

基于整合性照护的在地老龄化服务设计策略研究

雷诺阿

(西安外国语大学 艺术学院, 西安 710128)

摘要: **目的** 在全球人口老龄化背景下, 探究整合性照护和在地老龄化的理论基础和实践形式, 构建服务设计策略, 建立可及的、高效的、满意的在地老龄化服务系统, 提高老年人社区或家庭养老的生活质量和医疗体验。 **方法** 通过文献对比研究、案例分析和叙述研究的方法, 探究在地老龄化照护的理论依据和创新机会点, 构建相应的设计策略。 **结论** 建立跨学科的设计合作团队、参与式设计过程和服务过程、创建以用户为中心的可持续服务传递系统、关注老年人社会情感需求, 为四个可行的在地老龄化服务设计策略。以老年人需求为中心提供连贯性的在地老龄化整合性照护, 构想以服务设计思维驱动的由医院和疗养院向社区或家庭健康的养老转型。

关键词: 整合性照护; 在地老龄化; 社区养老; 服务设计

中图分类号: TB472 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-3563(2023)02-0122-06

DOI: 10.19554/j.cnki.1001-3563.2023.02.014

Design Strategies of In-place Aging Service Based on Integrated Care

LEI Nuo-a

(School of Arts, Xi'an International Studies University, Xi'an 710128, China)

ABSTRACT: The work aims to explore the theoretical basis and practical form of integrated care and in-place aging under the background of global population aging, construct the service design strategies and establish the accessible, efficient and satisfactory in-place aging service system, to improve the quality of life and medical experience of community or family care for the elderly. Through literature comparison, case analysis and narrative research, the theoretical basis and innovation opportunities of in-place aging care were explored to construct corresponding design strategies. There are four feasible design strategies for in-place aging service, including establishing an interdisciplinary design cooperation team, participating in the design process and service process, creating a user-centered sustainable service delivery system and paying attention to the social and emotional needs of the elderly. Focusing on the needs of the elderly, the consistent and integrated care for in-place aging is provided, and the transformation from hospitals and sanatoriums to community or family care is conceived based on service design thinking.

KEY WORDS: integrated care; in-place aging; community care; service design

全球生育水平下降和人均寿命延长使人口老龄化成为全球性趋势, 中国老年人口增长率为世界平均水平的2倍多^[1]。老年人口在何处如何生活的问题变得愈加重要, 中国传统养老模式已难于满足与日俱增的养老服务需求。全国“十四五”规划和2035年远景目标纲要单列出关注人口老龄化等发展方向, 养老成为两会政协委员和社会关注的热门话题, 提出以家

庭和社区为核心的养老体系符合我国老龄化社会发展, 是顺应老年人意愿的模式。

虽然在地老龄化(Aging in Place)概念从1990年开始在国外发展迅速, 相关论文发表呈多倍增长, 但其有限性成为未来发展的问题和挑战。第一, 在地老龄化服务的可及性低, 老年人及其家属对服务提供者和可用的服务信息不了解; 第二, 服务费用可承受

收稿日期: 2022-08-13

作者简介: 雷诺阿(1998—), 女, 硕士, 助教, 主要研究方向为服务设计、产品设计研究。

度低,对低收入和中低收入家庭,私人机构提供的高质量服务的费用超出家庭预算;第三,老年人易被视为服务被动接受者,老年人在服务流程中的生产力被忽视。因此,新型的在地老龄化服务系统被社会需要,以尝试适应 21 世纪老龄化社会。

1 在地老龄化

1.1 在地老龄化概念

医疗科学的发展使人类寿命延长和出生死亡率低下,老龄化成为全球的共同现象,在地老龄化(Aging in place, AIP)也随之成为 21 世纪长期医疗服务的重要概念。在地老龄化,该词汇最早来源于 1982 年维也纳老龄问题大会的报告中,其中包含 62 条关于老龄化的数据收集和分析、培训和教育、健康和营养、老年消费者保护、社会福利、收入保障和就业等建议^[2],为制定在地老龄化政策奠定了基础,旨在使本地老年人口在原本安全的居住社区独立自主地生活,并参与社交活动^[3]。以社区为基础的长期老龄关怀结合家庭援助和专业护理形成可信赖的健康老龄社区,老年人在所居住地与其他相关者的联系提高他们的独立性和自主性。Ann^[4]提出较为详细的概念解释,在地老龄化被普遍理解为老年人在居住地与家庭照料的提供者、医疗服务提供者和老年护理专家相关联,一旦这种关联建立,老年人生活现状将被评估,并依此得到恰当的服务和援助,以保证他们尽可能长时间地生活在原本家庭。

总体而言,从身体角度,在地老龄化使老年人将在原本生活的居住地尽可能长时间的生活;从社会角度,老年人保持与他人联络的社交关系;从心理情绪角度,在地老龄化增强老年人生活的独立性和归属感。

1.2 在地老龄化技术

由于在地老龄化的老年人需求多种多样且相互关联,不同学者将需求划分为不同的类别以尝试更好的满足用户需求,其中 Pei-Shan SoniaLin 和 Sian-SinChen 提出的分类具有代表性,将其划分为三大类:医疗健康需求、经济援助和心理调节。因此,学者和政府机构通过研究相关应用技术,试图建立提升老年人幸福感和满足老年人多种需求的全面老龄化服务系统,其中美国国家研究委员会成立适应性在地老龄化技术研讨会,主要关注四个方面:促进健康的行为、早期疾病检测、提高治疗依从性和支持非正式护理^[5]。随后 Chen Shun-hsing 概括出六方面在地老龄化服务管理技术领域:教育和技能训练、环境管理、人力资源、医疗、交通和娱乐活动^[3]。在教育和技能训练领域,由于认知障碍、慢性疾病、社交减少和活动能力降低等相互关联的因素对老年人独立生活提出挑战。因此,基于传感器的网络系统、活动监控、行为监测和多种网络医疗应用被大量研发,应用于增强老年人

生活的独立性、减少慢性疾病影响并促进社交和身体活动^[6]。

1.3 在地老龄化技术的接受因素

老年人享有权利来决定使用何种技术,他们对技术的接受程度极大地影响服务结果。技术接受模型(Technology Acceptance Model, TAM)长期主导了技术接受领域的研究,包含两种变量来解释 40% 医疗背景下技术接受的个体意图,分别是效用性和易用性^[7],然而该模型在一定程度上无法预测真实环境下使用技术的意向动机。Venkatesh 等^[8]在 TAM 基础上增加社会环境和便利条件两种变量,形成新的技术接受模型 UTAUT,扩大了技术使用意图的可解释范围。Parasuraman 提出以上两种模型皆未包含技术接受的负面因素,他提出“技术就绪指数”Technology Readiness Index,从 4 个角度分析人们接受新技术的意图,包含乐观角度、创新性、不适感和不安全感^[9]。近年来,Chen Ke 和 Alan H.S Chan 声明先前的研究模型忽视了老年人的生理(认知和行为障碍)和心理因素(社交隔离和孤独感等),提出价格也是选择技术的重要因素,尤其在老年人群中,价格是老年人决定是否使用某种技术的主要影响因素。此外,长期使用某种技术所产生的影响也被老年人群关注,例如是否会对孩子或其他家庭成员带来负担,传感器的无线电波是否会对身体产生危害。部分老年人群则担心使用在地老龄化医疗技术会使他人认为他们处于身体虚弱的情况而被区别对待^[10]。

总体而言,老年人群对有效、易使用的技术表现积极态度,根据老年人特征提供实用、有效且易使用的技术来满足特定情境的需求,有利于提高老年人在地老龄化生活的独立性和幸福感。

2 整合性照护

2.1 整合性照护概念

根据世界卫生组织(WHO)关于整合性照护报告,Integrated care 中文翻译为整合性照护、整合性卫生保健或综合护理,此概念在不同国家和背景下存在不同的名词,例如无缝护理、跨段整合照护、病理管理、护理管理和网络等。整合性照护是一种基于用户多维度的需求,通过连贯性的服务实现以人为中心的医疗系统方式,系统中不同的部分跨越层级结构以实现同一目标^[11]。Kodner 等^[12]强调整合性照护的目的在于为有多种复杂需求的用户增强护理服务质量和生活质量。例如,在英国和荷兰,整合性照护以用户需求为主导,通过共同工作的合作关系结合社会服务和医疗服务,使用户在对的时间接受正确的服务^[13]。

Beland 等^[14]研究表明以家庭为单位的整合化照护与普通医疗方式相比,前者在不增加费用的情况下提高了老年医疗健康服务的可及性,同时减少医院和

疗养院的住院率,该研究结论与美国老年人整合化照护服务的报告结论一致,以社区或家庭为单位的老年人整合化照护服务,在维持医院急诊专科功能方面具有重要意义^[15]。

2.2 整合性照护分类

众多学者对整合性照护从不同角度分类,以满足不同范围人群特定情境下的需要。其中 Lewis 等将整合性照护分为四类(见表 1),分别为组织结构、功能、服务和临床,组织整合指合并组织管理系统和利益相关者,设立以具体现实问题为单位的委员会,将多个分散的组织正式合并;功能整合针对后台数据功能,例如,共享患者电子病历;服务整合通过建立跨学科团队形成临床服务整合;临床整合指整合关联的信息,并使多种临床医疗服务整合在一个服务过程中,例如设立临床服务的统一规则,促进用户在共同决策中的作用^[16]。在此基础上,Shaw 等增加“规范整合”,在组织层面发展共同价值、文化和目标,建立相互信任的关系来缓解沟通分歧^[17]。

依据整合目的和人群特征,以上不同类型的整合性照护从不同层面实现合作统一,它们相互作用确保价值创造,相反只关注某一部分则会导致难以提高服务质量^[18]。

表 1 整合性照护的分类
Tab.1 Classification of integrated care

种类	内容
组织	组织的整合通过服务提供者网络或由消费者促成的联系,实现组织结构正式的合作
功能	整合非临床服务和后台功能,例如电子病历
服务	在组织层级整合不同的临床服务,例如建立多学科专业的团队
临床	专家和服务提供者向用户提供的服务整合为一个单一的或连贯的过程,例如使用共享的准则和协议

3 老龄化社区服务设计案例分析

3.1 社会健康维持组织

社会健康维持组织(Social HMO)是由美国联邦政府资助的老年人照护示范项目,结合医疗和社会照护两方面共同将急诊和长期照护融合为一个管理系统。目标受众主要针对居住在社区的 65 岁及以上的老年人,覆盖人群从独立自主生活的老年人到残障老年人,其旨在通过整合化方式促进老年人照护合理化并减少资金成本。该组织通过拓展服务内容补足现有医疗服务空缺,包含家庭长期护理、社区疗养院设置、必要的医疗交通、康复训练治疗和个人援助等,从多触点解决用户社区养老问题。其中病例管理者基于用户需求协调各项服务,与其他服务模式不同的是,第

一,该服务模式的病例管理者包含老年人本身、家属和医生,有助于更全面地了解老年人需求,在关注目标用户的同时,考虑利益相关者需求;第二,长期照护的服务提供者与该组织签订法律合同,保证所提供的服务满足规定质量标准^[19]。

有关该模式的评估研究表明,大部分老年人对该模式所提供的服务表示满意,然而服务的整合性、成本节约和早期执行方面未实现预期目标。在用户满意度方面,大约 85%的老年人和其家属对服务的便利性、质量和人际互动关系呈满意态度^[20]。整合性具体体现在财政和管理层,但临床医疗和社会服务并未实现真正的统一整合,医生与病例管理者联系较少且未参与到长期照护的计划中^[20],导致服务与需求不匹配。在价格方面,即使部分社区以低价格提供更多的服务,但由于各地区的支出模式不同造成整体的成本节约未实现^[21]。由于老年人和服务提供者及管理者在建立初步关系时存在适应期,部分老年人不愿意接受新的医生和照护管理计划,成为构建服务高效性和连续性的挑战,同时导致老年人新增注册人数增长缓慢^[20]。

综上所述,社会健康维持组织 Social HMO 模式证明了以家庭和社区为基础的紧急医疗和长期照护相结合,能够减少老年服务不适当的现象,然而仅通过病例管理的方式,不足以实现临床服务整合和资金成本节约。因此,需要通过全面系统的方法跨层级多方合作来真正关注老年人群的需求。

3.2 老年人全方位照护计划

老年人全方位照护计划(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)与社会健康维持组织相似。它是一个整合化照护服务系统,提供连贯性的 365 天全年紧急服务和长期照护,帮助有慢性疾病和残障的老年人接受以社区为基础的老年服务,从而避免或推迟进入养老院^[22]。其主要关注 55 岁及以上的中老年人,不仅满足老年人社区和家庭医疗需求,还提供家政日常服务,全方位提高老年人养老生活质量。如图 1 所示,该计划着重探索日常保健中心的发展,以此作为服务传递和跨学科团队沟通合作的重要方式^[23],其中团队成员包含医生护士、私人照护助理、社会工作者、康复训练专家、营养学家和运输工人等(见图 1),他们共同合作评估用户需求并产生照护治疗计划,同时追踪用户状态并依此调整服务内容。团队成员通过定期开展会议来交换信息,有效解决合作过程中沟通欠缺的问题^[24]。在评估阶段,该模式采用的自动化数据系统允许团队成员获取用户健康数据,提高评估的准确性从而产生适合用户的照护计划方案^[18]。

相比 Social HMO 模式,PACE 扩大了关注对象范围并且提高服务管理系统的协调性。后者的关注对象范围扩大至中年人群,同时降低注册标准,为中老

年人群享有高质量养老服务创造便利条件。此外，跨领域合作、周期性会议、共享用户健康数据等措施促进团队合作的高效性和实时更新性，为老年人提供满足个人特定需求的连贯性服务。

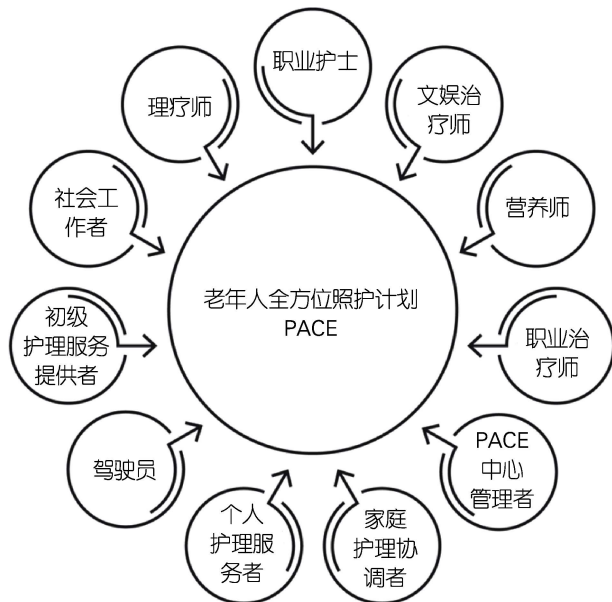


图 1 老年人全方位照护多学科团队
Fig.1 PACE interdisciplinary team

评估研究表明，PACE 在整合机制方面具有有效性，尤其体现在服务传递和用户满意度。Chatterji 等研究发现该服务模式的用户反馈总体为积极态度，超过一半的用户（72%）认为他们的生活质量提高^[22]，Pryor^[24]也同样认为，用户表现出更自信的态度来掌控自己的生活 and 解决日常生活问题。在服务的整合化方面，Polivka 和 Robinson-Anderson 认为跨学科的团队合作确保老年人健康和社会问题得到有效缓解，日常保健中心促进创建个性化的医疗照护^[25]。然而，该模式存在的发展问题导致其面临与社会健康维持组织相同的挑战，包含缺乏营销经验和营销预算、替换老年人原有的保健医生和护理者、部分护理必须在日常保健中心完成^[20]，造成老年人新增注册人口增长缓慢，未能达到预期目标。

总体而言，PACE 为老年人提供了有效的整合化医疗照护服务，最终改善老年人养老生活质量。基于上述可见，日常卫生保健中心紧紧围绕用户需求提供医疗照护服务，这对能够在特殊环境中接受护理的老年人非常有效，但大多数老年人对定期出席日常保健中心表示不感兴趣或存在困难。因此，需探索更加灵活的护理方式来提高老年人的参与度。此外，团队合作对服务质量至关重要，高效的团队合作能够有效维护服务提供者与老年人的良好关系，并为老年人提供持续性的高质量服务。另一方面，由于高昂的护理费用，PACE 无法吸引较多非保险的老年人，探索适合此类老年人的低成本照护能够缓解新增注册人数增

长缓慢的问题。

4 基于整合性照护的在地老龄化服务设计策略

4.1 建立跨学科的设计合作团队

跨学科成员组成的团队合作，促进建立老年人与服务提供者之间的长久关系，并提供连续的、恰当的和高质量的护理服务。团队成员包括老年受众人群和利益相关方，例如老年人家属、医生、护士、社区工作人员、社会工作者、营养学家、交通运输工作者、心理医生等。其中心理医生在初期阶段帮助老年人接受新的团队，全程关注他们的心理变化，定期到访老年人社区和家庭，与用户家属和朋友建立良好关系。团队合作流程总结：采用深度访谈和观察法准确评估老年人健康状况和特定需求；多学科成员共享评估结果，协作制定个性化的照护方案，明确各成员工作职责的同时了解其他成员工作内容；基于循证研究为基础的临床照护的途径和方案，提供个性化的老年医疗照护服务；持续监测老年人生理和心理变化，根据用户反馈及时调整服务内容。团队合作中着重关注沟通和跨层级两点，有效的沟通模式使各成员获得最新的信息，并理解成员工作职责和目标，从而提高协作效率，例如定期开展会议和共享用户数据信息。跨层级合作促进创建灵活和有创造性的团队，使用户获得持续性的高质量服务。此外，专业度高、可信任的病例管理者与用户体验息息相关，其代表用户来选择恰当的服务内容，并维持用户与服务提供者之间的长久友好关系，因此，受过专业培训的病例管理者需具备多种能力，例如沟通交流、临床护理、评估、心理疏导、危机干预、咨询等，为用户提供一站式服务管理。

4.2 用户参与设计过程和服务过程

通过社区老年人参与式设计，发现潜在的医疗需求和服务经验，进而提供更系统、更有针对性的设计解决方案来改善养老医疗服务系统^[26]。由社会健康维持组织的服务模式可见，病例管理者中包含老年人及其家属，帮助深入评估用户需求、获得用户反馈和快速调整服务内容。鼓励老年人及其家属、社会服务者等相关工作者参与在地老龄化的服务政策制定，例如开展社区论坛和设立老年人代表，允许老年人分享意见是参与式管理的重要部分^[26]。社区论坛要求老年人和相关专家根据同一主题发表观点，使老年人理解服务目的和内容，增强其对服务管理者的信任。此外，定期开展共同设计 co-design 工作坊，以便直接获取用户关于服务系统的设计建议和需求，前期设定工作坊设计主题并选择放松舒适的合作空间，过程中由设计师引导设计过程顺利进行，该方式促进老年人与不同人群的交流沟通，提高其沟通能力和动脑动手能力。

4.3 创建以用户为中心的可持续服务传递系统

符合老年人需求和健康状况的服务传递方式能够增加参与人数,相反则可能导致人数未达到预期目标,甚至为老年人接受照护服务增添阻力,造成生命安全威胁。单一标准化的传递方式不能满足老年人复杂多样的需求,且难以提供一站式连贯性的服务。创建满足不同用户需求的多种服务传递网络,以便及时为老年人在适当场所提供合适的照护,例如紧急专业护理、康复训练、家庭日常照护、家政、暂托服务、临终关怀等。具体而言,日常保健中心的集中护理对生活能够自理且行动能力良好的老年人而言具有可及性和有效性,家庭护理对出行困难或患有严重疾病的老年人而言效果更佳。

为了发展可持续的服务系统,提供者需鼓励被动的服务接受者积极参与社区价值共创,并积极接受其他接受者给予的帮助^[27]。例如老年人可通过提高技能实现自身成长,学习如何利用自身技能和周边资源帮助他人,最终建立可持续的社区服务有机系统,提高个体和社区的幸福感。其中,服务交换促使老年人在社交互动中掌握角色转换,在价值共创过程中,由单一的服务接受者和资源消费者转变为整合资源的参与者。具体流程和影响:协助老年人掌握生活技能并克服生活障碍,成为服务系统中的准行动者;通过激化准行动者的社会利益感并使其获得陪伴关怀,鼓励准行动者克服能力障碍成为一般参与者;一般参与者通过获得情感支持克服信任障碍,促进利他的助人行为^[28]。该策略基于服务主导逻辑(S-D Logic)中的服务互换概念,构建可持续的有机服务系统。

4.4 关注老年人社会情感需求

基于案例研究和整合化服务模式研究,在地老龄化服务内容多数关注医疗卫生领域,但由于医疗科技发展,越来越多的老年人身体健康并且能够在很长一段时期内保持健康水平,他们面临的生活挑战由身体健康问题转变为如何适应快速发展的信息化社会。对无法快速适应社会发展或在适应中的老年人,积极的社交活动和情感支持能够缓解他们的消极负面情绪(焦虑、空虚、失落等)。此外,当人们缺乏社会利益感而只关注自我效能时,行为则会容易变得自私^[29]。在满足机能需求同时满足心理需求,提升服务体验感受,因此在环境规划方面,创建开放的社交空间,允许老年人在灵活放松的环境与他人沟通并建立良好的关系。在情感支持方面,正面反馈帮助老年人建立自信心,例如来自他人的积极情绪、夸奖和鼓励。在信息支持方面,提供老年人友好、可读性高、易理解的信息内容,缓解老年人对数字化信息不理解的焦虑感。在科学技术方面,先进的自动化技术可能会减少老年人与他人面对面的社交机会,因此,通过技术接受模型分析生理因素和个体对技术接受的心理因素,

针对孤独感较强的老年人适当减少自动化技术的使用,增加人工服务能够缓解他们的消极心理。

5 结语

老龄化和低出生率的社会现象造成与之相关的老年人照护问题,老年人独立自主生活是维持其尊严的重要因素。本文关于积极在地老龄化的服务策略研究强调从服务设计的角度,协助老年人尽可能长时间独立或辅助生活在原本家庭社区中,以实现身体、心理和社会的优化,使老年人在无歧视的社会环境中独立自主地生活。除了通过产品满足用户基本的机能需求之外,用户的服务体验和感性心理需求成为关注的焦点,老年人健康服务的发展逐渐由机构化转向个性化的家庭护理。因此,该研究通过文献分析和案例研究提出4条在地老龄化的服务设计策略,帮助设计师、服务管理者、用户和利益相关者协作构建或优化在地老龄化的照护服务系统。未来研究可针对本文提出的策略进行批判性的实践验证和创新迭代。

参考文献:

- [1] 潘长学,王兴宇. 城市社区养老模式下医疗服务设计探究[J]. 包装工程, 2019, 40(6): 128-134.
PAN Chang-xue, WANG Xing-yu. Design of Medical Service in Urban Community Care Model[J]. Packaging Engineering, 2019, 40(6): 128-134.
- [2] BUTLER R N. Guest Editorial: Report and Commentary from Madrid: The United Nations World Assembly on Ageing[J]. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2002, 57(12): 770-771.
- [3] CHEN S H. Determining the Service Demands of an Aging Population by Integrating QFD and FMEA Method[J]. Quality & Quantity, 2016, 50(1): 283-298.
- [4] ANN B. Innovative Models of Aging in Place: Transforming our Communities for an Aging Population[J]. Community, Work & Family, 2008, 11(4): 419-438.
- [5] DISHMAN E. Inventing Wellness Systems for Aging in Place[J]. Computer, 2004, 37(5): 34-41.
- [6] 刘宗明,葛碧慧. 基于QFD的老年家用陪护机器人设计[J]. 图学学报, 2018, 39(4): 695-699.
LIU Zong-ming, GE Bi-hui. Design of Elderly Household Companion Robot Based on QFD[J]. Journal of Graphics, 2018, 39(4): 695-699.
- [7] DAVIS F D. Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology[J]. MIS Quarterly, 1989, 13(3): 319-340.
- [8] VENKATESH V, MORRIS M G, DAVIS G B, et al. User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View[J]. MIS Quarterly, 2003, 27(3): 425-478.
- [9] PARASURAMAN A. Technology Readiness Index (TRI) a multiple-item scale to measure readiness to embrace

- new technologies[J]. *Journal of service research*, 2000, 2(4): 307-320.
- [10] CHEN K, CHAN A H S. A Review of Technology Acceptance by Older Adults[J]. *Gerontechnology*, 2011, 10(1): 1-12.
- [11] WHO. Integrated Care Models: an Overview[M]. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2016.
- [12] KODNER D L, KYRIACOU C K. Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American Models[J]. *International journal of integrated care*, 2000, 1: e08.
- [13] GRÖNE O, MILA G B, Who European Office for Integrated Health Care Services. Integrated Care: a Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2001, 1: e21.
- [14] BÉLAND F, BERGMAN H, LEBEL P, et al. A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from a Randomized Controlled Trial[J]. *The Journals of Gerontology: Series A*, 2006, 61(4): 367-373.
- [15] KANE R L, KANE R A, FINCH M, et al. The Second Generation: Building on the Experience of the First Social Health Maintenance Organization Demonstrations[J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1997, 45(1): 101-107.
- [16] LEWIS R Q, ROSEN R, GOODWIN N, et al. Where Next for Integrated Care Organisations in the English Nhs[J]. London: The Nuffield Trust, 2010.
- [17] SHAW S, ROSEN R, RUMBOLD B. What is Integrated care[J]. London: Nuffield Trust, 2011, 7: 1-23.
- [18] RAMSAY A, FULOP N. The Evidence Base for Integrated Care[M]. London: Department of Health, 2008.
- [19] NEWCOMER R, PRESTON S, HARRINGTON C. Health Plan Satisfaction and Risk of Disenrollment among Social/HMO and Fee-for-Service Recipients[J]. *Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 1996, 33(2): 144-154.
- [20] KATZ P, KANE R, MEZEY M. Emerging Systems in Long-Term Care: Advances in Long-Term Care Series, Volume 4[M]. New York: Springer Publishing Company, 2004.
- [21] NEWCOMER R J, HARRINGTON C, MANTON K C, et al. A Response to Representatives from the Social HMOs Regarding Program Evaluation[J]. *The Gerontologist*, 1995, 35(3): 292-294.
- [22] HANSEN J. Practical Lessons for Delivering Integrated Services in a Changing Environment: The PACE Model[J]. *JSTOR*, 1999, 23(2): 22-28.
- [23] ZAWADSKI R T, ENG C. Case Management in Capitated Long-Term Care[J]. *Health Care Financing Review*, 1988, 12(1): 75-81.
- [24] PRYOR D E. Independent Living for Seniors: a 3-year Assessment of Perceptions and Impact of Program[M]. New York: Center for Governmental Research, 1994.
- [25] POLIVKA L, ROBINSON-ANDERSON R. Managed care for the elderly and the role of the aging network[M]. Florida: University of South Florida, 1999.
- [26] YAO Yang-fan, ZHOU Xiao-ru, ZHU Tian-yang. Research on Service Design of Community Medical Facilities Based on Aging-Appropriate and Elderly-Centered[J]. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 2019, 573(1): 012075.
- [27] World Health Organization. Integrated Care for Older People (icope) Implementation Framework: Guidance for Systems and Services[M]. Switzerland: World Health Organization, 2019.
- [28] HO B Q, SHIRAHADA K. Actor Transformation in Service: a Process Model for Vulnerable Consumers[J]. *Journal of Service Theory and Practice*, 2021, 31(4): 534-562.
- [29] HO B Q. Service Design for Elderly People in Transformative Service Research[C]// Conference Proceedings of ICSSI. Taiwan: The Society of Systematic Innovation, 2018.