

立法局福利事務委員會

會議日期：一九九八年九月十四日

香港長者對社區支援和住院照顧服務需求的顧問研究

目的

德勤企業管理顧問公司就長者對社區支援和住院照顧服務的需求進行了一項研究，本文件旨在向委員提交有關的研究結果和建議。

背景

目標

2. 政府在一九九三年委出老人服務工作小組，以檢討老人服務。小組作出多項建議，其中一項建議「應進行全面研究，評估老人對各項住院照顧及社區支援服務的需求」，以便政府日後可按需求為長者策劃有關的服務。

3. 政府按照工作小組的建議，在一九九六年五月委託德勤企業管理顧問公司研究長者對住院照顧和社區支援服務的需求。研究工作的目標如下：

- (a) 評估本港長者對住院照顧和社區支援服務的需求；

(b) 就現有服務應否改善和如何改善，或應否以新服務取代提出建議，以切合長者的需求；以及

(c) 就政府、資助機構和私營機構如何能以合乎成本效益的方式提供以上提及的服務作出建議。

4. 研究工作已經完成。顧問報告的摘要載於附件 A，供委員參閱。整份報告已存放在立法會圖書館中。

研究方法

5. 顧問主要從兩方面蒐集資料，包括向居住於家中和居住於院舍的長者進行調查，繼而進行一連串的小組討論。調查工作旨在蒐集有關資料，以便了解長者對住院照顧和社區支援服務的需求。就居住家中的長者進行的調查，訪問了超過 2 000 名 60 歲或以上的長者；就居住在院舍的長者進行的調查，訪問了 120 間院舍，這些院舍內共有超過 8 000 名住院長者。此外，顧問選定了一批即將步入老年的中年人(50 至 59 歲)進行小組討論，探討他們對於年老時所獲得的照顧服務的期望。

6. 顧問使用兩大因素，來決定長者對於各類型服務的需要。這兩項因素就是他們身體機能的缺損程度和是否獲得家人或親友提供的照顧。長者的身體機能可能在活動能力或認知能力或兩方面均有缺損。我們以長者在起居生活方面的活

動能力標準¹，量度其身體缺損的程度。在智力方面，我們進行一項短期精神狀況問卷測驗，以量度長者的認知能力缺損程度。

主要調查結果

健康狀況

7. 本港長者的健康狀況尚算不錯。住在家中的長者當中，日常起居的活動能力超過一項需要援助的約佔 4%。不過，調查發現 25%長者的認知能力有不同程度的缺損情況，其中 5%屬於中度或嚴重缺損。本港年屆 60 歲或以上而患有癱呆症的長者估計佔 5%，而近 22%受訪者在調查中所得分數，顯示他們處於“可能抑鬱”的心理狀態，但這個數字須審慎處理，因為只有透過全面的臨床評估，才能斷定有關人士是否患有抑鬱症。

8. 護理安老院的住院長者當中，有 76%出現不同程度的缺損，但只有 23%精神上有某方面缺損。至於受資助安老院

註¹ 長者身體機能的缺損程度，是以他們進行六項起居生活的活動的能力來量度的。這六項活動包括洗澡，如廁，上落床及坐椅，行動，進食及更衣。

的住院長者，82%沒有任何類型的缺損²。比較起來，私營安老院的住院長者健康最差，超過50%出現嚴重缺損³。

對由家人協助照顧的取向

9. 香港的長者一向重視家人給予的支持，當中有 91%與配偶或其他家人同住，雖然約有 9%報稱是獨居，但他們大多獲得家人的幫助，例如為他們購物和料理家務。

10. 大多數長者(76%)即使健康情況惡化，仍寧願住在家中。只有 19%選擇住宿照顧服務。大多數的護老者(66%)也認為在家中照顧其長者較佳；只有 20%認為住院照顧服務較為合適，不過，他們有三分之二表示，如果有人協助他們在家照料長者，他們會改變原先看法。

護老者

11. 有 94%的主要護老者是長者的家人，他們當中有 36%是長者的配偶；39%是子女，14%是媳婦。半數的主要護老者獲得其他家人協助照顧長者。約三分之一的護老者有全職工作，而約有三分之一的受訪者表示，在接受訪問前兩個星期感到有些壓力或很大壓力。有 62%的護老者沒有工作，他

註² 安老院是為了照顧長者的居住和社會需求而設，並非為切合他們的護理需求而設。因此，安老院的住院長者當中，身心沒有任何缺損的長者所佔比率應較高。

註³ 受資助的護理安老院的住院長者有 22%的身心嚴重缺損。

們當中超過三分之一表示需要財政方面的幫助，以照顧長者。

經濟狀況和付費能力

12. 住在家中的長者，超過半數依靠子女供養；接近五分之一依靠領取綜緩或高齡津貼生活；15%有薪金收入；少於10%有獨立經濟能力，其中包括一些退休長者。整體來說，這些長者有23%表示沒有足夠金錢應付日常開支。向住在家中的長者進行的調查中，只有三分之一表示願意支付收費以使用所需的服務。同樣，入住受資助或私營院舍的長者，大部分（超過70%）是綜援受助人。

住在家中的長者所需要的援助

13. 有41%住在家中的長者認為他們對照顧服務沒有特別需求。有23%認為財政上的支援最為有用，其次是住屋方面的援助(14%)。只有很少數的長者表示需要照顧服務。

14. 向住在家中的長者進行的調查中，發現531名長者的身心有某類的缺損，但當中只有10%表示現正接受某種正式的照顧服務。另一方面，大部份正在使用不同類別的非住宿照顧服務的長者，除不能自行梳洗外，他們的健康沒有任何類型的缺損。

15. 上述資料顯示，那些真正需要照顧服務的長者只有部分主動要求提供有關服務。不過，從小組的討論中發現，愈

來愈多即將步入高齡的人士認為，他們曾為香港的發展作出貢獻，應有權享用政府提供的服務。這類人士的教育程度較高，會較清楚政府所提供的公共服務。

顧問的建議

16. 顧問的主要建議，包括以下各方面：

(a) 老有所屬及家庭的角色

17. 向住在家中的長者進行的調查結果顯示，大多數長者和護老者都選擇盡可能留居家中，而照顧長者需要的責任，則主要由家人承擔。因此，顧問研究再肯定政府採取的“老有所屬”政策，並建議政府改善社區支援服務，以協助在家中照顧長者的家庭。照顧長者方面應主要依靠非正式的照顧服務，而中國傳統的敬老護老觀念亦應予以宣揚。

(b) 持續照顧

18. 顧問研究確定，在提供安老服務方面採用持續照顧的概念，有一定的優點。顧問把這個概念應用於住院照顧服務，並提出以下建議：

- 不應把護養院和護理安老院加以區分；
- 加強社區及各類院舍的醫療和保健專業支援服務；以及

- 集中提供療養服務給需要康復服務的長者。
- 加強上門和家居康復服務；以及
- 加強日間護理中心等日間服務，以便在周末、假日和正常辦公時間以外提供服務。

(c) 以不同形式營辦服務

19. 顧問贊同一九九四年的《老人服務工作小組報告書》所倡議的福利服務多元化構思，並建議香港提供多元化的福利服務(即由公共機構、以自負盈虧方式營運，以及私營方式營運的各種不同的機構提供福利服務)，認為這種形式的服務最有效率。通過提供不同形式的服務的模式，由多間公共機構和私營機構提供不同類別的服務，讓使用者受惠。採用這種不同形式的營辦方式，服務成本會較低，而服務方式亦較為靈活，使用者也可從中得益。

20. 住院照顧服務的研究已顯示，在照顧沒有能力自我照顧的長者這方面，私營機構發揮重大作用。眾所周知，私營機構目前仍受到一定的限制。顧問建議政府鼓勵發展高素質的私營福利服務。當局應考慮下列措施：

- 擴展私營機構的買位計劃，而所付費用應與資助機構的受助人所需費用差不多；
- 協助私營機構物色合適的地點，以營辦有關服務；

- 增加為私營院舍提供的社區長者評估小組及社區護理人手；以及
- 加強基層醫療護理方面的支援。

(d) 加強服務

21. 顧問也全面檢討了目前提供服務的水平和模式並建議加強以下服務：

(i) 為住在家中而身心缺損程度較為嚴重的長者提供的護理服務

22. 為落實推行“老有所屬”政策，我們須擴展社區支援及家務助理服務，照顧需要特別護理的長者。關於這方面，顧問建議：

- 增加日間醫院的病床，為有需要的長者提供較完善的醫療、護理和輔助醫療服務；
- 並設立長者精神科日間醫院；
- 為長者日間護理中心提供長者精神科的支援，以加強對認知能力有缺損的長者提供的日間護理服務；
- 調整家務助理服務的方針，着重於提供長期護理服務、護老者支援服務及日常活動方面的協助；以及

- 在有需要時，安排護士和輔助醫療人員支援家務助理服務。

(ii) 住院照顧

23. 顧問留意到住在受資助院舍裏的長者當中，超過半數進行日常活動的能力並沒有受損，因此，有關方面應收緊入住資格方面的管制，以確保日後只有真正需要住院照顧的長者，才可以入住這些院舍。另一方面，超過 55% 的宿位是設在服務水準參差不齊的私營院舍內，故提高這些院舍的服務質素，實在急不容緩。

(iii) 為住在家中而沒有任何缺損的長者提供心理健康的支援服務

24. 顧問建議，為了讓住在家中的健康長者獲得更完善的服務，長者活動中心和長者綜合服務中心的活動形式和組織方式必須改變。長者活動中心和長者綜合服務中心所舉辦的社交活動不應局限於中心附近，而應該舉辦一些更富動力的社交康樂活動，帶領長者認識其他社區，鼓勵他們參與其他社區活動，例如市政局和區域市政局主辦的活動。另外，長者活動中心應該繼續以開放形式運作，讓長者可隨時使用中心，而長者綜合服務中心亦應成為提供以下服務的主要單位：

- 市民諮詢服務：由長者擔任義工，運用他們退休前的社會經驗和人生經驗，提供多方面的支援和建議；

- 管理和籌辦外展社會工作計劃；
- 訓練和栽培長者活動中心的員工和義工；
- 管理長者義工計劃，例如建立社區網絡、探訪和接送長者；
- 長者活動中心附屬於長者綜合服務中，以加強兩方面的合作。

(iv) 醫療服務

25. 顧問認為，長者只能通過有限的途徑，獲得基層和外展醫療服務，實在妨礙了本港發展以社區照顧和持續照顧為本的照顧長者服務。顧問建議加強向住在家裏的長者提供的基層醫療服務，方法是擴展長者健康中心的工作範圍：

- 由長者健康中心負責治理長者常患的慢性疾病，即糖尿病、關節炎、高血壓、心臟病和憂鬱症；
- 發展家居及院舍探訪服務；以及
- 由長者健康中心負責提供其他家居服務(例如家務助理服務)所需要的基層醫護支援。

經費

26. 顧問根據所建議的長者服務組合，計算提供各項服務的總成本，計算時是按公營部門的開支數字估定服務成本。研究結果顯示，與政府目前在長者服務方面的開支比較，本

港社會須承擔大幅增加的開支(一九九六年公營部門開支的約 150%)，以提供各項所需服務。這筆開支更會隨着人口老化而上升。由於政府並不可能負擔所有長者服務的十足成本，因此，顧問建議日後應向有經濟能力的服務使用者徵收費用。由於本港的長者大部分是依靠家人供養，顧問建議向他們的家人進行經濟狀況審查。

政府回應

27. 政府已詳細考慮了顧問報告的結果及建議，並在較早前向安老事務委員會及社會福利諮詢委員會簡報了報告的內容。對於顧問的各項建議，有很多我們已經積極跟進，有關的措施已詳列於附件 B。另一方面，部份建議由於涉及較長遠的計劃，對這些建議可能帶來的影響，我們尚在詳細考慮。

衛生福利局

一九九八年九月

顧問公司的建議和政府的跟進工作摘要

建議

跟進工作

政策

(I) 老有所屬

- 通過下列方法，讓能力沒有缺損或缺損程度較輕的長者，可以留在家中安老：

— 提供更多合適的房屋和家居照顧服務

我們打算在未來數年推行一些試驗計劃，改善現有的家務助理服務。我們會重新籌劃送飯服務，提供培訓和以較吸引的條件，鼓勵家務助理員提供更多家居照顧服務。

— 更改安老院宿位的設計，供能力缺損程度較嚴重的長者入住

關於把護理安老院的入院準則應用於安老院的建議，我們已徵詢過安老事務委員會轄下的房屋及院舍服務專責小組的意見，並獲專責小組原則上贊成。我們正跟進有關的細節安排。

社會福利署正與院舍經營者磋商，把計劃中的安老院宿位改為護理安老院宿位。

建議

跟進工作

- 政府的政策應特別強調護老者的角色
 - 為護老者提供培訓和輔導
 - 提供暫住宿位或長者日間暫託服務

我們正考慮在日間護理中心推出一項新的長者暫託服務，並會檢討安老院舍現有的暫住服務，找出需要改善的地方。

(II) 發展高質素的私營機構服務

- 擴大買位計劃
- 由政府資助和提供土地方面的優惠
- 協助私營機構物色合適的樓宇，並增加這類樓宇的供應
- 加強社區老人評估小組和社康護士的支援服務
- 加強基層醫療護理支援

我們會推行改善買位計劃，多購買 2 400 個宿位。首批購買的宿位會在一九九八年十一月提供。

) 政府各有關決策局和部門正在
) 考慮這項建議。我們已成立一
) 個由社會福利署署長出任主席
) 的策略小組，專責物色適合開
) 辦院舍的樓宇。

我們已在一九九八至九九年度增設一個社區老人評估小組。如資源許可，我們會在必要時再增加這類小組的數目。

長者健康外展隊已於一九九八年七月成立。他們會為安老院舍提供健康教育、健康推廣、疾病預防及每一年度的感冒防疫注射。

建議

跟進工作

- 擴大發牌計劃，把照顧住院長者方面的措施包括在內

我們正朝著這個方向邁進。社會福利署正在擬訂計劃，把質素保證措施推展至私營院舍。

(III) 成立協調長者政策的獨立組織

安老事務委員會已在一九九七年七月成立。

(IV) 經濟狀況調查

- 向最有需要的長者提供服務：

— 嚴格執行現行的經濟狀況調查制度

) 我們正擬定有關建議，稍後會進行意見徵詢工作。

)

— 通過經濟狀況調查，實施較高收費

)

)

— 發展自費和自負盈虧的私營院舍服務

有關工作持續進行。

我們會為受資助、私營和自負盈虧院舍的經營者物色合適的樓宇。

我們會考慮把買位計劃擴展至自負盈虧院舍，為經營者提供穩定的收入來源。

安老事務委員會向行政長官呈交的報告，會提出發展這些院舍服務的建議。

- 讓義工參與提供照顧服務，例如接送、送飯等

我們會探討義工在重新籌劃後的家務助理服務中的角色。

建議

跟進工作

加強服務

持續照顧模式

院舍服務：

- 重訂受資助護理安老院的入院準則，以收納能力缺損程度較嚴重的長者
我們會檢討入院準則，並徵詢服務機構的意見。
- 保留療養院照顧補助金，並確保所支付的補助金額，足以反映有關長者的能力缺損狀況及所需的服務
在一九九八至九九年度，我們已向安老院舍發放 460 宗個案的療養院照顧補助金。我們正在研究資助額的計算方式，以便推行持續照顧服務試驗計劃，讓安老院舍可照顧不同衰弱程度的長者。我們會在一九九九至二零零零年度，在一些選定的院舍推行試驗計劃。
- 消除護養院與護理安老院的分界
持續照顧服務試驗計劃的院舍，將會照顧有不同程度能力缺損的長者。
- 擴展為年老病人提供出院前安排的服務規模
我們正在檢討醫護社工的人手比率。

建議

跟進工作

- 增加為各類院舍提供的醫療健康支援服務，並安排療養院集中提供康復服務，而非長期護理服務
- 政府應向私營院舍增購宿位，以協助達到規劃比率所訂的宿位供應量。
- 消除各類營運方式院舍之分界，並從目前的資源投入控制模式，改變為監控輸出、購買服務的做法
- 採用個案管理方式

我們已提高物理治療師的職級，並開設物理治療助理職位，以加強為安老院舍住院長者提供的物理治療服務。長者健康中心和長者健康外展隊可提供額外的健康支援服務。我們還可增撥款項，增加醫療支援服務。我們稍後會檢討療養院和其他安老院舍服務的配合問題。

我們會根據改善買位計劃，在未來三年購買 2 400 個宿位，目前正研究可否進一步增加買位數目。

這項建議會在將來進一步考慮。

我們會採用一種有系統的方式，以評估長者對服務的需要。

社區服務：

- 加強社區內的醫療和健康的專業支援服務

我們會把長者健康中心擴展為綜合長者健康中心，並進一步考慮社區老人評估小組所擔當的角色。

建議

跟進工作

- 加強上門和家居康復服務

我們打算在未來數年推行一些試驗計劃，改善現有的家務助理服務。我們會重新籌劃送飯服務，提供培訓和以較吸引的條件，鼓勵家務助理員提供更多家居照顧服務。

- 提高對分區計劃和社區支援服務推行的關注

現正進行的家居長者照顧服務檢討，會對這項建議作進一步考慮。

- 加強周末、假日和正常辦公時間以外的服務

長者日間護理中心會擴展服務，把開放時間延長至周六下午。

收納能力缺損程度較嚴重的長者

- 增加向私營院舍買位的數目

我們會根據改善買位計劃，在未來三年購買 2 400 個宿位。我們正研究可否進一步增加買位數目，考慮因素包括長者和私營院舍行業對改善買位計劃的反應。

- 修訂受資助院舍的入院準則，以收納能力缺損程度較嚴重的長者

我們會檢討有關的入院準則，並會徵詢服務機構的意見。

- 將買位模式推展到資助院舍

這項建議會在將來進一步考慮。

建議

跟進工作

醫療服務

基層醫療服務

- 擴大長者健康中心的職責範圍：

— 負責為長者醫治慢性疾病

由已擴大職責範圍的綜合長者健康中心提供服務

— 作為社康護理，和家居及院舍探訪服務的基地

這些建改會在現時對家居長者照顧服務的檢討中考慮。

— 負責家居服務的基層醫療護理

— 透過個案管理，與社區老人評估小組提供綜合服務

— 特別負責下列工作：

- 提高長者及護老者對抑鬱問題的關注，並識別當中患有抑鬱症的長者；

臨床心理服務將會列入綜合長者健康中心的職責範圍

- 在現有的健康教育和保健計劃內，加入心理健康這個課題；以及

- 向長者和護老者進行輔導

建議

跟進工作

社區老人評估小組

- 增加社區老人評估小組的數目和組員人數，以加強這些小組的人手，另外把這些小組的服務範圍擴大，為私營院舍服務，並為日間護理中心提供支援
- 把長者入住院舍前的評估工作，交由社區老人評估小組負責

我們已在一九九八至九九年度增設了一個小組，並會研究在這方面進一步增加人手和擴大服務範圍的可行性。

我們正在檢討院舍服務的入院評估及編配安排。

照顧社區內能力缺損程度較嚴重的長者

- 透過長者社區康復中心的模式，發展社區康復服務
- 擴展日間醫院服務，使長者可接受比日間護理中心更深入的醫療、護理、職業治療及物理治療服務)
)
- 為認知能力有缺損的長者在日間護理中心，提供老人精神科的支援)
)
- 在老人精神科日間醫院方面，達致1間醫院：51 000長者的比率，以支援外展老人精神科服務)

現正進行的家居長者照顧服務檢討，會對這項建議作進一步考慮。

有關為家居長者提供綜合的醫療及健康服務和照顧服務的建議，我們將會進一步考慮。

建議

跟進工作

- 擴展家務助理服務：
 - 為護老者提供支援，並協助長者進行日常起居活動) 我們正擬訂一些試驗計劃，以改善現有的家務助理服務。試驗計劃包括改善家居照顧服務，以及推動義工參與提供服務。
 - 讓一些家務助理員提供基本的職業治療和物理治療服務)
 - 發展一個提供接送服務的義工網絡)
 - 讓更多長者可在家居以外，例如在食肆或其他設施，得到膳食安排)
- 探討私營機構是否有足夠的交通工具可提供接送服務，以及是否有能力烹調膳食和提供送飯服務) 這些建議會在現時對家居長者照顧服務的檢討中考慮。
- 加強長者日間護理中心及家務助理服務，特別是在周末及假日的服務時間) 現時長者日間護理中心在周末下午會提供服務。若有需要，家務助理服務亦會在周末及假日提供服務。
- 把長者日間護理中心和家務助理服務合併，成為可以靈活變通的單一服務機制) 這些建議會在現時對家居長者照顧服務的檢討中考慮。
- 擴展家務助理服務，由護士提供支援，並可直接使用長者健康中心的服務)

建議

跟進工作

- 探討為長者日間護理中心進一步提供運送長者的資源

根據老人服務工作小組的建議，我們已在一九九五年為長者日間護理中心額外提供了一輛巴士。而應否進一步增加運輸的資源，則取決於中心的服務範圍會否擴展，例如作為家務助理隊的基地。

照顧社區內能力缺損程度較輕的長者

- 通過擴展家居照顧服務，為長者提供洗髮和洗澡方面的協助，無須經由長者綜合服務中心提供這些服務

在將家務助理擴展至家居照顧的試驗計劃內，會進一步考慮這項建議。

照顧長者在心理和社交上的需要

長者綜合服務中心

- 作為主要的社交支援中心
- 停止提供洗髮和洗澡服務

) 我們委託顧問就長者綜合服務中心與長者活動中心的關係，以及兩者的服務範圍進行擬議的研究時，會探討這些問題。

建議

跟進工作

長者活動中心：

- 成為長者綜合服務中心的分) 我們稍後將檢討長者活動中心
支點) 和長者綜合服務中心的關係。
) 我們會研究長者活動中心所應
- 長者義工為市民提供一般性) 扮演的角色。另一方面，我們
的諮詢服務) 正在檢討長者活動中心可否與
) 有關政府部門緊密合作，提供
- 管理及組織外展活動計劃) 符合長者所需要的社交及康樂
) 活動計劃。
- 為中心員工及義工提供培訓)
)
- 管理社區網絡、家訪及護送)
服務)
)
- 發展一個更具動力的社交康)
樂計劃模式。這模式應有廣)
大社區與及臨時市政局及臨)
時區域市政局的參與)

外展服務

- 採用外展作為一種提供服務) 有關工作持續進行。長者健康
的方針，而不是一種服務模) 外展隊和長者社區網絡都是以
式) 外展服務為主。我們也會推出
) 家居照顧服務，以貫徹這個服
) 務方針。

個案管理

- 透過試驗計劃，發展一套適) 我們會採用一種有系統的方式，
合本港使用的個案管理模式) 以評估長者對服務的需要。

香港長者對
住院照顧及社區支援服務的
需求研究

行政摘要

一九九七年十一月二十日

目錄

1.	引言	1
	本研究的背景.....	1
	建議摘要.....	1
	研究報告的編排.....	3
2.	按需要來規劃服務的方法	4
	界定及評估需要.....	4
	規劃機制.....	10
	規劃模式.....	11
3.	服務發展	17
	發展服務的原因：人口老化.....	17
	現有的正式照顧服務.....	18
	社區調查、住院長者調查及核心小組座談會所得結果.....	21
	對現有服務的看法.....	27
	建議發展的服務.....	32
4.	基礎方案	33
	概論.....	33
	能力缺損程度與可獲得的非正式照顧.....	33
	基礎方案.....	34
	另類方案.....	39
5.	撥款情況	45
	概論.....	45
	款項來源.....	45
	收支的差距.....	49
6.	鼓勵私營機構營辦服務	56
	現有的私營院舍.....	56
	私營機構開辦服務的障礙.....	56
	鼓勵私營機構營辦服務的方法.....	56
7.	建議摘要	58
	概論.....	58
	政府政策.....	58
	改進服務.....	60
	整體情況.....	62

圖表目錄

表 1：	身體機能缺損程度分級表	7
表 2：	認知能力缺損程度分級表	8
表 3：	綜合缺損程度	8
表 4：	三維照顧矩陣圖	12
表 5：	按長者的能力缺損程度和獲照顧的情況而可為他們提供的服務	13
表 6：	按長者的能力缺損程度和獲得非正式照顧的情況而提供的服務	14
表 7：	長者人口的平均每年增長率	17
表 8：	社區支援服務概要	18
表 9：	住院照顧服務概要	19
表 10：	按綜合缺損程度劃分的住院長者的分佈情況	23
表 11：	入住安老院舍與使用家居照顧服務的情況	28
表 12：	香港長者人口的能力缺損程度／獲得照顧的情況（社區調查和住院長者調查的總計結果）	34
表 13：	建議提供的服務	35
表 14：	基礎方案的建議規劃比率	36
表 15：	各類服務每年的單位成本	37
表 16：	服務成本	38
表 17：	一九九六至二零零六年的服務增幅	39
表 18：	預計在二零零六年需提供的服務	39
表 19：	能力缺損程度與可獲得的非正式照顧（另類方案一）	40
表 20：	能力缺損程度與可獲得的非正式照顧（另類方案二）	41
表 21：	規劃比率（另類方案一）	42
表 22：	規劃比率（另類方案二）	43
表 23：	估計政府目前用於長者服務的開支（一九九六至九七年度）	46
表 24：	基礎方案服務費收入（一九九六年）	47
表 25：	基礎方案一需要作出妥協的範圍	50
表 26：	各種撥款情況概要（基礎方案）	52
表 27：	各種撥款情況概要（另類方案二）	52

1. 引言

本研究的背景¹

- 1.1 鑑於長者人口²急劇增加，香港在未來十年以至更長遠的日子，將要面對不少新挑戰。為應付這些挑戰，政府有需要制訂政策及規劃綱要，確保在有限的資源許可下，以及在公共開支增幅不得超過本地生產總值增幅的政策下，盡可能滿足長者對照顧服務的需要。
- 1.2 照顧長者服務的現行規劃比率，是根據估計的服務需求來擬訂的，未必一定反映確實的需要，而且雖然長者服務近年陸續擴展，但部分服務表面上仍遠遠未能滿足需求。為此，政府在一九九三年十一月成立老人服務工作小組，全面檢討本港的長者服務。工作小組提出的其中一項建議，是委聘顧問公司進行全面研究，以評估長者對住院照顧及社區支援服務的需要。
- 1.3 政府按照工作小組的這項建議，委聘了德勤企業管理顧問公司進行“香港長者對住院照顧及社區支援服務的需求研究”。
- 1.4 根據衛生福利局發出的顧問工作簡介，這項顧問研究的職責如下：
- (a) 評估香港長者對住院照顧及社區支援服務的需要；檢討這些服務現行的規劃比率，並根據新鑑定的需要，釐訂新的規劃比率。
 - (b) 就現有的長者服務應否改善和如何改善，或應否以新服務取代提出建議，以配合上文(a)項工作所鑑定的長者需要。
 - (c) 就政府、資助機構及私營機構如何能以合乎成本效益的方式，提供上文(b)項工作所確定的服務而提出建議，例如重新調配現有資源及／或通過收費以及提供自負盈虧的服務，來增加可供運用的資源，使政府開支不會因而大幅增加等。

建議摘要

- 1.5 我們根據下列四項原則，擬訂各項建議：

¹ 第一冊第1節。

² 在本報告內，長者是指年齡在60歲或以上的人士。

1. 引言（續）

- 老有所屬—透過正式及非正式的家庭照顧和社區支援服務，讓長者盡量留在社區生活；
- 家庭的角色—給予長者“非正式照顧”是家庭的責任，而政府的責任是在有需要時提供“正式照顧”服務，以輔助由家庭提供的非正式照顧；
- 持續照顧—為長者提供連貫式的服務，以便在他們對正式照顧的需要增加時，盡量減少對他們造成的不便；以及
- 以不同形式營辦服務—由公營、私營及志願機構提供不同形式的長者服務。

1.6 總括來說，我們建議政府：

- 成立一個獨立機構，負責監察及協調各項保障和增進長者福祉的政策，解決以各自為政方式提供服務的問題；
- 向受資助機構及私營機構購買優質服務，而不是單純向受資助機構提供撥款。這樣可減少各類服務機構之間的分野，從而在提供照顧長者的服務方面，推動良性的競爭；
- 制訂持續照顧的服務模式，把不同類別安老院舍的分界取消，並改善社區服務，例如日間護理、家居照顧、社區中心服務等；
- 改善和加強在持續照顧模式下，提供各項服務所需的基層及專業醫療護理支援，以便為長者提供更佳服務；
- 除了規劃比率外，也應制訂其他規劃方法。我們建議的一個規劃方法，是按人數來撥款資助長者服務；
- 研究各種可滿足長者需要的服務方案，並作出選擇。長者服務成本不菲，政府的撥款和服務使用者繳交的費用，不足以支付長者所需的各種服務的成本。因此，政府有需要研究適當的服務組合，把服務層面盡量擴大，並決定應向哪些長者提供服務；
- 進行正式的經濟狀況調查，讓服務使用者盡量按本身經濟能力支付費用，以分擔服務成本；以及
- 鼓勵私營機構提供照顧長者的服務。

1. 引言（續）

1.7 在這項研究中，我們得出了按需要來提供服務的規劃模式和方法，這些精密周全的規劃模式和方法，是我們的主要研究成果，政府應加以採用和不斷改進，務求可按長者的需要提供適當類別和達到適當程度的照顧服務，另外又可知道提供服務所需款額。

研究報告的編排

1.8 整份研究報告分為下列三冊：

- 第一冊－檢討目前狀況及評估需要；
- 第二冊－基礎方案；以及
- 第三冊－撥款情況。

1.9 本行政摘要分為引言和以下六個章節。

1.10 第 2 節“按需要來規劃服務的方法”說明在進行這項研究時，採用了甚麼分析方法去確定長者對照顧服務的需要，和確定應提供多少服務和哪類服務以滿足他們的需要（即“基礎方案”）。

1.11 第 3 節“服務發展”闡述人口老化情況和現有的正式照顧服務，並臚列從社區調查、住在安老院舍長者的調查（住院長者調查）、核心小組座談會這三方面收集資料的結果和有關影響。第 3 節也撮述我們對現有服務的評價，以及就服務類別所提出的建議。

1.12 第 4 節“基礎方案”闡述為滿足長者的需要而提供的照顧服務。

1.13 第 5 節“撥款情況”界定了“收支差距”，亦即基礎方案的服務成本與政府目前開支的差距，並撮述其他方案的撥款情況。

1.14 第 6 節“鼓勵私營機構營辦服務”說明有何方法可鼓勵私營機構提供照顧長者的服務。

1.15 第 7 節“建議摘要”總結我們的各項建議。

2. 按需要來規劃服務的方法

界定及評估需要³

- 2.1 界定需要是非常複雜的工作。需要並非固定和絕對，而是“涉及價值觀和取向；往往受當前的社會政治環境、生活水準、可用以改善生活質素的資源和科技所影響”⁴。從長者對住院照顧和社區支援服務的需要這個角度來看，他們的需要可分為以下各類：
- 可由訓練有素的醫護專業人員加以滿足的需要；
 - 起居照顧和家居照顧方面的需要（即是協助長者進行日常起居活動，例如洗澡、上廁所、飲食，以及購物、清潔打掃等家務⁵）；
 - 有人從旁看護的需要（例如患有痴呆症、失禁、視力衰退或近乎失明的情況）；以及
 - 為保持心理健康並與他人交往，所參與的活動的需要。
- 2.2 我們進行這項研究時，已探討過上述各項需要。至於長者在經濟、房屋、政治、心靈、文化、活動等其他方面的需要，則不在研究範圍內。
- 2.3 長者對照顧服務的需要，須以適當的評估工作鑑定。這些評估應鑑定：
- 長者的身體機能狀況、認知和獨立能力；
 - 長者可得到的非正式照顧的質和量。
- 2.4 長者對服務是否切合需要的回應，往往受其他因素影響，例如長者的經濟狀況、家庭的支援、住屋問題等。如能得知這些因素的影響並作出適當的假設，便可規劃更切合長者需要的服務。

把需要和需求加以區分

- 2.5 對服務的“需要”，有別於對服務的需求。在這項研究中，我們已把兩者加以區分，以便鑑定長者在機能上獲得照顧的“需要”。理論上，當局應使用資源來提供可滿足長者“需要”的照顧服務，並鼓勵那些希望獲得或要求提供服務，但其實不一定有需要或需要程度較低的人士，不去使用這些資源。

³ 第一冊第 3 節。

⁴ Diwan, Sadhna & Moriarty, David, “A Conceptual Framework for Identifying Unmet Health Care Needs of Community Dwelling Elderly”〔用於鑑定住在家裏的長者在醫療護理方面未能獲得滿足的需要的理論大綱〕, *Journal of Applied Gerontology*〔應用老人學期刊〕, 第 14 卷第 1 期；一九九五年三月，第 47—63 頁。

⁵ 根據美國紐約市長者服務部的分類（Engler, 1989）。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

- 2.6 我們相信，沒有任何方法可極準確地鑑定不適當的需求和未能獲得滿足的需要，不過，報告書建議採用的機制，對於進行宏觀規劃會有幫助。

評估需要的方法

- 2.7 評估需要並沒有劃一的方法或基本原理可以依循⁶。在美國的一項研究中，有人分析了 79 份關於評估長者需要的文獻，結果發現有 54% 的評估方法欠妥當⁷。
- 2.8 我們在這項研究中所採用的方法，是集中探究長者對住院照顧及社區支援服務的需要。這方法由日本一項研究⁸所用方法演變而來，其中歸納了向長者進行調查所得資料、第二手資料的分析、與主要的專業人員和專家的面談結果、諮詢公眾意見的結果，以及服務使用情況的分析。
- 2.9 我們依循這個有系統的方法，去斷定長者需要多少服務。按照這個方法，我們分析了長者得到家人或非正式護老者照顧的情況、長者的身體機能和認知能力缺損程度，也研究了長者在心理和社交上需要甚麼支援。
- 2.10 我們的方法包含四個主要步驟，每個步驟建基於前一個步驟之上，最後得出了一個循序漸進、實事求是的規劃模式。這個方法的摘要載於下文，至於如何應用這方法和所作的假設，則詳見研究報告第二冊。
- 2.11 **步驟一：收集資料。**我們進行了有關長者的社區調查和住院長者調查，另外又舉行核心小組座談會，探討步入老年的人士對於年老時所需要和屬意的照顧服務，抱有甚麼態度及期望。這兩項調查收集了長者獨立能力、身體狀況、認知能力、獲得非正式照顧（即家人照顧）的程度及心理狀況方面的資料；其他資料如居住環境、社交情況等，也一併收集。在收集所需資料時，我們採用了認可的評估準則，這些評估準則會在下文概述。至於調查方法和調查結果，則詳載於第一冊第 5、6 及 7 節。

⁶ Cheung, Kam-fong Monit, "Needs Assessment Experience Among Area Agencies on Ageing" [地區機構進行長者需要評估的經驗], *Journal of Gerontological Social Work* [老人學社會工作期刊], 第 19 卷 (3/4), 1993。

⁷ Cheung, Kam-fong Monit, "Needs Assessment Experience Among Area Agencies on Ageing" [地區機構進行長者需要評估的經驗], *Journal of Gerontological Social Work* [老人學社會工作期刊], 第 19 卷 (3/4), 1993。

⁸ 兩項研究：Hiraoko 等著的 "Measurement of the Needs of the Impaired Elderly and Their Families for Social Care Services" [衡量能力缺損的長者及其家人對社會服務的需要] 及 "Needs Estimation of Social Care Services for the Impaired Elderly in a Rural Area of Japan" [評估日本鄉郊地區能力有缺損的長者對社會服務的需要]，以及日本厚生省長者衛生福利局發表的「新黃金計劃」。

2 按需要來規劃服務的方法（續）

- 2.12 **步驟二：確定長者的需要。**我們按長者的能力缺損程度把他們分組，以便訂立模式和進行分析。我們根據長者的身體機能和認知能力缺損程度，以及是否有非正式護老者給予照顧，來確定長者對照顧服務的需要。這一點會在下文及報告書第一冊第3節進一步闡釋。
- 2.13 **步驟三：估計需提供的服務。**我們以每類服務應設有多少名額才可滿足長者需要這個形式，來顯示需要提供的住院照顧及社區支援服務，包括日間護理、家居照顧及社區中心服務。報告書第一冊闡述了這些服務，第二冊論述規劃機制。
- 2.14 **步驟四：釐定規劃比率。**我們根據所鑑定的需要，以及為滿足這些需要而估計應提供的服務，來計算出規劃比率。報告書第二冊及第三冊詳述有關提供各類服務的方案。

上述方法的優點與缺點

- 2.15 在這項研究中，我們採用了一個綜合的方式去評估長者的需要，包括以認可的方法，衡量長者的能力缺損程度。這個評估方式匯集了長者、護老者、專家及政府人員的意見。
- 2.16 研究未能獲得滿足的需要，可以讓我們清楚知道目前的服務體制所未能解決的問題，而且可掌握資料，用以評核長者服務和訂出這些服務的優先次序。
- 2.17 我們在研究中採用的方法，雖然以日本的一項研究方法作為藍本，但卻沒有其他相同的研究方法可作直接比較。我們力求謹慎，盡可能採用本地和國際上認可的做法，另外又根據現有資料徵詢專家的意見和參考國際基準，務求可盡量準確。儘管我們採用了這個周密的程序，仍難免會有爭議和討論的餘地，而且答案也是沒有所謂“正確”與否的。
- 2.18 制訂規劃機制和分析長者獲得照顧的程度，是以社區調查及住院長者調查的結果作依據。對於那些亟需照顧的長者，由於有關的分析工作相當複雜，以致可用來評估這類長者獲得家人照顧的程度的樣本數目不多。社區調查的樣本數目，由衛生福利局聯同政府統計處決定。關於不同類別的服務在什麼水平才可滿足需要，我們所作出的建議充其量只可用作指引，不應作為營辦服務的目標。

評估的準則

- 2.19 在進行調查時，我們採用了國際上和本地認可的下列評估方法，來評估長者的健康狀況：

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

- 經修訂的《巴氏日常起居活動指數》一目的是衡量受訪者進行日常的主要起居活動時遇到的困難，這些活動包括飲食、移動（上落床、坐下起立）、穿衣、梳洗、控制大小便、走動、如廁、洗澡、上樓梯等；以及
- 測定認知能力缺損程度的**短期精神狀況問卷測驗**一目的是評估記憶力和認知能力的缺損程度，而這項測驗是評估長者機能狀況的重要環節。

2.20 進行住院長者調查時，不能像社區調查一樣，向受訪者進行短期精神狀況問卷測驗，因為這項測驗需要每間院舍動用大量人力來填寫問卷。因此，在住院長者的調查中，有關院舍內負責照顧長者的人士，是根據長者在一系列行為上的狀況，來對長者的行為作比較主觀的評估。

身體機能和認知能力的綜合缺損程度

2.21 表 1 列出的分級方法，把長者的身體機能缺損程度劃分等級。我們根據長者進行《巴氏日常起居活動指數》其中六項基本活動的能力，去評估長者的身體機能缺損程度。該六項活動是洗澡、如廁（包括上廁所、換褲、使用廁紙和沖廁）、從床上移往座椅或從座椅上床、走動（步行）、飲食及更衣。

表 1：身體機能缺損程度分級表

身體機能缺損程度	
級別	日常起居活動能力評分
第 4 級	進行 5 至 6 項日常起居活動的能力有缺損
第 3 級	進行 3 至 4 項日常起居活動的能力有缺損
第 2 級	進行 1 至 2 項日常起居活動的能力有缺損
第 1 級	進行各項日常起居活動的能力沒有缺損

2.22 表 2 列出的分級方法，把長者的認知能力缺損程度劃分等級。評估在社區生活的長者的認知能力缺損程度，是以他們的短期精神狀況問卷測驗得分，再按個人教育程度調整後的分數為準。住院長者的分級準則已作出修訂，以顧及所採用的資料收集方法的差異。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

表 2：認知能力缺損程度分級表

認知能力缺損程度		
級別	社區調查短期精神狀況問卷測驗	住院長者調查，精神狀況評估
第 4 級	出錯 7 次或以上（評分：< 4）	經常思路混亂，並會騷擾他人
第 3 級	出錯 5—6 次（評分：4—5）	經常思路混亂，但不會騷擾他人；或經診斷為長期患有精神方面的疾病
第 2 級	出錯 3—4 次（評分：6—7）	間中思路混亂
第 1 級	出錯 0—2 次（評分：8+）	認知能力沒有缺損

2.23 我們根據長者身體機能和認知能力的評估結果，訂出一個整體的能力缺損程度分級法，綜合了他們的身體機能及認知能力缺損程度。這個分級法以日本一項研究^{9、10}所採用的同類分級法為藍本，可用來顯示長者進行機能活動時，需要甚麼程度的照顧和協助。我們在這項研究中採用的分級法見表 3。

表 3：綜合缺損程度

級別	綜合缺損情況的描述
5b	認知能力缺損程度屬第 4 級，身體機能沒有缺損
5a	身體機能缺損程度屬第 4 級，認知能力有缺損 身體機能缺損程度屬第 4 級，認知能力沒有缺損 認知能力缺損程度屬第 4 級，身體機能有缺損
4	身體機能缺損程度屬第 3 級，認知能力有缺損（第 2 或第 3 級） 身體機能缺損程度屬第 3 級，認知能力沒有缺損
3	認知能力缺損程度屬第 3 級，身體機能缺損程度屬第 2 級 認知能力缺損程度屬第 3 級，身體機能沒有缺損（第 1 級）
2	身體機能缺損程度屬第 2 級，認知能力缺損程度屬第 2 級 身體機能缺損程度屬第 2 級，認知能力沒有缺損（第 1 級）
1	認知能力缺損程度屬第 2 級
0	認知能力及身體機能都沒有缺損（認知能力和身體機能缺損程度都是第 1 級）

⁹ Shimizu 等著，“Measurement of the Needs of the Impaired Elderly and Their Families for Social Care Services”〔衡量能力缺損的長者及其家人對社會服務的需要〕，Recent Advances in Ageing Science〔老人科學最新進展〕，一九九三年，第 2251—2260 頁。

¹⁰ 我們把日本的研究採用的四個能力缺損程度級別加以細分，成為七個級別。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

心理和社交需要¹¹

- 2.24 評估長者的心理和社交需要時，並沒有普遍認可的方法可以採用，這一點與評估他們的身體機能和認知能力缺損程度的時候不同。雖然這類需要很難以數量來顯示，但根據專家¹²的建議，任何人不論年齡或能力缺損程度，每日最少需要有一小時的心理健康支援，支援的形式可以是有人作為傾訴對象、給予情緒上的支持和幫助解決難題，又或純粹是有人陪伴消遣。

可獲得的非正式照顧¹³

- 2.25 由於沒有認可的方法去衡量長者獲得非正式照顧的程度，我們採用了在社區調查中，就非正式的護老者的就業情況和居住安排，以及就長者的居住安排所蒐集的資料，來確定長者最有可能獲得的非正式照顧程度。

- 2.26 根據上述調查所蒐集的資料，我們按照長者可得到的非正式照顧，把他們劃分為五類：

- 至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧。護老者可在日間和晚上大部分時間看顧長者。
- 至少有一名同住但須出外兼職的護老者給予照顧。護老者只能在一日的部分時間為長者提供膳食、協助其進食和上廁所。護老者有時間協助長者洗澡、料理家務及購物，也可在晚上看顧長者。
- 至少有一名同住但須出外全職工作的護老者給予照顧。護老者在日間通常沒有時間為長者提供膳食或協助其進食和上廁所，不過，護老者每日都有時間在日常起居活動（例如洗澡）方面給予長者一些協助，而且可料理家務及購物，也可在晚上看顧長者。
- 至少有一名並非同住的護老者給予照顧。護老者不論就業情況為何，都會在購物及料理家務方面，給予有限度的協助。護老者可提供的照顧，僅限於每日前去探訪一次以了解長者的健康狀況，此外亦只能在有空時才看顧長者。

¹¹ 第二冊第 3 節。

¹² 社區老人評估小組的成員及社會科學學者。

¹³ 第二冊第 3 節。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

- 無人照顧。

2.27 由於缺乏住在院舍的長者獲得非正式照顧的資料，我們假定這些長者沒有得到任何非正式照顧。

規劃機制¹⁴

2.28 本文件建議的規劃機制，是就每類擬議的服務，訂定按每 1 000 名長者計的規劃比率。這些規劃比率應可作為政府規劃長者服務的指引，包括向受資助機構提供撥款和鼓勵私營機構營辦服務方面。這些規劃比率不應硬性地採用，也不應用作撥款給衛生福利局的依據，因為隨着市民收入水平、居住安排及教育程度的轉變，長者人口的需要也會改變，而且將來或會找出新的方法去滿足長者的需要。政府可採用的另一個辦法，就是按長者人數計算給予衛生福利局的撥款。

2.29 這項研究得出的規劃比率，包括了安老院舍、日間護理中心、家居照顧及長者社區中心服務的規劃比率，詳情見研究報告第一冊，而撮要則載於本行政摘要第 3 節。由於醫療衛生服務不屬於這項研究的範圍，所以沒有納入規劃機制內。

2.30 政府目前採用的規劃比率，適用於政府及受資助機構所提供的服務。不過，我們在研究報告內建議的規劃機制，則就每類擬議的服務，定出按每 1 000 名長者計的規劃比率，而不論這些服務是由公營或私營機構提供。

2.31 我們釐定規劃比率時，目標是要創造一套既有助於進行專門規劃工作，又能夠因應實際情況和人口變化而靈活變通的方法。經分析了社區調查和住院長者調查所得資料後，我們在研究報告中列出了四組規劃比率，每個年齡組別各有一組規劃比率，而整體又有一組規劃比率；這樣，即使將來香港長者人口的年齡組合有變，規劃工作也可達到較高的靈敏度。把每個年齡組別的規劃比率，乘以該年齡組別將來的估計人口，便可推算出將來的需要。

2.32 需要不是固定的，而且估計長者的需要時，是以某個時刻進行的評估作為依據的。由於很多因素會影響到長者人口對正式社會服務的需要，因此必須注意的是，以某個時刻釐定的規劃比率和十年期人口預測為基礎的規劃機制，有一定的局限。有關的假設和規劃比率，必須時常檢討，以作修訂。

¹⁴ 第二冊第 2 節。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

規劃比率的應用¹⁵

- 2.33 我們所提出的規劃比率，是全面研究長者的需要後才得出的，比現行的長者服務規劃比率更勝一籌。不過，我們的規劃機制以某個時刻釐訂的規劃比率及十年期的人口預測作為基礎，難免有其局限，因此，有關的規劃比率充其量只可讓政府用作指標。假若硬性地使用這些規劃比率，未必能夠最恰當地滿足長者的需要，因為需要會隨時日改變，而且將來可能有新的或更佳的服务推出。
- 2.34 政府按照上述規劃機制為長者服務進行規劃時，應以政府的長者服務資源撥配政策，以及提供照顧長者服務的主要目標為依據。為了配合這個規劃機制，政府需訂立一個可達到上述目標的整體策略，以及實施該策略的長遠計劃。其他國家規劃公共服務時，一般都訂有長遠計劃，舉例來說，日本便在提供長者服務方面訂立了“新黃金計劃”¹⁶。香港政府也有為其他工作範疇訂立長遠計劃，例如房屋委員會的“長遠房屋策略”等。
- 2.35 在一段時日後，這些長遠計劃必須因應環境的變化和已取得的成果，定期進行檢討。檢討工作可提供一個綱領，用以制訂更詳細的周年計劃，並為這些計劃編製財政預算。

規劃模式

提供服務以滿足需要¹⁷

- 2.36 社區調查和住院長者調查提供了重要的資料，讓我們得知長者的需要和獲得非正式照顧的情況。根據所蒐集的資料，我們按長者的能力缺損程度和獲得照顧的情況，把他們分為不同組別，並為每個組別設計適當的正式服務（長者服務計劃）。表 4 的三維照顧矩陣圖，按社區和院舍內長者獲得照顧的情況，把他們分類。

¹⁵ 第二冊第 2 節。

¹⁶ 日本厚生省老人衛生福利局發表的“新黃金計劃”。

¹⁷ 第二冊第 3 及 4 節。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

表 4：三層面照顧矩陣圖

年齡組別：75 歲或以上						
年齡組別：65—74 歲						
年齡組別：60—64 歲						
整體						
能力缺損程度	獲得照顧的情況					總計
	至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他兼職工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧	至少有一名並不同住的護老者給予照顧	無人照顧	
5b						
5a						
4						
3						
2						
1						
0						

2.37 我們根據每類長者的能力缺損程度／獲得照顧的情況，訂定甚麼服務對他們適合。按長者獲得照顧的情況和能力缺損程度的不同，而能夠滿足長者需要的服務，現載於表 5。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

表 5：按長者的能力缺損程度和獲得照顧的情況而可為他們提供的服務

能力缺損程度	獲得照顧的情況				
	至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他兼職工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧	至少有一名並不同住的護老者給予照顧	無人照顧
5b	RC/DC/無	RC/DC/DE	RC/DE	RC	RC
5a	RC/DC/無	RC/DC/DE	RC/DE	RC	RC
4	DC/無	DC/DE	RC/DE	RC	RC
3	DC/無	DC/DE	RC/DE	RC	RC
2	CC/無	CC/無	DC/CC/無	DE/CC/無	DC/DE/無
1	CC/無	CC/無	CC/無	DE/CC/無	DC/DE/CC/無
0	CC/無	CC/無	CC/無	CC/無	CC/無

附註：RC = 住院照顧服務；DC = 家居照顧服務；DE = 日間護理服務；CC = 長者社區中心服務

- 2.38 為方便規劃起見，我們只為能力缺損程度／獲得照顧的情況不同的每組長者，編配了一類服務以滿足他們的需要。在實際情況中，長者可能獲得一系列的服務。不過，當局有必要進行嚴格的評估工作，一方面確保長者不會獲得超過本身需要的服務，另一方面又在可行範圍內讓他們選擇服務。
- 2.39 大致上，在“老有所屬”的政策，以及家庭應是照顧長者的支柱這個原則下，住院照顧服務只會提供予完全不能獲得非正式照顧的長者，或者是那些護老者只能給予較少時間照顧的長者。根據為非正式護老者提供支援的原則，當局應通過家居照顧及日間護理服務，輔助非正式護老者照顧長者。得不到正式照顧的長者，應與使用正式照顧服務的長者一樣，獲提供心理健康支援服務。
- 2.40 上述的模式沒有顯示服務機構提供的照顧服務，達到甚麼水準。為方便估計需提供的服務，我們假定所提供的正式照顧服務，會有穩定和可以接受的水準。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

需提供的服務水平¹⁸

2.41 一如前述，如果非正式護老者不能滿足長者的需要，便可由一套社區服務及住院照顧服務相結合的服務加以滿足。就這項研究來說，我們擬定了一個提供服務的基礎方案。在基礎方案下，按能力缺損程度／獲得照顧的情況而劃分的各類長者（不論屬於甚麼年齡組別）可獲提供的服務，現列載於表 6。

表 6：按長者的能力缺損程度和獲得非正式照顧的情況而提供的服務

能力缺損程度	獲得照顧的情況				
	至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他兼職工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧	至少有一名並不同住的護老者給予照顧	無人照顧
5b	DC	DC	RC	RC	RC
5a	DC	DC	RC	RC	RC
4	DC	DE	RC	RC	RC
3	DC	DE	RC	RC	RC
2	CC	CC	CC	CC	DC
1	CC	CC	CC	CC	CC
0	CC	CC	CC	CC	CC

附註：RC = 住院照顧服務；DC = 家居照顧服務；DE = 日間護理服務；
CC = 長者社區中心的服務

2.42 基礎方案的計劃如下：

- 為能力缺損程度達第 3 級或以上，而又無人照顧、有一名並非同住的護老者給予照顧、或有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧的長者，提供住院照顧服務；
- 為能力缺損程度屬第 3 或第 4 級，而又有一名同住但有其他兼職工作的護老者給予照顧的長者，提供日間護理服務。在這方面，我們假設能力缺損程度較上述長者為高，而獲得非正式照顧的程度則相同的長者，難以經常前往日間護理中心使用服務；

¹⁸ 第二冊第 4 節。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

- 提供家居照顧服務，以協助護老者照顧能力缺損程度屬第 5a 或 5b 級但沒有入住院舍的長者，以及協助本身沒有其他工作的護老者照顧能力缺損程度屬第 3 或第 4 級的同住長者。同時，也為那些能力缺損程度屬第 2 級但無人照顧的長者提供照顧；
- 設立長者社區中心，為沒有獲得非正式照顧或其他形式正式照顧的長者，以及為至少有一名護老者同住的長者中某個比例的人數提供服務。這個比例相等於長者活動中心及長者服務中心現有會員人數，在長者人口中的比例¹⁹。

服務成本²⁰

- 2.43 服務成本是按服務類別來估計，而不論所需款項的來源。估計服務成本時，會作出下文所述的一些假設。
- 2.44 在基礎方案下列出的成本只供規劃之用，如用於制訂預算，則應先作進一步修訂。
- 2.45 為能力缺損程度屬第 3 或第 4 級的長者提供的安老院舍宿位，其成本是按照護理安老院目前的宿位成本計算。為能力缺損程度屬第 5a 或 5b 級的長者提供的安老院舍宿位，其成本是按照護養院宿位的預算成本，另加療養院照顧補助金計算。這項補助金是為護養院中需要療養服務的長者而支付的。補助金數額，則根據療養院照顧補助金的預算成本，以及護理安老院現有的療養宿位估計數目和療養院現有的長期護理宿位估計數目而計算。
- 2.46 一個日間護理名額的成本，是根據一間有 40 個名額、每年開放 50 星期、每星期開放 5 天的日間護理中心目前的營辦成本計算²¹。
- 2.47 一支家居照顧服務隊的成本，是根據一支能夠支援 65 宗個案的家務助理隊目前的營辦成本計算。

¹⁹ 社會福利署提供了截至一九九六年三月三十一日，每間長者活動中心及長者服務中心的平均會員人數統計數字（可取得的最新數字）。根據社署的資料作出估計，長者人口當中有 13% 使用這些設施。

²⁰ 第二冊第 4 節。

²¹ 日間護理中心公眾假期休息，每年平均只開放 50 星期。

2. 按需要來規劃服務的方法（續）

2.48 長者社區中心的成本，是根據一間長者服務中心目前的營辦成本，減去該中心營辦家務助理服務的成本而計算，同時並假設長者社區中心能夠為 1 042 人提供心理健康支援²²。

2.49 服務成本包括：

- 獲資助及不獲資助的營辦費用（包括職員費用、其他收費及開支）；
- 樓宇的市值租金；
- 固定資產的成本（土地及樓宇成本除外）及其他一次過的建設成本。

2.50 因此，單位成本不能與政府最新公布的成本比較，原因是政府公布的成本，只計算了受資助的營辦費用。

樓宇的市值

2.51 營辦長者服務所用樓宇的市值租金，已包括在服務的估計成本內，以反映政府就這些樓宇而承擔的機會成本。

2.52 營辦社區服務所用樓宇的市值租金，按社會福利署就樓面面積所訂立的規定，以及私人住宅樓宇的平均市值租金計算。

2.53 營辦住院照顧服務所用樓宇的市值租金時，是按每間護理安老院²³的建築面積及每間護理安老院²⁴向社會福利署報告的建築面積，乘以市值租金計算。

2.54 我們亦假設，在公共租住屋邨開設的安老院舍的機會成本，相等於公共租住屋邨的住宅單位租金，因為公共租住屋邨內的單位如果不作社會福利用途，便會用作出租的住宅單位。這個假設是合理的，因為公共屋邨的安老院舍住院長者，很可能符合入住公屋的資格。

2.55 對於並非在公共租住屋邨開設的安老院舍，我們假設其機會成本相等於私人住宅樓宇的平均市值租金。採用私人住宅樓宇市值租金作為計算基礎，是因為我們假設，這些樓宇如果不是特別用作安老院舍及社區支援設施，便會用作私人住宅樓宇。

²² 按截至一九九六年三月三十一日的長者服務中心會員人數統計數字（可取得的最新數字）計算。資料來源：社會福利署

²³ 資料來源：衛生署

²⁴ 資料來源：社會福利署

3. 服務發展

發展服務的原因：人口老化²⁵

- 3.1 長者人口大幅增長，是香港近年和今後要面對的問題。在一九八六年至一九九六年間，年齡在 60 歲或以上的人口上升了 39%，估計到二零零六年，這個年齡組別的人口會再增加 23%。
- 3.2 此外，香港也要面對一如表 7 所示的人口老化趨勢。這趨勢值得注意，因為對醫療服務和社會服務需求最殷切的，就是 75 歲或以上的長者。

表 7：長者人口的平均每年增長率²⁶

年齡組別	一九九六至二零零一年	二零零一至二零零六年
60—64 歲	(0.54) %	0.89%
65—74 歲	2.51%	0.27%
75 歲或以上	5.16%	4.59%
60 歲或以上人口總計	2.40%	1.77%

- 3.3 隨着長者人口增加，傳統上由家庭照顧長者的模式，也出現了變化²⁷。根據核心小組座談會的討論結果，我們得知在家庭居住安排方面，目前正趨向於建立小家庭，而經濟上的負擔，也促使家庭中更多成員必須出外謀生。本港有學者亦曾指出，很多長者乏人照顧，只好自己照顧自己²⁸。這個趨勢顯示，家庭愈來愈沒有能力為長者提供所需的照顧，因此實在值得注意。
- 3.4 這種人口結構、家庭結構和價值觀的轉變，對香港的社會政策將有深遠影響。在西方國家，不論是財政、社會以至政治方面，都感受到這種轉變所帶來的衝擊²⁹，有不少國家的長者服務計劃開支更不斷飆升³⁰。雖然香港一直有提供多類長者服務，但由於人口更趨老化的關係，今後在提供社會支援服務的程度和開支方面，將會面臨挑戰，而護老者的負擔，也會日益加重。

²⁵ 第一冊第 1 及 2 節。

²⁶ 採用每年複合增長率公式計算。

²⁷ Philips, David R, "Accommodation for Elderly Persons in Newly Industrialising Countries: the Hong Kong Experience" [新興工業國家的長者居所問題：香港經驗]，International Journal of Health Services [國際醫療服務期刊]，第 8 卷第 2 期，一九八八年。

²⁸ Chi, Iris, "Family Structure and Family Support of the Old—Old in Hong Kong" [香港家庭結構及家人對長者的支援]，收錄在《家庭及社區照顧國際會議記錄》，香港：香港社會服務聯會，一九九四年，第 313—318 頁。

²⁹ Jenkins, Robert and Hill, Stephen, "Chronic Care: Long—term Care in an Ageing Society" [長期照顧：人口老化社會所需的長遠服務]，Financial Times Management Reports [金融時報管理報告系列]，一九九六年。

³⁰ Johnson, Paul and Falkingham, Jane, Ageing and Economic Welfare [人口老化與經濟福利]，倫敦 Sage Publications Ltd 出版，一九九二年，第 133—138 頁。

3. 服務發展（續）

現有的正式照顧服務³¹

3.5 我們研究過現有的長者服務，藉以了解現有服務的類別和服務對象。表 8 扼述現有的正式社區服務，表 9 則撮述現有的住院照顧服務。

表 8：社區支援服務概要³²

服務類別	範圍	現行的規劃比率	服務隊／中心數目	現有名額總數
長者活動中心	滿足在社區生活的 60 歲或以上長者的社交康樂需要。	每 2 000 名 65 歲或以上的長者設 1 間中心	198*	無名額限制
長者服務中心	提供社會及社區教育計劃、輔導、家務助理、膳食、洗澡及洗熨服務。	每 17 000 名 65 歲或以上的長者設 1 間中心	27	膳食名額 1 620 個，其他無名額限制
外展服務	找出沒有使用過正式衛生福利服務的亟需照顧長者，給予福利服務。	不適用	2	—
家務助理服務	協助長者及其家人照顧自己，以及使他們的家居活動可維持正常。	每隊可為 65 宗個案的受助人提供服務，需要服務的人數估計佔人口的 0.698%	122	8 882**
日間護理中心	提供起居照顧及有限度的護理服務，服務的形式分為每日、每日部分時間或其他非全日形式。	每 17 000 名 65 歲或以上的長者設 1 間中心	24	1 040

附註：雖然長者社區服務（家務助理服務除外）的規劃比率，是根據年齡在 65 歲或以上的長者人口來擬訂，但 60 歲或以上的人士，也可使用這些服務。

* 長者服務中心也提供長者活動中心的服務。其中有 2 間活動中心沒有受資助。

** 在家務助理服務方面，目前平均每隊／每中心為 91 人提供協助，每年共計協助 11 102 人，其中 80% 為長者。

³¹ 第一冊第 4 節。

³² 所有數字均由社會福利署提供，截算至一九九七年四月止。

3. 服務發展（續）

表 9：住院照顧服務概要³³

設施類別	服務範圍	規劃比率	設施數目	現有宿位總數
長者宿舍	為長者提供過群體生活的居所；入住宿舍的長者雖然有自我照顧能力，但需要心理上的支援，日常生活也需要他人督導	沒有規劃比率	21*	987*
安老院	提供居所、膳食、洗熨服務及有限度的起居照顧。部分安老院座落在特建的設施內，其他安老院宿位與自我照顧宿位一同設於公共屋邨內	每 1 000 名 65 歲或以上的長者設 15 個宿位	75*	6 659*
護理安老院	為健康欠佳或肢體傷殘／弱智的長者提供居所、膳食、一般起居照顧及有限度的護理服務	每 1 000 名 65 歲或以上的長者設 17 個宿位	72	7 629
長期護理院 ³⁴	收容不同年齡的精神病患者，提供以康復為主的服務	以預計的需求及短缺情況為依據	3	570
自負盈虧的院舍	為有能力自我照顧、健康欠佳或肢體傷殘／弱智的長者提供居所、膳食及不同程度的照顧	不適用	40	2 041
私營安老院舍	為有能力自我照顧、健康欠佳或肢體傷殘／弱智的長者提供居所、膳食及不同程度的照顧	不適用	430	22 800 ³⁵

* 宿位數目包括由社會福利署營辦的一間院舍所提供的宿位。該院舍提供了 69 個長者宿舍宿位和 88 個安老院宿位。

³³ 社會福利署截至一九九七年四月的數字。

³⁴ 入住長期護理院的長者全都身體健康，並有機會可以康復。

³⁵ 截至一九九七年四月一日，私營安老院舍共有 1 200 個買位。

3. 服務發展（續）

設施類別	服務範圍	規劃比率	設施數目	現有宿位總數
療養院	服務對象是不再需要深入的醫療照顧但仍需長期住院的病人	不適用。採用的是另一種統計方法，以輪候登記冊的數據、實際使用情況等資料作準	16	1 772

附註：雖然護理安老院及安老院服務的規劃比率，都是根據年齡在 65 歲或以上的長者人口來釐定，但 60 歲或以上的人士，也可使用這些服務。

- 3.6 社會福利署備有一份受資助安老院舍中央輪候冊，申請入住院舍的人士，會經由家庭服務中心、醫務社會工作者及其他長者服務單位遞交申請表。社區老人評估小組負責評估護養院宿位輪候冊上的所有申請人，以及護理安老院輪候冊上的部分申請人是否符合資格。
- 3.7 安老院舍的統計數字顯示，院舍宿位超過一半由私營機構提供。
- 3.8 政府也為長者提供醫療衛生服務，包括“普通科”基層健康護理、中級護理及第三級護理服務，例如普通科門診、專科住院及專科門診服務。全面檢討及評估這些服務，不屬於這項研究的範圍，不過，我們仍會在下文簡略介紹主要由長者使用，或以長者為對象的醫療衛生服務。
- 3.9 **長者健康中心**：目前有七間長者健康中心，大部分設於普通科診所，整體目標是促進香港長者的健康和福祉。
- 3.10 **老人科服務**³⁶：醫院管理局提供老人專科服務，包括留院病床、日間醫院名額及門診治療。根據一九九四年所作估計，長者使用了所有醫院病床日數的 37%，而前往專科診所求診的病人當中，有 21%是長者。
- 3.11 **老人精神科服務**³⁷：在一九九六年，香港有八支老人精神科服務隊。他們前往護理安老院及安老院提供外展服務，為患有精神病的住院長者進行評估和治療，另外又為普通科醫院和療養院提供顧問與諮詢服務。這項服務以社區為本，並且由一些日間醫院、醫院病床及門診服務加以支援。

³⁶ 依據老人服務工作小組的報告及醫院管理局提供的資料。

³⁷ 依據醫院管理局提供的資料。

3. 服務發展（續）

- 3.12 普通科療養院服務³⁸：醫院管理局為不再需要深入醫療照顧，但仍需長期住院的病人，提供普通科療養院服務。截至一九九七年三月底，共有 17 間療養院提供 1 927 個宿位。
- 3.13 社區老人評估小組³⁹：目前有九個社區老人評估小組，每組的運作形式不同，視乎服務地區的情況及可供運用的支援資源而定。社區老人評估小組的基本職責，是為福利服務及醫療住院服務把關，負責對中央輪候冊上所有療養院申請人及護理安老院的部分申請人，進行入院前評估。
- 3.14 社康護理服務⁴⁰：社康護理服務隊登門為病人進行護理及治療。14 個中心共派出 250 位受過特別訓練的合資格護士進行家訪，給予病人適當的護理，同時向病人的家屬灌輸預防和對抗疾病的知識。
- 3.15 為長者提供的其他服務，包括短暫住宿、社區教育、長者咭計劃、長者專車、長者度假中心、長者義工計劃、義務工作計劃及長者社區網絡計劃的服務。

社區調查、住院長者調查及核心小組座談會所得結果⁴¹

- 3.16 我們評估長者的需要，所依賴的主要資料來自社區調查、住院長者調查及核心小組座談會。社區調查規模龐大，是政府統計處“綜合住戶統計調查”的其中一個項目，共有 2 000 名長者接受訪問；在住院長者調查中，共有 120 間私營和受資助安老院舍的住院長者接受訪問；核心小組由 50 歲至 59 歲的人士組成，共進行了 14 次座談會。由於香港缺乏關於長者能力缺損程度的資料⁴²，上述的研究工作，正好提供了這類重要的資料。
- 3.17 這次社區調查規模龐大，足以媲美世界各地為規劃社會服務而進行的最大規模調查工作。不過，我們在這項研究中所評估的長者服務需要，只能代表目前的需要，在將來估計長者的需要和規劃服務時，可用作參考。社區調查的樣本數目，由衛生福利局聯同政府統計處決定，而這個樣本數目也造成一些局限，原因是我們進行一些較為複雜的分析時，只能基於少量樣本來作出一些推算。

³⁸ 資料來源：醫院管理局

³⁹ 根據醫院管理局 1997/98 年度的資料。

⁴⁰ 根據醫院管理局提供的資料。

⁴¹ 第一冊第 5，6，7，9 節。

⁴² 不像澳洲那樣備有所有年齡在 70 歲及以上老人的評估資料。

3. 服務發展（續）

- 3.18 我們根據上述研究的重要結果和影響，以及我們對現有服務的看法，來提出有關建議。本節簡述這些結果和影響，至於研究方法及研究結果的分析，則詳載於研究報告第一冊。

香港長者的健康狀況

在社區生活的長者健康狀況

- 3.19 在香港，生活在社區的長者比較健康和有能力照顧自己。社區調查的結果顯示，以國際上和本港認可的評估準則來衡量⁴³，在社區生活的長者當中，約有4%需要別人協助進行超過一項日常起居活動。
- 3.20 根據國際上和本港認可的評估方法⁴⁴判斷，認知能力有某些缺損的長者所佔比例則高得多。社區調查的結果顯示，25%的長者在認知能力方面有某些缺損，其中5%屬中度或嚴重缺損。痴呆症是複雜的病症，特點就是認知能力有缺損，因此，我們假設認知能力有缺損是癡呆症的相關徵狀，從而推算出香港60歲或以上的長者當中，佔5%患有痴呆症。
- 3.21 雖然調查結果顯示在社區生活的長者健康良好，但使用醫療健康服務的長者比例卻相當高。有80%的受訪者表示至少患有一種慢性疾病⁴⁵，這情況對香港的醫療護理服務構成沉重負擔。
- 3.22 一如所料，長者年紀愈大，身體機能和精神狀況會愈走下坡。

⁴³ 在社區生活的長者進行“巴氏日常起居活動指數”所訂的活動時，如果至少有一項活動遇有困難，便視作身體機能有某個程度的缺損論。日常起居活動是指飲食、移動（上落床和坐下起立）、穿衣、梳洗、控制小便、控制大便、走動、如廁、洗澡及上樓梯。

⁴⁴ 精神狀況是根據“短期精神狀況問卷測驗”的得分來衡量。

⁴⁵ 經診斷為慢性疾病的，據知有關節炎／風濕病（包括背痛、膝關節痛）、心臟病（包括心臟病發作、心臟衰弱）、高血壓、呼吸系統疾病（包括慢性支氣管炎、慢性肺氣腫、哮喘）、腸胃病（包括胃潰瘍）、糖尿病、骨折、精神病（痴呆症以外的其他精神病）、中風、帕金森病、癌病（任何類型）、眼疾（包括白內障）及其他慢性疾病。

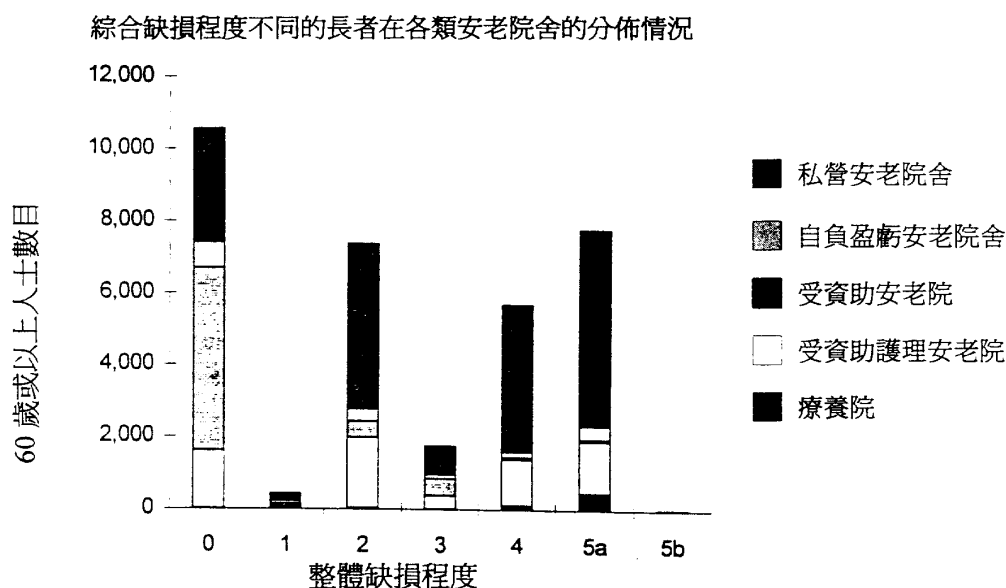
3. 服務發展（續）

- 3.23 鑑於香港長者的身體狀況和活動能力相當不錯，當局在檢討長者服務時，有需要讓這個現象保持下去，以及優先照顧認知能力有缺損的長者的需要。

住在安老院舍的長者健康狀況

- 3.24 綜合缺損程度不同的住院長者的分佈情況，視乎院舍的類別而異，一如表 10 所示。

表 10：按綜合缺損程度劃分的住院長者的分佈情況



附註：住在院舍而能力缺損程度屬第 5b 級的 60 歲或以上的長者，估計有 15 名。

- 3.25 住院長者調查結果顯示，私營安老院舍內能力缺損程度較高的長者人數，較受資助護理安老院的同類長者為多。私營安老院舍有 52% 住院長者的能力缺損程度屬第 4 級或以上（受資助護理安老院及療養院則有 45% 住院長者屬於這個類別），這個情況顯示私營安老院舍是為香港長者提供住院照顧服務的中流砥柱。
- 3.26 護理安老院雖然已在住院準則內訂明，不會收納能力有嚴重缺損的長者，但實際上仍有為這類長者提供服務。護理安老院有 40% 住院長者的能力缺損程度屬第 4 級或以上。入住護理安老院後出現嚴重能力缺損問題的長者，有很多因為沒有其他容身之所，以致不能遷出。這個現象顯示各類服務缺乏銜接，而護養或療養性質的宿位，相信可發揮銜接的作用。

3. 服務發展（續）

- 3.27 住在安老院舍的長者當中，有部分是沒有或只有少許的身心機能缺損。在安老院（提供膳食的宿位）內，有 82% 的住院長者無需別人協助進行日常起居活動，而認知能力也沒有缺損；在護理安老院內，有 24% 的住院長者無需別人協助進行日常起居活動，而認知能力也沒有缺損。如果這些長者留在社區生活，只要提供較多的正式照顧服務，便可讓他們得到足夠的支援，因此，當局應可以重訂安老院舍的服務對象，並促使能力缺損程度偏低的長者，重新投入社區生活，以確保在“老有所屬”的原則下，長者會在適當的環境中生活。不過，這個過程需要假以時日，並須待有足夠的房屋及社區支援服務才可進行。

香港長者的能力缺損程度分佈

- 3.28 香港長者整體上健康良好。60 歲或以上的長者當中，約有 73% 在身體機能或認知能力方面沒有任何缺損，只有 3% 在認知能力及／或身體機能方面有嚴重的缺損（達第 5a 或 5b 級）。
- 3.29 與住在安老院舍的長者相比，在社區生活的長者當中，有很多是能力缺損程度屬第 3 級或 5b 級的長者（即只是或主要是在認知能力方面有缺損）。由於認知能力有嚴重缺損的長者，在住院長者當中只佔少數，因此，目前為認知能力有缺損的長者提供的服務，可能有不足之處，尤其是考慮到資助安老院舍的入院準則已訂明，不會收納被視為不適合群體生活的長者這一點。不過，展望未來，繼續為認知能力有缺損的長者在社區提供支援服務，可能是適當的做法。
- 3.30 在社區生活的長者，有許多在能力缺損程度上屬第 4、5a 及 5b 級，需要多加照顧。這些長者依然能夠應付留在社區的生活，足以顯示水平未必有需要提高本港長者入住安老院舍的比率，尤其是正式的社區照顧服務如有所增加的話。

心理狀況

- 3.31 在社區生活，可能患上抑鬱症的長者的比例偏高。以心理評估標準⁴⁶衡量，22% 的受訪長者有不同程度的心理問題，這結果可能與抑鬱症的診斷相符。不過，不能單獨以這個標準，作為確實的抑鬱症的診斷。調查結果顯示，社會經濟狀況、長者身體健康狀況及住屋類型，都可能是引致香港長者患上抑鬱症的因素。其他資料來源顯示，香港長者的自殺率，是全球最高之一，但其他年齡組別的自殺率則屬一般⁴⁷。

⁴⁶ 我們根據“長者抑鬱症等級一簡表（GDS-15）”來評估長者可能患上抑鬱症的比例。至於是否確實患有抑鬱症，則需由專業人員臨床診斷。

⁴⁷ Chi, Iris, Yip, Paul S.F., and Yu, Gabriel K.K., Elderly Suicides in Hong Kong, [香港長者自殺現象研究], Befrienders International, 1997

3. 服務發展（續）

- 3.32 雖然上述調查結果可能高估了實際患有抑鬱症的長者比例，但當局仍應採取措施，增進專業人員對長者精神健康的認識，以及在社區內發展心理健康支援服務。

普遍獲得家人照顧和選擇住在家中

- 3.33 社區調查顯示，在社區生活的長者普遍獲得家人照顧。香港長者所得到的照顧，大多由非正式的護老者（主要是家人）提供。在社區內，有 88% 的長者與配偶或其他家人同住，92% 的長者表示有子女在香港。71% 的受訪長者表示，將來有需要時，可能會得到非正式的護理照顧。
- 3.34 接受訪問的護老者當中，有 66% 表示即使家中長者日後更需要依賴別人照顧，他們也願意繼續加以照顧。那些表示當家中長者日益依賴別人照顧時，希望可安排他們入住安老院舍的護老者，有 65% 表示如有足夠社區支援服務作為輔助，他們願意繼續照顧家中長者。
- 3.35 就長者本身來說，他們即使變得更依賴別人照顧，也極渴望可繼續在家居住。在社區調查中，有 87% 受訪者表示滿意目前的居住安排，89% 沒有考慮過遷離目前的住所。曾經考慮遷出的長者，只有 13% 曾考慮選擇入住安老院舍。
- 3.36 這些調查結果顯示，政府的“老有所屬”政策受到市民歡迎。為配合這項政策，政府應提供服務，以支援護老者可繼續維持給予長者非正式照顧的水平。

對政府提供長者服務的期望

- 3.37 長者對政府為他們提供的服務，抱有很高的期望。在社區調查中，有 71% 至 89% 的受訪者認為政府應提供某些服務，雖然他們也認為，這些服務同時亦應由他們本身和家人提供。對於所研究的七種服務的其中五種（包括經濟支持、房屋、住院照顧、交通、醫療服務，但不包括家務助理和社交／康樂／教育服務），認為應由政府提供的受訪者，比認為應由長者本身或家人提供的受訪者高出 17% 至 31% 不等。核心小組成員也贊成這個看法，認為他們曾經繳稅，有權獲政府提供服務。核心小組的許多成員認為，日後需要他人照顧時，政府或許比家人更可依賴。

3. 服務發展（續）

- 3.38 關於市民對政府提供長者服務的期望，當局有需要為此推行公眾教育計劃，說明政府的責任和義務。政府應實行政策，把正式服務視為對目前由家庭提供照顧安排的一種支援，藉此顯示政府重視按中國傳統價值觀而提供的非正式照顧。

在社區生活的長者的居住安排

- 3.39 雖然長者普遍得到家人照顧，但社區調查也發現，不少長者單獨居住或得不到非正式照顧。年齡在 60 歲或以上的長者據知有 9% 獨居，有 13% 只與配偶或一位兄弟姊妹同住。核心小組座談會的結果也清楚顯示，下一代的長者寧願與子女分開居住，以便保持獨立和與子女維持良好關係。
- 3.40 由於這類亟需照顧的長者只得到有限度的非正式照顧，因此應優先為他們提供服務。

對正式服務缺乏認識

- 3.41 在社區生活的長者，有部分雖然認為本身需要社區服務，但由於不知道有正式服務或不知道如何提出申請，以致沒有使用服務。在社區調查中，認為本身需要他人協助料理家務，並提出未有接受這類服務的原因的受訪長者中，有 15% 是以這兩點作為沒有使用服務的原因。認為需要在家中接受醫療或護理的長者當中，有 48% 表示不知道有這類服務。認為本身需要日間護理服務而未有使用這類服務的長者，有 50% 表示，他們不使用服務的原因，是不知道有這類服務或不知道如何提出申請。
- 3.42 長者對正式服務缺乏認識，反映出當局必須加強社區教育和資訊計劃，使市民對服務有更多認識。不過，在社區生活的長者一般教育程度偏低，當中有 84% 低於中學程度，這使他們更加無助，也使推行社區教育的工作更為艱巨。

合理水平的收入

- 3.43 社區調查收集了長者收入方面的資料。除長者自己報稱的收入外，並沒有收集關於資產和家人給予經濟支持的資料。不過，76% 的受訪長者表示，他們的收入僅夠開支、足夠開支或超過開支。

3. 服務發展（續）

- 3.44 從這些資料來看，經濟狀況審查的範圍可加以擴大，以便把公帑集中用在最缺乏經濟能力的長者身上。核心小組座談會的討論結果顯示，使用照顧服務的長者，只要個人的經濟狀況許可，都願意分承擔服務的成本。不過，住院長者的調查結果顯示，在所有住院長者當中，有 71% 正在領取綜合社會保障援助（綜援），這一點表示住院長者十分貧窮，要不然就是對他們進行的經濟狀況審查不夠嚴謹。

對現有服務的看法⁴⁸

- 3.45 我們根據面談所得資料、實地調查、服務視察、老人服務工作小組報告、非政府機構和其他關注組織的意見書、調查所得資料、核心小組座談會結果和文獻研究的結果，對現有服務提出一些看法，載述於下文。

在提供服務和款項來源方面與其他國家的比較

提供服務

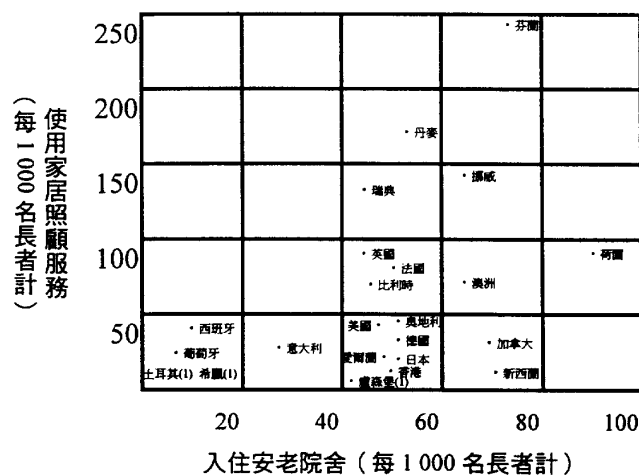
- 3.46 為了配合“老有所屬”的政策，許多工業國都著重社區照顧而非住院照顧，因此也傾向於提供服務以協助家庭照顧長者。正如香港一樣，這些國家相當依賴非正式和不收報酬的護老者去照顧長者。
- 3.47 工業國在提供服務方面的主要趨向，是在醫院以外的環境發展其他設施，以便提供長期護理服務，並擴展家居護理服務，擴大家庭照顧服務和使服務趨於專門化，為長者發展更佳房屋基建，以及向殘疾人士或放棄工作照顧殘疾人士者，發放援助金。
- 3.48 當局認為香港的受資助和自負盈虧安老院舍，大致上水準良好，根據我們的觀察，這個評價是中肯的。不過，與英國或美國等其他國家比較，住在香港的安老院舍，尤其是護理安老院內的長者，依賴他人照顧的程度看來沒有那麼嚴重。此外，我們到訪的安老院舍，與英國等地的安老院舍不同，並沒有和其他社區服務機構保持聯繫。如果兩方面聯繫起來，便可符合規模經濟和範圍經濟的原則，使提供服務的機構因而獲益。

⁴⁸ 第一冊第 8 節。

3. 服務發展（續）

- 3.49 在香港，60歲或以上長者入住安老院舍的比率是3.8%（65歲或以上的長者是5.1%），65歲或以上長者入住安老院舍的比率，與許多工業國相若。以經濟合作與發展組織的20個國家為例，入住院舍的長者（指65歲或以上的長者）所佔比例的中位數是5.5%。澳洲、丹麥、法國、瑞典等國家所推行的政策，非常注重擴展家居照顧服務，希望藉此減低住在院舍長者的比例。
- 3.50 在經濟合作與發展組織的多個國家內，提供家居照顧服務的程度各有不同。在香港，使用家務助理服務的60歲或以上長者不足1%⁴⁹。至於並非在院舍內提供的專門服務究竟有多少，我們所掌握的資料非常有限，但看來香港的家居照顧服務較其他已發展國家少得多，特別是考慮到政府已明確推行“老有所屬”的政策這一點。
- 3.51 表11顯示經濟合作與發展組織內12個國家和香港的長者中，使用家居照顧服務的比率和入住安老院舍的比率。

表11：入住安老院舍與使用家居照顧服務的情況



資料來源：經濟合作與發展組織（一九九六年）

- 註：(1) 沒有家居照顧服務方面的數據
 (2) 香港使用家居照顧服務的長者人數，以年齡在60歲以上的人士作準

⁴⁹ 未有關於65歲或以上長者使用家務助理服務的估計數字。

3. 服務發展（續）

款項來源

- 3.52 其他國家實施了多項由服務使用者付款的計劃，以負擔長者服務的成本。一些國家如澳洲、加拿大和北歐國家除了在公共退休金扣除部分款項外，並無向使用社會服務的長者收取費用。在其他國家，例如法國和新加坡，使用服務的長者須支付相當大部分的服務成本，以致其家人須共同承擔這方面的經濟負擔，只有低收入長者可以社會援助的形式，長期使用照顧服務而不必繳費。
- 3.53 其他國家廣泛使用入息和資產狀況審查，來斷定服務使用者需支付服務成本的幅度。一些國家規定須經過頗為詳細的資產審查，然後才決定是否給予公共援助。

以各自為政方式提供服務

- 3.54 香港已發展了多種長者服務，但是，提供這些服務的機構各自為政，在制訂和推行政策方面，往往缺乏協調，以致有欠靈活變通，所提供的服務也相當少。目前提供服務的模式，傾向於把長者的需要詳細劃分，但長者的各類需要實際上是互有關連的。各自為政的現象，往往在不同服務或不同地區之間出現；各項服務的作用顯得混淆不清，而各個服務機構之間，也缺乏協調和默契，舉例來說，家務助理可在早上 7 時陪同長者往日間護理中心，可是這些中心到了早上 8 時才開放。
- 3.55 政府有關部門與非政府機構之間，同樣缺乏協調。舉例來說，對於在沒有家務助理或社康護理服務可用的情況下，體弱長者入住醫院和離院的時間方面，醫院管理局與社會福利署的目標互有衝突；社會福利署和房屋署為能夠自我照顧的長者安排住屋方面職責重疊；同樣，衛生福利局的長者服務組和康復組在照顧精神不健全長者方面，職責也重疊。因此，政府內部有需要設立一個中央協調組織，監察為長者提供服務的情況。

持續照顧模式與現有的服務

- 3.56 老人服務工作小組在 1994 年建議的持續照顧模式，雖然廣泛獲得接納，認為是最適當的服務模式，但是，沒有甚麼證據可顯示，資助機構已實行這項建議。在安老院舍方面，根據住院長者調查的結果顯示，私營院舍由於住院長者需要照顧的程度各有不同，因此實際上已實行了這個模式。而受資助院舍則由於獲發給療養院照顧補助金，因此也是實際上採用了這個模式。不過，私營院舍提供的照顧服務質素差劣，而發放療養院照顧補助金，在理論上只是臨時措施。

3. 服務發展（續）

- 3.57 在社區服務方面，持續照顧的模式沒有那麼通行。各類服務並不銜接，而且由不同的政府機構提供。長者服務大多數由社會福利署的老人及醫務社會服務科負責，不過，作為“老有所屬”政策重要支柱的家居照顧服務，目前則由社會福利署家庭及兒童福利科屬下的家務助理隊提供。
- 3.58 其他社區服務，例如日間護理、長者服務中心及長者活動中心，都能夠為社區內的長者提供不同程度的照顧，以配合他們的需要。日間護理服務更是特別為那些能力有缺損，以致需要特別照顧和協助的長者而設，不過，提供這種服務的日間護理中心開放時間較短，而且服務對象必須有相當的活動能力，才能夠前去使用服務。家務助理服務與日間護理服務的對象看似互無關連，而實際上卻大致相同，但這兩類服務並無正式聯繫。對於社區中需要照顧，但只能獲護老者給予有限度照顧的長者，當局可以為他們特別設計一套包含上述兩種服務的綜合計劃，以滿足他們的需要。
- 3.59 舉例來說，一名長者有一位非正式護老者給予照顧，這位護老者從事兼職，每周工作兩天。當這位護老者出外工作時，該長者可能需要使用日間護理服務，在餘下的時間，護老者可能需要家居照顧服務這類形式的支援。在目前情況下，有關人士會同時申請家務助理和日間護理服務，而提供這兩類服務的機構，則會分別評估申請人的需要。我們建議把申請統一辦理，轉介到單一的機制，以便提供一套可滿足長者各方面需要的綜合服務。
- 3.60 現有的長者活動中心和長者服務中心為非臥床和行動自如的長者提供的社交康樂活動，也有一些重複之處。香港各區共有 198 個長者活動中心和 27 個長者服務中心，所舉辦的社交康樂活動，是讓長者獲得心理健康支援的主要途徑。至於在食堂服務、教育計劃及輔導服務方面，長者所獲得的支援則較少，原因是這些服務主要在長者服務中心提供。
- 3.61 香港的長者服務分佈情況，視乎地區而異。住院照顧宿位供應量的差異，有部分取決於區內是否有適當地點可開辦安老院舍；在社區服務方面，由於可用來提供服務的資源有限，又或長者必須有相當的活動能力才可獲得服務，以致不少長者都未能享用這些服務。

3. 服務發展（續）

- 3.62 要使持續照顧模式能夠在社區中持續發展，各項服務便須互相配合，服務機構之間也須進行有效率的轉介工作，從而減少服務的界限之分，讓服務對象可使用最適當的服務組合以滿足需要，以及可使用最就近的服務，即使在技術上來說，這些服務是設於另一個服務區域。

為認知能力有缺損的長者提供的服務不足

- 3.63 雖然在持續照顧的模式下，能力缺損程度不同的各類長者都可獲得服務，但認知能力有缺損的長者可得到的服務，則似有不足。根據調查、面談和實地觀察的結果顯示，為認知能力有缺損的長者提供的照顧服務並不多，而可供他們選擇的服務也不多。大多數安老院舍不願意接收認知能力有嚴重缺損的長者，因為他們看來“精神上不適宜過群體生活”，而住院長者調查的結果，也證明這一點屬實：認知能力缺損程度偏高的長者在住院長者中所佔比例，遠低於進行起居活動方面亟需照顧的長者。提供其他社區支援服務的機構也認為，向認知能力有中度或嚴重缺損的長者提供服務有困難。

醫療護理服務

- 3.64 香港長者可獲得的基層或外展醫療服務並不多，不少專業人士和服務機構都認為這是一個問題。根據我們的意見，現有的社區服務以及住在家中而需要照顧的長者，都缺乏醫療服務的支援，這一點對於發展社區照顧服務造成障礙，也影響到持續照顧模式的發展。
- 3.65 目前為社區內長者而設的外展醫療服務，主要由社區老人評估小組和社康護士⁵⁰提供。社區老人評估小組為受資助的安老院舍提供這項珍貴的服務，但是只對私營安老院舍提供有限度的支援。同樣，社康護士也為長者提供方便他們的醫療服務，特別是那些難以前去門診診所而又需要護理和治療的長者。不過，社康護士登門為病人提供服務，須倚賴醫院的專業人士指導和支援。
- 3.66 家居醫療服務不足夠，會限制“老有所屬”政策的發展，增加安老院舍宿位的需求，並導致更多長者使用急症室服務。接送體弱長者前往門診診所方面所出現的困難，不但阻礙長者接受治療，以致健康可能受損，而且也對接送服務構成沉重負擔。長者對家居醫療服務有一定需求，但是資源卻有限，也導致有關職員為了應付各類服務需求而應接不暇。

⁵⁰ 其他形式的社區照顧服務，包括老人精神科小組、精神科社康護理、家居職業治療、家居物理治療服務，以及由醫務社會工作者提供的外展服務。

3. 服務發展（續）

建議發展的服務⁵¹

- 3.67 在修訂的機制下，當局應為長者提供下列的正式衛生福利照顧服務：
- 3.68 **住院照顧服務**—服務對象是能力缺損程度偏高而只能得到有限度非正式照顧的長者。當局應按照持續照顧的模式發展這項服務，使私營和受資助安老院舍所提供的服務沒有任何區分，而各種院舍間也沒有明確分別，所有院舍都是為能力缺損程度日趨嚴重的住院長者，提供持續照顧服務，讓他們安享晚年。
- 3.69 **日間護理服務**—服務對象是能力缺損程度屬中等，而護老者不能在日間給予照顧的長者。這方面會以現有的日間護理服務為基礎，再加設由社區老人評估小組和老人精神科評估小組提供的定期醫療和老人精神科服務。
- 3.70 **家居照顧服務**—這項服務旨在協助護老者在日常起居活動方面，為具有中度或嚴重能力缺損問題而又沒有入住安老院舍的長者提供照顧。服務的重點是給予護老者更多支援，尤其是在協助長者進行日常起居活動方面。新的服務形式以現有的家務助理隊為基礎，但每隊負責的個案較少，以便加強對長者的起居照顧，此外，也會安排更多義工提供送餐和接送服務。義工的支援服務，可通過修訂的長者活動中心模式加以統籌。
- 3.71 **長者社區中心**—作為開放給長者活動的設施，此外也會成為長者義工為市民提供諮詢服務的中心點。現有的長者服務中心會保留，並演變為擴充的社區中心，提供膳食和社交支援，舉辦特別設計的社交康樂活動以照顧長者的心理和消閒需要，並帶領長者認識其他社區。
- 3.72 **長者基層護理中心**—將會成為協調和提供基層醫療、社康護理服務的中心點，服務對象是在社區生活和住在安老院舍的長者。具體來說，這些中心會為家居日間護理服務隊、日間護理中心和安老院舍提供基層醫療指導和支援，以支援社區老人評估小組的評估工作中層醫療護理工作。長者基層護理中心會由現有的長者健康中心演變而成，並以會員制度提供服務。

⁵¹ 第一冊第 10 節。

4. 基礎方案

概論

- 4.1 我們根據住院照顧和社區支援服務應採用持續照顧模式的概念，擬定了一個基礎方案，用以推算香港長者需要多少照顧服務。推算數字只供長遠規劃之用，不應作為執行指引。基礎方案以第 3 節所述的幾項假設為前提，展示了按一九九六年長者人口而提供的服務組合概況。在基礎方案下，我們也為不同年齡組別的長者制訂了規劃比率，方便為日後的長者人口預計所需要提供的服務。
- 4.2 除了基礎方案外，我們也擬定了另外兩個方案，以研究不同的服務組合，對於提供多少服務和服務成本有甚麼影響；在進行研究時，我們以哪個服務組合最能符合“老有所屬”、“家庭的角色”、“持續照顧”及“以不同形式提供服務”的四大原則為準。

能力缺損程度與可獲得的非正式照顧⁵²

- 4.3 正如第 2 節所述，我們根據社區調查和住院長者調查所蒐集的資料，確定不同年齡組別長者的能力缺損程度和獲得非正式照顧的情況，然後按長者的需要，建議為正式服務的水平。
- 4.4 表 12 按長者的能力缺損程度和獲得照顧的情況，列出有關的分析數字⁵³。

⁵² 第二冊第 4 節。

⁵³ 各年齡組別在這方面的數字載於第二冊的附錄。

4. 基礎方案（續）

表 12：香港長者人口的能力缺損程度／獲得照顧的情況
（社區調查和住院長者調查的總計結果）⁵⁴

60 歲或以上						
能力缺損程度	獲得照顧的情況					總計
	至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但其他兼職工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧	至少有一名並不同住的護老者給予照顧	無人照顧	
5b	5 156	0	3 874	0	14	9 043
5a	6 438	437	3 437	873	7 811	18 995
4	2 564	0	873	0	5 710	9 147
3	13 360	1 282	7 765	437	3 045	25 888
2	10 669	845	5 976	0	7 770	25 260
1	85 589	7 712	50 485	1 282	16 698	161 765
0	569 099			70 518		639 617
						889 717

附註：數字四捨五入，取其整數。

基礎方案

提供的服務⁵⁵

- 4.5 我們根據香港長者的能力缺損程度／獲得照顧的情況，提出了基礎方案⁵⁶的照顧計劃，然後轉化為表 13 所載的建議服務量。

⁵⁴ 在社區生活和住在院舍長者的數目，見第二冊附錄的表 4、5 和 6。

⁵⁵ 第二冊第 5 節。

⁵⁶ 本行政摘要第 2 節表 6。

4. 基礎方案（續）

表 13：建議提供的服務

基礎年份：一九九六

正式照顧服務類別	建議服務人數	建議服務人數					現時服務人數	估計會服務的 65 歲或以上長者人數 ⁵⁷
		單位	60—64 歲	65—74 歲	75 歲或以上	60 歲或以上		
住院照顧	長者	1 954	7 043	24 842	33 839	31 885	一九九七年三月三十一日 41 243〔1〕	一九九七年三月三十一日 42 357〔2〕
日間護理	長者	0	409	873	1 282	1 282	1 040〔3〕	1 480〔3〕
家居照顧	長者	2 438	9 021	24 264	35 723	33 285	8 882〔4〕	6 344〔5〕
長者社區中心	長者	46 675	82 923	53 849	183 447	136 773	111 888〔6〕	172 345〔7〕
總計	長者	51 067	99 396	103 828	254 291	203 225	163 053	222 526

〔1〕 包括 6 659 個安老院宿位、7 629 個護理安老院宿位、987 個長者宿舍宿位、2 041 個自負盈虧安老院舍宿位、1 772 張護養病床、22 155 個私營安老院舍宿位（其中 1 200 個是買位。）

〔2〕 包括 20 202 個受資助宿位（按 65 歲或以上長者每 1 000 人設 32 個宿位的規劃比率計算）和 22 155 個現有的私營安老院舍宿位。

〔3〕 以每個日間護理中心設 40 個名額計算。

〔4〕 按現有的 122 支家務助理隊計算，每隊負責 91 宗個案，其中 80% 是長者的個案。

〔5〕 按現有的 122 支家務助理隊計算，每隊負責 65 宗個案，其中 80% 是長者的個案。

〔6〕 根據一九九七年三月三十一日的數字，長者服務中心有 27 個，每個有 1 042 名會員，而長者活動中心有 198 個，每個有 423 名會員。由於未有最新數字，會員人數以一九九六年三月三十一日的數字作準。

〔7〕 按長者活動中心和長者服務中心的規劃比率計算（長者活動中心的比率是每 2 000 名 65 歲或以上長者設一間中心，截至一九九六年三月三十一日，每個中心所服務的會員有 423 名；長者服務中心的比率是每 17 000 名 65 歲或以上長者設一間中心，截至一九九六年三月三十一日，每個中心所服務的會員有 1 042 名）。根據綜合規劃比率，每 1 000 名 65 歲或以上的長者有 273 人是中心的會員。

4.6 基礎方案建議提供的住院照顧服務和現有的住院照顧服務，大致上是足夠的。不過，基礎方案建議的服務對象，與現時使用住院照顧服務的長者不同。在基礎方案下，只有能力缺損程度達第 3 級或以上的長者，才會獲得服務。重訂住院照顧服務的對象和改建安老院舍，以便按建議的模式為長者提供適當的照顧，仍需假以時日，待安老院舍的新訂入院準則實施，以及能力缺損程度較低的長者去世或重返社區生活後，才可付諸實行。

⁵⁷ 計算方法是把現行的規劃比率，乘以一九九六年年中估計的 65 歲或以上長者人口（根

據政府統計處“一九九七年人口預測”，這類長者有 631 300 人)。

一九九七年十一月二十日

35

4. 基礎方案（續）

4.7 建議提供的社區服務，遠較現有的服務為多，反映出社區服務最需要擴展。我們在上文探討是否有需要推行持續照顧的模式時，已特別提出這一點。

規劃比率

4.8 表 14 列出基礎方案的規劃比率，這些比率是按建議提供的服務和一九九六年的長者人口計算的。

表 14：基礎方案的建議規劃比率

正式照顧服務類別	單位	按年齡組別劃分的建議規劃比率					現行規劃比率（截至一九九七年三月三十一日）	每 1 000 名 65 歲或以上長者實際獲提供的服務（截至一九九七年三月三十一日）
		60—64 歲	65—74 歲	75 歲或以上	60 歲或以上	65 歲或以上		
住院照顧	為每 1 000 名長者提供的宿位數目	8	18	109	38	54	32*	54 [⊕]
日間護理	為每 1 000 名長者提供的名額數目	0	1	4	1	2	2	2
家居照顧	每 1 000 名長者中獲提供服務的人數	9	22	106	40	57	—	14
長者社區中心	為每 1 000 名長者提供的名額數目	181	206	235	207	291	273	177

註：數字四捨五入，取其整數。

* 只計及受資助的安老院舍宿位

⊕ 包括私營安老院舍的宿位

4. 基礎方案（續）

- 4.9 長者年齡越大，規劃比率也越高，其中以 75 歲或以上長者的比率最高，這一點顯示能力缺損程度與年齡互有關連。一如所料，60 歲至 64 歲長者所需要的服務較少。

建議提供的服務所需成本

- 4.10 各類服務的估計單位成本，撮述於表 15。這些數字根據本行政摘要第 2 節概述的多項假設而計算出來，這些假設的詳情見研究報告第二冊。

表 15：各類服務每年的單位成本

服務類別	單位	營辦成本減樓宇成本	樓宇成本(市值)	單位成本總計
住院照顧	宿位	\$120,288	\$48,101	\$168,389
日間護理	名額	\$70,768	\$24,734	\$95,502
家居照顧	人數	\$29,855	\$5,268	\$35,123
長者社區中心	名額	\$2,825	\$1,248	\$4,073

- 4.11 住院照顧服務的單位成本，是以護理安老院每個宿位每年 124,926 元成本及護養院每個宿位每年 212,968 元成本的加權平均數，另加療養院照顧補助金而計算出來。
- 4.12 長者需要多少家居照顧服務，視乎他們的能力缺損程度和獲得非正式照顧的程度而異，因此，家居照顧服務的單位成本會有很大波動。
- 4.13 我們根據建議提供的服務和各類服務的估計單位成本，計算了服務總成本，現載於表 16。

4. 基礎方案（續）

表 16：服務成本

正式照顧 服務類別	單位	單位成本 (每年金額)	擬議服務的每年成本（百萬元）			
			60—64 歲	65—74 歲	75 歲或以上	總計
住院照顧	宿位	168,389	262.5	1,169.9	4,265.6	5,698.1
日間護理	名額	95,502	0	39.0	83.4	122.4
家居照顧	人數	35,123	85.6	316.9	852.2	1,254.7
長者社區 中心	名額	4,073	190.1	337.8	219.4	747.3
總計			538.3	1,863.6	5,420.6	7,822.5
每名長者平均成本（每年金額）			2,082	4,630	23,691	8,791

- 4.14 為滿足長者的需要而提供各類服務的總成本，約為 78 億元，其中 69% 會用於為 75 歲以上的長者提供服務。這個金額不能與政府目前的開支直接比較，因為當中包括了：私營機構提供服務的成本、服務使用者繳付的費用、其他沒有受資助的成本，以及政府開支數字未有反映出來的土地和樓宇成本。
- 4.15 住院照顧服務佔總成本的 73%，為 75 歲或以上長者提供的住院照顧服務，則佔總成本的 55%。
- 4.16 雖然這些成本數字偏高，但如能在長者使用服務方面加強協調，改善各項服務之間的協調，摒棄現時的資源投入管制模式而改用買位模式，並將長期需要照顧的長者由療養院轉往安老院，將有助節省成本。

預計需提供多少服務和所需成本

- 4.17 我們按服務的類別、年份和長者的年齡組別，預測在十年內需提供多少服務和所需成本，計算方法是將建議的規劃比率，乘以長者人口的預測數字和按一九九六年價格計算的單位成本。在規劃年期內，按服務類別和年齡組別計算的每年平均服務增幅，載於表 17。按服務類別和年齡組別而預計在二零零六年需提供的服務，載於表 18。

4. 基礎方案（續）

表 17：一九九六至二零零六年的服務增幅

正式照顧服務 類別	每年平均增幅			
	60—64 歲	65—74 歲	75 歲或以上	總計
住院照顧	0.21%	1.39%	4.88%	4.00%
日間護理	0%	1.39%	4.88%	3.88%
家居照顧	0.21%	1.39%	4.88%	3.81%
長者社區中心	0.21%	1.39%	4.88%	2.26%

- 4.18 整體來說，每類服務的每年平均增幅估計約為 4%（長者社區中心的服務除外），60 至 64 歲這個年齡組別的增幅較小，只有 0.21%。服務有所增加，是由於有需要提供服務以滿足 75 歲或以上長者的需要。
- 4.19 假設單位成本不變，根據規劃模式的預測，服務總成本在未來十年每年平均會實質增加 4%。服務成本的每年平均增幅，直接反映服務的增幅。

表 18：預計在二零零六年需提供的服務

正式照顧服務 類別	單位	需提供的服務			
		60—64 歲	65—74 歲	75 歲或以上	60 歲或以上
住院照顧	宿位	1 988	8 081	39 999	50 067
日間護理	名額	0	469	1 406	1 875
家居照顧	名額	2 480	10 350	39 069	51 900
長者社區中心	名額	47 487	95 140	86 705	229 332

另類方案⁵⁸

- 4.20 基礎方案提出了為滿足長者需要而設計的一套服務組合，有關服務可以有各種組合，至於哪個組合最為適當⁵⁹，專業人士之間也意見紛紜。每個方案都有一套按照政府的政策而選擇的服務組合，而決定各項服務的優先次序是複雜的問題，也關繫到許多人的利益，故此難免會有爭論。

⁵⁸ 第二冊第 6 節。

⁵⁹ 第二冊第 5 節表 23。

4. 基礎方案（續）

4.21 除了基礎方案以外，我們也在報告內列出其他兩個方案，說明政府如採用該等方案，對於應提供多少照顧服務以滿足長者的需要和有關的成本，會有甚麼影響。

提供的服務

4.22 表 19 顯示，另類方案一把照顧長者的責任，由非正式的護老者轉移給提供正式照顧服務的機構。這方案建議為沒有獲得非正式照顧或只獲得有限度非正式照顧，而能力缺損程度較低的長者提供更多服務，並向能力缺損程度較高而只有一位從事兼職的護老者給予照顧的長者，提供住院照顧服務。

4.23 表 20 顯示，對於基礎方案建議提供住院照顧服務的部分長者，另類方案二則建議提供社區支援服務，從而減少長者入住安老院舍的比率。

表 19：能力缺損程度與可獲得的非正式照顧（另類方案一）

能力缺損程度	獲得照顧的情況				
	至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他兼職工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧	至少有一名並不同住的護老者給予照顧	無人照顧
5b	DC	RC	RC	RC	RC
5a	DC	RC	RC	RC	RC
4	DC	DE	RC	RC	RC
3	DC	DE	RC	RC	RC
2	CC	CC	DC	DE	DE
1	CC	CC	CC	DE	DE
0	CC	CC	CC	CC	CC

註：RC = 住院照顧服務 DC = 家居照顧服務 DE = 日間護理服務 CC = 長者社區中心服務

4. 基礎方案（續）

表 20：能力缺損程度與可獲得的非正式照顧（另類方案二）

能力缺損程度	獲得照顧的情況				
	至少有一名同住而且沒有其他工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他兼職工作的護老者給予照顧	至少有一名同住但有其他全職工作的護老者給予照顧	至少有一名並不同住的護老者給予照顧	無人照顧
5b	DC	DC	RC	RC	RC
5a	DC	DC	RC	RC	RC
4	DC	DE	DE	RC	RC
3	DC	DE	DE	RC	RC
2	CC	CC	CC	CC	DC
1	CC	CC	CC	CC	CC
0	CC	CC	CC	CC	CC

註：RC = 住院照顧服務 DC = 家居照顧服務 DE = 日間護理服務 CC = 長者社區中心服務

規劃比率

- 4.24 就另類方案一建議提供的服務來說，家居照顧和長者社區中心服務的規劃比率，都比基礎方案為低。雖然另類方案一建議為能力缺損程度屬第 5 級，而且有一名同住但從事兼職的護老者給予照顧的長者，提供住院照顧服務，但由於有此情況的長者人數不多，因此，住院照顧服務的規劃比率，仍然與基礎方案相同。不過，為 65 歲或以上的長者提供日間護理服務的規劃比率，是每 1 000 人設 43 個名額（見表 21），較基礎方案下每 1 000 人設 2 個名額的比率高得多。

4. 基礎方案（續）

表 21：規劃比率（另類方案一）

		規劃比率							目前情況（截至一九九七年四月）
		另類方案一					基礎方案		
正式照顧服務類別	單位	60—64歲	65—74歲	75歲或以上	60歲或以上	65歲或以上	65歲或以上	65歲或以上	
住院照顧	每 1 000 名長者計的宿位數目	8	18	110	39	54	54	32*	
日間護理	每 1 000 名長者計的名額數目	18	21	73	30	43	2	2	
家居照顧	每 1 000 名長者中獲提供服務的人數	12	24	90	38	53	57	—	
長者社區中心	每 1 000 名長者計的名額數目	174	190	191	185	261	291	273 ⁺	

註：數字四捨五入，取其整數。

* 只計及受資助安老院舍的宿位。

+ 按長者活動中心和長者服務中心名額計算。

4.25 相對於基礎方案，另類方案二大大增加所需的日間護理中心名額。此外，由於以社區支援服務取代住院照顧服務的關係，因此所需要的安老院舍宿位也減少，這一點已在另類方案二的規劃比率中反映出來（見表 22）。

4. 基礎方案（續）

表 22：規劃比率（另類方案二）

正式照顧服務類別	單位	規劃比率						基礎方案	目前情況（截至一九九七年四月）
		成本不變							
		60—64歲	65—74歲	75歲或以上	60歲或以上	65歲或以上	65歲或以上	65歲或以上	
住院照顧	每 1 000 名長者計的宿位數目	2	12	86	28	40	54	32*	
日間護理	每 1 000 名長者計的名額數目	5	6	27	11	16	2	2	
家居照顧	每 1 000 名長者中獲提供服務的人數	9	22	106	40	57	57	—	
長者社區中心	每 1 000 名長者計的名額數目	181	206	235	207	291	291	273 ⁺	

註：數字四捨五入，取其整數。

* 只計及受資助安老院舍的宿位。

+ 按長者活動中心和長者服務中心名額計算。

服務成本

- 4.26 另類方案一的估計服務成本是 102 億元，包括樓宇成本在內。照顧長者的責任由家庭轉移給服務機構，使日間護理名額的需要大為增加。日間護理是這個方案中成本第二高的服務，是導致服務成本大增的主因。
- 4.27 不過，在這個方案下，日間護理中心為能力缺損程度屬第 3 或 4 級的長者提供支援的水平，有別於為能力缺損程度屬第 1 或 2 級的長者提供的支援。由於後者沒有前者那麼依賴別人照顧，日間護理中心為後者提供切合需要的支援服務，所需成本會較低。規劃模式未有顧及日間護理中心因此而減低成本這一點。
- 4.28 根據另類方案二的建議，在社區生活的長者，會獲提供成本較低的社區支援服務，代替成本高昂的住院照顧服務，因此，這方案的服務總成本與基礎方案比較，減至 76 億元。

4. 基礎方案（續）

- 4.29 在這個方案下，日間護理中心有需要為能力缺損程度屬第 3 或 4 級的長者，以及能力缺損程度屬第 5a 及 5b 級的長者，提供不同水平的支援。由於後者較前者更依賴他人照顧，他們可能需要日間護理中心提供切合需要的服務。規劃模式沒有顧及日間護理中心因此而增加成本這一點。

5. 撥款情況

概論

- 5.1 在香港，長者服務的成本大多由政府支付。服務使用者目前只需支付一小部分成本，另外慈善捐款也提供一些補助。
- 5.2 由於基礎方案的服務成本與政府目前的開支有距離，加上政府資源有限，以及政府的政策規定，公共開支的增幅不得超過本地生產總值的增幅，因此，政府在決定提供多少服務最為恰當時，必須考慮其他提供服務的情況，以及在服務類別和服務對象方面作出的選擇，會有甚麼影響。
- 5.3 本節探討支付長者服務成本所需款項的來源、兩種提供服務方案的估計收支差距，以及應付服務成本的不同撥款情況。另外，本節也特別指出有需要減低服務的單位成本，務求可縮小收支差距。

款項來源⁶⁰

- 5.4 長者住院照顧服務和社區服務的已知款項來源包括：
- 政府開支；
 - 服務使用者繳付的費用（即服務費）；以及
 - 慈善捐款。

政府開支

- 5.5 在一九九六這個基礎年份，政府用於長者社會福利服務的預算開支是每年 23 億元。表 23 撮述政府開支的組成部分⁶¹。

⁶⁰ 第三冊第 2 節。

⁶¹ 政府用於長者服務的每年預算開支不包括政府獎券基金的撥款，因為撥款主要用於支付新計劃的資本成本。由於政府開支總預算包括了樓宇的機會成本，如果把政府獎券基金撥款包括在每年預算內，便會出現雙重計算的情況。

5. 撥款情況（續）

表 23：估計政府目前用於長者福利服務的開支（一九九六至九七年度）

說明	參考	每年開支（百萬元）
長者服務撥款	一九九六至九七年度管制人員報告，經社會福利署財務部修訂	1087.8
醫務社會服務撥款	一九九六至九七年度管制人員報告，經社會福利署財務部修訂	72.8
長者家務助理服務撥款	一九九六至九七年度管制人員報告，經社會福利署財務部修訂	178.8
建議中護養院的每年預算經常開支	衛生署－護養院計劃	199.6
醫院療養病床撥款	醫院管理局－一九九六至九七年度 500 張療養病床的撥款 ⁶²	171.9
樓宇市值租金	差餉物業估價署－40－69.9 平方米的私人住宅平均租金（一九九七年四月） ⁶³ 公共租住屋邨住宅租金	568.0
總計		2,278.9

5.6 以政府統計處發表的人口數字⁶⁴計算，每年 23 億元的開支，相等於每名長者 2,561 元。如果政府繼續每年為長者服務動用這個數目的開支，則按政府統計處的人口預測⁶⁵數字計算，政府的長者福利服務總開支，在一九九六年至二零零六年間每年平均增加 2%，因此，到二零零六年，總開支會達到 27 億 9,900 萬元。

5.7 上述開支每年平均增加 2%，而在同一期間，基礎方案的服務成本則每年平均增加 3.82%，後者高於前者，是因為已計及長者人口的增加和長者平均年齡的增長，而政府開支的每年平均增幅，只計及長者人口的增加。

⁶² 以衛生福利局提供的資料作依據。

⁶³ 政府統計處“統計月刊”，一九九七年四月。

⁶⁴ 政府統計處“一九九七至二零一六年香港人口預測”。

⁶⁵ 政府統計處“一九九七至二零一六年香港人口預測”。

5. 撥款情況（續）

服務使用者繳付的費用

- 5.8 我們根據社區調查和住院長者調查所得資料，並以長者應按能力繳付費用作為前提，去評估使用服務的長者繳付費用的能力。根據這項評估工作（受到若干限制），我們估計了服務使用者可以繳付多少費用以分擔服務成本。
- 5.9 根據社區調查和住院長者調查所蒐集的資料，並基於某些假設，我們估計在一九九六的基礎年份內，使用服務的長者繳付的費用共達 9 億 3,500 萬元。這個總金額的分項數字，現按年齡組別和服務類別顯示，載於表 24。

表 24：基礎方案服務費收入（一九九六年）

正式照顧 服務類別	單位	每名服務使 用者平均繳 費每年（金 額）	提供擬議服務 每年可收取的費用（百萬元）			
			60—64 歲	65—74 歲	75 歲或 以上	總計
住院照顧	宿位	12,361	32.1	92.6	293.6	418.3
日間護理	名額	3,692	—	3.1	1.7	4.7
家居照顧	人數	3,706	18.7	59.1	54.6	132.4
長者社區 中心	名額	2,071	150.8	170.1	59.1	380.0
總計			201.6	324.9	409.0	935.4
每名長者平均繳付的費用（金額／ 每年）			780	807	1,788	1,051

- 5.10 由於在估計可收取的費用時，所依據的資料有若干局限，因此有關的估計數字，未必能夠準確反映使用服務的長者分擔服務成本的能力。

5. 撥款情況（續）

- 5.11 在社區生活的長者的收入，以社區調查⁶⁶中受訪者自報的資料作依據，這些資料可能不真確，而且長者的資產和家人的財政支持也沒有包括在內。此外，雖然社區調查的樣本可以代表所有長者人口，但是調查樣本當中，能力缺損程度不同的各類長者為數不多，特別是那些年齡較高而能力缺損程度又較高的長者。
- 5.12 住院長者調查所得資料中，唯一與這些長者收入水平有關的，就是領取綜合社會保障援助（綜援）的人。我們在進行調查時，並沒有就長者的能力缺損程度與他們領取綜援的關係收集資料。
- 5.13 為斷定住在安老院舍的長者的收入概況，我們作出了以下假設：
- 住院長者調查發現的領取綜援金長者比例，足以代表領取綜援長者在所有住院長者中所佔比例，而且有關人數是在各個年齡組別和能力缺損程度的住院長者中平均分佈的；
 - 領取綜援的住院長者有 71% 每月收入介於 2,000 元至 2,999 元之間；
 - 餘下的 29% 住院長者每月收入在 3,000 元至 3,999 元之間。
- 5.14 根據住院長者調查所得資料和上述各項假設而得出的長者收入概況，未必可以正確反映目前住在安老院舍的長者分擔服務成本的能力。
- 5.15 上述數字沒有計及服務需求的彈性。在實際上，需要服務而有能力分擔部分服務成本或支付全部服務成本的長者，本身會決定是否願意繳付費用，抑或會使用非正式服務去滿足本身的需要。舉例來說，有資格入住安老院舍的長者如果負擔得來的話，可能選擇僱用傭人同住，而不願離家。同樣，因為獨居而有資格使用長者社區中心的長者，可能選擇依靠親友給予心理健康支援，而不願繳付費用參加社區中心的活動。
- 5.16 如果人們因為不願意繳付費用而選擇不使用服務，那麼，從繳費所得的收入，會較人們選擇使用服務時為少，不過，服務總成本同樣也會減少。如果選擇不使用服務的人，是那些只能承擔部分服務成本的人，則服務總成本的減幅，便會較費用總收入的減幅為高，原因是服務的單位成本，會少於服務使用者繳付的費用。

⁶⁶ 在調查中報稱的收入來源包括：薪金（本人）、退休金（本人）、儲蓄／投資（本人）、租金收入（本人）、配偶、子女／女婿／媳婦、子孫、親戚、綜援金、高齡津貼、傷殘津貼及其他。

5. 撥款情況（續）

- 5.17 由於服務需求是有彈性的，因此可通過收費來影響使用服務的行為，以及影響需要提供的非正式服務的總成本。舉例來說，住院照顧服務這一類成本較高的服務的收費，可以訂於較高水平，以推動長者改用較廉宜的服務（如日間護理或家居照顧服務）來滿足需求。
- 5.18 基礎方案的分析結果顯示，服務費的收入可能達 9 億 3,500 萬元。雖然計算這個金額所依據的資料有若干局限，以致這金額不能視作可收取多少服務費的正確指標，但由於目前“確認的服務費收入”⁶⁷每年只有 2 億 4,200 萬元⁶⁸，而且在作出分析時，也未有全面計及需要正式服務的長者的資產和家庭收入，我們相信服務使用者仍可多承擔一些費用，尤其是社區服務的費用。

來自慈善捐款的款項

- 5.19 慈善捐款的數額難以確定，與服務總成本相比，顯得微不足道。有鑑於此，我們在考慮如何應付服務成本時，沒有把慈善捐款計算在內。

收支的差距⁶⁹

- 5.20 本節探討為長者提供所需的正式照顧服務的成本，與可用款項之間的差距，並說明當局有需要研究在服務類別和服務對象方面作出的選擇，會造成甚麼影響。
- 5.21 在不同方案下，收支差距也不同。從表 25 可見，基礎方案下可供使用的款項，預計較服務成本（包括樓宇成本）少 46 億元。

⁶⁷ 確認的收入／開支“指計算服務單位受資助水平和評估資助餘額時，所顧及的收入或開支。確認的收入／開支未必等同實際的收入／開支”。（社會福利署社會福利資助指引）。

⁶⁸ 以社會福利署提供的數字計算。

⁶⁹ 第三冊第 3 節。

5. 撥款情況 (續)

表 25：基礎方案 — 需要作出選擇的範圍



- 5.22 在未來十年內，收支差距預計會隨着長者人口年事日高而擴大。長遠來說，應鼓勵人們為退休作好打算和儲蓄，以便有較大能力支付費用。不過，在未來十年內，縱使長者為退休而積蓄的金錢有所增加，對他們承擔服務成本的能力也不會有影響，如有影響，亦屬微不足道。因此，假定政府不會增加目前的開支以完全消除差距，則政府必須考慮基礎方案以外的其他提供服務方式。
- 5.23 要減低服務成本，可以限制服務對象的人數或向有需要的長者提供成本較低的另一些服務，又或在某程度上兩者兼用。
- 5.24 政府可採用的做法有很多，每種做法都要由政府內部討論，制訂出一套有關長者需要和提供服務的機制。值得優先服務的對象之一，是 75 歲或以上年齡組別的長者，這些長者年紀愈大，身體愈差，需要使用的服務也更多，但他們的收入卻比其他年齡組別的長者為低。下文列舉另一些撥款情況，顯示如政府在不同程度上增加長者服務的開支，則可以提供多少服務和哪種服務組合。

5. 撥款情況（續）

其他撥款情況⁷⁰

- 5.25 我們列舉了數個情況，顯示在優先為最需要照顧和財政支持的長者提供服務的前提下，如何以限制服務對象人數的做法，來增減所提供的服務。在這些情況下，收支差距都縮小。
- 5.26 我們分析了基礎方案和另類方案二中，成本不變和政府開支增加 50%、100% 和 150% 的情況。“成本不變”的意思，是政府的實質開支，按每名長者計，維持在目前水平⁷¹。
- 5.27 在每種情況下，都會按長者的財政需要和獲得照顧的需要，依次為他們提供服務。當局會優先為月入少於 3,000 元而又最需要照顧的長者提供服務，直至服務的成本相等於開支指標。如果款項足以應付月入少於 3,000 元的全部長者所需服務的成本，餘下的款項會用來支付最需要照顧，而又有能力承擔部分服務成本的長者所需服務的成本，直至提供服務的成本相等於開支指標為止。
- 5.28 在各種情況下，都沒有為能夠支付全部服務成本的長者提供服務。如果樓宇成本不包括在服務成本或政府目前的開支內，為這類長者提供服務，便會擴大收支差距，原因是這類長者支付的服務費，相等於服務的全部成本，其中包括樓宇成本，如果服務成本不包括樓宇成本，則他們支付的費用便超過服務的成本。
- 5.29 在每種撥款情況下，收支差距均按下列方法計算：
- 基礎方案的總成本，減去在該撥款情況下不獲提供服務的人士
在基礎方案下原應繳付的費用
減
在該種撥款情況下可收取的費用
減
在該種撥款情況下的政府開支
- 5.30 每種撥款情況對於提供服務和收支差距方面的影響，現撮述於表 26 和表 27。

⁷⁰ 第三冊第 4 節。

⁷¹ 政府目前的開支水平，包括樓宇的機會成本在內。

5. 撥款情況 (續)

表 26：各種撥款情況概要 (基礎方案)

	提供的服務 (長者人數)				收支差距	
	住院照顧	日間護理	家居照顧	社區中心	(包括樓宇成本) (百萬元)	(不包括樓宇成本) (百萬元)
基礎方案	33,839	1,282	35,723	183,447	4,608	3,100
# 繳付全費	0	0	2,495	93,286		
基礎方案成本淨額	33,839	1,282	33,228	90,161	4,608	3,102
在基礎方案成本淨額中所佔比率						
成本不變	32%	0%	0%	0%	100%	106%
50%	60%	0%	0%	0%	75%	81%
100%	73%	57%	50%	0%	51%	52%
150%	79%	78%	78%	100%	26%	25%

表 27：各種撥款情況概要 (另類方案二)

情況	提供的服務 (長者人數)				收支差距	
	住院照顧	日間護理	家居照顧	社區中心	包括樓宇成本 (百萬元)	不包括樓宇成本 (百萬元)
另類方案二	25,201	9,920	35,723	183,447	4,393	2,960
# 繳付全費	0	0	2,495	93,550		
另類方案二成本淨額	25,201	9,920	33,228	90,161	4,393	2,960
在另類方案二成本淨額中所佔比率						
成本不變	44%	0%	0%	0%	100%	107%
50%	74%	23%	0%	0%	74%	80%
100%	74%	70%	60%	0%	48%	49%
150%	85%	70%	78%	100%	22%	20%

- 5.31 成本不變的情況顯示，政府開支只能應付所需的住院照顧服務的小部分成本。在基礎方案下，如成本不變，只能有 10 981 名長者獲提供住院照顧服務，而需要這種服務的長者卻有 33 839 名。在另類方案二之下，需要住院照顧服務的長者較少，而獲提供住院照顧服務的長者人數，則與基礎方案相同。沒有餘款可供其他服務之用。

5. 撥款情況（續）

- 5.32 政府的撥款只足以提供如此有限的住院照顧服務，而且更不能提供社區照顧服務，原因在於能力缺損程度偏高的長者人數眾多，其中大部分正住在私營安老院舍，而對於住在私營院舍的這類長者，政府目前除發放綜援外，沒有給予其他援助。此外，為這類長者提供足夠的住院照顧服務的單位成本，會較受資助的住院照顧服務目前平均的單位成本為高，因為受資助院舍內能力缺損程度偏低的長者人數較多。
- 5.33 只向少數長者提供住院照顧服務，而又不提供社區照顧服務的情況，可能導致長者醫療服務的成本增加，因為有需要的長者會尋求醫療服務以代替社區服務。此外，這個情況也會使住院照顧服務的需要增加，原因是缺乏社區服務，可能引致長者的能力缺損程度加劇。
- 5.34 這一點顯示有需要把政府開支的增幅，集中用於最需要照顧和財政支援的長者身上，為他們提供合乎水準的住院照顧服務，同時又最低限度維持目前的社區服務水平。

縮小收支差距的其他可行方法⁷²

- 5.35 除了研究如何在提供服務與服務對象方面作出選擇，以便縮小收支差距之外，政府還應探討其他方法，把服務成本盡量減低，並增加服務使用者繳付的費用。
- 5.36 政府如果逐漸趨向於購買服務，並消除受資助和私營安老院舍的分界，藉此在市場引入競爭，可能有助提高成本效益和服務質素。在其他國家，引進競爭已證明可降低服務成本，原因是服務機構都設法以更有效率的方式提供服務。
- 5.37 一旦市場上出現競爭，政府作為服務的主要購買者，便有能力議定為期更長的合約和反映長者服務實質成本的較低費用。
- 5.38 當局應研究有甚麼新方法可降低樓宇成本，因為這項成本是導致服務的單位成本偏高的主因。
- 5.39 長遠來說，政府應考慮重新發展地價較高的私人住宅區內的安老院舍，把它們遷往公共租住屋邨的設施內，原因是在這些屋邨營辦安老院舍的機會成本較低，而且長者人口有 50% 居於公共租住屋邨。根據“老有所屬”的政策，並為了消除長者對入住安老院舍的不安感，當局應研究可否在沒有能力缺損問題的長者和 60 歲以下人口所住的屋邨內，提供這類設施。

⁷² 第三冊第 4 節。

5. 撥款情況（續）

- 5.40 政府如推行措施，鼓勵更多家庭與家中長者同住，使非正式護老者人數得以增加，將有助減少入住安老院舍長者的人數和減低提供服務的成本。這些措施應在公共房屋編配政策中適當地反映出來，此外，現有的家庭生活教育計劃也應加強，以鼓勵更多家庭與家中長者同住。
- 5.41 爲了縮小收支差距，政府應考慮實施一些政策，提高服務使用者繳付的費用。社區調查使我們清楚知道，在照顧能力有缺損的長者和給予他們財政支持方面，家庭扮演了重要的角色，舉例來說，調查結果顯示，有 71% 受訪長者正得到或期望得到子女在財政上給予支持。以家庭目前提供財政支持的水平來看，政府應考慮採取政策，根據下列情況來斷定長者負擔正式服務費用的能力：
- 長者的資產和收入；以及
 - 長者家人的收入和資產。
- 5.42 許多國家都進行收入及資產狀況審查，可能會詳細調查申請人的資產，然後才決定是否給予公共援助。有些國家，例如法國和新加坡，則需要長者的家人分擔長期照顧長者的費用。
- 5.43 要盡量減低正式服務的成本，必須訂立明確的評估準則並嚴格執行，確保真正有需要的人士才會獲得服務，除非服務使用者願意支付服務的全部成本（包括土地成本），則作別論。

撥款的優先次序⁷³

- 5.44 本節所述各項撥款情況的前提，是優先向最需要照顧和財政支持的長者提供服務。在這個前提下，以及從政府目前的開支水平、爲滿足需要而應提供的各類服務、提供服務的成本這些方面來看，有很多撥款情況都會導致沒有足夠款項可全數提供各類服務。
- 5.45 由於各類服務都要增加，在規劃個別服務的撥款額時，宜維持目前的撥款水平，如額外撥款，則按指定的優先次序進行。此外，爲各項服務提供撥款時，必須理解的一點是，即使有款項可供使用，但由於取得所需資源（如樓宇和人手等）有一定限制，所以要改進和增加服務，須待一段時間方見成效。

⁷³ 第三冊第 4 節。

5. 撥款情況（續）

5.46 我們建議的優先次序如下：

- 鼓勵私營機構提供質素可接受的住院照顧服務，第一步設於公共屋邨內，並通過買位方法（買位價格反映出提供符合質素的服務所需成本），使服務質素欠佳的私營安老院舍的住院長者，可遷往新設的安老院舍。
- 由房屋署提供適合房屋，同時又增加社區服務，特別是家居照顧服務，讓能力缺損程度較低的長者可留在社區或重返社區生活。
- 隨着安老院舍宿位供應量增加，現有的安老院可進行翻新，以便照顧更多有嚴重能力缺損情況的長者，並且把住在高地價住宅區的安老院舍，而又合資格入住公共屋邨的長者，遷往公共屋邨的安老院舍。住宅區內的安老院舍接着可出售作重建用途，所得款項可用於購買院舍宿位或增加社區支援服務。

6. 鼓勵私營機構營辦服務⁷⁴

現有的私營院舍

- 6.1 目前，安老院舍有一半以上由私營機構開辦，主要的服務對象是收入較低的長者。收入較高的長者，基本上由家庭傭人照顧。在社區生活而報稱收入為 20,000 元或以上的長者當中，有 35% 由家庭傭人照顧，收入少於 8,000 元的長者，只有 13% 僱有傭人。
- 6.2 衛生福利局、社會福利署和不少其他人士都認為，私營安老院舍目前提供的住院照顧服務質素偏低，而正式的社區服務亦有所不足。因此，實有需要改善私營安老院舍的住院照顧服務，以便提高服務質素，另外也需要進一步發展正式的社區服務。

私營機構開辦服務的障礙

- 6.3 在香港，私營機構開辦照顧長者的服務有若干障礙，現簡述如下：
- 6.4 **自費的住院照顧服務的市場有限。**從社區調查的結果和規劃模式的各項假設來看，需要住院照顧服務的長者，無人能夠支付這類服務的全部成本。
- 6.5 **服務的開辦成本高，但須與低成本／低質素服務競爭。**在香港，購買／租用樓宇成本高昂，令不少有意開辦安老院舍的機構卻步。人手短缺的問題，也加重了開辦安老院舍的財政負擔。
- 6.6 **找尋適當地點／樓宇有困難。**現有私營安老院舍的院址，一般不適合用以提供質素可接受的服務。社會福利署對於安老院舍所座落樓宇的規格訂有嚴格指引，使有意營辦，須符合發牌條件的機構，更難覓得適合的樓宇。一般住宅樓宇最低限度須經過翻新才符合條件。與建築師和發展商討論的結果顯示，最能夠符合政府規定和提供優質服務這項要求的，是特別為開辦安老而興建的樓宇。

鼓勵私營機構營辦服務的方法

- 6.7 安老院舍是由供應帶動的行業，需要政府參與推動其發展。如能表明政府的政策是鼓勵私營機構提供服務，對於推動這行業的發展非常重要，也可顯示政府對服務機構有甚麼承諾和支援。

⁷⁴ 第三冊第 5 節。

6. 鼓勵私營機構營辦服務（續）

- 6.8 我們已建議政府改變做法，轉為向服務質素達到基本標準的私營和受資助機構購買服務。這樣做會把市場擴大，從而吸引更多私營機構提供住院照顧服務。如果消除公營與私營安老院舍的分界，便可進一步減少私營機構開辦院舍的障礙。在這個基礎上，私營機構和現有的非政府機構可以提供所需的額外服務。有了競爭，服務質素自然亦會改善。
- 6.9 為配合購買服務的措施，政府應訂立基本的服務標準並制訂政策，盡量減少來自低成本／低質素服務的競爭。向安老院舍實施的新發牌計劃十分重要，應逐漸推展，加入有關照顧住院長者的措施。
- 6.10 如果政府與服務達到指定質素的機構簽立長期合約，便可進一步減少私營機構開辦安老院舍的風險。在長期合約下，私營機構只要能夠繼續提供達到規定標準的服務，便有時間收回投資成本。訂立規模適當的合約，也使培訓職員的工作可取得成本效益。
- 6.11 開辦服務的最大成本是樓宇成本。由於政府擁有香港的全部土地，因此，政府或可透過招標程序：
- 讓私營機構以其認為足以收回開辦成本的價錢買地；以及
 - 讓私營機構以其認為足以收回開辦成本的價錢，租用土地／樓宇。
- 6.12 政府也可以在公共屋邨撥出地方開辦長者服務，又或在私人住宅發展計劃的賣地批約中加入一些條款（例如規定發展商須提供地方開辦長者服務的條款），藉以協助私營機構覓得適合地點／樓宇。某些土地的批約已訂有條款，規定買方必須興建若干福利服務樓宇作長者服務用途，這個構思可引伸至安老院舍方面。
- 6.13 政府撥出的土地必須經過小心選擇，確保其面積適宜開辦規模合乎經濟原則的長者服務，而使用這些服務的長者的收入水平，也配合用以開設服務的屋邨，以便盡量減少對屋邨和附近樓宇市價的影響。這個安排主要適用於安老院舍，原因是這些院舍可能有區外的長者入住。

概論

7.1 我們根據以下四個原則提出建議：

- 老有所屬—長者應與家人同住或在本身熟悉的環境居住，安享晚年；
- 家庭的角色—向長者提供“非正式照顧”是家庭的責任，而政府的責任是在有需要時提供“正式照顧”服務，以輔助由家庭提供的非正式照顧；
- 持續照顧—為長者提供連貫式的服務，以便在他們需要更多正式照顧時，盡量減少對他們造成的不便；以及
- 以不同形式營辦服務—由公營、私營及志願服務機構提供不同形式的長者服務。

7.2 “老有所屬”的政策，是一九七七年以來香港社會福利政策的基石，在一九九一年的白皮書中再次獲得肯定。這項政策以社區照顧的原則為主導，透過家庭照顧和社區支援服務，讓使用服務的長者盡可能留在社區生活。老人服務工作小組在一九九四年發表的報告指出，只有在家庭照顧和社區照顧都不能滿足體弱長者的需要時，才應提供長期住院照顧服務。在社區調查中接受訪問的長者和核心小組的成員，也表示傾向贊成這個安排。

7.3 這些建議在政策層面闡述了為滿足長者需要而應提供的各項服務的整體情況。這些建議主要是在持續照顧的模式下，對現有的服務的改善。在推行建議的改善措施時，政府內部有需要再作商討，研究實施和運作上的問題，此外，還須檢討人手水平和服務設施的分佈地點，以便為有需要的長者提供建議的服務。

政府政策

7.4 在“老有所屬”的基礎上，政府的政策不應把正式服務視為家人照顧替代品，而應視為對現有照顧安排的支援。香港的長者獲得的照顧大多是非正式照顧，而中國人傳統上敬老護老的觀念，應該保存和發揚光大。本研究中的規劃建議，都是根據這個觀念而提出的。

⁷⁵ 第一冊第 10 節。

7. 建議摘要（續）

- 7.5 我們建議的多元化服務模式，已獲本研究的工作小組和督導小組接納，認為是最適宜在香港推行的服務模式。以不同形式營辦服務，可給予服務使用者較多選擇，讓他們從公營、私營和志願機構提供的服務中作出挑選。至於購買服務者，則由於以不同形式營辦服務導致服務成本較低廉、提供服務的方法更有彈性，因此也可從中得益。
- 7.6 香港目前有各式各樣的長者服務，大部分由私營機構提供。不過，我們知道現有私營安老院舍，為亟需照顧的長者提供服務時一定的局限。鑑於以不同形式營辦服務確有好處，以及考慮到私營安老院舍服務對象的已知特點，我們建議政府就安老院舍提供服務的方法和表現，制訂和實施關於服務質素的標準，藉以推動私營院舍提供高質素服務，去滿足長者的需要。政府應考慮採取下列新措施：
- 擴大向私營安老院舍買位的計劃，所付出的價錢，應相等於受資助安老院舍按照長期合約，向長者提供服務的實質單位成本；
 - 消除受資助和私營安老院舍的分界；
 - 逐漸推展安老院舍的新發牌計劃，把關於照顧住院長者的措施包括在內；
 - 提供適宜營辦長者服務的地方，以買家／租戶認為足以收回建設成本的金額出售或出租。這項措施或可透過招標程序推行；以及
 - 增加醫療護理服務。
- 7.7 以各自為政方式提供服務，以及制訂和實施政策時沒有足夠協調等問題，在本文件內已有討論和闡述。我們建議政府按照以前成立衛生福利局長者服務組的做法，在各有關政府部門之上成立一個組織，負責協調和推行各項有關政策，以保障和促進香港長者的福祉。
- 7.8 當局目前採用規劃比率來規劃受資助的長者服務，而我們在進行這項研究時，則以滿足長者人口對照顧服務的需要為前提，得出了一些修訂的規劃比率。這些比率對於規劃有關服務會有幫助。不過，如果長者的需要有所改變，這些比率未必容許彈性地提供服務，而且當政府逐漸摒棄目前的資源投入控制模式，改為採用購買服務的做法時，這些比率的作用也會減低。到時如採用以人均開支為準的規劃方式，會比較適合，也可以更有彈性地提供服務。

7. 建議摘要（續）

- 7.9 我們的分析顯示，提供可滿足長者需要的服務所需成本，遠高於政府目前的開支。爲了盡量縮小這個差距，應根據服務使用者分擔服務成本的能力，向他們收取費用。根據我們的分析，服務使用者有能力多分擔一些服務成本，尤其是社區支援服務的成本。這表示有需要進行比目前更嚴格的經濟狀況審查。爲了在長遠來說可盡量增加費用收入，政府應鼓勵市民積蓄防老。
- 7.10 即使把服務使用者繳付的費用計算在內，提供長者服務的成本仍十分高昂，以致政府難以完全消除收支差距，因此，便須在服務組合和服務對象方面作出選擇，優先爲最需要照顧和財政支持的長者提供服務。政府作出的某些選擇可能會加重長者家人的負擔，而另一些選擇則會增加服務成本。由於財政所限，政府必須選擇本身認爲長遠來說最適合的服務組合和服務對象。

改進服務

- 7.11 持續照顧的模式，已獲本研究的工作小組和督導小組接納，認爲是適宜在香港推行的服務模式。我們建議消除護養院和護理安老院的分界，並撤消安老院宿位，把宿位改作能力缺損程度較高長者的宿位。如採用我們建議的做法，便須重訂安老院舍的入院準則，把甄別入院資格的工作交由社區老人評估小組負責，並且增加撥款，用於照顧能力缺損程度較高的長者。療養宿位主要會供長者作復康之用，而非作爲部份長期照顧服務的代替品。
- 7.12 我們也建議爲社區支援服務訂立持續照顧的模式，方法是：
- 大幅增加家居照顧服務；
 - 加強長者健康中心的作用，增加在社區內提供的醫療衛生專業支援服務；
 - 讓日間護理中心和家務助理服務合併，成爲可以靈活變通的單一服務機制；以及
 - 採用個案管理方式。

7. 建議摘要（續）

- 7.13 如採用個案管理方式，在提供優質的長期照顧服務方面可取得成本效益，而且可有效地減少入住院舍的長者人數和縮短長者住在醫院的時間。當局應通過試驗計劃，找出一個適合香港衛生福利制度的個案管理方式。
- 7.14 在經修訂後的制度下，衛生福利服務會以住院照顧、日間護理、家居照顧、長者社區中心和長者基層護理中心的形式提供。目標是加強社區支援服務，而住院照顧服務，則提供予能力缺損程度較高而又只得到有限度非正式照顧的長者。
- 7.15 家居照顧服務應由家務助理隊提供，但這項服務的目的、宗旨和資源，應改為以提供長期照顧、支援護老者和協助長者進行日常起居活動為主。要減輕家務助理隊的工作量，應研究可否發展一個為長者提供接送服務的義工網絡、把膳食和送餐服務批予外界承辦，以及發出餐券讓長者在指定的食肆進餐。
- 7.16 當局應把現有的長者服務中心和長者活動中心，以“核心與支援”的模式綜合起來，使長者活動中心成為長者服務中心的衛星中心，並把長者服務中心易名為長者社區中心。在這個模式下，規模較大的長者社區中心，會管理和協調轄下規模較小的衛星中心的人手和活動。社區中心應採用更具活力的營運方式，把特別為照顧長者的心理和消閒需要而舉辦的社交康樂活動，擴展至更大的社區層面，與市政局等機構提供的其他社區服務結合。
- 7.17 長者社區中心應作為開放式中心供長者使用，並且成為提供以下服務的中心點：
- 由長者義工負責的市民諮詢服務；
 - 處理和籌辦外展社會工作計劃；
 - 訓練及栽培長者活動中心的職員和義工；以及
 - 管理長者義工計劃，例如建立社區網絡、探訪和接送長者。
- 7.18 應把“外展”的概念廣泛應用為一種服務的策略，不應像目前一樣，僅限於作為透過外展工作隊提供、其中一種的服務方式。根據這個概念，當局會把以中心為本位的服務推展到長者家中，例如提供家居照顧服務、由派駐長者基層護理中心的醫療隊伍提供“外展”服務，以及推行義工網絡和社區網絡計劃，為長者提供服務。

7. 建議摘要（續）

7.19 基層健康護理支援對新的服務模式十分重要；為長者而設的基層醫療護理和社康護理服務，應在長者家裏、私營安老院舍和受資助安老院舍內提供。這些服務由各個長者基層護理中心派員負責。

整體情況

7.20 實施上述建議，會形成一個具有以下特徵的長者衛生福利制度：

- 以社區服務為主，包括家居照顧、由中心提供的日間護理、長者社區中心的服務，至於住院照顧服務，則提供予能力缺損程度偏高而又只得到有限度非正式照顧的長者；
- 所有福利服務，皆循統一的途徑申請；這些服務的分配由多方面的專業人員組成的評估小組管理，他們會因應長者和護老者的需要，設計適合的照顧計劃，並把落實照顧計劃的任務，轉交予個案主管負責；
- 有強大的基層醫療護理服務作為支援，由各個專責的長者基層護理中心派員前往長者家中、私營安老院舍和受資助安老院舍，為長者提供基層醫療護理和社康護理服務；
- 由私營、政府和非政府機構提供質素可以接受的各類服務，以滿足長者的需要；以及
- 服務費用由政府和服务使用者一同負擔。