

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程

實務實習成果報告



Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis – Practicum Report

探討照專及個管對長照區域整合機制自評落差

The Different Appraisal of the Level of Long Term Care

Intergration Between the Case Managers and the Care Managers

張可薇

KE-WEI CHANG

校內單位指導教師：陳雅美 教授

實習單位指導教師：楊慧玉 科長

Advisor: YA-MEI CHEN, Ph.D.

Preceptor: HUI-YU YANG, Division Chief

中華民國 111 年 9 月

September, 2022

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

探討照專及個管對長照區域整合機制自評落差

The Different Appraisal of the Level of Long Term Care

Intergration Between the Case Managers and the Care

Managers

本論文係張可薇君（學號 R09847022）在國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程完成之碩士學位論文，於民國 111 年 7 月 20 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：



（簽名）

 (指導教授)



誌謝



想不到我真的寫完這一本了，最近一直在想我的長照領域成長史，婷婷副座埋下這顆種子，種子的成長茁壯養分，是淑卿老師手把手教會我甚麼是長照的個案管理、怎麼跨專業的運用視野，而這顆小植物能長成小樹，是慧玉科長給的機會，讓我去嘗試、去發揮，讓我有機會跟基隆照管中心的夥伴一起努力，這兩年經過雅美老師的教導，使我的根基扎得更深、更穩，不再只是用經驗講話，而更懂得運用學術、科學客觀的資料去強化說服力。

這段時間真的體會了前輩們說寫論文時耗神與焦慮，這一路真的要謝謝很多貴人的協助，感謝我的家人，我先生默默的接受我在加班及功課循環裡，不是人不在家，就是只看到我的背影，我的妹妹是最常問我「你功課寫完了嗎？」的人，媽媽及姐姐則用各種不同的方式關心著我、督促著我，而最能娛樂我的是我的外甥。

感謝雅美老師的因材施教，總能在時機點上給予鼓勵支持，在我卡關時給予方向，讓我體會了一種新的師生關係，感謝慧玉科長以實際行動支持我去念書，感謝我的同事，尤其是裕晴督導及庭玉督導，忍受我的缺席，分攤了我大量的工作，感謝最溫暖的 633 研究室的子婷學姊、世權學長、語倩學姊及琬育學姊，不厭其煩回答我的問題及忍受我假日的打擾，也感謝淑卿老師這一路給我的長照專業上的教誨。

今年是我大學畢業的第 20 年，取得碩士資格格外有意義，而且在 COVID-19 肆虐期間完成學業，應該也能算上特殊經歷吧！這兩年要謝謝的人真的太多了，再次深深感謝所有幫助過我的每一個人，謝謝你們！

可薇 2022

中文摘要



研究背景與目的：2017 年長照 2.0 推出時，強調與長照 1.0 很大的不同在於「整合」，而社區整體照顧模式為長照服務體系裡個案管理模式的重大突破，隸屬公部門的照顧管理專員(簡稱照管專員)角色從照顧管理轉變成失能評估，而服務連結由民間單位成立的 A 個案管理員(簡稱 A 個管)負責，因此社區整體照顧體系推動成敗取決於照管專員與 A 個管的合作成效，雙方對於整合的認知及目標若一致，必有助於合作推動。因此本次研究主要探討 A 個管及照管專員對於現行長照整合執行程度的認知是否相似，並討論服務年資、個案數、服務縣市及是否為主管職等因子是否會影響 A 個管及照管專員對長照整合執行認知的標準。

研究方法：本研究為次級資料分析合併橫斷式調查研究設計。A 個管組問卷採次級資料分析，由陳雅美教授研究室團隊提供；照管組部分以問卷方式調查北部某三縣市照管專員對於目前長照整合的執行程度評分，以匿名、自填方式收集紙本或線上問卷。本研究使用陳雅美教授團隊所發展之「台灣長照整合機制自評問卷」，問卷以 Evashwick(2005) 提出的整合要素，包括組織整合、服務整合、資源整合及資訊整合四大調查面向、共 34 小題。問卷內容整體信度達良好信效度。本問卷以李克特 5 點量尺計分，分數越高表示認為該項執行程度越高。本研究探討照專與 A 個管在整體整合、組織整合、服務整合、資源整合及資訊整合等面向認知是否有不同。控制因子包括服務年資、個案數、服務縣市及是否為主管。資料收集後以 SAS 9.4 進行分析，探討 A 個管與照管專員的身分對整合執行認知是否一致，以及探討不同身分別，工作年資、個案數、服務年資及是否為主管如何影響對 A 個管與照專的長照整合執行程度之認知。

研究結果：本次共分析 A 個管組問卷 76 份、照管組問卷 93 份，平均年資為 A 個管組 2.39 年、照管組 3.94 年 ($p < 0.0004$)；平均個案數 A 個管組 122.4 案、照管組 308.6 案 ($p < 0.0001$)；服務縣市部分，三個縣市的填寫人數具明顯差異

($p < 0.0001$)；非主管填寫人數明顯高於主管 ($p < 0.0001$)。整體而言，在組織整合、服務整合、資源整合及資訊整合 4 個面向的整合執行程度裡，照管組各面向得分(3.40~3.59)都顯著低於 A 個管組(3.79~3.98) ($p < 0.0001 \sim p = 0.0168$)。在多元線性回歸分析中，控制共變項下，全整合面向部分，照管專員整合執行程度分數比 A 個管低 0.38 分($p = 0.0022$)；組織整合面向部分，照管專員整合執行程度分數比 A 個管低 0.43 分($p = 0.0028$)；服務整合部分，照管專員整合執行程度分數比 A 個管低 0.42 分($p = 0.0032$)。且照管專員每多一年服務年資，整合執行程度降低 0.04 分，每多服務一名個案，整合執行程度些微上升($p = 0.0442$)；在資源整合部分，照管專員整合執行程度分數比 A 個管低 0.54 分($p = 0.0008$)；在資訊整合部分，A 個管組每多一名個案，資訊整合執行程度分數就些微降低($p = 0.0066$)，且 B 縣市整合執行分數顯著比 A 縣市低 0.56 分($p = 0.0223$)。

討論與結論：研究結果發現，A 個管與照管專員對於現行長照整合執行認知具明顯差異，A 個管組分數普遍比照管組高。推測 A 個管對於自己業務工作成果滿意度較高，而照管專員對於整合執行要求標準較高。這樣差異可能來自照管專員及 A 個管的資格訓練內容。A 個管整合概念相關之課程時數較照專少，故推測可能是 A 個管基礎訓練中整合的理論訓練不足，以至於 A 個管缺乏整合概念，進而影響 A 個管對整合執行運用及標準。本次研究亦發現 2 個現象，(一)年資有助照管專員累積服務整合的經驗，但在 A 個管部分卻沒未見這樣結果。比較照管專員及 A 個管的資格訓練內容，發現 A 個管資格訓練缺乏整合概念實際運用的練習，推測可能是 A 個管可能是基礎訓練中整合概念的訓練不足，以至於 A 個管缺乏整合概念及實作機會，日後實際執行 A 個管業務時，若無他人指導或透過個案討論等實務經驗分享，恐難以累積服務整合得經驗，導致工作年資久也無法累積服務整合的經驗。(二)A 個管的個案數越多，覺得資訊整合的執行程度越低，但是照專沒有此現象。推測原因為 A 個管協助每一位個案的服務輸送、服務調整時都需與多單位、大量的訊息交換，故當個案數越多時，越仰賴完善之平台去達到有效的橫向溝通。綜上所述，建議未來強化照顧服務管理資訊平台內個案管理功

能、增加跨專業討論媒介，及修訂 A 個管資格訓練內容，加強整合之概念及實作演練，特別是在服務整合的部分，並鼓勵長期照顧管理中心承擔起對 A 單位之輔導角色，提升 A 個管跨服務、跨專業之運用能力，落實整合之理念，應是未來長期照顧服務品質的重要方向。

關鍵字：長期照顧、照管專員、個案管理員、整合照顧、ABC 照護團隊

Abstract: Long-term Care, Case Managers, Care Managers , Integrated Care,
Tier ABC team

Abstract



Background : When the long-term care 2.0 (LTC 2.0) policy was launched in 2017 with great emphasis on "integration". A major breakthrough in the case management model in the LTC 2.0 was adding case managers to share care managers' workload.. The role of the care manager in public sectors has changed from care management to disability assessment only, and the service link is provided by the case manager from private sectors. Therefore, the success of the case management services in the community depends on the cooperation between the care manager and the case manager. Whether the two professionals have the same level of knowledge in integration may be a critical issues. The current research explored and compared the level LTC services integration perceived by the care manager and the case manager, as well as exploring factors contributing to the level of LTC services integration perceived by care manager and case manager.

Methods: The research was a secondary data analysis and cross-sectional survey design. The data regarding the levels of LTC services integration perceived by care managers was collect by the Professor Ya-mei Chen' research study. The current study further collect data regarding the levels of LTC services integration perceived by case managers in three countries in Northern Taipei through cross-sectional survey, both through mailing and internet survey. This study used the "Taiwanese Self-Assessment for Long-term Care Systems Integration (TwSASI) " developed by the research team of Professor Ya-mei Chen, which showed good validity and reliability. Four types of integration by Evashwick (2005) was included in the data for analyses and surveys, which included levels integration in the (1) overall integration; (2) organization integration, (3) service integration, (4) resource integration, and (5) information integration, A total of 34

questions were included. The questionnaire is scored on a 5-point Likert scale, the higher score refers to a higher degree of implementation of the item. SAS 9.4 was used for analysis. In addition to descriptive analyses, independent sample T-test, Pearson correlation, ANOVA were used for bi-variate analysis. Multiple Linear Regression was used to compare the perception of the level of LTC integrated between care manager and case manager with covariates adjusted. Factors like self-identities, seniority, number of cases, service cities, and a supervisor or not were included as covariates.

Results: A total of 76 questionnaires in the case manager group were included for analysis and 93 questionnaires in the care manager group were returned. The average number of years of experience was 2.39 years for the case manager group and 3.94 years for the care manager group ($p < 0.0004$); the average number of cases was 122.4 for the case manager and 308.6 for the care manager group ($p < 0.0001$); there was a significant difference in the three service cities ($p < 0.0001$); the number of non-supervisors was significantly higher than that of supervisors ($p < 0.0001$).

With covariates controlled, the levels overall integration aspect, the care manager group perceived 0.38 points lower than the case manager group's scores ($p = 0.0022$); the levels organization integration aspect, the care manager group perceived 0.43 points lower than the case manager group's scores ($p = 0.0028$); the levels service integration aspect, the care manager group perceived 0.42 points lower than the case manager group's scores ($p = 0.0032$); The level of integration in service integration aspect perceived by the care manager is reduced by 0.04 points for every additional year of service years ($p = 0.0042$). For every extra case, the level of integration in service integration aspect perceived by the care manager increased slightly ($p = 0.0442$). The level of integration in resource integration aspect perceived by the care manager group was 0.54 points lower than that of the case manager group ($p = 0.0008$). The case manager group perceived decreased level of integration in information integration aspects for

every extra case($p=0.0066$). The integration implementation score of city B was significantly lower than that of city A by 0.56 points ($p=0.0223$).

Discussion: The results of the study showed that there was a significant difference in the perception of the level of long-term care service integration between the case manager and care manager. The scores of the case manager was higher than that of the care manager group. It could be due to the higher the standard of integration implementation by the care manager group. Comparing the qualification training content for the care managers and the case managers, the course hours related to the integration concept for case managers are relatively low. It is possible that basic theoretical training for integration for the case manager may be insufficient. As a result, the case managers may lack the concept of ideal integration, which in turn affects the case manager's evaluation and standards of the level of the LTC services integration they have provided. This study also found 2 phenomena:(1) Seniority helps care managers accumulate experiences in integration service, but not for case managers. This could be again due to the lower training hours for integration among case managers. With limited training in the concept of integration, it may be more difficult for a case managers to accumulate experiences in providing integrated integration. (2) The more cases that a case managers have, the lower levels of information integration they have perceived. It is possible that the work of case manager involved exchanging and coordinating information with multiple organizations while arranging service delivery and adjustment for every case. Therefore, when the number of cases increases, the more a need for case manager to have a good information platform to achieve effective communication. To sum up, it is recommended to strengthen the case management function in the care service management information platform in the future. Also, increase the interdisciplinary discussion and revise the content of qualification training for case managers and strengthen the concept of integration and practical drills, especially in

service integration aspect. The long-term care management center managed by the governments was also encouraged to assume the role as a mentor for care managers within the same jurisdiction. Enhancing the case manager's interdisciplinary application ability, and implementing the concept of integration shall be a priority for future LTC service quality.

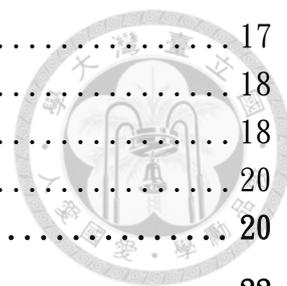
Keywords: Long-Term Care, Care Managers, Case Managers, Integrated Care,
Tier ABC team

目錄



口試委員會審定書.....	I
誌謝.....	II
中文摘要.....	III
英文摘要.....	VI
目錄.....	X
圖目錄.....	XII
表目錄.....	XIII
第一章 導論 (CHAPTER 1)	1
第一節 實習單位特色與簡介	1
第二節 研究動機	2
第三節 研究目的	4
(一)研究目的.....	4
(二)研究目標.....	4
第四節 文獻回顧	4
(一)國家政策面.....	4
(二)國際趨勢面-ICOPE 探討.....	8
(三)Evashwick 的整合要素.....	9
(四)整合制度服務成效面.....	10
第二章 方法 (CHAPTER 2)	12
第一節 研究方法及架構	12
第二節 研究流程	12
第三節 研究對象	13
(一)A 個管:.....	13
(二)照管專員:.....	13
(三)排除對象:.....	13
(四)預估人數:.....	14
第四節 資料收集	14
(一)次級資料來源.....	14
(二)調查方法.....	14
第五節 測量工具	15
(一)問卷內容.....	15
(二)長照服務整合自評問卷內容信效度.....	17

資料來源為(Chang, Y. C., & Chen, Y. M., 2021).....	17
資料來源為(Chang, Y. C., & Chen, Y. M., 2021)°.....	18
(三)研究變項與操作型定義.....	18
(四)問卷 A 單位版與照管專員版差異說明.....	20
第六節 資料分析.....	20
第三章 結果 (CHAPTER 3)	22
第一節 問卷回收.....	22
第二節 研究對象群體特質分析.....	22
第三節 影響整合執行程度認知之雙變量分析.....	26
第四節 影響整合執行程度之多變項分析.....	30
第四章 討論 (CHAPTER 4)	33
第一節 研究對象特質資料.....	33
第二節 研究目標一：瞭解 A 個管及照管專員自覺對長照整合機制裡的組織、 服務、資源及資訊等 4 個面向整合執行程度的差異。.....	34
第三節 研究目標二：探討影響 A 個管及照管專員對於長照整合機制裡不同整 合面向執行程度差異的相關因素。.....	36
(一)年資有助照管專員累積服務整合的經驗.....	37
(二)個案數越多的 A 個管對資訊整合的要求越高.....	38
第五章 結論與建議 (CHAPTER 5)	40
第一節 加強 A 個管整合概念之課程，縮小與照管專員之落差.....	40
第二節 強化 A 個管跨專業運用能力，落實整合概念服務.....	40
第三節 強化資訊平台內個案管理功能及跨專業討論媒介.....	41
第四節 本研究限制及未來研究建議.....	41
參考文獻 (REFERENCES)	43





圖目錄

圖 1：ICOPE 示意圖	9
圖 2：EVASHWICK 整合要素	10
圖 3：研究架構	12
圖 4：研究流程	13

表目錄



表 1	照顧管理專員及 A 個案管理員任用資格比較	6
表 2	照顧管理專員及 A 個案管理員教育訓練規範比較	7
表 3	組織整合題項舉例	15
表 4	服務整合題項舉例	16
表 5	資源整合題項舉例	16
表 6	資訊整合題項舉例	17
表 7	內容信度	17
表 8	內容效度	18
表 9	變項操作型定義	19
表 10	問卷 A 單位版及照管專員版之問卷差異	20
表 11	研究對象特質分析	25
表 12	影響因子(服務年資、個案數)與個管或照管的整合執行認知之相關.....	27
表 13	影響因子(主管職)對個管或照管的整合執行認知之影響.....	28
表 14	影響個管及照管對長照整合執行程度認知因子及影響程度.....	31



第一章 導論 (Chapter 1)

第一節 實習單位特色與簡介

基隆市政府 90 年 10 月 31 日配合行政院「建構長期照顧體系先導計畫」於衛生局成立「基隆市長期照護管理示範中心」，與社會處成立之「基隆市照顧管理中心」共同掛牌，開始推動建立長期照護單一窗口服務，而於 94 年 5 月 24 日依行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組第 2 次委員會議決議統一定名為「基隆市長期照顧管理中心」，落實民眾單一服務窗口，依據行政院 106 年 1 月起核定之「長期照顧十年計畫 2.0」，長照個案管理服務由照顧管理專員(以下簡稱照管專員)及社區整合型服務中心(A)(以下簡稱長照 A 單位)共同合作，並運用社區照顧服務體系提供長期照顧服務需求者個別化之連續照顧服務。

依據衛生福利部長期照顧十年計劃推估，基隆市 110 年長照失能人口推估為 14,350 人，占全市總人口 3.94%，包含 65 歲以上失能老人 8,485 人、64 歲以下失能身障者 3,210 人、50-64 歲失能原住民 154 人、50 歲以上失智者 2,187 人，及僅 IADL 需協助之衰弱老人 314 人，而基隆市長期照顧管理中心隸屬衛生局管理，編制 4 名照顧管理督導、24 名照顧管理專員，負責全市長照失能評估、服務追蹤及品質管控，截至 110 年 12 月止，基隆市長期照顧管理中心聘有 4 名照顧管理督導、13 名照顧管理專員，年度服務個案 5,166 人，而長照服務體系布建 10A-135B-60C，共聘有 23 名個案管理員，服務個案達 4,147 人。因長期照顧管理中心負責全市失能評估，與長照 A 單位合作個案照顧計畫擬定及服務輸送，是以該基隆市長期照顧管理中心為實習機構，為筆者研究主題可取得資料最直接的單位，亦期許研究成果可協助該單位長照個案管理業務發展。

本次實習時數為 200 小時，於 110 年 11 月開始進行實習，以每周 3-4 天的時間至長期照顧管理中心實習，在實習期間，在楊慧玉科長的指導下，於長期照

顧管理中心進行個案資料蒐集、整理與分析，並參與本研究相關的討論會議，定期與校內、校外指導老師更新研究進度。



第二節 研究動機

「個案管理」乙詞現今普遍運用社會服務、醫療照顧、教育體系…等各領域，王來進（2021）引用林茂生 2005 年翻譯全美社會工作協會（NASW，1987）所提出的個案管理定義：「個案管理（Case management）指的是由社會工作專業人員為一群或某一案主統整協助活動的一個過程。過程中各個不同機構之工作人員相互溝通協調，以團隊合作方式為案主提供所需之服務，並以擴大服務之成效為主要目的。當提供案主所需之服務必須經由許多不同專業人員、福利機構、衛生保健單位或人力資源來達成時，個案管理即可發揮其協調與監督之功能」。而「照顧管理」（care Management）係管理一連續、全面的照顧，其中包含資源管理，而非僅管理個人或特定對象，張淑卿（2007）提出：「照顧管理是一種透過具有個管能力的專業人員，整合多專業，多資源的服務過程。從微觀面評估個案需求、擬訂計畫、整合協調資源、開發倡導資源，協助有多重問題需求的個案與家庭，得到具品質，持續且有效的服務。從鉅觀面則是讓服務資源輸送體系得到適當的配置與開發」。

從長照 1.0 起，我國長期照顧體系個管制度即非傳統的個案管理模式，「照顧管理」概念一直為照管專員執行個管制度的核心，個案的照顧問題非政府提供之服務可完全滿足，必須協調更多元的服務系統完成，例如市場供需、民間團體、鄰里支持…等，照管專員肩負失能評估、資源分配、服務協調、品質管理等責任。而 106 年政府推出長照 2.0 時強調與長照 1.0 很大的不同點在於「整合」，其中社區整體照顧模式（長照 ABC）透過整合的模式串聯不同服務，並且讓不同機構間相互合作，提供最適切的服務（邱慈穎、陳雅美，2018）。長照 ABC 希望以服務使用者為出發，水平整合各類型照顧系統及各專業團隊提供服務（黃松林、黃世州，2018）。長照 2.0 中的個管制度有重大突破，過去個管制度由照管專員全



權負責，長照 2.0 後發展為照管專員與 A 單位個案管理人員(以下簡稱 A 個管員)共同合作，惟個管制度核心概念-照顧管理從未改變。

照管專員為政府單位代表，為評估者、資源守門人及品質把關者，負責長照失能評估，以接續失能等級及額度判定，被賦予正確評估個案生活自理能力之期待。另外，照管專員另需執行照顧計畫審定，確保服務規劃符合案家需求及整體資源的分配，而 A 個管員為一民間單位，擔任資源連結協調者、資源分配者。A 個管應就個案需要及意願、資源盤點結果擬定個別之照顧計畫，廣結服務區域長照資源，無論是已與政府單位完成特約之機構或其他非正式部門資源，A 個管依個案多元照顧需求協調安排照顧資源，強化服務連結效能，建構完善在地服務輸送體系(衛生福利部，2019)。故個管制度最終目標仍為協調及調配照護需求，及資源分配最佳化(邱慈穎、陳雅美，2018)。

照管專員與 A 個管互動時原則採平行的夥伴關係，但照管專員面對照顧計畫審查及規範監督時，又會改以層級關係因應(陳韋頻，2018)。照管專員及 A 個管的業務職掌看似分配明確，但實際因個案狀況及家屬習慣，導致雙方工作有疊床架屋之嫌，重複做工也易發生沒人工作之窘境，在中華民國老人福利推動聯盟於 2018 年的「社區整合型服務中心(A 級單位)現況調查」結果發現，超過 70% 的專業人員不認同照管專員及 A 個管目前的分工，69.4% 的受訪者不同意這樣分工有縮短服務時數，超過七成的受訪者認為照管專員及 A 個管權責難以劃分。而照管專員及 A 個管聘用條件及專業養成上的差異，以致雙方共同語言落差，又在校教育缺乏跨專業合作與溝通之訓練，導致雙方訊息傳遞耗時費心及整合服務規劃方向不一致(游曉微、林佩欣、陳玉澤，2020)。

長照 2.0 服務標榜多元及彈性，多元服務順暢仰賴一個樞紐妥適安排，避免服務重疊、成效不彰、資源及金錢的浪費，其中 A 個管即是我國長照整合機制中，被賦予擔起樞紐的角色，但公私協力成功基礎在於信任關係建立及工作方向一致，所以如何讓照管專員及 A 個管工作內容銜接但不重複，相輔相成而不是互相拉扯，那對現行長照 2.0 整合機制認知的一致性是一致的。



Evashwick (2005)提出的四個整合面向，包括組織、服務、資源及資訊等四個面向。故本研究以此四面向檢視照管專員與 A 個，對於現行長照整合機制執行程度的認知是否相似，期能發現照管專員及 A 個管對於現行整合機制模式推動認知的落差，之後期望導入照管專員及 A 個管的在職訓練參考及業務推動調整，一致雙方對長照 2.0 整合模式的認知，以提升合作效益。

第三節 研究目的

(一)研究目的

瞭解 A 個管及照管專員對長照整合機制不同整合面向執行程度認知的落差與相關影響因子。

(二)研究目標

目標 1、瞭解 A 個管及照管專員自覺對長照整合機制裡的組織、服務、資源及資訊系統等 4 個面向整合執行程度的差異。

目標 2、探討影響 A 個管及照管專員對於長照整合機制裡不同整合面向執行程度影響因素。

第四節 文獻回顧

(一)國家政策面

(1) 社區整體照顧服務體系

衛生福利部於 2017 年起推動長期照顧十年計畫 2.0，其中社區整體照顧服務體系為整合過去各自發展的長期照顧服務體系，透過公私部門協力，建立以社區為基礎的長照體系，提供具整合性的長照服務，然社區整體照顧服務體系為我國首次推展的服務模式，各級單位皆在摸索中執行政策，歷經 3 年磨合經驗及政策大幅修改，現行體制漸趨成形，各縣市逐步發展出適宜地方的執行模式。

長照 1.0 時，照管專員從收案、評估、服務連結、服務追蹤到服務調整一手

包辦，與案家互動頻繁、緊密，且因長期照顧管理中心為公部門，民眾對照管專員的信任度高，而服務提供單位對接受派案、提供服務的服從性也高，當長照政策改變，擴大需照顧之對象時，公部門已難以聘雇這麼多的人力負擔原本照管專員的工作內容，故規劃出長照 A 單位。

長照 A 單位是長照服務整合機制的樞紐，但卻面臨 A 個管的角色不被認同，質疑其派案公平性、專業素養不足、網絡連結的整合能力不佳，而中央政策滾動式修正，也讓 A 個管及照管專員疲於接收隨時更新的政策指令，而照管專員在新政策下，也需適應不同的 A 單位之文化差異、摸索照管專員與 A 個管的分工，及拿捏夥伴關係與監督關係(陳韋頻，2018;洪春旬，2017)。

長照 A 單位核心成員為 A 個管，現有的長照個案管理服務的整合政策，期待 A 個管成為服務連結的窗口，成為長期照顧管理中心、個案及家屬、各類服務提供單位的連結樞紐，A 個管承接照管專員的評估結果，包含失能等級、補助額度、問題清單等，依據評估結果與個案及家屬討論後擬定照顧計畫、連結服務，當服務內容需要調整時，A 個管得於額度內調整服務，用以快速回應個案或案家的需要，若個案失能狀況改變，則通報照管專員啟動複評機制，由照管專員重新執行失能評估、重新認定失能程度。

(2) A 個管員與照管專員之聘用規定

社區整體照顧服務體系推動成敗取決於 A 個管與照管專員的合作成效，雙方對於整合的認知程度、目標的一致有助於合作推動，而共同的語言則是達到事半功倍的關鍵，然檢視我國現階段對於照管專員與 A 個管之任用條件及專業訓練卻存在很大的差異，且在學教育對於跨專業協作思維的培養尚不足之情形下，雙方一開始合作需費上很多時間跟精力去共識整合的概念及建立共同語言。

有關照管專員與 A 個管的任用條件，如表 1 所示，主要差異在於相關工作年資，檢視目前衛生福利部規範，在相同的學歷要求條件下，照管專員的年資規定都要求較 A 個管多 1 至 3 年。

表 1 照顧管理專員及 A 個案管理員任用資格比較

學歷	照顧管理專員 工作年資規定	A 個案管理員 工作年資規定	工作年資 規定差別
大學畢業之社工師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫師、營養師、藥師等	2 年以上相關照護工作經驗	1 年以上長照服務相關工作經驗	相差 1 年
公衛碩士畢業	2 年以上相關照護工作經驗	1 年以上長照服務相關工作經驗	相差 1 年
專科畢業之社工師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫師、營養師、藥師等	3 年以上相關照護工作經驗	2 年以上相關照護工作經驗	相差 1 年
符合應考社工師資格	2 年以上相關照護工作經驗	2 年以上相關照護工作經驗	-
教育部公告老人照顧相關科系碩士畢業	2 年以上相關照護工作經驗	1 年以上長照服務相關工作經驗	相差 1 年
教育部公告老人照顧相關科系大學畢業	4 年以上相關照護工作經驗	2 年以上長照服務相關工作經驗	相差 2 年
教育部公告老人照顧相關科系專科畢業	5 年以上相關照護工作經驗	3 年以上長照服務相關工作經驗	相差 2 年
領有照顧服務員技術士證	-	3 年以上長照服務相關工作經驗	無法擔任照管專員
領有專門職業證書，包括護士、藥劑生、職能治療生、物理治療生等。	-	3 年以上長照服務相關工作經驗	無法擔任照管專員

*各縣(市)政府照顧管理專員進用資格條件一覽表(一般區) (衛生福利部，2020)

*社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知(衛生福利部，2019)

(3)A 個管員與照管專員之教育訓練

在照管專員的任用年資規定皆較 A 個管標準高之前提下，A 個管及照管專員角色不同，衛生福利部對 A 個管及照管專員的專業訓練內容規畫亦不



相同，如表 2 所示，在訓練時數部分，照管專員到職 6 個月內須完成 98 小時的課程，而 A 個案則僅需於到職 6 個月內完成 31 小時課程，而訓練內容部分，明顯發現照管專員到職 6 個月內須完成之第二階段課程內容，卻為 A 個案管理員到職 6 年須完成之第三階段之課程。

表 2 照顧管理專員及 A 個案管理員教育訓練規範比較

	照顧管理專員	A 個案管理員
第一階段	長照培訓共同課程 18 小時 (Level 1)	長照培訓共同課程 18 小時 (Level 1)
第二階段	到職後 6 個月內完成照顧管理專員、照顧管理督導之資格訓練課程 80 小時(專業基礎課程 40 小時及實務實習 40 小時)。 課程內容包含：評估量表指標內涵與運用、長照給支付制度介紹、身障者需求與資源運用、家照與高風險家庭處遇、失智症需求與資源運用、照管系統及載具評估操作、輔具及居家無障礙給支付規定及相關資源、復能專業服務、跨專業領域資源運用、溝通與協調、社區服務資源的連結、服務品質之評估與監測、照顧計畫的審訂、倫理議題、人身安全、照顧會議的意義與方法。	到職後 6 個月內完成個案管理人員初階訓練 13 小時(專業基礎課程 7 小時及案例實作 6 小時)。 課程內容包含：長照 2.0 政策介紹與照顧管理資訊系統實務操作、個案管理與服務品質、專業整合與資源連結、失能身心障礙者需求與資源運用。
第三階段	每 6 年完成 120 小時教育訓練。 其中需包含專業品質、倫理、法規等至少 12 小時，課程內容包含：消防安全、緊急應變、傳染病防治、性別敏感度及多元族群文化之課程。	每 6 年完成 120 小時教育訓練。 其中需包含個案管理進階課程 30 小時，課程內容包含：倫理議題、感染控制、人身安全、照顧會議的意義與方法、服務提供的監測與評估、社區工作 z 方法、失能身障者需求與資源運用、長照輔具及居家無障礙給支付規定及相關資源、復能概念與演練、家照與高風險家庭處遇、多元案例實務演練。

*衛生福利部 110 年 2 月 1 日衛部顧字第 1100102251B 號函。

*衛生福利部 108 年 5 月 7 日衛部顧字第 1081961163 號函。



依據衛生福利部公告之資料顯示，照管專員與 A 個管聘用條件及專業訓練之規範不同，以同等學歷比較之，照顧管理專員的工作經驗須高於 A 個案管理員 1~3 年，而到職後 6 個月之專業訓練時數，照顧管理專員高達 98 小時，而 A 個案管理員僅 31 小時，其中照顧相關工作年資累積的是對於照顧問題的敏感度，亦增加多專業互動的可能性，教育訓練有助於共同語言的建立，繼而有利於整合的推動，而專業訓練時程的規劃，凸顯了照管專員與 A 個管對於長照資源及整合概念上的養成差異。

(二)國際趨勢面-ICOPE 探討

為實現在地老化，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於 2017 年提出高齡者整合照護(Integrated care for older people, ICOPE)(WHO,2017)，讓服務提供者能在社區場域中發展以人為本的高齡者整合照護模式，而後 2019 年進一步提出進行整合照顧的 19 個行動準則，以人為中心的目標的 micro 層級逐步擴展至 MESO 的提供服務層級及 MACRO 的系統層級，提供執行整合照顧上的方針，如圖 1 所示，期盼能提供整個體系中不同層級者在執行上的指引準則(張語倩、陳雅美，2021)。

ICOPE 在 MESO 的提供服務層級提出 3 個面向，包含促使居民與社區之參與並賦權、支持跨專業提供者所提供的協調服務、提供社區導向的照顧服務，對照我國現行之長照 2.0 制度，皆扣緊 MESO 的 3 個面向，其中照管專員及 A 個管即為落實跨專業提供者提供的協調服務，而在 MACRO 的系統層級則分為強化管理與問責系統與使系統層級能夠強化等 2 個面向，則呼應了照管專員及 A 個管對服務品質管理之角色(如圖 1)。

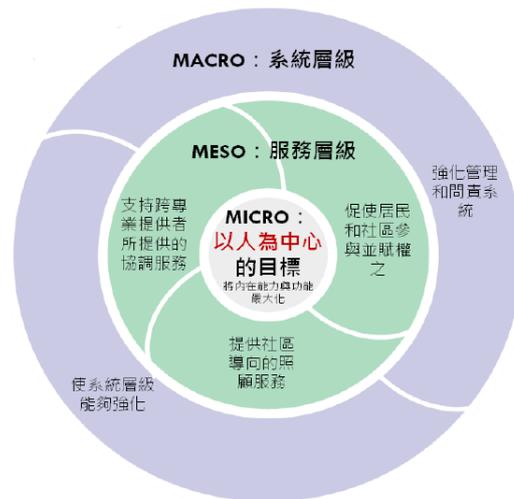


圖 1：ICOPE 示意圖(張語倩、陳雅美，2021)

(三)Evashwick 的整合要素

邱慈穎及陳雅美(2018)摘錄了 Evashwick(2005)提出的四大面向(如圖 2)，去探討長照整合機制：

組織間的管理(Inter-entity organization and management)

組織間的管理是長照整合機制中最重要先決條件，而整合關鍵為每個機構須清楚設定出自己的目標客群，並且避免在同個區域提供相同或相似的服務，以避免機構之間產生競爭關係。要達到服務整合，所有的參與機構必須共同合作且擬定共同策略，並嘗試互相分享訊息，而發展策略包含四項原則：(1)建立共同的目標及視野；(2)界定短期目標並與所有成員溝通；(3)所有成員了解如何執行才能達到短期目標；(4)調節不同機構間的爭議問題，而誰能區辨不同機構的特性，領導所有機構以達到最佳整合狀態，是整合成功的關鍵因素之一。整合機制中除了組織間因素外，第一線的個案管理人員也扮演了重要角色。

個案管理(Coordination of care)

協調照護需求及資源分配最佳化為照顧管理最終的目標，個管人員必須對案家所在區域進行詳細的資源盤點，盡其所能連結資源及不同組織的服務以符合案家的需求，而照顧管理的整合可以讓有限的資源分配的更有效率，而資訊串



連並訊息即時分享到服務端，取決於整合資訊系統建置程度。

整合資訊系統(Integrated information systems)

透過整合資訊系統可以讓案家資訊有效且即時流通於不同服務提供者間，並且統整照顧端以及管理端的資訊，讓服務提供者了解目前案家獲得服務的現況，以避免後續重複提供服務，讓資源分配更有效益。

財務的整合(Integrated financing)

在長照整合機制中，機構本身的財務成本也是不可忽視的考量因素之一，整合性財務期待能達到最具彈性的經費運用，而整合性財務需求程度取決於大環境既定計畫執行的狀況，過去文獻也指出要轉移財務風險可考量以人為單位，論人計酬而不是以服務計費。

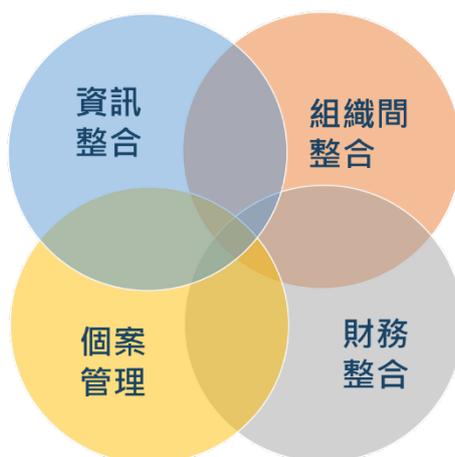


圖 2：Evashwick, 2005.

(四)整合制度服務成效面

過去文獻指出，接受整合多樣性照顧服務可以減少身體衰弱者及其家庭照顧者非必要的醫療保健使用及在家死亡的機會(Di Pollina et al., 2017)，而最近有關以居家及社區為基礎的服務文獻裡也表示，使用多樣性服務者其日常生活活動量表(ADL)恢復得較快(Chiu, 2019)，近期研究也發現，不同行政區能提供的長期照顧服務不同，都市化程度較低者，不太可能使用多樣性服務，且同時使用生活照顧及專業服務，或使用非生活照顧服務模式比僅使用生活照顧服務成效來的佳，故靈活運用長期照顧服務可促進多樣性服務使用，並減少無法獲得多樣性服務的



障礙(Hsiao-Wei Yu et al. , 2020)。

照顧需求的多樣性，發展出長期照顧服務項目多元性，各項研究亦顯示多樣性使用服務具有較好的照顧成效及對照顧者較多的益處，然多樣性照顧需求需要被整合後回應，才能在有限資源下發揮最有效益的服務成果，各項服務間的整合，仰賴 A 個管的協調及資訊系統的輔助，而 A 個管與政府代表的照管專員其整合觀念是否相同、目標的認同度及彼此間的語言是否能相通，將間接影響體系運作效率。

現今長期照顧服務體系仍面臨協調不順利之窘境，導致服務效率不彰、整合服務無法落實等問題，因此，邱慈穎及陳雅美(2019)運用 Evashwick(2005)提出的四大面向，檢視我國長期照顧整合體系的問題，提出我國長期照顧服務整合機制執行不利的 4 個原因，包含：(1) 機構間信任關係不佳；(2)照管專員及 A 個管角色及責任不清；(3)資訊系統不即時且未完善；(4)無法追蹤付款進度(Chiu, Tzu-Ying et al. , 2019)。

由前述可知，整合性服務推動為時代趨勢也是國際趨勢，組織需要有整合的能力，得以連結不同的服務單位及組織內外的服務資源，而個案管理人員則需具備資訊整合的能力，能充分接收且理解服務使用者及家屬、服務提供者及國家政策的訊息，得以轉換為最適切的照顧計畫，而所謂最適切的照顧計畫即應符合使用者或家屬的需求、資源分配的公平性、服務提供的不重疊、較划算的成本，目前長期照顧體系裡，即仰賴 A 個管負起服務整合的角色，但其為民間團體，相對照管專員缺乏公信力，又機構間相互信任關係較薄弱，且民眾信賴程度亦有不同，而 A 個管任用資格及專業訓練的不足，使其整合工作事倍功半，故照管專員及 A 個管如何使用共同語言、一致照顧目標推動整合服務，以獲取機構及服務使用者皆最大效益，實為現在長期照顧服務發展重要關鍵。



第二章 方法 (Chapter 2)

本研究為橫斷式研究設計，合併次級資料分析回應研究目的，將針對照管專員及 A 個管於組織整合、服務整合、資源整合及資訊整合四大面向的整合執行程度認知進行比較，並且探討照管專員及 A 個管的服務縣市、服務年資、個管數、是否為主管等，對照管專員、A 個管的各面向整合程度認知的影響。

第一節 研究方法及架構

本研究採用次級資料分析與調查法，探討照顧管理專員或督導及 A 個管對於目前在地長照服務執行整合程度的認知，研究架構如圖 3。

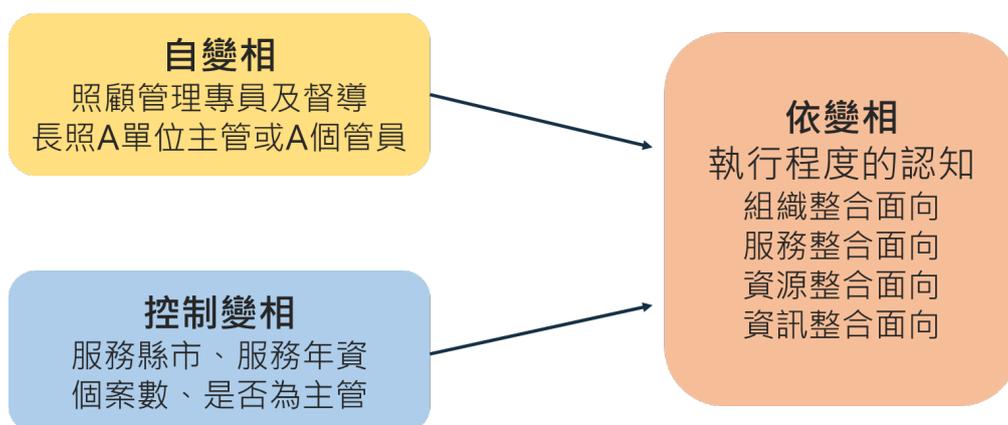


圖 3：研究架構

第二節 研究流程

研究流程包含問卷發展、收案、資料分析到提出結論與建議等幾個部分。本次問卷使用陳雅美教授研究團隊發展的台灣長照整合機制自評問卷(Taiwanese Self-Assessment for LTC Systems Integration (TwSASI)，該問卷主要運用於調查 A 個

管對長照整合執行程度的認知，以該問卷為基礎，另增設照管專員版線上問卷，所有問卷以紙本及線上填答方式回收，A 個管版問卷採次級資料分析，由陳雅美教授研究室團隊提供，本研究另外進行照管專員版收案、資料編碼，彙整資料後以統計套裝軟體 SAS 9.4(SAS institute Inc., Cary, NC)進行資料分析，最後回應研究目的及目標提出結論，另提出政策面及實務面執行建議，研究流程如圖 4。

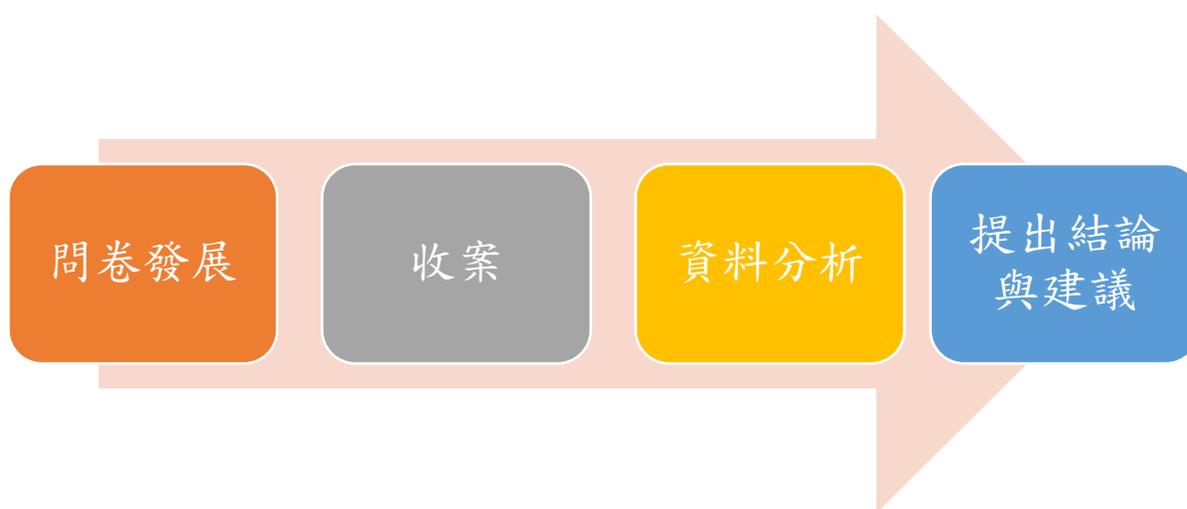


圖 4：研究流程

第三節 研究對象

本研究對象包括照顧管理專員與 A 個管，各別敘述如下：

(一) A 個管：

110 年與北部某 3 縣市政府完成特約之長照 A 單位之主管或 A 個館員。

(二) 照管專員：

本次收案對象為 110 年 12 月底前任職北部某 3 縣市的長期照顧管理中心之照顧管理專員或督導。

(三) 排除對象：

考量尚未完成資格訓練之人員對於長照整合機制之概念較不成熟，故排除尚未取得 A 個案管理員類之正式長照人員證者，及無法獨立家訪之

照顧管理專員或督導。

(四) 預估人數：

A 個管或主管 80 人、照顧管理專員或督導 80 人。



第四節 資料收集

(一) 次級資料來源

A 個管或單位主管問卷採次級資料分析，由陳雅美教授研究室團隊與 2021 年科技部「發展與評估台灣居家社區長期照護整合服務模式之研究」 / 科技部與教育部計畫「群體健康與永續環境之創新暨政策研究中心-子計畫六建立病人為中心照護模式計畫」 / 國家衛生研究院「高齡健康與長照研究中心推動計畫-長照給付支付制度與整合服務成效評估」共同合作，研究團隊將紙本問卷以郵寄方式寄送至符合填寫對象之長照 A 單位，敘明紙本填妥後，密封匿名繳回，另同時以電子郵件或通訊軟體通知符合對象，提供連結至線上問卷匿名填答，共寄送 197 份，回收 76 份，回收率 38.6%。

(二) 調查方法

照顧管理專員及督導部分，A 縣市問卷於 110 年 8 月郵寄給符合收案之對象，佐以文字說明調查目的及結果之參考價值，並敘明紙本填妥後，密封匿名繳回；B 縣市問卷以公文函請縣市衛生局協助網路問卷填答，由 B 縣市衛生局篩選通知符合收案條件之照顧管理專員及督導，於同年 12 月間以網路問卷匿名填答；而 C 縣市問卷則於同年 11-12 月請該縣市 3 名照顧管理督導以通訊軟體轉知所有照顧管理專員及督導，符合資格者自行以網路問卷匿名填答。



第五節 測量工具

本研究使用陳雅美教授研究團隊發展的台灣長照整合機制自評問卷(Taiwanese Self-Assessment for LTC Systems Integration (TwSASI))，本節含四個部分，第一部分為問卷內容說明問卷的差異，第二部分為問卷內容信效度，第三部份為研究變項操作型定義，第四部分為 A 單位版與照管專員版差異。

(一) 問卷內容

使用陳雅美教授研究團隊發展的台灣長照整合機制自評問卷(Taiwanese Self-Assessment for LTC Systems Integration (TwSASI))，說明如下：

第一部分：基本資料

調查資料主要分為單位資料或個人資料，單位資料包含單位承辦長照 A 單位的時間、單位屬性為公私部門、單位背景為醫療單位、社福單位或公協學會及 A 個案管理人員數及背景、平均年資等，而個人資料包含服務個案數、職稱、在單位的年資、過去三個月合作的 B、C 單位數及使用的溝通平台或軟體。

第二部分：自覺長照整合執行現況的程度

(1)組織整合：探討 ABC 單位間對於服務提供的理念、分工角色、溝通機制、跨專業合作機制及共同建立服務計畫等執行程度的認知，共計 11 小題，題項內容舉例如表 3：

表 3 組織整合題項舉例

編號	題項內容	題項說明
1	ABC 單位間在提供服務上有共同的服務理念和目的	瞭解單位間服務理念和目標是否相同
4	ABC 單位間有實體或線上的交流機會	瞭解單位間溝通的媒介
8	ABC 單位間能了解彼此的專業角色與能力，以互相協調配合	瞭解單位間是否清楚其他單位的角色及能力，且能互相合作

(續下頁)

表 3 組織整合題項舉例(續)

編號	題項內容	題項說明
9	ABC 單位間能建立跨專業的服務計畫和期程	瞭解服務計畫是否經跨專業合作擬定
11	您對貴單位所提供的組織整合，滿意度 1-10 分給幾分？	瞭解個人對組織整合程度整體滿意度

(2)服務整合：探討 ABC 團隊在服務提供上的照顧目標是否能一致且切合政策方向、服務計畫及服務紀錄的共享、A 單位角色發揮及落實、及案家參與服務計畫之程度等，共計 12 小題，題項內容舉例如表 4：

表 4 服務整合題項舉例

編號	題項內容	題項說明
1	ABC 團隊在個案服務上有共同的照顧目標	瞭解團隊的照顧目標是否一致
2	ABC 團隊在個案管理上，優先強調預防及延緩失能或復能	瞭解團隊個案管理上是否符合國家政策
4	ABC 單位間能共享服務紀錄	瞭解團隊間服務紀錄是否資訊共享
7	A 單位能落實成為與案家聯繫的主要窗口	瞭解 A 個管是否實踐政策期待的角色
12	您對貴單位所提供的服務整合，滿意度 1-10 分給幾分？	瞭解個人對服務整合程度整體滿意度

(3)資源整合：探討 A 單位提供正式及非正式資源的能力、A 與 BC 單位的合作能連結正式或非正式資源等，共計 5 小題，題項內容舉例如表 5：

表 5 資源整合題項舉例

編號	題項內容	題項說明
1	A 單位能整合並提供以個案為中心的正式、非正式與社區資源給案家	瞭解 A 單位連結資源的能力
4	A 與 BC 單位的合作能連結其他非正式資源，如家人、朋友、親戚、鄰里人士、教友等	瞭解單位是否因為合作而能連結其他資源
5	您對貴單位所提供的資源整合，滿意度 1-10 分給幾分？	瞭解個人對資源整合程度整體滿意度

(4)資訊整合：探討溝通平台使用的即時性、效益、資訊安全及跨平台資訊整合程度，共計 6 小題，題項內容舉例如表 6:

表 6 資訊整合題項舉例

編號	題項內容	題項說明
1	有平台或通訊軟體能即時反映重要資訊給您（如個案的狀況與變化）	瞭解平台或軟體使用是否提升訊息即時性
4	您使用平台或通訊軟體時能顧及個資安全問題	瞭解平台或軟體使用是否達到資訊安全
5	有平台能整合跨平台跨軟體的資訊，例如同時提供個案的健保醫療使用資訊和長照服務使用狀況相關資訊等	瞭解是否有跨平台資訊整合系統
6	您對貴單位所提供的資訊整合，滿意度 1-10 分給幾分？	瞭解個人對資訊整合程度整體滿意度

(二) 長照服務整合自評問卷內容信效度

長照服務整合自評問卷內容信度已由陳雅美教授研究室團隊測試，整體信度達良好一致性(Overall Cronbach's $\alpha=0.97$)，並且具有良好信度(Chang, Y.C.,& Chen, Y.M.(2021, Nov))，問卷內容信度如表 7。

表 7 內容信度

面向	Cronbach' s α
組織整合	0.97
服務整合	0.93
資源整合	0.92
資訊整合	0.69
Overall Cronbach' s $\alpha=0.97$	

資料來源為(Chang, Y.C.,& Chen, Y.M., 2021)

本工具已呈現良好專家效度，以 CVI(content validity index)計分方式，四大面向分別在重要性、實用性及適切性三方面其 SCVI(scale-level CVI)及 ICVI(item-level CVI)均在 0.84 以上 (Chang, Y.C.,& Chen, Y.M.(2021, Nov).)，問卷內容信度如表 8。

表 8 內容效度

面向	重要性		實用性		適切性	
	SCVI	ICVI	SCVI	ICVI	SCVI	ICVI
組織整合	0.98	0.92~1	0.97	0.92~1	0.94	0.88~1
服務整合	0.97	0.84~1	0.95	0.84~1	0.91	0.76~1
資源整合	0.98	0.92~1	0.97	0.92~1	0.97	0.92~1
資訊整合	0.98	0.92~1	0.98	0.92~1	0.94	0.88~1

資料來源為(Chang, Y.C.,& Chen, Y.M., 2021)。

(三) 研究變項與操作型定義

本次研究使用陳雅美教授團隊之「台灣長照整合機制自評問卷」，問卷採序位測量，問卷參考 Evashwick(2005)四大整合面向，訂出組織整合、服務整合、資源整合及資訊整合四大調查面向、34 小題，執行程度調查皆參考李克特量表 (Likert Scale)，採 5 點量尺計分調查填寫者之認同程度，分數越高表示認同該項執行程度越高，將依題項之平均分數作為該面向分數。

自變項為 A 個管及照管專員之身分類別，屬類別變項，依據研究對象身分別分類；而其他相關控制變項包含服務縣市、服務年資、個案數及是否為主管，其中服務年資與個案數為連續變項，數字越大代表年資越久或個案數越多；服務縣市依填寫結果判定，匿名分為 A、B、C 三縣市，屬類別變項；是否為主管依填寫結果判定，分為非主管(照顧管理專員、A 個管員等)及主管(包含照顧管理督導、主任、組長等)，屬類別變項，各變項說明及操作型定義如表 9：

表 9 變項操作型定義

類別	題項	說明及操作型定義	屬性
依變項	組織整合 題項 1-10 調查執行程度 認同度	以李克特 5 點量尺計分，從非常不同意 1 分到非常同意為 5 分，分數越高表示認同該項執行程度越高。 所有題項分數計算平均後為該面向執行程度之得分。 1=非常不同意、2=不同意、3=普通、4=同意、5=非常同意	序位
	服務整合 題項 1-11 調查執行程度 認同度	以李克特 5 點量尺計分，從非常不同意 1 分到非常同意為 5 分，分數越高表示認同該項執行程度越高。所有題項分數計算平均後為該面向執行程度之得分。 1=非常不同意、2=不同意、3=普通、4=同意、5=非常同意	序位
	資源整合 題項 1-4 調查執行程度 認同度	以李克特 5 點量尺計分，從非常不同意 1 分到非常同意為 5 分，分數越高表示認同該項執行程度越高。所有題項分數計算平均後為該面向執行程度之得分。 1=非常不同意、2=不同意、3=普通、4=同意、5=非常同意	序位
	資訊整合 題項 1~5 調查執行程度 認同度	以李克特 5 點量尺計分，從非常不同意 1 分到非常同意為 5 分，分數越高表示認同該項執行程度越高。所有題項分數計算平均後為該面向執行程度之得分。 1=非常不同意、2=不同意、3=普通、4=同意、5=非常同意	序位
自變項	收案對象之分類	依填寫者身分進行分類 0=A 單位個案管理員或主管 1=照顧管理專員或督導	類別
控制 變項	服務年資	依填寫的年資計之，分數越高代表年資越久。	連續
	個案數	照管專員依填寫的個案數計算，而 A 單位則以單位平均個案數計之，分數越高代表個案數越多。	連續
	服務縣市	依實際勾選之結果分類，另以服務區域確認是否勾選錯誤。	類別
	是否為主管	以實際勾選之結果分類，另以職稱確認是否勾選錯誤。 0=非主管、1=主管	類別



(四) 問卷 A 單位版與照管專員版差異說明

A 單位所填寫之問卷為台灣長照整合機制自評問卷，該問卷係讓 A 單位評估在主責區域裡長照整合執行程度，問卷問題皆以 A 個管工作角度提出，而照管專員填寫則是以第三方的角度去檢視該區域的長照整合執行程度，故照管專員版的問卷係以台灣長照整合機制自評問卷為基礎，問卷第一部份些許內容有所調整，佐以文字說明填寫方式，差異部份舉例說明如表 10，而第二部份則佐以文字說明填寫方式。

表 10 問卷 A 單位版及照管專員版之問卷差異

原題號	A 單位版	照管專員版	說明
2	貴單位成立時間：於民國____年成立，於民國____年開始承接 A 單位	刪除該題項	照管專員皆任職於縣市政府設立之長期照顧管理中心，而全國照顧管理中心皆於民國 94 年行政院輔導成立。
4.1	單位之服務鄉鎮市區	您主責之服務鄉鎮市區	長期照顧管理中心服務區域皆為全縣市，而照管專員才依鄉鎮區域、里別劃分主責區。
8	單位個案管理師數	刪除該題項	照管專員填寫自己主責區域，故無其他人
11	單位內 A 個管之專業背景	您的專業背景	照管專員僅需填寫自己的專業背景

第六節 資料分析

本次研究問卷資料缺漏項部分，將採該欄位之同一縣市、同一身分別之平均值補值。

本研究資料使用統計套裝軟體 SAS 9.4(SAS institute Inc., Cary, NC) 進行資料的建檔及分析，描述性統計部份，用卡方檢定(Chi-Square)、變異數分析(ANOVA)及獨立樣本 T 檢定(Independent-Sample t test)分析自變



項(照管組、A 個管組)、控制變項(服務年資、個管數、服務縣市、是否為主管職)及依變項(整合面向執行程度認知)等因子，描述全部研究對象、照管組及 A 個管組之平均服務年資、平均個案數、服務縣市、主管職人數之分布情形，及各整合面向執行程度之平均得分情形。

推論性統計部份，以皮爾森相關分析全部研究對象資料，探討控制變項的服務年資或個案數等因子與依變項(整合面向執行程度認知)之間的線性相關性，並以變異數分析(ANOVA)比較控制變項的服務縣市，及用獨立樣本 T 檢定比較主管與非主管之整合面向執行程度得分是否有差異。回應研究目標一，使用線性回歸(Linear regression)檢驗自變項(照管組、A 個管組)對於五個整合程度自評的依變項(整體整合與各面向整合程度執行認知)是否有差異。而回應研究目的二，再分別針對照管組、A 個管組進行的分層分析，以多元線性回歸檢驗服務年資、個管數、服務縣市、是否為主管職對五個整合程度自評的依變項的影響效力。



第三章 結果 (Chapter 3)

第一節 問卷回收

次級資料分析部分，陳雅美教授團隊針對北部三縣市 A 單位寄出 197 份、回收 76 份，回收率 38.6%。而照管專員及督導調查研究部分，A 縣市寄出 13 份、回收 13 份，回收率 100%；B 縣市網路填答 50 份，C 縣市填答 30 份，合計 93 份進行分析。

本次問卷合計回收 169 份，A 縣市回收 8 份 A 單位問卷、13 份照管專員及督導問卷，B 縣市回收 13 份 A 單位問卷、52 份照管專員及督導問卷，C 縣市回收 55 份 A 單位問卷、28 份照管專員及督導問卷。

第二節 研究對象群體特質分析

由表 11 得知，本研究對象共計 169 名，其中 A 個管組 76 位、照管組 93 位。「服務年資」總平均為 3.28 年(SD=3.03)，年資最長為 16 年，年資最短為 0.2 年，而 A 個管組平均服務年資為 2.39 年(SD=2.00)，照管組平均服務年資為 3.94 年(SD=3.48)，兩組服務年資具顯著差異($p=0.0004$)。在「個案數」部分，全體平均個案數為 220.13 案(SD=127.35)，個案數最多為 556 案、最少為 5 案。而 A 個管組平均個案數 122.40 案(SD=65.73)，照管組平均個案數 308.60 案(SD=102.40)，兩組個案數有顯著差異($p<.0001$)。在「服務縣市」部分，服務於 A 縣市 21 人(占 12.43%)、B 縣市 65 人(占 38.46%)、C 縣市 83 人(49.11%)，A 個管組裡 C 縣市填答最多、占 72.37%，而 A 縣市填答最少、占 10.53%，在照管組裡，B 縣市填答最多、占 55.91%，而 A 縣市填答最少、占 13.98%，兩組服務縣市分布有顯著差異($p<.0001$)。填答對象非「主管職」者 122 人(72.19%)，擔任主管職者

47 人(27.81%)，A 個管組裡填答對象非主管職者較多，計 41 人占 53.95%，而照管組裡填答對象非主管職者亦較多，達 81 人、占 87.10%，兩組填答人員是否為主管職有顯著差異($p < .0001$)。

整合面向執行程度得分分析裡，在全整合面向執行程度部分，全部研究對象平均為 3.71 分($SD=0.51$)，其中 A 個管組平均 3.94 分($SD=0.49$)，照管組平均 3.53 分($SD=0.45$)，兩者具顯著差異($p < .0001$)，在各整合面向部分，**組織整合**全部研究對象平均為 3.71 分($SD=0.59$)，其中 A 個管組平均 3.98 分($SD=0.55$)，照管組平均 3.49 分($SD=0.52$)，兩組具顯著差異($p < .0001$)，**服務整合**全部研究對象平均為 3.76 分($SD=0.58$)，其中 A 個管組平均 3.98 分($SD=0.60$)，照管組平均 3.59 分($SD=0.49$)，兩組具顯著差異($p < .0001$)，**資源整合**全部研究對象平均為 3.66 分($SD=0.68$)，其中 A 個管組平均 3.98 分($SD=0.61$)，照管組平均 3.40 分($SD=0.61$)，兩組具顯著差異($p < .0001$)，**資訊整合**全部研究對象平均為 3.67 分($SD=0.57$)，其中 A 個管組平均 3.79 分($SD=0.57$)，照管組平均 3.58 分($SD=0.56$)，兩者組顯著差異($p=0.0168$)。

另外，在全整合面向之執行滿意度部分，全部研究對象平均為 7.18 分($SD=1.16$)，其中 A 個管組平均 7.62 分($SD=0.97$)，照管組平均 6.82 分($SD=1.19$)，具顯著差異($p < .0001$)。在各整合面向部分，**組織整合**全部研究對象平均為 7.28 分($SD=1.24$)，其中 A 個管組平均 7.77 分($SD=1.03$)，照管組平均 6.89 分($SD=1.26$)，兩組具顯著差異($p < .0001$)，**服務整合**全部研究對象平均為 7.48 分($SD=1.28$)，其中 A 個管組平均 7.99 分($SD=1.04$)，照管組平均 7.07 分($SD=1.31$)，兩組具顯著差異($p < .0001$)，**資源整合**全部研究對象平均為 7.04 分($SD=1.44$)，其中 A 個管組平均 7.58 分($SD=1.33$)，照管組平均 6.61 分($SD=1.47$)，兩組具顯著差異($p < .0001$)，**資訊整合**全部研究對象平

均為 6.92 分(SD=0.57)，其中 A 個管組平均 7.16 分(SD=1.35)，照管
組平均 6.72 分(SD=1.53)，兩組具顯著差異($p=0.0368$)。



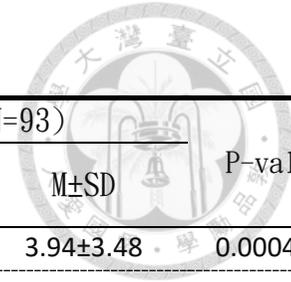


表 11 研究對象特質分析

	全部研究對象(N=169)					A 個管組(N=76)			照管組(N=93)			P-value
	次數 (N)	百分比 (%)	M±SD	最大值	最小值	次數 (N)	百分比 (%)	M±SD	次數 (N)	百分比 (%)	M±SD	
服務年資			3.28±3.03	16	0.2			2.39±2.00			3.94±3.48	0.0004**
--遺漏值	1					6						
個案數			220.13±127.35	556	5			122.40±65.73			308.60±102.40	<.0001***
--遺漏值	9								9			
服務縣市												<.0001***
--A 縣市	21	12.43				8	10.53		13	13.98		
--B 縣市	65	38.46				13	17.11		52	55.91		
--C 縣市	83	49.11				55	72.37		28	30.11		
是否為主管												<.0001***
--非主管	122	72.19				41	53.95		81	87.10		
--主管	47	27.81				35	46.05		12	12.90		
執行程度			3.71±0.51	4.97	2.37			3.94±0.49			3.53±0.45	<.0001***
--組織整合			3.71±0.59	5.00	2.30			3.98±0.55			3.49±0.52	<.0001***
--服務整合			3.76±0.58	5.00	1.18			3.98±0.60			3.59±0.49	<.0001***
--資源整合			3.66±0.68	5.00	1.75			3.98±0.61			3.40±0.61	<.0001***
--資訊整合			3.67±0.57	5.00	1.40			3.79±0.57			3.58±0.56	0.0168*
執行滿意度			7.18±1.16	10.00	3.50			7.62±0.97			6.82±1.19	<.0001***
--組織整合			7.28±1.24	10.00	4.00			7.77±1.03			6.89±1.26	<.0001***
--服務整合			7.48±1.28	10.00	3.00			7.99±1.04			7.07±1.31	<.0001***
--資源整合			7.04±1.44	10.00	4.00			7.58±1.33			6.61±1.38	<.0001***
--資訊整合			6.92±1.47	10.00	2.00			7.16±1.35			6.72±1.53	0.0368*



第三節 影響整合執行程度認知之雙變量分析

本節以皮爾森相關分析在全部研究對象、A 個管組或照管組裡，控制變項的服務年資或個案數等因子與依變項(各整合面向執行程度認知)得分之相關程度，而以變異數分析比較控制變項的服務縣市，及以獨立樣本 T 檢定主管與非主管之依變項(各整合面向執行程度認知)得分是否有差異。

由表 12 得知整合面向執行認知與服務年資及個案數之相關性，在**整合面向**裡，「服務年資」及「個案數」在全部研究對象裡皆屬低度負相關($R=-0.17106$ 、 $R=-0.27976$)，且具顯著差異($p=0.0262$ 、 $p=0.0002$)，而在 A 個管組、或照管組中，其相關程度皆無顯著差異。在**組織整合面向**裡，「服務年資」在全部研究對象、A 個管組、或照管組中，其相關程度皆無顯著差異；而「個案數」在全部研究對象裡屬中度負相關($R=-0.30748$)，且具顯著差異($p<0.0001$)，但在 A 個管組及照管組則不具顯著差異。在**服務整合面向**裡，「服務年資」及「個案數」在全部研究對象裡皆屬低度負相關($R=-0.16955$ 、 $R=-0.17458$)，且具顯著差異($p=0.0275$ 、 $p=0.0232$)，而在 A 個管組、或照管組中，其相關程度皆無顯著差異。在**資源整合面向**裡，「服務年資」在全部研究對象、A 個管組或照管組中，其相關程度皆無顯著差異；而「個案數」在全部研究對象裡屬低度負相關($R=-0.26294$)，且具顯著差異($p=0.0006$)，但在 A 個管組及照管組則不具顯著差異。在**資訊整合面向**裡，「服務年資」在全部研究對象、A 個管組或照管組中，其相關程度皆無顯著差異；而「個案數」在全部研究對象裡屬低度負相關($R=-0.20871$)，且具顯著差異($p=0.0065$)，在 A 個管組屬中度負相關($R=-0.32199$)，且具顯著差異($p=0.0046$)，但在照管組不具顯著差異。

表 12 影響因子(服務年資、個案數)與個管或照管的整合執行認知之相關

	全部研究對象 (N=169)		A 個管組 (N=76)		照管組 (N=93)	
	R	p-value	R	p-value	R	p-value
全整合面向						
-服務年資	-0.17106	0.0262*	0.01401	0.9044	-0.11446	0.2746
-個案數	-0.27976	0.0002***	-0.05588	0.6316	0.10620	0.3110
組織整合						
-服務年資	-0.13208	0.0869	0.04882	0.6754	-0.06491	0.5364
-個案數	-0.30748	<.0001***	-0.10410	0.3708	0.05495	0.6008
服務整合						
-服務年資	-0.16955	0.0275*	0.04522	0.6981	-0.17284	0.0976
-個案數	-0.17458	0.0232*	0.04701	0.6867	0.17848	0.0870
資源整合						
-服務年資	-0.13760	0.0744	-0.06454	0.5796	-0.01309	0.9009
-個案數	-0.26294	0.0006***	0.14365	0.2157	0.06712	0.5227
資訊整合						
-服務年資	-0.11899	0.1234	-0.06319	0.5876	-0.08380	0.4245
-個案數	-0.20871	0.0065**	-0.32199	0.0046**	0.00451	0.9658

|R| ≤ 0.3 為低相關, 0.3 < |R| < 0.7 為中度相關, |R| ≥ 0.7 為高度相關

p < 0.05* p < 0.01** p < 0.001***

由表 13 得知整合執行程度認知與服務縣市、是否為主管職之影響，在全整合面向裡，全部研究對象及 A 個管組中「服務縣市」間的分數具顯著差異($p=0.0040$ 、 0.0307)，其中 C 縣市分別為 3.83 分(SD=0.55)及 4.01 分(SD=0.45)最高，而 B 縣市 3.56 分(SD=0.43)及 3.64 分(SD=0.54)最低，而照管組的服務縣市間分數無顯現差異。全部研究對象的「是否為主管」分數具顯著差異($p=0.0050$)，主管職的 3.89 分(SD=0.45)高於非主管職 3.65 分(SD=0.51)，但在 A 個管組及照管組中，是否為主管職之分數無顯著差異。在組織整合裡，全部研究對象中「服務縣市」分數具顯著差異($p=0.0124$)，其中 C 縣市分別為 3.84 分(SD=0.63)最高，而 B 縣市 3.55 分(SD=0.53)最低，而 A 個管組及照管組的服務縣市間分數無顯現差異。全部研究對象中「是否為主管職」具顯著差異($p=0.0319$)，主管職 3.87 分(SD=0.54)高於非主管職 3.65 分

(SD=0.59)，但在 A 個管組及照管組，是否為主管職分數無顯著差異。在服務整合裡，全部研究對象中「服務縣市」分數具顯著差異($p=0.0239$)，其中 C 縣市分別為 3.86 分(SD=0.67)最高，而 B 縣市 3.61 分(SD=0.46)最低，而 A 個管組及照管組的服務縣市分數無顯現差異。全部研究對象的「是否為主管職」具顯著差異($p=0.0042$)，主管職 3.97 分(SD=0.49)高於非主管 3.68 分(SD=0.59)，但在 A 個管組及照管組裡，是否為主管職分數無顯著差異。在資源整合裡，全部研究對象中「服務縣市」分數具顯著差異($p=0.0004$)，其中 C 縣市分別為 3.82 分(SD=0.70)最高，而 B 縣市 3.40 分(SD=0.62)最低，而 A 個管組及照管組的服務縣市分數無顯現差異。全部研究對象的「是否為主管職」亦具顯著差異($p=0.0002$)，主管職 3.97 分(SD=0.61)高於非主管 3.54 分(SD=0.66)，但在 A 個管組及照管組裡，是否為主管職分數無顯著差異。在資訊整合裡，A 個管組「服務縣市」分數具顯著差異($p=0.0305$)，其中 A 縣市分別為 3.90 分(SD=0.58)最高，而 B 縣市 3.42 分(SD=0.65)最低，而全部研究對象及照管組的服務縣市分數無顯現差異。而「是否為主管職」部分，在全部研究對象、A 個管組或照管組，是否為主管職分數皆無顯著差異。

表 13 影響因子(主管職)對個管或照管的整合執行認知之影響

	全部研究對象(N=169)	A 個管組(N=76)	照管組(N=93)
	M±SD	M±SD	M±SD
全整合面向			
-服務縣市			
--A 縣市	3.76±0.40	3.99±0.25	3.62±0.42
--B 縣市	3.56±0.43	3.64±0.54	3.54±0.40
--C 縣市	3.83±0.55	4.01±0.45	3.47±0.55
p-value	$p=0.0040^{**}$	$p=0.0307^*$	$p=0.5750$
-主管職			
--非主管	3.65±0.51	3.91±0.49	3.52±0.46
--主管	3.89±0.45	3.99±0.44	3.61±0.35
p-value	$p=0.0050^{**}$	$p=0.4943$	$p=0.5123$

(續下頁)

表 13 影響因子(主管職)對個管或照管的整合執行認知之影響(續)

	全部研究對象(N=169)	A 個管組(N=76)	照管組(N=93)
	M±SD	M±SD	M±SD
組織整合			
-服務縣市			
--A 縣市	3.70±0.49	3.95±0.27	3.58±0.56
--B 縣市	3.55±0.53	3.75±0.73	3.50±0.45
--C 縣市	3.84±0.63	4.04±0.52	3.43±0.63
p-value	p=0.0124*	p=0.2114	p=0.7149
-主管職			
--非主管	3.65±0.59	3.98±0.56	3.48±0.54
--主管	3.87±0.54	3.97±0.54	3.57±0.43
p-value	p=0.0319*	p=0.9046	p=0.6018
服務整合			
-服務縣市			
--A 縣市	3.84±0.41	4.06±0.26	3.71±0.43
--B 縣市	3.61±0.46	3.64±0.55	3.60±0.45
--C 縣市	3.86±0.67	4.04±0.63	3.50±0.60
p-value	p=0.0239*	p=0.0877	p=0.4178
-主管職			
--非主管	3.68±0.59	3.90±0.68	3.57±0.51
--主管	3.97±0.49	4.06±0.49	3.67±0.39
p-value	p=0.0042**	p=0.2429	p=0.5121
資源整合			
-服務縣市			
--A 縣市	3.81±0.51	4.09±0.61	3.63±0.35
--B 縣市	3.40±0.62	3.63±0.53	3.34±0.63
--C 縣市	3.82±0.70	4.04±0.61	3.38±0.67
p-value	p=0.0004***	p=0.0790	p=0.3076
-主管職			
--非主管	3.54±0.66	3.90±0.58	3.35±0.63
--主管	3.97±0.61	4.06±0.64	3.69±0.43
p-value	p=0.0002***	p=0.2494	p=0.0775
資訊整合			
-服務縣市			
--A 縣市	3.66±0.60	3.90±0.58	3.51±0.59
--B 縣市	3.58±0.54	3.42±0.65	3.63±0.50
--C 縣市	3.75±0.59	3.86±0.52	3.25±0.66
p-value	p=0.2299	p=0.0305*	p=0.6487
-主管職			
--非主管	3.66±0.57	3.80±0.55	3.59±0.58
--主管	3.71±0.57	3.78±0.60	3.48±0.35
p-value	p=0.6433	p=0.9260	p=0.5327

p < 0.05* p < 0.01** p < 0.001***



第四節 影響整合執行程度之多變項分析

本節以多元線性回歸(Multiple Linear Regression)探討身分類別、服務年資、個案數、服務縣市及是否為主管職等如何影響長照整合執行程度之認知，並再針對 A 個管組或照管組分層分析服務年資、個案數、服務縣市及是否為主管職對整合執行程度認知的影響。

由表 14 得知，在全整合面向裡，全部研究對象中，僅「身分類別」對整合執行程度認知具顯著影響($p=0.0022$)，在控制其他因子下，照管對整合執行程度認知分數會比 A 個管顯著低 0.38 分 ($p=0.0022$)；在 A 個管組和照管組裡，服務年資、個案數及是否為主管等各因子皆不具顯著影響。在組織整合面向裡，全部研究對象中，僅「身分類別」對整合執行程度認知具顯著影響($p=0.0028$)，在控制其他因子下，照管對整合執行程度認知分數會比 A 個管顯著低 0.43 分 ($p=0.0028$)；另分別在 A 個管組及照管組裡，服務縣市、服務年資、個案數及是否為主管等各因子皆不具顯著影響。在服務整合面向裡，全部研究對象中，僅「身分類別」對整合執行程度認知具顯著影響($p=0.0032$)，在控制其他因子下，照管對整合執行程度認知分數會比 A 個管顯著低 0.42 分 ($p=0.0032$)；另在 A 個管組裡，服務年資、個案數及是否為主管等各因子皆不具顯著影響；但在照管組裡，「服務年資」及「個案數」具顯著影響($p=0.0283$ 、 $p=0.0442$)，每多服務 1 年，整合執行認知的分數就下降 0.04 分，每多個案管理一名個案，整合執行認知的分數就些微上升。在資源整合面向裡，全部研究對象中，僅「身分類別」對整合執行程度認知具顯著影響($p=0.0008$)，在控制其他因子下，照管對整合執行程度認知分數會比 A 個管顯著低 0.54 分 ($p=0.0008$)；另在 A 個管組及照管組裡，服務年資、個案數及是否為主管等因子皆不具顯著影響。而在資訊整合面向，在全部研究對象及照管組裡，所有因子對整合執行程度認知影響皆無顯著差異，

但在 A 個管組裡，「個案數」及「服務縣市」對整合執行認知具明顯差異 ($p=0.0066$ 、 $p=0.0223$)，在控制其他因子下，每多 1 名個案，整合執行認知的分數就些微減少，而 B 縣市分數顯著比 A 縣市低 0.56 分。

表 14 影響個管及照管對長照整合執行程度認知因子影響程度

	全部研究對象 (N=169)		A 個管組 (N=76)		照管組 (N=93)	
	係數 (標準誤)	p-value	係數 (標準誤)	p-value	係數 (標準誤)	p-value
全整合面向						
--身分類別(ref=個管)						
--照管	-0.38(0.12)	0.0022**				
--服務年資	-0.01(0.01)	0.2471	0.01(0.03)	0.6676	-0.02(0.01)	0.1300
--個案數	0.00(0.00)	0.6875	-0.00(0.00)	0.9907	0.00(0.00)	0.2300
--服務縣市(ref=A 縣市)						
--B 縣市	-0.12(0.12)	0.3363	-0.35(0.21)	0.1006	-0.03(0.14)	0.8465
--C 縣市	-0.04(0.12)	0.7430	0.03(0.18)	0.8767	-0.15(0.15)	0.3373
--主管職(ref=非主管)						
--主管	0.08(0.09)	0.3473	0.02(0.11)	0.8894	0.21(0.16)	0.1780
	$R^2=0.1617$	$p<.0001***$	$R^2=0.0290$	$p=0.0218^*$	$R^2=0.0038$	$p=0.3825$
組織整合						
--身分類別(ref=個管)						
--照管	-0.43(0.14)	0.0028**				
--服務年資	-0.00(0.01)	0.6888	0.02(0.03)	0.5510	-0.02(0.02)	0.3631
--個案數	-0.00(0.00)	0.8766	-0.00(0.00)	0.6564	0.00(0.00)	0.5165
--服務縣市(ref=A 縣市)						
--B 縣市	-0.08(0.14)	0.5935	-0.20(0.25)	0.4322	-0.03(0.17)	0.8480
--C 縣市	0.00(0.14)	0.9959	0.11(0.22)	0.6154	-0.13(0.18)	0.4580
--主管職(ref=非主管)						
--主管	0.01(0.11)	0.9066	-0.06(0.13)	0.6241	0.17(0.19)	0.3536
	$R^2=0.1432$	$p<.0001***$	$R^2=-0.0143$	$p=0.5619$	$R^2=-0.0312$	$p=0.8172$
服務整合						
--身分類別(ref=個管)						
--照管	-0.42(0.14)	0.0032**				
--服務年資	-0.02(0.01)	0.1271	0.03(0.04)	0.4662	-0.04(0.02)	0.0283*
--個案數	0.00(0.00)	0.1595	0.00(0.00)	0.4002	0.00(0.00)	0.0442*
--服務縣市(ref=A 縣市)						
--B 縣市	-0.11(0.14)	0.4370	-0.37(0.27)	0.1735	-0.02(0.15)	0.8840
--C 縣市	-0.07(0.14)	0.6278	0.05(0.23)	0.8410	-0.20(0.16)	0.2218
--主管職(ref=非主管)						
--主管	0.16(0.10)	0.1200	0.10(0.14)	0.4686	0.29(0.17)	0.0861
	$R^2=0.1218$	$p=0.0001***$	$R^2=0.0210$	$p=0.2647$	$R^2=0.0649$	$p=0.0538$

$p < 0.05^*$ $p < 0.01^{**}$ $p < 0.001^{***}$

(續下頁)

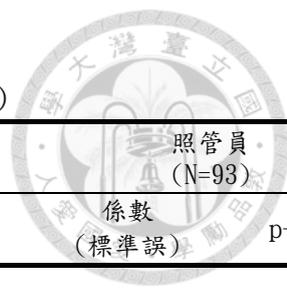


表 14 影響個管及照管對長照整合執行程度認知因子影響程度(續)

	全部研究對象 (N=169)		A 個管員 (N=76)		照管員 (N=93)	
	係數 (標準誤)	p-value	係數 (標準誤)	p-value	係數 (標準誤)	p-value
資源整合						
--身分類別(ref=個管)						
--照管	-0.54(0.16)	0.0008***				
--服務年資	-0.01(0.02)	0.3877	-0.01(0.04)	0.8797	-0.02(0.02)	0.3383
--個案數	0.00(0.00)	0.3770	0.00(0.00)	0.1137	0.00(0.00)	0.6084
--服務縣市(ref=A 縣市)						
--B 縣市	-0.26(0.16)	0.1064	-0.39(0.27)	0.1534	-0.22(0.20)	0.2746
--C 縣市	-0.12(0.15)	0.4190	0.04(0.23)	0.8588	-0.24(0.21)	0.2499
--主管職(ref=非主管)						
--主管	0.21(0.12)	0.0747	0.10(0.14)	0.4647	0.40(0.22)	0.0670
	$R^2=0.2001$	$p<.0001***$	$R^2=0.0443$	$p=0.1471$	$R^2=0.0112$	$p=0.3116$
資訊整合						
--身分類別(ref=個管)						
--照管	-0.01(0.14)	0.9380				
--服務年資	-0.01(0.02)	0.3851	-0.02(0.03)	0.5614	-0.01(0.02)	0.5603
--個案數	-0.00(0.00)	0.1258	-0.00(0.00)	0.0066**	0.00(0.00)	0.7656
--服務縣市(ref=A 縣市)						
--B 縣市	-0.10(0.15)	0.5114	-0.56(0.24)	0.0223*	0.12(0.18)	0.5177
--C 縣市	0.01(0.14)	0.9238	-0.19(0.21)	0.3519	0.02(0.19)	0.9302
--主管職(ref=非主管)						
--主管	-0.05(0.11)	0.6405	-0.09(0.12)	0.4830	-0.02(0.20)	0.9151
	$R^2=0.0228$	$p=0.1360$	$R^2=0.1305$	$p=0.0107*$	$R^2=-0.0403$	$p=0.9191$

p < 0.05* p < 0.01** p < 0.001***

第四章 討論 (Chapter 4)



本章分三個部分討論，第一節研究對象特質資料，第二節 A 個管與照管專員對長照整合執行現況之認知差異，第三節探討影響 A 個管與照管專員認知差異的因子。整體研究結果發現，長照整合執行程度認知會因 A 個管或照管專員這不同身分別而有明顯差異，除資訊整合外，其餘整合面向，照管專員認為的整合執行程度顯著比 A 個管低。而個案數越多的 A 個管對資訊整合的要求越高，另年資會累積照管專員對服務整合執行的經驗，服務年資越久的照管專員對服務整合執行的標準越高，以致於服務整合與服務年資呈現負回歸。

第一節 研究對象特質資料

本研究對象 A 個管組 76 位、照管組 93 位，在「個案數」部分，衛生福利部 111 年 6 月 2 日公告 110 年長照服務量(長照給支付服務人數 388,866 人)及長照人力(照管人員 1,302 人、A 個管 2519 人)，交叉計算得知全國 A 個管平均個案數為 154 案、照管專員平均 264 案，本次研究 A 個管組平均個案數 122.40 案，低於全國平均，而照管組平均個案數達 308 案，高於全國平均。

本研究對象 A 個管組平均年資 2.39 年，但照管組平均年資達 3.94 年，係因社區整合型服務中心(A 單位)為 106 年長照 2.0 時所創設之，106 年底全國 A 個管員僅 240 人，107 年激增至 1105 人，此後每年以 300-500 的人數成長，而照管人員自 96 年長照十年計劃即由各縣市聘用至今，106 年聘有 651 人，至 110 年則聘有 1471 人，故照管組平均年資高於 A 個管組。

在個案數部分，當照管專員或督導的個案數越多時，在服務整合面向呈現些微的正向顯著影響，但在雙變量分析時，照管組的服務整合分數

與個案數無顯著相關，故推測可能尚有其他原因會影響照管專員或督導對服務整合執行的標準。

本次研究雙變量分析結果，在全部研究對象裡，除資訊整合面向外，服務縣市在其他面向的整合分數皆具顯著差異，但在多變項分析時，服務縣市不具顯著影響，推測係因各縣市填答的 A 個管員及照管專員人數比例明顯不同，而 A 個管員各整合面向分數又皆高於照管專員，導致雙變量分析時出現顯著差異。

第二節 研究目標一：瞭解 A 個管及照管專員自覺對長照整合機制裡的組織、服務、資源及資訊等 4 個面向整合執行程度的差異。

研究結果得知，除了資訊整合面向外，在控制其他因子下，照管組對現行整合執行程度認知都顯著比 A 個管組低。推測可能原因為 A 單位所填寫之問卷係讓 A 單位評估在自己主責區域裡長照整合執行程度，問卷問題以 A 個管工作角度提出，故 A 填寫的結果類似檢核自我工作狀態。而照管專員填寫則是以第三方的角度去檢視該區域的長照整合執行程度，可知照管專員或督導對於同樣區域內的長照整合執行成果評分較低，意旨照管專員或督導對於整合執行標準較高，兩者對於整合執行的標準有顯著差異。

照管專員與 A 個管的整合執行標準不相同，推測是照管專員對於整合執行的標準較高。進一步深入探究其可能原因包含現行衛生福利部公告之照管專員及 A 個管之聘用資格及教育訓練規劃差異、所屬單位分屬公、私部門不同，單位文化及給予的期待不同等，導致照管專員及 A 個管對長照整合執行認同不一。照管專員與 A 個管在整個長照服務輸送體系裡，雙方須互相充分的理解、分工，透過跨專業、跨組織的協調，一致服務目標才能提供連續性、不間斷的整合服務(陳正益，2019)。照管專



員與 A 個管分屬公、私部門，單位文化無法由外力去強行改變，各縣市政府僅能就單位體制、過往合作經驗等去擇定適宜之承辦單位，後續則需透過教育訓練去一致照管專員與 A 個管之認知。過往文獻提到不同的專業差異會影響照顧管理業務之執行(林郁舒，2015)，而照管專員及 A 個管間專業訓練差異，也導致專業認知部分的混淆，且看待問題角度的不一致，亦會降低服務效能(王來進，2021)。故未來可以期待透過教育訓練可使 A 個管及照管專員的整合概念趨向一致，更可建立雙方的共同語言，降低溝通上誤差、耗時，使長照服務輸送更加順暢，提升照顧成果。

檢視衛生福利部公告之 A 個管與照管專員資格訓練相關規定，A 個管及照管專員因角色與分工不同，資格訓練內容及時數亦不相同，依據衛生福利部 110 年 2 月 1 日衛部顧字第 1100102251B 號函(citation)，照管專員到職 6 個月內須完成長照共同訓練課程(Level I)18 小時及資格訓練 80 小時，資格訓練包含基本概念 40 小時及實務訓練 40 小時，課程內容包含照管角色與功能、評估量表與長照給支付制度、特定族群(身障、失智、家庭照顧者)之需求與資源連結、品質監測、社區資源連結、照顧會議意義與方法及個案研討(跨專業領域資源運用)等。其中與整合概念相關課程包含社區服務資源的連結、照顧會議的意義與方法、個案研討演練(跨專業領域資源運用)等，課程時數合計 6 小時，使照管專員在基本學科訓練時已開始建立整合及跨專業合作的概念與方法，有助於日後實務實習及業務執行之運用及經驗累積。但在 A 個管訓練裡，衛生福利部 108 年 5 月 7 日衛部顧字第 1081961163 號函(citation)，A 個管到職 6 個月內須完成長照共同訓練課程(Level I)18 小時及資格訓練 13 小時，資格訓練包含專業基礎課程 7 小時及案例實作 6 小時，基礎課程內容包含政策介紹與系統實務操作、個案管理與服務品質、專業整合與資源連結、失能身心障礙者需求與資源運用。其中與整合概念相關課程僅專業整合與



資源連結 2 小時，與照管專員差距甚大。因此推測 A 個管可能是基礎訓練中整合的理論訓練不足，以致 A 個管及照管專員對於服務整合執行標準有落差。由本研究的結果得知，A 個管與照管專員在組織整合、服務整合、資源整合等面向的執行認知有顯著差異，故未來 A 個管課程規劃時，可參考本研究結果發現在組織整合、服務整合、資源整合等面向題項內容加強，例如各單位角色與功能、跨領域團隊執行運用及溝通技巧、以個案為中心之個別化照顧計畫等。

衛生福利部於 110 年 12 月 29 日公告修正 A 個管資格訓練課程內容，修正後已規範 A 個管到職前須完成長照共同訓練課程(Level I)18 小時，且到職 6 個月內須完成 26 小時訓練課程（學科課程 20 小時及案例實作 6 小時），修正後之課程內容與照管專員資格訓練內容較為相似，整合相關課程達 6 小時，其中包含實務案例分享與演練，大幅增進 A 個管對於整合概念之知能累積的機會。可知本研究結果與中央政策方向一致，然，本研究 A 個管組原始資料收集及照管組問卷收集時間皆為衛生福利部公告修正訓練內容之前，故未來可針對完成修正訓練之 A 個管再做一次調查，比較 A 個管及照管專員對整合看法差距是否縮小。

WHO 近年提出的高齡者整合照護(ICOPE)從不同層級去達成以人為中心的目標，其中在 MACRO 面向提到的強化管理與問責系統，即對應 A 個管與照管專員對服務品質的管理功能，故兩者對於整合執行標準的一致，有助於整合照護推動，然本次研究發現 A 個管與照管專員對整合執行的標準並不一致，故將進一步探討影響兩者整合執行認知的因子。

第三節 研究目標二：探討影響 A 個管及照管專員對於長照整合機制裡不同整合面向執行程度差異的相關因素。

本研究在分別探討影響照管專員及 A 個管對整合執行認知之因子時歸納出 2 個主題，分別為年資有助於照管專員累積服務整合執行的經驗，



及個案數越多的 A 個管對資訊整合的要求越高，以下將就 2 個主題論述。

(一) 年資有助照管專員累積服務整合的經驗

本次研究發現年資有助於照管專員服務整合經驗的累積，但對 A 個管卻沒有。

在服務整合面向裡，服務年資會影響照管組對整合執行的標準，照管專員服務年資越久，對整合執行的標準越高，但服務年資卻不影響 A 個管對服務整合執行的看法。換言之，服務年資會累積照管專員對服務整合執行的要求，但在 A 個管卻未見這樣現象。推測是與 A 個管與照磚的基本訓練不同的關係。照專訓練課程有較多的整合服務概念，但是 A 個管的相關訓練卻相對較少。

檢視衛生福利部公告之 A 個管與照管專員資格訓練相關規定，照管專員資格訓練課程內容包含照管角色與功能個案研討演練(跨專業領域資源運用)3 小時，讓照管專員在基本學科訓練時已開始學習整合及跨專業合作的概念與方法，又後續實務實習長達 40 小時，須完成自行撰寫評估報告 3 案及口頭報告 1 案，皆有助於日後業務執行之運用及經驗累積。但在 A 個管訓練裡，衛生福利部 108 年 5 月 7 日衛部顧字第 1081961163 號函(citation)，A 個管資格訓練為專業基礎課程 7 小時後，須由照管中心帶領實務演練 6 小時，以熟悉照管評估與照顧計畫安排之流程，及促進團隊合作機制，因此推測 A 個管可能是資格訓練中整合的訓練不足，若 A 單位又無法提供整合運用的指導，那 A 個管在缺乏整合概念及實作機會下，恐導致工作年資久也無法累積整合的經驗，建議未來能調整 A 個管的教育訓練內容，增加整合實作演練，並要求 A 單位將整合服務之運用納入新進人員訓練，並鼓勵聘請具相關經驗之督導定期輔導。



(二) 個案數越多的 A 個管對資訊整合的要求越高

A 個管組裡，在控制其他因子下，服務年資、個案數、服務縣市及是否為主管皆不影響 A 個管在全整合面向、組織整合面向、服務整合面向及資源整合面向等執行程度認知，本次研究惟一有顯著影響的是個案數及服務縣市對資訊整合面向為顯著的負向影響。

本研究的三個縣市都市化程度 B、C 縣市高於 A 縣市，B 縣市屬六都縣市，都市化程度較高接觸資訊系統新知或類型的機會較多，因此對於資訊系統的期待亦較高，又六都縣市擁有較豐沛且多元的資源，更期待資訊系統能提供即時、正確的訊息流通，降低紙本、人工統計的業務量，故 B 縣市資訊整合執行認知分數低於 A 縣市，尚屬可理解範圍。

有關個案數部分，個案數越多的 A 個管員，對資訊整合的執行認知越低，也就是個案數越多的 A 個管，對於資訊整合的執行程度越不認同，換言之，負責越多個案的 A 個管，對資訊整合的需求越高。但在照管專員中，個案數對資訊整合執行認知沒有顯著的影響。推測原因為 A 個管及照管專員職責不同，及照管專員職責中沒有多單位之服務聯繫與輸送有關。A 個管因主責服務連結，仰賴資訊系統或通訊軟體達成即時、便利的訊息交換，故對於資訊整合的要求較高。尤其是個案越多的 A 個管，對資訊整合的要求越高。一個良好的跨專業資訊平台在未來要提升 A 各管照顧品質時應該優先考慮。照管專員主責失能評估，可能因為衛生福利部已將評估量表數位化，從評估到等級計算皆已在衛生福利部照顧服務管理資訊平台內可完成，並且照管專員聯繫對象多為家屬與 A 個管，相較 A 個管的聯繫對象少且單純。故照管專員對現行資訊整合執行程度認同較 A 個管高，這是本次研究裡發現的特別現象之一，亦凸顯了我國發展服務單位間連繫平台的重要性。

依據衛生福利部 111 年 2 月 1 日起實施之長期照顧服務申請及給付



辦法(citation)，A 個管負責長照服務提供之聯繫、協調、擬定照顧計畫及其他管理事宜，A 個管協助每一位個案的服務輸送、服務調整都需與多單位大量的訊息交換，故須仰賴完善之平台去達到有效的橫向溝通，才能達到服務資料共享、以個案為中心之照顧目標，資訊整合的不完全從 2017 年洪春甸質性訪談 6 個 A 單位的「社區整體照顧服務體系的建構之初探-台灣模式及課題」，到 2020 年王美雯、張玟瑜發表的「從醫療實務者角度說明社區整體照護模式 A 單位執行之整合困境與整合經驗」中皆有提及相關問題，可知服務人員對資訊整合持續未滿足及有高度期待。

長期照顧資訊系統的使用者，會因使用前期待與使用後的感受是否一致，且使用的易懂、便利及對工作效率的提升等，皆影響使用者對資訊系統的滿意度(黃維民、林嘉瑩，2020)，因此資訊系統設計之初即應廣納不同使用者之需求調查，並於後續持續配合使用者修正系統功能，以提升資訊系統的有用性，亦或於政策推出之際，邀請各方使用者代表共同規劃使用功能及介面，協助資訊專業了解長照語言，可助於易用性提升及降低期待落差。

第五章 結論與建議 (Chapter 5)



回應研究目標一，建議加強 A 個管整合概念之課程，包含組織間合作概念、跨領域團隊執行運用及溝通技巧、以個案為中心之個別化照顧等，使其整合執行的標準與照管專員趨向一致；回應研究目標二，強化 A 個管跨專業運用能力，落實整合概念服務，及建議強化資訊平台內個案管理功能及跨專業討論媒介，落實整合概念服務，未來研究建議可再追蹤修正後之教育訓練內容是否讓 A 個管及照管專員整合執行標準差距縮小。

第一節 加強 A 個管整合概念之課程，縮小與照管專員之落差

現行 A 個管的資格訓練中，與整合概念相關之課程內容偏少，以致於 A 個管缺乏對整合的基本識能，又現行 A 單位對於新進人員的教育訓練規劃著重於長照給支付服務輸送流程及操作，以利新進 A 個管能盡快上手核心業務，但對於整合服務運用著墨較少，故政策面建議於 A 個管資格訓練中加強對整合概念的課程內容，課程可由組織整合、服務整合及資源整合等面向著手，包含各單位角色與功能、跨領域團隊執行運用及溝通技巧、以個案為中心之個別化照顧等，強化 A 個管對整合服務之基礎概念，以利後續實務演練及業務執行之運用，及自我檢核之參考。

第二節 強化 A 個管跨專業運用能力，落實整合概念服務

A 個管在資格訓練階段，整合基礎概念及整合運用演練之不足，導致整合經驗無法累積，現行 A 單位由民間團體成立，各單位的 A 個管額少至 1 人，多則十人以上，小單位的人員流動影響經驗傳承，亦較缺乏跨專業討論之機會，而長期照顧管理中心自 96 年起執行長照個案管理業務至今，教育訓練及督導機制完整，並持續辦理個案研討會議及資源盤點、連結，故未來政策方面，建議持續修正 A 個管資格訓練內容，建議比照照管專員資格訓練，須完成 1 案之個案報告考評才能取得正式資格，實務面，建議推動每個 A 單位應至少聘有 3 名 A 個



管，以利個案討論、經驗交換，並聘請具整合服務經驗的督導人員輔導，另透過長期照顧管理中心對 A 個管照顧計畫簽審時，逐案輔導機制，及鼓勵 A 個管共同參與個案討論會議等方式，指導 A 個管跨服務、跨專業之運用能力，提升 A 個管整合概念之運用及落實。

第三節 強化資訊平台內個案管理功能及跨專業討論媒介

現行長照服務輸送皆仰賴衛生福利部照顧服務管理資訊平台完成服務派案及個案資料交接，該系統發展之初為失能評估資料建檔，及服務紀錄建立、核銷，後因應長照政策修正，陸續增加 A 個管服務專區、專業服務目標管理、失能家庭醫師服務等，以增加頁籤、外掛小系統方式增強系統功能，故各單位服務紀錄散落於不同頁籤，且小系統間資料無法共用、資料無法彙整報表等問題，缺乏以人為中心之個案管理功能，且服務人員得於資訊平台上查詢到的服務紀錄非即時性，亦缺乏跨專業溝通的媒介。

建議未來在系統規畫之初及後續增修時，應考量資料交換及彙整呈現之功能，並將跨專業溝通媒介及服務紀錄即時回報之便利性導入。

第四節 本研究限制及未來研究建議

本研究對象僅調查北市某三縣市，樣本數略少且未能普及全國，研究結果及推論略有侷限，惟 A 個管資格訓練內容公告未滿一年，未來仍可再追蹤透過教育訓練是否能使 A 個管及照管專員整合概念趨向一致，亦或有其他因素影響兩者對整合執行的看法。

本次研究尚未能掌握服務縣市影響整合執行認知的可能性，因此建議未來可於控制 A 個管及照管專員的填答人數比例下，針對各縣市整合執行認知之差異做進一步討論，另，本次研究亦未完全掌握照管專員個案數與服務整合認知之影響關係，例如處理複雜困難個案較多的照管專員，對整合執行要求是否較高，或累積服務過較多個案的照管專員，對整合執行要求較高，亦

或同時面對多個 A 單位或 A 個管員的照管專員，對整合執行要求較高等，建議未來研究可針對服務整合面向再深入探究影響因子。





參考文獻 (References)

Chang, Y.C., & Chen, Y.M. (2021, Nov). The Development of A Long-Term Care Service Integration Self-Appraisal Tool. The Gerontological Society of America (GSA) 2021 Annual Scientific Meeting, Phoenix, USA.

Chiu, T.-Y., et al. (2019). "From fragmentation toward integration: a preliminary study of a new long-term care policy in a fast-aging country." *BMC geriatrics* **19**(1): 1-10.

Di Pollina, L., et al. (2017). "Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial." *BMC geriatrics* **17**(1): 1-10.

Evashwick, C. J. (2005). *The Continuum Of Long-Term Care* (3rd ed.), Cengage Learning.

Yu, H.-W., et al. (2020). "Use of home-and community-based services in Taiwan's national 10-year long-term care plan." *Journal of Applied Gerontology* **39**(7): 722-730.

中華民國老人福利推動聯盟 (2018) 。"誰是我的照顧管理師? A個管? 照專? —「社區整合型服務中心(A級單位)現況調查」結果公布。" from <https://www.facebook.com/elderlyunion/posts/2202528763328764/> 。

王來進 (2021) 。長期照顧2.0中照顧管理專員與個案管理員功能之研究：以台中市為例。亞洲大學社會工作學系 (未出版碩士論文) 。

王美雯、張妘瑜 (2020) 。從醫療實務者角度說明社區整體照護模式A單位執行之整合困境與整合經驗。 *長期照護雜誌* , **24** : 83-91 。

林郁舒 (2014) 。專業差異對照顧管理業務執行之影響-照管專員觀點之分析。 *社區發展季刊* , (**151**) : 256-269.

邱慈穎、陳雅美 (2018) 。長照整合機制概述。 *長期照護雜誌* , **22** : 1-5 。

洪春旬 (2017) 。社區整體照顧服務體系建構之初探— 台灣模式之課題與挑戰。東吳大學社會工作學系 (未出版碩士論文) 。

張淑卿 (2007)。個案管理於社區衛生護理之應用。社區衛生護理學，載於陳靜敏(總校閱)，華杏出版股份有限公司。

張語倩、陳雅美 (2020)。C級巷弄長照站整合照顧的現況、挑戰與機會—世界衛生組織整合照顧 (ICOPE) 服務層次之觀點。長期照護雜誌，24：93-109。

陳正益 (2019)。社區整體照顧服務體系之運作與展望：以南投縣為例。社會政策與社會工作學刊，23：137-177。

陳韋頻 (2018)。公私協力觀點探討社區整體照顧服務體系之推動—以臺中市大甲區為例。國立暨南國際大學公共行政與政策學系 (未出版碩士論文)。

游曉微、林佩欣、陳玉澤 (2020)。長照復能服務跨專業協作的現況與未來挑戰。長期照護雜誌，24(2)：111-119。

黃松林、黃世州 (2018)。社區照顧整合性培力模式探討。社會發展研究學刊：123-145。

黃維民、林嘉瑩 (2020)。探討臺灣長期照顧資訊系統使用者滿意度與未來經營策略之研究。商略學報，12(1)：67-88。

衛生福利部 (2016)。長期照顧服務10年計畫-2.0(106-115)。衛生福利部。

衛生福利部 (2018)。長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法。衛生福利部。

衛生福利部 (2019)。社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知。衛生福利部。

衛生福利部 (2020)。各縣(市)政府照顧管理人員進用資格條件一覽表(一般區)。衛生福利部。

衛生福利部(110年2月1日)。有關本部預計修正公告照顧管理專員、照顧管理督導之資格訓練課程，請查照。衛部顧字第1100102251B號函。

衛生福利部(108年5月7日)。檢送社區整合型服務中心(A)個案管理人員進階課程一份，請依說明段辦理，請查照。衛部顧字第1081961163號函。

衛生福利部(111年1月20日)。訂定長期照顧服務申請及給付辦法。衛部顧字第1101963139號函。