

立法會福利事務委員會
2015年1月20日特別會議
安老服務計畫方案

發言書面檔：方敏生 香港大學社會科學學院教授

1 貫徹安老服務政策、強化社區善終照顧

- 1.1 要貫徹「居家安老」的政策目標需要讓長者能盡量留在熟悉的家居環境獲得適切的照顧，以至延遲入住院舍及減少進出醫院對臨終者及其家人都帶來勞累和壓力。改善家居照顧服務應加入善終支援，教導及支援家人照顧臨終長者，協調醫管局或社區基層醫療服務，提供到戶的紓緩治療和護理，加強輔導服務協助臨終者面對生命終結作心理和靈性準備，交托社會責任和惜別親友。
- 1.2 將**臨終照顧納入為資助安老院舍持續照顧**的核心服務一環，為長期護理的最終部分，與業界商討服務推行模式，配備設施和人力資源，結合延展社區安老醫療和紓緩治療，為院舍長者提供身、心、社、靈的全面臨終照顧，選擇在院舍終老。
- 1.3 地區老人中心積極**推行生死教育，強化及支持非正規社區照顧者**，組織及培訓義工及長者家人作家居護老照顧者，為長者及其家人提供面對死亡的社會心理健康和情緒支持，並協助他們作實務的善終安排，包括促進臨終者和家屬的溝通，共同商議決定臨終醫療護理的選擇、計畫身後喪事和安葬，及後提供喪親輔導支援。
- 1.4 為**照顧人員提供臨終照顧的專業培訓**。

社區善終服務可以個案為中心運用五全照護的理念，全人、全家、全程、全隊及全社區，延伸醫療照護的觸角至社區，提供優質人性化服務。

2. 回應社會需要

- 2.1. 近五年本港每年死亡人數約四萬至四萬三千人，當中 79%為 65 歲及以上人仕，而近半死者是 80 歲及以上。因長者死亡率相對高，未來**死亡人數將會因人口高齡化而急劇增加**，隨著對臨終醫療、護理、社會心理健康支援、殯葬、遺體處理各項服務和設施的需求會大大增加。

- 2.2. 因人口高齡化而引至對善終服務需求，除了是數量增加還有質性改變。(一) 因衰老、多種慢性疾病如肺炎、呼吸道疾病、腦血管病、癡呆、糖尿病而「老死」的案例增加。這些都不是現時臨終舒緩治療的主要服務物件；(二) 老-病-死，是一個可預計和準備的過程，這一代和未來的長者面對死亡都比較正面，會**主導作決定和安排**，例如立遺囑、作預設醫療指示、計畫身後喪事和安葬。
- 2.3. 每年死亡個案中有百分之九十三的死亡，約四萬宗都是在醫院死去。但是醫院要貫徹拯救生命的醫療程式，對一些**期望能安祥過逝**、不要急救、不要介入自然衰竭死亡的人仕，便變成沒有選擇。善終的目標是讓人死得安樂和有尊嚴，能否**選擇臨終照顧環境 (Place of Care) 和死亡處所 (Place of Death)** 亦很重要。再者，現時這般「醫療化」的死亡過程，會因死亡人數增加而帶來更沉重的醫療負擔。

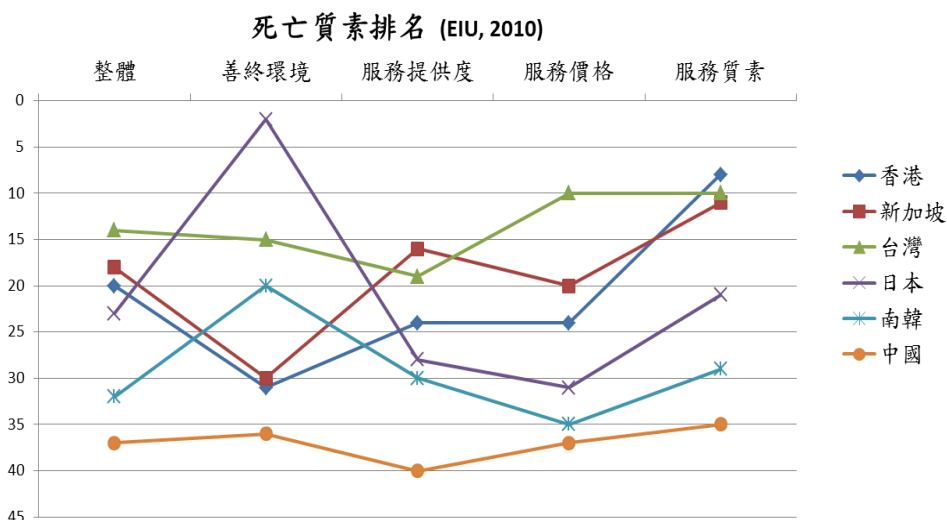
3. 制定善終政策和服務規劃

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

- 提供適切、有尊嚴和優質的死前和死後支援服務
- 控制和減少痛楚和困擾的病徵
- 有選擇的在一個熟悉的環境離逝
- 有親友陪伴

(2008 年英國善終照顧策略「好死」目標)

3.2 在 40 個國家中，**香港的善終照顧和死亡質素排名第 20 位**，遠落後於其他發達國家，包括臺灣和新加坡，而失分較大是善終環境和服務提供變。(“The Quality of Death – ranking end-of-life care across the world” Lien Foundation 2010)



3.3 全方位的善終政策範疇可包括：

- **生死教育** - 納入各級學校正規課程，以及在社區推行公眾教育
- **醫社結合的舒緩治療和護理，照顧臨終者身、心、社、靈的需要**，按他的意願定出照顧計畫，包括預設醫療指示
- **修訂法例**（包括法醫、救護車條例等）讓臨終者能留在社區終老
- **強化及支援非正規社區照顧者**，組織及培訓義工和家人
- **監管及優化殯葬服務和設施**
- **喪親及後事支援服務**
- **照顧人員的專業培訓和配套設施**

- 完 -