

# 支援出院返家到自立生活的 社區日間照顧中心 ——自立支援橘色通關計畫實證成果

林金立

## 壹、前言

臺灣正面對人口老化與少子化的雙重衝擊，扶老比逐年攀升，可預見的未來，家庭已難獨自承擔照顧，因此政府積極推動各項長照政策，可是在勞動力也同時減少的趨勢下，長照服務若仍僅於「減輕照顧負擔」的層次，未來將面臨「照顧資源投入愈多、照顧時間愈長、照顧負擔更重」的惡性循環，對國家發展是一大隱憂，因此必須發展更積極的思維與做法，才能應對人口失衡、財政負荷日益沉重的結構性問題；參考相關理論與各國發展經驗，「促進自主生活能力，減輕負擔，提升生活品質」，是長照服務的積極的價值與目標，透過支援並提升失能民眾自主生活功能，不僅提升生活品質，更以降低失能程度為目標，達到減輕照顧壓力與社會負擔的效益。

檢視臺灣長照現況，長照2.0實施迄今，服務內容以生活照顧為主，復能、護理等專業服務介入及協同處遇機制不完整，多數情況是處於單打獨鬥的情況，不僅服務效能無法提升，甚至連降低負擔的基本目標都難以實踐，其中尤以初失能、正待從醫院返家的失能民眾與家屬更是如此，這個時期的需求多元，但照顧資源尚未到位、家庭照顧共識不足，是照顧壓力最沉重的時期，而這段時期的失能民眾，身體與心理狀況都面臨快速變化的歷程，除了生活照顧的需求殷切，更是能力提升的黃金期，若能得到整合的生活與復能照顧，對促進生活自立功能提升的成效明顯，能有效減輕個人、家庭的負擔；但因為無適當的照顧服務模式，出院後常常處於臥床照顧的處境，造成失能程度更為嚴重，負擔也更沉重，檢視現有的各項服務，居家服務對於失能程度嚴重、需求多

元、家庭照顧力量薄弱的失能民眾，資源整合不易，不容易滿足需求；住宿式機構的選擇，更不易達成照顧共識，再加上多數住宿式機構，缺少復能設備與服務，也難以提供相關服務；而現有的日間照顧中心，因為服務規劃多以活動休閒為主，對於照顧密度高、失能程度重、狀況歷程未穩定的個案，不容易滿足其多元照顧需求；因此在勉強選擇的情況下，除了壓力沒有減輕，也常錯失了復能黃金期，形成更長遠的負擔。

在體貼民眾希望繼續住在本來的家庭，以及服務可近性、資源布建整合效益，及服務槓桿效果等總和考量，發展以提升自主生活能力為目標的社區式機構，透過日照中心的專業的場域，有效率整合照顧、復能、護理等專業服務，並與醫療服務連接，提升個案出院後狀況掌握與醫囑執行，讓醫療服務的效益發揮，透過雙向資源的整合溝通，降低再住院率，並提升生活功能，不僅減輕家庭照顧壓力，對整體社會、國家也發揮長遠價值。

本文將以雲林縣同仁仁愛之家、長泰老學堂日照中心，與臺大雲林分院共同合作「自立支援——橘色通關」計畫之實證成果，說明理論應用於日照中心之實證模式，並分析運用資訊系統、復能設備增強專業服務之成果，同時也探討在日照場域中，整合各類專業及醫療服務，成為串起長期照顧連續性體系的best practice，希冀

賦予日照中心更積極的定位，成為超高齡社會來臨時，民眾的社區照顧中心。

## 貳、自立支援理論應用與各國經驗

### 一、自立支援理論及模型

日本竹內孝仁教授說，自立支援照顧是讓一個人，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（Activities of Daily Living, ADL）的實際問題，提升生活品質（Quality of Life, 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（林金立、余彥儒，2017）。

自立支援照顧的提供，會先分析被照顧者能力，先維持並運用其殘存動作功能，不足處透過人、輔具、空間改造等的協助來補足，進一步讓喪失的日常生活功能逐漸回復，依每個人不同狀況，會有不同程度與比例的計畫，來達成自立生活的目標。

可以說自立支援是使接受服務的人們，最終能在減少醫療資源之需求與外界援助情況下，有更多的選擇與自我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（林金立，2018）。

面對複雜的照顧問題與需求，要實踐上述理念，必須有系統性的工作方法，臺

灣自立支援照顧專業發展協會參酌自立支援在臺灣實踐經驗，發展出來的「一個核心、三個面向」的模型，作為擬定照顧計畫時之考慮：

（一）實踐策略：一個核心三個面向

1. 核心照顧目標是使用者的意願

必須尊重使用者的意願，相信且確保他們有充分的選擇權，獲得對生活的支配權，這樣的核心理念在照顧過程中，會因為使用者的各種照顧困難，而有限制，可

是仍必須在「盡可能」的範圍內，增加或維持對於自己生活的支配比例。

2. 探索行為的動機是策略第一個面向

行為動機分成「意識」與「下意識」兩個層面，當我們問使用者想吃什麼東西，他清楚表達想吃豆腐乳時，這是意識層面，但絕大多數的情況，使用者無法快速且清楚的意識表達，此時可以從生活史與所處之文化社會環境來尋找，當開始從生活史與社會環境的面向探索時，家屬的角色就變得積極並有意義，因為最能分享

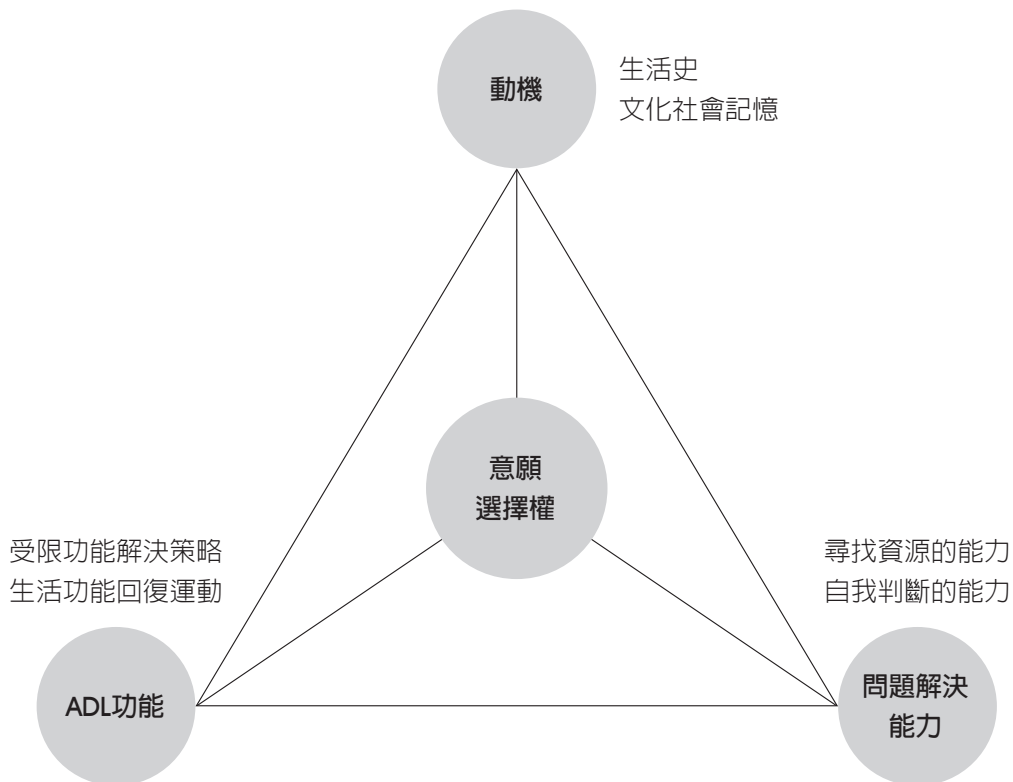


圖 1 自立支援實踐策略構面：一個核心、三個面向

資料來源：林金立（2019）。

使用者過去經驗的就是家屬，如果能一起探索使用者的行為動機，並共同尋找解決策略時，有助於與家屬建立更理想的照顧關係，我們希望的是「參與」，而不是「教育」。

### 3. 照顧內容是解決ADL的限制，充分進行ADL照顧

最直接影響生活品質的，是日常生活功能受到限制，像是照顧無法自行移動的使用者，照顧者可協助他完成移動動作，但其他可以做到的動作，應由他繼續自己操作；再進一步評估是否可以透過輔具操作、環境改善來解決其移動限制的問題，當照顧負擔稍稍減輕，使用者的信心與意識都提升後，後續再進行提升移動的能力回復運動，自主意願會大幅提升。

### 4. 提升問題解決能力

問題解決能力包括「尋找資源的能力」及「自我判斷的能力」，尋找資源的能力指的是使用者可以理解各項資源，並且有能力表達問題，求助並找到資源或方

法的能力；自我判斷的能力則是使用者可以判斷對自己最好的做法與選擇的能力。照顧者若急於幫他們解決問題，往往會讓問題一再出現，他們的能力也更加退化，因此這時候是要協助他們「提升問題解決能力」，開始跟他們一起考慮解決方法，最後達到可以自主操作的地步。

### （二）優先促進之生活功能——步行移動

從日常生活功能的關聯來看，步行與移動能力是最關鍵的生活功能，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，都與此能力有關係，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）。

1. 當可以步行時，就不用使用尿布，可以自立上廁所。
2. 如果無法步行，即使可以自主吃飯，但移動仍需要照顧。

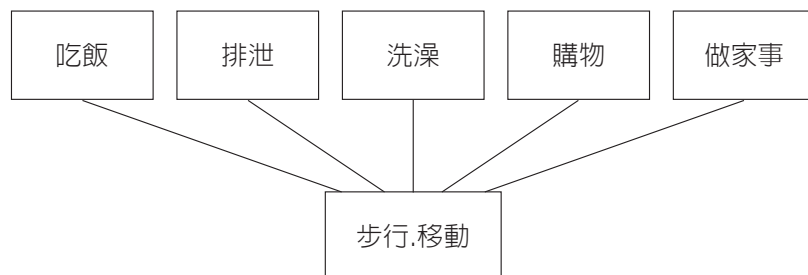


圖 2 步行與 ADL 能力的關係

資料來源：竹內孝仁（2015）。

3. 當喪失步行能力，移動至浴室的能力，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。

關鍵的部分是訓練不是獨立進行，而是盡量融合於生活照顧動作中，運用設備、家具、動作指導等，讓使用者在潛移默化中，習慣運用自己仍有的身體功能，並使用周邊支援系統，來提升步行移動能力。

## 二、各國與臺灣日照實證模式與經驗

透過日照中心來達成「提升高齡者生活功能，降低照顧負擔，促進生活品質」的照顧目標，各國有不同的模式與策略，以下舉日本、美國日照中心的典範模式，及臺灣的導入經驗為例，歸納其中的關鍵因素：

### （一）日本政策引導與資訊系統結合，促進照顧轉型

日本於2017年6月發布「未來投資戰略2017」，將「健康、醫療、照護」領域列為實現「Society 5.0」的五大戰略領域之一，透過物聯網（IoT）、機器人、人工智慧（AI）等先進技術融入產業及社會生活之中，以便協助照護對象提升自主生活能力，防止失能重症化，也可達成提升照護服務品質與生產力的目標。為了

引導介護設施發展，日本政府規定，日照中心若能夠讓使用者的失能程度改善率達70%以上，就可以獲得額外加權點數做為報酬（張慈映，2018）。

位於群馬縣高崎市的日高集團，其業務核心的日間照顧服務「日高Day Training Center」，可容納320名使用者，是日本規模最大的日照中心，為了有效提升被照顧者的生活功能，他們開發長照管理軟體，透過自行開發的智能運算機制，分析日照中心使用者的失能程度、生理狀況、認知狀況等數據，建立關聯性，運算出高精確度且適合個案的訓練課程，有效地幫助失能者改善生活品質（張慈映，2018）。

### （二）美國PACE整合醫療與長照，發展最效益模式

PACE服務是於1970年代，由「安樂居」（OnLok）所獨創，英文全名為「Program of All-inclusive Care for the Elderly」，將醫療、照顧與社交服務整合在一處社區照顧中心——PACE中心，在每個中心裡設置有復健室，有專業物理治療師、職能治療師、營養師及各類專業人員，協助進行復健與復能服務，以維持使用者身體的行動力，讓他們有足夠的自理生活在家裡生活；平日住在家裡時，中心會派員提供生活協助、雜務處理、交通接送、餐食等支援服務，每周再定時接送至中心接受基本



醫療、復健、照顧、社交和康樂活動，使用者可以跟各專業及相關服務人員進行跨專業會議，討論生活需求與期待，透過持續整合、參與，即時交換訊息和即時討論，擬定出最適合當下的照顧計畫，以求更適切地提供個人化的照護服務（楊寧茵，2019）。

2015年10月23日，OnLok醫務長Jay Luxenberg於「銀浪新創力國際研討會」分享表示，他們達成了較低的住院率，急性出院30天內的再住院率，僅為其他醫療保險服務的一半，整體幫政府省下了10%的支出，而在全部使用者都是重度失能的情況下，有93%的使用者住在居家（Jay Luxenberg，2015）。

### （三）臺灣日照提升基本照顧與融合復能服務，使用者生活品質提升

在衛生福利部補助下，臺灣自立支援照顧專業發展協會於2020年，輔導全國17家日間照顧中心，共計375位使用者導入自立支援照顧，依據2020年12月3日研討會成果發表，前測時有90%使用者，有基本照顧與活動不足的情況，在重新擬定照顧計畫，並整合復能技巧於生活照顧動作中執行，3個月後，其中350人的基本照顧數值（飲水量、活動量、飲食）都有提升，有80%使用者之ADL與正向外顯行為有顯著改變，例如願意主動飲水、躁動情形降低、社交行為增加等，ADL由平均

約60分提升到74分。

使用者的正向行為及ADL提升都有變化，這兩者也建構了生活品質改善的基礎指標。

綜合上述的例子，可以發現「政策引導、照顧目標設定、專業整合、以及科技應用」，是四個關鍵因素，其中至為關鍵的目標設定，不僅是在生活功能提升，更要以「改善失能者生活品質」為目標，時時檢討照顧策略。

## 參、橘色通關推動模式 ——從長照端出發的整合模式

2019年由同仁仁愛之家、長泰老學堂日照中心與臺大醫院雲林分院，開啟合作，運用自立支援理論與模型，實踐支援失能者出院、返家、生活自立的新服務模式——橘色通關計畫，協助失能初期之民眾，在需求多元、身體與心理狀況都面臨快速變化的這個歷程，除了獲得生活照顧外，更把握能力提升的黃金期，能夠有效幫助他們提升生活自立功能。

### 一、橘色通關計畫

計畫的實踐是透過醫療與照顧的有效整合，在住院階段，就由醫療與照顧雙方進行評估與團隊會議，並與家屬討論，擬定服務計畫，出院後直接由長照機構的

專業團隊接案，使用同仁老學堂與長泰老學堂日照服務，若失能比較嚴重的長者，則先由同仁仁愛之家進行24小時照顧，待狀況穩定，家庭照顧資源到位時，轉由日照中心進行支援返家與自立生活的整合服務，最終目標是希望可以逐漸恢復以前的生活模式。以下是橘色通關實施的概述：

### （一）服務對象

65歲以上，具下列情況：

1. 急性期醫療後出院返家照顧，但家屬有照顧困難者。
2. 中風者，須把握六個月黃金復健期。
3. 需短期入住且具積極復能需求者。
4. ADL評估未達六十分者（屬重度依賴他人程度，所有日常生活皆需他人協助，協助穿脫衣服、需輔具協助進食、需協助移位、依靠輔具才能步行等）。
5. 有行動能力之失智症可服務，管路為兩管內。

### （二）評估與實施策略

由跨專業人員，評估、擬定自立生活計畫，包括生活照顧、復能提升兩面向：

1. 提升生活照顧：以提升基本照顧為優先，包括飲水、飲食、排便、活動等，評估上述四功能之狀態，不足的部分優先協助，以避免因衰弱、久臥、活動力不足造成的廢用

症候群。

2. 解決ADL限制策略：針對ADL功能受限的狀況，首先支持殘存功能繼續使用，第二步是運用輔具、空間改善提升自理能力，當這二階段有進展時，生活品質會逐漸改善，意願與動機也會提升，第三階段則是運用復能設備、助步車等設施，精準有效率的提升步行功能等。
3. 醫療支援：臺大雲林分院指定聯繫窗口，個案狀況與資訊即時雙向溝通，需要到院醫療時，簡化及快速門診服務，對於醫囑之傳達、與指導，以及個案照顧歷程變化的紀錄，是達成雙邊效益的關鍵。

### （三）追蹤與改善

1. 醫療：配合定期回診，重新檢討醫療計畫。
2. 每一個月後召開評估會議，調整計畫。
3. 每三個月一次總評
  - (1) 使用者功能恢復程度，家庭照顧環境改善與資源系統建構情形，由日照中心進行整合服務，並連結居家服務等相關資源。
  - (2) 使用者功能狀態，或家庭照顧系統仍無法支援回歸社區，與家屬進行討論後續照顧計畫，並續住24小時機構，繼續調理。

## 二、服務成果

2020年橘色通關計畫共計服務36位65歲以上使用者，最高齡94歲，近6成為男性；生活功能部分，有40%使用者的ADL低於20分（完全依賴），55%使用者ADL為21-60分之間（嚴重依賴）；照顧需求部分，須傷口照護達71%、須管路照顧占35%、須生活功能與支持系統重建占50%。

經3個月後總評，有63%使用者，身體狀況從臥床到具備步行能力，自理功能恢復良好，從24小時照顧模式，轉為社區照顧；整體ADL分數平均提升28.75分；ADL中最關鍵的步行相關的指標（移

位、行走、上下樓梯），平均提升13分，特別是移位、行走能力有顯著進步。

## 三、實證案例

70歲的男性長者，2020年6月因出血性腦中風，初期ADL40分，家庭無力照顧，因此先入住同仁仁愛之家，日常照顧著重基本照顧提升與能力回復機的訓練，並與臺大醫院雲林分院復健科合作，每周安排一至兩次至醫院進行復健，於黃金治療期積極協助復健，經過四個月後，ADL進步至70分，繼續透過同仁老學堂日照中心的轉銜整合，建立居家照顧支援，順利返回社區生活，目前定期至日照中心持續復能訓練與維持社交互動。

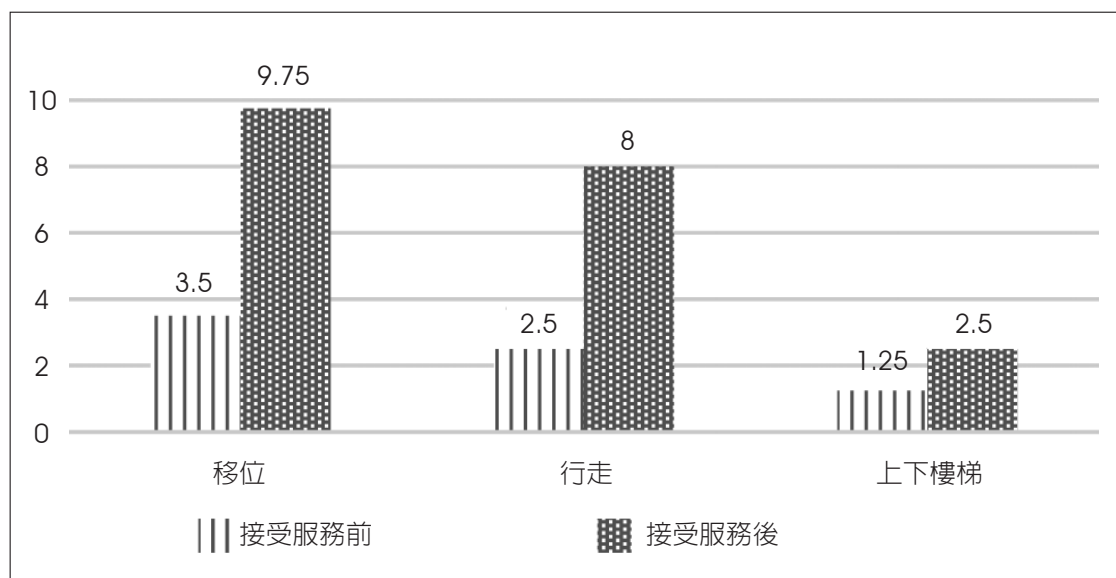


圖3 橘色通關計畫步行能力進行情形

資料來源：林金立製作。



表 1 照顧目標簡表

態度	主動積極、自我要求高，擁有強烈復能動機。
飲水	提供個案喜愛的水及水果，使日飲水量從450cc提升達1,200cc
飲食	提供個案喜愛的食物，每日飲食攝取熱量1500Kcal／日
排便	原本穿著尿布，每2小時帶上廁所，固定頻率與增加水份，提高如廁意識，失禁情形明顯改善 已成功移除尿布，現可獨自站在小便斗上如廁
運動	目標：加強步行能力 先練習坐站訓練，執行坐姿撿沙包訓練，增加平衡與取物能力 每週使用能力回復機三次，每次上下午各30分鐘 搭配下肢外骨骼及助步車，每日固定戶外步道走20分鐘 可使用拐杖在陪伴下行行走50公尺

資料來源：林金立製表。

## 肆、支援返家與生活自立的社區 照顧中心內涵

美國PACE中心極大化日間照顧中心效能，配置跨專業團隊與設備，整合各項生活照顧服務，以提升生活功能為目標，利用個案每周來日照的時間，提供復能與復健，並監測健康問題，早期診斷並治療；日本日高Day Training Center，發展高效能、精準的評估系統，搭配復能、運動設備，提升復能效率；當日照中心成為各專業整合的場域，銜接出院、支援返家、協助獨立生活，對使用者、家庭、以及整體社會的發展，是一個更積極的策略，這樣的自立支援型日照中心，必須具備的內涵有以下四點：

### 一、照顧目標明確，以「回復本來生活」為方向

照顧需求多元且複雜，失能初期使用者及其家屬常常陷入負面情緒的情況，受限照顧資源與負擔能力，照顧目標的決定常是以當下最急迫性、且照顧者能承擔的範圍做決定，使用者的需求經常在不自覺中被忽略、或是自我忽視，當需求與意願無法清楚表達，專業者從其視角評估並擬定計畫時，往往缺乏整合，甚至難以執行，為解決這個實務的困難，避免過度傾向專業者的視角，在照顧目標的訂定時，必須建立一些共識指引，作為實務工作者的引導：

(一) 照顧的方向是盡量協助使用者與家庭，回復本來的生活

能夠回到失能前自主的生活模式，是照顧需求最大公約數，透過這個方向的引導，專業工作者建立共識，並與使用者、家屬進行照顧協調與安排，逐次執行。

(二) 使用者的意願會逐步發生，成為階段性目標的核心元素

當照顧方向跟使用者期待一致時，就能建立穩定的照顧關係，進而促使使用者有進步的動力；要了解意願，通常不是在制式訪談發現，而是在使用者身體不適感逐漸降低，感受到友善氛圍時，於生活照顧過程中自然的出現，也因此發現使用者期待與意願的，常常是照顧服務員；以完成使用者的期待當作照顧的階段性目標，擬定整合計畫，這個服務就是一個以人為本的照顧。

二、具成效評估的生活自立提升計畫，多專業分工執行

主要執行人員為受過訓練的照顧服務員，各類專業人員為評估、計畫、指導與評量的任務；計畫的執行盡量融合於生活照顧過程中完成；各階段、各項目的目標與項目，取模組化服務，透過可測量、統計與檢討，及時檢討照顧方針，以提升成效。

(一) 基本照顧提升與維持為整體計畫基礎

四大基本照顧，包括飲水、飲食、排便、運動的狀態，與生活功能之間具有顯著關係，實證也發現，提升前述的照顧，對提升生活能力、降低噪動等有正面幫助（林金立，2018：151-152），照顧計畫中必須設定每人之四大基本照顧目標，擬定增進策略與階段性指標，紀錄每日服務狀況、身心狀態，透過前述數據之關聯與分析，建立客觀掌握、預測身心狀態的模式。

(二) 自立生活計畫三個層面目標的設定

生活功能的恢復是自立生活計畫的關鍵元素，但不是全部，如果把自立生活狹義為功能恢復，很容易發生放棄困難個案、或是過度追求績效而忽略使用者意願的道德危機；一個完整的自立生活計畫，包含了三個LIFE層面的要素：

1. **生命確保**：對生理數值的控制（血壓、血糖、心跳等一般健康指標），以及四大基本照顧（飲水、飲食、排便、運動）目標的訂定與執行，觀察使用者之身體狀況是否有危險狀態（例如具立即風險之疾病，或是無法自我控制的跌倒、躁動等）。
2. **生活品質**：生活品質概念的具體作為，與生活喜好、習慣息息相關，

是非常個人化的，當一個人感受到自主性提高時，對生活的滿意度也會提高，在「生命確保」的基礎與前提下，與使用者一起擬定「生活喜好&功能回復計畫」，以與該喜好關聯高的ADL功能為優先提升項目，訓練內容包含「降低限制」與「能力提升」兩個面向，例如步行能力，學會使用助步車，就是降低限制的策略，訓練肌力、穩定性等步行各項能力，就是能力提升。測量時，以「降低限制」為測量指標，當原本受限制的生活功能逐漸減少時，生活自主性會提高，生活品質也能隨之提升。

**3. 人生價值：**人生價值的內涵可以定義為「自助」與「助人」能力的提升：

- (1) 「自助」能力：包括意願與期待的表達、照顧計畫參與討論、理解身體狀況與服務之必要性、以及功能提升後調整服務密度與項目的認知等。
- (2) 「助人」能力：包括主動協助他人、運用過去專長繼續工作、找到新角色參與日常社交活動等。

### （三）服務模組的發展、執行與測量

長照服務存在的問題，就是各項服務的提供內容缺乏標準化，評估與服務提

供之間的關聯性不足，服務目標不一致，因此造成各專業整合困難，也難以測量與統計，要解決這個問題，必須從定義問題與服務內容之間的關聯開始，將要解決的ADL問題分項檢視、歸類，服務內容制定標準化內容與流程，區分量級、頻率，發展各項模組服務。

當使用者接受評估及擬定計畫後，透過模組服務，記錄並定期測量狀態與功能是否有變化，作為多專業討論擬定後續計畫之參酌。

## 三、將步行訓練系統化

自立支援理論中，步行能力是最關鍵的能力，為了能夠在日常照顧中，透過照顧服務員就能達成提升步行功能的成效，訓練菜單與方法的系統化就非常重要，包括有氧運動、肌力運動、平衡與重心轉移運動等訓練項目，必須考量不同失能等級、帶有不同訓練目的的使用者都能參與，甚至單側偏癱的中風個案也能透過伸展帶進行伸展動作。

透過設備的應用來提升成效，能提升成效，且能減輕工作負擔，包括：

### （一）固定式機械設備的使用

失能者身體狀況經常處於衰弱的情況，失能的部位多且複雜，運用固定式機械設備，能降低訓練風險，提升訓練效果，但值得注意的是，專為失能、衰弱者

設計，以活化不同肌肉部位、促進生活功能為目的之「能力回復機」，與健身房、公園常見的運動設備還是不同的，必須詳細了解。

## （二）目標取向的主動式步行訓練設備

主動式步行訓練設備，可以讓使用者學習控制肌肉的運用，並有自然整合身體協調性、穩定性的效果，這幾年不同型態功能的步行訓練設備，有長足的發展，例如讓還在學習站立的使用者的懸吊式助步車，協助自主跨步行走的高架助步車，以及能夠調整患側步姿、活動關節、協調性的下肢外骨骼機器人等，這些科技設備在臺灣已逐漸成熟，輔助照顧進階，朝向能力提升的高價值發展。

## 四、發展智能化資訊評估系統

智能化資訊評估系統的發展，能讓服務更為精準有效率，但長照服務因為缺乏模組化、系統性，所以蒐集的數據能應用的有限，要走向智能化的方向，服務計畫內容與項目必須有模組化的設計，與評估結果產生關聯，服務紀錄必須準確，後續評估內容必須再回應到服務模組，透過這循環過程，蒐集到照顧大數據，產出最合

適長輩的日常練習套餐，縮短評估者、照顧者的學習曲線，加速服務成效。

## 伍、未來發展建議

日照中心可以成為銜接出院、返家、獨立生活的照顧樞紐，扮演各類居家式、社區式服務之整合場域，讓居家個案和各類居家式專業人員（如居家服務、復能、居家醫療等），有一個場域整合、交流，實踐自立支援、健康自主管理等照顧理念與內涵，提升服務效能。

除了照顧的功能，未來高齡者的特徵是教育程度較高、健康識能高、具備自主經濟能力、想掌握自己人生、有選擇照顧模式的意識，會希望多方比較，希望能夠持續有社交互動，並維持身體機能，有熱情繼續為社區付出、或是繼續工作，這種生涯觀點的改變，會是高齡社會持續向前發展的契機，在可預見的超高齡社會到來時，日照中心將成為一個支援長者自主生活，人生價值繼續發展的社區照顧中心。

（本文作者為財團法人雲林縣同仁仁愛之家董事長）

**關鍵詞：**自立支援、日照中心、長期照顧

## 參考文獻

林金立（2018）。〈同體共存的長期照顧——自立支援的臺灣實踐〉，《社區發展季刊》，

164，188-189。

林金立（2019）。〈實踐自立支援〉，《自立支援操作手冊》。臺北：臺灣自立支援照顧專業發展協會。

林金立、余彥儒（2017）。〈自立支援照顧的臺灣實踐〉，《長期照護雜誌》，21（1），15-18。

國家發展委員會（2020）。〈中華民國人口推估（2020至2070年）〉，檢索自[https://www.gender.gov.tw/gecdb/Stat\\_Statistics\\_DetailData.aspx?sn=S76QK4jz899u7Khj0vJqDA%40%40&d=m9ww9odNZAz2Rc5Ooj%24wIQ%40%40](https://www.gender.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=S76QK4jz899u7Khj0vJqDA%40%40&d=m9ww9odNZAz2Rc5Ooj%24wIQ%40%40)。

張映慈（2018）。〈智慧樂齡 搶攻橘色商機大未來〉，檢索自[https://www.taiepiecon.taiepei/article\\_cont.aspx?MmmID=1201&MSid=1003013013501274271](https://www.taiepiecon.taiepei/article_cont.aspx?MmmID=1201&MSid=1003013013501274271)。

楊寧茵（2019）。〈晚上住哪影響心情品質！美國PACE養老模式：白天讓人服務，晚上好好回家〉，檢索自<https://www.fiftyplus.com.tw/articles/16653>。

雷若莉譯（2015）。《竹內孝仁的失智症照護》（原作者：竹內孝仁）。臺中：原水。

劉俞均（2019）。《物理治療對臺灣「生活自立支援」長期照顧新興模式之整合性介入方案執行成效》（未出版之碩士論文）。長庚大學，桃園。

蔡峰如（2018）。〈日間照顧服務內容規劃〉，《日間照顧經營與管理指南》（頁97）。臺北：老人福利推動聯盟。