

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：藍毅綦
聯絡電話：08-7320415#3636
傳真：08-7322450
電子信箱：a251765@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣屏東市民生國民小學

發文日期：中華民國114年3月6日
發文字號：屏府教學字第11400541930號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (376530000A114005419301-1.pdf)

主旨：檢送本縣學生輔導諮商中心與醫院合作辦理之「114年度(上半年)屏東縣政府教育處學生輔導諮商中心醫師駐點諮詢服務合作計畫」一份，並請學校惠予陪同教師公(差)假登記，如有課務得派代，請查照。

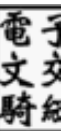
說明：

- 一、依據114年度(上半年)屏東縣政府教育處學生輔導諮商中心醫師駐點諮詢服務合作計畫辦理。
- 二、旨揭計畫係與醫院合作辦理之嚴重情緒行為身心障礙者就醫醫療改善計畫之外展服務合作，共同提供含精神科醫師等醫療團隊之定點諮詢服務，增加學校、家長、學生與專業醫療接觸之機會，利用專業團隊現場評估及建議，針對學生之個別狀況提供可行之協助方式。

三、旨揭計畫內容摘要如下：

(一)諮詢地點及日期：

- 1、屏北區(勝利國小)：114年4月8日、4月30日、5月6日、5月28日及6月30日下午1：30至4：30。



2、屏中區(潮昇國小)：114年4月30日、5月27日及6月17日下午1：00至4：00。

3、屏南區(枋寮高中)：114年3月18日及5月20日上午9：30至下午3：00。

4、屏南區(恆春國中)：114年4月15日上午10：30至下午3：00。

四、服務對象：本縣轄屬之高、國中、國小及幼兒園學生。

五、申請方式：請學校至少於活動前二週致電本縣學生輔導諮商中心確認名額，再至屏東縣學校輔導個案e化整合管理系統(<https://www.pthggsc.cptc.edu.tw/>)之服務申請，勾選「其他」，填寫「醫師諮詢服務」。

六、詳細內容請參閱實施計畫。

七、如有相關問題請洽詢屏東縣學生輔導諮商中心—謝文芳專輔人員，電話：08-7994343轉45或08-7337192。

正本：各高國中、各國小

副本：本縣學生輔導諮商中心、本府教育處學生事務科



114 年度(上半年)屏東縣政府教育處學生輔導諮商中心

醫師駐點諮詢服務合作計畫

一、緣起：

兒童及青少年的精神疾病近年來盛行率升高，根據我國「兒童青少年精神疾病之流行病學調查」統計顯示，兒童具有任一精神疾病的終生盛行率達 32.3%，其中注意力不足過動症、焦慮症、自閉症之終生盛行率分別為 10.5%、10.4%及 1%。由於兒童青少年在無法獨立前往醫院就醫的情況下，及早求診變得更加困難，進而影響兒少的身心發展。兒童青少年精神醫療資源布建刻不容緩，為提供具可近性的精神醫療支援、照顧諮詢及衛教指導服務，本計畫結合衛生福利部精神醫療外展服務機制，由醫療機構的精神科專科醫師、護理師、心理師、職能治療師、個案管理師等跨專業醫療團隊，提供專為兒少情緒障礙的專業駐點諮詢服務。

二、依據：

1. 教育部 114 年度補助屏東縣政府辦理學生輔導諮商中心實施計畫。
2. 衛生福利部嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療就醫改善計畫。

三、目的：

(一)促進兒少身心發展，提供學校暨家庭輔導支持服務

為提升學校、家長、學生及專輔人員與專業醫療團隊的可近性，本計畫與醫療院所合作，期學校及家庭能透過與醫療人員面對面的諮詢、討論及專業評估等形式，能給予學校、家庭、學生及專輔人員更具體適切的輔導策略建議與兒少陪伴方向。

(二)跨專業兒少團隊外展服務 提供兒少身心疾患早期介入

預防與康復在醫療上是同樣的重要，藉由醫師諮詢計畫，除可即早辨識校園內中疑似早發性精神疾患之學生，透過與醫療專業團隊的評估，適時提供衛教予學校及家庭認識兒少的身心概況，以即早協助學生就醫，需要時亦可媒合相關資源的輔助，以促進兒少的健全身心發展。

- 四、主辦單位：屏東縣政府教育處
- 五、合作單位：高雄長庚紀念醫院、高雄市立凱旋醫院、屏東基督教醫院
- 六、承辦單位：屏東縣屏東市勝利國民小學
- 七、協辦單位：潮昇國小、枋寮高中、恆春國中
- 八、服務內容：1. 兒童及青少年疑似精神疾患之辨識及說明。
2. 兒童及青少年心理衛生衛教。
3. 受服務學生後續醫療建議(含用藥建議)、日常生活因應策略討論及輔導處遇方向擬定建議等。

九、計畫相關事項

- (一) 辦理日期/地點：114年3~6月，場次如下，如有修正，請以屏東縣學生輔導諮商中心網站公告為準。

地 區	月 份			
	3月	4月	5月	6月
屏北區－勝利國小 (屏東市蘭州街2號) 諮詢時間：13:30~16:30		4/8、4/30	5/6、5/28	6/3
屏中區－潮昇國小 (屏東縣潮州鎮北門路25號) 諮詢時間：13:00~16:00		4/30	5/27	6/17
屏南區－枋寮高中 (屏東縣枋寮鄉義民路3號) 諮詢時間：09:30~15:00	3/18		5/20	
屏南區－恆春國中 (屏東縣恆春鎮文化路79號) 諮詢時間：10:30~15:00		4/15		

- (二) 服務對象：屏東縣縣轄之高國中小及幼兒園學生及師長。
- (三) 服務申請方式：請詳見附件一。
- (四) 服務相關問題請洽詢屏東縣學生輔導諮商中心 謝文芳 專輔人員，
電話：08-7994343 轉 45 或 08-7337192。

- 十、經費概算：本計畫經費擬由屏東縣學生輔導諮商中心「114年度學生輔導諮商中心實施計畫」經費支應。

十一、 預期效益：本計畫期與衛生福利部嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療就醫改善計畫之團隊合作，能達預期效益如下：

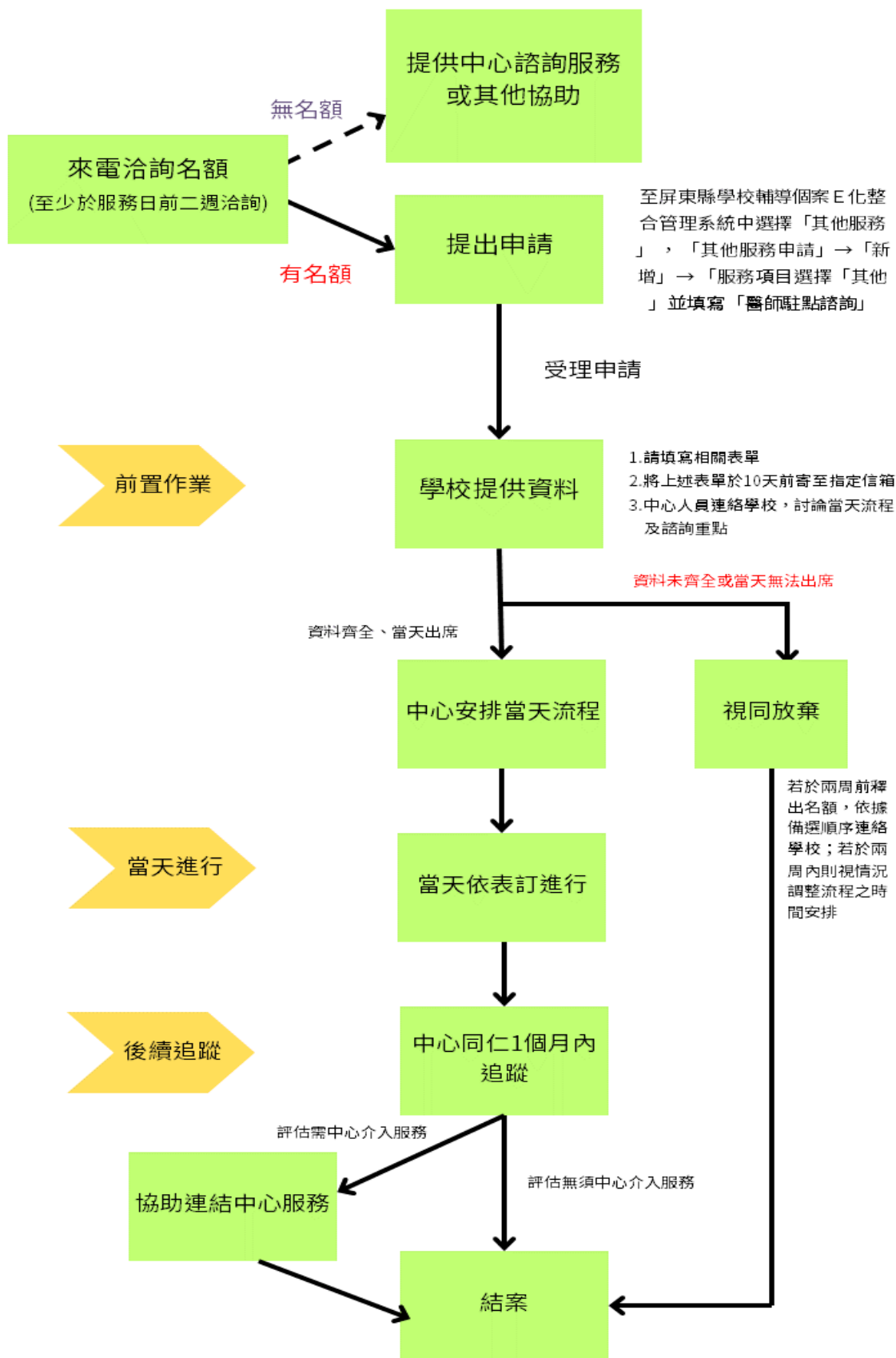
- (一) 透過現場專業諮詢以提升學校及家庭對於學生行為之理解，以兒少全人發展觀點提供適切之協助方案。
- (二) 引入相關精神醫療資源協助學校及家庭正確了解學生狀態，並提供學生醫療、輔導或相關資源之銜接服務，及增加專業醫療外展服務機會，並達輔諮中心資源轉介及連結服務之功能發揮。

十二、 附註：

- (一) 參加教師請服務學校核以公（差）假出席暨課務派代。
- (二) 醫師駐點諮詢建議資料將於當次諮詢服務進行完成後，於 2 週後提供予申請學校。

十三、 本計畫經核准後實施，修正時亦同。

申請方式說明



114 年度屏東縣教育處學生輔導諮商中心醫師駐點諮詢 服務同意書

本人_____就讀：_____，同意接受屏東縣學生輔導諮商中心暨高雄長庚紀念醫院提供之醫師駐點諮詢服務。

茲同意陪同出席人員，名單詳如勾選：(可複選)：

家庭成員_____位

就讀學校教師

其他：_____ (單位名稱：_____)

此 致 屏東縣政府教育處及高雄長庚紀念醫院

學生簽名：

家長/法定代理人簽名：

與學生之關係： 父； 母； 其他：_____

聯絡電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

屏東縣教育處學生輔導諮商中心醫師駐點諮詢服務合作計畫

國民_____學 個案概述表

主 要 題 目 (可 複 選)	A 個 人 議 題	<input type="checkbox"/> 01. 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 02. 偏差行為 <input type="checkbox"/> 03. 人際困擾 <input type="checkbox"/> 04. 自我探索 <input type="checkbox"/> 05. 自傷 <input type="checkbox"/> 06. 自殺 <input type="checkbox"/> 07. 性別議題 <input type="checkbox"/> 08. 感情困擾 <input type="checkbox"/> 09. 學習困擾 <input type="checkbox"/> 10. 生涯議題 <input type="checkbox"/> 11. 網路成癮 <input type="checkbox"/> 12. 物質濫用 <input type="checkbox"/> 13. 哀傷/失落 <input type="checkbox"/> 14. 生活適應 <input type="checkbox"/> 15. 創傷反應 (說明：不願回憶創傷事件、過度警覺易驚嚇、緊張、焦慮、憂鬱、易怒、睡眠困難、呼吸困難等。)	C 校園議題
		<input type="checkbox"/> 01. 師生關係 <input type="checkbox"/> 02. 校園霸凌 <input type="checkbox"/> 03. 中輟 <input type="checkbox"/> 04. 拒學 <input type="checkbox"/> 05. 懼學	D 兒少保護
		<input type="checkbox"/> 16. 精神疾患 (符合 DSM 診斷，如：自閉症、過動症、焦慮症、憂鬱症等。)	<input type="checkbox"/> 01. 家暴 <input type="checkbox"/> 02. 目睹家暴 <input type="checkbox"/> 03. 性騷擾 <input type="checkbox"/> 04. 性侵害 <input type="checkbox"/> 05. 性剝削(性猥褻/性交易)
學生行為：(須包含學生之行為態樣、頻率、強度、恢復到學生平常狀態所需之時間及處理方法，由誰處理)			
家庭狀況：(含同住成員、家族病史、家庭遭遇之重大變故、家長管教方式、主要照顧者變遷及家庭氛圍等)：			
服務期待：			

填寫人職稱及姓名：_____ 聯絡電話：_____