

醫務社工處理疑似 老人遺棄個案之困境

曾文玲

壹、前言

「您好，請問您是○○○的家屬嗎？我這裡是○○醫院的社工，我姓○……」電話另一頭有時傳來掛掉電話的聲音，有時傳來這樣的對話「我不認識這個人……」、「我們已經幾十年沒有見過面了，他在我小時候就離開我們了……」、「小姐，妳去找○○○處理啊！我們不會去醫院處理他的問題，妳不要再打電話來……」。而另一頭傳來醫療團隊成員的來電「○○○的家屬找的怎麼樣？阿伯一直按鈴要護理人員去幫忙，又很躁動，沒有辦法配合醫療喔……」、「○○○最近可以出院了，他說出院後要回家，可是他的狀況連下床都有問題，沒辦法直接回家，主治醫師在問出院要去哪裡？妳有找到家屬來辦理出院接他回家照顧嗎？……」。這樣的對話總在上班的時候不斷的傳來，協助沒有家屬的病人找家屬已經是醫務社工人員工作中的家常便飯。

依據「老人狀況調查報告」：81%的老

人自述罹患慢性疾病，21%的老人生活無法自理，當老人隨著年齡的增長，身體功能下降，需要照顧的情形增加，從65~69歲者之10.4%遞增至80歲以上(含80歲)之38.7%。65歲以上老人日常生活有困難者，無其他人可照顧者達13.7%(衛福部，2013)。而依據衛福部保護司統計：2015年老人保護案件為5692件，佔家庭暴力案件4.88%，至2016年老人保護案件增加至為7046件，佔家庭暴力案件5.99%，可見老人保護案件有增加之趨勢(衛福部保護司，2016)。另以台北市2014至2016年6月服務之老人保護案件中，遺棄佔第三位，僅次於虐待及其他(以同住家庭成員關係衝突為主)(王儀玲、陳淑娟，2016)，由上述統計資料中可看出隨著社會的變遷及家庭功能的改變。在醫院社會工作的實務中，常有老人入院進行治療生活無法自理或意識不清，且無法聯繫到家屬，老人住院過程中的照顧問題、醫療決策問題、出院準備服務方面，都將面臨困難。面臨這樣的個案，往往讓醫務社工人員花費許多心力，對外進行

家屬的協尋、溝通，與社政單位進行協調、尋求公部門介入處理老人的問題。特別是當醫院於疾病治療的角色已經告一段落，但與家屬或社政單位的協調尚無結論，老人繼續留置於醫院中，醫務社工人員一方面要持續積極協助老人尋找家屬或遊說家屬來院、一方面要協調社政單位共同協助老人、一方面要應對醫療團隊人員不時的來電詢問相關處理進度，在處理進度不順利時，內外雙重壓力下，工作環境中瀰漫著高壓力的氛圍，往往令社工人員陷入工作的困境中，也加重處理個案的困難程度。

本文試圖將筆者多年醫務實務工作經驗中，整理探討醫務社工人員處理「疑似老人遺棄個案」所面臨的困境，並提出相關建議，以使此類個案獲得更適切之服務。

貳、疑似老人遺棄之定義

林宛諭(2000)於「醫護人員與醫務社會工作者對老人虐待知識、態度與處理意願之研究—以臺北縣、市之醫院為例」整理相關文獻中對於老人遺棄(abandonment)的定義：「提供老人之照顧者擅離職守，置老人於街頭、醫院、長期照顧機構等環境而不理睬」。李瑞金(2015)則提出所謂的「老人遺棄」係指「依法令或契約有扶養義務而不予適當照顧，任老人流落街頭等其他處所」。我國老人福利法對於老人保護之措施：老人因直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人有疏忽、虐待、遺棄等情事，致有生命、身體、健康或自由之危難，主管機關應予以適當短期保護及安置。另醫事人員、社會工作人員、村(里)長與村(里)

幹事、警察人員、司法人員及其他執行老人福利業務之相關人員有法定通報責任，直轄市、縣(市)主管機關接獲通報後，應立即處理，必要時得進行訪視調查。

而「老人遺棄」定義的成立，需要經過社政或司法機關進行調查方能定論，於醫務社工實務經驗中，當有老人來院就醫時，生活無法自理或意識不清，且經各種管道進行聯繫仍無法令「依法令或契約有扶養義務之人」願意來院進行處理時，此類個案即會成為所謂的「疑似老人遺棄個案」。

參、醫務社工處理疑似老人遺棄個案之流程與困境

一、醫務社工處理疑似老人遺棄個案之流程

醫院中案主被照會或請求幫助的來源，有以下途徑：1. 醫護人員的照會；2. 醫院行政部門的轉介；3. 病患或其家屬、親友自行要求協助；4. 社會福利機構轉介；以及 5. 社會工作者主動發現等(莫藜藜，2014)，一般而言，疑似老人遺棄個案大都由醫護人員於臨床醫療照護上出現困難而照會社工人員介入處理。醫院中處理保護個案的程序，大致仍然延續社會個案工作的模式進行：接案、社會心理評估、處遇、結案與追蹤(陳曉茵，2010)，惟發現疑似老人遺棄個案所涉及的層面較一般的個案廣且更為緊急嚴重，處理的流程可區分為四大階段：1. 接案評估、2. 協尋家屬並進行家屬溝通、3. 連結社政資源、4. 結案與追蹤。分述如下：

（一）接案評估

根據 1981 年世界醫學聯盟在里斯本所作成的病人權利宣言 (Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)，有提到病人有自由選擇醫療方式的權利 (Right to freedom of choice)、自主決定的權利 (Right to self-determination)、獲得個人病情資訊的權利 (Right to information) 等，而依據我國醫療法第 81 條：醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。故當病人因為疾病到醫院就醫時，醫師除了依據專業進行醫療處置外，病情及治療計畫的告知與討論，亦是重要的過程。一般而言，一個意識清楚的病人對於醫療的處置是可以自我決定，但當病人罹患重大疾病或意識不清楚時，醫療團隊與家屬的溝通成為重要的過程，而面對此類病人，社工人員接獲照會進行接案評估，若病人尚可以進行溝通，社工人員可試圖由會談中獲知家屬之資訊，若病人意識不清，即需透過各種可能的資訊瞭解病人的家庭狀況，進行問題評估及擬定服務計畫。

（二）協尋家屬並進行家屬溝通

承上所述，此類個案進行家屬的協尋及進行家屬溝通是重要且艱難的工作，卓春英、林蕙珠、涂筱菁 (2013) 針對老人疏忽 / 遺棄成因分為被害人因素、相對人因素及被害人與相對人互動因素，在被害人因素中，老人早年拋家棄子未善盡家庭責任或是其過往有家暴、賭博、酗酒等；在相對人因素中，子女的精神狀況、照顧能

力、經濟條件及角色壓力等；在被害人與相對人互動因素中，例如婆（翁）媳問題、老人財產分配不均造成子女不滿、子女認為老人偏心造成手足相忌等，上述因素當其老年患有精神或失智等疾病需要照顧時，子女則不願意負起照顧責任。而老人家庭關係不佳的個案，家屬常會因為情緒連帶影響協助個案的意願，而部分老人也會拒絕社工人員進行家屬協尋，特別是家人間數十年未曾聯繫。實務中面對要協尋家屬的個案，若有明確的家屬電話、住址，可透過電話聯繫、村里長或警方協助聯繫家屬，但若是個案提供上述資訊都是錯誤的，協尋家屬需透過發文戶政或警政系統協助，若能透過此管道順利與家屬取得聯繫，即可開始進行溝通討論個案的問題。

（三）連結社政資源

上述協尋家屬及與家屬溝通的過程往往耗費時日，當個案疾病狀況治療到一段落，醫院治療的角色已經完成，而個案無法由家屬協助辦理出院，接續未來之照顧時，社工人員需要連結社政資源，協助個案進行出院準備服務。當個案確實無家屬時，社政單位可直接進行安置，但當個案有家屬但家屬拒絕出面時，社政單位後續可依相關法規協助進行家屬協調、遺棄告發、強制執行、罰鍰、以及免除撫養義務訴訟等 (丁貞嘉等, 2016) 方式進行處理。

（四）結案與追蹤

當個案順利出院，於醫院的問題已告一段落，後續問題將由社政單位接手處理，醫務社工人員追蹤個案出院是否

已獲得妥善之照顧，並予以進行結案，完成結案紀錄。

二、醫務社工處理老人遺棄個案之困境

（一）法律 VS 人情

民法親屬篇 1114 條明訂下列人員相互負有扶養責任：直系血親相互間、夫妻之一方與他方之父母同居者，其相互間、兄弟姊妹相互間、家長家屬相互間，1115 條負扶養義務者有數人時，直系血親卑親屬、直系血親尊親屬為第一順位。然依據卓春英、林蕙珠、涂筱菁 (2013) 針對臺灣南部家庭老人疏忽 / 遺棄成因的研究中發現：遺棄 / 疏忽老人早年拋家棄子未善盡家庭責任或是其過往有家暴、賭博、酗酒，當其老年患有精神或失智等疾病需要照顧時，子女則不願意負起照顧責任。這與筆者於醫院實務工作中的經驗一致。雖然民法 1118-1 條明言「受扶養權利者對負扶養義務者、其配偶或直系血親故意為虐待、重大侮辱或其他身體、精神上之不法侵害行為或無正當理由未盡扶養義務，且情節重大者，法院得免除其扶養義務」。惟當醫院出現疑似老人遺棄之個案，即使案主對於家屬有前述狀況，家屬得請求法院判決免除其扶養義務，但法院判決曠日廢時，無法立即性解決老人滯留醫院的問題，而醫務社工人員進行家屬聯繫時，家屬常會因為情緒連帶影響協助個案的意願，家人間對醫療態度不一致、拒絕出面、要求其他家屬出面承擔責任，即使與社工聯繫也僅是一味的抱怨、責怪個案…等等，“有溝沒有通”、“越溝越不通”的狀況也常發生（丁

貞嘉等，2016），故醫務社工人員面臨這樣的個案時，對於家屬訴之以理、動之以情，首先傾聽家屬發洩長久的情緒，同理家屬的感受，向家屬釋出理解及接納的善意，但是當家屬情緒宣洩後，仍會由「理」及「孝道」的層面遊說家屬出面處理老人的問題，在法律與人情的兩端尋找平衡點。

（二）案主自決 VS 案主最佳利益

「案主自決」是社會工作實施中一項核心的倫理價值，此倫理原則的精神重心在於提醒專業人員能夠尊重案主，避免過度影響案主，保障案主的權益（徐震、李明政，2002）。當案主意識清楚但無自我照顧能力時，社工人員之處遇則需與案主進一步討論，由案主自我決定，而安置機構亦會希望在個案同意的前提下進行安置。蘇麗瓊、黃雅鈴（2005）針對老人對生活安排的主觀看法上，有 66.96% 「不願意使用安養護機構」，而依據「老人狀況調查報告」：當老人生活無法自理時，僅有 43% 的老人願意至機構進行安置（衛福部，2013），可見雖然近年來老人至機構安置的意願增加，但大部分老人即使生活無法自理，仍希望在自己家中接受照顧，以筆者實務經驗中，確實常遭遇案主不願社工人員聯繫家屬、至機構安置的意願反覆不定、或不願意至機構安置，在「案主自決」與「案主最佳利益」的天平上，確實是兩難的困境。

（三）社工人員承受來自醫療團隊成員的壓力與醫療成本的考量

當醫師評估病人無住院治療需求時，

醫療團隊成員關注的重點即是「社工人員如何協助個案出院」？醫療團隊成員期許社工能快速有效的協調家庭問題後順利且盡快讓個案出院，但是處理疑似老人遺棄個案的出院問題往往耗費時日，且最終仍希望可以協調家屬出面共同討論處理個案的後續照顧問題，而醫療團隊成員期待與社工人員執行有落差，認為個案家屬不出面，應以遺棄通報，由政府單位介入處理，不一定需要給予家屬時間慢慢考慮討論，但社工人員可能尚在與家屬進行協調，或是通報後社政單位評估認為非老人保護個案，而以一般個案進行處理。此時醫務社工人員無法達成醫療團隊期待時，除了想盡辦法嘗試之外，還要有一顆強心臟面對醫療團隊的質疑（丁貞嘉等，2016）。

從醫療成本考量的角度來看，臺灣各大醫學中心病床一床難求的狀況已是一種常態，醫療資源應有效運用，疑似老人遺棄個案滯留於醫院無法出院，無疑是一種醫療資源的浪費，如何避免醫療資源的浪費，兼顧醫療團隊成員的期待，又能兼顧老人的需求，對於醫務社工而言又是另一種工作困境。

（四）醫療體系與社政體系對於疑似遺棄認知有所差距

依據前述林宛諭（2000）對於老人遺棄（abandonment）的定義與一般醫務社工者的定義一致。但是 106 年 8 月由衛福部召開老人保護聯繫會議，會議中有縣市政府提案「當老人遭遺棄於醫院內，或單身無子女或無人撫養之老人，需評估安置時，醫院係屬安全之場所，不會致老人生命、身體有所危

難，不應進行老人保護之通報，而處理回歸各縣市政府」，該會議對此提案之結論：有關疑似老人遺棄個案，醫院應落實出院準備工作計畫後（如透過各種方式通知家屬、提出相關治療建議等），再以函文請縣市政府介入處理，而上述非一定是老人保護個案，建議由老人福利業務處理先接案，再判定是否為老人保護個案處理。

而老人福利法對於老人保護的定義僅有「老人因直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人有疏忽、虐待、遺棄等情事，致有生命、身體、健康或自由之危難」，定義過於籠統，由此可見醫療體系與社政體系對於問題解讀不同。

（五）各縣市政府因應疑似老人遺棄個案有差異

以筆者工作的醫院而言，常會面臨個案人籍不一的問題，卓春英、林蕙珠、涂筱菁（2013）於研究中指出：當老人跨縣市人籍不一時，為維護老人之權益，需要與其他縣市公部門協調，以釐清權責，但均會面臨困難，依據「老人保護通報及處理辦法」，應以人在地處理，若後續有安置需求，再請戶籍地之主管機關接手進行後續追蹤及處理。惟各縣市對於此類個案評估有所差異，且各縣市政府社政體系負責處理之單位有異，醫務社工人員處理此類個案常耗費時間進行跨縣市社政單位之溝通，此問題亦為 106 年 8 月由衛福部召開老人保護聯繫會議之提案之一，可見此並非僅有醫務社工面臨之困擾，就連社政體系也提出急需中央單位釋示老人遺棄案件評估基準及跨縣市分工之原則。

（六）跨單位與跨組織間協調困難

疑似老人遺棄個案之處理，對內需與醫療團隊成員進行溝通協調，對外需與警政、戶政、社政等單位溝通協調，處理之社工人員需要因應各單位的要求，進行協調連繫，然與政府單位難以順利合作也常是處理出院準備個案中遇到的困境，政府部門依法行政、缺乏彈性、公文往返耗時、面對緊急個案常緩不濟急（丁貞嘉等，2016），醫務社工人員常常面臨內憂外患的困境。

肆、面對疑似老人遺棄個案處理困境的對策與建議

綜上而言，醫務社工人員處理疑似老人遺棄的個案常常面臨多重的困境，以下是筆者針對上述困境提出的處理相關對策與建議：

一、醫院內部社工困境的處理對策

（一）面對倫理困境，依據 Dolgoff 與 Loewenberg 的倫理順序抉擇原則進行選擇

在社工實務上或政策執行規劃方面，難免都會遇到倫理兩難的抉擇困境和陷阱，此時，抉擇的指引就很重要（謝秀芬等，2014）。Dolgoff 與 Loewenberg（1992）即提出倫理順序抉擇原則：保護生命、差別平等、自主自由、最小傷害、生活品質、隱私保密、真誠對待。因此當處理疑似老人遺棄個案面臨相關倫理抉擇困境時，應以保護生命為最優先。至機構

安置的意願反覆不定、或不願意至機構安置，社工人員應先考量老人返家後的安全性，必要時連結相關資源：例如社區長期照顧資源、社政單位或民間慈善單位進行後續關懷訪視，以便在案主返家後需要協助時，可以及時發現及處理，若案主返家之安全性仍無法有所保障，甚至會有生命危險之疑慮，則應在「保護生命」的優先前提下，儘量勸說案主，同意接受安置之安排。

（二）發現疑似老人遺棄個案，依法進行老人保護通報

醫院雖然是相對安全的場所，但畢竟不是長久安置的處所，滯留醫院的住院病人終有一天會面臨出院的問題。於醫院中發現疑似老人遺棄個案，因無家屬出面，相關醫療處置恐受到阻礙，而出院時又面臨無家屬接續後續照顧責任，實符合前述「老人遺棄」的定義，醫務社工人員進行通報並無不妥。依據老人福利法第 43 條：直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，應立即處理，必要時得進行訪視，另依據「老人保護通報及處理辦法」第 5 條之規定，於知悉或接獲通報後，應立即為下列處理：1. 確認老人之安全狀態。2. 老人有就醫需求者，協助其就醫。3. 協尋老人之家屬。4. 依老人之申請或依職權予以適當保護安置。5. 提供其他必要之保護措施。此對於醫院而言是較為積極之作為，亦可減少公文往返及縣市政府社會局派案等行政流程，但若以一般個案轉介社會局處理，雖然社政單位社工人員亦會協助處理相關問題，但在個案業務繁重的情形下，

恐無法將此類個案列為優先處理的對象，將使個案滯留醫院時間延長，無法使醫療資源進行有效運用。

（三）面對團隊期待，釐清案主問題，盡量溝通協調

醫務社會工作者如果遇到這樣的困境的時候，通常都會跟醫護人員做反應、跟做討論。反應醫務社會工作者所做到限度到哪且可以提供的是什麼？及沒有辦法提供到的程度又是如何（翁于雯，2015）？特別是當疑似遺棄老人個案面臨住院期間生活無法自理、出院無安置處所，若無法聘請看護予以照顧，即需要社工人員進行醫病溝通，協調由護理人員協助住院期間的照顧問題，除此之外亦需提供團隊成員情緒的支持，此類個案護理人員需要提供病人完全的照顧，以白班的護理人員來說，一般病房平均需照顧七個病人，夜班的護理人力又低於白班人力，若遭逢所照顧的病人疾病狀況不佳，護理人員的工作無疑是加重負擔，此時團隊成員的支持、關懷是必須的。又當病人疾病治療告一段落，相關出院計畫尚未完成，必須協調醫師將出院時間展延，以便使後續的照顧資源可以接軌。

（四）對於社工本身、醫療團隊、個案三方，加強老人保護觀念之教育

我國於 1973 年立法的兒童福利法中即有對於兒童的保護措施、1998 年立法的家庭暴力防治法中對於責任通報、受暴者的保護措施皆有明確規範，上述兩者也

在普遍的教育宣導下皆廣為人知。而 1997 年「老人福利法修訂法」中初次增加對於「保護措施」的相關規定，包含直系血親須對老人照料，不得遺棄、虐待、施以危難行為；有生活、生命危困之老人，政府須出面介入給予其適當安置（黃志忠，2016），然老人保護之觀念仍無法落實於人心，另卓春英、林蕙珠、涂筱菁於 2013 年「臺灣南部家庭老人疏忽 / 遺棄成因與防治研究」中發現：部分家庭老人疏忽 / 遺棄成因係因老人不願拖累子女。面對上述的狀況，醫務社工人員不論是自己本身，或是對於醫療團隊人員、疑似老人遺棄的個案、家屬等三方面，皆須負起教育者的角色，一方面加強社工人員法治與倫理教育（卓春英等，2013），一方面教育醫療團隊成員有關老人保護相關知識，另一方面教導個案及家屬有關民法撫養義務的相關內容，及老人福利法對於老人的保護措施。

二、對於老人保護政策的建議

（一）比照家暴、兒保系統，建立跨部門溝通平台

卓春英、林蕙珠、涂筱菁（2013）研究中指出：中央家暴法是由警政跟法院系統來做，有上層對於議題的關心，整體運作比較快、效果比較好，且經常有地檢署、法官以及相關網絡進行案例的研討。而實務中筆者亦發現，縣市政府家庭暴力防治中心定期會召開聯繫會議，邀集轄內醫院、警政等單位共同參與，將處理保護個案實務中的困難進行跨部門之溝通討論，

彼此較容易對於議題形成共識。而縣市政府雖有召開老人保護聯繫會議，但缺乏醫院方面的參與討論，故建議建立跨部門溝通平台，成立老人保護專門管理部門與設立老人保護的調解專責單位，以解決社工實務面臨之困難（卓春英等，2013）。

（二）中央制訂統一老人遺棄個案認定標準，整合各縣市作業

106 年衛福部召開老人保護聯繫會議中，即有縣市政府社會局與會人員表示：各縣市對於老人保護案件評估有所差異，對於個案處於安全處所，無生命、身體之危難，後續拒安置需求之老人個案，是否屬老人保護案件，各縣市尚難有一致認定基準。而以筆者服務醫院的經驗，當醫務社工對於因疑似老人遺棄個案進行通報時，縣市政府受理通報單位可能因認定個案處於醫院安全的環境中，認定此非老人保護個案，故轉至社會局內其他單位進行處理，且曾經有個案於縣市政府社會局各單位間多次轉案後才確認受理單位，徒增醫務社工處理個案之時間。由此可見，不單是縣市間無一致認定基準，甚至連縣市社會局內各單位，老人保護案件評估亦不同，張宏哲於「老人受暴問題之研究中」（2011）即指出：部分縣市缺乏明確的分工、協調、和轉介的機制。建議主管機關制訂統一老人遺棄個案認定標準，整合各縣市作業，使相關處理單位有所依歸，亦較能保障疑似老人遺棄個案之利益。

伍、結論

人口老化是當今世界各先進國家共同面臨的社會變遷經驗，嬰兒潮世代自 2011 年已進入老年，在未來 14 年間當嬰兒潮世代全部進入 65 歲，臺灣將有 700 萬以上長者，所要面對的將不只是各種負面的虐待遭遇。事實上，關於「貧困、生病、孤苦、老邁、閒人及錢不夠花用」等老人真實處境所突顯的是這些動態的生命歷程與生活事件，將一點一滴地將家庭的能量與元氣耗損殆盡（李瑞金，2015）。當一個疑似老人遺棄的個案出現在醫務社工面前，絕對不會僅是因為眼前這個危機事件急需社工給予救援而已，往往，這個事件僅是一個爆發點，伴隨著長輩而來蘊含在其中的，是一段屬於長輩生命歷程中曾經的過去，負載或許沉重或許苦楚的故事。那絕對不會是一段單純的家庭關係，也不可能被視為一種甜蜜的負荷（吳玉琴、許少宇，2012），而當這樣的問題引爆在醫院中，疾病的醫療決策、老人住院的照顧、出院的安置等等問題錯綜複雜，醫務社工人員本著自己的工作角色，除了原直接服務個案工作外，尚須扮演著家庭協調者、資源連結者、系統建構者、資訊諮詢者等多元角色（吳玉琴、許少宇，2012），透過處理個案經驗的累積及反思、參與相關教育訓練、同儕支持及督導制度等，克服困難個案處遇中所面臨的種種困境，亦希望透過上述的建議事項，改善現況處理疑似老人遺棄個案的困境，讓此類型個案的服務從住院到出院、從醫院到社區，都可以無縫接軌，不論老人的過去有什麼樣的生命故事，而最終目標在於讓個案的晚年能夠活的安全

且有尊嚴。

念醫院社會服務課社工管理師)

(本文作者為長庚醫療財團法人林口長庚紀

關鍵詞：醫務社工、老人遺棄、處理困境

參考文獻

- 丁貞嘉等(2016)。Mind the Gap：出院準備困難個案案例彙編，台北市，中華民國醫務社會工作協會。
- 王儀玲、陳淑娟(2016)。台北市老人保護服務現況與服務策略。社區發展季刊 156 期 253-264 頁。
- 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 期 52-58 頁。
- 李瑞金(2015)。老人保護服務現況與策略。長期照護雜誌 19 (3) 237-248 頁。
- 卓春英、林蕙珠、涂筱菁(2013)。台灣南部家庭老人疏忽/遺棄成因與防治研究，第一屆台灣老人學學會年會暨國際學術研討會。
- 林宛諭(2000)。醫護人員與醫務社會工作者對老人虐待知識、態度與處理意願之研究－以臺北縣、市之醫院為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作所碩士論文。
- 徐震、李明政(2002)。社會工作倫理(初版一刷)，台北市，五南圖書出版有限公司。
- 翁于雯(2013)。醫療團隊中社會工作者的角色及其困境探討。東吳大學社會工作所碩士論文。
- 陳曉茵(2010)。老人保護工作案主服務流程之再建構 -- 以台中縣為例。東海大學社會工作所碩士論文。
- 黃志忠(2016)。老人保護工作專業處遇與預防模式之探討。社區發展季刊 156 期 265-279 頁。
- 莫藜藜(2014)。醫務社會工作，台北市，松慧有限公司。
- 蘇麗瓊、黃雅鈴(2005)。老人福利政策再出發－推動在地老化政策。社區發展季刊 110 期 5-13 頁。
- 謝秀芬主編(2014)。社會工作概論(初版一刷)，台北市，雙葉書廊。
- Lowenberg, F. M. & Dolgoff, R. (1992). Ethical Decisions for Social work Practice. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- 張宏哲(2011)。老人受暴問題之研究。取自
<https://www.mohw.gov.tw/dl-14536-dfb44f05-2eb2-4f88-b3e5-1c4ae0359433.html>
- 衛生福利部保護服務司(2016)。家庭暴力事件各類型件數統計。取自
<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html>

衛福部（2013）。中華民國 102 年老人生活調查報告。取自

<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-3586-113.html>

世界醫學聯盟里斯本宣言（1995）。取自

<http://hsinchu.cgh.org.tw/tw/content/depart/MEC/DL/Lisbon.pdf>