

目錄

壹、前言	1
貳、文獻探討.....	2
一、服務處遇之整合機制	2
二、成人保護及兒少保護通報.....	9
三、被害人保護服務之垂直整合	11
四、服務品質指標	15
五、家暴服務檢核指標	17
參、研究方法.....	20
一、研究性質	20
二、研究設計.....	20
三、研究設計與分析方式	22
四、研究倫理.....	22
肆、研究結果與分析	24
一、兒少保護部分	24
二、成人保護部分	24
三、家暴服務自我檢核指標部分	26
伍、結論建議.....	32
一、兒少與成人保護部分	32
二、家暴服務自我檢核指標部分	32
參考書目	37

壹、前言

彰化縣政府多年來針對家庭暴力被害人所提供的服務，具有相當良好的績效。除了一線處遇介入，二線方案委託，各中心服務個案來源均採單一通報窗口，由彰化縣政府社會處家庭暴力防治中心統一受理通報案件，於初訪時確定開案且未達高危機之案件後，依轄區予以分案，包括依照區域來委託三個非營利組織，發展出家庭暴力被害人之社會工作模式。其一是社團法人彰化縣生命線協會；其二是財團法人迎曦教育基金會；其三是財團法人伊甸社會福利基金會，對縣內 18 歲以上遭受家庭暴力之被害人及 18 歲以下已婚或與人同居之被害人之相關二線追輔工作。

105 年度第一線縣政府社會處社工員在服務之過程中，為使一線社工員判斷服務進行行政之個案管理與二線社工員提供完全之個案管理間，能有較為客觀而實際之模式與檢核指標，經 105 年度進行初步探討(黃松林、楊秋燕與黃荻，2016)，進行一線社工員同質性焦點團體二次，了解彰化縣政府社會處家庭暴力防治中心受害者服務處遇之流程與一、二線轉介服務處遇之機制，第三次焦點團體則針對三個接受委託之二線社會工作人員，其次再初探轉介服務檢測指標。研究發現垂直整合的模式固有其優點，但採取一二線服務模式仍有較多的優點，惟為避免服務缺隙，如何促成無縫隙服務為其重點，其檢核指標應有其重點議題。其後研究

建議建立促成適當之檢核指標內容；促進一、二線轉介之無縫隙服務機制外，未來建立一、二線轉介服務處遇工作之檢核指標是為關鍵，蓋此將可使相關之服務、轉介與處遇有更為精確的實際效果。

爰此，本研究之目的說明如下：

(一) 檢視受害者一、二線服務處遇之整合機制後妥適性。

(二) 探討彰化縣政府社會處家庭暴力防治中心受害者一、二線服務處遇之機制之檢核指標。

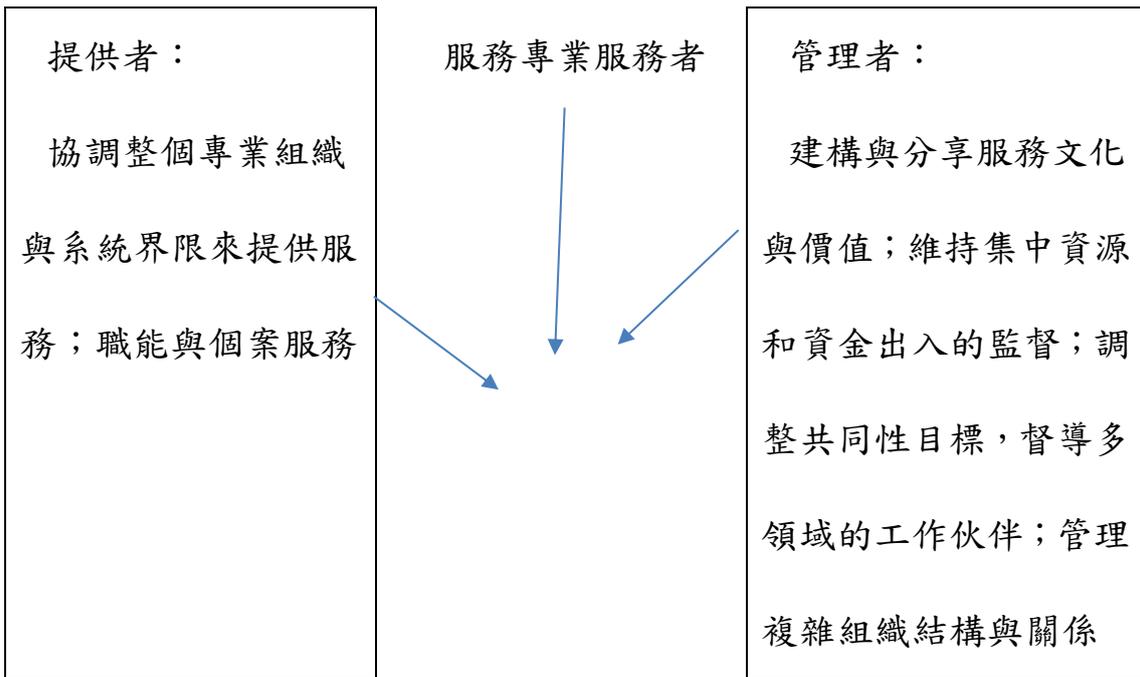
貳、文獻探討

一、服務處遇之整合機制

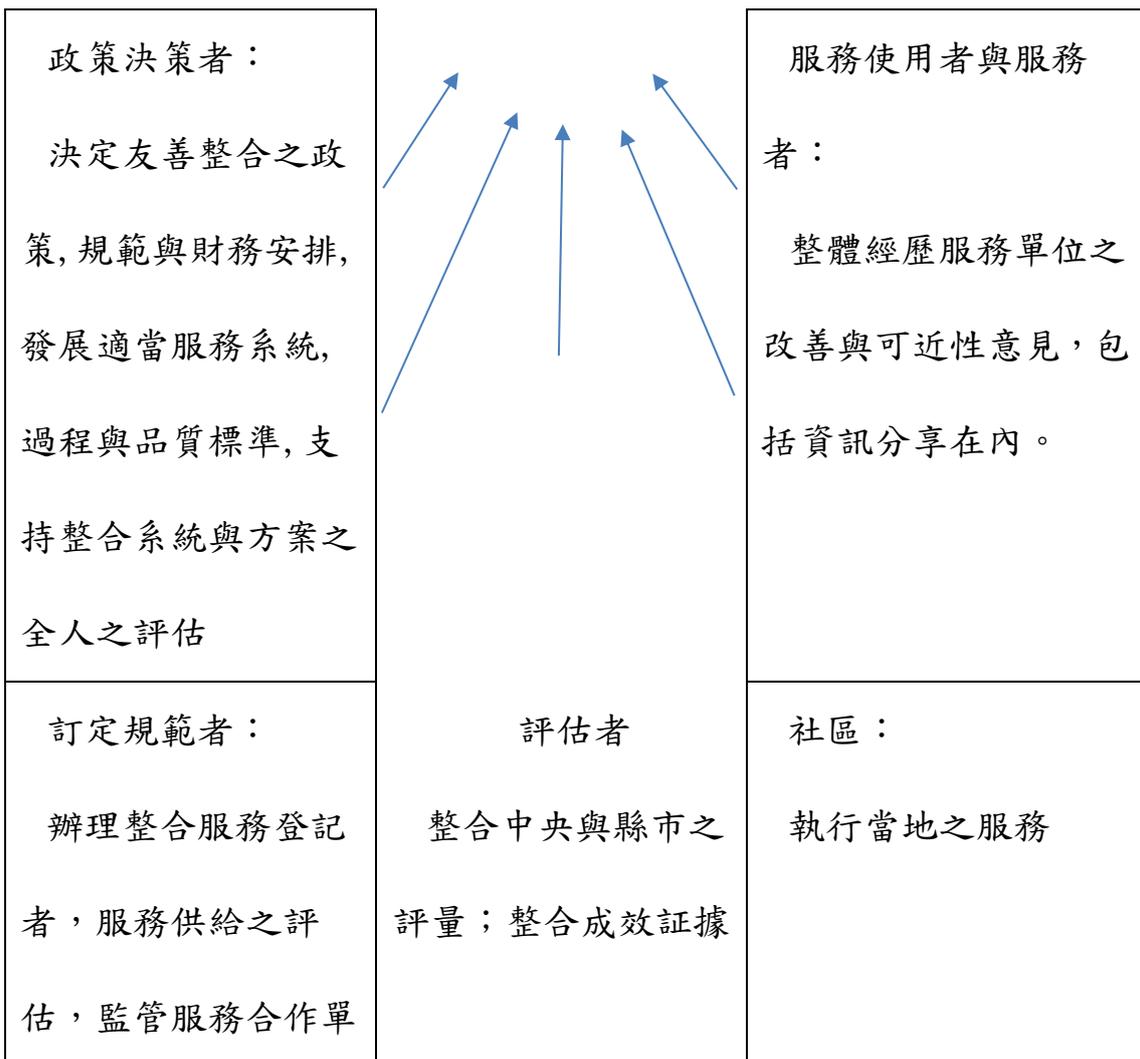
WHO(1996)之定義為：「整合性服務是結合服務輸入、輸出，並管理與組織相關診斷、治療、照顧、復健與健康促進的概念」。其後，WHO(2008)認為「整合性健康服務」有其多重含義，它認為「整合型健康服務」有六個主要意義與用途(WHO, 2008:3)，其中有許多細微差別與重疊。其一是「一整套整合型服務」是為特定人口群體提供一整套預防和治療性介入措施；其二是「多元整合型服務」是多元用途服務輸送場所，是在一個地點並由一個經理人提供彙集一系列的人口群服務；其三是「持續性服務」依人們發展時間之需求，進行持續性的服務，部分可能是慢性病的終身服務；其四是「垂直整合之多層次服務」如區醫院、保健中心和健康中心；其五是整合決策和管理，以組織不同衛生服務部門之決策和支持功能。其六為「整合型健康服務」即「跨

部門工作」(WHO, 2008: 3-4)。其中最值得注意的是第六項，當組織間存在著制度化機制，便可以促成跨部門的資金挹助、監管或服務輸送，整合型健康服務之跨部門工作便可出現。在先進國家中，這一概念經常適用於衛生和社會服務的整合，如老人長期服務。其意亦可指與教育服務合作，以開展有效率的社區學校健康促進活動或倡導。此處之關鍵議題是確定處理特定健康問題的最適當的部門，並在其間建立聯結關係。

整合型服務概念與分散和間斷性服務相背，大多用於服務之協調及無縫服務等名詞同義。整合型服務並未有統一的定義或共同的概念，最多是「整合服務本身的多元性質」。實際上，要建構此一概念的觀點可能必需受健康與福利系統相關領域專家意見和期望的影響。下圖有「不同的服務提供者」進行協調整個專業組織與系統界限來提供服務及職能與個案服務；「政策決策者」是決定友善整合之政策，規範與財務安排，發展適當服務系統，過程與品質標準，支持整合系統與方案之全人之評估；「訂定規範者」是辦理整合服務登記者，服務供給之評估，監管服務合作單位，減少品質與安全不良狀況；「管理者」是建構與分享服務文化與價值；維持集中資源和資金出入的監督；調整共同性目標，督導多領域的工作伙伴及管理複雜組織結構與關係；「服務使用者與服務者」：整體經歷服務單位之改善與可近性意見，包括資訊分享在內。「社區」：執行當地之服務。再者是最關鍵的服務機制是，服務專業服務者與評估者兩面的工作，以期達成整合性的社區服務。(詳如圖 2.1)。



整合型服務



位，減少品質與安全
不良狀況



Source: Adapted from Shaw S, Rosen R, Rumbold B. (2011). 圖

2.1 形塑整合型服務之觀點.

一般而言，有關「整合型服務」(integrated services)，Robertson(2011)亦認為係由一個組織提供的健康和社會服務，或由多個組織聯合提供衛生及社會福利服務輸送，或聯結初級和亞健康衛生服務，或在同一垂直型部門(例如精神衛生服務部門)提供不同層級之合作服務，或聯合預防與治療服務。因此，其作法可能有不同的層次之整合(Kodner and Spreeuwenberg, 2002; Robertson, 2011)，說明如下：

第一層次是資金(Funding)的整合：包括各級政府提供一部分匯集款項或各級政府先期補助款。

第二層次是行政(Administrative)的整合：包括整合/分散各部門責任/職能；部門間合作規劃；或進行聯合之需求評估/分配鏈；或聯合採購或委託。

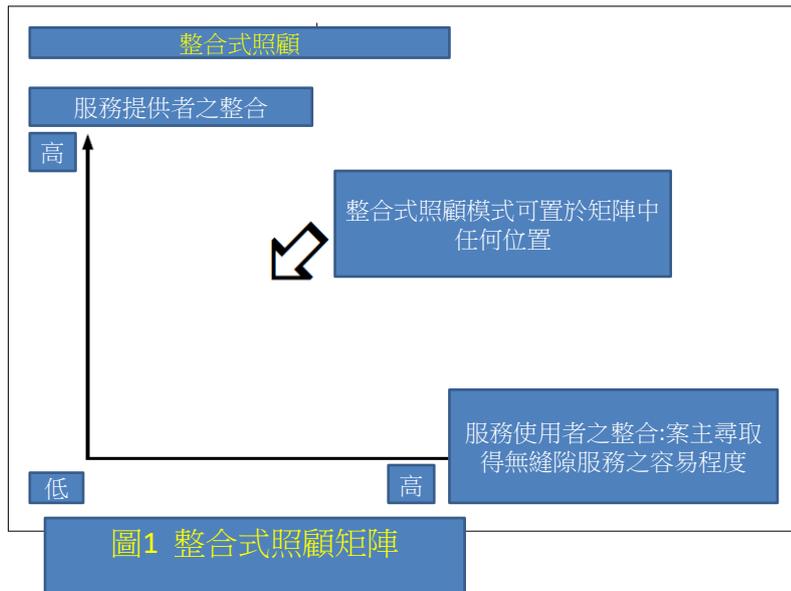
第三層次是組織(Organizational)的整合：包括各單位服務之合作；機構入住和轉介協議；機構間共同規劃和/或共同預算；服務歸屬之整合或委託簽約之整合；聯合管理的程序或服務之整合；策略聯盟或服務網絡之建構；整併，機構共同所有權或機構合併。

第四層次是服務輸送(Service delivery)的整合：包括聯合服務訓練中心；

中央資訊系統建構、轉介和接案；進行個案/服務管理系統；多學科/跨學科團隊合作方案；全天候（隨叫隨到）服務；整合資訊系統。

第五層次是臨床 (Clinical) 的整合：包括建構標準診斷指標；建構統一與綜合評估程序；提供聯合服務計劃；不同專業分享臨床記錄；不同專業持續進行監護案主；建立共通之決策支持規範（即實務準則和協議）；定期並持續支持病人/家屬聯繫。

世界衛生組織對於整合的服務已建立相當的基礎，WHO(2008)認為從受服務使用者和服務提供者的角度看，許多整合的排列都是極有可能的。在某些類型的服務，儘管服務提供者整合水準極高，服務使用者可能在其訪問中遇到低水準的整合服務，反之亦然；這些概念在圖 1 中可見其真實的樣貌。如果組織的保健中心專業人士在網絡之間的溝通不足。雖然中心可能從服務提供者的角度進行整合，對於服務使用者而言，引導系統並未使服務之取得更便利，從服務使用者的觀點來看，整合的服務依然是分散的服務。



資料來源：WHO(2008). Integrated Health Services-What & Why?

針對服務處遇之整合機制在不同的國家，有其不同的概念，初步就目前推動家暴被害人相關整合服務之國家來看，英國是以民間慈善團體和政府警方法定機構和組織的一系列整合進行長期服務諮詢、情感支持、獨立性暴力顧問 (ISVAs) 性暴力熱線或資訊熱線、文字或電子郵件支持、身體治療工作、團體工作、兒童服務、外展服務、成年倖存者之兒童性虐待諮詢專業服務；而澳洲則是以資金預算分配做基礎進行整合，由政府警政、政府衛生服務、社區服務與社會工作民間團體合作，提供服務。茲分別說明如下：

(一) 英國部分

在英國，受害倖存者回應調查報告使用來自慈善和法定機構和組織的一系列整合服務 (Hester & Feder, 2015)，包括：專業服務庇護所、獨立性暴

力顧問 (ISVAs)、自由方案、全國和地方協助熱線、市民諮詢局、警察與社會服務。

而 NEWCASTLE 整合家暴服務 (NIDAS) 則提供 (Hester & Feder, 2015)：單一窗口，為遭受家庭暴力的人提供諮詢和指導，評估他們的需求接受服務，在全新的大樓為婦女及其子女提供危機安置和重新安置之支持；為兒童，青年和家庭提供專業支持；為男性和女性提供預防性外展支持；針對高危機人口群的獨立部門家庭暴力諮詢 (IDVA) 和暴力諮詢 (ISVA)。

至於性暴力受害者專業協助整合服務組織提供的服務包括以下內容：長期服務諮詢、情感支持、獨立性暴力顧問 (ISVAs) 性暴力熱線或資訊熱線、文字或電子郵件支持、身體治療工作、團體工作、兒童服務、外展服務、成年倖存者之兒童性虐待諮詢專業服務、培訓、預防工作、提高認知和宣導與地方組織和全國性組織伙伴積極合作。

(二) 澳洲部分

澳洲政府家庭暴力服務之垂直整合服務系統是每個服務組織獲得固定與特定年度資金分配。分別有以下幾個部門 (Hawkins, Siân & Taylor, Katy, 2015)：

1、政府警政服務部門：

區域家庭暴力整合服務與教育 (DV ADVICE) 部分，由 NSW 州北區警察局負責。

2、政府衛生服務部門：

Green Valley Liverpool 家庭暴力服務部分，由 South Western Sydney 當地衛生區負責。

3、政府社區服務部門：

(1). Canterbury/Bankstown 家庭暴力反應小組 (CBDVRT) 部分，由社區服務部門負責。(2). Druitt 山家庭暴力服務部分，由州社區服務部門負責。

4、社會工作民間團體：

(1). 社區反家庭暴力夥伴聯盟部分，由 Hastings 婦女和兒童庇護組織負責。(2). Nowra 家庭暴力介入處遇服務部分，由新南威爾士州 YWCA 負責。

整體來說，此種整合服務是橫向與警政單位合作，並有資金之配合，是第一層次是資金(Funding)的整合，亦針對社區之宣導有相當之著力，與台灣之發展極為不同，但實有其可借鏡之處。

二、成人保護及兒少保護通報

依據衛生福利部 (2018) 指出，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服務者嚴重虐待，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。

此外，衛生福利部（2018）也認為，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。

三、被害人保護服務之垂直整合

當前衛福部（2018）正進行橫向的連結與整合工作，其重點在整合保護性服務與高風險家庭服務，由於衛福部（2018）認為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，無助於提升家庭服務保護功能，亦與聯合國兒童權利公約第 18 條要求政府應盡最大努力，確保父母等服務者對兒童養育及發展負責之原則不相符。

在保護服務部分，針對多重問題保護性個案，各服務體系分立，缺乏整合機制，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

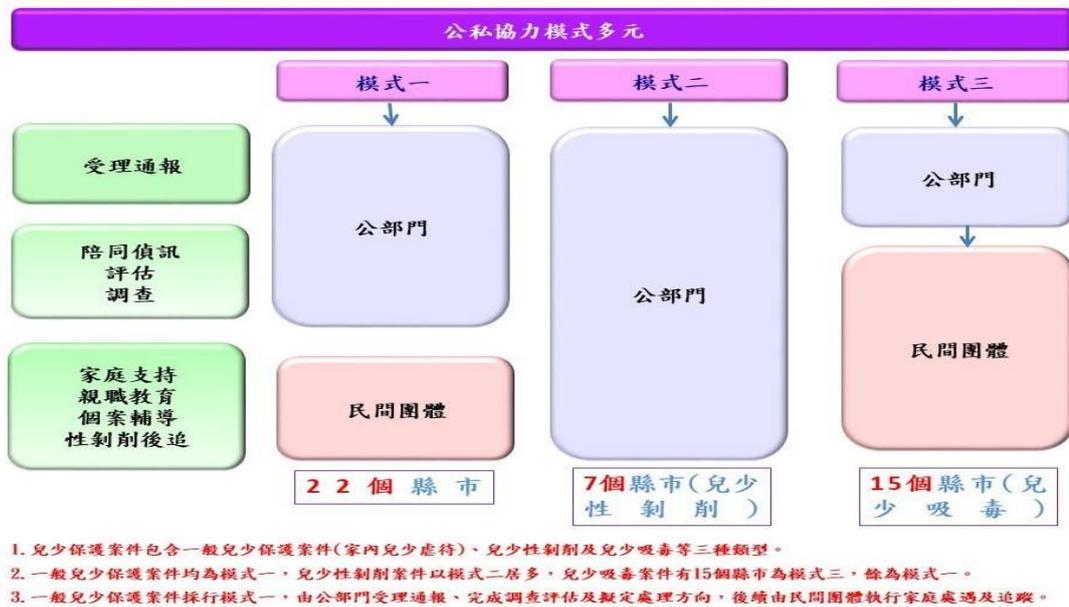
式理念未能落實，各項服務資源的投入顯得片段、零碎，效果有限。

其次是目前在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。

再者是兒少保護體系公私垂直整合合作待強化亦是關鍵，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、服務者親職知能待提升、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，各項服間的委辦模式亦有不同，應有整合的空間。

大致來說，保護個案服務大多採取公部門受通報，偵訊評估調查則除兒少吸毒部分交由民間辦理外，特別在家暴被害人服務及性剝削部分，均由政府辦理，特別在家暴被害人服務部分，有二十二個縣市採取垂直整合之模式。(如下圖)



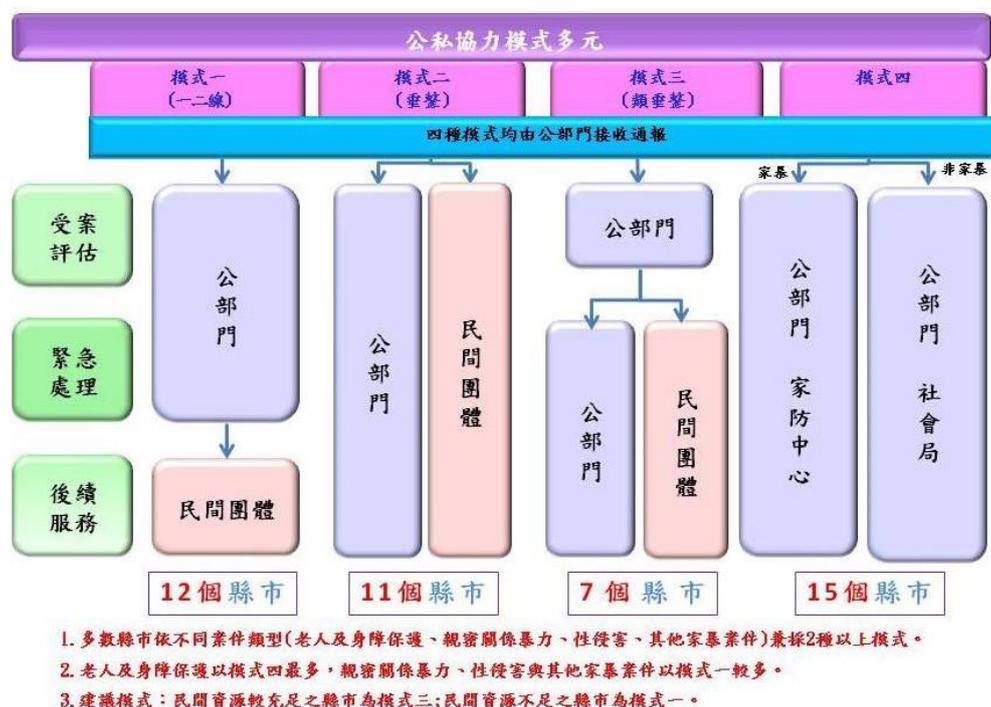
圖：保護服務公私協力模式圖

在成人保護服務部分，衛福部（2018）認為，公私協力垂整模式相當多元，保護扶助措施有待深化，因為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：一、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。二、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。三、依案件類型提供類垂整服務（高風險、中低風險）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處分別受案最多，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。

四、服務品質指標

所謂「服務」是無形的及無實體的產品，沒有固定的標準模式。服務品質的好壞與否，無法用體積、重量和成分等量化的數字來判斷。換言之，服務品質優劣的衡量，視顧客的感覺而定。Parasuraman、Zeithaml、Berry(1985)三位學者認為服務品質的優劣，是針對顧客對服務品質的期望(ES)，及顧客實際感受的服務(PS)，進行差距衡量，若 $ES \leq PS$ 為高服務品質， $ES > PS$ 則為低服務品質。

Parasuraman、Zeithaml、Berry(1985, 1988, 1991)所提出一個 P. Z. B 服務品質概念性落差模式。深入訪談了銀行業信用卡公司、證券商和產品維修業等四個企業的管理人員及顧客。從訪問中發現，顧客對服務前的期望及服務後的認知有差距。服務品質的發生，是由於服務產生與傳遞的各環節中有五個落差(Gap)，這五個落差是服務業者的服務品質始終無法滿足顧客需求的原因。而業者要滿足顧客的需求必須強化正向落差、消除負向落差。在此五個落差模式之中，其中落差一~落差四均由

業者本身造成，屬於服務提供者的服務與實際感受之間的差距，而落差五則顧客期望與實際認知的差異。落差五是落差一～四的函數。茲分別說明如下：

（一）落差一：顧客對服務的期望與業者對顧客期望的認知之間的差異。主要是因為服務業者無法瞭解顧客對服務品質的期望，因而無法滿足顧客所期望的服務。

（二）落差二：顧客期望之認知與服務品質標準之間的差異。因業者受限於市場環境或資源條件，而無法提供消費者所需的服務。

（三）落差三：服務品質標準與實際服務之間的差異；在服務的傳遞過程中，雖然業者對服務品質訂有一定的規範，但員工實際所提供的服務，無法達到要求的水準，因此造成服務的落差。

（四）落差四：實際服務與顧客溝通間的差異。主要是業者使用廣告或其他方式與顧客溝通時，對所提出的承諾無法完全履行，或是無法達到顧客期望。

（五）落差五：服務的期望及實際接受服務後所產生的認知差異，顧客期望的服務受到過去的經驗、企業形象及口碑的影響。若顧客期望的服務低於實際的服務水準，則顧客對服務品質水準會有較高的評價；反之將產生較低的評價。

其後 Parasuraman et al. (1988)更將十個服務品質決定要素整合

成五個衡量服務品質決定因素：(1)有形性(tangibles)：指硬體設備、服務人員穿著。(2)可靠性(reliability)：履行承諾解決問題的能力。(3)對應性(responsiveness)：保持服務的熱誠。(4)保證性(assurance)：重視顧客隱私及禮貌的態度。(5)同理心(empathy)：考量顧客利益與關懷顧客需要。

五、家暴服務檢核指標

前述之垂直整合或分一二線的模式，所面臨之社工運作之介入時機、判斷提供何種服務與時間長短之問題可能是工作與歷練與經驗判斷的議題，或可稱為「隱性知識(tacit knowledge)」，而非「顯性知識(explicit knowledge)」(Smith, 2001)。然而，透過督導與服務階段之檢核指標，可以使部分之隱性知識(Holste & Fields, 2010)在教育學習中，建構服務之模式，獲得顯性知識之學習。Nonaka(1991, 2007)指出，有4類組織創造知識的基本模式，包括：第一類是從顯性知識到顯性知識的知識之建構，即透過文字描述之學習；第二類是從隱性知識到隱性知識的知識之建構，即透過經驗判斷與體驗之學習。此二者是較為明顯易懂的。除此之外，他認為還有第三類，即從隱性到顯性的討論記錄，此即透過經驗判斷與體驗之描述，採創新方式將如何操作敘述在操作手冊中，然後使用內容來創建新服務。從隱性知識轉換到顯性知識，是指將不可言傳的工作找出表達方式(Stewart, 1997)。如果要用文字敘述此一部分，

從隱性轉向顯性知識涉及學習者與教學者眼光世界之實然面與應然面。再者，另有第四類，即是從顯性知識到隱性知識，即用個人參考的框架重構或詮釋其顯性知識，讓顯性知識可以了解並內化或被別人接受。一個人的獨特隱性知識可以創新的方法來應用，以擴大、擴展或重新建構一個具體想法。除非隱性知識可以被操作及內化，否則它不能成為一個人的知識基礎的一部分。由於家庭暴力服務與介入的複雜與多元，我們認為後二者常是進行家庭暴力服務與介入最重的方法。而操作手冊或檢核表是極重要的判斷操作方式，其中檢核表涉及介入時機之判斷與提供如何服務適當性之判斷，值得深入探討。

由於操作手冊涉及社工實務工作者之全面的服務，非在本研究討論範圍部分。在涉及介入時機之判斷與提供如何服務適當性之判斷檢核表部分，黃志中等(2006)藉由高雄市衛生局制定之家庭暴力驗傷注意事項檢核表做為工作人員實務介入工具，針對家庭暴力被害人之醫療紀錄內容進行檢核表應用前後進行評值，比較檢核表施行前後，對於家庭暴力之醫療紀錄完整性改變情形。研究結果確實發現，使用檢核表可以促進家庭暴力醫療紀錄更趨完整性，顯示其正向結果且又未顯著增加患者就醫時間，顯示檢核表值得推廣運用。茲就目前研究初擬之接案後一線二線服務檢核指標(黃松林等，2016)列表(表2.1)如下：

表 2.1 接案後一線二線服務檢核指標

	檢核指標項目	檢核指標內容	相關單位	備註
1. 個案 評估	個案之心理與生理現況評估	檢視個案之心理與生理受傷危機之現況。	個案與醫院 社政單位一線為主	
	老人或身心障礙否：	了解個案是否為老人或身心障礙者。	社政單位一線為主	
	自殺個案否：	了解個案是否為自殺個案。	心理衛生中心社政單位一線為主	
2. 家庭 評估	量表是否再施測：	重新檢視量表分數。	個案本身社政單位一線為主	
	親密關係：	檢視個案與相對人個案是否為非親密關係。	戶政單位社政單位一線為主	
	過往家暴通報紀錄：	檢視個案過往的通報紀錄。	社政單位一線為主	
	家戶的狀況：	向戶政單位檢視個案戶政資料，了解家戶的狀況。	戶政單位社政單位一線為主	
	家庭是否有目睹兒：	了解個案家庭是否有家暴之目睹兒。	兒少家暴單位社政單位一線為主	
3. 福利 評估	福利服務扶助的狀況：	向社政單位檢視個案福利服務扶助的狀況資料，了解福利服務的狀況。	社政單位社政單位一線為主	
4. 是否 轉介	部分轉介或全案轉介	評估是否保護令執行困難	社政單位一線為主二線為輔	
		正式服務議題	社政各所屬單位	
		經濟救助議題	社政各該所屬單位	
		家庭支持議題	社政各該所屬單位	
		居住安置議題	社政各該所屬單位	

		老人身心障礙鑑定議題	社政各該所屬單位	
5. 介入 計畫	個別化處遇計畫	生理服務、心理輔導、 家庭支持、社會人際與 社會人際計畫	社政單位一線為主 二線為輔	
6. 計畫 執行	個別化處遇介入之執行	生理服務計畫執行	社政單位安置單位 一線為主二線為輔	
		復原力輔導計畫執行	社政單位輔導人員 二線為主一線為輔	
		家庭支持計畫執行	社政單位家庭成員 二線為主一線為輔	
		社會人際計畫執行	社政單位親友成員 二線為主一線為輔	
		就業服務計畫執行	就業單位 社政單位二線為主 一線為輔	
7. 追蹤	追蹤評估成效	評估執行情形	一線為主二線為輔	
8. 結案	二線結案指標：	訂定一致性之結案指標 以供各單位參考。	二線各受託民間 團體	

參、研究方法

一、研究性質

本研究係質性研究，採德菲法進行，其目標在建立受害者轉介服務處遇之妥適性來擬定服務處遇之檢測指標。

二、研究設計

由於係採德菲法進行，研究會針對以下六個方式進行：

(一) 專家小組 (expert panel)

專家的組成決定德菲法研究的最終結果。因此小組成員的遴選占相當重要的成因。由於是針對受議主題探討，所以應有各種不同背景、領域、經驗的人士參與。

(二) 匿名原則 (anonymity)

為避免團體中領導人物引起從眾效應 (bandwagon effect) 及威權式服從 (authoritarian submission) 等心理因素，則採用匿名方式使專家小組成員能自由表達意見，並誘導出不同層次的考量，使表示出的看法兼具公平性。

(三) 回饋控制 (feedback control)

德菲法對研究工具之使用不同於一般問卷的單向溝通。於第一回合專家問卷回收後，研究人員即開始進行統計工作，並於第二回合問卷呈現出第一回合中專家個人之看法及小組之意見趨勢，目的在於使專家們瞭解自己上次的填答內容和群體中之填答傾向。若是專家的原始意見與群體意見不一致，但是後來對群體意見表示贊同，可於下次填答問卷時修正意見。倘若專家對自己原先意見表達堅持立場，亦可以在下次問卷中陳述原因，這是這項研究之精神所在，可以集思廣益又可以維持專家獨立判斷的能力。

(四) 一致性 (consensus)

德菲法是以科學的方式彙整專家的意見，以取得共同的想法，使受

爭議性的主題獲得共識。

(五) 研究者角色的扮演 (the role of the researcher)

研究者有責任對專家解說德菲法的目的與程序，使專家能對研究主題提供個人見解，雙方採互動合作方式。

三、研究設計與分析方式

因此，本研究所進行之德菲法將邀請彰化縣政府社會處一線二線社會工作人員及督導進行填答，了解彰化縣政府社會處家庭暴力防治中心受害者服務處遇之流程與一、二線轉介服務處遇之服務檢測指標。其分析方式係針對德菲法討論之內容進行分析，並檢視相關受害者服務之流程作為檢測指標之依據。透過問題來引導受訪者敘述更多的內容，收集資料後，依序進行資料分析。

四、研究倫理

倫理的道德議題，主要包含研究對象的自願原則、保密原則、公正合理原則、公平回報原則，在設計研究內容時，我們應該充分了解在這個研究原則方面，可能會犯下哪些錯誤或可能遇到的困難，同時設想自己可以用什麼樣的方式去解決(陳向明，2004)。

(一) 承諾與互惠

研究參與者在參與研究的篩選上，透過熟悉的對象進行介紹符合研究之對象，在參與研究時，會事先告知參與者訪談內容將進行錄音，研

究參與者能接受研究者信任與期待參與團體之後的改變，並無任何的互惠協定。

（二） 隱私與保密

在被研究者開始參與訪談之前，主動告知被研究者允諾保密原則，承諾不論在任何情況下都不會暴露研究對象的姓名與身分，所有參與研究對象有關的人名、地名都將使用匿名方式，必要時會將隱私性與研究對象不願公開之內容刪除，研究過程徵詢被研究者同意，研究內容除非必要性以外，無涉及被研究者個案私人事務。

（三） 客觀與真誠的態度

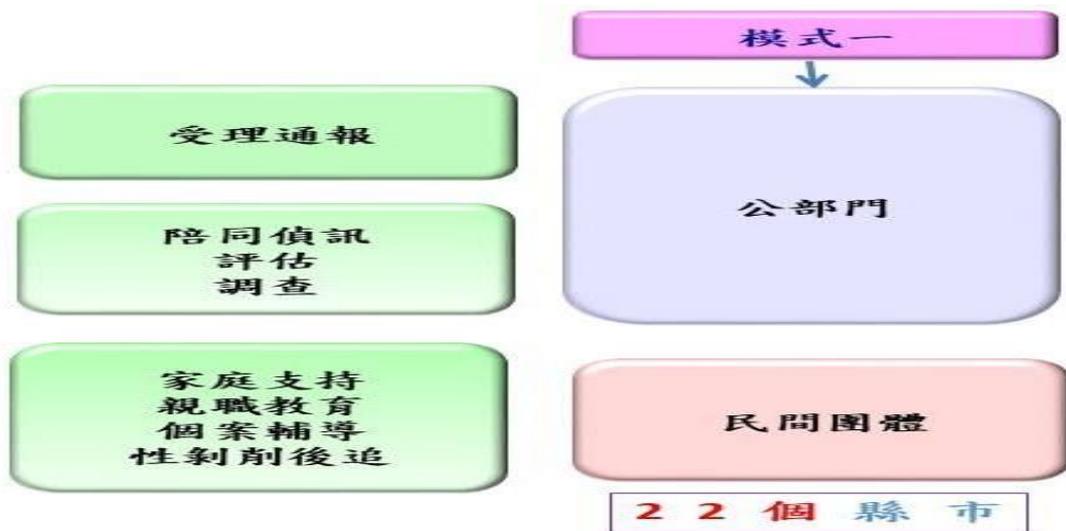
與研究對象訪談時，採開放、彈性的方式，與研究對象站在同理的角度，回應受訪者的生命歷程與過往經驗，撰寫研究報告，遵守客觀立場、真誠態度以對象提供資料、相關文獻描述。

肆、研究結果與分析

一、兒少保護部分

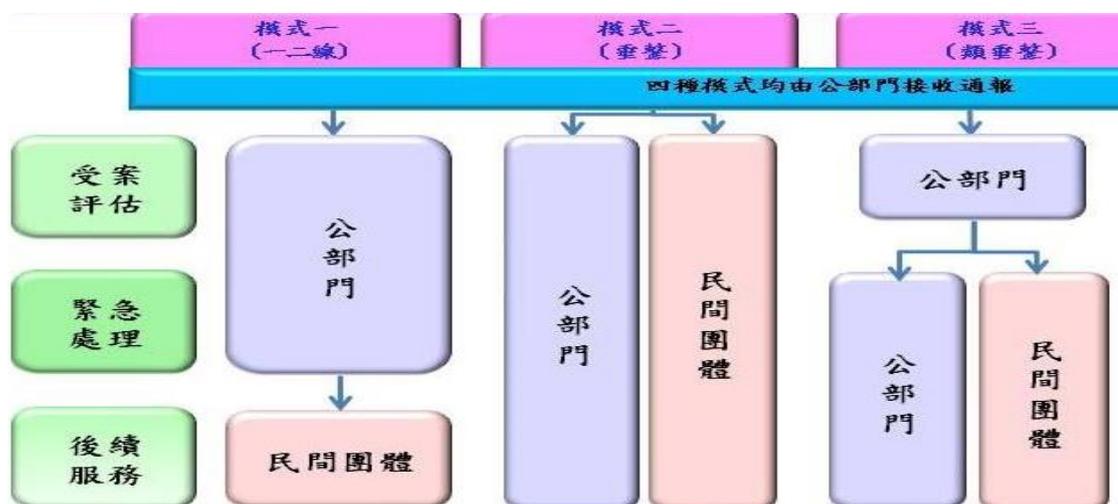
衛福部（2018）認為，由於案件量大、民間資源較充足，建議採模式一（如圖一），由公部門受理通報、完成調查評估與擬定服務方向後，後續再轉由民間團體協助執行家庭支持服務及後續追蹤等工作；對於案件規模較小、民間資源較不足的縣市，建議採模式二，由公部門主責辦理。彰化縣雖非直轄市，但屬資源豐富區域建議採模式一。（如下圖）

圖：保護服務公私協力模式圖



二、成人保護部分

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，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。

以目前彰化縣現況來看，一般成人保護部分採取模式一之一二線的方式為佳；而老人及身心障礙者之保護部分，由於需從專業的角度出發，如採取模式二之方式，即公部門與民間團體採取伙伴關係，共同以專業行政合作的服務模式發展保護服務的機制；當然，老人及身心障礙者之保護部分亦可採取模式三來進行，亦即採取公部門從專業的角度出發，先進行第一線危機評估，其後再與民間團體進行危機處遇與處理，依需要隨時轉介互動與服務，並進行後續服務。

三、家暴服務自我檢核指標部分

經檢視指標之結果如下(表4.1)：

<p>一、 個案之心理與生理現況評估</p>	<p>檢視個案之心理與生理受傷危機之現況。檢視個案之心理與生理因受暴而產生的影響，包含過去與現在。建議本項指標內容除檢視本次受暴後的身心狀態，未受暴前的身心狀態亦需評估。</p>	<p>社會處保護單位</p>
<p>老人或身心障礙否：</p>	<p>了解個案是否為老人或身心障礙者。建議除評估個案身為老人或身障者角色，亦應評估特殊角色對於生活自理、自我保護的影響程度為何，非僅是查詢是否為特定身份。建議增加障別說明及精障是否為公衛列管對象。能更具體是否領手冊、障礙的類別、是否有列管</p>	<p>社會處保護單位 社會處老人或身心障礙單位 社會處老人或身心障礙單位評估及提供處遇</p>
<p>自殺個案否：</p>	<p>了解個案是否為自殺個案。建議若查詢到個案或相對人為自殺個案，應連結/聯繫相關衛政單位介入，非僅是查詢是否為自殺身份。建議說明是否通報及是否為列管對象，是否有列管</p>	<p>社會處保護單位 衛生局</p>
<p>二、 量表是否再施測：家庭評估</p>	<p>重新檢視量表分數。同意不論通報表通報危險分數為何，一線社工皆應再次施測量表。</p>	<p>社會處保護單位</p>
<p>親密關係：</p>	<p>檢視個案與相對人個案是否為非親密關係。檢視個案與相對人個案親密關係與否、是否同住。建議評估及瞭解兩造的婚姻史、感情史、以及兩造互動情形、居住情形，非僅是確認兩造是否為親密關係即可。建議增加說明詳細狀況：結婚幾年、交往幾年、離婚及年等。建議應有較初步的資訊，如婚姻史、家庭</p>	<p>社會處保護單位</p>

或被害人與相對人的互動關係等。

過往家暴通報紀錄：

檢視個案過往的通報紀錄。

社會處保護單位

建議可增加過往通報時的受暴樣態為何，因應方式為何？

檢視個案過往系統通報紀錄以及案主過去受暴程度、因應方式。

建議查詢完過往通報史後，可進一步評估衝突的危險因素為何、暴力樣態及頻率、個案的因應方式、因應成效。

建議說明雖無通報記錄但有受暴之受暴狀況即未通報原因。

家戶的狀況：

向戶政單位檢視個案戶政資料，了解家戶的狀況。

**社會處保護單位
戶政單位**

建議內容及理由如下：一線社工於保護資訊系統上具權限，可取得案家家戶狀況。

然二線社工未有權限可瞭解案家家戶狀況，須由一線社工協助查詢轉知。

建議可提供戶政資料予以二線單位。

➤ 建議每一案皆查詢戶政資料，以供二線社工快速銜接服務。

➤ 建議瞭解同住人口、非同住人口但有經常聯繫的家屬。

1、若有未成年子女，建議增加說明就學學校，以利資源連結。

2、若有福利身份請協助說明福利提供現況。

警政單位

家庭是否有目睹兒：

了解個案家庭是否有家暴之目睹兒。

社會處保護單位

瞭解個案家庭子女數及年齡層，並確認案家目睹兒身心狀況。

教育單位

建議若發現有目睹兒少，應協助轉學校知會單，並於紀錄中記載已知會學校或附上知會單。

建議說明轉介狀況及若只轉學校未轉方案之原因。

建議說明轉介單位及未轉之原因。

<p>三、福利服務扶助的狀況： 福利評估</p>	<p>向社政單位檢視個案福利服務扶助的狀況資料，了解福利服務的狀況。 二線社工系統權限不足以瞭解案家家戶狀況，須由一線社工協助查詢轉知。 建議於紀錄中可記載案家目前領有的補助名稱及金額等福利概況。建議若發現有目睹兒少，應協助轉學校知會單，並於紀錄中記載已知會學校或附上知會單。</p>	<p>社會處保護單位 社會處老人或身心障礙單位</p>
<p>四、部分轉介或全案轉介 是否轉介 非家暴議題之轉介評估 應視個案情況(如身障或老人)評估是否於接案之初，即連結身障、老人資源來共案處理；但若非家暴議題，可討論是否即轉由相關單位處理。</p>	<p>評估是否保護令執行困難、僅正式服務、僅經濟議題、僅家庭支持議題、居住品質議題、鑑定議題 評估僅正式服務、僅經濟議題、僅家庭支持議題、居住品質議題、身障鑑定議題。 建議應擬訂與老人、身障、婦幼等科室的分工共識，建議於初評時即可進行分流；若有模稜兩可的個案(如老人受暴，又因老人疾病但無法就醫的雙重需求)可透過共案處理的方式來合作。 指標內容尚無法含括所有轉介單位，建議修改為若評估個案有其他需求，必要時需進行轉介，以預防應轉介然未轉介之情形。</p>	<p>社會處保護單位 社會處婦幼、老人或身心障礙單位</p>
<p>五、個別化處遇計畫 介入計畫 為因應保護資訊系統的規格，建議修正：『處遇目標與工作計畫』。</p>	<p>規劃生理服務、心理輔導、家庭支持、社會人際與社會人際計畫 家庭支持、社會人際與社會人際計畫可否再具體說明施行範圍、程度。 安全計畫、法律扶助、個人或家庭關係之心理治療或輔導、社會福利資源協助、醫療諮詢、社會支持系統建立、就業或職訓計畫。 安全計畫、法律知能及資源運用、社會福利諮詢或申請、個人或家庭關係之心理輔導等。 本項「個別化處遇計畫」與下項「個別化處遇介入之執行」並未互相呼應。且保護扶助系統已經修改為「處遇計畫及工作目標」，建議指標名稱需統一。</p>	<p>社會處保護單位 社會處婦幼、老人或身心障礙單位 社會處保護單位及受委託單位</p>

六、 計畫 執行	個別化處遇介入之 執行 個人化之處遇目標 與工作計畫 個人化之處遇目標 與工作計畫	生理服務計畫執行 欲詢問生理服務計畫之施行程度，偶須與 衛政單位共同合作提供服務。 建議可納入下個指標並增加「安全計畫執 行」，理由：安全議題為成人保護個案重 要的目標之一。 ➤ 指標內容說明不明確，尚無法知悉含 括內涵為何。本項「生理服務計畫執 行」泛指安全需求還是居家服務需 求？ ➤ 現行家暴案件的類型多元且個案個 別需求亦多元，建議有關需求及處遇 之面向，修改為「處遇目標及工作計 畫」，社工應檢視處遇目標與工作計 畫是否有相呼應。 ➤ 目前指標內容較偏向於復元階段的 處遇，然現行一二線仍有低中高危機 個案需服務，本項內容未包括安全層 面。	社會處保護單位 社會處婦幼、老人 或身心障礙單位 衛政單位 社會處保護單位及 受委託單位
		復原力輔導計畫執行 復原力不見得是每個單位都運用的觀 點，故建議修正『個人身心復原輔導計畫 執行』。	社會處保護單位 社會處婦幼、老人 或身心障礙單位 社會處保護單位及 受委託單位
		家庭支持計畫執行 由於不詳家庭支持計畫之施行程度，故難 以進行填答。 「醫療資源連結計畫」，增加理由：部分 個案、大多相對人個案有精神醫療等需 求，故建議增加。	社會處保護單位 社會處婦幼、老人 或身心障礙單位 社會處保護單位及 受委託單位
		社會人際計畫執行 由於不詳社會人際計畫之施行程度，故難	社會處保護單位 社會處婦幼、老人

以進行填答。

『經濟扶助計畫』，建議增加理由：部分個案有經濟困難，故建議增加。

『法律扶助計畫』，建議增加理由：多數個案都有聲請保護令、離婚等議題而需法律資源，故建議增加。

或身心障礙單位

社會處保護單位及
受委託單位

就業服務計畫執行

社會處保護單位

社會處婦幼、老人
或身心障礙單位
勞政單位

社會處保護單位及
受委託單位

七、 追蹤評估成效 追蹤

評估執行情形

社會處保護單位

社會處婦幼、老人
或身心障礙單位

社會處保護單位及
受委託單位

(一) 生理追蹤評量

(二) 心理追蹤評量

(三) 家庭追蹤評量

(四) 社會人際追蹤評量

建議修正如同上一點的執行計畫來轉換成評估指標：

(一) 安全計畫執行評估

(二) 法律扶助執行評估

(三) 經濟扶助執行評估

(四) 個人身心復原計畫執行評估

(五) 醫療資源連結計畫執行評估

(六) 家庭支持計畫執行評估

(七) 社會人際計畫執行評估

(八) 就業服務計畫執行評估

- 從未有本項指標內的任何評量，統一供參考及運用，建議本項指標內容刪除之，抑或待一二線社工有實際操作相關評量時，方能列為參考項目。
- 本項指標的「評量」若是指「評估」，則建議詞語需修正之。

八、 結案	<p>一二線結案指標：</p> <p>(一)一、二線結案指標的差異？</p> <p>(二)二線結案指標與衛生福利部公告於104年1月1日起適用之家庭暴力案件結案評估指標之差異？</p> <p>(三)建議以衛生福利部公告於104年1月1日起適用之家庭暴力案件結案評估指標為基礎，不論一二線都是以個案為中心，故建議修正「個案結案指標」已有衛服部結案指標</p>	<p>(一)一致性之一二線結案指標會議</p> <p>(二)就業就學就養居住服務穩定之評量討論</p> <p>(一)擬定一致性的一線結案指標。</p> <p>(二)擬定一致性的二線結案指標。</p> <p>1. 一致化人身安全結案指標，個別化處遇較難一致化。</p> <p>2. 針對非典型就業進行穩定評估。</p> <p>針對第二點就業就學就養居住服務穩定之評量討論，須個別化進行評估，否恐使直接服務社工作業不順。</p> <p>本指標內容不符合中央保護服務司之成保個案結案指標，若以此寫法，未來是否就得固定召開結案指標會議。第二點的評估討論，建議直接刪除。</p> <p>建議修正如下：</p> <p>依據中央訂定之成人保護個案結案指標及本縣之細部指標。</p> <p>備註：有關本縣之細部指標，建議事前有結案指標的細部操作化指標，以利建置本縣對應中央指標下的細部化指標。</p> <p>➤ 本項指標第一項「一致性之一二線結案指標會議」，此部分尚未定案及正式會議決議，且實務工作上案量多、訪視時間緊迫、行政方案繁雜，實屬窒礙難行，建議不列為參考指標。</p> <p>➤ 本項指標第二項未包括上述的處遇目標及處遇計畫，然特別針對「就業就學就養居住服務穩定之評量討論」列為結案指標，實有突兀之舉，建議本項不列為參考指標。</p> <p>已有衛服部結案指標</p>	<p>社會處保護單位</p> <p>社會處婦幼、老人或身心障礙單位</p> <p>勞政單位</p> <p>社會處保護單位及受委託單位</p>
----------	---	---	--

伍、結論建議

一、兒少與成人保護部分

彰化縣雖非直轄市，但屬資源豐富區域。衛福部（2018）認為，由於案件量大、民間資源較充足，兒少保護部分建議採模式一，即由公部門受理通報、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。然而，在成人保護體系有關彰化縣公私部門協力模式有調整必要，以目前彰化縣現況來看，一般成人保護部分採取模式一之一二線的方式為佳；但因老人及身心障礙者之保護部分，需從老人及身心障礙者專業的角度出發，如採取模式二之方式，即公部門與民間團體採取伙伴關係，共同以專業與行政合作的服務模式發展保護服務的機制應是較為妥當之模式；當然，老人及身心障礙者之保護部分亦可採取模式三來進行，亦即採取公部門分組服務，從公部門專業的角度出發，先進行第一線危機評估，其後再與老人及身心障礙者之民間團體進行危機處遇與處理，依需要隨時轉介互動與服務，並進行後續服務，亦為極佳之模式。

二、家暴服務自我檢核指標部分

本研究基於家暴服務有其個案管理特質，如何促使工作者隨時自我檢視，在兼顧工作效率與服務之效益下，初步確認家暴服務內部自我檢核指標如下表（表5.1）：

表5.1 家暴服務內部自我檢核指標表

項目	檢核指標	檢核指標內容	主責單位
	項目		
一、 個案 評估	個案之 心理與 生理現 況評估	檢視個案之未受暴前之身心狀態、評估心理與生理因受暴而產生的影響，包含過去與現在： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護 單位
	老人或 身心障 礙否：	除評估個案身為老人或身障者角色，亦應評估特殊角色對於生活自理、自我保護的影醒程度為何，增加障別說明及精障是否為公衛列管對象、能更具體是否領手冊、障礙的類別： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述 _____	社會處老人 或身心障 礙單位評 估及提供 處遇
	自殺個 案否：	查詢個案或相對人為自殺個案，連結/聯繫相關衛政單位介入，建議說明是否通報及是否為列管對象： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述 _____	社會處保護 單位 衛生局
二、 家庭 評估	量表是 否再施 測：	不論通報表通報危險分數為何一線社工再次施測量表： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述 _____	社會處保護 單位
	親密關 係：	檢視個案與相對人個案親密與互動關係與否、同住或居住情形，評估及瞭解兩造的婚姻史（如結婚幾年、交往幾年、離婚幾年）、感情史、以及兩造互動情形等： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述 _____	社會處保護 單位

過往家暴通報紀錄：	檢視個案過往的通報紀錄、過往通報時的受暴樣態程度為何，因應方式為何？進一步評估衝突的危險因素為何、因應成效及未通報原因： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護單位
家戶的狀況：	一線社工提供戶政資料予以二線單位：每一案皆查詢戶政資料，以供二線社工快速銜接服務。瞭解非同住人口但經常聯繫的家屬。若有未成年子女，增加說明就學學校；若有福利身份請協助說明福利提供現況： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護單位 警政單位
家庭是否有目睹兒：	瞭解個案家庭子女數及年齡層，並確認案家目睹兒身心狀況，協助知會學校，並於於紀錄中記載已知會學校或附上知會單，建議說明轉介狀況，若只轉學校未轉方案之原因為何： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護單位 教育單位
三、福利服務 福利評估	一線向社政單位檢視個案福利服務扶助的狀況資料，了解福利服務的狀況。並於紀錄中記載案家目前領有的補助名稱及金額等福利概況： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護單位 社會處兒少老人或身心障礙單位
四、非家暴議題之轉介 轉介評估 應視個案情況於接案之初，即連結身障、老人資源來共案	評估僅正式服務、僅經濟議題、僅家庭支持議題、居住品質議題、身障鑑定議題 建議應擬訂與老人、身障、婦幼等科室的分工共識，若有模稜兩可的個案(如老人身心障礙者受暴)可透過共案處理的方式來合作。若評估個案有其他需求，必要時需進行轉介，以預防應轉介然未轉介之情形： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護單位 社會處婦幼、老人或身心障礙單位等相關單位

處理。

五、 介入 計畫	處遇目標 與工作計 畫	規劃安全計畫、法律扶助、個人或家庭關係之心理治療或輔導、社會福利資源協助、醫療諮詢、社會支持系統建立、就業或職訓計畫： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護 單位及受委 託單位
六、 計畫 執行	個人化之 處遇目標 與工作計 畫執行	人身安全計畫執行與醫療資源連結計畫： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述 _____	衛政單位。 社會處保護 單位及受委 託單位
		個人身心復原輔導計畫執行： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護 單位及受委 託單位
		協助尋求可能之家庭成員支持： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護 單位及受委 託單位
		協助尋求可能之社會人際經濟扶助法律扶助服務： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述 _____	社會處保護 單位及受委 託單位
		就業服務計畫執行： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護 單位及受委 託單位 勞政單位
七、 追蹤	追蹤 成效	依個別個案計畫需要，選擇進行下列之評估請評量之： （一）安全計畫執行評估： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	社會處保護 單位及受委 託單位
		（二）法律扶助執行評估： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	
		（三）經濟扶助執行評估： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	
		（四）個人身心復原計畫執行評估： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	
		（五）醫療資源連結計畫評估： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	
		（六）就業服務計畫評估： <input type="checkbox"/> 待加強 <input type="checkbox"/> 已執行 <input type="checkbox"/> 無需執行 <input type="checkbox"/> 其他請敘述_____	

個案結案 依據結案指標進行結案：待加強已執行無需執行 社會處保護
指標：其他請敘述_____ 單位及受委
託單位

參考書目

黃松林、楊秋燕與黃荻(2016)。105 年度彰化縣家庭暴力被害人工作模

式與檢核指標計畫成果報告書。彰化縣：彰化縣政府社會處。

林朝源、秦儀庭(2012)。PZB 服務品質模型探討服務品質與顧客滿意度

之研究，12.07，彰雲嘉大學校院聯盟學術研討會。

Elizabeth A. Smith, (2001) "The role of tacit and explicit knowledge in the workplace", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 5 Issue: 4, pp.311-321.

Hawkins, Siân & Taylor, Katy (2015). *The Changing Landscape of Domestic and Sexual Violence Services*. All-Party Parliamentary Group on Domestic and Sexual Violence Inquiry. Bristol: Women's Aid Federation of England.

Hester, M (2013) *From Report to Court: Rape cases and the Criminal Justice System*. Bristol: University of Bristol and Northern Rock Foundation

Hester, M & Lilley, S-J (2015) *More than Support to Court*. Bristol: University of Bristol and Northern Rock Foundation

Hester, M. & Lilley, S-J (2016) *Rape investigation and attrition in acquaintance, domestic violence and historical rape cases*. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 1–14. doi: 10.1002/jip.1469

Hester & Feder (2015) *Gender-based violence against women*. In Davies, SC, *Annual Report of the Chief Medical Officer, 2014, the health of the 51% women*. London: Department of Health.

Holste, J.S., Fields, D. (2010), "Trust and tacit knowledge sharing and use", *Journal of Knowledge Management*, Vol.14, No.1,

pp.128-140.

Nonaka, I. (1991) "The knowledge-creating company", Harvard Business Review, Vol.69, No.6, pp.96-104.

Nonaka, I., Toyoma, R. (2007) "Why do firms differ? The theory of knowledge-creating firm", in: Ichijo, K., Nonaka, I. (eds.) Knowledge creation and management. New challenges for managers, pp.13-32, Oxford University Press, Oxford.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L.(1985), Problems and Strategies in Services Marketing , Journal of Marketing, 49, Spring, 33-46.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A.,& Berry, L. L.(1988), The SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality , Journal of Retailing, 64(1), 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L .L. (1991). Delivering quality service : Balancing Perceptions and Expectations.