

醫院管理局  
長者醫療服務策略



醫院管理局  
HOSPITAL  
AUTHORITY



封面的設計靈感來自銀杏葉。  
銀杏象徵長壽、希望及平安，  
代表我們對長者的尊重和祝福，  
以及對醫療服務的寄望。



# 目錄

1	序言 .....	2
2	鳴謝 .....	3
3	摘要 .....	4

## 第一部份 綜論

4	引言 .....	11
5	醫管局《長者醫療服務策略》的範疇 .....	15

## 第二部份 背景及近期發展

6	香港長者醫療服務的需求 .....	17
7	長者醫療服務概覽 .....	25
8	醫院管理局長者醫療服務的總體挑戰 .....	32
9	醫院管理局長者醫療服務的現有挑戰 .....	34

## 第三部份 長者醫療服務策略

10	新的策略方向（對醫管局長者醫療服務的願景） .....	41
11	策略成果（要達致甚麼） .....	44
12	策略目標（向何處邁進） .....	45
13	優先項目（如何達致目標） .....	49
14	長者醫療服務五年計劃 .....	64
15	策略推行 .....	69
16	監察及持續檢討 .....	75

## 第四部份 附錄

附錄一	醫院管理局長者醫療服務策略工作小組 .....	77
附錄二	外聘顧問 .....	79
附錄三	擬稿諮詢 .....	80
附錄四	詞彙表 .....	83
附錄五	參考書目 .....	86



# 1 序言

醫院管理局（醫管局）制訂了《長者醫療服務策略》，作為一個策略性框架，為未來五年的長者醫療服務發展提供指引。

人均壽命的延長是香港一項值得驕傲的事。然而，這同時帶來重大的挑戰。人口老化導致醫療需求急升，社會對醫療服務質素和安全的期望亦不斷提高。因此，醫管局認為現在正是為長者醫療服務訂立全新願景和策略優先項目的適當時機。

本框架着重與不同專業人士的合作，加強鑑辨高風險或病情複雜的長者，並提升綜合護理水平。此外，亦致力增強病人和照顧者的自我疾病管理能力，以及促進各伙伴機構在長者護理方面的合作。我在此向所有參與制訂這份文件的員工和持份者，致以深切謝意。

《長者醫療服務策略》將有助醫管局醫護和行政人員在規劃服務的過程中，循着共同的方向制訂計劃，藉着於各服務提供點提升護理的水平和質素，向長者醫療服務的願景邁進，改善長者的安康，讓他們樂享頤年。



行政總裁

**梁栢賢醫生**



## 2 鳴謝

醫管局《長者醫療服務策略》根據《2009至2012年策略服務計劃》的建議，旨在就本港目前及將來長者醫療服務發展會面對的挑戰作出規劃，並盡量抓緊在服務發展上可預見的契機。

我們在此特別感謝醫管局長者醫療服務策略工作小組的指導，以及前線醫護人員的寶貴意見，他們對實際情況的了解，為本框架奠定良好的基礎。此外，外聘顧問所給予的國際視野和見解，也是成功制訂本框架的關鍵。我們亦衷心感謝老人科小組委員會成員，在過去數十載不斷提供專業技巧和知識，照顧醫管局的年長病人。

在兩個月的諮詢期內，我們收到四十份來自個人和機構的建議；此外，我們亦與病人、照顧者、非政府機構及私人安老院舍代表會面。多謝各界人士積極參與，撥冗回應。我們仔細研究了所有建議和意見，並盡量將之收納在本服務策略框架內。

雖然本框架主要關注年長病人的身體醫療需要，但我們同樣關注他們的精神健康需要。醫管局將會在制訂未來服務策略的優先次序中，考慮研究長者的精神健康需要。



策略發展總監  
**羅思偉醫生**



聯網服務總監  
**張偉麟醫生**



### 3 摘要

---

本《長者醫療服務策略》於 2012 年出版，訂立了一個策略性框架，為醫管局未來五年的長者醫療服務發展提供指引（下稱「框架」）。

本框架着重透過提供跨專業的護理服務，增強病人和照顧者的自我疾病管理能力及促進與夥伴機構的合作，為有需要的年長病人提供最佳的綜合護理。

制訂本框架的工作始於 2010 年，並由專家工作小組監察進行。工作小組的職權範圍如下：

- 檢討現時對醫管局長者醫療服務的需求及預計未來的發展；
- 制訂策略及服務優先次序，以應付未來五年可能出現的供求失衡情況；
- 就未來的服務模式提出建議，以加強長者醫療服務的質素和成效。

小組在制訂本框架的過程中，廣泛邀請病人、照顧者、醫生、專業團體、政府和非政府機構參與，以交流意見、集思廣益。

醫管局為長者醫療服務訂立的願景和使命包括：

**願景：提升長者護理服務的水平 and 質素，以促進長者的身心健康，使能樂享頤年。**

**使命：在醫院、基層及社區層面提供連貫和高質素的護理，以確保長者獲得切合其需要的醫療服務。**

為應付未來五年將面臨的挑戰，包括：(i) 管理與日俱增的長者醫療服務需求；(ii) 確保服務質素及安全；及 (iii) 維持足夠具備長者護理技能的工作團隊，醫管局將致力達致以下五個長者服務策略成果：

- I 為年長病人提供適時、適切及方便的優質綜合護理服務，以切合他們的需要。
- II 加強年長病人及其照顧者的能力，使他們成為醫護伙伴，積極參與自身的健康護理。
- III 加強與各方伙伴的合作，提升與機構的協調及服務的連貫性，以改善對年長病人之護理及其照顧者的支援，和提升他們的健康成效。
- IV 培養技能純熟、積極幹練的工作團隊，以應付數目與日俱增的年長病人的需要。
- V 支援病人及員工持續改善長者醫療服務，並於可行的情況下善用資訊科技加以輔助。

為實現上述長者醫療服務的願景和成果，工作小組制訂了以下五個主要長遠策略目標：

- 1 發展橫跨醫管局體系的跨專業長者綜合醫療服務
- 2 促進以病人為中心的護理，與病人及照顧者成為合作伙伴，鼓勵他們主動參與護理過程
- 3 加強與其他服務長者的非醫管局機構合作
- 4 加強人力資源及培訓
- 5 發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

為達致各項目標，醫管局需要推行多項措施和優先項目。這些措施的暫擬推行時間表已載於本框架的第十五節，現簡述如下：

## 目標 1

### 發展橫跨醫管局體系的跨專業長者綜合醫療服務

#### 醫管局將會：

- i 發展**系統化**的長者綜合醫療服務；
- ii 為被鑑辨為高風險的年長病人進行**綜合病人評估**，確定他們入院後的特別需要；
- iii **及早進行出院規劃**及制訂**個人化護理計劃**，為需要經常照顧的年長病人提供更佳的護理規劃；
- iv **促進跨專業服務的協調**，為患有慢性疾病及病情複雜的年長病人提供更佳的支援；

- v 為患有慢性疾病及病情複雜（如慢性阻塞性肺病、慢性心臟衰竭及中風）的年長病人，提供循證**復康護理**，協助他們盡快復原及重返社區；
- vi 加強**綜合社區護理服務**，以便醫管局不同專業的醫護人員各司其職，為年長病人供適時協調的評估和照顧。

## 目標 2

**促進以病人為中心的護理，與病人及照顧者成為合作伙伴，鼓勵他們主動參與護理過程**

**醫管局將會：**

- i 在醫管局不同服務層面，倡導尊重年長病人**尊嚴和自主權**的文化，如聆聽他們對護理的關注，並**推廣病人為醫療夥伴的概念**；
- ii **促進**與年長病人及其照顧者的**溝通**，並加強資訊互通，讓其**參與及共同作出有關護理的決定**；
- iii 協助病人自強，促進慢性疾病的**自我管理**，讓年長病人、其家人及照顧者在社區更能處理出院後的護理、風險因素及急性病發情況。

## 目標 3

**加強與其他服務長者的非醫管局機構合作**

**醫管局將會：**

- i 改善**與社區伙伴的服務網絡**，包括基層醫生、衛生署的長者健康服務以及非政府機構等，為年長病人提供更連貫和適切的過渡期護理；
- ii 與社會福利署、非政府機構及私家醫生合作，進一步為**安老院舍**的長者提供**更佳的長期護理**；
- iii **與衛生署及其他持份者合作**，制訂**長者基層醫療的策略**，確保未來的基層醫療發展顧及長者的不同需要。

## 目標 4

### 加強人力資源及培訓

#### 醫管局將會：

- i 因應人口老化的影響進行**人力規劃**，預測醫管局長者醫療服務的需求，並協助發展和提供足夠的專業人手；
- ii 為醫管局各類職系包括醫生、護士、專職醫療人員及其他醫護人員**設計及舉辦特定的教育及培訓課程**，向他們介紹此框架及醫管局長者醫療服務的最新發展；
- iii **改善從事長者護理工作人員的培訓及持續專業發展**，例如舉辦技能培訓課程、臨床實習及師徒式培訓。醫管局將向員工推廣老人專科知識和專長，使他們能掌握長者護理所需的技能；
- iv **傳達社區長者服務的資訊**，讓醫管局員工能更有效推動年長病人及其照顧者的參與，並提升他們的自理能力。

## 目標 5

### 發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

#### 醫管局將會：

- i 制訂及推行議定的**準則、轉介流程及護理常規**，並把這些納入「長者急症治理」計劃中，讓公立醫院的服務能有效及適切地回應年長病人的需要；
- ii **研究制訂質素指標**，在相關範疇與醫管局醫院認證計劃銜接，就急症、復康、過渡期護理及社區服務的成效表現設定基準；

- iii 就醫管局醫院及設施的**未來規劃**及發展制訂指引，確保在環境設計上考慮到年長病人的需要，例如一些年長病人經常遇到的難題，包括缺乏平衡力和耐力、感官障礙、容易迷路及於陌生環境容易出現混亂等；
- iv 在非醫管局的長者護理設施(包括安老院舍)，倡導及推廣**更高質素的長者護理標準**，並以醫管局作為社區的模範標準；
- v 在可行情況下**善用醫管局臨床資訊管理系統的發展**，以支援和改善護理服務的連貫性及質素，並提升效率。

## 醫管局《長者醫療服務策略》的推行

這份框架文件對改善醫管局的長者醫療服務，有催化促成的作用。改善長者醫療服務的成功與否，有賴各持份者悉力籌劃，以推行上述策略方向及優先項目。本框架會跟醫管局的周年工作規劃連結起來，以便申請實施各項措施所需的資源，以及進行監察及檢討，以確定其改善年長病人健康的成效。



第一部份

---

# 綜論



## 4 引言

---

人均壽命的延長是香港的其中一項成就。然而，這同時帶來重大的挑戰。生育率下降，但人均壽命延長，導致長者人數增加，造成人口結構上的轉變。然而，這情況並非香港獨有——事實上人口老化是全球化的現象，正正需要本地、國家和國際社會的正視和行動<sup>1</sup>。

隨着人口老化，非傳染性疾病成為世界各個地區導致疾病、傷殘和死亡的首要成因<sup>1</sup>。很多非傳染性疾病都是可以預防或延遲發病的，制訂創新和切合時宜的政策，加上為長期疾病作出規劃和管理，都有助應付與日俱增的醫療服務需求，以支援醫療服務的可持續發展。雖然人口老化會增加醫療服務的需求，但只要各界通力合作、及早規劃，並發展循證和適合當地文化的服務，醫療系統將會有足夠能力應付人口老化所帶來的經濟衝擊<sup>1</sup>。

在傳統觀念上，年經常與退休、疾病、弱勢和依賴等詞彙相提並論，然而這已是過時的想法，而且不能反映現實。事實上，很多人在晚年時仍然十分獨立。世界各地的醫療系統正朝向全新的護理模式邁進，視長者為這個無年齡界限的社會的一份子，能為社會發展作出貢獻，並同時獲社會的回饋。很多人雖然年紀漸長，但仍享受健康豐盛的人生；至於患病的長者，我們照顧他們的模式，應着重其生活質素和獨立自主。

---

<sup>1</sup> 世界衛生組織 (2002)。Active Ageing: A Policy Framework.

## 有關醫管局《長者醫療服務策略》

醫管局《長者醫療服務策略》以食物及衛生局局長在《創設健康未來》報告（2005）所訂的政府路向為依歸，為醫管局訂定了四個優先服務範疇：

1. 急症和緊急醫療服務；
2. 為低收入人士及弱勢社群提供服務；
3. 需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病；以及
4. 培訓醫護專業人員

這份《長者醫療服務策略》的工作始於 2010 年，並在專家工作小組的指導下制訂而成的（**附件一**）。小組由醫管局聯網服務總監及策略發展總監出任聯合主席，成員均為局內參與長者醫護服務的專業人員。工作小組的宗旨是檢討醫管局現行的長者醫療服務和評估其未來服務需求，並就醫管局及各醫院聯網未來五年的主要服務路向和優先項目提出建議。



鑑於長者醫療服務需求與日俱增，我們在《2012 至 2017 年策略計劃》內，將長者醫療服務列為優先發展項目之一。小組在制訂此框架的過程中，廣泛邀請病人、照顧者、醫生、專業團體及政府和非政府機構參與，以交流意見、集思廣益。

為更有效評估服務現況，項目團隊進行了 25 次實地視察，範圍包括醫管局轄下的急症服務、延續護理服務、非住院醫護服務和社區護理服務設施（如老人科日間醫院和外展服務），以及資助和私營安老院舍等。並與逾 100 名來自不同護理範疇（包括急症室、家庭醫學、內科、老人科、骨科、精神科等）的前線醫護人員進行會議。



此外，我們為年長病人和照顧者舉行論壇，以進一步了解其使用醫管局服務的意見和體驗。在海外老人科專家（附件二）的協助下，我們於 2010 年 7 月舉辦了長者護理工作坊，參加者包括逾 60 名來自醫管局不同專科的醫生、護士、專職醫療人員，還有衛生署、社會福利署（社署）及非政府機構代表等，共同探討所提出的問題及就未來服務發展路向提出建議。為取得前線員工的廣泛參與和支持，我們隨即舉辦研討會，當中約 120 名專業人員探討本港長者醫療服務的趨勢和發展。在 2011 年 2 月，我們舉辦了第二輪工作坊，有 150 名醫管局同事參與，共同研究框架的具體措施和目標成果。最後，作為策略發展的一部分，我們亦向食物及衛生局、勞工及福利局、社署和安老事務委員會作出介紹，諮詢他們就提供長者醫療服務方面的意見。

由 2011 年 8 月 31 日起，我們向局內職員及醫療福利界持份者、病人組織和照顧者團體等，發放醫管局《長者醫療服務策略》擬稿，以作諮詢。此外，在 2011 年 10 月，我們安排了六個諮詢小組會議，進一步諮詢非政府機構、私營安老院舍經營者、病人和照顧者的意見，並於 2011 年 10 月 31 日完成諮詢工作。工作小組仔細分析和討論收集到的意見，並把它們納入本框架中。

本框架將有助確保市民隨着年齡漸長，仍可維持強健體魄、幸福安康和獨立自主的生活；並且在需要醫管局的相關服務時，可獲得迅速、連貫、高質素的治療和支援。



## 5 醫管局《長者醫療服務策略》的範疇

這 2012 年刊的《長者醫療服務策略》確立了策略性方向，為醫管局未來五年或更長期的長者醫療服務訂立指引。這是醫管局的一項服務策略框架，因此內容並不包括其他界別如公共衛生、私營機構、政府、非政府機構及獨立機構的服務發展。然而，由於醫管局是本港的主要醫療服務供應者，本框架在適當地方會提及個別機構的服務。

本框架的目標是透過預測醫療服務的需求，制訂有系統的方法，以促進服務發展和提升質素。本框架從宏觀層面闡述醫管局和其轄下的各個醫院聯網所應遵行的服務發展方向，以應付現時年長病人的問題，以及未來數年所面對的挑戰。因此，它將不會闡述有關服務的實際執行細節。

而工作小組考慮到長者的精神健康、特別是老人痴呆症的重要性，認為將其在另外的服務策略文件中作詳細討論較為恰當。

### 長者的定義

為方便規劃，我們一般會界定長者為 65 歲或以上的人士，但我們清楚以年齡界定長者的需要並非萬全之策。長者並不是千遍一律的群體，每個人的老化歷程亦不盡相同，因此我們要先評估個別需要才可提供服務，而不能單單以年齡作標準。

為此，本框架沒有為「年長」或「長者」作出絕對的定義，但當闡述某些重點時，我們仍會指出特定的年歲。

A high-angle, close-up photograph of a sandy beach. A series of footprints, likely from a person walking, are visible in the sand, leading from the foreground towards the ocean in the upper left corner. The sand is a warm, golden-brown color, and the lighting creates soft shadows within the footprints. The ocean is visible in the top left corner, with white foam from waves meeting the shore.

第二部份

---

## 背景及近期發展



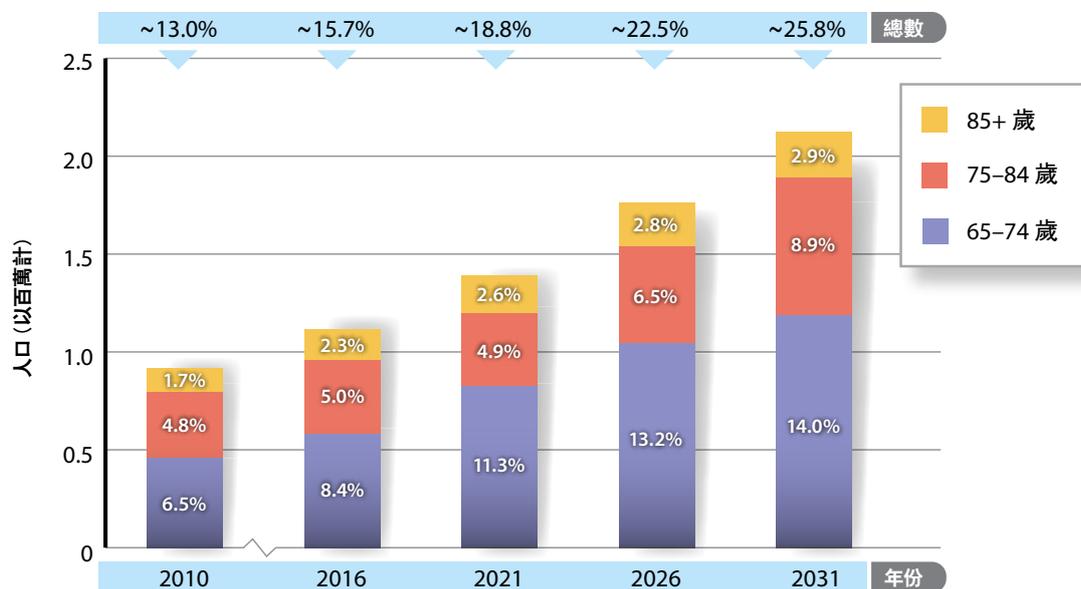
## 6 香港長者醫療服務的需求

### 長者人數

香港人口迅速增長，預計在2016年，人口會由現時707萬人上升至744萬人，增幅達5%。約三份二的增長來自65歲或以上人口的增幅。

在2010年，香港約有91萬人為65歲或以上的長者，佔總人口約13%。然而及至2016年，預計這數字將攀升至117萬人（即總人口約16%），2031年前則將攀升至218萬人（佔總人口約26%）（圖一）。值得注意的是，85歲以上的人口將由2010年的118,800人增加至2016年的168,900人，以及2031年的244,400人，增幅分別為大約42%及106%<sup>2,3</sup>。

圖一：香港65歲或以上的人口預測及各年齡組別佔總人口的百份比（2010年至2031年）



<sup>2</sup> 香港政府統計處網頁 2010 年的人口推算（瀏覽日期：2011 年 7 月）。

<sup>3</sup> 香港政府統計處（2011 年）：香港 2010-2039 年人口推算。

香港人口結構轉變的主要成因，是人均壽命的延長。在 2011 年，香港男性的預期壽命約為 80.2 歲，女性為 86.4 歲，是全球人均壽命最長的地方之一。預計在 2016 年，男女的人均壽命將分別上升至 81.1 歲和 87.3 歲<sup>4</sup>。

為規劃服務，我們需要考慮到兩性預期壽命的差別，導致年長女性比年長男性多。例如在 2010 年，65 至 69 歲的男性和女性比例為 1.1，但 85 歲或以上的比例已下降至 0.5<sup>5</sup>。這無疑為長者所面對的疾病和所需提供的服務，予一定的啟示。

香港政府強調，人口急速老化和醫療服務需求隨之上升，將成為現今醫療系統，尤其是公共醫療系統所面對的其中一項重大挑戰<sup>6,7</sup>。

## 長者人口的住屋安排

長者居住在不同的環境，可影響他們在社區的融合及接受支援的程度，繼而影響個人的安康。居住在一般家庭的長者可自由選擇參與不同的社區活動；而與家人或朋友同住的長者，更能彼此支持和照顧。相反，獨居長者一般須尋求家庭以外的支持，而居住在院舍的長者亦相對缺乏社會網絡的支援。

根據統計處的資料，2006 年居住在家庭的 65 歲或以上的長者住戶佔香港人口約九成，當中約 13% 為獨居長者，而餘下的一成則為非家庭住戶（主要居住在安老院舍）。隨着年齡增長，居住在非家庭住戶的 85 歲或以上長者的比率將增至 33%，而獨居長者則約佔 18%<sup>8</sup>。

<sup>4</sup> 香港政府統計處網頁：2010–2039 年的推算香港人口生命表（瀏覽日期：2012 年 5 月）。

<sup>5</sup> 香港政府統計處網頁有關 2010 年中的香港統計資料、人口及生命事件、按年齡組別及性別劃分的人口（瀏覽日期：2011 年 7 月）。

<sup>6</sup> 食物及衛生局（2008 年）。《掌握健康，掌握人生》醫療改革諮詢文件。

<sup>7</sup> 食物及衛生局（2010 年）。《醫保計劃，由我抉選》醫療改革第二階段公眾諮詢。

<sup>8</sup> 香港政府統計處網頁 2006 年中期人口統計（瀏覽日期：2011 年 7 月）。

人口的增長和老化，預示獨居、非家庭住戶及缺乏支援的長者將會對社區支援和出院規劃有更大的需求。

## 香港長者的自我健康觀念

在香港，很多長者仍然十分健康、活躍和獨立自主，他們很少或根本毋須依賴醫療和社會服務。但一般來說，年齡增長與病痛增多、失去自理能力和身體機能受損有關。

自我評估健康狀況實有助於預測未來的醫療需要。根據香港政府統計處於2009年年終進行的健康研究調查顯示，約12%的65歲或以上香港居民評估自己健康的狀況為「欠佳」，相對15歲或以上居民則只有3.8%。此外，約三份之一的65歲或以上人士認為自己的健康狀況較十二個月前為「差」或「很差」<sup>9</sup>。

很多65歲或以上的人士評估自己健康的狀況為「一般」至「極佳」，情況雖然令人鼓舞，但當中大部份人士指出其健康相比十二個月前為差。

---

<sup>9</sup> 香港政府統計處(2010年)：主題性住戶統計調查第45號報告書。

## 長者及慢性疾病的患病率

很多人認為患上慢性病是老化過程中的一部份，但這並非無可避免的，而且很多人年老時並沒有患上任何慢性病。然而，政府統計處最近進行的一項研究指出，60歲或以上在社區及院舍居住的長者中，分別有70%及97%患有慢性病<sup>10</sup>。

60歲或以上在社區居住的長者中，29.8%患有一種慢性病，19.5%患有兩種慢性病，而21.0%則患有三種或以上。至於60歲或以上在院舍居住的長者，則有15.9%患有一種慢性病，26.0%患有兩種慢性病，55.2%患有三種或以上。這些數據顯示，在院舍居住的長者（81.2%）較常患有多種疾病，而只有少過半數（40.5%）在社區居住的長者有此情況。（這些觀察可能受兩個組別的年齡結構差別所影響）<sup>10</sup>。

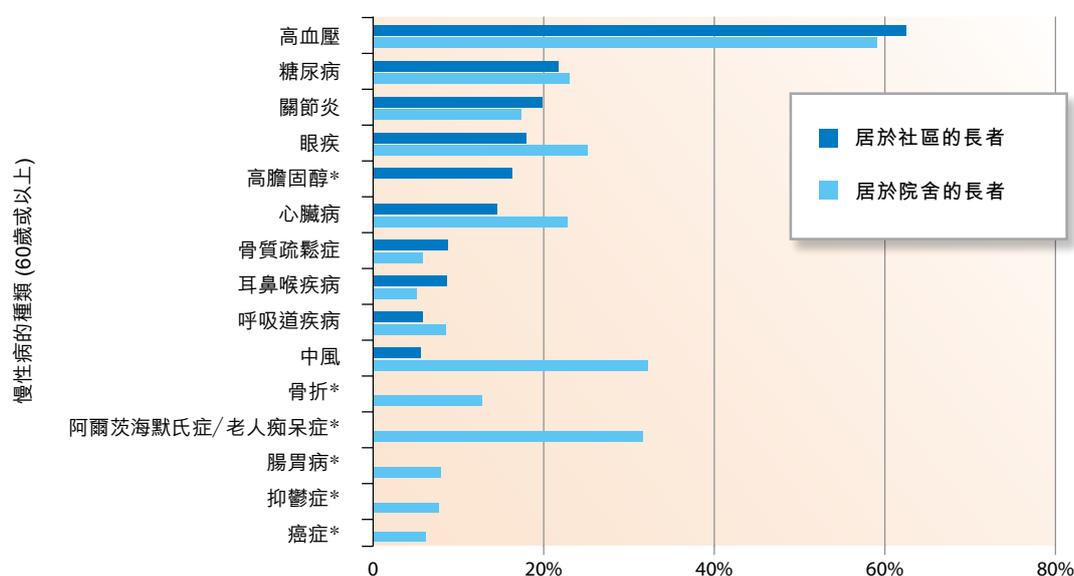
在社區及院舍居住的長者最常見的慢性病為高血壓（分別為62.5%和59.1%）；對於在院舍居住的長者而言，中風（32.2%）和老人痴呆症（31.6%）分別為第二和第三位最常見的慢性病。至於60歲或以上在社區居住的長者，糖尿病（21.7%）和關節炎（19.9%）則較為常見（圖二）<sup>10</sup>。

其他影響長者的慢性狀況還包括失禁和營養不良，雖然並非與年紀有關，但往往是其他年齡相關因素的副產品，如多重用藥（同時服食多種藥物）。失禁是令人困擾的，至今亦影響為數不少的長者，尤其是在院舍居住的長者，但此情況是可以治療的。本地的一項研究顯示，在統計前一星期，60歲或以上在院舍居住的長者中，約54%曾經歷尿失禁及52%曾經歷大便失禁<sup>11</sup>。

<sup>10</sup> 香港政府統計處（2009年）。主題性住戶統計調查第40號報告書。

<sup>11</sup> 香港政府統計處（2010年）。主題性住戶統計調查第45號報告書。

圖二：60歲或以上在社區及院舍居住的長者自我呈報的慢性病患比率



資料來源：香港統計處主題性住戶統計調查第40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。2009年8月出版

\* 資料不詳

有關主要死亡成因的分析顯示，癌症、心臟疾病、肺炎、中風、呼吸道疾病和腎病均為65歲或以上長者的主要致命原因（2009年），佔此年齡組別的死亡率達八成<sup>12</sup>。

## 醫療服務使用情況

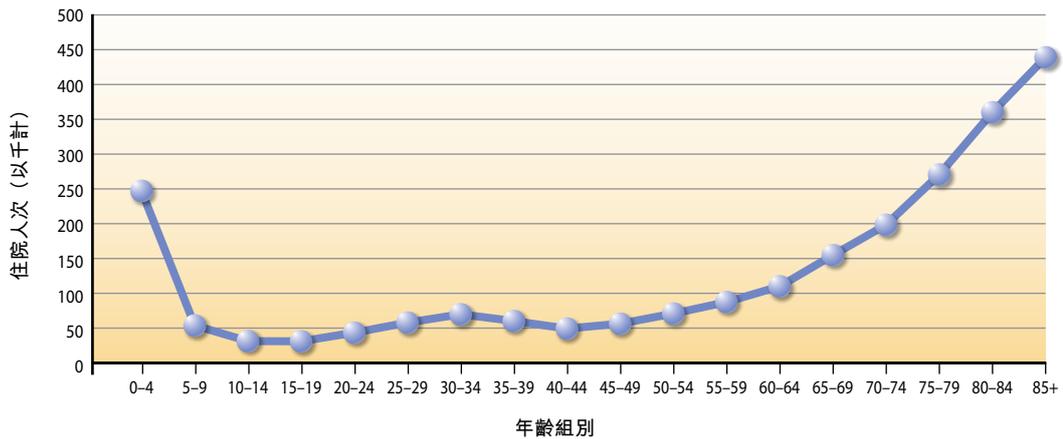
基於上述原因，長者成為醫療服務的主要使用者。如下圖所示（圖三），65歲或以上長者的醫療服務使用率近乎幾何級數躍升。在醫管局提供的各項醫療服務中，65歲或以上長者的住院風險大約為非長者（65歲以下）的4倍<sup>13</sup>。除了長者入院人數上升外，他們所患的疾病亦較為複雜，這無疑為公共醫療系統構成更大的負擔。在2010年，65歲以下非長者的一般專科病床使用率為每一千人1.3張；但65歲或以上的長者則為每一千人11.8張，比非長

<sup>12</sup> 香港衛生防護中心網頁：生命統計數字「按致命疾病類別、性別及年齡組別劃分的死亡數目」（瀏覽日期：2011年6月）。

<sup>13</sup> 醫管局管理系統（2010年）。

者病人高出 8 倍。按照現時的服务模式，預計至 2016 年，平均每增加一張病床予 65 歲以下非長者人口，則需要為 65 歲或以上的長者增加 20.2 張病床<sup>14</sup>。

圖三：人口老化將增加醫療服務的使用 — 醫管局 2010 年轄下醫院平均住院數字（按年齡劃分）



資料來源：醫管局管理系統（2010 年）

在 2010 年，65 歲或以上長者雖然只佔本港人口的 12.9%，但此組別的住院日數已佔醫管局總住院日數的 50%。而按推算，2016 年的長者人口比例將達 16%，屆時將佔醫管局的總住院日數達 56%<sup>14</sup>。

在 2010 年，長者（65 歲或以上）佔急症室入院總數的 53%，並佔未經預約的緊急再入院總數達 68%<sup>13</sup>。

<sup>14</sup> 醫管局策略發展部統計及人力規劃處。

## 醫管局社康服務

「醫管局社區老人評估服務」(CGAS) 是一項以社區為本的老人專科服務，為居住於院舍的長者提供跨專業的醫療評估和護理。現時，約 88% 的安老院舍由社區老人評估服務提供相關服務<sup>15</sup>，而社區老人評估服務小組/到診醫生到訪院舍的總數已由 1998 年的 52,500 次，增加至 2010 年的 744,700 次，增幅達十三倍<sup>16</sup>。

此外，醫管局亦為居於家中的長者提供社康護理服務。這些服務大多照顧長者的個別需要，包括處理傷口及鼻胃管餵食等。在 2010 年，社康護士進行了 835,000 次以上家居探訪<sup>16</sup>，當中超過 87% 的對象為 65 歲或以上長者<sup>17</sup>。現時，醫管局很少提供直接的社區專職醫療服務。

## 醫管局專科門診及普通科門診服務、老人科日間醫院

醫管局提供主要的日間醫護服務。在 2010 年，普通科門診約有五百萬人次到診，專科門診約有六百萬人次到診，而當中 37.5% 的普通科門診到診人次及三份之一的專科門診到診人次為 65 歲或以上的年長病人<sup>18</sup>。預計這兩個數字於 2016 年將分別上升至 43% 及 38%<sup>19</sup>。

年長病人同時到診多個專科門診是很常見的。在 2010 年，約 29% 的專科門診年長病人曾到診兩個專科，約 12% 曾到診三個專科，及約 5% 曾到診四個專科或以上<sup>16</sup>。

<sup>15</sup> 醫管局策略發展部社區及基健服務部及至 2011 年 3 月 31 日的數字。

<sup>16</sup> 醫管局行政資訊系統。

<sup>17</sup> 醫管局策略發展部統計及人力規劃處《醫管局統計報告 2009/10》。

<sup>18</sup> 醫管局管理系統 (2010 年)。

<sup>19</sup> 醫管局策略發展部統計及人力規劃處。

老人科日間醫院為長者提供日間醫護服務，當中包括跨專業評估、治療和復康等，而居於家中的長者病人可接受一天或半天的日間醫院服務。醫管局轄下共有十六間老人科日間醫院，於 2010 年間提供共 139,300 次服務<sup>20</sup>，為病況複雜的病人提供專科服務，當中包括防跌、記憶及理遺專科診所等。

上述服務使用率的統計數字顯示，人口急劇老化將令醫管局的急症、過渡、日間及社康等醫療服務需求攀升。我們因此需要推行嶄新的護理模式，持續及有效地提供高質素和安全的醫療服務。



<sup>20</sup> 醫管局行政資訊系統。



## 7 長者醫療服務概覽

醫管局長者醫療服務的策略及發展由策略發展部的社區及基健服務部負責。醫院及各聯網在各區的服務發展亦擔當了舉足輕重的角色。

### 醫管局服務

#### 醫院護理服務

醫管局為長者提供主要的醫院護理服務，當中包括緊急護理、延續護理及療養護理服務。醫管局轄下四十一間醫院中共有十六間設有急症室，而接受緊急醫療服務的門檻由臨床情況和需要來界定。此外，經專科醫生臨床評估後，安老院舍的年長病人亦可直接入院接受緊急專科護理服務。延續護理服務則一般由沒有提供急症服務的醫院負責。

並非所有年長病人在入院時都獲分派老人科醫生，也並非所有醫院都設有老人科病房。老年醫學是內科及老人科的一個分科，醫院一般亦會提供老人骨科和老人精神科等共同診治服務，以應付年長病人的不同需要，讓其得到恰當的護理。



## 專科門診

所有醫院均設有專科門診服務，以門診方式跟進病人的情況。老人專科門診專為入院時由老人科醫生跟進的病人提供服務，或處理其他專科轉介的個案。這些病人一般身體虛弱，並患有慢性病及多種疾病。有些醫院提供老人科旗下的專科門診服務，包括記憶、防跌、老人痴呆症、理遺等專科診所服務。此外，如前文所述，醫管局設有十六間老人科日間醫院，為社區的年長病人提供跨專業評估、治療和復康服務。

## 社區護理服務

醫管局向社區病人提供直接外展服務，包括：

- 由老人科醫生帶領的社區老人評估服務
- 社康護理服務
- 社區專職醫療服務
- 社區精神科及老人精神科服務

由 2004 年起，醫管局在安老院舍推行社區老人評估服務和到診醫生合作計劃，聘請了全職和兼職醫生以協助應付日益增加的服務需求。

## 普通科門診

醫管局普通科門診專為低收入、弱勢社群及慢性病患者提供基層醫療服務，大部份服務均為醫治偶發性疾病。在過去兩年間，醫管局亦發展了跨專業的護理服務，並針對某些疾病提供慢性病護理計劃。

## 紓緩護理服務

醫管局為末期病人及其家屬，提供一系列包括住院、門診、日間、家居護理及哀傷支援等的紓緩護理服務。過往，末期病人護理主要是為癌症患者提供服務，但近年服務範圍已擴大至末期器官衰竭的患者。醫管局的紓緩護理服務現時由 15 個跨專業團隊提供<sup>21</sup>，當中包括醫生、護士、專職醫療人員、院牧和義工。

於 2007 年，我們通過與社區夥伴合作，擴展紓緩護理服務，如建立新的日間寧養中心，並加強家居護理服務、義工服務，以及病人和照顧者教育服務。

---

<sup>21</sup> 截至 2012 年 1 月。

## 醫管局長者醫療服務的近年發展

下圖簡述了近年醫管局的長者醫療服務發展；醫院和社區服務雙軌並行。

2004

- 成立社區老人評估小組/到診醫生計劃
- 安老院舍可遙距使用臨床醫療管理系統
- 港島東醫院聯網為高風險病人成立「護訊鈴」健康諮詢服務

2006

- 醫管局風險預測工具 — 制訂「老人入院風險控制方案」(HARRPE)，在出院時找出高風險的長者

2007

- 九龍中醫院聯網成立「長者在家」醫護支援計劃

2008

- 「離院長者綜合支援計劃」於新界西醫院聯網、九龍東醫院聯網和九龍西醫院聯網進行試驗
- 委派香港中文大學及香港大學進行研究，減低醫管局可避免的入院數字

2009

- 鄧肇堅社區日間醫療中心設立「護訊鈴」社區健康熱線
- 開展「長者急症治理」計劃
- 加強普通科門診服務的基層醫療計劃

2010

- 成立工作小組制訂醫院管理局長者醫療服務策略

## 「長者急症治理」計劃

一項稱為「長者急症治理」的全新計劃於 2009 年開展，就年長病人在留院期間的醫療照顧質素提供指引，並協助他們重返社區。此計劃目的是制訂臨床治療途徑，讓年長病人獲得適時優質的護理。

此計劃的十大關注項目包括：出院規劃、藥物管理、認知障礙、急性精神錯亂、復康、跌倒、營養及經腸道餵飼、小便失禁、褥瘡及末期病人護理等。計劃的目標是應付年長病人的不同醫療需要及支援照顧者，並在醫管局各層面建立和推廣安全文化，推動醫管局整體及個別醫院的優質治療。

## 「老人入院風險控制方案」

部份年長病人是可以避免再次入院的，因此醫管局為可能再次緊急入院的高風險年長病人加強出院的護理。在考慮病人的背景、臨床和入院記錄後，醫管局訂立了一套風險預測工具（HARRPE 分數），以篩檢和鑑辨一些出院後可能在短時間內再次入院的高風險年長病人。此工具有助制訂相關計劃，重點處理和支援一些有再次入院風險的年長病人。

## 「離院長者綜合支援」試驗計劃

2009 年，醫管局在新界西醫院聯網、九龍西醫院聯網及九龍東醫院聯網推行「離院長者綜合支援」試驗計劃，以加強出院規劃和出院後的支援服務，包括醫療、護理和個人護理等。此計劃的對象包括有較大機會未經預約再次入院的高風險年長病人（以 HARRPE 辨識），以及一些對個人護理服務需求殷切，如體弱或行動不便的年長病人。

## 「護訊鈴」社區健康熱線服務

醫管局成立了「護訊鈴」社區健康熱線服務，為 HARRPE 辨識為高風險的年長病人及早提供出院後的護理支援。服務以兩個試驗成功的聯網計劃為基礎，包括港島東聯網的「護訊鈴」健康諮詢服務及九龍中聯網的「長者在家」醫護支援計劃，為內科及老人科的出院年長病人提供支援服務。「護訊鈴」社區健康熱線服務按特定護理常規，為病人提供建議及家中護理指引，並在適



當時轉介他們至其他護理支援服務。此外，中心亦可作特別安排，包括直接入院、迅速跟進、專科門診跟進、到診老人科日間醫院，以及在需要時安排社康護士進行家訪。

## 非醫管局服務

除了醫管局提供的醫療服務外，政府和非政府機構亦為社區內的長者提供一系列醫療和社區護理服務。

衛生署轄下共有十八間長者健康中心，以會籍模式為長者提供健康評估、身體檢查和健康教育。這些健康中心亦設立外展健康團隊，在社區提供疫苗注射服務，或為照顧者提供訓練計劃，加強社區人士在照顧長者方面的知識和技巧。衛生署長者健康中心的運作目標包括改善長者的基層醫療護理，加強長者的自理能力，鼓勵長者奉行健康的生活模式，強化家人和照顧者的支援，以及減少疾病和傷殘<sup>22</sup>。

<sup>22</sup> 香港特別行政區衛生署網頁轄下的長者健康服務 (瀏覽日期：2011 年 7 月)。

社會福利署資助不同非政府機構營運的長者地區中心、長者鄰舍中心、長者活動中心、綜合家居及社區照顧服務、改善家居及社區照顧服務，及家務助理服務等，均協助長者盡可能在社區生活及保持健康。這些服務同時為照顧者提供支援，如長者暫託服務、技巧訓練、教育計劃及成立互助小組等。此外，社區支援計劃亦提供各項社交和康樂活動，讓長者樂享頤年、發掘潛能，繼續回饋社會<sup>23</sup>。



<sup>23</sup> 香港特別行政區社會福利署網頁 (瀏覽日期：2011年7月)。



## 8 醫院管理局長者醫療服務的總體挑戰

我們要專注需要改善的病人護理範疇，當前最迫切的挑戰是在有限的資源下，持續發展醫療服務。在本框架前部分已陳述醫管局當前所面對的主要挑戰，當中包括：

### 人口結構的轉變

香港的人均壽命延長，人口逐漸老化。雖然很多長者擁有健康耆年，但越來越多卻患上不同疾病，例如老人痴呆症，影響其生活質素，並對家庭、照顧者、醫療和社會系統構成壓力。

### 社會轉變

隨著人口老化，獨居的長者亦見增加。換言之，市民年歲增長但所得的支援減少，而對收費或法定支援的需求也不斷增加。

### 疾病負擔的轉移

慢性病如糖尿病、哮喘、慢性阻塞性肺病、心臟衰竭、關節炎和老人痴呆症等越來越普及。隨着人口逐漸老化，醫管局將須分配較大比例的資源來應付與日俱增的需求，及治療並護理體弱多病的長者。

## 醫療科技發展

嶄新診斷和治療有利改善人口的長遠健康和發展，包括延長年輕慢性病人的壽命。此外，發展嶄新的科技以治療與年長相關的疾病，亦對醫療開支有重大的影響。

## 社會期望

隨着富裕程度和教育水平提升，公眾對醫管局的期望亦隨之增加。醫管局需要提供更個人化及以病人為本的服務，並給予公眾更多選擇和參與。





## 9 醫院管理局長者醫療服務的現有挑戰

除了上述的嚴峻挑戰外，長者醫療服務策略工作小組亦認定醫管局未來五年在發展長者醫療服務時，需要面對的挑戰：

### 管理與日俱增的長者服務需求

#### 服務整合、協調和合作

醫管局提供不少卓越的長者護理服務，特別是近年針對年長病人需要而開展的許多項目、計劃和措施（請參考第七節）。然而，不同部門的醫療服務仍有差異，必須加強協調和整合，使臨床流程達致最佳成效。例如：

#### 1. 服務組織侷限於個別部門和專科

本港的長者服務，組織上仍集中於醫院的某幾個部門，而老人科醫生分散隸屬於內科的幾個範疇，他們的專長及對社區網絡和資源的知識，較少被其他專科的同事得知或善用。

#### 2. 跨專科護理的統籌

很多年長病人的多種問題都需要複雜的跨專科治療和護理。然而，醫管局現時在不同服務點提供協調的跨專科護理和老人專科護理，但它們的可達性及安排均存在差異，時間上亦未必可優化病人的治理成效。例如，在某些情況下，服務分別由幾個部門提供，包括外展服務、安老院舍服務及其他社區服務，影響護理服務的協調和效率。

### 3. 與其他長者服務機構的統籌和合作

醫管局需加強與伙伴機構，如衛生署、社會福利署、非政府機構及其他服務機構（包括安老院舍）的統籌和合作，以改善長者護理服務的連貫性。過往，不同機構各自處理自己的優先項目，發展出不同規模和範疇的長者服務系統，不過病人和照顧者則要自行協調所需的各項護理服務。在不同機構之中尋找合適的服務，往往困難重重，機構之間的服務銜接亦不一定暢順。

## 對年長病人的積極護理

要管理與日俱增的長者服務需求，其中一個重點是減低入院和再入院的需要。然而，我們缺乏全面、積極的策略來應付需求，包括以下範疇：

### 1. 護理及出院規劃

雖然醫管局確有一些理想的護理和出院規劃，但大部份不夠全面，且未足以滿足年長病人的需要。最近本地的一項研究顯示，只有三份之二的急症部門為病人實行正規的出院規劃，同時主要限於內科和老人科病房<sup>24</sup>。未如理想的護理規劃可導致病人過早出院、問題持續未能改善、出院前後統籌欠佳及未能充份利用護理資源，同時亦影響病人和員工的滿意度，最終也可能因病人反覆入院而增加醫療支出。

---

<sup>24</sup> 「長者急症治理」計劃。

## 2. 復康

復康護理可提升病人的能力，讓他們重過新生活。雖然所有復康服務的先決條件是評估病人須達致的目標，但現時一些病人被轉介接受復康服務前，卻未能及時獲適切的評估。此外，使用住院和日間復康服務的便捷程度，往往視乎個別聯網和專科的資源而定。同時，復康、護養和療養病床的使用原則也不大清晰，以致未能充份利用資源和完全發揮治療效益。

## 3. 醫管局的社區服務

醫管局的社區服務如社區老人評估和社康護理服務需求日增。以社康護理服務為例，服務以個別需要為主，由訓練有素的護理人員提供，而轉介至此的病人大多需接受傷口處理、導管和鼻胃管護理。這些服務應可達致更理想的成效，以減低入院數字，而員工亦有熱誠做得更好。另外加上一些病人反映，由於醫管局社區服務的收費較急症室及住院服務為高，可能會成為病人選擇入院的誘因。



## 4. 基層醫療

基層醫療為病人提供一個全面、持續、整合及以人為本的首個護理接觸點。然而，現時很多年長病人均未能固定得到一位基層醫療醫生的照顧，而且一般地區診所亦缺乏跨專業團隊，以致未能為個別病人的慢性病提供積極的護理和支援。

## 5. 病人和照顧者的自我疾病管理能力

為使病人出院後能在家中過正常生活，病人和照顧者在護理方面擔當重要的角色。然而，很多病人和照顧者都不清楚自我管理的重要性，也不明白他們在護理上的「伙伴」角色。另一方面，有這種認識的病人，往往不被問及他們的意願。病人和照顧者不知悉服務的選擇，便很難參與決策過程，亦無法在醫療制度內有效地找到恰當的護理。

結果，病人和照顧者會變得依賴和被動，甚至因而產生不滿，並產生感到不能自主和障礙重重的情緒。隨着社會進步和對醫療服務期望的增加，有關年長病人的應有權利這議題，將日益受關注，對公共醫療服務的要求亦將不斷提高。

## 醫管局長者服務的質素和安全

### 1. 住院服務

對很多病人而言，尤其是長者，入院是人生大事，長者亦特別容易受到住院期間的意外所影響。如未能有效管理年長病人住院期間的情況，很可能帶來不良的後果，如延長住院、認知和功能下降、增加再次入院的風險、過早入住安老院舍，甚至死亡。



年長病人較容易產生、但透過及早辨識、管理、優質和安全的護理而可改善的情況包括：急性精神錯亂、不良的藥物反應（如多重用藥）、營養不良、褥瘡、小便失禁、跌倒和老人痴呆症等。

在醫院內，有些年長病人接受了某些醫療程序後，仍未能獲提供足夠的護理資訊和恰當的評估，例如使用鼻胃管、導尿管和約束等。約束病人並非理想的做法，並可引致嚴重的問題；鼻胃管餵食也只應在細心評估病人情況後才使用；而一般來說，在運作良好的病房內是應當不常使用導尿管的。隨着病人數目不斷增加，培養安全的醫療文化極為重要。

## 2. 末期病人護理

當長者走到人生旅途的末段，他們會面對越來越多身體上的問題，不少亦患有多種疾病。在香港，基於香港的文化和制度上的種種因素，長者往往於離世前被送進醫院，而非留在家中或安老院舍。這不但增加醫院在急症護理方面的壓力，亦意味着很多病人亦需接受一些非必要的治療和介入，增加他們的不適及未能滿足他們寧養的需要。

## 3. 醫管局長者醫療服務的成效

這方面的本地數據很少。雖然某些長者服務，如「離院長者綜合支援」計劃和「護訊鈴」社區健康熱線服務等，會匯報成效，但各長者醫療服務點的做法並不一致；同時，亦缺乏服務質素的系統性數據和分析，如治療成效、病人/照顧者體驗，以及病人/員工滿意度的資料。

## 人力資源及培訓

### 1. 技能及培訓

許多負責照顧年長病人的醫護人員都未有最適當的訓練和裝備，以應付年長病人的特殊需要。因此，儘管各專科和部門的員工已竭盡所能提供優質的護理，不同專科環境中的服務質素仍存在差異。住院的年長病人往往出現多種表徵不明確的問題，因此需要複雜的護理。此外，年長病人較易出現不良反應，情況亦較易迅速轉壞，如未能在住院期間有效管理，會帶來更差的結果。因此，最重要的是及早找出病人的需要，並採取相關的介入治療和管理。然而，在缺乏特別訓練的情況下，進行這方面的工作是十分艱鉅的。

### 2. 人力資源

醫管局當前的嚴峻挑戰，是長者醫療服務的需求不斷增加。事實上，人力資源短缺是全球性的問題。雖然很多醫管局職員所提供的長者醫療服務質素很高，亦能有效率地治療和處理大量病人，但僅僅提升服務效率並不足以應付未來的服務需要，因此必須作出可持續的人力資源規劃。



第三部份

長者醫療服務策略





## 10 新的策略方向 (對醫管局長者醫療服務的願景)

---

醫管局就長者醫療服務採納以下新的願景及使命：

### 願景：

**提升長者護理服務的水平 and 質素，以促進長者的身心健康，使能樂享頤年。**

### 使命：

**在醫院、基層及社區層面提供連貫和高質素的護理，以確保長者獲得切合其需要的醫療服務。**

本框架的目的是發展可持續的護理模式，以照顧年長病人的不同需要。本框架建議改良現時被動和欠缺規劃的護理制度，採取前瞻性的策略，以辨識和護理年長病人的情況。

此模式將加強醫管局長者服務與其他醫療系統元素的整合，以提供更有系統和更持續的護理，包括老人專科護理。

我們將鼓勵年長病人及其照顧者積極參與病人的治療和護理，培養他們自我管理疾病的能力。這將有助支援年長病人盡可能保持身心健康和獨立自理，但在需要時仍可從醫管局獲取適切的專科護理服務。

本框架將有助管理未來長者服務的需求，並協助推算所需的人力資源，從而為員工提供適切的培訓、技能發展和身心支援。

醫管局現時的老人科服務，其實已十分專業，並達國際水準。只是，這些高質素的服務，必須擴展到其他提供長者醫療服務的部門和社區服務。

新模式強調根據最佳做法統一護理水平，並透過定期監察及具透明度的滙報加以支援。藉着按照年長病人的需要加強統籌，提高服務質素。

新的護理模式將集中積極預防和治理年長病人的疾病，以改善病人的體驗、提升健康成效及提供更合乎效益的護理服務。我們會致力發展「綜合護理模式」，改善醫管局長者醫療服務的整合，並加強各部門在提供護理服務方面的合作。

新模式總結如下圖：



本框架的長者醫療服務新策略方向與醫管局的願景、使命和核心價值一致<sup>25</sup>。

<sup>25</sup> 《醫管局 2009-2012 年策略服務計劃》。



## 11 策略成果 (要達致甚麼)

我們須優先照顧數目與日俱增的年長病人的醫療需要。雖然很多長者都健康長壽，但有些仍需醫管局及其他機構的支援。因此，所有服務必需盡可能支援長者樂享頤年<sup>26</sup>和居家安老。

工作小組在制訂本框架時，集中探討醫管局在香港醫療制度上的角色，大前提是按需要提供優質的護理。根據新的護理模式，醫管局將致力在未來 5 年達致以下五個策略成果：

- I 為年長病人提供適時、適切及方便的優質綜合護理服務，以切合他們的需要。
- II 加強年長病人及其照顧者的能力，使他們成為醫護伙伴，積極參與自身的健康護理。
- III 加強與各方伙伴的合作，提升與機構的協調及服務的連貫性，以改善對年長病人之護理及其照顧者的支援，和提升他們的健康成效。
- IV 培養技能純熟、積極幹練的工作團隊，以應付數目與日俱增的年長病人的需要。
- V 支援病人及員工持續改善長者醫療服務，並於可行的情況下善用資訊和科技加以輔助。

<sup>26</sup> 根據世界衛生組織 2002 年《樂享頤年：政策架構》：樂享頤年的定義是優化長者達至健康的機會，從而提升他們的生活質素。



## 12 策略目標 (向何處邁進)

為實現醫管局長者醫療服務的願景和目標，工作小組制訂了以下五個長遠策略目標：

### 1. 發展橫跨醫管局體系的跨專業長者綜合醫療服務

雖然我們強調減低入院、住院和再次入院的需要，但如入院是無可避免，醫院便須按病人的需要，提供高質素的護理。因此，由入院、出院以至返回社區均實踐整體連貫的策略，對取得理想的病人治療成效至為重要。

年長病人對醫療服務的需求迅速增長，加上大多病情複雜，醫療系統必需實踐系統化護理，由不同專業的醫護人員提供服務，並與病人緊密合作，才可有效應付迫切的需求。系統化的跨專業護理可改善治療成效、減少服務重疊，並為病人提供更適切的支援。這對於情況迅速轉壞、需加強護理的年長病人來說十分重要。



所有高風險的年長住院病人都需要一套合適的個人化護理計劃和出院規劃。對於預約入院的個案，出院規劃應在入院前已展開；至於其他入院個案，則應在住院期間盡快進行。

綜合評估有助為年長病人制訂個人化的護理計劃，了解他們的需要，採取精簡和統合的護理模式，在病人住院期間及重返社區時，規劃和提供跨學科的專業護理，以提升治療成效。護理規劃可讓伙伴機構及早為出院的年長病人預備適切的個人和社區服務，以及在需要進一步的專科服務時，提供跟進護理。

我們應按病人的臨床需要，提供專科評估、治療和護理服務，而不能單以年齡作判斷。

## 2. 促進以病人為中心的護理，與病人及照顧者成為合作夥伴，鼓勵他們主動參與護理過程

讓年長病人有份照顧自己的健康，是促成參與和自強的重要元素。這是由家長式的護理模式，轉變為合作夥伴的模式，讓病人一起參與決定。

與病人和照顧者溝通及分享資訊是至為重要的，好讓他們能夠為自己的護理作出明智的決定，並找到適當的服務。由於社會大眾對公共醫療服務的期望日增，醫管局需要提供更個人化的護理、尊重病人的意願，並增強他們管理自己健康的能力。這將有助提升服務質素、病人自理能力和滿意程度，進而改善治療成效。

### 3. 加強與其他服務長者的非醫管局機構合作

醫管局應與各方伙伴加強合作和聯繫，如衛生署、社會福利署、基層醫療服務、非政府機構和安老院舍等，改善彼此的溝通，讓年長病人更容易享用不同機構或專業人士提供的服務。加強各方聯繫和統籌，有助改善護理的連貫性、減少服務重疊，及更充份善用資源來支援年長病人及其照顧者。

推行跨界別的創新服務計劃，以支援社區內的年長病人（如獨居長者），可幫助他們維持獨立自主，而遙距醫療的發展就是很好的例子。

### 4. 加強人力資源及培訓

訓練有素的工作團隊是服務可持續發展的關鍵。所有為年長病人提供服務的醫管局員工必需是稱職的。

改善人力資源規劃和發展，將有助應對人口老化問題、增加人手供應，並促進培訓工作。採用嶄新的工作模式，可充份利用現職員工的技能、改善效率、給予機會提升能力，以及促成他們角色的重訂或擴展，以配合服務的提供。負責護理年長病人的專科醫療人員在支援員工訓練方面，將擔當重要的角色。

## 5. 發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

任何醫療系統的一個重要目標，是不應對病人做成損害，這目標可透過推廣安全和風險管理的文化而達致。高水平的服務及稱職的員工是減低風險、提升病人護理質素的基礎。

醫管局應按一套通用的服務原則，為年長病人提供一個安全和對長者友善的護理環境。年長病人的服務指引和護理水平應盡量一致，務求能提供最高質素的服務。一些持續性的服務發展，如資訊科技等，可改善護理服務和工作效率。涵蓋成效和病人/照顧者滿意程度的護理質素指標，應得到認同，以供量度和監察服務質素。

護理質素不但在乎良好的個人醫療護理，更在乎對年長病人的尊重和愛護，以及護理流程的連貫性。醫管局應在每個護理層面推廣自主、尊重、保密和尊嚴，並鼓勵病人懷着信心接受所需治療。這對於患末期疾病的病人尤其重要。以病人為本、促進他們自理能力的護理，將有助提供高質素的醫療服務，最終為病人和照顧者帶來更佳  
的成效。





## 13 優先項目 (如何達致目標)

為達致上述目標，工作小組建議了一系列的優先項目和主要工作，工作時間表列於第十五節。現總結如下：

### 目標 1

發展橫跨醫管局體系的跨專業長者綜合醫療服務

醫管局將會：

- ❶ 發展**系統化**的長者綜合醫療服務；
- ❷ 為高風險<sup>27</sup>的年長病人進行**綜合病人評估**，確定他們入院後的特別需要；
- ❸ **及早進行出院規劃**及制訂**個人化護理計劃**，為需要頻密照顧的年長病人提供更佳的護理規劃；



<sup>27</sup> 高風險：在醫管局《長者醫療服務策略》裡，高風險是指有再次入院風險的年長病人。

- IV **促進跨專業服務的協調**，為患有慢性疾病及病情複雜的年長病人提供更好的支援<sup>28</sup>；
- V 為患有慢性疾病及病情複雜（如慢性阻塞性肺病、慢性心臟衰竭及中風）的年長病人，提供循證**復康護理**，協助他們盡快復原及重返社區；
- VI 加強**綜合社區護理服務**，以便醫管局不同專業的醫護人員各司其職，為年長病人提供適時協調的評估和照顧。

### 主要工作：

- 使用認可的風險評級工具（如 HARRPE），以助甄別所有入院的年長病人；
- 制訂簡易的綜合病人評估工具，確保醫護人員能有效率地鑑辨及處理年長病人的需要；
- 聘請護士作統籌，協調年長病人的護理及制訂出院計劃；
- 提供適時的離院支援，如醫管局「護訊鈴」社區健康熱線服務，協助體弱的年長病人順利重返社區及早日復原；



<sup>28</sup> 病情複雜：鑑辨為在醫療、社會和生理上有特殊需要（同時患有多種互為影響的疾病）的長者。

- 為需要接受高度協調護理的年長病人加強服務協調的組合和流程，如一些患上慢性阻塞性肺病及慢性心臟衰竭的病人，以防止他們病情急劇惡化；
- 加強非住院醫護服務，如老人科日間醫院，改善復康及過渡期護理；
- 社區老人評估小組實施跨專業協作模式，為居於社區的高風險年長病人提供高質素的老人科護理；
- 為年長病人提供更方便的非緊急載送服務，協助他們使用醫管局的醫療服務；
- 建議成立老人科及骨科聯合專科工作小組，探討共同發展服務以配合年長病人多方面的需要，及改善服務質素；
- 支援聯網管理層及臨床領導（如聯網總監及聯網服務總監），監察服務發展及協調不同專科/層面的長者綜合服務改善工作，並在適當時與伙伴機構聯繫，提供更連貫的護理。



## 目標 2

促進以病人為中心的護理，與病人及照顧者成為合作伙伴，鼓勵他們主動參與護理過程

醫管局將會：

- ❶ 在醫管局不同服務層面倡導**尊重**年長病人及他們的**尊嚴和自主權**，如聆聽他們對護理的關注，並**推廣病人為醫療夥伴的概念**；
- ❷ **促進與年長病人及其照顧者的溝通**，並加強資訊互通，讓其參與及共同作出有關護理的決定；
- ❸ 協助病人自強，促進慢性疾病的**自我管理**，讓年長病人、其家人及照顧者在社區更能處理出院後的護理、風險因素及急性病發情況。

**主要工作：**

- 擴展醫管局「護訊鈴」社區健康熱線的服務，提升年長慢性病患者的自理能力，並提供病人教育，以改善他們自我監察及藥物管理的能力；
- 與非政府機構合作，為年長病人、其家人及照顧者提供有關慢性疾病及風險因素管理的病人自強計劃；
- 協助非政府機構提供訓練，改善病者家人及照顧者在護理長者方面的能力；
- 加強醫管局與病人及互助小組的協作，促進病人自強，並更深入了解年長病人及照顧者的需要，有助提供社區支援；

- 改善醫管局健康資訊網站「智友站」，讓社區的年長病人及照顧者更容易獲得健康資訊。



### 目標 3

#### 加強與醫管局以外的伙伴機構合作

##### 醫管局將會：

- ❶ 改善**與社區伙伴的服務網絡**，包括基層醫生、衛生署長者健康服務、非政府機構以及私營醫療機構等，為年長病人提供更連貫和適切的過渡期護理；
- ❷ 與社會福利署、非政府機構及私家醫生合作，進一步**為安老院舍的長者提供更佳的長期護理**；



- **與衛生署及其他持份者合作，制訂長者基層醫療的策略**，確保未來的基層醫療發展顧及長者的不同需要。

**主要工作：**

- 建立及加強與非政府機構的服務聯繫，為體弱的年長病人提供最佳的出院支援；
- 改善與社區老人評估小組及基層醫生的協作，為安老院舍的長者提供更佳照顧；
- 聯同社會福利署、衛生署、非政府機構及私家醫生，加強長者醫療及社康護理的規劃和協調，讓病人在社區獲得高質素的護理；
- 支持使用個人電子病歷紀錄，加強護理的連貫性。

## 目標 4

### 加強人力資源和培訓

#### 醫管局將會：

- I 因應人口老化的影響**進行人力規劃**，預測醫管局轄下長者醫療服務的需求，並協助發展和提供充足的專業人手；
- II 為醫管局各職系包括醫生、護士、專職醫療人員及其他醫護人員**設計及舉辦特定的教育及培訓課程**，向他們介紹此框架及醫管局長者醫療服務的最新發展；
- III **改善從事長者護理工作人員的培訓及持續專業發展**，例如舉辦技能訓練課程、臨床實習及師徒式培訓。醫管局計劃向職員推廣老人專科知識和技能，使他們能掌握長者護理所需的專長；
- IV **傳達社區長者服務資訊**，讓醫管局員工能更有效推動年長病人及其照顧者的參與，並提升他們的自理能力。



## 目標 5

### 發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

#### 醫管局將會：

- ❶ 制訂及推行議定的**準則、轉介流程及護理常規**，並把這些納入「長者急症治理」計劃中，以便公立醫院的服務能有效及適切地回應年長病人的需要；
- ❷ **研究制訂質素指標**，在相關範疇與醫管局醫院認證計劃銜接，就急症、康復、過渡期護理及社區服務的成效表現設定基準；
- ❸ 就醫管局醫院及設施的**未來規劃**及發展制訂指引，確保在設計上考慮到年長病人的需要，尤其是一些長者經常遇到的難題，包括缺乏耐力和平衡力、感官障礙、容易迷路，以及於陌生環境容易出現混亂等；



- IV 在非醫管局的長者護理設施（包括安老院舍），倡導及推廣**更高質素的長者護理標準**，並以醫管局作為社區的模範標準；
- V 在可能情況下**善用醫管局臨床資訊管理系統的發展**，以支援和改善護理質素，提供更連貫的服務，並提升效率。

### 主要工作：

- 就年長病人的護理，如出院規劃、藥物管理、認知障礙、急性精神錯亂、復康、跌倒、營養及經腸道餵飼、小便失禁、褥瘡及末期病人護理等，制訂一致的臨床治理常規及轉介流程；
- 以內科及外科為試點，實施「長者急症治理」計劃的質素標準；
- 更新及統一有關院內約束病人和使用鼻胃管及導管的指引，並提供職員培訓，讓他們知悉其他適當的替代方法；
- 研究制訂質素指標，在相應範疇與醫管局醫院認證計劃銜接，就醫管局急症、復康服務、過渡期護理及社區照顧的成效表現設定基準，例如「長者急症治理」計劃；
- 為醫管局職員提供培訓，改善急症服務、復康服務、過渡期護理及社區照顧各範疇之護理質素標準；
- 與社會福利署及其他伙伴合作，改善安老院舍的護理標準和服務質素；

- 就醫管局醫院及設施的發展，制訂切合本地情況的指引，以便建設敬老護老的醫護環境，改善病人安全、護理及他們的復康進度（例如：改善長者活動能力和範圍、強化傳染病防控、採用安全地板和牆面裝修、擺放適當座椅及扶手、優化照明和音效設備、豎立清晰路牌，以及提供無障礙長者衛生間等的考慮。）
- 借助資訊科技平台提供更連貫的護理，並改善界別之間的資訊交流，包括：
  - 將醫療資料納入臨床資訊管理系統內；
  - 讓醫管局指定人員能實時獲取重要的醫療資料、臨床決策支援及治理常規；
  - 當年長病人經急症室入院時，向各相關的醫護人員發出通知，包括負責出院規劃的統籌護士、社區護理團隊及相關的專業醫護人員；
  - 與外界互通資訊。

右表總結了上文的策略成果、目標和優先項目，以及如何有助應對醫管局長者服務的需求。

## 醫管局長者醫療服務策略

### 1

#### 策略成果 (要達致甚麼)

為年長病人提供適時、適切及方便的優質綜合護理服務，以切合他們的需要

#### 策略目標 (向何處邁進)

發展橫跨醫管局體系的跨專業長者綜合醫療服務

#### 優先項目 (如何達致目標)

發展系統化的長者綜合醫療服務

為被鑑辨為高風險的年長病人進行綜合病人評估，確定他們入院後的特別需要

及早進行出院規劃及制訂個人化護理計劃，為需要經常照顧的年長病人提供最佳的護理規劃。

促進跨專業服務的協調，為患有慢性疾病及病情複雜的年長病人提供最佳的支援

為患有慢性疾病及病情複雜（如慢性阻塞性肺病、慢性心臟衰竭及中風）的年長病人，提供循證復康護理，協助他們盡快復原及重返社區

加強綜合社區護理服務，以便醫管局不同專業的醫護人員各司其職，為年長病人提供適時協調的評估和照顧

#### 迎接的挑戰

管理與日俱增的需求，確保服務質素和安全

## 醫管局長者醫療服務策略

### 2

#### 策略成果 (要達致甚麼)

加強年長病人及其照顧者的能力，使他們成為醫護伙伴，積極參與自身的健康護理

#### 策略目標 (向何處邁進)

促進以病人為中心的護理，與病人及照顧者成為合作伙伴，鼓勵他們主動參與護理過程

#### 優先項目 (如何達致目標)

在醫管局不同服務層面，倡導尊重年長病人尊嚴和自主權的文化，如聆聽他們對護理的關注，並推廣病人為醫療夥伴的概念

促進與年長病人及其照顧者的溝通，並加強資訊互通，讓其參與及共同作出有關護理的決定

協助病人自強，促進慢性疾病的自我管理，讓年長病人、其家人及照顧者在社區更能處理出院後的護理、風險因素及急性病發情況

#### 迎接的挑戰

管理與日俱增的需求，確保服務質素和安全

## 3

### 策略成果 (要達致甚麼)

加強與各方伙伴的合作，改善與機構的協調及服務的連貫性，以改善對年長病人之護理及其照顧者的支援，和提升他們的健康成效

### 策略目標 (向何處邁進)

加強與其他服務長者的非醫管局機構合作

### 優先項目 (如何達致目標)

改善與社區伙伴的服務網絡，包括基層醫生、衛生署的長者健康服務以及非政府機構等，為年長病人提供更連貫和適切的過渡期護理

與社會福利署、非政府機構及私家醫生合作，進一步為安老院舍的長者提供更好的長期護理

與衛生署及其他持份者合作，制訂長者基層醫療的策略，確保未來的基層醫療發展顧及長者的不同需要

### 迎接的挑戰

管理與日俱增的需求，確保服務質素和安全

## 醫管局長者醫療服務策略

### 4

#### 策略成果

(要達致甚麼)

培養技能純熟、積極幹練的工作團隊，以應付數目與日俱增的年長病人的需要

#### 策略目標

(向何處邁進)

加強人力資源及培訓

#### 優先項目

(如何達致目標)

因應人口老化的影響進行人力規劃，預測醫管局長者醫療服務的需求，並協助發展和提供充足的專業人手

為醫管局各類職系包括醫生、護士、專職醫療人員及其他醫護人員設計及舉辦特定的教育及培訓課程，向他們介紹此框架及醫管局長者醫療服務的最新發展

改善從事長者護理工作人員的培訓及持續專業發展，例如舉辦技能培訓課程、臨床實習及師徒式培訓。醫管局將向員工推廣老人專科知識和專長，使他們能掌握長者護理所需的技能

傳達社區長者服務的資訊，讓醫管局員工能更有效推動年長病人及其照顧者的參與，並提升他們的自理能力

#### 迎接的挑戰

維持足夠和訓練有素的工作團隊

## 5

**策略成果**  
(要達致甚麼)

支援病人及員工持續改善長者醫療服務，並於可行的情況下善用資訊科技加以輔助

**策略目標**  
(向何處邁進)

發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

**優先項目**  
(如何達致目標)

制訂及推行議定的準則、轉介流程及護理常規，並把這些納入「長者急症治理」計劃中，讓公立醫院的服務能有效及適切地回應年長病人的需要

研究制訂質素指標，在相關範疇與醫管局醫院認證計劃銜接，就急症、復康、過渡期護理及社區服務的成效表現設定基準

就醫管局醫院及設施的未來規劃及發展制訂指引，確保在環境設計上考慮到年長病人的需要，例如下一些年長病人經常遇到的難題，包括缺乏平衡力和耐力、感官障礙、容易迷路及於陌生環境容易出現混亂等

在非醫管局的長者護理設施（包括安老院舍），倡導及推廣更高質素的長者護理標準，並以醫管局作為社區的模範標準

在可行情況下善用醫管局臨床資訊管理系統的發展，以支援和改善護理服務的連貫性及質素，並提升效率

**迎接的挑戰**

確保服務質素和安全



## 14 長者醫療服務五年計劃

醫管局將發展可持續和更積極主動的服務，為年長病人提供護理及治療。對於患有嚴重或複雜病症的年長病人，社區醫療設施往往難以滿足其需要，因此醫管局的急症醫院將更集中為這類長者提供所需的專科醫療服務。

### 五年後的護理服務 — 施婆婆

施婆婆今年 86 歲，是一名獨居長者。她的兒女大概每星期探訪她一次，與她共進晚餐，平日她都是獨個兒生活的。施婆婆因發熱和呼吸困難，由救護車送往醫院急症室。經風險評級工具的評估後，施婆婆很可能會再次入院，因此要進行綜合病人評估。施婆婆有神智混亂、聽覺不佳，難以與人溝通；此外她的腳部潰瘍受感染和患有膝關節炎，不良於行；而且，她的糖尿病未能受控制和缺水，以致出現腎衰竭的情況。入院後，她接受了抗生素、利尿劑、補給水份、胰島素和止痛藥治療，神智混亂和缺水的情況迅速好轉。醫護人員為她清除耳垢後，她的聽力也好轉了。至於腳部潰瘍的情況則由護士和足病治療師護理，她亦開始進行物理治療，改善活動能力。跨專科團隊在會議期間為施婆婆制訂了出院護理計劃，出院後，一名聯絡護士/治療師會與非政府機構安排送餐和個人服務。由於施婆婆病情較複雜和身體較虛弱，她獲安排接受醫管局的外展團隊作更高層次的協調，為她提供相關的過渡性護理計劃和支援。

醫管局將實施更有系統的整合措施，協助醫護團隊鑑別和評估這類有特殊需要和須特別照顧的年長病人，使能根據病人的具體需要，制訂個人化的護理計劃，並透過系統化的跨專業、跨界別服務模式，在適當情況下讓病人及其照顧者參與其中，致力培養他們的自我管理和獨立自理能力。

慢性病管理計劃可協助病人自強，再加上為有迫切需要的病人提供個案管理，令慢性病的控制和管理更為理想，改善病人的治療成效，減低入院的可能性。

### 綜合醫療服務

醫管局將為需要高度照顧、病況複雜和情況可能迅速轉壞的年長病人，加強提供綜合醫療服務。我們將及早為病人進行全面的跨專業評估和出院規劃，從而滿足他們的需要。

護士統籌將負責制訂出院護理計劃，並與合適的護理服務機構進行協調，包括一些提供過渡性、日間和社區服務的機構。

病人經評估後如需要複雜的出院護理，將會以個案管理的形式進行慢性病管理，藉以減低病人情況急轉直下和出現併發症的機會，有助改善病況。綜合社區護理服務機構可取得最新的病人資料，以便協調護理服務，達致連貫性。

## 病人/照顧者的自我疾病管理能力 及病人/照顧者互助組織

慢性病管理的一個重要部份，是加強病人管理自身健康的能力。我們不但會讓病人和照顧者認識自己是醫護人員的伙伴，還要鼓勵他們積極參與護理過程，包括了解病況、治療，以及如何減低病情惡化的機會等。

為促進自我管理，我們亦會鼓勵病人、家人和照顧者加入病人自強計劃，或透過醫管局「智友站」獲取相關的健康教育資訊。醫管局將進一步接觸病人/照顧者互助組織，促進病人和照顧者的自我疾病管理能力，及更了解年長病人和他們的家人和照顧者的需要。此外，病人/照顧者互助組織將透過信息交流、倡導、朋輩互助及分享經驗，支援社區的年長病人和他們的照顧者。

### 五年後的護理服務 — 韋伯伯

韋伯伯是一名 78 歲已退休文員，吸煙多年，近兩年患上慢性支氣管炎。他與兒子同住，但他為人好動，喜歡講電話和探訪左鄰右里。雖然他有呼吸問題，他仍喜歡每星期到公園漫步兩次。最近，韋伯伯呼吸困難的情況嚴重了，需要入院治理。醫生處方藥物給韋伯伯，穩定他的情況。在進行綜合病人評估後，韋伯伯有可能需要進行復康計劃，因此院方迅速安排接收跨專業護理協調，讓他知道下次病發時該如何應付，以及定時定量服藥的重要性。雖然韋伯伯被再送入急症室，但服務協調機制隨即介入，並即時作出調整，避免他再次入院。最後，韋伯伯獲轉介參與病人自強計劃，並可使用醫管局的「護訊鈴」社區健康熱線服務。他的兒子也可透過醫管局「智友站」獲取父親病況的相關資料。



醫管局「護訊鈴」社區健康熱線亦可支援病人為本的護理，協助病人自強，從而改善病人的自我管理和疾病控制能力，並適時地尋求日間和個人護理服務，包括基層醫生和非政府機構等。病人將獲得有關自我管理、服藥、飲食、運動、風險因素管理、解難和應對技巧等方面的建議，在控制疾病方面可更自強不息。

### 加強合作

醫管局將持續與衛生署、社會福利署和非政府機構合作，為年長病人提供更理想的個人護理和社區支援。我們亦會鼓勵年長病人尋找合適的基層醫療醫生，以便提供持續和長遠的護理。透過全港性的基層醫療指南和電子病歷記錄，醫管局可與基層醫療服務機構維持緊密聯繫，以便這些機構在社區裡提供更連貫的護理服務、健康評估和風險因素管理工作等。

## 末期病人護理

我們將持續加強紓緩護理服務，由訓練有素的團隊，為年長病人及其家人和照顧者提供適時和最佳的末期護理。我們會透過「長者急症治理」計劃，以進一步發展長者末期護理服務。改進範圍或包括痛症治療、徵狀管理、心理社交支援、病人及照顧者教育及社區夥伴合作。雖然，末期病人護理往往涉及醫療人員、患者和照顧者之間的複雜決定，但積極主動的處理方式，將可令病人和照顧者有適時的參與和自主能力。



## 優質護理

不論在任何臨床專科或服務地點，都應由有能力及稱職的跨專業醫護人員按治療計劃的指引，提供積極主動的介入和預防方法，以確保病人的安全。根據「長者急症治理」計劃，醫管局各服務層面都應奉行優質的護理，以致年長病人、其家人和照顧者都可獲得應有的尊重和尊嚴。

### 五年後的護理服務 — 邱婆婆

76歲的邱婆婆在家中跌倒送院，發現股頸骨折。邱婆婆在入院時進行綜合病人評估，發現她存在多個能引致跌倒和骨折的複雜醫學和社會因素，包括肺炎和缺水、藥物引致的低血壓、營養不良，以及是一位無兒無女的寡婦。老人專科團隊穩定了她的情況後，她成功完成手術。由於邱婆婆患有多種疾病和出現功能衰退，於是進一步由老人科跨專業團隊進行評估，以提升藥物的效能、改善營養不良的情況、加強復康效能，以及在出院後提供適切的支援。出院前，團隊進行了一次家訪，確保家居安全，並建議安裝合適的輔助工具和儀器。邱婆婆出院後獲取家居支援服務，以及在老人科日間醫院接受復康治理和跟進。



## 15 策略推行

《長者醫療服務策略》致力汲取現行服務的優點，特別是對病人護理有成效的做法，進而有系統地推廣應用於全醫管局，以改善長者護理的質素和促進可持續的發展。儘管這份框架對改善醫管局未來五年及往後的長者醫療服務有催化促成的作用，但落實計劃需要承擔及資源投入。

改善長者醫療服務成功與否，有賴各聯網、醫院及部門悉力籌劃，以推行上述的策略方向及優先項目。在醫管局總辦事處、聯網管理層及各臨床領袖的策導下，不同專科的前線醫護人員將帶領推行這些轉變。而這份框架會跟醫管局的周年工作規劃連結起來，以便申取所需資源，用作實施框架中的各項措施，並進行監察及檢討，以確定其改善病人健康的成效。

這主要是一份策略性文件，以下為各個階段的實行方案。

### 第一階段

在首三年期望做到以下優先項目和主要工作：

#### 發展橫跨醫管局體系的跨專業長者綜合醫療服務

- 使用認可的風險評級工具（如HARRPE），以助甄別所有入院的年長病人；
- 制訂簡易的綜合病人評估工具，確保醫護人員能有效率地鑑辨及處理高風險年長病人的需要；

- 聘請護士作統籌，協調年長病人的護理及制訂出院計劃；
- 提供適時的離院支援，如醫管局「護訊鈴」社區健康熱線服務，協助體弱的年長病人順利重返社區及早日復原；
- 為需要接受高度協調護理的年長病人加強服務協調的組合和流程，如一些患上慢性阻塞性肺病及慢性心臟衰竭的病人，以防止他們病情急劇惡化；
- 加強非住院醫護服務，如老人科日間醫院，以改善復康及過渡期護理；
- 社區老人評估小組實施跨專業協作模式，為居於社區的高風險年長病人提供高質素的老人科護理；
- 為年長病人提供更方便的非緊急載送服務，協助他們使用醫管局的服務；
- 建議成立老人科及骨科聯合專科工作小組，探討共同發展服務以配合年長病人多方面的需要，及改善服務質素；
- 支援聯網管理層及臨床領導（如聯網總監及聯網服務總監），監察服務發展及協調不同專科/層面的長者綜合服務改善工作，並在適當時與伙伴機構聯繫，以提供更連貫的護理。

### 促進以病人為中心的護理，與病人及照顧者成為合作夥伴，鼓勵他們主動參與護理過程

- 擴展醫管局「護訊鈴」社區健康熱線的服務，提升年長慢性病患者的自理能力，並提供病人教育，以改善他們自我監察及藥物管理的能力；
- 與非政府機構合作，為年長病人、其家人及照顧者提供有關慢性疾病及風險因素管理的病人自強計劃；
- 協助非政府機構提供訓練，改善病者家人及照顧者在長者護理方面的能力；
- 加強醫管局與病人及互助小組的協作，促進病人自強，並更深入了解年長病人的需要；
- 改善醫管局健康資訊網站「智友站」，讓社區的年長病人及照顧者更容易獲得健康資訊。



### 加強與其他服務長者的非醫管局機構合作

- 與衛生署及其他持份者合作，制訂長者基層醫療的策略，確保未來的基層醫療發展顧及長者的不同需要；
- 建立及加強與非政府機構的服務聯繫，為體弱的年長病人提供更佳的出院支援。

### 加強人力資源及培訓

- 因應人口老化的影響進行人力規劃，預測醫管局轄下長者醫療服務的需求，並協助發展和提供充足的專業人手；
- 為醫管局各類職系包括醫生、護士、專職醫療人員及其他醫護專業人員設計及舉辦特定的教育及培訓課程，向他們介紹此框架及醫管局長者醫療服務的最新發展；
- 傳達社區長者服務資訊，讓醫管局員工能更有效推動年長病人及其照顧者的參與，並提升他們的自理能力。

### 發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

- 就年長病人的護理，如出院規劃、藥物管理、認知障礙、急性精神錯亂、復康、跌倒、營養及經腸道餵飼、小便失禁、褥瘡及末期病人護理等，制訂一致的臨床治理常規及轉介流程；
- 以內科及外科為試點，實施「長者急症治理」計劃的質素標準；
- 更新及統一有關院內約束病人和使用鼻胃管及導管的指引，並提供職員培訓，讓他們知悉其他適當的替代方法；
- 為醫管局職員提供培訓，改善急症服務、復康服務、過渡期護理及社區照顧各範疇之護理質素標準。

## 第二階段

在第三年以後數年應做到以下優先項目和主要工作：

### 加強與醫管局以外的伙伴機構合作

- 改善與社區老人評估小組及基層醫生的協作，為安老院舍的長者提供更佳照顧；
- 聯同社會福利署、衛生署非政府機構及私家醫生，加強長者醫療及社康護理的規劃和協調，讓病人在社區獲得高質素的護理；
- 支持使用個人電子病歷紀錄，加強護理的連貫性。

### 加強人力資源及培訓

- 改善從事長者護理工作人員的培訓及持續專業發展，例如舉辦技能訓練課程、臨床實習及師徒式培訓。醫管局計劃向職員推廣老人專科知識和技能，使他們能掌握長者護理所需的知識和專長。

## 發展高質素及以成效為本的長者醫療服務

- 研究制訂質素指標，在相關範疇與醫管局醫院認證計劃銜接，就急症、康復、過渡期護理及社區服務的成效表現設定基準，例如透過「長者急症治理計劃」；
- 與社會福利署及其他伙伴合作，改善安老院舍的護理標準和服務質素；
- 就醫管局醫院及設施的發展，制訂切合本地情況的指引，以便建設敬老護老的醫護環境，改善病人安全、護理及復康進度；尤其是一些長者經常遇到的難題，包括缺乏耐力和平衡力、感官障礙、容易迷路，以及於陌生環境容易出現混亂等；
- 借助資訊科技平台提供更連貫的護理，並改善急症、復康、過渡期護理及社區護理界別之間的資訊交流；
- 為參與長者護理的員工制訂培訓課程框架，向職員推廣老人專科知識和技能，使他們能掌握長者護理所需的知識和專長。

## 16 監察及持續檢討

為改善病人的護理成效，量度進度是十分重要的。在推行本框架時，必需制訂成效及質素指標，確保所作出的改變是有效及能夠為年長病人提供最佳的護理。《長者醫療服務策略》將與醫管局的周年工作計劃銜接，有助系統性的實行及成效監察。

我們將有系統地記錄、分析和報告議定的質素指標，並在不同專科推行，確保彼此間有共同的護理目標、服務持續發展理念和透明度。我們將研究制訂質素指標，並在相關範疇與醫管局醫院認證計劃銜接，就急症、康復、過渡期護理及社區服務的成效表現設定基準。

最後，進度和成效監察將會是確保服務持續改善，以及為年長病人提供更優質、更安全護理服務的重要基礎。



第四部份

附錄





陳漢威醫生	港島西醫院聯網基層及社區醫療服務服務總監/ 東華三院馮堯敬醫院內科部門主管/瑪麗醫院及 東華醫院內科顧問醫生
江明熙醫生	港島東醫院聯網副社區服務總監/東區尤德夫人 那打素醫院及黃竹坑醫院內科顧問醫生
江德坤醫生	九龍西醫院聯網社區老人服務醫務統籌專員/ 瑪嘉烈醫院「離院長者綜合支援計劃」總監
梁萬福醫生	九龍東醫院聯網內科臨床服務統籌/聯合醫院 內科及老人科顧問醫生/社區服務及策劃服務 總監
許鷗思醫生	新界東醫院聯網社區外展服務統籌/沙田醫院內 科及老人科顧問醫生
沈允堯醫生	伊利沙伯醫院矯形外科及創傷學顧問醫生
戴兆群醫生	醫管局總辦事處總行政經理(社區及基層健康 服務)
高拔陞醫生	醫管局總辦事處總行政經理(策略、服務規劃 及知識管理)(至2011年3月)
李夏茵醫生	醫管局總辦事處總行政經理(策略、服務規劃 及知識管理)(2011年3月起)
鄭淑梅女士	醫管局總辦事處總行政經理(綜合護理計劃)

馮玉娟女士	醫管局總辦事處總行政經理（護理）
鍾慧儀女士	醫管局總辦事處總行政經理（專職醫療）
徐麗卿女士	醫管局總辦事處總行政經理（統計及人力規劃）
韋奕新先生	醫管局總辦事處高級行政經理（服務規劃發展） (至 2010 年 9 月)
吳柏楠醫生	醫管局總辦事處高級行政經理（服務規劃發展） (至 2011 年 10 月)
繆潔芝醫生	醫管局總辦事處高級行政經理（老人及社區服務） (2011 年 1 月起)
張薇薇女士	醫管局總辦事處經理（老人服務）

#### 秘書

梁美儀女士	醫管局總辦事處經理（服務規劃發展） (至 2011 年 6 月)
衛斯德博士	醫管局總辦事處經理（服務規劃） (2011 年 6 月起)



## 附錄二 外聘顧問

---

- John CAMPBELL 教授，新西蘭丹尼丁醫學院老人科教授
- Julia NEUBERGER 女男爵，DBE 勳銜，英國上議院議員及英國國王基金會前行政總裁
- Andrew ELDER 醫生，英國愛丁堡急症老人科顧問醫生

## 審閱員

- Graham MULLEY 教授，英國老人科醫學會前主席
- Brian WILLIAMS 教授，CBE 勳銜，英國格拉斯哥皇家醫學院前主席



## 附錄三 擬稿諮詢

---

本服務策略框架的諮詢期由 2011 年 8 月 31 日至 10 月 31 日。在諮詢期內，我們向主要持份者徵集意見，包括醫管局的行政人員、服務主管及職員同事，以及外界人士和伙伴機構。我們向職員、專業團體及學術機構、相關決策局、政府部門及非政府機構派發了超過 1,000 份諮詢文件，最後收到 40 份來自團體和個人的意見。此外，我們於 2011 年 10 月亦曾與非政府機構、私人安老院舍代表、病人和照顧者舉行聚焦小組，以了解他們對醫管局現時及未來的長者服務的意見。

工作小組於 2011 年 11 月 28 日的會議上收閱及審議所有就策略擬稿提交的建議和意見。在制訂服務策略的最後定本時，我們仔細研究了所有意見，並盡量收納在本服務策略框架內。

醫管局收到共 40 份來自以下個人及團體對諮詢文件的建議（見後頁）：

## 醫管局職員

職員類別	收到建議書數目	
醫生	骨科	2
	精神科	4
	家庭醫學	1
	老人科工作小組	1
專職醫療	復康	1
	臨床心理科	1
	營養科	1
護士	老人科	1
	策劃及籌備	1
總數	13	

## 外界持份者

外界團體	收到建議書數目
<b>政府部門</b>	
食物及衛生局	1
勞工及福利局	3
衛生署	1
社會福利署	1
安老事務委員會	2
<b>專業團體</b>	
香港護士協會	1
香港內科醫學院	1
職業治療師管理委員會	1
香港家庭醫學學院	1
香港老年學護理專科學院	1
香港精神科醫學院	1
香港社會醫學學院	1
香港老人科醫學會	1
香港醫學會	1
大學相關學系	3
非政府機構	5
匿名	2
<b>總數</b>	<b>27</b>



## 附錄四 詞彙表

---

本文使用了以下術語：

### 急症：

發病較急，情況可迅速轉壞，並需要即時治理（與慢性病的意思相反）。

### 風險一族：

由於年長、健康狀況較差、不適或患病等，而存在入院或需要專科服務的風險。

### 慢性病：

所患疾病或殘疾需要長期的治療或管理（與急症的意思相反）。

### 社區護理：

醫院以外的住院或門診護理服務，如在家中或小型醫療場所提供的服務，包括社區中心、安老院舍等。

### 病情複雜：

被鑑辨為在醫療、社會和生理上有需要的長者，同時患有多種互為影響的疾病。

### 長者：

在香港為方便規劃，長者一般指 65 歲或以上人士；但在本框架中，長者的定義乃根據醫療及護理的需要而定，而不是一個隨意而定的歲數。

### 框架：

指醫管局的《長者醫療服務策略》這文件。

**老人科或老人內科：**

是內科的一種，主要處理長者在臨床治療、疾病預防、復康和社交生活等方面的問題。

**高風險：**

在醫管局《長者醫療服務策略》中，高風險是指有再次入院風險的年長病人。

**療養護理：**

指為一些出院機會渺茫，但又不能在安老院舍進行護理的年長病人所提供的療養式護理。這種護理強調病人的生活質素和尊嚴，並且已由過往的「院舍」照顧模式，轉變為着重「心理社交」或「醫院為家」的護理模式。

**醫源性疾病：**

治療或醫療程序所引致的疾病或併發症，是可以預防的。

**綜合病人評估（或全面的老人評估服務）：**

循證為本、跨範疇，以及一般為跨專業的診斷過程，以確定長者的病況、心理和身體功能，藉以制訂全面的治療和長遠跟進計劃。

**基層醫療：**

醫療服務的首個接觸點，通常由全科醫生或家庭醫生提供服務。

**復康服務：**

旨在令病人在患病後恢復最佳健康、功能和安康的醫療服務。



## 附錄五 參考書目

---

Addicott, R. & Ashton, R. (Eds.) (2009). *Delivering better care at end of life: The next step*. London: The King's Fund.

Age Concern & Help the Aged. (2009). *Waiting for Change: How the NHS is responding to the needs of older people*. London: Author.

Au, Derrick K.S. (1994). Re-thinking Hospital Long-Stay Care. *Journal of Hong Kong Geriatrics Society*, 5(1): 18–21

Chau, P H., Mak, B S K., Choy, S Y., Chan, K C., Cheung, S H. & Woo, J. (2009). Raising Health Literacy and Promoting Empowerment to Meet the Challenges of Aging in Hong Kong. *Educational Gerontology*, v. 36: 12–25

Chu, L. W. & Chi, Iris. (2006). Long Term Care and Hospital Care for the Elderly. In Gabriel Leung & John Bacon-Shone (Eds.), *Hong Kong's Health System: Reflections, Perspectives and Visions*. Hong Kong: Hong Kong University Press.

Department of Health (2006). *Improving the environment for older people in Health Services: An audit tool*. Melbourne: Author.

Department of Health (2009). *Best Care of Older People Everywhere Toolkit*. Melbourne: Author.

Department of Health. (2001). *National Service Framework for Older People*. London: Author.

Department of Health. (2003). *Care Homes for Older People: National Minimum Standard*. London: Author.

Department of Health. (2004). *Better Health in Old Age*. London: Author.

Department of Health. (2005). *Ambulatory Care Framework & Planning Framework*. Melbourne: Author.

Department of Health. (2009). *Planning the future of Victoria's sub-acute service system: A capability and access planning framework*. Melbourne: Author.

Department of Health. (2010). *Improving care and saving money: Learning the lessons on prevention and early intervention for older people*. London: Author.

Dr Foster Intelligence. (2010). *Hospital care at home: Supporting independent and healthy lives*. London: Author.

General Medical Council. (2010). *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*. London: Author.

Neuberger, Julia. (2008). *Not Dead Yet*. London: Harper Collins.

NHS. (2010). *End of Life Care Strategy: 2nd Annual Report*. London: Author.

NHS. (2010). *The route to success in end of life care: achieving quality in acute hospitals*. London: Author.

Reynolds, Astrid. (2009). *2020: A Vision for Aged Care in Australia Outcomes Review*. Sydney: The Myer Foundation.

Royal College of Nursing. (2010). *Pillars of the Community: The RCN's UK position on the development of registered nursing workforce in the community*. London: Author.

Statistics & Workforce Planning Department, Strategy & Planning Division, Hospital Authority. (2009). *Elderly Profile*. Hong Kong: Author.

The Hong Kong Geriatrics Society. *Curriculum in Geriatric Medicine*. (2005, Oct 29). Retrieved from: <http://www.hkgerisoc.org/>

The Quality of Death: Grim Reapings. (2010, July 15). *The Economist*. Retrieved from <http://www.economist.com>

Tsui, Eva. (2009). Presentation on *Risk Prediction Model on Elderly Emergency Admission: the HARRPE model*. Hong Kong: Hospital Authority.

Santurri, Laura E. (2006, spring). Patient Empowerment: Improving the Outcomes of Chronic Diseases Through Self-Management Education. The MPHP 439 Online Text Book, Case Western Reserve University. Retrieved from <http://www.cwru.edu>

Shaw, Sara & Levenson, Ros. (2011). *Towards integrated care in Trafford*. London: Nuffield Trust.





醫院管理局總辦事處  
策略發展部出版  
香港九龍亞皆老街 147 號 B  
醫院管理局大樓

電郵 : [str.planning@ha.org.hk](mailto:str.planning@ha.org.hk)  
網址 : <http://www.ha.org.hk>

© 2012 醫院管理局  
本文件可於醫管局網址下載



醫院管理局  

---

HOSPITAL  
AUTHORITY