

行政院衛生福利部
104 年度「直系血親卑親屬虐待尊親屬
之問題類型與評估處遇模式」

期末報告

案號： M04C4440
申請機構：國立臺北護理健康大學
機構負責人：謝楠楨
研究主持人：張宏哲
研究員：林昱宏
地址：臺北市萬華區內江街 89 號
電話：02-2822-7101*6132
傳真：02-2389-1464
電子郵件：hongjer@ntunhs.edu.tw

中 華 民 國 1 0 5 年 1 1 月 2 4 日

研究建議

建議一：強化社區民眾有關失智症和老人暴力的宣導和教育的工作，焦點集中在失智的症狀的覺察，和強化提早發現、提早診斷、提早就醫、和提早因應的相關衛教。

短期目標：盤點和瞭解目前連結失智和老人保護主題的宣導方案和活動。

中期目標：以方案委託方式，補助目前已經投入失智症宣導的機構或民間團體融入老人保護宣導的主題和內容。

長期目標：以長青學苑學員為對象，將失智和老人保護連結的主題納入長青學苑課程的主題和內容之中。

建議二：強化社區網絡責任通報人員有關老人保護的教育，主軸放在老人社會心理特質、老人受暴的指標和特徵、危險因子的辨識、和相關法規的簡介。

短程目標：盤點目前社區網絡責任通報人員老保護教育相關方案和活動現況。

中程目標：委託民間機構編輯老人社會心理、受暴指標和特徵、危險因子、和相關法規的教育訓練手冊。

長程目標：建立老人保護責任通報人員教育訓練的優先順序，以最容易接觸到老人保護個案的長期照顧居家照顧服務系統的照顧服務員為優先。

建議三：針對我國老人保護相關法規和研究有關老人受暴的類型、指標、定義、和特徵，訂定統一的標準。

短程目標：委託學者專家彙整老人受暴的類型、指標、定義、和特徵。

中程目標：舉辦專家學者和實務工作者徵詢會議，針對上述的彙整進行研議。

長程目標：公布統一的版本，並且擬定未來修訂的期程，進行必要的修訂。

建議四：建置疑似老人受暴者的資料庫和溝通平台，建立列管和解列管的標準，強化後續追蹤的效能。

短程目標：邀集老人保護工作者和專家學者與會，共同探討和研議這類資料庫和溝通平台的可行性。

中程目標：確立這類資料庫和溝通平台形式、內涵、資料維持和更新的原則，以及主責機構的角色和功能。

長程目標：定期檢視這類資料庫和溝通平台的功能和作用，進行必要的修正。

建議五：建構「老人受虐危險指標」

短程目標：以楊培珊老師接受委託建立「老人受虐危險指標」和本研究上述彙整的指標為基礎，邀請老人保護工作人員進行確認和提出修訂的建議。

中程目標：公布新修訂的「老人受虐危險指標」，進行人員訓練，並正式使用。

長程目標：定期檢視該指標實際應用的情形，並進行必要的修訂。

建議六：建立老人保護社區網絡協調和整合機制。

短程目標：委託專家學者或民間機構彙整目前各縣市老人保護社區網絡溝通、協調、和整合的現況與機制，並且研議可行的模式。

中程目標：試行經過研議的機制。

長程目標：定時針對上述建構的機制進行檢視和修訂，增進其效能。

建議七：強化老人保護工作人員訓練的主題和內容，在教育訓練課程納入老人社會心理和專業互動關係建立相關的主題（包括和失智長者的互動技巧和協助長者進行「輔助宣告」與「監護宣告」申請的原則和作法）。

短程目標：召開專家和實務工作者會議，研議和確認老人和失智長者的社會心理特質、專業互動技巧、和協助辦理「輔助宣告」和「監護宣告」，以及向法

官提出相對人處遇裁定的技巧等知能的教育訓練的主題、內容、和方式。

中程目標：針對上述的主題編撰教育訓練和實務操作手冊。

長程目標：委託民間機構協助提供上述主題的教育訓練。

建議八：強化老人保護工作人員家庭動力分析和協商知能的相關訓練。

短程目標：委託民間機構研議和確認老人保護工作人員家庭動力分析和協商必須具備的知能的教育訓練的主題、內容、和方式（包括實際演練）。

中程目標：針對上述的主題和內容編撰實務操作手冊，包括：老人保護情境家庭動力分析和協商的案例彙編。

長程目標：委託民間機構協助提供上述主題的教育訓練。

建議九：強化老人保護安置機構的可近性。

近程目標：彙整各縣市老人保護機構安置目前遇到的困境和研議因應之道。

包括：全面檢討安置費用偏低的問題，進行必要的補救措施，以及失智受暴長者機構安置的困境和因應之道。

高費用，或者強化機構接受老人保護安置個案的意願。

中程目標：建立強化機構接受老人保護安置個案意願的獎勵機制。例如：提高費用或補助、評鑑加分。

長程目標：定期檢討和改善上述的機制。

建議十：選擇 5 個縣市成立老人保護專組。的縣市的人力配置、配套措施、教

短程目標：彙整已經成立老人保護專組縣市的經驗，接洽有意願的縣市進行試辦計畫。

中程目標：定期評估試辦計畫的成效和檢視遇到的困難和提出因應之道。

長程目標：擴大試辦計畫，徵詢和鼓勵各縣市試辦的意願。

建議十一：建構老人保護受害者支持團體服務模式

短程目標：委託民間機構研議老人保護受害者支持團體服務模式和操作手冊。

中程目標：補助老人保護服務相關機構試辦老人保護受害者支持團體。

長程目標：彙整試辦方案成效和改善與強化的建議，擴大補助辦理支持團體。

建議十二：建立老人保護處遇模式（社會福利和老人保護）分工機制

盤點任何有關老人受暴者支持團體的方案，研議團體方案的結構、形式、主題和內容，以及團體帶領的技巧，實驗老人受害者支持團體的可行性。

建議十三：建立和落實老人保護處遇分工模式。

短程目標：彙整目前老人保護處遇分工機制與現況，研議老人保護處遇分工模

式，依據新建構的老人危機指標進行區分，高危機個案歸屬家防中心，低危機或低風險個案歸屬老人福利相關科組。

中程目標：選擇三個縣市試辦處遇分工計畫，進行必要的檢視和修訂。

長程目標：擴大實施範圍到各縣市，定期檢視和改善分工機制。

建議十四：建立物質濫用和精神疾患引起的老人保護案例網絡分工處遇模式。

短程目標：委託民間機構彙整目前物質濫用和精神疾患引起的老人保護案例社

區網絡分工的處遇現況，研議社區網絡分工的處遇模式。

中程目標：選擇三個縣市（區域或醫療單位）試辦社區網絡分工處遇的模式。

長程目標：擴大社區網絡分工模式到各縣市，並定期檢視實施現況和改善現有的分工模式。

目錄

摘要.....	1
第一章 研究目標和背景.....	2
第一節 背景和緣起	2
第二節 重要性和目的	4
第二章 國內外文獻探討	8
第一節 暴力的樣態	8
第二節 需求與求助方式	15
第三章 研究方法與方式	28
第四章 研究結果	33
第一節 焦點團體	33
第二節 案例研討會	56
第三節 深入訪談結果	97
第四節 案例分析	117
第五章 研究結果討論與建議	132
第一節 問題類型與處遇模式彙整	132
第二節 結果討論和建議	140
參考文獻.....	176
中文	176
英文	178
附件.....	181

摘要

隨著人口老化，失能和失智的人口增加，老人虐待的人數也呈現上升的趨勢，受虐的類型之中，以直系血親卑親屬虐待尊親屬的案例占大多數，這些案例又以老年父母和中年子女或孫子女居多，青少年對父母親施暴的案例相對的比較少；人口的老化和老人虐待案件的成長使得老人保護成為重要的社會問題，只是有關老人虐待的研究並不多，針對直系血親卑親屬虐待尊親屬的問題進行研究的則更少，有關這類案例的類型和對應的處遇模式的研究則更缺乏。

本研究的目的有三：一是建立本土直系血親卑親屬虐待尊親屬樣態，包括：暴力樣態、衝突原因、施暴手法、施虐者成長經驗、家庭互動關係或家庭動力；二是探討直系血親卑親屬虐待被害人因應暴力的方式和服務需求。三是建構直系血親卑親屬虐待尊親屬問題類型，並且提出對應的處遇模式，包括評估、會談、處遇計畫、計畫執行、和處遇結果評估。

本研究採質性設計，透過焦點團體、深入訪談、和進入「家庭暴力暨性侵害防治中心」接受處遇的案例等三種方法蒐集資料，焦點團體將在北中南東各辦理一場，每場預計 10 人，另外，針對三種案例類型（失智、青少年、原住民）分別進行一場焦點團體，每場 8 人，焦點團體總共有 7 場，64 人參與。深入訪談的對象則是受害者和加害者，針對前述的三種案例類型分別訪談兩組人，總共訪談 12 人，另外，預計進行案例分析的數量為每縣市兩個案例（共 44 個），三種特定的案例類型則每種兩個案例（共 6 個），總共 50 個。

為了確保研究倫理，研究進行之前將先取得台灣大學或聯合醫院的 IRB 的核准，再進一步取得個案或監護人的同意。研究的結果彙整之後，依據結果提出處遇和政策相關的建議。

關鍵字：直系血親卑親屬 尊親屬虐待 案例類型 處遇模組

第一章 研究目標和背景

第一節 背景和緣起

人口快速老化和失能人口增加，長者受暴的人數持續成長，老人虐待已經成為全球性的健康和人權的重要問題（Dong, 2015；Hoover & Polson, 2014；World Health Organization, also WHO, 2002），台灣也不例外，根據「行政院衛生福利部統計處」的「家庭暴力事件通報案件統計」資料（2015a）顯示，2005 到 2014 年（見表 1），老人受暴人數分別是 1616、1573、1952、2271、2711、3316、3193、3625、3624、和 3375 人，雖然有消長的情形，整體而言呈現上升的趨勢，另一項統計則是「家庭暴力事件通報被害人和加害人概況」資料（2015b）呈現的個案數（見表 1）明顯地比前一項資料高出許多，該項資料逐年上升的趨勢則更明顯，從 2005 年的 2584 人到 2014 年的 6921 人，十年之內成長了大約 167%，成長趨勢從未間斷過，且成長級距每年拉長；由於兩筆統計資料都僅涵蓋通報且接受處遇的案例，潛藏沒有通報或沒有接受服務的個案數目頗多（楊培珊，2011），這類潛藏案例也是國外普遍的現象（Dong, 2015），成為老人保護政策和實務工作上的挑戰。如果依照目前和未來人口老化和失能與失智人口成長的趨勢，失能與失智是受暴的重要因素，沒有求助的潛藏案例將會更多，顯示問題的嚴重性；

表 1：家庭暴力事件通報案件統計和被害人統計（2005-2014 年）

年度	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
人數	1616	1573	1952	2271	2711	3316	3193	3625	3624	3375
被害人	2584	2762	3245	3675	4482	5341	5257	5753	6402	6921

（資料來源：衛生福利部統計處，2015a, b）

Dong（2015）回顧美洲大型的研究，結果顯示老人虐待的盛行率從 10%（認知功能正常的長者）到 47.3%（認知虧損長者）；從上述的情形可以看出老人虐待已

經成為兒童或婚姻暴力（配偶虐待）之外常見的家庭暴力問題（蔡啟源，1996），顯示老人受暴問題已經不容忽視。

從 WHO（2002）的「多倫多宣言」（The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse）可以看出許多國家老人虐待的相對人還是以熟識者或家庭內部的親人為主，台灣老人受暴的案例也不例外。從 2008-2010 年全國接受老人保護或「家庭暴力暨性侵害防治中心」處遇的個案紀錄隨機抽取 300 人的資料分析（見表 2）結果（張宏哲，2012）顯示：如果把母子、父子、母女、祖孫、父女、養父子、繼子關係的個案彙整，排除姻親、旁系血親、或鄰居案例，大約有 7 成的身心虐待屬於直系血親卑親屬虐待尊親屬的案例，配偶之間的暴力僅佔 16.0%，可見老人身心虐待還是以直系血親卑親屬對尊親屬施暴或者成年子女對父母親施暴的案例居多，婚姻或親密暴力不是老人受暴的主要因素。國外也有類似情形（Clancy, McDaid, O' Neill, & O' Brien, 2011），以韓國為例，七成以上的老人暴力相對人是子女（林春植，2010）；除了老人之外，直系血親卑親屬對尊親屬暴力也包括青少年虐待中年的父母親，這類案例目前並不多，

表 2：2008-2010 年老人虐待案例統計資料

關係	母子	父子	配偶	祖孫	母女	無關	婆媳	叔伯姪
次數	75	74	46	23	18	13	13	9
百分比	26.1	25.8	16.0	8.0	6.3	4.5	4.5	3.0
關係	朋友	女婿	鄰居	父女	公媳	翁媳	養父子	繼子
次數	4	3	3	2	1	1	1	1
百分比	1.4	1.1	1.1	0.7	0.3	0.3	0.3	0.3

註：資料來源：全國家庭暴力防治中心接受處遇的老人虐待個案記錄

以台北市為例，2006-2007 兩年各有 15 和 16 件（江幸慧，2008），只是這類案

例正在持續增加之中(Cottell, 2003)；不論是老年或中年父母受虐的案例，實務經驗也顯示卑親屬對尊親屬的暴力有膠著、累犯、無法根絕的問題（蔡慧民，2014），因應這類問題的措施已經刻不容緩。

過去多年來，台灣在家庭暴力的防範與處遇措施方面已經有諸多的進展，不論是法令的修訂、保護網絡的建置、和人力或人員的訓練之強化等；在老人或成人保護工作方面，「行政院衛生福利部保護司」（2015）於今年年初通過了「老人保護通報及處理辦法」，規範社區保護網絡和長期照護各個專業的人員的通報責任；此外，也研擬和訂定「老人保護事件通報表」及「老人虐待案件開結案評估指標」；並且每年進行的「家庭暴力防治網絡專業人員訓練」，以老人保護為主題；加上，高危機的指標和工具的發展（楊培珊，2011），另外，辦理「老人保護案件評估輔助工具之應用發展及教育推廣計畫」（衛生福利部，2015），再者，增進大眾對老人保護之敏感度與重視的相關措施。在多元的因應措施之中，比較缺乏的就是彙整實務工作的經驗和評估處遇原則，這是本研究的焦點之一。

第二節 重要性和目的

本研究從實務、政策、和研究的層面說明研究的重要性：

壹、實務層面

實務工作者在協助尊親屬遭受卑親屬暴力的經驗已經累積了多年，如果能夠將這些經驗依照案例的類型予以彙整，並依據每種類型整理出過去在評估和處遇方面的原則，再進一步透過專業人員個別或團體的方式，腦力激盪出創新的因應原則，則經驗的傳承和群策群力之下產生的因應模組必有助於未來實務工作的進行，過去研究（楊培珊，2011；林宛諭、黃志忠，2010）也顯示老人保護除了專業人力不足之外，也有三個不足，就是實務工作者教育訓練的不足，知識方面的不足，機構提供的訓練課程不足等，從這方面看來，本研究有其重要性，個案問題的類型和因應原則的研議和建置為專業人員的訓練提供實務教材，有助於強化

訓練的實施，間接地強化專業知能。

專業知能的強化也包含建構能夠評值處遇成效的指標和機制，礙於研究期程的限制，本研究雖然無法建構這類指標，但研究的結果可以提出有關這類指標建構的建議，對於實務工作知能的發展也有助益。

貳、政策方面

前述的實務原則之彙整，除了針對已經進入保護服務系統接受處遇的個案和相對人之外，也必須考量拒絕接受介入、協助、或服務的個案和家屬，研議排除求助或使用服務的障礙之策略；不論是因應的模組或強化個案接受服務的意願之策略都可能涉及政策層面的議題，針對這些議題進行討論並提出解決之方案也是本研究或多或少可以貢獻之處。

參、研究方面

雖然卑親屬虐待尊親屬的案例數目持續成長，相關的研究或文獻並不多，主要集中在老人保護議題的討論（蔡啟源，2005）、保護網絡工作人員的知識態度和意願（林宛諭、黃志忠，2010）、老人保護評估系統之研究（楊培珊，2011）、地方性的保護工作模式之評估（卓春英，2011）、全國性政策和服務方式對防治之成效的評估（張宏哲，2012），極少針對尊親屬受暴的問題類型進行比較廣泛的彙整並提出詳細的處遇原則，少數的研討會雖然含括這類案例的研討，主要還是放在累犯的家暴專監處遇模式，焦點也集中在社區的防治與服務網絡的垂直整合相關的議題（蔡慧民，2014），極少數的研究則彙整個案研討的案例，例如：中華民國老人福利推動聯盟(2008、2011)將往年舉辦的分區個案研討會的成果匯集出版兩本「老人保護案例彙編」(I 和 II)，只是這類彙編的案例有限，處遇方式也比較缺乏系統性的深入的整理，該聯盟編輯的「老人保護工作手冊」(2008)的處遇建議也比較偏向於通則性的原則，比較沒有考量不同的案例類型所需要的處遇細則。黃志忠的研究(2010)則提出處遇模式，該研究比較偏向於外國處遇模式的文獻探討，比較不是我國情境考量實證性研究；另外，有關青少年虐待父

母的相關研究則極為缺乏。本研究的主軸是彙整各種卑親屬對尊親屬施暴的案例類型，從彙整出來的案例類型研議相關的處遇原則，除了可以彌補文獻的空缺之外，更有助於成人保護工作的進行。

一、研究的目標

- (一) 建立本土直系血親卑親屬虐待尊親屬樣態，包括：暴力樣態、衝突原因、施暴手法、施虐者成長經驗、家庭互動關係或家庭動力。
- (二) 探討直系血親卑親屬虐待被害人因應暴力的方式和服務需求。
- (三) 建構直系血親卑親屬虐待尊親屬問題類型(包括報章媒體揭露的重大社會事件)，並且提出或建構對應的處遇模式，包括評估、會談、處遇計畫、計畫執行、和處遇結果評估。
- (四) 針對問題類型提出高風險的分類與分級。
- (五) 針對研究的結果提出綜合性的結論和建議，包括處遇模式的成效之評估指標建構的方向。

二、名詞的解釋

本段說明一些名詞的意涵，以及本研究在用詞方面的選擇：

(一) 卑親屬對尊親屬的關係

在簡述這類暴力的意涵之前，需要先確認受害人和相對人分別指稱那些人？從民法第 967 條可以看出「尊親屬」是指己身所從出的父母，和與父母同等，或同等以上的親人，都稱為尊親屬，不論是直系血親（父母、祖父母、外祖父母等）或旁系血親（如：伯叔父、姑母、舅父、姨母、兄姊）；「卑親屬」則是親族關係處在自己以下的親等（子、孫、弟、妹、姪、甥），如果，任何一位卑親屬對任何一位尊親屬施暴，都屬於暴力的關係，則直系血親、直系姻親、旁系血親、和旁系姻親等暴力的兩筆的關係都屬之；本研究只聚焦在直系血親卑親屬對尊親屬虐待，主軸放在子女或孫子女對父母、祖父母、或外祖父母的虐待關係，被害人可能以 65 歲以上的長者占大多數，少部分為未滿 65 歲的成年人，個案數量並不

多，例如：台北市在 2006 和 2007 年有 15 和 16 件這類案例（江幸慧，2008）。

（二）虐待與保護

暴力是「家庭暴力」的簡稱，該詞源自「家庭暴力防治法」（2011），該法的條文統一使用「家庭暴力」一詞，其定義是指「家庭成員間實施身體或精神上不法侵害之行為」，條文偶而也會使用「虐待」或「保護」兩個用詞，後者在條文裡主要是指稱保護的措施或保護的計畫，至於虐待則和「家庭暴力」的意涵雷同，兩者常交互使用，都指稱家庭發生的暴力，不論那一個年齡群的暴力，尤其是身體和心理方面的虐待，老人領域的研究者也常以「虐待」一詞指稱老人受到身心方面的暴力（蔡啟源，1997；劉嘉文，2002；廖婉君、蔡明岳，2006；廖苑伶，2008；簡吟芳，2009；邱鈺鸞、鍾其祥、高森永、楊聰財、簡戊鑑，2011）。

（三）虐待的類型

家庭暴力界定的範圍或類型是以身心虐待為主，以「老人福利法」（2007）為法源依據的「老人保護」則除了規範長期照護機構管理和對待老人的相關事宜之外，主要是以扶養關係界定老人保護的屬性，所界定的保護類型主要是疏忽、虐待（身心）、遺棄（包括機構）、妨害自由、傷害等，研究者也常使用該詞指稱老人保護問題的類型、工作原則、和方案的泛稱（中華民國老人福利推動聯盟，2010；鄧學仁、黃翠紋，2005；賴金蓮，1999）。本研究的虐待類型包括身體、心理（精神）、疏忽、遺棄等四個主要的類型。

第二章 國內外文獻探討

本段文獻整理或回顧含括下列主題：暴力的樣態、需求和求助方式、暴力和處遇相關理論、和案例類型與處遇模式。

第一節 暴力的樣態

本段的暴力樣態包括暴力種類和方式，卑親屬虐待尊親屬的案例主要是發生在老人或成人的階段，尤其是老年階段，從老人虐待相關的研究可以看出老人遭受暴力的樣態，不論是暴力的種類和方式、受暴個案特質、相對人特質、家庭互動關係或家庭動力，由於老人虐待的案例之中，直系血親卑親屬對尊親屬的暴力居多，有關老人保護的樣態之描述，大致上也多少適用於卑親屬的虐待。另外，青少年虐待父母的案例雖然還不多，案例卻有逐年增加的趨勢(Cottell, 2003)，本段的樣態也含括這類案例。

(一) 暴力的種類

內政部統計處(2011)針對2008到2010接受老人保護網絡體系服務的個案統計顯示台灣老人受暴類型以虐待為最多(53.79%)，其他依序為疏忽和遺棄，虐待包括身體和精神虐待兩種，只是該資料並沒有將兩者分開計算。另一項研究(張宏哲, 2012)從2008年到2010年接受通報並且進入「各縣市家庭暴力及性侵害防治中心」接受處遇的個案隨機抽取300位，結果顯示在老人虐待的類型以精神暴力為最多(約38.3%)，身體暴力(34.3%)次之，兩者兼有者約有19.7%，但是如果將性侵害個案(5.0%)和性猥褻(2.7%)案例也加入身體暴力的類別，則身體暴力的比率(42.0%)高於精神暴力案例的比率，這項結果也顯示大約有兩成的老人不只遭受到單一類型的虐待，和楊培珊(2011)的發現一致。

在青少年虐待父母親的案例類型方面，主要的虐待形式有三，包括身體、心理、和財務虐待，其中又以身體虐待最為常見，受虐的比率因為研究取樣和方法的差異而有不同，Cottell(2003)回顧美國的大型研究的結果顯示受暴比率甚

至高達 14%，顯示問題的嚴重性。

（二）方式與結果

老人受暴的方式和結果的探討有助於接案、評估、和處遇的進行，而老人受暴的方式頗為多元（見表 3），例如：戳、刺、打、捶、擊、推、撞、搖、打耳光、踢、捏、燒、強迫餵食、任何形式體罰、不當醫療等方式（李瑞金，1999；吳玉琴，2008），其中最常見的就是身體暴力依序是毆打（44.7%）、掐（34.2%）、丟擲物體（31.6%）（張宏哲，2012），Aciero et al.（2010）的研究也顯示這些主要的傷害方式。精神虐待的方式也頗為多元，例如：言語攻擊、威脅、恐嚇、脅迫、侮辱、侵擾、故意排斥、孤立、隔離、干擾日常活動（睡眠）（李瑞金，1999；吳玉琴，2008），比較常見的暴力方式依序是辱罵、吼叫、冷漠不理、嘲諷羞辱、和經濟限制，除了經濟限制之外，這些方式都和 Aciero et al.（2010）有關常見的精神虐待方式的調查結果雷同。至於所產生的結果，在身體暴力方面，依造成的傷害的常見程度排序為淤傷、紅腫、和擦傷。在精神虐待的結果方面，依常見的程度排序則是造成受暴者害怕、缺乏安全感、鬱抑沮喪、焦慮和活動力降低、疏離和退縮沈默，主要是心理和生理方面的傷害，甚至創痛和死亡。

表 3：老人身心虐待常見的方式

	身體	心理
老人福利聯盟（李瑞金，1999；吳玉琴，2008）	戳、刺、打、捶、擊、推、撞、搖、打耳光、踢、捏、燒、強迫餵食、任何形式體罰、不當醫療	言語攻擊、威脅、恐嚇、脅迫、侮辱、侵擾、故意排斥、孤立、隔離、干擾日常活動（如：睡眠）
居家服務疑似虐待案例（張宏哲，2012）	毆打、掐、丟擲物體、踢、物體限制自由、鞭打、刀	辱罵、吼叫、冷漠、嘲諷/羞辱、恐嚇、經濟限制、

	割或刀刺、藥物限制自由、熱水澆淋、性猥褻、性侵害	鄙視、限制自由、破壞物品、惡意隔離、剝奪財產、監視、竊聽、口語騷擾
虐待產生的結果 (張宏哲, 2012)	淤傷、紅腫、擦傷、營養不良、疥瘡、身體潰爛、勒痕、骨折脫臼、鞭傷、割傷	害怕、缺乏安全感、鬱抑沮喪、焦慮、和活動力降低、疏離感、退縮沈默、絕望、容易驚嚇、否認感、自殺傾向
虐待的結果 (Dong et al., 2012) NCEA ¹ (2015)	生理問題、(消化問題、慢性病、心臟病、高血壓、肌肉骨骼關節問題) 心理問題 (憂鬱、焦慮、創傷症候群)、死亡	

註¹: National Center on Elder Abuse.

在青少年虐待父母親的暴力方面，身體暴力通常是以擊打、揮拳、手拍、推等方式，精神虐待則是批評、貶抑、辱罵、吼叫、恐嚇、傷害或死亡威脅、或逃家；財務虐待則是未經允許偷東西、損毀父母親所有物、過度索求(父母付不起)。

(三) 相關的因素

老人虐待的因素很多元，直系血親卑親屬對尊親屬的暴力因素也同樣多元，學者李瑞金(1994)指出，受虐老人或加害人有身體上或人格特質的病症或缺陷，亦即老人及加害人 本身有人格違常、酗酒、物質濫用者，容易有老人受虐的情形發生；老人 本身具有失智症或精神疾患且具有攻擊性時，加害人就有可能採取暴力的方法來 回應老人的行為。過去有關老人虐待因素的研究發現可以歸納成長者人口特質、加害者特質、長者身心功能、家庭互動關係與照顧者負荷、和社會支持與資源等五項主要因子。

在長者的特質方面，WHO 多倫多宣言特別提到針對弱勢老年的族群應該優先

提供保護的措施，例如：老老人、身心障礙老人、女性及貧窮老人(WHO, 2002)。

值得注意的是女性似乎比較容易受暴，受暴類型也因性別而有差異，英國的研究發現男性比較容易受到財務剝削或虐待(Pritchard, 2000)，韓國的研究也顯示女性長者受暴人數比男性多(林春植，2010)；台灣的保護系統資料則顯示：女性遭受身心虐待的案例多於男性(衛生福利部統計處，2015b；內政部統計處，2011)，從2005到2014年家庭暴力通報案件受害人的資料(見表4)可以看出：過去十年女性長者的受暴人數都比男性多，而且差距逐年拉大(衛生福利部統計處，2015b)，值得注意的是男女一生之中都有可能會重複經歷類似的暴力(Pritchard, 2000)，而且遭受到的暴力可能不只一種，不論是身體虐待、精神虐待、身體或精神兩者兼有、性侵害、性猥褻等，在遭受多元的暴力經驗方面，女性也是多於男性(張宏哲，2012)。誠如其他類型的卑親屬對尊親屬暴力，性別是重要的議題，包括：女性受暴的類型、方式、和結果，她們的需求、求助行為、和加害者之間的關係型態，以及家庭的動力等，都值得深入的探討。

表 4：家庭暴力事件通報案件男女差異 (2005-2014 年)

年度	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
被害人	2584	2762	3245	3675	4482	5341	5257	5753	6402	6921
男	1136	1175	1428	1530	1918	2167	2135	2268	2473	2615
女	1408	1565	1796	2117	2528	3128	3067	3434	3851	4244

資料來源：衛生福利部統計處 (2015b)

另外，年紀越老，受暴的風險也越高(Swagerty & Takahashi, 1999)，可能是長者年紀越大，功能障礙可能性越高，越有可能成為暴力的受害者。最後，與家人同住雖然提高了被照顧的可能性，也可能增強身心受暴的風險(Aciemo et al., 2010)。

在相對人的特質方面，國內外研究均顯示兒子是主要的相對人，例如：韓國的研究發現六成以上的老人暴力的相對人是兒子，女兒僅占 13.3%（林春植，2010）。接受家庭暴力防治中心處遇的代表性個案（n=300 人）資料分析的結果（張宏哲，2012）顯示：絕大多數的相對人為男性（80.3%），平均年齡大約為 58 歲，處於中年階段，教育程度方面，以國中程度為最多，高中職次之，不識字再居次，顯示相對人教育有偏低的情形。在居住安排方面，多數的受暴老人（76.0%）與相對人同住，同住可能讓家庭關係複雜化，互動頻繁，增加摩擦和暴力的機會。

在人格特質與社會問題方面，加害人本身有攻擊性人格特質、毒癮、藥癮、酗酒 或精神疾病等，容易因對自己的行為自制力不足而產生虐待老人行為（莊謹鳳，2009；宋雪春，2007）。失業、酗酒、賭博、或衝動容易失控都增加了家庭暴力發生的風險（黃志忠，2002），接受「家庭暴力防治中心」處遇的個案紀錄資料分析結果也顯示藥酒癮和情緒管理是老人暴力發生的主因，尤其藥酒癮比較嚴重，約有超過五成左右(55.42%)的加害者有這類問題，藥酒癮之中又以酗酒的問題最為嚴重(張宏哲，2012)。

不同類型家庭暴力加害人物質濫用的類型不盡相同，其中以老人虐待加害人施用 毒品的比率相當高，是頗值得注意的現象（張宏哲，2012）。另外，對老人持負面的態度提高了暴力的風險（王秀紅、吳淑如，2004），心存「老而無用」的想法容易變成言語的藐視，甚至演變成虐待行為（簡吟芳，2009）。

老人的身心功能障礙方面，慢性疾病、身體功能障礙嚴重、依賴程度高、認知功能障礙嚴重、問題行為、或憂鬱症狀等都是老人暴力發生的危險因子（廖婉君等人，2006；王秀紅、吳淑如，2004；Aciero et.al., 2010；Swagerty & Takahashi, 1999）。值得注意的是隨著人口老化，失智長者的人數快速的成長，失智長者受虐的可能性高於非失智的長者（National Center on Elder Abuse, 2015；周怡君、陸鳳屏、詹鼎正，2012），又因為失智長者可能缺乏自主能力，

因此，更值得關注，需要考量的處遇方式也有所不同；此外，長期依賴子女照顧可能使得家庭資源消耗，經濟負擔重，家庭照顧壓力大，家庭固有的運作模式改變，老人虐待比較容易發生(Laumann, Leitsch, & Waite, 2008；王秀紅、吳淑如，2004)。

在家庭關係方面，Podniek, Kosberg, & Lowenstein (2003)跨國研究結果顯示家庭互動出了問題、家暴的歷史、施暴者缺乏抗壓力或有藥酒癮問題都增強了暴力的風險。在2008-2010年間接受「家庭暴力防治中心」處遇的300個隨機抽取的個案資料分析的結果顯示親屬之間的相處問題和財務問題是老人暴力的重要因素(張宏哲，2012)；黃志忠(2002)的研究發現子女照顧意願和壓力問題、親子關係緊張衝突、相對人的問題等與暴力發生的風險增加有關。莊謹鳳(2009)針對居家服務老人進行心理虐待因子探討，結果顯示家庭照顧者的特質(如：藥物濫用、兒時受虐經驗、未來照顧意願)和照顧情境脈絡(照顧者和老人的互動關係、照顧的壓力)都和照顧者對老人心理虐待有顯著關係。

在青少年對父母親施暴的案例方面，Cottell (2003)回顧文獻的結果發現：男性多於女性，不過，女孩施暴的案例有上升的趨勢；不論男女，通常是年長或壯碩的青少年屬於虐待的高危險群；虐待通常是青春期的開始，有些青少年因為早年目睹暴力，或曾經遭受身體或心理的虐待，充滿了無力感，想要透過虐待無力的父親或母親，作為報復。有些暴力青少年則有問題行為或精神疾患，例如：罹患注意力缺陷或過動症候群、行為偏差、躁鬱、思覺失調疾患等。由於老人虐待的主要受害者是母親，因為母親是照顧者，親子關係比較緊密，成為施暴的對象；另外，單親、老年、或失能的父母親也比較容易成為青少年子女虐待的對象，值得關注的是青少年加害者通常不只虐待父母親，虐待其他手足或家中寵物的可能性也頗高(Cottell, 2003)，以上這些情形都是必須探索的議題。

江幸慧(2008)認為青少年虐待父母親的主要原因在於父母親在早期的管教無法建立該有的規範，進入青少年的孩子，透過暴力取得控制權。香港學者或實

務工作者將這類暴力稱為「忤逆」(葛麗莎、馬麗庄, 2012), 指稱青少年對父母的暴力, 葛麗莎和馬麗庄(2012)發現和其他卑親屬對尊親屬的暴力類型雷同, 母親比父親容易受虐, 虐待的類型也有性別上的差異, 男性青少年比較容易訴諸身體暴力, 女性則傾向於施予精神上或心理上的虐待;除了性別之外, 物質濫用、網路成癮、威權管教、親子溝通問題、家庭暴力歷史、青少年行為問題, 都是可能的因素。

另外, 社會與文化情境被認為是青少年虐待父母親的重要因素, 尤其是媒體不斷傳輸「透過暴力可以達到目的」、「暴力是社會控制的手段」、「對被社會所貶抑的女性施暴是可以被接受的」等錯誤的價值觀與態度, 另外, 母親通常是子女情緒的傾聽者和出口, 對母親表達情緒, 甚至包括各種形式的憤怒是自然不過的互動模式(Cottell, 2003)。家庭的關係和互動引起的壓力可能也是導致青少年暴力的主因之一, 父母親疏離或離婚產生的壓力和挫折, 以及把這些疏離或婚姻的問題和責任歸因於有監護權的父親或母親, 都是導致暴力的主因(Cottell, 2003)。

另一項值得注意的因素就是族群, 幾位學者(Dong, 2013; Kinnear & Graycar, 1999)都認為這項因素頗為重要, 相關的研究卻比較少;內政部(2012)的統計資料顯示:2005 年到 2008 年(六月), 不分年齡群, 每萬人原住民被害者人數大約為 29.87 人, 較本國非原住民者的 11.31 人高出 18.56 人, 可見原住民老人受虐的議題的重要性。

原鄉部落的老人虐待問題也有其文化的獨特性(張宏哲, 2012), 例如:原住民的受暴問題和非原住民有些差異, 有些原住民屬於母系社會, 母親因為具有分產的權力, 子女可能認為不公平, 導致老年女性受暴的情形比較頻繁;另外, 原住民成年子女外出工作, 長輩不願意讓兒女照顧, 出了問題也不想讓子女知道, 主要是考量到子女的工作, 不過, 這也反映出一項事實, 就是原住民和非原住民的父權社會價值和體系雖有差異, 但是受暴之後的求助行為仍然很一致, 許多原

住民社會的母親可能傾向於採取迴避和隱忍的因應方式。

第二節 需求與求助方式

本段簡述求助行為和服務使用相關的理論、服務需求的種類和項目、個案求助的情形、和求助和使用服務的障礙。

（一）求助的理論

受暴的長者和加害者都需要協助，協助的資源包括正式的老人保護機構的服務或者非正式的社會網絡，過去研究顯示缺乏這些協助或服務的家庭，暴力發生的可能性比較高（廖苑伶，2008；王秀紅、吳淑如，2004）。不論是社會支持與資源的取得主要來自長者的求助或使用服務與資源的行為。由於受暴長者求助或使用服務的行為相關的論述極少，可以藉助於婚姻暴力和長期照護服務使用相關的理論。前者以 Ansara 和 Hindin (2010) 的觀點最具參考價值，她們顛覆傳統有關受暴婦女被動或消極的求助行為的刻板印象，認為婦女為了存活，隨著暴力的變本加厲或危險程度的升高，越能夠激發婦女啟動內在的能量和認知的重新評價，積極不懈的運用各種方法因應，包括不斷地找尋正式和非正式資源的協助，試圖控制暴力，掌控自己的命運。在服務使用行為理論方面，則以 Andersen (1995)「服務使用行為模式」最常被應用，該模式的應用和解讀雖然頗具彈性，主軸仍然維持：人口特質（前置因素）、服務的可近性（使能因素，例如：服務資源、交通便利、付費能力、對服務的認知或知悉）、和需求（客觀的健康虧損和主觀的自覺需求）等三個因素決定使用服務的行為；另外，有使用服務的行為，相對地，也就有服務使用上的障礙。

（二）需求的項目

在受暴長者的需求方面，居家服務疑似受暴的失能長者的研究(張宏哲, 2012)結果顯示：長者對於各項服務的主觀需求程度，前五項依序為生活照顧、關懷訪視、經濟補助、家庭關係協調、和醫療協助；他們對於這些服務的認知或知道有該項服務的比率依序為生活照顧、關懷訪視、經濟補助、家庭關係協調、和醫療

協助；過去或現在有使用的項目依序為生活照顧、關懷訪視、經濟補助、醫療協助、和法律協助。

（三）求助情形

在實證研究有關受暴者求助於家庭暴力相關的服務單位方面，家庭暴力防治中心的 300 個隨機抽取的案例的個案記錄分析結果（張宏哲，2012）顯示：有 73% 的受暴者有報警者，驗傷和聲請保護令的長者分別是 22% 和 27% 左右，許多長者對自己的親人多採寬容的態度，在開庭時會將保護令撤回。

廖苑伶（2008）針對桃園老年受暴婦女求助歷程的質性研究顯示她們最常求助的對象以非正式的社會支持網絡為優先，不得已才求助於正式服務管道，尤其是警察局。接受「家庭暴力暨性侵害防治中心」處遇的隨機個案分析(n=300)的結果(張宏哲，2012)顯示：在各項福利服務諮詢方面，約有 78.8% 的個案自覺有情緒支持的需要並且使用支持性的服務，顯示出情緒支持的重要性；自覺有報案諮詢且有使用者的個案約有 33.5%，有需要醫療諮詢且有使用者約佔 18.4%，有需要社會福利者約佔 34.1%，有需要法律諮詢者越佔 59.2%。上述的結果顯示，在受暴老人需求及服務使用的情形上，以情緒支持的需求服務為主，其次為法律諮詢、陪同出庭、保護令聲請方式等。

居家照顧服務疑似受暴個案的研究（張宏哲，2012）結果顯示：受暴長者求助的機構或正式的服務資源的人數從多到少依序為居家服務單位、不求助、長期照護管理中心、村鄰里長、警政單位、社會福利單位（社會服務中心、老人服務中心、社會救助單位）、醫療院所、「家庭暴力防治中心」（113 保護專線）、和教會機構，值得注意的是不求助者大約占三到四成左右。

（四）服務的障礙

雖然受暴老人的服務需求頗高，受暴長者也可能求助於正式的服務體系，正式服務體系卻可能充滿了求助上的障礙，例如：英國的研究顯示老人繼續留在暴力情境的主因除了不知道如何或何處求助之外，資訊的缺乏和專業人員比較不重

視男性長者的求助都屬於嚴重的障礙 (Pritchard, 2000)。內政部 (2009)『98 年老人狀況調查報告』有關「65 歲以上國民對遭受虐待遺棄之老人保護利用的情形」，有 69% 的老人表示完全不知道有該項福利措施，女性之中不知道的比率 (69.93%) 稍微多於男性 (68.00%)；整體受訪者僅有 0.15% 的人「知道且曾利用」該類服務，男性之中有這種情形的比率 (0.20%) 是女性比率 (0.10%) 的兩倍。30.86% 的老人「知道但未利用」該項服務，大約三成的男性 (31.80%) 有這種情形，稍微高於女性的比率 (29.97%)。「知道但未利用」的原因包括「目前不需要/用不到」(28.77%)、「不想利用」(1.25%)、「無法利用」(0.52%)、「不知如何申請」(0.32%)。除了「不知如何申請」方面女性比率 (0.36%) 高於男性 (0.27%) 之外，其餘的情形都是男性的比率高於女性。這些數據顯示男性在服務認知方面的資訊不如女性，服務使用的比率也不如女性，服務人員也比較不重視男性，這種性別上的落差值得注意。

居家照顧服務疑似受暴個案的研究 (張宏哲, 2012) 顯示在非正式資源求助方面，未求助或無能力求助占最多，接近四到五成，其餘依序為親戚、鄰居、朋友。不求助的因素依序為體諒子女的壓力、怕失去扶養的依靠、不希望兒女留下前科記錄、和想求助但無能力、家醜不可外揚、害怕被報復、通報沒有任何用處、和清官難斷家務事等。除了上述的求助障礙之外，使用服務上的障礙還包括：不知道有該項服務、不知道如何申請、怕別人笑不好意思、不需要等，其餘項目包括認為自己資格不符、當事人就是自己的親人 (所以沒什麼好計較的)、申請手續太麻煩、相信一切靠自己、和承辦人員態度不好。

不少第一線的工作人員也反應 (張宏哲, 2012) 老人求助的障礙包括不斷地忍耐或隱忍，等到通報，通常問題已經很嚴重，接受協助的過程也可能反反覆覆，聲請保護令之後又反悔，法官也通常會尊重長者的自主權和意向，再者，老人和相對人通常會有共依存的關係，有些認為自己的兒子「不是壞人，警察是抓壞人的，我兒子只是偶而對我不好，他平常不是壞人」，有些還必須照顧精神障礙兒

女或孫子，被兒女施暴，通常會隱忍，畢竟可憐自己的親生子女，更何況自己還擔負著相對人的照顧責任，自詡必須能夠撐下去，凸顯自己的存在價值；有些長者被打的時候就跑到寺廟、警局、鄰居躲藏，認為躲過去就好了，也不想追究；

上述這些服務使用上的障礙值得參考，也成為專業人員在服務過程之中需要克服的問題。

二、相關的理論

本段簡述老人虐待相關的理論現況，回顧理論的發展趨勢。Jackson 和 Hafemeister (2013)認為目前有關老人虐待的理論主要是取自其他的領域，並不是特別為老人虐待的議題專門建構，另外，在理論的取向方面，雖然社會和文化的情境與因素極其重要，主要的理論還是聚焦在人際關係的問題，尤其是「照顧者壓力模式」：

(一) 家庭照顧者壓力模式 (Caregiver Stress Model)：這個模式是最常被提出的人際關係取向的理論，該理論強調問題的主軸在於照顧失能或依賴長者所引起的壓力或負荷過重，照顧者因為無法負荷或因應，導致訴諸暴力和虐待以消除內在的壓力。

(二) 社會學習論 (Social Learning Theory)：這個模式屬於另一個人際關係取向的理論，主張暴力是兩代之間相傳的行為習慣，可能是相對人目睹家庭中的暴力，或者自己是暴力的受害者，過程之中習得暴力的行為，另一種可能性就是加害人在成長的過程中，學習以暴力解決衝突，習得暴力的行為。

(三) 社會交換理論 (Social Exchange Theory)：另一個人際關係理論，建立在心理學和經濟學的假設，認為行為是物質與非物質的服務或商品協商與交換的產物；老人虐待的產生是因為相對人認為他們沒有從家庭或與長者的互動關係中得到該有的回饋，只好訴諸暴力取得該有的平衡。

(四) **背景情境理論** (Background-Situation Theory): 該理論認為人際關係的失和主要來自多元的脈絡因素(家庭暴力導致家庭成員養成以暴力解決衝突的行為策略或模式)和情境因素(人際關係的缺乏滿足), 該理論原本被用來解釋親密關係或婚姻暴力, 應用在老人虐待則是指相對人是一位和老人共依或相依的成人子女或照顧者。

(五) **權力和控制理論** (Power and Control): 屬於社會文化或女性主義取向的觀點 (sociocultural or feminist approach), 指的是個體在和另一個人的關係中使用強制或脅迫手段取得和維持權力與控制, 這種情形可以用在婚姻暴力, 包括老年夫妻關係, 也有學者將這個模式應用在成年子女或勉為其難的扮演照顧角色的照顧者的權力和控制的行為。

(六) **生態模式** (Ecological Model): 屬於多元系統觀點 (multi-systemic approach) 主張人類的發展歷程是經由許多個人、人際、社區、和社會因素的交互影響而促成, 老人虐待的因素也是如此。

(七) **生理心理社會模式** (Biopsychosocial Model): 屬於社會文化情境觀點 (sociocultural contextual approach) 源於對醫療模式的反動, 強調多層面的因素, 應用在老人虐待的議題則認為虐待出於老人和相對人雙方的特質, 這些特質又源於比較大的社會文化情境 (家庭或社會網絡), 身份的不平等、關係的形式、權力和交換的動力等因素都必須加以考量。

除了上述的理論之外, 當然還有其他的理論被應用於解釋老人受暴的行為或現象, 問題是當下的許多理論都沒有針對特定的老人暴力類型進行研議或提出精確的架構作為實證與實務的指引, 好像把各類型的老人暴力當成單一的現象

(Gordon & Brill, 2001), Jackson 和 Hafemeister (2013) 的研究發現不同的虐待類型 (財物剝削、身體虐待、疏忽、和三種混和), 風險因子、個案特質、人際動力、和結果都有很大差異; 另一個問題則是將焦點放在相對人, 尤其是「精神違常觀點」(psycho-pathological perspective) 忽略了老人可能不是「單純

的受害者」(pure victims)，暴力可能是被害者和加害者兩人一連串的不合或你來我往的口角累積而成行為的爆發點(Doerner & Lab, 2008)，因此，重視老人和施暴的子女之間的互動關係頗為重要。第三個問題就是專家和研究者還是習慣於以單一的因素或理論解讀老人虐待的問題，忽略了問題的多樣性和多元的促成因子。

Jackson 和 Hafemeister (2013) 針對前述的四種虐待分別提出理論建構的原則之建議，其中有關身體虐待的建議如下：

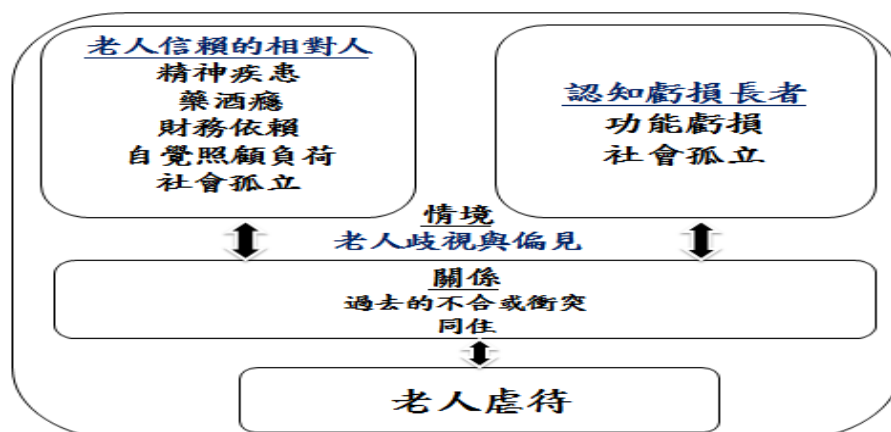
「身體虐待通常牽涉到老人和家庭成員（直系血親卑親屬最常見），和過去傳統的想法相反的是：許多身體虐待的受害長者可能是正在照顧、協助、或支持成人子女或其他家庭成員的高功能的人，受虐者也知道自己在受虐情境，但是基於親情或家庭責任，心情複雜、心緒糾結、心思矛盾，心意模稜兩可，想終止暴力卻又不想斷絕關係，暴力通常出於加害者對於自己必須依賴老人的憤怒感，以及同住的接觸、持續的互動、和不斷的嫌隙，長期的依賴使得相對人對於老人的批評、責難、或勸說比較敏感，引發暴力的反應。

(p. 17)

另一種暴力類型也值得注意，就是混雜性的財物剝削（「財物剝削混雜身體虐待和疏忽，hybrid financial exploitation」，Jackson 和 Hafemeister(2011)認為這種類型在過去比較沒有受到注意，通常是直系血親卑親屬在照顧上和財物上都必須依賴老人，而且通常是長期的依賴，當老人健康逐漸衰退或者喪偶，很可能會處在孤立狀態，結果必須依賴家人照顧，形成照顧者被照顧者或受害者和相對人之間彼此的依賴或相依，只是兩人經歷到的依賴可能性質有所不同，通常混雜性的財物剝削的結果比其他類型的虐待更為嚴峻，主要原因可能在於相對人失去了財物的依靠，感受到額外或附加的壓力。

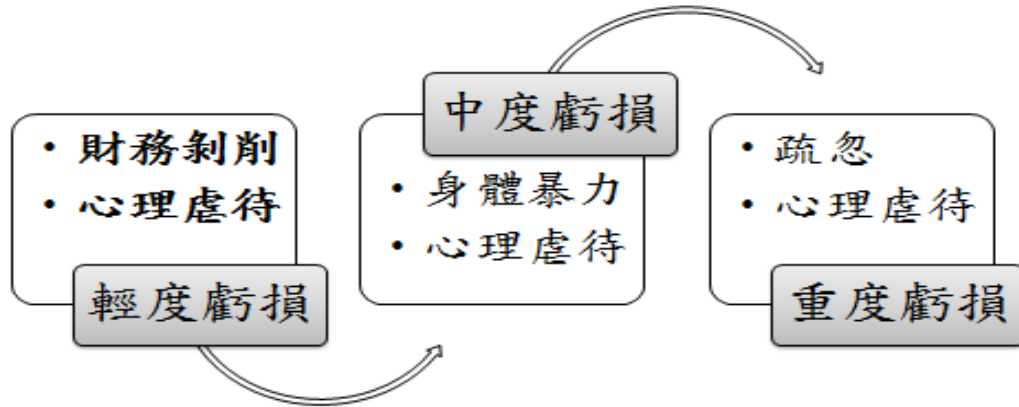
Jackson 和 Hafemeister (2011) 認為另一項有關未來理論建構的考量因素就是認知功能的虧損，他們認同 Burnight 與 Mosqueda(2011)的理念，認為老人虐待的類型區分必須考量老人認知功能的虧損，這項理念或主張其實融入了多元的理論，包括加害與受害之間的衝突或瓜葛、權力和控制、社會交換、照顧者負荷、和生態模式等，由於過去的理论僅關注風險的累積或風險增加的因子(risk-enhancing factors)，卻忽略了保護的因子(protective factors)，Burnight 與 Mosqueda(2011)回顧過去的實證研究提出「風險－保護模式」(Risk-Protective Model)，他們找出幾項可能增強失智長者虐待的風險因子(見圖一)，長者的因素包括認知虧損與社會孤立，相對人則是精神疾患、藥酒癮、財務依賴、自覺照顧負荷、與社會孤立，兩人的關係則是過去有衝突和不合的歷史，以及老人和相對人同住；這些因素必須放在社會和文化對於老化或失智的態度或看法的背景裡，刻板印象或歧視可能增強虐待的風險。該模式具有實證檢視的功能，也就是能夠指引研究者提出可接受驗證的假設，例如：失智長者的社會關係或連結可能就是保護因子，有助於減少虐待事件的發生。

Burnight 與 Mosqueda(2011)也提出另一項重要假設，認為虐待的類型會隨著認知功能虧損的程度而有不同(見圖二)，在失智的早期階段，財務剝削的風險比身體虐待或疏忽來得高，當失智進入中度，身體虐待成為比較大的風險，進入重度階段，疏忽是最有可能發生的暴力類型，心理虐待則橫跨三個階段，不過，



圖一：風險－保護模式

(取自 Jackson & Hafemeister, 2013)



圖二:失智程度和虐待類型之差異 (取自 Jackson & Hafemeister, 2013)

這種虐待比較退居次要。

另一項老人虐待的理論發展原則就是被害和加害兩人的關係特質或狀態，兩人如果是家庭成員，關係的特質可能充滿動力，也更複雜和多元，長者的年齡、健康、心智能力、支持系統或網絡、和家庭其他成員的關係等都可能影響被害和加害者兩人的關係特質。

三、案例類型和處遇模式

本段討論直系血親卑親屬對尊親屬虐待的案例類型、處遇的考量因素、和處遇的相關原則(見表 5)。

(一)案例區分

本研究計畫有關直系血親卑親屬虐待尊親屬的問題類型之區分是以個案案例之分析和焦點團體蒐集之資料分析為依據，在研究進行之前，先透過文獻或過去研究探索可能的類型，從前面的文獻回顧結果可以歸納出以下幾種案例的問題

切入點和案例的類型，這些類型的區分可以從相對人的問題、受害者的特質、關係的特質、和家庭的問題等著手：

在卑親屬特質方面，如前所述，主要的問題包括：藥癮或酒癮、精神疾患、長期失業、照顧者負荷、情緒或憤怒管理、壓力因應技巧不足、照顧知識和技巧缺乏(Dong et al., 2012)。

在尊親屬的特質方面，需要考慮的因素包括：個案的認知功能虧損、日常生活活動功能虧損和依賴程度、和精神疾患(Dong, 2013; Burnight & Mosqueda, 2011)。

在關係的特質方面，本研究呼應 Jackson 和 Hafemeister (2011) 的觀點，強調虐待的起源、風險、和持續程度的考量，不能只針對相對人的問題，還必須考量被害者和施暴者兩人之間的關係本質，包括過去的互動與衝突的歷史，以及依賴的關係和依賴的性質。

在家庭動力方面，由於直系血親卑親屬對尊親屬施暴發生在家庭成員之間，使得問題和因素更為錯綜複雜(Jackson & Hafemeister, 2011)，家庭關係與動力的考量對於許多案例都很重要，尤其是青少年對父母親施暴的案例(葛麗莎、馬麗庄，2012)。

(二)處遇考量

前述的相關理論和案例類型的討論已經觸及處遇的考量，以下彙整和簡述過去文獻有關處遇的原則之建議（詳見表 5）：

在整體處遇原則的建議方面，本研究的目的比較是針對三級預防中的第二和第三級，也就是確保受害者的身體安全 and 心理的平復，以及確認虐待的原因和防止後續的暴力再發生（黃志忠，2010）。為了防治暴力的持續發生，有需要建立危機案例的指標，評估和辨識高危機或高風險的個案，例如：吳玉琴（2008）提出多項這類指標：暴力仍在發生、身體或精神受到傷害、暴力可能持續、個案有自傷傷人之虞、個案決有迫切需求、個案欠缺自我保護能力。另外，在加害人的

處遇方面，「家庭暴力防治法」第2條提到的「加害人處遇計畫」，包括：認知教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療，法務部家暴專監的處遇似乎也在這個框架裡，並且在進入社區之後，強調社區正式服務網絡的連結。

有些研究則特別針對比較常接觸到個案的醫護人員，林宛諭、黃志忠(2010)針對醫療人員和醫務社會工作人員在面對老人虐待的知識、態度和意願，發現醫療人員在老人虐待的知識方面普遍不足的問題。其他的文獻也提到這種情形(周怡君、陸鳳屏、詹鼎正，2012)，Dong (2015)認為醫療相關人員需要具備老人虐待專業管理的策略。周怡君、陸鳳屏、詹鼎正(2012)認為有需要整合醫療、社會資源、法律系統等。

在處遇方式的運用方面，Dong et al. (2012)認為比較重要的方式包括倡導、支持團體、家庭協商會議、個案管理、照顧技巧訓練、情緒管理或者憤怒控制技巧學習等。而處遇方式的選擇通常來自工作人員的角色定位，例如：吳玉琴和許少宇(2012)認為工作人員有四個角色，包括：家庭關係的協調者(重新框架)、照顧資源的連結者(留在原來的家庭，不一定要安置)、支持系統的建構者、經濟安全的守護者。

工作人員的角色與功能的發揮必須建立在紮實的評估之上，吳玉琴(2008a)認為評估必須考量多元的因素，包括：生理因素(健康、功能、需要的醫療處置)、情緒因素(如憂鬱)、認知因素(功能)、社會因素(關係資源網絡活動)、環境因素(生活環境的適切、安全、便利)、自我照顧能力(ADL 或 IADL)、服務使用、家庭負荷、個案偏好(意見或偏好)。更精確的評估必須聚焦在個案的求助意願和危機程度(吳玉琴主編，2008a)，如果有求助意願，則必須進一步釐清個案的期待，並且建立工作上的共識和目標；如果個案沒有求助意願，則必須考慮是否有強制介入需要，不需要介入則予以轉介，有強制介入需要的考量主要是受暴情形和危機程度的評估，包括兩方面，一方面針對個案受到虐待的頻率與狀況、身心障礙程度、因應和處理能力，另一方面則是針對相對人是否有精神疾患或藥酒

癮，同時評估個案可用的資源或支持系統，個案的期待和主觀與客觀的需求。另外，危機與否的處遇也有差異，如果評估之後確認屬於高危險群，尤其是暴力還正在進行的案例，則必須儘快協助報警、協助聲請保護令、協助醫療（視個案身心狀況與能力而定）、保留與蒐集證據（包括驗傷相關資訊）、緊急安置、急難救助。如果評估結果屬於風險比較低或一般的案例，則重點在於提供經濟協助、法律協助（諮詢、陪同報案偵訊、法律訴訟、陪同出庭）、安置或居住、個案輔導（危機處理、討論安全計畫、情緒支持與關懷、心理輔導）、家庭輔導（關係協調與家族治療）、醫療協助、其他（福利諮詢、機構協調、資源轉介）（吳玉琴主編，2008a）。

對於疑似失智的受虐個案，可以協助申請監護宣告或輔助宣告，選任適當監護人或輔助人，協助執行生活、治療、財產之決定與管理（吳玉琴主編，2008）。周怡君等人（周怡君、陸鳳屏、詹鼎正，2012）主張：盡量維持家庭現有結構和

表 5：直系血親卑親屬虐待尊親屬問題類型與處遇考量整理

	問題類型	處遇考量	
卑親屬	藥癮酒癮	—	
	精神疾患	1. 確認是否診斷，是否定時服藥 2. 家庭心理教育，減少過度刺激	
	長期失業	—	
	照顧負荷	1. 評估需求項目，檢視負荷程度 2. 提供相關支持，強化照顧技巧 3. 連結相關資源，轉介相關服務	Dong (2012)； 吳玉琴 (2008a)
尊親屬	認知虧損	1. 虧損程度不同，虐待類型不同 2. 個案自主能力、個案為的能力 3. 檢視支持網絡，信賴關係品質	Burnight & Mosqueda(2011) Dong (2013)

	失能依賴	1. 確認照顧需求、檢視照顧情形 2. 評估照顧負荷、提供相關服務	
	精神疾患	1. 確認是否情形、持續醫療照護 2. 確認穩定服藥、檢視照顧知能	
	兒少暴力	1. 強化親職教育、父母親的充權 2. 進行家族治療、評估家庭動力、 評估家庭結構、檢視代罪羔羊、 檢視症狀功能 3. 強化管教權威、提升管教知能	Cottell, 2003 葛麗莎、馬麗庄，2012
關係 特質	衝突程度	1. 過去衝突歷史，衝突頻率影響 2. 衝突起因分析，衝突削減策略	
	相互依賴	1. 檢視依賴本質，探索暴力原因 2. 評估依賴程度，系統緊密程度 3. 評估網絡情形，促成系統開放	Jackson 和 Hafemeister (2013)
家庭 關係	家庭動力	1. 系統界線型態，溝通互動結盟 2. 文化價值規範，權力平等決策 3. 角色功能分工	
	家庭資源	1. 評估家庭資源，包括內在外在 2. 強化家庭功能，善用潛在成員	

支持系統，尊重個案的自主權，除非個案沒有行為能力；其他專家(吳玉琴主編，2008)也認為：除了維護老人人身安全和考量老人最佳利益之外，必須尊重老人自主選擇權力，尊重老人及其家庭尊嚴與權益，尤其是考量到家還是老人最終老的適宜場所。不過，實務工作者面臨倫理兩難的抉擇，必須在確保個案安全、尊

重個案自主或自我決定、與強制通報責任之間，決定採取哪些行動(黃志忠,2010)。

另一個問題則是如何評估個案是否具有行為能力，因為認知虧損或缺陷的個案可能仍具有自主的能力，Dong (2013)建議摒棄傳統常用的工具，例如：Mini-Mental State Examination (also MMSE)，因為不精準，改為使用 Hopkins Competency Assessmnt Test (Janofsky, McCarthy, & Folstein, 1992)。

有關青少年對父母施暴的處遇原則方面，葛麗莎、馬麗庄(2012)主張家族治療模式，重視家庭結構與家庭動力的因素，首先強化或恢復父母的管教權威，檢視代罪羔羊和家庭成員的症狀之維持的背後原因。Cottrel (2003)則認為父母需要家庭親職教育，另外，他們也需要充權，減少無力感，強化親職教育的信心。

第三章 研究方法與方式

一、研究的設計

本計畫的研究設計以質性為主，相較於量化研究以文獻和理論為依據建構概念與概念之間關係的假設之研究架構，在取得數量比較大、具有代表性的樣本之後，透過研究工具和問卷蒐集資料，再進行統計分析，檢視所蒐集的資料是否印證或符合假設的陳述；質性設計則是在自然沒有干預或不受影響之下，由受訪者說出自己的觀點和分享親身的經驗，這些資料蒐集之後，以逐字稿形式呈現，並進一步由研究者編碼和以客觀或避免先入為主的態度，從文本資料編碼、萃取、歸納、或區分成範疇或概念。

二、資料與目的

本研究的資料來源有三種，包括：焦點團體、深入訪談、和個案案例分析，三種方法，三種方法對應都能夠對應三個主要的研究目（表 6），分述如下：

（一）個案案例

由各縣市「家庭暴力暨性侵害防治中心」提供個案案例，每縣市 2 筆，22 個縣市總共可以取得 44 個案例，由於三種特定的案例類型（失智個案、青少年相對人、和原住民）需要符合這三項特質的案例，進一步請三個縣市的家暴中心針對每種特定類型提供 2 個案例，約可取得 6 個案例，總共 50 個案例。

（二）焦點團體

Krueger(1986)認為焦點團體是一種聚焦在單一且和情境相關的論題，以進行有組織、腦力激盪、和團體的討論，以便蒐集資料的研究方法，透過此方法，研究者能夠在短時間內針對研究議題，觀察到大量的言語互動對話，對於未知領域的調查、研究假設的發展、政策發展和規劃、實務的應用、和測量工具的建構等目的的達成都極有助益。Sim (1998)認為該方法的優勢在於時間和資源的付出上比較經濟，並強調透過成員的動力和互動以產出資料，讓成員在壓力

比較小的情形下有自由表達的機會，成員能夠感受到團體凝聚力的氛圍，在討論和交流過程能夠深入情感、認知、態度、和經驗的意義交流，因此有助於本研究的目的。在團體過程中，研究者扮演的是「中介者」的角色，以團體成員之間的互動和討論的內容為核心，可在短時間內針對研究議題，蒐集到大量的言語與互動的豐富對話。

表 6：研究目的和資料蒐集方法與對象之對應

研究目的	資料蒐集方法	資料蒐集對象
一、建立本土直系血親卑親屬虐待尊親屬樣態，包括：暴力樣態、衝突原因、施暴手法、施虐者成長經驗、家庭互動關係或家庭動力。	1. 焦點團體 (最少 50 人) 2. 深入訪談 (最少 10 人) 3. 案例分析 (最少 50 個)	1. 焦點團體： 1) 專家學者：家暴中心、民間委託單位、學者，分北、中、南、東 4 場，每場各約 10 位(共 40 人)。 2) 個案類型：多元問題類型的案例為主軸，但必須含括失智、青少年、原住民，各 1 場，每場 8 位左右(共 24 人)
二、探討直系血親卑親屬虐待被害人因應暴力的方式和服務需求。		2. 深入訪談：以多元問題類型的案例為主軸，但必須含括失智(個案)、身心障礙(個案/相對人)、老老(個案/相對人)、青少年(相對人)、原住民(個案/相對人)總共 12 人。
三、建構直系血親卑親屬虐待尊親屬問題類型(包括報章雜誌披露的社會重大事件)，並且提出或建構對應的處遇模式，包括評估、會談、處遇計畫、計畫執行、和處遇結果評		3. 案例分析：22 縣市，每縣市提供 2 個案(共 44 個)，另外，增加 6 個案例，含括以下的案例類型，包括失智(個案)、身心障礙(個案/相對人)、老老

估。		(個案/相對人)、青少年(相對人)、
四、建立直系血親卑親 屬虐待尊親屬問題類 型的風險分級		原住民(個案/相對人)，總共 50 個個案。 4. 個案研討：特殊個案案例研討會，每場 3 個案，6 場共 18 個案例，每場 6 位專家，共 36 位。

焦點團體進行的次數也就是「取樣的飽和度」，依資料的飽和度或豐富性決定必須辦理的焦點團體的次數，一般辦理的次數是 1-4 次，團體參與人數每次約 6-12 人，人數過多或過少將影響到團體的動力與團體的進行。本研究焦點團體的成員包括家暴中心與民間委託單位的第一線實務工作者，以及專家和學者，團體分成北、中、南、東各辦理一場，共有 4 場，每場各約 10 位（共 40 人），另外針對特定的個案類型（失智、青少年、原住民）的議題討論各辦理 1 場，每場 8 位左右，共有三場，共 24 人。另外，為了讓資料更豐富，團體的成員除了第一線的實務工作者之外，也必須邀請老人保護工作的環節的人員例如：醫療機構、警政機構、社區長照機構的代表。

(三)深入訪談

深入訪談法的運用主要目的是在蒐集質性資料、進行分析、和整理出概念或範疇，作為進一步設計問卷與量化統計研究的基礎，所針對研究問題是過去研究比較沒有觸及的主題，本研究的深入訪談蒐集的資料都涉及三個研究目的，其中又以受害者和相對人的經驗焦點，針對的議題比較是特定的案例類型，失智的個案、青少年相對人、和原住民；受訪者的選取以能夠提供多元和豐富的資料（飽和度）為主要考量，本研究針對每種特定的案例類型，取得兩位（四位）受害和相對人進行訪談，總共 12 位。

三、倫理的考量

本研究為了確保研究對象的權益，採取以下相關的措施：

(一) **研究倫理委員會的認可**：本研究在資料蒐集之前，事先取得「研究倫理委員會」(Internal Review Board, 簡稱 IRB) 的審查通過之後，以確保研究倫理規範的遵循，才進行收案。和本校有合作關係的倫理委員會主要是國立臺灣大學、國立臺灣大學附設醫院、或台北市立聯合醫院。

(二) **受試者同意書的取得**：為了尊重受訪者（第一線工作者、受暴的長者和相對人、專家學者）的自主權，或行使「知後同意」的權利(Informed Consent)，訪談之前事先取得受訪者的同意，說明研究目的、方法、受試者納入和排除條件、和受試者與研究者雙方的權利與義務等，再由受試者施行同意權。由於接受深入訪談的青少年相對人仍未成年，訪談必須經過監護人的同意，如果因為親子關係疏離或衝突無法取得，將取得倫理委員會免除同意書的認可。另外，如果深入訪談過程，個案需要心理方面的協助，將轉介相關的服務單位。

(三) **隱私權的確保**：為了確保受試者的隱私權，研究者針對資料蒐集和取得的方式分別採取必要措施：

1. **個案案例**：因為案例資料來自個案記錄，基於取得個案同意的困難度考量，只能夠以去連結的方式，確保個案的隱私，去連結的措施就是由提供案例的縣市「家庭暴力暨性侵害防治中心」工作人員事先將個案記錄可能辨識個案的資料，例如：姓名、身份證字號、地址、和電話均予以刪除後，交給研究者進行案例分析，完成分析之後則以專櫃儲存和上鎖，不任意公開，研究完成之後一段期限之內將予以銷毀。

2. **團體和訪談**：焦點團體的主軸是針對三個主要研究目的蒐集和彙整專家學者和實務工作者的意見和經驗，深入訪談則是針對受害與加害者的訪談，過程之中可能涉及個案或團體成員的感受或意見表達，有必要強調隱私的確保，例如：在團體或深入訪談開始之前，向與團體成員或個別受訪者強調隱私和保密的重要

性與確保方式，另外，逐字稿彙整和分析結果之呈現也完全以匿名的方式進行。

四、資料可靠性

(一) 焦點團體

焦點團體資料蒐集和分析的原則和可靠性的確保在於以下幾個因素和原則 (Armstrong et al., 1997; Sim, 1998):

1. 焦點團體的主持人:主持人的特質和技巧影響團體成員的互動和動力，也影響資料的品質。本研究的主持人過去兩年主持過十場以上焦點團體，也曾擔任居家服務機構督導，且不斷自我檢視團體帶領的技巧，團體的經驗尚稱豐富。

2. 資料需要個別成員再確認，尤其必須保留表達意見的成員的「原意」，這一點可以透過錄音和逐字稿的方式，資料書面化之後由團體成員再確認。

3. 過程的錄音很重要，必須做到不干擾團體互動的進行，本研究將事先取得團體成員的同意，以錄音筆的方式錄音，能夠達到錄音的效果，又不會干擾到團體的互動。

4. 不可為了蒐集資料而疏忽了對團體過程的注意與動力的協調與監控，畢竟焦點團體成員的互動也是團體資料的重要部分，也必須紀錄和書寫下來，再者，團體的共識與意見的衝突勝過個體的資料。

(二) 深入訪談

1. 前面有關焦點團體的 2、3 項原則也適用於深入訪談；錄音需要取得受訪者同意，並做到不干擾為原則，資料需要經過受訪成員的再確認，以呈現受訪者的原意為原則，同樣透過錄音和逐字稿的書面資料方式，由受訪者再確認。

2. 編碼和分析盡量讓文本說話，以客觀、不涉入、或存而不論的方式，從資料的原貌抽出或萃取重要的概念或範疇。

第四章 研究結果

第一節 焦點團體

焦點團體共計辦理 9 場次，包括失智(含疑似失智)被害人和原住民(被害人/相對人)各辦理 1 場，跨類型虐待辦理 3 場次，疏忽和遺棄 2 場，另外有關社區網絡的團體 2 場，每個場次都有跨越受暴對象或受暴類型的情形，例如：失智焦點團體也討論到疏忽和遺棄的議題。

壹、失智症焦點團體

一、受暴樣態

(一) 案量成長趨勢

人口老化也使得失智長者的人口增加，與會的焦點團體成員一致認為老人保護服務過程遇到失智個案的機會有上升的趨勢，雖然與會成員們感受到失智案量增加的趨勢，但是目前並沒有確切的統計數據，詳細的比率和人數仍待確認，不過，這項趨勢需要有因應的措施，因為失智長者受暴的處遇畢竟和認知沒有虧損者不同。

(二)、受暴的原因

從焦點團體的結果可以看出：失智症尊親屬受到暴力的原因主要是照顧者對於失智症的問題缺乏瞭解，尤其是把失智症患者或被照顧者的行為精神症狀

(BPSD) 解讀為蓄意為難照顧者，失智症的困難照顧也容易累積成為照顧者長期的負荷或壓力，另外，被害人和相對人的親情或家庭關係很容易形成互相依賴的互動關係，尤其是形成家庭系統之中的緊密次系統，照顧者和被照顧者形成緊密的互動關係，甚至互相依賴，使得暴力更為膠著，難以解決。

二、處遇相關議題

本段整理失智長者受暴處遇相關的議題，包括宣導和教育、失智症的評估與確診、和處遇的挑戰。

（一）宣導和教育

其他場次的焦點團體很少著墨在老人保護的教育和宣導，失智長者受暴議題的焦點團體成員認為失智症的宣導和教育極其重要，宣導牽涉到場域、對象、和內容，在這方面，「老人福利聯盟」（又稱「老盟」）著力最多，尤其是「守護天使訓練」，針對社區和鄰里長強化他們對於失智症狀和問題的認識，其中還包括失智長者受虐的案例描述與通報。另外，「老人福利聯盟」也和「嘉義基督教醫院」和「立心基金會」合作製作資源地圖，今年則和 22 個行政區合作針對從事老人工作（包括家防中心）的人員訓練他們認識可運用的失智照顧相關資源。過去幾年，失智的相關宣導逐漸受到重視，只是這類宣導比較沒有重視失智老人保護的議題，未來有需要將保護議題納入失智宣導裡。

由於照顧者壓力或負荷過重常常被認定是造成失能和失智長者受暴的主因之一，則教育社工對於失能和失智問題的敏感度，進一步協助家屬，提供家屬照顧技巧和知能相關的教育，提供相關的支持、和裝備問題解決的能力，並且協助他們認識失智症和因應行為精神問題的策略與方法，同時評估他們在長期照護方面的需求，協助連結服務資源，尤其是提供喘息服務，都是當務之急。

（二）失智症的評估和確診

多位成員認為遇到失智疑似受暴的案例，必須事先確認個案的失智情形，以因應問題的源頭；部分成員認為可以運用評估工具進行初篩，再進一步視情形和需要，決定要不要進行失智症的鑑定或診斷。在初篩方面，常用的評估或篩檢工具有：SPMSQ 和 AD-8 兩種，只是前者評估結果以偽陰性的居多，後者則相反，以偽陽性居多。因此，進一步確診還是頗重要。只是確診的過程繁複，保護服務

的工作人員可能因為人力不足無法協助，因此，在等待確診過程，可以透過社區資源，連結鄰里長，確保個案在社區的人身安全；另外，評估和確診常常需要從家庭成員蒐集相關資訊，比較個案症狀的前後變化和差異，比較能夠確認個案認知功能的實況。

雖然焦點團體成員認為，面對疑似受暴的失智個案，開始就必須評估失智或者進行失智的確診，這和國外專家學者（Hoover & Polson, 2014）的建議似乎有些落差，這些專家認為剛開始不需要進行失智的篩檢或確診，必須等到工作人員評估之後，提出處遇計畫，個案卻拒絕接受處遇計畫之後，再進行評估，評估的主軸並不是失智的確診，或失智與否，而是聚焦在個案的決定能力，因為個案即使失智，很可能還具有決定的能力，所以決定能力的評估勝過失智症確診。

失智疑似受暴個案的篩檢、評估、和處遇充滿了難度，也考驗工作人員的技巧和智慧，強化保護工作人員針對失智個案的個案工作知能極其重要，有些「家庭暴力防治中心」，例如：台北市，資深督導會進行新進人員的陪訪和實務演練，必要時調出錄音帶充分討論會談的過程和技巧的運用，這些精進個案工作技巧的作法必須將失智個案工作納入考量，因為失智個案的訪談和互動技巧與一般個案差異頗大。

（三）處遇的挑戰

1. 通報與否的拿捏

有部分焦點團體成員認為在社區和日間照顧的情境之下，如果確認失智的尊親屬受到卑親屬的暴力，通報「家庭暴力防治中心」不一定是最佳的選擇，因為可能引起照顧者的負面反應，阻隔保護服務進入家庭的機會，由於個案必須持續依賴照顧者，可能因此危及個案的安全。但是必須持續監控個案的安全，同時探索個案是否具有自我保護的能力，如果自我保護能力不足或缺乏，個案的安全又有疑慮，就必須採取通報的行動。當個案或家屬不想通報的時候，社區機構有時候不容易拿捏，尤其是通報不一定是對個案最好，使得社區機構不一定會通報，

但是「家庭暴力防治中心」人員認為通報是責任制，不是由家屬決定，不是家屬肯不肯的問題，也不是機構可以拿捏。

2. 強制就醫的難處

被遺棄的失智長者如果有公共安全問題（例如：自己備食引起火警），里長或老人中心都會通報家庭暴力防治中心、心理衛生中心、或健康中心；工作人員通常會協尋家屬和召開協調會議，由家屬帶長者確診。如果失智長者當下沒有出現行為精神問題，精神科又無法確診，或者確診需要時間，就無法強制就醫，由於就醫上的困難，除非個案出現BPSD，否則難以強制，所以希望家屬能夠怎麼讓警察來的時候，如何可以讓長者出現BPSD，就可以讓個案順利就醫。

3. 資源連結與衛教

針對已經確認卑親屬虐待失智尊親屬的案例，工作人員必須進行家訪，確認是不是家庭照顧者負荷的問題，如果評估的結果確定，則必須進行處遇，包括：同理照顧者的壓力情緒、並連結資源，資源的介入有助於減少暴力的頻率或終止暴力（居家喘息、日間照顧），居家服務單位如果進行家訪，可以連結居家喘息服務，暴力比較可能終止，如果有需要安置，可以馬上盤點長期照顧資源，包括提供甲等以上的機構，供家屬選擇。另外，可以依據家庭的需要，進行失智症的衛教，包括認識失智症、與失智長者互動、學習如何協助長者服藥，以及請醫師評估施打長效針的可能性，家庭照顧者也必須了解個案服藥之後可能不會馬上生效，需要一段時間調整和適應藥物，才能夠穩定失智者的情緒。

只是有時候因為個案居住在偏遠的山區，長期照顧資源或居家服務不容易連結，使得資源的進入有些困難，成為資源連結的挑戰，如果能夠連結志願服務或多或少可以抒解家庭照顧的壓力。

4. 安置的困難

對於安全之虞，家屬又沒有照顧能力或者缺乏意願的失智個案，老人中心會即刻將個案安置。為了安置，社會工作者常常必須「連哄帶騙」才有可能成功，

有時候個案被安置一週不到，就吵著回家，此時，最好安排親子會面。另外，安置機構是混和失能和失智照顧，對於失智長者並不見得適宜，最好找尋專責照顧失智或者設有失智專區的機構，只是這類機構很少。機構安置之後，機構也可能因為無法照顧，要安置的長者退院。有些安置機構狀況不佳，真的適合安置失智長者嗎？這是安置失智長者的困境。

5. 疑似案例的安全確保

焦點團體成員認為個案如果只是疑似受暴的案例，仍然必須確保人身安全，在排除受暴的可能性之前仍然要持續監控，增加家訪的次數；有些已經確認為家暴的案例，需要確認暴力發生的頻率，有些暴力可能只是偶發，但是同樣必須進行監控。

對於疑似的案例，有焦點團體成員認為必須先進行評估，評估個案的需求或問題，尤其是基本生活和日常生活活動需求的滿足，例如：個案生活是不是能夠自理，如果不能自理，必須確認是否有家屬可以照顧，如果照顧者正好又是疑似虐待的相對人，則有必要協助照顧者減緩照顧負荷，例如：教導照顧者如何和失智長者溝通和互動的技巧、找尋和使用相關資源、提供喘息服務等。另外，就是家庭的協商，試圖找到其他願意照顧的家屬，轉移或減輕原先的照顧者的負擔。

三、社區防治網絡建置

在失智老人的保護防治方面，老人保護的社區網絡建置有其必要，也是最有效率的防護措施，除了從日常生活的社區警察服務、鼓勵社區巡守、強化老人安全意識之外，還必須進一步建立綿密的老人保護服務網絡，例如：強化老人虐待專線或家暴中心的可近性，或建立醫療院所、警政、和非營利組織對老人虐待高風險個案的服務網絡和登錄系統（Dong, 2015）

焦點團體的成員認為前述的社區網絡如果能夠綿密，特別是鄰里和老人或者長期照護第一線的工作人員（居家照顧服務、居家護理、日間照顧）都有充分的教育和訓練，尤其是能夠清楚知道尊親屬受虐的各項指標，能夠辨識受虐的跡象，

偵測到卑親屬對尊親屬暴力的機會就比較高。又由於失智長者是受虐的高危險群，再加上長者的表達和自主能力可能因為失智而有虧損，以致於自我保護的能力比較不足，網絡成員偵測的敏銳度就格外重要。

貳、藥酒癮焦點團體

一、物質濫用樣態

隨著酒精和藥物問題越來越嚴重，尊親屬受到酒精和藥物濫用的卑親屬暴力的事件也有上升的趨勢，與會的焦點團體成員認為除了問題有愈趨嚴重之外，和其他案例相較之下，酒精和藥物濫用的問題本身對實務工作者就是艱困的挑戰，再加上尊親屬受暴，使得問題更為膠著，考驗處遇的智慧。

不論是藥癮和酒癮，可能合併有精神障礙，例如：憂鬱症，有些照顧者因為物質濫用，原本自制力就比較薄弱，加上照顧者負荷，又因為需要買藥買酒，想跟長者要錢，長者又嘮叨或碎念，日積月累可能產生嚴重暴力的問題。雖然表面上是酒藥癮的孩子在照顧失能的父母親，實質上又是老人家在照顧不成材、40多歲仍然沒有工作的孩子。碎念之下你來我往，例如：孩子回應父母親，你生我的，就應該養我。言語威脅的精神暴力不斷，嚴重一點的情形則是威脅放火，造成公共安全的威脅。

二、處遇的原則

（一）酒癮：

針對有酒癮的相對人或加害人，由於內控的能力不足，只好透過外在控制的方式試圖遏止。其中最需要的就是聲請保護令，透過保護令的相對人處遇計畫強制酒癮戒治，只是過程之中，必須提供充分的證據和理由能夠說服法官。問題是即使戒治完了之後，個案的問題可能仍然沒有解決，最後一步就是刑法和入監，但是監獄又人滿為患，最後形成一種循環或旋轉門的現象，如果仍人無解，最後就是讓被害人遠離。

（二）藥癮：

藥癮的衝擊或影響端賴等級而定，三或四級毒品的衝擊比較小，一二級的衝擊比較大，例如：拉 K 的影響大過於吸安；不過，和酒癮相較之下，藥癮的個案的穩定性極其不足，行為比較難以預測，酒癮者在喝酒的時候比較容易鬧事，沒有喝酒的期間相對穩定，藥癮者則很不穩定，戒斷症狀可能讓個案情緒不穩，做出很不理性的事情，例如：小燈泡事件的相對人。

（三）藥酒相混：

有些相對人幾乎都是酒跟藥混在一起，依賴的行為和戒斷的問題更為嚴重，兩者依賴都需要錢，沒錢的時候就喝美沙隆，有錢的時候就去買毒品和酒精，就是有這樣的狀況。沒有錢就會向父母親要，要不到就暴力相向。

（四）處遇的限制：

不少家屬或工作人員很期待醫療或精神醫療系統能夠將物質濫用的相對人強制就醫，但是目前精神衛生法使得強制就醫不容易，除非自傷傷人或公共危險的行為，另外，即使強制就醫之後，出來還是沒有解決問題，只能鼓勵患者持續接受醫療照護。其實強制就醫或者使用急診醫療也只造成醫療資源的浪費，因為院內的問題很多元複雜，擁毒、比大條、非法營利、刺龍刺鳳、滋事鬧事，造成醫療資源的浪費。其實醫療體系的角色和功能被過度的期待，受害者和家屬、保護工作人員、民眾都可能過度寄望精神醫療單位能夠做些什麼，可是物質濫用和精神疾患的相對人需要長期的協助，因此回歸社區網絡是重要的措施。

三、相互依賴的膠著：

老人因為失能必須依賴相對人，不少老人有重男輕女的觀念，可能溺愛兒子，財產分配也不公平，引起子女之間的糾紛，可能因而波及自己，至於相對人則可能是獨子、啃老族、沒有工作或者工作不穩定、社會地位比較低，覬覦老人的錢財。另外，兩人可能互為相對人，因為孩子把自己的挫折和照顧壓力出在老人身

上，老人則可能以金錢控制孩子，有時候可能在孩子酒醉的時候趁機報復。如果想要安置長者，長者會顧慮相對人沒有人照顧，如果讓相對人遠離，也會擔心在外面無法生活，因此，老人老是在申請和不申請保護令或安置與不安置之間擺盪。相對人畢竟是家中最弱勢的孩子，管教不佳也是自己造成，這種膠著情形使得被害和加害兩者之間根本無法遠離。

四、社區網絡議題：

社區網絡是老人保護的重要環節，目前社區網絡的困難：

（一）轉介家防的困難：

主要是轉介家暴中心的行政流程繁瑣，社區要去建構自己的網絡。另外，精障合併慢性疾病醫療介入的困難。

（二）與司法合作的困難：

焦點團體成員分享提到他們都會跟司法院溝通說是否可以請法官在處遇方面增加相對人處遇的數量，司法院代表會講說那是法官的決定權，不便干涉，其實從檢察官的角度也沒有辦法去溝通希望法官能夠裁定相對人處遇，當然法官不願意去開，免得等一下徒增困擾，那乾脆就不要開。建議過希望司法院要法官去上課，後來有開課，但是法官就是不會去上。

（三）馬偕醫院的模式：

衛生福利部開始在台北馬偕和慈濟醫院提供單一窗口的戒酒的 0800 諮詢服務，透過個案管理、連結心理師、與醫師討論調藥和減害的處遇，以及提供住院照護，以個案和團體的方式進行，並且提供家訪和家庭服務，以及就業輔導。這類介入的模式雖然成功，但是衛生福利部的經費補助卻極為有限。

參、疏忽遺棄焦點團體

本次焦點團體的內容和其他焦點團體有些不同，主要是團體成員從案例切入，

再從中提出處遇相關的議題，因此，格式呈現和其他焦點團體有些不同。

一、疏忽遺棄樣態

隨著人口老化和失能人口增加，家庭照顧的能力又因為少子化和家庭關係疏離，使得疏忽和遺棄的案例確有增長的趨勢，這種情形在長期照顧社區情境（日間照顧和居家照顧服務）發現的案例最為明顯。整體而言，這類案例的受害者似乎是女性多於男性，或許是因為女性比較長壽，需要照顧的女性比較多。不過，在拋妻棄子的案例方面，焦點團體成員認為男性似乎多於女性。疏忽遺棄的原因頗為多元，屬於跨類型的問題，主要的原因和其他暴力類型並沒有差別，通常也發生在弱勢的家庭。受害者可能是失能或失智的長者，相對人可能是藥物或酒精濫用、精神疾患、失業或家庭裡所謂弱勢（比較沒有成就、工作部穩、或沒有工作）。這些人必須依賴尊親屬，也成為唯一留下「可以」照顧父母親的主要照顧者。本身就有需要面對的問題，身心和社會功能也不彰，能夠提供穩定照顧的能力就有限。

二、網絡協調問題

焦點團體成員（居家服務中心）分享居家服務情境遇到的疏忽遺棄案例，列舉的案例反映出社區網絡協調和聯繫的問題，涉及通報到介入的整體流程。

（一）疏於照顧和疏於安置的案例：

焦點團體成員分享疏於照顧的案例，個案為重度失能臥床女性，左小腿壞死、流膿、長蛆、多處壓瘡，家屬稱說有協助翻身、幫她傷口換藥、有提供三餐（同住的兒子中午會回來供餐和翻身，其他共同照顧的子女都不太理會，媳婦完全不管），先前照管中心進行失能評估只看到左小腿輕微紅腫，無法深入評估到個案的真實情形，居家照顧服務進入之後，服務員才驚覺問題嚴重，可是照專並沒有任何動作，服務員眼看著長者病情不斷惡化，居督員通報社福中心，接案之後進行聯合訪視，結論是繼續追蹤，並沒有緊急安置，服務員只好找議員施壓，社福

中心才送長者入院，前後進出醫院三次，最後情況穩定才安置。這是很明顯的疏忽的個案（新北個案）。家屬則有話說，因為大家已經決定長輩終究必須截肢，既然要截肢，左腳就不用去管他了，只是是壓瘡、營養、尿布更換等照顧的情形很不佳，疏忽已經很明確，可是為什麼通報社福中心卻沒有採取任何行動？除非勸得動家屬，但是又很難說動家屬，其實過程之中，不只有居服，也有居家護理和緊急救援系統，屬於多元服務的個案，只是這樣的案例應該是每個服務單位都有通報的責任，可是為什麼最後僅有居服單位通報疏忽或遺棄的主責單位（社福中心）呢？疑點並未釐清。是否顯示社會網絡的協調分工不足，仍待確認。

（二）居服情境疏忽案例：

個案是女性長輩，與兒子一家五口同住，重度失能完全臥床，無自主下床能力，房間骯亂，霉味充斥，尿布少換，經常有濃尿味，一天只吃一餐，通常是湯麵放塑膠袋，長者自行咬破吸湯汁，家人很少互動，體重過去一年掉了 20 公斤。家暴中心社工要居督員舉出更明確的事證，居督員只好協助長者住院，醫生也因為個案的身心狀況出了問題，不只營養，包括內分泌和肌肉組織，可是請醫生卻拒絕開診斷證明，因為害怕被告和害怕出庭作證，因而無法通報，個案在兩個月之後就過世。焦點團體成員：「我覺得長久以來社區的伙伴遇到一個很大的問題是每次我們發現疑似家暴的個案，有些案例很明顯，證據確著，家防那邊卻常常為了符不符合家庭暴力的標準而有很多的辯論，最後都變成社區工作單位，或者發現案例的單位，誰看不下去，誰就進行個管的動作…。如果遇到早年拋妻棄子，沒有盡到扶養子女的責任，就是刑法 294-1，就完全沒辦法走家防這一條路」，其實「疏忽的指標很清楚：ADL 照顧沒有到位、瘀青和傷痕、傷口沒有處理、壓瘡不斷或惡化、食物攝取和營養不足、翻身和拍背不足、該就醫沒就醫，只是執行上很難確認，問題在於社區分工協調整合的問題，這個問題比較嚴重和關鍵，到底誰來做，長期下來就影響社區工作人員的處理意願和情緒，從我外督的經驗發現，有些工作人員還不願意讓機構內部的督導知道，我希望居督員通報，結果

居督員說通報也沒有用處，只好自己勸一勸家屬或照顧者，結果也沒有用。」雖然社工提到家防沒有回應，但其實如果是透過 113 通報，家防社工一定會經過收案評估決定是否開案，如果不開案一定是有相關考量，或者和評估指標有關，未達指標的標準，如果沒有經過 113，直接由社區轉介，就不一定會處理。

三、家庭協商會議

高危機個案通常需要家庭協商會議，疏忽遺棄的案例不一定需要高危機才召開家庭協商會議，因為個案乏人照顧或照顧不周，通常需要馬上進行家訪，盤點服務資源，透過家庭協調，或者召開家庭會議，如果家屬不在，無法召開，必須馬上協尋，試圖找尋其他家庭成員，找到家屬之後，可以召開家屬協調會，討論照顧的議題，協助確認每個家庭成員或子女需要分擔的責任。焦點團體的成員分享：家庭協商經常可以找到原先沒有參與照顧或者因為忙碌不太關心尊親屬的家庭成員，開始投入關懷和照顧，只是社工沒有強制力，家屬也不一定到齊，協調效果可能因此不彰。

另外，召開家庭會議通常會把村里幹事也納入，透過民政系統協尋家庭成員，以瞭解家庭的狀況；家庭協調的原則是依照財產的分配比率、代領老人福利或津貼等原則進行分工，出錢出力。比較難處理的就是父親入贅，孩子有依母親的姓氏和依父親的姓氏，導致財產的糾葛，也成為扶養的糾紛。

四、家庭應負的責任

我們在進行老人保護的過程，經常必須判斷到底家庭必須盡到什麼樣的責任，多少責任，有個案例是家人和長者套好，老人雖然只是輕度或中度失能，卻堅持要緊急安置，而且自述沒有錢，感覺上是和家人演戲，因為長者很堅持，社福中心人員可以先進行失能評估，連結社區資源，包括送餐和志工訪視，有些情形甚至會協調照管中心，看看是不是可以幫長者評到重度，也就是中度或輕度重判，雖然明顯違反專業倫理，長者卻極度堅持，後來真的安置，自費還是必須負擔兩萬五千元左右，家屬卻不願意負擔，過去在這方面，有些家屬緊急安置之後，政

府代墊，然後代位求償，可是家屬根本不在意，也沒有付費的意願。在處理這類案例感到為難的就是家庭應該擔負起責任，但是卻推卸責任；在委託安置的情形之下，家屬也不願意付一萬五千元的差額，機構接受安置的意願就不高，因此，只好連結慈善團體協助。

其實家庭除了金錢或費用的考量之外，前面有提到就是家庭的互動歷史，長者早年沒有盡到責任或虐待妻小，威權管教，家庭成員疏離，有些照顧者是弱勢者，單身、工作不穩、收入最少、被要求單獨承擔責任，不想照顧父母又不知道如何啟齒，就會使用一些讓其他人可以發現的方式凸顯不公平的問題。

在家庭的責任方面，雖然法院的判準不一，團體成員舉例處遇過程遇到的疏忽遺棄的個案，長者住在豪宅或別墅的貧民窟，家屬給長者住在一個小而髒亂有蜘蛛絲的房間，不給吃喝，工作人員只好函送檢察官，最後照顧者被判刑 9 個月。

五、定義和認定上的困難

在法令方面，老人福利法 41 條僅提到虐待，沒有很清楚界定是哪些類型，法條又只提到身體和心理虐待，疏忽遺棄和財產剝削沒有入法，疏忽遺棄都沒有工作手冊或相關流程，使得社會工作者比較沒有依循。因其在協助個案法院審理的經驗中，僅有一次成功，主要受害者提告，許多受害者並不會提告，再者，受害者因為生活無法自主，養子賣掉他的房子，法官才裁定為遺棄。文化或習俗因素使得許多的受害者或相對人認為財務剝削不構成虐待或家庭暴力，宛如八點檔的描述。但被害人常常出於親情的考量，選擇忍耐或退讓，再加上現行並沒有明確的定義或指標可以協助，所以疏忽和遺棄的議題頗為模糊，屬於較難協助個案工作的灰色地帶的議題。

肆、青少年對尊親屬施暴類型

一、青少年暴力樣態

部分焦點團體成員認為青少年對尊親屬暴力的案例的確有上升的趨勢，因為處遇過程遇到的案例越來越多，少數的成員則認為偶而會遇到，並沒有感覺到增多的趨勢。青少年暴力的主因包括：父親對母親長期暴力，青少年目睹，長大對父親暴力，或者父親不只對母親暴力，也對青少年施暴，他長大之後也對配偶施暴。隨著父親年紀大，對母親的肢體暴力轉成言語暴力，青少年也可能開始父親施暴。另外，青少年的暴力也有可能出於父母親的過度溺愛或者隔代教養，父母親因為離婚或者不盡責將親職和照顧責任轉移給祖父母親，祖父母可能溺愛或者無法發揮親職的角色，暴力的發生可能是因為青少年想要取得事物或金錢，或者被受害者的碎念或言語激怒。

二、處遇原則和難題

公權力介入的成效似乎有限，派出所就在隔壁，警察常在家裡泡茶，後來，將孩子轉介給相對人服務，社工決定讓這孩子獨立出去找工作和租屋在外，後來，孩子真的獨立在外，卻因為違反保護令太多次，判刑三個月入監。

除了目睹暴力和交互暴力（既是相對人也是受害者），隔代教養也是青少年暴力的原因之一，青少年被通報推拉祖父母導致跌倒或受傷，通常不會把青少年當家暴個案處理（台中）。通常會引進資源，包括學校輔導體系、少年輔導委員會、和少年隊，但是遇到高社經地位的父母親受害者，因為暴力兒子就讀貴族學校或好的高中，怕孩子會有污點，要求不要讓學校知道。問題在於資源之間可能不容易協調或者也沒有交互溝通，各做各的，也造成資源發揮的效率不彰。

伍、跨類型虐待

一、暴力樣態

部分焦點團體成員提到老人保護案件持續增加（如：雲林），103 年有三件重大致死案件，卑親屬對尊親屬一件，大多是未通報案件。中彰投整體家暴事件

有下降趨勢（103 有 11 萬，104 有 9 萬多，彰化 103 年有 5708，104 年有 4863 件），但是老人保護的案例數量則持續成長，103 年 144 件，104 有 297 件，直系血親暴力也有成長，但是通報量下降，值得注意。暴力樣態：口語和肢體虐待比較多，口語又多於肢體。造成衝突的原因：財產分配議題、照顧壓力或工作壓力。

從多場焦點團體蒐集的資料發現跨類型案例的共同現象主要是：相對人藥酒癮、失業沒工作向尊親屬要錢，或精神疾患。相對人通常又和受害者同住而且是唯一的同著者，相對人通常是整個家庭成員之中功能最弱者，才會住在家裡，但因尊親屬過度寵溺，對生活挫折忍受度不高，會以對尊親屬施虐作為出口。也有可能是相對人社會功能不佳，照顧技巧與知能不高，或是較無尋求相關資源的管道或能力，導致虐待的情況發生。另外相對人也有可能曾在成長過程目睹暴力，習得暴力，以此方式作為與被害人互動的方式。

二、業務單位的協調整合

目前全國並沒有統一的標準，而是由各縣市政府統籌辦理，以下為部分縣市在業務分工方面的整理，如：台南分成三個區塊，身心暴力由家暴中心、疏忽遺棄由社工科，機構安置由業務科就是長青科。台北的連繫平台會議是過去老福和社福每年各開一次，後來統一由社福中心，而彰化由社工與救助合併的保護科負責全部的保護業務（包括性侵害和性騷擾），苗栗保護服務科也是所有保護業務，包括性侵害。台中兒、少成人保護、性侵害組、通報專線組，今年六七月成立老人身障組。雲林家暴中心則是任務編組，其實是社工科處理，分成「成保」（處理身障和老人身心暴力）和兒少保，身障和老人的疏忽遺棄由老人身障科。任何緊急安置則由老人科。嘉義縣身體和精神暴力由社工科的家暴中心處理，疏忽遺棄則由老人福利科，後者的通報通常是在醫院，出院準備的時候，沒有人接他出院，再者是鄰居鄰里村里長看到老人照顧的問題就通報，接著就是居服單位，看到老人疏於照顧或者照顧品質不佳。。屏東縣主要為長青科和社工科，社工中心為區域中心，兒保、成保、精神，專案小組在派案。有子女或依契約有扶養人則

歸屬成保組，沒有子女或依義務或契約沒有扶養人則由精輔組。每縣市業務分工不同，會有各縣市自己的特色，但這些分工是否有整合和協調上的困難？部分縣市提到家防和老人業務或長青科分工上的困難，由於隸屬不同的科，聯繫會議因為次數不多，功能不彰。

三、委外辦理的情形

許多縣市都有將老人保護業務委託民間機構辦理的作法，方案委託牽涉到委託單位如何管控或者保持聯繫的問題，也就是委外單位和委託單位的關係屬於伙伴或威權關係需要確認，這些關係還牽涉到兩之間的督導、報告、協調、個管權等。部分縣市的作法就是由委託單位獨立運作，業務承辦人進行定期或不定期訪查，委託單位保持隨時通報，以及定期呈現服務成果等。也有縣市的委外單位和主責社工或督導保持密切的合作關係，從初評進入心理諮商，個管員都清楚掌握和瞭解內涵，以能夠掌握每個諮商師的特質與風格。也有縣市是主責社工協助，由委外機構進行諮商和介入，連結諮商公會，一年四次和社工會議、訓練、個案研討。

參與焦點團體中多數委外的成員皆認為方案委外的主要問題之一就是接受委託的單位不具公權力，且警察和委外單位互動或協調的意願可能比較不足，需要透過聯繫會報溝通，在提供服務上有感困難。

四、評估和分級

(一)、評估面向和指標

有些縣市於接獲通報進行評估後，事先釐清案情的特性是否符合接案標準，再決定要不要開案，例如：有些長者需要就醫，因為隨意通報，其實是個性和老化使然，類似此案件通常在開案標準和風險評估後之後，不符合標準就不開案。在評估認定、開案與否的決定上，由於沒有很清楚的指標，只能靠老人福利聯盟編輯的工作手冊，包括：虐待的指標，因為缺乏背景資料、開案指標不明確、處

遇時程也不明確，只能依靠主觀認定，有時去家訪，發現只是照顧品質不佳，沒有後續追蹤後來發生虐待。有些縣市(高雄市)會進行五個面向的評估，包括：施暴的樣態、受傷的程度、自保能力、發生頻繁(例如：三次以上)、親屬支持系統。不論何種家庭暴力類型，考量人身安全極為重要，因為受害的老人和身心障礙者屬於「脆弱易受傷害的族群」，屏東縣的定義就是如此，和美國的定義雷同。

(二)、評估工具和分級

有些縣市要求任何接觸的第一線單位必須進行非親密評估量表的篩檢，縣府主責社工接案的時候再進複評，確認危機程度(雲林)。DA 是主要的評估量表(彰化)。有些縣市則會運用「成人疑似遺棄案件服務檢核表」(台北市)。篩檢工具的差異反映出目前老人保護的評估不一致性，以及危機或風險指標的研議的迫切性。

台南的個案危機區分，當老人的生理正常、個案能夠自我照顧、有相對人之外支持系統、子女願意出來討論、衣食住行正常、經濟狀況正常，會歸為低風險；如果支持和資源不足，就會進行資源連結和追蹤，就屬於低危機；若衝突點高、受暴樣態危險則會列為高危機。

嘉義：確認是家暴的案例屬於低危機類型最多，暴力屬於偶發事件通常由警察勸阻，避免類似事件發生，如果個案的支持系統存在，通常只要提供一次性服務，需要的話就連結資源。受暴紀錄比較頻繁、缺乏支持系統、一次性地暴力比較嚴重、家屬沒有通報(現在才通報)，則列為紅燈，需要緊急安置，同時申請暫時保護令，並且教育如何保護自己，由於信任關係已經建立，即使個案離開安置機構，還是會在遇到任何困難(經濟、身體狀況)找我們協助。

五、處遇模式：

(一)、第一級預防

本段聚焦在宣導和教育方面，過去有關老人保護的宣導的工作仍屬有限，除

了前述的老人福利聯盟投入的宣導和教育活動之外，很少由其他機構投入，各縣市在這方面的宣導活動也很有限，有些縣市長官重視老人虐待的宣導是因為有新聞事件，例如：台中因為發生過母子積欠台電公司電費，往生幾個月才被發現的事件，今年5-6月辦理30場社區愛鄰守護隊，進行老人保護宣導活動和提升保護的意識，尤其是村里幹事和鄰里長，他們在老人保護方面可以扮演重要的角色，並透過家暴委員會進行工作上的檢討。這樣的宣導有助於老人受虐情況的預防。

另外，由於和親密暴力與兒少保護相較之下，老人保護起步較晚，因此，每次焦點團體的重點都放在第二級和第三級的預防，宣導和教育並非優先。

少數焦點團體成員有提到教育宣導事宜，認為宣導和教育應該以有責任通報的服務人員或者老人和長期照顧相關領域的專業人員為優先，也就是針對第一線有機會接觸潛在受虐的失能與失智老人的專業人員，包括：社區關懷據點、居家照顧服務、日間照顧、照顧管理中心的工作人員，宣導和教育他們有關失智和老人保護相關的議題。由於第一線的居家照顧服務員與長者和他們的家庭照顧者的接觸最頻繁，因此，他們的宣導和教育更應該優先考量。

目前在長期照護各種人員訓練的課程，不論是在職訓練或職前訓練，幾乎很少把老人保護相關的主題或內容納入，例如：針對醫事人員規劃的長期照護Level I、II、III的訓練，內容幾乎完全沒有涉及任何老人保護的議題；另外，針對正在從事長期照護服務的專業人員的訓練課程，包括：照顧服務員訓練、居家服務督導員訓練、長期照護管理專員、日間照顧等社區式服務方案的訓練課程，似乎也很少將老人保護的主題納入。上述這些情形可以看出問題的端倪，未來有關老人保護的宣導和教育有需要優先針對這項問題予以改善。

(二)、第二級預防

在跨類型的第二級預防方面，焦點團體成員聚焦在資源的連結方面，有部分焦點團體成員認為，在服務過程中遇到疑似受暴的個案的時候，需要確認老人身體的樣態，是否具有潛在風險，又由於個案的老化和身體情況可能和外加的傷害

有時難以確認是否是身體虐待，老人也可能缺乏病識感，因此，醫療專業的徵詢就很重要，高雄市政府社會局和高雄醫學院的老年專科醫師有很好的連結，可以到案家初診或進行風險評估。

另外，有些個案的危機程度並不高，疑似暴力的問題可能在於照顧者的照顧負荷和照顧不周的問題，重點在於如何強化家屬照顧的知能與技巧，改善尊親屬被照顧的品質。早期發現，早期介入，減緩與避免尊親屬被不當對待的風險。

其他已經經確認是老人保護個案，但是危機程度可能不高，需要持續監控者，可以透過長青關懷中心的據點進行志工的電話關懷，進行後續追蹤(高雄)，有些縣市則提供法律和焦點諮商協助(彰化)。

(三)、第三級預防

1. 開案評估時效

開案的評估屬於跨級預防(第二和三級預防)的事宜，衛生福利部 104 年元月公布老人保護的開結案指標，要求至少三個工作天內要和老人進行第一次聯繫，身心障礙者則必須在 24 小時進行第一次聯繫，確認人身安全，如果兼具老人和身心障礙者也屬於必須在 24 小時聯繫的案例。這項規定有其重要性，因為過去曾經發生聯繫不到而缺乏進一步的積極作為，導致最後受害者過往的事件，問題是如果過多的個案都必須進行家訪，人力不足的問題將會更為嚴重，重點必須放在通報之後的初評或接案評估，務必蒐集比較完整的資料，包括責成通報單位能夠協助蒐集比較詳細的資料，最為進一步判斷是否進行家訪的決定之依據，這樣做的另一個前提或要件就是有一位資深、經驗豐富、判斷力精準的個案管理者或督導，具有精確研判個案進一步處遇的能力。

2. 討論安全計畫

不論風險的高低，只要是確認有遭受暴力的個案就必須與被害人討論安全計畫，並進行持續的追蹤，預防暴力的發生；以老人保護的案例而言，從受害者這端思考預防措施，則必須提醒長者有關最常引發暴力的導火線之一就是碎念、貶

抑、或激怒相對人，另外，必須和受害者討論暴力發生當下如何自我防護和緊急連絡人相關資訊。

3. 社區網絡協調和整合

在服務高危機的個案，通常會召開高危機會議，以及網絡聯繫會報(彰化)。例如：藥酒癮的相對人或失智長者受到卑親屬暴力的處遇，都需要社區網絡的整合，因為預防過程涉及多元的服務環節和服務提供者，網絡的聯繫和協調整合就格外重要。「老人福利法」雖然規定每一年必須召開兩次老人聯繫會議，只是缺乏作法上的細則，目前也還沒有完全落實，成為老人保護的潛在漏洞。

其中的一個漏洞就是老人保護仍然缺乏高風險指標的共識，也就是構成高風險的條件和判准，有可能因此使得老人保護個案進入高風險會議的機會比較不足的問題。另外，社區網絡成員之間必須進行跨機構或專業之間的協調和整合，目前似乎缺乏扮演整合和領導角色的機構，由於沒有法定被要求必須整合或協調的機構，機構的意願可能不高，協調整合不足的問題就比較容易發生，結果只能依靠有意願的機構出來協調整合，例如：台北市的中山老人服務中心，會因為遺棄個案有公共安全顧慮，需要跨專業和機構整合協調，主動召集和召開協調會議。部分焦點團體成員認為「家庭暴力防治中心」以公部門的位階，最具有角色召開這類會議，只是人力吃緊，案量繁重，能否如期召開有待進一步確認，端賴各縣市家庭暴力防治中心的能量，各縣市的情形並不一致。

4. 開發或連結外在資源

焦點團體成員分享，老人保護處遇其實需要創意，需用盡各種方法，連結各種可用的資源，例如：有些長者需要就醫或者衛教，除透過家屬陪同，也可以由志工陪同和關懷，結合外在資源，分擔社工的負擔，特別是遇到像某位成員說的：「你開(案)嘛，沒有那個能量去做，不開案，說真的也是擔憂，因此，連結資源極為重要」。另外，對於拒絕申請保護令的長者，部分縣市則透過旁邊有影響力的家屬或人士(里長、警察、或長者信任或願意聽的人)去影響老人，也屬於重要

的資源。

很多長輩在緊急安置之後，可能因為覺得已經沒事了、覺得暴力狀況可能已經減輕、覺得機構生活無聊想趕快回家、在機構處在無親無故或無依附對象的窘境，因此執意回到受暴情境，如果長者一定要回家，必須進行安全防範措施，確保安全，最佳的方式就是強化社區網絡系統的功能，透過社區網絡維持接觸和進行持續的監控(Shibusawa, Kodaka, Iwano, & Kaizu, 2005)。例如：雲林縣遇到長者如果選擇回家，老人科會接手介入，持續進行安全防護、持續關懷、透過協會、關懷據點、或公所持續關懷。

六、處遇障礙和困境

(一) 被害人的自主權與主觀意識

「受暴長者對於相對人的愛的糾葛，讓社會工作者覺得很矛盾，不要相對人騷擾，卻又愛子心切，可以放這麼大的心持續待在這個施暴的家庭裡，也因此，對社工提出不合理的要求，協助打遺棄或扶養官司，陪到最後，阿嬤說算了，不用打官司了」，其實要勸老人家對自己的家人尤其是子女提告，這是很困難的事情，老人家認為那是家務事，家醜不可外揚，社工只要關心我就夠了。

許多的受害者通常和家庭其他成員或社會疏離、孤立、和支持系統薄弱的人，相對人通常也是比較弱勢、沒有工作、酗酒、藥物濫用、沒有成就、被輕忽的家庭與社會的邊緣人，因此，受害者和相對人成為一個緊密、互相依賴、互相需要、互相照顧，以及很封閉的系統。受暴父母不願意通報，因為孩子是自己教出來，加上不希望相對人留下不良記錄，所以通報通常是已經隱忍很久，長期處在暴力之下，而且通常是親朋好友或鄰居看不過去才通報。即使願意公權力介入也只是希望透過警察遏止暴力，只是經常報警也不申請保護令，也讓部分警察感到排擠其他工作，似乎不勝其擾。

不過，不像兒少保護的個案的自主權缺乏，老人有自主權和主觀意識，難以強制介入，老人保護通報案例主動求助的長者少，老人世代效應之故，求助意願

不高，許多老人認為虐待是家務事，也害怕孩子坐牢，只希望他接受治療。值得注意的是有些個案因為多次受虐，也可能轉被動為主動。

（二）公權力的介入

在公權力的介入方面，長者希望公權力的介入主要目的就是公部門能夠提供相對人處遇或治療，尤其是有酒癮或藥物濫用的相對人，最好的選項就是關在醫院治療都不要出來，受害的父母希望相對人接受治療且不再出來施暴，屬於一舉兩得的最佳選項，只是門診或住院的助益都不大。

對實務工作者而言，持續或者無法終止的案例，焦點團體成員認為需要公權力更多的介入，例如：透過警政溝通，開立「家暴協處單」請警政加強關心案家，對部分相對人而言，透過警方行使公權力的制約或約束，反而比社工介入有效。再來就是違反保護令之後的預防性羈押，只是這類羈押不會太長就釋放出來，另外，相對人酒駕，因為公共危險罪入獄比較久，雖不樂見但也是一種透過公權力留置相對人以減少暴力的一種選項。

對於高風險的個案，則必須走家暴機制，不論是聲請保護令或列管。如果真的遇到嚴重威脅到生命的案例，則必須依照刑事法或行政執行法第十九條處理，包括拘提。甚至僅是疏忽或遺棄個案，例如：今年五月雲林的失智長者住在豪宅或別墅的貧民窟，家屬給長者住在一個小而髒亂有蜘蛛絲的房間，不給吃喝，家庭暴力防治中心只好只好函送檢察官，最後主要照顧者被判 9 個月的徒刑。

（三）啟動家暴機制

部分焦點團體成員分享：有時候，老人對於家防社工訪視也有防備，深怕自己的孩子受到傷害，社工必須假裝是獨老關懷的社工，雖然敵意不深，卻因為防備的問題，還必須偽裝，比較能夠溝通。在多數焦點團體皆有感：老人因為擔心孩子、保護令無效、尤其是藥酒癮或精神疾病效果不大、受暴已經很久了，所以拒絕聲請保護令。

有焦點團體成員認為：保護令比較是針對親密暴力設計吧，長者比較不願意

申請，因為是自己的子女、相對人子女功能最弱你要他去哪裡、違反保護令罰錢也是老人繳交，不繳反而被打，所以建議保護令需要修訂。

申請保護令的長者，通常只希望是基礎條款，只要禁止施暴或騷擾，申請遠離或相對人處遇計畫的很少，有些還會中途撤回，對於限制或遠離的部分，受害人可能不會堅持執行，即使相對人回來了，因為沒有發生什麼事，就不會報警，由於個案沒有做筆錄，警察在執行上也沒有辦法處理。也有成員表示代為保護令不容易，主要是因為長官比較保守，需要上簽核准，曠日廢時，簽完都已經不緊急。

（四）社會服務或犯罪處遇的選擇

受虐老人的問題到底是照顧者壓力或負荷過重使然，或者加害者本身的精神或心智障礙的問題，或者習慣性的暴力的問題？這些歸因影響處遇之選擇，可以區分成「社會服務」或「犯罪問題」的處遇模式，Brownell 和 Wolden (2008) 認為前兩者分別屬於照顧者負荷或加害者的精神或心理問題，他們比較紐約市的一個社區社會服務方案和法律介入方案，結果顯示兩種服務的個案特質並沒有顯著差異，兩者在效能上也沒有差異，主要是因為犯罪處遇通常會包括社會服務，這也凸顯社會服務的不可或缺。另外，部分虐待類型比較無法透過罪刑化處遇模式達成，例如：疏忽或自我疏忽，至於財務剝削則必須靠罪刑化處理比較有效。上述這種區分有助於老人保護處遇的選擇和分工模式，許多的老人保護案例屬於照顧者負荷和相對人精神、心智、和醫療相關的問題，需要的藥方就是社會服務的模式，而且必須依賴社區的資源網絡不斷的介入。

（五）機構安置的方式和議題

在緊急安置方面，有些縣市(屏東)很習慣和長者工作，用盡各種方法說服長者，尤其告訴長者，安置只是短暫的，得到一個暫時的保護，長者通常會願意，拒絕的還蠻少的。有些生活能夠自理的長者，不願意安置在機構，則進行多元安置的考量，社工會試著找尋其他選項，例如：暫居親友家，或者在外面租房子，

有的縣市則安排「緊急安置的旅館」(高雄市)。有部分老人被安置之後不久(如：兩週)，很想回家，因為相對人需要照顧、對相對人有父母的憐憫之心、認為已經不會有事、機構有點無聊和陌生地方，工作人員則可以試著安排親屬或子女接走，住在他們的家或者在外面租房子讓長者居住。

另外，機構安置的找尋也常是問題，通常願意承接的機構並不多，即使願意承接，也可能因為緊急需要而沒有床位，床位的可近性因此影響部分縣市在評估方面的開放或保守程度。即使承接機構已經達到很多家，例如：台中市有 52 家，而且逐年增加，緊急安置的時候，卻不一定有床位，床位仍然缺乏，所以有些縣市就會和機構簽訂少數的保留床(台中市簽訂兩個)。

有些機構則以抬高價格的方式讓家屬知難而退，形成安置上的障礙。另一項問題就是家屬將長者遺棄在機構不付安置費用，置之不理，機構必須承受家屬不付安置費用的問題，公部門必須介入，否則某些縣市已經累積幾千萬的滯繳金。

在多場焦點團體中發現：其實公辦民營機構都被要求 5%床位要留給政府使用，這項資源值得開發。

由於政府對於安置的補助，給機構的不是很大方(台南)，雖然業務科和安置機構有簽契約，通常是給社工一張機構的名單，社工必須自己去找機構，因為錢不是給得很大方(比一般民眾的入住費用低)，機構接受的意願受到影響。造成家暴社工因為缺乏安置的資源，評估比較保守。

機構安置的另一項問題是長者需要先體檢確認有無傳染疾病才能安置，這也會影響緊急安置處遇的評估或者緊急安置危機處理的時效性，焦點團體部分成員反應，期待政府可以有隔離空間的床位，以利有效率的提供被害者緊急服務。

(六)相對人處遇服務

申請相對人處遇的受害者並不多，一旦申請，通常會展開相對人處遇鑑定的機制，如果鑑定結果相對人有精神問題、情緒控制問題、藥酒癮問題，法官通常會裁定相對人處遇，相對人就必須參加處遇計畫，比較大的問題是社工依照職權

協助個案申請保護令，法官在審理過程，受害者又堅持要撤回，除非法官因為參加聯繫會報，知道相對難纏，才會堅持不給撤回，但是這種情況不多。有必要和相對人的處遇社工聯繫，可能聽到相對人不一樣的說法和成長經驗，以及自己是如何被對待。有些縣市(如:彰化)則委託學校(亞洲大學)提供相對人認知輔導教育。當暴力比較減少(雲林)，會透過協會、據點、或公所進行後續追蹤。彰化的緊急案件當然都由縣政府的社工負責，受傷程度和次數降低之後才轉換給第二線的服務單位。

第二節 案例研討會

案例研討會共辦理 6 場次，每場次探討 3 案例，共計 18 案例(見附件五)。其中，針對失智(含疑似失智)被害人、藥酒癮相對人、青少年相對人、原住民被害人/相對人，各辦理一場，不分類型 2 場次。本次期中報告，將以失智(含疑似失智)被害人、藥酒癮相對人、青少年相對人蒐集到的資料作主要探討，另原住民被害人/相對人，及跨類型虐待，因辦理期程較晚，部分資料仍在分析中，將於期末報告時完整呈現。

壹、失智疑似受暴個案：

案例一簡述(0420，失智案例研討)

一、基本資料

(一)家庭概況：案主為 77 歲女性、喪偶、育有一對子女，案女歿，案主有輕度失智情況(未確診)、行動不便須以輪椅協助並須定期洗腎。

(二)家庭關係：案主現與案子同住，並聘僱外籍看護全天照顧案主。案子無工作，經濟來源為自家房租收入與銀行存款。

二、虐待類型與服務摘述：疑似財物濫用

(一)虐待手法：由於銀行行員發現案主原有 2 千萬元之存款，僅剩 130 多萬

元，而案子持續要領取案主存款 100 萬元(定存解約)以作為投資。案主是由案子帶至銀行提款，而案主亦向銀行表示要領錢給案子，但不知案子領錢之用途，銀行人員基於保護案主財產、通知當地里長，由里長通報社會局協助處理。

(二)社工員接獲通報後，由里長陪同進行家訪。案家聘僱外籍看護工全天候照顧案主已有兩年時間，案主外觀、神情與談話無異常。

(三)社工員詢問案子有關提領出存款之用途，案子表示那些基金均作為投資，包括購買盆栽種植農作物、批發番茄於自家門口銷售、購買大批黃金等，諸如此類的投資行為較有違常理。案主對於案子提款之情事皆表示知情，至於領錢之用途支付日常生活所需之開銷外，其餘有關案子的投資行為皆不甚清楚，也不願意多談。

三、處遇過程和議題

(一)原案社工處遇：社工評估案主健康狀況不佳，有照顧需求。因里長為案家多年舊識，對於案家甚為了解，故協助聯繫案主居住於外地之兄弟姊妹，以及於大陸經商之案女婿，討論案主後續的照顧問題，後由案女婿表示願意代替已故妻子照顧案主生活。

(二)接獲通報並家訪了解後，雖明知有財務濫用的情形，但在法院為監護宣告、輔助宣告前，案主擁有財產自主處分之權利、社工員難有著力之處。

(三)案主清楚且同意案子將銀行存款提領出來，作為支付日常生活所需之開銷及投資，且不過問也不介意案子投資情形。

(四)由於案主屬於輕度失智，又與案子相互依賴，雖可預見若案主和案子持續濫用財務，未來將造成另一個社會問題，但在維護案主獨立自主的人權以及保護案主財產之間，進退兩難。

四、處遇建議和原則

(一)財務剝削的認定：本案例是否屬於家庭暴力或者只是純粹的家庭財務糾

紛，仍待商榷，也有可能兩者都不是。因為依據家庭暴力防治法，施行細則有定義財務控制或財務家暴必須是：相對人過度控制家庭財務或強迫受害者交付現金或財物，被害人感覺到恐懼或痛苦。本案例的疑似受害者對於案子提領他的存款並沒有表示異議，似乎沒有這方面的問題相關的證據或資料，所以這類案例沒有任何照顧不週、沒有需要驗傷、不需要保護令、也不需要緊急安置，比較不適宜進入家暴通報。剩下來的就是照顧問題，目前因為雇用外籍看護，照顧上也沒有發現問題，不過，後續的情形需要持續追蹤，監控案子會不會把個案的存款完全提領或惡意轉移之後，不再聘請外看護，照顧品質也有問題。

（二）疑似失智與確診：案例研討會成員認為本案例使用「失智（未確診）」並不妥當，比較適宜的用詞應該是「疑似失智」，另外，本案例的疑點在於個案有失智的訊息從哪裡來的，誰說個案有失智的？這是個疑點，從個案沒有失能但是聘僱外勞可以推論個案應該有輕度失智的程度，不論如何，確診真的有必要，不論是家暴中心開案與否或疑似財務剝削和糾紛必須轉介法律扶助，確診之後能夠申請身心障礙手冊對個案的保障比較多。在這方面有需要進行社區衛教，鼓勵家屬盡早診斷，也盡早醫療照護，這對於 BPSD 的控制比較有效，否則等到 BPSD 比較嚴重，醫療照護比較難以改變現況。

（三）輔助宣告之考量：本案例的個案並沒有監護宣告，有權處分任何財產，她決定給誰是她的權力，工作者很難著力。通案而言，失智個案通常走輔助宣告，不會走禁置產宣告，輔助宣告的條件包括確診、身心障礙手冊、醫院鑑定、失智達到宣告的標準、法院詢問等，以本案例為例，法院如果詢問，個案表示自己同意或知悉金錢轉移給案子，或者個案的身心障礙手冊只到輕度智能障礙，或者屬於邊緣性智能不足，則可能認定未達輔助宣告的標準。另外，由於失智診斷和身心障礙手冊由醫師評估和認定，到了輔助宣告又必須再做一次身心（精神）障礙定，法院可能會提供醫師醫院名單，也容許案主和案家認識和符合資格的醫師，除了省錢（鑑定通常可能花費 7 千到 1 萬多）之外，因為先前的醫師比較熟悉個

案的情形，失智的認定需要瞭解病情的變化；在同意權方面，所有子女必須同意，否則也比較無法成功，這方面其實並不容易，不過，本案例的個案僅有兒子，女婿可以協助照顧，沒有參與輔助宣告的同意權。輔助人比較可能是案子，除非法院另外指派，社福機構或社工都可能被指派，值得注意的是社工的意見和報告有可能被參酌，所以社工的資料蒐集和家庭互動的關係也很重要。與會成員也有人提到財產信託，其他成員責任為 2000 萬僅剩下 130 萬，信託管理費很高，不適合信託。

（四）家屬協調會的法律效力：本案例不需要召開家屬協調會，但是如果召開，也可以考慮將會議的協議書面化，成為書面契約，由大家簽名，未來如果家庭成員沒有照契約走，可以到法院去做請求，會議過程也可以借力使力，協助家屬進行照顧分工和財務（如：安置費用）分攤，未來如果不履行，也可以成為主管機關求償的依據，家庭協商過程也可以連結法律資源，有些縣市主管機關有義務律師團，藉助律師的專才，律師成為諮詢者，工作人員可以恩威並濟。家庭成員之間的爭執，最佳的情形是每位成員自己請律師，再請調解委員會當公正第三人，比較沒有爭議，不過本案例並沒有具體的財產糾紛，難以進入調解委員會，可以改請律師當公正第三人去公證。

案例二簡述(105.04.20 失智案研)

一、基本資料

案主 75 歲男性患有糖尿病、高血壓，因腦萎縮，有失智、妄想症、幻覺症狀，疑似精神分裂症(服藥不穩定)，現領有重大傷病卡(精神分裂症)，曾受過高等教育，過去經商為生，現以過去存款、勞保老年年金(每月 3500 元)為生；曾有過一段婚姻並與前妻生 4 子女，另與第一任同居人育有一子，與第二任同居人同居十年，當中因與一名舞女至大陸一年，返台後求得第二任同居人原諒，並持續同居關係 10-20 年。

二、家庭關係

1. 案主與前妻婚姻關係約十年，案前妻因案主借名經商違反票據法之刑責，而遭通緝在案，三案女由案岳母照顧，案主均不聞不問，未曾探視提供金錢協助；案發3年後，案主與第一任同居人同居，案前妻遂將案三女安排前往與案主同住，同住約半年，案女遭其第一任同居人毆打成傷，然案主卻置之不理，故由案岳母在外縣市租屋讓三案女生活，案子女生活費由遭通緝之案前妻打零工扶養，並自幼半工半讀。案前妻於案發20年後得知已逾追訴權時效而重獲自由，終於與案四名子女團聚。目前案妻身體狀況不佳，需由案子女24小時輪流照顧。案四子女生活狀況均不佳，並有相當大的經濟壓力，故目前案家成員均聲明案主未盡人夫/人父之職，其無正當理由未盡對案妻及案子女之扶養義務，情節重大，爰依民法1118條之1規定，聲請免除案妻及案子女對相對人之法定扶養義務。

2. 同居一：案主與第一任同居人於交往六年後同居一年，同居期間協助照顧案主與前妻所育四名子女，與案主育有一名兒子（案次子），第一任同居人擔心案主與前妻所育之四名子女會欺負案次子，於案次子六個月大時帶案次子離家，並未再與案主有往來。案次子對案主無印象，因此次接獲家防中心聯絡才得知案主存在，詢問其母才得知自己的身世，故爰依民法1118條之1規定，聲請免除案妻及案子女對相對人之法定扶養義務。

3. 同居二：案主與第二任同居人關係緊密，表示願照顧案主直至終老，只是案主失智情況嚴重，常栽贓案第二任同居人偷竊、辱罵她，近期因情緒不穩而掐住其脖子並揚言將其致死，第二任同居人認為案子女應該負起照顧案主的責任。

三、處遇過程和議題

本案因送餐人員（志工）發現案第二任同居人以及案子女不願出面照顧案主，案主因病生活無法自理，因此通報社會局緊急安置。家防接獲通報後至案主第二任同居居所訪視，第二任同居人表示案主一開始會拿錢給她，但後來案主好賭不願工作，都靠同居人賺錢養之，表示自己年事已高無力照顧案主，期待案主子女

能出面負起照顧責任。在社工協調案主照顧責任時，案主不慎跌倒，因同居人負擔不起其醫療費用，也不願再讓案主回到其住所。目前案主醫療費用由醫院社工協助並找到安置住所，案長子曾經出面表示願意找尋機構，並由自己的律師出面，後來又說要等家防發文安置之後，再提免除扶養義務，但是後來就不見人影，次子也不願意有任何的協助或付費。案主入住機構 10 日因急性中風又再次住院，並申請重大傷病卡，免去該次住院醫療費用。現案主於安置機構接受照顧，安置機構表示案主可能因服藥緣故，作息不正常，白天嗜睡、半夜謾罵髒話；半側屁股有褥瘡，已清瘡但因其患有糖尿病，痊癒較慢。目前案主手部有約束，攻擊他人行為減少，亦不再出現洗澡時抓照護員胸部狀況。在免除扶養義務官司判決確定後，家防中心協助案主轉低收身份，後續以長照機構服務專案補助，期能讓案主留在原機構接受照顧。

四、處遇建議和原則

（一）家屬協尋機制：工作者想找家屬出面，通常並不容易，如果透過戶政或役政協尋機制，也有不足之處，例如：「有一個長者一直都列『低收入戶-零類』（沒有直系血親卑親屬），因為往生遺產結繳國庫，清查戶籍，卻發現戶政資料未列的子女…，如果我們告發家屬遺棄，檢調單位的力量畢竟比較大，告發遺棄是為了找尋失聯的子女，效果比協尋為佳，雖然我們也知道遺棄罪真的很難成立，但是至少可以催促家屬出面，有機會討論相關事宜」（105/04/20 個研，618-630 行）。

（二）家庭協調會的主軸：針對遺棄的家庭所召開的協調會，除了照顧責任的分工或者免除扶養義務的討論之外，「修復式」協調是很重要的主軸。個案研討成員分享成功的例子：「第一次家屬協調會老人家願意出席，我們徵詢他和小孩子對話的意願，我們以和解為主軸，有些子女不願意來，來的小孩之中有些充滿了憤怒，我們的角色就是提供一個安全不能攻擊的氣氛，鼓勵個案針對孩子的狀況說出自己的想法和期待，也讓小孩子說出自己的感受，開一次開會結束，小

孩子很生氣，經過我們的處理，後來再開第二次，狀況就好多了，後來，小孩子沒有走免除義務的路，願意幫爸爸找一個地方，另外，原本憤怒的孩子也願意付錢，雖然還是抵死不見面…，但是必須評估到底被遺棄者出席家庭協調會的利弊得失，如果傷害夠大，則必須避免」(411-428 行)。

(三) 免除扶養義務議題：在免除義務的官司方面，有些社工會協助出庭，這一點有些為難社工，其實個案子女可以申請法律扶助的協助。另外，免除扶養義務並不追究既往，也就是免除之前的所有支出家屬還是必須支付，否則會被求償，有時候疏忽和遺棄必須確認才可以，也就是扶養義務的判定不能太急促，有需要調查和瞭解，因為也有可能是受害者自願自我照顧，可能是出於自責或罪惡感，不願意家人的參與。比較不解的就是免除扶養義務之後，長者過世之後，免除的家屬還可以繼承財產，這很弔詭。案例討論委員提到：「在法官判例方面，有些可能判定子女或家屬完全免除義務，就看證據力了，有些法院認為父母親至少也有扶養子女十多年，完全免除說不過去，有些則判定減輕義務，但是有些減輕到每個月只要付 100 元，養護機構反而要社會局幫忙找資源，這令人覺得很困擾」(105/04/20 個研，650-655 行)。在協助家屬方面可能面臨倫理兩難的抉擇：「這個個案並不宜繼續住在社區裡，安置是必要的，但是他過去並沒有盡到扶養子女的責任，如果能夠些協助個案申請 539 社會救助條例，家屬比較不用負擔過多，這一點的兩難在於我們想要家屬負擔多少責任，牽涉到國家必須扛起多少的負擔，由於這類案例層出不窮，我們是站在案主福祉和國家的資源思考或者為個案家屬使力，兩者之間不容易拿捏。」(665-670 行)

(四) 失智安置議題：老人保護安置的資源原本就比較不足，失智長者的機構安置更為艱困，尤其是有行為精神問題的個案，有錢也不一定有床位些機構要求先把個案送到精神科醫師以藥物穩定下來，才願意收，其實收容的機會也很小，當然對家屬而言，照顧有行為精神問題的家人也是很重的擔子。在強制就醫方面，可以送仁愛醫院、榮總，不過，床位都不多；，有就醫方面，不論是榮總、

松德、國軍北投，太嚴重的個案，即使有失智病床的機構也不見得願意收，再加上個案有思覺失調症候群的問題，這些症狀和失智混在一起使得照護或照顧更為艱困，所以社會局在安置機構的開發、連結、和關係的建立的著力頗為重要，社會福利資源的盤點也需要搭配個案的托育養護費用和身心障礙手冊的條件，通常安置機構以老人機構為優先考量，找不到就考慮精神相關的機構。大台北地區都不容易找到緊急就醫和安置的病房，其他縣市可能更是艱難，不過，工作人員也曾經把台北市的個案連結到桃園。

（五）失智照護議題：在照護方面，本案例的受害者還會掐照顧者的脖子，屬於高風險的個案，受害者也是相對人，所以必須盡快就醫；醫師原則上都會找到一些引發行為精神症狀的導火線，但是並不容易找，也不知道原因。在用藥方面，通常調藥需要一個月左右，醫生的調藥必須在維持個案生活功能自主和藥量輕重之間取得平衡；另外，症狀越輕微，用藥的效果越佳，所以家庭需要衛教，早期發現早期治療。另外，在調藥方面，家屬有需要提供個案病情的詳細狀況，醫生比較能夠掌握病情的軌跡和特質，另外，就是服藥穩定的議題，老人自己常決定要不要吃，副作用或自主力降低的藥物通常會選擇不吃，有些會自動減藥，或者沒有依照醫生囑咐的使用時間；倫理兩難的議題在於：把藥量調高，讓個案不會動也不會攻擊人，就看家屬的決定了。

案例三簡述(105.04.20 失智案研)

一、 基本資料

案主女，82歲，喪偶，育有四名子女，領有中低收，中度肢障手冊。相對人：案次子44歲，離婚，擔任看護、吸毒，有弑父前科，被判無期徒刑，被關17年，於案發當年1月假釋出監，尚有10年緩刑。相對人有酗酒習慣且其人格有異，改變空間應有限，恐為不定時炸彈影響社區安全。曾攜帶菜刀威脅他人，與人溝通模式多為威脅。案長子長期在外縣市打工，少返家，

主要提供案主相關費用支出；案長女與案母住同縣市，與案母關係良好，會不定期返家探視；案次女因結婚居住外縣市，不介入案母照顧問題，少返家探視。

二、 受虐情形與生活現況

案主與案子同住，且為其主要照顧者。經居服員發現，回報居督員，通報照管中心，聯絡長子和案女，長子打電話到派出所要求處理家暴，個案自述吵到兒子被打，案子則說從輪椅扶起個案，不小心跌倒，家防官及社工評估被害人失智、臥床、尿管留置，無行動能力，臉部有傷勢，是被毆打所致。社工評估被害人有人身安全之虞，將案主暫時庇護安置。案主有失智情況(未確診)，有時頭腦清楚，有時答非所問。臥床並插尿管，沒有行走能力。案主領有中低老人生活津貼 7200 元/月。無家庭成員可提供親屬安置。

三、 處遇過程

(一) 緊急安置：接獲通報後已陪同被害人進行筆錄，安置前家防官已協助請保護令，並於安置翌日治醫院驗傷。並與家人聯繫討論案主失智鑑定，期能取得多重身障手冊證明，減輕案家屬經濟及能力負擔，並可順利入住機構。現已協助申請兩民間基金會急難救助。在案主緊急安置期間，案家屬探視時不配合的態度造成機構困難，後續無繼續安置照顧意願，故於安置一個月後，轉安置一般機構(案家屬找到的機構，部分機構因案主失智考量，不願意收案)。

(二) 執行困難：觀護人評估相對人有殺人前科及有恐嚇之舉，為了預防相對人若得知遭函送，會有非理性之舉，建議該局與核發保護令的法官聯繫，若本案函送建請可否加快偵辦此案。警政建議應有策略性地讓相對人在違反保護令的當下，讓警政以現行犯逮捕，加上地檢署觀護人密集的追蹤，警檢合作一次將相對人收容方為上策，故建議輔導機構，相對人再次至機構，應立刻通報。相對人多次酒駕，檢察官向法官聲請羈押未果，僅限制住居，但

地檢署已提報該縣市監獄撤銷假釋，但需等候矯正署來函通知。等待期間觀護人家訪，相對人當時喝酒對可能遭撤銷假釋一案不滿，並語帶威脅恐嚇。觀護人表示相對人情緒不穩，已函文社會局及警察局，提醒本局及機構相關人應特別注意人身安全。

四、處遇建議和原則

（一）保護安置的妥適性：個案研討成員：「從個案處遇的方式，我看到了社工的驚恐…，我覺得有時候是不是社工把自己的驚恐放在個案的處遇上…，其實這個相對人看起來還沒有嚴重到有精神疾病…，雖然他殺害父親，被判無期徒刑或死刑…，我覺得還是要回頭去看他殺害的樣態，每一個事件都有一個故事…，整個個案的紀錄並沒有記載他殺父親的真相，其實他出獄後跟媽媽生活在一起，過往沒有被通報家暴，他也極力否認，那媽媽又有疑似失智的狀況…，加上施暴好像屬於偶發，就一次，可是我們很快就把老人家安置了，就是已經認定你這個殺人犯…，我們很快對號入座，我覺得這其實是對相對人來說是不公平的，這會挑起憤怒和對立…，我們很常用這樣的方式處理…，家屬就會認為，好，你把我媽媽帶走，我照顧不好，我看你機構把我媽媽照顧的多好，結果這個老人在機構裡有壓瘡…，你可以知道那相對人的憤怒嗎？我覺得他是不是一個相對人我都打一個問號？…其實他願意跟媽媽住，我也沒有看到受害者有害怕或擔憂的記載，我們沒有去看到他的意願的部分，或許他出獄之後沒有地方去…，我個人就不認為他會把媽媽殺了…，我們應該去釐清真相，協助的重點應該是協助進行失智的鑑定，進入機構不一定是最好的安排」。

（二）相對人特質：相對人出獄一定要有家屬願意簽屬同意書，不知道是母親或手足？出獄之後，因為在沒有選擇之下，可能只能回家。通常受刑人被關超過十年，人格已經監獄化了，可能思想和行為已經扭曲和僵化，和社會不相容，找工作容易被排擠或剝削，交新朋友也不容易，酒癮的問題可能因而產生，三次酒駕被抓，加上一次家暴，入監視遲早的事，不過，照顧失智的媽媽也真不容易，

或許潛意識之下想到入獄比較能夠適應也說不定。由於相對人有酒癮，可能也有藥癮，比較無法克制情緒，這種行為可能持續發生，這可能是考慮安置的原因。

（三）酒癮的處遇：個案有酒癮，目前有衛生福利部補助的方案，馬偕醫院接受補助，提供團體治療，費用全免，護理師又會到案家訪視，目的是減少情緒的失控，成功率頗高，除了馬偕醫院，今年台北慈濟醫院也開始類似的方案。

貳、跨案例的面向

一、暴力原因

從案例研討會的結果可以看出：失智尊親屬受到暴力的原因主要是被害人和相對人的親情或家庭關係的互相依賴（疑似財務剝削），或者因為主要照顧者有物質濫用問題（吸毒和酗酒），屬於家庭成員中社會功能比較為薄弱者或者人格異常者，另外，也有被害人早年未盡到親職或照顧子女的責任，這些特質和非失智案例的相對人特質頗為雷同；在受害者的特質方面，長者疑似都有失智、失能、或多重的慢性疾病的問題。

二、照顧者支持

由於失智症患者可能有行為精神症狀，使得照顧比較艱困，照顧者如果缺乏疾病的知識，或照顧技巧不足，比較容易將失智的行為精神症狀視為長者的挑釁，形成照顧上的壓力，壓力累積之下，這些症狀也可能成為暴力的引爆點，因此，在個案的處遇方面，確診是當務之急，如果能夠確診，接受醫療照護，進行藥物治療，尤其是早期確診早期治療，比較有助於減緩個案的症狀。在相對人方面，如果是照顧負荷過重，主要的協助在於提供衛教、強化照顧技巧、學習與失智者互動、分享照顧經驗和提供支持、提供喘息服務等。

三、家訪

在評估卑親屬對失智尊親屬的暴力方面，工作人員必須進行家訪，個案研討與會成員提到部分縣市基於人力的考量僅能做到電訪評估，確認個案是否為高風

險，若是屬於高風險案例才會進行家訪。若不是，可能會持續追蹤、或短期單次諮詢服務，如果個案受暴屬於社區長照服務機構通報的個案，通常會和這些機構的工作人員溝通協調，由通報單位進行蒐證和持續監控。這樣做似乎依賴通報單位，基於這些單位通常是第一線的服務機構，服務人員對於個案的問題和狀況比較有所掌握，這種依賴似乎合理，但前提是這些單位的服務人員具有評估和辨識老人虐待問題的能力，否則家訪確有必要。另外，如果通報單位獲知家暴中心並沒有進行家訪，可能會認為家暴中心便宜行事，不重視通報單位的用心，是否影響日後的協調與合作的意願值得再確認。

參、藥酒癮和精神障礙的問題

案例一（0510，藥酒癮）

一、基本資料

（一）家庭概況：案主（76歲）女性、喪偶（先前也是案主）、與案子、案長孫、案孫女同住。案子與配偶（案媳）離異多年，育有2子1女，案孫女與案長孫由案主負責照顧，案子因酗酒，工作無法穩定，案家經濟均由案夫退休俸及積蓄支出。

（二）家庭關係

- 1、案子多年來酗酒成癮，市立醫院松德院區診斷案子有氣質性酒精中毒之病症。社工員與案主及案家人多次討論聲請保護令，案主因寵溺案子以及擔心案子挾怨報復，對於聲請保護令態度反覆。
- 2、案子沒有喝酒會對案主甜言蜜語，但酒後又對案主辱罵吵鬧，導致案主的態度十分反覆，希望案子得到教訓又怕其吃苦。案長女與案么女是案主主要支持資源，但因案主的反覆讓兩人對協助案主處理受暴議題起爭執。社工員多次與案子會談了解其在家常受到案主嘲諷、無法振作生活，只好飲酒麻醉自己。

二、虐待類型(施暴手法)與服務摘述(因應方式)：精神虐待

- (一) 97 年 7 月第一次接案，因案主無處理受暴議題而結案。98 年 9 月接獲 113 通報案子因向案主要錢買酒不成作勢打案主，還以自殘的方式威脅案主，案主心生畏懼去電 113 求助。
- (二) 98 年-104 年期間，工作者協助案主六次申請保護令，最後都沒有獲發。案主於 99 年 11 月因案子再度酒後吵鬧，99 年 12 月聲請通常保護令獲核發，裁定案子不得對案主實施身體或精神上不法侵害之行為並完成精神治療 12 個月及心理輔導 24 週。案子於 100 年 5 月 2 次違反保護令，警方皆以現行犯逮捕案子，臺北地院於 5 月 26 日裁定羈押並於 6 月 9 日飭回，7 月 22 日開庭審理。審前鑑定報告中精神狀態初步評估案子有器質性腦傷，屬家庭暴力再犯之高危險群，但案子長年酗酒，不願接受戒酒治療。臺北地院於 100 年 9 月判決案子需戒酒治療 5 個月，案子於 101 年 2 月至 7 月於國軍北投醫院接受戒酒治療但出院後仍持續飲酒，本中心於 101 年 11 月協助案子至市立聯合醫院松德院區酒癮病房進行戒酒治療，102 年 1 月轉至宏濟神經精神科醫院住院治療，案子於 102 年 6 月 7 日以祭拜案夫為由請假出院，後續不願意再返回宏濟醫院住院治療。
- (三) 103 年起，案主聲請保護令要求案子遷出，案子雖同意遷出，但仍不定期酒後返家吵鬧再由案主報警違反保護令函送，後續因違反保護令入獄多次，案情不斷重複發生，社工與案主討論協助案子戒酒，案主則以無力支付案子戒酒費用不願協助。
- (四) 104 年 12 月接獲警政通報，案子於家中酒醉胡言亂語，案主報警表示遭其以言語及肢體騷擾並出示家暴保護令。105 年 3 月再接獲警政通報，案子甫假釋出獄，飲酒後在屋外吵鬧且有出言恐嚇；案主報警後警方將案子以違反保護令現行犯逮捕移送。案主保護令持續聲請及核發，近一次核發為 104 年 12 月 31 日-105 年 12 月 31 日。

三、 社工處遇計畫與執行困難

(一)協助案主聲請保護令、陪同出庭、由家分離訴訟等法律協助並給予情緒支持。

接案初期，案主因不想與案子有訴訟情形而不願聲請保護令，但因求助員警時被要求聲請保護令，後續案主即使未與案子發生衝突，但只要案子飲酒便會去電要求員警到案家約制案子，造成警政困擾。另當案主遇案子酒後與其發生衝突，案主會立即去電案女們哭訴，導致案女們互相指派、互相挑撥、互相爭吵，並要求社工立即提供服務(案長女希望案子離家在外生活，案次女擔心案子在外受苦，案么女則會依案主情緒狀況請社工要安撫或訓誡案子)。

(二)工作人員也協助案孫與案孫女，討論對案主的態度並轉介少年服務中心。惟

案主、案女們對案子態度反覆不一，雖不滿案子酗酒，但又擔心案子無法獨立生活，案主將其對案子的態度複製於對案孫、案孫女照顧。案孫、案孫子女對案主的狀況從焦慮擔心逐漸演變為漠然、仇視。

(三)提供案子就業轉介、給予情緒支持並協助住院酒癮戒治，但案子就業意願低且不願接受戒酒治療。

案例二 (105.05.10 藥酒癮案例研討)

一、基本資料 (家庭概況與家庭關係)

(一)案主 80 歲，育有 3 男 2 女，已各自成家，案主為榮眷身分，經濟來源有榮眷半年俸(月 11,000)與身障津貼(4,000 元/月)。

(二)案長孫(案二子之子)有詐欺、洗錢防制法、家暴法、動產擔保交易、吸食強力膠等前科，亦為目睹暴力兒童；曾於 94 年至 98 年期間多次對案主施暴。案主原居住於安養中心，98 年 5 月因案長孫違反保護令通報家防中心，家防中心於 6 月協助家屬聲請通常保護令，審核保護令期間，案主分別居住於案長女、案長子及案次女家，因案三子入獄服刑，98 年 9 月案主返家照顧開學在即的案小孫(案三子之子)並須與案長孫同住，案家人協議案主返家居

住期間，每週五至日案主及案小孫至案次女家居住，週一至週四由案長子及案長女返家探視、交待案鄰居協助照料並請轄區員警加強巡邏。

二、虐待類型與服務摘述：

(一)言語辱罵：

- 1、98 年 8 月因生活習慣不合，案長孫騷擾案主而違反保護令以現行犯移送，經家防官當面告誡、派出所前往住家設置巡邏箱加強巡查並通報防治中心；案長孫違反保護令移送地檢署飭回。家防中心於案發一個月內前往瞭解返家原因並與案家人討論人身安全計畫、請警方加強巡邏。
- 2、98 年 10 月，案長孫因情緒不穩無故發脾氣出言恐嚇，違反保護令又以現行犯逮捕移送地檢署，裁定一萬元交保並予以告誡。家防中心聯繫討論變更保護令(遷出令、遠離令)、瞭解警方巡邏情形並與案家人討論因應方式。

(二)肢體暴力：

- 1、94 年 7 月案長孫暴力行為，家防中心轉介長青中心並核發一年的通常保護令。95 年 2 月案長孫違反保護令移送、5 月案主考量案長孫無處可居，撤消保護令讓其返家。
- 2、98 年 5 月因生活習慣不合，案長孫徒手推案主致受傷住院，警方到案家處理，因案主住院無法完成筆錄，與家屬溝通，案發後兩日由案次女協助完成筆錄急診入院(接受半腕人工關節手術)，並於該日通報家防中心。
- 3、98 年 10 月因相處問題，案長孫向案主摑掌後逃離，警方函送地檢並通報家防中心。家防中心評估案主安全受到威脅並討論搬與案女同住、安排家訪與變更保護令內容。
- 4、98 年 12 月案長孫毆打案主致死，案小孫求助案次女，案次女報案送醫仍不治死亡。

三、施暴手法(或施暴情境)與因應方式

- (一) 本案為祖孫暴力致死事件，案主與案長孫二人同住，98年12月案長孫持鐵鍊及花盆毆打案主致傷，案小孫求助案次女，案次女報案經送醫急救仍不治死亡。
- (二) 目前案小孫由案次女簽屬寄養同意書照顧並予以補助寄養費用與聯繫安排諮商輔導。另外也會協助正常就學輔導及進行目睹暴力創傷諮商輔導，並列為兒保案持續處遇，後續也持續追蹤案小孫生活照顧及諮商輔導情形。
- (三) 案家屬部分，協助案家處理後事及悲傷輔導。喪事費用補助由家防中心轉介慈善團體處理並與區公所協商塔位費用，另也會陪同探監並協助申請案三子於出殯日出獄送行。
- (四) 追蹤案長孫刑事判決結果及案三子(案小孫之父)出監後照顧功能。
- (五) 事件危機處理：當日通報長官、回應媒體詢問、發布新聞。

案例三 (105.05.10 藥酒癮案研討)

一、基本資料

(一)家庭概況：案主(56歲)女性、已婚、家庭主婦，與案夫育有2男1女，經濟來源主要由案夫務農提供，相對人為案長子。案長子原為木工、承包工程，生意做得很有起色，後因酗酒無法工作，生活原以自己過去積蓄為花費，但因其多次酒駕，易科罰金支出總計有兩百萬以上，積蓄花完，有經濟上的困難，故案主協助案長子申請單親補助。

(二)家庭關係：

- 1、案夫對案長子態度較寬容，案主對於案長子喝酒一事接納度低，多以碎念方式，故與案長子關係較衝突。
- 2、案孫雖與案長子同住，但兩人關係不緊密。
- 3、案長子同居人與案長子有衝突後，4年前帶案孫女離家至日本，從此讓案長子與案孫女斷絕關係(衝突原因不明)，因案孫女為案長子生命中重

要他人，被其同居人帶離家後案長子不再得知案孫女任何消息，人生因此而崩盤，開始酗酒。

二、虐待類型(施暴手法)與服務摘述：精神虐待

案主常因案長子酗酒而有嚴重口語衝突，兩人因此鬧到家事法庭，經由家事法庭協助案主聲請保護令(限制住居 200M)。但案夫不捨案長子居住在外，向案主表示案家登記於案夫名下，希望案長子回來住。但案長子回家與案主同住後又開始酗酒，兩人再度發生嚴重口角，案長子更因此抓狂(無肢體暴力)，案主報警後案長子再次以違反保護令移送，因案長子多次酒駕再加上違反保護令，此次被判入監服刑一年 10 個月。

三、社工處遇計畫與執行困難

- (一)案長子因長期酗酒而有肝硬化、現對酒精無反應且因其酒駕撞車，腿部手術，裝有鋼釘，入監後常受疼痛備感痛苦，故協助其監內門診就醫，待出監後就手術評估與治療(因監內申請外醫流程繁瑣，又費用高，故案主無意願申請院外就醫)。
- (二)協助案長子於監內戒酒且因案長子對於與案孫女切斷聯繫關係感到崩盤、很不甘願、極想報復其同居人、心理狀態不佳，故提供相關心理輔導處遇包括 6 個月認知輔導課程、長期團體(至少 24 次)、協助連結 AA(戒酒匿名協會)，同儕心理支持。案長子於服務處遇介入後，有意識及動能面對與處理自己喝酒問題，引發改變動機，其主動性較高；惟多數的酒癮者，反覆回監機率比毒癮者高，可能因為酒類的取得較毒品取得容易，費用較低，出監後回到原本的家庭暨社會情境是欠缺支持，出監前準備與返回社區的資源單位可如何接軌？有怎樣的醫療及社會復健服務可以繼續支持與陪伴案主持續性的改變？值得探討。
- (三)若以防治的角度思考，案長子入監前 1、長期酗酒且多次酒駕 2、案主聲請保護令在這兩階段，有何資源可介入？如何連結或申請？

四、處遇的建議和原則

由於前述三個案例特質頗為類似，處遇的建議和原則以整合方式進行討論。

有關藥酒癮的卑親屬對尊親屬施暴，焦點團體討論是聚焦在暴力問題的成因和暴力發生之後的處遇和預防的議題，相較之下，第一和二級預防不是焦點團體討論的重點，主題也比較缺乏。

（一）個案特質和暴力原因

藥酒癮的問題主要是對藥物或酒精的身體和心理的依賴，造成行為上的問題。造成藥酒癮的因素很多元，在卑親屬對尊親屬暴力的議題上，藥酒癮的個案通常是家庭之中最沒有成就者，可能是成長過程被溺愛、在家庭中被認為沒有成就、沒有工作，或者受害的長輩過度操控相對人（如：案例一），相對人藉助於酒精和藥物取得慰藉，家庭通常也比較無法接納這類成員，或者在拒絕和依附之間擺盪，使得藥酒癮的問題變本加厲，既希望加害者得到治療，卻又因為溺愛而讓他予取予求，無法得到穩定的治療，既因為涉及對尊親屬暴力，可能被家庭排擠，必須遠離，甚至可能被逐出家門，卻又憐憫其孤立無援或無法生活的處境；有些相對人則在手足都成家立業之後，單獨與父母親同住，在經濟上依賴父母親，因為藥酒癮、賭博、或沒有工作收入，需要錢的時候向尊親屬要錢，產生肢體或精神暴力。

在評估上，必須注意這類相對人可能除了藥酒癮之外，可能也有精神疾患的問題，也就是必須注意「雙重診斷」(dual diagnosis)，物質依賴或上癮之外附加有精神疾患使得治療更為複雜。另外，也有可能相對人有精神疾患，尊親屬要個案就醫，產生肢體互動，卑親屬反而通報醫院說自己被尊親屬家暴，受害者是否是相對人需要進一步確認，但是也徒增處遇的難度。

（二）就醫方面的議題

在處遇方面，藥酒癮或精神疾患的個案比較困難的就是強制住院或就醫，一方面是醫療資源的問題，城鄉的資源差距頗大，相較之下，台北市的資源比較

多，北端有國軍北投，南端有松德，以第一個案例為例，相對人並不缺乏這方面的資源，個案也常使用急診服務，但是因為個案的行為問題（賺錢投機和酗酒干擾），以及家屬的縱容（例如：偷渡香菸）對於醫療單位造成諸多困擾，也因而成為拒絕往來戶。從個案的情形可以看出，只要相對人能夠穩定地在這些醫療院所裡接受治療，包括不鬧事或滋事，其效果頗佳，個案的情況也比較穩定。

整體說來，社會工作者對於藥酒癮或精神疾患個案能夠介入的實在有限，一方面需要衛生單位的協助，需要不斷地和醫師討論，不斷討論，另一方面也必須說服讓長者或相對人就醫，協調工作者似乎有諸多的挫折。當家屬無法承受個案的暴力或干擾，希望能夠強制就醫，工作人員或多或少對強制就醫也可能有過度的期待，只是在目前的精神衛生法規範之下，要將相對人強制就醫，真的很困難，即使強制就醫，不久就回到社區，同樣的問題不斷重演，工作者充滿了挫折，似乎很難改變什麼。

個案比較需要的是長期和慢性的治療模式，慢性的療養，在長期的穩定情境之下，建立比較長期和穩定的關係，包括進入家庭，比較有可能產生效果。通常進入急性醫療的個案不會想要精神科的介入，所以最好有精神科的綜合醫院，內科醫師門診的時候轉診精神科，進行比較長期和穩定的協助。

（三）服務體系和網絡協調的議題

在物質濫用的相對人處遇方面，需要的就是社區的網絡協調機制，不論是從醫院進入社區或社區進入監所的流程，或者相反地，從監所進入社區的過程，都需要很好的協調整合和接軌，只是目前這方面的協調似乎沒有到位。在社區端方面，衛生福利部或地方政府委外的物質濫用戒治和服務的方案頗多，監所也有家暴專監，對於家暴的慣犯施以認知課程和治療，關鍵在於每一個方向的流動是否能夠做到無縫接軌，以目前的狀況而言，似乎仍有諸多成長的空間，問題在於整合的機制是否建立，是否有權責進行整合，部分縣市委外進行個案管理，雖然具有整合的角色，卻因為不具公權力而無法發揮整合的功能，案例討論成員認為

家防中心最具有整合的權責和角色。

如果具有公權力的單位沒有發揮整合的角色和功能，以社區網絡的成員的位置進行區域案主群的服務整合似乎是可行的模式。例如：藥酒癮主要的治療機構是醫院，由醫院統領協調和整合的機制最為適宜，問題是很少醫院或醫師有意願做藥酒癮的醫療服務，因為政府補助經費真的很少，「衛生福利部」希望醫院能夠介入，健保署似乎在給付方面比較保守，兩者的期待之間有很大的落差；再加上醫院的人力嚴重不足，影響醫院和醫師的意願。目前衛福部有四間醫院承接戒酒癮的醫院，北部有兩間，戒癮最大的難處在於個案沒有動機。

在介入的意願和建構網路協調機制方面，就看個別醫院和醫院裡的醫師，例如：在經費極其有限的條件之下，馬偕醫院主動針對藥癮酒癮個案的治療建構一個網絡協調機制，由醫院的個管員的綿密個案管理的機制，出院準備窗口是跨專業團隊的服務，出院之後，社工、居家護理、居家醫師、公衛護士和里長進行社區關懷訪視，馬偕醫院會在出院之後，由病房護理師追蹤三個月，並且在社區召開網絡成員的協調會議，將社區中的資源整合，這種整合模式似乎頗成功。

（四）保護令聲請的困難

保護令的聲請和執行並不容易，遇到高危機的個案，由於相對人和受暴長者不容易分離，互相依賴，互相照顧，法官會站在長者的立場，考量如果核准遷出或遠離令，相對人又有藥酒癮或精神疾患或沒有工作，依賴受害者，遷出去的話相對人要住哪裡，誰照顧他，他能夠活下去嗎？在過程之中，社會工作者和法官的立場似乎有些衝突，也曾經發生過社工人員被法官訓斥的場面。過去有精神疾患相對人，法官因為知道過去這位相對人有地方去，也能夠活得好好的，才批准保護令的遷出命令，阻隔暴力的發生，所以處遇的原則不能只考量到長者的安全，似乎也要顧慮相對人的處境，尤其是當相對人也是照顧者和其他子女又沒有照顧意願的情形之下，遠離很可能讓照顧關係中止，遠離與否兩者之間的不容易拿捏。

（五）家庭動力的掌握

當相對人必須照顧長者，可能也是家中的主要照顧者，經常又是唯一有意願或者必須同住的照顧者，因為有藥酒癮和精神疾病的問題，成為相對人；相對人也是家庭系統之中最沒有成就、工作不穩或沒有工作、藥酒癮或精神疾病問題，也因為這些問題滋生暴力，更容易引起家庭成員的不滿，整體而言，相對人是家庭系統之中的弱勢者；至於受害者，因為本身就是父母或祖父母，一直都具有照顧者的角色，加上相對人前述的弱勢特質，受害者就兼具被照顧者和照顧者的雙重角色，兩人成為緊密的小家庭系統，其他家庭成員不論是否有自己的家庭，通常會選擇遠離這樣的小系統，當受害人和相對人都拒絕處遇，或者反反覆覆，如何結合其他家庭成員，或透過家庭系統的評估，找到家庭的其他成員，提供支持和協助是可以切入的點。問題是當其他家庭成員也很難介入，因為受害和加害形成的小家庭系統的互動關係已經定型，不斷的要和不要申請保護令的模式著實考驗工作者的能耐和智慧，這種情形又以第一個案例最為膠著，主要的問題在於受害人的權控，塑造出一個分化或區分不足（differentiation）或界限不清的家庭系統，受害者操控相對人的婚姻，以錢財掌控子女和孫子，家庭關係既緊密卻又衝突不斷，為了寵溺相對人（兒子和弟弟）被其予取予求，而充滿了互相合作的凝聚，過程之中卻又存有互相譴責或指責型的溝通模式，真是充滿矛盾，整個家庭缺乏一位穩定又可以梳理家庭關係和情緒的成員，這個家庭需要家庭協商會議，家族治療更有需要。從個案研討過程可以看出：家防工作人員和社區網絡人員具備家庭動力分析和協商知能的重要性。

（六）專業關係的考量

個案研討過程或多或少有著墨在專業關係的建立，由於個案的問題、求助行為、和家庭關係膠著，工作者必須建立比較長期的互動關係，專業界限的拿捏頗為重要，反反覆覆的求助行為衝擊到雙方關係的拿捏，其中一個議題就是依賴，受害加上老化，比較容易養成對工作人員的依賴關係，希望依賴警察的權威管教

或嚇阻相對人的暴力，希望工作人員不斷為其申請保護令，卻又縮手，從三個案例（尤其是第一個案例）可以看出受害者的操控，隨時拉扯一下傀儡的線，工作人員就必須回應，結案又深怕出事，戰戰兢兢到幾何時？從這些案例可以看出受害者的操控已經從家庭延伸到服務體系的人員，或許工作人員是相對穩定可以依附的客體，依輩份而論，工作者位居案主的子女或者孫子的輩份，轉移或反轉移的動力關係必須檢視。

（七）充權和培力

在這一類的案例類型，受害者和相對人的互動或相處模式通常已經定型，再加上互相依賴，持續頗長的時間，暴力的發生也持續一段時間，通常長者的意向不容易改變，除非能夠運用長者的動機和心理，期待子女成材，感受到現況可以改變，暴力可以減少，長者想離開暴力情境的意願會比較高，通常這需要多次的協助，需要耐心，考驗處遇的智慧，尤其必須充權和培力，試圖找出長者可以接受的選項，例如：短暫的遠離、短暫的離開暴力情境、讓雙方都有空間、讓相對人有所警惕、讓相對人得到治療，再思考回到家庭的時機。

老人的處遇還是必須回歸老人的處遇，也就是老人社會心理發展的課題，尤其是艾瑞克森的「統整和絕望」的任務，以及重新回到其他七個階段的整體統整，可惜這方面的著墨在個案討論過程比較沒有看到。

肆、青少年

案例簡述(105.04.28 青少年案研)

一、基本資料

（一）家庭概況：案主 17 歲男性，高職休學，由案養父母領養，案主 4 歲時案養母病逝，案養父再與一外配再婚，案主與案後母相處不睦，故搬與務農的案養祖父母同住。

（二）家庭關係：案主曾於 99 年與 100 年因與案養父母管教發生衝突而被通報家

暴；案養祖父母對案主甚為疼愛，即使案主多次與其發生肢體衝突或有辱罵、暴力行為等，案養祖父母也不願報案希望給予案主機會。惟案養祖父也會對案主言語責備，也因此造成案主對案養祖父的不滿。

(三)學習發展史：案主自小學 6 年級開始便有負面情緒與不良的學習狀況，97-98 年間因與案後母關係交惡出現逃家逃學等問題，於學校介入後有改善一段時間，但於 98 年 10 月開始又因交友不良有逃學翹課、違反校規等情形，案主就學狀況甚不理想，於 99 年升學就讀高職夜間部幾天後便休學。

二、虐待類型與服務摘述：身體(暴力)虐待與心理虐待

(一)社工需求評估：案主雖然沒有和養父同住，但是養父曾經對相對人施暴後母也曾經有不當的管教，在高職休學之後，常因不服管教或未滿足物質需求對案養祖父母丟擲、破壞物品、辱罵等行為。案養祖父母於 100 年 9 月因案主打破玻璃報案，社福科於電訪時案養祖父母認為案主本性不壞而是交友不慎所致，對於申請保護令與人身安全顧慮等問題都不願接受協助，消極表示案主少在家不常發生嚴重衝突且若有需要會主動求助等，並擔心會造成案主不滿、影響彼此關係，以案家居住偏遠婉拒社工家訪。

(二)案養祖父母需求：案養祖母希望社工協助案主強制就學或安置，社工明確表示案主已就讀高職並且不符合強制就學或安置條件，故無法提供協助。社工於 100 年 10 月電話追蹤，案養祖母再次提出案主強制就學安置需求，社工再次澄清無法協助原因並希望邀約家訪，案養祖母仍拒絕表示自行處理。

三、施暴手法(或施暴情境)

(一)101 年 11 月，案主因不滿案養祖父經常念案主不上班工作，且多次說案主是領養來的，讓案主心生不滿。案發當日，案養祖父對案主再度碎念，致使案主萌生殺意。案主見案養祖父熟睡，拿菜刀朝案養祖父頭部砍殺三刀，案養祖父痛醒負傷跑到案養祖母房間求救，邊拿房內木棍欲追打案邊說要報警。案主趁案養祖父打電話時，再度以菜刀朝案養祖父頭部砍一刀，案養祖父再

度拿木棍要打案主，案主則跑到廚房拿出水果刀一把，往案養祖父腹部刺殺一刀，當水果刀拔出時，案養祖父當場死亡。案養祖母因行動不便無法阻止兩人衝突，案主對案養祖母表示洗完澡會主動打電話自首。後續警局前往案發現場處理家庭暴力事件並通報該縣市家防中心。

(二)目前案養祖父喪葬部分已由社會救助科協助慰問、案養祖父母之子女也會協助後續事宜，案養祖母於案件後已由其子接往同住，無照顧之虞。

(三)案主因尚年輕，入獄後會建議獄中輔導案主建立自我觀念並協助未來賦歸生活適應。

本段有關青少年卑親屬對尊親屬暴力的案例討論結果的整理分為暴力的樣態和原因、處遇原則、和社區網絡。

一、樣態和原因

案例研討會成員提到自己縣市的青少年對父母親(少數涉及祖父母或隔代教養的家庭)的暴力案例有明顯增加的趨勢(彰化)，有些成員認為青少年暴力雖然有上升的趨勢，但是比率還是很低，低於1%。至於暴力產生的原因，有可能是被害人和相對人互動關係的問題，有些屬於親職教育的不足，過度溺愛，尤其是隔代教養的祖父母和青少年孫子或孫女之間的互動和管教議題；另外，相對人可能因為目睹暴力，模仿父親或母親的暴力行為，例如：父親對母親長期施暴，或者相對人成長過程遭受到父母親的暴力。少數的情形之下，是青少年受不了父親對自己或對母親的暴力，忍耐已經到了極限，導致反擊的行為。

二、處遇原則

有關任何案例(包括青少年虐待父母親)，一位案例研討會成員特別強調以資深的督導負責篩檢和分案，能夠很清楚瞭解和掌握個案狀況，使得接下來的處遇比較能夠順利。在評估方面，使用 TIPVDA 評估工具和透過社工的評估，有些縣市只要家屬之間有受傷、公共危險、被害人恐懼，就會要求個案管理者將案例納入高危機個案分類，青少年暴力也不例外。

另外，多位案例研討會成員提到他們不會把個案當成相對人，因為相對人未成年，通常會把相對人當成需要幫忙的個案，事先確認他是不是被害人，是不是需要輔導和保護，因此，工作人員可能花比較多的時間在協助青少年，協助受害人的時間反而比較少，對於受害的尊親屬（主要是父母），通常會著墨在安全防護措施，協助申請保護令，將被害人轉介到身心診所或親子諮商服務。另外，在處遇方面，有些縣市「家庭暴力防治中心」不論是開案或結案，都會進行家訪，家訪主要目的是進行家庭動力和家庭系統評估與分析，評估暴力的成因，確認家庭的主要決策者是誰，瞭解家庭的角色分工情形。

整個處遇過程有不少重要的介入，國中時期的導師和輔導室，而且是成功的，因為案主到了國中畢業都沒有曠課，顯示其有教化的潛能，只是後來可能是搬遷或其他因素，服務或處遇就進不去了，最後的結果比較令人遺憾。案主因為小時被領養，加上養母早逝，養父施暴，養母管教不當，雖然無法確定養父施暴的方式、頻率、和持續性，對其心理仍然有一定的衝擊，養父再娶，和繼母的關係不睦，關係的衝突可能因為青少年期認同感的發展使得問題更為嚴重，從小學六年級開始浮現，包括：情緒控制、親子關係、人際關係、學業、和家暴等。由於整個案例的介入細節並沒有明載，不確定介入的內涵，例如：案主具養子身份，認同感的問題比較嚴重，再加上親職互動關係的問題，養父曾經對案主施暴，這些都需要協助，比較可惜的就是：養父的角色，案主遷移到養祖父母家同住之後，養父似乎從案主的生命中消失，個案的情緒似乎也沒有出口，這對於被領養的案主而言，形同二度傷害。

在老人保護方面，介入焦點在於受害者，由於家庭暴力的通報不止一次，受害者基於祖父母的愛，無意和案主隔離，家暴中心的家訪也因為後害人以「地處偏遠」為由，而被拒絕，申請保護令的意願也不高，但是案主的暴力並不止一次，工作人員在保護令的申請方面似乎可以有更為積極的作為；另外，將案主和受害人隔離似乎有其需要，受害人也極力要求就學安置，只是因為案主已經超過義務

教育的年齡，無法強制就學，不過，工作人員仍然可以思考委託安置的可能性，這項處遇並沒有被考慮進去，或許案主行蹤不定，情緒不穩，可能也會有所抗拒，即使考慮，可行性可能也不高。另外，受害人的人身安全措施確有必要，工作人員有提出人身安全計畫，以及求助的資訊，或許對於被害人的自我保護能力過度信賴，或許整個服務體系和受害者都沒有預期案主暴力的失控與嚴重性，比較可惜的就是：從案主的殺機可以看出他是被養祖父母嘮叨，並且揶揄他是養子所激發和失控，或許，即使工作人員的人身安全計畫有提到避免刺激案主，長期的互動模式既經建立或定型，想要改變並不容易，或許受害者必須被不斷的提醒：避免刺激加害者。

整個處遇計畫比較沒有看到相對人的部分，誠如個案研討的成員（委外單位）提到：「本縣（市）家暴案的處遇還是以服務被害人為主，不會去接觸到家害人的部分，我們主要都是跟被害人聯繫，尤其是針對人身安全的部分，並不會直接服務相對人……，除非申請保護令以後的強制處遇……，這是兒少的案例，我們縣（市）也沒有少年中心的資源」（172-174 行）。由於沒有少年中心，家暴中心比較無法將青少年施暴的案件予以轉介。另外，委外單位的主要焦點仍然是以親密暴力為主，親密暴力依賴 TIPVDA，老人保護就比較沒有工具或指標，加上卑親屬對尊親屬暴力的案例裡，加害人通常對於實情有所隱瞞，認為是家務事，這也是處遇上的困難。另外，警察也比較不理會委外單位，因為比較不具公權力。

新竹市的作法不一樣，只要是 18 歲以下未成年的施暴案件、高危機案件、和考量被害人的意願（希望相對人接受處遇），則一定轉相對人服務，屬於比較強制性的措施，對於法庭即將進行裁定加害人處遇的案例，也會有四小時的教育說明保護令的相關事宜。由於個案的照顧有問題，情緒已經失控，需要比較特別的服務，如果只有目睹，沒有受暴，則進入校園或目睹方案服務，依這個案例，先前有被不當管教，在新竹市會進入兒少保，長大之後無法進入兒少保服務，就會提供相對人服務，尤其必須評估案主是否有相關精神的違常，再與兒少保勾

稽。

三、社會網絡的協調和介入

多數與會的案例研討會成員的分享有一個共通之處，就是強調青少年的暴力處遇是跨機構或跨專業的整合的模式，尤其是不同的機構之間的社會網絡支持系統的建構，聯合警政、衛政、社政、教育、村里網絡共同協助，部分縣市並且針對高危機個案進行高危機個案會議，並且進行列冊追蹤。透過學校或法律制約的效果頗佳，尤其是學校（家暴目睹服務）、少輔會、和少年隊的功能和角色。少輔會提供心理諮商和志工輔導，必要時移送少年法庭。本案比較可惜就是因為委外單位的案量太大，五位社工必須負責一個月大約 100-200 個個案量，結果這個案例在初篩之後，就被結案了，這種情形也牽涉到縣市家防中心是否有建立垂直整合的機制，本案例的負責縣市比較缺乏垂整的機制，加上案量大，只能透過電話訪問的方式介入，無法每個個案都進行家訪，另外，如前所述，這類青少年對尊親屬施暴的案例也因為缺乏少年中心或相關資源而無法轉介出去，進行後續追蹤。由於人力不足僅能透過電訪的方式評估，再加上家訪被拒絕，又因為比較缺乏積極的作為，即使有高危機個案會議的機制，可以匯聚社區網路的相關單位，包括教育，也不會有機會被列管。

比較適宜的作法應該是：通報單進來，都是透過一位資深的督導先審查案件或進行篩案，拼湊進來的相關資料，接著進行派案（包括派給委託單位），再提醒工作者是否需要進行家訪，如果需要，盡量不要因為拒絕而不進入，如果拒絕也可以透過其他家庭成員，或者經常訪視不遇，也可以請鄰居協助，要不然，在結案之前也需要再確認，或者在去家訪做個確認，因為這個案例的受害者已經 80 歲，難以承擔親職的責任，又因為祖孫關係，難以因應暴力，雖然其求助行為值得肯定，但也勢單力薄，因此，必須聯合警政、村里長、鄰居、或友人建構社區網絡。由於統一初篩和派案，督導能夠掌握委託單位的進度，委託單位也必須向督導報告，管理方式與家防的同仁雷同。

高危機的指標主要是親密暴力 TIPVDA 篩檢超過 8 分以上，其他暴力（包括卑親屬對尊親屬暴力）只要長備有受傷（例如：有驗傷）、警察通報公共危險（持刀或放火）、相對人持續隊長者精神上的威脅，造成恐懼，這些個案會進入每個月由家防中心負責統籌協調的高危會議，結合警政、衛生、學校單位，如果子女對父母暴力（非隔代）則轉介親子諮商。

伍、原住民案例(105.05.25 原住民案研)

案例一：身體虐待和疏忽

一、基本資料

個案 76 歲男性阿美族原住民未就學，五年前喪偶之後獨居，育有三子二女，住附近的長女 56 歲，為主要照顧者，以打零工為生，案女主述案主早年拋棄妻小，完全沒有盡到照顧責任，還長期對他們施加暴力，其他子女都不關心、很少探視、也沒有提供任何財務支持，案長女領取個案的老榮民津貼 7000 元自行支用。

二、施暴情形

案女主述成長過程案主施暴的陰影，加上其他手足也不管，使得自己不只有照顧意願，覺得也不必對案主有所尊重。個案原先使用日間照顧，隨著失能比較嚴重，加上居住在富里的小太魯小天祥偏僻地方，開始轉為居家服務，只是居家服務時數不高。後來，個案和外界聯絡的電話被女兒剪斷，居督員猜測可能是女兒不想讓外界知道施暴的事情，雖然居服單位連結緊急救援系統，但是女兒也不接受緊急救援系統的設置，101 年 4 月 24 日居督員訪視過程發現個案左臉泛紅，小腿堆處瘀青，案主描述施暴過程，但是不希望案女知道怕被責怪，甚至可能被打的更慘，案主認為人生沒有意義希望早死；案女對居督員主述自己因為大腸癌常到台北就醫，有次就醫回家，獲知案主把插秧機、噴藥機、血壓機、和流璃台以 800 元賣掉，就很生氣因而施加暴力。

三、處遇過程

（一）過程簡述：

居服單位通報長照中心、居家護理個管、和家暴中心，長照中心重新評估需求，核定 24 小時，包含被餐和送餐，但是案長女只願意使用 8 小時，由於個案不斷說想要上吊自殺，案女並且提到個案做出拿剪刀割脖子的動作，案女趕緊把刀子和剪刀藏起來。因此，居督員轉介高風險自殺防治中心，督導員評估個案有跌倒風險，建議轉機構安置，個案有意願，但是案女因為沒有錢支付而拒絕，居服的費用也常遲交必須催收。

（二）問題陳述：

1. 尊重自主權和干預的抉擇：雖然個案多次遭受言語和肢體暴力、有明顯傷痕、照顧上明顯有被疏忽（照顧者很少看顧、家中嚴重異味）、屬於跌倒高危險群（居服進入之前已經因為跌倒而骨折兩次，後來還有多次跌倒）、有明確的自殺傾向（有意圖也有行動），以及照顧者罹癌和照顧負荷重，申請保護令或安置是兩個重要的選項或措施，可是家暴中心和自殺防治中心工作人員密集探訪三次之後，就轉給民間高風險單位進行後追，雖然詢及個案申請保護令的意願，個案因為深怕被報復拒絕保護令的申請；或許施虐並不是很嚴重，但個案有自殺的傾向，也有跌倒的危險，照護的需求和安排應該以機構安置為優先考量，只因為案女沒有付費意願（有付費意願屬於委託安置），就尊重其意願。雖然工作者似乎面臨「尊重自主權」（案女不想安置）和「強制或積極介入」的倫理兩難抉擇，可是個案的危機已經很明確，更積極的作為實有必要。

2. 尊重個案或照顧者的意願：案女雖然拒絕安置，卻是出於安置費用的考量，其實，安置費用的考量並不重要，更重要的是個案有安置的需要，也有安置的意願，可是工作人員卻沒有加以安置，似乎比較看重照顧者的意願，而不是受暴長者的意願和需求。

3. 社區網絡的協調與連結：個案取得的資源不算少，主要是以第一線接觸到個案比較頻繁的居家服務人員為核心，在確認個案受暴之後，能夠通報長期照顧

管理中心、個案正在接受服務的居家護理個管、家暴中心、自殺防治中心，著力頗深，頗為盡力。從最後的處遇結果可以看出網絡的協調並沒有很順利，因為居家服務單位在通報單上有勾選安置卻沒有被重視，或許是礙於居家服務中心不具公權力，不過參與個案研討的專家認為「居家服務既然掌握這麼清楚他們(案家)的脈絡，以及老人家被傷害的情況已經確認，就必須極力主張」，只是居家照顧服務中心認為該主張的已經主張；另外，家暴中心若僅有兩三次和個案接觸，個案評估的周全性可能不足，此時，就必須依賴居家服務單位比較完整的資料。研究者建議發展居家服務通報家暴案件的個案摘要表，讓社區網絡單位對於個案的資料能夠在短時間之內加以掌握。

(三) 家庭介入技巧：老人保護的案例必須重視家庭協商的工作，考慮家庭動力的評估，並且啟動家庭動力，這需要有相當經驗的工作人員擔任，才有可能「承載」家庭的愛恨與情仇。

1. 邀請參加家庭會議：準備工作很重要，怎麼邀請、要說什麼、怎麼說，都必須謹慎考量，問題是工作人員都很忙，人力也不足，想要進行這種很專業和細膩的工作並不容易，如果人力不足可以轉介其他專業人員或機構，例如：心理諮商。

2. 成員個別性的會談：必須注意有些手足可能很樂意參加，有些可能意願不高，手足之間也可能很少互動或者嚴重疏離，邀請過程可能遇到手足的情緒，必須予以安撫或撫平，才可能接受邀請。

3. 修補成員受傷的心：開始進行家庭協商過程，有可能前面的個別性會談仍有未完成的準備工作，也就是持續「修補他們受傷的心」，因為這些成員有共同的傷痕，共同的怨恨，從協助他們說出或抒發負向的情緒，也必須開始探索正向的情緒或能量，重新框架成員的經驗，例如：大家都願意來參與就是一個好的開始，大女兒雖然罹患癌症，必須常常北上就醫，仍然願意住在個案附近，提供一些協助，如果成員沒有彼此指責或過於沈默，也都是值得鼓勵和增強的行為。

整體而言，原住民案例的討論比較沒有涉及文化或族群特殊的議題，從案例的特質觀之，上述這些處遇的原則也適用於其他族群。

案例二：身體虐待

一、基本資料

案主 48 歲男性，太魯閣族，住秀林鄉偏遠地區，結婚之後，育有 3 男 2 女，87 年（大約 33 歲）因為工傷意外而脊椎損傷，後來配偶外遇，兩人經常飲酒和吵架，於 102 年離婚，離婚之前原本想對案妻的同居人提告，但並沒有行動。居住安排方面，除案長女之外，仍與妻小同住於水泥平房，案前妻的同居人也同住，個案再度想透過法律扶助的協助，把案前妻的同居人逐出居所之外，後來也沒有採取行動。兄弟原本住隔壁，後來兄過世，姊入住機構。案主家庭經濟狀況不佳，為低收入戶，並有身障補助，月領 8499，過去曾得到直系基金會、世展、家扶、脊椎損傷協會、法律扶助等的協助，目前主要依賴直系基金會，但是難以跳脫貧窮境況。個案 87 年工傷意外導致脊椎損傷，95 年才開始接受居家服務，另外，也取得輔具資源、交通接送、居家護理、和送餐等服務，子女都沒有繼續就學，並且未婚提早生子，疑似從事援交，家庭功能不彰。長子為相對人 21 歲，高中肄業，亞洲水泥外包人力，能夠自給自足，並分擔家裡部分開銷，個性爽朗耿直，居督員訪視會談過程，探索其對家庭現況的看法，提到父母的婚姻現況，長子透露一女和兩夫同住的安排屬正常或可接受的事，因為他自己也希望像他父親得到另一男人的照顧。

二、照顧疏忽

案主可能因為脊椎損傷、擔心子女的交往、怕前妻不理他或離開而焦慮，種種因素使得案主常常酗酒，酗酒之後也常常和與同一屋簷下的前妻同居人衝突，家人常常報警處理糾紛。子女抱怨個案會酗酒鬧事，搗亂家庭安寧，因而對案主產生怨懟，不願意接近或照顧，因此，整個家庭對個案的支持薄弱，家屬照顧意

願頗低，在 95 年使用居家服務之前壓瘡和發炎反覆發生，進出醫院多次，因為壓瘡沒有妥適的照護，造成整支腿截肢，行動更為不便，妻子也順勢將同居人帶入案家同住，引起個案的不滿。個案進出醫院，與醫療人員的關係頗佳，因為能夠離開家庭，也比較能夠放鬆，相較之下，在家裡很緊繃，很容易將情緒發洩在居服員身上。個案一直很想要入住機構，因為就在附近，自認為很瞭解那地方的生態，也很憧憬機構生活，但是卻沒有行動，連親自去看看都沒有，因為自己被戴綠帽，身為受害者卻必須離開，明顯的不合理。由於個案的家庭照顧極為不足，居家服務又因為偏鄉人力不足僅能使用 36 小時（星期 1 到 6，每天 1.5 小時），根本無法滿足每天至少必須進行傷口照顧 1-3 次的需求，機構安置是最佳或最適切安排。

三、施暴情形

意志消沈戒酒消愁成癮，情緒不穩，酒後干擾家人安寧，個案主述案長子從 101 年開始就對他施暴，比中指、勒脖子、拳打腳踢，104 年長子工作回家，責怪個案吵鬧，對個案比中指，辱罵，把個案的電話、手機、床上的東西全部翻倒。個案主述自己因為么女懷孕不知道對象是誰，自己心情不佳酒後失控，對於長子的肢體暴力感到害怕，決定報案，申請保護令。

四、處遇情形

（一）居服的穩定支持：居家服務系統對於個案的照顧頗為投入，對於個案社會心理和家庭情況的評估也很詳盡和精確，尤其能夠透過醫院訪視，瞭解個案家庭的狀況，掌握個案在家裡和在醫院兩地的情緒之對比，雖然個案經常對居服人員發脾氣，態度並不佳，服務仍然能夠持續，關係能夠維持，提供個案無法從家庭和社會網絡獲得的穩定支持。

（二）機構安置的關鍵：個案家庭照顧疏忽嚴重，壓瘡和發炎造成不斷入院，安置確有必要，個案也表達入住機構的意願，工作人員也盡力希望勸說個案入住，可是誠如個案研討的專家所言：個案內心的掙扎、矛盾、糾結、和煎熬沒有解開

之前似乎沒有動力離開家庭，一方面因為關心子女，放不下心，照顧的需要和心理的不安全感也使得他必須依附和依賴這個忽略他的家庭，包括前妻的同居人，對他而言是「極度傷害自尊的抉擇，可是他的傷害自尊和他的安全感相較之下，他選擇了一個很沒有尊嚴的方式住了下來」(5/25 個案研討)，比較可惜的是工作人員並沒有提議或提供機會讓個案實際到機構去參訪一下，並且將個案在醫院開心的樣子指出，讓個案看到自己在醫院很自在和很有尊嚴的一面，同時指出居家環境沒有辦法提供個案真正需要的照顧，另外一方面，也可以拉回來想想如何幫助家人也能夠來機構看他或照顧他。

(三) 從個案的優勢切入

部分專業人員對於個案的看法很負面，不論是飲酒過度和酒後情緒失控，或者個案經常不遵照醫囑，喜歡下床和坐輪椅到處串門子，使得傷口惡化，歷經多次截肢。其實個案在工傷之前是很負責任的父親，只是因為工作養家比較少有時陪伴子女。個案在截肢之後仍然很堅強，充滿了活力和生命力，經常寫日記，以前是紙本，後來使用手機，記錄家人來醫院訪視的日子和帶來的東西或禮物。

(四) 促進家庭的連動

案家雖然在照顧上疏忽，部分也是個案和家人飲酒過度，尤其是個案酒後的情緒不穩家人不勝其擾，引發案長子的身心暴力，如何協助個案和家屬飲酒過度的問題是整個處遇過程中，比較少被提到的問題，也是文化相關的議題，是否意味在原鄉飲酒是文化上可以接受的習俗？工作人員基於尊重文化習俗而沒有想到要協助案主案家面對酒後可能帶來的問題？另外，個案研討的專家提醒大家別忽略了每個家庭的優勢和現存的亮點或優勢，尤其是家庭關係之中仍然存在的正向的互動或親情，例如：個案住院的時候，大兒子和二女兒是子女之中有訪視和帶東西看個案的兩位，案長子比較自立，工作人員或許可以協助他搬出自立或嘗試脫貧，減少家庭的干擾，也為相對人和案主提供某種距離，減少暴力的發生。

案例三

一、基本特質

本案屬多元案主案例，83 歲布農族男性、已婚、國小畢，66 年中校退伍，退休金約數萬元，兩棟房子，一棟自住，一棟月租一萬收入，案妻布農族，63 歲，全職家庭主婦，兩人育有一子二女，長女長年移居美國，和案夫妻的互動關係不明，次女已婚育有一子，居外縣市，案夫妻和案子與媳婦和孫女同住，次女想接案夫妻到外縣市同住，案主怕適應不良，以及為了照顧孫子女而拒絕。案子 41 歲，開計程車，收入不穩，疑似有吸毒、好賭、人格違常、情緒極度不穩，不負擔任何家用的問題，也沒有每天回家過夜，曾經被舉報吸毒，但警方查無實據。

二、家暴過程

案子嗜賭，欠賭債，缺錢就會回家要錢，要不到就惡言恐嚇、飆髒話、摔東西，曾有地下錢莊討債，案子會以低姿態要錢，給了之後不久就故態復萌，也曾經把家中貴重東西變賣，101 年案子疑似吸毒之後威脅要殺死全家人，案主在同一天早晚兩次報案，警察到場，案主不想指出加害者是誰，又因為僅止於辱罵，因此，警方沒有協處。102 年案次女曾經幫案家申請保護令，102 年六月失效，過程中，案主認為保護令無法遏止案子的口語暴力，最好有案子遠離令，在 102 年 9 月，過去不到一年之間已經通報 12 次，保護令執行 2 次，民事保護令 1 次。案妻表示案主太寵案子，每次只要案子低聲下氣，案主就會原諒，案主曾經想過和媳婦孫女搬遷，不讓案子知道搬遷到何處，可是都不曾採取行動過。103 年 6 月，案子因為找不到錢，開始辱罵案主，持續多日，案主心生懼怕，拿螺絲起子自衛，案子因而打 110 報案，案主也因此再度申請保護令，原先規劃 7 月開庭因颱風延誤，改為 8 月開庭，開庭過程雖然陳述案子家暴過程，表達自己的失望和責難，但是又自述案子已經悔改，保護令會破壞父子關係，最後還是希望撤回。103 年 9 月案子想以案妻之名向銀行貸款遭拒，案子又開始辱罵案夫妻，摔壞許

多東西，只是沒有拍照留下證據，案妻報案並由社工協助申請保護令，並且擬定人身安全計畫，10月社工協助出庭，出示手機威脅的簡訊，只是案主因為深怕案子無處可去而反悔，案妻堅持，兩人當庭吵架，案妻堅持遷出令遠離令，11月案子回家，因為不滿案妻申請保護令，辱罵案妻並且翻桌，導致案妻右腳受傷（紅腫疼痛），案妻報警，並且到醫院驗傷，但是因為暫時保護令還沒核發，警察沒有行動。後來法院收到案主撤回申請的通知，經研判得知案子偽造（因為電腦打字，且申請人是案妻並非案主），案妻堅持之下申請保護令。12月案子又和案主發生口角，罵髒話，持木棍損毀案主機車，以腳揣案主腹部，還拉扯案孫女，案主罵案子畜生，並請管區作筆錄，要求將案子以現行犯移送，後來羈押不成，案主又責怪保護令完全沒有效果，警察發揮不了作用，想提出傷害告訴，請社工協助，只是案主又說沒事了；案子後來比較少回家，偶而會打電話給案媳。

三、處遇過程

工作人員協助案主申請保護令，詳細說明保護令必須運用才有效的原則，並勸導案主接受遷出令或遠離令，也協助送狀，並以案次女婿為安全聯絡人，工作人員進一步說明保密原則，不會揭露舉報者，並且轉介教育處目睹暴力的服務，但是案主反反覆覆的情形頗為嚴重，103年8月案主撤回保護令之前，社工有提醒保護令的確具有約束力，沒有保護令，案子的態度改善了2個星期，有保護令之下，可以維持2個月，可見保護令的約束力；案主既然執意當庭撤回，社工提醒不要將撤回的決定告訴案子，試圖維持嚇阻作用。12月開庭的時候法官建議如果案主不想納入保護令保護對象，可以移除，經社工主張，申請和申請和通報比率以案主為最多，所以仍然建議納入。

後來案主夫妻有延長保護令的意願，社工提供延長的方式和做法，後來由於案媳母親癌症末期需要回大陸半年，案子也比較少回家，社工和案主案妻提出結案建議，接著再追蹤一個月正式結案。

四、處遇議題討論

（一）自主和介入之間：與會的專家認為這個案例不應該屬於自主和介入兩難的案例，這個案例很明顯需要介入，需要有更積極的作為才對，畢竟這不是前面所說的低危機的案例，因為受害者有多位，暴力頻率密集反覆，加上有傷人或殺人的威脅，更何況又有目睹暴力的兒童，而且是長期的在暴力之下，理應列為高危機案例加以列管。顯然社工似乎已經盡力了，包括教導案主如何自我保護，強調案主必須及時通報，在馬上蒐證方面，似乎比較不足，因為案主案家不太能夠保留證據。另外，比較不足的就是說服案主的部分，案主因為溺愛造成求助過程反覆，可是他並沒有去想到整個家庭因此受害，尤其是案孫女長期目睹暴力可能造成的長遠影響，溺愛兒子造成傷害全家人，這種權衡需要不斷強調和說服，更何況不讓公權力介入更助長孩子的暴力和問題行為。

（二）相對人處遇：整個工作過於偏重如何保護受害人，結果受害人又過於躊躇反覆，暴力迂迴，處遇效果不彰，卻忽略了加害人的處遇，整個過程沒有看到相對人處遇，更何況相對人有吸毒的問題，雖然這是疑似，只是有可能，但是從他的行為模式和情緒失控的問題，的確需要加入相對人處遇的計畫，保護令可以主張或者請法官裁定相對人處遇計畫，或者藉由羈押，強制藥檢或治療，當然這部分案主需要負責任，因為警察針對違反保護令要以現行犯逮捕，案主卻又說沒事沒事，保護令的申請也常常因為案主心軟，中途喊停，使得相對人的處遇也受到影響。

（三）社會心理層面

1. 情緒部分：個案研討成員重視情緒的層面，認為有需要探索或打開內心的結，例如：案子似乎有很強烈的情緒，到底他在憤怒什麼？他在氣誰？對父母親暴力，配偶也遭受暴力，連女兒也不放過，他的怒氣來自何處？對自己生氣？他最想打的人會不會是自己？案主為什麼一直忍讓，除了溺愛之外，是否強烈的自責，認為自己過去的軍旅生涯沒有盡到父親的責任，沒有盡到親職的本分，或者因為過去威權與暴力的管教，老年階段必須以過度補償的方式容忍和面對案子的

暴力。從案子對整個家庭的人施暴可以看出他的缺乏同理心，屬於高衝突和自戀型的人格特質，過度被溺愛或是暴力的受害者都可能塑造這方面的人格特質。

2. 家庭動力：整個家庭的主導者是案主，案妻似乎比較沒有權力，比較沒有聲音，這種情形反映在管教的模式，是否表示案主的管教過於威權，雖然案主因為軍旅生活經常不在家，仍有可能以軍事教育的方式管教兒子，打罵或扁他一頓都有可能激發案子的長期的憤怒情緒，難以平復，也是目睹暴力、模仿暴力、和造成暴力代間相傳的原因？不過，從申請保護令的反覆過程，可以看到案妻也有堅持的一面，這是不是意味兩人的管教不一致，導致案子無所適從？另外，案子是家中最沒有成就的孩子，一個姐姐在美國，一個在別縣市，似乎都很有成就，此外，兩個女兒似乎也遠離這個原生家庭，尤其是旅美的女兒，不論是距離或情感上，似乎意味著這個家庭有些議題，讓家庭成員遠走高飛，少有聯繫，結果是留下來的孩子在使壞和作亂。另外，從成就上看來，案子似乎給比下去了，只有國中畢業，也符合許多相對人的類型，就是家庭的孩子之中最沒有成就和最弱勢的人，也常常成為父母比較和貶抑的對象，任何經意或不經意的貶抑或比較都可能讓相對人感到自卑，同時引發相對人憤怒的情緒。

（四）社區網絡協調：整個網絡的連結似乎不足，在整個警政連結方面，其實是可以請家防官和警察多去案主案家的家庭進行訪視，多去案家走一走或聊一聊，多些檢視和監控，或多或少會產生嚇阻作用。社工也可以連結家防官向法官主張相對人處遇的裁定。如前所述，這類個案需要納入高危機案例加以列管。從這些處遇的情形可以看出社區網絡的連結與協調似乎有些不足。

陸、跨案例類型（105.05.04 案研討）

案例一

一、基本資料

（一）家庭概況：案主為 76 歲女性、喪偶、育有二子皆已早夭、獨居，生活於現址 30 幾年，意識清楚，口語表達清晰，民國 89 年因跌倒致殘，領有身障手

冊(肢障輕度)，行動不便需靠輪椅及四腳助行器來移動，案主完全不出門，生活環境不佳，接受居家服務後，居家服務員協助環境清潔，並協助備餐與身體清潔。案主有中低收入戶身分、每月領有中低收入老人生活津貼，雖有榮眷身分但未領有半俸，榮服處三節會致贈慰問金數仟元不等，案主生活無虞。

(二)家庭關係：案主獨居，案夫早年另組家庭在外育有多名子女，目前僅剩一子一女，但案夫之子林 00 (以下簡稱林君)因傷害致死入獄服刑，近日出獄後竊佔案主的戶籍謄本、身分證、農會存摺、印鑑等資料，案主對其心生畏懼無力要求歸還。案主目前僅剩姊妹 2 人，雖都居住鄰近地區，但因老邁也無力協助案主任何事宜，僅有案侄媳(案兄之子媳)平日會探視且協助案主申辦資料，但林君出獄後，案侄媳不敢再探視與協助案主。

二、虐待類型：其他(財產侵占)

林君在案夫於民國 93 年死亡之時將所有財產轉由自己繼承，案主未得到任何遺產，案主居住之平房亦轉入林君名下。林君後因傷害致死入獄服刑，近日出獄後將案主的戶籍謄本、身分證、農會存摺、印鑑等資料竊佔不願歸還並聲稱其入獄期間案主遭人詐騙，為保護案主所以代為保管，但案主表示林君覬覦其錢財並已將案主農會帳戶 2 萬 7 仟元提領一空。

三、社工服務與處遇過程：

(一)社會處於 2 月 21 日接獲居家服務單位通報案主疑有財產保護問題，請求依據老人保護案件協助案主。社工前往訪視案主，評估案主申請低收入戶公費安置的可能性。於後公所來電表示案主向村幹事求助，希望透過社會處入住老人機構以擺脫林君，社工確認案主尚有積蓄且有意願入住機構，故與村長一同協助案主於 2 月 26 日入住老人養護中心，並依據案主意願向林君及無關緊要之人保密其行蹤。

(二)3 月 1 日社工至機構訪視案主適應狀況，案主表示適應良好並不願意再回原居住地，且原住屋已遭林君變賣。林君於 3 月 4 日至社會處找案主，社工未向其透露案主入住之機構，僅向林君表示案主受到良好照顧。林君表示已委

託律師向法院提出監護宣告，要把騙案主的人揪出來。社工要求林君將資料歸還案主，林君以案主意識不清為由拒絕。社工評估林君精神狀況不佳，部分說法邏輯不通無法聚焦，疑似有藥酒癮之問題。

(三)3月10日-5月18日間，林君要求法院對案主做精神鑑定與監護宣告之聲請，皆在社工與法院聯繫提供案主狀況與建議後遭駁回，之後社工多次訪視要求林君返還證件未果；9月28日社工訪視林君時，獲林君返還案主身份證，但未返還農會帳戶及印章，故社工於11月14日協助案主至農會重新辦理帳戶並至村辦公室協助申辦低收。案主於11月份獲核定為低收入戶。社工並於隔年3月協助申辦低收老人公費安置並獲核定。案主照顧問題已獲得解決，後續每年之低收入戶申辦事宜將由機構協助之。

案例二

一、 基本資料

案主男性83歲，喪偶，育有三名子女，由案長子與案次子輪流照顧（一人一星期）。每月領有老農津貼7,000元/月（現由案長子保管，支付生活所需），案子們表示案主已無存款（然本會居家督導表示案長子曾提及案主原有存款約80萬元，後分別由案長、次子領走20萬元，居家督導於104/07/20再詢問案長子已無任何存款）。案長子60歲，已婚，子女均已成年，從事成衣業，案孫及孫媳不定時會給予生活費用（每次約5000元），其對案主照顧態度消極、較無主見。案次子55歲，已婚，子女均已成年，務農，有房貸壓力，個性自我意識強烈（強勢、主導性強）、不易接受他人意見。

二、 生活狀況

案主居住於案長子所經營的成衣工廠，屋內外環境因堆積衣料、機台故顯凌亂；案主臥室位於一樓大廳後，為一密閉空間（僅一戶窗），雖有裝置冷氣、電扇，但因空間不流通，室內充斥著潮溼腐朽的異味；該住處現僅住有案主（案長、次子均住於隔壁、鄰近處）。案主98年車禍導致左大腿骨折，致使日常生活活動皆多臥床，現均使用尿布，目前因意識不清，已無法溝通，經

長期照顧管理中心評估案主現為重度失能（ADL：0 分）；104.01 因案主吞嚥能力不佳，現有鼻胃管留置，管路更換由安益居家護理所協助；104.05 案主因背部有一約 3 度壓瘡傷口且已化膿長蟲，本會居家單位告知案子們協助就醫，但其家屬照顧態度消極。現由社團法人雲林縣老人福利保護協會提供服務；居家服務核定時數為 28 小時/月（一週 3 天、一天 2 小時、4.5 週）；居家護理：1 次/月。

三、 疏忽照顧

案子們對於照顧案主態度消極，案子們一天僅協助案主更換一次藥物，且藥物更換追求快，難以確實，以致案主有多處壓瘡且背部傷口更是化膿長蟲，案子們均多以工作忙碌為由，無法配合定時協助案主翻身拍背（多間隔半天或一天的時間），且未能依三餐提供餵食（管灌及飲水），並因案主會自行拔管，或案子們協助換藥時管路脫落，案子們會自行協助案主插管，照顧期間曾發生右鼻插管、卻從左鼻、口出的狀況，據居家護理師及居家督導表示，案子們曾多次讓個案嘗試由口進食【有嗆食之危險】目前案主的生活照顧皆仰賴居家服務。因考量案主身體狀況每況愈下且案子們照顧知識不足又自我意識強烈、照顧品質欠佳，有生命危險之虞，故予以通報之。

四、 處遇過程及執行困難

1. 案子們照顧知識嚴重不足，照護品質時好時壞，居家護理師及居家督導均曾協助進行衛教然案子們仍以自己方便之方式，提供照顧。案長子於處遇期間腦中風，已無力負擔照顧責任，案主照顧重擔現僅由案次子一人獨撐。
2. 案子們過度仰賴居家服務。
3. 案次子抗拒案主入住機構，覺其費用負擔太重。
4. 案子們每人輪流一星期照顧案主，鮮少相互協助；案長子欲讓案主入住機構，然案次子因費用問題堅決反對。

五、該案經本會社工評估，因案長子腦中風，現階段案主的生活照顧均依賴案次子協助，然案次子對於案主傷口照護不佳，且無法提供適當的醫療（就醫），

其恐危害案主的生命安全；為提昇及改善案主照護品質，本會雖已請由居家督導協助變更服務內容（為更貼近案主及家屬照顧需求）、並不定時至案家訪視及規勸案次子改善照顧方式（增加換藥頻率及協助就醫），但改善亦有限；多次向縣府社工反應，請其協助召開聯評會議及家屬協調會議。

案例三

一、基本資料

（一）家庭概況：案主為 80 歲男性、喪偶、育有二男一女，一男一女已歿，案孫女已婚嫁遠地，案主與案長子媳、案長孫同住。案長子在台南鐵工廠，疑似另有女性好友，甚少返家且不再負擔家用；案長媳為照顧生病案主，留在嘉義生活、無工作，除患知覺失調症，尚有乳癌，醫院治療中。案主目前依靠政府中低收與案長孫收入維生。

（二）家庭關係：

1. 因原住處遭廟會爆竹燒毀，理賠官司訴訟中，致案主與案媳關係不佳。
2. 案長孫高職餐飲科畢業後，目前在牛排館擔任廚房人員，月薪約 3 萬，每天工作約 12 小時，與案主互動少。

（三）虐待類型：疏忽

案主身高 160 公分體重約 45 公斤，BMI:17.58，體重過輕。洗腎，營養狀況差；案媳對於金錢有高度不安全感，擔心無錢整修房子，沒錢買日常用品，提供給案主餐點量也偏少。104 年 12 月經腎友通報申請自費送餐，一天後就以吃不慣而要暫停，於 105 年 3 月取得中低收入資格再恢復送餐，每日便當由案媳拿上樓給案主，但迴避社工詢問案主食用便當狀況。

二、社工處遇計畫與執行困難：

（一）計畫案主每週 6 次送午餐、5 次送晚餐，使案主有穩定飲食來源並提供配方營養品，增加案主營養質量，但長照中心以診所非在宅，不補助洗腎當天的餐飲為由，晚餐則因長照中心無法確認案媳是否確實將餐盒送達，故不予補

助，案主因此一週只能接受3次午餐營養飲食服務。另因案主洗腎，營養配方需是洗腎專用，中心僅有一般配方營養品、不適合案主飲用。

- (二)協請洗腎診所醫護人員觀察案主在使用送餐後的身心狀況有無改善並連結長照服務項目，如居家服務、醫師往診、藥師到宅服務，了解案主用藥及身心狀況。但案媳謝絕任何服務項目，強調案主可以自理，平日也都在診所洗腎，醫師可以隨時處理。案媳將案主隔離且疑以不提供餐食為由，讓案主不敢表達事實及內心想法，社工無從獲得事實真相。
- (三)安排案主在非洗腎日可以參加日托活動，增加人際互動及確保中午用餐穩定，但案主住處有門禁，進出公寓的階梯過陡，案主須由案媳協助出門，一旦其不配合，就會阻斷案主參加日托活動的機會。
- (四)案媳轉介心衛中心提供心理支持並與案長孫會談，請其關懷及支持案媳不安情緒、另轉介慈善團體協助生活扶助及物資提供。惟心衛中心與案媳會談後表示未有立即性的情緒障礙影響生活，僅列管而未列為輔導個案。慈善團體則以案家成員有工作能力，故只提供物資，未如案媳期待給與金錢援助。
- (五)與市府社工討論此案是否有疏失或虐待。市府社工訪視評估媳婦照顧上並無明顯疏失，而且以有精神疾患去承擔照顧已屬不易，因此未再持續關懷追蹤，無防微杜漸的主動處置效益。

第三節 深入訪談結果

深度訪談共訪談14位，其中相對人6位，被害人8位。本段呈現兩種深入訪談的結果，一是個別訪談，一是相對人團體成員的訪談。

表6：深度訪談之相對人

	訪談對象	案例類型	虐待類型
1	F	(1)被害人失智 (2)物質濫用：酒類	(1)身體虐待：拿椅子丟擲、持棍棒毆打 (2)精神虐待：口語怒罵

2	H	物質濫用：酒、藥	身體虐待
3	L	(1)被害人：失智 (2)相對人：身障	身體虐待、精神虐待
4	S	被害人：疑似失智	身體虐待、精神虐待
5	D	物質濫用：酒、藥	身體虐待、精神虐待
6	J	物質濫用：酒、藥	身體虐待

表 7：深度訪談之被害人

	訪談對象	案例類型	虐待類型	與相對人關係
1	W	跨類型	精神虐待： 行為挑釁、口語怒罵	父女， 互為相對人
2	L1	(1)被害人：失智 (2)相對人：身障	身體虐待、精神虐待	祖母與祖孫子
3	L2	相對人：身障		父子
4	L3	相對人：身障		母子
5	D1	物質濫用：酒、藥	精神虐待	父子
6	D2		身體虐待、精神虐待	母子
7	J1	物質濫用：酒、藥	精神虐待	父子
8	J2		身體虐待、精神虐待	母子

壹、個別訪談

一、被害人/相對人基本資料：（F 先生）

（一）、基本資料：

案主 88 歲男性，已婚，教育程度不識字，社福身分為一般戶/領有老農津貼，與案妻育有 2 男 1 女，目前與案長子一家共居在三合院。案長子為相對人，65

歲，教育程度國中畢業，經濟來源為農務所得，人格特質為木訥，不善言詞表達，但工作不穩定有酗酒及賭博習慣。案子表示案主有記憶不好，對案子有強烈敵意，案主如果身體舒服就好，不舒服就會說案子又對他下藥，明明房子、土地多年前就賣給案子，現在又說要把案子家趕出去，不然就是要案子出錢把房子、土地買下來。外勞有時候拿東西給他吃，有時候會不敢把它吃掉。從小到大，案主要做什麼，案家全員就得配合，如果沒做，全家就要遭殃。案妻從年輕就以案主為重，而案妻有時候也會被案主罵，有時候案主火氣起來，看到誰就罵。案姐會定期返家帶案主到北部就醫，醫師說案主的腦一邊有一點狀況。目前案主與案妻住三合院的一側，案子、媳與孫女住三合院的另一側，案主與案妻的餐就由外勞協助，案媳會負責案子與案孫女的餐，各煮各自的。案弟雖較受案主喜愛，但不願負責照顧。案主年輕的時候就喜歡告鄰居，現在年紀大了，有時候想到出去逛就會一直打叫救護車，救護車到了，上車就曾跟救護車隊員說：「等一下你載我去那個銀行那邊停一下，我要領一下錢」，剛開始警察搞不清楚，後來慢慢地，一有什麼狀況就打電話叫警察來，現在警察不怎麼理。

(二)、施暴情形：

101 年起，經常因賭博輸錢或酒後對被害人施暴，並以「幹你娘」辱罵被害人。最近於 104 年 10 月 3 日 21 時許，在住處，因賭博輸錢在家喝酒，酒後突然闖進被害人房間將被害人叫醒，又因不滿和被害人要錢遭拒，拿椅子丟擲並持棍棒毆打被害人，致被害人受有左側臉頰挫傷疼痛、左手背瘀傷。

(三)、處遇過程：

1. 苗栗縣政府衛生局函覆鑑定報告書：

- (1) 案子雖有穩定務農工作，但與家人關係疏離，人際關係處理技巧不佳、經濟狀況不穩定，影響尊親、夫妻及親子關係。然而案子否認有酗酒的情形，亦否認 104 年 10 月 3 日 21 時許的家暴行為，並對於案主的行為多有微詞，均為再犯的危險因子。

- (2) 案子未有傷害前科紀錄，然對於暴力認知低落，推測可能是有酒精的問題，若當時處於有飲酒的狀況下，其控制能力將更加不足，進而可能導致嚴重的後果。如果法提升案子的衝動控制能力、減少酒精的攝取，其再犯的機率將無法下降。
2. 保護令：(1) 不得對被害人為身體或精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為。(2) 法院裁罰相對人於 2016 年 01 月 05 日至 2017 年 01 月 05 日，需完成認知教育輔導 12 週，每週至少 2 小時；精神治療，並進行酒精及內科相關身體檢查至少 2 次。
3. 案母為減少雙方的衝突，例如案子務農返家後，就會要案主上樓，即使案子遇到案主雙方也鮮少有互動，或是不太理會案主所言。案女住台北，常會帶案主到北部就醫，對於案子被案主告家暴，案女跟案子講說要他原諒案主，案子表示無奈。案妻對案子提到反正案主在講的時候，就用” 嗯” 讓案主有感受到回應就好。案媳向案子表示就儘量不會互動有衝突。案姊向案子說：「這…這不能怪啦！跟我講說腦子一邊壞掉，她說醫師也這樣跟她講」。

(四)、服務需求：

1. 希望法官也能夠知道一下案主的狀況。
2. 案子希望在法庭前能獲得多些協助。
3. 認知處遇團體感受正向。

二、被害人/相對人基本資料：(W 先生案)

(一)、基本資料

案主為 57 歲男性，已婚，教育程度高職，與原配生有兩女，在大陸工作期間交了女友，為其生了一子一女。相對人是案長女，32 歲，未婚，教育程度為碩士，目前是一般上班族，人格特質為高知識、對案主累積有一定程度的情緒，控告案主家暴後成案。案主表述對案長女、案次女(相對人)從小到大皆呵護至極，

因工作之故到大陸工作，但對案妻與案長女、次女在經濟上供給無慮，也曾未打過案長女或次女，在大陸工作期間也會每月回來台灣一次，但在返台期間因朋友約聚，再加上案長女、次女會去補習，所以跟案長女、次女也較少互動。案長子與案三女皆取得台灣國籍，目前與案主同住於台灣。

(二)、施暴情形

104 年 3 月 6 日 10 時 30 分許，案主酒後前往案女住處，探視案妻與案女，並攜帶廟裡祈福的糕餅給案女吃，案長女詢問案主「這是甚麼餅？」，案妻告知案主「現在的年輕人都吃有品牌的餅」，案主聞言後心生不悅並遷怒案長女所信仰之宗教，案長女不知道拿什麼東西往案主後面打，案主出言辱罵案長女及案妻是畜生，並出手打案長女的手及臉部，並壓制在地毆打，案次女見狀上前攔阻，過程中撞到書櫃導致玻璃破裂，案主、案長女、案次女之手腳均遭玻璃割傷，後來找警察來了，案主一直說案女不受教，說：「我這個女兒是畜生」，案長女站在警察後面比中指，並且在警員面前動手打案長女一巴掌。

(三)、處遇過程

1. 苗栗縣政府衛生局函覆法院建議書：案主對於其子女有明顯暴力及權控問題，且自述當日情緒不佳並有飲酒。認定有高度危險程度。
2. 保護令：(1)不得對案妻、案長女、案次女實施為身體或精神不法侵害之行為。不得直接或間接對案妻、案長女、案次女為騷擾行為。案主應遠離案妻家之住所至少 50 公尺。(2)法院裁罰相對人於 2016 年 01 月 21 日至 2017 年 01 月 21 日，需完成認知教育輔導 24 週，每週至少 2 小時。
3. 案主在法院曾表示代表案長女浪費司法資源道歉，法官要如何處分皆欣然接受。
4. 法院對案主核發遠離令，案主表示案妻目前居住在房子是案主所有，主張其有權利住在自己的房子裡，但法院考量案主在審理時自承在大陸那邊有一個兒子、一個女兒，其大部份時間皆住在大陸，每個月回來臺灣一個禮拜照顧

其母親；這十年沒有跟案妻、案長女與案次女同住，且跟案長女相處時間也不過 5 個小時等語，讓法院認定案主長期未住在案妻家，因此核發遠離令，並未對案主之住居造成影響。

5. 案發後，案主心生倦意，自覺商場得意，但家庭教育失敗，因此跟大陸合夥人表達退休之意，並將所有股權處理後，就帶案子、案三女返台定居，雖然跟案妻、案長女、次女居住不遠，但不曾再見過她們，目前專心教育陪伴案子、案三女，以及照顧中風的案母。案主為人海派，目前主要到議員服務處幫忙，目前重心皆放在案子與案三女，案三女下課時間要去擔任司機，案子功課成就也不是重點，案子下課也會到議員服務處協助，形同議員小助理。

(四)、服務需求

1. 認知教育與輔導課程有必要：

不是當你當作是罪犯，是朋友之間，陪你去看到，你如何這樣面對的一個過程；他帶領我，說：你賺那麼多幹什麼？對，我幹嘛辛苦賺那麼多，我也不一定會賺到，現在的時機也不好賺了。課程是隨時因事在變，很多事情的變化，也不是說很死板的，每天都在孝順父母、不能離婚、一定要和睦相處，沒有，他的課程是說，你適不適合、可不可以在一起

2. 相對人也應該來上課；

一個銅板不會響，她去告我家暴，然後法官判我上課、遠離，那我去告她家暴，但我不願意，希望法官能衡量雙方，都有上課的必要。

三、被害人/相對人基本資料：(H 案)

(一)、基本資料

案父為 40 多歲男性，離婚，教育程度國中，與案母在案主國中畢業那年離異，育有一子一女，案父母離異後，案主跟著案父、案妹跟案母，離異至今已未曾再見過案母與案妹，福利身份是一般戶，目前從事鋼鐵業。相對人是案主(長

子)，20 歲，未婚，教育程度為國中，目前也是從事鋼鐵業，人格特質為無業閒賦在家、曾有吸食毒品紀錄、血氣方剛、情緒控制問題。案父是黑道份子，案主是爺爺奶奶照顧，案母為家庭主婦在案主國中前尚未離婚，案母會打案主，案父則較會使用溝通。跟案父一樣都有情緒問題，受不了被念。案妹較乖，案主自覺案家是重女輕男。小三曾動手打老師，國小曾在案母打案主時、奪下愛的小手反打案母，前與現任女友都曾案主打過，前女友更甚被打斷手。喝酒就會變另一個人。

(二)、施暴情形

104 年 8 月 26 日 21 時許，案主(相對人)欲外出喝酒，案主與案父發現案子舉止怪異，要求案主不要外出、在家休息，並追問案主是否有吸食毒品，案主坦承 19 時有吸食 K 他命後，突然間疑似惱羞成怒毆打案父與案祖父，並持西瓜刀欲砍殺案父與案祖父，經兩人奮力抵抗，始未受有更嚴重的傷害，但仍造成案父右前臂及右手挫擦傷，案祖父左腳挫傷之傷害。

(三)、處遇過程

1. 過去都是用口頭告誡案主，但自覺沒辦法管得動案主，因此，就叫警察來管，告案子家暴。
2. 苗栗縣政府衛生局函覆鑑定報告書：
 - (1)案主目前有穩定工作，但因其餘青少年階段開始接觸酒精，且出入聲色場所，結交友人較為複雜，多為過去陣頭之朋友，而其承認飲酒有害健康及酒駕之風險，亦坦承此次行為過為衝動。
 - (2)案主雖坦承此次行為，但長期飲酒習慣、出入複雜場所及工作環境皆有酒精的危險因子，顯示案主在物質使用部分有相當程度的影響，而在衝動控制能力不佳，若當時處於有飲酒的狀況下，其控制能力將更加不足，進而可能導致嚴重的後果，如果無法提升案主的衝動控制能力、減少酒精的攝取，其再犯的機率將無法下降。

3. 保護令：(1) 不得對被害人為身體或精神上不法侵害之行為。不得對被害人為騷擾行為；(2) 法院裁罰相對人於 2015 年 11 月 30 日至 2016 年 11 月 30 日，需完成認知教育輔導 24 週，其中認知教育 12 週及戒酒教育 12 週，每週至少 2 小時。
4. 案主在警詢與法院審理坦承，104 年 8 月 26 日當天，酒後意識不清楚，加上家庭不溫暖，心情不好推到案主與案父，並對於案主申請核發保護令沒有意見。

(四)、服務需求

認知教育與輔導課程有必要。

四、 被害人/相對人基本資料：(L 案)

(一)、基本資料

案主為 28 歲男性，未婚，教育程度高職，領有智能障礙輕度之身心障礙證明，目前無業，每月領有身障津貼，並且伊甸基金會與心路基金會皆會前往關懷。案父，55 歲，已婚，教育程度國中，福利身份為一般戶，為案家主要經濟來源，目前從事自由業。案母，54 歲，教育程度國中，福利身份為一般戶，職業為家管。案祖母，83 歲，不識字，福利身份為一般戶，領有身障證明失智症中度。案妹，24 歲，已婚，因案妹婿工作關係，目前大多仍住在案家。案主為相對人，領有輕度智能障礙手冊/從小就有攻擊妹妹的經驗/發完脾氣後就會比較平靜。案父是家中主要經濟來源，因忙碌於工作與案主、案妹互動較不緊密，所以只要孩子有提出甚麼要求也會盡可能滿足孩子。案母主要是家中事務的處理者，國小六年級時，學校有跟案母提到案主有點怪怪的，因此也讓案主去特教班，國中時案主在校內就曾出現暴力行為，進入高中前就帶案主去醫院進行評估、檢查、鑑定，最後確診有智能障礙，高中畢業至今已換了 10-20 份工作，每次工作都不久，最長半年，是擔任貨運的隨車小弟，後來也因細故就跟司機吵架，後來又沒工作，

因案主工作時將存摺給案母保管，所以常常案主在鬧要錢時，就會說錢都在案母那，但事實上，錢早已花光，每日案父會給他 200 元的生活費，案家成員怕案主情緒不穩影響家庭氣氛，因此就會包容、退讓，連失智的案奶奶也會直接就將錢給案主。案妹雖已外嫁，但常常會返家案家同住，案主若有狀況，也會跟案主談。案家成員一致表達對案主感覺壓力很大，自覺身旁處了一個不定時炸彈。案父母分別會想到自己已經年邁，未來照顧案主的重擔勢必要案妹接下，覺得對案妹深感抱歉，而案妹婿在與案妹結婚前也有體認到如此。

（二）、施暴情形

案主對同住的案父母有暴力行為已有多多年，第一次案父母分別闡述記憶不詳，最近一次是失智的案奶奶有重複性的問題行為，案主叫案奶奶不要再講了，案奶奶持續又再講，案主不耐就揮手打案奶奶，雖然案主的手及時被案父抓到，但仍接觸到案奶奶的臉一點，案父斥責案主，雙方就打起來，案主就摔東西，後來用不詳的物品打案父的頭，造成案父頭部撕裂傷，到醫院求診縫針。

案父母妹分別表述，案主的暴力行為產生是屬於漸進性的，首先會情緒明顯不好，藉故激辱你/妳，言語回應後，案主就會有暴力行為因應。

（三）、處遇過程

1. 案主國中快畢業時，案主國中老師建議案母帶案主到台北長庚醫院確診，當醫師剛告訴案父母時，案父母皆無法接受，但後來慢慢也就體認到這也是沒有辦法的事，也就還是接受，案父表示：「也是還好啦！還可以，也不是說很壞，說實在、也要想得開。你如果說每天煩惱，到時候我倒了，也是救不了他啊！」，但也承認雖然說如此，但還是都有情緒。
2. 被害人們的因應方式：(1) 盡量滿足案主的需求；(2) 忍耐，好壞也都是自己的孩子；(3) 案主情緒起來有暴力行為或無法控制時，就叫救護車。
3. 曾嘗試改變的方法：(1) 就不斷跟案主溝通說理；(2) 曾有親戚建議入住精神療養院，但身為父母，在自己還能夠照顧的情況之下，就努力自己照

顧。

(四)、服務需求

在案主住院治療時，案主通常會比較乖，希望可以有機會可以跟醫師對談，讓醫師瞭解案主，可以調整用藥，讓案主的情緒可以控制更好，像有個親戚的孩子，目前就很好，有穩定的工作。

五、 被害人/相對人基本資料：（S 案）

(一)、基本資料

被害人為 80 多歲女性，喪偶，與亡夫生育三男，案長子因病已往生；相對人為次子，54 歲，未婚，為被害人主要照顧者，過去以工地臨時工為業，現因年紀漸長，有感體力衰退，且需照顧被害人之故，會自行批發蔬果於住家附近販賣，不過因為成本考量，僅能少量進貨與販售，僅能賺取微薄零用錢；案三子，離婚，現職清潔隊員(領日薪)，穩定就業，為家中主要經濟支柱，也是被害人最疼愛的兒子，兩人關係緊密良好。

被害人現與案次子及案三子共同居住租屋處。被害人為中低收入戶，案三子為低收入戶第三款，政府每月補助款為案家重要經濟來源。被害人原生家庭優渥，被害人父親高齡 100 歲，除將多數財產分配給同父異母之案弟，及將金錢交給同父異母的案妹管理，原先案妹偶爾會給案家零用錢，也會在案主入院包紅包給些慰問金。後因幾次案家有需金錢急用，案弟與案妹不願給予金錢支援，被害人對此感到不滿有提出告訴，自此之後，案主與原生家庭關係決裂。即便案主現在年老體衰住院，被害人希望有娘家家人探視，相對人致電希望案弟案妹可以原諒被害人，但都被拒絕。

(二)、施暴情形暨處遇情況

被害人現有出現失智的症狀，除了記憶衰退，也會伴隨大小便會來不及反應，相對人就必須因此大費周章地更換床單，又因案家沒有洗衣機，相對人平常

會將換洗衣物蒐集，一周會去自助洗衣兩次，但是被害人出現便溺情形，幾乎每天都要額外支出。再加上被害人年邁，有心血管疾病，每年平均會因心臟不舒服住院兩次，住院費用對案家而言是筆龐大的壓力。關於住院費用，相對人曾向醫院社工室求助，但醫院社工室表示資源有限，每年僅可提供一次減免以及醫療費用補助。自費負擔不起部分，相對人每每都會想嘗試向被害人娘家請求金錢上支援，但都會被拒絕，相對人會對此感到氣憤。

被害人失智症狀包含被害妄想，會懷疑相對人偷拿他內褲以及竊取金錢，相對人會因感受到被汙蔑而辱罵被害人，也會拿枕頭有意無意的碰撞被害人，相對人說這樣的頻率漸高，覺得應該是被害人老番顛，比較能釋懷，會在被害人無理亂罵時，選擇暫時離開家中再返回。被害人曾無法忍受相對人的辱罵，在案三子陪同下有去派出所報警，而後家防中心有介入將被害人緊急安置。但被害人於入住期間無法每天見到案三子，也會覺得有被棄養的感覺，除了吵著返家，並對協助緊急安置的社工感到不滿，服務關係緊張衝突。案三子是不捨被害人入住機構無人陪伴，相對人會因被害人入住機構，而無法領取中低收入補助，且還需要負擔部分機構托育養護費，所以也不願被害人入住機構，兩人為典型互為相對人且又需相互依賴。相對人會因照顧負荷感與經濟負擔而備感無力。

(三)、服務需求

關於經濟負擔，曾服務案家的社工，會覺得案家有福利依賴之情況，這確實是在實務上的兩難。因案家目前租屋處為相對人友人低價借住，不願意接受案家去申請租屋補助，相對人不斷陳述現有經濟補助僅能維持家中日常支出，若是被害人有就醫需求或其他意外狀況發生，經濟就會出現危機。相對人因常向友人借錢借到沒朋友。又被害人尚未去醫院鑑定失智症，所以也沒相關醫療介入，被害人因疑似疾病出現的干擾情況，上述情況皆為相對人照顧負荷而產生生理、心理、與社會上(包含經濟與社交)的壓力，也讓案家長期暴露在家暴危機中。

建議案子盡早帶案主去失智相關醫療院所鑑定。若案主確實為失智，可以盡

早有醫療介入，期待可以改善、緩和避免未來嚴重退化，加劇照顧上的負荷，也提供失智專線 0800 電話，鼓勵相對人可以去電諮詢如何照顧陪伴與失智症家人共處，可提升照顧技巧。另提供長照服務，如居家照顧服務、喘息服務等資源請相對人主動提出申請，由正式資源來協助相對人照顧負荷及壓力。另外相對人提出建議，希望政府未來可以建構較良善的平價老人住宅或老人社區，讓有需要的長輩是可以在家人陪伴下就地老化。

六、 被害人/相對人基本資料：（D 案）

（一）、基本資料

被害人夫妻分別為 65 歲男性與 60 歲女性，兩人育有 2 女 1 男，相對人為被害人夫妻之么兒，36 歲，未婚。相對人在就讀國中前與家人關係良好，由以相對人母親更為緊密，學業表現佳。然相對人於國中時期，於朋友邀約下加入陣頭，因缺課過多，僅有國中結業之文憑，被害人夫妻極盡所能未能讓相對人走向正軌，對其感到失望，因而會有較多的言語責備，相對人正處青少年發展階段尋求角色認同，在家庭無法得到肯定，在陣頭朋友邀請下開始接觸毒品與幫派，且相對人十分認同幫派凡事只講義氣與忠誠的文化，曾幫朋友扛下罪刑，入監服刑，讓被害人父母備感痛心。

相對人父親擔任至廠長職位退休，相對人母親則在友人開的工廠工作，案家經濟穩定、家境小康。相對人兩位姊姊皆為大學畢業，有正當穩定的工作，亦各自另組婚姻家庭，其中一姊嫁到日本，兩人與相對人父母關係緊密，會時常電話問候，不定期返家關心相對人父母，並給予零用錢，也會提供自家給相對人父母做為庇護所，家庭支持穩定。惟相對人多沉溺於物質濫用情境，被害人兩姊屢勸不聽，以致手足關係衝突冷漠。

（二）、施暴情形

相對人個性單純，較不容易辨認朋友的好壞，內心渴望被認同，所以會習慣

花錢去招待朋友，因工作不穩定，多半向相對人父母過度索討金錢，衝動控制能力弱，有需求會希望當下被滿足。若被害人夫妻拒絕，相對人會以激烈的口語謾罵、或竊取被害人夫妻金錢，前者被害人夫妻慣以責罵方式因應，後者被害人夫妻雖將金錢妥善保管，改以每日給予固定零用錢，當相對人未得到滿足時，則會自行拆鐵窗、拆冷氣等家具去變賣。相對人較習慣外在歸因，會認為是父母管太多，不認為自己有錯。

相對人父親內心總覺得是自己沒有盡好管教之責，自認虧欠相對人，且家中經濟不虞匱乏，基於補償心態，多選擇容忍。相對人母親因無法接受相對人的行為與態度，總會叨唸不斷，而這樣的叨唸會引發相對人情緒。相對人有時會失控去掐相對人母親的脖子，要他閉嘴。初期是由相對人父親出面制止無效，然相對人父母對於相對人過於寵溺，使得相對人一再故態復萌，最終相對人母親無法忍受，就報警，並聲請保護令。

(三)、服務處遇情況

相對人曾有觀護人追蹤關懷，接受新北市家防中心認知教育處遇，並由馬偕醫院減酒害方案心理師與更生保護協會社工提供關懷訪視、心理諮商、物質減害等服務，開始思考希望有個較為正常的生活，在朋友的店裡當鐵工(領日薪)，下班喝小酒，偶爾跟朋友去釣蝦場，在生活趨近穩定時，相對人接獲四次酒駕被判入監服刑的通知後，認為酒駕的人很多為何不罰別人，就罰他，讓他得再次入監，而陷入自我放棄狀態，入監服刑前幾乎每天索討金錢，吸毒喝酒。訪談次日，入監服刑。

(四)、服務需求與建議

相對人父母建議相對人認知教育處遇計畫上課時間可以多些選擇，例如是安排在日常晚上或假日。減少讓相對人穩定工作的阻力。因為現行的課程安排在日常下午，相對人則需要請假。請假會影響相對人工作的定性，很多老闆會因請假影響出缺勤，而拒絕給工作機會。

相對人夫妻提到相對人原先穩定於馬偕醫院精神科回診就醫，醫師很了解相對人服藥情況，醫療團隊包括心理師也花時間與相對人建立工作關係，卻因為法官裁決，需要更換醫院，然更換醫院交通不便利，反而需要相對人父親開車載相對人去就醫，且每家醫院藥物不同，相對人配合醫院現有藥物去調整，相對人父母很擔心調整藥物過程情緒與精神狀態會較不穩定，反而讓他們陷入家暴的危險中，此外，也考量會影響到相對人的身體健康，懇切希望法官在下藥物治療處遇時，可將相對人的便利性、與原先醫院的醫病關係、藥物、就醫穩定性等納入考量。

被害人夫妻建議毒品管制法可以修法更為嚴格，不要讓青少年有機會碰到毒品。也期待政府有更多元的服務，例如通報家暴後，可提供相對人有暫時性住所可居住或安置，讓被害人可以不用擔心相對人無家可歸，得強迫自己一再忍耐，或是擔憂家中被相對人破壞無法離家，而反覆的陷入家暴循環。除了認知教育課程，也能有更貼切生活常規的處遇，例如：強制執行相對人日常生活訓練，帶有威嚇作用的處遇，迫使相對人可以學習獨立。

相對人表示想脫離原本的社交圈，但也不知道去哪裡交朋友，很容易一個人感到孤單。因此相關單位支持性(同儕)團體、聯誼性活動等資訊的宣導與連結，或協助相對人建立與發展新的、正向的心理支持系統或社會支持網絡也是重要的一環。

七、 被害人/相對人基本資料：(J 案)

(一)、基本資料

被害人夫妻分別為 83 歲男性與 76 歲女性，兩人育有 2 男 1 女，相對人為案長子，50 歲，未婚，榮民。相對人母親認為相對人長期物質濫用可能跟小時候發燒燒過頭有關，被害人夫妻也曾想過可能是入獄服刑時卡到陰才會讓相對人整

個人都變了。被害人夫妻教養方式不一致，會相互責怪對方未扮演好親職責任，將婚姻關係中待處理的議題移轉至親子關係，相對人成為代罪羔羊。

被害人夫妻另外 1 子 1 女兩人於去年同月份相繼過世。現被害人夫妻、相對人與被害人之外長孫四人同住租屋處。被害人夫妻年邁；相對人因為脊椎受傷(領有輕度身障手冊)且為更生人，就業困難；案外長孫沉迷網路，不願工作，案家經濟狀況不穩定，為低收入戶。案家月領低收入戶與身心障礙補助每月共 9 千多元、老人年金、榮民津貼 1 萬 3 千元以及租屋補助，並以被害人次子之勞保死亡給付維生。偶爾案外甥女會給被害人零用金與物資，提供案家經濟支持。相對人及其母親經歷兩位家人同月往生之重大事件後，成為虔誠的基督教徒。現教會成為其重要的支持系統。

(二)、施暴情形暨處遇情況

相對人個性害羞內斂，軍旅生涯過於壓抑，經友人介紹開始接觸毒品，希望藉由毒品讓自己放鬆，惟吸食毒品入獄服刑多次，現未再吸食。相對人從台南監獄裡有就診身心科，身心科醫師開史蒂諾斯給相對人服用，該藥幫助相對人改善睡眠，出獄後沒吃就睡不著，曾在新光、榮總、八里、馬偕醫院同時就診拿藥，後期越吃越多，也會自費購買，成為藥癮。只要有一兩天都沒吃，心情就會暴躁，會對被害人狂呼，會突然失控摔東西。被害人夫妻先是容忍，也會拿棍子打相對人，接連兩、三次之後，相對人母親才報警，並聲請保護令，把相對人趕出家門，但事隔一兩天，相對人父親會不忍心開門讓相對人回來。相對人母親提出離家或戒藥給相對人選擇，相對人選擇面對，主動與一直都有提供服務的更生保護協會社工及馬偕減害特約心理師聯絡，請其安排於馬偕醫院藥物戒治中心住院治療調藥。

相對人因弟弟與妹妹相繼過世，被害人夫妻年長體衰，感到自己需承擔起照顧家庭的責任，並在教會牧師以及上述專業團隊用心陪伴且持續追蹤關懷的服務下，藥物濫用的情況有大為改善。

(三)、服務需求

相對人士官學校畢業後，任職業軍人 12 年，海軍艦艇上士士官退伍，具有電子雷達修護專長，也備有領導統御能力。出獄後曾透過就業服務站找到裝監視器的工作及擔任保全，前者因相對人開刀休養完後，老闆已另外請人，後者為雇主查出相對人有前科，故將其辭退。此後，相對人多會因感腰痛，需輪班的工作，又會直接影響到睡眠等生理限制，並自認有前科及吸毒經驗，故在求職上有心理障礙。

(四)、服務建議

相對人出獄後重新就業困難，期待獄政可以協助受刑人於入監服刑時，即可接受職業評量輔導，規劃多元的探索與職業訓練，以受刑人為主體，於獄中可以發展或習得一技之長，為未來出獄更生做準備。並希望勞政在更生人服務媒介及輔導有更良善的配套政策，讓更生人是可以帶著自己習得的技能，重新在社會上憑著自己的能力立足並有所貢獻。

相對人回饋很感謝馬偕醫院減酒害心理師以及更生保護協會社工的關懷，很感嘆過去這樣的關懷做的不足，也期盼關懷服務可以提早介入，這與焦點團體及案例研討會中，部分成員提到家防中心或是家暴業務委外單位後追單位，期待可以與獄政有更密切的合作，可以在相對人出獄準備時，即可進入關心，建立關係，甚至可於入監服刑時與監獄社工共同擬訂短中長期處遇計畫。協助相對人可以更加穩定且無縫接軌的回歸社區。

貳、相對人團體成員訪談

以下彙整「中華扶康協會」蕭同仁理事長帶領的相對人處遇團體成員的訪談結果，成員來自法院的轉介，因為保護令而被要求接受相對人處遇計畫。蕭理事長以團體的方式進行，從團體

一、認知教育課程之看法

(一) 認知教育之評論：團體成員剛接到法院來函通知，要求他們接受認知教育輔導課程，他們對這類課程有很大的抗拒，因為並不是自願性質，上了幾堂課之後，他們認為這類輔導課程應脫離傳統授課模式，宜因應加害人不同狀況採彈性課程主題和內容安排，而且帶領者的態度與想法也因改變，以本次訪談的結果如下：

F：以為要…義務勞動。

H：看到那個保護令被逼要上課，第一次的時候還想打老師。

W：前五堂課，我隨時在跟他辯，他很多講的話，對我來講是矛盾的，因為我否認很多他講的課。

(二) 課程改變之後的看法：授課老師採取因應加害人不同狀況採彈性課程安排後，從再次訪談的結果可以看出加害人願意在受處份之認知教育輔導課程之後，還願意返回團體當中：

F：有空的時候，我也可以，有時候無聊，也可以來這裡跟你們聊聊

H：很久沒去上課，我想再回去，但法院都不給我判，他不多判給我一些…；我要上 24 個禮拜，我不要只上 12 個禮拜…。

W：現在上課的地方是我介紹給老師，是議員的辦公室

從上述的訪談可以看出：加害者對於此類型課程重新安排之後，經驗轉成正向，參與的動機變強，並且覺得有所收穫：

F：你們這些老師這樣又很好相處啊！又覺得不來又很可惜

H：幾乎，連我遲到 10 分鐘我也拜託老師讓我去…；我喜歡上他的課很好玩

W：我覺得說他有慢慢引導我，我常常告訴他一句，我們在座這

幾位學生，我們不是犯罪，我們不是犯罪來的，我們不是罪犯，你不能用罪犯來看待我們，你不是警察，也不是法官，你今天來講課，你是要當成我們是朋友，來疏通，我們為什

麼產生這家暴

(三) 課程成功之處：從訪談過程發現這個課程的成功之處，主要是以聊天方式取代傳統式的講課形態，課程內容多元並不拘泥於個人認知暴力行為，並且以建立友伴關係為前提取代傳統授課者與聽者之間的關係，和其他相對人處遇最大的差異在於：相信加害人的暴力行為並不是單一原因，認為暴力行為也不是單一加害人的過錯，課程中也會教導加害人對其行為應有的法律反制行為

F：增加知識，聊天的方式…

H：老師常常講說把他當朋友，不要把他當成老師這樣，因為朋

友比較沒那麼拘束說，說出的話要講甚麼…；甚麼話都敢

講，講一講老師也會跟我們講道理…；就老師會講一些例子

給我們聽這樣…；我喜歡上他的課很好玩

W：老師真的很不錯，教我怎麼去打這場官司，我說我們支持

你…；會認同你，因為他不是當你當作是罪犯，是朋友之

間，陪你去看到，你如何這樣面對的一個過程…；他的課程

是隨時因事在變，很多事情的變化，也不是說很死板的，每

天都在教我們如何孝順父母、不能離婚、一定要和睦相處，

沒有，他的課程是說，你適不適合、可不可以在一起．．．

二、團體帶領技巧

經訪談授課老師瞭解其帶領技巧，未來可做為其他團體參考經驗有以下幾個面向：

(一) 不事先了解受輔導人的法院判決書，讓自己在帶領團體之際，不會有先入為主或預設立場的先行概念。

(二) 加害人進入團體先不急著讓加害人談自己的事，透過較資深的團體成員的案例與闡述後，再邀請加害人表達如果這件事的當事人是他，會如何做、看

法為何?讓加害人以第三人的角度，瞭解團體的運作方式外，並降低對於團體的防衛。再導入加害人談他自己為什麼會來參加團體，通常加害人會罵被害人、警察、法官等相關人員後，除發洩自己的心情外，並會用同理心、支持的技巧，讓加害人覺得團體帶領者是站在他的角度，如：「哇！你看起來你好像是被害人」。

（三）加害人若沒有「自覺」，通常在團體中也不知道要講些甚麼，即使談了也是會擔心發言內容是否會被寫進紀錄或報告中，轉呈到法院那邊，因此話語是偏保護自己、封閉性的，甚至對於事件也會說明自己錯了，因此，會使用挑戰與面質的技巧，讓加害人會有驚嚇感，如：「你反省了什麼？你覺得這種東西還需要反省嗎？」，而強調 Leader 的口吻與態度是關鍵，不應讓加害人認為到自己再被挖苦或受諷刺感。

（四）強調人類的認知學習是透過視覺、聽覺跟觸覺，會以發生過程時間序列，引導加害人在腦海中能出現清楚的畫面，如：「你從犯了案子你被警察抓，然後甚至到法院裡面去，然後上了警備車，你隔著鐵絲網往外面看的那種感覺，你看到熟悉的街道、熟悉的人，可是你卻坐在警備車裡面」；然後再問加害人問題，如：「這是你想要的嗎？」；抑或是透過影片素材在觀賞後討論，而影片素材是視覺，再分享的時候就已經是聽覺，個別感受就已經是觸覺。

（五）對於加害人尤其是青少年，要使用討論式而非講解式，過程要會用他們的語言，只要能在言語中壓得住，才會靜下來聽講得內容，並請一定會有想法，因此，講的內容務必是「心知肚明」而不是「越辯越明」。另外，對於錯，如果沒有「自覺」，是不可能決定產生新的行為。再者，觀察加害者參與團體後改變的地方，且在話語中不斷強化這些改變，形塑出「你是可以被改變的，而且你自己也願意改變」。

（六）這類團體是屬於認知模式的處遇，因此精神科的病人、不識字、語言及理解能力比較差的加害人比較不適合參加。

三、平衡的處遇計畫

處遇計劃不應只含加害人，更應有相對處遇計畫積極協助被害人，依據現行家庭暴力防治法第五章預防及處遇，第 54-55 條明訂加害人處遇計畫，並對於加害人有強制性接受處遇計畫的規範。但詳閱法條對於被害人的處遇較屬於消極性的作為，可是對於案件屬於成人或老人保護，則相對方在暴力行為的發生過程中，有可能屬於互動不佳、溝通不良的情境之下所致，造成雙方有可能皆為被害方或加害方的情境，因此，若是僅單一方接受處遇計畫，恐無助於雙方關係之維護，從本次訪談經驗中發現：

W：為什麼應該要判決我，要求法官判決我女兒至少也要來上

課，讓她接受教育，為什麼會動手打父親，即使父親打妳，有什麼委屈，妳也可以申訴…；

W：一般去上課的人，反正我就喝酒、打架、家暴，但是你要想

到為什麼發生這些事，他家暴、他喝酒，你老婆碎唸，妳故意引起；你說我女兒，她叫○○，警察在旁邊，警察就在她旁邊，她跟我比這樣子(手勢)，她故意惹我生氣…

四、周全性評估替代驗傷

社區或居家發生老人虐待事件，宜以老年周全性評估取代傳統一般驗傷年齡的增長即使在沒有疾病的影響之下，身體功能也會有所退化，但雖不至於明顯影響高齡者日常生活活動獨自完成的能力，但需特別注意的是許多老化的症狀，可能是疾病所造成，更甚至於疾病初期的表現，再加上高齡者因教育程度、表達能力、身體狀況，或是不典型的疾病表現等因素的影響下，皆有可能會被忽略，尤其高齡者被通報遭受暴力事件時，檢傷醫護團隊也會專注於受暴高齡者的外傷等較明顯或較嚴重的狀況，而忽略了整體性的評估，尤其高齡者的疾病也常會有所合併心智或社會層面的問題。因此，高齡者的評估應可涵蓋心智、情感、功能、社會、經濟、環境，以及心靈方面的評估，而老年周全性評估即可運用。從本次訪談經驗亦發現，失智症的父親控告老年兒子的情境，讓老年兒子飽受委屈：

F：有時候想得有時候我們那個請得那個外勞。有時候拿東西給

他吃有時候會不敢把它吃掉，有時候敢有時候不敢…他說我罵他打他啦!就是沒有人在，我以為，法官問我，所以，也是沒有人啊!我也坦白講啊!...姐姐說你不要怪他，她就跟我講說腦子一邊壞掉，她說醫師也這樣跟她講，後來我才知道，所以我來上課我就講過幾次，我老爸可能一邊腦可能醫師講的，不會錯誤啦!想好的那邊的腦壞掉，還有想不好的那個腦比..比..比..比較..比較..好像比較健康啦!...

第四節 案例分析

壹、案例彙整與分析

截至民國 105 年 11 月已蒐集共 109 案例。其中有 9 案件分別在 5 場案例研討會提出做完研討文本，相關分析已於本章第二節案例研討會探討，本章節不加以重述。整體案例資料分點說明，如下：

一、虐待類型：

在虐待類型中，以身體虐待 62 案居冠，其次為遺棄 35 案。其餘詳見表 8。

表 8：虐待類型：

虐待類型	單位：案
1. 身體虐待	62
2. 精神虐待	24
3. 疏忽	9
4. 遺棄	35

5. 財務侵占/榨取	4
6. 性侵/性猥褻	1
7. 其他	0

二、案例類型：

在案例類型中，以跨類型 43 案為最多。再者被害人為身障者 17 案，相對人藥酒癮 15 案、相對人為身障者 13 案、被害人失智確診 10 案以上四類差距不大，其餘詳見表 9。

表 9：案例類型

案例類型	單位：案
1. 被害人失智確診	10
2. 被害人疑似失智	7
3. 相對人青少年	5
4. 被害人身障	17
5. 被害人疑似身障	5
6. 相對人身障	13
7. 相對人疑似身障	4
8. 相對人藥酒癮	15
9. 原住民	5
10. 跨類型	43

三、縣市：

本研究案例蒐集管道多元，部分縣市於提供案例時考量案件隱密性，故以匿名方式提供，故縣市不明 22 案占最多數。在有顯現(含新聞媒體曝光案件)以高雄市 16 案居多，其次為新北市 13 案，其餘詳見表 10。

表 10：縣市

縣市別	單位：案
1. 台北市	2
2. 新北市	13
3. 基隆	3
4. 宜蘭	3
5. 新竹市	4
6. 新竹縣	1
7. 桃園市	8
8. 苗栗縣	3
9. 台中市	7
10. 彰化縣	4
11. 南投	3
12. 嘉義市	2
13. 嘉義縣	3
14. 雲林縣	4
15. 台南市	2
16. 高雄市	16
17. 屏東	3
18. 台東	1
19. 花蓮	2
20. 澎湖	1
21. 金門	1
22. 連江	0
23. 縣市不明	22
24. 跨縣市	0

四、被害人與相對人數：

本研究蒐集 109 案件中，單純一對一案件 63 案居高，一被害人對多相對人 36 案為其次，另外多被害人單相對人有 10 案，詳見表 11。

表 11：被害人與相對人數

被害人與相對人數	案件數
1. 一對一	63
2. 單被害人多相對人	36
3. 多被害人單相對人	10

五、被害人與相對人關係：

在被害人與相對人關係中，以母子關係 63 對最為多數，再者為父子關係 46 對，其餘詳見表 12。

表 12：被害人與相對人關係

被害人與相對人關係	單位：對
1. 父子	46
2. 父女	20
3. 母子	63
4. 母女	22
5. 祖父祖孫子	2
6. 祖母祖孫子	7
7. 祖母祖孫女	2
8. 養祖父養祖孫子	1
9. 外祖母外祖孫子	2

10. 外祖母外祖孫女	2
-------------	---

六、被害人婚姻狀況：

被害人婚姻狀況，最多數者為已婚 40 名，其次是喪偶 34 名，其餘詳見表 13。

表 13：被害人婚姻狀況

被害人婚姻狀況	單位：名
1. 已婚	40
2. 未婚	0
3. 離婚	20
4. 分居	3
5. 喪偶	34
6. 同居	2
7. 其他	1
8. 不詳	19

七、相對人婚姻狀況：

「相對人婚姻狀況」這變項是在個案資料蒐集中較容易被忽略的，有 66 名相對人為不詳。在有顯示資料的案件中，相對人未婚 57 名居冠，其次則為離婚 27 名，其餘詳見表 14。

表 14：相對人婚姻狀況

相對人婚姻狀況	單位：名
1. 已婚	28
2. 未婚	57

3. 離婚	27
4. 分居	1
5. 喪偶	0
6. 同居	0
7. 其他	0
8. 不詳	66

八、被害人教育程度：

「教育程度」這變項是在個案資料蒐集中最易被忽略的，有 154 名資訊不詳，在有顯示資料的案件中，被害人教育程度為國小有 11 名，其餘詳見表 15。

表 15：被害人教育程度

被害人教育程度	單位：名
1. 未上學(不識字)	5
2. 未上學(識字)	0
3. 國小	11
4. 國中	0
5. 高中職	2
6. 專科	0
7. 大學	2
8. 研究所以上	0
9. 不詳	154

九、相對人教育程度：

「教育程度」這變項，無論在被害人或相對人的個案資料蒐集中皆為易被忽略的，相對人教育程度有 150 名資訊不詳，在有顯示資料的案件中，相對人教育程度為高中職有 14 名，其餘詳見表 16。

表 16：相對人教育程度

相對人教育程度	單位：名
1. 未上學(不識字)	0
2. 未上學(識字)	0
3. 國小	2
4. 國中	8
5. 高中職	14
6. 專科	2
7. 大學	2
8. 研究所以上	2
9. 不詳	150

十、被害人工作情況：

被害人工作情況，以無工作 77 名佔最多數，其次有 25 名資訊不詳，其餘詳見表 17。

表 17：被害人工作情況

被害人工作情況	單位：名
1. 無工作	77
2. 全職	6
3. 兼職	0
4. 其他(如：以工代賑)	6
5. 不詳	25

十一、相對人工作情況：

「相對人工作情況」也較容易被忽略去探討，有 107 名資訊不足，在有顯示資料的案件中，39 名無工作，全職者為 20 名，其他有 14 名，詳見表 18。

表 18：相對人工作情況

相對人工作情況	單位：名
1. 無工作	39
2. 全職	20
3. 兼職	0
4. 其他(如：以工代賑)	14
5. 不詳	107

十二、被害人社福身分：

「被害人社福身分」62 名資訊不足，在有顯示資料的案件中，被害人 24 名為一般身分，領有身障手冊或身障證明者有 11 名，其餘詳見表 19。

表 19：被害人社福身分

被害人社福身分	單位：名
1. 一般	24
2. 低收入戶	6
3. 中低收入戶	9
4. 榮民/榮眷	5
5. 身障	11
6. 其他	3
7. 不詳/未填寫	62

十三、相對人社福身分：

「相對人工作情況」也屬容易被忽略去探討的變項，129 名資訊不足，在有顯示資料的案件中，26 名為一般身分，低收入戶有 9 名，領有身障手冊或身障證明者有 8 名，其餘詳見表 20。

表 20：相對人社福身分

相對人社福身分	單位：名
1. 一般	26
2. 低收入戶	9
3. 中低收入戶	0
4. 榮民/榮眷	0
5. 身障	8
6. 其他	1
7. 不詳/未填寫	129

十四、受暴原因：

受暴原因以照顧問題 37 名居冠，其中照顧問題包括相對人照顧技能不足、照顧技能不足、照顧未能滿足被害人生活所需有疏忽之疑慮、不盡照顧責任、對長輩照顧安排有意見等。財務問題 25 名、親屬相處問題，如生活習慣、教養問題等 24 名、被害人或相對人受精神疾病干擾而有衝突 22 名，三者也是容易受暴的變項，其餘詳見表 21。

表 21：受暴原因

受暴原因	單位：名
1. 親屬相處問題(生活習慣、教養問題)	24

2. 照顧問題(照顧技能不足、照顧未能滿足被害人生活所需有疏忽之疑慮、不盡照顧責任、對長輩照顧安排有意見等)	37
3. 照顧負荷	10
4. 財務問題(財產分配、負債等)	25
5. 相互依賴(相對人跟被害人要錢、啃老)	21
6. 精神疾病	22
7. 酗酒	18
8. 吸毒	11
9. 被害人對相對人過度寵溺	13
10. 工作壓力(失業)	13
11. 早年未盡父母之責	14
12. 早年對家人施暴	5
13. 其他	7

十五、施暴手法：

施暴手法以居冠者為遺棄，計有 40 名，其他手法，如開瓦斯桶引爆、將被害人推入海中溺斃等不常見手法加起來有 26 名，再者以毆打 23 名為高，其餘詳見表 22。

表 22：施暴手法

施暴手法	單位：名
1. 毆打	23
2. 掐	3
3. 摔東西或物體丟擲	20

4. 踢	4
5. 以物體限制身體自由	4
6. 鞭打	0
7. 摑掌	1
8. 以刀割刺	17
9. 以藥物限制身體自由	0
10. 用熱水澆淋	0
11. 言語辱罵/諷刺/羞辱	20
12. 吼叫	1
13. 恐嚇	15
14. 經濟限制	1
15. 限制自由	1
16. 破壞物品	0
17. 冷漠	2
18. 惡意隔離	0
19. 沒有適當就醫	3
20. 衣物被褥髒亂	1
21. 三餐不繼	8
22. 環境有健康安全的危險，如污穢物、大小便氣味	7
23. 身上有瘀腫、褥瘡、潰爛、疼痛、傷口、骯髒	9
24. 遺棄	40
25. 盜領金錢/不當的財務轉移/剝奪財產	6
26. 性侵害/性猥褻	1
27. 其他	26

十六、被害人受傷程度：

被害人受傷程度分別為：無外傷 49 案，致死案件 28 案，有外傷 24 案，不詳 8 案。詳見表 23。

表 23：被害人受傷程度

被害人受傷程度	單位：名
1. 無外傷	49
2. 有外傷	24
3. 致死	28
4. 不詳	8

十七、虐待類型與被害人性別：

將虐待類型與被害人性別交叉分析，可發現身體虐待被害人女性居高於男性，而在疏忽、遺棄類型中，被害人男性與女性差別不顯著，詳見表 24。

表 24：虐待類型與被害人性別

虐待類型	被害人男性	被害人女性
身體虐待	29	41
疏忽	8	6
遺棄	35	38

十八、受暴原因與虐待類型：

將受暴原因與虐待類型進行交叉分析，可以得知無論在身體虐待、疏忽或遺棄這三類中，受暴原因居冠的都是照顧問題，照顧問題包含：照顧技能不足、照顧未能滿足被害人生活所需有疏忽之疑慮、不盡照顧責任、對長輩照顧安排有意見等。而在身體虐待類型中，並列第一的受暴原因為被害人與相互人相互依賴，

相對人跟被害人要錢、啃老。同屬第二多數的受暴原因分別為：照顧負荷、被害人對相對人過度寵溺、被害人早年未盡父母之責。由上可知，照顧相關議題為身體虐待受暴最主要的原因。

疏忽類型中以上述照顧問題為主要，其餘受暴原因有：財務問題(財產分配、負債等)、相互依賴(相對人跟被害人要錢、啃老)、相對人工作壓力(失業)。在遺棄類型，除前述照顧問題，居於第二高受暴原因則為：被害人早年未盡父母之責，其餘依次為：財務問題(財產分配、負債等)、照顧負荷、相互依賴(相對人跟被害人要錢、啃老)、被害人早年對家人施暴、被害人對相對人過度寵溺、相對人工作壓力(失業)、親屬相處問題(生活習慣、教養問題)、精神疾病、相對人酗酒或吸毒、其他等，詳見表 25。

表 25：受暴原因與虐待類型

受暴原因/虐待原因	身體虐待	疏忽	遺棄
1. 親屬相處問題(生活習慣、教養問題)	1	1	1
2 照顧問題(照顧技能不足、照顧未能滿足被害人生活所需有疏忽之疑慮、不盡照顧責任、對長輩照顧安排有意見等)	6	6	18
3. 照顧負荷	3	0	3
4. 財務問題(財產分配、負債等)	1	2	6
5. 相互依賴(相對人跟被害人要錢、啃老)	6	1	3
6. 精神疾病	2	1	1
7. 相對人酗酒	1	0	1
8. 相對人吸毒	1	0	1
9. 被害人對相對人過度寵溺	3	0	2
10. 相對人工作壓力(失業)	1	1	2

11. 被害人早年未盡父母之責	3	0	13
12. 被害人早年對家人施暴	0	0	3
13. 其他	0	0	1

貳、重大新聞事件

截至 105.11. 已蒐集共 109 案例。其中新聞媒體案例共 33 案。33 案重大新聞案例中，案例類型被害人為失智 2 案，相對人為青少年及物質濫用者各 2 案，身障案件共 6 案，其中被害人確診 1 案、被害人疑似 1 案、相對人確診 2 案、相對人疑似 2 案。其他跨類型 21 案。共計 30 案。

被害人與相對人關係為母子就有 18 案，接續為父子關係 12 案，符合全國的統計數字，也就是兒子是老人暴力的主要相對人。母女關係 4 案、父女關係 3 案，祖母祖孫、外祖母外祖孫、養外祖母與養外祖孫、養外祖母養外祖孫女各 1 案。整體而言，因為女性壽命高於男性大約 6-8 歲，女性受害者的比率也高過男性，加害者則以兒子居多，顯示出性別的差異。

虐待類型以遺棄案佔最多數，共計 14 案。其次為身體虐待 12 案，身體合併精神虐待 2 案，另虐待類型身體合併疏忽以及財務侵占/搾取各為 1 案。在身體虐待相關類型中有 8 案是致死之重大傷害，施暴手法以以刀割刺、毆打兩者佔多數，各為 5 案、其次為以物體限制身體自由，有 3 案，另有踢、以物體丟擲。疏忽遺棄虐待類型出現的手法則沒有適當就醫、三餐不繼、環境中有健康安全上的危險(如污穢物、大小便氣味)、褥瘡、潰爛、疼痛、傷口、身體骯髒等，也有出現像盜領金錢、索討或佔領金錢，不負照顧之責或棄養。

受暴原因以照顧問題(照顧疏忽、不盡照顧之責)以及相互依賴(相對人跟被害人要錢、啃老)各 6 案，早年未盡父母之責 5 案、照顧負荷、被害人對相對人過度寵溺各 3 案、相對人受精神疾患影響 2 案、酗酒、吸毒、親屬相處問題(生活習慣、教養問題)、財產問題、失業/工作壓力各 1 案。

在新聞媒體報導中，被害人因應暴力的方式有 14 案未有著墨，其餘有報導的方式為 6 案被害人主動求助正式系統(如家防中心或撥打 113)、採忍耐方式有 5 案之多、無能力因應(臥床、生病無意識等)有 4 案，直接報警、求助非正式系統各有一案。在遺棄案件當中，有 3 名被害人是直接採提告的方式。

因新聞事件主要以報導案發事件為主，故被害人重大事件發生前的支持網絡，較顯資訊不足，以警察局(已報案被案)者有 5 案，社政(家防中心、老福中心、社福中心等)、安養/養護機構以及村里總幹事/長有介入服務者各有 3 案，醫院有 2 案，長照(居服單位/日照等)及司法單位各 1 案。因受限資訊來源，僅能了解如前所述，至於是否符合各案家所使用資源情況，有待商榷。

重大事件之案家所需要的需求，很多案件可能已有通報，或者村里長/總幹事發現有異狀，若能有相關單位進一步關懷訪視為重(佔 16 案)，協助評估案家情況給予適切的處遇，或許能夠減少遺憾的發生。其中 14 案，對於相關的福利資訊不了解而受困在被害情境，如可盡早有諮詢服務(法律、財務、社福等)連結、或是法律上的協助，或許可較早得以協助，減緩困境的衝擊或避免悲劇的發生。在疏忽遺棄案件中，以家庭關係協調、生活照顧(居家服務等長照資源)、照顧技巧/相關衛教、經濟補助為需要。身體虐待則涉及考量到被害人緊急安置、相對人暫時隔離住所、醫療協助、保護令聲請等法律協助需求。另物質濫用、精神障礙等可能會有醫療協助(強制送醫)、心理諮商、物質戒治、相對人處遇計畫等服務需求，如：思覺失調患者常自言自語、妄想、幻聽、幻覺等，可透過用藥改善，但部分患者不願回診或中斷服藥，病況至不佳，可透過醫師向健保署申請居家治療，由醫護到宅診療給藥。心理醫師楊聰財說，臨床研究有 95%的自殺患者有精神或情緒障礙，若家人有情緒起伏過大、易怒，常有負面想法，恐有情緒障礙，最好到各地心理衛生中心諮詢或協助就醫。

第五章 研究結果討論與建議

本節針對焦點團體和個案研討的結果之中比較重要的議題提出討論，再從討論的結果提出相關的建議。

第一節 問題類型與處遇模式彙整

第一級預防：

初級預防是指廣泛地規劃和執行預防策略，目的在於減少或防止虐待事件的發生，策略上通常著重在社會文化、結構、和經濟等可能導致虐待的因子的鉅視層面為主軸（Whitzma, 2008；Department of Health, 2000），另外，必須進一步針對比較可能發生老人虐待的情境、群體、或家庭進行預防性的宣導和教育。

第二級預防

二級預防的主要目的是針對疑似受虐或有受暴風險的個案進行早期發現、早期偵測、或早期介入的工作（Whitzma, 2008）。

本節就虐待類型與案例類型分類，分為八個項目探討相關的評估及處遇模式。

壹、身體虐待

一、偵測與辨識：身體受虐待的徵象

（一）、施暴方式：

1. 身體暴力的方式包括（但不侷限）打（不論是否使用器物）、擊、敲、抓或刮、咬、扼、悶、掐、推、擠、撞、搖、搥、踢、捏、
蹂、蹂、燒等。

2. 出現的身體或化學藥物約束。

（二）、問題結果：結果蓄意施加肢體暴力在長者身上，導致急性或慢性的不適、身體傷害、疼痛、功能損傷、鬱卒、或死亡。

二、高危指標：

- (一)、意識不清。
- (二)、嚴重身體傷害、以刀具或利器等威脅殺害。
- (三)、施暴頻率越來越高與施暴的嚴重性。
- (四)、報案與備案或聲請保護令 引起身體暴力或者原先的暴力頻率增加。
- (五)、身體傷害出現瘀青、紅腫、裂傷或挫傷。
- (六)、個案有無法呼吸之暴力行為。例如：勒/掐脖子、悶臉部、按頭入水、開瓦斯、或以刀具或利器等威脅殺害等)。
- (七)、相對人會拿刀或槍、或是其他武器、危險物品（如酒瓶、鐵器、棍棒、 硫酸、汽油…等）威脅恐嚇。
- (八)、相對人曾揚言或威脅要殺掉被害人。
- (九)、受害者在暴力之後，曾經嘗試要自殺。
- (十)、個案受暴之後意識不清或生命跡象不穩定。
- (十一)、被害人相信他有可能因為暴力致死。
- (十二)、被害人有中重度失能，他的行動能力與求助能力低弱。
- (十三)、被害人求助的反應(隱忍、不願求助)。

三、相對人物質濫用：物質濫用頻繁。

四、高危評估內容：

- (一)、相對人身體暴力行為持續。
- (二)、相對人持續恐嚇威脅殺死被害人。
- (三)、相對人物質濫用後情緒不穩，導致暴力行為。
- (四)、相對人經常有憤怒、衝動情緒不穩，導致暴力行為。
- (五)、雙方互動關係緊張、衝突。
- (六)、相對人有經濟壓力，常向被害人要錢。

- (七)、保護令核發發揮保護效果。
- (八)、相對人已經移送法辦，發揮喝止效果。
- (九)、相對人已羈押服刑，發揮喝止效果。
- (十)、相對人藥酒癮接受治療，身心狀況比較穩定。

五、高危處遇與建議：

- (一)、被害人安全處遇計畫與策略，例如避免用言詞激怒相對人、危險物品必須上鎖、提醒被害人針對相對人所提的相關人事時地物，進行必要的安全演練。
- (二)、協助被害人如何因應相對人酒後失控的安全計畫：例如：提醒被害人避免於相對人酒後溝通互動，必要時先離開現場。
- (三)、必要時加強約制查訪的頻率。
- (四)、與保護令勾選戒酒藥癮處遇計畫。
- (五)、鼓勵相對人參加相關戒治團體。
- (六)、若合併精神障礙，請公衛護士加強關懷，提醒按時回診及確保用藥穩定。必要時，與醫師討論，採取強制就醫。
- (七)、詢問了解被害人對離開或留下的想法與態度，協助被害人釐清受暴脈絡、覺察暴力與危險性，提供不同觀點，引導被害人思考面對危險情境的應對方式與技巧。
- (八)、將相對人暴力行為及相關行徑於保護令聲請書狀中詳載並備齊相關證據，同時評估保護對象及相關條款的擴充性。
- (九)、社工需要加強申請相對人處遇計畫的意向。
- (十)、必要時依職權代為聲請保護令。
- (十一)、必要時評估與協助連結相關經濟補助資源。
- (十二)、若相對人觸犯刑事法令，必要時連結司法資源。
- (十三)、緩刑、假釋期間再發生暴力行為，應立即連結司法資源。

(十四)、協助被害人緊急安置。

六、處遇原則與建議：

- (一)、確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令、被害人緊急安置或相對人暫時隔離住所的可能性。
- (二)、被害人安全計畫的討論，如：觀察並與被害人一起盤點住處危險物品，請被害人務必妥善收藏。
- (三)、傾聽同理雙方相處的互動關係與處境，探索雙方的情緒感受
- (四)、評估家庭照顧者的照顧壓力，連結相關資源。
- (五)、觀察相對人態度與行為，適時制止負面言行。
- (六)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

貳、精神/心理虐待

一、評估：偵測與辨識：

(一)、施暴方式：

- 1. 以口語或非口語的行為對待老人。
- 2. 羞辱（侮辱、辱罵）、威脅（以機構安置要脅）、孤立（阻絕老人和家人或朋友的接觸）、控制（禁止老人使用交通工具、電話、錢財、或其他資源）。

(二)、問題結果：

引起精神上的痛苦、恐懼、煎熬、鬱卒等相關的行為。

二、處遇：

- (一)、確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。
- (二)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

參、疏忽

一、評估：偵測與辨識：

(一)、施暴方式：

1. 營養或基本醫療照護、營養、水分、衛生、衣物、基本日常生活活動、庇護或居住等需求沒有被滿足。
2. 未盡到陪伴長者就醫的責任

(二)、問題結果：

1. 嚴重褥瘡未處理。
2. 身體持續出現壓瘡。
3. 傷口無法癒合。
4. 體重很明顯的下降。
5. 檢查皮膚，身上瘀青。
6. 反覆感染肺炎或者尿道感染。

二、高危指標：

(一)、被害人因上述情況，而威脅到生命危險，是否有即刻醫療需求。

(二)、評估照顧者的負荷。

三、高危處遇建議：

(一)、緊急就醫或緊急安置。

(二)、連結相關資源，照顧、餐飲等。

四、處遇原則與建議：

(一)、評估照顧者的壓力，協助連結相關資源(支持團體、照顧技巧衛教，尤其是失智行為精神問題的因應。)

(二)、為長者的照顧需求，連結資源，滿足長者生活與照顧需求(居家服務、居家護理、日間照顧、喘息服務、送餐服務或機構安置等)。

(三)、家庭協調會，釐清角色釐清，充權家屬。

(四)、社區網絡協調機制的建立。

(五)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

肆、遺棄

一、處遇原則：

(一)、評估危機程度，必要時緊急就醫與安置。

(二)、醫院或機構情境，則通報老人保護系統。

(三)、協尋家屬。

(四)、召開家庭協調會議(評估雙方的情緒感受，同理及提供抒發機會、探索家庭和解的可能性，走和解模式)。

(五)、法律協助：協助處理扶養義務或減輕或免除扶養義務官司。

(六)、工作人員要面對倫理與忠誠的兩難(539 條款的決定)。

(七)、滿足生活及照護需求，連結資源，滿足長者生活與照顧需求(居家服務、居家護理、日間照顧、喘息服務、送餐服務或機構安置等)。

(八)、協助處理財產事宜。

(九)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

伍、財務不當剝削與侵占

一、偵測：照顧者或其他和老人有信賴關係的人，為了老人之外的人的利益，非法、未經授權、或不適當地使用老人的資源，包括（但不侷限）剝奪老人對自己的資源、財產、財物、資產等的可近性（accessibility），或拒絕提供這些個人財物、資源、資產的相關資訊。例如：偽造文書、濫用或盜用錢財或私人物品、透過脅迫或欺騙讓老人交出財物或財產、不當地使用監護權或授權書。

二、處遇：

(一)、通報老人保護系統。

(二)、財產信託評估。

(三)、開家屬協調會，由其他家屬相互監管。

(四)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

陸、失智

一、宣導與教育：早期發現、早期治療。

二、偵測：辨別暴力的真實性，例如：被害妄想症。

三、如有發現暴力虐待：

(一)、評估暴力的嚴重性、長者的行為與決策能力。

(二)、評估照顧者的負荷與連結相關資源。

1. 進行失智的診斷與鑑定，連結照顧者相關資源與照顧技巧衛教，尤其是行為精神問題。

2. 周全性的評估。

3. 被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

柒、藥酒癮

一、偵測：這類相對人可能除了藥酒癮之外，可能也有精神疾患的問題，也就是必須注意「雙重診斷」(dual diagnosis)。也有可能相對人有精神疾患，尊親屬要個案就醫，產生肢體互動，卑親屬反而通報醫院說自己被尊親屬家暴，受害者是否是相對人需要進一步確認。

二、處遇：

(一)、確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。

(二)、周全性的評估。

(三)、藥酒癮治療。

(四)、鼓勵相對人參加相關的戒治團體。

(五)、若合併精神障礙，請公衛護士加強關懷，提醒按時回診及確保用藥穩定。必要時，與醫師討論，採取強制就醫。

(六)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

捌、原住民

一、宣導與防制：

(一)、強調部落主導服務方案，非營利組織或政府部門應在決策過程應相互尊重。

(二)、非以救助、援助概念，強化個體賦權

(三)、增強傳統部落的社會倫理與價值

二、偵測：

部落中強調共生、互助系統，雖然原住民族長者會擔心在原住民的社會中被標籤，但在部落中或多或少能獲知疑似被虐待的訊息；雖然原住民常見有酒癮問題，但與虐待確實是兩種不同的行為原因，不應等同對待。

三、處遇：

(一)、確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。

(二)、周全性的評估

(三)、需以原住民的價值觀來看待，不應過度強化問題的發現與解決，需強化賦權。

(四)、介入模式應以陪伴、導引、支持。

(五)、運用原住民社會對於長老、頭目的社會角色，發展服務方案。

(六)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。

第二節 結果討論和建議

壹、宣導和教育

宣導和教育是老人保護的重要一環，也是一級預防的重點，和兒少與親密暴力領域相較之下，老人保護的宣導和教育仍在起步的階段，各縣市或多或少有宣導的方案，焦點團體的成員認為「中華民國老人福利聯盟」的宣導和教育比較有系統，能夠持續進行，含括的對象和主題也很多元，尤其是社區的失智症和老人保護相關主題的宣導與教育，包括責任通報的相關人員。由於教育宣導的對象極為廣泛，焦點團體成員建議將聚焦放在社區式長期照顧機構的人員，尤其是在第一線服務失能或失智長者（老人暴力的危險群）的照顧服務員和督導員；案例討論更凸顯居家照顧服務員不只盡到通報的責任，還因為通報之後，社福中心沒有進一步回應而挺身為個案倡導。

焦點團體或個案研討的討論重點之一就是失智症行為精神問題帶給家庭照顧者沈重的壓力，也是導致老人虐待的重要因素，因為這類問題使得被通報家暴的照顧者認為自己才是受害者，失智長者是「隨機施暴者」，而且是暴力的「始作俑者」，是道地的「加害者」；由於行為精神問題即使轉介醫療照護和藥物控制，成效實屬有限，而且問題越嚴重者，照護或藥物的效果越不佳，與會專家因而強調早期發現早期治療的重要性，針對社區民眾的失智相關宣導就有必要。另外，老人因為失智，家屬必須聲請輔助宣告，過程可能充滿爭議和糾紛，也顯示民眾在這方面的宣導和教育的需要。最後，隨著失智症的進展，從輕度認知障礙開始，進入輕度、中度、和重度的歷程，老人虐待的類型也可能產生變化，例如：輕度階段比較容易發生財務剝削和心理虐待、中度比較容易發生身體和心理暴力，重度比較容易發生疏忽和心理虐待（Jackson & Hafemeister, 2013），老人保護防治網路的成員需要能夠掌握這種認知衰退階段和暴力類型變化之間的關係，防治工作比較能夠產生效能。

建議一：強化社區民眾有關失智症和老人暴力的宣導和教育的工作，焦點集中在失智的症狀的覺察，和強化提早發現、提早診斷、提早就醫、和提早因應的相關衛教。

短期目標：盤點和瞭解目前連結失智和老人保護主題的宣導方案和活動。

中期目標：以方案委託方式，補助目前已經投入失智症宣導的機構或民間團體融入老人保護宣導的主題和內容。

長期目標：以長青學苑學員為對象，將失智和老人保護連結的主題納入長青學苑課程的主題和內容之中。

貳、網絡和偵測

偵測和通報疑似受暴的老人個案，以及通報之後並未開案或沒有成案的個案進行持續的監控是二級預防的工作重點，為了達到偵測和監控的目的，社區通報網絡的建置格外重要，包括鄰里系統、長照社區照顧（居家服務、居家護理、日間照顧）、警政、和醫院等，都是和長者接觸頻繁的責任通報單位和人員，網絡的建置和聯繫和協調需要有主責單位，另外，為了讓網絡成員能夠偵測疑似受暴的老人個案，這些人員的協調和教育訓練極為重要；從焦點團體的結果可以看出目前網絡的協調和聯繫似乎仍然不足，甚至不存在；人員的訓練也頗為不足，不足的情形需要進一步盤點與彙整。

教育訓練方面，教育或訓練的主軸和主題很多元，必須聚焦在老人暴力的明確定義和詳細的指標、相關的危險因子（照顧者的物質濫用、精神疾患、財務依賴、和照顧負荷）、通報的管道或流程、和簡要的法律知識，在辨識的指標方面，責任通報者必須能夠覺察或區分老化（容易跌倒和瘀青）與虐待或真實與妄想之間的差異。教育訓練必須儲備講師和建置講師人力資料庫，另外，老人保護相關的手冊之編輯也很重要，過去老人福利聯盟出版多本宣導品和手冊，屬於這方面拓荒者，未來有需要進一步確認手冊的改版和使用的情形與成效。紐約州的老人

保護教育訓練手冊（NYSOFA, 2011）將老人虐待的風險因子和四十項虐待的指標與特徵條列出來，其中照顧者相關的指標有十項，因為很詳細明確，有助於虐待案件的偵測和辨識。美國有些州設有疑似受虐老人的資料庫和平台，讓社區網絡能夠分享資訊，使得被通報但沒有開案的疑似受暴長者能夠有後續的追蹤，使網絡的建構更為完備。日本則發展「老人虐待早期發現檢測表」，表列「虐待的共同性跡象」、「身體虐待」、「照護放棄」、「心理虐待」、「性虐待」、「經濟虐待」、和「照顧者或家屬」的行為等 45 個辨識項目，協助社區網絡有責任通報者和民眾辨識（李光廷，2015）。

在暴力的指標、定義、和類型方面，雖然相關的法令有提到老人受暴或虐待的定義或指標，過去研究也有不少著墨，例如：老人福利聯盟（吳淑惠、劉欣靜，2015）提出七種類型，屬於比較多元的類型建議，但是整體而言，老人保護專家和相關機構仍然沒有共識，沒有統一的定義：其中最令焦點團體或個案研討成員最為困惑的就是疏忽，成員雖然有找出一些比較共通的照顧疏忽指標，例如：營養或基本飲食需求沒有被滿足、長者身體持續出現壓瘡、傷口照護不足無法癒合、未盡到陪伴長者就醫的責任等，只是這些指標尚未完備。英國、日本、韓國有提供簡要但統一的定義和指標、美國因為各州有自主權定義自己的指標，不一致的情形極為嚴重，直到 2016 年，由聯邦政府「老人局」(Administration on Aging) 委託「疾病管制局」(Centers for Disease Control and Prevention, 2016) 發展的定義和指標才公布，結束多年來不一致的問題，例如：老人虐待類型包括身體、性、心理或情緒、疏忽、財務虐待或剝削，跨國比較之下，美國的指標最為明確，值得參考。

值得注意的是目前有關老人保護教育訓練的主題和內容幾乎沒有把老人的老化和社會心理的特質、反應、和適應納入，不只老人可能不瞭解自己的發展和因應之道，家庭照顧者可能也會因為不瞭解而容易產生暴力的行為，尤其是把失智的行為精神問題錯誤解讀為故意衝著自己而來的惡意行為，另外，令人擔憂的

就是老人保護工作網絡的成員，不論是家防中心、長照服務單位、警政、醫療、司法等的工作人員，對於長者的發展和社會心理反應缺乏認識，對於長者可能有諸多的刻板印象，衝擊到保護工作的執行。

建議二：強化社區網絡責任通報人員有關老人保護的教育，主軸放在老人社會心理特質、老人受暴的指標和特徵、危險因子的辨識、和相關法規的簡介。

短程目標：盤點目前社區網絡責任通報人員老保護教育相關方案和活動現況。

中程目標：委託民間機構編輯老人社會心理、受暴指標和特徵、危險因子、和相關法規的教育訓練手冊。

長程目標：建立老人保護責任通報人員教育訓練的優先順序，以最容易接觸到老人保護個案的長期照顧居家照顧服務系統的照顧服務員為優先。

建議三：針對我國老人保護相關法規和研究有關老人受暴的類型、指標、定義、和特徵，訂定統一的標準。

短程目標：委託學者專家彙整老人受暴的類型、指標、定義、和特徵。

中程目標：舉辦專家學者和實務工作者徵詢會議，針對上述的彙整進行研議。

長程目標：公布統一的版本，並且擬定未來修訂的期程，進行必要的修訂。

建議四：建置疑似老人受暴者的資料庫和溝通平台，建立列管和解列管的標準，強化後續追蹤的效能。

短程目標：邀集老人保護工作者和專家學者與會，共同探討和研議這類資料庫和溝通平台的可行性。

中程目標：確立這類資料庫和溝通平台形式、內涵、資料維持和更新的原則，以及主責機構的角色和功能。

長程目標：定期檢視這類資料庫和溝通平台的功能和作用，進行必要的修正。

參、危機與分級

不論是焦點團體或是案例研討會，與會的成員都有提到建立一個具有公權力或有共識的評估指標與風險分級的工具，這類指標的缺乏容易造成協調和合作上認知的落差，成為服務介入上的障礙，衝擊比較大的就是高危的個案的認定和評估，目前雖然有高危機網絡會議的機制，可能因為缺乏客觀和共同認定的標準，進入高危機網路會議的老人保護個案數量是否受到影響值得進一步探討，有可能因為判準的缺乏，標準的不一致，使得進入高危網絡會議的個案比較少；由於親密暴力的評估可以藉助於「台灣親密關係暴力危險評估表」(TIPVDA)，這類量表並不適宜使用在老人保護的評估；雖然楊培珊（2011）接受前行政院內政部的委託進行「老人保護評估系統之研究」，研發「老人受虐危險指標」，只是還沒有被應用在老人保護的評估，或者應用的工作人員極為有限，審閱該量表之後，發現有些疑點仍待釐清，例如：危險等級列為第一級的指標有二，一為疑似有的及生命危險，二為是否被遺棄，後者為什麼屬於高危機，並沒有確切的說明，不過，該指標也含括照顧者相關的項目，二級指標也有值得參考之處，不過，和TIPVDA相較之下，該指標比較缺乏相關的危險因子之類的項目，顯示該指標仍有修訂的空間。

建議五：建構「老人受虐危險指標」

短程目標：以楊培珊老師接受委託建立「老人受虐危險指標」和本研究上述彙

整的指標為基礎，邀請老人保護工作人員進行確認和提出修訂的建議。

中程目標：公布新修訂的「老人受虐危險指標」，進行人員訓練，並正式使用。

長程目標：定期檢視該指標實際應用的情形，並進行必要的修訂。

肆、網絡的協調

社區網路分工和協調是老人保護的重要環節之一，重要性在於網絡在每個暴力防治的階段都扮演重要的角色，從一級防治的宣導和教育。二級的偵測和通報，以及三級的處遇和後續追蹤都需要網絡的連結和協調。焦點團體的結果顯示不少縣市將防治的工作交給委外單位，但是在監督和管理方面，縣市之間的差異性頗大，包括委外的方案性質，關係的建立，以及管理、協調、和督導機制的建立。有些委外單位可能因為案量過大，篩檢和分案管控也不夠嚴謹，對於高危個案的區分又因為缺乏工具和指標而無法很明確，人力不足又只能依賴電話訪視，導致高危個案被漏接。新竹市的模式似乎值得學習，案量雖然繁重，因為由資深督導初篩和分案，並且針對高危機個案分案出去之後，直接督導委外單位，比較能夠無縫接軌。

網絡協調的問題也常出現在家暴專監的個案，從社區進入監獄，從監獄回到社區，來回的路徑都可能漏接，因為缺乏協調的機制，有些縣市委託委外單位進行個案管理，似乎也賦予整合的任務，但是因為不具公權力，其他的網路成員並不搭理，形成防治的漏洞。

另一個環節則是第一線的長照專業人員（居家服務、日間照顧、照顧管理專員等）通報疑似受暴或已經確認受暴的案例之後，因為和家防中心或社福中心工作人員的協調不足，發現嚴重受暴的個案卻沒有接受處遇，衝擊到他們通報的意願和熱誠。這些網絡成員的溝通聯繫和協調需要建立一個機制。

建議六：建立老人保護社區網絡協調和整合機制。

短程目標：委託專家學者或民間機構彙整目前各縣市老人保護社區網絡溝通、協調、和整合的現況與機制，並且研議可行的模式。

中程目標：試行經過研議的機制。

長程目標：定時針對上述建構的機制進行檢視和修訂，增進其效能。

伍、專業的互動

焦點團體的成員提到失智長者行為精神問題的因應難度頗高的問題，牽涉到工作人員和失能、獨居、或失智長者溝通的知能與技巧的專業素養，沒有受過老人工作相關訓練的工作人員可能比較無法和老人進行有效能的溝通；由於老人求助行為的反覆，工作人員可能需要比較長的時間和長者互動，和長者專業互動的專業能力極為重要；個案研討的過程也覺察到這種比較長期的互動可能使得長者對工作者產生依賴的關係，由於失能和失智長者在老化過程經歷多重的失落，包括身體、心理、和社會層面，比較容易依賴關懷或照顧他們的客體，也因為受暴的風險比較高，加上沒有暴力行為的子女可能已經遠離，孤立處境之下更容易依賴專業人員，比較無法確認的就是工作者是否有鼓勵依賴的行為。Knight 和 Pachana (2014) 將長者的依賴放入心理諮商的轉移和反轉移關係的類型，前者是指長者在工作人員身上看到自己的親人，把和親人的互動議題帶入專業關係，相反地，專業人員在長者身上看到自己的親人，也把和親人的互動關係和議題帶入專業互動裡；目前老人保護網絡工作人員的輩份，主要是孫子女，比其他年齡層的工作人員更容易和長者建立親善的關係，也可能因為對自己的祖父母的情誼，有可能比較容易鼓勵長者依賴，依賴關係形成之後，又可能感到憤怒，顯示專業互動關係的覺察和自我反省得重要性。

另一項議題就是專業能耐和權威的建立，在文化的框架裡，長者是長輩，處在孫子女輩份的工作人員在建立專業的權威和發揮專業的效能方面似乎比較受限，除了文化的互動框架的輩份之外，也牽涉到工作者對於長者生命和閱歷的瞭解程度，又因為老年期含括的年數很長，老人特質也頗具多元性，這些都挑戰工作人員的專業能耐。

另外，誠如黃志忠 (2010) 所言，老人保護工作充滿了倫理的兩難情境和困境，尤其是工作人員必須在尊重自主權和干預之間取得一個平衡；從焦點團體的過程可以看到這項平衡似乎比較往尊重長者的自主權傾斜，因為過度尊重，或許

也是因為無法預期突發的死亡暴力的可能性，錯失介入的機會，導致長者的往生。在各種倫理兩難的類型之中，早年拋妻棄子和老年孤苦無依需要過去受害的家人扶養案主和案家也屬於比較膠著的案例，過程之中考驗工作者的智慧，也就是所謂的「忠誠的兩難」，忠於第一案主（受遺棄長者），包括福利身份的不明，必須為其爭取，可能鼓勵前者對家人（第二案主）提告，當家人抱怨過去被長者疏忽和虐待，又必須協助家屬打減輕或免除扶養義務的官司；另外，如果工作人員必須承擔暫列中低或低收的決定責任，兩難和情緒的糾結負荷可能不容易承載。

從原住民的案例討論過程，與會的專家的分析顯示出：幾乎所有的行為的背後都有情緒的影子，對工作人員而言最艱困的就是辨識個案的情緒，或許辨識受害者的情緒和感受比較容易（早期拋妻棄子的個案或許是例外），辨識相對人的情緒難度似乎比較高，為什麼相對人有強烈的憤怒，那一股怒氣從何而來，因為過去是目睹兒少？抑或自己也是暴力的受害者？或者已經被失智長輩的行為精神問題嚴重干擾，怒氣難消，失手施暴，就被通報？或者雙方都是相對人，或者源自長者強烈的操控之下所累積的怨恨？無論如何，協助受害者和相對人克服恐懼、罪惡感、或其他足以阻礙關係重建的情緒障礙卻是工作關係突破的關鍵，在這方面，工作人員的情緒掌握和覺察的能力似乎經常受到考驗，卻很少能夠使力，可能也反映出時間不足和專業知能的不足而無法切入的窘境。

建議七：強化老人保護工作人員訓練的主題和內容，在教育訓練課程納入老人

社會心理和專業互動關係建立相關的主題（包括和失智長者的互動技

巧和協助長者進行「輔助宣告」與「監護宣告」申請的原則和作法）。

短程目標：召開專家和實務工作者會議，研議和確認老人和失智長者的社會心

理特質、專業互動技巧、和協助辦理「輔助宣告」和「監護宣告」，以及向法院提出相對人處遇裁定的技巧等知能的教育訓練的主題、內容、和方式。

中程目標：針對上述的主題編撰教育訓練和實務操作手冊。

長程目標：委託民間機構協助提供上述主題的教育訓練。

陸、家庭的處遇

不論是焦點團體或者個案研討，都可以看到家庭動力的錯綜複雜，其中又以使用金錢和威權強烈控制子女的個案最為典型，每次受暴就會向三位出嫁的女兒抱怨，引發女兒們一連串的卸責、逃避、交相指責的衝突，必須安慰受害者和指責相對人，卻又溺愛相對人，為相對人解套的循環戲碼，顯現出一個分化不足、互相依賴、互相取暖、卻又互相指責和衝突的家庭動力。焦點團體的案例分享也顯示出家暴專監的個案，屬於家中最沒有成就、從小就被比下去的弱勢，長大工作不穩，鬱悶之下借酒澆愁，向父母要錢，要不到就暴力相向的相對人，多次在暴力、遠離令、入獄、出獄的旋轉門來回，細究之下，相對人最想要的或許就是：「我只想要父母親拉我一把，說『我們無條件的接納你，愛你，不管你有沒有成就』」，可是家庭已經放棄了他，工作人員也不太期待家庭能夠為他做什麼，相對人卻也不放棄，得不到的關愛就以酒精消解和安慰，接著就是回家施暴，似乎成為永無止境的循環。老人暴力衝擊到家庭動力的各個層面，不論是受害者和加害者形成的緊密和依賴卻又衝突的兩人組或者權控的受害者，或者父權文化之下，沒有聲音的第三者（配偶），以及其他選擇遠離家庭的子女，另外，前述的情緒和溝通的模式，或者家庭規範，都屬於家庭動力覺察的重要指標，家庭動力的分析與協商的能力和素養需要比較長的時間養成，工作者在這方面的能力似乎稍嫌不足。

建議八：強化老人保護工作人員家庭動力分析和協商知能的相關訓練。

短程目標：委託民間機構研議和確認老人保護工作人員家庭動力分析和協商必須具備的知能的教育訓練的主題、內容、和方式（包括實際演練）。

中程目標：針對上述的主題和內容編撰實務操作手冊，包括：老人保護情境家庭動力分析和協商的案例彙編。

長程目標：委託民間機構協助提供上述主題的教育訓練。

柒、安置的問題

不論是焦點團體或個案研討會都反映出安置機構難以尋覓的問題，雖然各縣市都有透過簽約的方式，甚至也有保留少數優先的床位，但是因為機構害怕保護安置的個案家屬干擾的問題，加上安置費用偏低，失智個案行為精神問題，以及失智床位不足等問題，成為緊急安置的主要障礙，各項問題之中，又以安置費用偏低成為最主要的障礙。有些機構因為費用偏低，或者委託安置家屬付費意願不高，還必須請社會局給予相關資源。

建議九：強化老人保護安置機構的可近性。

近程目標：彙整各縣市老人保護機構安置目前遇到的困境和研議因應之道。

包括：全面檢討安置費用偏低的問題，進行必要的補救措施，以及失智受暴長者機構安置的困境和因應之道。

高費用，或者強化機構接受老人保護安置個案的意願。

中程目標：建立強化機構接受老人保護安置個案意願的獎勵機制。例如：提高費用或補助、評鑑加分。

長程目標：定期檢討和改善上述的機制。

捌、保護的專組

研究結果顯示老人求助行為反反覆覆的情形確實考驗服務人員的耐心和智慧，工作人員如果偏向尊重老人的自主權，可能造成誤判或漏接的問題；再加上保護工作的案量多，人力不足的情形，成人保護也不例外，可能因此導致成人保護工作人員在時間和精力上投入老人保護工作的排擠效應，過去研究的焦點團體曾經有資深的保護工作人員建議模仿美國和日本為老人保護制訂專法，建立老人保護專屬的服務體系（張宏哲，2011），由於牽涉到修法、組織改造、人力預算

等重大議題，目前這項建議的可行性似乎微乎其微，此次焦點團體的成員提到台中市於今年七月或八月成立老人保護專組的作法，具有專屬工作人力投入但變革最小的優勢，這項措施因為剛起步，有需要進一步評估其優勢和限制，進行滾動式的修訂，如果可行，可以思考如何推廣到全國。

不過，從焦點團體成員的描述顯示老人保護專責小組的成立之初，加入小組的工作人員的意願並不高，主要是老人保護的案量急遽上升，影響參與的意願，出沒有老人工作或與老人專業的經驗如何因應老人保護工作，部分縣市正在研議老人保護組的成立，台中市也已經成立老人保護組，專責老人保護事宜，值得注意的是加入剛成立的專責小組的工作人員意願並不高，隨著老人受暴的案量急速上升，

建議十：選擇 5 個縣市成立老人保護專組的縣市的人力配置、配套措施、教育訓練、優缺點、和成效，進行必要的修訂，再確認未來廣泛推行的可行性。

短程目標：彙整已經成立老人保護專組縣市的經驗，接洽有意願的縣市進行試辦計畫。

中程目標：定期評估試辦計畫的成效和檢視遇到的困難和提出因應之道。

長程目標：擴大試辦計畫，徵詢和鼓勵各縣市試辦的意願。

玖、培力和充權

從保護令法院轉介參與相對人認知團體的成員的深入訪談可以看出相對人似乎可以在團體之中得到培力，許多相對人不想輕易地被標籤為相對人，尤其是在相互為相對人的案例類型中，例如：失智的受害者也是暴力攻擊的「加害者」（註：其實這種標籤並不正確，因為以美國的老人虐待的定義為例，暴力必須是蓄意，失智長者如果認知能力虧損，何來蓄意？），以威權或金錢操控相對人的婚姻和人生的父母親，以及家中唯一有意願擔任照顧者的相對人，因為其餘手足

都不負責任，照顧過度負荷導致偶而失控施暴的照顧者，團體的互相支持和培力塑造出可以面對暴力的氛圍。另外，類似馬偕醫院接受衛生福利部委託辦理的戒酒方案，也發揮同儕和專業人員支持的培力作用，成效似乎頗佳。雖然對於暴力的「累犯」而言，焦點團體的成員慣常主張透過法律和外力的控制和制裁，比較可能消彌暴力的持續性，但是如果外力是指同儕壓力，搭配同儕和專業人員的支持，提供了另一個更佳的選項，只是這類的方案仍然很有限，目前有在慢慢闖點，只是速度似乎比較緩慢，牽涉到經費補助極為有限的問題。

只是目前有針對相對人辦理的認知和同儕支持的團體，卻似乎比較缺乏受害者的支持團體，有需要建立受害者的支持團體，美國有類似的團體。觀之第三級防治的重點之一就是受虐長者需要緊密的觀察和持續追蹤，減少暴力發生的頻率或者嚴重性，尤其是在申請保護令或緊急安置方面的態度反覆的個案，持續的監控可以防止情況惡化；只是各種因素可能使得監控逐漸不足，或者個案失聯，例如：人力不足或網絡協調不週的問題，Wolfe（2003）建議社區志工和受害長者建立一對一的陪伴或伙伴關係，或者成立受暴者同儕支持團體，提供團體成員分享和支持的機會、腦力激盪自我保護或解決問題的策略、教育長者自己的權利和可以運用的資源，瞭解自己並不孤單，寄望透過這樣的團體提升個案控制感和自我效能，這些屬於培力和充權的處遇工作。目前的處遇比較著重在相對人的團體工作，尤其是負荷過重、疑似照顧不週、疑似施暴的家庭照顧者，對於受害者的處遇，大多數以個案工作或家庭協調的方式介入，極少以支持或互助的方式提供協助或服務。

另一種培力或許是不要輕易的聲請保護令，除非是高危機個案，尤其是因為手足不願意和長者同住和擔負照顧責任，照顧者因為偶而情緒失控施暴，緊急安置之後，機構照顧的情形反而更差，必須考慮是否能夠引進資源的選項；這種作法呼應美國老人保護所謂的「雙重回應系統或模式」，一種訴諸法律和公權力，提供外控的機制，一種是轉介相關資源的模式。誠如焦點團體成員的建議，前提

在於區分暴力的本質和特徵，將老人保護的施暴類型和原因予以區分，屬於疾病管理的歸於疾病管理和控制，屬於照顧者負荷的案例則回歸照顧資源和服務的支持或者照顧技巧的訓練和衛教。

在工作人員的態度方面，案例討論的成員建議不要以「家防人員」的身份和受暴老人與相對人或家庭成員互動，因為「家防」可能容易引起服務對象的負面印象，形成專業溝通的一道障礙，如果能夠以「社會局工作人員」切入，或許案主和案家的防衛心比較不會太強，工作也比較能夠順利。

在處理早年拋棄家人，甚至虐待家人的案例過程，有些工作者建議尊重受害人的意願，如果能夠出現在家庭協調會議，表達自己的感受和期待，另一方面，鼓勵家庭成員出席，走入和解之路，也讓家庭能夠從憤怒過程走出來，成功的促成家庭的和解，原本憤怒的子女願意扶養、出錢、或不提扶養訴訟等。

不論是老人個案工作和團體工作，依據艾瑞克森的理論，老年階段的主要課題是生命的「統整和絕望」的任務，以及進一步將人生過去的七個階段進行統整的時機，協助受暴長者進行生命回顧的過程，有三項任務，包括回顧過去生命歷程的因應能耐、肯定自己過去的成就和貢獻，以及接納自覺遺憾的事情，做到這三項，長者面對生命的老化、失落、和死亡的焦慮與恐懼過程，比較能夠釋懷，這方面的技巧有需要強化，目前老人保護工作因為人力不足，比較無法協助老人滿足社會心理的層面的需求。

建議十一：建構老人保護受害者支持團體服務模式

短程目標：委託民間機構研議老人保護受害者支持團體服務模式和操作手冊。

中程目標：補助老人保護服務相關機構試辦老人保護受害者支持團體。

長程目標：彙整試辦方案成效和改善與強化的建議，擴大補助辦理支持團體。

建議十二：建立老人保護處遇模式（社會福利和老人保護）分工機制

盤點任何有關老人受暴者支持團體的方案，研議團體方案的結構、形式、主題和內容，以及團體帶領的技巧，實驗老人受害者支持團體的可行性。

拾、跨專業團隊

焦點團體和個案研討的結果顯示老人虐待的相關因子頗為多元，老人面對的問題也頗複雜，受暴老人的需求具有多元的特質，包括長照、律師、司法、家防、醫療、財務、心理、執法和刑事犯罪專家等，因此，必須仰賴多元專業的介入，「跨專業團隊整合」的服務模式在老人虐待場域的應用越來越廣泛，實證研究也證明其效能，美國的地方、州、和聯邦每個層級都很推崇這類服務模式(Teaster, Vorsky, & Wangmo, 2011)；跨專業團隊成員通常包括 APS 服務人員、老人服務專業人員、律師、醫療和精神醫療專業、執法人員、財務管理、監護人、長照監督人等。研究也顯示：當「弱勢成人專業團隊」(Vulnerable Adult Specialist Teams) 提供醫療專家和刑事犯罪專家給 APS 的時候，老人虐待案例確認與成案的比率不只提高很多，臨床上對受害者也有助益，可見跨專業團隊模式處遇效能。這種模式最常被提到的就是肯塔基有幾乎遍佈全州的「老人虐待的地方協調委員會」(Kentucky's Local Coordinating Councils on Elder Abuse)，主要任務是提供老人保護服務人員跨專業團隊諮詢、辨識服務的落差或服務系統問題、提供服務相關資訊、教育服務人員、為老人保護倡導 (Teaster & Wangmo, 2010)。

除了肯塔基之外，其他州也發展出整合或協調的社區回應方案或服務，這些方案或服務最理想的目標是協助老人營造出「最佳的獨立生活狀態」，主要是透過財務、健康、和情緒方面的支持，例如：舊金山的「老人虐待防治協會」

(Cosortium for the Prevention of Elder Abuse) 結合保護服務個案管理、家庭協談、精神醫療、老人專科、法律、檢警、財務管理等領域專家每月舉辦聯繫會報，共同規畫個案的服務計畫，有些團隊還含括社區或鄰里的人士。這類社

區服務模式被認為有助於減少保護預算的支出和防治的疏漏，提供緊急的支持的作用。目前許多縣市都有定期或不定期召開的老人保護聯繫會報，其屬性和任務似乎和上述的跨專業團隊的功能角色有些差異，未來有需要探討建立這類跨專業團隊的可能性與可行性。

建議十三：建立和落實老人保護處遇分工模式。

短程目標：彙整目前老人保護處遇分工機制與現況，研議老人保護處遇分工模式，依據新建構的老人危機指標進行區分，高危機個案歸屬家防中心，低危機或低風險個案歸屬老人福利相關科組。

中程目標：選擇三個縣市試辦處遇分工計畫，進行必要的檢視和修訂。

長程目標：擴大實施範圍到各縣市，定期檢視和改善分工機制。

建議十四：建立物質濫用和精神疾患引起的老人保護案例網絡分工處遇模式。

短程目標：委託民間機構彙整目前物質濫用和精神疾患引起的老人保護案例社區網絡分工的處遇現況，研議社區網絡分工的處遇模式。

中程目標：選擇三個縣市（區域或醫療單位）試辦社區網絡分工處遇的模式。

長程目標：擴大社區網絡分工模式到各縣市，並定期檢視實施現況和改善現有的分工模式。

表 26：直系血親卑親屬虐待尊親屬問題類型與處遇之研究結果

	問題類型	處遇考量
卑親屬	藥癮/ 酒癮	<p>一、一級預防：著重在宣/倡導與教育：</p> <p>(一)、反毒害心理衛生教育的宣導。</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(三)、社會教育與倡導。</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置：例如建構成癮防治體系與服</p>

		<p>務網絡。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、「緊急危機指標」的建構為首要。</p> <p>(二)、偵測與評估：</p> <p>1. 確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。</p> <p>2. 毒品濫用比酒精濫用的危險性高，二級高過三級毒品，必須注意戒斷過程可能產生的焦躁和無法預測的暴力行為。</p> <p>(三)、確認長者的人身安全：</p> <p>評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理，例如向長者及家屬指導關於保護令的相關知識。與簡單的心理處遇。</p> <p>(四)、藥酒癮醫療模式的處遇：</p> <p>此類相對人較容易被病理化和犯罪化看待，而缺乏以系統化的觀點看待相對人、被害人及環境的互動關係。因此建議提供相對人藥酒癮醫療處遇模式，而非家暴模式(如聲請保護令、緊急安置等)。</p> <p>(五)、此類相對人若合併精神疾患之處遇：</p> <p>因這類相對人可能除了藥酒癮之外，可能也有精神疾患的問題，也就是必須注意「雙重診斷」(dual diagnosis)。若合併精神障礙，精神醫療的介入格外重要，請公衛護士加強關懷，提醒按時回診及確保用藥穩定。必要時，與醫師討論，採取強制就醫。</p> <p>(六)、被害人和家屬必須減少不必要的刺激，包括貶抑和</p>
--	--	--

		<p>碎念，提供安全自我保護措施和教導。</p> <p>(七)、社區防治網絡的強化：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推動多元藥酒癮戒治。 2. 矯正機關藥、酒癮服務。 3. 監獄藥酒癮醫療服務：例如：新入監個案評估、介入護理衛教、出院前評估與諮詢。 <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、連結相對人處遇計畫，例如：認知教育輔導（可含戒酒教育）、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其他。鼓勵相對人參加相關的戒治團體。</p> <p>(二)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(三)、被害人支持團體。</p> <p>(四)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(五)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(六)、若追蹤被害人受虐有明顯外傷或危及生命之情況，則需醫療、緊急安置或是隔離相對人之處遇。</p> <p>(七)、必要時協助相對人介入「安置藥酒癮濫用戒治輔導」處遇。</p> <p>(八)、社區資源網絡的溝通協調與合作：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 出監所之相對人持續追蹤，協助成功銜接治療機構，追蹤穩定治療。 2. 相對人社區復健處遇：不僅處理相對人藥物或酒精使用的問題，同時也需將相對人在生活中所面臨的各式議題，包括婚姻/家庭諮商、就業諮商與輔導、社交技巧訓練與支
--	--	--

		<p>持團體介入。</p> <p>3. 若相對人同時合併精神障礙，則需將精神醫療及精神社區復健等跨專業團隊合作與分工。</p> <p>4. 如相對人參與相對人處遇計畫，期待主責社工能夠扮演個管角色，持續追蹤關心，才能適切與跨單位專業人員討論，修正現行或共同擬定符合相對人需要適切的處遇計畫。</p>
	精神疾患	<p>一、一級預防：著重在宣/倡導與教育：</p> <p>(一)、精神疾病衛教及相關資源的宣導：</p> <p>相對人可能沒有病識感，被害人也可能搞不清狀況或擔心相對人被貼標籤，因此未能協助相對人盡早就醫，而導致被害人長期處在虐待高風險情境中。</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(三)、社會教育與倡導：精神疾病去汙名化。</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置：如：心理衛生暨社區精神醫療體系與服務網絡的設置。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、偵測與評估：</p> <p>1. 確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。</p> <p>2. 協助辨識出精神障礙的個案非常重要，確認是否有診斷，是否定時服藥。</p> <p>3. 確認症狀穩定度，評估虐待事件的發生是否受症狀干擾而致。</p> <p>4. 相對人如有精神疾患，尊親屬要個案就醫，產生肢體互動，卑親屬反而通報醫院說自己被尊親屬家暴，受害者是</p>

		<p>否是相對人需要進一步確認。</p> <p>(二)、確認長者的人身安全：</p> <p>評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理，例如向長者及家屬指導關於保護令的相關知識。與簡單的心理處遇。</p> <p>(三)家庭心理教育：</p> <p>高情緒表現 (High Emotional Expression) 的家屬已經被證實是精神疾病者再發的重要原因之一，相處之道的指導非常重要，減少過度刺激，包括貶抑和碎念，提供安全自我保護措施和教導。</p> <p>(四)、精神醫療模式的處遇：</p> <p>此類相對人較容易被病理化和犯罪化對待，而缺乏以系統化的觀點看待相對人、被害人及環境的互動關係。因此建議提供相對人精神醫療處遇模式，如：即時轉介精神科醫師治療或社區精神醫療網初診協助、請公衛護士加強關懷，而非家暴模式(如聲請保護令、緊急安置等)。</p> <p>(五)、家屬疾病衛教：</p> <p>衛教讓家屬了解疾病治療的重要性，與被害人及其家人共同討論，並協助相對人穩定就醫追蹤，穩定用藥，預防復發為首要。</p> <p>(六)、社區防治網絡的強化</p> <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、追蹤是否持續出現(疑似)虐待事件。</p> <p>(二)、連結相對人處遇計畫，例如：認知教育輔導（可含戒酒教育）、心理輔導、精神治療等。</p>
--	--	---

		<p>(三)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(四)、被害人支持團體。</p> <p>(五)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(六)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(七)、若追蹤被害人受虐有明顯外傷或危及生命之情況，則需介入醫療、緊急安置或是隔離相對人之處遇。</p> <p>(八)、社區資源網絡的溝通協調與合作：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 協助追蹤相對人疾病症狀與治療情況。 2. 公衛護士監控。 3. 村/鄰/里長、幹事增加關懷的密度，或必要時加強警政巡邏。 4. 精神醫療等跨專業團隊合作與分工： 若相對人有自傷傷人之行為，或症狀過度干擾必威脅到自己與他人生命安全，且不願意配合主動回診治療，必要時可強制執行精神醫療，例如：強制送醫，並評估強制住院以及未來強制社區治療的必要性。 5. 精神醫療與非醫療社區處遇資源： 不僅處理相對人疾病症狀與就醫穩定的問題，同時也需將相對人在生活中所面臨的各式議題，包括婚姻/家庭諮商、就業諮商與輔導、社交技巧訓練與支持團體介入。 6. 針對高危機個案經強制送醫後但未符合強制住院而自動離院之個案，醫護人員應立即通知警政及社政單位。 7. 如相對人參與相對人處遇計畫，期待主責社工能夠扮演個管角色，持續追蹤關心，才能適切與跨單位專業人員討
--	--	---

		論，修正現行或共同擬定符合相對人需要適切的處遇計畫。
	長期失業	<p>一、一級預防：</p> <p>(一)、社會教育與倡導：對於長期失業者可以多些結構面，如身障、高齡就業的困難，或其所處生活現況的理解與體諒，像：需長期擔任家庭照顧者而無法就業，而非對於長期失業者貼標籤。</p> <p>(二)、多元就業的探索。</p> <p>(三)、相關社會福利的宣導：例如中低特照津貼等。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、偵測與評估：</p> <p>1. 確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。</p> <p>2. 評估相對人心理狀態，是否因長期失業而有憂鬱傾向，或是較常有負面情緒出現，容易對被害人施加精神或身體虐待的可能。</p> <p>3. 評估家庭經濟狀況，是否因相對人長期失業以致經濟困難，無法供給被害人基本生活所需，而有疏忽之疑慮。</p> <p>(二)、確認長者的人身安全：</p> <p>評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理，例如向長者及家屬指導關於保護令的相關知識。與簡單的心理處遇。</p> <p>(三)、家庭心理教育：</p> <p>避免貶抑和碎念，安全自我保護措施和教導。</p> <p>(四)、社會福利模式的處遇介入，協助連結相關資源，改善相對人失業問題所引發的相關暴力行為。</p>

	<p>(五)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(六)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(七)、相對人社會角色的探索與重建。</p> <p>(八)、被害人暨相對人社會支持網絡的建立。</p> <p>(九)、召開家庭協調會議：</p> <p>重新分配協調家庭照顧責任，強化家庭其他成員的投入和功能。</p> <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、追蹤是否持續出現(疑似)虐待事件。</p> <p>(二)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(三)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(四)、被害人支持團體。</p> <p>(五)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(六)、如家庭遭逢重大事件而致家庭經濟困難，協助連結相關經濟補助等資源。</p> <p>(七)、若追蹤被害人受虐有明顯外傷或危及生命之情況，則需介入醫療、緊急安置或是隔離相對人之處遇。</p>
照顧負荷	<p>一、一級預防：</p> <p>(一)、於老人保護的宣導中家庭照顧者負荷議題。</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(三)、社會教育與倡導。</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置。</p> <p>二、二級預防：</p>

		<p>(一)、偵測與評估：</p> <p>評估需求項目，檢視負荷程度。</p> <p>(二)、確認長者的人身安全：評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理與簡單的心理處遇。</p> <p>(三)、確認照顧需求、檢視照顧情形。</p> <p>(四)、評估照顧負荷、提供相關服務。</p> <p>(五)、提供社會福利模式處遇，主要在連結相關資源，轉介相關服務評估被害人照顧的問題、被害人憂鬱以及照顧者的照顧負荷，以長期照顧服務作為老人保護工作之資源，如提供喘息和相關服務，或提供相關支持，強化照顧技巧。</p> <p>(六)、強化建構社區支持系統。</p> <p>(七)、召開家庭會議，強化家庭其他成員的投入和功能。</p> <p>(八)、第二級預防以上述服務處遇為原則，而非太快介入家暴模式，如聲請保護令、緊急安置等外控模式，這樣會造成照顧者情何以堪，以及服務介入的困難。</p> <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、追蹤是否持續出現(疑似)虐待事件。</p> <p>(二)、如被害人因照顧需求未被滿足，而有明顯外傷或危及生命之情況，則需緊急醫療或緊急安置的處遇。</p> <p>(三)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(四)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(五)、連結家庭照顧者支持團體。</p> <p>(六)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p>
--	--	--

		(七)、社區資源網絡的溝通協調與合作。
	疏忽	<p>一、一級預防：</p> <p>(一)、於老人保護的宣導中長者照顧疏忽議題。</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(三)、社會教育與倡導。</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、偵測與評估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 評估被害人生命是否危險，有否需即刻醫療需求。 2. 評估問題的嚴重性、長者的自主、行為以及決策能力。 3. 評估照顧者的負荷。 <p>(二)、確認長者的人身安全：評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理與簡單的心理處遇。</p> <p>(三)、確認照顧需求、檢視照顧情形。</p> <p>(四)、評估照顧負荷、提供相關服務。</p> <p>(五)、提供社會福利模式處遇，主要在連結相關資源，轉介相關服務評估被害人照顧的問題、被害人憂鬱以及照顧者的照顧負荷，以長期照顧服務作為老人保護工作之資源，如提供喘息和相關服務，或提供相關支持，強化照顧技巧。</p> <p>(六)、強化建構社區支持系統。</p> <p>(七)、召開家庭會議，強化家庭其他成員的投入和功能。</p> <p>(八)、第二級預防以上述服務處遇為原則，而非太快介入家暴模式，如聲請保護令、緊急安置等外控模式，這樣會造成照顧者情何以堪，以及服務介入的困難。</p>

	<p>三、三級預防：</p> <p>(一)、追蹤是否持續出現(疑似)虐待事件。</p> <p>(二)、如被害人因照顧需求未被滿足，而有明顯外傷或危及生命之情況，則需緊急醫療或緊急安置的處遇。</p> <p>(三)、追蹤照顧者照顧情況，協助連結相關資源，如照顧者支持團體、加強照顧技巧衛教。</p> <p>(四)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(五)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(六)、為長者的照顧需求，連結資源，滿足長者生活與照顧需求，如：居家服務、居家護理、日間照顧、喘息服務、送餐服務或機構安置等。</p> <p>(七)、連結家庭照顧者支持團體。</p> <p>(八)、召開家庭協調會，釐清角色，充權家屬。</p> <p>(九)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(十)、社區資源網絡的溝通協調與合作。</p>
遺棄	<p>一、一級預防：</p> <p>(一)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(二)、社會教育與倡導。</p> <p>(三)、社區防治網絡的建置。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、偵測與評估：</p> <p>1. 評估危機程度，必要時緊急就醫與安置。</p> <p>(二)、確認長者的人身安全：評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理與簡單的心理處遇。</p>

		<p>三、三級預防：</p> <p>(一)、醫院或機構情境，則通報老人保護系統。</p> <p>(二)、協尋家屬。</p> <p>(三)、召開家庭協調會議(評估雙方的情緒感受，同理及提供抒發機會、探索家庭和解的可能性，走和解模式)。</p> <p>(四)、法律協助：協助處理扶養義務或減輕或免除扶養義務官司。</p> <p>(五)、被害人早年拋夫/妻棄子，工作人員要面對倫理與忠誠矛盾、衝突的兩難(539 條款的決定)。</p> <p>(六)、滿足生活及照護需求，連結資源，滿足長者生活與照顧需求(居家服務、居家護理、日間照顧、喘息服務、送餐服務或機構安置等)。</p> <p>(七)、協助處理財產事宜。</p> <p>(八)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p>
尊親屬	認知虧損	<p>1. 認知虧損程度不同，虐待類型不同(詳見本計畫圖二)。</p> <p>一、一級預防：著重在宣/倡導與教育：</p> <p>(一)、於老人保護的宣導中加強宣導失智長輩照顧議題</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育</p> <p>(三)、社會教育與倡導</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置</p> <p>二、二級預防：早期發現、早期治療。</p> <p>如有發現暴力虐待：</p> <p>(一)、確認長者的人身安全：</p> <p>評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機</p>

		<p>處理以及簡單的心理處遇。</p> <p>(二)、失智症的評估和確診：</p> <p>遇到失智疑似受暴的案例，須事先確認個案的失智情形，以因應問題的源頭；可以運用評估工具進行初篩，再進一步視情形和需要，決定要不要進行失智症的鑑定或診斷。</p> <p>另外，評估和確診常常需要家屬提供資訊，尤其是比較個案前後症狀的變化和差異，從家庭成員蒐集個案相關的資料有其必要性。另辨別暴力的真實性，例如：被害妄想症，這也會是評估之重點。</p> <p>(三)、進行失智的診斷與鑑定。</p> <p>(四)、確認生活需求的滿足：</p> <p>評估長者生活是否能夠自理，若不能自理，必須確認是否有家屬可以照顧，如果照顧者正好又是疑似虐待的相對人，則有必要協助照顧者減緩照顧負荷與連結照顧者相關資源與照顧技巧衛教，尤其是行為精神問題，以及藥物控制。例如：教導照顧者如何和失智長者溝通和互動的技巧、找尋和使用相關資源、提供喘息服務等。另外，就是家庭的協商，試圖找到其他願意照顧的家屬，轉移或減輕原先的照顧者的負擔。</p> <p>(五)、強化建構社區支持系統：</p> <p>如果第一級預防的社區網絡能夠綿密，特別是鄰里和老人或者長期照護第一線的工作人員（居家照顧服務、居家護理、日間照顧）都有充分的教育和訓練，尤其是能夠清楚知道尊親屬受虐的各項指標，能夠辨識受虐的跡象，偵測到卑親屬對尊親屬暴力的機會就比較高。又由於失智長者</p>
--	--	--

	<p>是受虐的高危險群，再加上長者的表達和自主能力可能因為失智而有虧損，以致於自我保護的能力比較不足，網絡成員偵測的敏銳度就格外重要。</p> <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、如被害人因照顧需求未被滿足，而有明顯外傷或危及生命之情況，則需緊急醫療或緊急安置的處遇。</p> <p>(二)、失智個案工作技巧的訓練：</p> <p>失智個案工作能力還是主軸，強化個案工作的能力極其重要，有些「家庭暴力防治中心」，例如：台北市，資深督導會進行新進人員的陪訪和實務演練，必要時調出錄音帶充分討論會談的過程和技巧的運用。針對失智的個案，訪視技巧頗為重要，例如：資料的完整性和可靠性的判斷，單靠長者一人的資料可能不足。另外，對失智長者的訪談必須使用簡要的句子。</p> <p>(三)、追蹤照顧者照顧情況，協助連結相關資源，如連結失智 0800 專線及照顧者支持團體、加強照顧技巧衛教。</p> <p>(四)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(五)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(六)、為長者的照顧需求，連結資源，滿足長者生活與照顧需求，如：居家服務、居家護理、日間照顧、喘息服務、或機構安置等。</p> <p>(七)、檢視支持網絡，專業信賴關係品質。</p> <p>(八)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(九)、社區資源網絡的溝通協調與合作。</p>
--	--

	失能依賴	<p>一、一級預防：著重在宣/倡導與教育：</p> <p>(一)、於老人保護的宣導中加強宣導長輩失能暨照顧議題。</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(三)、社會教育與倡導。</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置。</p> <p>二、二級預防：即在被害人因失能需依賴相對人，而有疑似虐待或虐待事件發生的初期階段開始啟動，目標在於立即協助被害人，盡可能降低虐待的負面後果。</p> <p>(一)、偵測與評估：</p> <p>是否能偵測與評估老人虐待指標尤為重要，此階段可連結如醫師等跨專業醫療人員，協助確認虐待徵兆與症狀。</p> <p>(二)、確認長者的人身安全：評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理與簡單的心理處遇。</p> <p>(三)、確認照顧需求、檢視照顧情形。</p> <p>(四)、評估照顧負荷、提供相關服務。</p> <p>(五)、提供社會福利模式處遇，主要在連結相關資源，轉介相關服務評估被害人照顧的問題，以長期照顧服務作為老人保護工作之資源，如提供喘息和相關服務。</p> <p>(六)、召開家庭會議，強化家庭其他成員的投入和功能。</p> <p>(七)、第二級預防以上述服務處遇為原則，而非太快介入家暴模式，如聲請保護令、緊急安置等外控模式，這樣會造成照顧者情何以堪，以及服務介入的困難。</p> <p>(八)、強化建構社區支持系統</p> <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、追蹤是否持續出現(疑似)虐待事件。</p>
--	------	--

		<p>(二)、如被害人因照顧需求未被滿足，而有明顯外傷或危及生命之情況，則需緊急醫療或緊急安置的處遇。</p> <p>(三)、追蹤照顧者照顧情況，協助連結相關資源，如照顧者支持團體、加強照顧技巧衛教。</p> <p>(四)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(五)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(六)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(七)、社區資源網絡的溝通協調與合作。</p>
	精神疾患	<p>一、一級預防：著重在宣/倡導與教育：</p> <p>(一)、精神疾病衛教及相關資源的宣導：</p> <p>(二)、老人及長照相關人員教育。</p> <p>(三)、社會教育與倡導：精神疾病去汙名化。</p> <p>(四)、社區防治網絡的建置：如：心理衛生暨社區精神醫療體系與服務網絡的設置。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、偵測與評估：</p> <p>1. 確立危機的等級，如屬高危個案，必須探索聲請保護令或緊急安置的可能性。</p> <p>2. 協助辨識出精神障礙的個案非常重要，確認是否有診斷，是否定時服藥。</p> <p>3. 針對無病識感但經常發生高暴力衝突之個案，透過到宅鑑定，評估個案之精神狀態。</p> <p>4. 確認症狀穩定度，評估虐待事件的發生是否受症狀干擾而致。</p>

	<p>(二)、確認長者的人身安全：</p> <p>評估虐待的嚴重性、長者的行為與決策能力，並就其危機處理，例如向長者及家屬指導關於保護令的相關知識。與簡單的心理處遇。</p> <p>(三)家庭心理教育：</p> <p>高情緒表現（High Emotional Expression）的家屬已經被證實是精神疾病者再發的重要原因之一，相處之道的指導非常重要，減少過度刺激，包括貶抑和碎念，提供安全自我保護措施和教導。</p> <p>(四)、提供精神醫療模式處遇，主要在連結相關資源，轉介相關服務評估被害人照顧的問題、被害人憂鬱以及照顧者的照顧負荷，以精神醫療資源及長期照顧服務作為老人保護工作之資源，如提供喘息和相關服務，或提供相關支持，強化照顧技巧。</p> <p>(五)、家屬疾病衛教：</p> <p>衛教讓家屬了解疾病治療的重要性，穩定用藥，預防復發為首要。</p> <p>(六)、社區防治網絡的強化。</p> <p>三、三級預防：</p> <p>(一)、追蹤是否持續出現(疑似)虐待事件。</p> <p>(二)、增強相對人自我效能的處遇模式。</p> <p>(四)、若被害人合併精神疾病或疑似精神疾病、自殺等，提供個案輔導。</p> <p>(五)、被害人社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p>
--	--

		<p>(六)、被害人與相對人關係界線與情緒探索的處遇。</p> <p>(七)、若追蹤被害人受虐有明顯外傷或危及生命之情況，則需介入醫療、緊急安置或是隔離相對人之處遇。</p> <p>(八)、社區資源網絡的溝通協調與合作：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 協助追蹤相對人疾病症狀與治療情況。 2. 公衛護士監控。 3. 村/鄰/里長、幹事增加關懷的密度，或必要時加強警政巡邏。 4. 精神醫療等跨專業團隊合作與分工： <p>若相對人有自傷傷人之行為，或症狀過度干擾必威脅到自己與他人生命安全，且不願意配合主動回診治療，必要時可強制執行精神醫療，例如：強制送醫，並評估強制住院以及未來強制社區治療的必要性。</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 被害人心理諮商輔導等相關醫療與非醫療社區處遇資源： <p>不僅處理相對人疾病症狀與就醫穩定的問題，同時也需將相對人在生活中所面臨的各式議題，包括婚姻/家庭諮商、就業諮商與輔導、社交技巧訓練與支持團體介入。</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 針對高危機個案經強制送醫後但未符合強制住院而自動離院之個案，醫護人員應立即通知警政及社政單位。
	兒少暴力	<p>一、一級預防：</p> <p>著重在宣/倡導與教育：</p> <ol style="list-style-type: none"> (一)、成人/老人保護的宣導。 (二)、兒童與青少年情緒探索與情緒管理教育。 (三)、兒童與青少年親子(含隔代教養)教育。

		<p>(四)、老人/長照以及各級學校教師、輔導相關人員之教育。</p> <p>(五)、社會教育與倡導：</p> <p>(六)、社區防治網絡的建置。</p> <p>二、二級預防：</p> <p>(一)、確認長者的人身安全：評估暴力的嚴重性、長者的行為與決策能力。</p> <p>(二)周全性評估與追蹤：</p> <p>在評估方面，使用評估工具和透過社工的評估，有些縣市只要家屬之間有受傷、公共危險、被害人恐懼，就會要求個案管理者將案例納入高危機個案分類進行追蹤，青少年暴力也不例外。</p> <p>(三)、社區資源網絡的建構：</p> <p>青少年的暴力處遇是跨機構或跨專業的整合的模式，尤其是不同的機構之間的社會網絡支持系統的建構，聯合警政、衛政、社政、教育、村里網絡共同協助，部分縣市並且針對高危機個案進行高危機個案會議，並且進行列冊追蹤。</p> <p>(四)、確認相對人服務需求：</p> <p>因為相對人未成年，通常會把相對人當成需要幫忙的個案，事先確認他是不是被害人，是不是需要輔導和保護。如果相對人只有目睹，沒有受暴，可連結進入校園或目睹方案服務。</p> <p>(五)、被害人人身安全的處遇：</p> <p>對於受害的尊親屬（主要是父母），通常會著墨在安全防護措施，協助聲請保護令，將被害人轉介到身心診所或親子</p>
--	--	--

		<p>諮商服務。</p> <p>(六)、鼓勵被害人主動尋求資源：</p> <p>鼓勵有此困擾的(祖)父母宜尋求專業輔導人員介入，可求助 113，或各醫療院所、公益機構的青少年心理衛生門診。</p> <p>(七)、強化親職教育、父母親的充權。</p> <p>(八)、強化管教權威、提升管教知能。</p> <p>三、三級預防</p> <p>(一)、家訪評估</p> <p>有些縣市「家庭暴力防治中心」不論是開案或結案，都會進行家訪，家訪主要目的是進行家庭動力和家庭系統評估與分析，評估暴力的成因，確認家庭的主要決策者是誰，瞭解家庭的角色分工情形。</p> <p>(二)、進行家族治療、評估家庭動力、評估家庭結構、檢視代罪羔羊、檢視症狀功能。</p> <p>(三)、社區資源網絡的協調和介入：</p> <p>1. 相對人處遇：引進資源，包括學校輔導體系、少年輔導委員會、和少年隊等。透過學校或法律制約的效果頗佳，尤其是學校（家暴目睹服務）、少輔會、和少年隊的功能和角色。少輔會提供心理諮商和志工輔導，必要時移送少年法庭。例如新竹市只要是 18 歲以下未成年的施暴案件、高危機案件、和考量被害人的意願（希望相對人接受處遇），則一定轉相對人服務，屬於比較強制性的措施，對於法庭即將進行裁定加害人處遇的案例，也會有四小時的教育說明保護令的相關事宜</p> <p>2. 被害人處遇：連結心理、精神與教育等單位，協力對施</p>
--	--	--

		<p>暴的青少年與受暴的父母作輔導，降低青少年用暴力解決事情的情況，也讓父母更有能力因應青少年的問題。另一方面讓照顧者有更好的能力來處理青少年問題。強化管教權威、提升管教知能。</p> <p>(四)、被害人之社會心理需求處遇，多重失落、再依附的需要、生命的統整、自尊與充權。</p> <p>(五)、安置或隔離：</p> <p>若處在高危情境，將案主和受害人隔離則有其需要。</p>
關係 特質	衝突程度	<p>1. 過去衝突歷史，衝突頻率影響。</p> <p>2. 衝突起因分析，衝突削減策略。</p>
	相互依賴	<p>1. 檢視依賴本質，探索暴力原因。</p> <p>2. 評估依賴程度，系統緊密程度。</p> <p>3. 評估網絡情形，促成系統開放。</p>
家庭 關係	家庭動力	<p>1. 系統界線型態，溝通互動結盟。</p> <p>2. 文化價值規範，權力平等決策。</p> <p>3. 3. 角色功能分工。</p>
	家庭資源	<p>1. 評估家庭資源，包括內在外在。</p> <p>2. 強化家庭功能，善用潛在成員。</p>

第三節 研究限制和未來研究建議

本研究透過焦點團體、個案深入訪談、和媒體與個縣市案例類型彙整的方式，蒐集老人保護處遇模式相關資料，在焦點團體方面，團體辦理的次數為飽和原則是否達到的判準，本研究礙於執行期程和經費的限制，僅能夠辦理有限的焦點團體次數，無法含括所有縣市的專業人員代表，未來研究可以以本研究的發現為基礎，擴大辦理這類焦點團體。另外，焦點團體雖然能夠針對處遇模式的原則進行討論，對於更為細緻的處遇方法（例如：如何進行失智受暴個案的訪談）則無法進一步的深入，這類資料的蒐集必須透過第一線的工作人員和資深督導的深入訪談取得，未來研究可以強化這類資料的蒐集。

本研究透過深入訪談試圖探索受暴個案和相對人的內在和外在歷程，由於這類受訪者的防衛機制頗強，雖然訪視人員具有厚實的實務經驗和訪視技巧，並且經過訓練，訪視過程能夠深入的程度仍屬有限，未來有需要透過個案或相對人比較能夠信賴的第一線工作人員進行類似訪談，強化個案和相對人經驗和歷程的瞭解，納入老人保護處遇模式的建構。

參考文獻

中文

1. 王秀紅、吳淑如 (2004)。老人虐待的評估與預防措施。護理雜誌，51 (6)，頁 64-69。
2. 內政部 (2009)。老人狀況調查報告。內政部統計處 (以改制為：衛生福利部社會暨家庭署) 編印。
3. 內政部統計處 (2011)。老人保護網絡服務統計資料。
4. 宋雪春 (2007)。對老齡化社會中老人受虐問題的思考。山東省農業管理幹部學院學報，23 (3)，90-91。
5. 李光廷 (2015)。日本的老人保護政策。老人保護國際政策分析指南，第一章 (21-36 頁)。衛生福利部。
6. 李瑞金 (1999)。台北市保護服務需求及因應策略之研究。台北市政府社會局委託計畫。
7. 李瑞金 (2008)。老人保護工作手冊。台北市：中華民國老人福利推動聯盟。
8. 林春植 (2010)。韓國的老人虐待現況與課題。
9. 老人福利聯盟 (2011)。個案研討分享。老人保護資訊平台
10. 林宛諭、黃志忠 (2010)。老人虐待知識、態度與處理意願之研究—以臺北縣、市醫護人員與醫務社會工作者為例。2010 年全國老人保護研討會。
11. 江幸慧 (2008)。青少年毆父母，家庭暴力中的青少年問題。臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心新聞稿。
12. 周怡君、陸鳳屏、詹鼎正 (2012)，老人的自我忽視和虐待。台北市醫師公會會刊，56 (4)：48-50。
13. 吳玉琴、許少宇 (2012)。頤養天年的盼望：老人保護社工面對的生命故事。社區發展季刊，137：52-58。
14. 吳玉琴主編 (2008)。老人保護案例彙編。中華民國老人福利推動聯盟。
15. 吳玉琴主編 (2008a)。老人保護工作手冊。中華民國老人福利推動聯盟。
16. 吳玉琴主編 (2010)。老人保護案例彙編 II。中華民國老人福利推動聯盟。
- 吳淑惠、劉欣靜 (2015)。台灣的老人保護政策。老人保護國際政策分析指南，第一章。衛生福利部：104 年老人保護專業建構及訓練發展計畫。
17. 邱鈺鸞、鍾其祥、高森永、楊聰財、簡戊鑑。(2011)。臺灣老人受虐住院傷害分析。台灣老年醫學暨老年學雜誌，2 (6)：105-115。
18. 莊謹鳳 (2009)。家庭內老人心理虐待相關因素之探討—以中部地區居家服務老人為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系，碩士論文。
19. 黃志忠 (2010)。老人人身安全保護社區處遇模式建構之初探。2010 年兩岸

社會福利學術研討會。

20. 張宏哲(2012)。老人受暴問題研究。內政部家庭暴力暨性侵害防治委員會(改為：衛生福利部保護司)委託研究案期末報告。
21. 楊培珊(2011)。老人保護評估系統之研究。行政院內政部委託研究報告。
22. 簡吟芳(2009)。家庭內老人虐待之社區諮商模式初探。諮商與輔導，281，頁 24-27。
23. 葛麗莎、馬麗庄(2012)。忤逆——香港青少年對父母施暴現象及臨床干預模式的探討。青年探索：台港澳青年研究，3(173)：27-35。
24. 蔡慧民(2014)。家暴專監與社區的接軌——以施暴者毆打尊親屬之違反保護令案例說明。103 年度家庭暴力加害人處遇專業人員培力計畫：家暴多元議題理論與實務訓練《跨專業網絡合作研討會》，財團法人呂旭立紀念文教基金會主辦。
25. 蔡啟源(2005)。〈老人虐待與老人保護工作〉，《社區發展季刊》，第 108 期，頁 185-197。
26. 蔡啟源(1997)。安、療養機構中老人虐待問題之探討。《社區發展季刊》，第 80 期，138-157。
27. 廖苑伶(2008)。老年受虐婦女自我概念及求助歷程之研究：以桃園地區為例。元智大學資訊社會學研究所碩士論文。
28. 廖婉君、蔡明岳(2006)。老人虐待。基層醫學，21(7)，頁 183-186。
29. 劉嘉文(2002)。家庭內老人虐待之研究。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文。
30. 鄧學仁、黃翠紋(2005)。老人保護現況及其改進措施之實證研究——以社工人員之意見為例。警大法學論集，10，1-44。
31. 賴金蓮(1999)。臺北市老人保護服務之執行評估研究。國立中興大學公共政策研究所碩士論文。
32. 衛生福利部(2015)。「2014 年老人保護案件評估輔助工具教育訓練」，反性別暴力資源網。
<http://tagv.mohw.gov.tw/TAGV17.aspx?type1=3&type2=N&type3=N&type4=>
retrieved on 12/5, 2015
33. 衛生福利部統計處(2015a)。家庭暴力事件通報案件統計。
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=&fod_，
取自 2015/11/24
34. 衛生福利部統計處(2015b)。家庭暴力事件通報被害人和加害人概況。
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fodn
取自 2015/11/24

英文

1. Aciemo, R., Hernandez, M., Amstadter, A., Resnick, H., Steve, K., Muzzy, W., Kilpatrick, D. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2):292-297.
2. Andersen, Ronald (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(March):1-10.
3. Armstrong, D., Gosling, A., Weinman, J., Marteau, T (1997). The place of inter-rater reliability in qualitative research: An empirical study. *Sociology*, 31(3), 597-606.
4. Ansara, D.L. & Hindin, M.J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada.
5. Brownell, P. & Wolden, A. (2008) Elder Abuse Intervention Strategies: Social Service or Criminal Justice? *Journal Of Gerontological Social Work* Vol. 40 , Iss. 1-2, 83-100 (online publication)
6. Burnight, K., & Mosqueda, L. (2011). Theoretical model development in elder mistreatment. U.S. Department of Justice (unpublished report), <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234488.pdf>, retrieved on 12/5, 2015.
7. Centers for Disease Control and Prevention (2016). Elder Abuse Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Core Data Elements. The National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
8. Clancy, M., B. McDaid, D. O' Neill, and J.G. O' Brien (2011). "National Profiling of Elder Abuse Referrals," *Age and Ageing*, 40 (3) (2011): 346 - 352.
9. Cottrel, B. (2003). *Parent Abuse: The Abuse of Parents by Their Teenage Children* The National Clearinghouse on Family Violence, Canada.
10. Dean, K., & Wilcock, G. (2012). Living with mild cognitive impairment: the patient's and carer's experience. *International Psychogeriatrics*, 24 (6), 871-881.
10. Doerner, W.G., and S.P. Lab. (2008). *Victimology*. Newark, N.J.: Lexis Nexis Matthew Bender, 2008
11. Dong, X.Q., Chen, R., Chang, E.S., & Simon, M. (2012). Elder abuse and

- psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy—A mini review. *Gerontology*, 59: 132-142.
12. Dong, X. Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of American Geriatric Society*, 63:1214-1238.
 13. Dong, X. Q. (2013). Elder Abuse: Research, Practice, Health Policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award Lecture. *The Gerontologist*, November 22: 1-10.
 14. Gordon, R. M., and D. Brill (2001) . “The Abuse and Neglect of the Elderly,” *International Journal of Law & Psychiatry*, 24 (2001): 183 – 197.
 15. Hoover, R. & Polson, M. (2014) Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
 16. Jackson, S. & Hafemeister, T. (2013). Understanding Elder Abuse: New Directions for Developing Theories of Elder Abuse Occurring in Domestic Settings. National Institute Of Justice, Research In Brief.
 17. Jackson, S. L., and T. L. Hafemeister (2011) . “Risk Factors Associated with Elder Abuse: The Importance of Differentiating by Type of Elder Maltreatment,” *Violence & Victims*, 26 (6) (2011): 738 – 757.
 18. Jackson, S. L., and T. L. Hafemeister (2013) . “Enhancing the Safety of Elderly Victims After the Close of an APS Investigation,” *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (6) (April 2013): 1223-1239.
 19. Janofsky, J. S, McCarthy, R. J., Folstein, M. F. (1992). The Hopkins Competency Assessment Test: A brief method for evaluating patients’ capacity to give informed consent. *Hospital Community Psychiatry*, 43, 132-136.
 20. Kinnear, P. & Graycar, A. (1999). Abuse of Older People: Crime or Family Dynamics? Trends and Issues in Crime and Criminal Justice series.
 21. Knight, B. & Pachana, N. (2014). Psychological Assessment and Therapy with Older Adults 1st Edition. London: Oxford University Press.
 22. Krueger, R. & Lachs, M. S., Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly person’ s. *The New England Journal of Medicine*, 322(7):437-443.
 23. Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder Mistreatment in the United States : Prevalence Estimates From a Nationally Representative Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 July;

- 63(4): S248 – S254.
24. National Center on Elder Abuse (2015). Statistics/Data. Administration on Aging.
 25. New York State Office for the Aging (2011). New York State Elder Abuse Prevention Training Manual. New York State Office for the Aging.
 26. Poknieks, E., Kosberg, J.L., & Lowenstein, A. (Eds.). (2003). Elder Abuse: Selected Papers from the Prague World Congress on Family Violence. Binghamton, New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press.
 27. Pritchard, J. (2000). The needs of older women: services for victims of elder abuse and other abuse. Joseph Rowntree Foundation.
 28. Shibusawa, T., Kodaka, M., Iwano, S., & Kaizu, K. (2005). Interventions for Elder Abuse and Neglect With Frail Elders in Japan. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5:203 – 211.
 29. Teaster, P.B., Vorksy, F., & Wangmo, T. (2011). The Use of Evidence-Based Practices for Elder Abuse Programs. The National Center on Elder Abuse, The National Committee for the Prevention of Elder Abuse, Partner.
 30. Teaster, P.B. & Wangmo, T. (2010). Kentucky's Local Elder Abuse Coordinating Councils: a model for other states. *Journal of Elder Abuse and Negligence*, 22(1-2): 191-206.
 31. Swagerty, D.L., & Takahashi, P.Y. (1999). Elder mistreatment. *American Family Physician*, 59(10):2804-2802.
 32. Sim, J. (1998). Collecting and analyzing qualitative data: Issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345-352.
 33. WHO (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention for Elder Abuse. Retrieved from http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf retrieved on 12/5, 2015.

附件

附件一：

焦點團體出席結果

辦理場次	辦理時間	辦理區域	辦理類別	出席人員				
				單位	職稱	縣市	專業領域	人數
1	0329	北	失智	社團法人台灣失智症協會	副秘書長	台北市	護理	1
				中山老人住宅暨服務中心	主任	台北市	社工	1
				衛福部北區老人之家頤苑 自費安養中心	主任	台北市	社工	1
				天主教失智老人社會基金會	組長	台北市	社工	1
				中華民國老人福利推動聯盟	督導	台北市	社工	1
				前台北市照顧管理專員	督導	台北市	社工	1
				家庭暴力暨性侵害防治中心	組長	台北市	社工	1
					督導	新北市 桃園市	社工	2
				社會處老人科	督導	基隆市	社工	1
				總人數				10
2	0428	北	一般	台北市南港老人服務暨 日間照顧中心	主任	臺北市	社工	1
				社會處社工科	督導	新竹縣	社工	1
				新竹市學而發展協會	督導	新竹市	社工	1
				社會局社工科家庭服務 中心	社工	桃園市	社工	1
				社會處社工科	社工	新竹市	社工	1
				謙德社會工作師事務所	社工	苗栗縣	社工	1
				總人數				6

3	0504	中	一般	社團法人雲林縣老人福利 保護協會	執行長	雲林縣	社工	1
				財團法人伊甸社會福利基 金會嘉義社區發展中心	社工組長	嘉義市	社工	1
				社會處保護服務科	督導	苗栗縣	社工	1
						彰化縣	社工	2
				社會處社工科	督導	雲林縣	社工	1
				現代婦女基金會	督導	新竹縣	社工	1
				家庭暴力及性侵害防治中 心成人保護科	督導	台中市	社工	1
				總人數				8
4	0518	南	一般	社會局家庭暴力及性侵害 防治中心	督導	高雄市	社工	2
						台南市		
				社會處	督導	屏東縣	社工	1
				社會局	社工員	嘉義縣	社工	1
				高雄市燭光協會	督導	高雄市	社工	1
				前文雄護理之家	社工	高雄市	社工	1
				總人數				6
5	0525	東	原住 民	社會處社工科	督導	花蓮縣	社工	1
				花蓮慈濟醫學中心社會服 務室	組長	花蓮縣	社工	1
				門諾基金會	居家 督導員	花蓮市	社工	2
				社團法人台東縣安心家庭 關懷協會	社工	台東縣	社工	1
				前台北市康復之友協會	專員	台北市	社工	1
				總人數				6

6	0627	北	疏忽 遺棄 (社 區)	中華民國老人福祉協會	秘書長	新北市	社工	1
				財團法人台灣省私立健順 養護中心居家服務支援 中心	主任	新北市	社工	1
				旺福居家護理所	主任	新北市	護理	1
				台北市信義老人服務中心	組長	台北市	社工	1
				前照顧管理專員	專員	新北市	護理	1
				國立臺北護理健康大學 長照系	講師	台北市	社工	1
				社會局社工科	社工	新北市	社工	1
						桃園市	社工	1
				國立臺北護理健康大學	研究生	台北市	護理/醫管	1
				總人數				9
7	0629	北	疏忽 遺棄 (醫 院)	財團法人立心慈善基金會	副總幹 事	雙北	社工	1
				敏盛綜合醫院社會服務室	主任	桃園	社工	1
				衛生福利部基隆醫院	主任	基隆	社工	1
				馬偕紀念醫院附設護理 之家	護理長	台北市	護理	1
				羅東醫院社工室	社工	宜蘭	社工	1
				台北榮民總醫院 社會工作室	社工	台北市	社工	1
				財團法人永和耕莘醫院社 會服務室	社工	新北市	社工	1
				臺大醫院社會工作室	社工	台北市	社工	1
				總人數				8

8	0706	北	資源 網絡	台北市立聯合醫院	技正	台北市	社工	1
				中華扶康關懷協會	理事長	台中	社工	1
				台灣心理社工學會	副理事 長	台北市	心理	1
				台北市立聯合醫院和平婦 幼院區行政中心	主任	台北市	社工	1
				台灣馬偕紀念醫院社會服 務室臨床社工課	課長	台北市	社工	1
				台北市立萬芳醫院社會工 作室	主任	台北市	社工	1
				亞東紀念醫院社工室		新北市	社工	1
				台北市立聯合醫院松德 院區社工室	社工師	台北市	社工	1
				-	社工師	新北市	社工	1
				教學醫院	物理治 療師	台北市	物理治療	1
				總人數				10
9	0816	北	資源 網絡	台北市立聯合醫院	技正	台北市	社工	1
				台灣新北地方法院檢察署	主任 檢察官	新北市	司法	1
				家庭暴力暨性侵害防治 中心	組長	新北市	社工	1
				新北市政府警察局 中和第一分局	家防官	新北市	警察	1
				新北市政府土城社福中心	督導	新北市	社工	1
				老人及身心障礙科	社工	宜蘭縣	社工	1
				社會處老人福利科	社工	新竹市	社工	1
				家庭暴力暨性侵害防治 中心	前社工	台北市	社工	1
				衛福部專案	心理師	雙北	心理	1
				-	心理師	雙北	心理	1
				總人數				10

案例研討會出席結果

辦理場次	辦理時間	辦理區域	辦理類別	出席人員				
				單位	職稱	縣市	專業領域	人數
1	0420	北	失智	社團法人中華民國觀護協會	副總會長	台北市	觀護人暨社工	1
				社團法人台灣失智症協會	副秘書長	台北市	社工	1
				衛福部北區老人之家頤苑自費安養中心	主任	台北市	社工	1
				財團法人法律扶助基金會台北分會	專職律師主任	台北市	律師	1
				家庭暴力暨性侵害防治中心	組長	台北市	社工	1
				台北市立心慈善基金會之龍山老人服務中心	督導	台北市	社工	1
				臺大醫院老年醫學部	醫師	台北市	醫師	1
				法務部矯正署臺北監獄	社工	台北市	社工	1
				社團法人老人暨社會工作專業協會	社工	台北市	社工	1
				總人數				9
2	0428	北	青少年	臺灣台北地方法院調查保護室	主任	台北市	司法	1
				台北市西區少年服務中心	主任	台北市	社工	1
				學生輔導諮商中心	組長	台北市	心理	1
				社會處社工科	督導	新竹市	社工	1
				苗栗縣社團法人生命線協會	督導	苗栗縣	社工	1
				社會處社工科	社工	宜蘭縣	社工	1
				文化大學社會福利學系暨研究所	助理教授	台北市	社工	1

				總人數				7
3	0504	中	一般	社團法人雲林縣老人福利保護協會	執行長	雲林縣	社工	1
				戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院嘉義市居家服務中心	主任	嘉義市	社工	1
				財團法人伊甸社會福利基金會嘉義社區發展中心	社工	嘉義市	社工	1
				社會處成人保護科	督導	彰化縣	社工	1
				社會及勞動處家庭暴力暨性侵害防治中心	督導	南投縣	社工	1
				國立成功大學醫學院附設醫院	副教授兼主治醫師兼主任	台南市	醫師	1
				台灣高齡照護暨教育協會	理事長			
				林瓊嘉律師事務所	律師	台中市	律師	1
				總人數				7
3	0510	北	一般	家庭暴力暨性侵害防治中心	督導	桃園市	社工	1
				馬偕醫院精神醫學部	主任	台北市	醫師	1
				蜂巢社區復健中心暨鹿野耕食宿	發起人	桃園市	社工	1
				萬華健康服務中心	護理師	台北市	護理	1
				前家暴相對人委外單位	社工師	桃園市	社工	1
				總人數				5
4	0510	北	藥酒癮	家庭暴力暨性侵害防治中心	督導	台北市	社工	1
				亞東紀念醫院精神科	主治醫師	新北市	醫師	1
				馬偕紀念醫院自殺防治中心	護理師	台北市	護理師	1

				衛生福利部八里療養院 成癮防治科	臨床 心理師	新北市	心理師	1
				法務部矯正署新店 戒治所	臨床 心理師	新北市	心理師	1
				總人數				5
5	0525	東	原住 民	社會處社工科	督導	花蓮縣	社工	1
				花蓮慈濟大學 社會工作學系	助理教授	花蓮縣	社工	1
				門諾基金會	居家 督導員	花蓮市	社工	2
				社團法人台東縣安心 家庭關懷協會	社工	台東縣	社工	1
				前台北市康復之友協會	專員	台北市	社工	1
				總人數				6

附件二：美國老人虐待的統一定義

2010 年左右，在 AoA 的贊助之下，「疾病管制局」(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 致力於發展統一的定義，該項定義在 2016 年公布。

一、定義：

「老人虐待」被定義為：「老人虐待是照顧者或者其他有信賴關係或因為信賴而被期待的人，對老人（老人的定義是 ≥ 60 歲）採取的一種蓄意的行為或缺乏作為，導致老人的傷害或造成傷害的風險。」（第 1 頁），其他用詞和類型與定義如下：

（一）「蓄意的行為」(intentional act) 一詞範定了虐待屬於有意識、有目的、自願的行動，這項界定和世界衛生組織或 CDC 過去界定人際暴力的定義一致，強調的是行動或行為本身的本質和動機，重點並不在於行動的結果；雖然蓄意或者非蓄意的結果或引起的傷害可能沒有什麼不同，兩者的結果的確難以區分，但是預防蓄意或者非蓄意的行為，兩者的因應方式截然不同，老人虐待既然屬於蓄意的行為，有效的預防和介入的策略就必須事先確認和瞭解相對人的暴力意圖。只是決定意圖或動機並不是一件容易的事，除了證據必須充足之外，證據的解讀也可能因人而異，更何況蓄意和不是蓄意的動機常常並存（CDC, 2016）。

（二）「信賴的期待」(expectation of trust) 是指對於信賴關係的人的信念或理性的期許，老人信賴關係的對象包括親戚、朋友、照顧者、或專業人員，不論是出於社會習俗或法律規定，這些人都有責任或被期待保護或照顧長者，在行為上能夠做出有益於老人的事或者能夠被信賴，這項信賴關係也意味著老人的「弱勢處境」(condition of vulnerability)，先前老人虐待意涵裡的「弱勢老人」一詞在新定義裡被刪除(AoA, 2016)。信賴關係和期待的定義也排除了非親非故或者偶然相識，除非他們被老人當成朋友或照顧者。

（三）「風險」(risk) 是指個體可能經驗到的事件、疾病、不適、狀況、傷

害、異常、障礙、或其他負面的結果。

（四）傷害（harm）是指個體的身體、認知、情緒、社交、或財務的健康受到的即刻或延後的干擾（disruption）。

1. 身體健康干擾

身體健康干擾包括（但不侷限）身體的傷害、可預防的不適或疾病，以及營養不足。在身體的傷害方面，包括讓長者過度暴露於溫度、機械、電力、化學能源等，可能超越老人身體可以容忍的門檻，或者該提供的氧氣或溫度的維持不足，不論過度或不足，都是可能致死的暴力行為。在疾病預防方面，可以透過預防性的健康行為或醫療服務，避免不適或疾病（如：肺炎、流感、破傷風）的發生，這些疾病可能引起共病和死亡。老人信賴的人可能拒絕或延誤送醫、不給藥物、沒有帶醫療脆弱的長者接受疫苗注射。未接受疫苗本身並未構成虐待，但是如果還有混有其他疏忽的行為（營養不良或過度消瘦），則未接受疫苗注射通常也成為疏忽的行為。最後，營養不足指的是個人從飲食所攝取的營養和熱量不足或不均衡增加健康狀況不佳或者功能虧損的風險。

2. 認知健康干擾

這項干擾指的是暴力導致認知表現的改變、認知能力的虧損，例如：決策能力、問題解決能力、記憶力都有虧損的現象，以及暴力導致壓力過重，認知能力減退，以及腦部結構或功能統合的變化。

3. 情緒健康干擾

這項干擾指的是情緒調節能力（決定情緒是什麼、何時發生、情緒經驗的頻率和表達）或者情緒智力（覺察和表達情緒、瞭解溝通資訊背後的情緒、使用過去累積的情緒知識、調節引起情緒的狀況提升智能和幸福感）。

4. 社會健康干擾

這項干擾指的是社會連結或關係的疏離或切斷，失去社會的認定感，失去社會角色和位置，無法接近重要的社會資源、網絡、和機構。

5. 財務健康干擾

這項干擾包括新的負債（如：健康照護開銷、貸款、信用卡債、透支等）、淨收入的減少或潛在的收入的損失、有形的個人財產的消失（如：汽車、房子、藝術品、或古董）、資產的縮水或耗盡（如：存款、支票帳戶、投資帳戶）、用於支付債務的資金減少（如：生活費、借款、房貸、醫療照護）、和可自由支配的開支（嗜好、休閒、娛樂）。這些改變可能使得身體、心理、和社會需求的滿足的條件和選擇受到限制。

二、虐待的類型

過去 AoA 界定老人虐待的類型有六種：身體虐待、情緒虐待、性虐待、剝削、疏忽、和遺棄，每種都有對應的意涵，其中的遺棄從疏忽獨立出來（GAO, 2016）；AoA 於 1988 年成立的「全國老人虐待中心」（NCEA）的界定將剝削區分成財務和物質兩種，外加自我疏忽（Department of Justice, Canada, 2016）。CDC（2016）也將老人虐待界定為五種類型，排除「遺棄」（abandonment）和「自我疏忽」（self-neglect）

（一） 身體虐待（Physical Abuse）

蓄意施加肢體暴力在長者身上，導致急性或慢性的不適、身體傷害、疼痛、功能損傷、鬱卒、或死亡；身體暴力的方式包括（但不侷限）打（不論是否使用器物）、擊、敲、抓或刮、咬、扼、悶、掐、推、擠、撞、搖、揉、踢、捏、踩、蹂、燒等。過去曾經出現的身體或化學藥物約束雖沒有在列舉項目裡，應該也可以包括在內。

（二） 性虐待（Sexual Abuse）or 虐待式的性接觸（Abusive Sexual Contact）

和長者有任何脅迫或未經同意的性互動（碰觸或非碰觸行為），包括（但不侷限）陰莖和外陰之間的完成或企圖接觸、陽具和肛門的任何程度插入、嘴/陽具/外陰/肛門之間的接觸、以手/手指/或其他物品插入肛門或生殖器開口、直接或隔著衣物進行的觸摸（生殖器、肛門、腹股溝、胸部、大腿內側、

或屁股)，上述這些行為如果是針對無行為能力或無法施行同意權的障礙者，也屬於性虐待。

（三） 情緒或心理虐待 (Emotional or Psychological Abuse)

以口語或非口語的行為對待老人，引起精神上的痛苦、恐懼、煎熬、鬱卒等，相關的行為，例如：羞辱（侮辱、辱罵）、威脅（以機構安置要脅）、孤立（阻絕老人和家人或朋友的接觸）、控制（禁止老人使用交通工具、電話、錢財、或其他資源）。

（四） 疏忽 (Neglect)

疏忽是指照顧者或對老人有責任者，沒有盡到保護老人免受到傷害，沒有盡到滿足長者基本醫療照護、營養、水分、衛生、衣物、基本日常生活活動、或庇護的需求，或者沒有提供上述生活基本需求的物質和條件，或者沒有盡到保護老人免於暴露在不安全的活動和環境之中，導致老人的健康和和安全受到嚴重威脅或面對極大風險。

（五） 財務虐待或剝削 (Financial Abuse or Exploitation)

照顧者或其他和老人有信賴關係的人，為了老人之外的人的利益，非法、未經授權、或不適當地使用老人的資源，包括（但不侷限）剝奪老人對自己的資源、財產、財物、資產等的可近性 (accessibility)，或拒絕提供這些個人財物、資源、資產的相關資訊。例如：偽造文書、濫用或盜用錢財或私人物品、透過脅迫或欺騙讓老人交出財物或財產、不當地使用監護權或授權書。

三、虐待警訊

本段描述美國老人保護相關的跡象、警訊、暴力方式、或暴力行為，不論是警訊或方式都有助於社區或專業人員保持警覺和辨識，這些警訊或方式的描述越詳細越有助於個案或案例的發掘。AoA 官方網站（2016）提供七組老人虐待的警訊或徵兆，供一般民眾辨識：

（一） 瘀傷、擦傷、壓痕、骨折、磨傷、和燒傷都可能是身體虐待、疏忽、

或苛待的警訊或跡象。

（二） 無緣無故地從正常活動退縮、突然變得很警覺、和不尋常的憂鬱都可能是情緒虐待的警訊或跡象。

（三） 乳房或生殖器周邊有瘀傷可能是性虐待的警訊或跡象。

（四） 財務狀況突然改變可能是剝削的結果。

（五） 壓瘡、缺乏醫療照護、無法維持個人衛生和清潔、不尋常的體重減輕等都可能是疏忽的警訊或跡象。

（六） 配偶有輕蔑、貶抑、威脅、或權控的行為都可能是口語或情緒虐待的表徵。

（七） 長者和照顧者之間的關係緊張、衝突、或經常爭吵也是需要注意的警訊或跡象。

除了上述的七項警訊之外，AoA呼籲老人周遭的人必須保持警覺，因為暴力的傷害或帶來的苦難常常是隱藏或靜默的，所以只要注意到長者的人格特質或行為有變化，就需要有所警覺。