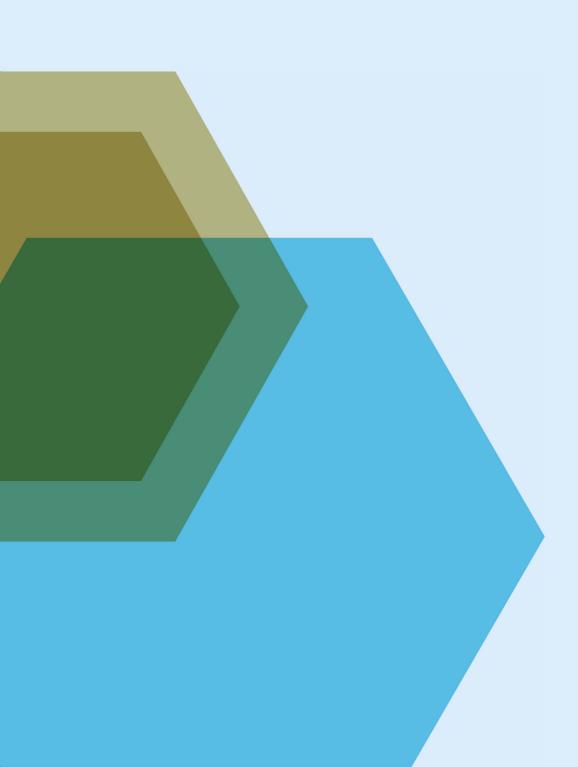
社聯政策報 POLICY BULLETIN

考終命:善終的抉擇及支援

- 在家離世之挑戰與平安五寶之利
- 比較香港、新加坡及台灣的紓緩治療政策
- 有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議
- 晚期照顧與支援在社區
- 生死教育, What's next?

附件:從數據看香港紓緩治療的面貌





目錄

2

分析與觀點 在家離世之挑戰與平安五寶之利 4 8 設計機制:新加坡及台灣的紓緩治療政策對香港的參考 15 有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議 晚期照顧與支援在社區 18 生死教育, What's next? 22 25 附件:從數據看香港紓緩治療的面貌 31 問卷調查 讀者意見 32 昔日政策報 33

編者的話

編者的話

香港社會服務聯會 政策研究及倡議總主任

黄和平先生

2021年香港男性的平均預期壽命是83年,女性則是88年¹,維持為全世界最長壽的地區。 長壽固然可以是福氣,但傳統中國人的社會,更強調「考終命」,即安康、逸樂以至於老。社 區復康網絡在2008年調查了800多位長期病患者對死亡的意願²,他們眼中的「好死/善終」 (Good Death)有四個元素:死前過有意義的一生、心願已了無牽掛、自然老死及壽終正寢、 軀體痛苦減至最低。然而,根據《經濟學人》2015年「死亡質素指數」的調查³,在全球80個 地區中,香港只排第22位,遠遜於英國(第1位)、澳洲(第2位)、台灣(第6位)、新加坡 (第12 位)及日本(第14位),似乎香港人要達至好死仍有進步空間。

近年·社會開始就「善終」展開更多討論·2019年政府亦就預設醫療指示和病人在居處離世進行諮詢·本期政策報將透過不同的文章討論與「善終」相關的政策⁴。

要談論「善終」,先要澄清數個相關但意思略有不同的概念。在中文的名稱上,善終服務,通常又稱為安寧照顧、安養服務、寧養服務、懷安服務、慈懷療護或紓緩治療,在英文方面,則稱為 Hospice Care 和 Palliative Care (現在醫學界多取用 Palliative Care)。根據香港政府部門常用辭彙,「紓緩治療」、「寧養/護養服務」一詞與「善終服務」互通,前者常見於醫療衛生相關事宜,後者「寧養/護養服務」、「善終服務」等則交替於醫療衛生與社會福利中出現(詳見政府部門常用辭彙頁2515/5761)。近年,香港醫管局統一使用「紓緩治療」一詞,相關的紓緩治療住院服務主要照顧有嚴重徵狀及多種需要的末期病人,同時把末期病人定義為患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病,而且對針對病源的治療毫無反應,預期壽命短暫,僅得數日、數星期或數月的生命。

然而,生命的色彩可能正在於他的難以預計,要用一個確切的時限去定義一個病人是否已屬晚期階段亦相當困難。世界衛生組織於2012年擴充Palliative Care為「安寧緩和療護」概念,意指:「當病人及家屬面臨威脅生命的疾病時,得經過預防及緩解的方式,來改善他們的生活品質,並且要以早期偵測、周全評估以及全人身心靈的方式去治療其疼痛及其他問題 (不論是物理、心理或精神上的問題),以達提升生活品質之目標。」如以此定義來看,紓緩治療其實從前期的評估

¹ 政府統計處 (2022)。統計與你。瀏覽自:https://www.censtatd.gov.hk/tc/page_235.html

² 香港復康會 (2009)。病人互助發展中心通訊,2009年1月至3月。

The Economist Intelligence Unit (2015). The 2015 Quality of death index, ranking palliative care across the world. The Economist.

⁴ 食物及衛生局(2019)。晚期照顧:有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議公眾諮詢報告。食物及衛生局。

⁵ WHO (2022). Palliative care. https://www.who.int/health-topics/palliative-care

已經開始,不限於最後12個月的晚期照顧;對象亦不僅限於末期病人,同時包括作為照顧者的家屬,照顧的地點亦不限於醫院,亦包括社區,而照顧的內容亦不限於紓緩患者生理上的不適,而是支援患者與家屬身、心、社、靈的需要。

本期政策報嘗試從上述廣義「安寧緩和療護」概念出發,透過不同的文章,羅列出要讓香港人「善終」所需要關注的政策及服務議題:包括定義紓緩治療內容、預設醫療指示及病人在居處離世立法及其相關的社區照顧配套;醫療、專業人力的培訓、彈性及迅速的介入支援服務、生死教育等。

伍桂麟先生根據自己多年從事提供殯葬、生死教育等服務的經驗,認為要實現善終,不能忽視家庭文化、家庭教育及家庭照顧者的主觀能力,因此生死教育有重要的角色,作者亦特別列舉了現時香港要執行預設醫療指示與選擇離世處所時遇到的客觀障礙。

預設醫療指示在香港要做到真正展現臨終者的意願,必須有相關的立法配套。事實上,有關立法事宜預計會在本年於立法會討論。馮碧琪女士的文章比較香港、台灣與新加坡預設醫療指示政策的特點,藉此討論香港發展預設醫療指示政策應注意的方向。梁萬福醫生的文章亦點出現時香港在預設醫療指示實際施行時的障礙,他提出現時的立法內容仍有未能解決的問題,需要長時間推進。

在居處離世方面, 臨終病人往往會在社區或院舍走完人生最後一程, 究竟社區現時有否足夠配套給予臨終病人及其照顧者?陳君寧女士分析香港現時社區晚期照顧與支援的現況, 特別分享「賽馬會安寧頌」計劃的成效及經驗, 並藉此提出如何改善香港安寧服務的方向。

最後,不論制度與服務有何種改變,死亡除了是政策和服務議題,也是文化議題,要市民面對自身及親友的離世,並有所準備,生死教育不可或缺。梁梓敦先生討論生死教育在香港未來發展的方向,更提出應從生死教育發展至「失去教育」,早一步在青年群體中引發討論和思考。

編者期望,透過上述幾篇文章,引發同工關注與討論善終政策及服務相關的不同面向。

在家離世之挑戰與平安五寶之利

殯儀社企「一切從簡|創辦人 英國註冊遺體防腐師 BIE 美國殯葬協會 NFDA 講師 伍桂麟先生

「生有時,死有時。丨但對於部份末期病人和家屬而言,當生命步向盡頭,他們各自的需要可能 會截然不同。與其用傷害性較高的治療延長壽命,末期病人內心可能更渴望在痛楚及遺憾減至最 少的狀態下安祥離世;而部份家屬則希望盡力照顧病人到最後為止,挽留更多共聚時光。

綜觀大部份電視台家庭倫理劇,我們見過很多「搶救無效」的橋段,但從來見不到「無效搶救」 的悲劇。所以當類似情況發生在小市民身上時,在情急及不安之下,心理投射多會直覺決定不得 不救。另一邊廂,劇集或故事中的病人在家裡「壽終正寢丨,或在大團圓結局下「含笑而終丨, 亦容易令大眾產生「在家離世必然是『好死』」的錯覺,而忽略了一些涉及案主意願、財政能 力、政策配套的考慮因素。以上種種因素,往往正是法律界人士、醫療機構、社福團體、殯葬商 等負責協助案主辦理後事的持份者們必須考慮的因素。本文希望以專業及通俗並存的角度探討這 些變項的可能性與限制,看看「好死很難|是否屬實。

可惜我,不智亦不幸

病人進入晚晴階段時,照顧者徘徊在「分離|及「未知|的不安感上,行為上不斷與「有所限| 的醫學循環角力。當親友各自提出不同意見,而又不願成為決策者的闲局下,承擔與醫生溝涌的 主要親屬,容易背負那個要承擔責任的壓力。為了平衡家族中不同的意見,集體決策下的每個決 定自然會變得保守,事情的發展往往容易趨向遠離病人對「好死」的原意。

對病人而言,在這種不尋常的責任與關係之下,他們在認知、自主及執行上都處於較被動狀態。 部份不必要的維生治療,無疑是加重了他們的煎熬。若病人仍有足夠精神行為能力,究竟能行駛 選擇治療及離世地點的權利嗎?作為病人家屬,如為臨終病人選擇依賴「維持生命治療」,例如 呼吸機、胃喉等以延長病人的死亡過程,甚或家屬亦不想在醫院過渡至親的末期照顧,這更像是 一場「捉緊」與 「放手」的內心交戰,既不能有效地盡人事,只能帶著遺憾怨天命!

就難在其實三方各有各寄望,怎麽辦?

醫管局於2010年推出「預設醫療指示(Advance Directive)」表格,讓末期病人可以選擇拒絕維生 治療,預先填妥表格和作出指示,同時避免家屬及醫護作出困難的醫療決定。惟公眾對自己的醫 療權利及「預設醫療指示」認識不多,醫護人員亦難以從勞碌的工作中抽時間向病人深入介紹和 解釋,以致使用率偏低(見附件數字),更難以在日益嚴重的老化人口下,應付迫在眉睫的善終 需求。

我五年前曾為95歲的爺爺籌備他的「好走」之旅。儘管我對善終服務有所認識,當親身以案主身分應對時,亦未能事事盡如人意。幸好在有限的空間下,仍能捉緊爺爺的想法及意願,尤其他明顯指示1)不作任何手術或搶救、2)盡量減少痛楚、3)想回家、4)身後事要一切從簡。而且正當他差不多交代清楚後,還有一個突如其來的決定,讓他和家人「安樂地面對死亡」,就是5)決志信主。

在最後一次入院的前期,我花了不少時間協調家人之間的意見,取得共識,還遇上幾次公立醫院醫生沒時間與爺爺簽署預設醫療指示的困境;在申請轉往紓緩醫學專科病房時,又發現沒有紓緩治療服務牀位,而醫生亦不建議我們申請轉院及回家照顧的意向。我只好向親人解釋當時病房情況,並接受這已是當下最可取的善終安排了。幸好在自己鍥而不捨的追問下,找到內科病房的醫生與爺爺花了45分鐘完成預設醫療指示及計劃安排止痛藥紓緩痛楚,變相完成爺爺1)及2)的臨終心願。

爺爺的晚晴意願十分簡單直接,只是在家庭的張力及醫療服務的限制下,在現實執行上,仍要作 出適當的取捨及配合。所以,假若要成功推廣預設醫療指示,要旨在於家庭如何彼此連結及信 任,以病人意願作重點考慮,強化家庭共同面對及共同支持的力量,繼而尋求醫學及情緒支援, 甚至探索在臨終關懷下的靈性轉化。

不怕大限,但要有空間

先澄清一點,完善的「在家離世」方案是一個不錯的善終方式和選擇,「弊就弊在」香港現時的 社會環境,使執行上過於奢侈或異常困難。說白一點,一般公開管道接觸到的「在家離世」,所 說的故事和在畫面都十分美好,但香港人的居家空間、醫療及照顧的文化,還有公營及私營資源 等因素,普羅大眾卻多是可遠觀而難以實行的選擇。無論離世的地方在醫院也好、在善終服務單 位也好、在家中也好、在院舍也好,這些外在環境及配套因素,客觀條件上都各有高低,但主觀 體驗的好壞仍基於對用家的「身體狀態」、「人本關懷」和「心靈連結」之上。

以「在家離世」而言,最明顯的好處在於家庭成員的陪伴、熟悉的生活環境及臨終的安全感,這 些因素可能相比於各種高階醫療配套更重要。尤其是照顧者、醫生及殯儀,這三方面必須緊密配 合,在足夠的人力及物力的資源下,才能順利達成在家照顧至在家離世的需要。

醫生及持牌殮葬商,於案主在家離世所擔任的角色十分重要。在醫生診斷末期病人情況及建議家

屬合適照顧方案後,須至少每兩周看診至病人離世。與此同時,家屬須開始物色合適的殯葬商, 進行服務諮詢,殮葬商應提早到案主家中,以至其居住單位外作環境評估,預早規劃身後事安排 及定期瞭解病人身體狀況。

照顧者在病人臨終至離世後,須通知醫生上門證實病人離世、簽發「死因醫學證明書」及拆除先 人身上的維生儀器等。同時亦要預早通知殯儀公司安排人手處理遺體。我們經常會遇到因醫生上 門時間未能配合在死亡登記處的辦公時間,以至未能及時辦理用於運送遺體必須持有的「死亡登 記證明書(表格12)」。遺體因而需要在家中逗留一段較長的時間,甚至有機會因為擺放過久而 引起變異。筆者本身為英國註冊遺體防腐師,所以亦會為這類個案作遺體及房間消毒及清潔,盡 可能延長遺體在家中保全的時間,直至所有死亡檔辦妥,仵工及靈車接送先人到殯儀館殮房冷藏 庫存放安好。

筆者在不同的殮葬服務個案中,見証不少在家離世的家庭來自不同階層,有些是望族大家庭,住 半山區、中產屋苑及政府資助房屋都有,由於須要預算更多,例如:在家照顧的開支、醫生上門 診症的費用、殯儀上門支援及殯儀館遺體冷藏費(每天計算),甚至須要家庭成員全職照顧病 者,或聘請僱傭等預算,真的不容易配合居住環境而達到。結果,案主的社經地位、經濟條件以 及居住環境,主導了「在家離世」的入場門檻。不過,社企在另一些非公立醫院離世的個案,如 在賽馬會善寧之家、靈實司務道療養院或防癌會等的離世個案中,亦看到很好的善終服務及小禮 堂「院出」環境,這的確是收費服務上另一合適選擇。

得到定局,那怕去到終站

筆者從事多年生死教育及遺體捐贈的推動工作,近年經營殯儀社企及生前規劃服務等,明白到小 市民在面對「生、老、病、死」等人生階段時,正視「死亡」從來不止於表面的認知及解難上, 更是一個「從知而行」的進程。我們的角色,是要幫助案主理解現實處境和問題,尋找合適的處 理及支援方法,解開他們情感上的困惑和各種無形框架。

要成功實踐以上各個任務,有須要在個人至家庭、甚至社區、乃至制度上,從專業知識和服務範 疇,借市場學及傳播學的方式,得以更「易入口」及通俗地演繹,轉換相關資訊給目標對象,協 助他們瞭解他們自身擁有的選擇。這將會是生死教育及死亡相關服務能否普及化的其中一個出路。

在筆者的社企,除了一般殯儀服務以外,也有兩項坊間殮葬商較少涉獵到的服務,嘗試將服務介 入點拉闊至生前及死後關顧。此其一為「生前規劃服務」,主要以身後事的預早規劃為主軸。在 過去有關「預設照顧計劃」及「平安三寶」的範圍內,須要由醫生簽署的「不進行心肺復蘇」及 「預設醫療指示丨內容,以及由律師制定的「遺囑丨及「持久授權書丨內容。以上法律檔均有嚴 謹的原則及規範,可參考的資料及範本亦比較容易在網上查找。反觀身後事安排的準備檔,則較 少論及得到。有見及此,社企決定與身後事主角模擬製定後事方案,協助他們清晰記錄自己理想的告別方式,方便家人在自己離世後,能按照自己的意願執行身後事,減少家庭成員間不必要的紛爭及遺憾,好好說再見!

對很多人來說,人生當中最大的遺憾莫過於在自己臨終時來不及與摯親好好道謝、道歉、道愛及道別。筆者一直有感「講死」的最終目的,是為了從而覺察生命可貴的各個部份,學會更加珍惜當下所擁有的,生活好目前一刻。因此,除了「平安三寶」及「身後事規劃」這四項協助我們善終的「生前規劃」服務外,社企也希望藉著提供「生前告別『式』」———系列個人化的人生回顧指導服務,目標是鼓勵大眾以別種方式,抓緊機會向身邊的人傳遞到心中所想。顧名思義,告別的「方式」有很多,表達愛的媒介也有很多。大至舉辦一場生前告別禮(生前喪禮),邀請至親好友分享在世點滴;小至寫一篇暖心的文字,作為禮物送給家人日後回味,我們都會有專人協助大家一一達成!而且更結合律師與醫生的友好夥伴,將「平安三寶」昇華至「平安五寶」,希望鼓勵到更多選擇此實體服務的人士,及早作人生最後的生涯規劃。

筆者的社企的另一項特別服務,就是「哀傷輔導服務」。在醫院紓緩病房內不難看見社工的蹤影,為照顧者及病人提供即時情緒支援。在病者離世後,家屬由背負沉重生活壓力的照顧者角色,轉換成失去生命重心的喪親者,想必仍有不少情緒需要疏導。然而,絕少殯儀公司會有專人為家屬提供情緒支援,我們因此開設了獨立的輔導室,由輔導員專門為喪親家屬提供適切的哀傷輔導及情緒關懷,與他們同行喪親之路,慢慢走出傷痛。最近我們更獲得基金資助,一方面為基層喪親者提供免費輔導服務;另一方面亦為社福界同工提供免費哀傷輔導相關專業培訓(可網上重溫),攜手從多角度支援更多喪親者。

好介意點死,又擔心,冇人看不過眼

無論是「壽終正寢」、「四道人生(道謝、道愛、道歉、道別)」、「善終、善生、善別」等詞語,都是過去我和一眾前人生死教育推廣上,經常提及的概念。但不得不承認,香港的善終服務在質素及推廣上,仍有很大改善空間,尤其政府亦一直欠缺投入資源及修訂數條相關法例。公營醫院的紓緩治療服務,殮房及小禮堂等,又要何時才能追得上「合理」和大多數小市民能受惠的程度?如果香港可以有一所「兒童醫院」的話,為何需求比例上沒有幾所「老人醫院」或「善終醫院」呢?既然獨居長者及死亡人口愈來愈多,為何香港未能設立多一兩所殯儀館及火化場,甚至一所能服務基層的公營殯儀館呢?

在社區推廣上,病人及照顧者往往需要到生命晚期,才開始臨急學習及表達如何作善終安排。事實上,要做好善終並不是透過參與數個社區講座及專業培訓便可達到的,更須要立法修例、公營資源、醫社支援、商業服務、社區教育等各方配合及連結,才能做到正視死亡的大改變,做到真正的「移風易俗」,沒有捷徑及其他僥倖達成的方法!

設計機制:新加坡及台灣的 紓緩治療政策對香港的參考

香港社會服務聯會 政策研究及倡議主任

馮碧琪女士

人生列車最後一程的意願

當病痛與意外突然降臨,死亡、重病或是長期失能擺在眼前,走到人生最後一程的時候,我們到 底有什麼撰擇?能怎樣撰擇?可以得到哪些資訊?或有甚麼依據可以幫助我們做出決定?甚麼 才是我們最後想要的結果?

要回答可不容易,死前過有意義的一生、了無牽掛,需要家人和患者多次有質素的溝通,而有質 素的溝通則須要花時間心力,涉及的是對不可逆轉病況的預後瞭解、照顧安排的預前規劃、人 生價值的回顧甚至是靈性上的需要。改善生活品質、減低軀體痛苦有一個不同專業的團隊,在 兼顧病人自主的原則下,就適合的醫療、藥物、處所環境及社區支援互相配合。

跟據世界衛生組織,「安寧緩和療護」概念的本身,背後涉及相關的拒絕醫療權、倫理、善終政 策、牛死教育還有更系統、更深層的問題:涉及公共衛牛規劃、長期照顧的醫療資源、涵接與社 區支援的整合。

香港本地拒絕醫療權倫理與執行上的爭議

在普通法的框架及醫管局的準則下,香港的病人可以在有兩位見証人(當中一位須要是醫生), 並得到醫生評估其個人有精神行為能力的情況下,以書面形式訂立預設醫療指示6。預設醫療指示 生效有三個條件(見表一),然而,基於不同的部門就預設醫療指示有不同的指引,屬消防部門 第一線的救護員或屬醫療部門的醫護人員執行病人在預設拒絕接受維生醫療之時,往往會因不一 致的指引而心有疑慮,在一些具爭議的場合,究竟是當事人拒絕接受醫療的自主權優先,還是醫 生或家屬在各自部門的指引下搶救生命的判斷更重要?箇中涉及複雜的倫理與人性判斷,但醫管 局在現行的指引中只強調醫生需自行小心評估,未能釋除醫生在執行時的各種疑慮。

如預設醫療指示能在香港立法(預計將於本年第三季進行),將有望能在法律上列明權責,確保 臨終者的意願能實現,也減少醫療救護者面對的法律風險。香港要推行預設醫療指示的立法,可 參考兩個鄰近亞洲地區 -- 台灣及新加坡的經驗。

⁶ 預設醫療指示是指「一項陳述,通常以書面作出。在陳述中,作出指示的人在自己精神上有能力作出決定時,指明自己一旦無能力作決 定時所拒絕的治療」。現時在醫管局方面,預設醫療指示通常由患有嚴重、不可逆轉的疾病的病人透過預設照顧計劃訂立。

1. 立法設計機制:知情、選擇、決定與同意的權利保障

1.1 台灣從離院安排、諮詢、照顧計劃至選擇決定的程式與服務

台灣第一波安寧緩和療護運動自1983年展開,照護對象以可以明確分期的癌症病人為主,第二波則推動非癌症安寧服務,第三波運動著重老人安寧、兒童與新生兒安寧、癌症早期緩和照護,同時引入《病人自主權利法》與慈悲關懷社區/城市等。三次修訂的《安寧緩和醫療條例》及2019年執行的亞洲第一部《病人自主權利法》,則進一步確保不同的病人享有知情、選擇與決定的自主權利,並把適用對象由僅限於末期病人,擴大至具完全行為能力的意願人(20歲以上或已婚)。

台灣現時根據《衰弱老人安寧緩和醫療照護指引》提供的評估工具⁷,判斷有需要人士何時開始適合接受安寧緩和療護。有需要人士可以透過預立「醫療照護諮詢」(Advance Care Planning, ACP)(香港稱為「預設照顧計劃」)的程式,由各通過評鑑之合格醫院的諮詢團隊(至少要包括3位醫事專業人員:醫生、護理人員、社工或心理輔導其中之一)與病人家屬進行諮詢,與親友和醫療機構溝通自己的善終意願,整個諮詢記錄與醫院病歷一同保存。當中,有需要人士可決定是否簽署預設醫療指示(Advance Decision, AD),選擇自己在法定的五種臨床條件下是否接受、或如何接受醫療行為;同時也可以指定自己信任的人擔任醫療委任代理人(Health Care Agent, HCA),確保自己的善終意願在意識不清時仍能獲貫徹執行。

整個機制配套《病人自主權利法施行細則》及《提供預立醫療照護諮詢之醫療機構管理辦法》以釐清不同條例於執行時的疑義與執行細節,同時在紀錄的存檔上結合全民健康保險的紀錄以便查閱。從醫院到社區的銜接上,則依賴《長期照顧服務法》(簡稱「長照2.0」),病人可以主動聯絡醫院的社工(需收費但可使用健保支付)啟動整個程式;或配合「出院準備銜接計畫」,病人在出院前3天由跨專業服務團隊的評估人員面見,評估人員負責瞭解病人的需要及向病人説明合適並可以選擇的服務,同時確定家屬意願並填寫同意書,由個案管理員進行評估,依據評估等級及計算長照的資助額度,與個案、家屬或主要照顧者討論擬定照顧計劃,協助個案於出院返家7天內取得所需長照服務及資源。

「出院準備銜接計畫」連接社區長照的服務,包括照顧及專業服務、交通的接送、輔具服務與居 家無障礙改善以及照顧者的喘息服務。當中照顧及專業服務包括居家護理、在宅醫療「居家醫療 照護整合計畫」、「家庭醫師整合性照護計畫」及安寧緩和療護部份。

⁷ 透過 The Frailty Index、Canadian Study of Health and Aging-Clinical Frailty Scale (CSHA-CFS 以及 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)等衰弱評估量表,都有助於對存活期預估提供參考。SPICT是由愛丁堡大學依社區與家庭醫師的收案病人逐步發展出來的評估量表,與常見以醫院病人為對象的研究有所不同。

1.2 新加坡從諮詢、照顧計劃至選擇決定的程式與服務

在新加坡,緩和療護 (palliative care)和安寧照護 (hospice care)是通用的,並統稱為「慈懷療護」。新加坡的模式更著重統一規劃統籌。除了醫院,同時在院舍、社區中提供三個不同程度的預設照顧計劃 (ACP),並為不同程度的照顧計劃配套不同的服務規範和指引。新加坡在1996年制定《The Advance Medical Directive Act》(最新 2019 年修定)及1997年制定《The Advance Medical Directive Regulations》。2006年,慈懷療護成為新加坡國立大學醫學課程下的一個選修專科,並大力培訓醫療保健專業人員協助在社區中進行預設照顧計劃。2011年進一步制訂國家慈懷服務發展戰略。衛生部投入1,810萬新元在全國開發和推廣 ACP Living Matters 的運動。Living Matters 的實踐逐漸遍及全國的公立急救醫院、大多數社區醫院和所有養老院。同時為養老服務、健康和社福單位培訓了超過3,000名醫療保健專業人員作為「ACP對話協調員」、「社區ACP推廣員」。2019年衛生部編寫了《National Guidelines for Palliative Care》(NGPC)供不同的服務單位進一步檢視現行的慈懷療護服務。

在新加坡,21歲及以上並且沒有精神障礙的人士,都可以開展第一階段的ACP諮詢和簽訂,框架大致如下:市民通過 Living Matters⁸的計劃開始ACP流程,由主治家庭醫生和協調員按案主的病情和須要討論預設照顧計劃,記錄患者的護理偏好和決定,並在需要時與家人或其他幫助患者的臨床醫生分享這些資訊。對於病情更複雜的患者,可以開展第二階段ACP討論,須要經由接受過培訓的醫療保健專業人員協助進行。這些「ACP對話協調員」目前在大多數新加坡公立醫院都有提供。由於ACP不是法律檔案,因此不一定須要律師、醫生在場進行討論或記錄。「ACP對話協調員」亦可以協助轉介病患者至安寧緩和療護服務,讓他們選擇在家中、療養院、收容所、專科診所、綜合醫院或社區醫院得到安寧緩和療護服務。服務內容包括家庭護理、日間護理、住院護理和 Advance Medical Directive (AD)諮詢服務。

市民在商討擬定第三階段的ACP時,可按需要同時簽訂AD,AD的表格須在兩個見證人及提出人在場的情況下簽署。其中1名見證人必須是醫生,第2名見證人則必須年滿21歲,可以是護士或任何其他合適的人。紀錄檔由個人保管,有需要時提供醫生參考。AD要被3名醫生(包括病人的醫院醫生及兩名專科醫生)確定患有絕症並頒發了絕症證明後,才會生效,並交衛生部存檔。如果第一個小組的3位醫生不能一致同意病人是絕症,主治醫生將覆核他的診斷。如果他仍然認為患者已身患絕症,個案將呈交給由衛生部任命的、由3名專家組成的第二個小組作判斷。如果第二組醫生也不能一致同意患者身患絕症,則AD無法生效,患者必須照常接受治療。

⁸ Living Matters 改編自美國的 Respecting Choices 模型,除提供在線資源可以幫助臨床醫生、個人或他們的親人開始 ACP 流程,亦可通過網站預約認可的社區、醫院、院舍單位的推廣員 (ACP advocates),協調員 (ACP facilitator)等協助進行諮詢,討論預設照顧計劃。

表一比較香港、台灣、新加坡的預設醫療指示的政策

	香港	台灣	新加坡
預設醫療指示 相關法例	跟從普通法,沒有特定立法。醫院管理局(醫管局)於2010年7月制訂了預設醫療指示的指引及表格範本	《安寧緩和醫療條例》 及《病人自主權利法》 (2019)	《The Advance Medical Directive Act》(1996) & 《The Advance Medical Directive Regulations》(1997)
中央層面的 負責機構	醫院管理局	衛生福利部	衛生部
存檔	由個人及家人存檔,2012 年8月在「臨床醫療管理系 統」開始標示由醫管局醫 生見證的預設醫療指示作 出提醒,以利臨床溝通	存檔於衛福部雲端資料 庫,並統一至健保註記存 檔	由衛生部存檔
誰可進行預設 醫療指示	年滿18歲、精神能管管局 局(醫管局)於2010年7 月制訂了預設醫率。 月制訂及表別在「臨療 1012年8月在「臨標示器 管理系統」」開始的現利監察 管局所作出提醒到法定年齡人 指通。器療自與利職於 指通。器療的以利職於 指通。 器實的與利職於 指通。 器實的人 所以利職於 所以利職於 , 大 養 所 大 大 大 大 大 大 、 大 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	年齡在20歲及以上或已婚, 具完全行為能力的意願人	年齡在21歲及以上,並且沒有精神障礙的所有人
表達形式	書面方式表格(一款)	書面方式表格(多款)	書面方式表格(一款)
適用人	全民	非全民	全民
介入時間	重症病人到了晚期,才由 主診醫生決定適合的時間 討論預設照顧計劃	疑似特定臨床條件發生時	任何年齡和健康狀況都可以制訂

	香港	台灣	新加坡
對象包括	香預式表所的指 一個 一個 一個 一個 一個 一個 一個 一個 一個 一個	(a) 末期的疾病; (b) 處於不可逆轉之昏迷狀況; (c) 永久植物人狀態; (d) 極重度失智; (e) 其他經中央主管機關公告的病人疾病狀況或痛苦難以忍受告難以忍傷苦難以不當時醫療水準無其他合適解決方法之情形	患有絕症或無意識/無法做出理性判斷,以至於無法與人交流的人士
拒絕醫療權 範圍	心肺復甦術 / 人工輔助呼吸(呼吸機)/ 血液製品(輸血、血小板、血漿)/心臟起搏器及血管增壓素(強心藥)/化學治療/透析治療(洗腎)/抗生素/人工營養和導管餵飼食物和水份(胃喉)	任何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施:包括維持生命治療 (LST)及人工營養及流體餵養(ANH)	任何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施:包括維持生命治療 (LST)及人工營養及流體餵養(ANH)
預設醫療指示 諮詢	由醫生連同護士與病人家 屬商談,達成共識後的照 顧計劃會放入病人記錄定 期檢討	只能在經醫院評鑑通過之 200床以上醫院或中央主管 機關同意之醫院診所進行 預立醫療照護諮詢。各醫 院院區社工課專責視 (該諮詢團隊至少要包括3 位醫事專業人員:醫師 、 護理師、社工師或心理師 其中之一)與病人家屬進 行諮詢,記錄併同醫院病 歷保存	由推廣員 ACP advocates、協調員 ACP facilitator 等協助,討論紀錄檔由個人保管,有需要時提供醫生參考

	香港	台灣	新加坡
預設醫療指示 簽訂的條件	預設醫療指示表格需由兩名見證人簽署,其中1人必須為註冊醫生,而該名醫生需信納病人在精神上有能力作決定,以及清楚瞭解預設醫療指示中所作出的決定	經諮詢團隊於預設醫療指示上核章證明,經公證人公證或有具完全行為能力者2人以上在場見證。最後註記於全民健康保險憑證	須要有兩個人見證並提出 人在場的情況下簽署 AD 表格。兩名見證人其中1人 必須是醫生,第2名見證人 必須年滿21歲,可以是醫 生的護士,或任何其他合 適的人
預設醫療指示的執行	由兩名醫生證明: (a) 病情到了末期; (b) 處於持續植物人狀況; 及 (c) 其他晚期不可逆轉的生 存受限疾病指明情況而 喪失自決能力時,預設 醫療指示便會生效	須要兩名相關專科醫師確 診,並經緩和團隊至少兩 次照會的流程後才會生效	只有被3名醫生人 包名症 包名症 是有 的 是 是 的 是 的 是 的 是 是 的 是 是 他 的 思 生 在 。 数 醫 生 在 。 的 患 生 在 。 的 患 生 在 。 的 患 者 之 。 的 患 者 之 給 。 的 患 者 之 給 。 的 患 者 。 的 。 的 。 的 。 的 。 的 。 的 。 的 。 的 。 的 。
預設醫療指示 的更改	只要病人精神上仍有能力 行事,可隨時撤銷或修改 指示;修改指示需以書面 形式,而撤銷以口頭形式 亦視作效,撤銷指示無需 證人	可以隨時以書面撤回預設 醫療指示,並向衛生福利 部申請更新註記	在至少1名證人在場的情況 下,可以隨時撤銷 AD
費用	可能需要為醫生提供的簽 署服務付費,AD本身是免 費的	「緩和醫療家庭諮詢費」 由健保給付,以60分鐘 3,500台幣為上限,申報次 數每人每院2次	可能需要為醫生提供的簽 署服務付費 [,] AD本身是免 費的

2. 不止步於預設醫療指示與處所離世的立法

參考台灣及新加坡的機制,香港在為安寧緩和療護立法時應考慮三點:

一、安寧緩和療護立法的理念和原意是確保病人享有知情、選擇與決定的權利,保障病人善終權益 和晚年生活質素,因此,與病人和家屬商討和諮詢是不可或缺的。不論台灣或新加坡,都強調 「諮詢」在其中的角色;

- 二、 從兩地的經驗可見,安寧緩和政策不應只包括預設醫療指示的立法,立法同時亦應考盧預設照 顧計劃的政策和服務介入;
- 三、參考新加坡案例,建立三層預設照顧計劃的制度,分別針對1)一般市民或有長期疾病人 士;2) 有多重慢性疾病人士,及3) 末期病人,同時培訓不同資歷的預設照顧計劃(ACP)推 廣員,協助不同社區持份者(例如宗教團體、長者服務機構等)、長期照護及病人機構推廣 預設照顧計劃;推動建立晚期照顧工具的討論,促進病人及他們的照顧者參與評估及計劃。另 外,亦要培訓相關醫護,及研究採購他們的服務為大眾簽訂預設醫療指示。為了令更多人認識 及早規劃晚期健康生活的重要性,政府需要在媒體上多推廣,資助服務機構亦應在社區內廣泛 推廣生死教育,消除大眾討論死亡的忌諱,令大眾及早為晚期照顧做規劃。

誠然,台灣和新加坡建立了安寧緩和政策的法案與機制,是有賴民間、專業醫療學會、社會工作 組織、基金會、院校等共同推動。整套機制不單包括立法,亦有政府的資源調配和服務規劃,從硬 體上擴建安寧緩和療護的醫院、社區設施,到軟件上的人力機構建立(相關的學會)、引入培訓; 乃至於推廣善終生死教育、設計社區支援服務、轉變社會觀念等,都同時發揮作用。面對高齡 海嘯,香港似平沒有太多的時間,極需急起直追。

參老資料:

Clement, I, Wai, A, & Chung, H. (2017). Advance care planning in an Asian country. Advance Care Planning in End of Life Care (2nd edn.). In Keri Thomas (ed.). et al. Oxford University Press.Pp.250-256.

Singapore Hospice Council (2019). National Guidelines for Palliative Care and Interpretation Guide (3rd edn.). Singapore Hospice Council.

Singapore Hospice Council (2018). Caring for Yourself and Others After a Death. Singapore Hospice Council.

Singapore Hospice Council (2018). When a Death Occurs - A Guide to Practical Matters. Singapore Hospice Council.

Singapore Association of Social Workers (SASW) & Singapore Hospice Council (SHC) (2017). Mapping of Care Services for the Dying, their Caregiver, and the Bereaved. Revived at: https://sasw.org.sg/wp-content/uploads/2021/10/Mapping-of-Care-Services-for-the-Dying-Caregiver-and-the-Bereaved-Revised-as-of-27-October-2021.pdf

台灣新聞傳播處(2022)。 *長照 2.0,讓照顧的長路上更安心*。行政院網站。瀏覽自:https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/ 1e9bc8a6-99bc-41a5-b91f-96e6df4df192

國家衛生研究院 (2019)。 台灣安寧緩和療護白皮書。瀏覽自: https://lib.nhri.edu.tw/NewWeb/nhri/ebook/39000000464078.pdf

臺北市立聯合醫院 (2022)。*什麼是預設醫療指示*。瀏覽自:https://tpech.gov.taipei/News_Content.aspx?n=37966ABD1666E9E1&sms=E7 8887F108B43780&s=067DBB46C1D36993

衛生福利部(2016)。病人自主權利法。全國法規資料庫。

食物及衛生局(2019)。*晚期照顧:有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議*。食物及衛生局。瀏覽自:https://www.healthbureau. gov.hk/download/press and publications/consultation/190900 eolcare/c EOL care legislative proposals.pdf

有關預設醫療指示和病人在 居處離世的立法建議

香港老年學會會長 老人科專科醫生

梁萬福醫生

随著人口老齡化及現代醫療科技的發展,老年化的社會陸續面對著末期疾病的來臨及提供維持生命治療決定的矛盾。不同的維持生命治療包括:心肺復蘇法、人工呼吸機器、人工餵飼如鼻胃管等、輸血、洗腎、強心藥物等等,都可以將人的生命以人工的方法去持續一個長的時間,對於患上緊急疾病或嚴重意外的傷者,都能有足夠的時間去進行活命的治療來救治過來。不過,在一個人口老化的社會,我們會面對著眾多的病者是患有各種退化性及器官末期疾病,如晚期認知障礙症、多次中風的植物人、末期的心臟、呼吸及腎衰竭等。這些病患者在走到人生末期的時候,同樣地面對著是否進行各種維持生命治療的抉擇。

醫學發達的社會,可以無限地提供各種維持生命治療去延續生命,但這不單帶來醫療資源的競爭, 更重要的是,究竟維持生命的治療是否對患者帶來有質素的生命?他們最終能否脫離這些治療而 重新的過活呢?答案很多時是「不能的」。那麼為這類病人提供維持生命治療的意義在哪裡呢? 話雖如此,在病人危急情況下,醫療人員在決定是否提供維持生命治療時,往往面對著困難。到 底誰可以決定救與不救呢!

面對著以上的困局,西方醫學社會就在上世紀八十年代開始討論及研究有關於末期病人面對生命晚期時維持生命治療的抉擇方法。怎樣可以在尊重病患者的自主決定而做出更理想的安排,因應這樣就發展到「預設醫療指示」及「預設照顧計劃」的推行,不同的國家亦有為「預設醫療指示」立法。現在一個病人進入美國的醫院病房的第一個問題,很多時候就是問患者是否已經有「預設醫療指示」了。我們的鄰近地方新加坡已經在25年前為「預設醫療指示」立法及在民間推廣。

相對比這些地區,香港在預設醫療指示及預設照顧計劃的發展及推動明顯地落後,官方及醫院管理局的方向相對較其他地區保守。法律改革委員會自2004年開始討論,至2006年才達成一個決定,建議政府以「非立法形式」推動社會上應用「預設醫療指示」。及至2009年,食衛局才提出有關預設醫療指示的指引,但仍是沿用非立法形式的「預設醫療指示」。從2009年至2019年期間,簽訂了預設醫療指示的人數寥寥可數,不過民間(包括社福機構及安老服務機構)對預設醫療指示的推動卻相當積極,社區人士對預設醫療指示的認受性更多。不過,因為醫院方面態度比較被動,醫學界因為沒有預設醫療指示的立法而有不少憂慮,擔心簽訂預設醫療指示會有難以預測的法律責任等。

最後食衛局於2019年正式提出了「晚期照顧:有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議」 的公眾諮詢。諮詢期間不同的關注團體都進行了積極的推動,民間的反應是積極,大多歡迎有相

關的立法。政府最終於2020年7月發表了諮詢報告,並建議一系列的立法建議,計劃於2023年立 法通過,這將為香港在透過預設醫療指示以提升病人對生命自主的工作邁進重要一步,值得我們 欣喜。

新的立法建議主要針對在立法之前的幾項困擾:

確認「預設醫療指示」的法律地位

一直以來醫護界對於「預設醫療指示」的保留及憂慮是醫務人員的權責問題,2006年的法改會 建議不立法而在普通法下推行自願參與「預設醫療指示」,其實未有正視問題。在現行的「預設 醫療指示丨下,必須有一名醫生做「預設醫療指示丨訂立時候的見證人,但在實際執行時,絕大 部份醫療人員未能弄清楚這個「見證人」的含意,更有部份朋友認為幫手見證不知道會不會將來 負上法律的責任。更甚者,一些更可能直接問希望訂立「預設醫療指示 | 的病人:「你是不是想 死? | 。凡此種種都是因為在未有一條法例清楚指明「預設醫療指示 | 的法律程序及相關的推廣 及宣傳,今醫學界難於理解。另一個在非立法機制下的困擾,就是在執行相關「預設醫療指示丨 的時候,當一個垂危的病人出示「預設醫療指示」,醫護人員也可能憂慮到如果執行不提供維持 生命的治療,會不會有法律責任及相關的保障?救護車的救護人員面對著提供「預設醫療指示丨 的死者時仍進行急救就是一個明顯的例子。所以,透過立法制定「預設醫療指示」的簽訂程 序、法律地位及見證簽訂的醫生角色及責任,更重要的就是透過立法確定一份「預設醫療指示| 的法律地位後,醫護人員便會清晰地瞭解,執行一份合法的「預設醫療指示丨對他們的法律 保障,這才更有效地在各醫院及醫療機構廣泛地推動及執行,讓病人真的能有自主選擇維持生 命治療的權利。

將「不進行心肺復蘇」的文檔納入立法建議

在現有的「預設醫療指示」的安排下,救護車救護人員在接到召喚的情況下,救護人員難以確定 究竟病者是否處於末期情況而不應進行心肺復蘇法。新的立法將可鼓勵更多十八歲以上的成年人 在未有末期疾病時候,以預防形式訂立個人的「預設醫療指示丨,令救護人員在接獲召喚時候對 是否需要進行急救程序能有確切的根據進行判斷。因此,在諮詢期完結後,建議立法制訂「不進 行心肺復蘇上的醫療檔具有法律效力,這樣救護人員面對一個持有有效的「不進行心肺復蘇」 檔,便可以依循其指示不作急救,正正解決過往十年來一些持有「不進行心肺復蘇」文件的末期 病人仍要無奈地接受急救的困擾。

修訂死因條例讓安老院舍院友可以在院舍自然死亡

香港每年有過萬名居於安老院舍的院友因病去世,根據筆者的研究發現在院舍死亡的長者中,有百份之五十是因為現存的慢性疾病而致死。不少在患病末段的院友,其實我們都可以預測到他們六至十二個月內可能死亡,很多家人及長者院友都指出,在末期病患的時候期望能在院舍安然離世。自2016年開始的賽馬會安寧頌安寧在院舍計劃,正實證了院舍院友及家屬對院舍推行「臨終安寧照顧」的需要。奈何按死因條例的規定,在安老院舍內的院友就算自然死亡,也須要轉介死因研究,所以現時基本上當院友臨終時,院舍都要把他們送往急症室!在新的立法建議下,醫生對院舍長者診治後,如果院友是在院舍內自然死亡,註冊醫生可以替院友簽署「醫學證明死亡文件」(Form 18),不須呈報死因研究。這個新的立法建議,將可以容讓有充分條件進行臨終安寧照顧的院舍,為有需要的長者安排在院舍渡過人生最後階段,而不需要於疾病末期的數月奔波於入院及出院的困擾。

我們都期待著新的立法建議會在2023年如期於立法會三讀通過,讓香港在推展安寧緩和療護工作上跨進一大步。不過,在通過立法後仍然有一些必須的配套發展:

- 1. 制訂網上的普及教育資料,推動有關「預設醫療指示」的社區推廣及教育,向醫護及安老服務 專業人士進行相關教育及宣傳;
- 2. 制訂標準的「預設醫療指示」通用文本,使文本可於醫院管理局、各私營醫療機構及私人執業 醫生共同使用及互相確認並尊重;
- 3. 制訂標準的「不進行心肺復蘇」通用法定文本及相關宣傳及教育;
- 4. 為安老及殘疾院舍發展安寧緩和療護改善相關的設施、人力資源及醫療配套,讓院友及家屬可以有撰擇地於上述院舍渡過最後的階段。

晚期照顧與支援在社區

香港大學社會科學學院「賽馬會安寧頌|計劃項目副總監

陳君寧女士

預計需要社區安寧照顧的人口基數

由2020年起,香港每年的死亡人口約五萬,以2021年為例,51,536名死亡人口中,65歲或以上的長者佔80%,當中因慢性疾病(如癌症、心臟病、腦血管病、慢性腎病、慢性呼吸道疾病、糖尿病及認知障礙症等)而死亡的長者超過23,000人,同樣死於這些慢性疾病的15至64歲人士有 6,000多人。患有這些嚴重慢性疾病的臨終病人,身體多每況愈下,令他們在離世前的照顧需要日益增加。有本地研究曾指出,在離世前的6個月中,患末期疾病的病人平均5個月都在社區接受照顧,而當中又以居家的佔大多數。預設醫療指示及在居處離世的立法,原意是要提升病人的選擇權及自主權,當中,臨終醫療及離世地點的決定只是晚期照顧歷程的一部份,照顧地點和方式對病人及家屬的生活質素有著莫大影響,但建議中的立法都未能涵蓋。故此,在立法的同時,我們必須發展社區對臨終病人的系統性支援服務及配套,不單止是醫療服務,同時在照顧上切實地為病人及家屬提供選擇。

社區晚期病人及其家屬面臨的挑戰

晚期病人均在不同程度上受到身體症狀的困擾,如:疼痛、氣促、虛弱無力、食欲不振等等。此外,有研究曾指出,約43%-46%的晚期病人在生命最後一星期時會出現焦慮及/或抑鬱的症狀,心理困擾在晚期病人群體中普遍存在,但卻往往被忽略。對於居家照顧的晚期病人,家屬照顧者不僅要面對病人即將離世的傷痛,還要處理複雜的症狀管理、大大小小的醫療決定和照顧安排。相對病人而言,家屬照顧者經歷的情緒困擾,實有過之而無不及。更糟糕的是,當晚期病人身體情況急轉直下且缺乏適切的護理支援時,家屬迫不得已只能選擇送院,但往往因病床緊絀,患者在短時間內反覆出院入院,周而復始地往來醫院與社區的「旋轉門效應9」,增加了病人及家屬的倦怠感。

現時,由醫管局及數間非牟利的獨立寧養中心對晚期病人所提供的專門服務,都以住院服務為主。截至2018-2019年度,於醫管局紓緩治療專科門診及日間服務就診的人次約12,000,參考每年死於慢性疾病的人數,這就反映了不少晚期病人未能得到相應支援。在社會福利署資助的部份社區服務中,例如:綜合家居照顧服務、改善家居及社區照顧服務、嚴重殘疾人士家居照顧服務等等,理論上雖能為居家的晚期病人提供一定的家居支援,但需輪候等待。根據截至2022年11月底的數據,綜合家居照顧服務(體弱長者)及改善家居及社區照顧服務的平均輪候時間達6個月,

^{9 「}旋轉門效應」為台灣用語,指患者在短時間內反覆進出醫院的行為。本文借用指出患者往返於醫院和社區的處境。

對平均壽命只有6個月的晚期病人,不能提供及時的協助。過去十年,醫管局及政府雖積極推行離院長者支援計劃,以減少長者因缺乏社區支援而短期內多次緊急入院的情況,但這些以復康為目標的過渡性服務,一方面時限較短,如八星期至四個月不等;另一方面,未能對晚期病人及家屬提供針對性支援,如面臨病情每況愈下及瀕死時的照顧抉擇及心理困擾。過去數年「賽馬會安寧頌」計劃為約1,400名居家晚期病人提供了居家安寧照顧,在接受安寧照顧服務前的一個月內,接受評估的個案當中只有6%接受過社署資助的居家支援服務;1.2%接受過長者中心或家庭服務中心提供的社交心理支援服務;不足1%接受過照顧者支援服務。由此可見,社區對晚期病人及家屬的支援,尤其是在心理及照顧者支援方面,較為不足。

建構整全的社區安寧照顧系統

優質的社區安寧緩和療護服務需具備以下六項元素: (一)跨專業服務團隊、(二)症狀管理、(三)全人照顧、(四)關懷慈愛的服務提供者、(五)及時和需要為本的服務、及(六)預備病人及家屬面對疾病進程中的改變與需要。就本港而言,為了讓在社區中的晚期病人及家屬隨時隨地都能得到無縫及全面的支援,除了上述要素,我們更需加強醫社合作,並優化安寧緩和療護服務團隊與現行相關服務的協調。

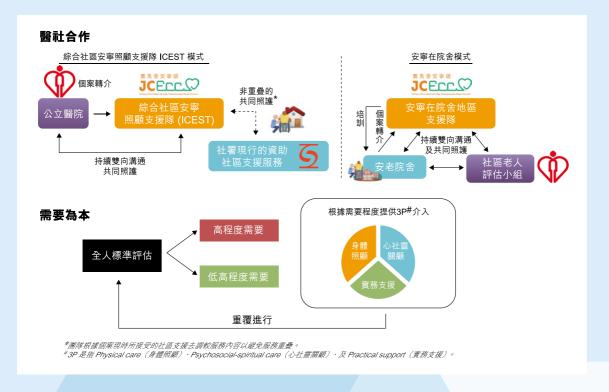
為實現該目標,自2016年始,「賽馬會安寧頌」計劃研發了可持續的社區安寧照顧服務模式,分別是以居家患末期疾病的長者為對象的「綜合社區安寧照顧隊」(ICEST),以及以安老院舍院友為對象的「安寧在院舍」計劃。兩項服務均由社福機構營運的安寧照顧專業團隊(包括社工、護士、照顧員、義工等)提供。如圖一所示,兩項服務均秉承醫社合作的理念,ICEST與公立醫院的紓緩科、腫瘤科及老人科緊密合作,而「安寧在院舍」地區團隊與社區老人評估小組及安老院舍合作,並於服務開展前為安老院舍提供系統性安寧照顧培訓。安寧照顧團隊以需要為本,根據對病人及家屬的標準化恆常評估結果,針對病人及家屬身心社靈的需要,以提供 3P 服務 — 身體照顧 (Physical care)、心社靈關顧 (Psychosocial-spiritual care),及實務支援 (Practical support)。為實現對晚期病人有效的協同照護,以避免與現行服務的重疊,安寧照顧團隊亦與合作單位設立了標準化的轉介流程和有效的雙向溝通管道。

截至2022年9月,已有超過3,700名居家或居於安老院舍的晚期病人及其家屬接受過安寧照顧服務。數據分析結果表明,在接受服務的三個月後,病人的身心社靈都得到顯著提升,身體症狀、焦慮、抑鬱、生活實際困難均獲得22%、33%、34%及40%的改善;家屬照顧者的照顧壓力、焦慮、抑鬱、面對緊急醫療決定的焦慮等分別下降26%、21%、52%及25%。在病人離世後,97%的喪親家屬只出現低風險的複雜性哀傷性反應。就醫療資源的使用而言,較一般的晚期病人¹⁰,接受服務的病人於離世前六個月的入院日數減少了15.5天、急症室的使用減少了0.6次,而入住深

¹⁰ 是次研究採用由醫院管理局收集的已故晚期病人的醫療服務使用數據作為比較。

切治療病房的日數則減少0.3天。在新冠狀病毒疫情期間,安寧照顧團隊加強遙距支援(例如使用 視像會議及電話等提供護理資訊及心理支援),並維持有限度的實體服務,繼續支援晚期病人及 家屬。2019至2022年期間,社會投資回報率分析(SROI)反映,ICEST的產出比起其資源投入高出 至少一倍,且在 2021及2022年的經濟效益更高。可見兩種安寧照顧服務模式均能有效地提升病人 及家屬的生活質素,促進醫院資源更高效的使用,具有很高的可持續性。

圖一「賽馬會安寧頌」計劃的社區安寧照顧模式



社區安寧照顧何去何從?

醫管局制定的《紓緩治療服務策略》以及《2022年至2027年策略計劃》,以至預計今年會於立法 會討論的有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法,皆反映政府及醫管局對拓展社區安寧照顧 的重視。「賽馬會安寧頌|計劃研發的安寧照顧模式對本港發展恆常化社區安寧照顧系統具有重 要參考價值,包括醫社合作標準流程、全人評估、需要為本的多元介入、疫情下的遙距線上支援 等等。同時,高等教育及社福機構在專業培訓及公眾教育方面擔當重要角色,對培育未來的安寧 照顧專業人才、提升各服務單位的同工專業能力、促進大眾對安寧照顧的認識,推動晚期病人及 家屬友善社區發展意義深遠。

參考資料:

Lau, K. S., Tse, D. M. W., Chen, T. W. T., Lam, P. T., Lam, W.M. & Chan, K. S. (2010). Comparing noncancer and cancer deaths in Hong Kong: a retrospective review. Journal of Pain and Symptom Management, 40(5), 704-714.

Kozlov, E., Phongtankuel, V., Prigerson, H., Adelman, R., Shalev, A., Czaja, S., . . . Reid, M. C. (2019). Prevalence, severity, and correlates of symptoms of anxiety and depression at the very end of life. Journal of Pain and Symptom Management, 58 (1), 80-85.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. CMAJ: Canadian Medical Association journal, 170 (12), 1795 - 1801. https://doi.org/10.1503/cmaj.1031205

Seow, H., & Bainbridge, D. (2017). A review of the essential components of quality palliative care in the home. Journal of Palliative Medicine, 20 (Suppl 1), S37 - S44.

Van Lancker, A., Velghe, A., Van Hecke, A., Verbrugghe, M., Van Den Noortgate, N., Grypdonck, M., . . . Beeckman, D. (2014). Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Pain and Symptom Management, 47(1), 90-104. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.016

香港特別行政區政府統計處(2020)。1986年至2020年香港死亡趨勢。取自:https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product-FA100094/att/B72111FA2021XXXXB01.xlsx

香港特別行政區衞生署衞生防護中心(2022)。二零二一年按主要死因、性別及年齡組別劃分的死亡數目。取自:https://www.chp.gov.hk/tcstatistics/data/10/27/340.html

香港特別行政區立法會衞生事務委員會(2019)。立法會衞生事務委員會2019年11月8日會議。議程III:晚期照顧:有關預設醫療指示和病人 在居處離世的立法建議。取自:https://www.legco.gov.hk/yr19-20/chinese/panels/hs/papers/hs20191213cb2-349-6-c.pdf

香港特別行政區社會福利署(2022)。 有關「輪候資助長者社區照顧服務的人數」及「輪候時間」的統計數字。取自:https://www.swd.govhk/ storage/asset/section/2789/tc/LTC_Statistics_CCS(Chi)(Nov_2022).doc

醫院管理局(2017)。 *紓緩治療服務策略*。取自:https://www.ha.org.hk/haho/ho/ap/PCSSF_c.pdf

醫院管理局 (2021)。 2022 年至2027年策略計劃。取自:https://www.ha.org.hk/haho/ho/ap/HA_StrategicPlan2022-2027_TC_211216.pdf

賽馬會安寧頌(2021)。綜合社區安寧照顧支援隊(ICEST):專業同工工作指引(上冊)。取自:http://www.socsc.hku.hk/JCECC/1B ICEST% E5%B0%88%E6%A5%AD%E5%90%8C%E5%B7%A5%E5%B7%A5%E4%BD%9C%E6%8C%87%E5%BC%95%28%E4%B8%8A%E 5%86%8A%29.pdf

賽馬會安寧頌(2021)。*安老院舍晚晴照顧實踐手冊*。取自:http://www.socsc.hku.hk/JCECC/HKAG%E9%A6%99%E6%B8%AF%E5%B9%B 4%E8%80%81%E5%AD%B8%E6%9C%83 %E5%AF%A6%E8%B8%90%E6%89%8B%E5%86%8A v11%20%28FINAL%29.pdf

生死教育,What's next?

循道衞理亞斯理社會服務處副總幹事 美國高級安寧服務社工

梁梓敦先生

死亡一直以來都被認為是華人文化中的禁忌。過去社會普遍認為長者對死亡尤其忌諱,以致生死 教育應該集中在長者服務中推行。可是,多年前已有本地大學的研究發現,相比起成年人及年輕 人,長者對死亡的接受程度較高。同時間,大家都察覺到死亡並非只有長者才會經歷,特別在疫 情期間,很多兒童、青少年、智障人士等昔日較被忽略的群組,都會經歷喪親和悲傷。因此,過 去數年,在多個慈善基金的支持下,服務不同對象的社會服務機構都紛紛舉辦不同類型或規模的 生死教育活動,當中包括講座、工作坊、大型展覽、戲劇表演等。這百花齊放的情景,確實提高 社會大眾對死亡的接受程度,躺棺材和遊墳場等畫面,間中都會在報紙或電視紀錄片中見到。既 然生死教育在社會已取得一定成果,那麼生死教育的下一步又該何去何從?

牛死教育的定義及重點

在分享生死教育的未來發展時,首先必須要釐清何謂生死教育。筆者在2019年編寫的書《生死 教育講呢啲》曾經指出,生死教育的重點是「從死看生,及早預備,活好當下丨。無論舉辦甚麼 形式的活動,生死教育都先會帶領參與者由死亡出發,但最終必須要連繫與生命有關的討論和反 思,因此「從死看生」是生死教育的路徑。至於活動的目的,就是「及早預備」和「活好當下」。 由於無人能夠預測死亡何時發生,因此生死教育就是鼓勵參與者盡早為自己和身邊人(兩個對象) 的死亡做好心理和實務(兩個範疇)的準備。另外,死亡的不確定性是無法避免,為免在死亡來 臨時感到遺憾和自責,唯有好好把握和珍惜現在仍然擁有的人和事物。

由概念到行動

過去香港推行的生死教育活動普遍以知識增長或改變態度為目標。例如透過講座或參觀墳場,讓 長者瞭解本港的殯葬服務內容;又或者激請律師講解訂立遺囑的細節和內容。另一方面,有機構 會舉辦工作坊或展覽,期望透過體驗活動及參加者間的深入交流,讓他們反思生命的意義和價 值,同時減輕對死亡的恐懼。上述的活動當然值得繼續舉辦,但經過不同機構多年來的努力後, 有部份人士應該可以進入採取行動的階段。例如以預設照顧計劃作主題的活動,除了介紹和分享 訂立計劃的重要性外,可同時安排受訓人士即時幫參與者整理一本預設照顧計劃紀錄冊,將他們 對醫療、身後事及個人心願等重要決定清楚記錄下來。除此之外,可教育參加者一些簡單溝涌技 巧,好讓他們能夠與家人分享自己的預設照顧計劃。

由大眾到小眾

在大約十年前,主辦生死教育的機構都會以長者或臨終病人作為主要服務對象,原因是他們的生命較接近死亡,所以需要生死教育的迫切性亦比其他人高。後來,愈來愈多機構察覺到長者和病人的家屬更加不願意談論死亡,以致有不少活動開始提供給家屬或社會大眾,而且亦錄得正面成效。時至今日,以大眾為目標的生死教育當然要繼續推行,但同一時間,亦應該逐漸將生死教育推廣至社會中的小眾群組。少數族裔、智障人士、精神病康復者、殘疾人士、兒童及性小眾人士都必然會經歷死亡和哀傷,可是他們卻容易被主流社會忽略或邊緣化,從而令接觸生死教育的機會都會減少。小眾群組由於缺乏機會認識生死教育,因此他們在面對死亡時,往往比主流大眾更為無助和艱難,亦較容易引起嚴重精神問題。生死教育的理念是希望每一個人都能夠有尊嚴地面對死亡,既然香港現時在推行生死教育方面已經頗為成熟和成功,現在絕對是適當時機讓社會上的小眾群組都能夠得到平等和充分機會獲得這些重要知識。

由生死教育到失去教育

過去數年,或者有不少人都曾體驗,除了「死別」會帶來悲傷與失落,原來「生離」都絕不輕鬆。尤其對一些長者來說,與自己的子孫分隔異地,然後只剩下自己孤獨一人留在香港生活,那份難過的程度甚至比死亡更高。有部份長者即使與家人一起移居外地,但卻失去了數十年熟悉的居住環境和生活習慣,情緒難免會有低落。大部份人在生命的上半場,都會擁有很多事物;可是,隨著年齡漸長,在生命的下半場,失去會逐漸取代擁有。最初,人會先失去工作和收入,之後會失去因工作帶來的關係和地位。跟著,會失去自己的健康,以及伴隨的生活興趣和習慣。再之後會失去自己身邊所愛的人。最後,是失去自己的生命。

談論失去比死亡更容易得到不同人士的接受和共鳴,因為有些人在生命中可能仍未經歷過死亡,但就已經面對多次失去,例如失業、失戀、失學、失婚、搬屋、朋友移民等等。即使是小孩子,他們都會經歷失去喜愛的玩具,又或父母須要工作而減少陪伴孩子的時間。其實每個人在每天的生活中都會一點一滴地失去時間和生命,可是很多人卻沒有察覺,亦甚少為失去作好準備。整體來說,在生命中遇到失去的機率必然比死亡高。雖然生死教育應該繼續推行,因為它能成功地幫助人面對死亡帶來的別離,但在死亡以外,生命仍然有很多在世的分離,因此社會都值得開始討論和提倡失去教育。

總結

香港作為一個以中華文化為主的城市,難免對死亡避而不談,然而經過不少機構及熱心人士在過 去十多年努力推動生死教育,社會大眾對死亡的接受程度明顯提高。由於香港將會面對愈趨嚴重 的老齡化問題,因此現在是適當時候承傳過去的智慧,然後共同探索本港生死教育的未來路向。 期待將來有更多關於本港的生死教育研究,以提供實證讓政府和不同持份者作出長遠規劃,好讓 社會能有效迎接未來的轉變和挑戰。

參考資料:

伍桂麟、鍾一諾、梁梓敦。(2019)。生死教育講呢啲。明窗出版社。

附件:從數據看香港紓緩 治療的面貌

一 有關醫管局紓緩治療服務之數字

醫管局以聯網為本,統籌和協調紓緩治療服務。現時,醫管局轄下七個聯網均有為患有危疾重症的病人提供紓緩治療服務。紓緩治療服務旨在為患有危疾重症的病人和家屬提供身體、心理、社交和靈性的全人治療。紓緩治療住院服務主要照顧有嚴重症狀及多種需要的病人。醫管局也會按病人需要提供其他非住院的紓緩治療服務,主要由公立醫院主診醫生轉介,部份醫院同時接受私家醫生或自行轉介,轉介後由紓緩治療科醫生主理,因應病人情況,由護士、病人及家屬一起商討探訪時間及頻密次數。服務包括門診、日間紓緩治療,以及家居護理服務,以減少不必要的住院治療,為社區的病人提供更好的支援。此外,醫管局也會為病人家屬提供哀傷輔導。

而在醫管局的年報當中,2019-2020年前的年報主要以寧養科 (Hospice Care) 作為專科統計單位,而2020年後以紓緩治療科 (Palliative Care) 作為專科統計單位。過去5年,相關病床的數目並無大幅的變化,全港紓緩治療科 (Palliative Care) 的病床為400張以下。醫院療養科 (Infirmary)專科病床的數目近年有減少之勢,由2017年的2,041張減至2022年的1,981張。療養科病床住用率(%) 長年維持約80-90%。同時,療養科住院病人平均住院時間由2017年約4.6個月增加至6個月的時間。療養科病人每日成本亦由2017年的每人每日港幣1,640元增加至2022年的2,100元。

惟2021-2022年度醫管局年報並無繼續公開療養科紓緩治療住院及日間住院病人出院人次及死亡人數、病人平均住院時間的資料。醫管局年報對非住院的紓緩治療服務的資料亦從缺。

據2019年立法會資料,醫管局轄下支援末期病人和家屬的人手有約40名醫生、300名護士及60名專職醫療人員(按相當於全職人員的人手計算)提供有關服務。

表一 過去五年醫管局各項紓緩治療服務使用情況的統計數字

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
醫院紓緩治療 (Palliative Care/Hospice Care) 病床數目 ⁽¹⁾	379	379	397	397	397
醫院護養服務 (Infirmary) 病床數目 ⁽¹⁾	2,041	2,041	2,041	2,001	1,981

過去五年醫管局各項紓緩治療服務使用情況的統計數字 表一

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
療養科住院及日間住院病人 出院人次及死亡人數 ⁽¹⁾	3,407	3,083	3,155	2,788	nil
療養科住院病床住用率(%)(1)	89	89	89	82	85
療養科住院病人平均住院時間(日) ⁽¹⁾	139	121	177	180	nil
矛緩治療專科門診(臨床)就診人次 ⁽²⁾	13,372	12,645	nil	nil	nil
療養科住院服務每名出院病人成本(港元)(1)	239,970	268,570	282,340	nil	nil
療養科病人每日成本(港元) ⁽¹⁾	1,640	1,690	1,810	2,070	2,100
矛緩治療職員家訪次數 ⁽²⁾	37,925	44,082	nil	nil	nil
// / / / / / / / / / / / / / / / / / /	12,631	12,201	nil	nil	nil
舒緩治療職員提供哀傷服務次數 ⁽²⁾	3,918	3,610	nil	nil	nil
備注:nil 為未有相關資料					

佣注·Ⅲ 為木有相關質科

參考資料:

- (1) 醫院管理局 (2018-2022)。醫管局2017-2022年度統計年報。醫院管理局。瀏覽自https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_text_index. asp?Content ID=212441&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent ID=10221&Ver=TEXT
- (2) 立法會(2019)。立法會衛生事務委員會2019年11月8日會議議程Ⅲ:晚期照顧:有關預設醫療指示和病人居處離世的立法建議。立 法會CB(2)349/19-20(06)號文件。立法會,2019年12月11日。瀏覽自:https://www.legco.gov.hk/yr19-20/chinese/panels/hs/papers/ hs20191213cb2-349-6-c.pdf

表二 2021-22 年度(截至3月31日)醫管局按專科及聯網/醫院劃分的醫院療養科病床數目

聯網	提供住院服務的醫院/護養院	病床數目
港島東醫院聯網	5	627
港島西醫院聯網	3	200
九龍中醫院聯網	2	250
九龍東醫院聯網	1	76
九龍西醫院聯網	3	196
新界東醫院聯網	3	497
新界西醫院聯網	1	135
療養服務協作計劃(公私營協作計劃)		64
合共	18	2,045

資料來源:

醫院管理局(2022)。醫管局統計數字:按專科及聯網/醫院劃分的醫院病床數目(截至各年度的三月三十一日)。 醫院管理局。瀏覽自 https://www3.ha.org.hk/Data/HAStatistics/MajorReport?language=tc。瀏覽日期: 2022年12月16日。

二 有關預設醫療指示的數字

香港的末期疾病患者為數眾多,他們的晚期醫療照顧質素,近年備受社會關注。法 律改革委員會在2006年曾作出相關建議,政府於2009年就此諮詢公眾。

不過,有鑒預設醫療指示當時仍被公眾視為忌諱,政府在2010年決定「未適宜」以立法形式推 行有關安排。醫院管理局(醫管局)自2010年起以行政方式推行預設醫療指示,於2010年7月制 訂了預設醫療指示的指引及表格範本。其後於2012年8月在「臨床醫療管理系統|開始標示由醫 管局醫生見證的預設醫療指示作出提醒,以利臨床溝通。現時,當病人於醫管局簽署包括不作 心肺復甦術的預設醫療指示後,醫生可以在「臨床醫療管理系統」作出提醒標示,讓其他醫護人 員知道病人已簽署預設醫療指示。2012年至2018年期間只有5.561份向醫管局作出的預設指示。 每年醫管局病人簽署預設醫療指示之數字如下:

表三 2012 年至 2018 年已簽署預設醫療指示之數字

年份	月份	已簽署預設醫療指示之數字
2012	8月21日至12月31日	150
2013	1月1日至12月31日	325
2014	1月1日至12月31日	491
2015	1月1日至12月31日	706
2016	1月1日至12月31日	937
2017	1月1日至12月31日	1,395
2018	1月1日至12月31日	1,557
總計		5,561

資料來源:

立法會(2019)。立法會十五題:預設醫療指示。立法會,2019年5月22日。

市民對有關預設醫療指示瞭解有限,而醫生亦不熱衷為病人的預設醫療指示作見證人,加上其他 執行上的問題,公眾反應迄今頗為冷淡。醫管局並沒有備存有關接獲有效預設醫療指示表格及按 指示內容執行的統計數據。此外,醫管局亦沒有備存有關公立醫院病人向醫護人員出示並非按醫 管局表格範本作出的預設醫療指示(例如在私家醫生見證下簽署的預設醫療指示)的統計數據。

2018年的醫管局病人已簽署預設醫療指示(拒絕心肺復甦術)之數字主要來自不同的寧養服務專 科(45%),其次是腫瘤科(28%)以及內科(25%)等。如果以當年療養科住院及日間住院病人 出院人次及死亡人數3,407人計算百分比,只有約20%左右的寧養科病人有簽署預設醫療指示。

2018年醫管局病人已簽署預設醫療指示(拒絕心肺復甦術)之數字 表四

專科	已簽署預設醫療指示 (按專科)指示數	佔整體百分比 (%)
寧養服務	704	45.2
腫瘤科	435	27.9
內科	389	25.0
外科	15	1.0
耳鼻喉科	5	0.3
骨科	2	0.1
康復科	2	0.1
婦科	2	0.1
加護病房	1	0.1
其他	2	0.1
總計	1,557	100

資料來源:

立法會(2019)。立法會衛生事務委員會2019年11月8日會議議程Ⅲ:晚期照顧:有關預設醫療指示和病人居處離世的立法建議。 立法會CB(2)349/19-20(06)號文件。立法會,2019年12月11日。瀏覽自: https://www.legco.gov.hk/yr19-20/chinese/panels/hs/papers/ hs20191213cb2-349-6-c.pdf

三 香港死亡相關的數字

過去兩年(即2020年及2021年),香港人口的死亡人數分別為50,653及51,536人¹¹。根據政府統計 處¹²於2020年9月公佈的人口數據預測,預計2023-2032年的死亡人數表列如下:

表五 2023-2032年預計死亡人數

年份	預計死亡人數
2023	53,500
2024	54,300
2025	55,100
2026	55,900
2027	56,800
2028	57,800
2029	58,700
2030	59,800
2031	61,100
2032	62,400

死亡人數估計至2057年達至高峰,預計死亡人數為1,023,000人。

¹¹ 香港衛生署衛生防護中心(2021)。二零零一年至二零二一年主要死因的死亡人數。 自: https://www.chp.gov.hk/tc/statistics/data/10/27/380.html

¹² 香港統計署(2020)。香港人口推算2020-2069。自: https://www.statistics.gov.hk/pub/B1120015082020XXXXB0100.pdf

2021年香港有51,536人身故。當中79%死亡原因主要與疾病有關。當中持續接近 30%是死於癌症。對比2012年及2021年間死因的百分比變化,除了受2019年以來新 冠病毒死亡人數影響較大外,認知障礙症出現的增長變化亦值得注意。

表六 2021年主要死因的死亡人數

死	3	2021 (身故人數)	該死因佔整體百分比 (%)
1.	惡性腫瘤	15,108	29%
2.	肺炎	9,832	19%
3.	心臟病	6,595	13%
4.	腦血管病	3,126	6%
5.	疾病和死亡的外因	1,983	4%
6.	腎炎,腎變病綜合症和腎變病	1,781	3%
7.	認知障礙症	1,498	3%
8.	敗血病	1,249	2%
9.	慢性下呼吸道疾病	1,059	2%
10.	糖尿病	548	1%
其他原因		8,757	17%
綜合	合所有原因	51,536	100%

資料來源:

香港衛生署衛生防護中心(2021)。二零零一年至二零二一年主要死因的死亡人數。自:https://www.chp.gov.hk/tc/statistics/ data/10/27/380.html

對比2012年及2021年間主要死因的百分比的變化 表七

	該死因佔當年整體百分比				
死因	2012年 (%)	2020年 (%)	2021年(%)	2021年對比 2012年百分比(%)	
惡性腫瘤	30.2	29.2	29.3	-0.9	
肺炎	15.7	18.5	19.1	3.4	
心臟病	14.3	13.0	12.8	-1.5	
腦血管病	7.4	6.2	6.1	-1.4	
疾病和死亡的外因	3.6	4.0	3.8	0.2	
腎炎, 腎變病綜合症和腎變病	3.7	3.4	3.5	-0.2	
慢性下呼吸道疾病	4.5	2.3	2.1	-2.5	
認知障礙症	2.0	2.9	2.9	0.9	
敗血病	1.9	2.2	2.4	0.5	
糖尿病	0.9	1.2	1.1	0.2	
所有其他原因	15.6	17.2	17.0	1.4	
	100%	100%	100%		
當年死亡人數	43,672	50,653	51,536		

資料來源:

香港衛生署(2022)。香港健康數字一覽。瀏覽自:https://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hs/ statistics_hfhk.html

四 香港殯葬設施規劃

香港的殯葬服務及設施長期供不應求,近十年政府鋭意增加相關的基建,當中以公眾骨灰龕位 尤甚。沙嶺「超級殯葬城」的計劃為香港食物及衛生局提議於香港邊境禁區文錦渡沙嶺興建的一 座超級殯葬城,提供香港首座包括殯儀館、火葬場及骨灰龕等一條龍公眾殯儀及火葬設施的服 務。計劃早於2012年提出,於2017年財委會大比數通過撥款,預計於2022年落成,然而計劃到了 2020年7月13日,卻在立法會財委會上遇到阻力,政府最終要撤回撥款申請。

對遺體停放設施的需求

大部份病逝的公眾遺體會停放於醫院的殮房(未有相關數字),而急症室病逝及非正常死亡個案 (包括在家離世個案)的遺體則須要移送至公眾殮房。同時,護養院、殯儀館以及個別服務單位 亦有少量遺體停放的冷凍設施。現時,香港共有四間公眾殮房,其中域多利亞公眾殮房、新界 東沙田的富山公眾殮房和新界西的葵涌公眾殮房為衛生署轄下法醫服務的專門設施,供須按《死 因裁判官條例》(第504章)向死因裁判官呈報的死亡個案進行遺體法醫檢驗時使用。另外,位 於九龍紅磡的九龍公眾殮房則預留作在緊急情況下存放遺體。域多利亞、富山和葵涌三間公眾殮 房的原先固定遺體存放量為506具,而在長假期後和冬季,它們的使用率通常會達至飽和,以 致須要開放九龍公眾殮房以存放三間公眾殮房在飽和後未能存放的遺體。重置富山公眾殮房工程 於2018年7月獲立法會財務委員會批准撥款興建。新富山公眾殮房內供存放約830具遺體的冷藏 室已分階段於2022年3月及4月完工並交予衞生署。衞生署於2022年提出重置域多利亞公眾殮 房, 重置後供存放共358具遺體。

香港四間公眾殮房遺體存放量 表八

公眾殮房	現時及未來幾年可供存放遺體數量 (具	(計)
域多利亞公眾殮房	358	域多利亞公眾殮房及 —— 富山公眾殮房正進行
富山公眾殮房	830	重置工程
葵涌公眾殮房	220	
九龍公眾殮房	1,350	只用作緊急使用
總數	2,758	

問卷調查

我們希望聽取你對政策報的意見。請將本版列印後填寫,並傳真至2864 2999或電郵 至 policybulletin@hkcss.org.hk。意見調查資料經收集後會用作本會統計及參考之用。

對政策報的意見

1.你對政策報有何意見?(請選	擇1至	5分,1為	最低分	,5為鼠	最高分。)		
:	最低				最高		
所選政策的合適性	1	2	3	4	5		
分析的可讀性	1	2	3	4	5		
內容深淺的適中性	1	2	3	4	5		
資料的實用性	1	2	3	4	5		
2.你認為政策報未來應包括什	麼政策	呢?					
3.你對政策報的其他意見:							
背景資料 4.你所屬的主要界別是: a. □ 政界 b. □ 商界	C.	□ 學術:	界	d	〕新聞界	e. □ 社福界	
f. 🗌 其他專業界別:(請註明)						
姓名(自由填寫):							
聯絡電話/電郵(自由填寫)	:						



讀者意見

你對今期政策報探討的議題有什麼想法?歡迎讀者來信,傳真至2864 2999或電郵至 policybulletin@hkcss.org.hk與我們分享。

昔日政策報

瀏覽昔日政策報,可登入https://www.hkcss.org.hk/機構傳訊/出版刊物/社聯政策報/

創刊號 - 香港2012 - 特首對香港應有什麼承諾?

第二期 - 香港醫護融資改革:可以兼顧公平、質素、選擇嗎?

第三期 - 香港的退休制度 - 給你信心?令所有人憂心?

第四期 - 扶貧紓困由地區做起

第五期 - 香港需要一個公民社會政策嗎?

第六期 - 市區重建

第七期 - 從香港勞工面對的挑戰 看勞工政策的發展方向

第八期 - 逆按揭 第九期 - 醫保以外:醫療服務質素

第十期 - 市民福利的社會規劃

第十一期 - 住房的價值:房屋政策新探

第十二期 - 住房的條件:房屋政策新探(續)

第十三期 - 「回到社會政策ABC:社會發展的道德價值基礎 |

第十四期 - 人口發展政策 目標的思索

第十五期 - 少數族裔在香港

第十六期 - 移民政策與社會發展

第十七期 - 社會企業:如何推動社會創新之路

第十八期 - 香港好青年

第十九期 - 從長期護理服務看安老: 政策與實踐

第二十期 - 香港退休保障:何去何從?

第二十一期 - 何謂真 香港人?

第二十二期 - 從不同社群角度看 2012 - 2017年特區政府施政表現

第二十三期 - 香港基層醫療: 反思與前瞻

第二十四期 - 支援照顧者

第二十五期 - 兒童權利

第二十六期 - 社會福利處所規劃及設置

第二十七期 - 綜接檢討

第二十八期 - 過渡性房屋政策

第二十九期 - 劏房租務管制

第三十期 - 失業保障與實踐

第三十一期 - 基層醫療政策

第三十二期 - 移 ● 惑: 重構移民想像

促進公共政策質素 探究核心原則、價值

《社聯政策報》第三十三期

出版:香港社會服務聯會

地址:香港灣仔軒尼詩道15號溫莎公爵社會服務大廈13樓

電話:28642929

傳真:28642999

網頁:https://www.hkcss.org.hk/機構傳訊/出版刊物/社聯政策報/

電郵:policybulletin@hkcss.org.hk

版權屬香港社會服務聯會所有。歡迎轉載,惟轉載前須先取得本會同意。







意見回饋 下載昔日政策報