



香港老年學會 主辦



香港社會服務聯會

長者政策監察聯席



協辦

# 2009 年長者高峰會

## 討論內容

人口高齡化與長期護理照顧服務及醫療服務的探討

日期：2009 年 5 月 27 日 (星期三)  
時間：下午一時四十五分至四時三十分  
大會司儀：鍾偉明先生  
討論環節主持：鄧佩玲女士及長者政策監察聯席代表  
大會總結：吳家雯女士

### (甲) 第一個主題 - 人口高齡化與長期護理照顧服務的探討

#### (一) 台上發言

第一個團體 - 長者政策監察聯席  
(講者：梁廣深、何炳昭)

萬物都會老化，我們亦不能擺脫年紀老大身體變壞的定律，當有一天到達不能完全自我照顧的時候就須要有專門的服務及護理照顧，長期護理照顧服務可分為社區照顧服務和院舍照顧服務，今天聯席會集中講院舍照顧服務，而社區照顧服務嘅討論由接下來的團體分享。

現院舍宿位大約有 74/一個(73.685)院舍宿位，非政府機構約佔 22/一個(21.515)，私營機構約佔 52/一個(52.027)。至於院舍宿位的輪候方面，至 2009 年 4 月護理安老院津助院舍的輪候時間為 32 個月，輪候人數 18.175 人，輪候護養院的時間為 40 個月，輪候人數為 6259。早兩個月前，各位都聽到有人在輪候資助護養院宿位時死亡的新聞，在 2008 年，已有 1847

人在輪候時死亡。歸根究底，問題出係邊道。

**(A). 政府亦欠缺長遠規劃**

長期護理照顧涉及醫療及社會服務，政府沒有一個專責部門進行服務協調，管理，規管及支援工作，亦缺乏可調撥資源以確保服務質素，改善及長遠發展，所以安老宿位不夠滿足入住人數。聯席留意政府會撥款增加合約院舍，但宿位只得 200 多個，又當社區照顧服務不足時，只能提供修補式服務，任由有需要長者排長龍等候服務，政府沒有因應長者人口比例的增加而增加各類服務。

**(B). 有關人手短缺方面**

各類服務，尤其院舍，都不能聘請足夠護士。聯席建議政府促請增加登記護士訓練，補救目前的短缺，並承擔責任和多撥資源，因應長者人口，培訓更多護士及前線護理人員，滿足未來需要，還有三個可行方法建議：

- (i). 為曾修讀保健員訓練課程或護老者，因工作條件不理想而離職者，以合理的待遇吸引他們重投長者照顧服務工作。
- (ii). 給予非正規護老者正系統化訓練，為護老者進行資歷認證及給予這批護老者津貼，讓他們可考慮放棄工作在家護老，並將專長服務其他有需要人士。
- (iii). 給有意從事長者照顧服務的待業及失業人士提供有關培訓，並建立有晉升機會的職業楷梯，吸引年輕人成為人力資源。

**(C). 離院醫療服務**

- (i). 長者因病人醫院多時，疾病醫好要出院，但身體還虛，要他們立即回家休養，會帶來病者及家人很多憂慮和壓力，同時亦不能立即申請到家居及社區照顧服務助幫忙。
- (ii). 聯席知道目前有兩個地區已進行離院照顧服務的試驗計劃，我們都想知道有關成效，聯席亦建議當局多留一些護老院緊急宿位，即時接收這一類長者。長遠來說，可建一所中轉復康院舍，讓剛出院的長者病友暫住，待康復健康較佳才回家接受其他社區服務，這樣可減輕醫院床位不足。

#### (D). 院舍宿位短缺

- (i). 資助院舍宿位輪候入住時間過長。聯席建議政府應設法增加資助宿位的名額。據聯席所知，政府亦有探討利用棄置停車場及空置學校改建為資助院舍的建議。但有關討論改建用途是涉及多個部門的決策，有關建議仍未成熟。
- (ii). 另外，有政府部門及立法會議員提議增加改善買位計劃的供應名額，使縮短宿位輪候時間。政府現時透過買位計劃及改善買位計劃向私營安老院舍購買宿位，讓有需要的長者入住。社會福利署發出的《安老院實務守則》內已清楚列明需要的員工種類的人手比例，但限於個別參加「改善買位計劃」的院舍的規模、財政情況、營商策略等各有不同，聯席認為需就院舍營運人手、方法及照顧計劃作出規管。
- (iii). 私營院舍是私人營辦，服務及照顧的質素參差，加上護士人手短缺，私院往往只好聘用保健員代替護士工作。聯席擔心長者未能獲得完善的照顧。加上社署「安老院實務守則」的人手比例，只在不違反法例的要求而聘用最基本人手。對於體弱長者而言，聯席期望政府可調高護理人手比例的要求，讓長者獲得更妥善的優質服務。
- (iv). 聯席建議政府要改善私營院舍巡查及監管工作若發現安老院違規，必須加強懲罰，將不良的安老院舍名單上網。

#### (E). 長期護理融資

- (i). 面對長者人口急速上升，長期護理服務的費用只會有增無減，所以，如何建立有效的長期護理融資是很重要的。聯席認為單靠政府或個人一力承擔，都不是有效處理的方法，政府和個人均應有不同的責任，共同和及早計劃如何供款。
- (ii). 其實，融資的來源，大致有 3 種，第一是全數由市民自己供款，例如購買保險及儲蓄；第二是政府收重稅，然後支付市民的護理費用；第三是市民供一部份，政府補貼一部份。這 3 種方法，那種方法最好呢？
- (iii). 市民自己供款，需要很多錢；政府為全民支付費用，亦是「攞唔掂」；所以，共同供款是較可行的。根據社聯於 2002 進行有關長期護理融資的調查所得，較年青的

長者是有較長時間及較多能力進行供款，並願意承擔責任，當然他們大部份人都認為政府應有牽頭和管理的角色。

- (iv). 那麼，如何分辨那些人負擔得起，那些人負擔不起呢？政府是否應該及早引入資產審查制度，探討共同繳付制度，以攤分長期護理的收費。聯席認為政府應研究市民的負擔能力及將市民分類，實行錢跟人走的方法，提供不同資助額給不同人士。但當中要怎樣處理資產審查？究竟是只審查長者自己，定抑或子女及家人呢？大家可以俾吓意見。

第二個團體 - 西貢將軍澳長者醫療關注聯盟

(講者：劉秉賢)

- (A). 很榮幸有機會代表西貢將軍澳長者醫療關注聯盟就著「人口高齡化與長期護理照顧服務」的議題發表意見。聽到「長期護理」，大家都很容易想到「老人院、送飯服務及日間中心等…」，今日，我想集中時間向這方面反映一些意見，在開始之前，我同大家講一個真人真事的經歷。
- (B). 陳婆婆一直同仔仔、新抱一齊住，仔仔同新抱都需要返工搵錢，至晚上才收工回家，日常起居由陳婆婆幫手打點。有一日，陳婆婆突然中風，並送了入醫院留診 1 個月，出院後，她的左邊身的活動能力減低，需要依賴家人的照顧。在醫院的時候，醫務社工曾替陳婆婆輪候政府院舍，但最少要等 5-6 年，先可以入得到。
- (C). 出院的初時，由於家人在日間需要返工，故日間只剩下陳婆婆一人在家，社工亦已經替她輪候了日間中心，希望好似小朋友一樣返學，有社工及姑娘可以照顧她，但是也要輪候至少半年至 9 個月。
- (D). 陳婆婆的家人只好聘請女傭照顧她，家人的經濟壓力亦非常沉重。過了幾個月，陳婆婆再次中風，身體非常弱，並且需要人貼身照顧，由於家人要返工，未能照顧，所以醫生建議她入老人院，但政府院舍又未排到，所以家人只能安排她到私人院舍住，希望過幾年後，可以入到政府的院舍。
- (E). 講到這裏，我想問一問，在座各位，有沒有曾經有這樣的經歷呢？如果，我們打開報紙，並不難發現一些同陳婆婆有相似經歷的情況，根據報紙的資料，目前累積輪候政府院舍的長者已達兩萬五千人，他們平均要等 6 年才可以入住，每年有一千八百名長

者因為等不到而過身，所以聯盟希望政府可以加建院舍，例如：將一些學校改建成院舍，讓輪候的時間減短，亦免卻了長者左轉右轉院舍的問題。

- (F). 另外，根據張建宗局長在今年 5 月 6 日的答問會議上表示，截至 2009 年 3 月，共有 1044 長者等候日間中心，但在今年才增加 80 個位，即時說，還有 1000 名的長者需要等候 10 個月，在等候的時間，長者可以點算？而西貢區目前仍未有日間中心，長者需要到將軍澳翠林邨才可以享用服務，所以聯盟希望政府能增加社區安老服務，如日間中心和家居照顧服務，這不但讓有需要長者得到適切服務，且能增加就業機會，刺激香港經濟。
- (G). 最後，聯盟希望政府可以在各區增設暫托及短暫住宿的名額，讓一些照顧者可以在有緊急需要外出幾日而暫時未能照顧長者的時候，多一個支援。聯盟希望政府真的能配合長者「居家安老」的心願，而不只是「等待」。

第三個團體 - 全港失智症照顧者聯盟代表  
(講者：李沛葭)

**(A). 在每區特設一個有資助的失智症日間中心**

據社聯在 08 年的問卷調查所得，現時正接受政府津貼服務的長者，包括日間中心和安老院舍的數目顯示，有三份之一的長者是失智症患者，但環顧目前服務的型式，她們所安排的活動都是自願性質給長者參與，而對於失智症長者，根本沒有活動，更不要說訓練和治療。

建議因失智症患者的智力程度不同，如果政府能夠每區特設一個有資助的失智症日間中心，將失智症患者和一般體弱長者分開，加強在日間中心的“訓練”活動，給失智症長者適當的治療和社交生活，真的可以令患者延緩病情，和維持穩定，除此以外，還可以減輕患者對照顧者的依賴，亦可以延遲因照顧壓力或病情轉壞，而入住護養院的需要，甚至有機會達到政府倡議“居家安老”政策的目標。

**(B). 在失智症日間中心內，增強專業人員服務老年癡呆症患者**

- (i). 人手編制上要加設專業的人士協助失智症患者，鼓勵更多專業培訓，為不同的學科例如護士、OT、社會工作者或者醫療保健助理，使他們懂得照料早期，中期和後期階段老年癡呆症病患。

- (ii). 失智症照顧的模式可轉為，由專業人士及非專業人士(照顧者)的運作的模式。
- (iii). 中心不應有年齡限制，只要醫生証實患者患上失智症，便可申請。現時的評估機制沒有特定為失智症而設。故在初，中期的患者用現時的評估機制是不能入到長期照顧服務。

(C). 建議政策配合, 以協助減輕照顧壓力

- (i). 給予照顧者特別津貼，以減輕她們為照顧患者而需要放棄工作，所帶來經濟上的壓力，或在失智症日間中心內，優先聘用合資格照顧者作前線護理員。
- (ii). 政府可考慮類似學券制，給予津貼或向現時自負盈虧的失智症日間中心買位，減輕家屬經濟上的負擔。
- (iii). 延長日間中心的開放時間，希望能與托兒中心的時間相同，區內日間中心服務應可給予家屬選擇。
- (iv). 建議失智症日間中心可撥出一兩層出來做暫住的服務。
- (v). 還要要求政府加強宣傳失智症初,中期不同病徵，令其家人了解並能及早察覺到，而主動尋求支援。
- (vi). 制定老年癡呆症患者有使用復康巴士的權利，以便可以進一步減少費用。
- (vii). 增設護養院名額輪侯期的保留和優先資格條款，給輪侯到了而又未行駛權利的患者；能保留並以優先資格，繼續在家照顧，直至其身體惡化到一定需要醫護照顧或照顧者要求的時候，才入住護養院，以舒緩護養院名額輪侯壓力。

只要配合以上的建議，便可達成這個多贏方案，可見好處至少有以下幾個：

- (a). 令患者得到適當訓練和治療，使病情延緩和維持穩定；
- (b). 減輕患者對照顧者的依賴，照顧者壓力得到舒緩；

- (c). 延遲因照顧壓力或患者病情轉壞，而入住安老院或護養院的需要；
- (d). 適當運用政府資源，不至做成資源錯配，以免有得不償失的感覺，失智症長者在現時政府津貼的日間中心內接受服務，不但錯失了治療的時間，也浪費了政府資源。

長者情緒穩定，而政府的政策又配合適宜，家人照顧能力所及，通常願意共享天倫，這樣，便有機會達到政府倡議”居家安老”政策的目標最後。政府應該開始慎重考慮老年癡呆症患者有年輕化的趨勢，所影響的除了他年輕的配偶，還有在家照顧的幼兒和他日間的工作。希望在座各位，各界，政府官員和協助政府推行有關長者政策的閣下，能夠認真考慮和合力支持，還我們失智症患者應有的權益和治療的機會。多謝！

## (二) 台下發言

1. 私營安老院質素良莠不齊，政府應多監管巡視，在私營安老院設立意見箱，由政府官員開啟，收取護老者意見；亦建議社署進行突擊巡查；並成立多界別巡查隊，成員包括有社署官員，服務使用者、護老者、與行政立法會成員。
2. 政府亦應該監督私院，做好照顧計劃，包括日常護理例如清潔褥瘡，換尿片、物理治療例如按摩運動的內容及次數，同時，亦要求私院的客觀環境及設施都有較佳水平，例如床與床之間的距離、活動空間、燈光、衛生情況，個人情緒關顧等等。若照顧計劃做得好，便可將私院和非政府機構構院舍的質素拉近。
3. 要求政府加強緊急暫托服務的名額，讓護老者可短暫休息：
  - (a). 現時日間護理中心的服務時間短，護老者在中午三、四點就要往中心接長者回家，故要配合在職護老者的需要，長者日間護理中心需要延長服務時間。同時，建議政府每區設立長者日間護理中心。
  - (b). 為配合護老需要，同意為護老者提供適當的訓練，特別是初為護老者更需要接受有關服務以減輕壓力。這個做法亦可創造就業機會。

## (乙). 第二個主題 - 人口高齡化與長者醫療服務的探討

## (一) 台上發言

第一個團體 -長者政策監察聯席

(講者：余焯榮、李立民)

聯席認為，現時的政策及資源都未能照顧到 65-69 歲的長者，即使長者自從 65 歲申請到長者咭，都未能於政府的醫療及福利上受惠。現時 65-69 歲長者，領取生果仍要接受資產審查；就連長者醫療券亦都未能惠及，這都是對長者不公平，而且影響社會和諧。所以，我們聯席認為，政府制定長者的政策時，都應該劃一以 65 歲的人士為準則，才不會令長者之間及社會之間有所分歧。

以下落黎，係聯席對於現時的醫療政策，包括醫療券、長者全民保健計劃、專科門診輪候、醫療融資及公私營醫療合作五方面作出一些意見。

### (A). 醫療券

#### (i). 宣傳教育工作不足

政府自 2009 年 1 月 1 日開始實施長者醫療券的計劃至今，聯席發現有很多長者仍不太了解有關計劃，而且未試如何運用這些醫療券。聯席認為政府的宣傳教育未夠，希望可以加強。

#### (ii). 服務不普及化

現時參與醫療券計劃的診所不夠普及化，由年頭至今，全港五千多個私家醫生診所，只有千多個參與計劃。故此，如與長者相熟的家庭醫生，未有參加計劃，長者只有選擇其他有參與計劃的醫生，就不能令長者及相熟醫生有系統地討論病情及病歷。這是由於計劃有太多行政工作，無論對長者及醫生都增加工作量（例如電腦登記及文件儲存），使計劃不受診所歡迎。

#### (iii). 未能符合長者需要

- 長者醫療券只提供給 70 歲或以上長者，政府漠視了 65-69 歲長者的醫療需要。政府應劃一地推行計劃，對 65 歲以上的長者作出承擔。
- 同時，應該增加醫療券的面額及張數，真正協助長者減輕醫療上的負擔。

## (B). 長者全民保健計劃

### (i). 建議設立長者年度保健計劃

每位過 65 歲的長者，都關注自己的健康，正所謂「預防勝於治療」長者都應該對自己的健康負責任。政府認重視長者的醫療需要，對長者的健康作出承擔，才可真正減輕補救性醫療措施的成本。故此，聯席一直以來，建議政府應設立好似學童保健計劃的長者保健計劃，令每位 65 歲或以上長者，每年都有一次健康檢查。

### (ii). 保健計劃普及化

雖然，現時健康中心都有提供保健計劃，可惜全港十八間的長者健康中心，只能夠提供 3 萬 8 千個名額，相對全港 87 萬長者，是未能滿足到所有長者的保健需要。再加上這 3 萬 8 千名長者，平均要等 38.3 個月才能夠得到一次檢查，聯席認為，政府與可以其他機構合作推出計劃，使長者能廣泛地受惠。

## (C). 專科門診輪候

### (i). 輪候覆診時間長

長者對專科門診的需求大，但是專科輪候的時間真的很長，甚至長至一年半載才能約見醫生見面幾分鐘。這樣不但拖延長者診治病情，更令長者因為未能掌握自己病情，增加病患的壓力。聯席認為，政府必須要增加資源，縮短現時的輪候時間。

## (D). 醫療融資

### (i). 長者退休後有醫療需要

- (a). 2008 年政府曾就醫療融資作出方案諮詢，聯席都同意每人都應該為自己的健康作出自己一分責任。長者在年輕的時候，為社會貢獻了大半生，到年老的時候，亦希望社會會照顧我們的醫療需要。故此，政府不應漠視在醫療上對長者的支援及津助。

(b). 期望政府能平衡各界資源協助長者。

(c). 香港現正面對人口老化的趨勢，但長者並不是社會的包袱，政府應正面承擔長者退休後的醫療需要，政府如何運用各界不同資源亦是十分重要。

## (E). 公私營醫療合作

### (i). 公私營醫療合作

聯席認為公私營醫療合作是醫療體制的其中一個發展方向。聯席關注政府如何監察私營醫療機構的服務質素和收費水平。亦鼓勵私家醫生給予診金優惠或由醫管局補貼差額。最新昨日消息，醫管局董事局醫療服務發展委員會預算於四個區，包括天水圍、深水埗、黃大仙及觀塘，為一萬名病情穩定及慢性病患者提供診金津貼計劃，當中天水圍已進行試驗半年。方法是醫院轉介輪候診症病人到社區上的私營醫療機構繳交 \$45 的金額就可以睇病。每年求診次數不超過 10 次。而醫管局會繼續負擔藥物及化驗費用。另外，委員會亦會於未來三年為一萬名港島東，及新界東正在輪候專科門診病人轉介至私家醫院跟進。聯席認為此計劃實在有可取之處，不但能鼓勵私營醫療機構分擔工作壓力，更可令長者直接受惠，盡快得到醫療服務，避免因專科輪候時間太長而影響病情。

第二個團體 - 香港老人權益聯盟

(講者：吳兆榮、郭矢賢)

(A). 藥物名冊實施，令部份經濟困難的老人需自費購買昂貴的藥物。

(B). 部份老人不懂打電話預約覆診，為此看私家醫生，醫療費用大增，節省食物開支。

(C). 白內障等專科手術輪候時間長，要等兩至三年，時間太長。

(D). 醫療券只有 250 元資助，實際效用不大，很多老人患老人病，需長期覆診，但醫療券一次已用了 4 張 (即 200 元)。

(E). 老人院舍輪候時間長，有老人等候時過世，令老人臨終亦得不到合適的服務。

(F). 高官高薪厚祿，但對貧困長者，輪候院舍長者的需要卻視而不見，不相應增加資源，

反而傾向迫長者用私營醫療服務，自費負擔昂貴醫療及藥物開支。

第三個團體 - 西貢將軍澳長者醫療關注聯盟

(講者：李文傑)

根據香港特別行政區政府統計處發表的《2006 年中期人口》統計顯示：2006 年香港男性的平均年齡是 79。4 歲，女性是 85。5 歲，而百歲人瑞也有一千多人。到 2033 年，估計長者會占全港人口總數百分之 25，即每四個人中就有一位長者。

香港的退休年齡一般是 55 至 60 歲，若以平均年齡計算，一個人在退休後，還有 20 多年的退休生活要過。有經濟能力的人，其退休生活當然可以過得輕鬆，反之，就可能會受到貧病交逼，過得苦不堪然，除非能夠獲得幫助。

《人口老化》是不請自來的。就這個必然催勢，今天我們想在這裡嘗試探討香港特區政府對《長者醫療服務》有何不足之處，並希望能夠集合在座各位的智慧和經驗，提出一些具體解決或舒緩辦法，向有關當局反映一下。

其實目前特區政府在《長者醫療服務》方面，確有很多不足之處。但長期以來我們覺得比較有逼切性的不足和訴求，有以下 5 點：

- (A). 牙科服務半天吊 -- 現在只有脫牙，沒有鑲牙及補牙，有頭無尾。所謂“病從口入”，口中無牙就好像對食物進口不設防，不能把食物咬碎就進入體內，無論對營養的吸收或腸胃病的發生，都有直接或間接影響的健康下滑，從而做成另類病患的衍生，更直接增加政府的負擔。故我們建議：儘快增加鑲牙及補牙服務。
- (B). 專科（特別是眼科）門診 輪候時間太長 - 例如：老人家最常患的是“白內障”，現在的切除手術排期，往往需時兩三年，在此漫長的輪候期間，由於視力影響，不論在家或出街，都會有發生意外的危險，間接增加患病率及增加政府的醫療負擔。我們建議：縮短門診輪候時間至一年內。
- (C). 藥物缺乏中文標籤 -- 現在的藥包只有英文藥名，中文用量和預警；獨缺中文藥名，藥用功能，副作用等。這對病人來說，會產生不必要的疑慮。我們建議：儘快加上中文藥名和功能等標籤。

- (D). 醫療卷金額不夠，參加醫生太少，250 元只夠看半個專科的費用 - 這是我們“老友記”對這個試驗計畫的初步反應。我們建議：在檢討這計畫時，把金額增加至一千元，數量為一百元面額十張；並鼓勵多些醫生參加，及簡化登記程序。
- (E). 按 2008 年政府統計：長者人口有 1,208,900 人，並預計至 2030 年長者人口增加至 1,824,300 人。然而死因裁判處 2001 數據顯示有 270 名 60 歲以上長者自殺，平均每 32 小時便有一名長者自殺，自殺率是 14.7%，而抑鬱症正是自殺成因主要因素之一。此外，從衛生署 2006 的統計數據顯示，70 歲以上的長者有 70 萬人，而當中有 10% 的長者患有不同程度的痴呆症。
- (F). 為長者晚年健康福祉，是政府的責任，然而整體針對長者對精神科的需求，我們愈來愈覺得對支援的不足，我們建議：由港九各醫院開始，盡快逐步把精神科納入每一間公立醫院，此外，我們特別見到將軍澳西貢區的醫療支援配套的不足，舉例單以統計處數字顯示將軍澳西貢區 65 歲或以上的人口有 33508 人，卻沒有老人精神科門診的支援，故我們建議政府應加快加入精神科門診，於將軍澳西貢區。

## (二) 台下發言

- (1). 醫療券需擴濶至 60-69 歲的長者，讓他們同樣得到受惠。如區內沒有參加計劃的醫生，長者需要跨區看病，對行動不便的長者很有大困難，政府需增加宣傳；醫療券亦應該增加至 10 張，每張 100 元。
- (2). 現時有部份醫管局的聯網已進行一站式綜合醫療服務，方便長者不需到不同醫院，為不同的長者病患進行覆診。但一站式綜合醫療服務不是在每個地方執行。我想問究竟在那個聯網有這個好做法，未做的聯網會有何做法，方便長者覆診。我建議醫管局應舉行類次今日嘅高峰會，講解醫管局新措施和發展。
- (3). 長者一般都會睇中醫，現時有部份醫管局的聯網已設立中醫藥診所服務，有些只有睇病不包括中药，有些會有理睇病及中药，而又有些聯網沒有設立中醫藥診所服務。我想問醫管局會否在每個聯網都有中醫藥診所服務，讓長者有中醫服務的選擇，而診症收費如何。我同意剛才發言嘅朋友所講，建議醫管局應舉行類次今日嘅高峰會，講解醫管局新措施和發展。

- (4). 要求長者醫療半費優惠，因長者期病患較多，藥物價錢不同，長者經濟壓力很大。
- (5). 藥物名稱加入中文標籤，以符合一般長者的能力。
- (6). 白內障手術：現時輪候時間長，希望可縮短。
- (7). 現時只剝牙不作口腔疾病治理及補牙，配套不完善，建議訂立長者牙科保健服務。
- (8). 老人精神科：長者精神科服務嚴重不足，建議加強有關服務。
- (9). 失智長者服務：- 失智症長者在院舍時可能給護理員綑着手，令家人痛心，台下參加者質疑是否有綁手的必要？ 02 年政府推出失智症先導計劃，完結後未見延續。現時失智症長者人數不斷增加，建議先收集失智長者人數，然後製訂合適政策，開展服務，方可舒緩家人的壓力。失智症者在不同地區看病，檢驗不同，藥物也不統一。現時簡短智能測驗(MMSE)便沒有跟進，建議增加記憶診所，加強服務。
- (10). 中風長者輪候護養院時間，家人的責任很沉重，需要中風護理培訓及支援津貼。

### **其他意見**

大會每年舉行高峰會，我都有參加，但我認為質與量似乎每年都下降，我認為每次長者提及的意見都好好，可惜是次活動開中政府代表於開幕儀式後便離開，未能聆聽長者真正的聲音，是不是需要發起簽名行動，約到有多個政府代表都願意到場，我們才進行這類有價值的表態呢？！我們的意見應得到重視。

### **梁萬福醫生回應**

雖然政府代表提早離開，長者高峰會仍有其獨特的價值。高峰會的意義在於長者自由發表意見，應每年持續舉行，成為每年重要活動，以製造長者聲音力量。政府各部門應要出席，予以重視；期望社會服務機構支持呼應，共同建立長者倡議平台。

## 大會總結 (吳嘉雯)

1. 長者表現：長者高峰會愈見進步，因為每個環節的主持皆由長者擔任，此外發言長者有水準，表現主動進取。
2. 政策方面：
  - 社會未來規劃應要配合長者的增長。
  - 應發展預防性醫療。
  - 長者十分關心融資的安排、資源的分配及運用、醫療券的效用及長者失智症服務的加強。
3. 服務方面：
  - - 長者十分關注服務的不足，項目包括：老年精神科服務、牙科、眼科、護老者服務、長者保健等。
  - 現時護士不足，應吸引年青人加入護理行業，並加強專業人員的培訓。
  - 日間中心服務與實際需要不配合。
4. 監察工作：
  - 加強私營安老院的巡查，並設家人意見箱，由社署稽查。
  - 拉近政府津貼及私營安老院的服務水平。
  - 避免有長者在院舍被網的情況。

(完)