

立法會福利事務委員會及衛生事務委員會
長期護理政策聯合小組委員會 一善終服務公聽會議
24.6.2014

發言書面文件：方敏生 香港大學社會科學學院教授
人口政策督導委員會委員

1. 回應社會需要

1. 近五年本港每年死亡人數約四萬至四萬三千人，當中 79%為 65 歲及以上人仕，而近半死者是 80 歲及以上。因長者死亡率相對高，未來死亡人數將會因人口高齡化而急劇增加，隨著對臨終醫療、護理、社會心理健康支援、殯葬、遺體處理各項服務和設施的需求會大大增加。
2. 因人口高齡化而引至對善終服務的需求，除了是數量增加還有質性改變。一是，因衰老、多種慢性疾病如肺炎、呼吸道疾病、腦血管病、癡呆、糖尿病而「老死」的案例增加。這些都不是現時臨終舒緩治療的主要服務對象；二，老-病-死，是一個可預計和準備的過程，這一代和未來的長者面對死亡都比較正面，會主導作決定和安排，例如立遺囑、作預設醫療指示、計劃身後喪事和安葬。
3. 每年死亡個案中有百分之九十三的死亡，約四萬宗都是在醫院死去。但是醫院要貫徹拯救生命的醫療程序，對一些期望能安祥過逝、不要急救、不要介入自然衰竭死亡的人仕，便變成沒有選擇。善終的目標是讓人死得安樂和有尊嚴，能否選擇臨終照顧環境 (Place of Care) 和死亡處所 (Place of Death) 亦很重要。再者，現時這般「醫療化」的死亡過程，會因死亡人數增加而帶來更沉重的醫療負擔。

2. 制定善終政策和服務規劃

2.1 不少國家有制定整全的善終政策，協調各有關公共服務提升臨終的生活質素，為臨終者：

- 提供適切、有尊嚴和優質的死前和死後支援服務
 - 控制和減少痛楚和困擾的病徵
 - 有選擇的在一個熟悉的環境離逝
 - 有親友陪伴
- (2008 年英國善終照顧策略「好死」目標)

2.2 善終政策範疇可包括：

- 推行普及生死教育 - 納入各級學校正規課程，以及在社區推行公眾教育
- 建立醫社結合的服務模式和系統，照顧臨終者身、心、社、靈的需要，按他的意願定出照顧計劃，包括預設醫療指示
- 修訂法例（包括法醫、救護車條例、簡化確認和登記死亡的程序、處理和搬運遺體的法規等）在平衡防範非法行為的前題下，減低在處理非醫院死亡的繁複關卡，讓臨終者能留在社區終老
- 強化及支援非正規社區照顧者，組織及培訓義工和家人

- 監管及優化殯葬服務和設施
- 喪親及後事支援服務
- 為照顧人員的提供專業善終服務培訓和配套設施
- 照顧特殊群組的需要，例如智障和沒有家人的單身臨終者

3. 貫徹安老服務政策、強化社區善終照顧

- 3.1 要貫徹「居家安老」的政策目標，讓長者能盡量留在熟悉的家居環境獲得適切的照顧以至**居家終老**。改善家居照顧服務應加入善終支援，教導及支援家人照顧臨終長者，協調醫療服務提供到戶的紓緩治療和護理，協助臨終者面對生命終結作心理和靈性準備，交托社會責任和惜別親友。
- 3.2 將**臨終照顧**納入為資助安老院舍持續照顧的核心服務一環，為長期護理的最終部分，與業界商討服務推行模式，配備設施和人力資源，結合延展社區長者醫療服務和紓緩治療，為院舍長者提供身、心、社、靈的全面臨終照顧，減少及推遲進入醫院，讓長者可盡量留在院舍終老。
- 3.3 地區老人中心積極推行生死教育，組織及培訓義工及長者家人作家居護老照顧者，為長者及其家人提供面對死亡的社會心理健康支援，後事安排的知識，以及喪親輔導和支援。**社區善終服務**可以個案為中心運用五全照護的理念，全人、全家、全程、全隊及全社區，延伸醫療照護的觸角至社區，提供優質人性化服務。