**香港社區組織協會**

《以老護老：基層年長護老者服務需要問卷調查報告》

**摘要及個案分析**

2017年特首施政報告中，再次重申政府在長者長期照顧上以**「居家安老為本，院舍照顧為後援」**為方針，可惜在社區照顧及護老者支援服務不足下，體弱長者被迫「以老護老」或過早入住安老院，談何「居家安老」?根據09年(統計署第40號報告書)有13.3萬長者是「與家人同住而需要護老者照顧起居」長者，當中「以老護老」(夫婦或子女)的年長護老者為最有需要的，**現時有「社區照顧服務」、「護老者支援服務 」、「護老者津貼試驗計劃」，但基於申請資格要求太嚴及輪候時間長，以至「年長護老者」未能得到服務及居家未能安老。**

2016年11月至2017年2月期間，香港社區組織協會(社協)訪問了80個「以老護老」的長者家庭，發現「年長護老者」對(1)「體弱照顧體弱及極為貧窮」、(2)「護老者壓力分爆煲」、(3)「社區照顧服務務使用率極低」、(4)「護老者對「社區支援服務」認識不足」、(5)「護老者津貼門檻過高」，(6) 護老者的支援網絡薄弱，因此導致「以老護老」的護老者繼續處於極度困境。

**4.1「年長護老者」及「弱老」(被照顧者) 體弱及貧窮狀況**

受訪「年長護老者」共80個案，當中以女性為主(佔73.8%，表二)，年長護老者年齡中位數為70歲（表一），反之「被照顧者」以男性為主（佔66.3%，表四），年齡中位數為80歲，被照顧者長期病中位數為4種長期病**，「年長護老者」長期病中位數為2.5種長期病(見表A)，體弱的照顧更體弱的後果是；50%受訪者(填頗多及經常)認為因照顧家人以至會健康受損(見表八十七)**，被照顧者當中有兩種較嚴重疾病（腦退化症佔31.1%、中風後遺症佔28.8%）。50%被照顧者有認知上的障礙(表十五)，護老者需要照顧「被照顧者」5項或以上日常生活的達79.9%(見表二十(三))，反映「被照顧者」為體弱極需被照顧。

**「年長護老者」個案明顯貧窮，88.3%受訪家庭的每月收入低於二人住戶的貧窮線8800元[[1]](#footnote-1)（見表六十四(一)**）；最多住戶流動資產分佈為5000至10000元，佔41.3%，其次是5000元以下，佔25.4%（見表六十七(二)）。78.8%護老者表示照顧弱老後開支有所增加（見表六十）、58.8%表示現時的經濟不足夠應付照顧弱老的開支（見表六十八）、58.3%受訪者認為提供護老者津貼最能幫助他們（見表七十六），然而沒有受訪者合資格申請「護老者津貼」，可見其需要被制度隱藏。**「年長護老者」明顯貧窮，從收入來源看他們領取綜援達40%，遠較「全港與家人同住長者」領取綜援只10%超出三倍（見表B：受訪家庭收入來源）**

4.2 護老者壓力分爆煲　　八成半以上處於抑鬱邊緣

**照顧壓力評估採用沙氏負擔訪問(ZBI)量表。24分或以上人士可能會有較大機會患上抑鬱症，87.5%受訪者的分數在24分或以上；平均分數為45.8，中位數為41.5，最高分者有84分（見表七十七）**。由0(無)至4(極重)分自評照顧負擔中，護老者表示3(重)或4(極重)的共有56.3%（見表九十九），反映護老者壓力沈重。

2015年救世軍《男性護老者照顧壓力及服務需要調查》報告書指出受訪者自評抑鬱程度較低，或因男士自尊心較強，不習慣將感受說出口，並傾向以理性解決問題為前題，較少接觸內在感受，而隱藏了內在壓力；而社協是次研究發現男女負擔指數同樣高，或能較如實反映護老者所面對的壓力。**2017年社協調查「因為要照料這親人，又同時要應付家庭和工作上的種種責任而感到有壓力」、「因為照顧這親人而使自己的健康受損」、「親人使自己的社交生活受到限制」被訪者均超過五成是填「頗多」或「經常」。(見表C)**

男女護老者的負擔指數相約，男性護老者的ZBI得分平均分為42.8、中位數為39，而女性護老者的平均分為44.4、中位數為40；兩者分數相約。(見表D)

4.3 社區照顧服務申請資格嚴 「年長護老者」個案使用率極低

社區照顧服務只為「經安老服務統一評估機制評定為身體機能達中度或嚴重程度缺損的長者」，因為對「被照顧者」資格要求太嚴，**所以「年長護老者」個案使用率低，只有14.8%受訪者使用「改善家居/綜合家居照顧服務」(表廿二)，平均輪候時間為11個月，只有6.3%受訪者使用「長者日間護理中心」(表廿九)，平輪候時間為10個月**，申請資格過嚴而輪候時間長（截至2017年1月31日，共7,717人在長期護理服務中央輪候冊內登記輪候各類型的資助長者社區照顧服務），造成極低使用率；（見表K）

50%認知障礙症未被評定為有需要

「安老服務統一評估機制」一直為人病詬的是其評估工具，只測試長者身體機能而非其精神狀況，**令人質疑是此評估工具未能評估「認知障礙症長者」的身體機能受損，是次研究50%受訪者有認知上的障礙(見表15)，但受訪者被以上機制評定中度缺損只有25%，反映「認知障礙症長者」半數不合格使用社區照顧服務。（見表Ｋ）**

4.4 護老者對「社區支援服務」認識不足

74.7%「年長護老者」不知道離院長者綜合支援計劃（見表三十六）、51.9%不知道社康護理服務（見表三十一）、46.8%不知道長者日間暫託服務（見表四十一）、48.8%不知道護老者支援服務（見表四十五）、36.3%不知道長者日間護理中心（見表二十六）；反映護老者對社區支援服務認識薄弱，就算有困難也不知道有服務能幫忙；政府未有效宣傳服務。

在表示知道各項社區支援服務而沒使用過服務的受訪者當中，多自評沒有需要使用服務，其次是想自食其力不想麻煩人、不知道申請資格／如何申請服務。或受中國傳統文化思想影響，「年長護老者」普遍心態希望「靠自己」，就算生活刻苦也不覺自己「有需要」，不想「靠政府」，因此有必要讓長者明白難以處理某些情況時求助並不等於麻煩人，而是自身權利。

4.5 護老者津貼門檻過高

**申請護老者津貼的首要條件是被照顧者「經社署安老服務統一評估機制評定為身體機能中度或嚴重缺損」，並「於2016年2月29日或之前已在中央輪候冊輪候院舍照顧服務或 社區照顧服務」；前者只有25%受訪者合資格，後者更只有11.3%合資格（見表Ｋ及五十九）**。由此可見大部分護老者都不乎合申請津貼的兩大首要條件，再加上受87.6%受訪「年長護老者」巳領取綜援/長者生活津貼/傷殘津貼(見表B)，因此不會有評估機會，最終沒有受訪家庭合格申請護老者津貼。(見表K)

**4.6 護老者的支援網絡薄弱**

**87.5%護老者表示自己為家中唯一照顧者（見表九）；72.5%受訪者只得兩老同住（見表十）。91.3%護老者需一星期七天照顧弱老（見表七十）。護老者需長時間照顧弱老，欠缺私人空間與社交生活。**

52.5%被照顧者不良於行（見表十三）、50%有認知上的障礙（見表十五）；護老者需留在家中照顧弱老，無暇與朋友聯誼，無法外出，因而對身邊的社區資源不熟識。

**77.5%護老者表示不容易找到人替代照顧弱老（見表七十一）；當中88.7%受訪者表示不知道能找誰幫忙（見表七十二）。58.8%護老者表示如有緊急事故家人亦不能提供協助（見表七十三）**；當中51.1%表示家人工作繁忙，29.8%表示家人在外地（見表七十四）。可見很多護老者長期獨自一人肩負照顧弱老的責任，無人支援。

50%護老者表示「頗多」或「經常」感到「因花了時間在親人身上，而使自己時間不足夠」（見表七十九）、51.3%表示「親人使自己的私人空間不能如希望有的多」（見表八十八）、53.8%表示「親人使自己的社交生活受到限制」（見表八十九）、47.5%「覺得自從患者病發之後，失去支配自己的個人生活」（見表九十四）。

(五) 個案研究及分析

《個案一》 在職長者(媳婦)照顧九十二歲長者 (68歲兒子中風)

岑婆婆92歲與媳婦黃婆婆65歲同住於公屋。

岑婆婆的兒子68歲，於55歲中風，自此入住安老院。他入住私營安老院達十年，每月一萬三千元宿費，政府「買位」資助八千元，其餘五千元由岑婆婆以自己的綜援金和積蓄支付，生活拮据。直至2014年才輪候到現居屋邨內的合約院舍資助宿位。  
  
岑婆婆有五種長期病患包括高血壓、糖尿病、白內障、膝頭關節退化，近兩年聽力亦退化。黃婆婆同樣體弱，患高血壓、高膽固醇、糖尿病、腰痛。

黃婆婆擔當照顧者的角色，早上替岑婆婆煮飯、買日用品、做家務、處理財務，晚上到隔離屋邨當通宵看更；日夜顛倒的工作加上日間欠缺休息時間，令黃婆婆身體每況愈下。黃婆婆半年前患骨刺，岑婆婆需反倒過來每天給她煲中藥。

岑婆婆需戴腳箍和拿拐杖椅才能慢行，若需遠行例如覆診，就必須由黃婆婆陪伴，因怕岑婆婆會中途暈倒或跌倒；而黃婆婆需通宵工作，日間十分需要休息，根本沒多餘時間陪伴岑婆婆到外面走走，因此岑婆婆除覆診以外，就只能困在屋邨範疇內活動。

岑婆婆和兒子靠綜援維生；黃婆婆當看更的工資約八千元，希望趁有能力時都自食其力。

岑婆婆耳力衰退，需多次大聲重複說話她才能聽得到，而她不願意戴耳機，黃婆婆表示好難與她溝通，有時候會易怒。

若岑婆婆將來身體變差，例如不能行走，黃婆婆表示她便再無能力和時間照顧她，必需送她到安老院；而岑婆婆不願意入住院舍，因為她堅持每天都要到安老院探望兒子。

黃婆婆訴說又要工作又要照顧岑婆婆令她感很大壓力、很「困身」，完全沒有社交生活和娛樂活動，已多年沒到茶樓飲茶、也沒心情沒時間約朋友聚會；而她對所有長者社區照顧及支援服務一無所知。

岑婆婆訴說安老院人手緊張。兒子有一次被床架卡住頭，因半邊身癱瘓，無法自行把頭縮回來，差點窒息，幸好她及時到達替兒子解圍；兒子長期咳嗽，去年年尾曾因凍傷氣管咳嗽不止入急症室，他平日踢被子無人幫忙蓋被，岑婆婆怕他會著涼影響肺引起併發症，所以常待他身邊看顧。她表示雖然兒子已入安老院，但她依然無法休息，每天都在安老院由中午待至傍晚陪伴他，七天無休，常擔心他病情會惡化或出意外，壓力大致長期失眠。

分析：  
1. 黃婆婆對長者社區照顧服務全無認識，就算希望有人能幫忙照顧岑婆婆也無從入手；

2. 安老院人手/訓練不足，令質素存疑，弱老住進院舍也未能讓照顧者安心；

3. 岑婆婆達九十二歲高齡、需拿拐杖椅助行、患5種長期病，但於統評機制下，她屬「行得走得」，黃婆婆依然不乎合申請護老者津貼的資格。

《個案二》 日間護理輪候時間長 無奈入住私院

黃婆婆79歲與丈夫86歲同住於公屋。

丈夫有四種長期病患包括高血壓、高膽固醇、氣喘、中風後遺症；中風造成左半身癱瘓，需以輪椅代步，由太太黃婆婆照顧日常生活，包括洗澡、處理個人儀容、處理大小便、陪診、協助食藥等。

黃婆婆亦體弱多病，患高血壓、關節炎、骨質疏鬆、冠心病、氣喘、腰痛、脊椎痛。

丈夫於2015年1月中風，黃婆婆無能力照顧，便安排他暫時入住私營安老院，月費過萬元，並在那時開始輪候資助安老院，至今兩年。入住私營院舍的十個月期間，黃婆婆也未能休息；丈夫投訴院舍的飯菜難吃，黃婆婆每天替他送飯；丈夫未能適應環境轉變，在院舍無法排便，黃婆婆每天推輪椅送他回家上廁所；並每星期帶他做物理治療和針灸，每月花費二千元、出入覆診需叫車以便輪椅上落，每次二百元、添置輪椅又花五千元，開支突然暴漲。

離開私院回家後，丈夫輪候了三個月，等到日間護理服務，至今使用服務一年。丈夫星期二、四、六會到日間護理中心，黃婆婆早上八時送他上院車，下午三時在家樓下接他回家；她希望丈夫能在中心待到晚上六時，無奈需遷就院車時間而提早接他回家。黃婆婆說日間護理服務大大減輕她的照顧負擔。

除此以外夫妻二人很少外出，也沒任何娛樂活動(如到茶樓飲茶)，因黃婆婆無力推輪椅。丈夫使用日間護理服務的時間以外，全由黃婆婆獨自照顧；她形容自己24小時工作，丈夫睡覺時也擔心他會出意外，久不久就會去看他，令她無法好好放鬆、休息，精神緊繃。

黃婆婆希望丈夫能快點入住資助院舍，因她自覺已無能力繼續照顧他。但她堅持不會讓丈夫入住買位計劃的院舍，因私院質素差。

丈夫中風初期，突如其來每月過萬元的私院宿費讓黃婆婆不知所措，迫於無奈申請綜援。由2015年1月開始申請，直至2016年10月才成功獲批。她曾與七個朋友於大陸置業，並持一份小額保險，申請綜援迫使她需即時把這些資產處理，過程為她增添照顧以外的煩惱。綜援審查過程讓她委屈、不舒服、感很大壓力；現在成功申領亦讓她感挫折、覺得自己無用、怨恨自己不能自食其力、很難過成為了社會的負擔。

分析：  
1. 若能於丈夫中風初期及時提供日間護理／資助院舍服務，他就不用入住昂貴私院(過萬、未計物理治療和針灸開支)，黃婆婆便不會太快用盡積蓄及申請綜援；

2. 福利制度污名化令有需要長者卻步；

3.護理中心車輛不足導致「人遷就車」，使用「日間護理中心」服務至下午3時完結。

《個案三》 長期病患致隱蔽長者個案

呂伯伯83歲與妻子林婆婆88歲同住於公屋。

林婆婆患糖尿病、關節炎、癡肥，因癡肥行動困難，長期臥床，兩年沒踏出家門，亦沒有主動洗過澡致患皮膚病，而呂伯伯無能力替她洗澡；有一好心街坊會偶爾前往探訪兩老，大概一個月替婆婆洗澡一次。婆婆認知亦開始出現障礙，冬天乾燥時婆婆無法自控抓癢致流血。

呂伯伯患腦代謝失調和腦退化症，負責照顧太太日常生活，扶抱她上落床和去廁所、處理所有家務。除了準備伙食(通常買外賣)，呂伯伯足不出戶，因為不知道能做甚麼，已記不起多久沒到茶樓飲茶。

二人唯一收入來源是長者生活津貼。他們於2016年8月申請綜援，因現居公屋有兒子的名字，保障部將個案轉介綜合家庭服務中心跟進，負責社工向研究員表示已推薦呂伯伯申請綜援，完成個案跟進，但直至2017年2月(研究員探訪期間)還未獲批。研究員向呂伯伯查詢狀況，他表示一無所知，甚至記不起自己曾遞交申請。

呂伯伯患腦退化症，記憶時好時壞，曾試過在已居住數十年的屋邨迷路，又忘記覆診，拿著醫院覆診紙也看不懂；問他很多有關日常生活的問題時，例如屋邨附近可到哪裡買餸，他的答案也是「不記得」或「我不懂」；這種精神狀態根本無法照顧太太；而林婆婆反對入住安老院，表示不喜歡院舍生活；二人對所有政府安老服務一無所知。

夫婦二人育有三子，但呂伯伯表示三人幾乎從不回家探望，關係疏離；坦言一星期七天照顧太太很累很大壓力，但不知道能找誰幫忙。

分析：

1. 兩腦退化症長者近1年不懂去覆診，妻子近2年沒有離開住所;
2. 體弱兩老連自理都有困難，社署綜合家庭服務中心只跟進「綜援申請」後就完結個案，沒有轉介合適的社區照顧服務或長期護理服務，反映社署的評審機制與服務割裂，只為完結「個案」，而非「個案經理形式」全人照顧。

《個案四》 為留洗腎買位院 一人綜援二人用

湯婆婆80歲和丈夫陳伯伯87歲同住於公屋，以綜援維生。  
  
陳伯伯患腎病，曾入住「買位」計劃下的私營安老院兩年多，以便有護理員幫忙洗腎，一日三次。後來情況好轉一點便搬回家，在家洗腎，陳伯伯不喜歡院舍生活，覺得困住好侷促、院內氣氛差、環境骯髒、飯餸凍；但太太和他自己都擔心身體會突然轉壞，怕到時再重新安排院舍會很麻煩、很徬徨，於是他們決定保留宿位；宿費需近六千元一個月，陳伯伯那份(因需要經常護理而)較高額的綜援金便全用作留住宿位，二人實際生活全靠湯婆婆三千多元的標準綜援金，需省吃檢用。

陳伯伯不良於行，雙腳無力，需拐杖助行，容易氣喘，不能走遠；湯婆婆肩負起家務與陪診。

湯婆婆患白內障，只能看到模糊影像，已輪候手術兩年，平日一個人外出買餸時，連路面情況也看不清，十分危險；而肩周炎令她連扭毛巾也無力，平日做家務很吃力，亦不敢爬高抹窗，只靠教會義工一年來清潔一次；她另外患踝陣攣，腳會不自住發抖、容易腳軟，但堅稱不需拐杖。

兩老曾使用樓下區議員提供的一元長者膳食服務，但覺飯菜質素差，曾試過飯後肚瀉，自此還是由湯婆婆買餸煮飯；研究員問他們是否需要申請綜合家居照顧服務中的送飯服務，湯婆婆說不需要，因為送飯時間太早、不彈性，未能配合他們的作息；湯婆婆曾到惜食堂吃飯，但由於丈夫不良於行未能與她一同前往，所以最終還是需要她親自負責伙食。  
  
二人育有五名子女，但全都在外地生活，若有緊急事故都不知道能找誰幫忙。湯婆婆表示自從丈夫從院舍回家後，二人口角逐漸增多，她一人負責家頭細務很累，見到丈夫游手好閒會感生氣。

分析：

1. 照顧者自己也體弱，長期照顧丈夫壓力大，容易遷怒於他；

2. 「一人綜援兩人用」的狀況源自兩老對宿位供應的不安全感，也對其他長期護理服務不認識。

**（六）香港社區組織協會 建議**

**6.1 增加社區照顧服務，真正落實「居家安老」方針**

財政司長在本年度預算案中預留300億盈餘發展安老及復康服務[[2]](#footnote-2)，社協及老權促請當局增撥資源，加強社區照顧及護老者支援服務，方能真正實踐居家安老。

**6.1.1 真正設立「長者暫托服務」，讓護老者喘息**

**暫托服務可令護老者暫時離開照顧壓力獲喘息機會，應真正增加現時暫托服務名額，建立統一申請平台令護老者無須逐一服務單位致電查詢。在家居照顧方面，可設立「長者社區保姆」[[3]](#footnote-3)提供彈性服務**，令護老者無須經繁複審查方獲服務。便利護老者的服務，令護老者適時減壓長遠方能減少社區照顧及院舍服務壓力。

6.1.2 增加資源整合服務，縮短社區照顧服務輪候時間

基層家庭無力聘請家傭或私人家務助理，在近一年的等候時間中被迫「以老護老」或令長者過早入住安老院**，需整合及加強現有「改善家居及社區照顧服務」、「綜合家居照顧服務（體弱個案）」及「離院支援服務」，以零等候時間 (zero-waiting time)為目標。**

6.2 擴闊社區照顧服務光譜，及早支援護老者

6.2.1 檢討安老服務統一評估，要惠及「認知缺損長者」及體弱長者

**現時安老服務統一評估機制對體弱長者 (frailty)支援不足，不少年老體力退化的長者，在現時機制下不被評為「中度缺損」而不被支援。亦有不少認知能力缺損 (cognitive impairment)長者，因仍然「行得走得」而不獲服務**，但照顧腦退化/ 認知能力缺損長者壓力龐大，實在極需支援。

6.2.2 護老者津貼恆常化，舒緩經濟壓力

**將護老者津貼恆常化，允許領取「長者生活津貼」或「傷殘津貼」護老者申請**；可參考芬蘭的照顧者津貼制度[[4]](#footnote-4) ：由照顧者與政府簽訂照顧協議，清楚訂明其權利和義務，當中特別包括(i)照顧者每月所得的津貼金額及照顧服務時數；(ii)護理服務清單；(iii)為照顧者及弱老兩方提供的支援措施；(iv)照顧者放假的權利；以及(v)照顧者接受培訓和教育的機會。

6.3 提升支援服務可達性，轉介合適資源

香港在安老服務上一向則重院舍照顧，不少長者誤以為接受支援即被迫入住安老院，因此拒絕接受住何服務。事實上現時資助服務五花百門，部份家居服務由醫管局提供，由社署提供之家居服務亦分三種，護老者及長者面對不同服務無從入手，社區照顧護老者支援必須「找的到」、「看的到」、「用的到」[[5]](#footnote-5)方能真正服務長者。

6.3.1 設立個案管理系統，「一站式」跟進案主需要

透過設立個案管理系統，由個案經理評估長者需要及提供持續跟進，才能確保長者於社區安居。**現時香港的個案跟進偏向「一次性處理」，服務申請者獲批片面服務，而非提供全人「一條龍」整全照顧，以免「多重困難的長者需要」被隱藏。**

可參考美國個案管理協會(CMSA)的個案管理理念[[6]](#footnote-6) ，由個案經理全面評估案主需要、建立完善照顧及服務資源計畫、引領照顧方針、執行及評價計畫、協調各方單位合作、持續監控品質及留意需求變動、支持及發展案主自理及家人照顧的知識和技巧。

6.3.2 政府未作有效宣傳，「居家安老」不應亦不能靠「家庭自己支援」

受訪照顧者對各項社區照顧服務的認識度普遍較低（見表二十六、三十一、三十六、四十一、四十五），政府常提「居家安老」，**部份長者會理解為「家庭自己搞掂」或礙於中國傳統，未能做到真正鼓勵「年長護長者」使用社區照顧服務，應參考台灣長期照顧系統，設立長者易達專線** 412-8080(幫您幫您)[[7]](#footnote-7)。香港社會一直著重非正規支援網絡，依賴家人照顧，而子女照顧父母、夫妻互相照顧為傳統習慣，政府推廣「正規支援服務」仍欠積極，須鼓勵長者接受社會支援，加強宣傳服務，例如於電視、電台廣播廣告。部份長者不識字未能讀報或閱讀小冊子，電視和電台為長者較常接觸的傳媒平台。

**2017年3月5日**

1. 資料來源：2016扶貧委員會高峰會：2015年貧窮情況分析

   (網址 <http://www.povertyrelief.gov.hk/pdf/2015poverty_pp_c.pdf>) [↑](#footnote-ref-1)
2. 香港特別行政區政府新聞公報(2017年)：政務司司長談《財政預算案》

   (網址<http://www.info.gov.hk/gia/general/201702/22/P2017022200652.htm>) [↑](#footnote-ref-2)
3. 救世軍護老者協會第五十七期通訊(2016年)：就「護老者支援」向香港大學社會工作及社會行政學系「安老服務計劃方案」顧問團隊提交的意見書 [↑](#footnote-ref-3)
4. 立法會秘書處資訊服務部(2016年)：芬蘭和英國的照顧者津貼 (網址 <http://www.legco.gov.hk/research-publications/chinese/essentials-1516ise23-carer-allowance-in-finland-and-the-united-kingdom.htm>) [↑](#footnote-ref-4)
5. 嘉義市政府衛生局(2016年)：找的到、看的到、用的到的長照服務～長照十年計畫2.0說明會 (網址 <http://www.chiayi.gov.tw/2015web/02_news/content.aspx?id=49061>) [↑](#footnote-ref-5)
6. 社區發展季刊142 期：運用個案管理於社區老人健康照護 (網址 <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/2856/File_3401.pdf>) [↑](#footnote-ref-6)
7. 衛生福利部(2010年)：「長期照護幫您專線412-8080（幫您幫您）」  
   (網址 <http://www.mohw.gov.tw/news/450240461> ) [↑](#footnote-ref-7)