

從「建構長期照護體系先導計畫」之執行看 我國社區式長期照護體系之建構

吳淑瓊

爲因應人口快速老化帶來大量長期照護需求，行政院於 2000 年核定「建構長期照護體系先導計畫」（以下簡稱先導計畫），責成內政部和衛生署主辦，爲借重學術界的力量，又委託臺灣大學承辦。先導計畫旨在研提建構我國長期照護體系之策略藍圖，引導未來體系之發展與建構。

先導計畫有鑑於世界各國長期照護體系追求「在地老化」之國際趨勢（吳淑瓊、莊坤洋，2001；吳淑瓊等，2001、2002），我國國民對居家或社區照顧方式的嚮往（Wu and Chu, 1996；吳淑瓊、賴惠玲、江東亮，1994），以及我國社區照顧資源的嚴重欠缺（吳淑瓊、陳正芬，2000），乃以發展社區式長期照護體系爲目標，規劃體系之建構策略，並選擇「嘉義市」和「臺北縣三峽鎮與鶯歌鎮」兩地，分別代表城鄉兩個社區，進行社區長期照護體系建構之實驗工作，希望在實驗社區中，建置社區服務網絡，協助與強化家庭的照顧功能，盡量延長身心功能障礙者留住家裡的時間，提升他們自主與自尊的生活品質。

先導計畫已於 2000/11~2003/9 間執行完畢，並已提出長期照護體系建構之政策建言（吳淑瓊等，2003）。該計畫的執行經驗，除可提供我國長期照護體系建構之

參考外，由於其在執行期間組織我國跨領域學者專家，包括：衛生政策、社工、醫師、護理、物理治療、職能治療、營養、財經、建築等，共同策劃；並動員社會福利和醫療衛生相關民間團體，進行社區介入，共同爲實現我國社區式長期照護體系而努力，可說是我國歷年來動員最廣，投入最深的一個社區照顧計畫，讓社區照顧的理想，不再只是停留在理論概念的階段，而是進展到社區實做，其所獲得的實證經驗，對我國未來社區發展彌足珍貴。本文簡要陳述該計畫在實驗社區建構照護體系之策略內容與執行結果，並提出其對我國社區式長期照護體系建構之啓示。

先導計畫社區長期照護 體系建構策略

爲求體系之完整和效能，先導計畫參考吳淑瓊和江東亮（吳淑瓊、江東亮，1995）提出之長期照護模式架構，從資源發展、經濟支持、組織管理、與服務提供等四大面向規劃體系建構策略，以下分述各面向之規劃理念與策略：

一、資源發展

爲迎合居家身心功能障礙者和他們家

庭照顧者的多樣化照顧需求，先導計畫規劃多元化社區照顧資源的發展，共投入照顧住宅、失智症日間照護中心、家庭托顧、居家復健、居家護理、居家服務、喘息服務、緊急救援通報、和居家無障礙環境改善等九類服務模式的發展。前四項為新型服務模式，首度引進我國；後五項雖在我國推行多年，但是其服務量一直無法擴大。這些服務模式是先進國家過去數十年中，以民眾需求為導向，逐漸發展出來的社區照顧模式（OECD，1996），先導計畫將其全數納入測試，可見對尋求我國適合社區服務模式的強烈企圖。

人力資源是社區照顧運轉的必要推手，因此先導計畫設計三類人力資源的發展，包含照顧服務員（原名居家服務員）、專業服務人員、和管理層級之人力。照顧服務員以培訓在地人力為原則，希望落實在地人就近照顧的理念；專業服務人力的培訓重在補充現有相關專業人員（如護理、職治、物治、社工等）之社區服務技能；管理人力方面，則在培育照顧管理人力，以整合社區多元資源，協助民眾獲得適切服務。

不論人力或服務模式的發展，均需依賴民間的投入，才能蓬勃發展。但是過去數十年來，雖然社區照顧在我國一再受到推崇，但是民間卻一直裹足不前。因此，先導計畫乃強力營造有利社區發展的四大誘因：(一)鬆綁法令——給予新型服務模式發展的彈性空間；(二)技術輔導——召集專家製作服務營運手冊，給予諮詢，提供發展服務所需知識與技術；(三)經費補助——提供新型服務開辦費，包含：設施設備、修繕、和一位專任人力之補助，人力補助是希望修正過去社區照顧不補助人力的缺失；(四)提升民眾購買社區服務能力——補助民眾接受社區服務，籌集社區服務營運

所需之基礎財源等。

二、服務提供

先導計畫的服務提供策略也以達到「在地老化」為目標，因此採「社區優先」和「普及服務」的理念，不論民眾的社經狀況，希望每一位照顧需求者會先尋求社區服務協助，只有在社區無法照顧的情形下，才住進機構。但是多年來，我國社區服務的提供對象一直侷限在低收入或中低收入老人，一般民眾在欠缺社區照顧下，習慣使用機構服務或僱用外籍監護工（吳淑瓊、莊坤洋、陳亮汝，2004），因此先導計畫乃設計服務補助策略，只補助民眾接受社區服務，不補助機構服務，希望製造使用社區服務的經濟誘因，讓民眾在經濟考量下，優先選用社區服務，幫助「在地老化」的落實。

又從國外經驗觀之，服務零散與效率不彰是各國社區服務輸送的通病，因此本計畫規劃社區中心的運作，在中心配置照顧經理（care manager）執掌多元資源的整合，以提升服務成效。照顧經理結合多元服務模式與跨專業服務人力，建立社區服務網絡，並接通和醫院之出院準備服務間的聯繫管道，提供民眾一個無縫隙的連續照顧環境。

三、經濟支持

經濟支持是社區照顧能否運轉的重要關鍵，先導計畫並未對財務制度做明確的規劃，但在我國首度收集實證資料，估算社區長期照護服務體系之照顧成本，以供我國規劃財務採行制度之參考。為此，先導計畫乃先行設計社區服務給付辦法，再行實驗觀察民眾在此辦法下之服務使用行為，進而估算其所需花費之成本。

在政府財務負擔能力考量下，先導計畫十分保守的設計服務的給付範圍。在長

期照護對象的醫療保健、個人照顧、和住宿伙食等三大需求中，因為醫療保健可由全民健保負擔；住宿伙食並非長期照護個案的特別需求，是每一位國民的需求，可由國民年金支應；因此，先導計畫長期照護財務規劃，只負擔個人照顧的部分。

在需求者導向的指導原則下，先導計畫依照個案依賴程度設計照顧服務的給付額度，依賴程度越嚴重給付越多，不因其住機構與否而有所差異。此一制度可望引導民眾「優先使用社區」，因為採用居家模式的個案，不必自付機構的住宿和伙食費用，如此一來，即可增進留住家庭之機會。而在醫療保健方面，加強急性後期照護之給付，增加居家復健並擴大目前居家照護之給付，以增進社區居家個案獲得後續照顧。

先導計畫並設計部分負擔制度，除低收入個案外，使用者必須負擔部分照顧成本，藉以培養民眾使用者付費的理念，並可因此而不過度使用服務，希能因此而避免濫用，達到成本控制之效。

四、組織管理

為終結數十年來多頭馬車的行政缺失，統籌整合跨領域資源建制有效管理行政基礎，先導計畫不論在中央或地方，均規劃整合行政機制的建立。

在中央，於行政院社會福利推動委員會下成立長期照護專案小組，邀集跨部會（包含：行政院、內政部、衛生署、經建會、主計處）行政主管、實驗社區所在地方政府首長、和學者專家參與，共同決策與推動跨部會整合業務；在地方，於實驗社區所在地之地方政府成立實驗社區推動委員會，包含地方政府相關局處主管、當地民間相關代表、和行政院長期照護專案小組中之學者代表，整合跨局處力量，推

動實驗社區長期照護系統的建構工作。透過此臨時任務編組模式，希望統籌運用衛生署與內政部提撥之補助經費，達到事權統一，目標一致的行政整合效果。

在管理行政基礎的建制方面，為求有限資源花在最需照顧人口身上，並希望在發展服務的過程中，同時建立服務品質和成本監測機制，乃採「管理式照顧」理念，在實驗社區中建立社區中心，主掌照顧管理制度的推動，中心內配置照顧經理（care managers），擔任單一窗口收案的任務，讓民眾只要和經理接洽，就能在經理的協助下獲得全套服務，包含需求評估、補助額度核定、照顧計畫製作、多元服務連結與監測等。

為能組織全國學者專家共襄盛舉，臺灣大學在計畫進行中，在各規劃議題下，邀請參與之跨領域學者專家不計其數，希望奠定先進體系之發展基礎。又為能以學術支援實務之發展，在社區照顧體系發展過程中，並同步進行相關研究，幫助掌控與分析相關訊息，俾利體系推動改進之參考。

實驗社區執行結果摘要

在二年的社區實驗期間，在上述體系建構策略之引導下，主要完成下列成果：

一、在實驗社區建立一個真正可以統籌跨領域資源的行政管理中心，推動社區長期照護網絡的建構與運轉，協助民眾獲得近便的服務。

社區中心在中央和地方的衛政與社政主管共同規劃下成立，因此具有確切統籌雙方的行政、經費、和服務計畫的功能。在此組織架構下，其能彙整社區中各項跨領域資源，做最有效之利用，協助民眾獲得配套服務。每社區中心配置 5 位照顧經

理，具有護理或社工專業資格，他們在本計畫專業指導團隊的訓練與輔導下，在社區中發揮他們照顧管理之專業角色。

社區中心的行政業務獲得縣市政府社區推動委員會的指導與支持，社會局和衛生局承辦長期照護業務人員的參與，以及照顧經理的主動積極推動，因而得以順利推展，能提供消費民眾單一求助的窗口，在兩個社區中，民眾與中心接洽後，就好像走入長期照護的旗艦店一樣，即可獲得所有相關資訊與服務。

二、招募民間團體在社區中建置九類服務模式，創造社區照顧網絡之雛型

在第一年的實驗社區介入時間內，九類服務全數由民間團體承接開辦，大致建置完竣多元化的社區長期照護網絡之雛型，可說是我國歷年來，民間對社區投注最多服務的實例。承辦之民間團體來自衛生和社會福利界，落實跨領域共榮發展之構想。

對四類新型服務之發展，政府在每一社區約投注八百萬元左右的新型服務開辦補助費，四類新型服務模式即開辦運轉。由於專業人力對社區照顧的必要性，因此先導計畫一反過去社區補助款不能僱用人力的限制，特許每一承辦單位聘用一名專業人力，推動新型服務模式之開發。四類服務中，居家復健因只需培訓專業人員居家的服務技能，因此服務發展最快。照顧住宅因需覓得閒置且全為套房格局之建物，又需負起居住和照顧全責，最為困難，但其在嘉義發展快速，開幕半年內，籌設之 20 個床位即告用罄。失智症日間照顧中心，雖具獨特照顧功能，提供就養者滿意之服務，但其收案數量一直十分有限，還有待進一步發展解決。家庭托顧也在嘉義

市逐漸成長中，供需雙方均有不錯之風評，但如何增長數量，仍需更長的測試期。

而原有的五類服務模式，也因補助民眾購買服務的措施，並有照顧經理的宣導與推廣，服務量均大幅成長。

三、實施照顧管理制度，落實社區中管理式照顧模式的推動。

先導計畫召集跨領域專家完成整套照顧管理制度操作辦法，包含：照顧經理培訓內容、全套照顧管理的作業流程（從篩選、評估、收案、核定補助額度、擬定照顧計畫、服務連結、服務監測、定期覆評、和緊急意外處理等）、作業所需表單、服務個案統計分析、和服務提供者聯繫管理等（行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組，2003）。

在跨領域專家群的輔導和督促下，照顧經理在社區中密集進行宣導與溝通，以增進民眾對新型社區照顧網絡的瞭解與接受；根據社區介入前在社區中個案篩選調查資料，主動進行個案的家庭訪視與評估；參與社區招標工作，引進民間服務提供者開發各類社區照顧資源；主導轄區服務提供者協調會報，建立服務提供者溝通與協調的正式管道等。由此可見，照顧經理在照顧管理制度的落實上，具有舉足輕重的角色。

四、服務一千多位居家功能障礙個案，協助他們留住社區。

從 92 年 1 月到 92 年 9 月略多於一年半的社區服務提供期間，兩個社區的照顧經理總共接觸 4,344 位個案，替其中 1,913 位需要照顧者擬定照顧計畫，其中接受照顧經理安排而使用社區服務者 1,026 位。不接受服務的最主要原因有二，一為不願意支付自付費用，二為自認沒有接受服務的必要。

表一 實驗介入前後社區各項服務模式服務人數比較

		嘉義市實驗社區		臺北縣三鶯實驗社區	
		介入前	介入後	介入前	介入後
居家服務		59	305	1	275
居家復健		×	120	×	80
居家照護（健保擴大給付部分）		×	62	×	13
居家無障礙環境改善		×	113	×	20
緊急救援通報服務		42	132	6	77
喘息服務	居家式	×	58	×	203
	機構式	20	69	×	20
照顧住宅		×	20 左右	×	×
失智症日間照顧中心		×	已開辦	×	已開辦
家庭托顧服務		×	已開辦	×	×

×：表示沒有提供該服務模式

表一為兩實驗社區介入前後各項服務模式服務人數之比較，在社區介入後，每一社區加開七、八類服務模式，落實服務多元化的理念；就是原來已有的服務模式，其服務量於介入後亦大幅增長，例如：三鶯社區在實驗介入前，只有一人接受居家服務，但在略多於一年半的實驗期間內，接受服務人數增為 275 人。該區的緊急救援通報服務，也從服務 6 人增為 77 人。

但是社區服務的提供，並未改變民眾雇用外籍監護工的意願。外勞工資低廉，又能包辦全部家務，讓社區照顧很難與之競爭，因此社區中外籍監護工如不消滅，是社區發展的一大阻力。

分析 1,082 位接受服務個案之身份別發現，中低收入個案佔 18.8%，低收入戶佔 10.9%，一般戶佔 70.3%，由此可知，先導計畫的社區照顧已經打破我國過去殘

補式的福利服務理念，對全部社區民眾提供普及化的長期照護服務。

再分析他們的功能障礙程度發現，略多於六成個案具三項以上日常生活功能障礙，且更有近四成二為具五項以上之重度障礙者，這些個案和機構中的個案障礙程度相當。由此實證數據可知，社區照顧網絡正在社區中支持許多可能住進機構的中、重度功能障礙者。

在接受服務類別方面，約四成左右接受兩種以上服務，約四分之一同時接受衛生和社會福利服務，此一實證數據指出，許多個案能夠獲得跨領域配套服務。

五、給付制度的設計，已經提升民眾購買服務能力，誘發民眾自費購買服務的意願，並控制社區照顧成本。

在先導計畫清楚分離食宿、醫療、照

顧等三方面財務責任的設計下，成功的將長期照護的財務責任侷限在照顧服務的部分。兩個社區在第二年的一年中，總共花費約兩千四百萬元的服務補助費，並誘使當地民眾掏出將近 15% 的自付費用。以上是在約 50 萬人口的社區所做的測試，當然因為社區介入時間太短，此一估算數據，只能提供全國社區化長期照護體系發展之初步參考。非常可惜的是實驗已經結束，無法提供更穩定的估算數字。

六、出版相關著作，供各界參考。

如今實驗雖然已經結束，但在社區照顧網絡的建構過程中，除先導計畫分年執行報告外，並結合各專業菁英撰寫各項報告，編製教材與服務營運手冊，希能傳承經驗。為能廣為週知，特條列主要著作如下，供各界參考：

- (一)考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告
- (二)考察美國、加拿大、日本長期照護制度報告
- (三)居家服務支援中心參訪報告
- (四)長期照護管理示範中心參訪報告
- (五)老人教材——老年篇、成人篇、青少年篇、兒童篇
- (六)身心障礙者教材——一般篇、兒童篇
- (七)照顧住宅營運手冊
- (八)家庭托顧服務營運手冊
- (九)失智症日間照護服務營運手冊
- (十)緊急救援通報服務系統營運手冊
- (十一)居家復健營運手冊

(十二)照顧管理服務操作手冊

(十三)照顧管理培訓教材

對我國社區式長期照護體系建構之啟示

過去數十年來，雖然社區照護受到跨領域長期照護學者專家的高度推崇，但是相對於民間自主蓬勃發展的機構式服務，社區照護卻是一直十分欠缺，因而令人質疑其在臺灣發展的可行性。

的確，當先導計畫執行團隊進入實驗社區時，面對的也是一片空白的社區，資源欠缺，民眾陌生，甚至拒絕照顧經理的來訪。但在短短一年多的社區強力介入下，實驗社區中不但發展出九類社區式服務，還建置照顧管理機制，在管理式照護模式下，吸引一千多位民眾接受服務，誘使民眾自費負擔約 15% 的照顧費用，這一切本土實證數據顯示，社區式長期照護體系在臺灣的可行性。

目前先導計畫雖已結束，但其成功建構社區照顧網絡雛形的實證經驗，卻給予我國建構社區式長期照護體系莫大的鼓舞。儘管先導計畫的執行可能未盡完善，但是從其多元服務的發展，跨領域社區照顧管理中心落實推動，照顧管理制度的建立，吸引超過一千人接受服務等成就可知，其已幫助地方政府建設推動社區長期照護體系所需之基礎工程（infrastructure），此一經驗對今後全國推廣發展，深具意義。

為傳承先導計畫之經驗，促進我國體系之建構，以下根據先導計畫之執行成果，建議我國未來長期照護體系之發展之

原則：

一、社區照顧體系的發展必須掌握多元化和普及化目標，才能增進民眾選擇服務權利，滿足民眾服務需求。

殘補式福利服務的規劃已經無法滿足普遍的服務需求，單一服務也無法滿足居家個案多樣化的需求，因而無法回應民眾「在地老化」的訴求。因此規劃未來照護體系，應擴大資源發展與服務提供之範疇，加大社區照顧服務提供的規模，極有利資源的發展，滿足未來民眾普及化照護需求。

二、政府應投資鼓勵民間發展新型服務，滿足民眾多元之選擇

實驗社區的四類新型服務模式已初步展現其服務的功能和民眾的接受度，承辦民間團體已獲得營運經驗，斷然中斷至為可惜。政府應繼續鼓勵與輔導民間之發展，才能豐富未來服務體系之資源配置。

三、照顧涵蓋範圍的規劃應量力而為，侷限在政府財務負荷能力之內。

服務普及化並不意味毫無限制的提供服務，根據 WHO（2000）對先進國家長期照護體系的分析，高度老化已經帶來各國照顧費用過高的財務困境，目前我國老人正飛快成長之中，對服務需求也將大量成長，因此在規劃體系之初，如不節制照顧涵蓋範圍，將難保證政府永續負擔財務的能力。

因此民間福利倡導單位，也應體諒國家財政負荷的困難，支持政府將資源用於最需照顧人口，將社區服務只用來輔助家庭的照顧，而非替代家庭照顧，鼓勵個人或家庭和政府共攤財務和照顧的概念。

四、政府應營造有利社區資源發展的環境，創造民間投資社區之誘因。

多年來我國社區資源一直無法仰賴民間自主發展，因此如果政府不強力介入開發有利環境，在短期內很難有所成就。

先導計畫鬆綁法令、提供新型服務開辦費、提供開發技術、補助與引導民眾使用服務的策略，可供政府在營造社區開發有利環境之借鏡。

五、在社區照護體系的建構中，於服務發展的同時應同步建置管理機制，促進日後品質與成本之監測與管控。

在服務發展的同時，應同步建置管理機制，在服務資源大量發展之前即建立作業準則和品質標準，供服務提供者依循，對日後體系管理與服務品質之掌控，才能收到事半功倍之效。建議參考先導計畫管理體系之規劃，並引進資訊科技，提昇我國體系之營運成效。

六、地方政府的照顧管理中心應具備整合跨領域的行政、經費、和服務的功能，才能真正統籌資源有效利用，推動全人連續照護網絡。

先導計畫之社區中心之所以能夠發揮社區發展之推動力量，快速建置社區照護

網絡雛型，係因其具有完全整合跨領域行政、經費、和服務的功能。綜觀目前我國照顧服務發展方案正責成各地方政府成立照顧管理中心，但其執行成效一直未能如意，先導計畫的成功案例，可供參考。

七、中央應提供資源，協助地方政府 建立社區照顧管理中心，強化地 方推動社區照顧能力。

先導計畫實驗社區照顧網絡之所以能順利運轉，社區中心積極的推動力量，功不可沒。但是社區中心之動力係來自三大要素：(一)中心配置的照顧經理人力；(二)跨領域專業菁英的技術支援；和(三)地方政府跨局處的行政支持，才得以發揮功能。由此可知，如欲強化地方政府推動社區照顧，中央應協助地方政府進行組織修編，將社區中心推動所需之照顧管理人力納為正式編制，並協助中心具備統籌跨領域資源之行政力量。

八、調整外勞政策，減少外籍監護工 的引進，降低其對社區照護體系 發展的阻力。

聘用外籍監護工者不需使用社區服務，就是已經使用社區服務的個案，也有因外勞可以同時包辦家務的誘因下，轉而申請聘用外勞，停止社區服務的使用。目前我國僱用外籍監護工超過 11 萬，姑且不論他們的照護品質，不論其帶來的社會成本，他們目前正和社區照顧體系競爭，嚴重壓縮社區照顧的發展空間，因此外勞政策如不調整，大幅調降，減少其對我國社區長期照護體系發展之阻力。

九、政府應投資全國社區照顧人力之 培育，改善社區照顧服務人員的 執業環境，吸引服務人力投入社 區照顧。

人力資源是社區照顧的骨幹，由於我國過去對社區照顧的忽略，全國各專業的學校教育，並不重視社區服務技術的傳承。因而在先導計畫執行中發現人力之嚴重欠缺，目前專業人才習慣在機構中提供服務，當他們進入社區或個案的家裡，常不知如何提供服務。因此中央應積極規劃社區人力培訓與養成，充實社區照護所需人力。

在忽略社區的現況下，引進社區財源相當有限，社區執業環境因而無法吸引人力投入意願，政府應即改善社區服務環境，塑造照顧人員形象，引進社區財源，才能誘導服務人力的投入，促進社區服務之發展。

十、引用先導計畫之實驗成果，加速 全國發展

先導計畫於實驗社區之全套作業機制，包含管理中心之行政運作，照顧管理制度之執行，服務提供者之協調整合機制，及新型服務模式之營運等，均已發展具體操作辦法，且多項著有營運手冊。此一本土成果得來不易，不應束之高閣，希望日後體系發展能善為利用，以收加速發展之效。

結 語

社區整體照顧系統的建置工作，是我

國嶄新的業務，先導計畫搶先一步，已經在實驗社區中建立社區照顧網絡的雛形，其已在臺灣見證建立社區長期照護體系的可行性，希能激勵我國社區照顧體系的發展。

在未來的二十年間，由於戰後嬰兒潮人口的老化，我國將面臨老人最快速度的成長，而家庭照顧功能又在逐漸消退，亟待外來服務協助身心功能障礙者的照顧，

可見社區長期照護體系的建構，已經迫在眉梢。體系建構工作龐大繁雜，十分不易，好在先導計畫已經進行前瞻性規劃與實驗，開創體系建構工程之先驅，其經驗足以引導我國未來體系之發展。為能暢通此一實驗經驗，特為本文，供各界參閱。

(本文作者為臺灣大學衛生政策與管理研究所教授)

☞參考文獻：

- 吳淑瓊、賴惠玲、江東亮：影響社區老人對護理之家居住意願的因素。中華衛誌 1994；13(5)：388-94。
- 吳淑瓊、江東亮：臺灣地區長期照護的問題與對策。中華衛誌，1995；14(3)：246-55。
- 吳淑瓊、陳正芬：長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展，2000；92:19-31。
- 吳淑瓊、莊坤洋：在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。臺灣衛誌，2001；20(3): 192-201。
- 吳淑瓊等。考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書。2001。
- 吳淑瓊等。考察美國、加拿大、日本長期照護制度報告書。2002。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭：建構長期照護體系先導計畫第三年計畫。內政部九十一年度委託研究報告，2003。
- 行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組，照顧管理服務操作手冊。2003。
- 行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組，照顧管理培訓教材。2003。
- 吳淑瓊、莊坤洋、陳亮汝：實驗社區身心功能障礙者的照顧負擔：實驗介入前。臺灣公共衛生雜誌（已接受）。
- Wu SC, Chu CM. Public attitudes toward long-term care arrangements for the elderly in Taiwan. Australian Journal on Aging 1996；15(2)：62-8. (published jointly with the Hong Kong Journal of Gerontology 1996；10(1)：18-27).
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). Caring for Frail elderly People: Policies in Evolution. In: OECD Social Policy Studies No 19. Paris: OECD, 1996.
- WHO. Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review, 2000.