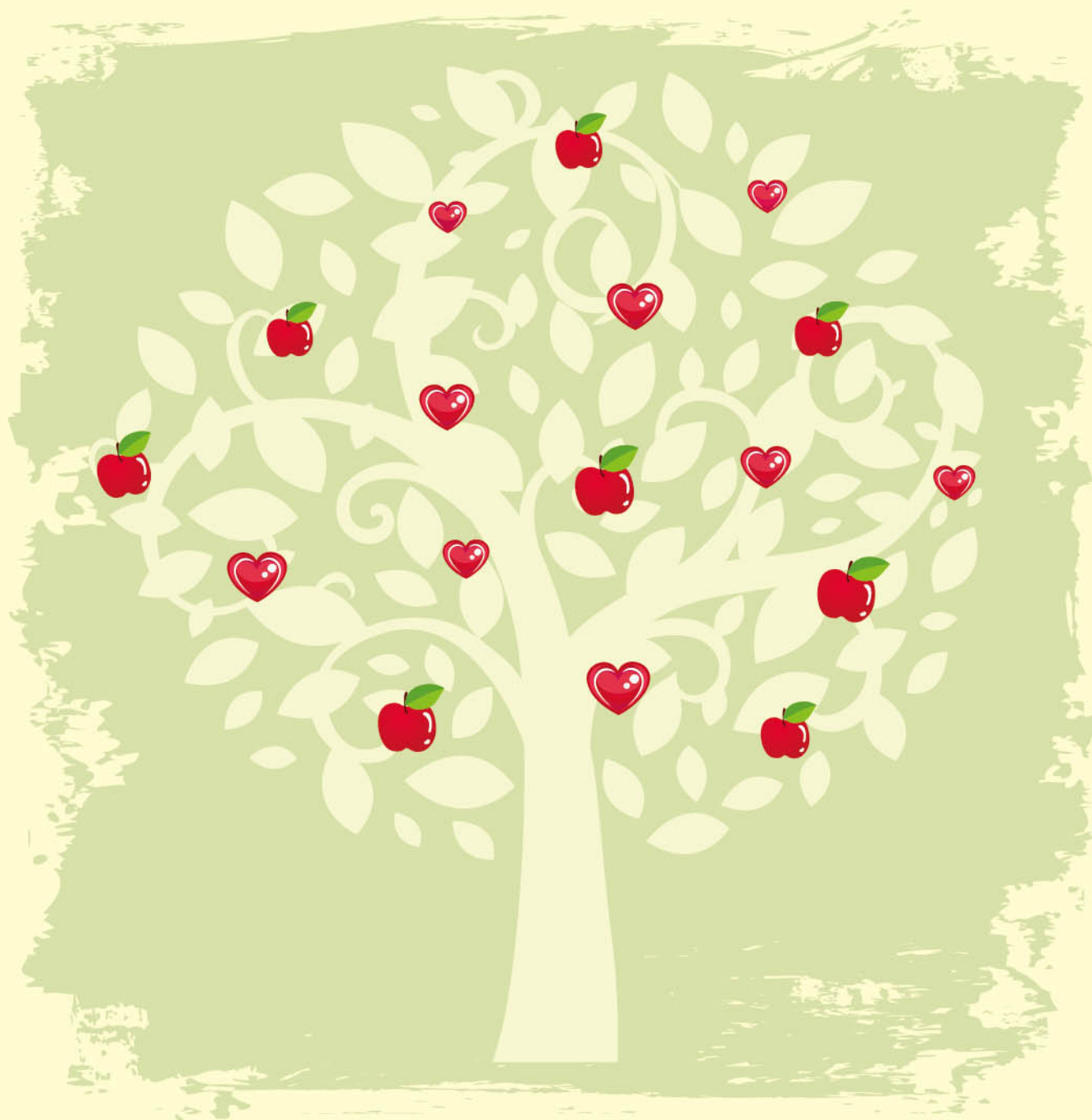


康復諮詢委員會 智障人士老齡化工作小組報告書



康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組

2016年6月



	頁數
前言	1
第一章 背景	3
第二章 數據收集及服務模式的研究	5
第三章 諮詢工作	27
第四章 工作小組的建議	28
附件一 工作小組成員名單及職權範圍	39
附件二 專責小組成員名單及職權範圍	41
附件三 工作小組和專責小組就智障人士老齡化事宜的跟進工作時序	43
附件四 「智障人士老齡化趨勢」研究個案評估量表、填寫指引、試算表及科研知情同意書	45
附件五 新康復服務模式研究小組成員名單	59
附件六 新康復服務模式概念圖	61
附件七 康復機構和團體就香港理工大學的研究報告提交的書面意見	65
附件八 工作小組就智障人士康復服務需要的短、中、長期建議一覽表	97
鳴謝	103



前言

2013 年初，時任康復專員蕭偉強先生向我提出，鑑於服務需要，加上社會及服務使用者家長的訴求，勞工及福利局(勞福局)打算在康復諮詢委員會下，成立「智障人士老齡化工作小組」(工作小組)，並屬意邀請我出任工作小組召集人。當時，我對本港成年智障人士康復服務認識實在不多，但覺得工作堯有意義；在蕭專員一再保證會邀請醫療及康復界別中的有能人士加入工作小組協助下，本著航海拓荒者的心情，接下此項任務，揚帆走向未知的海域。

作為「船長」，我有責任為工作小組定下方向。

基於我作為一個骨科醫生的本業訓練，我相信必須用科學的態度，以數據為基礎的方向著手。因為只有透過實質數據，才能清楚了解服務使用者的整體現況和需要，進而洞察未來的發展趨勢。數據更能協助大家在各方紛紜的訴求下，為智障人士老齡化這個課題，找出應對重點和建議方案。因此，工作小組從2013年5月第一次會議開始討論，繼而落實「智障人士老齡化趨勢」研究，到2015年5月完成數據分析和撰寫報告書，一共用了25個月的時間。但事實證明，這是值得的。

因為有了堅實的數據作為基礎，就針對智障人士老齡化這一課題，對現時不同服務所要作出的改善措施，和未來服務發展方向的諮詢工作變得相對容易。工作小組只花了不足半年的時間，便將各持份者不同的合理訴求變成具體建議，詳細列出各項短、中、長期的方案和措施，並在2015年12月得到康復諮詢委員會的正式接納。



我希望工作小組以數據為基礎的工作經驗，能夠作為處理其他課題的一個參考模式。

最後，我要特別多謝過去3年與我攜手迎風，並肩破浪的團員隊友，包括工作小組和專責小組的全體成員、彭耀宗教授及其研究團隊、各參與工作的主事官員，和秘書處默默支援的職員。有賴他們，才令這個項目得以順利完成。

康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組
召集人林國基醫生

2016年5月





第一章 背景

背景

1. 社會福利署（社署）於 2011 年 12 月成立由醫護界、社福界、學者及家長組織等相關持份者的代表組成的「康復服務使用者老齡化工作小組」，並於 2013 年 9 月發表報告，因應當時康復服務使用者老齡化的情況提出了一些改善建議，包括增加經常撥款予非政府機構，用以增加殘疾人士院舍的照顧人手，以提供適切服務，例如職業治療、物理治療服務及護理／健康護理服務等。
2. 與此同時，康復諮詢委員會留意到外國有研究顯示，因應醫療科技的進步和日漸改善的社會經濟環境，智障人士的生存率亦得以提高，而平均壽命愈來愈長。此外，本港為智障人士提供康復服務的機構和相關的持份者表示，服務使用者比同齡的一般人士較早患上各種的長期病患和與此相關的身體功能障礙。康復諮詢委員會於 2013 年 5 月成立「智障人士老齡化工作小組」（工作小組），由康復諮詢委員會副主席林國基醫生擔任召集人，探討本港智障人士老齡化的問題及研究措施以進一步改善現有智障人士的服務。
3. 工作小組於其轄下成立康復服務專責小組（專責小組），由林伊利女士和方長發先生擔任召集人和副召集人，以研究有關社區支援、日間訓練服務、院舍住宿服務、智障人士老齡化的相關數據及身體機能評估等議題，並向工作小組提出改善建議，以便工作小組作進一步的討論。
4. 工作小組和專責小組的成員名單及職權範圍，以及就智



障人士老齡化事宜的跟進工作時序，分別載於附件一、附件二及附件三。





第二章 數據收集及服務模式的研究

引言

1. 為了能較全面掌握本港智障人士的年齡分佈和健康狀況等基本數據資料，工作小組邀請專責小組進行有關智障人士老齡化趨勢的研究。同時，專責小組就當時住宿照顧服務及日間訓練服務配對的服務模式以外，探討新的康復服務模式。

第一部份：有關智障人士老齡化趨勢的研究

研究目標

2. 專責小組於2014年3月委託香港理工大學（理工大學）康復治療科學系彭耀宗教授以「智障人士老齡化趨勢」為題，就本港智障人士老齡化的情況進行研究，旨在了解本港智障人士服務使用者的年齡分佈、殘疾情況、身體病況，以及年齡與工作訓練表現、護理及照顧需要的關係等。有關研究有以下的目標：

- (a) 了解智障人士康復服務使用者的年齡分佈及健康狀況；
- (b) 了解使用庇護工場、職業康復延展計劃、綜合職業康復服務中心或輔助就業服務計劃的智障人士的工作訓練表現及其相關因素；
- (c) 了解智障人士康復服務使用者的護理和照顧需要及其相關因素；及
- (d) 了解年齡與工作訓練表現、護理和照顧需要的關係。



研究方法

3. 參與是項研究的對象為 15 歲或以上及醫學上診斷為智力障礙的人士，以及有使用至少一項社署轄下的日間訓練或職業康復服務或住宿服務。各康復機構服務單位負責此次研究的專業同工，根據「智障人士老齡化趨勢」評估量表對符合研究納入條件的人士進行評估，所得資料交予香港理工大學彭耀宗教授的研究團隊進一步整合及分析。有關「智障人士老齡化趨勢」研究個案評估量表、填寫指引、試算表及科研知情同意書，載於附件四。

4. 「智障人士老齡化趨勢」研究評估量表分為三部分。第一部分評估工作訓練表現（最高分數為 6 分），第二部分評估護理需要（最高分數為 12 分），第三部分評估照顧需要（最高分數為 21 分）。護理需要總分和照顧需要總分相加，成為一項綜合分數（總分為 33 分）。在所有項目中，愈高分代表能力愈差。其他的資料（例如年齡、性別、使用的服務類別、智障程度、殘疾情況及身體病況）也包括在此評估量表中。

研究結果分析報告

5. 參與是次趨勢研究的研究對象共有 11,452 位智障人士，來自 29 個康復機構轄下 230 個服務單位。有效的評估個案為 11,426 個，有效回覆率為 99.8%。理工大學就智障人士服務使用者的年齡分佈、殘疾情況、身體病況，以及年齡與工作訓練表現、護理及照顧需要的關係進行了數據收集及分析¹。其中，研究結果分析顯示高血壓、糖尿病和白內障是研究對象所有年齡級別中較常見的身體

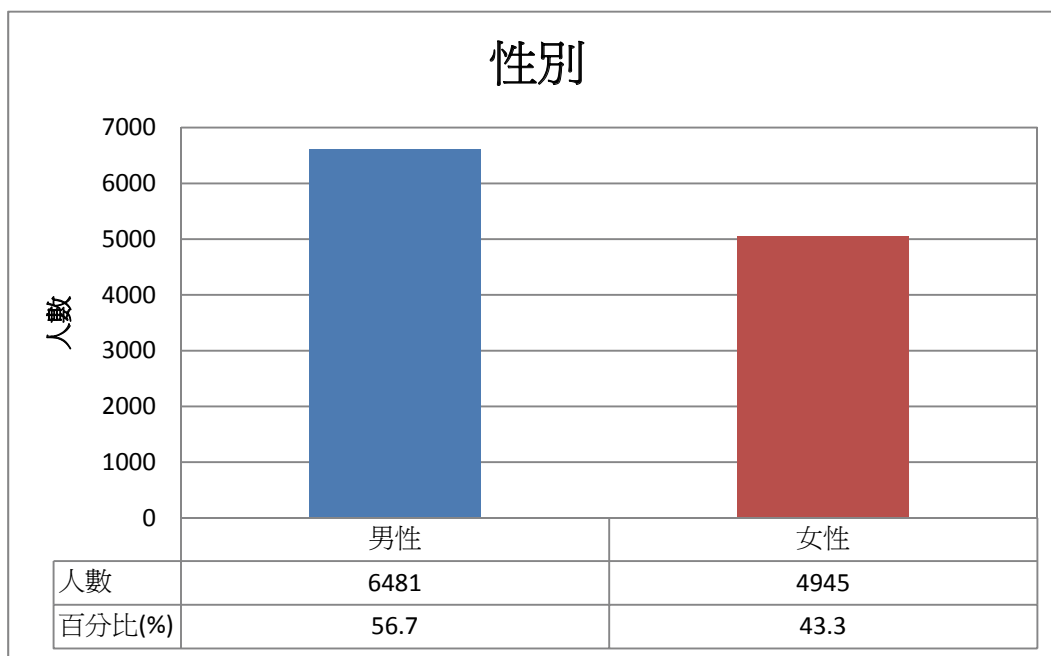
¹ 理工大學的研究報告已上載勞工及福利局網頁：
http://www.lwb.gov.hk/chi/other_info/index.htm



病況。平均身體病況數目，在 30-39 歲開始隨年齡遞升而有增加的趨勢；患有唐氏綜合症的組別相對於沒患有唐氏綜合症的組別，有較多的殘疾情況和身體病況，其身體病況數目在 30-39 歲開始顯著較多；患有腦癱的智障人士中，身體病況數目在 50-59 歲開始顯著較多。以下為研究的詳細分析結果：

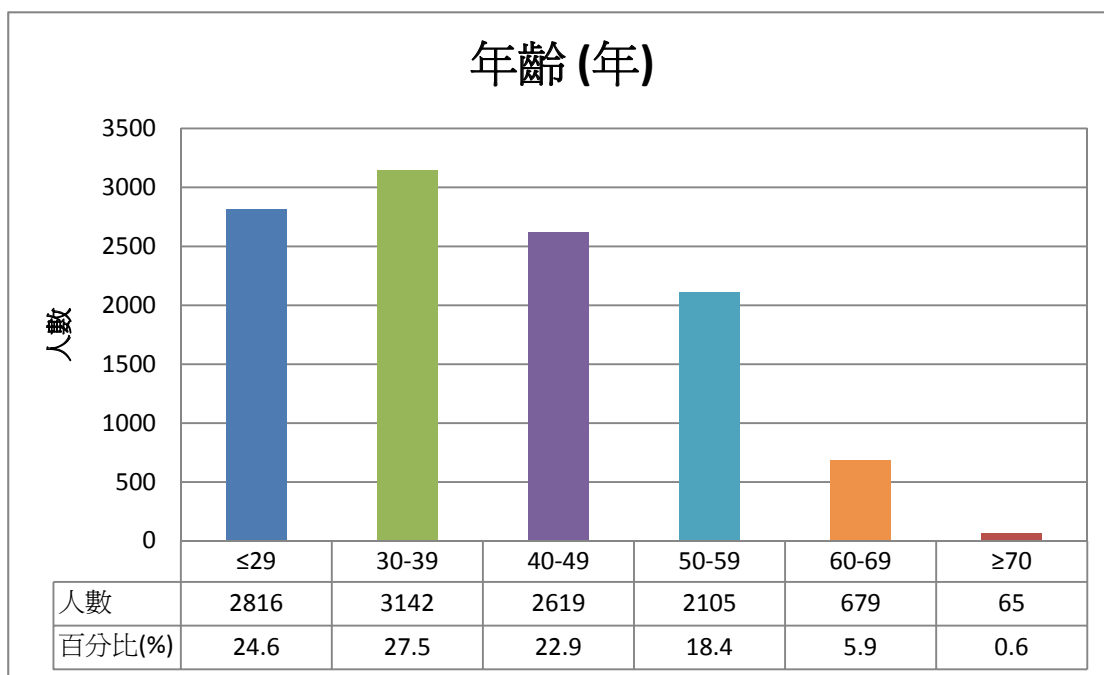
(1) 整體分析

(1a) 研究對象的性別比例分別為男性佔 56.7%，女性佔 43.3%。年齡中位數為 39.1 歲，而平均值為 40.4 歲 (標準差為 12.3 歲)。50 歲或以上的受訪人數佔整體人數的 24.9% (2,849 人)。患有輕度智障的共 3,667 人 (佔 32.1%)；中度智障共 5,840 人 (佔 51.1%)；嚴重智障共 1,919 人 (佔 16.8%)。有接受住宿服務的研究對象總數為 6,824 人(佔 59.7%)。

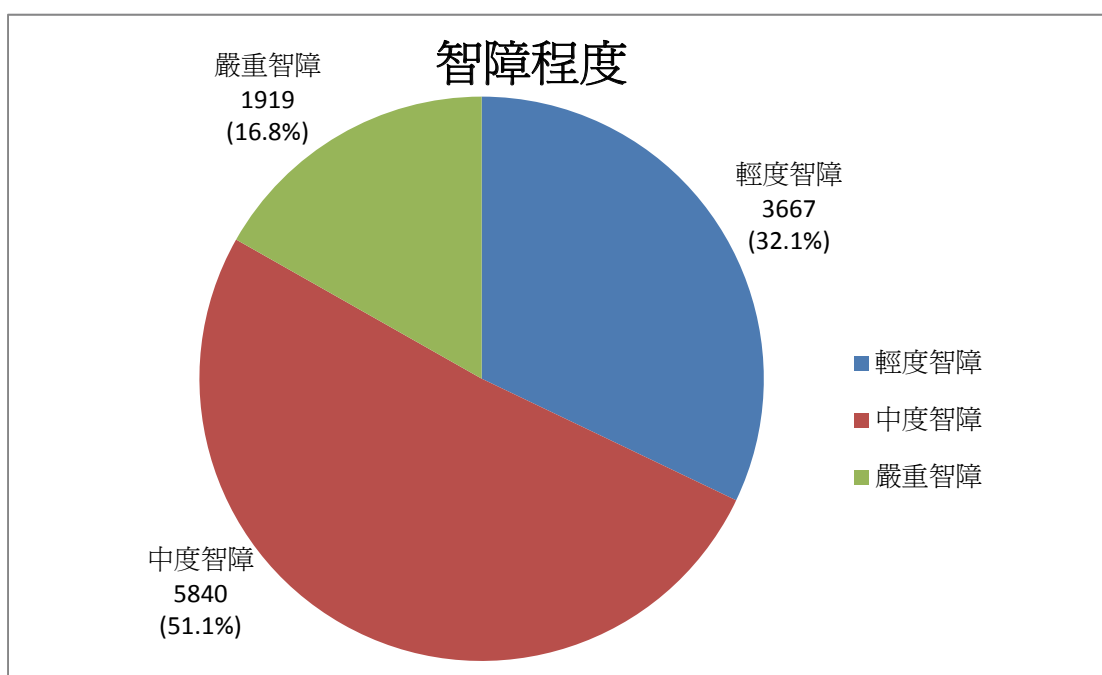


圖表 1：男女比例 (整體分析)



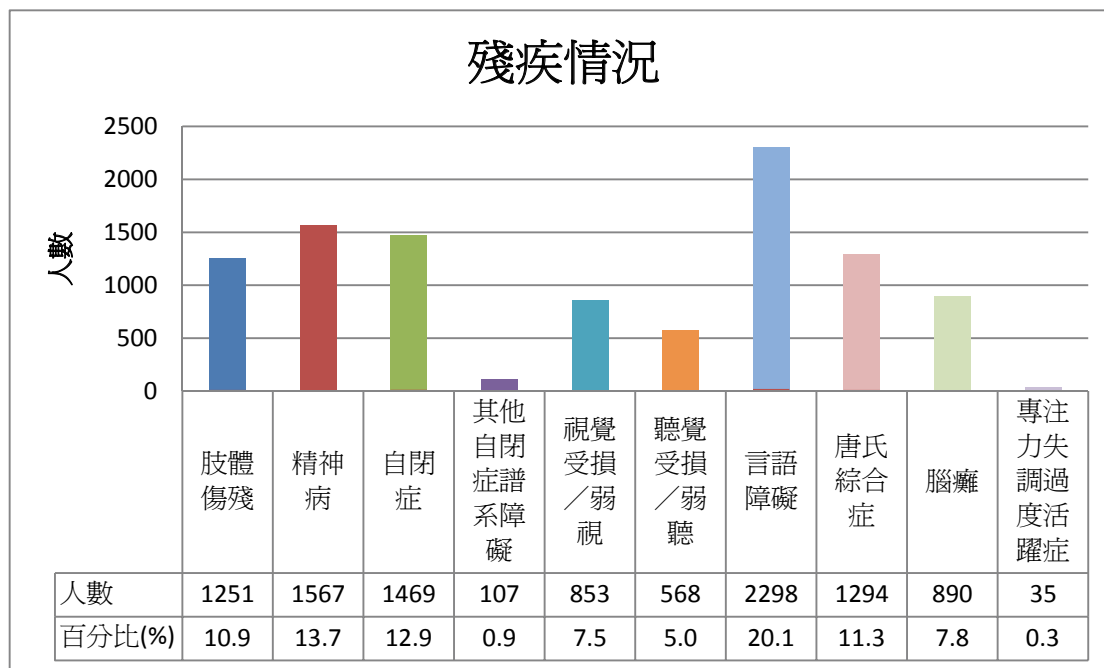


圖表 2：年齡分佈 (整體分析)

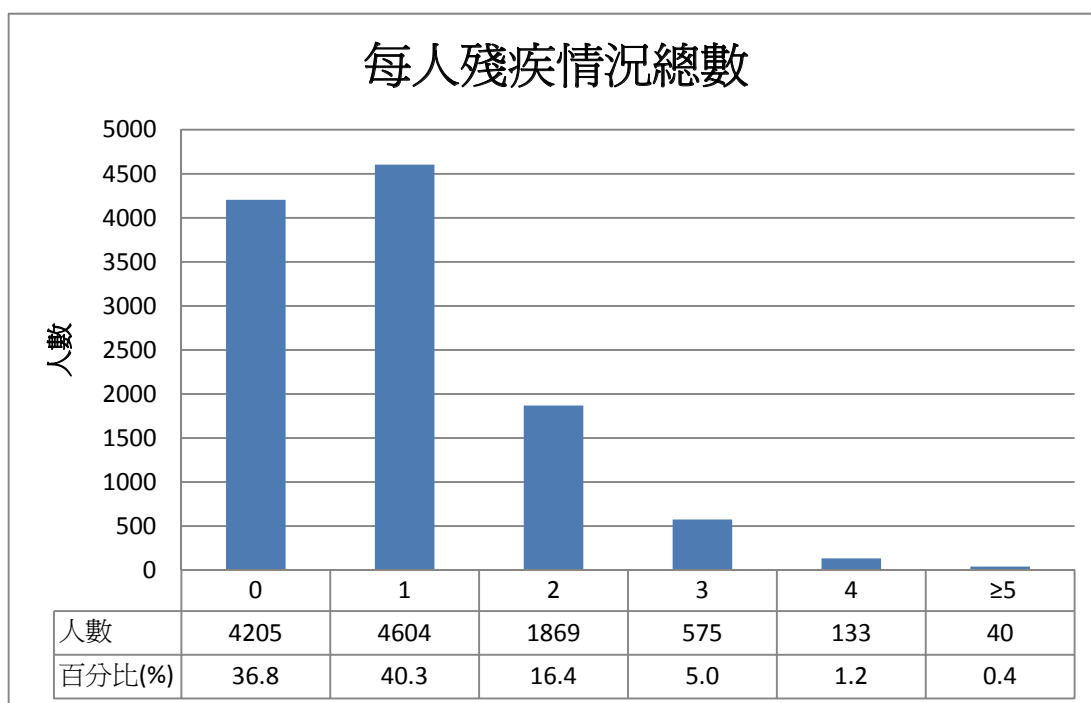


圖表 3：智障程度 (整體分析)

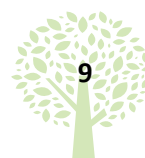
(1b) 就殘疾情況而言，患有言語障礙的為最常見(佔總人數的20.1%)，其次為患有精神病和自閉症的，分別佔 13.7%和 12.9%。共 748 人 (6.5%)有三項或以上除智障之外的殘疾情況。



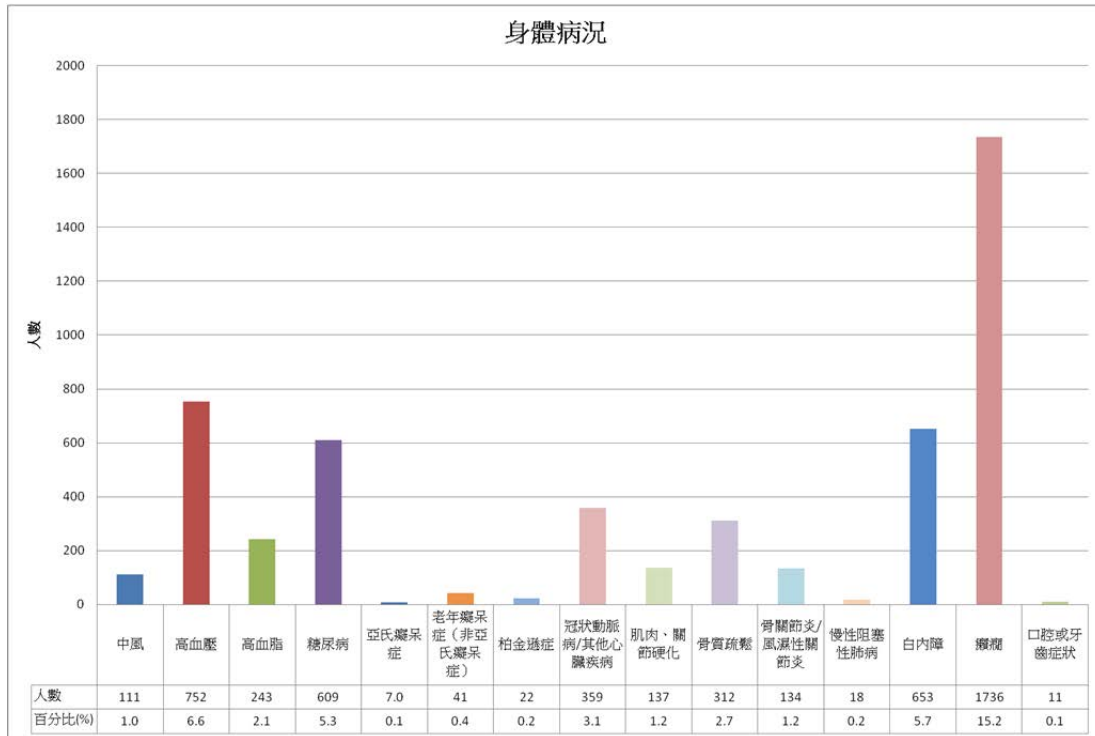
圖表 4：殘疾情況（整體分析）



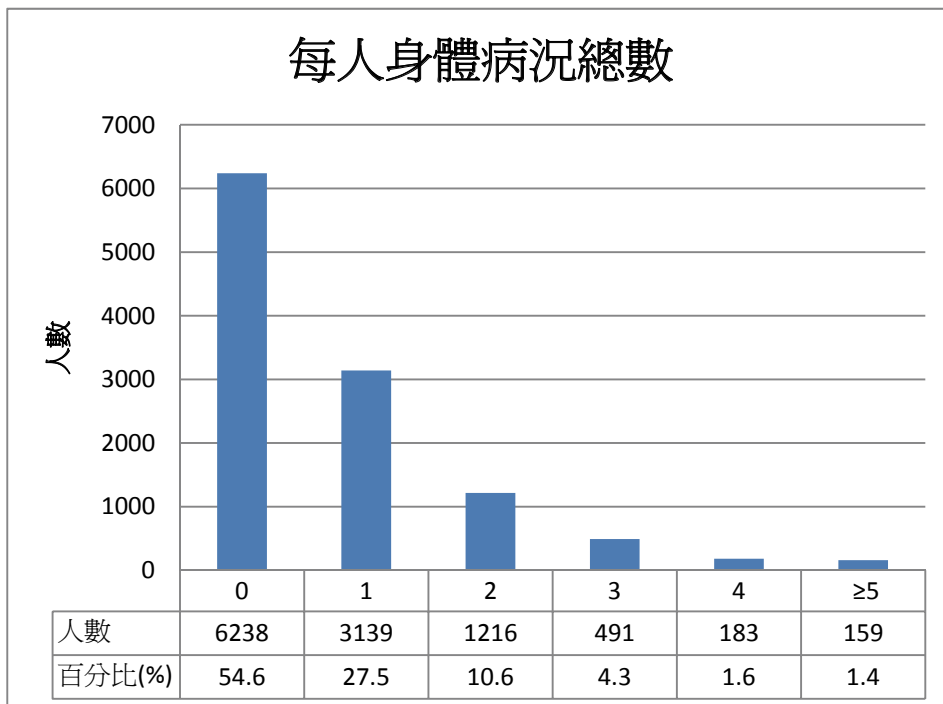
圖表 5：殘疾情況總數（整體分析）



(1c) 就身體病況而言，患有癱瘓症的最常見(佔總人數的 15.2%)，其次為患有高血壓和白內障的，分別佔 6.6%和 5.7%。共 833 人 (7.3%)患有三項或以上的身體病況。



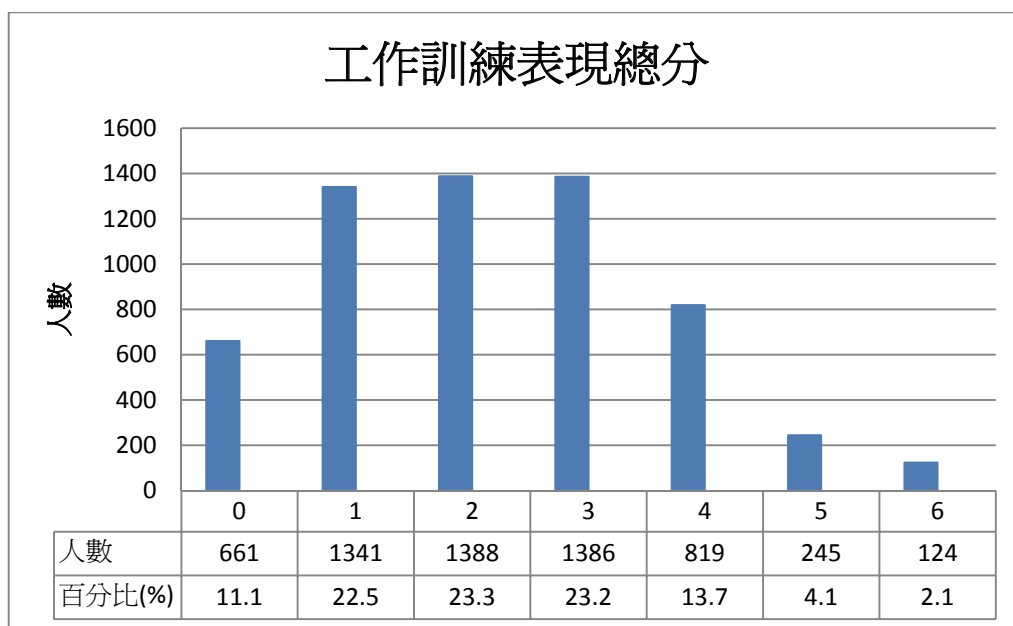
圖表 6：身體病況 (整體分析)



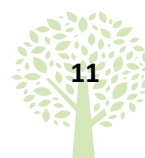
圖表 7：每人身體病況總數 (整體分析)



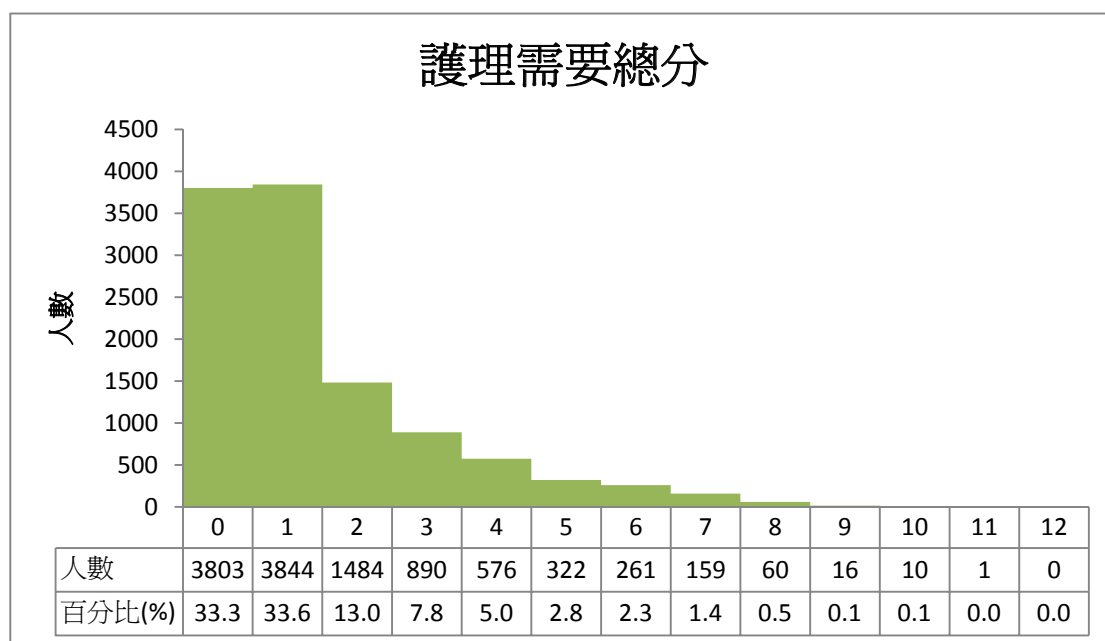
(1d) 在 11,426 位研究對象中，有 5,964 人(佔總人數的 52.2%)進行了工作訓練表現的評估。在這 5,964 人中，總分是 4 分或以上的(職業康復延展計劃的其中一項納入資格)有 1,188 人(佔 19.9%)。數據反映為數不少的智障人士的工作訓練表現及生產力未如理想。



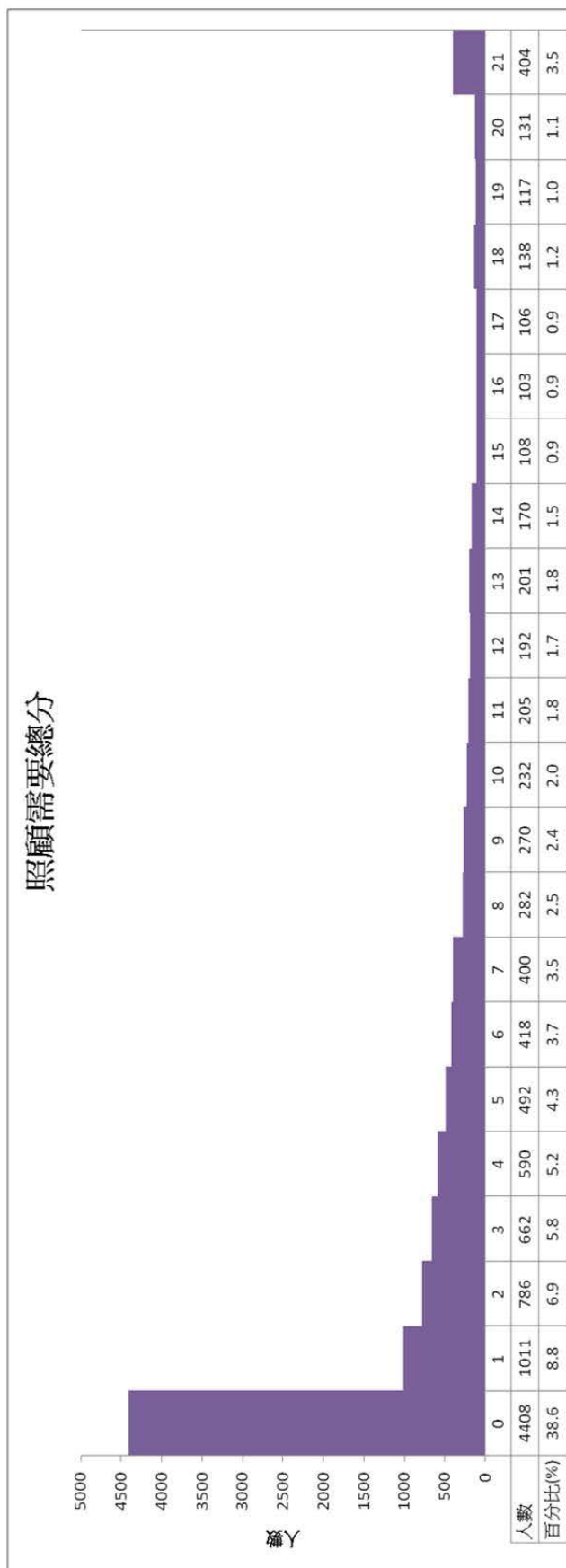
圖表 8：工作訓練表現總分 (整體分析)



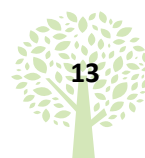
(1e) 在四個護理範疇中，最少有一個項目達 2 分的 (延展照顧計劃的其中一項納入資格)共 1,580 人(佔 13.8%)。總體來說，共 2,294 人的護理需要總分達 3 分或以上 (佔 20.0%)。照顧需要總分達 11 分或以上 (延展照顧計劃的其中一項納入資格) 的有 1,875 人 (佔 16.4%)。護理及照顧需要綜合分數達 8 分或以上 (職業康復延展計劃的其中一項納入資格) 的有 3,287 人 (佔 28.8%)。

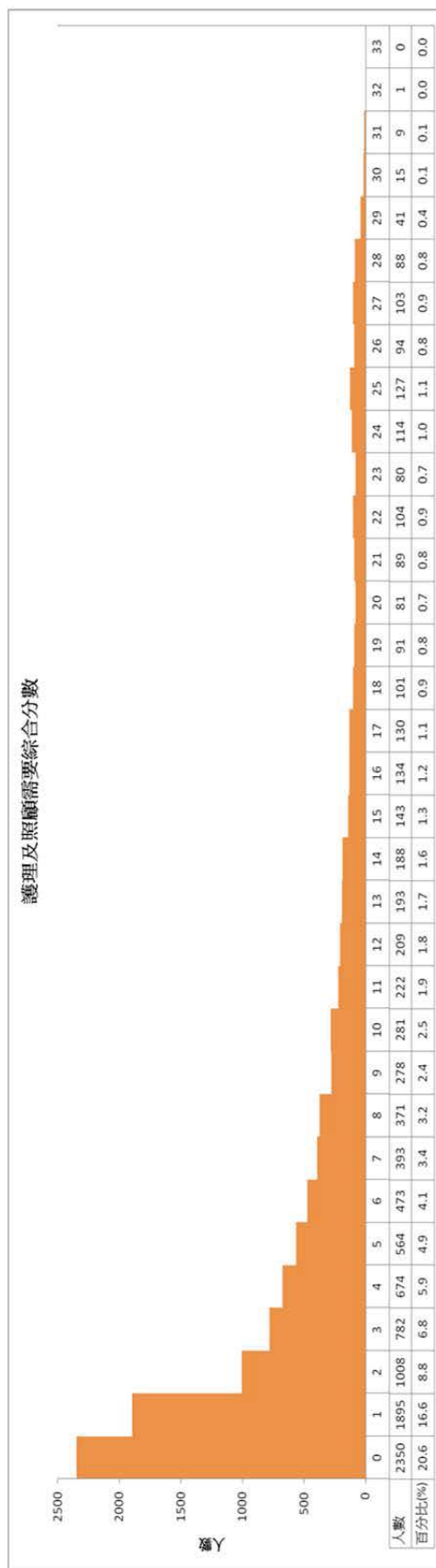


圖表 9：護理需要總分 (整體分析)



圖表 10：照顧需要總分（整體分析）





圖表 11：護理及照顧需要綜合分數（整體分析）

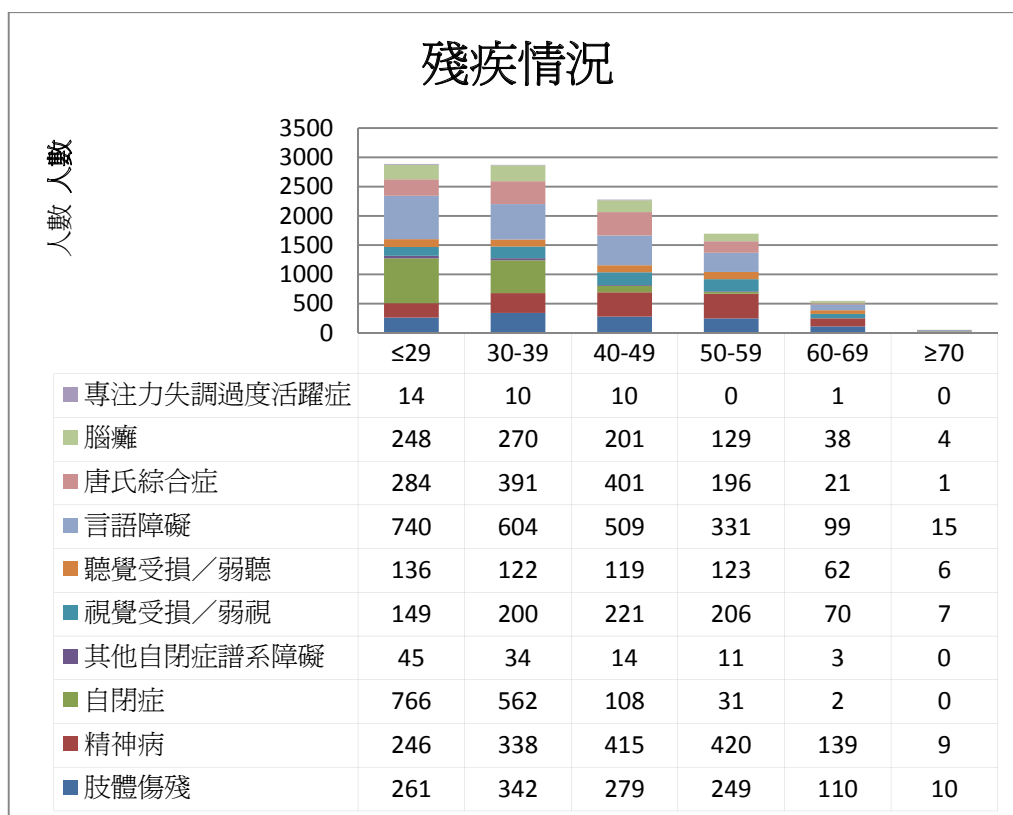


(1f) 根據現有的評核機制，共 1,345 人及 813 人分別符合延展照顧計劃及職業康復延展計劃的納入條件。現時延展照顧計劃及職業康復延展計劃的名額，估計分別有 1,025 及 840 位。

(2) 針對各年齡組別的分析

(2a) 年紀愈大，使用住宿服務的人數比例愈大。

(2b) 言語障礙是所有年齡組別中三大常見的殘疾情況之一（普遍率為 14.6% - 26.2%）。相對於其他年齡組別，自閉症在 29 歲或以下、30-39 歲的組別中較為常見（普遍率為 17.9% - 27.2%）。唐氏綜合症在 29 歲或以下、30-39 歲和 40-49 歲的組別中，亦是三大常見的殘疾情況之一（普遍率為 7.7% - 12.4%）。年齡與殘疾情況總數並沒有關連。



圖表12：殘疾情況（不同年齡組別）

(2c) 高血壓（普遍率為 13.1% - 33.8%）、糖尿病（9.9% - 15.4%）和白內障（10.4% - 35.4%）是所有年齡組別中較常見的身體病況。平均身體病況數目，在 30-39 歲開始隨年齡遞升而有增加的趨勢。

身體病況	年齡組別					
	≤29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70
中風	4 (0.1%)	3 (0.1%)	23 (0.9%)	40 (1.9%)	31 (4.6%)	10 (15.4%)
高血壓	35 (1.2%)	92 (2.9%)	172 (6.6%)	276 (13.1%)	155 (22.8%)	22 (33.8%)
高血脂	11 (0.4%)	27 (0.9%)	71 (2.7%)	90 (4.3%)	36 (5.3%)	8 (12.3%)
糖尿病	35 (1.2%)	96 (3.1%)	169 (6.5%)	208 (9.9%)	91 (13.4%)	10 (15.4%)
亞氏癡呆症	0 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.1%)	3 (0.4%)	0 (0.0%)
老年癡呆症（非亞氏癡呆症）	1 (0.0%)	2 (0.1%)	2 (0.1%)	18 (0.9%)	17 (2.5%)	1 (1.5%)
柏金遜症	1 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (0.3%)	8 (0.4%)	5 (0.7%)	0 (0.0%)
冠狀動脈病/其他心臟疾病	85 (3.0%)	109 (3.5%)	68 (2.6%)	61 (2.9%)	30 (4.4%)	6 (9.2%)
肌肉、關節硬化	21 (0.7%)	37 (1.2%)	26 (1.0%)	36 (1.7%)	15 (2.2%)	2 (3.1%)
骨質疏鬆	23 (0.8%)	22 (0.7%)	70 (2.7%)	106 (5.0%)	82 (12.1%)	9 (13.8%)
骨關節炎/風濕性關節炎	5 (0.2%)	24 (0.8%)	40 (1.5%)	40 (1.9%)	19 (2.8%)	6 (9.2%)
慢性阻塞性肺病	1 (0.0%)	2 (0.1%)	8 (0.3%)	4 (0.2%)	2 (0.3%)	1 (1.5%)
白內障	34 (1.2%)	77 (2.5%)	165 (6.3%)	218 (10.4%)	136 (20.0%)	23 (35.4%)
癩瘡	423 (15.0%)	533 (17.0%)	410 (15.7%)	286 (13.6%)	79 (11.6%)	5 (7.7%)
口腔或牙齒症狀	1 (0.0%)	4 (0.1%)	0 (0.0%)	5 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)

表格 1：身體病況（不同年齡組別）

**括號中百份比為患有該身體病況的人數對比於該年齡組別的總人數

(2d) 年齡和工作訓練表現總分的關係不大。在護理需要總分方面，隨著年齡增加有上升的趨勢。30-39 歲的組別所得的護理需要總分已在統計上顯著高於較其年輕的組別。在照顧需要總分方面，隨著年齡增加有上升的趨勢。但到 50-59 歲的組別，照顧需要的總分上升趨勢才達至統計上的顯著性。

(3) 針對不同服務類別的分析

(3a) 相對於沒有接受住宿服務的組別(4,602 人)，接受住宿服務的組別(6,824 人)平均較年長，嚴重智障人士所佔的比例較高，亦有較多的殘疾情況和身體病況，較高的工作訓練表現總分、護理需要總分及照顧需要總分。

(3b) 相對於有接受工作訓練表現評估的人士(5,964 人)，沒有接受工作訓練表現評估的人士(5,462 人)平均較年長，輕度智障者所佔的比例較低，有較多的殘疾情況和身體病況，較高的護理需要總分及照顧需要總分。

(3c) 基於是項研究所得關於各宿舍服務類別的年齡分佈資料，以及社署提供正在輪候各種不同住宿服務的智障人士的年齡及服務退出率的數據，可粗略估計未來五年或十年之後各宿舍類別的使用者的年齡中位數。結果顯示未來五年之後，除輔助宿舍外，其他宿舍類別（嚴重殘疾人士護理院、嚴重智障人士宿舍、中度智障人士宿舍和嚴重肢體傷殘人士宿舍）的服務使用者的年齡中位數有所上升，由 1.7 至 5.0 歲不等。而十年後，所有五種住宿服務類別的使用者的年齡中位數均有所上升，由 1.8 至 10.0 歲不等。



住宿服務	嚴重殘疾人士護理院	中度智障人士宿舍	嚴重智障人士宿舍	嚴重肢體傷殘人士宿舍	輔助宿舍
服務退出率	4%	2%	1%	2%	6%
現階段					
平均值 (標準差)	41.5 (15.4)	45.3 (10.9)	43.7 (11.7)	41.5 (10.8)	41.8 (11.2)
中位數 (四分位距)	39.2 (28.3-53.4)	45.8 (36.9-53.4)	43.3 (34.3-52.4)	38.8 (33.4-49.3)	42.7 (32.8-50.3)
5 年後 (預計)					
平均值 (標準差)	42.4 (10.1)	47.4 (9.3)	46.6 (11.0)	44.7 (8.3)	39.4 (5.6)
中位數 (四分位距)	44.2 (33.3-49.5)	47.5 (39.5-55.3)	46.7 (37.4-55.7)	43.8 (38.4-50.3)	39.5 (37.8-41.6)
10 年後 (預計)					
平均值 (標準差)	46.2 (8.6)	50.1 (8.1)	49.7 (10.7)	48.7 (7.0)	42.8 (3.9)
中位數 (四分位距)	49.2 (38.3-54.5)	48.8 (44.5-57.4)	49.8 (40.9-58.9)	48.8 (43.4-54.5)	44.5 (42.8-44.5)

表格 2：未來五年或十年後的預測：各住宿服務使用者年齡中位數及平均值。

(4) 針對腦癱的分析

(4a) 年齡與殘疾情況總數關係不大。

(4b) 年齡為 50 至 59 歲患有腦癱的人士，其平均身體病況數目是顯著大於年齡為 29 歲及以下患有腦癱的人士。

(4c) 腦癱為影響護理需要及照顧需要的重要因素。

年齡組別	患有腦癱		沒患有腦癱	
	中位數 (四位分距)	平均值 (標準差)	中位數 (四位分距)	平均值 (標準差)
29 歲或以下	1 (0-1)	0.9 (1.2)	0 (0-1)	0.4 (0.8)
30-39歲	1 (0-1)	0.9 (1.1)	0 (0-1)	0.6 (0.9)
40-49歲	1 (0-2)	1.0 (1.1)	0 (0-1)	0.8 (1.2)
50-59歲	1 (0-2)	1.2 (1.1)	1 (0-2)	1.0 (1.3)
60-69歲	1.5 (1-3)	1.8 (1.5)	1 (0-2)	1.4 (1.4)
70歲或以上	1.5 (0.25-2)	1.3 (1.0)	2 (1-3)	1.9 (1.5)

表格 3：不同年齡組別的身體病況中位數、四位分距、平均值與標準差 (患有腦癱的組別與沒患有腦癱的組別的比較)

護理需要總分達3分或以上的人數比例						
	年齡組別					
	≤29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70
患有腦癱	54.0%	54.8%	43.3%	47.3%	68.4%	75.0%
沒患有腦癱	12.3%	13.5%	19.0%	22.6%	31.0%	42.6%

表格 4：不同年齡組別中護理需要總分3分或以上的人數比例 (患有腦癱的組別與沒患有腦癱的組別的比較)

**百分比為是護理需要總分達3分或以上的人數對比於每一組年齡組別的總人數



照顧需要總分達11分或以上的人數比例						
年齡組別						
	≤29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70
患有腦癱	67.3%	62.2%	48.3%	50.4%	65.8%	100.0%
沒患有腦癱	11.3%	10.6%	12.4%	15.5%	19.8%	34.4%

表格 5：不同年齡組別中照顧需要總分11分或以上的人數比例（患有腦癱的組別與沒患有腦癱的組別的比較）

**百分比為是照顧需要總分達11分或以上的人數對比於每一組年齡組別的總人數

(5) 針對唐氏綜合症的分析

(5a) 患有唐氏綜合症的組別相對於沒患有唐氏綜合症的組別，有較多的殘疾情況和身體病況，較高的工作訓練表現總分。

(5b) 每人身體病況總數隨年齡遞升而有增加的趨勢。相比年齡為 29 歲或以下組別，年齡為 30-39 歲的唐氏綜合症患者，其平均身體病況數目已顯著較多，護理需要總分及照顧需要總分亦顯著較高。

年齡組別						
項目	≤29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70 [#]
患有三項或以上身體病況的人數比例						
患有唐氏綜合症	4.6%	6.6%	12.0%	17.9%	19.0%	--
沒患有唐氏綜合症	3.3%	4.4%	7.4%	10.0%	19.3%	28.1%

表格 6：不同年齡組別的身體病況（患有唐氏綜合症的組別與沒患有唐氏綜合症的組別的比較）

**括號中百分比為是患有該身體病況的人數對比於每一組年齡組別的總人數

[#]因70歲或以上患有唐氏綜合症的研究對象只有一位，所以不能作出分析。

護理需要總分達3分或以上的人數比例						
項目	年齡組別					
	≤29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70
患有唐氏綜合症	3.2%	11.5%	19.0%	33.2%	42.9%	-
沒患有唐氏綜合症	17.4%	17.9%	21.2%	23.2%	32.8%	43.8%

表格 7：不同年齡組別中護理需要總分3分或以上的人數比例（患有唐氏綜合症的組別與沒患有唐氏綜合症的組別的比較）

**百分比為是護理需要總分達3分或以上的人數對比於每一組年齡組別的總人數

照顧需要總分達11分或以上的人數比例						
項目	年齡組別					
	≤29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70 [#]
患有唐氏綜合症	2.8%	5.1%	9.7%	21.4%	42.9%	-
沒患有唐氏綜合症	17.7%	16.4%	16.2%	17.2%	21.7%	37.5%

表格 8：不同年齡組別中照顧需要總分11分或以上的人數比例（患有唐氏綜合症的組別與沒患有唐氏綜合症的組別的比較）

**百分比為是照顧需要總分達11分或以上的人數對比於每一組年齡組別的總人數

#因70歲或以上患有唐氏綜合症的研究對象只有一位，所以不能作出分析。

(6) 多元邏輯回歸分析：工作訓練表現、護理需要、照顧需要的相關因素

(6a) 照顧需要總分愈高，工作訓練表現總分達4分或以上的機會率也愈高。

(6b) 愈年長（40-49歲或以上）、智障程度愈嚴重、患有肢體傷殘、腦癱、殘疾情況總數愈多、患有癲癇症以及身體病況的數目愈多，



護理需要總分達 3 分或以上的機會率也愈高。

- (6c) 愈年長（60-69 歲或以上）、智障程度愈嚴重、患有肢體傷殘、言語障礙、腦癱、癲癇症及身體病況總數愈多，照顧需要總分達 11 分或以上的機會率也愈高。
- (6d) 愈年長（50-59 歲或以上）、智障程度愈嚴重、患有肢體傷殘、言語障礙、腦癱、殘疾情況總數愈多、患有癲癇症及身體病況總數愈多，護理及照顧需要綜合分數達 8 分或以上的機會率也愈高。
- (6e) 在眾多因素中，智障的嚴重程度為影響護理需要及照顧需要的最重要因素。

是項研究的優勢

6. 是項研究有以下幾項優勢。首先，是項研究涵蓋了本港多間康復機構及其轄下的服務單位，有 11,426 位智障人士參與。所以，是項研究的樣本具代表性，提供了智障人士康復服務使用者的人口統計資料、健康及功能狀況。其次，大量的參與人數使研究團隊能夠進行分組分析。最後，是項研究發現了多個預測護理和照顧服務需要的指標，或許有助估計需要最多的服務的智障人士群組。



是項研究的局限

7. 是項研究有以下幾項局限。首先，是項研究為橫向研究，不足以確定因果關係。除此之外，是項研究發現了不同年齡組別的服務使用者有顯著不同的健康及功能狀況，但限於橫向研究設計，我們未能知道這些變量隨著時間的變化幅度。其次，是項研究沒有非智障人士的同齡及對照組，所以未能比較智障人士與非智障的人士的健康及功能狀況。第三，只有使用了社署日間或住宿服務的智障人士被納入是項研究。為數不少的智障人士居於社區，並且沒有使用社署的日間訓練服務或住宿服務。第四，是項研究所採用的評估量表只包括評估工作訓練表現、護理需要、照顧需要、基本日常活動功能（例如行動能力、洗澡、穿脫衣物等）及長期病患的情況，卻未能詳細地評估社交功能、認知功能、行為問題、較複雜的日常活動功能。第五，是項研究未能評估環境因素的影響，例如設施及服務單位的人手是否足夠。此外，智障人士照顧者的負擔也沒有被納入是項研究中。第六，關於五年或十年之後各住宿服務使用者的年齡中位數的預測，是基於多項假設，所以只是一種粗略估計。最後，部分殘疾或身體病況問題有被低估的可能。雖然存在以上的局限，是項大型調查在一定程度上揭示了智障人士及服務提供者目前所面對的關於智障人士老齡化的問題。這些資料為將來在這方面的研究定下基礎和重點方向。

研究對象的考量

8. 工作小組關注居於社區的智障人士老齡化和照顧者的情況，但考慮到研究的對象、收集數據資料的範疇、資源限制和技術上的各種困難，是項研究沒有包括收集居於社區的智障人士和照顧者的數據資料。儘管如此，是項研究對象超過一萬人，所收集到的

數據資料是具有參考價值的，有助更有效的服務規劃。

研究問卷的考量

9. 是項研究旨在以宏觀角度，廣泛和全面地收集有關智障人士老齡化的基本數據作研究基礎，因此，是項研究資料收集涵蓋的範圍包括所有使用社署服務的智障人士的年齡、殘疾情況、身體病況，以及工作訓練表現、護理及照顧需要等數據資料，工作小組曾考慮收集更多數據資料，然而，由於研究對象超過一萬人，倘若研究問卷內容太繁複，將會大大減低回覆率，並影響數據的準確度。

第二部份：有關新康復服務模式的研究

10. 專責小組於2014年初就現有日間訓練服務的退出機制、新服務模式的建議、建立日間中心的可行性和如何強化社區支援服務四大範疇進行深入的探討，同時邀請香港復康聯會／香港社會服務聯會智障人士服務網絡「老齡化工作小組」的代表和部分康復服務機構代表加入新康復服務模式研究小組(成員名單載於附件五)。研究小組共舉行了四次會議，並綜合了康復業界服務提供者及家長會代表的意見，就新康復服務模式及其應包含的原素提交了概念圖(載於附件六)，供專責小組和工作小組作進一步探討。建議的新康復服務模式闡述如下：

推行老齡智障人士日間照顧中心

以試驗計劃形式推行「老齡智障人士日間照顧中心」，對象主要為

居於社區的年長智障人士。日間護理中心的服務可以透過獨立日間中心模式、依附於日間康復單位模式或依附於殘疾人士院舍模式實施，以配合提供服務的處所及在社區居住的智障人士分佈。

彈性開放殘疾人士地區支援中心照顧服務名額

將殘疾人士地區支援中心每天五個為嚴重殘疾人士提供的日間照顧服務名額，彈性地延伸服務至居住於社區的老齡化智障人士，惟當局需要按單位成本計算增撥資源予地區支援中心以滿足該等服務使用者的特別照顧及服務需要。

擴展嚴重殘疾人士家居照顧服務的服務對象

彈性地開放嚴重殘疾人士家居照顧服務名額至居住於社區的中度智障及輕度智障人士，其年齡在六十歲或以上、或經社署康復服務使用者個案收納評估表篩選為符合資格的個案。

11. 研究小組所建議的新康復服務模式，是期望為老齡化智障人士及其照顧者提供多元服務模式的選擇。同時，研究小組也建議在實施有關新康復服務模式時，需要關注以下的要點：

- (a) 智障人士、及其家長和照顧者的選擇權利：他們需要對所建議各項新康復服務模式，特別是老齡智障人士日間照顧中心所提供的服務有所認知，讓其作出合乎個別需要的選擇；
- (b) 要清楚列明退出現有服務及申請新服務的機制以及服務銜接，讓有關人士知悉；



- (c) 新服務模式對比現有服務的差異：例如日間庇護工場有為服務使用者提供獎勵金，但使用老齡智障人士日間照顧中心服務則不能再享有獎勵金；
- (d) 新服務的資源及運作成本計算；及
- (e) 新服務模式是否收費：研究小組建議無需收費，正如日間展能中心服務亦不設服務收費，但會按接受服務次數與日數而收取交通接送費用及膳食費。





第三章 諮詢工作

1. 彭耀宗教授於 2015 年 5 月完成研究報告。工作小組聽取了彭教授對研究報告的分析，以及專責小組對研究報告的意見後，於 2015 年 6 月 19 日就研究報告舉行分享會，聽取有關持份者及團體的意見。共有五個康復機構和團體就香港理工大學的研究報告提交了書面意見，載於附件七。
2. 工作小組在整理了收集到的意見後，就智障人士的康復服務需要按其需求的緩急，把建議歸納為短、中、長期措施，並於 2015 年 7 月舉行的康復諮詢委員會會議上向委員會作初步的匯報。委員會聽取了工作小組的匯報後，表示原則上接納工作小組提出的建議，並着工作小組在進一步考慮康復諮詢委員會委員及政府代表對有關初步建議的意見後向委員提交建議書。在收集了各持份者、康復諮詢委員會和相關政府部門的意見後，工作小組於 2015 年 12 月下旬向康復諮詢委員提交了一份有關改善老齡化智障人士服務的報告書，在加強醫療服務支援、推廣健康教育及疾病預防、檢視院舍服務模式、以及加強對照顧者的支援等六個範疇提出了多項短、中、長期的建議，並得到康復諮詢委員會的接納。
3. 勞福局於 2016 年 1 月至 2 月期間，聯同有關的政府部門，研究如何落實工作小組報告書內的建議。工作小組於 2016 年 3 月舉行會議，討論工作小組短、中、長期的建議，及聽取政府代表簡介優化措施。
4. 工作小組及政府代表於 2016 年 4 月與相關的持份者，包括社福機構、家長組織及自助組織等，舉行了三次簡介會。





第四章 工作小組的建議

1. 工作小組在整理了收集到的意見後，就智障人士的康復服務需要就以下六個範疇提出建議：

- (一) 智障人士醫療服務的支援
- (二) 智障人士的訓練及服務
- (三) 政策層面的配合
- (四) 服務模式檢視及創新模式
- (五) 智障人士家長及照顧者的支援
- (六) 智障服務人力資源的培訓

2. 工作小組在考慮各相關持份者意見後，按有關服務需求的緩急，把上述建議歸納為短、中、長期措施。有關建議的一覽表載於附件八。工作小組的建議詳情闡述如下。

(一) 智障人士醫療服務的支援

3. 理工大學的研究報告顯示智障人士患有長期病患的機會較同齡一般人士的比例為高，這現象在較年輕的組別尤其顯著。要使智障人士保持健康身體，延緩早發性老化情況，醫療服務的持續支援是不可或缺的。工作小組建議當局和康復服務機構應透過公私營醫療系統、跨專業醫療團隊為智障人士提供綜合的醫療護理及復康服務。服務範圍需要包括切合智障人士所需的醫療護理、功能訓練及社區支援等服務，以協助智障人士提升生活質素及自我照顧能力和改善身體活動機能。



(甲)透過公私營醫療系統，加強院舍「醫生外展到診計劃」的效能

4. 社署在2006年推出「醫生外展到診計劃」，為資助殘疾人士院舍的院友提供基礎的醫療照顧及支援，以應付智障院友老齡化和健康情況轉差等情況。但礙於資助金額及服務條件的限制，不少康復單位多年來一直未能招募固定的私家醫生為院舍院友提供醫療服務。雖然社署近年已增撥資源，但是一些位於鬧區(如九龍中)的院舍，情況依然未能改善。工作小組建議短、中期而言，當局應進一步優化有關計劃的條件，包括提升資助金額至具競爭力的水平，並在服務安排上容許參與計劃的私家醫生有較多彈性，從而吸引更多私家醫生參與「醫生外展到診計劃」，以加強為院舍院友提供基礎醫療照顧及支援。

5. 智障人士患有長期病患的機會較同齡一般人士的比例為高，工作小組建議當局與醫院管理局(醫管局)探討加強對智障人士長期病患的醫療服務支援。另外，醫管局港島東、西聯網家庭醫學及基層醫療服務與一些康復服務機構院舍協作，為智障的院友提供醫療照顧。工作小組認為這個協作模式不但能為智障院友提供適切的基礎醫療支援，透過加強有關的醫社合作，社區外展醫療服務更能為年老的智障院友提供部分的專科治療服務。醫生外展到診服務亦能促進醫療病歷互通，跟進病人病情，使提供的護理服務更全面。然而，工作小組留意到這個協作模式並非醫管局的正式計劃。長期而言，工作小組建議當局與醫管局探討，在其政策及資源容許下，設立協作計劃的可行性，為需要專科醫療服務的患有長期病患智障院友提供到診服務。



(乙)及早識別病患

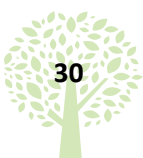
6. 研究報告顯示，個別群組的智障服務使用者是出現老齡化現象的高風險群組，例如同時患有唐氏綜合症、腦癱及/或肢體殘障等的智障服務使用者，他們身體病況數目隨年齡增長有上升的趨勢。工作小組建議康復服務機構採用有效的初步評估工具，例如檢測表，及早監察這些高風險群組的智障服務使用者的身體狀況，從而於合適的時機提供適切有效的醫療支援。倘若資源容許，康復服務機構更可考慮在接納個案的階段，從服務使用者的個人資料中，初步判辨個案是否屬於高風險群組，從而盡早作出監察或介入。

7. 就如何及早識別病患，工作小組建議康復服務機構可考慮與醫療團體/組織、大專院校等協作，為智障服務使用者提供定期體檢服務，以及包括視力（白內障）、聽力、牙科三個範疇的檢查及監察，及早識別是否有早發性老化的病徵，以便作出及早介入跟進護理。

8. 長遠而言，工作小組鼓勵業界採用標準化評估工具，篩檢有老年認知障礙的智障人士，為他們提供適切的跟進服務和支援。

(二)智障人士的訓練及服務

9. 由於現時為智障人士提供的服務，無論是綜合職業康復、庇護工作，以及日間訓練，均以特定範疇作為訓練的核心。況且大部分的智障人士都缺乏照顧自己的能力，自我管理能力薄弱；因此，工作小組就智障人士的訓練模式和照顧服務方面向家長、照顧者和康復服務機構提出以下的建議：



(甲)在服務中加強健康教育和預防病患的元素

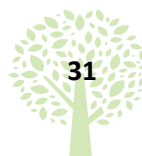
10. 康復服務機構在提供服務時，應考慮加入健康教育和預防病患的元素，例如加入培養智障服務使用者良好運動習慣和加強體適能訓練的項目；推行針對智障人士的普及健體運動，透過體適能訓練，維持智障服務使用者身體的活動能力，從而延緩出現早發性老化和相關的身體病況（例如冠狀動脈病/其他心臟疾病等）的機會。

11. 研究報告顯示，言語障礙為最普遍的殘疾情況（約佔受訪服務使用者的20.1%），工作小組建議康復服務機構應增加言語治療服務。言語障礙通常亦反映了一些智障人士有口部機能退化的情況，口部機能退化患者多有咀嚼及吞嚥困難的問題，增加哽塞風險。因此，有需要為智障服務使用者提供吞嚥能力評估，並為已出現咀嚼及吞嚥困難者提供口肌訓練。

12. 由於智障人士比較缺乏自我管理能力，家長、照顧者和康復服務機構應注意他們的飲食習慣，提供健康和富營養的膳食，以預防不良的飲食習慣而引發的身體病況，例如心血管疾病等。在個人照顧和護理方面，康復服務機構應加強對智障服務使用者的健康監察和提供預防牙患等訓練，包括日常的基本口腔清潔護理訓練等。

(乙)多元化訓練及服務內涵

13. 研究報告顯示智障服務使用者約有近20%患有2種或以上的殘疾情況和近18%患有2種或以上的身體病況。研究報告亦顯示有20%智障人士工作訓練表現及生產力欠理想。工作小組建議隨



著部分智障服務使用者因年老和身體機能衰退的特別需要，康復服務機構需要調整服務內容，並以跨專業協作模式，為智障服務使用者提供多元化訓練，豐富服務內涵。在日常訓練項目中，從全人照顧的角度，關注他們全面的需要，加入例如培養良好生活和運動的習慣，發展個人興趣等元素，使他們能維持良好生活狀態，以及學會善用閒暇時間。

14. 針對調整服務內容的需要，康復服務機構應檢視其機構的服務人手編制，落實跨專業協作模式，以提供全人照顧服務為目標。

15. 康復服務機構亦需要檢視服務單位的設計、設備和環境等，以配合智障服務使用者老齡化的生活和照顧需要，減少發生意外的機會。

16. 工作小組鼓勵康復服務機構定時檢視其為智障服務使用者提供的服務模式與定位，應按智障服務使用者所處人生階段的需要而提供適切服務。亦鼓勵機構因應照顧智障服務使用者的早發性老化情況，在監管制度的許可範圍內，作適度的內部服務配合或重組。倘若有需要，應與監管部門商討，彈性地調適監管的內容。

17. 當局近年已就智障人士老化方面增撥資源，讓服務機構聘請額外的照顧人手，並增加「延展照顧計劃」及「職業復康延展計劃」的名額。工作小組建議有關康復服務機構需要為將會納入該兩項服務計劃的智障服務使用者及早作適當準備，協助他們在心理上逐步過渡和適應新的生活常規，並定期為相關的計劃作出檢討。

18. 一般而言，智障人士在不同的成長階段有不同的護理和



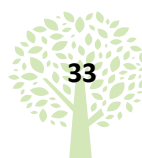
照顧需要，因此需要將他們調配至不同類型的服務單位以接受適切服務，導致常會出現轉換康復服務機構的情況。工作小組鼓勵涉及的兩間康復服務機構應採取措施，加強服務的銜接，例如在獲得相關人士、家長或監護人的同意下，適當地分享個案資料等，以使有關的智障人士能盡快得到相應的服務跟進和及早適應新的生活環境。

19. 工作小組亦建議當局考慮增撥資源，為康復服務機構提供車輛及司機的資助，以配合老化智障服務使用者出外就診及活動的需要。

(三)政策層面的配合

(甲)老齡化的定義

20. 研究報告顯示，智障程度、殘疾類別、殘疾情況總數和身體病況數目均影響智障人士的老化情況。倘若單以年齡作為界定智障人士老齡化的標準，並不適當。例如患有唐氏綜合症的智障人士相比其他類別的智障人士，有更早出現老化的現象。因此，工作小組認為必須綜合考慮智障人士的年齡、身體健康狀況、身體活動機能及康復服務需要等情況，以確定個別智障人士的老化狀態，從而提供適切的服務。



(乙)智障人士的服務規劃

21. 研究報告顯示智障人士較同齡的一般人士患有長期病患的普遍率為高，這現象在較年輕的組別尤其顯著。故此，政府和康復服務機構在為智障人士規劃服務或興建康復服務設施時，應具前瞻性及周詳地考慮服務之間的銜接，俾能全面配合智障人士有早發性老化情況和在不同成長階段的需要。

22. 由於為智障人士提供的服務涉及不同的範疇和專業，在規劃和設計為智障人士提供的服務時，需要不同政策層面之間的互相配合，包括醫療、福利服務、文娛康樂設施等之間互相協調。除康復服務的現有系統可以為老齡智障人士提供支援服務外，其他社區服務及設施，亦應考慮居住在社區的智障人士的需要。

23. 不少家長憂慮自己年老或離世後其智障子女的生活問題，希望當局研究成立公共信託。工作小組建議當局加強對智障人士的家長的支援，讓他們可以為其智障子女在他們離世後的生活，做好財務上的規劃。此外，工作小組建議當局優化現存的智障人士監護制度，擴闊監護制度涵蓋的範圍，讓智障人士可得到更適切的照顧。

(丙)統一的評估工具及老齡化問題研究

24. 長遠而言，當局應考慮為智障人士進行追蹤性研究，並定期作出評估，以研究智障人士在身體功能的變化程度，從而在規劃智障人士的康復服務和訂定政策時，能提供全面的參考數據。同時，工作小組建議康復業界採納一套共同認可的評估及紀錄工具，進而驗證其可信度及有效度，務求達到一致性評量標準。當局和康

復業界應為智障服務使用者建立智障人士個案管理制度及數據庫。

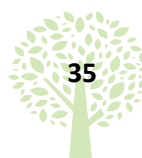
25. 當局和康復業界應鼓勵社會對智障人士復康工作或服務的研究和發展，繼續探討智障人士老齡化所引伸的問題和服務需要，以助更有效的服務規劃。

(四) 服務模式檢視及創新模式

26. 依照現時服務安排，老齡化智障服務使用者可因應服務需要的轉變，輪候與其新需要相配的殘疾人士服務單位。然而，因應現時正接受日間訓練的老齡化智障服務使用者人數日漸增加，工作小組建議就現時庇護工場、綜合職業康復服務中心和展能中心的服務模式及定位，作整體檢視，探討是否能夠將部分服務轉型的可行性和空間，以便在原有服務單位內，快捷地為這些老齡化智障服務使用者提供合適的服務。

27. 工作小組曾討論以試驗計劃形式，開展照顧老齡化智障人士的新服務模式，例如日間照顧中心。有關新康復服務模式的概念圖，載於附件六。工作小組認為要開展照顧老齡化智障人士的新服務模式，需要各方面再作更深入的探討和研究其可行性。

28. 短期而言，工作小組建議當局將殘疾人士地區支援中心的嚴重傷殘人士日間照顧服務名額，逐步開放予評估為有早發性老化狀況的智障人士；並採用個案管理模式，提供持續的支援服務，以舒緩有關智障人士因老化出現的迫切服務需求。



29. 在長遠規劃方面，工作小組建議當局和有關康復機構可以設立特定用途的老齡智障人士院舍，例如未來在規劃興建康復服務綜合大樓時，其設計應預先規劃老齡智障人士服務設施。

30. 當局亦可研究透過與主流安老服務機構合作的模式，探討設立「雙老院舍」的可行性。

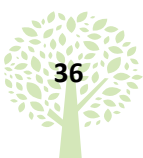
(五)智障人士家長及照顧者支援

31. 針對智障人士早發性老化的情況，家長及照顧者均扮演著重要的角色。因此，工作小組建議當局和康復服務機構應加強對他們的支援。

32. 在教育工作方面，工作小組建議增加家長對智障子女的健康教育訓練和協助預防病患的知識，提升他們對子女健康需要的關注和責任感，例如及早為智障子女安排定期體檢及牙科護理檢查等。

33. 當局和康復服務機構也可以與家長會等組織攜手合作，為家長及照顧者提供教育和宣傳，讓家長間發揮良性相互影響，增強教育的成效。除了加強對年齡老邁家長及照顧者的支援外，長遠而言，應從年輕家長及照顧者（包括親屬）入手。例如，為特殊學校之智障學生的家長，進行長遠教育工作。

34. 此外，對於一些居住在社區又沒有接受任何康復服務的智障人士及其家人和照顧者，工作小組亦建議當局及康復服務機構需要加強教育這群智障人士的家人及照顧者，如何自我增值以照顧



智障的親屬，以及在有需要時如何獲取相關的服務和支援，並包括智障人士早發性老化現象的資訊。

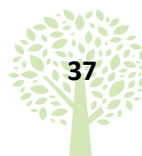
35. 另一方面，一些智障人士的家長或親人爲了照顧智障子女需要放棄工作，因而面對經濟壓力。照顧智障人士的額外生活開支也會爲智障人士的家人和照顧者帶來經濟負擔。工作小組建議當局考慮提供殘疾人士(包括智障人士)照顧者津貼，以舒緩智障人士的家人和照顧者的經濟壓力。

36. 中、長期而言，工作小組建議當局加強整體社會的教育，讓市民認識智障人士有早發性老化的情況。當局亦應推展全港及地區性的公眾教育活動，務求向社會大眾宣揚傷健共融的信息，讓智障人士可以善用主流長者服務和社區的文娛康樂設施，豐富個人生活體驗。

37. 對於一些正接受輔助就業，即將公開就業或已公開就業的智障人士，他們將來或會出現早發性老化情況，工作小組建議當局及康復服務機構考慮爲他們提供持續支援服務。

(六)智障服務人力資源培訓

38. 雖然智障人士早發性老化現象在康復業界已討論多時，但康復服務從業員的培訓工作仍尙欠全面和有系統的配合。因此，工作小組認爲，在短中期方面，康復業界需要加強對從業員的培訓工作，增強他們對智障人士早發性老化的認識，使他們在爲智障人士提供服務時能加入新的元素，並因應智障人士的老化狀況而提供更合適和有尊嚴的服務。



39. 工作小組同時鼓勵康復服務機構間的員工就老齡化智障人士服務的不同工作模式及創新性服務進行交流和經驗分享，從而為智障人士提供更適切服務。



康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組

成員名單

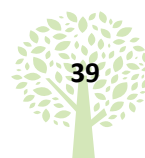
界別

召集人：	林國基醫生	康復諮詢委員會副主席
成員：	陳肖齡小姐	康復諮詢委員會委員
	陳錦元先生	康復諮詢委員會委員
	陳友凱教授	康復諮詢委員會委員
	鄭玉珍女士	康復諮詢委員會委員
	林伊利女士	康復諮詢委員會委員
	李遠大先生	康復諮詢委員會委員
	吳鳳清女士	康復諮詢委員會委員
	方長發先生	非政府機構代表
	李劉茱麗女士	家長代表
	朱偉星醫生	醫療界人士
	麥基恩醫生	醫療界人士
	岑思勁醫生	醫療界人士
	郭俊泉先生	社會服務聯會代表
	社會福利署代表	
	醫院管理局代表	
	康復專員或其代表	

(註：其他有關政府部門代表將按需要出席會議)

職權範圍

檢視高齡智障人士對院舍、日間訓練、社區照顧和支援及醫療護養等服務的需要，並就長、中及短期可行的改善措施向政府提出意見。



康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組
康復服務專責小組

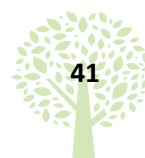
成員名單

界別

召集人：	林伊利女士	智障人士老齡化工作小組成員
副召集人：	方長發先生	智障人士老齡化工作小組成員
成員：	林國基醫生	智障人士老齡化工作小組召集人
	陳錦元先生	智障人士老齡化工作小組成員
	鄭玉珍女士	智障人士老齡化工作小組成員
	李劉茱麗女士	智障人士老齡化工作小組成員
	吳鳳清女士	智障人士老齡化工作小組成員
	何惠娟女士	康復服務機構代表
	簡佩霞女士	康復服務機構代表
	唐許嬋嬌女士	康復服務機構代表
	彭耀宗教授	學術界人士
	郭俊泉先生	社會服務聯會代表
	社會福利署代表	
	康復專員或其代表	

職權範圍

研究有關社區支援、日間訓練服務、院舍住宿服務、智障人士老齡化的相關數據及身體機能評估等議題，並適時向智障人士老齡化工作小組就長、中、短期措施提出建議以及作進一步的討論。



工作小組和專責小組就智障人士老齡化事宜的 跟進工作時序

- ⇒ 2013年3月1日 康復諮詢委員會通過成立「智障人士老齡化聚焦小組」(後改為「智障人士老齡化工作小組(工作小組)」)
- ⇒ 2013年5月14日 工作小組召開第一次會議
- ⇒ 2013年8月13日 工作小組召開第二次會議
- ⇒ 2013年8月13日 工作小組通過成立康復服務專責小組(專責小組)
- ⇒ 2013年9月19日 工作小組召集人和代表出席社署簡介會，了解「康復服務使用者老齡化工作小組報告」內容
- ⇒ 2013年10月24日 專責小組召開第一次會議
- ⇒ 2013年11月18日 專責小組召開第二次會議
- ⇒ 2013年12月30日 工作小組召開第三次會議
- ⇒ 2014年1月16日 專責小組召開第三次會議
- ⇒ 2014年3月4日 工作小組於3月4及7日舉辦兩場「智障人士老化趨勢及3月7日 研究」簡介會
- ⇒ 2014年5月19日 專責小組召開第四次會議
- ⇒ 2014年7月17日 工作小組召開第四次會議
- ⇒ 2014年9月4日 專責小組召開第五次會議
- ⇒ 2014年11月13日 專責小組召開第六次會議
- ⇒ 2015年1月20日 工作小組召開第五次會議
- ⇒ 2015年3月5日 專責小組召開第七次會議
- ⇒ 2015年3月20日 專責小組召開第七次會議(延續)
- ⇒ 2015年5月28日 工作小組召開第六次會議
- ⇒ 2015年6月19日 工作小組就研究報告舉行分享會，聽取有關持份者及團體的意見
- ⇒ 2015年6月25日 工作小組召開第七次會議
- ⇒ 2015年7月30日 工作小組向康復諮詢委員會會議上向委員會作初步的匯報
- ⇒ 2015年12月28日 工作小組向康復諮詢委員會提交有關智障人士老齡化的建議書，並獲委員會接納
- ⇒ 2016年3月10日 工作小組召開第八次會議
- ⇒ 2016年4月18日、4月22日及4月26日 工作小組及政府代表向相關的持份者，包括社福機構、家長組織及自助組織等，簡介工作小組的建議書及政府的回應

康復諮詢委員會智障人士老齡化工作小組
康復服務專責小組

「智障人士老齡化趨勢研究」個案評估表

評估日期: 2014 年 _____ 月 _____ 日

➤ 服務機構資料

1. 機構名稱: _____ 機構編號: _____ (見附註一)

2. 服務單位: _____ 單位編號: _____ (見附註二)

3. 服務單位地區: (請在適當空格填上√號)

香港

(1) 中西區; (2) 東區; (3) 南區; (4) 灣仔區

九龍

(5) 九龍城; (6) 觀塘; (7) 深水埗; (8) 油尖旺; (9) 黃大仙;

新界

(10) 離島; (11) 葵青; (12) 北區; (13) 西貢; (14) 沙田;

(15) 大埔; (16) 荃灣; (17) 屯門; (18) 元朗

➤ 服務使用者資料

1. 服務使用者編號: _____ (見附註三)

2. 出生年月: ____ 年 ____ 月

3. 性別: (1) 男 (2) 女

4. 使用的服務類別(可選擇多項): (見附註四)

(1) 日間展能中心

(2) 延展照顧計劃

(3) 庇護工場

(4) 職業康復延展計劃

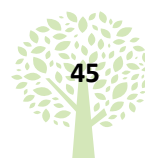
(5) 綜合職業康復服務中心

(6) 輔助就業服務/ 陽光路上培訓計劃/ 殘疾人士在職培訓計劃

(7) 中度智障人士宿舍

(8) 嚴重智障人士宿舍 (包括兼嚴重肢體傷殘人士)

(9) 嚴重肢體傷殘人士宿舍 (見附註五)



(10)嚴重殘疾人士護理院

(11)輔助宿舍

5. 智障程度：(見附註六)

(1)輕度智障

(2)中度智障

(3)嚴重智障

6. 殘疾情況(可選擇多項)：(見附註七)

(1)肢體傷殘

(2)精神病

(3)自閉症

(4)其他自閉症譜系障礙

(5)視覺受損／弱視

(6)聽覺受損／弱聽

(7)言語障礙

(8)唐氏綜合症

(9)腦癱；

(10)其他：(請註明) _____ (見附註八)

7. 身體病況(可選擇多項)：(見附註九)

(1)中風

(2)高血壓

(3)高血脂

(4)糖尿病

(5)亞氏癡呆症 (見附註十)

(6)老年癡呆症 (非亞氏癡呆症) (見附註十一)

(7)柏金遜症；

(8)冠狀動脈病/其他心臟疾病

(9)肌肉、關節硬化

(10)骨質疏鬆；

(11)骨關節炎/風濕性關節炎

(12)慢性阻塞性肺病

(13)白內障；

(14)其他：(請註明) _____ (見附註十二)

I. 工作訓練表現

(以工場內最低要求的工種為基準。“一般工人”即工作能力健全的人士。)

範圍	分數	項目	分數
a. 生產能力	9	不適用(見附註十三)	
	3	達一般工人的生產能力之 9%或以下	
	2	達一般工人的生產能力之 10%至 29%	
	1	達一般工人的生產能力之 30%至 49%	
	0	達一般工人的生產能力之 50%或以上	
b. 處理工作訓練程式	9	不適用(見附註十四)	
	3	未能處理	
	2	觸體提示	
	1	口頭提示	
	0	不需提示	

II. 護理需要

護理範圍	分數	護理項目	分數
a. 皮膚情況：	3	在過往一個月內皮膚出現潰瘍、褥瘡需接受無菌換症清洗傷口	
	2	在過往一個月內皮膚重覆損傷需觀察傷口發炎情況，並接受無菌換症清洗傷口	
	1	在過往一年內因反覆出現皮膚問題需搽醫生處方藥膏，如季節性皮膚病	
	0	沒有以上任何一種情況	
b. 吞嚥情況 - 在過往一個月內是否：	3	嚴重吞嚥困難(見附註十五) 或導管餵食	
	2	一般吞嚥困難(見附註十六)	
	0	沒有以上任何一種情況	
c. 使用藥物情況 - 在過往一個月內是否：	3	長期使用某種藥物，並按醫生指示監察藥物反應，例如：需於服用糖尿/心臟藥物前監察血糖水準/心律，才可服藥	
	2	需每天接受藥物注射	
	1	長期使用藥物	
	0	沒有以上任何一種情況	
d. 排泄控制 - 在過去一個月內的排泄能力：	3	大便或小便完全失禁，或使用導尿管或造口排泄	
	2	間中失禁或有遺尿/遺便情況，平均每星期一次或以上	
	1	間中失禁或有遺尿/遺便情況，平均每星期少於一次	
	0	沒有以上任何一種情況	

III. 照顧需要

評分準則

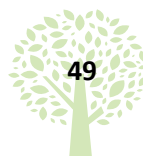
- 3 服務使用者極度依賴，或只有很少或完全沒有參與（照顧者需給予大量體位搬移的協助、提舉服務使用者身軀或肢體，或要花費相當力勁才能協助完成該項目）
- 2 服務使用者需觸體協助，但他/她仍有參與部份活動（不需要大量體位元搬移的協助、或提舉服務使用者身軀或肢體）
- 1 服務使用者需要別人在旁監督或提示才能完成（包括需要口頭或接觸身體的提示）
- 0 服務使用者獨立完成該項活動，並在可接受的時間內安全地達至基本衛生要求（包括使用輔助器具）

活動項目		分數
a. 洗澡	進行淋浴或坐浴	
b. 穿脫衣物	i) 以坐或站的姿勢穿脫上身衣物，包括外衣及內衣 ii) 以坐或站的姿勢穿脫下身衣物，包括外褲及內褲 iii) 穿脫鞋襪 iv) 穿脫手托或義肢 (請選取 i 至 iv 項中最高的分數作為右方 b 項的整項分數)	
c. 位置轉移	i) 指身體如何由一處移動至另一處的情況 (例：床 ⇄ 座椅 / 輪椅，輪椅 ⇄ 座廁等) ii) 床上位置轉移，包括臥下、起床、翻身及床上的移動位置 (請選取 i 至 ii 項中最高的分數作為右方 c 項的整項分數)	
d. 如廁	如廁（使用坐廁或蹲廁），包括大小便後的清潔、更換成人尿片、整理衣服等	
e. 進食及進飲	i) 進食 ii) 進飲 (請選取 i 至 ii 項中最高的分數作為右方 e 項的整項分數)	
f. 個人衛生護理	個人衛生護理，例如梳頭、刷牙、剃鬚、洗臉、洗手	
g. 行動能力	i) 室內行動能力（於兩分鐘步行 12 米） ii) 室外行動能力 iii) 上落樓梯能力（上落樓梯 10 級，不限時） (請選取 i 至 iii 項中最高的分數作為右方 g 項的整項分數)	

附註

- (一) 由香港社會服務聯會先行編訂。
- (二) 由機構自行編訂。
- (三) 由機構自行編訂。
- (四) 不包括機構自資的計劃。
- (五) 只限有智障的肢體殘障服務使用者。
- (六) 不包括有限智慧人士 (limited intelligence)。倘屬兩種程度之間 (borderline)，則填較低者。
- (七) 不包括未經確診的殘疾情況。
- (八) 盡量填入該殘疾情況的英文用語。
- (九) 不包括未經確診的病症。
- (十) 指 Alzheimer's Disease，又譯作「阿爾茲海默氏症」。
- (十一) 指 Dementia，又譯作「失智症」、「腦退化症」或「認知障礙症」。
- (十二) 盡量填入該病況的英文用語。
- (十三) 及 (十四)
如服務使用者現時並沒有接受職業康復服務或職業康復延展計劃，請選擇「不適用」，例如該受訪者日間上學或到展能中心，晚上返回院舍。
- (十五) 「嚴重吞嚥困難」包括吞嚥時或吞嚥前後，吃噎咳嗽；吞嚥後，聲音變濁、清喉嚨；進食後多痰，呼吸有聲音；進食期間呼吸急促；經常哽塞；體溫無故上升；體重減輕(不包括因為心理／身體的疾病)。
- (十六) 「一般吞嚥困難」包括未能嚼爛食物；需咀嚼很長時間；進食時，有食物從口或鼻溢出；將食物含在口中不嚥下；難以嚥下食物；每口食物要吞數次；吞嚥後，有食物剩餘在口腔內。

～ 問卷完成。謝謝！ ～



康復諮詢委員會智障人士老齡化工作小組
康復服務專責小組

「智障人士老齡化趨勢研究」

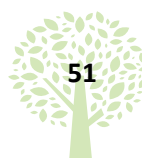
填寫個案評估表指引

1. 香港復康聯會/香港社會服務聯會（聯會）將向每一復康機構提供「機構編號」，機構同工在填寫試算表（excel file）時，需引用此一編號，以茲識別。
2. 機構需自行為服務單位編配「單位編號」，單位名稱不用提交。
3. 機構自行為每一位服務使用者編配「服務使用者編號」，可沿用現時在單位使用的編號，服務使用者姓名不用提交。
4. 研究計劃對象為年齡在十五歲或以上的智障服務使用者，並無年齡上限。
5. 研究計劃範圍包括：
 - 展能中心（包括延展照顧計劃）
 - 庇護工場（包括職業康復延展計劃）
 - 綜合職業康復服務中心
 - 輔助就業服務
 - 陽光路上培訓計劃
 - 殘疾人士在職培訓計劃
 - 中度智障人士宿舍
 - 嚴重智障人士宿舍（包括兼嚴重肢體傷殘人士）
 - 嚴重肢體傷殘人士宿舍（只包括兼智障人士）
 - 嚴重殘疾人士護理院
 - 輔助宿舍
6. 包括其他特殊情況個案如：上述服務類別單位已經接見的申請人但仍未正式接受服務、正參與工作體驗計劃/ 實習/ 已公開就業但仍未從服務單位除名者、非活躍個案（如因病住院、出席率偏低）、已終止服務但仍未除名個案。
7. 研究計劃不包括以下服務：綜合職業訓練中心、殘疾人士地區支



援中心、在社區並無接受任何資助服務或正在輪候服務的個案、機構自資計劃的個案、社企單位的智障僱員。

8. 機構自行決定委派負責進行評估之適當人選，建議最好由專業同工，如曾接受社署住宿評估機制訓練的社工、護士或治療師，或對個案有較深認識的工作員進行，以確保資料的準確性。在進行評估前，應為相關評估員提供培訓及講解。
9. 負責進行評估的人士只需為每一位服務使用者填寫一份評估表。同時使用住宿服務及職業復康服務的服務使用者由住宿服務單位負責評估，如有需要填寫工作表現一欄時，住宿服務的評估負責人可向服務使用者正在接受的職業復康服務單位（包括庇護工場、綜合職業康復服務中心、輔助就業服務、陽光路上培訓計劃、殘疾人士在職培訓計劃）瞭解其工作表現。
10. 如服務使用者日間上學或接受展能中心服務，可在「工作訓練表現」一欄中（見個案評估表 I 部）選擇「不適用」。
11. 居住在社區的服務使用者由日間訓練或職業復康服務單位負責評估。如有需要，評估負責人可向相關人士（如家長）瞭解其護理及照顧需要。
12. 有關研究涉及由機構代為收集服務使用者個人資料，機構必須嚴格執行以下保障個人資料指引：
 - 12.1 確定被評估的服務使用者已簽署「資料轉移同意書」（或等同作用的行政安排）。香港理工大學將向機構提供「科研知情同意書」，機構主管及一位見證人必須簽署；
 - 12.2 機構在進行評估前，應在一切可行情況下，以不同方式及管道知會服務使用者之家長/ 監護人，有關是項研究目的、評估及資料搜集過程，以及在研究完成後處理相關資料之方式；
 - 12.3 機構必須按照社署服務質素標準十四「私隱和保密」所訂定之政策及程式，確保所收集有關服務使用者的全部資料，均得到保密、妥善儲存及處理。



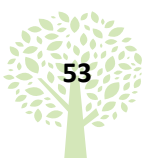
- 12.4 機構服務使用者姓名及其編號的電腦檔案，需按資料保密程式先將資料檔加密，只有機構所委派的一位數據資料收集負責人知道該密碼。
13. 機構需委派一位負責人，由其統一發放有關評估表格、試算表及填寫指引予服務單位。該名負責人在收集所有已輸入數據資料的試算表及**核實所填寫的資料準確無誤後**，須於二零一四年五月三十一日或之前連同已簽署之「科研知情同意書」一併遞交聯會（電郵予崔佳良小姐 angela.cui@hkcss.org.hk）。機構無需先行整合由單位所呈交的試算表。
14. 有關「智障人士老齡化趨勢研究」的一般查詢，請聯絡聯會崔佳良小姐（電話 2864-2932）。關於技術上的查詢，例如將資料輸入試算表時遇到難題，請聯絡研究計劃負責人彭耀宗教授，電話 2766-7156。

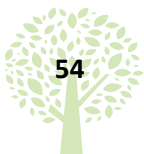
- 完 -



試算表

服務單位編號	地區編號	服務使用者編號	出生年月		性別(男=1,女=2)	服務類別 1 (無=0,有=1)	服務類別 2 (無=0,有=1)	服務類別 3 (無=0,有=1)	服務類別 4 (無=0,有=1)	服務類別 5 (無=0,有=1)	服務類別 6 (無=0,有=1)	服務類別 7 (無=0,有=1)	服務類別 8 (無=0,有=1)	服務類別 9 (無=0,有=1)	服務類別 10 (無=0,有=1)	服務類別 11 (無=0,有=1)	現狀情況 1 (無=0,有=1)	現狀情況 2 (無=0,有=1)	現狀情況 3 (無=0,有=1)	現狀情況 4 (無=0,有=1)	現狀情況 5 (無=0,有=1)	現狀情況 6 (無=0,有=1)	現狀情況 7 (無=0,有=1)	
			年	月																				
						日間康能中心	延遲服務計劃	庇理士場	職業復返服務計劃	聯合專業康復服務中心	輔助就業/陽光路上坊計劃	中區智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會	嚴重智障人士協會





現況 8 (無=0有=1)	現況 9 (無=0有=1)	現況 10 (無=0有=1)	現況 1 (無=0有=1)	現況 2 (無=0有=1)	現況 3 (無=0有=1)	現況 4 (無=0有=1)	現況 5 (無=0有=1)	現況 6 (無=0有=1)	現況 7 (無=0有=1)	現況 8 (無=0有=1)	現況 9 (無=0有=1)	現況 10 (無=0有=1)	現況 11 (無=0有=1)	現況 12 (無=0有=1)	現況 13 (無=0有=1)	現況 14 (無=0有=1)	Ia	Ib	Ic	Id	Ila	Ilb	Ilc	Ild	Ile	Ilf	Ilg		
現況 8 內容	現況 9 內容	現況 10 內容	現況 1 內容	現況 2 內容	現況 3 內容	現況 4 內容	現況 5 內容	現況 6 內容	現況 7 內容	現況 8 內容	現況 9 內容	現況 10 內容	現況 11 內容	現況 12 內容	現況 13 內容	現況 14 內容													
腦炎綜合症	癲癇	中風	高血壓	高血糖	糖尿病	亞氏德耳症	老年癡呆症	帕金森症	其他心臟疾	腎	肌肉	關節	變化	骨質疏鬆	骨質疏鬆	慢性阻滯性肺	骨	骨關節炎	骨	骨關節炎	慢性阻滯性肺	骨	骨關節炎	骨	骨關節炎	慢性阻滯性肺	骨	骨關節炎	骨



香港理工大學康復治療科學系 科研知情同意書

科研題目：智障人士老齡化趨勢研究

科研人員：彭耀宗 教授（香港理工大學康復治療科學系教授）
勞工及福利局智障人士老齡化工作小組

科研內容：

背景：

隨著醫療技術發展和健康服務質素提高，智障人士的平均預期壽命相應延長。伴隨老齡化所出現的體能、智能及心理功能衰退等諸多情況，對使用康復服務的智障人士影響日益顯著。因此為智障人士而設的康復服務，需要就此變化做出相應的改善調整。康復諮詢委員會轄下之智障人士老齡化工作小組已成立康復服務專責小組，以制定中長期的措施來應對康復服務機構中的智障人士老齡化問題。為使康復服務專責小組瞭解當前對智障人士服務所存在的不足，並於將來制定改善措施，全面評估目前康復機構中的智障人士老齡化趨勢情況非常重要。

研究目的：

此項研究旨在調查全港 15 歲及以上使用康復服務的智障人士之人口統計資料及身體機能情況。

服務單位納入條件：

閣下的服務機構如提供下述任何一項服務，即可參與此次調查研究：

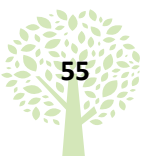
日間訓練及職業康復服務：

- 日間展能中心
- 庇護工場
- 職業康復延展計劃
- 綜合職業康復服務中心
- 延展照顧計劃

住宿照顧服務：

- 嚴重殘疾人士護理院
- 嚴重弱智人士宿舍
- 中度弱智人士宿舍
- 輔助宿舍
- 嚴重肢體傷殘人士宿舍

輔助就業服務／陽光路上培訓計劃／殘疾人士在職培訓計劃





數據收集流程：

本次研究所用評估表的電子檔案和供數據錄入的電子表格（excel file ），將發出予各康復機構總辦事處／機構代表，並由各機構專責統籌員分發予轄下服務單位。各服務單位將自行決定測試及填寫負責人。每位被調查的服務使用者將獲編號，其編號及數據將由評估表填寫負責人錄入所收到的電子表格中。最後各單位將完成數據錄入的電子表格發送予機構統籌員，經香港社會服務聯會（復康服務）再轉發至香港理工大學研究助理作整理分析。

參與項目的益處和潛在危險性：

此項調查研究將使康復服務專責小組瞭解目前對智障人士服務所存在的不足，並有助於將來制定改善措施。參與此項研究不會有任何危險。

保密性：

此項研究收集所得的資料及數據將絕對保密；該研究的數據資料僅可供參與此項研究的科研人員分析評估。呈交科研人員的資料數據不會包含服務使用者的姓名。



參與「智障人士老齡化趨勢研究」同意書

本人 _____，代表(機構名稱)_____，已瞭解此次研究的具體情況。本人願意參加是項研究計劃，並有權在任何時候、不論任何原因放棄參與此項計劃，而此舉不會導致本人受到任何懲罰或不公平對待。本人明白參與此項計劃的潛在危險性。本人明白服務使用者的個人資料將不會洩露給與此計劃無關的人員，他們的名字不會出現在任何影帶或出版物上。

本人若對此項研究有任何疑問，知悉可以聯絡此計劃負責人彭耀宗教授(電話：2766-7156)。若本人對此計劃之研究人員有任何投訴，亦知悉可以聯絡部門科研委員會秘書文詠琴女士(電話：2766-4394)。本人亦明白，參與此計劃需要本人簽署一份同意書。

參與者姓名： _____

職位： _____

簽名： _____

日期： _____

見證人姓名： _____

簽名： _____

日期： _____

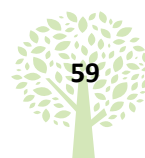


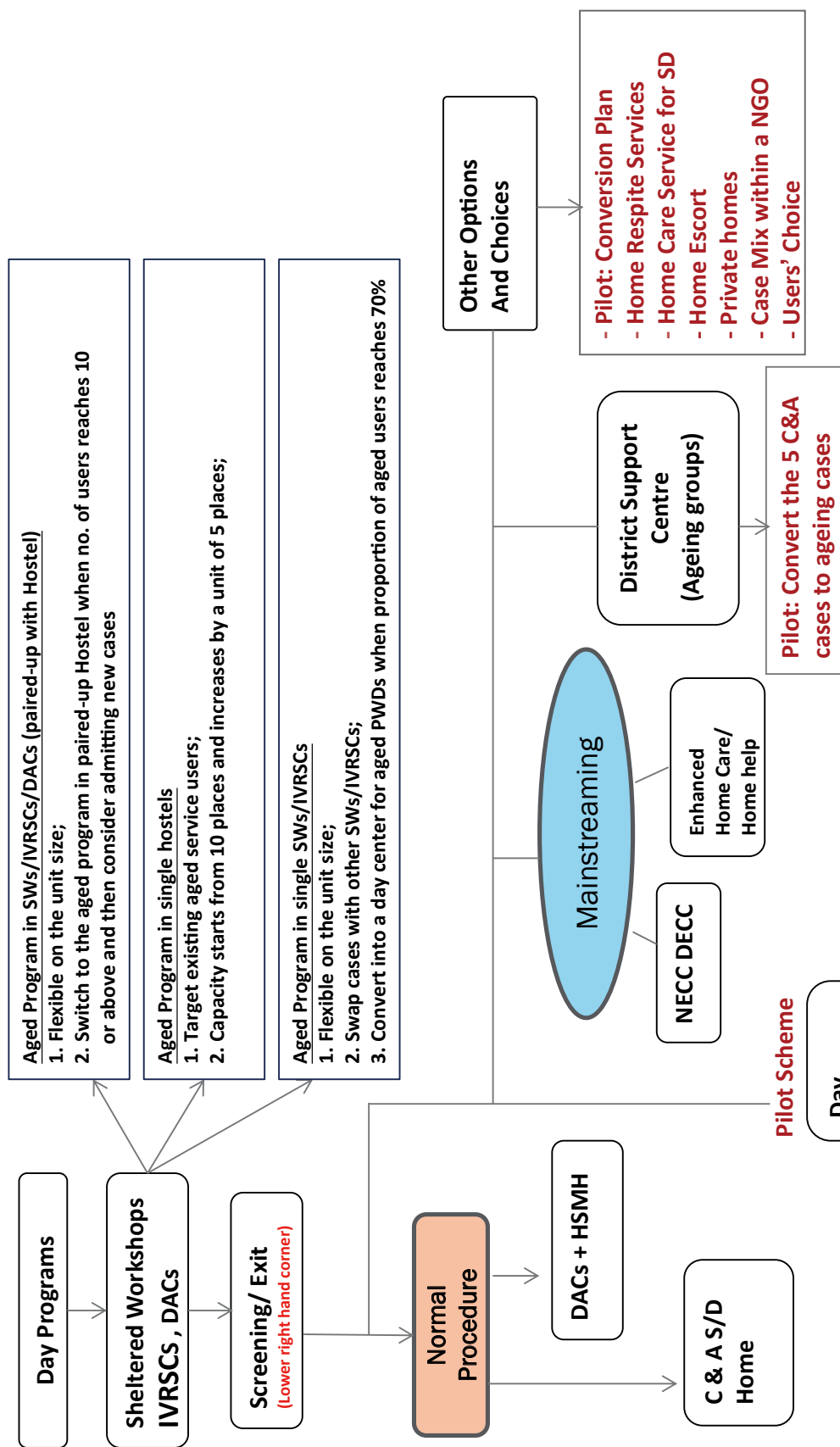
康復服務專責小組屬下
新康復服務模式研究小組

成員名單

界別

召集人：	林伊利女士	康復服務專責小組召集人
成員：	方長發先生	康復服務專責小組副召集人
	何惠娟女士	康復服務專責小組成員
	簡佩霞女士	康復服務專責小組成員
	李劉茱麗女士	康復服務專責小組成員
	郭俊泉先生	康復服務專責小組成員
	沈梅芳女士	香港復康聯會／香港社會服務 聯會智障人士服務網絡「老齡 化工作小組」召集人
	林木昆先生	康復服務機構代表
	馮秀華女士	康復服務機構代表





Flow Chart on the Exit Mechanism/ Service Flow for SWS/ IVRSCs/ DACs

Hostels for Moderately MH , Severely MH Supported Hostels & Hostel for Severely PH

Screening

Aged Program in single hostels

1. Targets at existing aged service users;
2. Capacity starts from 10 places and increases by a unit of 5 places;

Aged Program in hostels (paired-up with day services)

1. Flexible on the unit size; can be 5 in a unit;
2. Switch to the aged program in Hostels and exit from paired-up day service units.

Normal Procedure:

Downgrade to existing services, e.g. HSMH, C&A SD, etc.

Aging-in-Place:

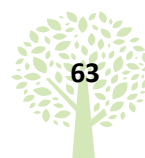
1. Additional manpower to provide more intensive care;
2. Resource provision to upgrade facilities;
3. Gradual and by-phase conversion into aged homes;
4. Stop admitting new cases to provide more space upon natural attrition;

New Services:

1. New residential home model: aged homes for PIDs
2. More C&A homes/ infirmary services in service planning
3. Aged section in newly planned residential homes

新服務模式概念圖內的英文縮寫詞彙

C&A cases	嚴重殘疾人士個案
C&A S/D Home	嚴重殘疾人士護理院
DAC	展能中心
DECC	長者地區中心
Home Care Service for SD	嚴重殘疾人士家居照顧服務
Hostel for Severely PH	嚴重肢體傷殘人士宿舍
Hostels for Moderately MH	中度弱智人士宿舍
HSMH	嚴重弱智人士宿舍
IVRSC	綜合職業康復服務中心
NECC	長者鄰舍中心
SW	庇護工場

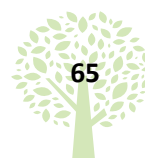


康復機構/團體的書面意見

就「智障人士老齡化趨勢」研究報告，以下的康復機構/團體向康復諮詢委員會智障人士老齡化工作小組秘書處提交了書面意見。

<u>項目</u>	<u>康復機構/團體名稱</u>	<u>附錄</u>
1	Ageing Needs of Person with Intellectual Disability (PWID) and the Family (by Ms Laura YEUNG)	I
2	香港唐氏綜合症協會家長委員會	II
3	香港唐氏綜合症協會	III
4	香港社會服務聯會	IV
5	智障人士老齡化關注組	V

康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組秘書處
2015年11月



Ageing Needs of Persons with Intellectual Disability(PWID)and their Families

Care of PWID is not just for the individual but is also for the family, especially the carer(s)

Recommendations:

Imminent task: according to the survey report, look into the needs of those pwid that have shown signs of ageing and those units with most ageing pwid, provide suitable services that meet the needs, and also give support to their families.

Needs of Individual PWID (Bio-psycho-social & spiritual)

1. Health - annual physical check-up for all, may provide coupons to lessen the burden of carers. This check-up includes eye, ear and oral/dental examination, and others that deem fit.
 - Doing physical exercises(different parts, including the brain)
 - Set up Clinic for PWID
2. More in depth annual/half-yearly review of the adjustment of PWID at Workshop or DAC with parents e.g. workshops & DAC(As learnt from parents that the review was superficial)
3. Residential care - best is to have one stop service that does not need transferring to another home, (environment & facilities should meet the ageing needs)
4. Hostel life, more flexibility, stress INDIVIDUALITY, bedroom decoration, work environment, more choices at work or training, more social life
5. Day Centre for the Elderly (PWID) – with professionals to meet their various aspects of needs, fit for those living in the community as well as those living in the hostels who may not fit the existing daily programmes



6. Preparation for those who work in social enterprise when they face ageing. Care for those having open employment. (May get information from self-help groups.)

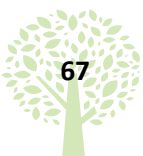
Needs of Family(bio-psycho-social & spiritual)

1. Care for parents - ageing parents → single parent
 - Hostel for PWID and parents: a multi-purpose welfare building for elderly and persons with intellectual disability (parents and children living in the same building but on different floors). Residential services can be provided by different service providers (rehabilitation and elderly) so they can have much better chance of seeing each other. There can be a social centre on one floor where they can meet and enjoy some joint programmes.
 - Stress management, emotional support, health care, prompt support during parent(carer)'s hospitalization, financial support to carers
2. Worries of parents – future care of the child (quality of life)
 - Guardianship, public trustee, supported decision-making/co-decision-making - to ensure the rights of PWID.

Needs of both parties – how to face separation and loss (some NGOs are working hard on this)

Community Education – to all walks of life, understanding and acceptance (recent incident happened with MTR staff to our member)

Support to Self Help Groups - training to parents/carers - awareness of early ageing of their children; financial support for sustainability of SHGs as they are, in fact, working partners with NGOs and the government.



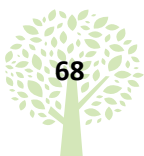
Final view

1. Case manager – to look after the person with intellectual disability and the family right after the early assessment, to provide on-going care through the life path of the PWID together with his/her whole family (both parents and siblings, if any, or grandparents as well). In many cases, father is the quiet supporter in the family. He should not be ignored. Help parents have early acceptance of the child and timely support to the family affect the development of the child.

The Case Manager should be of high calibre and is an experienced co-ordinator, linking up resources of different sectors in meeting the needs of the PWID and family, especially during crises.

2. Set up policy for long term care of pwid and family.

Approach District Support Centres and parents' self-help groups for those pwid living in the community that have not been counted in the recent survey.





Patron : Mrs. Regina Leung *Founder* : Mr. Jonathan Chamberlain

President : Sir David W.C.Tang, KBE *Vice-presidents* : Dr. Andrew W.M. Yuen, Ms. Carina Lau Ka-Ling

香港添馬添美道 2 號政府總部西翼十樓
勞工及福利局

致 勞工及福利局局長 張健宗, JBS, JP

本會家長委員會對「智障人士老齡化趨勢研究」報告之回應及意見

就貴工作小組於 2015 年 6 月 19 日發佈的「智障人士老齡化趨勢研究」，本會肯定有關研究對智障人士老化的服務及政策研究有著重要的影響力，亦為本地智障人口研究定下一點基礎；本會在初步了解有關發佈後，對內容及當中長、中及短期的建議有所討論，經本會收集家長對「智障人士老齡化趨勢研究」之意見後，欲對整份文件及本港唐氏綜合症人士的福利發展提出更多意見，關注如下：

1. 唐氏綜合症人士醫療支援

報告中大量著墨智障人士老化的身體毛病顯著，隨著智障人士會比一般人提早進入老化階段，健康上均相繼出現各種毛病，在診病及醫療需要上相應增加；報告亦清楚反映唐氏綜合症人士的提早老化比一般智障人士更早，唐氏綜合症人士對醫療的需求更大更急切。

本會強烈要求政府及有關部門：

- (即時)醫管局及衛生署應接納「智障人士失痴症篩選問卷」(東華三院, 2013)為有效的轉介/介入評估表，為有需要智障人士提供治療；
- (短期)加強醫療人員對唐氏綜合症的培訓，協助唐氏綜合症人士及家人及早識別老化及各樣身體機能出現的毛病，從而予以治療；
- (中期)設立及擴展(成人)唐氏診所，於不同地區提供年度身體檢查會診安排，包括牙科。為唐氏綜合症人士及早提供介入治療，並有系統地收集醫療數據，計劃適切服務；
- (中期)加強智障精神科的服務，推廣至不同地區設立有關服務隊伍，為門診或院舍上門提供適切服務；
- (中期)開放老人科服務予已有老化病徵的智障人士/唐氏綜合症人士接受服務；
- (中期)效法長者醫療券以運用於智障人士/唐氏綜合症人士，既可讓他們得到適切的診治，亦可減輕公營醫療服務負荷情況。
- (中期)加強成人醫療支援包括牙科及醫療輔助器材(包括助聽器、眼鏡等)津助。

Charity listed on
WiseGiving
惠施·慈善機構



Room 103-106, G/F., Wing Shui House, Lek Yuen Estate, Shatin, N.T., Hong Kong

香港新界沙田源源邨樂瑞樓地下103-106室

E-mail電郵: hkdsa@hk-dsa.org.hk

Tel電話: (852) 2697 5391

Fax傳真: (852) 2692 4955

Website網址: www.hk-dsa.org.hk

2. 照顧者支援

2.1 家傭津貼

研究反映大多數住在院舍的智障人士，其健康較差，相信跟院舍作息流程及活動限制有一定關係。加上現時殘疾人士或安老資助院舍宿位均嚴重不足，而需要入住院舍的只為需有人照顧。唐氏綜合症人士較多為中、輕度智障人士，他們及其家人並非以入住院舍為首選考慮，反之期望留在社區與家人生活的個案亦不少，只要仍然能在經濟上支援聘請家庭傭工，(一)可減少院舍需求壓力；(二)更可讓智障人士及其也年長待照顧的家長，能同時在有人看顧下居家安老，並於生活質素得到保障；(三)相信傭工津貼較增加宿位的成本便宜。

2.2 交通津貼

大部分智障人士一般在日常生活的活動時，均需要照顧者陪同或接送，雖然殘疾人士已享有乘搭公共交通工具的費用優惠，但照顧者則仍需負擔沉重的交通費，因此智障人士的活動會因為照顧者經濟負擔而受限制及減少；研究中反映唐氏綜合症人士隨著年齡增長病患亦大大增多，早於 30-39 歲階層已明顯出現更多病患，他們對醫療依賴很強。若能為照顧者提供交通津助，可以減輕家長陪同智障子女往返就診及參與社區時，所面對的交通費壓力，亦避免智障人士的生活質素受到影響。

2.3 照顧者津貼

家人在照顧唐氏綜合症人士往往放棄工作而全職留在家中照顧；收入減少並同時應付唐氏綜合症人士的醫療及學習需要，令這些家庭經濟負擔大大加重。政府往往沒有正視這批照顧者的貢獻，漠視這些家庭的生活質素需要。因此應為他們設立現金津助，又為這些家庭提供醫療津貼、特別補貼等以支援家庭減輕經濟負擔。

3. 盡早制定智障人士普查政策

3.1 「(智障)唐氏綜合症人口普查」

殘疾人士有不同的類別，而智力障礙皆統稱為「智障」類別；但「唐氏綜合症」人士除智力發展障礙外，身體尚有各種及不同程度的健康問題，尤其較其他智障人士會提早老化所產生的問題，可惜他們的需要也一直被忽略的。建議由統計處定期進行的「智障人口普查」，並將「唐氏綜合症」從智障類別中勾劃出來以確立專屬類別，以便可細緻統計及研究唐氏綜合症人士的特性，並配合其需要提供相關服務。

3.2 定期進行追蹤普查

建議定期 (三年)為智障人口進行數據收集，對比本港智障人口的變化及需要，從而讓服務提供者及政府有效計劃服務，資源投放對應服務層面。

3.3 針對社區生活的智障人口數據收集

是次研究以社署津貼的成人服務單位為數據收集的定位，清楚反映出現時接受服務的智障人口狀況。然而仍有一批隱藏在社區生活，因各種不同因素未有接受上述成人服務的智障人士未有包括在是次研究當中，本會家長對他們的狀況亦十分關注。為使本地的服務更能對焦不同背景的智障人士，本會十分期望有關當局需要投放資源盡早為住在社區的智障人士進行同類普查，了解社區生活的智障人士老化狀況，提供適切服務回應不同需要。

4. 正視唐氏綜合症人士提早老化的現況

是次研究已明確反映智障人士提早老化的數據，唐氏綜合症人士提早老化比一般智障人士更早。可惜社會上對此狀況並不認識，也沒有為他們有適切的服務設計。本會希望有關當局正視是次研究數據，並以此為依據為智障/唐氏綜合症人士設立「老化」界定，按他們不同的生活功能及身體機能評估出「老齡」，繼而提供相應的服務作支援。

5. 雙老院舍的服務

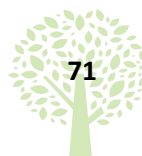
最終，家長十分期待雙老院舍的服務，以便家長年老時即使入了老人院舍亦可同時照顧自己老化的子女，免出現各自進入不同的院舍服務承受骨肉分離之苦。本會及業界多番提出，可惜政府或相關部門均以行政角度衡量其可行性而推辭，並沒有以「以人為本」的角度考慮智障人士及其家庭的需要及期望。這令本會家長十分失望。因此，本會再次提出雙老院舍之服務建議，並要求有關當局以積極態度及「以人為本」的角度考慮服務建議。

6. 關注智障人士監護需要及設立(公共)信託

家長計劃當自己年華老去，身體狀況欠佳時子女的照顧何去何從，由於現時服務設計並未有回應家長對監護安排及信託的需求，因此家長均對此感無助。在平衡子女的自主權及利益被侵害兩者的保障，本會建議應發展適合本地家庭觀念及文化的監護計劃；並同時設立專為智障人士需要的信託管理系統，讓家人可放心在自己離世後把子女的生活交付監護人士去執行，並由信託管理財政。政府及有關機構需要起帶頭作用，並對信託管理作出承擔。

7 注視唐氏綜合症人士/智障人士發展和成長需要

研究中發現大部份接受工作訓練的唐氏綜合症人士/智障人士，他們的訓練成效(隨著年齡增長)並不理想；然而政府在成人服務上則投入大量資源作就業培訓，加上社會上智障人士就業率一向很低；唐氏綜合症人士在 30-39 歲已經出現明顯老化的狀況，讓其在就業訓練上花大量時間，倒不如及早推行多元化



的生活訓練，在有能力時多些接受多元學習，包括生活技能、職業復康訓練、興趣培育等；只有透過不斷的學習，終身學習才能使他們健康愉快地成長。

7.1 檢討現時綜合職業復康中心的服務模式，發展多元化的訓練，提升他們社區生活技能；

7.2 檢視教育政策，發展成人教育讓他們也可享有成人持續學習的機會及權利；

8. 檢討本地整體的復康政策

必須檢討現有成人職業復康服務成效，推行終身學習服務，讓成年智障人士也可以有更多元化的成人服務選擇。此外，亦須跨部門檢討現時智障人士的服務。智障人士提早老化引申的醫療、成人服務、教育、福利需要等，必須要成立跨部門的小組互相配合及協調。

誠希 工作小組就上述提出意見作出詳盡考慮，如對以上內容有任何查詢及覆示，請聯絡本人（電話：9■■■■■9），或本會服務經理李明仙姑娘（電話：2718 7775，地址九龍東頭邨振東樓東翼地下）。

順祝 大安！此致



楊映梅女士
家長委員會主席

二零一五年七月十四日

- 完 -



Patron : Mrs. Regina Leung **Founder** : Mr. Jonathan Chamberlain
President : Sir David W.C.Tang, KBE **Vice-presidents** : Dr. Andrew W.M.Yuen , Ms. Carina Lau Ka-Ling

香港唐氏綜合症協會
 回應「智障人士老齡化趨勢」研究報告
 意見書
 (15.7.2015)

近年，智障人士老齡化是智障人士、照顧者和服務提供者相當關注的議題。隨著智障人士的平均壽命延長，如何協助他們和照顧者面對老齡化的挑戰，改善生活質素？甚麼服務或支援對他們有幫助？不同持份者的角色如何？這等在這幾年間於業界已有很多的討論。

是項研究是本港首個大型和有系統的趨勢調查，研究結果具參考價值，並實實在在地提供了數據和實證，以探討智障人士老齡化的情況。香港唐氏綜合症協會作為本港康復服務的服務提供者之一，一直關注智障人士老齡化的情況。在過去幾年，協會不斷探討、研究和改善現有服務，發展新服務和舉辦不少活動以回應服務使用者面對老齡化的需要。惟面對智障人士老齡化的情況實需要不同持份者的參與，及從不同方面去探討，如：政策、服務模式、資源運用等等。

就是次「智障人士老齡化趨勢」研究報告的結果，本協會有以下的建議：

1. 醫療服務和健康普查

報告指出智障人士有早發性老化現象，他們比同齡的一般人士有更多人患有長期病患，而且老化的現象於 30-39 歲已開始出現，患有多項身體病況的人數更在 30-39 歲之後有增加的情況。當中，唐氏綜合症人士更是高危一群，老化現象再早於 30 歲左右便出現。報告清楚指出智障人士在健康方面面對不少威脅，反映醫療服務和健康普查的重要性，這與本協會於 2014 年進行的調查「唐氏綜合症會員需要及家屬身心健康指數」中所關注的一致(隨附上協會是次調查的摘要)。

因此，我們建議政府提供成年智障人士身體健康檢查，提供定期檢查和及早介入，適切和適時地安排和給予他們醫療服務。加上，成年智障人士一般表達能力較弱，醫護人員對他們的認識和溝通技巧與診症的成效有關，我們建議政府延續和開放現時的兒童唐氏診所至成人智障人士，以提供持續和全面的醫療服務，並包括身體健康檢查。

Charity listed on
WiseGiving
 惠施·慈善機構



Room 103-106, G/F., Wing Shui House, Lek Yuen Estate, Shatin, N.T., Hong Kong.

香港新界沙田瀝源邨榮瑞樓地下103-106室

E-mail電郵: hkdsa@hk-dsa.org.hk

Tel電話: (852) 2697 5391

Fax傳真: (852) 2692 4955

Website網址: www.hk-dsa.org.hk

2. 智障人士運動和適體能計劃

所謂預防勝於治療，我們建議智障人士運動和適體能計劃，並建議政府促進不同部門，如：康文署與康復服務提供者，作跨界別合作於地區舉行相關計劃。這不單旨在鼓勵智障人士多做運動，而且多讓他們使用社區設施。本協會曾與香港大學進行一項適體能計劃 Up Up and Be Healthy，結果證明適體能計劃改善智障人士做運動的動機、身體機能。冀盼相類此的計劃能在社區推展！

3. 檢視和重組現時服務模式

現時，本港大部份的康復服務早於 80、90 年代發展，如住宿服務、庇護工場、展能中心等等，有相當多的服務使用者已接受服務多年並出現老齡化。惟現時服務欠缺針對老齡智障人士的服務，服務選擇不多，形成服務使用者往往「滯留」於現有服務單位中。一方面，現有服務不能滿足老齡智障人士的需要；另一方面，影響服務的成效。故此，我們建議政府重新檢視現時的服務模式和不足，設計適合老齡智障人士的服務模式，撥放資源給新服務(如老齡智障人士日間中心、雙老院舍的方案)，以致服務能更多元化和有效回應需要。

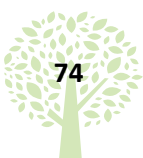
這還包括服務單位軟件和硬件的現代化工程。現時不少服務單位運作多年，環境殘舊，設施不足，人手緊張，未能配合老齡智障人士的需要。我們建議檢視現有服務單位的提供情況，進行現代化工程。

4. 照顧者的支援及成立公共信託

家庭在照顧智障人士擔當相當重要的角色！就如本會的唐氏綜合症會員，九成多與家人居住！可見家人面對老齡智障人士的挑戰不能輕視，而且不單智障人士踏入老年，照顧者不少也 50 歲以上，面對「雙老」的情況。另外，有很多照顧者為了照顧家中的智障人士，放棄工作，再加上本身或智障人士同樣面對老齡化及健康問題，承受照顧壓力、經濟負擔。近年，有不少調查反映照顧者面對不同方面的壓力和情緒問題，他們面對的困難是多方面的。故此，我們建議增加和提升照顧者的支援服務，例如：醫療津貼、照顧者津貼、交通優惠等。

有不少家長向我們表達他們對子女將來的憂慮，考慮到自己開始年老，擔心智障子女在自己「百年歸老」後無人照顧。最近，業界和家長團體熱烈討論成立信託，以及早安排自己的財產和子女的生活，以確保子女生活得到較佳的照顧和保障。我們認為這需要是殷切及刻不容緩。

5. 全面的服務以配合智障人士的成長需要



智障人士在成長階段裡面對不少挑戰，雖然本身因健康問題而先天上有所局限，但只要提供培訓和機會，他們的發展和潛能常讓人喜出望外，在體育和藝術方面可有驕人的成績。可惜，現時本港的康復服務較集中於職業康復和就業，對體藝、社交、靈性等的栽培投入不多。反觀，這項調查的結果指出智障人士的「成年期」比一般人短，他們有可能在 30-39 歲或更早便出現老化，踏入「老年期」，生命週期與一般人有所不同，盛年黃金時間更寶貴和應該珍惜。因此，我們建議提供智障人士的潛能和成長發展，協助和提供機會讓智障人士學習不同技能和體藝，發揮所長，改善生活質素，而非單向和偏重工作培訓方面的發展。

6. 針對高危群組唐氏綜合症的需要

是項調查指出唐氏綜合症人士比一般智障人士更早出現老化現象，他們在 30-39 歲或更低的年齡就出現老齡化。隨年齡的增長，他們出現腦萎縮和腦白質病變的發生率亦隨年齡增長而上升，這與他們有較高和較早的腦退化症相關。另外，唐氏綜合症人士的心血管和視覺系統健康亦是多項病患中常見及與老齡化有關。

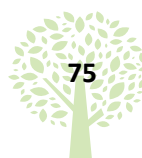
唐氏綜合症人士身體機能老化除了出現較早外，亦來得快！有家長向我們表示兒子身體情況於 30 歲初急劇下降，家長除感到手足無措外，亦感無助，現有服務往往需時輪候，一時間未必能獲到合適康復服務。我們建議加強緊急支援服務，如：暫託、熱線，協助高危群組。

7. 將來研究方向

是項研究是本港近年關於智障人士的大型調查，提供不少參考資料和數據。惟是項研究的資料收集集中於職業康復服務、宿舍服務和展能中心等服務，如個案沒有接受服務，資料便沒有了。我們相信有若干社區個案的情況未能於是項調查反映，例如：社區的隱蔽個案、公開就業個案。我們建議將來的研究應包括和照顧社區居住的個案。

另外，正如報告第 294 頁所指出，是項調查所採用的評估量表只包括了工作訓練表現、護理需要、照顧需要、基本日常活動能力及長期病患。對於社交能力、精神健康、社區參與方面等沒有作探討，惟這些都是智障人士在生活上及面對老齡化時要支援的。我們建議將來的研究應考慮全面的評估，好讓我們能更清楚了解他們的需要。

本港欠缺有關智障人士老齡化情況的資料，相關的文獻不多，老齡化情況的轉變和社會各界應如何回應仍需要不少的討論。我們建議進行 3 年追蹤研究，了解趨勢，以掌握這議題，製訂相關政策和方案。

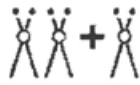


8. 定義老齡智障人士

是項調查和業界大多認為年齡不能客觀界定「老齡智障人士」，尤其高危群組。相反，世界各地普遍認同 60 歲為「老人家」及退休年齡，定義清晰。惟如何界定誰是「老齡智障人士」則未有定論。我們建議研究一客觀評估工具，以明確界定「老齡智障人士」，相關資料亦有助政府掌握「老齡智障人士」的人口和製訂政策，包括：智障人士退休年齡、安老福利等。

本協會提交上述八項意見，我們明白相關的建議實需要政府、社會不同持份者和跨界別的合作，所涉及的政策和資源不少，我們建議政府針對智障人士老化作出規劃，定立短期、中期和長期的發展方案，多聆聽智障人士、照顧者和業界服務提供者的意見。

附件：本協會於 2015 年 6 月 11 日發布的調查摘要



香港唐氏綜合症協會
The Hong Kong Down Syndrome Association



Department of
Social Work &
Social Administration
The University of Hong Kong

****唐氏綜合症人士家屬呈現健康情緒問題 家屬需支援及介入服務****

唐氏綜合症會員需要及家屬身心健康指數 新聞發布會

摘要

A) 背景：

據政府統計報告，現時本港有智障人士約 7 萬至 10 萬，但有關唐氏綜合症的統計數字，即沒有；再者，對唐氏綜合症人士的服務需要或家庭狀況的調查更缺乏。香港唐氏綜合症協會自 1987 年成立，一直致力關顧唐氏綜合症人士及其家庭的需要，協會於 2014 年與香港大學社會工作及社會行政系羅明輝博士合作，進行一項調查，探討唐氏綜合症會員及家庭需要。調查共訪問了 231 名會員。此項調查為全港首個大型調查。

B) 調查目的：

1. 了解唐氏綜合症會員需要及家庭需要
2. 探討現有服務的不足，以提出政策或服務建議

C) 調查方法：

1. 於 2014 年以問卷形式訪問了 231 位唐氏綜合症會員及其家屬/監護人
2. 除個人及家庭背景資料，採用問卷 General Health Questionnaire、Rosenberg Self-esteem Scale、Subjective Well-being, Beck Depression Inventory 了解家屬/監護人的身心健康

D) 對象：

受訪問者均是香港唐氏綜合症協會服務使用者，他們大多為白普理家長資料中心會員。現時，協會共有 1,000 多會員家庭，當中 820 多個是有唐氏綜合症的家庭。是次調查共收集到 231 位唐氏綜合症會員和其家庭的資料。

E) 重要調查結果：

會員需要

- 92%會員居於家中，只有少數住在宿舍。當中，全部未成年的會員均在家居住，可見家長/監護人在他們的生活和照顧上有著非常重要的角色。
- 73%會員表示有定期覆診或看醫生；33%更需長期服藥，成年會員中需要長期服藥的比例（35%）高於未成年會員（27.4%）。受訪會員遇到的身體健康問題包括過

重、皮膚敏感、遠視、白內障、鼻敏感、糖尿病、心臟病、血癌、痛風、甲狀腺毛病、濕疹、睡眠窒息症、牙齒毛病、眼疾、心漏病及頸椎毛病等。

- 整體而言，家長/監護人最關注的問題是會員的健康及醫療問題，其次是社交問題、未來出路和教育問題。除此之外，家長/監護人亦比較關心管教會員的問題及會員與父母的相處。在各類家庭問題當中，家長/監護人對自身婚姻問題的關注度較低，他們較關注子女的需要。家長/監護人所關注的問題在未成年與成年會員兩組，有些不同。雖兩組均最關注子女健康及醫療問題、未來出路，惟未成年會員的家長/監護人較關注子女的教育；而成年組，較關注子女社交。可見兩組家長/監護人最關注的問題與子女成長階段有莫大關係。

家屬身心健康指數

- 28%表示有健康問題，當中 8%甚至有嚴重健康問題。此百份比顯示有部份家長/監護人的健康須要關注。
- 調查中，家長/監護人的自尊感大多屬普通或正常水平。但是，未成年會員家長/監護人自尊感較低的比例（11.4%）顯著高於成年會員（3.9%）。反之，成年會員家長/監護人呈現普通程度或較高自尊感的比例（89.0%及 7.1%）比未成年會員高（82.9%及 5.7%）。這意味著未成年會員的家屬或需多點支援，介入和服務模式宜針對家庭成長階段的發展 (Family life cycle)。
- 透過主觀幸福感量表(Subjective Happiness Scale), 當中有 29%主觀幸福感較低；而考慮未成年會員家長/監護人與成年會員的分別，未成年會員家長/監護人主觀幸福感較低的佔 31%，高於成年會員家長/監護人的 28.4%。
- 問卷結果顯示受訪的家長/監護人有 27%呈現不同程度的情緒問題和憂鬱，未成年會員家長/監護人有重度或嚴重憂鬱的比例（4.4%及 2.9%）亦高於成年會員（0.6%及 0.0%）

F) 政策和服務建議：

1) 立法保障照顧者(包括：醫療津貼、交通津貼)

有 92% 唐氏綜合症會員與家人同住，未成年的更全部與家人住，可見家屬扮演重要的照顧者角色。受訪家長/監護人大部份為女性(84%)，當中絕大部份為年齡 40 以上的女性(89%)、年齡 50 以上的女性(56%)，她們因承擔照顧責任而放下自己的事業。調查中有 52%家長/監護人沒有工作，散工或兼職的佔 11%。他們所面對的壓力有多方面，包括：經濟、健康、壓力等等。

在照顧唐氏綜合症人士，家長一直扮演非常重要的角色，所付出的貢獻不容乏視。政府應及早立法保障照顧者，設立照顧者津貼，肯定他們所作的貢獻，並減輕他們的經濟負擔。照顧者津貼亦是為他們充權，好讓他們有能力去購買社區上不同的服務，甚至聘用傭工協助照顧。另外，家長往往須要陪同子女覆診，參加訓練或活動，現金交通費用昂貴，2 元交通津貼如可惠及照顧者，這減輕他們陪同子女外出的交通開支。

是次調查的家庭，雖領取綜援的家庭數字不高(10 個)，但有多於一半的家庭每月收入低於本港家庭入息中位數\$25,000，佔 67%，可見受訪的家庭多為低收入家庭，政府如能提供醫療津貼、特別補貼，支援家庭減輕經濟負擔。

2) 針對性的家庭服務

未成年組的家長/監護人的身心健康指數反映他們比成年組的面對更嚴重的健康問題、自尊感較低、較唔開心和有較嚴重的憂鬱。這意味著未成年會員的家屬或需多點支援，介入和服務模式宜針對這群家庭。這可理解的！家庭如有年幼的唐氏綜合症子女，對家長有莫大的挑戰，對整個家庭亦是。兩組家長所關注的問題有少許不同，這可易理解，未成年子女的家長較關心子女的教育問題，成年的則社交方面的發展。

本會建議針對性的家庭服務以回應家庭成長階段的發展的需要 (Family Life Cycle)。例如，本會現有短期創新家庭支援服務—「小甜甜」計劃，協助懷有或初生唐氏小孩的家庭，提供輔導及早期訓練。這服務對「新」家長或幼同家長是十分重要，一方面支持家長面對照顧唐氏小孩的挑戰，另一方面正視現時早期特殊兒童服務短缺，家長往往要等年多兩年才排到服務，錯過了孩子黃金學習階段。可惜，現時這服務未正式獲政府資助，希望政府能正視這班未成年組別的需要。

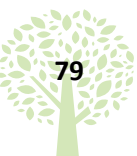
如上述所指出，大部份唐氏綜合症人士與家人同住，他們大多居於社區，而非院舍。故此，社區為本的服務模式對他們來說非常重要。協會所接觸的家長們，大多表示希望能盡量在家照顧子女，如非不得，不申請或/入住院舍。社區支援及家居的照顧服務對他們而言，幫助不少。

3) 設立成人唐氏綜合症診所

兩組的家長/監護人最關注的問題均為子女的健康和醫療問題。調查中顯示有不少會員須長期覆診和食藥。唐氏綜合症人士遇到的身體健康問題不少，包括過重、皮膚敏感、遠視、白內障、鼻敏感、糖尿病、心臟病、血癌、痛風、甲狀腺毛病、濕疹、睡眠窒息症、牙齒毛病、眼疾、心漏病及頸椎毛病等，比一般人較早出現健康問題，例如：白內障、骨質疏鬆等。加上，他們隨著成長和年紀漸大，面對的健康問題更見複雜，需要看專科，甚至有多項覆診需要。現時，香港設有 4 間唐氏兒科診所，針對提供醫療服務予初生至 18 歲唐氏綜合症人士，但是，他們滿 18 歲便被轉介到一般的成人診所，相對而言，這群醫生對唐氏綜合症人士的認識未必深入，了解他們的需要和溝通技巧往往需要時間。故此，我們建議政府開設成人唐氏綜合症診所，和加強醫護人員的培訓，增加他們認識唐氏綜合症人士的特性和溝通技巧。

近年，智障人士老齡化是大家非常關注的題目！醫療進步，現時唐氏綜合症人士可活到 60 多歲，惟他們比一般人早出現老齡化，身體健康機能可能 30 多歲開始衰老。調查亦發現家長/監護人最關注的問題是子女的健康及醫療問題，他們要陪子女覆診看醫生，經濟開支增加，壓力增加。我們亦建議政府提供特別醫療津貼，如：配眼鏡。

4) 注視唐氏綜合症人士發展和成長需要

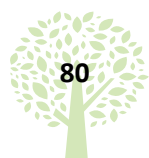


唐氏綜合症人士需要及早和充裕的訓練和學習機會，只有透過不斷的學習，才能使他們健康愉快地成長。事實和前線工作亦證明，唐氏綜合症人士的潛能，他們能學習不同的體藝，協會已先後成立唐氏粵劇團、足球隊、跳舞隊、泳隊等等，最近更成立乒乓球隊。

家長關注子女的成長的程度會因應子女在不同發展階段而不同。未成年會員與成年會員監護人最關注的家庭困難問題種類並無差異。然而在關注程度的排序上，未成年會員監護人與成年會員監護人之間略有差異。未成年會員家長/監護人更加關注教育問題，而成年會員監護人認為社交問題更為重要。因此，在未來服務的開展上，應充分考慮到不同發展階段的會員及其家庭需要。

協會現自負盈虧籌募經費支持的唐家軒，一個專為唐氏綜合症人士定期提供不同類型的發展性、才能培訓和成長的課程，是本港唯一一間專為唐氏朋友而設的中心，但因須自盈虧籌，及自租地方經營，運作上遇到不少困難，協會現時每年自行籌款及撥款多萬。協會總幹事楊冰梅女士盼服務能獲政府資助，正視他們的需要及撥款支持。

《完》



香港添馬添美道 2 號
政府總部西翼 11 樓
勞工及福利局
康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組
召集人林國基醫生及各委員

林醫生及各委員：

就「智障人士老齡化趨勢研究報告」的意見書

康復諮詢委員會轄下智障人士老齡化工作小組委託了香港理工大學進行「智障人士老齡化趨勢研究」，並已於 2015 年 6 月 19 日發佈研究報告。就今次趨勢研究的數據結果及其所反映出的問題，社聯經收集及整理智障人士服務網絡及其屬下老化工作小組（工作小組）的意見及建議，現擬附上有關意見書，以供參考。

如對意見書內容有任何垂詢，煩請致電 2864 2931 與本人聯絡。



復康總主任
郭俊泉

二〇一五年七月十六日

附件

副本送：
康復專員梁振榮先生
智障人士服務網絡各委員
智障人士服務網絡老化工作小組各委員

香港復康聯會 / 香港社會服務聯會
智障人士服務網絡
老化工作小組

就「智障人士老齡化趨勢研究報告」的意見書

康復諮詢委員會轄下智障人士老齡化工作小組於2014年3月委託香港理工大學進行「智障人士老齡化趨勢研究」（趨勢研究），向29所康復服務機構轄下約230個社署津助的服務單位，收集約11,400名正在使用日間訓練中心、院舍和職業復康服務的智障人士的數據資料，並已於2015年6月19日發佈研究報告。就今次趨勢研究的數據結果及其所反映出的問題，社聯經收集及整理智障人士服務網絡及其屬下老化工作小組（工作小組）的意見及建議，現擬向康復諮詢委員會智障人士老齡化工作小組作如下之反映：

1 醫療服務層面

1.1 加強智障人士健康及疾病監察

趨勢研究結果顯示，從高血壓、糖尿病、心臟病及白內障等長者常見疾病的發病率可見，智障人士有「早發性老化」現象，同時有3種或以上病況的智障長者比例遠高於比同年齡一般長者比例。由此可見，定期的健康監測對預防老化及相關疾病對智障人士十分重要，同時亦為掌握每一位智障人士的健康狀況提供基準線，以便根據不同的老化情況制定健康促進及護理計劃。工作小組建議為每位接受資助服務的智障人士提供資助，每年進行全面身體檢查，務求達到及早發現、及早介入的目的。

1.2 優化外展醫生到診計劃

不少院舍都反映，現時醫生外展到診計劃的津助過低，難以吸引具質素的私家醫生參與，甚至有機構未能聘請到私家醫生提供到診服務。工作小組建議增加醫生外展到診計劃的資助金額，讓機構可以貼近市場價格購買服務，吸引服務質素較好的私家醫生為服務使用者提供到診服務。小組亦建議增加資助的彈性，讓機構可運用撥款在有需要時帶患病的服

務使用者到鄰近私家診所就診，配合服務使用者需要，提供適時的醫療服務。

1.3 加強醫社合作

因應老齡智障人士迫切的醫療需要，政府應積極推動復康服務與醫管局的跨界別合作，建議醫管局效仿港島區東西聯網的做法（即由醫管局派醫生到港島各區復康機構為居住在院舍的服務使用者提供醫生到診服務），為部份在購買私家醫生服務出現困難的地區，提供醫生到診服務，建議除了普通科診症外，還包括專科覆診（例如內科、骨科及皮膚科等），讓一些患有長期病患的智障人士可以在宿舍就診，此舉能為每一位智障服務使用者保存完整之醫療病歷記錄，有利於為智障院友作全面的診症，以及為院舍舍友患長期病的趨勢作縱向之醫療分析。另外，現時居住在院舍的智障人士，在日間訓練時段往往跟日間服務的智障人士在同一場地受訓，一旦感染流感便很容易互相傳染，故建議衛生署為宿舍智障人士提供流感防疫注射時，亦應把有關安排擴展至日間服務的智障人士。

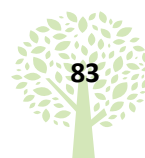
1.4 關注智障人士患認知障礙症的情況

不少智障人士本身認知能力有限，難以表達自己身體的情況，令智障人士患認知障礙症的情況備受忽視，但事實上很多智障人士因早發性的認知障礙症而出現機能突然退化等情況。建議政府就此作前瞻性的探討，發展或認可適合本港智障人士的認知障礙症評估工具，以便加強對早期認知障礙的評估，及早轉介作進一步診斷和治療。同時亦應加強醫生及社會人士對智障人士認知障礙的認識及關注，以及及早辨識及介入。

2 政策規劃層面

2.1 檢視及重組服務模式

展能中心、庇護工場及宿舍等傳統服務模式，已逐漸不能滿足年老智障人士的需要，政府應針對智障人士老化的問題作政策規劃，探討及設計一系列能夠應對年老智障人士需要的服務模式，並製訂長期、中期及短期措施。工作小組建議的長、中、短期措施如下：



- 短期措施：因應不同機構的智障人士老化趨勢，資助服務單位作適度的內部服務模式重組及調整，增加照顧、護理及專職醫療服務等人手配套及進行環境設施調適；
- 中期措施：推行先導計劃，開設「老齡智障人士日間照顧中心」，在未有土地資源前，可以將日間照顧中心模式依附於現存展能中心、庇護工場及殘疾人士院舍推行。若部份服務單位已經有一定比例，如一半或以上服務對象達到老化階段，建議政府資助服務單位進行服務轉型，以回應需要；
- 長期措施：於各區設立獨立運作的「老齡智障人士日間照顧中心」，使智障長者能在居住的地區獲得切合其需要的日間服務。

2.2 加強探討居住於社區智障人士的需要

今次只有現正使用社會福利署津助日間訓練或住宿服務的智障人士被納入是次研究的研究範圍，未能涵蓋居於社區但沒有使用社會福利署津助日間訓練或住宿服務的智障人士。建議政府未來可透過殘疾人士地區支援中心、家長自助組織、智障人士自助組織及聘用智障人士的友善僱主等，就居於社區但沒有使用資助日間訓練或住宿服務的智障人士進行研究調查，探討此類群組的特徵及需要，從而制定相關政策。

2.3 建立智障人士資料數據庫

今次研究所使用的評估問卷，只集中評估智障人士在工作、照顧及護理方面的情況，缺乏對其認知、感官、日常生活技能、社交、情緒、行為及環境因素等方面的評估，健康狀況方面亦缺少牙科方面的評估，未能對智障人士老化情況作出全面的檢視。社聯數年前連同業界製作了「智障人士老化檢視表」，當中涵蓋了健康、肌能、認知、日常生活技能、社交及情緒行為的評估範疇，故此，建議透過政府的資源，就檢視表的信效度進行驗證的工作，讓本港不同機構為其轄下的智障人士定期評估智障人士老化情況時，均可使用一套統一，且更為全面的評估工具。在這評估工具完成及普遍使用之前，亦建議政府參考今次理工大學的趨勢研究，在 2 至 3 年後作一次追蹤性研究，以便及時掌握智障人士老齡化趨勢，製訂更合適的應對策略。

3 服務內容層面

3.1 因應老齡化趨勢調整服務內容

老化令智障人士及其家屬面對親人或摯友離世的情況增加，建議在服務內容中增加生命回顧、生死教育及哀傷輔導等元素，加強對智障人士、家屬及同工的相關輔導及培訓，協助他們對生死議題有更充分的準備，更易接受，及能夠更妥善處理喪親的哀傷情緒。另外，趨勢研究證實智障人士有早發性老化現象，故應在服務內容設計，加強體適能訓練的比重，有助智障人士延緩機能衰退，並建立良好的運動習慣。同時亦需加強健康教育，教導智障人士培養良好的生活及飲食習慣，留意食物的選擇及營養。

3.2 加強對高危群組的照顧

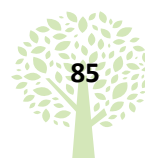
趨勢研究顯示有某些殘疾狀況的智障人士相對其他智障人士，老化情況更加早且快。故此，建議應特別留意高風險群組，包括患腦癱的智障人士、唐氏綜合症人士、嚴重智障人士及肢體傷殘智障人士等，加強針對高風險群組的健康檢測、照顧及護理服務。

4 家屬工作層面

4.1 加強家屬支援服務

面對智障人士老齡化及其照顧者因雙老所帶來的挑戰，加上院舍服務不足，照顧者的支援對智障人士在社區生活及得到適切的照顧尤其重要。工作小組建議加強針對智障人士家長或照顧者的支援服務，包括增加資源予機構舉辦家長支援小組、健康教育輔導等。服務單位亦需加強培育第二梯隊的照顧者（例如鼓勵智障人士的兄弟姊妹接棒照顧），使智障人士不致因家長年老而失去原有的家庭照顧。由於家屬年老而未能安排智障人士渡假或到院舍作出探望，需積極探討其他協助家屬與智障人士維繫親情的活動計劃。政府亦應考慮設立殘疾人士照顧者津貼，舒緩部份照顧者的因照顧工作引致的經濟壓力。

4.2 改善監護制度及探討設立公共特殊需要人士信託服務



隨著家屬年老，越來越多家屬期望政府可以為有特殊需要人士成立公共信託，使家長可以獲得較為經濟及可信賴的信託制度，讓其智障親屬可以得到較佳的照顧。同時，小組亦建議優化現存監護制度，增加監護範圍，同時推動「支援決策/共同決策」制度，幫助智障人士在得到充足及清晰資訊的情況下，可以在「由智障人士自行決定」及「監護令」兩者之間，為生活事務作決定。

5 職員培訓層面

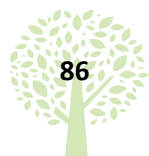
隨著近年智障人士老齡化趨勢加劇，對服務智障人士的職員來說，以前主要為年青的智障人士提供服務，現在則主要提供智障長者服務，面對服務使用者的轉變，職員亦需要檢視及調整工作手法及工作內容，以便為老齡智障人士提供適切的服務，配合他們的需要。工作小組建議加強專業及前線人員服務高齡智障人士的知識及技巧，鼓勵不同機構的同工多分享不同老齡服務計劃，交流經驗。

6 環境設施層面

配合年長智障人士的需要，應資助服務單位進行環境改裝及設施更新，包括加裝扶手、按需要購置醫院床、加設吊機及天花吊臂、改善燈光以提供足夠照明度等，提升單位在提供服務時所使用的設施及儀器之標準，增加職員在照顧及訓練工作的安全性。另外亦建議考慮增撥資源，為服務單位提供車輛及司機的資助，以配合老化服務使用者出外就診及活動的需要。另一方面，為配合年長智障人士的家居安全，建議政府考慮協助居於社區有需要的年長智障人士家庭，進行家居環境改裝。

- 完 -

2015年7月



回應「香港智障人士老齡化趨勢調查」 及智障人士老齡化服務政策立場書（補充）

智障人士老齡化關注組

2015 年 10 月 6 日

前言

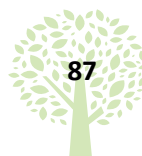
政府於 1995 年就康復服務做了一份較完整的康復政策白皮書，並就康復服務的發展提出了指導性的建議。可惜在其後的二十年卻未見第三份康復政策白皮書，令康復服務的發展步伐一直落後於實際的需要。加上社會福利署一系列割喉式的資源增值和整筆過撥款等措舉，使本港康復服務缺乏前瞻性，就連與為智障人士提供合乎人道需要的服務標準，也有一段頗大的距離。

康復諮詢委員會在 2007 年完成《香港康復計劃方案》檢討，卻對康復服務的問題不甚觸及，欠具體的服務指標。事隔 8 年，康復諮詢委員會智障人士老齡化工作小組轄下康復服務專責小組（下稱：專責小組）於 2014 年 3 月進行「香港智障人士老齡化趨勢調查」（下稱：「智障老齡趨勢調查」），其報告終於在 2015 年 6 月份發布，調查結果顯示智障人士有早發性老化的現象。例如：平均長期病患的數目在 30-39 歲的群組已顯著高於 29 歲或以下的群組。此外，患有三項或以上的身體病況的人數比例，在 30 至 39 歲以後有增加的現象。更指出的同齡一般人士長期病患的普遍率，智障人士患有長期病患的人數比例較高。

專責小組的調查結果正印證了業界 10 多年前的觀察，即智障人士有早發性老化的現象。然而，過往政府沒有理會業界的意見，也未有認真跟進智障人士老齡而引申的服務需要，只在 2005 年馬虎推出延展照顧計劃（ECP）及職業康復延展計劃（WEP），白白錯失了 10 年時間作長遠的服務規劃，令現時服務面臨的困境尤其嚴峻，例如：智障人士護理及照顧的需要增加、人力緊絀和設施不足等。更可悲的是本港現時仍未有整全的智障人士數據，統計處 2014 年 12 月發佈的《第 62 號專題報告書：殘疾人士及長期病患者》估計全港智障人士的總數約為 71000 人至 101000 人，佔全港人口的 1.0% 至 1.4 %。而「智障老齡趨勢調查」似乎是政府正視智障人士老齡的起點，到底政府會否推出合宜的政策？請公眾密切跟進政府的政策建議。

關注組就「智障老齡趨勢調查」初步提出具體建議，期望當局認真長遠規劃智障人士的各方面需要。

1. 確實服務分流，為老化的智障人士設計新的社會服務模式以配合其需要，例如：檢討庇護工場的運作模式、WEP 及 ECP 為過渡性服務，設立智障長者護理康樂中心等；
2. 加強對中輕度智障人士的社會及醫療支援；
3. 界定智障老齡，並設立長期護理政策；
4. 為智障人士提供預防性的醫療計劃；
5. 以跨部門合作的形式，長遠制定應對智障老齡化現象的政策。例如：訂定智障人士的全面護理政策、醫療政策及生涯規劃等。；
6. 主動向各政府提交報告，以配合智障人士的房屋、就業、醫療、教育、社交等需要；
7. 以 3-5 年作追蹤研究，跟進及了解智障人士老化的情況；
8. 擴大研究對象，包括所有在社區居住的智障人士。



關注組於 2012 年 12 月向勞工及福利局局長表達重新界定智障人士年歲、住宿照顧服務、訓練服務、醫療及護理服務、社區支援等範疇反映服務現況，並提出改善建議。最後，關注組更要求政府訂定智障人士服務計劃及成立智障人士事務委員會，為未來 10 年、20 年的智障人士生活作完善規劃，令智障人士都可以老有所養、老有所依和老有所為。

一、重新界定智障人士年歲

1. 目標：

- 1.1 訂定與健康及壽齡掛鈎的推算方法，重新界定智障人士的高齡標準。
- 1.2 高齡及老化智障人士可享有常人一般的長者權益。
- 1.3 減低因忽略智障人士年歲的特殊性而令其蒙受的損失及傷害。
- 1.4 香港的社會制度應因智障人士壽齡的特殊性而作出相應的「合理便利」，以符合聯合國殘疾人權利國際公約第二十八條「確保殘疾人士可以利用社會保護方案和減貧方案」(公約第二條)。

2. 現況：

- 2.1 據美國的統計，智障人士的平均壽齡是 65 歲，50 歲的智障人士已經步入老年期。
- 2.2 以 40 歲作為高齡及老化智障人士的參考年齡，反映本港智障人口已進入高齡。《第 62 號專題報告書》指出於 2014 年 50 歲或以上的智障人士佔整體智障人士的 37.4%，其中，40 歲或以上住院舍的智障人士約有 52.9%，另外，40 歲或以上在社區生活的智障人士更有接近三成。
- 2.3 「智障老齡趨勢調查」的研究對象人數為 11426 人，其中，40 歲或以上的智障人士共有 5468 人(佔 47.8%)。
- 2.4 智障人士的老年期所面對的問題也較為複雜，例如：身體機能的急劇衰退、家屬照顧的無以為繼、未能有效融入當地社區、不能適切處理健康問題等等。
- 2.5 政府長期忽略智障人士壽齡的獨特性，因年齡的關限，令高齡智障人士幾乎與安老社會福利絕緣，例如：生果金、長者醫療券、離院支援計劃、天倫樂優先配屋計劃、高齡單身人士優先配屋計劃、長者地區中心、長者鄰舍中心、長者活動中心、長者日間護理中心、長者康樂服務等。
- 2.6 「智障老齡趨勢調查」顯示智障人士有早發性老化的現象。患有三項或以上的身體病況的人數比例，在 30-39 歲以後有增加的現象。結果與業界的觀察十分吻合，部份 40-50 歲的智障人士，其身體健康狀況已達常人 60-70 歲。雖然，業界向政府反映智障人士年老體衰，卻仍得不到一般長者的醫療照顧，健康加速惡化，間接導致壽命縮減。

3. 建議：

- 3.1 傳統上以醫學角度檢測身體機能作為推斷老化程度的方法，對老化程度至今仍未有一套標準的共識。但不少國家大都認同智障人士的老年期在 40-50 歲之間。
- 3.2 界定智障人士的高齡的定義，並全面檢視智障人士老化所需要的支援服務。
- 3.3 在比較老齡智障人士的身體健康及機能狀況後，可考慮以壽齡歲數及機能歲數的原

則作參考，界定智障老齡。

3.4 統計智障人士的人口、殘疾程度、家庭背景等，以智障人士服務和人力的需求作長遠規劃。

3.5 在數學上，可以兩點式（two points form）找出智障人士高齡（常人的 70 歲）的線性比例（linear proportion），

公式如下：

$$\frac{\text{港人平均壽齡} - \text{申領生果金齡}}{\text{港人平均壽齡} - \text{長者年齡}} = \frac{\text{智障平均壽齡} - \text{智障人士申領生果齡}}{\text{智障平均壽齡} - \text{智障人士長者年齡}}$$
$$\frac{80-70}{80-60} = \frac{66-\text{智障人士申領生果金齡}}{66-50}$$

智障人士申領生果金的年齡 = 58 歲，即智障人士的 58 歲，已相若於普通人的 70 歲。以簡單的數學算式，推論智障人士相對於普通人的年歲，可以方便政策局作政策規劃的參考。

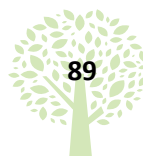
二、住宿照顧服務

1. 目標：

- 1.1 為中輕度智障人士提供：住宿、健康照顧、訓練及文康活動等服務；除起居生活照顧外，應透過各類社交及社區活動，讓舍友融入社區。
- 1.2 為有需要的高齡智障人士提供足夠和適當護理照顧的智障長者院舍。
- 1.3 住宿照顧服務須符合殘疾人權利公約第二十五條「儘量減輕殘疾和預防殘疾惡化，包括兒童和老年人之間的服務」。

2. 現況：（參考：「智障老齡趨勢調查」）

- 2.1 智障人士住宿照顧服務長期不足，高齡智障人士輪候院舍需時超過十年，很多輪候者直至去世仍得不著所需服務。
- 2.2 高齡智障人士仍輪候不同住宿服務，例如：50 歲或以上輪候嚴重殘疾人士護理院舍佔整體的 38.9%；50 歲或以上輪候嚴重肢體傷殘人士宿舍佔整體的 42.8%及 50 歲或以上輔助宿舍佔整體的 20.7%。
- 2.3 嚴重智障人士宿舍的智障人士平均年齡為 43.7 歲，其中，50 歲或以上智障人士年佔 32.1%，而 27.3% 智障人士年齡已達 40-49 歲。
- 2.4 嚴重肢體傷殘人士宿舍的智障人士平均年齡為 41.5 歲，其中，50 歲或以上智障人士佔 23.7%，而 23.7% 智障人士年齡已達 40-49 歲。
- 2.5 嚴重殘疾人士護理院的智障人士平均年齡為 41.5 歲，其中，50 歲或以上智障人士佔 30.8%，而 17.7% 智障人士年齡已達 40-49 歲。
- 2.6 輔助宿舍的智障人士平均年齡為 41.8 歲，其中，50 歲或以上智障人士佔 26.4%，而 32.2% 智障人士年齡已達 40-49 歲。
- 2.7 各類院舍的人口老化，設施或人手配置已不能應付智障人士老齡化的服務需求。
- 2.8 宿舍員工工作壓力大，缺乏專業護理人手，不但令院友得不到適切的服務，員工受傷的機會亦大增。
- 2.9 由於缺乏護理照顧，高齡智障長者的健康惡化，宿舍員工百上加斤，形成惡性的



工作鏈。

3. 建議：

- 3.1 按實際需要提供足夠及多元的資助院舍，重新檢視智障人士的年齡分佈並作長遠規劃；
- 3.2 開設智障長者護理院舍，以對應老齡化智障人士的特別需要；
- 3.3 檢討有關的住宿照顧服務的人手編制和設施，以配合院舍的發展需要；
- 3.4 重訂院舍的人均空間比例，盡快解決目前的擠逼問題；
- 3.5 升格院舍原有設施／設備以符合照顧老化智障人士之需要；
- 3.6 加快興建嚴重、中度智障院舍及輔助宿舍以滿足智障人士的院舍照顧需要；
- 3.7 設小型家舍及雙老院舍，配合地區的支援服務讓智障人士及家屬自主地於社區生活；
- 3.8 「原址安老」為智障人士住宿之一個選擇，院舍按自然流失逐步減收名額，從而擴闊宿舍之使用空間；
- 3.9 增加居住院舍智障人士的文娛康樂活動及社區生活，以照顧其心靈健康；
- 3.10 針對智障人士老齡化趨勢，就各類院舍服務發展作長遠規劃。

三、訓練服務

1. 目標：

- 1.1 為智障人士提供日間訓練，包括：自理訓練、工作訓練，以增強其社會適應能力和減慢身體機能退化程度。

2. 現況：（參考：「智障老齡趨勢調查」）

- 2.1 提供訓練和學習機會的庇護工場、展能中心和綜合職業康復服務中心近年已成為智障人士老齡化問題的重災區。
- 2.2 日間展能中心的智障人士平均年齡為 40.4 歲，其中，50 歲或以上智障人士佔 24.6%。同時接受住宿服務的日間展能中心的智障人士平均年齡 43.3 歲，其中，50 歲或以上智障人士有 32.2%，而 23.2% 智障人士年齡已達 40-49 歲。現時，展能中心要照顧達嚴重智障高齡人士，這些措施扭曲服務的原意和精神。
- 2.3 使用庇護工場的智障人士平均年齡為 41.1 歲，其中，50 歲或以上智障人士有 25.7%，而 25.8% 智障人士年齡已達 40-49 歲。同時接受住宿服務的智障人士，其平均年齡為 45.1 歲，其中 34.7% 的研究對象年齡在 50 歲或以上。
- 2.4 綜合職業康復服務中心的智障人士平均年齡為 39 歲，其中，50 歲或以上智障人士有 21.9%，而 22.7% 智障人士年齡已達 40-49 歲。同時接受住宿服務的智障人士，其平均年齡為 43.9 歲，50 歲或以上智障人士有 38.7%。
- 2.5 高齡的智障人士需要護理照顧卻仍棲身在庇護工場接受職業康復訓練。有接受工作訓練表現評估的有 5864 人(佔 52.2%)，大約 20% 智障人士的工作訓練表現及生產力未如理想。其中，30-39 歲的智障人士的護理需要有明顯的增加、50-59 歲的智障人士的明顯有很大的照顧需要。

- 2.6 政府於 2000 年要求服務單位「資源增值」，額外增加服務對象名額，加設奇怪的延展計劃令機能下移的服務使用者不能轉介接受適切的服務。
- 2.7 當局缺乏整體的計劃，將延展服務視作為一種長期性的服務。零碎的延展計劃津貼，對這些服務單位來說，只能算是飲鳩止渴；對服務使用者或工作人員來說，更是不健康的現象。
- 2.8 延展計劃所獲增加的資源有限，未能達護理照顧人手的水平。而增加服務名額後，卻沒相應地增加場地空間。
- 2.9 延展計劃這種混合服務模式無疑可以安頓庇護工場和展能中心因工作能力或自理及活動能力下移的智障人士，服務單位卻要同時應付兩類不同的服務，這種安排有違服務分類的原意。

3. 建議：

- 3.1 重新訂定日間訓練中心、工場等人均佔用空間的合理比例，徹底解決服務場地過度擠逼的問題。
- 3.2 增設日間康樂護理中心
為高齡智障人士設計智障長者日間護理康樂中心，照顧其身心靈健康。把社區、庇護工場、展能中心的老化智障人士逐步轉移至日間康樂護理中心，而庇護工場應保持工作訓練服務。
- 3.3 確認延展照顧計劃（ECP）為過渡期之服務
確認延展照顧計劃是老化智障人士於展能中心過渡期之服務，老化智障人士逐步轉移至日間康樂護理中心；
- 3.4 確認職業康復延展計劃（WEP）為過渡期之服務
確認職業康復延展計劃是老化智障人士於工場過渡期之服務，老化智障人士逐步轉移至日間康樂護理中心。
- 3.5 設立智障人士護理康樂中心前，可考慮為長者地區支援中心增撥資源，然後在長者地區支援中心撥出 5%-10% 的名額，讓老齡智障人士接受服務，有助他們融入社區。
- 3.6 全面檢討高齡智障人士就業訓練的確切需要問題，並對未能持續接受職業訓練的高齡智障長者提供應有適切的安頓計劃。

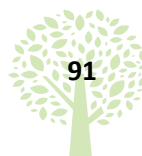
四、醫療及護理服務

1 目標：

- 1.1 為高齡智障人士提供適切的醫療護理服務。
- 1.2 老化的智障人士應享有與一般高齡長者的醫療照顧。

2 現況：（參考：「智障老齡趨勢調查」）

- 2.1 由於對智障人士的高齡定義未有介定，身體機能已經老化的智障人士未能享有一般長者的醫療照顧。高齡智障人士因錯失適當的醫護照顧，身體狀況加倍下滑。
- 2.2 日間展能中心的智障人士最常見殘疾情況為言語障礙 (29.1%)，自閉症 (19.3%)



- 和精神病 (13.1%)；最常見的身體病況為癲癇症 (20.7%)、白內障 (8.3%)及高血壓 (5.8%)。
- 2.3 綜合職業康復服務中心的智障人士最常見殘疾情況為精神病(14.9%)、唐氏綜合症 (12.3%)及自閉症 (10.4%)；最常見的身體病況為癲癇症 (6.4%)、高血壓 (5.4%)及糖尿病 (5.3%)。
- 2.4 嚴重智障人士宿舍的智障人士最常見的殘疾情況為言語障礙(27.8%)、自閉症 (16.0%)和精神病 (14.5%)；最常見的身體病況為癲癇症(20.7%)、白內障 (11.5%)、高血壓 (6.3%)、骨質疏鬆(6.1%)及糖尿病 (5.2%)。
- 2.5 嚴重肢體傷殘人士宿舍的智障人士最常見的殘疾情況為肢體傷殘 (79.7%)、腦癱 (75.1%)和言語障礙 (39.1%) 最常見的身體病況為癲癇症 (26.2%)、高血壓 (5.8%)及白內障 (3.1%)。
- 2.6 嚴重殘疾人士護理院的智障人士最常見的殘疾情況為肢體傷殘 (58.1%)、言語障礙 (49.8%)和腦癱 (34.8%)。最常見的身體病況為癲癇症(34.5%)、白內障 (7.3%)及肌肉、關節硬化(7.3%)。
- 2.7 輔助宿舍的智障人士最常見的殘疾情況為精神病 (24.5%)、視覺受損／弱視 (7.9%)，唐氏綜合症 (7.4%)；最常見的身體病況為高血壓 (13.9%)，糖尿病 (9.5%)，以及癲癇症 (5.2%)。
- 2.8 單使用住宿服務的智障人士，最普遍的殘疾情況為言語障礙(24.3%)，精神病 (15.0%)及肢體傷殘 (14.4%)；最普遍的身體病況為癲癇症(18.3%)、白內障(8.6%)及高血壓 (7.7%)。
- 2.9 有接受工作訓練表現評分的智障人士最常見的身體病況依次為癲癇症(8.8%)，高血壓 (7.2%)和糖尿病 (5.8%)。
- 2.10 沒有接受工作訓練表現評分的智障人士最常見的身體病況依次為癲癇症 (22.2%)，白內障 (9.0%)和高血壓 (5.9%)。
- 2.11 在台灣年滿 45 歲的智障人士已經享有定期健康檢查，對比香港缺乏為智障人士預防性的定期健康檢查的機會，無從及早預知病患，延誤醫情。而在香港年滿 65 歲的長者則有長者健康中心及長者健康外展隊伍，為其健康作評估，而智障人士的身體機能老化，卻因未符高齡的規定而不獲護理，有違人道精神。

3. 建議：

- 3.1 與一般長者看齊，為智障人士提供專科專檢服務及檢查，可特別先為 30 歲或以上中輕度智障人士提供，再推至其他智障人士。
- 3.2 老齡化的智障人士急切需要物理治療、職業治療、智障精神科、牙科、言語治療等醫療及護理服務，建議政府為老齡智障人士提供專科專檢服務及定期牙科檢查。
- 3.3 預防性醫療服務，為智障人士提供醫療券以接受基層醫療及身體檢查等。
- 3.4 外展精神科擴展至全港所有殘疾人士院舍，以照顧不同智障程度的智障人士及統計服務需要。

五、社區支援

1. 目標：

- 1.1 為未能獲得宿位或意願留在社區安老的高齡智障人士提供社區支援。
- 1.2 協助生活於家居的高齡智障人士融入社區。

2. 現況：

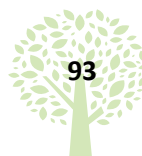
- 2.1 智障高齡人士未獲宿位安排，社會照顧制度未能涵蓋，令照顧者壓力沉重。
- 2.2 自願留家居住，與家人生活的高齡智障人士缺乏社區生活支援，包括：活動中心、家居治療及康復照顧，高齡智障人士健康日差，也未能融入社區。

3. 建議：

- 3.1 考慮建立個案管理系統，提供家居復康照顧；
- 3.2 設立小家舍及雙老院舍，讓可以自我照顧的高齡智障人士自主地留在社區生活；
- 3.3 增設 24 小時支援服務，提供急切的援助及查詢；
- 3.4 增設照顧者津貼，減輕照顧壓力，
- 3.5 為智障人士提供合適及個人的復康照顧；
- 3.6 檢討監護制度，加支援決策及第三倡議人；
- 3.7 設由政府監管的公共信託（個案管理系統）。

六、人手規劃

- 6.1 為智障人士服務定出明確的基礎人手編制，掌握人手的短缺情況，檢討津助的金額及人手編制，作長遠的人手規劃；
- 6.2 設外購服務的百分比；（現時，院舍及日間中心聘用大量替工，令服務質素下降）
- 6.3 增加展能中心、庇護工場、綜合職業康復服務中心及弱智人士院舍的津助撥款，以聘任常規人員；
- 6.4 增加展能中心、庇護工場、綜合職業康復服務中心的專業團隊（護士、職業/物理治療師）以提供適切治療運動及護理服務；
- 6.5 在展能中心、綜合職業康復服務中心及弱智人士院舍加設言語治療師，以應付智障人士老齡化；
- 6.6 增加智障人士院舍的專業團隊（護士、職業/物理治療師）以加強治療運動及高度護理服務；
- 6.7 檢視智障人士院舍的人手編制。
- 6.8 擴展各類智障人士院舍的空間，讓舍友能有足夠的空間進行各類活動，促進身心發展。
- 6.9 在輔助宿舍及輕度智障人士院舍增設物理治療師、職業治療師、言語治療師、保健員、社工等，以應付智障人士老齡化的現象。



6.10 為各類智障人士院舍增設復康巴士及司機，以便院舍職員陪同舍友前往復診或安排其他活動。

七、訂定智障人士服務計劃

要求當局訂定有效的智障人士服務計劃，以面對老齡化問題。並要求統計署應盡快進行全港智障人士人口普查。智障人士的相關資料，包括：年齡、健康狀況、自理能力、居住環境、照顧者基本資料等。根據這些資料和數據訂定有關健康、醫療、康樂、住宿和社區支援的服務策略，從而令老齡智障人士能享受美好晚年。

八、成立智障人士事務委員會

社會福利署於 2011 年 12 月成立智障人士老齡化工作小組，於 2013 年 9 月推出康復服務使用者老齡化工作小組報告，報告卻令社會大眾失望報告虛有其表，因並沒有就整體康復服務使用者老齡化而提出長遠服務規劃或政策建議，只簡單檢討現行措施（WEP、ECP、VMP、EPSHC）的運作。政府莫視智障人士的生活需要，關注組要求政府重新評估智障人士服務的整體需要，並建議成立由關注組成員、專業人士、政府官員、學者、家長及服務使用者等組成的智障人士事務委員會，向政府提供建議，並定期向公眾諮詢及交待進展。

委員會應有以下的職能：

- (一) 根據「聯合國殘疾人權利公約」各項條文去制訂全面的智障人士政策的有關事宜，向政府提供建議；
- (二) 統籌各項智障人士計劃和服務的策劃和發展工作，並在考慮人手、財政和其他可用的資源後，向政府建議實施的先後次序；
- (三) 監察與智障人士政策和計劃相關的各項工作的進行，確保達到既定的目標。

九、放寬申請津貼的年齡關限

按智障人士的特殊性放寬申請以下津貼的年齡界限，例如：照顧殘疾癡呆患者補助金、高齡津貼、長者生活津貼、醫療券等。

十、傷殘津貼

10.1 改善傷殘津貼的制度，智障人士的智障程度以心理學家的評估報告作參考，豁免智障人士每年或數年約見精神科醫生，向智障人士發永久的傷殘證明書；

10.2 增加傷殘津貼金額；

10.3 取消不能同時領取傷殘津貼及高齡津貼的規定。

參考資料：

聯合國《殘疾人權利公約》。(2008)。

明愛康復服務。(2010)。《頤匡智障人士老齡化先導計劃檢討報告》。香港明愛康復服務。

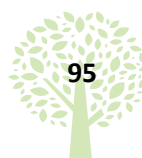
政府總部衛生福利局康復組。(1999)。《香港康復計劃方案》(1998/1999 至 2002/03 度)。

香港復康聯會及香港社會服務聯會。(2008)。《探討智障人士老齡化的情況調查報告》。香港：香港復康聯會及香港社會服務聯會。

香港統計處。(2008)。《第四十八號專題報告書 殘疾人士及長期病患者》。

香港統計處。(2014)。《從綜合住戶統計調查搜集所得的社會資料：第 62 號專題報告書》。

康復諮詢委員會，智障人士老齡化工作小組轄下康復服務專責小組。(2015)。「香港智障人士老齡化趨勢調查」報告。



工作小組就智障人士康復服務需要的 短、中、長期建議一覽表

範疇	建議	短期	中期	長期
<p>(一) 智障人士醫療服務的支援</p>		<p>▶ 提升資助金額至具競爭力水平，容許有較多彈性，吸引更多私家醫生參與「醫生外展到診計劃」，為資助殘疾人士院舍的智障院友提供基礎的醫療照顧及支援。</p>	<p>▶ 採用有效初步評估工具，判別高風險群組的身體狀況，盡早作出介入。</p> <p>▶ 康復服務機構與醫療團體/組織、大專院校協作，為智障服務使用者提供定期體檢服務（包括視力（白內障）、聽力、牙科三個範疇的檢查及監察），及早識別發性老化的病徵。</p>	<p>▶ 與醫管局探討設立協作計劃的可行性，為需要專科醫療服務的智障院友提供到診服務。</p> <p>▶ 鼓勵業界採用標準化評估工具，篩檢人士，為他們提供適切的跟進服務和支援。</p>

建議 範疇	短期	中期	長期
<p>(二) 智障人士的訓練及服務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 建立智障人士正當的飲食習慣，提供健康和富營養的膳食，預防不良的飲食而引發的身體病況。 ➤ 加強對智障服務使用者的健康監察和提供預防牙患等訓練，包括日常的基本口腔清潔護理訓練等。 ➤ 加入健康教育和預防病患的元素，延緩出現早發性老化和相關的病況的機會。 ➤ 為將會納入「延展照顧計劃」及「職業復康使用者計劃」的智障服務使用者及早作適當準備，協助過渡和適應新的生活常規，並定期為相關的計劃作出檢討。 ➤ 當智障人士轉變服務單位時，相關康復服務機構需適當地分享個案資料，使其盡快獲得適切的服務和及早適應新的生活環境。 ➤ 增撥資源，為服務機構提供車輛及司機的資助，以配合老化智障服務使用者出外就診及活動的需要。 	<p>康復服務機構應增設言語治療服務，為智障服務使用者提供吞嚥能力評估及口肌訓練，減低哽塞風險。</p> <p>康復服務機構應適時地調整服務內容，提供多元化訓練，豐富服務內涵。</p> <p>定時檢視服務模式與定位，按智障服務使用者所處人生階段，以跨專業協作模式回應新的服務需求。</p> <p>因應照顧智障服務使用者的早發性老化情況，鼓勵機構在監管制度許可範圍內，作適度內部服務配合或重組。</p>	

建議	短期	中期	長期
<p>範疇</p> <p>(三) 政策層面的配合</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 康復服務機構應檢視其機構的服務人手編制，落實跨專業協作模式，以提供全人照顧服務為目標。 ➤ 康復服務機構需要檢視服務單位的设计、設備和環境等，以配合老齡化智障服務使用者生活需要，減少發生意外的機會。 ➤ 加強對智障人士的家長的支持，讓他們可以為其智障子女在他們離世後的生活，做好財務上的規劃。 ➤ 優化現行監護制度，增加監護範圍，讓智障人士可得到更適切的照顧。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 具前瞻性地規劃服務或興建康復服務設施，妥善考慮智障人士之早發性老化情況及服務銜接。 ➤ 規劃和設計智障人士服務時，不同政策層面，包括醫療、福利服務、文娛康樂設施等方面需要互相配合和協調。 ➤ 一般社區服務及設施，應具兼容性以照顧居住在社區的智障人士需要。 ➤ 為智障人士進行追蹤性研究，定期評估及研究其身體功能變化程度，為規劃復康服務和訂定政策提供全面參考數據。

範疇 建議	短期	中期	長期
<p>(四) 服務模式檢視及創新模式</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 逐步開放中心日間支援人士，予評估為有早期嚴重服務需要的智障人士。 ▶ 採用個案管理模式，提供持續的服務需求。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 檢視現時庇護工場、綜合職業康復服務中心及服務轉型的可行性，以快捷地為回應老齡化智障服務使用者需求。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 康復專業界應採納一套共同認可評估及紀錄工具，驗證其可信度及有效性，務求達到一致性評量標準。 ▶ 應為智障服務使用者建立智障人士個案管理制度及數據庫。 ▶ 鼓勵社會對智障人士復康工作或服务進行研究和發展工作。
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 深入研究以試驗計劃形式，開展照顧老齡化智障人士的新服務模式，例如日間照顧中心。 ▶ 在興建康復服務綜合大樓時，設計上應預先規劃特定用途的老齡智障人士服務設施。 ▶ 研究透過與主流安老服務機構合作模式，探討設立「雙老院舍」可行性。 		

範疇	建議	短期	中期	長期
(五) 智障人士家長及照顧者的支援	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 加強對家長及照顧者的教育工作，增加對智障子女健康教育和協助預防病患的知識。 ▶ 與家長等組織攜手合作，為家長及照顧者提供教育和宣傳，讓家長間發揮良性相互影響，增強教育成效。 ▶ 協助智障人士的家人及照顧者，特別年輕家長及親屬，透過自我增值以提升照顧技巧，認識智障人士早發性老化現象的資訊，並在有需要時獲取相關服務和支援。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 設立殘疾人士照顧者津貼，以舒緩照顧者因照顧智障人士引致的經濟壓力。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 加強整體社會教育，讓市民認識智障人士有早發性老化的情況。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 推展全港及地區性公眾教育活動，向社會大眾宣揚傷健共融信息，推動智障人士善用主流長者服務和社區文娛樂設施。 ▶ 於社區居住及公開就業的智障人士，未來或會出現早發性老化情況，需為其提供持續支援服務。
(六) 智障服務人力	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 加強對從業員的培訓工作，增強對智障人士早發性老化的認識。 ▶ 鼓勵康復服務機構間員工就老齡化智障人士服務的不同工作模式及創新性服務進行交流和經驗分享。 			



鳴謝

工作小組今次能順利完成有關「智障人士老齡化趨勢」研究的數據收集，以及將各持份者不同的合理訴求變成具體的建議措施，實有賴以下機構、家長組織、關注團體等相關持份者和政府部門的鼎力協助和積極參與，尤以參與數據資料收集的服務使用者及其家人和29間康復機構的同工，以及鏗而不捨為工作小組提供各種數據分析資料的彭耀宗教授及其研究團隊，有了他們辛勞的工作，致使工作小組在制定各項短、中、長期的方案和措施時，所掌握的數據資料才能無所匱缺，我們在此謹向他們衷心致謝。我們亦感謝其他為此項目提供協助及不吝指導的人士及團體。

工程及醫療義務工作協會

仁濟醫院社會服務部

匡智會

竹園區神召會

利民會

扶康會

東華三院

保良局

香港中華基督教青年會

香港心理衛生會

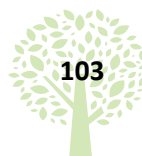
香港明愛康復服務

香港盲人輔導會

香港紅十字會

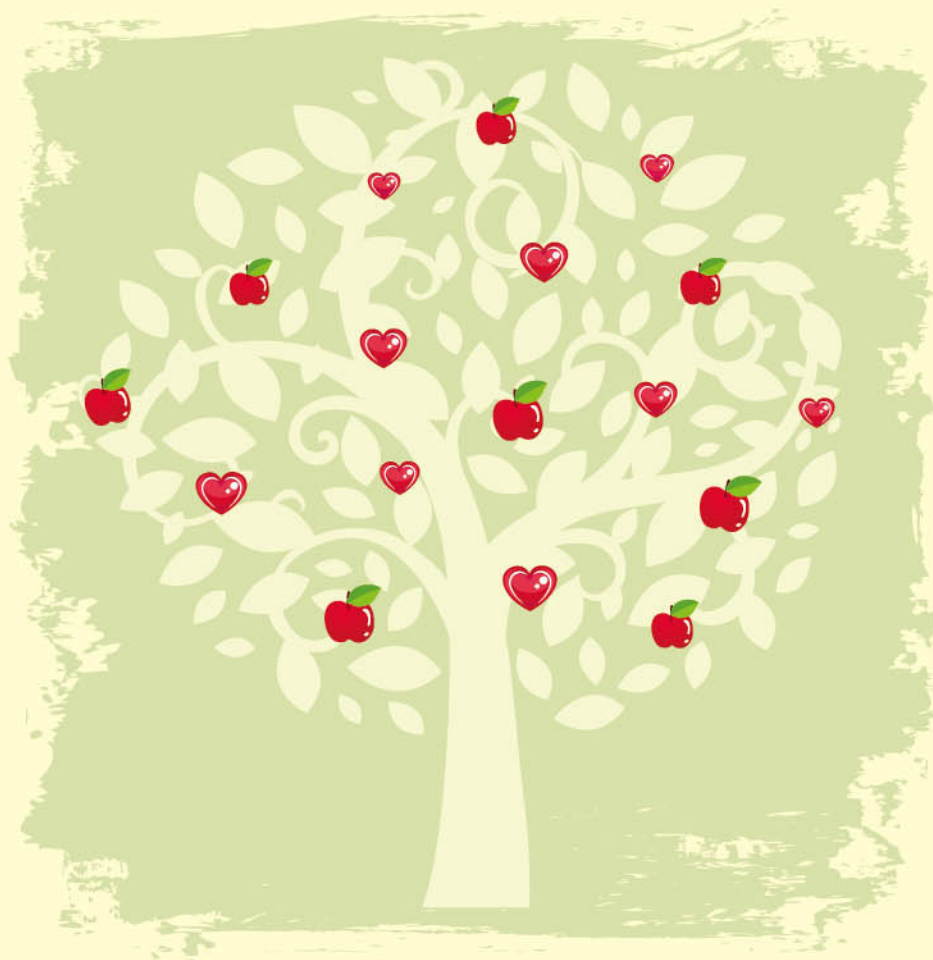
香港唐氏綜合症協會

香港弱智人士家長聯會



香港神託會
香港基督教服務處
香港傷健協會
香港聖公會福利協會
香港路德會社會服務處
香港耀能協會
基督教香港信義會社會服務
基督教家庭服務中心
基督教懷智服務處
基督教靈實協會
救世軍
循道衛理楊震社會服務處
新生精神康復會
聖雅各福群會
鄰舍輔導會
學前弱能兒童家長會
勵智協進會
香港社會服務聯會
智障人士老齡化關注組
香港理工大學康復治療系
醫院管理局
衛生署
社會福利署
勞工及福利局





康復諮詢委員會
智障人士老齡化工作小組