

資源匱乏地區發展遲緩兒童社區療育據點 服務實施情形之探討

林雅容

臺中教育大學幼教系助理教授

本研究目的在檢視資源匱乏地區之社區療育據點服務實施概況，以 2010 年接受中央政府單位補助辦理據點服務之四個機構為研究對象，透過實地訪視及文件分析蒐集研究資料，輔以電話訪談釐清文件資料有疑慮之處。研究結果發現：一、機構與政府單位的協調、專業人員與服務使用者的互動，以及專業人員間的支持，有助於據點服務的推展及滿足兒童及其家庭的需求，顯見於據點設置、定點式及走動式服務規劃、專業人力協調之相關討論；二、機構與據點設置區域的社會服務單位建立合作關係，提供早療服務，從中增進家長之資源使用的近便性。囿於目前未有相關法規釐清機構間合作的權責，資源的連結及共享大多建立在機構的努力及彼此的信任和配合；三、「家長參與」此一理念對於服務成效具正向影響，但是，專業人員需顧及兒童及其家庭之特質與作息，避免造成家長的親職壓力。由於政府單位並未提供家庭支持性服務的費用，使得專業人員不易推展相關服務；而現有的服務也鮮少與區域特質有所連結；四、政府現有對據點服務的補助遠低於機構式的服務，每名兒童補助金額差距高達 6,056.67 元至 17,390.47 元。最後，研究者依據研究結果，提出五項實務工作的建議：一、政府單位應關注療育資源匱乏的地區；二、政府單位宜採納跨部門之合作方式，協助機構辦理據點服務；三、政府單位宜提供家庭支持性服務的補助經費，增強機構對於家庭的關懷；四、機構宜落實專業團隊會議，增強團隊成員對於服務內容的了解；五、機構宜關注服務使用者的個人經驗，具體呈現服務成效。此外，本研究亦對於未來研究提出兩項建議：一、宜呈現兒童及其家庭或社區居民的服務使用經驗及主觀感受；二、應呈現服務承辦機構與在地機構的合作情形。

關鍵詞：早期療育、社區療育據點、發展遲緩兒童

* 本文改寫自研究者於 2010 至 2011 年執行之內政部兒童局「發展遲緩兒童到宅服務暨社區療育據點試辦計畫成效評估訪視」計畫。

緒論

當前的學術界和實務界論及身心障礙或失能者之照顧服務時，討論內容由機構化服務轉向去機構化服務，強調社區對其生活適應的重要性。在早期療育服務的討論中，自然環境對於兒童發展的影響是相當重要的（Berry, 1995; Trickett, Espino, & Hawe, 2011）。社區介入（community intervention）是論及照顧服務去機構化的重要開端，服務目的是提升社區發展與居民健康（Trickett et al., 2011）。

內政部於 2009 年頒發「發展遲緩兒童住宅服務及社區療育據點試辦計畫」（以下簡稱「試辦計畫」），以「增進發展遲緩兒童及其家庭之療育選擇的近便性，從中建構社區化療育服務方向」為目的。由於「試辦計畫」未明確地界定社區療育據點，研究者乃彙整試辦計畫以及林雅容、傅秀媚和黃香慈（2011）之研究後，視「據點服務」為「主辦單位委託試辦單位於療育資源不足的鄉鎮辦理早療服務，內容包含兒童及其家庭全面性及連續性之服務、連結社區資源及建構社區化療育服務」；「試辦計畫」中，主辦單位為內政部兒童局，試辦單位為經地方政府規劃辦理早療服務至少有三年經驗之社會福利機構、團體或大專院校。此項服務符合 Trickett 等人（2011）的觀點，亦即據點服務對於發展遲緩兒童及其家庭具正向影響，顯見於促進兒童發展、給予家庭支持及增強服務可近性等。

事實上，在內政部兒童局推動據點服務之前，民間團體早已提供此項服務，讓身陷「家庭無法配合政府所提供之特殊照顧服務」的發展遲緩兒童擁有療育服務，例如：中華民國發展遲緩兒童早期療育協會在 2007 年於花蓮縣瑞穗鄉設置社區據點，服務內容包括提供弱勢家庭支持性及補充性服務、協助解決家庭問題，以及避免兒童與少年受到疏忽，並將服務

拓及玉里、富里和卓溪等地區，透過發展篩檢確認兒童的發展情形，使兒童能即早接受療育服務。其後，此據點得到瑞典銀行集團之經費支持得以延續（中華民國發展遲緩兒童早期療育協會，2011）。中華民國發展遲緩兒童早期療育協會又在 2008 年 7 月於南投縣設置水沙連兒童社區據點，增強居民使用服務的可近性，該據點原先的營運經費來自小額募款，之後得到王詹樣慈善社會福利基金會的經費支持（邱淑梅，2010）。

現今，據點服務受到政府單位的重視，「試辦計畫」更名為「發展遲緩兒童社區療育據點服務實施計畫」，中央政府單位補助辦理之據點服務由 2010 年之四個縣市增加至 2012 年之七個縣市（新北市、臺中市、南投市、嘉義縣、高雄縣、臺東縣及花蓮縣）。有鑑於此，社區療育據點的服務樣貌應受到關注。

然研究者於整理臺灣期刊論文時發現，僅有陳武雄（2003）、林雅容等人（2011）提出相關討論。二篇論文提及據點設置可增進區域間資源配置的均衡性及居民使用服務的便利性，進而促使居民有能力關懷弱勢家庭。然而，二篇論文均未詳加討論據點服務的實施概況。

本研究關注 2010 年接受中央政府單位補助辦理據點服務之四個機構，檢視資源匱乏地區之社區療育據點服務實施概況；此為本研究目的。研究者取得研究資料之方式有二：一是研究者於 2010 年藉由實地訪視在四個機構取得之資料；二是研究者於 2011 年取得之文件資料，包含計畫申請書、期中與成果報告等。針對研究資料，研究者再輔以電話訪談釐清有疑慮之處。研究者期能透過本研究結果，對於政府部門、民間單位與研究人員提出實施據點服務及進行相關研究的具體建議，以做為實務工作及未來研究方向的參考。

文獻探討

一、社區療育據點服務的實行概念

美國自 1970 年代以降，關注去機構化與社區照顧相關議題（Bromley, 2003）。Ursprung（1984）以智能障礙兒童為例，呈現家庭選擇機構化或去機構化照顧服務之原因，前者是因為家長缺乏療育服務的相關訊息，視機構為取得療育服務的場所；後者則是因為家長有較好的服務找尋及選擇能力，能夠自多元的服務類型（如社區內的小型機構、團體家屋方案或寄養服務等）中選擇欲使用的服務。

爾後，Magrab（1992）論及偏遠地區療育資源配置時指出，專業人員需能滿足偏遠地區之兒童及其家庭的特殊需求，亦即專業人員需先瞭解家庭需求、在地資源及服務輸送情形等訊息，進而立基於「以家庭為中心」（family centered）、「以社區為基礎」（community based）及「服務協調」（service coordination）的概念，為兒童及其家庭提供服務及滿足需求。

「以家庭為中心」是「專業人員需尊重家庭的個別差異，也需瞭解影響家庭生活的要素，例如：對問題的想法（如定義、期待、目標、優先順序的考量）、家庭生涯的規劃與生活背景（如文化、種族、社經地位、對生活的期待、基本的價值與信念）」（Pamela, Elizabeth, & McWilliam, 1996）。諸多研究（黃志雄、楊在珍，2002；Dunst, Trivette, Cornwell, & Davis, 1998; Hooste & Maes, 2003; King, Teplicky, King, & Rosenbaum, 2004）指出，專業人員如欲落實「以家庭為中心」此一概念，可邀請兒童及其家庭參與療育服務及相關活動，使服務內容符合家庭需求及尊重家庭的選擇，進而幫助兒童達成學習目標及提升各領域的能力。

「以社區為基礎」指的是，專業人員藉由

改善嬰幼兒之自我調節能力、給予嬰幼兒重複學習的機會、瞭解家庭所提供的探索及互動環境，及配合家庭作息時間等諸多策略，讓孩子得到妥善的照顧，進而關注社區的生態及居民的需求，提升居民的生活品質（黃靄雯、謝中君、鄭素芳，2005；Green & Kreuter, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2010）。因此，專業人員應注重環境對於兒童及其家庭與居民的影響，才能提供適切的服務（Hatfield, Staresinic, Sorkness, Peterson, Schirmer, & Katcher, 2006），以及專業人員應善用當地資源，使服務符合兒童、家庭及社區的需求（曾淑賢、王文伶，2007；Magrab, 1992; Sharma, Lalinde, & Brosco, 2006）。

由於兒童及其家庭需要專業人員提供適切服務，以滿足需求及解決問題，因而使得「服務協調」此一概念受到重視（Brewer, McPherson, Magrab, & Hutchins, 1989）。此一概念與 1980 至 1990 年代受到關注的個案管理（case management）之差異為：個案管理以成本控制為要務，服務協調則重視服務的整合，強調「溝通」的重要性，並且由水平協調（horizontal coordination of care）與垂直協調（vertical coordination of care）具體地呈現溝通的情形；前者是專業團隊與在地組織或團隊成員間的協調，後者則為專業人員與服務使用者或政府單位的互動（Brewer et al., 1989; Stille & Antonelli, 2004）。

研究者蒐集之資源缺乏區域的特殊幼童照顧相關研究中，有兩篇文獻提及此三項概念，即 Magrab（1992）指出，若專業人員與家庭有良好的互動，可增強家庭使用資源的能力，使家庭做出適當的決策及安排所需之服務等；若專業人員能促進機構間合作及整合各政府部門之資源，則可促使專業團隊提出的服務內容符合社區文化及服務使用者的需求。Johnson 和 Kastner（2005）認為，以社區為基礎的服

務能反映區域文化對於家庭生活及其資源使用的影響，以家庭為中心的服務可強化家庭之問題解決能力及提升兒童的生活品質，而專業人員的協調能讓兒童及其家庭取得適切的服務。

然而，研究者蒐集近十年早療領域的西文期刊論文中，以社區為基礎為題的研究卻鮮少直接提及「以家庭為中心」、「服務協調」此二概念，但是，仍能察覺此二概念的重要性。例如：Aronson、Wallis、O'Campo、Whitehead 和 Schafer（2007）指出「以家庭為中心」此一概念的重要性，強調多數家長是在接受服務後才知曉居住環境、自身的親職責任及角色對於兒童具相當程度的影響力。Maulik 和 Darmstadt（2009）則強調「服務協調」此一概念的重要性，亦即專業人員透過團隊合作發掘與連結社區資源，進而使家庭有能力參與服務及使用現有的資源教養子女。

就此得知，專業人員藉由服務協調機制落實以家庭為中心及以社區為基礎的服務理念，增強自身與服務使用者、團隊成員、社區組織或政府單位的互動情形。但是，臺灣之專業人員所面臨的限制是，欠缺法規支持機構間的合作關係（曾淑賢、王文伶，2007）。

二、西方國家之發展遲緩兒童社區介入服務概況

以下，研究者呈現美國、英國、加拿大與葡萄牙之服務概況。

（一）美國

最為著名之社區介入服務為啟蒙方案（Head Start Program）及學前啟蒙方案（Early Head Start Program）。啟蒙方案自 1965 年開始施行，原先是以學齡前的貧窮兒童為對象，現今已擴及至八歲兒童（柯秋雪，2008）。服務方式有到宅服務、中心式服務及定點式服務；其中，定點式服務和前兩項是相互搭配的（BC First Nations Head Start, 2011; U.S. De-

partment of Health and Human Services, 2007）。

啟蒙方案的服務概況可由三個層面呈現。首先，專業人員提供服務時，需瞭解兒童及其家庭的處境。Chang、Huston、Crosby 和 Gennetian（2007）以單親職業婦女為例指出，這群婦女面臨工資較低且工時不穩定的勞動處境，但啟蒙方案之幼兒托育時間卻缺乏彈性，導致多數婦女因而選擇其他需付費的幼兒照顧服務，或是將子女托付給親人照顧。Neidell 和 Waldfogel（2009）以移民家庭為例指出，專業人員需關注此類家庭之訊息取得情形，促使他們瞭解及使用適當的服務。其次，專業人員間有良好的溝通品質，方能對於服務目標達成共識，其所提出的個別化服務計畫將較能貼近家庭的需求，進而提升服務品質（Lambert, Abbott-Shim, & Oxford-Wright, 2001; Roberts & Wasik, 1994）。最後，在研究者蒐集之有關啟蒙方案的期刊論文中，僅有一篇提及機構間合作的情形，亦即 Roberts 和 Wasik（1994）指出，若和其他方案相較，啟蒙方案之機構間的合作情況是較為不足的，易導致兒童及其家庭使用不必要的服務。

學前啟蒙方案回應 1994 年啟蒙方案的決議，訂定 1995 年聯邦政府應撥付 3% 專款，補助懷孕婦女及低收入家庭的嬰幼兒，且其中至少應有 10% 的名額保留給身心障礙兒童，希冀有助於兒童、家庭、專業人員及社區等發展（柯秋雪，2008）。此方案以三歲以下的兒童為服務對象，旨在增進兒童發展、增強親子互動、緩和家庭緊張關係，以及使家庭成為適合兒童學習的環境等。服務方式除了到宅服務、中心式服務及定點式服務，尚有「家庭式之兒童照顧服務」，期使兒童在類似家庭環境之機構中得以享有照顧或教育等服務（Early Head Start National Resource Center, 2009）。

學前啟蒙方案的服務概況可由以下三個層面呈現。首先，專業人員需留意家庭成員對於

專業人員的接納程度及其對於服務內容的適應情形，進而確認服務品質（Brookes, Summers, Thornburg, Ispa, & Lane, 2006; Harden, Denmark, & Saul, 2010）。其次，機構應具有良好的督導機制，使專業人員得到工作或情緒等支持，以及釐清和確認服務內容（Azzi-Lessing, 2011; Harden et al., 2010; Roggman, Boyce, Cook, & Jump, 2001）。最後，機構需與在地社會服務單位建立合作關係，為多重問題的兒童及其家庭提供密集的服務，解決或滿足其問題與需求（Office on Child Abuse and Neglect, 2009）。

（二）英國

受到注目的社區介入服務是 1998 年之安穩起步方案（Sure Start Program），此方案旨在確保弱勢家庭之未滿四歲兒童的學習機會。爾後之安穩起步在地方案（Sure Start Local Program）則整合健康、教育、社會服務及志願服務等政府部門，關懷貧窮且教育資源缺乏區域的家庭及其兒童。英國政府對於服務之評量兼具量化及質性資料，不僅以數據資料呈現兒童及家庭之服務成效，也以深度訪談瞭解實務工作者、照顧者及兒童之個人經驗（U.K. Department for Children, Schools and Families, 2008）。

有鑑於部分發展遲緩兒童的家庭潛藏高風險危機（唐紀絮、林宏熾、林金定、林美專、簡璽如、蔡桂芳、簡言軒，2007），研究者蒐集近十年之社區介入服務的西文期刊論文中，尚有國家將服務對象擴及至高風險或具多重問題的家庭。例如：在加拿大，服務對象是此類型家庭的婦女及兒童，服務內容包括基礎醫療及膳食營養管理、個人溝通能力及情緒管理的訓練、諮商服務與職業生涯規劃等（Health Canada, 2006）。同時，專業人員會針對區域或服務使用者特質調整服務提供情形，例如：組成移動資源團隊至資源缺乏區域提供服務，以及將物質戒治專家與社區健康照護服務人員納

入專業團隊，為有物質濫用問題的家庭提供服務等，居民與服務使用者均肯定其服務成效（Health Canada, 2006; York Support Service Network Staff, 2007）。

（三）葡萄牙

專業人員透過多元服務（如健康照顧、教育及社會服務等）提升兒童的發展情形，讓家庭察覺自身及社區的問題（如親職能力不彰、酗酒、貧窮及社會孤立等）。葡萄牙的專業人員在良好的團隊合作氛圍中，抱持樂觀的態度來看待服務成效，而且對於專業能力深具信心（Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000）。

本研究於文獻梳理方面呈現此項服務能解決兒童及其家庭的問題，讓家庭有能力運用資源以促進兒童健康及提升親職能力，進而察覺與改善社區問題。

三、臺灣之發展遲緩兒童社區介入服務發展

研究者呈現政府單位實施社區介入服務的概況。

內政部自 1995 年實施早療服務至今，多項配套措施顯見專業人員已進入社區提供服務，例如：「發展遲緩兒童到宅服務實施計畫」提及專業人員建構社區照顧模式；「托育機構收托發展遲緩兒童巡迴輔導實施計畫」促使專業團隊進入托育機構訪視輔導，協助機構建立收托發展遲緩兒童之適當環境。而在各縣市政府方面，除隨之成立早療通報轉介中心及兒童發展聯合評估中心，增強兒童接受聯評的可近性，讓專業人員及早發現兒童發展問題，也設置個案管理中心（或社區資源中心），連結與整合社政、衛生及教育等三個領域的療育服務相關單位及資源（內政部兒童局，2007；朱鳳英，2007；柯秋雪，2009）。

論及社區介入服務時，到宅服務易受到關注。1980 年代時，有鑑於部分兒童及其家庭

的居住區域缺乏療育資源，臺北市雙溪啟智文教基金會及臺南縣德蘭啟智中心等民間單位便採取專業人員至家中提供服務的方式，使兒童能接受療育服務。爾後，內政部於 2002 年為偏遠地區及資源缺乏的兒童及其家庭試辦到宅服務，並在 2004 年函頒「發展遲緩兒童到宅服務實施計畫」，委由民間單位辦理服務（林雅惠，2010）。近十年間，中央政府單位推動到宅服務的對象與服務方式受到關注，前者是指政府單位早先推動之服務是針對療育資源欠缺地區的兒童及其家庭，中華民國智障者家長總會即曾於 2007 年對此提出服務對象窄化使服務未能普及的問題（立法院，2006；柯秋雪，2009）；而後者則是服務內容應多元化，例如：專業團隊提供家長諮詢服務等（立法院，2006）。

在中央政府單位辦理到宅服務之際，已有地方政府推動定點式療育服務。例如：臺北縣政府於 2005 年結合中國信託慈善基金會之志工人力及經費，於偏遠地區提供療育服務與親職教養諮詢等（臺北縣政府，2005）。之後，又於 2007 年提出發展遲緩兒童社區外展療育服務計畫，解決療育資源不足問題及推動定點式服務，讓兒童及其家庭取得持續性的專業服務，進而增強家庭功能及提升生活品質（臺北縣政府，2007a）；同年，早期療育推動委員會企圖結合老人社區關懷據點推動早療服務，其中提及利用現有空間辦理療育服務與發展多元化服務內容（臺北縣政府，2007b）。2008 年，兒童發展健康中心推展社區服務及連結社區資源與據點服務，使社區居民瞭解與善用療育服務，並且強調專業人員應結合當地資源，為兒童及其家庭提供外展式服務（如到宅服務、據點服務）（臺北縣政府，2008a，2008b）。2009 年，《社會福利政策白皮書》提及據點服務實施進程，服務仍聚焦於偏遠地區（臺北縣政府社會局，2009）。

內政部於 2009 年在四個縣市結合民間團體試辦據點服務，進而在 2011 年提出發展遲緩兒童社區療育據點服務實施計畫。在試辦計畫及服務實施計畫中，據點設置的原則為「地區尚無提供早期療育服務之醫療院所、早期療育機構、身心障礙福利服務機構」或「原住民或離島鄉鎮，且療育資源尚不足者」（內政部，2009，2011）。另一方面，2011 年以降之「推展兒童及少年福利服務申請經費補助項目及基準」中，則針對偏遠地區或資源不足區域的早期療育機構專業人員服務費有增加補助（行政院，2011）。此顯示出中央政府單位對於據點服務及資源短缺區域的兒童療育情形之關懷。

綜上所述，西方國家的社區介入服務方案是以弱勢兒童及其家庭為服務對象，服務方式包含到宅服務、中心式服務、定點式服務及走動式服務等，服務內容涵蓋兒童、家庭及社區等三層面。專業人員關注服務使用者的生活情形、對於服務的適應，也重視彼此的溝通，進而對於服務達成共識，並能以樂觀的態度看待服務成效。而機構間之合作對於兒童及其家庭之問題解決與資源使用等情形，亦確有影響。在臺灣，據點服務雖已實施多時，但是，相關研究或討論甚少。因此，本研究呈現服務實施情況（如據點設置、服務方式、專業人力配置、機構間合作、服務對象、服務內容及政府補助經費等），並且由以家庭為中心、以社區為基礎、服務協調等三個概念提出討論。

研究方法

本節就研究設計、研究參與者、資料蒐集與分析、研究倫理及研究信效度進行說明。

一、研究設計

本研究關注 2010 年接受中央政府單位之

據點服務經費補助的四個機構（如表一），透過實地訪視及文件分析，並輔以電話訪談瞭解據點服務實施情形。有鑑於指標功能在使政策規劃者及社會大眾掌握體系運作、瞭解政策的功能及績效、預測未來發現，以及適切地評估政策表現（張芳全，2004），因此，研究者在實地訪視前，透過專家共識問卷瞭解研究參與者對於訪視要項的共識情形，再由本研究所擬訂的訪視指標進行實地訪視，而指標的後續修正情形則不納入本研究的討論。

表一 機構所在區域與療育據點設置區域

機構別	所在縣市	據點設置區域
G1 機構	county1	town11、town12、town13、town14
G2 機構	county2	town21
G3 機構	county3	town31
G4 機構	county4	town41

表二 研究參與者名單及其訪視單位

類別	代碼	服務單位	訪視單位
學者	R1	大專院校兒童發展相關系所	G1 機構
	R2	大專院校特殊教育相關科系	G2 機構
	R3	大專院校復健醫學相關科系	G2 機構
	R4	大專院校復健醫學相關科系	G3 機構
	R5	大專院校家庭服務相關系所	G3 機構
	R6	大專院校特殊教育相關科系	-
	R7	大專院校特殊教育相關科系	-
	R8	大專院校兒童發展相關系所	-
	R9	大專院校社會工作相關系所	-
	R10	大專院校社會工作相關系所	-
	R11	大專院校社會工作相關系所	-
	R12	大專院校老人福利相關系所	-
實務工作者	C1	身心障礙者家長團體	G1 機構、G4 機構
	C2	醫療院所復健科	G4 機構
	C3	早期療育服務機構	-

註：「-」表示未參與據點服務實地訪視。

二、研究參與者

（一）相關領域之學者與實務工作者

研究者於 2010 年 6 月至 7 月上旬徵詢 14 名學者及實務工作者擔任研究參與者，研究參與者需全程參與本研究。由於在資料蒐集過程中，遭遇到 2010 年之凡那比風災，部分偏遠地區之交通中斷，導致原訂之研究參與者無法進行訪視，因此，為能順利地蒐集資料，研究者乃聘請居住於該地區之實務工作者（C3）加入本研究。研究者於實地訪視前，先向 C3 說明本研究目的及內容，使 C3 能協助研究者完成訪視工作。15 名學者與實務工作者均為投入早期療育、特殊教育領域，或具協助政府相關評鑑業務之豐富經驗者（如表二）。本文改寫自研究者執行的計畫案。由於部分研究參與者是協助研究者瞭解到宅服務實施情形，故表二之「訪視單位」此一欄位並無標示。

(二) 研究者的角色

研究者於大專院校教授質性研究、身心障礙福利、早期療育家庭服務及弱勢家庭社區服務等課程，且於諸多課程中加入外展服務的討論，並從事相關議題的研究。研究者於近年參與縣市政府的評鑑業務及擔任社福機構的外聘督導，因此，能掌握本研究主題及資料分析的脈絡。本研究中，研究者為計畫主持人，統籌研究相關事宜和研究參與者一同實地訪視，進而處理、分析研究資料及撰寫研究報告。

三、資料蒐集與分析

(一) 資料蒐集

本研究資料以實地訪視與文件分析兩階段進行，說明如下。

1. 實地訪視

研究者於 2010 年 7 月下旬透過文獻整理及參考試辦計畫等內容擬訂專家共識問卷，並

且邀請研究參與者填寫，瞭解其對於指標建立的共識情形。而後，研究者依據問卷內容及參考內政部之早期療育機構評鑑指標範例擬訂訪視指標及內容，且於同年 8 月透過焦點團體訪談瞭解指標的適切性。本研究修訂之訪視指標包含三個向度、16 個指標及 36 個項目（如表三）。研究者及研究參與者在同年 9 至 11 月進行實地訪視。第一次之實地訪視是由機構依據訪視指標呈現服務內容，透過訪談，釐清研究者與研究參與者的疑慮。研究者及研究參與者依現場情況協調分工方式，如依訪視時間分配需審閱的資料。研究者於整理第一次實地訪視資料後，提出有疑慮或需討論的議題，此為第二次實地訪視的內容。各機構安排兩名研究參與者和研究者共同訪視，每個機構訪視兩次，每一次訪視時間約兩小時，全程錄音。

表三 發展遲緩兒童社區療育據點服務訪視指標

訪視向度	訪視指標	訪視項目
1. 行政運作與組織支持	訂定年度計畫及目標	針對「試辦計畫」訂有工作年度計畫及目標 年度計畫及目標與單位服務宗旨相符合
	人力配置與專業資格與規劃	1-2-1. 服務人員依計畫報經地方政府備查 1-2-2. 服務人員替換率低
	建立專業團隊合作機制	1-3-1. 訂有明確的組織架構 1-3-2. 專業人員權責明確 1-3-3. 專業督導機制 1-3-4. 定期召開會議討論服務流程與相關事項
	參與到宅服務暨社區療育據點之相關在職訓練	1-4-1. 有參與訓練之紀錄 1-4-2. 到宅員工參與人數過半數以上
	經費核銷	1-5-1. 補助款專款專用 1-5-2. 經費核銷應依規定辦理並按期核銷
	療育據點的設置	1-6-1. 據點設置符合地方需求 1-6-2. 設施設備與申請核備之內容相符 1-6-3. 環境清潔工作確實執行
	2. 專業服務運作與成效	遵守專業倫理守則

表三 發展遲緩兒童社區療育據點服務訪視指標（續）

訪視向度	訪視指標	訪視項目
	簽訂服務契約	2-2-1.與委託人簽訂服務契約、協議書或服務同意書 2-2-2.契約／協議書內容保障服務對象及服務提供機構之權益
	連結社區資源	2-3-1.確實建立社區資源網絡 2-3-2.資源定期更新
	進行幼兒與家庭評估	2-4-1.幼兒之評估工具與方式適性 2-4-2.有針對家庭生態及空間進行評估 2-4-3.視需要應有專業領域人員參與評估
	擬訂個別化服務計畫	2-5-1.依據幼兒發展能力及需求評估結果擬定 2-5-2.目標應涵蓋幼兒之各個發展領域及家庭支持 2-5-3.目標具體可行且列有明確的實施期程 2-5-4.視需要應有相關專業領域人員及家長參與
	提供服務之次數適當且固定	2-6-1.依需要規劃服務次數
	滿足幼兒與家庭需求	2-7-1.依家庭個別需求提供支持服務 2-7-2.提升家長的教養知能 2-7-3.資源定期更新
	落實滿意度調查及改善機制	2-8-1.定期（每年至少一次）調查家長的滿意度 2-8-2.能詳細分析調查結果，並提出改善策略以資回應需求
3.創新與困難	創新作為	3-1-1.承辦單位執行據點服務之創新作為
	執行困難	3-2-1.承辦單位執行據點服務之困難

2. 文件分析

研究者於 2011 年 3 至 4 月取得各機構之服務計畫申請書、服務期中報告、服務成果報告、工作指導書等文件，藉以瞭解服務提供情形。政府單位在 2010 年底辦理相關服務方案之研討會，研究者將各機構之報告納為研究資料。

研究者採電話訪談與各機構釐清研究資料有疑慮之處。

(二) 資料整理及分析

1. 研究者以描述性統計呈現第一次實地訪視之評量結果

評量結果以「通過」與「待觀察」呈現，整理步驟如下：(1) 研究參與者於訪視過程

中，依據機構於各項指標所提供的資料予以評量；若指標中有半數以上的項目未通過，該項指標為「待觀察」。(2) 研究者彙整研究參與者的評量結果；同一機構中，若二名以上（含二名）的研究參與者勾選「待觀察」，該項指標為「待觀察」。(3) 研究者於 2010 年 12 月和研究參與者確認各機構的訪視結果。

2. 研究者以質性分析呈現訪視及文件資料

質性資料整理步驟如下：(1) 研究者於每一次實地訪視後撰寫會議紀錄，並且透過錄音檔釐清會議紀錄之內容，並將錄音檔轉為逐字稿。(2) 研究者將研究資料編碼。首先，文件資料編碼方式依序為：第一碼是試辦單位之代碼，以 G1 至 G4 呈現；第二碼是文件資料

(如服務計畫申請書=計畫、期中報告=期中、成果報告=成果、研究會報告=研討會)。其次，實地訪視與電話訪談的編碼方式為：第一碼是試辦單位，代碼如前所述；第二碼是資料類型(如電話訪談=電訪、第一次實地訪視座談=訪視一)；第三碼是資料提供者

(如試辦單位人員=staff、政府人員=gov；若資料提供者為研究參與者，以表二之代碼呈現)。編碼範例如表四。內文撰寫中，單位所在縣市代碼為 county1 至 county4，據點設置區域以 town11 至 town14、town21、town31、town41 呈現。

表四 編碼範例

資料類型	對象	編碼範例	說明
焦點團體訪談	R1	R1_焦點	R1 之焦點團體訪談逐字稿
成果報告	G3 單位	G3_成果	G3 機構之成果報告
G4 機構之電話訪談	專業人員	G4_電訪_staff	G4 單位之專業人員電話訪談逐字稿
G1 機構之第一次實地訪視	C1	G1_訪視一_C1	C1 於 G1 單位之第一次實地訪視逐字稿
G3 機構之訪視內容	G3 機構	G3_訪視二_staff	研究者及研究參與者於第二次實地訪視與 G3 機構專業人員的討論內容

質性資料的分析包含開放譯碼、主軸譯碼及選擇性譯碼此三步驟(潘淑滿, 2003)，以下分別說明之：

1. 開放譯碼

研究者整理實地訪視的紀錄及詳細閱讀逐字稿內容，並採主題分析法進行開放譯碼工作，將文本內容分別歸納至「以家庭為中心」、「以社區為基礎」與「服務協調」等三項主題。

2. 主軸譯碼

研究者將各項主題的逐字稿內容進行比對，找出共通或相異之處，例如：研究者將服務介入區分為「給予兒童療育服務」、「提供家庭支持性服務」等兩種類型，其中，G1 機構及 G2 機構為前者，G3 機構與 G4 機構屬於後者。研究者進而呈現服務內容。

3. 選擇性譯碼

研究者針對研究資料選擇可彰顯研究主題的主軸概念，做為研究問題詮釋的根據。例如：「服務協調」此一主題的資料以「據點設置與服務方式呈現機構之行政支持需求」及

「由專業人力配置討論據點服務之提供情形」呈現，並以「由療育據點設置與規劃及專業人力配置呈現服務協調之情形」此一主軸概念做為詮釋資料的依據。

四、研究倫理

首先，研究者顧及部分研究參與者和機構已熟識，故安排研究參與者欲訪視的機構時，將此納入考量。其次，研究者為尊重及保護機構的隱私和保障研究參與者的權益，以代碼取代機構名稱、研究參與者姓名、所在縣市與據點設置區域等。第三，本研究取自研究者執行之計畫案部分內容，該計畫案編有兩名計畫主持人；本研究內容得到委託單位及該主持人的同意及確認。

五、研究信效度

本研究從三方面提升研究信效度：

(一) 研究者的自我反省

研究者在每一次的訪視或電訪後，藉由筆記或會議紀錄等自我反省，使研究者調整或控

制自己的偏見。例如：研究者於第一次實地訪視時，察覺所想像的服務樣貌和實務概況有落差（如少有據點提供團體療育課程），因而進一步探究專業人員提供定點式服務的難處，以及重新思考此項服務的實行概念。

（二）蒐集豐富的原始資料

原始資料包含研究者的筆記、機構的文件資料、實地訪視資料及電訪資料等。研究者透過多元方法取得資料，進而交叉比對資料內容，掌握研究資料的效度。

（三）研究資料的檢核

研究者掌握研究資料信度的方式有二：一是研究者將原始資料和另一計畫主持人及研究助理共同討論資料的詮釋及檢核所分析的資料；再者，研究者透過第二次焦點團體及電話訪談和研究參與者、訪視單位確認資料的正確性。然而，部分研究結果受限於研究方法，仍有待未來重新檢視，例如：服務成效多由專業人員自行評量，或是以滿意度問卷調查呈現，家長的感受未受到關注等。故研究者就成效評

量內容提出討論。

研究結果

本研究將實地訪視之量化結果呈現於表五，部分指標的評量為「待觀察」，說明如下：

一、G1 機構的服務未能結合據點場所的優勢，故「療育據點的設置與規劃」的評量為「待觀察」。

二、G1、G2 機構的服務內容偏重兒童療育服務，家庭服務較為有限，因此，「擬訂個別化服務計畫」、「滿足幼兒與家庭需求」的評量為「待觀察」。

三、G2 機構需依據兒童及其家庭的情況調整服務，故「提供服務之次數適當且固定」的評量為「待觀察」。

本研究就四個層面討論據點服務實施概況，各層面涵蓋的指標分述如下：

一、「由據點設置與規劃及專業人力配置呈現服務協調之情形」有關的指標，包括療育

表五 據點服務訪視結果：機構數量分析

訪視向度	訪視指標	通過	待觀察
行政運作與組織支持	訂定年度計畫及目標	4	0
	療育據點的設置與規劃	3	1
	建立專業團隊合作機制	4	0
	參與到宅服務暨社區療育據點之相關在職訓練	4	0
	經費核銷	4	0
	人力配置與專業資格	4	0
專業服務運作與成效	遵守專業倫理守則	4	0
	簽訂服務契約	4	0
	連結社區資源	4	0
	進行幼兒與家庭評估	4	0
	擬訂個別化服務計畫	2	2
	提供服務之次數適當且固定	3	1
	滿足幼兒與家庭需求	2	2
	落實滿意度調查及改善機制	4	0

據點的設置與規劃、建立專業團隊合作機制、參與到宅服務暨社區療育據點之相關在職訓練、人力配置與專業資格。

二、「由機構間合作呈現以社區為基礎之服務目標落實情形」有關之指標，包括連結社區資源。

三、「由服務資格與內容呈現以家庭為中心之服務目標落實情形」有關之指標，包括進行幼兒與家庭評估、擬訂個別化服務計畫、提供服務之次數適當且固定、滿足幼兒與家庭需求、落實滿意度調查及改善機構。研究者在考量資料內容後，於此層面呈現前述部分機構之「待觀察」評量結果的相關討論。

四、「以政府補助經費估算每一名兒童之費用補助」有關之指標為經費核銷。

由於創新與困難此一向度是由機構自行呈現資料，故相關討論僅呈現於前三個層面。而本研究是由書面資料檢視「訂定年度計畫及目標」、「遵守專業倫理守則」與「簽訂服務契約」此三項指標，且實地訪視時未再提出相關討論，故未將此三項指標納入後續分析。

一、由據點設置與規劃及專業人力配置呈現服務協調之情形

(一) 據點設置與服務方式呈現機構之行政支持需求

1. 據點設置：使用場地及其設置困難

G1、G2、G3 及 G4 機構分別將據點設置在幼托園所、衛生所、國民小學及國民中學，企圖善用環境優勢提供服務。部分機構關注的是環境設施對於幼童發展或生活適應的助益，例如：G1 機構提及「幼托園所之設備較適合該階段年齡之兒童所使用之器材，且在適合的環境下推動及宣導早期療育之重要性有事半功倍之效」(G1_成果)；G3 機構認為，據點設置於小學有助於幼童適應未來的就學環境 (G3_訪視一_staff)；G2 機構顧及居民對於發展遲

緩問題的接納度低而將據點設置於衛生所，家長得以接種預防注射或醫療檢查等為由，讓孩童接受療育 (G2_訪視一_staff)。各機構在據點設置過程中面臨的問題如下：

(1)「試辦計畫」規範場所應以公有場地為優先考量，且應符合消防安全相關規定，以及檢附公共安全檢查合格證明文件及公共意外責任險保單影本。但是，G1 機構因無法取得相關文件而將據點設置於私立幼托園所：

「依原試辦計畫之規定，社區療育據點可借用鄉鎮衛生所或學校。此部分是有困難的。因為鄉鎮衛生所無法提供公共安全意外責任險的證明，我們亦無權要求提出證明……我們後來和 XX 幼稚園借用保健室的空間」(G1_期中)。

G4 機構在服務滿一年後，礙於原有空間無法延續使用而欲租賃民宅設置據點時察覺，「試辦計畫」未提及公共安全檢查或公共意外責任險等相關費用的補助：

「學校要收回原有的教室……我們在找場地的過程中發現，可能租借民宅會是個較穩定的方式，也讓家長能感到有自己的空間，我們就發現計畫中是沒有補助安全檢視或責任險的費用」(G4_電訪_staff)。

(2) 部分機構借用國民中小學的閒置教室做為據點場所，但是，學校在寒暑假未開放空間及設施的使用而呈現服務空窗期：

「社區據點的場所不容易借或租，有時還需考量學校的寒暑假問題，所以我們沒有辦法在計畫核定後立即提供服務」(G3_訪視一_staff)。

(3) 機構需克服場地修繕的難題，例如：

「我們在借到空間後，也必需加以修繕，讓空間是適合小朋友及家長使

用」(G3_訪視一_staff)。

「空間修繕方面包括牆壁油漆的處理及地板及牆面貼上安全護墊防止碰撞受傷，也因為老舊教室，重新安裝鋁門窗及紗門減少蚊蟲叮咬……」(G4_期中)。

(4) 部分機構於申請補助經費時未編列場地租賃費用，以致在找尋場所時，面臨苦無費用的窘境，例如：「經費核銷款項訂得很嚴，我們當初沒有提出租金費用，這反而造成我們後來在找場地時的困難」(G1_訪視一_staff)。又例如：據點需設置在中央政府單位所核定的區域，始可申請設施或設備及場地費用：

「xx局(按中央政府單位)給的點是通宵、公館，所以這兩個點才有設施或設備及場地費用，但如果沒有設置在xx局給的點，就不能申請」(G1_訪視二_staff)。

2. 服務方式：定點式與走動式服務

四個機構採定點式服務，但是，服務時間有所不同。G1及G2機構的服務時間是以兒童接受療育的時間為主；G3及G4機構提供固定人力每日於據點為居民、兒童及其家庭提供服務。

尚有機構透過走動式服務克服家長對於定點式服務接納程度低的問題，即G2機構有鑑於多數家長倚賴到宅服務的便利性(即家長僅需等待專業人員至家中提供服務)，不願意帶子女至據點接受療育，鼓勵照顧者將孩童帶至住家附近的公園等場所接受療育服務，並且備有療育專車克服環境不佳的難處(G2_訪視一_staff；G2_期中)。

此部分呈現機構與相關單位及服務使用者間垂直協調的情形。首先，據點設置凸顯機構和政府部門間的垂直協調，以及與政府部門間的水平協調。例如：英國政府是整合各單位的

資源，推展安穩起步在地方(U.K. Department for Children, Schools and Families, 2008)；就此而論，四個機構需和政府單位保有垂直協調的互動，因應及克服場地找尋及修繕等問題，使據點服務能順利推動。其次，服務方式呈現機構和服務使用者間的垂直協調情形，其中有部分機構輔以走動式服務增強服務之近便性，此與加拿大之服務提供方式雷同(York Support Service Network Staff, 2007)，也呼應諸多學者(Brookes et al., 2006; Harden et al., 2010; Lambert et al., 2001; Roberts et al., 1994)提及之專業人員需關注兒童及其家庭之服務使用與適應情形。

(二) 由專業人力配置討論據點服務之提供情形

四個機構尚承辦中央政府單位的到宅服務，因此，服務人力未依據點或到宅服務有所區分。表六呈現各機構於2010年的專職人員以社工人員及教育人員(含輔導員)為主，兼職人員多為醫療人員。

本研究依專業領域論述各機構的人力配置情形：

1. 在社工人力方面，部分機構(G1及G3機構)以一名社工人員為此方案的主要負責人員，由該名社工負責為兒童及其家庭提出服務申請與進行家庭訪視、安排及陪同評估、提供支持性服務及定期瞭解服務使用情形等；部分機構(G2及G4機構)雖有安排此方案的負責人員，但是，基於每一個案有所屬的社工人員，而將所有的社工人力納入此方案(G1_成果；G2_成果；G3_成果；G4_成果)。

2. 教育人力方面，G1機構有十名教保人員，G2及G4機構有八至十名輔導員；這群人力尚需投入機構內的其他療育服務及行政工作(G1_訪視一；G2_訪視一；G4_訪視一)。G3機構僅有一名教保人員，該名教保人員負責服務區域之到宅及據點療育服務量(G3_電訪_staff)。

表六 四個機構之到宅服務暨社區療育據點執行人員數：2010年

單位：人數，專職／兼職

類別	G1 機構	G2 機構	G3 機構	G4 機構
社會工作人員*	2/0	12/0	1/0	9/0
心理治療師	-	0/2	-	0/3
物理治療師	-	0/2	0/1	1/2
職能治療師	-	0/2	0/1	0/4
語言治療師	-	0/4	1/0	0/4
聽檢師	-	-	-	0/1
特殊教育教師	-	4/0	-	0/2
幼兒教育教師	-	-	-	-
教保員	10/0	-	1/0	-
輔導員	-	10/0	-	8/0
合計	12	36	5	34

註：「*」為 G1 機構含主任 1 名；G2 機構含主任及督導各 1 名；「-」為未有該專業領域之執行人員。
資料來源：研究者整理自 G1_成果、G2_成果、G3_成果、G4_成果。

3.醫療人力方面，僅有 G3 及 G4 機構聘有專職的語言治療師及物理治療師（G3_成果；G4_成果）。表六顯示，各機構需聘用兼職人員以因應服務需求。

專業人力配置對於服務提供的影響顯見於服務計畫的訂定、執行與評估。各機構在服務介入初期，為兒童及其家庭進行多專業評估，進而與主要照顧者共同擬定個別化服務計畫。而後，教育人員或輔導員為主要之服務計畫執行者，機構再依兒童的需求安排醫療人員提供服務。在服務計畫執行過程中，專業人員藉由個案研討及督導會議等瞭解服務提供情形，並且給予彼此專業或情緒等支持。在服務即將結束時，專業人員再針對兒童及家庭二方面進行總結性評估。誠如 G2 及 G4 機構的描述：

「由期程來討論，老師、社工及治療師會一同做第一次的訪視評估。第二次是擬定 IEP（個別化教育計畫）或 IFSP（個別化家庭服務計畫），也就是由教保老師或治療師進行幼兒評

估，評估四次後，會有 IEP 或 IFSP 的擬定，會有社工、治療師、老師、教保員一同到家中會同家長一起討論，家長一定要參與。但是，執行過程就看情況，如果教保老師需要治療師，治療師也會介入，但大部分都是單一執行。最後一次是總結性評估，由當初的 IEP 或 IFSP 團隊再一次共同討論」（G2_訪視二_staff）。

「以個案管理中心的個案為對象，進行團隊到宅或社區療育評估，形成以家庭為中心的療育計畫。透過個案討論會的方式，以團隊合作的方式，在每個療育計畫選定主要介入者進行療育課程，並教導主要照顧者技巧、親職教育及增進情緒支持」（G4_訪視一_staff）。

各機構在兒童之醫療需求高、醫療人力卻多為兼職者的情況下，延伸出各種因應方式滿足兒童的需求。茲說明如下：

G1 機構與鄰近醫療院所保持良好的合作關係，即由鄰近院所的醫療人員長期為 G1 機構提供復健服務，因此，G1 機構的專業人員會尋求其醫療人員的諮詢與協助（G1_訪視二_staff）。但是，受限於語言治療師的工作量較高且不易配合外展式服務，G1 機構在此方面得到的協助較為薄弱（G1_訪視一_staff；G1_期中）。

G2 機構與 G1 機構的情況相似，即 G2 機構基於與所在縣市之醫療院所有長期的互動（如共同辦理社區活動），因此，G2 機構的專業人員會尋求該院醫療人員的協助（G2_訪視一_staff）。

G3 機構是由教保人員為兒童提供每週一次的時段訓練課程，教保人員再依據兒童的發展情形，安排醫療人員為教保人員及家長提供時段訓練的示範（G3_成果）。

G4 機構囿於 county4 已有醫療人力不足的問題，因此，四名兼職語言治療師中有三名是來自外縣市（G4_訪視二_staff；G4_成果）。G4 機構聘任兼職人力時，需顧及交通費與住宿費的支應，亦即此一方案雖有提供專業人員到家服務交通費，但是，補助金額至多為新臺幣 500 元；即使加上「推展兒童及少年福利服務申請經費補助項目及基準」中針對偏遠或資源不足區域之專業人員服務費的補助，仍難以支應相關費用。因此，該據點僅能提供每月兩次的職能治療與每月一次的物理治療及語言治療（G4_電訪_staff；G4_成果）。

各機構的專業人員參與在職訓練情形略有不同。四個機構鼓勵專業人員參與政府或民間單位辦理的在職訓練課程，以及聘任相關領域之學者或實務工作者為外聘督導，和專業人員討論服務情形及提升其專業知能。尚有機構自行辦理訓練課程，例如：G1 及 G3 機構於 2010 年辦理早療研習課程或知能工作坊；G4 機構則是辦理 30 小時的輔導人員訓練課程

（G1_訪視一；G1_研討會；G2_研討會；G2_訪視一；G3_成果；G4_成果）。

上述討論顯見四個機構之水平協調情形。首先，就專業團隊人力配置而論，加拿大的社區介入服務經驗中呈現，專業團隊需納入特定領域的實務工作者，方能有效因應家庭的特殊需求或問題（Health Canada, 2006）。四個機構之團隊成員仍以社福、醫療及教育領域之專業人員為主；各機構藉由鼓勵專業人員參與在職訓練、辦理相關課程、落實督導機制及個案研討等方式，增強專業人員之服務能力；此部分呼應 Azzi-Lessing（2011）、Harden 等人（2010）及 Roggman 等人（2001）的相關討論。Boavida 等人（2000）、Maulik 和 Darmstadt（2009）提及，專業團隊合作對於服務品質或成效的影響；本文未對此提出討論，此是研究者未來需進一步探究的方向。其次，機構對於專業人力不足之因應方式是呼應美國學前啟蒙方法的做法，即 G1 及 G2 機構與當地機構建立合作關係，共同解決及滿足兒童及其家庭的需求。

二、由機構間合作呈現以社區為基礎之服務目標落實情形

此部分呈現各機構之據點所在區域的療育資源配置概況，進而討論各機構與當地社會服務單位的合作情形。

各機構之據點所在區域的療育資源配置概況，詳述如下：

（一）在 county1 有五間通報及個案管理中心提供通報服務、個案管理、日間托育與時段到家服務等（早期療育服務網，2011a）。在教育資源方面，身心障礙類之學前特殊教育班級有十班，僅有一班位在 town14，七班是位在市區（特殊教育通報網，2011）。14 間幼兒教育機構於 95 至 99 學年度得到中央政府單位之補助，僅有一間位於 town11（早期療育服

務網，2011b)。就此而論，town11 和 town14 各僅有一項早療相關服務；town12 和 town13 則無療育資源。

(二) 在 town21 中，政府立案合格之公私立幼稚園及托兒所共計 14 間，卻無學前特殊教育班級（特殊教育通報網，2011；蘋果幼教網，2011）。若當地兒童及其家庭有療育服務的需求，需耗費約一小時的交通時間至鄰近鄉鎮使用相關服務（G2_訪視一_staff）。

(三) 在 town31 中，僅有一間醫院、一間衛生所、一班學前特殊教育班及 G3 機構之療育工作站提供早療相關服務。該區域尚有六間社會福利單位提供高風險家庭服務、兒童保護、保母媒合、托育諮詢、老人服務等（G3_期中）（特殊教育通報網，2011）。

(四) town41 中僅有一間衛生所能提供早療服務，另有二間社會福利單位（分別為婦女福利服務中心與生活重建中心）和六間幼托機構（G4_計畫）。

據此，據點是設置於未有療育資源或資源不足的區域。各機構與當地的社會福利、教育與醫療等單位建立合作關係，發掘兒童及其家庭可使用的社區資源。例如：G2 機構協同社區村里幹事至幼托園所、衛生所及診所等進行早期療育宣導活動（G2_訪視二_staff）。G3 機構至幼托園所提供教育服務，並透過每個月一次的社區訪視活動與當地機構建立合作關係，且運用資源聯繫會議及「社區資源網絡」此一網路平台彙整相關訊息（G3_期中；G3_訪視二_staff）。G4 機構與教會辦理早療宣導活動、與衛生所及社會福利單位合作辦理兒童發展篩檢，以及與臨近鄉鎮的生活重建中心辦理親子活動及故事時間等；如同 G3 機構，G4 機構也透過資源聯繫會議瞭解在地資源及建立資源交流平台（G4_期中；G4_成果）。

綜上所述，各機構是透過社區的重要他人（如村里幹事、教會、當地機構）找尋與在地

機構合作的機會，藉由機構間合作推行早療服務及瞭解地方的社會服務資源，增強兒童及其家庭之服務使用的便利性。此部分回應曾淑賢和王文伶（2007）、Magrab（1992）及 Sharma 等人（2006）的研究結果，亦即專業人員需瞭解在地資源，使服務能符合兒童、家庭及居民的需求，進而使服務能順利地推展。然而，臺灣目前沒有相關法規可釐清機構間合作的權責，資源的連結及共享是建立於機構本身的努力及機構彼此間信任與配合（曾淑賢、王文伶，2007），因此，機構間合作關係的建立及維持是值得思考的議題。

三、由服務資格與內容呈現以家庭為中心之服務目標落實情形

(一) 服務資格對於兒童及其家庭使用服務之影響

「試辦計畫」明訂，接受服務的兒童及其家庭需符合下列要件之一：1.未入幼托園所或未到醫療院所、療育機構接受療育者；2.主要照顧者因本身能力限制，致影響兒童的療育者；3.因經濟困窘、環境偏遠、交通不便或其他家庭因素，未能接受療育者。各機構依此訂定服務資格，相關內容及服務人次或人數如表七。

表七顯示，若排除「零至六歲有早期療育服務需求之發展遲緩兒童及其家庭」此項服務使用資格，G2 與 G3 機構的服務使用人次以「未入幼托園所或未到醫療院所、療育機構接受療育」及「主要照顧者因本身能力限制，致影響兒童療育」居多。

G1 和 G4 機構的服務使用資格注重「家長參與」此一理念，亦即 G1 及 G4 機構為避免家長將生活重心放置於家庭照顧工作及增強家長參與社區活動的意願，將「家長具交通能力、可陪同幼童參與據點服務」及「家長參與據點服務的情形」視為提供據點服務的考量要

表七 各機構之服務使用資格與服務人數（人次）：2010 年

機構代碼	服務使用資格	人次	人數
G1 機構	1.零至六歲有早期療育服務需求之發展遲緩兒童及其家庭	20	20
	2.主要照顧者可陪同服務使用者一起接受療育課程	20	
	3.因居住環境偏遠、交通不便或其他家庭因素需借用他地執行療育服務者	0	
G2 機構	1.未到幼托園所或療育機構接受療育者	1	2
	2.主要照顧者因本身能力受限，而影響兒童的療育功效	2	
	3.因經濟困窘、交通偏遠或其他家庭因素未能接受療育者	0	
	4.服務使用者身體病弱不適宜外出醫院或就學	1	
G3 機構	1.零至六歲有早期療育服務需求之發展遲緩兒童及其家庭	20	20
	2.未到幼托園所或療育機構接受療育	16	
	3.親職教養問題影響案主療育功效	15	
G4 機構	在區域之療育資源不足的情況下，即使幼童能取得時段療育，但幼童的醫療需求高及障礙／發展遲緩嚴重程度較重，仍有提供據點服務	7	7

資料來源：研究者整理自 G1_成果、G2_成果、G3_成果、G4_成果。

素。專業人員表示，若家長對於療育服務的參與度較高，家長對於兒童療育情形有較豐富的想法及討論，甚至能夠於日常生活中執行部分的療育內容，以提升兒童成效（G1_電訪_staff；G4_電訪_staff）。此部分回應諸多文獻（黃志雄、楊在珍，2002；Dunst et al., 1998；Hooste & Maes, 2003；King et al., 2004；Roggman et al., 2001）指出之家長參與兒童療育服務有助於提升兒童的療育成效。但是，專業人員需關注服務使用者的特質及其日常生活作息（Chang et al., 2007；Neidell et al., 2009）。R1 對此表示：「不一定所有的個案都要家長陪，如果都要家長陪同，在鄉下或許有可能；在市區，若家長是作業員，可能全勤獎金都沒有了，除非是親子互動或親職能力有問題，不然會儘量給家長具體資料就 okay，家長的壓力才不會太大」（G1_訪視二_R1）。

另一方面，專業人員需關注家長參與療育服務時的親職壓力。G4 機構的專業人員發現，若與到宅服務相較，據點服務的兒童成效較顯著，家長的親職壓力卻較高。G4 機構

認為，此一現象起因於家長需展現較高的參與程度，導致家長有較高的親職壓力（G4_成果）；此是當前文獻鮮少提及的內容。

（二）服務內容對於專業人員提供服務之影響

各機構基於服務介入觀點的不同，而有服務內容的差異，可區分為二類。G1 和 G2 機構的服務介入觀點為「給予兒童療育服務」：

「設立的取向以社區為主，便利家長帶服務使用者前往接受療育服務，且其環境愈自然，愈接近服務使用者生活作息與習慣，愈有利於服務使用者療育服務學習成效之表現」（G1_成果）。

「讓幼兒在結合社區資源及教師多元化的教學方式，有不同層次的學習發展」（G2_研討會）。

G1 和 G2 機構的服務內容以療育訓練為主，從中教導家長教養技巧與提供家長有關兒童發展與療育等諮詢服務（G1_訪視二；G2_訪視二）。由於兒童接受療育服務的頻率為每

週上課一次且一次約一小時，R2 就此建議「應視兒童的情況調整上課次數」(G2_訪視一_R2)。

G3 與 G4 機構的服務介入觀點則是「提供家庭支持性服務」：

「社區療育據點部分是服務要符合當地需求，才有會成效，在我們今年的服務個案量中，有一半以上是非個案管理中心的 case，表示我們是符合當地需求。據點比較容易執行，各項活動能讓家長願意走出來，這些家長可能在團體中還是較被動，但至少已經有意願出現」(G3_訪視二_staff)。

「據點的成立是以推展兒童健康的概念為主，希望建構一個友善兒童的社區環境，提供個案和家庭一個具可近性的服務，也結合社區資源提供整合性的服務，因為還有許多案家是有其他資源的需求，所以，透過我們的社區工作，讓資源能緊密連結。同時，建立家長支持網絡、提供親職教育。既然有一個固定的場地，就能提供家長定期的活動，讓家長能相互支持、陪伴。既然有一個點，也就可以進行篩檢和宣導，結合當地的衛政、教育及社福單位辦理活動」(G4_訪視二_staff)。

G3 與 G4 機構的服務內容較為多元。G3 機構的服務內容有療育療育、簡易兒童發展篩檢與親子療育團體。其中，G3 機構在 2011 年底為促使當地之發展遲緩兒童能及早接受服務，並讓原本接受據點或到宅服務的幼童能銜接其他療育服務，於 town31 提供日間托育服務 (G3_訪視二_staff)。而 G4 機構之服務內容除了時段療育外，尚有蒙特梭利教學、臨時托育服務 (以發展遲緩兒童及其手足為服務對

象)與家長支持團體 (G4_訪視一_staff; G4_成果)。

各機構之療育訓練課程多採專業人員與幼童一對一之授課方式，服務內容易忽略場地的優勢及未有團體療育課程。前者以 G1 機構為例，R1 表示「希望孩子來到幼稚園，是要他和其他孩子混在一起……要釐清孩子的目標是什麼，有什麼樣的服務策略，服務內容可考量團體服務，但是有些是要個別處理」(G1_訪視二_R1)。後者則如 G2 機構所指出，由於據點服務案量稍少，再加上兒童發展及家長配合度需納入考量，使得相關課程不易推動：

「團課不容易推行，因為要考量孩子的年齡及發展，也需要家長們都夠配合，感覺上是……靠緣分」(G2_訪視二_staff)。

多數機構表示，家庭支持性服務不易推展，主要原因是政府之補助經費為服務費、個案研討及計畫評估費、療育據點設置費或印刷費等，卻未規劃家庭支持性服務的相關費用。以 G4 機構為例，手工藝品製作為主軸的家長團體是由專業人員規劃及提供資源，再由家長透過彼此的聯繫與合作讓團體能持續運作：

「我們的 (按家庭支持性) 服務還是靠家長的力量維持，因為試辦計畫沒有提到這一項經費補助。我們雖努力連結社區內的資源，但是，也只能靠機構的資源，希望未來的補助能將這部分納入考量」(G4_電訪_staff)。

Green 和 Kreuter (1999) 指出，專業人員提供服務時，需關注社區的生態及居民的需求。在本研究中，四個機構均察覺據點設置區域的人口或文化特質，例如：「……社會型態不斷地演變，導致人口外流嚴重，留在鄉間以老弱婦孺居多，且外籍配偶數量日增月益……」(G2_計畫)、「外籍配偶及大陸配偶

偏高，因社區封閉、民風較為保守、隔代教養普遍……」(G3_期中)、「縣內人口組成最大特色為原住民及新住民所占比率相對高」(G4_計畫)。但是，家庭支持性服務的內容鮮少與區域特質有所連結，僅有 G4 機構的家長團體所製作的手工藝品反映出原住民文化 (G4_期中; G4_訪視二_staff)。

Boavida 等人 (2000) 及 Aronson 等人 (2007) 指出，社區介入服務應促使家長檢視自我及社區的問題，以及問題對於兒童發展的影響。但是，四個機構的據點服務內容與區域特質的連結較弱，此是專業人員於未來提供服務時應關注的要項。

各機構對於兒童及家庭成效持正向態度，但是，評量內容有些許差異。在兒童服務評量方面，各機構是以量表客觀地呈現兒童之生活自理、認知、語言、動作、社會互動及感官發展等能力提升情形 (G1_訪視一_staff; G2_訪視二_staff; G3_訪視一_staff; G4_訪視一_staff)。

在家庭服務評量方面，各機構是以滿意度調查呈現家長對於服務的感受、家庭問題解決及親職能力提升等情形，例如：G1 與 G3 機構呈現家長對於專業人員及服務內容 (如態度、教學理念、課程準備及安排等) 的滿意度，以及家長自覺對於兒童教養能力的提升情形

(G1_訪視一_staff; G3_訪視一_staff); G2 機構著重家長配合執行個別化教學計畫的情形及其親職能力 (G2_成果); G4 機構則關注家長參與服務的情形及其親職壓力 (G4_訪視二_staff; G4_成果)。

成效評量是以量化資料為主，評量內容包含兒童發展、家庭問題解決及家長對於專業人員的滿意度。本研究於文獻梳理中發現，英國之服務評量兼具量化及質性資料，且評量對象涵蓋兒童、家長與專業人員 (U.K. Department for Children, Schools and Families, 2008)，此為未來服務評量可精進的方向。

四、以政府補助經費估算每一名兒童之費用補助

本研究依政府補助經費估算每一名兒童所需之費用補助。中央政府單位於此方案之補助經費分為經常門和資本門二類。其中，經常門部分包含到宅及療育據點服務費、個案研討及計畫評估費等；資本門有據點設置費等。補助經費未依到宅與據點服務此二項服務區分。本研究以 2010 年之經常門費用估算每一名接受到宅或據點服務之兒童所需的費用發現，在未考量服務人員之專業領域的前提下，每一名兒童所需之補助為新臺幣 18,609.53 至 29,943.33 元 (如表八)。

表八 承辦機構之每名兒童平均費用估算：2010 年

單位：元／新臺幣

機構代碼	政府相關單位核准補助經費			實際使用之經常門經費	服務量 (人數)			每人每年平均費用估算
	總額	經常門	資本門		合計	到宅	據點	
G1 機構	2,433,000	2,293,000	140,000	2,198,034	76	56	20	27,605.71
G2 機構	613,000	493,000	120,000	449,150	15	13	2	29,943.33
G3 機構	1,597,000	1,457,000	140,000	1,302,667	70	50	20	18,609.53
G4 機構	1,915,000	1,775,000	140,000	1,535,724	57	50*	7	26,942.53

註：「*」表示，G4 機構所提供之資料是為服務人次，經該機構粗估服務量至少 50 人。

資料來源：政府相關單位核准補助經費、服務量之資料內容係由政府部門及試辦單位提供。

內政部於 2009 年修正函頒之「發展遲緩兒童早期療育費用補助實施計畫」明訂，非低收入戶者至公私立早期療育或身心障礙機構或至政府單位認可之醫療單位或機構接受療育，每一名兒童之每月療育訓練費用及交通費用最高補助以新臺幣 3,000 元為原則。就此而論，每一名兒童之每年於機構接受療育所需的補助為新臺幣 36,000 元。

政府現有對於據點服務每名兒童的補助金額為新臺幣 18,609.53 至 29,943.33 元，與機構式服務所需之補助金額 36,000 元相較，明顯較少，差距高達 6,056.67 至 17,390.47 元。

結論與建議

基於研究結果，歸納出四項的結論：

一、由療育據點設置與規劃及專業人力配置呈現服務協調之情形

據點設置與規劃有二項討論。首先，各機構於找尋據點場所時所面臨的問題，包括場地之公共安全檢查合格證明文件不易取得、政府單位未提供公共安全檢查費用、場地使用受限於租借用單位之管理而出現服務空窗期、場地修繕不易、場地及設施費用核銷缺乏彈性空間。其次，各機構有定點式服務，部分機構的服務時間是以兒童療育時間為主，部分機構則有固定人力於每日提供服務，尚有機構輔以走動式服務鼓勵家長帶子女「走出家庭」以接受療育。

在專業人力配置方面，各機構之專職人力多為社工及教育人員。專業人員透過督導機制或個案研討會等得到專業及情緒的支持，使服務內容符合兒童及其家庭的需求。機構對於醫療人力較為不足之因應方式是，與當地醫療機構建立合作關係，依據兒童的問題尋求及安排適當醫療人員提供服務或諮詢。

二、由機構間合作呈現以社區為基礎之服務目標落實情形

本研究梳理各據點設置區域的早療資源配置後發現，「資源不足」是共同的問題。各機構與當地社會服務單位建立合作關係，提供發展遲緩兒童之宣導、篩檢及療育等服務，也發掘在地資源，增進家長之資源使用的近便性。但是，囿於目前未有法規可釐清機構間合作的權責，故資源的連結及共享仍倚重機構間的努力及配合。

三、由服務使用資格與內容呈現以家庭為中心之服務目標落實情形

首先，家長參與服務有助於其與專業人員溝通兒童接受療育服務的情形，並促使家長於日常生活中執行療育內容。但是，專業人員需關注服務使用者的特質及生活作息，避免造成家長的親職壓力。其次，服務內容依據「給予兒童療育服務」與「提供家庭支持性服務」此二項服務介入觀點而有所不同，但是，服務多偏重在兒童的療育訓練。此外，四個機構受限於服務人數稍少、需顧及家長與兒童的配合度及政府補助經費有限等因素，不易推動兒童團體療育課程及家庭支持性服務。

四、以政府補助經費估算每一名兒童之費用補助

在未考量實務工作者之專業領域的前提下，每一名兒童於 2010 年時之到宅或據點服務的補助費用為新臺幣 18,609.53 至 29,943.33 元。若與政府對於接受機構式服務之兒童的費用相較，補助經費差距高達 6,056.67 至 17,390.47 元。

根據本研究結論，本文針對實務工作提出五項建議：

一、政府單位應關注療育資源匱乏的地區

本研究自政府補助經費估算每一名兒童所需之費用補助得知，據點服務未必是耗費經費的服務，而且政府單位可藉此加強對於資源貧瘠地區之兒童及其家庭的關懷。本研究也發現，尚有機構在推動據點服務之際，提供中心式服務（如日間托育），故政府單位需關切的是服務對於社區居民（及兒童）的實質助益及服務品質。

二、政府單位宜採納跨部門之合作方式，協助機構辦理據點服務

本研究發現，機構必需因應諸多行政事務，顯見於據點設置及規劃等。研究者認為，政府單位應正視行政支持不足的問題，於必要時透過跨部門之合作方式，協助機構克服相關事宜，使據點服務能順利施行。

三、政府單位宜提供家庭支持性服務之補助經費，增強機構對於家庭的關懷

本研究發現，政府單位未提供家庭支持性服務相關補助經費，而相關服務是有助於專業人員與家庭建立關係及關懷家庭問題。本研究建議，政策單位宜提供相關補助經費，讓家長及社區居民能參與服務。

四、機構宜落實專業團隊會議，增強團隊成員對於服務內容的瞭解

本研究顯示，專業團隊共同對兒童及其家庭提供服務的機會相當有限。本研究建議，機構應確實地執行個案研討及專業團隊會議，參與成員需包含外聘專業人員，增強團隊成員對於服務執行情況的瞭解及獲得到專業與情緒等支持。

五、機構宜關注服務使用者之個人經驗，具體地呈現服務成效

本研究顯示，目前兒童服務成效是採量表以客觀地測得兒童發展情況，但是，多數機構對於家庭之服務成效是採滿意度調查，服務使用者不易以量表表達自身感受。本研究建議，服務評量可採納服務使用者的主觀感受或想法，以確實地審視服務概況。

本研究對於未來相關研究有二項建議：

一、呈現兒童及其家庭或社區居民的服務使用經驗與主觀感受

本研究未呈現兒童及其家庭的服務使用經驗，此是評估此項服務的重要依據；再者，據點服務能否順利推展是與居民的接納及參與情形有關。故本研究建議，未來研究之研究對象可聚焦於此二者。

二、呈現服務承辦機構與在地機構的合作情形

本研究呈現機構於社區的資源發掘與連結情形。由於早期療育機構間合作是目前實務工作及學術研究較少討論的議題，此卻是機構施行社區介入服務需面對的議題，故服務承辦機構與在地機構的合作內涵是未來值得探究的方向。

參考文獻

- 中華民國發展遲緩兒童早期療育協會（2011）：
推動弱勢家庭兒童/發展遲緩兒童之社區照顧服務計畫。2011年1月17日，取自 <http://www.caeip.org.tw/html/child-community-foothold/index04.html>。[Chinese Association of Early Intervention Profession (2011). *Community care service program for chil-*

- dren in disadvantage families or with developmental delays*. Retrieved January 17, 2011, from <http://www.caeip.org.tw/html/child-community-foothold/index04.html>]
- 內政部 (2009)：發展遲緩兒童到宅服務及社區療育據點試辦計畫。中華民國九十八年十月十四日臺內童字第○九八○八四○四二七號函頒布。[Ministry of the Interior (2009). *A trial program of home-and community-based services for children with developmental delays*, approved October 14, 2009.]
- 內政部 (2011)：發展遲緩兒童社區療育據點服務實施計畫。2012年7月31日，取自 http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/index.aspx。[Ministry of the Interior (2011). *Community based service program for children with developmental delays*. Retrieved July 31, 2011, from http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/index.aspx]
- 內政部兒童局 (2007)：歷史與發展。2011年7月30日，取自 http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/index.aspx。[Child Welfare Bureau, Ministry of Interior (2007). *History and development for early intervention*. Retrieved July 30, 2011, from http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/index.aspx]
- 立法院 (2006)：立法院第6屆第3會期衛生環境及社會福利委員會第24次全體委員會議紀錄。立法院公報，95(34)，276-312。[The Legislative Yuan (2006). The official records of the 3rd session of the 6th Legislative Yuan Environmental Health and Social Welfare Commission. *The Legislative Yuan Report*, 95(34), 276-312.]
- 早期療育服務網 (2011a)：早期療育資源一覽表。2011年4月16日，取自 <http://soc.miaoli.gov.tw/web/early/7-1.php>。[Web Based Information Platform for Early Intervention (2011a). *Early intervention resources*. Retrieved April 16, 2011, from <http://soc.miaoli.gov.tw/web/early/7-1.php>]
- 早期療育服務網 (2011b)：托育機構收托發展遲緩兒童實施計畫。2011年4月16日，取自 <http://soc.miaoli.gov.tw/web/early/7-2.php>。[Web Based Information Platform for Early Intervention (2011b). *Child care service program for children with developmental delays*. Retrieved April 16, 2011, from <http://soc.miaoli.gov.tw/web/early/7-2.php>]
- 朱鳳英 (2007)：臺北市早期療育服務社區照顧經驗。護理雜誌，54(5)，18-23。[Chu, Feng-Ying (2007). The community-oriented experience of early intervention services in Taipei City. *The Journal of Nursing*, 54(5), 18-23.]
- 行政院 (2011)：內政部兒童局一百年度推展兒童及少年福利服務補助作業要點部分規定修正規定。行政院公報，17(1)，10-24。[Executive Yuan (2011). A revision stipulation of 2011 regulations subsidizing welfare services for children and youth, Child Welfare Bureau, Ministry of Interior. *Executive Yuan Report*, 17(1), 10-24.]
- 林雅容、傅秀媚、黃香慈 (2011)：社區療育據點的操作原則：規範與實作的綜融。兒童及少年福利期刊，18，135-152。[Lin, Ya-Jung, Fu, Shiou-Mei, & Huang, Siang-Cih (2011). Present situation and operational principles of community based services for children with developmental delays. *Journal of Child and Youth Welfare*, 18, 135-152.]
- 林雅惠 (2010)：早期療育到宅服務家長參與

- 情形之初探。東吳大學社會工作學系碩士論文（未出版）。[Lin, Ya-Hui (2010). *A research on the situation of parent's participation in early intervention home-based services*. Unpublished master's thesis, Soochow University.]
- 邱淑梅（2010）：許臺灣之心一個陽光的未來：水沙連兒童及家庭社區據點之回顧。早期療育協會電子報。2011年1月17日，取自 <http://epaper.caeip.org.tw/archives/255>。[Chiu, Shu-Mei (2010). Bright future in Taiwanese mind: the retrospection of community based services for children and their families in Shuishalian. *E-paper of Chinese Association of Early Intervention Profession*. Retrieved January 17, 2011, from <http://epaper.caeip.org.tw/archives/255>]
- 柯秋雪（2008）：美國早期療育到宅服務之發展概述。國小特殊教育，46，44-53。[Ko, Chiou-Shiue (2008). The development of early intervention home visiting services in America. *Special Education for the Elementary School*, 46, 44-53.]
- 柯秋雪（2009）：早期療育到宅服務實施之研究—以臺北縣為例。特殊教育研究學刊，34（3），1-24。[Ko, Chiou-Shiue (2009). A case study of early-intervention home visiting services in Taipei County. *Bulletin of Special Education*, 34(3), 1-24.]
- 特殊教育通報網（2011）：各教育階段特教班設置情形。2011年4月16日，取自 <http://www.set.edu.tw/static/clslist.asp>。[Special Education Transmit Net (2011). *Special education classes at every educational stage*. Retrieved April 16, 2011, from <http://www.set.edu.tw/static/clslist.asp>]
- 張芳全（2004）：教育政策分析。臺北：心理。[Chang, Fang-Chung (2004). *Educational policy analysis*. Taipei, Taiwan: Psychological.]
- 陳武雄（2003）：兒童及少年福利法之剖析。社區發展季刊，102，131-143。[Chen, Wuh-Siung (2003). An analysis of children and youth welfare act. *Community Development Journal*, 102, 131-143.]
- 曾淑賢、王文伶（2007）：影響早期療育機構間合作的因素之探討。特殊教育研究學刊，32（1），57-76。[Tseng, Shu-Hsien, & Wang, Wen-Ling (2007). A study of the factors affecting interagency collaboration in early intervention with children with special needs. *Bulletin of Special Education*, 32(1), 57-76.]
- 黃志雄、楊在珍（2002）：身心障礙兒童家庭支持的實施與成效—以班級為本位之行動研究。載於國立臺東師範學院特殊教育中心主編：「國立臺東師範學院九十一年度特殊教育學術研討會」論文集（81-112頁）。臺東：國立臺東師範學院特殊教育中心。[Huang, Chih-Hsiung, & Yang, Tsai-Chen (2002). The implication and effectiveness of family support services for children with disability and their families: class based study in action research. In National Taitung University, Special Education Center (Ed.), *2002 Special Education Conference handbook* (pp. 81-112). Taitung, Taiwan: National Taitung University, Special Education Center.]
- 黃靄雯、謝中君、鄭素芳（2005）：高危險群嬰幼兒之到宅服務策略。物理治療，30（6），348-354。[Hwang, Ai-Wen, Shie, Jung-Jiun, & Jeng, Suh-Fang Jeng (2005). Strategies of home based services for high-

- risk infants and toddlers. *Formosan Journal of Physical Therapy*, 30(6), 348-354.]
- 唐紀絮、林宏熾、林金定、林美專、簡璽如、蔡桂芳、簡言軒 (2007)：臺灣地區發展遲緩兒童家庭生活衝擊預測因子之研究。 *身心障礙研究季刊*，5 (3)，150-163。 [Tang, Chi-Chieh, Lin, Hung-Chih, Lin, Jin-Ding, Lin, Mei-Chuan, Jean, Hsi-Ru, Tsai, Kuei-Fang, & Jean, Yen-Hsuan (2007). The study of predictors of family life impact in the young children with developmental disabilities. *Journal of Disability Research*, 5(3), 150-163.]
- 臺北縣政府 (2005)：臺北縣政府社會局 94 年度「愛心工程」方案彙整表。2011 年 8 月 1 日，取自 http://www.sw.ntpc.gov.tw/web66/_file/1588/upload/sw/Love_Engineering/94_year.pdf。 [New Taipei City Government (2005). *2005 charitable service programs of Department of Social Welfare, New Taipei City Government*. Retrieved August 1, 2011, from http://www.sw.ntpc.gov.tw/web66/_file/1588/upload/sw/Love_Engineering/94_year.pdf]
- 臺北縣政府 (2007a)：臺北縣發展遲緩兒童早期療育推動委員會第 5 屆第 1 次會議紀錄。2011 年 8 月 1 日，取自 <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/Press?command=showDetail&postId=183865>。 [New Taipei City Government (2007a). *The official records of the 1st session of the 5th New Taipei Early Intervention Commission*. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/Press?command=showDetail&postId=183865>]
- 臺北縣政府 (2007b)：臺北縣發展遲緩兒童早期療育推動委員會第 5 屆第 2 次會議紀錄。2011 年 8 月 1 日，取自 <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/News?command=showDetail&postId=183866&groupId=12484>。 [New Taipei City Government (2007b). *The official records of the 2nd session of the 5th New Taipei Early Intervention Commission*. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/News?command=showDetail&postId=183866&groupId=12484>]
- 臺北縣政府 (2008a)：臺北縣發展遲緩兒童早期療育推動委員會第 6 屆第 3 次會議紀錄。2011 年 8 月 1 日，取自 <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/Press?command=showDetail&postId=207226>。 [New Taipei City Government (2008a). *The official records of the 3rd intersessional meeting of the 6th New Taipei early intervention commission*. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/Press?command=showDetail&postId=207226>]
- 臺北縣政府 (2008b)：臺北縣發展遲緩兒童早期療育推動委員會第 6 屆第 4 次會議紀錄。2011 年 8 月 1 日，取自 <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/Press?command=showDetail&postId=219074>。 [New Taipei City Government (2008b). *The official records of the 4th session of the 6th New Taipei Early Intervention Commission*. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.sw.ntpc.gov.tw/web/Press?command=showDetail&postId=219074>]
- 臺北縣政府社會局 (2009)：臺北縣社會福利政策白皮書。2011 年 8 月 1 日，取自 http://www.sw.ntpc.gov.tw/web66/_file/1588/upload/Social_Welfare_White_Book.pdf。 [New Taipei City Government (2009). *New Taipei City white book on social welfare policy*. Retrieved August 1, 2011, from http://www.sw.ntpc.gov.tw/web66/_file/1588/upload/Social_Welfare_White_Book.pdf]

- ntpc.gov.tw/web66/_file/1588/upload/Social_Welfare_White_Book.pdf]
- 潘淑滿 (2003)：質性研究：理論與應用。臺北：心理。[Pan, Shu-Man (2003). *Qualitative research: Theory and application*. Taipei, Taiwan: Psychological.]
- 蘋果幼教網 (2011)：公立、私立幼稚園及托兒所政府立案合格名單。2011年4月16日，取自 <http://apple36.com.tw/apple36/ap8350.jsp?citycode=122&postcode=625>。[Apple36 (2011). *The list of qualified public and private kindergartens*. Retrieved April 16, 2011, from <http://apple36.com.tw/apple36/ap8350.jsp?citycode=122&postcode=625>]
- Aronson, R. E., Wallis, A. B., O'Campo, P. J., Whitehead, T. L., & Schafer, P. (2007). Ethnographically informed community evaluation: A framework and approach for evaluating community based initiatives. *Maternal Child Health Journal, 11*, 97-109.
- Azzi-Lessing, L. (2011). Home visitation programs: Critical issues and future directions. *Early Childhood Research Quarterly, 26*, 387-398.
- BC First Nations Head Start (2011). *Head Start program delivery models*. Retrieved July 26, 2011, from <http://www.bcfhns.org/pages/about/delivery.cfm>.
- Berry, J. O. (1995). Families and deinstitutionalization: An application of Bronfenbrenner's social ecology model. *Journal of Counseling & Development, 73*, 379-383.
- Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., & Borges, L. (2000). Community-based early intervention: The Coimbra Project (Portugal). *Child: Care, Health and Development, 26*(5), 343-354.
- Brewer, E. J., McPherson, M., Magrab, P. R., & Hutchins, V. L. (1989). Family-centered, community-based, coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics, 83*(6), 1055-1060.
- Bromley, B. E. (2003). Free at last: One family's journey of deinstitutionalization. *Journal of Child and Family Studies, 12*(12), 125-134.
- Brookes, S. J., Summers, J. A., Thornburg, K. R., Ispa, J. M., & Lane, V. J. (2006). Building successful home visitor-mother relationships and reaching program goals in two Early Head Start programs: A qualitative look at contributing factors. *Early Childhood Research Quarterly, 21*, 25-45.
- Chang, Y. E., Huston, A., Crosby, D. A., & Genetian, L. A. (2007). The effects of welfare and employment programs on children's participation in Head Start. *Economics of Education Review, 26*, 17-32.
- Dunst, C., Trivette, C., Cornwell, J., & Davis, M. (1998). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care, 17*, 71-81.
- Early Head Start National Resource Center (2009). *Quality early head services: A summary of research based practices that support children, families and expectant parents*. Retrieved November 24, 2010, from <http://www.ehsnrc.org>.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Harden, B. J., Denmark, N., & Saul, D. (2010). Understanding the needs of staff in Head Start programs: The characteristics, perceptions, and experiences of home visitors.

- Children and Youth Services Review*, 32, 371-379.
- Hatfield, P. M., Staresinic, A. G., Sorkness, C. A., Peterson, N. M., Schirmer, J., & Katcher, M. L. (2006). Validating self reported home safety practices in a culturally diverse non-inner city population. *Injury Prevention*, 12(1), 52-57.
- Health Canada (2006). *Best practices: Early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems*. Retrieved January 29, 2011, from <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/earlyintervention-precoce/index-eng.php>.
- Hooste, A. V., & Maes, B. (2003). Family factors in the early development of children with down syndrome. *Journal of Early Intervention*, 25(4), 296-309.
- Johnson, C. P., & Kastner, T. A. (2005). Helping families raise children with special health care needs at home. *Pediatrics*, 115(2), 507-511.
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: A review of the literature. *Seminar Pediatric Neurology*, 11, 78-86.
- Lambert, R. G., Abbott-Shim, M., & Oxford-Wright, C. (2001). Staff perceptions of research in the context of specific strategies for collaboration with Head Start programs. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 19-34.
- Magrab, P. R. (1992). Rural issues in planning services for young children with special needs. In J. J. Gallagher, & P. K. Fullager (Eds.), *The coordination of health and other services for infants and toddlers with disabilities: The conundrum of parallel service systems* (pp. 52-61). Chapel Hill, NC: Carolina Inst. for Child and Family Policy.
- Maulik, P. K., & Darmstadt, G. L. (2009). Community-based interventions to optimize early childhood development in low resource settings. *Journal of Perinatology*, 29, 531-542.
- Neidell, M., & Waldfogel, J. (2009). Program participation of immigrant children: Evidence from the local availability of Head Start. *Economics of Education Review*, 28, 704-715.
- Office on Child Abuse and Neglect (2009). *Early Head Start: Child welfare services initiative (Final Synthesis Report, Volume I)*. Retrieved November 1, 2011, from http://www.jbassoc.com/reports/documents/ehs%20final%20report%20volume%20i%204_22_09.pdf.
- Pamela, J. W., Elizabeth, R. C., & McWilliams, P. J. (1996). *Practical strategies for family-centered early intervention*. San Diego, CA: Singular.
- Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1994). Home visiting options within Head Start: Current practice and future directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 9, 311-325.
- Roggman, L. A., Boyce, L. K., Cook, G. A., & Jump, V. K. (2001). Inside home visits: A collaborative look at process and quality. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 53-71.
- Sharma, N., Lalinde, P. S., & Brosco, J. P. (2006). What do residents learn by meeting with families of children with disabilities? A qualitative analysis of an experiential learning module. *Pediatric Rehabilitation*, 9(3),

- 185-189.
- Stille, C. J., & Antonelli, R. C. (2004). Coordination of care for children with special health care needs. *Current Opinion in Pediatrics, 16*, 700-705.
- Trickett, E., Espino, S. R., & Hawe, P. (2011). How are community interventions conceptualized and conducted? An analysis of published accounts. *Journal of Community Psychology, 39*(5), 576-591.
- U.K. Department for Children, Schools and Families (2008). *Piloting the social work practice model: A prospectus*. Retrieved June 15, 2011, from <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DCSF>.
- Ursprung, A. W. (1984). Family crisis related to the deinstitutionalization of a mentally retarded child. *Journal of Rehabilitation, 50*(4), 19-23.
- U.S. Department of Health and Human Services (2007). *Head Start Act, As Amended December 12, 2007*. Retrieved November 24, 2010, from <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head%20Start%20Program/Program%20Design%20and%20Management/Head%20Start%20Requirements/Head%20Start%20Act>.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Home and community based services*. Retrieved November 24, 2010, from <http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/pdf/hcbs.pdf>.
- York Support Service Network Staff (2007). *Support and services for persons with a dual diagnosis*. Retrieved July 15, 2011, from <http://yssn.ca/images/clientupload/DDx2008.pdf>.

收稿日期：2011.09.28

接受日期：2012.12.21

The Study of Community Based Services for Children with Developmental Delays in Low Resource Communities

Ya-Jung Lin

Assistant Professor,

Dept. of Early Childhood Education, National Taichung University of Education

ABSTRACT

Purpose: In Taiwan, non governmental organizations have implemented the community based services in recent years. Until 2009, the R.O.C.'s Children's Bureau Ministry of the Interior declared a trial program of home- and community-based services for children with developmental delays and provided subsidies for non profit organizations to execute services in low resource communities. This study explored current situation of community based services for the purpose of early intervention in low resource communities.

Methods: Data were collected from four case management centers brought by the trial program for community based services in 2010. The data were collected through practical field observation, document analysis and telephone interview. This study recruited seven research participants, professionals within this research field, to attend practical field observation. And their speech was also recorded and analyzed. **Findings:** The results of this study indicate (1) the coordination between social service agencies and governments, the effective interaction between professionals and service users, and the positive cooperation between professionals were important for implementing services and satisfying the needs of children and their families. Additionally, this study also suggests that the establishment of community intervention settings, the practice of fixed point and mobile services and the collaboration between professionals are factors needed to be concerned. (2) Four centers cooperated with local social service agencies to offer early intervention services and to increase the service accessibility for families. However, community resource connecting and sharing was currently basing on the acceptance among agencies due to a lack of policy planning for interagency collaboration. (3) Even though parental participation has positive effects on service effectiveness, professionals should concern about the

characteristics and daily activities of children and their families and avoid raising parental stress. Due to the shortage of government subsidies for professionals to provide family supportive services, existing services were less relative to local culture. (4) Government subsidies for community based services were found less than those for centered based services which means the difference of subsidies for each child was from NT\$ 6,056.67 to 17,390.47 per year. **Conclusion/Implications:** The following implications for practices were suggested: governments should concern about low resource communities; to assist community intervention and to provide subsidies for family supportive services, meanwhile, co-organizers should understand services for each family through team meetings and pay attention to service using and effectiveness. Future study is needed to provide more information about the experiences and subjective perception of children, family and local residents and to discover about the cooperation between co-organizer and local agencies.

Keywords: early intervention, community intervention settings, developmental delays

