

# 老人長期照護中家庭功能之初探

明溪郝

## 壹、緒論

長期照護是照護功能障礙而無法獨立生活老人的必要措施，依Kane & Kane (1987)的定義，長期照護是由健康照護、個人照護與社會生活照護等三類照護組合而成，對失去或永遠無法執行某些身體功能的民眾提供長期照護服務。一般人認為只要是能夠幫助喪失日常功能的人過得更獨立、更舒適和更尊嚴的所有相關服務，皆屬長期照護的服務。因此長期照護不但具有連續性的照顧觀念，更是跨醫療和社會服務領域的照顧（吳淑瓊，一九九四；謝美娥，一九九三）。

老人長期照護在性質上，異於一般慢性疾病或因病成爲永久殘障的照護工作。長期照護老人，部分是由於年老罹病率增加，生

病預後較差，而需要長期照護以維持生存；

另外是因爲發展到老年期，特別是高老期，生理自然衰弱無法照顧自己所致。因此老人長期照護，在於維持老人身體與心靈的健康以及社會生活的功能；對於老人所罹患的疾病與日益衰退的生理機能，只是延緩其惡化程度。老人長期照護的工作，乃須針對老人的健康狀況與需要，由醫療與福利機構，共同提供特有的治療與照護；必須結合社會整體資源，及早建立有效的老人長期照護網絡。

陳宇嘉、鐘文君（一九九八）所作「老人福利提供與需求評估」研究，發現老人的居住地點大多是與配偶、子女或其他家人同居，老人的居住意願傾向和配偶、子女或家人同住。可見家庭爲人在年老體衰、無自顧能力時，意願最強、期望最高的理想住處。

研究中問及「當無法照顧自己時，希望由誰

來照顧？」，結果有八三·八%的老人希望居住家中，由家人照顧；有四·五%認爲住在家裡、請專人照護；住在家參加日間托老者一·一%。因此可知，與家人同住並由家人照護是目前老人最大的希望，政府及民間福利機構，如何加強家庭支持體系，以發揮家庭功能，成爲規劃老人長期照護制度時，應優先考量的重點。

自一九八〇年以來，亞洲國家認清人口成長率的降低和老年人口的增加是奢侈的負擔，老人問題一旦成爲公共政策議題，無論政府或家庭均將被期待負擔起照顧老年人的責任。家庭結構與型態改變，產生老人能否如昔日般地被尊敬和受照顧之疑慮，尤其現代化社會變遷如都市化、人口遷徙、女性勞

動參與率提昇等因素，導致家庭照顧老年功能減退及人力缺乏問題。鑒於西方福利國家的沉重財務負擔及福利服務供給多元化和社區化的發展趨勢，此等國家的決策者對政府在老人照顧的介入角色或程度，產生猶豫不決、裹足不前的現象（施教裕，一九九四）。

快速增加的老人，顯著影響醫療與長期照護服務的需求，根據已老化國家的經驗，老人較一般年齡層使用更多的醫療服務，需要長期照護服務的支持。據美國一九八五年統計，老年佔總人口一二%，但消耗全國二九%醫療經費（Rice & Feldman, 1993），其中約兩成用於長期照護服務。又因老年人口中慢性病與慢性功能障礙問題盛行，長期慢性療養與生活照護需求快速增加；所需的服務型態與照護人力有別於急性醫療與老人安養需求，並非原有的醫療服務或社政安養體系所能滿足；急性照護的醫療體系面臨嶄新的挑戰，社政安養體系也無法滿足快速增長的慢性療養需求。因此在老人長期照護中，家庭所扮演的角色愈為重要，家庭成為老人長期照護服務的第一線。

家庭中非正式照護者是老人長期照護最

主要的供應者，根據行政院主計處與吳淑瓊等的社區調查，九成功能障礙老人由其家人與親友等非正式照護者在家自行照護。對於照顧者的身心而言，長期照護失能老人，是一種漫長又充滿無奈的歷程，必須經常予以調適和充分休息。目前台灣老人長期照護的主要模式是以家庭照護為主，在老人長期照護需求日漸殷切的此刻，關注家庭照顧者的需要與困境，予以適當的支持以勝任居家照顧工作；依據老人健康程度，結合資源妥善應用；規劃長期照護服務網絡，以充分發揮老人長期照護的功能，並針對現有體制提出建議，為本文主要探討目的。

## 貳、老人長期照護之服務需求

謝高橋（一九九四）以質性研究方法分析探尋老人需求，顯示老人需求可歸納為五個面向，包括健康醫療、經濟安全、教育與休閒、居住安養、心理及社會適應。健康醫療與經濟安全是被認為最重要與次重要者。其他針對老人需求所作之調查研究，亦顯示老人醫療照護與居住安養需求的迫切性（陳

字嘉，一九九六；徐震，一九八六；詹火生，一九八六）。

謝美娥（一九九二）針對居住在家中的台北市老人所進行的「台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究」顯示，越是複雜的事項，老人需協助的比例越高。由此可知老人雖然居住在家裡，仍需要他人的協助才能維持其日常功能。吳味鄉（一九九三）探討居家老人和家屬互動的內涵發現，在老人照顧方面短期病痛的照顧，配偶是主要的提供者（三一·四%），其次為子女（包括女婿和媳婦）（二九·四%）；在長期病痛的照顧上，子女為主要的提供者（三九·一%），其次為配偶（三五·八%）。進一步的分析中，除了「有無配偶」變項之外，「居住安排」是決定老人是否接受親友鄰居，所提供病痛照顧、日常生活照料和交通接送等照顧互動關係的顯著因素。可見未與子女同住之老人若無配偶可以提供照顧，則必須由其他親友鄰居，替代或補償原來家屬所扮演的照顧角色和功能。

許多相關老人生活研究，均發現老人有家庭關係的需求；行政院主計處老人生活調

查（一九九二），發現六十五歲以上失能老人，居住在家且由家人照顧者有八七·五九%；認為理想居住方式是與子女同住，佔七三·〇七%；五十至六十四歲人口表示，將來養老時希望的居住方式是與子女同住，佔七〇·八三%；二十五歲至四十九歲人口中，父母健在且與其兄弟姊妹同住者有八六·七%，只有一二·七一的父母是獨居。吳聖良（一九九〇）發現失能老人生活起居的主要照護者絕大多數是家人，包括配偶、兒子、媳婦、女兒、孫子女等，其中以女性指妻子與媳婦為最重要。林松齡（一九九三）調查發現，老人支持來源主要侷限於家庭成員的配偶、兒子、媳婦；配偶提供疾病的服侍、閒聊慰藉、及日常家事的支持；兒子主要提供經濟與生活功能性責任。由此觀之，我們文化中的家庭關係或倫理特質並未因社會及經濟變遷而消失，仍舊在日常生活中扮演重要角色。

自顧能力而無法執行正常角色的生理機能，為自然退化或是人為因素所造成的慢性、非急性疾病，協助其獨立生活所需的各項服務必定是一個「永無止息的工作與照護（*lifelong work and care*）」。因此提供失能老人一段時間正式或非正式的健康或相關的支持性服務，發揮個體獨立之極大化即是照護唯一目的。照護不只是為身體的康復，亦是一種促進個人功能獨立極大化之醫療和相關支持性的服務；其內容同時包含生活照顧和專業性醫療照護兩項，由於這兩種照顧專業屬性的差異，有賴各服務的協調、移轉、乃至於配合其個別需要而改變的服務形態。換言之，當個案需求發生變化的時候，照護服務可隨之配合提供其所需要的服務才算是周全的照護制度。

「持續性的照護」被公認為是促進功能獨立極大化的理想服務模式（*Evashwick, 1996*），因為此模式係以病人為導向之協同性照護體制，採用組合的服務體制運作設計，優於零碎片段的服務組合方式；能夠有效率地解決問題，滿足失能老人複雜且持續不斷的照護需要。這種協助個案獲得持續性的適當服務照護，還可依照老人情況調和資源，避免重複服務或不適當的使用。然而「一段長時間」的照護，再加上照護服務的持續、包容特性，已經不僅是個別照護者能力負擔的考量，而是需要體制的建構或整合，絕非家庭此非正式資源所能獨自承擔的長期照護服務（*王香蘋，一九九八*）。

當前台灣由於老人福利政策經濟安全的保障不足，健康保險的設計又以醫療技術服務為給付的範圍，使得長期照護的財源嚴重缺乏，其福利服務也就極度的邊緣化。目前不論是「機構療養」或「居家看護服務」的提供，均限於「孤苦無依」的老人。對於大部分老年婦女而言，因有子女且達到貧窮線者極為有限，加上「孤苦無依」、「子女不孝」的社會標籤力量甚鉅，使得這兩項福利服務呈現極度邊緣化的現象（*胡幼慧，一九九五*）。由於政府對於長期照護的福利服務十分有限，無法滿足有子女老人的長期照護服務需求，因此坊間私營的「安養中心」及「居家看護介紹所」因應而生。然而，由於政府缺乏財務的提供，對於其品質的規範也無從著力。因此坊間私營的服務市場雖已林立，

但缺乏監督，資訊更是不足，價格差異大（每月可高達七萬元看護費），而且服務品質良莠不齊（郭淑貞，一九九四）。病家除求助不易之外，即使取得服務，長期以來負擔沉重所費不貲，並且提心吊膽服務品質，對病人更是充滿歉疚與自責。

如果從台灣失能老人的角度切入，採機構式療養照護的比例極低，絕大部分仍在其原居住的社區內，由家人來照顧。但是對於家庭中的照護者而言，他們目前的照護困境為何？能取得那些社區支持？這些支持能解決什麼問題？他們最需要的是那些支持？何者是實惠有濟的、那些反而是「愈幫愈忙」？這些問題便是探討老人長期照護的癥結（胡幼慧，一九九五）。

### 叁、家庭在老人長期照護中所扮演的角色

家庭可被視為「自足的單位」，它藉由成員間的相互連結及重要資源的分配而结合在一起。「家庭」常是正規性（Statutory）（社會福利或健康照護服務規劃或供應的基本單位，它本身也常被視作主要的、自然的

照護供應來源之一。它在整體照護體制中，具有舉足輕重的地位。在面對人口老化、疾病慢性化的既定趨勢下，「家庭照護」（Family care）成為國內社工界與護理界高度關懷的一種老人長期照護方式。

照護（Care）是對有特別需要者提供幫助、支持及保護，使其身心方面能維持或恢復較佳的功能，而有良好的社會適應。在整個照護體制上，可分為正式照護部門（Formal sector）及非正式照護部門（Informal sector）；機構式照護（Institutional care）可視為正式照護部門的代表，但在六十年代引起高度爭議，它的「隔離化」、「機構化」的全控特質，使得被收容者因長期隔絕的結果，而無法回復及適應正常生活，在福利國家的財政危機及對於服務對象的權益倡導的民權觀念下，促使了非正式照護部門的發展。

關於非正式照護部門，Willmott(1986)提出非正式部門供應之五種照護類別：個人性需求照顧（Personal care）、家庭處理（Domestic）、輔助性照顧（Auxiliary care）、社會支持（Social support）、監護性服務（Surveillance）。前二項即是由家人在家中

所供應的家庭照護，後三項則屬於社區照顧的範圍（Johnson, 1987）。家庭向來是「健康保健」、「疾病照顧」自然的、主要的來源，也是照護體系中照顧供應的基本單位。除了照護功能外，家庭也常是家中患病或被照顧者，在尋求外在支持與資源時，重要的協作者（Co-ordinator）或牽線者（Broker）（Hartman & Laird, 1983）。在社區照顧的發展未臻成熟的情況下，整個照護制度似乎陷入了一種困境，如Finch & Groves(1980)所言，社區照顧幾近於家庭照顧，而家庭照顧等於是女性角色為主所承擔的照護方式，即 Community care = Family care = Care by woman（引自陳武宗，一九九五：六三）。

吳淑瓊（一九九五）針對一九〇位失能老人所做的調查研究顯示，其中有一六一位老人是由家庭提供照護服務；胡幼慧（一九九四）發現七八%的失能老人是由家庭成員負責照顧；二者皆指出在台灣地區，家庭中的照護者及其他的照護服務提供者，仍以女性為主。美國住在社區中的老人，有四分之三是由家庭提供照顧（謝美娥，一九九三），兩地的研究皆有相同的發現。在這些非正式

支持系統中提供老人照護服務的女性包括：受照顧者的妻子、成年的女兒、媳婦等（Atchley, 1997；張月霞，一九九二）；至於家庭以外的其他非正式支持系統資源，如親戚、朋友、鄰居等，則以偶爾探視老人提供偏方為主，由此可見家庭在非正式支持系統中佔有非常重要的地位。

家庭在老人長期照護中扮演重要的角色，當老人需要協助時多數先向家庭求助，對於居住在家庭或社區中安養的老人而言，家庭、朋友以及鄰居是日常生活照顧的主要提供者（吳淑瓊，一九九五；胡幼慧，一九九四；謝美娥，一九九三；Fyank, 1991）；其優先順序依次為直系血親的家人、關係較遠的親人、朋友、鄰居，以及社區中的志工等。家庭式的長期照護，受到家庭結構和家人關係因素影響甚鉅；在台灣由於父子父居的結構和性別角色的分工關係，以及女性壽命較長的因素影響，使得老年男性病弱失能時，是由媳婦和兒子來提供照護（胡幼慧，一九九一）。因此長期照護出現老年婦女照護老伴的問題以及老年婦女本身失能後的照護問題。

台灣社會家庭型態的核心化，是極為穩定明顯的變遷趨向。雖然家庭原具有多重的功能，但在面對急遽的社會經濟變遷，家庭功能逐漸式微。根據國內相關研究顯示，台灣地區老殘依賴人口群的照顧責任，仍是家庭為主，而其所承擔的壓力相較於歐美國家，可謂相當的沉重（李淑容，一九九五）。再加上國內人口急遽老化，老弱殘病人口快速增加；社會變遷導致家庭照顧功能式微、社區相關支持系統缺乏等因素的影響，將使潛存的家庭問題如家庭功能解組、被照顧者受疏忽／虐待，及照顧者身心健康受損，日趨嚴重（吳美月，一九九七）。尤其當老人因為失能而無法自行照料生活起居時，不但造成其個人生活諸多不便之處，更為其配偶、子女與家族成員，帶來揮之不去的夢魘，許多家庭因此而面臨極為困頓的局面。若處理不慎發生無可挽回的意外事故時，每每譜成這個時代許多的家庭悲劇。

以機構化或家庭式進行長期照護的兩難與弊端，已明顯地反映在國內外的研究結果中。在國內將會面臨到文化象徵體系中「被家人遺棄」及「子女不孝」等文化意涵，困

境將會更大。因此開發並動員社區內非正式支持體系以彌補家人照護的不足之外，發展專業、非專業的聯合照顧，是各國當前規劃的新取向。胡幼慧（一九九四）所作「社區長期照護之支持體系研究」，結果發現：(1)需要照護的病患中，七八％由家人照護；八·四％請護士照護；一三·七％送安養院。請看護工及安養院病患的失能比例較家人看護者為高；但由家人看護者中，仍有七成是長期臥床或行動十分不便者。(2)家人照顧者大部分是女性，照顧項目繁多、困難重重，僅飲食一項就因病情所需製作困難，亦引起病患的不合作與反抗，照顧者更面臨各種心理、社會壓力。(3)主要照顧者極少受到專業性的訓練，居家及再求醫服務。醫—病—照顧者的溝通和支持亦受到抱怨。傳統民間療法扮演不可忽視的角色。(4)非正式的看護支持主要來自同住和非同住的家人，仍以「輔助」為主，極少能「替手」；至於親戚、友人、鄰居等，則是以「探望」、「提供偏方

為多，對貼身照護無插手之地；此為社會規範所限，是「社區」支持發展中最大的障礙。(5)付費式看護工為真正能減輕照護者職

責的主力，但受市場地下化、付費高，品質不定及家人角色地位因素影響，使超過四成的病家只考慮過僱人卻無法實際採用此資源。從以上發現可確定「家人／親友／社區」的照顧性支持有限，主要照顧者的負荷分擔之有效方向，仍應以正式體系的服務和付費看護體系的規劃為重心。

面臨失能老人長期照護問題的家庭，若是孝順的子女想要親自照料父母，則需辭去原來的工作或者由未就業者承擔經年累月辛勞的照顧之責，卻苦無有效的社區資源網絡，伸出援手以提供長期支持或者喘息服務之需要；若是想要將失能老人送到安養機構長期照護的家庭，則面對尋求適當療養機構可資安頓的資源匱乏，或者面對龐大巨額的安養費用，卻苦無豐厚的經濟能力作後盾的窘境。因為這些因素糾結在一起，業已形成這個時代獨特的老人長期照護問題，事關社會大眾切身之痛，不可不加以注意，及早共謀有效解決之對策。

## 肆、結論與建議

決定失能老人居住在社區或機構，家庭照顧者扮演舉足輕重的角色。因為家庭提供

的照顧，雖不具高度專業特殊性，但是家庭卻可以滿足老人的社會需求；家屬敏於理解老人的困境，具備突發事件的掌控能力，探索可利用的訊息和資源；除可提供老人適當的協助，確保老人需要的滿足。就制度結構中資源利用而言，官僚體制的運作無法針對特殊狀況，提供專業資訊解決問題；但是家屬可扮演適當的輔助角色，家庭是介於老人與制度結構之間的重要媒介。

但是當家庭擔負老人長期照護的責任，而資源又十分有限的情況下，不得不轉而尋求其他的援助，以彌補家庭功能的不足。建構一個可以輔助或取代家庭職責，又不會限制老人對照護服務的需求；以老人個別需要的變化，順利取得服務的轉移和接續。同時為兼顧極大化專業人力與資源利用機構之間的工作協調，因此整合多重專業與照護供給者之財務、臨床和服務，利用資訊達成具有連貫性的制度非常重要。特別是財務整合，藉由長期照護與急性醫療財務的適當運用，才能去除影響醫療與照護「持續性」的障礙，真正落實照護適當性之目標。

事實上，透過服務實體的架構、照護的

協調、資訊與財務的整合，是建構連續性長期照護的重要機制。目前從各國老人長期照護制度的改革，發現整合並非拋棄既存的體制，而是以現況的處境，搭配政策完成革新。今天國內老年人口比例日益增加，的確需要綜合規劃整體社會資源，以有限的福利條件，發揮最大的效能，提升老人長期照護之服務績效。依據老人長期照護需求，規劃現有福利整體資源，使供給面與需求面有效結合，建立老人長期照護的服務網絡，發揮最大功效。茲以老人長期照護服務中，從制度建構與家庭之間所能夠加強發揮的功能闡釋如下：

### 一、整合供給與資源，

#### 規劃服務網絡

當前老人長期照護問題，非常急迫重要，問題解決刻不容緩。但是目前各醫療層級與福利機構的作法，「頭痛醫頭、腳痛醫腳」各行其是，無法提供整合有效的服務，徒然耗費寶貴資源，卻未能提出有效對策以解決問題。

運用服務網絡整體概念，以有效規劃資源，為老人長期照護問題把脈；以社會調查、需求評估方法，將老人長期照護的實際需求，

依其所需之醫療與照護項目與內容，加以分類別類，提供規劃資源之依據。進而將現有提供老人長期照護服務之公、私立機構，依其服務性質、功能詳加調查，整理出福利服務供給面資料。將老人長期照護的需求與能夠提供的服務現況，由醫護與社工專業人員共同思考討論，尋求建立需求面和供給面有效配置的老人長期照護服務網絡，提出老人長期照護問題的有效策略，為老人長期照護提供長遠解決之道。

## 二、協調資源，充分發揮系統功能

在醫療與福利體系配合方面，由各單位社工人員擔任資源的轉介和管理者，使需要長期照護的老人及其家屬，知道如何妥善運用各種福利服務資源，而不致浪費。社工員以個案管理方法，依照案主需要提出有效處置計畫，整合運用資源以發揮最大效果；使需要長期照護服務者，得到完善有效的整體性服務。

社區照護的社工人員，須負責建立社區照護資源轉介網絡，醫療機構的社工員以及各類療養、收容安置機構的社工員，須與社區照護的社工員密切的聯繫配合，能夠對於

長期照護者的各項需要，提供整體的規劃與最大的服務。

## 三、整合專業人力與資源，提供多元化實務工作

### 元化實務工作

住在家中的老人針對其個人與家屬的需要，設計各種性質服務，提供多元化的長期照護服務方式，滿足不同的需要。以居家療養老人為例；由社區社工員提供定期訪視，瞭解老人身心健康與疾病適應狀況，並協助其家屬照護老人工作與調適，提供情緒的支持與疏導；若有醫療上的問題，轉介相關醫師提供醫療諮詢、護理人員訪視等，提供必要的專業醫療與照護；其他如喘息服務、家務整理、問安服務、提供午餐、日間托老等項目則可以轉介社區照護相關機構與志工，但須追蹤其服務內涵，以評估並保障其服務品質。

需要機構療養的老人，為其辦理申請、轉介與機構安置等事宜，並請醫療人員為其進行健康評估，以作為尋找適當醫療水準療養機構之依據；對家庭評估其經濟能力，如有需要時，協助申請必要的社會資源與經濟補助。對於機構療養的失能老人，入院時須

由社工員與醫療團隊成員分別作接案與安置工作；社工員須與老人及其家屬會談，了解其人格特質、社會關係與可利用的社會資源等，建立個案記錄；參考醫師與護理人員的檢查診斷，進行社會心理診斷評估、擬訂處遇計畫，作為未來個案工作之指導原則。

已入院之老人，則定期訪視，瞭解其身心狀況並協助其適應環境，提供老人情緒的支持與疏導；若家屬有醫療上的問題，可轉介相關醫師提供醫療諮詢、護理人員訪視等；有關病人家屬探訪和人際關係等情緒性支持工作，可由機構的志工協助聯繫，社工員以督導者的角色提供志工專業的諮詢協助。對於重大疾病老人，轉介醫療專業人員進行必要的治療，對於面對死亡威脅時，個人心理適應過程，順利完成生命最後的歷程，以臨終關懷的最高人道精神，協助老人及家屬全體的照護，並能在最後的人生階段，全家得到最妥善的處理，使得家中每一份子了無遺憾。

從持續性照護的角度來看老人長期照護問題，若是能夠結合社會整體資源，從供給面與需求面加以整合，並予以有效配置；由

家庭和社會全體共同承擔老人健康與疾病的照顧，由專業社工人員負責個案管理與資源轉介的工作，結合相關專業人員和社會大眾的力量；以社會工作專業方法為經、以人本主義的服務精神為緯、以老人為規劃長期照護服務網絡的中心，則將能發揮現有資源的最高效能，提昇老人長期照護的服務品質。

政府目前致力於各相關社會服務機構，設置合格的社工師，以提高社會工作的服務品質。老人長期照護工作，際此社工專業發展的關鍵時刻，在「天時、地利、人和」充分條件之下，具備豐富的經費、人力資源等良好發展條件。社工專業應結合實務界、學術界與社會福利行政資源，研究與規劃老人長期照護服務網絡；於最短時間內提出居家療養、機構安養的需求，規劃與組織社區資源網絡；擬訂短程、中程、長程計畫，並配合工作評估與目標達成情形，作為修正計畫之參考。

「他山之石可以攻錯」，借鏡與我國國情相接近的日本，其多年從事的老人長期照護制度與規劃，足資參考；雖然我國老人長期照護工作，如今才開始起步為時稍晚，但

是總比永遠不做得好。尚祈吾等社工人員引以為共同努力之目標，戮力以赴，念茲在茲，雖無法一蹴即成，卻不失為亡羊補牢之效。

當政府的衛生福利政策對家庭照顧責任未改變，社區內所能提供的衛生福利服務措施十分缺乏的條件之下，欲使家庭繼續維持穩定的照顧意願與能力，是不確實與不負責任的做法。基於感情與道德心態，家庭固然需要善盡照顧之責，政府是否也需要提出長期照護之對策，妥善提供照顧家庭的支持性政策。

在面臨人口老化、疾病慢性化及家庭結構轉型的情形下，家庭是不是仍具有能力可扮演這份吃力的照顧角色，實在令人感到憂心忡忡。要由「單向」、「補救性」的照顧功能朝向「雙向」、「共同責任」(Shared responsibility)的照顧關係，便需靠完善的照顧網絡來串連，社區照顧可並同社區工作方法 and 整合社區資源，以擴充家庭照顧方式與層面，期能減輕家庭照顧者的負擔。此刻朝野大聲疾呼倡導社區照顧的政策優先為目標，應建立在以家庭為中心的政策基礎上。

【本文成稿期間承蒙蔡啓源教授悉心指導，

特此致謝。】

(本文作者現任職中興大學社會學系)

#### 參考書目

- 王香蘋 我國老人長期照護制度之探討 「台灣社會福利發展——過去、現在、未來」學術研討會論文 台北 台大社會系 一九九八
- 行政院主計處、內政部 中華民國台灣地區老人狀況調查報告 台北 行政院主計處 一九九二
- 李淑容 國家和家庭的關係——兼論我國應有的家庭政策 社區發展季刊 七〇期 一九九五 頁一六〇—一七一
- 林松齡 老人社會支持來源與老人社會需求：兼論四個社會支持模式 社會安全問題之探討 一九九三 頁二六五—二八九
- 吳美月 「台北市長期照護系統策略與方案公聽會」紀要 福利社會 六一期 一九九七 頁二五—三〇
- 吳味鄉 台灣地區老人照顧與社會網絡關係之研究 中正大學社會福利研究所碩士論文 嘉義 中正大學社會福利研究所 一九九三
- 吳淑瓊 從健康服務的供需探討我國老人健

- 康照護問題 經社法制論叢 一九九四  
 十四 頁八五—一〇〇
- 吳淑瓊、梁浙西、林惠生 老人長期照護研究報告 台北 行政院衛生署 一九九四
- 吳淑瓊 老人長期照護研究 行政院衛生署 科技計畫DOH83-TD-086 一九九五
- 胡幼慧 社區性長期照護之支持體系研究 行政院衛生署科技計畫DOH83-TD-065 一九九四
- 胡幼慧 社區長期照護問題之檢視 社區發展季刊 六十九期 一九九五 頁一二五—一三一
- 施教裕 老人和家庭政策：家庭關係的內涵及意含之探討 社區發展 六十八期 一九九四 頁八四—九五
- 徐震 台北縣老人福利現況、需求及未來規劃之研究 台北 台北縣政府社會科 一九八六
- 陳宇嘉、黃松林、姚淑芬、簡美娜 臺灣省民對老人福利措施意向調查研究 社會發展研究學刊 第二期 一九九六 頁六九—九一
- 陳宇嘉、鐘文君 老人福利提供與需求評估 東海大學社工系 台中 東海大學社
- 工系 一九九八
- 陳武宗 家庭照護及其支持系統：概念與議題 中華醫務社會學刊 第五期 一九九五 頁六〇—六九
- 郭淑貞 居家看護工的人力狀況、困境與需求 陽明大學公共衛生研究所碩士論文 台北 陽明大學公共衛生研究所 一九九四
- 張月霞譯 老年人的家庭支持 台北 五南 一九九七
- 詹火生 老人福利需求研究的回顧與展望 科學發展月刊 十一 十二 一九八六 頁一六二—一六三
- 謝美娥 老人長期照護的相關論題 台北 桂冠 一九九三
- 謝美娥 台北市老人居家福利需求與照顧網絡之研究 台北 台北市社會局 一九九二
- 謝高橋 老人需求與老人福利措施 社區發展季刊 第六十七期 一九九四 頁一八〇—一八九
- Atchley, R. C. (1997). Social forces and aging: an introduction to social gerontology. CA Wadsworth Publishing Company.
- Evashwick, C. J. (1996). The continuum of long-term care. In Williams S. J. & Torrens P. R. (Eds.), Introduction to health services. NY: John Wiley & Sons.
- Hartman & Laird (1983). Family-centered social work practice. NY: Macmillon.
- Hyduk, C. A. (1991). Toward understanding the effects of social support and functioning on formal and informal care. Case Western Reserve University.
- Johnson, Norman (1987). The welfare state in transition-The theory and practice of welfare pluralism. Great Britain: Wheatsheaf books Ltd.
- Kane, R. A., & Kane, R. L. (1987). Long-term care: Principles, programs, and policies. New York: Springer.
- Rice D. P. & Feldman J. J. (1993). Living longer in the United States: demographic changes and health needs of the elderly. Milbank Memorial Fund Quarterly.