



強化社會安全網計畫(核定本)

衛生福利部

教育部、勞動部、內政部

中華民國107年2月 26日

目錄

壹、計畫緣起.....	1
貳、政策檢討.....	8
參、新思維、整合策略與計畫目標	41
肆、強化社會安全網架構	44
伍、實施策略.....	49
陸、相關配套.....	102
柒、計畫期程與實施進度	130
捌、督考機制.....	131
玖、附則.....	131
拾、參考文獻.....	132

圖表目錄

圖 1：社會安全網跨體系資源連結圖示.....	8
圖 2：計畫新思維.....	43
圖 3：計畫整合策略及服務內容.....	44
圖 4：家庭社區為基石圖示.....	45
圖 5：簡化受理窗口圖示.....	45
圖 6：網絡體系整合服務運作圖示.....	46
圖 7：網絡體系整合服務實務運作流程圖.....	48
圖 8：105 年全國社會福利服務中心設置情形.....	49
圖 9：社會福利服務中心服務內容模式圖.....	52
圖 10：強化社會福利服務中心提供脆弱家庭服務量能示意圖	57
圖 11：兒少高風險家庭與兒少保護服務雙軌模式圖.....	66
圖 12：兒少高風險家庭服務公私協力模式圖.....	67
圖 13：兒少保護服務公私協力模式圖.....	68
圖 14：成人保護服務公私協力模式圖.....	69
圖 15：結合民間資源強化兒少保護和家庭支持服務	76
圖 16：轉型過渡原則圖示.....	76
圖 17：家庭暴力及性侵害加害人再犯預防內涵	83
圖 18：自殺企圖者現況分析.....	84
圖 19：中央與地方協力合作.....	93
圖 20：社會安全網個案管理系統架構圖.....	128
表 1：各類型福利服務中心（含社區照顧/關懷據點）一覽表.....	10
表 2：充實地方政府社工人力配置及進用計畫執行成效(截至 105 年底)....	24
表 3：社會福利服務中心設置推估表.....	55
表 4：社會福利服務中心服務內涵.....	62
表 5：布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務關鍵績效指標.....	63
表 6：整合保護性服務與高風險家庭服務關鍵績效指標	79
表 7：整合加害人合併精神疾病（含自殺企圖）服務關鍵績效指標	87
表 8：整合跨部會服務體系關鍵績效指標.....	102
表 9：總人力需求.....	106

表 10：分年人力需求一覽表.....	107
表 11：社會福利服務中心人力推估標準.....	108
表 12：社會福利服務中心人力需求推估表.....	109
表 13：脫貧方案家庭服務人力需求推估表.....	110
表 14：保護性服務及高風險家庭服務通報窗口與集中派案人力需求推估表	112
表 15：兒少保護、家庭暴力或性侵害加害人合併精神疾病（含自殺企圖）個案 服務人力需求推估表.....	113
表 16：家庭暴力及性侵害加害人處遇行政業務人力需求推估表.....	115
表 17：少年輔導委員會人力需求推估表.....	116
表 18：109 年布點完成之經費需求.....	118
表 19：分年經費需求一覽表.....	119
表 20：經費需求及計算基準.....	120
表 21：地方自籌經費分年一覽表.....	125
表 22：人力聘用資格及支薪標準.....	126
表 23：實施進度.....	130
附錄圖 1：社會福利服務中心連結社會救助服務流程.....	136
附錄圖 2：保護性服務及高風險家庭通報評估單一窗口流程.....	137
附錄圖 3：強化精神疾病個案、自殺通報、家庭暴力及性侵害加害人服務輸 送流程.....	138
附錄圖 4：精神疾病個案社區追蹤關懷流程.....	139
附錄表：強化社會安全網計畫整體人力一覽表.....	140

強化社會安全網計畫（核定本）

壹、計畫緣起

臺灣近 8 年來已發生多起隨機殺人事件。98 年 3 月埔里黃姓無業男子北上租屋，無預警地殺死房東，並殺傷其妻兒；同年 5 月，新北市黃姓失業男子持美工刀隨機在公園公廁劃傷一婦人頸部；101 年曾姓失業男子在臺南市湯姆熊歡樂世界遊藝場金華店，將方姓學童誘騙至男廁割喉殺害；102 年 3 月，曾犯下妨害性自主、搶奪、逃亡、竊盜等案的涂姓男子於假釋出獄後，吸食強力膠，在路邊 3 次隨機亂刀砍殺路人，造成 1 死 2 傷；103 年 5 月 22 日，臺北捷運板南線在行經龍山寺到江子翠站間，21 歲東海大學鄭姓學生，在第 2 到第 5 車廂間，隨機殺人，釀成 4 死 24 傷的慘劇。104 年 5 月 29 日，臺北市文化國小劉姓女童被翻牆進入校園的龔姓失業男子隨機割頸致死；105 年 3 月 28 日，陪媽媽到捷運站接外公，小名「小燈泡」的 4 歲劉姓女童被王姓失業男子於臺北市內湖持菜刀隨機猛砍頸部致死。

這幾起殺人事件除了臺北捷運鄭姓隨機殺人事件之外，皆屬社會挫敗型的隨機殺人事件（林萬億，2014）。社會挫敗型隨機殺人犯大多具有以下特質：男性、無婚姻、獨居、缺乏親密朋友、人際關係不佳、失業、收入少。其殺人動機大多是不滿自己的挫敗遭遇、想坐牢逃避現實，或是借殺人被判死刑等。社會挫敗型隨機殺人犯並不像反社會型隨機殺人犯是屬於人格違常（障礙）中的反社會型人格疾患，而比較是心理不健康，起因於人際關係不佳導致工作不順利，或是因失業導致人際關係疏離，惡性循環而出現自殺企圖，或以為周遭人們都在取笑他的被迫害幻想、幻聽等心理。

根據日本研究也顯示，無差別殺傷事件犯案者不僅較一般殺人罪犯年齡輕與無前科等情形；還有以下特徵：在個性方面，較敏感且自卑和

挫折感，沒有自信且思想狹隘；在社交關係上，人際及家庭關係不佳或淡薄，無交往對象與朋友；在經濟方面，收入少且不穩定，沒有積極性的經濟活動（工作不穩定、無法長久或無業）；生活上，則缺乏穩定居住的安定環境，內心不平且喪失希望及未來的渴望；而在徵兆上，犯案時多合併出現精神焦躁不安情形，或曾經對外表達具有自殺或殺人等內在衝動的訊息。此外，部分具人格障礙診斷史、吸毒、出獄（勒戒）後未滿一年者，也有較高比率的犯行（日本法務省，2013）。

除了隨機殺人事件之外，105 年 2 月 15 日，臺北市發生 4 歲劉姓男童受虐致死案，該案發生之前並未通報兒童保護，僅是由社會局協助申請低收入戶。類似的案例不在少數，顯示，我國兒童保護及安全維護工作，已經有檢討之必要。首先，是從 93 年底開始實施的「高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」¹，該計畫原是為了因應兒童及少年虐待事件頻傳的預防措施，所謂的兒童及少年高風險家庭是指經教育、衛生、民政、勞政、警政、社政等相關單位依兒童及少年保護及高風險家庭通報表評估篩選表篩檢轉介，或經相關團體或民眾通報轉介之疑似個案或家庭，再由地方政府社會局社會工作人員進行家庭訪視評估，發現有以下 7 類：家庭關係紊亂與衝突、精神疾病、藥酒毒癮、自殺、貧窮、失業、負擔家計者死亡、失蹤或入獄等，即列管為高風險家庭。一旦成案，

¹ 英文 Treatment 原為醫療的概念，1929 年美國社會工作界的「米爾福會議」（Milford Conference）將其引進到社會工作的過程裡，作法是幫助案主適應（adjust），為接續診斷（Diagnosis）後的行動。1940 年代，美國個案工作診斷學派的理論家漢彌爾頓（Gordon Hamilton）賦予診斷新的意義，認為診斷應是「了解有問題的人及其問題本身」，也就是將人在情境中（person in the situation）的情境納入。漢彌爾頓也重新界定 Treatment 為「提供服務」或「行為改變」。據此，Treatment 包含補足資源、方案提供、資源調適，以及諮商或治療。犯罪學於 1970 年代以來也推動少年犯罪的「社區處遇」

（Community Treatment），企圖取代機構式矯正（Institutional Correction）。同時，精神醫療也推動肯定社區處置（Assertive Community Treatment, ACT），密集與整合社區心理健康服務輸送體系。臺灣精神醫療界將 Treatment 譯為處置，以區別治療（Therapy）的概念。而 1980 年代以來，社會工作界的診斷與處置兩個屬於醫療模式的概念被評估（Assessment）與介入（Intervention）所取代（Johnson, 1998）。因此，本計畫在涉及精神醫療領域採處置一詞，涉及少年犯罪則使用處遇，涉及社會工作則採介入、服務等中性化概念，避免醫療化、問題化、污名化服務對象。

就由地方政府社會局自行或委託民間團體提供關懷訪視、托育、課後照顧、親職教育、煙毒酒癮戒治、就業、福利資源、救助等服務。然而，高風險家庭服務的目的本是主動提供預防性服務方案，以達到預防兒童少年虐待、家庭暴力及性侵害事件發生。但是，從越來越多的兒童虐待事件通報可知，已經無法單靠現行的高風險家庭服務計畫，來落實對兒童安全的保護。

依據衛生福利部統計，近年來成人保護及兒少保護通報案件皆有增加趨勢，由 101 年的 13 萬 869 件（含成人保護 9 萬 8,952 件、兒少保護 3 萬 1,917 件）上升至 105 年的 15 萬 4,100 件（成人保護 11 萬 1,962 件、兒少保護 4 萬 2,138 件），平均每年有 22.6 名兒少因為父母或主要照顧者嚴重虐待，或是殺子自殺事件波及而致死。通報案件上升原因除了責任通報人員、民眾通報觀念及社區防暴意識增加外，也確實反映出家庭支持系統脆弱及社會安全網疏漏或因應能力不足。家庭成員間的衝突或暴力無法預警或改善，尤其逐年增加的兒虐案件不僅令人憂心，也凸顯缺乏自我保護、無法獨力生存且不懂得對外求救的兒童及少年，所遭受的傷害極為嚴重。

在通報兒童及少年虐待、疏忽事件上，醫院、學校扮演非常重要的角色。以兒童及少年性侵害為例，在 99 年以前，醫院通報占超過三成，其次是警政機關、學校通報。99 年以後，學校取代醫院、警政機關躍升為通報首要來源，醫院、警政機關其次，三者相加超過通報率的八成。因為幾乎所有兒童及少年都在接受國民基本教育，學校是學童求助，或揭露家庭暴力、兒童虐待與疏忽、性侵害的最信任場所，如果學校導師、輔導教師、心理諮商師、學校社會工作師缺乏敏感於學童的求助信號，處在風險中的兒童及少年（at-risk child）將失去重要的被協助的機會。

目前既有家庭暴力及兒少保護防治模式，主要是在虐待（abuse）、暴力（violence）或不當對待（maltreatment）事件發生後的通報及救援

措施，由地方政府結合民間社會福利團體，提供庇護安置、安全計畫、聲請保護令、社工服務計畫等服務，以避免再次發生家暴或兒虐事件。然而進一步分析保護性個案家庭的成因，多存在有貧窮、負債、失業、酗酒、吸毒、精神疾病、婚姻衝突、未成年懷孕、家庭關係混亂、疏離，或年輕父母等多重風險因子(multiple risk factors)，家庭暴力及兒少虐待事件亦常見於是類家庭中合併出現，有些案例雖有政府或民間社會福利團體高風險家庭服務、兒童保護服務，或社會救助服務在案，卻仍未發揮預警機制或支持家庭及個人的功能，甚至無法遏止嚴重傷害或虐待致死之憾事。

蔡總統面對全國人民普遍對上述社會安全網的破洞感到不安的氛圍，在其競選政見五大社會安定計畫之「治安維護計畫」及就職演說，宣示將從治安、教育、心理健康、社會工作等各個面向強化社會安全網，讓臺灣未來的世代，生活在一個安全、沒有暴力威脅的環境中。總統希望維護國人在家庭與社區生活的安全(safety)與保障(protection)，不僅是要從民眾的日常生活場域著手，確保個人、家庭及社區生活無虞且不受暴力威脅；更要重新構築社區鄰里間的互助與信任，強化社會網絡連結成跨體系合作機制，打造一個安全的環境。

所謂「維護國人在家庭與社區生活的安全與保障」，在早期的臺灣社會，家庭及其家族、鄰里支持網絡頗能承擔此責任。然而，行政院主計總處「99年人口與住宅普查」(101年)結果顯示，99年整體戶數相較於79年增加249萬餘戶，但平均每戶人口數卻由79年4人降至99年3人。顯示我國的家庭型態呈現規模縮小的趨勢，亦即戶數的增加，更多小家庭從原本的大家庭中分離出來。近10年來增加比率最高者為由夫婦組成之家戶(夫婦家庭/頂客族)增加62.3%；其次為夫或婦一方及未婚子女所組成之家戶(單親家庭)增加48.3%；第3則為祖父母及未婚孫子女所組成之隔代家庭高達35.1%；另單人家庭也呈現顯著成長增加17.1%，顯見在家庭型態朝多元發展的同時，家庭的規模越縮小，

其自我支持力量亦將更形薄弱。

正由於近年我國家庭的結構、組成及型態等急遽改變，已經影響家庭的樣貌、內涵與功能，同時嚴峻的少子女化與人口老化問題，更使得家庭的支持系統與因應能力，變得愈加單薄與脆弱。脆弱兒童與家庭（vulnerable children and families）與高風險青年(high-risk youth, HRY)議題越來越受到關注。所謂脆弱兒童與家庭是指家庭中的兒童有以下情況者：家庭中有兒童須照顧、低社經地位的年輕夫妻、不同少數族裔結合的年輕夫妻、年輕的家庭照顧者、年輕的母親、變換照顧者的兒童、難民或遊民家庭、家中有身心障礙的兒童、兒童有易受傷害的高風險之虞者、兒童與脆弱的成人同住、接受家庭服務中的兒童、國語不流暢的學童、居住條件不佳的兒童家庭（Waldman, 2007）。脆弱家庭往往存在多重脆弱性（multiple vulnerabilities），包括：物質、生理、心理、環境的脆弱（Berrick, 2009），需要多重支持與服務介入。而高風險青年則指涉物質濫用、生活與交友處在風險中、有性剝削之虞者、重複被安置或不願意停留在被認可的安置處所、跨代創傷（transgenerational trauma）、對抗權威師長、缺乏社會信任等（Smyth, 2017；林萬億、黃韻如、胡中宜，2017）。這些潛在的服務對象都需要社會福利、衛生、教育、就業、警政等跨部門的團隊協力合作，始能有效解決問題。

再者，臺灣近年來面對新自由主義全球化、後工業化的影響，青年失業率及失業人數居高不下。15-24 歲青年失業率自 89 年 7.36%，攀升至 101 年 12.66%，105 年為 12.12%，過去 5 年都維持在 12% 左右，遠高於 25-44 歲的 4.08%；再從 15-24 歲青年失業率與全體平均失業率相比，自 98 年以來，臺灣 15-24 歲青年失業率與整體失業率的比值，都維持在將近 3 倍，101 年的比值是 2.98 倍，102 年的比值則是 3.15 倍，創下歷史上首次突破 3 倍的記錄，103 年再次升高到 3.18 倍，不但是臺灣的歷史新高，而且與 OECD 國家相比，除了義大利之外，臺灣的比值高於所有的 OECD 國家。再伴隨著短期契約工、臨時工、部分工時、假自

雇等非典型就業(atypical employment)，以及長工時、晚入職場、低薪、工作貧窮(working poor)等議題，也不斷升高家庭就業及經濟風險。此種家庭結構的脆弱性，使得這些家庭承受風險的能力降低，而陷入貧窮、暴力、吸毒、自殺、婚姻與家庭破裂或殺人等情境，久久無法脫離。

此外，我國自殺死亡人數於 95 年攀升到高峰 4,406 人（每 10 萬人口 19.3 人），之後逐年緩降到 100 年 3,507 人（每 10 萬人口 15.1 人），但近 5 年來則無明顯再下降趨勢，105 年為 3,765 人（每 10 萬人口 16.0 人）。

另近 5 年來發生 47 起殺子自殺案件，造成 56 名兒少不幸受到波及而死亡，殺子自殺案件亦無明顯下降趨勢。而自殺除帶給家庭未預期的死別痛苦，更造成社會人才折損。經分析自殺行為原因，多涉及社會、經濟、文化、心理、生物性等多重成因，非單一危險因子可以解釋其發生率的變異。因此，蔡總統於競選時提出「五大心理健康行動」政見，包括：制定國家級心理健康與自殺防治行動計畫、提供整合性心理健康服務、增加心理健康服務專業人力與團隊、強化學校及職場心理健康體系、推動跨部會整合性藥酒癮防治方案，強化跨部門協調及進行資源的垂直及水平整合，以促進國人心理健康。

綜上所述，不論是隨機殺人的社會治安事件或是家庭暴力事件，其成因都與貧窮、失業、藥酒癮、精神疾病、社會排除(social exclusion)、疏離(alienation)、暴力行為、家庭或婚姻破裂等因素息息相關，而且彼此之間的交互影響甚或多重問題同時存在。例如貧窮、失業與社會排除的交互影響，亦即長期被社會排除的人容易陷入貧窮，而貧窮導致多面向社會排除經驗，如勞動市場排除、社會參與排除、人際關係排除、居住與活動排除、文化排除、政治參與排除、制度排除等，進一步造成個人、家庭與社會關係的疏離、衝突、弱化或瓦解。

而工欲善其事，必先利其器。除了社會安全網絡間的缺漏之外，隨著社會問題的複雜與多元，社工人力配置也呈現不足的窘境。尤其是每

遇有重大兒虐事件或家庭暴力事件發生，媒體或社會大眾屢屢將問題發生歸諸於社工人力不足。因此，為達成強化社會安全網的整體目標，總統於聽取 106 年度中央政府總預算案編列情形簡報時裁示：「地方社工人力短缺為長久以來的問題，因建構完善社工體系將有助於降低社會安全事件發生，爰請權責機關通盤瞭解目前社工人力供需情形，就不足亟需部分審酌提供專案性補助，並逐年在預算編列上適當反映」。

本計畫目的是要結合政府各部門的力量，建構一張綿密的安全防護網，扶持社會中的每一個個體，於其生活或所處環境出現危機時，仍能保有其生存所需的基本能力，進而抵抗並面對各種問題。而社會安全網的補強，即在於檢討既有機制的缺漏，透過提升或改善既有體系效能，擴大「網絡」所涵蓋服務的對象；藉由網絡聯結（linkage）機制的強化，縮小網與網之間的漏洞，以承載社會大眾對於「安全」生活的期盼，並非單一部會或單獨的服務體系得以完備，實有賴中央政府、地方政府、民間團體、每個家庭，以及社會大眾共同合作協力（collaboration）推動與執行，從根本解決影響社會安全的各項風險因子。

爰此，本計畫將從社區中與個人、家庭所面臨最具威脅性的議題，包含貧窮、失業、家庭衝突、親職功能薄弱、社會疏離、精神疾病、藥酒癮、家暴、兒虐、自殺、犯罪等議題著眼；並以其關係最密切的經濟安全、人身安全與心理健康面向為主要架構；再結合學校輔導、就業服務與治安維護等服務體系，透過問題研析與政策檢討，擬定補強社會安全網漏洞之對策，結合衛生福利部、教育部、勞動部及內政部等跨部會網絡，協同強化社區生活中最基層、第一線的社會安全服務網絡，從而串連民間社區的互助力量，以構築完整的社會安全網（見圖 1）。

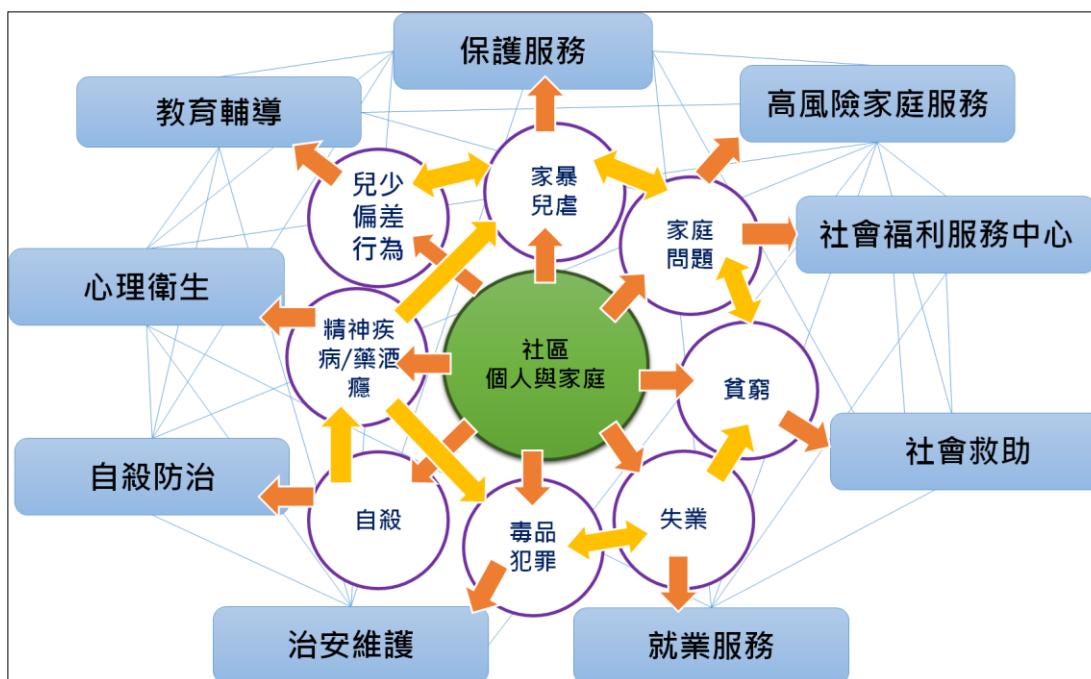


圖 1：社會安全網跨體系資源連結圖示

貳、政策檢討

經檢視近年社會發生重大殺人、家庭暴力或兒虐致死及殺子自殺等事件，政府已設置相關服務機制提供協助，惟仍難以避免憾事發生，爰有關社會安全網之檢討，應就現行各體系實際發揮效能與網絡串連予以通盤檢視。

首先聚焦於社會福利服務中心、社會救助、保護服務、兒少高風險家庭服務、社工制度、心理衛生、自殺防治、學校輔導、就業服務及社區治安維護等 10 項體系，針對體系效能、資源配置、人力資源及配套措施等面向進行綜合檢討，進而提出對應策略及改進方法，強化體系效能與服務串連，以補綴社會安全體系之缺漏，茲進行評析如下：

一、社會福利服務中心體系

（一）社區福利服務資源分佈不均，家庭為中心觀點未落實

從福利服務供給端觀察，各地方政府歷年設置的各種福利服務中心，除臺北市等直轄市因資源較為充足，可依行政區域

設置綜合性福利服務中心，又可依福利對象設置單一功能性福利服務中心外，其餘地方政府礙於經費及人力，常以服務供給者的角度，將福利服務的輸送系統(或中心)集中設置於縣(市)政府所在地等人口密集區；反之，對於其他資源較貧瘠的轄區或偏遠鄉(鎮)未有服務據點，導致資源落差，偏遠鄉鎮之福利輸送可近性明顯不足，不利於需求者資源取得。

經盤點各地方政府依據福利法規及業務需要，迄今已設置區域性或單一功能性(兒童、少年、婦女、老人、身心障礙者、新住民、單親家庭等)福利服務中心(表1)3百多處。其中，單一功能性福利服務中心雖可凸顯異質性需求及個別化服務內涵，然因缺少對於個人、家庭及社區生態系統完整的評估與回應，不僅導致家庭成員的福利需求被切割，服務分散各地，更矛盾的是，我國的社會政策與文化規範又期待家庭承擔大部分教養、照顧與經濟支持的責任，家庭的整體功能及其成員間的最佳利益的競合卻未被考量(林萬億，2010)。Laird(1995)指出：「以家庭為中心的模型是『讓人們在家庭的脈絡與當前的親密關係網絡下最佳地瞭解與協助其成員』。」據此，家庭為中心的實務必須考慮既存的複雜家庭關係，於進行家庭介入時能契合多樣的家庭信念、價值與功能型態，使用彈性的介入策略，如此始能回應家庭需求的優先性，以及社區為基礎的特性，充份落實「家庭為中心、社區為基礎」的服務理念。

表 1：各類型福利服務中心（含社區照顧/關懷據點）一覽表

縣市別	兒少福利服務中心	婦女福利服務中心	單親家庭服務中心	新住民家庭服務中心	托育資源中心	身心障礙福利服務中心	身心障礙者輔具資源中心	社會福利服務中心	中心合計	兒少高風險家庭補助團體	兒少社區照顧據點	老人社區照顧關懷據點
新北市	3	1	0	1	43	3	1	10	62	11	6	236
臺北市	8	1	2	1	13	2	3	12	42	0	2	90
桃園市	0	1	0	1	4	1	1	13	21	2	2	196
臺中市	3	6	0	4	5	5	3	9	35	6	4	303
臺南市	3	1	0	3	3	1	1	8	20	3	4	353
高雄市	3	1	5	5	17	2	2	14	48	5	6	259
宜蘭縣	1	1	0	1	3	1	1	4	12	3	1	82
新竹縣	0	0	0	1	1	1	1	2	6	2	2	49
苗栗縣	1	0	0	2	4	1	1	3	11	3	0	93
彰化縣	1	2	0	1	1	0	1	3	9	4	2	149
南投縣	1	2	1	1	1	1	1	4	12	5	3	103
雲林縣	1	1	0	1	1	1	1	2	8	3	1	71
嘉義縣	1	0	1	1	0	0	1	1	5	3	1	91
屏東縣	2	1	0	4	1	1	1	7	17	6	6	227
臺東縣	0	1	1	1	4	0	1	2	9	1	1	61
花蓮縣	2	1	1	1	1	0	1	3	10	5	3	69
澎湖縣	1	1	0	1	1	1	1	3	9	2	2	27
基隆市	1	0	0	1	4	1	1	4	11	3	2	73
新竹市	1	1	0	1	1	1	1	1	7	2	0	38
嘉義市	2	1	0	1	2	1	1	2	10	3	1	22
金門縣	1	1	0	1	1	0	1	1	5	0	0	18
連江縣	0	1	0	1	0	0	1	0	3	0	0	6
合計	36	25	11	35	111	24	27	108	372	72	49	2,616

資料來源：衛生福利部調查整理（至 105 年底）

（二）社會福利服務中心未普及設置，服務近便性不足

近年來雖在中央及地方政府大力推動設置社會福利服務中心或家庭福利服務中心（以下統稱社會福利服務中心，簡稱社福中心）之下，中心數從 98 年以前的 60 餘處，至 105 年底約成長 2 倍（108 處），雖然，全國各地方政府（連江縣除外）有

些已完成，另則逐漸在各區域擴大建置。然而，因缺乏法令或政策計畫依據，中央僅以公益彩券回饋金補助建置，導致部分地方政府考量財政及永續性，而未積極參與增設中心，如此未全面性推動的結果，出現地方政府各自發展社福中心的數量及服務內容，影響民眾使用服務的近便性。

未將社會福利服務區域化者，將社工人力集中在所屬機關或單位辦公，易使社會福利服務輸送停留在傳統社會行政的層次。意即人民依法取得社會福利，政府被動地服務，接受人民申請，且以標準化、科層化作業模式來滿足人民的法定福利需求（林萬億，2010）。社工耗損心力在審核福利資格上，自然就減少進入家庭與社區的機會，也就難以貼近人民需求，並快速地提供服務。

因此，普及服務網絡，促進服務的近便性與區域福利資源的平衡，實乃強化社會安全、家庭支持與預防服務之首要工作，更應透過中央施政計畫的引導及公務預算的補助，以彰顯政府對於布建普及福利服務網絡的決心，也更能鼓勵地方政府對於服務資源的投入與發展。

（三）社會福利服務中心定位狹隘，專業定位受挑戰

從衛生福利部補助設置的家庭福利服務中心來看，105 年中長期的服務案量為 5,731 人；短期(或單次性)個案服務計 1 萬 679 人，平均每名社工每月在案量約 1 比 28。依據個案需求分析，前 5 位分別為貧窮議題（35%）、單親家庭（16%）、親子關係（13%）、就業問題（6%）與身心障礙（發展遲緩）（5%）；個案服務項目亦以物資提供（36%）、經濟扶助（30%）及服務系統轉介（29%）為前 3 位。顯示，社會工作人員被貧窮議題困住，實無餘力進行以家庭為中心，來全面協助家庭解決多重問

題，遂而仰賴轉介其他單位協助。一旦無足夠的周邊或後續支持性服務資源，很難期待個案被轉介之後，能保證獲得滿意的協助。這也是為何過去發生若干兒童受虐致死案，並非完全未被通報或服務。

又從前開個案工作反映出社福中心面對的問題與工作方法的多元性。尤其，身處社區第一線的服務窗口，強調預防性、單一窗口、零拒絕的服務定位之下，如果面對社區家庭需求多元複雜，但卻缺乏「以介入為基礎的團隊評估」(Intervention-based Team Assessment, IBTA)作為提供服務的根據，而是各單位、各服務提供者各自依自己的機構立場、資源多寡、工作負荷、專業經驗，甚至個人偏好提供服務，自然無法針對服務使用者的個人、家庭的需求，提供相對應的服務，導致社會工作人員錯過關鍵的介入時機，或是浪費時間於重複收集資料過程中，甚至多名不同單位的社會工作人員進行重複的家庭訪視、會談，卻無法針對核心問題對症下藥。

此外，又因社福中心、家庭暴力暨性侵害防治中心(以下簡稱家防中心)、兒童及少年福利行政單位、婦女行政單位、高風險家庭方案受委託單位、學校輔導體系等針對相同服務對象，或是服務對象所衍生的需求分工不明，又未能適時區別緊急與一般服務對象，導致社會工作人員間對於個案服務範疇的認定混淆，不僅影響社會工作人員專業角色及定位的不明確，各社福中心福利輸送也易因缺乏核心目標，恐排擠到真正需要服務個案的資源，影響專業服務體系的效能發揮。

例如，學校知悉學童家庭有高風險之虞，要不要通報？通報後誰要負責提供服務？如果通報後服務責任歸於學校，學校必然隱匿不報，減少麻煩？又如果通報後社福中心接手服務，

但是學校卻無法獲悉學童如何被服務，學校必然抱怨，因為學童還是學生，不會因成為社會局的「案主」而其學生身分即消失，學校仍然必須善盡保障其受教權的責任。且學童的家庭、社區、班級、同儕仍然會不斷關切該學童的近況，學校不會因通報、轉介之後，責任即消失。因此，社福中心與學校輔導團隊必須持續合作，協力幫助該學童。進而，如何協力？也是社會關心的議題，會不會人力重複浪費？會不會因工作方法不一、立場不同而滋生紛爭。這些質疑不無道理，也可能在第一線持續發生。至於，因高風險家庭方案外包給民間社福團體之後，衍生出來的公、私部門權責分工的爭議，更是難以避免。

又倘若社會行政體系、衛生行政體系、勞工行政體系不積極開發各種支持方案或安置資源，例如寄養家庭、兒童或少年短期安置機構、鄰里親職支持方案、未成年親職家庭支持、藥酒癮戒治服務方案、青年就業服務方案、工作貧窮服務方案等，社福中心仍然難以施展，以致個案停滯、待機、塞案、積壓的情形不時發生。

社福中心與家防中心、社會福利行政科室、高風險家庭服務、學校輔導團隊等不同單位的社會工作人員與社會行政人員若不能清晰區分服務對象、服務功能，且發揮團隊工作（team work），必然造成多位社會工作人員重複服務一家庭，或各單位因評估篩案造成服務網絡割裂漏接、不連續、片段化、推諉卸責的情事不斷。

另外，成立不久或量能不足的社福中心，受限於人力配置、資源建構能力與經驗的不足，執行跨體系協力（intersystem collaboration）有其困難。所謂的跨體系協力は結合與協調不同部門的財力、人事、行政資源，以提供更綜合、同步與個別化的服

務，不僅可以縮短服務流程，還能夠滿足多重問題家庭的需求，更重要的是可以促成家庭、團體、社區的參與，達到市民參與社會服務提供的目的（林萬億，2010）。目前社會福利服務中心對於協力工作，大多因人而異，流於單兵作戰或各自經營發展，並易因人力流動而影響社區合作基礎，社區網絡平臺的建構仍有待強化。

二、社會救助體系

（一）社會救助措施流於資格審查與補助發放，欠缺對貧窮家庭的積極協助

社會救助內涵包括生活扶助、醫療補助、急難救助及災害救助。為解決貧窮問題及照顧貧困家庭，我國社會救助主要係透過現金給付為主的相關扶助，協助貧困家庭因應生活所需。近年來，即使社會救助法陸續針對貧窮線之計算進行檢討及放寬，並將中低收入戶納入照顧，但依據衛生福利部最新統計，截至 105 年底，全國計有 26 萬 4,257 戶列冊低收入戶及中低收入戶，共計 68 萬 9,937 人，占全國總戶數的 3.09%，以及總人口的 2.93%。然而，對於遭遇急難如失業、罹患重傷病、遭遇重大變故致經濟突然陷困者，每年仍有近 6 萬個家庭，需透過急難救助紓解生活急困。其中，低收入戶及中低收入戶有 6 歲以下兒童計 4 萬 2,627 人，有工作能力未就業 9,431 人，兒童與少年未來教育及發展帳戶每年約 1 萬人，急難紓困通報家庭約 1 萬 5 千戶。

低收入戶及中低收入戶的申請及審查，都是透過各轄鄉（鎮、市、區）公所受理，通過審核後主要是提供現金給付，包括低收入戶家庭生活補助、兒童生活補助、就學生活補助等；在醫療補助方面有健保費、部分負擔費用，以及全民健保不給付之醫療費用補助等，政府提供各項救助措施，其目的是穩定經濟弱勢家庭

的基本生活需求。然受限於基層社政人力不足，現今對於貧窮家庭所提供之服務，易流於資格審查與補助發放，欠缺對貧窮家庭提供積極且具發展性之服務。

（二）新興脫離貧窮措施尚待發展，現行支持貧窮家庭的服務體系仍需強化

對於落入貧窮的個人及家庭，透過經濟扶助、醫療等提供基本生活的維持外，積極面則是希望能促進低收入戶及中低收入戶自立，助其脫離對救助措施的依賴，運用就業服務、教育投資等方式讓低收入戶及中低收入戶也開始有資產累積的可能。

美國學者許拉登（Michael Sherraden）提出資產累積福利理論，認為透過制度性的機制設計，結合公私部門協助與促進低收入家戶形成累積資產，以增強其抗貧性並走向自立。因此，社會救助資源應適度調整，在安貧、扶貧之後，亦當運用更多資源發展脫貧措施，將近貧、新貧及被社會排除者納入服務對象。因此，衛生福利部於 105 年 6 月發布「協助積極自立脫離貧窮實施辦法」，將中低收入戶納入服務對象，更督促各地方政府持續落實並精進脫貧工作，由原有的教育投資、就業自立、資產累積 3 種模式之下，再增加納入社區產業與社會參與兩種模式，也就是促使脫貧能因地制宜，與在地產業發展做結合，發展更多元的自立脫貧方案，期以預防中低收入戶落入貧窮，低收入戶逐漸自立自強脫離貧窮。

為引導各地方政府積極發展脫離貧窮措施，衛生福利部參考先進國家的經驗，所規劃的全國性脫離貧窮政策措施—「兒童與少年未來教育及發展帳戶（以下簡稱兒少發展帳戶）」，已於 106 年 6 月正式啟動，該項政策係採資產累積模式，透過貧窮家庭為孩童長期儲蓄，為孩童累積未來生涯發展之資源。

脫貧政策要能達到成效至為關鍵的因素，莫過於透過社福中心社會工作人員的資源整合評估與媒介，掌握社區的資源與需求，配合鄉（鎮、市、區）網絡的連結與支援，就近提供經濟、實物給付與福利服務，並協助他們找到生命的意義與方向，當這些家庭成員累積了財產及能力，才能達到脫貧的目標。然而，現行各地方政府辦理脫離貧窮措施之人力相當拮据，對於貧窮家庭之協助又側重於現金給付，如要協助更多貧窮家庭自立自助，實有需建構完善的社工專業服務體系。

（三）急難救助未建立多重問題家庭的社工專業評估及個案服務機制，欠缺積極性與系統性機制

目前不論生活扶助或急難救助均以現金救助作為主要服務模式，對於一時生活陷困的急難民眾，多以「救急不救窮」為原則給予一次性的現金救助。然而，面對因傷病、失業或其他原因而無法工作者，或因生活陷困引發之酗酒、吸毒、精神疾病、婚姻失調、家庭衝突、親子教養、兒虐、家暴等事件，一次性的救助已不足以解決其生活困境及多重問題。又基層承辦業務人力及專業度均不足，未能以家庭整體需求考量來協助求助家庭，導致對於家庭或個人問題，未能確實評估、落實轉介及後續追蹤與關懷，錯失介入先機，以致因經濟困頓而引發的社會不幸事件時有所聞，或被質疑社會救助體系製造低收入戶。反之，社會救助對象如果久久不能脫貧，又會被質疑社會救助製造福利依賴，社會救助體系陷入進退兩難，必須尋求有效的方法，始能避開貧窮陷阱。而發展自美國的工作福利(workfare)又被質疑過於強調工作義務、強制低收入家庭成員就業，卻無法提供合適的就業機會，導致低收入者陷入另一種低薪、低技術，甚至犧牲年幼子女照顧的工作貧窮中。因此，各種修正方案不斷推陳出新，例如英國式的以福利創造工作(Welfare to work)(Griggs, Hammond, & Walker,

2014)、丹麥式的內含工作福利的福利 (Workfare with Welfare) (Kvist and Harsløf, 2014)、德國式的幫助找工作 (Help Toward Work) (Clasen and Goerne, 2014)、葡萄牙式的賺錢得到照顧(cash-and-care)(就業是獲得福利的義務)、或賺錢加上照顧(cash-plus-care)(提供教育、職訓、健保、住宅以協助就業)(Moreira, Carolo, & Nicola, 2014)等活化勞動市場(activation)政策或方案(林萬億, 2018)。我國也有必要檢討當前社會救助與就業促進的關係，提出新的脫貧對策。

馬上關懷專案自 97 年推動以來，已依急難事由、生活陷困及核發金額訂有審查認定基準，縮短審核流程為 1 至 3 日，以即時紓困，並透過在地系統（村里）主動發掘需要協助的民眾，惟尚未全面發揮功能。又，現行地方政府依社會救助法第 21 條規定辦理之急難救助，屬地方自治事項，多由公所為受理窗口，再層轉地方政府社會局（處）審核，係被動受理、書面審核；又部分地方政府未能比照馬上關懷專案訂定核發審查認定基準，致衍生給付標準不一，核定金額多偏低且核發時程冗長（約 3 至 7 天）等現況，無法提供民眾即時有效且符合需求之適足救助。

目前社會福利業務龐雜，專業分工日趨複雜，以致急難救助、實物給付、脫貧措施等救助或各項福利服務業務之辦理，忽略服務的連續性與一貫性。另低收入戶及中低收入戶家庭雖為政府列冊長期予以扶助之對象，仍未能評估家庭整體的需求，以提供完整的福利服務。而協助因一時急難而生活陷困的弱勢家庭或民眾，也須與勞政等單位密切配合，引進職業訓練、就業輔導等多元資源，以協助解決問題並發揮及時服務的效果，因此，貧困或急難陷困且具多重問題之個人或家庭，亟待透過社工專業評估及社會救助與就業服務機制，加強橫向聯繫跨域資源整合，支持個案及家庭自立脫貧。

三、保護服務體系

(一) 偏重三級服務，預防（警）機制及其他服務資源相較不足

嬰幼兒由於先天的脆弱性，倘父母不慎疏忽或有意傷害，很容易造成無法彌補的傷害，近5年未滿3歲的受虐兒童人數每年平均超過1,100人，仍無明顯下降趨勢。國內目前除了針對未按時進行預防注射之嬰幼兒，由公衛護士協助訪查及通報，尚未能在醫療體系建立主動發掘疑似遭虐待或疏忽嬰幼兒預警機制的相關法律規定，且國人對於嬰幼兒脆弱性及保護兒童的法治觀念及親職知能仍待加強。又家庭暴力問題具有隱匿性，成人家庭暴力事件除被害人主動求助或經防治網絡人員通報外，難以被發掘，國內目前多積極透過初級預防宣導工作，向社會大眾傳達暴力零容忍的觀念，惟整體層面尚缺乏針對家庭暴力問題的現況、需求及防治成效等相關統計資料進行系統性分析所建立的主動預防機制。

隨著家庭暴力通報案件量逐年攀升，各地方政府受限於社工人力不足，故過往服務模式多以危機介入(crisis intervention)為主，聚焦在人身安全評估及危機階段之安全計畫，且有關被害人中長期庇護處所與就業輔導資源等，涉及營建與勞動等單位，亟需獲得各該主管機關的協助充實相關配套資源。在缺乏提供被害人中長期住宅與被害人處於創傷症候下，支持性就業服務深化難度提高，較難發展持續性或深化的服務內容，家庭暴力防護網亦較關注親密關係暴力事件，而未廣納包括兒虐個案或多重問題個案。此外，衛生福利部協助各地方政府結合民間團體發展被害人多元服務及相關創新性方案，囿於預算限制，多仰賴運用財政部公益彩券回饋金補助，難以維持經費的穩定性。

現行有關家庭暴力防治資源多以回應被害人的人身安全保

護為主，有關加害人處遇（treatment）服務相較不夠普及，以 105 年各地方政府受理家庭暴力被害人通報計 9 萬 5,175 人，惟保護令核發強制加害人接受處遇計畫者僅 3,315 人，占被通報被害人的 3.5%，顯示多數家暴加害人並未被納入輔導，未有機會學習停止暴力行為。

（二）保護性事件相關通報缺乏整合，通報處理時效受影響

現行兒少遭受身心虐待等不當對待、兒少照顧情形不佳、性剝削或性侵害等情形，係依兒童及少年福利與權益保障法(以下簡稱兒少法)第 53 條及第 54 條、兒童及少年性剝削防制條例及性侵害犯罪防治法規定進行通報或報告；而親密關係暴力、成人性侵害、老人保護及身心障礙者保護之通報法規則分別訂定於家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法、老人福利法及身心障礙者權益保障法。各類保護性事件服務之共通性在於皆涉及對被害人人身安全之維護，並應對通報資訊進行完整評估，掌握家庭整體狀況及保護照顧之功能，俾能即時處理須緊急救援之案件，然而現行各類保護性事件相關通報並未整合，致影響處理時效。

現行兒少及成人各類保護性案件依據不同法規而制定不同的通報表，地方政府分別受理通報表後進行不同的評估及派案流程，或部分地方政府由不同單位受理各自業管的保護性事件相關通報。倘因評估重點不同或須跨單位協調通報受理主政單位，而影響處理時效，將不利於被害人人身安全之維護。此外考量各類保護性事件通報案件有攀升趨勢，兼以家庭解組及社會問題複雜等因素，地方政府須以更有效率及整合的方式受理及處理通報，以家庭為中心的視角進行整體評估，並提供所需的相關服務，俾利家庭能改善照顧保護功能，避免各種保護性事件再度發生。

（三）公私協力服務分工不清，偏重社工服務、網絡資源待整合

目前各類保護性案件均訂有責任通報制度，在相關網絡人員落實通報，以及民眾自我保護意識日漸增強下，近年來各類保護性案件通報件數約 15 萬餘件，為了消化龐大的通報量，在公部門社工人力不足下，各地方政府均採取公私協力方式，以委託或補助形式，讓民間團體參與各項保護服務方案，以舒緩案件負荷量。其中成人保護案件因尊重案主自決與地方自治的精神下，各地地方政府的公私協力模式相當歧異、個別化與零碎。而當公私部門過於強調案件量的分攤，未能依照職責角色分工，不論公私部門自然優先處理有監控機制的高風險案件，非高風險案件則容易被忽略甚至快速結案。長久下來，民間團體成為消化公部門高風險案量的一環，逐漸失去了發展被害人復原方案的多元彈性與專業優勢。

此外，保護性案件法定主管機關皆在社政部門，長期以來保護服務偏重於社工服務，由社會工作人員為主責人員，從前端通報救援、調查、庇護安置、安全計畫及對家庭提供服務計畫等項目，皆以社工服務為核心，其他單位則是以「協助」角色自居。然而保護服務有別於福利性服務，尤其兒少保護事件須對涉及施虐或照顧疏忽之父母等「非自願性案主」進行調查，並以行政處分方式提供親職教育輔導及個案服務計畫，但實務上常遇父母或照顧者不配合調查或拒絕社會工作人員到宅或學校訪視，對於危機介入與救援相對棘手。此外，社會工作人員依法規劃及執行的個案服務計畫(如：各類提升家庭功能之福利方案及資源)，亦同樣遇有消極配合或拒絕服務之情形，導致家庭照顧保護功能無法改善，致遭安置之受虐兒少難以儘速返家重聚。兒少保護服務效能缺乏公權力強制力或積極性介入之基礎下，除影響服務責信外，亦使得保護性社會工作人員壓力沉重，甚而快速耗竭(burn out)。

四、兒少高風險家庭服務體系

(一) 兒少高風險家庭服務及 113 保護專線之推動，皆須再精進

於 92、93 年間曾發生數起父母殺子後自殺等兒虐案件，經分析多數伴隨著父母失業、疏忽、吸毒、酗酒、離婚等風險因子，父母不勝壓力負荷，轉向子女施暴發洩，而不少案件幾乎無保護通報紀錄。故政府由原來兒童虐待及家庭暴力事件處理流程和服務內涵，擴大篩檢機制與及早發現高風險家庭，爰自 93 年 11 月 29 日函頒實施「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」(104 年 1 月 1 日起修正為「兒童及少年高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」)，並考量當時政府公部門社工人力嚴重不足且增聘不易，爰採行補助民間團體社會工作人員的方式，提供以兒少為中心的家庭支持性服務。然而兒少高風險家庭與兒少保護案件常無法清楚區分，近年所發生之重大兒虐致死案件約有 2 成曾經有兒少高風險家庭通報及服務之紀錄，亦引發各界對兒少高風險家庭服務責信及與兒少保護分工合作之討論。

接受委託提供高風險家庭服務的民間社會福利團體應為第一線直接服務之社會工作人員，地方政府社會局社會工作人員變成第二線間接服務社會工作人員。然而，身為委外機關的第二線社會工作人員卻依然必須不時扮演第一線社會工作人員的角色，委外受託單位的社會工作人員也常自稱是第二線社會工作人員，亦即，服務成敗責任仍框架在地方政府社會局的社會工作人員身上，造成雙方角色功能混淆；且民間社會福利團體聘用之高風險社會工作人員缺乏公權力，常無法順利協調就業、教育、醫療、警政、戶政等機關，導致執行高風險預防與介入效果受限。

90 年啟用的 113 保護專線，自 96 年 9 月 1 日起成立集中接線中心，24 小時統一受理全國兒少保護及家暴事件諮詢或通報

電話，即時將案件分派至各地方政府防治中心窗口，該專線已能提供民眾便捷的通報管道，然而該專線僅能透過電話蒐集初步資訊，並多將兒少相關案件定位為兒少保護，派由地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心處理。113 保護專線雖能協助地方政府儘速處理危急兒虐案件，然該專線定位較偏向三級暴力防治，無法有效辨識高風險家庭事件，進而連結相關服務體系提供預防性、支持性的服務，發揮整合性單一窗口功能，也顯示兒少高風險家庭及兒少保護專業分工應從受理通報端進行調整。

（二）風險預判與篩選機制待改善，社區後續支持系統未完備

為強化兒少高風險家庭的主動發掘與預判，自 98 年起推動「6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，並經 104 年、105 年兩次修訂，針對逕為出生登記、逕遷戶籍至戶政事務所、逾期未完成預防接種、未納入全民健保逾 1 年、國小新生未依規定入學、矯正機關收容人子女及父或母未滿 20 歲等 7 類特定族群，加強戶政、衛政、學校及矯正體系之追蹤輔導機制，發現符合兒少保護或高風險家庭指標者，即通報地方政府機關提供訪視及服務。前開預警機制端賴相關人員的認定、通報及合作，其功能也因人而異，倘能結合資訊科技，透過大數據比對及分析，更能落實及早發現風險、及早介入輔導的意旨。

地方政府接獲自 6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案而來的高風險家庭通報後，同樣是交由承辦兒少高風險服務的民間團體執行訪視評估與後續服務，倘民間團體的量能有限而政府支援又不足的情形下，可能就延宕了風險的評估與服務的提供。另一種情形是，高風險家庭接受一段時間的社工服務後，其兒少未獲適當照顧的風險已降低，惟仍有其他經濟、醫療、就業等單一問題待協助，卻因缺乏社區後送(追)關懷系統或機制，導致高風險家庭

服務難以結案，或是高風險家庭服務結案但後續協助無以為繼，兩者均不利於兒少高風險家庭服務的績效展現。

五、社會工作制度

（一）社會工作人員工作負荷沈重，人力亟待充實

為協助地方政府充實社工人力，行政院前於 99 年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，預定至 114 年將地方政府的社工人數由 1,590 人倍增至 3,052 人。100 年起已增加進用 366 名約聘社會工作人員；101 至 114 年預定納編員額總數 1,479² 名，101 至 106 年底已新增納編 1,132 名社工編制員額，透過該計畫充實社工人力，對提升服務品質發揮實質助益，但執行迄今地方政府囿於財政或總員額數限制，致除臺北市等 9 縣市已完成納編規劃外，多數地方政府仍無法確依計畫規定時程執行人力進用（見表 2）。另部分地方政府因首長考量施政優先順序及用人需求，頻頻要求中央同意以員額外加方式因應。故地方政府社政部門未能因應業務需求，適時合理調增社工人力，影響社會福利服務之提供。

² 「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」原定地方政府共需增加社工編制員額 1,490 人，又因部分地方政府前提供內政部(衛福部)原配置之社工人數有誤，致影響本計畫實際需增加之社工編制員額數；爰同意臺北市政府需納編社工人數由 90 人修正為 80 人(-10)、苗栗縣政府需納編社工人數由 41 人修正為 40 人(-1)，爰各地方政府依本計畫需增加社工編制員額總數由 1,490 人修正為 1,479 人(-11)。

表 2：充實地方政府社工人力配置及進用計畫執行成效(截至 105 年底)

一、100 年起新增 366 名約聘社會工作人員進用情形		
22 縣市業已完成進用 366 名約聘社會工作人員。		
二、依衛生福利部計畫 101-114 年納編情形		
類別	縣市	小計
(一)可依計畫納編期程於 101-114 年全數納編	嘉義縣、臺北市、桃園市、南投縣、新北市、臺中市、高雄市、宜蘭縣、基隆市	9 個縣市
(二)可依計畫期程辦理 101-105 年納編作業	澎湖縣、屏東縣、新竹市、金門縣、雲林縣、臺東縣、連江縣	7 個縣市
(三)可依計畫期程辦理 101-104 年納編作業	臺南市、苗栗縣	2 個縣市
(四)可依計畫期程辦理 101-103 年納編作業	花蓮縣、彰化縣、嘉義市	3 個縣市
(五)可依計畫期程辦理 101-102 年納編作業	新竹縣	1 個縣市

近年來因應社會環境急速變遷、社會福利需求增加，以及人口結構老化、家庭結構改變及身心障礙人口比率提高、兒少人口下降等趨勢，進而影響社工人力需求與配置。另臺灣社會工作專業人員協會(2015)研究亦指出，社工人力規劃是一個動態的過程，須持續追蹤並採取適當行動，以維持供需間的平衡狀態。依衛生福利部統計，至 105 年底，我國從事社會工作專職人數為 1 萬 3,589 人，服務比為 1：1,693，相對於日本的 1：626、美國的 1：511，香港的 1：346³，顯示社會工作人員工作負荷偏重，人力亟待充實。故社會工作人員納編與增加人力配置等措施，實有賴於對各領域的社工人力需求進行盤點，並做

³ 資料來源：

(1)衛生福利部公務統計報表 105 年社會工作專職人數
 (2)日本厚生勞動省平成 28 年社會福祉士人數(<http://www.mhlw.go.jp/>)
 (3)美國勞工局 Occupational Employment and Wages, May 2016
 (4)香港社會工作註冊局(<https://www.swrb.org.hk/tc/Search.asp>)，2016；另張紉、林萬億、王永慈(2003)研究，香港社工服務比為 1:900

中長期推估，以提供政府機關和民間社會福利組織進行有效率與效能的人事規劃及相關教育訓練。

(二) 社會工作人員勞動條件不佳，流動率高，服務品質受影響

衛生福利部 104 年辦理「社會工作者勞動薪資調查」研究發現，52%社會工作者目前薪資介於 2 萬 5,000~3 萬 4,999 元，相較與其他專門職業技術職業類別平均薪資偏低。

公部門之公職社工師，其職缺最高僅得至薦任 9 職等，職稱「社會工作督導」、「高級社會工作師」，缺乏升遷管道，導致直接服務工作經驗難以累積。

面對當前社會工作職場的高工時、高壓力、高流動率之三高狀況，已嚴重影響社會工作相關科系畢業生之從業意願，並對專業經驗傳承與服務品質產生衝擊。

(三) 專業訓練缺乏綜整，社會工作人員重複受訓負擔重

社會工作師法自 86 年施行迄今，已達 20 年，各實務領域的社會工作專業蓬勃發展，爰衛生福利部於 93 至 98 年間，分別委託專業團體進行老人福利、身心障礙、兒少福利、家庭暴力及性侵害防治和藥（酒）癮等領域之專業訓練課程規劃；97 年並針對地方政府社會局（處）內社會行政人員進行在職教育課程規劃，並據以訂定各福利別社會工作人員之分科分級教育訓練。

102 年衛生福利部社會及家庭署與保護服務司為配合業務推展需要，陸續為其所屬各業務別之社會工作人員分別訂定教育訓練計畫，包括：家庭（社會）福利服務中心社會工作人員分級訓練課程實施計畫、長期照護社會工作人員專業課程培訓計畫、老人福利機構社會工作人員在職訓練課程、身心障礙需求

評估人員教育訓練實施計畫及保護性社工訓練實施計畫等，持續強化社會工作人員專業知能。教育系統所聘的學校社會工作師於上任時即須接受 40 小時的專業職前訓練，以利銜接教育體系與社會工作專業，也凸顯不同領域社會工作的專業進階有其特殊性。但因社會工作職涯發展共同必須進修的專業成長，或因跨專業團隊工作必須相互瞭解的跨領域知能卻未能有效被規劃與整合。

近年來，迭有實務工作者反映各領域的社工專業訓練已發展多年，但因缺少綜整致訓練相互重疊，使實務工作者疲於因應不同領域的調訓，應適時盤點及比較各領域之專業訓練內涵，並通盤檢討訓練之適足性，重新研訂「社會工作人員專業訓練計畫」，俾能符合實務工作者的訓練需求，並達到專業訓練之目的。

(四) 現行社工專業正規教育、證照考試及法規仍待強化，影響專業制度發展

據臺灣社會工作教育學會 105 年「臺灣社會工作相關系所現況調查」，我國的社會工作相關系(組)，總計有 28 個系(組、學程)，研究所碩士班(組) 24 所，博士班 5 所。每年學士班(含四技、二技、進修部)總計招收人數超過 2,700 人。碩士班(含在職專班)每年招生超過 400 名，博士班超過 20 名(臺灣社會工作教育學會，2016)，惟投入社工職場比率僅 25%。檢視目前學校社會工作教育發現，我國社會工作系所分屬一般大學與科技大學，設系所目的模糊，且並未如美國的社會工作學院(系所)於設立前必須經美國社會工作教育委員會(Council of Social Work Education, CSWE)審議通過設系許可，始得設立。我國社會工作系所設立僅須經教育部送專家審查通過後即可設置，

設立後再每 5 年接受大學評鑑中心或評鑑協會評鑑，程序相對寬鬆，以致社會工作教育的品質參差不齊。加上學校教育在課程內容規劃方面與實務需求有落差，致社會工作科系畢業生專業認同不夠，影響投入社工就業職場的意願。

又 86 年社會工作師法通過，並於 87 年起辦理社會工作師專門職業及技術人員考試，確認以國家考試方式認定社會工作師的專業地位。惟檢視我國社會工作師應考資格，除了社會工作學士教育程度要求，亦接受非社會工作教育背景者應考（如學分班、宗教大學或獨立學院畢業者）；相較前述美國經驗，其社工師證照考試的專業科目在學校開授時必須受到社會工作教育委員會的認可證明。英國、香港雖採註冊制，但其大學社會工作系所課綱亦須經註冊局審查認可，取得學歷者方可註冊並從事社會工作業務，以確保社會工作人員專業素質。

社會工作師法通過初期，考選部雖透過辦理特考、檢覈考試促使已在職之社會工作人員考取證照，後自 101 年起每年增加考試次數等措施，106 年 9 月，全國通過社會工作師考試者計 1 萬 661 人，近 4 年專技人員社會工作師高考及格率平均為 13.27%，遠低於現行相關各類醫事人員考試及格率⁴，其原因與前述社會工作教育與考試資格有緊密關連；復因誘因不足，影響實務工作者取得證照之意願，不利專業制度發展。

六、心理衛生體系

（一）預算投入不足且偏重治療，前端預防涵蓋率有限

精神醫療及心理衛生預算投入多寡，可反映國家對於心理

⁴其他鄰近專業專技考試錄取率：護理師 29.61%、臨床心理師 68.39%、諮商心理師 56.15%、律師 33.04%。

健康議題的重視。85 年至 98 年我國精神醫療及心理衛生預算由 73 億 9,200 萬元成長為 260 億 6,900 萬元，占國民醫療保健支出的比率由 1.71%成長為 3.54%，占國內生產毛額（GDP）比率則由 0.09%成長為 0.21%；與新加坡 0.24%、日本 0.40%、美國 0.58%、澳洲 0.88%相較，我國精神醫療及心理衛生預算占國內生產毛額（GDP）比率偏低（吳肖琪，2011）。

我國心理衛生工作，早期著重精神病人之醫療照護，雖近年來開始推動心理健康促進及社區化照護等工作，然多數心理衛生經費及資源投入，仍集中於精神醫療照護的二段預防。相關研究指出，97 年全國 25 縣市心理衛生行政工作的經費分配，多數縣市的經費投入著重於推動精神衛生業務（陳嘉鳳，2008）；惟參考國際近年來發展的趨勢，依據公共衛生概念，預防重於治療，強化民眾心理健康及精神病人社區化照護已是必要的發展方向。但囿於心理衛生預算有限，現行僅能就嚴重精神病人提供關懷訪視及追蹤，前端的預防與心理健康促進及後端的關懷訪視，在預算闕如下，服務涵蓋率難以提高。

（二）社區服務範疇限縮，關懷訪視人力與服務量能均待提升

心理健康照護對象應普及全體民眾，且心理健康的涵蓋範疇應包含心理健康促進、精神疾病防治及照護、物質濫用防治、家暴及性侵害加害人處遇等議題，因此須任用足夠及跨專業領域之人力，始足以推動心理健康相關業務。

各地方政府雖有公共衛生護士負責精神病人社區追蹤，惟考量其工作負擔繁重，為協助追蹤關懷 14 萬餘名精神疾病個案，衛生福利部補助各地方政府辦理社區精神病人追蹤關懷工作，但囿於預算有限，100 年之後全國合計僅補助 99 位社區關懷訪視員，每名關懷訪視員需負責 350-400 名個案，造成訪視人員

業務繁重、人員流動率大，除難以滿足所有社區精神病人之服務需求，並因訪視人員專業背景、經驗、資源整合能力及個案複雜度（例如合併自殺、家暴、兒虐、藥酒癮等問題）等因素，導致社區關懷訪視員僅得就個案衛生及疾病方面之個別化服務內涵進行評估，缺少對於家庭、經濟與社會福利服務需求的完整評估及資源連結能力，造成社區服務範疇及服務量與能方面均有待提升。

（三）社會污名精神病人問題嚴重，合併多重問題個案難以發覺處理

精神疾病和某些身體疾病一樣（如高血壓、糖尿病、癌症...等）會有急性期和緩解期。急性期精神病人會出現強烈的幻覺、妄想症狀，由於此時病人的現實感喪失，故可能有自傷及傷人危險性，此危險性涉及自殺或自傷的比率甚高，為一般人 100 倍以上；但此危險性涉及傷人或殺人的比率則極低，為一般人 1/30 以下（蘇冠賓，2001）。另外也有研究顯示，暴力與精神病並沒有直接關係（Secker & Platt, 1996），即便是最危險的精神病患者，暴力發生率也只有萬分之 5，遠低於一般人一生中發生言語暴力或肢體衝突的機率。

兒少保護、家庭暴力事件或性侵害事件加害人若合併有精神疾病，經分析其本身雖可能因缺乏病識感，不願主動就醫，致受病情干擾而有暴力行為，惟往往同時有就業、福利及社區居住等資源需求問題，但因缺乏尋求相關資源之能力，受到歧視、社會排斥、貧窮或孤立，而造成社會問題。現行衛生體系雖已介入提供關懷訪視，面對個案非醫療之問題，難以透過醫療單一模式解決。為整體性評估個案需求，需藉由專業人員，整合就醫、就業、就學及福利相關資源，以協助個案於社區中生活及工作，惟現行關懷訪視員具社會工作相關專業領域之人員比率偏

低。

(四) 家庭暴力加害人處遇未以家庭為中心，性侵害加害人處遇輕監控，再犯預防成效有限

依家庭暴力防治法第 4 條及性侵害防治法第 3 條規定，家庭暴力及性侵害加害人身心治療、輔導教育，係屬衛政機關權責。因此，在家庭暴力案件處理上，家防中心主責被害人保護，衛生局則主責加害人處遇，被害人及加害人分由社政、衛政各自處遇，且以司法裁定處遇計畫保護令單一處理加害人行為問題，而未能以家庭為中心，處理家庭系統互動失衡問題，恐無益於降低家庭暴力事件的發生。

又性侵害犯罪防治法自 96 年立法施行起，即明定性侵害加害人於社區須定期接受身心治療、輔導教育，後為強化加害人再犯預防機制，並先後推動登記報到及查訪、觀護人特殊處遇、刑後強制治療等配套措施。惟近來所發生社會矚目重大性侵害案件，如：106 年 3 月 3 日南港女模案（緩刑未附帶條件命執行社區處遇）、106 年 9 月 17 日宜蘭小 4 男童案（累犯期滿出監未評估社區監控不足而聲請強制治療），均凸顯出現行加害人再犯預防重治療、輕監控及社區處遇行政處分拘束力不足之問題；又歷次修法，逐漸擴大處遇適用對象，將緩起訴、未成年、性騷擾行為人納入，及延長加害人社區處遇期間，致處遇案量持續增加，衍生地方政府衛生局處遇協調人力、處遇資源不足的窘境。

七、自殺防治體系

(一) 第一線服務人員對於自殺敏感度不足，難以即時發現目標個案

隨著單親家庭、隔代家庭及單人家庭的增加，及少子化與

高齡化的發展趨勢，面對未來逐漸增加的扶養壓力與不斷縮小的家庭規模，家庭支持功能日漸式微。同時，支持系統不足的家庭，面對外界低薪資、高工時環境，家庭經濟維持與家內關係亦受到衝擊，導致家庭中兒童、少年、婦女、老人及身心障礙者相關的社會問題倍增（廖士程，2015）。

自殺是多重因素造成的悲劇，為生理、心理、社會及經濟、文化、環境等交互作用的結果。依據衛生福利部全國自殺防治中心統計，105 年自殺通報個案之自殺原因，前 3 名依序為「情感／人際關係」（47.0%）、「精神健康／物質濫用」（35.4%）及「工作／經濟」（9.9%）。各地方政府衛生體系針對自殺企圖者雖提供有關懷訪視服務，但面對高自殺意念之高風險族群，例如：高風險家庭、失業或經濟困頓、高風險老人（低收入戶、獨居、多重疾病及久病）、多重疾病問題、情感困擾、學校適應困擾...等，因其遍及社會各個角落，各服務體系第一線人員若對自殺議題敏感度不足，高風險人口群之目標個案則不易即時被發現及有效轉介心理健康體系。因此，需於各體系建構自殺防治守門人防護網，並加強及普及各體系自殺防治守門人觀念，形成網網相連，以建立全面性自殺防治網絡。

（二）缺乏自殺通報之法源依據，預警機制無法強化

自殺議題敏感且有其特殊性，對於自殺之通報，民眾多存有對個人資料保護的疑慮，且尚無相關法源依據。而政府自殺防治服務體系，囿於人力及經費之限制，現行僅能優先服務有自殺企圖並經通報主管機關之個案，至其他未經通報之自殺企圖者及潛在各角落之具有高自殺意念者，因散於各場域，倘無是類對象之業務權責機關或民間單位齊力合作，則均難以觸及，亦難預警。綜觀亞洲國家中，日本與韓國已相繼完成「自殺防

治法」的立法。為明定自殺通報之法源依據，及結合各目的事業主管機關共同推動我國自殺防治工作，並促進全民心理健康，透過制定專法或於相關法規研修增列自殺防治相關規定，確有其必要性。

（三）自殺關懷訪視量能不足，關懷訪視效能亟待精進

依據文獻指出，自殺關懷訪視員的合理個案負荷量約為 40-60 名，與 105 年我國自殺關懷訪視員平均承接 198 名個案相較，現行自殺關懷訪視員人力嚴重不足，且關懷訪視服務常遭被通報者拒絕（拒訪或訪視未遇），一般民眾對於自殺議題亦多持較負面之態度，面訪拒訪率高，致關懷訪視方式以電訪（82.6%）居多，家訪、門診晤談僅分別達 14.7%及 2.6%，影響服務之效能。

而自殺行為除生物性因素之外，更有社會、經濟、文化、心理等複雜成因與背景，考量自殺關懷訪視員多為心理、護理及公共衛生背景下，依其能力恐無法解決被通報者自殺行為之前端問題，亦無法提供或連結經濟救助、就業輔導等相關資源，導致關懷訪視服務效能不易凸顯，自殺關懷訪視員人力與能力均亟待充實。

八、學校輔導體系

（一）輔導教師及專業輔導人員缺乏合理配置

現今社會日益複雜，學生輔導需求急速上升，教育部從 80 年起陸續推動輔導工作六年計畫、認輔制度、教訓輔三合一方案及友善校園計畫等專案，強化教師輔導知能；復自 95 年起補助各地方政府辦理「專業輔導人員參與國民中小學學生輔導工作方案」，聘用兼任專業輔導人員（如學校心理師、學校社工

師)，以經費挹注方式，並逐年提高經費額度，補充欠缺之專業輔導人力，雖略見成效，但仍明顯不足。

為促進與維護學生身心健康及全人發展，並健全學生輔導工作，考量學校專兼任輔導人力明顯不足、個案量與專業人力比例顯現負荷沉重，100 年修正國民教育法第 10 條及 103 年制定公布學生輔導法，將專任輔導教師及專業輔導人員的員額配置規定入法，教育部積極規劃全面提升與建置國民中小學三級輔導機制，提升學校輔導人力的質與量。惟修(立)法迄今，迭有實務工作者反映各級學校輔導教師及專業輔導人員等輔導人力配置失衡，在生師比、輔導專業及輔導服務量等層面，無法回應輔導實務現場的需求，應適時盤點及檢討各級學校輔導人力的增置及配置作法。

學生的問題日益複雜、涉及的面向屬多面向(multi-faceted)、問題成因也是多因的、助人專業的訓練日趨專門化(specialization)、提供服務的方法越來越多元、社會也期待學生被完整與連續地照顧到。於是，單靠教育、諮商專業已無法滿足學生學習上的多樣問題與身心發展過程的多元需求(林萬億、黃韻如、胡中宜，2018)。林郁倫、陳婉真、林耀盛、王鍾和(2014)的研究發現，學校對於學生群體受教權的保障、危機事件(自殺、自傷等)介入的需求，或是兒童保護議題(兒童虐待、家庭暴力、性侵害、性剝削、目睹家庭暴力等)強烈需求協助。因此，強化多專業團隊合作、跨專業團隊合作絕對是當前校園輔導必須努力的方向。學校輔導體系若僅專注於校內學生諮商輔導，而期待社區輔導體系進入校園承接學生的家庭、社區、社會等面向的問題，或將學生源自校外的生活與學習問題推給社會福利體系，學生所遭遇的問題必然無法有效地被解決。

（二）教育體系與其他社政衛政系統間，欠缺橫向聯繫機制

現行在學校輔導實務現場，學校教育人員除須顧及學生生活輔導、學習輔導及生涯輔導等發展性輔導需求外，亦須針對個別學生的不同狀況，如學生自身身心發展劇變、面臨家庭問題、社會問題及學校課業壓力等層出不窮的挑戰，必須仰賴學校社會工作師、學校心理師等專業輔導人力的分擔，尤其學校社會工作師扮演結合社區資源、銜接社會福利與醫療體系的重要橋樑，適時引入校外家庭支持、法律服務、醫療資源、職能治療、精神醫療等各類專業服務，以促進學生心理健康、社會適應及適性發展。

惟各體系間欠缺橫向溝通、理解、聯繫與合作機制，多囿限於各自專業服務的本位立場，造成各體系間合作不易、銜接困難，容易導致服務中斷、片段，無法解決問題等困境。

（三）各級學校輔導系統間未建置統一一致性的銜接服務機制

為提升在學適應困難、行為偏差、有中輟風險學生的受教權，整合政府及民間教育資源，並積極創造性別平等的教育環境、改善校園人權狀況、形塑尊重生命與品德的友善校園文化，教育部於 93 年發布「友善校園總體營造計畫」。

自計畫頒布以來，教育部及其他相關政府部門陸續訂頒「性別平等教育法」、「兒童及少年高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」、「教育部推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」等。98 年度起，友善校園工作計畫中更明訂高關懷學生輔導教師知能研習內涵包括：校園危機個案的處理工作模式、自傷（自殘）行為之認識與輔導、情緒衝動與暴力行為的認識與輔導、不安全性行為及未婚懷孕的預防與輔導、高風險家庭

學生（虐待與家暴目睹兒少）之辨識與輔導、藥物濫用學生的辨識與輔導、及憂鬱的辨識與輔導等。

惟「高關懷學生族群」及「高關懷學生輔導」一詞常在各級學校輔導工作計畫中出現，然而，高關懷學生族群的定義及通報系統並無法源根據，且由國中小學教育系統至高中高職教育系統、乃至高教系統之間並無轉銜機制，對於有輔導需求之個案學生，在畢業或離校後，仍需要下一個學校持續提供輔導服務者，在沒有法規的授權、沒有統一一致性的轉銜機制或管道，且擔憂標籤化作用的不良影響下，無法讓學校間的輔導系統及早針對該等學生提供適合的輔導銜接服務。

九、就業服務體系

（一）弱勢失業者較少主動運用就業服務資源，就業意願有待加強

弱勢失業者常囿於就業動機、就業技能不足、社會刻板印象及標籤化，以致影響雇主僱用意願等多重就業障礙，在長期無法就業之情況下，易與社會脫節，對職場環境陌生，就業難度更高。

另實務上發現，弱勢族群除失業經濟困頓，更經常伴隨債務、藥酒癮、精神疾病、家庭照顧、住所不定、法律訴訟等問題，生理、健康、技能、教育、職場適應、家庭照顧需求或支持體系不足等因素，形成就業障礙，易被就業市場所排除而淪為長期失業者。

（二）就業服務人員缺乏對弱勢族群辨識及敏感度

第一線就業服務人員對於弱勢族群的辨識能力及敏感度不足，無法深入察覺弱勢失業者身心狀態及所面臨的問題，及時轉介社會救助及相關福利服務資源，排除生活與就業困境，

相關資源掌握運用及專業知能有待提升。

(三) 勞政與社政就業服務單向轉銜，缺乏網絡合作機制

我國尚未規劃完整的社會救助與就業服務整合的活化勞動市場政策，單靠部分地方政府與民間社會福利團體推動的脫貧計畫。雖然前內政部社會司於 94 年起推動自立脫貧計畫，並納入 95 年「大溫暖社會福利套案」中。但是，後續推動仍然以社會福利角度為主，就業政策觀點相對單薄，以就業作為一種對抗貧窮的策略尚未有效整合。經社政單位轉介至公立就業服務機構之低收入戶及中低收入戶有工作能力個案，經常表達無就業需求或有其他原因無法工作，遊走於社政與勞政單位，工作需求表達不一，影響服務之提供，勞政及社政實需建置雙向服務合作機制，掌握個案問題與服務需求，將單向殘補式、濟貧式福利服務，發展為跨專業積極性的就業與脫貧服務。

十、治安維護體系

近幾年來發生的重大社會治安事件，雖經警察機關迅速逮捕犯嫌並移送法辦，惟仍嚴重影響社會治安觀感。警察為最早抵達刑案現場處理之執法人員，相關作為影響民眾對於政府施政滿意度。

(一) 衛政、社政、教育及警政待建立有效通報聯繫機制，以強化各項預防、處理及復原作為

分析我國近幾年內所發生的重大殺人案件相關犯嫌背景，究其原因與社會挫敗關係密切，參考美國、日本相關處置作為，可透過政府、醫療處所與民眾情資蒐集及分享，共同合作防處，並從民眾宣導教育、辦理自救講習課程，家庭教育與諮商輔導等相關措施來因應。爰我國應建立衛政、社政、教育及警政通報聯繫機制，保持良好溝通管道，並全面動員網絡力量，強化

各項預防、處理及復原作為，諸如醫療、訪查及治安工作等，以防範事件發生。

（二）缺乏以犯罪被害人為中心之刑案處置及後續關懷協助機制

自 1950、1960 年代起，各國開始意識到被害人保護之特殊性及其重要性，並紛紛開始各項規制與政策研擬。我國於 87 年通過施行被害人保護法，正式宣示我國對於犯罪被害人保護之立法政策。雖該法其後有數次修正，然而仍以金錢補償為主要規制，就保護被害人之其他措施而言，僅有犯罪被害人保護法第 29 條成立犯罪被害人保護協會，並藉由依照犯罪被害人保護機構組織及監督辦法為組織成立之要件、程序與監督規範，並實施於犯罪被害人保護法第 29-1 資訊告知與協力義務及第 30 條被害人保護業務之列舉。

為加強犯罪被害處置及關懷協助，規劃訂定以保護犯罪被害人為中心的作業程序，規劃從刑案現場處理、被害人傷亡處置及後續關懷協助等面向，以專業、效率之精神，精進現場處理及偵查能力，即時保障民眾權益，並秉持同理心及尊重態度，以關懷救助被害人及家屬的立場，適時提供相關支援救助資訊及服務。

（三）少年輔導資源不足，難以落實法定對虞犯少年輔導工作

我國尚未建立完整的司法社會工作(Forensic Social Work)體系，目前僅在部分地方法院試行委託民間社會福利團體進駐提供家事調解服務，以及各地方政府設置少年輔導委員會（以下簡稱少輔會）綜理規劃並協調推動預防少年犯罪之相關事宜，對於受刑事、保護處分、經社會秩序維護法處罰、經法院裁定不付審理、家庭失去功能致少年無法獲得適當管教或其他認有

輔導必要之兒少，應由少輔會予以妥善輔導。雖多數地方政府將少輔會視為輔導不良行為及虞犯少年的後送機構，惟囿於財務困境，造成少輔會專業輔導人力不足，又須兼顧行政及資源連結工作，以致於無法有效推展少輔會繁重之輔導工作，遂將部分輔導工作委由志工辦理，然城鄉差距大，志工品質不一，難發揮輔導成效。

十一、小結

綜上所述，經通盤檢討現行社會福利、心理健康、學校輔導、就業服務及治安維護等體系，存在許多系統面、資源面、配置面等問題，因而導致服務體系運作的失靈與效能不彰，茲整理各服務體系共同或個別存在的問題如下：

（一）可近性不高—區域福利服務網絡普及度與服務量能均待提升

社會福利服務機制除整體資源及政策配置等供給面檢討外，服務輸送與使用者的接收等面向，對服務品質而言亦同等重要。呂寶靜（2001）就老人福利服務措施方面，提出服務輸送過程中四個值得重視的議題：可得性（availability）、可近性（accessibility）、可接受性（acceptability）及可負擔性（affordability）。Gilbert(1972)在批判社會服務輸送體系的弊病時，認為常見的問題有四：支離破碎（fragmentation）、不可及（inaccessibility）、不連續（discontinuity）、權責不明（unaccountability）。顯見福利服務體系的效能發揮與服務品質，服務的可近性至為關鍵，惟社會福利服務體系，因長期仰賴公益彩券回饋金等不穩定財源推動，僅能以實驗性、競爭型方式推動，導致中心據點布建緩慢且近便性不足，使各地方資源貧瘠地區存在資源落差，又人力結構上存在缺口、工作經驗不足等現象，以及網絡資源的開發缺乏系統性引導與政策依據，導

致服務的可近性不足，服務量能無法有效提升。

（二）積極性不夠—積極性救助與服務不足，無法發揮及時紓困與脫貧自立的效果

檢視我國社會救助體系，係針對長期性接受生活扶助的低收入戶、中低收入戶等對象提供以現金給付為主，再以物資、餐食等實物給付等措施為輔，但對於發生事故或陷入貧窮困境的家庭，仍須強化以社會工作專業提供就醫、就養、就學、托育或其他各項福利服務措施。又對於經濟對象的脫貧機制，須增加其資產累積及人力資本，避免貧窮循環等機制亦尚待持續發展。此外，雖隨著社會快速變遷，我國急難救助需求不斷攀升，惟僅著重現金救助，並未建立社工專業評估及家庭多重問題個案服務機制，且專業分工橫向聯繫不足，未落實跨專業、跨領域整合機制，故實務上，紓困救助之積極性與專業性機制亟待推動，始能提供弱勢家庭或個人完整之福利服務。

（三）防護性不全—預防（警）機制及中長期服務資源不全，難以遏止暴力

我國為防治家庭暴力及兒少虐待，雖已制（修）定「家庭暴力防治法」、「性侵害犯罪防治法」、「兒童及少年福利與權益保障法」及「兒童及少年性剝削防治條例」，建立相關保護機制，惟 105 年兒少因虐待、疏忽（含殺子自殺）致死人數達 38 人，且每 3 件重大兒少虐待致死或重傷之案件中，就有 1 件是兒少保護或家庭暴力服務體系中已獲通報之個案，經檢視系統效能發現，雖保護服務資源偏重於三級介入，惟保護服務需求日益擴大，現有保護性社工人力處理多元複雜之保護性事件已是挑戰性高，更遑論前端預防（警）機制、家暴

零容忍及兒少保護觀念宣導、中長期服務資源與加害人處遇等服務更是相形不足與缺乏，尤其，涉及多重問題的服務對象，無適當資源介入，無法有效地構築完整防護網。

（四）整合性不佳—跨網絡服務缺乏整合且不連貫，導致服務出現漏洞

從完整系統觀察，家庭成員的需求與問題是相互關連與互動的，而家庭風險的產生也是一個連續性的光譜，兒少的處境會因為不同的時空環境，在兒虐、高風險的界限間流動，甚而合併發生成人家暴事件。然而，現行兒少高風險家庭服務體系，因家庭風險之界限模糊，導致服務系統銜接不連貫，且委託民間辦理服務模式，也造成團體在提供服務時面臨公權力介入基礎不足等問題；另外，在心理健康體系方面，如精神疾病合併多重問題個案、自殺通報的網絡合作，也出現因服務體系間缺乏暢通的橫向聯繫管道，更易導致各項服務片斷、零散及效率低落的狀況，無法有效回應與解決個體與系統的問題需求。

（五）預防性不彰—資源偏重治療，通報預警與社區服務量能不足，前端預防涵蓋率有限

我國因人口結構改變、家庭互動改變、經濟景氣低迷與職場壓力等問題，加上 E 化（electronic）所帶來人際疏離感及身心疾病問題的增加，心理健康問題之重要性與日俱增。參考國際近年來發展之趨勢均強調「預防重於治療」，惟受限於中央及地方人員編制數低，難以全面推動所有心理健康業務。尤其自殺係多層次危險因子所造成，且自殺高風險個案遍及各場域，除法律應完備責任通報規定外，地方政府關懷訪視人力、第一線服務人員敏感度、個案整體性評估及專業

服務知能、橫向聯繫整合及社區預防通報均待加強。

（六）服務人力不足—人力待充實，勞動條件與制度待提升

我國社會福利服務人力不足問題由來已久，尤以社工人力最為嚴重，雖於 99 年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，預定至 114 年將地方政府的社工人數由 1,590 人倍增至 3,052 人，然而因應社會環境急速變遷、社會福利需求增加及人口、家庭結構變化等因素，影響社工人力需求及配置，又社會工作人員勞動條件不佳、流動率高，缺乏完整訓練機制及考試制度，影響社會工作的服務量能與專業制度發展。

從政策檢討亦可發現，無論在社會福利服務、保護服務、心理健康、學生輔導或少年輔導各體系，均普遍面臨社工等相關輔導專業人力⁵不足的困境，影響各體系的服務輸送。

參、新思維、整合策略與計畫目標

本計畫強調社會安全網服務介入的焦點，由「以個人為中心」轉變成「以家庭為中心」，建構「以家庭為中心、以社區為基礎」(community-based)的服務模式。改變過去聚焦在低收入戶、有兒童虐待之虞的高風險家庭、家庭暴力、學校適應不佳的學生、少年犯罪、精神疾病等個人的危機介入，轉變為除了即時介入處在危機中的家庭(families in crisis)外；並及早介入因生活轉銜(life transition)或生活事件(life events)導致個人或家庭風險升高的脆弱家庭；進而，協助一般家庭建構以社區為基礎的支持體系與提供預防性服務。建構鄰里支持家庭中心(Neighbourhood Center for Families)來支持家庭。培植一個

⁵有關社工量能不足之檢討，所稱社工等相關輔導專業人力包含：社會福利部門之社會工作人員；心理衛生部門之社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員；學校輔導部門之專業輔導人員；警政部門之少年社會工作人員、少年輔導員等對象。

具有支持性的居住社區（supportive residential community），型塑一種居民集體的責任來保護兒童、少年、身心障礙者、老人；同時加強社區服務的基層結構，讓個別的服務被連結，成為協力單位（Leon and Armantrout, 2007）。

同時，構築一個跨體系的協力(Inter-system collaboration)網絡，結合與協調不同部門、組織的財力、人事、行政資源，以提供更綜合、同步與個別化的服務，減少服務使用者奔波於途，又徒勞無功。因此，建置單一窗口的一站式服務有其必要，俾利建構一套能回應脆弱兒童與家庭的服務輸送模式（Ryan et al., 2001）。然而，足夠、近便、合適的資源與服務是跨體系協力成功的要件。據此，須普及建置以社區為基礎的社福中心，以利整合通報、評估、服務資源。

但是，在提供以家庭為中心的服務時，並不是放棄以兒童為中心（child centered）的思考。以兒童為中心是指兒童不被視為無行為能力的個體，而是有權利參與其自身利益的決策。以家庭為中心的服務模式認定兒童是家中的一員，不宜將兒童特立出來單獨思考，更不宜問題化兒童，而是認為家庭有利於兒童的成長，父母、手足、家族成員是影響兒童發展最親密的人，兒童的利益大量依賴其家長的涉入。因此，協助家庭將有利於兒童的最佳利益（Bailey et al., 1998）。據此，可以推論到其他家庭成員，如老人、身心障礙者(林萬億，2010)。

因此，將服務對象概略分為三類：「危機家庭」係指「發生家庭暴力、性侵害、兒少/老人/身障等保護問題的家庭」；「脆弱家庭」係指「家庭因貧窮、犯罪、失業、物質濫用、未成年親職、有嚴重身心障礙兒童需照顧、家庭照顧功能不足等易受傷害的風險或多重問題，造成物質、生理、心理、環境的脆弱性，而需多重支持與服務介入的家庭」；「一般家庭」係指「支持與照顧成員功能健全的家庭」。而脆弱家庭與危機家庭是優先要被關注的高風險家庭，服務期透過三項新思維

與四項整合策略的執行，以達成本計畫的三項目標。這並非要標籤化家庭或汙名化某些家庭，而只是有助於家庭服務的分工與介入優先順序，俾利提升服務資源的配置與效率。

一、新思維

- (一) 以整合為策略，完善多元化家庭支持服務。
- (二) 以預防為優先，及早辨識脆弱兒童與家庭。
- (三) 以風險類型或等級為分流，建構公私協力處理模式。

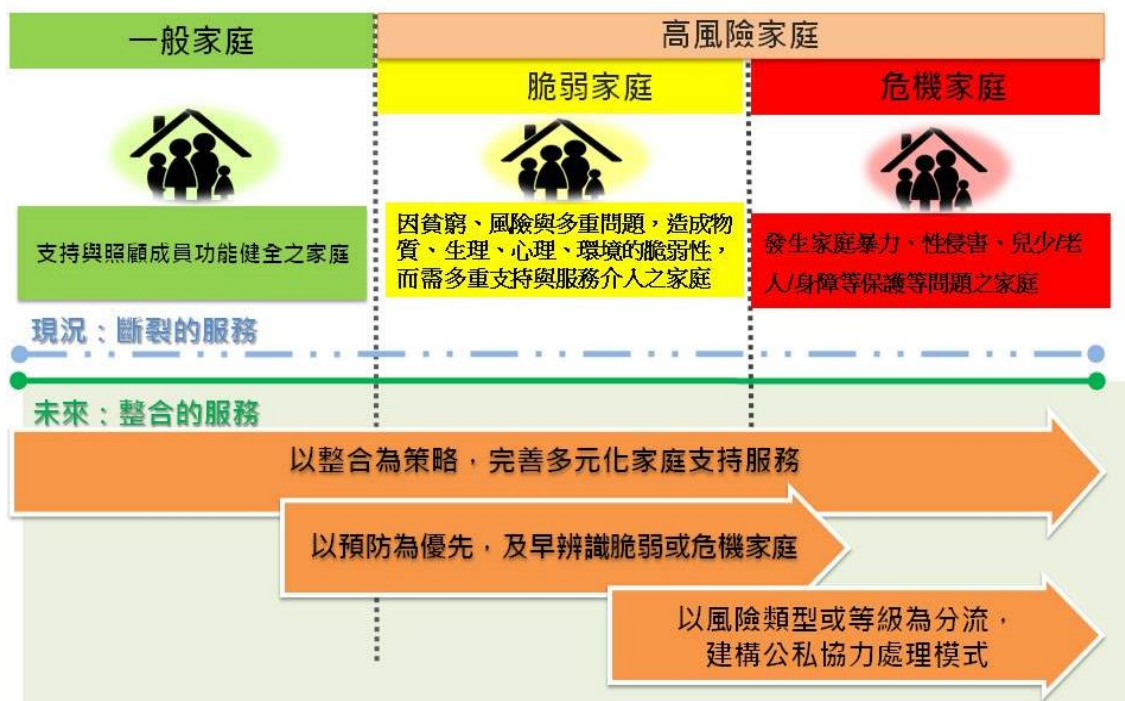


圖 2：計畫新思維

二、整合策略

- (一) 策略一：布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務
- (二) 策略二：整合保護性服務與高風險家庭服務
- (三) 策略三：整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務
- (四) 策略四：整合跨部會服務體系

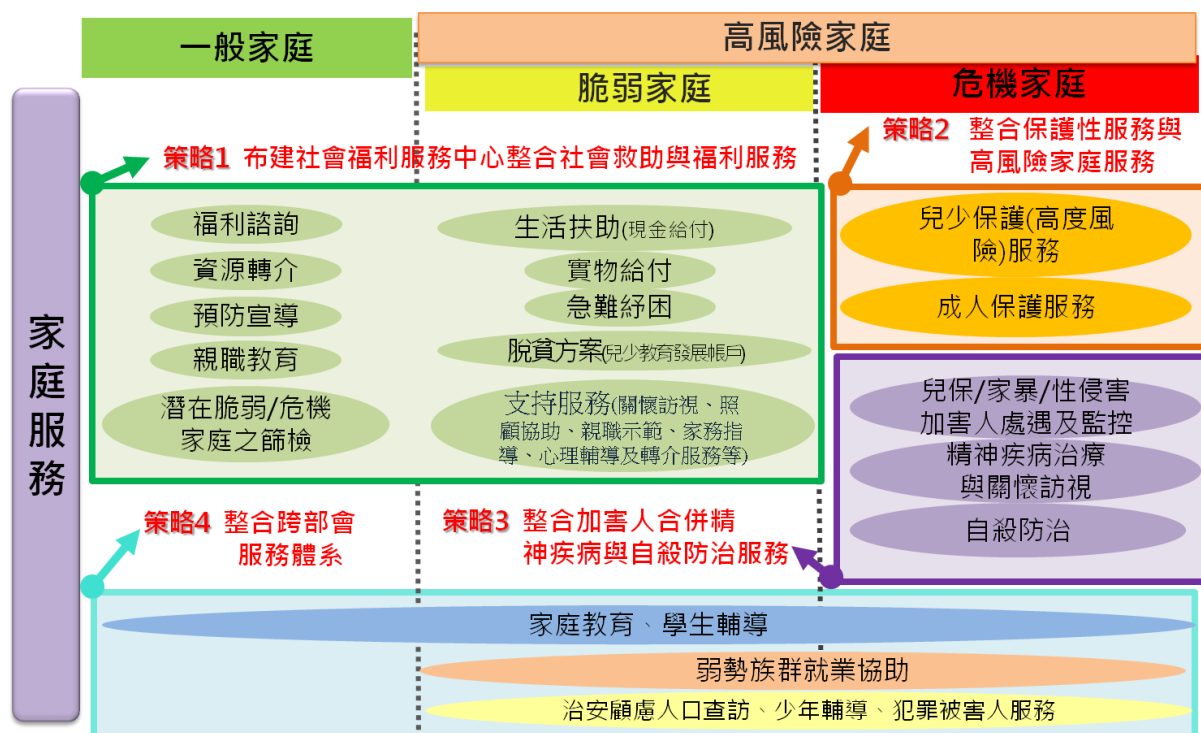


圖 3：計畫整合策略及服務內容

三、計畫目標

- (一) 家庭社區為基石，前端預防更落實。
- (二) 簡化受理窗口，提升流程效率。
- (三) 整合服務體系，綿密安全網絡。

肆、強化社會安全網架構

呼應本計畫三項目標，以「家庭社區為基石」、「簡化受理窗口」及「整合服務體系」為強化社會安全網之架構主軸，逐項說明如下：

兒虐案件常常合併兒少高風險、家庭暴力、自殺、精神照護等多重議題，凸顯「需及早辨識脆弱或危機家庭」及「多重問題家庭的整合服務待強化」的必要性，因此，介入焦點應從個人到家庭，並連結社區資源支持家庭，透過普設的社會福利服務中心為家庭築起安全防護網，由其扮演服務提供者、中介者、資訊提供者、倡導者、增能者(充權者)及

系統連結者，進而促進整個社區成為支持家庭的推手(見圖 4)。

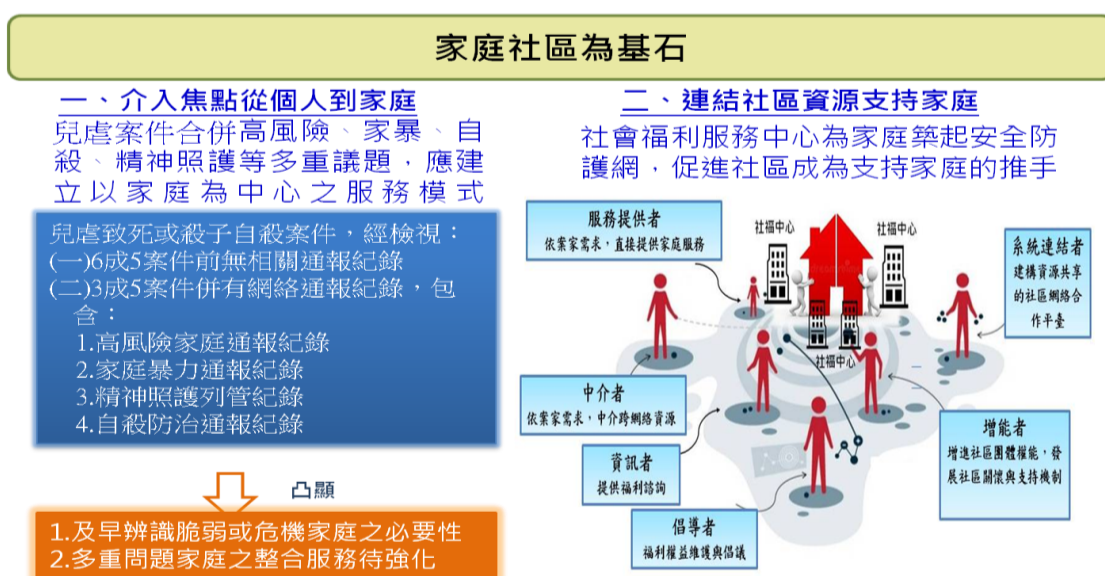


圖 4：家庭社區為基石圖示

以服務對象（個人及其家庭）為中心，首先進行衛政、社政服務體系的通報窗口整合，將福利服務、社會救助、保護服務、高風險家庭、精神衛生及自殺預防等 6 個通報機制，整合簡化成 3 個，並有效結合教育、勞政及警政等其他網絡，以提升服務流程的效率（見圖 5）。

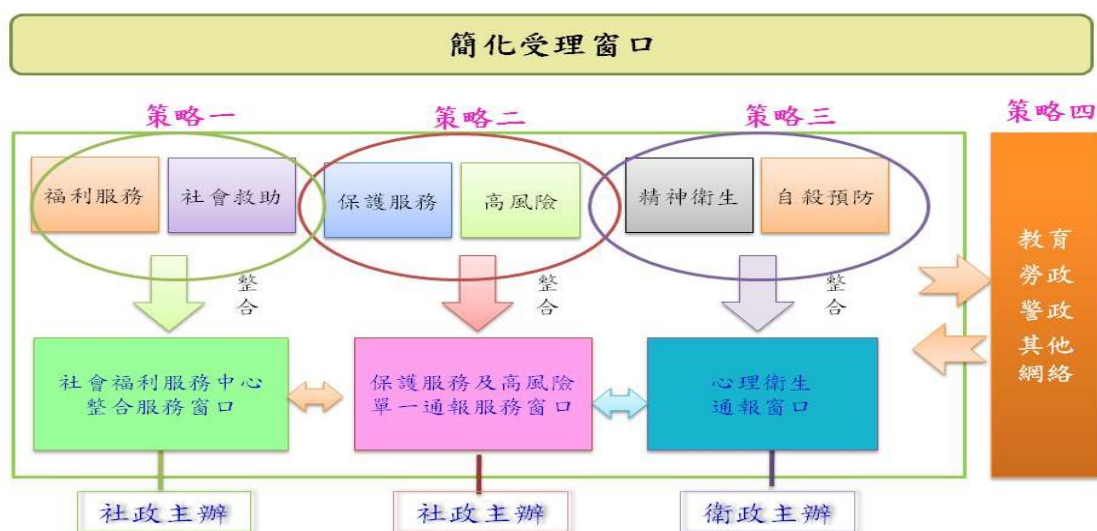


圖 5：簡化受理窗口圖示

從服務對象（個人及其家庭）的角度出發，在現有的救助、保護、

心理、教育、警政等民眾熟悉、近便或法定的受理通報機制之外，強化社會福利服務中心承接多重問題或問題未明的服務案件，讓通報網絡完整建構。此外，各服務體系應進行辨別問題與需求面向，進而提供或轉介適切的服務（見圖 6）。

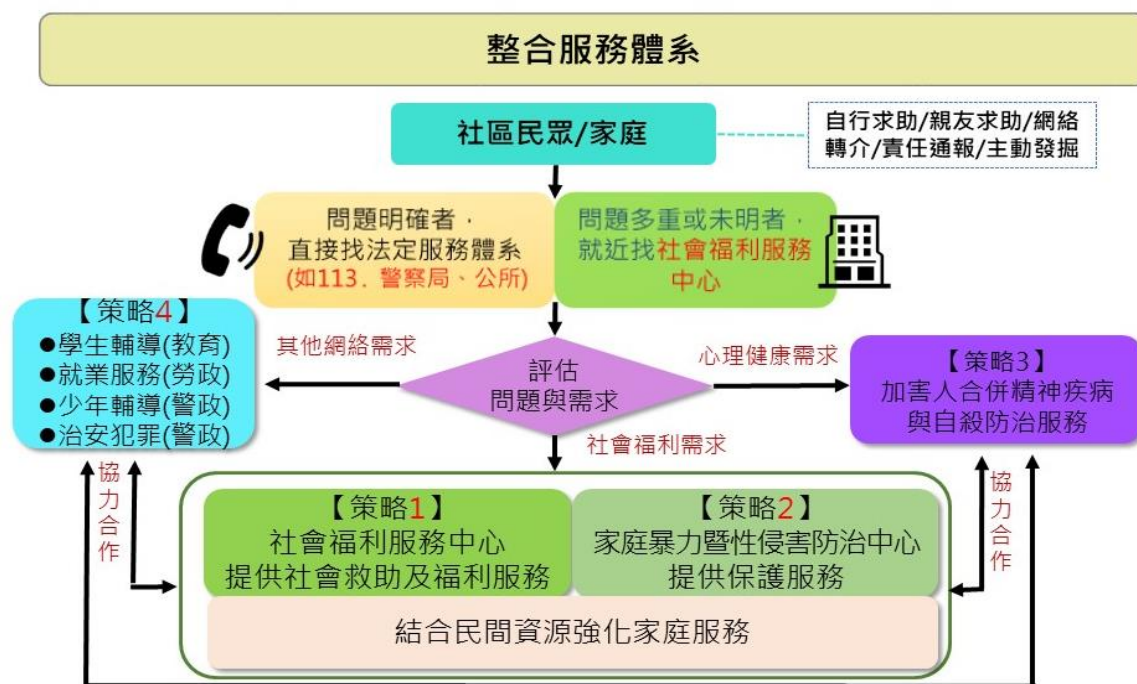
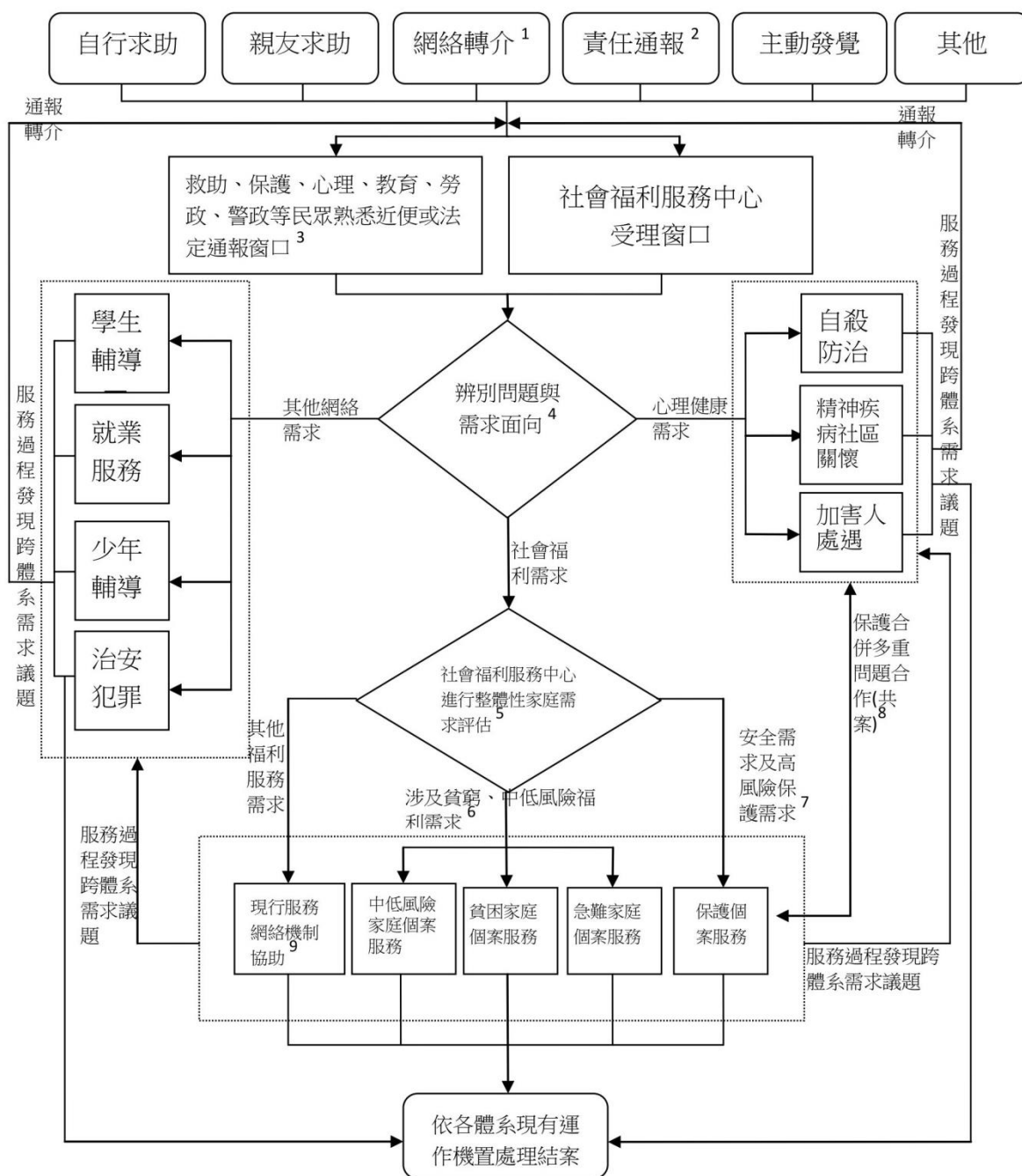


圖 6：網絡體系整合服務運作圖示

綜上所述，只要服務對象有需要，就有現行法定服務窗口（如救助、保護、心理、教育、警政、勞政等）或社福中心受理，並在受理後辨別服務對象的問題及需求，有社會福利需求者，則交由社福中心進行以介入為基礎的整體性家庭需求評估，再依其需求提供以家庭為中心、社區為基礎的直接服務或通報保護體系。如家庭有多重問題，則視必要邀請其他相關專業，進行以介入為基礎的跨(多)專業團隊評估。如服務對象具心理健康需求，則通報或轉介自殺防治、精神疾病關懷或家暴加害人等服務體系。如服務對象需求涉及學生輔導、就業服務、少年輔導或治安犯罪預防等，則通報或轉介教育、勞政、警政等服務體系。

此外，因應個案的問題與需求是動態的，各服務體系於服務過程中，

發現跨體系需求議題時，亦應隨時連結其他體系資源，俾利適時滿足個案的需要，順利解決其困境（見圖 7）。如此，環環相扣、緊密相連的跨體系合作，始能構築完整的社會安全網。



備註：

1. 網絡轉介：包含公部門（警察局、派出所、學校、公所、鄰里長、村里幹事等）、民間團體、社區組織、通報諮詢窗口（113 保護專線、1957 福利諮詢專線、心理諮詢/安心專線、男性關懷專線等）相關正式、非正式網絡通報轉介。
2. 責任通報：包含依相關法令負有通報責任之專業人員、單位等依法之通報。
3. 由各該體系人員循既有規定流程提供服務。
4. 發展可適用各體系運用，作為辨別求助對象問題與需求面向之簡要評估工具或指引（如初評表）。
5. 發展社會福利服務中心整體家庭功能評估與危機風險辨識之評量指標與工具（如家庭系統評估工具）。
6. 社會福利服務中心連結社會救助服務流程如附錄圖 1。
7. 兒少保護及高風險家庭單一通報評估窗口服務流程如附錄圖 2。
8. 強化精神疾病個案、自殺通報、家庭暴力及性侵害加害人服務輸送流程如附錄圖 3。
9. 現行服務網絡機制：係指其他福利服務面向網絡單位（如身障、老人、婦女福利等）。

圖 7：網絡體系整合服務實務運作流程圖

伍、實施策略

策略一：布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務

一、現況分析

(一) 社會福利服務中心據點未普及，服務難扎根社區

雖自 98 年起政府分階段逐步建置家庭福利服務體系，以強化區域福利服務資源分布，惟長期仰賴公益彩券回饋金等不穩定財源，且計畫規模受限公益彩券回饋金補助額度，僅能以實驗性、競爭型方式擇部分地方政府酌予補助，導致中心據點布建緩慢，98 年至 100 年每年補助 19 處中心；101 年至 103 年每年補助 14 處中心；104 年補助 25 處中心；105 年補助 31 處中心。

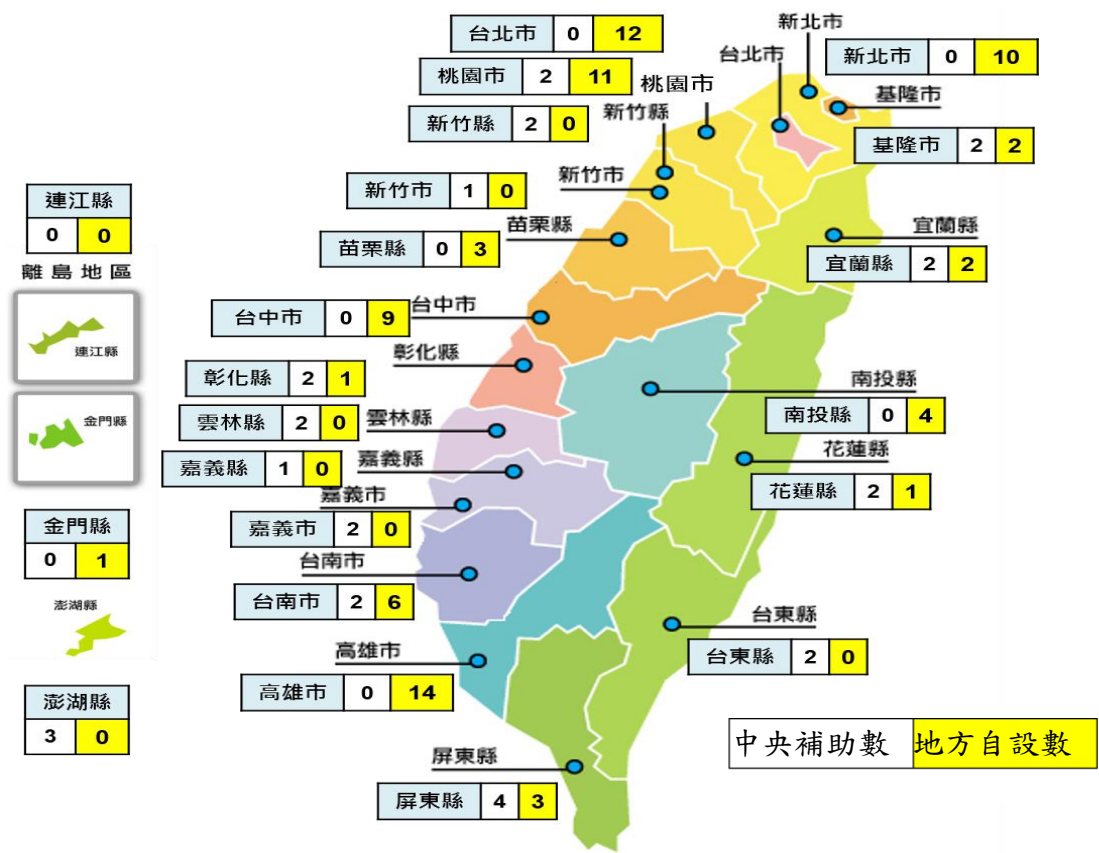


圖 8：105 年全國社會福利服務中心設置情形

截至 105 年底，全國社福中心已有 108 處（見圖 8），服務範圍涵蓋 301 個鄉鎮市（占全國 82%），仍有 67 個鄉鎮市（占全國 18%）未納入服務範疇，且多屬於偏遠地區；又部分社福中心責任區幅員過大，在有限人力下仍難落實社區化的福利服務，無法有效發揮社區支持與網絡功效。爰此，應讓尚未設置社福中心的縣市，或設置不足的縣市，加速增設社福中心的數量，建構完善的區域社會福利服務體系，並補實其社工人力，讓所有地區的個案及家庭，均能獲得應有的服務及協助。

（二）社會福利服務中心定位不清，社工人力不足專業效能難發揮

進一步細分現行地方政府所設置的區域型福利服務中心，主要有兩個系統，一是中央補助設置的家庭福利服務中心，二是地方政府自籌設置的社會福利服務中心，兩種中心的設置目標及任務略有不同。

家庭福利服務中心的設置，開始於前內政部兒童局「98~100 年建構家庭福利服務系統實驗計畫」，並經「101~103 年兒童及少年家庭支持服務中心競爭型計畫」及「104~106 年推動家庭福利服務中心建置計畫」逐年擴大辦理。當時前內政部兒童局考量，已建構三級兒少保護體系及二級兒少高風險體系，爰將家庭福利服務中心定位為一級兒少預防體系，以完備兒少家庭的支持性、補充性及替代性服務網絡。然而，幾年執行預防工作下來，卻也面臨「預防工作難以呈現具體績效」與「中心人力投入過多社區宣導活動致家庭服務未能深化」等挑戰。

至於社會福利服務中心的設置，最早起於臺北市於 70 年成立中山、城中、木柵三個社福中心（林萬億，2010），之後地方政府依其轄區需求、施政項目及社工人力多寡，自行決定設置中心的數量

及所在區域。社福中心，長期以來被視為轄區的小社會局，社區內所有福利需求皆屬於服務範疇，來自民眾、鄰里人士、地方議員及縣（市）政府的求助、通報及交辦事項，不勝枚舉，造成中心服務事項過雜且行政業務過多。

另一方面，近年在各地方發生的重大災難，如八仙塵暴、新屋大火、臺南震災及臺東風災等重大公安或天然災害，亦動員家庭（社會）福利服務中心社工的及時投入，提供個案關懷訪視、慰助及協助個案災後重建計畫等。這些經濟扶助、外展服務與重大災難案件，都需要長期性的關懷與後續服務，才能讓個人及家庭自立或復原，然而以每中心（直轄市政府除外）僅 4-5 名人力規模，實難提供深入之服務，影響專業服務體系的效能發揮。

105 年全國 108 處社福中心配置有 589 位社會工作人員及 109 名社工督導，辦理前開各項服務，負荷沈重，加上當前社會家庭脆弱性及複雜度升高，需要更快速、更多元的服務介入。此外，本計畫期許各社會福利服務中心擴充功能，於既有服務外，應再強化對於貧困、急難及風險家庭的關懷訪視與專業服務、擔任多重需求的家庭通報窗口與服務提供者、整合跨體系服務等工作，以補強社會安全網的缺口，社工的工作負荷更為加重。

從中心服務內容模式來分析，不論是家庭福利服務中心或社福中心，雖說都有辦理社區預防工作及個案服務工作，惟兩項工作的比重不同，原則上中央補助設置的家庭福利服務中心因初期定位為一級兒少預防體系，爰以社區預防工作為重，而地方政府自籌設置的社福中心，則以個案服務工作為重，且多數集中貧窮家庭，其中桃園市政府更執行兒少高風險家庭直接服務工作(見圖 9)。



圖 9：社會福利服務中心服務內容模式圖

配合本計畫規劃內容，針對社福中心的服務模式，建議採模式三，即包含社區預防性工作及貧窮、風險個案服務，惟中心布點或人力較少的縣市，初期應先以個案服務為優先，再由個案需求出發，發展社區預防性方案。

（三）社會救助側重基本生活保障，協助脫離貧窮積極性及成效不足

政府透過現金給付為主的相關扶助，包含 105 年底全國計有 26 萬 4,257 戶、68 萬 9,937 人列冊低收入戶及中低收入戶；另對於遭遇急難如失業、罹患疾病、遭遇變故致經濟突然陷困者，每年有近 6 萬個家庭透過急難救助紓解生活急困。

透過社會救助法的修正，一方面期望讓更多經濟弱勢民眾納入政府照顧體系，積極提供有關生活、醫療、就業、就學等方面支持；另一方面也盼能協助低收入戶、中低收入戶擺脫貧窮困境，減少福利依賴，走向經濟自立之路。自 94 年社會救助法訂定脫貧措施以來，目前各地方政府辦理的脫貧方案，係以教育投資、就業自

立、資產累積模式為主，惟規模較小，且低收入戶及中低收入戶對於脫貧方案的不瞭解與種種顧慮，參與脫貧方案意願偏低，以致脫貧方案的推動及參與人數相當有限。

再者，我國的社會救助工作，由於基層社政人力不足，社會救助業務多由縣（市）政府社會救助科及鄉（鎮、市、區）公所同仁負責，在每年救助案量龐大與審查時效雙重壓力下，多數救助業務人力投注於救助案件的審查，也就是所謂的消極性的社會救助已不敷人力，對於積極性的社會救助（如脫貧方案）多仰賴中央補助專案人力來執行。而社會救助以現金為主的扶助方式，雖能保障底層家庭基本生活，但未能提升其追求自立的機會。

事實上，政府面對貧窮議題的同時，亦須面對著伴隨貧窮而來的社會排除、疏離、低自信、低學業成就、人際關係緊張、暴力、物質濫用、中途輟學、性剝削及貧窮世代循環等多元問題，實需社會工作人員依每個家庭的個別需求研擬服務計畫，提供個案工作服務、支持家庭增能與連結資源，以符合個案需要，才能使得「家庭自立自助」成為可能。然目前因受限社工人力不足，使得服務提供方式流於資格審定和補助發放的公共福利行政，也限縮貧窮家戶的發展可能。

（四）社區脆弱兒童與家庭篩檢工作(6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案) 未完備，預防（警）機制效能待精進

鑑於 6 歲以下學齡前兒童若未進入托嬰中心、幼兒園受托或就學，生活空間以自家居所為主，較不易被發現有受虐或未適當照顧的情事，前內政部兒童局於 98 年 6 月 12 日函頒「6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案」，復經衛生福利部 104 年 3 月 31 日及 105 年 11 月 4 日兩度修正，將「戶政機關逕為出生登記」、「戶政機關逕遷戶籍至戶政事務所」、「逾期未完成預防接種」、「未納入全民

健保逾 1 年」、「國小新生未依規定入學」、「矯正機關收容人子女」及「父或母未滿 20 歲」等 7 類特定之兒童納入關懷對象，規定戶政、衛政、學校及矯正體系於執行前開業務時，應主動關懷家戶中 6 歲以下兒童的照顧情況，發現符合兒少保護或高風險家庭指標者，即依兒少法第 53 條或第 54 條規定通報當地社政主管機關，再由後者提供訪視及服務。實施至 105 年底，已關懷 14 萬 4,112 名兒童。

本方案定位為兒少高風險家庭的通報來源之一，亦可說是落入高風險家庭之前的預防(警)機制，藉由政府相關單位的力量，儘早對脆弱性高的 6 歲以下兒童進行關懷，避免其家庭處境惡化，影響兒童的身心發展。然而，依衛生福利部統計，由政府相關單位通報至社政主管機關的案件，經社工訪視評估後無需後續介入者達 75%，顯示通報之前的關懷、輔導、查訪或調查工作，未能確實蒐集完整的兒童及其家庭相關資訊，導致影響後端社會工作人員對於風險研判的正確性。另針對父母因躲避債務、家庭暴力或關係衝突致行方不明的兒童，其風險性甚高，以人工及公文等查訪方式往往緩不濟急，應即時善用跨部會資訊系統進行多項資料勾稽及訊息共享，以加速查訪時效。此外，本方案目前多以「兒童個人資料」為資訊系統比對的主體，造成資料內容較為有限，未來倘能擴大蒐集「父母資料」為主體的訊息，除可掌握更完整的家庭資訊外，亦可更大範圍地發掘出隱藏於社區內的風險（脆弱）家庭。

二、策略目標

- （一）為家庭築起安全防護網。
- （二）從扶貧到脫貧自立。

(三) 讓社區成為支持家庭的推手。

三、具體精進作為

(一) 為家庭築起安全防護網：普設社會福利服務中心

為使每一個民眾及家庭，都能快速獲得政府服務，普及設置社福中心，成為首要工作。各地方政府設置社福中心的數量，可依據人口數（15 萬人~20 萬人設置 1 區）、行政區（鄉、鎮、市、區）或跨鄉鎮市區（警察分局區）等參考標準進行推估（林萬億，2010；彭淑華，2013），本計畫參考前開標準及 106 年設置現況，爰以全國設置 154 處為目標值，逐年完成綿密的區域福利服務網絡，強化福利服務輸送之可近性，預定 108 年達標百分百。

表 3：社會福利服務中心設置推估表

縣市別	人口數	20 萬人 /1 中心	鄉鎮市 區數	警分局 數 ⁶	設置現況 A	目標數 B	新設數 C=B-A
新北市	3,986,689	20	29	14	10	14	4
臺北市	2,683,257	13	12	12	12	12	0
桃園市	2,188,017	10	13	10	13	13	0
臺中市	2,787,070	13	29	13	14	13	-1
臺南市	1,886,522	9	37	16	8	16	8
高雄市	2,776,912	14	38	16	14	16	2
宜蘭縣	456,607	2	12	5	3	5	2
新竹縣	552,169	3	13	4	2	4	2
苗栗縣	553,807	3	18	5	3	5	2
彰化縣	1,282,458	6	26	8	6	8	2
南投縣	501,051	3	13	5	5	5	0
雲林縣	690,373	4	20	6	4	6	2
嘉義縣	511,182	3	18	6	1	6	5
屏東縣	829,939	4	33	7	7	7	0
臺東縣	219,540	1	16	4	4	4	0

⁶已扣除人口密集區及原鄉警察分局。

縣市別	人口數	20 萬人 /1 中心	鄉鎮市 區數	警分局 數 ⁶	設置現況 A	目標數 B	新設數 C=B-A
花蓮縣	329,237	2	13	5	3	5	2
澎湖縣	104,073	1	6	3	3	3	0
基隆市	371,458	2	7	4	4	4	0
新竹市	441,132	2	3	3	1	3	2
嘉義市	269,398	1	2	2	2	2	0
金門縣	137,456	1	6	2	1	2	1
連江縣	12,880	0	4	1	0	1	1
合計	23,571,227	117	368	151	120	154	34

透過前瞻基礎建設計畫經費 2.9 億元，優先補助資源缺乏區域新建社福中心，107 年至 108 年預計新建 34 處新中心。另原有社福中心部分因房舍老舊等因素而衍生漏水、設備損壞等修繕需求，部分因配合本計畫服務內容擴增而須充實設施設備，107 年至 108 年預計補助 60 處原有中心。

(二) 為家庭築起安全防護網：強化社會福利服務中心提供脆弱家庭服務量能

透過社福中心布點與社工人力到位，不僅能針對風險或脆弱性、貧困與急難、特殊境遇等弱勢家庭，及一般福利需求家庭，由社會工作人員進行家庭功能與需求評估，同時提供現金(實物)給付與福利服務，並依需要結合衛政、教育、勞政、民政與社政等相關機關或在地民間資源，針對貧窮家庭進行輔導、資源轉介等預防措施，讓家庭服務趨向完整，達到充權家庭功能的目標(如圖 10)。

因低收入戶、中低收入戶、急難等經濟弱勢家庭常具有多重需求與問題，如失業、營養不良、三餐不繼、缺乏社會照顧資源、學業中輟、人際關係技巧不足、社會排除、居住環境不良、親職功能不足等。因此，對貧窮家庭之協助措施並非僅提供現金扶助而已，貧窮家庭所呈現的多重需求與問題，必須經由資源的結合

與社會工作的專業來處理，透過社福中心社會工作人員採取更積極的方法，主動性的提前介入，進行支持性服務如親職教育、親子活動、情緒支持、就醫、就養、就學、托育等各項福利、就業協助、連結相關資源等綜合性服務，對貧窮或因急難陷困的家庭除經濟外的需求進行輔導、資源轉介等預防措施，減低家庭或社會不利因素對貧窮兒童產生的不良影響，保障貧窮家庭生活水準，以回復這些家庭原有之功能。

此外，配合本計畫策略二之規劃社福中心將承接兒少高風險中低風險家庭之訪視評估、評估報告及後續服務，這類家庭由公部門的社福中心介入提供評估與服務，更能有效協力其他公部門單位，依個案需求，連結警政、教育、戶政、衛政、財政、金融管理、勞政、移民或其他相關機關與民間團體，提供整合性服務。

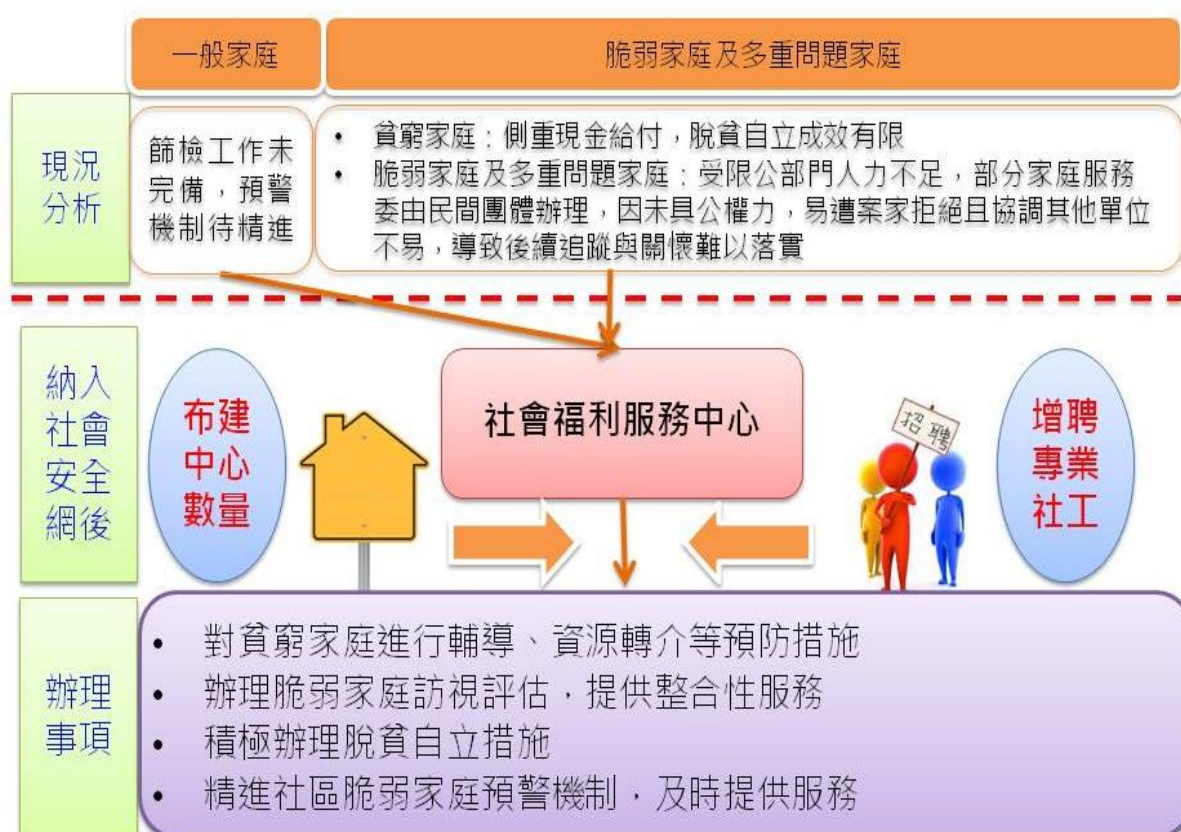


圖 10：強化社會福利服務中心提供脆弱家庭服務量能示意圖

（三）為家庭築起安全防護網：精進社區脆弱家庭預警機制

為提升「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」之預警成效，讓社區內風險性、脆弱性較高的家庭及早被發現，爰規劃依法規面、制度面與執行面研提策進作為。

首先，就法規面，各中央主管機關雖依各該管法律，於執行「6歲以下弱勢兒童主動關懷方案」本權責落實關懷、輔導、查訪或調查工作，惟尚有部分非法定業務致難以強制介入，未來可研擬修正兒少法第54條文內容，明確規範各單位落實前端作為。

第二，就制度面，善用各部會資料庫勾稽功能，不僅比對兒童資料，亦擴大比對父母資料，提升家庭資料之正確與完整性，並且增加跨部會資訊系統介接，諸如：全民健保資料庫、預防接種資料查詢系統、精神照護資訊管理系統、戶役政資訊系統、刑案資訊整合系統、國民中小學中輟生通報及復學系統、保護資訊系統、特殊境遇家庭暨兒少福利資訊系統、弱勢e關懷計畫全國社福資源整合系統、發展遲緩兒童通報暨個案管理整合系統等，多方位篩選脆弱因子家庭，研訂分級訪視或關懷機制，提供家庭多元化服務，避免不幸事件之發生。

第三，就執行面，針對行方不明家庭，建置完善的中央及地方政府專案列管機制，且積極協調跨單位資訊系統勾稽事宜及綜整各單位查察作為之軌跡，提升個案資料完整性，並加速辦理時效。

（四）從扶貧到脫貧自立：積極發展脫離貧窮措施

1. 從扶貧到脫貧自立

鼓勵各地方政府結合民間團體及在地資源，辦理教育投資、就業自立、資產累積、社區產業、社會參與以及其他創

新、多元或實驗性的脫貧措施。

藉由全國性扶助兒少脫離貧窮之政策措施，督導地方政府有效整合不同方案與計畫的福利資源、積極連結在地民間資源，並結合社福中心的專業社工服務，協助貧窮家庭降低風險，發揮優勢潛能，提供以家庭為中心的福利服務，包括家庭收支管理規劃、就業服務、實物給付、理財教育以及結合民間資源等，進而形塑對兒童及少年有利之發展環境，達成脫貧的實效。

採分級分類管理模式，積極輔導適合對象優先參與脫貧措施並適時提供救助（如：新貧戶、就業動機強且意願高者、家庭支持系統較佳者、符合兒少教育發展帳戶的參與者等對象）。且督促各地方政府指派專責社會工作人員，定期訪視關懷參與脫貧措施的個案家庭，適時提供協助及陪伴，積極鼓勵其脫離貧窮困境。

2. 盤點並增加布建實物給付據點

地方政府按地區網絡及資源，自行或運用民間資源對於低收入戶、中低收入戶、經濟困難或遭遇急難之個人或家庭提供日常生活物資援助，採現金給付輔以實物給付服務，強化社會救助體系。目前各地方政府推動實物給付相關措施，辦理 32 項方案計畫，分別有實物倉儲、食物券、資源媒合或物資輸送平臺等不同方式，實體存放據點有 176 處，其中臺北市、新北市、臺南市、高雄市、宜蘭縣、新竹縣、彰化縣、屏東縣等設置於社會福利服務中心，其餘地方政府則分別由社會處、公所、社區發展協會或結合民間團體設置。爰盤點各地區採行實物倉儲、食物券、資源媒合或物資輸送平臺等不同方式推動實物給付服務的據點分布，分析及彙整各地方政

府及民間團體提供實物給付救助的對象，並評估救助對象的需求及服務據點配置的合理性，協助地方政府或民間團體適當建置布點，就近由社福中心提供服務，以逐步提升實物給付服務涵蓋率。

3. 推動急難救助紓困專案，擴大社會福利服務中心受理急難救助申請，提供即時性經濟支持及福利服務

落實在地化社區（村里）、社福中心、學校、村里長、村里幹事、便利商店、警察單位、家防中心、醫療機構、相關機關（構）、團體等主動發掘生活陷困待受助的民眾，向村（里）辦公處、鄉（鎮、市、區）公所、地方政府通報或申請救助。

由鄉（鎮、市、區）公所針對負擔家庭主要生計責任者因死亡、失蹤或罹患重傷病、失業或其他因遭逢變故，致家庭生活陷困之民眾，透過訪視小組實地訪視；另地方政府針對因經濟性因素有自殺之虞之通報個案、兒少高風險家庭成員、因遭家庭暴力、性侵害經通報或庇護安置，申請福利項目於尚未核准期間，致家庭生活陷於困境等民眾，由社會工作人員受理申請；視其急難事由及陷困情形，依審查認定基準予以評估審定，於 1 至 3 日內給予關懷救助金 1 至 3 萬元，提供即時性經濟支持或實物給付以協助紓困，並針對家庭問題，整合相關資源，提供協助，另就資格不符但有其他服務需求者，轉介至衛生、勞工或教育等相關機關或結合在地民間資源以紓解民困（如附錄圖 1：社會福利服務中心連結社會救助服務流程）。

（五）讓社區成為支持家庭的推手：建立因地制宜的社會福利服務中心整合服務模式

各社會福利服務中心得視空間規模、地區特性及資源分布等情形，建制下列三種服務整合模式：

1. 實體整合模式：提供辦公空間讓其他相關服務單位人力進駐社福中心，以合署辦公的方式就近提供區域內民眾所需的服務，如結合保護性服務、就業服務站、法律諮詢律師等（依區域需求及資源狀況而定）設置。此即整合不同單位於同一處所，共同組成綜合性服務中心的概念。在此模式下，社福中心透過與同一處所各相關單位間的協調，設計一站式(一條龍) (One-Stopping Shopping) 或單一窗口 (single door) 服務，使不同機構間的不協調障礙被排除，經由連續服務流程設計，建立彼此的合作與服務機制 (Gilbert and Terrell, 2008)；而社福中心後續亦需追蹤每個單位提供服務的情況，確定民眾需求皆能獲得適切的滿足。
2. 準實體整合模式：受限於空間或其他條件不足，無法讓相關單位以合署辦公的方式在同一辦公地點（空間）提供服務，可釋出部分辦公空間給提供立即性服務的資源單位輪流使用的駐點方式。目的在於提高現有辦公空間的使用頻率；並透過訂定明確的服務流程及定期召開工作協力會議，達到資源的有效使用與服務的協力，滿足民眾的多元需求。
3. 虛擬整合模式：受限於空間或其他條件不足，以透過虛擬的資訊平臺（如：透過網路系統交換等方式），將現有區域內需求服務體系整合入社福中心的資源網絡，區域福利服務中心作為資源管理與服務供給的核心，提供單一窗口的福利服務，將各種社會福利服務設施（如公、私部門的社會福利機構或單位）、服務方案，或資源整合，透過資源的盤點與拜訪聯繫，確立清楚的服務流程，建立完善的資訊系統，便利資源間的服務轉介與

使用，確保民眾需求皆有相關資源的協助。

綜上，社福中心的角色與服務內涵，整理如表 4。

表 4：社會福利服務中心服務內涵

中心角色	工作項目	服務對象	服務內涵
服務提供者 / 中介者	1. 個案服務 2. 團體工作 等多元服務方案	1. 高風險或脆弱性家庭 2. 貧困與急難家庭 3. 弱勢及特殊境遇家庭 4. 其他福利需求人口	1. 針對失功能、關係緊張、衝突、低收入戶、中低收入戶、急難陷困等經濟弱勢家戶或結構脆弱等易衍生風險之家庭，進行家庭功能與需求評估，提供家庭服務，充權家庭功能發揮，降低家庭脆弱或照顧風險。 2. 針對結構性或突發性因素衍生需求的家庭，提供整合性評估與服務，視資源需求中介跨網絡資源，協助家庭需求滿足與發展。
資訊者 / 倡導者	1. 福利諮詢 2. 資源轉介 3. 預防宣導 4. 親職教育 5. 權益倡導	一般社會大眾、社區組織、團體與網絡單位	1. 針對社會大眾及社區組織與網絡單位，提供福利諮詢、資源轉介服務、預防宣導及親職教育。 2. 透過多元管道，進行服務對象福利權益之維護與倡議，爭取社會(社區)的重視與支持。
系統連結者 / 增能者	資源整合平臺	社區組織、團體與網絡單位	1. 開發連結轄內公私部門資源，建立定期區域聯繫與合作機制，就近結合社區組織力量，建構資源共享的福利服務合作網絡平臺，並縮短服務提供者和需求對象的距離。 2. 增進社區團體之權能，發展社區關懷與支持機制，營造互助、信任與友善的在地生活環境。

四、預期效益

- (一) 全國設置 154 處社會福利服務中心，服務涵蓋 368 個鄉鎮市區，普及社區化福利服務窗口，提供家庭及時協助。
- (二) 善用跨體系資料庫，多方位篩檢家庭風險因子，合力推動社區預警機制，及早發掘脆弱及危機家庭。
- (三) 深化脆弱家庭服務，避免落入危機家庭：對脆弱家庭服務涵蓋率逐年上升至 80%(見表 5)。

表 5：布建社會福利服務中心整合社會救助與福利服務關鍵績效指標

績效指標	目標值				評估基準
	106 年	107 年	108 年	109 年	
脆弱家庭關懷 訪視服務涵蓋 率	-	50%	65%	80%	貧窮(低收、中低收入戶 6 歲兒少以下家戶、急難救助、兒少教育發展帳戶、有工作能力未就業)及風險(脆弱)家庭關懷訪視戶數/貧窮、風險(脆弱)家庭總戶數*100%

策略二：整合保護性服務與高風險家庭服務

一、現況分析

(一) 預防兒虐發生之各項前端工作，更為重要而待強化

當社會大眾從媒體得知嚴重兒少虐待事件，常已難以挽回兒少之生命或健康，而政府接獲兒少保護事件通報時，家庭亦早已發生各類不當對待事件，社會工作人員的介入服務多屬補救性措施，對於兒少是否遭受虐待之研判亦須在前端由醫療部

門協助辨識及通報，而社會工作人員後續所採取保護安置、協助聲請保護令等公權力強制措施，無助於提升家庭照顧保護功能，亦與聯合國兒童權利公約第 18 條要求政府應盡最大努力，確保父母等照顧者對兒童養育及發展負責之原則不相符。

衛生福利部與學者專家合作，進一步分析近年發生的嚴重兒虐致死或重傷之事件，發現受害兒少年齡 7 成在 3 歲以下、9 成在 6 歲以下；近 7 成施虐者為兒少父母，另同居人、養/繼父母則各占 1 成。嚴重兒虐致死案件之風險因素則可以兒少本身、家庭及社區三個面向進行討論，經檢視實際兒虐致死個案可發現應關注的風險因素包括：(1)兒少本身部分，風險因素為年齡在 3 歲以下、未就學就托、有高度受照顧需求(如經常哭鬧、早產、疾病、發展遲緩、身障等)；(2)家庭部分，年輕父母、父母曾有前科或家暴紀錄、欠缺育兒知能、父母就業不穩定為風險因素；(3)社區部分，家庭系統與親友支持網絡薄弱。這些家庭風險因素，皆可能直接影響兒少的照顧，不利兒少身心健康及發展，甚而演變為兒少高風險家庭或導致兒少遭受不當管教、嚴重疏忽或身心虐待，然而針對這些風險因素之預防措施及相關服務程序，政府人力及資源之布建皆仍有精進及提升之空間。

(二) 合併多重問題保護性個案，各服務體系分立，缺乏整合機制

衛生福利部 100 年至 105 年檢討之重大兒虐個案合計 123 件，6 成 5 案件前無相關通報紀錄，3 成 5 案件併有網絡通報紀錄，其中 30%合併有家庭暴力通報紀錄、23%有高風險家庭通報紀錄、17%有自殺防治通報或精神照護列管紀錄；進一步分析其中殺子自殺案件計 53 案，其中 50%係因父母關係衝突，25%是父母本身有心理健康議題，另 15%則是經濟因素。多重問題保護性個案易引發嚴重虐待或是致死事件，然而現行家庭暴力、

心理衛生或社會救助體系，多是各自處理回應個別性的問題，涉有合併多重問題者，僅透過轉介相關服務資源或被動進行溝通協調，在缺乏有效個案管理或協調整合的機制下，跨體系間整合式服務模式理念未能落實，各項服務資源的投入顯得片段、零碎，效果有限。

家庭暴力高危機個案合併有精神疾病或自殺危機者，約占 22%，在當事人不願配合就醫或醫囑遵從性不佳情況下，往往因病情不穩定，家庭暴力風險難以被控制，因而反覆發生家庭暴力，並造成嚴重傷害，因此，家庭暴力被害人服務及加害人處遇，應以家庭整體系統角度進行協力合作。又家庭暴力事件中，有目睹家庭兒少輔導議題者，更涉及與學校輔導體系之分工合作，避免重複輔導資源介入，亦應加強社政與教育單位間服務及評估資訊的交流，俾降低目睹家暴兒少的創傷後壓力疾患 (Posttraumatic stress disorder, PTSD)，及避免暴力模式代間傳遞。

（三）兒少高風險家庭與兒少保護服務採雙軌模式，處理時效受影響

兒少高風險家庭服務的設計，原為兒少保護前端預防，以早期介入避免問題惡化，惟逾 10 年的實務執行結果，兒少保護及兒少高風險家庭服務分屬不同通報系統，不同法令依據、不同服務單位、使用不同通報指標與表單、不同資訊系統，導致責任通報人員對通報認定不一而衍生爭議，個案認定存在灰色地帶等諸多問題，實難迅速回應連續服務過程中，服務對象因需求、風險的動態改變（見圖 11）。此外，比較美國、英國等國家的作法，針對兒少遭受各類不當對待皆採單一通報，統一受理後再行初篩及派案，以確保公權力能有效介入兒虐風險高之家庭，目前我國缺乏一致性評估工具，致通報人因不清楚兒少保護及兒少高風險家庭服務範疇的差別，發生錯誤或虛報比率偏高，占有通報案

件 6 成，造成專業服務能量遭嚴重稀釋。同時易導致分工發生爭議，耗費時間與精力並損及受服務者權益，也耗費行政與專業成本。

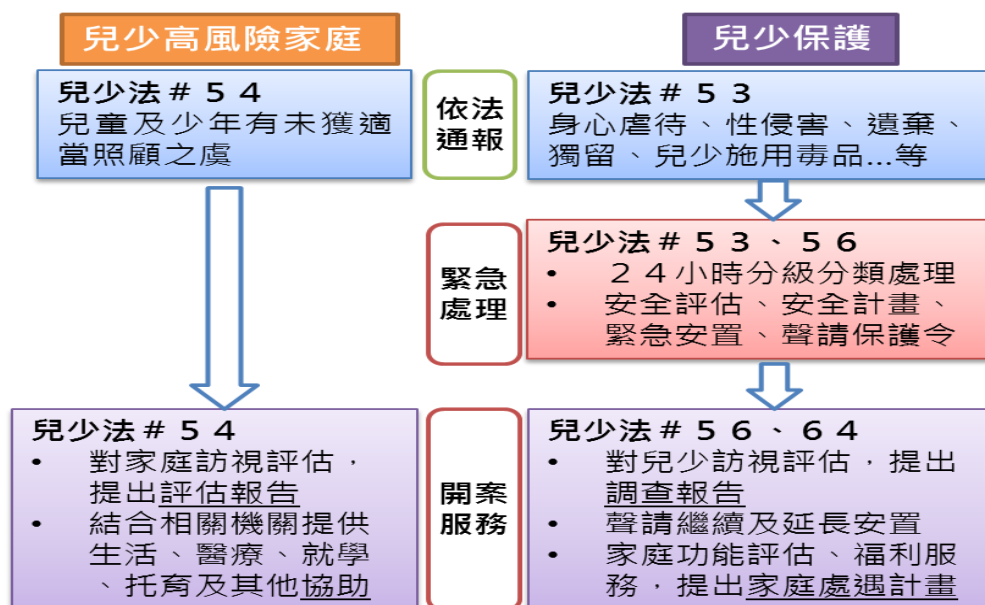
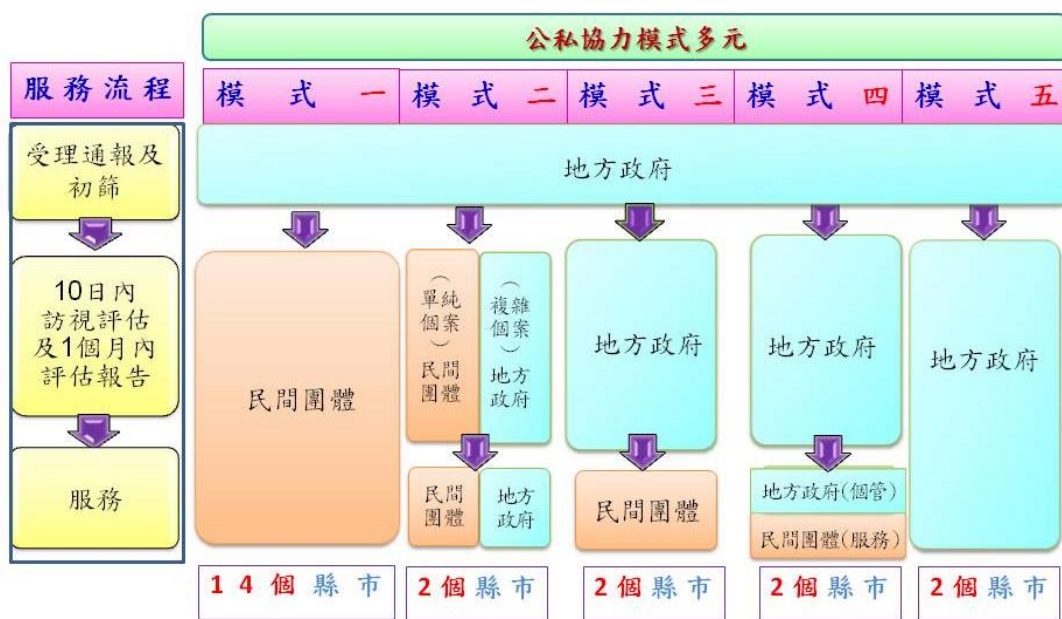


圖 11：兒少高風險家庭與兒少保護服務雙軌模式圖

(四) 兒少高風險家庭服務體系多元發展，後續社區系統未完備

逾半數地方政府直接將受理通報後的訪視評估、評估報告及後續家庭服務，全數交由民間團體辦理。然而，民間團體不具公權力，面對高風險家庭等非志願案主，介入基礎與執行力道不足，遇有需緊急處理事項仍亦須轉回由公部門（社福中心或家防中心）接手，影響服務提供的效率。再者，服務對象範圍及家庭問題日益擴大，涉及教育、警政、法務、勞動、移民等跨域協調、公權力介入的案例比比皆是，而民間團體的角色，較不易連結公部門網絡，加上跨部門合作須透過地方政府協助，增加工作困難與複雜度，亦不利民間團體發展更為專精、多元的創新社工服務。



1. 逾半數地方政府採模式一，受理通報後及初篩後，後續訪視評估及服務提供皆委由民間團體辦理。
2. 建議模式：模式四，即由地方政府執行訪視評估及評估報告，較能蒐集更完整家庭資訊，確保開案服務的正確性，後續服務交由民間團體執行，地方政府擔任個管工作，俾利隨時協助民間團體。倘地方政府人力充足時，可採行模式五。

圖 12：兒少高風險家庭服務公私協力模式圖

針對目前兒少高風險家庭公私協力多元模式，在人力尚未補足或服務量能稍有不足之縣市，較具可行性為模式四(如圖 12)，即由地方政府執行訪視評估及評估報告，較能蒐集更完整家庭資訊，確保開案服務的正確性，後續服務交由民間團體執行，地方政府擔任個管工作，俾利隨時協助民間團體。惟地方政府人力充足且具服務量能之縣市，可採模式五。

(五) 兒少保護體系公私合作待強化

除現有兒少高風險家庭服務外，其他兒少保護相關服務尚包括家內兒少虐待案件、兒少性剝削案件、兒少吸毒案等，地方政府服務各類案件，除由公部門自辦外，亦透過公私協力的委外模式，委由民間團體辦理家庭處遇服務、親職教育及追蹤輔導服務。雖各類案件有其特定議題須處理，但共通性議題包括家庭缺乏支持或保護功能、照顧者親職知能待提升、兒少身心創傷或自我價值須修復等，既有兒少保護相關服務的委託模式，存在有縣市間

的差異性，各項服務間的委辦模式亦有不同，應有整合的空間。



1. 兒少保護案件包含一般兒少保護案件(家內兒少虐待)、兒少性剝削及兒少吸毒等三種類型。
2. 一般兒少保護案件均為模式一，兒少性剝削案件以模式二居多，兒少吸毒案件有15個縣市為模式三，餘為模式一。
3. 一般兒少保護案件採行模式一，由公部門受理通報、完成調查評估及擬定處理方向，後續由民間團體執行家庭處遇及追蹤。

圖 13：兒少保護服務公私協力模式圖

對於案件量大、民間資源較充足的縣市，建議採模式一（如圖 13），由公部門受理通報、完成調查評估與擬定服務方向後，後續再轉由民間團體協助執行家庭支持服務及後續追蹤等工作；對於案件規模較小、民間資源較不足的縣市，建議採模式二，由公部門主責辦理。

綜上，兒少高風險家庭與兒少保護服務採雙軌模式結果，使得一般兒少保護派案後，由公權力介入調查，對於無兒虐風險及配合意願高的家庭，缺乏自願性、支持性家庭服務；兒少高風險家庭派案後，提供自願性、支持性家庭服務，但對於複雜、困難須跨網絡協力或無配合意願之家庭，則欠缺公權力介入措施。因此，兒少高風險家庭與兒少保護服務確實有整合、重新盤整資源配置的必要。

（六）成人保護服務公私協力模式多元，保護扶助措施待深化

成人保護服務體系包括成人性侵害、親密關係暴力、老人及身障保護、其他家庭暴力，過去多半聚焦在大宗的親密關係暴力議題之處理，較缺乏對老人保護、身心障礙者保護及其他家暴事件整體防治策略之規劃。目前成人保護公私協力模式大致如下(如圖 14)：

1. 按個案流程由公私部門分別處理前端與後續服務之一、二線服務模式。
2. 依責任區或個案身分別（如新移民、原鄉）分工之垂直整合服務模式。
3. 依案件類型提供類垂整服務（高風險、中低風險）。
4. 依家暴與非家暴分別由公部門不同單位受理。

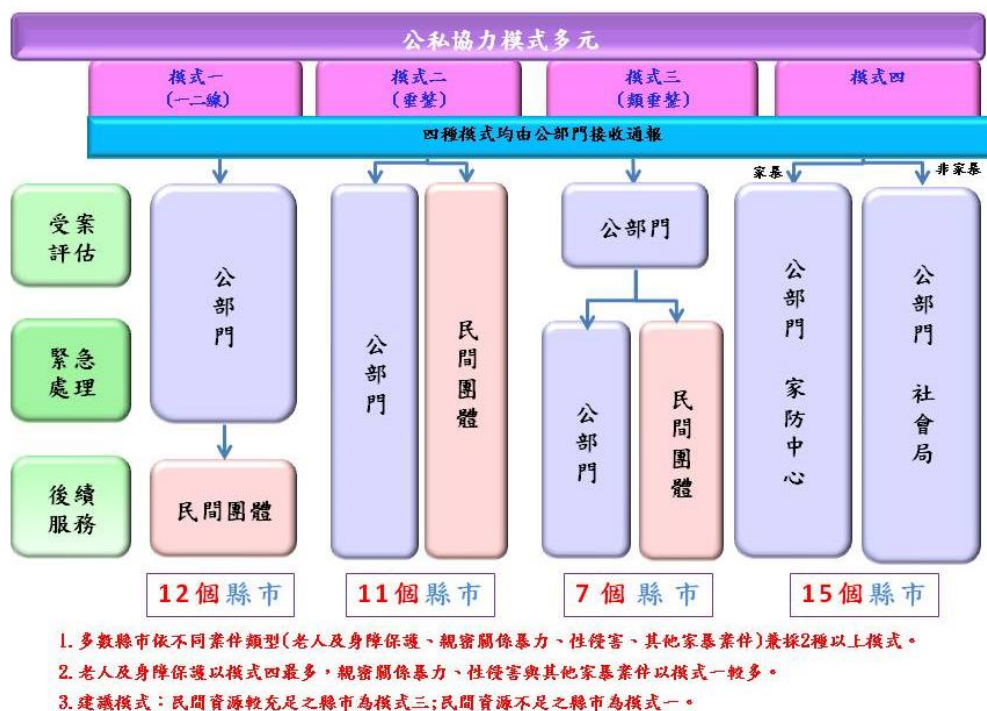


圖 14：成人保護服務公私協力模式圖

多數縣市依不同案件類型(老人及身障保護、親密關係暴力、性侵害、其他家暴案件)兼採 2 種以上模式，親密關係暴力、性侵

害、其他家暴案件以模式一較多，但模式二偏向以責任區分工的縣市亦有一半。採模式二者，由於公私部門角色未定位，許多只求案件量分攤，不論公私部門均優先處理有監控機制的高風險案件，服務深度有限，有關心理創傷復原、經濟獨立、自立就業、中長期居住協助、目睹兒少服務等需要中長期支持陪伴的被害人復原方案亦難以發展，即便採模式一依個案處理流程分工，但因後端民間資源有限，許多個案在前端公部門處理過程中即被篩掉。

老人及身障保護以模式四由公部門的家防中心與社會局分別受案最多，二者的分工是以老人或身障保護案件是否符合家庭暴力防治法所規範保護範圍為區分，若符合則由家防中心受理，若不符合則由社會局的老福科或障福科受理，然而實務上，要明確區分二者的分工並不容易，對於「保護議題」或「福利議題」的指標目前也不明確。

綜上，成人保護體系有關公私部門協力模式亦有調整必要，對於案件規模較大、資源較充足之縣市，建議採模式三（圖 11），由公部門完成受案評估後，依個案風險等級、接受服務意願、需求類型，分別由公部門與多元的民間團體提供服務；但若案件量較少、資源較不足之縣市，則建議採模式一，由公部門受理通報、緊急處理後，評估仍有需求者再轉由民間團體提供後續服務。

（七）保護性案件通報量有上升趨勢，缺乏合理保護性社會工作人員額配置

近幾年由於民眾對於保護性案件的通報意識逐漸提升，以及責任通報人員為避免未通報被裁罰或究責壓力，導致保護性案件通報量不斷攀升，近 5 年成人保護事件（含老人保護、身障保護、性侵害、親密關係暴力、其他家庭暴力）從 101 年 9 萬 8,952 件，至 105 年增加至 11 萬 1,962 件，成長 13%；兒少保護事件從 3

萬 1,917 件，至 105 年增加至 4 萬 2,138 件，成長高達 32%。然成人保護事件經逐案評估並考量被害人服務意願後，開案率平均約 4 成，兒少保護事件經調查後列入保護個案人數在 105 年亦僅近 3 成，顯示過度通報問題值得重視。此外兒少高風險家庭通報數亦由 101 年 2 萬 6,220 件上升至 105 年 3 萬 298 件，增幅亦達 15%，各類通報案件逐年增加，然而目前社工人力的增補仍無法因應實際需求。

106 年第一線保護性社會工作人員計有 1,848 人，其中公部門 1,129 人，私部門 719 人。惟目前每位兒少保護社會工作人員個案負荷量平均近 30 案、成人保護社會工作人員個案負荷量平均超過 50 案，且須同時肩負危機處理及通報事件調查工作，而保護性工作相較困難複雜，人員經常流動又不易補實，以致案件負荷過重，服務品質與服務對象人身安全難免受到影響。

二、策略目標

為能強化政府服務之跨域聯防，許人民一個安全的生活，本策略目標包括下列六項，並據以擬定具體精進作為：

- (一) 危機救援不漏接。
- (二) 完整評估不受限。
- (三) 驗傷診療更完善。
- (四) 介入服務更深入。
- (五) 公私協力更順暢。
- (六) 整合服務更有效。

三、具體精進作為

(一) 危機救援不漏接：建立保護服務及兒少高風險家庭集中受理通報與派案中心

輔導各地方政府建立具備跨單位派案及協調功能之集中受理與派案中心，依各地方政府組織架構及分工模式，集中受理保護服務及高風險家庭通報，以整合式篩案評估指標判斷通報案件風險程度，並有效辨識有立即危險的保護案件，因地制宜並發揮單一窗口之功能，以實踐「危機救援不漏接」之策略目標。

各地方政府建立的集中受理與派案中心，應能依據個案及家庭實際需求及風險等級，將案件指派由家防中心、社福中心進行評估及服務，受指派的單位應儘速進行訪視評估，確認個案及家庭成員的立即安全、受暴風險及福利服務需求，避免有因分工或跨單位協調問題而影響服務的提供。

此外，各單位均應秉持單一窗口服務理念，於接獲非本單位，再主動轉介至正確的受理單位，以避免民眾求助受挫，進而影響服務輸送。

(二) 完整評估不受限：跨域即時串接家庭風險資訊

有關兒少保護、家庭暴力及性侵害防治、身障及老人保護、高風險家庭服務、自殺防治及精神照護列管等服務，皆已建立完善的資訊系統，由各單位的工作人員分別提供服務，為有利於完整瞭解家庭風險資訊，將透過資訊系統間串接方式，由各地方政府集中受理與派案中心即時勾稽比對有多重風險通報資訊，不受限於各單位分工或資訊系統權限，透過異質資料交叉比對，建立早期預警指標，於各階段主動提醒社會工作人員，留意潛在的危機事件，以周延評估家庭風險因子，判斷家庭風險

等級。

相關保護事件的調查，須依規定執行分級分類處理，並於一定時限內提出調查報告，然而保護社會工作人員須執行危機處理、安全計畫及保護安置等必要措施，執行並完成調查的時間有限，因此應建立線上評估資訊蒐集平臺，依案情所需由各地地方政府家庭暴力及性侵害防治中心，線上向教育、警政及衛政單位查調兒少或家庭成員的就學輔導、刑事犯罪、精神照護、自殺傾向、健保就醫及疫苗接種等紀錄，以比對社會工作人員實地訪視瞭解的家庭資訊，確認保護個案受照顧狀況及再次受虐風險程度，建立更為完整的調查報告，以利後續服務的推展與執行。

（三）驗傷診療更完善：推動建立兒少保護區域醫療整合中心

以往對於兒少是否受虐的判斷，多半憑藉照顧者的說法與社工經驗，然對於許多遭受照顧者虐待的幼童，無法清楚描述自己受傷的經過，若無更科學的專業協助，很難辨識傷勢成因，錯失救援時機。為了能夠協助實務工作者精確辨識兒虐個案，兒少虐待個案傷勢驗傷診斷及後續診療，除由醫療單位主動發現並通報外，並應由社會工作人員主動連結醫療單位提供服務，確認兒少傷勢與健康情形，是否為父母等照顧者之故意疏忽或虐待所致，以維護兒少的人身安全，並對通報案件後續處理方式做出正確的判斷，以 105 年為例，統計各地地方政府開案服務的個案中有 2,300 件與身體虐待事件相關，實際由醫療單位進行驗傷診療個案計 1,700 件(約占 74%)，顯示各地地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心與醫療單位之合作仍待提升。

本計畫規劃參考中央健保署醫療 6 分區方式，推動各區至少 1 至 2 家區域級以上醫院建立兒少保護區域醫療整合中心，補助

各醫院 1 名個案管理師及業務推動費用，以整合醫院內醫療團隊，提升區域內相關醫事人員之兒虐辨識與防治知能，並橫向連結區域內各地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心，俾兒虐個案驗傷診療及後續追蹤更為完善。此外，為能增進醫療單位與社政單位的溝通協調，衛生福利部亦將協請各地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心主動建立溝通聯繫平臺，針對嚴重或特殊兒虐個案召開個案研討或網絡聯繫會議，與兒少保護區域醫療整合中心攜手共同防治兒虐，使社會安全網更為綿密。

（四）介入服務更深入：結合民間資源強化兒少保護和家庭支持服務

各地方政府家庭暴力暨性侵害防治中心已積極推動包括兒少保護、家庭暴力暨性侵害防治等高風險個案之危機介入服務、安全計畫、安置庇護及後續中長期服務，並適時連結衛生醫療、教育、勞政及司法警政及相關單位共同協助被害人及其家庭。而有關兒少性剝削個案、兒少性侵害事件及比照兒少保護通報之兒少施用毒品案件等兒少保護相關案件，亦已持續提供服務。本計畫將原有兒少高風險家庭通報案件中，屬高度風險個案，納入兒少保護服務範疇，比照兒少保護等保護性個案服務模式執行相關保護性服務，以強化公權力執行及跨政府單位協調整合，確保對處於高度風險兒少的人身安全維護及權益。以 105 年高風險通報案件 3 萬 298 件扣除重複通報及資訊不詳等案件後，計有 2 萬 4,500 件為例，將改由集中受理中心依兒少保模式篩派，其中高度風險家庭約占 25%(6,100 件)

本計畫將逐步布建各地之社福中心，未來各地社福中心將主責服務原有兒少高風險家庭通報案件中，屬中低度風險個案，由公部門成立的社福中心直接提供服務並連結跨單位的服務資訊，對是類家庭進行完整評估及服務，必要時並以公權力介入模式，

對多重問題家庭個案提供更為完善的服務，避免家庭風險等級升高或演變為兒虐等保護性事件。原承辦兒少高風險家庭服務的民間團體，則漸進式轉型為辦理多元化家庭服務方案（包括關懷訪視、經濟援助、照顧協助、親職示範、家務指導、團體方案、就業資源、心理輔導、外展服務等），以滿足不同家庭異質性或特殊需求，提升專業社工服務模式，成為社福中心最佳合作夥伴。

其他兒少保護相關服務（包括兒少虐待防治調查及服務、兒少保護親職教育、性剝削個案處理等），亦將持續透過公私協力模式進行推動。由公部門執行須公權力介入的危機處理、跨政府單位協調、聲請保護安置及安全計畫等相關事項；俟案件危機解除或受暴風險降低後，則自行或結合民間團體執行後續家庭支持服務（包括育兒指導、托育喘息服務、親子團體、經濟扶助及就業資源連結、創傷輔導及心理諮商及其他家庭所需服務之提供與連結）、親職教育（包括個別式、團體式及到宅式之 4 小時至 50 小時親職教育）及追蹤輔導等服務，並結合在地社區資源依案件所需公權力介入及風險程度進行整合，建立更為系統性之完整服務流程，針對兒少本身、家庭中之父母等照顧者提供符合其所需且有效之服務，以強化兒少保護相關服務之品質，避免兒少面臨再次受虐或缺乏保護的風險情境(如圖 15)。

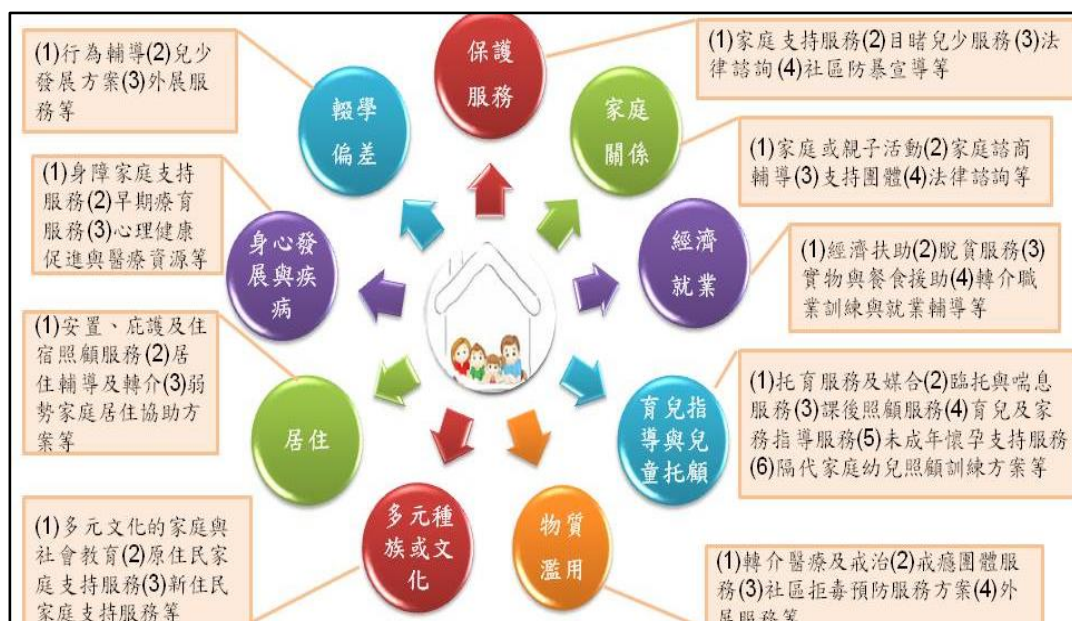


圖 15：結合民間資源強化兒少保護和家庭支持服務

惟考量本計畫服務模式調整，影響所及不僅地方政府，尚有民間團體，爰研訂轉型過渡原則，讓地方政府因地制宜辦理。首先，在保護服務上，訂定「整合保護通報及服務優先」、「調整公私協力模式次之」、「中長期補足保護社工人力」等原則；在兒少高風險服務上，因大部分的地方政府目前係委託民間團體辦理，為減少衝擊，爰規劃 107-108 年為過渡期，期間地方政府得依新舊案、服務區域、流程階段及個案需求等情況，逐步調整與民間團體的協力模式。同時，也輔導及培力渠等民間團體，轉型發展多元化家庭服務(見圖 16)。

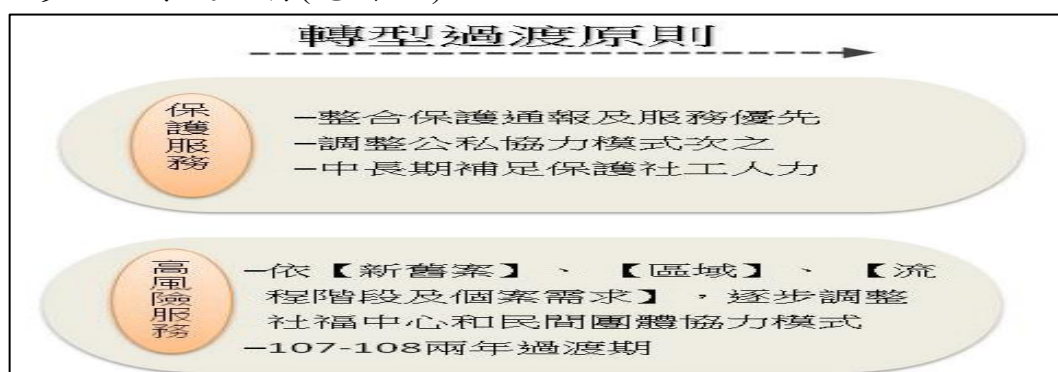


圖 16：轉型過渡原則圖示

（五）公私協力更順暢：保護服務公私協力再建構

基於本計畫以人為本、以家庭為中心之核心理念，未來在案件評估及服務計畫的擬定上，不再侷限於單一問題解決的思考模式，而是回到服務對象所處境遇的整合性評估，輔以資訊系統串聯介接，提供案家更完整的資訊，協助工作者擬定更周延的服務計畫，並適時連結相關資源提供服務，達成社會安全網所追求的目標。

而公私部門協力合作模式，應回到各自的職責角色與強項來規劃，公部門具有公權力並掌握強大的行政資源，對於案件調查、個資蒐集與強制性的介入具有高度不可替代性，因此適合處理需要緊急保護安置、調查的工作，而私部門具有多元彈性與自主性優勢，適合處理非緊急、能夠符合個別化服務期待的案件。

因此，未來藉由整合相關保護性案件通報表單，並由集中派案中心擔任各縣市受理窗口，透過明確化的篩派案指標，由集中派案中心派案相關部門處理：高風險案件、需要高度公權力緊急或危機介入的案件由公部門處理，中低風險有接受服務意願者，因應個案的多樣性與多元需求，則仰賴多元彈性的民間團體發展各式服務方案協助；老人及身障保護由家防中心評估並緊急處置後，有照顧需求者連結長照資源處理，有其他服務需求者則連結相關公私部門資源協助。

（六）整合服務更有效：擴大「家庭暴力安全防護網」功能

現行各地方政府已針對親密關係暴力事件，經評估有高致命風險者，提列至每月定期召開的跨網絡會議逐案檢視各體系之評估報告、服務執行狀況以及未來工作策略，並藉此平臺充分交換社政、衛政、警政、教育、司法體系等專業意見，以擬定周延的

安全計畫，期能落實推動「家庭暴力安全防護網」。各地方政府透過資訊系統輔助，從通報進案、依評估量表初步篩出高致命風險者，系統即主動通知社政、警政、衛政窗口，除提供必要緊急處置外，並分別就被害人、加害人在各系統中的服務紀錄、初步評估等登載於資訊平臺，並於每月定期召開之分區網絡會議中共同檢視案家目前服務狀況並討論後續服務策略，對於親密關係暴力事件之防治有顯著之成效。

本計畫規劃逐步擴充家庭暴力安全防護網之量能，除親密關係暴力事件外，並將涉及精神照護等多重問題、嚴重兒虐或其他成人保護個案（包括多次通報、受暴嚴重或情節重大由檢察官指揮偵辦等嚴重案件）納入，以強化社政、衛政、警政、司法、教育單位合作，尤其是被害人保護與加害人處遇服務體系的緊密合作，共同執行兒少及家庭所需之安全計畫及整合性服務，實踐以家庭為核心之理念，減少重複評估或缺乏溝通的情形，發揮跨單位協力合作之綜效。

四、預期效益

- （一）成立單一窗口：通報人統一向集中派案中心通報各類保護性事件（含老人保護、身障保護、親密關係暴力、性侵害、兒少保護及其他家暴事件），便利通報人快速通報。
- （二）有效資訊整合：集中派案中心協助查詢相關服務資訊系統，必要時先聯繫通報人確認案情或通知警消出動。
- （三）快速分流派案：集中派案中心統一接收後，危機事件立即派勤；一般事件依案件風險程度及需求分流派案。
- （四）公私分工合作：需高度公權力介入案件由公部門處理，低度公權力介入案件由私部門處理，提升案件處理效能，深化被害人

復原服務。

(五) 加速處理時效：接獲通報後 24 小時內處理比率從現行 61%提高至 100%。

(六) 降低再發生率：保護性案件結案後再通報率從 16%下降至 10%

(七) 降低兒虐致死人數：每年兒虐致死人數較前一年度降低 10%。

(八) 提升保護事件開案率：兒少保護事件開案率每年增加 10%、成人保護事件開案率每年增加 5%。(見表 6)

表 6：整合保護性服務與高風險家庭服務關鍵績效指標

績效指標		目標值				評估基準
		106 年	107 年	108 年	109 年	
24 小時內處理比率		61%	80%	90%	100%	當年度 24 小時內處理案件數/通報案件數(含原高風險家庭屬高度風險案件)*100%
保護性案件結案後再通報率		16%	14%	12%	10%	前一年度結案後於當年度再被通報案件數/前一年度結案件數*100%
降低兒虐致死人數		10%	10%	10%	10%	(當年度兒虐致死人數-前一年兒虐致死人數)/前一年兒虐致死人數*100%
提升保護事件開案率	提升兒少保護事件開案率	42%	52% (提升 10%)	62% (提升 10%)	72% (提升 10%)	接受服務兒少人數/高度風險家內兒少保護通報人數*100%
	提升成人保護事件開案率	35%	40% (提升 5%)	45% (提升 5%)	50% (提升 5%)	接受服務個案人數/成人保護通報人數*100% (成人保護通報案件係扣除被害人死亡、搬遷、行方不明、謊報、誤報、情節輕微且拒絕服務等案件)

策略三：整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務

一、現況分析

(一) 加害人合併精神疾病、自殺企圖者，除暴力行為問題，精神疾病及家庭問題複雜，個案處理之複雜度及困難度均高

兒少保護、家庭暴力事件加害人若合併有精神疾病者（含有自殺企圖），經分析其本身雖可能因缺乏病識感，不願主動就醫，致受病情干擾而有暴力行為，惟往往同時因有就業、福利及社區居住等需求待滿足，缺乏尋求相關資源之能力，而受到歧視、社會排除，拒絕或孤立、貧窮，造成社會問題。現行衛生體系雖已介入提供關懷訪視，惟面對個案非醫療之問題，難以透過醫療單一模式解決，需整合就醫、就業、就學及福利相關資源，整體性評估個案需求。

(二) 精神照護及自殺通報個案之關懷訪視員，縣市多採人力委外聘用、個案分訪方式運作，關訪員訪視案量負擔重

105 年精神照護資訊管理系統所關懷訪視社區精神病人有 14 萬 3,286 人，依個案訪視等級區分，1 級個案有 1 萬 4,171 人（9.89%，每月訪視 1 次），2 級個案有 2 萬 6,207 人（18.29%，每 3 個月訪視 1 次），3 級個案有 3 萬 8,845 人（27.11%，每 6 個月訪視 1 次），4 級個案有 6 萬 3,318 人（44.19%，每年訪視 1 次），5 級個案有 745 人（0.52%，每年訪視 1 次）；在自殺通報個案之關懷訪視部分，追蹤關懷個案 2 萬 5,201 人。精神照護及自殺通報個案均由衛生局個管師派案，關懷訪視員及公共衛生護士定期訪視個案，衛生局並定期稽核訪視紀錄及辦理教育訓練、督導。

105 年，衛生福利部所補助地方政府衛生局關懷訪視員人

力，合計有 219 人，其中精神照護關懷訪視員 99 人（每人訪視案量約 350～400 人）、自殺關懷訪視員 120 人（每人訪視案量約 200～250 人）。其中 16 個縣市，關懷訪視員人力係委託轄內精神科醫院聘用，雖可藉由醫院專業人員之督導，確保訪視品質，但人力運用缺乏自主性、與公部門橫向協調聯繫較不佳。至訪視方式，則依地緣性、個案照護需要、訪視案量，有 4 個縣市採合訪，關懷訪視員同時訪視精神照護及自殺通報個案；有 9 個縣市採分訪，由精照關懷訪視員訪視精神照護個案，自殺關懷訪視員訪視自殺通報個案；另有 9 個縣市，則採部分合訪或分訪方式。

（三）現行關懷訪視員以處理疾病問題為主，缺乏對於個案家庭、經濟、社會福利需求與自殺風險之完整評估、回應及資源連結能力，暴力再犯預防及自殺防治成效有限

經由精神照護資訊管理系統及保護資訊系統勾稽，兒少保護、家庭暴力或性侵害加害人合併精神疾病者，高達 1 萬 78 人（迄 105 年 12 月底止），占追蹤關懷精神疾病個案數 7.03%，另經串聯自殺防治通報系統，兒少保護、家庭暴力或性侵害加害人合併精神疾病者中，曾有過自殺企圖而被通報者高達 13.55%。衛生福利部所補助地方政府衛生局之關懷訪視員，由於其專業背景多屬護理、心理、公衛及醫管等專業背景，且因所負擔案量、專業背景等因素，使得關懷訪視員之訪視重點，以精神疾病就醫規律、服藥順從性、病情變化等為主，無法深入處理個案全面性問題，及綜合評估個案需求，以協助連結醫療與社福資源。

（四）家暴及性侵害加害人處遇之行政業務（每年家暴及性侵害加害人處遇量合計超過 1 萬人次）及列管案量高，人力待充實

104 年 2 月修正公布家庭暴力防治法已納入親密關係伴侶，家庭暴力加害人處遇計畫增列親職教育輔導，保護令期限則延長為兩年；性侵害犯罪防治法 94 年 2 月及 100 年 11 月修正公布，除擴大社區處遇之加害人對象，納入緩起訴處分人、未成年行為人及犯性騷擾罪者，並將社區處遇期間從 2 年以下延長為 3 年以下。每年新增之加害人處遇個案數，95 年與 105 年相較，家庭暴力部分增加為 4.07 倍，性侵害部分增加為 2.09 倍；每年執行家庭暴力及性侵害加害人處遇之個案數，合計已超過 1 萬人次。衛生福利部整合型心理健康工作計畫雖補助地方政府衛生局 23 名人力，以辦理家庭暴力及性侵害加害人處遇相關行政業務，惟均兼辦有精神醫療或心理衛生相關行政業務，其業務負荷及所列管處遇案量已明顯失衡。

（五）加害人多非自願性求助者，缺乏治療動機，需連結防治網絡，嚴密監控，方能預防再犯

家庭暴力及性侵害加害人依家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法之規定，必須按地方政府衛生局之指定期日、地點執行處遇，惟是類個案性質屬非自願性個案，除本身缺乏治療動機，且多具反社會人格或病態性格（psychopathy）特質，行政機關對其所為處遇、評估之行政處分，拘束力不大，若無專人監控或連結警政、觀護等防治網絡單位，恐難以落實處遇執行及預防再犯。

家庭暴力及性侵害加害人處遇業務，目前多係由各地方政府衛生局主責，考量加害人之家庭功能、支持系統、更生輔導...等問題，將影響其學習再犯預防技巧及內在自我控制之能力。因此，現行各地方政府家防中心，除結合社政（社會救助、社會福利、支持安置等）、衛政（身心治療及輔導教育）、

警政（登記、報到及查訪）機關外，尚需整合勞政單位（就業服務），以綜合評估加害人需求，提供整合性服務（如圖 17）。



圖 17：家庭暴力及性侵害加害人再犯預防內涵

（六）自殺成因複雜且多元，無法由單一體系介入處理，亟需各服務體系共同努力，早期發現高風險個案，早期介入

自殺是多重因素造成之悲劇，為生理、心理、社會及經濟、文化、環境等交互作用的結果，自殺風險因子包括：人際關係衝突、缺乏社會支持、失業或經濟損失、酒精有害使用、精神疾患、曾有自殺企圖等，分析衛生福利部自殺防治通報系統資料，發現自殺企圖個案合併多重問題者占 28.8%，其中合併高風險家庭個案占 17.7%、合併精神照護個案占 15.0%、合併保護服務個案（含加害人及被害人）占 1.1%（如圖 18），各地方政府雖已提供關懷訪視服務，但該服務隸屬衛生體系，雖可評估個案於衛生及疾病方面之個別化服務內涵，但缺少對於家庭、經濟及社會福利服務需求的完整評估與回應，加以各服務體系的第一線人員對於自殺敏感度不足，目標個案不易即時被發現及有效轉介心理健康體系，提供關懷及進一步之精神醫療服務，各體系對於自殺防治守門人

的觀念需加強及普及。

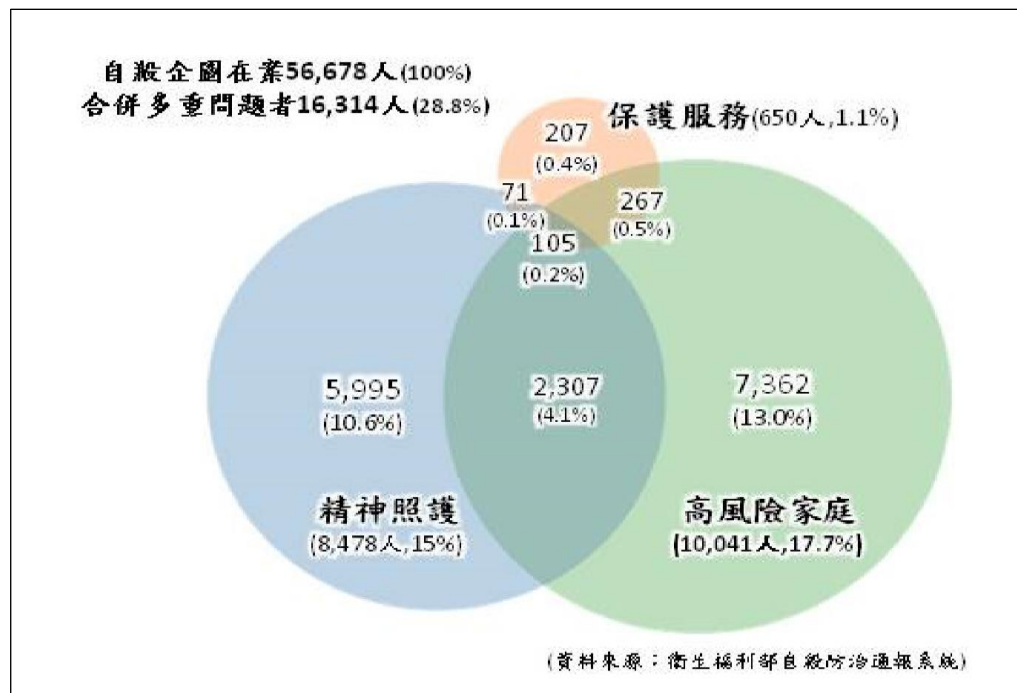


圖 18：自殺企圖者現況分析

又自殺議題敏感且有其特殊性，對於自殺之通報，民眾多存有對個人資料保護的疑慮，且尚無相關法源依據。而政府自殺防治服務體系，囿於人力及經費之限制，現行僅能優先服務有自殺企圖並經通報主管機關的個案，至其他未經通報的自殺企圖者及潛在各角落的具有自殺風險者，因散於各場域，倘無是類對象之業務權責機關或民間單位齊力合作，則均難以觸及，亦難預警。

二、策略目標

- (一) 降低再犯風險。
- (二) 暴力預防無死角。
- (三) 提升自殺防治效能。

三、具體精進作為

- (一) 降低再犯風險：增聘社工人力，降低加害人(合併精神疾病)個案

負荷比，深化個案服務

依據衛生福利部保護資訊系統與精神照護資訊管理系統介接資料得知，兒少保護、家庭暴力或性侵害事件加害人合併精神疾病者（含有自殺企圖），因其案件問題複雜且需整合性服務，已非醫療單一模式能提供協助，爰需要社工專業服務介入，並改善個案負荷比，依其整體評估結果、暴力危機狀態及自殺風險，強化精神疾病、自殺防治關懷輔導與保護服務體系的跨體系合作，並充實第一線服務人員的自殺防治知能，將服務融入自殺風險評估及處置、轉介，以避免疾病或家庭問題持續惡化，衍生更大的人身危害與憾事發生。

透過各地方政府衛生局勾稽精神照護資訊管理系統、保護資訊系統與自殺防治通報系統，發覺如為兒少保護、家庭暴力或性侵害合併精神疾病（含有自殺企圖）個案，衛生局即派案給心理衛生社會工作人員，提供追蹤輔導與關懷訪視、自殺風險評估及處置與轉介，並串聯社區資源體系及社區照顧服務，整合社福、醫療、心理衛生、教育、司法、住宅、勞動等資源體系，周延病人保護服務及改善家庭關係。

兒少保護或家庭暴力事件加害人合併精神疾病者，因暴力或法律問題，正處於危機階段，除需提供密集訪視服務，為避免加害人因服務需求未獲滿足導致暴力及自殺潛在風險，造成其再次施暴或自殺，所增加社工人力，除追蹤個案定期就醫、規則服藥、病情變化監測及自殺風險評估等面向，並應對於加害人之家庭、經濟、就業、居住及社福等面向之需求，提供整合性評估，以降低再犯風險。

另為綜整評估親密關係暴力案件被害人的致命風險，現行各地方政府針對親密關係暴力案件定期召開家庭暴力高危機個

案網絡會議，該會議平臺則邀集社政、衛政、警政、司法等網絡單位，以共同擬定安全行動策略。為整合現行家庭暴力事件兩造服務體系及補強網絡間漏洞，將擴大該會議平臺所提報對象，納入兒少保護或家庭暴力加害人合併精神疾病（含有自殺企圖）之個案，並採共訪共管之服務模式，以強化體系之整合及服務效率。

（二）暴力預防無死角：落實加害人處遇執行，強化社區監控網絡及處遇品質

為無縫銜接加害人處遇，強化社區監控能量，擬依據各地方政府衛生局所列管加害人處遇個案數，分別依據家庭暴力加害人處遇個案數、性侵害加害人身心治療及輔導教育個案數，合理配置各地方政府衛生局社工人力，負責加害人處遇業務安排、處遇系統資料維護、未出席移送裁罰、社區監控、評估小組及網絡會議、驗傷採證及處遇人員訓練與管理；另補助社工督導負責研擬處遇及監控計畫、個案風險評估、社區監控跨網絡協調、驗傷採證及處遇人員督考。

（三）提升自殺防治效能：精進高風險個案自殺防治策略

在教育面，為提升服務體系人員自殺防治知能，規劃辦理第一線服務人員(如：社會工作人員、村里長、村里幹事等)自殺防治教育訓練，推廣自殺防治守門人概念，宣導人人都能為自殺防治盡一份心，強化自殺風險辨識及轉介。

在系統面，從系統端介接串聯自殺防治通報系統、精神照護資訊管理系統、兒少高風險家庭系統及保護系統，透過資料比對，早期發現自殺之高風險個案，早期介入。

在服務面，在自殺通報個案之關懷訪視過程中，若發現個

案家中有 6 歲以下幼兒，或有精神照護、保護案件、高風險家庭者，落實評估個案再自殺風險及心理需求，以及主要照護者之自殺風險，妥為擬訂自殺關懷處置計畫，並積極結合相關人員提供共同關懷訪視服務或轉介相關服務資源，適時增加訪視次數、面訪比率並延長關懷時程等措施，以減少憾事發生。

在法規面，為完備自殺通報、處置之法規，積極研修精神衛生法或推動自殺防治專法，研議增列或制定有自傷行為或有自傷之虞個案之通報及後續處置規定，以強化預警機制，全面提升防護效能。

四、預期效益

- (一) 銜接加害人處遇，強化社區監控量能，暴力預防無死角。
- (二) 精進自殺防治策略，提升高風險自殺企圖個案服務效能。
- (三) 整合社會福利與心理健康服務，提升加害人合併精神疾病者(含自殺企圖)之服務效能，降低暴力再犯、自殺風險：加害人合併精神疾病(含自殺企圖)整合性服務涵蓋率逐年上升至 80%(見表 7)。

表 7：整合加害人合併精神疾病（含自殺企圖）服務關鍵績效指標

績效指標	目標值				評估基準
	106 年	107 年	108 年	109 年	
加害人合併精神疾病(含自殺企圖)整合性服務涵蓋率	-	30%	60%	80%	實際訪視曾經及目前在案個案數/曾經及目前在案個案數*100%

策略四：整合跨部會服務體系

一、現況分析

不論是處理家庭暴力、兒少保護、家庭維繫、脫貧自立或隨機殺

人等事件，皆需要衛政、社政、教育、勞政及警政等體系通力合作，始能達成。雖相關法規已訂有各自責任及處理流程，然實際執行，仍存在部分問題，使得跨體系合作出現縫隙，造成社會安全網的漏洞。

在衛政、社政體系與教育體系的合作上，雙方人員對於兒少發生虐待、未獲適當照顧或目睹家庭暴力等事件的通報範疇與開案服務，有不同的認定標準，導致通報不夠準確、開案服率低、兒保調查未獲配合、兒少後續服務資訊未能相互交流等爭端。此外，雙方人員雖同意兒少處境的脆弱性改善須靠彼此合作，然有時因不熟悉對方的處理機制或法規意涵，而產生了誤解及期待落差。最常見的爭議是學校一發現兒童及少年處在高風險情境中，除了依法立即通報或轉介外，莫不殷盼家防中心立即進行緊急安置，或期待社福中心提供家庭介入。然而，礙於評估與緊急安置程序與資源可得性不足，每每心生埋怨，致跨體系合作並不順暢。

在衛政、社政體系與勞政體系的合作上，雙方人員皆明白若家庭內成員能穩定就業，就可促進家庭脫貧自立。然有些家庭成員並沒有就業意願或能力，也就影響就業服務的成效。衛政、社政體系期待勞政體系對於有能力但無意願就業者，規劃積極性的激勵措施及客製化的就業服務，勞政體系則認為就業意願與成功就業存在相當關係。對於有工作能力而無意願就業者，應考慮透過社、勞政網絡協力方式加強改善。

在衛政、社政體系與警政體系的合作上，雙方人員在行為偏差或虞犯少年輔導、家庭暴力人身安全維護及防治、精神疾病護送就醫等方面，產生人力不足及認知不同的困境，包含地方政府少年輔導委員會人力有限，致輔導工作的執行及跨體系協調效能受到限制；以及對於精神疾病強制就醫對象的認知標準不一，致執行產生爭議。

二、策略目標

(一)進行以介入為基礎的團隊評估(IBTA)。

(二)提供完整性的全人關懷服務。

(三)導入全面性整合的服務資源。

(四)縫合網絡單位間的隔閡。

三、具體精進作為

(一)建立垂直／水平分層級協調機制

社會安全網範圍廣泛，涉及政府與民間、中央與地方，以及社會福利、心理衛生、教育輔導、就業服務及治安維護等部門，應建立中央決策面、地方行政面與基層實務面等不同層級之協調合作機制，透過垂直、平行整合，暢通跨體系服務的障礙，俾補綴社會安全網的缺漏。

1. 中央決策層級運作機制

(1) 參與者：衛生福利部、內政部、教育部及勞動部等相關部會、學者專家及地方政府。

(2) 合作目的：建立中央層級定期性、任務性政策溝通平臺，協調跨部會（體系）之全國性法規或政策措施並管考推動策略與執行成效。

(3) 具體作法

① 建立政策溝通平臺

A. 由衛生福利部成立計畫專案小組，教育部、勞動部、內政部、法務部及衛生福利部保護服務司、社會救助及社工司、心理及口腔健康司、社會及家庭署為小組成員，並邀請學者專家、相關部會及地方政府代表參

與，必要時得請行政院政務委員召開跨部會協調會議，以利政策推動。

B.本計畫專案小組每4個月召開定期會議；或依任務或特殊性需求不定期召開臨時會議。

C.本計畫專案小組針對實施策略的規劃執行、跨部會（體系）全國性法規或政策措施檢討與協調，並就執行成效定期管考，得提出滾動修正建議。

② 建立跨體系資訊系統整合的網絡合作機制

A.針對既有社會福利、社會救助、保護服務、高風險家庭、心理衛生、學生輔導、就業輔導及警政治安等資訊系統與平臺，建立跨資訊系統的串連與分享，強化以服務對象需求為中心的聯繫機制。

B.針對跨體系資訊輔助合作如有跨部會（體系）協調需求，得提報本計畫專案小組研議。

③ 設置社會工作專業制度發展推動小組

為研擬、協調、督導、研究、諮詢及推動「社會工作專業制度發展」，成立推動小組，納入第一項政策溝通平臺任務推動，邀集相關部會、地方政府及學者專家定期召開會議，規劃推動策略及步驟據以實施。

2. 地方行政層級運作機制

(1) 參與者：地方政府社政、衛政、警政、教育、勞政及民政等單位，並視需要邀請學者專家及民間團體參與。

(2) 合作目的：建立地方政府跨部門合作溝通平臺，以協調地方層級之計畫推動、行政執行與服務體系輸送之合作關

係。

(3) 具體作法

① 建立定期聯繫的跨體系溝通平臺

A. 由地方行政首長擔任召集人，地方社政、衛政、警政、教育、勞政及民政等單位參與，針對跨局（處）行政合作協調事宜、計畫執行分工事宜、網絡業務聯繫與檢討及其他行政爭議事項等，每 4 個月召開會議研議。

B. 本溝通平臺得視實際討論議題與事項，併入地方政府具同等層級規模的既有平臺機制辦理。

② 不定期跨體系溝通機制

針對臨時性、特殊性、任務性且涉及跨體系協調的議題（複雜個案研討會、重大案件檢討會議、爭議案件分工協調會議），應即時召開不定期會議，除邀集地方社政、衛政、警政、教育及勞政等單位參與外，並得視需求邀請學者專家及民間團體參與諮詢。

3. 第一線實務層級運作機制

(1) 參與者：社會工作人員、醫事人員、教育人員、就業服務人員、司法人員、警察等直接服務民眾之專業人員，以及鄉（鎮、市、區）公所、村里長、村里幹事、社區組織、民間團體、鄰里單位及民間企業等相關組織人員。

(2) 合作目的：強化基層服務組織間的合作與溝通協調，促進社區網絡參與合作，提升個案服務品質，共同合作回應民眾需求。

(3) 具體作法

① 整合服務組織

各地方政府規劃第一線服務資源配置時，可依據不同的地區特性、資源分布、空間場地等情形，選擇實體整合、準實體整合或虛擬整合的方式，串接各服務組織，進而提供單一窗口的多元服務。

② 建立區域網絡聯繫機制

由社會局（處）主責，各轄區每季召開區域聯繫會議，邀集轄區內社政、衛政、警政、教育、勞政及民政等跨網絡服務單位進行業務聯繫或共識活動等，或邀集區域內鄉（鎮、市、區）公所、社區組織、民間團體、鄰里單位及民間企業等相關組織參與業務聯繫。

③ 建立以服務對象為中心的跨體系溝通

各體系單位得視專業服務所需，不定期邀集相關單位，就服務對象的服務計畫、跨單位合作、分工疑義或促進服務品質有關事項，召開個案研討會、協調會議或不定期網絡聯繫會議。

透過中央與地方協力合作，中央政府負責政策擬定、經費補助及業務督導，而地方政府負責執行，包含其補助及培力相關團體、機關等民間單位。當社區家庭自行求助或被通報、轉介，地方政府就依法執行調查評估、直接提供服務，或以方案委託民間單位來提供服務(見圖 19)。

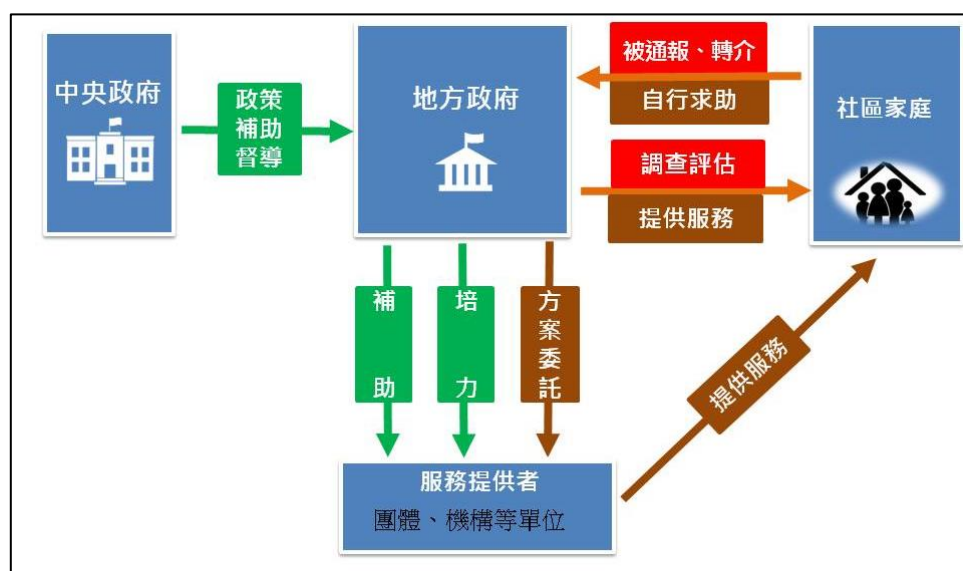


圖 19：中央與地方協力合作

(二)提升教育部學生輔導、勞動部就業服務、內政部治安維護及少年輔導等服務效能，強化跨體系合作機制

1.健全學生輔導三級機制，提供整體性與持續性服務

(1)逐年增置專任輔導教師及專任專業輔導人員

①有感於學校輔導專業人力的不足，自 101 年起依據國民教育法第 10 條所定員額規定，5 年內逐年增置輔導教師 1,960 名（具教師證且有輔導專長）、專業輔導人員 482 名（具諮商心理師、臨床心理師或社會工作師證書，且依法進用），及公私立高級中等學校實聘 1,364 名專任輔導教師。又為使學校專任輔導教師及專任專業輔導人員配置具合理性與妥適性，以吻合兒童及少年需求與社區人口組成、社會經濟結構特性，將於相關人力之增置進程中，自 106 年起由中央主管機關每 5 年進行檢討，持續檢討人力配置等相關作法，以回應學校輔導工作的需求與期待，充分發揮其輔導專業效能。

②為推動學生輔導工作法制化，有效解決學生輔導困境，

建立友善校園環境，學生輔導法於 103 年 11 月 12 日制定公布，成為亞洲地區學校輔導體制制定專法之首創。依該法第 10 條、第 11 條及第 22 條規定，自 106 年 8 月 1 日起逐年增加學校輔導教師及專業輔導人員，國民小學於 120 年（分 15 年）、國民中學於 114 年（分 9 年）、高級中等學校於 110 年（分 5 年）前逐年增置完成，預計國民小學將增加 2,917 名、國民中學將增加 753 名、高級中等學校將增加 148 名，期能達到高級中等以下學校每校設置輔導教師、增置專業輔導人員之目標。另專任專業輔導人員（即心理師或社工師）部分，高級中等以下學校主管機關視實際需要統籌調派，各地方政府及學校可置 572 人，教育部及所轄學校可置 46 人，將針對嚴重適應困難、行為偏差，或重大違規行為等學生，配合其特殊需求，結合心理治療、社會工作、家庭輔導、職能治療、法律服務、精神醫療等各類專業服務。

(2)積極推動家庭教育與強化親職知能

- ①以學校高風險學童及其家庭為優先對象，加強學校教育與家庭教育工作，進行家庭訪視關懷，預防家庭問題及危機，以健全人格。
- ②強化各縣市家庭教育中心功能及定位，並由學校積極將家庭教育融入課程設計，從小培養良好家庭概念。
- ③提供家庭發展完整的資源與服務，透過跨部會推動家庭政策，除賡續落實外，將建立定期檢討機制，因應社會家庭需求滾動修正，以結合政府跨網絡資源，強化家庭親職功能，營造支持家庭發展的社會環境。

(3)提升教育人員（含輔導相關人員）輔導知能

持續辦理輔導人員職前培訓與教育人員（含輔導相關人員）在職進修，將校園常見精神疾患之辨識與處遇、兒童及少年保護、跨網絡體系合作等相關議題，納入「初任輔導主任或組長、輔導教師及初聘專業輔導人員職前 40 小時」暨「輔導主任或組長、輔導教師及專業輔導人員在職 18 小時訓練課程」。

同時，學校、地方政府的學生輔導諮商中心應將專任輔導教師、學校心理師、學校社工師依三級輔導進行三師分工。輔導教師主責中輟、性別平等、學習困擾、人際關係困擾、校園暴力（含霸凌）、師生衝突、網路沈迷、行為偏差等。學校心理師主責心理健康、自傷、自殺、創傷後壓力疾患、校園暴力（含霸凌）、物質濫用等。學校社會工作師主責兒童與少年虐待與疏忽、性侵害、性剝削、少年犯罪、校園暴力（含霸凌）、幫派、危機事件、貧窮、脆弱家庭、高風險家庭、社區資源整合等。當某一師主責時，其他兩師則依專長扮演支援輔導角色，全校教師與行政人員則扮演好物質濫用、偏差行為、少年犯罪、涉入幫派、性剝削、性侵害、兒童虐待與疏忽、心理不健康、自殺、自傷、校園霸凌、中輟等問題的初級預防角色，並主動進行關懷與轉介（林萬億、黃韻如、胡中宜，2018）。如果沒有第一線教師與行政人員敏感於學生學習適應困擾而進行主動關懷與轉介，學校輔導教師、心理師、社會工作師是很難得知班級教室內的學生所遭遇的困擾。校園學生輔導體系分工得宜，教育、社政、衛政、勞政、警政間跨體系合作才有可能相對順暢。

(4)建立學生轉銜輔導及服務機制

- ①對於有輔導需求的個案學生，在畢業或離校後，仍需要下一個學校持續提供輔導服務者，建立統一致性的轉銜機制或管道，讓學校間的輔導系統及早針對該等學生提供適合的輔導銜接服務。
- ②訂定學生轉銜輔導及服務辦法，規範學校應提供整體性與持續性轉銜輔導及服務；並委請系統廠商建置通報系統，未來將提供學校辦理學生轉銜輔導及服務的通報及輔導相關工作。
- ③學生轉銜輔導及服務流程將區分為列冊追蹤、評估、通報、同意、資料轉銜及輔導等階段，透過學生原就讀學校的輔導專業判斷，對學生現就讀學校產生提醒作用，並建立兩校間互助合作管道與平臺（密件轉銜學生輔導資料及召開轉銜會議等），進行個案管理及輔導。
- ④學校追蹤轉銜學生屆滿 6 個月而學生仍未就學者，即透過學生轉銜輔導及服務通報系統通知所屬主管機關，列冊管理。未來可視各級學校及其主管機關執行學生轉銜輔導及服務機制情形，進一步瞭解各主管機關針對追蹤屆滿六個月（已非具學生身分）的轉銜學生名單，如何列冊管理、如何提供心理輔導或提供名單予社政、衛政單位運用等相關作為。

(5)落實學生輔導工作的跨體系合作

提供學校連結服務（school-linked services）已是當代學校教育的新方向。以美國為例，自從 2001 年不讓任何學童落後（No Child Left Behind, NCLB）的政策實施之後，教育

部更在 2015 年推動每位學生成就法案 (Every Student Succeeds Act, ESSA)，建立完全服務社區學校 (Full Service Community School)，於 2017-18 年起全面推動學校連結服務，讓學校連結社區、社區支持學生成功學習，學校成為完全服務學校，不再是單純的知識學習場所，也不再是單打獨鬥的學生輔導單位 (Bronstein and Mason, 2016)。完全服務是指為了成就每一位學生，學校要依學生的學習經驗、背景、成績、限制等，提供足以提升其學習成就的完整服務。因此，除了教師以外，學校社會工作師、學校心理師、特殊教育教師等扮演吃重的角色，連結家庭、社區，以建構有利學童學習的友善環境。據此，學校必須與社政、衛政、司法體系協同合作，建構有利學童成就的教育環境和學生輔導三級機制，並進行跨體系協力。

家庭關係往往是決定兒少行為的重要因素，兒少在衝突和緊張的家庭環境中成長，易有較強的犯罪助力，當兒少成長於脆弱、受暴或兒虐家庭，甚至是犯罪家庭，心理需求匱乏導致的問題行為則較難單靠學生行為改變而獲得解決。因此，兒少家庭因貧窮、風險(脆弱)、兒少保護、性侵害與家庭暴力等因素衍生兒少行為議題，除由教育體系專業輔導人員致力於學生心理健康促進與校園適應外，並透過連結社政體系社會工作人員提供家庭整合性協助與資源，穩定家庭原有照顧功能。以落實學校輔導人員、社政社會工作人員在學校、家庭和社區系統中彼此分工合作，俾利提升學生輔導工作的服務效能。

2.強化弱勢族群就業轉介及協助措施，發展一案到底個別化服務

(1)加強第一線就業服務人員敏感度

因弱勢族群類型多元，為增進第一線就業服務人員對於求職者辨識能力，提升其面對特殊個案時相關知能，辦理跨專業研習課程，強化就業服務人員對其特質瞭解，提升資源轉介及協助排除就業障礙的專業知能。

(2)規劃辦理多元類別就業導向的職前訓練

依據產業發展及就業市場人才需求，透過區域職業訓練供需資訊蒐集及評估，適時調整或新增職前訓練課程內容及職類，提供弱勢族群的失業民眾職業訓練機會，參訓期間另可依規定申請職業訓練生活津貼，安定其參訓期間之生活。

(3)強化社政與勞政個案轉銜機制

- ①建立雙向聯繫溝通機制：社政單位轉介之個案常有失聯或就業意願反覆之情形，實需勞政與社政緊密聯繫，以提升就業服務之效益。
- ②辦理個案研討會：針對多重求職障礙之個案，透過個案研討進行資源盤點及擬定服務計畫，調整服務策略，促進個案重返職場。
- ③召開聯繫會報：召開跨體系聯繫會報，強化社政勞政服務合作機制，提升服務效能。

(4)提供弱勢族群就業協助措施

針對就業信心薄弱與就業能力不足之弱勢者，運用一案到底個別化、客製化的就業服務、就業諮詢、就業促進課程、職涯探索及就業促進工具等，並結合網絡資源發展激勵就業動機服務，開發多元就業機會及部分工時工作，以致力協助其就業。

(5)提供待業青年就業協助措施

- ①針對職涯不明有就業協助需求的青年，透過各地公立就業服務機構以專人一案到底客製化提供就業服務，運用職業評量工具，協助青年釐清就業方向、評估青年就業能力、安排參加職業訓練及提供創業諮詢等服務，並運用多元就業促進工具協助就業。未來規劃推動工作卡制度，透過工作卡彙整記錄求職者接受服務歷程、職訓及證照等個人就業能力，以利精確媒合服務。
- ②為提升待業青年的就業能力，規劃辦理各式職前訓練課程，供其選擇參訓，另亦結合企業用人需求，由企業依據產業營運及職務內容設計實務訓練課程，辦理工作崗位訓練，以達即訓即用。

3.定期查訪治安顧慮人口，強化少年輔導工作

(1)加強列管查訪與協尋

- ①為避免行方不明治安顧慮人口脫管，影響防制再犯成效，爰特別強化屢查不遇人口之協尋通報，並針對暫住他轄治安人口，採戶籍地及居住地警察分局共同列管方式，積極落實預防再犯的工作。
- ②將治安顧慮人口住所列為警勤區聯合查察目標，可能出入之場所列為擴大臨檢及各項專案勤務查察目標，以擴大協尋成效。

(2)強化毒品、竊盜、搶奪犯罪人口查訪

由於竊盜、搶奪、毒品犯罪人口再犯情形較多，且列管人數已達 4 萬 793 人，占全部列管人口 71.50%，經分析減

刑出獄人再犯時間，為重返社會 4 個月的輔導黃金期間，爰強化警政查訪密度，於出獄後前 4 個月，每月查訪 2 次，以全面防制再犯。

(3) 增強少年輔導工作跨網絡連結

① 少輔會組織編制與定位

各地方政府少輔會由警政、教育、社政、衛政、工商、司法、民間社福機關及其他有關組織、社團及專家學者組成，負責少年輔導工作之督導協調執行事項，由縣（市）長擔任主任委員，並得酌聘請專任幹事及輔導員派駐少年輔導委員會執行少年輔導協助、個案研商、協調聯繫及追蹤管考工作。

② 少輔會職掌與功能

少年虞犯的輔導工作須跨局處合作，少輔會扮演「跨網絡督導協調者及資源整合者」的角色，除辦理個案輔導、外展服務、少年團體輔導方案、召開網絡聯繫會議、校園及社區宣導、少年輔導志工招募、培訓及運用等工作，其主要功能為「綜理規劃並協調推動預防少年犯罪的相關事宜」，透過協調、轉介社政、教育、衛生網絡資源，強化專業個案輔導平臺，協調社區中的公私部門專業與資源，以問題導向警政的觀念，輔以社工資源盤點的作法，推展犯罪防治方案與活動。

③ 少輔會輔導分工原則

為充分利用現行輔導人力及資源，少輔會依據「少年輔導委員會設置及實施要點」第 5 點規範之各網絡機關輔導分工原則，針對失養少年，應加強轉介社政機關提供照顧救

助；針對失學少年，應加強連結學校輔導穩定就學；針對失業少年，應加強轉介勞政機關輔導就業；另針對物質濫用或有心理健康問題的少年，應轉介醫療機構協助治療。

④ 補足社工人力及經費，以落實法定少年輔導工作

為強化偏差行為及虞犯少年的輔導工作，少輔會除依據「少年輔導委員會設置及實施要點」第 5 點規範各網絡機關輔導分工原則，協調、轉介社政、教育、衛生、勞政網絡資源外，亦應補足社工人力及經費，以落實法定少年輔導工作，有效提升輔導成效。

4. 建立犯罪被害保護官等相關制度，提供被害人所需協助

(1) 強化刑案現場處理

訂頒以保護犯罪被害人為中心的「刑案處理作業程序」及「犯罪被害關懷協助資訊卡片」，規劃從刑案現場處理、被害人傷亡處置及後續關懷協助等面向，整合標準作業流程，以提昇服務品質，創新警察形象。

(2) 律定專責窗口

有關「犯罪被害保護官」制度，係警察機關於「因暴力犯罪致被害人死亡、重傷害或社會矚目之重大傷亡（被害人數 3 人以上）」案件發生時，由犯罪被害保護官全程關懷慰問並陪同被害人或家屬處理後續事宜，當犯罪事件利害關係人涉及兒童、少年、身心障礙者、老人等自我保護能力相對脆弱的人口時，通報社政單位的社會工作人員及法務部所屬犯罪被害人保護機構予以協助。

(3) 精進專業訓練

各警察機關應將刑案現場處置及通報、犯罪被害處置及關懷協助相關規定列入警察局及分局常年訓練課程，辦理宣達及訓練。

四、預期效益

- (一) 暢通校內外資源的連結：學校輔導系統連結校外資源之比率逐年上升至 90%。
- (二) 提升就業服務的效能：弱勢失業者推介就業率逐年上升至 65%。
- (三) 落實犯罪的預防：毒品、竊盜、搶奪犯罪人口查訪比率逐年上升至 98%（見表 8）。

表 8：整合跨部會服務體系關鍵績效指標

績效指標	目標值				評估基準
	106 年	107 年	108 年	109 年	
學校輔導系統連結校外資源比率	75%	80%	85%	90%	(實際值÷預估值)×100% 預估值：當年度各級學校總校數。 實際值：當年度各級學校有連結校外資源之校數。
弱勢失業者推介就業比率	62%	63%	64%	65%	預估值：當年度推介就業率。 實際值：當年度實際推介就業率。
毒品、竊盜、搶奪犯罪人口查訪比率	95%	96%	97%	98%	預估值：104 年查訪比例為 94.26%；105 年查訪比例為 94.55%。

陸、相關配套

一、建立完善社會工作制度，提升專業服務量能

(一) 由教育、考試、訓練及任用精進社工專業制度的發展

1. 社會工作學校教育：社會工作專業發展事涉大學教育養成及

考試制度，將針對社會工作核心科目之課程內容與教學方法，協助開發相關教材與教學活動，以提升教學品質。另教育部辦理大學院校設置社會工作學系及系所評鑑等應以社會工作專業為核心，就原則性規範評鑑項目及指標，包括系所目標、核心能力與課程，以及教師、教學等各面向支持系統，並鼓勵學校配合社會工作師考用制度調整課程規劃，培育第一線優秀之社會工作人才。

2. 社會工作師考試：「專門職業及技術人員高等考試社會工作師考試規則」第5條應考資格已愈趨嚴格，為提高考試及格率，將檢討專技社會工作師考試評分標準及命題方式，並提高取得專業證照加給之誘因，以逐步推動全面證照化、完備社會工作專業體制。
3. 社會工作師（員）繼續教育制度：為打破地域限制，將規劃線上學習與建置網路資源平臺，並訂定「社會工作人員專業訓練計畫」以符應實務工作者需求，並落實專業訓練的目的。復依《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》，提升社工師專業知能及服務品質，完善落實社工師接受繼續教育相關規範，針對各福利服務項目訂定分科分級訓練，及對社工督導培訓及在職訓練建立全面性、系統性與層級性的訓練課程。另為解決現行規範社工督導資格標準、督導課程及訓練時數不足的現況，將發展培養以專精為主、跨域為輔的督導人力系統性制度。以精進社會工作人員專業知能、提高專業服務品質，並創造社會工作人員升遷管道，促進職涯發展。
4. 社會工作人員勞動條件：
 - (1) 為強化社會工作發揮扶助弱勢之核心職責，提升社會工作人員勞動條件與專職久任，將與行政院人事行政總處、銓敘部等

共同研議調高職務列等、專業加給表等實質留才激勵措施的可行性。

- (2) 針對公部門非編制（約聘僱等）人員，與私部門社會工作人員之勞動條件，提高薪點折合率及補助方案之專業服務費與證照加給、督促雇主依勞動基準法為所屬社會工作人員辦理勞動權益有關事宜，並確保各領域社會工作人員之執業安全，再強化預防面、督導機制、員工協助等方案，以維護社會工作人員身心健康、營造友善就業環境，提供社會工作人員更完整之保障措施。

（二）整體估算社工人力需求並合理配置

因應人口結構變化、新增福利需求及解決目前員額運用限制之困境，將依未來可能需要接受服務人口推估資料、各類服務之需求/問題盛行率、服務使用率及社會工作人員服務比，重新盤點及推估所需人力，持續充實地方政府社工人力及合理配置。

（三）研修社會工作師法

邀集相關團體與權責機關研商有關社會工作師法執行業務範圍及與其他鄰近專業執業範圍的競合、社會工作師停（歇）業、執業登記等行政管理規定、執業處所界定、專科社工師甄審、繼續教育等管理事宜與相關子法檢討修正，以完備法律規定，並健全證照制度。

二、人力需求

（一）充實地方政府社工人力配置及進用計畫整合策略

依照「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，各地方政

府於 114 年社工人力應達 3,052 人，其中五分之三納編正式員額、五分之一以約聘方式進用。自 101 年度至 114 年度，共需增加社工編制員額 1,479 人。截至 106 年底，各地方政府已完成納編 1,132 名員額。惟為使地方政府社會工作人員員額穩定、不受地方政府財政及人事精簡政策影響，以完備社會工作人員任用制度，並使社會工作職系職務總數達一定規模，俾利增置升遷管道，有助人才留任及專業發展，仍建議以採納編為主，約聘進用為輔，期以實質發揮充足人力強化社會工作服務效能為優先考量。未來並將配合本計畫期程檢討實施效益，並依檢討結果滾動式修正。

身心障礙鑑定與需求評估新制實施前夕，適逢解決地方政府社工人力不足困境，行政院爰於「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」納入身心障礙需求評估人力。身心障礙需求評估制迄今實施已屆滿 5 年，各界對於需求評估之任務期待日益提升，除完成案件之評估，更應將各項服務訊息與具體內容，充分告知轄內障礙者，並掌握潛在需求，同時需求評估人員亦需掌握後續個案服務之提供情形等工作內容，原先地方政府所規劃的需求評估人力，隨逐年成長之障礙人口早已嚴重不足，受到業務量持續增加且人員流動率高等不利因素影響，促使多數地方政府自行新增需求評估人力。

為使現有業務得以銜接，原「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」補助地方政府從事保護性工作人力及身心障礙者需求評估(ICF)人力⁷併入本計畫執行，以降低對於地方政府所造

⁷ 100 年起增聘之 366 名約聘社會工作人員，其中 200 名從事保護性工作，166 名從事身心障礙者需求評估工作，加計 510 名原中央補助地方政府之兒少保護社會工作人員（320 名）及家庭暴力及性侵害防治社會工作人員（190 名），合計 876 名約聘社會工作人員。

成之衝擊。

(二) 總人力需求

本計畫總人力需求合計 3,021 人，包含「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」補助地方政府從事保護性工作與身心障礙者需求評估(ICF)等人力計 876 人與現行公益彩券回饋金補助地方政府辦理「家庭福利服務中心」社會工作人員及社工督導 201 人及配合本計畫新增業務而增補的專業人力計 1,944 人，臚列如表 9。

表 9：總人力需求 (單位：人)

計畫項目	類別	需求人數
強化社會安全網	社會福利服務中心人力(含現有公益彩補助 201 人)	1,154
	脫貧方案家庭服務人力	83
	整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工	498
	兒少保醫療中心人力	8
	加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務人力	283
	加害人處遇協調服務人力	88
	少年偏差行為及虞犯輔導人力	31
	小計	2,145
充實地方政府 社工人力配置 及進用計畫	兒少保護服務人力	320
	家庭暴力服務人力	190
	100 年補助充實保護性及身心障礙需求評估服務人力	366
	小計	876
合計		3,021

(三) 分年人力需求

考量本計畫因受社會福利服務中心場地設置、各體系社會工作人員實際聘用及部分服務調整須協調等多重因素影響，人

力配置採分年逐步執行，107 年至 109 年分年聘用 1,895 人、2,575 人、3,021 人(見表 10)，扣除地方政府社會福利服務中心已聘用 201 人、充實地方政府社工人力配置及進用計畫已聘用 876 人，本計畫實際分年新增人力計 818 人、1,498 人、1,944 人。

表 10：分年人力需求一覽表

單位：人

計畫項目		類別	現有人力(註1)		分年人力需求		
			105年	106年	107年	108年	109年
強化社會安全網計畫新增人力		社會福利服務中心人力	137	201	615	958	1,154
		脫貧方案家庭服務人力	0	0	42	80	83
		整合保護服務及因應高度風險個案新增保護社工人力	0	0	176	342	498
		兒少保護醫療整合中心人力	0	0	8	8	8
		加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務人力	25	25	106	214	283
		加害人處遇協調服務人力	23兼辦	23 兼辦	41	66	88
		少年偏差行為及虞犯輔導人力	0	0	31	31	31
		小計(A)	185	249	1,019	1,699	2,145
充實地方政府社工人力配置及進用計畫人力	衛福部補助款	兒少保護服務人力	320	320	320	320	320
		家庭暴力服務人力	190	190	190	190	190
		100年補助充實保護性及身心障礙需求評估服務人力	366	366	366	366	366
		小計(B)	876	876	876	876	876
	本計畫需求人力合計(C=A+B)(註2)		1,061	1,125	1,895	2,575	3,021
		一般性補助款	地方納編人力(D)(註3)	1,067	1,132	1,132	1,132
總計(E=C+D)			2,128	2,257	3,027	3,707	4,153
註1：本表現有人力係以中央補助者列計，其中：(1)「社會福利服務中心」係由衛福部以公益彩券回饋金補助；(2)「加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務」及「加害人處遇協調服務」係由衛福部「整合型心理健康工作計畫」補助；(3)另「少年偏差行為及虞犯輔導人力」尚有地方政府自籌之現有人力 124名。 註2：本計畫需求人力107年1,895人、108年2,575人、109年3,021人，係以約聘進用，得不受「聘用員額不超過機關預算總人數百分之五限制」的規定。 註3：地方政府納編人力係由行政院主計總處以一般性補助款統籌設算地方政府自行進用，惟涉及地方政府採納編或約聘人員的進程與人員配置規劃，故108、109年人力需求將依實際進用情形滾動修正。							

(四) 各項人力需求及估算基準

1. 社會福利服務中心人力

(1) 社會工作人員需求

參考林萬億(2010)研究，規劃以每一中心 5 至 7 名

社會工作人員為基礎，並參考衛生福利部 98 年至 105 年推動經驗，依據社工人力與轄區人口數比（1：20,000）並加計人口密度等因素推計（轄區人口密度低於 1,000 人，每平方公里加計 1 人），並考量服務中心經營，應至少有 4 名以上人力，始得正常營運（見表 11）。據此推估每一中心需配置 4 至 7 名社會工作人員，以設置 154 處推計，針對地方政府 106 年自籌經費辦理之中心，依人力估算基準尚未達該轄區所需配置之社工人數者、106 年度公益彩券回饋金補助「推動家庭福利服務中心建置計畫」補助之中心與各地方政府自 107 年起逐年新增布點中心之人力，合計需 757 名社會工作人員。

表 11：社會福利服務中心人力推估標準

中心規模條件	人力需求	備註
轄區人口 14 萬人以上	7 名社會工作人員	1.補助上限 7 人；下限 4 人（7 人以上由地方自籌）。 2.轄區人口密度低於 1,000 人每平方公里加計 1 人（社工數介於 4 至 7 人）
轄區人口 12 萬人以上，未達 14 萬人	6 名社會工作人員	
轄區人口 10 萬人以上，未達 12 萬人	5 名社會工作人員	
轄區人口未達 10 萬人	4 名社會工作人員	

此外，配合社會福利服務中心將承接兒少高風險家庭中低風險家庭服務，爰依 105 年衛生福利部及地方政府補助民間團體辦理兒少高風險業務 252 名社工另予核計，總計社會福利服務中心社工人力需求為 1,009 名。

(2) 社工督導需求

為中心順利運作，每中心至少配置 1 名督導，另依社工督導及社會工作人員比例為 1：7 推計，社工督導需求為 145 名（見表 12）。

(3) 本計畫實施後，現行公益彩券回饋金補助地方政府辦理「家庭福利服務中心」社會工作人員及社工督導等公部門人力 201 名，將視整合進度停止補助，避免重複，該筆經費另依「公益彩券回饋金運用及管理作業要點」規定，辦理社會福利相關創新服務方案。

表 12：社會福利服務中心人力需求推估表

縣市別	推估社工合計 A	推估督導數(1:7) B	社工及督導 合計推估數 C=A+B
新北市	98	14	112
臺北市	81	12	93
桃園市	52	7	59
臺中市	87	12	99
臺南市	99	14	113
高雄市	105	15	120
宜蘭縣	31	4	35
新竹縣	30	4	34
苗栗縣	36	5	41
彰化縣	64	9	73
南投縣	32	5	37
雲林縣	50	7	57
嘉義縣	40	6	46
屏東縣	49	7	56
臺東縣	25	4	29
花蓮縣	35	5	40
澎湖縣	14	3	17
基隆市	23	3	26
新竹市	22	3	25
嘉義市	20	3	23
金門縣	11	2	13
連江縣	5	1	6
總計	1,009	145	1,154

2. 脫貧方案家庭服務人力

原則以每位社工平均服務轄內低收入戶及中低收入戶兒童人數比推計，各地方政府總計需直接服務社會工作人員 61 人及方案管理社會工作人員 22 人。依人力需求推估標準，每直轄市、縣（市）配置 1 名方案管理社會工作人員；另直接服務社工平均服務比為 1：230 名兒童，補助上限 6 人，下限 1 人(見表 13)。

表 13：脫貧方案家庭服務人力需求推估表

縣市別	105 年低收入戶及中低收入戶 2 歲以下兒童人數			直接服務 社會工作人員	方案管理 社會工作人員
	低收入戶	中低收入戶	合計	需求數	需求數
新北市	587	602	1,189	5	1
臺北市	712	280	992	4	1
桃園市	441	158	599	3	1
臺中市	839	1,167	2,006	6	1
臺南市	248	650	898	4	1
高雄市	678	1,534	2,212	6	1
宜蘭縣	106	126	232	2	1
新竹縣	108	71	179	1	1
苗栗縣	98	78	176	1	1
彰化縣	74	1,586	1,660	6	1
南投縣	88	418	506	3	1
雲林縣	145	118	263	2	1
嘉義縣	43	213	256	2	1
屏東縣	285	1,320	1,605	6	1
臺東縣	258	163	421	2	1
花蓮縣	227	155	382	2	1
澎湖縣	18	18	36	1	1
基隆市	97	88	185	1	1
新竹市	63	70	133	1	1
嘉義市	38	71	109	1	1
金門縣	4	7	11	1	1
連江縣	2	5	7	1	1
合計	5,159	8,898	14,057	61	22

3. 整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工人力

依 105 年實際高風險家庭通報案件數，估算改以兒少保護模式，由集中受理與派案中心進行篩派案所須新增社工人力 10 名；原高風險家庭之中屬風險層級為高度之個案，由公部門兒少保護社會工作人員執行兒保調查（含緊急救援、安全計畫、保護安置等危機處理工作）及後續服務須新增人力 366 名；因應老人保護及身心障礙保護個案集中至家庭暴力暨性侵害防治中心統一處理，將現行於福利科/社工科辦理老人保護及身心障礙保護之 63 名人力增補予家庭暴力暨性侵害防治中心，計新增社工人力 439 名；社會工作人員及社工督導比為 1:7，新增社工督導人力 59 名，合計本項新增人力為 498 名（見表 14）。

其他成人保護案件（包含性侵害、親密關係暴力、其他家庭暴力），則透過公私協力重新分工，在既有的保護性社工人力下，有效運用，不另增加社工人力。其中，高風險、需公權力介入之案件由公部門處理，中低風險、有接受服務意願的案件由私部門處理，另經集中派案中心評估低危險、尚無接受服務意願及需求之案件則不派案。

表 14：保護性服務及高風險家庭服務通報窗口與集中派案人力需求推估表

縣市	兒少高 風險家 庭通報 件數 A	初篩 後派 案兒 保調 查(2 成 5) $B=A*0.25$	調查 後由 兒保 處遇(3 成) $C=B*0.3$	篩案所 需社工 人數 (250 工 作日*每 日 8 案 =2,000) $D=A/2,000$	兒保 調查 所需 社工 人數 (1:22) $E=B/22$	兒保 處遇 所需 社工 人數 (1:25) $F=C/25$	老保及 身保所 需社工 人數 G	合計 $H=D+E+F+G$	社工 督導 人數 (1:7) $I=H/7$
新北市	5,786	1,447	434	3	66	18	0	87	13
臺北市	1,740	435	131	1	20	6	0	27	4
桃園市	2,356	589	177	1	27	7	0	35	5
臺中市	2,540	635	191	1	29	8	0	38	6
臺南市	1,444	361	108	1	17	5	1	24	3
高雄市	2,375	594	178	1	27	7	2	37	5
宜蘭縣	926	232	69	1	11	3	1	16	2
新竹縣	596	149	45	0	7	2	2	11	1
苗栗縣	472	118	35	0	6	2	2	10	1
彰化縣	997	249	75	1	12	3	11	27	3
南投縣	564	141	42	0	7	2	12	21	3
雲林縣	824	206	62	0	10	3	5	18	2
嘉義縣	599	150	45	0	7	2	5	14	2
屏東縣	836	209	63	0	10	3	1	14	2
臺東縣	481	120	36	0	6	2	2	10	1
花蓮縣	706	177	53	0	8	2	2	12	2
澎湖縣	30	8	2	0	1	0	4	5	0
基隆市	529	132	40	0	6	2	7	15	2
新竹市	305	76	23	0	4	1	5	10	1
嘉義市	291	73	22	0	4	1	0	5	1
金門縣	56	14	4	0	1	0	1	2	0
連江縣	17	4	1	0	1	0	0	1	0
合計	24,470	6,118	1,835	10	287	79	63	439	59

4. 兒少保護醫療整合中心人力

結合 8 家區域醫院級以上醫療院所，整合醫院跨專科資源，成立兒少保護醫療整合中心，與地方政府密切合作執行兒少保護個案驗傷診療、教育訓練及宣導等事項，每所醫院設置 1 位個案管理師。

5. 加害人合併精神疾病（含自殺企圖）個案服務人力

勾稽保護資訊系統與精神照護資訊管理系統，針對兒少保護、家庭暴力或性侵害事件加害人合併精神疾病（含自殺企圖）之個案，依其在於雙方系統之在案狀況，以同時在案者社工人力負荷比 1：25（比照兒少保護社工）、曾經在案者社工人力負荷比 1：50（比照成人保護社會工作人員）推估，計增加社會工作人員 248 名；另並依社工督導及社會工作人員比例 1：7 估計，增加社工督導 35 名（見表 15）。

表 15：兒少保護、家庭暴力或性侵害加害人合併精神疾病（含自殺企圖）個案服務人力需求推估表

縣市	精神疾病 照護關懷 個案人數	加害人合併精神疾病 (同時在案)		加害人合併精神疾病 (曾經在案)		社工督 導需求 數(1:7)	合計
		同時在 案人數	社工需求 數(1:25)	曾經在 案人數	社工需求 數(1:50)		
新北市	22,579	277	11	1,098	21	5	37
臺北市	18,507	215	9	1,183	21	5	35
桃園市	9,537	117	5	438	9	2	16
臺中市	11,249	254	10	645	13	3	26
臺南市	10,344	142	6	792	16	3	25
高雄市	22,356	452	16	1,174	21	5	42
宜蘭縣	4,181	54	2	168	3	1	6
新竹縣	3,213	39	2	132	3	1	6
苗栗縣	3,682	74	3	163	3	1	7
彰化縣	7,146	151	6	474	9	2	17

縣市	精神疾病 照護關懷 個案人數	加害人合併精神疾病 (同時在案)		加害人合併精神疾病 (曾經在案)		社工督 導需求 數(1:7)	合計
		同時在 案人數	社工需求 數(1:25)	曾經在 案人數	社工需求 數(1:50)		
南投縣	3,926	69	3	151	4	1	8
雲林縣	4,450	96	4	192	5	1	10
嘉義縣	4,115	49	2	261	6	1	9
屏東縣	6,476	100	4	302	7	1	12
臺東縣	2,054	83	3	155	4	1	8
花蓮縣	3,027	62	2	111	3	1	6
澎湖縣	605	6	0	23	1	0	1
基隆市	3,030	54	2	127	3	1	6
新竹市	912	17	1	41	1	0	2
嘉義市	1,400	33	1	78	2	0	3
金門縣	453	8	1	16	0	0	1
連江縣	44	1	0	1	0	0	0
合計	143,286	2,354	94	7,724	154	35	283

註：本表精神疾病照護關懷人數為 105 年 12 月之統計數據

6. 加害人處遇行政業務人力

以家庭暴力加害人處遇個案數 1:400、性侵害加害人身心治療及輔導教育個案數 1:200，及每縣市社工督導人力 1 名為原則，補助各地方政府衛生局社會工作人員 66 名及社工督導 22 名，共計 88 名（見表 16）。

表 16：家庭暴力及性侵害加害人處遇行政業務人力需求推估表

縣市別	家暴 104-105 年 平均案量	性侵害 104-105 年平均案量	家暴社工 1:400	性侵害社工 1:200	社工 督導	合計
新北市	490	1,292	2	5	2	9
臺北市	215	578	1	3	1	5
桃園市	293.5	571	1	3	1	5
臺中市	457.5	931.5	2	5	2	9
臺南市	205.5	314.5	1	2	1	4
高雄市	465	585	2	3	2	7
宜蘭縣	63	151	1	1	1	3
新竹縣	124.5	213	1	2	1	4
苗栗縣	127.5	281	1	2	1	4
彰化縣	213.5	297.5	1	2	1	4
南投縣	109	285	1	2	1	4
雲林縣	354.5	214.5	1	2	1	4
嘉義縣	142	162	1	1	1	3
屏東縣	301.5	217	1	2	1	4
臺東縣	127.5	212	1	2	1	4
花蓮縣	150	190	1	1	1	3
澎湖縣	9	10.5	0	1	0	1
基隆市	68.5	191.5	1	1	1	3
新竹市	98.5	114	1	1	1	3
嘉義市	53	71	1	1	1	3
金門縣	14.5	35.5	0	1	0	1
連江縣	0.5	4.5	0	1	0	1
合計	4,083.5	6,922	22	44	22	88

7. 少年偏差行為及虞犯輔導人力

少輔會目前重點工作，除辦理輔導、勸導轉介服務外，另應辦理少年休閒輔導服務、提高志工素質與運用、協調整合各局處資源、提升網絡會議運作強度及辦理犯罪高危險區域防治

服務，本計畫由各地方政府根據前述工作項目，並參酌其財政狀況、局處網絡緊密度、輔導志工運用情形及轄區範圍大小，推估少輔會採分區或重點地區配置專責人力之需求：社會工作人員需求 27 人、社工督導需求 4 人，合計 31 人（見表 17）。倘能補足少輔會專業輔導人力，將有助於深入輔導工作外，亦可落實少年犯罪防制網絡合作平臺的建置，整合相關網絡資源，投入社區資源的開發、整合工作，培養社區能力，解決社區問題，推動少年區域犯罪防制工作。

表 17：少年輔導委員會人力需求推估表

縣市別	現有人數				需求數		
	幹事	社工員 /輔導員	督導 /主任	總計	社工員 /輔導員	督導 /主任	總計
新北市	0	11	1	12	9	1	10
臺北市	0	28	20	48	0	0	0
桃園市	1	13	2	16	5	2	7
臺中市	0	14	2	16	0	0	0
臺南市	1	0	0	1	0	0	0
高雄市	0	8	2	10	5	1	6
宜蘭縣	1	0	0	1	0	0	0
新竹縣	3	0	0	3	0	0	0
苗栗縣	1	0	0	1	0	0	0
彰化縣	1	0	0	1	0	0	0
南投縣	0	2	0	2	1	0	1
雲林縣	1	0	0	1	3	0	3
嘉義縣	1	0	0	1	0	0	0
屏東縣	1	1	0	2	2	0	2
臺東縣	1	0	0	1	0	0	0
花蓮縣	2	0	0	2	0	0	0
澎湖縣	0	0	0	0	0	0	0
基隆市	2	0	0	2	1	0	1
新竹市	1	0	0	1	1	0	1

縣市別	現有人數				需求數		
	幹事	社工員 /輔導員	督導 /主任	總計	社工員 /輔導員	督導 /主任	總計
嘉義市	0	1	0	1	0	0	0
金門縣	0	2	0	2	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0
合計	17	80	27	124	27	4	31
1. 少年輔導委員會幹事/社會工作人員/輔導員/督導/主任的聘用資格均為「大學學歷以上、社會工作相關學系（社會學、心理學系、輔導學系、犯罪學系）畢業」。 2. 工作內容為辦理個案輔導（資料收集、分案、追蹤開案、開案分文、個案紀錄表彙整、辦理結案、資源連結）、外展服務、少年團體輔導方案、召開網絡聯繫會議、校園及社區宣導、少年輔導志工招募、培訓及運用等。							

三、經費需求

（一）總經費需求

本計畫經費因配合各項人力配置採分年逐步執行，爰每年經費略有不同；若以全數需求人力 3,021 人（見表 9）進用完成，再加計本計畫新增業務所需之業務費，則每年所需經費合計 26 億 8,686 萬元，臚列如表 18。

表 18：109 年布點完成之經費需求 (單位：千元)

計畫項目	類別	人事費	業務費	合計
強化社會安全網計畫	社會福利服務中心服務業務 ⁸	729,392	102,800	832,192
	脫貧方案家庭服務業務 ⁹	51,118	300,000	351,118
	整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工人力	399,678	18,243	417,921
	兒少保護醫療整合中心服務業務	6,874	30,800	37,674
	加害人合併精神疾病（含自殺企圖）服務業務	227,221	17,600	244,821
	加害人處遇協調服務業務	57,030	44,000	101,030
	少年偏差行為及虞犯輔導服務業務	19,607	-	19,607
	執行本計畫教育宣導、資訊系統建置、輔導考核、研究發展 ¹⁰	-	37,000	37,000
	小計	1,490,920	550,443	2,041,363
充實地方政府社工人力配置及進用計畫(衛福部補助款部分)	兒少保護服務業務	645,497	-	645,497
	家庭暴力服務業務			
	100 年補助充實保護性及身心障礙需求評估服務業務			
合計		2,136,417	550,443	2,686,860

(二) 分年經費需求

本計畫 107 年至 109 年經費，配合人力配置及社會福利服務中心建置逐年達成的時程，分年估算如表 19。每年度實際預

⁸社會福利服務中心除由本計畫補助人事費及業務費外，尚有前瞻基礎建設計畫補助修繕、充實設施設備等資本門經費，107 年及 108 年各 1.45 億元。

⁹脫貧方案家庭服務業務之業務費，包含「脫貧自立、在地社區實物服務拓展計畫」及「急難救助紓困計畫」。

¹⁰透過系統性規劃辦理教育宣導、資訊系統建置、輔導考核、研究發展等四面向工作，可促進本計畫效益之提升，並作為檢討與修正本計畫之參據。

算編列，將按年度預算編列期程，逐年由衛生福利部及內政部核實提報需求，行政院核定預算數為準。

表 19：分年經費需求一覽表 (單位：千元)

計畫項目	類別	分年經費需求 ¹¹		
		107 年	108 年	109 年
強化社會安全網計畫	社會福利服務中心服務業務	483,295	702,718	832,192
	脫貧方案家庭服務業務	291,346	349,270	351,118
	整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工人力	158,809	292,623	417,921
	兒少保護醫療整合中心服務業務	35,956	37,674	37,674
	加害人合併精神疾病（含自殺企圖）服務業務	102,026	189,520	244,821
	加害人處遇協調服務業務	69,251	86,837	101,030
	少年偏差行為及虞犯輔導服務業務	19,607	19,607	19,607
	執行本計畫教育宣導、資訊系統建置、輔導考核、研究發展	24,875	37,000	37,000
	小計	1,185,165	1,715,249	2,041,363
充實地方政府社工人力配置及進用計畫(衛福部補助款部分)	兒少保護服務業務	645,497	645,497	645,497
	家庭暴力服務業務			
	100 年補助充實保護性及身心障礙需求評估服務業務			
合計		1,830,662	2,360,746	2,686,860

(三) 各項經費需求及計算基準

本計畫藉由 4 項實施策略，辦理強化社會安全網業務，同時系統性規劃辦理教育宣導、資訊系統建置、輔導考核及研究發展等事項，所需經費包含人事費及業務費，茲依策略項目臚

¹¹ 含中央編列與地方政府自籌之人事費及業務費合計。

列如表 20。

表 20：經費需求及計算基準 (單位：千元)

工作項目	每年經費	計算方式	備註
策略一	人事費 780,510 千元	業務費 402,800 千元	小計 1,183,310 千元
社會福利服務中心人力	729,392	1. 參考「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，社會工作人員平均以約聘 6 等 2 (296 俸點)、社工督導以約聘 7 等 3 (360 俸點) 計算。 2. 社會工作人員 (296)：1,009 人×61 萬 5,876 元 (年薪)=6 億 2,141 萬 8,884 元。 3. 社工督導 (360)：145 人×74 萬 4,640 元 (年薪)=1 億 797 萬 2,800 元。 4. 合計 1,154 人：7 億 2,939 萬 1,684 元。	依財力分級補助地方政府推動
脫貧方案家庭服務人力	51,118	1. 參考「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，社會工作人員平均以約聘 6 等 2 (296 俸點) 計算。 2. 直接服務社會工作人員(296):61 人×61 萬 5,876 元 (年薪)=3,756 萬 8,436 元。 3. 方案管理社會工作人員(296):22 人×61 萬 5,876 元 (年薪)=1,354 萬 9,272 元。 4. 合計 83 人：5,111 萬 7,708 元。	依財力分級補助地方政府推動
社會福利服務中心方案服務	102,800	依中心轄區人口數區分： 1. 14 萬人以上：68 處×80 萬元=5,440 萬元。 2. 12 萬人~14 萬人：19 處×70 萬元=1,330 萬元。 3. 10 萬人~12 萬人：16 處×60 萬元=960 萬元。 4. 未達 10 萬人：51 處×50 萬元=2,550 萬元。	依財力分級補助地方政府推動
脫貧方案家庭服務業務-脫貧自立、在地社區實物服務拓展計畫	32,000	1. 在地社區實物服務拓展：1,100 萬元 (含業務費及獎補助費)。 2. 辦理創新、多元或實驗性脫貧措施及精進脫貧社工專業知能：2,100 萬元 (含業務費及獎補助費，其中內含兒少教育發展帳戶推動方案行政業務費 1,100 萬元，業於 105 年 11 月 22 日院臺衛字第 1050043182 號函核定)	衛生福利部自行推動
脫貧方案家庭服務業務-	268,000	關懷救助金[每案 1 萬 8,000 元×1 萬 4,300 案(以近	全額補助地方政府

工作項目	每年經費	計算方式	備註
-急難救助紓困計畫		3 年平均核定案估算)]及行政事務費。	推動
策略二	人事費 406,552 千元 業務費 49,043 千元 小計 455,595 千元		
整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工人力	399,678	1. 依「保護性社會工作人員資格要件及職務範疇認定基準」及「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，及考量集中受理通報及派案社工，需具相當實務經驗始可勝任快速及精準判斷最適切的服務型態，以三年以上保護性服務資歷的社會工作人員（約聘 6 等 6；360 俸點）及社工督導（約聘 7 等 5；392 俸點）計算。 2. 社會工作人員(360):439 人×79 萬 4,932 元(年薪)=3 億 4,897 萬 5,148 元。 3. 社工督導(392):59 人×85 萬 9,368 元(年薪)=5,070 萬 2,712 元。 4. 合計 498 人：3 億 9,967 萬 7,860 元。	依財力分級補助地方政府推動
兒少保護及高風險服務整合研究發展	18,243	辦理相關研究發展、教育訓練、觀摩研討及宣導活動、服務資訊系統研修及統計分析費用。	衛生福利部自行推動
兒少保護醫療整合中心計畫	30,800	1. 兒少保護個案驗傷醫療聯合暨綜合評估報告書(8 處×120 案×3,000 元=288 萬元)。 2. 兒少及智能障礙性侵害專業鑑定或特殊個案身心治療(8 處×40 案×2 萬元=640 萬元)。 3. 個案研討及教育訓練(8 處×12 月×1 萬元=96 萬元)。 4. 兒少保護醫療整合列管案件整合資訊系統研發及建置費用(8 處×120 萬元=960 萬元) 5. 行政管理費(8 處×12 月×1 萬元=96 萬元)。 6. 兒少保護法治、兒童人權、兒少保護親職、兒少保護通報等 4 項宣導素材製作及宣導活動(250 萬×4 項=1,000 萬元)	全額補助醫療院所推動、衛生福利部自行推動
兒少保護醫療整合中心人力	6,874	1. 預計補助全國 8 家區域醫院級以上醫療院所，整合醫院跨專科資源，執行區域教育訓練及外展服務，成立 8 處兒少保護醫療整合中心。	全額補助醫療院所推動、衛

工作項目	每年經費	計算方式	備註
		2. 每所醫院補助 1 位督導等級個案管理師，統籌跨科與社區網絡資源連結工作，參考「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，以約聘 8 等 2 (392 俸點) 計算。 3. 督導級個案管理師 (392): 8 人×85 萬 9,368 元 (年薪) =687 萬 4,944 元。	生福利部 自行推動
策略三	人事費 284,251 千元 業務費 61,600 千元 小計 345,851 千元		
加害人合併精神疾病 (含自殺企圖) 服務人力	227,221	1. 補助各縣市衛生局加害人合併精神疾病 (含自殺企圖) 服務社會工作人員 248 人、社工督導 35 人，合計 283 人。 2. 參考「保護性社會工作人員資格要件及職務範疇認定基準」及「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，以三年以上保護性服務資歷社會工作人員約聘 6 等 6 (360 俸點) 及社工督導約聘 7 等 5 (392 俸點) 計算。 3. 社會工作人員 (360): 248 人×79 萬 4,932 元 (年薪) =1 億 9,714 萬 3,136 元。 4. 社工督導 (392): 35 人×85 萬 9,368 元 (年薪) =3,007 萬 7,880 元。 5. 合計 283 人: 2 億 2,722 萬 1,016 元。	依財力分級補助地方政府推動
加害人處遇協調服務人力	57,030	1. 補助各縣市衛生局加害人處遇協調服務社會工作人員 66 名及督導 22 名，共計 88 名。 2. 參考「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，社會工作人員平均以約聘 6 等 2 (296 俸點)、社工督導以約聘 7 等 3 (360 俸點) 計算。 3. 社會工作人員 (296): 66 人×61 萬 5,876 元 (年薪) =4,064 萬 7,816 元。 4. 社工督導 (360): 22 人×74 萬 4,640 元 (年薪) =1,638 萬 2,080 元。 5. 合計 88 人: 5,702 萬 9,896 元。	依財力分級補助地方政府推動
加害人合併精神疾病 (含自殺企圖) 服務	17,600	每縣市 80 萬元為原則(含行政辦公、個案研討及教育訓練、臨時工資等業務費)*22 縣市=1,760 萬元。	依財力分級補助地方政府推動

工作項目	每年經費	計算方式	備註
加害人處遇 協調服務	44,000	每縣市 200 萬元為原則(含家庭暴力及性侵害加害人評估及處遇費、個案研討及教育訓練、臨時工資等業務費)×22 縣市=4,400 萬元。	依財力分級補助地方政府推動
策略四	人事費 19,607 千元	小計 19,607 千元	
少年偏差行為及虞犯輔導人力	19,607	1. 參考「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表，社會工作人員平均以約聘 6 等 2 (296 俸點)、社工督導以約聘 7 等 3 (360 俸點) 計算。 2. 社會工作人員 (296): 27 人×61 萬 5,876 元 (年薪) =1,662 萬 8,652 元。 3. 社工督導 (360): 4 人×74 萬 4,640 元 (年薪) =297 萬 8,560 元。 4. 合計增加社會工作人員 27 人及社工督導 4 人，共 31 人：1,960 萬 7,212 元。	依財力分級補助地方政府推動
其他	人事費 645,497 千元、業務費 37,000 千元	小計 682,497 千元	
執行本計畫教育宣導、資訊系統建置、輔導考核、研究發展	37,000	1. 人力培訓與教育訓練：每年 400 萬元。 2. 社會安全網宣導費：自 108 年起每年 1,500 萬元 3. 社會安全網個案管理資訊系統：107 年建置費用 1,280 萬元，自 108 年起每年擴充及維護費用 400 萬元。 4. 輔導訪視及研究發展：每年 1,400 萬元。	衛生福利部自行推動
原充實地方政府社工人力配置及進用計畫保護性人力(衛福部補助款部分)	645,497	1. 原充實地方政府社工人力配置及進用計畫 100 年起增聘 366 名約聘社工員，加計 510 名原中央補助地方政府之兒少保護社工員 (320 名) 及家庭暴力及性侵害防治社工員 (190 名)，合計 876 名。 2. 依 106 年衛生福利部實際核定各地方政府社工人數(含督導)876 名之階等與俸點計算。 3. 參考「保護性社會工作人員資格要件及職務範疇認定基準」及「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」約聘人員薪資標準表計算。	依財力分級補助地方政府推動
合計	人事費 2,136,417 千元	業務費 550,443 千元	合計 2,686,860 千元
備註	1. 人事費年薪均含月薪、年終、離職儲金、勞健保、交通及休假補助，參考約聘人員薪資標準表編列(表內薪額係暫依現行薪點折合率加		

工作項目	每年經費	計算方式	備註
		計 3% 先行估算，未來之薪點折合率將依 107 年軍公教人員待遇調整後之標準核支)。	
		2. 有關新增人力人事費係以 109 年需求數計算，至分年人力需求如表 10。	

(四) 地方自籌比率

1. 第一級(臺北市)：中央補助 10%；地方自籌 90%。
2. 第二級(新北市、桃園市、臺中市)：中央補助 20%；地方自籌 80%。
3. 第三級(臺南市、高雄市、新竹縣、基隆市、新竹市、嘉義市、金門縣)：中央補助 40%；地方自籌 60%。
4. 第四級(宜蘭縣、彰化縣、南投縣、雲林縣)：中央補助 60%；地方自籌 40%。
5. 第五級(苗栗縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、連江縣)：中央補助 80%；地方自籌 20%。
6. 本計畫自 110 年起逐年調降中央補助比率，最終達到由地方政府自主辦理的目標。

表 21：地方自籌經費分年一覽表（單位：千元）

地方政府自籌比	年度	中央自辦經費 ¹² (A)	中央補助經費(B) ¹³	中央編列(C=A+B)	地方自籌(D)	計畫總經費(C+D)
1. 第一級：中央補助 10%；地方自籌 90%。	107	343,666	604,768	948,434	882,228	1,830,662
2. 第二級：中央補助 20%；地方自籌 80%。	108	392,917	821,920	1,214,837	1,145,909	2,360,746
3. 第三級：中央補助 40%；地方自籌 60%。						
4. 第四級：中央補助 60%；地方自籌 40%。	109	392,917	960,787	1,353,704	1,333,156	2,686,860
5. 第五級：中央補助 80%；地方自籌 20%。						

四、配套措施

（一）規劃人力聘用與專業訓練

1. 範定人力聘用資格、薪資、敘薪制度、社工督導設置基準

(1) 聘用資格：本計畫所聘用社工(督導)人員均須符合專門職業及技術人員高等考試社會工作師考試規則規定，惟於 105 年 12 月 31 日以前已任該府之社會工作人員不在此限。並以領有社會工作師證照者為優先；聘用資格及支

¹² 中央自辦經費包含兒少保護醫療整合中心人力、兒少保護及高風險服務整合研究發展業務費、脫貧方案家庭服務(脫貧自立、在地社區實物服務拓展計畫業務費、急難紓困計畫業務費)、兒少保護醫療整合中心業務費及執行本計畫教育宣導、資訊系統建置、輔導考核、研究發展。

¹³ 本計畫(扣除中央自辦經費)對地方政府整體補助比率，以平均 40%為原則。

薪標準如表 22。

表 22：人力聘用資格及支薪標準

職稱	所具專門知能條件	支薪標準
聘用社會工作人員	符合專門職業及高等考試社會工作師考試規則(以下簡稱考試規則)第五條應考資格規定者。	6 等 2 階 (296 薪點) 至 6 等 7 階 (376 薪點)
	符合考試規則第五條應考資格規定社會工作相關系所碩士以上學歷，或領有社會工作師證照者。	6 等 3 階 (312 薪點) 至 6 等 7 階 (376 薪點)
聘用社工督導	符合考試規則第五條應考資格規定，擔任社會工作人員滿 4 年以上者。	7 等 1 階 (328 薪點) 至 7 等 7 階 (424 薪點)
	符合考試規則第五條應考資格規定社會工作相關系所碩士以上學歷，或領有社會工作師證照者，擔任社會工作人員滿 2 年以上者。	7 等 1 階 (328 薪點) 至 7 等 7 階 (424 薪點)
聘用保護性社會工作人員	1. 符合考試規則第五條應考資格規定，且具備社會福利直接服務工作經驗 1 年以上者，敘至 7 等者，則須具備社會福利直接服務工作經驗 2 年以上。	6 等 3 階 (312 薪點) 至 7 等 7 階 (424 薪點)
	2. 符合考試規則第五條應考資格規定社會工作相關系所碩士以上學歷，或領有社會工作師證照，且具備社會福利直接服務工作經驗 1 年以上者。	6 等 4 階 (328 薪點) 至 7 等 7 階 (424 薪點)
聘用保護性社工督導	1. 符合考試規則第五條應考資格規定且擔任保護性業務社會工作人員滿 3 年以上者，敘至 8 等者，則須擔任保護性業務社會工作人員滿 4 年以上。	7 等 2 階 (344 薪點) 至 8 等 7 階 (472 薪點)
	2. 符合考試規則第五條應考資格規定社會工作相關系所碩士以上學歷、領有社會工作師證照或具備 3 年以上社會福利直接服務工作經歷且擔任保護性業務社會工作人員滿 2 年以上者。	7 等 3 階 (360 薪點) 至 8 等 7 階 (472 薪點)

- (2) 敘薪制度：原依「充實地方政府社工人力配置及聘用計畫」聘用之社工(督導)人員自 107 年起應依本計畫支薪標準敘薪；惟前已聘用之社工(督導)人員，如敘薪已高於本計畫支薪標準者，依其支薪標準辦理。
- (3) 社工督導配置標準：以每 7 名社會工作人員設督導 1 名之基準，估算所需社工督導人數。

2. 培訓與督導制度

- (1) 建立分領域分級社工專業訓練制度：檢視及盤點現行中央範定課程，邀請相關單位共同研商規劃全面性、系統性、層級性社工專業訓練，包括：共通性訓練、在職訓練。
- (2) 精進社工督導制度：規劃社工督導配置標準、資格要件、督導課程及訓練時數，並發展培養督導人力之系統性制度。
- (3) 發展線上繼續教育課程：規劃及研發共通性訓練及強化社會安全網社會工作人員應備之核心(基礎)知能課程線上化，打破地域限制，持續精進及提升社會工作人員工作知能與品質。
- (4) 建置社會工作知識分享平臺：透過建置知識分享平臺，分享訓練及課程資訊、國內外研究新知，並可宣導強化社會安全網政令業務；另可於實務經驗專區分享案例研析及服務成效。
- (5) 研修 108 年度社會福利績效考核指標：研修社會福利績效考核－社工專業制度組各項指標，以期精進社會工作人員訓練及服務品質，切合強化社會安全網之各項工作

目標及效益。

(二) 建置社會安全網個案管理系統

113 保護專線、1957 福利諮詢專線、男性關懷專線社會工作人員於提供諮詢服務時，倘發現成人保護、兒少保護、脆弱家庭個案時，則須至關懷 e 起來通報平臺進行通報，通報資料匯進保護資訊系統後，並與自殺防治通報系統（安心專線如發現自殺個案即通報）、精神照護資訊管理系統、6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平臺、弱勢 e 關懷系統及相關部會資訊系統進行介接與資料交換比對，由集中派案中心確認案件風險等級與案件性質後，派案至保護資訊系統與脆弱家庭個案管理系統，分別由家防中心與社會福利服務中心進行案件後續處理。相關跨資訊系統資料之比對與介接，應參考實務經驗與研究建構有效之系統程式參數，以擷取有效資訊，建立個案與家庭風險預警平臺，並基於以人為本、以家庭為中心的服務模式，將個案資料以人、以家庭為歸戶進行檔案管理，透過分層授權方式進行使用者權限管控（如圖 20）。

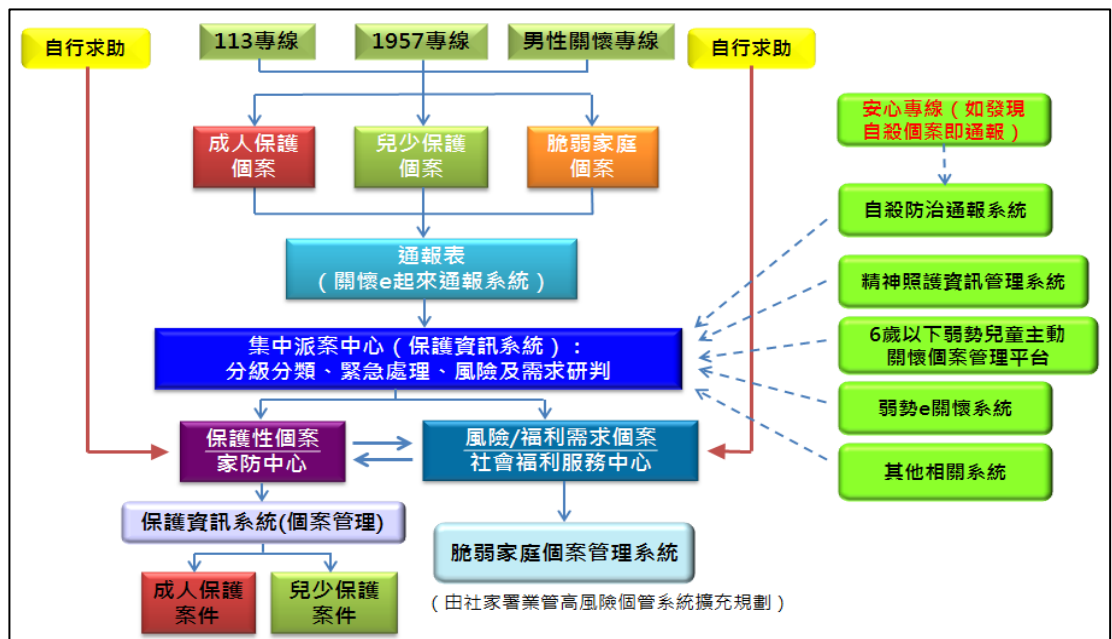


圖 20：社會安全網個案管理系統架構圖

（三）辦理輔導考核及研究發展

透過密集式實地輔導及討論會議，掌握地方政府執行情形及遭遇困難，並適時提供支援；同時輔以參與觀察或行動研究計畫，記錄各地方政府推動社會安全網計畫的實務歷程，整理歸納政策成功推動之必要條件及影響因素，以建構本土化脈絡的社會安全網知識和理論基礎，作為本計畫修正之依據。

（四）法規修訂

1. 研修兒童及少年福利與權益保障法相關規定：朝整合通報事由與通報表，引導通報人於進行通報時應以兒少所受身心理傷害或基本需求未獲適當滿足等具體事實通報，並將司法、檢察、警政、教育、醫療衛生相關職責法制化，預計 107 年起召開修法研商會議，凝聚各界共識，108 年完成修正草案，並儘速辦理後續法制作業。
2. 研修家庭暴力防治法：將社政單位及教育單位合作執行目睹兒少服務法制化，預計 107 年起召開修法研商會議，凝聚各界共識，108 年完成修正草案，並儘速辦理後續法制作業。
3. 研修性侵害犯罪防治法：新增性侵害加害人查閱機制、被害人保護令措施，修訂性侵害犯罪加害人之身心治療或輔導教育、登記報到、強制治療等處遇及監控作為，以提高社區處遇監控之落實與強制力，預計 106 年廣續性侵害犯罪防治法全文修正草案研修，107 年完成修正草案，並儘速辦理後續法制作業。
4. 研修兒童及少年高風險家庭服務相關法規：配合服務體系整合調整，修正兒少法第 54 條及第 54 條之一及兒童及少年高風險家庭通報及協助辦法等相關規定。預計 107 年召開修法研商會議，108 年完成修正草案，並儘速辦理後續法制作業。

5. 檢討現行急難救助規範：檢討急難救助紓困計畫，並保有計畫優勢，建立在地化社區（村里）互助的急難救助機制，提供即時性經濟支持及完整的福利服務，預計 108 年前完成。
6. 研修社會工作師法：檢討修正社會工作師法與相關子法，以完備法律規範並健全證照制度。預計 107 年召開修法研商會議，109 年完成修正草案，並儘速辦理後續法制作業。
7. 研修精神衛生法：強化社區精神病人通報及追蹤保護，增列自殺通報及後續處置等規定。預計 107 年 8 月完成修正草案，並儘速辦理後續法制作業。
8. 研修學生輔導法：檢討修正各級學校輔導教師及專業輔導人員的員額配置與工作模式規定，以回應教育現場學生輔導需求，發揮輔導服務效能。預計 107 年召開研商修法會議，110 年前完成修法評估作業。

柒、計畫期程與實施進度

計畫期程為 107 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日，其實施進度如表 23。

表 23：實施進度

年度 工作項目	107 年	108 年	109 年
教育宣導	1. 規劃社工人員共通、基礎、進階課程，並錄製線上課程 2. 舉辦網絡專業人員研習會 3. 拍攝社工人員形象宣導影片、製作廣播宣傳帶及新媒體素材 4. 加強多元宣導，增進社會大眾對社會安全網之認知，並強化社會網絡通報及轉介功能 5. 推廣社區防暴工作	1. 完成社工人員線上課程 2. 舉辦網絡專業人員共識會 3. 加強對社工人員專業形象之多元宣導 4. 持續辦理宣導，增進社會大眾對社會安全網之認知，並強化社會網絡通報及轉介功能 5. 持續推廣社區防暴工作	1. 檢討社會工作人員訓練計畫 2. 舉辦網絡專業人員研習會 3. 持續強化社會網絡通報及轉介功能 4. 持續推廣社區防暴工作
資訊系統	1. 成立工作小組、系統架構規劃、表單整合、流程設計 2. 第一次雛型展示	1. 第二及第三次雛型展示 2. 完成資訊系統建置 3. 辦理資訊系統教育訓練	1. 持續系統維護 2. 辦理資訊系統教育訓練
研究發展	1. 研發家庭需求評估量表、建置服務流程機制 2. 研發各項服務評核指標與評估工具	辦理服務模式行動研究	建構實證為基礎之服務模式
輔導考核	1. 成立輔導小組 2. 辦理地方政府說明會	1. 進行訪視輔導事項 2. 辦理社福績效考核 3. 辦理成果發表會	1. 檢討與修正計畫 2. 辦理成果發表會
法規修訂	完成精神衛生法、性侵害犯罪防治法修法	完成兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、兒少高風險家庭通報及協助辦法等修法，並檢討急難救助規範	1. 完成社會工作師法修法 2. 學生輔導法 110 年完成修法

捌、督考機制

- 一、各地方政府辦理社會工作人員增補、納編、配置運用及在職訓練績效，納入社會福利績效考核評鑑項目，並依據考核成績據以增減各縣（市）政府當年度或以後年度所獲的一般性補助款。
- 二、本計畫執行績效，列為各地方政府施政績效及行政機關考核參考，依成績優劣，承辦業務相關人員應予獎懲。

玖、附則

- 一、原充實地方政府社工人力配置及進用計畫及配合本計畫須增加的約聘社工(督導)人員等相關輔導專業人力，得不受「聘用員額不超過機關預算總人數百分之五限制」的規定。
- 二、本計畫所聘用社工(督導)人員均須符合專門職業及技術人員高等考試社會工作師考試規則規定，惟於 105 年 12 月 31 日以前在職之社工(督導)人員不在此限。
- 三、衛生福利部於每 4 個月召開專案小組會議，就本計畫執行情形進行檢討，並進行評估、修正。
- 四、本計畫經報奉行政院核定後實施，並視執行情形檢討修正，修正時亦同。

拾、參考文獻

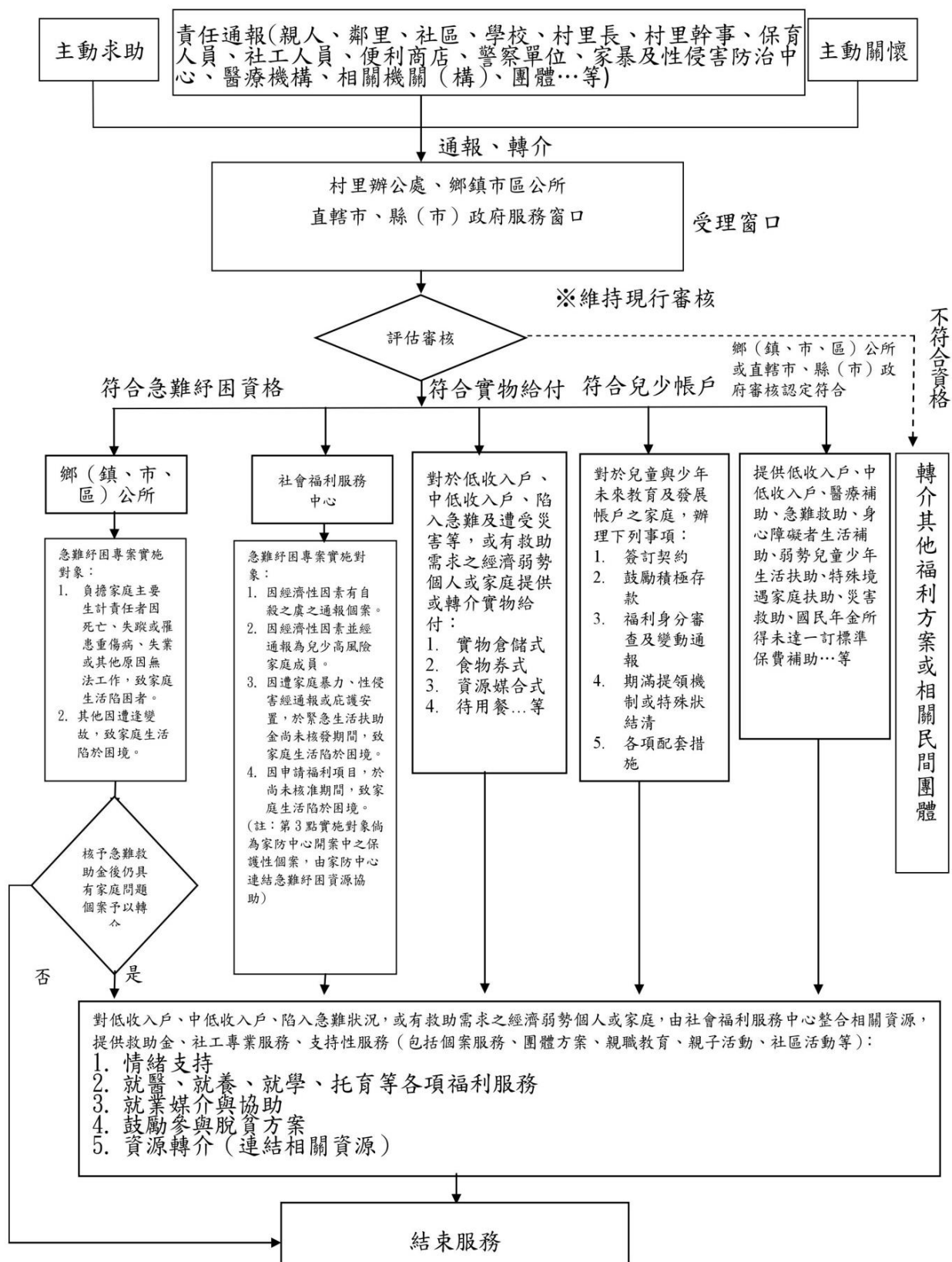
- 台灣社會工作教育學會（2016）。台灣社會工作相關系所現況調查。
行政院主計總處（2012）。99 年人口及住宅普查總報告。檢索日期：
2016/8/26。網址：
<http://www.dgbas.gov.tw/lp.asp?ctNode=3272&CtUnit=383&BaseDSD=7&mp=1>
- 行政院主計總處（2016）。國民所得統計摘要。檢索日期：2016/9/15。網
址：<http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=33338&ctNode=3099&mp=1>
- 行政院主計總處（2016）。104 年 12 月暨全年薪資與生產力統計結果新聞
稿。檢索日期：2016/9/15。網址：
<http://www.stat.gov.tw/public/Attachment/6224165929MKFOK1MR.pdf>
- 行政院國家發展委員會（2016）。中華民國人口推估（105 至 150 年）。檢索
日期：2016/8/26。網址：
http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
- 呂建德（2013）。我國社會福利服務提供方式之研究。國家發展委員會委託
研究報告。檢索日期：2016/8/29。網址：
http://www.ndc.gov.tw/News_Content.aspx?n=E4F9C91CF6EA4EC4&s=05CDC57761692634
- 呂寶靜（1999）。我國推動福利社區化的省思：從英國社區照顧政策的出
發。林萬億（主編）。臺灣社會福利的發展－回顧與展望（P207-
242）。臺北：五南。
- 呂寶靜（2009）。推估未來十年臺灣社會工作專業人力需求。內政部委託研
究報告。
- 呂寶靜（2001）。老人照顧：老人、家庭、正式服務（P26-27）。臺北：五
南。
- 吳肖琪（2011）。國家心理衛生報告。行政院衛生署委託研究報告。
- 林明禎（2004）。談老人社區照顧服務輸送品質。社區發展季刊，106：
141-149。
- 林郁倫、陳婉真、林耀盛、王鍾和（2014）。心理師校園駐區服務的困境、
需求與挑戰：由臺北市國中輔導人員之觀點。輔導與諮商學報，36 卷
1 期，頁 37-64。
- 林閩鋼（2008）。從福利國家到社會投資。二十一世紀雙月刊，108：27-
35。

- 林萬億 (2010)。建構以家庭為中心、社區為基礎的社會福利服務體系。社區發展季刊，129：20-51。
- 林萬億 (2012)。臺灣的社會福利：歷史經驗與制度分析 (P1-29)。臺北：五南圖書公司。
- 林萬億 (2013)。當代社會工作—理論與方法 (第三版)。臺北：五南出版。
- 林萬億 (2014)。捷運殺人事件的集體創傷療癒。愛心世界季刊，夏季號 029 期。
- 林萬億 (2016)。該是重整高風險家庭介入方案的時候了。愛心世界季刊，春季號。
- 林萬億、黃韻如、胡中宜 (2018)。學校輔導團隊工作：學校社會工作師、輔導教師與心理師的合作。(第 5 版)，臺北：五南出版。
- 高玉泉、蔡沛倫 (2016)。兒童權利公約逐條要義。臺北：衛生福利部社會及家庭署。
- 張葦 (譯) (2003)。不要叫我瘋子—還給精神障礙者人權。臺北市：心靈工坊。
- 陳冠志等 (2015)。臺灣自殺死亡率與經濟發展之實證研究，高雄應用科技大學人文與社會科學學刊，1(1)，11-23。
- 陳嘉鳳 (2010)。以民眾需求為基礎的全國 25 縣市政府心理衛生行政工作之規劃：從社會資源的運用、組織結構與專業人力資源及績效評核的角度切入。行政院衛生署委託研究報告。
- 彭淑華 (2013)。家庭支持系統服務模式建構與行動研究。內政部兒童局委託研究報告。
- 游美貴 (2015)。辦理一站式家庭暴力多元處遇服務方案成效評估計畫。衛生福利部委託研究報告。
- 楊佩榮、劉淑瓊 (2016)。兒少保護結構化風險評估決策模式委託科技研究計畫。衛生福利部委託研究報告。
- 董俊良 (2004)。最難治癒的精神疾病—污名化。慈濟醫學人文月刊，2。
- 楊榮森 (2011)。經濟衰退會增高自殺率嗎？。健康世界，306，14-15。
- 廖士程等 (2015)。臺灣自殺防治十年回顧檢討與展望。臺灣衛誌，34(3)：227-239。
- 臺灣社會工作專業人員協會 (2015)。社工人力供需及人身安全研究。衛生福利部委託研究報告。
- 劉淑瓊、彭淑華 (2008)。兒虐致死及攜子自殺成因探討及防治策略之研

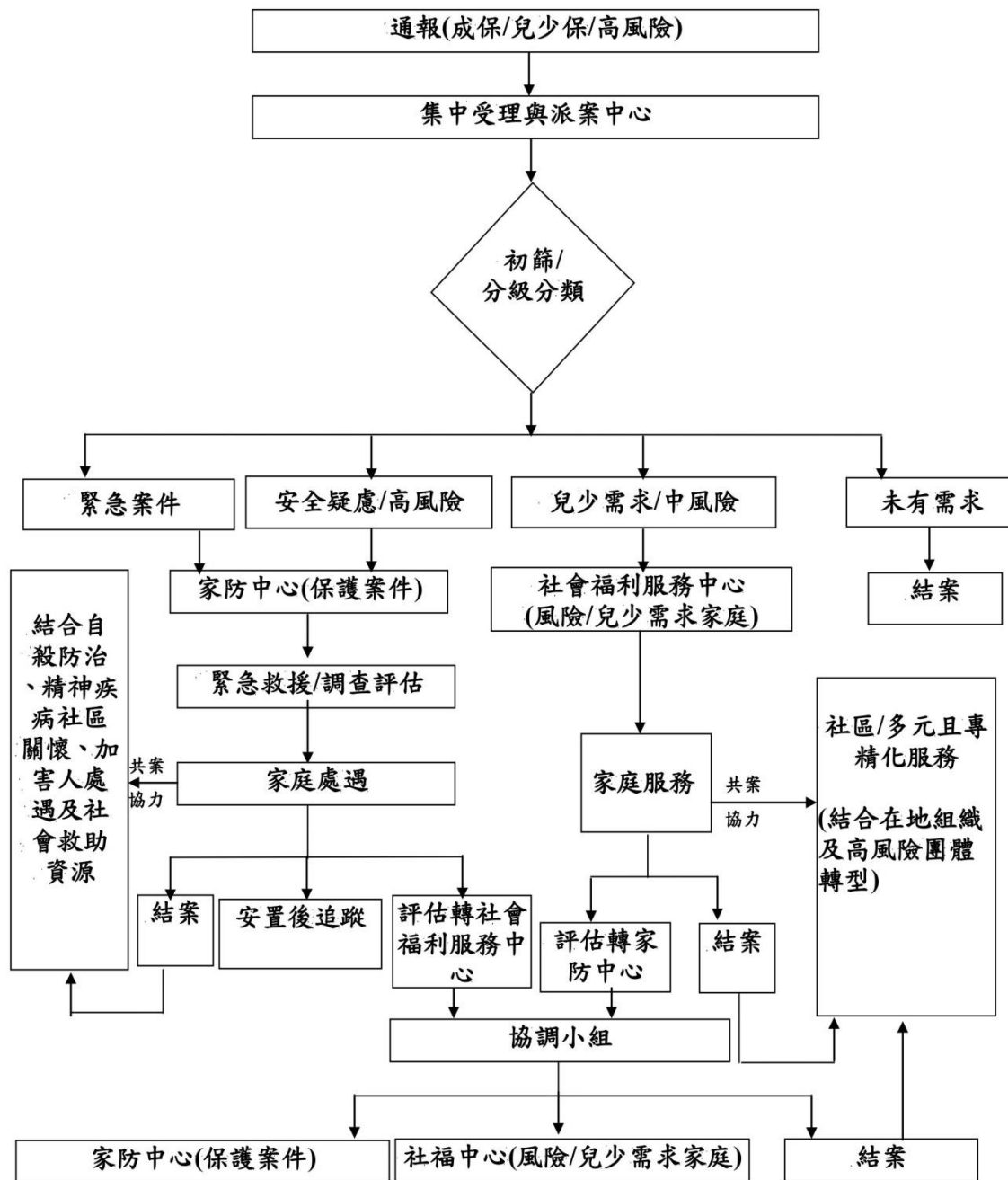
- 究。內政部兒童局委託研究報告。
- 劉珣瑛 (2009)。媒體對精神疾病與自殺報導的影響。馬偕醫院精神科。檢
索日期：2009/2/25。網址：
<http://www.mmh.org.tw/taitam/psych/psych05.asp>
- 劉麗雯 (2004)。非營利組織：協調合作的社會福利服務。臺北：雙葉書
廊。
- 蘇冠賓 (2001)。精神病患攻擊事件加重刑罰有用嗎？，聯合報 2001 年 7
月 19 日健康版。
- 廢除死刑推動聯盟 (2015)。無差別殺傷事件相關研究～第八章「總結」之
摘譯。檢索日期：2017/3/28。網址：<http://www.taedp.org.tw/story/2828>
- 衛生福利部 (2016)。社會福利統計年報。檢索日期：2016/9/2。網址：
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4175
- 日本法務省 (2013)。無差別殺傷事犯に関する研究。檢索日期：
2017/3/28。網址：
http://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00068.html
- Berrick, J. D. (2009). *Take Me Home, Protecting America's Vulnerable Children and Families*. Oxford: Oxford University Press.
- Bronstein, L. R. and Mason, S. E. (2016). *School-Linked Services: Promoting Equity for Childre, Families and Communities*, NY: Columbia University Press.
- Clasen, J. and Goerne, A. (2014). Germany: ambivalent activation, I. Lødemel and A. Moreira (eds.) *Activation or Workfare? Governance and the Neo-liberal convergence*, Oxford: Oxford University Press. Pp.172-202.
- Gilbert, N. (1972). Assessing Service-Delivery Methods: some unsettled questions, *Welfare in Review*, 10:3, 25-33.
- Gilbert, N. and Terrell, P. (2008). *Dimensions of Social Welfare Policy*, 5th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Griggs, J., Hammond, A., & Walker, R. (2014). Activation for All: welfare reform in the United Kingdom, 1995-2009. in I. Lødemel and A. Moreira (eds.) *Activation or Workfare? Governance and the Neo-liberal convergence*, Oxford: Oxford University Press. Pp. 73-100.

- Johnson, L. (1998). *Social Work Practice: a generalist approach*, sixth ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Kvist, J. and Harsløf (2014). Workfare with Welfare Revisited: instigating dual tracks for insiders and outsiders, in I. Lødemel and A. Moreira (eds.) *Activation or Workfare? Governance and the Neo-liberal convergence*, Oxford: Oxford University Press. Pp. 47-72.
- Laird, J. (1995). Family-centered practice in the postmodern era. *Families in Society*, 76, 150-162.
- Leon, A. and Armantrout, E. (2007). Assessing families and Other Client Systems in Community-based Programmes: development of the CALF, *Child and Family Social Work*, 12, 123-132.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray, C.J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367:1747-57. doi:10.1016/S0140-6736(06)68770-9.
- Moreira, A., Carolo, D., & Nicola, R. (2014). From Gateway to Safety Net: the dynamics of activation reforms in Portugal, I. Lødemel and A. Moreira (eds.) *Activation or Workfare? Governance and the Neo-liberal convergence*, Oxford: Oxford University Press. Pp.229-255.
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling Alone: The Collapse And Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Ryan, S. et al., (2001). Critical Themes of Intersystem Collaboration: moving from to a “Can We” to a How Can We” Approach to Service Delivery with Children and Families, *Journal of Family Social Work*, 6(4): 39-60.
- Secker, J. & Platt, S. (1996). Why images matter. In Philo, G. *Media and Mental Distress*, 1-17.
- Smyth, P. (2017). *Working with High-Risk Youth, a relationship-based practice framework*, London: Routledge.
- The World Bank Group (2016). Topic : Social safety net programs, Available from: <http://www.worldbank.org/en/topic/safetynets> (data:2016/10/19)
- Waldman, J. (2007). *Narrowing the Gap in Outcomes for Vulnerable Groups*. Slough: NFER.
- WHO (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva, Switzerland: WHO.

附錄圖 1：社會福利服務中心連結社會救助服務流程



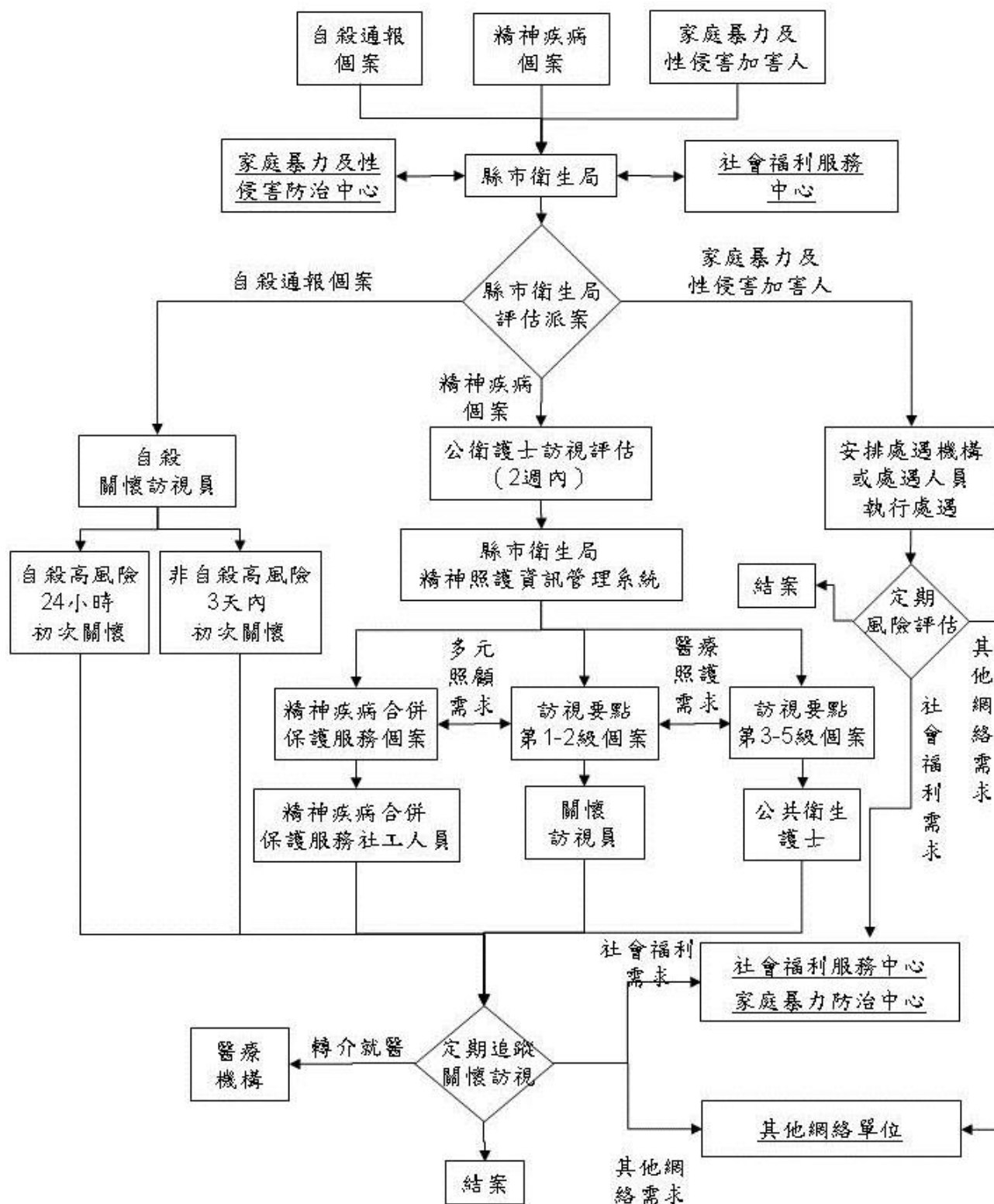
附錄圖 2：保護性服務及高風險家庭通報評估單一窗口流程



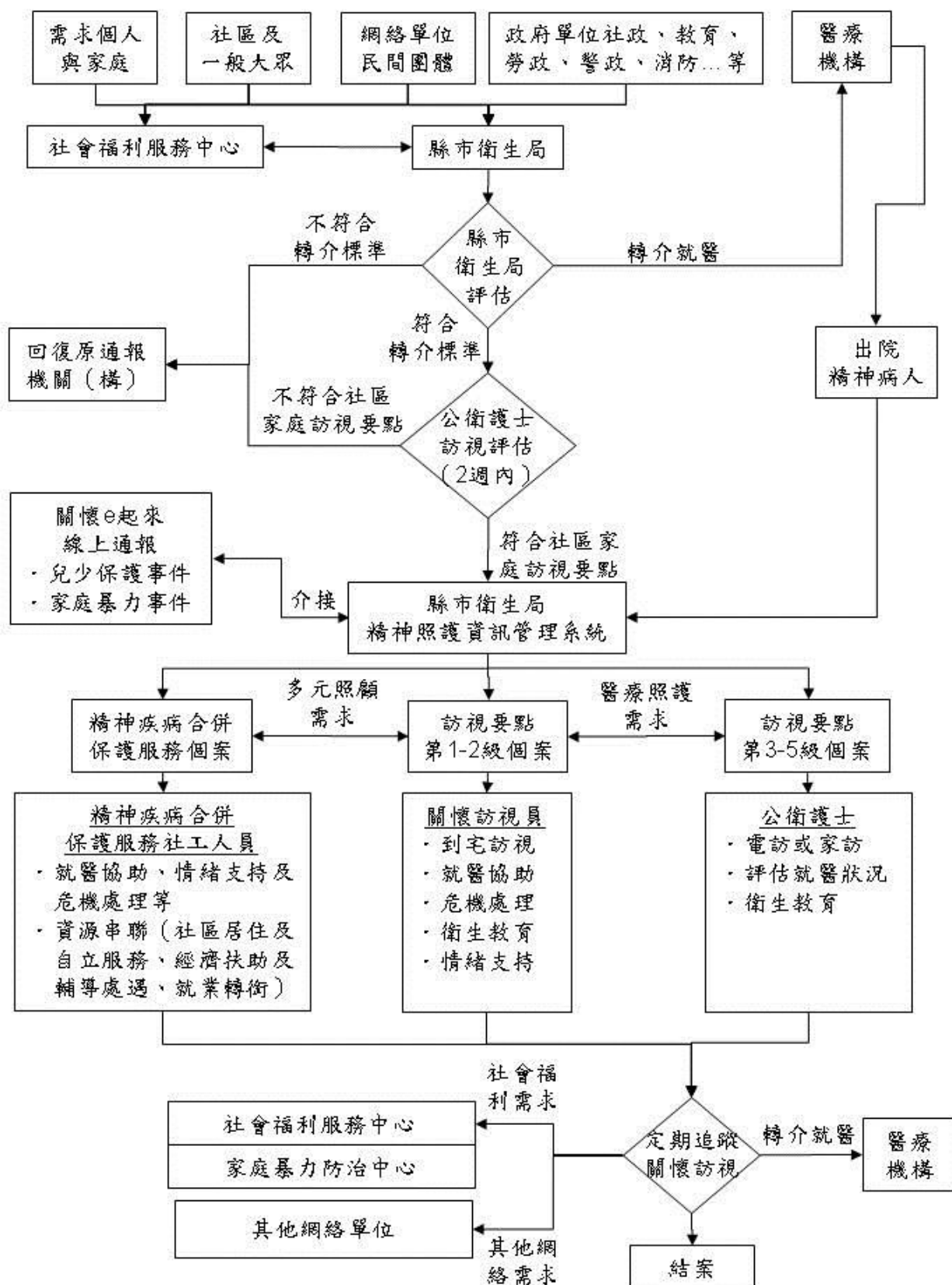
註：

1. 老人保護及身心障礙者保護事件由家防中心評估處遇後，倘有照顧服務需求再轉介長照資源或民間團體協助；親密關係暴力事件高風險個案由家防中心評估處遇，中低風險個案倘有服務需求轉介民間團體處理。
2. 結案後之個案及家庭，相關人員知悉其有家庭暴力、兒少保護、高風險或社會救助需求等情事，應依法予以通報；倘有其他服務需求，循既有機制處理。

附錄圖 3：強化精神疾病個案、自殺通報、家庭暴力及性侵害加害人服務輸
送流程



附錄圖 4：精神疾病個案社區追蹤關懷流程



附錄表：強化社會安全網計畫整體人力一覽表

縣 市	社會福利服務中心人力			脫貧方案家庭服務人力			整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工人力			兒少保護醫療整合中心人力			加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務人力			加害人處遇協調服務人力			少年偏差行為及虞犯輔導人力			充實地方政府社工人力配置及進用計畫人力			合 計		
	社工	督導	合計	直接服務社工	方案管理社工	合計	社工	督導	合計	社工	督導	合計	社工	督導	合計	社工	督導	合計	社工	督導	合計	社工	督導	合計	社工	督導	合計
新北市	98	14	112	5	1	6	87	13	100	0	0	0	32	5	37	7	2	9	9	1	10	118	30	148	357	65	422
臺北市	81	12	93	4	1	5	27	4	31	0	0	0	30	5	35	4	1	5	0	0	0	63	10	73	210	32	242
桃園市	52	7	59	3	1	4	35	5	40	0	0	0	14	2	16	4	1	5	5	2	7	65	9	74	179	26	205
臺中市	87	12	99	6	1	7	38	6	44	0	0	0	23	3	26	7	2	9	0	0	0	97	12	109	259	35	294
臺南市	99	14	113	4	1	5	24	3	27	0	0	0	22	3	25	3	1	4	0	0	0	63	9	72	216	30	246
高雄市	105	15	120	6	1	7	37	5	42	0	0	0	37	5	42	5	2	7	5	1	6	80	13	93	276	41	317
宜蘭縣	31	4	35	2	1	3	16	2	18	0	0	0	5	1	6	2	1	3	0	0	0	18	2	20	75	10	85
新竹縣	30	4	34	1	1	2	11	1	12	0	0	0	5	1	6	3	1	4	0	0	0	16	5	21	67	12	79
苗栗縣	36	5	41	1	1	2	10	1	11	0	0	0	6	1	7	3	1	4	0	0	0	18	3	21	75	11	86
彰化縣	64	9	73	6	1	7	27	3	30	0	0	0	15	2	17	3	1	4	0	0	0	56	8	64	172	23	195
南投縣	32	5	37	3	1	4	21	3	24	0	0	0	7	1	8	3	1	4	1	0	1	21	1	22	89	11	100
雲林縣	50	7	57	2	1	3	18	2	20	0	0	0	9	1	10	3	1	4	3	0	3	26	3	29	112	14	126
嘉義縣	40	6	46	2	1	3	14	2	16	0	0	0	8	1	9	2	1	3	0	0	0	18	2	20	85	12	97
屏東縣	49	7	56	6	1	7	14	2	16	0	0	0	11	1	12	3	1	4	2	0	2	33	2	35	119	13	132

縣 市	社會福利服務中心人力			脫貧方案家庭服務人力			整合保護性服務及因應高度風險個案新增保護社工人力			兒少保護醫療整合中心人力			加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務人力			加害人處遇協調服務人力			少年偏差行為及虞犯輔導人力			充實地方政府社工人力配置及進用計畫人力			合 計		
	社 工	督 導	合 計	直接服務 社工	方案管理 社工	合 計	社 工	督 導	合 計	社 工	督 導	合 計	社 工	督 導	合 計	社 工	督 導	合 計	社 工	督 導	合 計	社 工	督 導	合 計	社 工	督 導	合 計
臺東縣	25	4	29	2	1	3	10	1	11	0	0	0	7	1	8	3	1	4	0	0	0	9	0	9	57	7	64
花蓮縣	35	5	40	2	1	3	12	2	14	0	0	0	5	1	6	2	1	3	0	0	0	14	1	15	71	10	81
澎湖縣	14	3	17	1	1	2	5	0	5	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4	0	4	27	3	30
基隆市	23	3	26	1	1	2	15	2	17	0	0	0	5	1	6	2	1	3	1	0	1	13	1	14	61	8	69
新竹市	22	3	25	1	1	2	10	1	11	0	0	0	2	0	2	2	1	3	1	0	1	14	1	15	53	6	59
嘉義市	20	3	23	1	1	2	5	1	6	0	0	0	3	0	3	2	1	3	0	0	0	10	1	11	42	6	48
金門縣	11	2	13	1	1	2	2	0	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	5	0	5	22	2	24
連江縣	5	1	6	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	11	1	12
醫療院所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8
合計	1,009	145	1,154	61	22	83	439	59	498	0	8	8	248	35	283	66	22	88	27	4	31	763	113	876	2,635	386	3,021