

# 教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校

## 115 年度上半年服務實施計畫

### 壹、實施目的

- 一、健全學校三級輔導體制，落實輔導專業，提升學校輔導工作效能。
- 二、強化學校專業輔導工作團隊，提升學校與各領域心理專業人員及資源之合作、連結、整合、支援之機制。
- 三、以生態系統觀對學生、學校提供協助，建立完備的輔導系統以維護、促進學生身心健全發展。

### 貳、實施方式

- 一、由專業人員到校提供轉介學生諮詢及諮商的服務。
- 二、提供基隆區輔導教師與專業輔導人員團體督導、專業研習等活動，以及支援校園危機事件安心服務。

### 參、服務項目

#### 一、辦理基隆區高中職輔導主任聯繫會議

- (一)邀請基隆區駐點學校服務範圍之各校高級中等學校輔導主任，召開一年1~2次聯繫會議，瞭解區內心理衛生服務需求，並彙整各校心理衛生需求做為來年工作計畫參考。

#### 二、心理諮商服務

##### (一)接案心理師：

1. 駐校約聘心理師：基隆商工施怡廷諮商心理師。
2. 駐點專任心理師：基隆高中張智堯諮商心理師。
3. 外聘兼任心理師：各校有特殊需求，可先向本單位提出申請，由各校自覓具心理師證照之人員，或由本中心協助安排。

##### (二)轉介原則：

1. 教育部國教署所轄之基隆區公私立高級中等學校學生，經校內輔導（包含輔導教師及一般教職員工）至少5次以上，仍有困難改善困擾之學生。
2. 校園危機事件及精神病患等特殊狀況，不受至少輔導5次的限制。
3. 經醫師診斷有精神官能症、精神病或腦部心智功能，並建議轉介心理師提供相關服務者，請於轉介單附上醫師診斷證明，並註明醫囑。
4. 申請流程請參考〈心理諮商服務流程圖〉（附件二）。

##### (三)諮商服務模式：

由本單位評估、派遣心理師提供到校諮商服務，每個案一學期可安排8次會談，若有必要，經評估後可延長諮商服務次數，一學期至多延長至16次。

##### (四)結案與追蹤：諮商服務結束後，由接案心理師評估後結案，並請轉介學校之輔導教師協助後續追蹤輔導。

### 三、舉辦輔導教師及輔導相關人員專業研習活動

報名方法：屆時請上教師進修網站報名。

#### (一)在多元裡攜手前行—如何與青少年談性與性別

日期：115/03/11 (三)；時間：09:00-16:00。

講師：林沛辰諮商心理師；參加對象：基隆區高中職輔導教師、專輔人員。

#### (二)輔導教師巴林團體

日期：115/04/23 (四)；時間：13:00-16:00。

講師：黃微媖諮商心理師；參加對象：基隆區高中職輔導教師、專輔人員。

#### (三)過曝世代的情緒、網路與人際關係實務工作坊

日期：115/05/19 (二)；時間：09:00-16:00。

講師：陳品皓臨床心理師；參加對象：基隆區高中職輔導教師、專輔人員。

#### (四)凝視與綻放：透過羊毛刺繡，練習與壓力共處

日期：115/06/11 (四)；時間：09:00-16:00。

講師：岳羚羚諮商心理師；參加對象：基隆區高中職輔導教師、專輔人員。

### 四、心理衛生活動

為完善基隆區高中職輔導網絡，依輔導主任聯繫會議記錄，提供基隆區內學校辦理心理衛生三級預防相關活動費用。

### 五、校園危機事件安心服務

(一)服務對象：基隆區駐點服務範圍之高級中等學校校園危機事件之個案，及受影響之教職員生。

(二)服務類型：由專輔人員到校進行安心班輔、安心團體、減壓會談諮詢，或提供安心文宣。

(三)申請方式：填寫〈校園危機事件安心服務類型申請表〉(附件五)，電郵或傳真至本中心，提出申請。本中心接獲申請後，會致電申請人確認後續。

### 肆、諮詢地點及聯絡方式：

#### 教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校聯絡方式

教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點辦公室

地點：基隆高中群英樓一樓

電話：專線 2457-7771，或校內電話 2458-2052 轉 273

傳真：2458-5998

聯絡人：專案輔導助理 葉冠妙小姐

E-mail：klsh0172@go.edu.tw

### 伍、經費：

由教育部國民及學前教育署委辦 114 年教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校經費辦理。

教育部學生輔導諮詢中心基隆區駐點服務學校

醫師諮詢服務流程圖

申請

- 需申請服務的學生，需經過校方輔導至少五次以上，惟校園危機事件及具精神疾病診斷者，不在此限。
- 確定欲預約日期後，至少在諮詢日的兩週前電話預約，一天至多可服務兩名學生。
- 電話預約後，於諮詢日一週前將〈轉介單〉（附件三）、〈同意書〉（附件四），傳真或電郵寄至本中心。

回覆

- 本中心再接到申請之後，會與醫師確認服務時間，並回覆申請人。
- 請申請人確認學生能在時間內出席。
- 本中心收到轉介資料後，會提供給醫師先行預備。

到校服務

- 請申請人協助諮詢日當天預留車位。
- 請申請人安排合適場地，並於諮詢時間帶領同學至現場，及協助公假登記。
- 請申請人及醫師簽署本中心〈醫師到校服務紀錄表〉。
- 諮詢時間一般為50分鐘，會後有10分鐘，轉介人可與醫師討論學生狀況。

後續

- 醫師會撰寫簡要的諮詢紀錄，再由本中心提供給轉介人參閱留存。
- 請轉介人持續追蹤輔導學生，若有需要可再轉介本中心。

## 教育部學生輔導諮詢中心基隆區駐點服務學校

## 心理諮詢服務流程圖

申請

- 需申請服務的學生，需經過校方輔導至少五次以上，惟校園危機事件及具精神疾病診斷者，不在此限。
- 申請人備妥〈轉介單〉（附件三）、〈同意書〉（附件四）後，傳真或電郵寄至本中心。

回覆

- 本中心確認轉介資料齊備後，方進行派案。
- 由接案專輔人員與轉介人聯繫，並約定到校服務時間。

到校服務

- 請申請人於每次服務時間，安排合適場地，並確認學生能於約定時間出席，及協助學生公假登記。
- 請申請人於每次到校服務時，協助簽署本中心〈專輔人員到校服務紀錄表〉。
- 每學期可提供8次諮詢，視情況，轉介人可與專輔人員討論，由專輔人員向本中心申請次數延長，一學期至多延長至16次。

結案

- 請申請人填寫〈輔導教師回饋表〉，並協助跟學生收回〈個案回饋表〉。
- 申請人可向專輔人員索取〈個案結案表〉，並請簽署〈結案資料簽收單〉。
- 表格屆時由中心提供，申請人不須額外預備。

### 附件三

#### 教育部學生輔導諮詢中心基隆區駐點服務學校

#### 【轉介單-1 個案資料表】

轉 介 學 校 填 寫							
個案姓名		個案性別		出生年月		填表日期	
學校名稱		科別年級		轉介人姓名		轉介人電話	
家長姓名		與個案關係		學生居住狀況、居住地			
<b>1. 請勾選擬申請項目(可複選)：</b>							
<input type="checkbox"/> 醫師諮詢服務，預約諮詢日期：_____							
<input type="checkbox"/> 心理諮詢服務(以下任一條件之一) <input type="radio"/> 1. 經校內進行介入性輔導5次以上，仍有困難改善困擾之學生。 <input type="radio"/> 2. 校園危機事件等特殊情況。 <input type="radio"/> 3. 經醫師診斷有精神官能症，醫師建議學校持續追蹤輔導並轉介心理師提供相關服務。(請附上醫師診斷證明，並註明醫囑)							
<b>2. 請勾選擬個案目前主要問題類型 (可複選)：</b>							
<input type="checkbox"/> 01. 人際困擾 <input type="checkbox"/> 02. 師生關係 <input type="checkbox"/> 03. 家庭困擾 <input type="checkbox"/> 04. 自我探索 <input type="checkbox"/> 05. 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 06. 生活壓力 <input type="checkbox"/> 07. 創傷反應 <input type="checkbox"/> 08. 自我傷害 <input type="checkbox"/> 09. 情感/性別 <input type="checkbox"/> 10. 脆弱家庭 <input type="checkbox"/> 11. 兒少保議題 <input type="checkbox"/> 12. 學習困擾 <input type="checkbox"/> 13. 生涯輔導 <input type="checkbox"/> 14. 偏差行為 <input type="checkbox"/> 15. 網路沉迷 <input type="checkbox"/> 16. 中離(輟)拒學 <input type="checkbox"/> 17. 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 18. 精神疾患，診斷名稱_____ <input type="checkbox"/> 19. 其它(請註明)_____							
<b>3. 個案的主要困擾，及問題主訴 (針對上述勾選擬問題類型，提供資訊及描述說明)：</b>							
<b>4. 個案人格特質及建立合作同盟的態度</b>							
01. 個案對於校內輔導資源的態度為： <input type="checkbox"/> 個案主動尋求協助 <input type="checkbox"/> 經校內老師安排，個案願意接受協助 <input type="checkbox"/> 個案為非自願接受協助							
02. 個案對於轉介輔導中心(醫師、心理師)的態度為： <input type="checkbox"/> 個案樂意且期望接受 <input type="checkbox"/> 經輔導老師安排，個案願意接受 <input type="checkbox"/> 個案為非自願接受協助							
03. 其他個案個性特質描述：_____							
<b>5. 個案家庭概況描述(請盡量包含家庭圖，並標明目前同住成員)：</b>							
<b>6. 與問題主訴相關之其他資訊 (疾病史、生活適應、人際關係、學習動機與成績表現等等)：</b>							

7. 擬與醫師、專輔人員或本中心溝通事項（特殊需求或派案期待）：

8. 過去相關就醫紀錄：

無

有，檢附診斷證明如附。

評估之後續建議：請學校持續提供輔導關懷追蹤 轉介心理師提供心理諮商 請家長協助孩子接受藥物治療、家庭諮詢、門診治療或住院治療等

轉介人		單位主管		
輔 詮 中 心 填 寫				
接案專輔人員		派案日期	年 月 日	單位主管

教育部學生輔導諮詢中心基隆區駐點服務學校

【轉介單-2輔導處遇紀錄表】

110.08 修

請彙整轉介方曾做過的輔導處遇紀錄，至少五次。惟危機個案，及具精神疾病診斷個案不在此限。

次數	日期	輔導者身分	輔導與處遇重點摘要
一		<input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 任課教師 <input type="checkbox"/> 教官 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
二		<input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 任課教師 <input type="checkbox"/> 教官 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
三		<input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 任課教師 <input type="checkbox"/> 教官 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
四		<input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 任課教師 <input type="checkbox"/> 教官 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
五		<input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 任課教師 <input type="checkbox"/> 教官 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
(若表格不夠，可自行增添)			

## 附件四

教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校

## 【專業服務同意書】

114.08 修訂

親愛的家長、同學您好：



學生家長(或監護人)簽名：

(學生滿 18 歲得無需家長或監護人簽名)

學生簽名：

日期： 年 月 日

## 附件五

### 教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校

#### 校園危機事件安心服務類型申請表

填寫日期： 年 月 日

學校名稱：	申請人：	
學校電話：	職稱：	
地址：	申請人電話：	
事件說明	(請簡要填寫主要申請原因或重要事件)	
服務內容	<input type="checkbox"/> 1. 安心班輔	班級數：_____ 人數：_____ 期待：_____
	<input type="checkbox"/> 2. 減壓團體	對象： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 教職員工 人數：_____ 期待：_____
	<input type="checkbox"/> 3. 減壓個別諮詢	對象： <input type="checkbox"/> 學生 _____人 <input type="checkbox"/> 教職員工 _____人 期待：_____
申請人 簽 章	申請學校 輔導主任 簽 章	申請學校 校長 簽章
以下由駐點學校填寫		
駐點學校收案 日期	駐點學校 處理情形	

說明：

1. 需轉介個案接受諮商服務者，請填轉介單。
2. 倘有其它相關資料請隨申請表附上。
3. 請申請學校務必完成簽章，再繳交申請表。