



關注家居照顧服務大聯盟(簡稱「關顧聯」)

對「安老服務計劃方案」的意見書

縱使「安老服務計劃方案」報告已完成，當中訂立的政策目標與持分者的意見並未一致，當中亦有許多細節的地方，因此關顧聯對於「安老服務計劃方案」(下稱「方案」)的概念、原則有以下意見：

1. 把輕度缺損的服務需要納入現有服務，反對以關愛基金「支援身體機能有輕度缺損的長者試驗計劃」作為解決方法

關顧聯過往一直提及社區照顧服務應具預防支援，建議政府大幅增加社區照顧的名額及資源，為身體輕度缺損的長者提供家居照顧及支援服務，《方案》亦認同此方向，現時輕度缺損的長者主要集中使用綜合家居照顧服務（普通個案），但服務供應不足。不少長者「送飯」服務輪候數月，家居清潔服務更是以年計算，仍然是「鬥殘鬥弱」原則。同時，部分長者亦只獲得申請中某一項服務，這一些進入服務但同時輪候多於一項服務的長者並未有在輪候數字中反映，再者社區更多有需要支援的長者並未能進入輪候，所以綜合家居照顧服務（普通個案）的需求比社署指出的 3700 名輪候數字更高。

政府為了解決此問題，由關愛基金推出「支援身體機能有輕度缺損的長者」試驗計劃。當中由現時 60 隊綜合家居照顧服務隊提供為身體機能輕度缺損的長者提供膳食及／或家居服務（例如家居清潔、護送和購物等）。這一項政策雖然是為輕度缺損的長者而設，但魔鬼卻在細節。

- 此計劃由關愛基金推行，因此針對資產有所限制，同時引入「共同付款」，有別於傳統模式，限制長者得到服務機會
- 計劃資源不足：人手津貼只包括社工，並未就前線照顧員提供人手津貼，或設備相關資源
- 計劃沒有就前線照顧員人手提供津貼，服務隊面對個案流轉及開展階段，難以安排穩定的人手，造成服務人手拉扯甚至加重工作量
- 一旦使用試驗計劃就需退出綜合家居照顧服務輪候隊伍

因此，政府不應以「支援身體機能有輕度缺損的長者」試驗計劃作為回應輕度缺損的長者需要，相反更需要擴大現有社區照顧服務資助名額，重新檢視在新屋邨的社區照顧規劃，包括增加人手於新屋邨綜合家居照顧服務隊人手，規劃出一個合理的人手資源以應付地區轉變人口，以及定期公佈各類照顧服務輪候數字。



2. 重視普通個案需要，重新估算及檢討規劃比率

過去在社區照顧服務之中，綜合家居照顧服務(普通個案)的服務需要一直都未被重視，資源只集中較弱的一批長者，卻完全忽略預防支援的功能，避免服務使用者在輪候期間因自我照顧而令身體護理需要增加。

可是，在多達近三千七百人申請及不合理的輪候時間下，《方案》不但錯誤假設長者照顧服務總需求將每年遞減 1%，當中更未有將普通個案納入長遠規劃之中。過去官方解釋未有備存有關數據故未可統整服務需要，但既然現時《方案》將採納新的評估機制「簡易評估表」以評估身體機能有輕度缺損的長者，故官方整存相關數據並將其服務需要納入長者照顧服務總需求之中的實在刻不容緩。

同時，正因現時官方的規劃比率大受民間質疑，估算數字遠遠落後民間方案，為免影響未來 20 年的安老資源投放，更應設立檢討機制，重新考慮過往忽略的估算因素如獨居及雙老人口的增長後，取消總需求將每年遞減 1%的決定並在短期內重新規劃現時落後的安老資源，待整體安老資源規劃重回正軌後才再重新估算未來總需求，以免長期護理服務規劃愈走愈錯，造成社會危機。

3. 方案將要求增加服務的聲量，側重以市場化及引入經濟審查的模式解決

現時資助的長期照顧服務下，本應按使用者身體缺損程度而安排不同的支援或照顧服務，沒有經濟審查，而且費用適宜，確保普遍使用者也能負擔。然而，社區照顧服務券試驗計劃引入「共同付款」，即是引入經濟審查，以家庭每月收入為單位。無論在經濟上還是倫理上，這確實加重了使用者的負擔。雖然有不少長者會與家人同住，但普遍需要外出工作，而且工時長，家庭本是難以發揮即時支援的角色。而且，同住家人與經濟上的支援未必有必然的關係，這只會令長者的經濟負擔重了，甚至卻步去申請相關服務。

同時，將照顧服務推向市場，看似長者眼前即時需要得到滿足。但在實際操作上，關顧聯確收到不少負面回應。長者面對不斷被服務提供機構拒絕服務、因人手不足及沒有專職同工而白坐中心或者只可使用不齊全的設備。亦有機構外購服務時因行政的簡易而阻礙使用者得到個別化服務如膳食等等的個案，這一切尤其對沒有能力額外付款讓服務「升級」的基層使用者來說特別影響。實際上，使用者及照顧者對私營機構服務質素的參差是憂多於喜。



引入入息審查只是令到申請程序更加複雜，更容易引起家庭的矛盾，加上市場模式主導的長期照顧服務實是阻礙長者適時得到支援，因此服務不應側重以市場化及引入經濟審查的模式回應。

4. 服務應去除年齡限制，整合長者及殘疾人士的照顧需要應

隨人口老化，有長期護理及照顧需要的人數不斷上升，當中包括長者及持續老化的殘疾人士。根據 2015 年統計處的《香港的殘疾人士及長期病患者》，殘疾人士現時有約 58 萬人，而一些長期病患者有年輕化的跡象，如早發性認知障礙症在香港最年輕的病發年齡是 38 歲，殘疾年輕化亦需關注。70 歲及以上人士佔 53.3%，60 至 69 歲人士佔 16.6%，其殘疾老齡化絕不可忽視。

現時殘疾人士很多時候因為年齡限制無法獲得相對應的服務，現時如日間照顧服務對象是 65 歲以上的長者，未符合年齡限制就需要購買自負盈虧的服務，增加其經濟負擔。同時長者亦會因老化過程而令身體機能缺損、或因意外跌倒而造成骨折等而需要使用輔助工具行走或以輪椅代步、或因中風後遺症而造成生活上的不便等。再者，認知障礙症及帕金森症等在人口老化的情況下，患者逐漸增多，亦為長者帶來不同程度的影響，以身體機能退化更為明顯，所以未來需要改善長者服務及殘疾人士服務割裂問題，不能因年齡而排除其長期護理的需要。

5. 設立常規檢討機制，與民共議

過去《方案》諮商工作一直為人垢病，制定過程中一直以「踢一踢，郁一郁」的態度進行諮商，官方一直強調的 18 區諮商更只是受民間壓力而其後才進行。然而，《方案》推出後，文件中的各項建議更是已預設立場，令不少意見無法如實反映。同時，當中所謂的檢討工作更只與政府內部檢討，未見有任何平台可以吸納民間聲音。如此單向性、從政府角度出發的長期規劃報告，規劃出來的服務亦只會成為官方回應民間訴求的擋箭牌，繼續為政府工作巧立名目，難以吸納服務使用者的真正意願。

因此，一個全面安老服務規劃上，必需要設立一個恆常的檢討機制，持續讓民間的聲音可以參與未來的檢討工作，其諮詢的對象需要開放予前線同工、持分者、自助組織、團體，並且公開相關文件。一方面可以如實反映服務使用者的意願亦可以隨著社會及服務需求的變化以即時回應服務的需要，更重要的是制衡政府獨行獨斷的行事方針，才可達致真正的與民共議。