

2015年10月 第十九期

社聯政策報

POLICY BULLETIN

從長期護理服務看安老：政策與實踐

- 長期護理服務在香港
- 跨境安老是否一個選擇？
- 安老院舍的監管、融資與人手規劃
- 日本的服務經驗對香港的啟示



香港社會服務聯會
The Hong Kong Council of Social Service

目錄

2	-----	編者的話
3	-----	人口老化下的長期照顧服務現況及發展 香港理工大學社會政策研究中心主任鍾劍華博士
		分析與觀點
10	-----	● Long-term care in Hong Kong: Medico-social collaboration? Dr. Kong Tak Kong, Consultant Geriatrician, Princess Margaret Hospital
14	-----	● 從日本考察所見反思香港長期護理服務發展方向 香港社會服務聯會長者服務主任鄭浩賢先生
18	-----	● 國內營辦港人安老院舍的成果與挑戰 香港復康會高級經理（持續照顧）周惠萍女士 香港賽馬會深圳復康會頤康院院長莫思杰女士
22	-----	● 爭議中的長期照顧服務：從服務使用者觀點看香港長期照顧及居家安老服務的 融資及人力問題 老人權益促進會外務副主席）藍宇喬女士
30	-----	● 從法例出發看院舍和長期護理問題 立法會議員、香港理工大學應用社會科學系講師張超雄博士 張超雄議員助理、註冊社工盧浩元先生
		專訪
35	-----	● 長期照顧服務需要與安老院舍服務發展－ 專訪香港中國婦女會安老服務總監黃耀明女士
41	-----	問卷調查
42	-----	讀者意見
43	-----	昔日政策報

《社聯政策報》編輯委員會

主席 葉健民教授（香港城市大學公共政策學系教授）

成員 鍾劍華博士（香港理工大學應用社會科學系助理教授）

蔡玉萍教授（香港中文大學社會學系教授）

王惠梅女士（香港社會服務聯會社會發展專責委員會副主席）

羅偉業先生（香港社會服務聯會社會保障及就業政策專責委員會委員）

編者的話

人口老化現象，本來是一個值得可喜的發展，因為它意味著社會整體生活質素及醫療衛生水平的提升，令人可以活得更長久。然而，它也同時意味著生產力受損的挑戰，和為了讓老人家能尊嚴地度過晚年，而不斷增加的公共財政負擔。這差不多是所有國家共同面對的問題，香港也不能例外。我們今期以此為專題，希望能為業界提供一個全面的探討，以引發更多深度討論。

正如黃耀明的專訪中所言，長者長期護理涉及三個層面：個人護理、居住安排和健康照顧，環環相扣，缺一不可。當中，政府的角色自然至為重要。她既是重要的服務提供者，也有至為關鍵的服務監督角色，同時也有責任去協調各項相關政策。對此，鍾劍華、藍宇喬、張超雄和盧浩元的文章深入分析了政府的責任所在，值得細讀。江德坤的分析提出了一個更為重要的概念，就是長者照顧所需要的，實際上是一種醫療系統與社會的協同力 (medico-social collaboration)。換言之，安老服務是否周全妥善，還要求其他持份者——社區、家庭，照顧者和志願機構的共同努力，相互配合，而不可切割地去審視問題。

一如以往，我們也提倡透過外國經驗去擴闊我們的政策視野。鄭浩賢的專文分析了日本的情況，令我們深受啟發。日本方面的服務評級機制和個案跟進安排，非常值得參考。此外，近年我們也更積極利用境外資源，去紓緩安老服務供求失衡問題。至於內地的院舍的服務水平和相關配套情況如何，在發展過程中又遇到甚麼困難，也與我們息息相關。在這方面有實戰經驗的周惠萍和莫思杰專文分享他們的觀察，為我們深入剖析了內地院舍運作的情況，大家絕對不容錯過。

政策報編輯委員會主席 葉健民

人口老化下的長期照顧服務現況及發展



香港理工大學社會政策研究中心主任 鍾劍華博士

跟很多富裕地區一樣，香港社會的人口結構在過去二十年逐步邁向老齡化。現時，全港七百一十萬人中，65歲以上人口已超過一百萬，60歲以上人口更已是超過一百二十萬人，香港已可算是一個老齡社會了。未來廿年，於1940年代後期至60年代「嬰兒潮」出生的世代，會逐步進入老齡階段，人口老齡化的趨勢將會更為明顯。根據政府統計處的推算，至2041年，香港八百多萬人口中，65歲以上的人口將達百分之二十四，到了2047年更會接近人口總數的三成。

人口老化：從「社會現象」到「社會問題」

本來人口得享高壽，象徵社會進步，反映衛生環境改善及醫療水平提高，整體生活質素提升讓人得以活得更長壽，但同時人口老化也可被視為一個「問題」，因為這表示出生率可能追不上人口老化的速度，到了某個階段，會出現「生之者寡，食之者眾」的現象。面對人口老化，透過延遲退休及其他鼓勵勞動的政策，我們可以把個人的經濟活動年期延長，以減低對社會的依賴；同時鼓勵生育，讓青壯人口儘快得以補充。不過，大量的老年人口始終會為社會帶來一些新的需求，體弱長者及需要長期照顧的老年人，會對醫療及其他福利開支構成壓力。體弱長者及需要長期照顧的老年人會對醫療及其他福利開支構成壓力。如果整個社會不及早作出準備，人口老化確實可以演變成一個十分嚴峻的社會問題。香港社會正正是處於這樣的境況之中。

當人進入老年期，從工作崗位退下來，最重要的是有一個合理的退休收入來源，以維持合理的生活水平。在2000年底，香港政府推行「強制性公積金」制度，不過這個制度未能滿足到上述目標。對於高齡人口，除了要維持基本生活所需(包括住屋及一般日常生活的開支)之外，醫療和持續照顧所需要費用，往往亦是退休後的主要開支部分。有些人會早作籌謀，為晚年的生活及早作儲備，也有人會得到家庭成員的撫養，但一個社會如何在制度上為所有人作退休收入的部署，才是最重要。

香港的醫療服務及開支

醫療開支與長期照顧的開支雖然在定義上可區分開來，但事實上，兩者關係十分密切。從政策層面來看，它們也可以是互相補充的。對大部分人來說，醫療費用是十分高昂的，而在身體漸漸老化這一個漫長的過程裏，持續照顧所涉及的金額同樣可以是天文數字。

現時香港的醫療健康服務制度採用英國式的「國民保健服務」制度(National Health Services, NHS)。在這種體制下，醫療衛生開支主要由政府一力承擔，好處是「人人有份」，相對公平；同時，人均的醫療開支也會比實行社會保險及私人保險制度低，因為有限的醫療資源不需要耗費於分散的行政及各種審查程序上。不過，這種體制的最大缺點，除了是服務質素較低及創新能力可能會較弱外，在人口持續老化及疾病模式轉向長期病患化的情況下，政府公共財政的負擔亦會愈見沉重。因此，如何能長期、可持續地維持這種體制是一項重大挑戰。現時，奉行此制度的國家都在苦思如何推動改革，以增加其可持續性，香港也不例外，政府已意識到必須在公共資源上作出較長遠的規劃與安排。

過去二十年，香港的公共醫療開支由九十年代的不足一百億元，上升至今天超過五百億元，人口老化及長期病患率增加正是其中最主要的原因。可以想像，在香港人口持續老化的情況下，醫療開支的增長在未來二、三十年會更多更快。香港目前的公共財政結構能否應對這一局面，確實令人十分懷疑。

自1993年起，香港政府已提出需要就香港的醫療融資作出改革。當時，時任衛生福利司長甚至公開表示，如果香港人不在政府提出的幾個方案中作出選擇，香港的醫療體制幾年之內便會因為難以負荷而崩潰。然而，醫療改革的討論已持續二十多年，政府始終沒有辦法說服市民改變吃「醫療大鑊飯」的心態，結果只能在政策制度上作出一些小修小補的改革，例如在醫院加設乙等床位，也擴大逐項收費的服務範圍等等，但基本的體制沒有重大改變。政府經常把「收回部分成本」作為醫療融資的一個考慮點，但效果十分有限。在這種由政府承包的「國民健康服務」醫療體制下，政府的政策目標只能不斷重申「不會有人因無錢而得不到合適的治療」這一個服務承諾。

對公眾而言，若政府能履行這個承諾，持續以這模式來提供醫療服務，無疑是最理想的保障，因為這代表任何人只要有需要，都可以享用由公共醫療系統提供的服務，甚至不需要參與任何制度性的供款安排。長者是醫療服務的最主要使用者，這種服務體制對他們來說更是求之不得。

不過，在面對人口老化及疾病模式轉變的情況下，現時推行這種體制的國家，都愈來愈難承擔龐大而不斷增加的醫療開支。在量入為出的理財原則下，香港的公共財政開支只能佔整個經濟體系內較低的比例，公共開支佔國民生產總值只有百分之二十左右，同時簡單低稅制令政府的財政收入十分有限。1997年政府委託美國哈佛大學團隊進行的醫療融資改革研究報告便清楚指出，假設醫療體制不變，並要維持現時的服務質素，面對人口持續老化、疾病模式改變、服務期望提高等因素，香港政府長遠必難以承擔不斷遞升的醫療開支。

如果政府不能大幅度地向醫療體系注資，而需求又持續增長，服務質素便可能會逐步下降。這憂慮絕對不是危言聳聽。事實上，近年一些醫療專科及精神科服務已經出現輪候時間愈來愈長的問題。儘管政府已採取了許多不同策略，意圖減低因醫療服務供不應求而帶來的影響，包括資助部分病人轉向私營醫療體系尋求服務，但對於維持服務質素的作用十分有限，公營醫療服務的輪候時間仍然不斷延長，例如長者輪候進行白內障手術動輒花上數年，雖聽似荒謬卻是長者面對醫療服務緊絀下的現實。

政府的長期護理政策及服務

現時在制度上，滿足長者的醫療服務需要主要是香港醫院管理局及衛生署的職責，相關的政策制定及執行則由食物及衛生局負責；至於持續照顧及其他相關的社會福利服務，則主要屬社會福利的範疇，由勞工及福利局負責。政府的官方行文一般都會使用「長期護理服務」一詞，而不是一般意義上的「長期照顧服務」或「持續照顧服務」。這一個修辭上的微妙差異，可以理解為政府希望把其政策承擔的範圍，盡量限制於缺乏自我照顧能力及因健康倒退而需要特殊護理服務的長者，而非廣義地涵蓋所有長者，按他們在不同年齡階段下的照顧需要而作出服務安排。根據政府的界定，所謂「長期護理服務」主要包含兩個部分，第一部分是「社區照顧服務」，包括「綜合家居照顧服務」、「改善家居及社區照顧服務」和「長者日間護理中心/單位」；第二部分則包括各種具護理性質的「住宿照顧服務」，即「護理安老院」及「護養院」。這類服務的主要對象是居於社區而又被評估為有護理需要的體弱長者，服務的設計亦與政府鼓勵居家及社區照顧的安老服務綱領一致。

1973年，香港政府發表了一份工作小組報告書，提出了「家居照顧」的安老政策概念，至1977年，《老人服務綠皮書》確立了以「家居照顧」作為香港安老服務發展的目標，除了鼓勵長者居家安老，亦開始發展社區照顧和支援服務，目的是讓長者盡可能與家人同住或在自己熟悉的環境安老。但要達致居家安老，前提是這些居住在社區的長者必須要有足夠的機會與能力繼續參與社區的事務和活動。對於體弱以至缺乏活動能力的長者，把他們留在社區只是其中一個選擇，政府需要保證社區內有足夠的護理設施和服務，家居的環境也要提供足夠的長者護理環境配置及器材。可是，香港的「居家安老」策略落伍及服務不足，導致原本在政策上屬支援性質的院舍照顧服務需求持續上升，成為安老服務的主要力量。在2011年，安老事務委員會委託香港大學進行的「長者社區照顧服務顧問研究」指出，因為家居照顧及院舍照顧服務的失衡，令香港長者入住院舍的比率比其他地區高。表一顯示，與其他亞洲地區比較，香港65歲以上長者入住安老院或護理安老院比例都相對較高。

表一：65歲或以上人口使用住宿照顧服務及社區照顧服務所佔百分比的國際情況

	年份	使用住宿照顧服務的百分比	年份	使用社區照顧服務的百分比
香港	2008	6.8	2010	0.8#
中國	2008	1.73	2009	19 (深圳)
日本	2009	2.9	2000	5.5
韓國	2009	1.1	2000	0.2
新加坡	2008	2.9	不適用	不適用
台灣	2009	1.9	2006	1.0 (日間照顧)

#改善家居照顧服務的對象為65歲或以上人士；綜合家居照顧服務(體弱個案)及日間護理服務的對象為60歲或以上人士

資料來源：《長者社區照顧服務顧問研究》研究報告，香港大學秀園老年研究中心及社會工作及社會行政系長者（2011）。

對此，無疑是政策上極大的諷刺－政策上鼓勵「居家安老」和「社區照顧」，但結果卻是「院舍照顧」的服務使用率不斷上升。現時，香港政府每年用於社會福利服務的開支超過五百億元，其中超過七成用於綜合社會保障援助及其他福利金項目，當中又以長者申請人佔大多數，香港目前每六名60歲以上的長者中便有一位需要申領綜援以維持生計；另一方面，超過六成65歲以上的長者正在申領高齡津貼及長者生活津貼。餘下的一百多億元，則分別投放於各類型的社會福利服務其中，受津助的長者社區照顧服務及院舍照顧服務，也是其中一項主要的開支項目。

可以預期，隨着人口進一步老化，為長者提供社會福利服務的開支會持續增加，情況跟醫療服務十分相似，它在社會福利項目裏所佔的百分比也將會愈來愈高，都是以長者作為最主要的一個服務對象群，而且都需要政府在財政上作出補貼。

兩個關鍵問題

長者的長期護理服務面對的問題十分廣泛，除了涉及服務質素、專業人力資源的發展、服務量的增加之外，從政策層面來看，有兩方面的問題必須儘快處理。

1. 「持續照顧」的覆蓋與流程

從概念上看，「長期護理」針對的對象不單是長者，也包括所有因各種原因而需要接受照顧及護理的市民，例如殘障人士及長期病患者。如果把目標擴闊一點，「長期護理」(Long Term Care) 只是「持續照顧」(Continuum of Care)的其中一個部分。要應對人口老化的長遠挑戰，政府的目標不妨放遠一些、擴闊一些，政策規劃的對象也不應只是體弱的人士。進入老年期的所有人，就算身體仍然健康，同樣需要為可能出現的退化及健康問題作出預備和部署，也要針對已知的健康風險及潛在問題作出適當的介入，從而減低影響，甚至把問題延後。「持續照顧」因此應該是一個發展而延續的流程。舉例說，日本當局有見牙齒健康對消化系統十分重要，而消化系統對長者的綜合性健康也有決定性的影響，因此在持續照顧的流程中，推行一個名為「8020工程」的牙科保健項目，目標是透過有關項目為長者提供持續的牙科保健及護理，期望長者即使年屆80歲，仍能保有20隻原生牙齒這個目標，是一項預防性措施。

在有限的資源下，香港政府以「為體弱人士提供護理服務」作為服務的焦點，無疑是一個比較務實的做法。問題是就算只着眼於長期護理，現時服務的流程及各個環節的配合也難以令人滿意。服務的不足令各級護理院之間出現了供不應求的情況，很多需要高度護理或療養的長者，只能滯留於只提供低度護理的護理安老院或一般老人院舍。不少居家的長者，雖然可以得到家居護理及照顧服務，有關服務卻始終未能如安老院舍般全面和到位。

醫管局轄下的醫院大多設有老人科病房，理論上是針對老人病而提供的專門服務。但只要往公營醫院走一個圈，不難發現除了老人科病房之外，其他病房的病床很多都被年長病人佔用。不少佔用醫院病床的長者，其實是因為在沒有其他服務選擇的情況下而滯留醫院，他們也不一定需要醫院的照顧，但因為護理及照顧服務的不足，而延誤了他們離開醫院的時間。還有部分是因為在社區中得不到護理服務安排，因而被迫在家居、社區護理服務單位與醫院之間進進出出。這些問題皆因醫療服務與護理及長期照顧服務發展失衡，同時，亦與持續照顧服務缺乏長遠的政策規劃及融資安排有關。

這兩個部分如果能夠有清晰的分工及合理的服務流程安排，理論上便能更有效運用公共資源。舉例說，如果一個只需要照顧或護理服務的長者，但因為服務不足而被送往醫院尋求服務，便會造成資源上的耗費，因為醫療服務的人均成本比照顧或護理服務高很多。從服務使用者的角度來看，長者也不能獲得最適切他們需要的服務。

要減少上述這一種資源錯配和浪費，除了要改善醫療及持續照顧的分工及服務流程安排之外，最重要是「持續照顧」須要有一套完整及合理的服務安排及充足的服務資源。

2. 長期照顧服務的融資問題

上面論及的醫療衛生服務及長期照顧服務，都需要政府提供大額的財政津貼。現時這兩方面的開支主要從政府於每一年的財政預算案中撥款資助。隨着人口老化，需求持續增加，政府是否有能力繼續承擔不斷膨脹的開支？這是一個十分值得探討的問題。

除非香港政府能對公共財政的結構作出根本性的改革，否則，以目前的簡單低稅體制，政府要長期承擔這些開支談何容易。政府提出醫療融資改革已逾廿年，其間醫療開支已增長四倍多；回歸至今，社會福利(即包括長期照顧服務)的開支亦已增加三倍。在長期照顧及社會福利項目上，政府一直沒有提出全面的融資改革，若繼續以這種「隨收隨支」的公共財政策略來支持所有社會福利及長期照顧服務，顯然不是長遠有效及可持續的方法。因此，融資問題總會提上議程的。借鑒一些鄰近地區的經驗，日本的人口老化問題比香港來得早，老化程度也比香港嚴重，日本政府支付長者的醫療及照顧的開支從七十年代開始就不斷膨脹，日本政府遂於上世紀九十年代開始推動社會討論，為長期護理照顧服務進行融資改革。最後於2000年成功落實，推行長期護理保險制度(即介護保險)。有了這個保險制度之後，所有長者都擁有一個保險戶口，讓他們有能力在市場上購買所需要的服務，也推動了市場的發展，鼓勵私人資本參與護老事業。各種由市場提供的護理設施，在需求的帶動下蓬勃發展，大大減輕了政府的行政及財政負擔。對於長者而言，也大大提升了他們選擇服務的自主權。

另一個值得參考的國家是新加坡。當地政府在八十年代已開始推行醫療儲蓄(Medisave)制度，後來再增設了另一個醫療保險(Medishield)計劃。該兩個醫療儲蓄方案讓市民於達到指定的年齡後，能夠動用戶口內的資金購買各種保健服務及護理服務。某程度上，它可算是一種有指定收入來源的長期護理融資方法。

香港政府在1997年委托哈佛大學團隊進行的醫療融資研究，發表的報告書也曾提出一個具有分擔風險成份的「護老儲蓄」方案，方案建議市民以薪酬某個百分比作供款，在退休或需要護理服務時，可動用護老儲蓄來購買保險及服務。當時，哈佛報告書提出了頗多具爭議性的方案及建議，因此社會對「護老儲蓄」的討論並不全面，政府也沒有再跟進。及至2001年，特區政府再一次發表醫療融資改革的諮詢文件，其中建議設立一個具有長期護理儲蓄性質的「頤康保障戶口」方案，但改革最終仍然是不了了之。

這些事件充分說明，政府並非沒有考慮在香港設立具有保險或儲蓄性質的長期護理服務融資制度，但由於各種各樣的原因，始終未能在社會上深化有關的討論。長期護理的融資安排到了今天仍然沒有着落，隨着時間的推延，人口老化程度會更嚴重，政府改革面對的阻力亦將會愈大，即使政府在短期之內提出其他方案，落實所需的成本及代價也會愈來愈高，任何遲來的方案，其成效都將會大打折扣。

展望

行政長官梁振英在2014年的施政報告中宣布，委託安老事務委員會籌劃一個「安老服務計劃方案」。有關的工作現在仍在進行中，但觀乎已發表的報告，似乎仍然只是著眼於社會福利範疇，只檢視現時的服務規劃、提供、管理和培訓等問題，針對的仍然是那些體弱而需要長期照顧的長者。這個「安老服務計劃方案」相比七十年代中倡議政府行政改革的麥健時報告書所提出的程序計劃狹窄得多，看來也不能寄望這個項目可以為「持續照顧」開拓更廣闊的空間，也不一定能夠把醫療與長期護理的介面及流程問題理順。

種種跡象看來，政府連推行「自願醫療保障計劃」都似乎有點猶豫不決，全面的醫療融資改革就只能繼續觀望了。醞釀了二十多年的醫療融資問題尚且如是，「長期護理保險」或其他相關的融資方案就更是遙遙無期。可以預期，現時困擾很多長者的長期護理服務問題仍然會繼續纏擾香港社會。香港的人口在未來會持續老化，香港相信不是一個安老的理想地方，但又有多少人能夠選擇自己理想的安老地方呢？「老於香港」肯定需要面對各種各樣的問題，大家應該及早未雨綢繆，否則留下來在此養老的長者，也很可能不幸地在無可選擇的情況下，成為香港醫療體系的負擔。

參考資料:

- 1. Census and Statistics Department. (2005). *Health Status and Long-Term Care Needs of the Older Persons*. Hong Kong: Author.
- 2. Census and Statistics Department. (2010) . *Hong Kong Population Projections 2010-2039*. Hong Kong: Author.
- 3. 香港大學秀圃老年研究中心及社工及社會行政系（2011）。*長者社區照顧服務顧問研究報告*。香港：香港大學
- 4. 香港審計署（2014）。*為長者提供的長期護理服務*。香港：作者。
- 5. 安老事務委員（2009）。*長者住宿照顧服務研究報告*。香港：作者。
- 6. 陸偉棋、余婉華(2012)。 *老有所依？完善社區及院舍安老服務的策略*。香港：香港集思會。
- 7. 呂學靜（2014）。日本长期护理保险制度的建立与启示。*中国社会保障*，2014(4)，74-75。
- 8. 徐瑜璟、邱采昀、周美伶（2012）。日本介護保險與台灣長照保險的比較。*台灣老年學論壇*，15。取自 <http://www.iog.ncku.edu.tw/comm1/pages.php?ID=comm>

Long-term care in Hong Kong: Medico-social collaboration?



Dr. Tak-kwan Kong, Consultant Geriatrician, Princess Margaret Hospital

A stroke victim, after two months of hospitalization, was doubly incontinent, immobile, could not communicate and had to be tube fed. His wife was told that nothing more could be done for him, his bed was needed for others and she should find a private aged home. His wife refused to move her husband to a private aged home because she could neither afford the expenses nor tolerate the standard of care being provided. An 85-year-old widow with Parkinson's disease had backache, extreme fear of further fall, and decline in self-care ability after repeated emergency visits to a hospital for recurrent falls within a month. Her daughter, a teacher, decided to quit her work to take care of her mother. These scenarios are all too familiar to us working in the field of geriatrics and gerontology.

Hong Kong, like elsewhere in the world, has to address the issues of an ageing population. The increasing numbers of people in their eighties and nineties imply that there will be more physical and psychiatric dependent individuals who need long-term care. This matters greatly to elders and their carers, and to medical and social services. How and where can long-term care be provided and who is responsible?

Most elders who have lost independent functioning would prefer to stay at home cared by their family members or friends. Credit should be given to families and good neighbours willingly put much effort in to supporting frail elders within their homes. The Integrated Discharge Support Program (IDSP), piloted in 2008 and rolled out territory-wide in 2011, is a medico-social collaboration aiming to enhance discharge planning and community support for high risk elders at homes after acute hospitalization. This is achieved through early service coordination to address post-discharge support and provision of timely home care and geriatric services. Patients recruited into IDSP will be closely followed up by and readily accessible to a key worker or case manager. Should any medical problems arise after discharged home, the key worker will liaise with the IDSP geriatrician for timely medical support, avoiding unnecessary emergency hospital attendance. Attendance at geriatric day hospital for those with rehabilitation

needs (e.g. after a stroke) will also help to restore pre-morbid function to enhance independent living at home. But IDSP is a time-limited service (average duration is 3 months) for hospital-home transition and while some elders do not recover and improve after 3 months, up to 30% of frail elders recruited into IDSP would require continuing long-term care. There comes a level of infirmity at which home care can turn into expensive community neglect (Opit, 1977).

The excellent medico-social study (Isaacs, et al., 1972) of geriatric patients in Glasgow in the late 1960s by Bernard Isaacs (geriatrician) and Maureen Livingstone (social worker) remains a revelation today. The authors described the 'hard core elders' characterized by advanced old age, being more ill, social deprivation, prolonged dependency, poor prospects of hospital discharge, and being excluded from mainstream medical care. The 'hard core elders' are distributed in hospital and in the community, is a black circle in the heart of the ageing population, casts its black shadow over the health and social services, leads to growing demands for domiciliary and institutional care, complaints of blocked beds in hospitals, and waiting lists in long-term care. The 'hard core' is a threat to all, a challenge to all, and a responsibility of all. The authors suggested that the 'hard core' can be prevented by reorganizing methods of medical care; screening, early diagnosis and treatment; and clinical practice by specialists who are conversant with the problem of the 'hard core'.

Kenneth Rockwood has warned of a common mistake in health care system in addressing the needs of frail complex elderly people, "instead of getting to grips with how service is provided, they want the frail old people to go away, to some more appropriate place"—a 'placement problem' (Rockwood, & Hubbard, 2004). The social care system responds to its limited supply of long-term institutional care by gate-keeping assessment and this, coupled with the limited number of available hospital infirmary beds, results in many of the frailer and infirm elders ending up in private aged homes of varying standards of care. While the geriatrician-led Community Geriatric Assessment Service was established in 1994 in Hong Kong to support frail elders in residential care homes, the expansion in institutionalized frail elderly population in the ever-growing number of aged homes over the past two decades has outstripped its capacity.

To properly address the issue, our society needs correct compassion, to embrace the complexity of the frail elders and their needs for care. This requires close medico-social collaboration with emphasis on continuity of care; integration of medical and social resources; as well as re-orientation from where to place to how to optimize function and to promote privacy, dignity and independence and provide resources for living. Financing and funding long-term care is a complex issue that should be debated and discussed openly, but if public money is to be spent, quality assurance is vital, and so is accessibility for those most in need of care.

The goal of long-term care has been stated as providing a good quality of life for patients (Research Unit of the Royal College of Physicians, 1998), and this has been identified as related to the physical environment, the social environment and attitudes and behaviour of care staff. The key to evaluation of quality, effectiveness and outcome of care of elderly people is the use of comprehensive geriatric assessment (Kong, 2005), which encompasses not only clinical diagnosis but also evaluation of mental and physical function and the social circumstances of elderly people. The need for standards for long-term institutional care for elderly people has been widely recognized internationally and locally. The procedures for ensuring standards are both mandatory (regulation and inspection) and voluntary (quality assurance). While regulations have tended to focus more on physical structure, space, and staffing complement, more attention should be focused on quality of care for the individual resident (privacy, dignity, independence, choice, fulfilment of residents). Quality assurance has been defined as the process whereby service providers and those receiving care can assess the services to check that acceptable standards are being met. A Continuous Assessment Review and Evaluation (CARE) scheme has been published for quality assurance of long-term care of elderly people (Research Unit of the Royal College of Physicians, 1999). The CARE Scheme aims to inform staff of the scope of good practice and to stimulate their own commitment, as well as to provide quality assurance measures for nursing homes providers. It presents guidelines under eight headings (autonomy, urinary continence, faecal continence, drug use, falls/accidents, pressure sores, environment, equipment/aids and the medical role). Each of these is derived from a series of audit questionnaires in relation both to the facility (ward or nursing home) and the individual residents.

The fallacy of the medical and social divide has been aptly described in the words of Bernard Isaacs, "If a patient falls and breaks his femur, that is a medical problem. If a patient falls and does not break his femur, is that a social problem? Elderly patients are admitted not because of social problems, but because of medical problems with social consequences, or social problems with medical consequences." The wisdom and value of pre-admission assessment ("assess first, admit second") to uncover medical problems with social presentation, has been backed up by studies which demonstrated that a specialist clinical assessment prior to care home placement led to benefits for elders and their carers, less contact with nursing homes and emergency services and cost savings (Brocklehurst, et al., 1978; Challis, et al., 2004). These studies support social workers referring elderly people at risk of care home entry to a geriatrician for clinical assessment; which helps to identify previously undiagnosed yet treatable illnesses and enhance social services care managers' decision making. Integrating specialist clinical assessments with those of social services care managers

have resulted in reduced physical deterioration of elderly people and delay in care home admission (Clarkson, et al., 2011). In response to the often fragmented and compartmentalized care that bewilders frail elderly people and their carers, there has been a call for integration between health and social care at organizational and professional levels. Is Hong Kong moving in this direction?

References:

- 1. Opit, L. J. (1977). Domiciliary Care for the Elderly Sick - Economy or Neglect? *British Medical Journal*, 1, 30-3.
- 2. Isaacs, B., Livingstone, M., & Neville, Y. (1972). *Survival of the Unfittest: A Study of Geriatric Patients in Glasgow*. London and Boston: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- 3. Rockwood, K. and Hubbard, R. (2004). Frailty and the Geriatrician. *Age Ageing*, 33, 429-30.
- 4. Research Unit of the Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and Royal Surgical Aid Society-Age Care. (1998). *Enhancing the Health of Older People in Long-term Care*. London: Royal College of Physicians.
- 5. Kong, T. K. (2005). Comprehensive Geriatric Assessment: From Research to Practice. *The Hong Kong Medical Diary*, 10, 5-6.
- 6. Research Unit of the Royal College of Physicians. (1999). *The CARE Scheme: Clinical audit of long-term care of elderly people*. London: Royal College of Physicians.
- 7. Brocklehurst, J. C., Carty, M. H., Leeming, J. T., & Robinson, J. M. (1978). Medical Screening of Old People Accepted for Residential Care. *Lancet*, 312, 141-3.
- 8. Challis, D., Clarkson, P., Williamson, J., Hughes, J., Venables, D., Burns, A., & Weinberg, A. (2004). The Value of Specialist Clinical Assessment of Older People Prior to Entry to Care Homes. *Age Ageing*, 33, 25-34.
- 9. Clarkson, P., Brand, C., Hughes, J., & Challis, D. (2011). Integrating Assessments of Older People: Examining Evidence and Impact from a Randomised Controlled Trial. *Age Ageing*, 40, 388-91.

從日本考察所見反思香港長期護理服務發展方向



香港社會服務聯會長者服務主任 鄭浩賢先生

背景

根據統計處的推算，於二零四一年，長者人口將佔全港人口百分之三十，其中年老長者的數目將會佔整體人口百分之十一，預計長期護理服務的需求亦會因而上升。

與香港同處亞洲的日本，比香港更早變成高齡化社會。為應付日益增長的長期護理需要，日本於1997年立法通過「介護保護法」，並於2000年正式實施及於2006年檢討有關法例。在2014年，本港安老服務業界聯同參與「社聯百仁陽光護理天使青年計劃」的青年安老服務從業員走訪日本，了解當地長期護理制度及實踐經驗。本文嘗試歸納日本值得香港借鏡及討論的經驗，包括(一)服務使用者的需要評估，及服務項目和編配流程，及(二)個案管理制度，刺激讀者思考香港長期護理服務發展的方向。

服務使用者的需要評估及服務項目和編配流程

服務使用者的需要評估是長期照顧系統中重要的組成部分之一。藉相關評估，服務營運者可以掌握服務使用者的需要，從而作出更個人化的照顧安排，以維護他們的福祉(well-being)。同時有關當局能針對服務使用者的需要而投入所需資源，提高成本效益，因此愈仔細的評估及服務項目編配系統就愈為理想。香港與日本均設有評估及服務編配流程，但當中亦有不少相異之處，後者尤為細緻。

日本跨專業及分級仔細的需要評估制度及服務配對

日本實行「介護保護法」後，有長期護理需要的長者，須先到所屬的市町村介護保險辦事處提出申請。收到申請後，醫師及介護保險主辦人會撰寫一份整合的意見書及認定評估報告，再由醫師、護理人員及社會福利人員共同審核結果。按有關結果，申請人會被評為「自主」、「需支援」或「需照顧」其中一個級別。

申請人如屬於「自主」級別，表示其支援需要的程度較低，市町村會按申請人實際情況，提供簡單的日常生活照顧支援，如上門送餐、購物及家居清潔服務等。

屬「需支援」級別的申請人，表示他們在日常生活中必需得到一定程度的支援，讓他們可以繼續在社區生活及安老。按照長者的狀況，在有關機制下會進一步將他們劃

分為「需支援1」及「需支援2」兩個程度，並由社區支援中心擬定適切他們需要的「預防照顧服務計劃」。計劃內容包括家居照顧及社區照顧服務項目，前者會有社福人員到戶探訪，提供上門沐浴、護理及復康服務、短暫院舍住宿安排、復康器材出租、及家居環境改善工程支援；後者的項目則包括晚間照顧支援、認知障礙症的日間護理服務、認知障礙症團體家屋¹及小規模多功能型居家照顧²。長者如有需要，亦可同時選擇使用家居及社區照顧服務項目。

申請人如屬於「需照顧」級別，會再分為「需照顧1」至「需照顧5」五個程度，並以「需照顧5」為最高級別，個案經理(Care Manager)會負責為申請人擬定「照顧服務計劃」。除了前述的家居及社區照顧服務項目外，申請人亦可申請院舍照顧服務，接受護養院舍、保健設施或療養型醫療機構服務。

在日本現行的評估機制下，長者會被安排接受持續評估，以便準確判斷他們應接受的護理程度，從而調節服務內容或加減相關服務的時數。

香港利用需要評估判定申請人是否達到資助服務的基本門檻

目前香港政府資助的長期護理服務，涵蓋社區照顧服務及住宿照顧服務兩大部分。社會福利署為集中處理資助服務的申請和配對，分別於2000年及2003年實施「安老服務統一評估」及「長期護理服務中央輪候冊」，申請人或其家屬可向醫院的醫務社會服務部、居住地區的綜合家庭服務中心或長者服務單位，提出登記輪候長期護理服務，包括護理安老院、護養院、長者日間護理中心、改善家居及社區照顧服務及綜合家居照顧服務(傷殘及體弱個案)，並接受認可評估員(社工、護士、職業治療師或物理治療師)的評估，因應他們的自我照顧能力、身體機能、記憶及溝通能力、行為情緒等方面的缺損程度、健康狀況、環境危機和應付日常生活的能力等配對合適的服務。

評估結果反映服務申請人的身體機能缺損程度，及他們是否符合使用資助長期護理服務的資格³，符合資格的申請人可輪候及接受相關服務。評估結果有效期為一年，不接受評估結果的申請人或家屬可提出上訴。

港日機制的比較分析

香港與日本的需要評估系統，都是透過專業人士評估申請人的身體狀況及自我照顧能力，但相比之下，日本的評估及服務編配流程較為以人為本。當中關鍵之一，是當地的制度有較細緻的安排、跟進及分級制度，能更清晰反映及跟進被評估者的狀況及需要。

1 「認知障礙症團體家屋」以家庭化環境設計，安排不多於九位認知障礙症長者共同生活，每位長者均有獨立房間，由職員提供膳食、起居及護理支援。照顧人手比例為1:3，即每一位照顧員負責照顧三位長者。

2 「小規模多功能居家照顧」包括家居照顧、日間照顧、夜間照顧及臨時或短期入住式照顧服務，服務提供者以小規模形式提供服務，服務人數限於25人。

3 身體機能分為沒有、輕度、中度及嚴重四個缺損程度；中度或嚴重程度缺損的長者，可申請資助長期護理服務。

日本的長期護理服務發展至今，在介護保險及養老金制度的配合下，有相當多元化的選擇，由日、夜間服務、過渡短期性應急服務、以至協助長者改善家居環境的服務都一應俱全。利用評估所得的資料，當局可以為當事人訂立及安排更適切其個人需要的支援及服務，同時讓申請人在個案經理的協助下，選擇不同的照顧項目，保障和尊重當事人的選擇權。

反觀香港，本地的評估系統主要是協助申請人分流，安排他們輪候不同的服務。日本的經驗告訴我們，評估需要的資料是能夠更充分地被利用，協助設計更貼近服務使用者需要的照顧服務計劃。

現時香港的長者基本上不能同時使用家居及社區的長期護理服務，例如長者若使用改善家居及社區照顧服務，則不能同時使用長者日間護理中心服務。而在日本，當地的長期護理服務編配制度則容許申請人，同時在家居和社區服務清單中選擇切合自己需要的服務，長者因而得到更多選擇，提升了他們和護老者留在社區生活的動機。日本的長期護理服務系統重視服務使用者選擇及靈活性，當局亦鼓勵服務提供單位發展不同的創新服務項目，滿足大眾需要。

香港政府於2013年9月推行的「長者社區照顧服務券試驗計劃」，加入了「混合服務模式」，讓申請人可以同時選用長者日間中心及家居照顧服務，藉此亦能測試服務配對的彈性。日本的經驗正好帶來更廣闊的視角，刺激我們想像更具彈性及多元選擇的服務內容及編配流程。

除了提供服務的模式，長期護理服務能否迅速回應服務使用者的需要，亦是重點之一。雖然長者的健康狀況或身體機能衰退是不可力抗的自然現象，但若服務能適時及彈性地因應使用者的轉變而調整，則更能顧及使用者的福祉。日本的制度容許長者接受持續評估，反觀香港，如長者欲使用不同服務，需要重新申請，再接受評估及輪候。有關安排影響了長期護理服務的連貫性及適時性，在這方面明顯需要改善。

（二）個案管理制度

日本以個案管理制度跟進體弱長者，有利服務及人手發展，日本的個案管理制度，大致上是由政府安排一名個案經理，於申請人被評估為「需照顧」級別後接手跟進，為當事人訂立照顧服務計劃，協助他們物色合適的服務項目。

由於長者的護理需要與其健康及家庭狀況有著密切關係，因此個案經理需要每月探訪案主，了解他們的情況，並替他們安排持續評估，以修訂照顧服務計劃，務求他們得到適切支援。現時每名個案經理負責不多於三十五個長者個案，以確服務保質素。

個案經理制度除令服務使用者得到更好的照顧外，也有利護老業人力資源的發展。日本政府就個案經理的入職門檻，設有一定的工作經驗要求，有意應徵成為個案經理者，本身需要具備至少五年與長者護理相關的工作經驗，同時需要參加兩年研修及通過日本國家級資格認定考試。「個案經理」成為日本護老行業的一個專業階梯，有助吸納新人加入。新入職者只要累積足夠的工作經驗，就可藉持續進修及考試，取得任職個案經理的機會，晉身專業職級。

日本個案管理制度對香港長期護理服務的啟示

日本的個案管理制度經驗反映，透過個案經理的介入，能令服務提供更為適時適切，也令資源運用更為有效。不過，目前香港的長期護理服務並沒有個案管理制度及個案經理的職系，社會服務人員只能協助長者作長期護理服務申請及轉介。

本港現時的機制，明顯缺乏彈性，令服務計劃無法按長者狀況的轉變而適時調整，甚至削弱了整個制度跟進長者長期護理需要的持續性。引入個案管理制度及設立個案經理，更具針對性地建立長期照顧的機制以回應問題，顯然是一個值得考慮的方向。

參考日本的實踐經驗，要建立具認受性及受規管的個案管理制度，其中一個條件是由政府負責提供及監督服務。在政府提供的個案管理機制下，有關人員可獲授權處理及協調不同專業和團隊的護理工作，連結資源，令照顧計劃能更全面及更有效率地執行。

在考察中，隨團的安老服務青年從業員認為，日本的個案經理定位，激發了他們對此類職業階梯的想像。日本的經驗令他們認同相關行業具發展前景，若能在香港建立類似階梯，將有助青年投身護理服務行業。事實上，本地安老服務業界也一直建議政府，確立長期護理個案管理制度及相關的人員資歷、評審、訓練標準和制度，同時訂立有關的實務守則和執行細節。

總結

為應對香港人口老化的趨勢，業界一直倡議優化現行的長期照顧服務及機制。日本的經驗，令我們體會到相關機制的發展，除了能保障服務使用者安享晚年外，亦能刺激業界發展創新服務，甚至吸納新血投身行業及發展行內專業。筆者藉在日本之行的所見所聞，對照香港的情況，以帶出在現行長期照顧服務中仍待細想的部分，由申請人的需要評估、服務設計及執行機制，以至如何維持長期照顧服務的適時性及持續性，均有其發展與想像的空間，冀能令我們在推動和構思有關的發展及規劃時更為全面及立體。

國內營辦港人安老院舍的成果與挑戰



香港復康會
高級經理（持續照顧）
周惠萍女士



香港賽馬會
深圳復康會頤康院院長
莫思杰女士

香港復康會在香港賽馬會慈善信託基金的資助下，於2003年在深圳鹽田興建設備完善的安老院「頤康院」，並在2006年投入使用，為港人提供優質的跨境養老服務。截止2015年8月末，頤康院共有250名院友，包括131名持香港身份證的院友，佔總數52.4%，而當中59位通過「廣東院舍住宿照顧服務試驗計劃」入住本院。

香港人退休後回鄉定居養老時有所聞，自1997年7月1日香港回歸祖國後，加上特區政府與內地簽訂了「更緊密經貿合作安排」，令香港與內地的人口、物流及資金交流更趨頻繁，尤其是與香港接連的廣東省地區。

香港長者回內地生活的主要原因

根據香港政府統計處2011年2月至3月進行的綜合住戶統計調查，估計大約共有115,500名60歲及以上的香港長者在內地居住或長期逗留，大約相當於2011年年中同年齡組人口的8.6%。而在所有60歲及以上的居留內地港人中，38.9%表示有意在訪問後的十年內到內地居住。當中提及的主要原因包括：「在內地有物業」（16.0%）、「內地生活費較低」（13.1%）及「與在內地的親戚（不包括配偶／子女）團聚」（12.9%）。

根據香港特別行政區政府中央政策組於2011年12月發表的《香港居民退休後到內地養老及生活》調查，引述工聯會內地的分析指，香港長者回內地生活主要原因是：(1) 鄉土情結、落葉歸根的思想；(2) 內地生活成本低，環境舒適；(3) 香港的住房單位細小，居住環境擠迫，相對而言，內地的居住空間較大，而且早年的住房價格較為便宜；(4) 地理位置接近，交通方便；(5) 擁有共同的語言文化。

香港地少人多，生活水平偏高，安老服務的成本不低。相反，國內幅員遼闊，居住環境較佳，生活消費較低，長者在國內以較低廉的費用已可享有較佳的生活質素。根據過去九年入住頤康院院友的資料分析，有接近七成的院友的家人曾在國內或現在國內工作或生活，他們對國內的生活相對了解和接受。同樣重要的考慮因素是，頤康院環境寬敞優美，價錢相宜。院舍質素亦有保證，它的營運按香港老年學會的院舍評審計劃的服務標準，與現時香港資助安老院舍的服務水平大致是一樣。此外，社會福利署亦會定期到院舍巡視和監察，確保服務的質素。

香港是一個移民社會。在現時的人口中，相當大部分的65歲以上居民是在內地出生及成長，其後遷移到香港。據估計，1949至1950年間以及在中華人民共和國成立之後，有超過七十萬的大陸人口遷居香港(Faure, 1997；Yeh, 1996)。這批移民絕大部分都是從廣東省來的，部分仍與國內鄉間的親戚朋友保持聯繫，情感上他們對在國內生活不會完全感到陌生。

值得注意的是，2011年的調查顯示居留內地的香港長者對比2007年的相同調查減少6,200人。回流的長者大多是因為內地生活水平不斷上升，港元貶值，或因巨額醫療費下積蓄耗盡而選擇回港。不過，當時政府仍沒有推出任何措施協助長者作出跨境養老的選擇。

「頤康院」成立的背景

香港復康會構思跨境養老的計劃始於1997年，當時香港的房地產價格高企，基層長者想找一個稍為合宜的安老院舍宿位根本不可能，加上輪候資助安老院舍宿位平均都要等兩至三年，香港復康會於是嘗試跳出思維框框，希望利用機構於國內土地資源的優勢和相對低廉的人力成本，為有住院和復康需要的香港基層長者提供一個物有所值的院舍服務。同時，也可以為國內安老養老服務引入先進的管理模式及培訓人才。

回顧頤康院發展的歷程，可以說是荊棘滿途。當時我們提出跨境養老這個構思，根本是不被看好的。政府的態度是「三不」—不反對、不支持、不參與；社福業界則除了有三幾位支持者外，大部分持觀望態度。在沒有政策支持下，我們的團隊在2006年開始投入服務時出盡法寶，走訪了全港醫院的醫務社會工作單位和大部分的長者地區中心，三個月內才找來五位院友，至2007年末才有27位長者入住，至2008年末增加至44位。機構當時也曾感到擔憂，也在盤算應否轉型，止蝕離場。後來院舍得以繼續發展，轉捩點有兩個：一是香港賽馬會放寬限制，容許頤康院接收國內長者；二是特區政府在2013年推出「廣東計劃」，容許長居於廣東省的合資格長者領取金額等同香港高齡津貼的資助，與及在2014年推出「廣東院舍住宿照顧服務試驗計劃」，令港人入住率在過去三年間，連續錄得25%增長率。

不少人認為跨境養老並不是主流的選擇，也不能解決香港存在已久的長者住宿問題。我們認同這個觀點，因此打從籌建的一刻，我們都沒有將頤康院定位為解決香港安老院舍宿位不足的辦法，從前沒有，今天沒有，相信未來也沒有這個打算。試想想，香港輪候入住資助安老院舍宿位的長者持續高達三萬人，頤康院的宿位只得三百多個，根本是杯水車薪。跨境養老這個計劃走到今天，我們認為是成功的，主要原因是頤康院確實能夠為現在130多位已入住的香港長者提供多一個選擇，讓他們在知情下按自己的意願和需要作出養老安排上的決定。

國內營辦港人安老院舍的挑戰

於國內營辦安老院最大的挑戰莫過於兩地文化差異，對於復康護理要求存有不同的期望；另外，則是招聘員工遇上的挑戰，這包括專業復康醫療團隊及前線護理人員。

在國內不少復康護理的程序與標準跟香港仍存有一定的差異，而當港人在內地安老時未能調節有關的期望，便會與現實有落差，產生誤會。舉例說，處理「慢性滲便」的問題，在港一般使用成人尿片處理，但在國內則會使用衛生棉條以確保皮膚乾爽。可是，對於港人來說，則難以接受有關做法。因此，護理人員必須與長者及家人有全面及良好的溝通，當有疑問時清楚說明不同護理程序的原因，因此培訓護理人員的溝通技巧亦是不可或缺的部分。

另外，在國內現時經濟掛帥的年代，願意從事復康醫療專業人士，例如醫生、護士、治療師和社工等並不多，他們一般在院舍工作不足兩年便會離開，有些會轉到醫院，有些則會到牟利性的醫療服務機構工作。因此，我們面對人員的流失，有兩方面的對策：一是提高薪金，二是加強培訓機會，讓有志於安老服務發展的員工能有相對理想的待遇。不過，我們的營運成本亦會因此持續上升，漸漸失去價格實惠的優勢。

內地安老的關鍵變數

香港長者回內地安老會否成為未來的大趨勢，有以下幾個關鍵的因素：

首先，是兩地生活水平的差距。現時人民幣兌港幣匯率十分波動，此確實直接影響在內地生活的成本，單看過去五年，人民幣兌美元的匯率由2011年6.77升至現時6.36，而廣東省的房地產亦持續上升，這個狀況令一班原本希望回內地、以較便宜的生活水平養老的長者失去預算。

第二，要視乎香港長者的福利政策發展。如上文所述，當「廣東計劃」落實後，不少合資格的長者可在廣東省居住而同時領取等同香港高齡津貼的金額，即1,235元，這的確增加長者回內地養老的信心，讓他們感到特區政府支持跨境安老。可是，2013年特區政府推出每月金額為2,390元的「長者生活津貼」，較高齡津貼額多1,155元，然而，當局規定長者生活津貼申請人必須為香港永久性居民並於申請前已連續居港一年。對於一些經濟條件較差的長者，一千多元的差額可能已相當於他們一個月的零用金，故此因居於內地而失去長者生活津貼申請資格的港人長者，內心或難免感到若有所失。倘若長者生活津貼能拓展至居於廣東省的合資格長者，對於港人長者回內地養老將是一種助力。

第三，醫療保障是不少長者考慮的重點。港人長者到國內醫院求診，服務質素及收費均是最重要的考慮，根據我們的經驗，長者因急病到國內醫院求醫留院，收費動輒由數十元至過千元人民幣不等，而質素亦未必與收費成正比，不少長者感到十分吃力也對服務缺乏信心。相比下，香港擁有高額資助的公共醫療服務，長者更

覺得內地的醫療收費非常高昂。現時香港長者的電子醫療券亦只能適用於香港大學深圳醫院，不適用於國內其他醫療定點單位。長者普遍需要長期覆診，甚或需要接受多個專科的醫療服務，醫療支出實在難以估計。故此，長者的醫療安排是否能得到妥善的處理，將會是影響長者選擇跨境養老與否的關鍵。

政策如何推動內地安老？

綜觀以上各點，回內地養老的確是港人長者的一個可行選擇，但若要進一步推廣，政府在政策上需積極推動：

- 一、向在廣東省居住的合資格香港長者發放「長者生活津貼」，增加對他們在經濟上的支援；
- 二、為頤康院的香港長者提供外展醫療服務，為長者提供全面評估及治理，減免長者長途跋涉往返中港兩地接受醫療服務；
- 三、放寬香港電子醫療券於國內某些認可醫療單位的適用性，以減輕長者在內地因急症求醫的經濟壓力；
- 四、儘快評估現時「廣東院舍住宿照顧服務試驗計劃」的成效，並與有關的非政府機構總結計劃的成功因素，推展至其他符合計劃條件的私營安老院，讓更多長者享有跨境養老的選擇。

總結

跨境養老並不能解決香港存在已久的安老問題，我們於國內營辦港人安老院舍是希望為香港的長者提供多一個選擇，紓緩香港安老院舍宿位不足的問題。單靠民間力量發展港人國內安老服務是杯水車薪，無濟於事。國內營辦港人安老院舍面對不少挑戰，因此，福利及醫療兩方面政策的配合非常重要。

參考資料：

- 1. Faure D. (1997). *A Documentary History of Hong Kong: Society*. Hong Kong: Hong Kong University Press.
- 2. Yeh, A.G.O. (1996). Planning of Hong Kong's border area. In A.G.O. Yeh (Ed.), *Planning Hong Kong for the 21st century*. Hong Kong: Centre of Urban Planning and Environmental Management of Hong Kong.
- 3. 王寧（2011）。《香港居民退休後到內地養老及生活》。香港：香港特別行政區政府中央政策組。
- 4. 香港政府統計處（2011）。在中國內地居留的香港長者的特徵。《香港統計月刊》，2011(9)，1-11。

爭議中的長期照顧服務： 從服務使用者觀點看香港長期照顧及 居家安老服務的融資及人力問題



老人權益促進會外務副主席 藍宇喬女士

前言

香港在2014年，65歲或以上的長者人口約有98萬，佔總人口的14%，是繼日本之後亞洲內長者人口比例最高的地區。根據政府的推算，至2041年長者人口將增加到260萬人，佔總人口的三成多，其中更以80歲以上的長者增加速度最快，預計社會上會有愈來愈多身體衰弱及有認知障礙的長者，社會對長期照顧服務的需求將與日俱增。

就香港院舍及居家安老服務的政策改善和機制發展，筆者曾與長者、護老者、民間團體、業界同工和媒體見面及交流。本文從服務使用者的角度出發，探討改善長期照顧政策和機制發展——尤其是有關融資和人手方面，並提出討論及建議。

備受爭議的長期照顧服務

一九九七年，香港特別行政區行政長官訂定「照顧長者」為特區政府的策略性政策目標，致力改善長者的生活質素，務求做到「老有所養、老有所屬、老有所為」，推廣「居家安老」亦是政府多年來的宗旨。長期照顧是安老服務的重要環節，這是一項綜合服務，包括住宿、護理、個人生活照顧及社會服務四方面。在香港，長期照顧主要透過長者社區照顧及院舍住宿服務提供。這些受資助的長期護理服務一向不設經濟狀況審查，未獲得編配服務名額的合資格長者會被列入中央輪候冊內，以先到先得的形式輪候服務。

社區照顧服務主要為因疾病、體弱或認知障礙症而導致日常生活自理有困難的長者而設，盡量幫助他們留在熟悉的社區環境中生活。由於大部分支援長者的工作由家人提供，所以社區照顧服務也致力支援家庭護老者，讓他們有足夠的知識、技能和資源來發揮護老者的功能，達到居家安老的目標。社區照顧服務包括日間護理中心、綜合家居照顧服務及改善家居及社區照顧服務。至於院舍住宿照顧服務則為已失去日常生活自理能力的長者而設，提供住宿照顧的單位包括：提供持續照顧的護理安老院、護養院、參與改善買位計劃的私營安老院及合約安老院舍。

在制定安老政策的過程中，香港長者的財政狀況一直是備受關注的議題。多項本地研究指出，現時長者的財政狀況並不理想，原因包括他們年青時大多並未受惠於任何退休保障計劃，他們的儲蓄能力也因低學歷和低技能、只能從事低收入的工種而削弱。此外，在現時制度下，大部分的經濟援助申請均須審查長者的資產，令長者及家人感覺被標籤。因此對很多長者及護老者而言，不設經濟審查而又具質素的資助院舍服務，是一項長者可享有的重要福利，他們視這些服務是自己共獻香港多年的一項回饋，亦是政府的德政。大部分團體中的長者認為，本港長期照顧服務大致仍是完善的，但亦有不足之處，有長者笑稱「樣樣有，可惜樣樣不足夠」，因此民間團體非常關注政府每年如何改善規劃，投放更多資源以增加服務名額，縮短輪候院舍宿位的時間。

服務名額及輪候時間的爭議

政府在2015-16年度投放在安老服務的經常開支約為68億元，較去年修訂預算的61億元增加11.2%。此外，政府不時向獎券基金申請撥款，以資助發展安老服務，包括興建和設置合約安老院舍，及推行多項有時限的長者福利項目，例如當局在2013年撥出3.8億元，推出為期兩年的第一階段「長者社區照顧服務券試驗計劃」。表一列出了政府在2014-15年度定下的各項長者服務的名額及每個名額的平均每月成本：

表一：2014-2015年度各項長者長期護理服務名額及每個名額平均每月成本

	服務名額	每名額平均每月成本
香港綜合家居照顧服務	27,193	1,742
持續照顧的護理安老院	15,188	14,288
改善買位計劃的私營安老院	7,958	9,544
改善家居及社區照顧服務	7,600	3,889
長者日間護理服務	2,981	7,631
合約安老院舍	1,811	13,336
護養院	1,789	20,801

資料來源：2015-2016年度《財政預算－社會福利署開支分析》報告

上述服務中，綜合家居照顧服務的名額最多，每名額平均每月成本亦最低，該服務照顧身心能力缺損較輕的長者，支援其在社區繼續生活，而2015-16年是政府唯一沒有增加照顧服務名額的年度。現時該服務輪候額接近萬人，而根據香港社會保障學會及香港大學民意研究計劃在2015年的研究推算，全港約需225,000個綜合家居照顧服務名額，以家居清潔、陪診及送飯需求最多。近年有不少民間團體爭取增加綜合家居照顧服務的名額，希望能縮短輪候送飯、陪診、家居清潔等服務時間，避免長者因未獲得適切的服務支援而使健康惡化，以致需要更高程度和成本的護理服務，團體亦要求政府訂立輪候時間指標和定期公布相關資料。

政府在2013/14年度及2014/15年度的財政預算案中，分別錄得逾200億元和逾600億元的盈餘，不少民間團體要求政府將預算盈餘用於資助家居服務，按2015/16年度社區照顧服務的單位預算成本計算，政府只需撥不超過5億元去資助社區照顧服務，增加送飯、家居清潔及陪診等服務數量，就能解決現時社區照顧服務輪候冊上近一萬宗屬「普通個案」的長者申請。家居服務不足，不少長者只能隔日或間斷地得到照顧和護理，試問在香港的炎夏，誰能忍受隔天洗澡的服務安排？香港長者為何捱苦多年，居家卻不能安老？

營運水平的爭議

目前本港的資助住宿服務主要由社會服務機構及私人機構營辦，而資助社區服務則由社會服務機構營辦。雖然香港政府一直本着「居家安老」的宗旨發展長者的長期照顧服務，希望盡可能鼓勵長者留在家中安老，但相對其他國家，本港社會對院舍住宿服務需求仍然殷切。然而資助院舍和私人院舍的服務質素存在明顯的差異，不少長者寧可花上三數年輪候資助服務，也不願意使用私人院舍的服務，從各項院舍相關的數據可見端倪。

私人安老院舍是目前院舍照顧服務最主要的服務提供者，約佔市場的70%。根據社會福利署的統計，截至2015年6月30日，共有25,525人在長期護理服務中央輪候冊內登記輪候資助護理安老宿位，津助院舍及合約院舍宿位的平均輪候時間為35個月，而改善買位計劃下的私營安老院宿位的平均輪候時間則為8個月，兩者相差四倍時間。根據審計署《第六十三號報告書（2014年10月）》，2014年願意入住「改善買位計劃」院舍的輪候人比率為5%，同時在2013-2014年度參與「改善買位計劃」的私營安老院舍中，32%未能達到社會福利署所訂下的92%入住率，其中三間的入住率更低於50%。以上的數據反映，儘管服務需求甚殷，不少長者寧願和政府「鬥長命」輪候資助院舍宿位，也不願意入住私營院舍的買位宿位，其中有約四份一長者於輪候宿位期間逝世。

社會服務機構資助院舍及私人機構營運的買位院舍在資助金額、營運成本、住客人均樓面淨面積和整體員工人數均存在差異，這都導致兩者服務水平不一，質素參差。表二比較了兩者的差異，可見「改善買位計劃」私營安老院舍宿位的標準都較其餘兩類資助院舍為低。

表二：不同類型院舍的每月成本、人均樓面淨面積及員工數目的比較

	津助護理安老院舍 (提供持續照顧)	合約安老院舍宿位	「改善買位計劃」 私營安老院舍宿位
每床位平均每月成本 (港元)	14,374	14,136	9,938
住客人均樓面淨面積 (平方米)	17.5	20.8	甲一級私營安老院舍：9.9 一般私營安老院舍：7.5
員工平均人數 (按每100名住客計算)	40.2	42.3	甲一級私營安老院舍：32 一般私營安老院舍：16.3

資料來源：2015-2016年度《財政預算－社會福利署開支分析》、審計署《第六十三號報告書（2014年10月）》

有曾使用過不同類型院舍服務的長者指出，買位院舍的服務質素在各方面均與政府津助或合約院舍有一段差距，無法相提並論，家人亦無法放心將長者交由這類院舍照顧。而缺乏信心的背後正正是因為現時買位私院資源不足，同時欠缺充分監管，有家屬認為社署巡查時不應只單看院舍人手和設施，更要看院舍「如何照顧」，否則所謂監管只會形同「無牙老虎」。

安老照顧是以人為本的服務，政府過去十多年來，傾向信奉自由市場主義，希望加強私人機構提供社會服務的角色，有長者指出如純以「錢跟人走」的市場機制運作，營運機構單以金錢來衡量照顧長者的價值，長者和家人反而會被市場機制牽著走，不會有真正合宜的服務選擇。早前有私營護老院發生虐老事件，不單令社會對私院的營運服務水準抱有極大的質疑，亦促使政府延遲推出「長者院舍住宿照顧服務券(院舍券)計劃」。政府應如何投放和有效運用資源在長期照顧服務中，讓長者真正安老，亦成為長者、護老者及業界非常關心的議題。

在融資方面，不論公私營的院舍，政府都應提供對等的資源，統一長期照顧服務要求的質素水平。這需要與使用者及公私營受資助的營運者達到共識，確保自理程度相同的使用者獲得同等的資助水平及服務質素，並需配合民間的力量嚴格監察。發展長期照顧服務和系統的工作不易，政府已迴避多年，每次都以「頭痛醫頭，腳痛醫腳」的方法處理問題。現在問題已達臨界點，必須正視現實，將這長期不健全的制度和服務生態重撥正軌。長者及家人作為使用者，最關心的是服務質素水平是否真正安老、環境能否讓他們賴以安居終老，要理順這拖延經年的問題，政府責無旁貸。

融資的爭議

根據國際經驗，具體的融資模式包括稅收、社會保險、私人保險、及用者自付等(OECD, 2000; Bennett & Gilson, 2001)。大部分國家均透過稅收和社會保險提供服務，服務使用者亦需繳付部分費用，基於這些國家已有完善的退休保障及社會保險的安排，共同付款的方式並不困難，而基於低需求和有限的供應，私人長期照顧保險並非主流的融資模式。近年相當多的政府透過現金或資助券，為服務使用者或其家人提供資助，這種被視為消費者主導的照顧服務，給予使用者及其家人有更多選擇，自行決定不同的服務組合。美國的「現金及諮詢計劃」(Cash & Counseling Programme)實行已二十年，以不增加政府開支的前提下，利用公共資源強化家庭及社區的照顧功能。該計劃為受惠者提供一份「預算」，讓他們可以選擇不同服務組合，聘請專人照顧，甚至購買護理器材，該計劃包含「諮詢」的元素，長者在管理預算方面可諮詢專業的意見。

由於使用長期照顧服務的年期愈長，費用支出便會愈多，長者很難只靠私人儲蓄長期支付服務。現時資助長期照顧服務的財政來源都是來自稅收，如上所述，本港推行融資前需要統一資助成本及服務質素水平，讓服務使用者有公平的選擇，否則誰願意用私人儲蓄長期支付次一等的服務？

不只政府，部分學者及社會人士認為現時機制沒有篩選有經濟能力的申請者，令輪候服務人數大幅上升，輪候時間也不斷延長，為公共財政帶來沉重的負擔，故提出在處理資助長期照顧服務的申請時，引入經濟狀況審查，並鼓勵私人機構在服務提供上扮演更積極的角色，滿足一些有經濟能力及可負擔私人市場價格的長者的需要。其中一個執行方法是透過資助券制度，測試引入經濟狀況審查和提高私人機構角色的可行性。

政府現行的資助券是使用共同付款模式，設立入息和資產審查，以此將資助分成不同級別，但根據前線同工的經驗，大部分申請長者均屬低收入群，使用者多數需全額資助。基於社區服務資助券提供的並非全星期的服務，獨居、低收入及支援網絡較弱的長者表示會選擇使用資助的服務多於社區服務券，以獲得更全面的服務。此外，政府早前建議長者如使用院舍券，便不可同時領取綜援，只能領取金額不高的長期護理補助金。從使用者的角度而言，綜援設立的原意是一個安全網，是按個人需要而發放，與院舍照顧根本是兩個具有不同目標的制度，政府將兩者合併處理，令原本已沒有收入及儲蓄的長者，因領取院舍資助券而失去綜援資格，而院舍資助券的款額則全數交到營運者手中處置，難道長者的日常零用，一分一毫都要向營運者領取嗎？又能確保他們領取得到嗎？至於社區資助券原意是希望讓長者能對照顧服務享有更多自主選擇，但對於心智仍健全但體力漸衰的長者，其生活的自主性也漸減，資助券能否達到其原意成疑。因此大部分的前線同工和服務使用者團體對社區資助券抱觀望態度，對院舍券則大力反對。

有前線社工形容，其實香港的長期照顧服務，不論是院舍或社區服務一向都採用共同付款的方式，而使用者需支付的金額亦維持在低水平，令長者及家人即使沒有退休保障仍可應付，同時有統一評估機制把關，亦可減低濫用。就服務使用者的權益而言，相信無人會反對資助券的概念，但魔鬼永遠在細節，資助金額和營運者的選擇都是服務使用者首要的考慮，現時社區資助券只足夠資助部分照顧服務，而院舍券則令院舍服務大幅向私營院舍傾斜，這都令使用者卻步。其實長者們並沒有要求更多，反之他們很體諒政府所說之經濟資源緊絀，他們只期望在可能範圍下有安全感地安老過活，特別是那些非綜援戶的低收入長者，他們已沒有綜援作安全網，因此其他社會福利作為第二安全網，對他們是極其需要，刻不容緩。

民間團體認為政府仍需要繼續以稅收資助的模式，為當前相對貧乏的長者提供服務，同時開發新的服務供應和融資模式，回應未來經濟條件較佳並可參與付款的長者的需要。香港的安老規劃多年並無寸進，訂立長期融資的方案和統一要求的服務標準，實在不容再拖。

人手的爭議

若要有良好穩定的服務質素，充足的具合適資歷和熱誠的工作人員是首要。現時，所有安老院舍除須符合《安老院條例》（香港法例第459章）所訂的發牌要求，以及遵守條例的規定外，資助安老院舍亦須符合津貼及服務協議，或相關營運者與社署所簽訂的服務合約訂定的基本人力要求。提供護養院宿位的安老院舍必須獲得衛生署按《醫院、護養院及留產院註冊條例》（第165章）發出的牌照。

在2011年，長者人口與勞動人口的比例大概是1名長者對5.3名勞動人口。到2041年，這個比例將會下降至1名長者對1.8名勞動人口。安老照顧服務的行業人手短缺及專業培訓問題一直備受關注。過去數年，大部分長期照顧服務單位都面對招募員工困難的問題，包括前線照顧員、護士及治療師等，部分單位更有達30%的員工空缺，也直接影響服務質素。

自2011年開始本港實施法定最低工資，收窄了不同行業的薪酬差距，不少安老服務員工亦被吸引轉行至工作環境較佳的行業。根據2011年的「長者社區照顧服務顧問研究」，安老服務界人手短缺的情況在其他相關工種均有出現。現時安老服務的營運機構，都未能提供與醫院管理局或私營醫院相若的薪酬待遇或工作條件，晉升階梯、培訓督導、人手編制及人均工作量，以及行政上的支援等亦與醫護界別有距離。此外，有部分安老服務單位採用購買輔助醫療服務（包括物理治療服務和職業治療服務）的模式安排所需人手，減低了工作的穩定性。根據一項2013年對護理及專職醫療人員短缺狀況的調查顯示，家務助理及個人照顧工作員均有超過兩成的流失率，離職原因大多與薪金不理想有關，加上，前線護理工作屬厭惡性質，很難吸引年輕人進入這一行業，香港社會服務聯會的研究就曾估計，半數現職家務助理及個人照顧工作員的年齡已到50至59歲。以上種種原因皆令業界難以聘用人手。

不過，相比融資模式，人手問題爭議較小，業界曾提出的建議，大部分都在進行中，包括政府自2006年起推出社會福利界登記護士訓練課程，而安老事務委員會與醫管局合作，推行保健員先導訓練課程，政府亦與非政府機構合辦「青年安老服務啟航計劃」，以先聘用後培訓方式吸引青年參加，並提供培訓津貼和晉升階梯，鼓勵年輕人入行。教育局已於2012年成立「安老服務業培訓諮詢委員會」，並於2014年制定第一版的《安老服務業能力標準說明》，在資歷架構落實後，從業員在行內發展的前景及晉升階梯會更明朗。

其他尚未達到的建議包括為服務作出五年規劃、確保業界有充足人手應付服務需要及檢討照顧行業的薪酬架構。根據前線同工的經驗，現時排隊輪候使用長期照顧服務的長者較以往體弱，需要更多人手加以照顧，亦牽涉更改法定發牌標準、服務合約或協議，以改善人手比率編制，這些都是長遠的安排，需要更多的討論及社會共識。

作為使用者，不少長者及家人更關心工作人員服務的態度，院舍或家居服務無非希望長者能安老，故院舍的居住環境要如家一樣，照顧員亦應待長者如家人，否則即使是五星級的院舍也了無生氣。員工培訓固然重要，但過分著重各種照顧工序的執行，不斷評估照顧員的工作，這是無助長者面對日漸體衰力竭的身體和應付漫長的生理和心理挑戰，反而工作人員的燦然一笑，更能舒緩長者因體弱及不適而繃緊的身心。要使工作人員能活在陽光中，短期最有效的策略就是由政府增加資源，調高並確保營運按法定的人手比例提供服務，以近兩年公共財政狀況來看，相信政府有能力達到上述目標。

在紓緩安老服務界的人手短缺問題上，究竟能否由家庭成員擔當有酬照顧者呢？參考其他已發展國家的經驗，引入照顧者津貼，紓緩家人照顧長者起居生活的經濟壓力，讓長者盡量在家居住的例子有很多，去年香港扶貧委員會也通過由關愛基金撥款，推出為期兩年的「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃」，向低收入家庭護老者發放生活津貼，讓有長期護理需要的長者能在護老者的協助下，得到更適切的照顧及繼續在熟悉的社區安老。至今計劃已推行超過一年，大部分護老者的擔心仍是「魔鬼在細節」，深怕領取津貼後，政府從此不再容許長者使用長期照顧服務，各民間團體正密切關注試驗計劃的檢討及使用者能否參與討論制定未來政策的平台。

總結

根據聯合國界定老齡化政策發展原則，長者在社會發展的得益上應得到按人口比例合理的資源分配。按現時長者人口不斷增加的情況，本港安老服務資源完全沒有被削減的空間。同時，在長者人口中的質性差異應獲得正視，服務資源不應只放在病弱者身上，政府應在長者的參與和教育方面同作優先處理，讓長者面對病弱時，能有更好的準備，增進對政策的認識，建立共識，減少不必要的爭議。

政府已就安老服務進行有關方案規劃，但諮詢時間已超過一年，融資及人力都是第二諮詢階段的討論議題，可惜很多業界同工及服務使用者根本不知情，也未曾參與諮詢。從劍橋事件中，我們看到公眾的關注，但事件背後反映安老服務更是緊扣整個長期照顧服務政策，政府實在有責任進行廣泛諮詢，避免將來計劃方案推出時，因政府與使用者、業界營運者及同工的討論不足而匆匆推行，引發更大的爭議。

參考資料

- 1. Chi, I. (2001). Long-Term Care Policy for Elders in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2/3), 137-153.
- 2. National Resource Center for Participant Directed Services. (2015). *Cash & Counseling Program Overview*. Retrieved August 10, 2015, from http://www.bc.edu/schools/gssw/nrcpds/cash_and_counseling.html/index_html
- 3. OECD. (2011). Public Long-term Care Financing Arrangements in OECD Countries. Help Wanted? *Providing and Paying for Long-Term Care*. Retrieved August 10, 2015, from <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884942.pdf>
- 4. University of Minnesota. (2001) *Peopling long-term care: assuring adequate workforce for long-term care in Minnesota*. Retrieved August 10, 2015, from <http://phinational.org/research-reports/peopling-long-term-care-assuring-adequate-long-term-care-workforce-minnesota>
- 5. Venne, R. (2000). *Mainstreaming the concerns of older persons into the social development agenda*. Retrieved August 10, 2015, from http://undesadspd.org/LinkClick.aspx?fileticket=JwtoZhy1g_4%3D&tabid=502
- 6. 中華人民共和國香港特別行政區（2015）。*總目170社會福利署2015-16開支分析報告*。取自 <http://www.budget.gov.hk/2015/chi/pdf/chead170.pdf>

- 7. 老事務委員會（2000）。*安老事務委員會工作報告*。取自
http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/About_Us/Introduction.html
- 8. 社工復興運動反院舍券社工陣線（2015）。拆穿長者院舍券「袋住先」陰謀。於2015年8月10日，取自
<http://www.inmediahk.net/node/1034405>
- 9. 社會福利署（2015）。*安老院舍照顧服務統計總覽*。取自
http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_overviewon/
- 10. 政府統計處（2013）。*2011人口普查主題性報告：長者*。香港：作者。
- 11. 香港大學秀圃老年研究中心及社會工作及社會行政學系（2011）。*長者社區照顧服務顧問研究報告*。於2015年8月10日，取自
<http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/library/Community%20Care%20Services%20Report%202011%20chi.pdf>
- 12. 香港大學研究團隊（2009）。*安老事務委員會就長者住宿照顧服務所進行的顧問研究最後報告*。於2015年8月10日，取自
<http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/library/Residential%20Care%20Services%20-%20Final%20Report%28chi%29.pdf>
- 13. 香港法例第165章《醫院、護養院及留產院註冊條例》（1937年1月1日）
- 14. 香港法例第459章《安老院條例》（1996年6月1日）。
- 15. 香港社會服務聯會（2013）。*護理及專職醫療人員短缺狀況調查*。於2015年8月10日，取自
http://www.hkcss.org.hk/c/cont_detail.asp?type_id=9&content_id=402
- 16. 香港社會保障學會（2014）。*長者家居照顧服務意見調查報告書*。於2015年8月10日，取自
<https://www.hkupop.hku.hk/english/report/hkssss/pr.pdf>
- 17. 審計署（2014）。*審計署署長第六十三號報告書*。香港：作者。

從法例出發看院舍和長期護理問題



立法會議員、香港理工
大學應用社會科學系講師
張超雄博士



張超雄議員助理、註冊社工
盧浩元先生

今年六月發生的大埔劍橋護老院虐老事件，令社會深思長期護理政策出了甚麼問題。社福界普遍認為劍橋事件只是冰山一角，有更多安老院舍的服務問題仍未被揭露。這除了是現行監察機制的問題外，作為立法會議員，本人也關注現行法例能否確保服務達到一定的水準要求，從而為服務使用者提供足夠的保障。

法例是社會制度的基線，標誌著社會對某些規範的基本要求。若基線設得過低，令相關政策和服務標準低於社會可以接受的水平，實在是香港社會的恥辱。今天差劣的院舍質素，縱使未必違法，但亦已跌穿了社會的底線。

法例未符合社會對長期護理服務的要求

香港的安老院條例(下稱條例)於1994年制訂，並於1996年全面實行。自1970年代起，大量私營院舍湧現，可是質素參差，令政府感到有需要作出規管，以讓社會接受繼續以市場為主導的方式去解決安老問題。當時政府擔心若立法從緊，有機會令院舍大規模結業而造成極大的安置壓力，故最終妥協以低標準訂立條例。條例自1996年訂立至今，當局已有接近廿年時間未有就主體法例提出檢討及修訂，實在未能追上時代的進步和香港經濟發展的水平。

在過時的法例上，社會福利署另訂立了《安老院實務守則》，以規範營運者，當中一項闡明：「安老院應盡量營造家居氣氛，使住客彷彿置身家中」。但何謂「彷彿置身家中」本身有相當的主觀性，巡查及執法時根本難以判斷。加上現時大部分院舍的服務設計，有定時定刻的作息時間表，服務對象對日常起居、飲食、外出皆欠缺自主權，部分院舍用約束物品限制院友的活動也時有所聞，姑勿論這是否屬虐老的行為，我們實難以想像長者居於院舍如何能有如置身家中。

生而為人，基本生活需要總離不開衣、食、住、行，在居住方面，人均居住面積的大小，會直接影響院友的生活質素，當年正因大部分院舍空間不足，故條例對有關要求設於極低標準。根據香港房屋委員會2015年的文件，公屋的人均居住面積由2005年的11.7平方米增加至2015年的13.1平方米。隨著醫學進步，長者平均壽命延長，但同時因應身體狀況而所需要的額外設備，如輪椅、助行架等亦會增加；一些患上認知障礙症的長者需要較大生活空間，若院舍的人均居住面積比公屋的人均居住面積還要小，實在是無法接受，可見條例需要檢討。

表一：安老院舍的法定人均居住面積及各級院舍的人均面積狀況

院舍類別	安老院條例 的最低要求	沒有參與買位 計劃的私營院舍	甲二級買 位院舍	甲一級買 位院舍	非政府機構自負 盈虧安老院舍	津助 安老院舍	合約 安老院舍
住客人均 樓面淨面積 (平方米)	6.5	7.5	8.3	9.9	17.1	17.5	20.8

資料來源：《審計署第六十三號報告書》，審計署

在人手比例上，根據審計署的報告，現時津助院舍人手約為1比2.5，私營院舍人手則為約1比6.25，可見私營院舍以嚴重低於法例的標準聘請人手。根據台灣的經驗，當地院舍人手比例約為1比4.1，介乎現時香港津院與私院之間，這是值得參考的案例，作為改善本地法例所訂定的標準。此外，本港現行的實務守則容許營運者以保健員取代護士的崗位，直接令護理服務水平下降。

在人手不足下，院舍違規的事件比比皆是。例如不少院舍往往不必要地使用約束物品，限制長者的活動以避免他們在無人看顧的情況下發生意外。實務守則指出，使用約束物品必須得到院友及家人同意，在一般情況下，應盡量避免使用。即使在其他方法無效下要使用約束物品，院方亦必須密切監察有關措施會否影響院友的身體健康，例如有否影響院友的血液循環等。但據部分前線護理員反映，現時有超過一半院友被迫使用約束物，這明顯是過度及不必要，甚至是一種剝奪人權的做法。又例如，實務守則要求院方每天為院友洗澡，但正如在立法會聽證會發言的私院營運者指出，大部分院舍每兩天才為院友洗澡一次，若他的說法屬實，則大部分院舍也是違規，社署監管不力，實在責無旁貸。

社署監管及執法不力

法例即使再完善，但若執法及監管系統寬鬆也是徒勞。在監管及執法上，現時社會福利署會採用勸喻、警告、檢控的三種程度的方法，下表顯示過去四年數字，可見各程度的執法比例懸殊，令人質疑署方是否執法不力。

表二：社會福利署就長者院舍採取的執法行動類別及數目 (2010-2014)

	勸喻信	警告信	檢控
2010-11	3,264	404	18
2011-12	3,097	377	5
2012-13	3,042	348	10
2013-14	3,204	364	11

資料來源：立法會財務委員會審核2014-15開支預算回答編號LWB(WW)0871。

現時社署的安老院牌照事務處可根據條例巡查本港的安老院舍，以確保這些院舍的運作符合發牌要求。早前有指署方進行這類巡查前會先預約院方，監管力度因而被削弱。對於「預約巡查」，署方、院舍營運者、社福同工、長者及照顧者各有不同說法，署方指所有巡查皆是「突擊巡查」，不存在預約的情況；然而亦有院舍職員向傳媒表示，曾有不少被院舍主管告之當天有預約巡查的經驗，需要臨時上班或「打醒十二分精神」，有家屬亦曾在探訪期間親歷院舍臨時增加人手或立即整理院舍設備的情況，這些都反映署方未有向公眾清晰交待相關準則。此外，社署在罰則上亦不清晰，公眾無法得知哪類或什麼程度的院舍違規行為，會遭署方「勸喻」、「警告」或「檢控」，或更嚴厲的懲罰。再者，部分在實務守則裏的概念，如「置身家中」，是相當含糊及主觀，令服務使用者及公眾缺乏客觀標準量度及評估安老院舍的表現。

表二顯示院舍違反現行條例或實務守則的個案，每年平均約有3,500宗政府有紀錄的院舍違規個案，當中只有約0.4%個案被社署正式檢控，屬極低比率。

法例上可行的改進方向

私營院舍與資助院舍的落差，除了因為法例對私營院舍的要求低外，亦因為資助院舍須要按服務質素標準(service quality standard)營運，向社署和公眾負責及按津助服務協議(funding and service agreement)提供相應服務。社署對資助服務的要求，當然比法例及監管私營服務的標準為高，也代表著社會看待社會服務的標準之一。為何政府容許法例的標準低於為資助服務及社福機構所訂的標準呢？這值得我們追問。

為了令安老院條例與時並進，維護院友尊嚴及人權的基本要求，我們建議從以下方向檢討該條例：

1. 增加人均面積及人手比例至合理水平，當中應考慮患有認知障礙症或不同長期病患等人士的額外空間及人手需要；
2. 重新規劃保健員和護士的職級及人手要求，並立法規定院舍須有護士當值；及
3. 釐清巡查及懲處制度，並讓服務使用者及公眾知悉。

在現行的政策和制度下，社署同時作為部分院舍的資源提供者及所有院舍的監管者，角色出現重疊。英國的護理質素委員會(Care Quality Commission)是一獨立法定組織，負責發牌、監管及巡查，相關院舍的資料，如院舍的收費、曾被檢控或投訴的次數、照顧人手等均公開讓公眾參閱，有更清晰的角色和職責，值得香港參考。

除此以外，我們建議在立法原則中引入「尊嚴」(dignity)概念，並將之具體化。前述的英國護理質素委員會有具體的指引，包括在護理服務的提供、溝通過程、服務選擇、私穩保障、自主權上，均以服務使用者為本，並有法可依，香港可以此借鑑。

香港可以考慮的另一安排，是院舍認證制度。院舍認證制度在國際社會迅速發展，台灣甚至將「老人福利機構評鑑及獎勵辦法」訂為法例，由政府委託專業組織進行評鑑，表現優良的機構可獲政府補助，而表現欠佳的機構則不獲政府補助，甚至不被允許繼續營運。相近的法規在其他國家亦可見到，香港現時有參與認證計劃的院舍比例極低，應急起直追，並從法例開始入手。

別遺忘殘疾人士院舍和長期護理的理念

除了《安老院條例》，《殘疾人士院舍條例》與長期護理服務同樣相關，有關條例亦定於偏低的標準，有必要作出檢討。自條例於2011年生效以來，至今仍有相當高比例的殘疾人士院舍未有取得牌照，而是以豁免證明書代之，全港306間資助及私營殘疾人士院舍之中，只有32間持有牌照，其餘全部持豁免證明書營運，甚至在220間津助院舍當中，亦只有13間持有牌照。也許「土地問題」是令殘疾人士院舍一直以低標準來營運的其中一個原因，合資格領牌的津院比例偏低，估計是舊有院舍的處所改建未合規格，津助院舍的人手編制亦未能符合條例要求。社署對豁免牌照的年期及要求院舍全面領取牌照，仍未有清晰的政策及時間表，實在未能令殘疾人士及其家庭安心，我們認為政府有責任協助院舍儘快獲取牌照，而不是放任不管，讓條例形同虛設。此外我們觀察到，不少殘疾人士院舍會接收不同類型的殘疾人士，如智障人士、肢體殘疾人士、精神病患者或康復者，其實上述不同殘疾人士的需要非常不同，在此等複雜的照顧安排下，將會令院舍質素更參差，社會更應正視此等問題。

在2015年經濟發達的香港，我們仍在討論院舍不足和院舍質素的問題其實很可悲。很多國家早將政策定位於去院舍化(deinstitutionalization)和鼓勵社區獨立生活(independent living in the community)，強調自主性的重要性。而且，我們應肯定被照顧的權利，服務使用者與提供者不應是從屬關係，而應是伙伴及平等的關係。有些國家甚至制訂有關社會照顧的法例，如英國的護理法案《Care Act 2014》，訂明有長期護理需要的人士有權參與決定自己屬意的服務模式，在個案經理的協助下，這些服務安排更為人性化；而以社會保險制度安排長期護理服務，更能提供一個光譜式(spectrum)的照顧服務，以社區為本的方式及按照顧需要來提供不同程度的支援。與全民退休保障的倡議方向相近，在現有制度下，長期照顧服務僅以公帑資助為主，在融資上或會出現危機。政府傾向以「長者院舍券」引入共同付款、服務私營化的概念，可是，從政策完整性及以福利權作為介入理念的角度出發，社會保險制度才是面對人口老化下具永續意識的政策。本文希望透過討論院舍條例的修訂，促進社會延伸思考長期護理政策的理念和可能性，不少地區以法例作為長期服務的基線，雖然距香港實際情況頗遠，但值得深思。

參考資料：

- 1. *Care Act 2014*. Available at:
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted/data.htm> (Accessed: 30 September 2015).
- 2. *Health and Social Care Act 2012*. Available at:
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> (Accessed: 30 September 2015).
- 3. *Retirement Homes Act 2010*. Available at:
<http://www.ontario.ca/laws/statute/10r11> (Accessed: 30 September 2015).
- 4. 立法會（2015）。立法會財務委員會審核2015-16開支預算。取自
http://www.legco.gov.hk/yr14-15/chinese/fc/fc/w_q/lwb-ww-c.pdf
- 5. 老人福利機構設立標準（民101年12月03日）。
- 6. 老人福利機構評鑑及獎勵辦法（民101年06月08日）。
- 7. 香港房屋委員會（2015）。房屋統計數字二零一五。香港：作者。
- 8. 香港法例第459章《安老院條例》（1996年6月1日）。
- 9. 香港法例第613章《殘疾人士院舍條例》（2011年11月18日）。
- 10. 香港審計署（2014）。審計署署長第六十三號報告書。香港：作者。

長期照顧服務需要與安老院舍服務發展一

專訪香港中國婦女會安老服務總監 黃耀明女士



訪問整理：

香港社會服務聯會政策研究及倡議程序幹事 鄭普恩小姐

香港社會服務聯會政策研究及倡議主任 何俊傑先生

黃耀明女士MH為香港社會服務聯會長者服務專責委員會主席，同時是香港中國婦女會安老服務總監及黃陳淑英紀念護理安老院院長。黃女士早年於瑪麗醫院從事醫務社會工作，並曾獲頒社會工作訓練基金(Social Work Training Fund)，往哥倫比亞大學深造老人學，有豐富的安老服務經驗。近年她更帶領團隊，成功開發全球首套專為華人長者設計的記憶訓練教材套及「e-護存」電子護理紀錄及監控系統，有關項目大大提升安老和院舍服務效能，廣獲業界肯定。

從安老院舍看長期照顧服務發展

社會福利署於二零零零年起推行「安老服務統一評估機制」，採用國際間認可的評估工具，評估長者在護理方面的需要，以編配合適的長期護理服務。長者經評估確認有長期照顧需要後，可根據評估結果及服務建議，輪候合適的長期護理服務，即院舍照顧服務或社區照顧服務，或同時輪候兩種服務，當中又以院舍照顧服務佔大多數。今期政策報專訪黃耀明女士，以進一步了解院舍照顧服務在本港的狀況及長期照顧的發展。

長者長期照顧服務在香港的現況

目前，安老院舍是長期照顧服務的主要提供者，當中分為私營院舍(下稱「私院」)及由社會服務機構營運的政府資助院舍。黃女士認為在探討本港長期照顧服務發展時，必須先了解當前社會環境和長者需要。她指出，以前香港大家庭較多，人們普遍習慣家庭式的集體生活，院舍的集體照顧模式較易為長者適應和接受。然而社會轉變，現時愈來愈多核心家庭，市民愈趨重視私隱及強調個人化需要，不少長者及其家人憂慮院舍生活會令服務使用者失去自主性和個人空間，因而抗拒院舍服務。

同時，社會大眾對院舍服務水平的要求愈來愈高，大家講求的不單是基本的生理照顧，還期望服務能顧及長者的身心健康需要及個人尊嚴，加上醫學日漸昌明，營辦院舍必須比以前有更大的投入，但社會願意投入於長者長期照顧的資源卻未有大幅增加，令服務水準追不上社會的期望。然而老齡人口不斷增加，家屬、服務營運者以至和社會都不能迴避長者照顧的需要，因此大家應思考如何改善服務模式和內容，及思考服務的融資安排，以配合社會的需要。

「長期照顧服務」的三個重要的組成部份

黃女士指出，長期照顧服務由三個部分組成，當中包括個人護理(personal care)，即個人日常起居和衛生照顧；第二是住屋安排(housing arrangement)。不論是居家安老或是接受院舍照顧，長者都需要有安身之所，其家居設計上須容讓他們在身體機能轉差後仍能繼續居住。至於居家還是居於院舍，則取決於長者的家庭成員能否照顧他們，或能否負擔自資的到戶服務；最後一個部分是有關健康照顧(health care)。長期照顧必定與醫療和護理扣連和互相配合，因涉及被照顧者的用藥情況、傷口癒合或病情控制程度等，因此院舍服務中規定要有註冊護士監察及跟進長者的健康狀況。

上述三個部分是長期照顧服務的重要組成部份，其中再按長者安老的地點(在家還是院舍)和服務深度，繼而衍生院舍照顧和社區照顧服務兩種模式。

長期照顧基建(Long-term Care infrastructure)

黃女士指出，長期照顧服務並非單純滿足長者的生理需要，還要照顧他們的心理健康、跟進他們的醫療介入狀況(如量度生命表徵及服藥紀錄)、保障長者的選擇權和尊嚴等等，進而提供預防性或補救性的服務介入，而良好的服務應建立於完善的服務基礎上。因此優質的長期照顧服務涉及多方面的配合，黃女士認為要建設完善的長期照顧系統，涉及多個要素，包括長期照顧服務(services)、服務監察機制(quality assurance)、服務提供機制(delivery)及融資(financing)安排。

以住屋為例，當中由有形的硬件設計以至到無形的服務連繫與配套，都是一個有效的長期照顧服務系統中需要兼顧的部分，長者居所的硬件設計方面，一般會在洗手間加裝扶手和防滑膠墊、調低廚房煮食爐頭的位置、保持家中或院舍通道暢通無阻以讓輪椅通過等，藉此協助長者在日常生活中適應日漸轉差的活動能力。除硬件上的支援外，部分公共屋邨的屋邨辦事處與地區服務機構有所連繫，令後者掌握獨居或獨居二老住戶的狀況，以便向他們提供適切的支援。長者照顧需要的基建，從有形硬件以至無形服務均需一一考慮。

黃女士進一步指出一個有效的服務監察機制，是一項極其重要但卻常被忽視的基建。她認為接受長期照顧的服務使用者都是最弱勢的一群，他們沒有足夠保護自己的能力，故服務監察機制是不可或缺的部分，以確保服務達到一定標準，保證服務質素。

除此以外，黃女士提到本港發展長期照顧的挑戰之一，是服務的融資安排。她指出，目前政府資助照顧服務的投入並不低，以院舍照顧服務為例，每個提供持續照顧宿位平均每月成本為14,085元，資助院舍用家需自費約2,000元，當中約12,000元由政府的資助承擔，即使屬私營院舍買位計劃下的床位，每個宿位平均每月成本9,506元，用家自費約1,700元，即超過7,000元的成本是由政府資助負責。

黃女士認為長期照顧是一項高成本的勞動密集服務，而當社會發展愈來愈成熟、制度愈來愈完善，加上通脹、租金和服務人手工資增加等因素，服務成本定必會上漲。然而本港目前尚未有全民性的醫療保險或業界多年一直倡議的長期照顧保險制度，也沒有全民退休保障，令社會無法以全民供款形式，去持續支持長期照顧服務的開支。社會實在需要討論服務融資的方式，除了要回答「錢從何來」這問題外，也要討論經濟條件較佳的服務使用者及其家屬的財務責任和分工。

除了融資以外，社會亦應開放討論政府資助的方式，政府的資助除了直接給予服務提供者外，其實也可以其他形式提供，例如直接資助家有長者的家庭，由他們自行選擇如何運用資助來安排長者的照顧需要，再由照顧經理(care manager)監察資助的運用，或可令公帑運用得更有效益。

發展居家安老的關鍵：支援照顧者

目前政府以「居家安老為本，院舍照顧為後援」作為安老服務發展的主軸，鼓勵個人、家庭和社會共同承擔照顧長者的責任。然而本港對安老院舍宿位的需求持續上升，其需求比率由2007年的5.11%上升至2013年的5.59%。在2012至2015年期間，資助安老院舍的入住率一直維持在95%以上。截至2015年7月，長期護理服務中央輪候冊內仍有31,739名長者，在輪候各類型的資助長者住宿照顧服務。

黃女士指出不少長者抗拒入住院舍，但同時又有眾多長者輪候院舍或接受私營院舍的服務，這現象或正反映現時居家照顧服務不足，縱然政策方向是鼓勵居家安老，惟政策制訂及執行上的落差，令居家照顧難以實現，一些長者即使不情願入住院舍，也在別無他法下選擇院舍服務。

「照顧」本身涉及家庭和社會兩方的責任，但我們不能簡單地把照顧責任切割然後分工。現時不少照顧者感到他們未能夠在家中發揮照顧者的角色和能力，黃女士認為其中一個障礙，是社會對於「政府」和「家庭」兩者在長期照顧中所擔當的角色尚未有清晰的定位，於是無法清楚界定雙方的責任和分工，政策上也鮮有觸及如何加強家庭的功能。

當人身體逐漸衰退，自理能力減弱，第一時間必然希望尋求及倚靠家庭的支援，若家庭狀況未能滿足其照顧需要，則需要考慮院舍照顧，但不少家屬和長者都視院舍服務為無可奈何下的唯一選擇。加上現今社會重視個人私隱和選擇，黃女士認為社會和政府實在需要發掘和釋放家庭資源，甚至直接資助家庭，不但讓家屬和長者有更多真正的選擇，亦為長者和家庭創造更好條件達到居家安老的期望。

在黃女士的想像中，理想的居家安老模式，是讓被照顧者的家屬有足夠的資源，安排全職的照顧員或使用到戶社區照顧服務照顧長者，甚至家屬本身也可以選擇在家擔當全職照顧者。一個理想的居家安老模式，應讓長者即使身體缺損，都可以在家中得到妥善的照顧，而不一定需要接受院舍的住宿照顧。

發展院舍照顧的關鍵：服務質素保證

安老院舍床位求過於供，加上服務良莠不齊，早前就有安老院被揭發在露天地方替長者脫光衣服等候洗澡，引起社會關注私營安老院的規管。如何保障院舍長者的權益和生活質素，同時讓院舍照顧可作為長者安老其中一個安心的選擇，是院舍照顧服務發展其中一個關鍵問題。

黃女士認為，規管可從「獎勵式」和「罰則式」兩方面入手，前者以積極和具鼓勵性的方法，激勵院舍營運者及從業員自我提升，例如香港老年學會於2005年推出「香港安老院舍評審計劃」，參加計劃的安老院舍若在院舍管治、環境、服務流程/照顧過程，及資料管理/溝通這四個評審範疇中達到要求，則可獲得「安老院服務提供者管理體系認證」，此舉除了鼓勵院舍持續改善服務質素，亦為市民提供參考以選擇合適的服務機構。類此的計劃在外國相當普遍，部分國家甚至要求院舍必須取得認證，方可獲政府資助。

至於罰則式的做法，則是透過立法程序訂立法例及規則，去規範營運者及從業員的表現，藉此要求院舍必須達到一定的基本標準，才能營運服務。若有違規或不符合法則者，便會給予不同程度的懲處。有部分國家在法規上設立分級制度，達到基本法例要求的可得到政府的基本資助，若希望能獲取更多的公帑資助，營運者就需要達到更嚴格的標準。

現時本港各類安老院舍皆受《安老院條例》規管，院舍須獲發牌照才能經營。不過有關條例自訂立至今已近廿載，卻一直未有檢討更新，當中不少的營運標準已不符合社會期望。黃女士指出，社會政策必須跟隨社會的現況和要求而調整，但現有法例下，營運院舍的門檻十分低。以中度照顧安老院為例，其人手比例的要求為每60名院友則有1名保健員或護士，根本不敷應付眾多行動不便或自理能力有限的長者，結果往往因人手不足而影響服務水平。同時，社會對於何為優質服務並無一套統一說法，院舍的服務表現和質素，取決於營運者的自我要求和投入。黃女士認為，政府必須收緊規管，提高營運院舍門檻的標準，讓只有達到社會認可的基本合理水平的院舍才能經營。

具質素的安老院舍服務不論對資源、人手和硬件的要求都相當高，然而人手不足，招聘新血入行的問題一直困擾業界。黃女士認為安老院舍有需要進行形象改造工程，改變社會大眾對院舍工作的印象。「時下年青人不願意投身安老院舍行業，甚至家屬自己，都認為照顧老人是低下的工作，這種文化需要由政府帶頭改變。絕大部分的資助院舍都會嚴格跟從政府的標準，但無論我們的服務如何優質、營運者如何精益求精，只要有院舍的醜聞被揭發，整個行業的形象都會一下子被拖垮。政府必須做好監管，修正院舍的形象，同時要讓大眾認同照顧長者是一項重要、有社會價值和崇高的工作，否則永遠都不會有足夠人手照顧長者。」

除了改變形象和文化，另一個業界和政府需要著力處理的是人力資源規劃的工作。面對人口老化和出生率下降，香港未來必定面對勞工短缺，黃女士認為業界應思考幾方面的出路，首先是改善院舍員工的待遇以吸引新人入行；其次要思考如何透過科技提高服務效率和質素，以她的院舍為例，在社會福利署的社會服務發展基金(Social Service Development Fund)支持下，院舍建立了電子化醫療紀錄系統，不但能更準確監察服務質素，亦節省記錄資料的人手，大大提高服務效率。業界也要著眼培訓工作，並藉設立資歷架構，為從業員訂立按步提升專業知識和技能的途徑，確立專業操守及形象。她表示，人力資源規劃並非單一行業、單一機構就能做到，而是整個香港都需要處理的課題。

總結：再思長期照顧服務發展－生命的價值

完善的長期照顧服務牽涉龐大和跨專業知識，由制度建設、政策、融資安排以至人手規劃層面均須一一考慮，然而，在黃女士從事長期照顧服務的經驗中，讓她領悟最深切的卻並非各種複雜課題，而是最單純和根本的個人反思－生命的價值。她指「長期照顧」本來就是每個人都需要面對和思考的問題，因為「每個人都有父母、家人，每個人都會有衰老的一日，終有一日你都會有被照顧的需要，如何照顧老人反映我們對生命的看法。」而她個人對生命的信念正深深影響她營辦安老院舍和發展服務的策略，「我的安老院舍照顧長者四方面的健康，包括生理(biological)、心理(psychological)、社交(social)和靈性(spiritual)，其中又以精神健康最為重要，因為精神健康一旦轉差，便會影響自己的身體健康和人際關係，繼而影響社交健康。而靈性健康，即宗教信仰，對長者也十分重要，因為這讓他們在面對身體機能轉差、人生走到最後階段、生活沒什麼動力時，仍然能夠藉宗教為他們的生活注入一些希望感(instillation of hope)，即使健康條件不佳，長者們都仍能活得開心。這些都是我相信的。」

儘管有關的服務介入難度十分高，而且需要很多額外資源投入，但黃女士認為，這是香港長期照顧服務應該思考的方向。「長期照顧不是單單維持長者的生命，而是關乎我們每一個人作為子女、作為家人、作為一個人如何看待生命，繼而影響我們如何照顧老人和開展我們的服務。我不會刻意標籤老人家的身體精神狀況，然後以此作為介入與否的指標，例如患晚期認知障礙症的長者連自我意識都失去，有人會認為已無介入的價值，就讓他們自然衰退然後死亡，但我不會這樣想，因為我相信每個人不論去到什麼階段、身體機能狀況如何，內在仍然有潛能和意識能被激發出來。再者，何謂活著從來都充滿爭議，死亡更是無人能預知，因此我只會按他們此時此刻(here-and-now)的需要和意願去提供支援和照顧。我視他們為真正的活著，而不會視他們處於即將死亡的階段，否則任何介入都不需要。若我們連活著的生命都不認真看待，又何以能夠做到『死亡』的服務？」

黃女士的分享提醒我們，在政策和服務背後，我們更要反思社會對長者晚年生活的期盼，以至家庭和社會對照顧責任的理解和分工，不論是院舍抑或社區照顧都只是滿足長者照顧需要的一種服務模式，服務受眾的福祉和選擇、社會資源的投入及未來人手規劃，都是發展長期照顧服務中的核心問題，如何透過服務的建設體現對長者生命的尊重和重視仍待社會思考。

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。

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard sheet of stationery.

瀏覽昔日政策報，可登入<http://webcontent.hkcss.org.hk/prs/Policybulletin/main.htm>

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



促進公共政策質素 探究核心原則、價值

《社聯政策報》第十九期

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：2864 2929

傳真：2864 2999

網頁：<http://webcontent.hkcss.org.hk/prs/Policybulletin/main.htm>

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。



香港公益金

THE COMMUNITY CHEST

香港公益金贊助