

美國物理治療教育制度改革

徐阿田/物理治療學系

如果將時光倒回三十年，台灣和美國的物理治療教育基本上是相同的，但是在過去的二十幾年來，美國的物理治療教育從大學教育轉型為碩士級教育，再轉型為更高階的Doctor學位，以致於今天台灣的物理治療教育已經和美國有了相當大的差距，而美國的這種改變，有許多是值得我們去深思的。

美國的物理治療教育，主要都是由美國物理治療學會(APTA, American Physical Therapy Association)所主導。最早期的物理治療教育(1914~1960)是學士後的，以醫院為訓練機構(hospital-based training program)，這個階段接受物理治療訓練的人員，都是已經完成大學教育，多數為護理人員及體育老師，接受訓練後，取得物理治療師訓練証書(certificate)，而不是學位(degree)。到了60年代，物理治療教育開始進入正規教育系統，也就是以大學為主要的訓練機構(university-based)，目前幾個重要的物理治療學系，例如南加州大學、紐約大學等，都是在這個階段正式設立物理治療學系。

到了70年代末、80年代初，美

國物理治療學會為了進一步提升物理治療教育水準，開始推動學士後的物理治療課程，招收的學生是已經大學畢業的學生，雖然看起來有一點像是回到早期物理治療教育的狀況，但是這個時候的學生，是在大學接受教育，而畢業後所取得的是碩士學位(MPT, Master of Physical Therapy)。學士後的學生，因為年齡及人生閱歷的更加豐富，表現出來的是更成熟的心智能力，更專注的求學態度，更圓融的應對進退技巧，因此當碩士級物理治療師陸陸續續投入職場時，這個專業的水準也更加的提升。在此同時，美國社會老年人口逐漸增加，而且身心障礙法通過，使得美國社會對物理治療師的需求日益增加，在學校教育方面，從大學課程改為碩士課程，也大幅縮減培養物理治療師的時間，正好可以配合美國社會對物理治療師的需求。整體而言，這個階段的教育改革是成功的。

然而，碩士課程執行的結果，逐漸發現要在兩年裡面，完成所有的物理治療課程加上臨床實習，實際上也有些困難，所以到了80年代末期，開始有些學校將修業年限延長，向上提升而成為Clinical

Doctor位階的課程，招收的是已經大學畢業的學生，畢業後授與DPT(Doctor of Physical Therapy)的學位。最早設立DPT課程的是在Nebraska的Clayton University，兩年後南加大也成立了DPT課程，目前已成爲美國物理治療教育的主流，如果連正在轉型中的學校算起來，已經有一半以上的學校，都成立了DPT的課程。目前還停留在碩士級課程的學校，都面臨了招生的壓力，就連最晚才轉型爲碩士級課程的加州公立大學系統(California State University)的物理治療學系，目前也都在準備著要與加州大學系統(University of California)合作，再次提升爲DPT的課程；美國物理治療學會已明訂2020年全部的物理治療基礎教育學程須全面轉型爲DPT。

轉型成DPT的課程，最主要是因爲美國物理治療師執業型態的改變，因爲在80年代，開業的物理治療師人數逐漸的增加，到了90年代，開業物理治療師的人數，已經超過整體執業物理治療師的一半以上，特別是柯靈頓總統在1997年公布的預算平衡法案(Balance Budget

Act)，造成大量物理治療師的流動，許多原本在護理之家工作和從事居家物理治療的物理治療師，轉到醫院工作或者進入開業的職場，整體而言，開業人數大幅度增加。也因爲開業人數的大幅度成長，物理治療師獨立執行業務的能力，也變得越來越重要。另一方面，美國物理治療學會一直在推動的「直接接受病人(direct access)」，在此時也有了相當豐碩的成果，到目前爲止，美國已經有三十五個州立法通過物理治療師可以直接接受病人，而不需經過醫師的診斷與轉介，雖然保險公司的給付規定仍要求醫師的轉介，但是物理治療師獨立評估或治療病人是合法的。值得注意的是，美國參眾兩院目前正在審查一個容許Medicare(美國國家給予65歲以上國民與殘障人士之免費醫療保險)將給予物理治療師直接評估治療病人的權利，如果這個案獲得參議院跟眾議院通過，預期其他私人保險公司在政策上亦會跟進，屆時物理治療師獨立治療病人非但合法，而且可以得到保險給付。姑且不論這個法案未來的發展如何，當前物理治療師獨立執業的能力是越來越重要，而DPT的課程的重要目標之

物理治療教育改革

一，也就是培養學生獨立執業的能力，這裡的獨立執業並不全然指的是開業，獨立執業也包括在醫院或其他機構中工作的專業能力，有能力對病人的情況做出最恰當的判斷，因此DPT的課程增加了鑑別診斷、影像判讀、藥物學、專科化等。鑑別診斷的部分，在於使學生有能力對病情作更進一步的判斷，以決定應該施予的物理治療項目，影像判讀則是在加強鑑別診斷的能力，藥物學的部分是在培養物理治療師有能力瞭解藥物對病人身體機能(physical function)與心理方面的影響，以免誤判病情。專科化則是使DPT的學生能在他/她自己所選擇的專科如神經系統、肌肉骨骼系統、小兒科等接受進一步的專業訓練，讓專業能力更加深入與精緻化。

如此的教育位階的提升，的確對專業的發展有正面的影響，以我個人歷年來參加美國物理治療學會年會所觀察到的，DPT的學生無論在臨床或研究的能力，都比過去的學生表現得更好，對物理治療專業的投入也更堅定。

至於實質的教學方式的變革，主要是大量的聘用兼任臨床教師，

這些臨床教師多是自行開業的物理治療師，因為開業物理治療師通常都是臨床技術成熟，對自己也有足夠的信心，而且處理病人關係也較為圓熟的從業人員，他們的參與教學，能夠讓學生所學更接近社會的需求，而另一方面，學校老師雖然是課程的主授者，但是因為有許多臨床物理治療師分擔了教學的負擔，老師們可以有更多的時間從事研究工作。而對參與教學的臨床物理治療師而言，也藉由和學校老師的互動，使自己的知識與觀念保持在最新的狀態。簡單的說，這是個三贏的局面。但是台灣目前還沒有辦法作這樣的變革，最主要是因為在台灣，物理治療師開業是這幾年才有的事，開業的物理治療師經驗未必很足夠，加上開業的環境不是很好，所以開業的人數也不多，因此在教學上目前尚無法做此改變。反觀美國的情形，因為物理治療師開業並沒有受到不公平待遇，所以發展很多相當有規模的物理治療所，有很多甚至聘有一、二十位物理治療師，規模之大不下於一般的醫院，也因此開業物理治療師不但可以支援教學，而且這些場所也可以提供給學生最佳的臨床實習場所。

在臨床實習的部分，國外有一點很重要的是對師生比例的重視，臨床教師(Clinical Instructor)對學生的比例以前都維持在一比一，臨床教師本身並不治療病人，而是負責指導學生。近年來因為考慮到這些臨床教師通常都是能力經驗較好的治療師，而一比一的模式讓這些治療師對醫院的實質貢獻，反而無法與其他的臨床治療師相比，所以轉為一比二，但是台灣的實習醫院，對這個比例並不重視，往往我們計算實習醫院治療師和我們的學生比例是一比一或是一比二，但是那些醫院事實上收的實習學生不只我們一個學校，當所有學校的學生合起來計算時，師生比例事實上是低得可怕。

台灣的學制是否有可能像美國一樣不斷的向上提升呢？事實上很困難。美國的物理治療教育是由專業團體也就是美國物理治療學會所主導，而台灣則是操縱在教育部手裡，雖然教育部開放學系自行決定開授科目，但是學位的部分仍是由教育部控管，而不幸的是，我們的政府體系幾乎沒有「教、考、用」的協調機制，教育部與衛生署也沒有明確的物理治療專業教育與專業發展的政策，因此美國是從大學而

碩士而Doctoral Degree，台灣卻是除了大學部，還有二技，如今好不容易二技轉成四技，卻又冒出來五專。單就學制而言，美國是向上提升，而台灣卻是向下沈淪，這是相當令物理治療學界與業界憂心的。

目前由於復健科醫師和物理治療師之間的特殊關係，使得物理治療師的獨立執業空間受到相當大的限制，但是我們預期物理治療師的執業空間應該是會越來越寬廣，雖然在可見的未來，我們不敢預期物理治療師在台灣能像美國一樣擁有不經診斷直接治療病人的權利，但是物理治療師能接受所有各科醫師的照會，而不侷限於復健科或某幾個科，應該是指日可待的。因此之故，培養學生獨力執業的能力仍是我們很重要的教學目標。

現階段我們雖然沒有辦法就學制做改變，但是我們仍然在既有的架構下，不斷向上提升學生獨立執業能力，系不培養學生獨力執業的能力有何意義呢？因此我認為，在強化教育的同時，改善執業條件或許才是更

