

高齡智障人士的 社區支援及服務需要研究

報告書
2016 年 7 月

立法會張國柱議員辦事處（社會福利界）

智障人士老齡化關注組

聯絡電郵: info@cheungkwokche.hk

office@hkswgu.org.hk

內容

	頁數
研究團隊成員.....	3
第一章：研究背景.....	4
第二章：研究目的.....	6
第三章：研究方法與研究活動.....	7
第四章：個案基本資料分析.....	9
第五章：個案簡介及綜合分析.....	11
第六章：個案危機分析.....	27
第七章：研究建議.....	30
第八章：總結.....	34
附錄一：焦點小組綜合分析 - 有關社會服務的建議.....	36
附錄二：焦點小組綜合分析 - 有關醫療的建議.....	45
附錄三：焦點小組 - 智障人士心聲.....	50
附錄四：焦點小組 - 照顧者心聲	53
附錄五：焦點小組討論大綱.....	57
附錄六：個案訪問大綱.....	67
特別鳴謝.....	70

研究團隊成員

首席研究員：黃錦賓博士 香港大學社會工作及社會行政學系榮譽助理教授

研究助理：馮小燕 立法會張國柱議員辦事處 組織事務幹事
岑紫綸 立法會張國柱議員辦事處 研究事務助理

成員：	王超敏	聖雅各福群會雅聚天地 - 地區支援中心	中心主任
	王惠芬	聖雅各福群會雅聚天地 - 地區支援中心	社工
	唐曉紅	東華三院 樂群地區支援中心	中心主任
	彭嘉敏	基督教家庭服務中心欣悅坊 - 地區支援中心(觀塘東)	高級服務經理
	楊琦琦	基督教家庭服務中心欣悅坊 - 地區支援中心(觀塘東)	社工
	陳燁	仁濟醫院地區支援中心(大埔)	中心主任
	梁曉傑	仁濟醫院地區支援中心(大埔)	社工
	林小燕	明愛樂薈牽	中心主任
	梁盈慧	基督教香港信義會葵涌地區支援中心	中心主任
	嚴愷莉	基督教香港信義會葵涌地區支援中心	社工
	李美芳	扶康會天水圍地區支援中心	高級服務經理
	招莫慧英	香港弱智人士家長聯會	照顧者
	李祥佩	香港弱智人士家長聯會	照顧者
	徐菊敏	香港唐氏綜合症協會家長委員會	照顧者
	區艷芳	卓新力量	照顧者
	黃明鳳	聖雅各福群會復康服務會員家屬聯會	照顧者

訪問員：湯燕詩 蔡妮妮 張楹瑩 蘇芷雅 杜嘉敏

第一章：研究背景

香港特別行政區政府統計處 2014 年出版的《第 62 號專題報告書》中，估計全港智障人士的總數約為 71000 人至 101000 人，即代表全港智障人士所佔的人口比例為 1.0%至 1.4%。智障人士平均壽命由 1997 年約 49 歲延長至現時 55 歲，有部分智障人士更活到 70 多歲。然而，他們比一般人提早約 10 至 20 年出現身體退化，即由 40 至 50 歲開始步入老年期。另外，據香港理工大學 2015 年 6 月發表的「智障人士老齡化趨勢」研究報告，指智障人士有早發性老化的現象，平均長期患者的數目在 30 至 39 歲的組群。這顯示智障人士的老化情況非常嚴峻，相關的社會服務和醫療對策，實在急不容緩。

智障人士的發展階段和老化速度與一般人口不同，很多智障人士都有先天性的疾病如心漏，甲狀腺失調或聽力問題等等。而到了成年階段，國際的研究都指出唐氏綜合症患者的老化和疾病模式，有早發性老化的現象。香港政府只用單一年齡劃分不同人士服務的需要，對政策制訂者而言是便於行政管理，但卻並非「實證為本」。政府以 60 歲或 65 歲為年齡界線訂定相關健康服務，包括腦退化症、骨質疏鬆、白內障及整體獨立能力下降等等。現時，智障人士都須年滿 60 歲才可使用老人科服務，變相加速了智障人士出現多重殘疾和依賴別人照顧，及延誤了醫療介入的最佳時機。

智障人士的生涯規劃應早日作出適當的預防性醫療策略，從離開特殊學校以後，便應該讓他們能保持適當的運動，社交生活和積極參與社區活動，以減緩衰退的速度，和有更積極健康的晚年。

環顧香港的智障人士服務，仍採用七十年代時康復政策白皮書作為規劃服務的藍圖，成人智障服務只集中於職業及技能培訓，和院舍照顧服務。康復政策白皮書的設計，完全沒有照顧到高齡智障人士的生活支援、生涯規劃及社交需要，例如：庇護工場、展能中心和宿舍設計和人手比例等，都以成年智障人士為服務對象。以庇護工場為例，服務對象往往是經年累月地在單位內接受服務，接受重覆的訓練或簡單工作，欠缺人生規劃。庇護工場面對服務對象老化，根據社會福利署 2013 年的數據，庇護工場服務使用者之中 41 至 50 歲佔有 28.3%；50 歲以上則有 25.0%。預計未來十年內庇護工場內有至少一半的服務使用者達 50 歲或以上，社會福利署卻沒有改變服務方針，只是要求庇護工場增加服務名額，及另設延展服務。

在 2009 年政府綜合各類殘疾人士日間支援服務，設立 16 間殘疾人士地區支援中心（下稱地區支援中心），至 2016 年仍有 4 間地區支援中心沒有處所，1 間

在不符服務標準單位面積下被迫投入服務，服務對象包括所有殘疾社群，可以說是「來者不可拒」的不可能任務。顯然，政府當局對殘疾人士服務的設計和規劃缺乏深思熟慮。面對智障人士老齡化，地區支援中心的服務具彈性，可以利用現在這個時機作出轉型，或建立一套以社區支援為本的智障人士服務模式，切合高齡智障人士的需要。

研究智障人士老齡化的學者賈尼基（Janicki，2000）提出智障人士的老化過程是一個連接其家庭和服務系統的生活變化過程。智障人士從嬰兒時代到青年期都是依賴父母，並透過教育和訓練學習獨立生活和謀生技能。在每一個階段，智障人士都要適應慢慢由家庭和學校，步入社區和工作環境。所以，智障人士的青年期和成年期都是準備他們面向社區生活，離開父母的蔭庇，發展自己的興趣、社交和生活領域，同時建立健康生活和自理能力的黃金時期。一個理想的成人服務模式，應該協助智障人士減慢老齡化的速度和盡量將他們與聯繫家人和保持參與社區活動。

政策制定者的思維不應只停留在增加現有服務單位的名額或以修補補的方式去安插從學校畢業的智障人士，或要求地區支援中心、院舍及日間服務中心毫無限制地填補服務空隙。政策制定者應該整全地為智障人士的人生規劃和豐盛生命作出徹底的政策改變。面對智障人士老齡化，當局應該有嶄新的思維和服務策略，建立一套以人為本，協助智障人士在家中安老，並以社區支援智障人士的高齡智障人士服務模式。不論，日間康復單位或院舍服務都必須要有相應的改變。

本研究透過個案深入分析，全面審視智障人士在老化衰退過程中，他們的醫療、住宿、支援、保護和教育等各方面的需要。研究希望能提供一個平台，集合了智障人士、照顧者、康復工作者、醫護人員、學者和關注組等各方面持份者的積極參與，並提出具體可行的服務和政策建議。希望政府各部門，包括勞工及福利局、衛生及食物局、運輸及房屋局等，聯同安老事務委員會、各個康復服務機構及社工醫務人員等相關團體，都能有高瞻遠矚的視野和專業承擔，正視高齡智障人士家庭當前的困境。我們相信智障人士及照顧者，應該有權利享有「老有所為、老有所養和老有所依」的生活，盼望當局及所有康復機構、社工、醫護人員和社區人士，能誠實地面對智障人士的生活經驗和他們的期盼，努力作出反思和改變。

第二章：研究目的

過往不同的智障人士研究有四大方向，包括：獨立生活和融入社區、平等教育機會和終身學習、工作和就業及醫療衛生與康復。本研究主要研究的對象是高齡的智障人士，故在設計訪問大綱及焦點小組問題時都參考《殘疾人權利公約》，其中以獨立生活和融入社會、醫療衛生與康復為主線。

獨立生活和融入社區指居住和社區護理需要作出長遠規劃，使所有殘疾人士能享有在社區中生活的不同選擇，包括獨立生活、與家人同住或院舍照顧。可參考聯合國《殘疾人權利公約》第十九條。醫療衛生與康復指智障人士應享有具質量的免費或費用低廉的醫療保健服務；特別是早期介入及識別、預防殘疾惡化等；和不受歧視的醫療保險和人壽保險。可參考聯合國《殘疾人權利公約》第二十五及二十六條。

研究目的

1. 深入了解在社區生活的高齡智障人士及其照顧者面對的困難和需要；
2. 分析現行服務流弊和政策空隙，包括：
 - 2.1 智障人士老化的定義，進程和病理系統的特殊性所引申出來的問題，如疾病識別、預防性醫療不足、現行老年醫療服務範圍等；
 - 2.2 高齡智障人士的社會支援需要，包括照顧及居住模式、監護制度、生活支援、情感支援及照顧者支援；
 - 2.3 現時服務架構及系統引申出來的問題，如欠缺統籌、個案資料不完整、缺乏支援服務及服務割裂等等；
3. 老化階段的服務目標和配套；如識別老化徵狀、家庭變故的介入、雙老家庭的服務目標和工作，臨終關懷等等。
4. 開展新服務和對現存服務作出檢討，制定一個官民對話平台，制定長遠及針對性的政策目標及框架。（包括設計相關的服務及個案管理模式、設備配套、人手編制及專業要求等。

第三章：研究方法及研究活動

本研究採用參與式行動研究方式，透過研究動員持份者參與、反思、建議、對談和作出倡議，帶來積極的改變。研究團隊會由各單位社工、家長組織和議員辦事處組成，跟進並參與研究過程。包括：訂定及修訂各項研究活動內容、分析研究結果及提出相關建議，修訂報告及協調研究活動的推行。

研究時間表

第一階段：個案抽樣框架（2015 年 5 月至 7 月）

個案以目標樣本（purposive sampling）為抽樣框架，主要發掘一些智障人士個案，其面對的問題比較複雜、支援系統薄弱、凸顯現有服務限制和政策空隙等，作為反思和提出相關建議的實證基礎。首先，透過研究團隊的邀請，共有 10 間地區支援中心參與研究，派出同工參與研究簡介會，再向 16 間地區支援中心發出研究邀請，共有 8 間地區支援中心回覆，並各自提供 2 至 4 個個案的基本資料。研究團隊共收集到 24 個個案，再在其中選出不同類型的個案，凸出現有服務及政策的空隙和不合理性。最後，研究團隊共同商議並決定選用其中 12 個作訪問和深入分析。其後，地區支援中心的老工，向有關受訪者及照顧者解釋研究內容及性質，所有個案均已簽署接受訪問和錄音同意書。

第二階段：訪問員訓練及個案訪問（2015 年 7 月至 10 月）

研究的個案訪問員透過專上院校和康復單位等渠道方式招聘。訪問對象以智障人士為主要受訪者，訪問大綱盡量以口語化和他們能了解的程度撰寫。研究團隊為訪問員提供一次訓練，內容包括：智障人士照顧者對智障人士特性的分享、智障人士溝通技巧訓練、智障人士擔任角色扮演，預演訪問員可能面對的處境。研究團隊期望幫助個案訪問員理解智障人士的特性，以在訪問中協助智障人士說出他們自己的需要，和對相關服務及未來的期盼。個案訪問過程中，訪問員根據訪問大綱進行訪問，智障人士在相熟的社工或復康工作員、以及照顧者等從旁協助，盡量表達他們的經驗和心聲。

第三階段：個案訪問資料整理及分析（2015 年 9 月至 12 月）

所有個案的資料都以逐字記錄為原始數據，分析的方法以描述性（descriptive analysis）和主題性分析（thematic analysis）為主，按訪問大綱的不同主題領域，歸納受訪者在老化和成長階段中的轉變、需要、危機、對老化的認知和感受、重要生活經歷、支援系統、困難和對將來的期盼。

按 12 個個案的獨特性和共同性，研究把 12 個個案分成 6 個類別，分別如下：

1. 一家多名智障人士（2 個個案）
2. 獨居智障人士（2 個個案）
3. 腦退化智障人士（1 個個案）
4. 情緒問題智障人士（2 個個案）
5. 嚴重肢體殘疾智障人士（1 個個案）
6. 雙老智障人士（4 個個案）

第四階段：焦點小組（2015 年 10 至 11 月）

研究個案反映不同面向的高齡智障人士需要，以雙老家庭及獨居智障人士個案代表了具普遍性的類似個案，而其他類別的智障人士個案，則因其獨特性而具研究價值。研究團隊整理了 12 個個案的初步分析，分別於 2015 年 10 月至 11 月期間舉行四場不同的焦點小組討論，作出反思和提出相應的服務建議，受訪對象分別為：研究團隊成員、康復服務同工、智障人士、照顧者及醫療專業人士。以個案初步分析為基礎，在焦點小組討論相關建議，內容包括：政策目標、服務模式、服務策略和具體的服務改善建議等等（詳見附錄一及附錄二）。

每場焦點小組分兩個部分，首先向參與者介紹研究目的，並作個案簡介。再分成小組，每組有一位訪問員及紀錄員，並按研究團隊擬訂的討論大綱，請參與者就有關方面提出相應的服務及政策建議。即席各焦點小組的記錄員作簡單匯報，其他參加者再共同分享對其他焦點小組建議的回應和補充。特別一提，是次研究有兩組智障人士及一組照顧者焦點小組，他們提出了很多切實和具體的提議，希望各方面都能正面回應他們的訴求（詳見附錄三及附錄四）。

參與焦點小組的受訪對象、分類及數目

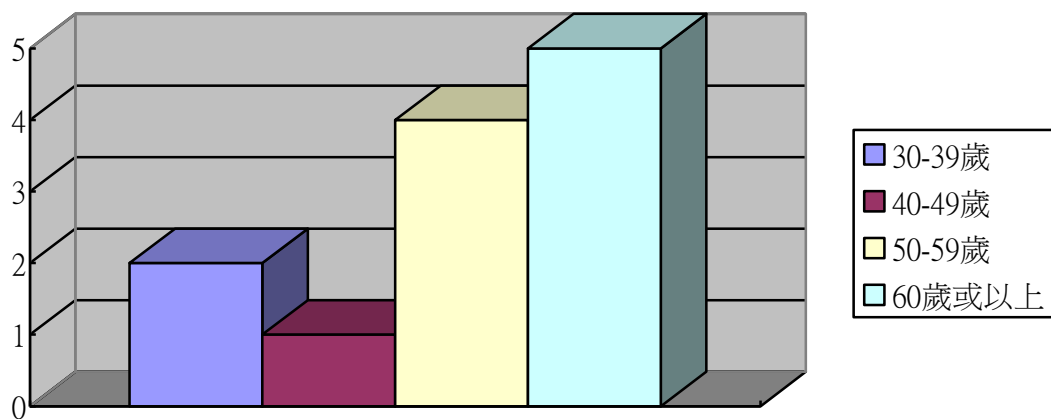
受訪對象	分類	總人數
研究團隊成員	10 位（地區支援中心）社工；6 位照顧者	16 人
智障人士及照顧者	16 位智障人士；8 位照顧者	24 人
康復服務同工	13 位社工；1 位康復員；1 位職業治療師	15 人
醫護人員	1 位護士；1 位保健員；1 位職業治療師	5 人
總人數		60 人

第四章：個案基本資料

4.1 智障人士的年齡及性別

是次研究共有 12 位智障人士參與，其中 9 位屬於輕度智障人士，其餘 3 位是中度智障人士。他們的年齡分佈為 30 - 39 歲（2 位），40 - 49 歲（1 位），50 - 59 歲（4 位），60 歲或以上（5 位）。按性別分析，女性有 7 位及男性有 5 位。

表一：智障人士年齡



4.2 個案特殊性

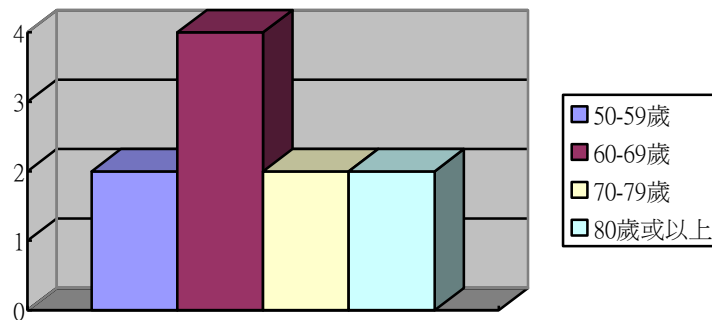
按 12 個個案的獨特性和共同性，研究把 12 個個案分成 6 組，分組如下：

1. 一家多名智障人士（2 個個案）
2. 獨居智障人士（2 個個案）
3. 腦退化智障人士（1 個個案）
4. 情緒問題智障人士（2 個個案）
5. 嚴重肢體殘疾智障人士（1 個個案）
6. 雙老智障人士（4 個個案）

4.3 照顧者年齡

是次研究共有 11 位智障人士照顧者參與，他們的年齡分佈，接近九成超過 60 歲，其中有 2 位超過 80 歲。當中有 2 位照顧者不是與智障人士同住，而有 1 位智障人士很久沒有與家人聯絡，故他沒有照顧者。

表二：照顧者年齡



4.4 照顧者的性別及與智障人士的關係

按性別分析，照顧者以女性居多，10 位女性照顧者，1 位男性照顧者。受訪的照顧者分別為智障人士的母親（5 位）、丈夫（1 位）或姐妹（5 位）。

4.5 智障人士的健康狀況

他們的健康情況/老化症狀包括：糖尿病、腦退化、情緒問題、自閉症傾向及過渡活躍症、血壓高、脂肪肝、脊柱側彎、斜視、氣管問題、腦瘤症、吞嚥困難、肢體殘障、輕微中風、心律不正、耳水不平衡而常跌倒等等。

4.6 照顧者的健康狀況

大部分照顧者都患有長期病或情緒病，須到專科和精神科覆診。照顧者健康狀況包括：糖尿病、血壓高、膽固醇高、關節退化和勞損、淋巴癌、胃病、抑鬱症、卵巢癌、手部嚴重勞損和酸痛、青光眼、血壓高、心律不正、失眠及焦慮等等。

第五章：個案簡介及綜合分析

5.1 第一組別 —— 一家多名智障人士

5.1.1 阿強

阿強（62 歲，男性）為中度智障人士，左手手掌彎曲變形，最近表示開始有膝蓋痛的情況。他的溝通能力良好，懂得簡單的中文及加減運算。身體尚算健康，自理能力不俗，他可自行梳洗、如廁及進食等。基本上，阿強懂得清潔家居、煮食、洗熨衣服和執拾。他可以自行到一些較熟悉的地方，如長者地區中心、醫院等。

支援系統改變（不同住的照顧者）

阿強的妻子是中度智障，她在工場工作，有一個輕度智障的女兒，有兼職的工作。他們現時是綜援家庭。阿玲（64 歲）是他們一家的主要照顧者，住在阿強附近，主要協助他管理金錢。以前，她教導阿強及妻子來往覆診的交通，協助他們處理傷殘津貼及綜援等事宜。近年阿玲忙於照顧孫兒，搬往另一區暫住，見面的機會減少至數個月一次。阿玲唯有吩咐自己女兒及弟婦代其管理金錢。

有限的地區支援

現在地區支援中心同工會每星期探望阿強一兩次，為他作一些家居訓練，並協助其管教女兒及家庭事宜。阿強每天都到長者地區中心參與活動或坐坐，他挺喜歡參與群體活動。可惜，有時會被其他人利用他的善良，令他有金錢上的損失。他平日非常節儉，甚少外出用膳及購買奢侈品。

阿強意識到自己老化，記性差了，常常忘記帶鎖匙出門口及在公園熟睡。有次，他又在公園睡著了，深夜回家，又忘記帶鎖匙，在門外大力拍門，結果引起鄰居投訴。房署則立即聯絡阿玲處理事件。

社會支援薄弱

阿強的女兒（美美）住了特殊學校十多年，她剛剛畢業搬回家居住，父女的相處及家庭的管教都是其中的挑戰。美美是一個輕度智障的青年人，她早前分別簽了美容公司及健身公司的服務合約，他們不知道如何處理事件。阿強只得怪責美美，阿玲也十分苦惱，四處求助，她認為自己一定要協助他們處理合約事件。明顯，他們一家的社會支援十分薄弱。

對於將來，阿強願意入住安老院舍。阿玲認為院舍提供基本的照顧服務，對阿強也是好的選擇。然而，令人擔憂的是阿強的太太和女兒，她們倆很難獨立生活於社區，除非，她們有足夠的社區支援。按現時的服務系統，他們的智障程

度不一，他們只會被分散到不同類型的院舍，他們的家庭亦會因而就被拆散。這是拆散家人的院舍照顧政策。

5.1.2 阿芯

阿芯（61 歲）中度智障，已婚。她的丈夫阿華是照顧者。他們共有 6 名兒女，其中兩名為中度智障兒子，另有一名輕度智障幼女，現時，一家六口同住在一起。阿芯患有糖尿病、高血壓、精神緊張及記憶力下降，最近出現手痛和腳抽筋的情況。然而，阿芯的藥物管理不太理想，不按時和不按量食藥。同住的女兒在上班前則為爸媽執拾藥物，但難以跟進他們日間服藥的情況。

擔子都在丈夫肩上

阿華今年已經 70 歲，多年來從事運輸行業，於 2003 年退休。他身體近幾年出現退化情況，有糖尿病、血壓高、腳痛及腰痛等。阿華除了照顧太太，還要照顧智障子女，經濟則依賴另外兩個智力正常的女兒。加上，智障子女常出現工傷，僱主逃避賠償的責任，令他們十分無奈及無助。他在工作上退休了，在家庭上仍是一家之主及精神之柱。身體的退化阿華常常感到不安，家庭的擔子好像愈來愈重，精神壓力直線上升。

社區處處歧視

阿芯一般家務和生活事務都需要丈夫幫忙，例如：煮飯、買賣物品及鄰舍關係等。阿芯平日最愛在家裡看電視和午睡。有時，阿芯到地區支援中心玩耍，而阿華甚少娛樂和消遣，只有兩老走到附近公園看人下棋以尋找一些免費娛樂。

他們一家彼此支持及愛護，而社區人士或鄰舍卻對他們不太友善或冷言冷語，他們逆來順受，長期承受了很大的精神壓力。這家庭的支援系統十分薄弱，家庭危機隨時會出現。阿華不敢想像他們的將來，不多提及他自己的身體需要，年老了卻脫離不了照顧者的重擔和責任。他不願入醫院接受治療，他擔憂自己離開家庭，家庭出現震盪。這是個充滿愛和精神壓力的家庭，他不放心，故不願放手，無意中把照顧智障家人的責任強加在另外兩位女兒身上。

5.1.3 綜合個案分析

5.1.3.1 政策空隙：缺乏整全家庭角度分析智障人士需要

研究發現，他們賴以依靠的家庭資源和能力亦相當有限，更潛藏重重家庭危機，例如：長期護理、就業保障、心理情緒及藥物管理等等，政府應及早介入和加強支援輕度智障人士。

有多名智障人士的家庭，生活危機重重，但他們遮風擋雨的能力卻相對薄弱，偶遇有特別事故或轉變時，這些家庭總是難以應付。政府政策下，康復服務單

位往往以個別智障人士的智力水平劃分服務，若一家有多名智障人士，則分別由不同的社工或服務系統負責，令服務支離破碎，更談不上按家庭的情況綜合評估其個案需要和社區照顧方案。

阿強和阿芯的家庭都有相似的情況，由不同的社福單位負責，各自提供一些活動，但當家庭需緊急支援時卻求助無門。反映，現時欠缺服務單位或個案經理就智障人士的家庭和家庭發展階段評估他們所需要的服務，可能引申一連串的健康、情緒及金錢等危機。

5.1.3.2 政策空隙：社交支援網絡薄弱

研究發現，輕度智障人士的生活圈子，一般集中在家庭、地區支援中心及長者中心。政府缺乏政策協助這些智力邊緣的智障人士，建立良好的社交支援網絡平台。以阿芯的家庭為例，三名輕度智障子女在社會工作，他們社交能力有限，不懂得處理突發的生活事件。特別在生病及勞工權益等事情上，他們都得依賴年老的父親阿華。阿華表示有心無力，盼望顧主能夠憑良心對待三名智障的子女。

此外，輕度智障人士因身體的缺損程度不足，在現時輪候院舍的評估機制下，可能連排隊的機會都欠奉。若照顧者離世或無力照顧時，現時的服務系統只會將整個家庭分割，按各人殘疾程度分派入住不同的院舍，整個家庭將被逼解體。入住院舍只會令高齡智障人士生活變得單一，缺乏家庭溫暖。

5.1.3.3 政策空隙：欠社會支援系統

研究發現，智障人士家庭需要強大的社會支援系統。智障人士在社區居住，孰優孰劣要視乎個別智障人士的能力，以及有否足夠支援。以阿強為例，他能與長者中心的會友相處融洽，實屬難能可貴。另一面，阿芯及智障子女常常受到鄰居的歧視和欺負。與家人同住是智障人士其中一個選擇，阿芯的照顧者無法建立社區網絡，甚或放棄自己的朋輩社群，反映欠缺社會支援系統，照顧者的生活壓力日益增加，也不利智障人士融入社區。

另外，政府忽略輕度智障人士獨立生活的需要。輕度智障人士公開就業困難，他們常被人騙取金錢、欺負，無故工傷或工作欠保障等的情况，他們卻求助無門，其家庭長期面對很大的困擾。智障人士除了家人以外，他們很少朋友，欠缺能依靠的社群或支援系統。

兩個受訪家庭的照顧者已勞心勞力多年，他們愛護家庭、堅韌的精神的和無限的承擔，確實令人動容。但他們心力有限，當局必須積極為他們建立強而有力的社會支援系統。

5.1.3.4 政策空隙：缺乏支援照顧者政策

第二代照顧者面對的精神及經濟壓力很大，卻欠政策支援。一般智障人士的兄弟姐妹各有家庭，若照顧者健在，他們可能只需要在經濟上支援智障人士家

庭。阿玲成為第二代照顧者已經 40 年了，現在，她更兼顧兩代智障人士和自己的家庭，生活壓力百上加斤，她的負荷實是超出常人。若照顧者去世，照顧智障人士的責任忽然轉移到他們的兄弟姐妹或朋友身上，那包括照顧智障人士的居住、經濟、長期照顧等方面。這樣的突然「接手」，第二代照顧者的家庭及智障人士都面對生活轉變，他們的意願、能力、相處、承擔力、壓力分別如何？有何心理預備工作呢？讓智障人士安心在社區生活，每一步都要好好的策劃。

以阿芯的家庭為例，年老的照顧者負責四名智障人士的衣食住行、生老病及工作。多年前，他們四出尋找家庭支援服務，為他們家庭提供完善的個案管理，卻沒有合適單位。智障人士家庭在社區生活困難重重，並危機處處，必須為智障人士設完善的監護系統。若智障人士有完善的監護系統，針對智障人士自身的安全和健康生活的規律，進行全面的監察和護理，減輕及支援照顧者對智障家人安全及健康護理的照顧壓力。

其中，智障人士的藥物管理很差，未能按醫護意見改善生活形態。即使他們定期覆診，身體卻繼續惡化，疾病惡化的週期加快，最後，增加整體社會的醫療開支。為支援照顧者和智障人士的生活健康，應設外展/社康醫療服務，方便跟進他們的醫療服務需要和建立健康生活模式。

另一方面，沒有第二代照顧者的智障人士很難繼續居住在熟悉的社區。由於，現時沒有24小時的社區服務，加上，他們能力有限，他們獨居於社區的生活盼望的機會率近乎零。

5.1.3.5 政策空隙：欠安老及家庭服務

研究亦發現，現在的康復服務，對居於社區的高齡智障人士欠缺安老及家庭服務。當他們在年輕時已經「享用」康復服務，他們年老時，就好像與安老服務及家庭服務絕緣。其中，智障人士和照顧者的身體健康和預防性醫療服務尤其重要，若有政策或服務照顧他們的需要，他們可以在社區過著自己選擇的生活，同時能保持家庭的完整性。

5.2 第二組別 —— 獨居智障人士

5.2.1 阿卓

阿卓（54 歲，男性）輕度智障，獨居於公屋單位。阿卓的父母已經離世，他有一位哥哥和一位姐姐，但與他們鮮有聯絡。父母離世後，他曾入住輔助宿舍，由於他能力較高，院舍職員協助他申請公屋，阿卓認為在社區居住比較自由，他比較喜歡在社區生活。

現時，阿卓主要的支援系統是殘疾人士地區支援中心，他有需要時則會主動聯絡中心。導師每星期會約見阿卓一次，與他聊聊生活瑣事、個人衛生問題、財政問題等。阿卓沒有甚麼朋友，他十分喜歡與導師及社工聊天，認為他們是他最好的朋友。但是，阿卓不喜歡他們家訪，因不想他們見到家居衛生的情況。

公開就業的阿卓，只能找到兼職的工作，每月薪金約為四千多元。阿卓認為自己在工作方面沒有遇到困難，但他會不時轉工，嘗試找一些工資較高的工作。他認為生活的費用昂貴，而薪金很低，以前曾入不敷支，沒錢交租。

阿卓喜歡到內地旅遊，也喜歡參加康文署舉辦的宿營、游泳訓練班和乒乓球訓練班等。阿卓認為現時自己仍未出現老化的徵狀，也未曾想過自己步入老年後的生活會如何，亦未曾對此作出打算。

5.2.2 阿文

阿文（60 歲，男性）輕度智障，自理能力甚佳，身體大致健康。他開始有老花和骨刺，外貌有一些老態，偶然會有頭暈的情況。父母早年離世，阿文獨居於公屋。其他兄弟姊妹均已有家室，他主要由不同住的妹妹阿芳（59 歲）照顧，他們的關係十分深厚，其他兄弟姐妹閒時也會與他吃飯。

阿芳是一位清潔工人，與退休丈夫同住，子女已婚，偶然也負責照顧孫子。自 2014 年起，她的身體機能開始退化，已進行了兩次膝蓋手術，行動體力已不如前。她曾入院做手術，差不多一個多月未能照顧阿文，勉強地找到另一位妹妹暫代照顧。星期一至五，阿文都在殘疾人士地區支援中心接受服務。阿芳每日打電話到地區支援中心聯絡他，才感到安心。星期六，阿芳會探望阿文，為他預備一星期所需的餸菜。星期日上午阿文自行乘車到阿芳居住的地方，再去超市購買生活所需。

以往阿文到快餐店上班、到辦公室清潔、抹車等，有一定的賺錢能力。然而阿文的金錢觀念欠佳，故阿芳寧願他放棄工作，由她全面管理他的生活開支。

令人困擾的「嗜好」

在零晨時分，阿文會自行外出在屋村內四處遊逛，並向途人取香煙或在地上執香煙吸食，與不良人士賭博。阿芳擔心阿文遇到意外和被人利用，阿芳經常在半夜打電話找他，以確定他留在安全的家。阿芳每每提及夜遊的行為問題，她都很擔憂。

阿文曾入住暫宿服務，認為院舍生活很沉悶。但是，他年紀逐漸老邁，或將出

現不同的健康問題，故在 2007 年申請津助院舍，但至今（2015 年）仍未獲安排。阿芳表示傷殘人士院舍輪候時間長，而私人院舍質素參差，若有專為高齡智障人士而建的院舍便好了。另外，她希望政府能資助還未滿 65 歲的阿文裝設平安鐘，以多一個支援。

5.2.3 綜合個案分析

5.2.3.1 政策漏洞：缺乏對獨居智障人士的監護和緊急支援

研究顯示獨居智障人士在社區獨自生活的危機和契機，例如：家居衛生、就業保障、行為問題等等。若能透過照顧者和正規服務系統的互相配合，智障人士同樣能於社區享有比較多元和自由的生活方式。但是，隨著智障人士和照顧者的老化，他們的適應能力、社會網絡和資源都每況愈下。照顧者及社工不可能 24 小時支援他們，獨居智障人士需要一個監護或求助系統，令他們在有需要時可以立即求助。

此外，阿文在短短半年間轉了三個負責社工，也反映出隨着社會福利署推行整筆撥款後，業界人手嚴重流失，智障人士不停經歷社工的轉變，實在很難與社工建立信任，也不利於獨居智障人士的監護和緊急支援。

5.2.3.2 政策漏洞：獨居智障人士需要生活指導和輔助

能力較高的獨居輕度智障人士的主要需要是生活指導和個案管理。以阿卓為例，他在個人衛生及財政方面均需協助（例如：身體有異味、忘記繳交房屋租金而有收樓的危機）。智障人士的思想比較單純，特別如阿文和阿卓該類居於社區的輕度智障人士，他們缺乏防人之心，被壞分子利用或欺騙的風險相對較高。的確，他們需要較多的生活指導和朋友關心，以建立生活的規律，保障自己的健康和 safety。現時，智障人士欠缺生活指導，不利於他們獨立生活和融入社區。

5.2.3.3 政策漏洞：輕度智障人士的社區生活支援配套

輕度智障人士獲得宿位的機會很低，因評估機制集中以身體機能為主，結果評估機制好像就把他們排斥在外。以阿卓和阿文為例，他們需要的不是封閉式的院舍生活，而是包含生活指導、食堂、洗澡、洗衣等服務的單身人士宿舍，藉以建立良好的生活習慣和作息時間表，以達到老有所為的目標。而現有的日間服務中心或地區支援中心的資源所限，都未能好好聯繫居於社區的輕度智障人士，為他們的社區安老提供足夠的支援。

5.2.3.4 政策漏洞：就業欠支援

政府的政策把智障人士的就業與服務分割，有能力就業的智障人士，則不理會他們的生活需要。例如輔助就業服務，只為他們安排就業，卻沒有為他們獨立

在社區生活作好準備，更未能顧及他們照顧者老化的需要，也沒有對他們的未來進行生涯規劃和相應的訓練及支援。現時，這種二元對立的政策，有礙於智障人士獨立生活於社區。

5.3 第三組別 —— 腦退化智障人士

5.3.1 麗麗

麗麗（55 歲，女性）為輕度智障人士，自理能力差。現時，麗麗與母親同住，母女會互相照顧。她們的家庭經濟的包括：麗麗的傷殘津貼、母親的長者生活津貼和弟妹的家用。

過往爸爸是家庭的主要照顧者，家庭大大小小的事情都由他負責及決定。媽媽在家中提供幼兒託管服務。後來，麗麗爸爸去世，媽媽突然要承擔一切，她的精神壓力很大，更患上了憂鬱症，需要長期服藥。年紀大了，她曾患有淋巴癌及胃病，也需要定期覆診。

麗麗日常生活主要都在地區支援中心，她也很喜歡到中心參與活動。麗麗媽媽認為麗麗的性格固執、衝動和率直，常與人爭執。例如：她認為別人做得不對時，會大聲指責對方的不是，隨後，她會接納勸告，願意向對方道歉。

周日的家庭風暴

除中心以外，其餘時間，她大多都跟母親在一起。母親亦非常依靠麗麗，平日她們會逛公園或到街市買菜。麗麗愛說話，平日在家會砌拼圖、看報刊雜誌或電視等。可是，到星期日家庭聚會，母親及弟妹則十分憂心，因麗麗會與家人爭執，指責他們不尊重母親。情況愈來愈嚴重，母親一星期的精神壓力及體力都透支了。她只好在星期日預先食多一些精神藥物，以應付這場預知的家庭風暴。

行為問題 —— 購物

以往，麗麗有胡亂買東西的習慣，母親則會立即向她回購，並吩咐她不要再買了，可惜，她不太理解。後來經濟能力下降，她轉為買成藥，母親每日到不同的藥房解釋一番，要求他們不要賣成藥予麗麗。麗麗卻常常表示自己生病，購買大量成藥，母親束手無策，為免她食藥過多，只好把藥收藏起來或掉丟。

5.3.2 綜合個案分析

5.3.2.1 政策漏洞：腦退化智障人士求助無門

腦退化症智障人士的問題及護理需要比較複雜，現存醫療服務系統的限制，令患有腦退化症的智障人士無法及早治療。就智障人士腦退化症評估及治療的服

務方面，不容許未滿六十歲的智障人士使用老人科服務。此外，現時宿舍或日間服務單位都欠缺針對腦退化智障人士需要的服務，對於識別和設計相關的輔助治療方案更是欠缺。

5.3.2.2 政策漏洞：缺乏照顧者支援政策

原本的一家六口，現在只剩下兩母女相依為命，即一個老人家照顧另外一個患有腦退化的智障人士。她們唇齒相依，雖遇艱難，但苦中帶甜，互相扶持。然而，在社會支援不足的情況下，她們只能依賴不同住的家人支援，遠水難以救近火，緊急的事情，只得靠麗麗自己作聯絡。阿蘭希望把麗麗留在身邊作伴，卻又擔心自己終有一天照顧不了麗麗，經常徘徊於應否為她申請院舍服務的決定，母女分離真的合宜嗎？麗麗是否適應院舍的生活？與人相處如何？若麗麗不入院舍，而她腦退化的情況惡化，阿蘭很可能沒有足夠能力照顧她。政府確實需要研究設立照顧者支援政策和智障人士雙老家庭院舍。

5.3.2.3 政策漏洞：欠生活指導及心理支援

麗麗的性格和行為偏執，腦退化的情況日漸明顯，記憶力差，常與人爭執。以往，麗麗胡亂購物的習慣，母親也束手無策，她們極需生活指導及心理支援服務，以建立健康的生活態度及條件。

5.3.2.4 欠缺法律保障

有部分不良商人以智障人士為目標，騙取金錢或簽下合約。現時香港沒有專為智障人士而設的服務合約退回機制，以保障他們的權益。

5.4 第四組別 —— 情緒問題智障人士

5.4.1 阿榮

阿榮是一個輕度智障及有自閉症傾向的年輕人，今年 32 歲，年幼時診斷為過渡活躍症、自閉症、學習遲緩和語言障礙。阿榮情緒很不穩定，常與他人衝突。而他的身體抵抗力很差，容易患上傷風感冒，耳朵及喉嚨容易發炎，並定期覆診精神科和服用精神科藥物。

阿榮與母親相依為命，媽媽已經 66 歲，患有抑鬱症，定期覆診精神科。同時，她負責阿榮的起居飲食及情感需要等。阿榮情緒差的時候，會失控狂叫和打門來發洩。他的力氣很大，當他發脾氣時，媽媽只好自己出走，讓阿榮在家冷靜。他們的家，環境陰暗，家具破舊，特別是房門和大門出現密密麻麻龜裂的痕跡，那都是阿榮發脾氣的印記。

阿榮對人缺乏安全感，很難與人溝通，非常抗拒陌生人，容易與人發生衝突和爭執。阿榮曾參與地區支援中心小組活動，卻不適應。有時候，母親也難以明

白和理解他的行為及表現。

現在，阿榮每星期接受三節服務，其中一節是康復工作員上門的一對一服務，服務是以基金形式開展，故是有時限的服務。媽媽十分擔憂阿榮的將來，希望在自己百年歸老前，他可以入住津助的殘疾人士院舍，得到合宜的宿舍照顧服務。然而，阿榮聽見「宿舍」兩個字，情緒就變得很激動，因有一些經歷令他對宿舍十分抗拒。

5.4.2 婷婷

婷婷（32 歲，女性）為輕度智障人士，懂得做家务，能夠以文字表達自己的想法及心情。婷婷有很多覆診的科目，如婦科、內科、智障科、呼吸科、義肢矯型科及營養科等。

照顧婷婷的主要困難是控制情緒方面，有時她會有亂擲東西、擅自離隊及自殘等行為問題，慶幸情況已有所改善。婷婷母親是主要照顧者，今年 63 歲，曾患卵巢癌及患乳癌，正服用藥物治療。母親平時會頭暈、手痺、腳痺及失眠，可見照顧者老化的情況。

婷婷的情緒問題直接影響到她與人相處及訓練安排，故她曾多次拒絕接受庇護工場及展能中心的服務。現時，婷婷主要在地區支援中心度過，參與活動，可以自行往返中心及家庭。

婷婷曾入讀主流中學，後來出現精神問題，評估發現婷婷是智障人士，自此退學。由於，婷婷父親不太接受女兒是智障人士，要求她過「正常人」的生活。整個家庭就婷婷該過正常人或殘疾人士的生活方式，爭拗不斷，家庭關係惡劣。婷婷媽媽成為家庭的中間人，她最擔心是父女起衝突，有家庭暴力事件出現。

5.4.3 綜合個案分析

5.4.3.1 服務空隙：綜合服務模式不適合有情緒問題的輕度智障人士

阿榮和婷婷是兩個有情緒問題的輕度智障人士，是研究中最年輕的兩個個案。他們未能適應日間照顧服務、公開就業和其他職業訓練，除了到地區支援中心外，並沒其他日間服務可以收容他們。但是，地區支援中心主要以綜合服務為主導，像阿榮和婷婷此等高危和需要個別支援的個案，中心需有額外資源和服務模式，才可深入地介入並提供適切的幫助。

地區支援中心的社工，需要花費很多時間了解婷婷的家庭背景，再逐步介入，提供輔導服務、心理服務及其他支援服務。婷婷每天到中心參加活動，有時甚

至寧願呆坐中心，以避免回家與父親發生衝突。社工盡量鼓勵她參加小組活動，然而情緒化的她，很難投入常規劃。她需要很深入的個案及家庭輔導，才可解開情緒困擾的心結，學懂情緒疏導的方法。

至於阿榮，地區支援中心的復康工作人員經過一年多持續的家訪，慢慢與他建立信任，他才願意接受現時一對一的家居訓練或探訪。除了母親，已沒其他支援，而母親已在壓力臨界的邊緣，阿榮的情況比起婷婷更加孤立無援，他的情緒常不能自控及不能表達自己的想法。任何生活方式或服務系統的轉變，都會為他帶來很大的衝擊。當阿榮的情緒爆發時，有機會傷害自己或他人，也對媽媽造成極大困擾。

現時，智障人士的成人服務只能提供就業訓練或日間活動中心，而自閉症和輕度智障人士的情緒輔導服務可謂絕無僅有。精神科的服務與康復服務各自為政，精神科醫生只會提供藥物治療。綜觀現時並沒合適的社區精神復康服務，可以協助阿榮或婷婷此類智障人士。

阿榮現在接受的服務是基金贊助的（不是常規服務），若基金停止資助，服務便要終止。可以想像，沒有一對一的服務對他及照顧者將造成極大負面的影響。明顯，個人化的服務對阿榮和婷婷都是很重要的，他們需要更深入且跨專業的個案輔導，包括家庭輔導和精神科評估。以上服務範疇亦不是地區支援中心的常規服務。

政府考慮增撥資源，讓此等服務成為地區支援中心的常規服務或開設新服務，以照顧有情緒問題或自閉傾向的智障人士，按其獨特個性和需要。智障人士需要一個十分熟悉的環境和輔導/訓練人員，了事他們獨有的方式溝通，並耐心地理解、聆聽及尊重他們的經歷和需要。就此，康復服務需要加強社工專業化的發展，提升服務內容和社工資歷到一個資深的職級，針對個別人士的特殊個案，提供個別介入方案、專業情緒輔導及家庭輔導等。

5.4.3.2 政策漏洞：欠跨專業團隊介入

社區生活是情緒病人康復過程中很重要的一環，因為建立良好的社交生活及網絡，對他們的情緒有正面影響。現在醫療和社福兩個系統分割，院舍和醫護人員對智障人士並沒特別安排和關顧，故未能互相配合，幫助這些智障人士和照顧者。

這兩個個案，凸顯了同類個案的困局，極有可能發生一些意想不到的悲劇。我們希望當局不要在危機發生後才面對問題，應及早為有情緒問題的輕度智障人士，發展適合他們能力和年齡的日間服務。

自閉症、情緒控制薄弱和對院舍的恐懼，令阿榮與世隔絕，只能透過狂叫和打門發洩情緒。現時，有情緒行為問題的智障人士，主要用藥物治療，卻欠專業團隊為其診斷和建立個案管理。專業團隊應包括臨床心理學家、精神科醫護人員、個案管理的社工和康復單位的社工。

婷婷的個案則凸顯了智障人士的評估服務和援助不足，評估服務只集中在兒童及青少年期，像婷婷這類早期未被發現的輕度智障人士，父母無所適從，亦沒有相關的情緒輔導，以協助這類家庭去互相支持和接納。

5.5 第五組別 —— 嚴重肢體殘疾智障人士

5.5.1 瑩瑩

瑩瑩（45 歲，女性）為肢體傷殘及中度智障人士，長期坐輪椅，與父母和妹妹同住。瑩瑩的脊柱側彎、斜視及氣管問題、有吞嚥困難和情緒問題（大哭）。她能聽懂別人的指示，但是欠缺說話能力，個人自理均需他人協助。

瑩瑩媽媽（照顧者）已經 70 歲，自瑩瑩由特殊學校畢業後，提供貼身照顧，至今長達 28 年。期間沒有接受任何社會福利機構的服務，也沒有申請輪候成人或宿舍服務。她長期扶抱瑩瑩起床、如廁、更衣、轉椅和餵食等。家中卻缺乏扶抱器材，家居設備也不合適殘障人士使用，媽媽常常弄傷了手。三年前（約 2013 年）瑩瑩突然出現很厲害的抽筋情況，要緊急送院治理，家人都不知所措，服用抽筋藥後，情況有所改善。

家庭支援薄弱系統

瑩瑩父親都已超過 70 歲，2015 年退休，開始協助母親照顧瑩瑩。瑩瑩媽媽對未來很擔心，其精神壓力很大，時常失眠。父母年紀漸長，開始為瑩瑩申請宿舍服務，但遲遲未有回音。父母希望瑩瑩將來的宿舍在居住附近，可以常去探望她，心愛的女兒。他們的家庭經濟都依賴瑩瑩的妹妹，基本上沒有其他家庭支援。

5.5.2 個案分析

5.5.2.1 政策空隙：嚴重殘疾人士日間照顧及家居照顧服務嚴重不足

個案反映日間及家居照顧服務不足，瑩瑩的肌能長期缺乏訓練，至近年才開始接受日間服務及家居服務，但每周只有一節上門物理治療服務，對其肌肉運動的效果不太明顯。

此外，服務單位的設備不足以應付需求。很多服務使用者均需使用吊機協助扶抱及卧床休息，而單位的空間及設施有限，日常使用復康設施或醫生床都需要輪候。家人期望每天都可到中心使用日間照顧服務，結果未能如願。另外，瑩

瑩的情緒問題，現時服務卻沒有治療計劃和照顧者教育及支援服務。整體而言，嚴重殘疾人士日間照顧及家居照顧服務所提供的服務嚴重不足，有服務需要的人卻得不到服務。

5.5.2.2 政策漏洞：資訊通達度不足

照顧者照顧瑩瑩已有 28 年，期間沒有接受任何社會福利機構的服務，也沒有申請嚴重殘疾人士宿舍。研究顯示，嚴重殘疾人士不論在長期護理、心理、家居設置、經濟、照顧者支援等各方面的社會支援均十分重要，可惜，殘疾人士照顧者接觸資訊的途徑有限，若在電視廣告或電台廣播不同的社會服務，可讓照顧者及殘疾人士更容易掌握資訊。

5.5.2.3 政策漏洞：社會支援政策不足

院舍照顧、暫託服務、暫宿服務和日間照顧服務嚴重不足，未能在照顧者生病或有突發事時提供即時支援。瑩瑩是多重殘障的智障人士，照顧者亦已年老，若她得到院舍照顧、暫託服務、暫宿服務或足夠的日間照顧服務，那是，直接支援照顧者，減輕其照顧壓力。若在智障人士輪候不同服務期間，能透過現金津貼等方式，以協助家居改裝和聘請家傭，能解家庭的燃眉之急，也可減輕老年照顧者的勞損和出現意外的機會。

5.6 第六組別——雙老智障人士個案

5.6.1 阿明

阿明（60 歲，男性）是輕度智障人士，走路需要手叉協助或輪椅代步。曾經輕微中風，前列腺脹大而需要常常小便。平衡力開始衰退，記憶力亦有日漸下降的情況。阿明的自理能力良好。在家會協助處理簡單家務，如收拾房間、掃地、洗碗及換床單等。阿明表達及溝通能力都很好，具幽默感，喜歡與人傾談，喜歡工作。

阿明有六兄弟姐妹，他排行第七，年紀最小。他和四家姐（阿惠）同住，四家姐照顧他的起居飲食，家庭收入靠四家姐的工作薪金和阿明的傷殘津貼。阿明希望在社區生活，卻因照顧者未能再照顧他，無奈下他只好申請院舍。現時，他仍未能適應退休的生活，或者，正確來說，他很懷念工作的日子。

5.6.2 阿芳

阿芳（57 歲，女性）是輕度智障人士，健康情況大致理想，阿芳媽媽原是照顧者，已屆 95 歲。阿芳媽媽突然胃潰瘍在家中暈倒入院，後來入住老人院。姐姐阿嫻（第二代照顧者）接手照顧阿芳，為其安排入住另一間老人院，日間則到

殘疾人士地區支援中心參加活動。

阿芳每日的生活很有規律，她會協助家務和陪伴媽媽。輕度智障人士輪候展能中心加宿舍或庇護工場加宿舍，或者輔助宿舍，但服務名額嚴重不足，一般輪候年期超過十年。而阿芳才剛開始輪候院舍，同時，她快 60 歲，進入庇護工場訓練又不太合宜。

入住老人院的阿芳，日間到地區支援中心活動，假日與家人外出玩耍，生活愉快。阿嫻認為，如果有智障人士與父或母同住的院舍，母親可以與阿芳住在一所院舍的不同樓層，讓她們走完人生最後的一段路。

另一方面，社工認為如果可以安排密集式的家務指導服務，提升阿芳的獨立生活的技能，她有機會可以留在社區居住。奈可，現時地區支援中心的服務資源非常有限，未能為有需要的會員提供密集的家居指導的訓練，令他們能居社區的機會減少。

5.6.3 美英

美英（55 歲，女性）是輕度智障人士，表達及溝通能力不錯，手腦不協調，而氣力及運動機能較弱。美英媽媽（照顧者）86 歲，健康狀況良好，社交活躍，腳有退化問題。美英在家中排行第二，有一位姐姐及一位妹妹，他們均已有自己的家庭，姐姐在外國居住，妹妹則在香港居住。姊妹兩人均與美英及母親感情要好，且有緊密的連繫。

美英媽媽意識到自己年事已高，於 2014 年，安排美英妹妹接管美英的監護權。美英媽媽於 2014 年為美英申請院舍住宿照顧服務。然而，美英聽到這個消息後，經常感到身體不適，有失眠和恐懼的症狀。經過姐姐開導後，美英才說出由於自己並不知道入住院舍後的情況，因此感到非常害怕、擔心和緊張。隨後，美英在導師的鼓勵下參加了有關智障人士入住院舍情況的講座，漸漸明白入住院舍的好處，便沒有再出現身體不適的情況，也願意接受將來自己需要入住院舍的事實。後來，母親為美英恢復申請院舍的程序。

美英及母親均認為美英現時身體狀況不錯，並未出現老化徵狀。但是根據導師的觀察，近年美英的反應似乎較以前慢，體力也開始下降。美英與母親的關係非常緊密，她們在生活中會互相照顧。有時母親「失魂迷路」或忘掉重要的事情時，美英更會對母親加以提點。此外，母親也在近年開始教導美英處理家務，並改裝了家中的一些設施，期望為美英未來獨立生活做好準備。

5.6.4 阿欣

阿欣（60 歲，女性）為中度智障，能應付一般個人自理，煮食則需別人幫忙，認路能力稍遜，需要接送服務。每天回庇護工場接受訓練，亦很喜歡到長中心活動。阿欣本來由其大姐照顧，但大姐驟然離世。現在，阿欣與妹妹阿靜（照顧者）同住，由阿靜主力照顧。

阿欣患有心律不正、耳水不平衡、子宮生水泡及視力不太良好。她的身體機能亦開始因年老退化，在上車、落梯時需撐扶，上落車輛時曾多次跌倒，入院接受治療，需打石膏。照顧者後來才察覺到阿欣出現輕微中風，之前的都是先兆，而她們都不自知。

阿欣每天生活非常規律，約五點半起身預備出門，九時正式在庇護工場開工。庇護工場的延展照顧訓練，令阿欣十分不滿，那是重覆又沉悶的體能訓練。放假的時候，她會九時起身，再積極做運動，做完運動就在家中收拾一下地方，及到鄰近的長者鄰舍中心玩耍，有時去超級市場、飲茶及行街。

以照顧智障姐姐為己任

阿靜（59 歲）是兼職家務助理，患有青光眼及血壓高，胃部常有不適，容易心律不正及心情緊張。過往曾有藥物敏感，需住院約半個月，其後抵抗力明顯較弱，容易有濕疹情況。

阿靜入院期間，阿欣六神無主，幸好有一個契妹（相識 50 多年的好朋友）幫忙照顧阿欣，並帶她到醫院探望阿靜。阿靜擔心自己病發或無能力照顧阿欣，希望阿欣能早日入住院舍。她表示會定期探望阿欣，一星期陪伴阿欣幾天。故阿欣不抗拒入住院舍，那只是暫住的地方，妹妹仍會在她身邊。

阿欣與阿靜的生命自小便有緊密聯繫，感情深厚。隨著父母和姐姐離世、兄弟姐妹移民或出家後，兩人相依為命，相伴同走晚年的人生路程。阿靜視照顧阿欣為己任，認為這樣才對得起去世的父母。即使自己亦面臨年紀漸長、身體退化的問題，但她仍把阿欣的需要放在首位。阿靜的身體情況漸差，她積極地希望參加健體訓練，讓自己能夠保持身體健康，繼續照顧阿欣。

5.6.5 綜合個案分析

5.6.5.1 政策漏洞：忽視了智障人士雙老家庭的院舍和服務需要

很多在社區生活的雙老或三老智障人士家庭，當照顧者年老時，他們都需要面對家庭分離和生活方式的巨大轉變。照顧者日漸年老，身體出現不同程度的缺損，他們本身都需要院舍照顧，無法再擔任照顧者的角色。

在六七十年代，政府集中為智障人士提供日間訓練及院舍照顧服務，故現時大部分院舍照顧服務，都與庇護工場或展能中心有一定的日間服務模式作配套。可惜，高齡智障人士往往要在照顧者危機出現時，才被緊急安排入住院舍。

雙老家庭的情況十分普遍，大部分組合為輕度智障人士和長者。輕度智障人士成功輪候院舍的比例很低，因為他們的自我照顧能力高，沒有肢體殘疾，故他們連申請津助院舍的資格都欠奉。當照顧者突然要住醫院或入宿舍時，高齡智障人士便有無處容身的危機，可能被逼入住私營院舍。現時，政府欠缺應對智障人士雙老家庭生活轉折時的相應對策。特別是輕度智障人士無法輪候資助院舍，年老照顧者都非常憂慮，當局必須正視雙老家庭潛在的種種危機。

5.6.5.2 政策漏洞：剝奪智障人士與照顧者的聯繫

智障人士與照顧者感情深厚，很多時都彼此照顧和扶持。社會福利署分別設有安老服務和康復服務，分開處理長者及殘疾人士的服務需要，例如：兩套服務評估機制、兩個院舍牌照事務處、兩個服務組等等。在一定程度上，分離的院舍照顧政策，把年老照顧者與高齡智障人士分隔天涯。

再者，他們入住院舍的時間，往往是在家庭出現事故後，即智障人士面對生離死別的時候。社工發現不少個案，在這個身心都面對巨變之時，社署馬上為智障人士安排緊急住宿，而沒有徵詢智障人士的意願，會導致智障人士因未能接受照顧者死亡及離開熟悉環境，而有憂鬱甚至厭世的情況。

研究團隊認為智障人士服務必須要從生涯規劃的角度，重新審視及制定智障人士老齡化的政策和服務目標。高齡智障人士所需要的不單單是宿位和衣食住行，更重要的是他們的生活方式、感情生活、生命意義和社群互助等。照顧者是智障人士最強的感情依賴和社交系統，他們共同生活數十年，熟悉其生活習性，擁有共同的生活經驗。他們在熟悉的社區生活，建立不同社交網絡和守望相助，故政策不應因為照顧者及智障者年老而剝奪他們的生命聯繫。

5.6.5.3 政策漏洞：欠合宜的高齡智障人士院舍照顧服務

院舍，是現時的唯一選擇。其中殘疾人士院舍是比較封閉和刻板的生活程序，不利於他們與親人和社區保持聯繫。

此外，各區殘疾人士院舍的數目差異極大，中央輪候服務分配只求行政便利，被分配的宿位地點不在智障人士家庭的社區，即智障人士要搬離熟悉的社區環境，直接減少智障人士與照顧者、社區的聯繫，也不便利老年照顧者探訪，這是個非人性化的院舍分配機制。輕度智障人士的院舍照顧服務名額嚴重不足，輪候年期以 10 年計算。政府只集中資源照顧中度或嚴重的智障人士，忽視約九

成的智障人士的院舍照顾需要。轻度智障人士最后只能到私营老人院或智障人士院舍，服务质素十分参差。

照顾者只希望高龄智障人士可以快乐在社区安老，故当局必须打破安老服务和康复服务的既有模式，探讨能否有适合两代人一同入住的院舍。同时，针对轻度智障人士不能轮候院舍的困局，为他们设计一些开放式的宿舍，或设有舍监支援的公屋单位，作多元院舍规划，令他们可以在社区安老，并保持与社区联系。

5.6.5.4 政策漏洞：欠合宜的高龄智障人士日间服务

智障人士在社区生活的方式与院舍有极大的不同，政府表示地区支援中心可以支援所有高龄智障人士家庭的服務需要，但其實地区支援中心只能夠提供有限的活動予高龄智障人士參與。因地区支援中心的服務對象，包括 6 歲或以上人士，也包含所有殘疾類別，高龄智障人士只是他們眾多服務使用者其中一類。按現時地区支援中心的人手編制、場地及資源所限，只能為高龄智障人士提供有限度的康樂活動，高龄智障人士的家庭需要如長者地区中心般有飯堂和生活自理的配套，才能協助他們留在社區安老。

第六章：個案危機分析

研究發現智障人士服務有很多空隙，高齡智障人士的身體退化、多重殘疾和支援系統薄弱，加上社會支援服務嚴重不足，令居於社區的智障人士家庭面對各方面的困難。可以預測，他們面對的家庭危機隨時爆發。

本研究的 12 個個案，在不同層面反映他們各自面對的壓力處境，包括：高齡智障人士的身心轉變、高齡照顧者的身心轉變、以及因照顧者離世或家庭變化而產生的照顧模式改變。根據文獻定義，家庭危機有四個元素，當出現其中兩個或以上元素時，即表示出現家庭危機。

1. 經歷重大壓力處境
2. 沒有足夠能力應付壓力處境
3. 長期不能擔當家庭責任
4. 沒有足夠的資源及支援去應付壓力處境

根據上述定義，研究中的 12 個智障人士家庭都面對很大程度的壓力處境，他們都沒有足夠能力應付生活轉變，有些更完全不能擔當家庭責任，有些則擔當家庭責任的能力和資源在逐漸減弱當中。在資源方面，政府的智障人士日間或住宿服務都嚴重短缺，協助不了這些家庭面對智障人士及照顧者日漸衰老的危機。更猶甚者日復一日，智障人士家庭所面對的危機越來越深，他們身心的壓力或終會爆發成突發的生活事故或傷病事件。

根據研究，十二個個案可能出現的種種家庭危機，包括：

I. 一家多名智障人士 — 阿強和阿芯 危機：

- i 阿華（阿芯照顧者）長期照顧多名智障人士，現已年老，照顧超負荷。他隨時會因疾病或衰老，令全家陷入混亂和無人照顧的真空狀態，引起家庭危機；
- ii 阿芯和阿華都有糖尿病和高血壓，若阿芯的飲食及藥物控制不佳，有機會糖尿上眼、腿部要截肢或中風等情況會出現；
- iii 阿強和阿玲（阿強照顧者）都面對身體衰退和病患，日後若阿強入住院舍，在欠缺社會支援政策下，其智障的妻女可能無法獨立在社區生活；
- iv 阿強的女兒屢屢被不良行商手法所騙，簽下健身或美容合約，而阿強不懂如何處理合約事宜和教育女兒管理金錢，構成不同的家庭磨擦和糾紛，影響家庭關係

II. 獨居智障人士 — 阿卓和阿文

危機：

- i 在社區生活的獨居智障人士，被人利用或欺負的危機很高；
- ii 他們常要獨自面對病患、生活困難或生活上的突發事件，有潛在的突發危機；
- iii 獨居智障人士缺乏一個監護、支援網絡和生活指導，難以建立健康和規律的生活習慣。而他們極需要社交生活、情感支援和朋友諮詢，以面對生活的挑戰。

III. 腦退化智障人士 — 麗麗

危機：

- i 腦退化的情況會越來越差，錯過了治療的最佳時機會令病情惡化。麗麗媽媽屆時很難再照顧她，這個案危機重重，但醫療系統卻因麗麗未滿 60 歲而坐視不理。
- ii 麗麗在社區內有很多不適當的行為，如亂買東西和與人有言語上衝突，令麗麗更難在社區生活和交朋友，但麗麗無法即時得到所需要的醫療和住宿。

IV. 情緒問題智障人士 — 阿榮和婷婷

危機：

- i 阿榮長期情緒失控，若情況持續或會傷人或傷害自己。他即使有機會入住精神病院舍，若阿榮媽媽不同住，只會陷入惡性循環，令他更害怕陌生人及抗拒住宿服務；
- ii 阿榮媽媽長期面對照顧壓力及家暴，抑鬱症的情況有機會惡化；
- iii 婷婷媽媽的身體情況和情緒都在臨界邊緣，危機隨時會出現，專科的團隊介入，制定包括藥物、輔導和生活調適等環節，刻不容緩。

V. 瑩瑩（嚴重肢體殘障智障人士）

- ✧ 瑩瑩媽媽獨力照顧嚴重肢體殘障智障人士已經超過 28 年，年老照顧者的身體及精神長期面對很大壓力，
- ✧ 瑩瑩的護理照顧需要很大，急需安排緊急宿位，現時，出現很多家居照顧危機，例如：家居清潔、個人護理覆診、經濟困難、接送困難、家居家居等等；
- ✧ 年老照顧者辛勞地帶瑩瑩到醫院覆診，他們的體力負荷很大，並易生意外。

VI. 雙老智障人士家庭 — 阿芳、阿欣、美英和阿明

危機：

- i. 輕度智障人士連輪候院舍的資格都欠奉，若照顧者突然入住醫院、長者

宿舍或離世，他們便無處容身，只能被逼入住私營院舍。再者，現在提供的資助院舍類型單一，部分院舍只有庇護工場或展能中心的日間服務配套。智障人士往往要在照顧者危機出現時，才被緊急安排入住院舍，其對家庭突變和生活環境轉變的適應都會出現危機。

- ii. 智障人士與照顧者感情非常深厚，他們都是彼此照顧和互相扶持。雙老及三老智障家庭是生命共同體，大部分照顧者與智障人士都期望在雙老院舍或小型家舍共同度晚年。在一定程度上，分離的院舍照顧政策，把年老照顧者與高齡智障人士院舍服務必須入住不同類型的院舍，若照顧者離世，智障人士因未能接受照顧者死亡及離開熟悉環境而出現厭世的情況，故有家庭悲劇的危機；
- iii. 在家庭出現事故後，智障人士面對生離死別，受到的衝擊非常巨大，智障人士往往未被諮詢或詳細解釋，便被安排緊急住宿，智障人士的精神健康有潛在的危險。

第七章：研究建議

研究的 12 個個案只是冰山一角，顯示出智障人士的老化情況非常嚴峻，政府應制定相關的社會服務和醫療對策，實在刻不容緩。本研究透過焦點小組的討論，有下列建議：

1. 短期建議 — 針對高危個案

1.1 所有智障人士康復服務單位都有責任發掘高齡或有特殊需要智障人士家庭，並作出適時的危機介入處理，建議地區福利專員統籌有關個案危機預防和個案計劃、協調不同單位和機構，以及其他專業作出適當的介入。

1.2 現時，智障人士宿位短缺和輪候時間過長，當局必須在增加住宿服務的 同時，加強針對高危的社區支援服務。

1.3 當局應考慮在公屋設立小型家舍或輔助宿舍，再配合地區支援服務，以舒緩部分高齡智障人士的住宿需要和雙老家庭的困局。

1.4 增加暫託及暫宿服務。

1.5 立即改善嚴重殘疾人士家居照顧服務的 內容、數量、形式和其對家居環境作出適當的改善和儀器配合。

1.6 必須為有情緒問題和腦退化的智障人士提供適切治療，建立跨專業的團隊作個案計劃和治療。

2. 長期建議 — 政策建議

2.1 社區醫療保健建議

- 建議善用「醫健通」系統，建立聯網智障人士病歷及數據；
- 定期評估及記錄智障人士生理和心理的健康情況；
- 為智障人士及照顧者提供健康教育，並為高齡智障人士提供預防性醫療；
- 加強醫生到診服務；改革「私家醫生到診服務（VMP）」，建議由醫管局負責院舍的醫生外展計劃；
- 增設智障人士醫療券試驗計劃；
- 設智障人士社區醫療策略，例如：成人牙科保健、身體保健等；
- 在各類智障人士服務中，加入健康生活和融入社區的服務目標。

2.2 專科醫療建議

- 針對腦退化智障人士的診斷及治療：就 40 歲或以上的智障人士進行相關老化的評估問卷基線普查，作為腦退化症的診斷基礎；
- 放寬 60 歲或以下出現腦退化症狀的智障人士，接受腦退化專科及老人科治療服務；
- 各醫療聯網建立智障精神科服務：參照葵涌醫院的智障精神科服務，在醫管

局屬下 7 個聯網建立相關服務，並到院舍提供外展服務；

- 政府應提供資源以改善殘疾人士院舍的醫療室，和護理老化智障人士所需的醫療儀器，院舍亦應增加護士、物理治療師和物理治療助理等人手編制和設備，以配合外展醫療服務的醫護人員到訪和診治；
- 立即為所有院舍增設院車及聘請司機，並增加陪診員和保健員人手，以改善智障人士覆診安排；
- 在區內普通科或專科門診設立特定醫療時段，照顧老年、行動不便、有特殊需要或情緒行為問題的智障人士安排覆診。

2.3 日間服務建議(一)

全面改革智障人士日間服務、展能中心及庇護工場服務模式

- 健康老年生活由健康及積極的青年及成年生活開始，因此，所有智障人士日間服務，都應以提升智障人士生活質素和建立健康生活方式為主要目標；
- 為智障人士提供適量運動、建立健康飲食習慣和活躍的社交生活，以減緩智障人士衰老，更健康愉快地在社區中生活；
- 建立健康生活模式，有助延遲高齡智障人士退化，長遠能減低醫療和院舍的開支。

2.4 日間服務建議（二）

設立地區智障人士生活支援中心

- 智障人士地區生活支援中心的運作模式，以長者地區中心為藍本，再增設飯堂、洗衣、個人衛生、輔導等支援服務，可保障社區內生活的智障人士基本生活所需要；
- 為智障人士提供個案管理支援、擴闊社會網絡和社交生活，以發展社區共融和家庭以外的支援系統；
- 凝聚社區義工，建立社區守望支援網絡，讓更多社區人士與智障人士建立師友聯繫，促進社區共融；
- 透過社工的協助和社群的支援網絡，為輕度智障人士及雙老家庭的社區生活，提供足夠的支援；
- 設個案經理為每個智障家庭設計合宜的安老計劃，擴大其支援的社群。

2.5 日間服務建議（三）

照顧者支援

- 重新檢視嚴重殘疾人士家居照顧服務的內涵和形式，以求更切合他們的需要，從而減輕家庭照顧者的體力勞動及長時間扶抱餵食等照顧壓力；
- 必須先改善家居設施、增加配合家居康復儀器和提供足夠的照顧服務時數，才能減輕照顧者的壓力；
- 加強社會支援，在覆診方面，增加復康巴士的服務量、提供陪診員津貼，及

或資助該類嚴重殘疾智障人士家庭；

- 公屋政策及院舍地點都應方便照顧者探望智障人士。對居於公屋的智障人士，可考慮設立非同住的照顧者（如兄弟姊妹）調遷至智障人士居所附近的申請機制，以鼓勵及支持第二代親屬加入照顧者行列。另一方面，應在公屋輪候政策內加入智障人士家庭輪候公屋的優先機制；

- 設立照顧者津貼，金額應等同外籍傭工的支出，讓能力不足的照顧者可以運用津貼聘請外傭，如此可令雙老家庭及嚴重肢體殘疾智障人士可以選擇留在社區生活，從而減輕對院舍的需求，同時令智障人士可以和家人一同生活，互相扶持；

- 培訓並支援第二代親屬擔任照顧者或監護者的角色，如不同住的智障人士的兄弟姐妹或其他親友，地區支援中心社工為第二代照顧者提供支援服務，讓第二代照顧者能監護及支援有需要的智障人士及雙老家庭在社區生活。

2.6 院舍服務建議

- 增設智障人士高度護理院舍，以照顧高齡及退化的智障人士；
- 院舍生活應保持智障人士與親人聯繫，設雙老混合院舍能讓他們與年老的父母住同一院舍，可以增加互相探望及維繫親子關係的機會；
- 參照房協長者屋的設計，增設自負盈虧模式的智障人士宿舍或混合雙老院舍；
- 在輔助宿舍或小型家舍內附設獨立生活支援服務；
- 增加現有資助院舍的數量及資源；
- 改善現有院舍的服務內容，讓智障人士的院舍生活更多元化，建立更多社區聯繫和善用社區資源；
- 加強監察為智障人士提供住宿服務的私營安老院舍或智障院舍，並提供支援，以保障院舍內智障人士的生活質素和權益。

2.7 保護和危機預防建議

- 理財的保護和支援：建議透過立法，給予第三方權利，幫助智障人士理財，例如管理支出，能減少他們因賭博、簽信用卡、大量購物而負債的機會。同時，亦需要協助智障人士掌握理財的知識，提防被騙；
- 為高齡智障人士設平安鐘，並加強人手提供上門服務，訓練他們應對生活事件的方法和求助渠道；
- 擴大社區服務的範圍，例如外展服務，在社區中尋找有需要而未有受助的智障人士；
- 加強房屋署在社區支援和社區危機預防的角色，房署可透過「洗樓」了解智障人士的家居需要，例如：扶手、燈光、設置等。並與康復機構和醫療單位互相配合，發揮預防危機的功能，以協助智障人士在社區能有健康的生活。

2.8 生活轉變的輔導和支援建議

- 生活轉變支援/輔導：某些生活事件和家庭關係的轉變，對智障人士帶來很大的衝擊和心理危機，建議以個案管理的方式，協調不同服務單位，以有效地協助智障人士和照顧者面對每個人人生轉折期的種種轉變，及持續地發展相關的生活技能和生命韌度，協助他們面對挑戰；
- 加強情緒管理和健康教育保健：在現有的職業和生活技能訓練以外，增加智障人士的輔導服務和社交生活體驗等活動，擴闊他們的感情生活和朋輩支援系統，透過分享、認知、經歷、生活體驗等去理解生命、親情及友誼。另外，尋找合宜的方式處理自己及照顧者的情緒問題及情感需要；
- 加強智障人士、照顧者及同工的生死教育，透過大學學者或相關醫療人員為他們提供生死教育，例如：智障人士哀傷輔導、智障人士面對親人離世時的情緒反應和輔導模式等；
- 加強專業發展：為所有智障人士院舍及日間服務單位，提供相關專業人士，發展輔導技巧及個人護理技巧訓練等。

第八章：總結

研究團隊在整個搜集個案、進行訪問、整理資料和舉辦焦點小組的過程中，聆聽了很多智障人士和照顧者的期盼和心聲，他們都希望能夠與至親一同面對生老病死，在老化的過程中經歷愛與關懷。高齡智障人士和照顧者在步入晚年的時候，他們只是卑微地希望能與家人一起，有基本生活的照顧，能在熟悉的社區中快樂健康地安享晚年。他們默默地等待和發出無聲的呼求。政府提倡「老有所依，老有所養，老有所為」對智障人士和照顧者而言，政府會否切實地將這些理想落實在相關康復政策當中？智障人士正正需要一個平等機會安度晚年。

現實很殘酷，智障成人的日間康復服務只集中在機械式的訓練和職業輔助。智障人士仿佛沒有身心健康和感情需要。安老服務亦完全沒有思考過如何服務高齡智障人士和照顧者，而康復服務則長期地將智障人士服務停留在工作階段，同時又將輪候院舍的準則越收越窄。還有康復服務和安老服務系統互不相通，它們將雙老家庭內的照顧者與智障人士分割為兩個互不相干的個體。他們「被要求」輪候不同的服務隊伍，最終，他們各自被編入不同的院舍系統內，分隔天涯，孤獨地走完人生最後一程。

醫療服務則以年齡劃分服務對象，對特殊需要及高齡的智障人士支援不足，國際社會均倡議對智障人士由出生開始，需要定期進行健康檢測和健康風險管理，香港的預防性醫療其實遠遠落後於國際社會。現時醫療專業對智障人士的特殊老化進程、精神健康、疾病模式和基本醫療需要，並沒有專業和系統化的研究。更欠缺相應的預防性醫療策略，有違世界衛生組織及聯合國殘疾人權利公約的基本要求。

最後，希望每一個接到這份報告書的人士，能夠細心閱讀和真心回應每一位智障人士及或照顧者的經歷，在你可能的範圍內，幫助他們，與他們同行。

參考資料

Janicki, M.P. & Ansello, E.F. (Eds.). (2000). *Community Supports for Older Adults with Lifelong Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Janicki, M.P. & Wisniewski, H.W. (Eds.). (1985). *Aging and Developmental Disabilities: Issues and Approaches*. Baltimore: Brookes Publishing.

World Health Organization (2000). *Ageing and Intellectual Disabilities - Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing: Summative Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

http://intranet.hsgd.org/WebPage/Training%20Web%20Folders/Training%20Web/ProgrammedLearning/PaperModules/SupportFamilyAssessment_NoAnswers.pdf

香港理工大學康復治療科學系彭耀宗教授 2013 年「智障人士老齡化趨勢」研究報告

附錄一

焦點小組綜合分析 —— 有關社會服務的建議

1. 院舍服務必須重新規劃

焦點小組提出了很多院舍現存的問題，亦有很多新的構思，建議興建多樣化的院舍，針對不同智障程度、高齡或成年智障人士的需要，讓他們可以安享晚年。

1.1 增加院舍數量及服務名額、改善院舍設施和改革人手編配，提升服務質量

1.1.1 檢視院舍服務的內涵和人手編配

研究發現，現時的院舍服務內涵和人手編配都未能應對高齡智障人士的服務需要。必須重新檢視院舍服務的內涵和人手編配，並擴大現存之宿舍的人均生活空間及活動空間。並為院舍的高齡智障人士提供合宜的運動及康復活動，幫助他們保持身體的機能不會衰退；

1.1.2 設多元院舍選擇

就院舍提供的生活方式，都需要按院友的情況，提供多元的選擇。針對不同類型智障人士的需要，現時院舍的設施必須提升和改善，一方面提升智障人士的生活質素，另一方面，減少院友及前線照顧員受傷的機會。

- 為有情緒和行為問題的智障人士設安靜閣及安全的保護設施；
- 為高齡智障人士提供一個比較活躍和多元化的社區生活，協助他們出外和與社區保持聯繫，不應受困於院舍內；

1.1.3 改善院舍接送服務

- 部分高齡智障人不能在週六日回家與照顧者相聚，失去社交活動或家庭聯繫。建議增加服務配套，包括：院車接送服務和服務人手，讓他們在假日及週末外出，與朋友相聚或參與不同的社區活動，回家或到老人院舍探望年老體弱的親友和照顧者；
- 坐輪椅、自閉症及行為問題的智障人士走出社區困難重重，建議為所有殘疾人士院舍增加院車、司機及增加服務人手；
- 現時部分殘疾人士院舍沒有院車，而智障人士的接送需求大，例如：覆診及社區活動，建議為所有殘疾人士院舍增加院車及司機，並為部分院舍的院車的增加輪椅位（現時只有兩個輪椅位）；
- 在院舍生活的高齡智障人士與照顧者及親人的聯繫很重要，院舍應加強這方面的工作，如容許親友參與院舍活動，讓智障人士出席離世照顧者的追思活動等。
- 偏遠的院舍，安排假日連接地鐵站的穿梭巴士服務等等，讓住在院舍的

智障人士不會與世界隔絕，能享受親情的溫暖。

1.1.4 改善暫宿服務

增加暫宿服務名額和暫住的日數上限，現時暫宿服務嚴重不足，特別是嚴重肢體傷殘暫宿位，經常出現跨區暫宿，對照顧者及高齡智障人士都存在不少困難。

1.1.5 增加院舍的專項資源以聘請前線及專業人手，提升同工的專業身份認同

- 整筆撥款後，同工多以合約制聘請，流失率極高。另外，面對醫管局及私營市場的競爭，院舍的薪酬福利水平和晉升機會都較低；
- 部分院舍全年都無法聘用足夠的人手，院舍長期外購服務，形成惡性循環，影響智障人士的生活質素及同工的士氣和服務質素；
- 在整筆撥款之外，政府應按個別智障人士的特殊情況和老化程度，如精神狀態、護理程度或行為問題等額外增撥資源，額外聘請人手或向私人市場購買一般院舍服務以外的醫療或康復服務，如：言語治療、行為治療、牙科服務、物理治療及運動康復服務等等。（在醫療部分再詳述）

1.2 設立智障人士高度護理院舍

- 現時智障人士院舍出現院友兩極化，即年輕和高齡智障人士共同生活，而他們的服務需要差距很大，院舍危機四伏；
- 高齡智障院友的身體退化及護理需求增加，他們需要中高級護理照顧程度的院舍照顧服務。例如：插喉的智障人士，其他智障人士不理解喉管的用處，玩其喉管，偶一不慎，插喉者會出現生命危險；
- 隨著院舍的醫療設施增加，如：醫院床、輪椅等，院舍空間嚴重不足，故必須增加院舍的人均面積或減收新院友；
- 善用空置公屋單位及校舍建智障人士高度護理院舍。

1.3 設雙老混合院舍

建議政府設計及推行雙老院舍，彈性處理其需要，免拆散智障人士與年老照顧者的聯繫。即高齡智障人士和照顧者申請同一所院舍，可以互相照應及支援，減少院舍的照顧人力需要及工作壓力。

以下為具體構思，在一棟大樓內，不同的層數設有老人院舍、智障人士院舍及雙老院舍，讓年邁的照顧者和高齡智障人士可選擇住在同一層或不同層數，能夠互相探訪。

若年邁的照顧者去世，智障人士可入住該院舍內的智障人士院舍。反之亦然，智障人士去世，照顧者則可入住該院舍內的長者院舍，繼續過其熟悉的院舍生活。

1.4 設智障人士院舍或混合雙老院舍

參照香港房屋協會的長者屋概念，建立新形式自負盈虧的智障人士院舍或混合雙老院舍。為有較佳經濟能力的高齡智障人士（或與年邁的照顧者）可以租住有配套設施的長者屋單位，並得到相應的醫療、社區資訊和飲食等方面的照顧。更重要的是他們能在社區生活，保持與社區的聯繫。同時確保他們的私人空間比資助院舍多，外傭和親友都可以同住，探望和照顧。

1.5 附設獨立生活支援中心的輔助宿舍或小型家舍

針對輕度智障人士的住屋和照顧需要，建議各區的公共屋邨撥出某樓層的單位（全層），以輔助宿舍或小型家舍方式營運。由非牟利組織（NGOs）管理邨內的獨立生活支援中心，提供膳食、洗衣、教育、康樂和社交活動服務。同時，設有社監、社工、護士、物理治療及職業治療等專業團隊，以支援有獨立生活能力的輕度智障人士，讓他們能夠安心工作和在社區生活。

1.6 增加暫宿服務名額

現時暫宿服務嚴重不足，特別是嚴重肢體傷殘暫宿位，經常出現跨區暫宿，在交通方面都面對不少困難。

1.7 增加輔助宿舍

盡快增加輔助宿舍，照顧輕度智障人士，因部分輕度智障人士的需要非常特別。

2 必須改革日間訓練服務的服務目標定位及服務模式

現時，智障人士的日間訓練服務只著重工作訓練取向，欠應變為健康生活方式取向。日間訓練服務的服務目標應強調智障人士的個人能力發展、自理能力、生活質素、個人護理和運動等健康生活方式，以減緩老化的影響。

2.1 全面檢討展能中心及庇護工場的高齡智障人士服務模式

展能中心及庇護工場會員也出現高齡化的情況，截至 2015 年 12 月底，展能中心接近五成（49.2%）服務使用者為 40 歲或以上，庇護工場接近六成（59.5%）服務使用者為 40 歲或以上。換句話說，展能中心超過五成服務使用者為 15 至 39 歲，庇護工場接近四成服務使用者為 15 至 39 歲，以上兩類日間中心的服務使用者有兩極化的情況出現。

年輕及高齡智障人士的服務需要相差很大，從展能中心及庇護工場的服務模式、服務內容、場所設置、人手比例、活動內容等方面，都不太適合高齡智障人士，應全面檢討展能中心及庇護工場的高齡智障人士服務模式。

現時欠缺合適的高齡智障人士日間服務，他們只能到展能中心或庇護工場，日復日地接受重複的訓練或單調的日間訓練活動，他們受困於服務單位及宿舍的環境。面對高齡智障人士的服務需求，政府不願正視他們的需要。而在2006年推出展能中心延展照顧計劃及職業康復延展計劃，要求高齡智障人士在更少資源及空間下接受服務。服務使用者的需要轉變，若日間中心無法應對其需要，則是對服務使用者的虧待，故必須全面檢討展能中心及庇護工場的高齡智障人士服務模式。

庇護工場及日間活動中心應該全面轉型，提升及增加各類設施，豐富工作和訓練內容，讓工種多元化，訓練智障人士在不同方面的發展。現時，庇護工場定位相當模糊，名義上叫訓練，實際上很多工場的學員只從事一些外判的工作。

建議庇護工場應與社企、輔助就業和各類型政府的就業計劃等配合，發展相應的技能和work模式，迎合不同智障人士的需要。服務內容應加入生活技能和健康運動等元素，並提供膳食服務，包括：廚房、車輛及司機、護士，以便有需要的智障人士外出和看病之用。另外，建議在庇護工場增加護士，以照顧智障人士的醫療需要，保障智障工人有更安全的工作環境。

2.2 按智障人士的能力及特性提供個別化的服務

協助智障人士參與社區各類日間服務。現時各類型的日間服務單位和地區支援中心，均出現空間不足、人手不足和接受不合理的津助服務協議（FSA），服務變得重量不重質，不能以人為本。

以地區支援中心為例，服務對象包括所有殘疾類別，部分殘疾人士有多重殘疾、有行為問題、身體衰退及老齡化，而服務對象的年齡為6歲或以上。結果，有需要的服務對象得不到合宜的服務，服務單位則為要符合FSA要求，只能開辦單一及集體化的活動，未能針對個別智障人士的老化和特殊需要特性，提供獨立的服務計劃及活動流程。

政府自2000年不作長遠服務規劃，令復康業界成為機械，以有限的資源提供有限的服務。服務對象要求基本服務，業界卻無能為力，同工則有苦自己知，甚至成為服務對象與政府之間的磨心。業界認為必須要有完整的高齡智障人士安老政策，令社區的服務支援做到按智障人士的能力及特性提供個別化的服務，讓他們好好在熟悉的社區安老。

3 為智障人士建立社區生活的服務配套和支援系統

過往的康復服務白皮書只針對職業訓練和培訓，缺乏以智障人士不同成長階段需要的理論模式，缺乏生涯規劃和服務模式的理論框架。所有成人服務的發展都只是修修補補，見步行步，跟不上殘疾人士服務需要、殘疾人權發

展、新的理論及知識基礎。

3.1 設立社區飯堂，洗衣及澡堂等服務

居於社區的智障人士必須得到有效和全面的社會支援，讓他們與照顧者和社區保持緊密的聯繫，才可以使他們有健康和積極的晚年生活。針對老齡化智障人士的需要，政府必須發展一系列智障人士社區支援服務，協助老齡化智障人士在社區生活。建議參考地區長者中心（DECC）的運作模式，例如：社區飯堂、輔導、娛樂、家務指導、家居護理服務、洗衣、澡堂服務等。照顧智障人士的三餐，讓他們能享用相對健康的膳食。

3.2 為居於社區的智障人士設立一套整全的支援制度

現時各服務單位的個案管理制度，對於智障人士的支援並不整全。對於住在社區的高齡智障人士，建議增加上門服務的人手，以到位地支援智障人士的社會生活；

- 為獨居智障人士提供生活指導和個案管理服務，經個案管理社工評估後，獨居或其他有需要的智障人士家庭，必須為他們提供個別化的支援，例如：情感支援、陪診、陪伴參與文娛康樂活動及提供簡單的生活指導等；
- 免費為高齡智障人士設立平安鐘，並訓練他們應對生活事件的方法和求助渠道；
- 擴大智障人士社區服務的範圍，例如：智障人士外展服務，在社區中尋找未有恆常到中心或居住於宿舍的智障人士；
- 加強房屋署在社區危機預防的角色，即加強房署、康復機構和醫療單位互相配合，協助智障人士在社區能有健康的生活。例如：房署統籌及安排康復機構和醫療單位定期洗樓，以了解社區智障人士的家居需要，作重要的社區互助支援平台，發揮社區危機預防的功能。在智障人士未退化前做好預防工作，能夠減少整體的醫療支出，例如：改裝家居設置、加設扶手、調校燈光、設無障礙設置、家庭及情緒支援等。
- 建立社區照顧網絡，動員社區中的婦女、年青人、兒童及退休人士等，建立社區守望支援網絡，為居於社區的智障人士提供部份社區支援服務，包括送飯服務、家居清潔服務、陪診及購買服務等。

3.3 發展社區守望及支援系統（Community Watch Scheme）

社工可以協助智障人士與社區人士建立較緊密的鄰舍關係，如屋邨管理員、居民團體、互助委員會、社會服務單位及義工等等。他們可為智障人士提供一些簡單的生活支援和社區資訊，也可以協助留意智障人士可能出現的危機情況，再立即與社工保持聯繫，保障智障人士的安全及生活質素。另外，凝聚社區義工的資源，讓社區人士可與智障人士建立師友聯繫，促進社區共

融。

3.4 設智障人士長者中心

退休的、高齡或身體退化的智障人士都可以老有所為，他們應保持活躍的社交，才能改善其身心健康及減慢老化程度。業界及照顧者建議設智障人士長者中心，可參考長者地區中心（DECC）的服務流程，照顧他們的身心靈健康。例如：每日安排午睡時間、開班組、舉辦生日會、做相集、讀報紙、旅行、玩音樂、做義工及支援照顧者等。

3.5 設生活指導員

由熟悉智障人士特徵的社工為獨居智障人士配對一位生活指導員（可以是社區內的義工）。經過簡單的訓練後，生活指導員可與智障人士建立比較長其的關係，並因應智障人士的需要，為他們提供個別化的支援（例如：情感支援、陪診、陪伴參與文娛康樂活動及提供簡單的生活指導等）。

4 生活轉變支援/輔導

研究發現，重要生活事件和家庭關係的轉變，對智障人士帶來很大的衝擊和心理危機。若智障人士的支援系統出現很大的變化，或需要離開熟悉的生活環境，又或社工的支援不停轉變等等，都會使智障人士和照顧者無所適從。故建設針對智障人士的服務策略必須重新調整，以個案管理的方式協調服務單位的交接，幫助智障人士和照顧者面對每一個人生轉折期，持續地發展相關的生活技能和生命韌度，協助他們面對這些挑戰。

4.1 加強情緒管理和健康教育

一般智障人士的表達能力有限，而高齡或退化的智障人士在言語的表達能力亦下降，有時間照顧者都不太理解他們的想法時，或照顧者離世，他們就更容易出現情緒問題及健康危機。

- 建議在日間訓練服務單位、民政事務處定期為智障人士、照顧者及社區人士舉辦有關健康生活的教育及講座，自小培養健康生活的習慣，減少智障人士年老時患上慢性病的機會；
- 增加言語治療服務，讓智障人士能夠更好地表達自己的想法，減少情緒問題；
- 在現有的職業和生活技能訓練以外，增加智障人士的輔導服務和社交生活體驗等活動。以擴闊他們的感情生活和朋輩支援系統，透過分享、認知、經歷、生活體驗等去理解生命、親情及友誼；
- 另外，學習尋找合宜的方式處理自己及照顧者的情緒問題及情感需要。

4.2 加強生死教育

加強智障人士、照顧者及同工的生死教育，透過大學學者或相關醫療人員為他們提供生死教育，例如：智障人士哀傷輔導、智障人士面對親人離世時的情緒反應和輔導模式等。

4.3 加強專業發展

同工對智障人士老齡的認知不足，建議加強同工對智障人士老齡化的認知。建議為所有智障人士院舍及日間訓練服務單位提供相關專業人士發展輔導技巧、個人護理技巧訓練。

5 保護支援及社區共融

5.1 交通便利以融入社區生活

政府應積極掃除交通障礙，鼓勵智障人士參與社區生活，建議政府雙管齊下：

- 增加院舍及康復單位的人手和車輛設施，協助年老和行動不便的智障人士出外活動；
- 在社區內設「出街易」的殘疾友善交通運輸服務，設計循環社區巴士線，讓智障人士更多參與社會，活出精彩晚年。例如：社區巴士線連接不同康復單位、院舍和區內的社交設施（如運動場地、公園、圖書館、社區中心、電影院及商場等公共設施）讓復康業界同工、照顧者、義工或家屬，可以定時帶高齡智障人士享用社區設施及空間。另外，能力較高的智障人士可以自行出外，享用各樣公共服務和參與社區生活，令智障人士能保持活躍的社區生活，與照顧者、親友、朋友、同事或同學等保持緊密的聯繫。

5.2 高齡智障人士的親屬支援網絡

大部分智障人士與照顧者是生命的共同體，故建設盡量保持高齡智障人士的親屬支援網絡。

- 對居於公屋的智障人士而言，可考慮讓照顧者或第二代照顧者調遷往智障人士居所附近居住，以便照顧智障人士（或讓智障人士調遷往照顧者的附近）；
- 建議加快智障人士家庭輪候公屋的安排（加分）；
- 建議盡快設照顧者津貼，為正輪候津助院舍的智障人士提供經濟援助。高齡智障人士是社會的弱勢，政府卻不按其需要而興建合宜的院舍，令智障人士平均輪候十多年才有住宿服務，故建議照顧者津貼金額至少能夠聘用家傭，以減輕照顧壓力。

5.3 支援第二代照顧者的政策

盡快設支援第二代照顧者的政策，以支援、訓練和聯繫第二代照顧者。

高齡智障人士的主要照顧者離世後，幸運的高齡智障人士會由第二代照顧者照顧。現實是，沒有太多人願意接任照顧者的身份。智障人士的兄弟姐妹或其他親友，他們多有自己的家庭和工作，不與智障人士同住，他們很難像父母親那樣全面照顧智障人士。即使有部分兄弟姐妹或親友嘗試照顧智障人士，但是，他們欠支援和照顧技巧，面對的心理壓力和經濟擔子都很重，故培訓並支援第二代親屬擔任照顧者或監護者的工作很急切。

- 建議由個案經理和社區照顧系統的支援，協助第二代照顧者，照顧在社區生活的智障人士。

5.4 保障智障人士權益

透過立法，給予第三方權利，幫助智障人士管理財務、協助智障人士掌握理財的知識。例如：減少他們賭博、被騙和被利用作不法勾當而負債的機會。

5.5 改善智障人士的監護制度

改善智障人士的監護制度，協助他們理財和適當運用金錢，當他們的家人或照顧者去世後，監護人須協助智障人士處理財產、金錢運用等事宜。現有的監護制度中，如由社會福利署擔任監護人，除定期探訪外，更應關心智障人士的生活及尊重其選擇。在保護其權益的同時，亦應適度地讓他們運用金錢進行一些有益身心的餘暇活動，如外遊或選購心愛的物品等。

6 有關安老服務、家庭服務及復康服務單位合作

現在的安老服務和復康服務分割，不單沒有合作，更是互相排斥。有很多的智障人士家庭，他們接受不同的評估及服務。綜合家庭服務中心、長者中心和地區支援中心的社工可以同時跟進一個智障人士家庭，分別處理其家庭關係、退休生活、就業、長期護理等服務。以上服務的分類是為行政的方便，並沒有理解一個家庭的需要。

明顯地，高齡智障人士家庭的需要更是多元的，完全分割的服務令他們不斷游走其中。例如：申請智障人士日間訓練服務請到復康單位、申請長者家居清潔服務請到長者單位、申請公屋調遷請到房屋署、處理家庭糾紛請到綜合家庭服務中心、處理傷殘津貼及綜援請到社會保障部等等。

最後，高齡智障人士家庭會得到甚麼服務？由哪個社工做個案管理？故建議有一個平台讓安老服務、家庭服務及復康服務單位合作，共議分工及管理。

6.1 地區福利專員協助統籌智障人士數據和建立支援網

社會福利署各地區福利專員應收集一個整全的地區智障人士數據，用以研究和規劃智障人士的服務，並強化相關的社區支援。同時，增加多元院舍，盡

量能在同區提供相關服務，讓智障人士和照顧者在服務單位的轉折期間，做到無縫銜接。

各地區福利專員應統籌區內相關的服務單位，建立一個全面的支援網絡，以智障人士家庭為單位設立個案照顧計劃。具體地，可以統計區內現存服務單位內的高齡智障人士資料和輪候宿舍及日間訓練服務的資料，建立一個地區高齡智障人士個案資料庫，並帶領區內的相關服務單位策劃相關服務計劃和支援網絡。

建議另設一個個案管理服務隊，能全面覆蓋 18 區的智障人士家庭，以全面地跟進他們的需要。

6.2 地區福利專員應協助單位之間的合作

綜合家庭服務中心、長者中心或青少年中心，設專職同工負責所有智障人士的服務轉介及跟進，在行政及運作上都比較理想。

- 加強各部門及服務單位（包括：綜合家庭服務中心、學校、醫管局、房屋署等）對於殘疾人士地區支援中心之個案管理制度的認識，並鼓勵各個案經理的溝通和合作，共同協助智障人士及其家庭解決各方面的問題。

7. 智障人口組別統計

- 全面蒐集居於社區之智障人士的數據，並對智障人士的社會福利服務和醫療服務作完善的規劃；
- 加強各政府部門就智障人士的資料互通，作出合宜的協調，例如：房署、警方、社署及醫院合作。

8. 復康服務業界的參與

不同復康服務機構可以成立工作小組研究應對智障人士老齡的方法，並業界定期分享經驗，業界共同研究好的服務模式。

附錄二

焦點小組綜合分析 —— 有關醫療的建議

1. 建立聯網智障人士病歷及數據

建議善用醫健通，並建立聯網智障人士病歷及數據。政府對智障人士的醫療需要欠承擔，欠智障人士資料庫及數據。醫管局只有約 6000 多名智障人士的紀錄，而未能追蹤社區的智障人士的健康狀況及醫療需要。

- 現時，智障人士的醫療服務沒有銜接，沒有跟進的訓練及醫療疾病跟進；欠完善智障人士的醫療紀錄。若智障人士離開醫院入住院舍，院舍卻沒有智障人士的醫療紀錄，院舍同工需要從頭摸索；
- 智障人士老化欠數據，面對不明的醫療危機；
- 現時部分院舍未能使用醫健通，未能與醫管局採用病歷共同排版，往往因為院舍的硬件太舊，未能配合醫管局的電子科技，例如：電腦型號及影印機型號太舊；
- 建議善用醫健通，院舍與醫管局採用病歷共同排版，醫生在院舍查閱智障人士的病歷及為其開藥；
- 照顧者共同管理智障人士病歷。

2. 成年智障人士的保健

- 建議為智障人士提供定期檢查、評估及記錄其身心健康情況。參考衛生署的母嬰健康院及學童保健計劃、葵涌醫院的智全計劃和衛生處現有的長者社區健康計劃；
- 設立智障人士適用的臨床評估指引建立一個智障人士的健康記錄及病歷，定期作出身體、智力、體能、社區生活技能及心理等各方面的基線及定期發展評估。

3. 外展輔助醫療

- 設外展輔助醫療服務，安排社康護士與殘疾人士地區支援中心及日間訓練中心同工及智障人士家屬合作，協助居於社區的智障人士處理藥物管理及健康的問題；
- 安排醫療外展隊（隊伍包括：醫生、護士等醫療人員）定期到殘疾人士地區支援中心及日間訓練中心為智障人士進行健康檢查，並跟進智障人士的健康狀況。一方面可以讓智障人士安心地在熟悉的地方進行定期的健康檢查，另一方面，減低家屬帶智障人士覆診的負擔和壓力。

4. 健康教育和預防性醫療

除了評估和病歷記錄之外，成年智障人士社區健康計劃更可與社會服務單位聯繫，提供預防性的醫療服務及健康生活教育。例如：預防針注射、個人清潔衛生習慣、運動計劃、防跌計劃、心裡健康初步評估和轉介等等。

- 例如：提早基線評估（Base Line），每3年一次精神科檢查，1年一次身體檢查，若智障人士突然出現很多行動問題，可以參考其病歷，方便跟進治療。設定智障人士身體檢查指引（不同人生階段提醒智障人士及照顧者做不同的檢查）。期望日後的兒童醫院能夠把學生健康計劃與成年智障人士專科門診的服務銜接。
- 建議醫管局再推出類似2010年葵涌醫院智障科的智全計劃（Assessment Pathway in Mobile Combined Clinic (MCC) for people with Intellectual Disabilities (PWID)）計劃內容概要：安排智障人士入醫院做4日3夜的詳細身體檢查。然後，轉介至其他專科服務，計劃完結後每人有一張OPT卡，交由院舍同工負責跟進。日後，可到西九龍精神科預約覆診。醫護人員教授院舍同工如何做社區復康計劃，並分享護理技能及經驗，日後，同工可定期更新智障人士的個人病歷。

5. 加強醫生到診服務

醫生到診服務是一項十分值得鼓勵的項目，但現在「私家醫生到診服務（VMP）」的推行形式和細節需要改善。例如：VMP 每年津助金額不足、服務時數不足、私家醫生的參與多是義務性、VMP 的私家醫生不能轉介個案到醫管局的專科門診、領取綜援的智障人士需轉介服務，醫生卻要另外收費。

- 建議政府參考香港島的VMP模式，即由醫管局負責全港島區院舍的醫生到診服務，用家庭醫生系統，提供基礎醫療，並掌握其病歷及跟進。

6. 智障人士醫療券計劃

長者醫療券計劃的概念應推展到智障人士，一方面減輕公營醫療系統的負擔，另外，令智障人士和照顧者能在社區內接受私營醫療服務，特別是物理治療、牙科服務或身體檢查等。第三，雙老或有多名殘疾人士的家庭，亦可以在社區內接受治療，讓他們在熟悉的環境和醫護人員照顧下，得到相關和合適的服務。

7. 智障人士牙科保健

現時香港醫藥援助會的流動牙車經常以沒有註冊牙科醫生為由，取消預約的牙科服務，同時流動牙科車的停泊有很多限制。而播道醫院「盈愛

笑容服務」只屬一次性性質，或有 1 至 2 次個案跟進。智障人士牙科服務明顯不足。

- 建議政府以醫療券和購買服務方式，為智障人士提供類似牙科保健及治療計劃。

8. 腦退化智障人士提供適切醫療專科服務

- 在評估智障人士是否腦退化，已經存在很大的困難，相關的醫療評估需要家庭或院舍照顧者建立智障人士的觀察和評估，作為基線的對比，而很多智障人士，未能在病發初期得到診治。
- 另在智障精神科及院舍確診為腦退化的智障人士正在與日俱增，惟所有未滿 60 歲的腦退化智障人士，都不能轉介到老人科；
- 腦退化智障人士的行動不便、大叫、不合作、有行為問題等等，醫護人員都不懂如何處理腦退化智障人士的需要，加上環境設施及空間不足，不利於腦退化智障人士的復康。
- 同時，腦退化智障人士留在智障精神科，會騷擾其他人接受治療；故政府應針對腦退化智障人士提供適切醫療專科服務。
- 在智障精神科門診方面，建議短期內針對腦退化智障人士的需要為其安排一間專門房間，為其提供集中的照顧、物理治療及身體機能訓練。
- 放寬未滿 60 歲腦退化的智障人士使用老人科，以減輕其病況。

9. 智障精神科服務

參考葵涌醫院的智障精神科服務，在醫管局屬下七個聯網建立智障精神科服務，包括：

- 各精神科門診，一星期有 2 至 3 節專為智障人士服務，減少對其他病人的滋擾；
- 設立智障精神科病房，按區內智障精神科病人數目撥出資源，主要服務智障人士；
- 建議精神科醫生為智障人士訂定和統籌治療計劃，並轉介到其他專科，不需要智障人士再到普通科輪候專科服務，減少行政、轉介和輪候的時間，讓智障人士及早得到合適的治療。

10. 加強智障精神科外展服務

精神科外展服務是「一條龍」服務，方便管理、轉介及為智障人士提供基礎醫療。同時，院舍同工可以從旁學習醫護人員的護理技能；

- 現時，每次外展服務需出動一隊醫護人員（包括：醫生、護士、物理治療師）到院舍，人手短缺，工作量很大，且欠缺交通配套，效果十分有限；

- 建議增加每個聯網的資源及人手，並與各區的智障人士院舍加強聯繫，以提供智障精神外展服務；
- 增加撥款，以改善院舍的醫療室和醫療儀器（如 BGA），聘請治療師和物理治療助理等相應人手和設備，以配合外展醫療服務的醫護人員到訪和診治。

11. 改善覆診安排

現在，高齡智障人士覆診次數增加，院舍卻沒有院車及司機，每次都花費高昂的交通費，對貧窮的智障人士照顧者帶來沉重的經濟負擔。另外，院舍沒有額外的陪診員和保健員帶智障人士覆診，只得外購服務或由年老的照顧者帶智障人士覆診。

- 建議所有智障人士院舍增加院車及司機，以減輕照顧者的經濟負擔；
- 建議增加院舍的陪診員和保健員，由熟悉高齡智障人士的人陪診，對他們的身體及情緒有完善的掌握，有利日後的醫療跟進；
- 建議普通科或專科門診能設立特定醫療時段，協助老年、行動不便、情緒有特別需要的智障人士；
- 為醫護人員和接待人員提供相關的訓練，了解智障人士的特殊需要，協助減低他們接受治療或檢查時的恐懼，促進智障人士身心健康。

12. 支援智障人士的社區健康及社康護理服務

公開就業的智障人士，收到的健康教育及服務資訊十分有限，針對他們的預防醫療支援很少，若他們年老或退化了，健康可以出現很大的危機。

此外，門診的服務都需電話預約，智障人士很難做到電話預約門診的服務。而高齡智障人士及照顧者，更多時候未能透過電話自行預約門診，或適當地服用藥物和定時進行治療。故醫療系統應與社會服務單位合作，為有需要的智障人士提供社康護理服務和跟進，由家庭醫生跟進每個智障人士的病歷和健康促進計劃。

13. 特定的醫療保險和特別醫療基金

公營醫療系統的負荷已經超過其極限，政府有必要為高齡智障人士設立特定的醫療保險和特別醫療基金，對一些需要緊急服務而家庭經濟困難的智障人士，提供所需要的手術或醫療費用，保障智障人士的醫療權益。

14. 緊急醫療處理

為沒有法定監護人的智障人士進行手術或醫療程序時，總是困難重重，令智障人士未能接受緊急的治療或延誤治療。

- 建議加快互通醫院管理局與社會福利署的智障人士資料以處理緊急的醫療治療；
- 建議參考外國的兒童醫院，在智障人士的病歷上會註明其是智障的身份，由專職的醫護人士負責個案；
- 設立健康促進員，為有需要的病人和家屬，詳細解釋醫療程序、醫療風險及責任等。
- 設智障人士衛生大樓/醫院/專科大樓/智障局，集中處理智障人士不同的人生階段的醫療需要，及需與其他系統配合；
- 加強醫院及院舍合作和溝通平台；
- 檢討監護制度。

15. 社區危機預防平台

獨居、雙老及智障家庭在社區生活有不同大小的問題，醫療需要愈來愈大。醫療程序複雜，他們又欠醫療支援，建議加強房屋署在社區支援和危機預防的角色。

現時，房屋署發現高危家庭會主動聯絡醫管局的精神科外展組，精神科外展組再成立工作小組，上門評估個案，跟進個案。

- 建議加強房屋署在社區危機預防的角色，即加強房署與康復機構和醫療單位互相配合，協助智障人士在社區能有健康的生活。例如：房署統籌及安排康復機構和醫療單位定期洗樓，以了解社區智障人士的家居需要，作重要的社區互助支援平台，發揮社區危機預防的功能。協助智障人士家庭改裝家居設置、加設扶手、調校燈光、無障礙設置、家庭及情緒支援等。

16. 公眾教育

參考老人科，由衛生署統籌，聯同房屋署、民政事務署及社會福利署作公眾教育，讓智障人士家庭在社區都容易得到健康醫療的資訊，例如：工作坊、基本訓練、醫療風險等。

附錄三

焦點小組 —— 智障人士心聲

智障人士組 1

背景

參與焦點小組共有 6 位智障人士，其中 5 位均沒有上班，他們有時會到殘疾人士 地區支援中心參加活動。另有一位智障人士有時會到家人經營的舖頭工作。他們的 表達能力比較弱，大部分未能用完整句子表達自己的意思。

1. 年約 40 歲女士

「有時會去舖頭做嘢，喺新蒲崗嘅，係幫屋企手嘅。」

「好耐之前，我媽媽隻腳要開刀，因為佢跌親條骨啊！好耐之前啦！我都好擔心啊。」

「睇到啲老人家，我就會開心啦！」

2. 年約 20 歲女士（現已入住宿舍）

「我媽媽喺度，我爸爸就死咗啦。」

「我去咗修院（入住院舍），有時都要照顧我媽咪嘅，有時我媽咪嘅情緒都係唔開心嘅。」

「因為我爸爸走咗，所以我就要照顧媽咪啊！」

「如果有個鐘（平安鐘）會好啲啊，媽咪病咗，可以方便照顧佢啊！」

「我之前喺（庇護）工場坐喺度四小時，坐到腰骨好痛啊！所以，我而家唔返工啦！我想自修吓。」

「啱我自己係去讀書囉。」

3. 年約 50 歲女士

「我家姐記憶力差咗！」

4. 年約 40 歲男士

「如果可以識多啲老人家，就可以成班人一齊傾計，就大家都開心啲囉，唔會孤孤單單一個人囉。」

「我想返（工），返到退休為止囉……返到 65 歲囉。」

「拍啲短片出來，話比人知，阿媽死咗，點樣去擺服務囉。」

5. 年約 60 歲的男士

「平安鐘，一定要有啊！如果有乜嘢事就 call 佢啦，如果唔係有乜嘢事，喺街暈咗，都有人知啊！」

「我阿妹話，未排到（殘疾人士）宿舍，就去老人院囉，但係，去老人院有人

想嘅。」

「我驚被人呃啊！所以我老咗之後，都係去老人院啦。」

智障人士組 2

背景

參與焦點小組共有 10 位智障人士，其中 6 位是公開就業，有的則到底護工場、綜合訓練中心或殘疾人士地區支援中心參加活動。他們的表達能力良好，能夠清楚表達自己的意思，平均年齡為 40 歲。

1. 女士（居於小型家舍，日間於麥當勞工作）

「我果陣時同爸爸住，都適應唔到。」

「譬如你話想搵嘢學，但係又好貴啲，譬如學吓國語、或者學吓英文都會想嘅。」

「最好有個生活助理協助我啦，同埋有 24 小時嘅支援熱線。」

「庇護工場其實都可以搞啲插花啊果啲。」

「希望老咗之後，都有果啲長期門診服務。」

「我要限定要十點之前返去宿舍，去唔到學野，唔可以太過夜返去啊！」

2. 年約 40 歲男士（庇護工場工作）

「我覺得我爸爸 70 幾歲已經好老啦！（自己）應該學習獨立生活，可以自己獨立。我有做緊嘢，想儲錢，將來獨立生活。」

「有時想做吓運動、學吓電腦。」

「本來我想 join 果啲會，想去做吓運動，做吓 gym 嘅，但係，我就被人呃曬果啲九千幾蚊，搞到我屋企人就好麻煩囉。」

「因為，我已經大個咗就要自己做啲決定，但係如果人地做啲宣傳，就千祈唔好亂咁應承人地，如果唔係就會被人呃咗啦！」

「都要儲返啲錢先得啊！第二時自己用來做乜都得。」

「如果有時可以做吓運動，或者做吓一啲柔軟體操，就會好啲啦！」

3. 年約 40 歲男士（庇護工場工作）

「工場應該唔係淨係返工，應該要有啲野學、有嘢玩、做話劇啲啲。」

「我覺得屋企安全過宿舍，因為宿舍要收埋你個銀包，數完錢之後，星期五先會派返比你嘅。」

4. 女士（庇護工場工作）

「而家地區支援果啲係比冇服務果啲嘅，我哋喺工場做嘢，我哋有去工場，所以冇嘅。」

「而家工場差唔多有 300 人啊！好迫啊！啲職員嘅人手又唔夠啊！」

「你喺宿舍，佢要限住你嘅時間瞓覺啦！我喺屋企唔係九點半瞓覺嘅，就算你瞓唔著都要上床啦。」

5. 於院舍工作的男士（公開就業）

「其實我自己都心諗係搬出去住嘅，想申請一個單身嘅單位，自己就會開心啲囉！又可以有自己嘅空間啦。」

「如果我屋企人病咗，我就會試吓煮囉。反而洗衫嗰度，我就麻麻地啦！我有陣時都會去買餸囉。」

「我覺得佢哋（居於院舍的智障人士）有時嘅生活都幾慘啊！好多限制嘅，佢哋朝早訓練，下晝訓練，跟住食晚餐，跟住夜晚就可以睇吓電視。但係，最多十點都要返去瞓覺啦！」

「佢哋（院舍居住的智障人士）又唔可以出街，就算出街都要跟啲職員去，佢哋話限制出街，其實可以出街都已經好好啦！大多數都會唔比出街嘅。」

「我有時都好多嘢做嘅，有空閒時間都會約吓朋友出街，休息，通常都會係星期六、日，休息之餘，我都會返吓教會嘅，因為我都有自己嘅宗教嘅。」

「其實我唔需要人哋照顧太多嘅，但係煮飯就比較困難啦！」

「微波爐，我都唔識用啊！」

6. 男士

「譬如我哋搬出去住啦，助理就會一個禮拜，去探我哋一次，睇吓我哋嘅情況，同埋睇吓我哋用啲錢嘅情況啦。」

「如果入咗宿舍，可能會見唔返我啲親戚，我都唔知點算啊！又有乜自由啲！」

7. 女士（庇護工場工作）（說話比較清楚的）

「其實我學電腦學咗咁耐，真係想去做，又會好難（公開就業）。」

「之前我都想去讀職業訓練局啲啲（課程），但係個社工同我講過，如果我想去讀，就要離開工場。讀完之後，如果無出路，就要重新排過（工場），所以唔（讀）得啊！」

8. 年約30歲男士

「點解提供啲啲照顧，一定要喺宿舍裡面提供啲啲照顧呢？」

「如果我真係年紀大，真係要靠自己煮嘢食，我都要自己學習吓嘅！」

「希望有個中心，有飯開，可以去洗衫，可以去參加活動。」

附錄四

焦點小組——照顧者心聲

1. 當你嘅（智障）子女/兄弟姐妹年紀大咗，你覺得佢哋有咩唔同㗎？

1.1 認知能力

- 欠缺時間及金錢的概念，金錢管理很弱；
- 認知能力下降，例：搭車、金錢管理。

1.2 基本能力

- 記憶力下降；
- 應變能力弱，例：「教 10 次識搭車去中心，永遠只會搭果㗎，如果壞車就唔識坐其他車去到中心。」；
- 精神集中力下降；
- 思想清晰及敏捷，但是對環境轉變不敏銳，例：「過馬路時若有所思，不留意路面車輛。」

1.3 行為問題

- 好硬頸、同人對抗或發脾氣、不合作。

1.4 運動機能

- 坐姿不正確，頸椎向前、頭常垂下、腰骨痛；
- 肥胖；
- 平衡力下降，「行唔到直線」

1.5 長期病

- 眼睛退化，近視加深及有白內障；
- 牙齒明顯退化，特別是唐氏的牙短和牙無力，例：食蘋果流牙血；
- 皮膚保養不好，容易敏感；
- 生痔瘡；
- 患有高血壓、糖尿病。

1.6 一般自我照顧能力

- 有部分智障人士的一般自我照顧能力良好；
- 不懂買菜、煮飯；

- 有部分智障人士的自我保護意識強。

2. 智障人士老化，你照顧佢時又有咩唔同？對你身體及心理有咩 影響？

2.1 管教困擾

- 不聽照顧者指導，智障人士需要經常被提醒（24 小時照顧）。例如時常需要照顧者提醒時才抬起頭、坐姿正確及做運動；
- 智障人士容易忘記照顧者的提醒，「好快就打回原形，唔提就唔做。」

2.2 照顧困難

- 智障人士性格轉變，高齡智障人士透過電視媒體，接觸的訊息多，見識多了， 有自己一套思想及判斷。他們有強烈的主觀性、表現自我，更愛與照顧者鬥 氣，照顧者表示「佢而家唔聽教！」，管教困難；
- 照顧者的工作量大，不同住及在職的照顧者，每日走兩場，照顧兩邊家庭。年老照顧者還要照顧其他人，例如：接送孫子上學及教育下一代；
- 欠他人及社會支援。

3. 如果有一日你要住醫院或者老人院，或者死亡離開呢個世界， 留下智障子女，你最擔心和不放心的是什麼？

3.1 住宿照顧

- 不能依賴親屬、兄弟姐妹或下一代照顧，因他們有自己的家庭，故希望政府增加足夠的津助院舍；
- 現時院舍政策是拆散家庭，令人妻離子散。

3.2 醫療服務

- 智障人士需要很多醫療服務，例：牙科、內科、老人科、精神科、眼科等。

3.3 獨立生活支援

- 社區支援

智障人士的社交及表達能力不太好，「又唔識用錢」，有很多生活危機，欠生活指導。

- 欠情感支援，沒有人聆聽他們的心底話。
- 飲食方面「智障人士唔識煮飯，如果可以在中心食飯，可以食得健康又安心。」

3.4 不被家庭接納

- 部分家庭成員不接納智障人士，如兄弟姐妹的配偶。

3.5 被其他人欺負，如家傭

3.6 交通

交通費的多少直接影響智障人士的社交圈子，而交通費昂貴，部分輕度智障人士因「欠醫生信而無兩蚊優惠。」

4. 具體建議

4.1 獨立生活指導

- 年幼時在校訓練，畢業後加強家居訓練及生活指導，讓智障人士自主參與生活細節。

4.2 加強社區支援

- 建立安全社區網絡，帶智障人士入社區，例如：街市、公園、圖書館等等，讓他們認識鄰居、商店老闆等，發揮互助的社區支援，讓智障人士生活於社區；
- 設有實權的個案經理，可以按其個別需要提供支援；
- 為正輪候院舍照顧服務的智障人士，提供家務助理津貼購買服務，以減輕照顧者壓力，例：家居清潔、送飯、陪診；
- 家傭只能協助照顧智障人士，照顧責任仍在家人身上。

4.3 日間服務

庇護工場在 60 年代至今都沒有進步，只集中重複性的工作訓練，欠娛樂。現實是智障人士沒有其他可選擇的服務，照顧者表示「唔做工場？唔知有咩選擇！」而展能中心、WEP（職業康復延展計劃）&ECP（展能中心延展照顧計劃）的訓練沉悶及單一，應協助智障人士訂定生涯規劃，讓他們自由發揮其興趣及能力。

- 為智障人士建立開心快樂人生，讓他們嘗試生涯規劃、了解何謂選擇、學懂選擇等；
- 日間服務單位增加戶外活動及娛樂活動，走出社區與人相處，與外界接觸更多，讓他們開心玩、唱歌、打鼓等，不要再為高齡智障人士提供生活技能訓練；

- 提供空間及場合，協助智障人士建立朋友網絡；
- 增設智障人士長者地區中心，讓智障人士安享晚年；
- 短期，在長者地區中心由社工開智障組或智障親子組。

4.4 設雙老院舍及小型家舍，不要買位及私營院舍

雙老家庭即智障人士與母親及或父親相依為命，設雙老院舍或小型家舍讓他們在晚年生活在一起，該類院舍可減輕照顧壓力。例如：照顧者能夠提供情感支援、協助院舍理解智障人士特性及表達意思，減少智障人士的行為問題，營造一個互助互利的院舍照顧環境；

- 買位宿位及私營宿位都不是合宜的選擇，因為欠完善的監管機制。

4.5 提供津貼以改善家居環境、設備及空間

現時，高齡智障人士的護理需要增加了，家居危機處處，需要改善家居環境、設備及空間，但是，費用昂貴。故應提供津貼以改善家居環境、設備及空間。

4.6 終身/延續學習

全面教育，發掘智障人士的天賦，從文化藝術、體育及語言等各方面，發展其興趣，以減緩智障人士老化的情況。

4.7 醫療服務及支援

- 設智障人士成人牙科保健；
- 覆診及門診優先；
- 全面的醫療保障；
- 設智障人士醫療券。

4.8 信託基金

政府立法，並成立信託基金，以好好管理家人留下的財產，保障智障人士的生活。

4.9 教育照顧者/家長

教育照顧者為智障人士建立健康生活模式。

4.10 增加安老院舍，照顧年老照顧者

附錄五

焦點小組討論大綱

5.1 總綱及策略

本研究主要研究的對象是高齡的智障人士，故在設計訪問大綱及焦點小組問題時都以獨立生活和融入社會、醫療衛生與康復為主線。以下為四項總綱及具體服務策略。

總綱一：獨立生活和融入社區

- 居住和社區護理需要作出長遠規劃，使所有殘疾人士能享有在社區中生活的不同選擇，包括獨立生活、與家人同住或院舍照顧。參考聯合國《殘疾人權利公約》第十九條。
- 具體服務策略：獨立生活訓練、個案管理、智障人士社區照顧中心、支援智障人士在家中安老，及以不同形式的院舍和社區照顧配套，提供多元化的社區參與和住宿選擇。

總綱二：平等教育機會和終身學習

- 殘疾人能夠在不受歧視和與其他人平等的基礎上，獲得**基礎教育、高等教育、職業培訓、成人教育和終生學習**的權利和平等機會。參考聯合國《殘疾人權利公約》第二十四條。
- 具體服務策略：在特殊學校畢業以後，智障人士應該享有進階的教育機會，包括：**藝術、音樂、舞蹈、健康教育、生死教育和職業訓練**。同時應該與其他社區人士有共融的課程。

總綱三：工作和就業

- 促進殘疾人士就業，為殘疾人提供公平和良好的工作條件，包括立法制定殘疾人士**就業配額制度**、保障殘疾人士享有最低工資的權利、政府聘用更多殘疾人士；和為僱主僱員提供**稅務優惠等誘因和協助提供無障礙設施**等等。參考聯合國《殘疾人權利公約》第二十七條。
- 具體服務策略：**最低工資保障、彈性工作時間、社會企業、提升社區參與和商業元素**。

總綱四：醫療衛生與康復

- 智障人士應享有具質量的免費或費用低廉的醫療保健服務；特別是**早期介入及識別、預防殘疾惡化等**；和不受歧視的醫療保險和人壽保險。聯合國《殘疾人權利公約》第二十五及二十六條
- 具體目標及策略：**身體檢查**、早篩選和醫治常有的疾病，避免多重殘障的出現；針對智障人士的**情緒輔導及認知障礙醫療評估**，治療計劃和照顧者教育及支援服務；建立**健康生活模式**，包括運動、飲食習慣和積極的社區參與。

5.2 研究團隊焦點小組討論大綱

1. 在你的工作崗位／生活經驗當中，在什麼情況下接觸高齡智障人士及其家長？你的工作／服務年資有多久？現在是管理階層／前線人員？
2. 就智障人士及照顧者老齡化的問題，我們想你就以下幾方面提供意見。
 - 2.1 **健康及醫療方面**：如何能強化預防性的醫療服務，減慢老化及多重殘疾的情況。如何保持健康生活方式；醫療服務的需要，包括如何看待智障老年化的定義；智障人士精神健康診斷及治療；智障人士行為問題；
 - 2.2 **日間服務**：職業支援及訓練；日間託管；社區生活；當照顧者無法照顧智障人士的起居飲食和日常生活時，現在的日間服務需要有什麼改善／轉變？日間活動中心，工場和地區支援中心，應該有什麼改變，應服務什麼對象，其目標應為何？
 - 2.3 **住宿服務**：院舍是否唯一出路？輕度智障人士有何特殊的住宿需要／支援？雙老院舍或獨立的雙老宿舍，是否有需要？是否可行？私營的院舍，獨立生活的輕度智障人士，需有何種支援服務？
 - 2.4 **社區參與**：無論是否居住在院舍／家中，當照顧者不能擔當陪伴和接送的角色時，智障人士如何能保持活躍的社區生活，融入社區，享用康樂文娛體育設施，而不是受困於院舍／中心之內。
 - 2.5 **保護和支援**：沒有親屬為監護人的智障人士，他們的生活質素和基本權利，如何能得到保障，院舍內的活動／社區接觸面非常有限，應如何改善？獨自在社區生活的智障人士，應有什麼支援？雙老家庭需要何種支援和保護？
 - 2.6 **生活轉變支援／輔導**：在老化的過程中，智障人士需要面對很多個人／家庭的突變，如家人過世的哀傷輔導及支援，老化的適應和生心理調適。智障人士如何能老有所為，現在的服務機制，有沒有改善的地方
 - 2.7 **康復服務與安老服務和家庭服務單位**，應如何合作和協調？現在的個案管理服務的形式和限制。
3. 具體而言，大家想想一些很具體的建議，在你的崗位／機構服務可以推行的
 - 3.1 機構層面（應改善什麼硬件／軟件／服務形式）
 - 3.2 如果你提出**最急切要求**，希望政府立即作出改善，你會怎樣建議呢？
 - 3.3 在諮詢架構方面，有無建議？
4. 最後，就著智障人士老齡化方面，你有無其他建議？

5.3 照顧者焦點小組討論大綱

互相介紹：請你講一下你自己的年齡、智障子女的年齡，除了你之外，家中有什麼人照顧子女。

1. 就智障人士及照顧者老齡化的問題

1.1 健康及醫療方面

如何能強化預防性的醫療服務，減慢老化及多重殘疾的情況。

如何保持健康生活方式？

醫療服務的需要，包括如何看待智障老年化的定義；

智障人士精神健康診斷及治療；

智障人士是否有行為問題？若有，詳情為何？

1.2 日間服務

職業支援及訓練；

日間託管及暫宿服務；

社區生活：當照顧者無法照顧智障人士的起居飲食和日常生活時，現在的日間服務需要有什麼改善／轉變？

日間活動中心、庇護工場和地區支援中心應該有什麼改變？應服務什麼對象？其目標應為何？

1.3 住宿服務

院舍是否唯一出路？

輕度智障人士有何特殊的住宿需要／支援？

雙老院舍或獨立的雙老宿舍，是否有需要？是否可行？

對於私營的院舍，你何看法？

獨立生活的輕度智障人士，需有何種支援服務？

1.4 社區參與

居住在院舍／家中，當照顧者不能擔當陪伴和接送的角色時，智障人士如何能保持活躍的社區生活？融入社區，享用康樂文娛體育設施，而不是受困於院舍／中心之內。

1.5 保護和支援

沒有親屬為監護人的智障人士，他們的生活質素和基本權利，如何能得到保障？院舍內的活動／社區接觸面非常有限，應如何改善？

獨自在社區生活的智障人士，應有什麼支援？

雙老家庭的需要何種支援和保護？

1.6 生活轉變支援／輔導

在老化的過程，智障人士需要面對很多個人／家庭的突變，如家人過世的哀傷輔導及支援，老化的適應和生心理調適？

智障人士如何能老有所為，現在的服務機制，有沒有改善的地方？

1.7 康復服務與安老服務和家庭服務單位，應如何合作和協調？

1.8 現在的個案管理服務的形式和限制？

2 具體建議

2.1 如果你提出**最急切要求**，希望政府立即作出改善，你會怎樣建議呢？

2.2 在諮詢架構方面，有無建議？

2.3 最後，就著智障人士老齡化方面，你有無其他建議？

5.4 智障人士焦點小組討論大綱

邀請智障人士自我介紹(名、年齡、工作)

1. (圖一) 爸爸媽媽宜家老唔老呢？同你細個的時候比較，爸爸媽媽老咗，身體同以前有咩唔同？
2. 有無想過，如果你老咗會係點嫁？（提示他們指出：身體病或者行路慢、記性唔好、多病、體力唔好等）
3. (圖二) 知唔知道點樣可以老左都唔會咁多病，老左都行得走得呢？老左都可以開心？（提示：要留意飲食、運動、可以有活動朋友等等）
4. 你而家有無返工？如果你老左，你想唔想返工，日日在屋企會唔會好悶？
5. (圖三) 如果有一日爸爸媽媽兩個老了，要住醫院或者老人院，或者死亡離開呢個世界，留下你自己一個人，
 - a. 你可唔可以自己照顧自己？譬如：洗衫、沖涼煮飯、看醫生；
 - b. 你有無兄弟姐妹會幫你，或者會同你一齊住，照顧你？
 - c. 無左你爸爸媽媽帶你，你可唔可以去街或者參加活動呢？
 - d. 你識唔識得點樣用錢呢？如果爸爸媽媽留下一 D 錢比你，你會唔會計數分開來用，抑或亂買嘢，或者被人呃？點樣唔會被人呃呢？
 - e. 你想唔想你爸爸媽媽未離開你之前，你學識點樣照顧自己？
6. (圖四) 另外，政府有宿舍俾智障人士申請，你知唔知道宿舍生活是點樣呢？你如果入宿舍，同你爸爸媽媽一齊住好嗎？
7. 你有什麼想講比政府聽，可以幫助你同埋爸爸媽媽老左之後，能夠健康 D，開心 D 咁生活。

5.5 社工及康復工作人員焦點小組討論大綱

1. 在你的工作崗位/生活經驗當中，在什麼情況下接觸高齡智障人士及其家長？你的工作/服務年資有多久？現在是管理階層/前線人員？
2. 就智障人士及照顧者老齡化的問題，請你就以下幾方面提供意見及建議。

2.1 健康及醫療方面

- 如何能強化預防性的醫療服務，減慢智障人士老化及多重殘疾的情況。及如何保持智障人士健康生活方式？
- 智障人士的醫療服務需要，包括：如何看待智障老年化的定義、智障人士精神健康診斷及治療和智障人士行為問題等。

2.2 日間服務

- 現時職業支援及訓練對老齡智障人士是否合適？
- 日間託管的供需如何？服務質素為何？有何需要改善？
- 當照顧者無法照顧智障人士的起居飲食和日常生活時，現在的日間服務如何轉變才能應對老齡智障人士的需要，以協助其在社區生活。
- 日間活動中心、庇護工場和地區支援中心，應該有什麼改變，應對老齡智障人士的需要，其服務對象及目標需要更改或新增專服務老齡智障人士的日間活動中心？

2.3 住宿服務

- 申請/輪候/入住院舍是否唯一出路？
- 輕度智障人士有何特殊的住宿需要／支援？
- 雙老院舍、獨立的雙老宿舍，是否有需要？是否可行？
- 私營院舍是否能夠提供合宜的服務予老齡智障人士？
- 在社區獨立生活的輕度智障人士，在住宿方面需有甚麼支援服務？

2.4 社區參與

- 居住在院舍/家中的老齡智障人士，當照顧者不能擔當陪伴和接送的角色時，如何能讓智障人士保持活躍的社區生活，融入社區，享用康樂文娛體育設施，而不是受困於院舍/中心之內。
- 院舍的活動選擇有限、人手不足及欠院車等，令老齡智障人士與社區接觸面減少，應如何改善？
- 獨自在社區生活的智障人士，應有什麼支援？
- 智障人士如何能老有所為？現在的服務機制，有沒有改善的地方？

2.5 保護和支援

- 如何能保障沒有親屬為監護人的智障人士（獨居），包括他們的生活質素和基本權利？
- 雙老/三老家庭需要何種支援和保護？

2.6 生活轉變支援/輔導

在老化的過程中，智障人士需要面對很多個人/家庭的突變，如家人過世的哀傷輔導及支援，老化的適應和生心理調適。現行的生死教育及應對生活轉變支援/輔導服務情況為何？

2.7 康復服務與安老服務和家庭服務單位，應如何合作和協調？

2.8 現在的個案管理服務的形式和限制為何？

3. 具體建議

3.1 機構層面（硬件／軟件／服務形式）

3.2 請你向政府提出最急切要求，並希望政府立即作出改善，那是甚麼呢？

3.3 在智障人士服務諮詢架構方面，你有何建議？

4. 最後，就著智障人士老齡化方面，你還有其他建議？

5.6 醫護人員焦點小組討論大綱

1. 很多智障人士都在 50 歲或更早的時候出現老化現象，但醫療系統卻以 60 歲為分界，大家覺得應如何向政府作出相關建議，及早為高齡智障人士作出預防性的健康風險管理及預防服務？
2. 社工及家長期望為智障人士提供基本的健康檢查及疾病管理。參考母嬰健康院或學童健康計劃，定期檢查及記錄相關健康情況，然後轉介或跟進。大家對這些建議有何意見？
3. 對於為智障人士提供醫療券，大家有何意見？
4. 針對智障人士的情緒及腦退化醫療需要的診斷及治療，大家有什麼建議？有建議每個聯網設立如葵涌醫院的智障科，大家有什麼意見？
5. 針對有糖尿病及其他長期病的高齡輕度智障人士和照顧者（好像個案中的一些例子），如何進行健康教育和社康護理等，如健康飲食和服藥等健康教育，醫護人員與個案經理如何可以增加資源和合作？
6. 智障人士對於醫療程序和輪候時間等都缺乏耐性和理解，例如、抽血、拔牙、手術或打針等都很容易出現恐懼和不合作情況。如何針對此問題向政府作出相關的建議？
7. 社康護士及醫療人員，如能到中心或院舍提供醫療服務或程序，可以讓智障人士及家屬在熟悉的地方接受醫療服務，或好像學童保健計劃，以一個時段專為某院舍或中心的會友安排健康檢查或健康教育等。大家對此有何意見？
8. 高齡智障人士的院舍服務，在設計及服務上，需要什麼改善？療養院的數目嚴重不足，如何能蒐集有關數據，預計未來需要入住的人數，包括深度護理的高齡智障人士及其照顧者的需要。

醫護人員的焦點小組，他們掌握了以往焦點小組的建議重點，內容如下：

1. **基礎醫療服務：**完善基礎的醫療服務，定期為智障人士提供基本的健康計劃及預防醫療。
2. **專科醫療服務**

2.1 **設智障綜合科：**為智障人士提供專門的醫療服務，提供精神健康、行為

治療及身體疾病的綜合治療服務。

2.2 智障專科：在每個醫院聯網設立專門服務腦退化症狀智障人士、情緒問題智障人士的專科及 智障人士內科及老人科。

2.3 智障人士腦退化的確診及治療：現時，需要到私家醫生作評估及檢查才能確診，建議為懷疑有腦退化智障人士提供照腦部超星波，及早識別和用藥物治療。

2.4 設智障人士免費成人牙科保健服務：從智障人士就讀特殊學校開始建立信任關係，改善其牙患問題。

2.5 言語治療服務：不少老齡智障人士可吞嚥、言語能力方面均有困難，對於言語治療的服務有殷切的需求，增加言語治療服務。

3. 加強醫社合作

3.1 醫療外展

安排醫療外展隊（隊伍包括：醫生、護士等醫療人員）定期到殘疾人士地區支援中心、日間中心及院舍為智障人士進行健康檢查，跟進智障人士的健康狀況。一方面可以讓智障人士安心地在熟悉的地方進行定期的健康檢查，另一方面又可減低家屬帶智障人士前往覆診的負擔和壓力；

3.2 外展輔助醫療服務

為居於社區的智障人士設立外展的輔助醫療服務，加強個案經理和醫療人員的合作，共同為智障人士提供健康及醫療方面的支援，協助他們處理用餐、藥物管理、健康等方面的問題，定期跟進及監察他們用藥的情況及健康狀況等；這對於腦退化症狀及有情緒問題的智障人士尤其重要。

3.3 公眾教育

3.3.1 為照顧者舉辦有關老齡智障人士的生理和心理變化的教育活動。

3.3.2 就老化的議題，為智障人士提供教育及健康講座。

3.3.3 及早為智障人士及照顧者進行生死教育。

4. 增設智障人士醫療券

5. 中醫治療

智障人士提早老化，記憶力及身體機能下降，考慮與大學合作，做中醫治療試驗計劃。

6. 界定智障人士老齡

6.1 盡快界定智障老齡，可考慮以壽齡歲數及機能歲數的原則作參考。

6.2 智障人士提早退化，有些是多種殘疾及長期病患，建議設統一評估工具，並為智障人士提供定期檢測，了解其服務需要。

7. 社會支援系統

7.1 為照顧居於社區的智障人士，設 24 小時支援系統，參考平安鐘的運作模式。在社區內設立義工隊或社區保母，定期探訪智障人士，關顧他們的需要，甚至在有需要時提供協助。

7.2 為智障人士設立 24 小時支援熱線，既能為他們提供情緒支援，也可以是一個緊急情況下的求助渠道。

附錄六

個案訪問大綱

簡介：

你好，我是 ，想訪問下你地，希望知道多D，有關智障人士年紀大左既情況。這個研究由智障人士老齡化關注組負責，我地想同你傾下，知道下你健康情況，生活滿唔滿意？有什麼需要？對未來有什麼打算？希望能反映俾政府和有關方面知道，考慮點樣改善。這個訪問會大概要一個鐘頭左右。

訪問有兩部分，一部份由照顧者作答，另一部份希望能由智障人士自己作答，如有需要，照顧者可以協助引導智障人士和提供相關資料。所有個人資料都會予以保密，只供研究之用。謝謝你的合作。為左方便記錄，我地會將訪問錄音，但請放心，我地會在研究完成後將錄音註銷，不會將你的個人資料泄露。我問既問題沒有對錯之分，請按你自己的情況回答就可以了。如果有D問題你唔識答，或者唔想答，是無所謂的。唔使擔心，你可以話比我地聽。

第一部分：背景資料（問智障人士）

1. 你幾多歲呀？
2. 你知唔知道自己的智障程度呀？

☐ 輕度(IQ 50-70)
☐ 中度(IQ 35-49)
☐ 嚴重(IQ 20-34)
☐ 極嚴重 (IQ < 19)

3. 你平時住係邊度多呢？
4. 你屋企有D咩人？

第二部分：個案的成長和接受服務歷史背景（照顧者作答）

1. 智障類型／成因／發現時間：
2. 有無其他殘疾／先天性疾病
3. 健康情況／疾病治療簡歷：
4. 自小接受服務的情況
學前、學校、畢業後、工作／訓練
5. 現在接受緊咩服務：
6. 家庭成員及家居環境：有多少家人同住，兄弟姐妹是否同住？經濟及工作情況，家居環境等。

第三部分：典型的一天，由早到晚的生活情況。重點：生活上需要照顧的範圍，生活質素和形態，支援系統。（問智障人士）

1. 我想知道你平時日頭做D咩？請講下每日的情況。
2. 一早上幾點起身，自己識唔得起身，跟著幾點返工／返中心／獨自留在家中。在哪裏吃飯，能否自己沖涼，幾點睡。
3. 主要由邊個照顧你呢？（有無菲傭、服務機構、親友、兄弟姐妹等在上述日常生活中分擔照顧工作）
4. 咁放假做D咩？屋企人會唔會同你一齊出街？唔出街又做D咩？
5. 你可唔可以自己搭車出街，返中心或找朋友？
6. 你平時有D咩興趣，例如打波、跳舞、行街等。
7. 有無做運動？做咩運動？
8. 你有無朋友？會同他們做D咩？
9. 你有無幫手做家务？

第四部分：重要生活事件（問智障人士）

1. 你諗下，最近有無一D同平時唔一樣既，令你唔知點算？或者令你好唔開心？（例如：被人鬧，被人開除，被朋友笑，被人鬧／爭執，唔記得帶身份証／銀包／迷路等等。如果無，無所謂。如果有，訪問重點在有無人／機構／支援系統幫助他，或懂不懂找人幫手。要保持中立）
2. 咁又有無一D令你好開心、好難忘的事呀？（平衡一下負面經歷，亦都想知道他們的正面經歷裏支援系統。工作上被人讚、生日好開心、找到工等等）

第五部分：老化情況，包括智障人士及照顧者

1. 想知道，在下列六方面，智障人士有無出現老化或明顯衰退跡象（請詳細列出各項徵狀，生理／心理變化）（照顧者作答）
 - 1.1 表達及溝通能力（例如：是否能明白、對答能力、社交能力、記性）
 - 1.2 行為問題（例如：有無好硬頸、同人對抗／發脾氣、不合作等等）
 - 1.3 情緒穩定性（例如：心情低落、大吵大鬧或悶悶不樂等）
 - 1.4 運動機能（例如：行動能力、體力）
 - 1.5 生理／身體機能／長期病（例如：氣力、肌肉力量、心肺功能、骨質密度）
 - 1.6 一般自我照顧能力（例如：洗頭、洗面、刷牙、剃鬚；去廁所、食飯、朝早起身、搭車返工／返學、換衣服、自己收拾床、摺衫、自己可以洗澡）
2. 對老化的認知（問智障人士）
 - 2.1 你身體有無試過唔舒服？你病左，會唔會自己吃藥？你有無入過醫院？你宜家冇無唔舒服？好似頭痛、無胃口？
 - 2.2 你覺得自己比起以前，外貌方面有無唔同？是否無精神、無力氣、覺唔覺得自己老左？
3. 對父母／照顧者老化的認知（問智障人士）
 - 3.1 你爸媽／照顧者有無試過病左，帶唔到你返工？
 - 3.2 你爸媽／照顧者比起以前，是否無精神？覺得他們老左？

- 3.3 你有無想過如果有一日，你爸媽／照顧者病左，或者要住醫院／入老人院，你自己可唔可以在屋企自己打理到自己？
- 3.4 你想住邊度呢？你有無住過宿舍／暫宿？

第六部分：照顧者及家庭情況

1. 照顧者家庭情況

- 1.1 介唔介意講下你今年幾歲？
- 1.2 屋企現在有D什麼人同住？
- 1.3 邊個人搵錢養家？
- 1.4 家裏除了智障人士以外，有無其他人要你照顧？
- 1.5 屋企有無其他事要你操心？

2. 照顧者健康狀況（問照顧者）

- 2.1 總括來說，健康狀況怎樣？有無長期病？情況如何？
- 2.2 體力上，能否處理照顧者的工作？體力勞動方面有無限制？
- 2.3 你覺得照顧方面，有無壓力？有無人幫手？
- 2.4 有無出現過一D危險的情況？或無人照顧到智障人士的意外情況？

3. 近一個月來照顧者有無以下的情況

	完全無	有小小	普通	嚴重
3.1 覺得頭痛或是頭部有壓迫感	☐	☐	☐	☐
3.2 覺得心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病	☐	☐	☐	☐
3.3 感到胸前不適或壓迫感	☐	☐	☐	☐
3.4 覺得手腳發抖或發麻	☐	☐	☐	☐
3.5 覺得睡眠不好	☐	☐	☐	☐
3.6 覺得許多事情對您是個負擔	☐	☐	☐	☐
3.7 覺得對自己失去信心	☐	☐	☐	☐
3.8 覺得緊張不安	☐	☐	☐	☐
3.9 覺得家人或親友會令你擔憂	☐	☐	☐	☐
3.10 覺得生活毫無希望	☐	☐	☐	☐

第七部分：未來的安排（照顧者作答）

- 現在接受的服務，能否協助智障人士面對老化的情況？現在輪候的服務，需要多久才可以輪候到？
- 現在有什麼急切的需要？例如輪候看病、康復用具、暫宿服務。
- 對智障人士老化，希望政府的服務或政策有什麼改變？

謝謝你接受訪問。

特別鳴謝

殘疾人士地區支援中心

仁濟醫院地區支援中心(大埔)
扶康會天水圍地區支援中心
東華三院樂群地區支援中心
明愛樂薈牽
保良局地區支援中心(沙田)
香港路德會社會服務處路德會何文田融樂中心
基督教家庭服務中心欣悅坊地區支援中心(觀塘東)
基督教香港信義會葵涌地區支援中心
聖雅各福群會雅聚天地地區支援中心
靈實將軍澳及西貢地區支援中心

家長組織

卓新力量
樂恩家長會
香港弱智人士家長聯會
香港心理衛生會立人坊及樂道居家屬會
香港唐氏綜合症協會家長委員會
聖雅各福群會復康服務會員家屬聯會
盲人輔導會朝陽中心暨宿舍家長會
明愛家長諮詢聯會老齡化關注組
明愛康復服務家長諮詢聯會