

## 第七章、早期療育

- 召集人： 國立臺灣大學醫學院物理治療學系教授 鄭素芳
- 副召集人： 長庚大學早期療育研究所副教授 黃靄雯  
輔英科技大學物理治療學系助理教授 陳麗秋
- 撰稿成員： 高雄醫學大學職能治療學系講師 周映君  
臺中教育大學特殊教育學系助理教授 吳佩芳  
國立臺北護理健康大學語言治療與聽力學系教授 童寶娟  
臺灣兒童發展早期療育協會常務理事 廖華芳  
國立臺灣大學醫學院附設醫院復健部物理治療師 潘懿玲  
國立臺灣大學社工系兼任講師 劉瓊瑛  
國立臺灣大學醫學院附設醫院復健部醫師 盧璐
- 研議成員： 臺北市立聯合醫院中興院區醫師 何淑賢  
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院兒童內科部醫師 林光麟  
高雄醫學大學心理學系助理教授 莊勝發  
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院復健科語言治療師 陳美慧  
國立臺灣大學大學社工系教授 馮燕  
臺北市立聯合醫院中興院區職能治療師 黃俐貞  
中華民國發展遲緩兒童基金會董事長 雷游秀華  
臺北市立大學特殊教育學系教授 蔡昆瀛  
台北榮民總醫院復健部臨床心理師 鄭玲宜

(依姓氏筆畫排序)

## 前言

新生命的誕生，為每一家庭帶來生氣與喜悅，但是，隨著孩子們的成長和發展，往往帶給家長不同的關心與憂慮。有些孩子很努力地學習，但是發展卻和一般人不太一樣；可能是發展程序不同，可能是能力達成時間遠遠落後其它孩子，這些孩子被稱為「發展遲緩兒童」。發展遲緩兒童能及早診斷並接受早期療育，對他們日後發展相當重要。早期療育服務是一種制度化且連續性服務，包含發現及發展篩檢、通報、轉介、評估、療育及家庭支持等。近年來隨著醫療科技日益進步及各國家對於兒童福利及權益重視，早期療育成為重要的福利措施。

根據美國身心障礙者教育法案（Individuals with Disabilities Education Act, IDEA），早期療育服務流程為發現、轉介、篩檢與評估、以至早期介入服務。臺灣自 1990 年代開始重視發展遲緩兒童早期介入概念，並積極推動立法，1993 年將早期療育相關條文納入「兒童福利法」，1994 年「行政院第十五次科技會議」討論幼兒人口品質議題，將發展遲緩兒童早期療育列為重點。1996 年由內政部結合醫療、教育與社政體系組成跨部會「發展遲緩兒童早期療育服務推動小組」，以任務編組方式推展早療業務。1997 年始訂定《發展遲緩兒童早期療育服務實施方案》，將早期療育服務流程訂為通報、個案管理、到聯合評估（鑑定）、到轉介、以至療育服務，並將各階段服務內容簡單界定，也成為現今早期療育服務流程的參考依據。根據我國《兒童及少年福利與權益保障法施行細則》第八、九條，早期療育是指「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（未滿六歲可廣義包括尚未進入小學的特殊需求兒童）。」而上述發展遲緩兒童是指「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且發給證明之兒童。」

臺灣的早期療育需求逐年升高，但是發展遲緩相關的危險因子，例如高齡與肥胖孕產婦及高危險妊娠比例攀升、城鄉醫療資源差距、不同家庭及種族的文化及教養差異及大眾對兒童發展認識等，皆可能使高危險新生兒日益增多；但，目前臺灣的聯合評估中心與醫療院所評估是否足以應付所有特殊兒童評估鑑定及後續的定期追蹤及療育需求？早期療育服務需多個專業之間建立完善的協調與整合，以協助發展遲緩兒童及其家庭。此外，政府應訂定一致的早期療育服務成效指標，並定期公開發表長期追蹤結果，進一步分析早療效益，並轉譯成民眾及家庭可理解的資訊，以利專業及家庭共同決策。

以第一次專家會議決議以公平正義為主軸，提出 2030 年臺灣早期療育願景重點：一、特

殊需求的孩子及家庭可及早被發現；二、提供適當支持與介入；三、初級預防；四、建置跨部門或跨單位合作機制；五、讓特殊需求的兒童充分發展與參與，並促進兒童及家庭生活品質。

另外，針對國內早期療育，專家亦擬訂五個重要議題：一、宣導與發現；二、評估與鑑定；三、支持與介入；四、服務協調政策；五、成效評估。專家並針對每一議題提出國內現況分析以及未來努力方向共識，期盼透過政府與民間共同努力，並藉由國家政策支持與推動，使臺灣早期療育服務日臻完善。

## 壹、現況檢討

### 一、 宣導與發現

孩子的早期發展近年來日漸受到重視，幼年發展將影響孩子未來在認知、語言、情緒、動作、行為等面向表現，進而影響日後生活、就學或社會參與。因此，當孩子有發展遲緩疑慮時，應協助通報，讓有特殊需求的孩子儘早進入早期療育流程，幫助其發揮潛能，以減少日後生活障礙，減輕爾後家庭負擔與社會成本。全球各地發展遲緩兒童比率約 5~12%，然而，臺灣在就學前通報的發展遲緩兒比例接近國外數據。

世界衛生組織（World Health Organization，WHO）指出，發展遲緩的危險因子出現在懷孕前期、懷孕中期、新生兒時期及幼兒期。懷孕中期危險因子包括未婚懷孕生育、高齡孕婦（大於 35 歲）、孕產婦肥胖等，可能造成高危險妊娠與發展遲緩高危險群新生兒。如何提供高齡孕產婦適當照護及高危險照護的訓練資源，非常重要。在家庭環境因素方面，近年來臺灣新住民及其子女人數增加，隔代教養日增，此現象對社會、文化與教育各層面均有一定影響，因此，需追蹤家庭與兒童發展情況。美國採取發展監測與篩檢兩種方式，由孩子接觸頻率最高的家長端落實，延伸至基層醫療院所、幼托、老師、專業發展照護人員，提供不同領域人員檢核表、影片、照片等共同協助，並告知發現可能異常之處置方法。臺灣雖已建立發展監測與篩檢作法，但不同場域間落實與宣導仍有進步空間。

針對發展遲緩危險因子的預防與宣導現況，列舉以下四點：

#### (一) 高危險妊娠

根據統計，自 1990~2015 年間，美國的高齡產婦比例逐年攀升，2015 年高齡婦女生育率已達 6.4%。近年臺灣由於女性接受高等教育比例增加，職業婦女增多，以致適婚年齡提高，高齡產婦比例亦逐漸提高，35 歲以上婦女生育率自 2006 年 26% 逐年攀升至 2010 年 32% 以及 2015 年 52%。此外，由於飲食多樣化、烹調方式改變及含糖飲料增加，使得過重或肥

胖孕產婦增加，肥胖於成人人口中比率已攀升 10%。國際資料顯示，英國有 33% 孕婦屬於超重或肥胖，美國有 12~38% 孕婦超重及 11~40% 屬於肥胖。而中國有 10~24% 孕婦屬於超重或肥胖，臺灣則是 11.2% 孕婦屬於超重或肥胖。無論是高齡或肥胖，對產婦和胎兒均有較高的風險產生併發症，例如發生妊娠糖尿病、子癲前症等，希望未來不再只是消極的治療疾病，而應透過受孕前、懷孕期、生產期衛教與照護，以及調整飲食形態，配合適當運動，可以更健康狀態孕育下一代。

## (二) 社會環境危險因子

美國 2014 年的研究列出多項跟兒童發展相關的危險因子，包含家長毒品、藥物及酒精濫用、教育程度較低、社經地位較低、壓力過大等；臺灣除了上述因子外，尚有雙薪家庭、隔代教養模式、傳統「大雞慢啼」錯誤觀念、心態上不能接受發展遲緩的可能性等，易形成父母的心理壓力，因而延遲發展遲緩兒童接受療育服務時機。

此外，近幾十年來臺灣的外籍配偶人數逐年增加，新生兒中為外籍配偶所產下比例也從 1998 年 5.1% 攀升至 2003 年 13.4%。家庭成員來自不同國家，孩子發展可能因不同的文化及教養方式而有不同的資源需求。新住民家庭除了文化及教養的差異，常常在社經與教育程度上處於弱勢，語言及環境資源運用也較為不利，可能提高新住民子女發展遲緩的風險。新住民子女的早期發現及預防發展問題，逐漸成為社會重要課題，同時也發現欠缺新住民長期追蹤與分析及其資料庫系統的建立。

## (三) 高危險照護資源及專業人員之城鄉差距

偏鄉交通不便、地廣人稀，單位面積的醫療資源相對於都市較少且取得不易。經臺灣新生兒科醫學會認可之訓練中心，在全臺北、中、南共 17 家，東部與離島則無；且在醫療資源分布不均狀況下，亦缺乏完善的醫療網，以協助高危險妊娠婦女進入適當醫療機構接受照護。此外，從事嬰幼兒早期介入及照護之相關人力及需求不明確，無法了解是否有不足現象。

## (四) 醫院為主要通報發展遲緩兒童的管道

依規定，若兒童疑似或可預期有發展異常需通報。臺灣於 2016 年的統計資料顯示，發展遲緩兒童通報多集中於醫院，來自家庭、幼教機構、托嬰中心、早療機構、社福、衛生所等較少。至於通報發展遲緩兒童可能受到各縣市及場域對通報標準及通報對象定義不同的影響，宜進一步調整與宣導。

## 二、評估與鑑定

發展的篩檢、評估與鑑定為早期療育服務重要的一環。發展的篩檢是對於由專業/教育人員轉介或家長自行轉介至各地早期療育服務中心的兒童，先進行初步晤談，以確認兒童有發展遲緩的疑慮；而評估鑑定則是對於有發展遲緩或障礙疑慮的兒童，安排合格的專業團隊加以評估，以確認兒童是否符合接受早期介入服務資格。評估內容包括二部分：一為即時、全面且多專業的兒童發展評估，以決定該兒童是否符合接受早期療育服務條件；二為以家庭為中心的兒童與家庭評估，與家庭共同決定兒童與家庭的優勢與需求，以確立後續介入方向。

臺灣早期療育服務主要以美國為參照，1997年公布《發展遲緩兒童早期療育服務實施方案》，明訂早期療育服務流程為：發現與篩檢→通報轉介→聯合評估→療育與服務，其中規範由專業團隊辦理聯合評估，並提供家長結果報告，以利後續服務的安排與進行。對於評估鑑定後符合服務需求者，應提供兒童及其家庭個別化服務計畫。臺北市政府於1997年試辦發展遲緩兒童早期療育個案管理服務，並成立全國第一家跨市府局處「臺北市發展遲緩兒童早期療育綜合服務中心」；同年，內政部、衛生署（現衛生福利部）也在花蓮、臺中、高雄、臺南和臺北等五個縣市分別成立發展遲緩兒童聯合評估中心，進行特殊兒童與家庭的評估鑑定服務。至2016年，全國22縣市共有47間醫療院所簽約成立兒童發展聯合評估中心，許多醫療院所也成立兒童早期療育相關部門，提供發展遲緩兒童評估與介入服務。此外，各縣市政府也依《發展遲緩兒童早期療育服務實施方案》設立通報轉介中心與個案管理中心，受理通報個案、兒童發展聯合評估資源諮詢服務及個案管理與追蹤。

在美國，早期療育服務主要是針對2~3歲以下兒童與其家庭，實際涵蓋的兒童年齡範圍與流程內容，依各州規範而異；大致而言，家長、保母、教育單位或醫療人員對兒童發展有疑慮時，可以直接連繫當地早療服務中心，尋求評估鑑定服務。服務協調者會協助每一孩子及家庭連繫評估鑑定之事宜、整合安排後續相關的服務與支持資源，並告知孩子與家庭的權利。家長、州政府或地方教育機構皆可提出評估鑑定需求申請，且在家長同意後，應於45天內安排評估鑑定，並對有需求兒童完成個別化家庭介入計畫（Individualized Family Service Plan）。美國《身心障礙者教育法案》（Individuals with Disabilities Education Act, IDEA）中明訂多元評估方式，包括使用評估工具、病史詢問與家長晤談、評估兒童在各發展領域的能力與功能、收集多方相關資訊與意見，如家庭成員、教育、醫療人員意見與紀錄等，評估鑑定結果則作為決定兒童與家庭是否接受後續早期療育服務依據。以科羅拉多州為例，未滿兩歲兒童若確診有可能會影響孩子發展狀況，不論孩子是否已出現發展遲緩問題，皆有進入早療系統資格。對於未經特定診斷兒童，若發現其發展在至少一個領域中出現明顯遲緩，亦符合進入早療系統資格。

臺灣目前早期療育服務流程與美國相似，但不盡相同；臺灣早期療育服務是針對六歲以下兒童與其家庭，只要家長、教育、社工或醫療等專業人員發現兒童疑似有遲緩或發展異常現象，即可向各縣市通報轉介中心通報，建立個案檔案管理及專業團隊評估服務。專業評估團隊組成是由各兒童發展聯合評估中心與評估醫院自行招募相關專業人員，國民健康署及各學會提供各專業評估鑑定工具建議清單，但並無特別規範評估方式與使用工具。國民健康署也針對 47 家兒童發展聯合評估中心提供輔導訪查機制，以確保評估與療育服務品質。輔導訪查項目包含：專業人員資格與配置、硬體設備、評估內容與紀錄完整性、服務流程與管理、品質監測等；除了藉由輔導訪查以了解各院所早期療育服務情況，也提供改善建議。

雖然近年來臺灣兒童發展聯合評估中心的設置已大幅增加，但以二歲以下幼兒約 13% 有發展遲緩的比率估計，評估鑑定以及後續定期追蹤評估資源仍不足，尤其偏遠地區更是匱乏。為此，2006 年財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會於淡水衛生所試辦專業團隊之外展式兒童發展聯合評估服務，又稱二評服務，於臺北縣（現今新北市）萬里、金山及石門提供一條龍式據點服務，與地方衛生所、幼兒園合作辦理二次篩檢服務，將二篩後疑似個案轉至附近聯評中心及二評服務。2010 年內政部兒童局補助實施社區療育據點服務，並由臺東縣、苗栗縣、嘉義縣與高雄市示範辦理。偏鄉地區資源較缺乏，需要運用外展式服務與社區據點服務，以提供有需求之兒童與家庭服務。

在全民健保制度下，兒童接受早期療育服務並無規範條件，家長能自由選擇醫療院所，但也造成評估鑑定資源分配不均與重複就醫，導致個案持續追蹤困難。各縣市雖設有通報轉介中心，但與跨醫療及教育部門整合仍缺乏一致且有效率的流程，難以持續單一窗口的個案追蹤與管理，家長獲得相關評估與療育服務資源較無效率。

此外，國內目前大多使用歐美發展評估工具，本土化評估工具年代久遠，尚未修訂；此外，目前評估場域侷限醫院標準環境，缺乏多元、全面且功能性評估，較無法有效反映兒童生活場域的日常生活參與功能表現，對於家庭評估的內容與工具也仍缺乏共識。

目前衛福部要求簽約的兒童發展評估中心定期報告，衛福部也會不定期實地輔導訪查，部分縣市衛生局針對醫療院所進行定期早期療育督考，其共通原則為鼓勵辦理早療業務，無太多強制性，各單位對於專業團隊與作業流程品質各行其是。此外，目前健保制度對於評估鑑定給付有其限制，醫院不願投注足夠人力，使評估單位服務品質良莠不齊，恐影響後續療育服務。

### 三、支持與介入

早期療育主要是提供發展遲緩兒童及其家庭醫療、教育及社會福利等介入與支持，使兒童

能發揮、發展潛能，並參與社會。早期療育服務重點應著重協助兒童獲得學習機會、參與及支持學習；在「獲得」部分，強調的是消除物理障礙、提供廣泛的活動和環境，以及進行必要調整，創造每位幼兒最佳發展和學習。環境部分，採取通用化設計，合併科技輔具的運用，更可以增加孩子在自然情境中學習機會。在「參與」部分，強調以實證研究為基礎的教學和介入，提升每一孩子的歸屬感，利用嵌入式教學和介入策略，將目標結合在日常活動及作息中，採用有策略性和目的性的鷹架式介入。在「支持」部分，強調提升早期療育品質，系統中各層次的支持應有所規劃，如第一線工作及專業人員的專業支持、中央對縣市政府的支持。支持不僅限於經費，更著重專業技術。美國中央成立早期兒童技術支援中心（Early Childhood Technical Assistance Center, ETCA），提供專業人員支援平台，協助各州改善早期療育方案，提供多樣性系統架構，強調六個面向，其中足夠的專業人力及具體實證為確保早期介入成功的要點，強調跨系統間的合作與交流，讓各州可運用當前最有效的服務模式與不偏離早期療育實證為基礎的介入模式與方法，以有效確保早期療育服務品質，這些做法值得我們參考。

美國 2004 年修訂 IDEA，part C 規定為 0~3 歲兒童及其家庭擬定個別化家庭介入計畫（Individualized Family Service Plan, IFSP），part B 則規定 3~22 歲學齡兒童擬訂個別化教育計畫（Individualized Education Plan, IEP）。美國特殊兒童委員會幼兒分支（The Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children, DEC）在 2014 年所提出的早期介入執業建議，其支持及介入重要概念如下：

- (一) 環境：強調在自然、融合的情境中及日常作息活動。
- (二) 家庭：以家庭為中心的執業模式，強調家庭主動、主導介入計畫、家庭增能與賦權，以及家庭及專業團隊建立夥伴關係，提供有責任的個別化服務。
- (三) 引導式介入：優勢觀導向，將目標融入日常情境中，專業人員透過教練或諮詢，協助家長增能，促進親子互動與兒童學習。
- (四) 互動：藉由互動過程增進兒童在各領域的學習。
- (五) 團隊合作：強調家長也是團隊一員，團隊成員間在整個過程中互相支持、交換資訊，以促進兒童及家庭福祉為目標。
- (六) 轉銜：凡是兒童環境或介入計畫有所改變，例如出院、入學，皆需由團隊合作及資訊分享，完成轉銜準備。

國內則依據《兒童及少年福利與權益保障法施行細則》第 8 條：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。《特殊教育法》中也明訂學前特殊教育之實施，在醫院、家庭、幼兒園、社會福利機構、特殊教育學校幼兒部或其他適當場所辦理。關於政府各單位之權責分工與工作內容，則詳訂於衛生福利部所頒布的《發展遲緩兒童早期療育服務實施方案》中，強調提供發展遲緩兒童及其家庭整合介入服務。

臺灣的早期療育過去在介入方面多以兒童為對象，強調專業介入，而檢視早期介入國際趨勢及實證研究則發現，家庭參與是成功的關鍵，因而政府與民間開始推展以家庭為中心概念，強調家庭充權與參與，2015年10月起健保署也依此概念推行「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」，希望提升早期介入品質。

目前國內由衛生、社政及教育單位共同提供早期療育介入與支持。衛生（醫療）單位的介入，是由與衛生局簽約的醫療院所提供各專業治療，由全民健保給付作為經費來源。目前部分縣市針對提供早期療育服務之醫療院所進行年度督導考核，國民健康署也針對47家兒童發展聯合評估中心提供輔導訪查機制，以確保評估與療育服務品質。有關社政單位的介入，則是包含個人的早期療育及家庭支持服務。家庭支持部分，可分為療育目的為基礎的個別化家庭計畫、到宅療育、親職教育及福利方面支持，例如交通與療育費用補助，臨托、交通與居家照顧服務及社區早療等。有關教育單位介入，則是以幼兒園安置為主，其安置班型包含普通班接受特教服務，學前巡迴輔導班及學前特教班。校方對於在學個案，每學期皆須擬訂個別化教育計畫，並依計畫提供相關介入服務。以上所述，均透過「特殊教育法」的訂定與規範，保障學前特殊需求幼兒教育權利。

除了衛生、社政及教育單位各系統內服務，系統間也有部分橫向連結與合作。為使得家長更易取得資訊，現今各縣市設立早期療育服務網站，供家長了解與獲得早療資源。此外，兒童在不同生命階段，所需支持重點也不同，使得兒童長照規劃需著重各系統間整合與轉銜合作。我國長照計畫2.0擴大納入49歲以下失能身心障礙者，並與現行身心障礙者服務整合，然而目前服務規劃主要針對成人與老年人，對於身心障礙兒童之長期照護則仍需更細部規劃。

目前臺灣現況待調整的問題，包括早期療育資源分布不均、醫療系統療育在健保制度下的問題、以家庭為中心之早期療育核心精神仍有待推展、早期療育各系統間合作與跨專業團隊合作亟需提升、早療專業人員的專業發展、以實證為基礎的早期療育支持介入策略及服務模式、長照2.0中有關身心障礙兒童部分仍需細部規劃等等；因此，社會大眾對於早療知識，早療兒童和家庭接受度仍有進步空間。政府對於療育資源的盤點及分配、健保對相關治療給付、醫院療育環境發展，也可展開進一步規劃。

家庭在療育過程中很少被視為合作夥伴，致療育成效有限。雖然各療育機構經常舉辦家長親職講座課程，但多半著重知識傳授或增加居家練習技巧，較少強調如何增加家長參與及主導介入，顯示專業與家長合作有待加強。而專業跨系統間合作也需要早期療育系統中醫療、社政、教育系統內人員的努力及共識。專業發展包含專業人員教學與學習活動設計，以支持並獲得專業與早期療育服務相關知識與技能，並將其轉化到實務執行上。專業人員發展的課程，需要包含實證研究為基礎的介入，專業發展課程可以用運用多層次 (tier model) 支持模式，透過不同層次支持每一專業人員，進而提升早期療育的品質。

有關身心障礙兒童之長期照護，早療系統、醫療照護、教育體系、與現行長照制度的銜接，需要更細部規劃，期能以有限資源達到最大的照顧成效。

#### 四、服務協調政策

臺灣 1997 年訂定《發展遲緩兒童早期療育服務實施方案》，將早期療育服務流程訂為發現與篩檢→通報→轉介與個案管理→聯合評估 (鑑定) →療育服務，並將各階段服務內容簡單界定，成為現今早期療育服務流程的參考依據。但該流程制定距今時日已久，未來研修可朝向順應以家庭為中心的時代潮流，且涵括成果階段；加上《個人資料保護法》顧慮，上階段兒童與家庭資料未能順利傳遞至下階段，以致有重複評估、資料缺乏完整性問題。目前早療相關法令包括：《兒童及少年福利與權益保障法》、《特殊教育法》、《幼兒教育及照顧法》、和《身心障礙者權益保障法》等等，但各相關法令是否能因應《兒童權利公約》內容，落實於早療服務？尚待進一步全面檢視。雖然中央及各縣市大多設有跨部門工作小組和推動委員會，但跨部門協力合作仍未落實。此外，國內雖已有數個早療相關資料庫，但資料庫間缺乏串聯，以至於推動以家庭為中心在地化、整合性且有效果、有效率的早療服務系統仍有進步空間。此外，成效方面，目前仍多數使用活動場次、人數和內容等量來代表早療成果，無法提出早療服務在發展遲緩兒童、家庭及服務組織面向之成效；當務之急在如何建構持續性品質改善流程，依成果指標之數據，偵測政策改變成效，並配合階段性需求而調整服務、協調政策。

世界衛生組織等國際團體在 2016 年發表「促進兒童早期發展：從科學理論到推廣普及」一文，對於兒童發展議題強調以下四點：(一) 若不採取行動，會造成高負擔和費用；(二) 必須提供多部門協力的介入措施；(三) 以醫療為切入點，為最年幼的兒童提供服務；(四) 必須加強政府的領導作用，促進、推廣有效措施。因此，由政府領導，且在生命早期由醫療單位切入的跨部門服務與協調，非常重要。

美國身心障礙兒童的特殊教育主責單位為教育部，教育部幼兒處於 2014 年提出的早療指

引，可供臺灣參考的政策建議內容，包括：家庭和專業人員參與聯邦政府、州政府和地方政府早療政策之形塑；方案、政策與行政管理應朝家庭自我決策、使用實證的服務方法和合作協力推動；方案政策、行政管理和領導階層應執行方案成果評價，努力改變早療系統。

臺灣早療服務系統現行問題敘述如下。

針對發展遲緩危險因子的預防與宣導現況，列舉以下四點：

(一) 跨部門分工尚清楚，但需協調整合

臺灣的發展遲緩兒童早期介入，主要在三個服務體系進行，包括醫療體系（醫療院所、衛生所）、社福系統（社福機構、早期療育機構、社區療育據點、到宅服務）與教育系統（特教資源中心、幼兒園）。《發展遲緩兒童早期療育服務實施方案》目標為結合單位資源，落實推動兒童發展早期療育工作。目前衛生福利部每半年召開一次發展遲緩兒童早期療育服務推動小組研議跨部會協調合作事項。

(二) 城鄉特質及需求不同，偏鄉地區須建構更多早療資源和支持

偏鄉地方資源取得明顯較其他區域來得困難，針對偏鄉地區（包括特殊需求族群），應透過有系統地調查通盤了解，並依據地區特性及需求，建構更多早療資源和支持。

(三) 推動以家庭為中心的早療服務，受限於專業支持系統質與量的不足

醫療、教育和社福各專業的跨領域及角色釋放的知能以及制度和預算支持不足，無法讓專業在兒童主要生活場域提供家庭足夠之支持，以順利推動以家庭為中心之服務。

(四) 尚未建立以實證為基礎的整合資料庫，以掌握早療法令政策推動狀況

臺灣早療雖然已建立一些資料庫，然尚未加以整合，致無法掌握全臺兒童早療現況及隨著年代的變化。未來可進一步了解發展遲緩兒童及其家庭保護及風險因子，做為建立在地化早療資源網絡的依據。

此外，法規不夠完善，也使資料庫建置和整合出現阻礙，以國健署辦理「兒童發展聯合評估中心服務品質提升計畫」為例，蒐集全臺47家聯評中心綜合報告書資料，惟經與行政院法務部、衛生福利部法規會及相關法制專家共同討論，考量國健署無蒐集綜合報告書之法定職務，建議停止蒐集、利用該項資料。「個人資料保護法」第6條規定，「有關醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。但有下列情形之一者，不在此限：一、法律明文規定；二、公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務所必要，且有適當安全維護措施。」況且，「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」規定，衛生福利部和教育部要「建立早期療育資訊系統資料交換機制」，檢視現今早療相關

法規，在不違反個資法下，整合與建置以實證為基礎的早療資料庫相當重要。

現今討論有關早療服務成效，均習慣沿用活動場次、人數和內容等產出量來代表成果，缺乏可偵測政策改變的早療服務成效指標，是另一亟待改善的重點。

#### (五) 營造更友善的社區支持環境，強化家長賦能概念

以家庭為中心的工作模式強調家長的參與及決策權，因而家長賦能是很重要的概念與實踐的方法；但，在不友善的環境中，尤其是社區、包括公共場域，民眾或軟硬體環境未能接納發展遲緩兒童及其家庭，常會阻礙家長參與社區活動並支持兒童持續發展、繼而影響家長被賦能的機會與權利。

#### 五、 成效評估

人類發展經濟學專家暨諾貝爾經濟學獎得主 James J. Heckman 的研究顯示，早期療育投資在環境失利的家庭及孩童，且越早投資，家庭及兒童成效越好。其分析顯示，高品質的早期育兒方案能創造每年高達 13.7% 盈收。追蹤至兒童 35 歲，報酬/投資比例已高達 7.3，也就是每投資在高品質育兒方案一元，兒童長大成人後，國家能省下或回收 7.3 元。此成效也顯現於長期研究或有計畫的系統性追蹤。尤其在臺灣少子化趨勢下，早期療育流程應顧及兒童 2~3 歲時因應環境所需具備的能力，以此設立目標，並規劃現在應提供家庭及兒童的服務與投資，做為早期療育成效評估之基礎。因此，建構早期介入成效指標，為監測早期介入方案成效之根本。

要借鏡國際早期介入方案，當以美國具長期系統化成效指標發展為師。美國早期療育自 1960 年代推展，其介入成效包含第一代以兒童成效為主，第二代以家庭及其社會支持網絡為主，第三代則強調系統在臨床運作的執行面。我國對早期療育成效推廣，由 2015 年衛福部中央健保署推動「全民健保早期療育門診醫療給付改善方案試辦計畫」，提出「以家庭為中心」之早期療育給付方案，強調兒童及家庭成效。兒童成效目的在強化各領域發展及生活參與，家庭成效在於提供或媒介家庭所需之資源與支持，讓家庭有時間、精力、知識及技巧提供兒童學習機會與經驗。然而，由於上述服務協調上的困難，臺灣尚無政府及民間協力之跨部會且統化早期療育長期成效之大型資料庫，此不利於早期療育科學轉譯及地方政策推廣。

在美國，高品質 0~5 歲早期介入服務方案的長期成效，包括：(一) 較高的經濟營收；(二) 兒童成效，尤其是認知及社會情緒發展，不會因時間而衰退；(三) 完整的方案證實，包括從出生就開始，配合早期學習階段的健康及營養，兒童照顧及扶育兒童教師及訓練有

素的專業適性托育方案；(四) 早期育兒照顧幫助有助育需求的婦女，讓婦女能進入職場培養技能、發展職涯及增加收入；(五) 高品質的介入方案勢在必行。在 Part C 所使用的家庭成效指標為：(一) 家庭熟知自己的權益；(二) 家庭能明確表達兒童需求；(三) 家庭能幫助兒童發展及學習。在 Part B 所使用的成效指標為「家庭認為學校有鼓勵家長參與」的百分比。

國外早期介入指標，包括兒童成效、家庭成效指標及服務系統指標。美國 IDEA 早期介入資料系統中心 (The Center of IDEA Early Childhood Data System, The DaSy Center) 是美國教育部特殊教育部門的國家級技術支援中心；利用幼兒特教方案的兒童及家庭長期追蹤資料系統，支持 IDEA 早期介入。然而，早期介入流程整合及服務協調與公私部門協力，均可能影響資訊建置及整合。美國衛生及公共服務部門及教育部規範早期介入資訊整合的流程、透明及倫理問題，作為未來資料整合之借鏡及指引。在學前早期介入成效方面，美國著名的全國早期介入縱向研究 (National Early Intervention Longitudinal Study, NEILS)，則是由美國教育部特殊教育部門與非營利研究組織 (SRI International) 資助，將研究資料轉化為資料庫，供相關單位使用。因此，研發成效需要政府與研究者合作，並共享系統性資料、設計指標及資訊平台，都將是關鍵。

國內在建置成效指標方面，可參考 2014 年 6 月 4 日公布之《兒童權利公約施行法》，其中，兒童人權指標包括公民權與自由權、基本健康及福利權、教育休閒及文化權、受照顧權及特別保護措施。符合家庭成效及服務系統指標的有「特殊教育法」第 18 條，包括提供及設置設施，應符合適性化、個別化、社區化、無障礙及融合之精神。

然而，國內在成效分析上所面臨的共同問題，為全國各部門及各地區追蹤指標未統一，資料難以整合，且目前健保對家庭服務給付偏低，服務人力及品質不彰，未有整合的系統能監測成效。因此，建置成效指標、長期資料追蹤及資料系統的整合，將是早期介入服務的重要任務之一。

## 貳、目標

根據前面所提及的五個議題，整合出以下臺灣早期療育目標：

- 一、降低高危險妊娠之比率及伴隨而來的危險因子的影響。
- 二、提高民眾（包含本國籍及外國籍）對兒童發展及早期療育認識與發展監測能力。
- 三、建立全國統一的早期療育流程、通報制度與鑑定標準。

- 四、提供以家庭為中心的早期療育服務，包括評估鑑定、支持介入、服務協調。
- 五、設立優質的評估鑑定中心與早期療育專業團隊。
- 六、強化早期療育各系統間合作，包含專業間以及專業和家長。
- 七、建置跨部門的早期療育資料庫及資訊系統。
- 八、豐富偏鄉療育資源，減少城鄉差距。
- 九、營造友善、便利的社區支持環境。
- 十、完整兒童長期照護制度規劃，在現有縱向制度下應再思量。
- 十一、建立高品質、高成效的兒童早期療育服務系統。
- 十二、儲備早期療育專業人員。

### 參、策略

針對以上十二個目標，再訂定以下策略：

- 一、降低高危險妊娠之比率及其伴隨而來的危險因子之影響
  - (一) 建立高危險妊娠照護醫療網，並提升整體醫療院所對高危險產婦的照護能力。（請參閱第十一章第一節孕產期健康之章節）
  - (二) 設計高危險妊娠相關衛教刊物及單張，並宣導高危險孕產婦（如：高齡、藥物、酒精濫用、肥胖等）計畫懷孕前須接受健康檢查及衛教諮詢；若為肥胖婦女，則必須從孕前即改變飲食習慣，並接受營養諮詢及運動建議，以維持身體在最佳健康狀態。
  - (三) 鼓勵婦女從孕前、產前檢查至產後在相同醫療院所就診，讓醫療人員能掌握該孕產婦從孕前至產後的狀況，了解其在各科別病史，並給予適當照顧與諮詢。
- 二、提高民眾（包含本國籍及外國籍）對兒童發展及早期療育的認識與發展監測能力
  - (一) 透過免費網路課程、演講、短片、廣告、廣播、報章雜誌等媒介，調整傳統的兒童發展觀點，如大雞晚啼；提供親職教養資訊，倡導環境對兒童發展的重要性，強調若懷疑幼兒有發展或行為問題時，應儘速尋求發展評估及早期療育資源。衛生所或醫療院所主動協助新手父母，提供家長及照顧者親職教育諮詢，以提升他們對兒童發展的知能。
  - (二) 定期派遣專業人員至各場域宣導兒童發展相關資訊，協助指導如何執行發展篩檢。
  - (三) 由政府端建立外語版兒童發展資訊網，可與新住民照顧輔導措施配合提供課程，加強其親職能力，並定期追蹤孩子發展狀況，及更新資料；同時宣導如何取得服務及孩子發展資訊平台資料，提高對孩子發展的認識。

### 三、 建立全國統一的早期療育流程、通報制度與鑑定標準

- (一) 建立全國統一、明確且有效率的早期療育服務流程，包含通報轉介、評估鑑定與早期療育介入。
- (二) 建立全國統一的通報標準與鑑定標準。
- (三) 各縣市建立跨部門早期療育平台，整合醫療、社政、教育系統。
- (四) 採取主動式個案管理，包含初始評估鑑定，安排與其他已接受療育介入兒童的追蹤評估。
- (五) 中央政府應設立工作小組，規劃早期療育資源盤點、需求評估、資源（人力、物力及財力）建置與整合之規定，並積極推動。擬定早期療育服務之績效或成果指標，定期偵測暨改善策略；發展可促進機構間協調及全面性協調的政策和合作機制。公部門規劃早療政策時，應視民間機構為夥伴，共同規劃、提供在地化早期療育服務。

### 四、 提供以家庭為中心的早期療育服務，包括評估鑑定、支持介入、服務協調

- (一) 明訂評估內容應包含兒童與家庭功能，依兒童與家庭特性及需求，進行個別化的安排。評估方法應全面且多元，秉持以家庭為中心原則，彈性使用晤談、觀察、標準化評估工具等方式；必要時，專業人員應訪視兒童在家或幼兒園表現與需求，或收集相關觀察紀錄資料。
- (二) 設立工作小組，探討現有本土化兒童發展評估工具之適用性，視需要更新常模或建立新工具，並建立本土化家庭功能評估工具。
- (三) 調整早療經費架構，讓專業人員對單一個案有更多評估與介入時間。
- (四) 應邀請家長或主要照顧者參與個別化服務計畫的擬訂和執行，計畫目標應符合家長或主要照顧者文化和需求，且可具體達成。
- (五) 給予各專業人員以家庭為中心的早期療育建議：
  1. 給老師和治療師、社工：尊重家庭需求，療育服務過程應具對不同家庭文化的敏感度，同時回應不同的家庭文化，了解家庭賦權與增能重要性。
  2. 給特殊需求幼兒家庭成員：家庭應積極參與早期療育的服務，還有家中身心障礙幼兒早期療育及教育的決定，提升對早期療育認識與資源的取得與運用。
  3. 給行政和政府人員：相關政策的構思與推動。
  4. 給高等教育早期療育學前特殊教育相關專家學者：建構實證研究與實務聯結，協助專業人員課程的設計與訓練。
  5. 給所有早期療育相關人員：早期療育服務應強調自然情境的學習，根據孩子的興趣去建

立孩子學習動機，強調參與日常活動、家庭與社區活動的重要性，透過學習目標融入日常生活概念，讓孩子在生活中接受早期療育服務。

#### 五、設立優質的評估鑑定中心與早期療育專業團隊

- (一) 全國各縣市依人口比例設立獨立且高品質的評估鑑定中心。
- (二) 訂定全國統一的評估中心設置標準、專業團隊人員早療服務資格認證與專業訓練要求。
- (三) 以實證為基礎的早期療育介入策略及服務模式。
- (四) 訂定全國統一標準的早期療育督考制度與輔導機制。
- (五) 中央與各地方政府應編列專門預算，補助評估鑑定中心成立與運作，以支持提供高品質的早期療育服務。
- (六) 重新審視健保結構，塑造更符合早療成效的工作模式。

#### 六、強化早期療育各系統間合作（包含專業間及專業和家長間）

- (一) 不同系統或階段的轉銜計劃，都應有家長參與。
- (二) 由評估、擬訂個別化計畫、介入到成果評量，家長或主要照顧者都是團隊成員之一。
- (三) 評估完成後，專業人員與家長應參與團隊會議，共同討論評估鑑定結果，並共同擬訂具體量化可行的計畫目標。
- (四) 專業團隊支持家長和教師（教保員）在兒童生活場域，持續協助兒童發展和參與。
- (五) 專業人員與家長共同進行早期介入成果評量。

#### 七、建置跨部門的早期療育資料庫及資訊系統

- (一) 主管機關應建置全國跨部門資料庫，以提供全面且整合的早期療育服務，並定期公佈結果。
- (二) 建置高危險產婦資料庫，定期追蹤孩子發展狀況。
- (三) 建置新住民家庭資料庫、兒童發展資訊網，定期追蹤兒童發展狀況與宣導兒童發展資訊之資料與服務。
- (四) 進行現有兒童評估與早期介入資訊整合，成立中央資訊系統平台。

#### 八、豐富偏鄉療育資源，減少城鄉差距

- (一) 早療專業團隊於必要時可以外出執行評估鑑定服務，或使用電子科技進行遠距早療評估與服務。
- (二) 針對資源匱乏地區，宜積極建構合宜的早療資源和支持。藉由了解國內早療資源匱乏地區的屬性及需求，結合當地相關資源、開拓符合在地特性的早療服務系統，並永續經營。

## 九、營造友善便利的社區支持環境

- (一) 加強宣導民眾對發展遲緩問題的認識，學習同理及接納；同時邀請社區民眾參與，營造友善社區環境。
- (二) 針對孩子和家庭的特殊需求，持續推動到宅早療與融合幼教，建構幼兒園和學校外支持家庭和社區的育兒體系，如居家托育服務系統、托育資源中心(親子館)、社區療育據點、教會幼兒班、企業所設托嬰中心、共同照顧網等。
- (三) 鼓勵地方性發展創新方案，如設計身心障礙幼兒可近性的無障礙環境、合適的遊樂設施或輔具等。
- (四) 結合兒童及家庭相關社會福利服務單位，關注這些家庭可能衍生的貧窮、兒虐或被忽視的議題。

## 十、規劃完整兒童長期照護制度，須在現有縱向制度下重新審思

- (一) 建立兒童長期照顧制度及多元化服務系統：以專業團隊方式，提供身心障礙兒童與家庭長期照顧需求評估與後續服務。
- (二) 盤點現有身心障礙兒童的服務方式，彌補各制度的漏洞：考量身心障礙兒童就養、就醫、就學、就業與社區參與需求，結合對照顧者的身心支持，需要現行醫政系統與社政系統早期療育、教育系統、勞政系統的就業輔導、加上全年齡長期照顧制度銜接整合，使資源能有效利用，也避免服務重複資源。

## 十一、建立高品質及高成效的兒童早期療育服務系統

- (一) 發展國內本土化成效指標：鼓勵研究者與家庭合作、研究者與政府合作，以發展本土化指標。
- (二) 挹注經費及人力，從事成效之追蹤及長期資料分析：長期普查資料庫及世代追蹤研究需有補助支持；從長期成效指標來看，例如就業與就學指標、社會參與及生活獨立狀況。
- (三) 進行早期介入之長期經濟效益分析：利用經濟評估方法進行長期研究。
- (四) 成立及招募專責工作小組，建立評估、鑑定、追蹤、研究的專責單位。

## 十二、儲備專業人員

- (一) 兒童早期介入專業支援制度、早期療育專業人員資源中心或在職培訓制度，有計畫培訓相關專業人員。
- (二) 加強在地療育人員(專業或半專業)訓練，偏遠地區可實行走動式療育。
- (三) 各專業公會定期進行人力盤點，了解早療人力配置並加以檢討。

## 肆、衡量指標

針對十二個目標，分別訂定中程衡量指標與長程衡量指標如下：

### 一、降低高危險妊娠比率及其伴隨而來的危險因子影響

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 建立高危險妊娠照護之醫療網並啟用。
2. 設計高危險妊娠相關衛教刊物及單張，並可於各醫療院所及網路取得。
3. 高危險妊娠之衛教、健康檢查等，已於醫療院所實施。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 提升各醫療院所對高危險妊娠族群的醫療照護能力。

### 二、提高民眾（包含本國籍及外國籍）對兒童發展及早期療育的認識，並發展監測能力

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 每年固定推行兒童發展相關免費網路課程、演講、短片、廣告、廣播、報章雜誌等，供民眾及各場域人員閱覽。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 提升醫院場域以外通報比率，如家長、托育、早療機構、幼教等。
2. 完成外語版兒童發展資訊網之設置，將親職教育及兒童發展相關之宣導課程，納入新住民教育認證課程。

### 三、建立全國統一的早期療育流程、通報制度與鑑定標準

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 組成工作小組，建立早期療育服務流程、訂定評估鑑定作業程序，並於全國北中南東部各選至少一個縣市，開始試辦跨部門早期療育平台。
2. 成立跨部門工作小組，訂定早期療育評估鑑定標準，以及與後續療育介入與相關補助的銜接流程與規範。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 全國各縣市依照訂定的早期療育服務流程與評估鑑定的作業程序施行，並提供單一窗口的整合性早期療育服務。
2. 早期療育資源包括醫療、教育與社福，均以評估鑑定結果為依據，務求資源得以適當分配。

#### 四、提供以家庭為中心的早期療育服務，包括評估鑑定、支持介入、服務協調

##### (一) 中程指標 (2022)

1. 於北中南東部試辦評估鑑定中心進行以家庭中心的評估鑑定，並採用多元化且有效的評估方式。
2. 成立工作小組，籌備更新或建立本土化兒童發展評估工具，以及建立本土化家庭功能評估工具。
3. 建構至少三處以家庭為中心的社區早療示範模式。

##### (二) 長程指標 (2030)

1. 全國評估鑑定中心實施以家庭為中心的評估鑑定模式，並採用多元化的有效評估方式，包括本土化兒童發展評估工具及家庭功能評估工具。
2. 普遍設立以家庭為中心的社區早療。

#### 五、設立優質的評估鑑定中心與早期療育專業團隊

##### (一) 中程指標 (2022)

1. 組成跨專業工作小組，訂定全國統一評估中心設置標準，包括場地設備、專業團隊人員配置與訓練要求等，並訂定品質督考制度。於全國北中南東部各選至少一個縣市，設立一獨立評估鑑定中心，試辦評估鑑定業務，並包括外展業務。
2. 政府改善現行各類給付制度，以合理給付評估鑑定作業及早期療育介入之費用。

##### (二) 長程指標 (2030)

1. 全國各縣市設立合乎標準的評估鑑定中心，除離島地區，各縣市依人口比例設置，全面進行評估鑑定。並於每年進行全國各評估鑑定中心督考，以確保評估鑑定品質。
2. 中央與各地方政府編列年度預算，以有效執行早期療育業務。

#### 六、強化早期療育各系統間合作（包含專業之間以及專業和家長間）

##### (一) 中程指標 (2022)

1. 中央政府應組成工作小組，完成早療指引編制，以促進家長參與、部門間、機構間及全面性協調政策和合作機制。
2. 地方政府建立具體早療系統協調機制，包括公私協力，並確實執行。

##### (二) 長程指標 (2030)

1. 落實早療指引內容。

#### 七、建置跨部門的早期療育資料庫及資訊系統

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 建置早期療育資料庫、高危險產婦資料庫及新住民家庭資料庫。
2. 選定試辦縣市，建立早期療育評估鑑定資料庫在醫療、教育、與社政單位間的連結使用。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 建立全國性早期療育資料庫，提供跨縣市與跨部門資料連結，並每年統計國內早期療育服務狀況。
2. 高危險產婦與新住民家庭資料庫啟用，並登錄婦女孕前、產前、產後至孩子就學前健康狀況及發展追蹤資料。

### 八、豐富偏鄉療育資源，減少城鄉差距

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 中央政府組成工作小組，找出早療資源匱乏地區的屬性及需求。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 由中央政府擬訂辦法，加強並活化早療資源匱乏地區，並選擇試辦地區。

### 九、營造友善便利的社區支持環境

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 建構至少三處以家庭為中心的社區早療示範模式。
2. 發展遲緩兒童和家庭無障礙參與的社區生活。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 普及以家庭為中心的社區早療。
2. 發展遲緩兒及其家庭與一般家庭無異，自在社交及參與社區活動。
3. 讓有特殊需求的孩子擁有安全、健康的成長環境。

### 十、完整兒童長期照護制度規劃

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 長期計畫 2.0 增加身心障礙兒童與家庭規劃內容。

#### (二) 長程指標 (2030)

1. 使兒童在每一階段、每一場域都能被照顧，資源能被有效利用，也避免重複提供服務。

### 十一、建立高品質及高成效兒童早期療育服務系統

#### (一) 中程指標 (2022)

1. 建立成果面向指標：包括兒童成效及家庭成效，也包括影響兒童成效相關因子，如家庭、

環境。兒童成效包括跨文化及不同社經地位兒童進展狀況及形態；家庭成效則包括家庭為中心、家庭投入、家庭生活品質。

## (二) 長程指標 (2030)

1. 建立歷程面向指標：早期介入方案執行成效指標，如家庭對服務滿意度、家庭在服務歷程的參與。

## 十二、 儲備專業人員

### (一) 中程指標 (2022)

1. 建置早期介入人員跨專科培訓核心課程，並強調以家庭為中心、實證醫學及團隊運作專業能力。
2. 完成早療服務資格課程與認證制度規劃。
3. 建立進階實作督考與輔導辦法，並建立輔導與獎勵制度，如獎勵金，減少評鑑次數等。

### (二) 長程指標 (2030)

1. 建置早期介入人員的人力資料庫。
2. 全面實施早療服務資格課程與認證。
3. 建置各機構、單位早療相關專業人員編制名額。