

# 老人社區照顧之 理論與實際

沙依仁

## 一、緒言

台灣地區老年人口在最近二十年來持續增加，從民國八十年開始，每年約增加七萬多人，至民國八十三年六十五歲以上老年人口數為一、五六二、三五六人，佔總人口之百分之七·三八。（主計處，民八十四）據筆者之研究，老年人口中有百分之六九·九七是罹患疾病者，以此推估當前老年病患必定會超過一百萬人。詳細查考台灣地區醫療設施不足，各地區醫院病床總計只有三八〇七四床（行政院衛生署，民八四），療養機構極為缺乏，全省療養機構六所、台北市四所、高雄市一所，總計十一所，收容一、二九四人，住在扶養機構的療養老人六三一人，總計收容療養老人一、九二五人。在扶養機構及社區安養堂安養的老人合計有七、九二四人。居住在扶養機構老人的總數九、八四九人（內政部社會司，民八十三）。由此可知政府及民間對老人的照顧，真是杯水車薪，緩不濟急。大多數的臥病老人既不能長期住醫院，又不能入住療養機構，

只可在家養病。目前的家庭結構，核心家庭已超過三代同堂家庭，子媳忙於事業、孫兒輩尚在求學，缺乏照顧人手。請全天候的照顧者每月將花費六、七萬元，不是一般家庭所能負擔的，在家人照顧者中大多數是女性，尤其以配偶最多，媳婦及女兒次之。這些照顧者長期勞累成疾，甚至有被照顧者尚存在，而照顧者已先死亡的情形。（楊珮琪，民八十四）鑒於上述各種情況，當前老人問題中最嚴重者就是老年長期病患之療養及照顧問題，而且這問題若不設法從速解決，將來老年病患隨著人口增多，問題愈來愈嚴重。

老人罹患長期疾病或行動不便，實為許多問題的根源，醫療及照顧費用昂貴形成經濟困難、家庭生活品質降低，家人關係轉壞。俗話說「久病無孝子」，照顧者倘若過勞成疾，可能會對老人虐待或疏忽。所以當前欲緩和或減輕老人問題必須將老年長期病患的照顧問題，予以疏導，使在危機中的家庭獲得支持，才不致於引發其他相關的老人問題。

如何紓解老年長期病患的照顧問題？歐美許多國家都採取老人社區照顧（Community Care for the Aged）的方法。我國的老人福利服務，大多數都是為健康老人所設置的。為長期患病、行動不便或殘障老人所設的照顧性的服務極少，不能使危機中的個人及家庭獲得足夠的支持能脫離困境，今後宜從速推展老人社區照顧，以增加長期患病老人的福祉。

## 二、老人社區照顧的意義及發展過程

老人社區照顧的意義在社會福利體系及醫療體系作不同的詮釋：

(一)在社會福利體系中，老人社區照顧的意義是為長期患病、機能障礙或行動不便的老人，提供廣泛性和綜合性的基本維生與援助服務，其目的包括：1.增進老人福祉及獨立生活的能力。2.改善老年案主及其照顧者的生活品質。3.減少不適當的長期性的機構照顧。

(二)在醫療體系中對老人照顧的詮釋是：社區中有醫療機構的設置如醫院、精神病院、療養院等，也有其他以社區為基礎的照顧項目，兩者必須配合，才能使老人獲得最佳的照顧。老年病患可依其情況選擇醫院或療養院等機構式的照顧或留在社區中（包括居家養病）接受其他支持性的服務項目。（蕭蔚，民八一）

關於老人照顧的發展歷程，在二十世紀中葉至一九六〇年代，美國大量設置護理之家（Nursing Home），這是一種老人長期病患的療養機構，工作人員缺乏專業技術，醫療設備並不充足，服務品質較差者佔多數。美國的家庭結構以核心家庭佔大多數，子媳或女兒女婿缺乏照顧老年尊親的意願及時間，當老人罹病、喪失獨立生活的能力，或長期臥病，往往被送入護理之家，由於得不到良好的照顧，所以死亡率特別高，大多數老人在半年至兩年內都會死亡。美國政府對老人健康保險的項目，是以醫療保險（Medicare）的收入補助護理之家，但是護理之家有許多是以營利為目的，其服務病患

的態度及品質發生許多的流弊，包括下列事項：1.篩選病患，拒收嚴重病患需要耗費大量人力予以服務的病患。2.工作人員服務態度欠佳，曾經發生虐待老人的案件。3.有些以營利為目的的護理之家，工作人員有貪污違法的行為被移送法辦。（Williamson, Shindul and Evans, 1985）

由於護理之家服務品質欠佳，對入住老人病患造成傷害，所以美國尼克森總統在一九七一年第二次白宮老人會議時曾經指出：「讓老人回到社區，回到自己的家。」此後美國增設了許多支持性的社區服務項目諸如老人日托、家事管理員服務、膳食服務、輪椅上餵食、給予照顧者暫休服務（respite care）、老人寄養服務等項目。最近的發展，老人居家療養人數比住醫療設施及護理之家的老人要多，比例大致為三比一（Teehick, 1985），由於老年人口數的激增，一九九〇年已佔總人口之百分之十三，預估在二〇三〇年會佔總人口之百分之十八。聯邦政府在一九八二年將醫療保險（Medicare）收入以及醫療救助（Medicaid）預算撥出四八〇億元用在醫院照顧費用，比以前增加了百分之十二，但是撥補護理之家的費用增加更多，佔百分之十七，這是由於通貨膨脹、老年病患激增、以及提昇服務品質等因素，所以護理之家的費用漲得更多。政府已無負擔，不得不逐年減少對護理之家之補助，在一九八三年已減少百分之四。護理之家對於收容的條件加上一些限制，以減少不適當的收容人數。在這種情況下，社區照顧項目更加發展，許多老年病患留在家庭中養病，政府雖減少支出，但是家庭的負擔卻加重了。於是

政府又必須設法以減少稅負，增加對病患家庭支持性的服務，或者直接撥款補助照顧老人長期病患的家庭，雖然政策方面鼓勵老人留在家中，接受社區服務，然而實施方面仍然有許多困難，由於家戶平均人口減少，婦女就業人數增加，很少有空閒的家屬能照顧一位衰弱、長期患病的老人。即使老人都不願意入住護理之家，都希望留在家中接受配偶及子女的照顧，但是長年全天候的照顧，使照顧者身心俱疲，致老人虐待案件激增。據學者們的研究，在所有老人虐待案件中，百分之九十是照顧者對老人施虐。(Williamson et al. 1985, et al. 1985)。由於照顧者的緊張及困難，因此在一九八一年白宮老人會議上曾通過一項議案，關於聯邦及州政府應為照顧嚴重病患及長期病患的家庭設置暫時休假項目(respite program)。

至於英國在一九六〇年代已設置許多老人社區照顧項目，其導因是由於醫院的病床不足，與美國的導因由於護理之家服務欠佳，以及為節省經費著想，是不同的。

在澳洲，老人社區照顧是該國的一項重點政策。在一九八四年年底，聯邦社區服務部成立，並在一九八五年正式引進住家與社區照顧計畫(The Home and Community Care Program)。這計畫是根據該年所頒布的住宅及社區照顧法案所制定的。於一九八六年實施，其內涵是為體弱老人、殘障青少年及其照顧者提供廣泛性及綜合性的基本維生及援助服務，其目的在於：(1)增進服務者的福祉及獨立。(2)改善案主及照顧者的生活品質。(3)避免不適當的安置於機構接受長期照顧。在未實施社區照顧計畫時，澳洲政府對於老人

機構照顧提供了許多經濟援助，但是對於居家老人所提供的服務卻甚少。從一九七〇年代至一九八〇年代，聯邦政府用在老人住家服務的支出若為一元，而用在養老院與療養院的費用約為十元。然而居家老人卻比住機構或住院老人約多出近十五倍。針對這種不均衡，政府決定減少老人機構照顧與社區照顧間的失衡關係，是採取減少或穩定老人機構收容額與擴大社區服務範圍和種類來達成目標，並且逐年增加社區照顧經費。

在香港，老人社區照顧的理念早已存在，至一九七三年計畫實施社區照顧，經過兩年的籌備，終於順利實施社區照顧。香港的居民百分之九十八都是華人，所以還存有傳統敬老的觀念，由於都市化及工業化導致急劇的社會變遷，儒家思想不像三四十年前那樣盛行。但是它也不會完全洋化，在一九六〇年代中期，老年人在家庭中仍然受到尊敬，在一九六五年香港政府在制訂社會福利服務首次的政策報告曾宣布：「親生家庭擔負起照顧老人及病弱者的道德責任。」那時老年人口佔總人口之百分之五·七，大多數老人都在家庭內接受奉養。一九六〇年代至一九七〇年代老年人口激增，至一九七一年已佔總人口之百分之七·四，那時的家庭結構已是核心家庭佔多數，雖然政府尚未設置許多社會服務項目，但是使用民間所設的服務項目最多的都是老人。在一九七一年四月，香港政府頒訂了對低收入者及家庭的現金公共救助政策，合格接受救助者半數以上均係老人。

鑒於上述急劇的變遷，使老人缺乏適當的照顧增加其困境，政

府在一九七二年組成一工作小組調查老人的需要，以便提出適當的建議，應設立那些社會服務項目。工作小組在一九七三年提出報告建議設立多種社會服務項目，以迎合老人的特殊需求。簡言之，他們所推薦的方法最主要的原則就是實施社區照顧，並且表示提供各種服務使老人留在社區內愈久愈好，不必送往安養機構，成年子媳或女兒女婿有責任奉養其老年尊親，如有困難可及時尋求社區照顧的服務項目，以便支持他們度過艱困。(Chow, 1986)

在我國，社區照顧老年病患的服務項目並不彰顯，大多數服務項目都是為一般老人而設的，如老人福利服務中心的各類服務項目，長青學苑及老人社會大學的課程等，為病弱老人所設的項目不僅不普遍（僅在大都市有），而且數量嚴重不足（多數有此需求的老人爭取不到這些服務），例如老人居家照顧及日托服務。

### 三、老人社區照顧的服務範圍及種類

#### (一) 範圍

老人社區照顧是針對居住在家中老年病患，社區設置多種支持性的服務項目使這些老人能：1. 恢復失去的功能。2. 維持全部或部分獨立生活的能力。3. 延續病患的生命並減輕家庭及照顧者之負擔。社區照顧也包括在社區內設置有服務項目的老人住宅，提供正在逐漸衰退中的老人居住，以支持其繼續生活在社區中，避免不當的提前安置於療養機構。綜上所述，老人社區照顧的範圍包括居家照顧及社區照顧。

#### (二) 種類

社區照顧所提供的服務種類極為繁多，歸納起來可分為：

##### 1. 在宅服務及居家護理 服務的項目包括：

(1) 家事管理員服務 (Home maker's services)：協助老年病患清掃、洗衣、烹調等家務，這是針對有迫切需要而無家人協助的家庭，才合資格申請這類服務諸如獨居老人或老夫妻與子女分居的家庭，全部或部分喪失獨立生活的能力，或罹患疾病無法擔當家務者。

(2) 介護人服務：罹患嚴重疾病或長期疾病老人，行動不便或長期臥床，必須有人照顧其日常生活，諸如餵食、梳頭、洗澡、穿脫衣服、陪同進醫院看門診，住院時之照顧、提醒服藥、處理便溺、以及具備護理知識及技術例如量體溫、量血壓、急救、腦溢血當時的處置、復健訓練等。

(3) 膳食服務：在美國對於老年病患不能自己烹調或購買食物，社區服務項目中就增設膳食服務項目，對於獨居病殘老人不僅食物送到家，甚至可以在輪椅上餵食，準備膳食有一個規模極大的中央廚房，可以分送幾個大城市，除廚師外，還有營養師、行政人員、及負責運送人員。各病患所準備之食物係根據其病情，由營養師開菜單請廚師準備的，倘若病患已痊癒，就不能享用此項服務，所以行政人員就必須定期查核受服務者之病歷，瞭解現況而作篩選。

2. 社區服務項目 社區對於在本區內正在逐漸喪失獨立生活能力的家庭可提供下列服務：

(1)交通及購物服務：在國外，老年人已無駕駛的能力，公共交通工具又極少，因此必須設置定期性的交通服務。在購物服務方面，有些國家商店不多，尤其在住宅區幾乎毫無超市及其他商店之設置。所以定期性的交通服務的路線可依照老人的需求而妥善規畫。例如可以到百貨公司、大型超市、亦可到圖書館、博物館、老人中心、或公園等地、對於極度衰弱老人，服務人員或志願工作人員可陪同購物。

(2)辦事服務：對於極度衰退老人已毫無辦事能力，工作人員可代辦繳付稅款、水電、瓦斯、電話等費用，或聲請救助，以及寫信等。

### 3. 為照顧者及家庭代勞的項目包括：

(1)老人日托服務 老人心智或獨立生活衰退，家人日間上班上學，留他一人在家容易發生意外，因此送往日間托顧中心，上班前送去，下班後接回。

(2)老人寄養服務 老人被家屬虐待，或家人因病、因故不能照顧老人，只可送往寄養家庭接受照顧。

(3)暫休照顧 (respite care) 照顧者長期辛勞可能致病，所以社區應招募一批志願工作人員，或社區社會工作人員定期給照顧者休假數小時或半天，由社工人員或志工人員代為照顧老年病患。

### 4. 其他服務：

- (1)老人住宅改設無障礙環境 申請政府補助部分款項。
- (2)老人公寓 在美國各地都建有老人公寓，通常為健康老人所

設的公寓都有許多休閒娛樂項目，醫療設施、救護車，住戶們會感到既安全又舒適，到老人年齡增加，行動不便，就遷入設在鄰近的養護所接受長期照顧。

(3)復健及各項訓練 老人住在家庭接受各項社區支持性的服務，使他能繼續留在社區，其中有些項目不可缺少，但是常被一般人忽視的一項服務為復健及各項訓練，如體能訓練、感覺訓練、呼吸訓練、人際關係訓練。已失去的獨立生活能力逐漸訓練他恢復一部分，加上家庭無障礙環境的設置，即使是獨居老人，仍然能擔當家務。

(4)文康設施及休閒娛樂 行動不便或患病老人，不可能常參與為一般老人所設的教育項目或老人中心的休閒娛樂項目，只可在社區內設置小型的活動場所，有圖書、報紙、錄影帶及健身、娛樂器材。

## 四、老人社區照顧的理論

為何世界許多國家紛紛採取社區照顧的方法以代替機構照顧？究竟社區照顧有那些優點？應該先從理論層面予以探討。

### (一)對老人而言

1. 環境論 老人性格保守、刻板，對於長期居留的社區環境有特別親近留戀的感覺，他們安土重遷，對於適應新環境的能力極差，所以一般居住在機構的老人，離開他所居住的社區環境，會有



一段漫長的時間不能適應。影響老人的社區環境包括：(1)物質環境，例如老人所住的房屋、街道、環境衛生、商店等，樣樣都影響他的生活。(2)社會環境，例如鄰里之間的關係，彼此有無能力作良好的互動？能否做到守望相助？對老年期困境的緩和有很大的助益。(Wiseman, 1981)

2. 家人關係及感情論 老人都期望與家人維持良好並和諧的關係。這方面能取得成功，老人們就有很大的機會接受家人的照顧及支持。親子關係愈佳，成年子女愈願意送錢給父母使用，即使父母們經濟不拮据。(Chow, 1986)筆者發現，機構老人無論是身心、狀況、情緒穩定、家人關係均比居家老人差，是由於機構缺乏親情所致。(沙依仁，民七六)

### (一)對社會而言

1. 平衡理論 例如澳洲對於家庭所提供的補助，只佔對機構補助之十分之一。為平衡居家老人及機構老人的需求，必須設立社區照顧項目，支持遭遇困難的家庭。

2. 節省經費及人力論 二十一世紀多數國家老年人口激增，國民平均壽命會逐漸超過八十歲。人口開始負成長，應該減少機構照顧，改變為社區照顧，以服務項目支持家庭照顧老年病患。

3. 老年社會環境理論 (Socioenvironment Theory of Aging) 這理論是由甘勃林 (Gubrium, 1972) 所創設，其內涵包括：(1)個人本質，指健康、經濟能力及社會支持影響行為的彈性。(2)社會內涵，指明確的社會規範導致社會的同質性，其餘如住處的接近，當地的

保護老人措施等。倘若個人的本質及社會內涵俱佳，會使個人有較高的士氣及美滿的生活。個人本質中所包含的社會支持，並不專指社區居民、或社會福利服務對老人的協助，老人的配偶及家人的幫助亦包括在內。至於個人的本質及行為如何適應各種不同的社會環境？凡是老人身體健康、經濟能力佳就有足夠的潛能對抗許多問題，不需要多種支持性的社會服務，如此社會福利的負擔就會減輕。反之，倘若老人身體不健康，經濟困窘、適應環境的能力就差。

4. 社會重建徵候理論 (Social Reconstruction Theory) 古泊斯及本斯東 (Kuypers and Bengston, 1973) 認為老人的環境及其自我概念間的消極互動，形成社會上許多的老人問題，必須要打破這種不良標籤的惡性循環，因此就創造出社會重建徵候理論。這理論主要包括三項建議：

(1) 社會必須解除為老人所訂定的不切實際的標準和期望。

(2) 社會應提供老人所需要的服務，諸如交通運輸、醫療照顧、房屋、家事管理服務、提供保健運動設施、及教育課程等服務項目。

(3) 尋求更具創造力的方式，使老人能自理其生活。對於病殘或喪失獨立生活能力的老人，社會應提供良好的復健項目，使其能全部或部分獨立生活，即使是被送入護理之家的患病或行動不便老人，也能團結起來組成委員會，為他們的日常生活訂定決策，不必受護理之家的工作人員所控制。

## 五、老人社區照顧的實際

老人社區照顧在美國及英國已實施了二十年以上，在澳洲及香港也已實施了十多年，其成效究竟如何？是否可取代養護機構的照顧？筆者查閱許多文獻發現，老人社區照顧不能完全取代機構照顧，因為老衰的過程是漸進的，愈長壽的人最後有一段時間成為行動不便或長期臥病後進入養護機構的可能性愈高。社區照顧實施之後所遭遇的困難包括下列：

(一)由於老年病患的增加，社區支持性的服務項目的增加速度趕不上人口的增加。換言之，服務仍嫌不足，不是所有需要服務的家庭都能取得該項服務。(Chow, 1986)

(二)原先以為實施社區照顧會比機構照顧節省國家的經費，但是當社區為因應老人的需要，一再擴增服務時，所需要的經費一再增多，從一九六八年至一九八三年醫療保險的經費用於居家照顧增加一倍以上。(從六億增至十三億美元)。(Williamson, Shindul, and Evans, 1985)

(三)工業化國家在實施居家照顧時所面臨的問題包括：1. 經費的短絀與不穩定。2. 服務項目不足或過多的二種極端。3. 形成老人過於依賴其家庭或政府。4. 缺乏對問題的研究草率訂定政策，造成不適當或矛盾的規定與政策。(Reif, 1985)

老人社區照顧成功的實例也很多。社區提供老人居住及娛樂設

施，很著名的例子是座落在美國佛羅里達州，Tampa 南方的一個退休村，太陽市中心(Sun City Center)。該地區綠草如茵，景觀極佳，建了許多別墅型的房屋，街道及小巷一塵不染、交通井然有序，大多數居民都參加休閒娛樂有各式球類、賓果、橋牌、手工藝、集郵、園藝、吟詩等，村內有醫療救護設施、及三輛救護車。當老人年事逐漸增加，罹患長期疾病或行動不便，無法獨立生活，就遷居隔鄰的社區照顧中心，設置一五二棟公寓及六十床位的護理之家。老年老人健康減退，住在舒適別墅裏成爲一種負擔，導致緊張的情緒，所以只可遷居社區照顧項目，接受支持性的服務以延長其生命。(Perlmutter, 1985)

至於老人社區照顧另一個著名的實例是安樂社區老人養護組織(On Lok's CCODA)於一九七一年創設在舊金山中國城為服務該地區及北濱及波克、古奇(Polk Guich)的殘弱及患病老人，年齡在五十五歲及以上，並且符合接受二十四小時的專業護理及醫療照顧之資格者，提供以社區為基礎的門診及在宅服務、急診的住院治療，療養院的照顧以及住屋協助。在工作成效方面：成員接受更多、範圍更廣的專業健康照顧，使用急診設施及停留在專業護理機構的天數較少。在成本方面，無論是成員自己的付費以及公共部門用在該照顧計畫的總成本均較低，由此觀之該項計畫成效甚佳。(陳素卿，李孟芬，民八二)

## 六、我國實施的建議

我國迄目前為止並未正式實施社區照顧，在政府所舉辦的社會福利服務方面雖然有在宅服務、老人日托、老人健康檢查等項目，但是數量或次數極少，大多數有此需求的老人沒有獲得這些服務。詳細評估未來老年病患大量增多、照顧者卻因婦女就業增加、生育率的減低等，以致日漸不足，老人療養機構之增設不易等因素，實施社區照顧是一種切實可行的方法，以支持病弱老人及其家庭度過艱困，達到老人繼續生活在家庭中的目的。

至於如何實施？筆者提出下列原則性的建議：

(一) 社區照顧的服務項目以推廣在宅服務、老人日托、增設對照顧者的諮詢，暫休照顧 (respite care) 以及其他服務為主。至於醫療方面，我國已實施全民健保，全體國民都享有此項福利，只須對低收入戶的老人生活照顧方面繼續予以支持。至於其他服務以購物、辦事，協助獨居老人送醫、問安電話較為需要。

(二) 地方或社區設置老人照顧服務項目以民間設置，接受服務者自付費用，低收入老人之費用部分或全部，由政府撥補及民間捐款集合而成的基金會予以支付。

(三) 各地區病弱老人所需要的服務各項目不盡相同，必須先舉行老人意見調查，再決定應行設置的項目及服務數量。

(四) 為避免不適當的將老人安置於養護機構應先舉行祁民日常生活能力 (Katz's Activities of Daily Living) 測驗簡稱 ADL。這些能力包括：進食、穿衣、洗澡、如廁、起立坐臥、控制便溺、行走、修指甲。以及測驗工具性的日常生活能力 (Instrumental Activ-

ities of Daily Living)，簡稱 IADL，包括做飯、洗衣、打掃、戶外交通、寫讀、理財、打電話、按時吃藥等。這些能力倘若部分喪失，獲得足夠的支持仍然能獨立生活則不必安置於養護機構，倘若獨立生活能力嚴重喪失，或者缺乏照顧服務，只可安置在機構中。當然此事亦不可強制，應視老人及家屬的意願而定。倘若老人已長期臥病，但是配偶或子媳願意照顧，則應尊重其意願，使老病患繼續生活在家庭中。(鍾倫納，民八二)

(五) 工作人員及照顧者之訓練，在宅服務、日托的工作人員及介護人，以及老病患的家屬擔當照顧者，均應接受訓練，使其具備專業知識及技巧，方可提昇服務品質。

(六) 社區老人社區照顧的工作目標不僅是在延續患病老人的生命，而且朝向其能恢復部分失去的功能。在日本住養護機構的老人有些經過良好的復健訓練，恢復獨立生活的能力，終於能回到自己的家中。在我國幾乎毫無這種實例，長期患病老人通常是日趨衰退，不久就死亡。為達到此目標，社區必須設置合格的復健設備，供居家養病老人使用。

(七) 大量招募志願工作人員，實施社區照顧需要大量的工作人員，最好能招募退休人員及家庭主婦擔當志願工作人員，以節省國家的勞動力，並消滅退休人員過分空閒的煩惱。

(八) 鼓勵成年子女照顧老年患病父母，使家庭擔負起照顧老人的責任，以減輕政府負擔。對於遺棄或虐待老年尊親的子女應予嚴懲，擔負起照顧責任的子女應予以賦稅減少，及表揚的獎勵。



(本文作者現任台灣大學社會系教授)

## 參考書目

- 中華民國統計年鑑 行政院主計處 民國八十四年 內政部社會司  
我國老人福利工作執行概況 社區發展季刊第六十七期 民國八十二年  
沙依仁 台灣地區老人身心狀況及需求之研究 五南圖書出版公司 民國七十六年  
李孟芬 綜合性的長期醫療照護模式——以美國安樂居為例 老人養護論叢 台灣省立彰化老人養護中心 民國八十二年  
陳素卿譯 安樂社區成人養護組織 老人養護論叢 同上  
楊珮琪 老人失智症病患家屬壓力、需求探討 老人失智症學術研討會論文集 民國八十四年四月二十一日、二十二日 六四—八四頁  
衛生統計 行政院衛生署 民國八十四年九月  
蕭蔚 社區中老人的理想醫療及服務網絡 社區發展季刊第五十七期 民國八十一年  
鍾倫納 老人社區照顧需要的量度 社區發展季刊第五十五期 民國八十年  
Chow, W.S.Nelson, Community Support for the Elderly-Factors Influencing the contribution of the Family, Proceedings of the International Conference on Social Service and Aging  
Policies, National Association of Volunteers, Taiwan, ROC,  
The International Exchange Center on Gerontology, Univ. of South Florida, N.Y.U.S.A. May15-17, 1986.  
Gubrium, J.F., Toward A Socioenvironmental Theory of Aging, Gerontologist, 1972.  
Kuypers J. and V. Benston, Competence and Social Breakdown, A Social Psychological View of Aging, Human Development 16(2) 37-49, 1973.  
Perlmuter, Marion, Adult Development and Aging, John Wiley and Sons Inc., 1985.  
Reif, Laura, Long-term Care: Some Lessons from Cross-national Comparisons, in Laura Reif (ed.), International Perspectives on Long-Term Care, N.Y.: Haworth Press, 1985.  
Tedrick, Ted, Aging, Issues and Policy for The 1980's N.Y. 1985.  
Williamson, John B., Shindul, Judith A. and Evans, Linda, Aging and Public Policy, Social Control or Social Justice? Ill., Charles C. Thomas Publisher, 1985.  
Wiseman, Robert F., Community Environments for the Elderly, Berghorn, Forrest J. and Schafer, Donna E., and Associates, The Dynamics of Aging, N.Y. Westview Press, 1981.