

特殊需求幼兒之早期篩選與鑑定

蔡 昆 瀛

摘要

篩選與鑑定乃特殊教育與早期療育工作的重要基礎，兩者之間具有互為連結與前後承接的關係。篩選的目的係為了及早發現疑似具有特殊需求的幼兒，以轉介進行評估鑑定；鑑定則在確認幼兒接受特殊教育與早期療育的資格與特殊需求，以提供適當的安置與服務。本文先就新生兒篩檢、兒童預防保健服務及發展遲緩兒童篩選，說明早期篩選的方法與工具，其次從特殊需求幼兒評量原則、專業團隊評估診斷及學前特殊教育鑑定，論述特殊需求幼兒鑑定的內涵與作法。

中文關鍵字：特殊需求幼兒、早期篩選、鑑定評量、發展遲緩、早期療育

英文關鍵字：young children with special needs、early screening、identification and assessment、developmental delay、early intervention

篩選（screening）與鑑定（identification）乃特殊教育與早期療育工作的重要基礎，兩者之間具有互為連結與前後承接的關係。篩選的目的係為了及早發現疑似具有特殊需求的幼兒，以轉介進行評估鑑定；鑑定則在確認幼兒接受特殊教育與早期療育的資格與特殊需求，以提供適當的安置與服務（蔡昆瀛，2004）。本文先就新生兒篩檢、兒童預防保健服務及發展遲緩兒童篩選，說明早期篩選的方法與工具，其次從特殊需求幼兒評量原則、專業團隊評估診斷及學前特殊教育鑑定，論述特殊需求幼兒鑑定的內涵與作法。

篩檢方式與工具

學前特殊教育是早期療育連續性與整合性服務的一環，特殊需求幼兒篩選工作必須從早期療育的整體服務來規劃實施。以台北市為例，目前早期篩選的主要管道有二：一是經由各醫療院所於六歲前的兒童健康篩選計劃中，全面配合篩選疑似發展遲緩嬰幼兒。二是由幼兒園所教師、家長及大眾使用「學前兒童發展檢核表」，以落實篩選普及率。一旦經篩選屬疑似發展遲緩的幼兒，須轉介發展遲緩兒童評估鑑定中心或特殊教育鑑定機制接受進一步鑑定，若確認屬於早期療育或特殊教育的對象，即須循通報系統進行通報，以獲得療育服務。茲就新生兒篩檢、兒童預防保健服務及發展遲緩兒童篩選等三大篩選做法，分別說明之。

一、新生兒篩檢

某些先天性代謝疾病若能在嬰兒時期早期發現與治療，通常可以有良好的療效。我國衛生醫療單位自民國七十三年起逐步推廣全國性新生兒篩檢（蘇淑珍，2000），新生兒篩檢是「新生兒先天代謝異常疾病篩檢」的簡稱，其目的係利用簡便、可靠又能大規模操作的檢驗方法，在疾病尚未發作之前即加以偵測，並給予有效的療法與照護，協助罹病的新生兒度過或避免潛在的健康危機（林炫沛，2000）。

國內現行的新生兒篩檢項目共有六種疾病：先天性甲狀腺低功能症、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖血症、葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症（俗稱蠶豆症）、先天性腎上腺增生症等。篩檢方法係在新生兒出生並進食四十八小時之後，由腳跟兩側採血檢查；如果為早產兒或因特殊疾病而無法進食，則須俟其生理狀況與病情穩定後再接受篩檢；受檢的年齡，依規定不宜超過一個月大；篩檢結果若屬有問題的個案，一般須在兩週內接受複檢、詳細診查或遺傳諮詢（林炫沛，2000；蘇淑珍，2000）。

近幾年來，歐美先進國家以串聯式質譜儀（tandem mass spectrometry）嘗試進行大規模新生兒篩檢的先驅測試，可篩檢近三十種先天性代謝疾病（林炫沛，2000），將來若能與現行篩檢機制妥善整合，可望大幅提升篩檢效益。

除了上述的新生兒篩檢技術之外，「艾普格檢查」（Apgar test）是臨床上常用的簡易初生嬰兒初步篩檢方法，此項檢查係於嬰兒出生後五分鐘以內，由醫護人員分

別就其心跳速度、呼吸情況、肌肉張力、鼻孔對橡皮管刺激的反應、皮膚顏色等五個項目進行檢查評分，每一項目最高為二分，最低為〇分，檢查結果總分達十分者，健康情形最為良好，低於七分者則須進行急救。

二、兒童預防保健服務

自民國八十四年四月一日起，我國全民健康保險（簡稱全民健保）提供未滿四歲兒童六次的兒童預防保健服務，依據「全民健康保險法」中預防保健相關規定，給付時程分為三階段：未滿一歲給付四次，每次間隔二至三個月；一歲以上至未滿三歲給付一次；三歲以上至未滿四歲給付一次。兒童預防保健服務為對兒童之初步健康評估，其服務項目包括身體檢查（個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、生長發育評估等）與健康諮詢（預防接種史查詢、營養、事故傷害預防及口腔保健等）。接受此項服務，不須繳交部分負擔費用。此外，針對立案列管之公、私立幼稚園與托兒所未滿六歲的幼兒，衛生、教育及社政等相關單位亦協調提供免費健康檢查及斜視篩檢（蘇淑珍，2000）。

三、發展遲緩兒童篩選

除了衛生醫療體系的早期篩選服務之外，幼稚園和托兒所是發展遲緩兒童篩選工作的另一重要環節，透過幼稚園教師與托兒所保育人員對幼兒的觀察與評量，可以即時發現園、所內疑似發展遲緩的幼兒。具備良好信度與效度的嬰幼兒發展篩選測驗十分有限（Meisels & Wasik, 1992），目前國內適於教師與保育人員使用的篩選工具主要有「嬰幼兒發展測驗」與「學前兒童發展檢

核表」兩種。

(一) 嬰幼兒發展測驗

「嬰幼兒發展測驗」係由徐澄清等人修訂自美國丹佛兒童發展量表（Denver Developmental Screening Test, 簡寫 DDST），適用對象為滿兩個月至六歲的嬰幼兒，測驗項目係依照兒童發展順序排列，共包括粗動作、精細動作及適應能力、語言、身邊處理及社會性等四部分，測驗結果區分為正常、不正常與有問題三類，若屬不正常或有問題者即須接受進一步鑑定。本量表的施測方法一定而且簡單，通不通過的評定標準明確，施測時間只約需二十分鐘，施測人員的訓練容易，因此，自 1967 年由 Frankenburg 和 Dodds 編製完成以來，廣為小兒科醫師和臨床相關人員使用（Tsai, 1999）。誠然，DDST 亦存有部分缺失，在使用時仍須謹慎。不乏文獻指出 DDST 雖然具有高精確度（specificity，即正確篩選出正常兒童），但是敏感度（sensitivity，即正確篩選出發展遲緩的兒童）卻偏低（Cadman, Chambers, Walters, Feldman, Smith, & Ferguson, 1984；Meisels & Wasik, 1992）。

(二) 學前兒童發展檢核表

「學前兒童發展檢核表」係由台北市早期療育規劃工作小組，委託台北榮總與市立婦幼醫院之專業團隊編製而成。其目的在提供一簡便工具，以供評量兒童之行為表現是否符合其年齡，俾能早期篩選出發展遲緩兒童（包括顯著遲緩、臨界落後及高危險群兒童）。適用對象為滿四個月至六歲的嬰幼兒，題目內容包括動作、認知、語言、社會性等發展領域，兼採觀察與報告的資料，但

並未涵蓋發展遲緩之所有類型。本檢核表具備篩選測驗的基本條件：檢核程序與結果評定簡單明確、所需時間短、易於學習等；對兒童發展具有正確概念的教育、醫療、社工人員及家長都可以使用。目前由台北市政府社會局與衛生局分別印製，發給醫療機構、社福中心、早療機構、公私立幼稚園及托兒所等單位，由其協助篩選工作。

鑑定做法與流程

一、特殊需求幼兒評量原則

相較於普通幼兒與學齡階段特教學生的評量，特殊需求幼兒評量兼具這兩類評量的雙重可能限制，實施鑑定評量時更須審慎。Meisels 與 Atkins-Burnett（2000）即曾從定義因素、幼兒本身因素、施測者因素、評量工具因素及評量環境因素等五個面向，指出特殊需求幼兒測驗評量所可能存在的諸多限制與問題，茲列舉如下：

(一) 定義因素：

1. 對基本名詞缺乏一致的定義；2. 完整的定義須同時反映障礙的呈現與嚴重程度。

(二) 幼兒本身因素：

1. 幼兒的障礙往往非屬單一領域，而是多重領域的問題；2. 幼兒的能力表現與功能受醫療與目前狀況的影響；3. 幼兒可能出現個別性的異常行為；4. 不同領域間的發展速率具有變異性。

(三) 施測者因素：

1. 施測者缺乏足夠的特殊幼兒評量知能與經驗；2. 施測者的個人偏見與不當期望；3. 施測者對某一障礙的影響有不當假設；4.

施測者難以解讀幼兒的反應；5. 施測者缺乏特殊溝通技巧（例如：手語）。

(四) 評量工具因素：

1. 標準化測驗的常模通常未包含特殊幼兒；2. 所謂絕對常態的數值是不可得的；3. 一般測驗假說不適用於身心障礙者；4. 一般測驗工具的施測方式不見得適用於評量特殊幼兒；5. 針對特殊幼兒所設計的測驗工具有限；6. 難以藉不同測驗來比較評量結果；7. 測驗的資料庫不足以包括各種障礙情況；8. 嬰幼兒測驗工具的預測力遠不及學齡階段的測驗工具。

(五) 評量環境因素：

1. 不適當的施測環境，如光線、噪音問題或其它物理環境因素；2. 人為安排的評量環境未能完全自然；3. 未考慮幼兒的擺位需求。

基於測驗工具使用於特殊需求幼兒的諸多限制，學理與實務上皆強調多元評量的必要與重要性（蔡昆瀛，2001），有別於單一類型的評量方式，多元評量意指運用多種方法、參與者與資料來源，對幼兒發展與特殊需求進行綜合研判。表一即列舉出可應用於特殊需求幼兒的不同評量方法，包括家長訪談、家長問卷、教師晤談、教師檢核表、幼兒作業或作品評析、系統性觀察、相關專

表一 特殊需求幼兒評量之多元資料來源

資料來源	說明
1. 家長訪談	(1) 提供唯有從家長處方能取得的重要資訊（例如幼兒在家庭中的表現）。 (2) 提供有關幼兒家庭環境與需求的資訊。
2. 家長問卷	(1) 有助於對幼兒行為更廣泛的瞭解，做為直接評量的補充資訊。
3. 教師晤談	(1) 提供幼兒在教室表現的資訊，使評量更為完整。
4. 教師檢核表	(1) 係指教師檢核幼兒的發展 (2) 將教師對幼兒的觀察予以量化
5. 幼兒作業或作品評析	(1) 例如幼兒的繪畫或剪貼 (2) 提供有關幼兒學科表現的資訊，使評量更為完整。
6. 系統性觀察	(1) 提供其它評量方法無法獲取的幼兒行為資料（例如同儕互動、語言使用能力、環境適應能力等）。
7. 相關專業評量	(1) 提供各相關專業領域的觀點與經驗，使評量更為完整與客觀（相關專業人員包括小兒專科醫師、物理、職能、語言治療師、臨床心理師、社工師等）。
8. 標準化測驗	(1) 在結構性條件下，提供可與常模或效標比較的嬰幼兒能力發展與行為資料。

參考資料：Special Educational Needs in the Early Years, R.A. Wilson, 1998, London: Routledge.

業評量及標準化測驗等。

除了強調多元評量之外，對特殊需求幼兒的評量診斷尚須顧及許多原則，茲將重要原則與注意事項臚列如下以供參考（Bowe, 1995；Wilson, 1998）。

1. 評量的目的係爲了提供適當的療育服務，評量結果是安置與教學的依據。
2. 使用跨專業的團隊合作評量方式。
3. 不能單憑一項測驗或一個步驟作爲鑑定安置的依據。
4. 一個測驗不應只是反映嬰幼兒的障礙，而是應反映出在該測驗當中，嬰幼兒的優勢和弱勢能力，以及其目前的表現狀態。
5. 評量範圍必須含括嬰幼兒發展的所有相關領域，包括生理、感官、知覺、動作、認知、溝通、社會、情緒、行爲、自理、家庭環境與需求、親子互動等。
6. 在不同時間、不同情境中，使用重複的方法來評量。
7. 測驗的材料與實施必須配合嬰幼兒的慣用語言或其溝通方式。
8. 視家長與家庭的其他成員爲評量的重要資料來源。
9. 同時在家庭以及幼兒園所或機構當中進行評量。
10. 評量過程必須顧及文化差異，使用無偏差、無歧視的測驗工具。
11. 考量幼兒的特殊需求，採取「適性評量」。亦即在不改變整體測驗或每個題項之本意的前提下，因應幼兒的感官、知覺、溝通、動作等困難或特殊需求，而調整測驗的材料、方法或程序。
12. 參考專業人員的臨床經驗，用以補充正式

測驗工具可能的不足。

13. 鑑定過程中所蒐集的評量資料應該考慮時效性。
14. 測驗之前必須徵得家長的同意。
15. 從主要照顧者處先瞭解幼兒的特性與溝通方法。
16. 熟悉評量工具的內容、材料與方法。
17. 施測前準備工作須充分。
18. 盡可能在幼兒熟悉的環境裡施測。
19. 與受測幼兒建立良好關係。
20. 施測程序保持彈性，包括施測情境、時間、方法及題目順序等。
21. 必要時可以由主要照顧者陪同或協助施測。
22. 施測過程善用增強策略。
23. 妥善處理突發狀況，例如不專注、過動或哭鬧。
24. 記錄施測過程的特殊情況與行爲表現。
25. 若未能有效完成施測，不可貿然解釋測驗結果。

二、專業團隊評估診斷

歸納前述評量原則，特殊需求幼兒的鑑定應藉由多元評量和專業合作，就幼兒全面性和功能性發展進行動態和持續的評量。傳統上，評量的成員往往僅有評量者與幼兒，雙方在高度結構化和公式化的情境與步驟下進行；然而，如 Meisels 與 Atkins-Burnett（2000）所言，當代及理想的評量做法則是由多個不同領域的相關專業人員及家長參與下，就彼此對幼兒與家庭的評量觀點進行分享與討論。基於此一理念，國外早期療育界發展出如遊戲本位評量（transdisciplinary play-based assessment，簡稱 TPBA）及舞台

評量 (arena assessment) 等跨專業的團隊評估模式。

依據我國「兒童及少年福利法施行細則」第六條的規定，發展遲緩兒童須經衛生主管機關認可之醫院評估確認並發給證明，而且經評估為發展遲緩兒童者，每年至少應再評估一次。目前國內的早期療育聯合評估中心亦多採專業團隊評估的方式，團隊成員

除心智科、復健科、小兒神經科及相關小兒專科醫師之外，尚包括臨床心理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床聽力師、視力檢查師及社會工作師等。其中，心智科、復健科和小兒神經科醫師可對幼兒發展進行全面評估，並就各專業人員的評估結果進行綜合研判，其他相關專業人員於評估時所採用的方式與內容則彙整如表二。

表二 早期療育醫療專業團隊成員之評估方式與評估內容

評估方式	評估內容
<p>◎<u>臨床心理師</u> 使用個別標準化測驗、晤談、觀察及其他背景資料的方法，評估幼兒之認知、行為、情緒及注意力，以釐清問題之癥結所在。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知評估：指對知識的吸收、儲存及運用的能力，包括具體運作思考、抽象概念、邏輯推理及操作等能力。 2. 注意力評估：包括注意力集中度、持續度、轉移及時間的掌握等。 3. 性格、行為及情緒評估：瞭解幼兒的心裡行為及情緒障礙等原因。 4. 神經心理學評估：瞭解因腦傷影響的心理行為功能。 5. 學習障礙評估：瞭解影響學習成就之特殊能力障礙。
<p>◎<u>物理治療師</u> 利用觀察幼兒在自然狀況下的功能性活動，或使用客觀的測驗工具來評估、追蹤及觀察動作功能的發展。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 骨骼肌肉：包括關節活動度、肌肉張力、肌肉力量、畸形、攣縮及姿勢的基本檢查。 2. 心肺耐力：評估行走或位移的耐力、速度等。對於肺部長期多痰的兒童，提供照顧者基本的姿位引流及拍痰技巧。 3. 動作控制能力：平衡能力、協調能力及選擇性的動作控制。 4. 日常生活及體育活動：評估其日常生活活動或各種體育活動的質與量。 5. 輔具的評估：對現有輔具的評估或提供適當的擺位輔具、行走輔具等諮詢。
<p>◎<u>職能治療師</u> 經由晤談、情境觀察、問卷、標準化測驗及參考其他相關背景資料，評估幼兒在生活自理、學校適應學習和遊戲休閒等生活功能上的現有能力及困難，同時比較幼兒在不同情境中的表現是否有差距。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 功能性評估：包括進食、穿脫衣物、如廁、盥洗、行動移位、遊戲休閒、學校學習等方面的能力及限制。 2. 知覺動作發展：包括活動時軀幹的穩定和靈活度、抓握、拈取、手眼協調、雙手操作工具等之粗細動作品質。 3. 口腔動作功能：相關肌肉張力及關節活動度之檢查、口腔內部之敏感度、嘴唇閉合能力、吸允、咀嚼及吞嚥能力等。 4. 感覺統合功能：包括對各種感覺輸入的調節及區辨能力、動作精確度、兩側協調及動作計劃能力等。 5. 居家或學校環境評估：包括安全設施、玩具種類、空間分布、建築物障礙等。 6. 輔具需求：包括生活照護（如擺位特殊、湯匙）、學習（如特殊剪刀、筆套）、休閒遊戲（如特殊開關玩具）等。

評估方式	評估內容
<p>◎<u>語言治療師</u> 利用自然觀察、與幼兒玩遊戲、訪談家長、及正式測驗等方式，評估幼兒的溝通與語言行為。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 溝通行為：瞭解溝通的意願如何？想表達何種需求？如何以肢體及聲音來表達？ 2. 聽覺理解：確定是否能聽懂大人說的話？以及對於抽象的詞彙及複雜句能否理解？ 3. 口語表達：評估幼兒說話時的用詞正確性、句子完整性、話題的豐富及完整性等。 4. 構音能力：評估口齒是否清晰、別人是否需要幼兒再講一遍？ 5. 說話流暢度：評估說話時是否有不正常的停頓、拉長、重複，或因為焦慮而影響說話意願。 6. 口腔靈敏度：評估口腔肌肉的敏感度及活動能力、咀嚼食物的能力如何？
<p>◎<u>臨床聽力師</u> 利用行為觀察、制約、遊戲、問卷及電子儀器來評估幼童的聽覺靈敏度、聽覺分辨及聽覺理解能力。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評估聽力是否正常？有無重聽現象？ 2. 利用聽力學的評估步驟確認聽力損失程度、性質與範圍。 3. 耳神經學之檢查：檢查有無耳蝸或後耳蝸功能。 4. 語音聽力檢查：評估語音之察覺、分辨及理解能力。 5. 提供聽能訓練與復健之指導。 6. 提供聽力保健諮詢。 7. 聽覺輔助器具的選配、復健及其效益評估。
<p>◎<u>視力檢查師</u> 利用行為觀察、外觀評估、遊戲、問卷篩選及儀器等來評估幼兒的視力發展。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 弱視篩檢：檢查是否有近視、遠視、散光、兩眼不等視、眼位不正（如斜視）、眼皮下垂、眼瞼內翻、介質模糊（如白內障）等導致弱視的因素。 2. 屈光狀態檢查：檢查單眼器官是否發育正常？有無區光不正，如近視、遠視、散光、兩眼不等視。 3. 視力檢查：檢查單眼功能是否發育正常？有無屈光性弱視、輕微性不等性弱視？ 4. 立體感篩檢：檢查雙眼視覺功能是否發育正常？有無不等性弱視、斜視？
<p>◎<u>社會工作師</u> 經由會談及臨床觀察，評估幼兒及其生活環境中，各種可能對幼兒造成影響的問題。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭對幼兒問題的認知及態度。 2. 幼兒目前的問題呈現。 3. 幼兒成長發展及問題歷史。 4. 幼兒心智狀態及醫療史。 5. 幼兒的個性、同儕關係與興趣。 6. 幼兒在家庭之外的環境（如保母處、學校）的適應問題。 7. 家庭功能分析：包括親子、夫妻、手足、其他家人之間等次級系統的互動關係、溝通模式及問題解決力等。 8. 家庭的支持系統及支援。 9. 幼兒問題對家庭所造成的衝擊及問題。

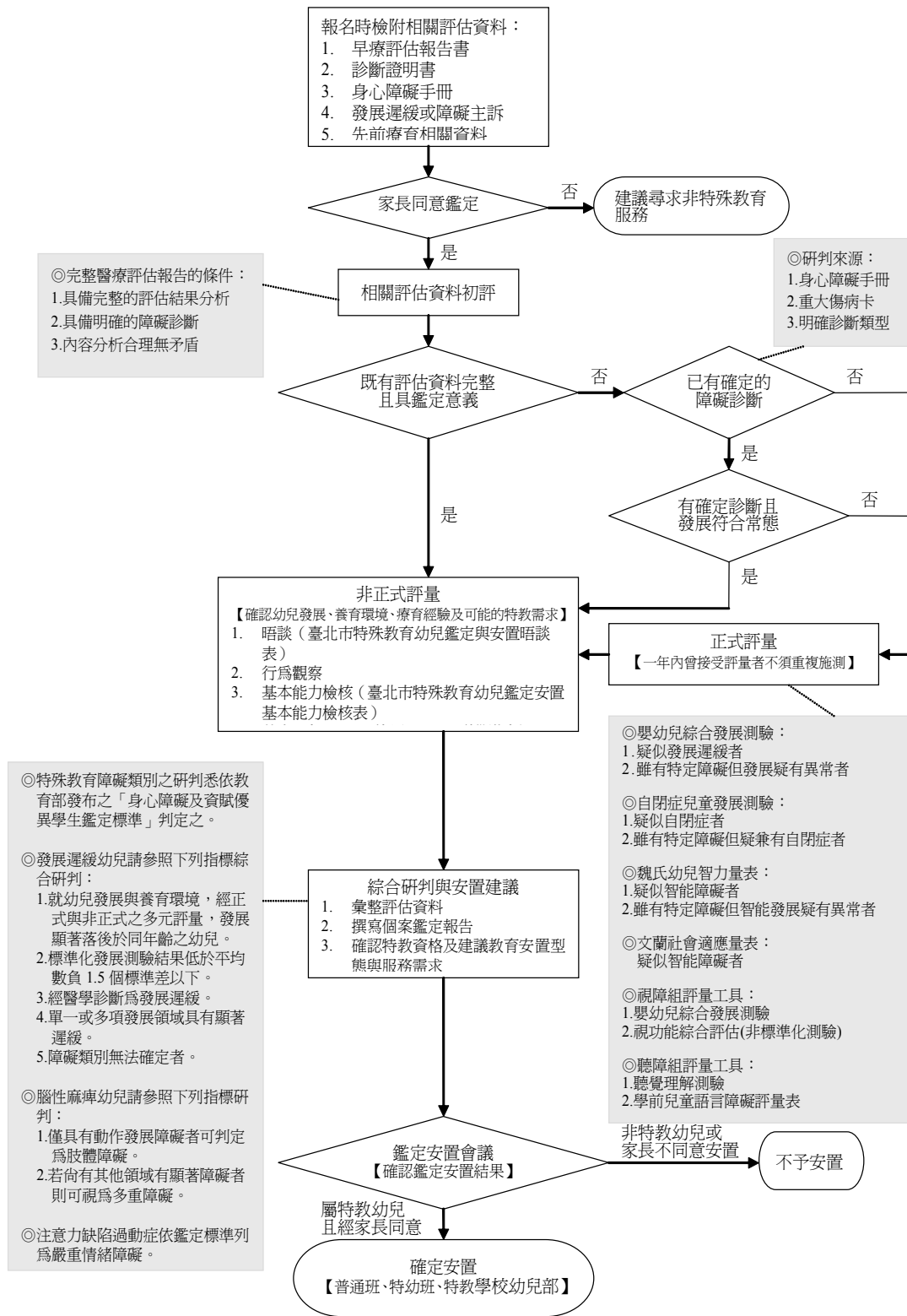
三、學前特殊教育鑑定

依據我國特殊教育法，年滿三足歲的身心障礙（含發展遲緩）幼兒即屬特殊教育的法定對象，可進入幼稚園普通班、學前特教班或特殊教育學校幼兒部就讀，惟就學前須先經各縣市「特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會」（以下簡稱鑑輔會）之鑑定與安置，方能取得接受特殊教育服務的正式資格。茲以臺北市公立幼稚園的特教幼兒鑑定系統為例，說明鑑定的作法與流程。

目前臺北市公立幼稚園的特教幼兒鑑定分為兩大階段：第一階段是入學前之特殊教育幼兒優先入公立幼稚園的鑑定安置，第二階段則是針對入學後才經園方發現轉介的學期中鑑定（蔡昆瀛，2007）。近幾年來的鑑定安置工作係由設於臺北市立文山特殊教育學校的南區特殊教育資源中心負責統籌與執行，每年並會依執行情形、現況需求與理念趨勢有不同程度的革新與精進。以九十六學年度的鑑定作業為例，可分為報名、資料初步核閱、教育評估及安置等主要程序。幼兒家長於每年三月間持早療評估報告書、診斷證明書、身心障礙手冊、發展遲緩或障礙主訴或先前療育相關資料等既有評估文件至各區中心學校完成報名，而後由南區特教資源中心就每一名幼兒所繳交的資料內容進行初步核閱；對於已檢附早療醫療院所提供之有效且完整的發展評估報告書的幼兒，可由鑑定教師逕行對家長和幼兒進行晤談與觀察，但若未檢附醫療評估報告書、報告書內容的參考性不足或有進一步評估需要者，則除了晤談觀察之外，尚須經鑑定教師以適用測驗實施正式評量，每一名幼兒的評估結果

皆由鑑定教師撰寫完成鑑定安置綜合報告；其後於預備安置會議中，由鑑定教師與鑑輔會委員就逐一個案進行報告和討論，正式鑑定安置結果則於家長受邀出席的公開安置會議中加以確定；具有輔具需求的幼兒並於安置確認後，由相關專業人員進行輔具評估。至於學期中鑑定，係由園方或教師經家長同意後向南區特教資源中心提出鑑定申請，鑑定所需檢附資料與教育評估方法則與入學前統一鑑定的作法相同。

圖一即為目前臺北市特殊教育幼兒入幼稚園鑑定安置之教育評估流程（蔡昆瀛、臺北市學前特教鑑定研究小組，2007），依圖中所示，教育評估所使用的評量方法有正式測驗評量、晤談、觀察與相關資料分析，主要的評量工具包括臺北市特殊教育幼兒鑑定與安置晤談表、臺北市特殊教育幼兒鑑定安置基本能力檢核表、嬰幼兒綜合發展測驗、自閉症兒童發展量表、魏氏幼兒智力量表、學前兒童語言障礙評量表、視功能綜合評估等。此流程圖除了將教育評估的作業步驟明確規劃之外，並就鑑定時較缺乏明確標準的障別提出具體的判斷準則。以發展遲緩為例，「身心障礙及資賦優異學生鑑定標準」只訂出發展較同年齡顯著遲緩，以及障礙類別無法確定者等兩項標準，本教育評估流程中則嘗試提出五項鑑定指標，希冀在合法規下，進一步使鑑定評量有更為明確的判定依據，這些指標分別是：1. 就幼兒發展與養育環境，經正式與非正式之多元評量，發展顯著落後於同年齡之幼兒。2. 標準化發展測驗結果低於平均數負 1.5 個標準差以下。3. 經醫學診斷為發展遲緩。4. 單一或多



圖一 臺北市特殊教育幼兒入幼稚園鑑定安置教育評估流程圖

項發展領域具有顯著遲緩。5. 障礙類別無法確定者。

要言之，臺北市現行的學前特殊教育鑑定做法具備數項特點：一是適度整合醫療與教育評估，以維持前後評量的持續性、減少幼兒重複接受測驗、提升鑑定效率，並促進早期療育的普及。二是鑑定方式符合多元方法、多元來源和多元資料的多元評量原則。三是在家長或主要照顧者的晤談表中，針對父母背景、家庭組成、親子關係、教養行為及資源運用等養育環境進行晤談評估。四是明確訂定教育評估的流程和判斷準則，以提高鑑定的共識和客觀性。五是對每一名幼兒分析其發展和學習的不利因子與有利因子，以做為綜合研判及介入的參考。六是針對就讀普通班所需的基本能力進一步檢核，以提供安置參考。七是綜合報告中的教學輔導建議欄及晤談表的內容以選填式為主，以減少撰寫晤談記錄和鑑定報告的文書工作時間，並有助於維持基本的報告品質。八是將評量視為教育方案的開端，在鑑定報告中提出教學輔導建議。

（本文作者為臺北市立教育大學特殊教育學系副教授）

參考文獻

林炫沛（2000）。更先進的新生兒篩檢法。

中國時報，12月29日，39版。

蔡昆瀛（2001）。綜論幼兒認知發展遲緩。載於楊坤堂（主編），**特殊教育二三事**（119-138頁）。臺北：臺北市立師範學院特殊教育學系，特殊教育

育師資研習叢書（三）。

蔡昆瀛（2004）。從台北經驗檢視學前特殊教育之興革走向。**中華民國特殊教育學會 2003年刊：特殊教育的危機與轉機**，39-50。

蔡昆瀛（2007）。積極陪伴—家長如何參與學前特殊教育。**赤心**，24，3。臺北市：財團法人赤子心教育基金會、財團法人台灣赤子心過動症協會。

蔡昆瀛、臺北市學前特教鑑定研究小組（2007）。**臺北市特殊教育幼兒入幼稚園鑑定安置教育評估流程圖**。台北市：台北市政府教育局。

蘇淑珍（2000）。醫療衛生行政體系對於早期療育業務的規劃內容與執行現況。載於**發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會大會手冊**，8-11頁。台中：內政部兒童局。

Bowe, F.G. (1995). *Birth to Five: Early Childhood Special Education*. USA: Delmar Publishers.

Cadman, D., Chambers, L.W., Walters, S.D., Feldman, W., Smith, K., & Ferguson, R. (1984). The usefulness of the Denver Developmental Screening Test to predict kindergarten problems in general community population. *American Journal of Public Health*, 74, 1093-1097.

Meisels, S.J. & Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of early childhood assessment. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd edition) (pp.231-257).

- Cambridge: Cambridge University Press.
- Meisels, S.J. & Wasik, B.A. (1992). Who should be served? Identifying children in need of early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.605-632). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tsai, K.Y. (1999). *Kindergarten Teachers' Perceptions of Developmental Delay in Taiwan – the Concept, Prevalence and Relationships between Teacher Identification, Screening Tests and Classroom Behaviour*. Ph.D thesis of the Institute of Education, University of London.
- Wilson, R.A. (1998). *Special Educational Needs in the Early Years*. London: Routledge.