

美國長期照護的新趨勢

——協助式養護

周京安

壹、前言

面對高齡化社會，老人福利已成為台灣地區社會福利極重要的一環；而關懷老人安養與長期照護，則更是老人福利的重點所在。當今台灣老人安養與長期照護很明顯地是在需求面不斷增加，而於供給面則呈不足。一方面，由於人口轉型與疾病轉型，使老年長期照護需求日增（吳淑瓊等，一九九三；張弘樺，一九九六；宋蕙安，一九九七）。另一方面，在家庭結構改變，婦女參與就業市場，以及社會價值觀變遷之下，傳統的非正式的老人長期照護者——家庭（特別是婦女）——則倍感吃力（胡幼慧，一九九五；劉毓秀，一九九七；蕭金菊，一九九五）。同時，現存之正式的長期照護體系，亦存在有各種困境，如政策紊亂，體系尚未建立，缺乏制度化的財源等（邱亨嘉等，一九九〇；藍忠孚、熊惠英，一九九三；吳淑瓊、江東亮，一九九五；賴秀芬，一九九六；行政院經建會，一九九八；譚開元，一九九八）。在此供需面失調的情況下，對長期照護的通

盤規劃，不單是民意之所趨（內政部統計處，一九九七）亦是政府老人福利計畫重點之一（行政院衛生署，一九九八）。

協助式養護 (Assisted Living) 為美國自一九八〇年代末期以來，在老人長期照護上的一項新發展；不單為民間所歡迎，亦為政府當局所倚重。本文就其(一)定義與營運，(二)發展，(三)基本哲學與特性，(四)在老人住居及長期照護體系中之地位，(五)居民之典型與類型，以及(六)收費與支付等方面，予以論述。

值此國人正打造長期照護體系，而社會結構變遷、社會價值觀日趨多元化之時，如何在符合經濟效益之原則下，為老年人提供多元化、人性化之長期照護，無疑是台灣社會面對人口更趨老化之二十一世紀的重大挑戰。雖然中美之社會、經濟、文化背景自有相異之處，然而美國在正式之長期照護模式發展上，起步較早，累積之經驗亦較多。他山之石，可以攻錯。協助式養護或可供國人從另一個角度來思考策劃老人長期照護體系。

貳、協助式養護之定義與營運

基本上，協助式養護代表一種居住式的長期照護模式，其所根據的觀念是在一種居住的環境中加上專業化的個人照護服務，以便能避免機構化，並使衰弱的老年人儘可能地維持個人生活的獨立性 (Regnier, Hamilton, Yatabe, 1991)。到目前為止，美國長期照護業者、政府機構及學術界對於協助式養護之定義仍然眾說紛紜，尚未達成共識。例如：「美國協助式養護協會」(Assisted Living Facilities Association of America)將其定義為：「住居與個人化健康照護的一種特殊的結合，其目的在於回應個人在日常生活活動(Activities of Daily Living, ADLS)方面所需的協助。照護之提供原則為盡可能地提昇居民之獨立與尊嚴，並致力於將居民之家庭、鄰居與朋友納入照護體系」(Regnier, Hamilton, Yatabe, 1995: 2)。美國退休人協會(American Association of Retired Persons)(1993)則將協助式養護定義為：「一種團體式的居住方式，其非屬於護理之家(nursing home)，而是針對個人在日常生活活動(ADLS)方面的需求，提供協助；並且能對不定時的需求(unscheduled needs)給予協助。」

「威斯康辛州為管理日益增多之協助式養護設施，自一九九四年起開始研擬相關法規，一九九七年正式通過生效。該法規(HFS 89.13)將協助式養護之家，做如下之定義：

「協助式養護之家意指一個五位(或更多)成人居住之設施，

該設施由獨立之公寓組成，每一公寓皆有個別且可上鎖之進出口，並有廚房、衛浴、臥室及起居室(註一)。該設施每週提供居民不超過二十八小時的支持性、個人性和護理性的服務(註二)。協助式養護之家內並不包含護理之家或「社區式居住設施」(community-based residential facilities)，但是在實際的建築結構上，可以是以護理之家，或社區式居住設施之一部分。」

綜上所述，簡言之，協助式養護為將(一)住居與(二)個人化之協助與支持性服務及健康照護，二者合而為一。其所強調者為個別居民之選擇、自主性、及隱私權。

在營運方面，基本上，協助式養護設施在美國是屬於「私辦私營」的性質。在管理方面，各州規定不一。以威州為例，所有協助式養護設施均必須向政府相關單位立案，取得執照(License)執照分為兩類，一為「註冊登記」(registered)，一為「檢定」(certified)。所有的協助式養護設施均必須申請「註冊登記」，而接受Medicaid Waiver付費者之設施，則另須經過「檢定」。檢定程序除了該設施必須提供政府相關單位較為詳盡的資料以外，並由州政府相關單位派員前往實地考核，考核通過者，發給「檢定合格」證書。

參、協助式養護的發展

美國近年來，在健康和長期照護的提供和財政支付以及住屋企業方面，均正在從事大規模的改革，因改革幅度之鉅，亦有人稱之

為「革命」(revolution)；而協助式養護之家的興起與迅速發展，便是整個人革命中的一部分。此一革命之產生，其背後因素甚多，但基本上乃因受到以下四種主力的驅使(The Assisted Living Quality Coalition, 1996; Coopers and Lybrand, 1993; Klein, 1996; Moltca, 1995)：

第一，財務負擔的因素。一九九〇至一九九六年之間，美國在Medicaid的支出上增加了百分之二十。老年人雖只佔Medicaid使用者總人數的百分之五，卻消耗了Medicaid百分之二十五的資源。

一九九〇年美國花費在機構式長期照護的金額更高達三百六十億美元。雖然其中一半以上是出自私人的口袋，但其餘的卻須由政府支付，造成政府財政上極為龐大的負擔。尤有甚者，面對二十一世紀更將迅速增加的老年人口，與隨之而來的長期照護需求與花費，更令美國政府當局大為恐慌(Ladd et al., 1992)。協助式養護可以讓不需要護理之家高度且密集式照護者，在協助式養護設施內接受照護，因其一般收費較護理之家為低，能節省甚多的政府福利資源，故近年來頗受美國各州政府的重視。

第二，消費者的要求。近年來美國老年安養及長期照護之較年輕的消費者是在參與相關民間社團及影響政府老年政策上較為活躍的一代。這些消費者一方面要求在機構照護方式之外能有其他的選擇，另一方面並要求長期照護能提供較佳的生活品質。

第三，老人住宅工業(housing industry)新方向。在過去，老人住宅工業之重點在於提供獨立式的住所，如老人公寓。近年來，

在消費者要求下，轉型為除了提供住所之外，並直接提供相關服務，或是間接引進相關服務提供給消費者。

第四，長期照護基本觀念的變遷。傳統上，長期照護模式被認為應該是一「連續性照護模式」(paradigm of a continuum of care)。此一觀念在最近幾年受到質疑與挑戰。如Wilson (1993)所指出，長期照護連續性的模式基本上有三大缺陷：一、此模式假設失能或疾病乃一直線型過程，而忽略了非直線型的情況；二、此模式將住居(housing)與服務做不必要的分離，導致使用者之不便；三、此模式易導致醫療機構之被濫用。在此模式下，長期照護體系在某些方面被不必要地醫療化、機構化、與專業化；而長期照護的費用也因此變得極度昂貴。

由於以上諸因素，協助式養護在美國長期照護中地位日形重要。自從一九八〇年代末期以來，協助式養護已逐漸演變為居住式長期照護(residential long-term care)的一種新趨勢，發展之速度驚人。根據估計，在一九九一到一九九五的五年之間，全美增加了二百五十至三百所協助式養護之家，亦即大約增加了二千五百至三千個居住單位，與一九九〇年相比，等於是增加了百分之十的總所數，而居住單位增加的比例則更高(Assisted Living Today, 1996)。目前全美約有三千至四千所已立案的協助式養護之家，其中大約百分之九十擁有十個(或以下)的居住單位，而其餘的百分之十則擁有二十五個(或以上)的單位(ibid)。根據筆者的觀察，從最近幾年的發展情形來看，由於一些中型及大型老人住宅企業及非營利財

團法人（如宗教團體）的介入，協助式養護規模有逐漸擴大的傾向。以威州最近兩年新建之協助式養護而言，其規模似乎多在六十至八十個單位之間。

截至目前為止，協助式養護雖然仍屬私營性質，然而至少已有二十七州完成正式立法管理協助式養護，或已向聯邦政府申請獲准運用Medicaid的經費來支付低收入老人使用協助式養護的費用；而另外有十餘州目前正在策劃朝此一方向進行。

根據預測，協助式養護在未來將有持續性的成長。在「美國協助式養護協會」的一篇報告(ALFAA, 1993)中指出，助長該企業未來成長的主要因素有四：第一、人口推計顯示美國老年人口在二十世紀時將大幅成長，特別是八十五歲及以上之老年人口。第二、一般社會大眾及健康照護專業人員將會逐漸對協助式照護有更深的認知，並且接受它做為一種長期照護的模式。第三、私人保險公司逐漸將會支付投保人居住在協助式養護之家的費用。第四、美國各州政府亦將分配更多的社會福利經費來提供低收入老人接受協助式養護的服務。

肆、協助式養護之基本哲學與特性

協助式養護之基本哲學，乃在一類似家庭(home-like)的環境中，為衰弱或失能老人提供具有彈性的長期照護服務。無論在硬體環境設備，或是提供的服務上，協助式養護均致力於提昇個人的尊嚴、自主、獨立和個體性(Wilson, 1995)。美國協助式養護協會

(ALFAA, 1993: 12)曾列舉下列十項基本概念，做為協助式養護的宗旨，以彰顯與其他老年安養和長期照護模式不同之處：

一、在一個安全的、居住式的環境中提供照護。

二、針對個人定時的與不定時的需求，提供個人化、高品質的

照護。

三、維護個體的獨立性。

四、提昇每位居民的個體性(individuality)。

五、以尊重與尊嚴對待每位居民。

六、允許每位居民選擇各自的生活方式。

七、提昇每位居民之士氣。

八、允許每位居民充分的隱私權。

九、讓居民的親友參與照護計畫與實施。

十、讓居民參與社區生活。

更具體地來說，協助式養護之特性可由以下三方面觀之：

一、環境的正常化

對於家庭的重視乃是北美文化中極重要的價值觀之一。雖然「家」的定義常因人而異，然而即使對不同種族、性別、年齡者而言，仍有一些共同的因素來決定何者在感覺上更像家。如何在老年安養及長期照護的環境中創造「似家」的感覺，正是協助式養護汲汲營營所欲達成的重要目標之一。

要創造「似家」的感覺，首先要考慮的是設施本身的地理位置。

爲了要讓居民能有較多機會與設施外的大社會產生互動，設施應建在社區之內，而非偏遠、人煙罕至之處。

第二，在硬體設備上，要注意建築物的尺度大小、風格、和空間的運用。建築物應避免過於龐大，否則易使人產生「機構」的聯想。

第三，傳統的老人安養及長期照護設施多爲二人或數人共用臥室及衛浴等，缺少私人可掌控的空間；協助式養護則讓個人（或夫婦）擁有完整的私人居住單位，包括臥室、衛浴、小廚房、起居間等，以提昇主體性、保護隱私。

第四，針對老年人的需求，在環境設計上顧慮到老人安全的保護，例如：設置扶手、浴室防滑墊、緊急呼救裝置、高度適中的電插座與置物櫃等。

第五，在公共空間的規劃上，應強調功能性與實用性。例如，爲居民規劃一公共客廳接待親友確屬必要，符合「功能性」，因爲居民個人起居室較小，無法同時招待多位訪客。然而，與其規劃一個容納幾十人的大型客廳，在實用性上卻不如幾個較小型的（如容納十人左右）的客廳來得實用及溫馨。

最後，在設計的風格上，應考慮配合老年人過去的生活背景與經驗，以避免突兀，增加環境的可親性與熟悉度，則將有助於提昇「似家」的感覺。

二、全方位的服務

傳統上，美國對於老年人的安養照護是採取住居與服務分離的策略，一般提供老年人住居的設施，多不提供住居以外的服務。過去，美國社會福利將「健康」定義爲「對疾病失能的治療」，社會福利的支助原則，也侷限於「醫療模式」，以對疾病的治療爲重心，因而更增強了這種住居與服務分離的局面。

在「醫療模式」之下，傳統的長期照護體系所強調的是患者的「失能」與「問題」，因而產生兩個不良的效果：其一爲在某一領域的「失能」常被認爲會造成在另一領域的失能；例如不良於行者被認爲無法自炊，而實際上卻未必如此。其二爲由於過分強調患者所「不能」之處，而造成了他人對患者，以及患者自我的負面印象，更促使患者產生「習得的無助」(Learned helplessness)(Wilson, 1995)。

相對地，協助式養護所關注的，卻是遠較遵循醫療模式的傳統長期照護爲廣闊。除了照護身體的急性疾病與慢性狀況之外，協助式養護並求兼顧居民心理性的和社會性的安適(well-being)，並對個別居民做個案管理(case management)。在照護及服務上，協助式養護的基本原則是綜合各個方面、各種程度的照護與服務；從正規的護理照護到個人的社會化與社交活動的參與，都包括在其照護服務的範疇內。大致而言，協助式養護的照護服務可以分爲四大類：

第一類的服務是所謂的「旅館式」(hotel-type)的服務，包括三餐、家事、洗衣、社交活動和交通協助等。這類服務通常可以在時間上預做安排，並可以以團體爲基礎。

第二類的服務是所謂的「個人照護」(personal care)。此類服務通常在彌補個人「日常生活活動」(ADLs)上的缺失，包括攝食、沐浴、更衣、如廁、移位等方面的協助。此類照護亦即是傳統長期照護的服務主軸。

第三類的照護是護理照護(nursing care)。其重點為對慢性疾病或狀況之觀察、評估與協助，及對急性疾病之介入。

第四類的照護則主要包括：(一)對於輔助性健康照護需求的個案管理，以及(二)針對個人心理方面的問題，進行評估與協助。

三、自主自決的價值觀

在醫療模式的主導下，長期照護易流於過分偏重於滿足身體照護的需求，而忽略了社會的、心智的、情感的和精神的等方面的需求。協助式養護做為針對傳統長期照護的一種革命，其最積極進步的地方便是在於價值取向的改變。傳統的長期照護模式強調受照護者能力不足之處，結果導致「習得的無助」。協助式養護則將其最重要的價值觀定位於尊重個體的自尊與自主，並期待能「喚能」(empower)於使用者。那麼，那些具體的措施反映出如此的價值觀呢？茲舉一例說明如下：

老年人在遷入協助式養護之家時，管理人員會與當事人（及其家人）共同討論當事人之照護需求，並為當事人「量身訂做」，擬定適合當事人並為其所願意接受之「照護計畫」(care plan)。在照護計畫中，當事人可以聲明不接受某些服務。例如，當事人可以

聲明拒絕照護人員每天早上去房內探視，亦可以聲明不欲進食時，拒絕接受勸食或餵食。

如此之安排，非但顯示出協助式養護尊重個人自主自決的價值觀，同時亦牽涉到協助式養護的另一重要原則：允許居民選擇風險(risks)並對結果自我負責。當居民在遷入之前與設施管理部門簽約時，若欲拒絕某些服務，均必須簽署一份「風險同意書」(risk agreement)，以為日後行為之依據，同時亦免除設施之相關法律責任。

伍、協助式養護在老人住居及

長期照護體系中的地位

協助式養護在老人住居及長期照護體系中的地位，與其所提供之服務息息相關。雖然在受照護者的需求上，協助式養護與某些長期照護模式頗為類似，然而，在設備及服務內容及方式上，卻大異其趣。以下綜合相關文獻（註三）以及筆者個人之研究與觀察（註四），試將協助式養護與其他美國常見之長期照護模式做一對照，以利瞭解協助式養護在長期照護體系中的地位。

一、居家照護

定時性與經濟性可代表協助式養護與居家照護的重大差異。在美國，居家照護每次最短的時段通常是兩小時，在這兩小時之內所處理的包括沐浴、換藥、準備飲食、和家事服務等。然而每次以二

小時為一時段卻不一定合適，特別是當受照護者的需求是分散於一天之內，例如移位或如廁。另外，對於認知能力受損（Cognitive impaired）而需要持續性照護者而言，以時段為單位的居家照護方式亦嫌不足。相對地，在協助式養護模式下，卻可將多位需要分散性照護或持續性照護者集中一處，由少數照護人員給予一般性的監護，以及一日多次短時間的照護。因此，就照護的經濟效益而言，協助式養護顯然頗具優勢。

一、社區住居式安養

社區住居式安養（Community Based Residential Facilities）通常提供個人性的服務、健康照護、與其他支持性的服務。其居民通常包括：（一）需要支持性服務，但並不需要護理之家之高度照護者；（二）本身醫療狀況已趨穩定，可以接受護理之家照護，但每週至多只需七小時之護理照護，且非永久臥床。在此情況下，有人寧捨護理之家而選社區住居式安養。

社區住居式安養通常採「團體住家模式」（Group home model）：居民或有自己的臥室，或與人共用一臥室，但衛浴多為公用。此點也正是協助式養護與社區住居式安養主要不同之處；如前所述，前者居民皆有各自的完整居住單位。社區住居式安養之家的規模，平均約為十八床。與協助式養護之相同點是二者均採「社會模式」（social model），而非醫療模式。

三、護理之家

護理之家提供高度的病患照護，其服務範疇甚廣，包括中度照護、技術性照護、每天二十四小時的護理照護、和完整的個人照護。支持性的服務在護理之家乃屬次要。與協助式養護相較，護理之家採醫療模式，其重點在於診斷與治療，並須遵照固定的時間表，病患在生活上的主控權極低。護理之家的規模平均約為一百一十八床，採多人共用臥室。

四、協助式養護

與以上三種安養照護模式相比，協助式養護在硬體上採「公寓模式」（apartment model），在照護和服務模式上則採「社會模式」。其基本哲學在於為衰弱和失能老人在一似家的環境中，提供針對個人需求而有彈性之長期照護；不論在硬體環境或照護服務上，其設計規劃皆以提升個人尊嚴、獨立自主和個體性為目標。就費用而言，在美國同一地區內，協助式養護之費用低於居家照護及護理之家，就規模大小而言，協助式養護之家的中數規模（median size）為五十六個居住單位。

陸、居民之典型與類型

儘管協助式養護之家內的居民在年齡、經濟狀況、身體健康情形等方面皆不盡相同，然而典型的居民則為八十二歲以上，女性，喪偶或未婚，通常來自於護理之家、醫院、自己家或是子女家（ALFAA, 1993）。由於己身能力衰減，而且無法取得所需的照護以行獨立生活，因此他們通常都有進入安養照護機構而被機構化的危險（risk

of institutionalization) (註五) (Regnier, Hamilton, Yatabe, 1991)。

基本上，協助式養護之家的居民，可以分為兩大類型 (ibid)。屬第一類型者，心智功能仍佳，身體功能衰退，通常患有風溼、高血壓、糖尿病等。此類居民在「日常生活活動」方面，通常需要協助；在醫療方面，也可能需要照護，但並不需要二十四小時的護理照護。屬第二類型者，身體狀況尚可，但是心智功能衰退，通常患有初期的老人癡呆症。此類居民在對環境的認知上，常有困難；即使在熟悉的環境中也可能迷失。隨著疾病之惡化，其不安、易怒、和其他行為上的問題都可能發生。在許多協助式養護設施內，罹患老人癡呆症者通常被安排居住於一特定的區域。如此，一方面可減少因老人迷失所產生的問題，另一方面亦可保護其他居民不受干擾。

柒、收費與支付

協助式養護的收費隨各設施及其所提供個人之服務而異，每天的基本收費從二十至一一五美元不等 (ALFAA, 1993)。費用的支付通常由居民或家人負擔，亦有一些州由政府用 Medicaid Walters 來負擔低收入老人使用協助式養護的費用 (註六)，奧立岡州與威斯康辛州即為二例。

Wilson 等人 (1988) 曾研究奧立岡州協助式養護示範計畫 (demonstration project) 的費用。其研究方法為檢視該州政府「老人服務部」的支付報告，來比較政府對護理之家與協助式養護示範計

畫的費用支付。研究結果顯示，政府對低收入者使用協助式養護所支付的費用，是平均每人每月一、二五五美元，而對使用護理之家的支付則是平均每人每月一、六四七美元。此外，Wilson 等人 (1988) 並對私人付費做出比較，發現當私人付費時，居住於協助式養護的平均費用僅是居住於護理之家的百分之八十。

Kore 與 Wilson (1993) 曾於一九九二年針對美國境內二十一州的六十三所協助式養護之家進行收費調查。結果顯示：將每月住宿和照護的收費合併計算時，低收費中數 (median low rate) 為九五五美元，高收費中數 (median high rate) 則為一、六三九美元。研究者認為與護理之家相比，協助式養護的收費低廉甚多。

另一項比較協助式養護與護理之家費用的研究，由威州「健康與社會服務部」在一九九四年完成 (Allen, 1994)，以做為該部提出其協助式養護五年實驗計畫的重要依據。研究對象為長期照護體系中接受政府補助的低收入老人。由於當時威州尚未有協助式養護費用的統計資料，所以在護理之家的部分是用威州資料，在協助式養護部分則是用奧立岡州的統計資料。研究結果顯示，假設當所有受照護者的需求都是屬於最高一級時，則預估協助式養護五年實驗計畫能夠節省二、一一五、五四〇美元的社會福利支出，其中二七五、九四〇美元是屬於州政府的社會福利支出。當假設受照護者的照護需求是屬於混合類型 (即需要照護的程度有高有低) 時，則預估此五年實驗計畫能節省八、一二一、六六七美元的社福支出。

捌、結論

協助式養護為美國近年來長期照護的最新趨勢之一。其基本概念為將住居與照護合而為一，在一「似家」的、正常化的環境中，針對個人需求而提供具有彈性之長期照護。不論在硬體環境規劃或是在照護服務上，協助式養護均是以提昇個人尊嚴和自主自決為目標。就費用而言，在美國同一地區內，協助式養護之收費低於護理之家。

協助式養護之出現代表美國長期照護多年來的一個演變的結果。機構化、醫療化、非人性化與費用之昂貴是長久以來美國長期照護所為人詬病之重大缺失。協助式養護所標示號召者，亦即是消費者、照護提供者與政府當局對這些缺失所做出的反省與反動。

根據筆者的研究(Chou, 1998)，台灣地區的長期照護已經浮現出一些類似的缺失。例如，目前，台灣地區的長期照護仍以「醫療模式」為主軸，專注於醫療的層面與生理的需求(呂寶靜等，一九九三)，而忽略了受照護者在心理及社會方面的需求，如安全感、參與感與隱私權(宋蕙安，一九九七；邱亨嘉，一九九〇；簡春安等，一九九五)。如何改正這些缺失，將是未來國內長期照護的重要議題。

協助式養護在美國的蓬勃發展，自有其社會、文化、經濟、政治等脈絡可尋，未必能適用於國情相殊之台灣社會。然而，就另一角度觀之，即使是不同的社會對於老人長期照護亦有其共同的考量，

例如，經濟效益、照護品質、與受照護者的社會心理需求之滿足等等。在國人正為二十一世紀打造長期照護體系的今天，協助式養護模式及其所標幟者，亦或有可資借鏡參考之處。

(本文作者為紐約大學博士，現任職於美國威斯康辛州政府)

註釋：

註一：臥室及起居室不需為完全隔離之兩個房間，可將一個房間以家具等隔開為兩個功能不同之區域。

註二：各類服務詳見第肆章。

註三：參考資料：Clemmer, 1995; Wilson, 1995; Bureau of Aging and Long Term Care Resources, Wisconsin, 1995; ALFAA, 1993)。

註四：筆者曾參與美國威斯康辛州「協助式養護法規」之研擬，亦曾參訪州內十餘所協助式養護設施，並已在其中三所針對費用、服務及生活品質等完成初步研究(pilot study)。

註五：從協助式養護的觀點來看，進住協助式養護之家可以避免被機構化(即進入護理之家)的危險。

註六：Medicaid原不包括對協助式養護的支付，因此欲運用Medicaid來支付低收入者使用協助式養護費用的州，必須先向聯邦政府申請Medicaid Waivers。

參考書目

中文部分：

- 內政部統計處 民國八十五年老人狀況調查報告 一九九七
- 行政院 經濟建設委員會 我國社會福利現況、問題與對策 一九九八
- 九八
- 行政院衛生署 老人長期照護三年計畫(草案) 一九九八
- 呂寶靜等 建立台北市老人養護系統之研究 台北 台北市社會局 一九九三
- 宋蕙安 老人長期照護社區化的探討 國立中正大學社會福利研究所碩士論文 一九九七
- 邱亨嘉 我國老年長期照護機構之規劃研究—設置標準與作業規範之建議 台北 行政院衛生署 一九九〇
- 吳淑瓊、梁浙西、林惠生 老人長期照護研究 行政院衛生署 一九九三
- 吳淑瓊、江東亮 台灣地區長期照護的問題與對策 中華衛誌 第十四卷 第三期 一九九五 頁二四六—二五五
- 胡幼慧 三代同堂：迷思與陷阱 台北 巨流 一九九三
- 張弘樞 無自顧能力老人療養現況與未來療養需求推估 國立中正大學社會福利研究所碩士論文 一九九六
- 劉毓秀 女性、照顧工作與國家 台北 女書店出版社 一九九三
- 賴秀芬 失能老人照顧者社區支持體系組織動員之行動研究 國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文 一九九六
- 蕭金菊 家屬長期照顧慢性病人對支持性服務需求之探究 東海大學社會工作研究所碩士論文 一九九五
- 簡春安等 台灣省已未立案養護機構評估報告 台灣省政府 社會處 一九九五
- 藍忠孚、熊惠英 台灣地區長期照護服務之現況及其問題 護理雜誌 第四十卷 第三期 一九九三 頁十五—二四
- 譚開元 現行醫療與福利相關措施重點報告 全國社會福利會議 台北 一九九八
- 英文部分
- Allen, J. B. (1994). Assisted living cost benefit analysis. Madison, Wisconsin: office of Policy & Budget, Department of Health & Social Services.
- American Association of Retired Persons. (1993). Assisted Living: Good news in aging. AARP Legislative Leaders Conference V. Washington DC: AARP.
- Assisted Living Facilities Association of America, The. (1988). An overview of the assisted living industry. Fairfax, VA: The Assisted Living Facilities Association of America.
- Assisted Living Quality Coalition, The. (1996). Assisted living quality initiative: Building a structure that promotes quality. Assisted Living Federation of America.

- Assisted Living Today. (1996). Trend Watching. Assisted Living Today. Fall, pp333-38.
- Bureau of Aging & Long-term Care Resources. (1995). Comparison of CBRF, assisted living, and nursing home facilities. Unpublished document. Madison, Wisconsin.
- Chou, R. J. (1998) Long-term care in Taiwan: Current Issues. Unpublished manuscript.
- Clemmer, E. (1995). Assisted living and its implications for long-term care. Washington DC: AARP.
- Coopers & Lybrand (1993). The state of senior housing. Washington DC: Coopers & Lybrand.
- Kand, R. A. & Wilson, K. B. (1993). Assisted living in the United states: A new paradigm for residential care for frail older persons? Washington DC: AARP.
- Klein, P. (1996). Seven factors to consider before developing an assisted living residence. Assisted Living Today. Fall, P.41.
- Ladd, R. et al. (1992). Building assisted living into public long-term care policy: A guide for states. Portland, ME: National Academy for state Health Policy.
- Mollica, R. L. (1995). Setting policy for assisted living: key issues. Portland, ME: National Academy for State Health Policy.
- Regnier, V., Hamilton, J., & Yatabe, S. (1991). Best practices in assisted living. Los Angeles, CA: National Eldercare Institute on Housing & Supportive Services.
- Regnier, V., Hamilton, J., & Yatabe, S. (1995). Assisted living for the aged and frail. New York: Columbia University Press.
- Wilson, K. B. (1993). Assisted living as a model of care delivery. In L. M. Gamroth et al. (eds.) Enhancing autonomy in Long-term Care. New York: Springer.
- Wilson, K. B. (1995). Assisted living: Reconceptualizing regulation to meet consumers' needs & preferences. Washington, DC: The Public Policy Institute. AARP.
- Wilson, K. B. et al. (1988). Community based care in an institution. Paper presented at the 41st annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America.