

安老事務委員會
第六十三次會議記錄

日期：2010年5月6日(星期四)

時間：上午9時30分

地點：中環花園道美利大廈20樓2005室

出席者：

主席

梁智鴻醫生，GBS，JP

副主席

陳章明教授，BBS，JP

委員

陳志育先生

陳恒鑛先生

陳漢威醫生

鄭錦鐘博士，JP

張滿華博士

趙鳳琴教授

莊明蓮博士

馮玉娟女士

劉惠靈牧師，BBS，JP

馬陳鏗先生

馬清鏗先生，BBS

馬錦華先生

黃以謙醫生

胡令芳教授

鄔滿海先生，SBS

任燕珍醫生，BBS

李淑儀女士，JP

食物及衛生局常任秘書長

鄧國威先生，JP

勞工及福利局常任秘書長

聶德權先生，JP

社會福利署署長

陳慧敏醫生，JP

衛生署署長代表

徐金龍先生

運輸及房屋局局長/房屋署署長代表

戴兆群醫生

醫院管理局行政總裁代表

列席者：

楊碧筠女士

勞工及福利局副秘書長

何小萍女士

勞工及福利局首席助理秘書長

吳馬金嫻女士，JP

社會福利署助理署長

顏文波先生

社會福利署總社會工作主任

江淑儀女士

社會福利署總社會工作主任

林定楓先生

社會福利署總社會工作主任

林靜華女士

社會福利署高級社會工作主任

香永強先生

社會福利署高級社會工作主任

陳秀明女士

社會福利署高級社會工作主任

梁美華女士	社會福利署高級社會工作主任
關婉玉女士	社會福利署高級社會工作主任
吳秉琛醫生	衛生署高級醫生
林秋娟醫生	衛生署高級醫生
夏國鋒先生	勞工及福利局助理秘書長
李詠彤女士	勞工及福利局助理秘書長
勞俊衡先生	勞工及福利局助理秘書長
林展翹女士	勞工及福利局助理秘書長
莫廸珊女士	勞工及福利局總行政主任
李穎恒女士	勞工及福利局行政主任
陸嘉健先生	食物及衛生局首席助理秘書長

[議程第 3 項]

因事缺席者：

邱浩波先生，BBS，JP

秘書

陳蔡寶珍女士 勞工及福利局首席助理秘書長

* * * * *

主席梁智鴻醫生歡迎各委員出席是次會議。他提醒委員，當與討論事項有潛在的利益衝突時，應申報有關利益。

議程第 1 項：通過第六十二次會議記錄

2. 由於各委員對秘書處分別於 4 月 22 日及 28 日發出的會議記錄中、英文版初稿並無提出任何修訂建議，該份會議記錄獲通過。

議程第 2 項：續議事項

第六十二次會議記錄第 4 段

3. 主席以投影片簡介委員會於 4 月 28 日至 30 日期間往澳洲雪梨的外訪活動，行程包括訪問當地負責長者住宿照顧、社區照顧、院舍評審和舉辦積極樂頤年活動等工作的政府部門、半官方機構和服務營辦者。他簡述此行觀察所得如下：

- (a) 在澳洲，用於長者住宿照顧和社區照顧的財政資源主要來自政府稅收，但長者亦要以其退休保障分擔部份費用；
- (b) 由於長者照顧服務的財政資源主要來自政府，所以私營服務市場發展非常有限；以及
- (c) 澳洲政府委任了一個獨立評審機構負責評審院舍質素。院舍必須通過質素評審方可獲得政府資助。評審機構不會就院舍的服務質素再劃分等級。

4. 副主席陳章明教授認為，澳洲長者入住院舍可能是由於他們慣於獨立生活，故在晚年時未必願意與子女同住。勞工及福

利局(下稱“勞福局”)常任秘書長鄧國威先生表示，澳洲的長者或會希望在生命最後階段，當其身體狀況轉差至不適直接接受家居照顧服務時才入住院舍；由於澳洲人習慣居於獨立洋房，長者不希望入住面積較其家居細小的院舍是可以理解的。

5. 其他參加外訪的委員亦發表了以下的意見：
- (a) 澳洲政府在規劃長者服務方面有一套既定準則(例如要為每 1 000 名 70 歲以上長者提供 113 個安老院舍宿位)，但有關政府部門未能解釋訂立該些準則的理據，及現有準則能否滿足長者的需求；
 - (b) 澳洲鼓勵長者繼續工作，澳洲政府最近更建議僱主為 70 至 74 歲的僱員作強積金供款；
 - (c) 應考慮參考澳洲(及其他國家如丹麥)所採用的用者分擔費用做法，若長者希望得到較高質素的照顧服務，政府可以提供資助，但長者需分擔部份費用；
 - (d) 澳洲能夠投放較多資源於長者照顧服務，是基於其高稅率、延遲退休年齡以及用者分擔費用等政策。相比之下，香港在一個低稅率的制度下仍能提供多元化的長者照顧服務，顯示香港在資源運用方面較為優勝；以及
 - (e) 香港一些安老院舍所採用的藥物處理安排較澳洲先進，顯示香港的長者照顧服務質素不遜於外地。

6. 主席總結時表示，澳洲的長者照顧服務有值得香港借鏡的地方，但兩地的服務各有優點和特色。秘書處稍後會就是次外訪編寫詳細報告作參考和記錄用途。

[會後備註：外訪報告已於 2010 年 10 月 21 日發送給委員。]

第六十二次會議記錄第 7 段

7. 副主席表示，委員會已委託香港大學社會工作及社會行政學系徐永德博士的顧問小組，就長者社區照顧服務展開研究。顧問小組已初步敲定研究的方法，稍後會展開問卷調查。

第六十二次會議記錄第 24 段

8. 主席表示，香港耆康老人福利會(下稱“耆康會”)經考慮委員會的意見後，建議把長者專門網站的英文名稱改為“eElderly”。另外，長者專門網站的開展禮將於 6 月 13 日於東港城舉行，財政司司長及勞福局局長會主禮。

第六十二次會議記錄第 28 段

9. 主席表示，委員會較早時去信運輸及房屋局，跟進葵涌邨居民權益關注組(下稱“關注組”)要求政府在該邨的斜坡樓梯位置興建升降機/扶手電梯一事，其後獲悉該局已就該項建議工程進行評估，但在衡量各項工程的緩急先後之後，暫時未能進一

步處理葵涌邨的工程。

10. 至於關注組要求在葵涌邨內提供長者中心設施一事，社會福利署(下稱“社署”)助理署長吳馬金嫻女士表示，社署當區福利辦事處已與關注組、區內相關福利服務單位及地區團體等商討不同方案的可行性，當區的福利專員將於5月20日與關注組會面繼續討論有關事宜，她會在下次會議上匯報最新情況。

第六十二次會議記錄第30段

11. 積極樂頤年工作小組主席馬錦華先生表示，工作小組於4月22日的會議上同意為籌備退休前準備活動成立專責小組。除他本人外，陳章明教授、張滿華博士及鄭錦鐘博士已加入該專責小組。專責小組會盡快召開會議展開工作。

議程第3項：簡介在醫院管理局新界東聯網推行的共同護理計劃

12. 食物及衛生局(下稱“食衛局”)首席助理秘書長陸嘉健先生以投影片向委員簡介在醫院管理局(下稱“醫管局”)新界東聯網推行的共同護理計劃(下稱“計劃”)。

13. 主席表示計劃是透過推動公私營協作，為長期病患者提供有效的全面及持續護理服務。他欣悉公營醫療服務並不會因推出計劃而減少；計劃只是向病人提供較靈活的私營服務選擇，若病人有需要，可重返公營醫療系統的專科門診接受服務。

14. 主席及委員的其他意見和問題如下：

- (a) 計劃與長者有何直接關係？
- (b) 整項計劃涉及多少資源？政府能否藉著推行計劃節省醫療開支？
- (c) 參與計劃的病人每年可獲最多 1,400 元的資助，實際可如何運用？例如病人可否在一次診症中使用整筆資助？上述資助與長者醫療券試驗計劃每年 250 元的資助可否同時運用？
- (d) 如果病人同時患有高血壓及糖尿病，可否獲得雙倍（即每年最多 2,800 元）資助？
- (e) 在計劃下，政府會向參與計劃的醫生提供質素鼓勵金，以鼓勵醫生按照程序指標為病人提供治理。何謂程序指標？
- (f) 獲邀參加計劃的病人必須是至少兩年前開始在公營專科門診接受治理的糖尿病和高血壓患者，這對其他一向在私家醫生接受治療的病人似乎有欠公平。
- (g) 計劃規定參加的病人需由同一私家醫生治理最少一年，其後若有充份理由方可要求轉換私家醫生，這項規定似乎過於嚴謹，因為病人和醫生可能有俗語所謂“夾不

來”的情況，或病人對醫生的收費不滿，但在這些情況下病人亦不能按其意願轉換醫生。

- (h) 計劃的對象只限於糖尿病和高血壓患者，但長者有可能會誤會所有病患均可獲得資助。因此，政府須向市民清楚解釋參加條件。
- (i) 計劃未能惠及有多種長期病患的病人、有經濟困難或正領取綜合社會保障援助(下稱“綜援”)而未能負擔額外私家醫生診症費用和藥物費用的人士。
- (j) 私家醫生所收的藥費一般較高，有意參加計劃的病人可能因此而卻步。
- (k) 有否估計在新界東聯網可受惠於計劃的糖尿病和高血壓患者數字？
- (l) 建議政府日後考慮把老人痴呆症、長者抑鬱症等患者納入計劃。
- (m) 計劃將於大埔和沙田區試行，會否於稍後推展至其他地區？
- (n) 沙田與大埔區的私家醫生對計劃的初步反應為何？他們是否需要為參加計劃的病人開設電子醫療券戶口？

15. 食衛局常任秘書長李淑儀女士和陸先生回應如下：
- (a) 計劃現階段的對象為正在公營醫療系統內接受治理、經評估為病情穩定的糖尿病和高血壓患者。雖然計劃沒有為病人設定年齡限制，但在這兩類病患者中，長者均佔較高比例。
 - (b) 政府已為計劃預留約 2 億元，足夠提供提供約 20 000 個名額。政府希望透過計劃使病人得到更有效、全面和持續的治理，以及鼓勵病人關注自己的健康，減低其日後入住醫院的需要，從而間接減低政府在提供醫院服務方面的開支。然而，公營醫療服務絕對不會因推出計劃而減少。公營醫療系統會繼續為參與計劃的病人提供支援。
 - (c) 政府會為每名參加計劃的病人開設電子醫療券戶口，以電子醫療券方式存入每年 1,200 元的資助及最多 200 元的鼓勵性獎金。計劃規定私家醫生每年需向病人提供不少於四次的診症，因此病人不可在一次診症中將每年最多 1,400 元的資助全數用罄。另外，70 歲或以上參加了長者醫療券試驗計劃的病人，可於診症時同時使用共同護理計劃下的資助及每年 250 元的長者醫療券。
 - (d) 有鑑於很多病人同時患有糖尿病和高血壓，每年最多 1,400 元的資助額會用以資助病人為治療該兩種疾病所支付的診症及藥物費用。由於計劃的對象都是經評定為

病情穩定的病人，故此，醫生為他們處方的藥物種類應該不會太多。計劃試行地區(即沙田和大埔)的私家醫生亦同意，每年最多 1,400 元的資助是一個合理的數額。

- (e) 程序指標是指參加計劃的醫生為病人提供治理時需遵守的程序指引，例如每年需轉介病人到醫管局重新進行健康風險評估、定期為病人量血壓等。當局在制訂這些指標時已諮詢當區的私家醫生，確保指標切實可行。
- (f) 根據政府現行政策，所有香港居民均可在公營醫院和診所接受醫療服務，亦可自行選擇私家醫院或醫生的服務。至於計劃規定病人須至少兩年前開始在公營醫療系統接受治理，主要是由於這樣可根據病人的病歷和健康風險評估，確定病人是否適合參加計劃，在基層醫療層面繼續接受治理。
- (g) 為確保參加計劃的病人得到持續治理，當局鼓勵他們盡量接受同一私家醫生治理最少一年，其後若有充份理由方可轉換私家醫生。不過，醫管局會成立一個包括醫管局、病人和私家醫生代表的聯合審查小組，按個別情況容許病人轉換醫生。
- (h) 只有經評估為病情穩定而可以在基層醫療層面繼續治理的糖尿病和高血壓患者才會獲邀參加計劃。如果病人有多種長期病患，則並不符合條件參加計劃。

- (i) 綜援受助人由於已獲醫管局豁免醫療費用，未必有興趣參加計劃。不過，計劃仍可吸引有能力負擔部份醫療費用或在診治時間上希望有較大彈性的病人。
- (j) 醫管局與沙田和大埔的私家醫生已就計劃涵蓋的兩種疾病所需處方的藥物制定清單，當中包括醫管局現時處方的基本藥物。政府每年提供最多 1,400 元，目的是資助病人購買清單上所列的藥物。如果病人欲使用其他藥物，便需自行負擔私家醫生事先列明的額外費用。
- (k) 在沙田和大埔區同時患有糖尿病和高血壓的長期病患者分別約有 20 000 人和 8 000 人。當局預期在計劃推行的頭一年會有約 1 000 名病人參加計劃。
- (l) 除了共同護理計劃外，政府已陸續展開下列幾個基層醫療服務試驗計劃，以加強對長期病患者的支援：
 - (i) 跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃；
 - (ii) 病人自強計劃；
 - (iii) 跨專業護理診所；
 - (iv) 為公營醫院後期腎病患者購買私營或非政府機構提供的血液透析服務；以及
 - (v) 在天水圍資助特定組別的正常科門診病人接受基層醫療服務。
- (m) 如計劃於大埔和沙田區運作順暢，食衛局會考慮將計劃推展至其他地區。

(n) 政府在推出計劃前，已與香港醫學會大埔和沙田區分組的醫生詳細討論計劃並取得共識。醫管局已成立計劃辦事處，為參加計劃的病人開設電子醫療券戶口。

16. 主席總結討論，表示計劃原則上值得支持，待計劃實施一段時間後，當局可檢討其運作細節，並盡快將之推展至其他地區。

議程第 4 項：離院長者綜合支援試驗計劃中期報告

17. 主席邀請醫管局總行政經理戴兆群醫生介紹離院長者綜合支援試驗計劃(下稱“試驗計劃”)的中期報告。

18. 戴醫生以投影片介紹試驗計劃的目的、3 個先導計劃的參與醫院及機構、服務流程、參與病人的年齡和風險組別分佈、人數統計和家居支援隊所提供的服務類別。她表示參與試驗計劃的病人無論在健康、生活質素以及身體機能等方面均有明顯改善，其照顧者的壓力指數亦明顯減低。此外，病人在離院 90 天後再使用急症室服務、經急症室入院和使用急症室病床的次數均有所減少，當中亦有病人獲轉介至復康醫院接受適切的服務。

19. 有見上述成效，戴醫生表示期望試驗計劃可推展至全港各區。她認為這項計劃尤其適合一些被評定為有中度風險再次入院的離院長者。此外，她建議倘若繼續推展計劃，家居支援隊提供的服務應避免與其他現有的社區照顧服務重疊及應與主流服

務銜接。她指出，若計劃能推展至全港 15 間急症醫院，預期每年可為約 32 500 名離院長者提供評估服務和制定出院計劃，並轉介當中約 8 500 名長者在離開醫院後接受家居支援隊的服務。

20. 主席表示政府為此項為期 3 年在 3 間醫院推行的試驗計劃已投放了超過 9 千萬元，而中期報告亦介紹了試驗計劃一些可量化的效益。

21. 委員就試驗計劃的中期報告提出下列的問題和意見：

- (a) 認為試驗計劃能有效加強非政府機構和醫管局之間的協作，能成功辨識一些需要家居支援的離院病人，並在他們離院後最關鍵的六個星期提供適切的家居支援，有效減低他們再次入院的機會。希望報告可提供更多資料，例如計劃對不同風險程度病人的成效。
- (b) 建議根據離院長者再次入院的風險而招募他們參加試驗計劃，以進一步提高計劃的效果和成本效益。
- (c) 從有關生活質素的圖表分析，建議透過培訓照顧者和提供電話跟進服務支援精神健康較佳的離院病人；而老人科日間醫院和家居支援隊的服務，則可集中支援身體機能方面較差的離院病人。另外，建議家居支援隊的服務時間縮短至基本 28 天，如有需要可延長 14 天。上述建議應能有效提高計劃的成本效益。

- (d) 認同離院規劃應從入院一刻開始，但若計劃擴展至全港各區，則需考慮專業人手配套問題，例如護士人手是否足夠。另外，建議將來就家居支援隊服務招標時，清楚列明服務範圍及內容，以確保支援服務能有效與主流服務銜接。
- (e) 試驗計劃有否設對照組別，以比較服務使用者與其他病人的分別？另外，有否把死亡數字計算在內，以更準確知道再次入院病人數目下降是否與試驗計劃有關？
- (f) 報告中沒有提及試驗計劃可否減低離院長者入住安老院舍的比率，以及是否有參加者在離院後需接受過渡性住宿照顧服務方可回家生活。知悉聯合醫院設有離院後過渡住宿照顧服務，建議邀請該院梁萬福醫生分享經驗。
- (g) 醫管局已開展了“Community Health Call Centre”服務，為一些體弱的離院病者提供電話跟進服務，以減低他們再次入院的機會。建議試驗計劃可考慮與上述中心合作，減省重疊的服務。另外，亦建議醫院的康復病房可教授病人的照顧者一些護理技巧和紓緩壓力的方法。
- (h) 建議試驗計劃的檢討報告應提及服務使用者(包括病人及其家人)的意見。
- (i) 計劃與社署即將推出為體弱長者提供家居照顧服務的服務對象有何異同？兩者會如何配合？

- (j) 建議除了為照顧者提供小組形式的訓練和支援外，亦可考慮採用更靈活及方便照顧者的個別訓練模式。
- (k) 建議於長者入院時、離院前和離院後不同的時段查詢他們入住安老院舍的需要/意願，以了解試驗計劃能否有效鼓勵居家安老。
- (l) 計劃填補了現時為離院長者提供過渡性護理服務的不足，因此應繼續推行。

22. 戴醫生回應委員的意見如下：

- (a) 試驗計劃設有對照組別，但由於難以找到完全相同情況(例如在年齡、病情、風險等方面)的病人作比較，故在報告中沒有詳細分析。在檢討試驗計劃對減少再次入院病人數目/醫療服務使用情況時，已利用統計方法撇除死亡因素，以能更準確計算減輕醫療服務使用情況是否與試驗計劃有關。
- (b) 檢討報告內容包括參加試驗計劃的長者會否選擇入住安老院，但由於很多不同因素都會影響有關決定，因此難以確定長者是否因參加試驗計劃而無需入住安老院舍。
- (c) 在評估試驗計劃時，院方有查詢使用者的滿意程度，她將於會議後提供有關資料。

23. 社署署長聶德權先生表示，政府即將推展專為正在輪候護養院宿位長者而設的體弱長者家居照顧服務試驗計劃，現階段署方正就服務內容收集意見。他同意應研究上述家居照顧如何與試驗計劃銜接，使離院長者可繼續在社區生活。

24. 鄧國威先生補充，以上兩個計劃在概念上相似，但試驗計劃主要是針對長者離院後最關鍵的時段，需提供相對密集的服務，而社署即將推行的家居照顧則是為身體嚴重殘缺長者提供長期照顧服務。他同意需與醫管局進一步研究如何得知試驗計劃能否減低離院長者入住安老院舍的比率，以鼓勵居家安老。

25. 主席綜合各委員的意見後表示，委員會原則上支持繼續推展上述計劃，期望政府能增撥資源，讓計劃可擴展至全港各區。

議程第 5 項：長者護理技能提升先導計劃 - 檢討

26. 副主席以投影片介紹長者護理技能提升先導計劃的檢討報告。他首先感謝醫管局參與計劃、委員陳志育先生協助安排先導計劃的學員在私營院舍接受實習培訓，以及黃春波醫生及其律敦治醫院的團隊協助先導計劃的評檢工作。

27. 副主席表示，參加先導計劃的學員、安老院舍營辦者、居於院舍的長者及其家人，以及到訪資深護師普遍均認為先導計劃除了有效提升學員的知識和技能之外，亦能夠提升護理員的能力和信心，以及院舍的整體照顧質素和服務水平。然而，檢討結

果顯示院舍需進行「兩喉一針」工作的機會不多，「兩喉一針」亦不是整個服務計劃最重要的部份。同時，參加計劃的學員、業界管理層和到訪資深護師三方面均認為現階段未適宜把「兩喉一針」的工作交予保健員負責。

28. 副主席續表示，檢討結果發現居於安老院舍而健康狀況較穩定的長者所需的是由登記護士提供的照顧服務。他欣悉香港公開大學(下稱“公大”)即將於本年(2010年)9月推出登記護士培訓課程，當中包括社區及院舍照顧服務的實習培訓。他建議與教育局商討如何把保健員和登記護士的入職資格納入資歷架構，訂出專業進修階梯，以吸引更多年輕人加入保健員行列。此外，先導計劃的督導委員會亦建議社署在未來的保健員訓練課程或為其他院舍員工提供的訓練課程中，加入更多有關照顧管理的元素，以提升安老院舍整體的照顧質素。

29. 委員提出下列的意見和問題：

- (a) 院舍的服務質素與前線護理人員的培訓和職系結構息息相關，故此，在提升前線護理人員的技能之餘，亦須正視其職系晉升機會的問題。先導計劃除了讓前線護理人員了解到業內人士的專業發展途徑外，亦令他們感受到自己在院舍服務的整體發展中擔當重要角色。
- (b) 醫管局在2008年重開登記護士訓練課程，第一班共350名學員將於本年(2010年)畢業，預計可在3年內訓練合共超過900名登記護士，加上公大的登記護士培訓課程

每年可培訓約 150 名學員，預計未來數年的登記護士人手數目將大幅提高。過往亦曾有醫管局的技術服務助理（Technical Services Assistants）轉職登記護士，另外亦有登記護士轉職註冊護士。

- (c) 在先導計劃下為前線護理人員提供的培訓都強調應按「以人為本」的原則，全面照顧病人各方面的需要，這是值得讚賞的。
- (d) 院舍對「兩喉一針」的需求不大，可能是由於現時沒有足夠人手在院舍提供該項服務，因此，院舍不願意招收需要這些服務的病人。但若將來有足夠的人手及配套去提供該項服務，或許有助擴大院舍的服務範圍。
- (e) 護士職系中的「資深護師」級別，名稱蘊含尊重的意思，有助提升護理人員的形象。有見及此，建議除了需考慮護理人員資歷的銜接外，亦應考慮加強有關職系的專業認受性，以吸引年輕人加入護理行業。

30. 社署助理署長吳馬金嫻女士補充，為紓緩社福界護士人手短缺的問題，並提升照顧服務的質素，社署自 2006 年起委託醫管局開辦共 8 班特別為社福界而設的兩年全日制登記護士培訓課程，其中 3 班的學員已畢業，約九成已投身社會福利界工作。社署正與醫管局商討加開第 9 及第 10 班課程，期望能協助解決護士人手短缺的問題。

議程第 6 項：其他事項

長期護理服務模式工作小組的工作進度

31. 主席表示「長期護理服務模式」工作小組正籌備成立專責工作小組，探討為老年痴呆症患者提供的支援服務。

積極樂頤年工作小組的工作進度

32. 主席表示積極樂頤年工作小組現正邀請香港電台製作新一輯的「黃金歲月」節目，歡迎委員就節目內容提供意見。

社會福利諮詢委員會（下稱“諮詢委員會”）的「香港社會福利長遠規劃」諮詢文件

33. 鄧國威先生介紹上述諮詢文件，並指出討論的重點是香港社會福利的整體長遠規劃、指導原則和策略方針。他邀請委員出席即將舉行的公開諮詢會，或將意見以書面形式送交秘書處。秘書處會綜合所有意見，經委員會同意後提交諮詢委員會。[會後備註：秘書處在諮詢期內並無收到任何委員的意見，經主席同意後已向諮詢委員會表示本委員會對其諮詢文件並無意見。]

34. 本身為諮詢委員會成員的馬錦華先生補充，上述諮詢文件亦關注到資源運用和政府將來可承擔的福利開支等議題，鼓勵市民分擔部份福利責任，以及以新思維探討長遠的福利規劃。

「2011年人口普查數據的定義、提問方式及分類制度諮詢」諮詢文件

35. 委員備悉上述諮詢文件，並無提出任何意見。

香港醫藥學會的「專業院舍藥劑服務」簡報

36. 委員備悉簡報內容。

下次會議日期

37. 下次會議暫定於2010年10月27日舉行。

散會時間

38. 會議於中午12時05分結束。

2010年9月