國立台東大學幼兒教育學系碩士班
碩士論文

指導教授：黃愫芬　博士

金門縣早期療育服務實施現況調查

研 究 生： 吳佩芳　　撰

中 華 民 國 九 十 六 年 十 月

國立台東大學幼兒教育學系碩士班
碩士論文

金門縣早期療育服務實施現況調查

研 究 生： 吳佩芳　撰
指導教授： 黃愫芬 博士

中 華 民 國 九 十 六 年 十 月

國立台東大學
學位論文考試委員審定書

系所別：幼兒教育學系幼兒教育碩士學位班

本班 吳佩芳 君

所提之論文 金門縣早期療育實施現況調查

☑ 碩士學位論文

業經本委員會通過合於 條件

☐ 博士學位論文

論文學位考試委員會：

（學位考試委員會主席）

（指導教授）

論文學位考試日期：96 年 8 月 29 日

國立台東大學

博碩士論文授權書

本授權書所授權之論文爲本人在 國立台東大學 幼兒教育學系碩士班 九十六 學年度第 ＿＿ 學期取得 碩 士學位之論文。

論文名稱：金門縣早期療育服務實施現況調查

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予下列單位：

同意	不同意	單　位
■	□	國家圖書館
■	□	本人畢業學校圖書館

得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或其他各種數位化方式重製後散布發行或上載網站，藉由網路傳輸，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱覽、下載或列印。

本論文爲本人向經濟部智慧財產局申請專利(未申請者本條款請不予理會)的附件之一，申請文號爲：＿＿＿＿＿＿＿＿，請將全文資料延後半年再公開。

公開時程

立即公開	一年後公開	二年後公開	三年後公開
✓			

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權爲非專屬性發行權利。依本授權所爲之收錄、重製、發行及學術研發利用均爲無償。上述同意與不同意之欄位若未鉤選，本人同意視同授權。

指導教授姓名：黃慷芬　　(親筆簽名)

研究生簽名：吳佩芳　　(親筆正楷)

學　　號：3193022　　(務必填寫)

日　　期：中華民國　九十六　年　十　月　十五　日

謝　誌

「YA！終於輪到我了！」看著同學們一個個的進入圖書館作論文上傳的動作，全班倒數第三個口考的我，終於也有上傳的一天，我的人生真是充滿驚嘆號啊！

首先感謝指導教授黃慤芬教授的悉心指導，看著老師從少女變成少婦，就知道期間過程曲折。謝謝兩位口試委員孫世嘉教授與新竹教育大學鐘梅菁教授，針對論文所提的問題，細心回答，讓我對研究有了更深入成熟的看法。

其次，同窗兼好友孟欣、美美、淑娟、文珠，在我們的加油聲當中，「互相漏氣求進步」，體認到友誼的可貴。感謝張秋沐校長讓我在做研究之時，「還要」我參加九十六年幼稚園教學卓越獎，雙重「焠鍊」我的生命，使我同時完成了兩件「不可能的任務」。謝謝榮總鄭玲宜心理師，無私的提供新版檢核表供我施測之用，感謝金門縣教育局國幼輔導團許碧華老師，聯絡學校以利施測工作，感謝子琳、書敏、蕙菁、媛琪，在工作上的協助與心靈上的溫馨交流，讓我無後顧之憂，更深刻的體認到唯有人與人之間的信任與互助，才是最值得珍藏的。

最要感謝的是我的家人，父母親及兩位妹妹在精神上的鼓勵、男友天鴻總是當我在思緒交錯時，提供意見指引我方向，雖然有時不改軍官嚴厲的語氣，但是句句箴言，讓我在思慮上得以沉靜。

從撰寫論文計畫到完成階段，期間滋味冷暖自知，常常一抬頭時間已到午夜三點，或是在夜闌人靜時聽到樓上小狗的腳步聲，更或是隔天一早帶著朦朧的眼神，看到班上 19 位『用腦過度』的小孩，這一切的一切，都已深烙我心，成爲我永恆不滅的痕跡。

最後，謝謝我的電腦『小白』，自始至終都只有它陪著我。謝謝你，阿白！！你終於可以暫時休息了！！謝謝，感恩啦～

吳佩芳　　謹誌

96 年 9 月

金門縣早期療育服務實施現況調查

吳佩芳
國立台東大學　幼兒教育學系幼兒教育碩士班

摘　要

本研究旨在瞭解金門縣早期療育服務實施現況。主要探討金門縣早期療育服務在通報與轉介、評估與鑑定、療育服務與行政部分實施情形。

本研究依循金門縣早期療育通報流程，利用『金門縣學前幼兒發展檢核表』進行初步測驗，將測驗未通過名單商請巡迴輔導教師進行第二次篩檢工作，與已通報之名單進行比對，以瞭解實際應通報情形；針對社福機構、醫療機構與教育機構進行半結構性的訪談，以瞭解金門縣早期療育服務的實施情形。

本研究結論如下：

一、金門縣早期療育服務在通報與轉介部分執行情形

（一）研究結果共有 34 位需通報但未被通報。其中，男生多於女生，以五歲居多，各以認知題、數字題與常識題未通過人數較多。

（二）金門縣早期療育服務實施採公辦民營模式，通報轉介中心與個案管理中心合一；醫療體系個案來源以新生兒篩檢與平日醫療行為中發現；教育機構則以二次篩檢未通過幼兒進行通報。

（三）通報個案以衛生單位較多，但通報動作需跨單位進行，個案有遺漏情形。雖以社福機構為單一通報窗口，實際上通報窗口多元，無法掌握真正的通報人數；又因教師敏感度不夠，導致通報率偏低。

二、金門縣早期療育服務在評估與鑑定部分執行情形

由署立金門醫院設置『早期療育聯合評估中心』。通報個案於一般門診中，由精神科醫師進行初評，待醫師到金門，再以『魏氏幼兒智力測驗』進行進一步的評估。若個案是有語言方面的問題，於等待階段，會先商請『早期療育聯合服務中心』中治療師進行初評。評估與療育工作目前呈現停滯狀態，影響了早期療育服務的推動；等待階段由社福機構代為評估，在程序上屬不恰當，亦浪費療育資源。

三、金門縣早期療育服務在療育部分執行情形

社福機構所提供的服務有語言、職能、物理、認知課程、個管服務等；醫療機構以台籍醫師與治療師排定每月一次固定形成為主。但在氣候、經費與交通因素之影響下，至今尚未運作，嚴重延宕療育狀況；教育體系中編制學前特殊教育巡迴輔導教師，進行個案輔導工作，並聘任特殊教育助理員，負責學前特殊幼兒在校保育工作。但特殊教育助理員的專業訓練不足、角色定位不清楚等問題，直接影響家長對其之信任度，亦影響到學前特殊幼兒的權益及安全問題。

本研究建議如下：

一、社福機構應舉辦更多元化的活動，讓金門地區家長更瞭解早期療育。

二、醫療單位應招募隸屬於金門地區的專業人才，確實進行評估與療育工作。

三、教育機構應有一個專屬的單位，統籌學前特殊幼兒教育規劃，所有教師與助理員的在職訓練應確實執行，以利早期療育服務之推行。

四、往後的研究者可針對 34 位應通報但未被通報之幼兒進行深度的瞭解，進而提供金門縣政府瞭解專屬於金門縣發展遲緩幼兒的高危險群。

關鍵詞：金門縣、早期療育、通報。

NTTU Library

Current Early Intervention Service in Kinmen County

Pai-Fang Wu

Abstract

The research aims to recognize the early intervention service in Kinmen County. The main purpose is to explore the reporting, referring, evaluation, treatment, and administration perspectives.

The research use “Kinmen County Preschoolers Development Assessment Form” for cases’ initial assessment. Second assessment is conducted by counselors and compared to those reported to verify the actual reporting situation. Semi-structural interview is conducted to social service center, medical system, and education institutions.

The research found that with respect to reporting and referring: 1) 34 children were not reported. Boys were more than girls, mostly 5 years old, in the area of cognition, numbers, and common sense. 2) Kinmen County early intervention service is privately-operated public service, combining transfer center and case management. Medical system is responsible for newborns and regular medical services. Education institute covers second time assessment. 3) Missing reporting cases and low reporting rates due to multiple reporting channels or teachers’ lack of awareness.

The evaluation of early intervention service is not appropriate designed. The current case identifying procedure of through Early Intervention Service Center, open clinic and WPPSI-R form is long and inefficiently designed. It effects the implementation of early intervention service and a waste of resources.

The social service center provides language, skills, physics, cognition, and case management services; physician and therapist appointment once per month. But due to weather, budget and transportation reasons, the plan is not carried out. The educational institutes have counselors and special education assistants. Because the special education assistants are not intensively trained, the parents are less likely to trust them, influencing the treatment process.

This research suggests that the social service center should adequately educate the parents of early intervention service. Second, more on-island physicians are needed. Third, coordination is needed for special education teachers and assistant training to ensure quality service. Finally, follow up on the 34 reported cases to ensure they received sufficient treatments.

Keywords: Kinmen County, early intervention service, reporting service.

NTTU Library

目　次

第一章　緒論 1
第一節　研究動機 1
第二節　研究目的與問題 3
第二章　文獻探討 4
第一節　早期療育的意涵 4
第二節　早期療育的模式 11
第三節　早期療育服務產生之問題 26
第四節　早期療育服務相關研究 29
第三章　研究方法 34
第一節　研究設計 34
第二節　研究對象 36
第三節　研究工具 38
第四節　研究限制 42
第四章　研究結果 43
第一節　金門縣早期療育服務通報與轉介實際情形 43
第二節　金門縣早期療育服務評估與鑑定實際情形 51
第三節　金門縣早期療育服務療育部分實際情形 55
第四節　金門縣早期療育服務行政部分實際情形 60
第五章　結論與建議 66
第一節　研究結論 66
第二節　研究建議 68
參考文獻 69
附錄一　4-6 歲學前幼兒發展檢核表（表 11-13） 75
附錄二　訪談大綱 80
附錄三　學前幼兒發展檢核表之信效度 82

圖表次

圖 2- 1　Bronfenbrenner 生態系統論.....11
表 2- 1　我國法規中提及需接受早期療育之對象.....13
表 2- 2　金門縣 4-6 歲人口數與實際通報數.....15
表 3- 1　金門縣 4-6 歲幼兒就學人數表.....36
表 3- 2　金門縣早期療育服務團隊受訪者分配表.....37
表 3- 3　受訪對象基本資料描述.....41
表 4- 1　各年歲施測人數及測驗未通過人數統計.....43
表 4- 2　分性別各年齡未通報與需通報之人數.....44
表 4- 3　二次篩檢後幼兒分齡各項目落網人次分配表.....45
表 4- 4　金門縣早期療育服務團隊人員概況表.....60

NTTU Library

、

第一章　緒論

第一節　研究動機

一、研究動機

根據世界衛生組織（World Health Organization,WHO）的統計，發展遲緩幼兒的盛行率約 6-8%（何國華，2006；翁菁菁、鄒國蘇，2005；徐澄清，2004）；又根據國外的統計，發展遲緩幼兒的盛行率爲 8-12%（鐘育志，2000），美國則可能由於 1960 年代起對智能障礙之全國性預防計畫的推展，其盛行率於 1988 年是 4%（徐澄清，2004）。行政院衛生署於 2002 年間，曾想委託學者從事台灣地區盛行率的調查，可惜未竟事功，所以目前僅能以世界衛生組織之統計作爲估計值（廖靜芝，2002）。依據行政院戶政司[1]的統計，金門縣 4-6 歲的人口數共有 2297 人，實際在金門地區就讀的人數共有 1387 人。依據 WHO 預估 6-8%來計算，約有 83-111 人，實際上 4-6 歲的通報人數[2]僅有 34 人。數據上的顯示讓研究者產生了諸多的疑問：未現身但須接受早期療育服務的幼兒到哪裡去了？早期療育服務在金門縣是否落實執行？金門縣早期療育服務的推動，有什麼樣的環節出了錯誤，面臨到了問題？

自從民國 80 年台北市政府委託心路文教基金會辦理「心路兒童發展中心」開始（紀金山、宋民麗，2004；郭春在，2005），我國政府分別在特殊教育法（民 1997）、身心障礙者保護法及兒童及少年福利法（民 2003）中提出與特殊教育相關的規定，條文中除了明定發展遲緩幼兒及身心障礙者的福利與權利之外，更於之後訂定一連串相關的法案，以期提供更完善的服務。然而各項的法案公佈實施之後，地方政府若未能如期辦理，則會造成需接受早期療育服務的幼兒權利及福利受損，也使其無法得到實質的幫助。若是如此，不但扭曲了政府制定法案保護發展遲緩幼兒權益之美意，也連帶的使得醫療、教育與社會福利針對這個區塊的推動滯礙難行。而地區性的差異、對早期療育服務的認識及宣傳、

---

[1] 行政院戶政司，網址爲 http://www.ris.gov.tw，統計日期 2007/7

[2] 特殊教育通報網，網址爲 http://www.set.edu.tw/frame.asp，統計日期 2007/3/23

相關機構的積極與否等等問題，是否也影響了早期療育服務的推動？

在教學現場中，我們不難發現早期療育服務推動的困難之處，不僅在政策、經濟層面，其他相關的社會認知問題及專業素養、需求問題都可從第一線的老師口中探究出。對於直接面對家長的老師們而言，如何去說服、提醒及告知家長幼兒的特殊狀況，需要一個強而有力的後盾作爲支持。家長從不接受到願意將幼兒帶至早療相關機構進行鑑定、療育，一定得讓家長先「認識」早期療育，更進一步的必須透露出各地區「早期療育服務實施的現況」及訊息以提供家長瞭解，進而幫助家長歸納及收集、結合相關的資訊，讓疑似發展遲緩的幼兒能盡量接受最正確的評估、完善的照顧及服務。

研究者蒐集國內學者對於早期療育方面的相關研究，將其整理爲四大部分，分別是：發展遲緩家庭及人口特質相關研究（王天苗，1996；王天苗、廖鳳瑞、蔡春美、盧明，1999；吳佳玲、卓妙如、林金定、林雅雯、羅慶徽、嚴嘉楓，2003；洪素英，1999；莊竣博，1999；陳凱琳，2000；鄭期緯，2004）、針對接受早期療育幼兒及家庭需求相關研究（黃淑文，2000；陳進吉，2004；陳麗芬，1999）、有關提供服務者相關研究（沈麗盡，2003；陳明賢，1999；盧麗卿，2004）及台灣地區早期療育服務輸送相關研究（宋芊晴，2004；沈慶盈、蔣明珊，2000；林初穗，2002；俞人鳳，2003；張韶文，2005；陳順隆，2004；黃英琪，2004)，以外島地區的早期療育服務現況研究，則寥寥無幾。

研究者於金門從事教師工作已邁入第五年，因服務學校早期療育服務工作的推動不如預期，一般家長對早期療育服務的「認識」不夠，不知道早期療育服務是「做什麼？」，更不用談是去接受服務了。因此特別啓發研究者想進一步探討目前金門縣早期療育目前實施現況，以期對此問題有初步的了解和發現，並對金門縣早期療育服務的推動有些許的貢獻。

第二節　研究目的與問題

本研究的目的爲：

（一）瞭解金門縣早期療育服務實施現況。

針對研究目的，本論文主要探討的問題爲：

（一）金門縣早期療育通報與轉介實施現況爲何？

（二）金門縣早期療育評估與鑑定實施現況爲何？

（三）金門縣早期療育於療育服務實施現況爲何？

（四）金門縣早期療育服務行政運作實施現況爲何？

NTTU Library

第二章　文獻探討

第一節　早期療育的意涵

一、早期療育的定義

我們自古以來普遍都有一種不切實的概念，就是「大雞晚啼」或「大器晚成」（羅志釧，2004）。所以在嬰幼兒時期，如果遇到發展上面比同年齡的幼兒慢（認知部分、語言發展部分），家長往往都抱持著「長大就會了」的心態，殊不知等到長大若未改善，就已經錯過早期療育的黃金期。據國外專家的研究指出，發展遲緩兒童之最佳療效爲六歲以前，尤其三歲以前更是黃金療育期，是因兒童越年幼其腦部的可塑性大，若大腦某一部份因受損而未使用，有可能導致該部分腦組織自然退化，因此這些兒童如果能被及早發現其發展遲緩的跡象，並給予適當的療育服務，可以避免惡化，對於輕度兒童甚至能經過義務教育階段，而自理生活（王立杰，2004）。

什麼是早期療育？Shonkoff ＆ Meisels 定義認爲早期療育是指幼兒早期所進行的以家庭與兒童成長爲主的干預方案。方案內容包括各式治療、訓練與教育等。其又於 2000 年定義，兒童早期療育是「針對出生到三歲，發展遲緩或身體殘廢的兒童及其家庭，所提供的各領域服務。」（引自黎蓮嬌，2004）這個定義明確的指出應將接受早期療育的年齡向下延伸至出生即開始。Ramey ＆ Ramey 指出早期療育是爲增進兒童發展而進行一連串活動，它始於評估兒童及其家庭的能力、需求所在，進而提供適當的支持與監控、重複評估兒童的發展等服務，其最終的目的在於促進孩子的社會能力，能適應日常的生活環境，且在未來的學校生活與生命中，皆能適應良好（引自吳俊輝、黃志成，2005）。

我國學者萬育維（1995）對早期療育下的定義爲：針對學前階段具有特殊需求的兒童及家庭，所提供的各項專業整合服務；希望藉由提早的醫療、復健或福利方案等措施，防患於未然的培育幼兒生活適應能力。王國羽（1996）則是認爲早期療育是以發展遲緩兒童與家庭爲主要介入對象，不單單只是幼兒而已。因此，早期療育除提供發展遲緩幼兒提早接受教育、掌握學習契機外，更重要的是協助家庭建立與發展遲緩幼兒互動的模式，以協助家長學習處理發展

遲緩幼兒的問題。鐘育志（2000）則將早期療育定位爲一種人性化、主動而完整的服務。利用各種專業整合性的服務，來解決發展遲緩或發展障礙兒童（特別是 0-6 歲）的各種醫療、教育、家庭及社會相關問題，以便能支持並加強孩子的發展。一方面開發孩子的潛力，一方面減輕障礙程度及併發症，以使孩子能擁有和同齡孩子一樣過正常生活的能力。陳麗如（2004）指出早期療育有補償、治療、預防和啓發的效益，其目的在增進身心障礙嬰幼兒生理、認知、語言及社會能力等的發展，有助於減輕障礙程度、減少社會依賴、機構式收容以及未來被安置於特殊班級特殊學校的必要。期望藉此減少家庭的壓力，並且運用社會資源，以協助父母指導障礙兒童的發展。也就是說，早期療育服務是針對發展遲緩幼兒及其家庭的，是全面而且整體性的，不能單方面遷就發展遲緩幼兒或其家庭，應對發展遲緩幼兒做全方位的考量與評估，亦期望這種服務是能幫助發展遲緩幼兒及其家庭的。

另外，從我國的法令上來看，教育部公布的特殊教育法（1997）中並未提及與早期療育相關的定義，而在內政部公布的兒童福利法（1993）修正時，有關早期療育與發展遲緩的相關條文才出現。兒童及少年福利法[3]施行細則（內政部，2004）中第五條指出：「本法所稱早期療育，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。」在第六條中也將發展遲緩兒童做出界定，不但指出發展遲緩兒童是「有疑似異常」、「可預期有發展異常情形者」也將「衛生主管機關認可之醫院評估確認，發給證明」（指領有身心障礙手冊）之兒童包括在內。

根據以上我國學者及法令定義，綜合出早期療育是指從醫療層面、教育層面及社會福利層面專業介入，提供服務、支持、資源以符合特殊幼兒發展及其家庭的需求，這些服務、支持、資源的提供需要其父母親及家人的參與，期待增進其發展、減輕其障礙程度，使幼兒能有和同齡幼兒一樣過正常生活的能力。

---

[3] 民國 92 年 5 月 28 日將**兒童福利法**及**少年福利法**合併爲**兒童及少年福利法**公佈實施。**兒童福利法**於民國九十三年六月二日總統華總一義字第 09300105721 號令公布廢止。

二、早期療育的目的

羅志釧（2004）引自一位家長口述「早期療育的目標就是針對於學習上給予特別的協助，但是學習並不限於讀寫算而已，也更不是全然交給醫生、治療師或是早療機構就可以完事的。尤其專家告訴我，親職在早期療育的過程中是居於最重要的角色。專家告訴我，療育就從發現開始，一切用平常心來教育她。養成良好的生活習慣，養成她有生活的自理能力，以及多給予動手操弄的機會及能力並成就其自信心，再陶冶其有一個愉悅的情緒、心情，好讓他有一顆健康快樂的心，去面對往後多舛的人生…。」在家長的立場與需求中，無非是想要讓幼兒能在最基本的自理方面、生活方面能夠不假他人之手自己完成，對幼兒而言，這些就是一種學習，是與家長、醫療團隊與社會福利機構共同的學習。另有學者從經濟方面因素來看，認爲早期療育的目的主要是希望在案主生理各方面機能尚在發展之時，即施以治療，避免其病症的惡化或第二障礙的發生；從而減輕家長扶育的困難，降低社會成本（Rossetti，2001，轉引自紀金山等，2004；柯平順，1994）。許多的學術論點皆支持「愈早進行療育，其效果愈好」。美國的早期教育研究學會（National Institute for Early Education Research）的研究指出，良好的學前教育經驗將可以使特殊幼兒，在成年以後能夠從事較高的工作收入，他們較不需要特殊教育服務，其母親也可以從事較高收入的工作；另從啓蒙計畫（Abecedarian Project）中也可以發現每投入一元的成本將可回收四元的利益（Council for Exceptional Children，2003，轉引自陳麗如，2004）。於是在談早期療育時，常說：「三歲前做一年，勝過於三歲後做十年。」，「發展的可塑性」（plasticity）及「成本效益」（cost effectiveness）確認是推動早期療育的兩個基本前提（Ysseldyke，Algozzine，＆Thurlow，1992，轉引自陳麗如，2004）。針對學習上給予特別的協助，不僅是在認知方面，而是全方位學習的協助，並且幫助接受早期療育的幼兒們及他們的家庭成長，利用整合的資源與醫療、教育、福利機構等相關單位的專業團隊與知識，替社會及幼兒發展作更有效的投資，則是早期療育的目的。

張如杏（2004）指出台灣早期療育的架構來自美國的公法 99-425 全體殘障兒童教育法修正案（1986），和後來 Individuals with Disabilities Education Act（1990）「個別障礙者教育方案（簡稱 IDEA）」的理念：包括生態取向的概念、

個別化的服務、以家庭爲中心的服務取代兒童中心模式、對文化差異的尊重、賦權（enabling，empower）、不同專業的服務、融合於正常環境爲目標。研究者認爲，這個目的點出了早期療育的理論根據（生態理論）、早期療育的服務對象（個別及其家庭）、早期療育服務提供團隊與所處立場（不同的專業、對文化差異的尊重、賦權）及最終目標（融合於正常環境），也讓從事早期療育研究及服務的專業人士有所圭臬去遵循與定奪。

綜合以上所述，早期療育的目的是針對發展遲緩幼兒及其家庭所提供的全方位服務，整合了社政、醫療及教育等社會資源所提供的專業服務，最終目標期望能夠讓發展遲緩幼兒融合於正常的環境中，讓社會資源做更有效的投資。

三、早期療育之相關理論

建構早期療育發展之兒童發展理論，包含許多層面的學理與實證概念（陳嬿如，2003）。早期療育有其發展的歷史背景及實證研究的支持，但是更重要的是有其理論依據，在不同的理論發展下早期療育的實施方式、過程也將不一致，因此可以發現理論的重要性。Bailey & Wolery（1992）更認爲早期療育的理論確是主導整個早期療育的方向與重點的依據，它不僅影響專家的判斷，更會影響早期療育的成果（吳俊輝、黃志成，2005）。也就是說，如何去判定幼兒需接受早期療育，要從幼兒的發展看起。若一個幼兒的發展與同儕比較，緩於同儕常模，則必須接受早期療育的服務。故在探討幼兒早期療育的課題時，我們則必須先了解有關幼兒發展的相關理論，才能著手進行。

綜觀國內學者多以認知發展理論、行爲理論、生態系統論及社區本位理論來檢視早期療育服務的介入（Frank G. Bowe，1995/1998；Bailey & Wolery，1992，轉引自吳俊輝等，2005；何國華，2006；李欣靜、林美瑗、郭宗煌，1999；俞人鳳，2003；陳明賢，1999；陳嬿如，2003；黎蓮嬌，2004），以下就各理論分別探討：

（一）認知發展理論

根據皮亞傑的認知發展理論，從 0-6 歲的嬰幼兒在發展中被分做感覺動作期與前運思期。0-2 歲的嬰幼兒試著利用身體的動作及感覺來認識周遭的世界，

也藉此發展他的思維方式。以目標取向的活動，漸漸的把注意力在外界。這個階段的幼兒們藉由嘗試錯誤來學習並了解他們的世界，依照自己的發展在適當的時候進入適當的時期。從 2-7 歲進入運思預備的階段，此時幼兒能夠聯想出尚未出現的人、事、物，並且發展得越來越精緻。只有直覺性的思考，但是已經發展出『爲什麼？』的概念。在思維上受到了自我中心概念、萬物有靈、缺乏質量保留概念的影響，也無法做出橫跨式的推理（李宜賢等，2002）。皮亞傑定義智力爲一項能協助個體適應環境的基本生命過程，主要的活動目標是建立個體的思考歷程與環境之間的和諧平衡關係。環境中種種新奇的刺激，如果不能被幼兒所理解，可能形成幼兒與環境間的不平衡，因此幼兒就會調節自己心理的結構，以適應環境。幼兒是一個建構者，根據認知發展的層次來建構世界。藉由基模（scheme）來應付或是說明一些經驗。將新的經驗藉由同化（assimilation）、調適（accommodation）重新的組織舊有的知識而成爲新的知識，並以新的方式來思考舊有的問題，邁入更高的一個階段。

皮亞傑認爲心理發展中『順序的不變性』即是幼兒必須先穩固一個階段的認知基礎後，才能往下一個認知階段發展，以累積幼兒的認知與學習能力。階段中的『不可倒置性』即是已經學會的認知能力或是生活上的技能就不可能退化至前一個階段。『逐步進化性』是說明每個幼兒逐步學習而累積出來的認知能力及學習成果，就是知識的形成。這三個特徵對於接受早期療育的發展遲緩幼兒來說，是相當重要的。透過早期療育，我們希望照顧者能幫助發展遲緩的幼兒們建構並形成知識，去同化與調適新的經驗，並且希望已形成的知識不會從兒童的心中、腦中抹去，反而能建立基石，提供向上或更進一步的學習。

（二）行為理論

在行爲分析學派當中，學者史金納（Skinner）認爲經由制約操作學習，行爲跟後果是相關的，尤其是增強模式。當人類受到環境的制約之後，行爲就產生了，當某個特定的行爲出現時，馬上給予令人愉悅的刺激物（正增強 positive reinforcement）會增加該行爲出現的頻率；反之，若移除一個令人不愉快或是不討喜的刺激物（負增強 negative reinforcement），亦會增加該行爲出現的頻率（Francis Wardle，2003/吳雅玲等譯，2005；李宜賢等，2002）。但若把增強移開，則可能會抑止某項行爲的發生。例如「隔離」可以幫助家長們戒除幼兒不良的

習慣，「增強的行爲」亦可以幫助塑造新的行爲，尤其是針對特殊的幼兒。一次要達到所希望的行爲不太可能，經由多次的增強，則慢慢的可以塑造出令人滿意的行爲進而達到學習的目標。班度拉（Bandura）社會學習理論論點中凸顯「觀察學習」的重要性。嘗試解釋人類如何從觀察、模仿、示範中互相學習（Francis Wardle，2003/吳雅玲等譯，p.9-31）。藉由觀察、模仿楷模可以迅速的獲得許多的知識、行爲及反應。

我們可以看到早期療育服務，在職能治療、物理治療或是心理諮商等方面都運用到行爲理論，不論是增強、塑造或是觀察學習，都是可以利用的技巧。發展遲緩的幼兒在學習上需利用這樣的方式，較爲簡便的讓他們接受學習與形成知識，也就是說透過跟環境的交流與互動，只要提供適當的楷模，即使是發展遲緩幼兒依舊可以使行爲有所改變。

（三）生態系統論

Brofenbrenner（1975）認爲兒童的問題並非單一因素造成，必須考量其周遭的環境。發展中的人可以是環境系統的中心，也被鑲入環境系統中。環境系統包括小系統，或稱微系統（microsystem），是指發生在人之周遭環境的活動或互動。對大部分的幼兒而言可能指的是家庭，隨著年齡增長就越加複雜，小系統中任何兩個人的互動都會影響到第三者，所以小系統是發展真正的動力系統；中系統（mesosystem）指的是家庭、學校及同儕團體這些系統間的關係，若中系統間不具支援的關係就會有問題產生；外在系統（exosystem）是與孩子無直接關連的，如父母的工作環境單位等等，但會間接的影響孩子；大系統（macrosystem）即是小系統、中系統與外在系統所在的文化或次文化的社會階級情境，是一個高高在上的思想體系，描繪著應該要如何做的價值觀，對情境經驗會有很大的影響。最後，包括了一個時間

圖 2- 1 Bronfenbrenner 生態系統論
（Berk，1997，轉引自周淑惠，頁 10）

向度（chronosystem），強調兒童或任何發展之生態情境的改變，會影響發展可能的方向。例如青春期會改變自身與父母的關係，與父母之間的衝突增加等等。

從此觀點來，早期療育就是利用小系統、中系統與大系統的理論進行運作的。在早期療育服務中的家庭（小系統）、學校、醫院、社會福利機構（中系統）、社會福利的政策與社會價值觀（大系統）將早期療育服務的網絡做出建構，也可以清楚的看出，多專業團隊的運作是早期療育服務中所必需的，經由生態系統理論我們可以幫助幼兒架構出支持網絡，以便在面臨困難時的多面向的服務、解決與支援。

（四）社區本位

1980 年至 1990 年代，社區本位復健（community-based rehabilitation）和社區本位教學（community-based instruction）爲眾所皆知對殘障者教育和健康上相關服務的方法。前者是由衛生方面的專業人員所創立，後者是由特殊教育人員所倡導的。而社區本位復健的意思是社區本身對障礙成員有復健的責任，使其能完全的參與社區的生活。而其目標乃是訓練障礙者來適應他們的社區生活環境，並與整個社會互動，促進社會統合，改變社會對障礙者的照顧。爲了達到正常化的社區生活，在教育方面的教學技術就要使障礙者能有一般成人的生活技能、處理事務的態度。而讓此任務達成的最佳方式，則是讓障礙者在自然的環境下學習，並且給予適合的教學提示與增強物，以及正向的經驗、與正常人互相的瞭解與熟悉，教導實際情境中所需的目標行爲，以期達成社區本位的教學目的（王明泉，2003）。

綜合上述，早期療育服務可以利用認知發展理論、行爲理論、生態系統論及社區本位的概念進行，最終目的都是期望發展遲緩幼兒，可以得到適切的照顧與療育，將所有的遲緩情形減到最低，由成人幫助他們，建構支持的網絡，在面對問題時能夠得到更多的資源與支援，並期望能在實際的情境中學到正向的經驗與互動，融入正常人的生活當中。

第二節　早期療育的模式

一、我國早期療育服務的發展歷程

從民國 59 年特殊教育法中即對障礙幼兒提及教育安置，但是早期療育的工作被提及則是近十年的事。在民國 70 年以前，我國身心障礙工作的推動，多以民間的宗教或慈善組織爲主，而服務也只限於極少的縣市。當時，國內對於特殊教育的發展只限於在學齡階段提供特殊班級的協助，國內對於特殊教育的師資培訓，亦只有在職進修的形式。在民國 70 年以後，受到美國與特殊教育相關法案修正與回國的特殊教育專業人士的影響，開始有少數的醫療院所發展復健醫學及兒童心智科，學前特殊教育的工作漸漸受到重視。家長團體的成立及發展亦影響了早期療育服務的推動。家長團體在透過與國外家長團體學習過程及親身經驗的分享，明顯的感受學前專業之介入與否對幼兒發展的影響；同時也看到先進國家對於特殊需要幼兒的關注是有規劃的。因此，在民國 81 年智障者家長總會成立之後，便以台灣應對發展遲緩幼兒有更明確及完整的照顧及協助爲首要的工作重點。更值得一提的是，早期療育能如此快速而順利的通過立法，納進福利法規中，歸功於民間家長團體在此政策制訂過程中所表現的政治動員力量。這些家長憑藉爲特殊幼兒爭取福利的熱忱，配合當時的政治生態，在極短的時間中即推動法令並實施（沈慶盈等，2000；周文麗、鄭麗珍、林惠芳，2003；連心瑜、吳亭芳、陳麗如、毛新春，2005；陳嬿如，2003；陳麗如，2004），讓我國早期療育服務的推動，更向前邁進一步。

民國 73 年的特殊教育法中並未提及學前特殊幼兒療育的部份，一直到民國 80 年台北市政府委託心路文教基金會辦理「心路兒童發展中心」，服務 0-3 歲障礙幼兒，台灣地區才正式成立第一個早期療育中心。此階段亦無法案的明文規定，服務量很有限。有鑑於此，民國 82 年兒童福利法修正有關發展遲緩幼兒及早期療育政策，相關條文才就此呈現。有了法令的支持，內政部社會司於民國 83 年開始推動 0-6 歲障礙兒童職能評估及個案管理工作。民國 86 年特殊教育法明確的指示，對 3-6 歲身心障礙幼兒進行早期療育，同年身心障礙者保護法亦提出對 6 歲以下身心障礙嬰幼兒的療育工作進行辦理。台北市政府社會局也於此年專責成立通報及轉介中心，並由各公立托兒所招收發展遲緩幼兒。民

國 92 年將兒童福利法與少年福利法結合爲兒童及少年福利法，並以更多的篇幅，規範特殊幼兒接受療育服務的範圍（沈慶盈、蔣明珊，2000；周文麗等，2003；連心瑜等，2005；陳嬿如，2003；陳麗如，2004）。截至民國 95 年 3 月全國共有 56 所早期療育通報轉介及個案管理中心，其中部分爲公營單位，大部分爲縣市政府轉托民間團體經營轉介及個案管理之業務。由此看出，我國早期療育的相關法令與相關機構的設立，已漸趨完成。

二、早期療育服務的對象

表 2-1 將我國法規中提及需要接受早期療育之對象做出整理。我國法令上所提出針對接受早期療育的對象多以「醫療鑑定」做爲基準。目前台灣地區的早期療育對象以針對醫療上確定有遲緩者爲主，並沒有從預防的觀點切入。

NTTU Library

表 2- 1　我國法規中提及需接受早期療育之對象

身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準（第十三條）	兒童及少年福利法施行細則（第六條）	特殊教育法（第三條）	身心障礙者保護法（第三條）
教育部，2002.5	內政部，2003.5	教育部，2004.6	內政部，2004.6
本法第三條第二項第十一款所稱發展遲緩，指未滿六歲之嬰兒因生理、心理或社會環境因素，在知覺、認知、動作、語言及溝通、社會情緒、心理或自理能力等方面之發展較同年齡顯著遲緩，但其障礙類別無法確定者；其鑑定依嬰幼兒發展及養育環境評估等資料，綜合研判之。	本法所稱發展遲緩兒童，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。 經評估為發展遲緩兒童，每年至少應再評估一次。	本法所指身心障礙，係指生理或心理之顯著障礙，致需要特殊教育和相關特殊教育服務措施之協助者。 本法所稱身心障礙，指具有下列情形之一者： 一. 智能障礙。 二. 視覺障礙。 三. 聽覺障礙。 四. 語言障礙。 五. 肢體障礙。 六. 身體病弱。 七. 嚴重情緒障礙。 八. 學習障礙。 九. 多重障礙。 十. 自閉症。 十一. 發展遲緩。 十二. 其他顯著障礙。	本法所稱身心障礙者，係指個人因生理或心理因素致其參與社會及從事生產活動功能受到限制或無法發揮，經鑑定符合中央衛生主管機關所定等級之下列障礙並領有身心障礙手冊者為範圍： 1. 視覺障礙者 2. 聽覺機能障者 3. 平衡機能障者 4. 聲音機能或語言機能障礙者 5. 肢體障礙者 6. 智能障礙者 7. 重要器官失去功能者 8. 顏面損傷者 9. 植物人。 10. 癡呆症者。 11. 自閉症者。 12. 慢性精神病者。 13. 多重障礙者。 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者。

資料來源：全國法規資料庫 http://law.moj.gov.tw/　，研究者自行整理

近來的社會現象反映出家庭暴力、虐待、「新台灣之子」、「新移民家庭」及隔代教養問題、文化刺激不足、父母親教育程度較低等等，都使幼兒處於一個充滿危險因子的環境。是否應制訂法源，將處於高危險環境的幼兒也納入早期療育的對象，則是當今必須考慮到的課題。

三、早期療育服務的內容

早期療育服務最重要就是掌握適當的療育時機，及早發現與治療，則是首要的工作，流暢的系統與服務的機制則是最主要的工作原則。早期療育的執行多依下列的幾個步驟進行：

（一） 通報、轉介

1.國內執行情形

早期療育的契機在於及早發現、及早治療與介入，因此發展遲緩幼兒是否能接受早期療育的服務，便決定了該項服務是否具有成效的重要關鍵。經由通報，到後續的轉介服務，能讓發展遲緩幼兒及其家庭，受到更適切的療育，因此，通報階段的重要性，不言而喻。

目前國內 25 縣市皆已成立通報轉介中心，其內容稍有不同，形式上亦有公辦與委外模式。其中公辦的模式是通報轉介由社會局負責，其他業務由民間承包，委外模式是通報轉介與個案管理皆由民間機構承包。這兩種業務辦理的形式各有其優缺點，若是由公部門執行通報與轉介的工作，較具強制性的公權力，至於民間承包的方式則較易掌握後續的療育服務與個案管理的追蹤。

爲了達到及早發現、及早治療的目的，醫生、家長與教師的工作格外的重要。幼兒出生前後最早接觸到的就是醫療團隊，醫生從產前檢查與新生兒篩檢中可以發現幼兒的異常狀況。而家長也可以從產前的預防、新生兒的篩檢與追蹤、嬰幼兒的健康檢查與發展追蹤、親職教育的提供與衛生教育的實施這些方面，發現出需要接受早期療育的發展遲緩嬰幼兒。幼兒的照顧者往往都是發現者，如何建立主要照顧者對發展遲緩幼兒的敏感度，則是家庭教育中需要被考慮進去的。除此之外，教師在這一環節中也是十分重要的角色。如在就學前未被發現的特殊狀況，就學後，教師能經由各縣市教育局所提供的學齡前兒童發

展檢核表針對全班的幼兒進行篩檢，將疑似發展遲緩的幼兒進行通報，並請求社政單位介入，再由社政單位進行轉介、評估等工作，如此一來，三方面共同執行，徹底的達成通報與轉介的工作，才能讓需要接受療育的兒童得到最適切的照顧（宋芊晴，2004；林欣儀，2006；張秀玉，2000）。

2.金門縣執行情形

表 2-2 爲金門縣 4-6 歲人口數與實際通報人數一覽表，金門縣戶籍上 4-6 歲人口數有 2237 人，實際在金門就讀的人口數有 1387 人。以世界衛生組織（World Health Organization,WHO）的統計，發展遲緩幼兒的盛行率約 6-8%，以此比例計算約有之發展遲緩人數應爲 83-111 人，實際通報有 34 人。

表 2- 2　金門縣 4-6 歲人口數與實際通報數

	戶籍上 4-6 歲人口數	實際上 4-6 歲人口數
總人數	2237 人	1387 人
通報數	34 人	

資料來源：教育部特殊教育通報網，網址爲：http://www.set.edu.tw/，上網日期 2007/8/23

金門縣之『發展遲緩兒童早期療育服務通報轉介中心』是以委外的模式進行，通報轉介中心與個案管理中心合一，設置單一窗口，皆由台中瑪麗亞社會福利基金會執行運作（鄭大行，金門日報，2004），主要的工作包括個案通報及轉介服務、個案管理服務與辦理早期療育宣導工作等，通報流程[4]如圖 2-2。

個案通報後，通報轉介中心於三日內聯繫個案，並填寫通報單等表格，於七日內回覆給通報單位通報的情形，若個案爲特殊個案則優先進行轉介，兩週內會至個案管理中心；若通報個案爲一般個案，則經由評估確認後轉至個案管理中心，若評估後不符合發展遲緩相關條件，則轉介相關資源提供服務，經由追蹤後，依據結案之指標評估是否結案。

在轉介的部分，社福機構多轉介至相關資源提供服務。在教育體系方面，

[4] 資料來源：金門縣學前兒童發展篩檢通報種子訓練研習會會議資料，研習日期：2006/11/26

於每學年度上學期開學後三個月，教育局會請各幼稚園班級教師配合，以『金門縣學前兒童發展檢核表』進行初步篩檢，篩檢過後將測驗未通過之幼兒名單，呈報教育局，由各區的巡迴輔導老師進行二次篩檢，篩檢不通過之幼兒，再進行通報[5]。

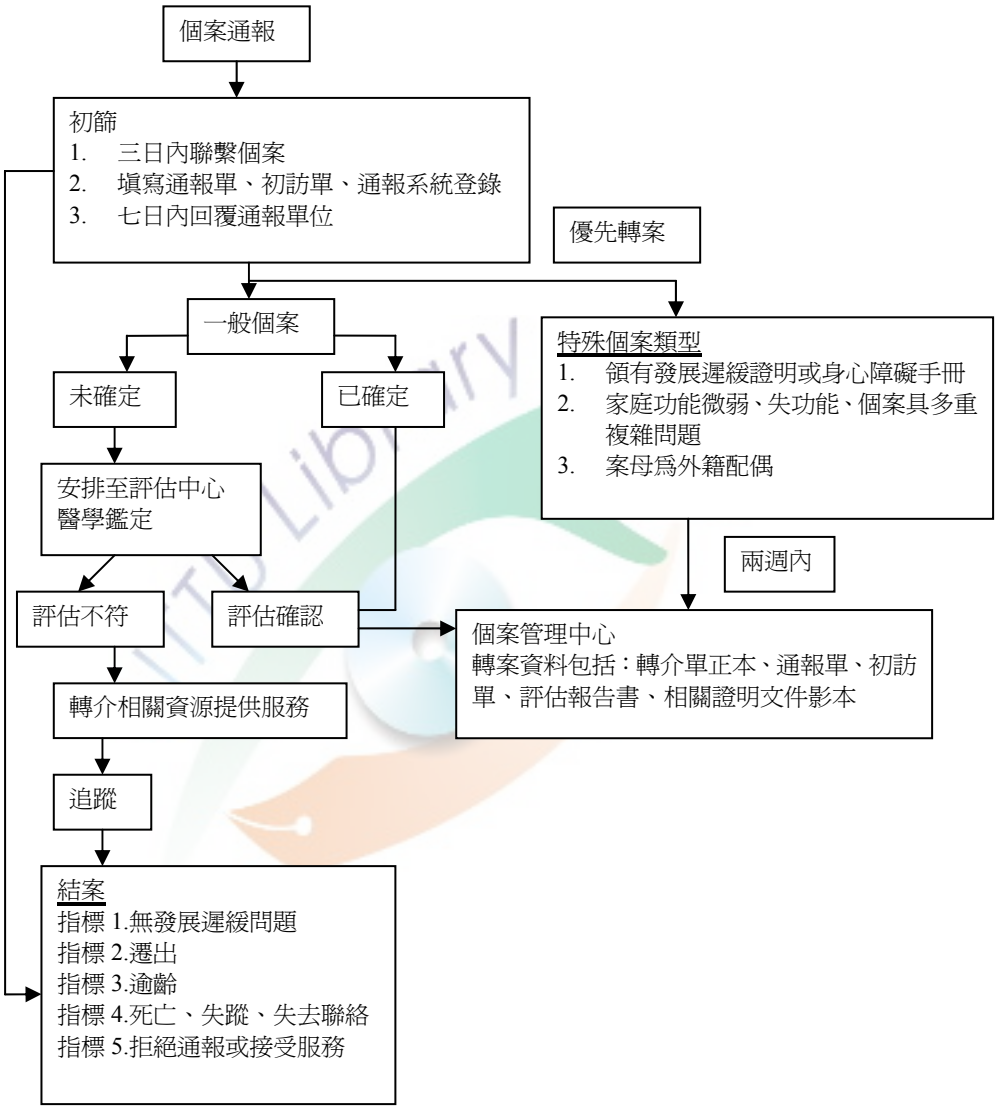


圖 2- 2 金門縣早期療育聯合服務中心通報流程
資料來源：金門縣早期療育聯合服務中心

[5] 資料來源：金門縣特殊教育資訊網。網址：http://www.se.km.edu.tw/attachment/doc1.htm

（二）評估

1.國內執行情形

評估或稱作評量（assessment）是對於觀察到、測量到的數值予以價值判斷，因此在過程中，除了根據某項標準，如常模參照，予以評估或評量之外，更應收集個人潛能或其他相關資料，加以整理解釋而後才做最終之判斷（陳麗如，2001）。有效的評估可以讓幼兒的發展與療育的介入變的比較有效。可幫助專家與照顧者可以把焦點放在療育的介入，而不是一個不適用的評估上（Macy，Bricker ＆ Squires，2005）。

目前國內發展遲緩兒童聯合評估的方式，包括聯合門診與一般門診，聯合門診的診斷方式，是經由醫療專業團隊聯合會診的方式進行，評估鑑定的科別包含小兒心智科（小兒精神科）、小兒神經科、耳鼻喉科與復健科，及後線的物理治療師、職能治療師、語言治療師、社會工作師、心理治療師、特教老師等，依每位發展遲緩兒童的狀況決定由哪些科別或治療師進行評估。多方面的收集資料，從主要照顧者、醫師或是學校教師，全方位的面向進行評估的工作，由不同的跨專業的團隊來進行。經由聯合評估中心的評估，可以更確定發展遲緩幼兒需要接受早期療育的項目與方針，進而撰寫個別化教育計畫，以期對幼兒有實質上的幫助。而一般門診的診斷方式，則是需要家長依照各醫院的服務流程，重複的進行掛號、看診等的步驟，如此則會增加家長的交通奔波，也影響家長對於孩子進行評估的意願。

經過評估之後，早期療育中心社工人員會將其案主轉介到適當的機構接受療育服務，此階段是利用個案管理模式進行。案主可以接受適當的測驗與療育上的協助，在心理上、生理上可接受到良好且適當的醫療與教育訓練，並可以避免走太多不必要的冤枉路，讓幼兒得到個別化且適切的教育與醫療協助，期待幼兒可以盡早趕上發展的里程碑、減低遲緩的程度，並滿足其本身與其家庭的需求。

2.金門縣執行情形

在評估與鑑定方面，是醫療體系在早期療育服務中的主要工作。因離島地區交通不便，所有的評估工作，需等待衛生署撥下該年度經費之後，才進行評估的工作。所有的醫師、治療師則屬於外援，金門縣沒有專屬的醫師負責此方

面的業務，只有醫院的社工員，是隸屬於署立金門醫院的工作人員，負責接洽醫生與治療師、安排個案進行評估鑑定等工作（金門縣特殊教育專業團隊實施計畫，2002）。

（三）療育服務

1.國內執行情形

疑似發展遲緩幼兒在接受評估之後，確定發展遲緩事實時，各縣市的通報轉介中心之社工人員，便會依照個案的狀況轉介到適當的療育服務單位，療育服務是最直接接觸到幼兒以及改善他們的發展現況的。可分做醫療服務、教育服務和福利服務的提供，此三方面的整合是在療育服務上遇到最難的難題，也是最需要學習的課題。其中醫療的服務包括一般治療、物理治療、職能治療等等；教育服務包括認知訓練、動作、溝通、遊戲等等；社會福利服務則有家庭功能重建、經濟支持與社會支持網絡的建立等等。目前療育服務各縣市均有療育補助費和交通補助費依照各縣市的情況不同，而有不同的補助費用。

2.金門縣執行情形

在療育方面，『金門縣早期療育聯合服務中心』所提供的服務有語言治療、職能治療、物理治療、認知課程、個管服務等。若有疑似遲緩現象之個案，會進到早期療育聯合服務中心中進行進一步的篩檢，先利用電話訪問與家庭訪問的方式進行個案的瞭解，再由醫院安排評估時間，經過評估後確定需進行療育，早療社工即開案，療育服務流程[6]如圖 2-3。個案經由通報之後，進行初步的篩檢與評估的工作，當療育服務確定之後，就由個案管理中心接手，進行個別化的家庭服務計畫。其中包括專業團隊的咨詢服務、教育訓練、家庭服務與療育服務。接受服務後，由個案管理中心進行成效評估、結案與後續的追蹤。

另外，因金門縣無專屬、常駐的治療師，醫療體系在此部分則安排醫師或治療師每月至金門一次進行療育的工作。亦由醫院的社工員視個案需要安排療育。在教育體系部分，金門縣立金城幼稚園及金湖國小附設幼稚園均設置巡迴輔導班，共有五位教師進行巡迴輔導的工作。另外，卓環國小附設幼稚園設立

[6] 資料來源：金門縣學前兒童發展篩檢通報種子訓練研習會會議資料，研習日期：2006/11/26

資源班一班，班上有兩位老師及一位特教助理，視個案情況不同，撰寫個別化教育計畫，針對發展遲緩幼兒認知、動作部分進行服務（鄭大行，金門日報，2001）。

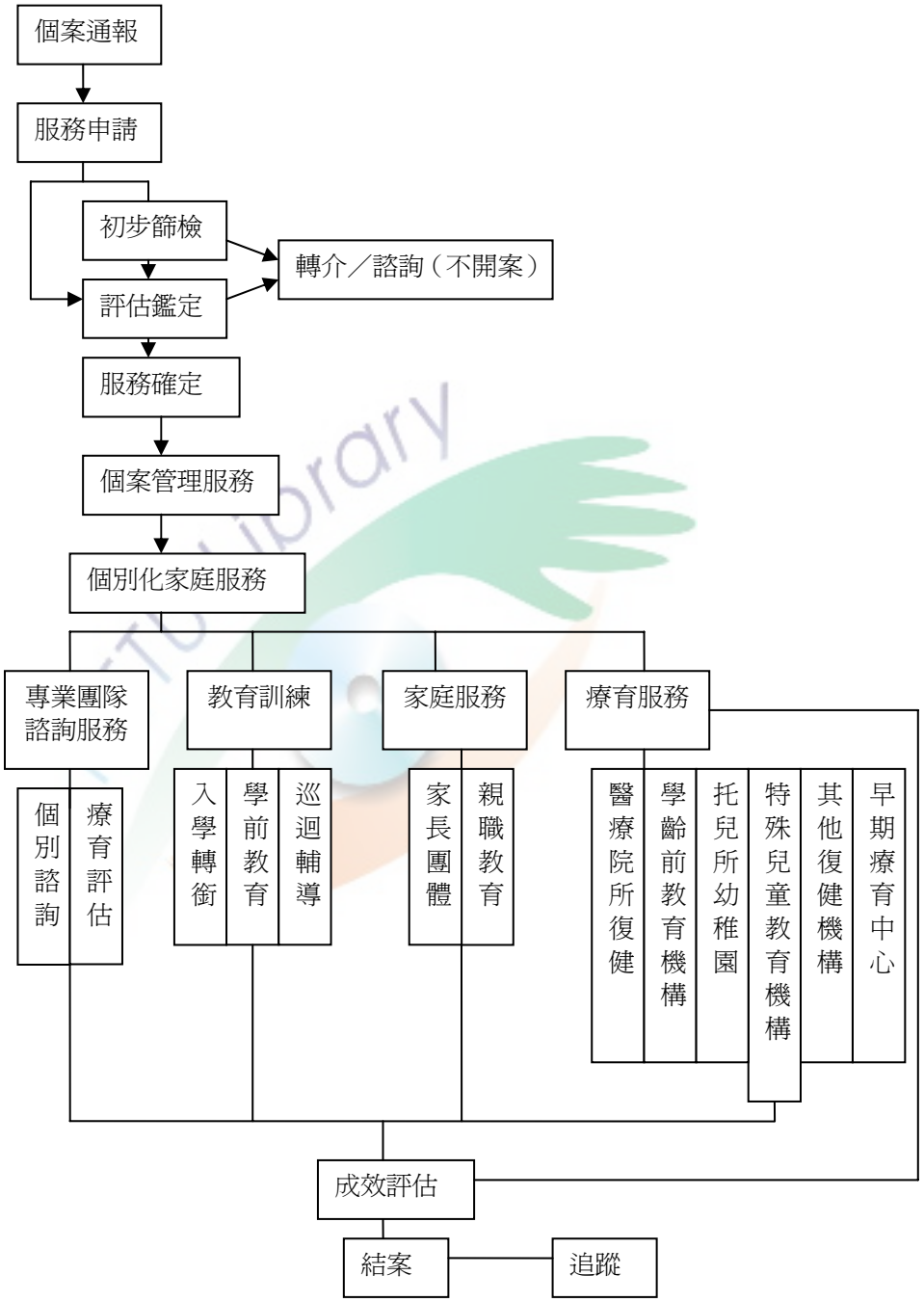


圖 2- 3 金門縣早期療育服務流程圖
資料來源：金門縣早期療育聯合服務中心

（四）評鑑與結案

1.國內執行情形

評鑑的目的爲發現嬰幼兒及其家庭中之優點、資源及需要，而在提供早期療育服務時，重點在加強及發展嬰幼兒的潛能與才能，協助與支持家庭與孩子的需要。當一個個案完成服務或是需求改變時，個案管理員應修訂或擬定一個新的個別化家庭服務計畫或個別化教育計畫，或是需要再次轉介、追蹤等等。評鑑工作可以與轉介工作合併，以協助發展遲緩幼兒進入另一個新的環境中，並期待有更好的進步。

2.金門縣執行情形

如圖 2-4，個案管理中心先分配個案管理員進行家庭訪問，評估需求後轉介專業評估人員，擬定適合的個別化家庭計畫，其中包括專業團隊咨詢服務、教育輔導、家庭服務與療育服務等，服務完成後進行成效評估、結案與追蹤的動作，以求瞭解服務的適切性，個案管理員也會視情況，修正計畫，進行下一步的計畫進行或轉介等[7]。

綜合以上文獻可看出，金門縣早期療育服務在通報與轉介的流程，與國內情況大致相同，不同之處爲在教育體系部分通報個案，需經過巡迴輔導老師的二次篩檢工作，再由教育局進行通報動作。而在評估與療育的部分，因爲金門縣沒有專屬醫師，需等候台灣的醫師到金門來，聯合評估與療育才會進行，與國內各縣市中，皆有專屬的聯合評估中心醫師的情況相比，有較不方便之處。評鑑與結案的情形也與國內情形相仿，機構的角色皆站在支持的位置，期待協助發展遲緩幼兒有更好的進步。

[7] 資料來源：金門縣學前兒童發展篩檢通報種子訓練研習會會議資料，研習日期：2006/11/26

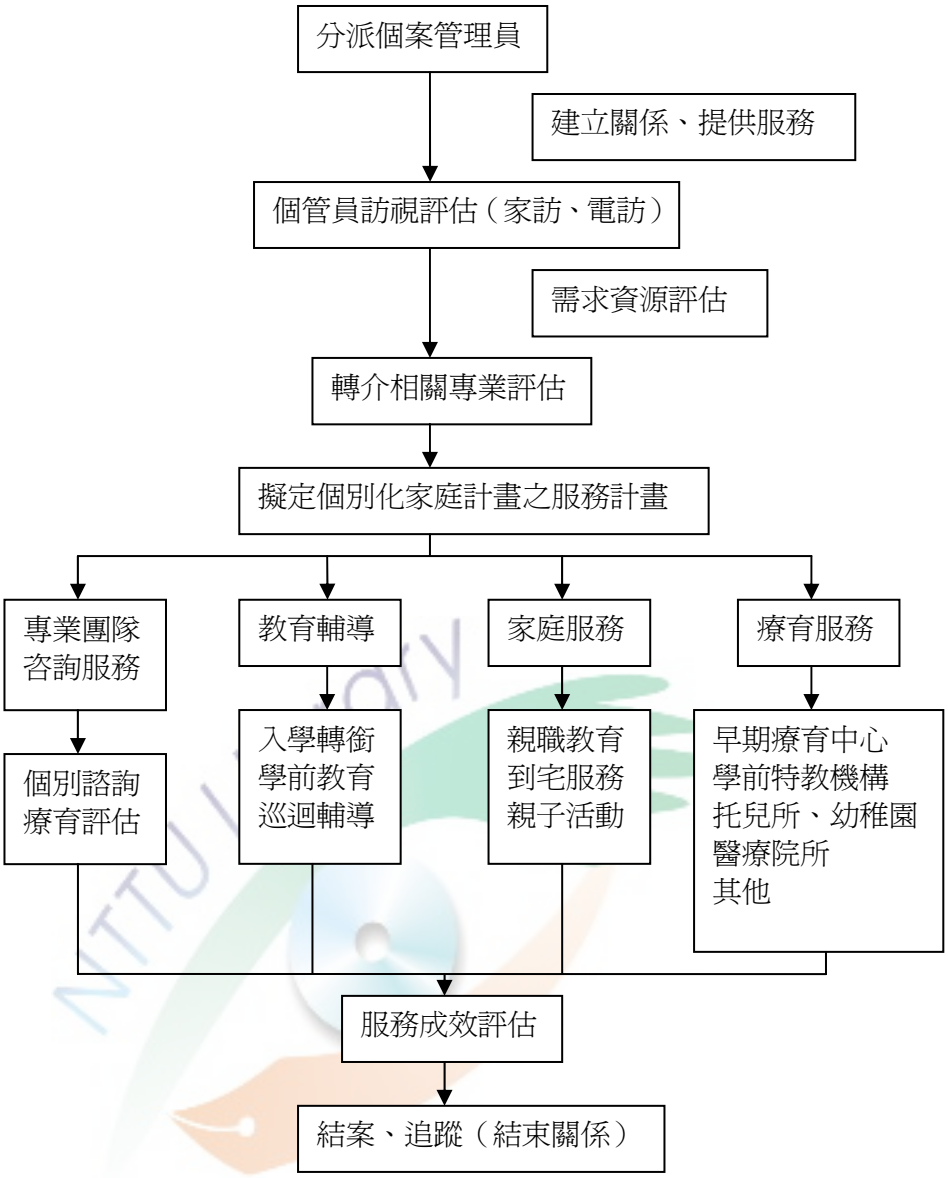


圖 2- 4 金門縣早期療育聯合服務中心個案管理服務流程
資料來源：金門縣早期療育聯合服務中心

四、早期療育服務的模式

早期療育服務的執行與設計必須考慮的是全方位的，並非單一的，在先前的論述中可看到早期療育服務需要由跨專業的團隊共同進行的。不同的地區也因爲環境資源的不同，會以不同的模式來提供服務。若以參與服務單位的多寡來分，可分做獨立型和合作型兩種（何華國，2006；陳麗如，2004）：

（一）獨立型早期療育服務

所謂的獨立型早期療育服務，指的是由一個獨立的單位或機構負責所有的療育服務。國內現多爲此種型態，常以「早期療育中心」、「兒童發展中心」之名提供服務。該單位或機關可以獨立而且完全的掌控或運作，有完整的專業人員，而且是屬於自足的。對服務的執行方面比較有效率，但有時會因爲組織的背景不同（有的在醫療機關下形成，有的是獨立的早療中心，或者是在社福機構、特殊學校中設立），造成服務的資源有限、服務的執行成效也有顯著的差異。各個專業人員之間的合作與共同協調，是單位機構間內部所要重視的問題，而外界資源的整合與獲取，則是對外所需要積極聯繫與接洽合作的。這不但可以彌補本身的不足，也可以充分的利用社區或是在地資源，讓接受服務的幼兒及其家庭受到良好的協助。

（二） 合作型早期療育服務

所謂合作型早期療育服務是指參與療育的機構與單位不只一個。最重要的是機構間責任、資源的歸屬與分配、內部的溝通協調、決策者與執行者等等問題是否可以得到解決。尤其是決策與執行相當重要，若只有討論責任、資源的分配但缺乏執行，在療育的服務上則失去意義。合作型的服務特色是合議型的運作，優勢就是資源豐富可以作爲統籌，但是因爲專業的條件不一而產生的溝通協調上面的問題，則是必須面對的課題。

除了以參與服務的機構多寡來分之外，學者們普遍以提供服務的地點來分（何華國，民 95；林雅雯，2003；陳麗如，2004；黃淑文，2000）：

（一） 家庭本位（home-based programs）

家庭本位模式就是在家庭中提供早期療育的服務。通常是早期療育人員每週到家中輔導幼兒及其家庭。如此可使幼兒及其家人較爲自在，且在自然的環境中進行，幼兒也比較能適應，較不會干擾正常的生活。又因爲參與療育的人員進入幼兒家庭，可看到家庭的環境，若有需要改善，亦可及時提供意見，與家人溝通進而改善。對於主要照顧者而言，比較直接的貼近需求，提供指導與療育的注意事項。

（二） 中心本位（center-cased programs）

又稱機構本位模式。也就是將提供適合幼兒的環境作爲安置的地點，多以團體的方式進行，主要照顧者可利用這時得到一個喘息的機會。此本位模式可以降低早期療育服務的成本，讓接受早期療育的幼兒接受團體、適應團體的生活，走出熟悉的環境，並增加與人互動的機會。並利用社會學習與模仿，讓幼兒習得與人溝通的技巧與生活上的認知或是技能，進而得到遲緩現象的改善。

（三） 家庭與中心本位混合（combination home-center based programs）

是上述兩種模式加以整合。此種模式是最常被利用的模式。父母提供自己可以接受服務的時間，是一個比較有彈性的模式。

（四） 醫療本位模式（hospital-based programs）

主要是提供相關的醫療技術服務給有特殊疾病的新生兒及嬰幼兒，藉由醫院提供密集性的護理照顧服務與其他相關支持服務的協助，來滿足幼兒及家庭的需求。

綜合上述早期療育服務的模式分成多種，每種模式都有其優缺點，重要的是各縣市單位如何以最有利的地區資源進行，進行最好的服務，讓接受療育者得到最好的療效。隨著社會型態的轉變，家長似乎對療育的地點不太重視，反而轉向療育是否可以帶給幼兒成長，幼兒與家庭的需求是否可以得到滿足，而「有效」和「改善」的觀念，是需要被建立的。接受早期療育的幼兒，最重要

的是需要「改善」其所需療育與被激發的部分，許多的家長，常以療育「有沒有效」來斷定是否再接受療育。但是，不管是在家中或是在接受療育中心，最需要的還是家長的協助。另外，接受專業人員的療育時間，家長是否參與陪同則是一個關鍵。家長在參與療育的過程中，隨時的提出問題或是不斷的學習，對幼兒的幫助是淺而易見的。另外，最少限制的環境是需要被建構的，在熟悉的環境中進行療育，是普遍受到家長與學者專家們的認同的。

五、早期療育服務的專業團隊

我國身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法第二條中所定義專業團隊是指「爲因應身心障礙學生之課業學習、生活、就業轉銜等需求，結合衛生醫療、教育、社會福利、就業服務等不同專業人員所組成之工作團隊，以提供統整性之特殊教育及相關服務。前項專業團隊由特殊教育教師、普通教育教師、特殊教育相關專業人員及教育行政人員等共同參與爲原則，並得依學生之需要彈性調整之。」（教育部，2000a）另外，在特殊教育相關專業人員及助理人員遴用辦法第二條中列出特殊教育相關專業人員，其中包括醫師、物理治療師、職能治療師及語言治療等治療人員、社會工作師、臨床心理、職業輔導、定向行動專業人員、其他相關專業人員等（教育部，2000b）。

沈麗盡（2003）認爲社會福利機構之早期療育專業團隊應包括下列成員：醫師（含專業醫師）、物理治療師、職能治療師、語言治療師、心理治療師、音樂治療師、藝術治療師、感覺統合治療師、社工師、個案管理人員、特殊教育人員（保育人員）及兒童之父母或主要照顧者，並視兒童及家庭的需要做調整。陳麗如（2004）認爲早期療育服務的專業團隊應分成醫療體系（包括物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力治療師、專科醫師、護理師與其他治療師等）、特殊教育體系（應包括特殊教育師、普通教育師、特殊教育行政人員、特教巡迴訪視人員、教師助理等）及社會福利體系（包括社會工作人員、職業輔導人員、心理師、休閒輔導人員等）與家長。

綜上所述，早期療育服務是相當多樣的而且全方位的，不僅將在醫療方面、社會工作方面及教育方面皆有專業人員的介入，更重要的是將家長列入專業的團隊成員之一，顯示在早期療育的服務中，家長佔有非常重要的角色。也唯有

家長的配合、提供相關的資訊給予其他專業團隊成員，各個環節藉由跨專業的協調合作，相互的提供諮詢、服務，藉由完整以及暢通的溝通管道進而對有特殊需求的幼兒及其家長進行有效的溝通與協助，相信能對特殊幼兒有更直接且適切的幫助。

NTTU Library

第三節　早期療育服務產生之問題

一、在通報階段產生的問題

兒童福利法施行細則第十三條中明訂「從事與兒童業務有關之醫師、護士、社會工作員、臨床心理工作者、教育人員、保育人員、警察、司法人員及其他執行兒童服務業務人員，發現有疑似發展遲緩之特殊兒童，應通報當地直轄市、縣（市）主管機關。」雖然在法令上對於通報責任者有明確的規定，但實際上通報情況卻依舊有低落的情況。相關的研究中指出（宋芊晴，2004；林雅文，黃淑文，1999；張秀玉，2000；萬育維，1997），在發展遲緩幼兒早期療育服務通報工作的執行上有下列幾項問題：

1.各地方的通報轉介中心沒有一個固定的形式進行，整個通報的流程並沒有一致性的規劃，也沒有一致性的通報流程，缺乏單一窗口，使得資料無法統一彙整建檔，又在名稱上的不同（早期療育綜合服務中心、早期療育聯合服務中心等），服務內容也有些差異。

2.醫療體系若發現發展遲緩幼兒個案，會向社政系統通報的比率偏低，在整個早期療育的服務流程中，各專業間的整合還不夠，對於通報制度的瞭解與看法也不太一致。

3.家長對於早期療育的觀念不足，可能因低社經地位的社會背景，忙於生計，導致無暇瞭解並照顧幼兒身心發展狀況，導致幼兒若有疑似發展遲緩現象，家長依然不自覺，自然在通報率上也會有偏低的現象。

4.法律雖對通報責任者有明確規定，但卻不向兒童虐待保護服務中通報是屬於「責任通報」，即使疑似發展遲緩幼兒，不通報也不會有法律責任，這樣的情況下，多數人以多一事不如少一事的心態，自然在通報率上就會有偏低的現象，這也是影響通報率的主要原因之一。

綜合以上所述，我國在早期療育的通報階段，還是有需要努力的部分，尤其是對於早期療育的概念宣導上、通報的權責歸屬上及資源的整合上等，都是需要加強的部分。

二、在轉介階段產生的問題

張秀玉（2000）指出，在發現兒童有發展遲緩的現象之後，除儘速的通報之外，更重要的是經由各地通報轉介中心的社會工作者，針對發展遲緩幼兒與家庭的需要，運用個案管理的處置技巧，協助轉介至相關單位接受後續的療育服務，並且使發展遲緩幼兒及其家庭得以運用更佳適切的社會資源。而在相關的研究中（宋芊晴，2004；沈慶盈、蔣明珊，2000；林惠芳，2001；張秀玉，2000；萬育維，1997）亦也發現了在此階段產生的問題：

1.目前國內各縣市已成立通報轉介中心，並將通報與轉介的工作設置在同一個中心之內，以期簡化流程。但在執行上也因爲個案管理中心的人力不足（宋芊晴，2004；林惠芳，2001；張秀玉，2000）影響了後續的服務。

2.各地區療育資源與醫療資源分佈不均，造成通報後的個案在轉介過程中需要久候，延誤了早療的時機。

3. 早期療育服務牽扯到社政、醫療和教育體系的人員，各單位間能否協調配合，對早期療育的服務品質與成本效益是有重要的影響的（沈慶盈、蔣明珊，2000）。早期療育的服務，最重要的是依靠專業間的合作，以多方面的合作幫助需要接受早期服務的幼兒及其家庭建構一個支持的網絡，提供支援及服務。團隊成員間必須真正的合作，各專業人員勢必要擺脫各自提供服務的想法和做法，而且要清楚自己在團隊合作中的角色。但卻也會因此產生不同專業人員彼此合作不易、機構間的協調合作等問題。

綜合以上所述，經由通報之後是否真正得到適切的照顧與服務，還是需要去追究的，轉介階段最重要的，就是各縣市政府在早期療育資源整合的方面是否落實？是否達到發展遲緩幼兒及其家庭的需求？這些都是值得地方政府及相關單位去深思的。

三、在評估階段產生的問題

疑似發展遲緩的幼兒要確立其遲緩的可能性，就要進行評估與鑑定的工作。目前國內是以聯合評估的方式進行，包括一般門診與聯合門診。進行發展遲緩幼兒的診斷、完整之症狀功能評估、處理計畫等等爲聯合評估中心需要進行的工作。在相關研究中（宋芊晴，2004；林惠芳，1996；徐澄清，2004；張

秀玉，2000；郭煌宗，2002）發現執行上尚有幾項問題需克服：

1.聯合評估中心與通報轉介中的的合作模式尚未建立完成，使得這兩個階段有接續不上的現象。

2.評估的標準沒有統一，各縣市的標準不一，無形中造成資源的浪費，讓家長不斷的摸索並尋求幼兒真正的病因爲何，在交通的往返與時間上，亦造成不必要的浪費。

3.待評估的人數如果較多，用於一般門診的時間則較無法掌握品質，有些評估工具需要費時較久，家長與幼兒等待的時間較長，情緒尚難免受到影響，這不但會使得評估的結果與事實產生偏差，更會影響早期療育使用的契機。

四、在療育資源的問題上

國內的療育進行方式分做機構式、家庭式與中心家庭混合式（林雅雯、黃淑文，1999），不管接受何種的療育服務，家長都必須配合療育服務的進行，才能達到服務的功效。目前國內在療育服務上依舊有資源分佈不均、需求項目與補助項目無法搭配的問題產生。尤其是偏遠地區對於資訊缺乏的個案而言，更是不容易取得服務（俞人鳳，2003）。另外，雖有個別化教育計畫與個別化家庭服務計畫的編寫，但有時是因爲之前評估出了問題，讓發展遲緩幼兒的需求與服務中間出現了落差，缺乏時效性，有時拿到計畫時，早已經不符合幼兒與家庭的需求（林初穗，2002）。這些問題都在在的考驗療育資源是否適切得宜，如何達到資源不浪費，亦也是重要的課題。

綜合以上文獻可見，在通報與轉介方面以各專業間的整合問題爲重，早期療育通報沒有強制性、早療的觀念未普及，亦是學者們所關注的；評估方面則以評估工具各縣市不一，評估後的品質無法掌握爲重要的問題，須待相關單位共同討論解決：療育資源分配不均、專業團隊設計的個別化教育計畫與個別化家庭計畫是否合宜等，則是在療育資源上產生的問題。總之，早期療育服務各階段環環相扣，缺一不可，在同等重要的情況下，如何將這些問題與困難減到最低，讓需接受療育的幼兒及其家庭，能得到最適切的照顧，則是推動早期療育服務中最重要的部分。

第四節　早期療育服務相關研究

本研究以早期療育服務實施爲探討的出發點，故在文獻的搜尋上多以台灣各地區早期療育服務輸送、需求、與供給面爲主，亦以此三大面向作爲文獻探索的收集及整理。以下是相關文獻的整理與檢閱：

一、以發展遲緩幼兒家庭及人口特質為主的相關研究

王天苗（1996）利用問卷的方式探討關於台灣地區心智障礙幼兒早期療育服務供需及相關問題。主要探討當時台灣地區已出現尋求協助的心智障礙幼兒未接受早期療育服務的問題，並且關心到其家庭的需求及服務資源間的供需問題。發現父母的年紀較輕、教育程度低或家庭社經地位較低者，幼兒所得到的服務比例較低。受訪者大多數對政府提供服務的滿意度上偏低。而未接受服務的主要原因是地區資源和資訊的缺乏，受訪者認爲在私立的社會福利機構中提供早療服務較具有多元化，較能重視家庭的需求及提供較低年齡幼兒定點服務、到家輔導或是較高年紀幼兒的日托。受訪家長及機構人員建議有必要結合家庭、社政及醫療資源，規劃出一套完整的通報、鑑定系統，普及社區的早期療育服務措施及專業人員的培訓。

王天苗、蔡春美、廖鳳瑞、盧明（1999）調查台灣地區 0-6 歲發展遲緩兒童人口出現情形及接受早期療育服務情形。主要結果發現男多於女，發展遲緩幼兒年齡越大，通報的比例越高，已通報者絕大部份領有身心障礙手冊，並且爲明顯的障礙者。發展遲緩幼兒最常見的是「語言」問題，三歲以前則爲「行動」和「精細動作」。此研究將台灣地區 0-6 歲學齡前幼兒做普查，並將台灣地區發展遲緩幼兒概況刻畫出，供後進研究者對發展遲緩高度危險群幼兒有初步概念。

洪素英（1999）針對彰化縣的「發展遲緩幼兒家庭生活素質」進行研究，以地區性的研究爲出發點，尋找家庭生活特質，利用自編問卷的方式進行人口普查，此研究結果透露出家庭支援服務的不足問題，並且開啓了區域研究的先河。

陳凱琳（2000）則以影響發展遲緩幼兒家庭社會支持因素作爲研究重點。以自編問卷的方式了解發展遲緩幼兒及其家庭的基本資料與鑑定過程及使用服

務情形，期待了解主要照顧者的社會支持狀況與影響因素。此研究突顯出家庭、社會福利機構的關係，並將相關問題提出，讓其他的學者引發往後研究的重點。

莊竣博（1999）「發展遲緩兒童之母親的孩童概念及其家庭關係—一個應然與實然的交錯，從接受到認同的過程」以及江家榮（2000）研究「一位發展遲緩幼兒母親的經驗」則是以質化的研究方式呈現。兩個研究中皆針對照顧者進行個別及深度的訪談，爲了了解發展遲緩兒童的家庭及心理狀態轉變做的研究。質化的研究較不能普及至全體的狀況，但依舊可供參考者深入了解的價值。

林雅雯、嚴嘉楓、羅慶徽、吳佳玲、卓妙如、林金定（2003）諸多學者們，針對台北市學齡前身心障礙兒童的早期療育服務利用及影響因素做分析，並且利用滿意度分析來探討早期療育服務的表達性需求。研究結果顯示身心障礙兒童的平均年齡爲 3.32 歲，男多於女，障礙程度以中、重度居多，有七成幼童接受過鑑定，八成接受過早期療育服務。早期療育雖已逐漸受到重視，但是在實施方面仍有相當的落差存在，顯示服務體系的整合或各專業間的整合應加強。

鄭期緯（2004）編制了「發展遲緩孩童家庭功能問卷」，提供早期療育服務專業人員利用此問卷，來瞭解個案家庭特質以及家庭可提供的支援。

綜合以上的研究點出了需接受早期療育或高危險群幼兒大致的輪廓及家庭、幼兒的特質，也看到了學者們已經將家庭與接受早期療育幼兒、社政機構圈在一塊，並提及主要照顧者在早期療育服務中的地位。

二、針對接受早期療育幼兒及家庭需求的相關研究

陳麗芬（1999）利用寄發問卷的方式針對接受台北市公立托兒所早期療育服務之幼兒家庭作滿意度調查。結果顯示出家長的需求及公立托兒所專業性的不足，也看到接受早期療育家庭對社會及專業支援的需要。

黃淑文（2000）在早期療育服務介入身心障礙兒童家庭影響之研究中提及，資源的整合、多元化的服務模式與早期療育資訊的流通，對發展遲緩兒童的家庭有相當的影響。

陳進吉（2004）以台北市發展遲緩兒童家庭爲研究對象，瞭解發展遲緩兒童家庭需求普遍以「資訊需求」及「專業需求」爲主，幼稚園或托兒所及早療機構老師提供給家庭的支援以情緒上、訊息上的爲多；在工具上的支援以社會

福利機構提供的最多。

由以上的相關研究可得知，家庭的需求爲全方位的，唯有多元化的服務以及針對發展遲緩幼兒及其家庭的需求作出提供，專業、多方面的相互支援及介入，才是有效的支援。

三、有關提供服務者相關研究

陳明賢（1999）以質化研究的方式針對高雄市通報、轉介、鑑定、安置及整合問題進行探討，並整理出高雄市早期療育通報的過程雖有完善的流程，但是因爲實際的運作並不如此。在個案評估上須待加強，及諮詢服務人力的不足，是應該被解決的問題。研究資料呈現出機構間未經過整合，這部分有待各機構間進一步的協商與討論改進。

沈麗盡（2003）以台北市社會福利機構爲例進行早期療育專業團隊的研究。以深度訪談爲主，電話調查收集爲輔，想要了解專業團隊的運作歷程、模式、人力配置等等問題。結果發現醫療團隊中應加強轉介功能與專業功能；在教育單位中，應將權責明顯的分工，規劃特殊教育師資的培育；在社政單位，則必須釋放更多資源，增加人力與幫助結合、整合資源；社福機構更要加強單位間的合作，以達到資源最大應用。

盧麗卿（2004）在高雄市社會福利系統早期療育服務之研究中，以問卷與錄音的方式進行研究，再以焦點性團體的座談找出適合高雄市早期療育服務提供的方案，探討經費使用、服務人員的專業等滿意度，再提出適當的模式進行研究。雖然在社會福利、教育及醫療方面皆得較高的滿意度，但是專業人力的不足仍是需求的重點。

以上的相關研究中可以看出，資源的整合與應用在早期療育的服務中扮演相當大的位置，人力的配置與醫療、教育、社政、社服機構的配合更是重要，尤其是在於偏遠地區，這些人力的不足更足以影響早期療育服務的推動，亦也是相關研究者應注意到的問題。

四、有關國內各縣市早期療育服務相關研究

沈慶盈、蔣明珊（2000）台北市早期療育服務體系之運作困境與整合分析研究中，以訪談的方式進行研究。發現台北市提供的個案服務管理，期待以水平的整合方式來進行，在協調及溝通上面則需要加強。在相關單位的聯繫上，因爲沒有正式的聯繫管道，所以也比較不順暢。這些皆反應出台北市服務輸送的整合性與連續性出了問題待改進。

林初穗（2002）桃園縣早期療育服務執行成效研究中，以郵寄問卷的方式作爲訪談，並針對問卷未回收部份進行電話訪談。發現在接受早期療育服務流程的繁雜、交通的不便性與補助經費的不足等，都是案主沒有持續的接觸早期療育的服務輸送的原因，也就反映出早期療育服務輸送在桃園縣缺乏連續性。

俞人鳳（2003）從早期療育的服務需求供給與輸送的層面探討台北縣的服務現況。其中，未知覺早期療育服務的主要理由爲「不知道服務的存在」及「不知如何申請」。從此處可知宣傳的不足。另外，在家長對於早期療育的滿意度方面，則顯示出「服務量不足」與「交通不便」。這兩項也顯示出服務的可近性是台北縣早期療育服務輸送中需要解決的問題。

黃英琪（2004）以問卷進行台中縣早期療育服務使用及滿意度的調查中得知，個案管理中心的服務次數與容量有不足的現象、交通的可近性及資源的整合性，都是需要改進及造成困境的地方。

宋芊晴（2004）以高雄縣旗山地區發展遲緩幼兒爲研究對象，探討影響其現身與接受服務遞送的因素。探討除了個別與家庭因素阻礙發展遲緩之外，亦也針對篩檢表的部分提出質疑，認爲普遍使用的「學前兒童發展檢核表」對 3 歲以下的幼兒的使用上似乎有效度方面的問題，建構出適當的篩檢工具則是應當最被重視的課題。

陳順隆（2005）利用質性研究方式採立意取樣進行訪談，邀請南投縣內負責早期療育推展之專業團隊人員進行訪談，並希望往後研究者能以更宏觀的角度探討相關的問題，讓政策面的問題能夠更廣泛的被發現。

張韶文（2005）利用問卷的方式進行南投縣早期療育服務輸送與滿意度研究。發現家長對早期療育服務的認知機構的便利性問題，對家長而言是相當急迫需解決的。唯有將服務的策略改變、提供較近性的服務，如此才能針對服務

輸送中家長的滿意度有所提昇。

以上的研究中可以看出國內早期療育的服務輸送問題顯示通報率提高及資源的整合已成爲必要的趨勢。另於研究中提出「學前兒童發展檢核表」在 3 歲以下的幼兒使用上的問題。本研究亦採行此檢核表 4-6 歲部分爲研究工具，待看研究後可進一步探討相關問題，期望可供往後研究之方向與建議。

綜合以上文獻可見，國內學者們已經將發展遲緩幼兒的主要照顧者及其家庭，納入早期療育的範疇之中，並且針對其家庭的需求，做出一連串的研究，以供提供服務者與相關單位做參考。另外，學者們也從提供服務者的角度，來探究各專業間的關係，並看出專業間整合的重要性是不容小覷。而針對國內各縣市早期療育服務的研究中，更能看出各地服務推動的差異，並提出各縣市間的問題，供專業人員修正及改進，以期提升服務的品質與適切性。

NTTU Library

第三章　研究方法

第一節　研究設計

調查研究的主題就是瞭解現象是什麼，以對現象的描述（description）爲主（簡春安、鄒平儀，1998）。本研究先以較宏觀的角度關心金門縣 4-6 歲學前特殊幼兒的通報率問題，將最真實的情況做出呈現，再以較微觀的角度描述金門縣早期療育服務在轉介、評估鑑定與療育服務的現況，並呈現早期療育服務實施過程中出現的相關問題。研究者期待能將金門地區早期療育服務的實施理出端倪，也期望能發現更多潛在性的問題，以利金門縣早期療育服務的推展。

一、施測部分

本研究之目的是以『金門縣學前幼兒發展檢核表』針對研究對象進行施測，施測未通過之幼兒，與已通報人數進行比對，且看通報率問題。

本研究由民國九十六年一月一日起至三月十日止，研究者親至各國小附設幼稚園及專屬幼稚園，由各班教師陪同，針對 4-6 歲的幼兒進行『學前幼兒發展檢核表』測驗，並商請教師填寫幼兒之基本資料表與『高危險因素檢核表』，並協助施測時區分歲數與組別。因本研究的研究對象限定爲 4-6 歲幼兒，故使用『學前幼兒發展檢核表』表 11（即 4 歲，年齡範圍爲 3 歲 11 個月 16 天~4 歲 11 個月 15 天）、表 12（即 5 歲，年齡範圍爲 4 歲 11 個月 16 天~5 歲 11 個月 15 天）、表 13（即 6 歲，年齡範圍爲 5 歲 11 個月 16 天~6 歲 11 個月 15 天），進行施測，檢核表請參考附錄一。施測結果由班上教師與研究者共同判定是否通過，若遇結果不一致的問題，則與教師做進一步的討論。

二、訪談部分

此部分主要以半結構式的訪談分別進行，研究者參考蒐集之文獻，擬定訪談大綱，如附錄二。主要是想得知有關醫療機關、學校、社福機構與權責機關進行有關金門縣早期療育服務現況、產生的困境及其通報率問題原因進行瞭解，進而探討改善現況的方式與方向。

三、研究流程

研究者根據文獻探討中呈現的問題意識，規劃出本研究的流程圖，如圖3-1。首先由金門縣4-6歲學前特殊幼兒的通報率問題，探討通報率問題的現況與通報率問題的成因；再以金門縣早期療育服務推動的醫療團隊、行政團隊與社福機關、教師團隊與家長的角度，探討金門縣早期療育服務實施的現況、問題與困境等，最後參考蒐集之文獻研擬出改善的方式，提供金門縣早期療育服務實施之參考。

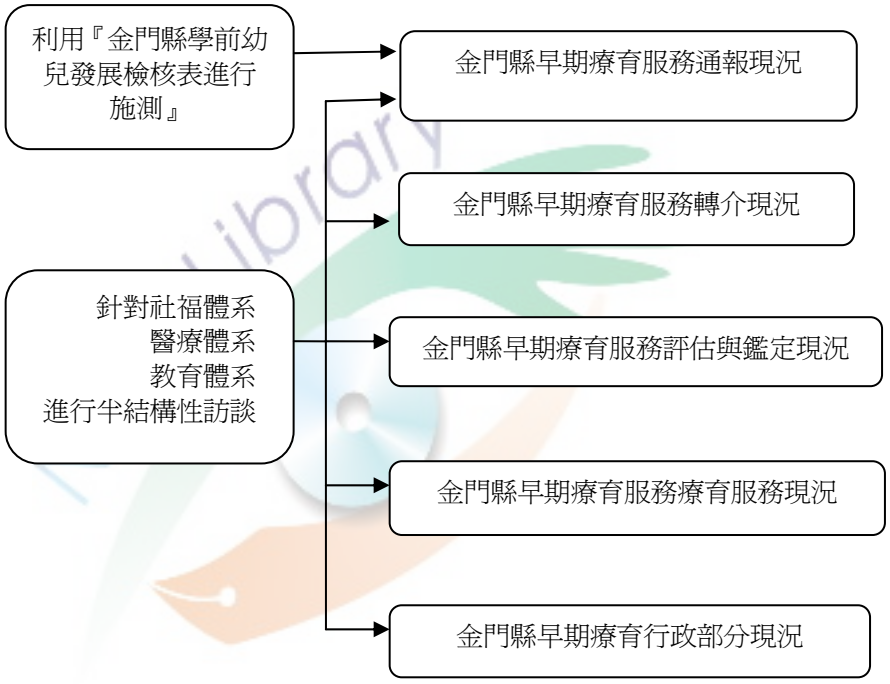


圖 3- 1 研究流程圖

第二節　研究對象

本研究分兩部分進行。在施測部份研究者鑑請金門縣戶政課與金門縣教育局分別提供截至民國 95 年 8 月底戶籍在金門之 4-6 歲就學人口數，另請三所私立托兒所提供 95 學年度國幼班、中班或混齡班之班級數與就讀人數。如表 3-1 所示，金門縣 4-6 歲就讀公立幼稚園幼兒有 1351 位、就讀私立托兒所有 36 位，總計共有 1387 位。

表 3- 1　金門縣 4-6 歲幼兒就學人數表

園所	公立幼稚園	私立托兒所	總人數
人數	1351 人	36 人	1387 人

金門縣國民小學共有十九所，除金城鎮中正國小外，每一所國小皆有附設幼稚園，另有一所專責的金城幼稚園，及三所立案的私立托兒所（私立育英托兒所、私立東樺托兒所、私立寶貝園地托兒所），共計 22 所。將所有學校依鄉鎮分成五個學區，分別爲金城學區（中正國小、古城國小、賢庵國小、金城幼稚園、私立育英托兒所）、金寧學區（金寧國中小、古寧國小、金頂國小、湖埔國小）、金沙學區（金沙國小、何浦國小、述美國小、安瀾國小）、金湖學區（金湖國小、多年國小、柏村國小、正義國小、開瑄國小）及烈嶼學區（卓環國小、上岐國小、西口國小）。以以上幼兒爲第一部份之研究對象。

在訪談部分針對金門縣早期療育相關工作人員，採立意取樣的方式進行半結構式的訪談，訪談大綱如附錄二。由研究者主動電話徵詢訪談，並徵得其同意將訪談全程錄音以便資料整理。

在醫療團隊中，因醫生與治療師皆屬外聘，隸屬於金門縣早期療育聯合評估中心中爲醫療社工一人；早期療育聯合服務中心中業務由中心年資最久之社工統籌，其餘爲剛進入早療中心之教師，在金門縣早期療育服務的推動上目前較無認識，故以此社工爲訪談對象；巡迴輔導教師爲金門縣最早一批，對於此業務推展與介入頗深；訪談對象中特教助理已擔任此職務有兩年度，並由其推薦家長進行訪談。由下表 3-1 爲金門縣早期療育服務團隊受訪者分配表。

表 3- 2　金門縣早期療育服務團隊受訪者分配表

服務團隊	醫療團隊	行政團隊	社福機關	教師團隊
	隸屬金門縣醫生、護士及醫療社工等	縣府教育局業務承辦人員	早期療育聯合服務中心	巡迴輔導教師及特教助理
總人數	8 位	1 位	7 位	16 位
受訪人數	1 位	1 位	1 位	2 位

NTTU Library

第三節　研究工具

一、施測部分：

本研究以「金門縣學前兒童發展檢核表」進行初步篩檢，探討通報率是否確實情形。該檢核表爲民國 87 年 6 月臺北市政府社會局委託台北榮總復健醫學部臨床心理師鄭玲宜心理師完成「學前兒童發展檢核表」，並修訂印製第二版之甲、乙、丙、丁表（台北市早期療育綜合服務網，上網日期 2006 年 7 月 30），台北市衛生局[8]同時公布此檢核表提供金門縣、苗栗縣、臺中市、屏東縣、宜蘭縣採用之。此檢核表由鄭玲宜心理師主導，台北榮總復健醫學部及台北市立婦幼醫院鑑定評估中心兩組專業團隊，包括多位心理、語言、特教、物理、職能、聽力、視力醫師等專業人員共同經過修訂的成果。

「學前兒童發展檢核表」是一個配合早期療育公共政策的工具，因此適用年齡及基本目的即在篩出兒童及青少年福利法施行細則第六條定義之「發展遲緩兒童」:「認知、生理、語言和溝通、心理社會、生活自理能力等發展有異常，或可預期會有發展異常，需接受早期療育的零到六歲兒童」。另外，「學前兒童發展檢核表」爲「症狀型」（sign approach）的篩檢工具。因此編制過程並非由常模開始，第一步驟爲選題，題項標準依據「發展里程」原理，預設爲「年齡層中 90%的兒童已達成的行爲」。第二步驟爲預試，檢核表因此有三次預試版本，篩檢題項內容不僅依據發展里程的「負症狀」原理（以缺乏一般兒童應有表現定義遲緩），同時也加入所謂「正症狀」（以出現一般兒童不應有表現定義遲緩）的行爲指標。編制的第三步驟是效標具體化，由於檢核表最初的遲緩判準依據「專家決策」原則朦朧化，並未明確界定如診斷測驗之指數或百分等級多少爲「遲緩」; 然以經過完整評估與確定診斷者的檢核表結果與診斷測驗結果比對，顯示檢核表分數與遲緩的嚴重度成正相關，落網得分之起點約在-1 至-2 標準差之間，大體符合一般專業共識。整體而言，「學前兒童發展檢核表」編制原理雖然以發展里程的概念爲主幹，本質卻有別於一般量尺化的發展量表，確切的說，它是藉著持續的臨床經驗的回饋迴路學習，模擬「專家」（Expert）的

---

[8] 台北市衛生局，網址爲 http://www.healthcity.net.tw/html/showdoc.htm?mylink=http://www.health.gov.tw/AnnouncementsDetail.aspx?mid=1&Itemid=136

決策過程，而希望能提供生手（Naive）使用的一個用來指認異常之臨床實用取向的篩檢工具，篩檢的依據不僅是發展里程碑的統計模式，而且是更接近發展遲緩本質的病理模式。

修訂版除原有十二個年齡分表外，新增一歲三個月表。觀察內容包括粗動作、精細動作、認知、語言/溝通以及情緒/社會性的行爲觀察題項（附錄一）。兒童符合該題項描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該題項描述的現象圈選「否」；爲避免草率作答造成的誤差，題項採正向與負向的敘述方式，因此「是」與「否」其中之一欄位會標記顏色網底，代表異常；原始總分極爲「落網題數」，得分越高，篩檢結果異常度就越高。

異常判準的方式分作「切截分數」與「標記題」兩種。

（1）切截分數：不同版本、不同年齡適用不同的切截分數。由於一般正常兒童在全部年齡分表落網總分平均值全部低於 1 分，臨床遲緩兒童總分平均值介於 1.36~3.62，2 分以上正常的可能性較低（萬分之五），因此切截分數應爲≥1 分或≥ 2 分。此表也建議最佳的切截分數當作參考，4-6 歲的最佳切截分數爲 2 分，也就是說，如果篩檢出來有兩題未通過，則需通報轉介後續處理。

（2）標記題：除了延續原始版以「切截分數」做爲篩檢異常與否判準的概念外，另外加上星號「標記題」的概念。「標記題」是「正症狀」或「不通過偏低且正預測值高的題項」，單題即能有效的篩出發展異常，因此只要落網在「標記題」（註記★）一律視爲結果異常。

另外，篩檢的決策爲：

（1） 落網分數≥切截分數：通報轉介後續處理。後續處理包括醫療、復健、教育和社會資源。

（2）0＜落網分數＜切截分數：按照檢核表分表年齡持續定期追蹤篩檢。兩次篩檢落網，即使都未達切截分數，仍爲邊緣異常，建議轉介處理。

（3）落網分數＝0：若爲高危險群兒童，建議按照分年齡持續定期追蹤篩檢，若無危險因子，仍建議追蹤篩檢，若照顧者或教師報告有適應困難，建議提供諮詢，自行就醫。

施測爲中班幼生入學後三個月，每班教師配合教育局、地方衛生局之例行

工作，亦爲學前特殊幼兒在就學階段篩檢是否爲疑似發展遲緩幼兒之工具。此表除了可以清楚檢測出發展遲緩的幼兒之外，亦可以看出該幼兒是否有『臨界』、『落後』或可能有發展遲緩幼兒。此表於民國九十五年底進行版本的修訂，修訂後的信效度如附錄三[9]。本研究鑑請各班班級教師陪同研究者，利用此新版檢核表，配合第一部份研究對象的篩檢工作。

篩檢之後，未通過本測驗之幼兒名單將依照金門縣程序由巡迴輔導老師進行第二次的篩檢工作，篩檢過後名單將與實際通報名單進行比對，以瞭解實際通報情形。

二、訪談部分

在第二部分，參考文獻中整理出之向度擬定訪談大綱進行個別訪談，期待以此能深入瞭解金門縣早期療育服務實施之現況與面臨之問題，並尋求改善現況的可行方法。質性研究的訪談法依據研究者的參與程度不同，Patton 將其分爲非正式會話式訪談、引導式訪談與標準化開放式訪談。其中，引導式訪談是將研究者欲訪談的主題，事先以綱要的方式備妥，在實際訪談時，依當時的情境決定問題的次序及詳細的字句。這樣的方式優點爲助於研究者整理，訪談的結果也較有邏輯性，亦較能維持訪談時的會話性，與當時的情境（Allen Rubin, Earl Babbie，著作中未提供出版年/朱美珍、趙碧華譯，2000；簡春安等，1998）。因此，研究者依據文獻親自擬定訪談問卷並進行訪談，以力求提升第二部分研究的信效度。

本研究受訪對象爲六人，採立意取樣並依照醫療團隊、社政團隊與教育機構、家長等四個面向，分別訪談相關人員。除因金門縣負責教育部分此業務的承辦人員不想曝光，多次商請皆不願意接受訪談外，其他相關人員皆接受訪談。受訪資料表如下：

[9] 資料來源：金門縣學前兒童發展篩檢通報種子訓練研習會會議資料，研習日期：2006/11/26

表 3- 3　受訪對象基本資料描述

代號	受訪職業別	性別	學歷	背景簡介
A	醫院社工	女	大學	於九十年進入金門縣早期療育聯合評估中心擔任社工，至今已六年。
B	社福社工	女	大學	此社工於民國九十三年進入機構服務，至今已三年。
C	特殊教育巡迴教師	女	師專	擔任巡迴教師已六年，是金城幼稚園的老師。
D	特教助理	女	高職	利用永續就業管道進入早療服務體系。擔任此工作兩年。
E	園長兼導師	女	國小碩士 40 學分班	該園園長兼任導師工作。

本研究中編碼方式爲將受訪者代號編於前，逐字搞中頁碼以 P 表示。若醫院社工（代號 A）所說的話，整理爲逐字稿於稿件中的第一頁，即標示爲（A P1），以此類推。

另外，在此部分的信賴度上，Lincoln & Guba（1985）提到信賴度是指一個研究值得讀者信賴的程度，通常會使用真實性（truth value）、可應用性（applicability）、一致性（consistency）、中立性（neutrality）四項標準來評估信賴度（Deborah K. Padgett，1998/王金永等譯，2000）。在這些規準之下，本研究用以達到信賴度的方式爲經受訪者許可全程錄音，轉譯成逐字稿，再將逐字稿給予受訪者校對，增加其信度，除此之外，研究者將轉譯完成的逐字稿，給予陪同全程訪談的第三人進行比對，並偕同進行原始資料的整理與分析，反覆比較及閱讀、歸納以求真實呈現。

第四節　研究限制

本研究僅將現況做整理後呈現，並不做任何結果的推斷或加以評論。另外，本研究以限定金門縣爲研究範圍，亦不能將其研究結果推論至其他地區。

在研究倫理方面，因金門地區從事早期療育服務相關人員人數不多，受訪者身份容易曝光，故本研究基於倫理上的考量，將確實做到保護當事人的隱私，並採用匿名的方式進行資料的整理，以確保其權益問題。

NTTU Library

第四章　研究結果

第一節　金門縣早期療育服務通報與轉介實際情形

一、依金門縣篩檢流程執行後情形

研究者利用『金門縣學前幼兒發展檢核表』，依照此表建議 4-6 歲的最佳切截分數（2 分），與標記題未通過則本測驗未通過的原則，進行全金門縣 4-6 歲幼兒的施測，其中亦包含已由教育局通報並接受療育之 34 人，施測結果如下表 4-1。

金門縣 4-6 歲幼兒已通報情形，由特殊教育通報網中得知爲 34 人，施測後結果應通報人數爲 74 人。經過名單比對之後，測驗未通過人數 74 人中，亦包括已通報之 34 人，故未通報人數爲 40 人。經巡迴輔導老師第二次篩檢之後，刪除 6 人，需通報人數爲 34 人。

表 4- 1　各年歲施測人數及測驗未通過人數統計

	總人數	未通過測驗人數	未通報人數	二次篩檢後需通報人數
四歲	487	22	19	15
五歲	558	40	16	14
六歲	342	12	5	5
總計	1387	74	40	34

表 4-2 爲分性別各年齡測驗未通報人數的統計表，依照男女比率來看，4-6 歲未通報之男生多於女生。

表 4- 2　分性別各年齡未通報與需通報之人數

	四歲		五歲		六歲	
	未通報人數	需通報人數	未通報人數	需通報人數	未通報人數	需通報人數
男	10	9	11	9	4	4
女	9	6	5	5	1	1
總數	19	15	16	14	5	5

表 4-3 爲分齡各項目落網人次分配表，以次數計算。四歲題以項目 6「(實作)能說出一種顏色的名稱（圖 1：用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問:這是什麼顏色？說對 1 個通過）」未通過人次最多，共有 12 人次；五歲題以項目 7「(實作)能說出四種顏色的名稱（圖 2：用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問:這是什麼顏色？）」未通過人次最多，共有 10 人次，其次爲項目 9「(實作)能唸讀阿拉伯數字（圖 4：用手依序指著 5、8、7、4、6、3、9、2 並問:這是什麼數字？答對 7 個通過）」，共有 8 人次；六歲題以項目 8「(實作)能說出 3 個相對詞（問「哥哥是男生，姊姊是_____？夏天很熱，冬天很_____？飛機在天空飛，汽車在_____？大象的鼻子長長的，老鼠的鼻子_____？」答對 3 題通過）」未通過人次最多，共有 5 人次。由此結果可看出，未通報幼兒在認知部分、數概念部分與常識部分的測驗結果較不佳，也顯示出幼兒該方面接收的刺激不足問題。

表 4- 3　二次篩檢後幼兒分齡各項目落網人次分配表

項目	四歲	五歲	六歲
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	1
4	0	0	2
5	0	10	0
6	**12**	0	2
7	1	**10**	4
8	1	1	**5**
9	1	**8**	3
10	3	5	0
11	6	2	0
12	0	0	0
13	0	0	0

以上爲研究者進行測驗後之結果。從研究結果來看，幼兒四歲剛入園時，已做過此項測驗，當時的施測是否落實與正確，或是在經過一二年的學習過程，或是更早之前，就有發展上的問題，卻未在測驗中發現，進行通報動作，則是值得注意的部分。教師是法定的通報人員，在林初穗（2002）、宋芊晴（2004）、黃英琪（2004）與陳明賢（2000）的文中提及，我國雖有法定的通報單位，但該單位是否有將法令徹底貫徹實行，是成爲影響發展遲緩幼兒通報率的重要因素，如此也正印證了教師在早期療育服務中的重要性。另一方面，在通報之後，是否有進一步的測驗或療育，加強幼兒不足之處來減緩遲緩情形，個案追蹤上的問題，也是值得去探究的。

二、社福機關通報與轉介執行情形

研究者詢問受訪者有關通報來源與通報單位之問題，並想進一步探討通報流程與相關問題，期瞭解有關通報與轉介之執行情況。

『我們的通報來源幾乎都是以衛生單位比較多，像衛生院、衛生所，有時候像 KK 幼稚園 A 老師，會去學校做篩檢，按照一樣的規程會先通報，如果 6 歲以下她就會先通報到早療來。如果以比例來講是衛生單位通報的人員最多，再來學校。像家扶中心如果有個案，我們就有接，因為他們要去補助這一個家庭經濟的時候，發現孩子可能有比較慢或是這一個方面的問題時，也會進行通報的動作。其他的部份就會比較少，家長自己來通報的就更少。』(B P3)

『衛生單位通報的比較多可能在於，家長帶孩子到醫院進行門診，在打預防針的時候可能會發現，孩子的問題。…醫院會做一個檢核表，如果孩子沒有到一定的程度的時候，醫院社工就會進行通報，有些人會去衛生所，通常衛生所我們接到最多的是金寧鄉的衛生所，因為金寧衛生所那邊的醫生是小兒科的權威，當小朋友如果有問題或什麼，他可能就會過去那邊看診，那其他是比較少的。』(B P3)

『最主要我還是會先把他轉到金門醫院，因為他之前有一個聯合評估中心，他可以先進行評估之後，確定說這個孩子，他在這一方面確實是有障礙，我就會找來…進入到社工…然後就會安排療育，是這樣子，通常…如果說縣立醫院那邊…他們的團隊不是說常常有，所以他有時候很久才有一次，有些人就會先…像語言是最容易發現的，所以語言的話是比較不會直接到縣立醫院讓他們進行評估，語言的話比較容易察覺到，像是構音啊，在我們語言治療師來的時候我就會安排讓我們語言治療師進行評估，再聽治療師的意見，如果這孩子繼續做治療的話，我們就會進行…因為我的感覺有些的孩子他可能不是只有一項啊，因為他們縣立醫院的醫療團隊來的話就是一天，或是半天，就是物理、職能、語言有些可能還要去評斷他的心智方面的問題，兒童心理方面的，所以通常有些…看他的項目是比較多的話，就會直接交給縣立醫院去做。』(B P3)

綜合以上訪談資料可知，在金門縣早期療育聯合服務中心中之個案來源，以衛生局、衛生所通報的最多，其次是學校的通報，其他的社福單位也有，最少的是家長本身發現問題，進行通報。個案來源最多的是屬於衛生局，理當由醫療系統下成立通報轉介中心較能簡化流程，但實際上是卻需經由醫療衛生單位通報至『早期療育聯合服務中心』中所設置的『學前特殊幼兒早期療育通報轉介中心』，如此在行政上實屬複雜，缺乏整合性，難免會產生漏報之疑。在跨專業的機構整合上，遇到的困難往往是各機構間不能摒除本位主義的迷思，而讓彼此間無法建立共識。機構的經營者應該思考此類的問題，彼此協調、合作，才能達到跨機構專業合作的理想境界（沈麗盡，2003；萬育維、莊凰如，1995）。另外，聯合評估中心團隊並非常駐於金門縣，個案等待的時間太久，亦導致接受評估與後續療育部分時間的延宕。

在轉介的部分，社福機構多轉介至醫院進行評估與鑑定的工作，有些個案則由中心語言治療師直接進行評估，因金門醫院的醫療團隊來的時間比較短，通常是個案需評估的項目若比較多，會直接轉介至評估中心或是直接進行療育部分。

三、醫療體系通報與轉介執行情形

研究者由之前於社福機構的訪談中，得知在醫療體系中的通報情形實屬最多，故進而針對醫療體系詢問其通報與轉介目前運作之情形。

『教育局有教育局的通報系統，衛生單位有衛生單位的通報系統，社工單位有他們的通報系統，但是最後應該都是會通報給早療中心…那如果早療中心他們自己有接到個案的話，他其實也會給我們做評估，其實些時候，還沒有通報導早療中心時，他已經有先做了一些評估。比方說可能是構音障礙，其是像是構音障礙，他其實沒有發展上的問題，但是我們也會作這樣的通報，因為有的人卡早療中心，有的卡教育中心其實這些都是三合一的。有時候就會我這邊先通報，再由醫院做評估，或是你先通報，之後再做評估，這些都是可以的！不一定是誰先得到這個個案的，有時候我覺得這個個案有問題，我就先通報給早療中心，或這是早療中心收到個案，就由我這裡去做評估，沒有很固定只有

一個管道。但是基本上還是有一個通報中心，如果是在教育部分有問題的話，他還是要給教育局知道，但是教育單位的話基本上還是要通報給通報中心。』（A P2）

『…所以我們原則上是都會先轉到早療中心去，我們是一定會轉到早療中心的！只是看家長要不要去而已。如果是湖幼和城幼的話我們會覺得可能是小朋友面臨了教育的問題…』(A P2)

醫療體系主要是在新生兒篩檢與平日醫療行爲中，發現個案，進行通報。通常會將個案轉介到『早期療育通報轉介中心』去，而通報的單位是以聯合評估中心社工員爲單一窗口，再由社工員安排時間進行評估工作。經過評估，社工員再將個案轉至個案管理中心，讓個案管理中心接手後續的工作。若是轉介到教育體系，可能是個案在認知上需要進一步的協助。

但由訪談中可得知，個案通報的單位不一，社福體系、醫療體系與教育體系三方面都可以進行通報，雖明訂有一個單一的窗口進行，事實上卻是多頭馬車，這不但顯示了三方面溝通的問題，在行政資源上，更顯示出資源浪費。最重要的是在轉介上雖有通報到早療中心，但是事後是否有持續進行個案的追蹤動作，則不得而知，這對個案接受療育的意願是有很大的影響的。此部分與先前相關研究（宋芊晴，2004；林雅文，黃淑文，1999；張秀玉，2000；萬育維，1997）中所指之情況有相同之處，顯示各縣市的早期療育推動都有相似的問題存在。

四、教育體系通報與轉介執行情形

金門縣任職之中班教師，於學年度開學三個月內即需完成『金門縣學前幼兒發展檢核表』之篩檢工作，由班級導師進行，並將測驗未通過之幼兒名單通報至教育局，再由巡迴輔導老師依照全縣測驗未通過之名單，進行二次篩檢工作。二次篩檢未通過之名單，爲教育局通報名單。故此次訪談巡迴輔導老師，瞭解實際通報轉介情形。

『只要是金城鎮、金寧鄉都是屬於我們的範圍，這兩個地區被篩檢出來經過評估鑑定後需要接受治療的小朋友就會到城幼來，經過時間的安排，到城幼

來上課，但是我們所有的輔導一定要有家長同意書，只要是做所有的檢測都需要，我們之前就是忽略了這一項，所以有一些家長就會覺得是因為老師沒有耐心，說我的小朋友笨或是什麼的！但是結果往往都…當然是少數啦！剛剛開始在施測時就已經有這樣的態度的家長，即便他帶孩子來接受治療與輔導，配合度一定也不好。我們連續兩年都有碰到這樣的問題，今年我們複檢是還沒有開始做，打算下學期開始進行。』(C P2)

『有的老師發現比較可疑的小朋友就會跟我們說一下，我們大概看一下就會有些結果，有些小朋友經過第二次的測驗，結果就會比較明顯，有些小朋友則界在於臨界點，有些老師就是真的好像完全發現不出來，一定等到小朋友上了小學之後，問題就一直不斷的出現，小學的老師就頭痛了！因為在幼稚園的階段，還是很少有評量的東西，所以有些老師的敏感度就沒有這麼高。』(C P2)

將金門縣劃分成東西兩半，東半部由金湖國小附設幼稚園中的巡迴輔導教師進行第二次的篩檢工作，西半部與烈嶼鄉則由金城幼稚園中的巡迴輔導教師進行。巡迴輔導教師除了進行篩檢之外，亦也進行療育輔導的工作。因爲教育體系的初步篩檢是由各班班級導師進行，班級教師對於疑似發展遲緩的幼兒敏感度不高，這就導致通報狀況與實際情形不符，影響了個案現身狀況，所以縣府商請巡迴輔導老師，進行第二次的篩檢工作，確定個案，這部分則是屬於金門縣特殊的作法。

另外，在班級教師進行初步篩檢部分，研究者爲金門縣現職老師，於九十五年學期開始時，參與由金門縣教育局所舉辦的說明會，會中教育局負責此業務承辦人員，針對『金門縣學前幼兒發展檢核表』的填答方式進行說明，由於此次說明會是多年來第一次舉辦，先前教師雖有使用過此表格進行初步篩檢工作，但有些教師依舊對於使用的方式不甚了解，對於認定的標準上就會有差異，此狀況對於個案的現身與通報的結果，也會造成影響。

經由以上結果可知，金門縣的通報轉介中心設於早期療育聯合服務中心內，是以公辦民營的方式進行。無論是醫療機構或是教育機構，發現個案時，皆須將個案一併通報到此中心，由此中心統一規劃建檔。所有的流程與進行方

式與研究者所收集之資料相符，但研究者在研究訪談中，發現個案通報來源以醫療系統居多，在個案的通報上是以跨單位進行，在管理與追蹤上，實屬不易。另外，班級教師對於疑似發展遲緩個案的認知不同，專業知識不夠，亦影響初篩的結果與個案現身的問題。

NTTU Library

第二節　金門縣早期療育服務評估與鑑定實際情形

一、社福機構評估與鑑定工作執行情形

研究者詢問於社福機構中的評估鑑定情形，經由訪談瞭解，社福機構中設有語言治療師，能針對疑似語言部分發展遲緩個案進行初步的評估工作，減短個案等待的時間。

『…他們可能是一個月兩次，然後就是評估，因為就是屬於一個評估中心，所以他是不做治療的，所有的治療就是以後由早療這邊做，……』(B P3)

『可能是六日這樣子，然後也是由那邊的社工做安排個案，主要的話我們是要請他評估，評估完之後治療的部份就交給早療這一部份來做』(B P4)

『如果時間比較趕的話，我們會先請早療中心先接，因為你們有語言治療師，語言治療師可以先做一個初步的評估，等我們的醫生過來之後再做一個完整的評估，更完整的診斷這樣子。…』(A P1)

『金門縣早期療育聯合服務中心』與『金門縣早期療育聯合評估中心』配合，協同進行評估與鑑定的工作。但在此部分，因爲金門縣的醫療特殊性，有時『早期療育聯合服務中心』會接手語言部分疑似發展遲緩個案的評估工作，在沈麗盡（2003）針對台北縣市早期療育社會福利機構的研究中，也有發現這部分的問題，可見其中的適切性是值得探討的。

二、醫療機構評估與鑑定工作執行情形

在早期療育評估與鑑定的工作上，醫療機構所處的地位格爲的重要！因此訪問的重點放在評估的流程、與評估的人員、時間和工具上，以此四個方向進行探討，期探究醫療機構評估與鑑定的情形。

『第一關就是透過早療門診嘛！我們是精神科的醫生，他會做一個簡單的初評，基本上…假如說大概是語言上的問題，然後就會開個轉介單給我，我們就會等說語言治療師過來的時候，安排一個簡單的門診，等於說小朋友就不用來掛號，我們就會幫他做，我們就是會那些細節都幫他做，在那一個時間點，他帶轉介單來，就是說每個小朋友固定的時間，比方說我和你約十點，九點可能是三十、五十你就要慢慢過來這樣。』(A P1)

『我們門診作的是初評的工作，初評完畢基本上他會先轉給（醫院社工）…』(A P1)

『在醫院的評估上不會用檢核表(學前幼兒發展檢核表),因為檢核表要花很多的時間，比直接的評估來的費時，我們先用魏氏智力測驗幫小朋友做，其實小朋友的所有發展看起來就會很清楚的！其實有些學校的老師會做，但是老師的觀點和心理師的觀點還是會有不一樣，有些的老師會做測驗但是不會看報告，小的小朋友他會用另外的測驗去做。』(A P3)

『第一關就是透過早療門診嘛！我們是精神科的醫生，他會做一個簡單的初評…』(A P1)

金門縣早期療育在評估與鑑定的工作上，是將經過二次篩檢後通報疑似發展遲緩的幼兒，由醫療社工人員安排進行早療門診的初評，之後依據**金門縣特殊教育學生各障礙類別鑑定標準與施測原則**利用『魏氏幼兒智力測驗』,進行進一步的評估。但是，早期療育評估工作，由一般門診中的精神科醫師進行初評工作是否得宜？另外,『魏氏幼兒智力測驗』的使用需要有經過專業訓練的人員，才能進行施測，施測人員資格是否符合？『魏氏幼兒智力測驗』施測的項目較多，花費的時間遠比檢核表多許多，在醫師與治療師不足皆須外援的金門縣，利用此種測驗的適切性，值得商榷。

『…其實我們很急著找外援，最基本的醫療體系配備上，是要有醫生的！我們醫院對於這樣的專業的醫師又都沒有，就這樣來說的話我們醫院是有小兒科醫師，但是醫師的專業上，和我們的早療要的又不一樣！我們要發展的就是本土化，也就是說醫生本身就是金門人，可以常駐，可是就這個部分來說是不可能的事情！至少到現在這樣子，我們最終還是只能靠外援！原本我們規定是要每個月一次，但是這又要面臨到很大的一個問題就是說有時候天氣不好，像是去年就連續兩個月，飛機沒有辦法下降，大家就要再等一個月之後了！…』（A P4）

『…有些醫生來支援可能也是兼職的，其實本身也有自己的工作，有些醫生星期一到五都要工作，星期六就要坐最早班的七點的飛機，我覺得他們真的很厲害！…』(A P4)

『…有些醫生可能臨時又有其他的工作，我也沒有辦法去找到替代的人，這些醫生又一定要有一定的規定，又必須符合健保的規定，所以我們常常會發現一個情況就是醫生沒有辦法過來、治療師也沒有辦法過來等等。…』(A P4)

金門地區沒有專任的醫生，需依靠外援才能提供醫療評估的服務；醫生亦非固定到金門進行評估工作，在醫療支援上的固定性不佳；又因金門地區天氣因素、地理因素，使得原訂每月一次的評估工作，無法如期進行，如此早已延宕了早期療育服務的推動，問題的嚴重性，不得小覷！

此部分停滯的狀況下，對於金門地區需接受評估的幼兒影響，可想而知。是因爲金門地區獨特的天氣因素，使飛機無法正常起降等交通因素，或是與先前對於各縣市早期療育服務實施的研究（王天苗等，1996；宋芊晴，2004；林雅雯，2003；俞人鳳，2003；陳明賢，2000）結果提及，在區域資源的配置有明顯的不均、醫療人力資源上不足等因素，影響正常應進行評估與鑑定的程序工作，這些問題都值得相關單位深思。另外，有關於評估工具的部分，這與各相關研究（宋芊晴，2004；林惠芳，1996；徐澄清，2004；張秀玉，2000；郭煌宗，2002）中所提及評估的標準與工具各縣市不一，無形中造成資源的浪費有相同的結果。本研究更發現在評估工具的適切性與評估人員的專業素養上，是否合宜，也成爲有關單位需商榷的問題。

研究者認爲此部分爲金門縣早期療育實施中最重要的問題。據家長們反應，聯合評估中心的業務，有停擺的現象，可能是受到中央經費的影響，金門因爲醫療資源嚴重不足，導致許多個案失去療育的黃金期，讓許多家庭留下無可彌補的遺憾（張建騰，2007，金門日報）。另外，研究者深入由家長層面進行瞭解，發現署立金門醫院的聯合評估中心團隊已經於去年十月至今，皆未到金門縣進行評估的工作。

NTTU Library

第三節　金門縣早期療育服務療育部分實際情形

一、社福機構療育部分執行情形

研究者由先前的訪談中瞭解，社福機構主要是進行評估之後的療育工作，療育的頻率與使用的情形則爲此處之重點，也期由此瞭解個案接受療育的流程與實際的執行情形。

『我們沒有(治療師)，所以我們可能有治療師一個月來一次，可能來四天，甚至說兩個禮拜一個禮拜，這要看治療師的配合程度，當然我們的經費上也有限，因為我們要負擔他的住宿費、機票費跟治療費嘛!可能也沒辦法…因為這個部份的話可能比較有限制，那我們是有跟這邊的ML(中醫)診所有一個合作的方式，就是說因為他們有提供物理治療，那他們就是以刷健保卡的方式，禮拜一到禮拜五各有一位治療師就是物理治療師固定會在早療做，從早上十點到下午五點這樣，就是這一個部份是有固定，那其他語言職能的部份就是都是不固定的。』(B P4)

『因為就是說職能跟語言的方面，就是沒有辦法就是說馬上可以知道，那認知方面因為我們自己有兩位教保員，如過是屬於在認知的方面可能比較弱或者是說在學習方面有比較落後，這個部份就是可以馬上幫他安排這樣，可是在語言跟職療方面還是需要等。』(B P4)

『金湖鎮比較多，我們以接受通報的人數來講，可能是以金湖跟金寧…其實都差不多，但是我們統計會來做治療的孩子幾乎都是在金湖鎮比較多，不論是住在金湖鎮最遠的地方還是住在金湖的街上，但是真的是在金湖的這一個區塊，有蠻多的孩子來接受治療的。我大致看一下人數其實都差不多，所以我就沒有去做一下地區性的統計，因為我覺得差不多這樣的數據就沒有什麼意義，可是願意出來治療我覺得可能跟我們單位在山外也有關係，因為如果是以金城然後過來金湖(山外)路程上來說就太遠了，金湖大家就覺得說不管是住在離金

湖最遠的地方來講還是怎麼樣都得到山外來買東西或是辦事情。所以就有很多的人覺得說我送小朋友去治療順便自己也可以去辦事情，他們會覺得這是一個方便性！再來就是有些金沙地區的就會比較少，最多來講還是以金湖、金寧跟金城。』(B P8)

『我們現在使用這樣服務的人大概有兩百人左右，但是實際上有在服務當中的人數也是差不多一百位左右，我們會看所哪些孩子是在經過評估當中是需要可是他後來有時候就連一次也不肯出來吧！有時候是斷斷續續的吧！可能是說本來說要來這一次安排他的課的時候有來，可是下一次到安排他課的時候，他又沒有來，會有這樣的一個情況，所以，我們有時候會用…有時候持續在接受療育的時候，他可能每個禮拜六他會做得到(治療)，那每個禮拜的話我們平均的人數大概四、五十人左右…』(B P6)

社會福利機構若有疑似遲緩現象之個案，會先利用電話訪問與家庭訪問的方式進行個案的瞭解，再由醫院安排評估時間，經過評估後確定需進行療育，早療社工即開案。此部分是依照療育的流程去進行的，依照個案不同的狀況，而進行不同的療育服務。目前使用服務的人數約兩百人，但是真正使用的約一百人，每週約四十到五十人左右，以地區而言大致是金湖鎮最多，其次是金寧、金城，最少的是金沙鎮。金門縣的療育資源較少，療育服務提供的地點較固定，研究者從張韶文（2004）於南投縣早期療育服務輸送與滿意度研究中得知，對家長而言居住地區與提供療育處的距離遠近，也是影響接受療育與否的重大原因，在金門縣是否也因此情況，則需往後研究者深入探討之。

二、醫療機構療育部分執行情形

醫療機構在此也扮演重要的角色，此部分的訪談重點在於瞭解療育資源的分配與人力問題，以期對執行情形有更深一步的瞭解。

『基本上我們是要先由醫生瞭解說小朋友的狀況之後，才開始進入療育的動作。但是因為我們的計畫還沒有開始，我們要先跟早療中心講好說，請他們

先去瞭解小朋友，因為我們怕時間拖的太長，如果計畫都還沒有下來我們就可能拖個半年，但是時間已經太長了，我們就會請早療中心先接手，等醫生來了之後我們再做確認和診斷，其實醫療最重要的就是做診斷，因為如果你如果單純的是因為講話的問題的話，自閉症也會有講話的問題，但是如果說你沒有經過診斷的時期，他治療的方式可能是不一樣的，如果時間比較趕的話，我們會先請早療中心先接，因為他們有語言治療師，語言治療師可以先做一個初步的評估，等我們的醫生過來之後再做一個完整的評估，更完整的診斷這樣子。』（A P1）

在療育部分，因金門縣無專屬、常駐的治療師，醫療體系在此部分則安排醫師或治療師每月至金門一次進行療育的工作，亦由醫院的社工員視個案需要安排療育，在醫師尚未到金門之前，若遇到語言上有問題的個案，則會先轉介請『早期療育聯合服務中心』中語言治療師進行療育的動作。但是，先由『早期療育聯合服務中心』評估工作與療育，是否適切？若未接受正式的評估即進行療育是否得宜？判斷個案的問題點是否正確？療育進行是否符合個案的需求？這樣的作法不但造成人力與療育資源上的浪費，時間上的迂迴，亦也影響到接受個案療育的黃金期。在早期療育服務於各縣市的研究中（王天苗等，1996；宋芊晴，2004；林雅雯，2003；俞人鳳，2003；陳明賢，2000）皆提及人力資源不足的問題，可見非只有金門有之，如何網羅相關人才，進行療育工作，亦爲當前最應解決的問題之一。

三、教育機構療育部分執行情形

教育機構的療育部分工作多由巡迴輔導老師進行，主要是針對執行的現況作瞭解，並針對個別化教育計畫的執行情形進行瞭解。

『像是 IEP 我也會定在認知和語言方面的。我的教學就是針對與跟著我的 IEP 做評量等等。巡迴輔導老師能夠做的就是看一下、簡單基本的操作一下，我能看的只是這一個小朋友到底有沒有慢而已，不能肯定到底慢在哪裡？我們這幾年是早療中心轉介小朋友給我們，或是我們自己找到的小朋友。』(C P3)

『以地區來講，語言治療師是很缺乏的，又因為在學前階段的小朋友語言上的情形是最多的。以台灣地區來說，語言治療師也是很缺乏的，每一年培養出來不到二十位，同樣的待遇語言治療師是比較不可能跑到金門來的，在金城幼稚園是固定每月有兩次語言治療師會過來，每次如果語言治療師來，我們自己本身的小朋友接受治療之外，再加上其他外面需要接受治療的小朋友，這樣其實會排擠倒我們自己本身接受治療小朋友的時間。所以到最後我們也是無法幫忙，可以說是愛莫能助！所以我想若是單單只有構音上面的問題的話，通常會給予家長一些指導構音上面問題的方式，應該是這樣子。』(C P1)

『我們輔導的三到六歲的小朋友當中，認知語言上面的也是多數，這些學生多數的家長都是外籍配偶，我們這些小朋友大概有五成都是外配子女，而且這些小朋友是我們輔導的小朋友中配合度最差的小朋友，因為我們在這邊教一教，回去就忘的差不多，因為家長也沒有辦法教，回來又得重新教。如果是配合度很好的家長，他會主動的希望孩子學習，在學校老師付出多一些的關心，回家家長又多一點的關心，也會落實老師所教的。除了我們這裡上課之外，早療那邊也會排一些課程，認真的上課一個星期可以上好幾堂，有些積極的小朋友，學習的成效都非常的明顯，幾乎都可以趕上一般的小朋友了！』(C P2)

金門縣立金城幼稚園及金湖國小附設幼稚園均設置巡迴輔導班，共有五位教師進行巡迴輔導的工作。另外，卓環國小附設幼稚園設立資源班一班，班上有兩位老師及一位特教助理，視個案情況不同，撰寫個別化教育計畫，針對發展遲緩幼兒認知、動作部分進行服務。雖然每個月固定會有兩次語言治療師會到金門進行療育工作，但是金門地區治療師人力還是缺乏，除了進行 0-6 歲發展遲緩幼兒的療育之外，還需針對學齡兒童中有語言發展問題的兒童，進行療育，工作量之大，可想而知。另外，接受療育幼兒家長的配合度不高，缺乏主動與積極參與，也使得療育的功效不彰。張淑美（2001）研究中亦提到有關學校的教師，與專業團隊多屬於合作的方式介入輔導，無法以團隊的模式運作，有時需透過家長的轉述，才能得知幼兒在療育部分的情況，如此也會影響到跨專業團隊運作的成效。

在金門縣內『發展遲緩兒童早期療育推動委員會召開第二次委員會』會議中，與會人員也曾提及『缺乏專職早期療育團隊，尤其是專業評估鑑定及療育人員』問題，並針對早療缺乏專業人員，應培養專業人才，及在安置、家長介入，和以團隊做早療，避免資源浪費等，提供意見和建言（李增汪，金門日報，2002），亦能見此問題非今日才產生，而是長期未解決的問題。

在俞人鳳（2003）的研究中亦指出，目前國內的療育服務資源仍有分配不均的現象，尤其以偏遠地區對於資訊缺乏的個案而言，更不容易取得療育服務。而金門縣屬離島地區，早期療育方面無專屬的醫師與治療師，在人力不足的情況下，療育情形也大打折扣。醫療機構作重要的就是評估與鑑定的工作，反將此工作推給社福機構，是否得宜？評估之後所做的療育是否真正符合個案的需求，是真正應該深思的課題。

根據收集之文獻發現，療育的方式與機構實屬多元，可跨單位的進行配合與運用，並結合私人單位，共同配合進行療育工作，已達早期療育服務之精神。但金門地區的專業人才不足，專業醫師到金門進行療育的頻率不高，亦是一個相當大的問題，這非但影響整個療育的推動，也讓療育的品質，大打折扣，相關單位不得不重視。

第四節　金門縣早期療育服務行政部分實際情形

民國 92 年金門縣早期療育聯合服務中心成立之後，金門縣早期療育服務較有系統的開始進行，分別在社福機關、醫療體系、教育體系中各有進展。在現有人力部分，表 4-1 爲金門縣早期療育專業團隊人員數量表，因專業團隊醫師多屬外聘，故將其標示出來。另因特殊教育助理隨年度更換，僅標示出本研究期程（2006-2007）擔任該職之人數，『勞工局聘任特殊教育助理』爲『金門縣身心障礙者家長協會』委勞工局永續就業徵選特殊教育助理，以保育需接受早期療育幼兒爲工作職責，不進行教育工作。

表 4- 4　金門縣早期療育服務團隊人員概況表

	教育單位			醫療單位	社福單位	
職稱	學管課專職教師	早期療育巡迴輔導教師	教育局聘任特殊教育助理	早期療育聯合評估中心人員	早期療育聯合服務中心人員	勞工局聘任特殊教育助理
人數	1 人（介調教育局之教師）	7 人	3 人	外聘醫師 7 人 醫院社工 1 人	5 人（主任 1 人，另分行政、特教與復健組各 1 人，特教組兩人）	6 人

以下就各體系的實施情況作介紹：

一、社福體系行政部分執行情形

依照國內現行的法令制度，0-3 歲的階段是屬於社政單位負責，因此金門縣 0-3 歲嬰幼兒的早期療育工作由早期療育聯合服務中心與社會局負責，針對出生時有明顯障礙的嬰幼兒進行早期療育的工作。

『92 年 10 月份開始慢慢的籌劃，是 92 年 11 月正式成立，當初因為沒有經過正式的招標工程，就是直接由台中的瑪利亞去直接做承辦的單位，因為是

兩年一次招標，所以每兩年會知道得標的單位。我們早療中心算是公辦民營。金門其實很久之前就有在做早療的服務，可是都由家扶中心在接，所以我們之前有些資料都是家扶中心接過來的CASE。我們所有的人員都是歸屬於瑪利亞的員工，縣府會補助人事經費給瑪利亞，以支付我們的薪水。』(B P1)

『大部分我們是寫企畫書後，向社會局申請補助。那不足的地方就由我們自己單位自行籌款。』(B P2)

『我們原本是有在規劃想說可以向一些學校或是酒廠其他單位去募款，家扶中心的話學校就會捐款給它們，因為他們在這邊的歷史比較久，我們才剛開始，我們也不太清楚要怎們去募款…家扶中心在台灣，他們也都是靠募款的，早療的話可能比較特殊一點，因為是縣府的一個公辦民營，可能我們在經費方面覺得比較有足夠性，不可能專以早療的比例去募，因為我們是【財團法人瑪利亞社會福利基金會】附設在金門的早療中心，如果說需要募款的話，必須直接從台灣那邊去募，我們基金會有向其他單位募款，所以在這個部份的話基金會還沒有走到這一個程度。』(B P2)

『大部分來講我們會盡量的去幫他們，舉辦一些講座，那是固定的…』(B P10)

『其實我覺得再我們那個地方上班可能是比較隨性一點，我們跟家長之間的互動，變的很密切。也因為這樣就會增進彼此之間的情感…在他們來講他們會感覺好像是帶孩子來上課沒錯，可是不是那種很制式化的感覺就覺得我帶孩子來我就走,有時家長來那我們就會和家長隨便聊啊!他們也就會好像來這邊對他們來講是一個休閒或是放鬆情緒的地方…他們也會覺得至少有一個地方是可以寄託的…對家長而言他到這裡會覺得很輕鬆自在，因為你帶這樣的孩子出去外面，到處都要受人家異樣的眼光，當他到這邊的時候，他會發現大家都是有這樣的一個孩子，他到這裡來就可以很自然很敞開心胸的跟人家去聊天…』(B P9)

綜合以上所述，在『金門縣早期療育聯合服務中心』成立之前的早期療育業務，皆由金門縣家扶中心承辦，九十二年早期療育聯合服務中心成立之後，即由此中心接手辦理，至今仍由瑪利亞財團法人基金會負責辦理。因爲是公辦民營的方式進行，在人事方面的開銷除由瑪利亞財團法人基金會支付外，政府亦進行補助的工作。活動的開銷上，是以企畫書方式向社會局申請補助，不足之處由該單位自行募款。在『金門縣早期療育聯合評估中心』早療業務的推動上，多以辦講座與活動的方式推廣，而此中心的角色除了服務需接受早期療育的個案之外，亦將家長納入服務的範疇，提供家長一個喘息的機會與空間，相互的交流與成長。

二、醫療體系行政部分執行情形

民國 91 年衛生署於署立金門醫院中成立『金門縣早期療育聯合評估中心』，主導的科別爲兒童心智科，設置在一般的健兒門診。金門縣早期療育醫療團隊，皆屬外縣市支援，由專門醫師與治療師共七位，以及一位隸屬署立金門醫院之社工人員陪同進行早期療育評估業務。

『…在這裡服務我之前是在一般科，早療之前也是在一般科。在九十年的十二月的時候我們有請台北的醫院我們做評估，在九十年十二月的時候向衛生署申請一個計畫專案，那時候沒有早療中心，所以那時候的模式是每個月一次的評估，個案的第一個月是評估，第三個月是排療育。其實應該這麼說，在九十二年早期療育聯合服務中心成立之前，我們九十年與九十一年的時間是除了評估還有做療育的部分。…』(A P1)

『我們的這些醫師來源比較特別，是透過協會去找的，比方說語言治療師協會、職能治療師等等，這些協會去找的。總共包括三個醫師與七個治療師，其中包括小兒神經科、兒童復健科、兒童精神科、物理治療師、職能治療師、語言治療師和臨床心理師。那時候是兒童精神的部分就是以市立療養院的體系，復健是林口長庚體系的，那像是這些治療師就是透過協會去找的，去年那些醫生還是原來的 team，只是有些時候醫生沒有辦法過來，我們就請別人進行支援，其實到現在還是這樣的模式在進行。』(A P1)

『我（醫療社工員）的工作多半都是會在一旁詢問或是陪同瞭解個案的狀況是如何，有些醫生可能會想說要下另外的一個評估，需要另外的時間，我就可能要幫個案作安排，或者是有些小朋友的家長，對於一些醫院上的不瞭解或是需要幫助的地方，我都可以提供諮詢。』

由以上訪談結果可知，金門縣的早期療育醫療團隊是透過協會的方式在台灣找尋符合條件的醫師，由這些專業的醫師與治療師，組成聯合評估中心團隊，進行每月一次的評估工作。而此社工員角色多半在一旁陪同並提供諮詢。

三、教育體系部分執行情形

教育體系主要工作在提供早期療育的安置服務。依照國內現行的法令制度，4-6 歲的幼稚園階段是屬於教育單位負責。金門縣政府教育局中未設有特教課，故由學管課辦理 4-6 歲學齡前之幼兒早期療育工作及國小特殊教育業務。金門縣的學前特殊教育巡迴輔導老師共有 7 位，教育局所聘用之特殊教育助理員有 3 位，另有『金門縣身心障礙者家長協會』依照教育局中通報個案的需求，向勞工局以永續就業方式申請特殊教育助理員，工作內容即是照顧各幼稚園中融合班早期療育個案，負責保育的工作，不進行教育與療育，現有 6 位。

（一）學前特殊教育巡迴輔導老師部分

『我們是八十七年成立的，當時就要照顧到全島的早療的小朋友包括小金門 ，當時小金門的個案只有一個，那時交通不是很便利，光花在交通上的時間就已經太多，能給的輔導也有限。湖幼是九十年成立的，那時候我們就發現需要接受早療的小朋友多半是金湖、金沙地區，有些極中度的小朋友也分佈在那裡比較多。雖然他們是在金湖、金沙地區，不是我們的範圍，但是我也是會接手照顧，因為和家長有一定的熟悉度。』(C P3)

『之前教育局沒有做初篩的動作，別的地方都是社服單位先做，我們這邊是教育單位先做，早療中心在九十幾年成立，我們已經比別的縣市慢了，成立之後才開始介入，剛剛開始都是自己去找小朋友。當時的小朋友都是看的出來

的障礙比較多，像是發展遲緩的小朋友比較看不出來，都是由家長或是一些老師自己去發現的比較多。最近幾年有比較完備了，教育局、社會福利機關都有在進行，應該算是比較完備了！ 』(C P3)

民國八十七年成立至今，已經有十年的歷史，過去因爲教育局沒有進行初篩的動作，個案都需自行尋找，現在如果在由教育局初篩後，發現有疑似遲緩幼兒，都會先轉介到巡迴輔導老師手中，接手照顧。

（二）特殊教育助理部分

『金門縣的永續就業之中就有一項是應徵特教助理，利用電腦篩選我們來，再到殘障協會去有很多人再重新挑選，因為我們要帶的是跟一般的小朋友不一樣的小朋友，要看看我們有沒有愛心，也會教我們怎樣對付這些小朋友。就是因為這樣子才錄取的。』(D P1)

『特教助理老師他是依照簽約的方式，每年一聘，從今年的 2/1 到明年的 2/1，所以特教助理每年人員是不一定的。』(F P2)

『我們都有經過訓練，每一次都有參加一些研習的課程，這些都會一再地補充我們，事先他們也會告訴我們，帶這些小朋友是很麻煩又很苦的，跟一般的小朋友不一樣。』(D P1)

受訪者是利用永續就業應徵的方式，進入到早期療育的服務體系中，依照簽約的方式，一年一聘，但是以每年的 2/1 當作是簽約到期日，和學期的開始結束時間（每年的 8/1 爲新學期的開始，7/31 爲學期的結束）不同。經過電話訪談申請單位爲『金門縣身心障礙者家長協會』，由教育局統籌並評估年度中有此需求的幼兒，由此協會出面向勞工局提出申請，經由勞工局評估後，篩選適合的人選擔任此工作。

另外，由受訪者的談話中可知，雖特教助理在班上擔任的工作僅是針對特殊幼兒進行保育，但金門縣教育局及『金門縣身心障礙者家長協會』並沒有爲

擔任此工作的人員舉辦另外的研習課程，而是請他們共同參與早期療育聯合服務中心所舉辦的各項研習，以期提升其專業知識。

綜括以上社福體系、醫療體系與教育體系，在早期療育服務中各單位行政部分的執行情形可得知，金門縣是屬於合作型的早期療育服務，服務的地點亦也包括家庭、中心、醫療機構與教育機構。在專業的團隊中，包括了醫療團隊、教育團隊與社會福利團隊進行服務。唯醫療團隊非隸屬於金門縣，而是由台灣聘請而來，每月一次進行評估鑑定與療育的工作；教育團隊部分除了巡迴輔導老師與教育局聘任之特殊教育助理之外，亦加入由『金門縣身心障礙者家長協會』聘請之特殊教育助理，進入班級擔任特殊幼兒的保育工作。

以上述情形來看金門縣早期療育服務的分工狀況是相當清楚的，但由執行上來看，並非如此。4-6 歲發展遲緩幼兒能使用的資源相當多元，包括『金門縣早期療育聯合服務中心』、醫療上的資源以及學校的資源，而 0-3 歲的幼兒使用的資源卻只有『金門縣早期療育聯合服務中心』及醫療上的資源，在金門地區早期療育資源的分配上，並不均等。另外在提升家長對於早期療育服務的認知問題上，先前的相關研究中（王天苗等，1996；宋芊晴，2004；林雅雯，2003；俞人鳳，2003；陳明賢，2000）亦有針對此進行探討，顯示各縣市早期療育服務推廣皆有類似情形。

其次，在醫療體系中的行政人員非早期療育專屬人員，需抽出業務空檔，支援早期療育的服務，在人力的資源上是較不足的。在林惠芳（2001）、宋芊晴（2004）與張秀玉（2000）的研究中亦有提及個案管理中心人力不足問題，但於金門縣的情況來說，不僅僅是個案管理中心，包括社福機構、醫療體系與教育體系，都面臨人力不足的情況。

最後，在教育體系上的問題，尤以『金門縣身心障礙家長協會』利用勞工局永續就業應聘之特殊教育助理員之問題爲重，特殊教育助理員的來源問題、聘任時間與職業訓練問題等，都一再地考驗家長對於他們的信賴度。雖有教育局所聘任之特殊教育助理員，但其角色定位與適切性，亦值得探究。

第五章　結論與建議

本研究目的爲瞭解金門縣早期療育服務在通報轉介、評估鑑定、療育服務與行政上的現況。研究對象爲金門縣 4-6 歲幼兒及金門縣與早期療育相關業務之人員。以『金門縣學前兒童發展檢核表』對全縣 4-6 歲幼兒進行測驗，探討通報情形；之後針對早期療育專業人員，進行個別訪談，完成金門縣早期療育服務實施，在通報與轉介、評估與鑑定、療育服務及行政方面結果的整理與分析。本章將針對本研究之研究問題，以及研究結果，彙整本節研究結論，進一步針對結果提出建議。

第一節　研究結論

一、金門縣早期療育服務在通報與轉介部分執行情形

（一）研究者以『金門縣學前幼兒發展檢核表』，針對全縣 4-6 歲幼兒進行施測，又經巡迴輔導老師進行二次篩檢工作後，共有 34 位需通報但未被通報。這些幼兒中，男生多於女生，以五歲居多，各以認知題、數字題與常識題未通過人數較多。

（二）金門縣早期療育服務實施採公辦民營模式，通報轉介中心與個案管理中心合一，皆由台中瑪麗亞財團法人基金會負責，並以其爲通報單一窗口；醫療體系個案來源以新生兒篩檢與平日醫療行爲中發現；教育機構則是以『金門縣學前幼兒發展檢核表』，對四歲幼兒進行之初篩，再由巡迴輔導老師針對未通過幼兒進行二次篩檢，以二次篩檢未通過之結果進行通報。個案通報來源以衛生單位居多，但通報需跨單位進行，通報個案有遺漏情形。另雖明訂社福機構爲單一通報窗口，實際上通報窗口多元，無法掌握真正的通報人數；幼稚園階段幼兒，但因教師敏感度不夠、對於早期療育瞭解不夠等因素，導致通報率偏低。

二、金門縣早期療育服務在評估與鑑定部分執行情形

醫療體系由署立金門醫院設置『早期療育聯合評估中心』，進行評估與鑑定工作。通報個案於一般門診中，由精神科醫師進行初評，待醫師到金門來，再以『魏氏幼兒智力測驗』進行進一步的評估。在等待階段，會先商請『早期療育聯合服務中心』中治療師進行初評。於 95 年 10 月至今，聯合評估中心皆未運作，治療師也因經費問題，未到金門進行療育工作。評估與療育工作目前呈現停滯狀態，影響了早期療育服務的推動；由社福機構代爲評估，在程序上屬不恰當，亦浪費療育資源。

三、金門縣早期療育服務在療育部分執行情形

社福機構所提供的服務有語言治療、職能治療、物理治療、認知課程、個管服務等；醫療機構所提供的療育服務，以台籍醫師與治療師排定每月一次固定形成爲主。但在氣候、經費與交通因素之影響下，從 95 年 10 月份至今尚未運作，嚴重延宕療育狀況；教育體系中編制學前特殊教育巡迴輔導教師，進行個案輔導工作，並由教育局與『金門縣身心障礙者家長協會』分別聘任特殊教育助理員，負責學前特殊幼兒在校保育工作。但特殊教育助理員的專業訓練不足、角色定位不清楚等問題，直接影響家長對其之信任度，亦影響到學前特殊幼兒的權益及安全問題。

第二節　研究建議

一、社福機構應舉辦更多元化的活動，讓金門地區家長瞭解『早期療育在做什麼？』、『早期療育的意義爲何？』，並針對金門地區人口特性，針對高危險因子中環境不利因素家庭進行瞭解與追蹤，確實掌握通報人數，進行療育工作。

二、醫療單位應招募隸屬於金門地區的專業人才，確實執行評估與療育工作；確立評估工具的適切性，解決個案排隊等待評估時間過長的問題，推動有效的療育計畫。

三、教育機構應有一個專屬的單位，統籌學前特殊幼兒教育規劃，並辦理相關研習與執行檢核表的說明會，讓教師能更加瞭解個案發現的重要性；學前特殊幼兒巡迴輔導教師人力應增加，輔導的項目也應增加，才能適切地區需求；所有教師與助理員的在職訓練應確實執行，以利早期療育服務之推行。

四、研究者礙於時間上的因素，未針對 34 位應通報但未被通報之幼兒進行深度的瞭解，此部分可供未來的研究以更深切的角度進行探究，瞭解其未被通報的原因與背景，亦可供金門縣政府瞭解專屬於金門縣發展遲緩幼兒的高危險群，加強其對於早期療育的宣導工作，以期發展遲緩幼兒能獲得更佳適切的照顧。

參考文獻

王天苗（1995）。*臺灣地區心智發展障礙幼兒早期療育服務供需及相關問題之研究*（國科會專題研究計畫成果報告，NSC84-2413-H003-013 ）。台北市：台灣師範大學特殊教育研究所。

王天苗、廖鳳瑞、蔡春美、盧明（1999）。台灣地區發展遲緩幼兒人口調查研究。*國立台灣師範大學特殊教育學系特殊教育中心特殊教育研究學刊*，17，37-57。

王天苗、林世華、林麗英、廖華芳、鄒國蘇、蘇建文（2004）。*嬰幼兒綜合發展測驗編製報告*。台北市：國立台灣師範大學特殊教育中心。

王立杰（2004）。早期療育相關規定。*幼教資訊*，135，59-60。

王明泉（2003）。*國民中小學特教班教師在社區本位教學現況及相關態度之研究*。屏東：睿煜。

王國羽（1996）。心障礙兒童早期療育政策的相關理論模式與台灣法令之解析 *東吳社會工作學報*。2，333-350。

江家榮（2000）。*一位發展遲緩幼兒母親的經驗*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學/特殊教育研究所，台北。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/ft_result.jsp?FT=Y&id=088NTNU0284010

杜杏芬（2006）。淺談職能治療與早期療育。*嘉南療養院院訊，31*。網址：http://www.cnpc.gov.tw/releaseRedirect.do?pageID=932

李宜賢、李翰林、黃志祥、楊婷舒、高慧芬、毛萬儀等（2002）。*兒童發展理論與實務*。台北：永大。

李增汪（2002，11 月 2 日）。縣發展遲緩兒童早期療育推動委員會召開第二次委員會。*金門日報*，電子版。線上檢索日期：2007 年 9 月 26 日。網址：http://www.kmdn.gov.tw/article/news-2002-11-2-23-53-11.htm

何國華（2006）。*特殊幼兒早期療育*。台北：五南。

吳俊輝、黃志成（2005）。發展遲緩兒童的早期療育。*空大學訊*，342，107-115。

吳敏而、幸曼玲、吳佳玲、卓妙如、林金定、林雅雯、羅慶徽、嚴嘉楓（2002）。早期療育：台北市學齡前身心障礙兒童之需求評估。*台灣家醫誌*，13，71-83。

林欣瑩（2006）。*發展遲緩兒童家長運用早期療育服務系統之調查研究-以桃園*

縣爲例。未出版之碩士論文，朝陽科技大學幼兒保育學系研究所，台中。

林美珍、林惠雅、柯華崴、陳李綢等（1995）。*發展心理學*（2 版）。台北：心理。

宋芊晴（2004）。*失落的案主:影響疑似發展遲緩兒童現身和接受服務的因素探討*。未出版之碩士論文，靜宜大學青少年兒童福利研究所，台中。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/site/sh/detail_result.jsp

沈慶盈、蔣明珊（2000）。 台北市早期療育服務體系之運作困境與整合分析。*台大社工學刊*，3，111-149。

沈麗盡（2003）。*早期療育專業團隊之研究-以台北縣市社會福利機構爲例*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，私立中國文化大學青少年兒童福利研究所，台北。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準，(2002)。中華民國九十一年五月九日教育部 (91) 台參字第 91063444 號令。

身心障礙保護法，(2004)。中華民國九十三年六月二十三日總統華總一義字第 09300117621 號令。

兒童及少年福利法，（2003）。中華民國九十二年五月二十八日總統華總一義字第 09200096700 號令。

兒童及少年福利法施行細則，(2004)。中華民國九十三年六月三日內政部台內童字第 0930093663 號令。

兒童福利法，（2002）。中華民國九十一年六月二十六日總統華總一義字第 09100125170 號令。

兒童福利法施行細則，(1994)。中華民國八十三年五月十一日內政部 (83) 台內社字第 8375137 號令。

周文麗、鄭麗珍、林惠芳(2000)。台灣早期療育的發展與未來展望。*文教新潮*，4，7-12。

林初穗（2002）。桃園縣早期療育服務執行成效研究。*中原學報*，30：4，489-504。

林惠芳（1996）。發展遲緩兒童早期療育個案管理服務。*社會福利雙月刊*，134，62-64。

林雅雯、嚴嘉楓、羅慶徽、吳佳玲、卓妙如、林金定（民 92）。早期療育：台北市學齡前身心障礙兒童之需求評估。台灣家醫誌，13，71-83。

金門縣政府施政報告 a，(2002)。金門縣政府。網址爲：http://www.kinmen.gov.tw/
金門縣政府施政報告 b，(2003)。金門縣政府。網址爲：http://www.kinmen.gov.tw/
俞人鳳（2003）。*台北縣早期療育服務需求、供給及輸送之現況分析*。未出版之碩士論文，台北大學社會工作學研究所，台北。
柯平順（1994）。*嬰幼兒特殊教育*。台北：心理。
洪素英（1999）。*發展遲緩幼兒之家庭生活素質研究*。未出版之碩士論文，國立彰化師範大學特殊教育學系，彰化。
紀金山、宋民麗（2000）影響發展遲緩兒童發生的因素探討：以「旗山地區幼兒人口調查」爲例。*兒童及少年福利期刊*，6，41-54。
徐澄清（2004）。發展遲緩兒童之早期發展與療育：Ⅱ、早期文化剝奪之影響。*台灣精神醫學*，18：3，155-171。
孫世恆、王天苗（2004）。台灣地區特殊教育相關專業服務實施現況及意見調查之研究。*國立台灣師範大學特殊教育學系特殊教育研究學刊*，26，19-43。
翁菁菁、鄒國蘇（2005）。 三歲以下發展遲緩兒童之臨床特徵。*北市醫學雜誌*，2，6，535-544。
張如杏（2004）。外籍配偶家庭與早期療育—醫院社會工作的新挑戰。*社區發展季刊*，105，235-245。
張秀玉（2003）。*早期療育社會工作*。台北：揚智。
張建騰（2007，6 月 2 日）。金門特教生需兒童復健部爲他們服務！。*金門日報*，電子版。線上檢索日期：2007 年 9 月 26 日。網址：http://www.kmdn.gov.tw/article/news-2007-6-2-23-37-40.htm
張淑美（2001）。早期療育通報轉介中心社工人員的工作限制與工作績效關係之研究〔電子檔〕。未出版之碩士論文，東海大學社會工作學系，台中。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/ft_result.jsp?FT=Y&id=092THU00201014
張韶文（2004）。*南投縣早期療育服務輸送及滿意度*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，東海大學社會工作學系，台中。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp
莊竣博（1999）。*發展遲緩兒童之母親的孩童概念及其家庭關係--一個應然與實然的交錯, 從接受到認同的過程*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，高雄醫學大學行爲科學研究所，高雄。網址：

http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

連心瑜、吳亭芳、陳麗如、毛新春（2005）。護理人員在早期療育的角色功能。*護理雜誌*，52：6，63-70。

郭春在（2005）。談學習弱勢幼兒的早期療育。*教師天地*，137，40-45。

郭煌宗、林美瑗、李欣靜（1999）。　遊戲檢測後新發現發展遲緩兒童之家長需求認知初探。*兒童福利期刊*，4，157-184。

陳明賢（1999）。*早期療育整合服務實施方案評估---以高雄市發展遲緩兒童爲例*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，暨南國際大學社會政策與社會工作學研究所，南投。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

陳凱琳（1996）。　*影響發展遲緩幼兒家庭社會支持因素之研究*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，高雄醫學大學/行爲科學研究所，高雄。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

陳進吉（2004）。台北市發展遲緩兒童家庭需求及家庭支援調查研究。*特殊教育暨創造思考研究*，1，57-84。

陳順隆（2004）。*早期療育服務資源網絡運作之研究以南投縣爲例*。未出版之碩士論文，暨南國際大學社會政策與社會工作學系研究所，南投。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/site/sh/detail_result.jsp

陳麗如（2001）。*特殊兒童鑑定與評量*。台北：心理。

陳麗如（2004）。*特殊教育論題與趨勢*。台北：心理。

陳麗芬（1999）。*公立所托兒所推動早期療育相關服務對發展遲緩幼兒家庭之影響-以台北市爲例*。未出版之碩士論文，中國文化大學兒童福利研究所，台北。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/site/sh/detail_result.jsp

陳嬿如（2003）。*我國早期療育政策過程研究：以倡議團體之角色分析*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，國立中正大學社會福利系研究所，嘉義。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

黃英琪（2004）。*早期療育服務使用及滿意度之調查研究～以台中縣發展遲緩兒童家長爲例*。未出版之碩士論文，東海大學社會工作學研究所，台中。

黃淑文（2000）。*早期療育服務介入對心智障礙兒童家庭影響之研究*。未出版之碩士論文，私立文化大學兒童福利研究所，台北。

萬育維（1997）。發展遲緩兒童早期療育之研究—轉介中心鑑定中心合作模式之

規劃。內政部社會司委託研究。

萬育維、莊凰如（1995）。 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。*社區發展季刊*，72，48-61。

劉玉蓮、傅秀媚（2004）。社會福利機構中提供早期療育服務之師資知能、需求與問題調查研究。*兒童及少年福利期刊*，6，9-40。

廖靜芝（2002）。台灣發展遲緩兒童早期療育服務的團隊合作模式的發展與困境。*2002 兩岸四地社會福利學術研討會*。線上搜索日期：2007 年 10 月 5 日。網址：http://www.ccswf.org.tw/taiwan/2A4.doc

鄭大行（2001，7 月 25 日）。縣府落實推展特教強化早療功能除在東、西半島加強相關硬體設置也持續辦理各項研習提昇教師專業知能。*金門日報*，電子版。線上檢索日期：2007 年 9 月 26 日。網址：http://www.kmdn.gov.tw/article/news-2001-7-25-40.htm

鄭大行（2004，6 月 11 日）。縣府召開發展遲緩兒童早期療育推動委員會。*金門日報*，電子版。線上檢索日期：2007 年 9 月 26 日。網址：http://www.kmdn.gov.tw/article/news-2004-6-11-0-2-46.htm

鄭期緯（2004）。*發展遲緩孩童家庭功能問卷建構之研究*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，高雄醫學大學/行爲科學研究所，高雄。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

黎蓮嬌（2004）。*台灣地區早期療育機構實質環境調查研究*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，東海大學建築學系研究所，台中。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

盧麗卿（2004）。*高雄市社會福利系統早期療育服務之研究*〔電子檔〕。未出版之碩士論文，國立高雄師範大學特殊教育系研究所，高雄。網址：http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/detail_result.jsp

鍾育志（2000）。如何發現發展遲緩兒童。*臺兒醫誌*，41，51-59。

簡春安、鄒平儀（1998）。社會工作研究法。台北：巨流。

羅志釧（2004）。談早期療育的重要性《個案實例》。*特教通訊*，32，7-21。

Allen Rubin, Earl Babbie，（2000）。*研究方法：社會工作暨人文科學領域的運用(修訂版)*（Research methods for social work）(趙碧華,朱美珍編譯)。台北：學富。（著作中未提供出版年）

Padgett，D.K.（1998）。*質化研究與社會工作*（Qualitative methods in social work research：challenges and rewards）（王金永等譯）。台北：洪葉。（原著作出版年 1998）

Macy，G.M., Bricker，D.D., & Squires，J. K. （ 2005 ）。 Validity and Reliability of a Curriculum-Based Assessment Approach to Determine Eligibility for Part C Service. *Journal of Early Inetrvention*,28(1),1-16

NTTU Library

附錄一　4-6 歲學前幼兒發展檢核表（表 11-13）

4 歲（3 歲 11 個月 16 天~4 歲 11 個月 15 天）　11

兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。註記（實作）的題項表示附有圖形，請實地測試，再紀錄兒童反應。

檢核日期：　年　月　日，實足年齡：　歲　個月　天（請務必填寫）		
★ 1.能不須扶東西輕易地蹲下玩玩具然後恢復站的姿勢	是	否
2.能跑（姿勢怪異或常跌倒，均不算通過）	是	否
3.能雙腳離地跳躍（雙腳必須能同時離地然後同時著地，若明顯的力量不對稱而造成兩腳高低不一，則不算通過）	是	否
4.能不須扶牆壁或欄杆走上樓梯，而且一腳一階	是	否
★ 5.通常可以和人一問一答持續對話，使用 4 至 5 個單詞的短句，且回答內容切題	是	否
★ 6. (實作)能說出一種顏色的名稱（圖 1：用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問「這是什麼顏色？」說對 1 個通過）		
7. (實作)能聽懂 2 個空間關係詞（圖 2：先引導兒童注視圖片上的牛頭和四隻小鳥，然後依序問「哪隻小鳥在牛的上面？下面？前面？後面？」指對 2 個通過）	是	否
8. (實作)仿說「弟弟-想要-一輛--腳踏車」（大人唸句子讓小朋友覆誦，錯誤四個字或四個字以上不通過）	是	否
9. (實作)能說出四種東西的用途（圖 3：用手依序指著杯子、鞋子、鑰匙、鉛筆的圖形，並問「這個是做什麼用的？」說對 4 個通過）	是	否
(實作)10.能一次一個點數到 5(圖 4：問「數一數這邊有幾個黑點點？」要求兒童一邊指點一邊唱數。必須前面 5 個點手指動作和嘴巴唱數能做一對一的配合，唱數到 5 沒有錯誤才算通過)	是	否
★ 11.口齒不清，常需要求再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂	是	否
★ 12.常常自言自語，或像錄音機一樣重覆說自己有興趣的事，不管別人的反應	是	否
13.因為下列任一行為問題而在團體中顯得突出：如（1）上課無法維持在座椅上，走來走去或離開教室；（2）常常和同學或老師發生爭執對立衝突而被孤立、排斥；（3）通常自己一個人玩，不會主動交朋友；(4)完成工作、參與活動跟不上同學，常常需要別人特別協助等	是	否

圖 1

圖 2

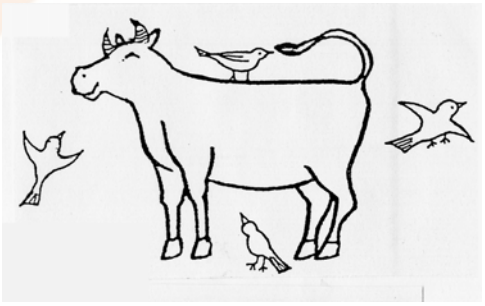


圖 3

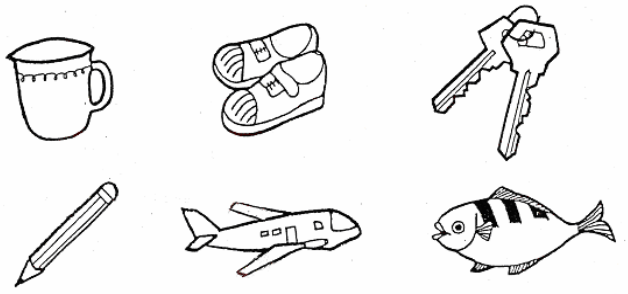


圖 4

5 歲（4 歲 11 個月 16 天~5 歲 11 個月 15 天）　12

兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。註記（實作）的題項表示附有圖形，請實地測試，再紀錄兒童反應。

檢核日期：　年　月　日，實足年齡：　歲　個月　天（請務必填寫）		
★ 1. 能不須扶東西輕易地蹲下玩玩具然後恢復站的姿勢	是	否
2. 能跑（姿勢怪異或常跌倒均不算通過）	是	否
3. 能雙腳離地連續跳躍（雙腳必須能同時離地然後同時著地，若明顯的力量不對稱而造成兩腳高低不一，則不算通過）	是	否
4.能不須扶牆壁或欄杆走下樓梯，一腳一階	是	否
5.(實作)看圖樣仿畫十□△◇中三個圖形（圖 1：需線條不斷裂、無嚴重越線或間隙、角數目正確且轉彎無困難）	是	否
★ 6.能夠向別人述說發生在自己身上的事情（如轉告老師交待的事，描述學校發生的事件等）	是	否
7.(實作)能說出四種顏色的名稱（圖 2：用手依序指著紅、黃、藍、綠的圓圈並問「這是什麼顏色？」）	是	否
8.(實作)有「七個」的數量概念（圖 3：要求兒童「請你用筆一個一個圈小黑點，圈到 7 個就停下來，把筆還給我」。兒童如果圈 6 個或 8 個，鼓勵兒童再檢查一次，以第二次表現計分）	是	否
9.(實作)能唸讀阿拉伯數字（圖 4：用手依序指著 5、8、7、4、6、3、9、2 並問「這是什麼數字？」答對 7 個通過）　紀錄正確個數：＿＿／8＿＿	是	否
★ 10.口齒不清，常需要求再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂	是	否
★ 11. .已能用句子表達，但說話明顯不流暢，十句話裡有兩句出現結巴現象，且持續半年以上	是	否
★ 12.常常自言自語，或像錄音機一樣重覆說自己有興趣的事，不管別人的反應	是	否
13. 因為下列任一行為問題而在團體中顯得突出：如（1）上課無法維持在座椅上，走來走去或離開教室；（2）常常和同學或老師發生爭執對立衝突而被孤立、排斥；（3）通常自己一個人玩，不會主動交朋友；(4)完成工作、參與活動跟不上同學，常常需要別人特別協助等	是	否

圖 1

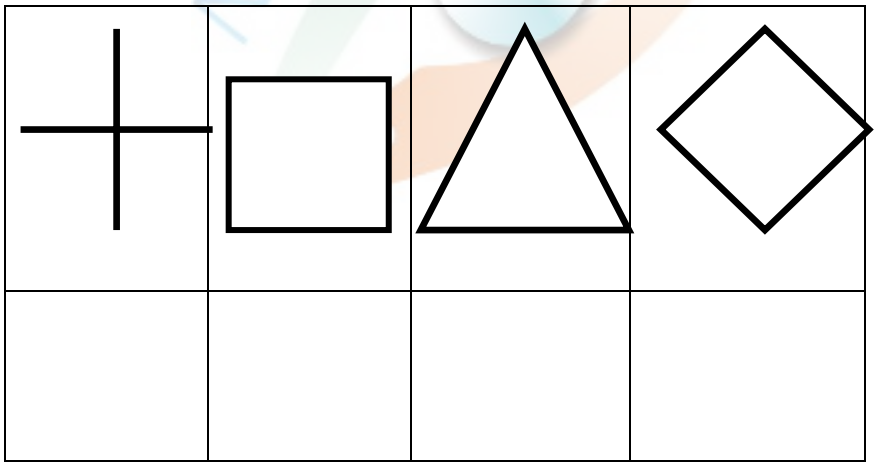


圖 2

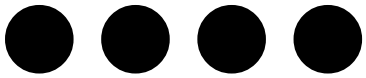


圖 3

圖 4　5 8 7 4 6 3 9 2

6 歲（5 歲 11 個月 16 天~6 歲 11 個月 15 天） 13

兒童符合該項目描述的現象圈選「是」，若不符合或沒有該項目描述的現象圈選「否」。

♦表附有圖形，請實地測試，再紀錄兒童反應。

檢核日期：　年　月　日，實足年齡：　歲　個月　天（請務必填寫）		
1.能單腳跳 4 步（兩腳均能做到才算通過）	是	否
★ 2.能將紙大致對摺並壓出一條線（大人先做示範，沒有完全對齊也可以通過）	是	否
3.能模仿寫簡單的字（圖 1：大人先在「人」字下面空格仿寫，然後指著其他空格說「照著寫跟上面一樣的字」。三個字全部寫對才算通過。）	是	否
★ 4.(實作)通常能頭尾清楚地說一個簡單故事（圖 2：用手指圖①說「你看，這邊有塊香蕉皮。說說看這幾張圖裡小朋友發生了什麼事？」適時地以手依序指圖②③④，引導兒童說故事。記下兒童的語言反應）_____ 計分：兒童能說出圖片中至少兩個因果關係[如 AB、AC、BC、ABC 皆可]才算通過。 因果 A：【因】不小心、沒看見、踩到香蕉皮（滑滑的東西）→【果】滑倒、跌倒、摔倒等 因果 B：【因】滑倒、跌倒、摔倒等→【果】哭、坐在地上、長包包、受傷等 因果 C：【最後】媽媽（醫生、護士、姊姊）來了、救他、幫他治療、擦藥、貼起來、黏起來等	是	否
★ 5.(實作)能從 1 數到 30（提示：___次，糾正___次。能在僅提示和糾正一次下完成才算通過）（認語）	是	否
★ 6.(實作)有「7 個」的數量概念（圖 3：要求兒童「請你用筆一個一個圈小黑點，圈到 7 個就停下來，把筆還給我」。兒童如果圈 6 個或 8 個，鼓勵兒童再檢查一次，以第二次表現計分）	是	否
7.(實作)有「13 個」的數量概念（圖 4：要求兒童「請你數一數這邊有幾個黑點？」。兒童如果說 12 個或 14 個，鼓勵兒童再數一次，以第二次表現計分）	是	否
★ 8.(實作)能說出 3 個相對詞（問「哥哥是男生，姊姊是_____？夏天很熱，冬天很_____？飛機在天空飛，汽車在_____？大象的鼻子長長的，老鼠的鼻子_____？」答對 3 題通過）	是	否
9 (實作)具備基本常識（問：「一隻手有幾個手指頭？你有幾個眼睛？小貓有幾隻腳？消防車是什麼？一加一等於多少？」答對 4 題通過。紀錄正確率：_____/ 5____	是	否
★ 10. 口齒不清，常需要求再說一遍或由照顧大人傳譯才能聽懂	是	否
★ 11.已能用句子表達，但說話明顯不流暢，時句話裡有兩句出現結巴現象，且持續半年以上	是	否
★ 12.常常自言自語，或像錄音機一樣重覆說自己有興趣的事，不管別人的反應	是	否
★ 13. 因為下列任一行為問題而在團體中顯得突出：如（1）上課無法維持在座椅上，走來走去或離開教室；(2）常常和同學或老師發生爭執對立衝突而被孤立、排斥；（3）通常自己一個人玩，不會主動交朋友；(4)完成工作、參與活動跟不上同學，常常需要別人特別協助等	是	否

圖 1

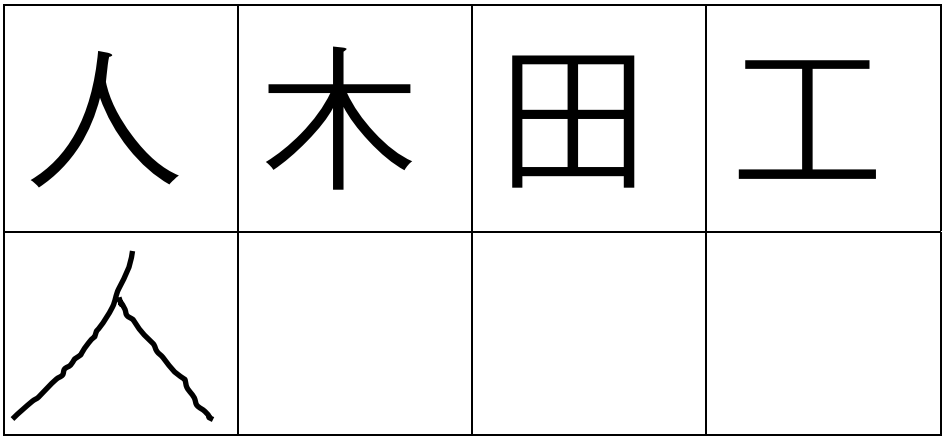


圖 2

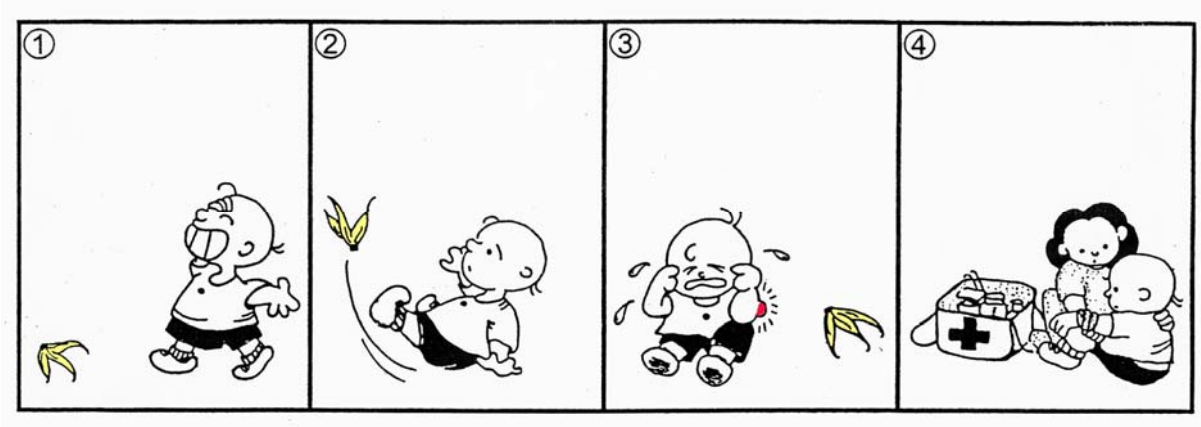
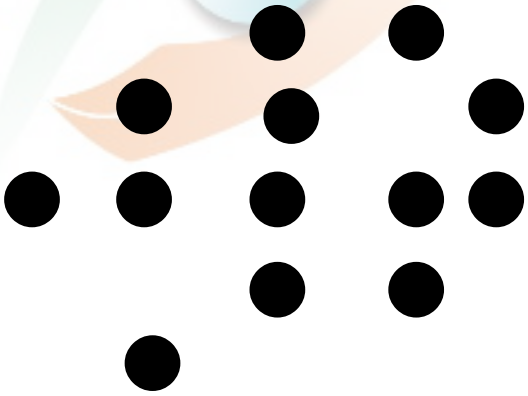


圖 3

圖 4



NTTU Library

★發展遲緩高危險因子★

1.□①早產（懷孕期未滿 32 週）②□初生體重未滿 2000 公克③□以上皆無
2.基因缺損或其他先天缺陷 ①□染色體異常（如唐氏症、特納氏症等） ②□頭顱顏面異常（如唇顎裂、外耳異常等） ③□先天性新陳代謝異常（如苯酮尿症、甲狀腺功能低下等） ④□水腦脊柱裂　⑤□頭骨提早密合　⑥□先天性心臟病 ⑦□手足缺損畸形　⑧□其他_____　⑨□以上皆無 3.產前、產程或產後異常： ①□孕期前三個月感染德國麻疹 ②□母親妊娠期有不正常出血安胎、糖尿病、妊娠毒血、煤毒、酗酒、抽煙 ③□產程有胎心音下降、吸入胎便、呼吸窘迫、窒息缺氧需急救、住保溫箱__天 ④□Apgar 分數過低：5 分鐘後＜5；請參考母子手冊的出生記錄 ⑤□出生後有痙攣、無呼吸、反覆嘔吐、低體溫或哺乳不良等 ⑥□重度黃疸需換血者　⑦□其他_____　⑧□以上皆無 4.疾病或受傷導致中樞神經受損： ①□水腦　②□出血或缺氧　③□腦部感染 ④□癲癇　⑤□其他_____　⑥□以上皆無
5.環境不利因素： ①□父母有智能不足、精神疾病　②□低社經狀況　③□孤兒或受虐兒　④□以上皆無

Apgar Score

項目	0	1	2
手腳活動（肌肉張力）	僵硬	彎曲	自由靈活活動
心跳	無	＜100	＞100
表情（對氣味和搔腳底反應）	無	皺眉	咳嗽、吸鼻子、哭或縮腳
外觀（皮膚顏色）	藍色	粉紅色但四肢爲藍色	通身粉紅
呼吸	無	不規則且微弱	強而有力

附錄二　訪談大綱

【訪早期療育聯合服務中心之社工】

問題一：能否請您敘述早療服務在金門的歷史。

問題二：早療中心的經費來源爲何?與台灣地區相比較又有哪些相異之處?

問題三：金門縣的早療服務系統及通報的程序爲何?

問題四：早療中心提供的服務有?內部的組織與配置爲?使用此項服務的人數?佔全部需要接受此項服務的比例有?

問題五：個案的來源爲何?家庭接受的程度爲何?目前個案的狀況?

問題六：金門地區有幾位接受早期療育的小朋友?地區的分布性爲何?性別的比例大多爲多少?以何種家庭背景爲最多?

問題七：金門的早療中心在行政推動上遇到什麼樣的問題?急需解決的問題爲何?

【訪早期療育聯合評估中心之社工】

問題一：請您敘述聯合評估中心在金門縣運作的現況。

問題二：可否請您敘述聯合評估中心服務之流程。

問題三：醫療團隊的組成？聯合評估中心醫師與治療師的來源？頻率爲何？

問題四：請問您個案的來源爲何？經過鑑定之後後續的工作爲何？目前個案的現況？有否特殊案例？

問題五：運作中出現的困境爲何？需要再加強的部分爲何？

問題六：在您看來早期療育在金門實施的現況如何？在業務推動上的難處爲何？

【訪巡迴教師與特殊教育助理教師】

問題一：請敘述您工作的範圍與職責，如何分工？

問題二：請問您業務推動與進行的方式爲何？

問題三：專業進修的方式爲何？專業進修的頻率與次數？

問題四：請問您在運作上遇到的困境爲何？待解決的問題爲何？

【訪接受早期療育幼兒家長】

問題一：發現的時機與情況爲何？在評估、鑑定、轉介等流程是如何進行？

問題二：療育資源上的應用、方式與成效？

問題三：療育服務的現況爲何？主要需求爲何？是否滿足？

問題四：對於金門縣早期療育服務之建議爲何？

NTTU Library

附錄三　學前幼兒發展檢核表之信效度

臨床遲緩樣本與一般兒童樣本落網題數之比較（原始表）

	臨床個案		社區個案			
	N	M(SD)	N	M(SD)	T	p
四個月	22	2.14(2.01)	74	.84(1.41)	3.441	.0001**
六個月	23	3.34(1.96)	84	.99(1.49)	6.942	.0001**
九個月	17	3.47(2.88)	73	.40(.83)	7.942	.0001**
一歲	29	2.62(2.19)	188	.26(.70)	11.562	.0001**
一歲六個月	21	1.52(1.86)	227	.15(.60)	7.754	.0001**
二歲	50	1.36(1.59)	347	.20(.60)	9.640	.0001**
二歲六個月	31	2.58(1.89)	264	.20(.56)	15.538	.0001**
三歲	25	3.20(2.14)	257	.23(.67)	15.761	.0001**
三歲六個月	33	3.06(2.54)	284	.59(1.17)	9.856	.0001**
四歲	77	3.62(2.77)	598	.69(1.34)	15.445	.0001**
五歲	98	2.74(236)	560	.51(1.20)	14.220	.0001**
六歲	33	2.52(1.84)	432	.31(1.03)	11.066	.0001**

註：*p<.05，**p<.01

★ 建議最佳切截分數參考表★(sensitivity/specificity)

	原始版		修訂版	
	篩臨界+顯著遲緩	篩顯著遲緩	篩臨界+顯著遲緩	篩顯著遲緩
滿 4 個月	1 分(.87/.85)	2 分(.97/1.0)	1 分(.89/.88)	2 分(.85/1.0)
滿 6 個月	2 分(.70/.96)	2 分(.82/.92)	2 分(.73/1.0)	2 分(.91/.97)
滿 9 個月	1 分(.89/1.0)	1(.91/.87)或 2 分(.74/1.0)	1 分(1.0/.89)	2 分(.91/.98)
滿 1 歲	1 分(.75/.95)	1(.93/.92)或 2 分(.80/.99)	1 分(.85/.94)	1(.92/.87)或 2 分(.88/.98)
滿 1 歲 3 個月	--	--	1(.85/.90)或 2 分(.73/.97)	2 分(.86/.93)
滿 1 歲半	1 分(不理想)(.58/.97)	1 分(.71/.94)	1(.92/.95)或 2 分(.80/.99)	2 分(.94/.94)
滿 2 歲	1 分(不理想)(.64/.99)	1 分(.80/.99)	1(.91/.96)或 2 分(.80/.99)	2 分(.87/.95)
滿 2 歲半	1 分(.72/.95)	1 分(.82/.91)	1(.88/.92)或 2 分(.74/.99)	2 分(.90/.95)
滿 3 歲	1 分(不理想)(.67/.91)	1 分(.74/.87)	2 分(.73/.98)	2 分(.88/.93)
滿 3 歲半	1 分(.87/.86)(	2 分(.78/.98)	2 分(.86/.99)	2 分(.97/.93)
滿 4 歲	1 分(.85/.84)	1 分(.91/.76)	2 分(.77/.97)	2 分(.88/.89)
滿 5 歲	1 分(.75/.89)	1 分(.85/.83)	2 分(.71/.98)	2 分(.85/.93)
滿 6 歲	1 分(.73/.93)	1 分(.84/.88)	2 分(.70/.98)	2 分(.83/.94)

★ 外在效標遲緩程度分級標準★

程度	標準
0-正常	醫院評估報告書各項功能正常者。教師或照顧者報告與同儕相較無顯著落後或發展異常，且檢核表全部通過者。早療團隊臨床心理師實地觀察、互動、後續評估綜合判斷無顯著發展異常者。因注意力與情緒問題就診而認知、語言、動作功能正常者亦列爲正常。
1-臨界遲緩	◎依不同標準化發展評估工具建議： 1.PDMS-2 或 AIMS(粗精細動作)：在-1 至-2 個標準差之間；或百分位數 5 至 16 之間；或雖然功能正常但參酌理學檢查有輕微不利動髦發展因素者。但三歲以後僅要求勝任走、跑、跳、上下樓梯。 2.Bayley-Ⅱ（認知與綜合發展）：發展指數 75-80；或參酌臨床判斷有行爲上不合作且能力發展組型顯著不均勻者。 3.SB-Ⅳ及 WPPSI-R（標準化智力量表智力商數）：總智商-1 個標準差（84 或 85）以下至 80 之間，或兩項分測驗-1 個標準差（84 或 85）以下至 80 之間，或最低一項分測驗分數 70 至 80 之間；或綜合判斷疑有學習障礙特徵者。 4.PLS（語言）：百分位數 3 至 10，或參酌臨床判斷有語彙、語法、語用、述說組織輕微落後者。 5.*認知、語言、動作功能正常，但因注意力與情緒問題造成生活適應困難，連帶影響學習活動完今與表現者，亦列爲臨界遲緩。*
2-顯著遲緩	◎確定診斷爲腦傷、腦性嗶麻痺、智能不足、自閉症、語言遲緩、視職力障礙等發展異常類別，或臨床判斷出現上述發展遲緩類別定義性特徵者。 ◎ 已存接受早療復健治療或領有紙心障礙手冊者。 ◎ 依不同標準化發展評估工具建議： 1. PDMS-2（粗精細動作）：百分位數 5 以下 2. Bayley-Ⅱ（認知與綜合發展）：發展指數 75 以下 3. SB-Ⅳ及 WPPSI-R（標準化量表智力）：總智商 80 以下，或最低兩項分測驗 80 以下，或最低一項分測驗分數 70 分以下。或綜合判斷有顯著學習障礙特徵者。 4. PLS（語言）：百分位數 3 以下，或參酌臨床判斷有語彙、語用、語法、述說組織顯著後者，或五歲以上嚴重口齒不清者。 ◎社區個案在檢核表上落網分數 3 分以上，且教師或照顧者之一報告兒童表現顯著落後同儕者，雖未經衛續評估亦列爲遲緩。

註：網底爲訂標準刪除者。斜體加且爲修訂標準新增者。