

第二章 文獻探討

第一節 專業團隊之定義與發展

一、專業團隊的定義與重要性

專業團隊 專業整合與科際整合等三個名詞在相關文獻上的意義是類似的 (Rainforth, York & MacDonald, 1992)。有些學者以合作團隊(collaborative team),或是合作的教育團隊(collaborative education team),或是互動的團隊(interactive teaming)稱之(鈕文英, 民 87)。

就特殊教育而言,專業團隊是指「二個或二個以上,來自不同領域專業人員所組成的團隊,透過彼此的協調、合作,一同提供有特殊需求學生之服務,以協助學生接受適性之教育」(蕭夙娟、王天苗, 民 87; Golin & Ducanis, 1981)。

教育部於民國 88 年訂定發布之「身心障礙教育專業團隊設置辦法」中所稱之專業團隊,係指因應身心障礙學生之課業學習、生活、就業轉銜等需求,結合衛生醫療、教育、社會福利、就業服務等不同專業人員所組成之工作團隊,以提供統整性之特殊教育及相關服務。

總之，專業團隊是指一群專業人員彼此之間相互支援，透過協調、合作的方式提供服務，因而對整體工作產生貢獻。

在教育重度及多重障礙學生的歷程中，沒有一個老師能憑一己之力單打獨鬥的滿足學生的需求 (Westling & Fox, 1995)。Dodge 和 Mallard (1992) 回顧文獻指出，對身心障礙兒童的治療方式，以往所採用傳統的、強調單一專業之方式，已經被專業團隊合作的方法取代。而專業團隊的作法對很多不同障礙類型的兒童都顯出成效 (鈕文英，民 88)。

從特教資源整合的觀點，由專業人員組成團隊進行整合與分工的合作方式，乃是特教資源的整合途徑之一 (張蓓莉，民 90)，其目的不外乎是尋求對學生而言之最大的效益，並避免資源的浪費。結合醫療機構、教育、社會福利、就業服務等單位，以專業團隊合作的方式服務身心障礙學生，其中最重要的不是專業團隊固定的組織，而是團隊運作時合作無間的精神 (林佩欣、周玫君，民 91；黃琦、江長壽，民 90；蕭夙娟，民 85)。在講究特殊教育精緻化的今日，特殊教育的服務普遍推行也已達到「量」的要求之後，再來發展的重點便是「質」的提昇，而專業團隊的服務便是朝著這個方向邁進。以下歸納許多學者 (鈕文英，民 87；趙可屏，民 86；Dunn, 1991；Orellove &

Sobsey, 1996 ; Rainforth et al, 1992) 對於特殊教育服務中運用專業團隊合作方式，其所具的優點之看法整理如下：

1.專業團隊成員各自貢獻所學，共同界定並解決問題

來自不同培訓背景之專業人員，一起針對個案問題，透過專業評估過程，提出解決的方案。團隊成員之間也藉此彼此交流對方的專業知識與技能，共同分擔責任，透過角色釋放，增進解決問題的能力。

2.增進個案功能，解決家人問題

將個案的生活與問題融入在課程設計中。經由各專業人員的協助與指導，提昇個案獨立生活的技能，增加其與自然、環境之間的互動能力，減輕家人照顧的負荷與壓力。並透過專家諮詢的方式，使得家人對個案教養方面的疑問也因而得以獲得解決。

3.提昇團隊成員之專業能力

根據相關文獻，例如由廖華芳於 85 年度主持台北縣身心障礙學童專業整合介入計畫之研究報告結果中指出，有 88%參與之專業人員覺得經此計畫後，參與的工作人員對學童服務共識度有加強，80%認為參與此計畫對其專業品質與標準有提昇。團

隊成員之間透過不停的討論與溝通，也從中學習尊重彼此的專業，並且互相學習與支持。

教育部於八十四年之中華民國身心障礙教育報告書中，肯定特殊教育是講求專業團隊的工作，而隨著專業團隊相關法令陸續訂定發布，可見以團隊方式提供特殊教育服務是未來特殊教育發展的趨勢。因此，如何促進團隊成員之間有效的合作，便將成為日後推展特殊教育重點之一。

二、特殊教育專業團隊的發展

（一）國外方面

專業團隊合作並非這幾年才有的理念，在 1940 年代以前，已有許多專業人員組成團隊，在類似兒童發展中心的場所工作。二次世界大戰之後，為因應俱增之身心障礙人口，集合相關專業人員組成醫療服務小組之理念遂蔚成趨勢。而 1970 年代專業合作主要運用於受虐兒童、復健醫療服務及身心障礙兒童的問題（Golin &

Ducanis, 1981 ; Thomas, Correa, & Morsink, 1995)。

特殊教育中明確提到專業團隊的理念大約是在 1960 年代末期、1970 年代初期。早期的想法較偏向於以諮詢性質的合作模式，而許多特殊教育專家及學校心理學家陸續發表評論指稱：要提供障礙學生適切的教育服務，必須有衛生、社工等相關人員的配合，相關專業人員應從專業的觀點出發，提供學校教師對於障礙兒童教學上的協助 (Thomas, 1991)。當時的相關專業人員多為心理治療師、醫師、社會工作者等 (Reeve & Hallahan , 1994)。

美國殘障兒童教育法 (Education for All Handicapped Children Act of 1975 , EAHCA), 又稱 94-142 公法 (PL94-142), 是美國特殊教育的基本大法。在該法要求之前提下，教師、心理治療師及其他相關專業人員於 1975 年發展出正式的合作關係 (Thomas, 1991)。其內容中所提及之十三項相關服務項目如下：聽力學服務、諮商服務、早期篩檢、醫學服務、職能治療、家長諮商與訓練、物理治療、心理學服務、休閒活動、學校健康服務、學校社會工作人員、語言病理學服務、交通服務 (Smith & Littlejohn, 1991)。該法雖對「免費適當的公共教育」、「特殊教育」、「相關服務」等三個名詞有詳加定義，但其在相關服務的內涵與範

圍、經費負擔、各項服務的定義與範圍、與特殊教育的關係、使用資格、實施的方式與步驟等，缺乏明確的規定（周天賜，民 83）。雖然如此，卻也為相關專業服務的理念開啟了一扇窗。

1986 年障礙兒童教育法修正案（P.L.99-457）修正 94-142 公法的規定，將障礙兒童接受免費教育的年限往下延伸至三至五歲，並說明聯邦政府將逐年提供經費，協助各州在五年內，對 0 至三歲障礙兒童籌建全州性的（statewide）全面性的（comprehensive）協調的（coordinated）、多專業的（multidisciplinary）、跨機構的（interagency）服務體系（吳亭芳、孟令夫，民 89）。

1990 年障礙者教育法（The Individual with Disabilities Education Act, IDEA, P.L.101-476）中，除了公法 94-142 所規定的相關服務外，尚增加復健諮商和社工服務，並強調轉銜服務，規定聯邦政府撥款協助各州或地方，改進其特殊教育及相關服務措施，以協助在學或剛畢業的身心障礙學生，獲得轉銜服務、職業訓練、成人教育、支持性就業、獨立和社區生活或其他成人服務等。上述法案皆說明了相關專業人員的重要性及其必要性（吳亭芳、孟令夫，民 89）。

（二）國內方面

台灣早期並沒有制度化的專業團隊合作模式。為了滿足特殊學生的需求性，許多民間私人的福利機構開始為特殊孩童提供服務，而與一些醫療單位之間自然形成一種諮詢式的合作方式，但是專業的設備與人力的提供仍處於匱乏狀態。

在民國 73 年公佈的特殊教育法中，明文特殊教育的內容應加強身心復健等部份，並規定辦理特殊教育的學校與班級，應主動聯繫醫療等有關機構，以提供學生相關之協助（吳亭芳，民 89；陳聰明，民 89）。而早在民國七十六年之在家教育措施，雖然顧慮到許多重度與多重障礙學生的受教權，但並沒有提供專業團隊的服務（鈕文英，民 87）。

國內的特殊教育相關法令，首次出現「團隊合作」一詞是在民國八十三年之兒童福利法施行細則第十二條之內容，對早期療育服務的界定，係指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作的方式，依發展遲緩之特殊兒童之個別需求，提供必要的服務。於民國八十六年之特殊教育法、八十七年之特殊教育法施行細則之內容中，說明對

於特殊學生的鑑定安置與教育事項應以綜合服務及團隊方式辦理。爾後，於八十七年之身心障礙者保護法施行細則中，針對身心障礙者之生涯轉銜計畫，明文以結合社會福利、教育、衛生及勞工等專業人員以團隊方式訂定其內容。教育部於民國八十八年繼而頒布特殊教育相關專業人員及助理人員遴用辦法，以及身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法，其中對特殊教育相關專業人員之界定、任用與職責，以及專業團隊的界定、設置與合作方式等有宣示性的原則說明。

國內特殊教育以個案方式出現團隊合作的作法，有民國五十一年台北市中山國小的啟智班，首度以專業整合的方式設立實驗班，雖然實驗成效卓著，但是其後並沒有繼續推展（陳榮華，民 78）；民國六十八年期間，台北市教育局選定兩所學校普通班內學習障礙的孩子，以感覺統合的架構提供直接及間接治療，進行兩年便中斷了；在早期療育方面，民國 81 年賴慧貞等人，開始在省立豐原醫院復健科與台中啟智協會開辦的兒童發展中心合作，對學齡前發展障礙兒童提供復健治療與特殊教育的專業團隊服務（鈕文英，民 87）；民國 83 年台南新樓醫院在廖璽璜醫師多方努力下成立幼幼發展中心，結合小兒神經、臨床心理、物理治療、職能治療與特殊教育等類科，以專業團隊的方式提供高危險群嬰幼兒復健、兒童發展、特殊教育的評估與訓練

之早期療育計畫（趙可屏，民 86）。

民國八十四年由花蓮縣智障福利協進會與慈濟醫院合作，由郭煌宗醫師主持「發展遲緩兒童多專業個別化的早期療育計畫」，結合神經科、放射科、骨科、耳鼻喉科、眼科、小兒科與精神科各科醫師與物理治療、職能治療、語言治療、特殊教育、社工與臨床心理等各專業人員，為個案提供醫療、復健、特殊教育、社工、與臨床心理等專業整合服務（郭煌宗，民 85）。

民國八十四年台北市教育局為協助啟智班教師改善智障兒童語言的問題，聘請兼職語言治療師分區到台北市國小啟智班提供語言治療巡迴輔導（特教新知，民 84），並於八十五年在市立師院特教中心召開會議，邀請所有市立醫院 以及台大、榮總、三總等醫院復健科，相關人員一同討論在家教育學生的復健事宜（羅鈞令，民 88）。直至八十六、七年間，台北市教育局始以制度化的方式規劃與推展相關專業整合。今將台北市自八十三學年度至九十二學年度之相關專業團隊服務發展的歷程整理如表 2-1。

表 2-1 臺北市 83-92 學年度身心障礙相關專業服務實施情形

	計劃名稱	實施對象	參與專業	辦理方式
83 學 年 度	尚無特定名稱	國小啟智班學生	語言治療學會	直接到學生就讀學校服務
84 學 年 度	尚無特定名稱	國小啟智班學生、 國中小在家教育學生	語言治療學會、職能治療學會	直接到學生就讀學校或到家服務
85 學 年 度	尚無特定名稱	國中小啟智班學生、 在家教育學生	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會	直接到學生就讀學校或到家服務
86 87 學 年 度	特殊教育相關專業人員（職能、語言、物理治療人員）到校輔導各校應配合事項	學前 國中小啟智班學生、在家教育學生	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會	直接到學生就讀學校或到家服務
88 91 學 年 度	特殊教育相關專業人員（職能、語言、物理治療人員）到校輔導各校應配合事項	學前 國中小各類班別之身心障礙學生、 情緒障礙學生（高中） 備註：語言治療以啟智班學生為主	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會、醫院（精神科醫師 心理治療師） 個管中心（社工師）、第一社會工作室（臨床心理師） 備註：個管中心： 伊甸基金會、智障者家長協會、康復之友協會	直接到學生就讀學校或到家服務
92 學 年 度	特殊教育相關專業人員（職能、語言、物理治療人員）到校輔導各校應配合事項	學前 國中小各類班別之身心障礙學生、 情緒障礙學生（高中） 備註：於 12 個行政區各增設 12 站提供身障資源班學生之語言治療服務	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會、醫院（精神科醫師 心理治療師） 個管中心（社工師）、第一社會工作室（臨床心理師）	直接到學生就讀學校或到家服務

根據表 2-1，將台北市相關專業服務自民國 83-92 學年度之計劃名稱、實施對象、參與專業、辦理方式等之改變歷程歸納如下：

- 一、計劃名稱：83-85 學年度由教育局商請各專業學會入校提供專業服務，至 86 學年度始以簽訂正式合約方式與各專業學會合作。
- 二、實施對象：原先僅提供國小啟智班學生語言治療服務，逐漸擴及學前、國中小之啟智班及在家教育學生。於 88 學年度起，職能、物理治療服務對象擴及普通班之身心障礙學生，並以個案申請方式提供高中情障學生之精神科與心理治療之補助經費。於 92 學年度起，語言治療服務對象遂擴及普通班之身心障礙學生。
- 三、參與專業：例行性進入學校系統服務的專業，由原先單一之語言治療學會，逐漸擴增職能、物理治療學會。至 88 學年度起，學校可依據學生的特殊需求，以個案方式向個管中心申請社工服務、向第一社會工作室申請臨床心理師、以及醫院之精神科醫師、心理治療師之協助。
- 四、辦理方式：自始至終皆以直接到學生就讀學校或到家之方式提供服務。

至於台北縣專業團隊的發展背景，教育部於民國八十三年撥經費至各縣市，做為推動知動教室，鼓勵在家教育學生到醫院做必要的復健治療。民國八十四年開始醫療與教育之整合服務，先是針對在家教育學童，最後便擴及至啟智班與普通班身心障礙學生（廖華芳、李靜芬、陳麗秋，民 86）。民國八十五年，台北縣教育局開始以專案方式辦理（廖華芳等，民 86），對所有相關的人員舉辦研習課程。在實施的過程中，結合職能治療學會、語言治療學會，嘗試專業間、跨專業以及多專業的合作方式。於八十六學年度，推展以教師為個案管理員或主要誘發者的跨專業模式，由相關專業人員協助老師之 IEP 的擬定與執行。表 2-2 乃參考「早期療育學校系統相關專業服務研討會」（行政院衛生署，民 90）與台北縣教育局的資料，將台北縣自八十四學年度至九十一學年度，相關專業團隊服務發展的歷程歸納整理。

表 2-2 臺北縣 84-91 學年度身心障礙相關專業服務實施情形

	計劃名稱	實施對象	參與專業	辦理方式
84 學 年 度	國民教育階段在家教育— 醫療鑑定、功能普查暨物理 治療計劃	在家教育學童	物理治療	1.分五區進行鑑定 評估 與治療（全面評估） 2.第二次居家訪查評估 3.持續七個月的治療
85 學 年 度	身心障礙學童醫療鑑定及物 理治療、職能治療研究計劃	在家教育學生優先，普 通班身心障礙學生有醫 療復健需求者、啟智班 學生	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會、 特教輔導團	定點提供服務
86 學 年 度	在學身心障礙學童專業整合 研究計劃	身心障礙學童	復健科醫師、 物理治療、 職能治療、 語言治療	定點提供服務
87 學 年 度	身心障礙學生專業團隊治療 服務計劃	身心障礙學生	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會	到府或到承辦學校定點 服務
88 學 年 度	身心障礙學生專業團隊治療 服務計劃	學前、國中小（含完全 中學國中部）經鑑輔會 議決或教學醫院診斷證 明，建議接受治療服務	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會、 屏東勝利之家	到府或到承辦學校定點 服務
89 學 年 度	身心障礙學生特殊教育相關 專業服務實施計劃	學前、國中小（含完全 中學國中部）經治療師 評估建議（不需醫院診 斷證明）	物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會、 屏東勝利之家	直接到學生就讀學校或 到家服務
90 學 年 度	身心障礙學生特殊教育相關 專業服務實施計劃	公私立幼稚園、國民中 小學、完全中學、縣立 高中具有相關專業服務 需求之身心障礙學生	特教中心、 物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會	至身心障礙學生就讀學 校或家中（限在家教育學 生）提供專業服務
91 學 年 度	身心障礙學生特殊教育相關 專業服務實施計劃	公私立幼稚園、國民中 小學、縣立高中具有相 關專業服務需求之身心 障礙學生	特教中心、 物理治療學會、 職能治療學會、 聽語學會	至身心障礙學生就讀學 校或家中（限在家教育學 生）提供專業服務

根據表 2-2，將自民國 84-91 學年度之計劃名稱、實施對象、參與專業、辦理方式等之改變歷程歸納如下：

1. 專業團隊服務型態在這一兩年來逐漸轉變為以學校教育系統為主，而醫療系統為支援角色的功能。
2. 服務對象：就服務類別而言，從在家教育學生、啟智班學生擴及至普通班中具有專業服務需求者；服務年齡層也向下延伸至學前階段，向上擴及至高中階段具特殊需求學生。
3. 參與的專業類別：由物理治療一類擴及至職能、聽語等三類；在 90 學年度則另外加上特教中心的教育專業。
4. 實施方式：從定點方式，逐漸改為巡迴的服務模式。

由上述內容得知國內專業團隊先見於早期療育與在家教育學童之服務系統，爾後才推行至特殊學校、一般學校的啟智班，與普通班中的身心障礙學童。參與的專業人員也侷限在某些特定類別。而目前國內各縣市之特殊教育專業團隊的實施狀況參差不齊，到目前為止仍有某些縣市政府無相關專業團隊。

第二節 專業團隊的運作

一、專業團隊合作的基本模式

隨著普通學校內重度與多重障礙學生人數增加，與教師專業性的被重視，教師在無法獨立滿足所有學生的需求，但又不影響學校教育品質之狀況下，需要其他專業人力的支援與合作（洪儷瑜，鈕文英，民 86）。參考國外文獻，專業團隊運作模式在國外較常見者主要有三種：第一種是「多專業」團隊運作模式 (multidisciplinary)；第二種是「專業間」團隊運作模式 (interdisciplinary)；第三種是「跨專業」團隊運作模式 (transdisciplinary) 於此將各種模式的特色詳述如下：

「多專業」團隊是最傳統的運作模式，其主要源於醫療系統之服務方式。每個專業人員基於其專業領域各自針對學生需求，進行評估、擬定介入計劃、執行方案、評估學生的進步與表現 (Campbell, 1987 ; Orelove & Sobsey, 1991)。該模式沒有一個針對學生的首要需求分配資源之主要負責人，或是處理多種專業服務之資源重疊問題 (McCormick & Goldman, 1979)。此模式的優點是由許多專業提供學生專業性的知識與技能 (Westling, D.L., & Fox,

L., 1995); 而其主要缺點 (Orellove, E. P. & Sobsey, D., 1991), 一者, 評量不夠充分, 由於重度與多重障礙學生的問題比較複雜, 單以一種專業人員的專長較難評估到其他的專業領域, 又各專業人員各自對學生需求所提出的建議常發生意見相左的情形 (Hart, 1977); 二者, 教育計劃的擬定與執行上的困難 (Perterson, 1980), 因為來自不同專家的建議眾多而常有互相衝突的時候, 以致在執行上易遇到很大的困難。而其『抽離式』的治療方式, 乃違背了生態融合的理念。再者, 為了尋求各種相關專業人員的幫助, 家長不僅要辛苦奔波各地, 對於各個專業人員的指示, 往往也無法融會貫通與吸收利用, 故此種模式的整合層次最低 (洪儷瑜、鈕文英, 民 86)。

「專業間」團隊運作模式：該模式是由一群專業人員組成, 團隊成員透過互動與溝通交流資訊 (Garland, McGonigel, Frank, & Buck, 1989)。學生教育計劃的決定是透過團隊成員達到共識, 但仍由各專業各自負責評量與執行 (Hart, 1977; McCormick & Goldman, 1979)。該模式的主要特色是團隊成員在團隊會議時相互分享資訊 (Cambell, 1987; Orellove & Sobsey, 1991)。此模式仍偏向醫療、缺陷治療導向, 並且容易發生團隊成員之間的競爭, 造成重度障礙學生去學校的主要目的是為了接受治療, 而非以治療支持學校教育

方案的誤解 (Giangreco et al., 1989)。此種服務乃是由治療師直接提供，治療師對其他成員並不扮演諮詢的角色，專業間各自獨立且抽離式的服務方式也將產生類化、遷移的問題，專業人員無法在學生的自然情境中共同合作，而學生練習的機會有限，也減少了其參與正常活動的機會 (Albano, Cox, York, & York, 1981; Giangreco, 1986; Giangreco et al., 1989; Sternat et al., 1977; York, Rainforth & Giangreco, 1990)。

「跨專業」團隊運作模式：此模式是專業之間彼此以合作方式提供服務，由其中一個專業人員統整協調並執行各專業的建議，教師往往是提供直接服務的角色，其他相關專業人員則是扮演提供教師諮詢或支援的角色，此種模式為小組成員最高的互動層次 (洪儷瑜，鈕文英，民 86) 各個團隊成員必須在團隊中承擔某種角色與責任，例如，參與做決定、分享知識與技能、支持其他團隊成員的貢獻、持續學習更多有效促進學生學習的方法 (Rainforth et al., 1992)，而團隊成員也必須清楚其他成員的角色。該模式將相關服務融入於教室或課程中，學生有機會在自然情境中練習相關技能，各專業介入目的在於支持或協助學生能獲益於其所處之教育情境 (Gallivan-Fenlon, A., 1994) Gallivan-Fenlon 認為跨專業的團隊模式在初步實施上會

有些困難，專業人員已習慣於另外兩種模式乃其原因之一（West, J.F., & Cannon, G.S., 1988）。

團隊運作的模式乃決定其運作之效能，表 2-3 比較有效與無效團隊的特徵。有效團隊強調每個成員的參與，並透過平等式的互動歷程與雙向溝通，達成共享的目標；而無效團隊之成員的參與度極少且不平等，其單向、服從式的溝通歷程，缺乏共享的目標與對工作任務之使命。

表 2-3 有效與無效團隊的特徵

有效團隊	無效團隊
結合一群人共同參與問題解決的歷程，以達到一個共享的目標。	1. 目標不清楚。 2. 成員未做好準備。 3. 差勁的領導。 4. 缺乏對該工作任務的使命。
參與權與領導權均分於各個成員。 透過合作的方式來決定目標，以符合個案或團體的需求。 以能力與資訊來決定影響力與權力。 雙向溝通。 作決定的歷程與情境相符，並達成共識。 容許衝突的發生並且能加以解決。	不平等的參與，領導人以權威的方式指派工作。 成員接受一個命令式的目標。 由地位來決定影響力。 強調服從權威。 單向式溝通，忽略情感層面。 成員參與度極少，依據權威來作決定。 忽略、逃避、與拒絕衝突。

資料來源：Thomas, C. C., Correa, V. I., & Morsink, C. V. (1995). Interactive teaming: Consultation and collaboration in special programs (2nd ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. p94.

團隊的組織模式影響了團隊的功能。然而，沒有一種團隊組織是適用於所有的情境 (Rainthforth, B., York, J., & Macdonald, C., 1992), 應依據學生的需求與情境特性來決定採用的團隊模式。Rainthforth 等人認為團隊組織的改變核心在於『人們的改變』, 若人們重視它, 便會樂於對其投注心力與接受此一改變所帶來的冒險, 彼此之間會互相尊重與信任, 也會珍惜伙伴之間的關係。許多學者建議可透過工作坊的方式學習團隊合作的技能。而在許多的實徵研究中也證明了專業合作的效果, 參與團隊的成員對此覺得滿意, 學生也從中獲得較大的益處 (Rainthforth, B., York, J., 1997)。

二、專業團隊提供服務的方式

在學校教育系統中, 為滿足特殊學生多元的需求, 而需以團隊合作的方式提供服務。Lois 和 Kay (1991) 認為學校內有必要提供一系列的服務模式 (full array of service), 此一系列的服務模式包括 (1) 直接服務; (2) 諮詢服務; (3) 協同教學等, 在學校中必須隨時存在這些不同的服務方式。林韋宏、張哲豪於民國八十四年

間，針對台灣職能治療介入特殊學校與機構情形進行調查，研究結果發現台灣目前提供職能治療服務的模式有直接服務、監督、諮詢等三種。廖華芳指出，專業人員於早療或教育系統之介入，分直接、間接與諮詢三種方式（廖華芳，民 87），表 2-4 為物理治療師介入教育系統之範例（廖華芳，民 87）。

表 2-4 物理治療師介入教育系統之服務方式

	直接治療	間接/整合治療	諮詢服務
治療師主要接觸者	學童	學童、老師、父母、助手	學童、老師、父母、助手
服務場所	需特別儀器、常需離開教室	教室、自然環境或治療室	教室或自然環境
介入方法	教育相關之功能活動、特別治療技巧、新的動作技巧之訓練	教育相關活動、擺位、強調日常生活中所需新技巧之練習	教育將關活動、擺位、輔具諮詢、強調在學習環境中之調整及技巧之類化
實際服務時間	規則性，一般每週一次	規則性，次數依需要而定	間歇性，視老師與學童之需要
活動執行者	物理治療師	物理治療師、物理治療生、老師、職能治療師	職能治療師、老師、家長、治療生
IEP 目標	著重與教育需求有關之治療計劃目標	著重教育計劃之需求目標	著重教育計劃之需求目標

資料來源：廖華芳（民 87）：發展遲緩兒童早期療育專業團隊合作模式。中華物理治療誌，第 23 卷 第二期，136 頁。

「合作諮詢」(Collaborative Consultation) 是特殊教育中專業團隊提供服務的模式之一。Idol、Nevin 和 Paolucci-Whitcomb (1993) 將其定義為來自不同專業的一群人，共同界定問題，並產生一個有創意的問題解決方式之互動式過程 (Idol, Nevin & Paolucci-Whitcomb, 1993)，其關係如圖 2-1。

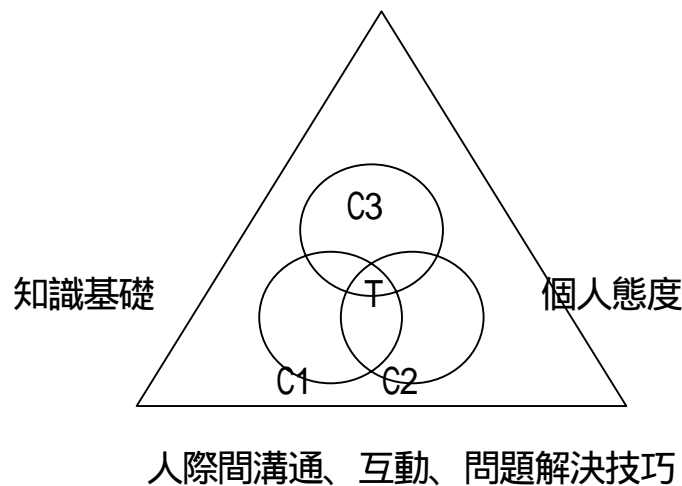


圖 2-1 合作諮詢：以學校為基礎之互動式團隊歷程。

引自 Idol, L., Nevin, A & Paolucci-Whitcomb, P (1993) .
Collaborative consultation (2nd ed.).p2

有效的「合作諮詢」包括了科學與藝術兩個層面，Idol 認為所有的團隊成員必須精練於以下三個領域：(1) 適當的知識基礎 (2) 人際之間溝通的、互動的、問題解決的技巧 (3) 個人本身的態度等。而「合作諮詢」的過程，包括以下幾個階段：

階段 1：建立團隊目標：需先建立成員間非正式的關係，以及各自的角色與職責，然後聚焦於團隊要達到的目標。

階段 2：界定問題：成員彼此清楚界定問題，並達到共識。

階段 3：建議介入的策略與方式，並排列其優先順序。

階段 4：執行建議之介入策略與方式：團隊成員針對解決問題的方法，產生實施的計劃。

階段 5：評估：團隊成員共同發展出一套檢核該計劃效能之評估機制。

階段 6：追蹤：用來修正或重新評估問題解決的方式與過程。

在合作的互動過程中，每個團隊成員都有機會擔任專家，同時扮演了資訊與技巧的給予和接收者之雙重角色。所有的團隊成員亦可藉此增進或改善其基礎知識、人際之間的互動與個人態度。

針對「合作諮詢」模式的優點，Idol (1994) 等人也提出了以下幾點：

1. 所有的團隊成員共同分享專業。
2. 團隊成員皆扮演諮詢者的角色。
3. 合作諮詢促使了與其他社區單位和家長的聯繫。
4. 合作諮詢促使了基於學生需求為主的服務，而非考量學生的障礙類別。

5. 合作諮詢是以學習者為中心的團隊合作過程。

綜合以上學者的看法，專業團隊提供服務的模式主要有以下三種：

1. 直接治療模式 (directive therapy)：此乃應用於當特殊的治療假別人之手（例如老師、家長）會影響個案的安全時（莊妙芬，民 85 ）。其依場所可分為抽離式和融合式兩種服務模式（莊妙芬、陳采緹，民 92 ）。
2. 督導模式 (monitoring)：此乃團隊成員經由角色釋放的歷程，由專業人員設計治療計劃，交由特教老師、教師助理或其他團隊的相關專業人員執行（莊妙芬、陳采緹，民 92；Hall, Robertson & Tunner, 1992；Johnson, 1996；Nesbit, 1993；Westling & Fox, 2000 ）。
3. 諮詢模式 (consultation)：常見有「專家諮詢」與「合作諮詢」兩種。被諮詢者和諮詢者的角色並非固定不變，而是因狀況不同而可互換（王志全，民 91 ）。

國際知名教育系統物理治療專家指出，教育系統治療師若多採用間接與諮詢的服務模式，並增加與特殊教育教師和其他相關專業人員共同處理學生問題的時間，較能有效提昇就學輔導的專業服務效率。

(王雅瑜等人, 民 90)。而國內特殊教育專業團隊的發展現今尚處萌芽階段, 不論在人力上或是知識、技術、行政體系等各方面的健全與否, 都會影響專業團隊傳輸服務的模式。然而專業團隊合作應作長期性、漸進性推動, 使其發展能逐漸邁向成熟。既然以團隊型態的服務模式是未來特殊教育之發展趨勢, 除了提昇教師與專業人員之間合作的品質, 對於專業人員應如何進入學生學習及生活的情境, 去瞭解學生的問題、解決問題, 則是另一個不可忽略的關鍵。

第三節 合作歷程及教師參與

觀察社會趨勢的發展走向, 可預測未來合作的重要性, 沒有任何單一專業可完全滿足特殊學生的需求 (Cook, L., & Friend, M., 1991)。為結合障礙學生之教育相關服務, 「合作」是個可行的方式, 因此引發了許多研究者探討教師參與合作時所必備之能力。根據 West 和 Cannon (1988) 針對 100 名專業間團隊成員之調查研究結果, 47 項普通與特殊老師必須具備的合作諮詢能力, 可歸納為以下八大領域: (1) 諮詢理論 (2) 諮詢的實務訓練 (3) 個人人格特質 (4) 互動性的溝通 (5) 合作式的問題解決歷程 (6) 整體組織

的改變（7）平等的議題、價值系統（8）諮詢效能的評估。

國外的相關研究，Foley 於 1994 年針對 476 位班上有行為異常學生之特教老師進行調查研究，探討其與其他教師及社區資源服務人員（包括復健師、社工..等相關專業人員）之間合作互動的頻率與合作能力之自我評量。根據該研究結果，發現教師與社區資源服務人員合作頻率較少，其可能原因如下：第一、老師未能發覺社區服務資源的存在；第二、老師與社區資源之間缺乏契約的連結，導致之間沒有對話的空間；第三、老師缺乏尋求社區資源協助過程的相關知識。其中亦發現具有較多經驗的老師，其對教育及專業人員角色責任與社區機構資源服務所具備之知識較多，而參與合作的頻率也較高。因此，Foley 認為應透過職前、在職訓練，加強特教老師運用社區資源的能力，使其具備社區資源運用的知識基礎與熟悉其程序，在師資培育計劃中亦應加入有關教師與專業人員之間合作的課程，以提昇老師合作的能力。Foley 與 Mundschenk 又於 1997 年針對 1000 名中學特教老師，作類似上述之研究，其結果發現特教老師對於社區資源所具備的相關知識非常稀少，導致其與社區專業人員的互動頻率低，也不清楚合作的程序，教師與專業人員之間缺乏共同溝通的語言。該研究所得結果與上述 1994 年之研究相似。由此可知，教師對於資源運用及專

業合作所具備的知識基礎與經驗，皆會影響其實際參與合作的程度。

Karge 等人 (1995) 針對加州中學資源老師進行有關合作方面之研究，發現多數老師對合作模式抱持正向的評價，但老師對行政支援的需求非常明顯。研究結果中，在影響成功合作之重要因素方面，有 91 % 的老師認為老師態度與人格是重要因素，有 84 % 的老師認為行政支援為重要因素。因此，老師建議教育行政當局需提供老師充分的資訊、資源以及在職訓練，同時也需減少因老師態度對合作成效所造成的障礙。而 Idol (1994) 亦發現「態度」是影響合作之重要的因素，可是卻較少被人討論到。

教師在參與專業團隊合作的過程中，將治療融入教學的實際作法，蔡昌原在其「國小啟仁班實施專業團隊服務模式之行動研究」中，採取以老師召集專業人員開會、專業人員了解學校資源、老師協助專業人員進行學生需求評估、輔具的安排、專業人員與老師的小組會議、擬定個別化教育計劃、老師與專業人員共同設計教學活動和參與期末檢討會等七項具體行動，用以解決教學與專業間各自為政的問題。因此，對於教師參與團隊合作的程度，便可檢核其對上述項目之涉入程度。而教師與專業人員之間合作的程度，也視其互動次數與交集的型態而定。

Foley (1994) 認為伴隨「合作」互動歷程的另一個重點---教師專業準備度，即：1. 相關知識基礎與人際溝通技能 2. 教師職前訓練（包括參與合作活動的能力訓練）3. 與合作模式相關的團體成長活動等，此皆影響教師的合作能力。他亦認為教師的合作能力，與其專業經驗及在職進修層次有關。老師若是具有充分的知識基礎，就能較有自信與其他專業成員分享知識技能。

教師參與團隊過程所遇到的困難，影響了其參與的意願和程度。根據廖華芳（民 86）於台北縣身心障礙學童專業整合介入計劃研究結果，大部分老師覺得跨專業的合作模式額外增加其行政負擔，而老師與其他專業人員之間是否建立共識便影響了整個服務的推動。在蔡昌原的研究結果中之「治療融入教學」的部分，學校老師認為在實際執行面上，有溝通及協調的問題需要解決，雙方必須配合「時間」和「彼此的信任」。

Effgen 等 (1994) 針對美國 155 位教育系統之物理治療師進行調查研究，發現大多數物理治療師認為在團隊互動方面，實際服務情形較理想服務狀況差，主要的差距是出現在專業間知識分享與訓練、專業間合作擬定 IEP、定期會議與溝通機制，Effgen 認為治療師在校時間有限與行政單位的支持不足為其主要原因。

王淑仙實際觀察國內目前之專業團隊合作的情況，發現也只達到所謂的「多專業合作模式」，各個專業人員各作各的，彼此之間並無交流，專業人員進入學校體系中卻不跟特教老師溝通，而教師與家長是最了解學生的兩個角色，卻最屏除於專業團隊之外（王淑仙，民 92）。

黃俐貞於台北市教育局九十一年舉辦之實務研討會中，提及特教老師是擔任治療計劃延續最適當的橋樑。在台北市每學年學期初行文至各校的公文中之各校配合事項，亦規定當各專業人員到校輔導時，特教班老師應在場共同了解專業人員輔導重點與教師應配合事項，必要時，應邀請家長到校接受諮詢服務；另外，老師應依據相關專業人員之建議，擬定與修正學生之 IEP，並邀請相關專業人員參與學生之 IEP 會議。

羅鈞令在民國 88 年間，針對台北市專業團隊的運作現況，與團隊合作相關之建議，第一是聯繫方面，亦即治療師、特教老師、教育局行政人員、學校輔導主任、組長之間的聯繫溝通問題；第二是相關專業人員之間的溝通，包括特教老師和治療師之間，需要很多接觸和討論時間，透過雙向溝通才能建立一個好的、互相信任的關係，也才能有好的合作；第三是專業訓練課程的必要。

王雅瑜等人針對台灣地區八十九學年度身心障礙學生之物理治療專業服務現況之調查，其結果顯示只有少數兼任物理治療師參與學生個別化教育計劃會議，特教老師或學校行政人員對物理治療的專業服務只定位於醫療服務模式，而不能接受物理治療師進入上課教室協助特教老師與提供專業諮詢服務。若要達成理想的特殊教育相關專業服務介入，物理治療師應了解特殊教育基本精神、理念與運作方式；特殊教育教師也需認識物理治療之專業，並了解治療師在教育系統的定位；兩方專業必須建立雙向溝通及相互認知與學習的管道，加速認識彼此的專業角色與服務內容是刻不容緩的工作（王雅瑜等人，民90）。

台北市教育局每年提供業務經費協助各專業團體舉辦個案討論與特殊教育講習，此舉有助於治療師之工作經驗成長，提昇專業治療師的服務品質。然而，台北市教育局又於九十一年十一月以實務研討會的方式，邀請相關專業人員、專家學者、各級學校老師與教育行政人員代表，共同協調整合相關服務資源，並進行專業之間直接的對話，藉此釐清各專業間的角色與誤解。研討會中提到目前專業團隊運作的限制如下：

1. 缺乏充分支援：

- (1) 人：專業人員缺乏、教師專業受限、人力不足、學生或家長之配合度。
- (2) 事：行政聯繫配合（課程、經費）。
- (3) 時：時間安排、頻率。
- (4) 地：在校訓練場地。
- (5) 物：家長經濟狀況、輔具使用問題、設備有限。

2. 缺乏良好模式：

- (1) 素養：加強教育相關知能、專業合作概念。
- (2) 共識：如何合作、目標及角色為何等。
- (3) 目標：共同分享目標、參與部分工作、為決策及執行結果負責、共同分享資源。
- (4) 模式：有效的溝通、減少專業用語、提昇對彼此的了解。

語言治療師在會中對於團隊運作亦提出許多相關問題，例如：1. 專業人員入校時間太少，人力不足，與老師討論的時間不多；2. 因受

限於時間，未能參與 IEP 會議；3. 行政與經費的支持有限，治療師參與的動機低，特教組長的更換率太高；4. 治療師定位不明；5. 督導制度難周全；6. 專業未整合，教師或學校行政人員將醫療人員入校服務只定位於醫療模式，而不能接受治療師入教室提供諮詢服務。

物理治療組的專業人員亦建議教育局增強規劃老師對專業部份認知的研習，協助老師了解各專業之間的分工，並期望教育局能同意治療師將參與 IEP 的時數包含在到校服務時數內。

王志全參考相關學者的看法以及其本身經驗，提出對專業團隊運作時可能面臨的困境（王志全，民 92），今將其看法整理如下：

1. 專業團隊成員的立足點不同：在分工合作上的權利義務不均等。
2. 專業團隊間成員的結構與權力：專業人員在校法律位階不同，且各有其專業，雖強調合作，但仍不隸屬，影響共同討論方案的執行效能。
3. 對於彼此的刻板印象：對不同專業的觀點、角色、人格特質等之認知地圖，常造成不同專業之間的溝通困難。
4. 工作項目的優先順序不同：專業人員不同的背景使得其對工作項目的優先順序有不同之認定標準。

5. 缺乏專業間的共同訓練：專業人員未具足夠的專業素養以應付工作的需要。

6. 專業間使用專業用語上的差異：各專業人員對其專業術語的使用造成彼此溝通的阻礙。

台北縣教育局於九十二年四、五月間，為協助特殊教育教師建立專業團隊合作方式及相關知能，以提昇相關專業服務的成效，於各行政區分別舉辦相關專業服務知能研習，並且明文規定每校務必指派特教老師參加，共同研討物理、職能、語言治療之專業間合作方式，以及教師與專業人員合作方式的討論與分享，藉此保障專業團隊服務的品質。由此可見台北縣教育局對專業團隊運作品質的重視程度。

曾進興（民 88）認為專業團隊的產生，應把握資源整合、經驗分享；多元發展、因地制宜；試驗性質、績效評估；社區本位、融入課程；協調合作、平等共濟等之原則，才能嘉惠身心障礙兒童。由此可知，團隊成員之間的合作，應避免本位心態，至於合作的模式，需因各地各校的資源與學生的需求作彈性的調整。

Thomas 認為阻礙團隊互動的因素包括角色認知、溝通技巧與領導方面的問題，且未同時考量文化與家庭因素。他亦認為團隊成員之人格特質、態度、經驗、支持性與情境因素等皆會影響溝通過程。從

老師的角度來說，若要達成有效的合作，需要具備的能力包括有效的溝通能力、專業的角色與責任（張蓓莉，民 88）。

Pamela 等人（1997）認為老師具備溝通與分享專業的知識和技巧是有效合作的條件，而老師在專業合作中既然扮演重要的角色，師資培育機構則必需提供老師在合作方面的訓練課程。Pamela 亦認為所有的老師皆需具備合作的技巧、態度與經驗，並從中體會合作對自己與學生的益處。因此，合作的知識、技巧、態度和策略等主題必需包含在合作的理論與實務課程中。

總之，不同專業之間都各有其規範、文化、角色、任務、專長與不同的訓練背景，彼此之間要達成良好的合作狀態必得先突破本位主義的藩籬，勇於嘗試，突破學科的界線。對於合作的理念與方式也需要透過職前或在職訓練的方式加強，各專業也需要時間來發展成團隊組織（Bailey, 1984），以便讓團隊成員彼此之間能共同參與決定與分享經驗，同時獲得自身專業的成長。

隨著特殊教育服務型態的轉變，在學校系統的專業團隊運作中，教師已經不再是以往單純的教學者，而是整體資源服務的統整者。依據 Rainforth 等人（1992）的說法，以參與程度的標準，教師應屬於其所界定之核心成員。因此，教師對於自我角色轉變的覺知與參與團

隊合作程度，乃是影響團隊服務效能的重要一環。

團隊合作的方式決定了教師參與的程度。在學校系統中，教師往往扮演提供直接服務的角色，其他相關專業人員則為提供教師諮詢或支援的角色。廖華芳（民 86）於台北縣身心障礙學童專業整合介入計劃研究報告中，針對此點提出以下建議：「專業團隊整合在教育系統裡面，應該是以教師為中心，因為老師是主要負責學生教育活動，因此其他相關專業人員的介入應以老師的需求為主要對象」。在顏秀雯之「以教師為個案管理員的專業團隊運作」研究中，發現以治療師為主導的合作方式，使得教師參與成效不如預期，無法達到協助老師解決學生問題，以致治療和教學無法緊密結合。除此之外，教師自我的專業自信心、角色釋放、對其他專業的了解與認同、專業間的彼此信任、平等關係之建立與維持、對彼此期待的了解等，皆為影響教師參與團隊合作的因素。

教師是學校中與學生接觸最頻繁的人，對於專業團隊合作應主動參與並積極投入。教育行政當局似應健全推展專業團隊服務之週邊支援系統，並加強教師之先備技能，使其具有團隊合作的理念，方能激發並維持教師參與團隊合作的動機。