



國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生碩士學位學程
碩士論文－實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master's Thesis — Practicum Report

比較完全整合與部分整合個案管理模式對使用者之日常生活
功能變化的影響及相關因素：以臺北市立聯合醫院中興院區
為例

Comparing the Impact of Fully Integrated and Partially Integrated
Care Management Models on Changes in Activities of Daily
Living and Associated Factors: A Case Study of the Zhongxing
Branch, Taipei City Hospital

李易瀚

Yi-Han Lee

校內單位指導教師：陳雅美 教授

實習單位指導教師：黃勝堅 副教授

Advisor: Ya-Mei Chen, Ph.D.

Preceptor: Sheng-Jean Huang, Associate Professor

中華民國 114 年 6 月

June 2025

誌 謝



漫漫長路，轉眼間碩士求學之旅已告一段落。在撰寫本論文的最後階段，滿懷感恩之情，謹向所有在這段旅程中給予我指引、支持與鼓勵的人，致上誠摯的謝意。

首先，衷心感謝我的指導教授——陳雅美 教授。您不僅以深厚的專業知識，引領我在學術領域中探索，更以溫暖的關懷與嚴謹的態度，教我耐心面對研究中的挑戰與困境。每一次討論，您總能啟發我從不同角度思考問題；每一次鼓勵，都是我持續前行的動力，這是我未來職涯與人生道路上寶貴的經驗。

論文的完成，要誠摯感謝 黃勝堅 副教授。您除了給予我各種指導，更給我機會嘗試新的計畫，並以您對長照的瞭解和遠見，指引我在長照領域的研究和思考。

感謝口試委員 李玉春教授在百忙之中審閱本論文並提出寶貴建議，讓研究得以更加完整與嚴謹。

特別感謝我的家人、太太與小孩們無私的愛與支持，是我能安心投入研究的最大後盾。當我面對挫折時，你們的陪伴與鼓勵，讓我得以繼續朝著目標前進。

最後，將這篇論文獻給所有關心長期照護、致力於促進社會健康的人們。希望這份研究，能在微小之處，為長照推展盡一點綿薄之力。

謹以此文，向一路以來幫助我的每一位貴人，致上深切的謝意。

中文摘要



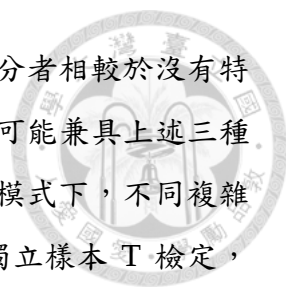
研究背景與目的：

因應我國人口快速老化，台北市立聯合醫院自民國 106 年起承接三種不同的社區整合照護計畫。依據過去對整合照顧的分類與機制，將台北市立聯合醫院承接之三種整合照護模式分成為兩大類：第一類為部份整合個案管理模式－衛福部長照 2.0 社區整體照顧服務體系 A 計畫。衛福部長照 2.0 之長照服務計畫屬於協調到合作層次的整合程度，並不會常規將居家醫療或是非營利組織提供的資源進行評估與連結。第二類為完全整合個案管理模式－分別由社會局委託及衛生局委託執行之照護計畫，常連結居家醫療與其他非常規連結、非常照 2.0 支付之服務項目，屬於更高度整合的整合照護計畫。過去研究著重服務類型整合，沒有從不同整合程度的照護模式對於個案的日常生活功能影響之探討。因此，本研究欲以臺北市立聯合院區承接的不同整合程度的整合照護計畫之資料，將個案分為接受部分整合個案管理模式與完全整合個案管理模式兩類，探討兩種整合照護模式對於個案日常生活功能改變的影響。本研究假設完全整合照護模式相較於部分整合照護模式，可以更有效地維持日常生活功能。為此訂定三個研究目標：

1. 比較兩種照護模式中，個案的基本特質與服務使用情形是否有差異。
2. 比較兩種照護模式中，個案的日常生活功能退化速度是否有差異。
3. 探討兩種照護模式，對個案日常生活功能退化之潛在影響因素。

研究方法：

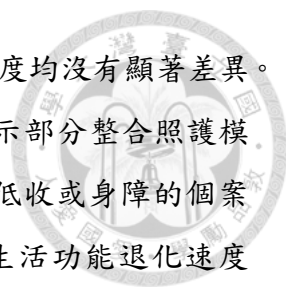
本研究使用次級資料進行縱貫式研究。資料來自衛生福利部照顧服務管理資訊平臺及臺北市立聯合醫院中興院區內部的資料庫，分析西元 2020 年 1 月 1 號至 12 月 30 號此時間段中台北市立聯合醫院中興院區社區整合照護科有收案在案之照護對象，排除資料缺失、無追蹤、無複評之個案，共計篩選出 541 位個案，分為部分整合照護組 416 人，完全整合照護組 125 人。針對研究目的一，使用獨立樣本 T 檢定、卡方檢定 (Chi-Square) 以及變異數分析比較兩組在照護過程中，個案的基本特質、所使用的服務項目數、非長照支付的服務使用數、以及使用居家醫療的比例是否有差異。針對研究目的二，使用獨立樣本 T 檢定以及變異數分析，比較兩組的平均日常生活功能變化速度的差異。因應兩組在照顧個案的複雜照顧程度有所不同，我們分別以獨居、中低收入身分、以及身障身分將兩種模式內的個案進



行分組（有無身分），以 T 檢定比較同一照護模式下，有特殊身分者相較於沒有特殊身分者，其日常生活功能退化速度是否有所差異。考量到個案可能兼具上述三種身分，透過複雜照顧程度的定義方式，以 T 檢定比較同一照護模式下，不同複雜照顧程度個案的日常生活功能改變速度是否有差異。最後再以獨立樣本 T 檢定，比較兩種模式同樣複雜照顧程度個案的平均日常生活改變速度是否有所差異。針對研究目的三，以多元邏輯斯迴歸分析，分別探討全部個案與部分整合照護模式以及完全整合照護模式中，使用長照 2.0 支付服務、使用非長照 2.0 支付服務、年齡、性別、獨居、身障、中低收福利身分、起始 CMS 等級等多項因子對於個案日常生活功能退化速度的影響。分別探討全部個案與部分整合照護模式以及完全整合照護模式中，影響日常生活功能變化速度的因子。

研究結果：

針對研究目的一，在兩種不同整合程度的照護模式對象中，完全整合照護模式的個案男性比例較高（部分整合照護模式男性 15.9%，完全整合照護模式男性 47.2%， $P < 0.001$ ），經濟上屬於中低收入身分的比例也較高（部分整合照護模式中低收 22.6%，完全整合照護模式 43.2%， $P < 0.001$ ）。其他在年齡、起始長照失能 CMS 等級、獨居、身障、外傭使用上均無顯著差異。兩組在持續照護時間上完全整合照護模式較部分整合照護模式長（部分整合照護模式 549.01 天，完全整合照護模式 842.09 天， $P=0.053$ ），但未達統計顯著差異。在服務使用上，部分整合照護模式傾向於接受長照 2.0 支付之服務為主，使用非長照 2.0 支付之服務之比例上相較於完全整合照護模式顯著較少（部分整合照護模式有使用非長照 2.0 支付之服務 4.8%，完全整合照護模式 70.4%， $P < 0.001$ ）。其中居家醫療的使用比例也有顯著差異（部分整合照護模式居家醫療使用 2.4%，完全整合照護模式 38.4%， $P < 0.001$ ）。此結果顯示在臺北市立聯合醫院中興院區完全整合照護模式相較於部分整合照護模式更能連結多元的長照服務個案接受非長照 2.0 支付之服務。針對研究目的二，兩種不同整合程度照護模式下的日常生活功能改變速度並沒有顯著的差異。以複雜照護的風險因子分組，包含獨居、中低收、或是身障，在部分整合照護照護模式組內的比較結果顯示，獨居比起非獨居者會有較快的退化速度（部分整合照護模式獨居 vs. 非獨居之 ADL 改變速度:0.83 分/月，0.31 分/月， $P < 0.001$ ），中低收入者比起非中低收者也會有較快的退化速度（中低收 vs. 非中低收之 ADL 改變速度:0.49 分/月 vs. -0.38 分/月， $P=0.04$ ）。身障身分則沒有顯著差異。在完全整合



照護模式中，獨居、中低收入身分有無者的日常生活功能變化速度均沒有顯著差異。以複雜照顧程度分組比較個案日常生活功能退化速度，結果顯示部分整合照護模式中同時具有獨居且中低收且身障身分的個案較沒有獨居或中低收或身障的個案為快（部分整合照護模式複雜照顧程度最高與最低組之日常生活功能退化速度為:0.98 分/月 vs.0.44 分/月， $P=0.04$ ）。完全整合照護照護模式中，複雜照顧程度 1~3 分組間個案日常生活功能退化速度相較於 0 分組均無顯著差異。此結果顯示完全整合照護模式對於複雜照顧程度高的族群可能有正向的幫助。針對研究目的三，多元邏輯式迴歸分析結果顯示，全部個案的日常生活功能顯著受到非長照支付服務的使用、獨居、以及起始 CMS 等級的影響，其中有使用非長照服務每個月會增加日常生活功能 0.643 分（ $P=0.010$ ），具備有獨居身分者每個月下降 0.761 分（ $P<0.001$ ），起始 CMS 等級每增加一級個案的日常生活功能每月下降 0.27 分（ $P<0.001$ ）。其中獨居與 CMS 起始等級的影響主要來自於部分整合照護模式的個案，非長照 2.0 支付之服務的效益來自完全整合照護模式的個案。

結論：

完全整合照護模式提供個案較多元的服務介入，其中在非長照 2.0 支付之服務有顯著的差異。而非長照 2.0 支付之服務項目大部分來自使用居家醫療。對獨居、中低收、及身障身分因子增加的個案，單純使用部分整合照護模式的個案日常生活功能退化速度會比完全沒有這些身分的個案來的顯著增加。完全整合照護模式對於複雜照顧程度較高的個案可以抵銷此狀況讓其日常生活功能不會快速退化。多項式分析的結果也顯示，非長照支付對於個案日常生活功能有顯著增加的效果，獨居與起始 CMS 等級對日常生活功能則是顯著下降。建議政策應該針對高度複雜照顧或是失能程度較高的個案，評估連結多元的服務（包含居家醫療或其他社區非政府組織公益服務）的可能，建立評估複雜照顧需求的個案，提供高度整合的照護模式，避免個案日常生活功能的快速退化。

關鍵字：完全整合照護，部分整合照護，日常生活功能變化，效益

Abstract



Background and Objectives:

In response to the rapid aging of Taiwan's population, Taipei City Hospital has implemented three community-based integrated care programs since 2017. Based on previous classifications of care integration mechanisms, these programs are categorized into two models: (1) Partially Integrated Case Management Model – represented by the Ministry of Health and Welfare's Long-Term Care (LTC) 2.0 Tier A Community-Based Care Program, which primarily provides four types of LTC 2.0-funded services: personal and professional care, transportation, assistive devices, and home environment modifications. Although it features financial integration and case management, it typically serves 100–120 clients and rarely incorporates home-based medical care or non-governmental resources. (2) Fully Integrated Case Management Model – commissioned by the Department of Social Welfare or the Department of Health, this model not only integrates LTC 2.0 services but also actively connects with home-based medical care and non-LTC-funded services. Prior studies using the National 10-Year LTC Plan data suggested that home-based medical and personal care (MpC) services were more effective in improving functional outcomes than other service groups, while community-based care resulted in greater functional decline. However, those studies focused on service types rather than the degree of integration. This study aims to explore how different levels of integration affect clients' functional status by comparing two care models implemented at Taipei City Hospital.

The study tests the hypothesis that a fully integrated care model better maintains clients' functional ability than a partially integrated model. The objectives are:

1. To compare client characteristics and service utilization between the two care models.
2. To evaluate differences in the rate of functional decline between the two care models.
3. To identify factors influencing functional decline within each model.

Methods:

This longitudinal secondary data analysis used records from the Ministry of Health and Welfare's Care Service Management Platform and Taipei City Hospital's internal database. The study included 541 clients enrolled between January 1 and December 30,

2020, in the Department of Community Integrated Care at the Zhongxing Branch. Clients were excluded if data were incomplete, lacked follow-up, or did not undergo re-evaluation. Clients were categorized into two groups: partially integrated care (n=416) and fully integrated care (n=125).

For Objective 1, independent sample t-tests, chi-square tests, and ANOVA were used to compare baseline characteristics, the number of LTC 2.0 and non-LTC 2.0 services used, and the use of home-based medical care. For Objective 2, differences in the average rate of functional decline were analyzed across care models. Subgroup analyses were conducted within each model based on client risk factors (living alone, low income, and disability status). A complexity score (0–3) was calculated based on the presence of these factors, and differences in functional decline were assessed using t-tests. Objective 3 employed multiple linear regression to examine the impact of various factors—including service types, demographics, and baseline CMS level—on functional decline.

Results:

Regarding Objective 1, clients in the fully integrated care group had a significantly higher proportion of males (47.2% vs. 15.9%, $p < 0.001$) and low-income individuals (43.2% vs. 22.6%, $p < 0.001$). No significant differences were found in age, initial CMS level, living alone, disability, or use of foreign caregivers. The duration of care was longer in the fully integrated group (842.09 vs. 549.01 days, $p = 0.053$). Use of non-LTC 2.0 services was significantly higher in the fully integrated group (70.4% vs. 4.8%, $p < 0.001$), as was the use of home-based medical care (38.4% vs. 2.4%, $p < 0.001$), indicating more diverse service connections.

For Objective 2, no significant difference was found in the average rates of functional decline between the two models. However, in the partially integrated model, clients living alone or with low-income status showed faster declines in activities of daily living (ADLs) than those not living alone (0.83 points/month vs. 0.31 points/month, $p < 0.001$). In the fully integrated model, no such differences were observed across risk factors. Clients with a complexity score of 3 (all three risk factors) in the partially integrated model experienced the fastest decline (−0.98 vs. −0.44 points/month, $p = 0.04$), while no significant differences were found in the fully integrated group. These findings suggest that full integration may mitigate functional decline among high-risk clients.

For Objective 3, regression analysis showed that use of non-LTC 2.0 services

(+0.643 points/month, $p = 0.010$) was significantly associated with improved function, while living alone (-0.761 , $p < 0.001$) and higher baseline CMS levels (-0.27 per level, $p < 0.001$) were associated with greater decline. The impact of living alone and CMS level was more evident in the partially integrated group, while the benefit of non-LTC 2.0 services was mainly seen in the fully integrated group.

Conclusions:

The fully integrated care model provided more diverse interventions, especially non-LTC 2.0-funded services, primarily through home-based medical care. Among clients with complex care needs (living alone, low-income, or disabled), those in the partially integrated model experienced faster functional decline, while those in the fully integrated model maintained function more effectively. Multivariate analysis confirmed the protective effect of non-LTC-funded services and the detrimental impact of social isolation and higher initial disability. These findings support the need for highly integrated care models, especially for high-complexity clients, to prevent rapid functional deterioration. Policymakers should consider expanding access to non-LTC services and home-based medical care for complex care need populations.

Keywords: Fully integrated care, Partially integrated care, Changes in Activities of Daily Living, Effectiveness

目次



誌謝	I
中文摘要	II
ABSTRACT	V
目次	VIII
圖次	X
表次	XI
第一章 導論	1
第一節、實習單位特色與簡介	1
第二節、文獻回顧	6
第三節、研究架構與假設	16
第四節、研究問題與目的	16
第二章、方法	17
第一節 研究方法及架構	17
第二節、次級資料來源	18
第三節、研究對象	18
第四節、測量工具	21
第五節、分析方法	24
第三章、結果	25
第一節、研究對象群體特質分析結果	25
第二節、比較兩種照護模式下個案日常生活功能退化之差異	28
第三節、影響日常生活功能變化速度之多變項分析	32

第四章、討論.....	35
第一節、完全整合照護模式提供多元服務照顧複雜個案.....	35
第二節、多元服務對複雜照顧族群日常生活功能的影響.....	36
第三節、政策建議.....	38
第四節、對於實務實習單位的建議與回饋.....	40
第五節、研究限制.....	40
第六節、結論.....	41
參考文獻.....	43



圖 次

圖 1 各種觀點提出的整合照護.....	8
圖 2 整合程度.....	12
圖 3 服務與整合機制.....	13
圖 4 研究架構圖.....	17
圖 5 收案人數流程圖.....	20



表 次

表 1 臺北市立聯合醫院承接的社區整合照護計畫.....	5
表 2 變項操作型定義.....	22
表 3 比較兩種照護模式中個案的基本特質分析與服務使用.....	27
表 4 部份整合照護模式個案日常生活功能變化.....	29
表 5 完全整合照護模式個案日常生活功能變化.....	30
表 6 兩組個案日常生活功能變化之比較.....	32
表 7 影響日常生活功能變化速度之多變項分析結果.....	34



第一章 導論



第一節、實習單位特色與簡介

臺北市立聯合醫院(以下簡稱北市聯醫)，為直屬於臺北市政府衛生局的公立醫院，屬於區域醫院。民國 94 年臺北市政府將過去市內各醫療單位，合併成為臺北市立聯合醫院。分設七大院區，包含中興、仁愛、和平、陽明、松德、忠孝、林中昆七個分院區，院本部位於大同區中興院區旁的建築物。現任總院長為黃勝堅醫師。北市聯醫在現任黃總院長的帶領下，於民國 105 啟動臺北市立聯合醫院居家醫療藍鵲計畫，積極參與居家醫療之推動發展。個人選擇北市聯醫作為實習單位，主要因為北市聯醫具備有下列的特色：

1. 積極投入居家醫療，居家醫療團隊成熟：直到民國 106 年，北市聯醫累計居家醫療照護人數占全國居家醫療照護人數之 9%。領導者的提倡與鼓勵，北市聯醫投入個專業的醫事人員，包含：醫師、護理師、社工師、心理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師、行政人員、病房助理等，幾乎囊括醫院所有職類的人員，提供病患最周全的居家醫療服務。也從民國 105 年累積至今形成完整有效率的居家醫療提供團隊，服務橫跨居家醫療的 S1-S3，也建構出系統的出院準備計畫。在居家醫療領域上，北市聯醫的成果是相當豐碩的。
2. 試辦社區整合照護計畫：在居家醫療照護的經驗逐漸累積後，北市聯醫也慢慢發覺要提供長者能夠在地老化的有效支持系統，不能只從醫療角度切入，而是要形成醫療與生活照顧密切整合的支持網路，也就是所謂的「醫養結合」。因此北市聯醫在民國 105 年 6 月選定蘭州國宅社區試辦社區整合照顧計劃，整合社政、衛政、民政、與非政府組織的力量，形成社區的照護網路。透過計畫的個管師依個案需求不斷調整服務，將各種資源連結到需求者的家庭中，同時也將希望能將各項長照資源無縫接軌，達到好的協調中樞功能。

我國因應人口快速老化，政府於民國 105 年提出長期照顧十年計畫 2.0，建立以長照 ABC 的體系為架構的長照服務模式，透過長照 A 單位的個管師來提供服務計畫的評估、擬定、與連結，並持續個管工作到一段時間後的追蹤複評。臺北市立聯合醫院原本是醫療服務提供者的角色，在長照體系的建立過程中，也承接長照 A

單位的任務，服務台北市區域的失能長者長照服務連結。同時，台北市政府也持續投入創新社區整合照護計畫。台北市政府在民國 108 年擴大社區整合照護計畫的涵蓋範圍，從四個行政區擴大到十二個行政區，每個行政區都有一個社區整合照護計畫執行中心。台北市立聯合醫院積極參與國家長照政策的建立與推動，也提供實習者可以在第一線觀察不同長照計畫的設計與執行。以下簡介三種北市聯醫承接之不同社區整合照護計畫（表 1）：

1. 衛福部長照 2.0 社區整體照顧服務體系 A 計畫(以下簡稱長照 A 計畫)

台北市立聯合醫院配合衛生福利部推動「長期照顧十年計劃 2.0」，自 107 年承接衛生福利部長照十年計畫 2.0-社區整合型服務中心 A 計畫，為社區整合型服務中心 A 單位。接受台北市長期照顧管理中心之派案，依「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)給付及支付基準」，為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務，提供「照顧計畫擬定與服務連結」、「照顧管理」之服務。連結 B 單位提供之服務並進行服務品質管理及申請核銷的行政工作。長照 2.0 的服務對象為長照需要等級 CMS 第 2 級(含)以上的 1.65 歲以上老人、2. 領有身心障礙證明(手冊)者、3. 55-64 歲原住民、4. 50 歲以上失智症者。但長照 2.0 的計畫無法照顧到上述年齡以外或身分以外的失能長者，或是社經地位較低的長者有時不知道該如何去申請此類服務者，也會落在長照 2.0 無法照顧到的族群。

2. 臺北市政府社會局委託辦理社區整合照顧服務計畫(以下簡稱社會局 A 計畫)

此計畫是社會局委託台北市立聯合醫院辦理的社區整合照顧計畫，一開始命名為「石頭湯」，也是較為人熟知的名稱。臺北市立聯合醫院於民國 105 年 6 月在蘭州國宅社區開始成立據點，執行社區整合照顧計畫。當時成立緣由在於蘭州國宅社區內弱勢族群比例高，長者因為失能外出不便、低社經地位、或是家庭支持系統薄弱等原因，生活照顧與醫療需求交互影響下造成他們的照顧需求更為複雜，需要更深入的整合照顧服務來照顧這些個案。因此，石頭湯的整合照護計畫就是透過個案管理制度，作為服務連結與管理的核心，整合衛政、社政、民政、與非政府組織四種資源，將服務快速簡便的送入個案家中，希望能減輕照顧者的壓力，更改善個案

的照顧品質。

其服務對象是以符合長照 2.0 計畫的個案，由本案專案人員、跨專業團隊及合作之長照 2.0 計畫中的 A 級中心個管員共認定同時具備有：A、經跨專業團隊討論須開案者。B、個案生活自理能力可能提升者。C、家庭支持系統薄弱者三者，得以轉介進入到石頭湯型的社區整合照護計畫中，由石頭湯的個管師提供更細緻的照護服務。提供的服務也不僅限於長照的服務，也包含非政府組織所提供的資源，例如衡山行善團的居家環境改造。

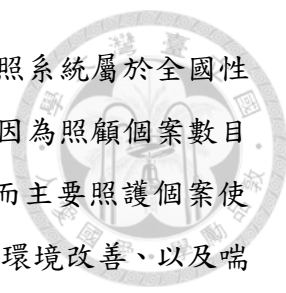
3. 台北市衛生局委託之精進長照社區整合照護計畫(以下簡稱衛生局 A 計畫)

從社會局委託之社區整合照護計畫的執行過程中，台北市立聯合醫院發現除了有長照需求的個案之外，有些個案是透過外籍照顧者或是需求偏向醫療或是非長照 2.0 可以滿足的需求。北市聯醫向衛生局提出「精進長照社區整合照護計畫」。照護對象條件為下列兩者其中之一：

- A. 有生活照顧需求者，可能是已經有使用長照 2.0 的長照服務，或是不符合長照 2.0 服務資格，但有失能的情況 (ADL 低於 60 分、IADL 需要協助)。
- B. 醫養結合需求：有生活照顧需求(符合第一項條件)及醫療照護需求 (有兩種以上的慢性疾，包含糖尿病、慢性腎臟病、心衰竭、慢性阻塞性肺部疾病、腦血管疾病、高血壓這六類其中兩種；或是患有失智症；或是符合精神科居家治療計畫的收案個案；或是生命末期的個案；或是高度醫療資源使用的個案（非計畫性住院半年內 ≥ 2 次或急診就診半年內 ≥ 3 次）；已經接受居家醫療整合照護計畫之個案，以上都算入有醫療需求者。

對於公衛 A 計畫的照顧個案，個管師會提供提供長照及醫療資源諮詢與轉介，也會在據點進行社區衛教或家屬支持團體活動，或是健康促進之活動辦理等。提供的服務與社會局委託之計畫相似，但收案條件相對較為寬鬆，是為了擴大服務的對象。

臺北市立聯合醫院承接的三種社區整合照護計畫，各自的收案條件與服務內容其實不盡相同。從計畫設計的理念來看，大致可以區分為兩大類：第一類為衛福部長照 2.0 社區整體照顧服務體系 A 計畫，第二類則是社會局與衛生局委託的兩



種社區整合照護計畫。兩者最大的差異在於衛福部長照 2.0 的長照系統屬於全國性的計畫，主要提供長照 2.0 有支付之服務內容評估與追蹤為主，因為照顧個案數目較多且連結社區中的社政或醫療等資源聯結為非必要項目，故而主要照護個案使用的服務就是以照顧及專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善、以及喘息服務四大類為主。而在社會局與衛生局委託的兩種社區整合照護計畫中，強調整合社政、衛政、民政以及社區公益組織的資源，強調跨組織的整合照顧理念，以達到醫養結合的長期照護。根據在台北市立聯合醫院的實習觀察，可以發現在第二類的整合照護計畫中，整合了醫療與生活照顧的資源，個管師需要具備周全評估需求的能力，也要具有更廣泛的資源連結能力。參考國際上已經有實證的各種整合照護計畫，可以發現整合具有多種定義，也有不同的整合程度與廣度，搭配上不同的服務介入與財務制度，也讓各種整合照護計畫呈現不同的效果。經過實習後產生的研究主題是想針對台北市立聯合醫院目前承接整合照護計畫，在兩種長照模式下：衛福部長照 2.0 社區整體照顧服務體系 A 計畫（以下簡稱長照 A 模式）以及整合程度較高的社會局 A 計畫以及衛生局 A 計畫（兩者合併簡稱為精緻 A 模式），對使用者的日常生活功能是否會有不同的影響。

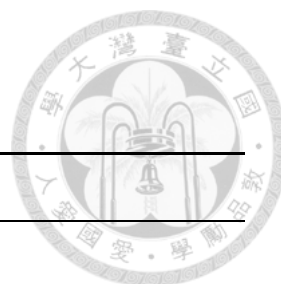


表 1

臺北市立聯合醫院承接的社區整合照護計畫

個案管理模式	部分整合照護	完全整合照護	
	個案管理模式	個案管理模式	
長照計畫名稱	衛福部長照 2.0 社區整體照顧服務體系 A 計畫	臺北市政府社會局委託辦理社區整合照顧服務計畫	台北市衛生局委託之精進長照社區整合照護計畫
計畫收案對象	CMS 第 2 級（含）以上	符合長照 2.0 的收案對象，且同時具備有：	有生活照顧需求或醫養結合需求其中之一：
	1. 65 歲以上老人 2. 領有身心障礙證明(手冊)者 3. 55-64 歲原住民 4. 50 歲以上失智症者	1. 經跨專業團隊討論須開案者。 2. 個案生活自理能力可提升者。 3. 家庭支持系統薄弱者。	1. 有生活照顧需求者：已有使用長照 2.0 的長照服務者，或是不符合長照 2.0 服務資格，但有失能的情況（ADL 低於 60 分、IADL 需要協助）。 2. 醫養結合需求：有生活照顧需求(符合第一項條件)及醫療照護需求(細項如內文所述)。
計畫服務內容	長期照顧內容包含照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙。	提供長照 2.0 的各項服務的連結，也連結其他衛政(例如居家醫療)、社政(社會福利)、民政、與非政府組織四種資源。同時辦理據點的健康促進與家屬支持活動。	提供長照及醫療資源諮詢與轉介。可以透過長照 A 連結長照 2.0 的服務，也連結其他社、衛、民政及非政府組織的資源。據點舉辦社區衛教或家屬支持團體活動。
整合程度	合作（cooperation）	完全整合（full integration）	完全整合（full integration）



第二節、文獻回顧

1. 我國長照服務發展

我國自民國 96 年開始長期照顧十年計劃，提供長者需要的長照服務。根據長期照顧十年計劃 2.0 中的過去服務人數成果顯示至 2016 年 4 月達 173,811 人（衛生福利部，民 105，）。然而根據前述的推估，長照需要人數將在短時間內從 17 萬人成長到 77 萬人以上。面對如此大的需求成長，長照 1.0 面對的挑戰包含：長期照顧服務對象涵蓋範圍待擴大、長照人力資源短缺、偏遠地區服務及人力資源不足、補助額度與服務品質與民眾的期待落差、服務輸送體系的整合與建置、長照服務資訊系統待積極整合等。因此在民國 105 年衛生福利部提出在長期照顧十年計畫 2.0 中，期望能建立一個優質、平價、普及的長期照顧服務體系。實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。同時賦予長照 2.0 計畫從初級預防老化、減緩失能到後段的多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。長照 2.0 計畫中希望能發揮彈性與擴大照護對象與服務的精神，透過創新與整合的策略來規劃未來的長照體系。其中整合的策略包括：建立社區整體照顧服務體系，提升照顧連續性；創新多元服務，滿足多項需求。建立社區整體照顧服務體系即是長照 A、B、C 體系，建立以社區為基礎發展連續多目標服務體系，分為 A、B、C 三級，由 A 級提供 B、C 級技術支援與整合服務，另一方面促使 B 級複合型服務中心與 C 級巷弄照顧站普遍設立，提供近便性照顧服務。創新多元服務則包含：1.失智症照顧服務、2.小規模多機能服務、3.家庭照顧者支持服務據點、4.社區預防性照顧。計畫中舉例如日本的整合照顧模式和美國的老人全包式照護計畫(PACE) 兩者在支持系統的整合上發展出獨特的模式值得參考(衛生福利部，民 105，)。在長照 2.0 計畫可以發現相較於過去，政府在其中更加強調整合與連續性照護的精神，同時也希望提供創新與整合的照護模式，因此在各地提供各種不同的社區照顧創新模式，例如偏鄉地區的長照體系，或是各地方政府試辦的社區整合照護計畫。台北市立聯合醫院也因此承接了三種不同的長照計畫。相較於衛福部的長照 2.0 計畫，台北市社會局及衛生局委託的計畫更著重於提供更多元的服務資源，除了長照 2.0 支付之四大類服務，強

調連結居家醫療、非營利組織資源、或是申請法律服務救助津貼等，對於需求較為複雜的族群可以提供更周全的照護。概念上，整合度越高的長照服務模式應該為照護個案帶來更多的好處。因此本研究從整合照護的定義開始做文獻回顧，在了解整合照護的機制與程度後，比較台北市立聯合醫院承接的不同計畫，整合程度高的照護計畫是否能帶給照護個案在生活功能維持的效益。

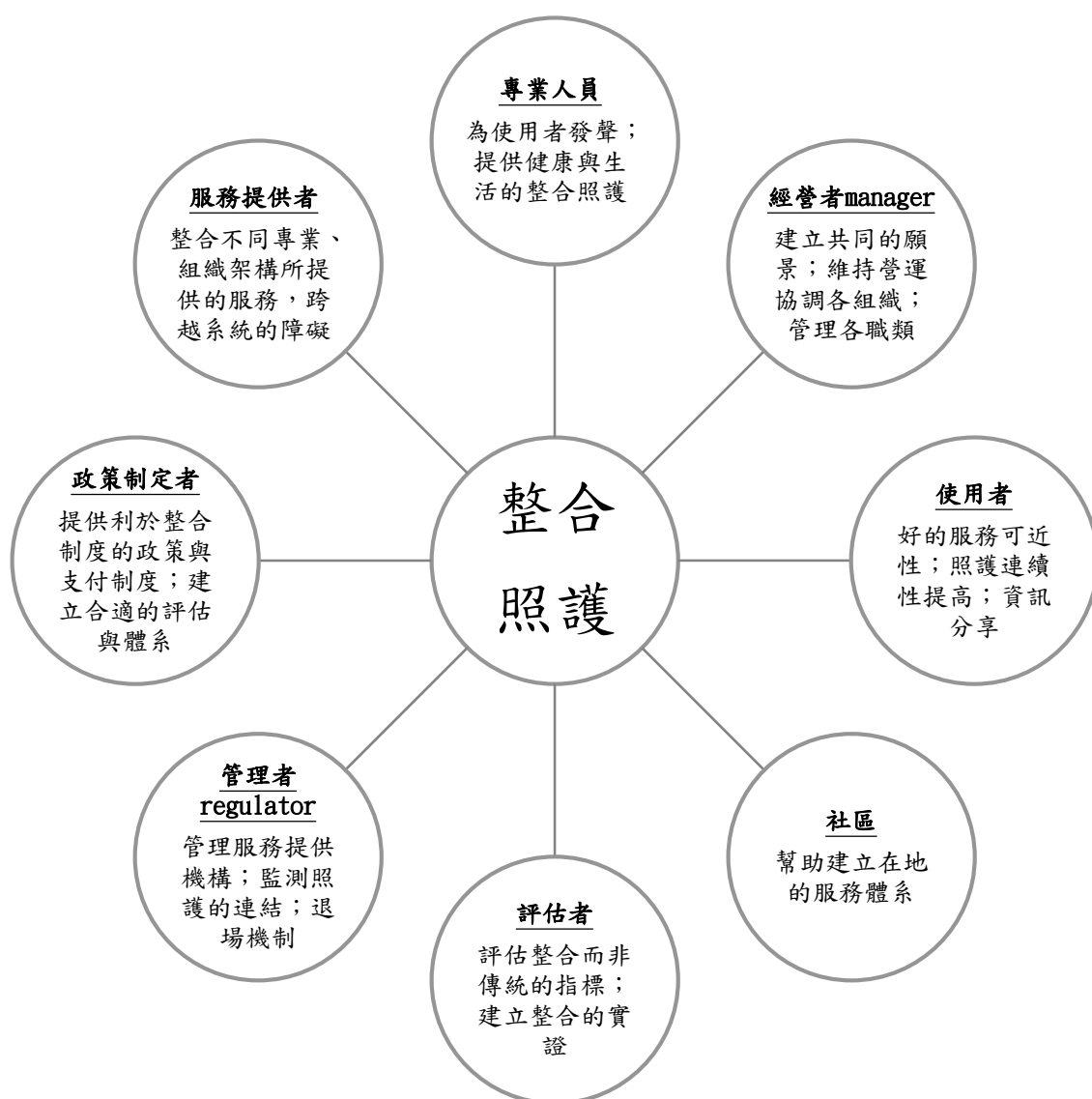
2. 整合照護 (Integrated Care) 簡介

整合照護的概念框架最早可以追溯到西元 1990 年代。過去有許多類似概念的名詞，例如：無縫照護 (seamless care)、持續性照護 (continuum of care) 或是協調照護 (coordinated care) (Evashwick, C. and W. Aaronson, 2006; WHO Regional Office for Europe, 2016)。Kodner, D.L.與 C. Spreeuwenberg(2020)在 Integrated care: meaning, logic, applications, and implications 文章中提出整合照護的定義：“Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors.”。在這個定義中可以發現，整合照護包含資金、實務層次、管理層次、輸送層次等的協調合作，且是橫跨照護與醫療面向 (Kodner, D.L. and C. Spreeuwenberg, 2002)。2016 年世界衛生組織發表整合照護回顧文中指出，整合照護的概念相對於片段式 (fragmented services) 或是一段時間性 (episodic services) 的照護，並協調提供的服務 (WHO Regional Office for Europe, 2016)。2016 年 Goodwin 亦提出整合照護的概念在於將原本片斷化的服務輸送 (service delivery) 整合成體系，進而更有效地提供服務 (Goodwin, N, 2016)。

整合照護的概念是相近的，但卻很難提出明確的定義。且根據不同的角度來看整合照護，整合照護的認定也不一致 (圖 1)。以使用者角度切入，整合照護應該要有好的服務可近性、提高照護連續性、資訊彼此分享等特性；對於服務提供者而言，可能需要面對不同組織間的合作整合、組織內部不同專業服務整合、及避免服務重複或互相衝突 (WHO Regional Office for Europe, 2016)。



圖 1
各種觀點提出的整合照護



註：改編自 World Health Organization. (2016). *Integrated care models: an overview* (WHO/EURO:2016-6525-46291-66959).

3. 整合的分類與機制

除了從不同的角度切入整合的概念之外，整合的分類可以用下列各種方式來區分（Ahlgren, B. and R. Axelsson, 2005; Valentijn, P.P., et al., 2013; Goodwin, N, 2016）：

1. 整合的型態：如機構間的整合、不同專業的整合、文化層面的整合、技術的整合。
2. 整合的層面：巨觀層面 macro、中觀層面 meso、微觀層面 micro。
3. 整合的闊度（breadth）：例如是針對個人照護的整合、特定疾病族群或是適用於群體族群的整合模式。
4. 以個人為中心的整合（People-centred integration）：在服務提供者與使用者間提供協調，並透過決策共享與自覺賦能，建立完整的支持系統。
5. 全系統整合（Whole-system integration）：整合公共衛生系統，讓健康支持系統都能提供以個人為中心的照護模式給所有人民，亦即須要滿足所有人的不同需求的高效能系統。
6. 整合的程度（the degree or intensity of integration）：以整合程度來區分整合照護的模式，例如最基本的長照系統僅有非正式連結（informal linkage）、第二層次即為有合適的管理系統達到服務間的協調（co-ordination）、完全式的整合（fully integrated）—通常是系統的高度整合，整合健康與社會支持系統，滿足複雜的需求而非以服務為導向。
7. 垂直整合（vertical）：由上到下整合一個體系內提供的不同層級的服務，例如：在醫療體系內第一線基層的醫師、醫院的醫事人員、醫學中心次專科的後送單位，彼此間的服務整合。最常見的例子就是以單一疾病為主的整合式醫療照護（糖尿病或是慢性阻塞性肺部疾病的照護模式）。
8. 水平整合（horizontal）：跨越範疇領域的不同類型服務，整合提供者所提供的照護服務，形成跨專業團隊或照護網路。例如整合公家單位與社區中非營利單位之服務資源。或是整合醫療與社會補助不同領域的資源。

整合照護的分類如上述所描述的，除了水平以及垂直面向的整合外，在機構內部以及對外也都存在著溝通連結的可能。由此可見，整合的概念可以從微觀到巨觀、可以從機構內到跨機構、從使用者到服務提供者再到管理者，彼此之間存在著高效的溝通連結與快速的服務輸送，再到管理者可以有效監控與管理，最後讓資源與成本達到更高效益的運用。

在整合程度的分類中，Ahgren 與 Axellson 在西元 2005 將整合程度分為五個層級，分別為完全分離（full segregation）、有連結（linkage）、能協調（coordination）、合作（cooperation）、完全整合（full integration）五個層級（Ahgren and Axellson 2005）。連結（linkage）的特點在於有適當的轉介。提供服務的組織還是分別獨立運作，但實務上的指引可以清楚區分各組織分別負責的服務權責，因此組織可以獨立運作提供各自的服務。連結的一個特性在於轉介個案到各機構是沒有成本的支出。協調（coordination）是指提供服務的組織形成網絡或是照護鏈（chains of care）。組織大部分仍屬獨立運作，但彼此之間共享資訊，並提供個案可以在階段轉換時持續在此照護網絡中得到合適的服務。在協調的照護網絡中，通常沒有照護網絡專屬的管理師。合作（cooperation）層次則就是具備有專屬的管理師負責照護網絡中的整合。完全整合（full integration）則是指所有不同組織的資源都被整合起來，形成一個新的組織，提供周全性的服務給不同需求的所有類型個案。在完全整合層次中，新組織要能夠找到特定的服務對象，提供不同種類的服務組合，並適當的規劃資源利用。而完全分離則是不具備任何一項的整合特性。整合程度的評估不單單可以用在巨觀系統評估組織間的整合，同時也適用於單一服務組織評估內部的整合（Ahgren and Axellson 2005）（圖 2）。

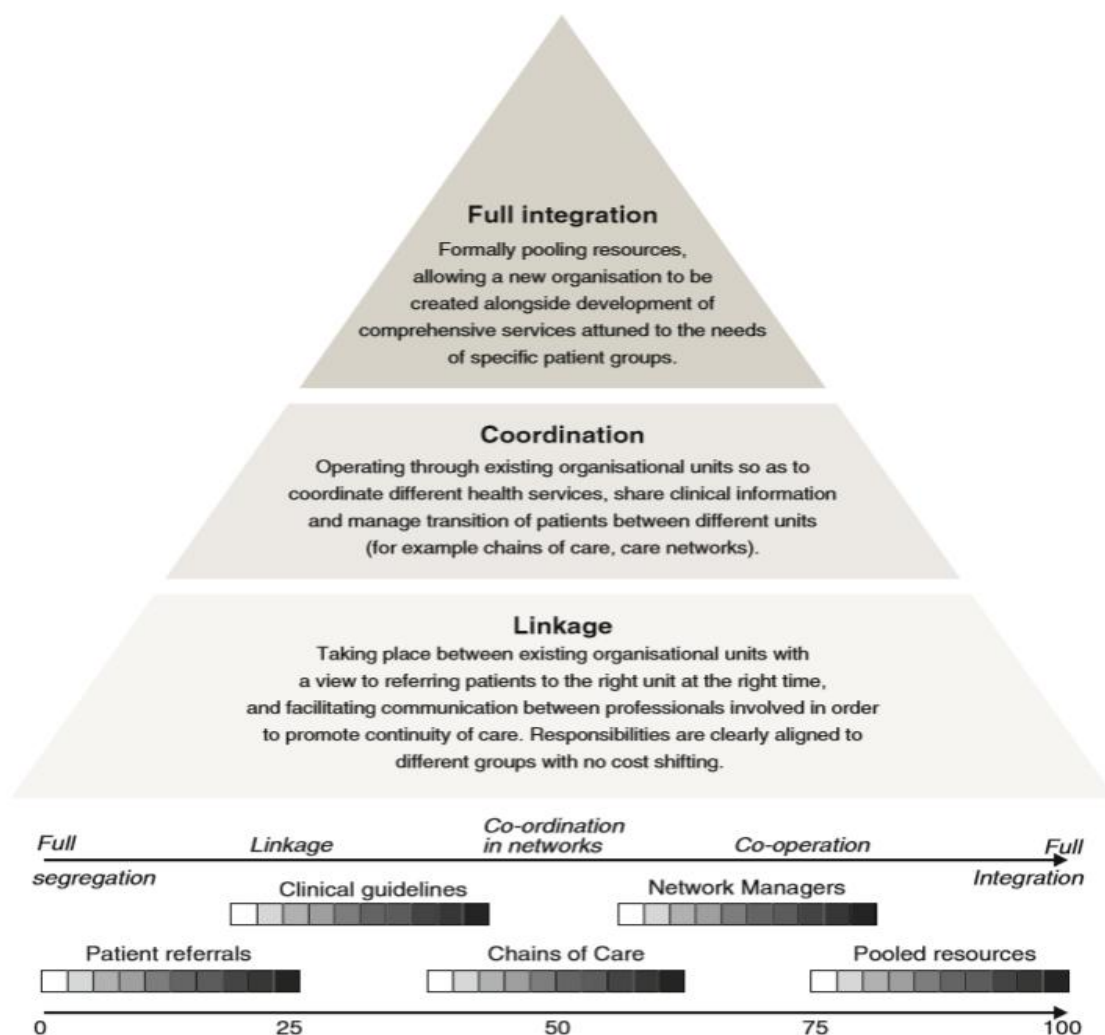
除了整合的程度之外，整合的機制也是評估整合照護的重點。1987 年 Connie Evashwick 提出在持續性照護的長照體系中，有四個整合的機制分別是機構間整合（Interentity Management）、照護協調（Care Coordination）、整合性資訊系統（Integrated Information Systems）、整合性財務制度（Integrated Financing）（圖 3）。Evashwick 提出的四個面向整合機制，與 2016 年 WHO 所提出的整合分類互相呼應，涵蓋長照系統的整合機制。

綜合以上所述，理想中高度整合的長照模式應該在整合的層面上可以達到完全整合的程度，能夠針對特定的服務對象，提供不同種類的服務組合，

並適當的規劃資源利用。同時也具備 Evashwick 所提出的四個整合機制，能夠做到不同機構間的整合，提供有協調的照護，同時具備有整合性的資訊系統與整合性的財務制度，才能達到周全且持續的長期照護支持系統。

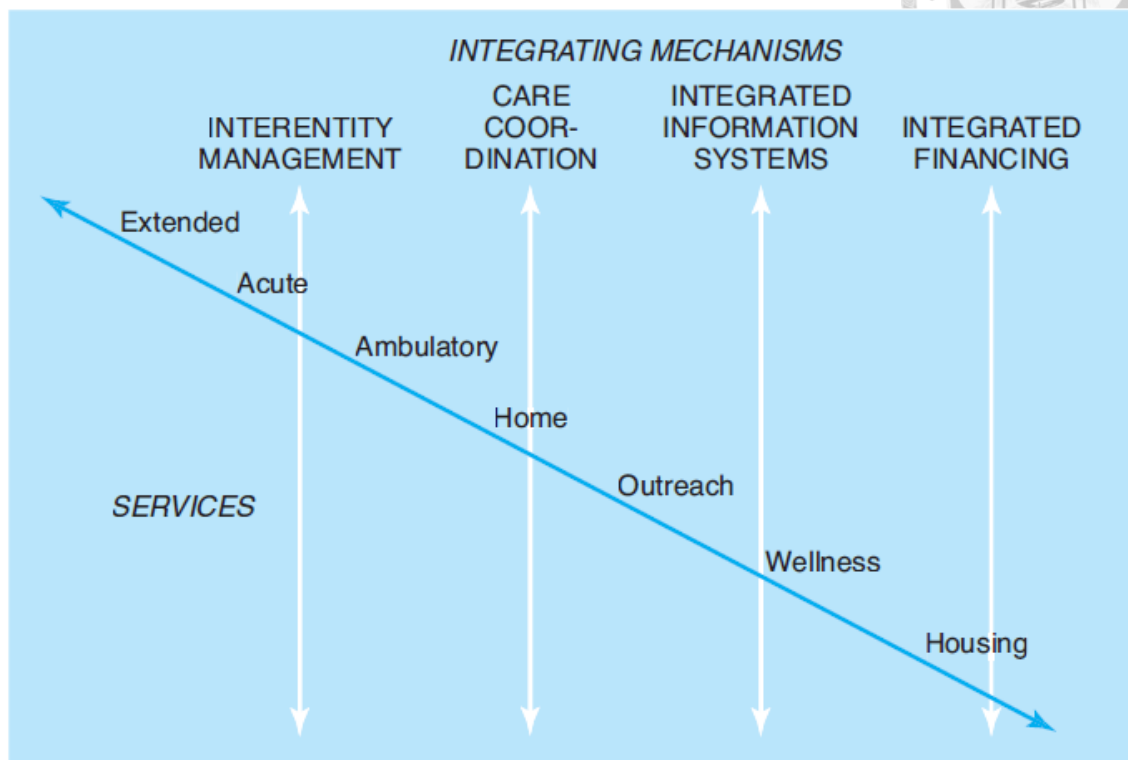
依據上述文獻回顧整合照顧的分類與機制，台北市立聯合醫院承接之三種整合照護模式可以分為兩大類。第一類為衛福部長照 2.0 社區整體照顧服務體系 A 計畫，提供服務的內容為長照 2.0 支付之四大類服務：照顧服務及專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙。由個管師居中協調各項長照服務，負責各機構間的整合，並定期追蹤服務品質，負有管理之責，也負責服務之財務申請分配之責。衛福部長照 2.0 之長照服務計畫有個管師協調各服務提供機構，也有高度整合的財務機制，但並不會常規將居家醫療或是非營利組織提供的資源進行評估與連結。受限於實務面個管量的限制(照顧個案數為 100~120 位個案不等)，連結的服務以長照 2.0 支付之服務為主。長照 A 照護模式整合程度達到協調 (coordination) 層級以上，整合機構則以長照支付的財務機制串聯四大類服務提供機構，但沒有支付之服務則較少有直接連結，整合醫療、民政或是非政府組織的資源較少。依據上述整合程度分類的定義，歸類為部分整合照護個案管理模式。第二大類為完全整合照顧個案管理模式，包含社會局委託及衛生局委託執行之精進長照整合照護計畫。第二類的完全整合照護模式中，個管師為了提供更多元的照護，臺北市立聯合醫院將照護個案比設定為一位個管師照護 30~40 位個案，因此我們稱之為精緻型照護模式。個管師統籌整合管理各項長照 2.0 支付之服務即非長照 2.0 支付之服務，例如居家醫療、民政系統的補助與生活支持資源等，屬於更高程度整合的整合照護計畫，為完全整合的照護模式。本研究主要想比較兩種整合程度不同的照護模式，是否會對照護個案的日常生活功能有不同的影響。

圖 2
整合程度



註：引自 Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., & Suter, E. (2017). *Handbook Integrated care*. In Springer eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>

圖 3
服務與整合機制



註：引自 Evashwick, C. (2005). *The Continuum of Long-Term care*. Cengage Learning.

4. 整合照護的效益

人口老化是世界各國共同的趨勢。因應高齡族群其多重慢性病與社會結構改變等特性，世界各國皆努力在發展更合適的照護模式。2009 年美國 NIHCM (National Institute of Health Care Management) 基金會發表一份報告，美國總醫療支出高度集中在前 5% 的人口上 (前 5% 的高支出人口使用約 49.5% 的總支出)。其中，高齡、多重慢性疾病、與失能者更容易成為高支出的族群 (NIHCM Foundation, 2012)。2016 年，美國的 Commonwealth 基金會 (The Commonwealth Fund) 提出高需求的概念：多重慢性疾病加上日常生活功能失能或工具性功能失能。根據 2009~2011 年的美國健保支出資料，高需求的族群醫療總支出是相對於只有多重慢性病族群的兩倍，使用急診與門診的比率更高，使用服務的比率也更高 (The Commonwealth Fund, 2016)。由此可以看出醫療資源高度聚焦在高齡族群，且高需求的個案有更高的花費，有功能限制者又更明顯，因此各國也積極發展各種的整合照護來解決複雜需

求的問題。

美國的老人全包式照護計畫（The Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE）是 1971 年 Willian Gee 及 Marie-Louise Ansak 發起，是目前最被推崇與最多研究證據顯示正面成效的整合計畫之一。第一個 PACE 的名稱是「安樂居老人健康服務」(On Lok Senior Health Services)設立於舊金山的中國城。考量華人文化不喜機構式照護，進而發展出以社區日間照護中心為主要進行照護場域的整合照護計畫。到 1979 年 PACE 被納入低收入戶醫療救助（Medicaid）給付，隨後於 1997 年立法納入老人醫療保險（Medicare）和低收入戶醫療救助(Medicaid)的正式服務項目(張文瓊與吳淑瓊，民 103)。PACE 的收案對象為年齡 55 歲以上且失能程度符合入住護理之家的標準。由跨專業團隊評估服務對象照顧需要，並與服務對象及其家人共同擬訂照顧計畫。在 PACE 中心、家宅、急性醫院、護理之家等提供醫療(急診門診住院)、復健、日間照顧中心、沐浴與個人照顧、交通接送服務、營養供餐、檢驗等服務。跨專業團隊定期或於服務對象狀態改變時評估整合性服務，同時監測服務提供情形。PACE 的採論人計酬支付模式，財務收入約 2/3 來自低收入戶醫療救助（Medicaid），1/3 來自老人健康保險（Medicare）。透過整合的支付模式，PACE 的跨團隊可以在定期個案討論中調整服務項目，達到彈性提供服務並且有效控制費用的成效（張文瓊與吳淑瓊，民 103；Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N., 1997）。PACE 整合照護的效益看起來可以讓服務對象減緩功能衰退、延後入住機構的時間，同時有較長的壽命、較佳的健康狀況及更好的生活品質(Cortes, et al. 2016)。從成本分析上來看，PACE 整合服務後可以減少不適當的用藥、減少專科醫師使用次數、照護成本下降 5-15%（Eng, C., et al., 1997）。

除了美國的 PACE，世界各國也根據各自的文化與體制，設計各種試驗性整合照護計畫。2003 年，加拿大的學者 Mira Johri 回顧文獻整理世界各國整合性照護計畫的成效與特色，包括英國的 Darlington、美國的 On Lock 與 PACE、美國的 Social/Health Maintenance Organizations(S/HMO)、義大利的 Rovereto、義大利的 Vittorio Veneto、與加拿大的 SIPA 等計畫相關研究，發現整合照護計畫帶來的正向效益包括較好的健康狀況、減少住院、縮短住院天數、減緩功能下降的速度、甚至是降低各案的照護成本（Johri, M., et al., 2003）。2019



年一篇針對長者的整合照護效益的統合分析（Liljas AEM, Brattström F, Burström B, Schön P, Agerholm J, 2019）顯示，整合照護可以減少醫院的住院率與住院天數，對於再住院率與病人滿意度可能有正向的效益，對死亡率則沒有影響。綜合上述文獻回顧，「整合」應具備有正向的效益，可以提升服務的品質與資源的利用率，同時可以帶給使用者更好的成果與主觀感受。台北市立聯合醫院中興院區承接不同的整合照護計畫，其中各個計畫在整合層面上以及程度上也有所差異，提供的服務內容也不相同，不同照護計畫對於照護個案日常生活功能的維持是否會有不同的效果。同樣的，是否有特定族群特別適合某類型的照護模式，也是很重要的問題。

5. 不同整合模式對於日常生活功能的影響

過去研究指出居家及社區型長照服務模式對身體功能的影響是評估長期照顧服務效益的重要指標之一，因為促進功能恢復與減緩身體衰退是長期照顧的核心目標（Kane 等，1998；WHO，2017）。早期國外研究指出，不同類型的長照服務對使用者身體功能的影響不一，但居家及社區型長照服務模式對日常生活功能維持的效果仍未有一致結論，包括使用居家型個人照護、居家醫療的專業服務如：物理治療、職能治療或居家護理、或是日間照顧服務等，是否對於維持日常生活功能有正面助益，均無定論。部分研究者推測，造成研究結果不一致的原因之一，可能在於 HCBS 使用者往往會同時使用多項服務，而不同服務的組合可能產生不同的影響（Igarashi 等，2017）。因此，近年來已有研究開始探索多重服務組合使用對結果的影響（Han 等，2021；Igarashi 等，2017；Jorgensen 等，2018；Lunt 等，2020；Rahman 等，2019；Wang 等，2021；Yu 等，2020）。不同種類的服務組合可能會對於個案的日常生活功能變化有所影響。

選擇不同照護服務內容的則會受到不同的因子所影響。2018 年游曉微學者在「Use of Home- and Community-Based Services in Taiwan's National 10-Year Long-Term Care Plan」文章中就指出獨居、居住地區為非都市區，較可能使用居家個人照顧服務（游曉微等，2018）。主要照顧者者功能較好者較可能同時接受個人照顧服務與居家醫療服務。至於基本日常生活活動與認知功能較差、家庭經濟狀況較佳且居住於都市化程度較高地區的照顧對象，較可能使用多元服務。由此可知社經地位如：獨居、中低收入身分以及居住地屬都市區等



因素會影響到照護對象選擇的服務。研究使用潛在類別分析，將長照使用族群分成四類使用模式：居家個人照顧、居家個人照顧與醫療照顧、居家醫療照顧，以及社區照顧服務組。研究發現，使用居家個人照顧與醫療照顧組（Home-based MpC）之日常生活功能及工具日常生活功能改善幅度顯著優於其他三組，反之，社區照顧組之功能退化最為明顯。在重度失能者之分層分析中，居家醫療照顧組（Home-based MC）之 IADL 改善程度顯著優於居家個人照顧組。此研究開始探討長期照護模式與日常生活功能之間的關聯性。研究結果凸顯整合型居家服務，特別是結合個人照顧與醫療照顧之模式，對高齡者身體功能具有正向效果，值得政策推動者進一步倡導與強化。

綜上所述，不同整合照護模式提供的服務內容不同，應該會對個案的日常生活功能維持有不同效果。根據文獻回顧，高度整合應該對於個案的生活支持與照護品質主觀感受有幫助。但更重要的是，客觀上來說可能對於日常生活功能維持有正向幫助。因此本研究希望探討不同照護模式，對照護個案的日常生活功能維持是否有不同效果。

第三節、研究架構與假設

因此本研究想藉由比較兩種不同整合程度的照護計畫，觀察在不同的照護模式下，個案的日常生活功能是否會有不同的變化速度。

第四節、研究問題與目的

本研究的問題是完全整合照護模式相較於部分整合照護模式，是否可以更有效率地維持日常生活功能？為達成此目的訂有三個研究目標：

1. 比較完全整合照護模式與部分整合照護模式兩種照護模式中，個案的基本特質與服務使用情形之差異。
2. 比較完全整合照護模式與部分整合照護模式兩種照護模式中，個案的日常生活功能退化速度之差異。
3. 探討完全整合照護模式與部分整合照護模式兩種照護模式中，對個案日常生活功能退化之潛在影響因素。

第二章、方法

本研究為回溯性的縱向研究設計（retrospective longitudinal study），使用臺北市立聯合醫院中興院區的長期照護服務對象之縱向資料，進行次級資料分析回應研究目的。本研究採用立意取樣，選擇西元 2020 年一整年度內台北市立聯合醫院中興院區有提供長照服務之個案，蒐集服務過程中的各項評估結果以及長照資源使用情形，比較個案在照護過程中的功能變化，並探討使用一般長照模式及精緻長照模式在失能者變化速度上的差異。進一步再去比較在獨居、中低收入、或是殘障身分等族群中使用不同模式照護的失能長者變化速度的差異。

第一節 研究方法及架構

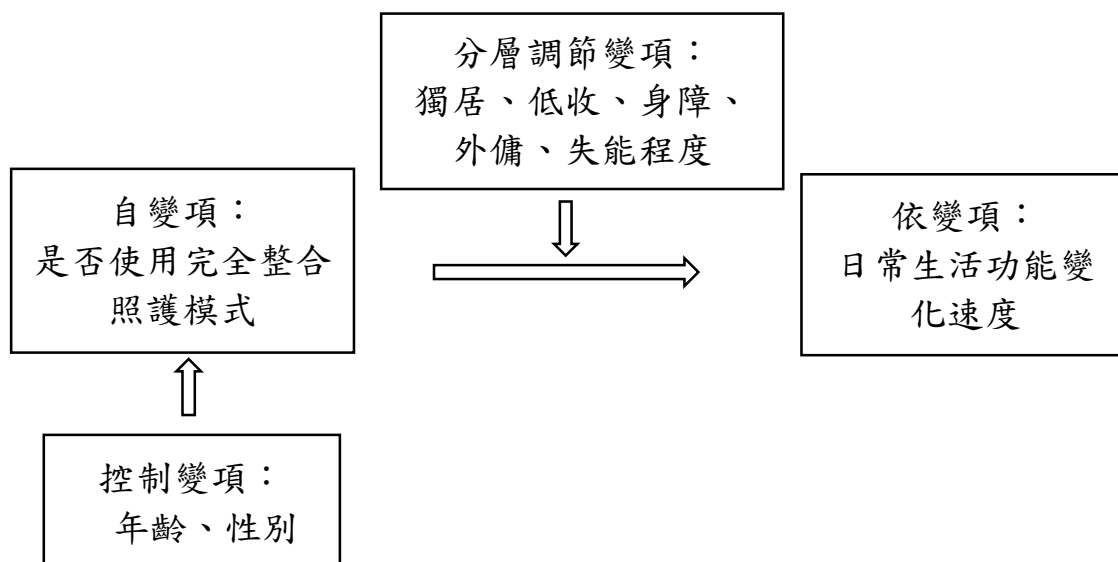
本研究採用次級資料分析，針對西元 2020 年台北市立聯合醫院中興院區在案服務之個案，探討台北市大同區失能者社區長照整合照顧服務資源使用情形與影響生活功能變化速度之相關因素。研究架構如圖 4：

研究假設：

假設 1、完全整合照護模式會比部分整合照護模式更能維持個案的日常生活功能而不退化，

假設 2、個案失能程度較高或是照顧複雜程度較高的個案在完全整合照護模式會比部分整合照護模式能有更好的照護益處。

圖 4
研究架構圖



第二節、次級資料來源

本研究資料蒐集主要從衛生福利部照顧服務管理資訊平臺上以及臺北市立聯合醫院中興院區院內社區整合照護科內之資料庫蒐集而來。於衛生福利部照顧服務管理資訊平臺可以得到個案的基本資料包含年齡、性別、是否為獨居身分、是否為中低收個案等基本資料，同時也可以取得個案所使用之長照 2.0 連結的服務項目，包含照顧及專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善服務、以及喘息服務。從院內之資料庫可以取得非長照 2.0 提供的各項服務、以及居家醫療使用情況。每位個案在收案前會接受初評，得出長照需求等級 CMS 等級，其中就包含 ADL 評分。而半年後之複評也會得到新的 ADL 評分。從兩資料庫中可以得到該個案的基本資料、長照資源使用情況、以及 ADL 功能變化狀況。

臺北市立聯合醫院的社區整合照護科累積從西元 2016 年到 2020 年的服務個案的縱向資料。本研究資料使用範圍從西元 2020 年 1 月 1 日至 12 月 31 日，此時間段中台北市立聯合醫院中興院區社區整合照護科有收案在案之照護對象為研究對象族群。以對象為中心，蒐集個案之基本資料與使用的各項連結服務資源。

從 2020 年 1 月 1 日統計至 2020 年 12 月 31 日的在案服務名單有 1040 人，扣除其中 19 位資料缺失、72 位沒有第二次評估的結果(代表該個案為 2020 年內新收案之個案且服務介入未滿半年)，剩餘 949 人。再排除 408 位因為照顧時間短於九十天，剩下總共有 541 位個案的資料進行分析。

第三節、研究對象

本研究設計採用立意取樣，選擇擷取西元 2020 年 1 月 1 號至 12 月 30 號此時間段落中台北市立聯合醫院中興院區社區整合照護科有收案完成之照護對象為研究對象族群。本研究的研究對象包括衛服部設立之長照 2.0 長照服務計畫、台北市社會局委託辦理之社區整合照顧計畫、以及台北市衛生局委託辦理之精進長照社區整合照護計畫三者計畫中的收案個案。以下分別敘述三個計畫的收案對象：

衛福部設立之長照 2.0 長照服務計畫收案對象：

長照需要等級 (CMS) 第 2 級 (含) 以上者，且符合「65 歲以上老人」、「領有身心障礙證明者」、「55 至 64 歲原住民」以及「50 歲以上失智症者」等情形之一者，其中失智症者係指經評估量表施測後評估為疑似失智症者，可先納入長照服務對象，並鼓勵其就醫診斷或經醫師確診為失智症者。



台北市社會局委託之社區整合照顧計畫收案對象：

符合衛服部設立之長照 2.0 的收案對象，且同時具備有：

1. 經跨專業團隊討論須開案者。
2. 個案生活自理能力可能提升者。
3. 家庭支持系統薄弱者三者。以上三者由衛生局照顧專員與個案管理師共同討論決定。

台北市衛生局委託之精進長照社區整合照護計畫收案對象：

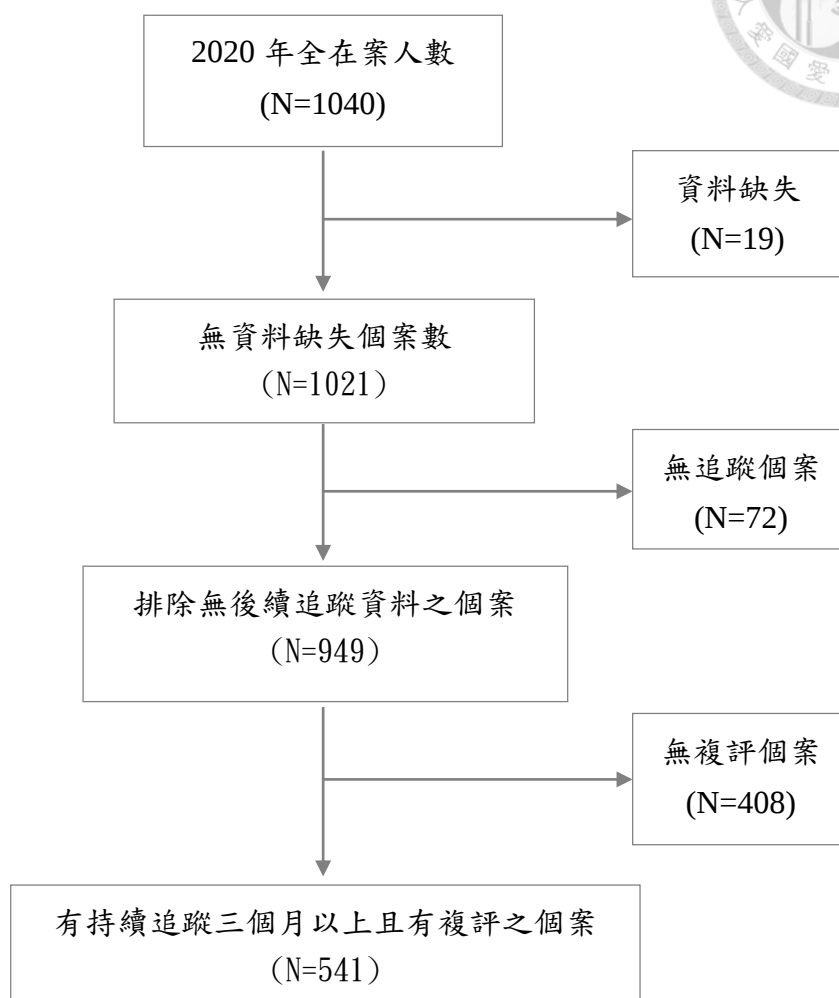
1. 個案需為有生活照顧需求者：可能是已經有使用長照 2.0 的長照服務，或是不符合長照 2.0 服務資格，但有失能的情況 (ADL 低於 60 分、IADL 需要協助)。
2. 或是個案符合有潛在醫養結合需求：有生活照顧需求(符合第一項條件)及醫療照護需求。

排除對象

考量到進入照護計畫中若照顧的時間太短，無法看出整合照護對個案在生活功能或失能程度變化上的影響，過去研究多觀察至少半年以上的時間，因此排除對象為收案對象的收案時間未滿 90 天者，可能是因為死亡、移出服務範圍或停止使用本服務等因素所致。另外在回溯資料時若有若年齡、性別、生日等基本資料有缺失、或是沒有至少一次的複評結果也會被列在排除對象之中。

最終研究對象人數流程圖如圖 5，從 2020 年 1 月 1 日統計至 2020 年 12 月 31 日的在案服務名單有 1040 人，扣除其中 19 位資料缺失、72 位沒有第二次評估的結果(代表該個案為 2020 年內新收案之個案且服務介入未滿半年)，剩餘 949 人。再排除 408 位因為照顧時間短於九十天，剩下總共有 541 位個案的資料進行分析。

圖 5
收案人數流程圖





第四節、測量工具

自變項

研究之自變項為照護組別，分為完全整合照護模式組與部分整合照護模式組兩組，為類別變相。其中完全整合照護模式組為研究組，定義為社會局長照計畫收案個案加上衛生局長照計畫之收案個案。其他非社會局長照計畫或衛生局長照計畫收案對象，且有提供衛服部長照 2.0 服務之對象，為部分整合照護模式組，定義為為對照組。

依變項

依變項為日常生活功能變化速度，定義為：最後一次評估之日常生活功能（ADL）分數減去起始日常生活功能（ADL）分數 / 兩次評估的間隔天數÷30，換算為間隔月份），兩者 ADL 分數皆從資料庫中的評估量表取得。

控制變項與調節變項

控制變項包含年齡、性別、照護時間、失能程度，其中年齡與照護時間為連續變項，性別與失能程度為類別變項，失能程度以起始之 CMS 等級來分級為連續變項；調節變項包括獨居身分、中低收身分、身障身分、外傭使用與否，皆為類別變項。其中獨居、中低收身分、身障身分皆以資料庫中取得資料為準（操作系統定義為有政府機關登記在案為準）。

表 2

變項操作型定義



變項	屬性	操作型定義
自變項：照護組別	類別	1=完全整合照護模式組 0=部分整合照護模式組
依變項：每月個案日常生活功能變化速度	連續	最後一次評估 ADL 分數減去起始 ADL 分數 / (兩次評估的間隔天數÷30)
年齡	連續	以 2020 年減去出生西元年
性別	類別	1=男；0=女
照護時間	連續	最後一次追蹤日期減去起始評估日期（天）
起始 CMS 等級	連續	0=無；1=1 級；2=2 級；3=3 級；4=4 級；5=5 級；6=6 級；7=7 級；8=8 級
獨居身分	類別	1=獨居；2=與家屬同住
中低收身分	類別	1=福利身分（低收入戶或中低收入戶）；0=一般戶
殘障身分	類別	1=有；0=無
外傭使用與否	類別	1=有；0=無
複雜照顧程度	類別	0=無獨居或中低收或殘障
		1=單獨具備獨居或中低收或殘障其中單一項身分
		2=獨居加中低收或獨居加殘障或中低收加殘障三種可能
		3=獨居加中低收加殘障三者兼有

(一) 評估量表

本研究使用之次級資料庫主要分析個案之失能等級及使用之長照服務項目。所使用的評估工具為照顧管理評估量表，量表包含個案基本資料、主要照顧者及次要照顧者基本資料、個案溝通能力、短期記憶評估、日常活動功能（ADLs）、工具性日常活動功能（IADLs）、特殊複雜照護需求、居家環境與社會參與、情緒及行為型態、主要照顧者負荷總共九大面向，每個面向包含數個問題用以評估是否有失能及需求。問卷本身由經過專業訓練之照顧專員或個案管師評估後填入系統，系統會產出長照需要等級（long-term care case-mix system, CMS）等級以及輔具建議。

長照需要等級（long-term care case-mix system, CMS）

長照需要等級（long-term care case-mix system, CMS）是我國目前長照體系所使用的長照失能分級工具。CMS 等級是依照照顧管理評估量表內的評估結果，由資訊系統計算出之失能等級。CMS 等級分為一到八級，第八級為失能程度最高者。根據不同等級及身分別享有不同之服務給付補助，也會影響到個案使用服務之意願。CMS 等級是取個案起始收案評估之 CMS 等級。

日常生活活動功能（Activities of Daily Living, ADL）量表

本研究使用日常生活活動功能（Activities of Daily Living, ADL）量表來評估個案的生活功能。日常生活功能量表為 Mahoney 與 Barthel 於西元 1965 年共同提出，又稱為巴氏量表（Barthel Index）。日常生活活動功能量表包含進食、移位、個人衛生、如廁、平地行走、洗澡、上下樓梯、穿脫衣物、大便控制與小便控制共十項日常活動來衡量個案的生活自理能力。患者獲得評分越高，代表生活自理的能力越好。擷取資料庫中個案的最後一次評估日常生活功能分數以及起始收案時的日常生活功能作比較，除以照顧時間（年＝兩次評估的間隔天數÷365）計算出個案的每年日常生活功能變化。

第五節、分析方法

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，描述性統計部分使用卡方檢定 (Chi - Square)、變異數分析 (ANOVA) 及獨立樣本 T 檢定 (Independent - Sample t test) 分析兩個照護組別 (自變項) 之控制變項 (年齡、性別、照護時間、失能程度)、調節變項 (獨居、中低收身分、身障、外傭使用與否) 等因子，描述兩組照護對象的平均年齡、性別、照護時間、失能程度、獨居、中低收身分、身障、外傭使用與否等基本特性的分布情形。

研究目的一：比較完全整合照護模式與部分整合照護模式兩種照護模式中，個案的基本特質與服務使用情形是否有差異。以獨立樣本 T 檢定、卡方檢定 (Chi - Square) 以及變異數分析比較兩組在照護過程中，所使用的服務項目數、非長照支付的服務使用數、以及使用居家醫療的比例的差異。

研究目的二：比較完全整合照護模式與部分整合照護模式兩種照護模式中，個案的日常生活功能退化速度是否有差異。使用獨立樣本 T 檢定以及變異數分析，比較兩組的平居日常生活功能變化速度的差異。

因應兩組在照顧個案的複雜度有所不同，我們分別以獨居、中低收入身分、以及身障身分將兩種模式內的個案進行分組 (有無身分)，以 T 檢定比較同一照護模式下，有特殊身分者相較於沒有特殊身分者，其日常生活功能退化速度是否有所差異。考量到複雜個案可能兼具上述三種身分，透過複雜照顧程度的定義方式，以 T 檢定比較同一照護模式下，不同複雜照顧程度個案的日常生活功能改變速度是否有差異。最後再以獨立樣本 T 檢定比較不同模式下，同樣複雜照顧程度的個案平均日常生活改變速度是否有所差異。

研究目的三：探討完全整合照護模式與部分整合照護模式兩種照護模式，對個案日常生活功能退化之潛在影響因素。以多元邏輯斯迴歸分析使用長照 2.0 支付服務、使用非長照 2.0 支付服務、年齡、性別、獨居、身障、中低收福利身分、起始 CMS 等級等多項因子對於個案日常生活功能退化速度的影響。分別探討全部個案與完全整合照護模式與部分整合照護模式中，影響日常生活功能變化速度的因子。

第三章、結果



第一節、研究對象群體特質分析結果

本研究對象群體特質分析結果如表 3。所有納入分析的個案數目共 541 位，個案平均年紀為 79.85 (SD=12.18) 歲。其中女性比例佔 76.9%，收案者女性較男性多。平均 CMS 失能等級為 5.58 (SD=1.93)。輕度失能 CMS 小於 4 分者佔 15.7%，中度失能 CMS 4~6 分者佔 43.4%，重度失能 CMS 7~8 分者佔 40.9%。中重度失能者佔超過 80% 以上。具有獨居身分者佔 19.4%。有低收入戶身分者佔 27.4%。領有身心障礙手冊者佔 65.8%。服務對象大多無外籍照護人力 (75.8%)。

541 位個案中，屬於部分整合照護模式之服務對象共 416 人；屬於完全整合照護模式之個案 (包含公衛 A 計畫及社會局長照 A 計畫) 共 125 人。比較不同照護模式的個案基本特質包含：年齡、性別、獨居、低收入戶、是否有身障資格、有無使用外籍照護工、起始 CMS 失能等級、起始 ADL 分數。其中性別及是否具低收入戶身分在兩組不同照護模式的個案有顯著差異。在部分整合照護模式個案中，女性個案佔 84.5%。在完全整合照護模式個案中，女性個案佔 52.8%。部分整合照護模式個案女性比例較高 ($P < 0.0001$)。部分整合照護模式個案低收入戶比例為 22.6%，完全整合照護模式個案比例為 43.2%，完全整合照護模式個案的低收入戶比例較高 ($P < 0.0001$)。兩種照護模式的服務對象在年齡 (部分整合 80.41 歲，完全整合 77.96 歲， $P=1.98$)、獨居 (部分整合 18.3%，完全整合 23.2%， $P=0.28$)、身障 (部分整合 65.9%，完全整合 65.6%， $P=0.12$)、CMS 失能等級 (部分整合 5.49，SD=1.93；完全整合 5.58，SD=1.90， $P=0.07$)、ADL (部分整合 47.58，SD=26.34；完全整合 42.76，SD=27.36， $P=0.08$) 及有外籍照護工 (部分整合 24.8%，完全整合 22.4%， $P=0.67$) 等特質上均無顯著差異。在持續照護時間項目上，部分整合照護模式個案平均為 549.01 天 (SD=226.76)，完全整合照護模式個案為 842.09 天 (SD=3063.93)， P 值為 0.053 未達統計顯著但接近 0.05，完全整合照護模式個案可能有較長的持續照護時間的傾向。

長照服務資源使用情況上，所有 541 位個案平均使用的長照資源服務項目數平均為 2.8 種，使用零到一項服務者佔 21.6%，兩項佔 29.9%，三項佔 22.4%，四項以上者佔 26.1%。進一步將使用的服務分為長照 2.0 支付之服務以及非長照 2.0 支服之服務兩類，所有個案使用長照 2.0 支付服務項目平均為 2.4 項 (SD=1.2)，

使用零到一項服務者佔 24%，兩項佔 32.7%，三項佔 23.7%，四項以上者佔 19.6%。使用非長照 2.0 支付服務項目為 0.3 項（SD=0.8），其中 80%的個案沒有使用到非長照 2.0 計畫給付之服務。沒有使用居家醫療者佔 89.3%，有使用居家醫療服務者僅佔 10.7%。

進一步比較兩種照護模式組別中在服務使用總數、長照 2.0 支付之服務項目、非常照 2.0 支付之服務項目、以及居家醫療使用情形。在服務使用總數類別中，部分整合照護模式個案平均使用 2.3 項服務（SD=1.1），完全整合照護模式個案平均使用 4.36 項服務（SD=2.1），完全整合照護模式個案使用服務總數較多且達統計顯著（ $P=0.00$ ）。在使用長照 2.0 支付服務類別中，部分整合照護模式個案使用服務項目平均為 2.2 項（SD=1.1），使用零到一項服務者佔 28.4%，兩項佔 34.9%，三項佔 23.3%，四項以上者佔 13.5%；完全整合照護模式個案平均使用服務為 3.112 項（SD=1.3），使用零到一項服務者佔 9.6%，兩項佔 25.6%，三項佔 24.8%，四項以上者佔 40%。完全整合照護模式個案有較高比例會使用到較多的長照 2.0 支付服務項目（ $P<0.001$ ）。在使用非長照 2.0 支付服務類別中，部分整合照護模式個案 4.8%有使用非長照 2.0 支付服務，平均使用 0.1 項服務（SD=0.3）。完全整合照護模式個案 70.4%有使用非長照 2.0 支付服務，平均使用 1.248 項服務（SD=1.3），兩者有使用的比例有顯著的差異（ $P<0.001$ ）。在使用居家醫療服務項目類別中，部分整合照護模式個案 2.4%有使用居家醫療服務，完全整合照護模式個案中 38.4%有使用居家醫療服務，使用居家醫療的比例有顯著的差異（ $P<0.001$ ）。

表 3

比較兩種照護模式中個案的基本特質分析與服務使用

特性		照護模式										
		總個案 (N=541)			部分整合組 (N=416)			完全整合組 (N=125)			比較	
N	n or mean	% or SD	N	n or mean	% or SD	N	n or mean	% or SD	Est	P		
年齡	歲	541	79.85	12.18	416	80.41	12.32	125	77.96	11.52	1.98	1.98
性別	男	541	125	23.1	416	66	15.9	125	59	47.2	51.37	< 0.001
	女		416	76.9		350	84.1		66	52.8		
長照失能等級 CMS 等級	等	539	5.58	1.93	416	5.49	1.93	123	5.85	1.90	1.83	0.07
日常生活功能 ADL	分	541	46.47	26.63	416	47.58	26.34	125	42.76	27.36	1.78	0.08
獨居	無	540	435	80.6	415	339	81.7	125	96	76.8	1.17	0.28
	有		105	19.4		76	18.3		29	23.2		
低收入戶	無	541	393	72.6	416	322	77.4	125	71	56.8	19.51	< 0.001
	有		148	27.4		94	22.6		54	43.2		
是否為身障	無	541	185	34.2	416	142	34.1	125	43	34.4	4.24	0.12
	有		356	65.8		274	65.9		82	65.6		
有無外傭	無	541	410	75.8	416	313	75.2	125	97	77.6	0.18	0.67
	有		131	24.2		103	24.8		28	22.4		
持續照護時間(天)	天	541	616.73	1486.77	416	549.01	226.76	125	842.09	3063.93	1.94	0.05
使用服務總數	項	541	2.8	1.7	416	2.3	1.1	125	4.36	2.1	14.24	< 0.001
	0~1	541	117	21.6	416	111	26.7	125	6	4.8	123.99	
	2		162	29.9		146	35.1		16	12.8		
	3		121	22.4		97	23.3		24	19.2		
	≥4		141	26.1		62	14.9		79	63.2		
長照 2.0 支付服務總數	項	541	2.4	1.2	416	2.2	1.1	125	3.112	1.3	7.38	< 0.001
0~1	541	130	24.0	416	118	28.4	125	12	9.6	51.24	< 0.001	
	2		177	32.7		145	34.9		32	25.6		
	3		128	23.7		97	23.3		31	24.8		
	≥4		106	19.6		56	13.5		50	40.0		
非長照 2.0 支付服務總數	項	541	0.3	0.8	416	0.1	0.3	125	1.248	1.3	17.07	< 0.001
居家醫療服務使用	無	541	433	80.0	416	396	95.2	125	37	29.6	254.73	< 0.001
	有		108	20.0		20	4.8		88	70.4		
居家醫療服務使用	無	541	483	89.3	416	406	97.6	125	77	61.6	126.38	< 0.001
	有		58	10.7		10	2.4		48	38.4		

第二節、比較兩種照護模式下個案日常生活功能退化之差異

部分整合照護模式

表 4 顯示在部分整合照護組中，416 位個案收案起始平均的日常生活功能分數為 47.58 分 ($SD=26.34$)，最後一次追蹤的日常生活功能分數平均為 41.83 分 ($SD=26.64$)。平均日常生活功能退化速度 (定義為最後一次評估之 ADL 分數減去起始 ADL 分數/兩次評估的間隔月數，兩次評估間隔月數為日數/30) 為 -0.41 分/月 ($SD=1.80$)。代表在部分整合照護模式下，個案 ADL 分數平均每個月下降 0.41 分。

以獨居身分將部分整合照護組個案分為兩組，有獨居身分者日常生活功能平均改變速度為 -0.83 分/月 ($SD=2.26$)，無獨居身分者則為 -0.31 分/月 ($SD=1.67$)，且有達到統計顯著的差異 ($P<0.001$)。在部分整合照護組中，有獨居身分者平均日常生活功能退化速度顯著較無獨居身分者多，每個月會差到兩倍以上。以中低收入身分將部分整合照護組個案分成兩組比較，有中低收入身分者亦較沒有者有顯著更快的日常生活功能退化速度 (中低收平均 ADL 變化速度 -0.49 分/月，無中低收 -0.38 分/月， $P=0.04$)。但以身障身分有無將部分整合照護組個案分為兩組，兩組的日常生活功能退化速度則沒有達到統計顯著的差異。

最後以獨居、中低收、以及身障三者作為複雜程度分級的指標，若全部身分都沒有的個案分類為複雜照顧 0 分組，若個案具備有三者其中單一項目身分者為複雜照顧 1 分組，同時具備有其中兩項身分者為複雜照顧 2 分組，同時具備獨居且中低收且身障皆有的個案則屬於複雜照顧 3 分組，從 0~3 分共分為四組。在部分整合照護模式的不同複雜照顧組別中，複雜照顧 3 分的組別相較於複雜照顧 0 分組別有顯著較快的日常生活功能退化速度 (複雜照顧 0 分組平均 ADL 變化速度 -0.44 分/月，複雜照顧 3 分組 -0.91 分/月， $P=0.04$) (表 4)。

表 4

部份整合照護模式個案日常生活功能變化



類別		部分整合照護組									
		個案數	收案起始		最後追蹤		ADL 變化速度 (後-前/月)		組內比較		
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Est	SE	P
所有		416	47.58	26.34	41.83	26.64	-0.41	1.80	-	-	-
獨居	無	339	42.57	26.00	37.94	26.01	-0.31	1.67	ref.	-	-
	有	77	70.00	12.99	59.28	22.36	-0.83	2.26	-1.03	0.23	< 0.001
中低收入	無	322	45.37	26.21	39.95	26.04	-0.38	1.73	ref.	-	-
	有	94	55.16	25.50	48.24	27.79	-0.49	2.03	-0.44	0.21	0.04
身障	無	141	56.77	23.28	51.17	25.87	-0.55	2.36	Ref.	-	-
	有	275	42.87	26.61	37.04	25.79	-0.33	1.43	0.30	0.20	0.13
複雜照顧程度	0	89	49.27	24.34	45.67	25.93	-0.44	2.41	ref.	-	-
	1	225	43.04	26.82	37.31	26.16	-0.33	1.34	0.17	0.23	0.45
	2	83	53.37	25.98	46.81	26.89	-0.47	2.05	-0.23	0.28	0.41
	3	18	69.44	13.27	56.67	25.21	-0.91	2.16	-0.98	0.47	0.04

完全整合照護模式

完全整合照護組中，125 位個案收案平均起始日常生活功能分數為 42.76 分 (SD=27.36)，最後一次追蹤的日常生活功能分數平均為 36.63 分 (SD=26.84)，平均日常生活功能分數改變速度為 -0.34 分/月 (SD=1.27)。在完全整合照護組中，以單一獨居、中低收入、或身障身分分組比較，個案的平均日常生活功能改變速度都沒有顯著的差異。代表在完全整合照護模式中，不論是否為獨居或是中低收入身分或是身障身分，接受完全整合照護模式提供的多元介入下，日常生活功能退化並沒有顯著的差異。這點與長照 A 照護模式有很大的不同。

同樣以獨居、中低收、以及身障三者作為複雜照顧程度分級的指標，複雜照顧 1 分到 3 分相較於 0 分組別的平均日常生活功能退化速度皆沒有統計顯著的差異，代表完全整合照護模式中，複雜程度高的組別並沒有更快的退化速度 (表 5)。

表 5

完全整合照護模式個案日常生活功能變化

完全整合照護組											
類別	個案數	收案起始		最後追蹤		ADL 變化速度 (後-前/月)		組內比較			
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Est	SE	P	
所有	125	42.76	27.36	36.63	26.84	-0.34	1.27	-	-	-	
獨居	無	96	35.89	25.58	29.89	24.99	-0.35	1.24	Ref.	-	-
	有	29	65.52	19.93	58.97	19.97	-0.29	1.38	-0.19	0.31	0.54
中低收	無	71	40.77	26.43	34.76	24.57	-0.32	1.21	Ref.	-	-
	有	54	45.37	28.58	39.09	29.63	-0.37	1.36	-0.17	0.24	0.50
身障	無	41	54.15	27.36	47.59	26.34	-0.37	1.53	Ref.	-	-
	有	84	37.20	25.73	31.29	25.57	-0.33	1.13	0.12	0.27	0.67
複雜照顧程度	0	20	39.25	25.51	37.25	22.91	0.01	1.18	Ref.	-	-
	1	53	40.38	26.91	33.09	26.19	-0.47	1.41	-0.59	0.34	0.08
	2	42	45.83	30.04	36.79	29.75	-0.53	1.07	-0.71	0.36	0.05
	3	10	49.50	22.17	53.50	20.82	0.45	1.17	0.19	0.50	0.70

比較完全整合照護模式與部分整合照護模式個案日常生活功能變化速度差異

表 6 顯示兩組個案之日常生活功能平均變化速度未有顯著差異（部分整合照護組－0.41 分/月，完全整合照護組－0.34 分/月， $P=0.58$ ）。若單獨以獨居、中低收、身障身分分組比較，兩組平均日常生活功能變化速度，皆未達統計顯著差異。僅在獨居身分個案中，接受部分整合照護模式的個案平均日常生活功能退化速度為－0.86 分/月，接受完全整合照護模式的個案平均日常生活功能退化速度則為－0.29 分/月，接受部分整合照護模式的個案退化速度較快， P 值為 0.09，未達統計顯著差異，不過是 P 值最接近 0.05 的一個單一身分分組。

複雜照顧分組中，複雜照顧 0、1、2 分三組在兩種照護模式下對於日常生活功能退化速度未達統計顯著差異，但在複雜照顧 3 分組別則有顯著的差異（部分整合照護組平均日常生活功能變化速度為－0.91 分/月，完全整合照護組為＋0.45 分/月， $P < 0.001$ ），代表在精緻照護組中，平均日常生活功能每個月可以增加 0.45 的 ADL 分數，但在長照 A 照護模式中，個案平均每個月會下降 0.91 的 ADL 分數（表 6）。

在兩種照護模式中，日常生活功能皆為下降，且下降速度未達統計顯著差異，顯示完全整合照護模式的介入相較於部分整合照護模式並不會明顯改善日常生活功能退化的速度。

在部分整合照護模式中，有獨居者相較於沒有獨居者有更快速的日常生活功能退化；中低收身分者相較於沒有中低收身分者有較快的日常生活功能退化。此結果顯示有獨居者或是有中低收入者，若接受長照 A 模式的服務則個案日常生活功能退化較快。身障身分中則沒有觀察到此一現象，推測可能是身障者本身較難透過提供的長期照護服務來維持日常生活功能。

在完全整合照護模式中，無論是在獨居身分、中低收入身分、或是身障身份分組中，日常生活功能退化速度都沒有明顯差異。此結果反應透過完全整合照護模式所提供多元服務，獨居者與中低收身分者日常生活功能沒有顯著更快速地下降。對於有複雜照護特色的個案，相較於沒有複雜照顧特色的個案，其所提供的多元服務可以有效防止個案日常生活功能的退化。整體來說，完全整合照護模式對於在個案具有複雜照顧風險因子時，會比部分整合照護模式對於個案的日常生活功能維持更有好處。

考量到社經地位上越弱勢的族群，可能在長照需求更不易被滿足。本研究將複雜照顧程度進一步使用獨居身分、中低收身分、身障身分作為評估的因子，將複雜照顧程度分成 0~3 分四個程度的分組，以複雜照顧 0 分組作為對照組，比較在不同複雜照顧程度的個案在兩種照護模式中其日常生活功能退化速度是否有差異。在部分整合照護模式中，ADL 退化速度隨著複雜照顧程度的上升有上升的趨勢，其中複雜照顧程度 3 分組個案人數最少只有 18 位，但在日常生活功能變化速度達到每個月下降 0.98 分，複雜照顧程度 0 分組日常生活功能退化速度則為每月下降 0.44 分，兩組相差一倍以上且有達到統計顯著差異。複雜照顧程度 1 分與 2 分組別則與 0 分組別沒有顯著差異，每月日常生活功能分數約下降 0.3~0.47 分。這代表在長照 A 照護模式，對於獨居身分、中低收身分、或身障身分三種因子，可以處理的個案為具備至多兩種複雜照顧因子，一旦個案同時具備有三種複雜照顧因子，使用部分整合照護模式則個案的日常生活功能會是以兩倍的速度退化。在完全整合照護模式中則不會有快速退化的情況發生，複雜照顧程度 1~3 分組相對於 0 分組的日常生活功能改變速度各組均沒有顯著的差異。特別是在複雜照顧程度 0 分組的 ADL 平均改變速度為 +0.01 分/月，在複雜照顧程度 1~2 分組則皆為負值，

但在複雜照顧程度 3 分組 ADL 改變速度為 +0.45 分/月。推測可能是因為在精緻 A 模式中照護的某些個案的特殊性有關。有些個案可能是在剛出院後轉銜居家醫療與長照服務並行的資源介入，透過醫療與生活支持的同時協助，可以改善個案的日常生活功能；也有些個案可能是因為生活財務上的壓力，導致很多資源無法及時到位，也缺乏一個協助整合各項資源的人力，而完全整合照護模式的個管師也就扮演著可以有效且即時的發現個案困境並提供解決方案的關鍵人物。也因此，對於複雜照顧的個案，尤其是獨居加上中低收加上身障身分三者兼具的複雜個案，完全整合照護模式是較佳的選擇，並可能對於複雜照顧的個案有逆轉日常生活功能退化的效果。

表 6
兩組個案日常生活功能變化之比較

類別	部分整合照護組				完全整合照護組				組間比較		
	個案數	ADL 變化速度 (後-前/月)		個案數	ADL 變化速度 (後-前/月)		Est	SE	ADL 變化速度 (後-前/月)		P
		Mean	SD		Mean	SD					
所有	416	-0.41	1.80	125	-0.34	1.27	0.10	0.18			0.58
獨居	無	339	-0.31	1.67	96	-0.35	1.24	0.03	0.19		0.87
	有	77	-0.83	2.26	29	-0.29	1.38	0.78	0.46		0.09
中低收	無	322	-0.38	1.73	71	-0.32	1.21	0.10	0.22		0.66
	有	94	-0.49	2.03	54	-0.37	1.36	0.47	0.39		0.22
身障	無	141	-0.55	2.36	41	-0.37	1.53	0.17	0.39		0.66
	有	275	-0.33	1.43	84	-0.33	1.13	0.11	0.18		0.57
複雜照顧程度	0	89	-0.44	2.41	20	0.01	1.18	0.86	0.56		0.13
	1	225	-0.33	1.34	53	-0.47	1.41	-0.13	0.21		0.53
	2	83	-0.47	2.05	42	-0.53	1.07	-0.03	0.40		0.93
	3	18	-0.91	2.16	10	0.45	1.17	3.17	0.80		< 0.001

第三節、影響日常生活功能變化速度之多變項分析

本節使用多元邏輯斯迴歸分析 (Multiple logistic regression analysis) 分析可能會影響照護個案日常生活功能變化速度之因子。對於所有個案，日常生活功能的變化速度與使用非長照 2.0 支付之服務項目、獨居身分、以及起始 CMS 等級有顯著關聯。其中使用非長照 2.0 支付之服務項目係數為 0.634 (P=0.01)，代表有使用

非常照 2.0 支付之服務每個月可以增加個案的日常生活功能 0.64 分。獨居身分的 BETA 係數為 -0.761 ($P < 0.001$)，意即獨居者相較於非獨居者每個月會下降 0.761 的 ADL 分數。起始 CMS 等級係數為 -0.27 ($P < 0.001$)，代表起始 CMS 等級每增加一級，個案的日常生活功能每個月會下降 0.27 分。

若分別探討部分整合照護模式以及完全整合照護模式兩種模式下個案的日常生活功能變化速度影響因子，表 7 顯示部分整合照護模式組的日常生活功能變化速度與獨居身分以及起始 CMS 等級有關。在部分整合照護模式中，獨居者相較於沒有獨居者每個月 ADL 分數會多下降 0.93 分，CMS 等級多增加一級，個案的日常生活功能每個月會多下降 0.30 分。而在完全整合照護模式中獨居與起始 CMS 等級並沒有顯著影響個案的日常生活功能變化速度，只有使用非常照 2.0 支付之服務項目會顯著影響日常生活功能變化速度（係數 0.649， $P = 0.014$ ），代表有使用非常照 2.0 支付之服務項目相較於沒有使用者，每個月會增日常生活功能 0.649 分（表 7）。

在部分整合照護模式中，對於個案 ADL 改變速度有達到統計顯著影響的因素有兩個，獨居身分以及 CMS 起始等級，且兩者皆為負相關。根據這個結果，我們推測在部分整合照護模式下，對於獨居個案或是 CMS 起始失能程度較高，提供的服務還是以一般長照 2.0 支付之服務為主，對於獨居失能個案或是起始失能程度嚴重的個案，後續比較容易會有日常生活功能退化的狀況。在完全整合照護模式中，只有非長照 2.0 支付之服務使用會顯著影響個案的 ADL 改變速度，且對於 ADL 改變是正向的幫助，亦即有使用非長照 2.0 支付之服務可能可以改善個案的日常生活功能。從兩組照護模式的多變項分析結果來看，完全整合照護模式對於個案的日常生活功能退化速度可以消去單純只使用長照 A 模式中的風險因子，包含獨居以及起始 CMS 等級。而且在完全整合照護模式所提供的非長照 2.0 支付服務能夠顯著維持日常生活的功能，但在部分整合照護模式中非長照 2.0 支付服務則沒有此效果。根據表 3 中兩組服務使用統計結果，在完全整合照護模式 125 位個案有 88 位使用非長照 2.0 支付服務，其中有 48 位有使用居家醫療服務（ $48/88=54.5\%$ ），一半以上的非長照 2.0 支付服務屬於使用居家醫療。在部分整合照護模式中有使用居家醫療的比例只有 2% 左右。在居家醫療使用上是相當明顯的差異。

總結來說，部分整合照護模式中獨居身分與起始 CMS 等級兩者是對個案日常生活功能維持有負向的影響因子。在完全整合照護模式中，獨居身分或是起始 CMS

等級這兩者則不再是負向的風險因子，且完全整合照護模式中的非長照 2.0 支付服務對於日常生活功能是有正向的影響。因此，我們認為在完全整合照護模式中，應該對於複雜照顧的族群應該是更好的照護模式。其中非長照 2.0 支付服務對於 ADL 退化速度扮演重要的角色，居家醫療則是其中很重要的項目。

表 7

影響日常生活功能變化速度之多變項分析結果

	總個案 (N=541)			長照 A (N=416)			精緻 A (N=125)		
	係數 Beta	標準誤 SE	p	係數 Beta	標準誤 SE	p	係數 Beta	標準誤 SE	p
長照	0.281	0.732	0.701	0.673	0.862	0.436	-1.343	1.322	0.312
非長照	0.643	0.248	0.010	0.609	0.400	0.129	0.649	0.261	0.014
年齡	-0.007	0.006	0.234	-0.009	0.007	0.248	-0.003	0.010	0.740
性別	0.043	0.176	0.808	0.095	0.234	0.685	-0.192	0.246	0.436
獨居	-0.761	0.199	< 0.001	-0.930	0.242	< 0.001	-0.217	-0.217	0.498
身障	0.256	0.164	0.118	0.311	0.197	0.115	0.035	0.271	0.898
中低收	-0.215	0.170	0.208	-0.258	0.215	0.231	-0.204	0.253	0.422
CMS	-0.270	0.041	< 0.001	-0.301	0.049	< 0.001	-0.126	0.071	0.081

第四章、討論

本研究是第一個比較兩種不同整合程度的照護模式對於照護個案日常生活功能改變速度的影響，也是我國第一個探討完全整合照護模式對於複雜照顧個案的日常生活功能改變速度影響的研究。我們的研究結果顯示在臺北市立聯合醫院中興院區執行的兩種照護模式中，完全整合照護模式偏向照顧複雜程度較高的個案，提供較多元的服務，可以改善複雜照顧特色的個案（獨居或中低收入者）日常生活功能快速退化的情況。以下針對兩種服務模式照護模式中個案使用的服務模式，影響因子，與對日常生活功能影響做探討：

第一節、完全整合照護模式提供多元服務照顧複雜個案

本研究發現兩種照護模式的個案在多數背景特徵及複雜照顧因子上無顯著差異，僅中低收入比例在完全整合照護組較高。另外結果也顯示，部分整合照護組主要使用長照 2.0 支付之服務，使用非長照 2.0 服務者僅 4.8%；相較之下，完全整合照護組高達 70.4%。特別是在居家醫療服務方面，完全整合照護組使用率為 38.4%，明顯高於部分整合照護組之 2.4%。顯示完全整合照護模式更能照顧複雜個案與整合多元資源，達成提供多元照護服務之目標，尤以居家醫療導入最為顯著。過去研究指出多元服務類型的整合照護服務對於具有慢性疾病或失能的對象相較於單一服務的整合照護更具有正面的效果，其中對於降低住院與再入院率、提升病患滿意度與生活品質、以及改善臨床指標（如糖尿病患者的 HbA1c）等最為顯著。其中的「多元服務（multiple-component interventions）」，是指結合了多種服務、措施或專業人員合作的整合性照護模式，這類模式比單一措施更有效（Mansour, M. H. H., Pokhrel, S., & Anokye, N. 2022）。這也呼應到 Evashwick 提出的四個整合機制。在本研究的精緻型照護中，提供個案管理師居中協調各項服務，連結長照 2.0 的個人照顧專業服務，也連結臺北市立聯合醫院的居家醫療團隊，團隊成員包含復健、護理、心理師、社工師等多專業團隊，是一個嘗試整合社政、衛政、民政以及非政府組織社區資源的高度整合性計畫。研究結果也顯示在完全整合照護模式提供的服務更為多元，照顧的對象也多為中低收入身分等弱勢族群。相較於部分整合照護模式提供更多元的長照服務，特別是在居家醫療服務的使用。也許是因為臺北市立聯合醫院中興院區本身屬於醫療機構，在完全整合照護模式可以看到居家醫療高比例的使用率。

第二節、多元服務對複雜照顧族群日常生活功能的影響

在 2022 年的一篇台灣研究分析台灣長照十年計劃的資料，研究將我國的十年長照計劃提供之居家及社區型長照服務分為三種型態：第一種為單純居家個人照顧服務（Home-based personal care）佔 52.9%，第二種為居家個人照顧服務加醫療照護服務，其中醫療照護服務包含專業護理訪視與復健治療，佔 21.2%。第三種為非居家個人照護但使用其他長照多項服務（Non-personal care multiple services），較多使用使用交通接送、日間照顧、機構喘息照護等多項服務，佔 25.9%（Chen TC, et al., 2022）。該研究顯示第一種單純使用居家個人照顧服務的長者，多數為獨居、居住在都市化程度較低的地區，但日常生活功能與認知功能較佳。他們雖健康狀況相對較佳，可能因未有照顧者協助申請，導致僅使用單一服務。亦有可能因所在地區資源不足或交通不便，致使服務無法多元發展。在第二種型態居家個人照顧服務加醫療照護服務的對象中，健康狀況上有較多慢性共病，日常生活功能程度較第一類型差些，且很高比例有主要照顧者。主要照顧者在台灣負擔主要整合者的角色，居中協調個人照護服務、社區型服務、醫療照護服務等，有助於尋找多元服務與整合。本研究分析的資料屬於長照 2.0 的計畫範疇，為台灣長照十年計劃新一代的國家長照政策，其中精緻型照護計畫包含的兩種試辦計畫（社會局委託及衛生局委託之精進長照計畫）又與一般長照 2.0 的照護模式有所不同，屬於創新的社區整合照護計畫。研究結果顯示在完全整合照護模式比較貼近過去研究中第二種型態居家個人照顧服務加醫療照護服務，而部分整合照護模式則比較貼近於第一種單純使用居家個人照顧服務的類型。兩者在居家醫療使用上是相當明顯的差異。這與完全整合照護模式本身的計畫概念有關，但也顯示個案師在連結資源時若有較廣泛的整合概念，可以提供更多元的支持服務連結，進而給予更多元更全面的照護。過去研究顯示，單純使用居家個人照顧服務的長者多數為獨居長者，而我們的研究則進一步顯示獨居長者相較於非獨居長者使用長照 A 照護模式會有更快速的日常生活功能退化。在陳采均等人的研究中，單純使用居家個人照顧服務為主的類型中，平均半年內日常生活功能下降 0.72 分；使用居家個人照顧服務加醫療照護服務類型中，平均半年內日常生活功能增加 0.69 分。顯示居家個人照顧服務加醫療照護服務相較於單純使用居家個人照顧服務對於日常生活功能的維持較有幫助。本研究結果顯示完全整合照護模式相較於部分整合照護模式，在日常生活功能沒有顯著差異，但在照顧複雜照顧身分個案如獨居、中低收身分者，可以改善日常生活功能

快速退化的現象。與過去研究比較，我們研究同樣顯示多元的服務相較於單純使用居家個人照顧服務對於個案的日常生活功能維持是更有幫助。不同之處在於日常生活功能改變速度上，過去研究顯示居家個人照顧服務加醫療照護服務類型中日常生活功能分數為上升，但在我們研究則為下降，推測可能與我們收案的族群中很高比例屬於中低收身分有關。台北市社會局資料也顯示台北市大同區的長者有較高比例的經濟弱勢與更高比例的老年人口。

相較於過去的研究，本研究屬於長照 2.0 政策後開始的整合照護模式比較研究。在此時期也是居家醫療開始蓬勃發展的時期。相較於過去長照十年計劃階段的居家醫療照護服務，臺北市立聯合醫院所提供的居家醫療服務內容不單純只是專業護理技術訪視，更強調居家醫療團隊合作及醫師訪視，提供的醫療照護更全面。過去文獻回顧顯示世界各國整合性照護計畫，包括英國的 Darlington、美國的 On Lock 與 PACE、美國的 Social/Health Maintenance Organizations(S/HMO)、義大利的 Rovereto、義大利的 Vittorio Veneto、與加拿大的 SIPA 等計畫相關研究，整合照護計畫可以減緩日常生活功能下降的速度（Johri, M., et al., 2003），這些整合照護計畫的醫療服務也包含社區與居家醫療的部分，本研究完全整合照護模式的居家醫療意涵也更貼近於上述計畫中的醫療服務的部分。

另一個 2022 年的研究使用長照十年計劃的資料，探討持續地使用相較於非持續地使用居家個人照顧服務更能維持個人的日常生活功能（TY Chiu, HW Yu, YM Chen, 2022），研究顯示持續使用居家個人照顧服務對於年長者的日常生活功能具有正向影響。而年齡愈大對日常生活功能越難維持；但女性與獨居者在經過持續性的居家個人照顧服務介入後，其日常生活功能的提升速度則較快。對照本研究結果在部分整合照護模式的結果，獨居或中低收身分都會有較快的日常生活功能退化速度，與上述研究的結果不盡相同，推測可能是因為持續照護時間的差異。本研究部分整合照護模式的平均持續照顧時間為 549.01 天，完全整合照護模式的平均持續照顧時間為 842.09 天，P 值雖然沒有小於 0.05 但很接近 0.05，精緻 A 模式在連續照顧時間上可能有較長的趨勢。但在 2022 年的研究至少追蹤複評五次以上，每次複評間隔約五～七個月，代表個案持續使用居家個人照顧服務至少兩年到三年，照護時間可能將近 730 天至 1195 天，相較於本研究長照 A 照護模式的照顧時間長。過去研究的結果也顯示，居家個人照顧服務可能要持續使用一段時間才能對日常生活功能產生正面效果。未來研究方向應將持續照護時間納入多變量分析的影響。

響因子中，儘管本研究的應變項已經使用日常生活功能改變速度（兩次日常生活功能改變量除以兩次評估的時間差），有將持續照顧時間的長度考慮在應變項中，未來應將持續照顧時間納入中介變項的考慮。

總結來說，部分整合照護模式中獨居身分與起始 CMS 等級兩者是對個案日常生活功能維持有負向的影響因子。在完全整合照護模式中獨居身分或是起始 CMS 等級這兩者則不再是負向的風險因子，且精緻照護模式中的非長照 2.0 支付服務對於日常生活功能是有正向的影響。因此，我們認為對於複雜照顧的族群提供完全整合照護模式對於日常生活功能的維持有正向的效果。其中非長照 2.0 支付服務對於 ADL 退化速度扮演重要的角色，居家醫療則是其中很重要的一環。

第三節、政策建議

建構醫養結合的完全整合照護模式

我國自民國 106 年起實施長照 2.0 政策並延續至今，提供專業與照顧服務、交通接送服務、輔具及居家環境改善服務、喘息服務四大項長照支付之服務，也致力發展創新社區整合照護模式，直至近年長照服務的涵蓋率已經達到 84% 以上。從最早的長照 10 年計畫到現在的長照 2.0 政策，我們可以看到政策上鼓勵更多元化服務的努力，也從單一個人專業照顧服務逐步整合居家型護理專業服務、機構行喘息型照護、以及近年來逐步擴大的居家醫療照護。過去文獻分析我國長照 10 年計畫資料顯示，長照個人照護服務加居家醫療（大多為居家專業護理型服務）的長照醫療混合型模式對於個案的日常生活功能變化以及工具性日常生活活動功能最有幫助，社區型服務則對於維持個案的日常生活功能與工具性日常生活活動功能沒有正向效益（陳采均等，2022）。我們的研究也顯示，完全整合照護模式相較於部分整合照護模式有更多元的非長照 2.0 支付服務的使用，其中居家醫療導入的比例也顯著較高。就從整合程度面向來看，完全整合照護模式是可以有效整合居家醫療及長照 2.0 支付服務的混合型照護。本研究的結果也顯示，完全整合照護模式對複雜照顧個案的日常生活功能有保護的效果，呼應之前研究長照個人照護服務加居家醫療對日常生活功能保存有所幫助。從本研究的結果可以看出，使用部分整合照護模式針對獨居、中低收、或是身障的困難照顧個案，日常生活功能其實是會更快速的下降。因此針對我國目前的長照政策，應建立起整合社區內居家醫療與居家個人

照顧的高度整合照護模式，提供給特別困難照顧的個案，尤其是多重複雜照顧身分的個案。從實習的實務經驗上也可以發現，個管師的工作可能都是專注在處理手上 20% 的複雜照顧個案，有時候單一個具有獨居且精神疾患的個案，就需要跨社政、長照、民政、以及醫療不同專業的人士共同參與解決生活津貼、醫療照護、法律扶助等不同的問題。這種特殊的個案數目不多但每個都十分的棘手。有時首要目標可能是放在生活安置而非日常生活功能的維持。因此建構完全整合照護模式有其必要性，特別針對此類困難照顧的個案。

值得一提的是，完全整合照護模式也需要較多的資源投入。在人力配置上，完全整合照護模式的試辦計畫一開始目標就是照顧複雜個案，預定的照護比例因此較部分整合照護模式為低。在完全整合照護模式的試辦計畫中，一位個管師照顧 30~40 位個案，與日本長照個案管理員（Care Manager）的管案量相近。在日本，長照個案管理員的管案量受到厚生勞動省的法令規範，每位專任個管員可負責的上限案量原則上為 35~40 為個案，超過後其給付之個案管理費會依比例折扣。即便上限是 35 為個案，但根據日本介護福祉相關團體調查，實務上認為一名個管員要能「高品質照護」，理想案量應控制在 25 件左右（日本厚生労働省, 2021）。相較於日本，我國的長照 2.0 政策設定一位個管師照顧約 120~150 位個案。這種個管案數的差距也是讓長照 A 照護個管師需要優先完成長照支付服務的照護計畫為主，現實情況中可能就會無法顧及到多元的服務的連結。在臺北市立聯合醫院中興院區建構的部分整合照護模式與完全整合照護模式銜接方式，其實可以做為我國長照政策的參考模型，在高風險族群用完全整合照護模式給予醫療與生活支持結合的照護模式，可以讓社區的長者都享有平等的健康老化的照護。同時也應建立起複雜照顧的評估指標，本研究根據過去文獻並參考實務經驗，選擇用獨居、中低收、以及身障身分作為複雜照顧的指標，但研究結果在獨居及中低收身分兩者看到明顯有日常生活功能快速下降的情形，身障身分則無。未來可以考慮推廣計畫的實施區域，增加收案個案數，可能可以看出更明確的影響因素，並建立複雜照顧個案的評估方式，才可以讓完全整合照護模式的資源分配更有效益。慎選合適個案，讓高度整合的照護團隊協助照顧高度複雜個案，同時也讓其他個案可以在部分整合照護模式中獲得需要的服務。隨著個案的變化，當個案變成複雜照顧型個案時也能適時轉介，可以讓我們的長照體系更健全。整體而言，對於一般個案，部分整合照護模式或許足夠，但是對複雜照顧個案應提供建構醫養結合的完全整合照護模式。



第四節、對於實務實習單位的建議與回饋

針對複雜照顧身分需求者持續發展高度整合的照護計畫

臺北市立聯合醫院因其公立醫院的身分，對於承接衛生局與社會局期待的創新整合照護計畫有其必然的使命。臺北市立聯合醫院發展出的完全整合照護模式，可以提供多元服務的整合照護，較單一服務為主的部分整合照護模式更能有效照顧複雜照顧身分的個案。而其在整合程度上也符合 Evashwick 提出的四個整合照護機制，能夠協調各組織的服務提供者、有長照 2.0 的財務整合、也有跨專業團隊的介入、以及專業個管師的居中協調等特色，偏向完全整合的照護計畫。完全整合照護模式的個管師需要更高的整合概念，更多的醫療轉銜背景知識，更多的社政資源連結概念，甚至是在地社區的信任建立，可以說每位個管師的養成都是很容易的一件事。如何將人才培養與訓練制度化，也是建立創新模式中很重要的一環。所以完全整合照護模式的永續發展還有一個重點在於人才的培養與留任。這部分也有賴於臺北市立聯合醫院在持續經營計畫的同時，也將人才培養與留任的經驗設立標準化的流程，對於未來拓展計劃規模也是一個模式的傳承。

很感謝臺北市立聯合醫院提供的實習場域，可以看到完全整合照護模式與部分整合照護模式的協同合作，也期待臺北市立聯合醫院可以持續發展並擴大服務的量能，建立一個可供其他國家學習的都會型整合照護模式。

第五節、研究限制

本研究探討複雜照顧程度所選擇的獨居、中低收入、身障身分因子，皆使用從衛生福利部照顧服務管理資訊平臺上取得的資料，也因此獨居、中低收入、身障身分因子皆為符合相關法律規定且有向相關行政單位申請符合資格。但在實際執行整合照護計畫過程中，可以發現很多個案其實是有獨居之實（白天照顧者不在身邊無法持續照顧、照顧者能力有限、老老照顧）、或是實際生活困難但不符合中低收的條件、甚至是領有身障手冊但實際上日常生活功能很好等狀況。資料中的複雜照顧因子可能無法真正呈現個案的複雜需求，這點是本研究研究限制，同時也是本研究提出未來研究或是政策制定實應考量到的現實狀況—要如何評估個案的複雜需求並制定相關篩檢的指標。本研究結果雖然提供一個未來可以採用的可能評估方法，但可能會因此低估實際上個案有複雜需求的可能性，未來可以考慮依照個案實際的狀態來定義。

此外，本研究發現多元服務的居家醫療服務對於複雜照顧的個案日常生活功能有正向的益處。但本研究的分析方法沒有將是否有「居家醫療需求」納入可能影響個案日常生活功能退化的探討因素之一，也是本研究的重要研究限制之一。為了更明確看出居家醫療的效果，將居家醫療需求放入多項式分析中，可以更明確知道居家醫療的效益，留待未來進一步研究。

最後一項研究限制在於本研究的分析方法，可以考慮將不同整合照護模式當成潛在可能影響個案日常生活功能改變速度的影響因子，同時納入其他可能因素包含居家醫療需求、持續照顧時間等因素，才能更明確看出整合照護模式對於個案日常生活功能影響的效益。此處也仰賴未來研究能將這些潛在可能因素，進行更完整的分析與討論。

第六節、結論

回應本研究的第一個研究目的：在兩組照護對象中，年齡、起始 CMS 失能等級、起始 ADL 分數、有無使用外傭等背景因素皆無顯著差異，但在複雜照顧的因子中，身障與獨居身分比例無顯著差異，中低收入比例在完全整合照護模式中顯著較高。比較兩種模式使用的多元服務，部分整合照護模式傾向於接受長照 2.0 支付之服務為主，使用非長照 2.0 支付之服務之比例上相較於完全整合照護模式顯著較少，居家醫療的使用比例也是有顯著差異。

在日常生活功能退化速度上，整體來看兩種模式中個案平均的日常生活功能改變速度沒有顯著的差異。若以複雜照顧的風險因子分組，包含獨居、中低收、或是身障，在部分整合照護模式組內的比較結果顯示，獨居比起非獨居者會有較快的退化速度，中低收入者比起非中低收者也會有較快的退化速度，兩者均有達到統計顯著意義。身障身分則沒有顯著差異。在完全整合照護模式組均沒有顯著差異。我們認為完全整合照護模式對於獨居或是中低收入身分者，可能有預防日常生活功能更容易退化的效果。

單獨分析部分整合照護模式中影響個案日常生活功能改變速度的因素，獨居身分與起始 CMS 等級是風險因子，會加速個案的日常生活功能退化。完全整合照護模式中使用非長照 2.0 支付服務項目可以預防日常生活功能的退化。且在完全整合照護模式中，獨居身分與起始 CMS 等級不再是風險因子。此處的結果可以呼應

第二個研究目的，亦即精緻型的照護下，複雜照顧的個案可能可以預防個案日常生活功能更快速退化的情況。而整體來看，獨居身分與起始 CMS 等級是風險因素，此處的結果可能來自於部分整合照護模式個案的影響，而使用非長照 2.0 支付服務項目的預防效果大部分應來自於完全整合照護模式個案的成效。

綜合上述三個研究目的結果，回應本研究的主要研究問題：在臺北市立聯合醫院承接的兩種不同照護模式中，我們可以看出完全整合照護模式提供的服務更加多元，尤其是在居家醫療服務使用上有顯著較高的比例。對於有複雜照顧特色的個案，使用完全整合照護模式可以避免更快速的日常生活功能惡化，且連結的非常照 2.0 支付之服務可以延緩功能的退化。未來可以考慮擴大計畫的規模，並將個案的照護時間長度、個案的教育程度、個人健康照護相關的指標等因素也納入考量，作為未來研究的方向，以做為我國新長照政策的發展方向建議。

參考文獻



- 李世代、蕭淑貞（1999）。*長期照護*。臺北市：藝軒圖書出版社。
- 張文瓊、吳淑瓊（2014）。整合健康與長照服務：國際經驗與政策啟示。*社區發展季刊* (145)。
- 國家發展委員會（2024 年 10 月）。*中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）*。
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
- 衛生福利部（2016）。*長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）*。
<https://www.mohw.gov.tw/dl-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html>
- 厚生労働省（2021）。*介護支援専門員業務指針*。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000197911.html>
- 日本介護支援専門員協会（2020）。*介護支援専門員の業務実態調査報告書*。
<https://www.jaccm.or.jp>
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5(3).
<https://doi.org/10.5334/ijic.134>
- Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., & Suter, E. (2017). Handbook Integrated care. In *Springer eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>
- Bautista, M. a. C., Nurjono, M., Lim, Y. W., Dessers, E., & Vrijhoef, H. J. (2016). Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic review of measurement properties. *Milbank Quarterly*, 94(4), 862–917. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>
- Chen, T., Wu, S., Zhong, Z., Chen, Y., & Wu, S. (2022). Effect of different patterns of home- and community-based services in Taiwan on the changes in physical function. *Health & Social Care in the Community*, 30(6).
<https://doi.org/10.1111/hsc.14100>
- Chiu, T., Yu, H., & Chen, Y. (2021). Continuous Use of home care services and functional Performance: a Population-Based approach. *Journal of Applied Gerontology*, 41(3), 736–743. <https://doi.org/10.1177/07334648211032419>
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R., & Fox, N. (1997). Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(2), 223–232. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb04513.x>

- 
- Evashwick, C. (1995). *The Continuum of Long-Term Care: An Integrated Systems approach*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA29191469>
- Evashwick, C. (2005). *The Continuum of Long-Term care*. Cengage Learning.
- Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 222–235. <https://doi.org/10.1002/gps.819>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Liljas, A. E. M., Brattström, F., Burström, B., Schön, P., & Agerholm, J. (2019). Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes among Older People – A Systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 19(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.4632>
- Mansour, M. H. H., Pokhrel, S., & Anokye, N. (2022). Effectiveness of integrated care interventions for patients with long-term conditions: a review of systematic reviews. *Integrated Healthcare Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.1136/ihj-2021-000083>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- World Health Organization. (2016). Integrated care models: an overview (WHO/EURO:2016-6525-46291-66959). World Health Organization (WHO).
- Yu, H., Tu, Y., Kuo, P., & Chen, Y. (2018). 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. <https://doi.org/10.1177/0733464818774642>