

社會安全網的跨體系 多機構分級分工架構

林萬億

壹、前言

強化社會安全網（簡稱社安網）第一期計畫（2018-2020年），建立以家庭為中心、以社區為基礎的服務模式、落實前端預防、整合服務體系資源、建立一站式服務流程為目標。規劃四個策略：策略一：布建社會福利服務中心，整合社會救助與福利服務。策略二：整合保護性服務與高風險家庭服務。策略三：整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務。策略四：整合跨部會服務體系等（衛生福利部等，2018）。預計布建社會福利服務中心（簡稱社福中心）154處、兒童保護醫療整合中心7處、集中受理通報與派案中心22處、補助地方政府聘用社會工作人員3,021人、建立垂直／水平分層級協調機制、整合就業服務、學生輔導、少年輔導、家庭教育、被害人服務等體系。

社安網第二期計畫（2021-2025年）

因於多起社會矚目之精神病患暴力事件，而擴大納入布建社區精神衛生體系、強化司法鑑定機制、強化司法精神處置成效評鑑機制、建立出院（獄）轉銜機制，銜接社安網第一期計畫（衛生福利部等，2021）。除了持續擴充社福中心到156處、兒童保護醫療整合中心到10處之外，預計新布建社區心理衛生中心71處、精障者協作模式服務據點49處、補助民間團體2,024專業人力、公部門聘用社會工作人員從第一期實聘2,440人增加到7,797人，其中部分人力納入心理師、職能治療師、護理師等多元專業。此外，補助地方政府經費比率也從第一期的平均40%，提高到70%，減輕地方政府負擔。

強化社安網從四方面著手：（一）觀念改變。以家庭為中心、以社區為基礎，取代以個人／案主為中心，並強調預防重於治療；（二）系統整合。強化跨部會、跨體系、跨專業橫向服務整合，及中央與

地方縱向政策協調；（三）資源投入。增設服務提供據點、增加社會工作及相關專業人力、提升薪資、長留久任；（四）簡化流程。採一站式服務、集中派案、資訊共享。這些無一不是為了回應社安網規劃時檢討小燈泡事件的發生係因於服務體系整合失靈，造成社安網缺漏。同時，又為了達成蔡英文總統於2020年5月20日就職演說中所強調的，要把社安網的漏洞補起來，把過去社會安全網沒有接住的人找出來（總統府，2020）。故必須將社安網擴大納入社區心理衛生體系、司法精神衛生體系、司法精神衛生轉銜機制，並納入新世代反毒計畫中的防止毒品施用者再犯。為了治理這個龐大的社安網，成敗關鍵在於建立跨體系多機構分級分工的機制，及其運作是否順暢。

貳、為何需要跨體系多機構協力

半個世紀前，Gilbert（1972）即指出美國政府立法支持社區對抗貧窮、精神疾病、失業、少年犯罪、教育，及提升都市生活品質，帶動社會服務與健康照護的發展。然而，社會服務機構卻存在四個問題：支離破碎（fragmentation）、不可及（inaccessibility）、不連續（discontinuity）、權責不明（unaccountability）。他舉一個簡單的例子說明，有一位J先生發生車禍，被救護車送到A醫院接受檢查。之後，被

轉診到B醫院接受治療。接著又被轉到C醫院住院觀察。萬一這些醫院座落各地，且處置程序各有不同，或提供重複服務，即是支離破碎。

倘救護車將J先生送抵A醫院後即離去，就是服務不連續。如果J先生發生事故地點離A醫院很遠，或因為J先生的社會階級、族群背景，而進不了A醫院，而勉強去附近一家精神醫院，就是服務不可及。發生了這些事，但J先生並無可行的管道申訴，以追究責任，因為這些單位都可以不必負責，致無法究責。Gilbert（1972）為了讓讀者容易理解，舉健康照護部門為例，在同一體系內，要解決上述四個問題，相對簡單。倘議題是複雜與多重的，例如，家庭暴力、性侵害、精神疾病、少年犯罪、物質濫用等，須要跨體系多機構才能完整處理，問題就相對複雜了。

多機構工作（multi-agency working）是近年來歐洲各國兒童心理健康政策的核心，其目的是提供給兒童、青年及其家庭綜合與無縫的服務，特別是針對複雜困難者（O'Reilly et al., 2013）。自從2000年發生柯林貝（Victoria Climbié）虐童致死案之後，英國政府組成一個由南明爵士（Lord William Laming）領導的調查小組深入調查，於2003年公布《南明報告》（Laming Report）。該報告指出該案發生因「系統整體失敗」

(gross failure of the system)、「組織普遍萎靡」(widespread organizational malaise)，地方政府未徹底執行〈一起工作保護兒童：跨機構保護與促進兒童福利指引〉(Working Together to Safeguard Children: A Guide to Inter-Agency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children)是病灶，專業機構間未落實資訊分享也是問題，因而有2003年《每一個兒童都很重要》(Every Child Matters)綠皮書的頒布(Department for Education and Skills, 2003)，及2004年《兒童法》(Children Act)的修正(Kirton, 2009; Holland, 2011; Thompson, 2016)。

歷史重演，2007年8月與柯林貝虐童案發生的北倫敦同一區，又發生一件駭人聽聞的P男嬰(Baby P)受虐致死事件。P男嬰17個月的短短生命中被其母親與新男友虐待至脊椎骨與肋骨斷裂、指尖與指甲被切除、牙齒被撞擊腫脹等。而令英國人難堪的是，一樣有社工與醫師見過受虐兒童數次，卻無法挽救小生命免於受虐致死。同樣地，南明爵士再度被聘擔任調查召集人，他沈痛地說：「太多政府部門沒有遵照2000年柯林貝案調查報告的建議進行改革」(Kirton, 2009; Holland, 2011; Thompson, 2016)。

即便如此，到了2015年，英國健康部與國民健康服務署聯合組成的「兒童與青年心理健康與福祉」任務小組(Task

Force on Children and Young People's Mental Health and Wellbeing)進行檢討，承認兒童心理健康服務仍然是片段與缺乏凝聚的，服務提供有漏洞，讓一些兒童陷入風險中。該檢討報告《有過則改》(Future in Mind)建議建立一個全系統取向(whole system approach)的服務，將所有相關服務納入、資訊分享，並指定一位專家或主責工作人員，針對個別兒童的評估與計畫進行協調(Department of Health & NHS England, 2015, p. 57)。

跨機構協力(interagency collaboration)包括：多機構夥伴關係(multiagency partnerships)、跨專業協力(interprofessional collaboration)、整合照顧(integrated care)、跨機構工作(interagency working)、共同工作(joint working)等(Atkinson et al., 2007)。雖然這些概念有時被交互使用，多機構夥伴關係是指服務同一個對象，多個機構提供特定的協力活動。跨專業協力是指不同的個別專業協力一起工作。跨機構工作則是指提供不同的服務的機構協力一起工作。整合照顧是指在一個整合的結構下不同機構提供合成的服務。協力是指不同的專業或機構一起工作朝向想望的方向或目標前進。

多機構合作(Multi-agency cooperation)也被用在預防家庭暴力上，歐洲專案委員會(Council of Europe Project)支持歐洲各國建立多機構合作體系對抗婦

女與家庭暴力的整合服務。以烏克蘭為例，防治婦女與家庭暴力常見的障礙包括：缺乏既有服務的資訊與可近性低、缺乏保障安全與保護措施、缺乏專門的支持性服務與專業訓練、缺乏協調的應變、缺乏保密、缺乏信任的文化與尊重受害者、缺乏對婦女及其孩子完全的保護與支持服務、面對司法體系的難題等（the Inter-Agency Working Group on Multi-agency Co-operation at Local Level, 2016）。這些困境其實是大部分國家都曾經發生或正在發生的，到目前為止，較佳的解決方法就是發展多機構合作。烏克蘭方案的核心原則是：保護受害者安全、隨時可得到服務、受害者為中心的決策、守密、對加害者課責、網絡成員間的協調、適足的資源、對暴力回應的展開、永續發展等。其是藉由雙層機制運作，上層是決策層（或領導委員會）、下層是專家層（或多專業技術團隊）（the Multi-disciplinary Technical Team, MTT），決策層類似臺灣的縣市政府家庭暴力暨性侵害防治委員會，多專業技術團隊則與由受害者需求相關的服務機構代表組成（社會服務、醫療、警政、就業、教育等），再由上層指派一位資深社會工作者擔任協調者，扮演多機構合作的協調角色，透過正式的多機構合作協議，運作各種會議，以達成立即有效地回應家暴事件。

始於1981年美國明尼蘇達州的杜魯斯

模式（Duluth model）除了發展出權控輪（Power and Control Wheel）理論外，另一重要的貢獻就是首次強調跨專業、跨機構協調行動的家庭暴力介入方案（Pence & Paymar, 1993）（註1）。該模式很快傳到各國，包括歐洲。歐洲國家發展多機構合作模式，包括幾種模式：（一）正式立法規定多機構合作，例如，西班牙透過正式協議進行多機構合作、英國的強迫婚姻組（the Forced Marriage Unit）與社區安全組（Community Safety Units）、荷蘭也有類似立法來規定跨機構合作；（二）藉由個案研討會強化多機構合作，例如，英國的多機構風險評估（Multi-Agency Risk Assessment Conferences, MARACs）；（三）獨立的受害者倡議，例如，英國的獨立家暴顧問（The Independent Domestic Violence Advisors, IDVA）與獨立性暴力顧問（The Independent Sexual Violence Advisors, ISVA）；（四）單一窗口（一站式）服務（one-stop-shops），例如，瑞典的卡琳專案（The Karin Project）強化警政與社會服務的合作、英國的性侵害轉介中心（The Sexual Assault Referral Centres, SARCs）、丹麥的強暴受害人中心（the Centres for Rape Victims, CRV）等；（五）健康照護的多機構合作，例如，德國的性暴力醫療團隊服務；（六）專門諮商服務，例如，奧地利的心理社會與法院協助（註2），透過心理與社工專

業協助受害人於法律訴訟過程時的充權；
 (七) 加害人多機構合作方案，例如，德國的聯邦家庭暴力加害人工作協會 (the Federal Association for Work with Perpetrators of Domestic Violence, BAG TäHG) 發展出標準化多機構合作工作模式；(八) 利用網頁技術促成多機構合作，例如，比利時、西班牙利用資通訊科技促成婦女暴力多機構合作因應 (the Inter-Agency Working Group on Multi-agency Co-operation at Local Level, 2016)。

英國的警政體系也加入多機構一起工作或多機構個案管理 (Multi-agency Case Management) 的行列。早在1960年代起，英國內政部就通函警察要建立夥伴工作，終於納入1991年《摩根安全社區報告》(The Morgan Report on Safer Communities)，進而於1998年的《犯罪與失序法》(The Crime and Disorder Act) 將警局與地方主管機關一起工作入法，組成減少犯罪與失序夥伴關係 (Crime and Disorder Reduction Partnerships, CDRPs)，2008年全國推動鄰里警政 (Higgins et al., 2016)。警政的多機構個案管理與既有暴力與性侵害罪犯管理與防止再犯的「多機構公共保護安排」(Multi Agency Public Protection Arrangements, MAPPA) 與處理家庭暴力高風險受害者的「多機構風險評估會議」(Multi Agency Risk Assessment Conferences, MARACs)，及處理兒童與

脆弱人口傷害與虐待的「多機構安全維護中心」(Multi Agency Safeguarding Hubs, MASH)，作法類似。

參、如何進行跨體系多機構分工與協力

協力工作不一定能成為最佳選項 (Brown & White, 2006, p. 15)。必須超越「感覺起來像好的修辭 (feel good rhetoric)」(Wong & Sumsion, 2013)。研究雖指出，跨機構協力工作產生正向結果與節省經費。然而，跨機構協力也可能帶來工作負荷量增加和專業認同的混淆 (Oliver et al., 2010)。

筒倉工作 (各自執行) (silo working) 是長期以來各國中央與地方政府的行事風格，各部門習慣執行各自負責的業務，以兒童及家庭服務為例，涉及社會福利、教育、健康等，但服務體系是支離破碎的 (Barnes et al., 2016)。為解決此一問題，各工業民主國家紛紛提出新作法，例如，荷蘭的青年與家庭中心、英國的兒童中心、澳洲的堅強的家庭與社區策略 (Stronger Families and Communities Strategy)、葡萄牙的保護風險中的兒童與青年、波蘭與義大利的地方政府的跨機構協力等。這些行動無不為了達成以下目標：(一) 更能滿足兒童與家庭需求；(二) 整合政策；(三) 擴大與共享預

算；（四）減少服務支離破碎；（五）減少服務重複；（六）鼓勵家庭更接近服務；（七）增進弱勢兒童的服務，減少不公平（Barnes et al., 2016）。

多機構一起工作的三階段演進（Bertram et al., 2002）：

1. 結盟（coalition）：在聯盟夥伴中，將管理、訓練、及幕僚編制結構等納入結盟的要素。但運作上仍然各自自主。
2. 協調（coordinated）：管理、訓練、幕僚編制同步。但維持各自特性。例如，幼兒園、日間照顧中心設在同一地點，且協力經營。
3. 聯合（unified）：不同相近的服務輸送單位聯合為一機構，合併管理、訓練及幕僚結構，可能運作為同一個據點。例如，提供整合的早期療育與照顧、家庭支持、成人教育、健康照護等，聯合在一管理結構下。藉由一起規劃來達到減少重複與落差的服務，以利達成機構間一加一大於二的整合效果。

四個多機構協力的層次（Bertram et al., 2002）：

1. 跨機構工作（interagency working）或合作（co-operation）：超過一個以上的機構一起工作在一個有計畫與正式的形式下，可以是策略或運作層次的合作。

2. 多機構工作（multi-agency working）、協力：超過一個以上的機構共同協助一位案主，但無須結合在一起，可能是在一個計畫下同時的或依序的一起工作。

3. 共同工作（joined working）或協調（coordination）：在深思熟慮的協調計畫下，把多個政策與機構結合一起工作。

4. 整合工作（integrated working）或合併（merger）或整合（integrated）：例如，各個支持兒童與家庭的機構，以兒童為中心，經由正式的協力與協調不同機構有效地滿足兒童需求。

Atkinson等人（2007）指出多機構活動的概念，學者們有不同的定義與關切點，包括：多機構工作、多機構活動、夥伴關係、夥伴工作、跨專業協力、跨專業工作、跨專業諮詢、合作實施、一起工作、多專業工作、整合、多機構工作、跨專長工作、跨科際工作等。這些概念若依層級分：資訊交換、計畫行動、執行專案或服務計畫、協調與合作實施、協力與完全夥伴關係。依機構整合的程度分：自主工作、協調工作、整合工作。依整合的階段分：合作、協調、整合。依夥伴關係的功能分：策略、營運、服務輸送。依組織功能分：決策群、諮詢與訓練、集中服務輸送、協調服務輸送、運作團隊服務輸

送。依多機構工作的功能分：策略層次、安置措施層次、個案或照顧管理層次。依組織的獨立性分：分別組織、虛擬組織、夥伴組織共用幕僚、領導團體無投入幕僚資源。總而言之，從四個面向探討跨機構協力：工作關係（working relationships）、多機構過程（multi-agency processes）、多機構工作資源（resources for multi-agency work）、管理與治理（management and governance）是多數研究所關切的。亦即，要做好多機構一起工作，必須處理好關係、過程、資源、治理等四個關鍵要素。

至於，多機構工作的優點，Cooper等人（2016）系統性地整理33篇研究發現跨機構協力被服務使用者與專業肯定為有助益與重要的，評鑑結果是正向的。激發跨機構協力的影響因素為：好的跨機構溝通、參與訓練、跨機構瞭解、互相重視、資深管理支持、整合工作的協議，以及人員間的連結。但是，也存在一些障礙，例如，資源不足、跨機構溝通不良、缺乏相互重視、觀點不同、相互瞭解不夠，以及保密的議題。這些擔心，前述Atkinson等人（2007）已提醒有效的跨機構一起工作的四要素。

肆、跨專業的三級預防分工

1940年代，Leavell與Clark（1979）從公共衛生的角度提出初級預防的概念。之後，

逐漸被擴大到二級、三級預防。Goldston（1987）認為用預防（prevention）、治療／處置（treatment）、復健（rehabilitation）更適合描述三級預防的完整內涵。然而，公共衛生、心理健康、社會工作、學生輔導、犯罪預防、心理諮商、自殺防治等專業仍習慣使用三級預防概念。

初級預防（Primary prevention）是指在疾病發生前，提供預防疾病或傷害的措施，包括：預防注射、規律運動、正確飲食習慣等。二級預防（Secondary prevention）是指早期診斷與及時治療疾病、傷害，避免病情嚴重或傷勢惡化，措施包括：及早疾病檢測、量血壓、驗血、胸腔自我檢查等，發現異常即轉介及早就醫。三級預防（Tertiary prevention）是指針對明顯的疾病進行治療與復健；同時，健康服務人員對已受到疾病損傷與障礙的病人進行再訓練、再教育與復健（LibreTexts, 2020）。

從三級預防的架構來看，主要想處理的是時間（time）議題，及早發現、及時治療，減少傷害。但並未針對健康不平等所造成的醫療可及性的不均，例如，地理、社經地位、種族等差異。不只治療疾病的資源差異，可能連同初級預防的資源都不足。

O'Connell等人（2009）依美國國家醫學研究院（the Institute of Medicine, IOM）的健康行為介入分三級：普及的

(Universal)、選擇的(Selective)、標定的(Indicated)。這是三級預防所關切的健康促進對象是誰(who)的議題？初級預防是普及的預防介入，對象是全民、全校、全社區、全工廠，不論個人是否有疾病風險。二級預防是選擇的介入，針對那些有疾病風險的群體，例如，高血脂症、容易感染肺炎鏈球菌的老人等。三級預防是標定的介入，針對少數已經出現臨床症狀的人口群，提供預防性介入，避免病情惡化。以精神醫學為例，普及預防在校園實施，可以將社會與情緒發展納入課程；選擇的預防可以提供團體心理治療給家長有憂鬱症的學童；標定的預防則確認哪些少年與青年已經出現明顯的臨床症狀（通常指極高的風險），提供治療。

最後，健康行為介入也關切如何(how)消除健康不平等。首先，降低社會造成的個人負擔，透過政策、立法，改變公共政策與社會規範，減少個人的社會風險（初級預防）；使人們容易接近醫療（二級預防）；進而能增強在醫療處置下疾病的自我管理（三級預防）。其次，要保證預防精神疾病與物質濫用的服務必須及於每個人，透過公共政策與改變社會規範，使普及預防得以實現；進而，監督是否每個人都能公平地接近醫療服務；治療與預防的各個領域都能實現消除健康不平等(Compton & Shim, 2020)。

我國自殺防治策略，依自殺防治學

會的國家三大自殺防治策略，分別為全面性(universal)、選擇性(selective)、指標性(indicated)策略(李明濱等人，2006)。即是依照美國國家醫學研究院三級預防的對象來區分策略。

犯罪預防也採三級預防概念，Brantingham與Faust(1976)將犯罪預防的三級模型分別如下：（一）初級預防：環境設計、一般社會與物理福祉方案、犯罪預防教育。（二）二級預防：早期認定、犯罪前篩檢、個別介入、鄰里方案。（三）三級預防：改革（社區處遇、機構處遇、懲戒）、復健（訓練、支持、監督）、監禁（機構監禁）。我國犯罪預防也引進三級預防的模式(孫義雄，2016；許春金，2012；黃富源等人，2012)。

進而，Brantingham與Faust(1976)將犯罪三級預防模型加入跨體系分級分工架構，分為刑事司法體系外與刑事司法體系兩者，前者指市民、學校、企業、規劃師、宗教與社會機構。後者指警察、法院、矯正機構。例如，警察在初級預防上負責一般制止違法行為、公民犯罪教育；二級預防進行犯罪情資收集、社會服務（體育活動、家庭危機介入、敏感訓練）、護衛和平活動（行進、秩序、制止衝突）、介入與轉向（防止酗酒滋事、犯罪監督）。三級預防則是逮捕、控告、矯正機構。再以學校的犯罪預防為例，初級預防工作是一般教育；二級預防是犯罪前

篩檢、教育介入方案；三級預防是中輟生與犯罪學生通報、機構式教育方案。

我國兒少保護也引進三級預防的服務模式（黃翠紋、葉菀容，2012）。依衛生福利部保護司的定義：（一）初級預防：目的在於預防兒少保護事件的發生，從家庭、學校與社區切入，一方面針對隱含風險因子的家庭，例如，單親、酗酒、藥物濫用、精神疾病、經濟弱勢、受刑人等，提供社會工作協助；另一方面則於學校教育中加入自我保護、性別平等、親職教育課程，以及和社區結合的兒少保護宣導方案，藉此讓兒少保護概念植根於家庭、社區，從而預防兒少受傷害事件的發生；（二）二級預防：藉由協助受害的兒少及其施虐者，使傷害不再繼續發生。除了設置緊急救援通報專線，強化責任通報和一般通報制度外，同時結合警政、醫療、兒少保護社工、心理諮商及司法等團隊，提供全天候的兒少緊急救援、調查、安置等工作，以抑制暴力的再發生，針對施虐者提供司法處遇和強制性親職教育等配套措施；（三）三級預防：目的在於立即終止兒少受虐待或疏忽照顧事件，並提供受虐兒少緊急隔離庇護與身心復健治療，從而預防現在的受虐兒少成為了未來的施虐者，藉此終止暴力循環的不斷複製。

職場健康促進也是採三級預防的作法。例如，加拿大工作與健康研究院（Institute of Work & Health, IWH）明訂：

（一）初級預防：預防疾病或傷害於事前。預防暴露於引發疾病與傷害的災害下，改變可能引發疾病與傷害的不健康或不安全的行為，提高抵抗疾病與傷害力道；（二）二級預防：目的是降低已發生的疾病與傷害的影響，藉由及早檢測與治療疾病或傷害，停止或縮小擴大，鼓勵個人發展預防傷害或復發的策略，執行恢復個人健康與功能的方案，以避免衍生長期問題；（三）三級預防：使已發生的疾病或傷害緩和，並藉由幫助人們管理長期、複雜的健康問題與傷害，例如，慢性疾病、長期損傷等，以促進其有能力盡可能提升生活品質與生活期待（IWH, 2015, p. 2）。

學生輔導的三級預防模式，首先引進的是初級與二級預防（Conyne, 1983; Klingman, 1978, 1983, 1984, 1986; Klingman & Ben Eli, 1981; Lewis & Lewis, 1981; Zax & Specter, 1974; Zigler et al., 1982）。早期第三級預防相對被忽略，原因是如何分類第三級案例相對困難；而且第三級預防與早已被習慣使用的復健概念混淆（Goodyear, 1976; Mann, 1978）。但是，晚近三級預防觀念已深入學校輔導與學校社會工作（Knapp & Jongsma, 2015）。例如，加拿大曼尼托巴省教育、公民與青年局出版的《學校輔導與諮商服務手冊》（*Manitoba Sourcebook for School Guidance and Counselling Services: A*

Comprehensive and Developmental Approach) 就明確採取三級預防的學生輔導概念。

Frankford (2007) 將上述美國醫學研究院 (IOM) 的健康行為分級預防架構，放在學校與社區體系，得出金字塔型的三級 (層) 輔導架構：(一) 底層是普及介入 (universal intervention)，對象是全部學生，任務是兒童、青年、家庭正向發展及問題預防；(二) 早期介入 (early intervention)，對象是部分學生，任務是即時與標的介入及支持有中度需求的學生；(三) 密集介入與支持，對象是少數學生，任務是治療與處置。而學校資源與社區資源的分工，越上層 (二級預防、三級預防)，學校越需要連結社區資源。我國教育部1998年推動的《建立學生輔導新體制——教學、訓導、輔導三合一整合實驗方案》(教育部，2001)，也是參考類似的三級輔導金字塔架構，成為學校學生輔導的分工架構。

另一份我國學生三級輔導架構參考的是美國學校諮商學者McWhirter等人 (2017) 在其《高風險青年》(*At Risk Youth*) 一書中所發展出的學校輔導的三級預防如下：

初級預防：屬「發展層次」，以全體師生為主，防範問題於未然，著重學童的發展性，例如，兩性教育、生命教育。

二級預防：屬「早期介入層次」，及早介入高風險學生，以減少不良事件的發

生率，或減輕已發生問題的嚴重性，預防行為的惡化，例如，認輔高風險學生。

三級預防：屬「治療與追蹤層次」，著重危機的調適，必須採用個別、密集、連續、長期的介入，例如，自殺未遂學生的介入。

進一步，美國將學校輔導的三級預防架構，轉化為三層式學校支持系統。以美國學校諮商師協會 (American School Counselor Association, ASCA) 為例，於2008年起即採用多層級支持系統 (Multi-Tiered Systems of Support, MTSS)，作為學校諮商師納入綜合的學校諮商方案 (comprehensive school counseling program) 的利害關係人之一的參考架構。

學校諮商師以多層級支持系統提供直接與間接的學校諮商服務方案，其三層如下 (Goodman-Scott et al., 2020)：

第一層介入 (Tier 1 interventions)：以班級教學與全校性方案和措施的形式進行。

第二層介入 (Tier 2 interventions)：包括小團體、個人諮商、諮詢，及與學校職員、家庭與社區利害關係人的協力。

第三層間接學生支持服務 (Tier 3 indirect student support services)：透過諮詢與促進轉介。

然而，上述這些三級預防或三級輔導的架構，到了我國2014年制訂的《學生輔導法》，卻走了樣。首先，第六條第

一項「學校應視學生身心狀況及需求，提供發展性輔導、介入性輔導或處遇性輔導之三級輔導」（教育部，2014）。直接將三級輔導命名，有違三級預防的原意，轉譯也不正確。第一級預防的確有發展的意涵，但卻是普及教育與宣導，不是發展性輔導；第二級預防不只是介入，而是早期介入，重在及早發現與及早、標的介入，不宜改稱介入性輔導；第三級預防是密集介入與支持，不只是處遇，策略還包括治療、問題解決、家庭重整、關係重建、社會技巧訓練等。此外，介入（Intervention）與處遇（Treatment）兩概念是助人專業歷史演進的結果，不是兩個不同的預防策略。早期使用處遇是來自醫療模式的術語，臺灣的精神醫療界譯為「處置」。

社會工作的處遇是來自1929年由幾個社會個案工作機構代表參加的「米爾福會議」（Milford Conference）所發展出的概念，該會議是為了尋求共同的實務基礎。當時的處遇重點是幫助服務對象適應（adjust），其過程包括三部分：（一）資源的使用；（二）協助服務對象自我瞭解；（三）幫助服務對象發展解決問題的能力。由於是醫療模式的概念，處遇的焦點是個人，而非社會情境（林萬億，2021）。1980年代以後，診斷與處遇兩個屬於醫療模式的概念已被評估與介入所取代（Johnson, 1998）。

犯罪學則於1970年代起推動少年犯罪的社區處遇（Community Treatment），企圖取代機構式矯正（Institutional Correction）。臺灣的犯罪學界將“community treatment”音譯為社區處遇。其實，處遇將服務對象病態化（Beckett, 2010, p. 47）。總之，介入與處遇是不同的時代，助人專業用來描述當時的專業助人活動，並非三級預防的兩個分級概念。

其次，第六條第二項規定：

前項所定三級輔導之內容如下：一、發展性輔導：為促進學生心理健康、社會適應及適性發展，針對全校學生，訂定學校輔導工作計畫，實施生活輔導、學習輔導及生涯輔導相關措施。二、介入性輔導：針對經前款發展性輔導仍無法有效滿足其需求，或適應欠佳、重複發生問題行為，或遭受重大創傷經驗等學生，依其個別化需求訂定輔導方案或計畫，提供諮詢、個別諮商及小團體輔導等措施，並提供評估轉介機制，進行個案管理及輔導。三、處遇性輔導：針對經前款介入性輔導仍無法有效協助，或嚴重適應困難、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。（教育部，2014）

該條規定不只誤解二級預防是及早介入，而不是介入性輔導。如果忽略及早，就失去三級預防的原意。

此外，介入性輔導設定前提是：

針對經前款發展性輔導仍無法有效滿足其需求，或適應欠佳、重複發生問題行為，或遭受重大創傷經驗等學生。（教育部，2014）

處遇性輔導設定前提是：

針對經前款介入性輔導仍無法有效協助，或嚴重適應困難、行為偏差，或重大違規行為等學生。（教育部，2014）

上述也是誤解，三級預防並不是一級一級依序轉介，而是初級預防將所有學生納為教育、宣導的對象。第二級預防是早期發現、及早介入，不是前一級輔導無法滿足其需求，或適應欠佳、重複發生問題行為，或遭受重大創傷經驗等學生。而是有任何學校適應困難，需求輔導的學生，及早被篩檢發現，立即通報、轉介、通知而即時介入。無關初級預防是否有效滿足其需求。至於，第三級輔導，也不是第二級輔導仍無法有效協助，或嚴重適應困難、行為偏差，或重大違規行為等學生，才轉第三級輔導。而是第二級輔導發現學生問題無法短期、簡易處理，必須密集介入，就自行或結合相關資源持續協助。

如果依序逐級轉介，就會造成初級預防忽略早期發現學生困擾，及早轉介給第二級即時介入的重要觀念。而第三級輔導要經過第二級輔導無效，才能轉介過來，就會出現第二級晤談幾次或介入了什麼才算無效？或第三級輔導認為第二級仍有輔

導可能，而拒絕接案。此時需要被輔導的學生就會在第二、三級間被丟來丟去，耽誤或漏接。何況，很多學生問題，經不起第二級晤談幾次再轉介第三級的時間延宕，例如，自殺、兒虐、性侵害、性剝削、物質濫用、曝險行為等。三級預防原意並非要等二級處理一段時間，才接手。第二級是及早發現、及早介入，避免問題嚴重或惡化。倘有問題惡化之端倪，就提高為第三級，密集介入、減少傷害、避免復發或再犯。

第三，依第十二條規定：

學校教師，負責執行發展性輔導措施，並協助介入性及處遇性輔導措施；高級中等以下學校之輔導教師，並應負責執行介入性輔導措施。學校及主管機關所置專業輔導人員，負責執行處遇性輔導措施，並協助發展性及介入性輔導措施；專科以上學校之專業輔導人員，並應負責執行介入性輔導措施。（教育部，2014）

法中明訂輔導教師負責執行介入性輔導（第二級預防）、專業輔導人員（以下簡稱專輔人員，即學校心理師、學校社工師），負責執行處遇性輔導（第三級預防）措施，並協助發展性及介入性輔導措施。將三級預防拆開來分工，由不同的人員依序分級分工，也不合三級預防的理念。三級預防是同一體系，所有人員都應有的觀念。如果因為專業背景不同，一般教師不提供第三級預防，可以理解。但

是，一般教師還是要有及早發現、及早通報、通知或轉介的義務。也就是第一、二級預防是一般教師、輔導教師、專輔人員都要參與的工作，只是各就專長分工。第三級預防，也不應該排除輔導教師。因為輔導教師人力配置是專輔人員的十餘倍，其專業背景也是諮商輔導，僅能處理及早介入案件，並不合理。

舉中輟為例，倘導師發現學生有中輟之虞，及早通報給輔導室，輔導教師接手，啟動評估，及早介入。一旦學生中輟了，輔導教師（第二級）要晤談幾次？或找尋幾回、找到什麼時候，才可以轉給第三級專輔人員？第三級專輔人員有比輔導教師更適合找回中輟生嗎？依三級預防的觀念，應該是輔導教師於即時評估後，發現學生中輟問題的成因複雜，例如，被迫離家、性交易、懼學、家庭失功能、家庭暴力、加入幫派、物質濫用、網路成癮等，需要其他專業協助，而連結專輔人員及校外的其他專業資源協助，才是正辦。此時，第二、三級都由專輔教師負責，就無轉介漏接情事，也不會有介入、處遇的困擾。

如果屬於兒少保護議題必須依法責任通報，倘保護服務體系評估兒少保護成案，社會局（處）的保護體系就會介入，第三級預防就進入保護體系，而由學校社工師與保護體系的社工師協力，學生輔導體系密切配合兒少保護的法定流程，協助學生維護受教權及銜接學生學校適應。類

似的情形也發生在學生偏差行為、心理衛生、物質濫用等議題。不管有無責任通報義務，都有相關服務體系專門處理，例如，少年輔導委員會、心理衛生中心、毒防中心等。例如，發現學生偏差行為，必須依《少年偏差行為預防及輔導辦法》（行政院，2021）分工，及早勸阻、通知、轉介給少年輔導委員會，而不是學生輔導體系自行分級轉介。

此外，依《教育部校園心理健康與自殺防治手冊》（教育部，2022），各級學校執行初級預防、二級預防、三級預防工作一覽表（頁38），也是依公共衛生的三級預防概念，並無發展性輔導、介入性輔導、處遇性輔導的分級設計。因此，學生輔導體系不宜自行設定三級預防獨特的名目與分級分工方式，而必須回歸公共衛生的三級預防觀念，介接跨體系多機構的分級分工架構。否則，不但在校園心理健康與自殺防治計畫的推動上會卡關；其他的學生議題，也會遇到橫向資源連結、分工與進程的不協調。

伍、社會安全網的跨體系多機構分級分工架構

本節依前述的理念，將不同服務體系的內部分工、跨網合作、公私協力，整理成表，以利社安網各機構瞭解網內其他體系與民間部門的權責、分工合作。不過，

必須提醒，這只是個分工架構，執行細節 跨機構間分工也有可能因資源差異，而須
還有賴各機構實務操作細緻化。跨體系、 因地制宜，局部微調。

一、社會福利服務體系的跨體系多機構分級分工

分級	社會福利服務體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	社福中心： 1. 福利服務、社會救助、家庭暴力與性侵害防治等宣導與諮詢 2. 連結社區資源，建立轄區脆弱家庭預警與轉介機制 3. 盤整社區資源，建立社區實物供應網 4. 結合民間資源辦理脫貧措施 5. 結合民間部門辦理預防脆弱家庭之各項活動	教育： 1. 熟悉脆弱家庭轉介機制 2. 提供親職教育、家庭暴力及性侵害防治、《兒童權利公約》、《身心障礙權利公約》、性別平等、多元文化、生命、人權、法治、物質濫用防治、反霸凌等宣導與教育 保護服務： 家庭暴力防治教育與宣導	社區發展協會、宗教團體、社會團體： 1. 福利服務、社會救助、家庭暴力與性侵害預防宣導與諮詢 2. 金錢與物資援助 3. 辦理脫貧措施 4. 辦理預防家庭脆弱化活動 5. 熟悉脆弱家庭轉介機制
	原家中心： 1. 福利服務、社會救助、家庭暴力與性侵害預防等宣導與諮詢 2. 連結部落資源，建立部落脆弱家庭預警與轉介機制 3. 盤整部落資源，建立部落實物供應網絡 4. 結合民間資源辦理脫貧措施 5. 結合民間部門辦理預防脆弱家庭之各項活動	勞政： 職業訓練與就業服務 心理衛生： 心理健康、自殺防治諮詢與宣導 毒防： 物質濫用防治宣導 民政： 協助社會福利、家庭暴力、物質濫用、兒童及少年偏差行為等宣導	
二級預防 (及早介入)	社福中心： 評估與辨識家庭脆弱性、家庭暴力與性侵害、物質濫用、偏差行為、中輟等風險，及早發現、通報、立即介入或轉介	評估與辨識家庭脆弱性、家庭暴力與性侵害、物質濫用、兒少偏差行為、中輟等風險，及早發現、通報、立即介入或轉介	社區發展協會、宗教團體、社會團體、社福團體： 評估與辨識家庭脆弱性、家庭暴力與性

分級	社會福利服務體系	社安網之其他體系	民間部門
二級預防 (及早介入)	原家中心 ：評估與辨識部落家庭脆弱性、家庭暴力與性侵害、物質濫用、兒少偏差行為、中輟等風險，及早發現、通報、立即介入或轉介		侵害、物質濫用、兒少偏差行為、中輟等風險，及早發現、通報、立即介入或轉介
三級預防 (密集、個別介入、追蹤)	社福中心 ：提供脆弱家庭服務、急難紓困、協助脫貧自立、服務追蹤 原家中心 ：部落脆弱家庭服務追蹤	衛政 ：身心治療、物質濫用戒治、自殺防治、心理衛生服務	社福團體 ：提供育兒指導、發展遲緩兒童社區療育、兒少及家庭社區支持、社區式家事商談等家庭支持方案
		教育 ：保障學生受教權	
		勞政 ：職業訓練與就業服務等	
		銀行或法院 ：債務協商	
		法律服務 ：法律諮詢	
	毒防 ：毒癮戒治		

二、保護服務體系的跨體系多機構分級分工

分級	保護服務體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	推廣家庭暴力及性侵害防治教育、訓練及宣導	教育 ：家庭暴力及性侵害防治、性平教育、兒童權利公約、身心障礙者權利公約、人權、多元文化等教育與宣導	社區發展協會、宗教團體、社會團體 ：推廣家庭暴力及性侵害防治教育、訓練及宣導
		社福與原家中心 ：家庭暴力及性侵害防治(含兒少保護、老人保護、身障保護、性侵害、性剝削)宣導、福利服務、社會救助宣導與諮詢	
		勞政 ：職業訓練與就業服務、反歧視宣導	
		家庭教育 ：親職教育	
		心理衛生 ：物質濫用戒治、社區心理衛生服務	
		毒防 ：毒癮戒治	
		通訊傳播 ：性別平等傳播	

分級	保護服務體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)		文化 ：性別平等出版品 移民 ：性別平等與多元文化宣導	
二級預防 (及早介入)	1. 評估疑似家庭暴力通報的事實與風險 2. 及早介入家庭暴力高風險家庭 3. 24小時專線服務 4. 24小時緊急救援 5. 緊急庇護 6. 結合相關機關(構)人員協力降低家庭暴力風險	社福與原家中心 ：及早發現脆弱家庭的家庭暴力及性侵害風險(貧窮、長期失業、物質濫用、未成年懷孕、家庭支持薄弱、跨世代家暴、外遇、照顧壓力、家庭重組、頻繁變換照顧者不信任引發爭議等)、家暴未成案之家庭評估與介入。 (含新移民家庭服務中心、單親家庭服務中心) 義務通報人員 ：疑似家庭暴力通報義務通報 學生輔導 ：及早發現學生的家庭暴力風險、家暴未成案之受害學童後續評估與介入 家庭教育 ：及早發現服務對象之家庭暴力風險 心理衛生 ：及早發現酒癮戒治者的家庭暴力風險 毒防 ：及早發現毒品使用者的家庭暴力風險 警政 ：受暴者及其家庭成員人身安全保護	社區發展協會、宗教團體、社會團體、鄰里、大樓管理委員會 ： 1. 辨識家庭暴力觸發因子 2. 疑似家庭暴力通報 社福團體 ： 家暴未成案之家庭評估與介入

分級	保護服務體系	社安網之其他體系	民間部門
三級預防 (密集、 個別介入、 追蹤)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評估家庭暴力的成因 (成因評估) 2. 評估家庭暴力對受害者及其家庭成員的影響 (需求評估) 3. 評估被害人不能離開加害人的原因 (優勢與劣勢評估)。提供被害人相關服務 (危機介入、倖存者治療與充權方案) 4. 申請保護令 (被害人、檢察官、警察機關、縣市主管機關)。 5. 轉介被害人後續相關服務 (連結服務) 6. 協調被害人保護 (安全計畫) 及加害人處遇計畫 (加害人處遇計畫) 7. 費用補助 (生活、健保、訴訟、安置、房租、教育及其他必要費用) 8. 提供被害人及其未成年子女短、中、長期庇護安置 (安置服務) 9. 陪同偵訊 (親屬、醫師、社工人員、心理師、輔導人員) 10. 保護令執行 (設置、監督未成年人會面交往) 11. 子女監護權行使之兒童最佳利益評估 12. 轉介服務之後續追蹤 	<p>社政：被害人的家庭其他成員之心理暨社會評估、經濟安全、家庭關係、幼兒照顧、長期照顧、住宅協助、法律諮詢、福利身分之保障與服務提供、家庭支持、創傷復原等</p> <p>醫療：被害人驗傷、採證、身心治療、諮商及加害人處遇</p> <p>教育：目睹兒少輔導與就學權益保障、被害學生輔導與就學權益保障、服務追蹤</p> <p>勞政：職業訓練與就業服務</p> <p>法務：犯罪之偵查、矯正及再犯預防</p> <p>警政：被害人及其家庭成員人身安全保護</p> <p>戶政：被害人與其未成年子女身分資料及戶籍等登記</p> <p>移民：居留權之維護</p>	<p>社福團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 被害人的家庭其他成員之心理暨社會評估與介入 (經濟安全、家庭關係、子女照顧、長期照顧、法律諮詢、住宅協助等支持服務) 2. 目睹兒少評估與介入 3. 被害人的治療與充權方案 (家庭支持、經濟安全、就業、子女照顧、創傷復原、社會關係重建等) 4. 加害人評估與介入 (處遇) 計畫

三、心理衛生體系的跨體系多機構分級分工

分級	社區心理衛生服務體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 布建多元社區心理衛生資源 2. 進行家庭心理健康及社區心理健康宣導 3. 辦理家庭心理健康及社區心理健康促進活動 4. 建立社區心理衛生通報機制 5. 提升自殺防治網絡知能 6. 心理健康諮詢 7. 推動精神疾病去汙名化活動 	<p>教育：學童自殺防治、心理健康、性別平等、多元文化、親職教育與宣導</p> <p>勞政：職場心理健康推廣與宣導</p> <p>社政：家庭溝通、家庭衝突解決技巧訓練等</p>	<p>社區發展協會、宗教團體、社會團體、社福團體、醫療(事)專業團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 進行個人、家庭及社區心理健康宣導 2. 辦理個人、家庭及社區心理健康促進活動
二級預防 (及早介入)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自殺與精神疾病緊急事件即時介入 2. 及早介入家暴高風險家庭 3. 篩檢與轉介疑似精神病人 4. 提供精神病人外展服務 5. 建立危機處理機制 	<p>評估或辨識精神疾病、自殺高風險個案及早介入、通報或轉介</p>	<p>辨識精神疾病、自殺高風險個案及早轉介</p>
三級預防 (密集、個別介入、追蹤)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供合併精神疾病之家暴加害人服務 2. 銜接矯正機構與社區心理衛生體系服務 3. 支持與服務社區精神病人及其家屬 4. 支持與服務自殺者及其家屬 5. 追蹤自殺與精神疾病個案後續發展 6. 支持與訓練同儕支持專家 	<p>社政：提供精神疾病家庭福利服務、家庭支持、急難紓困、協助脫貧自立</p> <p>勞政：協助精神病人、更生人職業訓練與就業服務</p> <p>教育：自殺、精神疾病學生之輔導</p> <p>毒防：毒癮戒治</p>	<p>社福團體、醫療(事)專業團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行精神病友多元社區生活方案發展計畫 2. 培育精神病人同儕支持人力 3. 組織精神病友自助團體

四、自殺防治體系的跨體系多機構分級分工

分級	自殺防治體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	<p>全面性策略：促進社會大眾心理健康，及自殺相關資訊之監測</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 媒體互動與觀察，如辦理記者會及媒體採訪，監測媒體是否符合世界衛生組織(WHO)報導原則……等 2. 減少致命性自殺工具的可近性 3. 透過宣傳活動，加強心理衛生教育，推動精神疾病與自殺的去污名化 4. 製作宣導教材，運用多元管道推廣，例如，平面、網路等 5. 電話調查民眾對自殺相關概念，作為推行策略之參考 6. 協助安心專線之推廣 	<p>教育：增進學生心理健康，免於自我傷害</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各校訂定學生自我傷害防治計畫，建立危機應變機制與作業流程，並定期進行演練，設立24小時通報求助專線 2. 各處室分責分工亦合作，並由校長主導整合校內資源： <ol style="list-style-type: none"> (1) 教務單位：如規劃生命教育融入課程 (2) 學務單位(含學生諮商或輔導中心(組)、輔導室)：如舉辦促進心理健康之活動，(如：正向思考、衝突管理、情緒管理、以及壓力與危機管理)之活動、強化教師輔導知能、對家長進行自我傷害認識與處理之教育宣導等 (3) 總務單位：高樓、環境安全管理，加強校警之危機處理能力等 (4) 人事單位：提供職員正向積極的工作態度訓練，建立友善的校園氛圍 3. 校長亦主導結合校外網絡單位資源，以建構整體協助機制 <p>社政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 長照服務據點、社福中心、松年大學等宣導自殺防治 2. 關懷脆弱家庭、獨居老人、特境家庭、單親家庭等 	<p>社區發展協會、宗教團體、社會團體、社福團體、心理衛生專業團體：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理自殺防治宣導活動 2. 關懷社區鄰里之獨居者 <p>農藥販售業者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 農藥不可販售與未成年人，且均應備置簿冊登記購買人之資料 2. 張貼自殺防治相關宣導海報 3. 主動關懷購買農藥者 <p>高樓管理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加裝安全護欄(網) 2. 加強頂樓監視器監測及巡視 <p>木炭販售業者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 木炭外包裝上是否印製警語與衛生福利部安心專線1925免付費電話 2. 張貼自殺防治相關宣導海報 3. 主動關懷購買木炭者

分級	自殺防治體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)		<p>衛政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用多元管道、平臺、通路宣傳心理衛生資訊 2. 推動社區民眾對自殺的迷思與去汙名化活動 <p>勞政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動職場心理衛生促進活動 2. 職場人力資源管理或員工協助方案關懷員工 <p>人事行政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動職場心理衛生促進活動 2. 職場人事管理或員工協助方案關懷員工 	
二級預防 (及早介入)	<p>選擇性策略：針對自殺高風險群，強化心理健康篩選及高風險群的辨識</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 培育珍愛生命守門人教育訓練，推展守門人概念，擔任早期發現、早期介入、早期協助之角色 2. 發展義工／志工組織連結成珍愛生命防護網，發揮在地服務與關懷的精神 3. 推廣心情溫度計，增進個人心理健康，加強篩檢與運用 4. 推行憂鬱症等與後續自殺有關的疾病共同照護體系 5. 精神疾病的早期診斷有效處置 6. 結合民間力量，例如，憂鬱症防治協會，合作推動珍愛生命理念等 	<p>教育：早期發現、早期介入，減少自我傷害發生或嚴重化之可能性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 規劃合適之高關懷學生篩檢方法，針對高關懷學生早期發現，早期協助，必要時進行危機處理。篩檢計畫之實施須符合專業法律與倫理，實施過程包括：說明、取得同意、解釋結果、保密、主動關懷、必要的轉介 2. 提升導師、教官、同儕、教職員、家長之憂鬱與自殺風險度之辨識與危機處理能力，以協助觀察辨識；並對所發現之高關懷學生提供進一步個別或團體的心理諮商或治療 3. 整合校外之專業人員（如：臨床心理師、諮商心理師、社工師、精神科醫師等）資源到校服務 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辨識服務對象中的自殺高風險者，及早通報、轉介 2. 協助推動珍愛生命理念 3. 推廣心情溫度計，提升早期介入機會

分級	自殺防治體系	社安網之其他體系	民間部門
二級預防 (及早介入)		社安網其他體系： 1. 辨識服務對象中的自殺高風險者，及早通報、轉介 2. 協助推動珍愛生命理念 3. 推廣心情溫度計，提升早期介入機會	
三級預防 (密集、個別介入、追蹤)	指標性策略： 針對自殺企圖者提供及時的關懷與介入服務 1. 建置自殺防治通報系統，提供資料分析與回饋 2. 自殺者親友的關懷。 3. 強化自殺通報個案關懷訪視人員訓練	教育： 預防案主周遭朋友或親友模仿自殺，及自殺未遂者的再自殺 1. 自殺未遂（即指自殺企圖）：建立個案之危機處置標準作業流程，對校內之公開說明與教育輔導（降低自殺模仿效應），並注意其他高關懷群是否受影響；安排案主由心理師進行後續心理治療，以預防再自殺；家長聯繫與預防再自殺教育；進行班級團體輔導，提供心理衛生教育及同儕如何對當事人進行協助 2. 自殺身亡：建立處置作業流程，含對媒體之說明、對校內相關單位之公開說明與教育輔導（降低自殺模仿效應）、家長聯繫協助及哀傷輔導。 3. 通報轉介 4. 處理回報 衛政： 治療自殺獲救者 社政： 協助自殺身亡家屬處理兒童、身心障礙、老人照顧等議題	關懷自殺身亡者家屬

五、學生輔導的跨體系多機構分級分工

分級	學生輔導體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	教師 ：友善校園、性平教育、兒童權利公約、人權教育、生命教育、法治教育、學童課(校)外活動等	社政 ：社會福利資源、支援學校兒童保護宣導 少輔會 ：支援學校物質濫用、偏差行為預防宣導	1. 辦理學童課(校)外活動 2. 提供經濟弱勢學童家庭關懷、金錢與物資援助
	輔導教師 ：規劃學校心理衛生活動、物質濫用防治宣導。學生輔導相關活動與宣講	心理衛生 ：支援學校心理健康宣導 毒防 ：支援學校毒品防治宣導	
	專輔人員 ：協助規劃與推展學校心理衛生活動、親職教育、物質濫用防治及兒少保護宣導	勞政 ：提供少年就業資源與諮詢	
	家庭教育中心 ：推展親職教育		
二級預防 (及早介入)	教師 ：辨識家庭脆弱性、兒少保護、家庭暴力與性侵害、物質濫用、自殺、自傷、心理不健康、偏差行為、中輟等風險，及早通報、轉介	及早通知與轉介中輟、心理不健康、物質濫用、偏差行為等學生	1. 辨識高風險學童及早通報 2. 辦理高關懷學生輔導 3. 合作式中途班 4. 社區師傅 5. 青少年生涯探索計畫
	輔導教師 ：評估、辨識家庭脆弱性、兒少保護、家庭暴力與性侵害、物質濫用、偏差行為、自殺、自傷、心理不健康、中輟等風險，立即介入或及早通報、轉介		
	專輔人員 ：評估、辨識家庭脆弱性、兒少保護、家庭暴力與性侵害、物質濫用、自殺、自傷、精神疾病、偏差行為、中輟等風險，立即介入或及早通報、轉介		
	家庭教育中心 ：評估、辨識家庭脆弱性、兒少保護、家庭暴力與性侵害、物質濫用、自殺、精神疾病等風險，立即介入或及早通報、轉介		

分級	學生輔導體系	社安網之其他體系	民間部門
三級預防 (密集、個別介入、追蹤)	教師 ：支援輔導教師、專輔人員進行學童三級輔導	社福中心 ：提供脆弱家庭學童家庭支持、急難紓困、協助脫貧自立	1. 協助高關懷學生輔導 2. 辦理合作式中途班 3. 金錢與物資援助 4. 協助中輟、中離、目睹家暴、物質濫用、網路沉迷、ADHD、情緒困擾等學童輔導
	輔導教師 ：提供中輟、偏差行為、目睹家暴學童、未成年懷孕、物質濫用、性別認同、自殺／自傷、拒／懼學、網路沈迷、校園霸凌、ADHD等學童輔導，必要時結合社區資源協力輔導	原家中心 ：提供原住民脆弱家庭學童家庭關懷、支持及追蹤	
	專輔人員 ：提供或與社區資源協力提供情緒行為困擾、精神疾病、ADHD、創傷後壓力疾患、物質濫用、自殺／自傷、拒／懼學、網路沈迷、性別認同、兒童虐待與疏忽、性侵害、性剝削等學童輔導	保護服務 ：介入兒少保護案件處理	
	家庭教育中心 ：提供學童家庭有親職教育需求者親職教育諮詢與教育	少輔會 ：提供曝險及其他具傷害他人之偏差行為學童輔導	
		心理衛生 ：提供心理健康、自殺議題學童諮詢與協助	
		毒防 ：提供物質濫用學童諮詢與戒治	
		勞政 ：打工學生勞動權益與職場安全協助	

六、少年輔導體系的跨體系多機構分級分工

分級	少年輔導委員會	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	1. 規劃與整合少年偏差行為預防教育、宣導、訓練、少年活動等 2. 盤點與整合轄區少年偏差行為預防與輔導資源 3. 辦理少年偏差行為防治聯繫會報 4. 提供少年偏差行為預防宣導素材	教育 ：友善校園、性平教育、《兒童權利公約》、《身心障礙者權利公約》、人權教育、生命教育、法治教育、物質濫用防治、少年課(校)外活動等	社區發展協會 ：少年偏差行為宣導、親職教育、少年活動等 宗教團體 (廟宇、教會、陣頭)：少年偏差行為宣導、少年活動等
		社政 ：兒少保護、性剝削、性侵害宣導、社會救助、少年活動等 家庭教育 ：親職教育	

分級	少年輔導委員會	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	5. 少年偏差行為趨勢分析 6. 少年輔導成果統計分析	毒防 ：物質濫用防治宣導 心理衛生 ：自殺防治、心理健康宣導 勞政 ：職業訓練、就業服務、職業安全 警政 ：治安維護	社會團體 ：少年偏差行為宣導、少年活動等
二級預防 (及早介入)	1. 建立少年曝險及其他偏差行為通知、請求、轉介機制 2. 及早介入少年曝險及其他偏差行為 3. 結合相關單位及資源輔導具偏差行為風險之少年 4. 追蹤請求、通知、轉介之具偏差行風險少年後續處理	教育、社政、衛政 ： 1. 辨識少年偏差行為的觸發因子，以利及早介入 2. 發現少年偏差行為，立即勸阻或為其他適當之處理 3. 不同類型偏差行為通知、請求、轉介相關權責單位	1. 辨識少年偏差行為的觸發因子 2. 發現少年偏差行為即時通知、轉介 3. 協助具偏差行風險之少年輔導、發展健康與正向之社會活動
三級預防 (密集、個別介入、追蹤)	1. 結合相關單位及資源，輔導曝險少年及依少年偏差行為預防及輔導分工，進行偏差行為少年輔導及追蹤 2. 依少年偏差行為預防及輔導分工，進行偏差行為少年輔導及追蹤 3. 依《少事法》第18條6項規定，請求少年法院處理曝險少年	社政 ：依少年偏差行為預防及輔導分工，進行偏差行為少年輔導；不付審理裁定之少年輔導（《少事法》29條）；保護處分之少年輔導（《少事法》42條）；保護管束少年之安置輔導（《少事法》52條） 教育 ：依少年偏差行為預防及輔導分工，進行偏差行為少年輔導；不付審理裁定之少年輔導（《少事法》29條）；保護處分之少年輔導（《少事法》42條）；保護管束少年之感化教育（《少事法》52條） 衛政 ：不付審理裁定之少年輔導（《少事法》29條）；保護處分之少年輔導、禁戒、治療（《少事法》42條）；保護管束少年之安置輔導（《少事法》52條）	1. 協助偏差行少年輔導 2. 發展健康與正向之社會活動

七、施用毒品者防止再犯跨體系多機構分級分工

分級	毒防體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)	1. 健全毒防中心組織與配置人力 2. 研訂毒防中心工作手冊 3. 辦理再犯防止及毒品防制整合宣導 4. 建構毒品成癮者單一窗口服務系統 5. 建立友善藥癮處遇環境 6. 降低毒品使用者汙名化效應 7. 強化個案追蹤輔導之跨轄區協調機制	教育： 1. 製作或辦理毒品濫用防制宣導 2. 推動青年韶光計畫 3. 辦理春暉專案活動 4. 提升學生藥物濫用評估與輔導知能 5. 建立兒少藥物濫用長期調查監測機制 6. 建立友善毒品使用者戒治環境 7. 降低毒品使用者汙名化效應	社區發展協會： 協助毒品濫用防制宣導 宗教團體： 協助毒品濫用防制宣導 社會團體： 協助毒品濫用防制宣導
		社政： 1. 毒品濫用防治宣導 2. 鼓勵大學相關系所開授物質濫用相關課程 3. 提升服務兒少相關人員之物質濫用知能 4. 布建毒品使用兒少之親職教育資源	
		衛政： 1. 毒品濫用防治宣導 2. 提升服務兒少相關人員之物質濫用知能 3. 布建毒品使用兒少之親職教育資源	
		法務： 製作或辦理毒品防制宣導	
		警政： 1. 毒品濫用防制宣導 2. 推動「內政部補助各直轄市及縣市政府辦理少年毒品防治輔導暨宣導活動執行計畫」	

分級	毒防體系	社安網之其他體系	民間部門
初級預防 (普及預防)		<p>3. 提升少年輔導委員會輔導三、四級毒品使用少年輔導量能</p> <p>少輔會：辦理「內政部補助各直轄市及縣市政府辦理少年毒品防治輔導暨宣導活動執行計畫」</p> <p>民政：村里、宗教團體毒品濫用防制宣導</p> <p>勞動：職場毒品濫用防制宣導</p> <p>交通：協助毒品濫用防制宣導</p> <p>文化：協助毒品濫用防制宣導</p> <p>NCC：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 協助毒品濫用防制宣導 2. 督促媒體宣導毒品防制諮詢專線 	
二級預防 (及早介入)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警察機關查獲使用毒品，經當事人同意轉介 2. 警察機關移送，經當事人同意轉介 3. 轉介個案及早評估，決定是否開案介入 4. 與所轄或近轄矯正機關建立轉銜合作機制 5. 與所轄或近轄少年矯正學校建立轉銜合作機制 	<p>更保會：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提前入監所、少年矯正學校銜接服務 2. 先行提供或協助轉銜個案所需服務 3. 增置提前入監所銜接服務及轉銜社區服務之專業人力 4. 參與「矯正機關召開之復歸轉銜業務協調聯繫會議」 <p>社政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動入監所、少年矯正學校銜接服務 2. 參與「矯正機關召開之復歸轉銜業務協調聯繫會議」 3. 銜接轉銜個案之安置、安養、養護及相關服務 	辨識與轉介毒品使用者進入毒防服務體系

分級	毒防體系	社安網之其他體系	民間部門
二級預防 (及早介入)		<p>衛政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動入監所、少年矯正學校銜接服務 2. 參與「矯正機關召開之復歸轉銜業務協調聯繫會議」 3. 銜接轉銜個案之相關戒治、醫療及相關服務 <p>教育：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提升特定人員清查篩檢量能 2. 執行藥物濫用學生愛與關懷保護方案 3. 暢通學生毒品使用轉介機制 <p>勞政：入監所、少年矯正學校提供職業訓練與就業服務</p>	
三級預防 (密集、個別介入、追蹤)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 檢警轉介個案，報到並評估後決定開案，提供相關服務 2. 協助藥物濫用者解決居住問題 3. 追蹤輔導 	<p>衛政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 連結相關資源，提供滿足毒品濫用者戒治需求之服務 2. 布建藥癮者中途之家、自立服務方案 3. 發展藥物濫用戒治技術、方法及模式 4. 發展三、四級毒品危害講習課程或輔導方案 5. 編修藥癮治療訓練教材 6. 獎勵醫事、專門職業服務機構發展多元處置方案、訂定費用補助制度及提升研究量能 7. 持續推廣替代療法之量能與可近性 <p>社政：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理「更生人家庭支持及援助家庭服務計畫」 2. 推動藥癮者家屬自助團體 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 設置毒品使用者中途之家、自立宿舍等暫時居住與服務設施 2. 推動「毒品更生人自立復歸社會服務計畫」 3. 發展藥物濫用戒治技術、方法及模式

分級	毒防體系	社安網之其他體系	民間部門
<p>三級預防 (密集、個別介入、追蹤)</p>		<p>3. 辦理藥癮者家庭維繫與支持性服務活動</p> <p>4. 發展藥物濫用戒治技術、方法及模式</p> <p>5. 銜接少年矯正學校提供家庭支持服務</p> <p>6. 強化兒少安置機構及教養機構照顧司法安置毒品濫用兒少之量能</p> <p>7. 發展多元輔導策略及家庭支持服務</p> <p>教育：</p> <p>1. 建立學生使用三、四級毒品輔導機制</p> <p>2. 協助安置戒癮青年適性就學補助方案</p> <p>3. 提供法院裁定交付、轉介、轉銜之學籍少年輔導</p> <p>4. 完善「高關懷學生輔導計畫」</p> <p>5. 擴充「教育部藥物濫用學生個案輔導追蹤管理系統」</p> <p>6. 鼓勵或引導藥物濫用家長參與親職教育</p> <p>7. 發展兒童、青年藥物濫用戒治技術、方法及模式</p> <p>法務：</p> <p>1. 發展藥物濫用戒治技術、方法及模式</p> <p>2. 增設觀護心理師、觀護社工師人力</p> <p>3. 推動緩起訴戒癮多元方案</p> <p>4. 協助毒品成癮者處理債務</p> <p>5. 強化毒癮合併酒癮、精神疾患之轉介與合作機制</p>	

分級	毒防體系	社安網之其他體系	民間部門
三級預防 (密集、 個別介 入、追 蹤)		更生會： 1. 推動「強化毒品犯更生保護與社區處資遇資源計畫」，提供租屋服務 2. 媒合有提供宿舍之事業單位就業機會 3. 協助更生人穩定就業 4. 辦理「更生人家庭支持及援助家庭服務計畫」 5. 推動「毒品更生人社會復歸多元支持計畫」	
		少輔會： 建立使用三、四級毒品少年貫穿式處理機制	
		勞政： 1. 提供個別化就業服務計畫 2. 開發就業機會 3. 媒合有提供宿舍之事業單位就業機會 4. 辦理就業導向之職業訓練 5. 獎助（勵）雇主雇用毒品戒治者 6. 提供毒品使用少年職業輔導與就業服務，並協助住宿服務	
		文化： 協助更生人發展文創事業	

伍、結論

強化社安網計畫推動以來，受到媒體、評論者、民意代表、社區鄰里、社會團體等的重視，只要發現任何飢餓、貧窮、兒虐、家暴、長照壓力、精神疾病暴

力事件、學生自殺等案例，就質疑社安網仍有漏洞。同時，也被誤解與過度期待，例如，警匪槍戰、黑道猖獗、治安敗壞、槍枝浮濫、詐騙橫行也歸咎社安網有破洞，需要補破網。其實，社安網可以預防因貧窮、飢餓、家庭暴力、精神疾病、物

質濫用等導致的犯罪。但不是、也不能取代治安維護體系。亦即，社安網無意取且無法代警政、司法體系的犯罪預防、偵辦與矯正，而是補充預防犯罪的角色。

雖然，強化社安網無法包山包海地滿足所有期待。但是，兒虐、家暴、自殺、精神疾病暴力事件仍時有所聞，顯示社安網仍有未被縫織的漏洞，或網洞太大，致沒能接住需要幫助的人。因此，要如何讓原屬不同系統與機構的專業人力與資源可以有效整合，就非抽象的原則，能有效地運作，而必須設計系統性的執行細則，讓各系統的相關機構據以執行。

首先，確立社安網四個策略涉入的系統（衛福部、教育部、勞動部、內政部、法務部、原民會）有哪些機構承接社安網的任務。包括：社會福利服務中心、原住民族家庭服務中心、保護服務體系（家防中心或婦幼保護、老人保護服務）、心理衛生服務體系、自殺防治體系、學生輔導體系、家庭教育中心、少年輔導委員會、毒品危害防治中心等。

其次，確定每個機構在社安網中的任務。其任務設定是由各機構在原隸屬體系中被設定的任務，加以擴大或調整，以因應其所承擔的策略標的人口群之需求。例如，社福中心的任務是發現家庭脆弱性，及早介入，避免家庭陷入貧窮、兒虐、家暴、精神疾病、自殺、失學、少年偏差行為、物質濫用等的危機。家防中心的任務

是預防與介入家庭暴力、性侵害、性剝削。依此類推。據此，衍生出主責機構與協力機構的角色分工。

第三，各機構該於何時介入，才不會腳步錯亂。既然是協力關係就要像多人踩協力車一樣，腳步一致，車子才能前進。因此，三級分工就成為共識。初級預防屬普及教育與宣導、二級預防屬及早發現與介入、三級預防屬個別化與密集介入，才不至於讓可能發生或已發生問題的個案（個人及其家庭）被延宕介入。而每一個機構都要進行各該服務對象或關注議題的預防。但卻不應各自單獨承擔所有預防責任。例如，保護體系不應單獨承擔家庭暴力、性侵害、性剝削的預防，一來不可能編制龐大的人力讓保護體系深入家庭、社區、學校、職場去宣導家庭暴力預防。二來，一旦家庭暴力從預防到介入垂直統包，其他體系就不會答理家庭暴力防治業務，只管通報，家庭暴力業務就不會有橫向連結與合作的可能。故應該由保護體系提供宣導素材、培育人力，讓各個體系在各自的場域幫忙宣導，這樣才省力，且達到分工合作。

最後，多機構間如何分工？倘求助者是單一議題，機構間各有所司，即使求助者找錯入口，也可透過機構間的轉介機制，很快找到合適的協助者。實務經驗顯示，大部分進入社安網的求助者或需求協助者是多重議題（問題）案主。Ballew

與Mink（1996）認為個案管理（Case Management）是「提供給那些正處於多重問題且需要多種助人工作者同時介入的案主的協助過程」。亦即，這些具多重問題的案主需要個案管理。但不需要另聘一位專責個案管理者（簡稱個管）來提供服務，而是各該負責的助人工作者於連結與運用必要資源時，兼具個管的角色。然而，誰是多重問題個案的個管？每一位涉入該議題（如：脆弱家庭、家暴、兒虐、心理衛生、自殺、兒童及少年偏差行為、物質濫用等）的各機構助人工作者，不能都以宣稱的個管角色或職位來提供服務，必須配合主責機構助人工作者的分工，形成「一主責、多協力」的分工模式，才不會造成「一案家、N個管」在提供各自設定但可能是多機構重複的服務（例如，重複家訪、重複提供物資、各自辦活動割裂家庭時間與關係等）。

這種「一主責、多協力」的工作關係是不是一種「共案共管關係」？目前實務現場所稱的「共案共管」主要出現在心理衛生與保護服務間為多，也就是家庭暴力合併精神疾病議題。然而，有被擴大使用的疑慮。其實「共案共管」只不過是最低層次地化解機構間可能的互踢皮球、本位主義、權責不分的缺失，卻未必指向精確地分工。共案關係若僅共管個案，卻無進一步確認在時序上與事項上誰啟動協力，如何啟動，啟動後如何協力一起工作，就有可能出現個案雖被列管在各自的服務名單裡，但無改善進展；或以共管之名，各自進行個管，又回到多機構各自為政的原點，也是枉然。

（本文作者為行政院政務委員）

關鍵詞：社會安全網、多機構合作、三級預防

📖 註 釋

註1：該方案獲得2014年世界未來委員會（the World Future Council）頒給防治婦女與女童暴力的最佳政策金牌獎。

註2：該方案獲得2014年世界未來委員會頒給防治婦女與女童暴力的最佳政策銀牌獎。

📖 參考文獻

行政院（2021）。《少年偏差行為預防及輔導辦法》。

李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基（2006）。〈自殺防治策略推動現況與展望〉。《護理雜

- 誌》，53（6），5-13。https://doi.org/10.6224/JN.53.6.5
- 林萬億（2021）。《當代社會工作：理論與方法》。五南。
- 孫義雄（2016）。〈三級預防犯罪策略運用於觀光博奕警政治安管理〉。《警政論叢》，16，57-80。
- 教育部（2001年2月15日）。《建立學生輔導新體制——教學、訓導、輔導三合一整合實驗方案》。根植法律網。https://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A040080081008500-0900215
- 教育部（2014年11月12日）。《學生輔導法》。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0070058
- 教育部（2022）。《教育部校園心理健康與自殺防治手冊》。https://ws.moe.edu.tw/Download.aspx?u=C099358C81D4876CA06EC6164DFBA4ECE0CCC979567A8E15DA8703AF31621AF60641C81CFB4D9B6CF92C1341755CE97BAD437272C2816C41C621DAB1B3355F9A7DF424B62A440C6CF3DC0EBFD5BCCF58&n=9C7FB99A9292FCA2A88375AD8107A73F18313904AF56A263A86119010D1AB9569158018274B1C1094A266A736EA0C2E63C130049DE605791DC8327D94C8594FC0FE006110D063E29961926783FEA7D68&icon=..pdf
- 許春金（2012）。《犯罪學》。三民。
- 黃富源、范國勇、張平吾（2012）。《犯罪學新論》。三民。
- 黃翠紋、葉菀容（2012）。〈我國兒童及少年保護服務執行現況之評析〉。《社區發展季刊》，139，128-140。
- 衛生福利部、教育部、勞動部、內政部（2018年2月26日）。《強化社會安全網計畫》。https://www.mohw.gov.tw/dl-44382-01fcb1f-f393-4b89-9b83-b8d615adf2c7.html
- 衛生福利部、教育部、勞動部、內政部、法務部（2021年7月29日）。《強化社會安全網第二期計畫（110-114年）》。https://www.mohw.gov.tw/dl-71048-082a6fbf-b202-4c4d-a82a-5ff78f39d4e9.html
- 總統府（2020年5月20日）。〈就職演說〉。https://www.president.gov.tw/Page/586
- Atkinson, M., Jones, M., & Lamont, E. (2007). *Multi-agency working and its implications for practice*. CfBT Education Trust.
- Ballew, J., & Mink, G. (1996). *Case management in social work: Developing the professional skills needed for work with multiproblem clients*. Charles C Thomas.
- Barnes, J., Melhuish, E., Guerra, J. C., Karwowskastruczyk, M., Petrogiannis, K., Wyslowska, O., & Zachrisson, H. D. (2016). *Comprehensive review of the literature on inter-agency working with young children, incorporating findings from case studies of good practice in inter-agency working with young children and their families within Europe*. Inclusive Education and Social Support to

- Tackle Inequalities in Society (ISOTIS). <https://ec.europa.eu/research/participants/documents/downloadPublic?documentIds=080166e5bb1096ae&appId=PPGMS>
- Beckett, C. (2010). *Assessment & intervention in social work: Preparing for practice*. Sage.
- Bertram, T., Pascal, C., Bokhari, S., Gasper, M., & Holterman, A. (2002). *Early excellence centre pilot programme: Second evaluation report, 2000-2001*. DfES. <https://core.ac.uk/reader/4154500>
- Brantingham, P. J., & Faust, F. L. (1976). A conceptual model of crime prevention. *Crime and Delinquency*, 22(3), 284-296. <https://doi.org/10.1177/001112877602200302>
- Brown, K., & White, K. (2006). *Exploring the evidence base for Integrated Children's Services*. Scottish Executive Education Department.
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2020). Mental illness prevention and mental health promotion: When, who, and how. *Psychiatric Services*, 71(9), 981-983. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900374>
- Conyne, R. K. (1983). Two critical issues in primary prevention: What it is and how to do it. *Personnel and Guidance Journal*, 61(6), 331-333. <https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00036.x>
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*, 42(3), 325-342. <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Department for Education and Skills. (2003, September 8). *Every child matters*. HM Treasury. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/272064/5860.pdf
- Department of Health, & NHS England. (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing*. Department of Health & NHS England.
- Frankford, E. R. (2007). Changing service systems for high-risk youth using state-level strategies. *American Journal of Public Health*, 97(4), 594-599. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.096347>
- Gilbert, N. (1972). Assessing service delivery methods some unsettled questions. *Welfare in Review*, 10(3), 25-33.
- Goldston, S. E. (Ed.). (1987). *Concepts of primary prevention: A framework for program development*. California Department of Mental Health.
- Goodman-Scott, E., Betters-Bubon, J., Olsen, J., & Donohue, P. (2020). *Making MTSS work*. American School Counselor Association.
- Goodyear, R. K. (1976). Counsellors as community psychologists. *Personnel and Guidance Journal*, 54(10), 513-516. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1976.tb04984.x>
- Higgins, A., Hales, G., & Chapman, J. (2016). Multi-agency case management: Evidence and orthodoxy. *Police Effectiveness in a Changing World*, Paper 3. The Police Foundation. <https://www.police->

- foundation.org.uk/2017/wp-content/uploads/2017/06/changing_world_paper_3.pdf
- Holland, S. (2011). *Child & family assessment in social work practice* (2nd ed.). Sage.
- Inter-Agency Working Group on Multi-agency Co-operation at Local Level. (2016). *Preventing and combating violence against women and domestic violence in Ukraine*. Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).
- Johnson, L. (1998). *Social work practice: A generalist approach* (6th ed.). Allyn and Bacon.
- Kirton, D. (2009). *Child social work policy & practice*. Sage.
- Klingman, A. (1978). Children in stress: Anticipatory guidance in the framework of the educational system. *Personnel and Guidance Journal*, 57(1), 22-26. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1978.tb05088.x>
- Klingman, A. (1983). Psychological education: Curriculum intervention of school counselors within a primary prevention model. *Humanistic Education and Development*, 21(4), 172-182. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4683.1983.tb00230.x>
- Klingman, A. (1984). Health-related school guidance: Practical applications in primary prevention. *Personnel and Guidance Journal*, 62(10), 576-580. <https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1984.tb00127.x>
- Klingman, A. (1986). Tertiary intervention: Conceptual framework for school counselor education and practice. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 9(1), 5-10. <https://doi.org/10.1007/BF00116430>
- Klingman, A., & Ben Eli, Z. (1981). A school community in disaster: Primary and secondary prevention in situational crises. *Professional Psychology*, 12(4), 523-533. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.12.4.523>
- Knapp, S. E., & Jongsma, A. E., Jr. (2015). *The school counseling and school social work treatment planner*. Wiley.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1979). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3rd ed.). Robert E. Krieger.
- Lewis, J. A., & Lewis, M. D. (1981). Educating counselors for primary prevention. *Counselor Education and Supervision*, 20(3), 172-181. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1981.tb01645.x>
- LibreTexts. (2020, September 28). 1.3: Three levels of health promotion/disease prevention. [https://med.libretexts.org/Courses/Lumen_Learning/Book%3A_Contemporary_Health_Issues_\(Lumen\)/01%3A_Introduction_to_Personal_Health/1.03%3A_Three_Levels_of_Health_Promotion_Disease_Prevention](https://med.libretexts.org/Courses/Lumen_Learning/Book%3A_Contemporary_Health_Issues_(Lumen)/01%3A_Introduction_to_Personal_Health/1.03%3A_Three_Levels_of_Health_Promotion_Disease_Prevention)
- Mann, P. A. (1978). *Community psychology: Concepts and applications*. The Free.
- McWhirter, J. J., McWhirter, B. T., McWhirter, E. H., & McWhirter, A. C. (2017). *At-risk youth: A comprehensive response* (6th ed.). Brooks/Cole.

- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. National Academies.
- O'Reilly, M., Vostanis, P., Taylor, H., Day, C., Street, C., & Wolpert, M. (2013). Service user perspectives of multiagency working: A qualitative study with children with educational and mental health difficulties and their parents. *Child and Adolescent Mental Health, 18*(4), 202-209. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00674.x>
- Oliver, C., Mooney, A., & Statham, J. (2010). *Integrated working: A review of the evidence*. Institute of Education.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Springer.
- The Institute for Work & Health. (2015). Primary, secondary and tertiary prevention. *At Work, 80*, 2. https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/at-work/at_work_80_0.pdf
- Thompson, K. (2016). *Strengthening child protection: Sharing information in multi-agency settings*. Policy.
- Wong, S., & Sumsion, J. (2013). Integrated early years services: A thematic literature review. *Early Years: An International Research Journal, 33*(4), 341-353. <https://doi.org/10.1080/09575146.2013.841129>
- Zax, M., & Specter, G. A. (1974). *An introduction to community psychology*. John Wiley.
- Zigler, E., Kagan, S. L., & Muenchow, S. (1982). Preventive intervention in the schools. In E. R. Reynolds & T. B. Gutkin (Eds.), *Handbook of school psychology* (pp. 774-795). Wiley.