

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，若有需要，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：黃微娛諮商心理師；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，及受影響之教職員工生。

(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。

教育部學生輔導諮商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。

教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校

心理諮商服務流程圖

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次諮商，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

教育部學生輔導諮商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			
1. 請勾選欲申請項目(可複選)： <input type="checkbox"/> 醫師諮詢服務，預約諮詢日期：_____ <input type="checkbox"/> 心理諮商服務(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)							
2. 請勾選個案目前主要問題類型(可複選)： <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. 兒少保護議題 <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)_____							
3. 個案的主要困擾，及問題主訴(針對上述勾選問題類型，提供資訊及描述說明)： 							
4. 個案人格特質及建立合作同盟的態度 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：_____							
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)： 							
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)： 							

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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，檢附診斷證明如附。 評估之後續建議： <input type="checkbox"/> 請學校持續提供輔導關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 轉介心理師提供心理諮商 <input type="checkbox"/> 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 諮 中 心 填 寫					
接案專輔人員		派案日期	年 月 日	單位主管	

教育部學生輔導諮商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	輔導與處遇重點概要
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)

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：

- 一、教育部為提供學生心理專業服務，建置基隆區駐點於國立基隆高級中學。本單位之專業團隊包括精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社會工作師，皆領有國家考試合格之專業證照。
- 二、本單位之服務旨在協助學生獲得專業的心理資源協助，提升學生心理正向發展，以增進其在學期間之穩定就學。服務內容包括醫師諮詢、專業輔導人員晤談（會談、諮商、諮詢），及提供所需之相關資源。
- 三、保密與保密例外部份，學生所提供的所有個人資料將會受到嚴謹保密，不得洩漏給任何個人或機構。下列為保密例外事項：
 - （一）涉及學生自身、他人或社會可能面臨明顯且立即的危險議題，例如自殺、殺人等。
 - （二）觸及法律規範要求通報之議題，例如兒童及少年福利與權益保障法、性別平等教育法等相關法律規定，或法院要求提供資料的情況。
- 四、本單位之設置目的在協助學生在校適應狀況，為確保後續輔導效能，專業輔導人員會視情況且與學生討論後，與轉介學校之相關人員或家長進行諮詢討論。
- 五、若因故無法如期會談，請於晤談前一天致電或親自至學校輔導室取消晤談，並請輔導室轉告本中心。學校輔導室電話：_____，本中心聯絡電話：(02) 24582052#273，聯繫時間：週一至週五08:30-12:00，13:00-17:00。若無故缺席達連續三次者，為維護其他學生權益，將不再保留諮商時段並終止服務，未來若有諮商服務需求，需由學校輔導室重新向本中心提出申請。
- 六、為提升服務品質，專業輔導人員會定期接受專業督導，必要時可能會有錄音或錄影之需求（學生或家長可於接受服務時表述意願），且本單位需進行服務績效評鑑、成效評估研究、及行政管理等工作而提供給法定相關人員參閱時，學生個資部份將依據個人資料保護法加以保密避免受辨識，相關專業人員皆受專業倫理規範，不得以直接或間接方式洩漏。
- 七、具有心理師證書之專業輔導人員，對未成年學生執行輔導諮商業務時，經該學生同意，並由學校召開個案會議評估該學生有輔導諮商需求，為符合兒童及少年最佳利益，得不受心理師法第十九條規定之限制，在未經法定代理人同意下執行。
- 八、本人已經詳細閱讀前述文字並了解其內容，茲同意下列事項：
 - （一）同意接受本單位的心理專業服務。
 - （二）本人知道此服務會基於保護學生福祉及遵守相關專業倫理規範與法律之規定，除非面臨上述保密例外的狀況，不會洩漏學生的隱私資料。
 - （三）本同意書是於本人神智清醒的狀態下自願簽署。

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。