

## 「由基隆市早期療育概況，省思台灣早療困境與解決之道」

### 早期療育的成因

引起兒童發展遲緩的原因很多，多數成因不明，目前能被發現原因僅約占 20%至 25%，其中包括環境、社會文化、與心理等因素，甚或併有腦神經、肌肉系統等疾病。一般而言，大部分家長對兒童發展遲緩發現並無警覺性，多是入學後與其他孩子相比較才發現，錯失早期療育的黃金時間，若能使其及早受介入，包括醫療復健、特殊教育、家庭支持、福利服務等等，即可使發展遲緩減輕，甚至使一部分孩子能趕上正常，減少對家庭及社會的負擔。

### 早期療育的整合服務

早期療育服務是針對 0-6 歲，特別在 3 歲前之發展遲緩兒童，如；認知發展遲緩、動作發展遲緩、語言及溝通發展遲緩、心理社會發展遲緩、生活自理技能發展遲緩，或全面性發展遲緩等等之兒童，希望能及早發現並給予適當療育，來減輕發展遲緩現象，甚至希能消除部分或全部遲緩現象，此乃須透過一種整合性服務，除解決兒童發展遲緩的相關問題，並要求能提供家庭必要之支持性服務，為達此目的故須結合不同體系專業人員，包括社政、衛生、教育等部門之人員，方能以團隊方式提供人性化、主動積極且完整性的專業與支持性服務。

### 早期療育的醫事人力概況

根據 108 年衛福部資料，全國發展遲緩兒童早期療育服務之通報總計 26,471 人，設有聯合評估中心計有 60 家，評估團隊的醫事人力，包括職能治療師 3,967 人、物理治療師 6,995 人、臨床心理師 1,483 人、語言治療師 1,116 人、社工師 7,774 人，依此計算，每位職能治療師約服務 6.6 位兒童，每位物理治療師約服務 3.7 位兒童，每位臨

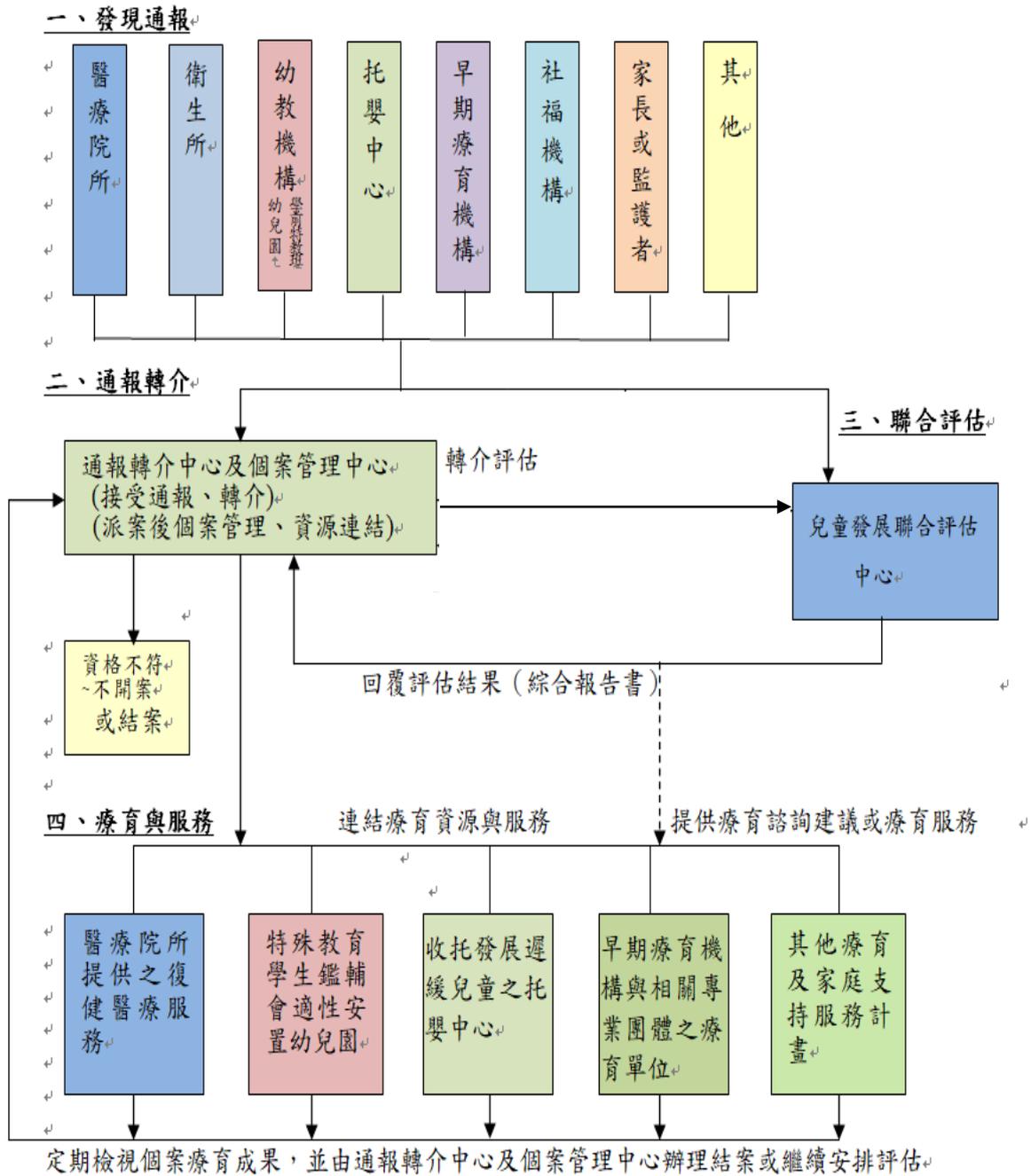
床心理師約服務 17.8 位兒童，每位語言治療師約服務 23.7 位兒童，每位社工師約服務 3.4 位兒童，此為國內一位遲緩兒童目前可以獲取的醫療量能。

統計基隆市 108 年共通報 582 人須早期療育服務，佔全國比率 2.2%，參與早期療育評估與後續服務者共兩家醫院，為衛生福利部基隆醫院及基隆長庚紀念醫院，早期療育評估為各成立兒童發展聯合評估中心來作評估，均有公費補助，約每年 100 萬~72 萬，評估後須受治療服務兒童，利用健保給付各轉介至具專業量能之醫療服務體系。

### **早療個案處置流程**

由下圖 1 知早療服務是一種制度化且連續性的服務，包括發現、初篩、轉介評估、通報、療育及家庭支持等等階段，個案之發掘及評估鑑定及轉介照護流程如上圖，所有階段大致分為兩大流程，一為篩檢通報評估程序，大都由社政衛政體系〈通報轉介中心〉負責管理與監督，其中評估則由專業團隊負責，另一為專業療育服務，服務內涵則依評估結果，各各轉至具量能的醫療團隊提供服務，在基隆市主由部立基隆醫院及長庚醫院提供服務，少部分至鄰近縣市的醫院接受服務。

圖 1 早療個案之發掘及評估鑑定流程



## 基隆市早療個案與醫事人力概況

表一 基隆市 105~108 年度二年齡層之兒童發展篩檢量

年度	篩檢量		合計 (人次)
	0 至 3 歲	4 至 6 歲	
105	3,884	882	4,766
106	3,974	3,232	7,206
107	3,900	2,857	6,757
108	3,262	3,642	6,904

基隆市每年約有 1 萬 4 千多名學齡前兒童 (<math>\leq 6</math> 歲)，透過醫療機構、衛生所、婦幼機構、幼托園所等等，對兒童辦理發展遲緩評估初步篩檢，篩檢後發現疑似發展遲緩疑慮則通報本市通報轉介中心；統計 105~108 年度，如表一，各年度約有 4700~7000 人次的篩檢量，每年均在增加中。

表二 基隆市 105~108 年度發展遲緩通報數、評估數與確診率統計表

年度	通報人數	收案人數	評估人數	確診遲緩 兒	確診率
105	374	290	280	207	73.9%
106	525	312	316	245	77.5%
107	473	337	336	258	76.8%
108	655	313	313	245	78.3%

備註:收案人數含外縣市兒童。

如表二，105~108 年度每年由各單位通報至通報轉介中心的量逐年增加，108 年度比 105 年度增加 75%，兒童發展聯評中心評估人數約落在 280~336 人，確診遲緩兒之確診率則維持在 76.6% 上下

〈73.9%~78.3%〉。

表三 基隆市 106~108 年度兒童發展聯評中心依功能性診斷之分類統計表

功能性	106 年	107 年	108 年	總計
	總計(人次)	總計(人次)	總計(人次)	
認知發展	141	156	81	378
語言發展	245	262	187	694
知覺動作發展	253	224	106	583
社會情緒發展	185	139	116	440
感官發展	2	3	5	10
其他發展(過動/衝動)	203	178	71	452
總計	1029	962	566	2557

發展遲緩診斷可分為功能性診斷及病因性診斷，功能性診斷是根據發展領域評估結果，包括粗動作、細動作、語言溝通、認知學習、社會互動、情緒行為等，然發展遲緩兒童有相當高比例合併其他病理性原因。依功能性診斷分析如表三，分為認知發展遲緩、語言發展遲緩、知覺動作發展遲緩、社會情緒發展遲緩、感官發展遲緩、過動/衝動等其他發展遲緩。本市語言及知覺動作發展遲緩佔較高之比率，篩檢時最明顯的是語言發展遲緩，語言發展遲緩個案很多並非單純語言發展遲緩問題，有些伴隨著心智發展遲緩，例如認知、自閉症、ADHD 等等，亦即是心智問題常影響語言的發展。

表四 醫療專業團隊醫事人力配置概況表

類別	小兒 神經科 醫師	小兒 復健 科	小兒 心理師	物理 治療 師	職能 治療 師	語言 治療師	社工 師
----	-----------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------	---------

		醫師					
長庚	1	1	3	2	3	5	1
部基	1	1	1	2	2	2(1 兼職周二)	1

統計基隆市 106-108 年度 3 年間發展遲緩之醫療需求總計 2,557 人次〈表三〉，其中語言發展遲緩 694 人次，平均每年語言治療需求 231 人次，較其他類遲緩高，又其中執業登記之語言治療師僅有 7 名，每周評估人數 20 位，目前提供服務量能已屬飽和狀況，常有語言治療師離職發生，立即短暫呈現服務不足，多有抱怨發生。

#### 基隆市早療個案待評期概況

表五 基隆醫院(0-6歲) 待評天數      表六 基隆長庚醫院(0-6) 待評天數

年度	待評天數				年度 總數	待評天數				總數
	< 30	31-45	45-60	>60		<14	14-30	30-45	45-60	
						22	50	48	5	125
106	177	4	9	1	191	14	59	43	17	133
107	190	13	0	0	203	14	31	78	0	123
108	182	8	0	0	190	50	140	169	22	381
總數	549	25	9	1	584					

從通報轉介中心收案至聯評中心啟動個案評估之間的等候時間，稱為候評期，候評期長短決定於投入早期療育專業醫事人力的量能，不僅基隆，包括全國，隨通報案量逐年增加，醫事力量能已略嫌不足。通常候評期規劃目標值落在 45 天內須完成評估，由表五可知基隆醫院服務候評期大多落在 30 工作天內，即可安排評估〈佔約 94%〉，目標值 45 天內完成約 98.3%，幾無超過 60 天案例；長庚醫院候評期小於 14 天則約 13.1%，於 30 工作天內約 49.8%，未到五成，目標值 45 天內完成約 94.2%。報告書完成之目標時間 2-4 周，最晚不得超過

6周，兩家醫院均能於期限內完成報告。綜算上述期程，從通報轉介中心收案，至個案評估後確診，可接受後續服務之總等待時間，最快亦須4周，最長可達14.5周，若再遇專業治療師離職或量能不足時，尤其是語言治療師，其等待受治療服務的期間更是長久，難怪常引發家長的抱怨，尤其在語言治療服務上，中央統計領有語治師證照1412人，僅1116人執業，執業率僅79%，且多集中在六都等醫療資源充足之大都會區域，非六都縣市則明顯不足。

### 台灣推動早療的難處與困境

台灣推動早期療育只有短短20年，尚屬起步階段，近幾年來社會越來越關注嬰幼兒教育，對早期療育的重視雖逐漸強化，惟投入早療之各機關工作人員、家長及社會人士，對於早期療育之瞭解與共識有限，故現今早期療育面臨的問題，如下：〈〉

1. 現行的法源，如兒童及少年福利與權益保障法、特殊教育法等，對早期療育實施及規畫原則提及甚少，早療工作程序尚未有系統式制度化。
2. 目前的聯合評估系統是以醫療體系為主，雖有專業可近性之優點，惟評估所需費用須由各地縣市政府負擔，除六都外縣市財政經費有限不易長期負擔；且受限於醫療體系有限度投入資源，致使候評期間無法有效縮短。
3. 國內家長受到文化禁忌的影響，不願接受自己孩子的發展有問題，早期療育的資訊有計畫長期性的傳播宣導不足。
4. 提供早期療育的師資培育與專業人力仍不足，尤其語言治療師更是捉襟見肘，常受個案家長苛責。尤其在政府強力規劃推動長期照顧服務下，對治療師資源的需求下，嚴重排擠投入早期療育的量能。

### 結語

總之，最近幾年早期療育雖已有顯著進步，但早期療育服務成功與否的關鍵在於家庭，父母是孩子的第一位老師，家庭則是兒童的第

一間教室，先要努力破除兒童需早期療育時，其家庭文化禁錮性思考，要教育家長接納早期療育是一種「受教權」而非福利施予觀念，方能促使家長更積極尋求療育服務，才可避免兒童本具輕微或短暫之障礙，錯失黃金療育期，變成永久性失能。

另以美國為例，評估模型乃以功能為基礎的方式，主要目的在發掘嬰幼兒及其家庭之優點、資源及需要支持項目，依此於提供早期療育服務時，方可重在如何加強及發展嬰幼兒之潛力與才能、協助與支持家庭與孩子的需求等二項工作上，而醫師在團隊中角色僅屬諮商地位，依功能性之需求評估，予以協助。

目前早療服務資源分配並不均勻，雖各縣市均至少設置一家發展聯合評估中心，但這些中心大部分集中於都會區，致使偏遠地區療育資源取得不易，且需長途往返費時費力，為使孩子及其家長能就近取得服務，社區式外展服務據點，包括聯合評估及療育據點，甚至延伸至在宅療育服務，均是目前台灣應努力的重點。

除此之外，國內欲達成有效益的早期療育成果，仍需透過嚴謹立法，以規範喚起家長與社會對早期療育的共識，並有計劃性積極訓練早期療育專業人員，且必需建立早期療育機構之實施標準與評鑑準則，期待不久的將來，經多方面的努力，國內早期療育之功能與效益，將能與先進國家並駕齊驅。