

發展遲緩兒童之服務

如何落實於家庭與社區社會工作

羅秀華

壹、前言

在眾多名稱中，殘障者、發展遲緩者、身心障礙者、發展障礙者等，雖然讓人有不知信哪一個的困擾，這當中仍令人有振奮的感覺，因為有許多人關心及投入基礎的學術研究與實務工作，才有對名稱的多元化提出；而不再像以往懵懂地以「殘障者」一語，囊括了所有人，多半也就未能依個別情況作「因材施教」。

殘障福利法中已明訂出殘障者類別，肢體、智能、視覺、聽覺、語言、及多重障礙者，植物人、顏面傷殘、自閉症、老人痴呆、重要器官失去功能者及精神病患等。

不管政府或民間部門所提供的服務，近

年來，概都能依照不同類別殘障者的特殊情況來規劃；只可惜的是，對於單一殘障類別的服務提出，依然存在「從一而終」的現象，也就是說，譬如說，一位智障者進入啟智服務中，常因機構無法與其他部門做較好的轉銜，而可能終其一生都在同一中心或教養院中度過。（紅十字會總會，一九九四；羅秀華，一九九五）

而近十年來，我們的社會在政治、經濟及社會層面上的同步進步，提供我們較寬廣的空間與時間，極力思索社會福利的發展方向。全民健康保險於八十四年三月一日開航，各種津貼的提出，年金制度的架構，福利服務內涵的深廣化，讓人不能否認臺灣地區有進步的事實。

就縮小討論範疇，單單在殘障福利中的

智障服務，個人經驗所及，智障服務之供需

調查（紅十字會、啟智協會，一九九〇），

啟智教養服務之現況與檢討（紅十字會總會，

一九九四），及智障者家長之組織工作（羅

秀華，一九九三）等，常在交流與工作思考

中，與夥伴們日漸清晰於，該給個別障礙者，

依其年齡及能力，給予不同的服務內涵。簡

言之，學前階段該著重早期介入服務及學前

特殊教育，學齡階段提供完備的特殊教育，

成年智障者則需支持性與庇護性就業、社區

化的住宿服務等，對重殘者而言，集中式的

機構教養則重人性化的服務品質。

不斷的討論中，每一個別話題都是一再

地被提出與強調。

早期介入是其中一典例。

貳、早期介入的本土化發展背景

猶記得六、七年前，在文獻中已耳熟能詳早期療育或稱早期介入（Early Intervention）的理念（為免療育字眼與醫療用語混淆，本文使用「早期介入」一詞），但在實務環境中，掌握不到學前障礙人口（紅十字會、啓智協會，一九九〇）的全貌。

在不斷提出這樣的現實背景下，李淑信主任先於民國七十九年實驗，而於八十年間，臺北市政府社會局協助爭取林森區民活動中心，委託心路文教基金會辦理「心愛兒童發展中心」，可說是臺灣地區第一個早期介入中心，特別是提供零至三歲障礙兒的專屬服務。

其他早期介入服務，陸續在瑞復益智中心與成大醫學院朱曉慧醫師的合作方案，瑪利亞啓智學園及育仁啓智中心、十方啓能中心等開辦幼兒班中漸漸開展（紅十字總會，一九九四；羅秀華，一九九五；中華民國智

障者家長總會，一九九六a）。

政策性的提出，則仍是牛步。中華民國智障者家長總會的成立（八一、一、五），在執行幹部的偏好中，早期介入的倡導成爲第一及第二屆的核心所在，由其出版通訊「推波引水」第一期及第十期，完全以早期療育爲主體；於八十三年一月三十日至二月三日及八十五年五月二十一日至五月二十七日組團訪問香港早期介入制度（羅秀華，一九九四；中華民國智障者家長總會，一九九六b），並於八十三年十月四至五日主辦「發展遲緩兒童早期發現早期療育國際研討會」，八十五年六月十日辦理「全國發展遲緩兒童早期療育服務研討會」清楚的企圖在於給予政策主管充分的資訊，以進行政策規劃。

但在早期介入的高難度規劃工作中，我們仍處在究竟應由哪一政府部門主導的瓶頸中。從社會福利的主責，無法承擔嬰幼兒的醫療服務；由醫療衛生部門的觀點，因爲早期發現須有專業知能，而且耗時多多，加上目前全民健保給付無法平衡醫療成本，而裹足不前；教育部門在這其中，則強調三歲以

上之教育方爲其主管。

當然，幾年來我們在臺北市的勇於嘗試中看到，婦幼醫院的心智科、臺大、榮民總醫院、和平及市立療養院等的醫療團隊，已爲早期介入服務的開展，打下基礎。內政部社會司在零到六歲殘障者職能評估及個案管理工作的推動中（內政部、中華民國智障者家長總會，一九九四），八十三年開始，委託伊甸基金會及高雄市智障福利家長促進會，於臺北市及高雄市先行試辦發展遲緩嬰幼兒的個案管理工作；另外委託家長總會在台北及花蓮推出早期介入方案（中華民國智障者家長總會，一九九六c），都是契機。

八十四年七月十四日由中華民國兒童保健協會主辦的「發展遲緩兒童早期療育研討會」，由醫療專業人員爲主導，對臺灣地區早期介入的推動，很高興開始看到那麼多各科醫師及不同的專業人員，來關心、研習及分享這個前瞻性的話題。

而近日內台北市政府社會局專責成立通報及轉介中心，並由各公立托兒部分收托發展障礙幼兒，都爲台灣地區早期介入服務的

擴展，增加生命力。

參、發展遲緩嬰幼兒的

早期介入服務

在發展遲緩嬰幼兒早期介入的話題中，先將這些特殊兒童界定為：嬰幼兒學齡前（美國及香港為出生至兩歲，而我國尚無普及性的發現系統，且年限未定）由適當的診斷工具或步驟，發現他們在認知發展、生理發展、語言發展、心理社會發展、或生活自理技能上，有百分之二十五發展遲緩的現象（IOWA Early Intervention Service）(Jordan ed., 1988)。

依美國99-457公法界定「早期介入」是一種發展性的服務，設計來滿足發展遲緩嬰幼兒的發展需要（生理發展、認知、語言、社會和生活自理技巧），並強調個別家庭服務計畫（IFSP: Individual Family Service Plan）。其特定的服務包括：（Jordan ed., 1988）

- (一) 家庭訓練、諮詢和家庭訪問
- (二) 特別指導

- (三) 語言病理和 audiology
- (四) 職能治療和物理治療，以及
- (五) 心理服務

在早期介入(Early Intervention)的理
念模式中，Woodruff, G. & Hanson, C. (1987) (引述自Jordan, J.B. des. 1988) 提出三種模式，包括多元團隊 (Multidisciplinary-

ary)、科技交流 (Interdisciplinary)、及跨科技合作 (Transdisciplinary) 等。其並依鑑定、家長參與、服務計畫發展、服務計畫責任、服務計畫實施、溝通連線、指導哲理、人事發展等要項，分別進一步述明三種模式之精髓。且譯述如下：

	多元團隊	科技交流	跨科技合作
1. 鑑定	團隊成員分別鑑定	團隊成員分別鑑定	團隊成員和家人一起進行綜合發展評鑑
2. 家長參與	家長分別與團隊成員會見	家長與團隊或團隊代表會見	家長是完全主動的團隊參與成員
3. 服務計畫發展	團隊成員依其訓練背景發展不同計畫	團隊成員彼此分享其不同計畫	依據家庭優先次序、需求和資源，由團隊成員和家長發展一服務計畫
4. 服務計畫責任	團隊成員負責執行他們計畫的部分	團隊成員負責彼此分享資訊，並執行他們的計畫部分	團隊成員負責看管主要的服務提供者如何執行計畫
5. 服務計畫實施	團隊成員執行與其專業訓練有關的服務計畫	團隊成員執行自己的計畫，可能的話，和其他計畫結合	指派主要的服務提供者與家庭一起執行計畫
6. 溝通連線	非正式連線	定期特定個案團隊會議	經常性的團體會議，會議中，團隊成員持續性交換資訊、知識和技巧
7. 指導哲理	團隊成員了解其他專業貢獻的重要性	團隊成員願意且能夠發展、分享和負責提供整體服務計畫中的一部分	團隊成員承諾教導、和跨越專業領域一起執行整合的服務計畫
8. 人事發展	獨立、且在在自己的專業內	獨立於專業訓練裏外	整合團隊會議做跨專業學習和團隊建立

肆、社會工作加入早期介入

之意涵與運作

由上述理念的陳述過程中，很容易意會到，早期介入服務勢必要結合不同的專家，和發展遲緩嬰幼兒的家人，共謀服務策略。

單就社會工作領域探討之，在臺灣地區的殘障福利設施中，普遍尙未能提供予社會工作人員「立足之地」（中華民國啓智協會，一九八九；羅秀華，一九九五a）。近幾年的進步是，在民間專款（包括紅十字會讓愛穿障礙專家及中華社會福利聯合勸募協會）補助下（羅秀華，一九九二），啓智教養設施中，紛紛開始聘用社會工作訓練背景的同仁，但是如何運用這些「新興人力」，對部門主管而言，是門大學問。一因可能在於部門主管不熟悉此專業領域，二因本土化的實務經驗不足，也就無法在學院教育中有足夠的養成訓練。

所以要談到社會工作在啓智教養工作中之運作，或者更精巧地在早期介入服務中「佔有一席之地」，不得不由社會工作這門專業的

基本理念與專業技巧中來溝通，或者說「倡導」。

社會工作早期是以宗教慈善團體為主，給予貧困孤苦濟助與救援，在不斷的發展過程中，逐漸形成爲一門專業服務工作，而以個案工作、團體工作、及社區工作等爲三種基本的工作方法。

區隔三種工作方法的主要因素是，所服務群體之大小，個案工作是以個人和家庭爲服務對象；團體工作則以小規模的群體，如八人或十人所組成者；社區則以較大規模的同質性人群，或在共同生活空間中的人們爲對象。三者是個別的服務脈絡中，分別發展出較精細的工作技巧與策略。

在早期介入服務中，社會工作三大方法的交錯運作是必然的，而配合專業發展的不斷推進中，有些新觀念與作法，更適於社會工作內涵的呈現，本文就以個案管理、家庭危機處遇、加強家長自助組織力量（Empowerment），以及社區資源之整合等爲主要課題，做進一步的討論。

伍、個案管理

對於個案管理的討論，在國內已蔚爲時尚（張秀卿與沙依仁合譯，一九九〇；陳慧媚，一九九〇；高迪理，一九九〇）而毫無疑問的，發展障礙者的個案管理，又是其中一支主流（周月清，一九九二、一九九三；翁毓秀譯，一九九〇）。

個案管理技巧的提出是基於消費者權益及成本效益上的考量，強調以家庭爲核心及在社區中提供服務爲原則（周月清，一九九二、一九九三；Friene & Taylor, 1991）。個案管理有異於傳統個案工作者在於，傳統個案工作者允諾於，以助人者（Helper）的立場，獨立執行個案診斷、訂定及執行服務計畫、並進一步評估之。

個案管理者則以協調者（Coordinator）、倡導者（Advocate）、及諮商者（Counselor）的三種角色，充分運作個案所能及之正式與非正式資源，以有效因應多元化的問題情境。

而於早期介入服務中，務必與早期發現與通報系統做密切的連結，方得以接續多元化的介入服務。醫療院所是責無旁貸的早期

發現主責部門，日本經驗中是以保健所（王本榮，一九九五），香港經驗中是以母嬰健康院（羅秀華，一九九四；余廖美儀，一九九五），也就是相當於本地的衛生所組織。然而，我們的衛生所所屬層級不若鄰國的保健所與母嬰健康院，醫療院所的層級區隔，亦並未就早期發現工作刻意設計，更談不上通報系統。

而在鑑定工作未明示發展遲緩的判定前，社會工作人員僅能做的是，告知疑似案例主動至醫療院所接受診定。在香港經驗中，疑似障礙的嬰幼兒，由母嬰健康院轉介至鑑定中心，由不同專業人員組成團隊，進行完整的鑑定作業。這當中，社會工作人員與家人做訪談，進行家庭評估是其一；開始與社會福利署（等同於本地的內政部社會司）的中央轉介系統連線，進入整個安置及個案管理運作是其二。

這樣的中央轉介系統可以說是個案管理中心。在政府部門的公信力運作中，大多數的家人都願意進入這樣的體系，而不會在「自求多福」的掙扎中，錯失早期介入的先機。

個案資訊會在轉介者、中央轉介系統、及每一個社區服務中心做有效率與效能的轉接。社區資源體系在以下段落中再做陳述，值得強調的是，這樣的管理系統主要由一兩位社會工作人員負責之，工作人員同時是個案與資源管理者。

陸、家庭危機處遇

除了發展遲緩嬰幼兒進入個案管理系統，以適切得到服務及轉銜至其他進階服務以外，其家人因為發展遲緩嬰幼兒所引發的生活及關係改變，是社會工作人員特別需著力處。也就是在個別教育計畫（IEP: Individual Education Plan）之外，個別家庭支持計畫（IFSP: Individual Family Support Plan）（周月清，1992 & 1993; Jordan et al eds., 1988）的強調。

每一新生兒誕生的那一刻，引爆著周邊衆多人群的希望與寄託。

父母、手足、其他直旁系親人，及許多家族的好朋友們，常是「引頸企盼」。但是，當發現不對時，「不相信、不願接受、不知

所措、拒絕、羞愧、無助、悲憤、絕望、焦慮、憂鬱、恐懼、前世報應懣結、視若無睹、……，種種情懷衝擊著家人。

如果，原來就存在外顯的緊張關係的話，這樣的「事件」會成爲家庭風暴的導火線；如果，有隱含的冰凍關係的話，冰山一角會日漸浮檯面，責任歸屬的對話，也會不斷傷害著親人。

這衆多的危機情境，深刻需要專業工作的強力介入，也應該是社會工作人員的主力戰場。因爲，大部分的忙碌焦點都在嬰幼兒身上，求診、就醫、治療、復健、教育……，家人希望這樣的忙碌可以挽回不可能的希望，也同時在逃避家人彼此間的問題情境。「以逃避替代面對」。

完全沒有專業力介入的危機情境，有可能在家人堅強的意志力下，得到有力的破解。更多是在不可能的希望中，一日過一日，同時也錯失適當的服務機緣；許多的危機情境更快地瓦解其家庭結構，離婚、配偶虐待、單親等的產生。而發展障礙兒的家庭有更高比例是低社經背景者（中華民國紅十字會和

啓智協會，一九九〇），常加重其問題的嚴重程度，譬如說，全民健康保險於八十四年三月一日實施之前，龐大的醫療費用，不但使低所得者「雪上加霜」，也使得「僅夠餬口」的中所得家庭落入貧困情境。

經濟課題其實在衆多問題中，是難度較低的一環。

多年接觸障礙者家長及親人的經驗與訪談中，體會到從未處理的心理問題，對障礙者及家人的殺傷力最可觀。一些高齡智障者的家長，還時時念念有詞，都是醫生的錯，產鉗惹的禍；是婆婆堅持到廟裡求神拜佛，沒給黃疸的孩子馬上換血而成腦性麻痺。有三、四十歲智障者未領殘障手冊，甚至從未申報戶口，終日「關」在家中，連隔壁人家都不知道。以專業人員立場判斷之，「都是心理防衛機轉惹的禍」。如果，掌握治療機先，在早期介入的個別家庭支持計畫中，使社會工作專業人員著力在家庭危機情境的敏銳體察與評估，並就處遇計畫，結合家庭與心理衛生專業人員，充分發揮個案管理的工作理念與技巧，如此的早期介入服務方屬完

整。

也就是說，以嬰幼兒為核心的服務模式中，雖然家人是不可忽略的團隊工作人員之一，對於發展遲緩兒破壞了原有的家庭均衡生態的事實，要在家庭整體服務計畫中充分考量之。

柒、加強家長自助組織力量

在個案管理及家庭危機處遇中，不斷倡導著要引發個案的內在資源力，在家人的自我心理建設中突破對介入服務的心障。

以專業人員的心情，在家長群體中常有「外人」的感受。一來，人有「家醜不可外揚」的心理，二來，「同病相憐」的心情，使得同樣有發展障礙家人的家庭，常常可以分享別人聽不懂的話。

除了由個人或家庭為核心，來提出介入服務的計畫以外，「社區照顧」是另一強有力的專業服務取向(Challis & Davies, 1986；陳麗雲，一九九五；黃於唱與陳麗雲，一九九五；蘇景輝，一九九五)。陳麗雲(一九九五)在香港經驗的提出中，強力推介受助群體

自助組織的資源潛力，使得社區照顧脈絡得以深廣，特別是在福利權益的爭取與貼切的需求內涵的呈現。

臺灣經驗中，可以說是「已有傲人的成績」。民國七十六年間，人民團體法的修訂公佈，給予自助團體寬廣的空間。智障者家長團體的成立，就在七十七到八十二年間，由北到南，由西到東，由縣市到全國性，由智障到自閉到唐氏症到腦性麻痺類，合計成立有三十四個團體組織(羅秀華，一九九三；馬家蕙，一九九三)。

這些團體組織的正式會員人數在萬人左右，彼此之間的分工合作自不在話下。最基本的功能是，提供家長間相互支持的機會；倡導與保障障礙者就醫、就學、就業、就養，及為社會大眾所包容的基本生活權益。而為加速服務的多元提出，已有由家長所成立的基金會，或獨立開發新方案，或承接政府委託經營之社區服務中心，可以說是帶動臺灣地區社區照顧的主力(張淑娟等，一九九五；胡懿君等，一九九五；羅秀華，一九九六)。專業工作人員在自助組織工作中，最重

要的信念是「促使家長們自助自主 (Empowerment)」，以組織者的心情，促使家長群體形成有向心力的團體，進而在組織管理技巧上再求進步，這當中不斷地討論出共同努力的方向。

評估這五到十年之間（如果以心路文教基金會於七十六年成立為一里程碑的話）發展障礙者家長自助團體的成長軌跡，是一項大工程。如果以一社區工作者的心情，陪伴這些團體走過六、七年的歲月，一些臨場的體會是相當真實的。

由於七十六年人民團體法修訂之前，臺灣地區的人民結社受到較多的規範與約束，民衆所遭逢的困境也常以「忍耐」帶過；修訂之後，驟然間開放的氛圍，是許多小老百姓所不習慣的。而自由結社中，有許多新的適應課題，譬如如何擔任領導者，許多人在突然之間變成領袖人物，但是對領導術的習知卻是有限的；譬如說，如何作為一個被領導者，盡個人一份力，而不是「爭權奪利」，如此基本的民主素養，在這自助團體中，有時變得難度很高，因為大多數人仍然停留

在威權式的統治環境中。

另一值得討論的課題是，有較多數的家長學歷背景較低，而能夠首當其衝出來帶領這些自助團體的幹部，多半是社經水平中上者，基本上對權益的訴求會有差距，而社經水平的融合，可以說是一大挑戰。這樣的情境，可以在團體的「業務」中看出端倪。

我們的自助團體的發展中，因為有較高社經水平的幹部，可以接受專業工作者擔任會務工作人員；但是，當社會工作人員以專業倫理守則來實踐時，會以較弱勢族群的服務為職志，而花費較多心力於低社經所得的家庭的服務上，而自助團體幹部常有不同的理念，而以服務中心之設立為核心。類此的糾結仍多。

無論如何，臺灣地區已成立的三十四個家長團體，是繼續推展家庭與社區照顧服務的基礎，也是專業工作人員規劃與提供服務的後盾。

目前與未來的發展中，由智障者家長總會積極協助各個會員團體建立家庭聯絡網，使家長支持網絡可以延伸至每一個家庭與發

展障礙者，使臺灣地區在福利社會的進步中，能夠實踐 Caring Community 的理想。我們也可以在每一團體的企圖中感受到，對於仍然隱在不同角落的這些障礙者與家人，對他們的關心是可觀的。

於早期介入服務中，專業人員與自助團體家長的攜手是必要的。前已述及，嬰幼兒家人所受到之衝擊，所經驗到複雜情緒，常非常人所能忍者；對發展遲緩兒而言，零到二、三歲是個關鍵時刻，如果因為家人的情緒障礙，或不知如何以為是，都會影響其後發展能力。

在危機情境中，單靠家長同儕的經驗分享，有時是不夠的，譬如說，婚姻亮紅燈，家庭工作及法律事務的專家，是必要的協助者，社會工作人員以個案管理的工作理念，協調與諮詢專業團隊，而能即時與家人共同面對此婚姻與家庭危機。

捌、社區資源整合

早期介入服務中需要至少二套社區資源系統：發展遲緩嬰幼兒的服務系統和家庭支

持系統。

一、發展遲緩嬰幼兒的服務系統

基本上，不管由教育或衛生部門主責早期介入服務系統，我們都要以「全人」(Whole person)來看待這些特殊嬰幼兒。是以嬰幼兒為核心，就其所需之服務內涵，來規劃 Early IFSP，這樣的原則設定與認知，方能因應其個別特殊需要。

臺灣地區的服務能量並不是不夠，而是各行其是，衛生醫療、特殊教育與社會福利部門，像多條平行線，交集有限。這對早期介入服務的提出，像是走入死胡同。

個人頗欣賞香港的跨部門合作模式，由衛生署規畫，基層醫療部門執行的嬰幼兒生理與心智並重的健康檢查，再將特殊兒童轉介至兒童鑑定中心，依嬰幼兒的特殊性，由早期教育與訓練中心(EEIC)擔起介入服務之責，鑑定中心與早期教育及訓練中心都在社會福利署的主管範圍，當然也包括大比例的經費補助。

二至六歲的學前服務方案是多元化的規劃，也在社會福利署的管轄範圍，包括：輕

中度者在普通幼稚園與托兒所中的保障名額就讀，中重度者在特殊幼兒中心(SCCC)，極重度者安置於綜合療育中心(設施常與醫療院所相鄰)。

五歲兒童經兒童鑑定中心再鑑定後，準備進入教育署所管轄的特殊教育系統，本土化的服務系統，可以考慮以衛生所與基層醫療診所為早期發現的主責機構(當然要先有結構性的訓練方案)，而像臺北市內的臺大醫院、婦幼醫院、和平醫院、市立療養院、及榮民總醫院，以及分佈各行政區的其他公立醫院內，皆能有發展遲緩兒的鑑定團隊。

經鑑定之後，特殊兒童的基本資訊集中於個案管理中心，期望由社會局主責成立。進而，推廣設立社區式的早期介入服務中心，可以安排到中心服務，或有中心所訓練之外展工作人員，到家庭中協助家人，同時關注家庭的危機發生。

在專責的早期介入中心尚未普及前，現有的啟智中心可以努力使學齡兒童，盡數到特殊教育部門，而集中服務能量於學前教育，並能過渡期地兼辦早期介入服務，或轉型為

早期介入服務中心。

三到六歲的學前特殊教育，除了公立小學附設特殊教育幼稚園以外，促使公立托兒所及縣市社區托兒所，得以保留適當名額予輕中度特殊兒。另外，鼓勵私立幼稚園及托兒所兼收，都是可行的作法。

對於重度與極重度的特殊兒，才安排教養院的安置。

二、家庭支持系統

在家庭與社區照顧的討論中，強調給予主要照顧者(Key Caregiver)，通常是中壯年的母親，必要的關心。「身心俱疲」、作為「替罪羔羊」(Scapegoat)等等心理壓力，需要有多元化的紓解管道。促使家人與親人關心嬰幼兒與母親，並進一步可以分擔照顧工作。社會工作人員有計畫地介入家庭壓力的紓解，並能夠進一步與婚姻家庭服務機構合作，以充分支持這些家人平穩地因應危機情境。

周月清老師所引介的「個別家庭支持計畫表」(IFSP)對於這一部分工作的推展會有幫助。

玖、結語

社會工作理念在啟智教養工作中的推廣，有其必要性。因為，家人是教養工作能否有效與平順的關鍵所在。

而在早期介入服務中，不同背景專業人員共同且平等地相互對待，以發展遲緩嬰幼兒為核心，家庭為第一線資源，社區與衛生、福利與教育設施為第二線支持網。

社會工作人員作為家庭服務的第一線，並作為嬰幼兒早期介入服務的轉銜者，當然以倡導的心情，協助促使服務的上軌道，不夠的設施有計畫地增設與整合，都是專業實施「責無旁貸」的任務。

(本文作者現任東吳大學社會工作系
兼任講師)

參考資料

一、中文部分

王本榮 日本早期發現及早期療育制度之介紹 推波引水 一〇 一九九五 頁九至十三

內政部、中華民國智障者家長總會 零至六

歲殘障者職能評估(個案管理)作業程序手冊(草案) 一九九四

中華民國紅十字會與中華民國啟智協會 臺灣地區智障服務之供需調查研究 一九

九〇

中華民國紅十字會總會 臺灣地區啟智教養服務之現況與檢討 一九九四

九〇

中華民國啟智協會 啟智教養機構的現在與未來 台灣區公私立啟智教養機構現況調查研究報告 一九八九

中華民國智障者家長總會 推波引水第一期及第十期 一九九二、一九九五

中華民國智障者家長總會 香港的智障兒早期療育及特殊教育制度 推波引水 二 一九九三 頁二〇至二四

中華民國智障者家長總會 全國發展遲緩兒童早期療育服務研討會 一九九六 a

中華民國智障者家長總會 赴港考發展遲緩兒童早期療育服務紀實報告 一九九六 b

中華民國智障者家長總會 發展遲緩兒童早

期療育轉介中心實驗計畫執行成果報告 一九九六。

一九九六。

余廖美儀 香港地區早期發現及轉介系統之介紹 推波引水 一〇 一九九五 頁十四至十八

周月清 智障個案管理與服務網絡之建立 智障社會工作研習手冊 中華民國社會工作人員專業協會主辦 一九九二 頁四十七至六十四

周月清 發展障礙者及其家庭個案管理服务模式建立之探討 殘障福利機構個案管理研習手冊 中華民國社會工作人員專業人員協會主辦 一九九三

胡懿君等 臺北市中正區智障社區照顧實驗計畫第一階段執行成果總報告 一九九五

高迪理 個案管理：一個新興的專業社會工作概念 社區發展季刊 四十九期 一九九〇 頁四十三至五十四

馬家蕙 臺灣智障家長團體現況分析 推波引水 四 一九九三 頁十二至十五

翁毓秀譯 發展性障礙者與他們的家長 社

區發展季刊 四十九期 一九九〇 頁

二十八至四十二

張秀卿與沙依仁合譯 個案管理 社區發展

季刊 四十九期 一九九〇 頁六至十

四

張淑娟等 臺北市文山區成年智障者社區照

顧實驗計畫第一階段報告 台灣社區照

顧研討會會議手冊暨論文集 一九九五

頁九十五至一五五

陳慧媚 個案管理的根源與近期發展 社區

發展季刊 四十九期 一九九〇 頁十

五至二十七

陳麗雲 社區照顧：概念和技巧 台灣社區

照顧研討會會議手冊暨論文集 一九九

五 頁三十一至四十二

黃於唱與陳麗雲 在轉變中的華人社區推動

社區照顧 台灣社區照顧研討會會議手

冊暨論文集 一九九五 頁五十五至六

十四

羅秀華 讓愛穿透障礙專案：一個本土化的

社會福利聯合募款實例 社區發展季刊

五十九期 一九九二 頁九十九至一

〇五

羅秀華 從社區組織觀點看臺灣地區智障者

家長團體之成長與運作 東吳社會學報

二 一九九三 頁一四七至一七二

羅秀華 由香港社會福利中央轉介系統談起

推波引水 七 一九九四 頁十三至

十五

羅秀華 評析臺灣地區民間社會工作環境

臺灣的社會福利：民間觀點 一九九五

a 頁三六七至三八九

羅秀華 臺灣地區啟智教養機構服務品質現

況 發展遲緩兒童早期療育研討會 一

九九五 b

羅秀華 文山區成年智障者的社區照顧工作

福利社會雙月刊 五十三期 一九九

六 頁三十六至三十八

蘇景輝 臺灣推展區照顧的方向 台灣社區

照顧研討會會議手冊暨論文集 一九九

六 頁六十五至七十六

二英文部分

Challis, D., & Davies, B., (1986) Case Manage-

ment in Community Care. England: Gower

Publishing Limited.

Fiene, J.I. and Taylor, P.A., (1991) Serving

Rural Families of Developmentally

Disabled Children: A Case Management

Model. Social Work 36(4):323-327

Jordan, J.B., Gallagher, J.J., Huttlinger,

P.L., & Karnes, M.B., (1988) Early Childhood

Special Education: Birth to Three.