

長者社區照顧服務顧問研究

研究報告

香港大學

秀圃老年研究中心

及

社會工作及社會行政學系

二零一一年六月

# 目錄

<b>1</b>	<b>第一章：行政摘要 .....</b>	<b>p.4</b>
<b>2</b>	<b>第二章：研究背景.....</b>	<b>p.10</b>
2.1	引言	
2.2	研究目的	
2.3	社區照顧服務的檢討及現時狀況	
2.3.1	發展歷史	
2.3.2	服務範疇	
2.3.3	長者中心	
2.3.4	社區照顧服務的資助	
2.3.5	自負盈虧及私營社區照顧服務	
2.4	問題與挑戰	
2.4.1	家居照顧服務與住宿照顧服務發展的失衡 - 院舍入住率偏高	
2.4.2	對公共資助服務過度倚賴 - 公營及私營長期護理服務的不平	
2.5	研究方法	
2.5.1	參考文獻	
2.5.2	訪問	
2.5.2.1	問卷調查	
2.5.2.2	訪問主要資訊提供者	
2.6	現有數據的二次分析	
<b>3</b>	<b>第三章：提供社區照顧服務的國際經驗.....</b>	<b>p.28</b>
3.1	引言	
3.2	國際社會的社區照顧服務重點	
3.3	推廣「居家安老」、避免入住院舍的政策工具	
3.4	其他國家／地區提供的社區照顧服務	
3.4.1	服務提供的融資模式	
3.4.2	政府資助服務的形式	
3.4.3	與推行資助券制度有關的事宜	
3.4.4	對資助券使用者的監管	
3.4.5	社區照顧服務提供者的質素保證	
3.4.6	護理需要評估及服務範疇	
3.4.7	個案管理	
3.4.8	長期護理服務的人手問題	
3.5	對香港的啓示	
3.5.1	社區照顧服務的好處	
3.5.2	服務融資與受惠人士	
3.5.3	提供服務的制度	

<b>4</b>	<b>第四章：調查結果分析.....</b>	<b>p.49</b>
4.1	現時社區照顧服務模式的問題和建議改善方案	
4.1.1	服務時數	
4.1.2	服務範疇	
4.1.3	家庭護老者的服務	
4.1.4	沒有使用社區照顧服務的原因	
4.1.5	服務提供模式、服務投標制度及資源	
4.1.6	為長者照顧服務單位提供地方	
4.1.7	人力資源 - 正規照顧人員短缺	
4.1.8	輔助服務 - 為服務使用者及營運者安排交通工具	
4.2	經濟狀況審查與社區照顧服務資助券	
<b>5</b>	<b>第五章：結論與建議.....</b>	<b>p.68</b>
5.1	理念與原則	
5.2	建議	
5.2.1	改善現行提供的資助社區照顧服務及提高服務量	
5.2.1.1	改善服務時間、服務範圍及服務提供者的場地空間	
5.2.1.2	為家庭照顧者提供更多支援	
5.2.1.3	提供更多過渡性質的照顧及暫託服務	
5.2.1.4	微調現行的資助模式及服務表現監察系統	
5.2.1.5	重新劃分服務的地域分界	
5.2.1.6	安老院舍作為社區照顧服務的基地	
5.2.1.7	促進中心為本（日間護理中心）及家居為本服務（改善家居及社區照顧服務／綜合家居照顧服務）之間的協同作用	
5.2.1.8	促進長期護理服務與非長期護理服務之間的配合	
5.2.1.9	促進醫院/醫療護理服務與社區照顧之間的配合	
5.2.1.10	為社區照顧服務引入個案管理及更有效運用臨床評估的工具數據	
5.2.2	根據使用者不同的負擔能力、共同承擔責任及公平分配資源的原則，引入社區照顧服務資助券	
5.2.2.1	經濟狀況審查及層遞式資助	
5.2.2.2	不同數額的資助券	
5.2.2.3	社區照顧服務資助券作為誘因，鼓勵有「雙重選擇」的使用者選擇社區照顧服務	
5.2.2.4	實行監察制度，監察資助券使用者	
5.2.3	營造合適的環境，推動社區照顧服務的進一步發展	
5.2.3.1	促進非資助的社區照顧服務及其質素保證機制的發展	
5.2.3.2	加強長期護理服務的人力資源	
5.2.3.3	提高公眾對社區照顧服務的認識	

6	第六章：其他相關議題.....	p.85
6.1	:營造適合長者的基礎建設	
6.2	:提升患有老年癡呆症長者的服務	
7	附件一.....	p.88
8	參考文獻.....	p.89

# 第一章

## 行政摘要

1. 安老事務委員會曾於 2009 年對長者住宿照顧服務作出研究，並建議鼓勵長者居家安老，以減少過早或不必要的院舍化情況。根據上述建議，勞工及福利局代表安老事務委員會委託香港大學進行是次有關社區照顧服務的顧問研究。

### 研究目的

2. 根據政府「居家安老為主，院舍照顧作支援」的政策方針，是次研究的目的是探討如何 a) 透過一個較具靈活性及多元化的服務模式，加強長者社區照顧服務；以及 b) 鼓勵社會企業及私營市場發展相關服務，促進長者儘量居家安老，避免長者過早或不必要的入住院舍。

### 研究方法

3. 研究小組採用多種方法收集質量資料進行分析，包括 a) 檢閱相關的本地及海外研究報告；b) 進行問卷調查，訪問 2,490 位長者及照顧者和服務營運者的 162 位僱員。研究的抽樣範圍包括來自 11 個不同背景樣本組別的受訪者；c) 50 個與政府官員、社區照顧服務營運者／持份者這些主要資料提供者的訪問，以及 d) 由社會福利署(社署)和政府統計處提供現有資料的二次分析。

### 現時的社區照顧服務

4. 現時政府長期護理服務提供三種資助社區照顧服務，包括**改善家居及社區照顧服務**、**綜合家居照顧服務**(體弱個案)、**長者日間護理中心／長者日間護理單位**。截至 2011 年 2 月，全港 18 區有 24 支「改善家居及社區照顧服務」服務隊、60 支「綜合家居照顧服務」服務隊，以及 59 間「長者日間護理中心／長者日間護理單位」。

### 有關香港長期護理服務的議題及挑戰

#### **家居照顧及院舍照顧的失衡 – 過高的院舍化比率**

5. 現時院舍服務及社區照顧服務的名額及政府開支兩方面均出現失衡情況(在 2010-2011，資助院舍服務名額是 24,746 個，而社區照顧服務卻只有 7,089 個名額，根據 2011-2012 財政預算案總目 170，我們估計於 2010-2011 財政年度，資助的院舍服務的開支是 25.49 億元，而社區照顧服務的開支為 3.81 億元)。

## 過分依賴公帑資助服務 – 公私營長期護理服務的失衡

6. 香港的長期護理服務很大程度上是一個政府以所收稅款提供服務的公營資助模式。此外，由於沒有經濟狀況審查制度，政府沒有有效的機制集中向最有需要的長者提供資助服務。

### 海外經驗的啓示

7. 國際經驗顯示，有效的社區照顧服務能減低或推遲長者入住院舍，改善長者服務使用者的身體機能，以及減低認知能力退化。
8. 「公營」的社區照顧服務主要有兩種融資模式，一種是北歐國家採用的高稅制度，另一種是德國及日本等地採用的社會保險制度。一些國家（如美國）則以「私營保險」的模式運作，讓國民購買醫療及／或長期照顧保險，以支付服務費用。各國政府亦會透過「資助營運者」或「資助使用者」的方式支援公眾使用長期護理服務，並鼓勵使用者透過「共同付款」分擔費用。
9. 海外經驗顯示，社區照顧服務需要可行的臨床評估系統，以確定使用者所需的照顧程度及服務範圍。根據臨床評估採用的「混合個案」制度，配合個案管理模式，有助提高服務的成本效益及服務成效，並滿足長者不同的需要。

### 香港長期護理服務應有的理念及原則

10. 香港發展長期護理服務時應採納以下理念及原則：第一，服務應方便長者；第二，達到「居家安老」；第三，由個人、家庭、社區、市場及政府「共同承擔照顧責任」；第四，有確切最有需要的長者可以優先使用公帑資助的服務，以確保「公平分配資源」。

### 建議

#### 改善現行資助社區照顧服務及提高服務量

##### 1a) 改善服務時間、服務的範圍及營運者的場地空間

11. 各種社區照顧服務的服務時間應該延長至非辦公時間及週末和公眾假期，以更迎合服務使用者及其家人的需要。
12. 提供更多種類的服務，例如臨時安排的陪診服務、到戶按摩服務、附有復康服務的家訪、認知訓練服務、傳統中醫診治，及提供更多空間予服務營辦者，包括提供廚房及辦公室空間。

### **1b) 為家庭照顧者提供更多支援服務**

13. 於方便在職照顧者的時間舉行講座及培訓課程（同時提供長者暫托服務），或透過傳媒或互聯網為家庭照顧者提供更多有關照顧長者的資訊，例如認識社區資源、照顧長者的技巧，以及常見的長者疾病及症狀。

### **1c) 提供更多過渡性質的照顧及暫托服務**

14. **離院長者綜合支援計劃**的成功反映過渡性服務的優點。部分非政府機構提供的自負盈虧過渡性服務採用「旋轉門」的概念，即長者可以根據自己的健康情況選擇不同程度的照顧服務，我們亦建議進一步改善現行院舍暫托服務。

### **1d) 微調現行的資助模式及服務表現監察系統**

15. 設立短期個案系統，服務那些離院並有短期急性需要的體弱長者，或那些只需要為期三個月服務的個案。
16. 有關部門需要檢討現行的服務投標機制，在有利服務的延續性及穩定性與合理資源分配之間的取得平衡。

### **1e) 重新劃分服務的地域分界**

17. 採用一套更加「社區為本」的機制劃分服務提供者負責的範圍，將現時的服务隊分成小隊，並以屋邨、街區或小規劃統計區作為服務界限，減低長者及服務營運者花在交通上的時間。

### **1f) 安老院舍作為社區照顧服務的基地**

18. 現時有 777 間安老院舍分布於不同地區，它們有良好的設備，例如廚房、飯堂及其他地方，其覆蓋廣泛的網路可以成為社區照顧服務強而有力的基礎。有關部門可以與參加「改善買位計劃」的私營安老院合作推行一些先導計劃，提供更多自負盈虧的社區照顧服務。

### **1g) 促進中心為本（日間護理中心）及家居為本服務（改善家居及社區照顧服務／綜合家居照顧服務）之間的協同作用**

19. 考慮重新編排服務提供者的負責範圍及界限，讓同一間機構可提供不同種類的服務，以減少不同機構之間轉介個案。這措施可從一些由一間機構提供兩至三種社區照顧服務的地區開始。
20. 擴充日間護理中心的服務範圍及職能，讓其成為向區內長者提供多元化服務的基地，提供一站式的長者服務，包括日間護理及家居護理，甚至暫托留宿服務。

## **1h) 促進長期護理服務與非長期護理服務之間的配合 – 檢討現行的綜合家居照顧服務 (普通個案)**

21. 我們建議有關部門研究可否將「綜合家居照顧服務 (普通個案)」的長者個案納入長期護理服務系統，將現時負責前者的服務隊跟「改善家居及社區照顧服務」的服務隊合併，可行策略之一是以那些在「安老服務統一評估機制」中被評定為有輕度殘缺的使用者為目標。為「綜合家居照顧服務 (普通個案)」的長者提供所需的支援服務，將有助減慢他們身體退化的情況，長遠來說可以延遲他們對其他較深層長期護理服務的需求。
22. 211 間長者中心(截至 2011 年 2 月)，包括「長者地區中心」、「長者鄰舍中心」及「長者活動中心」，實際上是另一種社區支援服務，可以作為社區中的「前台」，負責識別及轉介有需要接受社區照顧服務的長者。

### **1i) 促進醫院、醫療服務與社區照顧服務的配合**

23. 「離院長者綜合支援計劃」能達到為離院長者提供無間斷跟進服務的目標，然而此計劃仍可精益求精。衛生署與社署為社區長者提供社區照顧服務方面亦應加強協調，例如安排 18 間長者健康中心作為早期辨別機制，若長者有需要接受長期護理服務則將個案轉介社署，以便分配社區照顧服務。

### **1j) 為社區照顧服務引入個案管理及更有效運用臨床評估的工具數據**

24. 外國採用「個案管理」的經驗能為香港於長期護理服務引入相關制度帶來啟示，然而它們在長期護理服務方面採用的融資制度跟香港有所不同，主要以私人保險制度或個人供款模式為主。因此，外國實行的個案管理制度未必能完全適用於香港。能否成功推行個案管理制度，取決於幾項條件：第一，我們必須有一群勝任的前線個案主任；第二，個案主任需與不同的營運者有效協調；第三，引入有效的臨床評估制度。因此，有關部門應檢討「安老服務統一評估機制」，探討該機制於長期服務及資源規劃可發揮的作用。

**範疇二：根據使用者不同的負擔能力、共同承擔責任及公平分配資源的原則，引入社區照顧服務資助券**

### **2a) 經濟狀況審查及層遞式的資助**

25. 是次研究的調查結果顯示，不同組別的受訪者支持公平分配公共資源的原則，以及提供更針對性的社區照顧服務，他們大多數支持實行經濟狀況審查制度。
26. 我們可以考慮於資助服務採取「層遞式」的收費制度，要求財政狀況較好的使用者繳付較高的費用，引入「共同負擔款項」及「負擔能力」的概念，亦可以協助我們滿足不同組別長者的種種需要。

## **2b) 不同金額的資助券**

27. 我們建議社區照顧服務資助券制度應採用經濟狀況審查機制，按照長者的體弱程度以及財政狀況，為他們提供不同金額的資助。

### **2c) 以社區照顧服務資助券作為誘因，鼓勵有「雙重選擇」的使用者選擇社區照顧服務**

28. 社區照顧服務資助券，配合預期非政府機構以自負盈虧模式營運及私人營運者增加的服務量，能為資助長期護理服務申請人在「雙重選擇」下提供誘因，鼓勵他們於住宿照顧服務及社區照顧服務之間選擇後者。

## **2d) 實行監察制度，監察資助券使用者**

29. 成功推行資助券計劃，需要設立有效的監察及監管制度。另一方面，當局應避免直接發放現金，確保使用者將資助正確地用於指定消費上。

30. 社區照顧服務資助券的成功取決於充足的服務營運者及人力資源的供應、獨立於社區照顧服務提供者的臨床評估機制，以及設立服務提供者質素保證機制。

## **範疇三：營造合適的環境，推動社區照顧服務的進一步發展**

### **3a) 促進非資助的社區照顧服務及其質素保證機制的發展**

#### **3ai) 為服務營運者提供支援**

31. 為擴大社區照顧服務的規模，政府需要制訂策略促進自負盈虧服務的發展，可行的方法包括提供經營場地及財政支援等。另外，有關部門必須設立質素保證機制，確保服務質素。

#### **3aii) 非資助社區照顧服務營運者的質素保證**

32. 由於社區照顧服務涵蓋範圍太廣（由基本的家居清潔至護理服務）而令發牌要求難以被界定，因此於短期內設立發牌制度或由法定組織規管社區照顧服務營運者或許不大可行。然而，長遠來說，如推行社區照顧服務資助券，便需要設立獨立監察機制，確保服務質素。因此，訂立服務表現標準、獨立的審計部門，以及高透明度的投訴制度，是發展私營服務業界發展的先決條件。

### **3b) 加強長期護理服務的人力資源**

#### **3bi) 加強招聘和挽留正式照顧者／受薪員工**

33. 當局必須制定策略，以招聘更多的正式照顧者，包括護士、職業治療師及物理治療師。本地培訓機構可以增加取錄名額或推出特殊計劃，增加護士及職業治療師／物理治療師的整體供應。
34. 政府應繼續透過不同渠道為保健員及起居照顧員提供更多培訓，以增加人手供應。另一方面，當局可以將教育局的「資歷架構」擴展至長者服務業，促進從業員的持續學習及訓練，並吸引更多業外人士加入。
35. 有關部門或機構亦需要推出挽留現有人手的策略，包括改善員工的僱用條件、晉升前景、薪酬待遇及工作環境、工作滿足感等。

### *3bii) 提升家庭傭工的照顧技巧*

36. 加強僱主對培訓家庭傭工的意識，以鼓勵他們讓家庭傭工參與照顧體弱長者培訓。另外，香港或可以考慮規定要求家庭傭工接受培訓及領取牌照。

### *3biii) 動員鄰居支援長者*

37. 非正式的照顧者（例如鄰居）是額外的人力資源。若在一些長者及低收入人士聚居的舊區和公共屋邨動員鄰居擔當非正式的照顧者，可改善他們的經濟狀況，從而推動社區經濟。社會企業及私營市場在發展社區照顧服務時亦可使用這個人力資源庫。

### **3c): 提高公眾對社區照顧服務的認識**

38. 我們有需要提供更多公眾教育，以改變大眾對申請資助院舍服務的觀念，讓他們了解資助社區照顧服務（以服務或資助券形式提供）是另一可行選擇。我們亦需要加強對公眾、長者及其家人的宣傳和公眾教育，並向他們提供資訊。

## **其他相關議題**

### **議題一：提供方便長者的基礎設施**

39. 社區照顧服務的持續發展需要不同的政策配合，營造方便長者的環境，包括向社區照顧服務營辦者提供處所、無障礙社區環境、方便的交通設施，讓長者暢行無阻從而能使用和參與社區活動，以及可持續發展的長期護理服務融資制度。

### **議題二：改善為患有老年癡呆症長者提供的服務**

40. 有關當局可將老年癡呆症補助金的適用範圍擴展至其他社區照顧服務，讓服務營運者有更多資源向只能留在家中的老年癡呆症患者提供服務。當局亦可研究可否讓地區長者中心擔當「前台」，預早辨別社區內患有老年癡呆症的長者。

## 第二章

### 研究背景

#### 引言

41. 為跟進長者住宿照顧服務研究的建議，安老事務委員會決定對優化社區照顧服務的可行性作更深入的研究，從而進一步鼓勵長者「居家安老」，避免過早或不必要接受院舍服務。勞工及福利局代表安老事務委員會委託香港大學的研究小組就長者社區照顧服務進行一項顧問研究(以下簡稱「研究」)。
42. 香港已出現人口老化：在 2010 年 65 歲或以上的人口共 925,900，佔全港 710 萬人的 13.1%；而 60 歲以上的已達 18.6% (香港特別行政區政府統計處，2011)。在 2008 年「流金頌」就香港與其他國家長者的健康狀況比較的研究顯示，香港的長者普遍生活得健康而積極。儘管如此，長者多少因機能衰退而導致高發病率，尤其在現時長者愈來愈長壽的情況之下。
43. 2009 年的住宿照顧服務研究發現，香港接受院舍服務的長者 (65 歲及以上) 的比例相對較高 (6.8%)，但輪候時間長卻顯示長者對資助住宿照顧服務的需求仍然很大。長者 (或他們的家人) 明顯地傾向選擇住宿照顧服務多於社區照顧服務。這種現象是由於資助社區照顧服務不足，以及缺乏私營社區照顧服務，令長者及護老者在沒有其他選擇的情況下，只好選擇住宿照顧服務。事實上，2009 年的研究亦顯示，長者寧可留在自己的家居住多於入住院舍。
44. 另一方面，雖然私營安老院舍提供大量宿位，佔總宿位約 70%，但這些院舍的服務質素參差，一直備受公眾關注。由於大部分私營安老院舍的服務使用者都是綜合社會保障援助 (綜援) 計劃的受助人，政府實際上透過資助非政府機構營辦安老院舍，及間接地向服務使用者發放綜援從而提供住宿照顧服務。鑑於人口老化可能增加對服務的需求、長期護理服務受到高度資助的性質、以及現時的資助長期護理服務編配安排並沒有採取經濟狀況評審機制，因此可以預計資助長期護理服務長遠會為政府帶來沉重的財政壓力。
45. 2009 年的研究曾探討在資助長期護理服務上，引入需通過經濟狀況評審的資助券是否可取及可行。研究結果顯示，現時的受惠者及公眾很可能接受以此新模式來資助香港的長期護理服務。對於那些可在社區照顧服務及住宿照顧服務中作選擇的申請人，研究亦探討可否鼓勵他們選擇社區照顧服務，而非住宿照顧服務，以推廣「居家安老」的目標。
46. 不過，2009 年的研究亦反映其他有關長期護理服務的事項，如有關服務的人手供應、服務提供者的質素監督等，並建議推廣社區照顧服務，在社區提供充足及有質素的服務及支援，讓長者繼續在自己熟悉的社區居住。

47. 事實上，無論是直接（透過資助非政府機構）或是間接（透過綜援金），香港政府一直是長期護理服務最主要的資助者。隨着人口老化，預計長期護理服務的需求將會不斷上升，加上現時有關服務大部分是公共撥款性質，此資助模式的可持續性受到關注。另外，由於現時長期護理服務的供應基本上是普及性的，即以臨床需要為本而非經過經濟狀況評審篩選，故亦有人關注究竟投放在資助長期護理服務的公共資源是否被運用得最有效率及公平。因此，長遠來說，實有需要探討可否在香港發展其他資助模式為長者提供長期護理服務。
48. 另一方面，公眾關注現時社區照顧服務的供應不足，以及提供服務時出現的問題，服務的效率及效益應從多方面加以改善。
49. 基於以上種種，此研究希望繼續探討增加現有社區照顧服務名額及推廣社區照顧服務的策略，以及研究在香港的資助社區照顧服務引入更有彈性的資助模式是否可取及可行。

## 研究目的

50. 根據政府提倡「居家安老為本，院舍照顧為後援」的政策，本研究的目的是探討：a) 透過更有彈性的模式及多樣化服務來強化社區照顧服務；以及 b) 鼓勵社會企業及私營市場發展有關服務，從而協助長者盡可能居家安老，以及避免過早或不必要地入住院舍。

## 社區照顧服務的檢討及現時狀況

### 發展歷史

51. 自 1977 年起，香港政府在發展長者長期護理服務方面一直以「居家安老」為原則，強調長者應盡可能與家人同住或在自己熟悉的環境安老，此政策其後亦獲得香港特別行政區政府支持並進一步推動。
52. 在香港的長期護理服務中，社區照顧服務與住宿照顧服務同佔重要地位。由於社區的需求逐漸增加，既要確保公共資源運用得公平及有效率，亦要確保資助長期護理服務能集中照顧真正有需要的長者，政府由 2000 年開始推行「安老服務統一評估機制」，為申請資助長期護理服務的申請人進行護理需要評估，並確定他們的申請資格。
53. 2000年，全港約有400個服務單位，包括當時的綜合服務中心、長者日間護理中心／單位、長者社區中心，以及當時由超過100間非政府機構管轄的家務助理隊。雖然這些服務營運者過去為照顧長者的需要作出不少貢獻，但在系統上卻出現了不少問題，例如服務分散、協調不足、服務地域範圍含糊及複雜、規模不經濟、服務差距大、服務重疊、制度僵化等。社署其後參考香港大學顧問研究 (2003) 的建議，革新長者社區支援服務，把長者社區中心提升至長者鄰舍中心；前綜合服務中心提升至長者地區中心；前家務助理、家居照顧及膳食服務隊則提升為綜合家居照顧服務隊。

54. 現時政府在長期照顧服務中提供的資助社區照顧服務有三種，包括改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務(體弱個案)及長者日間護理中心／單位。全港 18 區現有 24 支改善家居及社區照顧服務隊、60 支綜合家居照顧服務隊及 59 間長者日間護理中心／單位(表 2.1)。以服務名額計算，截至 2011 年 2 月，以上三種社區照顧服務的服務使用者總數分別為 3 268 人(改善家居及社區照顧服務)、1 056 人(綜合家居照顧服務(體弱個案))及 3 142 人(長者日間護理中心／單位)。政府亦計劃在 2011-12 年度財政預算案中，增加改善家居及社區照顧服務名額 1 500 個，日間護理名額約 200 個。

表 2.1：截至 2011 年 2 月，改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務及長者日間護理中心／長者日間護理單位的單位數目、名額及使用者人數

服務隊伍／中心 地區	改善家居及社 區照顧服務 (第一批次)	改善家居及社 區照顧服務 (第二批次*)	綜合家居照顧服務	長者日間護 理中心／單 位
離島	1	不適用	1	2
中西區	1	1	3	3
灣仔	1		2	2
東區	1		5	5
南區	1		2	2
黃大仙	1		6	6
西貢	1	1	3	2
觀塘	1		4	7
油尖旺	1		3	3
九龍城	1		3	3
深水埗	1		7	5
沙田	1	1	4	4
大埔	1		3	1
北區	1		3	1
元朗	1		4	3
荃灣	1		2	2
葵青	1	1	3	5
屯門	1		2	3
<b>總數</b>	<b>24</b>		<b>60</b>	<b>59</b>
服務名額	3 579		1 120 (體弱個案) 普通個案沒有限定 服務名額#	2 314
服務使用者總人數	3 268		1 056 (體弱個案) 20 311 (普通個案)#	3 142

註：

# 數目截至 2010 年 12 月。根據社署，綜合家居照顧服務(普通個案)並不屬於長期護理服務。

\*「改善家居及社區照顧服務(第二批次)」表示幾個地區使用同一隊改善家居及社區照顧服務

55. 爲了進一步填補及提升社區照顧服務的效益，政府調配資源進行多個先導計劃。例如自 2007 年起，政府向非政府機構提供整筆撥款推行「**護老培訓地區計劃**」，協助訓練護老者及發展護老服務，當中有三分之二完成訓練課程的參加者加入了護老員行列，爲鄰近的弱老提供服務。
56. 2008 年，政府推行了一項名爲「**離院長者綜合支援計劃**」的先導計劃，爲離院長者提供 6 至 8 周的後續家居支援服務。初步結果顯示，此先導計劃有效降低這些長者病人在未有準備下再入院率。基督教香港信義會是推行此計劃的非政府機構之一，他們曾就此計劃向服務使用者對計劃的滿意度進行意見調查。長者或他們的家人認同此計劃能提供緊急服務及查詢服務，並作爲病人及醫院溝通的橋樑。家人亦認同此計劃能鼓勵長者在康復的關鍵時期多做運動，並且爲護老者提供有用資訊和減輕他們的負擔 (2010 年基督教香港信義會)。
57. 最近，政府預留 5,500 萬元於 2011 年年初展開「**體弱長者家居照顧服務試驗計劃**」，爲仍在家居住但正在輪候護養院宿位的長者提供更切合個人需要的服務配套。此試驗計劃爲期三年，在觀塘、黃大仙、西貢、九龍城、油尖旺及深水埗等六個地區推行，預計有 510 名長者受惠。試驗計劃會透過個案管理模式進行，以護士、社工、物理治療師或職業治療師作爲個案經理，每位個案經理會處理約 25 宗個案。

## **服務範疇**

58. 根據社署與營辦服務的非政府機構簽訂的「服務合約」或「津貼及服務協議」，改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務以及長者日間護理中心／單位的服務營運者需達到一些特定的服務目標或要求，以下是這三種服務的特定服務範疇：
59. **改善家居及社區照顧服務**的設計是爲了實踐「居家安老」及「持續照顧」的理念，以綜合照顧模式切合體弱長者(65 歲或以上；以及介乎 60 至 64 歲被評定爲有需要的長者) 的護理及照顧需要，目的是讓他們可繼續留在熟悉的環境中居家安老，並爲護老者提供支援，以達致加強家庭融和的目標。經安老服務統一評估機制評定爲身體機能中度或嚴重受損的體弱長者會按其需要，獲安排有關的家居及社區照顧服務，如護理計劃、基本及特別護理、個人照顧、復康運動、日間照顧服務、護老者支援服務、暫託服務、
60. **綜合家居照顧服務**透過經驗豐富及受過專業訓練的工作人員和區內各服務單位的合作網絡，爲體弱長者、殘疾人士及有特殊需要的家庭提供不同種類的社區支援服務。綜合家居照顧服務隊會按個別服務使用者的需要提供照顧及支援，以實踐「居家安老」和「持續照顧」的理念，並讓服務使用者可繼續在社區生活。那些經安老服務統一評估機制評定爲身體機能中度或嚴重受損及需要一套綜合服務的長者 (60歲或以上) 會被界定爲綜合家居照顧服務下的「體弱個案」類別。綜合家居照顧服務 (體弱個案) 的服務基本上與改善家居及社區照顧服務相同。

61. **長者日間護理中心及長者日間護理單位**：長者日間護理中心或長者日間護理單位為身體機能屬中度或嚴重受損的體弱長者，以及患老年癡呆症長者提供一連串以中心為本的日間照顧及支援服務，協助他們保持最佳活動能力、發展潛能，以及改善生活質素，並在可行及可能的情況下讓他們居於家中。長者日間護理中心及單位提供以下服務：個人照顧、護理服務、復康服務、健康教育、護老者支援服務、輔導及轉介服務、膳食、社交及康樂活動，以及往返中心的接載服務。此外，亦為護老者提供各種支援及協助，讓他們能持續擔任護老者的工作。
62. 大部分家居照顧服務隊皆有固定的服務時間，由星期一至六提供家居服務，星期日只提供送飯服務。在營運者與服務使用者事前安排及同意下，社署亦要求社區照顧服務的營運者在星期日、公眾假期及機構開放時間以外提供服務。一些改善家居及社區照顧服務隊會提供「假期服務」，包括為長者購買膳食及提供其他簡單照顧服務，但只在長者特別要求下才安排，並非定期安排。
63. 長者日間護理中心／單位需每周開放12節，星期一至六(假期除外)每日開放10小時，並向有需要的個案提供延長服務時間。大約 22% 的長者日間護理中心／單位恆常提供延長服務時間，另有32%會因應服務使用者及其家人的要求延長服務時間。在所有服務時間內必須有註冊／登記護士在場。大部分的長者日間護理中心的平均登記率在一年內定為105% (包括一星期內接受少於四天服務的部分時間服務使用者)，而一年內的平均每日出席率(星期一至六)是名額的90%。
64. 不過，還有另一種不納入政府長期護理服務系統內的服務，就是綜合家居照顧服務(普通個案)，此服務為那些身體機能沒有受損以至輕度受損的長者或殘疾人士而設。而那些沒有或只獲得很少朋友或社區支援及經濟狀況較差的個人或家庭，或那些退出改善家居及社區照顧服務或綜合家居照顧服務(體弱個案)的人士可獲得優先服務。服務包括個人照顧、簡單護理、家居清潔、  
、照顧幼兒、日間到戶看顧、  
、  
。對於被評定為身體機能中度或嚴重受損的服務使用者，如只需要個人照顧、簡單護理及／或其他支援服務(如家居清潔、  
、  
，亦可安排使用綜合家居照顧服務(普通個案) 社署及非政府機構的服務使用者統計顯示，大部分綜合家居照顧服務(普通個案) 使用者均為長者。
65. 資助社區照顧服務的輪候時間遠較資助住宿照顧服務的輪候時間為短，日間護理服務的平均輪候時間是7個月，而家居照顧服務(體弱個案) 則是2個月。由於社區照顧服務(尤其是家居服務)較少受到環境(例如空間)限制，因此較具彈性。
66. 自從 2001 年推行一筆過撥款後，營運兩種社區照顧服務(即綜合家居照顧服務和長者日間護理中心／單位) 的非政府機構，可自行調動撥款按不同服務而設定的人手編制。表 2.2 根據與營辦的非政府機構會晤所得，就三種服務的人手編制提供例子。

表 2.2：同區三種服務的人手編制例子

	改善家居及社區照顧服務	長者日間護理中心／單位	綜合家居照顧服務
服務名額	216	44	10(體弱個案) 最多 250(普通個案)
服務個案的數目	216	57(包括部分時間使用者)	10(體弱個案) 222(普通個案)
1. 社工	2	0	2
2. 護士	4	2.5	0
3. 物理治療師	2	1	0
4. 物理治療助理員	0	0	0
5. 職業治療師	2	1	0
6. 職業治療助理員	0	0	0
7. 起居照顧員	18	7	19
8. 文員	1	1	2
9. 工作員	0	1	2
10. 司機	1	2	2
11. 廚師	0	1	2
12. 其他		2 (照顧助理員)	
總數：	30	18.5	29

## 長者中心

67. 除上述的社區照顧服務外，長者地區中心、長者鄰舍中心、長者活動中心在長者社區支援服務方面亦佔重要地位。2011年2月，全港共有41間長者地區中心、117間長者鄰舍中心及53間長者活動中心，為190,000名長者提供服務。長者地區中心及長者鄰舍中心服務包括護老者支援服務、輔導服務、非預約服務、教育及發展活動、健康教育、膳食及洗衣服務、發放社區資訊及轉介服務、外展及社區網絡工作、社交及康樂活動，以及義工發展。長者地區中心還為長者提供個案管理、社區教育及長者支援服務隊。長者活動中心的服務包括舉辦康樂、社交或教育／發展小組或活動、提供資料及在需要時轉介長者到合適的服務或機構、鼓勵長者籌辦互助活動和參與社區事務、提供聚會地方作聯誼場地。
68. 長者地區中心應透過長者在參與日常活動、節目及非預約服務時，及早確定個別長者的服務需要，為他們提供合適的服務及/或轉介。長者地區中心及長者鄰舍中心亦為那些照顧體弱長者的家人提供護老者支援服務，以及為居於區內的長者提供社區資訊及轉介服務。這些長者中心設有會員制，年費相宜，以便更多長者可使用有關服務，但同時反映政府一直對長者中心服務提供大量資助。

## 社區照顧服務的資助

69. 在香港，由於私營社區照顧服務的市場仍未全面發展，社區照顧服務仍主要透過政府向非政府機構撥款的「公共」模式提供。資助模式基本上是以稅為本，極少部分來自使用者的繳費。政府現時資助約八成的服務成本。
70. 社區照顧服務並沒有經濟狀況評審的機制，申請資助社區照顧服務的資格是基於長者的缺損程度、他／她的其他健康問題，以及經長者健康及家居護理評估的適應及／或環境危機。政府實際上向社區照顧服務（透過非政府機構營運者）提供大量資助，只象徵式向服務使用者收取費用。表 2.3、2.4、2.5 及 2.6 分別顯示改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務、長者日間護理中心，以及體弱長者家居照顧服務試驗計劃下不同種類服務的收費。表 2.7 顯示政府對有關社區照顧服務的資助情況。在 2010-11 財政年度，政府在社區照顧服務的總開支為港幣 7.52 億元。

**表 2.3：綜合家居照顧服務、改善家居及社區照顧服務、家務助理服務收費表**

入息水平		綜援水平 或以下	綜援水平至綜援 水平的 1.5 倍	綜援水平 的 1.5 倍以上
膳食服務		12.6 元	15.4 元	18.6 元
洗衣 服務	輕量	0.7 元		
	中量	0.9 元		
	重量	1.8 元		
直接服務、家居服務及 護送服務(每小時計)		5.4 元	11.7 元	19.0 元

**表 2.4：長者日間護理中心／單位收費表**

服務種類	月費	按日收費
包括膳食的日間護理服務	901 元*	36 元*
	988 元**	39.5 元**
日間暫託服務 (包括接送服務)	不適用	40 元
部分時間服務*** (包括接送服務)	不適用	40 元
接送服務	30 元	不適用
* 50%殘缺或獨居長者的收費		
** 100%殘缺或正接受傷殘津貼的長者收費		
*** 一星期內接受少於 4 天的服務		

**表 2.5：合約安老院附設的長者日間護理單位收費表**

服務	月費	按日收費
日間護理服務	1,000 元	不適用
日間護理服務 (需要一日少於三餐膳食的服務使用者)	900 元	不適用
接送服務	30 元	不適用
部分時間服務使用者的每日費用 (包括接送服務)	不適用	40 元

**表 2.6：體弱長者家居照顧服務試驗計劃收費表**

入息水平	綜援水平或以下	綜援水平至綜援水平的 1.5 倍	綜援水平的 1.5 倍以上至 3 倍	綜援水平的 3 倍以上至 4 倍	綜援水平的 4 倍以上至 5 倍	綜援水平的 5 倍以上至 6 倍	綜援水平的 6 倍以上	
膳食服務	12.6 元	15.4 元	18.6 元	25.0 元	30.0 元	30.0 元	30.0 元	
洗衣服務	輕量	0.7 元			5.5 元 (每磅)	11.0 元 (每磅)	14.0 元 (每磅)	14.0 元 (每磅)
	中量	0.9 元						
	重量	1.8 元						
護士提供的直接服務 (每小時)	5.4 元	11.7 元	19.0 元	25.0 元	30.0 元	40.0 元	60.0 元	
專業人士提供的直接服務 (每小時)	5.4 元	11.7 元	19.0 元	30.0 元	85.0 元	120.0 元	150.0 元	

**表 2.7：社區照顧服務的政府開支 (2010-11 年度財政預算)**

	改善家居及社區照顧服務	綜合家居照顧服務(體弱個案)及(普通個案)*	長者日間護理中心／單位
每月處理每宗個案平均成本 (2010-11 年度財政預算)	3,227 元	1,296 元 (體弱個案及普通個案的平均數)	6,078 元
全年開支(2010-11 年度財政預算)	1.268 億元	4.528 億元	1.728 億元

\*普通個案的申請者無須通過安老服務統一評估機制評核。

## 自負盈虧及私營社區照顧服務

71. 隨着市民逐漸意識到社區照顧服務潛在的龐大需求，愈來愈多非政府機構及私人營運者有興趣提供自負盈虧的社區照顧服務。表 2.8 顯示目前由非政府機構以自負盈虧形式營運及私營社區照顧服務的情況。

表 2.8 私營及自負盈虧的社區照顧服務	
私營／自負盈虧的社區照顧服務 (機構)	服務範疇
百本	醫療服務及個人化的護理服務
彩頤康健坊綜合醫療護理中心 (香港聖公會福利協會)	提供各種醫療護理服務，例如西醫、中醫、物理治療等，亦為團體及機構度身訂造健康推廣計劃
管家易家居服務(長者安居服務協會)	提供管家服務，包括家務助理、大掃除、長者家居照顧、護送陪診、嬰幼兒照顧、陪月、保健按摩、職業及物理治療等
互惠人才市場(鄰舍輔導會)	提供陪診、暫託、家居支援、清潔、褓姆、陪月、園藝及理髮等服務
好幫手 (香港職業發展服務處有限公司)	為居於社區的長者提供服務，協助他們往返醫院、診所或外出參加活動
妥安心 - 離院人士照顧服務(基督教香港崇真會社會服務有限公司)	為離院人士及長期病患者提供陪診及家居照顧服務
健康天地(東華)	提供復康、家居清潔及陪診服務，並銷售復康用品
關愛鈴 (浸會愛羣社會服務處)	提供室內平安鐘裝置、隨身多功能手提電話(例如緊急呼援功能) 及家居支援服務
專業護送耆康通 (香港耆康會港島南區關泉白普理護理安老院)	為有需要長者提供陪診服務，並協助長者外出購物及進行戶外活動
卓健亞洲有限公司	綜合健康護理服務
樂活一站(僱員再培訓局)	長者護理、陪診、離院病人照顧、駐院病人照顧
理安心支援服務(香港單親協會)	提供個人護理、陪診、照顧幼嬰及小童、陪月及清潔等服務
好當家家居服務 (東華三院賽馬會沙田綜合服務中心)	提供家務助理、陪診及兒童照顧服務，並為沙田區人士提供一站式家庭支援服務
婦女健康生活職工有限責任合作社 (香港婦女中心協會)	提供陪診服務，並為有需要的長者提供家居服務
圓玄家家樂家庭服務有限公司 (圓玄學院)	長者家居照顧服務及專業家務助理服務
浸會愛羣社會服務處綜合健康服務(浸會愛羣社會服務處)	日間護理

基督教香港信義會	護送服務及個人護理
基督教香港信義會屯門長者綜合服務屯門西 長者日間護理中心 (基督教香港信義會)	日間護理
基督教靈實協會	家居照顧服務
香港中國婦女會黃陳淑英紀念護理安老院 (香港中國婦女會)	日間護理
老年痴呆症協會	日間護理及家居照顧服務
香港聖公會張國亮伉儷安老服務大樓 (香港聖公會福利協會)	日間護理
賽馬會流金匯 (香港賽馬會)	日間護理、身心健康評估及管理服務、基層 健康服務
賽馬會耆智園	日間護理、假日日間暫託
聖雅各福羣會健智支援服務中心 (聖雅各福羣會)	日間護理及家居照顧
仁愛堂	家居照顧服務

72. 在目前的自負盈虧及私營的社區照顧服務中，大部分於平日及周六開放至晚上六時，部分會開放至晚上九時，極少數的日間護理或暫託服務中心於周日及公眾假期開放，跟資助的服務中心的開放時間差不多。不過，由於各個地區情況不同，服務需求亦不相同。一些營運者因需求高而出現輪候名單，部分則向使用者設定每周最高使用量 (如每周使用日間護理中心兩天)。

73. 關於服務收費，私營／自負盈虧日間護理中心收費由每月 2,300 元至 7,200 元，每日則由 100 元至 200 元。護士／職業治療師／物理治療師等專業護理服務的收費由每 45 分鐘 160 元至 200 元，起居照顧員或保健員每小時 50 元至 100 元。其他家居照顧服務，如家居清潔、家居指導、家居照顧、膳食服務、護送服務等，收費由 25 元至 100 元不等，有些營運者會為綜合社會保障援助計劃受助者提供優惠收費 (表 2.9)。

	資助	私營／自負盈虧
改善家居及社區照顧服務／綜合家居照顧服務 (直接照顧、家居服務及護送服務)	每小時 5.4 元至 19 元	每小時 50 元至 100 元
日間護理	合約安老院附設的長者日間護理單位：收費為每月 1,000 元／每日膳食少於三餐的服務使用者則每月 900 元。資助長者日間護理中心／單位：50% 殘缺／獨居長者收費為 901 元／100% 殘缺／正接受傷殘津貼的長者收費則為 988 元	每月 2,300 元至 2,700 元

74. 對於居於社區的體弱長者及他們的家人來說，私營及自負盈虧的社區照顧服務補足了需求殷切的社區服務。不過，由於這些營運者沒有提供有關數據，我們並不完全清楚這些非資助社區照顧服務能回應多少公眾需求。再者，這些服務絕大部分由非政府機構營運，因此服務質素頗有保證，但私營的服務質素及收費計劃尚未受監管。因此，如何保障私營服務使用者的權益仍然受到關注。

## 問題與挑戰

### 家居照顧服務與住宿照顧服務發展的失衡 – 院舍入住率偏高

75. 現時住宿照顧服務比社區照顧服務的普及程度還要高，與政府提倡的「居家安老」原則背道而馳。現時香港比其他很多東方及西方國家有更高的院舍入住率 (65 歲或以上長者接近 7%) (表 2.10)。

表 2.10 各國院舍入住率 (60 歲或以上)

	院舍入住率
香港	6.8% (2009)
日本	3.0% (2006)
新加坡	2.3% (2006)
台灣	2.0% (2009)
中國	1.0% (2008)
澳洲	5.4% (2006)
英國	4.2% (2004)
加拿大	4.2% (2003)
美國	3.9% (2004)

資料來源：Chui, E.W.T. et al. (2009) 安老事務委員會《安老院舍服務研究最後報告》。香港：安老事務委員會。

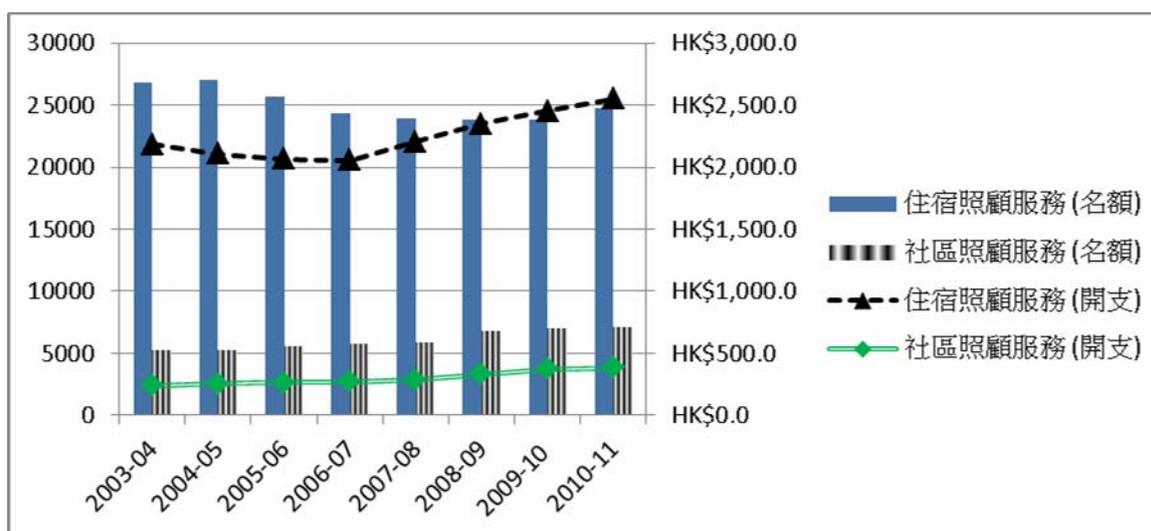
76. 目前，住宿及社區照顧服務的數目及政府於兩項服務上的開支出現失衡情況(2010-11 財政年度，住宿照顧服務名額為 24,700 個，而社區照顧服務名額只有 7,000 個；住宿照顧服務的估計開支達 25.49 億元，社區照顧服務開支為 3.81 億元(估計基於 2011-12 年度財政預算案 170 總目))。住宿及社區照顧服務的失衡情況見於下表 (表 2.11、圖 2.1)：由 2003-04 年度<sup>1</sup> 至 2010-11 年度期間，資助住宿照顧服務的政府開支比例及名額比資助社區照顧服務(綜合家居照顧服務 (普通個案) 除外，由於此服務無須通過安老服務統一評估機制的臨床評核，故不視作長期護理服務) 持續地分別高五倍及三倍。不過，在過去數年比例有下降趨勢，反映資助社區照顧服務在整體長期護理服務的相對重要性日益增加。

<sup>1</sup> 由於綜合家居照顧服務於 2003-04 年度開始，故選擇此年度開始作比較。

**表 2.11 2003-2011 年度資助住宿及社區照顧服務的供應**

	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
<b>資助名額</b>								
住宿照顧服務 <sup>1</sup>	26,763	26,985	25,705	24,375	23,969	23,778	23,858	24,746
社區照顧服務 <sup>2</sup>	5,264	5,264	5,508	5,731	5,833	6,820	7,013	7,089
<b>比例</b>	<b>5.1</b>	<b>5.1</b>	<b>4.7</b>	<b>4.3</b>	<b>4.1</b>	<b>3.5</b>	<b>3.4</b>	<b>3.5</b>
總數	32,027	32,249	31,213	30,106	29,802	30,598	30,871	31,937
長者日間護理中心 <sup>3</sup>	1,955	1,955	1,955	1,975	2,057	2,234	2,314	2,390
改善家居及社區照顧服務	2,189	2,189	2,433	2,636	2,656	3,466	3,579	3,579
綜合家居照顧服務(體弱個案)	1,120	1,120	1,120	1,120	1,120	1,120	1,120	1,120
<b>政府開支 (港幣百萬元計)</b>								
住宿照顧服務	2,183.6	2,107.5	2,064.3	2,056.7	2,205.3	2,350.8	2,450.6	2,549.5
社區照顧服務	237.0	256.4	264.7	267.1	282.5	329.6	372.1	381.1
<b>比例</b>	<b>9.2</b>	<b>8.2</b>	<b>7.8</b>	<b>7.7</b>	<b>7.8</b>	<b>7.1</b>	<b>6.6</b>	<b>6.7</b>
總數	2,420.6	2,363.9	2,329.0	2,323.8	2,487.8	2,680.4	2,822.7	2,930.6
1 包括改善買位名額								
2 包括長者日間護理中心、改善家居及社區照顧服務及綜合家居照顧服務(體弱個案)，不包括綜合家居照顧服務(普通個案)								
3 長者日間護理中心數目指的是名額，非使用者人數								
4 政府開支是基於 2003-04 至 2011-12 年度財政預算案總目 170 的數字估算								

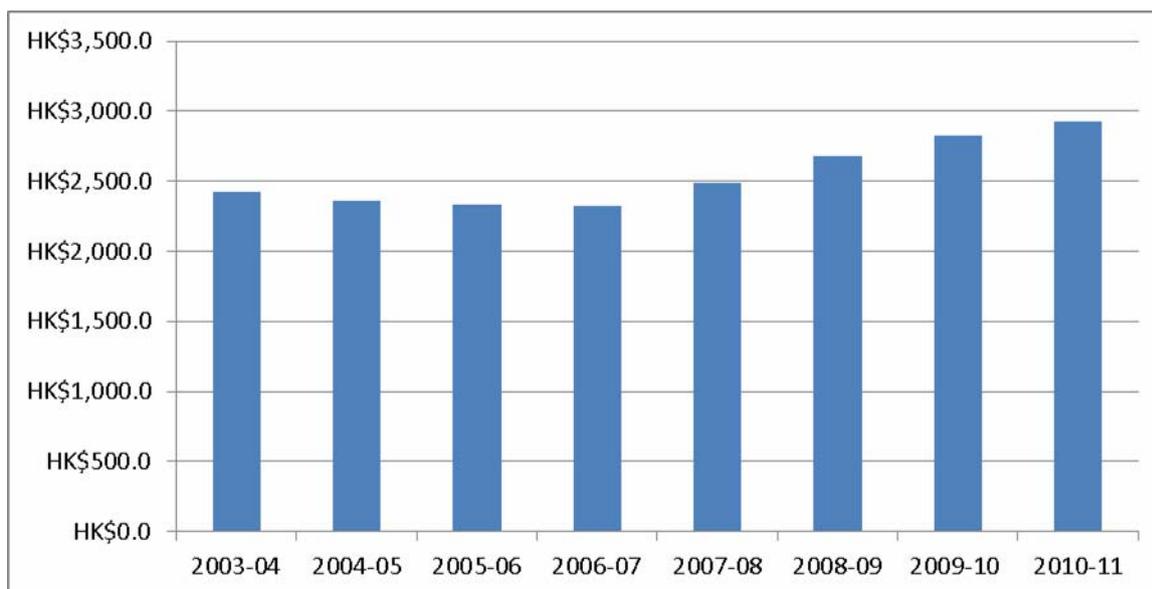
圖 2.1 政府開支 (以百萬元計) 及住宿及社區照顧服務的名額 (2003-11)



### 對公共資助服務過度倚賴 – 公營及私營長期護理服務的不平

77. 總括來說，雖然住宿照顧服務有私人市場營運，但香港的長期護理服務的供應仍大致是公共資助模式，當中政府透過資助非政府機構或私人營運者從而提供大幅資助服務 (住宿及社區照顧服務)，而資助住宿及社區照顧服務更不設經濟狀況評審，即沒有有效機制讓政府將資助服務集中在最有需要的長者身上。後文會闡述政府差不多資助所有社區照顧服務，並大量資助住宿照顧服務，除了直接透過向非政府機構提供資助外，還間接透過綜合社會保障援助計劃向接受私營院舍服務的受助人提供服務。
78. 在社區照顧服務範疇中，幾乎沒有或只有極少私營的社區照顧及支援服務，所以這服務基本上是公營的。資助模式基本上是以稅為本，極少部分來自使用者的收費，政府向非政府機構資助每位家居服務使用者每月3,300元以上，使用改善家居及社區照顧服務的使用者每月平均支付227元 (2010年4月至9月)，政府的資助佔服務成本達九成。另一方面，政府向非政府機構資助每位日間護理服務使用者每月6,000元，使用者卻只需支付每月約1,000元，即83%來自政府資助。
79. 由於服務由政府高度資助並且不設經濟狀況評審，隨着人口老化，預期政府的財政負擔會愈來愈大。政府統計資料顯示，長期護理服務 (包括住宿及社區照顧) 的政府總開支自2006-07年度起一直上升，由2006-07年度的港幣23.238億元增至2009-10年度的港幣28.168億元(2010年香港特區政府社會福利署)。(圖 2.2)

圖 2.2 2003-11 年政府於住宿及社區照顧服務的開支



80. 表 2.12 顯示，不少資助社區照顧服務的使用者同時透過綜合社會保障援助計劃接受政府的資助：改善家居及社區照顧服務 23%、綜合家居照顧服務 (體弱個案) 33%、長者日間護理中心 17%。此外，輪候服務的申請人同時為綜合社會保障援助計劃受助者的亦不少：改善家居及社區照顧服務和綜合家居照顧服務 (體弱個案) 共有 44%、長者日間護理中心 21%。

表 2.12：正使用各類社區照顧服務\*\*及正在輪候冊上的綜援受助人士  
(截至 2011 年 2 月)

	改善家居及 社區照顧 服務 <sup>1</sup>	綜合家居照 顧服務 (體弱個案) <sup>2</sup>	長者日間 護理中心 <sup>3</sup>
60/65 歲以上綜援受助人士數目	823 (23%)	372 (33%)	397 (17%)
名額總數	3579	1120	2314
於輪候冊上的綜援受助人士數目	421 (44%)		296(21%)
輪候冊的人數	957		1431
**不包括綜合家居照顧服務(普通個案)/家務助理服務/暫託服務； 1、2 = 65 歲以上；3 = 60 歲以上			

81. 在 2011-12 年度財政預算案中，政府已投放更多資源以實踐「居家安老」的政策目標，並建議每年增加經常撥款 7,600 萬元，額外提供 1,700 個長者社區照顧服務名額，包括 1,500 個改善家居及社區照顧服務名額，以及約 200 個長者日間護理服務名額，亦向「離院長者綜合支援計劃」每年增加經常撥款 1.48 億元，把此服務常規化，並將服務範圍由現時三區擴展至全港，估計每年受惠的長者會由目前的 8,000 人增至約 33,000 人。此外，預算案亦建議每年增加經常撥款 4,500 萬元，調高為資助安老院舍提供的補助金，讓他

們更妥善照顧患有老年癡呆症或已達療養程度的長者，並將「照顧癡呆症患者補助金」的資助範圍擴展至所有資助長者日間護理中心，為居於社區的患者提供更適切的服務(2011-12 年度財政預算案第 144 及 147 段)。

82. 鑑於現有社區照顧服務上述的檢討及限制，加上「居家安老」應體現於政策及其實際執行，當局必須研究進一步改善香港社區照顧服務的可行方向。這對居於香港的華人來說尤其重要，因為他們都寧願在熟悉的環境和親友及鄰居的支援下安老。海外及本地研究 (Gott, Seymour, Bellamy, Clark and Ahmedzai, 2004; Lou, Chui, Leung, Tang, Chi, Leung et al., 2009) 亦證實，長者大都希望在自己家居而非院舍安老。例如，2008 年政府統計處的主題性住戶統計調查反映，96.4% 的受訪長者不打算入住護老院舍，當中有 81.4% 的長者希望即使身體衰老仍留在家中生活 (2008 年政府統計處)。
83. 本研究因而嘗試探討社區照顧服務的融資及服務提供的方向，以便妥為配合發展一個可行的「居家安老」的政策方針。

## 研究方法

84. 由於研究涵蓋的範疇廣泛，需要收集大量數據 (包括量性及質性)，因此研究小組需採用多種資料收集及分析的方法。

## 參考文獻

85. 研究小組參閱了過去及正在進行的本地及海外研究，作為是次研究的參考，並特別收集大量有關以下七個國家及地區的長者長期護理服務政策及執行資料。這些國家及地區包括澳洲、英國、美國、荷蘭、新加坡、中國及台灣，所收集的資料包括融資模式及服務範疇與變化。另外，亦參考經濟合作及發展組織 19 個成員國，以及亞洲國家／經濟體作為香港的借鏡。

## 訪問

### (a) 問卷調查

86. 在研究期間，共有 2,490 名長者及護老者進行了面談，以及 162 名機構僱員交回自填式問卷。另外，研究小組與有些分類的若干個案曾進行 50 個深入面談，以便收集這些組別的持份者的某些特定情況的資料。抽樣範圍按 11 個抽樣類別把不同背景的受訪者分組如下(表 2.13)：

表 2.13：問卷調查的抽樣範圍

	類別	樣本數量 # [實際完成數量]
1	正在輪候資助院舍服務，但沒有使用資助的社區照顧服務的居家人士	600 [506]
2	資助社區照顧服務的體弱使用者 <sup>(i)</sup>	500 [493]
3	資助社區照顧服務的非體弱使用者 <sup>(ii)</sup>	400 [329]
4	非資助的社區照顧服務使用者 <sup>(iii)</sup>	100 [31]
5	沒有長期護理需要而非使用社區照顧服務的人士 <sup>(iv)</sup>	400 [409]
6	中產長者，例如長者安居樂的住戶及退休公務員	150 @ [154 @]
7	長者離院綜合支援計劃的參加者	100 @ [91 @]
8	護老者	400 @ [363 @]
9	於社區照顧服務機構工作，並為長者提供直接服務的員工	150 [162]
10	日間醫院的長者病人	100 @ [82 @]
11	剛接受「安老服務統一評估」，並需要長期護理服務的申請者	100 @ [82 @]
	總數	3000 [2702]

註：

- i. 資助社區照顧服務的體弱使用者即目前綜合家居照顧服務(體弱個案)、改善家居及社區照顧服及長者日間護理中心的使用者。
- ii. 資助社區照顧服務的非體弱使用者即目前綜合家居照顧服務(普通個案)的使用者。
- iii. 非資助的社區照顧服務使用者即目前使用非政府機構提供自負盈虧社區照顧服務的人士。
- iv. 由於無法分辨沒有長期護理服務需要的長者，沒有長期護理需要而非使用社區照顧服務的人士即指居於社區，並沒有使用及申請任何社區照顧服務(不論資助或非資助)，亦沒有申請任何住宿照顧服務的人士。

註：

# 同一樣本有可能於不同類別出現，但由於現時沒有數據可供量度重覆的次數，因此研究小組假設上述情況不會對抽樣比例構成重大影響。

@ 就此類別進行了 10 次深入面談。

## **(b) 訪問主要資訊提供者**

87. 爲了對現行服務有充分的檢討，以及探討香港社區照顧服務的改善方向及未來發展，收集非政府機構營運者的意見是十分重要的。此外，鑑於社區照顧服務的潛在需求，以及非資助營運者(包括以自負盈虧方式營運的非政府機構及私營營運者)亦可能會發展社區照顧服務，亦有需要訪問相關的營運者。是次研究一共會晤了 26 位主要受訪者，當中包括政府官員及社區照顧服務的營運者／持份者。
88. 訪問按照爲各組別的持份者而設的詳細訪問大綱(附錄一)進行。發問範圍包括目前營運／提供社區照顧服務時的問題及挑戰、營運及融資政策改變所帶來的影響，以及在資助長期護理服務(包括社區照顧服務及住宿照顧服務)推行資助券制度的影響。

## **現有數據的二次分析**

89. 研究小組分析了政府相關部門的數據檔案，它包括：

### **(a) 社署** 社署備存長期護理服務的數據檔案及其他相關資料，包括：

- i. 2004 年至 2011 年安老服務統一評估機制的綜合數據；
- ii. 長者日間護理中心、改善家居及社區照顧服務和綜合家居照顧服務(體弱個案)的名額數目；
- iii. 使用社區照顧服務的綜援受助人百分比。

### **(b) 政府統計處**

- i. 2006 年中期人口統計
  - ii. 2010 年人口數字
  - iii. 2004 年及 2008 年有關長者的社會與人口狀況、健康狀況及長期護理需要的主題性住戶統計調查資料
90. 我們承認是次研究中有一些限制：第一，由於某些類別的目標樣本並沒有現存可使用的名單，因此難以於這些類別中採用隨機抽樣方法；第二，不同類別的受訪者可能有所重疊(例如一位受訪者可能同時是資助及自負盈虧社區照顧服務的使用者)；第三，如果被選中的長者因認知及/或身體機能問題而不適合受訪(經臨床評估)，其代理人將代表作答。

## 第三章

### 提供社區照顧服務的國際經驗

#### 引言

91. 是次研究回顧其他國家在提供社區照顧服務的經驗，以供香港在改善社區照顧服務方面借鏡。
92. 2009 年安老事務委員會就長者住宿照顧服務進行的研究指出，透過社區照顧服務來推廣「居家安老」是國際趨勢，因此各國政府（於聯邦、省或市政府的層面）向服務使用者及／或其家人提供各種實質服務及資助（以現金或資助券形式），讓他們可選擇所需的長期護理服務，並鼓勵長者居家安老或讓家人在長者的住所內照顧長者。有些國家／地區的長者甚至可以選擇兩種支援的組合。
93. 顧問小組藉參考文獻，研究七個國家及地區（包括澳洲、英國、美國、荷蘭、新加坡、中國及台灣）的社區照顧服務情況。此外，顧問小組亦因應需要及情況參考經濟合作及發展組織成員國的做法。

#### 國際社會的社區照顧服務重點

94. 經濟合作及發展組織的統計資料顯示，較多數成員國較為着重推行社區照顧服務多於住宿照顧服務。從表 3.1 可見，長者接受社區照顧服務而非住宿照顧服務為普遍的趨勢，但以佔國內生產總值的比例作為比較，表 3.2 顯示住宿照顧服務的開支比社區照顧服務為高，明顯可見住宿照顧服務的平均成本比社區照顧服務的平均成本為高 (Chappell, Dlitt, Hollander, Miller and McWilliam, 2004)。現時有多種政策工具及服務，可推廣長者「居家安老」政策。

表 3.1 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
澳洲	2007	6.0	2008	2.5 <sup>1</sup>
奧地利	2003	3.6	2000	14.8
加拿大	2007	3.5	2003	15.0
中國	2008	1.73	2009	19 (深圳)
德國	2008	3.7	2003	7.1
香港	2008	6.8	2010	0.8#
愛爾蘭	2008	4.0	2000	5.0
日本	2009	2.9	2000	5.5
韓國	2009	1.1	2000	0.2
盧森堡	2007	4.7 (估計)	2003	4.8
荷蘭	2008	6.7	2008	12.9
新西蘭	2009	3.6	2000	5.2
挪威	2008	5.5	2000	18.0
新加坡	2008	2.9	不適用	不適用
瑞典	2008	5.9	2000	9.1
瑞士	2008	6.4	2000	5.4
台灣	2009	1.9	2006	1.0 (日間照顧)
英國	2004	4.2 (估計)	2002	20.3
美國	2004	3.9 (估計)	2007	2.8 <sup>2</sup>

\*社區照顧服務包括「家居照顧」及「社區照顧」服務及金錢上的「福利」

# 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

<sup>1</sup> 正接受澳洲的社區安老照顧計劃 (Community Age Care Packages)

<sup>2</sup> 正接受美國的家務助理服務

資料來源： Huber, M. (2005b), "Long-term Care: Services, Eligibility, and Recipients", OECD Health Working Papers, OECD (2005). Long Term Care for Older People, "OECD Health Data 2010", OECD, Paris; 澳洲： Australian Institute of Health and Welfare. Aged Care Packages in the community 2007-08. A statistical overview. 加拿大： Rotemann, M. (2003). Seniors' health care use. Supplement to Health Reports, 16, 33-45; 香港： Chui, E. et al. (2009). Elderly Commission Study on RCS; 台灣： Ministry of the Interior, Taiwan. (2010). 10th Week of Interior News of Statistics 2010; 新加坡： Integrated Health Services Division and Healthcare Finance Division.

**表3.2 2000年長期護理服務的公共及私人開支所佔國內生產總值的百分比**

	總開支			公共開支			私人開支		
	家居護理	住宿／院舍護理	總計	家居護理	住宿／院舍護理	總計	家居護理	住宿／院舍護理	總計
澳洲	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86	0.08	0.25	0.33
加拿大	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99	沒有資料	0.24	0.24
德國	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95	0.04	0.36	0.40
愛爾蘭	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52	沒有資料	0.10	0.10
日本	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76	0.00	0.07	0.07
荷蘭	0.60	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31	0.05	0.08	0.13
新西蘭	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45	0.01	0.22	0.23
挪威	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85	0.03	0.26	0.29
波蘭	0.35	0.03	0.38	0.35	0.03	0.37	沒有資料	0.00	0.00
西班牙	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16	0.18	0.26	0.44
瑞典	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74	0.04	0.10	0.14
英國	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89	0.09	0.38	0.48
美國	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74	0.16	0.39	0.54

註：波蘭的數據只是程度的約數；澳洲、挪威、西班牙及瑞典的數據是年滿65歲或以上人士的開支。

「長期護理」的意思在國際間有更廣的意義，例如包括長者住宿服務（例如荷蘭、北歐國家）。  
資料來源：加拿大、德國、挪威：OECD Health Data 2004；澳洲：Productivity Commission (2003)；愛爾蘭：按 O'Shea (2003) and Mercer Limited (2003) 推算；波蘭：Kawiorska (2004)；西班牙：Marin and Casanovas (2001)；美國：OECD Health Data 2004 and GAO (2002)；奧地利、日本、挪威、新西蘭、瑞典、英國：Secretariat estimates based on replies to the OECD's questionnaire on long-term care. (更詳細的資料來源及方法見Huber, 2005a)

OECD (2005) Long Term Care for Older People

### 推廣「居家安老」、避免入住院舍的政策工具

95. 在澳洲，「過渡照顧服務」(Transition Care Programme) 為離院長者提供充分過渡照顧，避免長者於離院後直接入住護理院舍。「退休村護理計劃」(Retirement Villages Care Packages) 的對象是居於退休村而有額外安老服務需要的居民。「使用者主導護理計劃」(Customer Direct Packaged Care) 包含所有按使用者選擇的家居及社區照顧服務。參加「社區安老照顧計劃」(Community Aged Care packages) 的長者所需的費用較那些參加住宿照顧服務的

低。「個人預算」(personal budgets) 資助長者使用家居及社區服務。澳洲有一系列的照顧者支援服務，例如意外假期、十天照顧假期、照顧臨終病人假期、暫停職務、儲備假期及長期護理假期。

96. 在英國，不同層面的政府提供不同類型的公帑資助家居照顧服務，視乎服務是否與健康服務或社會服務有關。在國家層面，中央政府透過國家衛生服務 (National Health Service) 管理健康服務，包括家居健康服務 (Dalley, 2000)。「直接付款」(Direct Payments) 可支付給有需要接受家庭為本長期護理的長者，其金額反映長者經評估後的服務需要，這款項亦可以用來支付給作為照顧者但不同住的親屬或朋友 (經濟合作及發展組織，2005:55)。在住宿照顧以外有不同另類的選擇，包括長者住屋及額外護理住宿計劃，為長者提供獨立性，而又能因應社區服務機構的建議而提升護理及支援水平。
97. 在美國，國會在 2005 年設立「錢跟人走試驗計劃」(Money Follows the Person (MFP) Demonstration)，向各州提供已提升的國家聯邦醫療補助比率，讓每人於一年內由醫院過渡到有質素的院舍及社區計劃。2007 年，美國政府的醫療保健計劃及醫療補助計劃中心 (Centres for Medicare & Medicaid Services) 向 31 個州提供資助。
98. 中國亦著重社區照顧多於住宿照顧。政府鼓勵長者使用社區照顧服務，例如中華人民共和國國務院在長者服務上提出「9064」方案，即 90% 的長者接受家居照顧、6%的長者可在社區居住，只有 4% 的長者應居於院舍。由於中國地方很大，每個省市都有各自的政策及服務，例如上海市政府自 2000 年開始為未能照顧自己的低收入長者以買入服務形式來資助社區照顧服務。在 2004 年則向最低生活水平計劃下及低收入的長者提供社區照顧服務資助券。上海市政府向那些 80 歲及以上、獨居或只有長者住戶而通過自我照顧能力評估的長者提供長者服務標準津貼一半的資助。
99. 在新加坡，根據政府的長者護理計劃 (Eldercare Master Plan) (2001-05 財政年度)，新加坡政府用於住宿照顧服務的撥款只設定為 260 萬坡元，但體弱長者家居照顧服務則為 1,490 萬坡元，而健康長者活動則為 3,060 萬坡元。由於新加坡的非政府機構得到政府大量資助，在 2005 年提供社區為本照顧服務的中心及志願福利機構的數目幾乎是 1998 年的兩倍，護理院舍及長者住屋的數目只上升了些微百分點，反映新加坡推廣社區照顧服務多於住宿照顧服務的政策。

### 其他國家／地區提供的社區照顧服務

100. 在回顧其他國家／地區提供的社區照顧服務時，我們對以下方面進一步研究： 1) 服務提供的融資模式， 2) 政府資助服務的形式， 3) 與實施財政資助有關的事宜， 4) 社區照顧服務提供者的質素保證， 5) 護理需要及服務範疇的評估，6) 個案管理，以及 7) 人手事宜。

(a) 服務提供的融資模式

101. 是次檢討類似 2009 年長者住宿照顧服務研究，同樣發現社區照顧服務在不同國家有不同的融資模式 (表 3.3, 42 頁)。北歐國家如挪威及瑞典，以公帑(稅收)資助模式提供服務；美國則有私人保險加上一些公帑資助計劃。在服務供應的範疇，北歐的稅基模式，德國、盧森堡及荷蘭的保險屬於「全民」保障；澳洲、加拿大及英國的其他稅基制度則「選擇性」(通常根據經濟狀況評審)提供實物服務。
102. 即使在全民性的公營計劃下，一般都有按共同付款或用者自付的形式作私人費用分擔的規定 (表 3.3)。在全民系統下的分擔費用通常按成本的一個特定的百分比或根據福利及實際開支的差額而定 (經濟合作及發展組織, 2005:25)。就算如荷蘭的例子，採用保險模式而不設經濟狀況評審，領取退休金的人士需要透過從退休金扣除或自行墊支供款以分擔部分費用。不過表 3.4 顯示分擔費用(以用者自付或共同付款) 只佔公帑資助的社區照顧服務一小部分，反映家居／社區照顧的私營開支持續比公共開支低。美國的情況例外，在家居照顧的公營及私營開支上較為接近。

	公共開支	私人開支@
澳洲	0.30	0.08
德國	0.43	0.04
日本	0.25	0.00
荷蘭	0.56	0.05
新西蘭	0.11	0.01
挪威	0.66	0.03
西班牙	0.05	0.18
瑞典	0.78	0.04
英國	0.32	0.09
美國	0.17	0.16

@ 「私人開支」指使用者費用、共同付款  
資料來源：經濟合作及發展組織 (2005) Long Term Care for Older People

103. 其實美國在長期護理服務展示了另一種公、私營結合的融資模式。由於美國有聯邦政府架構，故不像很多歐洲國家有全國公帑資助的長期護理服務計劃。另一方面，美國採用「私人」健康保險模式，涵蓋及／或重覆了長期護理服務的若干部分。不過，很多聯邦及州政府計劃都有為家居照顧提供資助，包括醫療保健計劃 (Medicare)、醫療補助計劃 (Medicaid)、美國老年人法案 (Older Americans Act)、社會服務總額經費 (Social Services Block Grant)、生活保障補助金 (Supplemental Security Income)，以及一系列的支援安排 (Kassner, 2006)。美國的醫療補助計劃 (Medicaid)由公帑資助，但只限於窮人受惠；而醫

療保健計劃(Medicare)為年滿 65 歲及以上人士提供公共醫療系統，卻只提供有限度的家居健康及專業護理服務 (Handy, 2006)。

104. 澳洲及英國這些以稅收支持的公帑資助模式國家，會設立某些甄選機制，通常向長期護理服務(包括社區照顧服務)使用者的資產及收入進行經濟狀況評審。此評審是考慮到部分使用者的經濟狀況及能應付長期護理服務開支的能力，目的是確保服務能惠及特定組別的受益者。另一方面亦考慮到若為全民提供長期護理服務，會對政府財政造成沉重負擔，尤其是人口老化加劇及長者發病率日高，會令服務需求不斷上升。
105. 除一般稅收外，不少國家／地區包括荷蘭、新加坡、美國及台灣亦針對勞動人口制定了不同形式的強制供款社會保險機制，以便應付當地體弱長者的長期護理需要(包括社區照顧需要)。另一方面，長期護理服務的私人保險並不普遍<sup>2</sup>。

### (b) 政府資助服務的形式

106. 大部分公帑資助的社區照顧服務都是提供實物服務。不過，政府逐漸採用現金津貼或現金支援作為補助或在提供實物以外的另一選擇。在那些同時提供實物(服務)及現金支援的國家，長者可二擇其一，或如德國可在兩者作組合選擇，但是在大部分情況下，現金支援的金額水平會較實質服務的價值為低。
107. 值得注意的是，大部分國家只會為家居照顧而非住宿照顧提供現金資助。經濟合作及發展組織 (2005) 回顧 19 個成員國，只有奧地利在聯邦及省的層面上提供全民現金資助讓國民使用院舍服務，而其他國家只會直接提供住宿照顧服務名額。  
◦這個傾向是建基於社區為本的家居照顧服務在推行「居家安老」展現相對優勢。
108. 表 3.5 顯示，很多西方國家(日本是唯一的亞洲國家)的政府(在聯邦、省或市政府的層面)都有給予長者一系列的財政資助(如「個人預算」計劃(Personal budgets)或「用者主導的照顧及付款」計劃(consumer-directed care and payments))，以便購買長期護理服務，包括社區照顧服務，讓他們可選擇所需的長期護理服務，並鼓勵長者居家安老或讓家人在長者的住所提供照顧。
109. 我們察覺到，那些給予年老使用者及／或他們非正式的照顧者(包括親屬，不論是否同住)如現金津貼等財政資助的國家，保障範圍覆蓋全民或甚為廣泛，都設有高稅率制度，或就長期護理建立了社會保險制度，或對使用者(有時能包括同住的配偶／親屬)進行某種形式的經濟狀況審查，以提供選擇性的資助。

---

<sup>2</sup> 即使在私人保險較為常見的美國，亦只佔長期護理服務總開支約 4% (Congress of The United States Congressional Budget Office 2004)。

110. 荷蘭等國家實行「個人預算」計劃，這計劃與資助券的性質相近，個別長者可使用獲分配的金額向獨立服務提供者或機構購買服務。荷蘭的計劃是「個人預算」計劃中規模最大的(Lundsgaard, 2005)。
111. 英國的「直接付款」計劃 (Direct Payments scheme) 起初只提供給傷殘人士，及後在 2000 年伸延至長者。長者如評定為有服務需要，以及需要在家接受長期照顧服務，會獲提供直接資助購買所需服務。該計劃亦可支付不同住的親友作為其護理助理。不過，在奧地利，這些現金津貼可付給同住親屬。奧地利和德國於九十年代開始推行「照顧者現金津貼」計劃 (Cash Allowances for Care Scheme)，該現金津貼在德國納入長期照顧保險，而在奧地利所有長期照顧的居家服務都是由公帑以現金支付的。
112. 美國在發展用者主導照顧計劃方面的經驗最久，部分計劃已發展 20 多年。「現金及輔導」計劃亦為醫療補助計劃使用者提供了一份「預算」，以便他們選擇個人護理服務、聘請專人照顧，甚至購買護理器材。該計劃包含「輔導」元素，長者在管理預算方面可得到專業意見，不過只限於受訓護理照顧及家居健康補助服務 (Cash and Counselling homepage, 2009)。
113. 除提供照顧者津貼外，亦向家庭照顧者提供其他支援。舉例說，在瑞典許多市政府任命公職人員為特別顧問，為非正式照顧者設立聯繫點 (Lundsgaard, 2005)，向他們提供支援。此外，還設有一個專業家居護理服務的支援系統，有助減少家庭照顧者的工作量 (經濟合作及發展組織 2005:30)。

### (c) 與推行資助券制度有關的事宜

114. 推行資助券制度需考慮的相關事項繁多 (Steuerle, 2000)。2009 年長者住宿照顧服務研究已討論了實行資助券制度的各種情況，包括資助券的好處在於增加消費者的購買力和選擇、資助券對服務價格上升的影響、有關公平的問題、共同付款、資助水平及應用範圍、監管問題、消費者獲得的資訊、可持續的推行模式及政府的財政承擔等 (第 93 至 114 段)。
115. 概括來說，主要關注事項有三：**公平**、**效益**及**效率**。公平意指向真正最有迫切需要的人公平分配資助券及財政補貼。這可能涉及「全民性」與「選擇性」分配之間的選擇：雖然全民性分配似乎一視同仁，但可能無法針對特定目標，以致資源給了一些即使沒有政府補貼也能負擔費用的人身上。選擇性分配可以聚焦最有需要的人，但或會引致標籤效應，而且實行甄選機制的行政費用不菲。
116. 資助券制度是否有效取決於執行機構有效的機制，包括適當的護理需要評估，可供使用的服務提供者數目充足，而且護理人員訓練有素，以及對資助券受益者或最終使用者和服務提供者的監管機制。
117. 資助券制度的效益視乎能否盡量減少各項確定受益人資格的行政程序，例如實行臨床評估和經濟狀況評審，釐定資助券的價值，以及其他有關上述使用者和提供者的監察機制。

#### (d) 對資助券使用者的監管

118. 由於引進資助券給使用者和他們的家庭照顧者會對公共資源有重大影響，實有需要確保實施情況公平、高效率和有效益。當局必須設立有效監察和審查的實施制度，確保這些財政補貼確實用於長期護理方面，並且必須相應訂立措施。
119. 從海外的經驗可見，各種的政策工具都能達到此目標。一些國家，尤其是設有長期護理保險的國家，在現金付款的管理上較為鬆散或限制較少，當中使用者在使用現金津貼時享有較大酌情權，無須向管理當局匯報。然而，實施長期護理保險的德國，每三個月或六個月會檢討「護理現金津貼」(Cash Allowance for Care) 受助人的整體健康狀況。若發現長者現正接受的護理不足，有關當局須提供一些實質服務，而該現金津貼會被撤銷(OECD, 2005)。至於荷蘭的「個人預算」制度，使用者須為自己的預算負責，並在每次預支款項後的指定期限內填寫一份表格匯報有關服務的內涵及所涉及的人士，並把填妥的表格交回護理聯絡辦事處。辦事處會進行抽樣調查。在美國，現金資助的受助人須簽署承諾書，確保有關金錢用於家居照顧服務上，違反承諾的人士會受政府檢控。
120. 向護老者提供現金補貼可能會成為人們逃避工作的誘因，為勞動市場帶來不良的影響。美國的經驗顯示，「向非正式照顧者提供結合稅收、失業救濟、社會援助和現金津貼的福利，會阻礙某些失業人士在提供非正式照顧時積極尋找工作。」(經濟合作及發展組織 2005:36)。為解決這些不利誘因的問題，荷蘭政府要求長者與作為護老者的親屬或朋友訂立正式合約。護老者收到的款項會被稅局及失業救濟當局視為「入息」處理。結果，只有收到的款項高於就業的報酬時，才會構成不利的誘因。
121. 在大多數情況下，當為照顧者提供補貼時，補貼的收入並不足以完全補償照顧者工作的價值。這種補貼只是給那些因照顧體弱長者而不能從事一份正常全職工作的護老者最低水平的收入。某些國家只向低收入的照顧者提供津貼，而照顧者需要通過經濟狀況評審。這些國家包括澳洲的照顧者收入補貼、日本的照顧長者家庭津貼，以及英國的照顧者津貼。英國的照顧者津貼，經濟狀況評審需要審核照顧者的配偶或伴侶的入息及資產，這已實際上拒絕來自中、高入息家庭的照顧者，從而確保津貼只會給予最有需要的人士。另外，還有一些計劃向照顧者提供暫時停職的選擇。挪威的照顧者假期計劃可供所有入息水平的人士申請。有些國家如澳洲的照顧者津貼計劃，是為了獎勵或認同照顧護理需要較輕微的殘疾人士的非正式照顧者的工作，向沒有把長者送入院舍的家庭提供額外誘因，因為入住院舍會導致更高的長期護理開支(經濟合作及發展組織, 2005)。

#### (e) 社區照顧服務提供者的質素保證

122. 實行資助券制度需要一個包含被容易接觸的服務提供者的廣泛網絡，以便使用者可以實際使用資助券「購買」所需的服務。提供者既可是非牟利的非政府機構或是牟利的私人機構。在任何情況下，都要確保這些機構能向用戶提供優質的服務。在這方面，需要設立服務質素保證機制。

123. 在國際方面，各國採取了不同的策略實現這個目標。日本就非政府機構和私營的服務提供者的架構及程序措施(例如員工的學歷和培訓)頒布一套全國通行的標準。當地縣政府會負責監察服務提供者，方法是扣減應支付提供者的長期護理費用，或把提供者除名。
124. 在加拿大，「家庭護理報告」下要求的國家報告，有助於對家居照顧服務的顧客和加拿大各地的服務進行比較分析，以偵察資源使用的趨勢，並訂定監察基準 (Canadian Home Care Association, 2008)。目前，13 個省／地區已有 8 個完成或正計劃由加拿大衛生服務認證理事會 (CCHSA) 進行評審。
125. 在美國，聯邦政府要求各州證明有方法確保家庭及社區為本服務的質素。雖然各州在實際監察家庭護理質素的做法有所不同，但普遍著重確保合資格的護理人員的充足性，這可視為「提供者資歷」形式上的「投放」標準。具體可參考「家庭護理聯盟」(HCA) (非牟利的貿易協會)在馬薩諸塞州創立的「家庭護理機構認證計劃」，它制訂相等於其他大多數州許可證的運作和質素標準。在評核長者居家護理機構時，該計劃訂有 14 項標準，例如客戶的權利，私隱權和申訴程序；保護長者不受虐待，公平就業安排；照顧者的刑事背景審查；能力、培訓和監督；保險的保障範圍；以及符合聯邦、州及地方所有適用的法律 (家庭護理聯盟，2010)。截至 2011 年，1,000 個私人付費家居照顧服務提供者已獲家庭護理聯盟認證。

#### (f) 護理需要評估及服務範疇

126. 大部分提供公帑資助長期護理服務 (包括社區照顧服務) 的國家／地區，都會在提供服務前，先要長者接受某程度的護理需要評估。評估的目的是讓公帑資助服務能照顧到真正有護理需要的長者。國際趨勢是各個國家／地區層面採用統一護理需要評估機制，澳洲、荷蘭及香港已經採用。在英國，政府已計劃在 2010 年推行全國護理需要評估制度，作為國家護理服務改革不可或缺的一環。日本是亞洲唯一在長期護理服務保險制度實行統一評估機制的國家。
127. 在服務範圍方面，這些國家／地區同時向長者提供中心為本及家居為本的服務。中心為本服務包括日間護理、暫託服務甚至晚間照顧服務，照顧長者的復康及社交需要。家居照顧服務則由最低層次、專業投入程度較少的長者保姆、家居清潔及交通服務，以至最高層次的專業服務，例如護理、個人及醫療服務，目的是協助長者避免不必要地入住院舍。
128. 在不同的國家／地區，家居及社區照顧服務通常包括日間／暫託照顧、晚間照顧、家居照顧、家務助理、家居維修、交通、社交需要、長者暫託、緊急應變、個案管理、送飯／煮飯、護理／個人照顧、老年癡呆症計劃。
129. 表 3.6 提供護理需要評估的機制檢討，以及正在研究的國家／地區的社區照顧服務。比較分析顯示，目前香港基本上已有適當的護理需要評估機制，並提供頗為廣泛的服務，

可以媲美先進經濟體系。

### (g) 個案管理

130. 在檢視的很多國家／地區發現，有效的社區照顧服務通常配合「個案管理」或「護理管理」來執行。
131. 個案管理在執行上有很多不同的理解及運作策略，例如有界定為「一個以專業人士的服務為主（主要是護士或社工）的介入，以安排及監察長期護理服務的最佳配套」（Applebaum and Austin 1990:5）。個案管理亦可視為在功能、目標、主要工作、區別的特徵及多層面反應上都是多元化的 (Challis et al., 1995; 2002)，包括協調及聯繫的功能；以維持弱勢社群在家居生活及他們的獨立自主為目標；包含個案研究結果及評估的主要工作；服務特定對象組別；在投入程度、監管服務的幅度、投入時間有區別的特徵；最後在使用者及制度層面有多元化反應。美國個案管理學會 (Case Management Society of America) 界定個案管理為「在選擇及服務中進行評估、策劃、促進及倡議的協作過程，以及透過溝通及可運用的資源提升質素、達到經濟效益的成果，同時滿足個別個案的健康需求。
132. 英國及美國的個案管理採用「個案經理」模式，他們獲授權「管理」服務使用者所得到的服務。如美國個案管理學會所說，「個案經理協助在服務期間物色合適的服務提供者及設施，並確保可供運用的資源在適時及具成本效益的情況下使用，讓服務使用者及償付的機構同時得到最佳效益。為了達到最佳效果，個案經理、服務使用者及適當的服務人員如能夠直接溝通，個案管理服務的就能發揮最佳效果」（見 <http://www.cmsa.org>）。
133. 美國有名的「現金及輔導」計劃 (Cash and Counselling)向長期護理服務使用者 (及／或他們的家庭護老者) 提供現金補貼或資助券，並實行個案管理，讓他們有更多自主及選擇。上文已討論推行資助券制度的優點及先決條件。
134. 個案管理的重要特色之一是採用「混合個案」制度，按服務需要的準確臨床評估結果，制定服務使用者運作及治療的標準價格。「混合個案」模式在長期護理服務甚至住院服務上都能有效提升成本效益及服務效能。
135. 儘管案件管理有潛在優點，但是值得注意的是「個案管理」這個概念，是由服務提供者，甚至學者倡導的。「個案管理」一詞顯然把使用者貶低為「個案」，而被人主導「管理」，例如專業服務提供者。這樣會對使用者造成能力下降的不良效果<sup>3</sup>。

---

<sup>3</sup> 在美國衛生與人類服務於 2001 年 6 月舉辦有關消費者主導和老年人和殘疾人士自主權的全國研討會中，有一份標題為「我不是一個個案，我不想被管理！」的文件。(OECD 2005:25)

136. 個案管理的成功取決於多個關鍵因素。Reilly, Hughes and Challis (2010)建議三個因素：程序恪守度，工作量多少和個案管理實務。「程序恪守度」是指一個特定服務遵從或符合程序模式的程度，並明確界定一套介入程序及步驟，以幫助個別人士達到預期的目標。
137. 「工作量多少」與適當運用機制，以確定誰使用和退出社區照顧服務有關。這亦涉及甄選機制和持續覆檢個案的護理需要。個案經理的工作量會決定他們向用戶提供服務的水平和質素。
138. 「個案管理實務」包括護理的持續性，參與的深度及廣泛程度，以及對資源的監管(Challis et al. 1995; cited in Reilly, Hughes and Challis, 2010)。這涉及經理在其工作機構或以外，與其他服務提供者合作時行使的「權力」或授權。

#### (h) 長期護理服務的人手問題

139. 先進經濟體系多項研究的結果發現，一些引致招聘和挽留前線護理人員困難的常見問題，最終會導致長期照護服務（包括社區照顧服務）的人手短缺。這些問題包括工資低、福利差、晉升機會有限、工作準備不足、持續進修、培訓需求日益複雜。前線護理人員往往覺得不受僱主、主管以及公眾重視或尊重。(Wilner, 1998; Stone, 2000; Hussein and Manthorpe, 2006).
140. 不明顯的年齡歧視可能是導致護老行業面臨人手短缺和流失率高的原因。海外研究顯示，對長者負面的成見在社會頗為普遍(Minichiello, Browne and Kendig, 2000; Mchugh, 2003; Ray and Sharp, 2006; Cuddy, Norton and Fiske, 2005)。這樣的社會誤解或偏見或多或少會影響專業服務人員(Allen, Cherry and Palmore, 2009)。據觀察所得，年輕的畢業生在社會工作、護理等人民服務界別，都不太願意在長者服務開展事業 (Curl, Simons and Larkin, 2005; Centre for Policy on Aging, 2009)。舉例說，在美國，有意見關注沒有足夠的課程、資源或有興趣的學生以擴展有關的專才教育的機會 (Rosen, Zlotnik and Singer, 2002)，而且由社會工作學院開辦的老齡專業課程日漸減少(Tompkins and Rosen, 2007)。
141. 這可以理解為長者服務實際上是勞工密集或「高技術個性化」(Wilber, Schneider and Thorstenson, 1997)，而一些涉及個人護理和衛生的工作，可能會令一些年輕從業員略感厭惡和工作滿足感較低。更甚的是，很多護理人員的職位通常是低薪和晉升機會不多，因此無法吸引人入行，這也說明為何長者服務界的人手持續短缺。
142. 長者個人護理勞工密集的性質，可能導致護理者的情緒、體力及物質方面各種負擔，尤其是當他們的服務對象不欣賞他們的工作時 (Hooyman, 1990; cited in Cheung and Chow, 2006)。
143. 此外，當護理者在家居環境照顧年老病者，他們很可能孤立工作，沒有朋輩同事的支援和陪伴。這會使他們產生疏離感，損害心理健康，最終導致疲勞、沮喪和「耗盡」(George,

1987; Guttman, 1991; cited in Cheung and Chow, 2006), 有些人甚至會辭職, 以致護理行業人手短缺。

144. 即使在世界上老齡人口發病率最高的日本, 即使已制定相關策略應對有關挑戰, 但長者護理業的問題仍然存在(Japan Institute of Labour, 2003)。研究顯示, 家庭傭工不滿意工資: 全職家庭傭工認為薪酬不足, 兼職或鐘點家務助理抱怨薪金不穩定。這使許多曾經受訓的工人不願投身這個行業, 以致浪費合資格的人手。
145. 爲了應對人手短缺的挑戰, 各國都試圖制定不同的策略來解決這個問題。長期護理業界的國際人力資源管理實務檢討表示, 機構應提供「實惠」, 事業前途和晉升機會等重要措施, 以吸引和挽留護理員, 而培訓和學習新技能, 則有助提升工作滿足感, 更有利於挽留人才(Kane, 2003; Nakhnikian and Kahn, 2004)。
146. 還有其他可用以挽留護理人員的策略, 例如澳洲西部政府鼓勵僱主採取彈性工作時間, 靈活的休假安排, 以及臨時兼職工作或在家工作安排 (Department of Consumer and Employment Protection, Labour Relations, Western Australia, 2001; cited in OECD 2005)。
147. 在美國, Greenhouse Retirement Communities 退休社區要求員工穿著色彩鮮艷的衣服, 而不是標準制服, 使外表顯得開朗而不沉悶。他們負責多種工作, 包括煮食、清潔、與年老居民玩耍和照顧他們, 而不只是「護理員」的工作。這是爲了避免角色分割, 形成單一「照顧者」的角色。這些措施均有助樹立員工的正面形象, 或會有助吸引年輕人加入護理行業工作。
148. 此外, 可能還有更多創新方法能夠吸引一批「非常規」的勞動人口加入個人護理行業。當局可參考美國一項針對四個特殊群組的運動, 即爲最近剛退休或喪偶的成年人填補空閒時間, 爲大學生尋找兼職或其他工作選擇, 爲零售或食品服務人員尋找更多「有意義」的工作, 以及讓家庭主婦藉護理技能賺取報酬 (Stone, 2000)。美國亦有一些州及城市, 例如紐約市, 正在試行措施, 例如招募高中生加入家庭護理業界, 通過培訓和提升技能, 讓他們符合資格提供醫療護理服務, 亦可提高他們的就業能力 (Hussein and Manthorpe, 2006)。
149. 在台灣, 政府在 2007 年制定了十年長期照護計劃, 不但照顧專業人員和輔助專業人員的培訓需要, 還有護理人員的培訓需要。政府推行國家級考試制度, 大約 44,000 位接受了培訓的人士參加考試, 當中 11,000 人考試及格(Qian, 2010)。這有助長期護理服務增加護理員人手供應。

## 對香港的啓示

150. 根據國際經驗檢討所得, 以下幾方面可供香港在發展長遠可行的社區照顧服務制度時借鑑。

## 社區照顧服務的好處

151. 國際經驗證明有效的家居及社區照顧能有效地減少或延遲長者入住院舍(Eliezer and Fretwell, 1999; Mai and Eng, 2007; Beland et al., 2006) , 提升長者服務使用者的身體機能, 以及減慢他們認知能力衰退 (Bemabei et al., 1998) 。具體來說, 體弱長者較易因跌倒及其他長期疾病而中風或骨折最後導致入院。如果在出院後有充足的復康支援, 或進一步對其家庭照顧者提供支援, 部分長者病人或可留在社區居住。因此, 不同範疇的醫務社工、醫療專業人員及社區照顧提供者應在設計一個可行的出院計劃時加強協調, 確保病人在出院後接受社區照顧及家居照顧服務。
152. 一些研究及計劃證明有效的社區照顧服務能延遲或避免長者入住院舍。美國的護士管理健康中心 (Estates Nurse-Managed Wellness Centre) 與護士以伙伴形式在社區提供外展服務, 協助長者 (1) 確定與健康有關的問題行爲, 尤其是最易導致入住護理院舍的行爲缺點; (2) 提升技能及鼓勵正面及有益的行爲; (3) 參與共同解決困難及作出決定; 以及 (4) 發揮內在優勢、解決困難及求生技巧、獨立能力及行爲。這可有效提升在社區居住的長者的自我照顧能力, 因為他們在危機出現前已在對象的家中提供服務, 避免長者入住護理院舍(Collins, Butler, Gueldner and Palmer, 1997: 61) 。
153. 社區照顧服務計劃的成功可見於美國的社會健康維持機構 (Social Health Maintenance Organisation) 及長者全包式照護計劃 (Programme for All Inclusive Care for the Elderly (PACE)) ; 澳洲的社區安老照顧計劃 (Community Aged Care Packages (CACP)); 加拿大的體弱長者綜合照顧計劃 (Integrated System of Care for the Frail Elderly(SIPA)), 以及意大利的綜合社會及醫療照顧及個案管理。
154. 目前, 雖然香港政府在長期護理服務方面以推行社區照顧及居家安老為目標, 不過投入住宿照顧服務及社區照顧服務的資源明顯不均。投放於住宿照顧服務的公共資源遠多於社區照顧服務, 這點在本報告第二章已經闡明。香港或需要檢討如何就這種不均情況進行改革, 從而將更多的重點放回社區照顧服務上。

## 服務融資與受惠人士

155. 若社區照顧服務以「公共」模式運作, 即由公共收入或社會保險制度融資; 由公共收入融資意味高稅制 (北歐國家的情況), 由社會保險制度融資則要使用者支付保費 (德國及日本的情況) 。另一方面, 美國採用「私人保險」形式, 人們購買健康及/或長期護理保險來支付服務費用。公帑資助模式亦分為「全民性」及「選擇性」兩種服務供應, 「全民性」是指所有公民都可平等享用; 「選擇性」是指只有特定受惠組別, 而甄選通常是透過經濟狀況評審機制進行。
156. 不同國家的政府亦會協助人民獲得長期護理服務, 形式分為資助服務提供者或資助服務使用者。若資助服務提供者, 政府會向非政府機構及私人營運者提供撥款, 由他們向最終使用者提供實質服務; 若資助服務使用者, 政府會以資助券或「個人預算」的形式提

供補貼。在很多國家，當局都會鼓勵最終使用者以共同付款形式分擔部分開支，填補保險保障與實際費用之間的差額。

157. 由於香港現時奉行低稅制，並且還未發展任何醫療及／或長期護理保險計劃，長遠來說，隨着人口老化，要持續提供長期護理服務會有頗大挑戰。有關實行長期護理保險的議題(包括「社會」或「私人」模式)，已於 2009 年長者住宿照顧服務研究中討論(第 83 至 86 段)。
158. 另一方面，政府一直採用資助提供者的方式，即資助非政府機構提供服務，而非資助使用者的方式。與外國向使用者或其家人發放財政補貼的做法比較，長者在香港的長期護理制度下的選擇相對較少。

### **提供服務的制度**

159. 從海外經驗可見，社區照顧服務作為長期護理服務的一環，需要一個以臨床評估來確定長者護理程度及服務範圍的可行制度。再者，由於長者的需要頗多元化，尤其涉及不同界別專業隊伍的從業員或護理提供者，使用者難免需要林林總總的資源，因此採用「混合個案」模式，將有助提升成本效益及服務效率。
160. 不可忽視的是，海外國家根據各自特定的長期護理融資模式(例如供款保險制度)才成功實行個案管理模式。由於目前香港提供的長期護理服務大致採用公帑資助模式，無需使用者供款，因此要香港採用海外國家的整套個案管理模式並非完全可行，或有需要因應本港情況調整應用範圍。
161. 為達至照顧長者需要的最佳效果，服務提供制度宜具彈性，當中每名使用者會獲安排個案經理跟進，他們會按臨床評估機制結果制定護理計劃，建議和協助使用者使用服務的種類及次數。不過，要令制度可行則需要服務提供制度(即大量服務提供者向使用者提供選擇)及融資模式(即「提供者主導」抑或「使用者主導」)互相配合。
162. 目前，香港的長期護理服務制度(包括社區照顧服務)大體由政府資助非政府機構，向那些經安老服務統一評估機制評為合資格的長者提供實質服務。政府現正採用「資助提供者」模式而不是「資助使用者」模式，當中公共收入撥給服務提供者，而現時所有服務提供者均屬非牟利的非政府機構。使用者會獲安排指定機構跟進，由專業人士進行評估、設計護理計劃及提供服務。使用者沒有太多選擇。
163. 類似海外國家的情況，香港的長期護理服務亦面對嚴重人手短缺的問題。當局有需要加快長期護理(目前尤其是社區照顧服務)的人力資源開發，從而提供可持續發展及可行的社區照顧服務。
164. 總括來說，參考海外提供社區照顧服務的經驗，香港或需認真檢討融資模式、服務提供制度及其他相關事宜，為香港面對人口老化的挑戰作好準備。

表 3.3 2003 年經濟合作及發展組織選定國家主要公共家居照顧服務計劃[\*]

	計劃	資金來源	資助內容	資格準則 <sup>1,2</sup>	私人成本分擔
澳洲	社區長者照顧計劃	一般稅項	提供服務	一般 70 歲以上 設經濟狀況審查	按服務使用者的財政狀況收費
	家居及社區照顧	一般稅項	提供服務	所有年齡均可 設經濟狀況審查	按服務使用者的財政狀況收費
	照顧津貼	一般稅項	提供現金	所有年齡均可 設經濟狀況審查	-
	照顧者津貼	一般稅項	提供現金	所有年齡均可 全民性	-
奧地利	長期照顧津貼	一般稅項	提供現金	所有年齡均可 全民性	使用者需要支付所獲津貼及實際成本的差額
加拿大	省級計劃	一般稅項	提供服務	所有年齡均可 一般設經濟狀況審查	不同省份設不同的經濟狀況審查
德國	社會長期照顧保險	保險供款	提供服務及現金	所有年齡均可 全民性	使用者不需要分擔成本，但平均每月需付約 130 歐元以獲得保險不包括的額外或較昂貴服務
匈牙利	社會保障及社會照顧服務計劃	一般稅項	提供服務及現金	所有年齡均可 設經濟狀況審查	所需費用由服務提供者按地方政府設定的範圍自行決定
愛爾蘭	社區為本照顧服務	一般稅項	提供服務	設部分經濟狀況審查	社區護理服務是免費及不需經濟狀況審查的，但家居服務則需要經濟狀況審查
日本	長期照顧服務	保險供款	提供服務	40 至 64 歲：由 15 種老人疾病引致的傷殘，65 歲：所有傷殘，全民性	服務使用者需共同支付成本中 10% 的費用
韓國	長者社會服務	一般稅項	提供服務	65 歲或以上 設經濟狀況審查	社會援助金領取者：免費 其他：根據個人收入收費
盧森堡	照護保險	保險供款	提供服務及現金	所有年齡均可	使用者需要支付所獲津貼及實際成本的差額

全民性

荷蘭	特殊醫療費用支出法	保險供款	消費者主導的預算 <sup>3</sup>	所有年齡均可 全民性	需要使用者按個人收入共同付款
	家居支援：家務協助	一般稅項	提供服務	所有年齡均可，設 收入限制	
挪威	公共長期照顧服務	一般稅項	提供服務	所有年齡均可 全民性	免費提供家居護理服務 家務協助是根據選擇性用者自付的制度（每次大約 60 挪威克朗）
西班牙	自主社區層面的社會 照顧服務計劃	一般稅項	提供服務	設經濟狀況審查	據估計，1998 年長期照顧服務開支總額的 73%是由私人支付的
瑞士	州份為本計劃；以老 齡保險推廣長者健康	疾病／老齡 保險基金及一 般稅項	混合提供服務及 現金	院舍服務設經濟狀 況審查	較高
	社會服務	一般稅項	提供服務	所有年齡均可 設經濟狀況審查	按服務使用者的財政狀況收費

美國	醫療保險	保險供款	提供服務 (只包括專業護理 服務)	傷殘及 65 歲以上人 士	家居護理服務：免費 專業護理服務：20 天內免費，20 至 100 天收 取每天 105 美元，101 天以上則需付全費
----	------	------	-------------------------	------------------	--

[\*] 雖然很多國家為「所有年齡」人士提供家居照顧服務，但事實上 80%的使用者為 65 歲或以上的長者。

1. 「經濟狀況審查」指對服務使用者的收入及／或資產作出評估，以評定他們可獲得的個人(家中)或家居照顧津貼，各國評估的嚴謹程度並不相同。
2. 「全民性」指服務計劃沒有採用註 1 所指的收入及／或資產審查。
3. 2003 年 4 月 1 日起，消費者主導預算已轉為提供現金。

資料來源：經濟合作及發展組織長期照顧服務問卷調查. OECD (2005:22-26).

**表3.5 個人經費、消費者主導的照顧計劃及非正式照顧的供款**

取自現有資料中最接近的年份，規則及付款額一般取自 2004 年的資料，使用者人數則以 2002 或 2003 年較多

	計劃	內容	親屬可否受僱或支援？
<b>A.個人經費、消費者主導及照顧助理的聘用</b>			
荷蘭	個人於照顧及護理服務的經費	個人經費可以用作購買中心照顧服務、直接僱用照顧助理及購買有用設備及非正式服務	可以 <sup>1</sup> 但一同居住的則不可
挪威	照顧薪金	如果親屬或他人對長者的照顧比中心照顧好，他們將獲得薪金報酬，一般大概每星期 3 至 10 小時	可以
瑞典	照顧者的薪金	為長者提供照顧的人被視為公營機構的僱員，此計劃多用於偏遠地區	可以，但 65 歲以上則不可
英國	直接付款	這是新計劃，合資格的長者可選擇直接付款購買服務	可以 <sup>2</sup> 但一同居住的則不可
美國	消費者主導的家居照顧服務	消費者可以僱用及監督一名個人照顧助理，部分薪金由醫療保險支付	大部分計劃容許親屬受僱，但配偶則不可以
美國 <sup>3</sup>	現金及諮詢服務	於阿肯色州、佛羅里達州及新澤西州進行示範及評估計劃，經費亦可用於家居適應等	可以
<b>B.為需要服務者提供金錢供他們自由運用，但需獲取足夠照顧服務</b>			
奧地利 <sup>4</sup>	用於服務的現金津貼	所有公共支援的家居照顧服務均需透過此津貼計劃獲得，受助人亦可選購正式照顧服務	可以
德國	用於服務的現金津貼	於長期照顧服務保險下，受助人可選擇接受服務或此津貼	可以
盧森堡	現金津貼	於長期照顧服務保險下，受助人可選擇接受服務或此津貼	可以
瑞典	勤工津貼	為長者提供現金津貼，由他們給予非正式照顧者，最低照顧需要為每星期 17 小時	可以
英國	勤工津貼	為 65 歲以上、需要至少六個月照顧的長者提供現金津貼	可以
<b>C.為非正式照顧者提供金錢作為收入補助</b>			
澳洲 <sup>5</sup>	付款予照顧者	提供予那些因需要照顧長者而未能在財政上自給自足的人	可以 可以
澳洲 <sup>5</sup>	照顧者津貼	提供予那些於家中與長者同住並照顧他們的人	不可以 可以
加拿大	恩恤照顧津貼	為那些需要照顧末期絕症長者的人提供短期津貼	不可以 <sup>6</sup> 可以
愛爾蘭 <sup>7</sup>	照顧者補貼	提供予那些低收入並與需要全職照顧的長者同住的人	可以 可以

愛爾蘭 <sup>8</sup>	照顧者津貼	為那些需要暫時休假全職照顧長者並已投購保險的人提供津貼	不可以 可以
日本 <sup>9</sup>	家庭補貼、長者的照顧	只提供予那些低收入、長者需要很多照顧及沒有從長期照顧保險得到援助的家庭	可以 可以
瑞典	照顧者假期	規定那些需要照顧末期絕症親屬的人可申請最多 60 天的假期	不可以 必須為親屬或關係密切的朋友
英國	照顧者津貼	提供予那些低收入、需要每星期照顧長者超過 35 小時並領取勤工津貼的人 <sup>10</sup>	可以 可以

1. 如果一個健全的成人與他們需要照顧的親屬同住，不論他們是否仍然處於就業年齡或已退休均有義務負責所需的家居工作，因此於同一家庭生活的親屬只能受僱擔當其他照顧工作。事實上，受僱於同一家庭生活的親屬大多照顧成年的傷殘人士，照顧長者的情況不多。
  2. 自2002年4月修例後，受助人可使用直接付款為一位同住的親屬提供金錢，但只能在他們及地方議會均認為這是唯一方法可滿足他們的照顧需要時才適用。
  3. 三個州份每月平均付款額有所不同，阿肯色州為400美元，佛羅里達州為723美元，新澤西州為1,400美元。
  4. 估計只有7% 65歲以上長者使用他們部分現金津貼購買正式家居照顧服務，但甚少人會將全部津貼用於正式服務。(Nemeth and Pochobradsky, 2002)
  5. 在大多數情況下，接受款項照顧長者的人均須交稅。
  6. 由於付款額是根據正常收入的百分比計算，因此會按收入遞增至上限。至於低收入及有子女的人士，則設家庭補助金。
  7. 提供予66歲或以上、收入低並需擔當照顧者的人士最高限額為每月683歐元。如需照顧超過一人，最高限額為每月1,026歐元。如果照顧者為66歲以下人士，津貼每月減少79至118歐元。若家中有需要照顧的兒童，每名兒童每月可獲36至73歐元。
  8. 津貼額不計算照顧者的收入及資產。如果需要照顧超過一人，津貼為每月973歐元。若家中有需要照顧的兒童，每名兒童每月可獲36至73歐元。
  9. 此計劃在整體長期照顧服務的作用有限。
  10. 2002年，同時向65歲或以上的照顧者提供照顧者津貼。此津貼只發給每月可供動用收入(可動用收入按扣除暫託服務淨開支計算)少於342英鎊／ 536歐元的人士。所得津貼應課稅。
- 資料來源：經濟合作及發展組織長者長期照顧服務研究(2005)

表 3.6 國際社區照顧服務評估及服務範圍

	服務需要評估	日間/暫託 服務	晚 間 照 顧	家居照顧									為老人癡呆 症患者提供 的特別服務
				家務助理	家居維修	交通	社交 需要	陪老	緊急支 援	個案管理	送餐/準備 食物	個人 護理	
香港	安老服務統一評 估機制	有		有	有	有			有	有	有	有	-
澳洲	由長者照顧需要 評估小組執行[2]	有		有	有	有				有	有	有	延伸的老人 癡呆症患者 家居服務
英國	地方政府根據衛 生部的指引自行 制定評估準則	有		有	有		有	有			有	有	-
美國	醫療保險體弱個 案需要通過身體 機能檢定，州份 之間的準則亦不 同	有		有			有			有	有	有	2009年2月 推出老人癡 呆症全國性 策略(包括其 他家居照顧 服務)，現正 執行
荷蘭	由國家照顧評估 中心(CIZ)負責，決 定服務使用者需 要的服務數量及 種類	有	有	有			有				有	有	提供一系列 老人癡呆症 照顧服務方 案給有需要 人士選購， 是最佳的老 人癡呆症照 顧模式

新加坡	由專業醫務人員及社工評估服務需要						有[4]				有		老人癡呆者日間照顧中心
	個別服務提供者自定評估準則						有		有		有		-
	沒有						有				有		-

[1] 不同省份／城市採用不同的模式為長者提供社區照顧服務，國內不同地區之間的分別顯著。

[2] 根據一套準則，包括健康狀況、體能、認知／行為方面、社交因素、環境因素及個人選擇等。

[3] 只用於診療

[4] 透過義工提供

## 第四章

### 調查結果分析

165. 這一章會報告研究所得的結果，包括第一，分析現時社區照顧服務體制的問題；第二，香港社區照顧服務的融資模式。分析會參照：1) 來自 11 個不同組別，包括現正使用政府資助和自負盈虧的社區照顧服務的人士及其家庭護老者、現正輪候資助社區照顧服務的申請人、參加離院長者綜合支援計劃的人士、居於社區的人士和 150 位來自社區照顧服務營運機構的隊長及前線同工，合共 2,702 位受訪者的訪問調查所得的結果；2) 與服務使用者、營運者及主要資料提供者的深入訪問，以獲取對現時社區照顧服務的意見及未來可行的改善方案。因此，研究會收集及分析質量數據。上述 11 個組別分類如下：

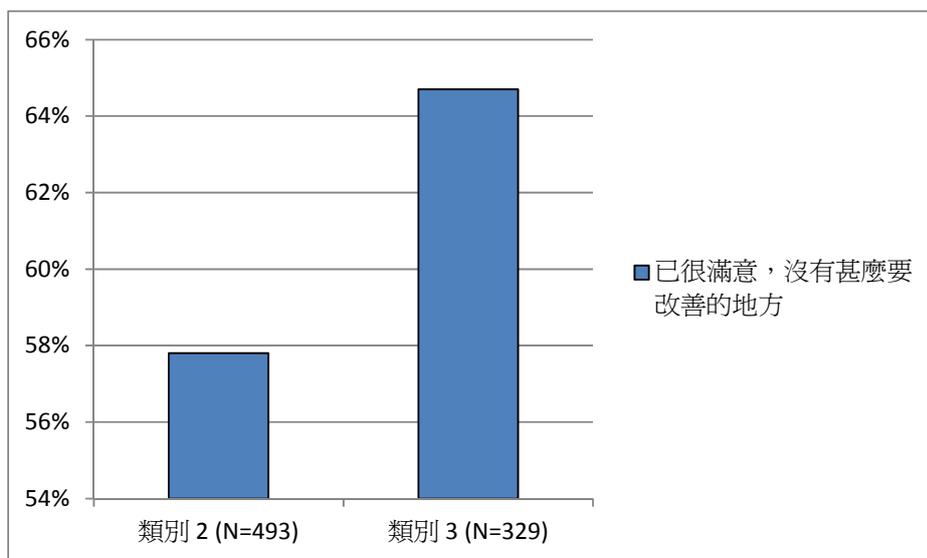
表 4.1 11 個分類組別

	組別	個案數量 (N)
1	正在輪候資助院舍服務，並沒有使用資助社區照顧服務的人士	506
2	改善家居及社區照顧服務、長者日間護理中心／長者日間護理單位及綜合家居照顧服務(體弱個案)的使用者	493
3	綜合家居照顧服務(普通個案)的使用者	329
4	使用自負盈虧社區照顧服務的人士	31
5	沒有使用任何社區照顧服務的人士	409
6	中產長者	154
7	離院長者綜合支援計劃的參加者	91
8	護老者	363
9	於社區照顧服務機構工作，並為長者提供直接服務的員工	162
10	日間醫院的長者病人	82
11	剛接受「安老服務統一評估」，並需要長期護理服務的申請者	82

#### 第一節 現時社區照顧服務模式的問題和建議改善方案

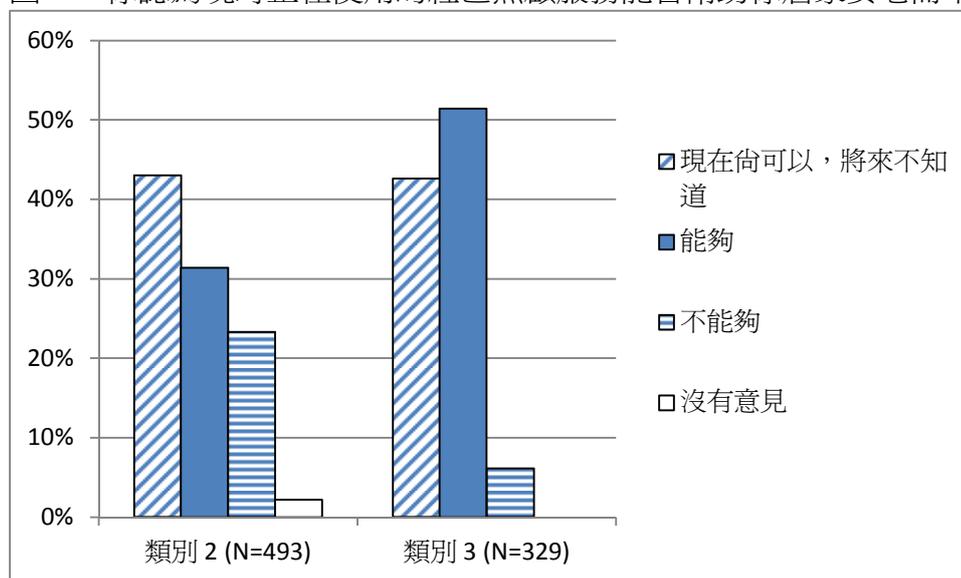
166. 首先，需要指出有一大部分現正使用資助社區照顧服務的人士(改善家居及社區照顧服務及長者日間護理中心的使用者 [組別 2] 的 57.8%及綜合家居照顧服務(普通個案)的使用者[組別 3]的 64.7%)表示滿意現時的服務。不過，仍有一些改善現時社區照顧服務的具體建議。

圖 4.1 你認為現時正在使用的政府資助社區照顧服務有甚麼需要改善的地方？



167. 不過，需要注意的是只有三至五成的政府資助社區照顧服務使用者[組別 2、3]及其家庭護理老者認為，現時使用的服務能讓長者居家安老，而無需入住安老院舍。然而，有一大部分(由 42.6%至 43%)的受訪者表示「現在尚可以，將來不知道」。因此，這明顯反映有需要進一步提升各方面的服務質量，從而提高使用者及其家人的信心，讓他們持續使用社區照顧服務，而非轉投住宿照顧服務。以下是一些需要關注的範疇：

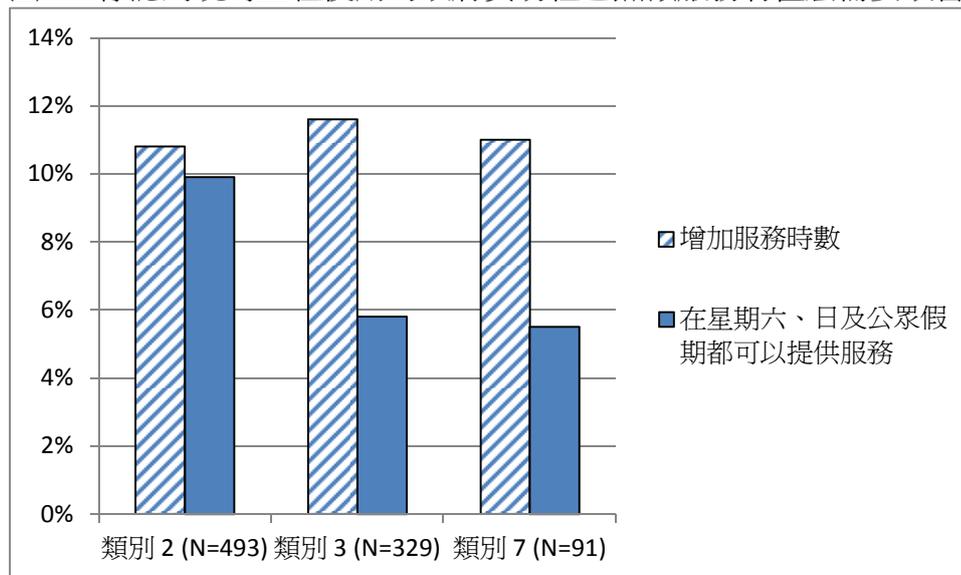
圖 4.2 你認為現時正在使用的社區照顧服務能否幫助你居家安老而不用入住老人院？



### 服務時數

168. 10.8%的政府資助社區照顧服務使用者[組別 2]、11.6%的綜合家居照顧服務(普通個案)的使用者[組別 3]及 11%的離院長者綜合支援計劃的參加者[組別 7]建議增加服務時數；以上組別分別有 9.9%、5.8%及 5.5%的受訪者認為星期六、日及公眾假期亦需要提供服務。從與服務提供者的深入訪問中，他們亦建議以家庭為本及中心為本的服務，應延長服務時間至晚上 9 時及星期日。

圖 4.3 你認為現時正在使用的政府資助社區照顧服務有甚麼需要改善的地方？



### 服務範疇

169. 9.7%的社區照顧服務使用者[組別 2]認為應增加服務項目，12.6%則表示應增加服務的彈性；而所指的項目實際上與增加服務範疇有關（例如增添新的服務項目：按摩、中醫項目；增加家居清潔的次數；臨時安排的陪診服務）。7.9%的綜合家居照顧服務(普通個案)的使用者[組別 3]贊同應增加服務範疇及彈性(9.1%)。更具體地說，他們建議增加家居清潔的次數，以及增添一些居家服務如家居維修，個人護理服務如按摩、中醫治療及更多膳食選擇。

圖 4.4 你認為現時正在使用的政府資助社區照顧服務有甚麼需要改善的地方？

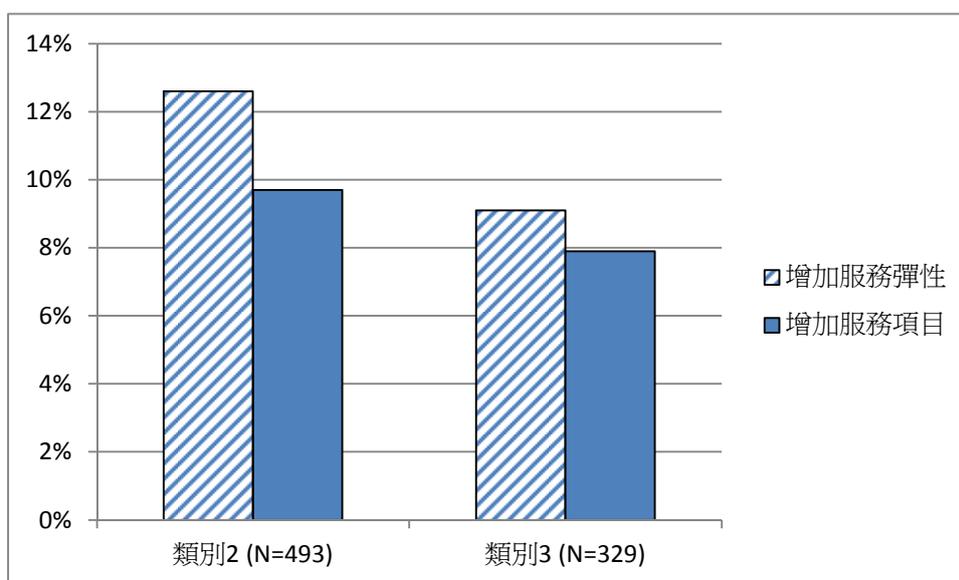
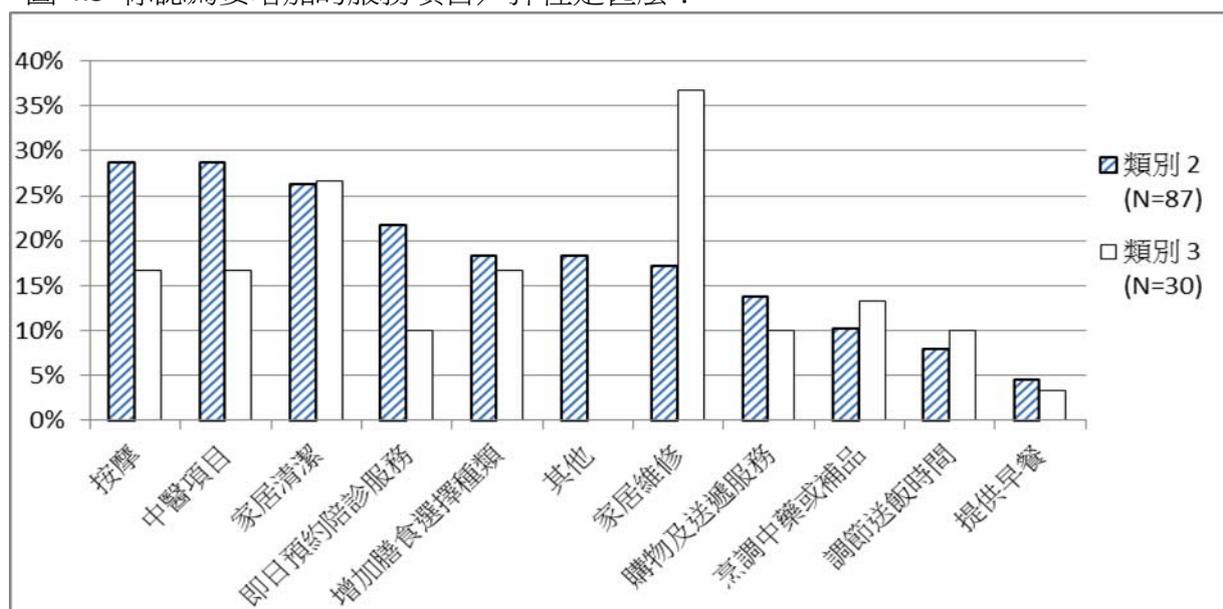
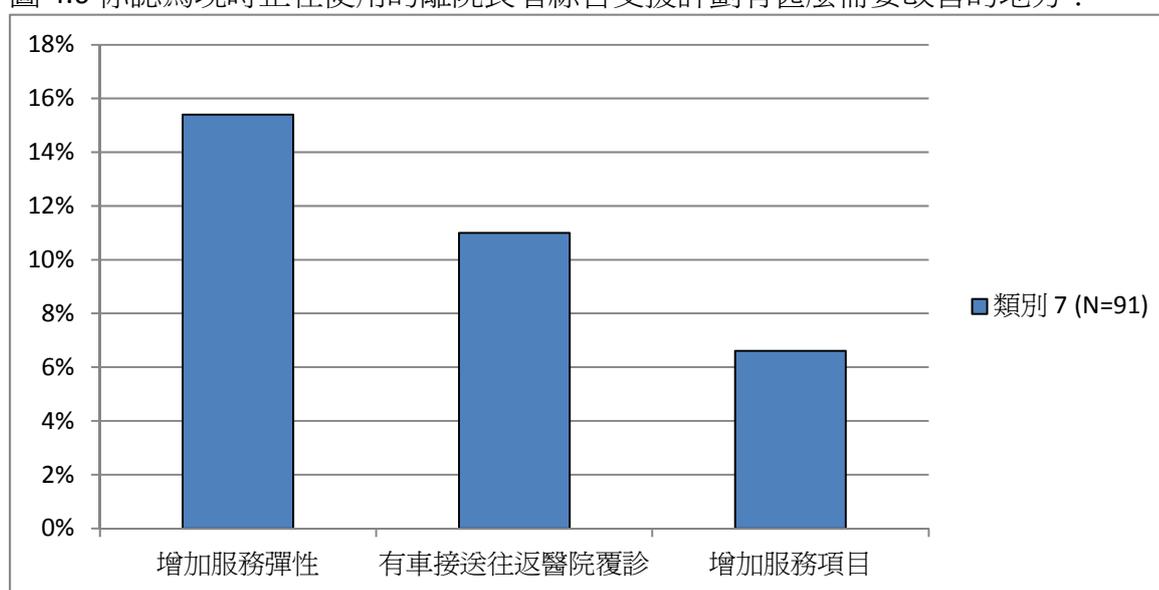


圖 4.5 你認為要增加的服務項目／彈性是甚麼？



170. 一些離院長者綜合支援計劃的參加者[組別 7](11%)希望有車接送長者往返診所／醫院就診；另有 15.4%及 6.6%分別建議增加服務彈性及服務項目。透過深入訪問發現，大多數離院長者綜合支援計劃的參加者均希望服務能多延長一段時間，因為他們需要一段較長時間康復或讓傷口癒合，從而恢復日常自理活動，如到街市、烹飪及處理個人衛生。

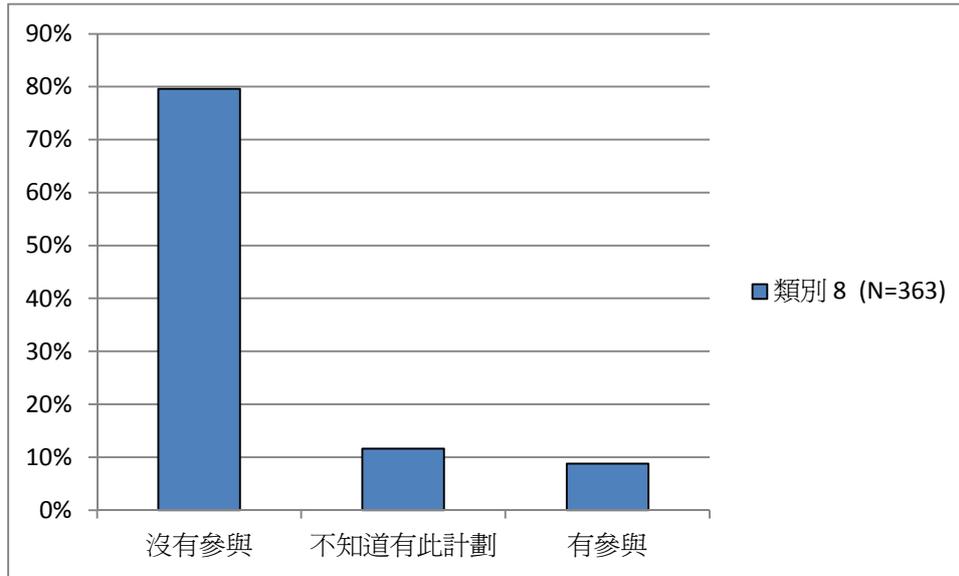
圖 4.6 你認為現時正在使用的離院長者綜合支援計劃有甚麼需要改善的地方？



### 家庭護老者的服務

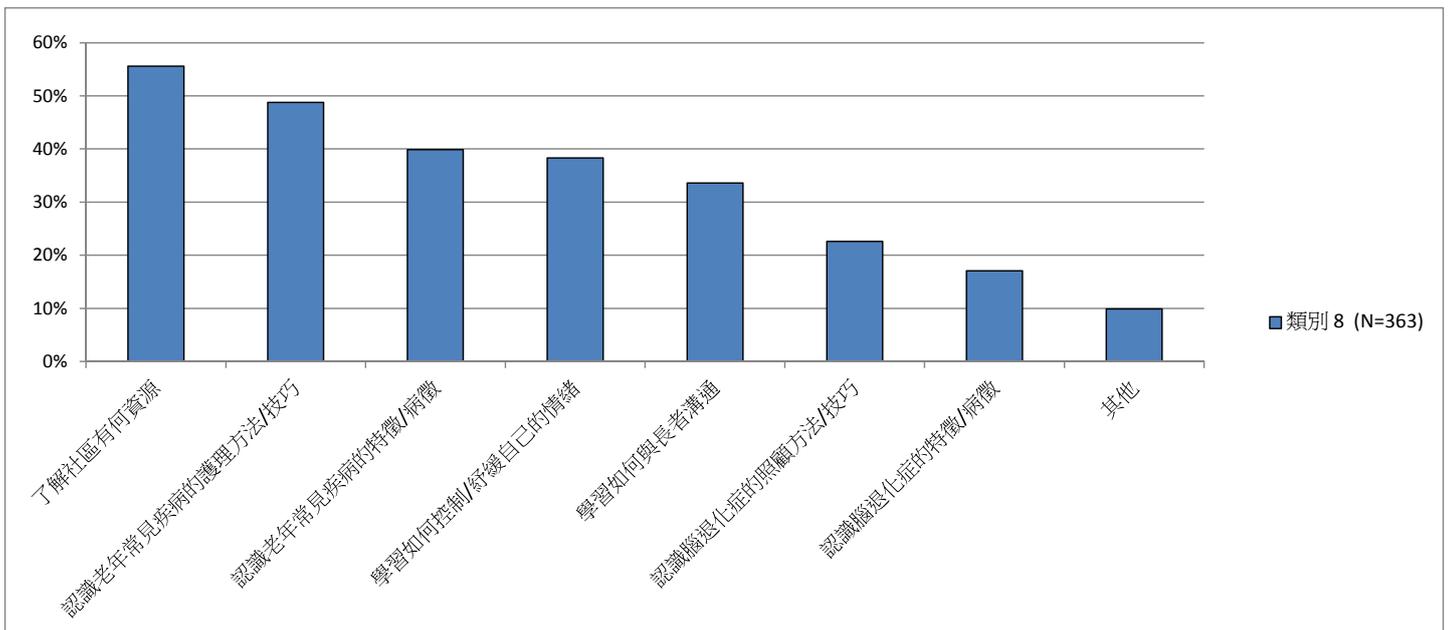
171. 研究訪問了 363 位在家照顧正使用社區照顧服務的年長家人的家庭護老者[組別 8]。結果顯示，只有少數(8.8%)受訪的家庭護老者曾參與護老者支援服務，有 79.6%表示沒有參與，以及 11.6%從未聽聞有此計劃。雖然是次訪問沒有探討家庭護老者參與率低的原因，但是從與資料提供者的訪問得知原因如下：第一，這類服務的時間並不適合在日間工作的護老者；第二，此類服務的地點以中心為本，家庭護老者不能把體弱的長者留在家中，而自己外出參與支援服務。

圖4.7 你有沒有參與護老者支援服務？



172. 此研究亦發現家庭護老者希望了解社區資源(55.6%)、認識照顧長者的方法和技巧(48.8%)及認識常見老年疾病的特徵和症狀(39.9%)，從而幫助他們照顧家裡年長人士。

圖4.8 甚麼訓練有助你在家照顧長者？



173. 家庭護老者表示，他們認為以下的社區服務能協助他們在家照顧長者：護士定期探訪，了解長者的身體狀況(35.3%)，長者日間護理中心(37.5%)，日間暫託服務(30.9%)，上門復康服務(32.0%)，以及 24 小時熱線(30.0%)。雖然如此，仍有部分(35.3%)的受訪者會聘請家傭，24 小時照顧家中長者。

圖4.9 a 有甚麼服務有助你在家照顧長者？(選項1-8)

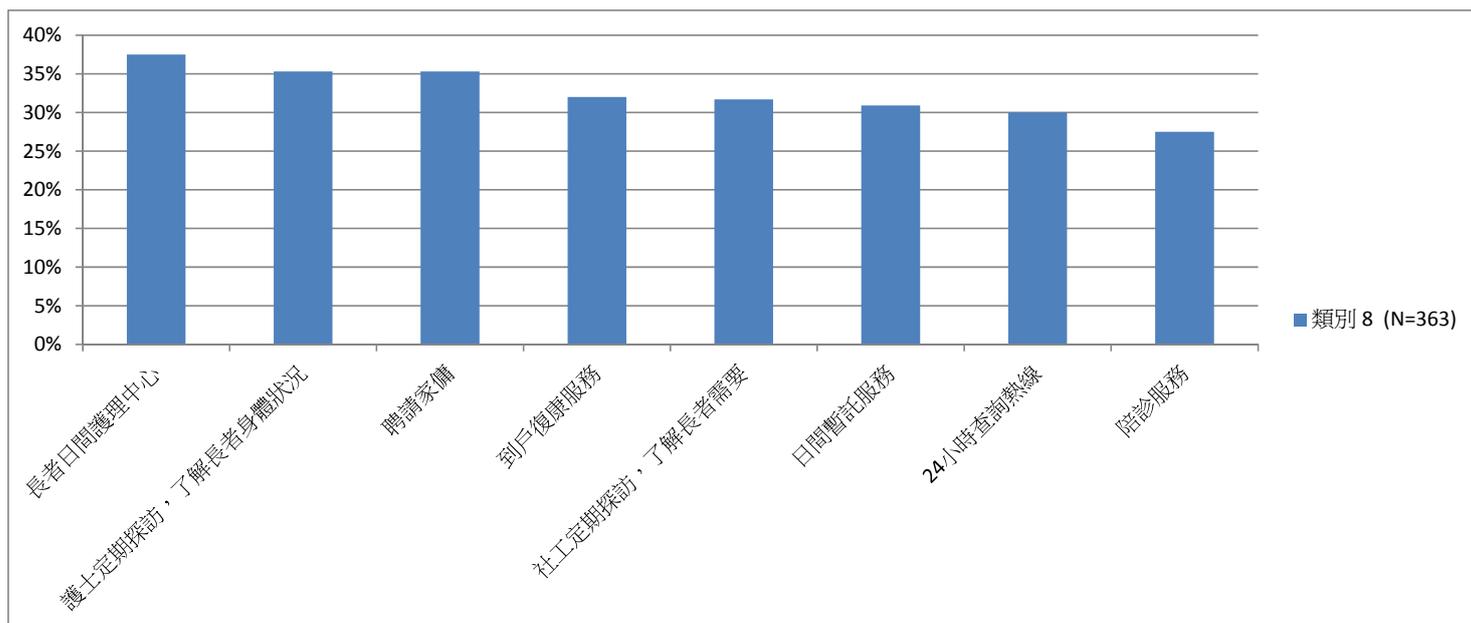


圖4.9 b 有甚麼服務有助你在家照顧長者？(選項9-15)

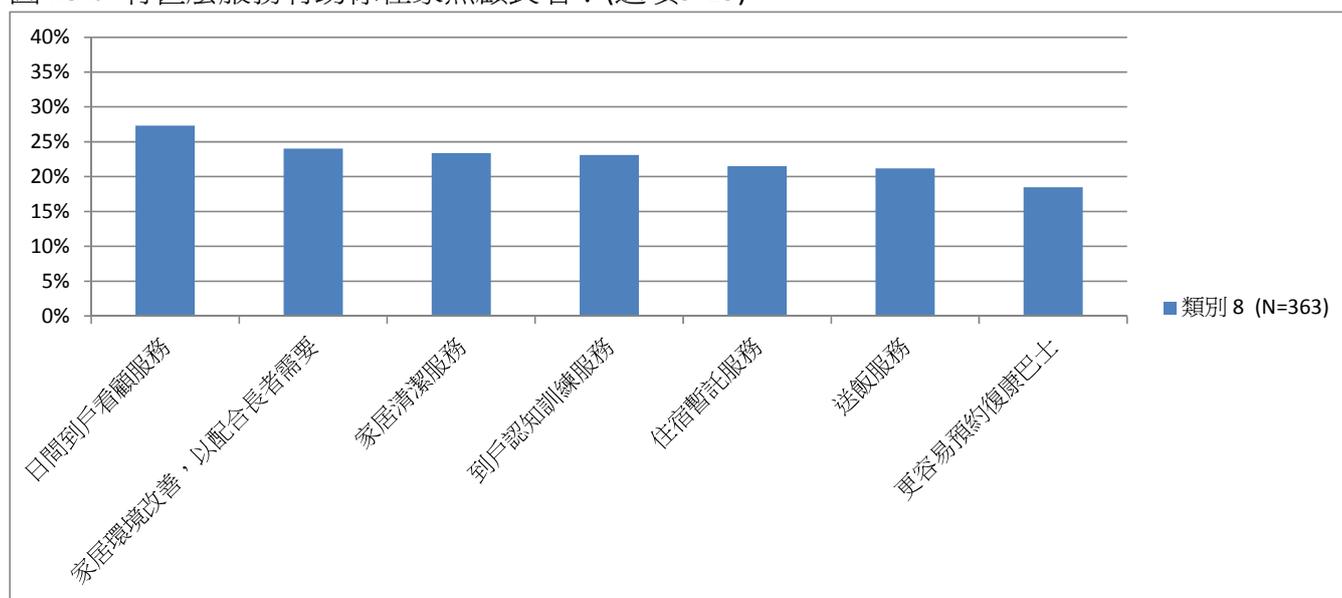
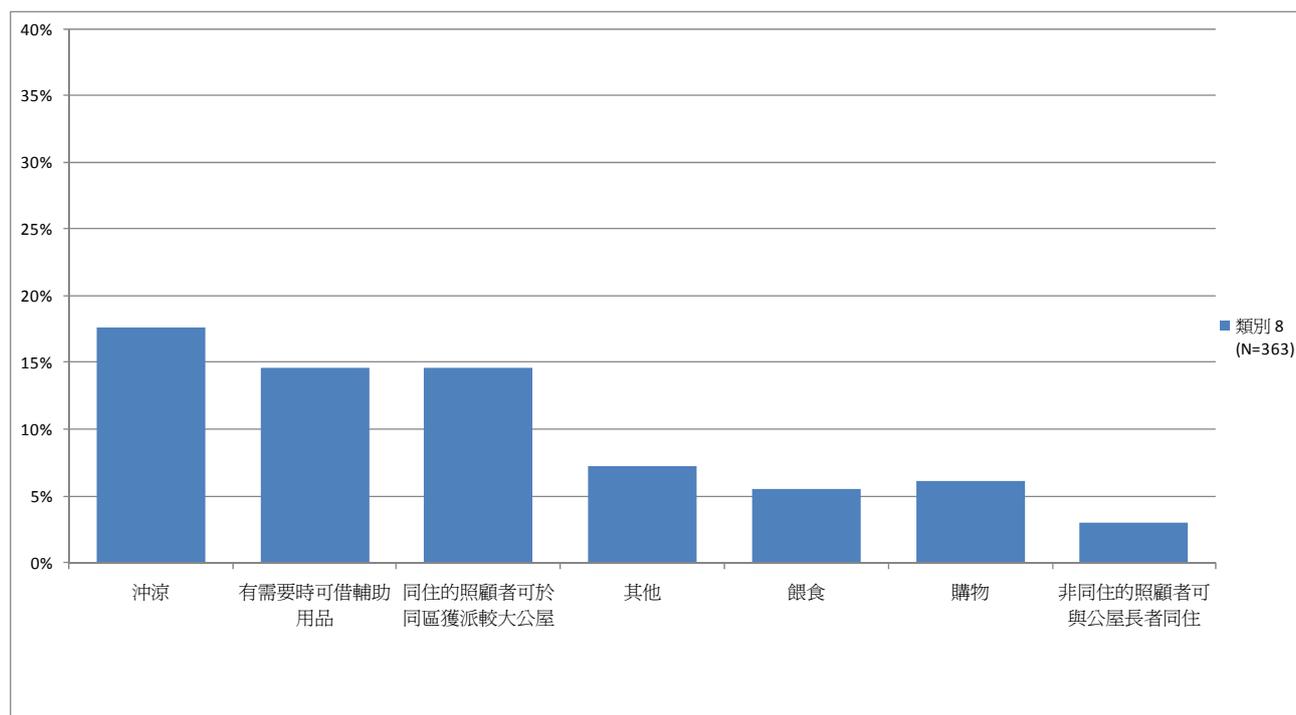


圖 4.9 c 有甚麼服務有助你在家照顧長者？(選項 16-22)



174. 363 位家庭護老者中，有 16.8%聘請外籍傭工照顧家裡長者，其中 50.8%表示其外籍傭工缺乏照顧技巧，47.5%認為傭工與長者溝通有困難。透過與一些家庭護老者的深入訪問發現，有些護老者不願聘請外籍傭工，因為長者反對；但是，如果當他們無法再承受照顧長者的壓力及負擔時，他們可能要僱用外籍傭工，縱然這違反了長者的意願。有位身為醫生並負責照顧自己老伴的護老者表示，現時沒有足夠以英語進行的訓練課程給外籍傭工參加，他期望有這樣的課程提供給他的傭工，讓她學習照顧技巧。

圖 4.10 你有沒有聘請外籍傭工照顧長者？

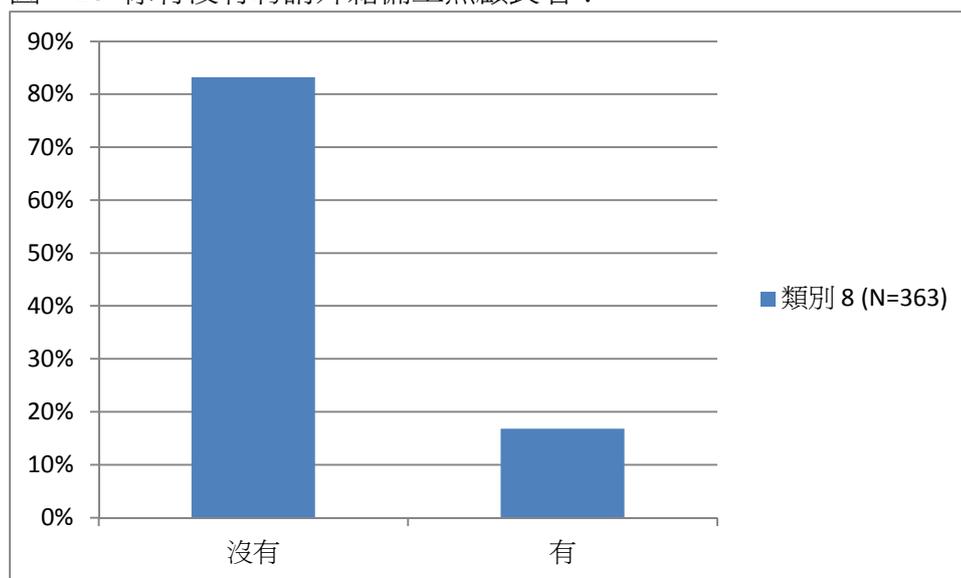
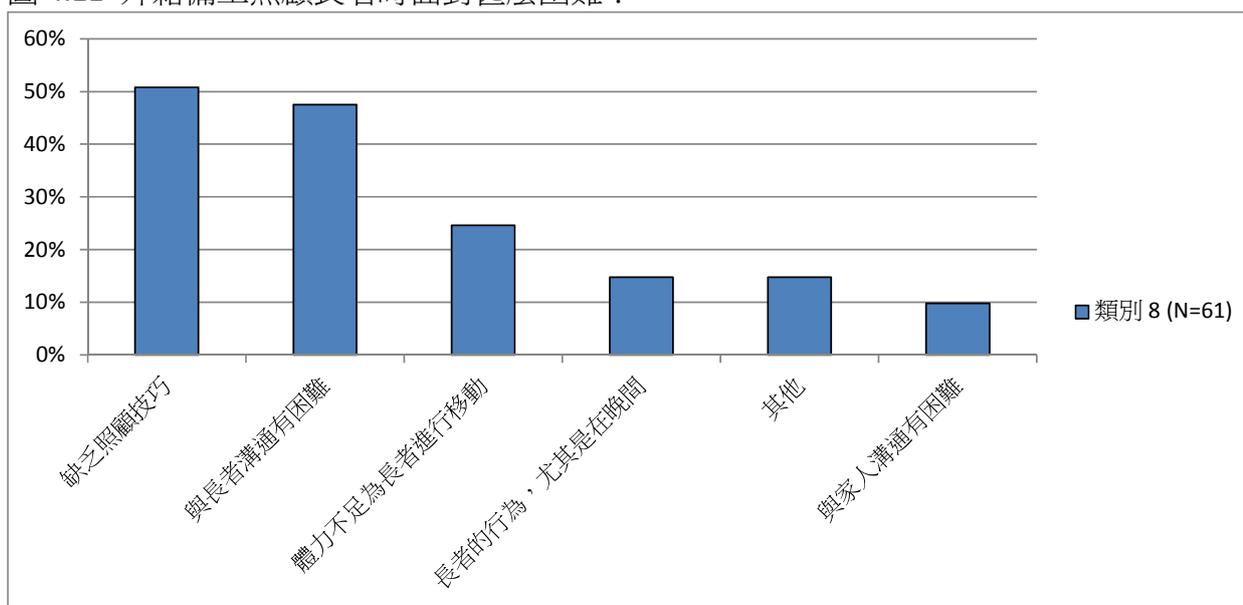


圖 4.11 外籍傭工照顧長者時面對甚麼困難？



175. 有些家庭護老者透露，由於被照顧長者的體重關係，在家裡扶抱行動不便的長者進行某些活動，例如如廁、洗澡等，對他們來說也很疲累。體弱長者在任何時候都需要家人的關注，對家庭護老者非常「竊身」，這會對護老者構成巨大的壓力。在這方面，日間護理中心便能紓緩護老者的壓力，因為中心會為長者進行一些活動，讓長者「打發時間」及「消耗體力」。因此，到晚上他們會感到疲倦，而護老者便可以好好地休息。

### 沒有使用社區照顧服務的原因

176. 506 位正在輪候政府資助院舍服務，並沒有使用資助社區照顧服務但居於家中的年長受訪者[組別 1]當中，472 位(93.3%)沒有使用任何社區照顧服務。其中 26.5%報稱他們沒有需要使用社區照顧服務，另有 28.4%表示家裡有人照顧，因而並不熱衷於使用社區照顧服務。另一方面，有 17.4%受訪者不知道有社區照顧服務，13.1%不知道如何申請服務，以及 9.1%對服務內容不認識。有 5.5%認為「服務的種類不符合需要」，以及 4.0%指「服務的範疇不足」。最後，有 9.5%受訪者透露他們不能負擔服務的費用。

圖 4.12a 你為何沒有使用政府資助社區照顧服務？(選項 1-6)

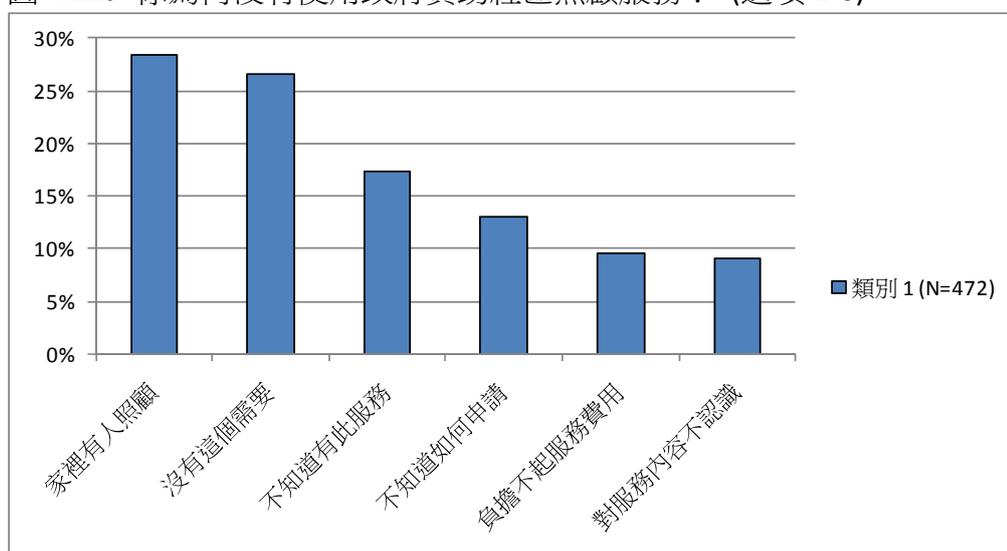


圖 4.12b 你為何沒有使用政府資助社區照顧服務？ (選項 7-12)

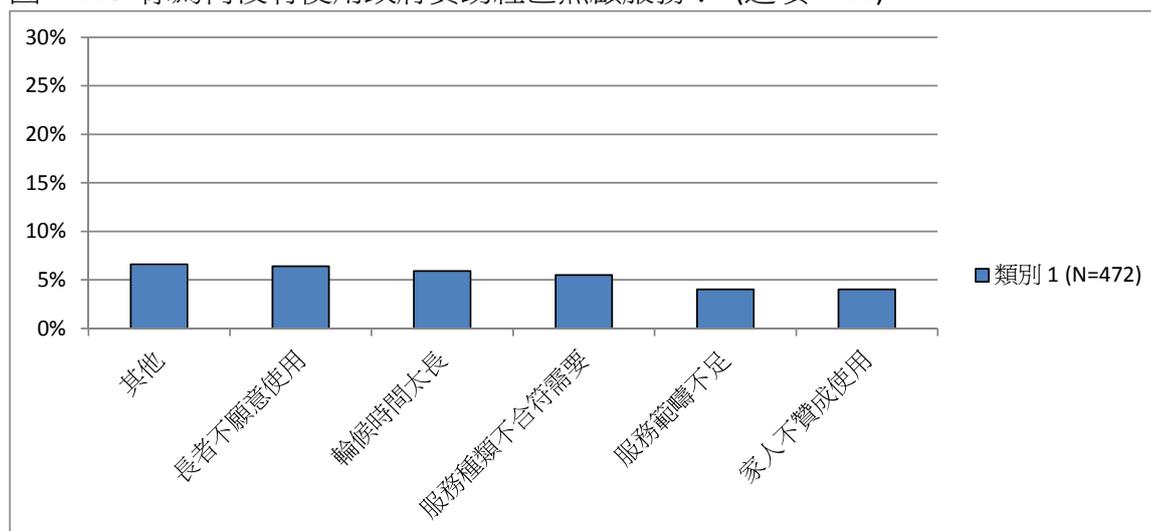
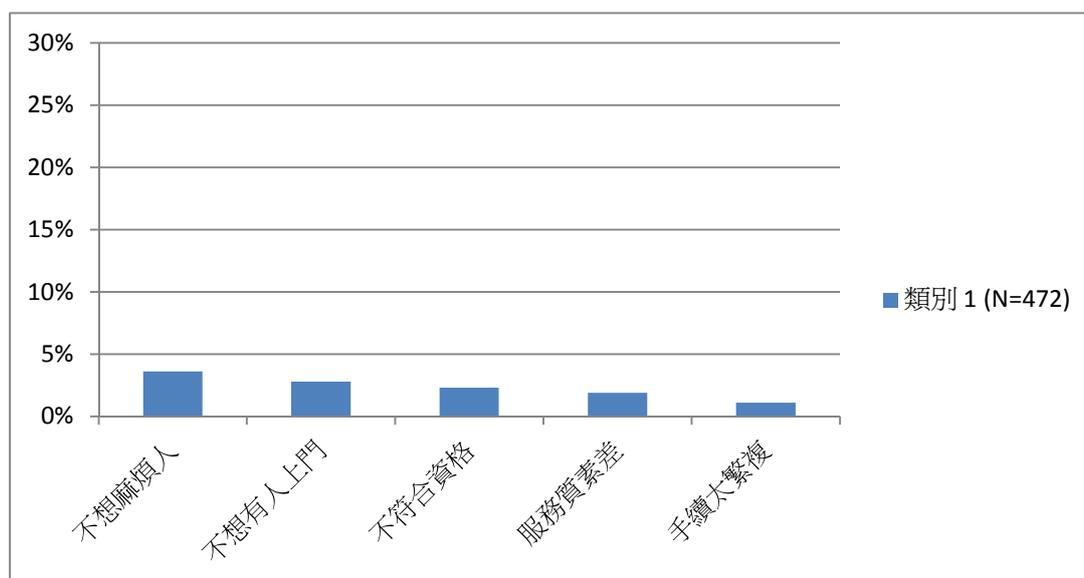


圖 4.12c 你為何沒有使用政府資助社區照顧服務？ (選項 13-17)



177. 本研究亦有收集沒有使用任何社區照顧服務，而且沒有表示需要服務的長者[組別 5]的意見，從而了解當有需要使用服務時，他們對社區照顧服務的期望。受訪者認為當他們年紀稍大時，提供「24 小時緊急支援」服務(46.5%)、「個人照顧服務」(43.0%) 及「復康運動」(35.7%)有助他們居家安老。

圖 4.13a 當有需要時，你覺得居家安老最大的照顧需要是甚麼？ (選項 1-7)

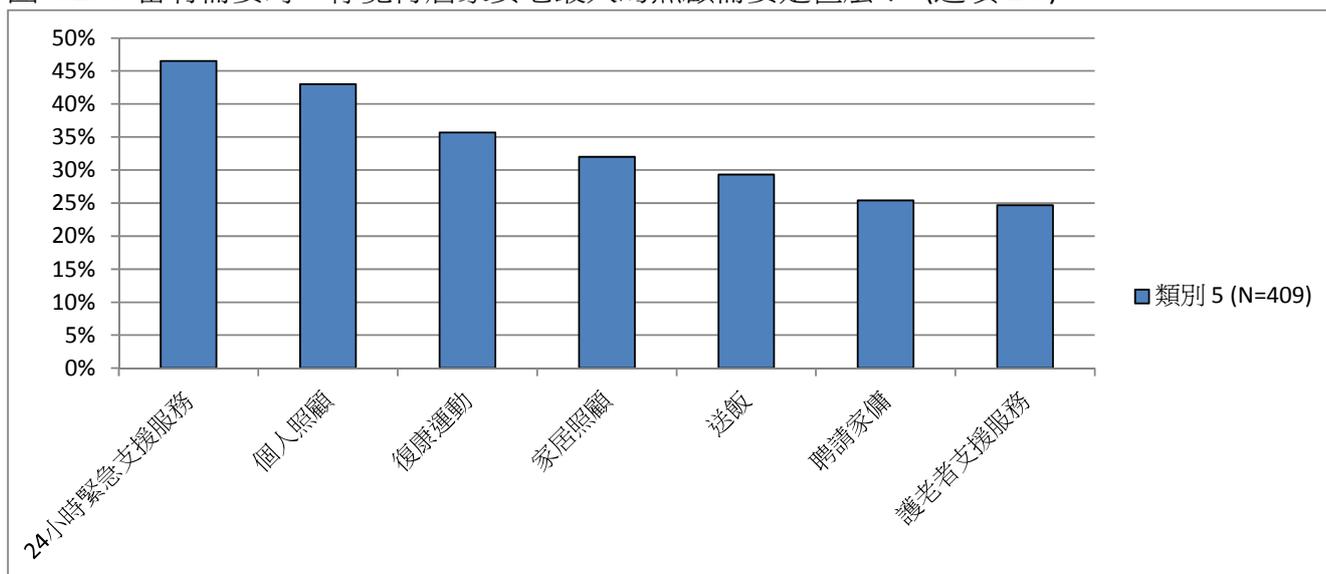
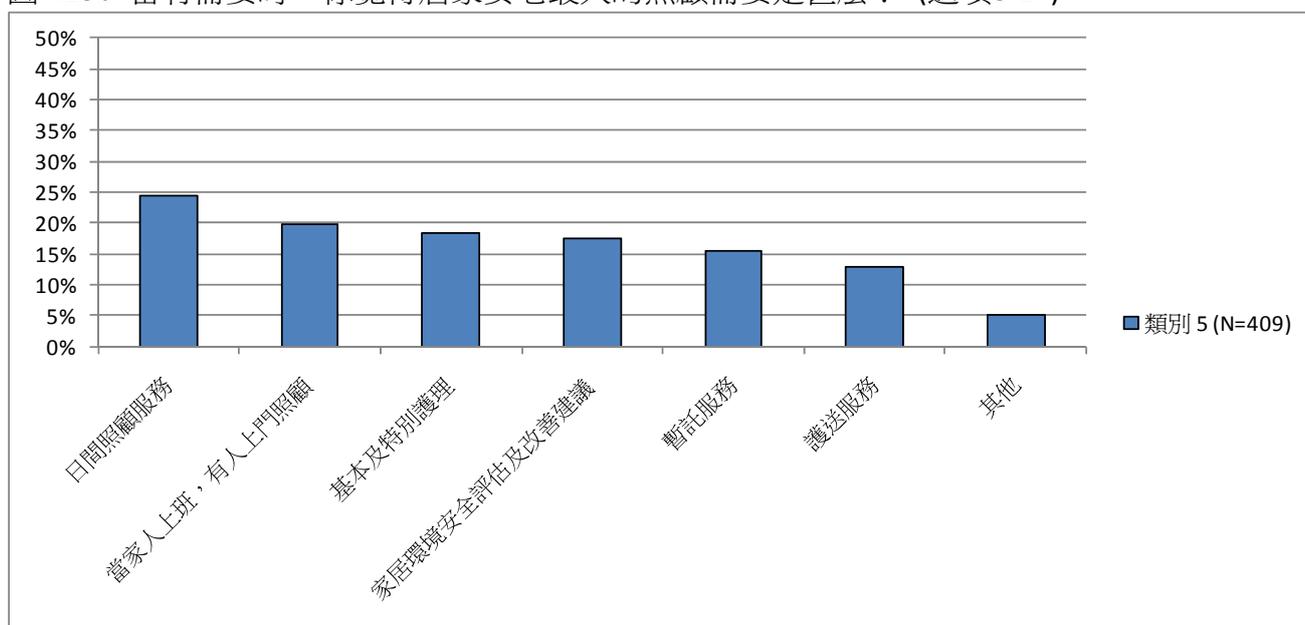


圖4.13b 當有需要時，你覺得居家安老最大的照顧需要是甚麼？ (選項8-14)



### 服務提供模式、服務投標制度及資源

178. 目前，三種社區照顧服務，即長者日間護理中心、「綜合家居照顧服務(體弱個案)」／「改善家居及社區照顧服務」分別由不同的機構或單位按獨立的津貼及服務合約營運。在這制度下有可能出現服務銜接的問題，例如長者日間護理中心的使用者可能需要護送服務，而只有「綜合家居照顧服務」提供這項服務；但是由於兩類服務是分開營運甚至由不同的機構營辦，這成為使用者得到護送服務的障礙。因此，社區照顧服務營運者建議容許在這三類服務之間更靈活調配資源，以便加強不同服務之間的銜接。
179. 為滿足輪候冊上合資格長者的服務需要，以及支援更多長者在社區居住，長者日間護理中心需要達到指定的使用率。由於社會需求不斷增加，長者日間護理中心的營運者需要頻密接收個案，以致工作壓力過大，可能會影響長者服務的質素。

180. 一些營運者認為，自從社署早前要求機構向每個使用者提供不少於指定最低時數的服務，有時可能會令不太體弱的使用者在沒有需要的情況下接受過多服務。如果相關資源（就服務時數而言）可重新分配給一些更有需要的使用者，甚至正在輪候的申請人，會為服務使用者提供更好的服務，並能改善服務效率。據了解，社署已公布在延續「改善家居及社區照顧服務」的 2011 至 2014 年新合約時放寬有關限制，這無疑有助改善服務質素。
181. 社區照顧服務營運者建議有關部門更有效運用或銜接其他社區支援服務，特別是長者地區中心及長者鄰舍中心，例如建議改善長者鄰舍中心的食堂或膳食服務，以便紓緩長者上街市和在家中做飯的需要，這也可減輕由「綜合家居照顧服務」負責的送飯服務的需求。
182. 相關人士亦十分關注社區照顧服務營運者（「改善家居及社區照顧服務」及部分長者日間護理中心）的投標及短期服務合約制度。雖然競投制度是確保服務質素及成本效益的方法，但此制度的短處是營運者難以確定服務的期限，影響員工士氣，導致團隊的人員更替率甚高。
183. 由於患有老人癡呆症的新個案越來越多，長者日間護理中心/單位在沒有額外的資源下很難為他們提供優質服務。政府於 2011-12 年度財政預算案中認同需要支援正接受長者日間護理中心服務的長者，將「照顧癡呆症患者補助金」的資助範圍，由原本受惠的住宿照顧服務使用者，擴展至長者日間護理中心接受服務的癡呆症長者。

### *為長者照顧服務單位提供地方*

184. 受訪的服務營運者表示，各個服務範疇均缺乏足夠地方提供服務。舉例說，家居照顧員於辦公室經常找不到地方處理各種文件及記錄，長者日間護理中心則沒有足夠地方滿足長者的需要，特別是現時越來越多由「安老服務統一評估機制」轉介的體弱個案。此外，長者日間護理中心越來越多患有老人癡呆症的新個案（一些服務單位甚至有高達 40% 的老人癡呆症使用者）。長者日間護理中心/單位環境擠迫，可能會刺激長者的情緒甚或引起衝突，過度擠迫亦會令冷氣不足，以致夏天時空氣質素差劣及溫度過高。中心亦沒有足夠地方容納大量長者及辦公室工作。一些長者日間護理中心甚至沒有足夠的洗手間供長者使用，亦沒有地方讓他們飯後小睡或讓患有老人癡呆症的長者走動。
185. 根據「淨作業樓面面積」指引，一間標準長者日間護理中心（可容納 40 人）的面積為 218 平方米，但若扣除非活動面積則只有大約 132 平方米。然而，現在一間標準長者日間護理中心需要服務約 50 位中度殘障的長者，因此空間並不足夠。我們了解到社署已於 2010 年 10 月將長者日間護理中心（可容納 40 人）的「淨作業樓面面積」提升至 267 平方米，希望可以稍為紓緩空間不足的問題。然而，現時的服務質素仍有可改善之處。事實上，「改善家居及社區照顧服務」的營運者及使用者均要求，長者日間護理中心提供一些地方讓他們進行一些定期的社交活動，令使用家居照顧服務的長者不至困在家中，可以享受社交生活。這定會觸及家居為本及社區為本照顧服務之間的銜接問題，並可能需要重整現時整套社區照顧服務制度。
186. 此外，「綜合家居照顧服務」的營運者要求更多地方設置廚房，以滿足社區對膳食日益增加的需求。

## 人力資源 – 正規照顧人員短缺

187. 與大多數已發展國家一樣，香港亦需面對缺乏正規長期護理人員的問題，這會影響長期護理服務的質量。是次研究亦顯示，很多受訪者（包括學者、政府官員、非政府機構主管及不同級別的前線人員）擔心醫護人手短缺會成為擴充或發展社區照顧服務的主要障礙。人手短缺的問題在各個相關界別均有出現，包括護士、職業治療師、物理治療師等專業人士，以及保健員、個人護理員、家務助理及家居照顧員等非專業人士。
188. 自從 2001 年政府實行整筆過撥款起，非政府機構營運的「綜合家居照顧服務」及長者日間護理中心可彈性管理提供服務的人手編制。這類彈性或可促使社區照顧服務營運者調配資源聘請相關專業人士為使用者提供服務，以滿足他們的需要。不過，這亦可能會導致一些機構缺乏足夠的人手編制，確保提供優質服務。
189. 社署按 2008 年 12 月整筆過撥款檢討報告的建議，於 2009 年 5 月向獎券基金取得一筆撥款，向非政府機構提供額外資源（從 2009-10 財政年度起分三期每年撥款），為輔助醫療人員及替假員工提供薪酬及強積金供款，以及聘請輔助醫療人員提供社署資助的服務，這是值得嘉許的。非政府機構營運者緊絀的財政狀況亦可稍為紓緩。長遠來說，若這些措施能夠持續或定期向有關機構提供額外撥款，對整體服務情況會更有幫助。
190. 然而，透過與非政府機構社區照顧服務營運者面談，我們發現一般非政府機構都未能提供可與醫院管理局或私營醫院相比的薪酬待遇或工作條件，特別明顯的是，醫院一般都能為員工提供較長期甚至永久的合約，非政府機構則受制於服務投標制度帶來的不明確前景，因此未能向員工提供類似的聘用條件，這令任職非政府機構的專業人士的事業前景稍遜。此外，引入整筆過撥款制度（根據薪酬中位數向非政府機構提供補助）亦可能會限制非政府機構以較高薪聘請資深從業員的機會，令他們不願於非政府機構工作，加上非政府機構未能像公立醫院為專業人員提供培訓及督導，或令剛畢業的從業員不能在非政府機構獨立工作。
191. 針對職業治療師／物理治療師的問題，非政府機構一般只能為每個服務團隊聘請一位職業治療師／物理治療師，甚至數個服務團隊共用一位職業治療師／物理治療師（例如以「分割」職位的方式聘用員工），但部分為體弱長者提供的服務卻需要一位以上的員工，這些安排令職業治療師／物理治療師未能發揮最佳職能。當服務團隊中只有一名職業治療師／物理治療師時，他們只可以獨立工作，缺乏足夠同事或行政上的支援。上文解釋了為何非政府機構的職業治療師／物理治療師的流動率相對較高，以致出現人手短缺。
192. 其他問題亦妨礙職業治療師／物理治療師提供家居照顧服務，例如需要攜帶很多儀器到多個不同地方提供服務，對他們來說有一定的困難。因此，他們應獲得更多支援，以協助他們提供有效的家居照顧服務，例如可以為他們安排交通工具，減低他們花在公共交通工具的時間。
193. 現時的職業治療／物理治療服務普遍由醫生轉介，這做法可能會令病人使用專業服務時出現困難。本港的做法與一些海外國家如澳洲不一樣，病人可以直接使用職業治療／物理治療服務。故此，香港或許有需要檢視現行機制，尤其是在長者護理或養護照顧方面，以及讓職業治療／物理治療師如海外國家般私人執業的可取性及可行性。

194. 職業治療師/物理治療師的短缺情況亦可歸因到本地學院的有限供應。現在，本地培訓的職業治療師/物理治療師每年平均只有 60-70 名畢業生。由於私營診所對治療師的需求上升，公營及非政府機構會面對更大的人手短缺問題。
195. 除護士和職業治療師/物理治療師出現人手短缺外，長者日間護理中心的保健員和家居照顧員亦有類似問題。我們與資料提供者面談時，發現不少家居照顧員都轉為「私人執業」而不再任職非政府機構，即以「自僱」或「自由身」的形式向個別家庭提供服務。相比在福利服務機構工作，「私人執業」的工作模式讓他們享有較為彈性的工作時間，而工作量和壓力亦會較少。這樣令提供社區照顧服務的非政府機構和團體的醫護人手短缺問題雪上加霜。
196. 據社區照顧和安老院舍工人工會的代表聲稱，很多起居照顧員的薪金都低於標準，合約期亦不穩定，令他們的士氣低落，人才流失。此外，雖然不少年青人接受相關培訓(例如職業訓練局舉辦的課程)，但因工作條件及前景有欠吸引，所以他們的退學率亦很高。即使已投身安老服務的人員，流失率亦十分高，導致人手短缺。

### **輔助服務 – 為服務使用者及營運者安排交通工具**

197. 服務使用者及家庭照顧者均表示，他們難以找到合適的交通工具接載他們前往長者日間護理中心、到診所及醫院就診，或參與社交聚會及購物，這對需要以步行器輔助或輪椅代步的體弱長者影響尤大。因此，建議提供其他輔助或支援服務，例如更多復康巴士及非緊急救護車服務，協助長者前往診所/醫院，以及為輪椅使用者提供較便宜的交通安排。
198. 社區照顧服務營運者指出，雖然所有「綜合家居照顧服務」及「改善家居及社區照顧服務」均獲社署提供一部小型巴士作為送飯及接載員工之用，但基於用量龐大（特別是送飯及陪診服務），有時員工需要自行乘搭公共交通工具。當服務機構需要照顧大範圍地區而服務使用者分散各地時，問題尤其明顯。此外，由於香港不再入口舊式的七座位小型巴士，營運者需要轉用 16 座位的小型巴士，這樣會增加燃油、維修、泊車等營運費用。現時社署向長者日間護理中心及「綜合家居照顧服務」補貼泊車費用，而「改善家居及社區照顧服務」計劃的相關費用則已納入合約付款。

### **第二節 經濟狀況審查與社區照顧服務資助券**

199. 大約一半(40.6%至 57.3%)來自不同組別的受訪者(使用自負盈虧社區照顧服務的人士[組別 4]及中產長者[組別 6]除外)不贊成「將資源平均分配給所有長者(不論經濟能力)，而每人可得的資助相對較低」，贊成的受訪者不足四成。57.1%至 73.2%來自不同組別的受訪者對「將資分配給在經濟上較有需要的人，而每人可得的資助較多，但有能力的長者則自行負擔費用」表示贊同。把這兩項結果合併分析，明顯發現是次研究的受訪者大多數接受「選擇性」地向真正有需要的人士提供政府資助服務。

圖 4.14 你贊成「將資源平均分配給所有長者(不論經濟能力)，而每人可得的資助相對較低」嗎？

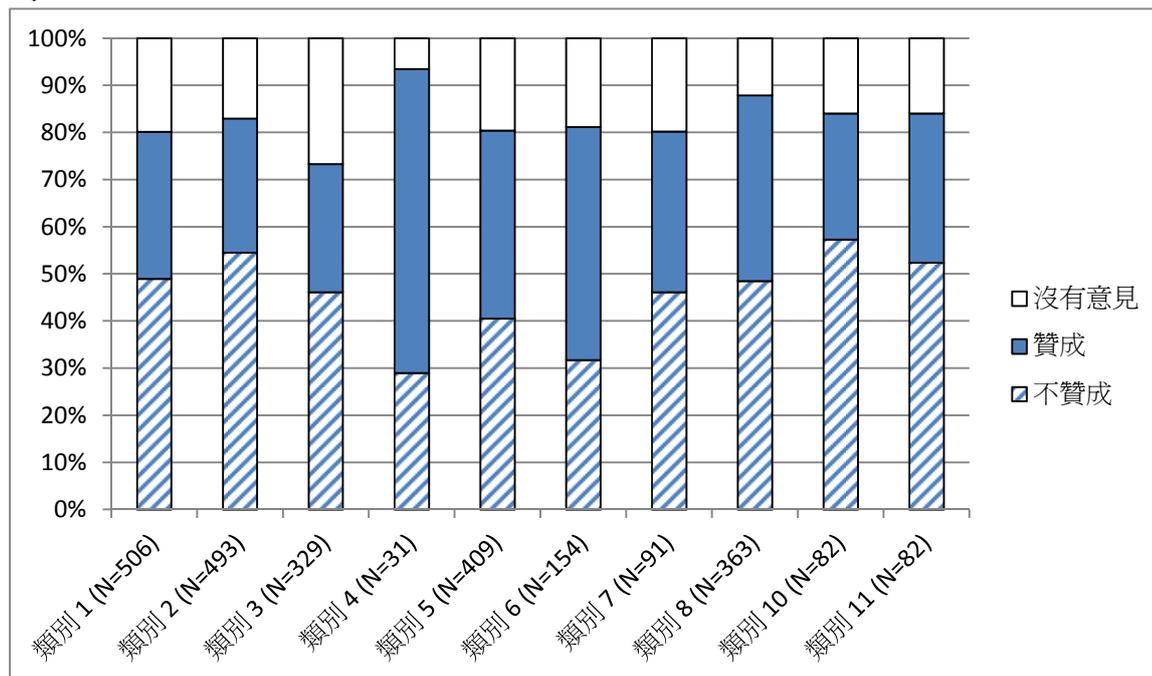
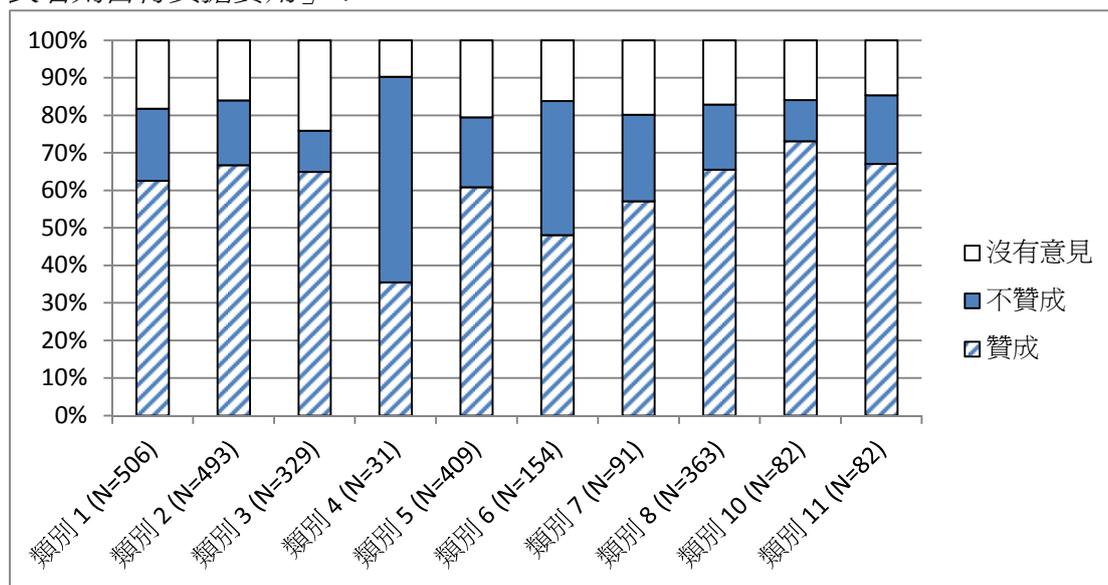


圖 4.15 你贊成「將資源分配給在經濟上較有需要的人，而每人可得的資助較多，但有能力的長者則自行負擔費用」？



200. 大多數來自不同組別(由 53.8%至 75.6%)的受訪者同意，建議的「資助券計劃」實行經濟狀況審查。當中大部分贊成經濟狀況審查的受訪者(由 48.4%至 59.2%)認為，只需審查申請者／使用者本人，無需審查是否同住的配偶或子女。至於若只審查年長申請者／使用者的資產，如何避免濫用「資助券」，受訪者卻沒有提出建議。

圖 4.16 你是否贊成政府應就建議的「資助券計劃」實行經濟狀況審查？

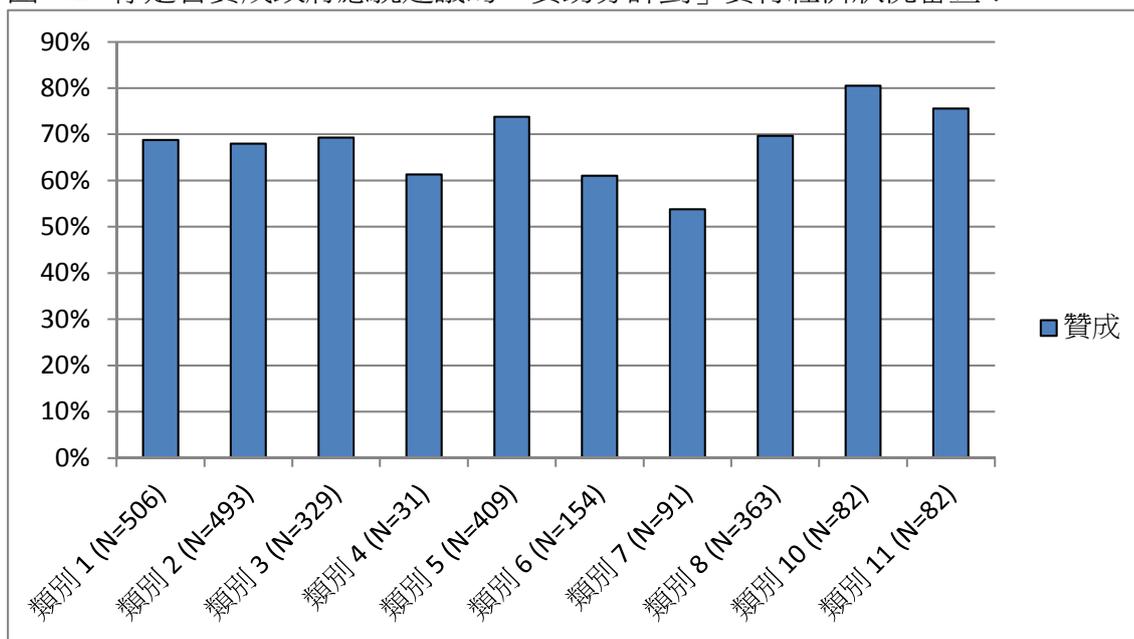
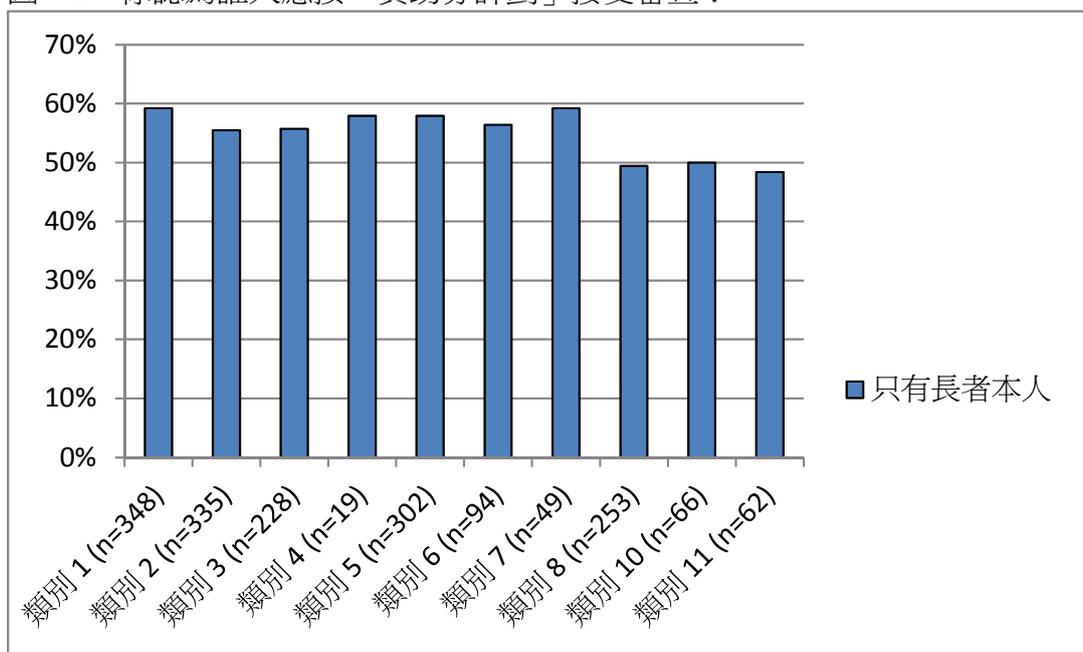


圖 4.17 你認為誰人應按「資助券計劃」接受審查？

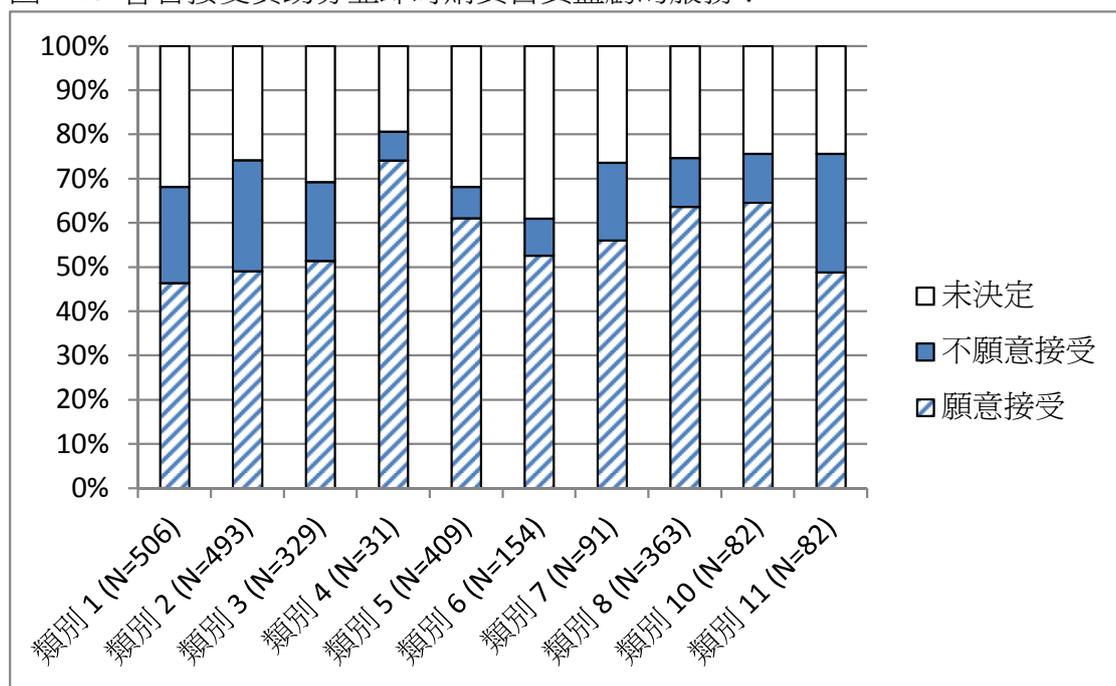


201. 從深入訪問年長使用者及其家庭護老者發現，在公平分配資源及經濟狀況審查方面，受訪者意見分歧。一些受訪者認為，把資源平均分配給所有人比較公平，尤其是考慮到長者或其子女如要透露財政狀況，又或長者甚至需要與子女斷絕關係，才可豁免審查，會對長者造成不良影響。另一方面，一些受訪者則認為，如果所有人(不論負擔能力)皆可獲得政府資助，並不公平。
202. 還有意見認為，全面補貼會導致資助金額減低。不過，透過經濟狀況審查，選擇性地向某些受助對象提供資助，則可提高資助金額。有些接受深入訪問的受訪者表示，長者需要有若干資產，所以其資產不應該受到評估或審查。有些受訪者認為，不應向那些有退休保障的人士提供資助服務，因為他們的退休金可支付日常開支。不過，有些人認為，

如果沒有經濟狀況審查，一些貪心的人便會申請資助服務，而選擇性提供服務則可幫助真正有需要的人。然而，那些反對的人擔心經濟狀況審查會引致巨額行政費，這會違反有效利用公共資源的原意，實屬「本末倒置」。

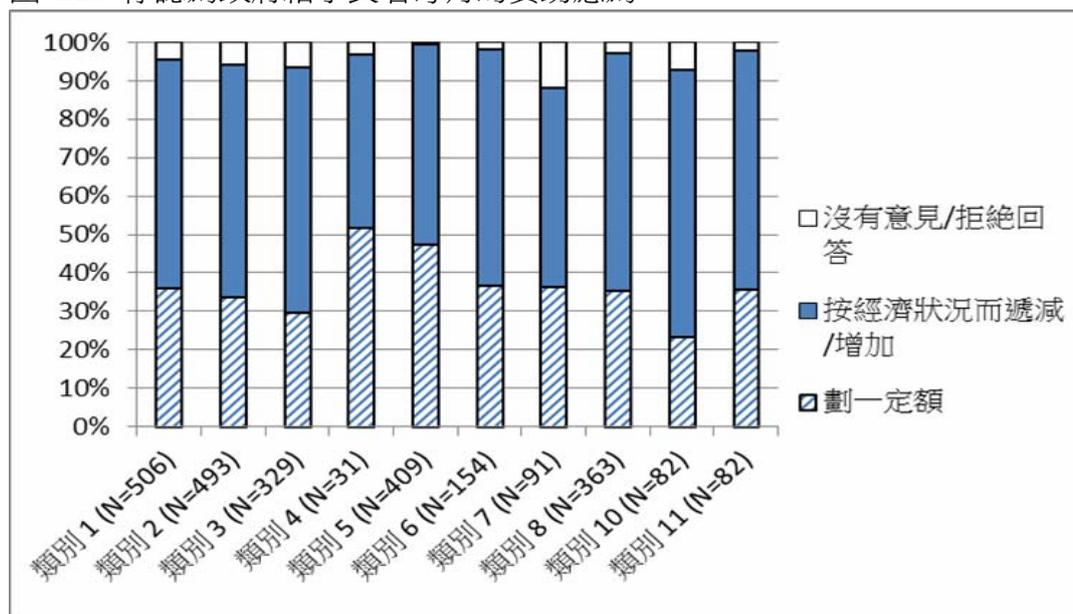
203. 此外，有些受訪者聲稱，由於他們被視為「中產人士」，所以常被指不應獲得任何政府福利。因此，他們難以取得資助服務。如果要進行經濟狀況審查，他們需要透露財政狀況，會使他們感到尷尬，因為這樣「放下身段」會讓他們覺得「無面」。
204. 調查結果顯示，各組別大部分受訪者均支持社區照顧服務「資助券」計劃。各個組別皆有相當比例(由 46.4%至 74.2%)的受訪者表示，如果計劃落實，他們會即時接受資助券。

圖 4.18 會否接受資助券並即時購買自負盈虧的服務？



205. 受訪者贊成實施資助券計劃的原因包括：「長者可自由選擇合適的服務」，以及「政府與長者共同分擔照顧長者的責任」。那些不支持新措施的受訪者，最常見的理由是「政府資助社區照顧服務的費用較為便宜」、「政府資助社區照顧服務的設備較佳」及「政府資助社區照顧的員工照顧技巧較佳」。不過，導致受訪者有如此意見／印象的原因不明。
206. 關於長者的每月資助(以資助券形式)，多數受訪者(由 51.6%至 69.5%)(除使用自負盈虧社區照顧服務的人士[組別 4]外)認為，資助金額應按長者的財政狀況或負擔能力而訂，或採用層遞資助額的模式。

圖 4.19 你認為政府給予長者每月的資助應為：



207. 有關資助券的用途，研究小組從組別 1、2、3 及 5 的受訪者<sup>4</sup>所得的意見進行分析。超過一半的受訪者認為，資助券應可用於購買輔助用品，如輪椅、拐杖、便椅、尿片、奶粉等；復康服務，包括物理治療、職業治療；以及日常起居照顧服務，如送飯、沐浴、購物服務等。另一方面，超過四成的受訪者認為，資助券應可用於應付某些開支，如家居清潔，支付平安鐘費用、特別護理服務及陪老員服務。

208. 不同組別的受訪者中(由 46.4%至 74.2%)，較多數受訪者會接受資助券，並用以購買非政府機構及／或私營機構所提供的自負盈虧服務。不過，調查結果亦發現，受訪者對自負盈虧服務的認識程度參差：由 31.4%(家庭護老者[組別 8])至 73.6%(離院長者綜合支援計劃的參加者[組別 7])的不同組別受訪者聲稱，他們不知道有這種服務。那些知道有此服務的受訪者當中，有 24.5%(沒有使用任何社區照顧服務的人士[組別 5])至 77.1%(剛接受「安老服務統一評估」，並需要長期護理服務的申請者[組別 11])表示負擔不起服務費用。

<sup>4</sup> 組別 1、2、3 及 5 分別指：(1) 正在輪候資助院舍服務，並沒有使用社區照顧服務的人士；(2) 資助社區照顧服務(體弱個案)的使用者；(3) 資助社區照顧服務(普通個案)的使用者；以及 (5) 沒有使用社區照顧服務，亦沒有長期護理需要的人士。

圖 4.20 你知不知道有私營／自負盈虧的社區照顧服務？

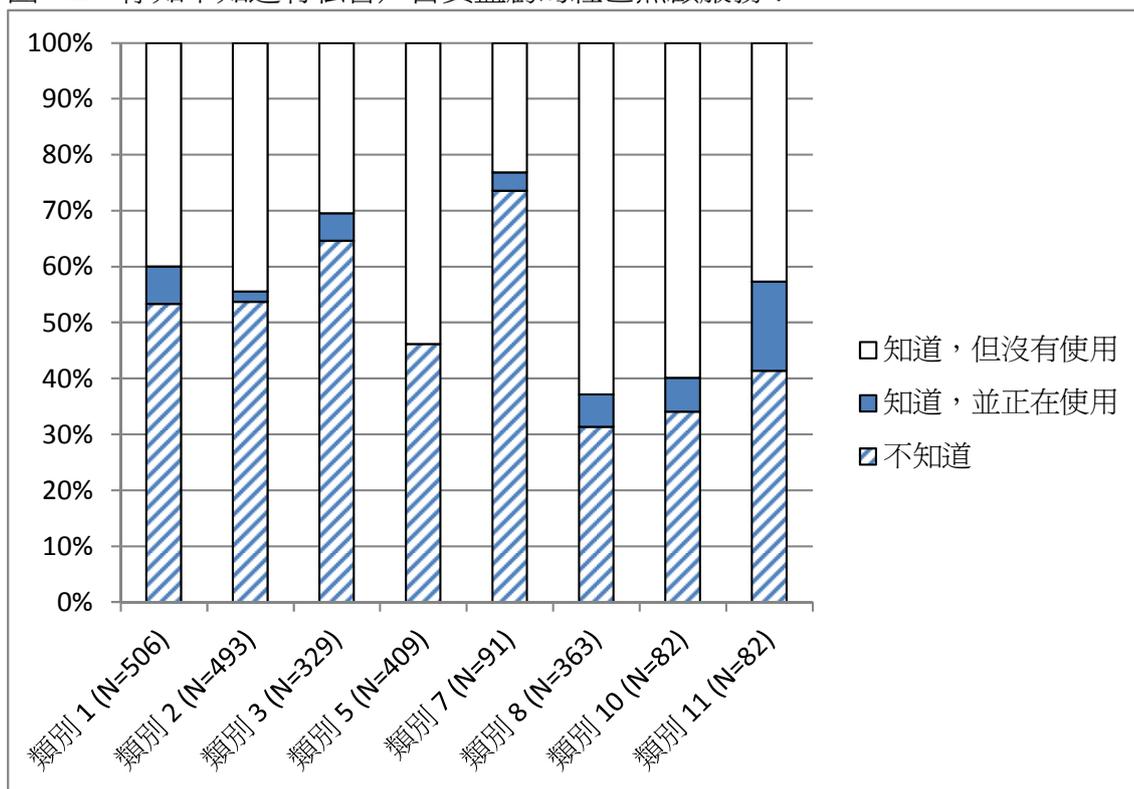
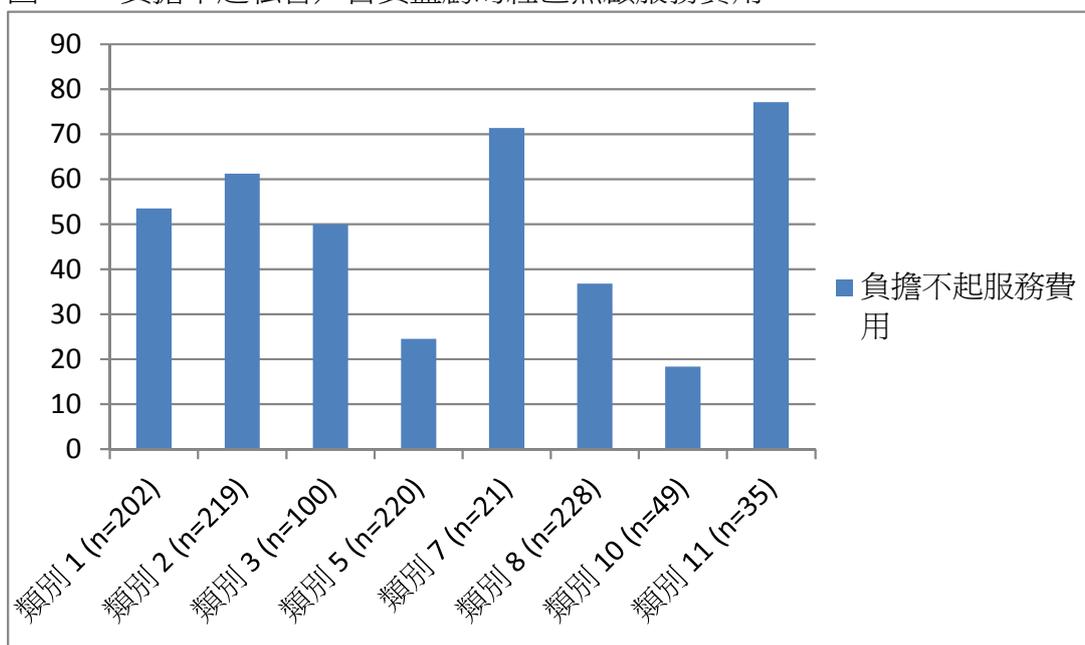


圖 4.21 負擔不起私營／自負盈虧的社區照顧服務費用



209. 研究調查亦探討了受訪者對社區照顧服務資助券的可接受金額，以及願意補貼資助券的金額。在調查訪問中，訪問員會先簡介現時資助社區照顧服務的資助水平，讓他們能夠評估現時情況及服務成本。在此情況下，受訪者會被問及他們願意接受政府提供的資助券金額，以及在政府提供的資助券上，願意補貼的金額(即共同付款形式)。

210. 不同組別的受訪者中，對社區照顧服務資助券的金額的接受值各有不同，由最低的中位數 1,600 元至最高的 2,750 元，以及最低的平均值 1,727 元至最高的 2,347 元。受訪者願

意額外支付的金額由 300 元(中位數)至 1,750 元；平均值則由 458 元至 2,191 元。離院長者綜合支援計劃的參加者[組別 7]願意接受的資助券金額是眾多組別中最高的，而願意額外支付的金額最低。那些沒有使用資助社區照顧服務而目前健康良好的人士，願意接受的資助券的金額是眾多組別中最低的，而願意額外支付的金額最高。

圖 4.22 在資助券計劃下，你願意每月支付多少(港元)以購買服務？

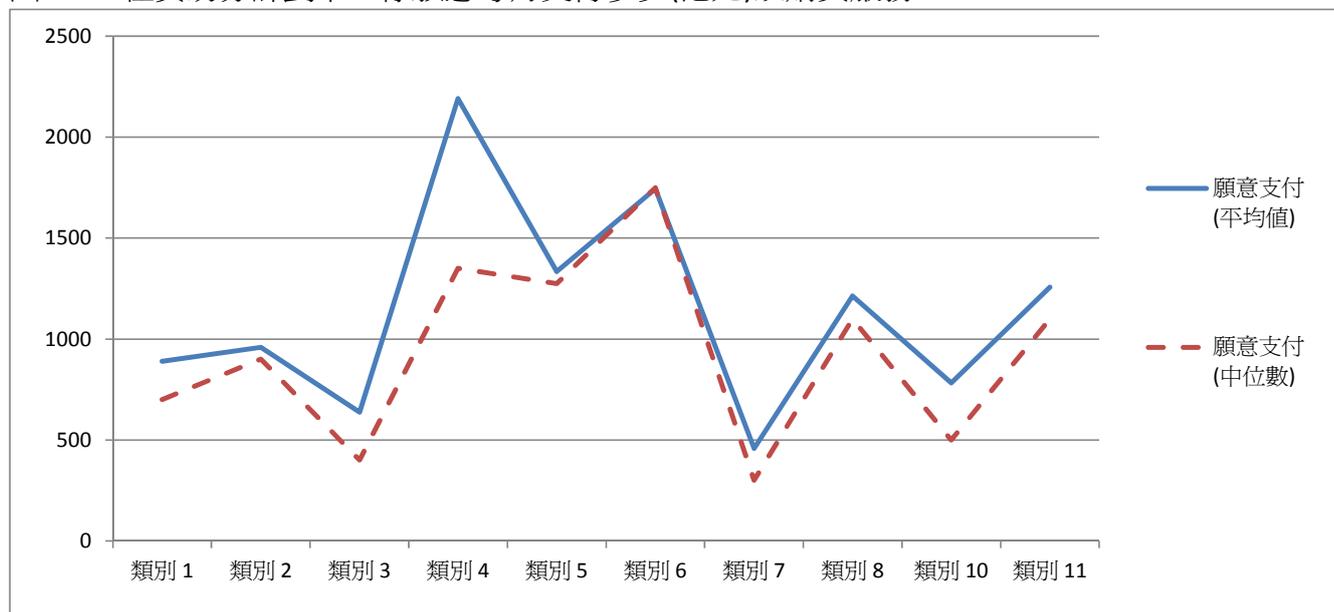
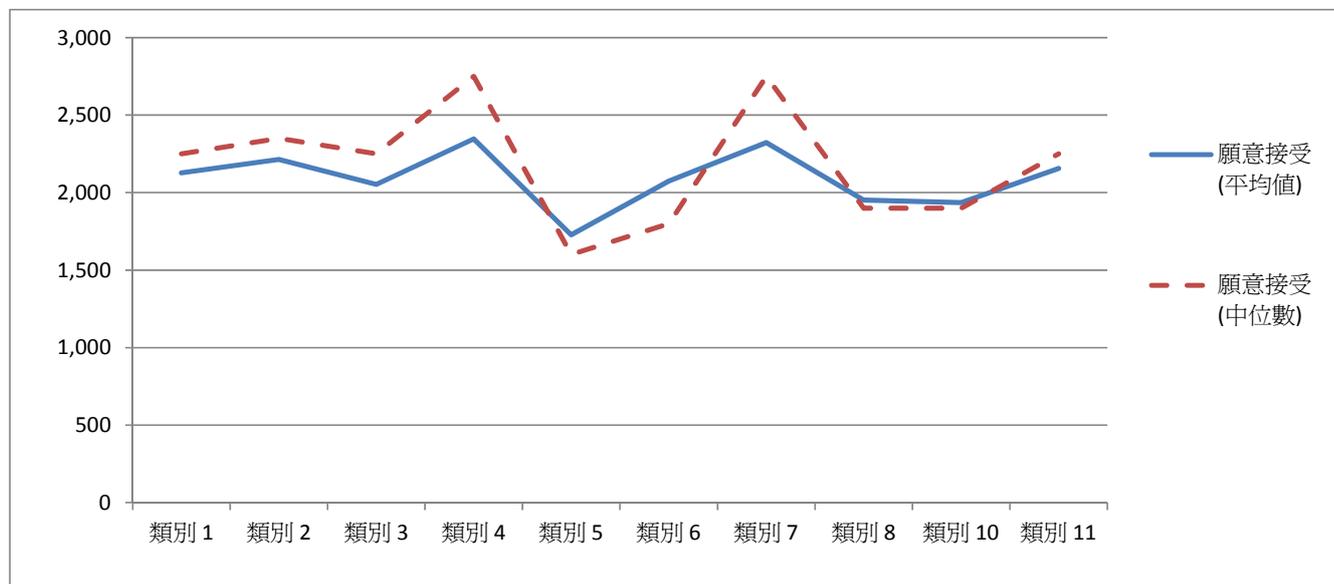


圖 4.23 政府每月津貼金額(港元)多少，你便會接受資助券？



## 第五章

### 結論與建議

#### 5.1 理念與原則

211. 為應付日益加劇的人口老化問題，為長者提供足夠及適合的服務絕對是香港必需面對及處理的事情，政府亦有責任確保長者能夠接觸及使用所需的服務，以保障他們的生活質素。然而，政府並非要取代家庭作為長者照顧者的角色，家庭成員亦需承擔照顧長者的責任。
212. 雖然大部分香港長者的健康情況良好，但部分長者因長期病患及身體機能退化，難免引起缺損及病態，而且更有上升的趨勢。老年人口的上升以及平均壽命延長，均會增加社會對長者長期護理服務的需求。為確保我們的長者能夠安享晚年，我們必須制訂及發展一套可行的長期護理服務計劃。
213. 在討論未來長期護理服務發展的願景時，我們需要先確定一些理念及原則作為發展的願景。第一，服務必須「以人為本」。套用此理念於長者社區照顧服務上，即我們需要確保服務以「長者為本」及「方便長者」。第二，在可行的情況下，我們必須堅持貫徹「居家安老」的原則。這跟本地華人社會一貫的觀念、特區政府長久以來的政策方向、以及國際間提倡讓長者於其喜愛及熟悉環境下生活的宗旨一致。第三，我們必須意識到照顧長者的責任是需要由多個持份者「共同承擔」的，包括長者本身、家庭、社區、市場、政府等均需要為此付出，以凝聚眾人之力。第四，政府資助的服務應優先給予有最迫切需要的群體，以確保公共資源符合「公平分配」的原則。
214. 現時香港的長者長期護理服務出現了失衡的情況，社區照顧服務的規模及政府支出明顯落後於院舍服務。政府資助的院舍服務名額是 24,746 個，而社區照顧服務卻只有 7,089 個名額。根據 2011-12 財政預算案總目 170，我們估計於 2010-2011 財政年度，政府資助的院舍服務的開支是 25.49 億元，而社區照顧服務的開支為 3.81 億元。現時香港使用院舍照顧服務的人數佔 65 歲以上人口的 7%，在國際上屬於較高的水平。雖然這是眾多原因結合而成的結果，但這無疑與「居家安老」的原則背道而馳，亦與普遍長者的期望有分歧，故最終亦非「方便長者」之舉。因此，我們有需要檢討現有情況，繼續擴大社區照顧服務的規模，以應付不斷增加的需要，並鼓勵市民選擇家居及社區照顧服務而非院舍服務。
215. 除了未能達致「居家安老」及「方便長者」的理想外，長者長期護理服務的公平分配及共同承擔責任亦令人憂慮。現時政府於長者醫療及長期護理服務上擔當非常重要的角色。在這兩個範疇上，我們現行的公帑資助模式非常依賴政府提供直接（透過直接提供服務）或間接（透過撥款予非政府機構提供服務及社會保障制度）的財政資助。然而，我們需要注意在現時的運作模式下，公共資源的運用是否符合高效率及公正的原則，以及這個融資模式長遠而言能否持續應付不斷增長的長者人口。在假定香港應不會大幅度改變現行稅制及財務政策的大前提下，我們必須注意及探討其他可行的資助模式，以便繼續為長者提供長期護理服務。

216. 在一個關愛的社會裏，我們絕不能讓長者因財政問題而缺乏接受所需安老服務的機會。然而，在公正及有效運用資源的前提下，我們亦應考慮長者之間不同的負擔能力，並讓經濟條件較好的長者按個人條件為所接受的服務付款，以達致共同承擔及公平的原則。
217. 長期護理政策及服務，當中包括社區照顧服務，應被視為香港整體安老政策不可或缺的部分。我們需要對現時相關的政策，包括財務保障、醫療護理、家庭、房屋甚至城市規劃進行全面檢討。然而，是次研究只會集中處理與政府資助的社區照顧服務相關的問題。即使如此，檢討及修改現行的社區照顧服務政策及服務，亦必然會為其他相關政策帶來啓示，而這些啓示則需要政府及社會上有關的持份者作出相應的行動。
218. 除了考慮政策、服務及資源外，我們亦可能需要檢討現時社會上影響長者照顧情況的主流文化及社會規範。例如，社會上跟家庭相關的規範，包括孝道、居住狀況、家庭結構和功能、家庭整體以及個別成員的責任等，亦為如何妥善分擔照顧長者的責任帶來啓示。此外，社區的鄰里關係及對義務工作的熱誠，亦會影響推動長者社區照顧和建構「方便長者」的社區環境。因此，政府相關機關及非政府團體應檢討公共教育方向及策略，這些機關及團體包括家庭議會、青年事務委員會、婦女事務委員會及其他非政府機構。這將同時為正規及非正規教育帶來啓示。
219. 是次研究除了檢討過去及現在有關長者社區照顧服務的政策及服務提供外，同時亦提供一個具前瞻性的景象，以便探討如何面對人口老化的挑戰。這份報告提供一些國際間的成功例子，為香港的社區照顧服務提供參考。同時，我們透過與相關的持份者及個人面談及調查，研究現行社區照顧服務的長處及短處。是次調查結果反映公眾對社區照顧服務引入經濟狀況審查及資助券的意見，亦回應了 2009 年的院舍服務研究報告。以下建議均建基於上述研究結果。

## 5.2 建議

220. 以下建議分為三個範疇：第一，我們建議改善現行資助社區照顧服務及提高其服務量；第二，調整現行的融資模式；第三，建構一個配合及方便以上兩點推行的環境，包括推動非資助社區照顧服務的發展，加強相關的人力資源，以及提高公眾對社區照顧服務的認識。

### 5.2.1 範疇一：改善現行提供的資助社區照顧服務及提高服務量

#### 1a) 改善服務時間、服務範圍及服務提供者的場地空間

221. 除了服務的「量」（服務規模）外，提升服務的「質」亦同樣重要。在「以人為本」及「方便長者」的原則下，現行的服務模式可以作出一些調整及改變。
222. 具體來說，調查結果和主要資訊提供者的訪問反映，受訪者認為各種社區照顧服務的服務時間應該延長，以滿足服務使用者及其家庭照顧者的需要。例如，長者日間照顧中心的服務時間應該延長至晚上八點，讓家人能在下班後才接送長者回家。另外，我們亦建議於週六、日及公眾假期提供服務。

223. 調查結果顯示，包括家庭照顧者、服務使用者及申請者均贊同，一些社區服務能方便長者繼續在家居住，達致「居家安老」的目標。一方面，有很多受訪者提議增加現有的長者日間照顧中心及日間暫託服務；另一方面，一些受訪者提議改善及／或增加其他類型的服務，例如臨時安排陪診服務、到戶按摩服務、到戶復康治療服務、認知訓練服務、傳統中醫診治、護士定期家訪以檢查長者健康狀況，以及 24 小時諮詢熱線及緊急援助。
224. 社區照顧服務提供者在訪問中指出，缺乏足夠空間的問題嚴重，影響他們為長者提供服務。如果能為營運者提供更多空間，包括提供廚房以準備膳食、增加辦公室空間讓提供家居照顧的工作人員接受培訓、督導及執行行政工作（例如準備報告）則更為理想。

### **1b) 為家庭照顧者提供更多支援**

225. 為了確保長者在家裏獲得足夠照顧，我們必須確保其家庭成員能成為有效的照顧者。因此，對照顧者、尤其是在職的家人作出支援是非常重要的，以確保他們能於自己的工作及照顧長者間取得平衡。
226. 現時，長者地區中心及社區照顧服務營運者負責為長者家人提供支援服務。然而，是次研究結果反映，只有甚少受訪照顧者（7%）表示曾參加或使用這些服務，其中一個原因是因為這些中心為本的服務大多在辦公時間內或是在中心會址提供，對需要工作或需長期在家照顧老弱長者的家庭照顧者來說並不方便。因此，我們建議於辦公及非辦公時間均提供支援服務，以及提供上門服務，以滿足不同照顧者的需要。如果將此建議付諸實行，負責執行前線家居服務的員工需要接受相關的培訓，整個照顧服務計劃要包括上述方面，以及當中涉及的時間、資源等亦需要作出相應調整。現時有些長者中心會為前來參與服務的家庭照顧者同時提供長者暫託服務，這是值得嘉許的，然而，此類服務需要機構有充足的人手及空間才能提供。
227. 另外，研究結果顯示，家人希望獲取更多有關照顧長者的社區資訊，例如認識社區資源、照顧長者的技巧，以及常見的長者疾病。這反映如果能為他們提供更多資訊，提升他們作為照顧者的能力，社區照顧服務的成效將會提高。這些資訊能通過不同途徑向家庭照顧者傳遞，例如於方便在職家庭照顧者的時間舉行講座及培訓課程（同時提供長者暫託服務）、大眾媒體、互聯網（例如「長青網」）及其他相關途徑。
228. 此外，港府可以參考西澳洲政府的經驗，鼓勵僱主採用較靈活的條款聘用僱員，例如彈性上班時間和假期安排、臨時性質的兼職及在家中工作。港府亦可參考部分瑞典市政府的做法，委任一名特別公關主任負責提供諮詢服務及支援非正式的照顧者(Lundsgaard, 2005)。

### **1c) 提供更多過渡性質的照顧及暫託服務**

229. 為長者提供過渡性及短期的照顧及暫託服務，有助他們居家安老及減低不必要入住院舍。即使長者入住安老院舍，我們若為他們提供適當的訓練及運動機會，他們或可重返家居生活。這些訓練可令長者避免因依賴院舍職員的慣常照顧以致自理能力退化。院舍人手短缺更會令長者缺乏適當訓練及運動的問題加劇。

230. 事實上，若提供充足、適當及適時的服務，一些於安老院舍生活的長者或可重回社區生活。例如，若在長者離開醫院時為他們提供過渡性照顧服務，將有助他們恢復自理能力。這些過渡性照顧服務應包括離院前計劃，以及離院後由醫務人員致電或以家居服務跟進長者的健康情況。早前三個試行的「離院長者綜合支援院計劃」效果理想，證明過渡性照顧服務可取。
231. 目前，受資助的長者安老院舍共有 11 個指定護理安老宿位用作暫託服務，所有受資助的長者安老院舍（包括護養院及護理安老院）亦需提供臨時宿位給暫託服務使用者。然而，由於需求甚大，這些資助宿位嚴重供不應求。由於公眾（特別是負責轉介個案的工作人員）可於社署網頁查閱指定宿位的空缺情況，因此這些指定宿位的使用率頗高。相反，臨時宿位則未獲妥善及充分運用。是次研究發現，以上情況可能由於長者或其家人未能查閱相關宿位的空缺情況，以及由負責人員轉介的手續需時。因此，我們建議有關部門研究如何改善現行機制，令公眾能更有效接觸臨時宿位的資訊。
232. 一些本地的非政府機構透過發展自負盈虧服務以彌補資助服務不足，例如香港聖公會有兩所自負盈虧的長者安老院，分別位於彩頤居（57 個宿位）及沙田（54 個宿位），提供長期及短期的宿位用作暫託及過渡性服務。他們亦為有需要長者提供由專業人士負責為期三個月的一站式中風後療養計劃。該中心為長者提供復康療程及活動，以提升他們的活動及自理能力。基督教靈實協會亦設有自負盈虧的長者安老院，為長者提供 50 個床位的短期過渡性照顧服務。這些過渡性服務採用「旋轉門」的概念，即長者可以根據自己的需要選擇由社區照顧服務轉介至院舍服務（或相反），或是根據個人健康情況及自理能力選擇不同程度的照顧服務。
233. 香港房屋協會「長者樂安居」計劃轄下的樂頤居及彩頤居亦提供暫託服務，讓有需要的住戶可以間歇性入住位於屋苑低層的護養院。當他們的健康好轉時，便可以返回自己住所，回復原來的生活。這個適切的安排充分體現持續照顧及居家安老的精神。
234. 這些由非政府機構提供的服務，顯示如何透過有效的過渡性及／或暫託服務，減低過早、不必要或過長的院舍化情況。因此，我們建議提供更多政府資助的暫託及過渡性服務。

#### **1d) 微調現行的資助模式及服務表現監察系統**

235. 過去，社署要求提供「改善家居及社區照顧服務」的機構，根據合約向每一位服務使用者提供不少於合約訂明的最低時數服務，亦規定每年必須讓不少於 2% 的服務使用者終止接受非正式或社區支援服務，以鼓勵身體及社交情況改善的長者不再依賴服務。不過，社署從 2009 年起取消了受資助日間護理中心的使用者有關上述流動率的規定，「綜合家居照顧服務」亦沒有這項規定。
236. 雖然這些條款保障服務質素及資源公平分配，但可能會導致服務營運者未能將資源由衰弱程度較低的使用者妥善分配給較有需要的使用者，令服務欠缺彈性。由於提供服務的機構可評估服務使用者的缺損情況以便安排照顧計劃，因此我們建議社署讓機構自行決定服務個案的類型及數量。此外，我們認為當局可以考慮讓機構將部分個案轉為要求較少統計報告的短期個案，以減低社工的行政工作量。這些「短期個案」系統能服務那些離院後有急性需要的長者，或那些只需為期三個月家居清潔服務的個案。社署在 2011 年 3 月與「改善家居及社區照顧服務」的營運者檢視服務時，已考慮為配合服務使用者的

體弱程度而提供更具彈性的運作環境。當中包括社署同意每名服務使用者在每三個月(每季)需接受不少於 15 小時的「直接照顧」或「輔導服務」。這樣有助在「直接照顧」及「輔導服務」兩大範圍及每季不少於 15 小時服務的標準下，靈活設計每名服務使用者所接受的服務組合。而「體弱長者家居照顧服務先導計劃」的經驗將有助我們進一步了解社區照顧服務的運作模式可以進一步完善的地方，令服務更切合長者因個人的健康問題及背景而產生的種種服務需要。

237. 此外，我們與提供社區照顧服務的機構面談時發現，現行服務投標制度對他們造成重大問題，因為機構未能確定在合約結束後能否續約，以致服務的延續性及挽留人手受到影響。我們明白服務投標制度能有效分配福利服務、監督服務提供者按合約規定妥善提供服務，以及透過設定服務表現基準，確保服務質素不斷提升。然而，有關部門或有需要在服務延續性及穩定性與合理分配資源之間取得平衡。

238. 自 2011 年起推行的「體弱長者家居照顧服務先導計劃」，採用有別於現行用於社區照顧服務的監察系統，特點之一是授權一名「個案經理」按照每一位服務使用者的需要制訂個人服務計劃，這可作為日後提供及監察社區照顧服務方面很好的參考。

### **1e) 重新劃分服務地域分界**

239. 現時 18 隊提供「改善家居及社區照顧服務」的服務隊以地區為本，而於 2009 年新成立的 6 隊則以地區聯網為本，60 隊「綜合家居照顧服務」服務隊亦以地區為本<sup>5</sup>。廣闊的服務界線令服務營運者及前線人員需於交通花上大量時間，令他們的工作效率以至整體服務質素降低。因此，我們建議採用一套更加「社區為本」的機制，劃分服務營運者負責的範圍，將現時的服务隊分成小隊，並以屋邨、街道或小規劃統計區作為服務界限。在長者家居附近提供社區照顧服務有兩個好處：一是減少他們的路程，從而降低對特別交通安排（例如復康巴士）的需要；二是減少服務營運者的路程。我們明白這項建議是否可行，關鍵因素是社區是否有場地容納這些服務中心。此外，亦需小心處理個別隊伍的運作規模，特別是妥善安排合適的員工編制，以服務「適量」的服務使用者。

### **1f) 安老院舍作為社區照顧服務的基地**

240. 院舍服務與社區照顧服務加強配合，會有好處。現時社區有 777 所安老院舍，當中 192 間由非政府機構營辦，或是合約院舍或自負盈餘的院舍，其餘 585 間屬私人經營。這些安老院舍分布不同地區，因此其網絡可以成為社區照顧服務強而有力的基礎，社區照顧服務可以利用安老院舍現有的廚房、飯堂等設備及其他空間提供上門服務或日間護理服務。現時社署透過「改善買位計劃」提升私營安老院的質素，因此可行方法之一是與參加此計劃的私營安老院合作推行一些先導計劃，提供更多自負盈虧的社區照顧服務。然而，要達致以上安排，政府必須檢討現時安老院舍的發牌及監管制度，確保有關營運和設施一覽表恰當，例如放寬或調整現時發牌條款，讓規模較大的安老院舍為不在院舍居住的長者提供膳食服務（例如送飯服務），或家居照顧服務。

<sup>5</sup> 「綜合家居照顧服務（體弱個案）」的服務界線是根據「2004 年立法會選舉 – 地方選區名單」的選區劃分（資料來源：社會福利署網頁）

### **1g) 促進中心為本（日間護理中心）及家居為本服務（改善家居及社區照顧服務／綜合家居照顧服務）之間的協同作用**

241. 現行的社區照顧服務根據避免雙重利益原則制訂，同一服務使用者不得享用多於一種服務。這可能符合公平分配公共資源的原則，但亦會引起服務分割，以及未能為長者提供最佳服務等問題。
242. 從日間護理中心的成功可見，長者會因與社區內其他人或中心內其他使用者接觸而受惠。若長者終日困在家中，便不能與社區內其他人有社交接觸，這會對他們的社交心理健康造成不良影響。因此，我們建議「改善家居及社區照顧服務」／「綜合家居照顧服務」及日間護理中心之間應加強協調，讓長者同時受惠於家居為本及中心為本的服務。若要達到以上效果，三個上述計劃轄下的服務單位必須緊密合作及加強協調，並容許他們共同處理個案。另外，我們亦可以考慮重新編排服務提供者的負責範圍及界限，讓同一機構提供不同種類的服務，以減少不同機構之間轉介個案所需的複雜程序。現時全港有七個地區（東區、灣仔、南區、觀塘、黃大仙、九龍城及深水埗）由同一機構提供以上三種服務，並於五個地區（觀塘、西貢、沙田、荃灣及葵青）由同一機構提供兩種服務，可由這些地區開始重新編配服務提供者及各中心的負責範圍，以提高機構之間的協作。
243. 事實上，我們可以研究可否擴充日間護理中心的服務範圍及功能，讓日間護理中心向區內居住的長者提供多元化服務。這些綜合服務中心可以提供一站式的長者照顧服務，包括日間護理及家居護理，甚至暫託留宿服務。然而，這需要重設設施一覽表、人力及其他資源的現行標準，並全面檢討整個社區照顧服務系統提供服務的模式，以便重新劃分服務組合。

### **1h) 促進長期護理服務與非長期護理服務之間的配合 – 檢討現行的綜合家居照顧服務（普通個案）**

244. 現時「綜合家居照顧服務(普通個案)」的服務使用者，包括長者、殘疾人士及有需要的個人及家庭，無需接受「安老服務統一評估機制」評估，因此並不納入長期護理服務系統。然而，現時大部分「綜合家居照顧服務（普通個案）」使用者（約 90%）均為長者。
245. 一項本地研究（Chui et al., 2009）採用 MDS-HC 機制評估 498 位「綜合家居照顧服務（普通個案）」使用者，以及 92 位正在輪候服務的人士，發現當中 19.9%的使用者及 16.4%的輪候者均有實際需要接受較深層次的服務（例如「改善家居及社區照顧服務」或「綜合家居照顧服務（體弱個案）」），為數不少，但現時他們卻使用或輪候較低層次的服務（例如「綜合家居照顧服務（普通個案）」），這反映現行的制度或有問題：長者(及其家人)對長期護理服務認知不足，或是現行服務提供系統根本不足以應付現有需求，以致這些體弱長者未能使用較深層次的長期護理服務。
246. 我們建議有關部門研究可否將「綜合家居照顧服務（普通個案）」的長者個案納入長期護理服務系統，例如將現時負責前者的服務隊跟「改善家居及社區照顧服務」的服務隊融合，以擴大人力及財務資源，同時設立新服務（類似以前的「家庭傭工計劃」）為並非長者的使用者提供服務，可行策略是針對按「安老服務統一評估機制」評定為輕度殘障的使用者。由於這些家庭傭工服務（例如家居清潔、接送服務、送飯等）並不需要由專業

人士提供，因此或許可由私營機構或社會企業提供，而非政府機構則集中提供專業服務。如果我們能為「綜合家居照顧服務（普通個案）」的長者提供所需的支援服務，將有助減慢他們身體退化速度，長遠來說可以延遲他們對其他較深層次長期護理服務（例如「改善家居及社區照顧服務」）的需要。

247. 另一方面，各類提供社區支援服務的長者中心，包括合共 211 所「長者地區中心」、「長者鄰舍中心」及「長者活動中心」（截至 2011 年 2 月），實際是長者在社區的第一個服務接觸點。「預防勝於治療」，我們應將這些中心作為社區的「前台」，負責識別及轉介有需要的長者接受社區照顧服務。中心社工應接受相關訓練，並獲授權進行「安老服務統一評估機制」的評估，或安排護士為中心會員提供臨床評估。這或需改變現行「安老服務統一評估機制」統一評估個案的制度，透過訓練及調派適當工作人員到社區，將部分評估責任下放到社區層面。

### **1i) 促進醫院/醫療護理服務與社區照顧之間的配合**

248. 醫院管理局對「離院長者綜合支援院計劃」的評價顯示，服務達到為離院長者提供無間斷後續服務的目標。醫院管理局與政府將計劃擴大至全港七個醫管局聯網是適切及非常理想的行動，有助促進醫院護理服務與社區照顧服務之間的銜接。
249. 然而，是次研究結果亦顯示，「離院長者綜合支援院計劃」的運作仍有可改善之處，例如提供更多服務選擇及／或增加計劃的彈性，包括提供家居清潔、臨時安排的交通接送及／或個人陪診服務、醫院或日間護理中心／日間醫院服務、按摩及家居維修等服務。
250. 衛生署亦在推廣長者健康方面有所貢獻。該署從 1998 年起開展長者健康服務，並設立 18 所長者健康中心，平均每年招收 38 500 位長者會員（涵蓋在社區生活的長者總數約 4%）。並設有 18 支長者健康外展隊伍（每區一隊），促進長者的基本健康、提升他們的自理能力，鼓勵健康生活，以及加強對家庭的支援，從而盡量減少長者患病與殘障的機會。長者健康中心為 65 歲或以上的長者會員提供臨床健康評估、身體檢查、諮詢、治理及健康教育，會員費每年 110 元，但綜合社會保障援助(綜援)計劃或有財政困難的長者可獲豁免收費。（資料來源：衛生署網頁）
251. 衛生署如能與社署在社區照顧服務上互相協調，效果將會更佳。長者健康中心可作為早期的識別機制，若長者有需要接受長期護理服務，則將個案轉介社署，以安排社區照顧服務。衛生署的資料亦顯示，長者健康中心的會員比一般長者更關注自己的健康，亦更了解健康知識及實務（衛生署，2010），因此這安排有助長者避免不必要或過早接受院舍服務。
252. 醫管局轄下 74 所普通科診所實際構成一個廣闊的網絡，有助識別需要長期護理服務的患病長者。一些非政府機構亦設有健康中心作為渠道，及早發現有需要接受服務的長者。因此，若普通科診所、衛生署轄下的長者健康中心及非政府機構的健康中心進一步促進彼此之間的個案轉介，使長者多加認識、接受和使用社區照顧服務，實屬可取。

### **1j) 為社區照顧服務引入個案管理及更有效運用臨床評估的工具數據**

253. 外國經驗顯示，有效的社區照顧服務一般都以「個案管理」及「照顧管理」的方式執行，其性質及優點已於第三章提及。然而，我們需要留意，雖然外國長期護理服務的個案管

理制度十分完善，但支援這些系統的融資制度跟我們有所不同，並以私人保險制度（例如美國）或個人供款模式為主。因此，於外國實行的個案管理制度未必可完全應用於香港。

254. 鑑於本港的情況及現有制度，我們先要處理兩個問題，以營造適合推行個案管理制度的有利條件。第一，我們必須有一群勝任的前線個案經理，為他們安排合適的工作量，以及賦予他們統籌各方面及分配資源的權力。然而，基於現時「改善家居及社區照顧服務」、「綜合家居照顧服務（體弱個案）」及「長者日間護理中心」的人手編制及需要負責的龐大個案量，我們不肯定個案管理制度能否於短期內推行。此外，負責提供長者照顧服務的專業人士，包括社工及護士均明顯短缺，更加突顯個案經理供應不足的問題。我們需要在相關專業人員的入職前及在職培訓方面多加努力及投放更多資源，並提供良好的晉升途徑，增加這些專業人員的供應。在適當的時候，我們亦需要考慮為個案經理引入評核制度，就好像現時「安老服務統一評估機制」的認可評估員一樣。
255. 第二，現時三種社區照顧服務（包括「改善家居及社區照顧服務」、「綜合家居照顧服務」及「長者日間護理中心」）由不同機構提供，並按各自的「津貼及服務協議」提供指定的服務量。現時只有七間機構於同一地區／聯網同時提供以上三種服務。不同機構及營運者之間的分工問題，可能會令個案經理及不同營運者需花大量時間商討細節。
256. 最近政府推出「**體弱長者家居照顧服務先導計劃**」，並正式採用個案管理的概念，印證了個案經理於計劃及執行長者服務時的重要。此先導計劃（將於 2014 年年初結束）的經驗，有助我們認清在未來長期護理服務發展中個案經理制度可以擔當的角色。
257. 有效的個案管理亦取決於有效及準確的臨床評估，因此我們需要更有效利用現有「安老服務統一評估機制」的數據。外國發展長期護理服務及社區照顧服務的經驗顯示，其中一大挑戰是能否有效收集、檢索及分析相關資料，以供當時或日後就服務規劃、推行及評估作決定時參考。現時「安老服務統一評估機制」正發揮為長期護理服務申請人是否符合資格提供臨床評估的重要功能。事實上，由2001年起，此機制已累積約17萬宗個案，而這個龐大的資料庫正好提供長期護理服務使用者的臨床及人口分布資料。因此，我們建議有關部門考慮檢討「安老服務統一評估機制」，探討評估機制於長期服務規劃中可發揮的作用。
258. 事實上，「安老服務統一評估機制」使用的「長者健康及家居護理評估」是可用作開發病人分類系統（資源使用組別）的評估工具。美國一項研究指出，家居照顧個案組合制度可將使用者分成七組：特別康復組、廣泛服務組、特別護理組、臨床鑑定情況複雜組、認知能力受損組、行為問題組及身體機能減退組（Bjorkgren, Fries & Shugarman, 2000）。個案組合可以為家居照顧服務估計服務成本、作出撥款決定、調整服務質素指標（Arling et al., 1997）。因此，有關部門若可檢討如何更有效運用「安老服務統一評估機制」的資料，實屬可取。

**範疇二：根據使用者不同的負擔能力、共同承擔責任及公平分配資源的原則，引入社區照顧服務資助券**

#### **2a) 經濟狀況審查及層遞式資助**

259. 秉承公平分配公共資源的精神，有關方面也許需要檢討現行的全民性資助社區照顧服務，並考慮採用選擇性模式，即涉及引入經濟狀況審查的問題。
260. 安老事務委員會 2009 年有關住宿照顧服務的研究報告(下稱「2009 年住宿照顧服務報告」)，探討了在資助長期護理服務分配方面引入經濟狀況審查的需要及優勝之處(見最後報告第 134 至 141 段)。報告當中有關社區照顧服務的篇章提及現時大部分社區照顧服務均為政府資助，私營及非牟利機構只擔當很小的角色。不斷上升的長者人口、長者本身的意願，加上政府居家安老的政策方向，都會大幅提升社會對社區照顧服務的需求。長遠來說，延續公帑資助服務的模式並非持久之法，而近乎全民享用、只根據健康情況決定長者使用資助服務的資格，亦非最有效達到公平分配有限公共資源的原則。
261. 是次研究的調查結果亦指出很多受訪組別，包括受政府資助的社區照顧服務的使用者及輪候者、非政府資助服務的使用者、家庭照顧者及社區人士，均支持公平分配公共資源的原則，以及提供更針對性的資助社區照顧服務，大部分受訪者(佔不同受訪組別的 57% 至 73%) 支持實行經濟狀況審查。
262. 然而，即使資助服務中引入經濟狀況審查，亦不代表我們必須採取「一刀切」的模式，將未能通過經濟狀況審查的申請者拒諸門外。相反，我們可以考慮採取「層遞式」提供服務或收費，要求財政情況較好的使用者繳交較高的費用，這亦彰顯公平分配公共資源的原則。
263. 我們理解到香港的長者並非同質的社群，他們的社會及經濟狀況以至負擔能力各不相同，「層遞式」的資助制度亦是基於此原因。為求更公平分配公共資源，我們需要於資助公共服務中考慮引入上述「共同付款」及「負擔能力」的概念。這兩個概念有助滿足不同長者的需要，讓負擔能力較高的長者補貼，並獲得較高質素的資助服務或轉用私營服務，而負擔不起的則繼續使用資助服務，這或有助我們將運用於資助財政情況較好的長者的資源轉移到更有需要的長者身上。我們可以參考有關「福利的混合式經濟」文獻中提及的「市場劃分」概念，即市場上的不同產品或服務應該滿足市場裏不同用家的需要。另一方面，引入「共同付款」概念會鼓勵市民在申請資助服務前仔細考慮自己的實際需要，有助避免或減少濫用公共資源的情況。
264. 「2009 年住宿照顧服務報告」(見最後報告的第 100、105 至 107 段) 亦曾討論引入「用者自付」及「共同付款」概念，以及隨之而來的「層遞式」資助制度的需要及優點，關於院舍服務的原則及考慮因素，同樣適用於社區照顧服務，即是，為達致更公平分配公共資源的原則，並根據使用者不同的財政情況及負擔能力，推廣共同分擔費用的責任以支付服務成本的概念，我們建議為社區照顧服務引入不同程度的資助制度，讓服務使用者(及/或他們的家人)繳付差額，以選擇適合他們所需程度及種類的社區照顧服務。
265. 「2009 年住宿照顧服務報告」及是次社區照顧服務報告的受訪者，均支持為使用者提供不同數額資助的概念。是次研究顯示不同組別的被訪者，包括受政府資助的社區照顧服務的使用者及輪候者、非政府資助服務的使用者、家庭照顧者及社區人士，大致支持(佔各個組別的 52% 至 70%) 根據長者的財政情況採用「層遞式」的資助金額。事實上，現時「綜合家居照顧服務(體弱個案)」、「改善家居及社區照顧服務」及「體弱長者家居照顧先導計劃」的收費制度，已引入用者自付、共同付款及「層遞式」的原則。

## 2b) 不同數額的資助券

266. 國際經驗印證了為長者提供資助（現金或資助券）能有效鼓勵他們選擇使用長期護理服務及居家安老，以及協助家庭照顧者於家中為長者提供照顧。
267. 在香港，我們累積了不少使用津貼及資助券的經驗，香港政府亦在不同的政策範疇引入資助券或津貼制度，包括學前教育學券及長者醫療券先導計劃等。政府亦與醫院管理局合作，為輪候公立醫院白內障手術的人士提供資助，讓他們可以轉往私營診所／醫院接受手術，以促進私營機構的參與，並讓公營服務使用者有更多選擇，從而減輕公營服務系統的壓力。
268. 儘管香港現時於長者長期護理服務的範疇並未採用資助券制度，但其性質、優點及限制已於「2009年住宿照顧服務報告」中詳細討論（見最後報告第93至114段）。海外的經驗以及香港推行其他資助券制度的成功經驗，加上本研究的結果顯示，於本港社區照顧服務引入資助券制度有其優點。綜合上述的公平及責任分擔的原則，我們建議社區照顧服務資助券制度應採取經濟狀況審查，按照長者的體弱程度及財政情況，為他們提供不同數額的資助，讓有真正需要的長者能接受資助服務，財政狀況較好的則運用不同數額的資助券透過「共同付款」的方式選購非資助的社區照顧服務。引入上述社區照顧服務資助券制度，能增加長者選擇及使用服務的彈性，例如將來他們可以運用資助券選購原本照顧計劃沒有包括、由服務提供者以自負盈虧模式或由私營營運者提供的其它服務。
269. 我們釐定社區照顧服務資助券的建議金額時，可以考慮一些基本因素。鑑於使用者體弱程度不同，以致對個人及護理服務的需要亦各異，資助券金額會因應「較高及「較低」的照顧需要而增減，另一方面，根據不同長者的財政狀況及分擔「共同付款」下的「差額」的能力，資助券金額可以不同。
270. 根據安老事務委員會委託顧問進行的住宿照顧服務研究中採用並已證明合適的研究方法，是次研究亦採用類似方法：使用我們調查所得的資料及政府統計處提供的二次數據，推算建議的社區照顧服務資助券的影響。結果顯示「資助長期護理服務中央輪候冊」上輪候「綜合家居照顧服務（體弱個案）」／「改善家居及社區照顧服務」的人數將會穩步上升，如果繼續現提供社區照顧服務模式(包括一個持續增加的服務名額)，輪候服務所需的時間將會不斷延長。
271. 如果引入資助券制度，「資助長期護理服務中央輪候冊」上輪候日間照顧服務及「改善家居及社區照顧服務」／「綜合家居照顧服務（體弱個案）」將會有所下降，而下降幅度則取決於資助券的金額：金額越高，下降幅度越大，輪候時間亦會越短。如果資助券制度採用經濟狀況審查機制，將有助進一步縮短輪候時間。另一方面，我們估計引入資助券制度將會刺激對社區照顧服務的需求，增幅將取決於資助券的金額及私營市場提供的服務量。

## 2c) 社區照顧服務資助券作為誘因，鼓勵有「雙重選擇」的使用者選擇社區照顧服務

272. 社區照顧服務資助券，配合預期非政府機構以自負盈虧模式營運及私營營辦者所增加服務，能為申請長期護理服務的長者提供誘因，鼓勵他們於住宿照顧服務及社區照顧服務之間選擇後者。2009年院舍服務研究報告指出，為使用者提供誘因比強制性要求他們採用社區照顧服務，更能提升公眾對計劃的認受性。此外，若服務質素及模式有所改善，

我們預期有「雙重選擇」的使用者會考慮選擇社區照顧服務而非院舍服務。然而，我們建議讓社區照顧服務的使用者保留他們於住宿照顧服務的輪候位置，提高他們的安全感。

## **2d) 實行監管制度，監察資助券使用者**

273. 要成功推行資助券計劃，必須設立有效的監察及審查機制。此外，考慮到香港長者人口中很多是貧窮人士，長者及／或其家庭照顧者未必會妥善運用現金資助獲取社區照顧服務，而是用於資助／補貼生活上的其他需要。因此，有關部門必須確保以資助券模式提供的資助是用於社區照顧服務上，亦需制定相關措施。
274. 我們認為，當局在這範疇上應該避免直接派發現金，以確保使用者將資助用於指定消費上。在上海，社區照顧資助券是以記帳形式，將用家使用資助的情況入帳，值得我們參考。此外，資助券亦可以儲值卡形式推行，每次長者使用社區照顧服務後在儲值卡扣除金額。事實上，長者醫療券的經驗可供現在建議的社區照顧服務資助券參考。
275. 由於引入資助券對公共資源的運用影響重大，有關部門在執行時必須確保公平、高效率及有效等原則。外國為長期護理服務提供現金資助時實行監管制度的經驗已在第三章論述，在此重申當中要點：在德國，當局每三至六個月會評估「照顧服務現金津貼」接受者的健康及福祉。如果發現長者未能獲得足夠的照顧，相關津貼會被撤銷（OCED，2005）；在荷蘭，使用者需向「照顧行政辦公室」報告，辦公室亦會進行抽樣調查；在美國，接受現金資助的服務使用者需簽署承諾書，保證資助金會妥為用於家居照顧服務上，違者會被檢控。上述措施均可避免濫用資助的情況。
276. 除了為社區照顧服務使用者提供資助外，社會上亦有建議同時向家庭照顧者提供現金資助，補償他們因照顧長者而放棄工作收入。此建議或許是參考一些外國經驗，包括澳洲、加拿大、愛爾蘭、瑞典及英國等。然而，我們必須從三方向考慮此建議；第一，其社會及道德基礎是否成立；第二，此舉帶來的宏觀經濟影響（在就業市場方面）；第三，行政及財政上的影響。
277. 第一，社會及道德基礎方面，我們需要了解香港仍然受傳統中國文化規範所影響，中國文化講求家庭於照顧長者成員的責任，因此有人或會關注為照顧體弱長者的家人提供現金資助，會使家庭關係變得功利，以及傳統價值敗壞。第二，我們於第三章討論過美國的經驗顯示，此舉會令人們失去工作動力，影響勞動市場。第三，為此舉而設立的監察機制，無疑會引致財政及人力成本增加，最終令公共服務的財政負擔加重。
278. 我們亦需了解西方國家的社會文化情況與香港分別頗大，包括有關孝道的文化規範、對家人的照顧，以及居住安排等。因此，既然社會對應否引入家庭照顧者津貼這個議題仍有爭議，我們需要審慎考慮當中各項細節。
279. 總體來說，在「共同付款」原則下按使用者負擔能力而定的「層遞式」制度運作的社區照顧服務資助券能促進更有效、公平及有效率地分配公共資源。然而，此制度的成功取決於一些先決條件。第一，我們必須確保在供應方面配套充足，包括足夠的服務提供者，以及不同層面及程度並擁有相關技巧的員工。我們可以參考九十年代奧地利及德國推行現金津貼照顧服務的經驗，顯示需要建立專業家居照顧服務支援制度，可以減低家庭照顧者的工作量（經濟合作及發展組織，2005:55）。第二，有關部門必須設立獨立於社區照顧服務提供者的臨床評估機制，以確保公平公正。我們需要檢討現行「安老服務統一評

估機制」，研究評估機制如何能最有效達到此目的。第三，有關部門必須訂立服務提供者質素保證機制。關於推廣非資助的社區照顧服務提供者，以及相關的質素監管機制，將於本章後文探討。上述各點難免需要投放大量人力及資源，並需要相當時間循序漸進地推行。

### 範疇三：營造合適的環境，推動社區照顧服務的進一步發展

#### 3a) 促進非資助的社區照顧服務及其質素保證機制的發展

##### 3ai) 為營運者提供支援

280. 資助券制度的成功取決於市場上是否有充足的社區照顧服務提供，讓受惠者能真正選購所需服務。當我們引入社區照顧服務資助券制度後，社會對社區照顧服務的需求應會增加，因此服務提供者方面亦需要相應增加。
281. 然而，現時私營社區照顧服務提供者的發展並不蓬勃，大概是受到由政府資助模式主導的長期護理服務所限制。雖然一些非政府機構敢於發展自負盈虧社區照顧服務，但受到場地、人手及其他因素制肘，營運規模始終有限。
282. 目前，大部分的社區照顧服務是由非政府機構運用政府的津貼或補助金提供，其服務水平基本已達飽和，再無餘力應付資助券制度衍生新的需求。推行社區照顧服務資助券制度或許能激發私營營運者開發社區照顧服務。是次研究與主要資訊提供者的面談亦顯示，部分私營安老院及社會企業均有意提供社區照顧服務，尤其是在資助券制度實行後。
283. 為擴大社區照顧服務供應量，政府或要制訂策略推廣自負盈虧社區照顧服務的發展，同時繼續提升資助服務水平，可行方法包括提供處所、財政支援、檢討現時安老院舍的發牌制度等。此外，有關部門必須設立相關機制，監察並確保非資助社區照顧服務的質素。
284. 由於香港土地資源稀少，如何為社區照顧服務營運者增加土地或場地供應，這點至為重要。政府可考慮善用公共屋邨的空置單位、民政事務總署轄下社區中心的辦公地方，以及政府轄下其他空置處所。這些空置處所或場地可以租予非政府機構，以社會企業的形式提供長者社區照顧服務。
285. 鑑於公共租住屋邨(公屋)的長者居住密度高，以及屋邨內有人手可供使用，在屋邨鄰近地方較易招聘家居照顧人員，因此在屋邨提供長者社區照顧服務實屬可取。目前，房屋署及領匯管理有限公司會定期向社署提供最新空置公共屋邨非住宅單位的名單，單位可供租予非政府機構用作福利用途，該名單已上載社署網站。房屋署現行向私營營運者提供福利折扣或寬減租金的範圍應予進一步擴展，以推廣社區照顧服務在社區層面發展。
286. 此外，如上文(第 30 段)提及，善用現有自負盈虧安老院及私營安老院場地亦可提供長者社區照顧服務。例如，安老院的額外少量休憩處可成為日間照顧服務單位，廚房亦可為鄰近地區居住的長者提供膳食。這方案可進行先導計劃，率先在幾所有足夠容納人數能力和地方並已參與改善買位計劃的私營安老院推行，但需檢討發牌條款，以及這些安老院的設施一覽表，務求符合安全及其他相關規定，尤其是法例規定。

287. 政府或許不宜向牟利的私營營運者提供有租金資助的場地，但可研究在私人發展項目的租契加入興建特建的安老服務處所的條款。不過，估計居民會反對在他們附近設立長者服務單位。因此，大家需要通力合作，促進市民接受對在他們附近設立長者服務單位，營造一個「方便長者」的社區環境。
288. 鑑於社區照顧服務屬「高技術個性化」及勞工密集的服務，非資助的社區照顧服務能否擴展，取決於人手供應，包括專業及非專業的人手。現時長者護理行業人手短缺，窒礙了非資助社區照顧服務的發展。長期護理服務的人手這個關鍵議題，會在本章後文詳加探討。
289. 事實上，推廣非資助的社區照顧服務可增加社區照顧服務的供應，亦可為難以進入主要勞動市場的低技術中年勞工提供工作機會。因此，政府相關勞工政策可作出配合。例如，政府透過勞工處推行的「中年就業計劃」：僱主每僱用一名在一年內失業不少於一個月的40歲或以上求職人士擔任全職長工，政府便會提供每位僱員每月2,000元的在職培訓津貼。政府可考慮向私營或自負盈虧的長者社區照顧服務的營運者提供類似的培訓津貼。
290. 私營社區照顧服務營運者能否生存，以及私營社區照顧服務市場能否發展，取決於營運資助服務的非牟利機構與按市價收費的私營營運者之間可否公平競爭。現時，在政府大幅資助下，受資助的社區照顧服務收費頗低。低收費會削弱私營機構的競爭力，因而威脅生存，所以或有需要檢討資助服務的收費。隨着引入社區照顧服務資助券，使用者可透過分擔差額而獲得額外服務。由過往「資助供應者」轉為「資助使用者」，以便使用者可以善用資助券，向資助或私營機構購買所需的服務。

### 3a) 非資助社區照顧服務營運者的質素保證

291. 保證營運者的質素，是推廣非政府機構及私營營運者提供非資助社區照顧服務的先決條件。「2009年安老院舍服務報告」顯示，要推行鼓勵私營營辦者發展的資助券計劃，需要設立可行的認證機制，確保服務提供者的質素。在社區照顧服務方面，確保資助券運用得宜同樣，長者能夠享用優質服務，亦同樣重要。
292. 與安老院舍的情況不同，現時未有法定的發牌制度規管社區照顧服務供應者。由於服務涵蓋範圍太廣(由簡單的家居清潔、陪伴長者，以至護理及復康運動)，因此實際上難以訂立社區照顧服務提供者的發牌規定。事實上，很多負責照顧長者的家務或兼職助理或多或少正在提供社區照顧服務。換言之，在短期內訂立社區照顧服務提供者的發牌或法例規定未必可行。
293. 目前，營運受資助社區照顧服務的非政府機構，受到社署的服務表現監察制度或合約管理系統監管。如果引入社區照顧服務資助券，容許私營及／或非政府機構營運者甚至社會企業提供服務，應設另一監察機制，如透過合約式的管理，以確保服務質素。
294. 為了推廣健康市場，當局應採取法律及制度規管措施，從而保障服務質素及消費者使用服務的權利。有鑑於此，設定服務表現標準、獨立審計部門、透明度高的投訴制度，是發展可行及健康的私營服務業界的先決條件 (Go, 1998)。相關建議可參考第三章所述的美國麻省家庭護理聯盟，以及加拿大的衛生服務評審委員會。

### 3b) 加強發展長期護理服務的人力資源

295. 要在香港發展良好的長期護理服務及社區照顧服務，取決於有足夠的人力資源，包括了正規及非正規的照顧者。因此，政府和有關持份者應合作開發人力資源，增加正規及非正規照顧者的供應，包括以下四個類別： a) 護士，b) 物理治療師及職業治療師，c) 家居／起居照顧員，以及 d) 家庭傭工。除上述類別外，鄰居亦可作為可用的「人力資源」，以補足正規護理員的工作。

### 3bi) 加強招聘和保留正規照顧者／受薪員工

296. 首先，必須制定策略，以招聘更多正規照顧者。鑑於對長者的成見及對相關照顧工作先入為主的觀念，當局可宣傳長者個人護理業正面的訊息及好處。例如，美國的「溫室退休社區」經驗顯示，照顧員可擔任多重角色，避免角色分割及造成「看更」的定型形象。這或許有助建立照顧員正面的形象，從而吸引年輕人加入護理行業。

297. 此外，社區照顧服務的工作性質可容許彈性工作時間，以便廣納專業及非專業人才，他們可能是希望參與短時間工作的人士，特別是一些要打理家務的人士。事實上，香港可參考第三章所述美國的一些活動，專門招聘一些「非傳統」的工作人員加入長者護理行業，當中包括希望打發空閒時間的剛退休人士或喪偶成年人、尋找兼職或其他工作機會的學生、尋找更「有意義」工作的零售或食物服務員，以及希望藉護理技能獲取報酬的家庭主婦 (Stone, 2000)。此外，非資助的社區照顧服務若蓬勃發展，不但服務會覆蓋全港，對到戶服務的潛在需求亦高，照顧長者的服務員可以輕易在附近覓得顧客或服務使用者。由於工作與居住地點距離不遠，他們可於工作之餘，同時兼顧家庭。

298. 另一方面，提供「實質好處」、事業前途、學習新技能的培訓和機會，以及晉升機會，亦是增強工作滿足感的措施，有助吸引和挽留照顧人員。這在國際間長期護理業的人力資源管理實踐中已證明屬實(Kane, 2003; Nakhnikian and Kahn, 2004)。

299. 與安老院的情況相似，社區照顧服務亦存在專業護理人才短缺的問題。「2009 年住宿照顧服務報告」顯示院舍服務護士短缺的問題 (最後報告第 207 段)。為增加社區照顧服務的護士供應，現建議持續增加本地培訓機構取錄名額。社署早前舉辦的八班全職訓練課程亦值得表揚。在 2006-2011 年間，課程為社會福利界訓練了 930 名登記護士。兩班為社福界開設的登記護士訓練課程會在 2011 年 10 月及 2012 年 2 月分別開辦。前後十班課程共提供 1 150 個名額。這些特殊的培訓計劃規定獲得政府全額學費資助的畢業生，在畢業後最少連續兩年在社會福利界工作。首三班共 300 名畢業生，當中近九成已成為登記護士，投身社會福利界。因此，有關部門應推行類似的特殊課程，以增加整體護士供應，當中一些護士或許能夠加入長者護理界。

300. 同樣，我們可以透過增加本地學院每年招收新生的名額 (現時每年約 60 至 70 個)，增加職業治療師／物理治療師的總體供應。事實上，政府早前支援本地學院開展「暫增課程」，根據人手需要提供專業訓練課程。計劃能為長者服務業提供更多畢業生，以滿足社區照顧服務的人手需要。

301. 除了護士及職業治療師／物理治療師等專業人員外，招募更多保健員及起居照顧員等非專業人員，亦十分重要。現時有 30 個培訓機構提供保健員訓練課程，這些途徑能為有志從事長者／個人照顧行業的人士，例如學歷較低的年輕人或中年人士提供更多就業途徑，培訓他們取得半專業資格。安老事務委員會早前與醫院管理局合作推行訓練先導計劃的經驗顯示，政府已於 2003 年將長者照顧技巧納入「技能提升計劃」，至今提供 15

個單元合共 496 班課程，為從事長者照顧行業的員工提供訓練，提升他們照顧體弱長者的技巧及能力。我們建議有關部門考慮為保健員／起居照顧員提供類似課程，以增加相關人手的供應。

302. 「僱員再培訓局」亦提供「起居照顧員證書課程」及「家居長者照顧員證書課程」，一些非政府機構及勞工團體亦免費提供「保健員文憑課程」。2009 年，有 2,706 人報讀「起居照顧員證書課程」及「家居長者照顧員證書課程」，當中 2,498 人（92.3%）完成課程；1,270 人報讀「保健員文憑課程」，當中 941 人（74.1%）完成課程；2006 至 2010 年，共有 13,682 人報讀這些由「僱員再培訓局」及「技能提升計劃」提供的課程<sup>6</sup>。我們明白並非所有報讀這些課程的人士最後都會加入照顧員行業，但這仍可作為人力資源庫，為日後私營及／或自負盈虧社區照顧服務擴充時提供人手。
303. 同時，教育局於 2008 年推行的「資歷架構」，擔當推動終身學習的平台，並提供全面的學習網絡。「資歷架構」的運作有賴健全的質素保證機制，確保只有經質素檢定的資歷及相關課程才可獲得「資歷架構」確認。現時有 16 個行業參加「資歷架構」，覆蓋超過香港總勞動人口的 40%。我們建議，將「資歷架構」擴展至長者服務業，以促進從業員的持續學習及培訓，同時訓練及吸引更多業外人士入行，以解決人手不足的問題。
304. 除了增加不同資歷水平的長者照顧員工的供應外，提供長者服務的非政府機構亦應改善員工的薪酬及工作環境，令有關條件與醫院的相關職位可相比較。此外，各機構亦應推廣「改善工作質量」、「工作輪換」及確保員工有清晰的晉升階梯發展事業等。具體來說，可考慮發展「護理護士」職位，特別是專門照顧長者的資深「老年護理護士」，這有助於挽留護士人手。這些方法有助吸引人才入行及挽留現有人手。我們認為亦可以參考社署在 2008 年整筆撥款津助制度檢討時從獎券基金特別撥款予非政府機構在限定時間內提供額外資源的做法。
305. 面對長者長期護理服務正規人手短缺的問題，引入「規程為本護理」是值得考慮的方案。「規程為本護理」一詞指多項臨床護理程序，包括糅合計算程式、護理途徑、臨床指引、程序及病人群組指引。應用範圍主要有兩個不同方面：第一，可用於一般的健康護理層面，當中多專業團隊或個別專業人士運用一些規程、途徑或指引作為統一和協調照顧程序的工具；第二，權責下放的情況，在特定的臨床過程中，醫生可將一些權力和責任下放護士，或由護士下放護理員(Ilott, Rick, Patterson, Turgoose & Lacey, 2006)。按照清晰的職責說明，加上充分培訓和能力評估等監察，部分工作更可下放如保健員/起居照顧員等低技術員工負責。這樣不但可以減省培訓專業員工的時間和資源，亦可吸納一些學歷相對較低的人入行。

### 3bii) 提升家庭傭工的照顧技巧

306. 隨着婦女就業人數增加，家庭對長者的照顧能力亦逐漸下降。與其他先進的經濟體系一樣，香港亦「輸入」外籍家庭傭工或聘請本地家庭傭工分擔甚或取代家人的照顧責任。雖然部分家庭傭工曾接受家務培訓，但她們未必掌握照顧體弱長者的特別知識和技巧。
307. 是次研究調查顯示，很多家庭照顧者表示所僱用的外籍家庭傭工缺乏照顧長者的技巧，而長者與外籍家庭傭工更出現溝通問題。因此，有需要為家庭傭工(包括外籍及本地家庭

<sup>6</sup>本段數字均以人次表示，資料由勞工及福利局提供

傭工)提供照顧長者技巧訓練。現時有些非政府機構提供長者照顧培訓課程，可能切合家庭傭工的工作需要。不過，應讓僱主意識到培訓家庭傭工的重要，這樣他們才會鼓勵家庭傭工參與培訓。

308. 政府可考慮相關部門互相合作推行計劃，例如入境事務處、勞工處、社署及非政府機構，提供專為家庭傭工而設，並以不同語言授課的培訓課程。此外，香港可以參考日本和台灣的做法，要求照顧長者的家庭傭工接受培訓及持有牌照，確保她們有足夠的長者照顧技巧。
309. 當局在鼓勵家庭傭工接受長者照顧技巧訓練時，亦應強化鄰里支援網絡。當家庭傭工外出接受培訓時，鄰居亦能暫時擔當保姆角色。

### 3biii) 推動鄰里向長者提供支援

310. 鄰里等非正規照顧者可為正規專業照顧者提供額外支援。由義工和非正規照顧者組合而成，並向義工及非正規照顧者發放金錢酬勞，讓長者可以獲得低端的個人支援服務，例如看守長者、陪診、代購物品等。
311. 自 2008 年起，安老事務委員會推出「左鄰右里積極樂頤年」試驗計劃，推廣鄰里守望互助精神，尤其是向區內獨居長者提供適切的支援及協助。此計劃成功動員約 12,400 名義工為 95,000 名<sup>7</sup>長者提供多種服務，包括家訪、外出活動和興趣小組等(勞工及福利局，2010)。由此證明，鄰里支援網絡在長者照顧方面發揮作用。
312. 發展長者鄰里支援網絡，也可參考社署於 2008 年以試驗形式推行為期三年的「鄰里支援幼兒照顧計劃」。此計劃邀請鄰里成為社區保姆，並為區內六歲以下幼兒於周日和某些周末／公眾假期提供照顧服務，服務時間為上午七時至晚上十一時；而社區保姆亦會獲得報酬。套用到長者照顧方面，鄰里可以到長者家中或護送長者到自己住所照顧；這可以讓長者於同一樓層或大廈內獲得照顧，而不用往返服務中心，以免長者舟車勞頓。
313. 在推動鄰里成為非正規照顧者，亦可為一些低技術工人或家庭主婦創造就業機會，賺取額外收入。若在一些有大批長者居住的舊區和公共屋邨推行，更能促進社區經濟及改善居民的經濟狀況。相關例子可參考由長者安居服務協會營運的「管家易」家居服務，協會透過僱員再培訓局和職業訓練局招聘家庭主婦成為服務提供者。
314. 事實上，在舊區高度集中的家庭主婦及求職者亦可以為社會企業在顧客及人力資源上提供一個發展良機，以建立自負盈虧/私營的社區照顧服務的商業模式。正如上文第 3ai) 部分所指，政府或許可以進一步協助社會企業發展起動。
315. 不過，當鼓勵由鄰里和社區人士向長者提供支援服務時，應設立一些措施為他們提供保險，以保障他們遇到意外或受傷時獲得賠償。是次研究的受訪者表示，部分非政府機構不願意聘用這些「臨時工人」作家庭照顧者，而有需要的家庭也會因為需要替他們購買保險(即使低至 50 元)而卻步。

---

<sup>7</sup>兩個數字均以人次表示，資料由勞工及福利局提供

316. 此外，為確保動員鄰里和義工向長者提供非正規照顧的過程順利，釐清正規照顧提供者和義工之間的分工、具體期望、招募、培訓、服務配對、評估方法、支援及監管等各方面的細節都十分重要。

### 3c)：提高公眾對社區照顧服務的認識

317. 透過與受資助長期護理服務的提供者及申請者會面，我們發現社會上流行一個觀念：申請受資助住宿照顧服務是一種「保險」或保證，確保在有需要時能使用該服務。社署及住宿照顧服務申請者表示，不少個案的申請者因希望繼續在社區／家居生活而拒絕或延遲接受資助住宿照顧服務配額，這可能反映當局高估了受資助住宿照顧服務輪候名單的人數，其實社區照顧服務的需求可能更大。

318. 有見及此，我們有需要提供更多公眾教育，以改變大眾（包括長者申請人及其家庭成員）對申請資助住宿照顧服務的觀念。若政府能提供足夠及適當的資助社區照顧服務（直接服務或資助券），則可讓有需要人士在輪候資助住宿照顧服務以外有其他選擇。

319. 是次研究顯示，大量家庭照顧者不知道如何取得社區資源，協助他們照顧家中體弱長者，主要原因是私營市場沒有發展社區照顧服務，以及受資助的社區照顧服務營運者宣傳不足。宣傳不足可能是因為這些服務營運者現時的服務水平已經飽和，部分更有大批輪候者，因此沒有必要進一步推廣服務。雖然部分非政府機構提供自負盈虧的社區照顧服務，但規模相對較小，不足以回應公眾的需要。相反，大量私營營運者提供住宿照顧服務，令公眾（特別是長者本人及他們的家人）較容易接觸到有關院舍的資訊，這也許解釋為何香港使用院舍服務的人數偏高，而社區照顧服務規模較細，以及服務使用者人數較少。

320. 因此，我們需要透過多項策略推廣社區照顧服務，包括進一步增加資助服務，支援非政府機構經營自負盈虧服務，以及鼓勵私營營運者提供服務。在增加社區照顧服務供應時，亦需要相應增加宣傳、公眾教育，並向公眾、長者及其家人提供容易接觸的資訊。上述措施能為長者提供更多選擇，鼓勵他們在有需要時使用社區照顧服務而非住宿照顧服務。

321. 參考外國為長者提供容易接觸資訊的經驗，我們建議有關部門建立「長者入門網站」，為長者提供全面的資訊，包括社區照顧服務。香港耆康老人福利會受政府資訊科技總監辦公室委託設立的「長青網」，是在這方面好的開始。此外，政府可以進一步發展現時的熱線電話（1823），成為一站式查詢／長者服務資訊的平台。然而，我們亦需要注意，現時長者使用互聯網的比例仍然偏低（約 10%）（政府統計處，2009）。

## 第六章 其他相關議題

322. 在香港推行可持續發展的社區照顧服務供應模式時，有兩項與香港長期護理服務相關的議題需要政府進一步探討和研究，這些議題包括 1) 營造適合長者的基礎建設；及 2) 提升老年癡呆症患者的服務。

### 議題一：營造適合長者的基礎建設

323. 在社區持續發展一個可行的社區照顧服務系統，實在需要其他政策措施配合，以便營造適合長者的環境。歸根究柢，這關乎於提供社區照顧服務的處所的供應、無障礙的社區環境、無障礙運輸系統令長者暢行無阻從而參與社區，以及可持續的長期護理融資系統。
324. 本研究顯示，很多社區照顧服務的營辦者希望獲得面積更大的處所，以提供寬敞的環境營運其服務。這可以讓員工有更佳的工作環境，以及提供更多空間予日間護理服務使用者進行活動及社交聯誼。如第五章建議，政府可向非政府機構提供更多處所，例如在房屋署的公共屋邨內。另外，若要推廣非資助性質的社區照顧服務，社區上需要有足夠的場地供應。不過，現時的《規劃標準與準則》中，雖然已對長者中心及日間護理中心/單位作出規定，但其他社區照顧服務設施卻未有特設規定。《規劃標準與準則》或需進行檢討，並增訂社區照顧服務設施的特定水平。
325. 此外，我們亦需要進一步推廣無障礙社區設施及環境，方便長者在社區內進出。具體來說，政府可進一步在公共、私人處所及社區設施推廣採用「通用設計」及無障礙通道，提升長者的流動性。若加強執行《建築物條例》有關強制規定及設計建議要求的條文則更為理想。政府亦可考慮規定公共交通營運者提供更多適合長者使用的設施，以及提供長者車費優惠。
326. 研究小組從與年長服務使用者及他們的家庭照顧者會晤中察覺，目前急需擴展接送服務，以便長者就診及接受日間護理服務。
327. 目前，長者及殘疾人士可租用香港復康會的復康巴士服務，此服務為受資助服務。不過，由於使用人數眾多而情況又各有不同，他們對服務需求龐大，使用者的輪候時間經常都很長。因此，當局或應檢討這項服務目前的資助情況，或指定專為年長服務使用者而設的交通服務。
328. 另一方面，私營機構或社會企業可推廣類似的無障礙汽車服務。新近推出的「鑽的」服務是個好的參考例子。「鑽的」在 2010 年年底由一個與的士車主及司機以伙伴形式協作的慈善創業機構引入。目前只有 5 輛「鑽的」，但公司已計劃在不久將來增至 20 輛。這些「鑽的」與其他的士一樣，每程最多可接載 5 名乘客，或容納 2 名輪椅使用者及 2 名照顧者。
329. 事實上，當我們參考海外的經驗時發現，類似的無障礙汽車不一定只用於接載使用者就診或接受治療。推廣提供這種由非政府機構或私人營辦者以自負盈虧方式提供的接送服務或會有好處。這亦可能是建議中的社區照顧服務資助券的適用途徑之一，以便促進長者暢行無阻及參與社區。

330. 另一方面，社會對於社區照顧服務不斷上升的需求已超越營辦者可提供服務的上限，故有需要增加交通接送，以便家居照顧人員更有效率地提供其服務。例如，可向社區照顧服務營運者提供額外資源以購買或租用車輛，接載職員到達服務使用者所處之地，從而減少職員花在公共交通上的時間。
331. 長期護理融資的可持續性亦是發展適合長者的基建的重要一環。鑑於長期護理服務(包括社區照顧服務)的需求不斷上升，當局或有需要研究可否設立長期護理保險。
332. 政府在過往數十年已研究發展醫療保險的可行性。最近，政府在 2008 年發表醫療改革諮詢文件，提供六個醫療輔助融資方案(2008 年 3 月香港特區政府食物及衛生局)，其中三個屬於保險。在第二階段的公眾諮詢，政府提出醫療保障計劃，提供由政府規管的醫療保險，為願意尋求私營醫療服務的市民提供更佳選擇。政府亦知道長者在投購醫療保險時的潛在困難，政府因此已建議向長者提供部分經濟支援，協助他們加入醫療保險計劃。
333. 對於長者來說，「治療」(健康服務)及「護理」(長期照顧)有著密切的關係，若健康及長期護理保險兩者配合得宜，將有助向長者提供可行的安全網，保障長者在急性及長期病患方面的健康問題。然而，現時觀察所見，目前尚未有一個成熟的長者醫療保險「市場」，這是由於醫療保險在長者的覆蓋率偏低：在 2008 年及 2009/2010 年分別只有 8.2% 及 10.2% 的長者(年滿 65 歲及以上)得到醫療保險保障，當中超過一半是由他們的僱主購買，而在 2008 年及 2009/2010 年分別只有 3.5% 及 4.9% 的長者以個人名義購買醫療保險(2009 年及 2010 年政府統計處)。長期護理保險在香港，尤其是對長者來說，更是一項嶄新的概念。由於這兩種保險在本港的發展階段不同，因此有需要進一步研究兩者的配合。長遠來說，為了預計公眾的接受程度，當局應推行更多關於各種保險計劃的性質、優點及限制的公眾教育。

## 議題二：提升患有老年癡呆症長者的服務

334. 社區照顧服務發展的潛在挑戰之一，是患有老年癡呆症的長者人數持續上升。當局有需要研究它對社區照顧服務的規劃及服務提供的影響。
335. 認知能力受損(包括老年癡呆症)是導致長者入住長期護理院舍的主要原因之一(Woo et al, 2000; 引自 Yu, et al., 2010:80)。最近一項研究估計，已入住長期護理院舍而患有老年癡呆症的長者人數，會由 2010 年的 19,000 上升至 2036 年的 48,000。另一方面，居於社區的患者(年滿 60 歲及以上)會由 2010 年的 86,000 上升至 2036 年的 225,000 (Yu, et al., 2010)。另一項就全數 59 個政府資助日間護理中心進行的研究亦指出，日間護理中心使用者患有老年癡呆症的比率頗高(44%)，共有 1,420 位(2010 年賽馬會耆智園及社聯)。
336. 本地研究指出，老年癡呆症患者主要的非正式照顧者，相比非照顧者的健康較差、較常就診、感到焦慮及抑鬱，和體重下降，以及與健康相關的各方面生活質素都受到負面影響(Ho et al. 2009, 引自 Yu, et al., 2010:80)。家人照顧者的「耗盡」可能是導致患有老年癡呆症長者最後入住安老院舍數字上升的原因之一。
337. 對中度老年癡呆症的患者來說，社交接觸是他們其中一個應被顧及的需要(Chung, 2006)。長者日間護理中心能為患有老年癡呆症的長者提供社交場合。此外，一些研究證實日間護理中心的活動能維持這些長者的生活質素、認知及自理能力，以及減低家庭照顧者的負擔(Kwok, Ho & Li, 2009)。根據另一項研究(Chan, Mok, Wong, Pang & Chiu, 2010)，

負責照顧患輕度老年癡呆症長者的家人寧願使用日間照顧服務多於其他支援服務（例如家居照顧及暫托服務等），這些服務對減輕患者於行為及心理上的症狀、功能上的減退及照顧者的壓力上均有正面效果。海外研究亦指出日間護理中心能令老年癡呆症患者感覺更放鬆及對身邊事物有較良好的反應(Abramowitz, 2008)。此外，視像診症或有助專業人員以遙距形式向留在家中的長者提供小組認知訓練活動(Poon et al, 2005; 引自 Yu, et al., 2010:80)。

338. 因此，若能提供適當及充足的社區照顧服務，患有老年癡呆症的長者或可減慢衰退程度，並因而延長他們在家與家人相處的時間。目前尚未有專為居於社區並患有老年癡呆症的長者而設的資助服務，只有一些由非政府機構以自負盈虧方式營運的日間及社區照顧服務。研究小組察覺到政府已在 2011-12 年度財政預算案，透過擴闊「照顧癡呆症患者補助金」的資助範圍，由原本受惠的住宿照顧服務使用者擴展至正接受日間護理中心服務的老年癡呆症患者，認同支援這些長者的需要。不過，我們可能值得考慮此補助金能否擴展至其他社區照顧服務(包括家居為本服務如「改善家居及社區照顧服務」和「綜合家居照顧服務(體弱個案)」，讓服務營辦者可調配更多資源為居家的老年癡呆症患者提供服務。
339. 鑑於預防和及早介入治理的好處，如第五章所述，政府可考慮以長者地區中心作為「前台」，發揮及早識別老年癡呆症患者的作用。長者地區中心亦可為長者家人在識別老年癡呆症的早期癥狀方面提供資料及培訓，以及為老年癡呆症患者的家庭成員提供適時及所需的照顧。
340. 參考海外(例如澳洲)設立老年癡呆症日間護理中心的經驗，當局值得研究在香港設立這類中心。與家庭護老者及服務營辦者會晤資料顯示，患有老年癡呆症的長者可能在日間護理中心空間有限的情況下會對中心的其他使用者作出滋擾行為。不過，當局需審慎考慮專為老年癡呆症患者而設的中心與融合不同服務使用者組別的綜合中心兩者相對的優勝之處，以及隔離相對社會共融方面的問題。

\*\*\*\*\* 完 \*\*\*\*\*

主要資訊提供者名單

	機構
1.	長者家安老服務研究社
2.	基督教靈實協會
3.	賽馬會耆智園 (腦退化症服務)
4.	基督教家庭服務中心
5.	長者安居協會
6.	香港老年痴呆症協會
7.	醫院管理局 港島西醫院聯網 社區護士
8.	香港中國婦女會
9.	香港聖公會福利協會 張國亮伉儷安老服務大樓
10.	香港社會工作者總工會
11.	香港社會服務聯會
12.	香港房屋協會
13.	聖雅各福群會健智支援服務中心
14.	聖雅各福群會
15.	百本專業護理服務
16.	香港安老服務協會
17.	仁愛堂
18.	基督教香港信義會
19.	長者政策監察聯席
20.	賽馬會流金匯
21.	工聯會 - 商業機構及家居服務從業員協會
22.	浸會愛群社會服務處 - 綜合長者健康服務
23.	香港家庭福利會
24.	職工盟 - 社區及院舍照顧員總工會

## 參考文獻：

- AARP. (2009). China aims for more community-based elderly care. Retrieved September 30, 2010, from <https://www.aarpglobalnetwork.org/netzine/Industry%20News/Caregiving/Pages/Chinaaimsformorecommunity-basedelderlycare19429822.aspx>.
- Abramowitz, Leah(2008) "Working with Advanced Dementia Patients in a Day Care Setting", *Journal of Gerontological Social Work*, 50(3), 25-35
- Allen, I., Hogg, D., & Peace, S. (1992). *Elderly People: Choice, Participation and Satisfaction*. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.psi.org.uk/publications/publication.asp?publication\\_id=60](http://www.psi.org.uk/publications/publication.asp?publication_id=60).
- Allen, P. D., Cherry, K.E. and Palmore, E. (2009) Self-reported ageism in social work practitioners and students, *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (2), 124-34
- Alzheimer Europe. (2009). Netherlands: Home Care. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Netherlands>
- Applebaum, R. and Austin, C. 1990. *Long Term Care Case Management: Design and Evaluation*. New York: Springer
- Arling, G., Karon, S., Sainfort, F., Zimmerman, D., & Ross, R. (1997). Risk adjustment of nursing home quality indicators. *The Gerontologist*, 37(6), 757.
- Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government. (2009a). *Health Expenditure Australia 2007-08*. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10954>
- Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government. (2007). *Older Australia at a glance: 4th edition*. Cat no. AGE 52. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government. (2009b). *Australia's welfare 2009*. Australia's welfare series no. 9. Cat. no. AUS 117. Canberra: AIHW.
- Bemabei et al.(1998). "Management of Pain in Elderly Patients with Cancer" in *JAMA* 1999 Jan 13;281(2), 136.
- Béland, F., Bergman,H., Lebel, P., & Clarfield, A. M., et al. (2006). A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences*, 61A(4), 367-43.
- Bjorkgren, M., Fries, B., & Shugarman, L. (2000). A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging*, 19, 106-125.
- Bogdonoff, M.D., Hughes, S.L., Weissert, W.G., & Paulsen, E. (Eds.). (1991). *The Living At Home Program: Innovations in Service Access and Case Management*. New York: Springer Publishing Co.
- C&SD, HKSAR. (2008). Thematic Household Survey Reprint No. 40. p.52. retrieved September 30, 2010, from [http://www.statistics.gov.hk/publication/stat\\_report/social\\_data/B11302402009XXXXB0100.pdf](http://www.statistics.gov.hk/publication/stat_report/social_data/B11302402009XXXXB0100.pdf)

- C&SD, HKSAR. (2009). Socio-demographic Profile, Health Status and Self-care Capability of Older Persons. *Thematic Household Survey Report No. 40*. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.censtatd.gov.hk/freedownload.jsp?file=publication/stat\\_report/social\\_data/B11302402009XXXXB0100.pdf&title=Thematic+Household+Survey+Report+-+Report+No.40&issue=-&lang=1&c=1](http://www.censtatd.gov.hk/freedownload.jsp?file=publication/stat_report/social_data/B11302402009XXXXB0100.pdf&title=Thematic+Household+Survey+Report+-+Report+No.40&issue=-&lang=1&c=1).
- C&SD, HKSAR. (2010). *Population by Age Group and Sex. Hong Kong Statistics*. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.censtatd.gov.hk/hong\\_kong\\_statistics/statistical\\_tables/index\\_tc.jsp?tableID=002&ID=&subjectID=1](http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index_tc.jsp?tableID=002&ID=&subjectID=1)
- Canadian Home Care Association (2008). Executive Summary. *Portraits of Home Care in Canada*. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.cdnhomocare.ca/content.php?doc=81>
- Cash & Counseling (2009). Program Overview. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.cashandcounseling.org/index.html>
- Centre for Policy on Aging (2009). Ageism and age discrimination in social care in the United Kingdom-A review from the literature. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-%20ageism and age discrimination in social care-report.pdf](http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-%20ageism%20and%20age%20discrimination%20in%20social%20care-report.pdf)
- Challis, D. (2003). Achieving coordinated and integrated care among long term care services : the role of care management. In Brodsky, J., Habib, J. and Hirschfeld, M. (eds), *Key Policy Issues in Long Term Care*. World Health Organisation, Geneva, 139–89.
- Challis, D., Chesterman, J., Lockett, R., Stewart, K. and Chessum, R. (2002). *Care Management in Social and Primary Health Care: The Gateshead Community Care Scheme*. Ashgate, Aldershot, UK.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. and Traske, K. (1995). *Care Management and Health Care of Older People : The Darlington Community Care Project*. Ashgate, Aldershot, UK.
- Chan, H.M. & Pang, S. (2007). Long-Term Care: Dignity, Autonomy, Family Integrity, and Social Sustainability: The Hong Kong Experience. *Journal of Medicine and Philosophy*, 32, 401-427.
- Chan, W.C., Ng, C., Mok, C.C.M., Wong, F.L.F., Pang, S.L. & Chiu, H.F.K. (2010). Lived Experience of Caregivers of Persons with Dementia in Hong Kong: a Qualitative Study. *East Asian Arch Psychiatry*, 20, 163-168.
- Chan, W.S., Li, S.H. & Fong, P.W. (2004). An actuarial analysis of long-term care demand in Hong Kong. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, 143-145.
- Chappell, N. L., Dlitt, B.H., Hollander, M.J., Miller, J.A. and McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 44(3):389–400.
- Chen, F.L., & Kwon, H.J. (2008). Governing universal health insurance in Korea and Taiwan. Paper presented at Taiwan Society Welfare Association Annual Meeting 2008 and “Construction and Innovation of the Society Security System at the New Century” International Academic Conference. Retrieved September 30, 2010, from <http://swat.sw.ccu.edu.tw/downloads/papers/200805230403.pdf>
- Cheng, S.T. & Chan, A.C.M. (2003). Regulating Quality of Care in Nursing Homes in Hong Kong: A Social-Ecological Investigation. *Law & Policy*, 25(4), 403-423.
- Cheung, C.K. and Chow, E.O.W. (2006). Spilling over strain between elders and their caregivers in

- Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 63(1),73-93.
- Cheung, C.K. and Ngan, R.M.H. (2005). Improving Older Adults' Functional Ability Through Service Use in a Home Care Program in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, 15(3), 154-164.
- Cheung, S.L., et. al. (2010). Factors Associated with Healthy Longevity and Home Caregiving - the Study of Oldest-Old and Centenarians in Hong Kong. Manuscript submitted for publication.
- Chi, I. (1994). *Family Structure and Family Support of the Old-old in Hong Kong*. Paper presented at the Conference Proceedings of International Conference on Family and Community Care, Hong Kong.
- Chi, I. (1995). Mental Health of the Old-old in Hong Kong. *Clinical Gerontologist*, 15(3), 31-44.
- Chi, I., Cheng, Y.H., Cheng, B.S., & Law, C.K. (2000). *Consultancy study on the review of day care centres, multi-service centres and social centres for the elderly and integration of elderly care service — Final Report*. Hong Kong: Centre on Ageing, the University of Hong Kong.
- Chi, I., Lam, Z., & Chan, P. (1998). *Consultancy Report on Community Support Services for the Elderly People in Hong Kong*. Hong Kong: The University of Hong Kong.
- Chiu, H.C. (2002). Organization and Delivery of Long-Term Care in Taiwan. *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2), 217-232. Retrieved September 30, 2010, from [http://dx.doi.org/10.1300/J031v13n02\\_15](http://dx.doi.org/10.1300/J031v13n02_15)
- Chou, K.L., & Chi, I. (2004). Factors associated with the use of publicly funded services by Hong Kong Chinese older adults. *Social Science and Medicine*, 58(6), 1025-35.
- Chow, N. (1993). The Changing Responsibilities of the State and Family toward Elders in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy*, 5(1-2), 111-126.
- Chui, E.W.T. et al. (2009) *Elderly Commission's Study on Residential Care Services for the Elderly Final Report*. Hong Kong: Elderly Commission.
- Chui, E.W.T., Ko, L. S.F., Leung, A., Lou, V., Law, C.K., Cheng, Y.H., Ng, S., Chi, I. and Chan, K.S. (2009). *Report on A study on effectiveness of integrated home care service in community care for elderly people in Hong Kong* (unpublished report). Research project funded by the Research Grants Committee Public Policy Research (HKU 7001-PPR-5).
- Chui, E.W.T., Ko, L. S.F., Leung, A., Lou, V., Law, C.K., Cheng Y.C., Ng, S., Chi, I., and Chan, K.S. (2009) unpublished report of *A Study on Effectiveness of Integrated Home Care Service in Community Care for Elderly People in Hong Kong*. Public Policy Research supported by the Research Grant Council. Hong Kong.
- Chung, J.C.C. (2006). Care needs assessment of older Chinese individuals with dementia of Hong Kong. *Aging & Mental Health*, 10(6), 631-637.
- Collins, C. E., Butler, F. R., Gueldner, S. H. and Palmer, M. H. (1997) Models for Community-based Long-term Care for the Elderly in a Changing Health System. *Nursing Outlook*, 45, 59-63.
- Costa, F.J., Elvira, D., & Mascarilla, M.O. (2009). 'Ageing in place'? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46 (2), 295-316.
- Cuddy, J. C., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267-285.
- Curl, A. L.; Simons, K. and Larkin, H. (2005) Factors affecting willingness of social work students to accept jobs in aging. *Journal of Social Work Education*, 41(3), 393-406.

- Dalley, G. (2000). Long-Term Care in the United Kingdom: Community or Institutional Care? Individual, Family, or State Responsibility? *Journal of Aging & Social Policy*, 12(1), 1-5.
- Department of Health, HKSAR. (2008). Health Service Review. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.dh.gov.hk/english/pub\\_rec/pub\\_rec\\_ar/pdf/0708/Annual\\_Report/C4\\_all.pdf](http://www.dh.gov.hk/english/pub_rec/pub_rec_ar/pdf/0708/Annual_Report/C4_all.pdf)
- Department of Health, HKSAR. (2010). Unpublished Report.
- Department of Health and Ageing, Australian Government. (2010a). A New Strategy for Community Care – the way forward. Retrieved September 30, 2010,, from [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AB724C0DE3D26BAFCA2576A9007B98CC/\\$File/AGDOS-Ch3.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AB724C0DE3D26BAFCA2576A9007B98CC/$File/AGDOS-Ch3.pdf).
- Department of Health and Ageing, Australian Government. (2010b). Help staying at home. Retrieved September 30, 2010, from <http://agedcareaustralia.gov.au/internet/agedcare/publishing.nsf/Content/What+programs+are+available#9>.
- Department of Social Affairs, Ministry of the Interior. (2007). Long Term Care Plan in the decade in Taiwan. Retrieved September 30, 2010, from <http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>.
- Doughty, K., Cameron, K. & Garner, P. (1996). Three generations of telecare for the elderly. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2(2), 71-80.
- Education Bureau (2011). Qualifications Framework is a long-term project to build manpower infrastructure. *Press release*, January 3, 2011
- Eleazer, P., & Fretwell, M. (1999). The PACE model (Program for All Inclusive Care of the Elderly): A review. In P. Katz, R. Kane, & M. Mezey (Eds.), *Emerging Systems in Long-Term Care Organization* (pp. 88-117). New York: Springer Publishing. Retrieved September 30, 2010, from [http://books.google.com.hk/books?id=nzoRxpcGdNUC&pg=PA119&lpg=PA119&dq=Emerging+Systems+in+Long-Term+Care+Organization&source=bl&ots=Um2MlpQS9e&sig=fm7bvumF7-CF4vkvXWclDkws7qY0&hl=zh-TW&ei=wxJyTOTCO8-PcaTuqJoN&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=Emerging%20Systems%20in%20Long-Term%20Care%20Organization&f=false](http://books.google.com.hk/books?id=nzoRxpcGdNUC&pg=PA119&lpg=PA119&dq=Emerging+Systems+in+Long-Term+Care+Organization&source=bl&ots=Um2MlpQS9e&sig=fm7bvumF7-CF4vkvXWclDkws7qY0&hl=zh-TW&ei=wxJyTOTCO8-PcaTuqJoN&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=Emerging%20Systems%20in%20Long-Term%20Care%20Organization&f=false)
- Eleazer, P., & Fretwell, M. (1999). The PACE model (Program for All Inclusive Care of the Elderly): A review. In P. Katz, R. Kane, & M. Mezey (Eds.), *Emerging Systems in Long-Term Care Organization* (pp. 88-117). New York: Springer Publishing.
- Federal Handbooks. (2010). *2010 Long-Term Care Planning Handbook*, 22. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.federalhandbooks.com>
- Ferraro, K.F. (2007) The gerontological imagination. In Wilmoth, J.M. and Ferraro, K.F. (Eds.), *Gerontology: Perspectives and Issues*. (pp.325-42). New York: Springer.
- Fisk, M. J. (2003) *Social Alarms to Telecare: Older People's services in Transition*. Bristol: Policy Press. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.google.com/books?hl=zh-TW&lr=&id=CvdDtcRfEe0C&oi=fnd&pg=PR4&ots=BYimdIat\\_N&sig=ob7zqnlXQqsQWzKxmaRmuYdGISQ#v=onepage&q=&f=false](http://www.google.com/books?hl=zh-TW&lr=&id=CvdDtcRfEe0C&oi=fnd&pg=PR4&ots=BYimdIat_N&sig=ob7zqnlXQqsQWzKxmaRmuYdGISQ#v=onepage&q=&f=false).
- Fortinsky, R.H., Fenster, J.R., & Judge, J.O. (2004). Medicare and Medicaid Home Health and Medicaid Waiver Services for Dually Eligible Older Adults: Risk Factors for Use and Correlates of Expenditures. *The Gerontologist*, 44(6), 739-749.

- Gail, W. (1993). Users and providers: different perspectives on community care services. *Journal of Social Policy*, 22(4), 507-526.
- Go, K. (1998). The introduction of market mechanisms for long-term care services – An international comparison with implications for Japan. NLI Research Institute. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.nli-research.co.jp/english/socioeconomics/1998/li9804.html>
- Gott, M., Seymour, J., Bellamy, G., Clark D., Ahmedzai, S.H. (2004). Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine*, 18(15), 460-467.
- Grant, L.D. (1996). Effects of Ageism on Individual and Health Care Providers' Responses to Healthy Aging. *Health & Social Work*, 21(1), 1-8. Retrieved September 30, 2010, from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=9602154224&site=ehost-live>
- Handy, J. (2006) Home and Community-Based Services Provide Choice, AARP International. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.aarpinternational.org/resourcelibrary/resourcelibrary\\_show.htm?doc\\_id=545687](http://www.aarpinternational.org/resourcelibrary/resourcelibrary_show.htm?doc_id=545687)
- HKCSS (2010). Survey Reveals High Rate of Day Care Users Have Dementia in Hong Kong. *Scenario* 30.
- HM Government, UK. (2010). Building the National Care System. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_114923.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_114923.pdf)
- Home Care Alliance (2010). *Home Care Agency Accreditation Program*. Retrieved September 30, 2010, from <http://thinkhomecare.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=166>
- Hong Kong Council of Social Service. (1994). *Role of Family in Community Care*. Hong Kong: The Working Group on Research for International Year of the Family, Family Service and Child Care Division and Research Department.
- Hong Kong SAR Government (2011). *The 2011-12 Budget*. Retrieved June 13, 2011, from <http://www.budget.gov.hk/2011>
- Hospital Authority (2010). Manpower Requirement and Strategies for Nurses. AOM-P695. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_view\\_content.asp?Content\\_ID=201352&Lang=ENG&Dimension=100&Ver=HTML](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_view_content.asp?Content_ID=201352&Lang=ENG&Dimension=100&Ver=HTML).
- Hui, Y.F. (2000). The Case in Hong Kong. *Ageing International*, 25(4), 47-57.
- Hussein, S. and Manthorpe, J. (2006). An international review of the long-term care workforce. *Journal of Aging & Social Policy*, 17( 4), 75-94.
- IBM Institute for Business Value. (2006). *Healthcare in China - Toward greater access, efficiency and quality*. Retrieved September 30, 2010, from <https://www-935.ibm.com/services/us/imc/pdf/g510-6268-healthcare-china.pdf>
- Ilott, I., Rick, J., Patterson, M., Turgoose, C., & Lacey, A. (2006). What is protocol-based care? A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 14 (7), 544-552. Retrieved September 30, 2010, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00703.x/full#b28>
- Iwarsson, S., Wahl, H.W., Oswald, F., Nygren, C., Sixsmith, A., & Sixsmith, J., et al. (2007).

Importance of the Home Environment for Healthy Aging: Conceptual and Methodological Background of the European ENABLE–AGE Project. *The Gerontologist*, 47(1), 78-84.

- Japan Institute of Labor (2003) Majority of home helpers dissatisfied with low social status. *Japan Labor Bulletin*, 42(7). Retrieved September 30, 2010, from <http://www.jil.go.jp/bulletin/index.htm>
- Ji, B. (2010). Day care, elderly services to expand: welfare official. *Global Times*. Retrieved September 30, 2010, from <http://china.globaltimes.cn/chinanews/2010-03/511717.html>.
- Jockey Club Centre for Positive Ageing and the Hong Kong Council of Social Service (2010). *Report on Survey on Usage Pattern of Day Care Service by Dementia Clients in Hong Kong*. Hong Kong.
- Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal Geriatric Psychiatry* 2003, 18, 222–235.
- Jones, A.L., Dwyer, L.L., Bercovitz, A.R., & Strahan, G.W. (2009). *The National Nursing Home Survey: 2004 overview*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat, 13(167).
- Kane, A. (2003). Human resources for long-term care: Lessons from the United States. In Brodsky et al. (Eds.), *Key Policy Issues in Long-Term Care* (pp. 191-224). Geneva: World Health Organization.
- Kasper, J., & Malley, M. (2007). Changes in Characteristics, Needs, and Payment for Care of Elderly: Nursing Home Residents: 1999 to 2004. Kaiser Commission on Medicaid and the uninsured. Retrieved September 30, 2010, from [www.kff.org](http://www.kff.org)
- Kassner, E. (2006). In Brief: Comparing Long-Term Care Insurance Policies: Bewildering Choices for Consumers. *Research Report*. AARP. Retrieved September 30, 2010, from [http://www-static-w4-ca.aarp.org/research/longtermcare/insurance/inb125\\_ltc.html](http://www-static-w4-ca.aarp.org/research/longtermcare/insurance/inb125_ltc.html).
- Kodner, D. (2003). Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care. *International Journal of Integrated Care*, 3. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483950/> .
- Labour and welfare bureau (2010). *Paper on Pilot Scheme on Home Care Services for Frail Elders*.
- Lam, S. K. (1997). *The Health of the Elderly in Hong Kong*. Hong Kong: Hong Kong University. Retrieved September 30, 2010, from <http://lib.hku.hk/Press/9622094317.pdf>
- Lau, A., Chi, I., & Mackenna, K. (1998). Self-perceived Quality of Life of Chinese Elderly People in Hong Kong. *Occupational Therapy International*, 5(2), 118-139.
- Lee, S.D. (2001). Exploring policy and financing options for long-term care in Taiwan. *Journal of Ageing and Social Policy*, 13(2/3), 203-16.
- Lee, W.K.M, & Kwok, H.K. (2005). Difference in Expectations and Patterns of Informal Support for Older Persons in Hong Kong: Modification to Filial Piety. *Ageing International*, 30(2), 188-206.
- Legislative Council Panel on Welfare Services. (2002). *Re-engineering Community Support Services for Elders*. Hong Kong: Legislative Council Panel on Welfare Services.
- Leung, E.M.F. (2001). Changing Needs and Changing Service Delivery for Long-Term Care in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2/3), 155-168.
- Lim, M.K. (2004). Shifting the burden of health care finance: a case study of public–private partnership in Singapore. *Health Policy*, 69, 83-92.

- Linden, M., & Steenbekkers, L. (2003). *Present Practices*. A report on the ELDERATHOME project, European Union, the Fifth Framework Programs, Quality of Life and Management of Living Resources, Brussels.
- Lipson, D.J. and Williams, S.R. (2011). Money Follows the Person Demonstration Program: A Profile of Participants. Mathematica Policy Research. Retrieved on March 6, 2011. from <http://www.hcbs.org/files/202/10062/mfpfieldrpt5.pdf>
- Lou, W.Q.V., Chui, W.T.E., Leung, Y.M.A., Tang, K.L., Chi, I., & Leung, W.K.S.E., et al. (2009). *A Study Investigating Factors that Affect Long Term Care Use in Hong Kong*. Submitted to Food and Health Bureau Government Secretariat The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. Hong Kong.
- Lump Sum Grant Independent Review Committee. (2008). *Review Report on the Lump Sum Grant Subvention System*. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.swd.gov.hk/doc/ngo/\(5\)-Report%20eng.pdf](http://www.swd.gov.hk/doc/ngo/(5)-Report%20eng.pdf)
- Lundsgaard, J. (2005). Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?. *OECD Health Working Papers, No.20*. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.oecd.org/dataoecd/53/62/34897775.pdf>
- Mai, L., & Eng, J. (2007). Community-Based Elder Care: A Model for Working With the Marginally Housed Elderly. *Care Management Journals, 8*(2), 96-99.
- Mathews, J.L. (2006). *Long-term care: how to plan and pay for it* (6th ed.). Berkeley, CA: Nolo. Retrieved September 30, 2010, from [http://books.google.com.hk/books?id=nPhJCHm2VmYC&pg=PA205&lpg=PA205&dq=Long-term+care:+how+to+plan+and+pay+for+it&source=bl&ots=R\\_oWQdUWE0&sig=Ac6xzATMvqq26czRudftliszwxl&hl=zh-TW&ei=QRhyTPHMLc-OcbmazJkN&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=7&ved=0CEEQ6AEwBg#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.hk/books?id=nPhJCHm2VmYC&pg=PA205&lpg=PA205&dq=Long-term+care:+how+to+plan+and+pay+for+it&source=bl&ots=R_oWQdUWE0&sig=Ac6xzATMvqq26czRudftliszwxl&hl=zh-TW&ei=QRhyTPHMLc-OcbmazJkN&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CEEQ6AEwBg#v=onepage&q&f=false).
- Mchugh, K. E. (2003). Three faces of ageism: society, image and place. *Aging and Society, 23*, 165-185.
- Mehta, K.K., & Vasoo, S. (2001). Organization and Delivery of Long-Term Care in Singapore: Present Issues and Future Challenges. The Haworth Press, Inc. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12216355>
- Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Aging and Society, 20*, 253-278.
- Ministry of Community and Social Service (1989). *Living in the Community: New Directions in Residential Services for Frail Elderly People*. Ontario, Canada: Ministry of Community and Social Service.
- Ministry of Health (2007a). ElderShield. Healthcare Financing. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=310>
- Ministry of Health (2007b). Interim Disability Assistance Programme For The Elderly: Healthcare Financing. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=312>
- Ministry of Health. (2007c). Intermediate and Long-Term Care (Community): Healthcare Service. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcservices.aspx?id=408>

- Ministry of the Interior, Taiwan. (2010). 10th Week of Interior News of Statistics 2010 (Overviews of Elderly Long Term Care and Residential Care Organizations 2009). Retrieved September 30, 2010, from <http://www.moi.gov.tw/index.aspx>
- Moore, J. (2000). Placing home in context. *Journal of Environmental Psychology*, 20, 207-217.
- Moreton, M.J. (2010). *Healthcare in China*. MedHunters. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.medhunters.com/Default.aspx?TabId=155&SEOID=healthcareInChina>
- Moss, P. (1997). Negotiating spaces in home environments: Older women living with arthritis. *Social Science and Medicine*, 45(1), 23-33.
- Nakhnikian, E. and Kahn, K.(2004). *Direct care workers speaking out on their own behalf*, Institute for the Future of Aging Services.
- Nemeth,C. and Pochobradsky, E. (2002). Pilotprojekt: Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
- Ngan, R.M.H, Leung, E.M.F., Kwan, A.Y.H., Yeung, D.W.T., & Chong, A.M.L. (1997). Long-term care needs, patterns and impact on the elderly in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Gerontology*, 11(2), 22-27.
- Ngan, R.M.H, Leung, E.M.F., Kwan, A.Y.H., Yeung, D.W.T., & Chong, A.M.L. (1996). *A Study of The Long-Term Care Needs, Patterns and Impact of The Elderly in Hong Kong*. Hong Kong: Department of Applied Social Studies, City University of Hong Kong.
- Ngan, R.M.H, Leung, E.M.F., Kwan, A.Y.H., Yeung, D.W.T., & Chong, A.M.L. (1997). Long-term care needs, patterns and impact on the elderly in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Gerontology*, 11(2), 22-27.
- OECD (2005) The OECD Health Project: Long-term Care for Older People, Paris: OECD Publishing
- OECD (2009). SourceOECD OECD Health Data 2009. Retrieved September 30, 2010, from <http://masetto.sourceoecd.org/vl=5402132/cl=14/nw=1/rpsv/ij/oecestats/99991012/v1n1/s1/p1>
- Philips, D.R., Siu, O.L. & Yeh, A.G.O. & Cheng, K.H. (2008). Informal Social Support and Older Persons Psychological Well-Being in Hong Kong. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 23, 39-55.
- Phillips, L., Morrison, E., & Young, M.C.M. (1990). The QUALCARE Scale: Developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 61–75.
- Poon, H.F., Frasier, M., Shreve, N., Calabrese, V., Wolozin, B. & Butterfield, D.A. (2005). Mitochondrial associated metabolic proteins are selectively oxidized in A30P alpha-synuclein transgenic mice – A model of familial Parkinson’s disease. *Neurobiol. Dis.*, 18, 492-498.
- Qian, X.P. (2010). Elderly service policy and system in Taiwan (in Chinese). Retrieved September 30, 2010, from [http://www.czlm.org/scenes\\_view.asp?xwid=323](http://www.czlm.org/scenes_view.asp?xwid=323)
- Ray, S., & Sharp, E. (2006). Ageism: A benchmark of public attitudes in Britain. *Age Concern Reports*, 1-74.
- Reilly, S., Hughes, S. and Challis, D. (2010) Case management for long-term conditions: implementation and processes. *Ageing & Society*, 30, 125–155.
- Rosen, A. L., Zlotnik, J.L., & Singer,T. (2002). Basic gerontological competence for all social workers: the need to “gerontologize” social work education. co-published simultaneously in *Journal of*

*Gerontological Social Work* (The Haworth Social Work Practice Press, an imprint of The Haworth Press, Inc.), 39(1/2), 25-36.

- Rummery, K., & Glendinning, C. (1999). Negotiating needs, access and gatekeeping: developments in health and community care policies in the UK and the rights of disabled and older citizens. *Critical Social Policy*, 19, 335.
- Sixsmith, A. (2002) UK Policy on New Technology to Support the Independent Living of Older people. *Gerontechnology*, 2(2), 206-210.
- Sixsmith, A. (2006) New technologies to support independent living and quality of life for people with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 7(3), 194-202.
- Social Welfare Department (2002). *Specializations on Re-engineering Community Support Services for the Elderly*. Hong Kong: Social Welfare Department, Elderly Branch.
- Social Welfare Department. (2010). Enhanced Home and Community Care Services Integrated Home Care Services (Frail Cases) Service Boundaries of 18 Districts. Retrieved September 30, 2010, from [www.swd.gov.hk/doc/elderly/Eng\\_Service Bound of EHCCS and IHCS\\_frail.pdf](http://www.swd.gov.hk/doc/elderly/Eng_Service_Bound_of_EHCCS_and_IHCS_frail.pdf)
- Statistics Netherlands. (2004). Institutionalized population no longer decreasing. *Web magazine: 19 April 2004*. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2004/2004-1442-wm.htm>
- Statistics Netherlands. (2008). More home care in urban areas. *Web magazine: 01 July 2008*. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2008/2008-90125-wk.htm>
- Statistics Netherlands. (2009). Care accounts; expenditure (in current and constant prices) and financing. Retrieved September 30, 2010, from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLEN&PA=71914eng&LA=EN>
- Steuerle, C.E. (2000). *Vouchers and the provision of public services*. Washington: Brookings Institution Press.
- Stone, R. (2000). *Long-term care for the elderly with disabilities: Current policies, emerging trends, and implications for the Twenty-First Century*. Washington, DC: American Association of Homes and Services for the Aging (AAHSA).
- Tan, Y.F. (2005). *The Research on the Establishment and Improvement of an Elderly Community Care System in Urban Areas*. Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430074, P.R.China
- Teo, P., Chan, A., & Straughan, P. (2003). Providing health care for older persons in Singapore. *Health Policy*, 64, 399-413.
- Tilly, J., Wiener, J. M. and Cuellar, A. E. (2000). *Consumer-Directed Home and Community Services Programs in Five Countries: Policy Issues for Older People and Government*. Washington, DC The Urban Institute.
- Tinker, A., Wright, F., McCreddie, C., Askham, J., Hancock, R. & Holmans, A. (1999). *Alternative Models of Care for Older People*. Report for the Royal Commission on Long Term Care. London: TSO..

- Tompkins, C.J., & Rosen, A.L. (2007). *Fostering Social Work Gerontology Competence: A Collection of Papers from the First National Gerontological Social Work Conference*. Taylor & Francis, Inc.
- UK National Health Services. (2009). Practical Support. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/Careathome.aspx>
- University of Minnesota. (2001) Peopling long-term care: assuring adequate workforce for long-term care in Minnesota. Minnesota. Retrieved September 30, 2010,1 from [http://www.sph.umn.edu/hpm/coa/publications\\_and\\_reports/peopling%20report%202001.pdf](http://www.sph.umn.edu/hpm/coa/publications_and_reports/peopling%20report%202001.pdf)
- US Department of Health & Human Services. (2008). Understanding LTC: Continuing Care Retirement Communities (CCRCs). Retrieved September 30, 2010, from [http://www.longtermcare.gov/LTC/Main\\_Site/Understanding\\_Long\\_Term\\_Care/Services/Services.aspx#FBCS](http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Understanding_Long_Term_Care/Services/Services.aspx#FBCS)
- US Department of Health & Human Services. (2009). The Choices For Independence Program. Retrieved September 30, 2010, from <http://www.dhhs.nh.gov/DHHS/BEAS/home-community.htm>
- US Department of Health and Human Services. Centres for Medicare and Medicaid Services. (2010). Homepage. Retrieved September 30, 2010, from <https://www.cms.gov/>
- Victorian Government Health Information.(2010). Home & community care, funding & services. Retrieved September 30, 2010, from [http://www.health.vic.gov.au/hacc/hacc\\_victoria/funding.htm](http://www.health.vic.gov.au/hacc/hacc_victoria/funding.htm)
- Wang, H., Yip, W., Zhang, L., Wang, L., & Hsiao, W. (2005). Community-based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits. Retrieved September 30, 2010, from <http://heapol.oxfordjournals.org>
- Wannian, L., & Chan, D.K.Y. (2004). Community Health Care Reform and General Practice Training in China - Lessons Learned. *Medical Education Online*, 9(10).
- Wiener, J., Tilly, J., & Cuellar, A. (2003). *Consumer-directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*. The AARP Public Policy Institute. AARP, 601 E Street, N.W., Washington, D.C. 20049
- Wilber, K.H., Schneider, E.L., & Polisar, D. (Eds.). (1997). *A Secure Old Age: Approaches to Long-term Care Financing*. New York: Springer.
- Wilber, K.H., Schneider, E.L., & Thorstenson, K.H. (1997). Long-term care financing: challenges and choices confronting decision makers. In Wilber, K.H., Schneider, E.L., & Polisar, D. (Eds.), *A Secure Old Age: Approaches to Long-term Care Financing* (pp.11-29). New York: Springer.
- Wilner, M. A. and Ann W.. (1998). *Paraprofessional on the Frontlines: Improving Their Jobs—Improving the Quality of Long Term Care*, September 10-11,1998; Washington D.C.: AARP; 1999
- Yap, L.K.P., Au, S.Y.L., Ang, Y.H., Kwan, K.Y., Ng, S.C., & Ee, C.H. (2003). Who are the Residents of a Nursing Home in Singapore? *Singapore Med J*, 44(2), 65-73.
- Yip, A., Kwok, T., Ho, F., & Li, J. (2009). The effectiveness of day care for dementia people and their family caregivers-The JCCPA experience. Retrieved from [http://www.jccpahk.com/tc/research/research\\_report/index.php?year=2009](http://www.jccpahk.com/tc/research/research_report/index.php?year=2009).
- Yu, R., Chau, P.H., McGhee, S.M., Cheung, W.L., Chan, K.C., Cheung, S.H. and Woo, J. (2010) *Dementia Trends: Impact of the Ageing Population and Societal Implications for Hong Kong*.

Hong Kong: Hong Kong Jockey Club.

- 戈麗娜(2010)。調查顯示：入住民辦養老服務機構的老年人中70—79歲年齡段最多。全國老齡工作委員會辦公室。2010年9月30日，提取於<http://www.cnca.org.cn/info/6107.html>
- 史柏年(1997)。老人社區照顧的發展與策略。《中國青年政治學院學報》，1997年第1期。
- 成報(2010年2月25日)。安老扶弱 漠視長遠需要 被轟杯水車薪 孤寒助老殘。《成報》，A07頁。
- 東方日報(2010年2月25日)。獎券基金撥款2.2億 推行長者及殘疾家居護理。《東方日報》，A04頁。
- 東方日報(2010年7月6日)。510體弱長者獲家居照顧。《東方日報》，A24頁。
- 明報(2010年2月25日)。新家居護理計劃 助輪候院舍長者。《明報》，A07頁。
- 香港社會服務聯會(2002)。《改善家居及社區照顧服務 - 醫療協作調查》。香港：香港社會服務聯會。
- 香港信義會(2010)。「長者病人出院家居支持服務」服務意見調查發報。《信念》，2010年第16期，41頁。2010年11月30日，提取於<http://www.elchk.org.hk/service/Info/Magazine/Belief-16th.pdf>
- 韋克難(2007)。論我國社區照顧養老的必然性及其中國化。《天府新論》，2007年第1期。
- 張超雄(2010年2月26日)。特區版的《檣山節考》——從預算案談起。《明報》，A33頁。
- 雷雯(2006)。社區照顧框架下的老年人服務 -- 從制度分析層面看社區照顧及其制度構建。《經濟與社會發展》，第4卷第9期。
- 新報(2010年2月25日)。團體：長者日間護理名額不足。《新報》，A03頁。
- 臺灣行政院(2007)我國長期照顧十年計畫。
- 薛雅菁(2010)。丙級證照時代即將來臨 照顧服務員 釋出66萬個工作機會。2010年9月30日，提取於<http://www.cc.chu.edu.tw/~u8703639/Word.htm>
- 譚以和(2010年2月25日)。預留5500萬 推長者家居護理。《香港經濟日報》，A22頁。