

安老服務計劃方案
「訂定範疇階段」報告

顧問團隊

首席研究員

徐永德博士 香港大學
羅致光博士 香港大學

成員

白雪博士 香港理工大學
周愛華博士 香港城市大學
戴樂群醫生 香港中文大學
黎永亮教授 卡爾加里大學
馬學嘉博士 嶺南大學
錢黃碧君女士 香港理工大學

目錄

背景	p.1
意見分析	p.6
A. 「長者」的定義及安老服務的服務對象	p.7
B. 現有服務	p.8
B.1 積極樂頤年	p.8
B.2 社區支援服務	p.9
B.3 社區照顧服務	p.10
B.4 護老者支援	p.11
B.5 院舍照顧服務	p.12
B.6 積極樂頤年、社區支援服務、社區照顧服務及院舍照顧服務之間的銜接	p.13
B.7 服務監察及質素監管機制	p.13
C. 人力及培訓事宜	p.15
D. 處所及空間	p.16
E. 安老服務的可持續財政安排	p.17
F. 與其他範疇的銜接及其他課題	p.18
F.1 安老服務和其他界別、政策局及部門的銜接	p.18
F.2 計劃服務的模式和「計劃方案」的檢討模式	p.19
F.3 資訊科技及訊息發放	p.20
F.4 為患有認知障礙症長者提供的服務	p.21
F.5 其他課題	p.22
「制定建議階段」的工作計劃建議	p.23
附錄一：書面意見列表	p.27
附錄二：「訂定範疇階段」收集到的意見摘要	p.28
附錄三：「計劃方案」範疇以外的意見	p.44
附錄四：工作坊／研討會主題及主要課題	p.49

背景

1. 行政長官在《2014 年的施政報告》中宣布，在兩年內籌劃「安老服務計劃方案」(「計劃方案」)。安老事務委員會(安委會)獲委託進行有關工作，並成立安老服務計劃方案工作小組(工作小組)專責跟進。
2. 因應安委會的建議，勞工及福利局(勞福局)於 2014 年 7 月委聘香港大學社會工作及社會行政學系的顧問團隊(顧問團隊)協助安委會及工作小組研究與安老服務相關的課題，並在過程中諮詢不同持份者和關注團體。
3. 進行公眾參與和諮詢活動，目的是在制訂「計劃方案」的過程中，徵詢不同持份者及公眾的意見，就安老服務的各主要議題展開對話、進行溝通；以及就「計劃方案」建立共識，讓「計劃方案」能夠滿足長者的需要。
4. 制定「計劃方案」的工作分為三個階段，分別為「訂定範疇階段」、「制定建議階段」及「建立共識階段」。每個階段都會安排公眾諮詢的環節。「訂定範疇階段」的公眾諮詢在 2014 年 10 月開始，至 2014 年 11 月結束。第一階段公眾諮詢的目的是就安老服務的議題展開討論，集思廣益，以設定「計劃方案」的涵蓋範圍。
5. 本報告載述「訂定範疇階段」的進行方式以及收集到的資料。此外，報告亦就「計劃方案」應涵蓋的範圍，以及「制定建議階段」的工作計劃作出建議，供工作小組考慮。

現行政策方向及目標

6. 根據現行政策，提供安老服務的目標是「讓長者能夠有尊嚴地生活，並為他們提供適當的支援，以實踐『老有所屬、老有所養、老有所為』的理想」¹。有關政策的方向是推廣積極樂頤年，並按照「居家安老為本，院舍照顧為後援」的理念，為有長期護理需要的體弱長者提供適切的服務。在制定「計劃方案」的過程中，持份者可審視安老服務的理念和願景、價值、原則及目標，而這些意見將會在「建立共識階段」的公眾參與活動中處理。

「訂定範疇階段」

7. 「訂定範疇階段」根據以下方式收集意見：

¹ 「長者和殘疾人士長期護理政策」(2013)。勞福局就立法會福利事務委員會及衛生事務委員會轄下長期護理政策聯合小組委員會於 2013 年 2 月 23 日提供的文件。

公眾參與活動

8. 從 2014 年 10 月 22 日至 11 月 22 日期間，工作小組和顧問團隊就「訂定範疇階段」舉行了五場公眾參與活動，徵詢持分者對「計劃方案」範疇的意見。參與的持份者包括：
- i) 安老服務營運者：包括資助及／或非資助社區照顧服務和院舍照顧服務的營運者。
 - ii) 安老服務使用者：包括服務使用者組織和「積極樂頤年」計劃的參加者。
 - iii) 與安老服務有關的業界組織和專業團體；及
 - iv) 關注團體／個人、護老者組織和社區代表（包括政黨代表及區議員）。

表一：「訂定範疇階段」活動的參加者數目

日期	類別	分組數目	參加者	參加人數
2014 年 10 月 22 日	關注團體 ² 、照顧者團體、個別人士和社區代表	4	團體：17 個別人士：3	53
2014 年 11 月 1 日	資助安老服務營運者	4	團體：37	72
2014 年 11 月 5 日	安老服務使用者	2	團體：15	43
2014 年 11 月 15 日	非資助安老服務營運者	2	團體：24	44
2014 年 11 月 22 日	業界組織和專業團體	1	團體：11	14

9. 一共有 223 人³（代表 87 個組織⁴），以及 3 名個別人士出席了公眾參與活動（表一）。
10. 在每一節的公眾參與活動中，參加者均獲簡介有關制定「計劃方案」的背景資料，包括長者人口概況及推算、社會老化所面臨的挑戰，以及現有安老服務的資料。有關安排目的是讓參加者了解制定「計劃方案」的相關考慮。參加者會按其團體主要提供的安老服務種類及／或關注範疇，編入不同的聚焦小組。舉行聚焦小組的目的是找出參加者希望在「計劃方案」下探討的一系列課題／事項。

² 顧問團隊亦曾經在 2014 年 12 月 4 日為一個未能出席公眾參與活動的關注團體另行安排會面。

³ 包括註腳 2 提及的關注團體的兩名代表。

⁴ 參與多場公眾參與活動的團體只在上表中計算一次。

11. 為方便聚焦小組的討論，顧問團隊提供了一個列出各項課題不同關注點的討論框架，供參加者參考：

服務類型	服務範疇	需要及關注事項				
		服務概覽	人手供應	設施供應	財政來源	改善服務的空間/與其他服務的配合及其他
社區支援	長者地區中心/ 長者鄰舍中心/ 長者活動中心					
	積極樂頤年及 其他相關措施					
長期護理服務	社區照顧服務/ 護老者支援					
	院舍照顧服務					

12. 五場公眾參與活動共進行了 13 場聚焦小組。內容通過錄音、筆記和錄音謄本作記錄。

書面意見

13. 此外，持份者亦可以透過電郵、郵寄或「計劃方案」網站⁵提交書面意見。在「訂定範疇階段」，共收到 17 份書面意見⁶（附錄一）。

立法會福利事務委員會會議

14. 顧問團隊出席了福利事務委員會於 2014 年 12 月 8 日進行的會議，簡介「計劃方案」公眾參與活動的安排，並徵詢其意見。
15. 在 2015 年 1 月 20 日，福利事務委員會安排了一個與相關團體會面的會議，顧問團隊從有關會議收集了 46 個團體的意見。

⁵ espp.socialwork.hku.hk

⁶ 其中兩份書面意見在 2015 年收到，即「訂定範疇階段」公眾參與活動完結之後。

訪問其他相關團體：

16. 顧問團隊訪問了下列政府部門／政策局、法定機構，以及非政府機構的代表：

- i) 食物及衛生局（食衛局）和衛生署
- ii) 房屋署
- iii) 醫院管理局（醫管局）
- iv) 勞福局和社會福利署（社署）
- v) 向非資助安老服務提供資金／捐贈的非政府機構

檢視相關文件

17. 除了進行公眾參與活動和訪問持份者之外，顧問團隊也檢視了相關文件，當中包括：

- i) 《安老服務》（1977年11月）。香港政府布政司署社會服務司
- ii) 《老人服務工作小組報告》（1994年8月）。香港政府老人服務工作小組
- iii) 《長者住宿照顧服務顧問研究報告》（2009年12月）。安委會
- iv) 《長者社區照顧服務顧問研究報告》（2011年1月）。安委會
- v) 《選定經濟體系的銀髮市場發展之研究》（2012年）。中央政策組
- vi) 《長者日間護理中心、長者綜合服務中心和長者活動中心服務檢討及長者綜合照顧服務的發展顧問研究》（2000年）。衛生及福利局
- vii) 《長期護理政策聯合小組委員會報告》（2014年7月）。立法會福利事務委員會
- viii) 香港審計署在2014年10月30日發表之《為長者提供的長期護理服務》報告
- ix) 2014年12月8日政府帳目委員會《為長者提供的長期護理服務》公開聆訊的會議記錄
- x) 團體就立法會福利事務委員會2015年1月20日會議提交的意見
- xi) 福利事務委員會其他與安老服務相關的文件及會議記錄

18. 顧問團隊備悉下列報告以及正在進行的措施／檢討工作。這些背景資料將會在往後階段的討論和商議中予以考慮：
- i) 《香港人口推算 2012-2041》
 - ii) 食衛局「醫護人力規劃及專業發展策略檢討」⁷
 - iii) 食衛局精神健康檢討委員會的討論
 - iv) 社署有關「改善香港長期護理基礎設施」的計劃（當中包括「安老服務統一評估機制」（「統評機制」）的檢討）⁸
 - v) 勞福局「長者社區照顧服務券試驗計劃」⁹
 - vi) 勞福局「私人土地作福利用途特別計劃」
 - vii) 勞福局就引入「長者院舍住宿照顧服務券」的可行性研究
 - viii) 社署「長者社區照顧服務個案分類研究」¹⁰
 - ix) 關愛基金專責小組「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃」¹¹
 - x) 社署「長者院舍住宿到院藥劑師服務試驗計劃」
 - xi) 社署「廣東院舍住宿照顧服務試驗計劃」
 - xii) 社署「先聘用後培訓先導計劃」及「青年護理服務啓航計劃」¹²，
 - xiii) 規劃署《香港 2030+：跨越 2030 年的規劃遠景與策略》
 - xiv) 勞福局《2022 年人力資源推算》

⁷ 是次檢討於 2012 年 1 月開始，並於 2013 年 11 月發展了一個醫護人力規劃及推算模型。見：http://www.hpdo.gov.hk/doc/legcopaper_tc.pdf;
http://www.legco.gov.hk/yr13-14/chinese/panels/hs/hs_hps/papers/hs_hps0415cb2-1283-1-c.pdf

⁸ 該計劃預計將在 2016 年 10 月完成。

⁹ 中期檢討報告預計在 2015 年中期完成。

¹⁰ 這項研究是「長者社區照顧服務券試驗計劃」評估研究的一部分，預計在 2014 年 9 月完成。

¹¹ 該試驗計劃於 2014 年 6 月開始，評估將在兩年的試驗期內進行。

¹² 先導計劃在 2013 年推出，而啓航計劃將擴展其適用範圍至康復服務，並在 2015 年提供 1000 個額外名額。資料來源：
http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_highlighto/

意見分析

19. 本節載述顧問團隊從公眾參與活動、書面意見，以及福利事務委員會會議和持份者訪問中所收集到的意見（詳細的意見摘要載於附錄二）而得出的討論課題。這些課題與安老服務最為相關，亦最得到持份者的關注，因此往後的工作將優先探討這些課題涵蓋的事項。至於其他意見，則會透過勞福局轉交相關的決策局及部門以作考慮。這些意見及顧問團隊的考慮載於見附錄三。
20. 討論課題可歸納為六個範疇：
- A. 「長者」的定義及安老服務的服務對象
 - B. 現有服務
 - B.1 積極樂頤年
 - B.2 社區支援服務
 - B.3 社區照顧服務
 - B.4 護老者支援
 - B.5 院舍照顧服務
 - B.6 積極樂頤年、社區支援服務、社區照顧服務及院舍照顧服務之間的銜接
 - B.7 服務質素監管機制
 - C. 人力及培訓事宜
 - D. 處所及空間
 - E. 安老服務的可持續財政安排
 - F. 銜接安排及其他課題
 - F.1 安老服務和其他界別、政策局及部門的銜接
 - F.2 規劃服務的模式
 - F.3 資訊科技及訊息發放
 - F.4 認知障礙症患者服務
 - F.5 其他事宜
21. 以下部分闡述持份者就上述各範疇所提出的主要關注，以及顧問團隊建議在「制定建議階段」作進一步討論和商議的問題¹³。

¹³ 如第 17 段所提及，顧問團隊在編寫這份報告時，已考慮審計署第 63 號報告書中對於長者長期護理服務的意見及建議，以及立法會政府帳目委員會的相關討論。當中與服務規劃問題有關的意見和建議，與在「訂定範疇階段」的公眾參與活動所收集到的意見相若。至於其他意見，顧問團隊認為屬技術和運作層面的考慮，並建議這些意見應另行由社署作適當跟進。

A. 「長者」的定義及服務對象

- i. 有意見表示，目前不同類型服務及／或福利的合資格申請年齡各有不同¹⁴，這可能會造成規劃上的不一致和困難。因此，部分意見認為應為安老服務制訂統一的服務年齡資格。
- ii. 部分參加者指出，因應全球趨勢，政府最近決定從 2015 年開始，把新入職公務員的退休年齡推遲至 65 歲，他們認為這做法符合人口越趨健康的情況，亦能回應社會對提高整體勞動生產力的需要。
- iii. 有參加者指出，市民的健康狀況、文化水平及經濟負擔能力正不斷提升，而對安老服務的喜好亦有所轉變。因此，應探討如何滿足不同年齡層長者（如初老、中老和老老¹⁵）的服務需要。
- iv. 有意見認為，在界定「計劃方案」下的服務對象時，實際年齡不應是唯一標準，亦應考慮長者身體的缺損程度和照顧需要。具體而言，有意見認為有身體及／或智力殘障的人士，或會比同齡人士更早呈現老化的跡象，但其他服務界別卻未必能照顧到他們的需要。這類人士的例子包括唐氏綜合症和中風患者¹⁶。

就「長者」的定義及安老服務的服務對象範疇，建議進一步討論的議題：

1. 在制定各項安老服務的合資格年齡時，除考慮缺損程度外，是否應先考慮實際年齡？
2. 是否應該為「長者」定下一個劃一的實際年齡定義，並以此作為不同福利服務的合資格申請年齡？如應該，有關年齡為何？如不應該，不同種類服務的合資格年齡應如何界定？

¹⁴ 長者地區中心／長者鄰舍中心／長者活動中心的人會資格是 60 歲，但在部分中心，55 至 59 歲的長者可以成為「附屬會員」。大多數資助長者長期護理服務的申請資格是 65 歲，但亦會按個別情況為年滿 60 歲的人士提供服務。另外，綜合家居照顧服務（體弱個案）的申請資格是 60 歲，而長者生活津貼（免入息審查的部分）則把資格設定在 70 歲。院舍照顧服務的申請資格是 65 歲（60-64 歲被證實為有需要的長者也會予以考慮）。

在許多發達國家，「老人」的定義往往與一個人的退休或可獲得退休福利的年齡相關，大部分是 60 或 65 歲。普遍意見均認同有關定義是隨意的，而其重要性在於其對安老政策的影響。參考：<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

¹⁵ 老年人口往往被細分為不同年齡分組，如「中年」、「初老」、「中老」和「老老」。這些分組沒有統一的年齡範圍定義，但學術界的普遍分類是：60-64 歲為中年；65-74 歲為「初老」；75-84 歲為「中老」；85 歲以上為「老老」。參考：<http://www.hkis.org.hk/ufiles/Elderly-FinalReport.pdf>。政府統計處則把 45-59 歲人士歸類為「中年人」，60 歲或以上人士為「長者」。參考：<http://www.statistics.gov.hk/pub/B11301272001xxxxB0100.pdf>。

¹⁶ 智障人士老齡化的課題正由康復諮詢委員會轄下的智障人士老齡化工作小組跟進。

B. 現有服務

- i. 現有的安老服務大致可分為（一）推廣積極樂頤年的服務；（二）社區支援服務¹⁷；（三）社區照顧服務，及（四）院舍照顧服務。由於此四類服務互相關連，所以以下會一併討論有關這些服務的意見。
- ii. 服務使用者、服務提供者和關注團體幾乎一致要求增加社區照顧服務和院舍照顧服務的服務量，並進一步改善提供服務的模式，讓使用該等服務更為方便。有團體則關注因應人口老化，現有的服務提供模式財政上長遠是否可以持續。他們並期望政府能夠探討一個可持續的財政安排。

B.1 積極樂頤年

- i. 部分參加者認為應加強推廣積極樂頤年，特別是協助相對年輕的長者預防疾病和保持健康生活。參加者認為應留意年輕長者人口正在轉變的特徵：他們的教育水平大多較高，財政狀況亦較好，而他們的需要和期望或可能與現時的長者有很大的分別。參加者舉例指：年輕長者一般較渴望自主，並期望能積極參與，決定自己的人生。他們會選擇並非以長者服務中心為本的服務模式，並會希望維持／建立自己的社會資本，以繼續作出貢獻，過獨立而充實的生活。
- ii. 有意見認為積極樂頤年應該包括長者終身學習、義工服務、退休後就業和參與社區事務等方面，而安老服務應能配合這些可讓長者活出積極晚年的不同的活動。
- iii. 有意見認為，可鼓勵那些剛從全職工作退休，但仍想從事兼職或彈性時間工作的年輕長者，加入長者護理行業，例如擔任家居照顧員或院舍服務助理等。
- iv. 部分參加者認為推廣關愛長者的社區教育是積極樂頤年重要的一環。
- v. 有意見認為積極樂頤年項目除了服務健康的長者外，亦應該涵蓋和惠及體弱的長者。

¹⁷ 護老者支援服務通常是作為社區支援和社區照顧服務的一部分而提供。

- vi. 部分參加者認為公共交通票價優惠計劃是鼓勵身體健康的長者活動的良好措施。他們亦歡迎長者醫療券的推出。

B.2 社區支援服務

- i. 現時以中心為本的服務包括長者地區中心、長者鄰舍中心和長者活動中心，而以服務隊伍模式推行的服務包括長者支援服務隊及綜合家居照顧服務（普通個案）。這類服務為生活在社區的長者提供支援。長者地區中心、長者鄰舍中心和長者活動中心亦有為護老者提供支援服務。有關護老者支援服務的意見會在 B.4 章節概述。

與會者普遍認為現有的服務分散，服務之間沒有清楚的界線。各類服務之間的協調因此有待改善，長者在轉換服務的過渡期有機會出現時間上未能無縫配合的情況。

- ii. 有參加者指出，長者地區中心和長者鄰舍中心的角色已隨時間改變，服務範圍亦已擴大，並需要更多的專門知識（如對認知缺損的認識）和專業上的支援（如：物理治療師和職業治療師）。然而，部分參加者感到其員工培訓及／或人手資源都未能跟上工作量和服務需求。其中，部分參加者建議應為以認知缺損長者為對象的服務增加資源。
- iii. 有意見表示，應促進社區支援服務（即目前由長者地區中心等提供，以中心為本的服務）成為教育、預防、早期識別和介入的中心點，並應擔當轉介、個案管理，以及其他服務銜接的角色，以有效地連繫社區照顧服務和院舍照顧服務。
- iv. 部分參加者表示，長者對綜合家居照顧服務（普通個案）所提供的膳食及家居清潔服務需求殷切，但部分需求是由於計劃的收費低廉所致，而非因為長者有實際的護理需要。有意見認為，這類膳食及家居清潔服務對資源的需求影響了其他綜合家居照顧服務項目的質素。
- v. 部分參加者稱，某些服務中心的位置不太方便，而有些社區則沒有長者中心等設施。
- vi. 部分參加者認為長者支援服務隊有實質作用，但在尋找社區合作夥伴，為長者提供可負擔的服務方面則存在困難。

- vii. 部分參加者指出，長者活動中心轉型至長者鄰舍中心¹⁸的過程不太順利，因為許多地區的服務範圍並未明確界定。此外，部分前線員工培訓不足，未能處理更高的服務要求。

B.3 社區照顧服務

- i. 社區照顧服務包括日間護理中心／單位、綜合家居照顧服務（體弱個案）、改善家居及社區照顧服務、長者暫託服務和家務助理服務。這些服務的目的是為體弱長者提供長期護理服務，讓他們能夠獨立地，或在協助下在熟悉的家居和社區環境生活。

部分參加者認為各種服務的界線不清，一些服務範疇亦似乎出現重疊（如綜合家居照顧服務（體弱個案）和改善家居及社區照顧服務），而有些服務的供應則嚴重不足（如綜合家居照顧服務、改善家居及社區照顧服務、暫託服務和日間護理服務等）。有建議提出要檢討及精簡這些服務的流程，而普遍意見亦認為個案管理模式是可取的。

- ii. 有意見指出，沉重的工作量，再加上部分體弱個案的複雜性（如涉及有嚴重認知缺損的長者的個案），令綜合家居照顧服務的人手架構不足以為長者提供優質及專業的服務。
- iii. 部分參加者表示，以招標方式競投服務影響長遠規劃和人手的穩定性，因此應進行檢討¹⁹。
- iv. 部分參加者認為，改善家居及社區照顧服務和綜合家居照顧服務（體弱個案）的「捆綁式」²⁰服務模式不夠靈活，因為一些體弱長者可能只希望獲得基本的個人護理服務。
- v. 部分參加者提出社區照顧服務及私營安老院舍之間的公私合作的可能性。有意見認為，為了紓緩一些輪候時間較長的社區照

¹⁸ 作為社署於 2003 年進行的重整服務計劃的其中一部分，長者活動中心會轉型為長者鄰舍中心。長者活動中心提供社交及康樂活動、社區資源資訊，以及轉介服務；長者鄰舍中心則提供諮詢服務、教育和發展活動、義工發展、外展及網絡服務、護老者支援和膳食服務等。參考：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/
http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/

¹⁹ 現有 24 份改善家居及社區照顧服務的合約將於 2015 年 2 月底屆滿，當中涉及合共 5579 個服務名額。有關合約限期已延長兩年至 2017 年 2 月 28 日。參考：http://www.info.gov.hk/gia/general/201406/18/P201406180845_print.htm

²⁰ 參加者以此形容服務組合的提供模式

顧服務（如膳食或職業治療服務），可進一步善用私營安老院舍的設施，例如：使用私營院舍的剩餘空間，為在社區生活的長者提供膳食服務、使用私營院舍的廚房，為附近行動不便（但尚未需要院舍照顧服務）的居家長者提供上門送飯、洗衣或職業治療服務。不過，有意見關注私營機構或只會營辦較有利潤的服務，而只為有經濟能力的使用者提供服務。

- vi. 部分參加者強調生死教育和為喪偶長者提供哀傷輔導服務的重要性。

B.4 護老者支援

- i. 參加者認為，無論是情緒上，還是實際協助方面（如培訓課程、支援小組和輔導服務等），現時的護老者支援都不足夠。一些參加者提出，現有為日間需要工作的護老者提供的服務（如培訓課程），以及暫託服務都不足夠，並建議應引入 24 小時緊急暫託服務，並將護老者生活津貼的覆蓋範圍擴大。
- ii. 然而，參加者對應為護老者提供的支援的程度有不同看法。部分參加者認為，長者日間護理中心／單位的服務時間不能配合他們的工作時間，但一些日間護理服務的提供者則認為應在支援護老者和鼓勵他們負起照顧家中長者的責任之間取得平衡。
- iii. 部分參加者指出，鑑於人口老化的情況，預計越來越多的長者將會由家庭傭工照顧，因此建議擴展培訓和支援的對象至包括家庭傭工。
- iv. 有參加者建議，每位安老服務使用者及其護老者在提供服務時應被視作一個獨立的「服務單位」。若採用個案管理模式提供服務，服務對象應包括護老者。
- v. 有參加者建議，社會應該對家庭護老者所作的貢獻和努力給予更多的認可。許多家庭護老者要同時應付自己的事業、對自己家庭的責任，以及長者的照顧。為減輕護老者的負擔，可鼓勵僱主為護老者提供特別的休假和／或工作安排。有參加者建議可採取措施，讓「全職護老者」在照顧自己的長者之餘，同時為鄰近有需要的長者提供協助。有參加者建議長遠而言護老者的權利應受到法律保障。

B.5 院舍照顧服務

- i. 很多參加者提出，私營機構在提供院舍照顧服務的角色是一項重要課題。他們建議探討公私營合作（如提供日間護理暨院舍服務、公私合作模式等），以及在內地設立安老設施以照顧香港長者的需要的可能性（見有關「安老服務的可持續財政安排」的部分）。
- ii. 部分私營服務營運者表示，私營安老院可以發揮照顧有特殊需要（例如愛滋病病毒呈陽性的長者），但尚未需要長期護理服務（並因此不在中央輪候冊上）的長者的角色。
- iii. 部分參加者表示，資助服務的輪候時間很長，而且護理安老院與護養院的比例不平衡²¹。有參加者留意到，一些在中央輪候冊上的長者往往在成功輪候到服務後放棄機會，反映他們可能並不需要即時的院舍照顧服務。參加者質疑這種做法是否有效運用公共資源。
- iv. 個案管理模式也被認為是院舍照顧服務中必要的環節，因為這能為長者提供持續的服務，以及跟進他們不斷轉變的需要。
- v. 有參加者指出，當住在護理安老院的長者需要轉換到護理程度較高的院舍時，須再次透過中央輪候冊輪候服務，有關程序缺乏彈性。
- vi. 私營安老院的服務質素是不少參加者都關注到的課題。有參加者指出，改善買位計劃的甲一級標準已經不再符合社會的期望，並促請就改善買位計劃的現有標準進行檢討。然而，私營服務營運者認為在沒有政府支援的情況下，業界難以把服務質素提高。就此，他們提出具體建議，包括提升改善買位計劃可購買宿位的比例的上限、協助物色合適地點，並在護送服務方面提供更大彈性。
- vii. 有參加者建議，院舍照顧服務應包括善終照顧。

²¹ 截至 2014 年 10 月 30 日，共有 15,014 個資助護理安老院宿位及 3,284 個資助護養院宿位。在合約安老院舍中，大部分宿位是護養院，其餘宿位都是有持續照顧的護理安老院。護養院和護理安老院的平均輪候時間為 36 個月和 33 個月。

B.6 積極樂頤年、社區支援服務、社區照顧服務及院舍照顧服務之間的銜接

- i. 參加者關注各類服務之間或未能完全銜接，並表示這會導致與轉介相關的工作量明顯增多、無縫服務供應不足、服務供應延誤、早期識別和介入可能出現延誤，以及資助社區照顧服務和院舍照顧服務輪候時間長等問題。
- ii. 部分參加者注意到，許多長者及其家人對安老服務都缺乏認識，如何獲取服務對他們來說是一項持續挑戰。因此，參加者建議採用個案管理模式，以應付這項挑戰。在個案管理系統下，個案經理扮演一個關鍵的角色。他們會評估服務使用者的需要、為他們安排合適的服務、協調照顧資源、監察服務的提供，並在服務轉換時為長者及其家人提供支援。
- iii. 部分參加者稱，現時為不同健康狀況和有不同照顧需要的長者提供的服務並不平衡。對於為不同類型並有不同照顧需要的長者提供的資源，有建議認為應檢討不同服務之間的資源分配比重；亦有建議認為應檢討「統評機制」²²，讓輕度缺損的長者可以得到合適的服務。有參加者進一步認為「長者健康及家居護理評估」的數據沒有被充分用作分析長者的服務需要。他們指出「長者健康及家居護理評估」主要評估身體方面的缺損，但對認知能力缺損的敏感度卻不足。

B.7 服務監察及質素監管機制

- i. 部分參加者表示，考慮到長者的人口特徵正在轉變，現有院舍照顧服務的標準和要求可能需要檢討，才可以滿足長者的需要／期望。檢討標準和要求時，《安老院條例》及其附屬法例也可能需要更新。
- ii. 部分參加者關注到，有需要統一私營安老院的質素保證措施，亦需留意這類措施是否足夠。在評估私營安老院的表現時，亦應考慮其服務提供流程的質素（例如長者的生活質素和滿意程度）。

²² 「統評機制」的檢討屬題為「香港長期護理的配套改善計劃」的項目之下。其目標之一是把「統評機制」的評估工具，由 MDS-HC2.0 版更新至 interRAI HC 9.1 版。更新後的版本在評估長者的護理需要時將更為精確。該項目預計將於 2016 年 10 月底完成。資料來源：
<http://www.legco.gov.hk/yr13-14/chinese/panels/ws/papers/ws0725cb2-2077-3-c.pdf>

iii. 部分參加者認為，讓服務使用者參與服務評估十分重要。

iv. 有建議認為，應把輪候資助服務的時間引入為服務承諾，列為表現指標之一。

建議就進一步討論如何改善現有服務的課題

- a) 應如何改善積極樂頤年計劃，以達到提高長者生活質素的目標？
- b) 現有服務能否充分照顧到長者終身學習、參與義工工作和就業（全職或兼職）的需要？有甚麼地方需要改進？
- c) 應採用甚麼模式，才能適當地銜接不同的安老服務？包括：早期識別、診斷、介入、預防以及服務連貫性？
- d) 長者地區中心／長者鄰舍中心／長者活動中心在銜接社區照顧及院舍照顧服務之間，應如何定位？
- e) 在提供長期照顧服務（包括社區照顧服務和院舍住宿照顧服務）上，「統評機制」可如何改善，以更有效地根據長者的照顧需要而分配不同服務？
- f) 綜合家居照顧服務（普通和體弱個案）和改善家居及社區照顧服務的功能和人手編制是否需要進行檢討？應否合併這兩項服務？如需要，應怎樣進行？
- g) 在社區照顧服務和院舍照顧服務上，公私營機構有否合作空間？如有，應怎樣進行？
- h) 有甚麼方法可以改善護老者的支援服務，以協助或延長長者居家安老的時間？護老者支援應否擴展至受薪的家居服務照顧者（如家庭傭工）？
- i) 什麼是合適的「個案管理」模式？個案經理的角色應由非政府機構還是政府擔任？
- j) 現時的暫託及緊急安置服務應如何改進？暫託服務應只作為對護老者的支援措施；還是應發展為提供給需要暫時照顧的長者的一般性服務？
- k) 現行的質素監管機制是否足以確保非政府機構（提供資助和自負盈虧服務）和私營機構的服務質素？
- l) 目前的服務標準是否可以滿足和切合長者現時及將來不斷改變的需要？
- m) 如何進一步推廣評審機制？
- n) 現有服務能否充分幫助長者、護老者和安老服務員工作好準備，面對長者臨終事宜？可以怎樣改善服務？

C. 人力及培訓事宜

- i. 在人力資源和培訓方面，顧問團隊得悉食衛局在 2012 年成立了一個高層次的醫護人力規劃和專業發展策略檢討督導委員會。督導委員會的其中一項工作是就如何應付預計的醫護人力需求提出建議，並已聘請顧問著手為 13 種受法例規管的醫護專業（包括護士、物理治療師和職業治療師）進行全面的人力推算。在進行「建立共識階段」之前，督導委員會的調查結果，將連同在「制定建議階段」所收集的意見一併考慮。
- ii. 參加者普遍同意人手短缺為一項需要處理的主要課題。這包括醫療輔助人員（當中以物理治療師和職業治療師的人手短缺最為嚴重，其次則為護士）以及前線員工（個人照顧工作員和保健員）。規模較小的營運者在招聘人手方面（如物理治療師）更是特別困難。
- iii. 參加者認為，人手短缺的問題除了源自專業人員的供應不足外，亦因為安老服務業的職業發展前景有限。有參加者指出安老服務業的專業職位不多，令這些職位的職業階梯受到局限。此外，由於前線護理工作屬厭惡性質，很難吸引年輕人進入這一行業。
- iv. 一些來自專業團體和服務營運者的參加者建議了各種解決人手短缺問題的措施，包括檢討人手編制，把專業工序中較多涉及技術層面的部分下放給輔助人員。參加者表示這可降低加入此行業的門檻，延長傳統的職業階梯，亦可加強員工對業界的投入程度。此外，宣揚前線護理人員崗位的形象，並建立資歷架構認可，亦可吸引更多的年輕人對此行業產生興趣。此外，亦應檢討安老服務員工的薪級表，讓其更具競爭力。
- v. 「先聘用後培訓」先導計劃被認為是一個很好的措施，但未必能非常有效地留住員工，因為計劃會鼓勵完成培訓的學員會進入護理專業行業。
- vi. 輸入勞工被認為是紓緩前線護理員人手短缺問題的方法之一，但也有人關注這會影響社福界的勞動力市場和服務的質素。
- vii. 其他可紓緩人手短缺問題的建議還包括增加培訓名額、鼓勵與海外院校聯合舉辦培訓課程、鼓勵鄰舍間的義助、利用「義工津貼」作為鼓勵、釋放中年婦女的勞動力，並鼓勵年輕長者協助年老長者。
- viii. 有意見認為部分社工覺得他們未有足夠的訓練去處理涉及老年病症的複雜的個案（例如嚴重認知障礙），因此應加強安老服務的專業培訓。
- ix. 有建議認為，臨終照顧應該是各級安老服務培訓的一部分。

建議進一步討論人力及培訓事業的問題

- a) 應採用甚麼機制，確保安老服務業界有足夠及經培訓的各類員工（包括資助及私營機構）？
- b) 在《津貼及服務協議》及／或牌照規定方面，可以採取甚麼策略以加強資助或私營機構在聘請、培訓和保留員工等方面的能力和靈活性？
- c) 輸入勞工（附有年期限制）可否考慮作為紓緩人手短缺問題的臨時措施？
- d) 應如何動員、培訓和監察各類非正規或沒受薪的護老者（包括鄰居、義工、學生和年輕長者），讓他們可以為鄰近的長者提供社區支援和家居照顧？
- e) 應如何加強和安老服務相關的專業課程內容，提高學生對長者議題的認知和警覺，讓剛畢業的從業員能充分掌握相關專業知識、技術和態度？

D. 處所及空間

- i. 許多參加者均提出，要為新服務尋找場地或在現有設施尋找更多的空間以應付不斷增加的服務需求皆困難重重。部分參加者指出，因為在規劃過程中沒有具體的規定，某些社區甚至沒有長者活動中心的設施²³。
- ii. 雖然部分參加者表示知道「私人土地作福利用途特別計劃」會提供額外的安老服務設施，但他們質疑計劃能否滿足日益增長的需求。有建議表示，在發展新市鎮及屋苑的時候，應更好規劃當中的安老服務設施。不同地區應參照當區的長者人口的估算以指定地點設立安老服務。此外，參加者建議，屋苑中空置的福利處所可用作安老服務的選址。

就進一步討論處所及空間的建議問題

- a) 如何推算未來各種長者服務需求？按這些服務現有及已規劃的場地供應，應如何規劃來填補不足，以滿足需求？
- b) 如何改善規劃安老服務設施的程序，確保在提供切合不同類型長者（包括不同社會經濟狀況、需要和負擔能力等）的需要時，各種服務的場地供應可持續和穩定？
- c) 如何確保有足夠空間／處所來建立服務單位？有否需要檢討目前的「設施明細表」？是否需要檢討現有的《香港規劃標準與準

²³ 根據《準則》（2014年12月），並沒有對社區的安老服務有一個預設的供應標準。但作為一般參考，《準則》有列明長者地區中心、長者鄰舍中心、長者日間護理中心／單位和安老院舍的淨作業樓面面積標準。資料來源：
http://www.pland.gov.hk/pland_tc/tech_doc/hkpsg/full/ch3/ch3_text.htm#10

則》(《準則》), 恢復提供安老服務處所的要求?

d) 如何能更好運用私營安老院的廣闊網絡以加強社區照顧和院舍照顧服務的供應?

E. 安老服務的可持續財政安排

- i. 參加者提出有關私營機構在安老服務的角色(特別是院舍照顧服務)事宜。有建議認為應把私營和非牟利機構之間的服務對象區分。私營機構可為有經濟能力的長者提供服務, 而資助服務應以財政資源有限的對象為目標。
- ii. 私營機構所提供服務的質素和監管也是一個主要的關注。一些私營安老院營運者提出, 由於租金成本高昂及招聘人手困難, 私營營運者難以提高其服務質素。有建議認為政府應協助私營營運者提高其服務質素, 尤其在尋找合適地點和租金方面提供更多支援。但其他參加者對政府是否應補貼私營機構有所保留。
- iii. 安老服務的財政方式亦是一個需要探討的關鍵課題, 而參加者對不同方案的看法不一。舉例來說, 對於引入「錢跟人走」方式, 有參加者同意這種方式可讓長者有更多選擇, 而在實施「錢跟人走」的同時引入經濟狀況審查, 亦可確保在提供長者長期照顧服務時, 公帑可使用得恰當。另一方面, 部分參加者則對這財政方式抱懷疑態度, 擔心這會導致社會服務「私營化」, 擔心政府把提供服務的責任轉移至私營機構。
- iv. 有關財政方案的其他建議, 包括擴大稅收基礎、設立「安老服務基金」、長者長期照顧服務保險或鼓勵服務機構之間的合作模式。
- v. 參加者對於資助安老服務是否應被視為長者權利並提供予所有長者, 還是應優先給予同時有護理和經濟需要的長者有不同意見。參加者對資助服務應否設有經濟狀況審查亦意見分歧。有參加者建議, 為確保安老服務在財政上的可持續性, 政府公帑應投放在經濟能力有限的長者身上, 而有經濟能力的人士可使用付費服務。也有意見認為應根據長者的需要來分配資源, 而核心服務則不應設經濟狀況審查。

就進一步討論安老服務的可持續財政安排所提的建議問題

- a) 就整體服務供應而言，私營機構可如何參與及其相對比例為何？誰為服務對象？具體的「市場劃分」或「市場佔有率」為何？
- b) 政府可以如何控制／監管／改善由牟利經營者所提供之服務的質素？
- c) 有否需要就現行特建福利設施所推出的合約服務安排（例如合約安老院舍）進行檢討？
- d) 政府可以如何監管由非牟利機構所提供的自負盈虧服務？（同時見於以下「質素控制」議題）
- e) 鑑於人口老化，是否需要進一步考慮長者服務的財政模式？例如，在政府提供的資助服務而言，是否應因應使用者之負擔能力（即經濟狀況審查）而作不同程度的資助（收費、共同付款）？
- f) 資助服務是否應設經濟狀況審查，使資源能投放於最有需要的使用者身上？政府資助的程度應否與使用者的負擔能力掛鉤？有經濟能力的長者應否有權使用資助服務？共同付款機制及收費機制對服務有何影響？
- g) 資助服務的收費是否應提高，以反映「用者自付」或「收回成本」原則？

F. 與其他範疇的銜接及其他課題

F.1 安老服務和其他界別、政策局及部門的銜接

- i. 與會者普遍關注安老服務和醫療系統之間的無縫銜接問題。提出的事宜包括長者健康中心和社會福利界之間缺乏協調、長者健康中心服務和某些長者地區照顧服務的保健服務重疊、醫療和社會福利界之間在長者離開醫院時的安排協作不足，以及現行資訊共享途徑不足以有效地協助長者由一種服務過渡至另一種服務²⁴。
- ii. 部分參加者指出有某些跨專業／部門間協作的優良措施，例如：為長者制定醫療計劃的跨專業個案會議、利用資訊和通信技術提供支援和進行溝通，以代替到診服務、長者社區設施的到訪老人科專科醫生和社區藥房等。亦有參加者建議建立一個以地區為本的跨專業合作平台。

²⁴ 醫院管理局和社會福利界之間現有合作包括：
一) 2004 年的社區老人評估服務／到訪醫生合作計劃；
二) 2004 年在安老院舍使用遙距臨床管理系統；
三) 2006 年的長者家居護理；
四) 2008 年的長者離院綜合支援計畫；
五) 2009 年的社區健康電話支援中心
衛生署設有 18 間為長者提供健康評估、身體檢查和健康教育的長者健康中心。

- iii. 與會者提出其他有關服務銜接的問題，包括在屋邨「居家安老」所面對的實際障礙，具體來說：公共屋邨浴室內的輪椅無障礙設施問題、為智障人士提供服務的機構未能照顧年老和體弱的患者、生活在公共屋邨單位的雙老家庭、有照顧需要的兩代長者，以及育有殘疾子女的老齡夫婦等²⁵。
- iv. 與會者認為一個「長者友善」的環境非常重要。他們提出的策略包括：安裝更多通往行人天橋的升降機、為長者建設更多休閒設施，以及為居於社區的長者創造更多用作社交及康樂活動的空間。
- v. 部分與會者認為，供體弱或使用輪椅人士使用的公共交通設施供應不足，例如：附設輪椅座位的公共交通工具、復康巴士或專為使用輪椅人士而設的的士等。

就進一步討論安老服務和其他界別、政策局及部門的銜接所提的建議問題

- a) 如何促進跨專業、跨部門及跨界別之間的合作及協調？特別是銜接社會福利及醫療服務的最恰當模式（不同政策局、政府部門及法定機構，如香港房屋委員會、醫管局等之間的協調）。具體問題包括：
 - i. 如何為離院的年長病人在出院後提供無縫銜接的社區照顧服務／院舍照顧服務之間？
 - ii. 如何可以改善不同的長者社區支援服務及基層醫療服務（如長者健康中心、長者健康外展隊伍、普通科門診診所、醫管局的社區外展服務及私人執業醫生等）的協調和銜接？
- b) 不同界別、部門及單位的服務提供者如何可以更好地共享人力資源、空間、設施、設備及資訊？
- c) 服務使用者的資料如何可以更好地互通以協助精簡行政程序，如轉介、使用者資料檢索等？

F.2 計劃服務的模式和「計劃方案」的檢討模式

- i. 部分參加者表示期望看到一個建基於對服務供應、需求和短缺的詳細推算的服務計劃。有關計劃亦應包括短期、中期和長期目標。

²⁵ 目前，房委會為長者提供了不少特別計劃，包括「天倫樂優先配屋計劃」、「高齡單身人士優先配屋計劃」、「共享頤年優先配屋計劃」和「長者住屋」。殘疾人士也可獲特別安排，分配至無障礙程度較高的單位，以及進行改裝以方便輪椅使用者。

- ii. 考慮到不同地區的長者人口狀況有所不同，有建議認為應以地區為本的方式作規劃，而區議會亦可參與。區議會亦可作為其中一個跨專業／跨界別合作的平台。
- iii. 有建議認為應該賦能予長者參與政策規劃，及尊重在他們計劃自己護理方案時的意願。亦有參加者關注到少數族群（包括少數族裔人士、殘疾人士和有不同性傾向人士）的意見是否得到充分的代表。
- iv. 有意見表示，目前各種法定及／或諮詢機構並沒有指定比例或數目的長者議席，以充分反映長者的意見。
- v. 有參加者以其他地區為例子，指出有些地區在規劃安老服務時，會就不同的服務設定具體的服務目標（如根據長者人口的比例）。部分參加者以一些內地城市為例，他們為由家人照顧、社區照顧服務、院舍照顧服務所定的比例為 90：6：4。

就進一步討論計劃服務的模式所提的建議問題

- a) 如何促進長者參與安老服務的規劃及檢討？是否應在地區及全港層面進行？在哪個特定的平台或委員會較為恰當？
- b) 是否需要對現存有不同持份者（包括法定機構、諮詢委員會、政府決策局、政府部門、非政府機構、業界組織、培訓機構、專業團體、工會、服務使用者等）參與的安老服務規劃機制作出檢討或改善？
- c) 現有規劃機制除了切合短期（如每年）的服務要求外，能否制定長遠的規劃？又或應否有特定時間（如 5 年）的規劃？
- d) 「計劃方案」應如何進行檢討以回應社會的轉變及發展？

F.3 資訊科技及訊息發放

- i. 有意見指出，目前不同政府部門和服務機構都有不同的個案資料系統，這些系統之間在數據收集、檢索和整理上可能會出現重疊或缺漏，而有機會導致服務的延誤、資源（人手、時間和金錢）重複，以及妨礙服務發展和監管的全體規劃。
- ii. 有意見關注到，雖然預計未來長者群對資訊科技的認識會不斷提升，但以現時長者而言，他們對資訊科技的掌握依然有限。參加者相信資訊科技將會成為長者日常生活中不可缺少的平台和資訊來源。因此，參加者關注如何可加強長者使用資訊科技的能力，以及減低使用時的障礙。有參加者建議，應加強資訊科技方面的發展並使之更為普及。

同時，亦應加強政府部門及非政府機構透過不同的資訊科技渠道發放資訊。

- iii. 有意見就如何更好地利用科技來改善長者的生活質素提出建議（不論是住在社區或是院舍的長者）。例子包括輔助設備、科技輔助生活、無線護理科技等²⁶。有意見則表示，護理行業使用高科技設備可能會吸引年輕人加入。

就進一步討論資訊科技及訊息發放的建議問題

- a) 現時是否有機制善用日新月異的科技發展以改善提供服務的模式、監管及系統管理？
- b) 有甚麼策略可以加強長者對資訊科技的認識及減低他們使用資訊科技的障礙？
- c) 如何在積極樂頤年、社區支援服務、社區照顧服務及院舍照顧服務等四個安老服務範疇，加強發展和應用科技？

F.4 為患有認知障礙症長者提供的服務²⁷

- i. 關注家庭護老者的團體就認知障礙症發病率隨年齡增長而上升的情況表示關注，並表示目前沒有全面的規劃和服務，以至早期識別、早期介入治療，以及對家庭護老者的支援不足。
- ii. 專業團體和業界人士也指出，不同專業就有效的早期識別與診斷、介入治療和轉介的職前和在職培訓均不足。
- iii. 參加者就專門還是綜合服務能較好地照顧認知障礙症長者有不同意見。有意見表示，因應認知障礙症患者的特殊需要，應為他們提供專門的服務。但亦有意見表示綜合模式較為理想，可以為有嚴重認知障礙的長者提供具更多感官刺激的服務環境。

²⁶ 在德國，有六方面可以利用科技來輔助生活(Enste, Naegele & Leve, 2008)，包括：一) 促進長者獨立生活的技術；二) 家用機械和活動輔助，即易於使用的家用電器；三) 用於改善環境的技術，如自我調節的百葉窗和遮光設施、能夠在故障時自動關閉的電子設備；四) 協助改善和控制健康的科技，如電子醫療或健康監測技術；五) 協助溝通的技術，如家居緊急呼叫系統；和六) 遙距護理，對有長期病患或需要照顧的長者採用新式的遙距照顧。

²⁷ 認知障礙症長者的服務被認為是「計劃方案」應重視的問題之一。在這個問題上，食物及衛生局已經在精神健康檢討委員會割下組成認知障礙症專家小組，旨在檢視現有痴呆症長者的服務模式，以找出服務不足之處和提出加強認知障礙症長者長期照顧的建議。檢討委員會的研究報告將連同在「制定建議階段」所收集的意見，一併考慮，然後再進行「建立共識階段」。

就進一步討論認知障礙症患者服務所提的建議問題

- a) 現有安老服務是否足以滿足不同程度認知障礙症長者的需要？如何進一步加強對認知障礙症長者的支援？例如：長者地區中心可否成為在現有的醫療服務渠道之上，為認知障礙症長者及其家人提供及早甄別和教育的樞紐？
- b) 患有認知障礙症的長者在接受安老服務時，應和其他長者一起以融合模式服務，還是分開以專門服務模式較為恰當？
- c) 社會福利及醫療界別在認知障礙症長者的早期識別、診斷及治療上，可以如何更好地協調？在提供相關服務方面，如何加強社會福利及醫療服務在地區層面的協調（例如透過安老服務地區協調委員會）？
- d) 如何進一步提升與認知障礙症長者專業服務相關的課程及培訓？

F.5 其他課題

- i. 部分參加者認為，應考慮弱勢群體和少數群體的特殊需要，而有精神健康問題的長者的權利亦應該受到保護。
- ii. 參加者指出，私人慈善基金在鼓勵新構思和創新項目上發揮了作用，但其支援往往是短期性的。有建議認為私人慈善基金和政府應進行更多溝通，以與主流服務有更好的連繫。

就進一步討論其他事宜所提的建議問題

- a) 來自弱勢或少數族裔社群的長者有何特別需要？若現存的安老服務未能滿足他們的需要，有什麼進一步的支援可提供給他們呢？
- b) 私人慈善基金在長者支援項目中扮演什麼角色？這些項目的經驗如何可以提升主流服務的質素？

「制定建議階段」的工作計劃建議

目的

討論和考慮在「訂定範疇階段」確立的各個主題／問題下的整體方向和具體策略，這將成為「計劃方案」擬稿的基礎，以便建立共識。

形式

1. 就以下六大課題舉辦半天或全天的公眾參與活動及公眾論壇：
 - 一、「長者」的定義及安老服務的服務對象；
 - 二、現有服務；
 - 三、人力及培訓事宜；
 - 四、處所及空間；
 - 五、安老服務的可持續財政安排；及
 - 六、與其他範疇的銜接及其他課題
2. 顧問團隊將邀請熟悉課題的持份者參加。如有空缺，其他關注團體也可登記參加。顧問團隊會先向參加者介紹「計劃方案」的背景、「訂定範疇階段」時表達的意見或關注，以及該次活動的討論課題。視乎課題的內容，顧問團隊將會安排相關團體進行簡報，以讓參加者熟悉課題，並促進其後的討論。參加者接着會按工作坊的課題進行分組，就具體問題進行討論，以制定策略方向。顧問團隊會在進行公眾參與活動時參加者提供討論指引。
3. 由於一些課題需要先進行討論（例如：討論場地和空間前，要先檢討服務的供應），公眾參與活動及工作坊須按邏輯次序進行。研討會和工作坊的主題列於下表（每個工作坊／研討會的主要關鍵問題見附錄四）：

主題一
「長者」的定義及安老服務的服務對象

工作坊一

「長者」的定義及安老服務的服務對象

主題二
現有服務

研討會／工作坊二

積極樂頤年及長者的持續貢獻

工作坊三

有效及高效的服務供應，以及各類安老服務之間的合適銜接模式：社區支援服務、社區照顧服務、院舍照顧服務和安老服務統一評估機制

工作坊四

有效及高效的服務供應，以及各類安老服務之間的合適銜接模式：個案管理

工作坊五

有效及高效的服務供應，以及各類安老服務之間的合適銜接模式：暫託及緊急安置

研討會／工作坊六

有效及高效的服務供應，以及各類安老服務之間的合適銜接模式：支援護老者以達致「居家安老」

研討會／工作坊七

公私營機構合作的協同作用

研討會／工作坊八

質素保證及提升

研討會／工作坊九

善終照顧

主題三
人力資源及培訓事宜

研討會／工作坊十

人手事宜

研討會／工作坊十一

培訓問題事宜

主題四
處所及空間

研討會／工作坊十二

處所及空間供應規劃

工作坊十三

公私營機構合作以解決處所及空間短缺的問題

主題五 安老服務的可持續財政安排

工作坊十四

財政可持續性及使用公帑提供服務

工作坊十五

公營及私營市場組合

主題六 與其他範疇的銜接及其他課題

研討會／工作坊十六

跨專業、跨部門、跨界別的銜接

工作坊十七

規劃機制及持份者的參與

工作坊十八

規劃及檢討時間表

工作坊十九

科技與資訊

研討會／工作坊二十

認知障礙症長者的服務

工作坊廿一

為少數族群提供支援服務

工作坊廿二

私人慈善資助機構在支持新構思和創新項目的角色

4. 這階段的工作坊參加者將通過主要持份者組織（如香港社會服務聯會、相關業界組織和專業團體、社署的安老服務地區協調委員會等）進行邀請。視乎參加者的數量，每個主題會舉行一個或多個工作坊。
5. 作為公眾諮詢過程的一部分，也將會徵詢立法會福利事務委員會的意見。
6. 為了促進討論和考慮具體策略，顧問團隊將邀請持份者在工作坊進行前，就處理某些課題的相關事宜的策略提出具體建議。他們其後將被邀請在工作坊上介紹及討論其建議。
7. 在「制定建議階段」結束時，或會就每一課題提出多於一個可能方案，以便在「建立共識階段」作進一步探討。而「制定建議階段」所涵蓋的課題亦未必包括所有會在「計劃方案」內處理的課題。顧問和安老事務委員會可能會在「建立共識階段」處理一些在「制定建議階段」未涉及的其他問題。

時間表

8. 2015 年 6 月至 8 月

書面意見列表

名稱	意見書的題目
立法會張國柱議員辦事處—長者社區照顧服務關注組	對安老服務計劃方案「訂定範疇」的意見
立法會張國柱議員辦事處	就安老服務計劃方案「訂定範疇階段」第一節公眾參與意見書
曾慶光	不適用
香港社會保障學會	就安老服務計劃方案第一階段-訂定範疇意見書
香港基督教服務處--長者評議會、順利長者鄰舍中心、樂暉長者地區中心、幸福長者鄰舍中心、元州耆耆鄰舍中心	ESPP(I)綜合意見
關注家居照顧服務大聯盟	對安老服務計劃方案「訂定範疇」的意見
全港長者及護老者權益聯席	「全民退保」及「家居照顧服務」意見書
羅日光	有助老人健康活動安老院選址方案
羅日光	發掘鄰舍義工作出敬老護老和諧社會服務精神
智障人士老齡關注組	安老服務計劃方案「訂定範疇階段」第一節公眾參與意見書
李輝	「安老服務計劃方案」意見書
香港安老服務協會、中小企國際聯盟安老及殘疾聯會、全港私營安老院同業會	「未來五年香港安老服務前瞻與發展」建議書
黃帆風	不適用
The Jade Club	不適用
將軍澳長者民生關注會	對安老服務計劃方案「訂定範疇」的意見
香港復康會	就「安老服務計劃方案」提交有關訂定範疇方面的意見書
扶康會	對制訂「安老服務計劃方案」提交意見

「訂定範疇階段」收集到的意見摘要

意見摘要（範疇之內）	
「長者」及安老服務計劃方案的服務對象的定義	
	年齡不應是決定有沒有資格使用安老服務的唯一標準，還應考慮長者的缺損程度。
	「統評機制」在評估個人護理需要時，不應以年齡決定是否有資格使用安老服務。
	「計劃方案」應妥善關注所有類別的老年人口，包括仍然健康活躍的、身體機能已有一定缺損，以及體弱的長者。「初老」、「中老」及「老老」的需要應在規劃時得以顧及。
社區支援、社區照顧服務及院舍照顧服務的提供服務及銜接事宜	
	從使用社區照顧服務過渡至使用院舍照顧服務，以及從「初老」邁向「老老」，服務配套應該做到無縫交接。
	對於老年夫妻、有護理需要的兩代長者，以至有殘疾子女的老年夫妻，應考慮如何可盡量保持其家庭單位完整，而且應對使用服務年齡條件予以彈性處理。
社區教育	
	應培養及加強推廣接納及關愛長者的文化。
	應更多善用媒體教育公眾如何關愛長者。
	應鼓勵推行跨代共融項目。
	應加強鄰里在支援長者方面的角色，並可以提供小量報酬作為誘因。
積極樂頤年	
	投入在「積極樂頤年」計劃的資源並不足夠。
	為倡導「積極樂頤年」，應該鼓勵長者在社區保持積極活躍，並且活得有尊嚴。宣傳工作應先從即將成為長者的人士開始，而重點應放在提倡健康的生活方式、健康管理及預防疾病。

意見摘要（範疇之內）

	為了鼓勵退休人士保持積極活躍，應加強／重新確立退休人士的社會支援網絡，並鼓勵他們參與社區活動。例如：可以協助退休人士學習新技能，以及為長者參觀公共設施（如博物館）及使用休閒娛樂設施等提供優惠。
	退休人士可以成為義工，運用他們的專業知識，作為潛在的勞動力繼續貢獻社會。有些退休人士可以透過提供護送服務或家居清潔服務，幫助其他長者。這不但可以使他們保持積極活躍，還可以幫補他們退休後的收入。
	現存以中心為本的安老服務並不能滿足即將成為長者的人士及初老的需要。他們的教育和經濟程度都不同，可能寧願選擇並非以中心為本的安老服務。
	資源應放在建立及維持長者及護老者的社會資本上。
	「積極樂頤年」計劃不應只限於健康的長者，體弱的長者亦可得益。
	應提供支援服務以鼓勵長者就業。
	大多數巴士都不方便輪椅使用者，亦只有少數「鑽的」可用。這令長者及護老者難以使用公共交通工具。
	應鼓勵更多的士接載輪椅乘客，並參考內地的相關做法，立法規定特定的士接載輪椅乘客。
	公共交通票價優惠只可以惠及健康的長者。然而，許多公共車輛都不方便輪椅使用者，因此體弱的長者可能無法從中受益。
	長者公共交通票價優惠計劃應該擴展至綠色專線小巴及公共渡輪。受惠對象亦應擴大到包括 60－65 歲的長者，並且應考慮讓 65 歲或以上的長者免費乘搭公共交通工具。
護老者的支援	
	應為護老者提供更多情感上及實質的支持，以鼓勵「居家安老」。這包括增加給與護老者的現金津貼、提供更多由醫療輔助人員（如護士、職業治療師、物理治療師）講授的訓練課程、開展更多互助小組／師友計劃、提供讓護老者建立正面自我形象的諮詢服務、以及容許護老者使用安老服務設施。此外，還應為護老者提供一站式服務、網上訓練課程及電話指導計劃。另外，相關訓練應該包括照顧長者的家庭傭工。
	護老者應該在個案管理上被視為「服務單位」的一部分。

意見摘要（範疇之內）

應加強長者暫託服務（包括日間暫託服務及住宿暫託服務），以便護老者得到歇息的機會，從而緩解壓力。應詳細檢視暫託服務的需求。其中有建議認為日間及住宿暫託服務的配額應增加至 900 個，即 18 區內每個區有 50 個。
為紓緩護老者的負擔，應設立 24 小時緊急支援服務，並加強家居為本的服務。
長者地區中心及長者鄰舍中心現時的服務時間並不能支援在職的照顧者。
護老者的貢獻應該獲得認同，而護老者津貼的受惠對象應該包括所有護老者，而不只限於經濟能力有限的護老者。
「為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃」應擴大至所有地區，並降低申請門檻。津貼金額不應是劃一的，而是應該隨著長者身體缺損程度而有所不同。
應為有一個以上長者的家庭提供家居服務津貼。
應鼓勵僱主讓護老者有特別的請假安排。
當長者患上末期疾病，其護老者應當獲得更多關注及支持。
可考慮就正為長者提供家居照顧的家人設立「登記計劃」。已「登記」的護老者也可以為附近地區的長者提供膳食服務、洗衣服務及陪診服務等。
長遠來說，護老者的權利應該獲得認同並受到法律保障。應研究長者及殘疾人士照顧者的需要。
社區支援及照顧服務
現時的社區支援及照顧服務分散，服務之間沒有清楚的界線，協調亦不順暢。例如，一名屬長者地區中心「普通」會員的長者在轉至綜合家居照顧服務（體弱個案）以接受長期護理服務時，可能需要等待一段時間。從社區照顧服務轉至院舍照顧服務時亦有類似的情況。
為達至「居家安老」的目標，應考慮長者的生活質素，例如，應考慮長者活動能力受限時的生活質素。
個案管理對於為長者協調及計劃合適和適時的服務不可或缺；並且可促使各種服務之間達至無縫交接。然而，

意見摘要（範疇之內）	
	由於沒有適當的訓練，個案經理亦沒有權力調配資源，所以目前的個案管理制度並不能夠發揮其作用。
	個案管理服務的對象應該是 60 歲或以上的長者。
長者地區中心／長者鄰舍中心／長者活動中心	
	長者地區中心和長者鄰舍中心的角色已隨時間改變，對由物理治療師和職業治療師提供的專業支援的需要亦與日俱增。然而，聘請這些專業人員是一項難題，而長者地區中心和長者鄰舍中心的相關人手問題會影響綜合家居照顧服務（普通個案）的工作量。
	有些地區並沒有長者鄰舍中心，使長者亦無法申請服務。家居為本的服務（如膳食服務及家居清潔服務）出現頗長的輪候名單。暫託服務亦不足夠。
	某些日間護理中心的地點並不便利長者，為長者和機構在安排接送方面帶來額外的困難。
	在長者活動中心轉型至長者鄰舍中心的過程中，由於許多地區的服務範圍並未明確界定，令有關中心在進行如計算服務數據、進行轉介等行政工作時面對困難。
	應為長者地區中心提供足夠的支援，如人手及適當的內部環境，讓他們能夠提供應有的服務。
	暫託服務應由安老服務統一評估管理辦事處安排，而非由負責工作人員自行聯絡每個服務單位。
	在長者活動中心轉型至長者鄰舍中心時，須為前線員工提供額外訓練及支援，以便他們掌握相關技能及知識，從而為長者及其家人服務。
	長者支援服務隊有助填補現存服務之間的空白並為政府節省開支，因此應進一步推動。然而，服務隊在邀請區內私營機構合作，以支援有關服務時不時遇到困難。例如，有些長者依然認為家庭電器維修服務價錢昂貴，因為他們仍然需要支付維修零件的費用。
社區照顧服務	
	綜合家居照顧服務及日間護理服務的名額並不足夠。其中，綜合家居照顧服務的隊伍數目多年來仍然維持在 60 隊。

意見摘要（範疇之內）

	綜合家居照顧服務（普通個案）有及早發現並預防長者健康問題的功能，因此應納入於長期護理服務內。應正視有關服務不斷增加的需求。
	一些綜合家居照顧服務的普通個案長者有輕度認知缺損，但有關服務的人手編制未能提供相應的專業服務，如職業治療服務。「照顧認知障礙症患者補助金」應擴展至綜合家居照顧服務。
	社區照顧服務的預防功能應該加強。70%接受綜合家居照顧服務的長者屬普通個案或只有輕度護理需要（例如糖尿病及高血壓患者）。應為這些長者提供社區支援服務，防止其健康進一步轉差。此外，應加強防止長者在家中受傷的措施。
	綜合家居照顧服務以「捆綁模式」提供屬於僵化，並沒有考慮長者對於不同服務提供優次的意見（如長者可能認為膳食服務比復康運動更為重要）。有些長者的身體機能雖然被評定為有中度至嚴重缺損，但由於他們不習慣復康運動，因此只會選擇以普通個案形式使用綜合家居照顧服務，攤薄普通個案服務的資源。
	長者對膳食服務及家居清潔服務的需求殷切，相關輪候名單已有 5000 人以上，所以應增加綜合家居照顧服務的服務名額，並設立更多為長者而設的社區飯堂。另外，由於綜合家居照顧服務收費便宜，令普通個案的膳食服務容易被濫用。這影響到投放在家居清潔服務的資源，以及兩項服務的質素。
	由於員工的工作量過大和人手支援不足，綜合家居照顧服務難以照顧體弱長者，令這些個案只能獲得最低程度服務。當綜合家居照顧服務不能再應付這些個案的需要時，使用者的唯一選擇便是進入私營安老院舍。
	應改善綜合家居照顧服務在提供服務方面的延續性。據一名參加者所述，一個身體機能缺損的長者在獲得服務前等待了 3 年，但 6 個月後又須要申請繼續接受服務。
	綜合家居照顧服務的資助金額並不能追上通脹。
	綜合家居照顧服務（體弱個案）提供的服務跟改善家居及社區照顧服務所提供的非常相似，因此應檢視兩者的功能及角色，並研究整合這兩項服務的可能性。
	改善家居及社區照顧服務的服務隊伍因為競爭性投標的緣故而要進行定期檢討，因而為員工帶來大量壓力，影

意見摘要（範疇之內）

	響長期規劃及員工的工作穩定性。
	改善家居及社區照顧服務在應付膳食服務方面存在困難，因為日間護理中心並沒有廚房。他們現在須依靠綜合家居照顧服務的廚房提供服務，但可應付的名額有限。
	改善家居及社區照顧服務的「捆綁式」服務模式未必適合所有長者。對於一些身體機能被評定為中度至嚴重缺損的長者來說，他們不能只選擇想要的服務。應向有關長者提供只有基本個人護理的「基本」護理服務組合。
	日間護理中心只能夠照顧有輕度認知缺損的長者，而非有中度或嚴重認知缺損的長者。
	日間護理中心接收有認知缺損的個案時，應該容許接收使用者自付個案以補貼開支。
	對於長者日間護理中心／單位來說，延長服務時間及安排接送服務是一項挑戰。對此，應鼓勵個案的家人承擔更多責任。
	社區照顧服務及私營安老院之間的公私營合作關係或可有助緩解社區照顧服務輪候名單甚長的問題。例如，可探討發展安老院暨日間護理中心的可能性，以共用如物理治療師及職業治療師等的專業人員，從而緩解人手短缺的問題。此外，安老院已經配備準備膳食及洗衣服務的設施，可透過充分利用有關設施，為社區照顧服務提供協助。
	以公私營合作關係提供社區照顧服務可能導致私營機構只營辦較有利潤的服務，而非政府機構則需要處理較複雜的個案。
	應在長者地區中心向長者及護老者推廣生死教育，並集中為喪偶長者提供輔導。
	正規服務一般不能接觸隱蔽長者。
院舍照顧服務	
	不同護理程度的院舍照顧服務之間的轉換缺乏靈活性。如果長者因健康狀況有所轉變而想轉換至護理程度較高的院舍，他們必須再次在中央輪候冊上輪候。
	許多長者申請資助院舍照顧服務，是為了在他們健康轉差時的有一定「保障」。當中一些長者可能並不需要即時

意見摘要（範疇之內）

	獲得服務。他們可能會拒絕接受服務，並要求在幾個月後再次進行服務配對，這會造成資源的浪費。
	有些長者因為住屋、經濟或出入方面的問題，及／或社區照顧服務不足要入住安老院。
	護理安老院與護養院的數量比例存在失衡。身體嚴重缺損的長者一般輪候時間甚長。
	不少安老院正接收需要不同程度護理的長者，這令員工的工作更具挑戰。資助金額應按照護理需要而定，而政府可以在評估資助金額方面擔當監控的角色。
	應為院舍照顧服務引入個案經理。個案經理可以幫助更新長者的狀況，並適時為他們安排服務，加快行政程序。再者，對於其健康狀況已轉差以致其所需的護理程度高於護理安老水平的長者，個案經理或可協助進行評估，為長者提供持續的護理服務。
	約 70%的院舍照顧服務是由私營界別提供的。應檢視公營及私營界別在提供院舍照顧服務方面所扮演的角色。例如，不同界別的安老院可以專注為有不同護理需要的長者提供服務。有時候，私營安老院或會因為其人手編制及解決問題方面更為靈活而更具優勢。
	在許多私營安老院裡，大部分的院友都是領取綜援人士。然而，營運機構很難在綜援的收費水平提供高質素的服務。基於「錢跟人走」的理念，持牌的私營安老院應可參與研究中的長者院舍住宿照顧服務券計劃，好使長者可以有更多選擇，而安老院亦有機會改善服務。
	可將改善買位計劃的買位比例增加至 60%，從而提供誘因，促使參與改善買位計劃的安老院提升服務質素。
	隨著人口老化，長者的人口特徵正在轉變。甲一／甲二級的安老院標準已經不能滿足年青長者的期望。
	「錢跟人走」的原意是尊重長者的選擇。資源投入方面的控制（如就人手比例及編制設特定要求）並不完全反映安老院的服務質量。院友的生活質素及生活滿意度也是服務表現的重要指標。
	應鼓勵公私營合作，透過探討新項目模式，提供院舍照顧服務及縮短輪候時間，例如可採取由政府與私人慈善基金及營運機構合作的模式，以增加宿位供應。三者可分別負責以買位形式提供資助、與建新的安老院舍，以及以自負盈虧方式營運餘下的宿位。

意見摘要（範疇之內）	
	可考慮鼓勵營運機構在內地設立安老院，並容許香港居民使用服務。應鼓勵年輕人在內地開創提供院舍照顧服務的事業。
	應探討發展安老院暨日間護理中心的可能性。
	陪診服務為從事院舍照顧服務的員工帶來負擔，所以應探討醫生上門應診的可能性。
	應檢討私營安老院提供護送車的審批資格。
	由於許多長者的家人會代長者申請院舍照顧服務，因此應注意如何確保長者的意願得到尊重。
	善終服務應該屬於院舍照顧服務的一部分。
服務監察及質素監管機制	
	應檢討《安老院條例》及其附屬法例，以提升私營安老院的服務質素。
	服務表現指標應該包括有關服務輪候時間的承諾。
	私營安老院的質素保證措施應該劃一及加強。應統一各評審計劃涵蓋的核心事項及標準。應提供津貼，鼓勵院舍申請評審。
	鑒於院舍在招聘員工方面面對困難，與其採取固定的人手編制標準，不如對各安老院進行評審並將之評為不同級別，令資源可以更靈活地使用。
	應該設立平台，讓私營安老院的服務使用者可以就評論院舍的服務質素。
人手及培訓事宜	
	專業人員存在嚴重的人手短缺問題，包括物理治療師、職業治療師及護士。應檢討這些專業人員的訓練名額。
	人手短缺問題在照顧員方面也相當嚴重。許多照顧員的年紀開始年邁，並須依靠其他受訓練作其他工序員工（如保健員）方能完成其工作。
	安老院舍不少工作都屬厭惡性質，而且晉升階梯非常有限，這令院舍招聘員工（尤其是年輕人）非常困難；。應修訂人手編制架構及薪級表，以吸引更多年輕人投身安老服務行業。

意見摘要（範疇之內）

<p>應創造更多機會，幫助年輕人了解安老服務行業。為此，可針對中學生作宣傳，讓他們對安老服務有更多了解。在台灣，年輕人可以透過做安老服務的工作來代替服兵役的時間。此外，安老院可以作為訓練專業人士，例如醫生及護士的實習場所。</p>
<p>為了吸引年輕人投身安老服務行業，應該增加職業訓練局相關訓練名額。有些職級如物理治療助理的資格應獲得更多認可，並考慮吸納其他專業人士，如從香港體育學院訓練出來的學生。安老院也可以作為進行專業訓練的實習場所。</p>
<p>透過「先聘用後培訓」開展的「青年安老服務啟航計劃」或未必能有效挽留保健員，因為學員或會選擇成為護士。所以，應改為為保健員設立更好的晉升階梯。</p>
<p>應改善安老服務行業的員工的形象。</p>
<p>專業工作可以細分為需要不同技能水平的工序，從而紓緩人手短缺的問題。例如，職業治療師可以負責進行評估，而職業治療助理則負責執行計劃；護士可以代替醫務醫生進行抽血。在紐約，其採取的模式是安排抽血師進行抽血，而在日本則會分開安老服務和醫療服務所需要的專業人士。這些模式都可作為參考。透過將安老服務發展成一門專業，將可以提升其員工在這個行業工作的地位，並有更好的晉升階梯。</p>
<p>另一個導致難以招聘專業人員的原因是從事安老服務工作的滿足感較低。這些工作帶來的挑戰更大，但晉升途徑卻是非常有限。此外，同一單位內同一行業的職位通常只有一個，令向上流動的機會甚少。推動員工在向專業發展的誘因亦不多。</p>
<p>物理治療服務已被中介公司壟斷，而規模較小的服務單位亦難以與較大的競爭，以獲得高質素的物理治療服務。</p>
<p>為了增加專業人員的供應，應探討承認一些海外專業資格的可能性，並且應鼓勵更多由海外及本地大學合作舉辦的專業訓練課程。</p>
<p>若不解決人手短缺問題，將難以改善服務質素。輸入勞工可作短期措施。</p>
<p>私營安老院須向顧員再培訓局繳付勞工補充計劃之徵費，但這些院舍並未從中獲益。</p>

意見摘要（範疇之內）	
	輸入勞工不能解決前線護理人員的人手短缺問題，並只會拉低薪酬水平，令服務質素進一步降低。
	應從地區上招募義工，為鄰近身體機能嚴重缺損的長者提供送飯和家居清潔服務。亦應考慮向這些義工發放津貼。
	可考慮善用中年婦女的潛在勞動力。
	社工在評估有認知缺損的長者的狀況時不夠準確，也沒有足夠能力去處理精神或情緒方面的問題。
	應為照顧員提供臨終照顧培訓。
	長者在安老院內辭世會為前線員工帶來壓力，應予以關注。
處所／空間	
	由於房屋署在規劃時未有預留空間，有些地區沒有長者中心 ²⁸ 。
	鑒於物色合適的地方提供安老服務困難，應在規劃新發展項目時，把安老服務處所納入其中。
	在一些長者人口比例較高的地區，長者地區中心及長者鄰舍中心的空間不足以滿足長者在日間聚會的需要，更無法擴充其服務以照顧更多的服務對象。
	應探討在屋村內預留地方建安老院的可能性。這些安老院亦可為該社區提供社區照顧服務，如送飯服務及外展服務。
安老服務的財政安排	
	撥作提供安老服務的資源應按人口中長者的比例而定。
	資源分配應根據長者的需要，而非按本地生產總值。
	為不同缺損程度的長者分配的資源並不平衡（許多社區照顧服務只服務體弱長者）。應向仍健壯、或只有輕微缺損的長者投放更多資源，讓他們保持積極生活方式，防止健康轉差。

²⁸ 在預留地方作提供社區設施（包括安老服務處所）時，房屋署主要參考《準則》。現時，《準則》並沒有就長者中心的提供設定任何數字上的規劃要求。

意見摘要（範疇之內）

	現有的安老服務受政府資助的比重十分高，在財政上亦不可持續。應將公共資源用於經濟能力有限的人士身上，並可考慮向有經濟能力的提供付費服務
	所有有需要的長者都應該有資格使用基本的安老服務，而這些服務亦不應設經濟狀況審查。
	津助安老院舍不應提供非資助宿位。這樣，便可紓緩資助服務輪候時間甚長的情況。
	資助院舍照顧服務應引入經濟狀況審查。
	應鼓勵民間團體發展私營／付費社區服務。這可減少政府的財政負擔、亦能有助私營機構間的合作，並促進他們發展出更有多具創意的服務。政府可向私營機構提供場地，支持他們發展地區服務。
	給予資助院舍租金減免對私營院舍並不公平。資助院舍應是為沒有經濟能力或需要最高程度照顧的長者而設。
	採用「錢跟人走」的模式，可確投放在在長期護理服務上的公帑用得其所。
	「錢跟人走」的模式會鼓勵社會服務「私營化」，但提供社會服務該屬政府的責任。此外，社會服務「私營化」，會令經濟能力有限的人向下流動。
	競爭性投標的模式會影響服務的長遠規劃和人手的穩定性，因此應予檢討。這種撥款模式對較小的機構特別不利。
	私營院舍正照顧最多數量的認知障礙症長者，應為其提供「照顧認知障礙症患者補助金」
	應加強政府與民間資助團體的溝通，以延續由私人資金撥款資助的計劃。
其他事宜及銜接	
與各個界別、政策局及部門等的銜接	
	醫療界別
	應加強福利和醫療界別之間的無縫交接，例如：確保安老院會跟進長者在住院期間所制訂的照顧和復康計劃、縮短安老院院友等候緊急服務時的輪候時間和精簡相關工作流程。
	制訂推廣長者健康生活的方案時，應加強福利和醫療界別的協作。應開展大型健康推廣活動及社區健康教育，

意見摘要（範疇之內）

	以減少未來的醫療支出。
	長者健康中心的服務已超過十年未有檢討 ²⁹ ，因此應檢討這服務與社會福利界別的銜接。
	福利和醫療界別的一些服務似乎出現重疊，例如一些社區照顧服務亦有提供健康護理服務。每項服務的角色應有更清楚的界定。
	一些現時的優良措施應予鼓勵，如與青山醫院合辦的預防自殺計劃、跨專科的個案研討會、精神科的外展服務、駐長者地區中心的醫療諮詢服務等。
	如到院藥劑師服務試驗計劃和長者基礎牙科外展服務等支援服務非常有用，應常規化。
	對於看超過一個醫生的長者，社區藥房可有助協調配藥。此外，若社區藥房設於鄰近地點，將可減少因每次須發放供一段長時間服用的藥物所造成的浪費。
	應加強安老院舍的醫療服務，例如提供一年一次的健康檢查。
	資料顯示，為年老病人而設並設社工為個案經理的綜合離院支援計劃，能減少 30-40% 該長者被送往急症室的次數。政府應考慮把這計劃常規化。
	處理涉及嚴重認知缺損個案的複雜問題需要一支跨專業的隊伍。
	對於難以編配宿位的個案（例如愛滋病病毒呈陽性的或有末期病患的個案），私營安老院有更大彈性為這些長者提供服務。這是因為他們不需要在醫院接受治療，並可在獲得政府資助的情況下在安老院接受照顧。私營院舍亦可考慮參與醫管局的到診醫生計劃。
	交通
	鑒於復康巴士服務不足，可考慮引入的士券。
	部分復康巴士因不夠司機而閒置。另外，應鼓勵在公共車輛上加設輪椅座位、考慮津貼低收入人士使用鑽的、

²⁹ 食物及衛生局表示，曾分別在 2002 年和 2007 對長者健康中心進行兩次檢討。

意見摘要（範疇之內）	
	易達巴士及紅棉巴。
	公共交通票價優惠只適合健康的長者。然而，不少公共車輛都不方便輪椅上落，令體弱長者不能受惠。
	長者公共交通票價優惠措施應擴展至綠色小巴和渡輪。該優惠也應惠及所有 60-65 歲長者。至於 65 歲以上長者，則應為其提供免費交通。
	應為長者構建無障礙環境，亦要將方便輪椅進出的考慮主流化。
	某些地區的長者友善設施是優良措施，例如土瓜灣的海心公園，設有為視力殘障者而設的設施、長者用洗手間，以及方便上落的斜路和梯級。
	所有行人天橋應加設升降機方便長者。
	另一方面，也應顧及到需鼓勵長者多活動和做運動，不能太依賴升降機和電梯。
	向區議會提供資源翻新舊街道，方便體弱長者出入。
	要建設聚友場地讓長者可在社區交誼。
	考慮到很多公園假日時都為外傭使用，應為長者提供更多悠閒設施。隨著人口老化，可能有更多家庭聘請傭工負責照顧長者，公共空間和悠閒設施不足會更形嚴重。
計劃服務的模式和「計劃方案」的檢討模式	
	計劃應以預算供求和不足數為根據。
	制訂計劃時，應考慮到不同地區長者人口比例和概況。
	其他國家為年長公民制訂服務計劃時，會劃分提供特定服務的具體指標（如長者人口比例），這做法可作參考。例如：有些內地城市會把三類為不同情況長者提供服務的模式（即由家人照顧、社區照顧服務、院舍照顧服務）的比例定為 90:6:4。
	「計劃方案」，應定出具體時間表，和短、中、長期的目標。
	應就不同的各個服務界別作全面規劃，例如有些地區青年中心過剩，而長者中心則不足。

意見摘要（範疇之內）	
	應鼓勵長者參與發展和策劃服務項目及規劃，並在合適的情況下參與實施工作。
	應建立平台，讓政策制定者和服務使用者直接溝通。
	現時法定及／或諮詢組織中並沒有指定的議席數目或比例讓長者參與，反映他們的意見。
	應加強區議會就區內事務徵詢地區長者意見的角色。
	應在 18 區發展一站式的服務大樓，為長者提供不同的服務。服務範圍應包括消閒活動、訓練、住屋，還有殮葬和靈灰安置所。區議會可參與決定大樓的位置，而相關設施則可透過公開招標邀請非政府機構營運。
	院舍照顧服務的規劃應以地區為本。現時有些地區並未有提供買位的安老院舍。
	由於安老服務涉及與多個界別的銜接，應建立跨專業的合作平台。若採用地區為本的做法，區議會可擔當此角色。
	應提供不同選擇，讓長者自行決定他們的照顧計劃。
	應定期舉辦諮詢會，讓持份者檢視「計劃方案」的實施情況。
	應在不同地區舉辦諮詢會，並預留更多時間收集持份者（包括家庭護老者、就業人口、年青人等）的意見。
	諮詢要以地區為本，並應在 18 區進行。
	應為諮詢做更多宣傳，包括透過傳媒，還要讓有不同殘障的人士、少數族裔和不同性傾向的人士參與。
	要向公眾公報諮詢會的結果。
資訊科技及訊息發放	
	目前不同政府部門和服務機構都有不同的個案資料系統，這些系統之間在數據收集、檢索和整理上可能會出現重疊或缺漏，而有機會導致服務的延誤、資源（人手、時間和金錢）重複，以及妨礙服務發展和監管的全體規劃。
	應加強運用資訊科技，以助提供服務。
	應加強長者使用資訊科技的能力，以及減低使用時的障礙讓他們足不出戶也能與外界保持聯繫。

意見摘要（範疇之內）	
	可用電腦遊戲幫助日間中心和安老院內，患有認知障礙症的長者。
	應建立一個資訊科技平台，推廣和發放有關積極樂頤年的訊息。
	綜合家居照顧服務的名額和收費、各種院舍在不同地區的空置宿位數目等，都要有更高的透明度。
	應加強有關私營院舍的訊息的發布。
	目前的服務資訊並不方便查閱，令家人在尋找合適服務時遇到困難，社署因此應建立一個中央參考平台，發放有關安老院舍服務水平的資訊。
為認知障礙症長者提供的服務	
	應加強有關如何及早辨識認知缺損，以及減慢退化的公眾教育。
	應提供更多資源，為有認知缺損的長者提供早期介入。
	應為認知障礙患者提供更多日間中心。
	向日間中心和安老院舍發放的「照顧認知障礙症患者補助金」，應擴展至適用於有早期認知缺損的長者。
	「長者健康及家居護理評估」的數據沒有被充分用作分析長者的服務需要。其中，「長者健康及家居護理評估」主要評估身體方面的缺損，但對認知能力缺損的敏感度卻不足。
	為認知障礙症長者提供的護理服務的模式應予檢討，特別要檢視的是讓認知障礙症長者與其他長者一起的做法是否合適。
	有些長者中心接收輕度認知障礙個案，並與其他長者一起給予服務，結果發生不愉快事件。
	把認知障礙長者與一般長者融合一起，能產生鼓勵，減少退化率。
	一些私營安老院舍沒有足夠的技巧及／或資源照顧嚴重認知障礙的長者。
	應加強照顧認知障礙症長者的護老者的支援，並為這些護老者提供更多有關照顧患嚴重認知障礙長者的培訓。
其他	
	規劃長者服務時，應以人為本。

意見摘要（範疇之內）

長者的法定權利應受保障，確保他們免受虐待。他們的意願要受保護，就算有監護人，也要顧及他們的最大利益。年齡歧視的問題，以及女性長者、少數族裔女性長者和不同性傾向的權利都要關注。

海外如歐洲和美國的做法：由長者規劃、管理和發表長者服務項目，可茲參考。

政府應帶頭推廣長者友善措施，而不應單靠區議會和／或非政府機構去做。

對於從內地返回香港的長者，現行政策幫不了他們，例如他們要重新申請資助服務。

要加強社區上有關臨終照顧的規劃。

「計劃方案」範疇以外的意見

「計劃方案」範疇以外的意見	備註
殘疾人士	
唐氏綜合症患者或會較早呈現衰老跡象。一些患有殘疾病類（例如中風）的人士，也可能會出現與衰老相近的徵狀。	對於身體和／或智力有殘障的人士，不論其年齡為何，服務都需要由有註冊專業資格、具專門知識和技能的人士提供。有關這些服務的提供和規劃的事宜，歸入康復服務的範疇。
「計劃方案」應涵蓋與年老的身體和／或智力殘障者相關的課題。	
護老者津貼也應伸延到殘疾人士照顧者。	
身體有其他機能受損（例如失聰、失明）的長者需要專門服務，而他們的需要應得到處理。	
長者社區照顧服務券試驗計劃	
長者社區照顧服務券試驗計劃應涵蓋所有地區，而不是只在試驗計劃的指定地區試行。有些長者也關心試驗期後計劃的後續安排。	長者社區照顧服務券試驗計劃的檢討正在進行，中期報告預期於 2015 年中完成。因應長者社區照顧服務券試驗計劃的檢討時間表，就該計劃所表達的意見將會與中期報告的結果一併考慮。
長者社區照顧服務券試驗計劃組合複雜，服務類型不能輕易區分。服務券也應可用作購買短期服務。	
長者社區照顧服務券試驗計劃推行後，一些服務提供者增加收費。	
人力資源及培訓事宜	
應考慮在資歷架構裡提高更高級別的認可，吸引年青人加入安老服務工作。	顧問團隊得悉，為幫助長者護理服務行業，教育局在 2012 年 2 月成立了

「計劃方案」範疇以外的意見	備註
	<p>行業培訓諮詢委員會，以在安老服務業推行資歷架構。在諮詢持份者後，行業培訓諮詢委員會在 2014 年 12 月公布了一套為業界而設的《能力及標準說明》。雖然「計劃方案」會考慮業界對行業培訓諮詢委員會工作的反應，但顧問團隊建議在人力資源方面，「計劃方案」應集中討論其他課題。</p> <p>然而，與這課題相關的討論，或會在「研討會／工作坊十：人手事宜」，及／或「研討會／工作坊十六：跨專業、跨部門、跨界別的銜接」內觸及。</p>
醫療服務	
應更為重視長者健康中心的功能，因為這是不少長者了解健康管理的第一步。應檢討長者健康中心的服務名額和角色。	對於長者醫療服務的意見，顧問團隊建議「計劃方案」應集中於醫療和福利界別之間的銜接，令這些核心課題可以有更深入和全面的討論。建議的「研討會／工作坊十六：跨專
應加強基層醫療服務／社康護理服務，減少長者對長期護理服務的需要。	
應在基層醫療架構中，提供診斷早期認知缺損的培訓。	
公立醫院應就認知障礙症照顧設立特別門診安排，以作出轉介、提供資訊，和	

「計劃方案」範疇以外的意見	備註
支援護老者。	業、跨部門、跨界別的銜接」中會就這些銜接事宜進行探討。
患有認知障礙症的人士與其他人溝通有一定困難，醫院應容許其的家人全日陪伴。	
應加強為有認知缺損的長者的醫療支援，尤其是與家人同住的認知障礙症長者。	
申請醫療券的資格應放寬到 65 歲或以上，而認可的服務提供者應包括西醫、中醫、牙醫、骨科醫生、跌打。醫療券的價值也應增加到每年 3000 元。	
應關注長者的牙科護理需要，並提供更多可負擔的服務。	
一些支援服務，如一些牙科保健計劃（關愛基金長者牙科服務支助項目）非常有用，應將其常規化。	
住屋	
現時有不少家居環境上的障礙令長者較難「居家安老」，例如浴室的設計往往不適合體弱長者（尤其那些需要使用輪椅的長者）使用。	對於與房屋相關的意見，顧問團隊建議「計劃方案」應集中於與長者照顧服務直接相關的課題，令這些核心課題可以有更深入和全面的討論。在「研討會／工作坊十六：跨專業、跨部門、跨界別的銜接」中會就銜接事宜進行探討。
一些照顧弱智人士的宿舍由於欠缺人手和輪椅通道，以致無法照顧體弱者。	
對於由年老雙親照顧殘疾子女的家庭，應為他們提供特別設計的房屋單位。	
在規劃房屋發展項目時，應考慮安排年青家庭居於在其長者附近的單位，以維繫家庭支援網絡。	
對於經濟能力較佳的長者，以合作社型式提供的退休人士住屋項目或一個可考慮的選擇。政府可透過提供土地，鼓勵發展這類私人項目。	
	至於其他有關無障礙環境和交通的一般意見，會透過勞工及福利局交

「計劃方案」範疇以外的意見	備註
	由相關政策局及部門考慮。
退休	
所有人都應享有退休保障。	扶貧委員會將在 2015 年下旬舉辦公眾諮詢活動，討論退休保障問題。顧問團隊建議「計劃方案」應留意公眾諮詢的進展，以及扶貧委員會的討論，特別是與安老服務相關的部份。
退休保障的規劃應包括以無須經濟狀況審查的方式提供高齡津貼和長者生活津貼。	
應處理結構性老年貧窮的問題應受關注。這問題最為影響退休人士。現時的問題不是社區照顧服務和院舍照顧服務比例失衡，而是長者是否有經濟條件在社區安老。	
在定義退休年齡時，應容許有更大的彈性。	有關意見將交由相關政策局和部門考慮。
鑒於撫養比率正在增加，應鼓勵長者在經濟上更為獨立。可考慮推遲長者的退休年齡應，並提供支援，讓他們退休後做小生意。	
	香港沒有強制退休年齡。實際退休年齡會由僱主和僱員協商，從而定下合適的安排。因此，有關退休年齡的討論並不是「計劃方案」下的課題。不過，與退休年齡相關的積極樂頤年課題，或會在「研討會／工作坊二：積極樂頤年和長者持續貢獻」中提及。
	有關意見也將會透過勞工及福利局

「計劃方案」範疇以外的意見	備註
	交相關政策局和部門考慮。
經濟援助	
長者申請綜援時應以個人身份接受經濟狀況審查。	顧問團隊建議應優先討論與長者照顧服務相關的核心課題。有關意見將會經勞工及福利局交相關政策局和部門考慮。
應關注長者貧窮問題。那些經濟能力有限但又不符合申請現金津貼的長者，會有困難參加社區活動。	
應給予患上末期疾病的非綜援長者財政資助，購買針對治療藥物。	
然而，相關議題可能會在「研討會/工作坊二：積極樂頤年及長者持續貢獻」中提及。	
其他	
應考慮「長者村」的概念。	顧問團隊建議應優先討論與長者照顧服務相關的核心課題。有關意見將會經勞工及福利局交相關政策局和部門考慮。
為滿足安老服務在資源投放方面不斷增加的需求，應檢視稅務系統以擴闊稅基，並為安老服務的開支成立「安老服務基金」。	
應考慮為護老者提給免稅安排等的實質支援。	
應保障因體弱而難以到投票站的長者的投票權利。	

工作坊 / 研討會主題及主要課題

研討會 / 工作坊主題
主題一：「長者」的定義及安老服務的服務對象
<p><u>工作坊一</u></p> <p><i>「長者」的定義及安老服務的服務對象</i></p> <p><u>主要問題</u></p> <p>a) 在制定各項安老服務的合資格年齡時，除考慮缺損程度外，是否應先考慮實際年齡？</p> <p>b) 是否應該為「長者」定下一個劃一的實際年齡定義，並以此作為不同福利服務的合資格申請年齡？如應該，有關年齡為何？如不應該，不同種類服務的合資格年齡應如何界定？</p>
主題二：現有服務
<p><u>研討會 / 工作坊二</u></p> <p><i>積極樂頤年及長者的持續貢獻</i></p> <p><u>主要問題</u></p> <p>a) 應如何改善積極樂頤年計劃，以達到提高長者生活質素的目標？</p> <p>b) 現有服務能否充分照顧到長者終身學習、參與義工工作和就業(全職或兼職)的需要？有甚麼地方需要改進？</p>
<p><u>研討會 / 工作坊三至五：</u></p> <p><i>有效及高效的服務供應，以及各類安老服務之間的合適銜接模式</i></p> <p><u>工作坊三</u></p> <p><i>社區支援服務、社區照顧服務、院舍照顧服務和安老服務統一評估機制</i></p> <p><u>主要問題</u></p> <p>a) 長者地區中心 / 長者鄰舍中心 / 長者活動中心在銜接社區照顧及院舍照顧服務之間，應如何定位？</p> <p>b) 綜合家居照顧服務（普通和體弱個案）和改善家居及社區照顧服務的功能和人手編制是否需要進行檢討？應否合併這兩項服務？如需要，應怎樣進行？</p> <p>c) 在提供長期照顧服務（包括社區照顧服務和院舍住宿照顧服務）上，「統評機制」可如何改善，以更有效地根據長者的照顧需要而分配不同服務？</p>

工作坊四

個案管理

主要問題

- a) 什麼是合適的「個案管理」模式？個案經理的角色應由非政府機構還是政府擔任？

工作坊五

暫託及緊急安置

主要問題

- a) 現時的暫託及緊急安置服務應如何改進？暫託服務應只作為對護老者的支援措施；還是應發展為提供給需要暫時照顧的長者的一般性服務？

研討會／工作坊六

支援照顧者以達致「原居安老」

主要問題

- a) 有甚麼方法可以改善護老者的支援服務，以協助或延長長者居家安老的時間？護老者支援應否擴展至受薪的家居服務照顧者（如家庭傭工）？

研討會／工作坊七

建立公私營機構合作的協同作用

主要問題

- a) 在社區照顧服務和院舍照顧服務上，公私營機構有否合作空間？如有，應怎樣進行？

研討會／工作坊八

質素保證及提升

主要問題

- a) 現行的質素監管機制是否足以確保非政府機構（提供資助和自負盈虧服務）和私營機構的服務質素？
- b) 目前的服務標準是否可以滿足和切合長者現時及將來不斷改變的需要？
- c) 如何進一步推廣評審機制？

研討會／工作坊九

善終照顧

主要問題

- a) 現有服務能否充分幫助長者、護老者和安老服務員工作好準備，面對長者臨終事宜？可以怎樣改善服務？

主題三：人力資源及培訓事宜

研討會／工作坊十

人手問題

主要問題

- a) 應採用甚麼機制，確保安老服務業界有足夠及經培訓的各類員工（包括資助及私營機構）？
- b) 在《津貼及服務協議》及／或牌照規定方面，可以採取甚麼策略以加強資助或私營機構在聘請、培訓和保留員工等方面的能力和靈活性？
- c) 輸入勞工（附有年期限制）可否考慮作為紓緩人手短缺問題的臨時措施？
- d) 應如何動員、培訓和監察各類非正規或沒受薪的護老者（包括鄰居、義工、學生和年輕長者），讓他們可以為鄰近的長者提供社區支援和家居照顧？

研討會／工作坊十一

培訓問題

主要問題

- a) 應如何加強和安老服務相關的專業課程內容，提高學生對長者議題的認知和警覺，讓剛畢業的從業員能充分掌握相關專業知識、技術和態度？

主題四：處所及空間

研討會／工作坊十二

處所及空間供應規劃

主要問題

- a) 如何估推算未來各種長者服務需求？按這些服務現有及已規劃的場地供應，應如何規劃來填補不足，以滿足需求？
- b) 如何確保有足夠空間／處所來建位立服務單位？有否需要去檢討目前的「設施明細表」？是否需要檢討現有的「規劃標準與準則」，恢復提供長者安老服務處所的要求？
- c) 如何改善規劃長者安老服務設施的程序，確保在提供切合不同類型長者（包括不同社會經濟狀況、需要和負擔能力等）的需要時（包括不同社會經濟狀況、需要和承擔能力等），各種服務的場地供應可持續和穩定？

工作坊十三

公私營機構合作以解決場地及空間短缺的問題

主要問題

- a) 現時在不同地區都有多間私營安老院，如何可以能更好運用這些私營安老院設施和的廣闊網絡，以加強社區照顧和住宿院舍照顧服務的供應？

主題五：安老服務的可持續財政安排

工作坊十四

可持續財政及使用公帑提供服務

主要問題

- a) 鑑於人口老化，是否需要進一步考慮長者服務的財政模式？例如，在政府提供的資助服務而言，是否應因應使用者之負擔能力（即經濟狀況審查）而作不同程度的資助（收費、共同付款）？
- b) 資助服務是否應設經濟狀況審查，使資源能投放於最有需要的使用者身上？政府資助的程度應否與使用者的負擔能力掛鉤？有經濟能力的長者應否有權使用資助服務？共同付款機制及收費機制對服務有何影響？
- c) 資助服務的收費是否應提高，以反映「用者自付」或「收回成本」原則？

工作坊十五

公營及私營市場組合

主要問題

- a) 就整體服務供應而言，私營機構可如何參與及其相對比例為何？誰為服務對象？具體的「市場劃分」或「市場佔有率」為何？
- b) 有否需要就現行特建福利設施所推出的合約服務安排（例如合約安老院舍）進行檢討？
- c) 政府可以如何控制／監管／改善由牟利經營者所提供之服務的質素？
- d) 政府可以如何監管由非牟利機構所提供的自負盈虧服務？

主題六：與其他範疇的銜接及其他事宜

研討會／工作坊十六

跨專業、跨部門、跨界別的銜接

主要問題

- a) 如何促進跨專業、跨部門及跨界別之間的合作及協調？特別是銜接社會福利及醫療服務的最恰當模式（不同政策局、政府部門及公營法定機構，如香港房屋署委員會、醫院管理局等之間的協調）。具體問題包括：
 - i. 如何為離院的年長病人在出院後提供無縫銜接的加強社區照顧服務／住宿院舍照顧服務之間的無縫銜，為離院的年長病人提供出院後的服務？
 - ii. 如何可以改善不同的長者社區支援服務及基層健康醫療服務（如長者健康中心、長者健康外展隊伍、普通科門診診所、醫院管理局的社區外展服務及私人執業醫生等）的協調和銜接？
- b) 不同界別、部門及單位的服務提供者如何可以更好地共享人力資源、空間、設施、設備及資訊？
- c) 服務使用者的資料如何可以更好地互通以協助精簡行政程序，如轉介、用者資料檢索等？

工作坊十七

規劃機制及持份者的參與

主要問題

- a) 如何促進長者參與安老服務的規劃及檢討？是否應在地區及全港層面進行？在哪個特定的平台或委員會較為恰當？
- b) 是否需要對現存有不同持份者(包括法定機構、諮詢委員會、政府決策局、政府部門、非政府機構、業界組織、培訓機構、專業團體、工會、服務使用者等)參與的安老服務規劃機制作出檢討或改善？

工作坊十八

規劃及檢討時間表

主要問題

- a) 現有規劃機制除了切合短期（如每年）的服務要求外，能否制定長遠的規劃？又或應否有特定時間（如五年）的規劃？
「計劃方案」應如何進行檢討以回應社會的轉變及發展？

工作坊十九

科技與資訊

主要問題

- a) 現時是否有機制善用日新月異的科技發展以改善提供服務的模式、監管及系統管理？
- b) 有甚麼策略可以加強長者對資訊科技的認識及減低他們使用資訊科技的障礙？
- c) 如何在積極樂頤年、社區支援服務、社區照顧服務及院舍照顧服務等四個安老服務範疇，加強發展和應用科技？

研討會/工作坊二十

認知障礙症長者的服務

主要問題

- a) 現有安老服務是否足以滿足不同程度認知障礙症長者的需要？如何進一步加強對認知障礙症長者的支援？例如：長者地區中心可否成為在現有的醫療服務渠道之上，為認知障礙症長者及其家人提供及早甄別和教育的樞紐？
- b) 患有認知障礙症的長者在接受安老服務時，應和其他長者一起以融合模式服務，還是分開以專門服務模式較為恰當？
- c) 社會福利及醫療界別在認知障礙症長者的早期識別、診斷及治療上，可以如何更好地協調？在提供相關服務方面，如何加強社會福利及醫療服務在地區層面的協調（例如透過安老服務地區協調委員會）？
- d) 如何進一步提升與認知障礙症長者專業服務相關的課程及培訓

工作坊廿一

為少數族群提供支援服務

主要問題

來自弱勢或少數族裔社群的長者有何特別需要？若現存的安老服務未能滿足他們的需要，有什麼進一步的支援可提供給他們呢？

工作坊廿二

私人慈善資助機構在支持新推和創新措施的角色

主要問題

- a) 私人慈善團體在長者支援項目中扮演什麼角色？這些項目的經驗如何可以提升主流服務的質素？