

# 從「長期照護先導計畫」的執行 論長期照護體系的建構

林 淑 萱

## 壹、前言

為建構臺灣長期照護體系，由行政院社會福利委員會長期照護專案小組提出「長期照護先導計畫」，選擇嘉義市和臺北縣三峽、鶯歌為都市與鄉村所代表的實驗社區。該計畫於民國八十九年底核定實施，歷經近三年的時間已有若干報告出爐。筆者肯定這段期間內參與並投入該計畫的開路先鋒們的構思與行動，並能透過觀摩研討會來集思廣益共襄盛舉。

然而長期照護體系的建構，乃一浩大工程，先導計畫扮演基石的要角。根據觀摩研討會報告指出，實驗社區的計畫執行與當初的構想有所落差，筆者僅就個人觀點：婦女勞動參與率、照顧文化觀以及搭便車的心態等因素加以說明。此外，針對先導計畫執行的省思，作為長期照護體系建構的參考。

## 貳、計畫與執行的落差

### 一、計畫的目標與理念

先導計畫打出「在地老化」(aging in place)的總目標，頗符合世界潮流與人性化。其具體的子目標(objective)有以下七點(吳淑瓊等，2003：3~4)：

(一)統籌社政和民政資源，提供民眾整體連續性的長期照護。

(二)保障民眾獲得多元性的長期照護服務，增進民眾選擇服務的權利。

(三)營造社區式長期照護資源發展的有利環境，鼓勵民間參與。

(四)優先提供居家支持服務，延長受照顧者留住家庭的時間，增進獨立自主的生活品質。

(五)提供家庭照顧者必要的支持。

(六)建立管理機制，確保服務提供的成效。

(七)降低使用長期照護服務的財務障礙，減輕民眾負擔。

由上述較明確可供評量的特定目標意涵「正常化」(normalization)、「社會角色激發」(social role valorization)、「充權」(empowerment)等理念的實現，增進民眾使用資源的可獲性(availability)與可近性(accessibility)，並且提高生活品質。目前大家對於成功老化尚未有共識，但是大多數同意生活品質是多面向的建構。根據Kane的觀點，應該涵蓋的項目如下：1.安全感與秩序；2.生理的舒適；3.歡愉；4.有意義的活動；5.人際關係良好；6.具有生活功能；7.尊嚴；8.隱私；9.個別化；

10.自主／選擇；11.精神上的幸福（Kane, 2001：297～299）。另一學者 Nolan 指出，在照護性的關係中，老年人和照護者都需要有以下六種正面的感受，才可能在服務的過程中提升雙方的生活品質：安全感、持續感、歸屬感、意義感、完成感和重要感（萬育維譯，2004：16）。

綜合上述兩位學者的觀點，生活品質包括：生理的健康、心理需求的滿足以及社會幸福感。這些理念提供給專業人員的省思與啓示則是，如何將它們涵蓋在計畫裡，並且透過服務的輸送以及績效評估來加以落實。

## 二、執行成果分析

先導計畫的執行能有豐碩的成果，除了目標明確，理念獲得工作團隊的肯定與支持外，其原因如下：

### （一）行政組織整合成功

長久以來，社政與衛政的整合不單是臺灣社會的問題。由英國推動社區照顧的經驗，瞭解他們也出現二者權限劃分不清與政策上的衝突。近年來英國政府成立 Primary Care Trust（PCT）的單一組織，用以整合初級照護和社區照顧（Lewis, 2001：352）。

在實驗社區裡由於中央與地方的通力合作，整合衛政、社政的經費與人力等資源，例如：實驗社區推動委員會成員包含地方政府相關局處主管、當地民間相關代表、以及行政院長期照護專案小組中的學者代表，整合跨領域產官學三方面的力量，共同推動該項工作。在上述中央與地方行政組織整合的機制下，不但結合相當行政力量，同時來自內政部與衛生署兩大組織體系的經費，也很自然的予以合併統

籌運用，例如：雙方編制的服務補助款，在社區中能由照顧經理（care manager）統籌運用（吳淑瓊，2002：16）。由此可見實驗社區排除萬難，打破以往社政與衛政難以整合的迷思，展現醫療與社會的全人且連續性照顧的成就。

### （二）擴大民間部門的參與

在推動「在地老化」的同時，對於資源可近性的質疑，乃來自服務資源的不足與欠缺多元化。爲了開發新型照護服務，政府鬆綁法令，給與較具彈性的發展空間；製作服務營運手冊，用以提供技術輔導；提供新型服務開辦費，包含：設施設備、修繕、人事費用等之補助（吳淑瓊等，2003：5）。在如此優厚條件下，擴大民間部門的參與，新型照護服務模式：照顧住宅、失智症日間照護中心、居家復健、家庭托顧，加上原有的緊急救援、居家服務、居家護理、居家無障礙環境改善以及喘息服務，建構社區完整與多元的照顧網絡。

### （三）發掘與杜絕原有資源不當使用的弊端

以往居家服務遭非議的原因，乃服務提供者身兼球員與裁判雙重身分，因此違反資源配置公平、合理與適當的原則。當嘉義市政府將其主辦的居家服務及舊案轉銜進入實驗社區中心，經由照顧經理進行需求評估後發現，居家服務轉銜個案中未失能占 30%，而緊急救援服務轉銜的個案有 27.4%未失能、亦未罹患猝發性疾病。經由照顧經理擔任「把關員」（gatekeeper），資源不當使用的情形已有所改善，並達到預防濫用的目的，每年約可節省二百四十萬元（吳淑瓊等，2003：29）。

### （四）照顧管理的建制

照顧管理被界定爲從事資源的配置給

予有需要的人，其核心任務包括：個案發掘、篩選、評估、擬定服務計畫、執行計畫以及監督審核（Weiner et al., 2003：499）。依據衛生署「老人長期照護三年計畫」策略，為建立整合性服務網絡，成立「長期照護管理示範中心」，試辦單一窗口制度，使長期照護病患經專業評估及個案管理方式，就近得到妥適的照護安排。先導計畫則賦予照顧經理更多更寬廣的專業權威，除了評估個案需求外，並核定給付（補助）額度，達到控制照顧成本的功效。同時，對於服務品質監控機制（包括結構、過程與結果等層面），乃至於資訊管理的策略，均逐步建立中，這些任務的執行為建構照顧管理的深厚基礎。

### 三、執行困境與缺失

雖然先導計畫執行成果有目共睹，有些甚至是拔頭籌，但是在執行過程中也遭遇若干困難。筆者就個人觀點與參考研討會報告說明如下：

#### （一）服務使用意願低

實驗社區照顧經理不遺餘力走入家戶，並與民間團體合作開發新型服務，其結果並未引發擊木效應（woodwork effect），產生大量潛在需求，反倒是使用服務的意願不高。以居家服務為例，有居家服務需要且照顧經理完成訪視者 535 位中，曾經使用居家服務占 269 位（50.3%）。其中認為照顧個案是家人的責任，回答「完全是」的占 41.5%，「大部分是」的占 45.6%。是否在意陌生人到家裡拜訪，回答「絕對會在意」的占 8.8%，「會在意」的占 33.8%。外人拜訪是否會影響個人隱私，回答「絕對會」的占 4.9%，「會有影響」的占 28.0%。花錢買居家服務是否值

得，回答「非常不值得」的占 1.9%，「不值得」的占 21.1%。有關居家服務使用的預期效用，針對能否得到較好照顧的回答，「絕對不會」的占 1.1%，「不會」的占 27.3%。對照顧者是否有幫助，回答「完全沒有幫助」的占 2.4%，「沒有太大幫助」的占 24.1%。針對沒有使用居家服務的個案了解其不願意使用的原因是：58%的個案對於目前付費的分擔比例不甚滿意，付費意願低，對於行政院照顧服務產業所提供的每個月 8~16 小時免費居家服務的資訊，有 56%的個案並不知情（紀玫如等，2003：72~77）。綜合上述，付費的意願、照顧的文化規範、對居服員的接受程度、照顧相關資訊充分與否，以及對服務預期的效果等，在在都會影響服務的使用。

#### （二）合適建築物取得不易

照顧住宅（Assisted living）為先導計畫所提供的新型服務之一。Kane 指出，如能包含以下三個要素，則可積極的參與改變長期照護的遠景：1. 似家庭的居住環境；2. 實質的服務能量；3. 消費者選擇的權利，具尊嚴、正常化的生活方式，所有的套裝服務是中低收入者負擔得起，且政府能給予補助（Kane, 2001：300）。根據丹麥在 1980 年代末期針對照顧住宅的實驗報告中指出：照顧住宅的使用者在二十四小時保護性看視下具有安全感與樂觀、自信（Stuart & Weinrich, 2001：477）。此類服務模式的開發，因為必須找尋全棟套房格局的建築物，並且須承擔入住者的照顧重責，因此，投入風險為四類新型服務之首位。嘉義實驗社區因覓得歇業的婦產科醫院而順利完成設置，但是與原先市政府規劃的最大服務量六十人差距近一半（僅三十三人）。臺北縣三鶯社區則不幸因

得標單位無法覓得適當建築物而遲遲無法發展。二度招標作業雖已放寬每間需有獨立衛浴設備的限制，但因無人得標而宣告流標（吳淑瓊等，2003：17～18）。

### (三)照顧經理等人力養成問題

長期照護所需要的專業人力是跨專業團隊所組成，彼此的領域共識（domain consensus）益顯重要。以照顧經理的招募條件為例，原先規劃是：1.具護理或社工的專業背景，大學畢業，2.具開創性，能接受先導計畫的不確定性，3.有兩年實務工作經驗。後來因有實務經驗者招募困難，不得不遷就現實而放棄該規定。照顧經理於職前接受 111 小時的訓練，包括上課 37 小時、參觀 14 小時、見習 20 小時、實習 40 小時（在醫院認識失能個案的出院準備，並練習個案的綜合評估方法）。在執行期，為精進照顧經理的跨專業綜合評估能力，以及照顧管理所需具備的各項技能，每個月召開一次個案討論會，由專家、學者、衛生與社政業務主管、照顧經理等組成，藉以提升服務品質。根據研討會報告，照顧經理離職率高（曾有一年內三位離職，也就是 30% 的離職率）。此外，報告中也指出：「照顧經理的專業背景多為護理，且直接服務的經驗多半不長，一旦遇到個案家庭問題需要解決時，便似乎停滯不前，間接影響個案使用服務的意願，也影響服務提供單位接案的時間。」（戴玉慈，2002：234～235；吳淑芬，2003：66）。筆者拜訪某衛政副主管時，她提到有位社工專業背景的照顧經理對個案的綜合評估較缺乏自信。綜合上述，照顧經理的養成因需要跨專業綜合評估能力，協調、溝通與有效解決問題的能力之外，也要負起品質監測的任務，但是工作負荷與壓力並未

反映在薪資或專業權威等結構面，導致離職率偏高，跨專業人力養成的難題。

### (四)服務品質有待強化

先導計畫強調需求導向服務（needs-led services），因此，消費者（包括服務使用者和照顧者）的選擇權和參與權應獲得較多的關注。以喘息服務為例，服務過程中服務單位是否提供申訴程序、緊急狀況處理方式，服務結束後有跟照顧者說明個案服務期間的情況，有再後續追蹤等平均不到五成，顯示服務品質有待強化（莊坤洋，2003：91～94）。同時服務品質的概念，應從以往以客觀指標、作業流程、各項表單設計的思維，轉向強調個人主觀性的思維。如何有統一共識的架構，可以建立品質監測的機制，仍有待大家努力。

### (五)民眾教育與宣導更有效的策略

三鶯地區部分個案家屬因為害怕被貼上「痴呆」、「瘋子」等標籤，任由個案於社區內遊走或跌倒骨折，都不考慮使用失智症日間照顧服務。一般民眾對政府的補助充滿不信任和懷疑外，對使用日間照顧方式也認為是不孝的行為或興趣缺缺（陳美雲，2003：169）。此外，吳淑芬的報告也提到：「在三鶯地區宣廣服務，文字化的宣傳單張及海報並無太大的效果。因當地有許多老人並不識字，或教育程度不高，經由鄰里間的耳語相傳，或是由工作人員以最淺顯的方式解說，才可發揮最大的效益。另外，讓一個陌生人進到家中提供服務，其實是一項觀念上的挑戰。這個部分也是靠中心的工作人員與個案及個案家屬先建立信任關係之後，才開始進行居家照顧服務（吳淑芬，2003：65～66）。由上面的敘述，可見在民風純樸、保守的地區，人際互動法則存在「差序格局」，對於陌生

人的接受度較低；同時，孝道的認知以及擔心被標籤化等心理因素，在在影響服務的使用。

## 參、討論與建議

### 一、服務使用意願低

消費者決策過程受到許多因素影響：(一)個別差異：1.消費者資源(時間、金錢、資訊接收與處理能力等) 2.知識 3.態度 4.動機 5.人格、價值觀與生活型態，(二)環境：1.文化 2.社會階層 3.參考團體 4.家庭 5.情境因素，(三)心理程序：1.資訊處理 2.學習 3.態度及行為改變等(王志剛、謝文雀編譯，1995：68～70)。筆者依據上述架構與國內情況分析服務使用意願低的因素如下：

(一)消費者個別因素：先導計畫雖然對若干服務使用者補助，但以居家服務為例，沒有使用者近六成對於付費的分擔比例不甚滿意，付費意願低。一般戶使用居家服務方面，在推動照顧服務產業給予每個月 8～16 小時(依照失能程度)的免費後才有明顯成長。是否意涵民眾有「搭便車」的心態？使用者付費的認知尚未建立。

(二)環境因素：目前「照護工作社會化」仍停留在女性主義者的倡導階段。根據 Lee 等人指出：儘管臺灣社會快速變遷，但是家庭與教育單位在社會化過程中仍強烈誘導子女有奉養父母的義務與責任(Lee et al., 1994：1036)。楊國樞在「中國人孝道的概念分析」一文中指出：奉養雙親(養體與養志)是傳統孝道的內涵之一(楊國樞，1990：49)。所謂「養體」指的是物質需求的滿足，「養志」指的是精神上的滿足。換言之，孝道的文化規範經由社會化

過程加以內化而形成個人的行為模式。溫秀珠的研究更進一步指出，母親對於女兒有關「婦德」的教誨，是教導她們如何去順從丈夫，孝順公婆，侍奉別人的父母(溫秀珠，1996：366)。這樣的延展性交換有時帶給婦女心理上的矛盾與壓力。根據研考會的調查資料顯示：有 38.4%的民眾老了以後希望由晚輩(子女、媳婦、女婿、孫子)等來照顧，希望由政府照顧者有 22.1%(研考會，2003：31)。但是年輕一代(20～50 歲)的照顧者偏向「有距離的親密」(intimacy at a distance)，願意住在年老父母附近以便就近照顧(劉弘煌，呂以榮，2002：181)。此外，由國內研究照顧者的性別以婦女居多，而國內婦女勞動參與率 46%，比起日本 56.7%，德國 57.7%，瑞典 72.3%為低(Rosner, 2003：203)，是否也會影響照顧需求以及服務使用意願？仍有待進一步探討。

(三)心理程序：資訊取得與處理在實驗社區中呈現的是，欠缺資訊來源。有 56%個案對照顧服務產業的新措施並不知情。至於經由學習、態度及行為改變等，則需要一段較長的時間，彼此建立關係，同時提供一般戶部分免費居家服務之後，才將使用率拉高。

參酌日本長期照護保險開辦前後的「老人健康意識調查」顯示：希望子女照護的意識於保險開辦後趨於淡薄(李光廷，2003：77)。臺灣社會是否也會在長期照護體制建立完備後才引發較大量的服務需求？或者政府對服務的補助措施就有關鍵性的影響，仍值得深入研究。

#### 建議：

(一)深入了解與分析服務使用率低的原因：除了居家服務外，照顧住宅、失智症

日間照護中心等資源的使用率也不高。究竟是財務障礙？服務品質問題？環境設計或照顧機能的質疑？有必要進一步釐清。

(二)強化民眾的教育：「照顧工作女性化」使得未參與勞動的婦女，必須承擔家中老人照顧的重責。有照顧經理提出的個案報告是媳婦挺著大肚子照顧中風的婆婆，直到生產為止；有些民眾因擔心被貼標籤而拒斥失智症日間照護中心。上述情形反映民眾將生活品質的提升擺在後頭，經濟與心理需求則優先考量。如何減除文化脈絡中的不利因子，重建民眾的認知架構，恐怕需要假以時日才有可能。

(三)有效運作宣導策略：長期照護相關政令宣導有賴地方民政部門配合，因而溝通、協調等技巧的靈活運用十分重要。此外，建立專業信任關係之後，民眾較容易相信政府，也使得政令宣導收水到渠成之效。

## 二、相關法規重新全面檢討

(一)法令鬆綁：由於現有照護服務型態與資源不足，有關照顧住宅的服務提供已鬆綁法令，賦予民間團體較大空間去開發資源，並且未有設籍期間的限制，是否會降低服務品質以及對資源使用的規範有所衝擊？

(二)機構名稱的統一：照護與照顧常易混淆，失智症日間照護或照顧中心是否要統一名稱？

建議：

(一)授權各地方政府：法令鬆綁因地制宜，以免中央過度干預造成民間部門官僚化，資源不易開發，服務可近性無法落實。惟地方政府應有最低限度的標準，以確保服務品質。

(二)合適建築物取得的可行性：現行都市計畫中加入社會福利公共設施用地，並且研究將國宅一樓保留作為老人等社福設施用地。

(三)現行相關法令的統整：長期照護機構名稱與設置辦法等混淆現象，如能儘快整合社政與衛政，應該可以獲得解決。惟社政本身也要全面檢視老人福利法與社會救助法、身心障礙者保護法等彼此間的競合。

## 三、提供照顧者必要的支持

國內外學者對於照顧者的心理負荷與壓力研究不勝枚舉。英國於 1995 年訂頒「照顧者法案」，不僅大大提升照顧者的可見度，也認可照顧者的貢獻和權利（呂寶靜，2001：225）。先導計畫將提供照顧者必要的支持列為子目標之一，並提供出院計畫、輔具設施、住宅改進、喘息服務，成立家屬支持團體，雖然已具多元性，但仍有努力空間。

建議：

(一)研擬照顧者需求評量與服務權利方案。

(二)建制對服務抱怨與申訴的程序，以提高服務品質與效能。

## 四、長期照護費用推估研究

有關長期照護費用推估包括服務使用者需求的評估以及費用負擔等問題。經由下列資料的蒐集，有助於費用推估的基本研究。(一)退休模型：退休者的收入、儲蓄等資料，(二)有關全國長期照護資料：長期照護需求、服務使用、財源、長期照護行為的假定等資料，(三)長期照護需求的評估：例如根據 ADLs，(四)行為研究：例如

住進護理之家的決定（Kemper, 2003：440）。目前先導計畫已有各類型服務需求率與平均使用狀況等資料，但該資料呈現的是在某財務補助下的需求與使用行為，其適用性如何？此外，前已述及消費者決策過程受到許多因素的影響，因此，未來需要蒐集更多更完整的資料，用以提供費用推估研究的參考。

**建議：**

（一）將現有相關研究加以統整。

（二）將人口變動資料、失業率、照顧認知與行為等資料併入長期照護費用推估研究的參考。

（三）部分負擔的考量：如何制定合理的部分負擔費率，讓服務使用者具有成本意識，避免浪費資源；同時也要考慮民眾的負擔能力（affordability）。未來若開辦國民年金，則該制度對長期照護財務結構的衝擊如何？也有必要加以蒐集研究。

## 五、照顧經理角色功能的發揮

前已述及照顧經理的角色吃重以及人力培育的困難。由日本長期照護保險的實施，設置「照顧經理」一職，有部分學者如 Campbell, J. C. 以及 Ikegami, N. 舉出德國並未設置該職務，因而質疑是父權代行（paternalism）使然（Campbell & Ikegami, 2003：28）。但是根據林志鴻的論文指出：德國長期照護保險雖未明文聲揚其制度設立照護管理師（照顧經理），而是將此攸關被保險人重大權益的照護需要確認、照護計畫形成、資訊透明化、確認異議救濟、照護等級與計畫核定等重要照護管理工作，分別於制度中由個別恰當的組織加以妥善分工與執行，故雖無明言建立照護管理師，但實際制度設計與運作則正是照護

管理制度（林志鴻，2003：12）。

目前存在的問題不是照顧經理存廢與否的爭議，而是照顧管理機構應具備法定權威，照顧經理應有專業與社會的認可。誠如英國由具備醫護背景（主要是護士）的專業者擔任照顧經理一職，同樣面臨專業權威不足的缺憾（Weiner et al., 2003：510-511）。

**建議：**

（一）**人才培育：**由教育部與相關用人機關等協調，有效整合資源，達成跨專業與多元管道學習的目標，培育所需要的人才；同時研擬照顧經理證照建制的可行性。

（二）**面訪與溝通：**照顧經理為避免被視為外來的入侵者（extraneous intruder），應加強當面溝通、聯繫與協調的能力，尤其親自拜訪提供服務的機構，有時可免除無謂的疑慮。

## 六、公私部門互信機制的建立

當嘉義市照顧經理針對居家服務與緊急救援個案轉銜進入實驗社區中心，進行需求評估後卻發現：居家服務轉銜個案中未失能者約三成，而緊急救援轉銜個案中也約三成未失能、未罹患猝發性疾病。這當中是否意味著受委託提供服務的民間團體存在道德風險，而政府的規範角色也受到質疑。因此，公私部門如何建立起互信機制與新融合關係，攸關長期照護體系的建構與穩定發展。

**建議：**

（一）目前各縣市或直轄市設置長期照護管理示範中心，可由照顧經理（個案管理師）全面篩選個案，並進行需求評估，並確實做好資源管理與配置工作。

（二）政府應強化使能者角色，促使民間

部門樂於參與服務的提供，透過競爭的機制來提升服務的品質。

(三)政府推動社會福利民營化的同時，也應思考福利過度商品化與營運連鎖化、壟斷市場的後果。

## 肆、結語

先導計畫在實驗社區已獲得初步的回響與共識，並且樹立若干典範。但是長期照護體制的建構，必須動員許多的資源，工作項目也是千頭萬緒，除了政策理念與立法確立外，服務的需求評估、計畫擬定、資源連結與協調、服務品質的監測等每一環結，都需要作業規範與流程來指引。同時管理機制除了個案外，還包括行政業務管理與資訊管理。最現實的是要面對財務

障礙如何降到極點，讓一般民眾負擔得起服務使用費。

本文針對服務使用率低，相關法規重新全面檢討，提供照顧者必要的支持，長期照護費用推估，照顧經理角色定位與功能的發揮，以及公私部門互信機制的建立等提出討論與個人看法，企盼能拋磚引玉引起有心者共同努力開墾這塊不頂肥沃的土地。綜合觀之，長期照護體系的建構是一條漫長且崎嶇的道路，中央與地方如何分權分工，社政與衛政的資源如何整合，實務界與學術界如何搭起對話的平臺，如何引發更多人來共同參與，這都有待大家的同心協力予以完成。

(本文作者為嘉南藥理科技大學社工系兼任講師)

## 參考書目

- 王志剛、謝文雀 編譯 (1995) 消費者行爲。臺北市：華泰。
- 呂寶靜 (2001) 老人照顧：老人、家庭、正式服務。臺北市：五南。
- 吳淑瓊 (2002) 建構長期照護體系先導計畫——理念與實踐。收錄於「挑戰與躍升——打造新世紀長期照護體系」研討會論文，頁 9~38。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭 (2003) 建構長期照護體系先導計畫執行現況與檢討報告。收錄於「推動照護革命——建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會」，頁 1~34。
- 李光廷 (2003) 日本介護保險的最新發展——由給付面看日本介護保險的財政赤字。收錄於國家衛生研究院「長期照護財務制度規劃」研討會，頁 43~81。
- 吳淑芬 (2003) 陪他一段——從「心」出發的承諾。收錄於「推動照護革命——建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會」，頁 64~68。
- 林志鴻 (2003) 照護需要風險制度化滿足之社會經濟效果——以德國長期照護保險為例。收錄於國家衛生研究院「長期照護財務制度規劃」研討會，頁 1~42。
- 紀玖如、吳淑瓊 (2003) 影響失能者使用居家服務的因素。收錄於「推動照護革命——建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會」，頁 69~90。



- 研考會（2003）2010 年社會發展策略社會福利研究報告。
- 陳美雲（2003）臺北縣私立健順失智老人日間照護中心報告。收錄於「推動照護革命——建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會」，頁 169～184。
- 莊坤洋（2003）實驗社區服務模式推行情況簡介：喘息服務。收錄於「推動照護革命——建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會」，頁 91～94。
- 溫秀珠（1996）誰成為失能老人的照顧者？收錄於胡幼慧主編，質性研究。臺北市：巨流。
- Nolan, M.等編，萬育維譯（2004）老人照護工作——護理與社工的專業合作。臺北市：洪葉。
- 楊國樞（1990）中國人孝道的概念分析。收錄於楊國樞主編，中國人的心理。臺北市：桂冠。頁 39～73。
- 劉弘煌、呂以榮（2002）老人家庭照顧期待之代間落差。收錄於實踐大學「社區關懷與老人保健」研討會論文集，頁 169～182。
- 戴玉慈（2002）照顧管理制度的規劃與執行——理論與實務。收錄於「挑戰與躍升——打造新世紀長期照護體系」研討會論文，頁 221～241。
- Campbell, J. C. and Ikegami, N. (2003) Japan's Radical Reform of Long-term Care. *Social Policy and Administration*, 37(1); 21-34.
- Kane, R.A. (2001) Long-term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, 41(3): 293-304.
- Kemper, P. (2003) Long-term Care Research and Policy. *The Gerontologist*, 43(4):436-446.
- Lee, Y. J. Parish, W. L. and Willis, R. J. (1994) Son's, Daughters, and Intergenerational Support in Taiwan. *American Journal of Sociology*, 99(4):1010-1041.
- Lewis, J. (2001) Older People and the Health-Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict. *Social Policy and Administration*, 35(4):343-359.
- Rosner, P. (2003) *The Economics of Social Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Stuart, M. and Weinrich, M. (2001) Home-and Community-Based Long-term Care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist*, 41(3):293-304.
- Weiner, K. Hughes, J. Challis, D. and Pedersen, I. (2003) Integrating Health and Social Care at the Micro Level: HealthCare Professions as Care Managers for Older People. *Social Policy and Administration*, 37(5):498-515.