

# 以老護老－基層年長護老者 照顧認知障礙症患者研究 2018

香港社區組織協會

2018年3月6日

香港中文大學社會工作社會科學碩士學生張楚瑜

香港社區組織協會組織幹事阮淑茵

香港社區組織協會組織幹事吳衛東

（一）前言	P.3
（二）研究簡介	P.4-5
（三）訪談結果及分析	P.6-21
（四）香港社區組織協會建議	P.22-27
（五）香港社區組織協會建議總覽	P.27-29
（六）個案研究及分析	P.30-71
附錄一：訪談大綱	P.72-73
附錄二：訪談同意書	P.74

## (一) 前言

政府在 2017 年發布最新的人口推算，本港 65 歲或以上的長者人口將會由 2016 年的 116 萬人上升至 2036 年的 237 萬人<sup>1</sup>。另根據醫院管理局資料顯示，本港約 5 至 8% 的 65 歲或以上人口患有認知障礙症，而 80 歲以上的年齡群組更有 20 至 30% 人患上此疾病<sup>2</sup>。結合兩項資料推算，本港在未來 20 年間，患認知障礙症長者會由 2016 年的 92,800 人急升至 189,600 人。認知障礙症長者數目兩倍翻升，意味著社會醫療、社區照顧及院舍服務將面臨莫大需求。

而認知障礙症長者之照顧者的照顧壓力也不容忽視，因照顧者需要徹底改變生活重心，投放大量時間及心血用於照顧工作<sup>3</sup>。現時政府未有確切掌握認知障礙症長者的資料，缺乏患病總人數及其照顧者狀況等統計。但統計處的調查發現，本港逾 280,500 長者存有被照顧的需要，當中 26.3% 即 35,000 人的主要照顧者為其配偶<sup>4</sup>。換言之，本港以老護老：由年長配偶或子女照顧認知障礙症長者的情況實屬普遍。隨著人口不斷老化，社會有必要發掘年長護老者照顧認知障礙症長者的心路歷程及服務使用情況，從而整合及梳理出更適切的支援予年長護老者，同時緩和被照顧者的退化速度。

目前對年長護老者的需要研究集中於量性調查，本會亦在 2017 年 3 月發布《以老護老：基層年長護老者服務需要問卷調查》訪問 80 名年長護老者，被照顧者患的健康狀況各有不同，其中一個重大發現為經沙氏負擔訪問（ZBI）的測試，八成八護老者處於抑鬱邊緣。而專門以照顧認知障礙症長者之照顧者為對象的質性研究有限，香港明愛社會工作服務部的《照顧者拾穗：十四個照顧者的真實個案》便是其一，但主要呈現年長護老者的心路歷程，對政策建議的著墨篇幅較少。故此，本研究將探索年長護老者照顧認知障礙症長者的狀況，以歸納出相關的支援服務及政策的建議。

---

<sup>1</sup> 統計處 (2017) : 香港人口推算 2017-2066

( 擷取自 [http://www.censtatd.gov.hk/media\\_workers\\_corner/pc\\_rm/hkpp2017\\_2066/index\\_tc.jsp](http://www.censtatd.gov.hk/media_workers_corner/pc_rm/hkpp2017_2066/index_tc.jsp) )

<sup>2</sup> 醫院管理局 (2018) : 認知障礙症

( 擷取自 <http://www21.ha.org.hk/smartpatient/SPW/zh-HK/Disease-Information/Chronic-Diseases-Zone/Details/?guid=0ff3b12b-b3c0-4fa9-9bac-6bcf9dc501ba> )

<sup>3</sup> Buijssen, H. (2005). The simplicity of dementia: A guide for family and carers. London: Jessica Kingsley.

<sup>4</sup> 政府統計處 (2009) : 主題性住戶統計調查第四十號報告書:長者的社會與人口狀況、健康狀況及自我照顧能力

( 擷取自 <http://www.statistics.gov.hk/pub/B11302402009XXXXB0100.pdf> )

## （二）研究簡介

### 2.1 研究目的

通過了解基層年長護老者在照顧認知障礙症長者的狀況及援助網絡，從而整理出改善或強化支援認知障礙症長者的安老服務及政策建議。

### 2.2 研究範圍

- 年長護老者與被照顧者的基本資料；
- 年長護老者與被照顧者的健康狀況；
- 被照顧者確診患認知障礙症的過程；
- 年長護老者的照顧情況；
- 年長護老者照顧情緒及心理狀態；
- 年長護老者對社區支援服務的觀感、使用情況及意見；
- 年長護老者對院舍服務的觀感、使用情況及意見；
- 年長護老者與被照顧者的經濟環境及住屋類型
- 年長護老者對「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃第二期」（下稱「護老者津貼」）的認識、使用情況及意見

### 2.3 研究對象

是此研究於 2017 年 12 月至 2018 年 2 月期間進行，訪問 15 位 50 歲的或以上的人士，並符合下列至少一項條件：

- 現正或過去一年曾經照顧 60 歲或以上患認知障礙症的配偶或父母或
- 與配偶或父母屬於互相照顧家庭，該人士同時患有認知障礙症。

當中 12 個屬確診個案，三個為疑似認知障礙症個案。受訪者均為主要照顧者，並無聘請家庭傭工。

### 2.4 研究方法

為深入探索每位年長護老者照顧認知障礙症長者的情況及心得，是此研究以質性研究為藍本。

## 2.4.1 深入訪談及個案研究

本研究採取半結構性訪談（Semi-structured interview）架構，研究員事前設計訪問問題（詳情請見附錄一），訪問 15 位年長護老者時，按其情況、氣氛及內容彈性調整問題次序及跟進式發問，以更有效收集資訊，並獨立整理出 15 個個案研究。

為豐富研究的觀點與角度，本研究訪問提供認知障礙症服務的機構代表－基督教家庭服務中心家居及社區照顧服務服務總監唐彩瑩女士，分享其服務經驗及意見。

## 2.4.2 觀察法

研究員合共訪問 15 位年長護老者，當中有十位上門家訪，在其居所進行訪問，故此研究員在封閉式環境，可直接觀察到大量客觀物品，例如劃滿照顧行程的月曆表等，從而蒐集更全面的資料。

## 2.5 抽樣方法

立意抽樣（Purposeful Sampling）：透過香港社區組織協會及香港老人權益聯盟的服務使用者名單中，篩選符合研究條件的年長護老者，再邀請之接受個別訪問。另基督教家庭服務中心及明愛鄭承峰長者社區中心（深水埗）協助聯絡，由本會研究員直接上門家訪或拜訪中心，與使用其服務的年長護老者進行訪談。

## 2.6 資料處理與分析

研究員在徵求所有年長護老者的書面同意書後，在訪談期間使用筆記及錄音，記錄即時的對話內容，然後再騰寫成逐字稿，並重複閱讀兩次及資料分析後，方撰寫一份詳盡的敘述。

大部分受訪者在研究發布前，曾經預先檢閱所屬的個案研究部分，確保能準確詮釋受訪者的意見。

## 2.7 研究限制

### 2.7.1 地區性局限

基於本會可接觸到的服務使用者存有地域性限制，是此研究的受訪者集中於九龍西，導致抽樣的代表性不足，無法廣泛代表全港相關年長護老者的照顧情況。然而，是次 15 位受訪的年長護老者在求診、照顧、支援等各方面的經歷接近，可歸納作出有效的共通點。

### (三) 訪談結果及分析

#### 3.1 基本資料

本研究合共有 15 位年長護老者參與，13 位為女性，男性有兩位，年齡介乎逾 50 歲至 81 歲，正照顧平均年齡約 82 歲確診或疑似認知障礙症的家屬（12 個診確個案；疑似個案有三個）。

受訪者與被照顧者的關係方面，73.3%個案為已婚同住夫妻，四位受訪者正照顧母親，當中有三個屬非同住的長時間照顧個案。

93.3%的受訪者為基層，主要領取綜援及長者生活津貼（下稱「長生津」）維生；全部被照顧者屬於基層，居住公屋、領取綜援或長生津。照顧年份由兩年至逾 30 年不等。

表一

15 個個案基本情況						
名稱 (化名)	年齡	被照顧者基本資料	認知障礙 程度	經濟情況	居所類型	照顧時間
根叔	逾 80 歲	逾 80 歲妻子 末期血癌	輕度(照顧 者患認知障 礙)	綜援	租住私樓	互相照顧 逾 30 年
常婆婆	78 歲	83 歲丈夫 胃病、前列腺、心率 不正、血壓、眼疾	輕度	長生津及 微薄家用	公屋	四年
古女士	52 歲	79 歲母親 三高、膝蓋退化、白 內障	輕度	基層	非同住、 長者居於 公屋	三年
方女士	逾 50 歲	84 歲母親 肺纖維化、高血壓、 高膽固醇	輕度	經營生意	非同住、 長者居於 公屋	三年

杜婆婆	約 70 歲	80 多歲丈夫 大腸癌、容易見暈等	中度	綜援	公屋	約七年
芬婆婆	67 歲	74 歲丈夫 腳趾變形、易冰凍等	中度	基層	公屋	約十年
朱婆婆	65 歲	78 歲丈夫 高血壓、便秘、雙腳無力等 12 種病症	中度	綜援	公屋	兩年
曾太	54 歲	65 歲丈夫 曾經中風、言語障礙、膽固醇、血壓等	嚴重	綜援	租住私樓	三年
魯女士	56 歲	98 歲母親及父親 父親於 12 年前去世，患膀胱癌	父親：輕度 母親：嚴重	綜援	公屋	12 年（照顧母親 11 年）
花婆婆	81 歲	92 歲丈夫 言語退化、帕金森症、氣喘、失禁	估計為中度至嚴重	長生津	公屋	18 年
黃老太	81 歲	84 歲丈夫 曾經中風、痔瘡、橫腸炎等 6 種病症	估計為中度至嚴重	長生津	公屋	10 年
秀姐	逾 70 歲	92 歲母親 哮喘、皮膚病等	估計為中度至嚴重	綜援(只有照顧者領取)	公屋	15 年
健仔	76 歲	70 歲妻子 疑似強迫症	疑似個案，但尚未確診	綜援	公屋	12 年

呂婆婆	76 歲	80 歲丈夫 聽力衰退，戴助聽器	照顧者為疑似個案，但尚未確診	長生津及微薄家用	子女名下物業	互相照顧，呂婆婆 2 年前記憶衰退
高婆婆	63 歲	84 歲丈夫 腳痛、泌尿等合共 5、6 種藥	疑似個案，但尚未確診	長生津(只有被照顧者領取)	公屋	照顧 10 多年，丈夫近年半記憶力退化更明顯

## 3.2 確診過程

### 3.2.1 首選公立醫院求助

15 個確診及疑似患認知障礙症的長者中，經年長護老者、家屬及朋友發現認知退化的有 14 個，其餘一人由醫生察覺而確診。當年長護老者發現被照顧者出現認知障礙病徵時，有 13 人首選在本港公立醫院求診，佔整體個案逾八成，當中近五成四人指確診過程遇到困難，代表被照顧者有機會錯失治療的黃金時間。有四人更因輪候專科時間過長、專科醫生態度冷淡而放棄求診或轉由私人醫生診斷；另有一人現在求醫階段，並曾經猶豫是否繼續求醫。

#### • 前線醫生表現被動

由於全部被照顧者同屬長期病患者，大部分有兩、三種疾病需要定期覆診，故年長護老者會在覆診時直接向醫生求助。換言之，前線單位（當中以普通科門診及急症室較常見）便成為長者確診認知障礙症的首要關口，負責轉介專科進行認知評估及檢查。然而，有年長護老者表示家屬需要再三強調，前線醫生方會重視長者的認知問題，有個案更因此延誤一年方獲轉介。例子有：

杜婆婆：「我嗰陣陪先生喺公立醫院專科覆診，同醫生講先生最近有啲唔妥，成日唔記得嘢。醫生開頭都唔信，話老人家係咁，急住叫我哋走，我冇聽到佢講，答『醫生，真係唔係咁呢』，自己繼續講落去，不斷講多啲日常生活例子出嚟，最後醫生先肯停低聽」。



方女士：「媽媽一直有喺政府普通科睇血壓，一直都有同醫生講嘅。第一次醫生就話『我哋檢查血壓，唔可以睇依啲（指認知）嫁，你觀察多一段時間先講啦』。由 2015 年至 16 年隔幾個月覆診一次，總共講咗兩、三次，最後醫生先肯幫我阿媽開轉介信，做進一步檢查」。

呂婆婆（疑似個案）：「我周身病痛，有白內障、肝退化、輕微耳退化，做過腸手術，每次覆診都好多問題想問，但（公立）醫生都有咁多時間去睇症」，最終她在社工陪下覆診下，獲轉介至職業治療科作初步評估。

### 分析：

上述個案反映前線醫療系統存有兩大問題，一、對認知障礙症警覺不足，通常以正常退化為由來打發家屬，延長長者的確診時間；二、前線人手不足致診症時間緊湊，無法詳細了解長者的病情。

## 3.2.2 專科輪候時間長及警覺低

### A. 放棄或考慮求醫

疑似認知障礙症長者被轉介至公立醫院精神科、老人科或記憶診所，接受評估及腦部掃描後確診，再交由精神科或老人科按情況跟進，有兩名年長護老者分別因專科醫生警覺性不足及考慮到專科輪候時間長而放棄求診，另有一人正考慮是否繼續求醫，例子有：

高婆婆（疑似個案）：「我先生做完腦部手術後，愈嚟愈冇記性，我帶佢去腦科覆診時，醫生話唔可以開轉介信睇吓係唔係認知障礙。根據我嘅理解，有啲醫生覺得教英文就英文，數學就數學，冇話幫你搵個識教嘅幫你，咁就唔會開轉介信」。

### 分析：

長者通常使用到普通科、老人科、專科及急症室服務，當懷疑被照顧者患有認知障礙症時，這四大分支系統成為重要的守關者。專科醫生表現冷淡，使病患無法得到基本評估及確診機會，故有必要強化相關醫生對認知障礙症的警覺性。

根據醫院管理局最新數字顯示<sup>5</sup>，2017 年精神科的半緊急新症輪候時間為三至五星期，而穩定新症輪候時間更長達 11 個月至 33 個月，而人口老化最嚴重的黃大仙及觀塘區所隸屬的九

---

<sup>5</sup> 醫院管理局（2017 年）：專科門診新症輪候時間  
（擷取自 [http://ha.org.hk/visitor/sopc\\_waiting\\_time.asp?id=7&lang=CHIB5](http://ha.org.hk/visitor/sopc_waiting_time.asp?id=7&lang=CHIB5)）

龍東<sup>6</sup>，穩定精神科新症輪候時間超過 27 個月。公立醫院的專科新症輪候時間長，導致長者延誤確診或放棄治療，白白錯失治療黃金時間，故有必要縮短專科新症輪候時間。

## B. 轉用私家服務

在漫長的等待期間，有兩名年長護老者在專門提供認知障礙服務的單位協助下，最終確認長者患認知障礙。有年長護老者指出，公立醫院由評估至確診需時兩年，經單位轉介至私家醫生診斷前後不足一個月，兩者時間相差近 24 倍，例子有：

方女士：「當職業治療師 2016 年做完評估後，叫我哋參加住認知障礙講座先，2018 年 12 月安排到第一次見內科醫生，到時再通知係咪患病……2016 年確診後，我有考慮過排隊等政府嘅訓練，一路做訓練一路等醫生，但由 2017 年 2 月排要到年底先有；相反中心前後唔使 1 個月就有服務」。

### 分析：

公立醫院輪候時間過長，長者為免錯失治療黃金期，可考慮到另外兩種方法確診，包括一、使用醫療券，由私家醫生確診或轉介至公立醫院；二、通過支援認知障礙症的單位轉介至自費或免費確診服務。然而目前的公眾教育不足，年長護老者往往不清楚確診方法，間接不利於疏導公立醫院的需求。

加上，基於資源有限，免費確診服務通常名額有限，基層年長護老者有機會回流至公立醫院求助，故仍需要解決公立醫院現時輪候時間長的流弊。

### 3.2.3 病理支援不足

認知障礙長者會按照其評估量表的得分，被劃分成初度、中度及嚴重三個階段，部分會細分至七大階段<sup>7</sup>，病徵及需要的治療會隨階段而有所不同。12 宗已確診認知障礙個案中，只有四位年長護老者在毫無提醒下，能夠清楚說出被照顧者的認知程度；三位完全不清楚被照顧者的病情。有年長護老者指在求診期間，醫生未有提供基本的病理資訊，例子有：

黃老太：「過程問醫生都有咩出聲，冇講咩情況、我可以點照顧、搵咩人幫手，淨係一味揸電腦，話入面有晒資料，之後就叫我哋走……我唔識字又有文化，醫

<sup>6</sup> 政府統計處 (2017 年)：香港 2016 年中期人口統計  
(擷取自 [https://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp459\\_tc.jsp](https://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp459_tc.jsp))

<sup>7</sup> Auer, S., Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics* 9.

生講我就知，但我唔敢主動問亦唔識問。我淨係知佢有依個病，唔識分佢係第幾階段」。

#### 分析：

上述個案顯示，教育程度低的年長護老者特別依賴專業醫療意見。部分醫生的資訊講解模糊，例如被照顧者的認知階段、行為病徵、退化過程、轉介社工跟進個案等，間接造成年長護老者無法提供合適的照顧以及尋求協助。

### 3.2.4 非本地公立醫院求醫

有一位年長護老者因在台灣工作，故直接帶同被照顧者在當地求診，如下：

芬婆婆：「當時我先生掛診後，即日做評估、做腦掃描後，醫生即日睇埋片後，直接將我先生確診，唔使左等右等，耽誤病情」。

#### 分析：

由於台灣的醫療體制與本港不同，當地會直接由家屬憑觀察，自行在相關的科目掛號，節省普通科醫生評估轉介專科的過程，故確診認知障礙症的時間遠較香港迅速及先進。

## 3.3 照顧情況

### 3.3.1 防止走失

除一個確診患認知障礙長者出入使用輪椅外，其餘 11 個長者的行動機能未完全退化，當中 7 人需要使用柺杖，其餘 4 人無需任何輔助工具亦「行得走得」。8 人曾經出現遊走或走失的情況，佔整體 66.7%，年長護老者因而奔波尋人，無法熟睡，甚至誤用虐老行為保護長者。例子有：

花婆婆：「先生草叔同我喺商場睇表演，睇完佢懵吓懵吓跟人走，嗰次我最驚，個心嚇到跳出嚟，搵咗成晚我眼光光到天光，最後喺隔離區警署搵返，當時佢嚇到瀨尿，成條灰色褲濕晒.....我好易醒，半夜聽到門響就出去截住佢，頭 10 年特別辛苦，想送佢入老人院」。

曾太：「我哋返內地處理家事時不慎走失，睇住佢搭上往羅湖方向嘅火車，我去到羅湖過埋關都搵唔到，咪搭回頭車逐個站搵.....最後我用咗 4 個鐘先搵返佢，佢見到我就發脾氣，指著我嚟鬧」。

朱婆婆：「佢（丈夫）對腳無力又成日遊吓遊吓.....為安全起見，我出門前會用背囊條繩，縛住，另一邊穿過張床嘅欄杆縛住佢條腰一圈」。

### 分析：

不同於其他健康疾病，認知障礙長者會隨退化程度，出現判斷力錯誤、遊走等情況，導致年長護老者擔憂其安全，釀成壓力來源。當認知障礙症長者不慎走失時，家屬通常只能自行尋找、自行在網上求助、自行報警等，增加認知障礙症長者的安全風險。澳門社工局在 2018 年推出「老人失智症呼救服務」<sup>8</sup>，幫助家屬尋找走失的失智症患者，本港亦應效法建立一套可靠結實的社區支援走失個案的通報網絡。

為避免認知障礙症長者走失，年長護老者使用錯誤照顧方法，例如綑綁等，結果誤墮法律陷阱，反映為照顧者灌輸正確照顧資訊的必要性。

### 3.3.2 照顧起居飲食

所有年長護老者都需要照顧認知障礙症長者，照顧程度會隨長者的認知能力有所不同，輕則藥物管理、陪同覆診等，複雜者更需要 24 小時貼身照顧。例子有：

常婆婆（被照顧者認知程度：輕度）：「先生有三排藥盒，每朝起身要空肚食依隻藥，隔半個鐘左右先可以食第其他藥，有啲要早餐後食。之後量血壓檢查度數，再按情況食藥。夜晚瞓前仲要食多次藥。我提佢食完哩粒藥，唔可以食野住，去個廁所出嚟，佢就偷食餅乾，真係好谷氣，淨係搞佢食藥已經用一個鐘」。

花婆婆（被照顧者認知程度：估計中度至嚴重）：「我朝早 11 點要煮飯，搭正 12 準時餵，你餵佢先會張開口，唔餵佢就瞓覺，成日唔食野都得；加上佢對手冇力，匙羹都跌爛 10 幾隻，唔餵佢真係會餓死」。

曾太（被照顧者認知程度：嚴重）：「最簡單要幫擠牙膏、沖涼時話佢知邊支係洗髮露，邊支係沐浴露先得，佢連電視搖控選台、較大細聲都唔識用，最叻係掀紅色嘅開關制，複雜啲就帶佢出街，叫佢食藥」。

### 分析：

無論被照顧者的認知情況為輕度、中度或嚴重，年長護老者都要無休照顧及護理，同樣承受著壓力，理應同樣獲得支援。

---

<sup>8</sup> 澳門特別行政區（2016 年）：2016 至 2025 年長者服務十年行動計劃  
（擷取自 <http://www.ageing.ias.gov.mo/uploads/file/2b610632d0ce7f17630cdad5abacaca5.pdf>）

### 3.3.3 體力照顧

確診個案的年長護老者之平均年齡為 66.5 歲，全部有一種或以上的長期疾病，其中四人行動不便，出入需要使用柺杖等。年長護老者照顧逐漸喪失自理能力、大小失禁的長者時，體力消耗是其重要的挑戰。例子有：

黃老太：「先生容易失禁，我要幫佢換尿片，我有肩周炎，舉唔高對手。我又要推佢落吓街見人、吹風，希望刺激多啲佢腦筋。我哋舊屋邨多斜路，我推出推入冬天都出晒汗，好辛苦、好煩」。

魯女士：「夜晚最辛苦，媽媽開始小便失禁，日頭可以提佢自己去廁所，一晚最高峰我幫佢換八條片。加上佢愈嚟愈重磅，又肥又矮，我就愈嚟愈輕磅，2014 年起佢要坐輪椅，我推住佢上山下斜，最後照顧唔到要送佢住老人院」。

#### 分析：

年長護老者需要為認知障礙症長者換片、推輪椅，全部涉及體力勞動，重複性的勞損，導致年長護老者出現痛症，影響自身健康以及照顧質素，故有需要進行支援，例如教導正確照顧及用力技巧、提供休息空間等，避免造成長期勞損或受傷。

## 3.4 情緒及心理狀態

### 3.4.1 全部年長護老者具抑鬱風險

12 個照顧確診認知障礙症長者的年長護老者中，全部都曾因照顧壓力而出現失眠、哭泣、食慾不振、專注力下降等抑鬱徵狀。因情緒低落而接受情緒輔導或服食中西藥者更高達四人，佔整體 33%，當中有兩人已確診患有抑鬱症，並因照顧工作而無暇處理情緒，選擇自行減少藥量、服用成藥了事。例子有：

方小姐：「醫生話我有抑鬱症，食咗一排藥見好啲。我阿媽舊年 12 月入院後，搞到棉被全部都係大便，我發現我又嚟，我連睇醫生嘅時間都冇。但我醒啊，我自己去買成藥嚟食，結果依家又好啲」。

芬婆婆：「我三、四年前確診有抑鬱症，醫生開藥比我食，想我好好休息，但我個心一直記掛要做野，瞓醒咗仲辛苦」，於是她自行降低藥量，用以處理家務及照顧丈夫。

#### 分析：

全部年長護老者都有抑鬱傾向，反映他們的壓力隨時爆煲，造成潛在風險，急切需要喘息空間。

### 3.4.2 朝夕照顧 易生憤怒及內疚

有 75% 的確診個案、即 9 人來自雙老同住家庭。年長護老者 24 小時無休承受照顧壓力，容易產生憤怒、被連累、埋怨的情緒，最終與被照顧者磨擦不斷，甚至出手掌摑，例子有：

娟姐：「我哋好似火星撞地球咁，成日嘈交，激到我跳起，人哋捐雜物出嚟，我朝早 10 點幫佢開檔，準備埋飯盒，之後由得佢喺下面看檔收錢，大概晏晝 4 點接佢上樓，起碼唔使對住佢，我可以靜一靜」。

芬婆婆：「我打攞完佢後，見到佢個樣唔同晒，我即刻衝入廚房，如果唔係我會繼續打佢……我每日起身都求主賜我力量，唔好再做依種事，因為佢有病佢都唔想，我要學識寬恕，但每次都繼續發生」。

#### 分析：

認知障礙長者的腦退化過程為「漸進式」，年長護老者的照顧困難隨之增加。在匱乏支援（喘息空間、照顧及溝通技巧和情緒輔導）的前提下，雙方容易走槍擦火，出現肢體性傷害。年長護老者事後會感到內疚，而部分被照顧者只認得至親，會因受傷害而感到驚慌，雙方「困獸鬥」式互相拉扯，最終只會造成惡性循環的局面。

## 3.5 支援服務

### 3.5.1 社區照顧服務

#### A. 日間社區照顧服務

四個確診個案的年長護老者有為長者安排或接觸的日間社區照顧服務，75% 個案都同意此類型服務有助減輕照顧壓力，可能緩慢認知障礙症長者的退化情況。例子有：

- 長者社區照顧服務券試驗計劃（下稱「社區券」）

曾太（丈夫患嚴重認知障礙，使用社區券約三個月）：「先生星期一至五、朝九午四到中心做運動、畫畫，練下個腦。佢舊時只可以跟住我，我要做家务時，佢食飽就睇電視，等我帶佢出街，緊係會悶啦。依家佢心情好咗，笑容多咗，真係幫到佢……我都放鬆咗，收到上公屋消息，可以專心執屋將冇用嘅扔走，整理吓啲野，有時仲可以抖吓」。

杜婆婆（丈夫患中度認知障礙，放棄參與使用社區券）：「我淨係想當我病或者覆診時，有人睇住我先生，當我被派去位置遠嘅醫院朝早 10 點覆診，我對腳行得慢，朝早 7 點幾就要出門口，嗰陣中心都未開放。我有時下午 2 點覆診，要夜晚 7 點先返到屋企，但好多中心都係下午 4 點放學」。

- **資助日間護理中心服務**

芬婆婆（丈夫患中度認知障礙，兩年前使用服務）：「先生喺中心唔知對佢有冇幫助，但我起碼有時間做其他野，有時朋友叫我飲茶，都可以出席吓傾計」。

方女士（母親患輕度認知障礙，未能輪候長期位）：「我阿媽唔識照顧自己，佢煮唔到飯，連煤氣都 cut（停用）埋，但佢可以篤住枝柺杖落街，行一條直路去到公園、街市，就話佢係輕度缺損，但佢唔識去其他地方嫁.....」。

#### 分析：

不同於其他服務形式，日間護理中心服務以節數為單位，每日最長可以提供約八小時的服務，年長護老者得到的喘息空間的強度相對較高。

但相關服務存有輪候時間長（截至 2018 年 1 月 31 日平均輪候時間 10 個月<sup>9</sup>）、服務時間及申請條件存有限制、社區券尚未恆常化等，需要作出優化。

### 3.5.2 中心為本訓練服務

最多年長護老者（合共六位）為被照顧者安排使用中心服務，包括長者地區中心及認知障礙服務專門單位，例子有：

花婆婆（估計丈夫為中度至嚴重認知障礙，參與長者地區中心服務）：「我哋兩公婆星期一至五去中心，做按摩、運動、玩魔力橋。佢好鍾意打牌，郁多啲個腦，對個人有幫助嫁，我教佢做家务時都學得快咗」。

古女士（母親患輕度認知障礙，兩年前參與專門、非資助的認知障礙服務中心）  
「我覺得依兩、三個鐘好重要，我本身好容易發癲，佢去咗中心，起碼減少我哋之間衝突，我可以同朋友飲茶、傾計、專心執屋.....雖然佢把口話唔想嚟，但每次嚟到都好投入，姑娘叫做咩都肯去做，個腦活動吓、運作吓，起碼可以減慢腦退化速度」。

方女士（母親患輕度認知障礙，兩年前參與專門、非資助的認知障礙服務中心，同時參加長者地區中心服務）「長者中心以娛樂為主，阿媽覺得自己可以留喺屋企睇電視，使咩嚟中心睇電視，佢始終鍾意專門做認知訓練嘅小組服務」

---

<sup>9</sup> 社會福利署（2018 年）：有關「輪候資助長者社區照顧服務的人數」及「輪候時間」的統計數字（擷取自 [https://www.swd.gov.hk/tc/index/site\\_pubsvc/page\\_elderly/sub\\_csselderly/id\\_occse/](https://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/id_occse/)）

### 分析：

年長護老者有意使用社區支援服務時，通常首要接觸長者地區/鄰舍中心，因其可接觸度及易達度最高，故應調撥資源以進行辨別、轉介服務等。

年長護老者對專門提供認知障礙服務的中心評價極高，但相關服務屬於非政府恆常資助，一旦缺乏基金支持或轉為自負盈虧模式，基層市民將難以持續使用，故政府應支援相關服務的運作。

### 3.5.3 上門訓練式服務

有兩位年長護老者有意安排被照顧者接受上門認知訓練服務，例子有：

常婆婆（丈夫患輕度認知障礙）：「我先生好被動，群體生活唔會主動講野，如果有專人上門同佢傾計、做吓認知訓練，佢反而會肯參與，個認知力冇跌得咁快」。

### 分析：

目前家居照顧服務通常提供基本支援，例如送飯、量血壓等，絕少覆蓋認知訓練，但上門式訓練的好處有二，因部分認知障礙症長者容易感到不安，可讓長者逐漸適應，從而鼓勵參加中心及小組形式服務；同時便利行動不便的長者使用服務。

### 3.5.4 緊急支援服務

有一個年長護老者的親身經驗指出，目前對護老者的緊急支援服務非常不足，例子有：

杜婆婆：「波伯（丈夫）病我固之然擔心，我病仲淒涼，根本係敢死唔敢病……我兩、三年前凌晨時份，突然天旋地轉，嘔嘔不止同發燒要去急症室，醫生勸我留醫，我話『醫生，我屋企有個認知障礙長者要照顧啊』，醫生問我『咁點』，我又應返佢『咁點』，我都唔知點做好，結果我清晨六點鐘喺醫院，躡吓躡吓咁返屋企繼續照顧」。

有服務機構建議，一、政府成立家居緊急支援隊伍，照顧有急切需要的認知障礙症長者的膳食需要、上門送藥；二、由政府資助年長護老者在有需要的情況，例如家庭傭工放假時，購買在家看顧服務。

### 分析：

年長護老者在凌晨（非辦公時間）入住急症室，結果因求助無門，被迫回家照顧認知障礙症長者，可見現時對護老者的午夜緊急支援為零，有必要設立一隊 24 小時服務隊伍，協助年長護老者應付各種突發情況。



### 3.5.5 新式支援服務

關愛基金在 2017 年推行「長者認知障礙症社區支援服務先導計劃」，以醫社合作模式，使輕度及中度認知障礙症長者可通過長者地區中心獲得服務。

全部受訪者未有特別留意相關服務，被照顧者亦會因非醫管局確診個案、未有接觸長者社區中心等而不符合申請資格。

#### 分析：

關愛基金強調補漏拾遺的角色，但試驗計劃附帶連串申請條件，導致部分有需要的年長護老者成為「漏網之魚」，未能取得基本入場券。另相關試驗計劃存有宣傳力度不足的問題。

本會及受訪機構都認為，政府應試推認知障礙症服務券予輕度缺損被照顧者（由非牟利團體/機構營辦），原理與現時的社區券運作相同，採用共款制，讓年長護老者可按被照顧者的需要彈性購買合適的認知訓練服務。

### 3.5.6 院舍服務

#### A. 安老院舍為後援

15 個年長護老者全部擔心安老院舍照顧不周，同時受傳統家庭觀念影響，拒絕「遺棄」、「拋棄」患病的被照顧者，故將安排入住院舍的選擇放至最後。例子有：

根叔（患認知障礙症，互相照顧個案）：「我之前睇過幾間私家院舍，居住環境仲差過以前打仗嘅軍營，我首選入資助安老院……暫時未有需要人去住，但因為最少要三、五、七年先入到，所以排住先」。

#### 分析：

年長護老者將輪候院舍服務列為最後方案，更突出社區支援的必要性，他們所需要的社區支援服務會受自身健康狀態、被照顧者認知情況、護理程度而有所不同。綜合訪談資料，不論任何類型的社區照顧服務都對年長護老者及其照顧者產生益處，故此一套個別化的支援顯得十分重要。

年長護老者在選擇安老院舍時，有鑑於環境及服務質素的量度，一般會較抗拒私營院舍，故政府有必要介入監管、及早規劃興建資助院舍，並大幅增加社區服務資源等，以緩和資助院舍輪候時間過長的情況。

## B. 使用約束物品監管

其中一名年長護老者(魯女士)因患罕見疾病，在別無他選下，安排患嚴重認知障礙症的母親入院資助安老院舍，如下：

魯女士：「媽媽朝早仲認得點去廁所，但院方擔心佢會跌倒，所以用約束衣縛住佢，由晏晝食飯後五點半直至第二日我探佢為止，好似入咗青山咁。院舍啲職員話『阿婆，依件衫專登為你而設嫁』，我唔敢出聲，驚佢哋會虐老，最後住咗 11 日就搬走」。

### 分析：

不論院舍或日間護理中心服務，單位得到家屬的書面同意後，會為認知障礙症長者使用約束物品，但部分單位並不遵照社署的使用守則（背後牽涉到人手不足等問題），長者長時間無法活動身體，有機會出現壓瘡及情緒等問題，故需要更強力的監管。

## 3.6 經濟狀況及援助

### 3.6.1 收入來源

接受訪談的 15 位年長護老者中，有 73.3%、即 11 人正領取綜援或長者生活津貼。

另有一人（羅婆婆）因未滿 65 歲，未符合資格申請長者生活津貼，每月收入依賴丈夫每月 2600 元的長生津維生；而個案古女士及芬婆婆亦報稱基層。連同這三個個案計算，基層的受訪年長護老者達 93.3%。

### 分析：

綜援為領取人設置生活安全網，每月金額有限；而長生津設經濟及資產審產，雙老夫妻領取長生津的話，每月家庭其他入息上限為 12770 元。然而，大部分個案的收入來源單一，僅靠兩份長生津（個別只有一份）維生，經濟壓力非常龐大，理應獲得支援。

### 3.6.2 照顧開支分布

#### A. 醫療及交通開支

大部分被照顧者除患有認知障礙外，同時患有其他疾病，有體弱個案（朱女妹及常婆婆的丈夫）更需要服用 10 種或以上的藥物。為照顧體弱的被照顧者，有年長護老者將大部分家庭收入用於醫療及交通開支方面。例子有：

根叔（綜援領取人）：「我太太月嫂有末期癌症，打標靶針要十幾廿萬，本身有慈善基金幫手比錢，但公立醫院話有效果而停止治療，叫我哋自己搵外地醫生治

療。月嫂以前係護理專業，對中醫都有研究，唯有自己睇《本草綱目》判斷病情，再返去大陸買藥，前前後後用咗成萬蚊」

曾太（綜援領取人）：「佢（丈夫曾生）兩次中風後，醫生話要把握之後個三個月，兩年幾嚟食過西藥又有中醫針灸頭部穴位，每個月接近使二萬銀……最後冇辦法就嚟舊年申請綜援」

古女士（基層）：「我每個月交通費成 2000 蚊，首先用 12.9 蚊上阿媽屋企接佢，每次來回至少 30 蚊，之後一齊搭車覆診/到中心，再送佢返屋企，最後搭多次車返自己屋企，直情仲貴過我返工嗰陣」

## B. 年長護老者積勞成疾

不少年長護老者因積勞成疾而求醫，增加家庭經濟負擔。有四人的照顧壓力爆煲，自費購買中西藥物，緩和抑鬱症為主的情緒病；亦有人不堪過度的體力負荷，造成痛症而求醫。例子有：

黃老太（長者生活津貼領取人）：「我之前推佢、換片懷疑整親隻手，每次跌打費要 250 蚊，淨係今個月睇咗五、六次醫生，無端端使咗 1500 蚊，等於冇咗一份長者生活津貼，依家兩個人用一份津貼，點會夠用啊」，最終需要申請短期食物援助應急（但短期援助食物不可每月申請，未能解決長遠經濟壓力）。

### 分析：

不論年長護老者及被照顧者都患有長期疾病，醫療、覆診交通費及購買營養品成為三大照顧支出。然而，目前護老者津貼（詳情見「3.6.4 經濟援助」）申請門檻高，並將綜援及長生津領取人排除在外。以綜援家庭為例，這類家庭需要額外購買不能向社署報銷的營養品及成藥，經濟負擔沉重，反映有必要放寬津貼的申請對象限制。

### 3.6.3 經濟壓力

全部受訪的年長護老者都同意政府增撥現金援助，減輕有需要的年長護老者之經濟壓力。有年長護老者表示，曾經因經濟壓力而與老伴發生爭執、猶豫是否有病求醫等。例子有：

根叔（綜援領取人、患認知障礙的照顧者）：「我同月嫂結婚超過 30 年，佢患有血癌之後，屋企使費大咗好多，我哋試過為錢嘈得好犀利……我隻腳痛到行唔郁，聽人講食鈣片有用，我去藥房睇過有幾種，成幾百蚊一罐，實在冇辦法買，由得佢痛住先」

呂婆婆（長生津領取人、疑似患認知障礙的照顧者）：「醫療券 2000 蚊去睇私家，已經用得七七八八。我去睇公立醫院，醫生開轉介信（指認知障礙）比我唔使錢，但轉介去專科當我新症會貴啲嫁，當我舊症 80 蚊我先去睇。水電煤、伙食費加加埋埋好貴，未必會去睇記性」

#### 分析：

有些個案為慳錢而選擇不求醫，導致病情惡化，有機會造成惡性循環，加重醫療負擔，可見經濟援助的重要性。

### 3.6.4 經濟援助

關愛基金在 2016 年牽頭推出為期兩年的護老者津貼，旨向低收入護老者發放每月 2000 元的生活津貼，以補貼其生活開支，津貼同時規定申請人必須符合所有、合共七項條件<sup>10</sup>。

接受是此訪談的 15 位年長護老者全部同意政府經濟支援有需要的人士，但本研究“零”個案能合符申請護老者津貼的所有條件。其中有三項較常不達標的條件如下：

#### A. 領取綜援及長生津

護老者津貼要求，「申請人必須沒有領取綜合社會保障援助或長者生活津貼」。73.3%接受訪談的年長護老者（即 11 位）屬於綜援或長生津受惠人，而未能申請護老者津貼，可是綜援及長生津的二人長者家庭收入限額比關愛基金護老者津貼低。

#### B. 被照顧者身體機能

##### • 中度至嚴重缺損

護老者津貼規定，被照顧者須「經社署安老服務統一評估機制(評估機制)評定為身體機能中度或嚴重缺損」。兩位患輕度認知障礙症的被照顧者因身體機能被評估為輕度缺損而無法受惠。

##### • 輪候資助長期護理服務

有九位被照顧者未有在「2016 年 2 月 29 日或之前已在中央輪候冊輪候資助長期護理服務（即院舍照顧服務及或社區照顧服務）」，其護老者因而不符合資格申請護老者津貼。

---

<sup>10</sup> 社會福利署 (2016)：為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃第二期  
(擷取至：[https://www.swd.gov.hk/tc/index/site\\_pubsvc/page\\_supportser/sub\\_PCA/](https://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_supportser/sub_PCA/))

### C. 護老者須有能力承擔照顧責任

若護老者「已被評估機制評定為身體機能中度至嚴重缺損」或「正在中央輪候冊上輪候資助長期護理服務」或「正領取傷殘津貼」，將不會視為合適及有能力的護老者，並不符合申請護老者津貼的資格。

然而，本研究有九個確診患認知障礙長者來自雙老家庭，除一位年長護老者健康狀況良好外，其餘全部患一種或以上的長期疾病。當中有年長護老者及老伴互相照顧逾 30 年，並共同輪候資助護理安老宿位，打算日後有需要時入住，結果失去資格申請護老者津貼。例子有：

根叔（患認知障礙症、身體機能中度缺損、正輪候資助護理安老宿位）：「月嫂（妻子）有癌症，醫生話得半年命，佢使咗超過一萬蚊買補品拖住條命，啲錢好唔夠用.....我哋係有排老人院，暫時未有需要入去住，但因為最少要三、五、七年先入到，所以排住先。」

#### 分析：

護老者津貼申請門檻高，有經濟需要的年長護老者未能跌入安全網，需要進行修訂。

## (四) 香港社區組織協會建議

### 4.1 改善公立醫院確診時間

衛生署及香港中文大學研究推算，2015 年患認知障礙的 60 歲或以上長者達 128,700 人<sup>11</sup>，同年接受醫管局提供治療的認知障礙病患人數只有 28,000 人<sup>12</sup>，兩者相差逾 7.3 倍。造成兩者差異的可能性有：一、認知障礙病患於私營醫療系統確診；二、經醫管局確診的病患決定接受社區內的非藥物治療或拒絕任何治療；三、患認知障礙病患從未確診。

訪談發現，近六成在公立醫院求診的年長護老者表示，確診過程難關重重，甚至有長者放棄求醫，成為在醫管局接受治療的病患數目與社區實際患病人數差異嚴重的原因之一，故有必要改善公立醫院的確診流程，建議如下：

#### 4.1.1 縮短專科新症輪候時間

有受訪年長護老者表示，認知障礙症長者由評估至專科首次診症需時兩年，情況實在不理想。專科輪候時間長的癥結在於人手比例不足，故此建議增撥資源加強培訓專科醫生、檢討公立醫院醫生的升遷制度，減少流失、延遲專科醫生退休年齡等，務求縮短專科所有新症輪候時間，避免病患錯失治療黃金期。

#### 4.1.2 強化基層醫療功能

在本港要成為專科醫生至少耗時 13 年時間，包括修讀六年本地大學醫科課程，然後實習一年，再接受六年的專科培訓。儘管政府增加資源培訓專科醫生，也難以一蹴而就解決問題，故應將診斷認知障礙症的工作分工至基層醫療。

疑似認知障礙病患首要求助對象通常為前線醫生<sup>13</sup>，若能病患能直接從中得到確診支援，可避免因長時間輪候專科而延誤治療。理工大學在 2011 年訪問本港醫生（當中逾半數為私人

---

<sup>11</sup> 衛生署、香港中文大學 (2006)：「長者認知能力」研究  
( 擷取自：[http://www.dh.gov.hk/tc\\_chi/press/2006/061013.html](http://www.dh.gov.hk/tc_chi/press/2006/061013.html) )

立法會 (2016)：「對認知障礙症患者及家屬的支援」意見書  
( 擷取自：<http://www.legco.gov.hk/yr16-17/chinese/panels/ltcp/papers/ltcp20170328cb2-1066-3-c.pdf> )

<sup>12</sup> 立法會長期護理政策聯合小組委員會 (2017)：對認知障礙症患者及家屬的支援  
( 擷取自：<http://www.legco.gov.hk/yr16-17/chinese/panels/ltcp/papers/ltcp20170328cb2-1066-1-c.pdf> )

<sup>13</sup> Alzheimer's Disease International (2016)：World Alzheimer Report 2016  
( Retrieved from：<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf> )

執業醫生)發現,60%醫生願意治療認知障礙症患者<sup>14</sup>。故此,政府應擴闊公立醫院普通科醫生及家庭醫生對認知障礙症的認識、支援、評估以至診斷,並將複雜個案轉介至專科作進一步跟進,讓病患及早得到藥物治療。

## 4.2 護老者津貼恆常化,放寬申請門檻

### 4.2.1 津貼項目恆常化

全部受訪的年長護老者都同意政府經濟支援有需要的照顧者,故建議政府在今年第三季檢討時,將護老者津貼納入恆常項目,取消受惠人數僅得 2000 名的限額。

### 4.2.2 提高津貼額至 3000 元,惠及照顧輕度缺損

護老者津貼自 2014 年實施第一階段以來,津貼金額一直未有調整,維持 2000 元不變。年長護老者照顧認知障礙症長者的常見開支為藥費、醫療服務費及交通費,政府公布最新 2016 年消費物價指數年報<sup>15</sup>顯示,這三項開支項目的綜合消費物價指數分別按年升幅 1.6%、4.9%、1.6%。

對於基層年長護老者而言,經濟壓力非常龐大,故建議增加護老者津貼額至 3000 元,並將津貼優化至兩級制,增設一層較低金額即 1500 元,惠及照顧身體機能輕度缺損的護老者。

### 4.2.3 放寬護老者津貼申請門檻

#### A. 容許綜援及長生津領取人申請

按政府統計處的資料顯示,2014 年領取綜援的 60 歲或以上長者有 176,553 人,佔同齡群組 11%<sup>16</sup>,另長者生活津貼個案數目有 411,747 宗<sup>17</sup>。換言之,同年領取長生津或綜援的長者佔同齡群組高達 36.7%。由此可見,當綜援及長生津領取人未符合資格申請護老者津貼,變相

<sup>14</sup>理工大學(2011):調查醫生對認知障礙症(老人痴呆)的認識覺察及對患者的處理  
(擷取自:

[https://sn.polyu.edu.hk/tc/news\\_events/features/a\\_survey\\_of\\_doctors\\_awareness\\_and\\_management\\_of\\_patients\\_with\\_dementia\\_in\\_hong\\_kong/index\\_t.html](https://sn.polyu.edu.hk/tc/news_events/features/a_survey_of_doctors_awareness_and_management_of_patients_with_dementia_in_hong_kong/index_t.html))

<sup>15</sup>政府統計處(2017):消費物價指數年報(2016年版)

(擷取自:<https://www.statistics.gov.hk/pub/B10600022016AN16B0100.pdf>)

<sup>16</sup>香港政府統計處(2015):2004年至2014年綜合社會保障援助計劃的統計數字

(擷自至:<https://www.statistics.gov.hk/pub/B71509FB2015XXXXB0100.pdf>)

<sup>17</sup>立法會財務委員會(2015):審核2015至16年度開支預算 管制人員的答覆

(擷取自:[http://www.legco.gov.hk/yr14-15/chinese/fc/fc/w\\_q/lwb-ww-c.pdf](http://www.legco.gov.hk/yr14-15/chinese/fc/fc/w_q/lwb-ww-c.pdf))

將大量有急切經濟需要的年長護老者排除在安全網之外。雙老同住家庭通常單靠綜援或長生津維生，並無其他收入，此類個案佔本研究的雙老同住家庭 84.6%。隨認知障礙長者逐漸退化，有機會需要使用尿片、購買健腦營養品、參加認知訓練等，對年長護老者造成一定經濟壓力。

護老者津貼設經濟審查，二人家庭以每月 14,529 元為上限。以長生津雙老家庭為例，一份長生津為 2600 元，二人合共月入僅有 5200 元，遠低於護老者津貼所劃的界線，屬於津貼所指的低收入家庭。而綜援戶雖然享有基本生活保障，可領取標準金額、補助金及特別津貼。然而，照顧認知障礙長者的綜援家庭仍然需要額外購買不能向社署報銷的營養品及成藥，經濟負擔沉重。故此建議護老者津貼有必要放寬申請對象的限制，應以家庭每月收入的總金額為界線，而非以家庭經濟來源為條件，允許綜援戶及長生津領取人申請。

### **B. 取消輪候資助護理服務限制**

部分年長護老者的意向為自行照顧認知障礙症、體弱長者，未有輪候任何資助長期護理服務，某程度上是響應安老事務委員會的《安老服務計劃方案》提倡「居家安老為本，院舍照顧為後援」的政策方針<sup>18</sup>。故此，護老者津貼應取消被照顧者 2016 年 2 月 29 日或之前輪候資助長期護理服務的要求，並簡化資格評估程序，當護老者申請津貼時，安排被照顧者接受快速的身體機能評估測試，以確保資源運用得宜。

### **C. 身體機能中度至嚴重缺損、傷殘津領取人互相照顧，容許申請津貼**

若護老者的「身體機能被評估為中度至嚴重缺損」及「輪候輪候資助長期護理服務」，會與傷殘津申請人一樣，同被視為不合適的照顧者，未符合資格申請護老者津貼。

長者對安老宿位需求殷切，截至 2017 年，共 35,553 人輪候資助院舍<sup>19</sup>，平均輪候時間以三年起跳。雙老家庭成員以夫妻為核心，照顧者的身體機能儘管被評定為中度至嚴重缺損，但仍然具備互相照顧的能力，輪候院舍服務屬於未來導向性質，普遍持有未雨綢繆的心態，即「排住先」、「一旦完全失去自理能力先入」，故應取消此限制，並容許領傷殘津人士申請津貼。

<sup>18</sup> 安老事務委員會 (2017)：安老服務計劃方案  
(擷取自：[http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/library/ESPP\\_Final\\_Report\\_Chi.pdf](http://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/library/ESPP_Final_Report_Chi.pdf))

<sup>19</sup> 社會福利署 (2017)：輪候資助長者住宿照顧服務的人數  
(擷取自：[https://www.swd.gov.hk/doc/elderly/ercs2/LTC%20Statistics%20HP-Chi\(201701\).pdf](https://www.swd.gov.hk/doc/elderly/ercs2/LTC%20Statistics%20HP-Chi(201701).pdf))



## 4.3 改善社區照顧網絡

### 4.3.1 優化護老者緊急支援服務

#### A. 設立 24 小時緊急支援隊伍

當年長護老者身體不適送院，獲社工轉介下，被照顧者可使用緊急住宿服務。此服務存有「時間真空」問題，若年長護老者在非醫務社工辦公時間（一般開放至傍晚）有急切需要，將無法獲得支援。

綜合家居照顧服務（體弱個案）有提供 24 小時緊急服務，相關服務的輪候人數去年近 5500 人，平均輪候時間為 13 個月<sup>20</sup>。換言之，正輪候或無輪候服務、身體機能輕度缺損長者之照顧者，並不能受惠於綜合家居照顧服務。

故此建議強化護老者緊急支援服務，設立 24 小時免費求助熱線及援助隊伍，以支援照顧時所發生的突發情況。

#### B. 制定長者走失援助機制

香港大學首任華人校長黃麗松的患認知障礙症妻子李威在 90 年代於校園走失，遍尋不獲，數月後在港大後山發現其屍體<sup>21</sup>。本港在過去 20 年依然未制定一套完善的認知障礙症長者走失援助機制，李威悲劇恐會不斷重演，故政府應推行由上至下的社區尋人網絡，加強公眾教育，深化認知障礙症友善的訊息。

當上述 24 小時緊急支援隊伍接獲求助來電後，協助報警、通報予的士電召台，利用的士高流動性的特質，讓司機們多加留意，並發動網絡尋人啟示，增加尋人成功率。

#### C. 真正設立長者暫託/暫宿服務

年長護老者現時有急切需要為長者安排日間暫託服務，需要按網上空缺系統逐一致電單位查詢，因系統並非即時更新，故實際空缺情況會有所誤差，費時失事，故應設立每個單位暫託/暫宿空缺的實況平台。另外，2017 年津助指定住宿暫託位只有 45 個，37 間資助長者日間護

<sup>20</sup> 社會福利署（2017）：輪候資助長者社區照顧服務的人數  
（擷取自：[https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2789/LTC\\_Statistics\\_CCS\(Chi\)\(Oct\\_2017\).pdf](https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2789/LTC_Statistics_CCS(Chi)(Oct_2017).pdf)）

<sup>21</sup> 晴報（2015）：區家麟 憶黃麗松  
（擷取自：<https://topick.hket.com/article/587723/區家麟：憶黃麗松>）

<sup>22</sup> 立法會長期護理政策聯合小組委員會（2017）：對護老者及殘疾人士照顧者的支援（擷取自：<https://www.legco.gov.hk/yr17-18/chinese/panels/ltcp/papers/ltcp20171121cb2-340-1-c.pdf>）

理中心/單位的指定日間暫託名額只有 160 個，故從源頭著手，增加暫託/暫宿名額<sup>22</sup>，避免出現需要早半年輪候暫託/暫宿服務的不理想情況。

### 4.3.2 投放資源支援認知障礙症服務

#### A. 增撥資源 支援居家安老

認知障礙症長者需要認知訓練，緩和退化速度，年長護老者同時需要喘息空間。不同類型的社區支援服務，包括日間護理中心等，都從不同方面及程度有利於年長護老者及其被照顧者。但現時的社區照顧服務面臨輪候時間長的問題，近一年方可使用服務，故政府有必要投放更多資源縮短輪候時間。

#### B. 成立認知障礙症病患資料庫 長遠規劃十年服務藍圖

現時政府未有確切掌握全港認知障礙症病患及照顧者的統計資料，包括患者總人數、經濟狀況、照顧者年齡層及其健康狀況等，間接導致支援相關護老者服務缺乏前瞻性。

隨著人口持續老化，認知障礙症服務需求大增，故建議政府以統計處在 2008 年的《第四十八號專題報告書：殘疾人士及長期病患者》，通過人口普查記錄認知障礙症病患及照顧者的詳細資料，並設置專門委員會，就未來 10 年的需求編制長遠規劃，以應付日益增加的服務需求。

### 4.3.3 支援身體機能輕度缺損的認知障礙長者

身體機能屬輕度缺損、「行得走得」的認知障礙症長者可使用的服務有限，即使「長者認知障礙症社區支援服務先導計劃」及「支援身體機能有輕度缺損的長者試驗計劃」在去年出爐，但設有連串的特定申請條件。兩個計劃將於 2019 年及 2020 年方進行檢討，在這一兩年期間，政府應推出更富彈性、寬鬆的措施支援未能受惠的年長護老者及其被照顧者。

## 4.4 改善院舍照顧服務

認知障礙症長者有機會出現遊走情況，部分安老院舍為降低長者走失、跌倒的風險而使用約束物品。社會福利署規定，安老院舍應每隔兩小時檢查並鬆縛一次<sup>23</sup>，但有年長護老者指院

---

<sup>23</sup> 社會福利署 (2013)：安老院實務守則  
( 擷取自：[https://www.swd.gov.hk/doc/LORCHE/CodeofPractice\\_201303.pdf](https://www.swd.gov.hk/doc/LORCHE/CodeofPractice_201303.pdf) )

舍現實未有跟隨做法，故此社署應雙管齊下，一方面嚴加強巡查，懲違規院舍，另一方面倡導院舍減少使用約束物品，包括利用防滑墊代替安全帶、為認知障礙症長者配戴感應器等，以防走失。而院舍過度使用約束物品，間接乃人手不足所致，故社署應同時改善院舍護理員的薪酬待遇及升遷制度，減低院舍人手流失率。

## (五) 香港社區組織協會建議總覽

現有服務	存在問題	香港社區組織協會建議
<b>確診服務支援</b>		
5.1 公立醫院專科輪候時間過長	5.1.1 確診「認知障礙症」，需由普通科轉記憶診所，接受評估腦掃描，再轉交精神科，2017 年精神科的穩定新症輪候時間更長達 11 個月至 33 個月，導致長者延誤確診或放棄治療。	<ul style="list-style-type: none"> <li>增加精神科醫生(增聘及培訓)，縮短專科新症輪候時間。</li> <li>政府應擴闊公立醫院普通科醫生及家庭醫生對認知障礙症的認識、支援、評估以至診斷，並將複雜個案轉介至專科作進一步跟進，讓病患及早得到藥物治療。</li> </ul>
<b>經濟支援</b>		
5.2 低收入家庭護老者提供生活津貼(護老者津貼)	5.2.1 試驗計劃第二期至 2018 年 9 月結束，並設 2000 名受惠人數限制。	<ul style="list-style-type: none"> <li>護老為長期需要，建議護老者津貼納入恆常項目，取消受惠人數限額制。</li> </ul>
	5.2.2 被照顧者須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，每月津貼額為 2000 元。	<ul style="list-style-type: none"> <li>常見的照顧開支即藥費、醫療服務費及交通費按年升幅，建議將照顧中度至嚴重缺損者之津貼金額提高至 3000 元。</li> <li>另增設一層較低津貼金額即 1500 元，惠及照顧輕度缺損長者的護老者。</li> </ul>
	5.2.3 護老者須沒有領取綜援/長者生活津貼。 <ul style="list-style-type: none"> <li>截至 2014 年，高達 36.7%的長者領取綜援或長生津，此申請資格變相將大量有經濟需要的年長護老者排除在安</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>允許領取綜援/長者生活津貼長者，申請護老者津貼。</li> </ul>

	全網之外。	
	<p>5.2.4 護老者須有能力承擔照顧的責任，或身體機能中度至嚴重缺損的人士、正在輪候資助長期護理服務的人士、傷殘津貼受助人，將不會視為合適及有能力的護老者，亦不符合資格申領津貼。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>雙老家庭成員以夫妻為核心，照顧者的身體機能儘管被評定為中度至嚴重缺損，但仍然具備互相照顧的能力，故應取消此限制，並容許領傷殘津人士申請津貼。</li> </ul>
	<p>5.2.5 被照顧者須經社署安老服務統一評估機制(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資助長期護理服務（即院舍照顧服務及／或社區照顧服務）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>計劃是懲罰「居家安老」及不申請社區照顧服務長者。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>護老者津貼應取消被照顧者輪候資助長期護理服務的要求，並簡化資格評估程序，當護老者申請津貼時，安排被照顧者接受快速的身體機能評估測試，以確保資源運用得宜。</li> </ul>
<b>社區照顧服務</b>		
5.3 “零 “護老者緊急支援服務	5.3.1 在獲社工轉介下，被照顧者可使用緊急住宿服務。年長護老者在非醫務社工辦公時間有急切需要，將無法獲得支援。	<ul style="list-style-type: none"> <li>設立 24 小時免費求助熱線及援助隊伍，以支援照顧時所發生的突發情況。</li> </ul>
	5.3.2 零認知障礙症長者走失通報機制，護老者只能自行尋人。	<ul style="list-style-type: none"> <li>政府應推行由上至下的社區尋人網絡，加強公眾教育，深化認知障礙症友善的訊息。</li> </ul>
	5.3.4 護老者需要按網上空缺名單逐一致電單位查詢日間護理暫託位，但系統並非即時更新，實際空缺情況	<ul style="list-style-type: none"> <li>設立單位暫託/暫宿空缺的實況平台，並從源頭著手，增加暫託/暫宿名額。</li> </ul>

	會有所誤差，費時失事。	
	5.3.5 截至 2018 年 1 月 31 日，社區照顧服務平均輪候時間長達 10 個月。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 不同類型的社區支援服，都從不同方面及程度有利於年長護老者及其被照顧者，故政府有必要投放更多資源縮短輪候時間。</li> <li>• 隨著人口持續老化，認知障礙症服務需求大增，故建議政府以統計處在 2008 年的《第四十八號專題報告書：殘疾人士及長期病患者》為藍本，通過人口普查記錄認知障礙症病患及照顧者的詳細資料，並設置專門委員會，就未來 10 年的需求編制長遠規劃。</li> </ul>
5.4 「長者認知障礙症社區支援服務先導計劃」及「支援身體機能有輕度缺損的長者試驗計劃」	5.4.1 前者支援輕度至中度認知障礙長者，但以醫管局為主導，私家醫生確診個案難受惠。兩個計劃將於 2019 年及 2020 年方進行檢討，在這一兩年期間，政府應推出更富彈性、寬鬆的措施支援未能受惠的年長護老者及其被照顧者。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 不同意由醫院主導，應以病人為本，推出「認知障礙券」(病人自行尋找非牟利機構服務)。</li> </ul>
<b>院舍照顧服務</b>		
5.5 使用約束物品指引	5.5.1 部分院舍及社區照顧服務涉嫌違反社署《安老院實務守則》的使用約束物品指引。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 社署應嚴加巡查，懲違規院舍，並加強倡導院舍減少使用約束物品，包括利用防滑墊代替安全帶、為認知障礙症長者配戴感應器等，以防走失。</li> </ul>

## (六) 個案研究及分析

### 6.1 《個案一》：公立醫院認知評估至首見醫生長達兩年

#### 6.1.1 個案背景

方女士（化名）年逾 50 歲，每周五天照顧患有肺纖維化、高血壓、高膽固醇的 84 歲母親。她通常陪同輕度缺損的母親參加認知訓練、照顧飲食及服藥，晚飯過後再送母親回家。

#### 6.1.2 確診過程

##### A. 由家人發現

方女士的母親早於 2015 年應約上門探望母親時，總是摸門釘，便急忙到附近的商場及公園尋找，「每次搵到阿媽時，佢自己一個懵吓懵吓咁企喺到，冇咩意識咁」，便懷疑母親的認知不對勁。

##### B. 首次求診 醫生態度草率

方女士陪同母親覆診政府普通科時，首次向醫生求助，獲得草草回應「我哋檢查血壓嫁咋，唔可以睇依啲（認知）嫁，你觀察多一段時間先再講啦」，便打發方女士。方女士在接下來近一年時間，每次都向醫生重提母親認知問題，「每隔幾個月覆診一次，總共講咗兩、三次，最後醫生先肯幫我開轉介信，做進一步檢查」。

##### C. 評估至診斷需時兩年

原以為獲得轉介信後，可以儘快確診母親是否患有認知障礙，但方女士再次換來漫長等待，「當職業治療師 2016 年做完評估後，叫我哋參加住認知障礙講座先，2018 年 12 月安排到第一次見內科醫生，到時再通知係咪患病」。本身經營生意的方女士在這段時間，接觸到非資助單位提供的服務，有能力為母親自費\$480 參與六節的認知訓練班，後來更獲單位安排私營醫生作免費診斷，最終在 2016 年確認母親患有中度認知障礙，「我有考慮過排隊等政府嘅訓練，一路做訓練一路等醫生，但由 2017 年 2 月排要到年底先有；相反中心前後唔使 1 個月就有服務」，反映政府資源非常匱乏。

### 6.1.3 社區支援網絡

#### A. 專門認知訓練中心

##### a. 藥物治療 控制病情

認知障礙患者愈早接受治療，可減慢退化過程，但方女士在公立醫療體制裡頭，由懷疑母親患病、向醫生求助、獲轉介信評估直至確診，過程需時兩至三年。方女士慶幸母親在機緣巧合，享有非資助單位的免費藥物及非藥物治療，否則隨時錯失治療黃金時間，「阿媽最初醫生，藥量係 4、5 毫克，第二次睇加到 10 毫克，最近醫生話阿媽情況反覆，下次會考慮轉藥。依兩年如果繼續等政府確診，根本唔會有藥食，情況會不斷轉差」。

##### b. 個別化認知訓練

方女士每星期陪同母親接受兩節的認知訓練，進行寫作訓練、畫線、找不同、手工藝等。但因服務屬於非政府資助，將於今年五月停運，暫未知會否轉作自負盈虧的模式繼續營運，讓方女士開始擔心母親的病情因而受影響，「依類服務個別化，我阿媽本身有參加計數訓練，但因為跟唔到轉班，有時講吓新聞、煮煲仔飯，佢哋真係諗起以前生活係點，個個都好開心，又跟到上堂節奏，對自信同病情都有幫助」，希望政府能調撥資源，增加宣傳這類專門化的服務。

#### B. 日間護理中心

##### a. 輕度缺損未能輪候長期位

而方女士的母親現每周三日使用日間護理中心的暫托服務，同樣即將期滿。方女士曾經為母親輪候資助長期位，即使母親的腦退化影響其自理能力，無法煮飯，甚至停用煤氣，但因她可使用柺杖落街，平直路往返居所及毗鄰的街市，故被評估「輕度缺損」，結果母親未能獲得輪候資助日間護理長期服務的入場卷。

#### C. 長者地區中心

##### a. 會員數目多

方女士曾安排母親參加長者地區中心服務，結果鬧得不愉快。方女士的母親居住地區人心口老化嚴重，出現僧多粥少的情況，「我拎住張活動表去報名，職員話舊會員優先報名，部分課程先有得抽籤，但有啲表明對象係 5、60 歲長者，我阿媽 80 幾歲可以揀到非常有限」。方女士成功為母親報名參加香薰班，但母親卻不喜歡當中的模式，「長者中心以娛樂為主，

阿媽覺得自己可以留喺屋企睇電視，使咩嚟中心睇電視，佢始終鍾意專門做認知訓練嘅小組服務」。

關愛基金推行的「長者認知障礙症社區支援服務先導計劃」，其中一個服務對象為醫管局確診個案，因方女士的母親因輪候時間過長，最終通過私家醫生確診，故未符合參與資格。

#### **6.1.4 情緒及心理狀態**

##### **A. 被照顧者抑鬱復發**

方女士表示，自己除照顧母親之外，同時需要兼顧生意及自身家務事，壓力早已爆煲，需要定期食用抗抑鬱藥，早前母親認知及身體進一步退化，偶爾會失禁，需要使用尿片，導致其情緒病復發，「連我個女有時都同婆婆講，叫佢聽話，如果搞到我唔安樂又會喊」，但她實在擠不出求醫時間，匆匆按照以前的藥單，到藥房購買成藥服用，便繼續照顧母親，「我啲時間格硬調出嚟，有時都怕生意拍檔會有微言，成日拎去照顧阿媽.....其實我騰出嚟嘅時間並非用作休息，雖然阿囡有幫手，但我係主要照顧者，都仲要去洗衫、煮飯、煲湯，打理生意」。

認知障礙症患者其中一個特徵為容易感到不安、多疑，方女士的母親也不例外，讓方女士打消聘請外傭的念頭，「我同佢提過請個工人姐姐比佢，但佢疑心好重，話驚比人毒死，又擔心人哋偷佢野，所以我都有勉強佢」。

##### **分析：**

1. 個案在公立醫療體制的確診過程，面對重重關卡，包括醫生態度草率、輪候專科診斷的過程漫長，有機會延誤確診期，錯失治療的黃金階段。
2. 專門認知訓練中心提供診斷認知障礙症的時間較公立醫療系統迅速，而且服務個別化。
3. 輕度缺損個案未能輪候長期位，加上長者地區中心資源不足，造成僧多粥少的現象，導致年長護老者無法休息，造成壓力爆煲的導火線。



## 6.2 《個案二》：前線醫生警覺性不足 延誤確診時間

### 6.2.1 個案背景

古女士（化名）年約 50 歲，現每周照顧非同住、租住公屋單位、身體機能被評估為輕度缺損的 79 歲母親四次，每次至少數小時。

### 6.2.1 確診過程

#### A. 由家人發現

古女士的母親患有三高（高血壓、膽固醇及糖尿）及膝蓋退化，走路使用拐杖輔助，三年前接受白內障手術後，同時健康逐漸下滑，待業中的古女士索性全職照顧母親。

古女士母親同時出現認知障礙症的徵兆，包括失去主動性、重複購買等，「佢成日跌倒，問佢又唔記得發生咩事，我哋誤以為佢行得唔好」。有次古女士母親在覆診時，明明非常熟悉該區環境，卻找不到正確位置。

#### B. 醫生表現被動

古女士當時對認知障礙症一無所知，未有放在心上。有次她陪同母親在政府診所定期覆診糖尿病，「我阿媽幾年前健康下滑，我開始陪佢覆診，醫生醫咗佢十年，仲問『點解你依家要人陪覆診啊？』」，反映該應診醫生非常熟悉其母親的狀況。然而，當古女士提及母親的異常情況時，醫生只轉介母親參加防跌講座，負責講座的物理治療師發現母親的認知問題，承諾安排轉介予醫院作詳細評估，但最終事件不了了之。最終古女士的母親因失眠問題，參加醫院舉辦的睡眠小組，認識專門服務認知障礙長者的非政府資助單位，經單位安排私人醫生確診母親患有初期認知障礙症，並接受藥物及訓練治療。

古女士的母親確診過程一波三折，她認為，目前政府的醫療系統出現問題，「我阿媽下午去覆診，見到朝早最後一個籌係 4、50 號，代表著醫生要五分鐘內睇完一個病人，開返舊藥就算」，最終導致前線醫生被迫流水作業，無辦法花費時間詢問、轉介認知障礙個案。她補充，隨人口老化，若果基層醫療的醫生掌握認知障礙資訊，甚至能夠作初步診斷，將有利長者及早接受治療。

### 6.2.3 經濟情況

#### A. 經濟壓力沉重

為避免母親走失，古女士經常跨區照顧母親，包括陪同覆診、接送參加中心服務等，交通費成為其最大照顧開支。她每天的基本行程是乘搭四次交通工具，撇除家用等外，單是照顧母親所使用的交通費已高達\$2000，「我首先用\$12.9 上阿媽屋企接佢，每次來回至少\$30 蚊，之後一齊搭車覆診/到中心，再送佢返屋企，最後搭多次車返自己屋企，直情仲貴過我返工嗰陣」。

## B. 護老者津貼

### a. 宣傳不足

儘管古女士背負沉重的照顧開支，但因她未滿 60 歲，可申請的津貼種類相當有限。「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃第二期」（簡稱「護老者津貼」）所規定，申請人必須年滿 15 歲，古女士的年齡合符資格。然而，古女士表示並不知道津貼的內容、金額、申請渠道等。

### b. 輕度缺損長者未能受惠

加上護老者津貼申請門檻繁複，並只惠及照顧身體機能中度至嚴重缺損長者的照顧者，變相將正照顧「行得走得」母親的古女士排除在外。來自基層的古女士直言，唯有想盡辦法精打細算，「我都想帶阿媽周圍行吓，幫佢郁吓個腦，但都會留意吓除咗長者外，同行照顧者入場時有冇優惠價先決定」，對母親的病情有一定影響。

## 6.2.4 情緒及心理狀態

### A. 容易爭執 心感內疚

古女士的母親患有認知障礙後，性格轉趨更為固執及多疑，導致原本關係不錯的二人出現走槍擦火的情況，古女士甚至會用粗言穢語大罵母親，「有時發生好小事，佢冬天唔肯著褸、我照顧佢時，佢依依哦哦堅持叫我返屋企，我已經忍唔住鬧佢」。說到這裡，古女士忍不住大哭起來，「我其實每次鬧完都好內疚，佢本身有病，仲要承受我嘅脾氣，到底我依家係照顧定係虐待緊佢呢？」，「我真係好擔心我技巧、方法、心態唔得，令佢嘅情況轉差」，需要尋求專業的情緒支援。

## 6.2.5 社區支援網絡

### A. 認知障礙服務中心

#### a. 照顧者獲喘息空間

古女士壞脾氣的背後，隱藏著對母親照顧不周的不安感，這讓她意會到自己同樣需要一個喘息空間。當母親參加非政府資助單位提供的認知訓練服務，接受每星期三節、每節兩小時的免費認知訓練時，便是其自我放鬆的時間，「我覺得依兩、三個鐘好重要，我本身好容易發癲，佢去咗中心，起碼減少我哋之間衝突，我可以同朋友飲茶、傾計、專心執屋」。

#### **b. 患者改善認知力**

而對古女士的母親而言，使用服務後也有明顯改善，往日只會躲在家裡睡覺，甚至慢慢喪失上香拜神的習慣，缺乏生活動力，「雖然佢把口話唔想嚟，但每次嚟到都好投入，姑娘叫做咩都肯去做，個腦活動吓、運作吓，起碼可以減慢腦退化速度」。

### **B. 資助日間護理中心及院舍服務**

#### **a. 輕度缺損長者未符合申請資格**

古女士母親所使用的服務將於今年結束，暫未知能否申請基金繼續運作，讓古女士感到非常無奈。古女士的母親需要專門化的認知訓練，但因之屬於輕度缺損個案，未能輪候資助日間護理中心及院舍服務（需要中度至嚴重缺損）。對此，古女士憶起早前參加情緒健康講座時，導師提及政府資源有限，「如果你病情嚴重啲，可能有出街斬人危機，就要處理先；相反你可以在家匿埋，得到資源自然會少」。古女士當場反駁導師說，「當小朋友未學壞時要教佢，到佢真係學壞仲教咩到。同樣地，輕度都應該調配資源，到輕度變成中度至嚴重先有資源，到時所用到嘅金錢更多」。

古女士自稱不諳資源管理、宏觀政策，政府 2017 年推行的「支援身體機能有輕度缺損的長者試驗計劃」，本應回應她對支援輕度缺損長者的想法。不過，因計劃由關愛基金牽頭，需要獲得社會福利署轉介使用，加上古女士未有為母親輪候綜合家居照顧服務，故短期內未能受惠於任何政府政策，仍依賴單位所提供的認知刺激訓練。另關愛基金推行的「長者認知障礙症社區支援服務先導計劃」，其中一個服務對象為醫管局確診個案，因古女士因通過私家醫生確診，未有定期在醫管局覆診，故不能受惠於此計劃。

#### **分析：**

1. 被照顧者被評估為「輕度缺損個案」時，未符合資格申請資助日間護理中心及院舍服務；年長護老者同時無法申請護老者津貼，反映這類個案被排除在安全網外。
2. 被照顧者最初只獲主診醫生轉介參與防跌講座，拖慢確診時間。
3. 個案使用認知障礙服務中心後，不論被照顧者或護老者的情緒同樣得到改善。

## 6.3 《個案三》：疑似個案不滿專科輪候時間長 放棄求診

### 6.3.1 個案背景

76 歲的健仔（化名）是三重照顧者，一方面照顧同住公屋的 70 歲妻子小妹（化名）及約 40 歲的智障女兒，另一方面照顧未滿 18 歲的外孫女。

### 6.3.2 懷疑患病過程

健仔表示，自己的左腳在 12 年前踏單車時不慎受傷，急需植入 10 餘口鋼釘穩固肌肉，情況嚴重，留院近廿日。妻子小妹因過度擔心，情緒逐漸不妥，出現強迫症徵狀，例如重複洗手等，「我嗰陣同時發現佢冇咩記性，動作好緩慢，做咩都有咩興趣咁」，便懷疑妻子患有認知障礙症。

### 6.3.3 求醫過程

#### A. 專科新症輪候長

若果病患疑似患有認知障礙症，可以通過精神科、老人科或公立醫院的記憶診所診斷。職業治療師、社工、醫生等接收個案後，一般會安排患者進行認知功能評估，過往常用為「簡短智能測驗」（MMSE），而近年興起使用 HK-MoCA。醫生會按情況再安排患者接受測試，例如磁力共振及認知障礙症腦掃描，檢查大腦血管是否異常或出現腦萎縮等，並作出診斷。

健仔對於上述流程有基本認識，但其妻子多年未有獲專業確診。領取綜援的他表示，曾經帶同妻子在公立醫院求醫，但最終在專科的關口卡著，「我帶佢睇醫生話精神科新症至少要等一年，最後就不了了之」。

健仔非常不滿專科輪候時間過長，因其女兒也面對同樣遭遇。他的女兒受離婚影響，導致精神壓力爆煲，情緒不穩，出現脫髮情況，「睇醫生又係輪好耐時間，我最後要帶佢返內地求醫」。他認為，無論專科覆診抑或新症輪候時間愈長，對病患及家屬愈有害，「精神病唔似得傷風感冒，即使冇藥食都有機會自己好返。一個病人唔睇醫生，只會令病情惡化，對護老者嚟講都有負擔」，希望政府改善公立醫院專科的輪候時間。

## B. 政府應興建專門認知障礙中心

為避免妻子腦功能惡化，年邁的健仔堅持每日花費三小時，陪同妻子進行認知訓練，「我會用啤牌同佢玩釣魚同鋤大 D，佢最初唔識玩嫁，我就慢慢氹佢話『唔使驚，慢慢學，我點都會陪住你』。除了記憶及認知練習外，健仔特別著重測試妻子的反應力，一起在公園跳舞及打羽毛球，「我有時專登將個波打去反方向，迫佢望實個波嚟跑，唔單止要個腦郁，腦同手腳配合，希望刺激得更多」。

健仔自認性格堅強，絕少為妻子的情況感到憂慮，並自創一套訓練認知力的行程及方法，讓妻子近年的病情有所穩定。他強調，自己年輕時在農村當赤腳醫生，即從未接受正式訓練的醫護人員，「百變不離其宗，我有專業資格，但都大概知點樣照顧。但有啲長者教育水平唔高，未必識點同腦退化病人相處」，政府長遠仍需投放資源，例如建設專門中心，強化對腦退化症照顧者的支援。

### 分析：

1. 個案因專科新症輪候時間長達一年，最終放棄求醫，有必要縮短專科輪候時間或強化基層醫療。
2. 長者患認知障礙的機會較高，部分互相照顧的雙老家庭因教育程度低，對認知障礙症認識模糊，影響照顧質素，建議興建更多專門服務認知障礙中心，讓年長護老者更易獲得照顧資訊。

## 6.4 《個案四》：135 元新症費成負擔 疑似個案求醫曾猶豫

### 6.4.1 個案背景

76 歲的呂婆婆（化名）和 80 歲的丈夫陳伯伯（化名）同住在唐樓單位，互相照顧。

### 6.4.2 懷疑患病過程

呂婆婆約在兩年前察覺自己記憶力衰退，並準備求醫，但後來有感於情況好轉，便沒再特別處理，以為是隨著年紀漸大而產生的正常退化現象。呂婆婆近來搭地鐵時容易迷路、外出忘記帶鎖匙及錢包，問題開始嚴重，再次勾起她的注意。

在現居生活逾廿載的呂婆婆，非常熟悉該區的大街小巷，習慣光顧附近的某間餅店。有次她如常經固定路線，前往該餅店購買餅乾、油鹽等日常物品，「我當時買八蚊梳打餅，我比咗 50 蚊找返 42 蚊，點知唔記得拎走梳打餅」。她打算取回梳打餅之際，卻頓時忘記如何折返至該餅店，「我企喺到諗『死啦，點解會咁嘅，唔通有鬼』，最後搵咗好耐先去到，我仲問老細點解會咁」。呂婆婆清楚記得購買物品的種類、交易金額，但偏偏對當時的環境感到陌生，方向感錯亂，使她懷疑自己患有認知障礙症。

### 6.4.3 求醫過程

#### A. 診症時間短

然而，呂婆婆在求醫過程間感到困難。原來她向來健康欠佳，患有白內障、肝退化、輕微耳退化等，曾經動過腸科手術，體重暴跌 10 多磅，「我每次覆診時都有好多問題想請教醫生，但醫生通常都有咁多時間去問」。當遇到富耐性的醫生時，呂婆婆問畢其他問題後，又忘記提及認知情況，錯失求醫的機會。最終呂婆婆在社工陪同覆診下，獲轉介至職業治療科作初步評估，「原先安排咗兩星期後睇，但我有事想調時間，依家要等個半月先有得睇」，尚未確診是否患認知障礙症。

#### B. 135 元新症門診費成負擔

雖然兩夫婦居住在子女名下的單位，無需繳交租金，但每個月主要收入為長者生活津貼，扣除水電煤、伙食費後，醫療照顧費用都存有一定壓力。現時 65 歲或以上的長者每年一次性獲發 2000 元的醫療券，適用於私營醫療服務，呂婆婆在公立醫院普通科門診求醫，需要自費診金及藥費，讓她猶豫，「醫生開轉介信（指認知障礙）比我唔使錢，但轉介去專科當我

新症會貴啲嫁，當我舊症 80 蚊我先去睇」，她在勸籲下決定考慮支付 135 元的專科新症診金，進行初步評估。

#### 6.4.4 情緒及心理狀態

呂婆婆近年的情緒不大穩定，經常在半夜驚醒後不能入睡，擔憂日常生活大小事宜，甚至產生過負面念頭，出現疑似抑鬱徵兆。呂婆婆平日負責買菜、煮飯、打理家務、照顧患病的丈夫，飽受壓力。丈夫陳伯伯患有耳水不平衡，聽力衰退，因型號不合適，只能使用手攜式的掛線助聽器，「佢出街先肯用助聽器，喺屋企執到金都唔識笑，從未用過助聽器去溝通，有時我想搵人訴苦嘅機會都有，一個聾一個啞」。

呂婆婆直言，擔心一旦確診患有認知障礙，日常自理及照顧能力會受影響。家人為安慰呂婆婆，出言勸告她別胡思亂想，讓她的心情更為矛盾及複雜，影響求醫心情，「不過我兩年前都好返，我未傻得哂，可能今次都唔係認知障礙呢」。

#### 分析：

1. 普通科的診症時間短，而專科輪候時間長，都會減低疑似認知障礙患者的求診決心，隨時錯失治療的黃金時期。
2. 個案領取長生津，因未足 75 歲未有醫療豁免，猶豫是否支付 135 元的專科新症門診費，反映此類個案的經濟壓力大，有必要以津貼支援。
3. 疑似認知障礙患者在求診過程，產生不同的負面情緒，需加強公眾教育，降低患者及家人對病情的抗拒心理。

## 6.5 《個案五》：疑似個案 一份長生津兩份用

### 6.5.1 個案背景

高婆婆（化名）現年 63 歲，照顧 84 歲的丈夫張伯（化名）約三年。兩老同住在公屋單位逾廿年，張伯每月領取 2600 元的長者生活津貼，用以應付家庭大小開支。

### 6.5.2 求醫過程

#### A. 兩次求助 不獲發轉介信

張伯動過三次腦部手術後，記憶力開始倒退，例如歸家時不能辨別出居所位置。高婆婆在十多年前陪同丈夫到公立醫院覆診腦科，主動向醫生講述情況，對方直接更換張伯的所服用的藥物種類，並指因專科範圍不同，未能為張伯轉介作進一步評估及診斷，現時張伯已停止在腦科覆診。高婆婆察覺不對勁，又再向普通科醫生查詢，獲回覆「老人家係咁」，同樣未獲任何轉介服務。一封轉介信難求的情況，高婆婆感到見怪不怪，「我試過喺公立醫院睇血糖，同醫生講『我隻眼睛經常無端端飆眼水，你有咩意見比我呢』，佢話『冇嫁喇，你去睇眼科，自己去預約排隊啦』，同樣咩都有」。

但高婆婆強調，醫生有責任為病人轉介至合適的服務，並將醫生比喻作教師，「有啲醫生覺得教英文就英文，數學就數學，冇話幫你搵個識教嘅幫你，咁就唔會開轉介信」。雙老最終在兩次求助不果，最終放棄求診，張伯至今仍未接受任何認知障礙症評估。

高婆婆補充，考慮到之前求醫過程麻煩，暫時不會考慮安排認知評估，「佢認知問題都係好輕微。如果醫生都係開藥比佢食，咁就唔去睇喇，佢依家一日已經食四、五種藥，食太多藥對健康都唔好，除非佢跌得再犀利啲，好難去照顧佢，唔係都唔會再搵醫生」。

張伯在近一年多以來，開始出現記憶減弱。高婆婆隨意便能舉出生活例子，「我想帶佢去附近商場買米，佢住咗廿幾年竟然唔知個商場喺邊，我喺窗邊指比佢睇，講比佢知好近，佢轉頭落到街又問我去邊」，張伯還試過花費逾一小時方記起午餐所吃過的飯菜、在熟悉的街道突然感到方向錯亂等。

### 6.5.3 經濟情況

#### B. 每月一份長生津 2600 元 不時起爭執

高婆婆為確保丈夫的安全，只好在家全職照顧丈夫，二人目前依賴丈夫一份長生津過活，每個月 2600 元。面對沉重的經濟負擔，夫妻更因此起爭執，「前排新年，仔女同親戚見大時



大節封咗厚利是比張伯，我望住佢放喺衫袋，轉頭就整唔見，大大話話整唔見咗 3000 蚊，有啲親戚好人，就會封多次利是比我管，有啲有咗就係有咗」。

張伯在去年獨自在居所附近散步，回來時手持一張流動電話通訊合約，「我話你手機有得上台，點解要簽新合同，佢諗咗好耐又記唔到，又唔肯認自己有記性，你睇吓佢幾懵，我有咩可能唔激氣」。張伯的判斷及記憶退化，導致出現錢財外流情況，現時二人每月需額外繳交數十元流動電話台費，直至完約，經濟狀況更見困難。

### C. 年長護老者體弱 擺地攤幫補家計

高婆婆自身患有腳痛、血糖、糖尿高、輕微白內障，視線模糊不清，體質虛弱導致經常感冒失聲。但為幫補家計，她需要強忍身體不適，定期擺地攤賺取一分五毫、領取免費的愛心食材及湯水，並直言感到辛苦，「我管晒屋企錢銀又要照顧佢，由朝到黑睇佢臉色，真係寧願打工好過，咩都唔使煩。有時我煮完飯叫佢幫手拎筷子，佢就係唔理你坐喺到，你鬧佢都有咩，佢根本唔知你做緊咩野」。

### D. 經濟壓力大 力爭護老者津貼

為緩和張伯的退化情況，夫妻二人成為長者社區中心的會員，每人的會員費一年 30 元。兩老定期在中心運動、讀新聞、參加認知障礙症照顧講座等，「佢參加完後都有改善到，有時出街，佢會講得出日期時間，反而我話到嘴唇邊又講唔出，仲叻過我」。高婆婆指出，服務收費成為選擇活動的首要準則，「我啲錢都係啱啱夠用，免費做訓練先會去，如果要收錢，我未必會參加」。

由於高婆婆未滿 65 歲，可申請到的經濟援助有限，現時每月 2000 元的護老者津貼是其中一個可能選擇，但因張伯並無申請資助院舍或社區照顧服務而未符合資格申請。高婆婆認為，應該要剔除嚴苛的申請資格，並用選票表態，優先考慮立法會及區議會議員對護老者津貼的立場，「我屋企開支咁大，如果有咗 2000 蚊護老者津貼，得一份長生津點食？所以我見有人想參選，都會話你應承選中肯幫我爭取依樣野，我先會考慮投你一票」。

### 分析：

1. 個案先後向公立醫院的專科及普通科醫生求助，但依然無法獲得轉介進行認知評估，反映部分醫護人員對認知障礙症的警覺性不足。
2. 疑似認知障礙症長者同樣需要護老者貼身照顧，但因長者無申請長期資助護理服務，導致無法申請護老者津貼，出現一份長生津兩份用的困局。

## 6.6 《個案六》：綜援雙老家庭 無法受惠護老者津貼

### 6.6.1 個案背景

根叔與妻子月嫂同樣逾 80 歲，互相照顧，領取公共福利金（綜援），正租住私樓，租金約 4000 元。

### 6.6.2 照顧情況

患認知障礙的根叔因膝蓋退化，出入需要使用柺杖，行路極為不穩，無法攀爬長樓梯，近期被評定為百分百殘疾。相較於丈夫，月嫂除患有痛風、糖尿及高血壓外，活動機能屬於「行得走得」，故主要負責打理家務及照顧丈夫的起居飲食。

然而，月嫂在去年確診患有末期癌症，病情反覆。由於根叔的認知障礙病徵較初期，具備一定的自理能力，故他需要肩負更沉重的照顧責任，「我幫手落街拎免費飯盒，太太打完針會好虛弱，頭暈又作嘔，全日要瞓喺到休息，我要斟茶遞水」。他年輕時曾任職工程計算工作，對數字依然敏感，無需特別提醒下，亦可以牢牢記住覆診日期，「佢有時頭腦唔清晰，迷迷糊糊，啲錢銀計到亂晒，我會話返佢知咩事」。

### 6.6.3 經濟情況

#### A. 照顧費用高昂

兩老並無積蓄，每月依靠合共約 9000 元的公共福利金，扣除租金後，餘下一半的收入全數用作起居飲食，當中照顧費成為最大的開支。根叔表示，妻子注射標靶針劑的費用數以萬元計算，幸得慈善基金願意協助支付醫藥費用，但負責治療的公立醫院指效果不彰，暫停用藥，建議妻子到外地求醫，「月嫂以前係護理專業，對中醫都有研究，唯有自己睇《本草綱目》判斷病情，再返去大陸買藥」，前後花費 6、7000 元，並無保存單據。

幾經輾轉後，月嫂再獲贊助能於本地接受中醫治療，憑收據費用實報實銷。根叔感激之餘，同時慨嘆政府對體弱的兩老家庭支援薄弱，「醫生就咁講一句『去其他地方醫』就算數，至少都要講去咩地方呀，佢話要去非洲醫，我啲咪再想方法籌錢。政府思維並唔關心病患，市民冇錢醫病，只能自己求熱心人士、基金幫手」。

## B. 擔憂經濟成抑鬱

儘管求醫費暫時獲得解決，但月嫂依然飽受壓力。她承認非常擔心醫療開支，「我每晚都瞓得唔好，依家要睇心理醫生做建設工作」。結婚逾 30 年、共同渡過人生喜憂的兩老面對家庭經濟嚴重入不敷支，曾經就經濟問題發生激烈爭吵。根叔也打消購買營養品的念頭，「我隻腳痛到行唔郁，聽人講食鈣片有用，我去藥房睇過有幾種，成幾百蚊一罐，實在冇辦法買，由得佢痛住先」。

現時夫妻每日憑著免費的愛心飯盒，解決溫飽問題。根叔所居住的大廈升降機早前大檢七日，行路不便的他冒險上落樓梯，只為換取一餐飯菜果腹，「我對腳冇力要日日鍛鍊，我朝早九點落公園做運動，之後喺附近搵地方坐到晏晝三點派飯。我知道嚟緊有冷鋒，氣溫得 10 度，我計劃睇吓長者中心有冇地方比我坐，冇就再打算」。

## C. 雙老家庭難受惠護老者津貼

根叔夫婦同屬護老者，互相照顧。關愛基金為補貼這類個案的照顧開支，會向符合所有申請條件的人士每月發放 2000 元的護老者生活津貼。七大申請條件中包括「護老者須沒有領取綜援或長者生活津貼」，換言之，根叔及月嫂因而雙雙被剔除申請資格。另外，根叔雖正在照顧妻子，但因身體機能評定為中度至嚴重缺損，而被視為「沒能力承擔照顧責任」而未符合申請津貼的資格。

根叔認為，應廢除護老者津貼的苛刻申請條件，「政府庫房有過萬億儲備，但班高官唔識體恤民間疾苦，好多老人家拎緊綜援同長生津根本受惠唔到」，並將金額調高至 3000 元。

## 6.6.4 院舍服務

面對互相照顧逾 30 年的老伴隨時離世，根叔已作最壞打算。一旦認知及身體機能退化至無法自理，便會入住安老院舍。根叔夫婦早前被邀參加「長者院舍住宿照顧服務券試驗計劃」，他們所居住的地區合共約十個機構參與計劃，其中資助安老院只佔兩間。根叔只圈下兩間資助院舍的名單，對私營院舍不感興趣，他指「我之前睇過幾間私家院舍，居住環境仲差過以前打仗嘅軍營，我首選入資助安老院」。

然而，根叔花費約半小時考慮後，便決定放棄參加計劃，「我哋係有排老人院，暫時未有需要入去住，但因為最少要三、五、七年先入到，所以排住先。」，輪候安老院屬於未雨綢

繆。問到輪候時間以年計劃，一旦身體機能在期間惡化時，根叔指「係就係長，但都有辦法，到時先算，見步行步啦」。

### 分析：

1. 年長護老者是認知障礙患者，經濟開支龐大，但因領取綜援而未符合資格申請護老者津貼，造成極大壓力。

## 6.7 《個案七》：照顧認知障礙症長者勞損大 額外醫療開支 1500 元

### 6.7.1 個案背景

81 歲黃老太和年長三歲、現年 84 歲的黃伯租住公屋。黃伯 10 年前中風後，身體大不如前，同時患有痔瘡、橫腸炎等毛病，每日服用 6 種藥物。

### 6.7.2 確診過程

#### A. 由家人發現

黃老太憶述，丈夫在三年前確診患有認知障礙。當時她發現丈夫的記憶力退化，這邊廂通電話，轉頭便將對話內容忘記得乾乾淨淨、如廁後不懂洗手等。從未讀書的她，首選的求助對象是醫生，於是她在公立醫院專科覆診時，講述情況後，丈夫經轉介評估及腦掃描後確診。

#### B. 家屬未能得知詳情病情

「過程間醫生都有咩出聲，冇講咩情況、我可以點照顧、搵咩人幫手，淨係一味撇電腦，話入面有啲資料，之後就叫我哋走」，黃老太表示，「我唔識字又有文化，醫生講我就知，但我唔敢主動問亦唔識問。我淨係知佢有依個病，唔識分佢係第幾階段」。

### 6.7.3 照顧情況

#### A. 日夜不分 影響護老者精神

由於專業支援有限，這讓黃老太對認知障礙症一知半解，照顧黃伯時感到無助。黃老太睡眠質素差，因丈夫會日夜不分，半夜開燈尋找東西、開門外出，她一聽到動靜便會驚醒。有次她在半夜發現黃伯拿著鎖匙，正準備開門，嚇得她急忙從上格床飛奔攔止，喝止叫停丈夫，「阿伯日頭可以補眠，但我精神唔夠，容易頭暈，前排嘔完一輪住院後，要繼續打理家頭細務，真係好煩」。

#### B. 換尿片致肩周炎

黃伯在近兩年進一步退化，容易失禁，出入需要使用尿片及輪椅。黃老太照顧體型高大的丈夫時，發力不周用力不當，導致肩周炎復發，無法高舉雙手，「我帶佢落吓街見人、吹風，希望刺激多啲佢腦筋。我哋舊屋邨多斜路，我推出推入冬天都出晒汗，好辛苦、好煩」。但佢都堅持每日推丈夫落樓下坐

## 6.7.4 社區支援及院舍服務

### A. 中心服務難吸引部分被照顧者

黃老太提及照顧經驗時，經常將「好煩」掛在口邊，但她拒絕為丈夫申請院舍及社區照顧服務，包括綜合家居照顧服務、日間護理中心等，減輕照顧壓力。黃伯為人好靜，不適應團體社交生活，而黃老太恰巧相反，「佢唔鍾意依啲，唔鍾意麻煩人，寧願喺屋企瞓覺。如果唔使錢，我可能會去聽講座，參加照顧班去學吓野」。

## 6.7.5 經濟情況

### A. 基層家庭難享用社區照顧服務

收費而言，以資助長者日間護理中心為例，月收費由\$900 至\$1000 左右。黃老太透露，自己最心煩的是家庭經濟狀況，這亦是她對社區照顧服務卻步的原因，「我自己知自己事，實在負擔唔起，我做得幾多得幾多，所有煩野鬱喺個心度」。

### B. 照顧致勞損 增加醫療開支

兩老每月領取合共\$5200 的長者生活津貼，並無其他收入，扣除租金、水電煤及伙食費後，經濟緊絀。黃老太本身患有白內障，早前更因照顧而引發痛症，每次跌打費\$250，「淨係今個月睇咗五、六次醫生，無端端使咗 1500 蚊，等於冇咗一份長者生活津貼，依家兩個人用一份津貼，點會夠用啊」，最終需要申請短期食物援助應急。

夫妻二人早前透過醫療費用減免機制，成功豁免公立醫療費用，但用於黃伯身上的照顧費用依然昂貴，「我諗嚟諗去都唔夠使，依度幾百，嗰度幾百，真係唔識講，總之個心好煩悶」。黃老太補充，每次陪同黃伯覆診的士交通費約\$100，而丈夫亦需要使用尿片，「依家出街、去醫院先比佢用尿片，喺屋企用尿片好啱錢，我由得佢尿濕幫佢換衫褲，係怕佢會凍親又麻煩」。

### 分析：

1. 年長護老者教育程度低，當主診醫生未有詳情講解時，他們對認知障礙症一知半解，無法給予適當的照顧，有機會令被照顧者病情惡化。
2. 雙老家庭單靠長生津維生，經濟相當吃力，無法支付社區照顧服務開支，造成壓力。
3. 年長護老者體力不足，若汲取正確的照顧方法，例如扶抱技巧，將有助減低因照顧受傷的情況。

## 6.8 《個案八》：尿片費每月 2000 元 首聞護老者津貼

### 6.8.1 個案背景

92 歲的草叔（化名）患有認知障礙、言語退化、帕金森症、氣喘、失禁，18 年來一直依賴 81 歲的結髮妻花婆婆（化名）照顧，並與從事侍應的獨生子同住於公屋單位。

### 6.8.2 照顧情況

訪談員上門探訪當日，花婆婆獨自坐在梳化，指向有污積的地板，吩咐草叔用地拖清潔，「依到污糟啊，你要出力抹先得嫁，左右左右咁抹」。花婆婆的女兒未婚，照顧草叔正好圓滿其湊孫夢，「佢好似 5、6 歲小朋友咁，咩都唔識做，我就慢慢教佢，前排佢學識拎掃把，依家佢負責幫屋企打掃」。

### 6.8.3 情緒及心理狀態

#### A. 情緒憤怒

花婆婆的口吻充滿笑聲，但她坦言，「表面上我係屋企皇后，點佢做野，實際佢先係土皇帝，我係 24 小時服侍佢嘅妹仔」。草叔退休前精明能幹，逾 70 歲高齡依然經營批發生意，獨力開設工廠，養活工人，但因一次公立醫院的醫療事故，令他一夜之間患有認知障礙症。草叔在 18 年前接受普通手術，醫生誤打過量的麻醉針，一度叮囑家屬們要有心理準備，「最後丈夫死唔去，但醒返好似乾屍咁痴痴呆呆，咩都唔認得，連間工廠都要送比人。諗返起嚟，當初講嘅準備，係我要準備做佢妹仔啊」，花婆婆憤憤不平地說，事後院方連道歉也欠奉。

#### B. 產生愧疚之情

涉及人身傷亡的醫療疏忽訴訟一般設有三年期限，加上事過境遷，花婆婆一家亦無意追究。花婆婆在憤怒背後，更多是夾雜著內疚之情，「當初丈夫覺得痛，問我使唔使入醫院，係我緊張帶佢坐的士去醫院，結果搞成咁，其實我都爭佢一聲道歉」，令她更決心將丈夫照顧妥當，結果承受沉重的壓力。

## 6.8.4 照顧情況

### A. 照顧起居飲食

草叔受腦退化影響，出現「唔曉餓」及「唔知飽」的情況，讓花婆婆特別著緊膳食問題，早上 11 時便張羅午飯，正午準時喂食，「你喂佢先會張開口，唔喂佢就瞓覺，成日唔食野都得；加上佢對手冇力，匙羹都跌爛 10 幾隻，唔喂佢真係會餓死」。花婆婆解決丈夫的溫飽後，有時需要匆匆吃過變冷的殘羹剩菜，便準備新一輪的照顧工作。

### B. 被照顧者遊走 成壓力來源

花婆婆的膝蓋動過手術，行動不便，有時趁丈夫睡覺時買菜，「計好時間，落樓即刻搭車去街市，半個鐘左右要返嚟」，草叔試過睡醒後，打算落街尋找妻子，奈何不懂開鐵閘及大門，瘋狂拍門大叫，最後驚動房署職員警告。花婆婆卻慶幸丈夫未能成功開門，她最擔心的始終是丈夫走失，兩老有次在商場看表演，草叔過後跟著表演者上巴士離開，「嗰次我最驚，個心嚇到跳出嚟，搵咗成晚我眼光光到天光，最後喺隔離區警署搵返，當時佢嚇到瀨尿，成條灰色褲濕晒」。自此花婆婆寸步不離地貼身照顧丈夫，從不熟睡，半夜聽到有動靜便立馬起身截停想外出的丈夫。花婆婆表示，首 10 年的照顧生涯相當吃力，一度打算安排丈夫入住安老院。

## 6.8.5 社區支援網絡及院舍服務

然而，「當時都排咗 5 年，但草叔去到門口突然好精靈，流晒眼淚話『你唔好扔低我，唔要我啊』」，最後花婆婆心軟便放棄宿位，重頭輪候，屆時視乎情況入住。夫妻二人現每周五天參與長者地區中心服務，做按摩、運動、玩魔力橋等，「佢好鍾意打牌，郁多啲個腦，對個人有幫助嫁，我教佢做家务時都學得快咗」。

## 6.8.6 經濟情況

### A. 尿片開支大

兩老依靠每人 2600 元的長者生活津貼及家用維生，扣除租金、水電煤後，每個月只剩約 \$2000 用作買菜及求醫。草叔服食近 10 種藥物，雙腳乏力，花婆婆的膝蓋動過手術，兩老每次覆診，來回的士費用動輒過百。草叔近 7、8 年腦部及身體機能退化嚴重，失去自理能力，出現大小便失禁情況，「一包尿片要 \$30，佢多屎尿嘅話，一日用兩包，每個月都成 \$2000，啲錢用晒喺買尿片度」。



## B. 節衣縮食 兩年未飲茶

家庭經濟入不敷支，她只有節衣縮食，「譬如今日午餐只食生菜，加少少豉油就當一餐」。花婆婆說這話時，當日氣溫只有 10 度，她的身上正穿著一件殘舊而單薄、逾十年沒替換的紫色抓毛背心。

花婆婆表示，兩老逾兩年未曾上過茶樓，但草叔特別喜愛飲茶，每逢經過茶樓，總會駐步不前，「我就會大聲鬧佢，茶錢都要 5 蚊位，我哋冇錢呀，返屋企我沖比你飲」。當草叔回家後，接過即沖中國茶後，總會咕嚕地指「你啲茶都唔同人啲，冇雞腳又唔熱鬧」，花婆婆聽罷更為心酸，「雖然佢冇記性，咩都唔識，以為咁樣可以呃佢，但原來佢有時都心水清」。

## C. 首次聽聞護老者津貼 領長生津長者不合格

現時政府為合資格、獲邀請的長者提供\$2000 的護老者津貼，首次獲知護老者津貼資訊的花婆婆指，這有助緩和丈夫病情，「佢依家係小朋友，需要人哋氹佢，如果經濟有幫補，對佢病情都有用，個人開心啲，冇咁懵吓懵吓」，但現時領取長者生活津貼者並不符合資格申請護老者津貼，故花婆婆未能受惠。

### 分析：

1. 個案面對被照顧者遊走、失去自理能力，特別感到壓力，部分會出現憤怒及內疚情緒。
2. 個案領取長者生活津貼，無法應付高昂的照顧費用，若獲發現金津貼將有助緩和被照顧者的病情。

## 6.9 《個案九》：照顧壓力爆煲掌摑病患 日間護理緩情緒

### 6.9.1 個案背景

67 歲芬婆婆的 74 歲丈夫孟叔約在十年前，確診患有中期認知障礙症。二人來自基層，租住公屋。

### 6.9.2 求診過程

#### A. 家人主動求診

芬婆婆憶述，夫妻倆原本長年在台灣工作，同住的女兒指孟叔記憶力衰退，經常遺忘短期事情，「我嗰陣成日聽到有人傳我先生怪怪咗，同佢講野冇心裝載咁，我仲鬧返人『你就怪怪咗』，諗返真係有啲唔妥」，於是帶丈夫在當地的公立醫院求診。

#### B. 台灣支援特點

##### a. 即日確診

芬婆婆表示，按照台灣的醫療體制，家屬會按病患的情況自行分類。若果病患疑似認知障礙症（台灣稱為「失智症」），便直接輪候失智症科；患有神經系統毛病者便在腦神經科掛號。換言之，病患可以跳過本港普通科門診的初步評估，再轉介至專科作進一步診斷的過程。

芬婆婆認為，台灣醫療系統值得本港借鏡，特別是便利的確診流程，「當時我先生掛診後，即日做評估、做腦掃描後，醫生即日睇埋片後，直接將我先生確診，唔使左等右等，耽誤病情」。她補充，「我兩隻腳都喺台灣換咗人工關節，近 15 年以嚟行動自如，行路、游水都有問題，但朋友喺香港做完反而覺唔好」。

##### b. 收費便宜

收費方面，本港沒有持醫療豁免的新症個案的專科診金為 135 元，舊症覆診為 80 元。孟叔當時在台灣工作，公司有購買醫療保險，加上他持有台灣工作證，診費約為 300 元台幣，即少於 100 元港幣，較本港新症收費便宜兩成半。芬婆婆指出，孟叔確診後獲免費藥物治療，如果有能力負擔者可憑處方，購買成效較佳、約 1000 元台幣的自費藥（港幣約 270 元）。

### c. 社區支援網絡

芬婆婆表示，當時兩老因在台灣失業，並在孟叔確診患病後不足一年便返港，故從未使用過台灣的社區照顧服務。但她聽過當地傾向自助模式，約 20 個認知障礙症患者及家屬會定期在由熱心人士捐出的房屋，進行煮食、小組遊戲等，並有義工及姑娘在旁協助，「家屬基本清潔所有野都要自己處理，等佢哋喺姑娘睇住吓，學習點同患者相處。同埋同類家庭可以有個平台互相認識，聽落唔錯嫁，喺香港始終係中心為本」。

芬婆婆所說的自助家庭是台灣首創的新興服務模式，不同的機構將單位翻新成認知障礙症長者友善的家居環境，例如採用足夠的自然光、清晰的廁所標示等，讓分不清時間及地點的病患具備安全感。

互助家庭的服務時間與本港日間護理中心相若，在周一至五早上十時至下午四時開放。但兩者最大分別在於目標對象的差異，互助家庭重點培訓護老者的照顧技巧，家屬在互助家庭內實踐學習心得，親自照顧長者，自行按需要及喜好進行活動，可以選擇下棋、畫畫等。而本港日間護理中心會直接向長者提供統一的認知訓練及照顧。

芬婆婆大讚台灣的醫療及支援認知障礙患者照顧者的服務，但她直言始終是土生土長的香港人，希望在本港安享晚年，故不打算移民台灣。

## 6.9.3 照顧情況

### A. 漸進式困難

舉家回港後首三、四年，孟叔仍然懂得認路，故芬婆婆的照顧較為輕鬆，「依六年係漸漸覺得辛苦，我有時處理家務好忙，叫佢去商場幫我買野，轉頭就走失咗，變咗照顧同處理家頭細務兩邊都好緊，真係做唔掂」。

芬婆婆有次明顯感受到丈夫的認知力下降而帶來的壓力。當時芬婆婆赴喜宴，出門前叮囑丈夫自行到快餐店用膳，她回家後卻找不到丈夫，落街尋人近四小時不果，打算到警署報案，「中途我遇到佢，問佢去咗邊，佢好開心咁話『冇野呀，我去咗睇人捉棋』，我就話『夜晚我哋屋企附近邊有人會捉棋嫁』」，自此孟叔走失的情況更嚴重。

## **B. 24小時貼身照顧**

隨著孟叔的情況惡化，幾乎只認知親人，一旦遠離芬婆婆便會感到不安，出現遊走行為。孟叔有定期落樓參加長者地區中心活動，由於中心可自由出入，繁忙時間幾乎等於「無掩雞籠」，「佢以前冇咁痴身，依家一唔見我就會好驚要走，姑娘有時睇唔住咁多個，成日周圍搵佢」。

因孟叔的身體機能不錯，故走失的風險相對較高，讓芬婆婆擔心不已，「佢落街我驚佢唔見咗，佢留喺屋企我仲驚，怕佢放火燒屋，睇少眼都唔得」。他們屬於兩老家庭，芬婆婆始終需要處理家事，故會冒險獨留丈夫在家，「佢瞓緊覺，我偷偷咁落街交電費單，但 10 分鐘內要返到屋企，唯有忍住腳痛急急腳衝住去」。

## **C. 全天候照顧加頻繁陪診**

除了走失外，孟叔逐漸喪失自理能力，芬婆婆需要照顧其大小事務，「佢沖涼前要教佢依支條洗頭水，依支條沐浴露，佢都仲識沖涼，但兩分鐘就走出嚟，都唔知乾唔乾淨」。

芬婆婆同時要協助丈夫覆診，訪談當日為二月中旬，她家中的月曆劃滿行程，未夠半個月已有 12 天需要外出，「全部都係同佢有關，佢容易冰凍，著 10 幾件衫都唔夠，要定期陪佢睇中醫。同埋佢腳趾變形要做手術，唔做會影響行路，要陪佢睇醫生拆線，朋友約我出街都唔敢去，24 小時實在唔夠用」

## **D. 善後工作增加照顧壓力**

孟叔現時的日常判斷力漸漸下降，芬婆婆需要協助處理孟叔出錯的善後工作，「我同佢講有太陽，唔好收衫住，佢依頭話好，轉頭將啲濕透嘅衫放入衣櫃，又要我執返出嚟，好似存心作對咁，真係激死我」。她慨嘆，忙於照顧及處理家務，一日 24 小時不夠使用，「我每朝 7 點半前起身，成日都想耐耐都唔得，個人覺得好劫、冇精神」。

## **6.9.4 情緒及心理狀態**

### **A. 新舊經歷 產生埋怨感**

芬婆婆健康不錯，除腳痛外，沒大多毛病。她在丈夫患病前，一直有想像退休生活的畫面，「我從未有諗過要榮華富貴，有時諗小朋友大個咗後，兩老婆一齊返大陸去短期旅行都心滿意足嫁喇」，但孟叔試過參加兩日一夜旅行團時走失兩次，令芬婆婆不敢再帶丈夫出門。

二人結婚近 50 年，芬婆婆指夫妻關係向來普通，談不上甜蜜，加上孟叔年輕時因好賭而被高利貸追斬，一度鬧自殺，「嗰陣佢仲喺台灣打工，我收到消息趕過去，佢老細叫我留低睇住佢，如果唔係會炒佢魷魚，我諗佢返香港又係失業，所以應承留低，就咁留啲子女比我阿媽湊大」。

芬婆婆自認抱有傳統思想，擔心離婚會影響子女，故默默地吞下苦水，隻身到台灣打工。從前的委屈夾雜現時的辛酸，讓芬婆婆產生埋怨感，「佢後生唔顧家，但我唔使點理佢。依家老咗我好唔甘心同唔順氣，佢自己咩都唔記得好快樂，覺得佢拖累緊我去照顧佢，我成日諗點解咁唔完美嘅人生仲未結束」。

### **B. 積怨憤怒無從宣洩 出手打病患**

芬婆婆在長期照顧壓力下，埋怨感有時會轉化成憤怒。孟叔現時會出現「唔知飽」的情況，妻子擔心他會患糖尿病便會出言提醒，「我同佢講『你唔好食喇，你食咗兩碗飯』，佢會應『哦，原來我食咗咁多咩？咁我食魚同菜啦』，轉頭佢又裝飯，我再講『你唔好再食啦』，佢會話『咁我睇吓電飯煲，將多餘飯裝起先』，佢又裝飯出嚟食，我就會好嬲咁話『你放低啊，點解你食完又食，係咪聽唔到啊』」。

芬婆婆感覺不被尊重，以為丈夫刻意作對，盛怒下出手掌摑丈夫，「我都知我做錯，但嗰一秒所有情緒、委婉好似釋放咗出嚟，我忍唔到，之後就成日摑佢」。

### **C. 歉疚成抑鬱**

只認得親人的孟叔被打後，總會感到驚慌，身體不斷顫抖，躲在角落默不出聲。芬婆婆每次看到這個畫面，方會重拾理性，她不能離開狹小的單位以免丈夫走失，「我打完佢後，見到佢個樣唔同晒，我即刻衝入廚房，如果唔係我會繼續打佢」

芬婆婆進入廚房後，並不是喝水、稍息、禱告來穩定情緒，而是開始無休止的工作，清洗碗盤等。信奉宗教的她表示，「我每日起身都求主賜我力量，唔好再做依種事，因為佢有病佢都唔想，我要學識寬恕，但每次都繼續發生」。

芬婆婆被自責、憤怒、埋怨等負面情緒困擾，約在三、四年前確診患有抑鬱症。然而，她每次服藥後都會沉睡，無法處理家務及照顧工作，故自行降低藥量，「醫生原意係要我休息，但我個心一直記掛要做野，醒咗仲辛苦」。

### **6.9.5 院舍服務**

孟叔的身體機能達中度至嚴重缺損，符合資格輪候資助院舍服務，但芬婆婆卻希望自己無力照顧時，方送丈夫入院舍，背後原因與不愉快經歷有關。芬婆婆的母親在 80 多歲時，因家人無暇照顧而入住私家安老院，月費逾萬元，但原本行得走得的母親在約一年後，健康急劇下降，「隻腳爛晒，院舍傷口處理得好差，後來直情縮埋」。

芬婆婆的母親被喂食流質餐時，噎倒過世，「我趕去殮房探佢，見到佢對眼合唔埋，口入面有啲野，個身仲好暖，我同佢講『阿媽你放心去啦』，先慢慢幫到佢合返埋對眼」，這讓她非常抗拒讓丈夫入住安老院，「佢始終係我老公，我寧願辛苦啲都唔想佢入去住」，首選居家安老。

### **6.9.6 社區支援網絡**

#### **A. 長者日間護理中心**

##### **a. 溝通不足 家屬不清楚狀況**

芬婆婆的壓力爆煲，但她從不敢向親朋傾訴，只會尋求社工的協助。有社工得知芬婆婆的情況後，在兩年前介紹她為丈夫安排某間資助日間護理服務，早上七時半有車接送，下午四時半送回家。同區的資助日間護理中心當時需輪候約三、四個月，而孟叔所使用的資助日間護理中心基本上即報即用，芬婆婆因此被吸引申請服務。

芬婆婆有朋友最近參觀該中心，「個朋友先生有需要申請，我就介紹佢去孟叔用緊嗰間中心，我朋友之後同我講『芬婆婆，間中心唔係你講到咁好嫁嘞，我見到你先生坐喺門口邊冇野做，冇人理，郁都唔郁』。該朋友最後安排丈夫到另一資助日間護理中心，效果不錯，「佢用完後話感到先生好轉咗，同埋知道做咩訓練」。

芬婆婆表示，「我唔敢問日間護理中心，始終我先生用緊服務，加上我唔清楚係咪我先生唔肯參與，依家都係懷疑狀態」，若果中心可以多與家屬溝通會較理想。同時她開始另為丈夫

尋求服務，例如長者社區中心的音樂治療課程，使用日間護理服務的時間也為最初的五天，逐步減至現時的兩天，並考慮轉用其他日間護理服務。

#### b. 年長護老者的喘息空間

芬婆婆指出，丈夫使用日間護理中心服務時，大清早七時半便會出門口，並坦言自己的休息時間並無增加，「我成日都想休息，先生出咗門後瞓晏啲，但護老者一日 24 小時係唔會夠用，因為仲要去買菜、煮飯、收衫、晾衫等，有一大堆濕濕碎碎嘢要做」。

但芬婆婆強調，支援服務始終有其功用，她過去未能兼顧打理家庭及照顧工作，導致壓力非常大，現時她至少能夠騰出時間處理家務，「先生喺中心唔知對佢有冇幫助，但我起碼有時間做其他野，有時朋友叫我飲茶，都可以偷雞出席吓傾計，放鬆一陣」。

#### 分析：

1. 個案在台灣由求醫至確診即日處理，並即時提供藥物治療。相反，本港的確診過程至少一年，讓患者錯失治療黃金時期，需要以台灣為借鏡。
2. 個案有參與資助日間護理中心服務，但家屬並不清楚中心內容等，反映雙方溝通不足。
3. 年長護老者經歷老伴由腦退化中期階段，至今慢慢惡化，照顧困難隨之增加，造成情緒壓力，依靠專業輔導支援減壓。
4. 個案因私家老人院的服務不周，其親屬在被喂食時噎死，對院舍服務產生陰影，政府有責任加強對私人市場的安全規管。

## 6.10 《個案十》：半夜趕出院照顧 零緊急支援護老者服務

### 6.10.1 個案背景

杜婆婆約 70 歲，獨力照顧 80 多歲患認知障礙、大腸癌、容易見暈的丈夫波伯逾 10 年。二人領取綜援，租住公屋。

### 6.10.2 確診過程

杜婆婆記得，丈夫約在七年前記憶衰退，「人哋打電話比我，佢幫我接電話後，成日唔記得同我講返」。當時波伯的病徵尚算輕微，杜婆婆陪同丈夫專科覆診時，向醫生說明情況，「醫生開頭都唔信，急住叫我哋走，我有聽佢講，答『醫生，唔係呢』，自己繼續講落去，不斷講多啲日常生活例子出嚟」。全靠杜婆婆的堅持，未有拖到下次覆診期，醫生最終轉介波叔作腦掃描後，確診患認知障礙。

### 6.10.3 照顧情況

現時波叔受病情影響，進一步退化，會經常走失、未知溫飽，依賴妻子貼身照顧，「你叫佢行就行，企就企，瞓就瞓，你唔叫佢就唔識食飯，成日要提佢」。

杜婆婆同屬長期病患，患有貧血、腳痛、胃酸倒流等疾病，需要定期到專科覆診。杜婆婆早前身體不適，需要在兩星期內抽取七大筒血液樣本，作緊急檢驗，讓她虛弱乏力，根本無暇同時兼顧照顧丈夫及打理家務，故她多年來一直婉拒朋友、義工以至社工的家訪，「我唔怕老實講，波伯有時唔識、冇力去廁所尿褲，我忙住幫佢清洗，依到一堆污糟衫褲，嗰到啲衫褲等住曬乾，間屋亂過垃圾崗」。

### 6.10.4 社區支援網絡

#### A. 緊急支援服務

杜婆婆飽受病痛困擾，她一直求助無門，「波伯病我固之然擔心，我病仲淒涼，根本係敢死唔敢病」。杜婆婆在兩、三年前凌晨時份，突然感到天旋地轉，嘔嘔不止及發燒而入住急症室，「醫生勸我留醫，我話『醫生，我屋企有個認知障礙長者要照顧啊』，醫生問我『咁點』，又應返佢『咁點』，我都唔知點做好，結果我清晨六點鐘嚟醫院，躡吓躡吓咁返屋企繼續照顧」，在處理丈夫早餐後方可休息。



政府現時有提供長者緊急住宿服務，一般而言，65 歲或以上的長者符合規定的條件便可提出申請，其中一個申請原因是「護老者由於住院或入獄等無法預見的危急情況而不能提供照顧」。然而，長者必須獲社工轉介申請，杜婆婆的個案發生於凌晨，難以聯絡醫務社工尋求協助。加上，腦退化的波伯經常走失，杜婆婆需要 24 小時貼身照顧，「我唔知幾時會發高燒，幾時有病，係預測唔到，我唔可以講定幾時要幫忙。我之後問社區入面長者服務嘅主任，佢話有兩個方法，一係帶埋先生去急診；第二個就係入私人院舍，收費一日 300 蚊，10 日就 3000 蚊，我點比得起呢」，她同意政府推行居家安老的方向，但需加強對護老者的緊急支援。

#### B. 「長者社區照顧服務券試驗計劃」(社區券)

社區券正是回應政府「居家安老為本，院舍照顧為後援」的方針，獲邀參加的杜婆婆經過瞻前顧後，決定放棄機會。杜婆婆表示，希望長者日間護理中心在她生病或覆診時，可以提供暫托服務，但現時服務時間並不理想，「當我被派去位置遠嘅醫院朝早 10 點覆診，我對腳行得慢，朝早 7 點幾就要出門口，嗰陣中心都未開放。我有時下午 2 點覆診，要夜晚 7 點先返到屋企，但好多中心都係下午 4 點放學」。

#### 6.10.5 經濟情況

杜婆婆領取綜援，購買社區券的金額約為\$180 至\$450 不等。當她最有需要時，社區支援不到位，倒不如自行照顧波伯，「價錢係比其他入優惠，我使錢要諗過度過。既然我覆診都要帶埋丈夫，比佢去中心要比錢之餘，又要擔心佢唔適應，我湊返仲好啦」。

她補充，綜援戶的經濟壓力沉重，她本身患有骨刺及腳痛，需要額外支付醫藥及針灸費用，加上丈夫百病纏身，故不會優先考慮參加自費的認知訓練。波伯被確診為營養不良，引致失禁情況惡化，食用加營素（奶粉牌子）後情況有所改善。現時市面上一罐 900 克的金裝加營素索價約 200 元，造成杜婆婆的經濟負擔，「波伯除咗腦退化，仲有其他病，身體好虛弱，我會想幫佢買加營素補充營養先。我仲可以抽時間自己幫佢做訓練」，例如陪同丈夫進行手指運動、數啤牌遊戲，緩和退化速度，她指若有津貼能幫補照顧壓力。

#### 6.10.5 情緒及心理狀態

杜婆婆表示，照顧的辛酸遠不及旁人對認知障礙症的偏見帶來的壓力大。她有時會帶同丈夫參加活動，「身邊有啲阿婆都照顧緊老伴，但講說話就好難聽，覺得波伯係白坐白食」，她

因此試過當眾落淚。她強調，「我先生有認知障礙，佢唔記得點做，要慢慢同佢講去幫佢，咁唔代表佢係傻，佢聽得明人哋講佢咩嫁」。

杜婆婆抵著沉重無形的照顧及輿論壓力，身心皆疲，導致長期胃痛，更經常胃酸倒流，但她堅持親身照顧丈夫。原因當年杜婆婆的母親入住安老院，曾經託杜婆婆購買指甲鉗，「我一直話好，但成日唔記得咗買，結果到佢死嗰日都有買到，依個係我一輩子嘅心結，令我更加珍惜每個家人」。

### 分析：

1. 年長護老者在凌晨（非辦公時間）入住急症室，結果因求助無門，被迫回家照顧認知障礙症長者，可見現時對護老者的緊急支援尚未完善。
2. 個案險兒在公營醫院錯失確診機會，反映政府需強化醫護專業對認知障礙症的警覺性以及延長診症時間。
3. 個案領取綜援，基於經濟負擔沉重而將認知訓練成次要考慮，隨時影響長者病情。
4. 社會對認知障礙存有偏見，需提高公眾教育，並「去污名化」。

## 6.11 《個案十一》：日間護理服務助病患 望社區券恆常化

### 6.11.1 個案背景

曾生（化名）65 歲，行動能力不錯，無需使用任何輔助工具，驟眼看來與普通青老人（Young Old）無異。然而，他三年以來，一直依賴曾太（54 歲）照顧，二人正租住私樓。

### 6.11.2 照顧情況

#### A. 照料日常起居飲食

曾生曾經兩度中風，殘疾程度達百分百，帶來認知障礙的後遺症，無法說話，同時患有胃病、膽固醇、血壓等毛病，喪失自理能力，「佢連電視遙控選台、較大細聲都唔識用，最叻係揸紅色嘅開關制」，細微至擠牙膏、分辨洗髮露及沐浴露，複雜至藥物食用、外出返家，通通由曾太一手包辦。

#### B. 貼身照顧防走失

曾太貼身照顧丈夫，還要照顧對方的情緒。有次二人回內地處理家事時不慎走失，曾太目送丈夫登上往羅湖方向的列車，連忙抵趕羅湖站，過關尋找後不果，便沿路折返，在每個站下車尋找，「我喺沙田站時想開尋人廣播，但諗諗吓都有用，我先生聽唔明講咩，又唔識講野啊，唯有繼續靠自己搵」。她花費四小時後，終於找到丈夫，不安的丈夫卻大發脾氣，指著自己大罵，「我有時唔明佢心意，聽唔明佢想點，佢容易冇安全感，就會亂咁扔野或者打自己大牌，依依哦哦咁」。曾太表示，自己學習了解丈夫言行，同時積極尋找社區照顧服務，希望緩和丈夫病情。

### 6.11.3 社區支援網絡

#### A. 長者社區照顧服務券試驗計劃(社區券)

##### a. 選擇服務 首要環境家居化

政府在 2016 年推出第二階段社區券，讓合符資格的長者購買共款制度、設有不同金額的服務券，以換取心儀的社區照顧服務，名額 5000 個。身體機能屬中度缺損的曾生獲邀參加計劃，其居住地區有近 20 間參與機構，曾太實地參觀過半數長者日間護理中心，落實選擇一間合適、佈置家居化的中心。

作為使用者的曾太指出，對中心的第一觀感非常重要，「先生見到有啲門口已經唔鍾意，我格硬扯佢上去睇，佢見到似醫院格局，啲老人家唉聲嘆氣冇人理，就唔鍾意想走，勾起佢不愉快陰影」。原來曾生中風後曾入住私營安老院，該院環境欠佳，「我貪間院舍近屋企，方便探望，但全部板間房咁，每個院友得張細床同書檯，活動空間好細」，曾生休養三個月後，意識逐漸清醒，經常嚷著要回家而退宿。

## b. 社區券恆常化

曾生現時周一至周五、朝九午四會到中心活動，內容包括做運動、畫畫、寫字、堆積木、參加認知訓練等。曾太表示，丈夫使用服務三個月來，出現明顯的改善，「佢舊時只可以跟住我，我要做家务時，佢食飽就睇電視，等我帶佢出街，緊係會悶啦。依家佢心情好咗，笑容多咗，真係幫到佢」。

社區券屬於試驗性質，曾太希望長遠能恆常化。當丈夫投入中心服務，曾太也感到放鬆，她在這段時間收到獲發公屋的消息，故她接送丈夫上課後，「我依家可以專心處理上樓，執屋將冇用嘅扔走，整理吓啲野，有時仲可以抖吓」。

她補充，自己是一名長期護老者，在丈夫患病前，需要服侍 80 多歲患有風濕及氣管毛病的家姑。當家姑百年終老後，她原以為能暫時休息，丈夫又需要被照顧，讓她產生埋怨、不解、困惑等情緒，「我試過半夜三更喊，覺得好辛苦，人哋個個都幾好，點解自己屋企咁多波折，上上落落」，而社區支援正為她帶來喘息空間。

## 6.11.4 經濟情況

### A. 耗盡積蓄照顧

儘管有時會感到沮喪，但曾太從未吝嗇對丈夫的關愛以及照顧開支，「照顧病人 24 小時冇得抖，每個照顧者都會發脾氣，但發洩完就要繼續做，唔通要仔因日日請假幫手照顧咩」。當丈夫中風後，曾太辭職照顧，「我依種年紀唔算老，其實我好想繼續搏搵多啲錢，為將來打算，但實在冇辦法，要放棄 8000 幾蚊嘅工作」。

曾太謹記醫生指中風後三個月是治療黃金階段的叮囑，每月花費近二萬元，用於針灸治療及院舍開支。夫妻二人最終耗盡積蓄，在去年無奈申請綜援。為刺激丈夫理解不同事物，曾太堅持每星期帶丈夫出街一次，「我飲食好似苦行僧咁清淡，一日慳到 20 蚊，一個月就有 600

蚊可以用，我當調理身體，加上丈夫成日喺屋企唔健康，帶佢出一次街點都要用錢」，若果能有額外津貼，可減輕負擔。

#### 分析：

1. 個案參與長者社區照顧服務券試驗計劃(社區券)後，對照顧者及被照顧者都有正面影響，反映試驗有一定功用，可考慮恆常化發展。
2. 個案屬於綜援戶，無法受惠於護老者津貼，形成經濟壓力，無利於緩和被照顧者病情。

## 6.12 《個案十二》：護老者同患認知障礙症 爭執磨擦多

### 6.12.1 個案背景

娟姐（化名）逾 70 歲，曾經輕微中風，行路不穩，患有初期認知障礙症，領取綜援，與 92 歲母親娟媽同住公屋。正確來說，她照顧同樣患認知障礙、哮喘、皮膚病的娟媽逾 15 年。

### 6.12.2 照顧情況

#### A. 年長護老者同患認知障礙

娟姐在兩年前出現迷路，「我住喺依到 10 幾年，入完銀行揸錢出返嚟，竟然唔識路返屋企；去阿囡屋企時，分唔清左右，行嚟行去都搵唔到目的地，個心仲諗唔通有鬼」，經檢查後確診患有認知障礙症，需要定期覆診職業治療科。娟姐家裡的日曆畫滿行程，她利用燕尾夾將按月份分類的覆診紙，夾在不同月份的月曆背後，並拜託醫院致電提醒自己覆診，實行三重方法以防萬一，「我記性愈嚟愈差，如果唔記得覆診，要等幾個月先有得睇醫生，好麻煩嫁」。

#### B. 被照顧者遊走問題

最讓娟姐感到麻煩的是自己記憶衰退，仍然需要照顧患認知障礙的母親。娟媽具備基本自理能力，無需他人協助洗澡、喂食、扶抱等。但娟姐的手機不離身，因其母親有走失問題，「佢唔識路返屋企，一係會直接打比我去接佢；一係等好心人報警再通知我」，方向感錯亂的她試過接獲走失電話後，曾經花費超過兩句鐘搭車，最終才尋回母親，「我連自己都顧唔搭，湊佢真係好攞憎」。

### 6.12.3 情緒及心理狀態

#### A. 不斷善後 雙方易生磨擦

娟媽又試過打開水喉後，便跑去睡覺，導致廚房水浸；忘記拔掉插在鐵閘的鎖匙，嚇得娟姐立馬重新配匙。有次娟姐發現家裡的水煲消失後，娟媽支吾以對，原來對方忘記關掉火爐，整個水煲底燒出大窿，「佢竟然話『唔關我事，個火唔識自動熄』，以為用緊幾十年前嘅石油氣罐，冇氣就會鬥火，激到我跳起」。娟姐表示，母親是移動的家居炸彈，她需要處理連串的善後工作，感到苦不堪言，「我同佢講你燒死自己唔緊要，你燒埋鄰居就真係累街坊」。

娟媽患病後，性格變得多疑及固執，就連開關電視機也可以成為衝突的導火線，「佢堅持夜晚 9 點要瞓覺，我睇電視就話我嘈住佢，我已經較到得 7 度，咩聲都冇、睇字幕咋嘛」。家裡的客廳兩側各擺放二人的睡床，最終娟姐將電視機搬近自己的床邊，二人楚河漢界明顯，各不相干。娟姐形容二人儼然火星撞地球，經常互相對罵，她索性帶母親到樓下擺地攤，「人哋捐雜物出嚟，我朝早 10 點幫佢開檔，準備埋飯盒，之後由得佢喺下面看檔收錢，大概晏晝 4 點接佢上樓，起碼唔使對住佢，我可以靜一靜」。

娟姐有空便會落樓觀察，當有義工上門家訪時，她總會問：「頭先你喺樓下有冇撞到我阿媽？」，以確保母親的安全。她補充，「我會同佢講唔好亂咁走，佢通常都乖乖坐喺到，反而成日依頭收完錢，個頭就將啲錢亂咁放，隨地都係」。

#### 6.12.4 社區支援及院舍服務

娟姐直言照顧壓力大，只要她能獲得一絲的喘息空間，不論任何服務類型都會列入考慮，並打趣地道，「你哋捉阿媽坐監又好，趕佢去邊都好，環境幾差我都唔介意，我就嚟頂唔順喇，求吓你哋比我抖吓啦」。然而娟媽的個案特殊，終身無法使用本港的公共資源，包括院舍及社區照顧服務等。娟姐也明白政策原則，「就好似水庫咁，一旦寬容咗阿媽會驚人冇樣學樣」，故她從不開口求助，變相自己需獨力照顧母親，難有喘息空間。

#### 6.12.5 經濟情況

娟姐任職保安 30 多年，年老退休後一直依靠綜援維生，每月約\$3000，扣除日常開支及買藥自用後，所剩無幾，還要照顧零收入的娟媽，母女需要擺地攤賺錢一分五毫，故家中堆滿二手雜物。娟媽早前獨留在家，急於接聽電話，不慎撞到雜物跌傷入住公家醫院多人房三日，院費便高達\$15000，需要由志願機構協助渡過難關。眼見母親哮喘及皮膚病不適時，娟姐選擇自行到藥房購買成藥、營養補充品，「我都叫佢做定心理準備，除非佢有生命危險，真係個頭近先會打 999」。至於母親的認知障礙病情，娟姐坦言無力理會，「我買其他藥比佢每月已經要過千蚊，我依家都有覆診睇記性，如果我啲藥佢唔用，到時就分啲兩份食囉」。

#### 分析：

1. 年長護老者同樣患認知障礙症，需要面對大大小小的生活困難之餘，還需要服侍被照顧者，自然會感到難上加難。若得不到適當的支援，雙方會容易產生爭端。
2. 當被照顧者年老體弱，需要購買藥品、營養補充品，價錢高昂，讓護老者背負沉重經濟開支（個案因特殊原因，甚至出現一份綜援兩份用的情況）

## 6.13 《個案十三》：誤墮法網 願到中心學習正確照顧知識

### 6.13.1 個案背景

老一輩的思想傳統，重男輕女，朱婆婆的名字卻帶有欣賞及肯定女性的意味。事實上，朱女婆婆作為家裡的么女，未有如願地萬千寵愛在一身，其老父不堪養育十名孩子之苦，曾打算忍痛將體弱的朱婆婆拋進太江，活活淹死，減輕其經濟負擔，反映照顧者的壓力。朱婆婆最終在祖母的堅持下，拾回一命，自此離不開「照顧者」的身份。

朱婆婆現年 65 歲，照顧患中度認知障礙的 78 歲丈夫陳伯，並租住公屋單位，領取綜援。

### 6.13.2 確診過程

陳伯體弱多病，同時患有高血壓、高膽固醇、便秘、雙腳無力等，服用藥物高達 12 種。朱婆婆表示，陳伯的記性近年不靈光，「有時喺屋企叫佢拎報紙比我，佢見到好似唔知咩嚟，唔識去拎」，她以為長者「唔懂性」是十常八九。直至陳伯兩年前跌倒入院，醫生確診患有認知障礙，級別已屬於中度。

### 6.13.3 照顧情況

#### A. 協助換片、扶抱、執藥

陳伯經常出現幻覺，日夜顛倒，「佢試過半夜 1、2 點起身刷牙，我咪鬧夠鐘訓覺喇，佢聽到就應『係咩，我以為天光要飲茶』」，後來更退化至失禁，需要有朱婆婆協助換尿片。朱婆婆本身都百病纏身，患有高血壓、白內障、胃病等，眼濛還要幫陳伯執藥，平日照顧特別吃力，「佢有時會行嚟行去，但隻腳冇力，好易跌倒，我食飯都要望住佢，有咩就即刻放低個碗衝去扶佢，照顧『唔懂性』真係好辛苦」。

#### B. 缺乏照顧認知障礙者知識

朱婆婆從未讀書，教育程度不高，婚後一直依賴丈夫照顧，包辦一日三餐，「我舊時返工做清潔，夜晚 11 點先放工，成日偏頭痛，先生會煮好飯拎比我，兩個人喺公園食飯」。情景相當浪漫，但自從丈夫確診患有認知障礙症後，二人身份大反轉，朱婆婆無法迅速適應護老者的角色，缺乏對此病的認識，她更誤墮法律陷阱。



朱婆婆在起初未有察覺丈夫出現遊走情況，加上丈夫雙腳乏力，難以應付出入居所必經的樓梯，於是她安頓丈夫後，便如常落街買菜。殊不知丈夫在家中遊走時，不慎撞傷眼睛，流血成河，「我返到屋企問發生咩事，佢只係識答『我唔知啊，我對眼好痛』，連整親經過都唔記得」。為安全起見，朱婆婆每逢出門時都利用背包繩索，在丈夫的腰部套上一圈，然後網綁在睡床欄杆（屬於輕微網綁性質，長者基本活動自如，未有造成瘀傷），「後來義工上門探訪，見到咁嘅情況，喝住要我鬆綁，提醒我咁做係虐老，隨時觸犯法律，要拉去坐監」。

### C. 24 小時貼身照顧

按平常成人步速而言，朱婆婆居所行路至街市，來回需要逾 30 分鐘。朱婆婆明白網綁丈夫的後果後，唯有限定自己出門時間，「我由踏出門口起，就唔可以停腳，喘晒氣咁到街市買菜，半個鐘內要返到屋企，我驚佢會到處走發生意外啊」。

#### 6.13.4 堅持照顧原因

特別的是，積極參加長者地區中心活動的朱婆婆從未考慮讓丈夫使用社區照顧服務，好讓自己騰出時間買菜及休息之餘，刺激丈夫的腦部運作。她表示，自己曾經在內地擔任看護，專門照顧長者，學習過啤牌認知訓練，「我通常會同先生玩 13 張，要記住一樣嘅數字，佢有時記得，有時唔記得，但點都要玩，保持住佢記憶力」，「我係佢老婆，有責任自己服侍佢」。

#### 6.13.5 社區支援網絡

##### A. 長者地區中心

然而，除記憶力外，認知障礙症患者還需要練習專注、計算、語言、空間感等，朱婆婆坦言認識不多，「我先生份人好古怪嫁，唔鍾意參加中心活動，又唔歡喜有人上門做訓練。但如果中心教完我，我再返屋企訓練佢，都有幫助嘅」。

朱婆婆補充，丈夫在確診認知障礙症後，需要期定覆診取藥，但未獲轉介任何社區支援服務。她喜愛結交朋友，經常在公園與其他長者聊天，「我唔識字，要人幫手就要主動同人傾計，傾吓傾吓有人就介紹我知可以參加中心，我就去做中心會員」。

##### B. 首選居家安老

陳伯在訪談完成後不久，因病辭世，反倒讓朱女妹鬆一口氣。陳伯生前反覆進出公立醫院，院方曾建議他入住安老院，結果被朱婆婆破口大罵，「我先生住醫院，姑娘聽到佢有認知障

礙，就已經縛手縛腳話驚佢落床，跌倒難負責，整到對手腳瘀晒嫁。連醫院都咁樣，老人院仲差，唔會守規矩，新聞都有講虐老啦」。對她而言，冰封三尺非一日之寒，偶爾爆出院舍服務醜聞，足以讓家屬失去信心，其丈夫能夠居家終老算是幸福，「佢未過身前聽到入老人院都驚，我咪安慰佢話『放心啦，只要我行得一日，無論幾辛苦都好，都唔會送你住院』」。

### 分析：

1. 對年長護老者而言，缺乏對認知障礙症的知識，容易出現錯誤照顧方法，例如綑綁被照顧者，有機會發生意外，同時誤墮法律陷阱。
2. 護老者及被照顧者同樣主張居家安老，認同政府所指的「院舍照顧為後援」，但年長護老者長年貼身照顧，倍感吃力，需加強支援護老者。

## 6.14 《個案十四》：病患體弱多病成壓力 上門支援能喘息

### 6.14.1 個案背景

常婆婆（化名）78 歲，四年前發現 83 歲的丈夫呂伯伯（化名）記憶力衰退，經診斷後確認患有初期認知障礙，並與家人租住公屋。

### 6.14.2 情緒及心理狀態

#### A. 患者自信不足

呂伯伯在自我介紹期間，一度搞亂自己年紀、說話欠缺條理時，總習慣責怪自己「冇用」。常婆婆直言，丈夫從前的個性明顯較開朗、外向，最愛三五成群打麻將，但確診患有認知障礙症後，逐漸失去自信心，夫婦因而產生磨擦。她指出，丈夫更換防走失手提電話後，經常混淆「接聽」及「掛線」按鍵，「我哋喺「接聽」個制上痴咗貼紙，但佢用咗兩、三年依然分唔到，我出街覆佢電話，佢唔識接就發脾氣，乾脆扮聽唔到馴覺，累我要半路趕返嚟確認安全，結果又嘈交」。

當常婆婆生病時，行動能力不錯的呂伯伯嘗試遞上一杯水，表達關懷，但因方向感錯亂，無法拿取杯子，最終生氣地拋下「我冇用」，獨自衝進房間，不肯出來。呂伯伯趁妻子上洗手間時透露，現時自己說話不清，「我好易囉囉嚟，想幫佢又幫唔到，說話去到嘴唇邊又唔記得咗，太太係保護我嘅最後一條線」。

#### B. 照顧多病患者 精神緊張

常婆婆作為丈夫口中的主要照顧者，眼見丈夫身體弱多病，除認知障礙症外，同時患有胃病、前列腺毛病、心率不正、血壓、眼疾等，需要早晚定時服藥，這讓她照顧更感壓力。呂伯伯有三排藥盒，裝滿一星期的藥物，盒底貼滿服藥次序的手寫紙條，全靠常婆婆負責藥物管理，「每朝起身要空肚食依隻藥，隔半個鐘左右先可以食其他藥，有啲要早餐後食。之後量血壓檢查度數，再按情況食藥。夜晚馴前仲要食多次藥」。她每天早上需花費近一小時，協助丈夫服用藥物。

常婆婆指出，丈夫記不住複雜的服藥程序，「我提佢食完哩粒藥，唔可以食野住，去個廁所出嚟，佢就偷食餅乾，真係好谷氣，我好驚佢會出事」。呂伯伯因心臟毛病住院時，亂拆掛在身上的心跳探測器，「佢喺醫院去完廁所出嚟，亂咁馴人張床，搞到比姑娘投訴，話要縛

住佢，佢比人縛住又會唔高興」。常婆婆本身患有血壓高，得知丈夫的連串行為後，擔心對方的病情會惡化，導致精神更為緊繃，需要服食中藥寧神安睡。

### 6.14.3 社區支援網絡

經過家人的勸說下，常婆婆曾經考慮過不同的長者服務，供丈夫使用。她首要剔除院舍服務，一來丈夫仍然具備自理能力，希望居家安老，二來資助院舍輪候時間長，無力負擔動輒上千過萬元的私營院舍，「我公婆拎長者生活津貼，加埋仔女家用，大約有 9000 蚊，屋租有咗 3500 蚊，扣埋其他開支其實冇咩積蓄」。她補充，醫療照顧開支龐大，「新一年醫療券派發到依家唔夠兩個月，我已經因為感冒睇中醫，用晒 2000 蚊，丈夫就淨返幾百蚊」，若獲現金津貼將有助減低照顧壓力。然而，常婆婆因正領取長生津，故未能申請每月 2000 元的護老者津貼，而她亦從未聽過此津貼的任何資訊。

社區照顧服務方面，社工曾介紹使用長者日間護理中心，但常婆婆不會考慮，因擔心丈夫個性害羞，無法適應小組生活。她續稱，最理想是個別化的服務設計，「我先生好被動，群體生活唔會主動講野，如果有專人上門同佢傾計、做吓認知訓練，佢反而會肯參與，個認知力冇跌得咁快」。而常婆婆現有帶同丈夫參加長者社區中心服務，一般參加寫字、運動班，她指不清楚中心有否提供專門服務認知障礙症長者及其照顧者的活動，但會考慮參加。

#### 分析：

1. 年長護老者照顧的認知障礙長者同時患有五種長期疾病，複雜的藥物管理成壓力源頭，導致精神緊張；而被照顧者會面臨自信不足問題，雙方磨擦不斷，造成惡性循環，顯示休息空間及情緒支援的重要性。
2. 每個認知障礙患者有不同的需要，支援服務需要個別化及具彈性，其中單對單的上門訓練是方向之一。

## 6.15 《個案十五》：資助院舍涉違規 長時間約束認知障礙症患者

### 6.15.1 個案背景

56 歲的魯女士（化名）領取綜援，居住於公屋，並在 2006 年起全職照顧同患有認知障礙症的父母。魯女士的父親劉伯患輕度認知障礙，而患嚴重認知障礙症的母親季婆婆（化名）現年 98 歲。

### 6.15.2 確診過程

魯女士指出，社會從前對認知障礙症的討論不多，自己對此疾病一無所知，未有發現同住的雙親患病。直至父親劉伯在街頭走失，被送到警署後，魯女士察覺到不對勁，便在自負盈虧的機構自費約 450 元安排評估，最終劉伯在 2001 年確診。

劉伯當時患有膀胱癌，小便出血，體質虛弱，魯女士在 2006 年決定全職照顧父母，劉伯亦在一年後離世。後來魯女士陪同母親到公立醫院老人科覆診，在醫生建議作評估檢查，確認季婆婆為嚴重認知障礙症長者。魯女士表示，當時醫生建議為季婆婆使用藥物治療，「我問過佢利弊，佢話好處係緩和腦退化速度，但有啲人食完脾氣會變得暴躁，我接手照顧阿媽冇耐，怕佢發脾氣會湊得好辛苦，所以就拒絕咗」。

### 6.15.3 情況及情緒狀態

父親患輕度認知障礙症，母親患嚴重認知障礙症，但魯女士指父親的退化症狀更為明顯。除走失外，劉伯試過在銀行提取 2700 元，花費其中的 100 元買魚，獲找贖回 20 元，「佢返到屋企，阿媽問佢點解身上得 20 蚊，其餘 2600 蚊冇咗，佢自己都唔記得。直至幾個鐘後我放工，佢先醒起比人偷咗個銀包」。

認知障礙症長者容易缺乏安全感，劉伯離世前曾經入住療養院，面對陌生環境經常感到焦慮，脾氣變得暴躁。劉伯每天坐在一角等待女兒探望，「有次我收到院舍電話，話我爸爸喺院舍打人，要我同意縛住佢。後來發現爸爸因為院舍懷疑佢會偷走，一件小事激嬲佢先會咁」。

魯女士指出，相對於劉伯的情緒、行為及認知變化，季婆婆的認知障礙病徵較為隱性，從未試過遊走及亂發脾氣，「佢短期記性都幾好，有人晏晝問佢野，佢有時會記得朝早邊個子女

帶佢覆診。我有段時間住院，有三個月有照顧佢，見面時佢識得問『阿女，你唔喺住院咩，醫生肯放你出嚟喇』，所以外人係唔知佢有認知障礙症」。

然而，魯女士認為，照顧季婆婆的壓力更大，背後的原因有二。第一、魯女士照顧父親的時間約一年，「當時未知阿媽有病，佢仲有幫手照顧。到照顧阿媽時，我要重新學習，連買磚豆腐都唔識，試過喺街市被誤會係工人姐姐，咩都唔識」。第二、魯女士指出照顧認知障礙症長者需要消耗大量體力及精神，母親在晚間需要使用尿片，高峰期一晚換八條，「我本身同佢孖鋪瞓覺，後來我轉咗返梳化，佢半夜偷偷咁自己去廁所，我都可以叫停佢，結果自己就瞓得唔好」。加上季婆婆的身材圓渾，讓魯女士推輪椅時更感吃力，「佢愈嚟愈重磅，我推佢好辛苦，都試過因為照顧壓力而喊同鬧佢，佢好快冇事」。

為緩和季婆婆的腦退化情況，魯女士有申請過資助日間護理中心服務，一年後獲批，但母親感到抗拒而未有使用服務，「佢覺得似老人院，要固定去中心做訓練，屋企人要避開嗰段時間探佢」。

魯女士表示，季婆婆後來改用自費盈虧的日間服務中心上門服務，每個月自費約 1000 元進行十次服務，「效果都幾好，同佢玩吓啤牌，例如 21 點，媽媽都表現都好享受。本身都想持續參加，但後來媽媽輕微中風先冇用到」。

#### **6.15.4 經濟狀況**

魯女士在全職照顧父母前，經營小生意 14 年，地鋪面積約 100 呎，絕對有能力享受更舒適的生活。但自從魯女士全職照顧父母後，耗盡所有積蓄，「我會行路去隔離區街市買平價廁紙，來回要九個字，為嘅就係慳五蚊，慳嚟比父母可以搭車覆診、參加唔同記性活動」。

魯女士為貼身照顧母親，甘願推掉所有娛樂，「我咁大個女未搭過飛機，從未試過去旅行。以前都有跟教會返國內傳道，但依家都有晒喇」。她補充，之前不清楚有院舍暫宿服務，加上暫宿位數目緊張，需要提早一大段時間申請，故從未使用過相關服務，好讓自己離港數天處理其他事情。

魯女士現靠綜援維生，但她從未後悔當初的決定。她自幼體弱多病，依賴父母的照顧，「我爸爸唔係廚師，佢會四圍學點煮菜，見到我食飯就最開心」。劉伯後期患有認知障礙症，但

從未忘記女兒喜愛吃白飯魚，「佢朝早會去買魚，放入雪櫃又就去買魚，買完又買等我放工返嚟食飯。依家有嫁喇，我大時大節都只係能夠食飯盒」。加上，為尊重父母抗拒聘請傭工的意願，魯女士在魚與熊掌不可兼得下，最終決定放棄多年從商的心血。

### **6.16.5 院舍服務**

魯女士在兩年前確診患有罕見症病，病癥包括眼皮下垂、重影、吞嚥困難、肌肉無力、間中失禁等，無法照顧母親，惟有安排季婆婆入住資助安老院。魯女士指出，院舍擔心季婆婆患認知障礙症，會對陌生環境感到不安，產生遊走行為。加上季婆婆年事高，使用普通拐杖上洗手間時，容易跌倒，故徵求家屬書面同意後安排在晚間使用約束物品。

然而，院舍未有遵守規則，就連在日間也會使用約束物品，直至在家屬探訪時方會鬆開約束物品，「阿媽由晏晝食飯後五點半（被縛）直至第二日我探佢為止，好似入咗青山咁。院舍啲職員話『阿婆，依件衫專登為你而設嫁』，我唔敢出聲，驚佢哋會虐老」。

季婆婆長時間被限制活動自由，情緒變得低落，有次抓緊獨處機會，偷偷問女兒是否不再愛自己，讓魯女士毅然決定不作任何投訴，便安排退宿。季婆婆花費四年時間輪候資助安老院，換來 11 天的住宿期，魯女士感到無奈，「我阿媽雖然係嚴重認知障礙，但佢好乖，通常會靜靜坐埋一邊，從未試過遊走同走失，喺公立醫院住都唔需要用約束衣」。她補充，社會福利署有責任監管院舍使用約束物品的情況，「啲人成日話政府老人院有幾好，殊不知依間質素咁差……我唔係唔比縛媽媽，但一定要有合理時間同情況先縛」。

魯女士現希望再次為母親輪候每月 2000 元的資助宿位，但因她主動放棄宿位，其個案正被列為新申請個案。截至 2018 年 1 月 31 日，輪候資助護養院宿位人數逾 6500 人，魯女士直言，輪候時間過長，「我媽媽都就 100 歲，都唔知可唔可以用多四年去等，依家唯有安排佢入住私人老人院先，暫時由其他家人比住院費，未知長遠有冇壓力」。

分析：

1. 年長護老者患有重病，安排被照顧者入院資助安老院，但因院舍過度使用約束衣物而退宿，反映社署有必要加強監管。
2. 年長護老者照顧認知障礙症患者，耗盡所有積蓄，有必要提供經濟支援。

## 附錄一：訪談大綱

### 背景資料

1. 你平日與被照顧者每天的生活行程是如何？
2. 你們家中其他家庭成員的狀況是怎樣？
3. 我們來談談你與被照顧者的工作經驗，你們退休前是從事什麼工作？
4. 試講述你們平日的經濟來源及生活開支。

### 確診及評估階段

5. 你還記得當初是怎樣發現長者患有認知障礙？
6. 醫生如何確診長者患有認知障礙？
7. 由轉介第一次專科覆診輪候時間需要多長？作腦掃描時間？
8. 長者被評估為的認知障礙級別
9. 當初有否即時接受安老服務統一評估／被轉介任何服務／覆診？
10. 平時有否使用普通科服務？

### 照顧階段

11. 你平均每天會使用多少時間在照顧者身上？
12. 長者平時認知情況試講述你的照顧情況，你每日會如何照料被照顧者？會否覺得辛苦？
10. 你試否曾經因照顧問題與被照顧者／其他人發生爭執？
13. 試回憶一下，照顧認知障礙者患者如何影響你日常社交生活？
14. 你在照顧時曾否因擔心長者情況而失眠、情緒緊張、哭泣？
15. 你面對照顧困難時（體力、走失），平時會如何解決？
16. 照顧開支是多少？有否影響你們的生活？
17. 堅持照顧的原因

### 照顧支援



18. 當面對照顧困難時，你通常會向什麼人/團體求助？（背後原因）
19. 剛才你提及自己的照顧困難，那麼你認為政府／團體可以從那些方面幫助你？
20. 長者有否接受安老服務統一評估機制（背後原因）
21. 現時長者有否使用院舍／暫託／日間護理等服務？
22. 你對現時社區照顧支援的觀感如何；當聽到「安老院」、「暫託服務」、「日間護理中心」、「照顧券」時，你與被照顧者的第一印象如何？
23. 你在什麼情況下會考慮使用上述服務？
24. 如果中心／上門服務專門，專門訓練長者認知能力，你會否考慮參加？

## 附錄二：訪談同意書

### 研究同意書

#### 以老護老－基層年長護老者照顧認知障礙症患者研究 2018

閣下正被邀請參與一項研究，在簽署此同意書前，敬請細閱以下資料。

本會進行主題為「以老護老－基層年長護老者照顧認知障礙症患者研究 2018」之研究，旨在通過了解年長護老者在照顧認知障礙症患者的心路歷程及援助網絡，從而整理出改善/強化相關支援政策的建議。

形式方面，研究員會與合適的護老者訪談，並詳細記錄及匯整訪談內容，作進一步內容分析以供研究用途，有關訪談須知如下：

1. 訪談時間每次約需 1.5 小時，原則上以面對面方式進行，必要時也可能透過電話補問。
2. 受訪者全屬自願參與性質，有權利決定是否參與/退出研究、訪談地點與時間的安排、對各項訪談問題的回覆方式、檢閱並修改回答內容。
3. 在訪談過程中，為了避免資料遺漏或錯誤解讀，研究者有機會使用錄音/筆記，但一切訪談紀錄/錄音均會僅供該研究之用，並會在研究發布後銷毀。
4. 所有受訪者的個人資料會以保密處理，只供本會內部使用。
5. 若受訪者對訪談過程、資料運用及其他事項有疑問，均可要求研究員提供詳盡說明。

如 閣下對是項研究有任何查詢，歡迎致電聯絡（研究員姓名及電話）。

受訪者姓名：

\_\_\_\_\_

受訪者簽名：

\_\_\_\_\_

聯絡電話：

\_\_\_\_\_

日 期：

\_\_\_\_\_