

調 查 報 告

壹、案由：據審計部106年度中央政府總決算審核報告，政府已推動設置兒童發展聯合評估中心，並開辦全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案，以期早期發掘發展遲緩兒童，提供妥適醫療照護服務，惟聯合評估資源尚有不足，參與前開方案院所仍少，亟待研謀改善，提升服務資源可近性；另檢視國內近年早期療育服務辦理情形，以維護兒童健康。

貳、調查意見：

一、依據相關醫學文獻，0-3歲是發展遲緩兒童之黃金療育期，以近10年國內通報遲緩年齡來看，國內半數以上的發展遲緩個案係在滿3歲後才被發現，約有5%甚至是滿6歲後才通報，錯失早期療育介入的機會。又現階段各醫療單位所採用之評量工具「臺北市學齡前兒童發展篩檢表(Taipei-II)」其信度及效度業經驗證，而國健署亦已納入兒童健康手冊，鑑於發展遲緩兒童之篩檢及確診，需要花費相當之時間，兒童健康檢查時醫師之落實評估，至為重要，國健署應予加強督導，以提升發展遲緩兒童之轉介比率

(一)依兒童及少年福利與權益保障法第32條規定：「各類社會福利、教育及醫療機構，發現有疑似發展遲緩兒童，應通報直轄市、縣（市）主管機關。……」衛福部依據前開規定，訂定「疑似發展遲緩兒童通報流程及檔案管理辦法」，並由相關單位依法進行通報，該辦法第2條規定：「社會福利、教育及醫療機構發現有疑似發展遲緩兒童，應於一週內填具疑似發展遲緩兒童通報表，以電信傳真或其他科技設備傳送等方式通

報兒童戶籍地之直轄市、縣（市）主管機關。……」。而「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」就醫療端部分，係以透過兒童預防保健服務、衛生所預防接種等，提高發展遲緩兒童之發現率。

- (二) 國健署101~105年聯評中心計畫主持人前奇美醫學中心復健科主治醫師董莉貞提出，已有多位學者的研究支持早期療育的成效顯著，包括：Wood(1981)曾估計從(a)出生開始；(b)2歲開始；(c)6歲開始；(d)6歲仍未接受任何特殊教育，至18歲時，其兒童特殊教育的總累計成本。發現若從出生便展開早期療育，總成本會最低。因為及早矯正及預防發展遲緩問題將可避免在未來因發展遲緩而產生的特教服務成本。因此認為0-3歲是黃金療育期，若能及早發現遲緩兒，在黃金療育期內提供「極早期療育服務」，將有更顯著成效展現，也會省下更多的社會資源成本。
- (三) 依據衛福部統計處統計「歷年發展遲緩兒童早期療育服務個案通報概況」資料，有關近10年間之通報個案統計如下表：

單位：人

年度	總計人數
98	16,167
99	17,304
100	15,848
101	17,324
102	18,197
103	20,420
104	20,658
105	21,749
106	23,535
107	23,953

資料來源：本院彙整統計自衛福部統計處（<https://dep.moh.gov.tw/DOS/cp-2978-13976-113.html>）。

可知，0至6歲發展遲緩兒童的通報人數呈現逐

年攀升。

(四)再據衛福部「歷年發展遲緩兒童早期療育服務個案通報概況」統計表¹就通報個案依年齡統計如下表：

年度	0歲-未滿3歲	3歲-未滿6歲	6歲以上
98	37.8%	54.4%	7.9%
99	40.1%	52.7%	7.1%
100	37.0%	55.7%	7.5%
101	36.2%	57.2%	6.5%
102	41.1%	53.0%	5.9%
103	47.2%	47.5%	5.3%
104	45.4%	49.9%	4.7%
105	42.1%	52.7%	5.2%
106	44.2%	51.6%	4.2%
107	43.7%	52.0%	4.3%
平均	41.48%	52.7%	5.86%

資料來源：本院彙整統計。

依上近10年通報遲緩年齡統計分析來看，國內半數以上的發展遲緩個案係在滿3歲後才被發現，約有將近6%甚至是滿6歲後才被發現通報，錯失早期療育介入的機會。

(五)就醫療端部分，為發現遲緩兒童早期療育個案，採行之措施係於兒童預防保健服務、衛生所預防接種時進行篩檢。經查醫療機健兒門診所提供預防保健服務對象為7歲以下所有兒童，國健署針對7歲以下兒童發展重點時程，提供7次兒童預防保健服務，服務對象為：「1歲半以下」提供4次，「1歲半至2歲」、「2至3歲」及「3至7歲」，各提供1次服務，服務內容包含：身體檢查（身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、髕關節篩檢、隱睪、眼睛檢查、心雜音、口腔檢查等）以及發展診察。故健兒門診的主要目的是「篩檢」出潛在異常的兒童，進行轉介及早診斷及治療。因此，

¹ 衛福部統計處 (<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2978-13976-113.html>)。

欲早於3歲前發現潛在異常的兒童，妥善利用健兒門診所提供之兒童健康篩檢乃最簡單有效之途徑。

(六)次查聯評中心係以提供單一窗口受理疑似遲緩兒童發展聯合評估服務，並以組成專業團隊(如小兒神經科、復健科、兒童及青少年精神科、物理治療、職能治療、語言治療、臨床心理、社會工作及聽力師等專業醫事人員)提供兒童診察、評估與檢查之發展遲緩兒童確診服務。而本院於約詢時詢問聯評中心人力之要求、看診時段一節，國健署表示：「同一時段至少要有小兒精神、神經及復健等三專科別。」及「每家醫院時段會不一樣，但基本的三專科會在同一時段。」等語，另據部分縣市政府表示：治療師除了評估亦兼負治療等工作。據上可知，現行聯評中心之運作模式，係由醫院之小兒精神、神經及復健等三專科於同一時間固定時段開診，並利用醫院之復健醫療設施及儀器，由各該專業之治療師於固定時段配合提供療育/復健服務。

(七)另查衛福部前於105年9月5日調查各直轄市、縣(市)府轄內法定通報單位使用之評量工具或衡量指標，經綜整調查發現「臺北市學前兒童發展檢核表²」幾乎已是全國醫療單位(包括：醫療院所、衛生所、評估醫院及聯合評估中心)、教育單位及社福單位普遍使用之

² 台北市學前兒童發展檢核表第二版 (Taipei City Developmental Checklist for Preschoolers, 2nd version, Taipei II)：台北市政府委託鄭玲宜心理師於1998年建構完成此量表，於2005年修正第二版。Taipei II共包括13個年齡層(4月、6月、9月、1歲、1歲3月、1歲半、2歲、2歲半、3歲、3歲半、4歲、5歲、與6歲)，每個年齡層有8-13題，包含粗動作、精細動作、認知、語言與溝通、及情緒與社會性行為領域。可由父母填寫完成，採用是與否二分選項。異常題數 ≥ 2 ，或任一星號標記題不通過，即判定為疑似發展遲緩。本量表敏感度0.75~1.00，特異度0.72~1.00，13個年齡層的敏感度與特異度均在可接受範圍。(資料來源：家庭醫學與基層醫療，第33卷，第12期，發展遲緩兒童的篩檢與轉介，嘉義基督教醫院復健科主任賴德聰等)

表單。再查國健署前於102年委託中華民國發展遲緩兒童早期療育協會辦理「兒童發展篩檢工具之評估及調校計畫」分析「臺北市學齡前兒童發展篩檢表(Taipei-II)」及「兒童健康手冊發展篩檢題項」兩者之信、效度，結果顯示兩篩檢工具之信、效度皆為可接受之範圍。爰國健署參考「臺北市學齡前兒童發展篩檢表(Taipei-II)」之篩檢題項，以簡要重點方式納入兒童健康手冊之家長紀錄事項(包括身體生理、情緒及社會及人際發展等面向)及衛教紀錄表，提醒家長主動關心及勾選孩子的發展狀況，作為兒童健康檢查時之醫師評估參考依據。

(八)據衛福部「歷年發展遲緩兒童早期療育服務個案通報概況」統計表³，就個案以通報來源統計，分析自98年迄至107年近10年間，其中「醫療機構」及「衛生所」通報人數如下表；另依衛福部統計「各級特約醫事服務機構八項預防保健服務申報人次⁴」，其中在「兒童預防保健」一項，係針對國內7歲以下兒童由小兒科或家庭醫學科專科醫師依據兒童健康手冊各時程所定之身體評估及篩檢之歷年預防保健人次統計如下表：

年度	醫療機構及衛生所通報人數	兒童預防保健(人次)	疑似發展遲緩兒童之轉介比率
98	7,494	1,250,414	0.6%
99	8,933	1,034,216	0.9%
100	8,360	997,220	0.8%
101	8,983	1,106,080	0.8%
102	9,425	1,169,663	0.8%
103	10,267	1,104,160	0.9%
104	10,987	1,117,822	1.0%

³ 衛福部統計處 (<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2978-13976-113.html>)。

⁴ 衛福部統計處「各級特約醫事服務機構八項預防保健服務申報人次」(<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1731-3233-113.html>)

105	12,679	1,130,131	1.1%
106	14,070	1,103,255	1.3%
107	13,472	1,074,728	1.3%

資料來源：本院彙整統計自衛福部統計處 (<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2978-13976-113.html>及<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1731-3233-113.html>)

由於近10年發展遲緩兒童早期療育之個案通報來源以醫事機構(醫療機構及衛生所)為主，人數自98年的7,494人逐年增加至107年的13,472人。再分析透過預防保健之通報轉介比率，由98年的0.6%逐年提升至107年的1.3%。歷年透過兒童預防保健之評估及篩檢，對於疑似發展遲緩兒童之轉介比率呈現上升之趨勢。為探究轉介比率上升之情形，本院詢問國健署是否確實監督衛生所、公立醫院之健兒門診醫師是否落實兒童發展評估或僅做預防接種業務一節，國健署表示：每年都有抽檢訪視兒童健康檢查評估落實執行情形，至是否落實評估會再加強瞭解。鑑於發展遲緩兒童之篩檢及確診，不僅需要高度專業之醫事人員，同時亦需有醫療設施與儀器配備，各項檢查本就耗時，故每一個案之檢查及確診都需要花費相當之時間，因此，健兒門診醫師是否落實評估，至為重要。

(九)綜上，依據相關醫學文獻，0-3歲是發展遲緩兒童之黃金療育期，以近10年國內通報遲緩年齡來看，國內半數以上的發展遲緩個案係在滿3歲後才被發現，約有5%甚至是滿6歲後才通報，錯失早期療育介入的機會。又現階段各醫療單位所採用之評量工具「臺北市學齡前兒童發展篩檢表(Taipei-II)」其信度及效度業經驗證，而國健署亦已納入兒童健康手冊，鑑於發展遲緩兒童之篩檢及確診，需要花費相當之時間，兒童健康檢查時醫師之落實評估，至為重要，國健署應予加強督導，以提升發展遲緩兒童之轉介比率。

二、國健署為辦理發展遲緩兒童早期療育服務之聯合評估工作事項，考量避免中央與地方之資源重複配置及達成每縣市至少設置一所聯合評估中心之目標，自107年度起改以補助地方政府衛生局自行辦理，各縣市聯評中心設置家數雖已達國健署之規畫設置目標，然原有聯評中心其收案條件、流程作法皆不一，無法發揮聯評中心設置目的之問題依舊未改善，且地方政府執行及落實兒童發展聯合評估業務的操作方式、落實度及品質並不一致，國健署允宜檢討規劃一致性原則或評核作業之可行性，並加強引導地方政府辦理兒童發展聯合評估中心的運作標準及服務成效之監督

(一)依據衛福部105年3月14日部授家字第1050900097號第八次修正函頒之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」……伍、工作項目、採行措施及分工：一、本方案之主、協辦單位定義如下：……(二)社政單位：直轄市政府社會局及縣(市)政府社會處。(三)衛生單位：直轄市政府及縣(市)政府衛生局。……二、工作項目、採行措施及分工：

工作項目	採行措施	主辦單位	協辦單位
肆、聯合評估	一、每縣市至少設置一所聯合評估中心或評估醫院，建立聯合評估機制，並輔導公、私立醫院規劃組成發展遲緩兒童聯合評估團隊，辦理聯合評估服務事宜，增加評估的可近性。	衛福部 衛生單位	社政單位
	二、建立評估團隊工作人員間之完整評估流程與合作機制。	衛生單位	社政單位 教育單位
	三、輔導聯合評估團隊於個案評估日起八週內，填具綜合報告書，提供家長並協助轉介當地通報轉介中心，以利後續服務之進行。	衛生單位	社政單位

故發展遲緩兒童早期療育服務的聯合評估工作事項規劃及業務推動，主要係由衛福部與地方政府衛生局主責辦理，而地方衛生局依據方案應建立評估團隊之評估流程並輔導聯合評估團隊於限期內完成個案之綜合報告書，以利後續早期療育服務之進行。

(二) 審計部「中華民國106年度中央政府總決算審核報告」其中有關「政府已推動設置兒童發展聯合評估中心，……，惟聯評資源尚有不足，參與前開方案院所仍少，亟待研謀改善，……。」審核意見一項，就國健署辦理兒童發展聯合評估中心設置及執行情形提出審核意見略以：「……查該署原參酌內政部統計各市縣0至6歲現住兒童人口數及區域鄉鎮土地面積等因素，規劃於全國22市縣設置50家兒童發展聯合評估中心，辦理疑似發展遲緩兒童聯合評估業務……截至106年度止，全國共設置47家聯評中心，仍未達目標設置家數50家……。」、「……依該署委外辦理之105年度兒童發展聯合評估中心服務品質專案管理計畫統計結果，各聯評中心對單一類別遲緩個案之收案條件作法不一，部分安排該等個案進入聯合評估，部分則僅安排單項評估。……，為縮短多重遲緩兒童等待聯評時間，有待檢討收案流程，俾使有限聯評資源優先用於多重遲緩個案，發揮聯評中心設置目的。」顯示，國健署在辦理聯評中心之目標設置家數不僅未達目標，而委外於各縣市辦理聯評業務之聯評中心其收案條件、流程作法皆不一，無法發揮聯評中心設置之目的。

(三) 國健署針對審計部上開審核意見說明改善情形：106年度委託47家醫院辦理聯合評估業務，地方政府衛生局另以經費支持醫院辦理聯合評估業務，總計有39家

(其中12家，亦為該署委託醫院)，另有6家醫院由衛生局指定為評估醫院，故如扣除12家重複之醫院，該署及地方政府共計設置80家聯評機構。為避免中央與地方之資源重複配置，爰自107年度起改以補助地方政府衛生局招募轄區醫院，申請「補助地方政府設置兒童發展聯合評估中心三年計畫⁵(107-109年)」。
經查107年各縣市兒童發展聯合評估據點分布如下表：

單位：家

市縣別	聯評中心		評估醫院 家數	全國家數
	目標家數	實際家數		
合計	51	51	43	85
臺北市	4	4	20	20
新北市	4	5	9	9
桃園市	3	2	5	7
臺中市	4	4	3	7
臺南市	3	3	—	3
高雄市	4	4	3	7
基隆市	1	1	1	2
宜蘭縣	2	3	—	3
新竹縣	2	2	—	2
新竹市	2	2	—	2
苗栗縣	2	2	—	2
彰化縣	3	2	2	4
南投縣	2	2	—	2
雲林縣	2	2	—	2
嘉義縣	2	2	—	2
嘉義市	2	2	—	2

⁵ 總經費約6,000萬元(含地方政府衛生局之輔導行政費、補助醫院額度考量基本營運費、依縣市土地面積及預計完成評估個案數等，以三部分來配置經費)。

屏東縣	2	2	—	2
花蓮縣	2	2	—	2
臺東縣	2	2	—	2
澎湖縣	1	1	—	1
金門縣	1	1	—	1
連江縣	1	1	—	1

註：

1. 臺北市及新北市各有 4 及 5 家醫院同時接受國健署及地方政府補助（補助項目不重複）。
2. 整理自國健署提供資料。

依據上表，107年各縣市聯評中心設置家數已達國健署之規畫設置目標。

(四)另據國健署查復⁶本院表示後續改善：依據衛福部「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」，兒童發展聯合評估業務係以地方政府為主辦，爰自107年起改以補助地方政府衛生局招募轄區醫療機構之形式輔導辦理。另對於疑似發展遲緩兒童之收案標準，並無規定醫療機構要有一致的流程，針對單一類別或多重類別遲緩個案之評估服務提供方式，亦尊重各醫療機構之專業考量，惟108年會就此納入專家會議進行討論。

(五)然查107年10月2日衛福部發展遲緩兒童早期療育服務推動小組第10屆第1次會議紀錄，其中與會人員意見有：

- 1、鄒委員國蘇表示：「依107年參與兒童發展聯合評估中心實地訪查所見，不同縣市執行兒童發展聯合評估業務的操作方式、品質不一，建議國健署加強監督及引導地方政府。」
- 2、雷游委員秀華：「建議國健署檢討兒童發展聯合評估業務自107年起調整為補助地方政府辦理後，地

⁶ 國健署108年1月15日國健婦字第1080400121號函。

方政府有無落實辦理是項服務。」

- 3、林委員巾凱：「建議國健署督導地方政府辦理兒童發展聯合評估中心的運作標準及服務成效。」
- 4、張委員英鵬：「實務上發現不同兒童發展聯合評估中心的評估結果及綜合報告書撰寫方式差異大，建議國健署規劃一致性原則或評核作業，強化各兒童發展聯合評估中心的共識，以利教育單位辦理鑑定安置輔導作業。」

顯示，國健署自107年將聯評中心評估業務改以補助地方縣市政府自行規劃辦理後，除原有聯評中心其收案條件、流程作法皆不一，無法發揮聯評中心設置目的之問題依舊未改善外，地方政府是否依據方案應建立評估團隊之評估流程並輔導聯合評估團隊於限期內完成個案綜合報告書之落實，亦令衛福部發展遲緩兒童早期療育服務推動小組委員堪憂並要求國健署改善。

- (六)綜上，國健署為辦理發展遲緩兒童早期療育服務之聯合評估工作事項，考量避免中央與地方之資源重複配置及達成每縣市至少設置一所聯合評估中心之目標，自107年度起改以補助地方政府衛生局自行辦理，各縣市聯評中心設置家數雖已達國健署之規畫設置目標，然原有聯評中心其收案條件、流程作法皆不一，無法發揮聯評中心設置目的之問題依舊未改善，且地方政府執行及落實兒童發展聯合評估業務的操作方式、落實度及品質並不一致，國健署允宜檢討規劃一致性原則或評核作業之可行性，並加強引導地方政府辦理兒童發展聯合評估中心的運作標準及服務成效之監督。

三、發展遲緩兒童之早期療育服務為各級政府之法定辦理

事項，各機關並依據「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」按年度編列預算配合辦理。然查發展遲緩個案在通報、個管、聯合評估、療育服務……等需求人數逐年成長，累計個案亦逐年增加，但經費卻不增反減，已影響地方政府提供有需求者接受療育服務之機會，衛福部應予重視妥善分配預算並爭取相關經費挹注

- (一) 依據兒童及少年福利與權益保障法第4條規定，政府應協助對於需要早期療育之兒童及少年，提供所需服務及措施。第23條規定，直轄市、縣（市）政府應建立發展遲緩兒童早期通報系統並提供早期療育服務。第31條規定，政府應建立六歲以下兒童發展之評估機制，對發展遲緩兒童，應按其需要，給予早期療育、醫療、就學及家庭支持方面之特殊照顧。據上，發展遲緩兒童之早期療育服務為各級政府之法定應辦理事項。復依兒童及少年福利與權益保障法第8條規定：「下列事項，由中央主管機關掌理。……：一、全國性兒童及少年福利政策、法規與方案之規劃、釐定及宣導事項。……三、中央兒童及少年福利經費之分配及補助事項。……」同法第9條規定：「下列事項，由直轄市、縣（市）主管機關掌理。……：……二、中央兒童及少年福利政策、法規及方案之執行事項。……」故，早期療育服務之實施由中央規劃相關方案並給予經費補助，地方政府執行之。
- (二) 內政部前於86年5月29日以臺（86）內社字第8675782號函頒「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」，其後歷經8次修正。業務移撥後，衛福部於105年3月14日修正函頒之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」各機關權責分工如下：教育部負責學前教育體系發展篩檢、特殊教育鑑定安置及支持服務等。國健署規劃兒童預防保健服務、新生兒聽力篩檢及聯合評估

等。健保署給付醫療院所對疑似個案之評估確診及早期療育費用給付，按個案之診斷結果提供相關之治療及管理照護。社家署建立發展遲緩兒童早期通報系統、規劃相關療育服務並會同衛生、教育主管機關規劃辦理早期療育所需之篩檢、通報、評估、治療、教育等服務之銜接及協調機制。以上事項由各權責機關督導所屬直轄市、縣（市）政府執行。另推展方案所需經費，由各級政府相關單位按年度編列預算配合辦理。

(三) 依據國健署統計100年迄至107年所委託或補助醫療機構服務之確診個數及累計數資料如下表：

表 100-107年委託機構家數、發展遲緩確診個數及累計數

年度	醫療機構家數 (間)	發展遲緩確診 個案數(人)	發展遲緩個案 累計數(人)
100年	42	8,271	8,271
101年	45	12,525	20,796
102年	45	14,461	35,257
103年	45	16,291	51,548
104年	46	16,598	68,146
105年	47	13,360	81,506
106年	47	14,580	96,086
107年	51	16,246	112,332

資料來源：國健署。

據上可知，國內發展遲緩確診個數有每年增加之趨勢，且個案累計數逐年增加。

(四) 次據衛福部統計，早期療育服務業務近年增長情形如下：

- 1、受理通報：107年全國28處通報轉介中心受理發展遲緩兒童通報2萬3,953人，較106年2萬3,535人增加1.7%。另108年截至6月底受理1萬1,896人，較107

年同期1萬1,110人增加6.6%。

- 2、提供個案管理：107年全國54處個案管理中心提供發展遲緩兒童開案服務5萬1,094人，較106年4萬7,580人增加6.9%。另108年截至6月底提供發展遲緩兒童開案服務4萬5,801人，較107年同期4萬3,414人增加5.2%。
- 3、辦理聯合評估：兒童發展聯合評估中心家數自106年47家增長至107年51家，經聯合評估確診之個案數由106年1萬4,580人增加至1萬6,246人。
- 4、提供療育服務：107年全國發展遲緩兒童使用醫療院所療育、日間療育、時段療育、到宅療育等服務計3萬7,213人次，較106年4萬1,755人次減少12.2%。另108年截至6月底計有3萬556人次接受療育，較107年同期2萬6,796人次增加12.3%。

(五)然查社家署106~108年補助地方政府辦理發展遲緩兒童早期療育費用經費，各縣市經費皆減少且總經費從106年4千800萬餘元降至108年之3千9百萬餘元，如下表：

表 衛福部補助地方政府辦理早期療育費用一覽表

(單位：元)

縣市別	106年	107年	108年
新北市	4,136,000	3,902,000	3,975,000
臺北市	2,307,000	1,985,000	2,017,000
桃園市	3,339,000	2,633,000	2,676,000
臺中市	7,643,000	5,829,000	5,926,000
臺南市	5,000,000	3,729,000	3,791,000
高雄市	2,644,000	2,140,000	2,175,000
宜蘭縣	2,358,000	1,796,000	1,829,000

縣市別	106 年	107 年	108 年
新竹縣	2,481,000	1,814,000	1,847,000
苗栗縣	3,396,000	2,757,000	2,808,000
彰化縣	3,799,000	3,116,000	3,173,000
南投縣	1,183,000	976,000	1,012,000
雲林縣	2,135,000	1,761,000	1,793,000
嘉義縣	1,701,000	1,465,000	1,491,000
屏東縣	2,349,000	1,744,000	1,776,000
臺東縣	813,000	667,000	693,000
花蓮縣	681,000	572,000	594,000
澎湖縣	113,000	98,000	103,000
基隆市	287,000	240,000	251,000
新竹市	1,587,000	1,299,000	1,323,000
嘉義市	641,000	526,000	547,000
金門縣	114,000	96,000	100,000
連江縣	73,000	55,000	57,000
合計	48,780,000	39,200,000	39,957,000

資料來源：衛福部。

(六)再據108年9月2日各地方政府於本院座談時所提供之書面意見：

- 1、新竹市政府建議中央增加經費及人力挹注地方政府，以因應早期療育宣導成效，發現、通報率逐年增加所衍生的家庭支持服務需求量。
- 2、新竹縣政府表示，該縣發展遲緩兒童每年逐漸攀升如下表，申請補助人數亦同，惟中央(社家署)補助逐年遞減。

表 歷年新竹縣發展遲緩兒童申請補助人數及金額

年度	中央補助金額	申請人數	申請金額	備註
105	2,461,000	2,252	10,976,185	
106	2,481,000	2,514	11,862,050	
107	1,814,000	2,725	12,688,550	
108	1,847,000	1,557	6,924,350	至 6 月

資料來源：新竹縣政府。

- 3、彰化縣表示依「發展遲緩兒童早期療育費用補助實施計畫」辦理早期療育業務，個案需求逐年提升；然中央核定補助經費逐年調降如下表，建議審酌所需總數並依比例分配，提升兒童接受療育機會。

表 歷年彰化縣發展遲緩兒童早期療育費用經費情形

年度	中央核定金額	實際撥款金額	短撥數	決算數	中央補助佔總執行數比例
104 年	4,055,000	3,852,000	203,000	20,257,625	19.02%
105 年	3,909,000	3,769,000	140,000	19,840,511	19.00%
106 年	3,957,000	3,799,000	158,000	20,644,914	18.40%
107 年	3,172,000	3,116,000	56,000	19,433,147	16.03%
108 年	3,272,000	3,173,000	99,000	預估 23,075,000 (截至 108 年 7 月底止為 13,890,800)	預 估 13.75%

註：

1. 中央核定金額逐年遞減，且實際撥款金額均較核定金額短少。
2. 中央補助比例均未達 20%，造成地方財政負擔逐漸增加。

- 4、花蓮縣政府建議，因通報發展遲緩兒童數逐年增加，相關療育經費亦逐年提升，該縣103年度療育補助經費340萬2,480元(社家署補助60萬元)，至107年度已增加至509萬9,400元(社家署補助57萬2,000元)，中央補助經費未隨著兒童療育需求而提高。

- (七)就本院詢問有關國內早期療育個案數歷年都有成長，但經費並未增加，衛福部是否定期檢討經費補助一節，社家署表示：每年都有定期檢討，近幾年經費維

持穩定，但預算都被立法院統刪，會爭取額度外預算。衛福部蘇麗瓊政務次長並表示：行政機關在進行預算統刪係按實施計畫統刪，各業務單位會盡可能守住業務經費，檢討優先次序進行統刪；會針對委員所提盡量守住早期療育的經費，另會再增取其他經費挹注早期療育公務預算不足的部分。

- (八)綜上，發展遲緩兒童之早期療育服務為各級政府之法定辦理事項，各機關並依據「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」按年度編列預算配合辦理。然發展遲緩個案在通報、個管、聯合評估、療育服務……等需求人數逐年成長，累計個案亦逐年增加，但經費卻不增反減，已影響地方政府提供有需求者接受療育之機會，衛福部應予重視妥善分配預算並爭取相關經費挹注。

四、各縣市在發展遲緩兒童功能性遲緩類別上，以「語言溝通」為首要，現階段聽語專業人力全國普遍缺乏，又依目前執業人員之分布，多數人力集中在都會區，離島及偏鄉呈現缺乏聽語專業人員之不均現象，由於多數縣市人力普遍不足，已衍生療育服務待排時間拉長，導致部分個案無法立即獲取資源，影響發展遲緩兒童之黃金療育期，衛福部允宜就現行人力進行相關調控措施，協助解決聽語專業人力全國普遍缺乏且不均之現象

- (一)依據衛福部105年3月14日修正函頒之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」之工作項目「肆、聯合評估」：
一、每縣市至少設置一所聯合評估中心或評估醫院，建立聯合評估機制，並輔導公、私立醫院規劃組成發展遲緩兒童聯合評估團隊，辦理聯合評估服務事宜，增加評估的可近性。「陸、宣導與訓練」，其中採行之措施有「五、加強培訓早期療育專業人力，以落實強

化聯合評估及療育服務」並由衛福部及教育部主責辦理。

(二)國健署為提供疑似發展遲緩兒童可近性服務據點，依22縣市之0-6歲兒童人口數及地區鄉鎮幅員，及「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」每縣市至少設置1所聯合評估中心或評估醫院之採行措施，設定各縣市兒童發展聯合評估中心(簡稱聯評中心)基本家數；而聯合評估中心係以提供單一窗口受理疑似遲緩兒童發展聯合評估服務，並以組成專業團隊提供兒童診察、評估與檢查服務。其專業團隊基本配置包括：

- 1、專科醫師：小兒神經科(小兒科)專科醫師、兒童及青少年精神科專科醫師、復健科專科醫師，至少有2科以上之專任醫師。
- 2、專任評估人員：物理治療、職能治療、語言治療、臨床心理及社會工作師，至少3科以上之專任評估人員，並建議醫療機構納入聽力師協助相關評估服務。

(三)惟本院於108年9月2日與各縣市政府座談，發現各縣市在發展遲緩兒童功能性遲緩類別上，以「語言溝通」為首要。縣市反映困境及建議如下：

- 1、嘉義市：從發展遲緩類別統計中發現，語言遲緩佔通報與個管人數的比例最高，分別佔通報數56%與個管數68%，然而目前該市語言治療師人力資源不足，以致語言治療等候時間增加，平均需等候3個半月至6個月以上，建議增加語言治療師培訓與數量。
- 2、基隆市：該市發展遲緩類型以語言類為多，但因語言治療師人力不足造成許多語言發展遲緩兒童無法持續接受療育服務，建請中央評估是否提高醫院設置標準，增加語言治療師職缺。另目前全國僅有

6間學校設有語言治療類系所，供需不平衡，建議中央多開放此類系所招生。

- 3、臺中市：108年第1次早期療育推動委員會工作報告，除發展遲緩評估需求，其他醫療復健總需求人數7,363人次，需求人數最多前3項為語言治療2,700人，次為職能治療2,077人，物理治療1,153人.....。
- 4、高雄市：依據早期療育個管中心實務服務狀況，除語言治療需求較多需待排，餘物理治療、職能治療等資源尚屬充足。
- 5、新竹市：在發展遲緩項目中，語言治療項目等候時間較久，呈現語言治療治療師不足之情形。
- 6、苗栗縣：聽語專業人力全國普遍皆缺乏，已持續協調縣內醫療機構聽語專業人力相互支援。然聽語專業人力缺乏現象與相關人力培育單位偏少亦有關係(全台大專院校僅5所學校設有聽力暨語言治療學系、1所設有語言治療學系)，建請中央主管機關規劃教育及衛生層面之聽語專業人力養成方案，.....。
- 7、雲林縣：108年1-6月通報個案功能性診斷分析，依序為語言溝通能力遲緩，認知能力遲緩，精細動作遲緩，.....。目前主要為語言治療師不足。
- 8、嘉義市：目前單項發展遲緩，以語言發展遲緩最多；但同時具有二項以上發展異常狀況者也以語言遲緩項目最多。107年度確診遲緩個案診斷結果依人次多寡依序為：語言發展、認知、知覺動作發展、社會情緒、其他發展、感官。目前除了語言治療資人力不足，職能治療師亦有不足之情形。
- 9、屏東縣：經詢問2家聯評中心，語言遲緩是遲緩類別最多數，認知發展遲緩為次要，語言治療師除了

醫事人員 縣市別	物理 治療 師	物理 治療 生	職能 治療 師	職能 治療 生	臨床 心理 師	呼吸 治療 師	語言 治療 師	聽力 師
	94	29	49	3	23	18	9	3
苗栗縣	129	44	86	3	21	22	33	2
彰化縣	247	86	136	19	51	108	42	15
南投縣	78	37	77	4	28	17	10	2
雲林縣	97	38	57	9	22	41	11	8
嘉義縣	58	10	38	1	14	66	6	5
屏東縣	131	47	59	5	24	46	14	8
臺東縣	35	14	24	-	6	18	5	4
花蓮縣	91	23	85	5	55	50	10	7
澎湖縣	42	16	14	-	4	2	3	1
基隆市	73	18	46	2	16	40	8	4
新竹市	92	40	54	4	31	33	21	6
嘉義市	134	28	80	3	24	68	19	7
金門縣	16	9	9	-	3	2	2	-
連江縣	4	-	-	-	-	-	-	-

資料來源：衛福部統計處 (<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4487-113.html>；下載日期2019/12/26 16:53)。

依上可知，語言治療及聽力為各類醫事人員中，人數為最少之兩類人員；又其職業分布主要集中在6都，三離島縣市，語言治療師僅澎湖與金門各3及2人；聽力師僅澎湖有1人；連江沒有語言治療及聽力師。

(五)再查上開107年底全國執業的物理治療、職能治療、語言治療、臨床心理專業人員之每萬人口執業人數如下表：

醫事人員 縣市別	物理 治療 師	物理 治療 生	職能 治療 師	職能 治療 生	臨床 心理 師	呼吸 治療 師	語言 治療 師	聽力 師
	4.99	1.04	2.98	0.11	0.89	2.53	0.71	0.26
金門縣	1.15	0.65	0.65	-	0.22	0.14	0.14	-
連江縣	3.06	-	-	-	-	-	-	-

資料來源：衛福部統計處 (<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4487-113.html>；下載日期2019/12/26 17:01)。

依據上表可知，國內平均每萬人口語言治療師0.37人，每萬人口聽力師0.12人。若依據Enderby & Davies (1989)⁷所建議數據估算，聽語專業人力之需求約為每十萬人26.6名為最適當，若以此指標值相較，我國之聽語專業人力需求極為不足，且目前多數現職專業人力集中在都會區，離島及偏鄉相關機構呈現缺乏聽語專業人員之不均現象。

(六)又審計部查核「兒童發展聯合評估中心設置及執行情形」其中聯評資源仍有不足，部分聯評中心案量大業務沉重，允宜研謀善策因應一項意見內容略以：「聯評中心之設置，旨在提供疑似多重遲緩之兒童可近性評估資源，減少個案與家長奔波，縮短評估之時間。……經分析105年各聯評中心受評兒童候評期間(收案日至初次評估開始日)及綜合評估報告完成天數(收案日至報告完成日)結果，個案候評期逾45日或報告完成天數超過60日逾3成者，計有13家醫院，渠等個案候評期或報告完成天數較長，恐將影響個案後續療育之期程。」是以，由於早期療育個案之聽語專業人力需求佔比高，然多數縣市人力普遍不足，衍生療育服務待排時間拉長，已使部分個案無法立即獲取

⁷ Enderby P, Davies P. Communication disorders: planning a service to meet the needs. British Journal of Disorders of Communication 1989;24: 301-331.

資源，影響發展遲緩兒童之黃金療育期。

- (七)綜上，各縣市在發展遲緩兒童功能性遲緩類別上，以「語言溝通」為首要，現階段聽語專業人力全國普遍缺乏，又依目前執業人員之分布，多數人力集中在都會區，離島及偏鄉呈現缺乏聽語專業人員之不均現象，由於多數縣市人力普遍不足，已衍生療育服務待排時間拉長，導致部分個案無法立即獲取資源，影響發展遲緩兒童之黃金療育期，衛福部允宜就現行人力進行相關調控措施，協助解決聽語專業人力全國普遍缺乏且不均之現象。

五、教育部對於國內各大學增設、調整系所招生名額，係以考量學校資源、國家整體建設及社會發展需要等，採總量發展方式調控，鑑於聽語專業人力的服務需求，從醫院擴及至基層診所、學校、早期療育機構、長期照護機構、居家、聽語輔具機構、自行開業等，照護模式已趨向多元，雖教育部近年已增加系所培育專業人力，然仍無法即刻滿足社會發展快速變遷對於聽語專業人力的服務需求，而出現供需失衡現象，教育部允宜建立產/學界定期人力檢討/評估機制，邀集相關機關進行通盤了解人力供需情形，以符實際需求

- (一)依大學法第12條規定：「大學之學生人數規模應與大學之資源條件相符，其標準由教育部定之；並得作為各大學規劃增設及調整院、系、所、學程與招生名額之審酌依據。」揆其立法理由，係教育部自91學年度起，對於大學增設、調整系所班組及招生名額，採總量發展方式，建立大學總量發展規模。各大學於增設、調整系所、學程及招生名額應考量學校資源、國家整體建設及社會發展需要、學校校務發展計畫重點及特色、學術領域之發展趨勢及科技整合之需要。次依衛

福部105年3月14日修正函頒之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」工作項目「陸、宣導與訓練」，其中採行之措施有「五、加強培訓早期療育專業人力，以落實強化聯合評估及療育服務」並由衛福部及教育部主責辦理。

(二)據亞洲大學醫學暨健康學院盛華副院長(亦擔任該校聽力暨語言治療學系教授)前於104年對國內聽語人力之推估⁸：「……近年來臺灣出生率下降，新生兒減少，但老年人口數相對增加。65歲以上人口比例到115年將超過20%，到130年增加至31.1%。老人聽語及吞嚥障礙發生率約70%以上，遠超過幼兒的36%及成人的16%。此外，近年來推動早期療育政策以及101年全面實施新生兒聽力篩檢，早期發現之聽語障礙嬰幼兒逐年增加，需要聽語及吞嚥服務的人力亦應逐年增加。目前臺灣通過語言治療師及聽力師專技考的人數約1,356名，平均每十萬人口約有5.6名聽語人員。此數字與美國每十萬人口有54.5名聽語人員、澳洲每十萬人口有35.2名相比，差距甚遠。……」顯示，早期療育政策之實施、全面新生兒聽力篩檢、高齡人口急速增加、急性後期之醫療照護模式之推動等政府衛生政策、健保制度及人口結構的改變，使聽語專業人力的服務需求，從醫院擴及至基層診所、學校、早期療育機構、長期照護機構、居家、聽語輔具機構、自行開業等，照護模式已趨向多元。

(三)再據盛華教授估算⁹：「……目前臺灣共有5所大學設有聽語系所培育人力，包括：中山醫學大學語聽系、臺北護理健康大學聽語系、高雄師範大學特教系聽語

⁸ 台灣聽力語言學會電子報第64期「聽語專業人員的素養及人才培育」。

⁹ 台灣聽力語言學會電子報第64期「聽語專業人員的素養及人才培育」。

碩士班、臺北市立大學特教系語言治療碩士學程以及馬偕醫學院聽語系……105學年度將有另兩所大學新設聽語系(亞洲大學及弘光科大)，以及一所大學增設碩士班(中山醫學大學)屆時台灣將有7所大學培育聽語人力，合計5個大學部及4個碩士班。這些學校每年總計產出約250名畢業生。這些畢業生若以考照通過率……每年總計產出約250名畢業生，若以考照通過率70%計算，再扣除10%自然流失率，每年國內約增加157名聽語人員，估算到110年約有1,980名聽語人員；……。此人力是否足夠支持現在及未來的聽語障礙服務?則需從各種不同的需求面做仔細分析才能得知，包括：聽語障礙人數、全國人口數與聽語專業人員的比例、臨床聽語服務的實際需求量、政府的衛生政策等。……，才能得到符合現況的數據，作為大學培養聽語人力的重要依據。」

- (四)現階段國內各縣市在發展遲緩兒童早期療癒之評估及治療人力已明顯不足，出現供需失衡現象，已如前述。經查目前國內語言治療系所，大學部有：中山醫學大學 語言治療與聽力學系(83學年度設立)、馬偕醫學院 聽力暨語言治療學系(101學年度設立)、國立台北護理健康大學 語言治療與聽力學系(104學年度設立)、亞洲大學 聽力暨語言治療學系(105學年度設立)、弘光科技大學 語言治療與聽力學系(105學年度設立)及中華醫事科技大學 語言治療系(105學年度設立)等6所大學；研究所有：中山醫學大學 語言治療與聽力學系暨碩士班(105學年度設立)、國立台北護理健康大學 語言治療與聽力學系碩士班(89學年度設立)、臺北市立大學 教育學院語言治療碩士學位學程及國立高雄師範大學 聽力學與語言治療研究所等4所大學，總計已增至8所大學(其中6個大學部及4個

碩士班)培育聽語人力。

(五)次查我國109學年度大學增設調整院所學位學程及招生名額總量提報作業說明會，教育部為利各校瞭解目前國家社會人力需求狀況，爰彙整近年來各界對於人才培育之意見，請各校納入規劃增設、調整系所及招生名額之參據略以：

建議增設領域	建議單位	建議單位之說明
臨床心理	衛福部（原行政院衛生署）	心理師法通過後，臨床心理師人力增加約44%，但若以實際工作時間及業務內容估算，臨床心理師人力確有不足。
語言治療師	衛福部	1. 聽語專業人力不論在目前或未來5年，都顯示出嚴重不足，出現供需失衡現象。 2. 建議鼓勵增設大學及研究所培育語言治療人才，並進而提高語言治療人員的專業地位。
聽力師	衛福部	1. 聽語專業人力不論在目前或未來5年，都顯示出嚴重不足，出現供需失衡現象。 2. 建議增設聽語及溝通障礙系所及擴大現有系所招生名額，以改善當前供需不足的情況。

資料來源：109 學年度大學校院增設調整院所學位學程及招生名額總量提報作業說明會資料。

(六)再據衛福部108年5月19日衛部醫字第1081662815號函有關「109學年度大學校院增設、調整特殊項目院、系、所、學位學程審查建議表」就中山醫學大學及國立東華大學申請增設語言治療學/碩士班及碩士班等案，審查意見：「依據本部辦理之99年度『醫事人力需求推估論壇』該職類所提之報告顯示，利用問卷調查、人力現況及服務量統計，推估未來10年語言治療人力將呈現不足情形。」

(七)基上所述，教育部對於國內各大學增設、調整系所招生名額，係以考量學校資源、國家整體建設及社會發展需要等，採總量發展方式調控，鑑於聽語專業人力的服務需求，從醫院擴及至基層診所、學校、早期療

育機構、長期照護機構、居家、聽語輔具機構、自行開業等，照護模式已趨向多元，雖教育部近年已增加系所培育專業人力，然仍無法即刻滿足社會發展快速變遷對於聽語專業人力的服務需求，而出現供需失衡現象，教育部允宜建立產/學界定期人力檢討或評估機制，邀集相關機關進行通盤了解人力供需情形，以符實際需求。

六、為改善部分家長四處就醫，造成發展遲緩兒童過度治療，健保署開辦「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」，由醫療團隊完整評估個案及家庭狀況後，量身研訂適當之個別化治療計畫，並建立以家庭為中心之整合性照護模式，然因早期療育方案執行團隊(人員)資格要求難達成、醫院需投入較高行政人力及獎勵誘因難度高與不足等因素，影響醫療院所參與意願，健保署允宜加以調整，吸引醫療院所參與以利早期療育方案之推展，以嘉惠更多發展遲緩兒童

(一)依據兒童及少年福利與權益保障法第31條規定：「政府應建立六歲以下兒童發展之評估機制，對發展遲緩兒童，應按其需要，給予早期療育、醫療、就學及家庭支持方面之特殊照顧。……」次依衛福部105年3月14日函頒之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」伍、工作項目、採行措施及分工：……二、工作項目、採行措施及分工：

工作項目	採行措施	主辦單位	協辦單位
伍、療育與服務	三、執行及評估全民健康保險早期療育門診醫療給付方案辦理成效。	衛福部	衛生單位

對於發展遲緩兒童，經醫師認定所需之早期療育醫療服務健保給付包括：復健治療或精神醫療……

等。健保署經多次專家會議討論，於104年10月開始辦理「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」(後簡稱早期療育方案)，由醫療團隊完整評估個案及家庭狀況後，量身研訂適當之個別化治療計畫，以改善部分家長四處就醫，造成患童過度治療之情形。

(二)查早期療育方案內容摘要如下：

1、醫事機構申請條件，其中早期療育團隊：

- (1) 具復健科、精神科、小兒神經科或兒童心智科之專科醫師任一者。
- (2) 具有符合提供服務項目之專任專業治療人員。(可包含物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、臨床心理師及社工師)
- (3) 需聘有專任臨床心理師或社工師，地區醫院或基層院所得以兼任方式辦理。

2、執行人員資格：

- (1) 團隊中至少有一位醫師需具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作，執業資歷3年以上；專業治療人員均至少1名醫事人員具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作，執業資歷2年以上。
- (2) 醫師及專業治療人員每年每人早期療育相關繼續教育達10積分，其中以家庭為中心療育模式訓練至少3積分。

3、方案相關給付費用：以家庭為中心之早期療育整合照護費：每照護個案每季限申報1次(1,000點)、山地離島地區參與院所加計20%、屬「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」以巡迴醫療方式提供加計30%。另對參與院所各品質指標達成狀況，每個案最高給付2,000點之品質獎勵費。

(三)審計部「中華民國106年度中央政府總決算審核報告」

有關「……開辦全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案，……，惟囿於行政作業繁複、專業人力不足等因素，參與院所仍少，……」審核意見一項指出：「……據該署北區及中區業務組說明，院所多考量方案要求個案須按季填報兒童評估量表及家庭服務成效評估，並登錄於健保資訊網服務系統，始可按季申報整合照護費（每人每季1,000點），行政作業繁雜，惟支付誘因不高，影響參與意願。又該方案要求團隊應有臨床心理師或社工師等專業人力加入，惟依國家衛生研究院辦理103年度心理師人力發展評估計畫研究報告及衛福部委外辦理105年度醫療機構人力合理配置基準評估計畫期中成果報告，國內相關人力普遍缺乏，遑論具兒童療育相關醫療經驗與資格者更難尋覓……。」

(四)再就健保署查復¹⁰本院表示：「……聯評中心所需之團隊人力需求與本署早期療育方案相近，惟本方案另要求早期療育團隊人員之執業經歷及每年應持續達成之繼續教育學分數，且行政作業人力需求高、品質獎勵指標達成難度高等，皆會影響院所參與意願。」而健保署對影響院所參與方案意願之因素分析如下：

- 1、針對執行團隊(人員)資格有多種類型要求，全數達成難度高：院所需要有復健科、精神科等特定專科醫師及專任專業治療人員(如物理治療師、職能治療師等)，且須聘有專任臨床心理師或社工師。此外針對醫事人員部分則需有執業資歷要求，如醫師須具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作，執業資歷3年以上等，另有每年繼續教育須達10積分之要求，影響院所參與意願。

¹⁰ 健保署108年1月8日健保醫字第1070017372號函。

- 2、行政作業人力需求高：本方案除基本的醫療照護外，「家庭參與」亦為本方案執行要素，為落實以家庭為中心之初衷，從個案評估到規劃治療計畫，皆須安排家長(或法定代理人)共同參與，故整體需投入較高的行政人力及時間。
- 3、品質獎勵指標達成難度高：現行指標如固定就醫率、收案率等，非完全受院所提供之醫療照護品質影響，如家長就醫習慣及參與度等皆可能影響前述指標表現，導致獎勵結果不如預期，進而影響院所參與方案意願。
- 4、個案及家長就醫習慣：部分家長因擔憂個案無法獲得妥適之全面療育服務，或希望個案能短時間內得到密集性的治療，故有傾向四處就醫的習慣，短時間內較難改變，造成收案率較難有明顯提升。

基上可知，早期療育方案因執行團隊(人員)資格有多種類型要求全數達成難度高、需投入較高的行政人力及時間、品質獎勵指標達成難度高及個案/家長四處就醫習慣短時間難改變等情，影響醫療院所參與方案意願。另查早期療育方案第12點：「……本方案各項費用以每點1元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。」由於承作醫院的申報點值係以浮動點值方式計算，誘因亦有不足。

- (五)另107年10月2日衛福部發展遲緩兒童早期療育服務推動小組第10屆第1次會議紀錄，其中鄒委員國蘇表示：「目前『全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案』面臨許多困難，建議健保署召開檢討會議，俾便調整該方案執行方式，以符原先制度設計目標及提升服務品質，發揮經費補助效益。」；另孫委員世恆於會中表示：「目前健保支付各職類的評估費用偏低，影響醫院增聘兒童發展聯合評估中心專業人力之

意願，恐難提高服務量能。」、「『全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案』雖提出以家庭為中心的服務理念，惟尚無檢視醫院工作方式及對家庭服務成效之機制。」

(六)綜上，為改善部分家長四處就醫，造成發展遲緩兒童過度治療之情形，健保署開辦早期療育方案，由醫療團隊完整評估個案及家庭狀況後，量身研訂適當之個別化治療計畫，並建立以家庭為中心之整合性照護模式，然因早期療育方案執行團隊(人員)資格要求難達成、醫院需投入較高行政人力及獎勵誘因難度高與不足等因素，影響醫療院所參與意願，健保署允宜加以調整，吸引醫療院所參與以利早期療育方案之推展，以嘉惠更多發展遲緩兒童。

七、為使發展遲緩兒童能儘早發現並接受相關療育服務，除於各縣市設置聯合評估中心或評估醫院外，並輔以發展遲緩兒童聯合評估團隊之組成，以利進行外展，增加聯合評估及篩檢之可近性。國健署為改善部分縣市偏遠地區聯評服務資源匱乏，亦無外展聯評或篩檢之情形，自107年起改以補助地方整合轄內聯評中心及聯評醫院資源及需求，提供縣市彈性依地方需求規劃外展服務。然部分縣市因離島/偏鄉交通不便及耗時，致外展式聯合評估無法增加頻率；又該等地區外展服務之提供，亦相對造成有限之早期療育評估資源無法服務更多有需求之發展遲緩兒童的兩難情形，國健署允宜儘速評估或改善利用遠端視訊及資訊整合系統，進行聯合評估之可行性，期使有限之早期療育聯合評估資源，能有更大之發揮效益

(一)按105年3月14日第八次修正之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」伍、工作項目、採行措施及分工：

二、工作項目、採行措施及分工：肆、聯合評估：

一、每縣市至少設置一所聯合評估中心或評估醫院，建立聯合評估機制，並輔導公、私立醫院規劃組成發展遲緩兒童聯合評估團隊，辦理聯合評估服務事宜，增加評估的可近性。顯示，為使發展遲緩兒童能儘早發現並接受相關療育服務，除於各縣市設置聯合評估中心或評估醫院外，並輔以發展遲緩兒童聯合評估團隊之組成，以利進行外展，增加聯合評估及篩檢之可近性。

(二)據審計部「中華民國106年度中央政府總決算審核報告」針對兒童發展聯合評估中心設置及執行情形之審核意見，其中「國內兒童發展評估資源集中於都會地區，偏遠地區相關資源匱乏，仰賴外展服務以協助發掘個案接受早期療育，……」一項指出：國內發展遲緩兒童聯合評估資源，經分析其地理分布情形，評估資源主要集中於都會區。據105年度兒童發展聯合評估中心服務品質專案管理計畫統計結果，連續兩年（104及105年）無外展聯評或篩檢之偏遠地區，計有臺南市楠西區等12個鄉鎮區，渠等地區聯評服務資源匱乏，不利個案之發掘。嗣經國健署函復審計部表示：該署自107年起改以補助地方辦理方式，請地方政府衛生局整合轄內聯評中心及聯評醫院資源，掌握轄內聯評服務需求，外展服務為補助辦理選項之一，提供縣市彈性依地方需求規劃外展服務。

(三)本院前於108年8月5日履勘澎湖地區早期療育服務辦理現況，該縣兒童發展聯合評估中心承作醫院，就經費效益評估分析表示：以澎湖縣人口最多之最大離島七美鄉為例，依全國通報發展遲緩兒童人口比例佔

0.69%，遲緩兒童可能不及2人¹¹。七美鄉交通船每日僅一班，外展評估團隊(約8名)需在當地過夜，相關費用的支出，是否符合效益？爰建議：離島因地理位置偏遠，環境刺激相對不足，應以優質的學前教育補足。當幼教老師從教學過程或公衛護士在訪視中認為發展可能有疑慮的個案，由巡迴服務的兒少中心治療師初步篩檢，若確有疑慮，則編列經費補助，由家長帶至中心接受完整評估，更有實際效益。

(四)按「外展式聯合評估」即指將專業團隊鑑定評估服務從醫院內移至偏遠外地，提供當地有需求的兒童(疑似/確診之發展遲緩幼童)專業評估。主要目的為縮短其往返市區大醫院的交通時間及所需等待的門診評估時間¹²。鑒於目前國內各縣市皆出現治療師人力短缺情形，已如前述。而離島/偏鄉交通極為不便，外展團隊需花費大量時間往返，在無法密集提供外展式聯合評估的不利條件下，使得離島/偏鄉之發展遲緩兒越趨弱勢；又該等地區外展式聯合評估之提供，亦相對造成有限之早期療育資源無法服務更多有需求之發展遲緩兒童的兩難情形。對此，國健署林宜靜組長於本院約詢時表示：「外展希望每個鄉鎮都要有，外島係由大醫院去認養支援，但偏鄉部分正思考其他資源之提供，例如透過視訊進行醫師評估服務方式，目前需要試辦評估。」

(五)綜上，為使發展遲緩兒童能儘早發現並接受相關療育服務，除於各縣市設置聯合評估中心或評估醫院外，並輔以發展遲緩兒童聯合評估團隊之組成，以利進行外展，增加聯合評估及篩檢之可近性。國健署為改善

¹¹ 全島常住人口1,657人，佔澎湖常住人口2.24%，依人口比例推算，1-14歲人口約260人、其中6歲以下約110名。

¹² 資料來源：財團法人發展遲緩兒童基金會(<http://www.fcdd.org.tw/news/1/40>)

部分縣市偏遠地區聯評服務資源匱乏，亦無外展聯評或篩檢之情形，自107年起改以補助地方整合轄內聯評中心及聯評醫院資源及需求，提供縣市彈性依地方需求規劃外展服務。然部分縣市因離島/偏鄉交通不便及耗時，致外展式聯合評估無法增加頻率；又該等地區外展服務之提供，亦相對造成有限之早期療育評估資源無法服務更多有需求之發展遲緩兒童的兩難情形，國健署允宜儘速評估或改善利用遠端視訊及資訊整合系統，進行聯合評估之可行性，期使有限之早期療育聯合評估資源，能有更大之發揮效益。

八、基於對發展遲緩兒童於成長各階段所提供早期療育服務之完整性及持續性，早期療育方案就衛生及教育單位對發展遲緩兒童所建置之資料系統有規劃應建立交換機制及建構學前轉銜機制，目前以發展遲緩兒童為主體跨體系資料交換之「教育部特殊教育通報網」與「衛福部發展遲緩兒童通報暨個案管理整合系統」已完成介接，但就醫療機構之聯合評估報告屬病歷範疇之特殊資料，衛福部以礙於個人資料保護法為由，無法再提供上傳至國健署資訊管理系統供相關單位查詢運用，致增加該等單位在鑑定、安置及醫療服務之行政流程的複雜性，然法規的訂定是為了保障孩童的權益，而非侷限提供各種必要性支持性服務的可能，衛福部及教育部允應研議聯合評估報告資訊授權共享的可行性，俾便提供作為入學鑑定評估之重要參考資料，簡化現行之行政流程，並減少重複評估及醫療資源浪費，降低家長反覆奔波的情形

(一)依兒童及少年福利與權益保障法第31條規定：「政府應建立六歲以下兒童發展之評估機制，對發展遲緩兒童，應按其需要，給予早期療育、醫療、就學及家庭

支持方面之特殊照顧。(第1項).....第一項早期療育所需之篩檢、通報、評估、治療、教育等各項服務之銜接及協調機制，由中央主管機關會同衛生、教育主管機關規劃辦理。(第3項)」再依105年3月14日之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」伍、工作項目、採行措施及分工：.....二、工作項目、採行措施及分工：

工作項目	採行措施	主辦單位	協辦單位
壹、綜合規劃	七、建立早期療育資訊系統資料交換機制。	衛福部 教育部	社政單位 衛生單位 教育單位
伍、療育與服務	六、建構發展遲緩兒童學前與國民教育之融合與轉銜服務。	教育單位 社政單位	衛生單位
	(一)辦理發展遲緩兒童之特殊教育需求鑑定，並完成含教育安置建議及所需相關服務之評估報告。	教育單位	
	(二)協調通報轉介中心、個案管理中心等單位，辦理發展遲緩兒童進入學前教育場所之轉銜，並提供安置場所規劃、轉銜會議召開及轉銜服務資料填寫等服務。	教育單位 社政單位	衛生單位

是以，基於對發展遲緩兒童於成長各階段所提供早期療育服務之完整及持續性，早期療育方案對衛生及教育體系在發展遲緩兒童所建置之資料系統，有規畫交換及建構學前與國民教育之轉銜機制。

(二)據部分縣市政府表示：考量早期療育是醫療、教育、社政跨領域的專業服務，但目前各領域有各自的資料管理系統。社政部分，地方政府依規定將個案資料登錄在社家署設立之「發展遲緩兒童通報暨個案管理整

合系統」中；教育部分，學校系統統一將資料登錄於「教育部特殊教育通報網」，雙方系統資料未整合，導致家長、學校行政人員及個管中心在服務資訊接收上混淆及責任界定不清，故建議將三方系統資料進行整合，使服務提供完整一致，亦可簡化行政作業流程。

(三)經查國教署與社家署前於108年1月24日召開「研商跨體系早期療育資訊系統介接會議」，研商「教育部特殊教育通報網」介接「衛福部發展遲緩兒童通報暨個案管理整合系統」，經綜整以發展遲緩兒童為主體之跨體系資料交換需求，已於108年5月1日起開始介接。

(四)再就現階段發展遲緩兒童學前與國民教育轉銜服務之問題有：1. 衛生體系對於發展遲緩兒童之聯合評估與入學前之身心障礙評估鑑定分屬不同體系運作，兒童發展聯合評估綜合報告書與特教鑑定資格認定之流程整合的可行性；及2. 部份縣市在辦理特教鑑定、優先入園或相關學費補助時，以兒童發展聯合評估綜合報告書(或相關醫療報告、診斷證明等)為鑑定或核發相關補助之依據，並仍以為個案每年須評估，致使複評個案之家長要求醫療機構再評及重新提供最新綜合報告書，間接影響醫院內尚未評估或評估中之個案，造成醫院內評估人力負擔，影響後續就學等情事。

(五)據教育部說明¹³：

1、辦理身心障礙學生鑑定時，應依多元評量方式進行鑑定，兒童發展聯合評估綜合報告書並非取得特教鑑定審查必要文件，又「兒童及少年福利與權益保障法施行細則」第9條已於104年針對發展遲緩兒童再評估之時間，由每年至少再評估一次修改為得由專業醫師視個案發展狀況建議之。國教署於108年

¹³ 教育部108年11月13日約詢書面資料。

5月7日函發地方政府並轉知各幼兒園，不宜為鑑定作業需要，請家長應先取得兒童發展聯合評估綜合報告書。

- 2、另衛福部目前之「身心障礙鑑定與需求評估新制」與教育部之「身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法」，其依據法源、鑑定基準及鑑定目的、實施場域、期程等均不同，二套體系實難整合為一套做法，惟基於資訊共享、應用及行政便民考量，未來研議衛福部身心障礙鑑定(ICF)之功能量表之評估報告，在取得被鑑定者(或代理人)同意下，可透過開放「全國身心障礙福利資訊整合平台」查詢，提供特殊教育鑑輔會或特殊教育心評人員，作為特教學生特教需求之鑑定參考。

(六)另據衛福部說明¹⁴：

- 1、國健署前於委託計畫之工作項目中，原有請受委託辦理兒童發展聯合評估服務之醫療機構，上傳完成評估之個案綜合報告書資料(含個案評估結果及綜合建議等)至國健署資訊管理系統內，惟後經法制專家建議，囿於國健署組織法及主管相關法律，無明文規定國健署有蒐集綜合報告書之法定職務，醫療機構亦無向國健署提交屬特種資料性質之綜合報告書之法定義務，為免逾越個人資料保護法第5條及第6條規定之虞，國健署爰於106年9月8日函請委託辦理兒童聯合評估中心之醫療機構停止上傳綜合報告書資料。故國健署已無醫療機構服務之個案資料可提供相關單位查詢運用。
- 2、社家署於107年9月5日邀集教育部國教署、國健署討論衛政體系評估確診及教育單位鑑定安置輔導，

¹⁴ 衛福部108年11月13日約詢書面資料。

兩者各有既定程序及指標，檢討整合之可行性。按醫療院所評估確診及教育單位鑑定之指標與作業，因各有功能目的，且實施場域不同，也有時間點落差，又醫療院所評估確診報告屬於病歷範疇之特殊資料，未獲當事人同意不得提供，爰現階段尚難整合。

(七)次查國教署與國健署於108年3月29日召開「108年度兒童發展聯合評估專家會議」，研商兒童發展聯合評估綜合報告書與特教鑑定資格認定之流程整合的可行性。針對會議結論，國教署許麗娟副署長於本院詢問時表示：「國教署與衛福部有討論早期療育資訊系統與特教通報網之介接，現已連線，至於ICF評估報告會對入學鑑定之鑑定評估之資料審查有很好的參考，依會議共識，在取得被鑑定者或代理人同意，可透過全國身心障礙福利資訊整合平台查詢。」、「特教小孩因有入公立幼兒園之需求，故對於資料被取得及運用，應該會同意。」國健署林宜靜組長另表示：「聯評之綜合報告書因是病歷資料，有個資限制，現在仍是利用紙本方式操作，無法利用系統。」等語。顯示，兒童發展聯合評估綜合報告書在鑑定、安置及醫療服務之提供上，有其參考之重要性。

(八)綜上，基於對發展遲緩兒童於成長各階段所提供早期療育服務之完整及持續性，早期療育方案就衛生及教育單位對發展遲緩兒童所建置之資料系統有規畫應建立交換及建構學前轉銜機制，目前以發展遲緩兒童為主體跨體系資料交換之「教育部特殊教育通報網」與「衛福部發展遲緩兒童通報暨個案管理整合系統」已完成介接，但就醫療機構之聯合評估報告屬病歷範疇之特殊資料，衛福部以礙於個人資料保護法為由，無法再提供上傳至國健署資訊管理系統供相關單位

查詢運用，致增加該等單位在鑑定、安置及醫療服務之行政流程的複雜性，然法規的訂定是為了保障孩童的權益，而非侷限提供各種支持性服務的可能性，衛福部及教育部允應研議聯合評估報告資訊授權共享的可行性，俾提供入學鑑定評估重要參考資料，簡化現行行政流程，並減少重複評估及醫療資源浪費，降低家長反覆奔波的情形。

九、教育為發展遲緩兒童早期療育不可或缺之一環，對於滿2歲以上未滿6歲之學前發展遲緩兒童須依其學習特殊需求提供特殊教育、安置與照顧，故教育部自92學年開始推動學前特殊教育服務相關計畫迄今，然而歷年地方政府推動學前特殊教育問題叢生，包括：師資專業知能不足、特教班名額不足、特教生及師資比過高、特教助理人員人力不足、經費不足等，雖教育部業於本案調查期間發布「學前特殊教育推動計畫」針對早期療育不足之處特別規畫因應措施，仍有待落實執行並定期與地方政府檢討成效

- (一) 依據特殊教育法第3條規定：「本法所稱身心障礙，指因生理或心理之障礙，經專業評估及鑑定具學習特殊需求，須特殊教育及相關服務措施之協助者；其分類如下：……十二、發展遲緩。……」次依兒童及少年福利與權益保障法施行細則第8條規定：「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6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。」另依特殊教育法第23條第2項規定：「為推展身心障礙兒童之早期療育，其特殊教育之實施，應自二歲開始。」再依105年3月14日之「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」伍、工作項

目、採行措施及分工：……二、工作項目、採行措施及分工：

工作項目	採行措施	主辦單位
伍、療育與服務	五、輔導幼兒園招收發展遲緩兒童，提供特殊教育支援及相關專業團隊服務，協助其學習、生活自理、心理、復健訓練諮詢及轉銜輔導，加強兒童融合教育的環境與成效。	教育單位
	七、在幼兒園或其它適當場所實施發展遲緩兒童特殊教育，並補助其教育費用。	教育單位
	九、針對幼兒園提供巡迴輔導服務，加強教保服務人員對發展遲緩兒童融合教育之專業知能。	教育單位

是以，教育為發展遲緩兒童早期療育不可或缺之一環，對於滿2歲以上未滿6歲之學前發展遲緩兒童須依其學習特殊需求提供特殊教育、安置與照顧。

(二)查對於滿2歲以上之身心障礙幼兒所提供之特殊教育服務，國教署提供學前特殊教育支持服務措施有：優先入公幼措施；特殊教育相關專業服務，包括物理治療、職能治療、語言治療、心理諮商、聽能及社會工作等服務；巡迴輔導服務；教師助理員服務，協助特殊教育學生在校生活自理及安全維護等需求；學習輔具借用；跨階段轉銜（升小學一年級）及家長支持服務等。

(三)次查特殊教育法於86年5月14日修正第9條規定為：「各階段特殊教育之學生入學年齡及修業年限，對身心障礙國民，除依義務教育之年限規定辦理外，並應向下延伸至三歲，於本法公布施行六年內逐步完成。……」爰教育部為落實特殊教育法對身心障礙幼兒教育應向下延伸至3歲，該部自92學年度開始進行第一期「加強推動學前身心障礙特殊教育實施方案」

五年計畫，提供3歲以上至未滿6足歲之身心障礙幼兒提早接受學前特殊教育。98學年度執行第二期五年計畫，更名「提升學前特殊教育服務品質方案」，促使3足歲之身心障礙幼兒獲得全面安置。其後，教育部為協助地方政府落實推動學前特殊教育，103學年度起賡續推動「提升學前特殊教育服務品質方案」第三期學前特殊教育五年計畫，包括提升行政運作與支持效能、精進師資專業與教學品質、建置個別化適性學習環境。

(四)然而地方政府歷年在學前特殊教育推動所遇到之問題有：師資專業知能不足、特教班名額不足、特教生及師資比過高、特教助理人員人力不足、經費不足……等。針對前開問題，教育部國教署於本案調查期間(108年6月13日)發布「學前特殊教育推動計畫」，計畫期程自108學年度至112學年度，其中針對早期療育不足之處特別強化相關工作有：1.精進師資專業素養，預計每幼兒園至少1位教保服務人員具特殊教育專業知能；2.增進教育機會與學習品質，109年預估增開55班特教班，補助地方政府設置特教服務據點；3.強化支持系統與學習環境，成立學前特教諮詢會、增聘學生助理人員與特教相關專業人員服務頻率；4.擴充偏遠及離島地區特殊教育資源，建立特教服務方案提高特教相關專業人員之鐘點費、交通費補助及偏遠幼兒就學交通費補助；5.109年度增加早期療育學前特殊教育經費預算1.89億元、補助地方整體專業團隊及助理人員經費5.78億元……等，以期解決地方政府所遭遇之問題。

(五)綜上，教育為發展遲緩兒童早期療育不可或缺之一環，對於滿2歲以上未滿6歲之學前發展遲緩兒童須依其學習特殊需求提供特殊教育、安置與照顧，故教育

部自92學年開始推動學前特殊教育服務相關計畫迄今，然而歷年地方政府推動學前特殊教育問題叢生，包括：師資專業知能不足、特教班名額不足、特教生及師資比過高、特教助理人員人力不足、經費不足等，雖教育部業於本案調查期間發布「學前特殊教育推動計畫」針對早期療育不足之處特別規畫因應措施，仍有待落實執行並定期與地方政府檢討成效。

十、現階段教育部對於學校附設之幼兒園設置有特殊教育班別者，規範有遴聘特教教師/人員及師資員額；而對接受教保服務之身心障礙幼兒，亦有規範主管機關應提供專業團隊進行早期療育及學前特殊教育服務，並得配置特殊教育教師，其師生比由地方政府定訂。由於教育部對早期療育個案以採融合教育方式安置於普通班，然各縣市政府在從事學前特殊教育上有：師資人力及其特教知能、合格師資人數、特教班之專業照護人力不足等問題尚待解決；又國內特教合格師資人力有分布不均、從事身心障礙類特殊教育之師資，近半數縣市特教合格教師比率低於國內各縣市平均之下等，皆不利融合教育之施行及推動。另教育部對發展遲緩兒童採融合教育之安置方式，已造成教育現場教師/教保人員照護之壓力，相關專業護理人力之配套相形重要，亦請教育部一併檢討現行規範之妥適性

(一)依據特殊教育法第14條第1項規定：「高級中等以下各教育階段學校為辦理特殊教育，應設專責單位，依實際需要遴聘及進用特殊教育教師、特殊教育相關專業人員、教師助理員及特教學生助理人員。」同法第18條規定：「特殊教育與相關服務措施之提供及設施之設置，應符合適性化、個別化、社區化、無障礙及融合之精神。」次依高級中等以下學校特殊教育班班級及專責單位設置與人員進用辦法第5條規定：「學

校（園）設特殊教育班者，其員額編制如下：一、教師：（一）身心障礙特殊教育班：1. 幼兒園及國民小學：每班置教師二人。……二、導師：（一）集中式身心障礙特殊教育班：1. 幼兒園、國民小學及國民中學：每班置導師二人，由教師兼任。……（三）分散式資源班及巡迴輔導班：由各級主管機關視實際需要，每班得置導師一人，由教師兼任。」是以，學前階段之特殊教育除應符合個別化之需求外，尚應兼具融合教育之精神，對於學校附設之幼兒園設置有特殊教育班別者，需遴聘特教教師/人員並置有師資員額。

（二）復依幼兒教育及照顧法第13條第1項規定：「直轄市、縣（市）主管機關應依相關法律規定，對接受教保服務之身心障礙幼兒，主動提供專業團隊，加強早期療育及學前特殊教育相關服務，並依相關規定補助其費用。」同法第16條規定略以：「幼兒園二歲以上未滿三歲幼兒，每班以十六人為限，……；三歲以上至入國民小學前幼兒，每班以三十人為限。……。（第1項）幼兒園有招收身心障礙幼兒之班級，得酌予減少前項所定班級人數；其減少班級人數之條件及核算方式，由直轄市、縣（市）主管機關定之。（第2項）……」及第17條規定：「……幼兒園得視需要配置學前特殊教育教師及社會工作人員。（第3項）幼兒園及其分班應置護理人員，其合計招收幼兒總數六十人以下者，以特約或兼任方式置護理人員；六十一人至二百人者，以特約、兼任或專任方式置護理人員；二百零一人以上者，以專任方式置護理人員。但國民中、小學附設之幼兒園，其校內已置有專任護理人員者，得免再置護理人員。（第4項）」據上可知，對接受教保服務之身心障礙幼兒，主管機關應有專業團隊提供早期療育及學前特殊教育服務，幼兒園並得配置特殊教育教

師，其師生比並由地方政府定訂。另明定幼兒園應依招收人數以特約、兼任或專任等方式置護理人員。

(三)教育部表示，在早期療育個案安置方面，為協助其認知發展，該部以安置於普通班情境中，並刻正以國小校校均有幼兒園為原則，透由「擴大幼兒教保公共化計畫(106-109年度)」、「校園社區化改造計畫」及「我國少子女會對策計化(107-111年度)」，協助各地方政府加速擴大公共化教保服務供應量；另再規劃於8年(106至113年度)內增加公共化幼兒園計3,000班(可增加約8.6萬個名額)。經教育部統計，106年到108年已增加公共化幼兒園951班(約2.5萬個名額)，其中2歲專班計184班，2歲幼兒入園率23%，較106年提升7%。教育部將以OECD國家2歲入園率33%為政策目標，規劃至113年可增加2歲專班計800班，約可增加1.2萬個就學名額。

(四)查106-108年各縣市政府辦理學前特殊教育有關師資問題如下：

新北市	重症(具醫療照護需求)個案數逐年增加，惟幼兒園場域並無特教學生專責護理人力，無法完全滿足重症幼兒某些部分的醫療需求。
臺北市	<ol style="list-style-type: none"> 1. 學前特殊教育合格師資人數相對不足，合格教師徵聘不易，影響學前特殊教育服務品質。 2. 需侵入式醫療之幼兒入學人數增加，造成教師照護及學校人力配置壓力。 3. 障礙程度較重之身心障礙幼兒，因學前集中式特教班可安置名額不足，無法及時入學。 4. 學前身心障礙幼兒接受特殊教育服務人數逐年增加，教師負荷加重，恐影響服務品質。 5. 部分安置於普通班之特教生適應不良，造成普通班教師、學生與家長負擔，亦影響園所對特殊教育學生之接納度。
桃園市	1. 108學年度需接受特教服務學生人數1,385人，桃

	<p>園市108學年學前巡輔班21班、學前集中式特教班21班，生師比偏高。</p> <p>2. 近年雖普設幼兒園，惟廣設之非營利幼兒園及準公共化托育單位無法增設學前特教班，又公立幼兒園設置學校不易尋覓，且園所設班空間有限，致增班困境。</p>
臺中市	<p>1. 學前特教生人數逐年增多，巡迴輔導教師負擔量高，師生比過高。</p> <p>2. 申請優先入公幼特教生逐年增多，惟多數特殊需求幼兒家長無病識感，未必同意醫療評估及申請特教資源，致普幼教師負擔重，如欲提供優質融合環境，亟需教助員等人力協助。</p> <p>3. 部分家長以一般生身分登記公幼抽籤，錄取後再行提出鑑定申請，導致公幼特生占比提高，影響班級經營及教學品質。</p>
臺南市	擬增設學前特教巡迴輔導班，惟增班/增師經費不足。
高雄市	「高級中等以下學校特殊教育班班級及專責單位設置與人員進用辦法」第3條無明確規範巡迴輔導班每班學生人數。
宜蘭縣	就讀學前集中式特教班之重症學生(如兒癌、重度腦麻、重度身體病弱等)養護需求大於教育需求，照顧人力不足且特教教師無醫療照顧等專業，致在照顧上有很大困難。
新竹縣	<p>1. 現有助理員時數不足以因應教育現場需求。</p> <p>2. 目前鄉鎮市公幼無助理員申請，且鄉鎮市礙於成本考量，不酌減班級人數，致園方老師照顧辛苦。</p> <p>3. 鑑出率逐年增高，致學前巡迴老師服務人數超標，無暇協助疑似生。</p>
苗栗縣	特教學生人數逐年增加，老師負擔量增加。
彰化縣	<p>1. 私立幼兒園之教師師資養成背景不一致，且幼兒園人力有限，難以推動學前融合教育，特殊需求幼兒經常無法獲得有效的學習。</p> <p>2. 提供學前特幼生輔具和特教助理員經費補助不足。</p> <p>3. 私幼師資良莠不齊，部分教保人員特教專業不足，另有普通班教師反應在特教專業知能與教學</p>

	調整策略不足，對融合教育怯步。
南投縣	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經費不足：助理人員服務費用不足等。 2. 增設學前特教班，縣市財源較難以負擔人事費用。 3. 學前巡迴輔導班未訂定師生比，造成各縣市比率不一致。
雲林縣	<ol style="list-style-type: none"> 1. 縣內僅由早期療育機構服務中重度身心障礙幼兒，餘均由10名學前特教巡迴老師提供學生所需教學服務，難以滿足普通班特殊需求幼兒相關服務。 2. 專業人員結合巡輔教師入園服務時數無法滿足學前特教學生需求，特教巡迴教師難以整合相關專業團隊建議，提供普通班教師及家長特殊教育支援服務。
嘉義縣	<ol style="list-style-type: none"> 1. 代理巡迴輔導教師在入園執行融合教育時對自身的定位角色模糊。 2. 教學現場多數普幼老師對融合教育不了解，導致巡輔教師在執行上遇到阻礙。
屏東縣	學前特教教師生師比偏高。
臺東縣	普幼教師平日教保工作繁重，缺乏特教知能。
花蓮縣	<ol style="list-style-type: none"> 1. 花蓮縣地處偏遠，教師流動率高，正式特教教師招考困難，僅能聘用不具教師資格者，教師合格率偏低。 2. 需特教助理員協助及專業團隊服務特殊教育學生數逐年增加，基本工資逐年調漲，致經費不足數逐年提高。 3. 花蓮縣城鄉醫療資源分布不均且落差大，專業團隊治療師鐘點費偏低，難以招聘治療師。
澎湖縣	普幼教師仍然缺乏特殊教育相關知能，過於依賴特教教師。
基隆市	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身心障礙幼兒於優先入園安置後，班內後續會有新疑似個案出現，致普通班教師教學負擔，無法提供幼兒適切照顧。 2. 特教學生助理人員與專業團隊服務人員申請逐年增加，中央補助款經費有限，難以滿足需求。
新竹市	1. 學前巡迴輔導人力不足，無法完整提供幼兒園相關協助。

	2. 公立幼兒園每班皆由鑑輔會安置特教幼童就讀，但專業團隊及助理員經費不足，無法滿足幼兒園支援人力需求。 3. 教保服務人員每年須完成18小時研習，但因人數眾多且流動性高，難以全面調訓，提升擬定IEP之專業知能。
嘉義市	1. 相關資源(如特教學生助理人員經費)仍不足。 2. 因身心障礙幼生可優先入公立幼兒園，公幼招收身心障礙幼生漸增，普幼教師反映班級經營管理壓力較大。
金門縣	1. 金門縣幅員小，學前特教班級少，多數特教班級設於學校，人力資源難合理分配。 2. 礙於教保服務人員多數研習場次有人數限定，經常未開放特教教師名額。
連江縣	專任治療師聘請困難，致專團服務無專任治療師且兼任語言治療師流動性高。

可知，各縣市在從事學前特殊教育上，對於：師資人力及其特教知能、合格師資人數、特教班之專業照護人力……等問題，為多數縣市辦理所遭遇之難處。

(五)次查 107 年度特殊教育統計年報，有關各縣市學前階段特教合格教師統計如下表：

表1 直轄市及縣(市)所屬學前階段學校身心障礙類教師統計概況

縣市	正式編制教師			代理教師				總計	特教合格教師比率
	特教合格教師	一般合格教師	小計	特教合格教師	一般合格教師	不具教師資格	小計		
新北市	93	-	93	8	5	20	33	126	80%
臺北市	105	-	105	11	3	24	38	143	81%
桃園市	67	-	67	3	1	1	5	72	97%
臺中市	79	1	80	4	5	6	15	95	87%
臺南市	55	-	55	2	1	3	6	61	93%
高雄市	96	-	96	15	4	7	26	122	91%
宜蘭縣	24	-	24	-	1	12	13	37	65%

縣市	正式編制教師			代理教師				總計	特教合格教師比率
	特教合格教師	一般合格教師	小計	特教合格教師	一般合格教師	不具教師資格	小計		
新竹縣	25	-	25	-	1	2	3	28	89%
苗栗縣	22	-	22	2	4	3	9	31	77%
彰化縣	21	-	21	4	-	2	6	27	93%
南投縣	15	-	15	3	-	-	3	18	100
雲林縣	7	-	7	-	-	1	1	8	88%
嘉義縣	12	-	12	-	-	3	3	15	80%
屏東縣	23	1	24	5	-	2	7	31	90%
臺東縣	17	-	17	2	-	3	5	22	86%
花蓮縣	21	-	21	-	1	8	9	30	70%
澎湖縣	3	-	3	-	-	1	1	4	75%
基隆市	16	-	16	1	-	4	5	21	81%
新竹市	9	-	9	1	-	-	1	10	100
嘉義市	5	-	5	4	1	1	6	11	82%
金門縣	9	-	9	1	-	1	2	11	91%
連江縣	-	-	-	1	-	1	2	2	50%
總計	724	2	726	67	27	105	19	925	86%

資料來源：教育部 107 年度特殊教育統計年報。

依據上表：

- 1、國內從事身心障礙類特殊教育合格教師人數(含正式編制教師及代理教師)主要集中在6都，本島各縣市以嘉義市9人及雲林縣7人，人數最少；離島三縣市中，連江縣僅1名代理之特教合格教師。顯示，特教合格師資人力分布不均之現象。
- 2、再就從事身心障礙類特殊教育合格教師比率觀之，全國平均為86%，目前有新北市、台北市、宜蘭縣、苗栗縣、嘉義縣、花蓮縣、澎湖縣、基隆市、嘉義市及連江縣等10縣市，特教合格教師比率低於全國平均。顯示，從事身心障礙類特殊教育之師資，目前仍有將近半數縣市低於國內各縣市平均之下，不

利於特殊教育之施行及推動。

(六)另本院就教育部以融合教育將需早期療育服務之學童安置於幼兒園普通班，而有部分縣市政府提出需早期療育之幼兒要多於一般幼兒更多健康之照護，幼兒園增加專業醫護人力照護需求之可行性一節詢問該部，國教署副署長許麗娟表示：學校衛生法有對學校要求校護配置，但幼兒園非學校衛生法規範對象，但幼兒教育及照顧法對不同人數幼兒園有規範，須以特約、兼任或專任方式置護理人員，目前公幼可與學校合併計算聘任護理人員，若人數超過公幼會另自聘護理人員等語。是以，早期療育個案現規劃安置於普通班，雖對護理人員之配置有相關規範，但仍無法解決前開地方政府在專業照護人力之需求問題。

(七)綜上，現階段教育部對於學校附設之幼兒園設置有特殊教育班別者，規範有遴聘特教教師/人員及師資員額；而對接受教保服務之身心障礙幼兒，亦有規範主管機關應提供專業團隊進行早期療育及學前特殊教育服務，並得配置特殊教育教師，其師生比由地方政府定訂。由於教育部對早期療育個案以採融合教育方式安置於普通班，然各縣市政府在從事學前特殊教育上有：師資人力及其特教知能、合格師資人數、特教班之專業照護人力不足等問題尚待解決；又國內特教合格師資人力有分布不均、從事身心障礙類特殊教育之師資，近半數縣市特教合格教師比率低於國內各縣市平均之下等，皆不利融合教育之施行及推動。另教育部對發展遲緩兒童採融合教育之安置方式，已造成教育現場教師/教保人員照護之壓力，相關專業護理人力之配套相形重要，亦請教育部一併檢討現行規範之妥適性。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一、二及三，函請衛福部檢討改進見復。
- 二、調查意見四，函請衛福部研處見復。
- 三、調查意見五及十，函請教育部檢討改進見復。
- 四、調查意見六，函請健保署研處見復。
- 五、調查意見七，函請國健署研處見復。
- 六、調查意見八，函請衛福部及教育部確實檢討改進見復。
- 七、調查意見九，函請教育部研處見復。
- 八、檢附派查函及相關附件，送請內政及族群委員會、教育及文化委員會聯席會議處理。

調查委員：王幼玲

尹祚芊

江綺雯

