

老人醫療護理

1997年10月25日

**劉騏嘉小姐
黃麗菁小姐**

**臨時立法會秘書處
資料研究及圖書館服務部**

**香港中區花園道3號
萬國寶通銀行大廈5樓
電話：(852) 2869 7735
圖文傳真：(852) 2525 0990**

目錄

	頁
鳴謝	
摘要	
第一部 — 引言	1
背景	1
研究目的和範圍	1
研究方法	2
第二部 — 政策發展	3
背景	3
政策發展	3
1960-70年	3
1970-90年	3
第三部 — 老人人口的特點	5
引言	5
老人的定義	5
老人人口的數目	5
預期壽命	10
供養率	10
老人的健康狀況	11
慢性疾病	12
視覺受損	13
肢體傷殘	14
精神不健全	15
患有多種疾病或殘疾的人士	15
老人的居住安排	16
老人的財政狀況	18
老人人口特點的總結	20

臨時立法會秘書處歡迎轉載這份研究報告的部分或全文，並歡迎將之譯成其他語文。報告所載資料可隨意複製以供非商業用途，但須註明資料出處為臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，並將一份複製文本送交臨時立法會圖書館備存。

第四部 — 為老人提供的基層醫療護理	21
基層醫療護理	21
預防疾病及促進健康服務	21
口腔醫療護理	23
治療服務	25
康復服務	28
討論	31
第五部 —— 中層與第三層老人醫療護理	33
引言	33
醫院的老人科病床	33
住院服務	34
專科門診服務	35
老人專科門診診所及老人日間醫院的求診人次	36
住院時間的長短	37
出院前安排	37
討論	38
第六部 —— 院舍護理	39
引言	39
院舍護理的類別	39
療養院	39
護養院	39
護理安老院	40
私營安老院	40
不同院舍之間的協調	40
療養護理	41
護養院	43
護理安老院	44
私營安老院	47
討論	48
第七部 —— 整體討論	49
附錄I	51
附錄II	52
附錄III	53
參考資料	54

鳴謝

資料研究及圖書館服務部在撰寫本研究報告時，承蒙多位人士提供協助，謹此致謝。這些人士包括香港大學的陳麗雲教授、齊鈺博士及鄭養鴻博士，以及基督教聯合醫院老人科顧問醫生梁萬福先生。他們幫助本部研究人員對老人醫療護理問題有更深入的認識，並就是項研究提供了寶貴及具啟發性的意見。本部亦希望在此致謝聖公會麥理浩夫人中心林植宣博士老人綜合服務中心的中心副主任周翠女士、聖雅各福群會總幹事張女士、私營安老院聯會主席黃文波先生，以及數位不願透露姓名的醫療護理服務人員，他們為本研究提供了非常有用的數據及資料。最後但同樣是重要的，就是對政府統計處、衛生署、衛生福利局、醫院管理局及社會福利署就是次研究向本部提供資料及編制數據，本部亦深表謝忱。

摘要

1. 過去數十年，老人人口一直穩步上升。然而，大多數高齡老人健康欠佳，意味老人對醫療護理服務的需求更為殷切。由於三分二的老人人口每月入息微薄，甚或全無入息，年青一代須承擔為老人提供醫療護理服務的經費。
2. 由於78%的老人獨自居住或只與一名家庭成員同住，因此公營機構在支援和加強家庭護理方面，責任變得日益重要。
3. 基於歷史因素，當局過往著重發展醫院及急症醫療服務，忽略了基層醫療護理。為老人提供快捷有效的基層醫療護理，不但可改善他們一般的健康狀況，亦可紓緩中層及第三層護理服務的壓力。
4. 本研究的結果顯示，負責推廣健康和舉辦預防疾病活動的老人健康中心，仍可向更多老人提供服務。根據一個關注團體所進行的調查顯示，老人健康中心使用率偏低的原因是宣傳不足、地點不方便，以及年費高昂。
5. 為老人提供的口腔醫療服務非常有限。政府並沒有為老人訂立口腔健康指標。香港老人的一般口腔健康情況，較世界衛生組織所訂的指標為低。
6. 一個在普通科門診診所的常見情況是輪候時間偏長。基層健康服務工作小組(1990年)曾提出多項建議以改善普通科門診診所的服務，但政府並沒有向本部提供資料，載述實施這些建議的進度。
7. 外展醫療服務能取得實質的成果：突然再度入院、使用急症室及老人科門診服務的人次下降了10%。現時，當局已將外展醫療服務的範圍擴大至包括在護理院舍居住的老人，這些老人的數目約佔老人人口總數的10%。

8. 高齡老人(即80歲或以上的老人)通常患有多種慢性疾病及身體機能衰退。這類老人的數目迅速增加，急症服務及長期護理服務的需求因而亦有所增加。
9. 這項研究的結果顯示，年老病人佔住院總人數40%以上，他們平均的住院期較一般病人長50%以上。從老人使用醫院服務率及住院期可見，老人對中層及第三層醫療護理服務的需求甚為殷切。
10. 身體虛弱的老人對院舍服務的需求亦很大。不同年齡的老人可能需要不同類別的院舍護理。不過，各院舍之間並沒有互相協調，可能影響老人獲得持續護理。
11. 療養院及護理安老院中央輪候名冊上的申請人為數眾多。設立護養院的目的，是紓緩療養院的壓力，並照顧那些健康惡化至護理安老院未能提供適當護理的老人。然而，設立護養院的進度受到阻延，至今沒有一間能啟用。
12. 有人或會認為，私營安老院數目上升，可助局部紓緩療養病床及護理安老院宿位不足的壓力。然而，部分私營安老院未能提供適當護理服務，無法照顧體弱老人，只會對中層及第三層醫療護理服務造成壓力。

老人醫療護理

第一部 – 引言

1. 背景

1.1 在1997年9月，臨時立法會衛生事務委員會要求資料研究及圖書館服務部(以下簡稱「本部」)就現行的醫療護理制度進行研究，以便日後當衛生福利局局長於1998年完成一項同類的檢討時，議員可進行審議。本研究集中討論老人問題，原因是這組別人士已成為公共醫療護理服務日益重要的使用者。

2. 研究目的和範圍

2.1 本研究的目的，是檢討政府向老人提供的醫療護理服務的政策，並審核現行的有關服務是否足夠。

2.2 衛生事務委員會同意本項研究的研究範疇如下：

- (a) 簡述老人醫療護理政策的發展；
- (b) 綜觀老人人口概況；
- (c) 估計老人對醫療護理服務的需求；及
- (d) 分析現時提供予老人的醫療護理服務是否足夠。

3. 研究方法

3.1 本部綜合採用資料收集、分析及與有關人士面談等方法。

3.2 本部曾要求政府多個部門及醫院管理局(以下簡稱「醫管局」)就上述研究議題提供資料。不過，由於政府或醫管局並沒有備存老人各類醫療護理服務的最新數據，本部所得的資料並不多。因此，本報告的數據，主要來自本港各機構的研究結果及政府以往發表的文件。

3.3 此外，本部曾數次與學者、醫療護理的專業人士、政府部門及醫管局有關人士會晤，以收集資料。

第二部 — 政策發展

4. 背景

4.1 由70年代至90年代初期，為老人提供醫療及有關的服務由不同的政府部門分擔。這些部門包括衛生署、社會福利署及醫院管理局。衛生福利科負責擬訂政策。該決策科在1994年10月成立老人服務組，負責監督及統籌與老人福利、醫療及健康服務有關的政策。

5. 政策發展

5.1 政府在過去數十年曾發表多份有關社會整體醫療事宜的諮詢文件及政策文件(詳情請參閱附錄I)。然而，政府自1974年起，並沒有進行全面的醫療政策檢討，但曾就下述問題進行獨立的檢討：醫院護理、基層醫療護理、康復護理等。儘管老人是醫療護理服務的主要使用者，當局迄今還沒有就老人醫療護理問題發表任何獨立的政策文件。有關為老人提供醫療護理服務的指引原則，載列於老人護理服務的報告內，其中醫療服務只佔各類老人福利服務的其中一環。

1960-70年

5.2 在60年代至70年代初期，醫療政策的目的是要應付本港在醫療及健康服務方面的即時需要，重點在於興建更多診所及醫院。當時政府主要關注的事項，並非為整體社會或老人訂定長遠的醫療護理計劃。

1970-90年

5.3 在70年代至90年代期間，政府曾就多項醫療問題發表諮詢和政策文件。雖然老人是公共醫療護理服務的主要使用者，但這些文件對老人的醫療護理服務着墨不多。當局只在老人福利服務的文件內，才討論老人醫療護理服務的問題。

5.4 在多份有關老人福利服務的文件中，曾提出為數不少的建議，改善老人的醫療護理服務。舉例而言，政府在《1977年老人服務綠皮書》內，擬定詳盡計劃為老人提供醫療護理服務，包括為老人提供預防疾病服務、門診服務、社區支援服務及院舍護理等計劃。該綠皮書的部分建議被納入《香港社會福利白皮書－進入八十年代的社會福利》內。

5.5 在1988年，老人服務中央委員會¹就老人護理服務問題進行檢討，並發表報告，強調為老人提供基層醫療護理服務、社區護理服務、院舍護理服務及康復服務的重要性。

5.6 在1994年，老人服務工作小組²發表報告，檢討為老人提供的護理服務。在該報告內，工作小組承認為老人提供的醫療及健康護理服務並不足夠，並建議政府加強為老人提供基層醫療護理服務、社區護理服務及院舍護理服務。

5.7 雖然各方面曾向政府提出多項改善老人醫療護理服務的建議，但這類服務仍供不應求。本報告第3部會就老年人口的概況提供最新的資料，並評估他們對醫療護理服務的需求。

¹ 在1987年4月，行政立法兩局議員福利事務小組建議政府成立一個老人服務中央委員會。該中央委員會於1987年6月成立，成員包括政府官員及社會福利機構的代表。

² 政府於1993年11月成立老人服務工作小組，成員包括政府官員及公眾人士。

第三部 — 老人人口的特點

6. 引言

6.1 本部旨在探討老人人口的數目、其健康狀況及財政狀況，從而確定他們對醫療護理服務的需求。

7. 老人的定義

7.1 政府在規劃醫療服務時，通常將老人界定為年屆65歲或以上的人士。不過，現時僱員(例如公務員)的退休年齡為60歲。在適用的情況下，本報告會跟隨政府在進行規劃時所採用的定義，即是把年屆65歲或以上的人士界定為老人。

8. 老人人口數目

8.1 表1及圖1顯示老人人口在1977年至1996年期間的增長。在1996年，老人(即65歲或以上的人士)佔總人口的10%。在1977年至1996年期間(即19年內)，老人人口的比率，由5.7%(261 100人)增至10%(631 300人)，即在過去20年期間，老人人口的增幅高達76%。

8.2 75歲或以上人士的人數增加更為顯著。75歲或以上人士的人口佔總人口的比率，由1977年的1.7%增至1996年的3.6%，增幅高達112%。

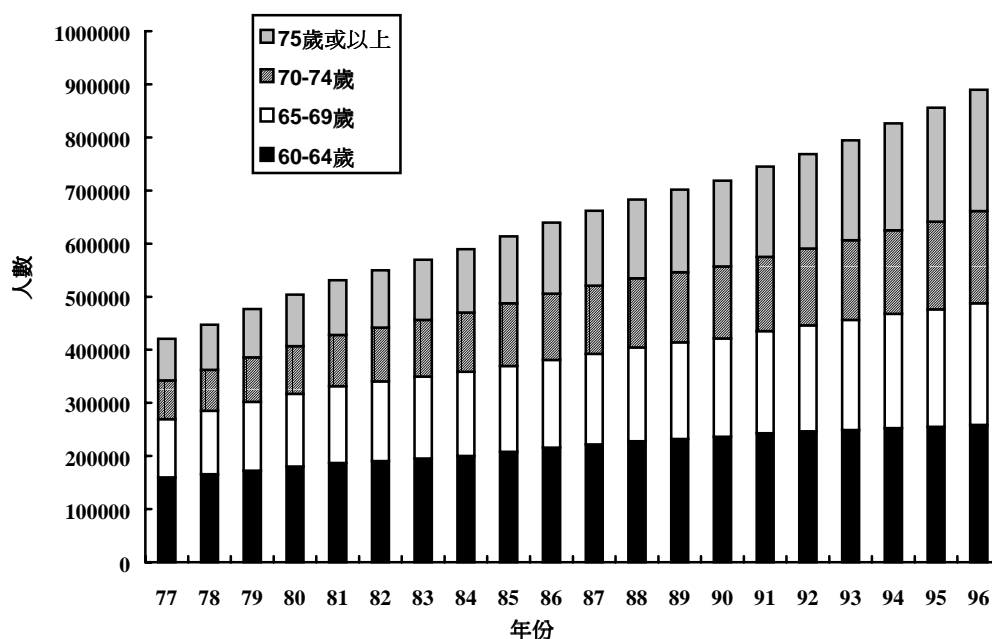
8.3 圖2將1977年至1996年期間老人人口的增幅與總人口的增幅作一比較。從該圖表可見，在過去20年，老人人口的增長遠較總人口的增長為快。

表1 - 1977年-1996年期間的老人人口

年份	60-64歲	65-69歲	70-74歲	75歲或以上	總人口	60歲以上 ／總人口	65歲以上 ／總人口	75歲以上 ／總人口
1977	159 800	109 600	73 000	78 500	4 577 200	9.20%	5.70%	1.72%
1978	165 600	119 600	76 800	85 200	4 660 800	9.59%	6.04%	1.83%
1979	172 500	129 600	83 700	91 200	4 863 600	9.81%	6.26%	1.88%
1980	180 300	136 900	89 700	97 300	5 016 700	10.05%	6.46%	1.94%
1981	187 000	144 300	96 800	102 800	5 154 800	10.30%	6.67%	1.99%
1982	190 700	149 900	101 200	107 900	5 245 300	10.48%	6.84%	2.06%
1983	195 200	154 700	106 200	113 400	5 323 500	10.70%	7.03%	2.13%
1984	200 200	158 200	112 000	119 200	5 376 800	10.97%	7.24%	2.22%
1985	207 700	161 500	118 600	126 100	5 436 800	11.29%	7.47%	2.32%
1986	215 700	165 500	124 300	133 900	5 508 100	11.61%	7.69%	2.43%
1987	221 700	171 000	127 800	141 500	5 564 500	11.90%	7.91%	2.54%
1988	227 600	177 000	130 000	148 500	5 602 400	12.19%	8.13%	2.65%
1989	232 200	181 800	132 400	155 400	5 631 400	12.46%	8.34%	2.76%
1990	236 200	185 400	135 400	161 600	5 642 900	12.73%	8.55%	2.86%
1991	242 900	192 400	139 900	169 700	5 683 900	13.11%	8.83%	2.99%
1992	246 500	199 500	144 900	177 500	5 740 000	13.39%	9.09%	3.09%
1993	249 100	207 200	150 300	188 000	5 854 000	13.57%	9.32%	3.21%
1994	252 600	215 000	157 400	201 200	6 002 700	13.76%	9.56%	3.35%
1995	254 700	221 600	165 000	214 700	6 130 900	13.96%	9.81%	3.50%
1996	258 500	229 000	173 500	228 800	6 292 000	14.14%	10.03%	3.64%
1977-1996年(19年)期間老人人口相對於總人口的增幅						53.70%	75.96%	111.63%

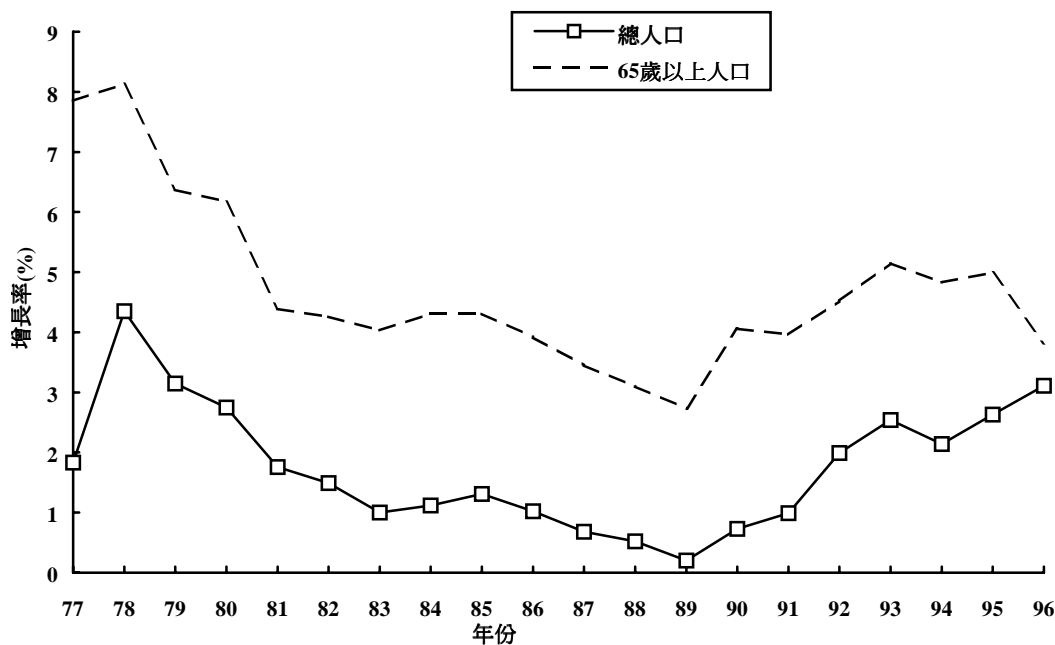
資料來源：政府統計處

圖1- 1977年-1996年的老人人口



資料來源：政府統計處

圖2- 1977年-1996年老人人口的增長率



資料來源：政府統計處

8.4 表2及圖3顯示老人人口在未來20年即1997年至2016年期間的預計增長。老人人口在未來20年將會增加幾乎一倍，由1997年的655 400人增至2016年的1 091 700人。在2016年，老人人口會佔總人口的13.3%，即大約每7人當中，便會有1人年屆65歲或以上。至於75歲以上人士佔總人口的比率，預計會從1997年的3.7%增至2016年的5.5%，推算增長率為50%。

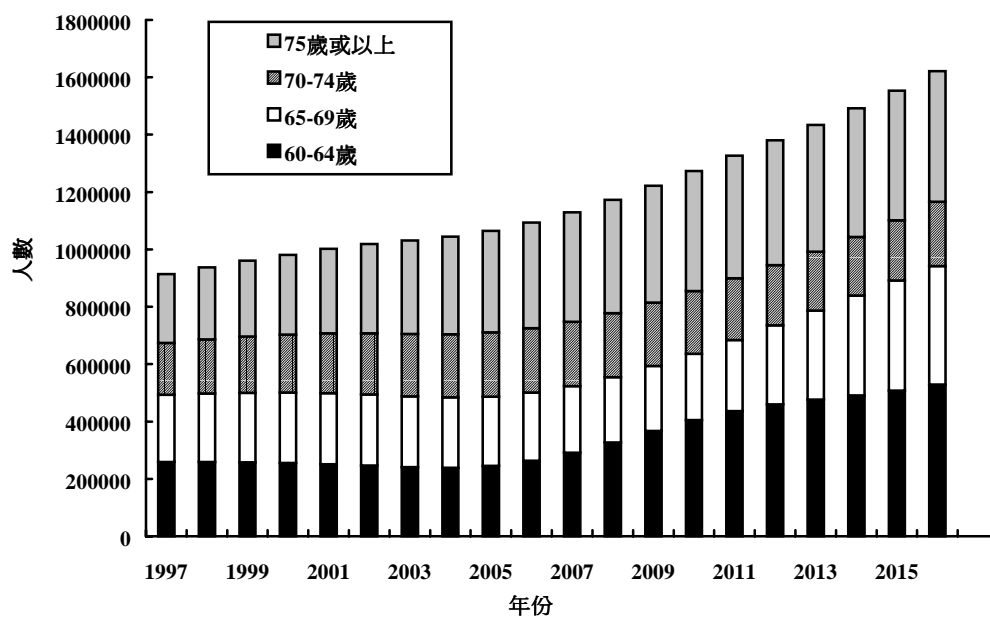
8.5 圖4將1997年至2016年期間老人人口及總人口的推算增長率作一比較。從該圖表可見，除2007年及2008年外，預計老人人口在未來數年的增幅，會較總人口的增長為快。

表2 - 1997年-2016年期間的老人人口(推算)

年份	60-64歲	65-69歲	70-74歲	75歲或以上	總人口	60歲以上 ／總人口	65歲以上 ／總人口	75歲以上 ／總人口
1997	259 000	234 400	180 900	240 100	6 487 500	14.09%	10.10%	3.70%
1998	258 700	238 800	188 400	252 000	6 659 400	14.08%	10.20%	3.78%
1999	257 700	242 600	195 600	265 000	6 768 900	14.20%	10.39%	3.91%
2000	255 200	245 300	202 100	278 400	6 860 000	14.30%	10.58%	4.06%
2001	251 600	247 400	208 300	294 300	6 951 000	14.41%	10.79%	4.23%
2002	246 300	247 700	214 000	310 900	7 040 200	14.47%	10.97%	4.42%
2003	241 200	246 500	217 700	325 600	7 127 600	14.46%	11.08%	4.57%
2004	239 700	244 700	220 900	340 100	7 213 900	14.49%	11.17%	4.71%
2005	245 600	241 500	223 200	354 400	7 299 200	14.59%	11.22%	4.86%
2006	263 000	237 500	224 300	368 400	7 382 600	14.81%	11.25%	4.99%
2007	291 000	232 200	224 000	382 300	7 465 400	15.13%	11.23%	5.12%
2008	327 500	227 400	223 000	395 100	7 547 900	15.54%	11.20%	5.23%
2009	367 100	226 100	221 400	407 000	7 630 600	16.01%	11.20%	5.33%
2010	404 800	231 800	218 600	417 900	7 713 600	16.50%	11.26%	5.42%
2011	436 100	248 500	214 900	427 400	7 797 100	17.02%	11.42%	5.48%
2012	459 700	275 200	210 000	435 700	7 879 100	17.52%	11.69%	5.53%
2013	476 300	309 900	205 600	442 600	7 961 000	18.02%	12.03%	5.56%
2014	491 500	347 400	204 400	448 200	8 042 900	18.54%	12.43%	5.57%
2015	508 300	382 900	209 700	452 000	8 124 600	19.11%	12.86%	5.56%
2016	529 200	412 400	225 100	454 200	8 205 900	19.75%	13.30%	5.54%
1997-2016年(19年)期間老人人口相對於總人口的增幅						40.17%	31.68%	49.73%

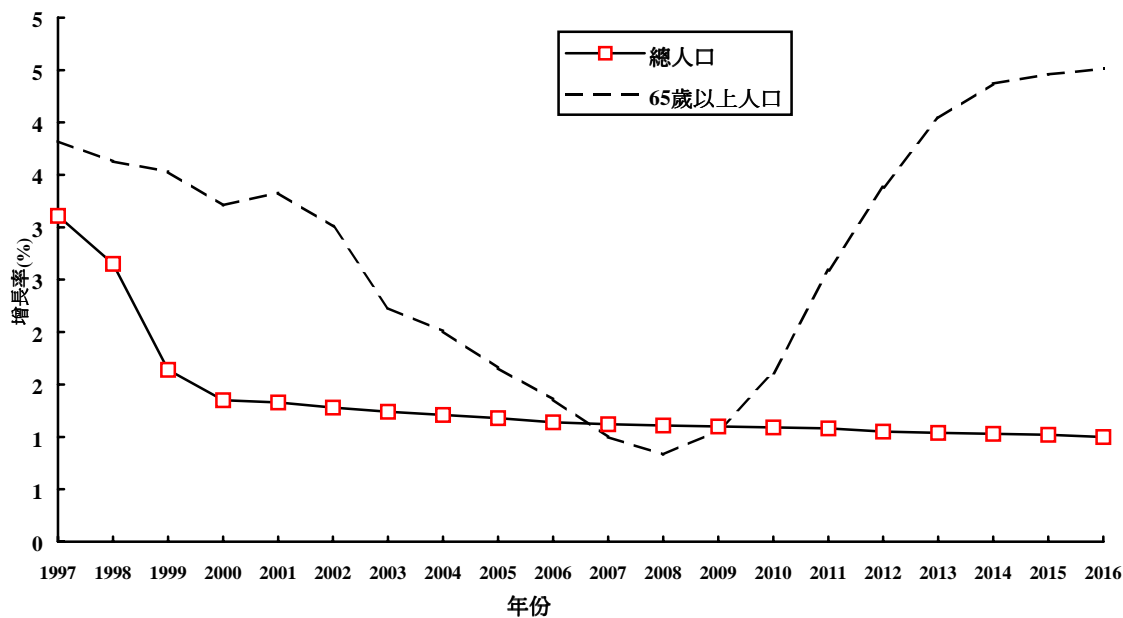
資料來源：政府統計處

圖3-1997年-2016年的老人人口(推算)



資料來源：政府統計處

圖4-1997年-2016年老人人口的推算增長率



資料來源：政府統計處

9. 預期壽命

9.1 在應用最新及最先進的醫療及有關科技後，人口的預期壽命一般得以提高，每個人的預計平均生存年數亦會延長。表3列出1977年至2016年期間香港人口的預期壽命。在1977年至1996年期間，不同年齡人士的預期壽命一直持續延長，預計在未來20年這趨勢將會持續下去。

表3 – 1977年-2016年期間某特定年齡的男性及女性的預期壽命

年份 \ 年齡	男性		女性	
	出生時	在60歲時	出生時	在60歲時
1977	70.1	16.4	76.7	21.1
1986	74.1	18.5	79.4	22.6
1996	76.3	20.0	81.8	24.1
2006*	77.5	20.8	82.8	24.8
2016*	78.1	21.1	83.4	25.1

註：* 2006年及2016年的數字僅為推算數字。

資料來源：

1. 政府統計處
2. 《香港人口推算1997-2016報告》，第48頁

10. 供養率

10.1 老人供養率是另一個計算人口老化的常用方法。供養率的定義是在每1 000名年齡介乎15至64歲的人士中，65歲或以上人士所佔的比率。表4列出1977年至2016年期間的老人供養率。從該表可見，老人供養率持續上升，推算未來20年這趨勢將會持續，這個比率會由1996年的141人，增至2006年的153人，在2016年再增至184人。即表示在未來20年，每1 000名年齡介乎15至64歲的人士，須供養184名老人。

表4 - 1977年-2016年期間的老人供養率

年份	65歲或以上的老人數目(a)	15至64歲人士的數目(千人)(b)	老人供養率(a/b)
1977	261 100	2 993.1	87.2
1986	423 700	3 826.9	110.8
1996	631 300	4 471.8	141.2
2006*	830 200	5 411.2	153.4
2016*	1 091 700	5 926.8	184.2

註： * 2006年及2016年的數字僅為推算數字。

資料來源：

1. 政府統計處《香港統計年刊》1987-1996年
2. 政府統計處《香港人口推算1997-2016報告》

10.2 老人供養率上升的問題並非本港獨有。大部分亞洲國家亦出現老人人口急劇增加的現象。預期這些國家的老人人口在未來數十年會大幅增加(詳情請參閱附錄II)。部分西方國家的老人供養率甚至比香港還高(詳情請參閱附錄III)。儘管如此，本港的老人供養率較亞洲國家及世界其他地區的平均老人供養率為高(詳情請參閱附錄II)。

10.3 另一方面，本港老人供養率持續上升，顯示死亡率不斷下降，同時亦意味對醫療護理服務的需求將會更為殷切，因為年紀越大，身體一般會較虛弱。

11. 老人的健康狀況

11.1 由於政府未能向本部提供有關本港老人現時健康狀況的確實數字及資料，本部只能從多間研究機構的報告或政府過往的文件蒐集資料，以便向讀者提供老人健康狀況的概覽。

慢性疾病

11.2 根據醫管局給予本部的答覆，“約50%的老人患有慢性疾病。約15%的老人患有糖尿病，三分之一患有高血壓，四分之一患有骨質疏鬆症。此外，癌症在高齡人士中最为普遍。”

11.3 根據Edward Leung及Mona Lo³進行的一項關於老人健康狀況的研究，在抽樣調查的老人中，5種最常見的慢性疾病為風濕(34.2%)、高血壓(32.2%)、骨折(17.1%)、消化性潰瘍(13.5%)及糖尿病(10.7%)。表5列出有關詳情。

表5 – 1996年老人常患的慢性疾病

疾病	患病老人數目	百分率
風濕病	504	34
高血壓	474	32
骨折	205	14
消化性潰瘍	198	13
糖尿病	158	11
慢性支氣管炎	120	8
冠心病	100	7
甲狀腺機能亢進	89	6
小便失禁	72	5
中風	55	4
大便失禁	43	3
甲狀旁腺機能亢進	21	1

註： 上述結果是根據對1 480名平均年齡70.6歲的老人進行調查所得。

資料來源： E.Leung & M.Lo, “Social and Health Status of Elderly People in Hong Kong” in *The Health of the Elderly in Hong Kong*, Hong Kong University Press, 1997

³ E.Leung & M.Lo, “Social and Health Status of Elderly People in Hong Kong” in *The Health of the Elderly in Hong Kong*, edited by S.K Lam, Hong Kong University Press, 1997

視覺受損

11.4 視力欠佳是老人常有的毛病。表6列出1994年視覺受損人士的數目。從該表可見，79%的失明人士年屆60歲或以上。表7列出1994年完全失明人士的普遍率⁴。從該表可見，70歲或以上完全失明人士的普遍率為每1 000人中有128.5人⁵，較其他年齡組別的普遍率為高。預計到1998年時，60歲或以上的老人會佔視力受損人士的28%⁶。

表6 - 1994年視力受損人士數目

歲數	完全失明 ⁷		嚴重低視力 ⁸		輕微/中度低視力 ⁹	
	數目	百分率	數目	百分率	數目	百分率
0-59歲	1 591	22%	10 443	87%	15 669	87%
60-69歲	1 138	16%	912	8%	1 367	8%
70歲或以上	4 573	63%	712	6%	1 068	6%
總數	7 302	~100%	12 068	~100%	18 102	~100%

資料來源：衛生福利科1996年《香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，第44頁。

⁴ 普遍率-每10 000人中有某類殘疾的估計平均人數。

⁵ 香港政府衛生福利科1996年《香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，第44頁。

⁶ 香港政府衛生福利科1996年《香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，第238頁。

⁷ 完全失明人士指沒有視覺能力，即對光視沒有感覺的人士。

⁸ 嚴重低視力人士的視覺敏銳度為6/120或更差，或視野縮窄，最闊的視野直徑對向20度或以下角弦(不論視覺敏銳度如何)。

⁹ 輕度低視力人士的視覺敏銳度由6/18至6/60。中度低視力人士的視覺敏銳度由6/60至6/120。

表7 - 1994年完全失明人士的普遍率

年齡組別	普遍率(每10 000人)
	完全失明
0 -2歲	0.44
3 -5歲	0.73
6 -8歲	1.50
9-11歲	1.80
12-14歲	1.89
15-17歲	2.18
18-19歲	2.09
20-49歲	2.46
50-59歲	11.67
60-69歲	24.97
70歲或以上	128.49

資料來源：香港政府衛生福利科1996年《香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，第44頁。

肢體傷殘

11.5 根據《香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，在1994年，肢體傷殘人士中，接近62%年齡在60歲或以上。根據醫管局提供的資料，老人人口中，約20%身體有某類殘疾。視力受損的老人容易被東西絆倒。醫管局指出，70歲或以上人士每年因“跌倒以致盤骨爆裂”的個案為每1 000人中有10宗，這也是“導致老人需入住院舍的主要原因”。表8列出1994年肢體傷殘人士的數目。

表8 - 1994年肢體傷殘人士的數目

年齡組別	肢體傷殘人士		普遍率 (每10 000人)
	數目	百分率%	
0-1歲	48	0.07	3.32
2-3歲	239	0.33	17.15
4歲	215	0.29	31.40
5歲	296	0.41	40.10
6-11歲	2 391	3.27	53.19
12-15歲	1 729	2.37	53.95
16-17歲	685	0.94	45.75
18-49歲	16 509	22.59	52.11
50-59歲	5 978	8.18	126.44
60歲或以上	44 982	61.56	580.33
總數	73 072		

資料來源：香港政府衛生福利科1996年《香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，第58頁。

精神不健全

11.6 根據《康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》，在1994年共有56 630名65歲或以上的老人患有器質性精神病，佔65歲或以上老人人口的9%。他們大部分患有老人癡呆症及腦部機能提早衰老綜合症。器質性精神病(病情為中度及以上)的普遍率，預計佔65歲或以上老人人口的10%。不過，《康復計劃檢討檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)》估計，當中只有50%的老人需要某種形式的醫療、護理和其他康復服務。

患有多種疾病或殘疾的人士

11.7 此外，老人通常患有超過一種疾病或殘疾。Chi及Boey(1994)¹⁰進行的一項研究顯示，在266名70歲或以上的老人中，約41%患有一種疾病，21.8%患有兩種疾病，15.4%患有3種或以上的疾病。

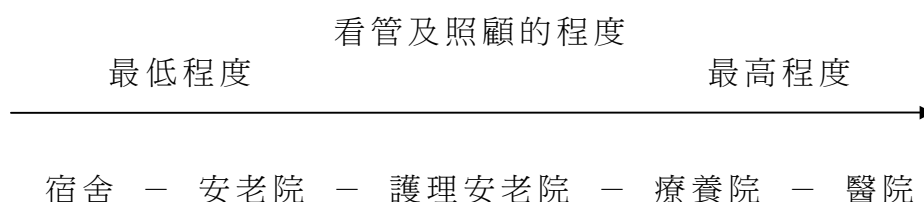
¹⁰ Chi and Boey, *A Mental Health and Social Support Study of the Old-old in Hong Kong*, Department of Social Work and Social Administration, 1994.

11.8 總的來就，老人的一般健康情況為大多體質較為虛弱及身體機能出現問題。

12. 老人的居住安排

12.1 當老人的身體虛弱至某程度時，便不能再自我照顧，需要護理服務。如家人未能提供這類照顧，老人可能需要入住院舍。不同院舍向老人提供不同程度的個人起居照顧及護理。舉例而言，老人宿舍及安老院提供最低程度的看管及照顧，而醫院及療養院則向病人提供最全面的醫療護理。圖表1顯示各類院舍向老人提供的持續護理。

圖表1 各類院舍向老人提供持續護理的程度



12.2 表9顯示入住各類院舍的老人數目。從該表可見，自1991年起，住在宿舍的老人數目持續減少，而入住其他類型院舍的老人數目則不斷增加。在1989年至1997年期間，住在護理安老院的老人數目大幅上升(增幅為321%)。儘管護理安老院的名額已有所增加，但輪候入住護理安老院的申請人數卻沒有減少：在1997年8月，護理安老院輪候名冊上共有19 982名老人，反映越來越多老人需求入住提供護理服務的安老院以便獲得較全面或固定的個人起居的照顧¹¹。

¹¹ 住在護理安老院的老人，健康情況通常較住在老人宿舍及安老院的老人為差。本文件第6部會提供更詳細的資料。

表9 - 在安老院及醫院生活的老人數目¹

截至	由社會福利署及非政府機構 營辦的安老院				私營 安老院*	露宿者	醫院
	宿舍*	安老院*	護理 安老院*	盲人護理 安老院/為 失明老人 提供的護理 安老院名額*			
3/88	並無資料	並無資料	並無資料	並無資料	並無資料	302	並無資料
3/89	1 483	3 897	1 618	219	6 961	並無資料	並無資料
3/90	1 585	4 045	1 657	213	7 708	297	並無資料
3/91	1 720	4 546	2 077	207	8 870	355	7 459
3/92	1 710	5 371	2 666	259	10 504	316	9 118
3/93	1 259	5 560	3 213	269	11 791	並無資料	9 140
3/94	1 211	5 645	4 200	284	13 563	256	9 555
3/95	1 112	6 031	4 883	295	15 852	並無資料	9 943
3/96	997	6 009	5 765	354	17 715	292	10 968
3/97	889	6 192	6 812	531	19 169	並無資料	10 674

備註：

1. 老人的定義為年屆60歲或以上的人士。不過，部分住在有*號院舍內的人士可能在60歲以下。

資料來源：

1. 政府統計處
2. 社會福利署
3. 衛生署
4. 醫院管理局

12.3 表10按家庭組合列出老人人口的分布。從該表可見，約10%的老人獨自居住，67%與一名家庭成員居住，即在老人總人口中(889 850人)，約78%的老人獨居或與一名家庭成員居住(691 690人)。根據老人服務工作小組報告書(1994年)所載，“現行的老人服務政策，是要鼓勵家庭成員在家庭環境內照顧老人”。鑑於老人人口的家庭組合，對於獨自居住或單與一名家庭成員居住的老人來說，若他們一旦生病或健康轉壞，在照顧方面可能會出現困難，因而會需要公營機構提供更多醫護服務。

表10 - 1981, 1986, 1991及1996年按家庭組合列述的老人人口

家庭組合	1981	1986	1991	1996
一人家庭	58 810	65 559	80 854	91 967
並無擴展的單核心家庭	164 141	229 107	297 380	398 453
垂直擴展的單核心家庭	145 328	153 173	162 481	192 794
平向擴展的單核心家庭	7 941	9 310	9 380	8 476
兩個或以上的核心家庭	78 095	93 900	87 712	113 474
有親戚關係的非核心家庭	27 633	28 321	32 151	33 112
無親戚關係人士	9 792	17 086	14 181	14 694
集體住戶	15 278	21 700	32 762	36 880
總數	507 018	618 156	716 901	889 850

資料來源：政府統計處

13. 老人的財政狀況

13.1 表11列出老人的每月收入。從該表可見，大部分(594 358人或67%)60歲或以上的老人每月收入不足2,000元。在這些老人中，46%(即594 358人中的272 918人)每月並無收入。鑑於私營醫療護理費用較為高昂，大部分老人會需要依賴公營醫療機構，因為它們的的醫療護理服務獲大量資助。

表11 - 60歲或以上老人人口的每月收入*

每月收入 (以1996年價格水平計算)	1981	1986	1991	1996
並無收入	205 148	228 582	236 614	272 918
2,000元以下	141 772	180 753	253 838	321 440
2,000 - 3,999元	81 066	73 128	56 665	85 621
4,000 - 5,999元	36 501	57 866	66 687	60 693
6,000 - 9,999元	25 227	39 192	47 471	62 475
10,000 - 19,999元	10 447	24 895	33 025	53 884
20,000元或以上	6 857	13 740	22 601	32 819
總數	507 018	618 156	716 901	89 850

備註：* 每月收入是指主要受聘工作的每月入息、其他受聘工作的每月入息及其他現金收入的總和。1981,1986及1991年的每月收入按甲類消費物價指數調整至1996年的價格水平，以便作出比較。

資料來源：政府統計處

13.2 綜合社會保障援助(以下簡稱「綜援」)的受助人可免費接受公營機構提供的診治。在1997年6月，在綜援計劃下共有103 945¹²宗年老個案¹³。至於60歲至64歲的老人，他們的收入及財產若低於綜援指定的水平，亦符合資格領取綜援，因而也可以免費接受公營機構提供的診治。此項政策確保香港的老人不會因缺乏金錢而不能獲得診治。

¹² 資料來源：政府統計處《香港統計月刊》，1997年8月。

¹³ 任何65歲或以上的人士均符合資格領取老人津貼。

14. 老人人口特點的總結

14.1 總括而言，老人人口有以下特色：

- (a) 數目與日增加：在1996年，老人人口佔總人口的10%，預計在2016年會增至13%；
- (b) 預期壽命持續延長；
- (c) 大部分老人身體健康欠佳及身體機能出現問題；
- (d) 由於78%的老人獨自居住，或只與一名家庭成員同住，因此越來越多老人需要入住能提供更全面或固定的個人起居護理服務的安老院；及
- (e) 每月並無收入或每月收入很微薄的老人數目與日俱增(佔60歲或以上老人人口的67%)。

第四部 一 為老人提供的基層醫療護理

15 基層醫療護理

15.1 基層醫療護理是個人和家庭與持續醫療護理過程的第一個接觸點，也是醫療護理體系的第一個層面¹⁴，它包括提供促進健康、預防疾病、治療及康復方面的服務。

預防疾病及促進健康服務

15.2 基層醫療護理機構若能履行“看門人”的職能，市民對中層和第三層醫療護理服務的需求可相應減少。舉例而言，隨著人口老化，患有慢性疾病(如糖尿病)的病人數目顯著增加。預防老人罹患糖尿病的最有效方法，莫過於盡早監察那些“特別容易”患有此種疾病的人士(例如有家族糖尿病遺傳的人士)的健康狀況，在他們出現病徵前，及時作出預防。監察措施包括定期檢查他們尿液和血液中的葡萄糖濃度，以及血液中的胰島素水平。

15.3 上述論點亦獲得此方面的權威人士Dr Knight Steel認同：“預早數十年採取預防措施，對減低年邁時的病發率至為重要，此點越來越明顯”¹⁵。此外，健康教育在此方面亦擔當重要角色。例如，許多慢性疾病(如心血管毛病)與不健康的生活方式有直接關係。透過健康教育，個別人士可學習健康的生活方式，預防此類疾病，並在慢性疾病病況惡化導致殘疾前，及早作出治療。

15.4 在香港，老人基層醫療護理主要由衛生署透過老人健康中心提供。此外，中央健康教育組及普通科門診診所亦舉辦多項健康教育活動，促進老人健康。

¹⁴ 基層健康服務工作小組報告書《人人健康，展望未來》香港，1990年。

¹⁵ Somers, “Preventive Health Services for the Elderly: The Growing Consensus” in *Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly*, edited by Chernoff and Lipschitz, Raven Press, 1988.

15.5 部分私營醫療護理機構及非政府機構亦為老人提供預防疾病的醫療護理服務。據報¹⁶大部分接受私營醫療護理機構或非政府機構服務的老人較為富裕，原因是這些機構營辦的醫療護理中心均自負盈虧。此外，這些機構亦提供其他醫療護理服務，包括身體檢查、推廣健康講座、飲食輔導，以及心理社交輔導服務。不過，當局並沒有正式數據顯示使用這些非政府醫療護理服務的老人人數。

老人健康中心的使用情況

15.6 老人健康中心旨在促進在本港老人的健康和福利，辦法是提高老人對健康生活方式的認識和自我照顧的能力、為老人檢查身體以預防常見毛病和疾病、以及推廣社區參與保健活動。老人健康中心在1994年設立，服務的對象是65歲或以上的老人。

15.7 當局調派了一支由51人組成的隊伍，服務各間老人健康中心。這些人士包括醫生、護士、相關醫療人員及非醫療人員。現時全港共有7間老人健康中心¹⁷：兩間在香港島，兩間在九龍，其餘3間在新界。根據《一九九七年施政報告》，政府將在1998/99年度增設5間老人健康中心，在1999/2000年度再增設6間，使老人取得服務更方便。由1994年至1997年中，老人健康中心的使用率由48%上升至59%。根據衛生署的資料，使用該等中心的人士，通常在預約後10個工作天內獲接見。表12列出該等中心的使用情況。

表12 - 老人健康中心的服務使用情況

年份	服務名額	新個案	使用率
1994	1 500	718	48%
1995	4 000	2 031	51%
1996	8 050	4 068	51%
1997(直至7月)	7 100	4 165	59%

資料來源：衛生署

¹⁶ 與聖雅各福群會總幹事張女士會晤時所得的資料。

¹⁷ 7間老人健康中心分別位於南山、觀塘、筲箕灣、石湖墟、堅尼地城、荃灣及圓洲角。

15.8 根據表12所示，老人健康中心的服務使用率雖然持續上升，但仍有充裕能力，提供服務給予更多老人。若把1996年全港65歲或以上的老人總人口與同年使用老人健康中心服務的老年人數作一比較，曾使用中心服務的65歲以上的老人，不足1%(0.65%)。

15.9 根據香港老人權益聯盟在1996年1月進行的一項調查，老人健康中心使用率偏低的原因如下：宣傳不足、交通不便及年費高昂¹⁸。當老人在1998/1999年度更容易取得老人健康中心的服務後，當局或須重新考慮中心的宣傳及收費問題。

15.10 第11節已指出，部分老人年屆60歲或以上後，健康每況愈下。舉例而言，在1994年，下述年齡組別人士的完全失明的普遍率如下：20至49歲：2.46；50至59歲：11.67；50至59歲：24.97。這情況顯示市民的健康狀況在60歲、而非65歲開始轉壞。不過，老人健康中心的服務(以預防疾病為主)，是為65歲或以上人士而設。由於該等中心尚有能力去提供服務，當局可考慮降低年齡下限，讓65歲以下的老人享用有關服務。

口腔醫療護理

15.11 政府委任的健康與醫務發展諮詢委員會轄下設有牙科小組委員會，負責監察社會人士對口腔醫療護理的需要。目前，政府只提供非常有限的口腔醫療護理服務。公共口腔醫療護理服務的重點在於預防疾病及促進健康¹⁹。

15.12 根據衛生福利局給予本部的答覆，政府只向老人提供宣傳口腔醫療護理的服務，包括保持口腔衛生的方法、認識口腔衛生及正確使用口腔醫療護理服務等。而全面的口腔護理，包括定期口腔檢查、補牙、杜牙根、拔牙及專科服務等，政府只向退休公務員提供，以履行對其僱員的合約責任。老人健康中心負責向老人提供口腔衛生教育。領取綜援的老人可向社會福利署指定的非牟利牙科診所求診，他們所支付的費用會透過綜援計劃獲得發還。

¹⁸ 老人健康中心的年費為每人220元。

¹⁹ 衛生福利科為1996年5月6日立法局衛生事務委員會會議擬備的“老人醫療服務資料文件”。

15.13 表13載列世界衛生組織建議的2010年老人口腔衛生指標與1991年本港60歲或以上老人的口腔衛生情況的比較。有一點值得注意，倘香港政府希望達到世界衛生組織訂立的全球口腔衛生指標，必須採取措施，以改善老人的口腔衛生情況。

表13 – 世界衛生組織建議的口腔衛生指標與本港老人實際口腔衛生情況的比較

世界衛生組織的2010年 全球口腔衛生指標	1991年60歲或以上老人的 口腔衛生情況
不超過5%全無牙齒	約10%全無牙齒
75%至少有20隻機能正常的牙齒	40%至少有20隻機能正常的牙齒
不超過0.5%的六旬老人 有嚴重的牙周袋	0.2%的六旬老人 有嚴重的牙周袋

資料來源：衛生署《1995年第2號公眾衛生報告：口腔衛生》，第21頁。

15.14 本港的公共口腔醫療護理服務以預防疾病及宣傳健康為主，並由使用率偏低的老人健康中心負責為老人提供。本港老人的口腔衛生情況欠佳，原因可能是他們不大察覺到有必要定期接受牙科護理。此外，牙科小組委員會為其他年齡組別人士訂立口腔衛生指標，但卻沒有為老人訂立此指標，反映政府並不太重視向老人提供口腔醫療護理。

主要的致死原因

15.15 表14顯示1961年至1995年期間導致老人死亡的主要原因。首5項致死原因可被視為慢性疾病，通常不會導致病人即時死亡。若病人有健康的生活方式，例如均衡飲食，減少進食高膽固醇及高鹽分的食物、多做運動以增強免疫系統，以及避免居住環境對健康的負面影響(例如吸入污濁空氣)等，這些病人或能避免患上上述疾病，或不致令病情惡化。上述各項措均屬基層醫療護理的範疇。

表14 — 1961年-1995年導致老人死亡的主要原因

致死原因	死亡人數					
	1961	1971	1981	1991	1994	1995
65歲或以上						
惡性腫瘤	503	1 349	2 933	5 026	5 758	5 938
心臟病，包括高血壓心臟病	817	1 652	2 637	3 782	3 931	4 003
各種肺炎	435	1 140	1 542	1 475	1 682	2 892
腦充血	747	1 137	2 222	2 350	2 590	2 706
腎炎、腎病綜合症及腎病	88	95	442	810	686	699
所有其他原因	1 934	3 315	4 114	5 695	6 424	5 777
所有原因(總數)	4 524	8 688	13 890	19 138	21 071	22 015

資料來源：衛生署年報1995/96年，72頁。

治療服務

普通科門診診所

15.16 普通科門診服務是基層醫療護理體系的重要一環。目前，全港共有68間普通科門診診所(包括9間私營診所)，由衛生署及醫管局營辦。在1995年，普通科門診診所的總求診人數中，65歲或以上的老年病人約佔三分之一(34%)²⁰，高於老人人口佔總人口的比率(10%)。此外，這些病人較為貧窮及教育程度較低，因而更需要接受健康教育及具預防性的醫療健康服務²¹。

²⁰ 衛生福利科為1996年5月6日立法局衛生事務委員會會議擬備的《老人醫療服務資料文件》。

²¹ 基層健康服務工作小組報告書《人人健康 展望將來》，1990年，第54頁。

病人的輪候時間

15.17 部分年老病人聲稱，他們平均需輪候4小時才獲醫生診治²²。衛生署表示，各普通科門診診所每日會為年老病人預留約1 500個優先診症名額(約佔每日診症名額的10%)。此外，慢性病患者亦可利用預約服務制度，以縮短輪候時間。病人須親自預約。衛生署並承諾，已預約的慢性病患者可在預約時間起計30分鐘內獲醫生診治。

15.18 不過，只有三分之一²³患有慢性疾病的老年病人利用預約服務。超過50%²⁴的病人(包括65歲以下的病人)寧可大清早往政府門診診所輪候求診，以方便個人時間上的安排。他們這樣做，可能是因為預約制度並不接受電話預約，而大部分老人寧願大清早前往門診診所輪候，確保獲得診症名額。

各醫院之間的協調

15.19 目前，醫管局、政府普通科門診診所及老人健康中心之間不能交換病人的病歷記錄。由於老年病人須大量使用上述機構提供的服務，不能交換病歷記錄可能防礙病人接受持續護理。此外，若病人由普通科門診診所轉介往醫院接受進一步治療，他們或須接受同樣的體格檢查和初步療程。這樣可能造成資源開支重複和延誤病人獲得妥善治療。

²² 老人權益聯盟在1996年5月6日的立法局衛生事務委員會會議席上提交的意見書。

²³ 《立法局會議正式紀錄》：1997年4月3日。

²⁴ 同上。

15.20 基層健康服務工作小組報告書亦特別指出普通科門診服務有下列缺點²⁵：

- (a) 沒有明確目標；
- (b) 服務缺乏持續性；
- (c) 對輕微疾病作非常基本及斷次的治療；
- (d) 病情查究不足；
- (e) 對病人的教育及健康輔導不足；
- (f) 診療的病人過多及診症的時間過短；
- (g) 欠缺健康狀況的資料；
- (h) 醫生的士氣低落；
- (i) 不適當的運用護士資源；
- (j) 缺乏整體協作的工作方式；
- (k) 與專科診所和醫院的調合不足；及
- (l) 缺乏與各有關服務機構溝通和社區參與。

15.21 基層健康服務工作小組繼而提出多項建議，以改善普通科門診服務和推動基層醫療健康護理。本部曾要求取得落實該等建議及發展基層醫療護理的進度，特別是年老病人的護理服務。迄今，本部並無收到政府當局的回覆。

²⁵ 基層健康服務工作小組報告書《人人健康，展望未來》(1990年)第83頁。

康復服務

15.22 一般而言，老人有肢體傷殘或器官殘障的問題，或兩者都有。他們需要康復服務，例如職業治療及物理治療，以及心理和社會支援，例如心理評核及精神科社康護理，以提高他們的自我照顧能力。舉例說，這類人士若能對殘疾問題有所認識，並懂得如何避免出現可預防的併發症，例如壓力疼痛、感染及攣縮，便可減少再度入院的次數、縮短留院期，以及減少不必要地向門診診所及急症室求診的次數。

15.23 政府的康復服務政策目標，是推廣和提供方法，以預防病人出現殘疾情況，同時幫助殘疾人士發展體能、智能及社交能力²⁶。康復服務涉及多類醫療及專業人員，例如醫生、聽力學家、足病診療師、心理學家、職業治療師及護士等。病人可在醫管局、政府或非政府機構開設的醫院、診所或康復中心接受診治。

15.24 本部嘗試估計老人對康復服務的需求。首先是肢體傷殘人士，差不多62%的肢體傷殘人士年屆60歲或以上(44 982人)，而20%的老人有各類殘疾(126 260人)。

15.25 其次是器官殘障的老人。政府的統計資料並沒有器官殘障老人的確實人數。由於器官殘障通常與慢性疾病有關，本部以患有慢性疾病的老人人數為估算代數(約佔65歲或以上老人人口的50%)，推論需要康復服務的器官殘障老人為數不少。

15.26 表9顯示，截至本年3月底，入住醫院的老人共有10 674名。如將住院年老病人總數與肢體傷殘及器官殘障的年老病人總數作一比較，便可推斷這類病人大多在醫院以外的本港社區環境居住。就此而言，當局須提供以社區為本的康復服務或外展服務，讓這些老人盡可能過獨立及正常的生活。

²⁶ 基層健康服務工作小組報告書《人人健康，展望未來》(1990年)第1頁。

外展醫療服務

社康護理服務

15.27 社康護理服務是為那些不再需要住院、但不便前往診所覆診的老年病人而設。他們仍需要熟練的護理服務，以防舊病復發。社康護理中心的職員主要是護理人員。每間中心的職員組合各有不同，視乎病人數目而定。

15.28 據醫管局表示，社康護理服務向合資格的出院病人提供家居護理服務，例如健康評估、注射、輔導等，從而減少醫院病床需求的壓力，同時紓緩公營醫院過度擠迫的情況。

15.29 現時社康護理服務的對象只限於醫生轉介的病人。從表15可見，由1992/1993年度起，使用社康護理服務的病人與日俱增，尤以老人日間中心提供的服務為甚。

表 15 — 1992/93-1999/2000 社康護理服務的使用情況

社康護理服務	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98*	98/99*	99/2000*
社康護士的家訪次數	270 685	281 972	298 224	335 299	383 401	443 700	443 700	443 700
與對上一年比率的轉變	--	+4.2%	+5.8%	+12.4%	+14.3%	+15.7%	0%	0%
精神科日間中心的求診人數	102 682	98 291	100 869	107 713	109 406	109 400	109 400	109 400
與對上一年比率的轉變	--	-4.3%	+2.6%	+6.8%	+1.8%	0%	0%	0%
老人日間中心的求診人數	39 078	44 540	62 653	76 312	91 739	94 800	94 800	94 800
與對上一年比率的轉變	--	+14.0%	+40.7%	+21.8%	+20.2%	+3.3%	0%	0%

備註： * 預計數字

資料來源：衛生福利局

15.30 社康護理服務的兩類主要對象，是產後的婦女及患有慢性疾病或身體殘疾的老人。在1996年，約55%接受社康護理服務的病人年齡在65歲或以上，他們大多需要更頻密的探訪，例如每日清洗傷口或定期注射。據報²⁷病人及私營安老院的經營者均歡迎這項服務。

社區老人評估小組和老人精神科小組

15.31 目前全港共有9個社區老人評估小組及8個老人精神科小組，為住在護理院舍的老人提供外展醫療服務。每個社區老人評估小組由1名高級醫生、1名註冊護士、1名社會工作助理、1名物理治療師、1名職業治療師及1名文員組成。每個老人精神科小組由3名高級醫生、4名醫生、6名註冊護士、1名臨床心理學家及1名社會工作助理組成。每個社區老人評估小組每年約為1 625名病人提供服務，而每個老人精神科小組則每年為4 600病人提供服務。表16及表17分別列出接受社區老人評估小組及老人精神科小組服務的病人人數。

表16 — 接受社區老人評估小組服務的病人人數(由1994/95年度起提供服務)

	94/95	95/96	96/97	97/98 *	98/99 *	99/2000 *
小組數目	5	8	8	9	10	10
獲提供服務的 病人人數	6 500	13 000	13 000	13 812	16 250	16 250

備註： * 預計數字
資料來源：衛生福利局

表17 — 接受老人精神科小組服務的病人人數(由1993/94年度起提供服務)

	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98*	98/99*	99/2000*
小組數目	3	4	6	8	8	9	9
獲提供服務的 病人人數	13 800	18 400	27 600	36 800	36 800	41 400	41 400

備註： * 預計數字
資料來源：衛生福利局

²⁷ 根據與醫療護理服務機構會晤時所得的資料。

外展醫療小組的成效

15.32 根據醫管局提供的資料，在1995/96年度，在接受外展醫療小組提供服務的老人中，突然再度入院、往急症室和老人門診診所求診的個案數目減少了10%。

15.33 現時社康護理服務的對象只限於醫生轉介的病人。社區老人評估小組及老人精神科小組探訪在護理院舍(例如護理安老院或私營安老院)居住的老人。獲訪的老人佔本港老年人口總數不足10%。鑑於78%的老人獨自居住或只與一名家庭成員同住，一旦他們的健康轉壞，可能需要此類外展醫療服務。

討論

15.34 雖然政府自1994年起已設立了7間老人健康中心，以推廣基層醫療護理，但這些中心的使用率偏低，只佔服務人數的59%(1997年中)；目前，0.65%的老人接受此類服務。當局可能需要檢討老人健康中心的宣傳、年費、年齡限制，以及與中層及第三層護理服務機構的聯繫(例如交換病人醫療紀錄)等。

15.35 只有三分之一患有慢性疾病的年老病人利用預約制度。當局或須進一步考慮改善預約制度，使更多患有慢性疾病的年老病人利用該制度，減少他們的輪候時間。

15.36 政府門診診所與醫管局彼此不交換病人的醫療紀錄，不單只影響年老病人。當年老病人獲政府門診診所轉介往醫院作進一步治療時，他們可能需要重新接受同樣的體格檢查及初步療程。這安排或會對年老病人造成較嚴重的影響，令他們未能及時獲得適當治療。似乎當局值得優先考慮推行醫管局及衛生署在基層、中層及第三層護理層面上交換病人醫療紀錄的做法。

15.37 社康護士、社區老人評估小組和老人精神科小組提供的外展醫療服務，令住在護理院舍的老人(佔老人總人口的10%)或由醫療人員轉介的病人受惠。不過，老人人口中，大多數獨自居住或只與一名家庭成員同居住(佔78%)，他們對此類服務有潛在的需求。

15.38 基層健康服務工作小組承認，公營機構嚴重忽視高質素的基層醫療健康服務的發展：“眾所周知，老人的健康需要特別護理，他們對現有的醫院和診所服務需求殷切，加以香港人口日趨老化，但當局卻沒有為老人提供全面的預防性健康護理計劃”²⁸。

²⁸ 基層健康服務工作小組報告書《人人健康，展望未來》(1990年)第53頁。

第五部 — 中層與第三層老人醫療護理

16. 引言

16.1 中層護理是指較為專門及複雜的醫療護理，病人通常由負責基層醫療護理的醫生轉介。第三層護理照顧少數需要極為複雜及專門治療的病人。中層及第三層護理服務均在醫院的環境下提供。

16.2 在本港，約90%的中層及第三層護理服務由醫管局提供，餘下的10%則由私營機構提供。至於涉及醫療康復的延續及長期護理，差不多全部由醫管局提供。

16.3 需要中層及第三層醫療護理的老人，通常會前往醫管局轄下的醫院求診。一般而言，年老病人可按其臨床需要，獲提供各類專科診療服務。鑑於年老病人通常百病纏身，他們需要各類治療及康復服務，故此，老人科醫生在協調各類專科服務方面擔當重要角色。

17. 醫院的老人科病床

17.1 表18列出在1992/93年度至1997/98年度期間，老人科病床的數目。從該表可見，自1993/94年度起，政府並沒有增設老人心理科病床的數目，但在1993/94年度至1997/98年度期間，為老人提供的急症病床則增加了77%。

17.2 在1993/94年度至1997/98年度期間，老人人口增加了20%(參看表1和表2)。然而，政府為了應付需求的增長，只調整了老人急症病床的數目。據醫管局表示“應盡量避免讓有精神問題的年老病人留在醫院或院舍。成立老人精神科小組是協助照顧這類老人及幫助他們融入社會的主要措施”。

表 18 - 醫院的老人科病床

	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98 (估計數目)
老人心理科 病床數目	573	598	598	598	598	598
老人急症 病床數目	967	999	1 124	1 310	1 518	1 768

資料來源：醫院管理局

18. 住院服務

18.1 在本港，1991年至1997年期間年老病人佔住院病人總數的33%至43%(詳情請參看表19)。在同期間，由於65歲以上人士只佔人口總數的14%，可見老人對住院服務的需求不合比例地高於其他年齡組別人士。其中一項可能的原因是老人的健康狀況普遍欠佳。另一項原因是現時的基層醫療護理機構服務不足，未能應付預防疾病的需求。

表19 – 1991年3月至1997年3月期間，醫管局轄下各間醫院在某日午夜時分的住院病人人數(按年齡組別分類)

日期	0-至64歲		65歲及以上		歲數未詳		總計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
27.3.91 *	11 553	65.4	6 120	34.6	-	-	17 673	100
30.9.91 *	12 155	67.1	5 963	32.9	-	-	18 118	100
31.3.92	11 614	63.0	6 834	37.0	-	-	18 448	100
30.9.92	11 876	66.0	6 119	34.0	-	-	17 995	100
31.3.93	11 626	62.5	6 962	37.5	-	-	18 588	100
30.9.93	10 908	64.2	6 035	35.5	55	0.3	16 998	100
30.3.94	11 691	60.8	7 478	38.9	54	0.3	19 223	100
29.9.94	12 113	63.0	7 063	36.8	43	0.2	19 219	100
30.3.95	11 688	59.5	7 923	40.3	48	0.2	19 659	100
28.9.95	12 162	61.5	7 561	38.3	43	0.2	19 766	100
28.3.96	11 741	56.8	8 883	43.0	33	0.2	20 657	100
30.9.96	11 750	59.4	8 006	40.4	37	0.2	19 793	100
26.3.97	11 770	57.3	8 743	42.6	30	0.1	20 543	100

註釋： * 政府及政府補助醫院的住院病人總數

資料來源：醫院管理局

19. 專科門診服務

19.1 往專科門診診所求診的病人中，約32%是老人。病人首次求診所需的輪候時間，因不同的診所和專科診所有不同。醫管局曾承諾縮短病人首次往專科診所求診的平均輪候時間，達致90%的專科診所輪候時間在3個月以下，而接受切除白內障手術的平均輪候時間則縮短至9個月以下。由醫生轉介被鑑定為急需診治的病人可獲優先預約。然而，本部並沒有接獲接受此類服務的確實輪候時間的數據。

20. 老人專科門診診所及老人日間醫院的求診人次

20.1 表20列出在1992/93年度至1996/97年度期間，老人專科門診診所及老人日間醫院的求診人數。老人專科門診診所的求診人數增加了103%，而老人日間醫院的求診人數則增加了135%。在差不多同期間(1992年至1996年)，老人人口增加了21%，反映出老人對這些服務的需
求甚為殷切，同時老人的健康一般已轉壞。

20.2 如果將總服務名額與求診人數作一比較，可以看到每間老人專科門診診所／醫院每年須為越來越多病人提供服務。舉例來說，如果以1992/93年度的數據作為底線，每間老人專科門診診所每年須為8 688名病人服務。不過，在1997/98年度，預期每間老人專科門診診所每年須為12 609名病人服務。至於老人科日間醫院，在1992/93年度，每個床位為約206名病人提供服務。不過，在1997/98年度，預期每個床位須為225名病人服務。這情況表示每名醫生為病人診症的時間會較短，病人獲得的護理質素可能會受到影響。

表20 - 老人專科門診診所及老人日間醫院的求診人次

年份	老人專科門診診所求診人次		老人日間醫院求診人次	
	總求診人數	總服務名額 (設有老人專科 門診服務的 診所／醫院)	總求診人數	總服務名額 (病床總數)
1992/93	60 817	7	39 078	190
1993/94	82 162	7	44 540	240
1994/95	98 480	9	62 653	325
1995/96	111 220	10	76 312	415
1996/97	123 282	11	91 739	415
1997/98 ¹	138 700 ²	11 ³	93 400 ²	415

備註：

1. 根據1997年4月至8月的數據而推算的數字
2. 以百位數計
3. 截至1997年8月

資料來源：醫院管理局

21. 住院時間的長短

21.1 根據醫管局的資料，年屆65歲或以上的病人平均住院時間為21.9天，較一般病人的平均住院時間超出逾50%。

21.2 年老病人住院時間較長，原因可歸納為數點。第一，年老病人的康復速度可能比較年輕的病人為慢。第二，部分年老病人在獲准出院前，可能需要醫務社工提供協助，例如住宿安排。如果醫生沒有通知醫務社工關於年老病人的出院日期，他們便可能沒有足夠時間為病人作出出院後的妥善安排。部分年老病人的住院時間因而會較預期為長。第三，年老的慢性病患者可能佔用部分急症病床。在正常情況下，慢性病患者不應使用急症病床，除非他們的病情突然轉壞。若這類病人能透過基層醫療護理，接受定期及例行健康檢查，或可減少健康突然轉壞的機會。

22. 出院前安排

22.1 為每名病人提供出院前安排的目的，是及早確定他們的需要，包括住宿安排、社會支援及康復服務。欠缺完善的出院前安排會導致病人不必要再度入院，也會影響年老病人的生活質素。

22.2 目前，不同臨床專科為年老病人所作的出院前安排質素參差不一。在1994年發表的《老人服務工作小組報告書》內，已確定原因如下：²⁹

- (a) 只有老人科單位才獲老人科醫生支援，他們對年老病人的康復需要更有認識，亦更具經驗。然而，現時並非所有醫院都設有老人科單位。
- (b) 現行按轉介提供服務的安排，導致有些病人出院後所遇到的社會問題，由非醫務社會工作者的護理員處理，他們可能對病人所需要的持續護理服務並不熟識。

²⁹ 《老人服務工作小組報告書》1994年，第74頁。

22.3 根據《醫院管理局年報1995-1996》的資料，只有5間醫院為老人提供出院前安排，藉此加強持續護理服務，並協調由其他服務機構和護理員提供的出院後服務。

23. 討論

23.1 老人是中層及第三層公共醫療護理服務的主要使用者(超過40%)。專科門診診所的求診病人及住院病人中，大部分為這年齡組別人士。年老病人的平均住院時間也較一般病人為長。

23.2 由於本部未能就年老病人使用醫院各類服務的情況獲得足夠資料，因此難以分析現行的中層及第三層醫療護理服務是否足以應付需求。儘管如此，預期老人專科門診服務及日間醫院服務的需考將持續增加，但服務名額的增長緩慢，可能進一步延長年老病人輪候服務的時間。此外，部分醫院並沒有為年老病人作出出院前安排，可能會影響他們所獲的醫療護理服務的質素。

第六部 一 院舍護理

24. 引言

24.1 年屆75歲或以上的高齡老人所佔的人口比率有所增加，令老人護理的問題更趨嚴重。英國最近的一項研究顯示，80歲以上的老人中，38.8%需要接受大量深切護理。同樣地，估計在歐洲國家中，隨著人口年齡增長，對護理服務的需求將會大幅增加；在80歲及以上的年齡組別中，每3人便有1人需要每日接受護理³⁰。這表示當人口預期壽命有所延長時，對體弱老人提供院舍服務的需求將大幅增加。

25. 院舍護理的類別

25.1 本文件主要討論4類為老人提供不同程度的醫療及護理服務的院舍，它們分別是療養院、護養院、護理安老院及私營安老院。

療養院

25.2 醫管局為那些無需再接受深切治療，但仍需長期住院的病人設立療養院。這項服務使身心狀況不穩定的年老病人，可在急症醫院環境以外的院舍獲得住院護理。療養院為住院人士提供最大程度的照顧。

護養院

25.3 護養院在衛生署管理下設立，目的是在療養院和護理安老院之間提供一種中介服務。服務的對象是那些不再獲得家庭照顧、而又需要若干程度的醫療／護理的老人，使他們可在醫院以外環境獲提供院舍護理。

³⁰ Leung, Chan, Lee and Cheng, "Residential Care Policy for Elderly People in Hong Kong" in the *Asian Journal of Public Administration*, Vol. 15 No.1 June 1993, p. 10.

護理安老院

25.4 護理安老院為健康欠佳或肢體殘疾／精神不健全的老人提供居所，並向他們提供一般的起居照顧和若干護理服務。護理安老院由獲社會福利署資助的非政府機構營辦，或由私營機構在買位計劃³¹下營辦。由於入住院舍的老人健康情況可能會惡化，以致需要療養護理，部分護理安老院設有療養單位作為臨時措施，照顧那些正在輪候醫療療養病床的體弱老人。

私營安老院

25.5 不同的私營安老院為老人提供不同程度的護理及起居照顧。《安老院條例》主要就私營安老院院舍的設計、面積、經營者的責任，以及安全措施作出規定。社會福利署負責監察私營安老院有否遵守條例的規定。入住私營安老院的老人，健康狀況各有不同，由有能力自我照顧至長期臥床的老人。

不同院舍之間的協調

25.6 由於老人的身體隨年齡日漸虛弱，他們在不同階段可能需要不同的院舍護理。因此院舍護理機構之間須有完善的轉介及協調，以確保老人可獲得持續的護理。

25.7 現時各類的院舍由不同的機構管理，例如醫管局、衛生署、社會福利署、非政府機構及私營機構。各服務機構之間並無有效的權力當局，負責整體統籌各項服務，並決定資源的運用，以應付老人的需要。這種零碎不全的院舍護理服務，進一步增加對中層及第三層護理服務的壓力：受資助護理安老院可能因為其住院老人身體日差而不願意在他們離開醫院時再接收他們，結果該名老人可能被迫在等候轉介往療養院期間，留在醫院內。

³¹ 買位計劃在1989年推行，目的是從財政方面鼓勵私營安老院，幫助它們提高服務水準，以及增加護理安老院的宿位。

26. 療養護理

26.1 療養服務的對象，是那些需要長期住院及接受積極康復治療的病人，以便他們能盡量發揮剩餘能力；或那些患有絕症，需要不斷接受醫療或護理的病人。這項服務使身心狀況不穩定的年老病人，可在急症醫院環境以外的院舍獲得住院護理。截至1997年3月31日，本港共有1 927張療養病床。

26.2 開設一所療養院一般最少需時10年或以上。表21載列1991年至1997年期間的療養病床數目。除了1995年及1996年療養病床數目的增幅超過20%以外，其他各年的療養病床數目，增幅由7%至10%不等。

表21 — 療養病床的數目

年份	療養病床的數目	與對上一年比較的百分率變化
1991*	1 065	--
1992	1 166	9.5%
1993	1 128	- 3.3%
1994	1 203	6.7 %
1995	1 472	22.4%
1996	1 772	20.4%
1997	1 927	8.8%

備註： * 1991年的數字計算至該年12月，而1992年至1997年的數字則計算至該年3月。

資料來源：醫院管理局

26.3 在1988年，醫務衛生署為需要接受療養護理的老年病人設立中央輪候名冊，輪候人士包括由醫療界及社會福利界轉介的病人。每名有意申請入住療養院的年老病人，均須接受醫生的住院前評核，以確保他們適合入住療養院。倘申請人所需的護理水平，符合入住療養院的準則，則會被列入中央輪候名冊上。

26.4 自1988年後，輪候名冊上的人數目迅速增加，由1988年的800人增加至1992年的3 107人，到1997年再增加至6 248人。表22載列有關的資料詳情。

表22 — 1988年-1992年療養院輪候名冊上的申請人數

年份	申請人	
	數目	與對上一年比較的百分率變化
1988	800	--
1989	1 320	+65%
1990	3 000	+127%
1991	並無資料	--
1992	3 017	--
1993	並無資料	--
1994*	6 137	--
1995*	4 199	- 32%
1996*	4 499	+72%
1997*	6 248	+39%

備註：

* 來自醫院管理局的數據為計算至該年度3月底的數字。

資料來源：

1. Leung, Chan, Lee and Cheng, "Residential Care Policy for Elderly People in Hong Kong" in the *Asian Journal of Public Administration*, Vol. 15 No.1 June 1993.
2. 醫院管理局

26.5 由於輪候名冊的人數每年增加超過30%，療養院的病床實供不應求。在1997年，療養院病床的不足之數達4 321(療養院輪候名冊的6 248名申請人減去1 927張療養病床)，表示在應付已知的療養護理需求方面，不足的服務高達70%。

26.6 由於療養病床供不應求，若干年老病人即使通過醫生的評核，仍不能獲轉介接受所需的療養護理。他們需要輪候一段時間³²。不同於輪候公屋的申請人，有時可獲安排入住臨時房屋，輪候入住療養院的年老病人卻得不到任何援助。他們只能在家中、醫院或私營安老院輪候。在家中或私營安老院輪候的病人，如因得不到療養護理而病情轉壞，往往會進入醫院接受醫療護理服務，導致須使用費用較高昂的中層及第三層護理服務。

26.7 香港私營安老院聯會主席黃文波先生告知本部，入住私營安老院的老人中，約40%需要接受療養護理，而他們大部分未能在私營安老院中得到這類護理。根據醫管局的答覆，截至1997年9月27日，療養院輪候名冊上的申請人當中，3 699人現正入住私營安老院，大約佔私營安老院住客總人數(19 169人)的20%(見表4)。這表示居住在私營安老院人的體弱老人無法得到所需的療養護理，一旦他們的健康轉壞，便會被送往醫院，造成中層及第三層護理服務的需求更為殷切。

26.8 當局須急切滿足體弱老人的需要。根據Leung and al.的研究(1993年)，療養院輪候名冊上的老人許多不能等及入住療養院便逝世：“為數不少的老人在獲允入住療養院前已死去”³³。

27. 護養院

27.1 總督在《1993年施政報告》曾承諾為體弱老人提供嶄新的護養院服務，為喪失自我照顧能力的體弱老人和那些需要接受由非醫院作本位的住宿機構提供的一些介乎療養與護理服務的老人，提供醫療護理服務。護養院希望在醫院以外的環境滿足這些老人的需要。這項新服務亦紓緩對療養病床需求的壓力，以及照顧那些健康情況已惡化至不能在護理安老院獲得適當護理的體弱老人。

³² 本部並未獲得輪候入住療養院平均所需時間的資料。

³³ Leung, Chan, Lee and Cheng, “Residential Care Policy for Elderly People in Hong Kong” in the *Asian Journal of Public Administration*, Vol. 15 No.1 June 1993.

27.2 衛生署負責統籌與護養院計劃有關的事宜。當局成立了護養院督導委員會，由衛生福利司擔任主席，成員來自財政科、建築署、社會福利署及衛生署的代表。該委員會定期舉行會議，監察落實有關計劃的進度，確保能按預計時間達致目標。

27.3 根據衛生署1994/95年度的年報，當局的目標是最遲在1997年，本港有6間老人護養院，提供1 400個護養宿位。然而，根據衛生福利司於1995年4月21日向立法局福利事務委員會提交的資料文件，當局已修訂目標，在1997年完成興建4間(較最初少了2間)護養院，提供900個(少了500個)護養宿位。至今該6間護養院中沒有一間能投入運作。根據《一九九七年工作進度報告》，當局只能完成興建一間護養院。據悉，當局在物色合適地點及招聘合資格員工方面遇到困難。

28. 護理安老院

28.1 護理安老院是一種特殊的住宿設施，為體弱老人提供個人起居照顧及有限度的護理服務。目前護理安老院為體弱老人提供7 637個宿位。

28.2 雖然當局近年已將護理安老院的規劃比率上調，但護理安老院的宿位供應仍然嚴重不足。有關詳情請參閱表23。

表23 — 護理安老院的規劃比率

年份	規劃比率(每1 000名老人的宿位數目)
1977	4
1985	5
1988	8
1990	11
1994	17

資料來源：

1. Leung, Chan, Lee and Cheng, "Residential Care Policy for Elderly People in Hong Kong" in the *Asian Journal of Public Administration*, Vol. 15 No.1 June 1993, p. 10.
2. 衛生福利科提交予立法局福利事務委員會1995年4月21日會議參考的資料便覽。

表24 — 1991/92年度-1997/98年度護理安老院的宿位供應量

	供應量						
	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98
根據規劃比率的需求	8 462	8 867	9 243	9 619	9 998	10 365	11 142
供應量							
- 受資助的非政府機構	3 149	3 789	5 039	6 045	7 334	7 629	8 011
- 買位計劃	0	0	500	700	835	1 200	1 200
- 自負盈虧	600	600	600	727	681	787	881
總計	3 749	4 389	6 139	7 472	8 850	9 616	10 092
不足(-)/盈餘(+)	-4 713	-4 478	-3 104	-2 147	-1 148	-749	-1 050

備註：

1. 92/93,93/94,94/95,95/96及96/97年度的需求是按1922年至2011年的人口預測而計算得出。
2. 96/97年度的需求是按1998年至2016年的人口預測而計算得出。

資料來源：衛生福利局

28.3 表24顯示，護理安老院的宿位在整段90年代期間均供不應求，雖然其後宿位的數目已有所增加，但仍不足夠。在1997/98年度，護理安老院的宿位較計劃提供的數目欠缺1 050個。

28.4 表25顯示1981年至1997年期間護理安老院輪候名冊上的申請人數。輪候人數的增幅遠較規劃比率的增幅為高。根據規劃比率，1994/95年度護理安老院的需求量是9 619個宿位，但同年護理安老院輪候名冊上的申請人數是12 299人，即欠缺了2 680個宿位，供應不足率為22%。在1997/98年度，不足之額增至8 840個護理安老院宿位，供應不足率為44%。

表25 — 1981年-1997年護理安老院輪候名冊上的申請人數

年度	安老院數目	宿位供應	輪候名冊上的申請人數
81/82	5	375	704
82/83	6	500	3 575
83/84	8	880	2 414
84/85	9	1 020	3 046
85/86	11	1 099	4 312
86/87	12	1 313	5 386
87/88	13	1 414	7 038
88/89	15	1 618	7 669
89/90	15	1 994	8 769
90/91	26	2 703	8 982
91/92	34	3 749	8 928
92/93 *	並無資料	3 789	--
93/94 *	並無資料	5 039	--
94/95 *	62	6 045	12 299
95/96 *	71	7 334	14 425
96/97 *	72	7 629	17 834
截至97年 8月 *	72	7 637	19 982

備註：* 數字由衛生福利局提供

資料來源：

1. Leung, Chan, Lee and Cheng, "Residential Care Policy for Elderly People in Hong Kong" in the *Asian Journal of Public Administration*, Vol. 15 No.1 June 1993, pp. 11
2. 衛生福利局

28.5 表26顯示老人平均輪候入住護理安老院所需的時間。他們平均須輪候兩年半才可入住護理安老院。這是假設他們的健康狀況大致保持穩定，若健康情況轉壞，則須轉而輪候入住療養院。

表26 — 老人輪候入住護理安老院平均所需的時間

年份	平均輪候時間(月數)
95年3月	32.9
96年3月	33.4
97年3月	33.2
97年6月	30.7

資料來源： 衛生福利局

28.6 導致護理安老院宿位嚴重不足及輪候名冊上申請人數眾多的原因之一，是開設一所新的護理安老院需時甚久。護理安老院須設於特殊設計的建築物內，而所需的時間通常最少達2至3年。據悉在物色興建護理安老院的合適地點方面遇到困難，因而造成護理安老院輪候名冊上的申請人數常多。

29. 私營安老院

29.1 截至1997年9月，共有3 699名老人申請輪候入住療養院，1997年8月，共有19 982名老人申請輪候入住護理安老院；這顯示該等公營院舍無法滿足需求。由於需求相當龐大，導致私營安老院蓬勃發展。

29.2 私營安老院以商業營利為主。這些安老院在私人或商業大廈內為老人提供居所；這些大廈並非經特殊設計，並不適合開設安老院。入住私營安老院的老人在自我照顧方面能力不一，由行動自如至需要療養者皆有。雖然如此，據報入住私營安老院的老人中，約80%需要療養院及護理安老院的服務³⁴。

³⁴ 與香港私營安老院聯會主席黃文波先生會晤時所得的資料。

29.3 據報私營安老院一旦發現住院老人生病，便會把他們送往醫院診治，原因是私營安老院並沒有聘請適當的醫療人員，為住院老人提供所需的醫療護理³⁵。若果私營安老院無法為住院老人提供所需的醫療護理，使住院老人的健康不必要地惡化，及導致他們對中層及第三層公營醫療服務的需求有所增加。

30. 討論

30.1 外國研究顯示，隨著預期壽命得以延長，體弱老人對院舍護理服務的需求亦會因應增加。在香港，這些公營機構(療養院及護理安老院)的宿位供不應求：截至本年3月，輪候入住療養院的老人共有6 248人；截至本年8月，輪候入住護理安老院的老人共有19 982人。

30.2 目前，老人即使已被醫生評定為確實需要接受護理服務，他們在輪候入住療養院期間，仍得不到任何過渡期協助以獲得院舍護理。供應不足率佔已知需求的70%。

30.3 成立護養院的目的，是為了紓緩對療養院及護理安老院需求的壓力。當局在1994/95年度原先計劃在1997年設立6間護養院，提供1 400個宿位，但其後在1995年作出修訂，在1997年設立4間護養院，提供900個宿位。然而，至今6間護養院沒有一間能夠投入運作。

30.4 需要療養院、護養院或護理安老院提供護理服務的老人病人，若暫時無法獲得有關服務，須入住私營安老院，或住在醫院內。由於大部分私營安老院未能照顧身體虛弱的老人，因而會進一步加重對中層及第三層醫療服務的需求壓力。

³⁵ 同上。

第七部 一 整體討論

31.1 醫療科技日漸進步，香港人也越更長壽。不過，市民的健康普遍隨年齡而轉壞：65歲以上的人口中，50%患有慢性疾病，79%雙目失明的人士年齡在60歲或以上，62%肢體傷殘人士年齡在60歲或以上，9%的老人人口有精神不健全的問題。以上各類情況導致醫療護理服務的需求甚為殷切。人口老化對本港醫療護理制度造成壓力，這問題須待解決。

31.2 政府在發展社區公共醫療服務時，側重擴充醫院和發展急症護理服務，導致醫療護理制度偏重治療疾病而非預防疾病，無形中令基層醫療護理服務不足。

31.3 基層醫療護理服務不足，導致病人須大量使用中層和第三層護理服務，原因如下：基層醫療護理涉及預防疾病、促進健康、治療疾病和康復護理。若老人能透過基層醫療護理服務，認識健康的生活方式及預防疾病的方法，則有助維持身體健康，從而紓緩他們對中層及第三層護理服務的需求。

31.4 由於中層及第三層護理服務所需的開支遠高於基層醫療護理服務，長遠而言，會對社會造成日漸沉重的財政負擔。本部將於醫療制度研究系列的第三部分，即《醫療融資》研究中，對此問題作詳細分析。

31.5 現時的7間老人健康中心仍有約41%的使用量，未獲充分利用。既然當局承諾在1999年時增設5間老人健康中心，使老人更容易獲得中心的服務，若同時重新考慮中心的宣傳工作、年費及使用者的年齡限制，或更具效益。

31.6 為老人提供的口腔醫療服務非常有限，只限於提供預防性的口腔教育而已。香港政府似乎忽視老人的公共口腔醫療護理服務，並沒有為老人訂立口腔衛生指標。若政府希望能達致世界衛生組織所訂的全球口腔衛生指標，則須採取措施。

31.7 醫院管理局與衛生署之間沒有共用病人的醫療紀錄，可能影響提供綜合醫療護理服務的成效，同時可能導致浪費資源，以及延誤病人獲得適當診治，原因是當病人由普通科門診診所轉介往醫院後，他們或需接受相同的體格檢查及初步療程。

31.8 外展醫療服務甚具成效。在1995/96年度，獲外展醫療小組提供服務的年老病人，突然再度入院、往急症室求診及往老人專科門診診所求診的人數均有所下降。然而，這類小組的服務對象只包括居住在院舍的老人，或經醫生轉介的病人。絕大部分並非居住在院舍的老人，一旦健康情況轉壞，可能也同樣需要這類外展醫療服務。

31.9 現時輪候入住公營療養院和護理安老院的老人多不勝數。然而，政府在提供公營療養院和護理安老院設施方面進度緩慢。私營安老院的數目激增，正好說明受資助的護理院舍設施嚴重短缺。這類私營安老院未能提供適當的醫療護理服務，令提供中層及第三層護理服務的公營醫院加重負擔。

31.10 香港的醫療護理服務好比“旋轉門現象”。基層醫療護理不足，導致中層及第三層護理服務承受更大壓力。人們若不覺察有需要預防疾病或促進健康，身體往往容易轉壞。如基層醫療護理機構未能履行「看門人」的職責，市民便大量「湧進」醫院，令中層及第三層的醫療護理服務承受更大壓力。當病人在接受治療出院後，由於康復服務及院舍護理宿位不足，往往令病人在不必要的情況下再度入院，或須經常再度入院。換言之，病人經常進出醫院，結果只會增加對本港公營醫療護理資源的需求。

附錄 I

關於社會醫療事宜的政府文件一覽表

年份	政策文件
1964	香港醫療服務發展白皮書
1974	香港醫療衛生服務的進一步發展白皮書
1977*	一九七七年老人服務綠皮書
1985*	香港社會福利白皮書 —— 進入八十年代的社會福利
1985	關於醫院提供的醫療服務 —— 香港政府委託編撰的報告書
1988*	老人服務中央委員會報告書
1990	人人健康展望將來 —— 基層健康服務工作小組報告書
1991	香港一九九零年康復計劃方案檢討
1993	促進健康諮詢文件
1994*	老人服務工作小組報告書
1995	康復政策及服務白皮書 —— 平等齊參與 展能創新天
1996	香港康復計劃方案檢討(一九九四／九五至一九九八／九九年度)
1996	醫療制度檢討

* 曾討論老人醫療護理服務的政府文件

附錄II

1985年及2025年若干特選亞洲國家的老人供養率

地區	1985年	2025年	百分率變化
日本	151	387	156.3%
香港	109	332	204.6%
中國	81	189	133.3%
越南	81	94	16.1%
斯里蘭卡	77	183	1.4%
新加坡	74	297	301.4%
印度	73	120	64.4%
緬甸	67	100	49.3%
馬來西亞	65	138	112.3%
韓國	64	168	162.5%
印尼	62	133	114.5%
泰國	61	147	141.0%
菲律賓	61	101	65.6%
伊朗	61	90	47.5%
孟加拉	60	68	13.3%
蒙古	59	76	28.8%
不丹	58	73	25.9%
尼泊爾	55	80	45.5%
巴基斯坦	53	76	43.4%
老撾	53	74	39.6%
阿富汗	48	66	37.5%
東帝汶	42	91	116.7%
柬埔寨	41	105	156.1%
亞洲	77	141	83.1%
全球	99	148	49.5%

備註： 老人供養比率的定義為在每1 000名年齡介乎15至64歲人士中，65歲或以上的人士所佔的比率。

資料來源： United Nations “World Population Prospects, 1988 (United Nations publications, Sales No.E.88.XIII.7)and Global Estimates and Projections of Population by Sex and Age: The 1988 Revision (ST/ESA/SER.R/93)” in *The Ageing of Asian Populations*, 1994, p.16

附錄III

1995年香港與若干特選地區的老人供養率的比較

地區	15-64歲人士的數目(千人)(a)	65歲或以上人士的數目(b)	老人供養率 (b / a)
香港	4 359.2	601 300	137.9
瑞典	5 592.9	1 518 940	271.6
英國	37 867.7	9 029 990	238.5
法國	37 977.6	8 639 169	227.5
德國	56 053.0	12 401 832	221.3
芬蘭	3 411.5	720 087	211.1
瑞士	4 904.6	1 022 684	208.5
美國	171 902.3	33 169 500	193.0
加拿大	19 828.6	3 476 634	175.3

註：除香港的人口數字為實際數字外，上述的地區人口數字均為估計數字。

資料來源：

1. 《香港統計月刊》，政府統計處，1997年8月
2. World Health Organisation, *1995 World Health Statistics Annual*

參考資料

1. Andreoli, Musser, Reiser (eds), *Health Care for the Elderly: Regional Responses to National Policy Issues*, The Haworth Press, 1986.
2. *Asia Healthcare Focus*, June 1996.
3. Bender, Lloyd and Cooper, *The Quality of Dying*, Winslow Press, 1990.
4. Census and Statistics Department, *1996 Population By-census*.
5. Census and Statistics Department, *Special Topics Report No. VI, No. VII, No. X, No.13*.
6. Chernoff and Lipschitz (eds), *Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly*, Raven Press, 1988.
7. Chi and Leung, *An Evaluation Study of the Health Promotion Program for the Elderly in Hong Kong*, Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, 1992.
8. Chi, Yip and Yu, *Elderly Suicides in Hong Kong*, Befrienders International, 1997.
9. Chin and Boey, *A Mental Health and Social Support Study of the Old-old in Hong Kong*, Department of Social Work & Social Administration, University of Hong Kong, 1994.
10. Department of Health, *Annual Report 1994/95, 1995/96*.
11. Department of Health, *Information Paper on District Health System Submitted to the LegCo Panel on Health Services*, 1996.
12. Department of Health, *Public Health Report No. 2: Oral Health*, 1995.
13. Department of Social Work & Social Administration of the University of Hong Kong and Community Rehabilitation Network of the Hong Kong Society for Rehabilitation, *Evaluation Report and Study of Quality of Life of Persons with Chronic Illness of Community Rehabilitation Network*, 1996.
14. Graycar (ed), "Age Care - Whose Responsibility" in *SWRC Reports and Proceedings*, 1982.
15. Health and Welfare Branch, *Information Note for LegCo Panel on Welfare Services Meeting on 21 April 1995*.
16. Hong Kong Government, *Report of the Working Group on Care for the Elderly*,

-
- 1994.
17. Hong Kong Government, *Services for the Elderly*, 1977.
 18. Hong Kong Government, *The Further Development of Medical and Health Services in Hong Kong*. 1974.
 19. Hong Kong Legislative Council, *Hansard of 1994-1997*.
 20. Hong Kong Legislative Council, *Minutes and Information paper submitted to the Meeting of LegCo Panel on Health Services of 6 May 1996*.
 21. Hong Kong Legislative Council, *Minutes and Information papers submitted to the Meeting of LegCo Panel on Health Services of 10 June 1996, 8 July 1996, 7 and 14 October 1996, 13 Jan. 1997*.
 22. Hong Kong Legislative Council, *Minutes and Information papers submitted to the Meeting of LegCo Panel on Welfare Services of 26 October 1994, 11 November 1994, 20 Jan. 1995, 19 May 1995, 17 and 24 Feb. 1996, 8 March 1996, 30 October 1996*.
 23. Hospital Authority, *Annual Plan 1996-1997, 1997-1998*.
 24. Hospital Authority, *Annual Report 1995-1996*.
 25. Joint HKCSS/SWD Working Group on Social Service Needs of the Elderly, *Report of the Study on the Social Service Needs of the Elderly in Hong Kong*, 1977.
 26. Kwok, *Survey on the Present Situations, Attitudes and Problems of Elderly Residents in the Central and Western District*, Working Group on the Welfare of the Elderlies in the District Central and Western District Board, 1990.
 27. Lam (ed), *The Health of the Elderly in Hong Kong*, Hong Kong University Press, 1997.
 28. Leung, "Medical and Health" in *The Other Hong Kong Report 1993*.
 29. Leung, Chan, Lee and Cheng, "Residential Care Policy for Elderly People in Hong Kong", in the *Asian Journal of Public Administration*, June 1993.
 30. Manton, Singer and Suzman (eds), *Forecasting the Health of Elderly Populations*, Springer-Verlag, 1993.
 31. Means and Smith, *Community Care: Policy and Practice*, MacMillan Press, 1994.
-

-
-
32. Monk (ed), *Health Care of the Aged: Needs, Policies, and Services*, The Haworth Press, 1990.
 33. Musgrove, *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, The World Bank, 1996.
 34. Ngan, *City Polytechnic of Hong Kong*, 1993.
 35. OECD, *Health Care Reform: The Will to Change*, 1996.
 36. Ory and Bond (eds), *Aging and Health Care: Social Science and Policy Perspectives*, Routledge, 1989.
 37. Provisional Legislative Council of HKSAR, *Minutes and Information papers submitted to the Meeting of LegCo Panel on Welfare Services of 12 Sep. 1997*.
 38. Rehabilitation Division of Health and Welfare Branch, *Hong Kong 1990 Review of Rehabilitation Programme Plan*, Hong Kong Government, 1991.
 39. Rehabilitation Division of Health and Welfare Branch, *Hong Kong Review of Rehabilitation Programme Plan 1994/95-1998/99*, Hong Kong Government, 1996.
 40. Report of the Working Party on Primary Health Care, *Health For All, The Way Ahead*, 1990.
 41. United Nations, *Economic and Social Implications of Population Aging*, 1988.
 42. United Nations, *The Ageing of Asian Populations*, 1992.
 43. United Nations, *Demographic Yearbook, Special Issues: Population Ageing and the Situation of Elderly Persons*, 1993.
 44. Wells and Freer (eds), *The Ageing Population: Burden or Challenge?* MacMillan Press, 1988.
 45. World Health Organization, *World Health Statistics Annual 1995*.
 46. 分項收費與醫療融資，香港市民對政府推行「分項收費」意見的研究報告，香港政策透視，一九九五年六月。
 47. 老人服務人央委員會報告書，一九八八年九月。
 48. 促進健康，諮詢文件，香港政府一九九三。

49. 香港康復計劃方案檢討，(一九九四/九五至一九九八/九九年度)，布政司署衛生福利科康復組，一九九六年六月。
50. 耆英關顧大行動，中環社區老人調查報告書，一九九二年八月。
51. 許早洱，香港醫療服務的經濟分析，香港經濟研究中心。
52. 黃大仙區獨居老人生活調查報告，聖公會教區福利協會。
53. 獨居老人關顧大行動，中環獨居老人生活及政策透視。
54. 舊公共屋村老人醫療服務的選擇向性《1992年問卷調查》。