

從醫療與福利整合的角度探討

我國發展遲緩兒童之早期療育制度之規畫

□萬育維·莊凰如□

壹、前言

「兒童」這個群體和其他群體相較下，一直受到比較多的福利政策關懷和福利團體的重視，因為他們象徵未來、代表希望。我國近年來對於兒童保護工作的重視也反應了此一趨勢。然而在這樣的關懷之下，仍有一個相當大的疏漏，已引起多方的討論，那就是學齡前發展遲緩兒童的發現、治療與教育的問題。也就是一般所謂的早期篩檢與早期療育 (Early Intervention)。以我國現階段兒童福利相關措施而言，針對這些不到六歲的特殊兒童所提供的服務項目，除了消極收容之外，很少有預防和教育的計畫。再加上國內一般的托兒所或幼稚園大都不願意接受特殊兒童。因此，父母親在別無選擇的情況下，對於那些經濟尚可的家庭是請保姆照顧，經濟稍差的

家庭就是自己照顧，這兩種方式，不僅延緩了兒童即時接受適當教育和治療的機會，更阻礙了他日後的發展。此種疏忽因近五年來早產兒、先天性畸形兒的增加（衛生署，民八十三年）而突顯其嚴重性。

有鑑於此，民國八十二年二月份新修訂兒童福利法第十三條第二款中明定「對發展遲緩之特殊兒童建立早期通報系統並提供早期療育服務」，同時在八十三年五月間通過的兒童福利法實施細則中，對於發展遲緩兒童之定義、主管機關和相關專業人員的認定都有清楚的規範。在法規逐步健全之後，緊接著而來的是執行能力的問題，這牽涉到二個層面：

- 一、早期發現與早期療育各單位間分工職掌的確立；
- 二、相關單位間通報流程和轉介體系的建立。

目前與早期發現有關的機構，就〇—三歲的嬰幼兒篩檢部分而言，是醫療體系中健兒門診或執行預防疫苗注射的衛生所；至於三歲到六歲的幼兒部分，則是托兒保育和教育系統；至於早期療育的部分，不論是〇—三歲的嬰幼兒或三—六歲幼兒的部分都非常缺乏。雖然，內政部社會司目前已著手草擬零歲至六歲殘障者職能評估與作業程序手冊，包括了流程與診斷量表和安置服務資源手冊，但是現有教育、醫療、福利體系的執行與配合能力，都值得進一步斟酌。

經由前文探討，本研究之目的可分為下列二點：

一、檢視現有安置服務資源的執行和配合能力，以及預期的困難；

二、建立不同專業之間的分工職掌與團隊合作模式。

希望經由上述探討，規劃我國早期療育的工作模式，以作為未來實務推廣上的參考。

貳、相關文獻探討與意涵

一、發展遲緩兒童的成因、外顯特徵及

介入策略

理論而言，早期療育原係針對學前階段（出生到六歲）具有特殊需求的幼兒及家人，所提供的各項專業整合性的服務；希望經由

提早的醫療、復健或福利方案等措施，防患於未然地培育幼兒生活適應能力。所謂特殊需求的幼兒包括智能不足、視覺、聽覺、語言、肢體、學習、多重障礙等七大類別。雖然各種障礙類別的成因相當複雜，但簡單而言，可歸納為二種重要變項 (Mitchell, 1991)：

(一) 產前及出生時變項：

1. 產前變項

2. 出生時的變項

(二) 雙親、家庭及環境變項：

1. 家庭評估

2. 支持系統的評估

上述兩種變項都直接與嬰兒下列發展有關：生理與神經發展、感覺、動作與知覺、人際關係的内化與形成，和家中成員及重要他人的關係形成。此外，不同時期受到傷害造成發展障礙的比例也不同，依其發生時間可分成三大階段，其中以胎兒期變異佔大部分，而胎兒期的變異最可能來自於染色體變異、中樞神經發展不完全、懷孕期藥物傷害、放射線傷害，其次的兩個階段包括：早期腦部異常、嚴重營養不良和週產期的傷害……等。

至於在介入策略上，發展遲緩兒童動作障礙的問題通常是由兒童物理治療師或職能治療師執行治療計畫，這些治療師的教育背景中，必須對動作障礙兒童的異常發展、治療原則和技術均有深刻的了解才能勝任。一般而言，最常被提及與運用的治療理論與策略包括以下幾種：

(一)神經發展治療技術 (Neurodevelopmental Treatment Approach) 此策略簡稱 NDT，是英國玻巴夫婦 (Bobath & Bobath) 所設計用於評估與治療腦性麻痺兒童的方法，也是目前最常被使用的策略。除了腦性麻痺兒之外，NDT 也適用於唐氏症兒的發展治療。

在施行神經發展治療技術時，也需強調父母或照顧者的參與及配合，共同注意患者正確的擺位、攜抱、遊戲或治療時的姿勢，才能達到最大的療效。

(二)感覺動作治療模式 (Sensorimotor Approach to Treatment)

最早提出此治療理論的是路得 (Rood)。此理論強調小心地給予感覺刺激，以誘發出正確的動作模式。與 NDT 理論相似之處在於兩者均主張以感覺刺激來誘發主動且自主性的運動反應，以及誘發潛意識的正確動作模式。但 NDT 主張的感覺刺激主要來自患童擺位及攜抱的姿勢；而感覺動作治療模式則主張給予不同形式的感覺刺激：如輕拍 (tapping)、震動 (vibration)、關節施壓 (joint compression) 以及給予清刷 (brushing) 或冰塊 (icing) 以刺激表皮 (cutaneous stimulation)。

(三)本體神經肌肉誘發技巧 (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation)

與前述的治療技巧的相似點在於：1. 此技巧所強調的整體運動模式是根據人類在動作方面的發展順序設計出來的；2. 誘發的方式也強調給予本體感受 (proprioception)、觸覺 (touch)、牽拉

(stretch) 及壓力 (pressure) 等感覺刺激。本體神經肌肉誘發技巧可用在所有神經、肌肉、骨骼系統障礙的病患身上，但因需要病人意志力與動機的配合，是以臨床上較常用在成人病患的治療，較少用在發展障礙的兒童治療。

(四)被動關節活動 (Passive Range of Motion)

對於脊髓脊髓膜突出的患者，被動關節運動可說是最重要的治療方法。尤其對於於出生即有下肢癱瘓的嬰兒來說，被動的軟組織牽拉以及適當的副木 (spinning) 使用更是早期治療項目的重點。此外，對於唐氏症患者，因其關節活動範圍經常是超出正常情形，所以被動關節運動及牽拉並不是一個適當的治療方法。

(五)前庭刺激法 (感覺統合治療法) (Vestibular Stimulation)

前庭刺激法的方式是經由輕搖 (rocking)、擺盪 (swinging) 及旋轉 (spinning) 身體等活動造成一個感覺輸入 (sensory input)，使其傳到各神經系統，在中樞神經發生整合，產生自主性運動反應 (automatic response)。待此整合功能由感覺運動回饋方式漸增強後，就會促進隨意動作 (voluntary movement) 的產生，達到治療的目的。

(六)弗以塔治療法 (Vojta Approach to Treatment)

弗以塔治療方式則著重整體性運動，如反射式爬行 (reflex creeping)、反射式翻身 (reflex turning) 訓練等。而且此治療對於六個月以前即診斷出具有腦性麻痺危險並開始接受治療的嬰兒來說，效果尤其好。

綜合而論，現階段有關早期療育的理論，不論是認知發展學派、行為生態學派或是親子互動學派，目前發展都著重在三個取向：

(一)多重專業整合：由教師、特殊教育專家、教育行政人員、醫護人員（小兒科醫師、護士、復健人員）、治療人員（視障、聽障、語言治療師）、社會工作者、營養師等各個不同領域的專業人士共同參與篩選與療育工作。

(二)家庭參與的重要性：為每一教育對象提供「個別化家庭服務方案」(Individualized Family Service Plan, IFSP)，以瞭解、配合家庭的需求，教育家長，並藉助納入 (involvement) 家庭資源、鼓勵家長參與；讓父母接受相關訓練，使其在家庭中亦具有正確輔育幼兒的知能。

(三)評估指標和工具的標準化：對於不同特殊需求類型的檢訂量表之使用應有適當的與正確的工具。

二、早期療育發展的趨勢分析

從過去發展的脈絡可以看出，早期療育的發展呈現下列六個趨勢：

(一)安置型態的連續性、常態化與社區化
連續 (continuum) 常態化 (normalization) 與社區化 (community-based) 的安置考量，融合了隔離制的衝突，將早期療育對象依其特性、適應能力之增進與改善程度，運用具有連續性、層次性

的安置措施，以幫助接受早期療育者能盡其所能，逐漸適應一般社會環境。按照台北市立婦幼醫院心智科鄒國蘇主任，於「發展遲緩兒童早期發現早期療育」國際研討會，發表「台北市如何進行『發展障礙兒童』之『早期發現、早期療育工作』初步構想」一文中指出，早期療育安置機構措施應包括：

1. 嬰幼兒早療中心：零至三歲，醫療機構或社會福利機構主責；

2. 學前障礙兒童訓練中心：三至六歲中重度障礙，主要由社會福利機構，部分由醫療機構負責；

3. 學前障礙兒童特殊教育班：三至六歲，輕度障礙，由教育機構、社會福利機構主責；

4. 養護中心：零至六歲，極重度殘障，由社會福利機構主責。除了上述初步的機構間分工規畫之外，值得強調的是朝向社區化的方向來運作是重要的前提。

(二)整合性的篩選、治療、教育與福利服務設計
任何一個專業的發展都有其專精性和限制性，就早期療育的整體性功能而言更需要專業間的團隊合作。以兒童整體性的評估為例，不僅兒童本身的1.身體健康、營養和安全；2.認知發展及學習成就；3.情緒的穩定；4.道德發展和社會行為，是主要評估重點。

兒童所屬的家庭功能是否健全、社區環境的適當與否，都是評估的指標 (Zill & Coiro, 1992)。因此，早期療育牽涉與涵蓋的層面不僅包括醫學的診斷、心理學的認知發展、更與親職教育、照顧者或

是保姆訓練、社區文化的豐富與刺激有關。唯有藉由不同的專業人員，運用各種專業技巧與知識，在不同的環節、階段上提供各種專業的服務，並予配合、支援，方得整體的落實。透過專責行政體系將各種相關專業技巧、各種資源及各科專門知識，做一科技綜融，當有其必要性。

(三) 工作人員在職訓練的專業化、制度化

目前早期療育的工作人員對於學齡前，尤其是零至三歲的知識普遍欠缺。早療的工作人員應包括小兒科醫師、公共衛生護士、托兒所、幼稚園保姆、老師、社工員及其他治療人員。工作人員於診斷與治療的專業訓練中，除純熟其專長類型之障礙與輔導方法外，於其它類型亦應有通盤認識。唯就學習上有特別困難、需要特別教育或服務，對於文化不利、功能性文盲 (functional illiteracy)、功能性被排除 (functional excluded) 等極需接受早期療育知識，更應及於一般早療工作人員認知與素養，使其能設計適性、適才的個別化治療與輔導。

(四) 家庭服務與親職教育個別化

早期療育強調納入家庭資源、提供家庭支援性和個別化的服務，並且鼓勵家庭參與、強調家庭能為 (family empower)，為每一具有特殊教育需求的孩子，設計「個別化家庭服務方案」，以瞭解、配合障礙者與家庭的需求，提供在家的、個別化的親職教育，同時亦教育家長以正確、負責的態度和早療工作人員共同幫助子女。

(五) 運作模式的團隊化

團隊工作 (team work) 的概念運用在企業界、醫療界已有久遠的經驗，然而，運用在社會福利界都開始的相當晚。但是，其本質和模式都有相通之處。在 Golin & Ducanis 所著 "The interdisciplinary Team" 一書中，提到專業間團隊合作的三大要件包括：

1. 不同專業間組成成員的溝通與領導；
2. 團隊功能的發揮間接的影響機構內與機構外的運作；
3. 團隊工作本身是任務取向、案主的需求取向，而非機構取向。

(六) 以個案管理為服務輸送的主體

上述的六種趨勢的背後，需要有一個統整的方式，來有效地對個案進行安置、篩選、治療、管理與評估等工作。Case Management 是目前積極推動，也是未來早期療育發展的重要方法之一，它不僅可以正確地掌握案主本身及外在條件的狀況，並可助其找尋資源、提供資訊、進行協調、評估與轉介等的工作。在整個服務的輸送體系中以它為主體，任何一項服務的提供或設計，可由其中提供訊息，達到時效性與正確性。

參、資料蒐集過程與重要發現

一、資料蒐集過程

爲了解醫療界、社福界、特教界以及行政界對於早期療育不同的看法與建議，問卷設計分爲三大類型；不論那一類型，問卷本身的内容分爲四大部分：

(一)對於研究設計小組設計的流程圖的適當性和可行性提出建議，共計二十四題。

(二)日後若要按照流程圖中的規劃實施早期療育的各項措施，該專業可提出那方面的協助？有那些困境？共計七題。

(三)上述三種專業對於早期療育價值觀之認知爲何？共計五題。

(四)該專業未來應該加強那些專業内容，以共同推動早期療育之各項工作？共計七題。

爲了諮詢專家意見，研究採取立意抽樣的方式。在醫療人員方面，立意抽樣的標準如下：1.曾出席早期療育相關研討會的專家名冊，2.滾雪球的方式輾轉推薦。而教育與社福機構名單的選取，則是以「台灣地區特殊教育殘障福利機構簡介」一書中選取出來的。選取的標準以教育單位與社會福利機構中，爲〇—六歲幼兒設立早期療育、特殊教育等性質的單位爲主要的選取標準。

整個資料蒐集的過程爲期兩個月（八十四年五月一日到六月二十六日），依序個別地寄出問卷、催收問卷及最後的催繳工作。

二、重要發現

經與二十二位醫師、十四位社福機構負責早療的社工員和六位教育和衛生行政人員的訪談發現：不同專業間規畫早期療育流程有

其必要性，但也有其異質性，針對問卷整理和座談會資料發現，在下列四大議題上需要進一步討論。現分別呈現於下：

(一)產前檢查、新生兒篩檢與健兒門診項目上的適當性

1. 產前檢查

多數的孕婦均會要求產檢的過程，能包括超音波掃瞄之項目，而大多數婦產科診所或醫院也願意提供這項服務。但超音波掃瞄只能偵測器官「構造」上的問題，而檢查不到「功能」上的異常，所以針對無明顯畸形但發展遲緩之嬰幼兒，超音波掃瞄恐怕無法看出什麼。

羊水穿刺或絨毛膜取樣是產前檢查項目中用來作染體檢查，有些個案由於前一胎有疾病史或因家族性疾病的考慮，會爲其作羊水穿刺。然而，看到的也都是較粗略的變化。

2. 新生兒篩檢

在現行制度下，新生兒於出生後四十八小時須接受採血，以早期檢查出先天代謝異常等疾病。這項篩檢工作目前持續地進行，對於某些特定遺傳性代謝疾病的確有早期診斷、預防和治療的功能。然而，並不是所有特殊疾病，均能經由新生兒篩檢而得到確認。

3. 健兒門診

以目前的健兒門診實質與量都有待改進的情形下，個案的發現往往是「被動性」的，若非父母告知醫師所觀察到之異常現象，很難在短暫的看診時間內早期發現發展遲緩兒童。對於健保所規劃設計之健兒門診詳細之檢查内容，其在執行上的可行性，學者專家也認

為有待評估觀察。

(二)轉介中心的必要性與設立在社福機構的適當性

轉介中心在規畫流程中的重要性的確受到專業間的肯定，不論是在接案、資料登錄、個案管理和相關資料的轉介上，居於流程中樞紐的位置。然而，若要發揮上述功能，應該設立在什麼樣的機構中引起一些不同的看法。基本上分歧的意見有二：一是設在醫院的社工室，另一是設在政府或民間的社會福利機構中。前者的優點是發現、轉介與評鑑三者可以就地緣上的方便，一是作業節省空間與時間的往返。因為醫院在個案的發現上是主力，依國外的經驗有相當大的比例是來自於健兒門診的個案。再加上轉介之後的個案要安排評鑑，如果評鑑中心又設在醫院，那麼轉介中心設在醫院的社工室是最恰當。持後者立場認為，在轉介中心上，應由社政單位或民間團體為主導，因為他們對於資源的整體掌握較清楚，可以避免由醫療單位為主導的醫療化 (medicalization) 之缺點。

(三)轉介中心、評估鑑定中心是否可合而為一？

本研究規畫之轉介中心負責的轉介工作包括：1.個案發現之通報，資料登錄，並將個案轉介至鑑定中心進行評估與確定病徵。2.經鑑定後回送之個案，依其需要與程度，轉介至合適之安置機構。3.經學者專家之問卷調查結果顯示，多數受訪專家贊同評估鑑定中心應將評估鑑定結果回覆轉介中心作進一步的安排，並可附帶作成個案安置的建議。但也有受訪者認為，評估鑑定中心可不經由轉介中心，而直接進行個案之安置，其考慮的重點在已確認有發展障礙之

個案。若依目前有限的人力與規劃下，在來回轉介之程序中，必須費時耗力在早期療育講求時間性的情形下，這確實是部分受訪專家所關心的重點。然而，早期療育除講求時間性，也具有階段性。個案接受安置後，經一定時間再接受評估鑑定，評估鑑定中心將再鑑定結果回覆轉介中心，此一程序同時可落實個案之追蹤與管理。

(四)評估鑑定中心設立在教學醫院的可行性

本研究對於評估鑑定中心設立之規劃，原是期望以社區或區域為中心，在現今醫療資源分配不均的情形下，大多數縣市之最高層級醫院為區域醫院，在考慮其醫療團隊專業人員與設備之完整性，且評估鑑定必須是各有專精的醫療人員共同完成。受訪之學者專家認為，將評估鑑定中心設於區域醫院內雖可達到便民之效，提高就診意願，在顧慮醫療品質與結構的情形之下，選擇區域醫院的可行性仍須謹慎地評估。

因此，本研究對評估鑑定中心設在醫學中心的可行性作成以下二項建議：(1)醫學中心由於各醫療人員較齊備，設備資源也較充足，在考慮醫療專業之整體性與個案評估之謹慎性，醫學中心較其他醫療單位適合成立評估鑑定中心，對醫療人員作有效的調度與支配。(2)對於醫療資源缺乏之地區，可以考慮成立獨立的評估鑑定中心，此中心必須具備有適當之評鑑儀器與工具，至於醫療專業人員，則可由醫學中心或區域醫院具有專精之人員配合執行評估鑑定工作。

三、實然面遭遇的困境

專業整合、團隊運作、個案管理等有關早期療育的重要概念都已獲得醫療界、社福界和教育界的支持，這樣的支持表現在他們對於專業價值觀的認定當中。在應然面 (ought to be) 的部分，早期療育的規畫就概念上已準備妥當。然而在實然面 (what to be) 當中，仍有許多的困境有待突破。現就不同的專業分析如下：

(一) 醫療界

1. 專業人力質與量的不足：發育遲緩方面的醫療專業人員，目前就個案發現和療育設計上質與量都不足。相關專業知識各自為政，缺乏各醫療專業間橫向的溝通。

2. 評鑑工具有待標準化：目前醫療界在診斷工具、診斷標準化方面並未一致化，也有部分相關的醫療專業不認為在發展遲緩兒童之評估鑑定上需要其他專家，或進一步的在職訓練，才能做出完整全面的評估。

3. 與安置機構的聯繫不足：醫療專業與安置機構的聯繫不足，期待建立聯繫網。

4. 缺乏參與早期療育的誘因：目前私人機構聘用醫療專業人員的意願不高，多數專業人員證照制度尚未建立，缺乏專業地位，工作素養參差不齊。

(二) 社福界

1. 缺乏全國通行統一的聯絡通報網絡。

2. 專業知識不足。

3. 未能獲得社會資源的協助，失去先機。只有系統上下的聯絡，缺乏橫向資源聯繫。

4. 得不到團隊醫療人員的幫助，無法評估、鑑定及安置。

5. 個案發現後，轉介安置不易，人員不足，無法全面提供服務。

(三) 教育界

1. 家長與教育人員若不配合或缺乏專業常識，不了解幼兒的發展，可能耽誤個案。

2. 專業協調不易：醫院與教育單位配合執行，事先需要妥善的協調，此關係兩者的配合並不容易。此外，大部分的安置機構與教育人員無交流，各行其道。

3. 專業知識的缺乏：對腦神經學和動作學方面的知識較缺乏，故在觀察個案或執行教學計畫時，往往會以常識錯誤的方式來做，常常會事半功倍的結果出現，亦耽誤了個案的學習關鍵時間。

4. 薪資結構和工作量的差異造成推動的困境：在待遇上，教師的新資較一般保育員為高，可能造成其心理上的不平衡，而處處不配合；巡迴教學方式教師必須往來於學校和機構之間，交通不便安全堪慮，且原校內業務若過多，極可能造成老師身心壓力太大。

(四) 行政界

1. 地方基層無人力來執行：

(1) 因無專責機構執行，如由基層人力來執行，因各有繁重的工
作，可能無法兼顧。縣市社會局以任務編組方式執行此項工
作，並無編制專人負責，還因兼任其他工作，執行負擔較
重。

(2) 目前衛生所人力有限，對社區〇—六歲兒童無法達到全面提
供健檢之服務目標。

2. 執行上專業能力不足：

對〇—六歲兒童之健檢服務，除衛生所外，一般開業之醫
院、診所（小兒科或家醫科）亦可提供，且部分亦已提供，但
過去均無統一檢查標準（檢查項目、時程及檢查方法），故健
檢效果仍須加強。

3. 相關執行單位無法配合：

- (1) 部分私立幼稚園及托兒所配合措施不夠。
- (2) 大部分社區中的開業診所（小兒科、家醫科）未能配合辦
理。目前健保納入保險給付，期待服務場所會增加。
- (3) 計畫涉及戶政、衛生機構，因尚未建立完善的合作模式，而
產生溝通、聯繫上的困難。

4. 社會大眾的認識不清：

- (1) 如能增加社會大眾的認知，將使工作更易推行。
- (2) 民衆（尤其父母）對兒童健檢的重要性及執行方法的認知不
足。例如：嬰幼兒於衛生所接受預防注射時，大部分是在衛
生所人員的鼓勵下順道接受健檢。

肆、結論與建議

文獻中不只一次探討到早期療育的規畫與實施是必須在個案管
理和專業合作的前提下進行，在流程上可分為個案發現、轉介、評
鑑與安置四大部分。這樣的一個理論上的研討，放在目前國內行
政、社福和專業生態來考量的時候，必須重新調整並搭配制度上的
誘導。以下就流程分工、制度配合、技術協助分別提出建議，希望
我國早期療育工作的推動能有正確的起步。

一、流程分工上

在個案發現上，應由衛生署負責，因為醫療專業在篩選和鑑定
上的專業，其他單位無法替代與推動。然在轉介中心上，應由社政
單位或民間團體為主導，因為他們對資源的整體掌握較清楚。同樣
的，在安置機構中，教育單位應負較大的責任，因為大部分的發展
遲緩兒童不一定需要放在特殊的安置機構中，而是在一般的幼稚
園、托兒所生活，只要家長配合定期門診，可達療育效果。

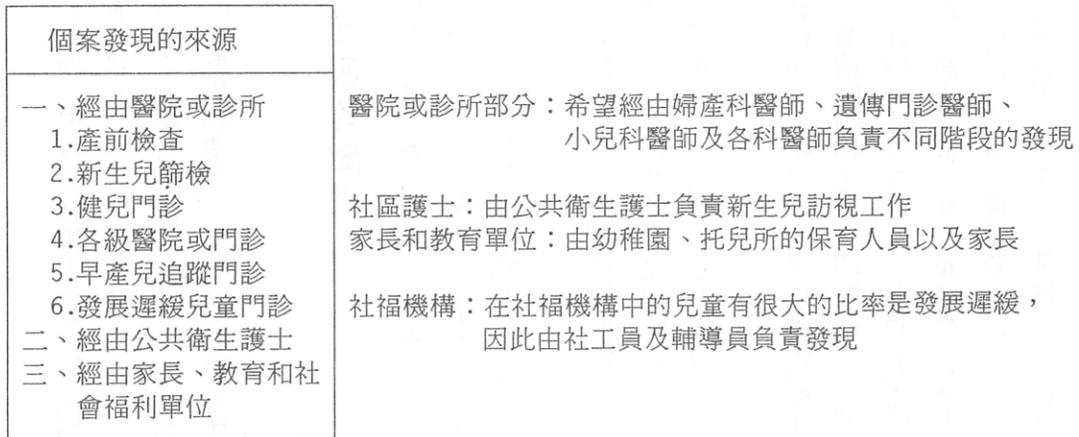
整體而言，不論就兒童福利法與施行細則的法源，或是對於整
體性資源了解和熟悉度來看，應由內政部為統籌單位。團隊功能必
須發揮於機構與機構之間 (Between) 以及機構內部 (Within)。它不
僅是機構間的支援與互補，更是機構內發展與學習的機會；參與者
角色界定是按照專業擅長的部分，對於團隊作最大的貢獻。專業間

修正後之「我國早期療育規劃之研究」流程圖

流程

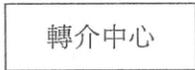
說明

【I】發展遲緩個案發現（主要負責單位：衛生醫療界）



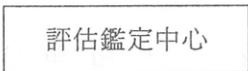
【II】個案轉介（主要負責單位：福利界）

負責接案、資訊管理等工作
將通報來的個案進一步轉介到鑑定中心作評估與確定病徵



（主要負責單位：衛生醫療界）

【III】評鑑

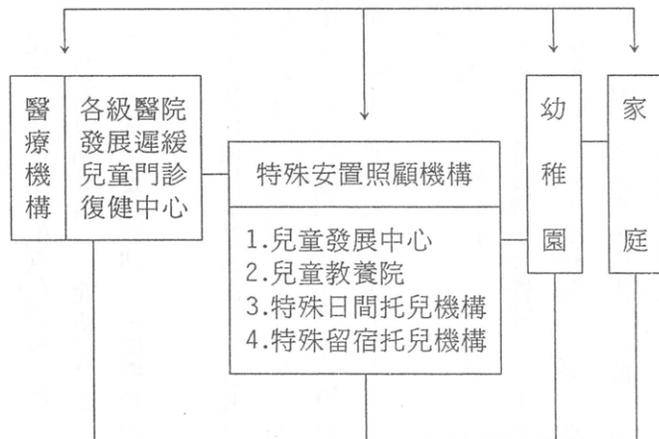


進行量測與診斷
由各類醫療人員和其他相關專業人員進行評估與診斷並將診斷結果送回轉介中心
此外還要定期進行追蹤的工作以確定接受治療的成效



將經鑑定後回送的個案依其需要與程度轉介到合適的單位

【IV】安置（主要負責單位：醫療、教育與福利界）



特殊安置照顧機構：
國內目前安置機構包括左列幾項，它們在收容對象、服務內容上並沒有清楚的區別，所以在功能上並不作嚴格的區分。
但服務對象的分類有〇—三歲與〇—六歲的分別，並依其輕、重殘障程度狀況與需要給予適當的服務內容

的運作方式不同，但目標與結果是相同的；團隊工作本身是任務取向而非機構取向。

原本研究小組規畫的流程經由二十二位醫師、十四位社福機構、六位教育機構和衛生行政人員的討論過後有部分修正，請見流程分工圖。

二、制度面的配合

早期療育的運行牽涉到的制度與參與的專業有關：醫療界的教養與醫療院所的診療、諮詢制度，教育界三歲到六歲的學齡前幼稚園制度，以及福利界的轉介、收容、教養制度。現分別說明如下：

(一) 醫療界

1. 每一位醫師對於發展遲緩兒童都應該有發現或初步鑑定的能力。至於進一步的鑑定和療育計畫的諮詢，可由專科醫師會同其他專業人員，例如：物理治療師、心理醫師或必要之專科醫師共同進行。

2. 在健保的強大壓力下，醫療院所的醫生都有所謂「業績的考評壓力」，業績的指標之一是門診人次，這對需花較長時間進行鑑定和判別「疑似」發展遲緩兒童而言是相當不利的反誘因。

3. 儘速邀請在發展遲緩兒童之鑑定和療育設計上有經驗和專業的醫師成立發展遲緩兒童醫療諮詢小組，設計相關的在職訓練課程。課程的內容視該專業分工架構上的主要功能為主。

4. 理論而言，公共衛生護士的角色和定位在早期療育的發現和

定期追蹤上相當重要，建議強化衛生所的保健功能，降低治療的角色。唯有這樣在配合衛生署的重點計畫，才能讓公共衛生護士配合預防注射或新生兒的家訪，適當地發揮她們在早期療育中的功能。

(二) 教育界

1. 學前教育階段之特殊教育依特殊教育法（第五條）規定，由直轄市或縣（市）主管行政機關辦理為原則。所以，直轄市或縣（市）主管教育行政機關應負責發展遲緩兒童早期療育的規劃工作。至於四足歲以下嬰幼兒部分則可依現行法令，交由主管托兒業務的社政單位規劃。

2. 師資培育與進修規劃：依特殊教育法（第五條）規定，特殊教育在職師資之進修，由各級主管教育行政機關策劃辦理。有關特殊教育師資培育雖說由師範校、院或大學相關科、系、所、部培養之，但國內大學院校科系的設立與招生數皆由教育部負責審定，故師資培育與進修工作，教育行政機關應負全責。

教育部郭部長在今（民國八十四）年四月間曾宣佈在兩年內讓三足歲以上有特殊需要幼兒，有接受免費特殊教育的機會。要兌現此一宣示，教育行政機關對上述兩項工作應及早規劃。

除了行政界的配合外，師範教育對於教育發展遲緩兒童的師資培訓上更應重視，各院校應設法加強本身與學生的專業智能訓練。

(三) 社會福利界

轉介與個案管理的概念近年來一直受到福利界的提倡。但是，若要作得成功，必須有兩個先決條件，一是資源的有效掌握，一是

機構間的資源流通。因此，對於國內有關早期療育的資源調查應及早展開，納入轉介的對象，同時各機構間應該放棄機構本位主義，以案主需求為考量，並在下列三點上共同合作：資訊流通、物理資源的共用和專業間的團隊參與。

目前兒童社會福利機構中有一大部分仍是以收容教養機構為主。然而，在相關的研究報告指出，國內教養院或啟智中心對於院內「疑似」發展遲緩兒童只能收容，限於人力、能力或是沒有諮詢的對象，無法及時提供適當的療育活動。因此，若能以標準化的操作手冊，針對有早期療育需要的兒童，要求福利機構執行教養服務，有其必要性和迫切性。

三、技術上的協助

(一)應結合目前有經驗、有能力的專業人士共同決定現有發現遲緩兒童的鑑定工具，以及使用方法，定期討論工具的效度與信度，並於三年內進行總檢討與未來鑑定工具的研究發展。

(二)訓練課程的規畫與教學錄影帶、書籍或其他教育工具之製作儘速展開各項訓練與親職教育之規畫，並以各種方式進行資訊之傳播 (dissemination)

(三)療育介入方法的操作手冊之制定及實驗計畫之評估。

目前對於早期療育的介入計劃相當分歧，應儘速集結專業人士共同擬定作業手冊，並以實驗設計方式定期評估成效，作為進一步修改之用。

(四)針對父母親和健兒門診醫師宣導八十四年由健保局編印之「兒童健康手冊」之使用。該手冊尚稱完善而且簡單易懂，若每位家長在衛生所的公共衛生護士指導下，並配合醫師正確問診和鑑定工具的使用，相信對發現上有相當的助益，重點是怎樣使用手冊應有宣導。

此時，政府站在輔導、刺激和協助的角色上對於早期療育的各項規劃應提供下列五點支持：

1. 在「技術協助」上：應組成諮詢小組，協助鑑定和介入計畫的推展。

2. 在「經費贊助」上：任何一個計畫在初期是需要更多人力和財力的投入，才可能產生帶動的效果，否則只是流於宣傳與空泛。

3. 在「鼓勵相關機構的設立或計畫的推展」上：應有誘因和明確的法規，否則安置機構本身就不足達到療育的最終目的。

4. 在「品質的監督」上：政府應負起評估的責任，評估的重點不是有無之間的差別，而是有效與否的考量。可以分成通報率、鑑定工具的適當性、成功轉介的比例和安置的結果評估。

5. 在「科層的協調」上：中央政府體系科層間對於早期療育的重要性應有整體的共識，例如社政與教育、醫療等，如此共通性和合作的可能性才會增加。

最後，現階段可以立即開展的事：

1. 依據八十四年衛生署和健保局編製的「兒童健康手冊」做為家

長、托兒所、幼稚園和各市立醫院、衛生所個案發現的標準。發現個案後將名單送交福利機構爲主的轉介中心。

2. 由轉介中心安排鑑定中心進行進一步的確認和療育計畫諮詢。至於鑑定中心的設立，是可以附屬在市立醫院以簽約的方式進行。教學醫院可作爲市立醫院的支持體系提供更專門、專業的諮詢。

3. 醫院健兒門診的發現或追蹤門診的品質，應配合健保相關法規，予以制度上的誘因，以提高醫師的參與和配合。同時醫師對於發展遲緩兒童篩選的在職訓練更屬必要。

4. 托兒所、幼稚園、福利機構與家長有關發現與療育計畫實施之方法的在職訓練和親職教育、講座課程，宜儘速展開。

5. 中央儘速成立早療制度推動小組，將各單位在分工體系和流程中應有的合作事項作明確的規範，而且訂定實施進度表。

6. 強調個案發現的同時，安置機構的執行能力和數量應該及時增強，有那些現存的機構有潛在也有意願在短期內可以委託，應該展開調查和訓練。

7. 各階段執行的監督與控制應有強制性的法規加以規範，兒童本身沒有行爲能力，需要監理人的保護和教育。站在維護兒童基本權利的立場，發展遲緩兒童的發現、通報以及日後定期療育計畫之執行，應對父母、醫療、教育和社福單位採強制執行的方式。也就是如果父母或福利機構被告知子女需要早期療育計畫而不爲之或是只收容不教育者，適用兒童福利法施行細則中有關兒童疏忽罰則的規定。

（本研究係內政部社會司八十四年度委託研究，感謝陽明大學物理治療學系王子娟講師、神經科學研究所博士班研究生王桂馨的協助）

（本文作者：萬育維現任陽明大學衛生福利研究所副教授；莊風如爲研究助理）

【參考書目】

- 王國羽 殘障福利機構供給面分析 中華民國啓智協會委託研究計畫 社會司贊助經費 八十二年十月
- 王國羽 邁向二十一世紀社會福利之規劃與整合——殘障福利需求初步評估報告 內政部委託研究 中正大學社會福利學系暨研究所執行 八十三年四月
- 舒昌榮 智障者家長選擇教養機構型態影響因素之研究 陽明醫學院衛生福利研究所碩士論文 八十三年六月
- 內政部社會司 兒童福利法施行細則 八十三年五月
- 內政部社會司 殘障者職能評估規劃作業相關資料 八十三年八月
- 中華民國智障者家長總會 智障兒的早期預防、早期診斷及早期療育 推波引水 十期 八十二年 七一—九頁
- 中華民國智障者家長總會 日本智障兒早期介入的福利體系 推波引水 十期 八十一年 一〇—一六頁
- 王本榮 日本早期發現及早期療育制度之介紹 發展遲緩兒童早期發現早期治療國際研討會手冊 八十四年 一九—二三頁

- 石曜堂 從兒童福利法談我國的早療制度 發展遲緩兒童早期發現
 早期治療國際研討會手冊 八十四年 二七一—三一頁
- 鄒國蘇 台北市如何進行「發展障礙兒童」之早期發現、早期療育
 工作 初步構思 發展遲緩兒童早期發現早期治療國際研討
 會手冊 八十四年 三一—三七頁
- 吳淑美 發展遲緩兒童之教育需求及現況分析 發展遲緩兒童早期
 療育研討會手冊 八十四年 一三一—一八頁
- 羅秀華 台灣地區啓智教養機構服務品質現況 發展遲緩兒童早期
 療育研討會手冊 八十四年 二二—二六頁
- 柯平順 教育機關對發展遲緩嬰幼兒早期療育的責任 發展遲緩兒
 童早期療育研討會手冊 八十四年 二七一—二八頁
- Adams, M.J. and Hollowell, J.G. (1992). Community-Based
 Projects for the Prevention of Developmental Disabilities.
Mental Retardation, 30 (6):331-336
- Crocker, Allen.C. (1992). Data Collection for the Evaluation of
 Mental Retardation Prevention Activities: The Fateful Forty-
 three. *Mental Retardation*, 30 (6):303-317.
- Guralnick, M.J. and Bennett, F.C. (1987) The Effectiveness of Early
 Intervention for At-Risk and Handicapped Children.
 Mahoney, G. and O'Sullivan, P. (1990) Early Intervention Practices
 with Families of Children with Handicapes. *Mental Retar-
 dation*, 28 (3):169-176.
- Mitchell, D and Brown, R.I. (1991) Early Intervention Studies for
 Young Children with Special Need.
- Montgery, M.S. (1994) Self-Concept and Children with Learning
 Disabilities: Observer-Child Concordance Across Six
 Context Dependent Domains. *Journal of Learning Disabili-
 ties*, 27 (4):254-262.
- Ramey, C.T and Landesman, S.R. (1992) Effect Early Intervention.
Mental Retardation, 30 (6):337-345.
- Rotatori, A.F., Fox, R.A., Sexton, D and Miller, J. (1990) Comprehensive
 Assessment in Special Education.
- Turnbull, A.P. and Turnbull, H.R. (1990) Families, Professionals,
 And Exceptionality: A Special Partnership.