

老人長期照護的

個案管理聯合模式

賴 兩 陽

(內政部社會司專員)

(本文譯自：Zawadski, Rick T and Catherine Eng, 1988 Case Management in Capitated Long-Term Care, Health Care Financing Review: 75-81.)

對一位受到嚴重傷病的人而言，他需要多項相互關連的服務與其有彈性的服務體系，舊金山安樂老人保健服務中心(On Lok Senior Health Services in San Francisco)使用個案管理取向，並產生上述的結果。個案管理在安樂中心的聯合模式(Consolidated Model)有三種重要的特色：(1)一個真正科際組合的醫療團隊與非醫療的人員分開給予評量，然後，結合成爲一個團體給予案主和／或家庭服務的計畫；(2)使用相同的團隊以評量需求和輸送服務；(3)團隊評量出一系列潛在的服務，俾使自由的選擇需要和合適的服務。

背 景

一般而言，個案管理涉及到符合案主需求的任何一種與管理或協調相互連結的服務，典型上並且包括案主的評量、服務協調和追蹤。個案管理在長期照護(Long-Term Care)方面概念的普及化是在一九七〇年代和一九八〇年代之間，從關心長期照護服務的品質、親近性(Accessibility)與護理之家(Nursing Home)的經營成本等方面而來，以期能減少急性醫療照護的範圍(Ruchlin, Morris, and Egger, 1982)。崔利卡(Triage, 1974-78)認爲「在增加(社區長期照護)的範圍和有效性，並且，聯結服務的輸送。」(Quinn and Hodgson, 1984)另一方面是個案管理經常被視爲一種服務和成爲控制濫用護理之家的方法(Egger, Bowlyow, and Nichols, 1980)。薩瓦得斯基(Zawadski, 1984)檢視八個面向，歸納出個案管理三個不同的模式：

- 優先認可篩選模式(The Prior Authorization Screening Model)
- 這個模式中衛生專業人員評量正在被考慮給予機構安置的個人狀況，並決定是否可選擇提供社區服務，如果可以，即安排這些服務。
- 仲介模式(The Brokerage Model)：這個模式中衛生專業人員獨立評估一位傷病的人，經由其他供給者(Provider)提供服務，並且常對案主狀況給予重新評量和追蹤。

● 聯合模式 (The Consolidated Model)：在這個模式中，以科際組合團隊評量需求，並且確實安排提供服務。

包括優先認可篩選和仲介模式二者，所混合的目標和經驗是建立在一九八一年通過的綜合預算調解法 (Omnibus Budget Reconciliation ACT) 第二二七六節，另一方面，政府當局允許醫療救助制度 (Medicaid) 的償付可建立在以社區為基礎中個案管理體系的長期照護上，經由這個法案和民間部門的帶動，個案管理開始被視為個別的償付體系，今天個案管理更普遍的應用到特定服務上——衛生專業人員評估一位傷病者的需求，安排服務和評核個人治療的成效。國立社區長期照護中心 (The National Institute on Community-Based Long-Term Care) 一個分支機構國立老人委員會 (National Council on the Aging) 現在已發展出個案管理服務的標準。

這篇文章說明個案管理中聯合模式如何使用在安樂中心的長期照護方案中，聯合模式使用在個案管理上是結合服務協調、輸送、評量和考核的功能。這個模式的說明會顯現出服務的績效，並討論此種模式的優缺點，醫師的角色將被視為科際組合個案管理團隊的一員，在這個方案中，醫療管理的角色將被檢視。

安樂中的取向

安樂方案

安樂老人保健服務中心成立於一九七二年，提供舊金山中國城北灘 (North Beach) 波光溪 (Polk Gulch) 地區的老人日間保健方案，一九八三年以來藉由依賴性成人社區照護組織 (Community Care Organization for Dependent Adult, 簡稱 CCODA) 使安樂中心已經發展出一個綜合性的長期照護方案，這個方案與傳統長期照護模式有顯著不同：

● 整體的社會和醫療服務整合到單一方案當中。

● 相同的專業人員 (一個科際組合團隊) 幾乎都參與計畫和輸送所有的服務。

● 安樂中心完全控制所有的服務支出。

● 安樂中心強調個人的獨立性，並且使用日間保健中心作為初級輸送的場所。

● 單一的來源 (醫療照護制度) 支付所有服務的給付。

從一九七九年到一九八三年，CCODA 在聯邦醫療照護制度的授權支助下運作，在授權支助的末葉，CCODA 財政上建立自給自足的模式，他們的給付從基金會、參加者 (Participants) 和供給者而來。在一九八三年安樂在以危機為基礎 (risk-based) 的 CCODA 上開創，這個成功的方案一直未變，他的經費在醫療照護制度和醫療救助制度之下，得到更廣泛的固定支付，較傳統長期照護體系的支付者而言，更具有競爭力。從一九八三年安樂中心得到醫療照護制度、醫療救助制度和/或個人 (立基於個人的授權) 在給付上可以預先設定按月支付 (Prospective Monthly Payments)，並負起經費共攤 (Pool of funds) 的責任以滿足三百位以上註冊者 (Enrollees) 所有健康和其有關的需求。這些人被加州政府核定為需要護理之家、中途照護設施 (Intermediate Care Facility, ICF) 或專門護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 程度的照護。伴隨著財政責任的假設，安樂中心得以從傳統 (受益者付費或診斷關係羣)，償付體系和需求中掙脫出來，成為第一個供給者負起長期照護者完整保健服務的財務責任。

在一九八六年秋季，聯邦立法 (公共法九九—五〇九) 通過安樂中心型態的機構得予由醫療照護制度和醫療救助制度支付，促成了相同情形的十個其他方案按人計費 (Capitation Financing) 的方式，羅勃吳德瓊森基金會 (Robert Wood Johnson Foundation) 提供安樂中心經費以研究這種模式對其他機構的適用性和推廣的可能，超過一百個以上的組織深感興趣，一九八八年春天，這些組織當中的二個開始在年度中試辦。

安樂中心模式立基於六個工作原則：

- 對象是針對需要持續照護以渡過餘生的孱弱老人。
- 綜合醫療的、復健的、社會的和支持性的服務，集中注意在案主多重、相互關聯的問題。

●對案主的需求給予完全整合協調的反應。

●由服務團隊對任何和全部的服務需求給予完全的控制。

●強調參加者持續住在社區之中。

●危機管理的取向。

行政組織結構必須允許在不斷地改變下做快速的調整，其哲學和財政基礎係就財政危機上做可能的假設，並在管理的技巧和訊息的基礎上對案主服務的成本作有效的評核，危機基礎的 CCODA 模式其特定現象包括以科際組合團隊的取向達成協調性的服務，作為服務團隊中不可或缺的一員，初級照護提供者廣泛的使用日間保健服務成為有效率的社區服務的一環，並在舒適的住宅中提供服務。

雖然安樂中的註冊者皆經由加州保健服務部核可得住進具有 C F 或 S N F 照護水準的機構之內，但只有五%實際上入住護理之家，其他九五%都住在社區之中。安樂中心和其家人、朋友提供支持性服務，其參加者普遍老化（平均年齡八一、二歲），具有功能性障礙、身體衰弱等狀況，每位參加者平均罹患五種以上的病症。

表一 參加者醫療狀況和功能性技巧障礙簡表

一九八七年七月至九月

障礙狀況	參加者比例
醫療狀況	
總數：三二四人	
心臟血管	七四

神經系統／感覺器官	六二
肌肉關節	四五
消化	四一
血液／血液型態	四〇
心理失常	三九
腫瘤	二七
皮膚狀況	二三
管腔／營養／代謝	二二
呼吸	一七
泌尿	一四
生殖	〇
功能障礙	
總數：三一五人	
認知：	
短程記憶	八七
長程記憶	八一
方向感	六二
感覺：	
視覺	九四
聽覺	五七
語覺	二九
肌肉關節	
下肢	八五
上肢	五四

容量	七七
膀胱	四八
腸	
日常生活活動能力	
洗澡	七五
梳洗／衛生	五九
穿衣	五三
如廁	四七
遷移	五八
行走	五五
飲食	一八

資料來源：安樂老人保健服務中心。

科際組合團隊

對重病老人醫療管理 (Medical Management) 需要綜合取向 (國立保健共識發展委員會，一九八八)，不只包括他們多重複雜醫療問題的照護評估，而且也包括他們的功能性能力、社會支持和社會心理行為的評估，這些都是很容易理解的。所有在安樂中心的目標都經由多重專業的協調努力，和在相關保健照護供給者科際組合團隊管理中訂定，這些都是安樂模式長期照護的核心。醫師的角色，則是以獨特的態度整合進入科際組合團隊中。

安樂科際組合團隊是由許多專業組成，包括醫師、護士、社工員、營養師和治療師 (職能、物理和語言)，也包含與參加者經常密切接觸的保健工作者和駕駛員。每一種專業依據其協約議定評估其介入的程度，團隊會議每週召開，以簡單介紹每個專業評估的結果。也包括保健工作者所發現的個案，依據參加者 (每滿三個月作一次整體評估) 中途之中發生具有意義的管理問題加以評

估，並轉介到新的方案。藉由對每個個案整體評估，治療計畫常經由談判和妥協後，由小組成員合力完成。

初級照護對治療計畫的執行，其供給者同時也是治療計畫的制度者和考核者，這是以危機基礎的長期照護安樂模式的特色。分派和有效率的提供服務是基於每位病人需求的評估，對照護服務的供給者而言，治療的結果是很明顯的，體系中能夠迅速的調整，作有效率的回饋和反應，這種科際組合團隊的雙重角色——治療計畫的形成和執行不斷的調整——在以社區為基礎的長期照護方案上是獨一無二的。

安樂的科際組合團隊不屬於傳統的型態，機構醫師只是整體成員的一份子，不像大部份包括醫師的團隊皆由其帶頭，安樂的團隊非由醫師主導，醫師負責管理參加者的醫療問題，但是身為團隊中的一員，當參加者的醫療、住宅、心理社會的支持、在宅服務等問題同時存在時，醫師也只能分享一部份的決策過程。

醫療服務

大部份醫療服務是在門診中提供 (表二)：醫療門診一天開放八個小時，一個星期七天，毗鄰而居的成人日間保健中心被聯結整合到家庭保健和支持性服務之中。日間保健中心是日間照護的擴展模式，以極重度病患為目標，供給者一連串的服務包括護理治療和個人照護，現在安樂有三個成人日間保健中心，合計約有三〇五位參加者，日間保健中心和臨床服務之間有基本相互的聯結，安樂的三個中心皆領有執照，並且儘量提供應有的門診醫療服務。

初級照護藉著機構醫師、護士、保健工作者提供服務，為新轉介至安樂的病人作整體性評估，按季提供日常的保健評量、身體檢查評估和治療輕微的病症。在慢性疾病方面給予的服務包括靜脈注射治療、管理和評核藥物治療、提供保健教育和協調服務。

表二 服務選擇分類簡表

一九八七年七月至九月

服務類型	每季服務天數統計	每月接受服務平均比例	每位使用者每月平均服務天數
日間中心服務			
社會服務	一、八七八	九〇	二・一
初級醫療服務	七三一	六一	一・三
個人護理照顧(日常生活活動)	六、四四九	七九	八・六
物理治療	二、二三四	四八	四・九
職能治療	五四五	三一	一・八
飲食(註一)	二一、七〇〇	九五	二四・二
運輸至中心(註二)	一〇、九九八	八一	一四・三
在宅服務家庭保健服務			
初級醫療照顧	五九	一一	〇・六
護理	四一〇	二九	一・五
物理治療	三二	二	一・五
職能治療	四四	五	〇・九
社會服務	四四	六	〇・九
支持性社會服務			
個人照顧	四、一七七	三七	一一・八
家事/雜事	九七八	三六	二・八
攜帶餐飲	一四、六八一	六五	二三・九
隨行照顧	六、五六三	二七	二五・五
住院服務			
醫院	一七〇	九	二・三
	(註三) 〇・六%		
中途照顧機構或專門護理機構	一、五二九	六	二八・八
	(註三) (五・四%)		

註一：餐飲數量

註二：巡迴接送數量

註三：全體總日數的比例

注意：每個人使用任何一種服務的總數是三三三。

資料來源：安樂老人保健服務中心。

臨床服務的主要部份是由護理人員和在醫師督導下完成，每三位臨床工作人員一天需提供六十位參加者必要的服務，其中包括二位領有執照的護士(RNs)和一位領有執照的職能治療師(LVN)，由於醫師必須提供全醫院和護理之家的臨床服務，於是對參加者每天健康狀況的檢查就由護士負責，並和醫師討論，醫師和護理人員之間存在着合作的關係，加強了醫療技巧和時間的配合協調，也經常促成對門診病人複雜醫療狀況作革新式的管理(Innovative Management)。

對重度精神障礙的參加者而言，精神醫師的諮詢是有效的，門診病人的初級照顧也包括了牙科、耳科、足醫科和語言治療和其設備，全部包括在單一總數之內。

只有安樂的專任醫師可以裁決經由外界醫療諮詢後的參加者是否需要轉介或治療，在安樂的控制下接受初級的協商(Primary Coordination)和服務分配，病情可在獲得外界專家的諮詢和治療後，再優先轉介給專任醫師作第一次的評估並給予醫療建議。諮商人員(Consultants)是安樂專家諮詢團隊當中的一員，依據與安樂之間的協議按一定比例給予薪資。

補助性的臨床服務(Ancillary Clinic Service)——全部實驗室測試、X光和完全的藥劑服務——是與兩個醫院和社區藥局簽約提供，包括所需的服務和藥物成本，全月總比例每月每人超過一五〇元。參加者如需要急性醫療照顧可以入住附近兩家社區醫院之一，安樂每年與這兩家醫院協約一定比例的服務(比例逐漸調升的包括加護病房、冠狀動脈照護單位或燒傷病房的住院期間

），安樂專任醫師負責急性病患的照護，並且協調和決定所有必須的諮詢。出院計畫是由安樂醫師和科際組合團隊之間協調結果，以減輕醫院安排出院的計畫人員的責任。

參加者如需要二十四小時的專門護理的照顧，可住在安樂附近三家護理之家之一，每年安樂都與他們議定收容一定比例的病患，這些參加者持續在安樂的體系中享有醫師的服務，每週並接受安樂在宅服務部門派出的護士拜訪，這些護士是接受護理之家和安樂科際組合團隊之間相互協調加以管理。

安樂不是一個傳統的家庭保健機構，家庭服務是由科際組合團隊准許，並由家庭保健護理部門執行，由三位合格護士和一位職能治療師組成，護理部門訓練和督導合格的家庭保健工作者提供服務給在家中的參加者，參加者如健康狀況或家庭支持體系改變而衍生需求時，護理部門和家庭保健人員就給予直接、立即的接觸和協助，並在科際組合團隊會商後給予立即有效的調整。

從一九八一年開始，延緩照護 (Respite Care) 在安樂參加者醫療管理中就一直扮演重要的角色，延緩照護係由安樂提供一個以家庭為單位的服務，科際組合團隊裁定是否進入延緩治療。如果參加者居住在延緩照護單位中，就可得到日間保健中心提供的服務，在下午和晚間則接受來自家庭保健護理部門督導下的保健工作者對個人所作的照護和狀況評估。

道德關懷和醫療管理

不管醫師和其他科際組合成員之間的合作如何，道德關懷是頗為重要的議題，通常保健照護技術可以使用人工維持延長生命，但却要花費鉅大的成本，因此，在提供額外照護時就需要有所節制 (Fuchs, 1984)，對重病老人而言，醫療管理正面對治療上的兩難 (Dilemmas)，像安樂這樣基於危機基礎 (Risk-Based) 的模式，有固定分配的資源，這種兩難普遍存在。

是否繼續或放棄治療全憑病人或他們法定代理人的決定 (Ruck et al.,

1988)，在安樂醫療管理包括作這些決定。在科際組合團隊中醫師有機會與病人和他的家屬共事，醫師提供複雜醫療狀況中功能性能力的知識和社會心理的支持，在早期和現今按季評估的時候，病人被鼓勵表達他人對健康和處於非常緊急情況時的期待，甚至是最脆弱和精神錯亂的參加者，都經常能表達他們對維持生命和人工飼養方式的看法。參加者寫下前述的想法，並賦予法定代理人權力，工作人員則鼓勵他們簽署，醫師依據前述的文件和病患對健康的期望，作為干預和治療參考的指標。不過，以安樂的經驗而言，大部份病患在一個非緊急的情況下給予表達對健康期待的機會，都不會想到需要積極的、非治療性的、延長生命的措施，如血液透析、鼻胃管灌食和呼吸維持器。

對孱弱老人照顧方案的苛責是關心的表現，不像年輕人富有活力，對維護健康有消費能力，對重病老人經常因他們有認知能力和身體的病痛，以致無法自我激勵或發現治療的途徑，在聯合模式中照顧這些易受傷害的人口，安樂一直維持其應有的品質。首先，安樂努力提供對社區適度的服務，安樂關照到社區輸入方案每一個面向，允許社區服務供給者評量考核在機構照護的過程，醫療諮詢和檢討小組是由社區保健專家組成，提供適當、頻繁、獨立的評估和適時的照護。另安樂道德委員會提供敏感性的道德議題，以影響其對社區服務的輸送。一九八四年道德委員會成立之後，只從事諮詢的工作，不直接提供照護的輸送，這個委員會對全體有關的人員包括安樂員工和其參加者及其家屬而言，十分平易近人，但該委員會的決議事項是具有保密性的。

在機構之中，科際組合團隊本身是品質保證的過程，治療計畫是依據參加者每三個月一次面對面需求的評估所作的處理，以績效來評量所分派的服務，團隊的成員有責任保證服務的提供不會支離破碎和延誤，依此觀點，團隊的成員是參與在同輩之間相互檢討的持續過程中。除此之外，作為政策的主體，安樂的行政人員藉由運用科際組合團隊達到服務分派的決策。

藉着安樂現存資料蒐集體系也進一步提升了品質的保證，其資料包括追蹤病人的數量、健康和功能的狀態、與使用服務的類型。這些追蹤體系允許包括

內在和外在檢查者，決定參加者所接受的服務對他們的健康和功能狀態是否適當。

發現和討論

安樂聯合模式在個案管理上直接的影響，可以從服務使用的型態上發現，高程度的服務控制，使高成本的住院服務期待降低，降低的程度超過原先的預期，最重要的影響是減少高成本住院的日數，如表二所顯示，重病人口方案下的住院日數在一九八七年七月至九月是所有天數的六%，或是每千人每年二、一〇四天，這個比例足可和稅賦平等和財稅責任法第十九條 (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA) 健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) 住院比例的樣本相比較 (一九八四年每千人一年有 11,113 天)。安樂的住院比例也低於受益者付費原則下的醫療照護制度 (一九八四年每千人每年 13,197 天)，並且遠低於重症病人的比例 (每千人 110、950 天) (Zavatski et al, 1984)。

安樂在相同人口數可減少加班使用醫院的數量，從一九八〇年一月至一九八一年五月，醫院使用是每千位註冊者六、九三五天，從一九八一年七月到一九八二年十月使用率跌落一半以下，每千位註冊者有二、九二〇天，隨後五年保持低於此水準之下。英格 (Eng, 1983) 研究使用率的改變，發現減少使用率的成效包括住院的數量和天數，住院時慢性病的惡化幾被排除，但臀部骨折或中風倒是沒有減少。對所有的住院者而言，其天數是從一九八〇年一〇·五天減少到一九八二年八·五天。安樂在減少住院人數和天數的成功，是在一九八一年到八二年之間達到，幾乎是在預先支付制度訂定一年之前，現在，安樂的參加者住院平均天數六·五天。

住進護理之家的日數也減少，在一九八一年超過九%的安樂參加者是在類此機構中，積極性減少機構化方案實施後到一九八四年就減少了三%的日數，

本方案並藉由案主的成效和成本的分析而調整，這些分析發現基於成本的考量，護理之家的照護是適當和有效的選擇，在一九八七年第三季中，護理之家的使用率是五·四%。

社區服務的增加，抵銷了一些住院的比例，日間保健對安樂模式來講是絕對必要的，每位參加者至少每週一次有效的參與日間保健中心的活動，平均一個月十五天，大部份的案主 (大約三分之二) 也得到一些在宅服務，這項服務在護理之家日數減少時，戲劇性的增加。

這些服務使用的改變，大都被歸因於安樂個案管理的聯合模式，首先，聯合個案管理與服務輸送增加服務體系的反應能力，這些醫療狀況不穩定人口的改變，可立即被識別認定並據以修正服務計畫。其次，專任醫師負起整體住院和出院初級醫療照護的責任，經由科際組合的過程，評量服務的廣泛程度，也許就可發現使用護理之家或取代高成本住院的選擇途徑，並促成早日出院。最後，財源支持者和供給者對財務危機的假設，給予科際組合團隊創造新的機會，更具成本效益的服務不是只有在受益者的償付制度中存在，在減低住院治療成本上新服務的例子是所謂的延緩照護。

延緩照護服務是安樂科際組合團隊在一九八一年發展而成，這是體認到孱弱老人經常衍生出醫療狀況或家庭支持的危機，病人如持續住在家中將無法解決問題，一些醫療狀況像輕度呼吸道炎或尿路感染注射不需要特別的急性病房照顧，無論如何，對一位身體孱弱的老人在家中最低限度的管理，如注射都可以打翻生活平衡，形成功能依賴的狀態。病人會發展出健忘、步伐顛跛或大小便失禁等狀況。如果遇到功能障礙特別複雜的病患會被安置在急性住院或護理之家當中，但是在這種情況下住院卻進一步誤導病人，護理之家的安置也經常意味著永遠需要機構的照護。延緩照護一直跟隨在急性病症處理後用來減少住院天數，最近幾年，延緩照護變成一個重要的長期照護觀念 (Berman et al, 1987)。對安樂如照護模式而言是一個不可或缺的部分。以下的個案研究就指出一些在個案管理中聯合模式的功能和延緩照護的角色。

個案研究

一位八十八歲的老婦人，獨居，有 Alzheimer 類型的痴呆症，曾罹患右側臀部挫傷，一天早上被安樂的員工發現躺在公寓的地板上，他是在起床時跌倒，無法爬起來並作有效的呼救，她被送往醫院，經由安樂中心醫師X光的檢查發現左側臀部骨折，在獲得整型外科的診斷後住院接受治療，隨後數天給予脊髓麻醉並裝置臀部義肢，後續手術一點都不複雜，手術後數日開始接受物理治療。

病人在手術後數日出院，住進安樂延緩照護機構，隨後二個星期他每天前往日間保健中心，在那裏安樂的物理治療師指導他使用病人的手杖作漸進的步行，臨床護士部門則評估外科手術是否感染，每天並為她換洗乾淨的衣服。每天晚上她從日間保健中心回到延緩照護機構居住，可以得到個人保健的協助。個人照護方面則包括學習在夜間安全的使用床邊室內便器。兩週之後，病人可以拐杖行走，臀部不再疼痛，她的外科手術傷痕亦告痊癒。

她從延緩照護機構返家，並接受安排每個早上和下午幾個小時的家庭照護服務。她不間斷地參加每週五天的物理治療，雖然可依靠拐杖行走，但還是無法克服以步行自己爬上三層樓的階梯，她必須適應在自己無法爬上階梯前要到兩位駕駛將她背上背上。

個案管理中聯合模式也有其缺點，首先是人員密集的服務，因此成本是昂貴的，至少每三個月由五位專業人員對每位案主獨立地評估和再評估，十至十五位供給者所組成的團隊開會研討參加者的需求，並且發展出聯合服務的計畫，聯結服務輸送責任的個案管理確實比在仲介體系 (Brokerage System) 單一的個案管理者所作的評估昂貴，而且還有供給者安排的追蹤服務。不過，仲介模式的供給者所作的服務輸送和補償，也必須和個案管理者溝通，以完成

他們的評估和計畫考核。許多不同的供給者重複參與時，除了個案管理外，都會增加成本和逐漸侵蝕具有協調性的照護服務。卡賓門、賀斯金和伯恩斯坦 (Capitman, Haskins and Bernstein, 1980) 在比較個案管理的不同模式，發現安樂聯合模式的管理成本較許多仲介模式都來得低。

個案管理聯合模式的第二個缺點是缺乏獨立性，在仲介模式中個案管理典型地不提供其他服務，因此，可以公平地發現最適當和最合成本效益的供給者，並客觀地評核服務的品質。聯合模式在語意上就排除了這種獨立性，服務超過控制的增加，安樂強烈誘發對成本的控制使案主具有潛在的危機，惟安樂一直謹慎地、專注地發展品質保證的機制。儘管使用這些方案的保護機制一直不是安全無比，但是較佳的品質保證機制還是需要優先廣泛的使用這個模式。

結論

整體的感覺上，在聯結案主和服務的方法上，安樂的科際組合直接服務輸送能力 (Direct Service-Delivery) 代表個案管理最完全和綜合性的模式，雖然在相似目標上，安樂這個個案管理途徑上主要的長期照護方案，與名聲遠播的仲介模式是不同的。在仲介模式上，個案管理的評量／聯結／追蹤的功能是個自獨立的服務和輸送體系分開。而聯合模式，個案管理的功能與服務管理和輸送相互結合。

問題不是那一個模式比較好，這些模式各有所長，比較適當的問題是，那種類型的案主，在何種情況下，用那種模式最恰當。對一位輕度病症的案主而言，需要關心或家庭協助，或僅需要提供訊息和轉介服務；對一位只有少許甚或沒有支持的中度病症的個人，需要仲介性的個案管理給付；對一位有許多醫療狀況的重症病人，具有多重需求，典型地需要同時接受許多種服務，也需要頻繁的評估這些不斷改變的狀況，對這些人而言，個案管理的聯合模式或許是在組織和提供服務上，符合案主需求最有效的方法。