

試論社區早期療育據點

柯平順·林敏慧

壹、前言

過去早期療育的介入地點多數在醫院、教養機構。因為家長會發現自己的小孩有落後跟不上其他小孩的現象，幾乎都是患有疾病、重度障礙或明顯障礙問題（如不會說話、看不見或行動困難）等表現狀況。面對這些情況，家長若沒將小孩藏起來，大概都是帶到醫院，希望能「治療」。當發現無法復原時，有可能因失望及面子問題，將孩子藏在家中。較為積極家長，或許會密集跑醫院進行復健，或送往機構安排教養活動。

在有心人士與家長團體的倡議下，政府與社會對早期療育有了比較正確的觀念。於是引進國外的療育介入模式：家庭方式(Home-based Services)、中心方式(Center-based Services)、醫院方式(Hospital-based Services)、家庭與中心結合方式(Combination Home and Center-based Services)、幼兒園方式(Kindergarten Services)等策略（柯平順，2009）。

簡單地說，醫院方式就是必須要到醫

院或相關醫療院所進行治療或復健；家庭方式則是直接在家庭執行介入服務，也就是類似現今所謂的「到宅服務」；中心方式係家長將小孩送到發展中心接受服務；家庭與中心結合方式為結合中心與家庭服務方式，小孩多數時間在家中接受服務，也安排部分時間到中心接受必要的服務；幼兒園方式係在一般幼兒園成立特殊班，提供必要的教育服務。國內幼兒園的教育服務常被忽視，最早應該是 1970 年代臺灣師範大學衛生教育學系王老得教授創設的黿童幼兒班（柯平順，2009）。

臺灣推展到宅服務的方式應該是濫觴於 1990 年代初期，中重度智能障礙及多重障礙國小學齡兒童爭取教育權時，教育行政單位限於學校設備與教師專業不足因素，仿國外到宅服務方式，規劃了「在家教育」方案解決這些學生的受教權，只是精神並不一致（柯平順，1994）。後來早期療育服務發展初期，並沒有「到宅服務」的方式。然而，早期療育發展初期，學前特殊教育班相當不普及，醫院提供早療服務的單位也有限；社政的早療機構或中心，也

都是集中在都會區。造成許多有需求的小孩與家庭，根本無法取得必要的服務。經過有心人士的呼籲及家長團體的遊說，當年內政部兒童局終於在 2013 年頒布「發展遲緩兒童到宅服務實施計畫」，為無法到醫院或機構接受服務的兒童提供療育的機會。

發展遲緩兒童到宅服務實施計畫中對服務對象的條件要求為

- 1.未到幼托園所或療育機構接受療育者。
- 2.主要照顧者因本身能力受限，如語言表達能力不佳、認知及識字能力不足，而影響兒童的療育功效者。
- 3.因經濟困窘、交通偏遠或其他家庭因素，未能接受療育者。
- 4.其他經地方政府同意到宅提供早期療育之個案。

可見其精神重在解決因各種不利條件，而無法得到必要早期療育服務的兒童及其家庭。惟，這樣的服務仍然有其困難存在。首先，若是居住在較為偏鄉地區的民眾，其家人或鄰居多數屬於民風較為保守者，服務工作人員到宅時，部分家庭會有困擾，擔心標籤效應或家人間的爭議。其次，則為服務內容總是受限，缺乏與同儕互動機會，社會技能的訓練不利。

為了處理此些困難，於是發展出所謂的「社區療育據點」的服務方式。此模式的推動應該要提到王永慶先生所成立「王詹樣社會福利基金會」的貢獻。雖然當年兒童局在 2009 年就開始研擬「發展遲緩兒童到宅服務及社區療育據點試辦計畫」，在

2013 衛福部社家署正式公布「發展遲緩兒童到宅服務及社區療育據點實施計畫」。不過基金會已經在 2011 年就補助被評鑑績優之早療機構，推展社區療育據點。每個據點約補助 200 萬元經費，提供 20 名兒童及其家庭必要之早療服務。接著，社家署也在 2014 年開始補助社區療育據點的服務。

貳、理念基礎

社區療育據點除了應該要運用所有的早期療育理論，其本身尚有些主要特色與條件因素，因而有些特別理念的討論是必要的。

社區療育據點剛推展沒幾年，一切作為都可以說是嘗試、試辦性質。相關理念並不完整，甚至可以被認為各說各話。然而，在基礎觀點上，實在肇因於前述兩個到宅服務的困難：引起家人爭議與兒童缺乏社會互動機會。為解決實務面上的困難，及促使運作上能有所依據，試先探討其可運用的理念。

首先，從世界衛生組織(World Health Organization)推動的“International Classification of Functioning, Disability and Health”，和“International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth”（王顏和譯，2011），可以發現「活動與參與」是項重要的參考理念；其次，社區化服務是身心障礙服務目前所努力的方向；而融合(integration)是當前教育系統對特殊教育所積極推動的重要政

策，所以融合觀念應可視為第三個理念；去標籤化也是特殊教育系統一直用心處理的重點。亦可當為值得討論的第四個理念。詳細討論於下

一、活動與參與

人具有動物的屬性，所以只要存活，一定會有「活動」存在。活動當然可以是個人性質與團體性質。個人性質較為單純，它受到個人心理、硬體環境生態的影響。可是，團體性質就複雜多了，除了個人性質的影響因素外，還有社會生態因素的影響。人是「社會型動物」觀念與事實，讓人除了個人性質的活動外，還需要有參與團體性質的活動。因此，在服務提供就必須考量使用者本身的活動表現與參與團體的狀況。

二、社區化服務

社區化的基本精神在於就近服務。在身心障礙者服務工作政策釐訂，重視社區化提供的政策，其中一項重要理由就是身心障礙者離家到遠處接受服務，牽扯到交通負擔、家人支持困難、離開原來生活圈的適應問題。而早療服務對象的兒童及其家庭，若能在其住家或附近接受服務，更可以減輕不易外出家庭的負擔。

三、融合理念

從香港教育署張建宗署長在二〇〇一年六月三十日，出席「支持融合教育協會」主辦的「融合教育學生大使獎勵計劃頒獎禮」時的新聞稿：「有特殊教育需要的學生

享有與其他學生同等的教育機會，同時也讓一般學生有機會接觸、認識及了解在我們社會裏，不同能力的人是有不同需要的。」、「融合教育建基於『平等機會、有教無類、因材施教、傷健一家』的精神。它的理念是讓弱能學生融入主流學校，與其他學生一起成長。」，可以看到他對融合教育的觀點。他認為融合教育有助於平等機會、有教無類、因材施教及傷健一家精神的實踐。實質上，社區化服務也可說是一種融合理念的實踐策略。它也可以讓社區居民因為接觸而了解這些有需求的朋友或兒童，進而有支持與協助的觀念及做法，無形中促進了社區共榮。同理，發展遲緩兒童也應該享有與一般兒童相同的發展與生活權利。

四、去標籤化

在融合教育觀念上，避免標籤傷害一直是特殊教育努力的重點。而在早期療育到宅服務方案中標籤傷害的疑慮，也是推動困難因素之一。社區療育據點是一個解決標籤化疑慮的可用方法。

這些理念或許並不完整，但應該是推展據點前要周延思考的重點。

參、服務意識形態

除了前述據點應該思考的理念外，尚有下列需要注意的八項重點：

一、社區本位(community-based)

早期療育近期的觀念認為將早期療育

介入系統建基在地方的教育或醫療復健單位(McWilliam, 2010. p5)。McWilliam 所指的係一種就近服務的觀念，臺灣目前的條件實在還沒有這樣的能量。如果能讓所有需要服務的人或家庭，都能在住家附近的教育或醫療單位接受服務，那將是最理想的目標，也是應該積極推動的目標。惟在當前的生態條件下，應該要有漸進的策略，協助朝向理想目標推進才合宜。所以在到宅服務產生困難時，教育與醫療體系又無法提供滿足需求的服務情況下，社區療育據點推展即在於解決滿足社區化要求的理念。

二、家庭本位(family-based)

過去討論家庭本位比較偏重在 home-based 為主，重點在於將早期療育服務地點移至家庭（柯平順，2009）。最近的觀點則強調家庭的整體性與家庭生態的運用與調整。家庭整體性重視家庭的完整，以家庭成員相處互動、教養模式、家庭功能、生活品質為主要內容；家庭生態運用則強調過去家庭生態對兒童發展的影響、目前家庭生態的影響、家庭現有可用資源、家庭生活形態的影響、家庭生態調整的必要與策略等。

三、例行活動本位(routines-based)

過去家庭本位重視的內容在於兒童日常生活活動技能的訓練（柯平順，2009），其實就跟所謂 routines-based 的精神相一致。routines-based 的精神重在以兒童及家庭日常生活內容為主，從中規劃服務的內

容與策略，幫助兒童及家庭順利提升生活品質，並達成兒童療育與家庭服務的目的。

四、服務協調(service coordination)

雖然並不是所有早期療育服務對象都需要醫療復健、社工、教保等專業人員全數到齊提供服務。但是，通常都會需要兩類或更多不同領域的專業人員參與服務。最早這些專業人員都是各自提供專業服務，然而任何服務都不可能與其他領域的服務無關。因此早期療育服務各領域專業人員，在提供服務時，一定要彼此溝通、交換理念，進行協調合作的服務規劃，以提升服務績效。也可避免相互間的扞格或矛盾。

五、全人服務

此處所要討論的「全人服務」，包含全人教育(holistic person)與全人觀念(whole person)。全人教育是指充分發展個人潛能，以培養完整個體的教育理念與模式。全人觀念則重視個體的全面性與完整性，強調人的不可分割性。在提供早期療育服務時，必得注意需求的全面性、周延性，兒童發展的不可分割性，才能讓所提供的服務達到有意義的績效。

六、適性服務

人們一直都認同「鐘鼎山林，各有天性」，河洛話也說「有人喜好魚，有人喜好蝦」，這表明天性與本質在先天上是不一樣的觀念，早就為大眾所認同。既然人「性」不同，則其所需當然也會不相同。當要提供

適切服務時，就不能不考慮每個人的差異性。「適性服務」的原則就不能忽視，否則服務就沒有意義或價值了。

七、功能主義

談功能主義容易被誤解為重視功利。其實在社會上重視功利並非壞事，問題在於所謂的「功利」指的是甚麼？若論「功」係計助人之「功」，「利」係計績效，這樣的「功利」，應該是助人服務事業所必要計較的重要項目。早期療育服務不能僅是認真工作，每個服務項目或內容必須都要有其功能，或說每項服務都應能達成目的。也就是服務前要有規劃與目標，服務後要檢討目標是否實現。另一個功能的意義是指服務使用者，在接受服務後是否對其生活的自主性有幫助？其生活品質是否有提升？亦即早期療育的服務不能虛應，不考慮使用者的需要。

八、生態系統理論

任何人的成長受到先天稟賦與後天環境的影響。而這兩項因素都可以統整在生態系統裡。生態系統包含了個人條件與環境因素：個人條件含括了個人生、心理條件；環境因素依照生態系統觀點可以分成微系統、中間系統、外在系統、鉅系統（許素彬，2006；王鏐棋，2013）與時間系統等五大部分。在既有政策下，社區療育據點應該比較偏重在微系統、中間系統、時間系統三個部分的運用。

肆、服務現況

當前社區療育據點的服務現況，可分空間運作、參與人員與活動辦理等三部分說明。

一、空間運作

國內目前社區療育據點實施情況中，關於空間運作方式，大概可有單一定點與多點策略兩種。

（一）單一定點

王詹樣社會福利基金會補助推動社區療育據點辦法中，提供地點房舍租金，因而申請的單位幾乎都設置固定的位點，提供相關的服務。此種服務方式安排使用者到此位點接受服務，服務內容視地區特質、房舍大小而決定。通常房舍除了當工作人員的辦公室外，有療育空間、遊戲空間、諮商晤談室、圖書玩教具室等不同功能的場所。

（二）多點

衛生福利部社會家庭署所推動的社區療育據點，有部分採用多點服務型態，並不限定在單一的定點。譬如有同時利用教堂、村里活動中心、衛生所、圖書館、幼兒園等場所，選擇二處以上當為療育地點者；有以不同的某一家庭為療育地點，集合鄰近幾位需要服務的對象，一起接受服務的方式。服務提供單位常依據單位本身的關係，選擇適用的方式進行。

二、參與人員

早期療育強調專業團隊的合作服務，

這項工作的安排常是據點的困擾。因為申請方案補助的人事費用相當有限，無法滿足聘用太多類型的專業人員。目前各據點的作法係依據補助經費，以聘用專任社工、教保人員為主。致於其他必要的相關專業，若是原來支持的母機構聘有專業人員，就由他們在必要時間參與服務，或是外聘兼任專業人員協助。一般外聘兼任人員，多數採用鐘點制計費。不過，必須說明的事情，早期療育雖然強調要專業人員，卻不是每個對象都要求所有專業人員皆需參與，而是視對象的需求安排必要的專業人員參與。通常都是以教保人員與社工為主要介入人員。

三、活動辦理

現今社區療育據點辦理的活動有宣導、發現、親職、療育等四項。只是這四項工作並未被要求分別辦理，所以，有些活動的安排就會具有多項目的。如辦理早療園遊會，就會同時進行宣導、發現與親職等重點的規劃。當然也有分別辦理的方式。

宣導活動會有傳單、演講、宣導小冊等方式；發現就配合衛生所預防注射，請公共衛生護士協助，辦理篩檢活動或園遊會；親職有辦理園遊會、演講等方式。

療育活動可說是據點的重點工作。如果家庭容許到宅提供直接服務，工作人員一樣會到宅服務。不過，因為可以從據點出發，節省行程上多耗費的時間。若進入家庭提供服務有困難，則採取由使用者到據點接受服務的方式。而據點地點的選擇

係依據據點可運用的場所規劃。

療育活動的內容多數以教保、社會福利與相關資訊為主。

伍、發展方向

就現況分析可得，早期療育社區據點的作法已經有相當的基礎與規模。惟對人服務的工作永遠無法完美，一直都可以有再進步的空間。所以對早期療育社區據點服務方案，根據事前準備工作、規劃重點、服務內容與策略等三個面向，擬提出些工作策略的建議，以供目前實施單位及未來想要設置單位參考。

一、事前準備工作

任何事情或工作不能沒有事前的準備工作。早期療育據點的經營應該要類似企業的經營，一定要做事前的「市場調查」。早期療育據點的市場調查的重點內容有相關資源盤點、需求人口調查、可能服務需求性質分析、可能場地的探尋等。

相關資源盤點大概可以思考教保育資源（人力與機構）、醫療院所資源（人力與機構）、地區風俗習慣、社會價值觀（對身心障礙者的看法）、志工人力與水準、可能運用的活動空間等內容。因為地區性的差異，內容不一定要全面都蒐集。只是能詳盡時盡量詳細些，且所得資料必須要具體。

需求人口調查比較有困難，若是兒童已經被確診為發展遲緩或障礙者，或許會在個管中心有資料。但是，據點尚有一個任務，就是發現未被發現的有需求兒童。

此一任務確實有困難，因為沒有標準資料可以供計算。不過，可以根據下列四個原則概估出現率與需求人口數。

(一)將當地六足歲以下兒童數，依照該縣市的出現率核算需求人口數。

(二)依照當地文化差異家庭比率，適度增減出現率的計算百分比。

(三)依照當地低社經家庭比率，適度增減出現率的計算百分比。

(四)上述三個原則計算出的可能人數，需扣除已被服務的人數後才是概估的需求人口數。

可能服務需求性質分析應該是最不容易估計的資料。目前比較可行的方法為分析地區居民的特質，試行推估。當然，若能與當地社區發展單位合作或連繫，絕對是有幫助的。

可能場地的探尋係為準備工作中不可少的重點。場地的確定與運作模式有必然關係。在準備階段，需要同時尋找可用的場地，以減少開辦後因場地的困擾影響工作推展的順利。

二、規劃重點

一個據點的服務規劃需要注意到使用者的發現、服務需求的確認、服務模式的安排、場地運作策略、服務內容與人員。

(一)使用者的發現

已經列入個管名單者，要發現並沒有困難。可是對於被刻意隱藏或因不了解而未發現者，要去發掘就會困難重重。心路社會福利基金會的社區療育據點，就採用

與衛生所合作的方式，透過預防注射與公共衛生宣導時，社工人員藉機與家長晤談或聊天，一則宣導早療觀念，另則注意兒童的異常現象，以便找出疑似兒童。另外工作人員，特別是社工可以拜訪當地相關人士，如里鄰長、村里幹事，甚至是管區警員。因為他們為了瞭解與服務居民，對該地區的家戶都有相當程度的認識。從一般常識的判斷，他們可能會發現有些兒童常有異樣發展或行為特質。經由他們的介紹，工作人員前往拜訪家戶時，就不會唐突。這也是發現使用者的策略之一。

(二)服務需求的確認

由於政府對服務對象有條件限制，因此當發現了發展遲緩或疑似發展遲緩兒童後，首要的工作就是確認其身分與需求。所謂確認身分乃是他必須滿足政府法規上的要求條件。

從過去特殊教育的服務，到現在的早期療育或身心障礙的照護與職業重建，在評估其能力的內容幾乎都以其身心理發展、社會技能、日常生活能力等為重點。目前雖已經有所改變，但是多數的觀念仍然將評估的重心擺放在上述的重點上，很少重視「需求」這一範疇。一個人要滿足社會要求，有時候並不是一直要求成長其個人能力，因每個人能力都有其限制，何況是發展遲緩或障礙者。有時在其能力未能及的時候，若給予些許的協助或支持，他們就有可能彌補其能力不足的缺陷，進而滿足其生活需求或較為自主。當然，這不是在他們可以成長時，不促成他們發展，

而是在他們尚未能具備足夠發展條件時，給予適當的協助或支持。就如同協助一歲左右的幼兒進食，不會硬要他們自行進食，而是由照護者餵食一樣的道理。

確認方法在學校或訓練單位的評量課程中，都教導過許多的工具與策略。然而仍要提醒，運用發展量表找出兒童的發展水準，亦即起點行為，然後緊接著循序擬定往後的發展任務，這是沒問題的。若得出來的資料係用來與他人對比排序，那就沒有多大的價值。因為那項作法的價值比較有助於「鑑定」工作。在運用標準化工具時，請記得，偏鄉地區的文化習俗、生活型態與發展機會跟標準化工具取樣的多數對象是有差異的，絕對對比是不適宜的。

(三)服務模式的安排

一個使用者的服務模式在需求確認後，就應該要思考並決定其合宜的服務模式。所謂合宜服務模式應該要思考的重點有下列幾點：首先為應該到宅服務或是到據點接受服務的場地安置問題？其次為多久服務一次？第三為參與服務者要那些人？第四為服務內容應該是甚麼？第五有哪些資源可以運用？

1.場地安置

據點服務場地安排需要注意家庭需求、兒童需求、可用資源。家庭如果無法攜帶兒童出門，當然優先決定到宅服務；兒童如果需要社會人際能力訓練，就會優先決定需要到據點接受服務；家庭可用資源的多寡也是影響接受服務場地的決定因素。不管如何決定，都不應是絕對性的安

排。因為需求有其複雜性與差異性，所以在場地安排上，可能需要多元型態。同時，安置決定後，需要注意各種相關狀況的改變，因應情境隨時修正原來的規畫。

2.服務時間

提供使用者服務時間的規劃，一則要決定其服務時程要多久？另則要考慮每項服務內容如何分配時間？然後多久提供一次服務？

一般在提供早期療育服務時，比較被認同的作法是擬定為期半年的個別化服務計畫。因為早期療育服務對象之一是兒童，在零到六歲的兒童階段，其生、心理變化是快速的，所以以半年為一個服務期程較為恰當的。

3.服務提供者

現在各療育據點幾乎背後都有個基金會或協會的後盾，所以提供服務的經驗與資源都相當豐沛。當其資源充足時，就是條件比較優厚者，能提供的服務自然就會較為完整。

不過，有些據點可能不是如此。背後支持團體的條件可能略差些，或者因為據點與背後支持團體的距離稍微遠些，支持的力量無法順利與及時，則據點辦理的思考就需要注意本身的優勢與限制。若以單位的優勢規劃服務方案，成效自然可見；若忽略單位的限制，盲目地追隨其他據點的作法，則其失敗將是可以預見的。

一般據點常因為服務地點設置在偏鄉地區，工作人員因生活因素無法久任。特別要建議，可以考慮合條件，但能力與經驗較為不足的當地人員。單位規劃與提供

其在職進修與成長機會，會比向外尋覓有經驗工作人員理想。

當服務單位有足夠熱誠，卻缺乏專業基礎時，就需要有勇氣承認自己的限制，先找已經辦理得有基礎的早期療育據點，取得同意後前往見習；並勤做功課，蒐集有關資料表單。或許有些單位因競爭因素不願意提供，則可以向社家署請教。做完這些準備工作後，就可以提出申請了。實在不希望過分盲撞的單位，沒有準備就開辦，那會使服務使用者受到傷害。

4.服務內容

早期療育內容包含了教保育、醫療復健（健康維護）與社會福利等三大範疇，所以服務內容當然是要總括此三項，以及宣導、發現、轉銜等相關活動。然而此三大範疇皆需要不同的專業人員，即使是發展中心，目前也少有足夠規模可以聘足全部專業人員，更不用說一個據點的規模。可是，據點被賦予的任務就是這麼多，所以需要有規劃的安排，才能勝任的完成任務。

在據點籌備時，就需要充分了解據點周遭可用的各種資源，如醫療復健資源、社會福利資源、及教保資源等，並且要了解其使用條件。譬如鄰近有物理治療診所，但是卻僅服務成人，則此資源就可能不適用，就跟沒有資源一樣。

5.可用資源

基本觀念裡，早期療育據點多數以偏鄉地區為主。正因為如此，所以可以運用的資源當然是比較欠缺。不過經營者還是需要設法尋求可用資源。茲分成幾個部分

說明供參考。

(1)公務系統

可以尋求協助的單位或人員有里鄰長、村里幹事、管區警員、郵差、衛生所相關人員等。前述人員，因為本身就是以服務鄉里同胞為主要工作，他們對自己工作區內的住家、人員都相當清楚。尤其偏鄉，更是如同家人，若能得到他們協助，在發現工作上，會有很大效果的。衛生所更在宣導與發現會有助益。

(2)民間系統

社區發展協會或相關可能之民間組織（如新住民關懷協會），可以透過其與居民關係，合作拜訪居民。診所或醫療工作室等對復健醫療、健康維護會有幫助。

(3)空間場地

活動中心、幼兒園、中小學、衛生所等單位，若有閒置空間最好，否則可以利用固定空檔時間，安排療育活動。必要時，也可以思考運用星期假日的時間。

前述三個部分可說是屬於資源開發的方向與重點。當單位工作人員認真開發與建立資源後，就必須根據服務對象的需求，連結必要的資源並合宜運用。

(四)場地運作策略

社區療育據點的場地可能有固定單一場地、固定或不定多場地、家庭等三種型態。每種型態都有各種不同的多元運作策略，分別說明提供參考。

1.固定單一場地

目前較多據點採用固定單一場地模式。這當然要歸功於王詹樣社會福利基金

會的支持。因為基金會在推動社區療育據點時，補助了據點場地的租金。於是各個受補助單位就租用了一個固定的場地，讓服務使用者定時到此據點接受服務。其策略類似發展中心的經營方式，不同的地方為沒有全日或半日式的服務方式，而與時段制相類似。

彙整各據點場地運用的內容有辦公室、個別療育空間、小組療育空間、圖書玩具或輔具室等，各個據點會因為空間大小，而有規畫的差別。服務方式則多數採用個別服務為主，也有極少數據點會運用小組服務策略。

2. 固定或不固定多場地

目前運用多場地的據點，大多數採用固定型態。其方式為運用單位的關係，租借各種可用的空間，如幼兒園、衛生所、或教會等。依照服務使用者的條件與需求，安排在其住家附近的場地接受服務。只是較為有爭議的問題為到幼兒園提供兒童療育服務。本來兒童接受服務並沒有錯誤，可是有些幼兒卻同時接受教育系統的巡迴服務，以及社政系統的療育服務，這就受到批評。因為早期療育的資源確實有限，仍有些有需求的兒童未能得到服務，實不應有部分兒童可以得到雙重同性質的服務。

3. 家庭

有些家庭確實無法帶兒童外出接受服務，且其家人又能接受工作人員到宅服務，因此據點仍然可以安排到宅服務。

一個據點的服務場地可以依照服務對象的需求與特質安排上述型態的任何一種

或多種變化，重點在於要能滿足使用者的需求。

三、服務內容與策略

此部分將討論內容分成內容與策略兩個重點說明

(一) 內容

早期療育服務內容可以分成兒童與家庭兩部分

1. 兒童部分

根據 Baily 和 Wolery(1992)的觀點，早期療育在兒童服務部分的目的有：

(1)幫助家庭了解孩子的遲緩與身心狀況，修正對孩子的不當期待，並協助建立與專業人員互動與合作模式。

(2)發展兒童獨立適應、參與和掌握環境的能力。

(3)促進兒童各領域能力的發展。

(4)協助兒童成長其社會技能、與互動技巧的能力。

(5)針對不同需求的狀態，提供兒童合宜的生活與學習環境。

(6)發展下一階段生活所需的生活能力。

2. 家庭部分

家庭服務的內容大概可分成：

(1)確認家庭需求。

(2)連結與運用資源。

(3)提供必要的支持。

(4)提供協助的資源與人力。

(二) 策略

此處所要討論的服務策略將著眼於對兒童或家庭的單獨服務。思考的重心較為偏重在如何操作據點的策略。根據前述理念與意識形態整合成下列三個重點討論如下。

1.重點

(1)避免標籤

如果家長或家庭是因為怕「標籤」傷害，而無法接受工作人員到宅服務。雖然安排了所謂的「據點」服務模式，日子一久還是會有標籤的問題存在。

(2)社區融入

兒童跟家人的生活圈總是脫離不了與鄰居互動，不管是對兒童或家庭的服務，一定要設法讓其融入社區或鄰居，特別是在偏鄉地區。

(3)就近服務

由於各種因素造成使用者無法到都會區使用服務，因此服務場地一定要盡可能接近其住家。

2.策略

以場地運用為例說明如下。

(1)專屬場地

若有固定的據點場地，且能長期運用的條件下，應該要採多元運用策略。如與家庭資源中心合作，開設兒童閱覽室、兒童遊戲室等功能，並開放供社區兒童與家庭使用；開設兒童發展、教養等諮詢業務，提供社區一般家長使用。條件許可時，在安排服務時，可以邀集一般兒童與家庭參與，共同接受服務，以 3-5 人為原則，採用多層次教學策略，讓參與者皆有成長；

辦理家長成長團體時，安排有特殊需求之家長與一般家長混合組成。

若非固定場地之據點，更需要思考如何安排融合情境。讓鄰居兒童參與活動，將可減少家庭或家長面對異樣眼光的壓力。

當有一般兒童或家長參與時，宣導工作將可落實於無形中。

(2)共用場地

有專屬場地當然使用上較為方便，也容易安排。但是若能與其他單位合用，也會有些不同的優點。例如目前地方有同屬社政的老人關懷據點、身心障礙者關懷據點、社區活動中心、衛政系統的復健站等，這些地方多數並非全時使用空間，或同時使用所有空間。若彼此合作，將時間與空間進行適當安排與規劃，則空間可充分運用外，還可以讓人員彼此互助，發揮更大的工作效能。

陸、結語

早期療育據點服務方式可說剛起步，在此階段，有許多方向與策略都值得討論，僅提出淺見供大家指正。

（本文作者：柯平順為長庚大學早期療育研究所教授；林敏慧為國立臺北護理健康大學嬰幼兒保育系副教授）

關鍵詞：早期療育、社區療育據點、服務據點、發展遲緩

參考文獻

- 王鎡棋 (2013)。 **特殊需求嬰幼兒家庭需求指標建構之研究**。未出版之碩士論文，長庚大學早期療育研究所，桃園。
- 王顏和譯 (2011)。兒童和少年國際機能、失能和健康分類。International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth。衛生署委託之「國際健康功能與身心障礙分類系統－兒童與青少年版推動計畫」（編號：99M4073）。臺北市：衛生署
- 柯平順 (2009)。 **嬰幼兒特殊教育**。臺北市：心理出版社。
- 柯平順總編輯 (1994)。 **國民中小學在家教育輔導手冊**。臺北市：教育部。
- 張建宗 (2001)。香港教育署新聞稿。 **雅虎新聞**。2001 年 6 月 30 日，取自：
www.info.gov.hk/general/200106/30/0629302.htm
- 許素彬 (2006)。從生態系統觀點探討保育機構於融合教育實施過程之困境。 **特殊教育學報**，23，85-104。
- 衛福部社家署 (2013)。 **發展遲緩兒童到宅服務及社區療育據點實施計畫**。臺北市：衛福部社家署。
- Bailey, D. J. & Wolery, M. (1992). *Fundamentals of Early Intervention, Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*. New York: Macmillan Publishing Company
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.