

## 台灣地區職能治療於學校系統服務分享

李慶家

築夢職治資深職能治療師 · 屏東縣/台南市特殊教育專業團隊 職能治療師

台灣職能治療之發展，源於 1945 年，由精神療養院開始，如：省立錫口療養院和仁濟醫院，已有職能治療之雛形。民國 1956 年，台大醫院神經精神科開始指導病患手工藝和團康活動，成立「作業治療部」。而後多家學校正式設立職能治療系，更多醫療院所設立職能治療部門

原職能治療即粗分為生理、小兒、精神三大領域，其原本精神為全人觀點於社區之角色受限台灣地區當下時空背景，無法充分發展與發揮，爾後台灣特殊教育與社會福利/服務專業開始發展，社區中職能治療專業需求開始浮現，始有專業人員由各次專業領域進入非醫事機構服務，1995 年專業人員開始進入學校系統服務。

隨時代變遷，特殊教育從回歸主流走到融合教育，教育零拒絕政策推行下，更多特殊需求學生要求進入一般學校教育環境中接受融合教育，此趨勢下，為使特殊需求學生得到最適切的教育協助，學校系統中增加了許多相關專業人員資源，包含：教師助理員、社工、醫師、治療師等專業人員諮詢或服務，校外資源也像是雨後春筍般地冒出，包含了家長團體、機構、協會等支持，融入不同專業協助，特殊需求學生即使在學校環境中，有機會提供相關的評估及專業服務。相關法令也逐一訂定美國最早提及專業團隊服務的「94-142 公法」，台灣地區專業人員依據有關的「特殊教育法」、「特殊教育法施行細則」、「特殊教育學校設立變更停辦合併及人員編制標準」、「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」...等，為了幫助特殊需求學生在學校可得到多元且合適的教育服務而訂定的相關法規。其沿革也變得複雜。

1970 年代，美國初次提及專業團隊服務至今，相關法令規定，需依學生需求給予適切服務，團隊合作、專業整合變得極重要，整合資源提供服務達最大化效益，保障特殊需求學生受教權為首要考量，透過不同專業人員合作，借整合不同專業意見，討論出如何給予學生最適切服務，然相關規定隨著時代進步，專業分工細緻化，現階段的服務情形、相關人員參與程度等是否符合法令規範要求？規範中有哪些難以達成的目標？是否會因此影響服務的提供？都是值得深思的部分。

各個縣市或是在不同特殊教育類型中相關專業服務的運作情形均不相同；針對特殊教育相關專業人員全面性、系統化的探討仍然十分缺乏，故優先就有同質性的專業發展方面做為論述，並配合實務現況。

1995 年，最早進入學校系統的語言治療師，國小啟智班提供巡回輔導(羅鈞令、楊國德，1999)。1997 年特殊教育修法，將專業團隊納入條文，續增加職能治療師、臨床心理師、物理治療師、聽力師...等專業人員入校提供協助。隨後學校協助學生提出相關專業服務申請方式，相關專業人員聘雇的規則有所調整，近年來最大變化出現在人員的聘雇方式上，早期由教育局/處與醫院或專業學會合作，改為統一簽約聘雇相關專業人員到校服務(朱尹安，2011)。台北 101 學年度部分縣市調整為學校自行尋覓治療師簽約，試行一年後修正為學校端提供合作治療師名單，由聽障教育資源中心和視障教育資源中心協助簽約；無論制度如何調整，要尋覓到適合且有意願協助之相關專業人員，一直是困擾學校行政人員的難題(李靜宜，2012；楊俊威，2003；謝文文，2008)。治療師溝通或合作達成共識提供最適切之服務是最終努力方向。

### 學校系統專業服務：

各縣市服務現況大致上由影響因素來區分：於地方行政方面來看，各縣市特殊教育專業團隊服務實施辦法與各縣市專聘人力均不相同；治療師組成可略分為專職社區、兼職社區、醫療院所兼職、無經驗與研究生兼職。這兩大因素大大影響職能治療專業於學校系統的服務。

以下就服務階段逐層論述：

#### 一、事前預備：

治療師應具有證照及修習特教三學分，最好能有臨床經驗尤其小兒/生理領域，具輔具領域尤佳。由於養成教育越來越少提到特教/社福/早療，此部分與新高教師多國外學習缺乏台灣地區臨床經驗有關。早年職能治療需要修社工或教育學分，故資深治療師僅需更新部分專知就能接軌。

#### 二、應徵各縣市專業團隊：

各縣市應募方式不同，需先依規定參加並參與行前訓練以具備基本知識。

#### 三、派案：

於學期初等待派案前可預先與合作學校商討該學期服務方式。派案後立即與學校商討服

務時段。

#### 四、聯繫學校：

聯繫學校階段變數甚多，每個學齡段學生在校時間不同，學校能允許治療師到校時段限制也不相同。聯繫階段應發揮職能治療晤談技巧取得更多學生需求訊息。如基本資料/健康歷史/求學歷史/家長學校老師學生需求...等，設法與學校達成服務時段共識與空間設備共識。例如：在學校涼亭服務體弱肢障學生十分不妥，環境不安全加上氣溫因素。這些都需要透過事先聯繫來處遇。另須注意業務承辦老師與學生主責老師不一定相同都需要聯繫溝通瞭解。

#### 五、網路系統排課：

治療師應具備良好電腦技能，完成排課與相關網路行政，店排課系統可以避免時段衝突。也可以預先確認服務對象最低限度資訊。

#### 六、實際到校服務：

治療師除專業能力外需具備交通車輛操作能力，由於學校分布廣闊故需要長距離移動，每天幾百公里十分正常。到校服務前應先聯繫學校主責老師，確認服務細節，依據討論服務可分為下列形式：

##### 甲、融合式入班服務(間接混和直接服務)：

該模式符合融合教育理念(治療師應先修習)治療師進入服務對象班級，觀察案主實際生活學習，找出需要協助的關鍵點，建議最佳為融入日常生活與學習中。以學前為例：學生有握筆困難實際觀察為精細動作遲緩，再觀察班級教室空間設備同儕，經與班級老師溝通，詢問案主意願後。建議增加建構式積木、磁沙畫版...類別教具操作機率：修正作業為範圍內塗刷；居家建議則須與家長討論減少 3C 使用時長，增加具體操作例如：拔草、檢石頭...等適齡適性活動，且需符合案主意願。如此才符合 CRC/CRPD。其中同時須與班級導師/偕同教師/實習教師/助理員/行政人員(含廚工)...建立關係，以利建議之採納落實執行。國小段類似但分為集中式特教班、資源班、普通班。其融合式介入主軸相同但有高度區分。

##### I. 集中式特教班：

班級通常具備原班抽離空間，部分障別程度學生往往原班抽離(教育評估需求)若要融合服務治療師須具備高度特教行政知能。例如：特教老師請治療師協助肌肉萎縮個案建立溝通輔具使用技能以參與課程，治療師需分析個案坐姿穩定/輔具擺位/手部動作/頭部控制/眼部控制/認知狀態...等，實地於課堂協助(注意應符

合特師教室經營管理原則)於課堂上與個案合作尋求合宜方式，於課間休息時段提供特師建議並討論(應邀請個案參與)隨課堂服務是必備技能，如直排輪課程能提供肢體動作/感覺統合評估的自然環境。若有需求應邀請其他專業參與如語言治療師。

## II. 資源班：資源班的融合服務有兩形式

### (1) 資源班融合入班：

較容易執行服務對象主要是案主與特師。案主於資源班抽離加強科目通常是案主需要加強的部分，與特師協同上課討論有助於學生學習的改善，治療師可參與課程的教學觀察案主需要協助的部分。舉例：國語文常發現案主有文字學習障礙、視知覺異常；數學常發現學生有數量/數列/數理...的認知異常，給予適當訓練或是教學調整可以幫助案主學習。部分可能要結合醫療資源並請老師改變教學方式(代替)

### (2) 原班級融合入班：

阻力較大難度較高，主要是普教教師不一定具備特教知能且為大班型教學難以個別化調整，治療師入班要與多位教師建立關係且須與約 40 位學生建立關係，入班要不干擾教學實有困難。若能入班對普教教師與案主教容易支援，但為數更多的普教學生...若要普班入班或許需要更多資源才能好好執行。普班入班能獲取自然情境/學生團體動力...等資訊，但礙於法規，若入普班極容易抵觸法規。

## III. 普通班：

部分案主未接受特教服務但有需求，由於安置於普班論述同上，唯入班可能導致案主被標籤化，不可不慎。

### 乙、原班融合抽離：

常見於集中式特教班地墊區塊，適合多數特教班案主，由於可配搭特教班行政，故可視為自然情境，環境也是個案主要生活情境，唯執行認知評估不易發現潛力(環境干擾)，優點是可以快速溝通，例如：檢視輔具發現壓痕、輔具需要調整、專業角色釋放。例如：職能治療師請教為何這個孩子站立架調整過了，為何不能好好站著上課？常常檢視發現，其他治療師使用醫療本位，調整帶有拉筋、耐力訓練...等不符合特教需求的調整。特師考量學生觀課需求，為了案主能好好上課，職能師採取舒適擺位(不違反學理原則)，同時徵得案主同意。特師往往回答：職能治療師她現在可以好好站著上課參與課程，使用站立架不再哭泣!(這是學校是學習的地方)職能治療師仍建議有復健需求請到醫事單位。

丙、直接抽離：

不論班別，直接抽離到學校任一處所(如涼亭?)此時事先協調十分重要，若未能取得良好場所往往發生...在大演講廳服務肢障輪椅生、在操場大太陽服務法洛氏/裘馨氏個案、且無任何協助無任何教具資源，即便自備沒有桌子...在有協商裝太多數能暫用空教室，但未必能取得空調。須注意學生身體狀況。優勢是能專注執行教育評估，弱勢是難以瞭解學生自然情境。

丁、入班觀察結合抽離：

不論班型自然隨班觀察，需要時抽離確認，為與學校熟悉或學校彈性較佳時的良好執行方式。能充分發揮職能治療專業長處。如:帶學生全校移動確認生活自理參與有無限制，對學校提出無障礙改善建議，建議調整學生課室集中於低樓層或無障礙設施旁。

戊、傳統復健模式：

餵!治療師自己去帶學生!幫學生做復健!部分案主服務需求在學校系統早期的確是有復健服務，但時代轉變仍有部分學校仍是這個需求。此模式缺點明顯，由於時數稀少又缺乏專業設備環境，雖職能治療師善於就地取材，多數案主每學期只剩一小時，服務上仍建議復健治療應到醫療單位。

己、運動健身模式：

部分專業人員強調身體強健最重要，全數抽離走操場。或是對牆壁丟球，時有所聞。唯學生學校生活不只體育課，此作法專業上不建議。

## 七、服務結束行政：

台灣地區特教服務行政表單繁復，積極填寫每個個案約需 6 小時，單服務鐘點平均 1 小時(2023 最新為 0.5 小時)治療師具備快打能力也是必備。服務完成需填寫:學生評估、學生結評、上課紀錄、滿意度...等。

## 八、義務服務：

部分積極學校會在鐘點內召開 IEP 會議，事先的溝通理解學生是必要的，最佳方式是無償義務到校評估學生，才能提出具體建議。少數學校要求鐘點外無償參與，往往缺乏治療師參與。積極特師會設法與治療師建立聯繫方式諮詢多數也是義務諮詢。因此具備良好晤談技巧是十分重要的。

綜上敘述，職能治療於學校系統(特殊教育學校另述)，若能正確發揮專業，能起到協助教學調整、環境調整、即時協助特師調整維修輔具、參與課程討論、列席個別化教育計劃會議/

特殊個案處遇(研討)、反饋(建議)學校狀態予醫療體系專業人員、提供家長/案主/專業團隊成員專業諮詢...等，期能協助案主學習職能得以正確發揮。瞭解案主需求代為發聲/爭取/溝通，提供專業服務結合教學/特教服務，案主的職能才能正確充分發會，也能體現職能治療的專業價值，不限於醫療單位，而是全人全領域，歡迎加入學校職能專業服務。