

同體共存的長期照顧— 自立支援的臺灣實踐

林金立

全球正在面臨高齡化的衝擊，健康照護成本的增加是嚴肅要面對的課題，因此要如何降低照顧負擔，成為各個國家努力發展的重要課題，這一、二十年間，從科技的運用，到生活居住型態的改造等等，再再顯示出各界努力的成果，其中生活自立支援服務的概念與模式興起，逐漸在歐洲、美國、日本等國擴散與發展，這種顛覆以往的照護模式指的是「藉由回復其自主性，重新獲得與常人生活無異的自由」，此一照顧的理念和範圍，讓照顧的面向不只侷限身體層面，開始更廣義的涵蓋社會層面及文化層面，更著重尊重其主體與意願的支援，促進精神層面的滿足感，進而增進生活自主意識；其在英國、愛爾蘭與丹麥一般稱之為 *reablement*；在美國、澳洲與紐西蘭則多以 *restorative care* 代稱；在日本則稱為自立支援（*self-reliance*）。（劉立凡、王俞樺，2018）

自立支援觀念與做法的興起，在其他領域也開始運用，例如照顧設備、生活輔具、空間設計等，會發現逐漸從原本以降

低照顧者負擔為思惟的設計，逐漸發展以提升使用者生活功能的發展，透過讓使用者更加便利的使用，生活自主能力提升，進而降低整體照顧負擔。

臺灣的自立支援服務，於近年在長期照顧領域，也開始有長足的進步，從實務界，以至於政策面，都開始呼應發展。

壹、自立支援的發展

一、困境、借鏡與契機

臺灣的照顧現場，長期以來陷入人力缺乏、照顧壓力沉重、照顧價值低落的惡性循環中，從政府到實務界，都努力尋訪解決藥方，不斷引進其他國家的照顧模式，在參考其他國家的發展經驗中，發現隨著時代與社會需求的變遷，照顧價值與範疇也有不同層面的演進，從早期以身體照顧、安全維護為主的服務，發展到關注對生活模式與品質的提升，到近十餘年，則開始倡議著重協助自我實踐、支持自主生活的服務，這些改變也直接影響照顧的

發展，這是一件很重要的事，我們必須深入理解他國的經驗，才能發展出屬於自己的照顧；以日本為例，1980年代日本經歷照顧黑暗期，開始進行一連串革新政策，從1989年的黃金十年計畫，經過30年的演進，發展出以自立支援理念為核心的照顧政策，臺灣長照實務界與日本接觸頻繁，對於自立支援並不陌生，部分的應用、宣導或是教育訓練其實一直都有，日本學界、實務界的專家學者也獲邀多次來臺灣演講，但本土實踐模式一直闕乏，自雲林縣老人福利保護協會附設長泰老學堂日照中心與財團法人同仁仁愛之家開始的實踐、導入與擴散，才開始有比較完整的臺灣實證發展經驗的累積（林金立，2015）。

2011年雲林縣長泰老學堂日照中心成立，以「人生繼續學習的地方」為服務宗旨，去除照顧即是服侍或無能的標籤，提升自主意識，讓失能者在一個相互鼓勵、掌握自己的環境中，逐漸改善生活功能，這樣一個以自立支援照顧模式，搭配能力回復設備與運動的新服務模式，成效出現，實施3個月後，21位長者中，有67%使用者的ADL有顯著提升了，而對於自覺生活改善的滿意度，更高達9成覺得生活變得更有品質了（林金立，2015）；但在日照中心實施的經驗，複製到失能程度更重的住宿式機構，導入卻是困難重重。

這種情況一直至2013年，與群馬縣福祉法人高崎新町元氣村結盟，並於現場完整學習自立支援照顧實務操作後，才獲得突破，2014年4月引進ZIZIBABA體

驗訓練的模式，深刻理解了自立支援照顧不能只透過授課的方式進行，必須有體驗、感受、討論、嘗試的歷程，才能感受並真正執行，2015年1月，同仁仁愛之家從原本約束率超過3成，達成零約束的目標，2015年5月將過去的約束帶全部燒掉，照顧現場的跨專業整合的氛圍逐漸形成。（林金立，2015）

在這過程中，為了更快速發展臺灣模式，且尋求更多的本土實踐與夥伴，在2014年12月，於雲林縣同仁仁愛之家辦理了臺灣第一次的自立支援成果示範觀摩會，2015年成立自立支援學院，全力推動臺灣模式的實踐，該年臺中市政府委託弘光科技大學護理系導入試辦，是第一個地方政府投入的典範，各縣市開始有單位與學校致力推動，例如崇仁護專就連續二年協助嘉義縣導入試辦，2016年永信基金會也開始投入各地的輔導，至2018年，全臺灣有超過200個各類型長照機構投入應用，自立支援在臺灣的發展逐漸有本土化的模式出現。

2016年6月，因為民視異言堂「被網綁的老年」專題報導，創紀錄的超過百萬人點閱，在很短的時間傳遍全臺灣，7月康健雜誌以「照顧革命」為名進行專題報導，形成一股讓老人解除網綁的照顧革新風潮，隨著各媒體與社會氛圍的關注，長照2.0政策也將推動機構零約束納入政策目標，2016年12月的全國老人福利機構表揚上，自立支援照顧亦被時任衛福部部長林奏延先生宣示為未來推動重點，在整體社會的期待下，2017年10月，臺灣自

立支援照顧專業發展協會成立，2018 年長照服務發展基金將自立支援納入補助項目，於長期照顧支付給付基準中，自立支援的精神也被納入，2018 年 9 月衛福部修訂，在身體照顧與生活照顧的給付項目標準中，從過去一定要由照服員執行完成，增加包含支援、鼓勵、引導等，自立支援的風潮逐漸於臺灣長照服務中深植。

二、自立支援的意涵

自立支援主要目的是使接受服務的人們，最終能在減少醫療資源之需求與在外界援助情況下，有更多的選擇與控制來達到獨立生活，自立生活不是獨立於社會之外生活，而是具有選擇生活方式的自由，具有下列要素：（劉立凡、王俞樺，2018）

（一）旨在提高人們的功能能力（如改善自我效能）或正常的日常活動表現（如調整社會或物理環境），從而減少對專業支持和協助的需要。

（二）支持和幫助包括身體協助，鼓勵或監督；不包括為他人履行職責，例如為求效率便幫參與者把事情都做好，而這也是傳統照護最常出現的模式。

（三）照顧是在日常慣例的活動中進行的，一般來說是指個人每天定期進行的活動，例如購物、閱讀、看電視、吃飯、散步等等。

（四）由個人的照顧人員（即照服員、健康助手等）提供，而不是高度專業化的人員（如治療師）。

（五）介入是以個人重視的目標為導

向，並且有持續進行的評估。（劉立凡、王俞樺，2018）

綜觀上述定義，自立支援照顧可以說是讓一個人，即使在要人照顧的狀態，透過照顧者的支持與協助，解決大多數日常生活活動功能（ADL）的實際問題，提升生活品質（QOL），盡可能在自己可以做的範圍內，支配自己的生活，過想要過的生活。（竹內孝仁，2015）

解決日常生活功能的問題是自立支援照顧的關鍵，包括進食、咀嚼、功能性移動（床上移動、輪椅移動、移位、行走）、穿脫衣物、沐浴、廁所衛生（大、小便）等，當一個人的生活功能獲得改善，就算身體機能仍然缺損，依然可以提升生活的自主性，QOL 也會跟著提升；因此透過生活照顧的方式，整合各項提升 ADL 的服務（生活輔具、空間改善、生活支援），來協助被照顧者 ADL 功能的滿足，讓長者的自主生活能力可以一步步提升，這與從治療疾病、改善身體機能的方式，是不同的切入視角。

舉例來說：一個人還能進食、咀嚼，可是手會抖動，很難自己將飯菜送到自己嘴裡，在以往的照顧，照顧服務員為了追求快速，可能就直接幫忙夾菜、攪拌、餵食，感覺起來這樣的服務好像很貼心，可是卻會讓使用者愈來愈依賴、功能愈來愈退化，到後來原本還有的功能（舉手、擺臂）可能都喪失了，這就是我們在照顧現場常看到的「廢用症候群」（竹內孝仁，2015），因為不當的照顧造成的功能退化。

那如果是自立支援照顧會怎麼做？

首先會先觀察使用者還剩下來的功能有那些？然後運用其它服務來補不足的地方，例如配合他的手臂功能設計適合的湯匙，找深一點的湯匙減少飯菜掉落（賦權），用餐的時候鼓勵他自己夾菜到碗裡，或是由他指揮決定要夾那道菜（充權），鼓勵他自己送飯菜到嘴裡，如果真的不行，輕輕扶住手背、減少手的抖動，讓他可以更順利的自己進食，這個過程就是自立支援照顧的實踐方式，其實也正是社會工作方法中的賦權與充權的操作。（林金立，2016）

最重要的是當一個人經歷失能的生理與心理壓力後，感覺能夠逐漸掌握自己時，對於生活自主意識的提高是非常深刻

的，當生活的依賴感減少，照顧負擔也會隨之減輕，在自立支援中，照顧關係是平等的，而且特別重視讓使用者具有自信的使用服務、掌握自己，

貳、照顧意識的建立

一、從日常生活照顧中實踐

（一）基本照顧不足是失能重要因素

隨著年齡的變化，感官與運動功能衰退，易同時出現日常生活活動功能（ADL）障礙，降低活動程度，加重失用現象而造成惡性循環，若當發生疾病或意外住院，會產生暫時性喪

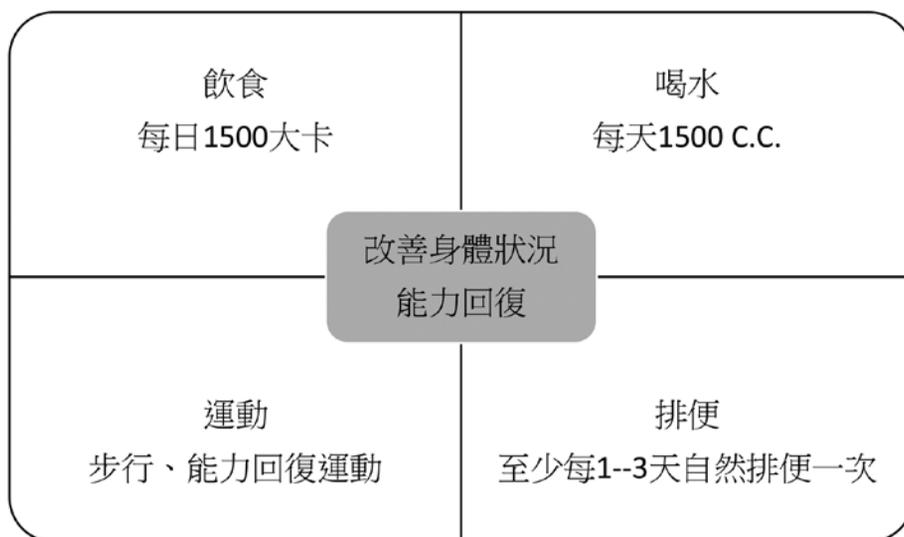


圖 1 每日貫徹四大基本照顧

圖片：林金立 資料來源：竹內孝仁，2015。

失 ADL 的獨立自主性，再加上住院期間，有 30%~40% 的老年病患容易發生 hospitalization disability syndrome 的情況（張家銘，2015；Covinsky KE，2011），造成功能衰退，飲食功能受限、臥床時間拉長，生活照顧負擔更為沉重，若無妥善的照顧支持，基本生活照顧的維持在不知覺中降低，更影響了老年病患的身體功能獨立性（張家銘，2015）；根據自立支援學院調查 2015 年至 2017 年，針對 526 名導入自立支援照顧的個案調查發現，有近 7 成以上的失能長輩，每日飲水不到 1,500cc，有約 5 成的失能長輩，每日連續臥床時間超過 12 小時（林金立，2017），基本照顧不足，會讓一個人的生理陷入衰弱的情況，展現在外的表現，就是態度消極與生活能力的限制，甚至進一步造成生活功能的喪失，因此也發現，當開始貫徹四大基本照顧的提供時，導入的前 3 個月，有 67% 的失能長輩 ADL 有顯著的提升，之後則維持停滯與穩定，分析原因，與長輩因為衰弱、活動不足影響生活功能之情況逐漸恢復有關，當衰弱狀況去除了，生活功能逐漸回復到原本應有的狀態（林金立，2017），之後則要繼續搭配合宜的機能活化運動與機械式設備的使用，讓生活功能進步的成效繼續下去。

（二）找到生活功能被限制的原因

長者常常有喝水不足的情況，經常過中午就減少喝水，晚餐後幾乎滴水不沾，當長期處於缺水狀態，直接造成的影響

就是排便不順，造成便秘，甚至開始吃軟便劑，過量則易產生便感喪失的副作用，使得排泄功能更加退化；另缺水也會造成煩躁，因為不適感增加，失智長者的黃昏症候群甚至會因此更嚴重（竹內孝仁，2015），最後的結果常常就是因為躁動而造成照顧困難，甚至實施約束，原本正常的功能，因為基本照顧的不足而可能逐漸喪失。

因此找到長者不喝水的原因，然後解決這些原因，可以降低失能發生的風險，這就是照顧的責任了，實務上發現，長者不喝水的原因有：擔心頻尿、如廁困難、缺少社會互動、與不喜歡喝白開水等等；若有頻尿的問題，可以透過醫療，以及運動來增加膀胱控制能力；如廁行動困難則透過改善生活空間與增設扶手，讓如廁的難度下降，並定時提醒上廁所，降低太急來不及的風險；然後增加長者更多的社會互動、聊天、運動、外出，長者喝水自然會增加；最後則是找到他們願意喜歡喝、習慣喝的東西，偶爾變化不同的飲料，增加趣味感；當長輩開始喝水，不只是補充水分，包括手的運動、手眼協調、吞嚥功能、排泄功能在這過程都獲得訓練，復健於日常生活照顧中的意涵即是此，解決喝水的障礙，促進長者自己願意喝水，進而自然讓 ADL 逐漸回復，這正是自立支援照顧要實踐的！

先從喝水開始，逐漸的讓飲食、運動與坐在馬桶上排便都能實踐，去除掉因為照顧不足產生的廢用症候群，真正看到長者缺失的情況，才能擬定下一步的能力回復照顧計畫。（林金立，2017）

二、從失能歷程知道照顧的策略

從一個人的各項生活功能喪失的過程，判斷失能發生的原因與關聯性，有助於照顧措施的擬定。

(一) 步行移動是生活功能的關鍵

從日常生活功能的關聯來看，包括進食、咀嚼、功能性移動（床上移動、輪

椅移動、移位、行走）、沐浴、廁所衛生（大、小便）等，都與行動能力有關係，當一個人臥床、喪失步行移動能力時，80%的生活功能會隨之受限，反之，則有機會避免或提升生活功能。（竹內孝仁，2015）

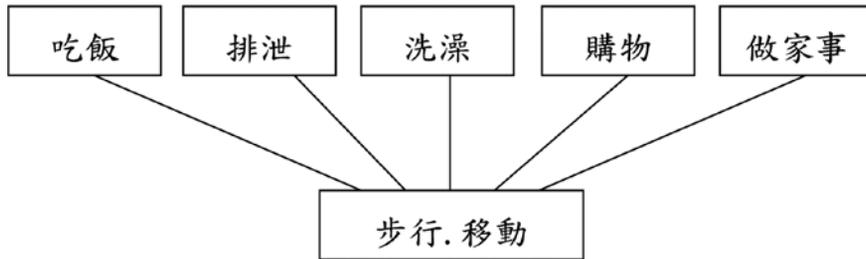


圖 2 步行與 ADL 能力的關係

資料來源：竹內孝仁，2015

1. 當服務使用者可以步行時，就用不到尿布了，可以自立就可以上廁所、不需包尿布。

2. 如果服務使用者無法步行，即使可以自主吃飯，但移動仍需要照顧。

3. 當喪失步行能力，移動至澡間的能力，與自行洗澡的能力都受限，洗澡變成一個很大的負擔。

4. 步行功能受限，做家事的能力及範圍都受到限制。

(二) 不約束、不尿布、不臥床的照顧原則

自立支援照顧的三個原則，「不約束、不尿布、不臥床」：「不約束」是不使用限制行為的物品或藥物；「不尿布」是不使用會影響步行移動的尿布；「不臥床」則是一天能夠累計離床超過 8 小時（竹內孝仁，2015）；這三不照顧的原則，都依循著不限制自主行動能力

的精神，要實踐這三個原則，是有階段性與次序性的，但因為其中「不約束」的主張，牽涉了人身安全、自由、照顧者負擔與法律風險等課題，引起最大的關注，在人權與法律的面向外，單純從安全與照顧負擔的面向來看，「不約束」這個原則其實與建構照顧價值、減輕照顧負擔環環相扣，相關研究發現，約束因為會造成壓瘡、姿勢性低血壓、循環血量減少、肌肉張力減弱、尿失禁、便秘、約束部位受傷及產生固定不動的合併症等問題，在情緒上會有煩躁、混亂加重的情況，被約束的老人比未使用約束的老人，跌倒率高出 3 倍，反而造成長者更大的風險（竹內孝仁，2015）；而且當實施約束時，照顧者會產生工作成就感低落、不知工作意識為何、認為照顧是低下工作的感覺（林金立，2017），這些都會造成離職率的增加。

但要怎麼達成「不約束」的目標？從失能歷程還看，會發現約束的主因大多為容易跌倒、自拔鼻胃管、情緒躁動傷人或自傷等問題，這些都與長期臥床有直接關係，因此要實踐不約束，必須先從不要臥床開始，當服務使用者開始從躺到坐，意識會變好，開始能夠練習坐得更久、甚至開始下肢的活動時，肌力增加，吞嚥能力有機會連帶開始改善，需要被約束的理由會逐漸減少，而當照顧開始致力提升失能者的從躺到坐、站、走的能力，照顧價值與技術的創新發展也從此開始，工作成就感將大大增加。

參、同體共存的照顧關係

專業工作者與個案的關係，是一種專業關係，因此「同理心」經常在專業訓練中被提及與要求，而華人社會對於長輩敬重的態度，也常被放在照顧中，所以「服侍」的態度與要求就出現了，前者其實帶著上對下的關係，後者則明顯

是下對上的關係，這二者放到長期照顧中，必須產生轉化，因為長期照顧有「長時間共同生活」的特質，家屬的參與及影響非常密切且重要，因此維持關係的穩定性、平等性、相互參與性就非常重要；在自立支援中，把照顧關係稱之為「同體共存」(mutual participation) (竹內孝仁，2015)，更重視平等與相互參與，對象則包含了照顧關係中的三個人：服務使用者、服務提供者與家屬。

一、一種平等、自信、相互參與生活的關係

同體共存是一種平等、共同生活、相互參與生活的關係，因為長時間共同生活，所以知道對方的喜好與困擾，也因此能夠觀察知道服務使用者異常行為背後的原因，能夠更適時依照行為特性進行分類，找出解決方法，幫助使用者情緒安定，維持穩定的關係，當關係更為穩定時，照顧的困擾與負擔自然會降低，生活自主意識也會增加。

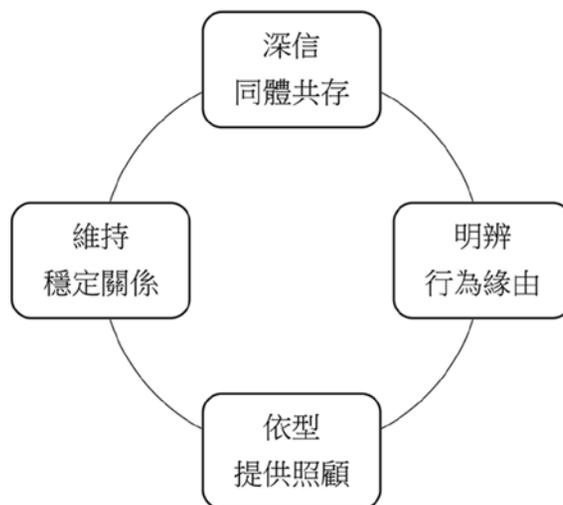


圖 3 同體共存的照顧關係圖

同體共存的意識，也能應用於與家屬關係的建立上，經常聽到照顧者會希望家屬也要「教育」，這樣的說法其實就是一種不平等關係的認知，如果家屬被以「專家對外行人」的關係對待時，必無助於長期穩定關係的建立，若能建立參與照顧、一起找方法、被理解、也理解照顧限制的「專家對專家」的關係，對彼此的關係會更恆久與穩定，這就是同體共存關係。

二、建立團隊共同照顧的意識

自立支援照顧的實踐不是單一護理或照顧專業可以完成，必須有醫療、護

理、職能治療、物理治療、空間輔具、社工、照顧等各專業的共同導入，共同思考解決照顧問題，才能夠實踐，而這正是目前長期照顧最不足的地方。

舉例來說，一個要訓練控制大小便、自行如廁的長者，就必須要有醫師調整軟便劑的劑量、營養師調整飲食的纖維素增加消化與腸胃蠕動、治療師協助指導站立技巧、照顧者定時扶至馬桶排便、因應他的身體狀況調整空間與輔具、訓練下肢與括約肌的力量、以及鼓勵與心理支持等各面向的專業導入，透過這個過程，也讓長照人員獲得跨領域的學習與能力。（林金立，2017）

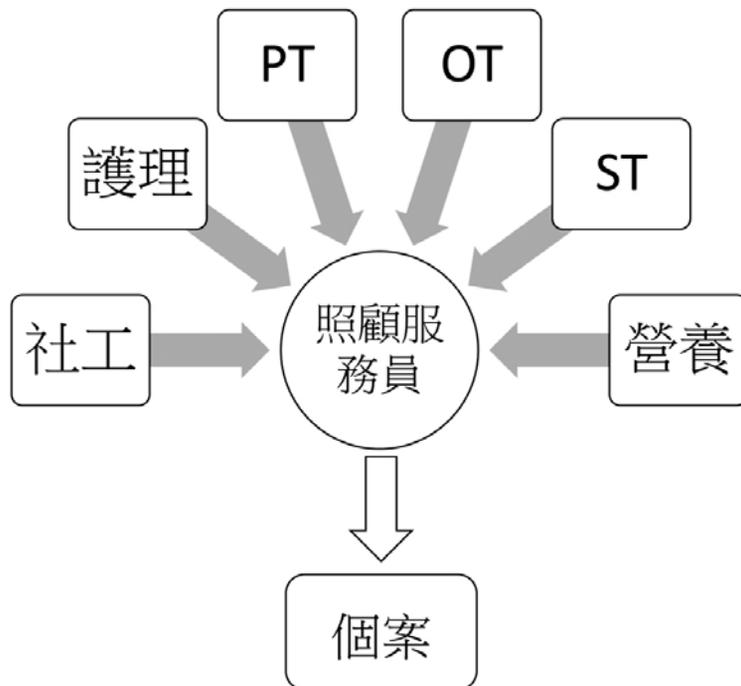


圖 4 照顧是各種專業的總合

圖表：林金立，2017

而在這些專業中，有一個專業經常被忽略了，就是照顧服務員，經常看到在個案研討中，各種專業都來了，照顧計畫也完美無瑕，可是真正負責執行的照顧服務員，卻未被邀請參加，甚至在執行中，常被視為空氣，結果就是空有計畫，卻無法執行，也常看到臺灣有些機構導入時，是由特定人員（例如治療師）來負責帶使用者步行等動作，未見照顧服務員的角色，這樣的自立支援，是不可能成功的，而且只是限縮於能力回復，也非自立支援的真諦。

長期照顧現場，有別於醫療的高度分工與迫切性，使用者主要的需求是生活照顧，面對的主要工作人員是照顧服務員，其他專業導入時間與頻率都變得少，因此在專業角色的扮演上，會變成各種專業針對個案的服務，轉化其語言與動作，在安全與符合醫療法規的前提下，將技術匯集在日常照顧中自然的導入，

各種專業要協助與支援照顧員，在生活照顧動作中，依個案的個別性，執行安全、正確且能促進自立能力的動作，才能將成效延續。

更重要的一點是，長期照顧的場域，也是一個生活的場域，當有需求發生時，是大家一起共同投入，區隔彼此的專業領土保護現象，對服務氛圍的建立是沒有幫助的。

肆、照顧品質是能夠重回過去生活的笑容

一、照顧目標的演進與思考

自立支援照顧的目標，必須奠基於使用者過去的生活模式、內心期待與家屬想法，然後再基於目前失能現況，擬訂出照顧目標，並思考達成策略，在這種思考方式下，每一個照顧計畫都是符合個人期待與風格的個別化照顧計畫：

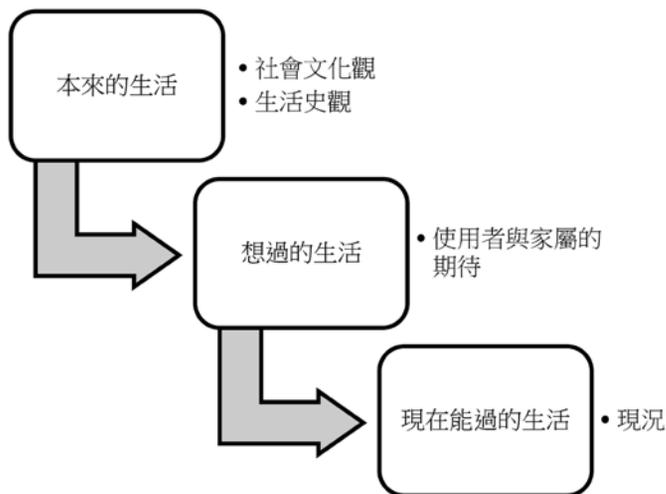


圖 5 照顧視野與目標發展

圖表：林金立，2018

每一個使用者，無論失智或失能，現在的生活習慣與期待，會與過去的社會文化經驗及生活史密切相關，從理解他們的過去開始，思考照顧目標與方針，較不會偏頗於目前看到的形象，避免產生刻板化的問題，有助於建立更完整的照顧視角；這樣的思考與傳統常規照顧不同，常規照顧模式的觀察，是先定義目前的照顧問題與耗損，再從使用者過去的生活軌跡中，尋找可能的對應策略，容易掉入遇挫折後即不再積極嘗試的困境。

二、照顧計畫的歷程與指標

自立支援是讓使用者具有自主的選擇權，但若使用者是處在長期臥床、缺水的衰弱狀態，周圍都是禁止他們活動的不友善的氛圍，喜好與習慣全被抹煞，

身體被限制、心靈被禁錮已久，這個時候要他們自主選擇是沒有意義的，因為他們已經自我放棄的，而照顧者若無法體察到，將會錯誤判斷，認為他們沒有意願，因此第一步必須先將基本照顧提升，找出他們的喜好與習慣，透過這樣具體的措施，營造一個友善與尊重的生活環境，當他們身體不再因為虛弱而不適，能夠有自己的生活習慣出現，自主意識才會開始出現。

當使用者意識轉變了，自主決定才具有意義，同時能力回復的導入，產生的效果更為顯著，那要如何判斷導入的服務是長輩想要的呢？答案是看笑容就知道了，尤其是面對失智、意識混亂、無法表達的使用者時，笑容就是一切了。

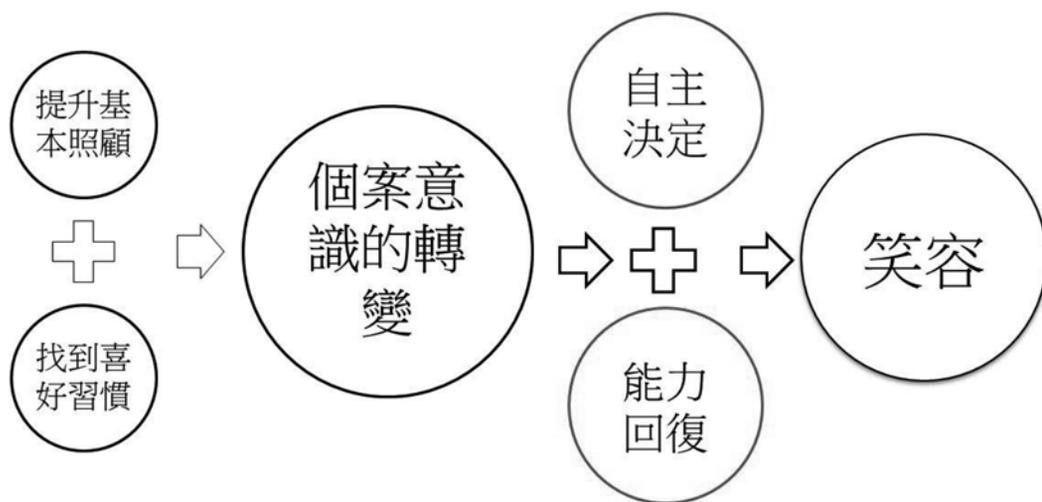


圖 6 自立支援導入變化歷程圖

圖片：林金立

三、能力回復的階段步驟

當使用者自主意識出現，這時候進行的能力回復工作會事半功倍，也不會掉入道德危機中，對於生活自主能力的提升，在照顧計畫上則可簡化為四個階段目標，當這四個目標都達成了，可以說基本的獨立生活能力就足夠了：

（一）先不要坐輪椅：

先達成可以站立，才繼續執行下一階段不尿布。

（二）不要穿尿布：

當可以從輪椅站立，就可以執行換穿彈性褲加小尿布的方式，不影響步行與站立，並且定時帶領至馬桶排泄。

（三）不需別人餵食：

因為站立、走路、排泄的逐漸正常化，飲食與吞嚥能力會逐漸進步。

（四）不用別人協助洗澡：

開始學習洗澡在有限的幫忙下，能夠執行大部分的洗澡動作，這是身為人的基本尊嚴。

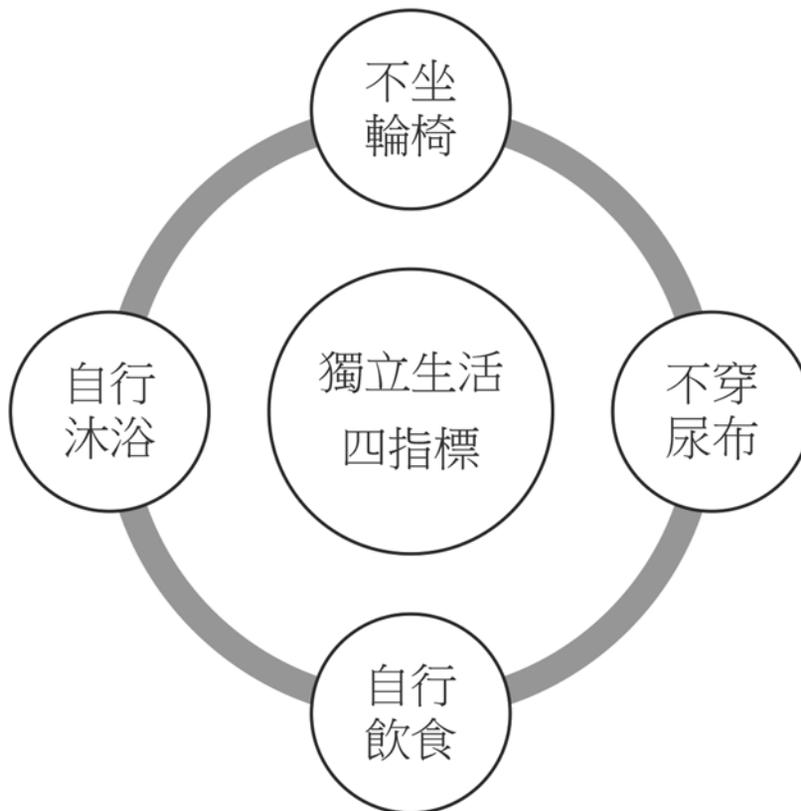


圖 7 能力回復的四個階段性目標

製表：林金立。資料來源：竹內孝仁，2015。

伍、結論：信賴關係是長期照顧的基礎

立支援照顧的使用者與家屬的歷程，歸納出來的信賴關係與照顧目標發展的歷程，製成下列示意圖：

觀察 2015 到 2017 年，526 位導入自

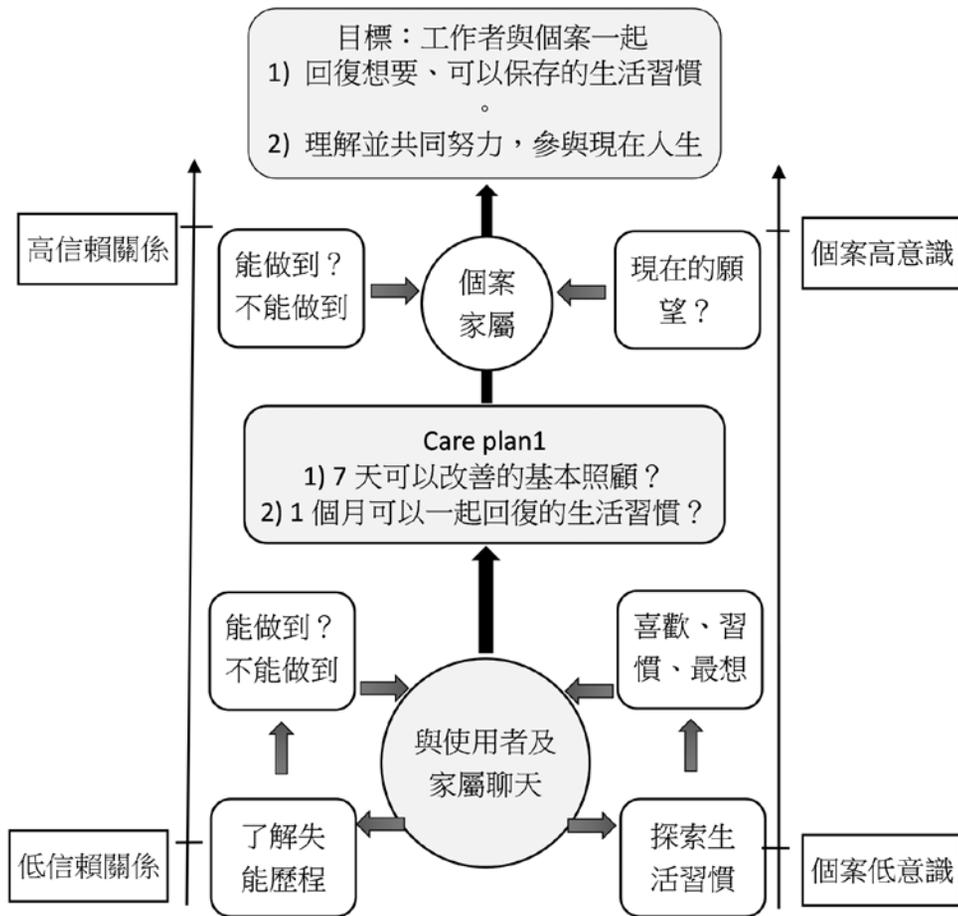


圖 8 信賴關係與照顧目標發展示意圖

資料來源：林金立，2018

照顧者首先要與使用者及家屬聊天，了解失能歷程，判斷使用者目前可以做到、不能做到的日常生活功能為何，並且探索喜好與習慣，找出現階段想要、且可以達成的習慣，開始從社會文化背

景與生活史，建立對使用者全面性的觀察視角；由這些觀察產生照顧目標，照顧目標以短期（通常 7 日內）可以改善的基本照顧（增加飲水、或飲食改善、排便、運動等），及 1 個月後可以一起

回復的生活習慣為目標（例如可以吃喜歡的東西，或是坐輪椅去廟口與朋友聊天），將照顧焦點放在基本照顧的提升與習慣喜好上，讓使用者與家屬有更多參與及協力的機會；之後依使用者的狀況，反覆的進行前述過程，因為是隨時進行觀察，並與使用者及家屬自然的討論，一起訂出目標，共同執行，信賴關係會自然的增加，就算使用者的功能可能日益衰退，但是彼此的信任感仍然會持續發展。

與家屬建立信任的照顧關係，是長期照顧品質的基礎，基於「同體共存」

的精神，建立「專家與專家」的平等、參與及分享的關係，這種氛圍的產生不是透過教育、要求、配合而來的，也非一時可以達成，而是長久下來的累積，在信賴關係的基礎下，照顧的效果、價值與技術能發展出來，脫離低階工作者的形象，才是真正改變照顧形象的方法，促進更多人投入，讓長期照顧政策真正發揮減輕社會負擔的效果。

（本文作者為社團法人台灣自立支援照顧專業發展協會理事長）

關鍵詞：長期照顧、自立支援、能力回復、照顧關係與價值

📖 參考文獻

- 竹內孝仁，雷若莉譯（2015）。竹內孝仁的失智症照護。原水，台中。
- 林金立（2015）。（自立支援的台灣實踐），收錄於《亞太長期照顧國際研討會論文集》。台北。
- 張家銘（2015）。（老年醫學概論），《老年學導論》，頁 79-82。台北。
- 邱文達、李玉春、林金立等（2016）。（自立支援於機構應用的模式與發展），《醫療與照顧整合》，P373-374，五南出版社，台北。
- 林金立（2017）。（建立照顧意識，導入自立支援照顧之整合性改變），《高齡活躍老化理論與實務》。愚人之友社會福利基金會，南投。
- 林金立（2017）。（自立支援理論）。照顧學期刊，1，1-15。
- 林金立（2018），（照顧意識建立的過程）。照顧學期刊，1，1-7。
- 劉立凡、王俞樺（2018）。（自立支援照顧與各國發展之簡述）。照顧學期刊，3，1-16。
- 衛生福利部，「衛生福利部 107 年度長照服務發展基金政策性獎助經費申請作業規定暨獎助項目及基準」，2018。
- 衛生福利部，「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」第一屆第二次委員會修正，2018 年 10 月。