

安老事務委員會
第一百二十三次會議記錄

日期：2026年6月2日（星期二）

時間：下午3時正

地點：香港添馬添美道2號政府總部地下2號會議室

出席人士

主席

李國棟醫生, GBS, JP

委員

白雪教授

陳志球博士, SBS, JP

葉順興女士, SBS, MH, JP

黎永亮教授

劉達泉先生

列浩然先生

陸嘉熙醫生

魏仕成先生

黃楚淇女士, MH

劉焱女士, JP

杜永恒先生, JP

麥震宇先生, JP

蘇淑娟醫生

蔡坤榮先生

夏敬恒醫生

勞工及福利局常任秘書長

社會福利署署長

醫務衛生局副秘書長2

衛生署助理署長（長者健康）

房屋署物業管理總經理（支援服務二）

醫院管理局策略發展總監

列席人士

莊永桓先生, JP

彭飛舟醫生

王詠詩醫生

梁珊娜女士

甄麗明女士

勞工及福利局副秘書長（福利）2

醫務衛生局基層醫療健康專員

醫務衛生局基層醫療健康助理專員（綜合服務）

勞工及福利局首席助理秘書長（福利）3

社會福利署助理署長（安老服務）

何觀玲女士
林志光先生

勞工及福利局總行政主任（福利）4
勞工及福利局行政主任（福利）4

因事缺席委員

陳文宜議員
林翠華教授
李聖根先生, MH
李舜華醫生
馬衡先生
文慧妍女士
蕭景威先生
蘇祐安先生, MH, JP

秘書

關曉陽女士 勞工及福利局首席助理秘書長（福利）4

* * * * * * *

主席李國棟醫生歡迎各委員出席是次會議，特別是首次出席會議的醫務衛生局（醫衛局）副秘書長2 麥震宇先生，以及新任委員會秘書勞工及福利局首席助理秘書長關曉陽女士。

2. 主席提醒委員如討論事項涉及潛在利益衝突，須作出申報。

議程第1項：通過第一百二十二次會議記錄

3. 各委員對秘書處於 2026 年 4 月 29 日發出的會議記錄中、英文版初稿沒有提出修訂建議。委員會通過該份會議記錄。

議程第2項：續議事項

4. 第 122 次會議沒有續議事項。

議程第3項：發展長者健康服務及服務整合

5. 醫衛局基層醫療健康專員彭飛舟醫生以投影片向委員簡介長者健康服務發展及服務整合的最新情況。

6. 主席及委員聽取簡介後，主要意見及提問彙整如下：

- (a) 支持整合長者健康服務至地區康健網絡，以完善社區醫療服務體系。然而一般市民目前對該項整合的實質效益、地區康健中心／站（統稱地區康健中心）的服務範疇及參與方法等，尚缺乏清晰了解。建議基層醫療署針對此新醫療模式加大宣傳與教育力度，以提升公眾認知與參與度；
- (b) 查詢重整後的地區康健網絡會否建立雙向轉介機制，例如患有較複雜疾病的長者經醫院管理局（醫管局）專科醫生診治且病情穩定後，可否將其轉介回社區家庭醫生作持續跟進；
- (c) 現時衛生署轄下 18 區長者健康中心均有駐診醫生，故深受長者歡迎。相較之下，地區康健中心並無駐診醫生，且各區參與「基層醫療共同治理網絡」（共治網絡）的社區家庭醫生數目參差，未必能切合長者的求醫習慣，恐減低服務的吸引力，建議基層醫療署考慮於地區康健中心派駐醫生，以落實更完善的醫療支援；以及
- (d) 查詢服務重整後，長者健康中心會否繼續為現有的長者會員提供服務，其於整體基層醫療體系中的角色定位為何；以及在新模式下，將來長者應前往長者健康中心還是地區康健中心接受服務，以達致清晰的市民分流。

7. 彭飛舟醫生對委員的意見及提問綜合回應如下：

- (a) 目前長者分散於醫管局家庭醫學門診、衛生署長者健康中心和地區康健中心接受服務，各機構服務各異亦有重疊。基層醫療署成立的核心職能是統籌基層醫療服務，繼重整婦女服務後，下一步將透過重整不同公營長者服務，以便長者集中在同一機構接受劃一的健康評估。在日後的全新分流機制下，長者可先前往地區康健中心進行健康風險評估；屬弱勢社群的長者，將被轉介至醫管局家庭醫學門診以優先接受預防護理及慢性疾病管理服務；患有常見疾病（例如三高）的長者，將被轉介至社區家庭醫生作持續跟進；至於患有較複雜疾病的長者，則會被轉介至醫管局接受第二層醫療服務（包括專科服務）。基層醫療署補充指，目前正與醫管局積極研究發展醫管局內部及對外與社區家庭醫生的雙向轉介機制；
- (b) 現時衛生署於全港設有 18 間長者健康中心，每間中心均有一位駐診醫生，每年合共為約三萬名長者提供綜合基層醫療健康服務。鑑於未來 20 年本港長者人口預計將增加逾 100 萬人，為更有效應對持續增加的服務需求，基層醫療署將推行全新的服務模式，特別為長者制定標準化的協定護理流程，並透過地區康健網絡為其提供個人化的健康風險評估和健康教育服務。基層醫療署強調，未來將逐步強化地區康健中心在基層醫療體系中的統籌和樞紐角色，並會相應加大宣傳教育力度，以深化市民對新模式的認知；
- (c) 地區康健中心是以護士為主導，並由家庭醫生及專職醫療人員協同支援的跨專業醫療團隊提供綜合護理服務。具體而言，將由護士先為長者進行健康風險評估，再按其需要轉介至參與共治網絡的家庭醫生跟進。長者亦可在政府資助下自行選擇家庭醫生作持續診治。新服務模式能更有效調

配醫療資源，並透過增設服務點和擴大整體服務容量，進一步提升服務的可及性和覆蓋率。現時醫管局約有 600 名家庭醫生，而參與共治網絡的家庭醫生則約有 800 名；若日後需要額外人手，基層醫療署可透過購買服務的方式，增加服務點及擴展整體服務量；以及

- (d) 在長者健康中心的服務整合至地區康健網絡後，基層醫療署將翻新並提升現有設施，以供醫管局家庭醫學門診及地區康健網絡使用（例如設立特定長者健齡中心）。針對現有服務對象，基層醫療署會為原本於長者健康中心接受服務的長者作出特別安排，確保其能無縫銜接至地區康健中心或醫管局家庭醫學門診繼續接受服務。

8. 醫管局策略發展總監夏敬恒醫生補充，政府與醫管局在「慢性疾病共同治理計劃」下已建立雙向轉介機制；家庭醫生可根據臨床診斷及既定指引，在有需要時安排病人前往醫管局指定的專科門診，接受一次性的內科專科諮詢，隨後再由家庭醫生作持續跟進，此舉已有效減少非必要的專科門診新症轉介。在此基礎上，政府與醫管局將探討就長者健康服務進一步深化雙向轉介機制，並研究建立社區家庭醫生與專科醫生之間的溝通平台，以便更精準地評估及考慮是否將病人轉介至專科門診。

議程第4項：主動對接國家「十五五」規劃及制定香港首份五年規劃

9. 委員會秘書關曉陽女士以投影片向委員簡介香港特別行政區主動對接國家「十五五」規劃及制定香港首份五年規劃的背景，並徵詢委員就五年規劃中有關安老服務範疇的意見。

10. 主席及委員在聽取簡介後提出下列意見：

安老政策

- (a) 推動未來安老服務，必須引入創新思維，並確保資源、財政及人力等方面的可持續發展，以對接國家「十五五」規劃中「建設健康中國」的政策方針；
- (b) 安老服務的目標必須量質並重，除增加服務名額外，更要提高長者的生活質素及服務普及率，確保資源用得其所；同時，亦需加強公眾教育，提升對積極老齡化的認知；
- (c) 鑑於長者普遍傾向留港居家安老，建議長遠規劃應維持「居家安老為本」的政策方針作長遠規劃，包括研究加強長者社區照顧服務，以及加大對照顧者的支援等；

照顧長者

- (d) 安老服務除提供基本照顧外，亦應豐富長者的文化生活（如推動終生學習及旅遊等）；同時擴大關愛隊的社區支援網絡，加強協助有需要的長者；
- (e) 參考香港房屋協會的長者房屋項目，以居家安老概念落成的長者友善屋邨「樂嶺都匯」，以及設有專業醫療保健設施的長者房屋項目「雋悅」，並於合適地點（例如北部都會區）規劃發展綜合多元化長者服務的小區；
- (f) 現時公營房屋發展項目會預留約 5% 的總住用樓面面積作福利設施用途，建議適時檢討該面積比例，並善用預留空間以提供更為適切的長者服務，從而回應人口老化帶來的社區需求；
- (g) 隨着長者服務的需求日益增加，建議於各個面臨人口老化的社區內，均開設長者鄰舍中心和長者

日間護理中心；另外，現時不少舊公共屋邨和老化的社區中，部分原用作青少年服務的設施和空間已不合時宜，建議考慮將其改建為長者服務設施，以期妥善活化社區閒置空間並達致資源優化效益；

- (h) 關注社會高齡化趨勢，建議按年逐步增加「長者社區照顧服務券」(社區券)的名額，以期增強社區照顧的支援力度，並有效縮短長者的服務輪候時間；
- (i) 現時社區券的申請資格較為嚴格，僅限於在「安老服務統一評估機制」(統評機制)下獲評定為適合社區或院舍照顧服務，且正於「資助長期護理服務中央輪候冊」(輪候冊)輪候而尚未接受任何院舍或資助社區照顧服務的長者，建議放寬有關申請資格，容許不在輪候冊上的長者，凡經統評機制評定符合資格便可申請社區券，以擴大政策受惠層面並提供更具彈性的社區支援；
- (j) 增加統評機制評估人手，以期加快審核進度並縮短長者的等待時間；加大對該機制的宣傳教育力度，從而全面提升長者及公眾對機制的認知；
- (k) 配合國家「十五五」規劃中「發展老年大學，滿足老年人精神文化需求」的政策方針，積極加強推廣及宣傳「老有所為活動計劃」和「長者學苑計劃」，以進一步豐富長者的精神文化生活，並在社區深耕終身學習與積極老齡化的理念；

長者醫療服務

- (l) 加強推廣自願醫保計劃，以鼓勵有經濟能力的長者善用私營醫療服務，從而有效減輕公營醫療系統的壓力；

- (m) 以地區康健中心為基礎，持續推展醫社合作模式，並加強醫療和社福界之間的緊密協作與資源整合，以期在社區層面構建更完善的基層醫療網絡；
- (n) 參考世界衛生組織提出的「長者健康整合式功能評估 (ICOPE)」框架，引進包括認知、行動、營養、視力、聽力及情緒在內的六項關鍵內在能力指標，制定更具針對性的健康管理與介入措施，以全面提升香港長者的整體健康水準與生活質素；
- (o) 推動基層醫療的進一步發展，以加強公營醫療系統的長遠財政與服務可持續性；並建議逐步提升長者家居醫療服務，特別是針對行動不便的高齡長者，或已選擇在居處離世的晚期病人，安排醫生到家中診症；
- (p) 接受「預設醫療指示」和「不作心肺復甦術命令」的電子版本為法律上認可的有效憑證，以簡化前線醫護人員的核實程序，並為長者及其家屬在實踐晚期照顧安排時提供更大的便利；
- (q) 不少香港長者對遷往大灣區養老仍存有顧慮，如患危疾將難以緊急轉送回港就醫，建議加強跨境交通網絡及救護車服務，為有需要的病患者提供及時、便捷且安全的跨境轉運安排；

與大灣區交流協作

- (r) 加強與大灣區在安老服務的聯繫和政策協調，積極鼓勵香港長者赴大灣區安享晚年；
- (s) 建議加強與大灣區醫療體系接軌，包括促進與內地醫護界的專業與學術交流，推動香港老人科和相關專科醫生到大灣區內地城市，為當地養老的

香港長者提供專業診療服務；以及研究利用人工智能技術，將長者在內地診治的醫療報告與病歷紀錄翻譯成英文，便利兩地病歷互通，方便長者返港就醫時作無縫持續治療；

- (t) 關注長者醫療保險及相關保單在大灣區內地城市的適用範圍，建議積極與內地探討擴大跨境醫療保障；
- (u) 提升香港社福界從業員對內地社福體系的宏觀認識，例如可考慮與大專院校及專業團體合作，將大灣區社福政策與實務資訊納入社福界專業人員（包括註冊社工）的持續專業培訓課程內容；並加強與大灣區社福及慈善界別的交流協作；
- (v) 建議建立香港與大灣區安老服務前線員工（例如保健員及護理員）的資歷互認機制，一方面能促進兩地在安老服務的融合與專業交流，另一方面亦能有效拓寬人才引進渠道，從而紓緩香港安老業界人手短缺的問題；

樂齡科技

- (w) 香港人口密集的都會環境適合作為樂齡科技的數據收集、研究和場景測試基地，建議積極與大灣區的創科業界合作，在香港建立樂齡科技研發基地，以期發揮兩地優勢互補，加速推動樂齡科技產品的商品化與產業化發展；以及
- (x) 建議推動研發及生產本土化、優質及價錢相宜的樂齡科技產品，例如陪伴和護理機械人，提升長者身心健康、生活質素和家居安全。

11. 房屋署物業管理總經理（支援服務二）蔡坤榮先生表示，現時居住於房屋委員會（房委會）轄下公共屋邨的 60 歲以上長者約有 74 萬人，佔整體公屋住戶約 35%。為全面

照顧長者住戶的需要，房委會已推出並落實多項支援措施，致力為長者打造一個宜居、共融及有歸屬感的生活環境。房屋署歡迎委員就相關長者支援措施的未來規劃提供意見。

12. 醫衛局副秘書長麥震宇先生補充，局方十分重視基層醫療的長遠發展，並將提交法案，以制訂全港性的基層醫療服務標準及建立跨專業服務網絡，包括基層醫療的管治架構及質素保證等，確保醫療系統的長遠可持續性。另外，將透過地區康健中心為統一服務切入點，積極持續推進醫社合作及跨界別協作，全面提升長者醫療與照顧服務。局方亦會繼續加強與內地的交流協作，例如「長者醫療券大灣區試點計劃」已全面覆蓋大灣區九個內地城市，長者在各試點醫療機構使用醫療券的數字正穩步上升；以及持續加強醫健通作為跨境醫療數據互通核心系統的角色，務求更有效地支援市民的跨境醫療需求。待醫健通的相關功能完全準備就緒後，局方會推行在醫健通上直接訂立及取覽電子「預設醫療指示」的新措施。

[會後備註：《維持生命治療的預作決定條例》訂明不作心肺復甦術命令必須藉紙張形式以書面簽發。由於命令可能在緊急情況下於醫院外執行，接納命令電子本的安排並不可行。在這種情況下，醫護人員和施救者須在瞬間作出決定，考慮到救援行動分秒必爭，以及有關電子裝置或設備是否便於取用及查閱等因素，以訂明表格簽發的實體書面命令能讓醫護人員和施救者即時核實命令的有效性，以便他們作出合理的判斷。除命令正本外，《條例》會接受由一名註冊醫生或在香港執業的律師核證的真實副本作為命令的有效證明，以便利病人及照顧者。]

13. 勞工及福利局常任秘書長劉焯女士感謝委員就香港首份五年規劃提出寶貴意見，並分享安老服務的未來規劃方向如下：

- (a) 制定香港首份五年規劃需以更長遠的目光，規劃未來中長期的政策發展方向。社會高齡化令長者服務的需求大幅增加，為確保安老服務的可持續

性，必須配合智能化、數據化和市場化的發展，透過引入創新科技、善用大數據分析，並積極引進市場力量與資源，全面優化安老服務的供給與效能；

- (b) 隨着長者人口持續增長，預期其結構和特徵將出現顯著轉變。新一代的長者不僅更為長壽，其教育程度、經濟能力提升及資訊科技的應用能力亦大幅提升，因而對安老服務質量的需求會愈見殷切，長者政策與措施會趨向智能化已是必然趨勢。鑑於現時市場產品較多採用成本及售價相對較高的歐洲或日本標準，未來可着力推動與國家標準的銜接，並積極採納更多不同地區技術標準的產品，從而提升樂齡科技的應用普及性，令更多長者受惠；
- (c) 數據化發展是有效支援居家安老的關鍵支柱，例如近期推出為高風險獨老及雙老住戶安裝智能意外偵測系統的先導計劃，能即時偵測、及早介入及迅速援助。在制定香港首份五年規劃時，政府會因應計劃的成效，考慮如何更具規模地擴展相關措施；
- (d) 政府現行鼓勵長者在大灣區內地城市養老的各項措施成效理想。未來將在現有基礎上，總結相關計劃的推行經驗，並重點掌握及分析更多具體數據，例如參與「廣東院舍照顧服務計劃－醫療補貼試行安排」的長者，在國家基本醫療保障政策下須自付的醫療開支，以及評估現行政府的補貼額度是否足夠等。這些關鍵數據將作為日後全面檢討及持續優化跨境安老政策的依據，從而建立更完善的支援機制，協助長者移居大灣區內地城市養老；
- (e) 鑑於未來長者的健康狀況及經濟能力預期將顯著提升，安老服務的定位必須從提供基本照顧提升

至豐富長者生活的更高層次。以政府推行的「長者學苑計劃」為例，政府將繼續為長者提供多元化的終身學習課程；同時，政府亦積極把握銀髮經濟帶來的機遇，進一步促進長者服務的市場化發展，藉此引導及激勵市場提供更多有質量、可負擔、切合長者需要且無需公帑資助的服務，為具經濟能力的長者提供更多元化的養老選擇；以及

- (f) 局方將整理委員就安老服務範疇的意見，並在參與制定香港首份五年規劃時作出考慮。至於屬於其他政策局工作範疇的意見，秘書處會轉介至相關政策局考慮。

[會後備註：秘書處已於 2026 年 6 月 25 日，將屬於其他政策局工作範疇的意見轉介至相關政策局考慮。]

議程第5項：長者學苑發展基金委員會工作進度簡報

14. 委員會秘書關曉陽女士報告，2026-27 年度第一輪基金撥款申請已在 2026 年 5 月 31 日截止，共收到 21 份申請。基金委員會稍後會就撥款申請進行評審。

議程第6項：其他事項

15. 委員會秘書關曉陽女士匯報有關發展局就推動長者友善樓宇設計的最新進展如下：

- (a) 發展局及屋宇署曾於 2024 年 3 月就推動長者友善樓宇設計相關工作諮詢安老事務委員會，並於 2024 年 12 月經電郵向委員傳閱相關建議；
- (b) 發展局於 2026 年 5 月 18 日舉行兩場「長者友善

樓宇設計要求」簡介會，分別向院舍業界協會／團體代表及營運社署津助安老院或殘疾人士院舍的非政府機構代表簡介相關設計要求及適用範圍；並於 2026 年 5 月 27 日向立法會提交修訂法例，落實長者友善樓宇的強制設計要求，包括 13 項適用於建築物的公用地方及三項適用於建築物內的住宅單位的強制性規定；

(c) 法例的對象為住宅建築物、商業建築物和內有住宅單位或商業單位的建築物，安老院和殘疾人士院舍亦包括在內；以及

(d) 法例只適用於新建建築物，以及進行的改建及加建工程部分的現存建築物。於法例生效日期前建成的現存建築物無須進行改善工程以符合新強制性規定。法例預計 2026 年 8 月 1 日起生效。詳情可參閱秘書處在 2026 年 6 月 1 日向各位委員發出的電郵。

會議結束時間

16. 會議於下午 4 時 30 分結束。

下次會議日期

17. 下次會議暫定在 2026 年 9 月 16 日（星期三）舉行。秘書處稍後將與委員確定會議詳情。

2026 年 8 月