子宮頸癌，甚至還有 20 歲就罹病的，可見這些人都沒有接種疫苗，無法讓預防勝於治療，所以這些死亡的人是不是應該來申冤？畢竟這代表國家沒有注意到防範策略的重要性！美國、加拿大已經同步於 2006 年開始進行 national vaccination program，那時候還有很多人覺得 controversial，一些婦女團體甚至擔心會被當作白老鼠實驗，出現不少反對聲浪。但最近這幾年很多國外經驗顯示，不管是美國、加拿大或澳洲，都因為施行了國家疫苗接種計畫大幅度降低罹病率。日本是一個很保守的國家，但從 2012 年開始，也全面提供疫苗施打，一年下來有三百四十幾萬的女性接受施打。臺灣不是落後國家，過去臺灣在 B 型肝炎的疫苗接種上是領先全球的，是足以令人驕傲的，對不對？

蔣部長丙煌：沒錯。

陳委員宜民：肝炎是國病，為了防治 C 肝，健保署已經打算以八年 800 億元購買疫苗來治療 C 肝。拜託，連疫苗接種都做不好了，卻要另外花這麼多錢在治療上？這不是很奇怪嗎？既然要花這麼多錢，且預防勝於治療，為何不先幫全國女性想想辦法？像加拿大及美國，接種策略為凡小學六年級生，不管男女都要打！在我前往加拿大訪問時聽到這消息也感到很好奇，為什麼男生也要打？他們說，女生都是被男生傳染的，所以男生當然要打！畢竟覆蓋率不可能達到百分百，所以男生要打，因為男生是傳染原！這是一個很重要的概念。現在因為缺少國家政策，以致各縣市政府只好 bottom-up，當中新北市、桃園市、新竹市、新竹縣、臺中市、嘉義市、嘉義縣及金門縣開始 vaccination program，針對設籍於縣市內的女性，尤其是國一至國三的女生施打。其中金門縣最進步，16 至 18 歲的男生亦施打疫苗，畢竟他們瞭解這個問題的嚴重性。今天提這點，是希望部長能瞭解這件事的重要性，畢竟預防勝於治療！現在子宮頸癌疫苗已經有九價，過去只有 16、18 兩個亞型，所以無法預防，而 HPV 病毒有超過六十、七十個不同的亞型，所以之前的疫苗只能保護兩種，採四價。現在 6 型與 11 型都出現了，因此這幾年疫苗也有九價，可見疫苗種類越來越多。我認為這當中有個錯誤觀念存在，我曾與國健署署長溝通過，他也是說沒錢，我覺得政策是 declaration，是 recommendation！政策有 recommendation，家長才能依循，各縣市才能依循。也因為有了 recommendation，開業醫師、婦產科醫師或內兒科醫師才能依循。有了 recommendation，民眾知道了就可以自費施打，甚至國健署應該集體採購，由議價來

降低疫苗價格，從而嘉惠民眾。

我今天從 ADHD 講到 HPV 的預防政策，若能早點實施，就能及早預防，讓孩子將來不會得病，也不會發展至子宮頸癌的地步。

最後我要講到性別平等，我認為必須翻轉一下，過去常說 gender inequality，所以女男平等，但我現在要說是男女平等，不能只打女生，男生也要施打疫苗，尤其 HPV 疫苗政策是男女適用的。特別愛滋病病人是高危險群，因為其免疫系統缺損，更容易得到子宮頸癌，就更應該施打疫苗。另外，男同志族群也需要施打，否則其性器官可能會罹癌。

為此，本席特別提案，希望各位能給予支持，並研議出國家整體疫苗政策，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席（鍾委員孔炤代）：請林委員淑芬質詢。

林委員淑芬：主席、各位列席官員、各位同仁。對於早期發現早期治療大家都不會懷疑，對於特殊需求兒童應早期介入早期服務，也認同是政府應該走的方向。問題是，早期發現 ADHD 後，其早期療法是怎麼個治療法？謚司長，你說用藥是最後一道防線，是不是？

主席：請衛福部心口司謚司長答復。

謚司長立中：主席、各位委員。是。

林委員淑芬：但在去年所編定的手冊中，你們卻把用藥擺在第一道，第一個步驟就是用藥治療！受委託寫出這本手冊的臺大精神科醫師即主張用藥為主，其他為輔，他們強調療效很好，這點我同意，因為這種藥物確實非常有療效。但究竟該把這種藥物放在第一道防線或最後一道防線？臺大醫學科、臺灣兒童精神醫學會都主張用藥為主，這是最有效的，請問司長，到底是把最有效的吃藥放在第一道或最後一道？請問政府態度為何？

謚司長立中：這件事沒有前線也沒有後線，都是一條線，也就是說，必須從幾個不同角度來評估個案。其中，父母的親子教育最為重要……

林委員淑芬：親子教育最重要？到底是要教育父母對 ADHD 的認知與知識，還是說 ADHD 的發生與父母有關？你講的親子教育到底是哪種教育？

謚司長立中：親職教育指的是父母親如何教育小孩，跟 ADHD 之發生並無因果關係。

林委員淑芬：我請教你，發現有 ADHD 症狀之後是要先吃藥，還是先做行為輔導、家庭親職關係的重建？

謚司長立中：報告委員，任何一個精神科醫師做這件事都是同時做的，是否需使用藥物，反而是第二個再評估的。

林委員淑芬：我發現他送我的書裡強調藥物是最有療效的，而且他不斷地強調藥物是最有療效的，他個人以及他們的團體一直在強調藥物是最有療效的，這是從他送我的書當中看到的，而且你編列的手冊也把藥物的使用放在第一道防線，你雖然說沒有，但是你仍把藥物放在第一道。如果大家覺得早期發現早期治療最便宜的方式，父母也最簡單、最容易負擔的方式就是直接吃藥，那我告訴你，2015 年聯合國兒童權利委員會在日內瓦針對瑞士兒童服用過多的精神興奮劑提出質詢和追究，隨即聯合國兒童權利委員會宣布，瑞士兒童被開立過多的興奮劑，政府必須

尋求其他方法去處理兒童過動的問題，而瑞士就是生產過動症藥物利他能（Ritalin）藥廠的主要生產地。不僅瑞士，聯合國兒童權利委員會不斷地對許多先進國家發出警告，除了瑞士以外，2014 年警告德國，2012 年警告奧地利和加拿大，2011 年警告冰島，2010 年則是日本跟挪威，這些政府都被要求必須重視過動藥物（就是中樞神經興奮劑）被過度開立處方的問題。

我們正要簽署的聯合國兒童權利公約要求，關於兒童的一切行動，均應以他們的最大利益為考量。我們現在討論的這個議題並非目前臺灣碰到的問題，我要先強調我認為臺灣目前尚未發生這種狀況，但是我們看看外國的前例。如果我們把藥物治療放在第一位，加拿大是過動藥物消費量全球第三名的國家，溫哥華發生一個個案，有一位 7 歲的兒童服用治療過動的藥物之後變了一個人，有一天這個兒童的母親醒來發現他趴在窗台即將跳樓自殺，說他自己不想活了，我再強調一次，這是外國濫用的案例，不是臺灣的狀況。2011 年英國 10 歲男孩服用利他能加上百憂解以後上吊自殺，根據英國藥品和健康產品監督管理局的個案統計，2011 年至少有 11 例是兒童服藥後死亡，11 例當中有 9 例的死因是心臟病、呼吸疾病及腦部疾病，另外兩個是自殺。包括利他能自己的適應症說明中都強調，這個藥物對人的作用尚未完全瞭解，對兒童心智上及行為上的作用機轉尚未清楚確立，也無結論性的證據顯示，這些作用和中樞神經系統的狀況有關。我要提醒你，在這麼多的所謂先進國家有這種問題，所以聯合國發出這項文件的目的是提醒各國，除了用藥以外，政府更應該要找出其他不是用藥的解決方法。

現在回頭請教國教署，2013 年有一則新聞報導指出，高雄有一所國小某年級某班全班才 28 個人，其中有 12 個人服用 ADHD 藥物，請問這件事是否真實？這是一則很著名的新聞報導，而且大家經常拿出來討論，請問這件事是不是事實？你們沒有掌握？你們不知道？你們都知道今天要討論 ADHD 這個問題，你們卻沒有準備？好，我今天就照你們的邏輯，根據衛福部的報告，大家都覺得 ADHD 盛行率很高，就診的人數偏低，衛福部謾司長也表示根據健保署的資料，102 年、103 年、104 年 6 到 12 歲精神科醫師確診的人數，再加上 0 到 6 歲大概有 5 萬多人，若以 6 到 12 歲 103 年的資料來看，有 4 萬 3,851 人確診，相較於盛行率，就醫率只有 3.46%，你們認為是低估的。你知道全國有多少班級數嗎？請問副署長，你知道全國的國小到底有幾個班？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。目前是……

林委員淑芬：以 103 年度或目前都沒關係，相差不會很多。6 到 12 歲就是國小一年級到六年級，全國有幾個班級，你有沒有資料？不知道？

鄭副署長來長：大概 5 萬多班，還要再查一查。

林委員淑芬：5 萬多班，好，你還有一點概念，我告訴你。103 年有 5 萬 3,547 個班級，當時衛福部統計過動症 6 到 12 歲確診人數有 4 萬 3,851 人，平均一個班級有 0.82 人，將近 1 人。其實這個比例並不低，一班大概都有一個偏向於比較過動的兒童，這也符合一般的社會觀察。請問國教署，如果醫師都已經確診，為何你們在國小階段的特教檢定上竟然檢查出來只有 1,500 多人，不到 1,600 人，為什麼？你們的鑑定委員會的鑑定為什麼跟專業醫師的落差這麼大？為什麼？

鄭副署長來長：這部分我們回去找相關的委員再討論一下……

林委員淑芬：什麼！委員拋出問題，你無法回答，還說你要回去再找委員討論？！

鄭副署長來長：基本上我們還要尊重家長是否願意提出，可能有些家長不太願意自己的孩子被認定是這樣的孩子……

林委員淑芬：我們現在不講貼標籤，也不講認不認定，家長都帶去給醫師看而且都確診了，怎麼會說家長不願意呢？我現在告訴你，就照你們的邏輯，即便是一個 ADHD 的小孩，他還是可以正常學習的，對不對？如果你們將他鑑定成是需要特殊教育關注的兒童，他到融合班，一個班級減少 3 個孩子，讓老師照顧少一點孩子，可以多一點關心給這個 ADHD 兒童，那很好啊！對不對？減 3 個學生，這種方式你同不同意？

鄭副署長來長：制度上就是這樣訂定……

林委員淑芬：制度上這樣訂定，沒錯，如果沒有過度浮濫的診斷，這些都是確診的，甚至衛福部認為盛行率比確診率還高，就以目前確診的 4 萬 3,000 多名或者 5 萬名來算，一班大概有 1 個，全國國小共有 5 萬多班，就算 5 萬班，1 班少掉 3 個孩子，大約有 15 萬個孩子需要另外再編班。15 萬個孩子，目前一班編制 30 人，大概需要再增列 5,000 班，多 5,000 個老師，你們願不願意這麼做？我覺得這才是關鍵。這就是政府對 ADHD 或者對特殊需求的孩子應該要做的政策輔導啊！減生，一班減少 3 個學生，多出來的孩子另外再增聘老師，你們願不願意？這才是國家應該有的作為，你們願不願意？不要講特教老師，也不要講輔導老師，光談普通融合班這部分，這也符合現在老師在教育現場的需求啊！我多一個 ADHD 的孩子，他其實還是可以正常學習，只是讓我少掉 3 個孩子，導師跟科任老師在教學上比較能夠全面關注，不是這樣嗎？本席認為，第一個就是要正視 ADHD，恐怕你們不願意這樣做，我覺得是政府不願意有所作為。像新北市可以進行篩檢，我們要問政府的是，在篩檢之後準備做什麼？是打造一個友善的學習環境嗎？要如何打造？如果光是出一張嘴巴，那還不容易嗎？本席要強調，ADHD 並不是只能靠服用藥物，而且濫用藥物對小孩身心的影響也是滿大的，我們國家的政府、學校和家長都有責任。我自己的孩子是 95 年次，就讀新北市的學校，當他二年級的時候，篩檢量表哪是放在一個密封的袋子裡讓他帶回來？根本就胡說八道，是直接大刺刺的拿回來給家長看，我看到以後氣得不得了，就把它丟掉。

這張量表上面有一些問題，本席要請各位委員同仁和在場官員自己評估，在我問的問題裡面，如果有 4 題的答案是還算不少，就應該要去看醫生了。第 1 題，請問在過去一個禮拜裡面你有沒有發脾氣？完全沒有是 0 分，有一點點是 1 分，還算不少是 2 分，非常多是 3 分，如果你的答案是還算不少，那就 1 題了，還有 1 題是問小孩在過去一個禮拜裡面有沒有跟大人爭論。部長，請問你在過去一個禮拜裡面有沒有發脾氣？是完全沒有、有一點點、還算不少或是很多？

蔣部長丙煌：我沒有發脾氣。

林委員淑芬：那你有沒有跟別人爭論？

蔣部長丙煌：我每天都在跟別人爭論。

林委員淑芬：那是還算不少或非常多？

蔣部長丙煌：非常多。

林委員淑芬：那你就已經有 1 題了。還有 1 題是問小孩有沒有主動的反抗或抗拒大人的要求或規定，部長有沒有主動的反抗或抗拒別人的要求或規定？

蔣部長丙煌：我當然常常拒絕別人的要求跟規定。

林委員淑芬：那你已經有 2 題了。那你有沒有故意做一些事情去干擾別人？

蔣部長丙煌：不會，我從來不做這種事情。

林委員淑芬：好，你會因為自己犯的錯或不適當的行為而怪罪別人嗎？

蔣部長丙煌：不會，我絕對不做這種事情。

林委員淑芬：再來是你有易怒或很容易被別人激怒嗎？

蔣部長丙煌：不容易。

林委員淑芬：應該有吧！根據本席質詢你的經驗，你滿容易被激怒的。

蔣部長丙煌：沒有，委員看我現在那麼平和。

林委員淑芬：你是最近沒有而已。你有沒有很生氣或很怨恨？

蔣部長丙煌：不會。

林委員淑芬：會不會抱著惡意或有報復心？

蔣部長丙煌：當然沒有。

林委員淑芬：好，那你就沒有過動，不必帶你去進行評估。

蔣部長丙煌：謝謝。

林委員淑芬：但是有很多人 4 題的答案是還算不少，像怪罪別人、容易生氣或被別人激怒，惡意的對待別人，小孩子很容易達標，像這種行為量表會讓家長開始擔心，就帶著小孩去看醫生，醫生在確診後可能會主張以用藥為第一原則。根據你們所提供的用藥統計資料，教學醫院用藥高於地區醫院和一般診所，為什麼會這樣？問題真的非常多，本席認為藥物絕對不是唯一的解決方式，但是我必須要說，它很容易變成唯一的方式，應該要用藥，用藥並沒有問題，但是如果變成唯一的方式而過度依賴用藥，這就是一個大問題。

我們臺灣有兩種主流的藥物，這兩種藥都發生過問題，治療 ADHD 的藥物不是只有在外國發生問題而已，像臺灣的用藥量這麼少，都曾經有兩個個案申請藥害救濟成功，一個是利他能、一個是 atomoxetine，分別會影響肝功能和血小板，其實這都是申請藥害救濟成功的個案。如果政府真的要正視這個問題，而且要全面性的進行篩檢，那就應該要更負責任一點，事實上，我們反對全面性的篩檢。政府應該要更負責任，即便在目前你們認為盛行率很低的狀況之下，你們沒有誠意解決這件事情，國家不願意出錢，教育單位不願意幫老師解決問題，所有的資源也沒有用在協助家長上面。其實進行篩檢並不是問題，但是在篩檢結果出來以後，有準備好要如何解決這件事情嗎？這才是一個大問題，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝。

主席：請廖委員國棟質詢。（不在場）廖委員不在場。

請柯委員志恩質詢。

柯委員志恩：主席、各位列席官員、各位同仁。大家對衛福部和教育部提出的數據都非常關切，特別是教育部所提的每個年級 ADHD 學童的人數，本席根據過去實際的工作經驗來看，我覺得這個數據是太過低估了，應該是遠比你們所說的還多很多。根據衛福部所提供的資料，104 年未滿 6 歲兒童整體的醫療人數大概是 1 萬 4,790 人，但是用藥人數是 487 人，占所有人數的 3%；在 6 歲到 12 歲之間，整體的醫療人數大概是 4 萬 3,000 人左右，用藥人數是 2 萬 3,000 人，但是用藥占整體醫療的比率激增到 54%。從這些資料顯示出一個問題，好像我們的孩子在進入小學之後反而吃藥的比率大幅增加。剛剛也有特別提到，除了經醫生專業診斷要吃 Ritalin 或其他藥物之外，我們希望還是能夠用行為矯治或適應教育的方法來協助他們。可是這個數據卻顯示平常的狀況還好，在上學後更需要透過教育系統來協助這些孩子的時候，反而都讓他們去吃藥了，這反映出在他們上學之後，我們可能覺得用藥反而是解決孩子行為問題的最好方式，這個數據其實有隱藏這樣的涵意，請部長針對這樣的數據說明一下。

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。原則上在 6 歲以前是不用藥的，即使用藥的話，大概也是用短效的藥。在滿 6 歲以後，因為在學校有比較多的觀察，所以可能用藥會稍微增加，謚司長會更清楚整個用藥的情況。

主席：請衛福部心理及口腔健康司謚司長答復。

謚司長立中：主席、各位委員。基本上，在 6 歲以前不能開這種藥，通常都是在 6 歲以後也就是小學一、二年級之後才會進行診斷並接受藥物治療，所以才會呈現這樣的現象。其實整體來看只有一半的個案有用藥，這些個案是已經被診斷出來的，如果再加上一些沒有診斷出來的，算起來真正用藥的部分可能只有三分之一。

柯委員志恩：目前像 CPT 專業診斷門診、魏氏兒童智力量表還有行為量表都包括在你們的診斷裡面，可能還包括 intake 這個部分，這沒有問題。但是本席發現在觀念上有一個很大的落差，就是國外有很多家長希望孩子經診斷變成特教生，因為他們可以得到更多的特教資源，可是我們臺灣可能在某種程度上反而認為這是一種污名化。事實上，我們都很清楚，很多時候 ADHD 的孩子跟智力完全無關，我覺得這是一個觀念上的問題。因為 ADHD 是屬於情緒障礙，跟亞斯伯格症相比，通常有亞斯伯格症的孩子很容易被列為特教生，反觀 ADHD 的孩子，要有很重度的情緒障礙才能變成特教生，這樣就會導致很多特教的資源沒有辦法用在中度或很需要的孩子身上，司長對這個問題有什麼看法？

謚司長立中：跟委員報告，這其實跟國家進步的程度有關，國家愈進步，我們就會放愈多的資源在這上面。

柯委員志恩：本席要強調一點，就是其實我們的社會和家長應該要學習接受 ADHD，可是大家反而都一直認為這是一種污名，我想這是因為國情非常不同，美國有很多家長巴不得自己的孩子被診斷有 ADHD，因為一年可以得到 40 幾萬的補助，孩子反而因為有這麼多的資源投入而提高治癒率。我們也發現，衛福部和教育部的官員都強調一點，其實有很多的輔導系統能夠介入，所以讓孩子進入普通的班級，透過同儕跟老師的力量協助他們步上比較正常的軌道，但是我們

不要忘了，ADHD 的孩子不管是輕度、中度或重度，都是神經元的問題，包括 eye contact，他們沒有辦法聚焦，所以老師必須要用非常多的肢體動作和動態，特別是需要用非常多操作型的動作來協助這些小孩。

可是現在把這些孩子放在一般的班級，他們會覺得非常無聊，因為都只是靜態，把已經有適應問題的孩子放在那裡，要他們如何融合呢？這樣是沒有辦法的，這才是最大的問題。把他們放在一般的班級，不是只有減少學生人數就好了，老師還必須以更多的肢體動作來協助他們做更好的接觸，對於這方面專業的部分，老師有沒有辦法應付呢？而且我們不要忘記，ADHD 的孩子非常需要操作型的活動，他們需要動手去做。如果我們把他們放在普通的班級，像一般上數學、國語的教法只是抽象的寫在黑板上，沒有透過一種更好的方法來協助他們，對他們來說這是一種折騰，他們本來沒有這麼嚴重，就是因為在如此靜態的環境當中，反而讓他們更加嚴重，可是有多少老師可以體會到這一點？現在有很多 ADHD 的孩子都是在一般的班級上課，這是本席要特別提出來的問題。

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。跟委員報告，當然我們不敢保證每位老師都能夠充分處理這些孩子的情況，不過我們會去督導，希望盡量……

柯委員志恩：副署長，聽到今天國教署的回應，很多委員都認為你們對這一塊的了解程度其實不太高，雖然你們也提出非常多額外的輔助和輔導的策略，但是以我自己親身的經驗，不管是在哪裡進行研習，很多老師都是被要求來參加在職進修，一學期可能要幾個小時，可是大家都在下面改考卷，都沒有專心在聽，他們心裡只是想著阿彌陀佛、祈禱班上不要有這樣的小孩就好了！如果真的要照教育部那種方法來做，真的是沒有效，副署長了解實際的狀況嗎？

鄭副署長來長：其實老師平常的工作量就很大……

柯委員志恩：那要怎麼辦呢？

鄭副署長來長：部長有提出看看能不能減少行政工作，至於研習方面可以採幾個方式，就是盡量集中在寒暑假或是在線上觀看一些課程。

柯委員志恩：我同意老師非常辛苦，但是長期這樣下來，錢都沒有花在刀上，誠如本席剛才所提到的，既然我們認為把輕度和中度的孩子放在普通的班級可以激發他們和同儕之間的互動，那就要好好的告訴這些老師，特別是我們知道，大腦皮層前葉的刺激對小一到小三的孩子是一個黃金階段，可不可以讓這些老師用更多的肢體和操作的動作？其實老師只要改變過去的方法，不只是 ADHD 的孩子會受益，其實對大部分的孩子也有益，就像剛才所提的那個檢測標準，孩子在很多時候都會失焦。所以本席認為，小一到小三孩子的老師都需要有更好的專業，才有辦法解決這個問題，我們不能把這些小孩都挪到特殊班級去，以我們臺灣的國情跟民情而言，被標籤化的問題會非常嚴重，所以國教署真的有必要好好的去研究一下未來該怎麼去做，否則家長會非常焦慮，所以一定要澈底去提出一個具體的檢測報告。

謹司長，目前很多 ADHD 的孩子可能只是適應不良，也有人是因為過敏或晚熟的關係，對於這些被診斷是 ADHD 的孩子，有沒有去了解形成的原因？也有可能是假性的 ADHD，有沒有去

分析形成的原因？

謹司長立中：謝謝委員的關心，關於委員所提的這個問題，目前在所有的研究上都發現，當然是有多重的因素導致產生類似的症狀，但是 ADHD 有最常見的核心症狀，包括早產兒、腦部受到傷害也有可能產生類似的症狀，但是有一大群主要的個案還是以遺傳為主，就是遺傳性的。像委員所講的過敏和一些天才兒童也都會產生類似的過動症狀，所以醫生要仔細去分辨，通常在第一線做鑑別診斷的時候都會先做這方面的考量，譬如說一定會先問小朋友有沒有過敏史。

柯委員志恩：我了解，但是我們看到很多家長的反應，其實我們會發現，假性的這個部分其實有很多社會性的因素，而不是像你剛剛所提到的遺傳性或者比較神經元的因素，我覺得這在醫療的系統裡面其實還比較沒有問題，反而是一些屬於社會性的問題，如果能夠在分析原因的時候進行篩選的話，我們了解這是由於社會性的因素，就比較容易從教育端的這個層面來提供一些更好的協助，把醫療跟社會性這兩個層次做一個分離，這樣才會有效果。我們還是要強調，很多 ADHD 的孩子是來自於適應性的問題，他們就是因為稍微不專注而受到不平等的待遇，所以他們沒有辦法得到更符合他們需求的教育方法，讓他們因此被誤導而成為假性的 ADHD，這些孩子的人數應該非常多。

謹司長立中：我認同委員的看法，其實有很多比較輕度 ADHD 的孩子也許並沒有那麼嚴重，但是如果我們沒有辦法營造一個友善的環境，往往反而造成他們在適應上的障礙，會被誤以為是比較嚴重的個案，其實很多孩子只是很輕微，不見得要用藥物治療。

柯委員志恩：沒有錯，這就是本席所要特別強調的，其實在所謂的適性教育裡面，教育單位對這個部分應該要著墨更多並提出更具體的方式，本席要不斷強調這一點。最後，本席還是要說，ADHD 的孩子在全世界已經很普遍，人數非常多，也引起廣泛的注意，有這麼多焦慮的家庭，有愈來愈多的孩子有情緒性的障礙而非精神障礙，未來教育部和衛福部應該要在這方面著力更多，對這些孩子提出更好、更明確的方式，這是本席的期望，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：現在休息 10 分鐘。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。請徐委員榛蔚質詢。

徐委員榛蔚：主席、各位列席官員、各位同仁。從早上到現在，我們都在談 ADHD，有這麼充分且廣泛的討論，本席也不再談這個問題，本席要談的是早期療育的問題。說到幼托整合，0 到 6 歲的部分是由社會處和衛生局主管，以前早療的篩檢是由早療體系和專業醫生來做，所以期程非常快，但是在 100 年開始實施幼托整合以後，這部分完全放在幼兒體系裡，變成由教師來做初篩和複篩的工作再提報。蔣部長，您認為由醫生來做篩檢還是一線的老師來做比較正確？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。應該可以由不同的人員來做初步的篩檢，不過最後還是要透過兒科專業醫師來做最後的鑑定。

徐委員榛蔚：其實在這幾年花蓮縣因為土地遼闊，再加上隔代教養非常多，早療體系人員非常努力，否則老一輩的人在帶孫時就會很疑惑，他們帶大這麼多孩子，為什麼孫子會有過動、發展遲緩等問題？在孫子 0 歲到 3 歲、3 歲到 6 歲時，沒有發現孫子有問題，只是覺得他不說話，就是「大雞慢啼」，也不以為意，就一直這樣帶孩子，但是中華民國早療協會到花蓮以後，到社區活動中心、衛生所、衛生局合作，全縣很多大人都可以接受他們的協助，很多家長也慢慢意識到，如果孩子出現比較特殊的狀況，他們願意接受早療體系的協助。而在實施幼托整合以後，班導師要去做初篩的工作，因為他們長期跟孩子相處，比較容易發覺比較特殊的個案，而有所警覺，再來做初篩、複篩，提報給家長和老師，整個評鑑制度就這樣子形成。可是這整個評鑑制度真的走得太長也太久，將近 4 個月，衛福部在這個體系的哪一部分可以給予協助，讓它可以加強、加快，讓孩子得到更好的照顧？

蔣部長丙煌：不管是早療或 ADHD，衛福部和教育部這兩個體系加強橫向聯繫一定是有必要的。剛剛委員提到的時間，其實是有不同的個案，所以是有一個範圍的，也有很快就可以處理的……

徐委員榛蔚：如果醫療體系可以再增加一點人到學校去協助，這樣會比較順暢。而對特殊孩子的早療，需要整個社會的協助，還需要家長的提升，再加上教育體系的加入。接下來要請教教育部，以目前花蓮縣的情況來說，專業治療師目前包含專任和兼任在內只有 26 人，他們卻必須負責照顧全縣 1,600 個身心障礙者，包含學齡前的孩子，而這些治療師必須跟孩子培養感情，讓孩子對他們有信賴感，治療的效果才會更好，對於這部分，教育部能給予什麼樣的支持和改善？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。治療師屬於專業人員……

徐委員榛蔚：是，這是屬於衛福部的，可以協助嗎？

鄭副署長來長：學校的部分就是特教老師，縣政府也有一個特教資源中心，也有輔導團，這些可以來協助，可是如果人力不足，因為我們都是依照法規來設置這些人員……

徐委員榛蔚：雖然你們都依照法規來做，可是小孩子需求不同，這些特教老師心理負擔很大，他們在教學上必須依照個案進行特別教學，還要安撫家長，這些負擔都加諸於特教老師身上，造成特教老師流動性非常大，原因之一就是比例不當，您是不是可以把比例稍微放寬一點，讓全國的特教老師的配置能夠多一些？部裡能不能多給一點經費？每一班可不可以增加助理老師？就像友善教保，對於幼兒園的助理老師也是有增加，為什麼到國小以後就沒有辦法了呢？

鄭副署長來長：助理員的部分，如果縣市政府認為不足，可以向國教署提出申請，我們審核後給予人員經費。

徐委員榛蔚：我相信全國各縣市教育處一定都申請，可是回函一定是沒有經費，反正只要跟經費有關的事情，教育部不一定會支持。

鄭副署長來長：這就牽涉到預算的問題。

徐委員榛蔚：您講到一個關鍵，就是這跟預算有關，所以在每年編列預算時是不是可以放寬？這個問題不是只發生在去年、今年，而是長久以來都存在的問題，每個第一線的老師及縣市政府都

在提這個案子，可是教育部好像都充耳不聞或是無可奈何，擺出一副「我就是沒錢」的樣子。

鄭副署長來長：我們可能要看看能不能逐年增加。

徐委員榛蔚：好，謝謝。

關於輔具不足的問題，對於各縣市和學校補助都非常少，尤其每個個案都不同，每個孩子需要的輔具也不同，有時一年補助 200 萬，可是一個孩子需要的輔具可能就要十幾、二十萬，如果照急迫性來排序，孩子的成長是不能等的，教育也是不能等的，他們卻必須等到經費到位才能購買輔具，對於這部分，請部裡多多支持，多多加油，多多加強。

鄭副署長來長：我也發現這個問題，每個孩子的需求都不太一樣，經過鑑定之後，要讓接受這個孩子的學校瞭解他的特性和需求，所以我們一直強調，如果這個孩子已經轉學到另外一所學校或機構，他需要的輔具、工具或其他需求，應該儘速到位，我們也每年補助經費讓縣市政府或學校增購輔具，我們也希望行政作業能夠加速。

徐委員榛蔚：是，你也提到希望行政作業能加速，就是看部裡是不是能加速，好嗎？

鄭副署長來長：是。

徐委員榛蔚：有關特教老師巡迴教師的部分，員額是不是能增加？他們的壓力非常大，能不能加強對他們的心靈撫育？培育巡迴教師的管道是不是能加強？現在全國的巡迴教師人數都不足。

鄭副署長來長：跟委員報告，我們也討論過這個問題，我們以前討論過能不能讓一個巡迴教師以輔導 8 個孩子為上限……

徐委員榛蔚：現在是二十幾個。

鄭副署長來長：原則上一個巡迴教師以輔導 8 個學生為上限，我們問了地方政府，地方政府覺得這樣他們的人事費會增加，很多縣市認為他們沒有辦法做到。

徐委員榛蔚：現在部裡又推給地方政府。部裡要增加一些經費給這些特殊教育的孩子及老師，因為這群是最弱勢、最需要被照顧的人，就像衛福部管的社工師一樣，他們承受這麼大的負擔和心理壓力，可是部裡要支持又不支持，知道人少，可是又不支持。

鄭副署長來長：我們儘量爭取預算，看看能不能增加人員。

徐委員榛蔚：支援偏鄉地區醫療體系有兩個計畫，是由衛福部社家署主管，發展遲緩兒童早期療育費用補助施行計畫所需的是到醫療院所的交通費和療育費，身心障礙者日間照顧及住宿計畫需要的是照顧費用的補助，兩項的補助計畫都沒有重疊，為什麼不能一起申請？

主席：請衛福部社會及家庭署簡署長答復。

簡署長慧娟：主席、各位委員。我不是很清楚委員指的是哪些，不過因為早期療育這部分是 6 歲以下孩子早療的療育費用，如果他拿到身障手冊以後，就會被歸到身障體系，就是委員剛剛提到的第二個部分，這兩個系統不太一樣，如果他已經被鑑定為身心障礙兒童，就會在身心障礙體系裡接受整體的服務，會有不同，因為對象不一樣，給付的內容也會不太一樣。

徐委員榛蔚：所以這兩個方案都是衛福部的方案嗎？

簡署長慧娟：上面的療育費用和交通費的補助是我們社家署的業務，日間照顧和膳食費可能是由地方負責，托育養護費有中央和地方共同支付的部分。

徐委員榛蔚：所以你說第二個也是縣政府的嗎？應該也是執行中央的專案。

簡署長慧娟：主要是地方政府，因為那是設算到地方去。

徐委員榛蔚：所以這兩個是沒有辦法重複請領的？基本上補助的範疇是不一樣的，一個是交通療育費，一個是日托的費用，而且都是針對身心障礙和發展遲緩的兒童……

簡署長慧娟：跟委員報告，如果通過鑑定和需求評估確定其為發展遲緩兒，他的身分就會轉換為身心障礙兒童，因為他身分上本來就不同，所以服務內容也會不太一樣。

徐委員榛蔚：還有全國的治療師真的很少，真的不夠，尤其是早療的部分，花蓮有這方面需求的孩子只能到北區的慈濟和門諾，在中區的鳳榮沒有治療師，南區的慈濟治療師則是以巡迴的方式看診，所以花東地區的醫療資源太薄弱了，衛福部能不能加強一下，支持花東兩縣，好不好？

簡署長慧娟：好，我們帶回去給相關單位。

徐委員榛蔚：好，謝謝。麻煩再給我一份書面好嗎？

簡署長慧娟：好。

徐委員榛蔚：好。謝謝。

主席：接下來登記質詢的鄭委員天財、張廖委員萬堅、吳委員思瑤及鍾委員佳濱均不在場。

請楊委員曜質詢。

楊委員曜：主席、各位列席官員、各位同仁。今天討論特殊需求兒童早期介入和服務，以 ADHD 為例，我先問一下部長，過動症患者被診斷率和就診率大約是多少？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。根據流行病學的調查，應該有 5%到 7%的兒童患有 ADHD，按照目前健保的資料顯示，就診率 6 到 12 歲大概是 3.47%。

楊委員曜：被診斷率和就診率是否一樣？應該是不一樣。

蔣部長丙煌：我們拿到的就是就醫率，有就醫，我們才能從健保那邊拿到資料。

楊委員曜：根據我的資料，被診斷率大概不到三成，就診率只有 2%，到底實際的數字是多少，你們回去再查一下。我現在要問的是：你們有沒有研究過，就診率和被診斷率是不是都偏低？

蔣部長丙煌：有可能。

楊委員曜：假如連被診斷都沒有，就連發現的機會都不見了，對不對？

蔣部長丙煌：是。

楊委員曜：為什麼會那麼低？

蔣部長丙煌：我剛剛說過，根據流行病學的調查，應該有 5%到 7%的兒童患有 ADHD，但是以健保署給我的資料來看，大概有 3.47%的兒童有就醫，所以有 3%、4%的差別，差別的原因就是沒有發現，沒有發現的原因可能是家長或老師敏感度不夠。

楊委員曜：家長或老師敏感度不夠，是否就必須透過衛教宣導？

蔣部長丙煌：是，沒有錯。

楊委員曜：若以 ADHD 為例，你們每年用於這方面的衛教宣導經費大概有多少？或者所有特殊兒童的衛教宣導費用大約有多少？

主席：請衛福部心理及口腔健康司謹司長答復。

謹司長立中：主席、各位委員。謝謝委員的關心，向委員報告，過去幾年我們並未針對過動兒這部分進行衛教宣導活動。

楊委員曜：過動兒部分沒有？

謹司長立中：對，我們只做了一系列的……

楊委員曜：不限於過動症，對特殊需求兒童的發現方面的衛教宣導，有嗎？

謹司長立中：報告委員，特殊需求兒童大概都是透過早療系統納入的。

楊委員曜：那早療系統的衛教宣導費多嗎？

謹司長立中：報告委員，早療已經進行很多年了，一般民眾對早療的接納度都很好，其實比較不需要再特別去……

楊委員曜：我們現在要做一些宣導，讓家長或是接觸兒童的人有警覺心，假如他們連這方面的觀念都沒有，很難要求他們能夠發現，越早發現治療的效果越好，對不對？我現在講的是這個觀念。

謹司長立中：是。報告委員，針對家長的 ADHD 的教育宣導活動，大概從 20 年前就陸陸續續在做，包括教育部及衛生單位都有在做，但是比較困難的是因為……

楊委員曜：效果還不算很好，對不對？

謹司長立中：對，主要是因為會參加的家長就是特定的一群，不參加的家長就是不參加，比較難把他們通通找出來。

楊委員曜：那就要想辦法把衛教宣導的管道深入家庭，我常常說現在用網路行銷，一則費用便宜，二則觸角也比較廣，可能除了方法之外，你們還要再構思一些衛教宣導的措施，看看怎麼做比較好，若是家長或是有機會長期接觸特殊兒童的人沒有這方面的警覺心，事實上特殊兒童很難被發現。一旦發現特殊兒童之後，就必須要有兒童心智科的醫師介入，請問部長，目前兒童心智科方面的醫師人力是否非常不足？

蔣部長丙煌：是，200 多人是不足。

楊委員曜：只有 200 多人，所以可以分配到離島偏鄉的人力……

蔣部長丙煌：當然相對就少。

楊委員曜：應該是零。

謹司長立中：澎湖有。

楊委員曜：哪一位？

謹司長立中：王怡靜醫師。

楊委員曜：在署澎？

謹司長立中：不是署澎，是在一間私人醫院，抱歉，我忘記醫院名稱，好像是教會的醫院。他是臺大訓練出來非常專業的醫師。

楊委員曜：惠民醫院，是不是？

謹司長立中：對，惠民醫院。

楊委員曜：所以公立體系的醫院沒有，對不對？因為我比較容易查到的都是公立體系醫院的資料。不僅是澎湖，我希望醫療資源的分配能夠對偏鄉離島更盡一些心力，我大概想一下也知道，兒童心智科方面醫師的欠缺一定很嚴重。

同樣請教鄭副署長剛才問衛福部的問題，假如過動症兒童未被發現就會被編入一般的班級，過動症兒童若被編入一般的班級，一般的老師怎麼判斷？教育部有沒有某些標準或工具可提供給老師做為判斷？

主席：請教育部國民及學前教育署鄭副署長答復。

鄭副署長來長：主席、各位委員。依照目前的制度，老師在班上如果發現某個孩子可能疑似過動兒，他就會通知學校的輔導室以及家長，建議家長帶孩童去讓醫師檢查診斷確認一下，或者也可以請專家幫忙檢視一下……

楊委員曜：請專家嗎？

鄭副署長來長：也可以找一些這方面的專家，比如心評人員，先徵詢他們的意見，問問這樣的孩子是不是有過動症，如果認為屬於疑似個案，就建議家長送去給醫師檢測。

楊委員曜：既然教育部這部分的判斷流程當中有專家介入這個步驟，請問在離島偏鄉要怎麼介入？發現疑似個案的時候，才向教育部請求，然後從臺灣本島派過去嗎？

鄭副署長來長：每個縣市都有特教資源中心，其中有比較專業的人員，每個縣市……

楊委員曜：專業度夠嗎？

鄭副署長來長：應該夠。然後每個縣市也都有組成所謂的鑑輔會，鑑輔會裡面也都是專家，也可以請這些人幫忙。

楊委員曜：為什麼我一直提離島偏鄉？因為資源分配不平均，像澎湖有學校的島嶼很多，這些學校裡面，不要說特教老師，可能連一般老師都是代課老師，也不可能成立特教班，對於這一類學校的特殊教育問題，教育部還是要快一點提供經費跟人力。

鄭副署長來長：報告委員，現在特殊教育的趨勢是強調回歸主流，因為特殊孩童將來還是要生活在社會上，所以採用回歸主流的教育方式，一般 ADHD 的孩童幾乎都分配在普通班，因此老師這方面的專業能力就很重要，我們接下來要繼續努力的就是如何增進一般老師，比如導師，在這方面的專業知能。剛剛有一位委員也提到，某位老師班上有兩個特殊生，老師就把所有的學生一一找來個別談話，告知其他學生要好好地跟特殊生好好相處，不可另眼相看，我們希望盡量讓每個老師都能具備像這一位優秀老師的專業知能……

楊委員曜：當然，能夠這樣是最好。

鄭副署長來長：其次，如果有一些困難，可以請求專業人員的協助。

楊委員曜：在學校裡面，從特殊學童的發現到後續的教育，教育部還是要多加努力，特別是在資源的分配上，對於偏鄉離島所分配的資源要相對多一點，好不好？

鄭副署長來長：是。

楊委員曜：最後，學生交通車管理辦法中規定學生的交通車必須加裝行車紀錄器，請問所有公私立特教班的校車都有裝設嗎？你們知道嗎？為何我會問這個問題，因為本席曾經接到民眾陳情，

有特教生在校車內受到霸凌，回家也沒有講，可能時間也拖久了，所以就很難去查。既然已經規定校車內必須加裝對車廂內的影像紀錄器，教育部必須要求所有公私立學校，特別是特教班，因為特殊學生的表達能力可能比較弱，所以這部分一定要嚴格落實。

鄭副署長來長：報告委員，特教班的校車，我們規定除了駕駛之外，還必須配置一位隨車人員，以後我們會請隨車人員要特別注意是否有霸凌的現象。

楊委員曜：除此之外，還是必須要求裝設影像紀錄器，現在好像是……

鄭副署長來長：特教專用車應該都會有，我們要求一定要裝設。

楊委員曜：沒有。

鄭副署長來長：可能會不會是縣市自己的車？

楊委員曜：假如有的話，我們不會接到這樣的陳情案件，可能是因為校車的購置有補助，但是購置錄影設備沒有補助，是否如此？假如是，我想錄影設備的經費也不多。

鄭副署長來長：委員可以告訴我是哪一所嗎？

楊委員曜：我現在講的是通案。

鄭副署長來長：好，我們會再全面檢視一次。

楊委員曜：對，特殊學生的人身保護尤其重要。謝謝。

鄭副署長來長：謝謝委員。

主席：謝謝楊委員。接下來登記質詢的吳委員志揚、徐委員永明、蔣委員乃辛、周陳委員秀霞、王委員惠美、陳委員明文、何委員欣純、張委員麗善、林委員俊憲、鄭委員運鵬、陳委員歐珀、邱委員志偉、賴委員士葆及黃委員偉哲均不在場。

本日會議詢答全部結束，委員周陳秀霞及何欣純所提書面質詢列入紀錄，刊登公報，並請書面答復；委員口頭質詢未及答復或請補充資料者，請於二週內答復，委員另有要求期限者，從其所定。

周陳委員秀霞書面質詢：

特殊需求兒童早期介入與服務

ADHD 是早發型兒童神經精神疾病之一，臺灣學齡兒童盛行率大概 5 到 8%，也就是說有 20 多萬小朋友患有 ADHD，這嚴重影響小朋友的學業、人際關係及未來工作，並對家庭產生巨大的壓力。

請問部長：目前有多少小朋友就醫治療？

之前，政府將早期療育的介入與處遇視為社會福利問題、對早期療育的實施並未依據兒童年齡劃分不同重點的服務，（如 0~2 歲重醫療，3~6 歲重特教）。

請問部長：目前有區分嗎？

未來是不是應該要區分來服務？

我認為，現在應優先整合醫療、教育、社政等各單位資源，以個案管理方式，對接受早療個案做全面性的評估，並定期追蹤服務。

請問部長：是不是應該發展家庭支持方案，協助家庭開發資源並協助長遠規劃？

過去早期療育服務機構並未建立管理與評鑑制度，因此臺灣早期療育服務仍有改善與進步的空間。

請問部長：現在狀況如何？如何進行管理？有沒有評鑑？

有家長反映，目前政府缺少單一「窗口」機制，來協助家長獲得資訊與服務。

請問部長：現有程序如何，是不是要化繁為簡？

我認為，早期療育的提供要考慮家長時間和交通相關困難，讓專業人員走出醫院，讓老師和照顧者變成夥伴，將直接治療的方式慢慢轉變為間接治療，以提高治療成效。

另外，我要嚴正批評教育部太不重視、太不關心 ADHD 學童，部長、次來沒來就算了，連署長、副署長、組長都沒來，只派副組長來。

造成 ADHD 的原因目前雖然沒有定論，但是研究發現主要的問題是來自腦部額葉皮質下迴路的功能異常，造成孩子不專心、衝動、坐不住，在課堂上走來走去、情緒和動作的控制失調，又亂發言、以及組織能力不佳、交友困難，常和同學爭執等問題，導致孩子自卑，甚或憂鬱。這不是學生的錯，可是在學校都被當成問題學生，我覺得這樣是錯誤的，對這些學生不公平。

請問副組長：學校要如何協助學生，而不是一直處罰，然後造成惡性循環？

教養 ADHD 學童不是一件容易的事，學校老師需要有穩定的情緒，與行為處理的知識和技巧。

請問副組長：教育部有協助老師學習處理這方面的知識和技巧嗎？

ADHD 的學童學習成就通常比較低，而且常常有學習與情緒障礙，過去統計資料有 46% 被學校退學，35% 自動辦理退學。

請問副組長：目前中輟生有多少有這樣的情形嗎？

請教育部一個月內提出統計報告，及解決方案！

學生因為學業無法完成，或是無法專心學習而導致的就業困難，更因衝動結婚，導致親子教養問題，並有酗酒、濫用毒品情形，造成社會治安隱憂。

請問副組長：教育部有規劃如何協助這些學生嗎？

ADHD 的患者有 1/3 到 5 成會延續到青少年或成人時期，影響時間非常長，本席要求衛福部及教育部一定要重視，並徹底提出解決方案。

何委員欣純書面質詢：

案由：本院何委員欣純，針對「特殊需求兒童如注意力缺陷過動症（ADHD）之早期介入與服務」，由於法定身心障礙學生類別中，ADHD 學童屬情緒行為障礙，然教育部有關評估之做成過於粗略，且後續應建立有關教學、升學等輔導管道，俾使學齡兒童享充分之受教權；要求（一）檢討現行教育系統 ADHD 認定方式及「過動篩檢表」，（二）衛生、教育、社政主管單位應盤點政府與社會資源，並研議特殊需求兒童如 ADHD 之就學輔導措施。

說明：

一、法定身心障礙學生類別中，ADHD 學童屬情緒行為障礙；目前國內針對 ADHD 學童之早期療育服務，係社政系統之早期療育通報轉介中心，連結醫政系統委託 45 家學童發展聯合評估

中心之評估資源，以及教育系統之特殊教育需求學童之支持服務。

二、針對教育系統之「特殊教育需求學童支持服務」有關情緒行為障礙之認定，以教育部有關評估之「過動篩檢表」及其認定方式，實有過於粗略之嫌；然有關評估、後續分類或處置紀錄，常留存於學生之檔案中，與學生之受教權直接相關。如相關認定未能顧及學生權益，逕粗略之篩檢標籤化該生，恐有害其受教權，應予以檢討，並重新建立校園特殊需求學生認定方式。

三、有關特殊教育需求學童之療育、支持等服務，應建立跨部會局處合作機制。各地有關機構主動通報、或經通報轉介特殊教育需求學生個案，應確保衛生、教育、社政等政府與及社會資源同時介入。故，中央主管機關應會同各縣市政府有關局處，盤點需求、民間團體與當前各級機關提供之服務，確保特殊教育需求學童療育資源之完善、個別化家庭服務、就學銜接機制之取得。

四、如學齡兒童經認定為 ADHD 且有輔導之需求，其友善環境之營造、學習空間之提供、教學評量與升學機制之適性輔導，均應有完整之思考規畫。考量 ADHD 學童於就學、轉銜、升學等有其特殊性，教育部應建立輔導管道與 ADHD 學齡兒童受教權友善措施。

主席：本次會議到此結束，謝謝大家，現在散會。

散會（14 時 31 分）