

香港長者及殘疾人士照顧者的需要及支援顧問研究
主要報告

香港理工大學顧問團隊
理大科技及顧問有限公司呈交

二零二二年五月

目錄

示圖概覽.....	6
示表概覽.....	7
摘要.....	8
第 1 章 簡介.....	17
1.1 背景.....	17
1.2 研究目標.....	17
1.3 主要的研究結果.....	17
1.4 研究設計.....	17
1.5 參考其他相關資料.....	19
1.6 未來十年在支援照顧者上的挑戰.....	19
1.6.1 照顧者及照顧對象的人口預測.....	20
1.6.2 照顧者因應本港社會經濟轉變的需要.....	21
第 2 章 本港現時的照顧者支援措施以及其他經濟體的實踐回顧 (研究項目一及二).....	23
2.1 本港現時由政府及非政府資助的照顧者支援措施.....	23
2.1.1 現有由政府資助的護老者支援服務.....	23
2.1.2 現有由政府資助的殘疾人士照顧者支援服務.....	26
2.1.3 由非政府組織或慈善基金資助的其他創新計劃／項目.....	29
2.1.4 照顧者支援未來發展的相關議題.....	30
2.2 文獻回顧及檢視其他經濟體的做法.....	33
2.2.1 相關理論及概念框架的檢視.....	33
2.2.2 本港支援照顧者的理論模型.....	36
2.2.3 與香港相近的經濟體的分析.....	38
2.2.4 其他經濟體的做法／支援措施總結.....	39
2.2.5 其他相關支援.....	43
2.2.6 香港及其他經濟體中值得參考的做法.....	44
第 3 章 照顧者需要及服務期望的研究結果.....	51
3.1 護老者及殘疾人士照顧者的主要研究結果和重要發現.....	51
3.1.1 照顧者的人口特徵.....	51
3.1.2 質性研究的主要發現：照顧者的需求、挑戰、負擔、優勢和服務期望.....	52

3.1.3 經深入統計分析後的量化研究結果撮要.....	53
3.2 兩組照顧者在「照顧者的需要、面對的挑戰、負擔、優勢及服務期望」方面的差異.....	56
3.3 研究項目三及四就現有服務的潛在需求及服務差距的總結.....	59
第 4 章 持份者角度中照顧者需要及服務期望的研究結果.....	61
4.1 持份者的綜合主要研究結果撮要.....	61
4.1.1 持份者的人口特徵.....	61
4.1.2 質性研究的主要發現：照顧者的需求、挑戰、負擔、優勢和服務期望.....	62
4.1.3 經深入統計分析後的量化研究結果撮要.....	63
4.2 總結：比較兩組持份者的顯著差異-照顧者需要、挑戰、負擔、優勢和服務期望.....	67
4.2.1 照顧者的需要.....	67
4.2.2 照顧者面臨的挑戰.....	67
第 5 章 運用三角驗證法所得之結果：照顧者的需要和服務期望.....	68
5.1 照顧者的需要、負擔和挑戰.....	68
5.1.1 照顧者的需要及負擔.....	68
5.1.2 照顧者的優勢.....	69
5.2 照顧者對服務的認識、服務使用情況和服務差距.....	70
5.2.1 促進照顧者獲得及使用服務.....	71
5.2.2 加強照顧者支援.....	71
5.2.3 服務整合.....	72
第 6 章 檢視現時可為照顧者提供經濟援助的方案，並探討相關試驗計劃的未來路向（研究項目七及項目八）.....	74
6.1 研究結果撮要：護老者的經濟支援 — 兌現社區照顧服務券（簡稱社區券）和為低收入家庭護老者提供生活津貼.....	74
6.1.1 受訪者對社區券兌現的看法.....	74
6.1.2 護老者對生活津貼的看法.....	75
6.1.3 護老者的其他支援選項.....	75
6.2 總結主要研究發現：為殘疾人士而設的兩個試驗資助計劃之成效評估....	76
6.2.1 「為嚴重殘疾人士提供的特別護理津貼」（特別護理津貼）.....	76
6.2.2 為「獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」（聘請照顧者津貼）.....	76

6.3 探討照顧者經濟支援的未來路向.....	76
6.3.1 為護老者提供社區券兌現的討論.....	77
6.3.2 整合三個殘疾人士試驗計劃.....	77
第 7 章 整體建議.....	79
7.1 香港應否制定照顧者政策？.....	79
7.2 照顧者的擬議定義.....	79
7.3 發展方向.....	80
7.4 提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援及服務整合的協作模式（照顧者三層支援模式）.....	81
7.5 制定建議.....	82
7.6 三個策略方向：提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援、及服務整合.....	83
7.6.1 提升照顧者能力.....	83
7.6.2 鼓勵家庭及非正規支援.....	83
7.6.3 服務整合.....	84
第 8 章 提升照顧者能力.....	85
8.1 資訊意識及求助意願.....	85
8.1.1 建議一：提升照顧者對服務資訊的重視和認識，並使照顧者和相關人士更主動地尋求協助和善用現有服務。.....	85
8.2 資訊.....	87
8.2.1 建議二：檢視現有網站，鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台。.....	87
8.3 知識及自我管理.....	88
8.3.1 建議三：提供照顧者為本的培訓和介入服務，以提升照顧者的身心健康、自我管理和應對壓力的能力，並增強其照顧能力。.....	88
第 9 章 鼓勵家庭及非正規支援.....	91
9.1 家庭及鄰舍支援.....	91
9.1.1 建議四：促進家庭為本的支援及朋輩照顧者間的互助，在人生和照顧歷程各階段支援照顧者。.....	91
9.1.2 建議五：締造照顧者友善社區。.....	94
9.3 職場支援.....	95
9.3.1 建議六：設計和推廣照顧者友善的工作環境，以幫助照顧者在工作與照顧者角色之間取得平衡。.....	95
第 10 章 服務整合.....	97

10.1 風險識別及管理.....	97
10.1.1 建議七：建立自我評估工具，以提高照顧者對其需要、危機識別和管理、及現有支援服務的認識。.....	97
10.1.2 建議八：識別高危照顧者並提供及時支援。.....	99
10.2 善用科技.....	100
10.2.1 建議九：提升照顧者對輔助科技的認識、接觸和使用，以減輕照顧者壓力，提升照顧能力，並改善其生活質素。.....	100
10.3 暫託服務.....	102
10.3.1 建議十：加強暫託服務的可及性和多樣性，以支援有突發需要的照顧者。.....	102
10.4 經濟援助.....	104
10.4.1 建議十一：提供合適的服務、社區券及現金的組合以支援照顧者。.....	104
第 11 章 未來路向及實施計劃.....	110
11.1 落實建議的注意事項.....	110
11.2 研究的局限.....	111
附件 可以由慈善基金資助推行與及由私營及社會企業運用可持續/商業模式推行的建議.....	113
參考資料.....	116
顧問團隊名單.....	125

示圖概覽

圖 2.1 長者及殘疾人士暫顧服務名額.....	31
圖 2.2 照顧者退出津貼計劃的原因.....	32
圖 2.3 認知障礙症服務中心模型 (Auer et al. , 2015).....	35
圖 2.4 照顧者的壓力過程模型 (Pearlin et al. , 1990).....	35
圖 2.5 以多層社會資本理論分析下決定健康的社會因素 (Lewis et al. , 2013) ...	36
圖 2.6 顧問研究方法所採用的生態系統模型.....	37
圖 2.7 本顧問研究的理論框架.....	38
圖 7.1 照顧者三層支援模式.....	82

示表概覽

表 1.1 八個研究項目的概況.....	18
表 2.1 現時由政府資助的護老者支援服務.....	23
表 2.2 現有由政府津助／資助的殘疾人士照顧者支援服務.....	26
表 2.3 由非政府組織或慈善基金資助的計劃／項目 (選錄).....	29
表 2.4 低收入護老者生活津貼.....	31
表 2.5 低收入殘疾人士照顧者生活津貼.....	32
表 2.6 本港以及其他經濟體的照顧者支援服務／措施.....	45
表 4.1 持份者對 14 種不同類型的護老者支援服務的效用評估.....	64
表 4.2 持份者認為對 14 種不同類型殘疾人士照顧者有用的支援服務.....	65

摘要

顧問研究的背景

1. 支援和照顧長者及殘疾人士是香港社會福利制度的重要部分。安老事務委員會已於 2017 年制定了《安老服務計劃方案》。此外，政府亦於 2020 年 7 月公布了新的《殘疾人士及康復計劃方案》。無薪非正式照顧者（例如家庭成員、親屬和朋友）對協助長者及殘疾人士在社區居住，並在他們的日常生活、就醫、獲得社會服務和社會參與中發揮重要作用。因此，加強對照顧者的支援，可以顯著提升長者及殘疾人士的福祉。有見及此，勞工及福利局於 2020 年 7 月委託香港理工大學顧問團隊，就香港長者和殘疾人士的無薪非正式照顧者（簡稱「照顧者」）的需要和支援進行顧問研究。

2. 顧問研究的目標是制訂實證為本及照顧者為中心的建議，從而支援長者和殘疾人士的照顧者在照顧責任和個人生活之間取得平衡。研究結果亦有助整合和分配政府所投放的資源；並檢視非政府機構、社會企業、學術界、慈善機構和商界所執行的相關措施或計劃，從而為長者及殘疾人士的照顧者提供有效、以照顧者為本、且可持續的支援。

3. 顧問研究包含八個子研究項目，整體目標是通過整合不同研究方法和數據來源，獲得有關長者和殘疾人士照顧者的需要、優勢和所需支援的實證研究結果。這八個子研究項目包括回顧以往有關照顧者議題和服務需求的理論與研究；參考其他經濟體的經驗；訪問照顧者及各界別持份者以深入了解照顧者的需要和服務期望；並分析本港現行試驗計劃，以探討向照顧者提供支援及資源的未來發展路向（詳情請參閱第一章及表 1.1）。

4. 顧問研究結合質性和定量的研究方法，質性研究共有 224 人參與聚焦小組和訪談，定量問卷調查則收到 4 571 份有效問卷，因此質性及定量環節裏共有 4 795 名參與者，當中包括正使用安老和康復服務人士的照顧者、照顧對象以及相關持份者（如，政府官員、長者和康復服務專業人員、服務提供者、私營公司等）。參與的照顧者選取自不同的安老服務及康復服務使用者名單。在問卷調查中，由於所收回的問卷的回答完整程度各有不一，因此顧問團隊會根據每項問題的回應率，而非整體的問卷數量，來匯報統計結果。

研究項目撮要

文獻綜述以及其他經濟體經驗回顧（研究項目一及二）

5. 研究項目一：顧問團隊回顧了四個主要領域共 107 篇學術論文，包括：
1) 照顧的概念和模式；2) 照顧負擔和風險；3) 現有照顧者的服務／支援；以及

4) 照顧者政策。研究顯示與照顧負擔和風險有關的因素，包括：照顧對象的情況、照顧者的角色衝突、照顧的工作、社會經濟地位、提供照顧的時間、是否與照顧對象同住、家庭關係、照顧能力、可得到的社區服務／正式支援，以及社會標籤。

6. 研究項目二：檢視九個經濟體（包括，澳洲、加拿大、英國、美國、瑞典、廣州、台灣、日本和新加坡）的照顧者支援政策，並就澳洲、英國、廣州和新加坡四個經濟體作深入分析，以及對新加坡進行線上實地考察。在深入分析的四個經濟體中，常見的照顧者支援措施包括明確訂立清晰的照顧者定義、訂立國家／地區層面的照顧支援策略、支援照顧者的立法（如，在澳洲和英國）、為照顧者提供經濟援助、制定照顧者友善的職場措施（如，有薪假期和彈性工作安排）、為照顧者提供稅務優惠、培訓／教育計劃、心理輔導及暫託服務。

7. 雖然顧問團隊檢視的大多數經濟體都有制定了針對照顧者的全國或地區政策，但落實這些政策往往會面臨困難，尤其是經濟援助。儘管大多數經濟體都有為照顧者提供直接的經濟援助，申請資格的標準不一且複雜，申請程序耗時，申請人往往需要配合入息審查而放棄或減少工作，令照顧者在申請經濟援助時面對不少障礙。

關於護老者及殘疾人士照顧者看法的研究發現 (研究項目三及四)

8. 有 31 名護老者及 49 名殘疾人士照顧者參加了聚焦小組；當中超過七成為女性，平均年齡為 65.7 歲。聚焦小組針對以下七個主題，討論照顧者的需要、優勢及服務期望：

- 1) 照顧者的角色：照顧者的角色主要為協助照顧對象的「基本日常生活活動」及「工具性日常生活活動」、陪同照顧對象就醫、提供經濟援助和情感支援。照顧者指他們會按照照顧對象的不同照顧需要，提供不同形式的照顧活動。
- 2) 照顧負擔及特性：有照顧者分享，他們因提供照顧而需要長期承受沉重的生理、精神和經濟負擔，以及跟照顧有關的角色衝突和關係矛盾。照顧負擔也與照顧者及照顧對象的特性有關。
- 3) 服務期望和需要：部分照顧者建議建立一站式平台以協助他們獲取與照顧工作有關的資訊。照顧者指資訊和資源應易於獲取，他們亦期望獲得個案管理服務。

- 4) 照顧者的優勢：照顧者認為他們的優勢包括具自我意識、壓力管理技巧、自我效能、解決問題的能力、懂得尋求幫助、強化家庭關係和履行責任。他們亦感激從社交網絡獲得的支持。大部分的照顧者同意加強他們的照顧技巧和認知能力（如解決問題的能力和記憶力等）可協助他們更有效處理日常照顧工作的挑戰。
- 5) 使用社會服務的便利及障礙因素：照顧者認為是否容易取得服務資訊、服務的申請程序，以及是否有可用的服務均會影響服務的使用率。照顧者亦指出，嚴格的申請資格、申請程序複雜和輪候時間長，均會阻礙他們接受服務或津貼。
- 6) 高危照顧者的特徵：護老者及殘疾人士照顧者均表示，處理照顧對象的行為及情緒問題為他們帶來壓力。高危照顧者的特徵包括照顧對象需長時間照顧、有家庭暴力史、照顧對象有行為問題、照顧者缺乏認同及支援、照顧者需要照顧多名殘疾人士、照顧者有自殺及／或傷害照顧對象者的念頭。2019 冠狀病毒疫情期間，部分社區服務受影響而暫停和實施社交距離措施，亦會進一步影響照顧者的精神健康。
- 7) 科技在照顧中的應用以及使用科技時遇到的障礙：有照顧者認為使用資訊科技有助他們尋求協助，以及有利於獲取照顧方面的知識，但照顧者因缺乏科技知識、技能和經濟困難，往往會對使用該類科技卻步。

9. 在 966 份護老者及 1 307 份殘疾人士照顧者的有效問卷中¹，逾七成護老者(74.5%)為女性，平均年齡為 54.5 歲（標準差 = 18.1），平均每星期花 41.9 小時（標準差 = 52.4）照顧長者。大部分護老者所照顧的對象為其年老父母(57.9%)，其次是其配偶(22.6%)。就殘疾人士照顧者而言，超過八成照顧者為女性(82.5%)，平均年齡為 51.3 歲（標準差 = 12.8），他們平均每星期花 77.2 小時（標準差 = 54.3）提供照顧，而大部分所照顧的對象為殘疾子女(87%)。

10. 針對護老者的深入統計分析發現，照顧對象是配偶（ $r = 0.074$ ， $p = 0.038$ ）、女性照顧者（ $r = -0.093$ ， $p = 0.005$ ）、低收入照顧者（ $r = -0.098$ ， $p = 0.004$ ）、確診有情緒問題（ $r = 0.255$ ， $p < 0.001$ ）、患有癌症（ $r = 0.107$ ， $p = 0.001$ ）、患有糖尿病（ $r = 0.073$ ， $p = 0.031$ ）、或自我感覺健康狀況較差者（ $r = 0.298$ ， $p < .001$ ）與較高的照顧負擔顯著相關。然而，對於殘疾人士照顧者而言，年輕照顧者（ $r = -0.13$ ， $p = 0.001$ ）、男性照顧者（ $r = 0.14$ ， $p < 0.001$ ）、診斷有心血管疾病（ $r = 0.083$ ， $p = 0.031$ ）或行動不便（ $r = 0.261$ ， $p < 0.001$ ）的照顧

¹ 由於每個問卷項目的回應率不同，描述性統計中僅顯示百分比。

者傾向有更高的照顧負擔。整體而言，大多數護老者（87.6%）和殘疾人士照顧者（76.9%）認為他們的健康狀況一般至非常好。

11. 與護老者不同，殘疾人士照顧者會同時表現照顧上優勢／積極因素與照顧負擔。這看似矛盾的發現，可能歸因於能力較佳的照顧者對自己的期望更高，從而導致更重的照顧負擔。

12. 兩類照顧者均認為「其他服務」（包括暫託、緊急支援、現金津貼及個案管理等）是最有幫助的支援（兩類照顧者的平均分分別為 3.81 及 4.18，總分是 5 分）。除此之外，護老者還認為「家人或親友的支援」最有幫助（護老者平均分為 3.67），殘疾人士照顧者則認為「中心服務」很有幫助（殘疾人士照顧者平均分為 4.09）。

關於安老服務及康復服務界別持份者看法的研究發現 (研究項目五及六)

13. 分別有 27 名和 39 名來自安老服務和康復服務界別的持份者參加聚焦小組。參加者中約有 70% 是年齡介乎 31 至 50 歲之間的女性。這兩類持份者分別在安老及康復服務領域平均工作了 5.2 年（標準差 = 5.7）和 9.9 年（標準差 = 7.0）。聚焦小組的討論圍繞照顧者的需求、挑戰和需改進的地方，並歸納出以下五個主題：

- 1) 現有服務：持份者指出，針對護老者的服務包括角色適應訓練、情緒支援、同伴互助小組、照顧技能培訓、照顧者津貼、暫託服務、社交活動和減壓活動。持份者認為，經濟援助雖然是直接支援照顧者履行照顧職責的直接方式之一，但輔導、小組活動、個案管理和技能培訓等支援服務同樣重要。
- 2) 照顧者的需求：持份者認為照顧者的需求可分為個人及社會兩個層面。個人層面的服務需求包括暫託服務、教育和照顧技巧培訓、經濟援助、一站式資訊中心、照顧對象的接送安排、照顧對象的照顧計劃，及個案管理。社會層面的需求包括社會認同以及建立照顧者友善的工作環境。
- 3) 照顧者面臨的挑戰：包括，照顧者缺乏知識和照顧技能、疫情期間的支援服務不足、社會對照顧者缺乏認同、不同政策局就照顧者支援服務協調不足，以及未能確定照顧對象能否持續獲得服務。
- 4) 影響照顧者需求的因素：傳統文化認為照顧年邁的父母或年幼的子女是義務；長者的唯一照顧者，或需要照顧多名人士的照顧者；以及照顧者的年齡、家庭收入、教育程度、社會支持網絡等都會影響照顧者的需求。

5) 需要改進的地方：應該採取預防而非補救措施來防止照顧者過勞；應強化跨專業、機構及資助模式之間的合作；加強緊急支援，例如，不同類型的暫託（居家暫託、院舍暫託或中心為本的暫託）；而為長者及其照顧者提供的正規服務或津貼較為零散、有限和缺乏靈活性；應增加預算以增加服務人手、空間、服務名額；長遠而言，香港應營造更照顧者友善的氛圍。

14. 問卷調查中共有 360 名及 709 名分別來自安老服務及康復服務的持份者，約三分之一安老服務的持份者年齡介乎 31 至 40 歲間（32.8%），其中女性居多（75.6%），專業背景多為社工（80.0%）。平均而言，持份者在安老服務界別工作了 9.2 年（標準差 = 7.9），而與護老者相關的工作經驗則有 5.2 年（標準差 = 5.7）。同樣，約三分之一的康復服務持份者年齡介乎 31 至 40 歲間（34.8%），其中大部分為女性（71.2%），主要專業背景多為社工（71.2%）；他們平均在康復界別工作了 10.2 年（標準差 = 8.1），與殘疾人士照顧者相關的工作經驗則平均有 9.2 年（標準差 = 7.9）。

15. 從持份者的角度來看，護老者最常見的三個問題為沉重的心理負擔（61.3%）、缺乏專業支援（58.5%）、及缺乏照顧知識和技能（54.6%）。而殘疾人士照顧者最常見的三個問題為沉重的心理負擔（63.5%）、照顧者年紀大（58.1%）、以及缺乏社區／專業支援（48.5%）。此外，持份者認為照顧患有認知缺損長者的護老者最需要幫助，其次是照顧健康狀況較差長者的護老者，以及年老的護老者。在殘疾人士照顧者中，最需要幫助的是本身有精神／情緒問題的照顧者，其次為照顧有嚴重情緒或行為問題人士的照顧者，以及年長（60 歲或以上）的照顧者。

16. 顧問團隊就持份者對 14 項護老者支援措施實用性的看法進行了深入分析；相比新手照顧者和低收入照顧者，住宿暫託服務對於健康狀況不佳的照顧者、照顧一個人以上的照顧者、長者及兒童的照顧者、以及照顧患有阿茲海默症長者的照顧者更為有用（ $p < 0.05$ ）。對支援 15 類殘疾人士照顧者的服務有效性而言，康復服務持份者認為，輔導服務和家居照顧服務對有精神及情緒問題的照顧者，較其他類型照顧者如在職照顧者、年長照顧者、體弱照顧者、有殘疾的照顧者和低收入照顧者（ $p < 0.05$ ），更為有用。

照顧者及持份者對照顧者經濟援助的看法的發現（研究項目七及八）

17. 研究項目七旨在探討為護老者提供經濟援助的未來路向。參與該研究項目的聚焦小組共有 38 人（政府代表／諮詢委員會 = 5，持份者 = 15，護老者 = 18），持份者平均在安老服務業服務了 13.9（標準差 = 8.74）年，與照顧者服務

相關的則平均有 11.4 年（標準差 = 6.99）。參加者表示，將「長者社區照顧服務券」（社區券）兌現的好處包括：增加使用照顧費用的靈活性，在照顧安排方面提供選擇，以及表示對照顧者的認同。然而，部分參加者亦擔心兌現的金額可能被濫用，或引起家庭衝突。有意見指照顧者津貼更靈活，是對無暇就業的照顧者的一種認可和補償。照顧者及持份者均指出，兌現社區券及照顧者津貼各有優點。有建議認為應發放一筆過津貼予照顧者，並分成兩部分：一部分（較大部分）為照顧體弱長者的開支，另一部分（較小部分）給予照顧者。有參與者亦建議放寬津貼資格並提高兩種經濟援助的金額。

18. 研究項目七的問卷調查共有 376 名護老者和 421 名持份者完成。在 376 名護老者中，275 人為社區券持有人，另有 101 人受惠於護老者津貼。護老者的人口統計資料可詳見表 6.4。大部分照顧者年齡在 50 歲或以上 (80.1%)，女性 (68.4%)，教育程度為小學至中學 (68.8%)。以老護老的現象十分普遍，近半數 (45.3%) 的護老者年齡為 60 歲或以上、30.9% 的護老者為「初老」（61 至 70 歲）、5.9% 為 71 至 75 歲，8.5% 為 76 歲及以上。大約 40% 的護老者為在職人士（全職或兼職）。護老者的平均照顧年期為 8.4 年（標準差 = 8.2）。問卷研究發現，即使護老者的人口特徵不同，328 名護老者中有 226 名 (68.9%) 均同意／非常同意兌現社區券的構思，而持份者中則有 42.7% 同意。此外，對社區券中心為本的服務更滿意的護老者更傾向支持兌現社區券 ($B = 0.50, p < 0.01$)。

19. 就為低收入家庭護老者提供生活津貼（護老者津貼），有 65.5% 的護老者及 55.1% 的持份者贊成此計劃。大部分持份者 (81.4%) 及護老者 (72.6%) 認為護老者津貼是更好的選擇，因為護老者可同時獲得服務及現金援助，以及現金津貼肯定了照顧者的貢獻 (57.1% 的持份者和 51.2% 的護老者)。由於無須共同付款，持份者傾向認為護老者會選擇護老者津貼而非社區券兌現，但護老者似乎並不同意這一觀點（只有 17.6% 至 24.1% 的護老者認同這一觀點）。

20. 研究項目八旨在評估兩項試驗計劃的成效，即「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」（特別護理津貼），以及「為獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」（聘請照顧者津貼），並探討兩項計劃的未來路向。共有 40 人（18 名殘疾人士、13 名照顧者和 9 名持份者）參與了聚焦小組及訪談。就特別護理津貼的評估，顧問團隊亦透過問卷調查向 388 名照顧者和 44 名專業人士及社署行政人員收集了意見。

21. 就特別護理津貼的評估而言，受助人及其照顧者對津貼給予正面評價，他們認為津貼有助改善他們的生活。大部分受助人與照顧者同住，而他們往往沒有穩定的收入，因此這項津貼為他們提供了一定的經濟援助。此外，聚焦小組及問卷調查的結果指出，津貼通常用於與護理相關的費用，例如藥物和營養

食品，這與計劃目標相符。部分受助人建議將現時的資助年齡上限由 60 歲提高至 65 歲，並因應通脹而增加資助金額。

22. 就聘請照顧者津貼的評估而言，聚焦小組的參與者對家庭傭工所提供的協助及照顧給予非常正面的評價。該計劃使殘疾人士能夠工作和獨立生活，以盡量減少依賴家庭成員的非正式照顧。參與者對這項試驗計劃的意見普遍正面。亦有建議放寬津貼受惠資格，增加津貼金額並延長目前的三個月寬限期。

23. 研究項目八亦探討整合三個試驗計劃（即特別護理津貼、聘請照顧者津貼及為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃），發現受訪人士對此意見不一。聚焦小組及訪談的大部分參與者反對整合三個試驗計劃，擔心整合後會影響其受惠資格。問卷調查則顯示，有 78.6% 照顧者及 50% 專業人士／服務提供者／社署行政人員認為「統一各項津貼計劃，以現金津貼方便照顧者／殘疾人士使其靈活運用獲發金額」是向照顧者提供經濟援助的有效方式。然而，鑑於三項試驗計劃的性質、服務對象及受惠資格有所不同，大多數參與者並不了解整合的理由或必要性。許多參與者擔心，如果將三項試驗計劃整合，或會影響現正接受其中一項津貼的殘疾人士或其照顧者的受惠資格。

制訂建議

24. 目前，本港有各類政府資助的服務，包括恆常服務和試驗計劃，為護老者和殘疾人士照顧者提供直接和間接的支援。這些支援措施包括以中心為本的社區支援服務（如，長者地區中心、長者鄰舍中心、長者日間護理中心／單位、殘疾人士地區支援中心及家長／親屬資源中心）、以家居為本的社區照顧服務（如，綜合家居照顧服務（體弱個案）、改善家居及社區照顧服務、嚴重殘疾人士家居照顧服務、嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務）、為長者和殘疾人士提供的暫託服務，以及其他支援項目（例如，「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃」及「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」）。此外，還有由慈善基金資助的具創新性的照顧者支援計劃，例如，定期的到戶暫託服務、照顧者咖啡室／茶座、培訓畢業照顧者成為朋輩支援者，以幫助有需要的照顧者

25. 顧問團隊基於四個主要發展方向，借鑑了九個經濟體的經驗，制訂了一系列支援照顧者的建議，以確保所制訂的建議全面、具針對性和能多方面協作：

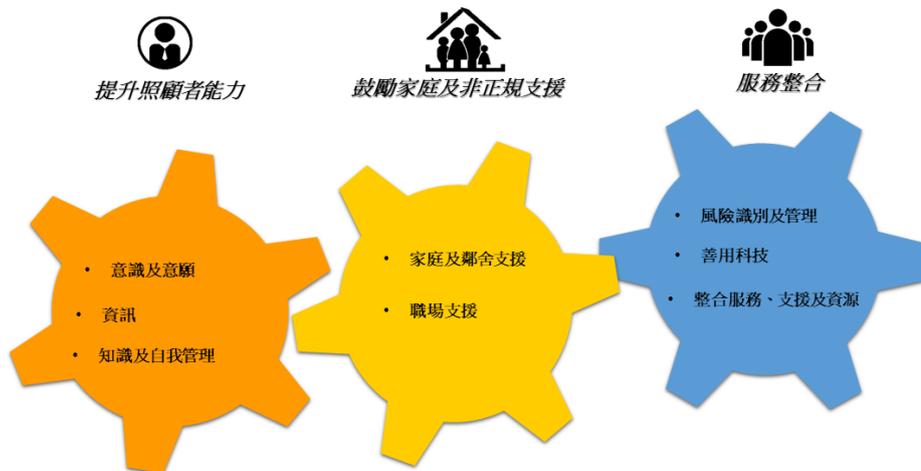
- 1) 社區承托照顧者：從照顧者居住的社區了解他們的角色和需求，並以照顧者為中心的方法來支援他們。這個發展方向不僅旨在加強照顧者的照顧能力，還會全面辨識照顧者的需求及適合的支援。其中一種符合成本效益的方法，是擴展現有為照顧對象而設的服務以涵蓋照顧者，以確保

照顧者獲得及時的介入服務。這發展方向亦強調支援照顧者是家庭、社區、企業和政府的共同責任。

- 2) 提升照顧者能力：肯定照顧者的角色、能力和貢獻，強化照顧者的個人優勢、自信和應對困難時的自我效能感。這個發展方向強調推廣照顧者心理健康的重要性。
- 3) 多方協作：不同持份者和界別（例如：資訊科技業、教育、醫療、衛生、福利、房屋、交通、企業等）應群策群力，共同為照顧者提供支援。這個發展方向與第一個方向互相呼應，強調發展照顧者友善社區的重要性。
- 4) 照顧者支援的可持續性：支援照顧者應在財務、人力和其他相關資源方面都具備可持續性，並鼓勵工商界、社會企業和慈善基金以可持續的模式提供照顧者支援措施。這個發展方向的重要性在於確保不同類型的照顧者均能夠持續地獲取足夠的支援。

26. 顧問團隊所建議的照顧者支援模式稱為「提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援，及服務整合的協作模式」（照顧者三層支援模式），是顧問研究下提出服務建議的綜合框架，並進一步提出了十一項服務建議。總體目標旨在通過提升照顧者的個人能力，鼓勵家人和鄰舍間的支援，及整合支援服務，為護老者和殘疾人士照顧者在其不同人生和照顧歷程上提供有效和及時的支援。照顧者三層支援模式著重於精簡和整合現有資源，以提升照顧者支援服務的效率、成效和生產力。下圖以齒輪展示照顧者三層支援模式，其中齒輪代表三個同等重要的主要領域之間的協作和互動。

提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援，及服務整合的協作模式（照顧者三層支援模式）



27. 在照顧者三層支援模式下，顧問團隊針對模式的三個範疇提出了以下十一項建議。報告的第八、第九及第十章節會就照顧者的需要、服務差距、每項建議的實際運作考慮加以闡述。

範疇一：提升照顧者能力
1. 提升照顧者對服務資訊的重視和認識，並使照顧者和相關人士更主動地尋求協助和善用現有服務;
2. 檢視現有網站，鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台;
3. 提供照顧者為本的培訓和介入服務，以提升照顧者的身心健康、自我管理和應對壓力的能力，並增強其照顧能力;
範疇二：鼓勵家庭和非正規支援
4. 促進家庭為本的支援及朋輩照顧者間的互助，在人生和照顧歷程各階段支援照顧者;
5. 締造照顧者友善社區；
6. 設計和推廣照顧者友善的工作環境，以幫助照顧者在工作與照顧者角色之間取得平衡;
範疇三：服務整合
7. 建立自我評估工具，以提高照顧者對其需要、危機識別和管理、及現有支援服務的認識;
8. 識別高危照顧者並提供及時支援;
9. 提升照顧者對輔助科技的認識、接觸和使用，以減輕照顧者壓力，提升照顧能力，並改善其生活質素;
10. 加強暫託服務的可及性和多樣性，以支援有突發需要的照顧者；以及
11. 提供合適的服務、社區券及現金的組合以支援照顧者。

第1章 簡介

1.1 背景

支援和照顧長者及殘疾人士是香港社會福利制度的重要部分。安老事務委員會於二零一七年制定了《安老服務計劃方案》，政府亦於二零二零年公布了新的《殘疾人及康復計劃方案》。無薪非正式照顧者（例如家庭成員、親戚和朋友）（簡稱「照顧者」）在協助體弱長者及殘疾人士的日常生活、就醫、獲得社會服務及社區參與中發揮重要的作用。因此，通過探討照顧者的優勢、了解該優勢如何促進其照顧活動，並藉此加強對照顧者的支援，可以進一步提升長者及殘疾人士的福祉。故此，勞工及福利局於二零二零年七月委託香港理工大學顧問團隊，就香港長者及殘疾人士的非正式照顧者的需要及支援進行顧問研究。

1.2 研究目標

顧問研究的目標是制訂實證為本的建議，從而支援長者和殘疾人士的照顧者，旨在讓照顧者更好地履行照顧責任、減少照顧壓力，以及在照顧責任和個人生活之間取得平衡。研究結果將有助整合政府投入資源及規劃政府投放資源的優次，並檢視非政府機構、社會企業、學術界、慈善機構及商界，就為體弱長者及殘疾人士的照顧者提供的相關措施或計劃，以為照顧者提供更有效的支援。

具體而言，顧問研究回顧以往有關照顧者議題及服務需求的理論與實證結果、參考其他經濟體的經驗、訪問照顧者及各界別持份者以深入了解照顧者的需求及服務期望，分析現行試驗計劃和探討照顧者支援的未來發展。

1.3 主要的研究結果

本主要報告共載有十一章節：第一章為簡介；第二章討論香港政府及非政府機構目前為照顧者提供的服務，並回顧文獻和其他經濟體的做法；第三至五章概述和探討照顧者及持份者對照顧者的需求及服務期望的意見（即顧問研究轄下研究項目三至六的研究結果）；第六章檢視現時為照顧者提供的經濟援助；第七章描述基於顧問研究結果而提出的照顧者三層支援模式和其下十一項總體建議；第八章至第十章詳細闡述每項建議；第十一章提出未來發展路向、落實建議注意事項，並列出本研究的局限。

1.4 研究設計

為協助照顧者在照顧責任和個人生活中取得平衡，顧問研究採用定量及質性研究的方法，進行了八個子研究項目，並深入分析，詳情可參閱表 1.1。此八項研究的數據收集及分析於二零二一年五月完成。

研究項目三及項目四旨在掌握長者及殘疾人士的照顧者概況，了解他們在履行照顧責任時的需要及優勢，並確定照顧者所需支援的類別以及優先次序。研究項目五及項目六旨在從持份者的角度，找出長者及殘疾人士照顧者的規範性需求及服務期望。研究項目七旨在探討 (1) 為護老者提供的經濟援助，例如將部分長者社區照顧服務券(社區券)兌現給家人以照顧家中體弱長者(包括聘請傭工承擔部分照顧工作)，及其利弊；以及 (2) 「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃」(簡稱「護老者津貼」)的發展路向。研究項目八評估兩項試驗計劃的成效，包括「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」(簡稱「特別護理津貼」)及「為獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」(簡稱「聘請照顧者津貼」)；並探討包括「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」(簡稱「照顧者津貼」)在內的三項計劃的未來發展路向。研究項目三至六採用混合研究設計，結合質性及定量方法。第一階段是質性研究，以聚焦小組或訪談的方式探討各種有關長者及殘疾人士照顧者的主題，包括他們的特徵、需要、優勢及服務期望。第二階段是基於第一階段質性研究的概念框架設計的橫向問卷調查。第三階段為另一輪質性研究，通過與相關持份者討論，以進一步了解各建議的可行性和推行優次，第三階段於二零二一年五月完成。

顧問研究中共有 220 多名人士參與聚焦小組及訪談，超過五千名受訪者完成問卷調查。由於問卷調查所收回的問卷完成程度各有不同，因此，用於分析每一項數據的有效問卷數量亦標示在括號中(表 1.1)。

然而，顧問研究是在 2019 冠狀病毒病流行期間進行，疫情間收集數據極為困難。原本計劃面對面的訪談只能改為線上或電話形式進行，導致調查數據出現一定程度的缺失。

表 1.1 八個研究項目的概況

研究項目	研究主題	聚焦小組／訪談的參與人數	已回收的問卷數目(有效問卷數目)	總數(有效問卷數目)
項目一	文獻綜述:分析以往有關照顧者議題和服務需求的理論與研究	不適用	不適用	不適用
項目二	參考其他經濟體的照顧者支援服務及進行實地考察	不適用	不適用	不適用

研究項目	研究主題	聚焦小組／訪談的參與人數	已回收的問卷數目 (有效問卷數目)	總數 (有效問卷數目)
項目三	識別護老者的需要、優勢及服務期望	31	1 112 (966)	997
項目四	識別殘疾人士照顧者的需要、優勢及服務期望	49	1 756 (1 307)	1 356
項目五	從持份者的角度探討護老者的規範性服務需要、優勢及服務期望	27	421 (360)	387
項目六	從持份者的角度探討殘疾人士照顧者的規範性服務需要、優勢及服務期望	39	745 (709)	748
項目七	探索對護老者經濟援助的未來路向	38	797 (797)	835
項目八	評估「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」及「為獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者」兩項試驗計劃的成效，以及探討這兩個試驗計劃及「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」的未來發展路向	40	432 (432)	472
總數		224	5 263 (4 571)	4 795

1.5 參考其他相關資料

顧問團隊分析了香港相關文獻，尤其是與長者及康復服務的相關資料，包括「第二階段長者社區照顧服務券試驗計劃的成效評估報告」（秀圃老年研究中心，2016）、「安老服務計劃方案」（安老事務委員會，2017）及「殘疾人及康復計劃方案」（康復諮詢委員會，2020），以更全面地掌握香港現時為有長期護理需要人士提供的服務。

1.6 未來十年在支援照顧者上的挑戰

本港長者及殘疾人士的人數持續上升，而當中大部分由家人照顧。政府一直致力加強長者社區照顧服務，以實現「居家安老」；同時，亦提升殘疾人士在社區生活及融入社區的能力，此舉亦有助支援照顧者。社區照顧服務對長者及殘

疾人士在社區中繼續安居尤為重要。多年來，政府已加強社區照顧及支援服務，例如增設社區為本的中心、加強以家居為本的社區照顧服務及暫託服務，以及為照顧者提供經濟援助。下文將重點探討相關人口趨勢、照顧者的需求以及現時支援照顧者的挑戰。

1.6.1 照顧者及照顧對象的人口預測

隨著人口老化加劇，本港長者人數以前所未有的速度上升，對長期護理的需求亦相應激增。全球很多經濟體（包括本研究檢視的經濟體）的長期護理系統都非常依賴非正式照顧者（例如家人或朋友）的參與；長期護理需求的增加意味著非正式照顧的需求也隨之增加，因此預測本港非正式照顧者的供應至關重要。現有常規照顧體系往往面臨人手不足及空間有限的問題，而家庭照顧者則面對極大的照顧壓力。對未來非正式照顧者人數的預測有利規劃和改善長期照顧系統，以應對本港人口老齡化，和因老齡化導致身體機能下降而引致殘疾人士增加的問題。

(i) 長者及其照顧者的未來人口預測

根據《香港人口推算 2020 – 2069》（政府統計處，2020），人口老齡化將持續增長，預計未來 20 年 65 歲及以上的長者人數將增加近一倍，長者人數將從 2019 年的 132 萬人（佔總人口的 17.5%）增至 2029 年的 207 萬人（26.1%）。隨著香港生育率持續偏低，人口年齡結構的變化也影響撫養比率。老年撫養比率（以每千人計）預計將從 2019 年的 249 人增加到 2029 年的 408 人，並繼續上升到 2069 年的 606 人。若以 60 歲劃分，長者人口數量預計將由 2019 年的 191 萬（25.2%）增至 2029 年的 261 萬（33.0%）。

目前，護老者人數只於「主題性住戶統計調查第四十號報告書」有紀錄（政府統計處，2009），當中 35.4% 的長者由無償照顧者照顧（例如子女、配偶、親戚、朋友或鄰居），但相關數據不足以計算護老者人口的增長變化。政府統計處於 2021 年進行了全港人口普查，首次整理需要照顧的長者資料，以及其他相關數據。由於現時缺乏最新及可靠的數據，在最新人口普查的結果公布前，未來護老者人口數目難以作準確預測。

(ii) 殘疾人士及其照顧者的未來人口預測

由於不同殘疾類別的普遍率各有差異，因此殘疾人士的數目並不能像長者人口般直接預測。就殘疾人士而言，政府統計處於 2000 年、2006/07 年，2013 年

及 2019/20 年²進行了四輪全港調查³，殘疾人士人數分別為 269 500、361 300、578 600 及 534 200 人。四輪調查分別有 75 400、125 600、203 700 及 204 200 人表示，他們因其殘疾而有別人照顧其日常生活。

1.6.2 照顧者因應本港社會經濟轉變的需要

自 1997 年以來，長期照顧服務的發展秉承著「居家安老」的原則，強調長者應盡可能與家人或於熟悉的環境居住（Chui，2008），最新的「安老服務計劃方案」就香港的安老服務發展提出的建議進一步體現了這一原則（安老事務委員會，2017）。家庭照顧者在協助身體機能退化的親屬「居家安老」發揮關鍵作用。照顧者的需求與照顧對象的長期照顧需求息息相關，如果社區有足夠的常規服務照顧長者及殘疾人士，在一定程度上可以減輕照顧者的照顧責任。

然而，有些人擔心現時的支援措施不足以滿足照顧者的需要。Lou (2019)在對香港照顧者進行的調查中發現，許多居於社區的照顧者（亦稱之為全職照顧者）及在職照顧者都強調他們對經濟援助、情緒／健康支援及熱線服務的需求。雖然常規的照顧服務有所改善，但照顧者仍需要經濟援助及支援服務來應對心理及照顧相關的需求。除此之外，研究亦發現照顧者需要照顧培訓、支援小組、再就業培訓及機會（Lou，2019），而本港照顧者的這些需要與其他經濟體的情況類似（例如在情緒及健康支援上的需要）（Stoltz et al.，2004）。

香港新自由主義及傳統家庭價值觀兩種意識形態的交織，成為提供非正式照顧的另一個挑戰（Leung et al.，2020）。年長父母孝道觀念已轉變，將養老責任從家庭轉移向個人及私營市場。由於生活安排及居住距離上的差距，成年子女所能提供的貼身照顧減少。因此，大多數子女傾向通過提供經濟支援來彌補貼身照顧的不足（Lee & Kwok，2005）。現時貼身護理工作大多受託於私人市場，例如私人療養院及外籍家庭傭工（Chow，2000；Legislative Council Secretariat，2017）。對於無法為年長父母提供經濟支援的低收入成年子女，為照顧者提供經濟援助顯得更為重要，讓他們能選擇靈活的照顧方案，舒緩護老者因選擇為年長家人提供貼身照顧而產生的照顧負擔。

另外，年輕人在照顧年老、生病或殘疾家人時的需要也值得關注。與年長的照顧者相比，現時本港就年輕照顧者的特徵及需求的研究有限。自九十年代中期，英國、澳洲、新西蘭、德國及加拿大等西方國家（Becker，2005）開始關注年輕照顧者組別的存在及其特定的生活經歷。外國研究顯示，儘管年輕照顧者的經

² 因應搜集殘疾統計數字的最新國際發展，該統計調查更新了四種選定殘疾類別的定義，相關的統計調查結果因而不能與以往的結果作直接比較。

³ 即「殘疾人士及長期病患者統計調查」。

歷不盡相同，肩負照顧責任會影響他們的身心健康、與同齡人士及社區間的聯繫、家庭關係、教育及工作成就、家庭的財政穩定性以及其他人生機會（Aldridge & Becker 1997；Carers Australia 2002；Halpenny & Gilligan，2004；Marsden，1995），這些對年輕照顧者的影響亦可能轉化為其相應的需求。

第2章 本港現時的照顧者支援措施以及其他經濟體的實踐回顧 (研究項目一及二)

2.1 本港現時由政府及非政府資助的照顧者支援措施

本節首先概述本港現時的照顧者支援服務，包括直接或間接支援長者及殘疾人士照顧者的恆常服務及試驗計劃。本節亦會概述其他經濟體中相似的照顧者支援服務及計劃，並與本港的進行比較，以探討相關服務的實行過程及優勝之處。

2.1.1 現有由政府資助的護老者支援服務

現時由政府資助的護老者支援服務載於下表 2.1，服務分為多個範疇，包括以中心為本的社區照顧及支援服務、以家居為本的社區照顧服務、長者暫託服務以及不同服務計劃。

表 2.1 現時由政府資助的護老者支援服務

範疇	服務／計劃
I. 中心為本的社區照顧及支援服務	長者地區中心及長者鄰舍中心 <ul style="list-style-type: none">政府透過全港 212 間長者地區中心及長者鄰舍中心，為長者及其護老者提供社區支援服務，包括社區教育、健康教育、教育及發展活動、外展及社群支援、義工發展、提供社區資源及轉介服務的資訊、協助申請長期護理服務、安排社交及康樂活動、膳食服務及護老者支援服務；全港 41 間長者地區中心的長者支援服務隊會透過不同的外展服務及社區網絡，接觸隱蔽及需要支援的長者及其護老者；長者支援服務隊會定期以電話及家訪關顧長者，提供情緒支援；亦為其配對合適的義工，鼓勵相似背景的長者建立朋輩支援小組，或轉介有需要長者接受其他支援或照顧服務。
	長者日間護理中心／單位 <ul style="list-style-type: none">90 間長者日間護理中心／單位，為有需要的長者提供照顧服務，並為護老者提供支援服務；服務包括資訊及輔導服務、小組活動及技巧訓練、互助小組，以及復康器材示範及租借服務。

範疇	服務／計劃
II. 家居為本的社區照顧服務	<p>「綜合家居照顧服務（體弱個案）」及「改善家居及社區照顧服務」</p> <ul style="list-style-type: none"> • 61 支「綜合家居照顧服務（體弱個案）」服務隊及 31 支「改善家居及社區照顧服務」服務隊，合共提供 13 365 個服務名額，同時為他們的護老者提供支援服務； • 服務包括個人照顧、基本及特別護理、復康運動、輔導服務、24 小時緊急支援、暫託服務、家居環境安全評估及改善建議、家居清潔服務、膳食服務、護送服務，以及護老者支援等。
III. 長者暫託服務	<p>長者住宿暫託及日間暫託</p> <ul style="list-style-type: none"> • 除了 58 個由部分津助安老院舍及合約院舍提供的指定住宿暫託宿位外，所有津助安老院舍及合約院舍內的臨時空置宿位亦作為暫託服務用途。此外，全港 140 間參與「改善買位計劃」的私營安老院合共提供 280 個指定住宿暫託宿位； • 在長者日間暫託服務方面，現時有 46 間資助長者日間護理中心／單位共設立 208 個指定日間暫託服務名額。
IV. 項目型服務計劃	<ul style="list-style-type: none"> • 離院長者綜合支援計劃； • 支援在公立醫院接受治療後離院的長者試驗計劃； • 長者社區照顧服務券試驗計劃； • 為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃； • 「護老同行」計劃； • 外傭護老培訓試驗計劃； • 全城「認知無障礙」大行動； • 智友醫社同行計劃。
V. 其他支援	<p>社會福利署（社署）熱線服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 社署熱線 2343 2255 設有全日 24 小時運作的互動話音系統，可來電查詢所有有關福利服務資料及索取資料傳真； • 當值社工亦會為有需要人士提供即時輔導、支援及諮詢服務，並安排適切的跟進服務。

範疇	服務／計劃
	<p data-bbox="499 297 1007 331">社署有關照顧者支援服務的網站／網頁</p> <p data-bbox="499 365 1139 398">公眾可透過網站／網頁了解社署轄下的安老服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="549 434 1225 517">• 社署轄下的安老服務 www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/ <li data-bbox="549 539 1185 573">• 社署長者資訊網 www.elderlyinfo.swd.gov.hk/tc <li data-bbox="549 602 1337 685">• 殘疾人士住宿暫顧服務、長者住宿暫託服務及長者緊急住宿服務空置宿位查詢系統 www.vesrrsep.swd.gov.hk/tc <li data-bbox="549 714 1201 797">• 全城「認知無障礙」大行動 www.swd.gov.hk/dementiacampaign/tc/index.html <li data-bbox="549 819 1342 945">• 外傭護老培訓試驗計劃(網上培訓短片) www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_online/

2.1.2 現有由政府資助的殘疾人士照顧者支援服務

現有由政府資助的殘疾人士照顧者支援服務概述如下(表 2.2)。

表 2.2 現有由政府津助／資助的殘疾人士照顧者支援服務

範疇	服務／計劃
I. 中心為本的社區支援服務	<p>殘疾人士地區支援中心</p> <ul style="list-style-type: none"> 全港 16 間中心為殘疾人士提供訓練、照顧、社交、心理、個人發展等活動；並為其家人及照顧者提供支援及訓練，包括照顧技巧訓練、互助支援小組、相關的教育課程／講座／工作坊、休閒及家庭康樂活動等，以提升他們的照顧能力，減輕他們的壓力； 政府已於 2021-22 年度由 16 間中心增至 18 間及會於 2022-23 年度將中心的數目增至 21 間。
	<p>家長／親屬資源中心</p> <ul style="list-style-type: none"> 19 間中心讓有需要的家長、親屬及照顧者交流經驗和加強他們的照顧能力，並在中心的協助下互相幫助、認識及接納有殘疾的家庭成員。
	<p>殘疾人士社交及康樂中心</p> <ul style="list-style-type: none"> 16 間中心為殘疾人士提供社交、康樂及發展活動； 社署於 2020-21 年度增撥資源以加強中心在社區支援方面的功能，特別是對家人及照顧者的支援，包括加強對殘疾人士及其家人及照顧者的情緒支援及輔導服務；透過外展服務接觸缺乏求助動機的殘疾人士及其家人及照顧者，提供即時協助及把他們連繫到合適的社區服務；以及透過義工服務加強殘疾人士及其家人及照顧者的支援網絡。
	<p>自閉症人士支援中心</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 間中心透過跨專業團隊（包括臨床心理學家、社工、職業治療師及言語治療師等），為高能力自閉症青年提升生活、社交、就業等技能，以應付步入成年階段的需要； 並為其家長及照顧者提供支援（包括以個案、小組及活動模式支援，並協助他們建立互助網絡）；以及為服務自閉症人士的其他資助康復服務單位及前線員工提供諮詢服務及專業培訓。

範疇	服務／計劃
	<p>嚴重殘疾人士日間照顧服務</p> <ul style="list-style-type: none"> 為嚴重殘疾人士提供一系列的為本日間照顧服務，如護理照顧、康復服務，社交及個人照顧服務，藉以加強家人或照顧者的照顧能力，增加嚴重殘疾人士繼續在社區生活的機會； 截至 2021 年 4 月底，附設於嚴重殘疾人士護理院、殘疾人士地區支援中心及日間社區康復中心的服務名額為 245 個。 <p>殘疾人士／病人自助組織</p> <ul style="list-style-type: none"> 透過「殘疾人士／病人自助組織資助計劃」每年撥款 2,100 萬元，向殘疾人士及其家庭／照顧者的自助組織提供有時限及項目為本的財政資助。
II. 家居為本的社區支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 全港 6 隊嚴重殘疾人士家居照顧服務隊及 2 隊嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務隊為需要到戶家居照顧服務的殘疾人士提供一系列的綜合到戶服務（包括個人照顧、護理及康復訓練等）； 以及支援照顧者（包括輔導服務、照顧技能訓練、家居暫顧服務及服務轉介等）。
III. 殘疾人士暫顧服務	<ul style="list-style-type: none"> 截至 2021 年 3 月，附設於展能中心、殘疾人士地區支援中心及嚴重殘疾人士護理院的日間暫顧服務，及附設於各類殘疾人士院舍的住宿暫顧服務的服務名額分別為 160 個及 344 個； 社署於 2021 年起，向已參加「私營殘疾人士院舍買位計劃」的院舍購買 40 多個宿位作指定住宿暫顧之用，為有需要的照顧者提供更多服務名額及選擇。
IV. 計劃為本服務	<ul style="list-style-type: none"> 「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」：透過關愛基金推行「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」，向輪候社署資助指定的康復服務，教育局的特殊學校寄宿服務，以及醫院管理局療養服務的低收入殘疾人士家庭的合資格的照顧者提供每月 2,400 元的津貼； 「為獲聘於有新工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」：透過關愛基金推行「為獲聘於有新

範疇	服務／計劃
	<p>工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」，為合資格的殘疾人士提供每月 5,000 元的津貼，讓他們聘請照顧者協助其往返辦公地點，從而鼓勵他們持續就業；</p> <ul style="list-style-type: none"> • 「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」：透過關愛基金推行，為居於社區、沒有申領綜合社會保障援助的嚴重殘疾人士提供特別護理津貼，為合資格的殘疾人士提供每月最多 2,000 元的津貼，以協助他們購買護理用品及服務，或其他護理相關需要的支出。
V. 其他支援	<p>社署熱線服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 社署熱線 2343 2255 設有全日 24 小時運作的互動語音系統，來電者可查詢所有有關福利服務資料及索取資料傳真； • 當值社工亦會為有需要人士提供即時輔導、支援及諮詢服務，並安排適切的跟進服務。 <p>社署有關照顧者支援服務的網站／網頁</p> <p>公眾可透過網站／網頁了解社署轄下的康復服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 社署轄下的康復服務 www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/ • 社署殘疾人士院舍資訊網 www.rchdinfo.swd.gov.hk/ • 殘疾人士住宿暫顧服務、長者住宿暫託服務及長者緊急住宿服務空置宿位查詢系統 www.vesrrsep.swd.gov.hk/tc

總體而言，顧問團隊留意到目前大多數社區照顧服務，主要以長者及殘疾人士為主要服務對象。亦有相當一部分社區服務涵蓋照顧者（詳情請見表 2.2），但參與本研究的照顧者認為，由於有關服務受惠資格的資訊不足、工作與照顧責任之間的時間衝突等原因，現有的相關支援服務對他們來說，比較零散以及難以受惠。

照顧者對支援的需求有時可能是偶發和緊急的，例如：照顧者經常反映需要數小時的短期暫託服務以便處理其他緊急事項。實際上，現時已有可以滿足此類需求的服務，例如由服務隊（例如「綜合家居照顧服務隊」）提供的日間到戶看顧。除指定的日間暫託服務外，所有 90 間長者日間護理中心／單位亦可利用

其偶然空置的服務名額，提供日間暫託服務。「綜合家居照顧服務（體弱個案）」及「改善家居及社區照顧服務」下提供 24 小時緊急支援，為遇上緊急事故的服務使用者及/或其護老者提供協助及意見。在康復服務中，目前服務嚴重殘疾人士及其照顧者的「嚴重殘疾人士家居照顧服務」及「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」亦提供家居暫託服務。近年來，「嚴重殘疾人士家居照顧服務」的覆蓋範圍已擴大至中度殘疾人士。事實上，從 2020 年 4 月至 2020 年 12 月（9 個月內），「嚴重殘疾人士家居照顧服務」提供了 7 996 次家居暫託服務，而「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」亦提供了 4 449 次的家居暫託服務，可見相關服務獲有需要的殘疾人士積極使用。因此，顧問研究的重點之一是找出照顧者未能善用現有照顧者支援服務的原因。

2.1.3 由非政府組織或慈善基金資助的其他創新計劃／項目

目前，香港有多個由非政府機構或慈善基金資助的創新計劃及項目。部分服務選錄如下以作示例（表 2.3）。

表 2.3 由非政府組織或慈善基金資助的計劃／項目 (選錄)

範疇	創新計劃／項目
意識及資訊	<ul style="list-style-type: none"> 照顧者易達咭（浸信會愛羣社會服務處） 大銀力量（大銀力量有限公司） 明愛照顧者資源及支援中心（香港明愛）
照顧者訓練	<ul style="list-style-type: none"> CARE 學院（浸信會愛羣社會服務處） 賽馬會照顧達人計劃（香港婦女中心協會）
家庭及鄰里支援	<ul style="list-style-type: none"> 「樂齡嫗姆」－長者支援就業試驗計劃（中華基督教禮賢會香港區會） 時間銀行計劃（香港聖公會將軍澳安老服務大樓；浸信會愛羣社會服務處） 照顧者咖啡室（香港婦女中心協會）／「智·愛同行」長者及護老者支援計劃（香港仔坊會）
職場支援	<ul style="list-style-type: none"> 彈性上班時間，家長天使小組，定期舉辦講座及工作坊（日本命力） 每年兩日照顧者假期，三個月免費試用一線通平安鐘服務，彈性上班時間，免費照顧者工作坊（嘉里集團）
風險識別及管理	<ul style="list-style-type: none"> 多維度照顧者風險評估工具（香港社會服務聯會及香港大學秀圃老年研究中心）

範疇	創新計劃／項目
	<ul style="list-style-type: none"> 「護老藍圖」護老者支援計劃（香港城市大學）
善用科技	<ul style="list-style-type: none"> 樂齡科技平台（社聯與 9 個機構合作） 656 照顧者好幫搜（聖雅各福群會及香港復康會等）（中風、認知障礙、跌倒） 風起航：中風家庭支援行動（香港大學李嘉誠醫學院） We60.com 賽馬會 a 家（樂齡科技租賃服務）
暫託服務	<ul style="list-style-type: none"> 賽馬會友「伴」同盟護老者支援計劃（香港老年學會、聖雅各福群會、救世軍、基督教家庭服務中心及香港聖公會麥理浩夫人中心） 「智·愛同行」長者及護老者支援計劃（香港仔坊會） 「樂齡嫗姆」－長者支援就業試驗計劃（中華基督教禮賢會香港區會）

以上所列由非政府機構及慈善機構提供的照顧者支援服務，與本研究所檢視的經濟體中照顧者友善的做法類似，值得借鑑。但這些服務多以試驗計劃實行，即使服務成效顯著亦未必可以持續推行。此外，職場支援的措施通常在規模較大或有充足資源並著重企業社會責任的企業中才可實行。儘管如此，這些創新支援服務的設計，無論是在服務推廣方式、服務模式及服務提供途徑方面，都值得本港在制訂照顧者友善措施時加以參考。

2.1.4 照顧者支援未來發展的相關議題

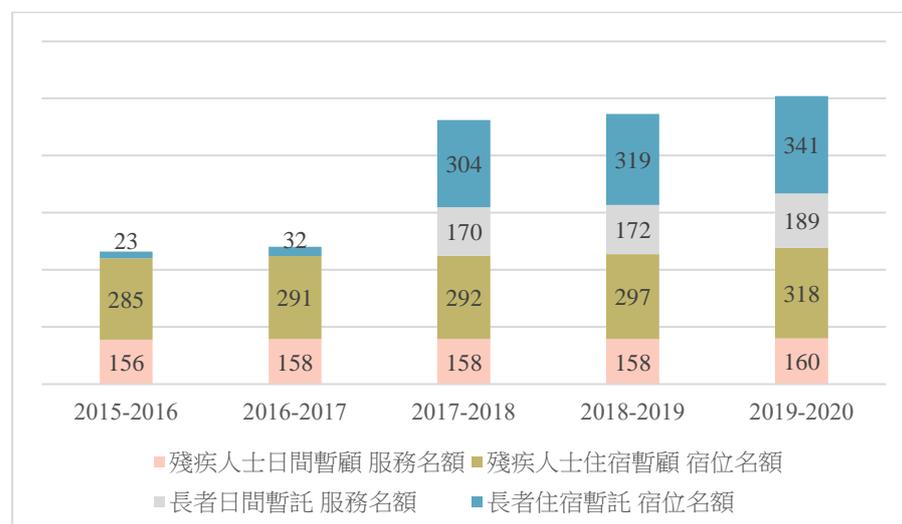
過去十年，香港政府在暫託服務、經濟援助及社區支援服務方面成功推出了多項照顧者支援計劃。然而，照顧者支援服務的供求上仍存有差距，亦未獲充分使用。

暫託服務

現時政府資助的暫託服務是為有需要的長者及殘疾人士提供短期照顧，以紓緩照顧者的壓力。就長者暫託服務，自 2018 年起，政府向私營安老院購買長者暫託宿位，長者住宿暫託宿位數量由 2016-2017 年的 32 個大幅增至 2019-2020 年的 341 個（見圖 2.1）。在 2017-2018 年，39 間津助長者日間護理中心／單位共

設有 170 個指定日間暫託名額，並在 2020 年增至 189 個⁴。所有長者日間護理中心／單位亦可以利用其偶然空置的服務名額來提供暫託服務。就殘疾人士服務而言，截至 2021 年 5 月，約有 500 個日間及住宿暫託宿位。政府亦已於 2021 年起在「私營殘疾人士院舍買位計劃」下購買 40 多個指定暫託宿位。

圖 2.1 長者及殘疾人士暫顧服務名額



經濟援助

自 2014 年 6 月及 2016 年 10 月起，政府分別推行兩項試驗計劃，為低收入的長者及殘疾人士的照顧者提供生活津貼，以減輕他們的經濟負擔。一般而言，符合下列條件的照顧者可獲發每月 2 400 港元的津貼：(a)向長者或殘疾人士提供每月不少於 80 小時的照顧；(b)每月家庭收入不多於住戶收入中位數的 75%；及(c)獲照顧的長者或殘疾人士正在輪候資助護理服務。如照顧者須照顧多於一名長者或殘疾人士，而服務機構認為該照顧者有能力同時向多於一名人士提供照顧，照顧者則可獲發每月 4 800 港元的津貼。截至 2019 年 12 月底，分別有 5 709 名護老者（共有 6 000 個名額）及 2 311 名殘疾人士照顧者（共有 2 500 個名額）在兩個試驗計劃下領取津貼。兩項試驗計劃均已延續推行至 2023 年 9 月。

表 2.4 低收入護老者生活津貼

低收入護老者生活津貼				
	第一期	第二期	第三期	合計
期間	2014 年 6 月 – 2016 年 9 月	2016 年 10 月 – 2018 年 9 月	2018 年 10 月 – 2021 年 3 月	

⁴ 沒有 2015 至 2017 年長者日間暫託名額的資料。

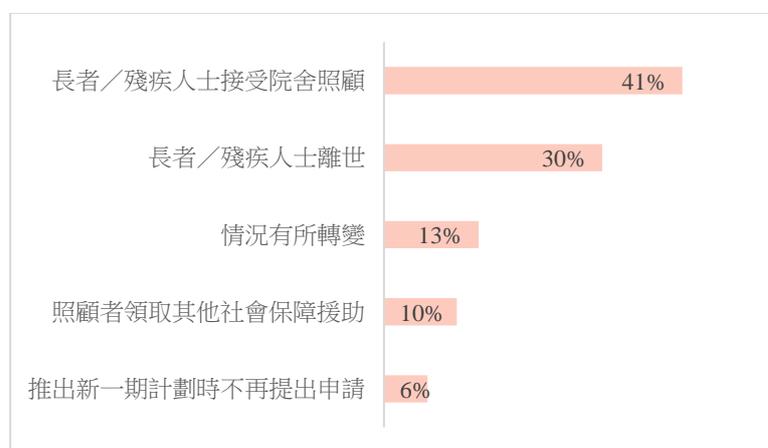
獲批宗數	2 001	1 968	1 740	5 709
撤回宗數	1 594	1 266	399	3 259
現時受助人數目				2 450

表 2.5 低收入殘疾人士照顧者生活津貼

低收入殘疾人士照顧者生活津貼			
	第一期	第二期	合計
期間	2016 年 10 月 – 2018 年 9 月	2018 年 10 月 – 2021 年 3 月	
獲批宗數	1 528	783	2 311
撤回宗數	366	80	446
現時受助人數目			1 865

備註：上表數據截至 2019 年 12 月底

圖 2.2 照顧者退出津貼計劃的原因



截至 2019 年 12 月，共有 3 259 名護老者及 446 名殘疾人士照顧者退出津貼計劃。退出的原因包括照顧對象接受院舍照顧或已離世、照顧者情況有所轉變（例如照顧者獲得工作而未能提供指定的照顧時數或已離世，以及受照顧的長者/殘疾人士離開香港）、照顧者領取其他社會保障援助，或照顧者不再提出申請（見圖 2.2）。

雖然照顧者的經濟需要不斷增加，但持續向照顧者提供經濟援助未必為長久之計。政府應利用有限的資源集中幫助有最迫切經濟需要的照顧者。與此同時，提升現有照顧者支援服務亦為支援照顧者及照顧對象需要的另一方法。

2.2 文獻回顧及檢視其他經濟體的做法

本節旨在概括文獻回顧的結果，並檢視九個選定的經濟體⁵，以參考國際上實證為本的照顧者支援政策及措施；藉此建立一個理論模式，以作為基本方針指導本顧問研究所建議的政策方向及支援措施，以便後續章節中提出的建議與令人信服的研究證據和國際做法一致，並考慮當地社會經濟和人口特徵。

2.2.1 相關理論及概念框架的檢視

在研究項目一中，顧問團隊檢視了學術界用來指導如何支援和服務照顧者的概念框架，包括認知障礙症服務中心模型（Auer et al., 2015）、護理概念與健康政策以及羅伊適應模式綜合為一體的模型（Garvey et al., 2019）、照顧者變化模型（Abayneh et al., 2020）、契合時機模型（Cameron & Gignac, 2008）、情感活力模型（Barbic et al., 2014），以及壓力過程模型（Pearlin et al., 1990）。各模型的重點撮要如下：

Auer et al. (2015) 的研究提出了一個綜合模型來支援認知障礙症患者的照顧者。該模型建議以多學科方法，由醫生和其他專業人員（例如護士）將照顧者轉介到認知障礙症中心接受各類支援服務，例如輔導、培訓和照顧者支援小組（見圖 2.3）。

Garvey et al. (2019) 建基於羅伊適應模式上，融合了護理及健康政策的概念，倡議通過家居護理服務支援認知障礙症患者的照顧者。在這種模式下，家庭照顧者可通過一站式家居護理系統獲得一系列支援，包括篩選／評估／識別及轉介予醫護人員、識別認知障礙症照顧關鍵轉折點、教育支援、情緒和心理支援、家庭健康輔助服務，以及資源轉介。

Abayneh et al. (2020) 針對服務使用者和照顧者提出一項變化模型理論，指出照顧者支援涉及多個層面，包括社區層面（例如社區資源及政治承諾）、衛生組織層面（例如衛生專業及管理人員）及服務使用者層面（例如照顧者）。

契合時機模型（Cameron & Gignac, 2008）和情感活力模型（Barbic et al., 2014）用於中風患者的照顧者。契合時機模型建議照顧者支援應根據病人的疾病發展，因應診斷／事件起始、住院康復，到社區康復和適應的各個階段進行

⁵ 九個經濟體包括澳洲、加拿大、英國、美國、瑞典、廣州、台灣、日本和新加坡。詳細分析見技術報告的第三章。

調整，以支援照顧者（Cameron & Gignac，2008）。情感活力模型指出提供照顧對照顧者的身體、心理和社交健康有負面影響，建議支援措施應涵蓋內在（掌握技能／角色）和外在外（認同和支持）兩方面。

壓力過程模型在不同文化中獲廣泛使用，考慮家庭及社會的結構因素，為認知障礙症患者的照顧者提供多項支援措施（Pearlin et al.，1990）。該模型將能否獲取和使用資源及服務，視為影響照顧者壓力的環境因素。這些因素包括照顧者建立感情依附的社群（包括家庭）、社群的構成元素，以及與其成員接觸的性質和頻率。因此，應對方法（即個人行為和做法）及社會支援是制訂緩解壓力措施的兩個主要中介因素（見圖 2.4）。

此外，照顧者的需求和支援可以從多個層次瞭解，全面整體的方法可以幫助設計和實施有效的照顧者計劃和政策（Lee，2007）。Bronfenbrenner (1977)推廣的生態系統理論提出，人類發展可在生命週期中通過正式和非正式社會環境發生，從而產生了微觀系統（個人層面）、中觀系統（社會層面）和宏觀系統（體制層面）。有研究引申此生態系統理論，以進一步調查殘疾人士（Williamson & Perkins，2014）和末期病患者（Lewis et al.，2013）的照顧者的需要（圖 2.5）。

Brown（2014）將照顧過程分為六個階段⁶：(1)準照顧者；(2)新手照顧者；(3)長期照顧者；(4)務實的照顧者；(5)過渡照顧者；(6) 退役照顧者。其他類似的概念大同小異，包括台灣家庭照顧者關懷總會採用的照顧者五個階段、或美國長者社區協會照顧旅程的四個階段。

總體而言，上述的理論框架不僅有助於概念化本港照顧者的特徵，而且有助制訂出連貫而有理論基礎的研究元素。具體而言，顧問團隊在問卷設計時採用了照顧歷程及人生歷程的概念；而研究的建議亦從微觀、中觀和宏觀的生態系統理論的角度制訂，提出的整體建議分為提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援，以及服務整合三個領域。壓力過程模型（Pearlin et al.，1990）進一步肯定了應對方法和社會支援是緩解壓力的兩個主要中介因素。顧問團隊綜合本港照顧者和專業人士的研究發現，制訂相應的支援策略，並著重加強照顧者的應對技巧和社會支援（可參閱第八章建議三；和第九章建議四和建議五）。

⁶ 根據 Brown (2014)，「準照顧者」指那些將在未來照顧某人但尚未開始照顧工作的人；「新手照顧者」指那些剛開始承擔基本照顧職責的人；「長期照顧者」指那些忙於照顧工作的人；「務實的照顧者」指那些對自己作為照顧者感到自在，並且已經能處理好那些在過往階段中令他們無法抽身的照顧工作；「過渡照顧者」指那些在短期內不需再肩負照顧責任的人；「退役照顧者」指那些照顧角色已經結束，現嘗試進入下一個生活階段的人。

圖 2.3 認知障礙症服務中心模型 (Auer et al. , 2015)

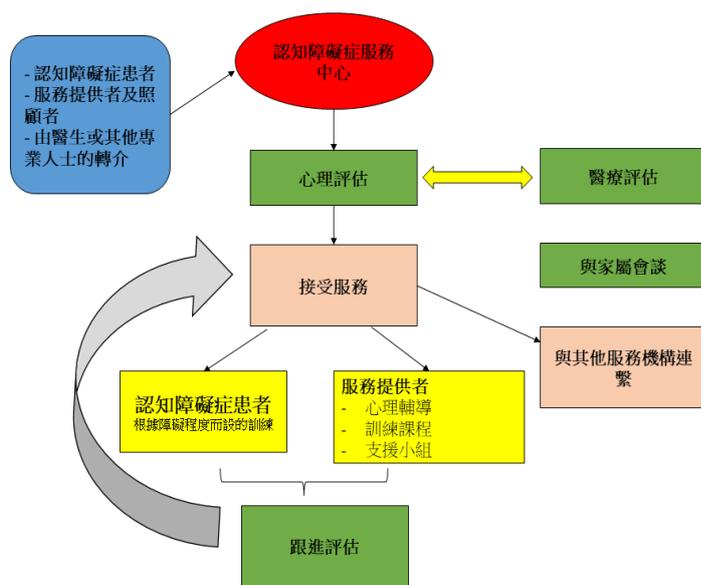


圖 2.4 照顧者的壓力過程模型 (Pearlin et al. , 1990)

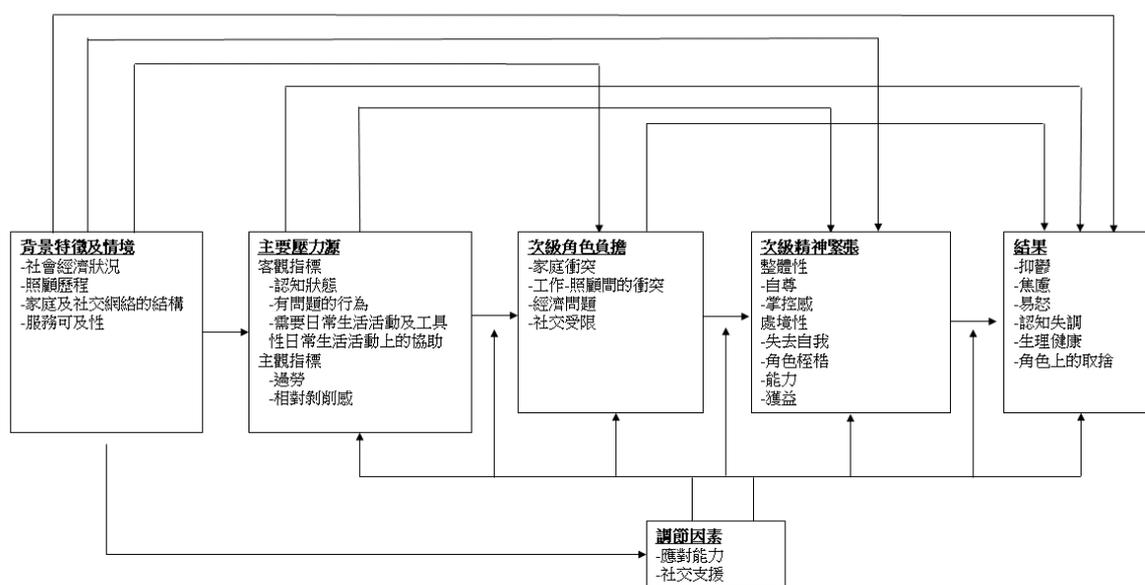


圖 2.5 以多層社會資本理論分析下決定健康的社會因素 (Lewis et al. , 2013)



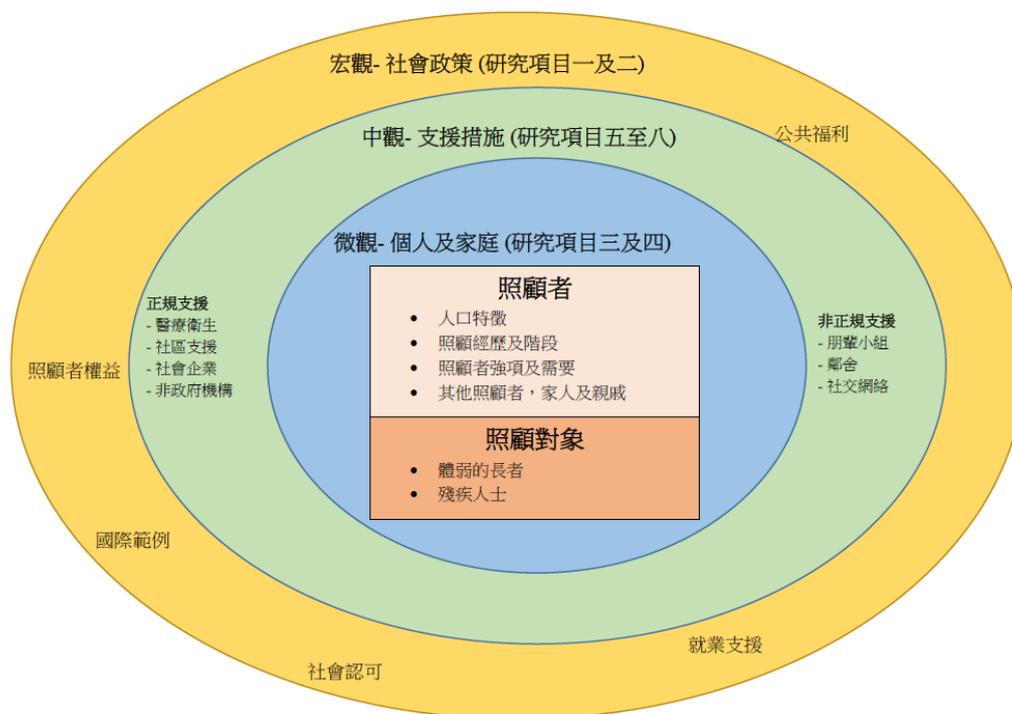
2.2.2 本港支援照顧者的理論模型

基於文獻綜述中的概念模型，整體顧問研究採用類似的生態系統方法，從微觀、中觀和宏觀層面探討以照顧者為中心的支援措施（圖 2.6）。

從學者、政策制定者和持份者的角度來看，宏觀層面涉及以照顧者的福利和支援為中心的社會政策。中觀層面包括各類機構、團體和社會界別為照顧者提供專業支援（包括醫療健康專業人員、社區組織、社會企業和非政府機構提供的支援）或非正規支援（包括照顧者的朋輩支援及社會支援網絡）。

微觀層面包括照顧者的個人特徵（例如人口特徵、照顧經歷和階段，以及照顧對象的情況）及需要。照顧者有多元化的需要（例如資訊／意識、教育、經濟、醫療健康、支援服務、就業及心理上的需要），每種需要皆應採取不同的策略。生態系統的三個層面可以相互影響，每種需要皆應採取不同的策略應對。生態系統的三個層面可以相互影響，每一環節的持份者都發揮著獨特而互補的作用，以滿足照顧者的需要。

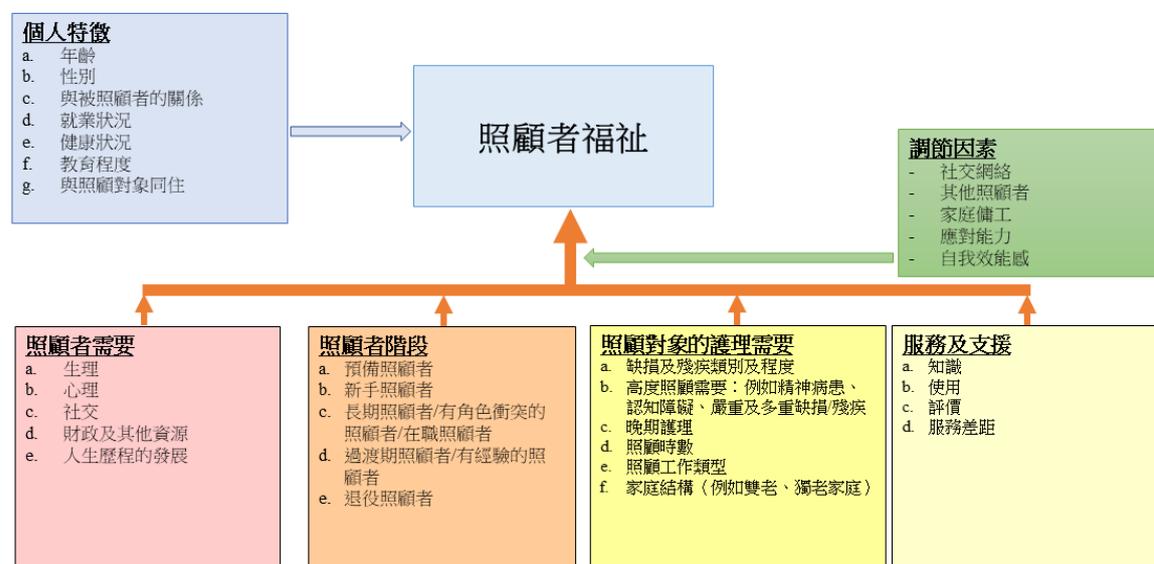
圖 2.6 顧問研究方法所採用的生態系統模型



本顧問研究基於上述生態系統模型指導八個子研究項目的設計，並對各子研究項目的結果加以整合，建立一個理論基礎，以此勾畫一個關於本港照顧者特徵的整體藍圖。

如圖 2.7 所示，本研究採用以照顧者為中心的方法，來闡述影響照顧者福祉的因素和潛在策略。在這個框架中，照顧者被視為獨立個體，而不是從屬於照顧對象，照顧者的福祉受其個人特徵、需要、照顧階段、照顧對象的護理需要，以及支援服務的影響。從政策制定或服務提供的角度來看，將資源優先投放於可以提高照顧者福祉的領域更為務實（例如調節因素、服務及支援）。除了上述知識導向的過程讓我們進一步了解本港照顧者外，我們亦需要一個具體的服務框架，向決策者和社會服務界提供指引，以釐定資源分配的優先次序，滿足照顧者的殷切需要。第七章將詳述此服務框架。

圖 2.7 本顧問研究的理論框架



2.2.3 與香港相近的經濟體的分析

根據文獻回顧，照顧者支援的關鍵領域包括服務導航、情緒／心理社會支援、教育／培訓計劃、科技應用、經濟援助、立法及職場便利。

一般而言，在較早認同家庭照顧者的重要和價值的經濟體中，皆有全面的政策方案支援照顧者，尤其是澳洲、加拿大和英國，均有相似的政策設計和具體行動方案。在檢視的亞洲經濟體中，新加坡及日本亦有以照顧者為中心的全國性政策。

顧問團隊於具有綜合照顧者支援框架的經濟體中，總結出相關政策主題或主要方向。澳洲於 2011 年公布的《全國照顧者支援方案》包含六個優先行動領域：(1)認可和尊重；(2)資訊和服務使用；(3)經濟保障；(4)照顧者服務；(5)教育和培訓；以及(6)健康和福祉。每個優先行動領域都確定了短期的政策方向及實行措施。澳洲政府於 2015 年宣布制訂「照顧者支援服務綜合計劃」，該計劃確立了八個服務範疇：意識、資訊、服務使用、教育、朋輩支援、多方位支援措施、輔導，以及需要識別及規劃；在 2020 年更新增了朋輩支援、自我指導、電話諮詢、實用技能課程、服務規劃和緊急暫託服務。

英國於 2007 年成立「照顧者常設委員會」，在向政府提供全國照顧者支援策略及實施進展的建議發揮關鍵作用。2008 年公布的《21 世紀家庭和社區的核心照

顧者》是一項為期十年的跨政府策略文件，旨在確保照顧者有更多選擇和自主，並著重其照顧以外的個人生活。該文件確立了短期目標及長期發展的優先事項，重點關注領域包括資訊和諮詢服務、暫託服務、擴大醫療保健、就業支援、情緒支援、年輕照顧者支援、增加服務名額和經濟援助等。

其他經濟體的照顧者政策，例如加拿大的《照顧者策略方案》、美國的《全國照顧者支援計劃》、日本的《家庭照顧者支援手冊》和新加坡的《照顧者支援行動計劃》，其內容與澳洲及英國的在整體策略上均有相似之處。

2.2.4 其他經濟體的做法／支援措施總結

由於服務範圍、受惠資格和服務目標的差異，本研究所檢視的經濟體的照顧者政策和做法不盡相同，類似的照顧者支援政策文獻也指出就歸納及綜合世界各地的做法而言，存在方法論上的挑戰（Colombo et al., 2011；Gardiner et al., 2019）。正如其相關評估報告所反映，不同的服務各具優劣之處，我們的研究旨在檢視其他經濟體在設計照顧者友善措施時，較常見的服務類型（如家居照顧、暫託服務、經濟援助）和服務多樣性。下文總結了其他經濟體中常見的照顧者支援服務的例子，以作參考，並將其與本港現有的支援服務作比較（另見表 2.6）。

2.2.4.1 家居照顧

澳洲的「聯邦家居支援服務（CHSP）」是一項基本家庭支援計劃，旨在幫助長者在家中和社區獨立生活。計劃亦提供暫託服務，讓照顧者有喘息空間。該服務計劃由政府資助的服務營辦者提供，服務使用者或需承擔部分服務費用（費用因營辦者而異）。計劃包括日常家居支援、準備膳食、個人護理和家居改造。此外，計劃亦提供增強版的「家居護理計劃」，以應付更複雜的護理需求，該計劃採用使用者為本的護理模式，以確保支援服務切合個人需要和目標。「聯邦家居支援服務」及「家居護理計劃」均可通過 My Aged Care 系統⁷獲得。「國家殘障保險計劃（NDIS）」為合乎資格殘疾人士提供家居護理，幫助他們處理家務和改造家居。

在加拿大，類似的服務有 Elizz⁸、「原住民衛生局的家居及社區護理計劃」（英屬哥倫比亞省）、「家居護理支援服務」（魁北克省）及「家居護理計劃」（育空地區），為有護理需要的人士提供家居支援，包括家居暫託服務和協助處理家務。

⁷ My Aged Care 是尋求澳洲政府資助的安老護理服務的網上平台。服務熱線和網站可以幫助澳洲長者、其家人及照顧者獲得所需的幫助和支援。

⁸ Elizz 為一間大型非牟利機構 (SE Health) 旗下的一個支援平台，結合照顧者服務和資源、家庭護理支援和電子醫療服務，為加拿大照顧者提供支援。

在瑞典，正如大多數針對長者及殘疾人士的護理服務，家居護理受《社會服務法》監管。居家的長者及殘疾人士可受惠於各項由市政府資助的支援服務，包括上門送餐和醫療保健援助。居家的長者及殘疾人士可受惠於各項由市政府資助的支援服務，包括上門送餐和醫療保健援助。

顧問團隊在新加坡的虛擬考察中亦發現家居護理的良好做法。新加坡的家居個人護理服務由經訓練的專業護理人員提供，協助服務使用者及其照顧者進行基本日常生活活動（例如洗澡和簡單家務）、藥物治療、腦部活化運動、長者看護和其他護理項目。服務由護聯中心(AIC)負責協調，並在其網站提供相關服務資訊，讓服務使用者能夠找到位置最近的服務提供者。

2.2.4.2 照顧者友善的社區支援

照顧者友善社區（以英國的「照顧者週」為例）是指一個地方能讓照顧者在照顧家人或朋友時得到支援和個人需要獲認同。照顧者友善社區的概念包括社會認同、醫療保健、就業和教育等支援領域。「照顧者週」亦在澳洲及英國得到全國推廣，以締造照顧者友善社區。除了全面的照顧者支援框架外，部分經濟體還頒布了與照顧者相關的法例，以肯定照顧者的價值和貢獻，例如澳洲的《照顧者認可法案》、英國的《照顧法案》、美國的《RAISE 家庭照顧者法案》、瑞典的《社會服務法》和台灣的《長期照顧服務法》。社區一般通過提供「照顧者證」（例如澳洲）和「照顧者護照」（例如英國）等方法給予照顧者認同。

照顧者友善社區亦強調照顧者朋輩間的互助。在澳洲，「MyTime 殘疾幼兒家長朋輩支援小組計劃」為殘疾或慢性疾病幼兒的家長及照顧者，提供了一個全國性的朋輩支援網絡。在加拿大，主要以小組形式對照顧者提供朋輩支援，並與健康及慈善團體合作組織朋輩支援小組，教育研討會，以及活動形式的支援小組，例如加拿大安大略省的貝克利斯特醫院為認知障礙症病人的家屬及照顧者提供照顧者線上支援小組。新加坡亦有一系列的社區支援團體，為照顧者提供了經驗分享的平台，其中一部分邀請有經驗的照顧者為導師。另一個較著名的例子是「照顧者咖啡室」，這個構思在大約二十年前由法國照顧者協會推行，並在其他地方流行起來，比如日本、台灣，以及近期在香港。

2.2.4.3 暫託服務

一般而言，暫託照顧（或喘息服務）是家庭支援的主要服務之一，為照顧者提供短暫的喘息空間，讓他們暫時放下為長者、殘疾人士等照顧對象日以繼夜的照顧，以提升或恢復照顧者的照顧能力（van Exel et al., 2006）。最常見的暫託形式是日間暫託、家居暫託和住宿暫託，各類暫託服務在資源、迫切性和護理程度上各有不同。這些服務均見於研究中所有經濟體。暫託服務的一個重要

因素是暫託時間的長短，部分服務提供短期託管（例如日間暫託），而另一些服務則提供較長時間的暫託服務（例如當照顧者需要度假或遇上緊急事情）。

顧問團隊檢視文獻資料發現，暫託服務的成效仍存在不少爭議。雖然質性研究指出照顧者往往非常重視暫託服務，但相關成效評估研究經常因為樣本量小而無法在統計學上得出準確結論，因此暫託服務的成本效益仍有待更多量化研究的進一步確定(Colombo et al. , 2011; Parker et al. , 2010; World Health Organization , 2017)。

Sorensen(2003)的薈萃分析研究指出，暫託／日間暫託服務對三方面影響顯著：照顧者負擔、照顧者的抑鬱程度，以及照顧者的幸福感。同樣，正如我們的質性和量化研究顯示，暫託服務是減輕照顧者負擔，以及幫助長者或殘疾人士留在社區而不用過早入住院舍的重要措施。在本研究檢視的九個經濟體中，暫託服務是一項支援家庭照顧者的普遍措施。

澳洲的暫託服務通常被納入殘疾和長者護理服務的政策框架下，例如「聯邦家居支援服務」和「國家殘障保險計劃」。澳洲政府向服務提供者提供暫託津貼，以向符合資格的人士提供每年最多 63 天的暫託服務。

以廣州為例，當地政府通過社區中心為長者及殘疾人士提供日間和短期住宿的暫託服務。另外，16 至 59 歲的殘疾人士的家庭亦可獲得每人每月 800 至 1500 元人民幣（視乎家庭收入）的暫託津貼⁹。當地政府和社區組織亦致力推動暫託服務，為照顧者提供短暫的喘息空間，例如在 2020 年由社工和醫生開展的「照顧者的港灣」支援項目，為體弱人士的家庭提供家居外展服務，計劃在半年內為大約 80 個家庭提供合共超過 1 200 小時的服務，以減輕照顧者的照顧負擔。

在新加坡，護聯中心妥善整合關於獲取暫託服務的資訊，照顧者可以每天在長者照顧中心獲得數小時的暫託服務，以便他們有時間處理個人事務。當地的療養院亦為需要更長喘息空間的照顧者，提供介乎數天到數週的住宿暫託服務。當地在 2019 年推出一項新措施，為照顧者（尤其是在日間需要工作或照顧長者的照顧者）提供晚間暫託服務。新加坡亦有為照顧臨終家庭成員的照顧者提供家居暫託服務，例如洗澡、穿衣和餵食。自 2019 年 4 月開始，新加坡試行一項名為 Go Respite 的預先登記計劃，照顧者可以提前登記並完成部分行政程序，以縮短在長者護理中心和療養院申請暫託護理的所需時間。

⁹ 广州市海珠区残疾人联合会关于印发《广州市海珠区重度残疾人托养服务资助管理办法》的通知

2.2.4.4 經濟援助

本研究檢視的大多數經濟體都有透過現金津貼向照顧者提供經濟援助，現金津貼通常以照顧者津貼直接支付予照顧者或者照顧對象，其中一部分或會被視為予家庭照顧者的補償。各地每月補助款項差距甚大，從新加坡的 200 新加坡幣（1 155 港元）到澳洲的 2 064 澳元（12 384 港元）不等。美國和中國都沒有推行全國性的照顧者津貼，但兩國都有一些補貼家庭照顧者的地方政策。

在新加坡，「家庭照顧津貼」為照顧至少有中度永久殘疾（即需要幫助來執行三個或以上基本日常生活活動）人士的照顧者，提供每月 200 新加坡幣（1 155 港元）的津貼，以支付他們護理相關的服務費用，包括在社區的長者護理服務、照顧者支援服務或僱用外籍家庭傭工的費用。「照顧者培訓津貼」為照顧者提供每年 200 新加坡幣（1 155 港元）津貼，以抵銷培訓課程的費用，讓照顧者掌握照顧對象的身心需要的必要技能。

在英國，照顧者可受惠於「照顧者津貼」及「統一福利救濟金」，作為照顧有需要人士的直接經濟援助。當地的「照顧者津貼」是一種非繳費型福利，支付予全職照顧嚴重殘疾人士的照顧者。照顧者必須符合一系列受惠資格，例如照顧者必須年滿 16 歲或以上、每週最少花 35 小時照顧、每週收入不超過 128 英鎊（約每月 5 947 港元）。由於入息審查在英國通常涵蓋收入和資產兩方面的審查，這項只規定有償工作的收入上限的措施並不被視為需要入息審查。符合條件的照顧者每週可獲得 67.25 英鎊（約每月 2 914 港元）的津貼。此外，如因健康問題或需履行照顧責任而無法工作，每對合資格的夫婦每月最高可獲 594.04 英鎊（約 6 296 港元），或每人每月 409.89 英鎊（約 4 344 港元）的「統一福利救濟金」。合資格領取「照顧者津貼」的人士，在計算他們可以獲得的「統一福利救濟金」的最高金額時，會考慮「照顧者要素」。除了領取需通過入息審查的「統一福利救濟金」，符合「照顧者要素」資格的人士可額外領取每月約 162.92 英鎊（1 629 港元）（截至 2020/21）。例如，一對照顧殘疾家庭成員的合資格夫婦可獲得每月高達 756.96 英鎊（8 094 港元）的「統一福利救濟金」。

加拿大在全國及省政府層面亦有類似的措施，以減輕照顧者經濟負擔。在全國層面，「照顧者認可福利」為患病及受傷退伍軍人的照顧者提供每月 1 000 加元（5 895 港元）的免稅津貼。儘管聯邦政府沒有向照顧者提供現金津貼，但地方政府有各種形式的照顧津貼計劃，例如新斯科舍省的「照顧者福利金」向正在照顧高度殘疾人士的低收入合資格照顧者，提供每月 400 加元的津貼（約 2 358 港元，截至 2018 年 3 月）。

在瑞典，「近親照顧福利」(*Närståendepenning för anställda*)為照顧者提供略低於其固定收入 80%的津貼來照顧患重病的近親。殘疾兒童的照顧者可申請最高

30 000 瑞典克朗（港幣 27 550 元）的汽車津貼以購買汽車或使用公共交通工具，此外還有額外的購車或改裝津貼。在台灣，合資格的低收入照顧者可領取每月新台幣 5 000 元（港幣 1 330 元），作為照顧長者的津貼。

2.2.4.5 照顧者情緒支援及培訓

家庭照顧者可透過情緒支援和培訓舒緩情緒，獲得護理所需的知識和技能，並使他們能夠保護自己避免過勞和其他負面因素影響身心健康。在檢視的經濟體中，照顧者支援框架通常包含情緒支援和培訓。

澳洲政府通過在線平台「照顧者門戶」為照顧者提供輔導、教育和培訓計劃，照顧者亦可以通過此平台獲取各種支援資訊。「照顧者認知障礙症教育和培訓計劃」、輔導、支援、資訊及宣傳服務亦是澳洲支援照顧者的重要服務。

美國的「全國照顧者支援計劃」亦為照顧者提供輔導和培訓。在新加坡，護聯中心已成立社區外展服務隊，採取更有針對性的方法為照顧者提供外展支援。外展服務隊通過健康和保健活動、壓力管理和未來規劃，幫助照顧者關愛自己，並在有需要時把照顧者轉介至支援小組和輔導服務。

在中國，廣州市民政局在全市各區設立了工療站，並透過與工療站合作的慈善機構、社會工作者及義工，為長者及殘疾人士的照顧者提供社區支援，包括與護理相關的培訓、輔導、危機處理、實時援助及個案管理。

2.2.5 其他相關支援

2.2.5.1 就業／職場支援

家庭照顧者需要時間及彈性措施，來協調他們工作或個人生活中其他責任與不可預測的照顧工作。在本研究所檢視的部分經濟體中，家庭照顧者可享有法定照顧者假期，由每年幾天到幾個月不等（例如澳洲為 10 日，日本為 93 日，瑞典為 100 日，加拿大則為 28 週）。為照顧者而設的彈性工作安排（例如減少工作時間或在家工作），有助在職照顧者履行照顧責任時仍繼續就業，但通常此類安排要視乎僱主的自行決定。

2.2.5.2 照顧者識別及統計數據

世界各地通常使用大規模人口普查或調查來獲取照顧者的數據，例如澳洲政府主要透過其統計局進行照顧者人口及社會特徵統計調查；英國則每十年進行一次全國人口普查，通過詢問一個簡單問題「您是否有照顧、幫助或支援任何有長期身心健康問題、疾病或與年老有關問題的人士？」以得出照顧者數目。透

過定期人口普查或其他研究，從而獲得照顧者的數據，對檢視照顧者支援政策和服務發展至關重要。

2.2.5.3 全方位的照顧者政策

一般而言，在較早認可家庭照顧者的重要和價值的經濟體中，皆有支援照顧者的整體政策方案，尤其是澳洲、加拿大和英國，它們在政策設計和具體行動計劃上皆有相似之處。在我們檢視的亞洲經濟體中，新加坡及日本亦有以照顧者為中心的全國性支援政策。

2.2.6 香港及其他經濟體中值得參考的做法

除了上述各經濟體普遍提供的支援範疇外，下表總結了照顧者的主要需要及各經濟體的支援措施，以便與香港進行比較，以及就值得進一步關注的領域提出相關意見。本節側重於概述國際上照顧者支援措施，而非對這些海外案例作深入評估。

表 2.6 本港以及其他經濟體的照顧者支援服務／措施

照顧者需要	支援措施	其他經濟體的支援服務／措施	本港的部分支援服務以及顧問團隊意見
認可及意識	確立照顧者定義、照顧職責及權益	澳洲：照顧者認可法、全國照顧者支援方案； 加拿大：照顧者策略方案； 英國：2014 年照顧法； 美國：RAISE 家庭照顧者法； 瑞典：社會服務法； 新加坡：照顧者支援行動計劃、全國善終服務指南； 台灣：長期照顧服務法	顧問團隊的觀察：由於缺乏針對照顧者的立法或策略方案，本港對照顧者的定義相對模糊。
	提高對照顧者面對的挑戰的認識	澳洲：全國照顧者意識運動、照顧者週； 加拿大：全國照顧者日； 英國：照顧者週； 美國：全國家庭照顧者月	<ul style="list-style-type: none"> • 照顧者易達咭、照顧者關注日（浸信會愛羣社會服務處）； • 大銀力量（大銀力量有限公司）； • 明愛賽馬會照顧者資源及支援中心（香港明愛）
	照顧者的官方統計數據	澳洲：澳洲統計局； 加拿大：加拿大統計局； 英國：全國人口普查； 日本：「2016 年社會生活基本調查」； 新加坡：衛生部的相關數據	<ul style="list-style-type: none"> • 統計處於 2021 年公布的《第 63 號專題報告書》； • 統計處於 2014 年公布的《第 62 號專題報告書》； • 統計處於 2009 年公布的《主題性住戶統計調查第四十號報告書》

照顧者需要	支援措施	其他經濟體的支援服務／措施	本港的部分支援服務以及顧問團隊意見
			<p>顧問團隊的觀察：這些報告主要調查照顧對象，而與其他經濟體的數據相比，照顧者相關的資訊仍有不足。本港在 2021 年進行的人口普查首次納入了關於需要照顧的長者及其照顧者的問題（例如照顧者與照顧對象的關係、每週照顧所花費的時間等）。統計處亦於 2019/20 年度殘疾人士及長期病患者統計調查，收集了照顧者相關資料（例如照顧時數、壓力程度和照顧者的就業狀況）。</p>
在照顧與工作及個人生活中取得平衡	照顧者假期	<p>澳洲：國家就業標準（10 天有薪假期，2 天無薪假期）； 加拿大：陪護保險（以 55% 平均收入支付的 26 週有薪假期，8 週無薪假期）； 日本：家庭照顧者假期福利（93 日有薪假期）； 瑞典：照顧者有薪假期（以收入的 80% 支付的 100 天有薪假期）</p>	<p>本港亦有企業推行照顧者友善的職場措施，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 彈性上班時間，家長天使小組，定期舉辦講座及工作坊（日本命力） • 每年兩日照顧者假期，三個月免費試用一線通平安鐘服務，彈性上班時間，免費照顧者工作坊（嘉里集團） <p>顧問團隊的觀察：照顧者的職場支援在香港仍處於發展階段，現時主要由私人企業推行。</p>
	彈性工作安排	<p>澳洲：工作及照顧約章； 加拿大：加拿大勞動法；</p>	

照顧者需要	支援措施	其他經濟體的支援服務／措施	本港的部分支援服務以及顧問團隊意見
		英國：2006 年工作法和家庭法；英國諮詢、調節及仲裁服務實務守則； 美國：公平就業機會委員會所公布的，僱主為需履行照顧職責的僱員提供的良好作業模式	
經濟保障	照顧者現金津貼、社會保障	澳洲：照顧者福利金 (約每月港幣 10 444 元)、照顧者津貼 (約每月港幣 1 740 元)； 加拿大：新斯科舍省照顧者福利 (約每月港幣 2 358 元)； 英國：照顧者津貼 (約每月港幣 2 914 元)，及提供照顧者補貼作為國民保險供款； 瑞典：近親照顧福利 (略低於個人收入的 80%)，聘請看護津貼 (金額因人而異)； 新加坡：家庭照顧津貼 (約每月港幣 1 155 元)、照顧者培訓津貼 (每年港幣 1 155 元)； 台灣：中低收入長者特別照顧津貼 (每月港幣 1 330 元)	<ul style="list-style-type: none"> 為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃 (每月港幣 2 400 元)； 為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃 (每月港幣 2 400 元)； 全期上限 1 000 元港幣的培訓費用可獲發還 (以實報實銷方式申領發還培訓課程及相關開支的費用，例如使用暫托服務) 每供養一名殘疾人士可享有港幣 75 000 元免稅額 顧問團隊的觀察：香港的津貼金額與西方經濟體 (例如英國和加拿大) 相近，並幾乎是鄰近亞洲地區 (例如新加坡及台灣) 的兩倍。
獲取社區支援服務	獲取暫託服務、暫託服務搜索系統	澳洲：全國照顧者暫顧計劃、心理健康暫顧服務； 照顧者支援； 加拿大：家居計劃、長者特殊需要援助；	<ul style="list-style-type: none"> 社署轄下的殘疾人士住宿暫顧服務、長者住宿暫託服務及長者緊急住宿服務空置宿位查詢系統

照顧者需要	支援措施	其他經濟體的支援服務／措施	本港的部分支援服務以及顧問團隊意見
		英國：國民保健署轄下的暫顧服務搜尋系統； 美國：長者照顧搜尋系統	顧問團隊的觀察：本港照顧者經常反映暫託服務不足，但同時亦出現有暫託服務使用率不足的情況。
	服務資訊、服務導航	澳洲：照顧者門戶、澳洲照顧者協會； 加拿大：加拿大照顧者網絡、Elizz、加拿大照顧者協會； 英國：國民保健署、英國照顧者協會； 美國：美國照顧者聯盟，CareRelay； 瑞典：瑞典照顧者協會； 日本：日本照顧者協會； 新加坡：護聯中心； 台灣：家庭照顧者關懷總會	<ul style="list-style-type: none"> • 656 照顧者好幫搜提供中風、認知障礙症和跌倒的資訊（聖雅各福群會及香港復康會等）； • 風起航：中風家庭支援行動（香港大學李嘉誠醫學院） <p>顧問團隊的觀察：香港現時亦有照顧者資訊平台，但大部分是針對特定類型的照顧對象，亦非政府機構推行。</p>
獲取資訊及培訓	為照顧者資訊及輔導	澳洲：國家寬頻網路公司、照顧者支持中心、「我的安老服務」； 英國：由 Carers Trust 機構提供的輔導服務； 美國：全國照顧者支援計劃； 新加坡：Silver Line 支援熱線	<ul style="list-style-type: none"> • 社署熱線 <2343 2255>； • 明愛賽馬會照顧者資源及支援中心熱線 <3892 0101> <p>顧問團隊的觀察：現時部分非政府機構及社署為有情緒困擾及需要即時支援的人士提供熱線服務。雖然社署的熱線 24 小時運作，但有些服務只在辦公時間提供，而大部分其他熱線並</p>

照顧者需要	支援措施	其他經濟體的支援服務／措施	本港的部分支援服務以及顧問團隊意見
	照顧者培訓	澳洲：照顧者認知障礙症教育和培訓計劃、照顧者門戶所提供的自我訓練服務； 加拿大：MeSSAGES 培訓計劃； 英國：照顧技能訓練計劃、英格蘭健康教育、START 計劃； 廣州：工療站、照顧者的港灣	<p>非專為照顧者而設，也並非專供照顧者使用。照顧者並不知道大多數熱線電話，因此他們在遇到緊急情況時不會使用這類熱線服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 社署轄下的社區服務中心（例如長者地區中心、長者鄰舍中心、殘疾人士地區支援中心、家長／親屬資源中心）均有為照顧者提供培訓服務； • CARE 學院（浸信會愛羣社會服務處）； • 賽馬會照顧達人計劃（香港婦女中心協會） <p>顧問團隊的觀察：很多服務屬有時限的計劃，而且礙於機構的服務範圍，有些只能向少數特定類別的照顧者提供服務。儘管這些計劃的設計理念良好，但有照顧者表示沒有時間參加以中心為本的活動。</p>
身心健康	促進社交網絡、朋輩支援及自助	澳洲：MyTime 朋輩支援小組、心理健康支持服務、Weavers 計劃； 加拿大：加拿大照顧者朋輩支持網絡； 英國：英國照顧者論壇； 美國：照顧者行動網絡；	<ul style="list-style-type: none"> • 「樂齡嫻姆」（中華基督教禮賢會香港區會） • 時間銀行計劃（香港聖公會將軍澳安老服務大樓；浸信會愛羣社會服務處）

照顧者需要	支援措施	其他經濟體的支援服務／措施	本港的部分支援服務以及顧問團隊意見
		日本：日本非營利組織中心轄下的照顧者支援網絡中心； 新加坡：照顧者福利協會； 法國：照顧者咖啡室（照顧者咖啡室概念的起源）； 台灣：照顧者咖啡室	<ul style="list-style-type: none"> • 「智·愛同行」長者及護老者支援計劃／照顧者咖啡室（香港仔坊會；香港婦女中心協會） <p>顧問團隊的觀察：在我們檢視的經濟體中，照顧者朋輩支援很常見。當地對這些服務的評價正面，這些措施可以讓義工和照顧者分享經歷及同感，互相分憂及共勉。香港亦有非政府機構推行類似措施，雖然目前規模相對較小，但做法值得參考。</p>

第3章 照顧者需要及服務期望的研究結果

3.1 護老者及殘疾人士照顧者的主要研究結果和重要發現

研究項目三及項目四旨在掌握本港護老者及殘疾人士照顧者的情況，進一步了解其需要、面對的挑戰、負擔、優勢及服務期望。研究項目三所訪問的照顧者中劃分為「服務使用者」（現時有使用政府資助的常規服務或試驗計劃的護老者）及「非服務使用者」（從未使用政府資助的常規服務或試驗計劃的護老者）。研究項目四中，顧問團隊訪問了服務使用者（即過往曾使用直接服務的殘疾人士照顧者，所用服務例如津貼、培訓活動、教育課程、講座、工作坊或護理技能課程，以及為照顧者提供的資訊服務）和非服務使用者（即在過去兩三年內未使用過直接服務的殘疾人士照顧者）。

3.1.1 照顧者的人口特徵

研究項目三及四採用了質性及量化結合的方法。第一階段總共有 80 名照顧者參加聚焦小組，包括 31 名護老者及 49 名殘疾人士照顧者。第二階段分別從研究項目三($n = 1112$)及項目四($n = 1756$)收到 2 868 份問卷，在撇除研究項目三及項目四中分別有 146 及 449 份缺失的個案及非照顧者的問卷後，總共有 2 273 份照顧者（包括 966 名護老者及 1 307 名殘疾人士照顧者）的橫斷式問卷作為統計分析的有效問卷。然而，這 2 273 份問卷內仍有部分問題缺失數據，因此每道問題所得到的有效回應數目並不一樣；若計算完整回覆的問卷，項目三及項目四收集到有效作數據分析的問卷至少分別為 708 份及 639 份。

護老者組別的參與條件為 15 歲或以上的護老者，他們需要照顧 60 歲或以上、身體或認知上有不同程度缺損的體弱長者，並需要從旁協助他們的基本日常生活活動或工具性日常生活活動。殘疾人士照顧者而言，他們須為 15 歲或以上的照顧者，並照顧下列五個類別的殘疾人士：(i)精神病患者、(ii)視覺、聽覺或言語能力受損人士、(iii)智障、唐氏綜合症、注意力不足／過度活躍症、自閉症或有特殊學習困難人士、(iv)肢體、器官或多重殘障人士，及(v)其他殘疾類別人士。

3.1.1.1 第一階段的照顧者人口特徵

31 名護老者參與研究項目三第一階段（聚焦小組），其人口特徵如下：71%為女性，平均年齡為 65.7 歲（標準差 = 15.1），而護老者需要照顧的長者的平均年齡為 80.8 歲（標準差 = 8.9）。49 名殘疾人士照顧者參與研究項目四第一階段（聚焦小組），其人口特徵亦與護老者相近：77.6%為女性，殘疾人士照顧者平均年齡為 65.7 歲（標準差 = 15.1），而照顧對象的平均年齡為 40.3 歲（標準差 = 24.6）。

3.1.1.2 第二階段的照顧者人口特徵

研究項目三第二階段的 966 名受訪護老者的人口特徵如下：大多數護老者為女性（74.5%），平均年齡為 54.5 歲（標準差 = 18.1），所照顧的長者平均年齡為 82.0 歲（標準差 = 10.0）。大約四成（40.1%）護老者認為自己的健康狀況良好／非常好，並且大多數照顧者（57.9%）正在照顧他們的父母。而研究項目四的第二階段中有 1307 名受訪殘疾人士照顧者，當中大多數為女性（82.5%），平均年齡為 51.3 歲（標準差 = 12.8），所照顧的殘疾人士平均年齡為 27.5 歲（標準差 = 22.3）。只有 28.4% 的殘疾人士照顧者認為自己的健康狀況良好／非常好，大多數照顧者都在照顧他們的殘疾子女（87.0%）。

3.1.2 質性研究的主要發現：照顧者的需求、挑戰、負擔、優勢和服務期望

在研究項目三及四的第一階段（聚焦小組），討論圍繞著照顧者的需要、面對的挑戰、負擔、優勢及服務期望，我們總結了以下七項主題：(1) 照顧者的角色、(2) 照顧者負擔及其特性、(3) 照顧者的服務需求和服務期望、(4) 照顧者的優勢／能力、(5) 使用社會服務的誘因及障礙、(6) 高危照顧者的特徵，以及(7) 科技在照顧中的應用及使用障礙。

(1) 照顧者的角色：

照顧者主要負責基本日常生活活動或工具性日常生活活動方面的照顧工作、陪同照顧對象就診、提供經濟援助，以及情緒支援。照顧者反映他們會因應照顧對象的需要，從事多方面的照顧活動。

部分照顧者指出照顧家人是家庭問題，各家庭成員應分擔責任。照顧者時常需要處理家庭事務，與此同時平衡職場角色及照顧責任。

(2) 照顧者負擔及其特性

照顧者分享了他們在照顧工作上經歷漫長且沉重的生理、精神及經濟負擔，以及因照顧而產生的角色衝突及與家人之間的摩擦。照顧負擔會受到照顧對象及照顧者雙方的特質影響。

(3) 照顧者的服務需求和服務期望

部分照顧者提議建立一站式資訊平台，幫助他們獲得照顧者的資訊以處理照顧工作。他們亦表示需要資訊、資源及個案管理方面的支援。

(4) 照顧者的優勢／能力

照顧者表示在照顧過程中體現出以下的優勢及能力特質：良好的自我意識、壓力處理技巧、自我效能感、解難能力、求助動機、家庭和諧，以及克盡己責等。這些照顧者亦感激有身邊社交圈子的支持。大部分照顧者認為加強他

們的照顧及認知技巧（例如解難能力、記憶力等）可以幫助他們更有效地處理日常照顧時所遇到的困難。

(5) 使用社會服務的誘因及障礙

護老者及殘疾人士照顧者指出，資訊的通達程度、服務申請流程及是否有服務提供，均為他們會否使用服務的重要因素；他們亦指出，服務門檻高、繁複的申請程序，以及漫長的輪候時間，均會窒礙照顧者尋求服務或申請津貼。

(6) 高危照顧者的特徵

護老者及殘疾人士照顧者指出，應付照顧對象的行為及心理問題讓他們感到莫大壓力。高危照顧者通常體現出以下特質：長時間且密集的照顧工作、家庭暴力史、照顧對象有行為問題、缺乏身邊人的認可及支持、照顧多名殘疾人士，以及曾有自殺／謀殺後自殺的念頭。2019 冠狀病毒病疫情期間社區服務維持有限度運作，再加上社交距離限制措施，均令照顧者的精神健康問題惡化。

(7) 科技在照顧中的應用以及使用障礙

有照顧者指出，善用資訊科技有助他們尋求支援服務及提升知識。然而，缺乏使用科技產品的知識和技能以及經濟上的考慮，均會令照顧者卻步。

3.1.3 經深入統計分析後的量化研究結果撮要

在第二階段研究（橫斷式問卷調查）裡，大部分護老者及殘疾人士照顧者平均年齡為 50 歲或以上的中年人。在分析的 966 名護老者¹⁰中，大部分的照顧對象為父母 (57.9%)，其次為配偶 (22.6%) 及祖父母 (15.7%)。而在分析的 1307 名殘疾人士的照顧者¹¹中，大部分的照顧對象為子女 (87.0%)，其次為配偶 (22.2%) 以及父母 (16.1%)。護老者及殘疾人士照顧者平均每星期分別用 41.9 及 77.2 小時提供照顧，平均照顧時間的差異可能源於照顧長者及殘疾人士的照顧工作不同。大部分的照顧者表示他們的健康狀況為「一般」至「良好」(87.6% 護老者，76.9% 殘疾人士照顧者)，超過 50% 的照顧者沒有罹患任何病患。有 32.8% 的護

¹⁰ 部分題項數據缺失：部分受訪者未提供答案，或提供了不相關的答案，因此對於護老者而言，回答每個項目的受訪者總數或少於 966 人。

¹¹ 部分題項數據缺失：部分受訪者未提供答案，或提供了不相關的答案，因此對於殘疾人士照顧者而言，回答每個項目的受訪者總數或少於 1 307 人。

老者及 18%的殘疾人士照顧者從事全職工作。詳細的護老者¹²及殘疾人士照顧者¹³的統計數據可參閱註腳。

項目三及項目四當中第二階段的問卷調查研究結果顯示，照顧者對以下五項範疇的問題甚為關注，包括：(1)照顧者的角色及照顧工作；(2)照顧者的服務需求；(3)促進及阻礙服務使用的因素；(4)善用科技協助照顧以及當中遇到的阻礙；以及(5)照顧職責對照顧者的影響、照顧能力及照顧負擔的自我評估。護老者及殘疾人士照顧者主要相似之處總結如下，不同之處將在下一節(第 3.2 節)詳述。

(1) 照顧者的角色及照顧工作

大部分照顧者（護老者中佔 91.7%，殘疾人士照顧者中佔 93.3%）認為，「盡家庭責任」是履行照顧職責的最主要原因，這結果與第一階段聚焦小組的發現一致。照顧者們認為照顧者本人、家庭成員／親屬，以及家傭為三個最主要履行照顧職責的人。有 88.9%的護老者認為與長者日常起居生活相關的事務是最需要照顧的，其次為康復、藥物或治療上的支援（佔 76.7%）、情緒支援（佔 68.7%），以及個人護理（佔 64.2%）。此結果與殘疾人士照顧者（研究項目四）大致相似。87.3%的殘疾人士照顧者的主要職責為日常起居生活照顧，其次為情緒支援（佔 81.2%）、康復、藥物或治療上的支援（佔 81.1%）以及個人護理（佔 66.8%）。

¹² 護老者方面，「非服務使用者」及「服務使用者」的平均年齡分別為 44.0 歲（標準差 =17.6; $n = 434$ ）及 64.0 歲（標準差 =12.6; $n = 486$ ）。其中有大約三分之一（33.3%）的護老者每月家庭收入少於 \$9,999；78% 的「服務使用者」及 33.7% 的「非服務使用者」月均家庭收入少於 \$20,000。照顧者、「非服務使用者」及「服務使用者」大多為照顧對象的兒女（分別為 57.9%、59.6% 及 56.4%），其次為照顧對象的配偶（分別為 22.6%、4.1% 及 37.6%）和照顧對象的孫兒（分別為 15.7%、2.0% 及 33.7%）。平均而言，所有護老者、「非服務使用者」及「服務使用者」每週分別花 5.6 日（標準差 =2.0）、4.9 日（標準差 =2.0）及 6.3 日（標準差 =1.6）照顧其年老親屬。所有護老者每星期平均使用 41.9 小時（標準差 =52.4）照顧其年老親屬（「服務使用者」為 61.7±63.2 小時，「非服務使用者」為 21.7±26.0 小時）。所有護老者當中，大約三分之一（32.8%）擁有全職工作（「非服務使用者」為 49.7%，「服務使用者」為 17.9%）。大部分受訪者的主要收入來源為「自己的薪金」（所有照顧者、「非服務使用者」及「服務使用者」分別佔 49.3%、73.9% 及 27.4%）；另外有 35.4% 指出他們的主要收入來源為「社會援助」（「非服務使用者」為 7.6%，「服務使用者」為 60.2%）。

¹³ 殘疾人士照顧者方面，「非服務使用者」及「服務使用者」的平均年齡分別為 52.9 歲（標準差 =13.5; $n = 168$ ）及 50.7 歲（標準差 =12.4; $n = 503$ ）。其中有大約五分之一（21.6%）的殘疾人士的照顧者每月家庭收入少於 \$9,999；52.7% 的「服務使用者」及 53.8% 的「非服務使用者」月均家庭收入少於 \$20,000。所有照顧者、「非服務使用者」及「服務使用者」的數據上，最多受訪者的身份為照顧對象的兒女（分別為 87.0%、83.2%、及 88.3%），其次為照顧對象的配偶（分別為 22.2%、23.8% 及 21.6%）和照顧對象的父母（分別為 16.1%、18.8% 及 15.2%）。平均而言，所有殘疾人士照顧者、「非服務使用者」及「服務使用者」每週分別花 6.0 日（標準差 =0.7）、5.8 日（標準差 =3.0）及 6.0 日（標準差 =0.8）照顧其殘疾人士親屬。所有殘疾人士照顧者每星期平均使用 77.2 小時（標準差 =54.3）照顧其殘疾人士親屬（「服務使用者」為 77.5±54.7 小時，「非服務使用者」為 76.3±52.8 小時）。所有殘疾人士照顧者當中，大約五分之一（18.1%）擁有全職工作（「非服務使用者」為 16.9%，「服務使用者」為 18.5%）。主要收入來源方面，最多人指出為「配偶的薪金」（所有照顧者、「非服務使用者」及「服務使用者」分別佔 47.6%、40.9% 及 29.9%）；而所有照顧者中的 29.1% 指出他們的主要收入來源為「自己的薪金」（「非服務使用者」為 28.7%，「服務使用者」為 29.2%）。

(2) 服務需要

護老者及殘疾人士照顧者均認為「現金援助」是他們最想得到的兩項支援之一。護老者最需要的支援為「現金援助」（佔所有護老者的 21.8%）及「家居服務（例如送餐服務、一般家居助理或傭人服務）」（佔所有護老者的 20.7%）。殘疾人士照顧者最需要的支援為「現金/經濟援助」（佔所有殘疾人士照顧者的 28.0%）以及「家居康復服務（例如職業治療、物理治療、言語治療等等）」（佔所有殘疾人士照顧者的 11.5%）。

(3) 促使及阻礙照顧者使用服務的因素

整體而言，現有護老者的服務未被充分使用，使用率由 4.2%（外傭護老培訓試驗計劃）到 33.6%（為護老者而設的資訊諮詢服務）不等。現有殘疾人士照顧者服務的使用率介乎於 5.6%（離院服務）到 57.6%（經濟援助，例如關愛基金為殘疾人士提供的津貼）不等。「不知道有該服務提供」（護老者：介乎 11.5%至 44.7%；殘疾人士照顧者：介乎 13.6%至 51.8%）及「不需要該服務」（護老者：介乎 19.4%至 62%；殘疾人士照顧者：介乎 12.2%至 59.1%）是受訪者沒有使用服務的兩大原因。需要注意的是，並非所有照顧者均有資格使用特定服務（例如沒有留院的人則不適用離院支援服務）。

(4) 善用科技協助照顧及當中遇到的阻礙

超過三分之一的護老者及殘疾人士照顧者表示有使用資訊科技以協助照顧工作，大部分的護老者及殘疾人士照顧者使用資訊科技產品「取得網上資訊」（護老者中佔 77.1%，殘疾人士照顧者中佔 87.8%），其次為「遙距通訊」（護老者中佔 41.9%，殘疾人士照顧者中佔 43.9%）。35.6%的護老者及 22.7%的殘疾人士照顧者認為，資訊科技產品對減緩照顧者負擔非常/極度有效。護老者及殘疾人士照顧者認為，提供科技產品的資訊平台（護老者中佔 62.3%，殘疾人士照顧者中佔 50.3%），以及為科技產品使用者提供協助（護老者中佔 54.5%，殘疾人士照顧者中佔 48.6%）最能促使他們使用科技產品。

(5) 照顧職責對照顧者的影響、照顧能力及照顧負擔的自我評估

最多護老者及殘疾人士照顧者認為「增加了照顧的知識和技能」（護老者平均評分為 3.2/5；殘疾人士照顧者平均評分為 3.1/5）及「改善解難能力」（護老者平均評分為 3.0/5；殘疾人士照顧者平均評分為 3.1/5）是在履行照顧職責中的兩項正面收穫。兩組照顧者當中，大部分照顧者認為他們的照顧能力「一般」。根據沙氏照顧負擔量表（0 分代表毫無負擔，12 分代表負擔最高），護老者及殘疾人士照顧者平均分分別為 4.7 及 6.6，均達到中等程度。在 2019 冠狀病毒病疫情期間，照顧對象出現的行為及心理問題，以及照顧者出現的情緒問題為導致照顧者壓力上升的兩個主要原因。

3.2 兩組照顧者在「照顧者的需要、面對的挑戰、負擔、優勢及服務期望」方面的差異

上一節總結了研究項目三及四中的第一及第二階段兩組照顧者相同的需要、面對的挑戰、負擔、優勢及服務期望，下文將詳述兩組照顧者的主要差異，以及迴歸分析的結果。

(1) 照顧者角色及照顧範疇

- a. *對護老者而言*：除了基本的照顧需要外，護老者們須不時關注長者的各種行為問題（例如遊蕩、焦慮不安），因為這類問題往往均無法預測。
- b. *對殘疾人士照顧者而言*：照顧者指出照顧對象最需協助的部分為日常的起居活動（包括購物、交通、家居清潔等），這些活動大部分依賴照顧者、家人及家傭處理。除了要密切注意照顧對象的情況外，殘疾人士照顧者亦需要向照顧對象提供情緒支援，日常陪伴及帶他們接受由照顧者、家屬及社福／醫療機構提供的培訓。

(2) 促使及阻礙照顧者使用服務的因素

- a. *對護老者而言*：最多護老者使用的三項服務分別為照顧者而設的諮詢服務、家居康復服務，以及長者日間護理服務¹⁴。「我不明白／不知道如何申請」是沒有使用服務的主要原因（就三項服務分別為 20.8%，17.4% 及 14.8%）。護老者表示遇到緊急情況時很難成功尋求長者暫託服務。短期的住宿暫託服務（例如三至五日）也同樣不足，因為偶然空置的宿位難以預計，而且照顧者十分需要喘息空間。
- b. *對殘疾人士照顧者而言*：最多殘疾人士照顧者使用的三項服務分別為現金援助、培訓活動／教育課程／工作坊／照顧技巧課程，以及為照顧者而設的資訊／諮詢服務¹⁵。至於照顧者間接受惠的服務方面，大部分殘疾人士均沒有使用日間護理服務、家居康復服務、個人護理及家居清潔服務、護送服務、離院支援服務、日

¹⁴ 三項最多護老者使用的服務為：「照顧者查詢服務」（所有照顧者：33.6%；非服務使用者：23.7%；服務使用者：42.2%）、「家居康復服務」（所有照顧者：30.5%；非服務使用者：25.5%；服務使用者：34.8%），以及「長者日間護理服務」（所有照顧者：29.3%；非服務使用者：24.5%；服務使用者：33.5%）。

¹⁵ 三項最多殘疾人士照顧者使用的服務為：「現金援助（例如關愛基金對殘疾人士的資助）」（所有照顧者：57.6%；非服務使用者：49.5%；服務使用者：50.5%）、「培訓活動／教育課程／工作坊／照顧技巧課程」（所有照顧者：51.2%；非服務使用者：0%；服務使用者：71.2%）及照顧者資訊／諮詢服務（所有照顧者：47.3%；非服務使用者：0%；服務使用者：65.9%）。

日間暫託服務、家居暫託服務、住宿暫託服務，以及緊急住宿服務¹⁶。調查結果發現有超過四分之三的照顧者（78.6% 至 93.5% 不等）從未使用過上述服務。而且，超過三分之二的照顧者（67.5%）沒有使用私人或非政府機構提供的社區照顧服務。一般來說，視乎照顧者選擇的服務，照顧者沒有使用上述服務的原因包括「不需要此服務」、「不知道有該服務」、以及「我不符合服務資格」。另一方面，暫託服務的名額及彈性服務時間對照顧者極為重要，尤其當照顧有精神問題、特殊教育需要，或有行為／情緒問題的殘疾人士時，照顧者常因照顧對象突如其來的轉變而需要尋求暫託服務。

(4) *照顧者特徵，以及與照顧負擔及照顧風險程度的關係*

- a. *對護老者而言*：照顧有行為及心理問題的認知障礙症長者，以及難以自理並處於晚期治療階段的長者的照顧者，均感受到沉重的照顧負擔。部分有沉重照顧負擔的照顧者往往無暇顧及自己的健康狀況，甚至忽視自己的健康問題。多元線性迴歸分析的結果顯示，自我感覺健康較佳（主觀對自己的健康狀況評估）（ $B = 0.708$ ， $p < 0.001$ ）、有較多情緒問題（ $B = 1.304$ ， $p < 0.001$ ），以及較多尋求其他服務的（ $B = 0.478$ ， $p < 0.05$ ）護老者，照顧負擔較高。若照顧對象為男性（ $B = 0.693$ ， $p < 0.05$ ）及較年輕（ $B = -0.051$ ， $p = 0.01$ ），護老者的照顧負擔亦較高。顧問團隊亦發現，護老者若需要照顧認知障礙症的長者，以及需要處理多重照顧工作以維持長者的日常生活，可視為高危照顧者。
- b. *對殘疾人士照顧者而言*：殘疾人士患有多方面的缺損（例如，體能、認知、行為及心理功能），會令照顧工作變得困難及耗時。肢體傷殘人士、有特殊教育需要的兒童，以及精神病患者的照顧者，因為需要長期密切留意及照顧照顧對象而會有更沉重的照顧負擔。多元線性迴歸分析的結果顯示，在殘疾人士照顧者中，自我感覺身體健康情況較差者，照顧負擔相對較重（ $B = 1.665$ ， $p < 0.001$ ）。照顧者若需要照顧上述四個範圍（例如，體能、認知、行

¹⁶ 照顧者間接支援服務方面，大部分殘疾人士均沒有使用日間護理服務（所有照顧者：78.6%；非服務使用者：85.5%；服務使用者：76.0%）、家居康復及護理服務（所有照顧者：81.1%；非服務使用者：85.9%；服務使用者：79.4%）、個人護理及家居清潔服務（所有照顧者：93.5%；非服務使用者：95.1%；服務使用者：92.9%）、護送服務（所有照顧者：89.6%；非服務使用者：92.9%；服務使用者：88.4%）、離院支援服務（所有照顧者：94.4%；非服務使用者：95.7%；服務使用者：93.9%）、日間暫託服務（所有照顧者：81.4%；非服務使用者：88.6%；服務使用者：78.8%）、院舍暫託服務（所有照顧者：88.5%；非服務使用者：91.9%；服務使用者：87.3%）、家居暫託服務（所有照顧者：92.4%；非服務使用者：97.3%；服務使用者：90.6%）以及緊急住宿服務（所有照顧者：92.4%；非服務使用者：95.1%；服務使用者：91.4%）。

為及社會心理)均有缺損的照顧對象，照顧負擔會較重($B = 0.769$ ， $p < .05$)。顧問團隊發現，高危照顧者較常出現的特徵有：自身年紀大、自身有身體殘疾、對自己心理狀況缺乏意識、於應付有行為問題的殘疾人士時力不從心、缺乏對相關照顧資源的認識，以及需要照顧有情緒問題的殘疾人士。

(5) 照顧者的優勢，以及與照顧負擔及心理健康的關係

- a. 對護老者而言：能力較佳的護老者通常能預先制定照顧計劃（例如預先編排好他們的照顧工作），他們認為預先編排及計劃照顧工作能幫助他們更好完成照顧工作。相關分析顯示，與其他家庭成員關係較好的護老者，比較不會因照顧工作而認為擾亂自己的社交生活 ($r = -0.075$ ， $p < 0.05$)，且傾向感到較幸福 (r 值介乎 0.099 及 0.138 之間，所有 p 值均少於 0.05)。而且，與照顧對象關係較好的護老者感到較幸福（覺得快樂、積極及每天的生活充滿了有趣的事情； r 為 0.105、0.084 及 0.72，所有 p 值均少於 0.05）
- b. 對殘疾人士照顧者而言：部分殘疾人士照顧者發現宗教信仰能幫助他們勇敢面對挑戰。部分有特殊需要兒童的照顧者認為，在照顧上獲得的知識及技能可以幫助其他相同處境的人。相關分析發現，照顧者的優勢及能力（「透過照顧獲得滿足感」、「增加照顧知識及技能」、「提升解決困難的能力」、「認識朋友／專業或護理人士」及「與照顧對象關係變好」）與照顧者負擔（「您是否害怕受顧者的未來會如何？」、「您是否覺得因為投入照顧受顧者而影響自己的健康？」以及「您是否覺得自從受顧者患有殘疾後，您的生活失去控制？」）有較弱的正相關（ r 值介乎 0.094 及 0.166 之間，所有 p 值均少於 0.05）。分析結果亦顯示有較佳照顧知識及技能，以及與殘疾人士的關係較好的照顧者，照顧負擔較重。這看似矛盾的現象，可能是因為能力較佳的照顧者或會對自己的期望更高，從而導致其負擔更高；或者他們更傾向依靠自己來提供照顧而延遲尋求幫助。另外，照顧者越感覺照顧工作的正面影響（「增加照顧知識及技能」($r = 0.086$ ， $p < 0.05$)，「提升解決困難的能力」($r = 0.109$ ， $p < 0.01$)及「認識朋友／專業或護理人士」($r = 0.151$ ， $p < 0.01$))，越會有較高的幸福感。因此，較佳的照顧知識及技能，以及朋友及專業人士的支援，均與照顧者的幸福感息息相關。

(6) 照顧者的特徵，以及他們對支援服務實用性的看法

- a. 對護老者而言：現正接受服務的護老者($B = 0.38$, $p = 0.001$)、需要照顧長期臥床長者的護老者($B = 0.285$, $p < 0.05$)，以及照顧患有腎病長者的護老者($B = 0.440$, $p < 0.01$)，都更傾向認為家居為本的服務有用。而且，現正接受服務的照顧者更傾向認為中心為本服務($B = 0.28$, $p < 0.05$)及家庭及朋輩支援服務($B = 0.287$, $p = 0.001$)有用。以親友資助為主要收入來源的照顧者，更傾向認為家庭及朋輩支援服務有用($B = 0.336$, $p < 0.01$)。然而，照顧配偶的照顧者($B = -0.212$, $p < 0.05$)及照顧患有糖尿病人士的照顧者($B = -0.355$, $p < 0.05$)，較不認為家庭及朋輩支援服務有用。另外，多元線性迴歸分析亦顯示，需要照顧阿茲海默症長者的照顧者，認為提升照顧者技能的服務作用甚微($B = -0.206$, $p < 0.05$)。
- b. 對殘疾人士照顧者而言：多元線性迴歸的結果顯示，需要照顧有精神問題人士的照顧者($B = 0.134$, $p = 0.009$)，或者沒有家傭的照顧者($B = -0.114$, $p = 0.031$)，都較傾向需要家居為本的服務。以配偶薪酬為主要收入的照顧者($B = 0.097$, $p = 0.028$)、照顧者本身有接受服務($B = 0.11$, $p = 0.018$)、照顧者或照顧對象有精神問題($B = 0.103$, $p = 0.018$)以及與孫輩同住的照顧對象($B = 0.086$, $p = 0.045$)，都較會認為他們需要提升照顧能力的服務。而且，照顧者中男性比女性更需要家庭及朋輩支援服務($B = 0.343$, $p = 0.011$)。

3.3 研究項目三及四就現有服務的潛在需求及服務差距的總結

基於研究項目三及四的研究，顧問團隊發現兩組照顧者在其需要、面對的挑戰、負擔、優勢及服務期望上各有異同。本章節闡述了照顧者對不同類別支援服務的需求，包括家居為本服務、中心為本服務（例如暫託服務）、經濟援助、尋找資訊及培訓支援。照顧者往往因為不認識服務或不知如何尋求服務而未能獲取適切支援。照顧者需要在日常照顧中獲得支援及來自身邊人（例如家人、朋輩及專業人士）的情緒支援，但如何在照顧者的社交圈子（例如家人、朋友及專業人士）提供有效的支援仍有待探討。顧問團隊透過深入的統計迴歸分析發現，護老者及殘疾人士照顧者的特徵（例如性別、照顧的知識及技能、使用服務情況、經濟及健康狀況），以及照顧對象的特徵（例如年齡、需要護理的程度、身體及精神狀況）均會影響照顧負擔、照顧者的幸福感及／或風險程度，例如有情緒問題的護老者較傾向認為他們有較大負擔。在日常生活有多方面護理需要的認知障礙症長者，其護老者往往都面臨高風險。就殘疾人士照顧者而言，高危照顧者的特徵為自身年紀大、本身有身體殘疾、對自己的心理狀況缺乏意識、應付有行為問題的照顧對象時力不從心、缺乏對相關資源的認識，以及需要照顧會突然情緒失控的殘疾人士。然而，有不同特徵的照顧者對各照顧

者支援服務有不同看法。上述結果指出，當局應因應照顧者及照顧對象的特徵而提供支援服務。

第4章 持份者角度中照顧者需要及服務期望的研究結果

本章整理研究項目五（有關護老者）和項目六（有關殘疾人士照顧者）的主要研究結果，綜述持份者認為的照顧者需要、挑戰和服務期望。參與研究的持份者來自安老服務和康復界，包括：社工、護士、物理治療師，以及機構行政人員。

4.1 持份者的綜合主要研究結果撮要

4.1.1 持份者的人口特徵

研究項目五和六均採用了質性及量化的混合方法。在第一階段，共有 66 位持份者參與了聚焦小組討論，當中分別有 27 及 39 位持份者與護老者及殘疾人士照顧者的服務相關。在第二階段，共有 1 166 位持份者參加了橫斷式網上問卷，當中分別有 421 及 745 位持份者與護老者及殘疾人士照顧者的服務相關。在研究項目五及六的第二階段所收回的 1 166 份問卷中，持份者在部分問題沒有提供完整答案，因此每項問題所得到的有效回應數目並不一樣；若計算完整回覆的問卷，研究項目五和六的第二階段收集到有效作數據分析的問卷至少分別為 360 份和 709 份。

4.1.1.1 第一階段的持份者人口特徵

研究項目五第一階段（聚焦小組）的 27 位持份者的人口統計數據顯示，大部分受訪者為前線專業人士（51.9%），例如社工（85.2%），而有 44.4% 的持份者從事安老服務超過 10 年。持份者平均有 5.2 年（標準差 = 5.7）與護老者有關的服務經驗。同樣地，研究項目六第一階段（聚焦小組）的 39 位持份者的人口統計數據顯示，大部分受訪者為前線專業人士（53.8%），例如社工（92.3%），46.2% 的持份者從事康復服務超過 10 年。持份者平均有 9.9 年（標準差 = 7.0）的殘疾人士照顧者服務經驗。

4.1.1.2 第二階段的持份者人口特徵

研究項目五第二階段的持份者人口統計資料顯示，過半數持份者有專業背景（59.7%），其中 80.0%（標準差 = 168）為社工。持份者平均從事安老服務工作 9.2 年（標準差 = 7.9），而平均有 5.2 年（標準差 = 5.7）與護老者相關的服務經驗。研究項目六第二階段的持份者亦有類似的人口統計數據，參與者大多有專業背景（53.6%），其中大多數為社工（71.2%）。持份者從事康復服務 10.2 年（標準差 = 8.1），平均從事殘疾人士照顧者服務 9.2 年（標準差 = 7.9）。

4.1.2 質性研究的主要發現：照顧者的需求、挑戰、負擔、優勢和服務期望

4.1.2.1 照顧者的需要

持份者認為照顧者有個人和社會兩個層面的需要。個人層面的服務需要包括：暫託服務、教育和照顧技能培訓、經濟支援、一站式資訊中心、照顧對象的交通、照顧計劃和個案管理安排。社會層面的服務需要包括：社會的肯定認同、制定照顧者友善的工作安排。

參與網上調查的持份者表示，所接觸的大多數照顧者有至少三年的照顧經驗。大部分護老者和殘疾人士的照顧者普遍認為他們缺乏照顧知識、技能及支援，因此，應加強提升照顧者知識或技能的服務。

持份者表示最常求助的是要照顧認知缺損長者的護老者，以及本身有精神／情緒問題的殘疾人士的照顧者。持份者認為輔導、教育、日間暫託和緊急住宿服務對照顧者非常有用。照顧健康欠佳長者或有嚴重情緒或行為問題殘疾人士的照顧者認為，需加強護送服務、長者住所安全評估、由專業醫療人員進行的家訪，以及離院服務。

在研究第一階段的訪問中，持份者表示有許多因素會影響照顧者的需要，照顧者個人的需要亦取決於照顧對象的狀況及病患嚴重程度，例如：對於體弱長者、肢體傷殘人士、有嚴重認知障礙或智障人士，其日常生活活動便需要照顧者的持續照顧。

研究項目五及研究項目六的綜合結果說明，傳統中華文化注重照顧家庭成員的責任、而能否取得資訊和正式服務，以及照顧者的特徵（如年齡、家庭收入和教育程度）均會影響照顧者的需要。受中華文化的影響，有些照顧者堅信照顧年邁父母或年幼孩子是他們的職責，故此不應抱怨，他們因此亦變得不願意尋求幫助。教育程度較低的年長照顧者，使用數碼科技的能力不足，致使他們可能較難獲取資訊和服務。

4.1.2.2 照顧者的挑戰

持份者強調照顧者要面對各種各樣的挑戰和困難，最普遍是照顧知識和技能匱乏，社會亦缺少對照顧者的認同和肯定。在 2019 冠狀病毒病疫情期間，給予照顧者的支援也不足。許多照顧者在尋求幫助和為照顧對象安排適當服務上猶豫不決，主要因為照顧者不清楚有甚麼服務及如何獲得這些服務。持份者表示要求年長的照顧者肩負照顧對象的日常生活，對他們的體能要求極大。來自康復界的持份者認為，照顧者的挑戰主要是要處理照顧對象的情緒壓力和行為問題。研究項目五及研究項目六的持份者皆表示目前照顧者支援服務沒有得到良好協調。此外，照顧者不確定照顧對象能否持續獲得服務，亦會使照顧者感到焦慮。

4.1.2.3 照顧者的服務期望

現有的照顧者支援分為直接服務（以照顧者為本）或間接服務（以照顧對象為本）。持份者的量化調查結果數據顯示，護老者的直接服務有照顧技巧訓練、教育、輔導、康樂及社交活動。另外，殘疾人士照顧者的兩大主要服務，是轉介服務和殘疾照顧技能培訓。安老服務界別認為重要的間接服務包括：安老服務轉介、長者娛樂和社交活動、設備出租和陪護服務。康復界別則認為陪護服務、日間暫託服務、康復／照顧服務甚為重要。

持份者認為雖然經濟支援可直接支援照顧者履行照顧責任，但由於不是所有照顧工作和責任都可以委以他人，其他服務例如輔導、小組活動、個案管理及技能訓練亦相當重要。許多持份者表示，大部分照顧者認為服務和經濟支援同樣重要，兩者結合能更有效支援照顧者。對部分照顧者而言，經濟支援能讓他們更容易在短時間內從不同途徑（例如：私營機構或社會企業）安排所需的服務，可即時減輕照顧壓力。

4.1.3 經深入統計分析後的量化研究結果撮要

4.1.3.1 深入量化分析持份者的意見，探討支援服務對不同類型護老者的效用

整合研究項目五的結果，**表 4.1** 顯示服務護老者的持份者對各種支援服務的效用評估（由 0 = 「完全沒有用」到 2 = 「非常有用」）。持份者認為不同種類的支援服務對不同類型的照顧者有用，要視乎他們所處的照顧階段、照顧者及其照顧對象的特徵來評分，如以下表所示。

例如，日間暫託服務、照顧培訓、照顧者津貼及照顧者的其他經濟援助對教育程度低的護老者而言是最有用的四項服務（各項平均分 = 2.0），而僱主支援對在職護老者而言是最有用的服務（平均分 = 1.7）。日間暫託服務和僱主支援對同時照顧長者及子女的夾心照顧者而言是最有用的兩項服務（平均分 = 1.7），而日間暫託服務、護送服務、照顧者津貼和其他經濟援助對於照顧超過一名對象的護老者而言為最有用的四項服務（所有平均分 = 1.7）。照顧者津貼、其他經濟援助和僱主支援對低收入護老者而言是最有用的三項服務（平均分 = 1.7），到戶照顧服務對自我照顧能力低的年長護老者而言是最有用的服務（平均分 = 1.7）。

表 4.1 持份者對 14 種不同類型的護老者支援服務的效用評估

護老者類型	持份者認為最有用的支援服務類別	評分 (標準差) [由 0 = 「完全沒有用」到 2 = 「非常有用」]
準照顧者 (即將成為照顧者的人士)	長者康復和醫療服務	1.5 (0.5)
新手照顧者 (少於一年照顧年期)	照顧培訓	1.5 (0.5)
長期照顧者 (三年或以上照顧年期)	日間暫託服務、住宿暫託服務、家居照顧服務、轉介、長者復康和醫護服務、輔導、照顧者津貼、照顧者的經濟支援以及僱主支援	1.4 (0.5 – 0.6)
在職照顧者	僱主支援	1.7 (0.5)
退役照顧者 (過往曾是照顧者，現時毋須提供照顧)	日間暫託服務、住宿暫託服務、家居照顧服務、轉介和僱主支援	1.5 (0.7)
年老照顧者 (60 歲或以上的照顧者)	到戶照顧和護送服務	1.6 (0.5)
照顧認知障礙長者	日間暫託服務及輔導	1.6 (0.5)
照顧者本身健康狀況不佳	日間暫託服務、家訪和護送服務	1.6 (0.5)
夾心照顧者 (同時照顧長者和子女)	日間暫託服務、僱主支援	1.7 (0.5 – 0.6)
照顧多於一名對象	日間暫託服務、護送服務、照顧者津貼和經濟支援	1.7 (0.5)
低收入照顧者 (符合資格可申請照顧者津貼或經濟援助人士)	照顧者津貼、照顧者經濟支援和僱主支援	1.7 (0.4)
教育程度低照顧者 (小學程度或以下)	日間暫託服務、照顧培訓、照顧者津貼和經濟支援	2.0 (0)
照顧自理能力低的長者	到戶照顧服務	1.7 (0.5)
不與長者同住的照顧者	日間暫託服務及家訪	1.6 (0.5)

4.1.3.2 深入量化分析持份者的意見，以不同類型的殘疾人士照顧者為對象，探討支援服務的成效

研究項目六的結果顯示服務殘疾人士照顧者的持份者認為哪種支援服務最有效用（從 0 = 「完全沒有用」到 2 = 「非常有用」）（見表 4.2）。與服務護老者的持份者相似，持份者認為不同類型的殘疾人士照顧者對不同支援服務有不同評價，如下表所示。

例如，對低收入照顧者而言，經濟援助是最有用的服務（平均分 = 1.7），而對不與殘疾人士同住的照顧者而言，情緒支援服務以及到戶個人護理／家居清潔服務是最有用的兩項服務（平均分 = 1.7）。對有嚴重情緒或行為問題的殘疾人士照顧者而言，日間／住宿暫託服務以及喘息／暫託服務是最有用的兩項服務（平均分 = 1.7）。對在職照顧者而言，講座／工作坊是最有用的服務（平均分 = 1.6）。而對年老照顧者而言，陪診服務、緊急安置、到戶個人護理／家居清潔、日間護理／康復服務、照顧者津貼以及喘息／暫託服務是最有用的六項服務（平均分 = 1.6）。而對體弱的照顧者而言，陪診服務、緊急安置、到戶個人護理／家居清潔服務以及喘息／暫託服務為最有用的四項服務（所有平均分 = 1.6）。就照顧超過一名對象的照顧者而言，日間／住宿／家庭暫託服務、緊急安置以及照顧者津貼是最有用的三項服務（所有平均分 = 1.6）。而對本身有精神和情緒問題的照顧者而言，日間／住宿暫託服務、緊急安置以及喘息／暫託服務是最有用的三項服務（所有平均分 = 1.6）。對照顧正處於服務銜接期的殘疾人士照顧者而言，輔導、情緒支援以及緊急熱線／24 小時支援是最有用的三項服務（所有平均分 = 1.6。）

表 4.2 持份者認為對 14 種不同類型殘疾人士照顧者有用的支援服務

殘疾人士照顧者類型	持份者認為最有用的支援服務類型	平均評分 (標準差) [由 0 = 「完全沒有用」到 2 = 「非常有用」]
準照顧者 (即將成為照顧者的人士)	輔導、情緒支援、資訊或諮詢服務、工作坊和講座、照顧者為本的個案管理、暫託服務、資訊服務和僱主支援	1.4 (0.5 – 0.6)
新手照顧者 (少於一年照顧年期)	照顧者津貼和僱主支援	1.5 (0.5 – 0.6)
介乎新手與長期照顧者 (照顧年期 1-3 年)	工作坊和講座	1.6 (0.5)

殘疾人士照顧者類型	持份者認為最有用的支援服務類型	平均評分 (標準差) [由 0 = 「完全沒有用」 到 2 = 「非常有用」]
長期照顧者 (三年或以上照顧年期)	陪診服務、日間／住宿暫託服務、家居暫託服務、緊急安置、經濟支援、暫託服務以及僱主支援	1.4 (0.5 – 0.6)
退役照顧者 (過往曾是照顧者，現時毋須提供照顧)	情緒支援、資訊或諮詢、工作坊和講座、照顧者為本的個案管理，殘疾人士生活規劃服務	1.4 (0.5)
在職照顧者	僱主支援	1.4 (0.6)
年老照顧者 (60 歲或以上的照顧者)	陪診服務、緊急安置、到戶個人護理／家居清潔／康復服務、照顧者津貼和暫託服務	1.6 (0.5)
體弱的照顧者	陪診服務、緊急安置、到戶個人護理／家居清潔服務和暫託服務	1.6 (0.5)
有殘疾的照顧者	日間／住宿／家居暫託服務、緊急安置和經濟支援	1.5 (0.5 – 0.6)
照顧多於一名對象	日間／住宿／家居暫託服務、緊急安置和照顧者津貼	1.6 (0.5)
低收入照顧者 (符合資格可申請照顧者津貼或經濟援助人士)	經濟支援	1.7 (0.5)
有精神／情緒問題的照顧者	日間／住宿暫託服務、緊急安置、暫託服務	1.6 (0.5)
不與殘疾人士同住的照顧者	情緒支援服務、到戶個人護理／家居清潔服務	1.7 (0.5)
照顧有嚴重情緒或行為問題的殘疾人士	日間／住宿暫託服務、暫託服務	1.7 (0.5)
照顧正處於服務銜接期的殘疾人士	輔導、情緒支援和緊急熱線／24 小時支援	1.6 (0.5 – 0.7)

4.1.3.3 小結：從持份者角度對護老者和殘疾人士照顧者深入分析

研究團隊深入分析數據資料，發現照顧者類型是其中一個影響照顧者對不同類型支援服務需求的最重要因素。事實上，照顧者類型不僅按照照顧階段（如準照顧者）分類，而且還根據他們的需求分類，例如低收入照顧者、照顧正處於服務銜接期的殘疾人士的照顧者等。

護老者和殘疾人士照顧者有共同的支援需要。持份者認為輔導、情緒支援和康復護理是準照顧者最重要的服務需要；新手照顧者則表示照顧培訓和照顧者津貼更重要；在職照顧者更需要僱主支援；而低收入的照顧者則認為津貼和經濟支援最重要。

另外，護老者和殘疾人士照顧者的服務需要亦存在差異。照顧自理能力低的長者的護老者更傾向使用家居照顧及護送服務，而照顧情緒或行為有嚴重問題的殘疾人士的照顧者則更希望獲得殘疾人士日間暫託及緊急安置服務。

持份者表示，照顧認知缺損長者的護老者最需要幫助，其次是照顧健康狀況較差長者的護老者，以及年老的護老者。被評為最有用的服務包括日間／住宿暫託服務、護送服務和到戶照顧服務。此外，最需要幫助的三類殘疾人士照顧者，為年長的照顧者、本身有精神／情緒問題的照顧者，以及須照顧有嚴重情緒或行為問題人士的照顧者。對殘疾人士照顧者而言，最有用的服務包括日間暫託服務以及為殘疾人士提供的緊急住宿服務。

4.2 總結：比較兩組持份者的顯著差異-照顧者需要、挑戰、負擔、優勢和服務期望

顧問團隊詳細比較後發現研究項目五及項目六的結果基本一致，而兩者的主要差異如下：

4.2.1 照顧者的需要

長者和殘疾人士照顧者的需要普遍一致。持份者認為由於坐輪椅的照顧對象使用公共交通可能會較困難，因此殘疾人士照顧者需要交通津貼，亦需要朋輩支持小組。此外，持份者強調在疫情流行期間，也不應暫停對殘疾人士的服務。研究項目五的持份者更傾向關注其他實質需求，例如實用護理技巧及暫託服務。

4.2.2 照顧者面臨的挑戰

照顧長者及殘疾人士的照顧者均面對類似的挑戰。持份者認為，照顧嚴重殘疾人士的工作可以非常複雜，因此其照顧者面對更大挑戰。此外，對殘疾人士的社會標籤亦使照顧者倍添壓力。

第5章 運用三角驗證法所得之結果：照顧者的需要和服務期望

顧問團隊運用研究項目一至六的數據及資料，識別及闡述照顧者的需要、負擔、挑戰、優勢，以及對服務、使用服務和服務差距的認識，並在本章總結運用三角驗證法所得之結果。三角驗證法是指使用多方面的數據或方法來尋找特定問題的答案，從而更全面地了解現象，並提高研究調查結果的有效性和可信性（Noble & Heale, 2019）。三角驗證法的優點是從多個角度出發，提供持平的觀點。研究採用質性和量化數據，對比照顧者和持份者的想法。質性和量化研究是同時進行，其結果的比重亦相等。在某些情況下，質性結果可以用量化結果進一步來解釋，反之亦然。

5.1 照顧者的需要、負擔和挑戰

研究項目三至六的各種數據資料，皆一致顯示照顧者有顯著的照顧負擔、需要和挑戰。

5.1.1 照顧者的需要及負擔

照顧者反映他們的照顧負擔屬中等程度：護老者平均分為 4.7 分（滿分 12 分），殘疾人士照顧者的平均得分為 6.6 分（滿分 12 分）（請參閱研究項目三及項目四的問卷調查）。在研究項目三及四的質性訪談中，照顧者深入闡述其生理、精神和經濟上的負擔，並提及平衡工作、生活和照顧(如照顧相關的角色衝突和家庭關係)為他們帶來挑戰。

持份者亦指出照顧者負擔沉重，尤其是要面對繁重的照顧工作、角色衝突和情緒困擾（資料來自研究項目五及項目六的問卷調查）。持份者認為照顧負擔源於社區／專業支援不足（資料來自研究項目五及項目六的質性訪談）。

照顧者和持份者指出，疫情期間社區服務部分暫停和社交距離措施，窒礙照顧者支援，照顧者的情緒壓力亦因而增加。

5.1.1.1 照顧者的特徵和負擔

照顧對象和照顧者的特徵均會影響照顧負擔。本研究發現照顧對象的特徵（例如他們的健康狀況和病情的任何變化）與照顧者的負擔相關。護老者和殘疾人士的照顧者均表示，在照顧有行為和情緒問題、自我照顧能力極低並需要密切監察或高度護理的照顧對象，以及處於舒緩治療階段的照顧對象時，照顧者承受著沉重的負擔。照顧者指出，隨著照顧對象的需要護理程度增加，照顧者亦因而承受更沉重的負擔。這些照顧對象包括患有認知障礙症的長者，以及患有精神疾病或自閉症的人士（研究項目三及四的質性訪談）。

持份者的觀點亦與照顧者相似，認為處理複雜的症狀在照顧工作中最具挑戰，包括照顧患有智障、自閉症、注意力不足／過度活躍症及認知缺損的家庭成員

（研究項目五及六的質性訪談）。照顧者和持份者均認為，處理照顧對象的行為問題和自理能力低的情況，是加重照顧者負擔的原因。

就照顧者的特徵而言，自評健康狀況較差或有情緒問題的照顧者，會傾向有較沉重的照顧負擔。較年輕的照顧者表示照顧負擔重，可能與他們擔當著多重照顧角色有關，例如同時照顧子女和長者。當需要照顧的殘疾人士在個人護理、日常生活活動、情感／陪伴支持、康復活動／用藥／接受治療方面皆需要他人幫助，以及收入依賴子女的照顧者，其照顧負擔亦相應較高（資料來自研究項目四的調查）。

持份者進一步指出照顧者特點與照顧負擔的關係。持份者認為教育程度低、單身、自我效能感低、與照顧對象同住的照顧者更有可能承受較重的負擔。社會經濟地位低、教育程度低的照顧者往往不太了解現有服務，亦較少尋求支援或幫助。在職照顧者的壓力似乎最大，有些雖可能因經濟壓力而無法辭去工作，但當照顧責任與工作無法平衡時，部分照顧者最終決定辭去工作以履行照顧責任（資料來自研究項目五及六的問卷調查）。年齡較大及／或有健康問題的照顧者，可能較欠缺幫助照顧對象的基本日常生活活動的能力。有些照顧者，尤其是教育水平較低者，在獲得社區服務和資訊方面面對困難重重（資料來自研究項目五及六的質性訪談）。

另外，研究項目五及六的持份者亦反映，現時支援照顧者的社區及專業服務仍有不足，照顧者面臨沉重的照顧責任。年齡較大和／或有健康狀況的照顧者未必可以執行體力工作，例如協助照顧對象的基本日常生活活動。教育程度較低的照顧者在尋求社區服務和資訊時會較常遇到困難。照顧者的照顧知識和技能匱乏、社會對照顧者身份認同不足和對殘疾人士的歧視皆會令照顧者的壓力增加。在 2019 冠狀病毒病疫情期間，部分服務因社交距離的要求而未能全面開放引致支援受阻及部分服務暫停更令照顧者壓力倍增。

5.1.1.2 高危照顧者的特徵

照顧者的負擔隨著時間不斷累積，有些照顧者可能會承受巨大壓力而成為高危照顧者。高危照顧者的特點包括：提供長期和高度的照顧、有家庭暴力史、照顧對象有行為問題、照顧者缺乏來自身邊人的認可和支持、照顧多個殘疾照顧對象、有自殺和／或殺害照顧對象的念頭。新冠疫情期間社區服務部分受阻和社交隔離措施，進一步損害了照顧者的心理健康。

5.1.2 照顧者的優勢

各種個人優勢（如掌握照顧技能、家庭連繫和宗教信仰）是減輕照顧負擔的關鍵因素（資料來自研究項目三及項目四的質性訪談）。從照顧者的角度而言，

最理想的支持是來自「家人的肯定」（資料來自研究項目三及項目四的調查）。顧問團隊發現減低照顧負擔的因素，包括：1)家庭收入；2)教育程度；3)社會支援網絡；4)心靈慰藉（例如宗教信仰支撐）；5)生活環境；以及 6) 獲得正規服務（資料來自研究項目五及項目六的質性訪談）。

5.1.2.1 照顧者的個人優勢

研究識別出長者和殘疾人士照顧者的個人優勢，包括自我意識、壓力管理技巧、自我效能、解決問題尋求幫助的能力、增進家庭連繫和履行責任等。大部分長者和殘疾人士照顧者認為加強照顧和認知技能，如解決問題和尋求協助的能力，可幫助他們應對日常的照顧挑戰。護老者的個人優勢也包括提前準備和照顧規劃。少部分殘疾人士照顧者分享，宗教信仰對照顧起積極作用。強化照顧者與照顧對象的情感連繫及建立照顧者的個人優勢，可促進照顧者繼續承擔多方面的照顧工作。

5.1.2.2 照顧者友善環境

在研究項目三和研究項目四的聚焦小組中，參與者指出照顧者友善的環境能鼓勵他們承擔照顧者角色，有助社交和職業生活。照顧者認同社會和社區支持可幫助他們建立有利照顧的環境和個人優勢，例如掌握技能和加強家庭連繫。相反，照顧者缺乏支持和資源便會感到照顧負擔沉重，生理和心理健康狀況下降。故此，顧問團隊建議通過建立社交網絡及營造照顧者友善社區來提升照顧者的優勢。

5.1.2.3 正規服務

家庭支援對鞏固照顧者的優勢十分重要。在研究項目三和研究項目四中，照顧者最想得到的支持，是來自家庭成員的支持和肯定。顧問團隊建議可邀請有較強家庭支持和良好照顧經驗的照顧者參與照顧者志願活動，他們可作為榜樣並在社區支援小組分享照顧經驗。此外，促進家庭、朋輩和鄰舍之間在不同生命週期和照顧階段的支持，有助增強照顧者的照顧能力。

研究項目五及研究項目六的結果均反映了通過培訓、加強家庭對照顧者的支持和肯定、建立社交網絡，以及促進服務資訊傳播等方法，來提升照顧者優勢的重要性。下一節會就這些範疇作詳細介紹。

5.2 照顧者對服務的認識、服務使用情況和服務差距

研究項目三至六的調查一致顯示有需要提高照顧者對使用服務的意識及使用率，並減少服務差距。研究項目三及四的調查顯示有健康問題、在經濟上依賴他人，或要照顧高度依賴家人的照顧者會對服務和社交網絡支援有更高的需求，亦更期望能提升其照顧能力。相比其他照顧者，殘疾人士照顧者及本身有精神健康

問題的照顧者認為支援服務更為有用。

在研究項目三及研究項目四的質性調查中，長者和殘疾人士照顧者列出各種支援服務的有用程度，包括：為照顧對象提供的家居和中心為本的服務、經濟支援、資訊和培訓。在研究項目五及研究項目六中，持份者提出在個人和社會層面支援照顧者的策略。

有關提升照顧者服務的認識和使用情況，以及減少服務差距的研究建議如下：促進照顧者獲得及使用服務、加強照顧者支援，以及整合服務。

5.2.1 促進照顧者獲得及使用服務

研究項目三及研究項目四的照顧者，以及研究項目五及研究項目六的持份者皆強調提高服務可及性的重要。照顧者因對支援服務缺乏了解而難以使用服務，故可改善服務資訊的傳播，以及增加服務名額及提供更靈活的服務時間。服務資訊傳播方面，有照顧者建議設立一站式的照顧資訊和服務平台，連接相關資訊，例如有關個人支援服務的輪候情況。持份者表示，為照顧對象提供的服務比較分散，照顧者很難找到需要的具體服務。

長者和殘疾人士照顧者表示，阻礙他們使用服務的原因包括不清楚有支援服務、沒有時間申請服務和了解服務細節、嚴謹的申請資格、複雜的申請程序和漫長的輪候時間。持份者建議政府應考慮增加服務名額以縮短服務輪候時間，並加強政府內部的合作和協調，理順從簡支援照顧者的服務。此外，持份者也認為政府應探討簡化照顧對象申請服務的程序。社區各服務機構、企業和公共機構的合作也可以使為照顧對象提供的服務更多樣化，並減輕照顧者壓力。

有文獻強調應從多方面提升服務及資訊的可及性，包括男性照顧者、曾接受高等教育、自我評估照顧負擔較重、以及有特殊照顧需要的照顧者（Janssen et al., 2014; Lüdecke et al., 2012; Vandepitte et al., 2019）。不過，許多照顧者對於向他人求助或為照顧對象安排服務仍存有憂慮，原因包括：擔心照顧對象在陌生環境的安全和能否適應、擔心服務水平參差、對大量照顧資訊感到不知所措、不了解長期護理機構所能提供的照顧服務、以及擔心受到社會標籤（Lüdecke et al., 2012; Robinson et al., 2012; Williams et al., 2018）。為鼓勵照顧者為照顧對象安排服務，建議採納綜合服務方式包括：個人輔導和體驗式教育，服務轉介和社會支援（Alwin et al., 2010; Anderson et al., 2015; Chung et al., 2019; Górska et al., 2013）。

5.2.2 加強照顧者支援

在研究項目三及研究項目四，照顧者表示他們精神健康受損。在研究項目五及研究項目六中，持份者提出改善照顧者精神健康的措施。在研究項目三及研究項目四中，照顧患精神病、自閉症、智障和認知障礙症的參與者認為，中心為

本的服務更有用，例如暫託服務、日間活動中心、康復訓練。持份者表示，即使輔導未必能給予即時和切實的幫助，照顧者一般認同輔導服務的價值，因它可讓照顧者分享所遇到的困難。持份者亦建議在社區層面推廣朋輩支援小組。研究項目六的持份者表示，朋輩支援小組對照顧者很重要，因為小組可以讓照顧者得以宣洩情緒，並從其他照顧者的經歷中學習。

照顧者認為預防措施比補救措施更有效避免照顧者過勞。例如暫託服務會比在危機發生時舉辦的情緒支援小組或輔導更重要。同樣，根據照顧者的預期需要預早計劃也至關重要，例如隨著科技進步，照顧者會更依賴網上資源，故應鼓勵進一步發展網上服務，讓照顧者學習更多照顧知識，以備不時之需。

護老者和殘疾人士照顧者表示，很難在遇到緊急事件時尋求暫託照顧。短期暫託服務不足的原因是：指定暫託名額有限，臨時空缺又很難預計，以及照顧者對喘息服務有殷切需求。持份者表示由於照顧工作耗時並經常需要全天候工作，使照顧者產生極大負擔，持份者同意有迫切需要加強暫託服務。暫託服務的形式可以是短期住宿服務、中心服務或家居服務，理想的情況下應能在緊急時可迅速安排。護老者舉例指出，家居服務例如個人照顧服務（例如家務、送餐和家居暫託）或中心服務（例如暫託服務、康復訓練），都可減輕照顧負擔。護老者亦提到他們需要預先學習如何面對照顧對象患上不可逆轉的疾病（例如晚期認知障礙症），以便提前計劃如何面對及處理照顧對象的死亡，減少壓力和預期的悲傷。

持份者與護老者及殘疾人士照顧者的意見相似，他們建議提供其他服務，以更好地支援照顧者應對緊急事件，例如提供數小時的暫託服務，以便照顧者處理個人事情（例如覆診）；提供培訓工作坊和課程，提前裝備新手照顧者以應對其照顧對象健康狀況的突然變化；以及提供財政援助，例如為低收入殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃。研究項目六的參與者表示，殘疾人士通常需要照顧者陪同就診或參與康復訓練，照顧者亦因此需要額外開支。

有文獻指出，協調向照顧對象提供的服務，並在照顧者尋求支援時為他們提供協助尤為重要，有助確保照顧的連續性和個人化（Lüdecke et al., 2012; Robinson et al., 2012; Williams et al., 2018）。另外，應設計全面的照顧計劃並由專業人員領導執行，以有效減輕照顧者負擔（Miao et al., 2019; Chan, Merriman, Parmenter & Stancliffe, 2012; Chen, 2011）。

5.2.3 服務整合

照顧者提出在服務銜接期間（例如由學前到小學、從醫院到社區照顧服務，以及從特殊學校畢業後）的支援要有連續性，在照顧對象情況突然出現變化時，照顧者亦期望能及時得到支援。各專業、機構和不同資助模式下的組織亦應加強合作。在研究項目五中，持份者建議加強醫社合作，因為照顧者的主要壓力

來自長者健康狀況的變化。就支援殘疾人士照顧者方面，在研究項目六，持份者建議加強不同界別之間的服务銜接，例如當照顧對象從接受教育服務轉往社會服務、從學前康復到接受小學教育或離開學校時，加強支援照顧者。照顧對象需因應其獨特需要接受不同服務，但照顧者認為難以物色和選擇合適的服務或支援。照顧對象的需要亦會隨時間而改變，照顧者因此需要提前作出規劃。在研究項目五，持份者建議為照顧對象作出全面的照顧計劃，以減輕因照顧對象健康狀況及照顧需要改變而帶來的負擔。持份者認為向長者及其照顧者提供的服務和津貼大多有限，而且分散和彈性不足，建議服務應更全面、多樣化和靈活。

儘管使用公共交通服務有困難的殘疾人士可以使用復康巴士，而部分康復服務中心亦提供巴士服務接載使用者，但持份者提出應進一步加強交通服務，以便利殘疾人士出行。

有照顧者表示，他們的付出應得到社會認同，並應通過不同界別、專業和公私營機構的多方合作，以加強服務整合。持份者認為可通過公眾教育提升社會對照顧者的認同，並應制定照顧者友善法例及照顧者支援方案。持份者亦建議制訂照顧者友善的工作安排，例如有薪休假和彈性工作安排，以助照顧者履行照顧責任。持份者期望在香港締造照顧者友善的環境，例如長遠引入「照顧者卡」或「照顧者假期」，以支援照顧者。

本研究基於生態系統模型，上述研究結果與模型框架一致。模型指出照顧帶來生理、心理和經濟壓力等多方面反應（Chiao et al., 2015；Etters et al., 2008）。照顧者的心理負擔與照顧對象的疾病惡化和症狀有關，而照顧者往往缺乏應對複雜照顧情況的知識和技能，因此可能會感到焦慮、不安，甚至抑鬱。照顧者的心理負擔也是由於照顧病者與履行自身社會角色之間的衝突所致，例如照顧者社交和人際互動的時間通常有限（Queluz et al., 2020）。需照顧有情緒和行為問題人士的照顧者時常表示有心理壓力。需照顧患有慢性和漸進疾病的人士（如認知障礙症）的照顧者則要在症狀管理面對更大的挑戰，這些照顧者比其他人承受更多壓力，從而成為高危照顧者。

本研究透過具體情境了解照顧者的負擔，照顧者亦有自己的優勢和服務期望，在規劃香港的照顧者支援服務時，應考慮以上提及的發現。

第6章 檢視現時可為照顧者提供經濟援助的方案，並探討相關試驗計劃的未來路向（研究項目七及項目八）

本章總結研究項目七及八有關現時可為護老者和殘疾人士照顧者提供經濟援助方案的研究結果，以及探討對照顧者經濟支援的未來路向。

6.1 研究結果撮要：護老者的經濟支援 — 兌現社區照顧服務券（簡稱社區券）和為低收入家庭護老者提供生活津貼

研究項目七從照顧者和持份者的角度，探討可向護老者提供經濟援助的方案，包括在「長者社區照顧服務券」試驗計劃實施社區券兌現、護老者生活津貼及以其他方式援助。研究項目八就兩項殘疾人士試驗計劃的成效作出評估，包括「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」（簡稱特別護理津貼）和「為獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」（簡稱聘請照顧者津貼）。

6.1.1 受訪者對社區券兌現的看法

兌現社區券的構思容許持券人把社區券的部分價值轉換為現金，以使其靈活地作出照顧安排。持券人如將指定社區服務（例如送飯服務、陪診服務）的價值兌現為現金，便可使用兌現的金額自行靈活安排服務（例如聘請兼職傭工）。

研究顯示，大部分照顧者（68.9%）均贊同社區券兌現，但相對而言，只有44.5%的持份者認同這種做法。而照顧者（不論有否正在領取社區券）則比持份者更贊同社區券兌現。

不論年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、就業狀況、照顧長者的時間、每週照顧長者的日數等，所有受訪的護老者皆支持社區券兌現。社區券兌現的唯一決定因素是「照顧者對社區照顧服務券提供的服務之滿意度」。換言之，若照顧者對社區券提供的服務感到滿意，他們便會更支持社區券兌現。研究員提出具體問題，以探討實施社區券兌現的利與弊。

優點：護老者和持份者皆同意社區券兌現可以減少照顧者的經濟負擔，並使他們可作靈活的照顧安排（例如僱用家庭傭工、安排往來醫院和居所的交通）。照顧者認為社區券兌現是政府與照顧者分擔照顧責任的一種體現，也是對他們的照顧工作予以肯定，同時惠及體弱長者，因為他們不需要輪候資助服務。超過半數的照顧者和持份者認為社區券兌現會吸引更多人成為照顧者，相比之下，照顧者對社區券兌現較持份者認同。

缺點：部分護老者和持份者擔心社區券兌現會引起家庭糾紛。部分持份者更憂慮照顧者在兌換現金後未能為長者提供適當的照顧。不過，照顧者並不完全同意這些擔憂，相反，受惠於社區券的照顧者擔心參與社區券試驗計劃的照顧者數目會增加，因而延長服務輪候時間，而持份者亦同意這觀點。照顧者和持份者皆認為社區券兌現給予服務使用者更多選擇，亦相信沒有長者及／或照顧者會因此而無法作出恰當的決定。

6.1.2 護老者對生活津貼的看法

總體而言，照顧者和持份者對經濟援助的選項有不同意見。相比起社區券兌現（44.5%），有較多持份者選擇生活津貼（55.1%）。相反，不論是否有領取社區券，較多照顧者更認同社區券兌現(68.9%)而非生活津貼(65.5%)。

就生活津貼而言，男性比女性照顧者更傾向選擇領取津貼。不過，照顧者的年齡、教育程度、照顧長者的時間、每週照顧長者日數與他們的選擇卻沒有關係。有正在領取這項津貼的照顧者會比從沒有領取這項津貼的照顧者更傾向支持領取津貼。

持份者和照顧者均認為生活津貼在經濟方面是一個較好的選擇去支援照顧者。問卷結果顯示，大部分持份者（81.4%）和照顧者（72.6%）都認為領取該津貼的人在某程度上更佔優勢，因為他們同時獲得了服務和現金津貼；約一半的持份者（57.1%）和照顧者（51.2%）認為津貼對照顧者的社會和家庭貢獻予以肯定；較少照顧者（25.6%）或持份者（37.9%）認為照顧者選擇生活津貼是因為對津貼安排感到滿意；有部分持份者（37.9%）認為照顧者選擇津貼是因為津貼並非採用共同付款模式，但只有 21.9%的照顧者同意這看法。

6.1.3 護老者的其他支援選項

雖然量化研究顯示照顧者津貼是所有照顧者的首選，但是照顧者亦同意其他資助選項，例如照顧者醫療券、醫療費用折扣、照顧體弱長者往返醫院和家居車費津貼和稅務寬減也是可行的支援選項。在質性研究中，部分照顧者建議增加日間護理中心的名額，他們認為服務最有助減輕其照顧負擔。持份者認為照顧者在取得經濟支援的同時，體弱長者仍需要接受專業服務，例如物理治療或認知訓練。有持份者建議設立電子平台，幫助照顧者尋找社區資源，這項建議尤其能幫助懂得使用電腦或較年輕的照顧者。另外，持份者亦表達對配偶照顧者（尤其是高齡配偶照顧者）的擔憂，他們體能上已不適合做體力要求大的照顧工作（例如協助洗澡或移動照顧對象），因此這些照顧者更需要支援服務。

6.2 總結主要研究發現：為殘疾人士而設的兩個試驗資助計劃之成效評估

6.2.1 「為嚴重殘疾人士提供的特別護理津貼」（特別護理津貼）

研究項目八的結果顯示參與者（殘疾人士及其照顧者，護理專業人士）普遍對特別護理津貼持正面態度。部分殘疾人士的照顧者在質性訪問表示，雖然對殘疾人士的資助服務和經濟支援持續提升，但由於照顧殘疾人士所需的日常用品價格增加，有必要檢視和增加津貼金額，才可以滿足殘疾人士的特殊需要。有意見認為應檢討申請資格最高為 60 歲的年齡限制。有持份者指出，支援殘疾人士及其照顧者有其他方式，包括加強社區支援服務及提升其使用率。

6.2.2 為「獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」（聘請照顧者津貼）

一般而言，殘疾人士及其照顧者，以及護理專業人士對聘請照顧者津貼的意見非常正面，並認為計劃提供的經濟資助，對就業的殘疾人士很有幫助。不過，殘疾人士及其照顧者認為應該放寬資助準則，而且由於聘請傭工的起始成本較大（例如：中介費用、機票等），他們建議降低收入門檻並增加補貼金額，使更多殘疾人士受惠。殘疾人士及其照顧者強調，提供資助聘請傭工，不足以鼓勵殘疾人士留在職場。為僱主提供更多誘因，鼓勵他們為殘疾人士提供更多工作機會亦同樣重要。就此，政府已採取多項措施，以促進殘疾人士就業¹⁷。

6.3 探討照顧者經濟支援的未來路向

結合照顧者和持份者的質性和量化數據資料顯示，雙方一致認為經濟支援（即現金資助）能有效支援照顧者。現金資助的好處是，可根據照顧對象的各種需要和喜好靈活地運用資金安排照顧，也可以減輕照顧者的經濟負擔，同時肯定照顧者對家庭和社會的貢獻。由於照顧工作多樣化而且費時費力，直接以現金資助照顧者可以讓他們購買不同服務，例如僱用兼職者在短時間內提供照顧服務，讓照顧者能騰出時間處理個人事務，例如處理銀行事務或求診。

此外，照顧者可運用現金資助為照顧對象安排家務、送飯、陪診及護送服務。靈活使用現金資助，或可提高照顧的效率，並在一定程度上減輕照顧負擔。不過，在實際推行時，監管現金的使用甚具挑戰性，因現金有可能被濫用在非照顧用途上(持份者和部分照顧者曾在研究項目七及研究項目八指出)。

¹⁷ 包括為殘疾人士提供職業康復和培訓服務；為殘疾人士提供就業配對服務；向僱主提供津貼以鼓勵僱主聘用殘疾人士；提高殘疾人士的能力和對其的支援；資助非政府組織成立社會企業，以期為殘疾人士提供更多就業和在職培訓機會；以及促進共融文化。

6.3.1 為護老者提供社區券兌現的討論

向護老者發放社區券的兌現金額是另一項潛在的經濟援助可行方案，但照顧者和持份者似乎並未能就社區券兌現達成共識，而在所有有效回應中，少於一半的持份者支持社區券兌現。鑑於部分持份者或會反對社區券兌現，顧問團隊認為現時並非最佳推行時機（目前只有 6 000 多名長者正使用社區券，而有 18 000 名長者使用傳統照顧服務）。儘管如此，社區券兌現方案仍有很大的潛力，只需待將來有更多照顧者使用社區券來獲取服務，屆時計劃成功的機會便會增加。

相比持份者，有證據顯示不論照顧者是否領取社區券，皆更支持社區券兌現。本研究發現有超過 80% 持份者擔心社區券兌現實施後，申請社區券的人數將大幅度或稍微增加。顧問團隊認為如要成功推行社區券兌現方案，應讓持份者了解其好處。

目前，社區券只提供給長者，並不包括殘疾人士及其照顧者，故此，本研究亦只限於支援護老者的範圍內考慮推行社區券兌現。

6.3.2 整合三個殘疾人士試驗計劃

在研究項目八，所有聚焦小組和訪談的參與者均被問及，整合三個試驗計劃是否可行。這三個試驗計劃是指特別護理津貼、聘請照顧者津貼及低收入照顧者生活津貼。研究發現結果不一。殘疾人士、其照顧者，以及護理專業人士皆表示不肯定整合三個試驗計劃是否可行。另一方面，研究項目八的問卷調查顯示，有超過半數 (56.7%) 的殘疾人士照顧者認為，把三個試驗計劃合併為「關愛基金」之下的單一津貼是可行的，而持份者亦贊同此觀點。

研究項目的參與者亦指出整合試驗計劃的潛在好處和缺點。好處是整合計劃後可簡化行政程序，使申請過程更為容易。研究參與者一致認為，如有一份綜合評估以識別不同目標對象的需要，或有助簡化行政程序。部分殘疾人士及其照顧者建議參考「綜合社會保障援助計劃」，例如可設定標準津貼，並在同一計劃下增加額外補貼（例如特別護理津貼等）以達到不同目的。

至於整合計劃的潛在缺點，照顧者特別擔心整合三個試驗計劃後，或使現正受惠於其中一項計劃或以上的殘疾人士及其照顧者，無法得到與現時水平相近的資助金額。有殘疾人士及照顧者擔心，計劃整合後所領取的資助金額或可能大幅減少。此外，照顧者對三個計劃整合後的資助門檻／準則、服務對象、津貼金額、資助模式及如何針對不同家庭狀況、不同照顧者需要、以及不同類型和嚴重程度的殘疾人士，提供適當的經濟支援表達關注。然而，持份者則認為三個計劃原本有不同目的和服務對象。由於殘疾人士的身體狀況及家庭生活開支的比例各有不同，故此不宜採用一個計劃同時為照顧者及殘疾人士提供經濟支援。若要整合並修訂資助金額，新計劃之資助金額也不應減少。大部分照顧者

(61.1%)建議，當三個計劃合併後，最好以殘疾人士的殘障嚴重程度作為衡量津貼金額的參考標準。持份者亦建議應審查殘疾人士及其照顧者的資產。

第7章 整體建議

7.1 香港應否制定照顧者政策？

一般而言，在較早認可非正式照顧者的重要性和價值的經濟體，皆有制定支援照顧者的整體政策方案，尤其是澳洲、加拿大和英國，它們在政策設計和具體行動計劃上皆有相似之處。在檢視的亞洲經濟體中，新加坡及日本亦制定了以全國性照顧者為中心的支援政策。

現時本港主要為照顧者提供社區照顧服務和經濟支援，例如住宿和日間暫託、中心為本服務、家居為本服務、提供資訊及培訓、外展、輔導、情緒支援等；但部分照顧者及持份者認為現有支援服務沒有被妥善協調且難以獲取。因此，制定一個以照顧者為中心的整體政策框架將有助於整合香港的照顧者支援措施及推行措施的優次。

一個全面的以照顧者為中心的整體政策框架將有助於訂立照顧者支援服務的優次，以更協調、全面及實證為本的方式發展和提供照顧者支援服務。制定和有效地實行政策框架，可以進一步協調、促進和確保照顧者持續獲得適切的資源及支援，制定照顧者政策也可使政府更容易向照顧者、持份者和公眾表明特區政府對照顧者支援的關注。伴隨人口持續老化，照顧者人數不斷增加，照顧者和照顧對象的需求愈趨多樣化及複雜。照顧者政策框架旨在減輕照顧者的壓力，提升他們的社交、生理和精神健康。

在社區層面，通過制定及落實政策框架，照顧者可以更有效和快捷地獲得適切資源及支援。善用資源能回應照顧者不同的需要。在政府層面，照顧者政策有助以具成本效益的方式分配資源，促進未來的服務評估，亦能彰顯特區政府對照顧者角色及貢獻的肯定。

制定全面政策框架只是第一步，即使制定了政策框架，照顧者仍可能對現有的支援服務缺乏認知。因此，政府有需要提升服務的透明度，並與各界別協調溝通，加強服務機構與使用者之間的聯繫，並採用適當的渠道推廣不同服務，以提升服務的可及性。

7.2 照顧者的擬議定義

在本顧問研究中，照顧者指為患有疾病、殘疾、身體機能退化、精神健康問題、末期疾病或有其他特殊照顧需求的人士，持續及定期地提供無償照顧或支援的人士。照顧者可以為家庭成員、伴侶、親屬、朋友或鄰居，並且可能與照顧對象同住或不同住。

護老者的定義是照顧年滿 60 歲或以上，有不同程度（輕度、中度或重度）的身體或認知功能障礙，並在基本日常生活活動或工具性日常生活活動上需要協助長者的人士。殘疾人士照顧者是指照顧 60 歲以下患有殘疾人士的照顧者¹⁸。

考慮到服務的目標，照顧者亦可根據以下條件進行分類，包括：(a) 照顧者的年齡；(b) 照顧對象的年齡；(c) 照顧對象的類型；(d) 需要照顧的範疇；(e) 照顧工作的強度；(f) 照顧者與照顧對象的關係；以及 (g) 照顧歷程的階段。上述分類有助未來規劃服務的具體運作時，釐定受惠資格。

此外，有些照顧者群組值得進一步關注。高危照顧者通常是指因為突然或照顧工作出現巨大轉變而導致照顧壓力急增的照顧者。例如，照顧對象所接受服務的轉變（例如從醫院過渡到社區照顧服務或從特殊學校過渡到成人康復服務）、生活環境的轉變，照顧對象或照顧者自身的健康狀況轉變，或照顧方式轉變，往往導致照顧者感到無助和絕望。

隱蔽照顧者是指為殘障、長期病患或因年老而身體機能退化的人士，提供無償照顧但不認為自己是照顧者的人士。此類照顧者通常不太會尋求或接受支援服務（Knowles et al., 2016）。而年輕的成年照顧者是指介乎 18 至 24 歲之間需要履行照顧責任的年輕人（Becker & Becker, 2008）。

7.3 發展方向

本研究的結果指出，本港照顧者在幫助其照顧對象繼續在家居住方面發揮著不可或缺而且獨特的角色。現有的社區照顧服務大部分集中支援有長期照顧需要的長者或殘疾人士，香港仍欠缺一個全面的照顧者政策框架。目前所收集到的大部分數據顯示，現有服務可加以整合並分配其服務優次，以更好應對照顧者的短期需要（例如，突發或緊急需要）以及他們的長遠福祉（包括他們的照顧能力）。

顧問團隊基於四個發展方向，制訂了一個政策框架及提出一系列支援照顧者的建議。團隊亦借鑑了其他九個經濟體的經驗，確保以下四個發展方向闡釋政策框架具全面性、針對性和多方協作性：

- 1) 社區承托照顧者：從照顧者居住的社區了解他們的角色和需求，並以照顧者為中心的方法來支援他們。這個發展方向不僅旨在加強照顧者的照顧能力，還會全面辨識照顧者的需求及適合的支援。其中一種符合成本效益的方法，是擴展現有為照顧對象而設的服務以涵蓋照顧者，以確保

¹⁸ 根據《殘疾人及康復計劃方案》，本港的殘疾類別包括：(a) 注意力不足／過度活躍症；(b) 自閉症；(c) 聽障；(d) 智障；(e) 肢體傷殘；(f) 精神病；(g) 特殊學習困難；(h) 言語障礙；(i) 器官殘障；及 (j) 視障。

照顧者獲得及時的介入服務。這發展方向亦強調支援照顧者是家庭、社區、企業和政府的共同責任。

- 2) 提升照顧者能力：肯定照顧者的角色、能力和貢獻，強化照顧者的個人優勢、自信和應對困難時的自我效能感。這個發展方向強調推廣照顧者心理健康的重要性。
- 3) 多方協作：不同持份者和界別（例如資訊科技業、教育、醫療、衛生、福利、房屋、交通、企業等）應群策群力，共同為照顧者提供支援。這個發展方向與第一個方向互相呼應，強調發展照顧者友善社區的重要性。
- 4) 照顧者支援的可持續性：支援照顧者應在財務、人力和其他相關資源方面具備可持續性，並鼓勵工商界、社會企業和慈善基金以可持續的模式提供照顧者支援措施。這個發展方向的重要性在於確保不同類型的照顧者均能夠持續地獲取足夠的支援。

然而值得注意的是，這些發展方向在實際運作上仍面臨挑戰。首先，能否加強香港照顧者的支援服務，很大程度取決於相關服務領域是否有足夠人手；而現時服務界別一直面臨人手短缺的問題（包括社工、治療師、心理學家、護士和前線護理人員）。其次，政府政策局／部門、福利界和醫療界應加強多方協作。最後，近年疫情加上隨之而來的經濟衰退，可能會影響服務的資金來源，對照顧者支援措施的財政可持續性帶來不確定因素。

7.4 提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援及服務整合的協作模式（照顧者三層支援模式）

顧問團隊基於研究結果提出「提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援及服務整合的協作模式(照顧者三層支援模式)」的綜合政策框架，並提出相關政策建議。照顧者三層支援模式的整體宗旨，是透過建立照顧者的個人優勢、鼓勵家人及鄰舍支援，並整合現有支援服務，並因應照顧者所處的人生階段及照顧歷程，為長者和殘疾人士的照顧者提供有效和及時的支援。照顧者三層支援模式亦應側重於資源整合上，以更具效力、效率和效果為目標。圖 7.1 以齒輪展示照顧者三層支援模式，其中齒輪代表三個同等重要領域之間的協作和相互影響。

圖 7.1 照顧者三層支援模式



1

這模式的三個齒輪分別代表提升照顧者能力、鼓勵家庭及非正規支援，以及整合服務三個範疇。每個齒輪都有不同的功能（請參閱下文第 7.6 節）。顧問團隊建議政府和社區應在這些領域中分工合作，政府應推動社會企業或非政府機構協助照顧者發揮自我優勢、促進照顧者友善社區的發展，並積極為照顧者提供直接和適切的服務及支援；社區則應對照顧者的貢獻予以認同和肯定，營造一個照顧者相互扶持的和諧環境。三個範疇須持續緊密協作，相輔相成，以達到最佳結果。

7.5 制定建議

顧問團隊檢視及分析了研究項目三至八的主要研究結果，擬定了初步的建議構思，以供相關持份者、專家和政府官員在研究項目三至項目八第三階段進一步分析，及考量建議的可行性和優次。顧問團隊從八個研究項目草擬了 96 個初步建議，其後根據其重要性及可行性精簡至 26 項。經多番討論，最終提出 11 項政策和服務建議。這 11 項建議主要歸納為三個範疇：提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規社區支援，以及整合服務。

在研究項目三至八的第三階段，顧問團隊與來自政府和非政府機構的相關持份者舉行了七次商討會議，就照顧者三層支援模式及其 11 項建議加以討論。顧問團隊在綜合考慮了第三階段中相關持份者的討論意見後，進一步優化照顧者三層支援模式內容以提出三個主要策略方向、八個主要範疇，以及 11 項服務建議（見圖 7.1）。這些建議涵蓋了個人、家庭和社區，以及可以通過各方協作而制定的支援措施。

7.6 三個策略方向：提升照顧者能力、鼓勵家庭和非正規支援、及服務整合

7.6.1 提升照顧者能力

目標：提高照顧者尋求幫助的意識和意願，向他們提供關於可用資源或支援的資訊，以及提高其知識和自我管理能力，使照顧者更能應對照顧過程中的各種挑戰，從而提升護老者及殘疾人士照顧者的能力。

預期成效

- 照顧者在識別可用資源方面的意識有所增強，並更願意尋求幫助；
- 為照顧者提供最新資訊及知識，以便為其照顧對象提供優質的照顧；
- 照顧者能學會更多技能和策略來管理他們的壓力和應對危機，並保持情緒和心理健康。

具體建議

1. 提升照顧者對服務資訊的重視和認識，並使照顧者和相關人士更主動地尋求協助和善用現有服務。
2. 檢視現有網站，鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台。
3. 提供照顧者為本的培訓和介入服務，以提升照顧者的身心健康、自我管理和應對壓力的能力，並增強其照顧能力。

7.6.2 鼓勵家庭及非正規支援

目標：鼓勵更多家庭成員分擔照顧責任，加強鄰里互助，並在職場中營造一個照顧者友善的工作環境。

預期成效

- 照顧者的角色在家庭、鄰里和職場中獲得認同；
- 增加照顧者的社會聯繫，包括家庭和朋輩網絡；
- 給予照顧者進行個人活動的時間，包括家庭生活、社交網絡、休閒活動、以及追求學業或事業上的目標；
- 支援處於盛年的照顧者，讓其能夠在事業／學業與照顧職責中取得平衡。

具體建議

4. 促進家庭為本的支援及朋輩照顧者間的互助，在人生和照顧歷程各階段支援照顧者。
5. 締造照顧者友善社區。
6. 設計和推廣照顧者友善的工作環境，以幫助照顧者在工作與照顧者角色之間取得平衡。

7.6.3 服務整合

目標：及時和有效地識別高危照顧者，整合以照顧者為本的服務，促進不同界別、專業、公私營機構之間的多方協作，採用靈活創新的模式（包括善用科技）以提供可持續的照顧者支援。

預期成效

- 更快識別高危照顧者，並為他們提供必要和及時的支援；
- 照顧者可善用科技，並幫助他們履行照顧責任。

具體建議

- 7. 建立自我評估工具，以提高照顧者對其需要、危機識別和管理、及現有支援服務的認識。
- 8. 識別高危照顧者並提供及時支援；
- 9. 提升照顧者對輔助科技的認識、接觸和使用，以減輕照顧者壓力，提升照顧能力，並改善其生活質素；
- 10. 加強暫託服務的可及性和多樣性，以支援有突發需要的照顧者。
- 11. 提供合適的服務、社區券及現金的組合以支援照顧者。

第8章 提升照顧者能力

照顧過程可能持續數十年，照顧者需要調動資源和發揮自身的優勢，加強照顧能力和自身福祉，使自己能同時處理照顧工作、自身健康和生命歷程發展的挑戰。在照顧者三層支援模式的框架內，顧問團隊根據研究結果並針對以下三方面制定相關建議：(1) 提升照顧者對現有支援服務的認識和尋求幫助的意願；(2) 提高服務資訊的可及性；以及(3)推動照顧者自我管理。

8.1 資訊意識及求助意願

8.1.1 建議一：提升照顧者對服務資訊的重視和認識，並使照顧者和相關人士更主動地尋求協助和善用現有服務。

照顧者經常因為過於投入照顧職責而無暇顧及自己的需要。本顧問研究發現，許多照顧者對現有支援服務的意識及認知不足，有部分照顧者雖然曾聽聞這些服務，但卻不清楚如何申請或他們是否符合資格。此建議旨在提升照顧者的自我意識，並增加他們的求助意願，以預防和減低照顧者過勞風險。落實這項建議所涉及的措施應被視為護老者和殘疾人士照顧者整體支援系統的基石。

照顧者的自我意識、危機識別能力和尋求幫助的意願，對提升照顧者能力至關重要，尤其是隱蔽照顧者時常認為照顧是履行家庭義務而不願尋求幫助。如果照顧者可以提升意識，察覺自己的風險及需要，他們會更積極主動獲取資訊（見建議 2），並更願意接受相關支援服務，例如，以照顧者為本的培訓計劃和自我管理服務（見建議 3）。

建議措施、目標及對象

這建議旨在提高照顧者的自我意識，尤其是隱藏於社區且不視自己為照顧者的人士，藉此增強他們尋求幫助的意願，並提醒他們辨識需要注意的情況。

另一方面，提升意識的宣傳活動應加強其他相關界別（例如家中其他成員、朋友／親屬／鄰居、社會服務提供者、護理服務專業人員、屋邨和社區單位的前線工作人員，以及僱主）對照顧者議題的關注，包括照顧者的角色及貢獻、他們經常面臨的挑戰，以及對其迫切需要的支援。

建議內容及實際運作考慮

(i) 資訊發放

- **社區服務中心**：為長者或殘疾人士提供服務的社區服務中心是張貼服務宣傳海報和分發小冊子的理想地點，幫助照顧者自我識別和尋求更多資訊。資訊表達應容易理解，可向照顧者提出一些簡單問題，例如「*你是否有照顧、幫助或支援因為患有長期身體或心理健康問題或疾病，或因年老引發有關問題的人士？*」。社區中心的社工在早期識別照顧者中扮演重要的角

色，當照顧者與照顧對象一起參加中心活動時，工作人員可向照顧者介紹現有資源和支援服務。

- **普通科門診：**與在社區中心發放資訊類似，普通科門診亦可張貼相關海報，例如：**(i)**用標語或問題幫助照顧者識別自己的身份，以及提醒他們自身照顧者的角色和介紹現有的照顧者支援服務；**(ii)**讓照顧者意識到他們有權在有需要時獲得相關支援；**(iii)**提供服務中心的地址或網站，讓照顧者及其家人可以尋求資訊及支援；以及**(iv)**提供尋求社工協助的途徑。當局亦應鼓勵醫護人員支援社區中的照顧者，應向衛生署或醫院管理局的醫護人員定期提供更新的照顧者支援服務資訊。相關部門也應向社區的醫護人員提供專業培訓，以幫助其了解支援照顧者的重要性。
- **大眾宣傳策略：**透過大眾傳媒擴大接觸受眾範圍，例如：廣告牌、電視節目和社交媒體。
- **外展服務：**在有較多有長期護理需要的人士居住的社區、地區或公共屋邨，區內的社區中心應定期組織外展活動，從而接觸更多照顧者。殘疾人士社區中心（例如殘疾人士社交及康樂中心）以及長者中心（例如長者地區中心）應加強外展服務，以接觸缺乏求助動機的人士及其家人，並為他們提供即時的協助及轉介到合適的社區服務。這些實踐經驗可作參考，以便日後在更大範圍拓展支援照顧者的外展服務。
- 有關提高意識的建議應與其他提議一併實行，例如照顧者自我評估、資訊平台、及時支援高危照顧者，以及照顧者壓力管理（相關建議將於後文詳述）。

(ii) 照顧者關注週

建議相關部門與長者和康復服務中心合辦「照顧者關注週」或類似的活動，藉此促進大眾認識照顧者的貢獻及其重要性、照顧者的職責，以及他們所需的服務和支援。舉辦單位可以透過活動（例如家庭工作坊或茶聚），讓來自不同背景的照顧者相聚並分享他們的故事。活動亦可以邀請其他界別的持份者（例如僱主）參與，加強活動提升公眾意識的成效。「照顧者關注週」可由非政府機構在慈善基金的贊助下舉辦。以英國在 2021 年舉辦的照顧者關注週為例，活動通常獲公營機構或非政府機構冠名贊助，並邀請其他慈善機構及社會組織參與。政府亦可鼓勵商界承擔企業社會責任，藉此推廣「照顧者關注週」這個概念。

活動期間可向參與人士派發紀念品，例如，特製的手提袋、雨傘及 T 恤，進一步向公眾傳遞支援照顧者的資訊。上述活動可以在「照顧者關注週」之前和期間與宣傳活動一起進行，以加強公眾對照顧者角色、貢獻及他們所需支援的了解。後文所述的照顧者支援建議亦可藉上述的宣傳途徑推廣，例如，照顧者資訊平台、以照顧者為本的培訓計劃、暫託服務及照顧者友善社區。

(iii) 增強照顧者對現有社區支援服務的認識

專業界別的參與對在社區中識別照顧者及提供支援服務是相當重要的。目前，康復服務單位（包括殘疾人士地區支援中心、嚴重殘疾人士家居照顧服務、及嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務）採用個案管理的模式，由個案經理為服務使用者統籌所需服務，並及時轉介至合適的服務。同時，負責安老服務的社工亦會為長者及其照顧者統籌並提供所需的服務。具體而言，個案經理／負責社工會與服務單位的其他社工及專職醫護人員合作，為相關殘疾人士、長者及／或其照顧者／家庭制定照顧計劃，監察照顧計劃的進度，並協調與接受個案轉介的相關社會和醫療服務單位的工作，令服務使用者及其家屬能夠獲得適當的服務。鑑於個案經理／社工能提供一站式綜合服務，建議提高照顧者對上述個案管理模式的認識，並鼓勵照顧者在有需要時尋求個案經理／負責社工的協助。

8.2 資訊

8.2.1 建議二：檢視現有網站，鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台。

現時已有各種網上平台和社區服務中心提供支援照顧者的資訊，但照顧者在理解資訊內容及分辨哪些特定支援服務適合他們的需要時或會遇到困難。資訊本身亦未必容易理解、更新和易於獲取，或並非為處理照顧者需要而度身訂做。此建議旨在先檢視現存的資訊，並開發以照顧者為中心的可持續的資訊平台。

建議措施、目標及對象

鼓勵非政府機構／社會企業／企業以可持續模式開發一個照顧者綜合資訊網站。

建議內容及實際運作考慮

為避免不同營運者之間的利益衝突，由一個社會企業或私人企業以可持續的模式營運網站更為可取。營運者可考慮申請慈善基金或公共基金等的支持，籌集種子資金以建立資訊平台。網站應採用商業／可持續營運的模式運作，以確保有足夠的資金支付網站的經常性資訊科技和人手成本。網站的內容應全面，涵蓋特定疾病、病患照顧、相關服務，和照顧者自我照顧等資訊。提供照顧者支援服務的機構可以通知網站營運者更新服務資訊，以確保照顧者收到最新資訊。網站營運者應負責檢查網站鏈接是否有效。

此外，營運資訊網站亦要解決本地資訊平台瀏覽率低的問題。其中一個非常重要的策略是通過開發容易使用／簡易版的手機應用程式，以方便年輕一代使用。網站亦應兼容各種類型的智能設備，以方便照顧者可以隨時隨地瀏覽資訊。

網站應提供簡單的搜索功能（例如關鍵字搜索），以及能回應照顧者的查詢和提供支援機構資訊的人工智能聊天室。一站式網站的目的，並非要取代長者地區中心、長者鄰舍中心、殘疾人士家長／親屬資源中心和殘疾人士地區支援中心提供的面對面真人專業諮詢服務；但具有互動功能的網站，可以讓有複雜或個人化需要的照顧者與專業人士或受訓的朋輩直接對話，以獲得及時的初步建議。此外，網站應為照顧者進行服務配對，將照顧者聯繫到所在地區的相關服務提供者。網站亦可上載由上述中心開辦的照顧者培訓課程錄像和其他照顧者項目。

以下是一個專為大埔照顧者而設的本地資訊網站，以供參考。「照顧達人」是由非政府資助機構「香港婦女中心協會」營運和以照顧者為中心的應用程式，目的是為照顧者提供來自全港或地區服務機構的活動資訊，（例如照顧者咖啡室的營業時間、照顧者靜觀訓練）。照顧者可利用應用程式申請參加這些活動。該應用程式簡單易用，是由資訊科技公司經諮詢持份者後設計的。據「香港婦女中心協會」統計，應用程式每年營運成本約為 100 萬港元。顧問團隊亦參考了其他經濟體資訊平台的例子，如新加坡的 Caregiver Alliance Limited，該平台為有精神健康問題人士的家庭照顧者提供相關支援和資源，網站設計十分人性化，它根據照顧者的關注，有系統地提供信息，並提供相關資源的超連結（如服務提供者）。在建立相關資訊平台時，營運者也可參考服務其他用戶群體的信息平台，例如照顧兒童的家庭照顧者，這些平台均採用商業模式經營。

一站式資訊網站的長遠目標，是在獲得照顧者同意後，利用網站內設的自我評估功能，識別高危照顧者，並為他們提供即時幫助（詳情參閱建議七的評估工具）。

8.3 知識及自我管理

8.3.1 建議三：提供照顧者為本的培訓和介入服務，以提升照顧者的身心健康、自我管理和應對壓力的能力，並增強其照顧能力。

照顧者在履行照顧責任時往往承受著巨大的壓力，但許多照顧者不了解有什麼為照顧者而設的支援服務，使他們的個人需要和健康被忽視。文獻回顧發現為照顧者而設的心理教育服務計劃，是最有效的介入方法之一。事實上，類似的服務計劃在香港並不少見，然而，不少計劃是有時限的，並只為少數和特定類別的照顧者提供服務。由於這些服務通常是在中心舉行，儘管服務經過精心設計，但部分照顧者表示他們無暇到中心參加活動。這建議提倡設計以照顧者為本的心理教育計劃，以促進照顧者的健康和照顧能力。

這項建議並非要教導照顧者如何進行照顧工作，而是要照顧者留意不同照顧者類別（例如年輕照顧者、在職照顧者、年長照顧者等）的需要，並消除照顧者學習的障礙（如提供混合模式課堂、遙距課程等）。這項建議提倡整合及加強現有的支援及培訓服務，從而積極地協助缺乏求助動機和意願的照顧者及提升他們的個人能力。此外，以培訓為基礎的心理教育小組提高家庭照顧者能力愈趨普遍，因此建議設計以照顧者為本的心理教育計劃，以促進照顧者的健康和照顧能力。

建議措施、目標及對象

心理教育計劃，例如「促進阿茲海默症照顧者健康資源 (REACH)」，已被證實可有效改善照顧者對照顧職責的看法，減少抑鬱症狀和主觀負擔感（Cheung et al., 2015）。顧問團隊建議善用現有的培訓資源為照顧者推出短期心理教育計劃，從而提升照顧者的自我管理、壓力應對、和照顧能力。

社區中心的社工、教師（或駐校社工），或專業醫護人員在為病人辦理出院手續時，可協助識別及聯繫適合參與培訓計劃的照顧者。專業人員可按專業判斷，並輔以評估工具，物色培訓計劃的參加者。他們可以是仍然在學的年輕照顧者，或準備離院的照顧對象的照顧者。因照顧負擔、情緒問題、或家庭衝突而有較高危的照顧者應可優先參與培訓。

建議內容及實際運作考慮

政府應透過現有的社區服務中心（如長者地區中心、長者鄰舍中心、綜合家庭服務中心、家長／親屬資源中心及殘疾人士地區支援中心等），鼓勵照顧者接受壓力管理和護理技巧方面的培訓。其他現有的課程和資源也可以作出適應化修改以應付照顧者的需要。這些現有課程和資源包括僱員再培訓局的相關課程教材，「自在人生自學計劃」的課程，由香港城市大學研究團隊發展並驗證的網上心理教育計劃，以及本地研究團隊開發為期八節的心理教育計劃（Zhou et al., 2020）。

另一方面，顧問團隊建議可為照顧者專門設計一個嶄新的短期心理教育課程，以網上形式提供包括行為療法、社會心理／解難能力，以及照顧技巧課程；課程可根據學習理論模型設計，例如自我效能模型（Bandura, 1994），該模型建議採用掌控生活、從範例中學習、聽從指導、壓力管理及情緒回饋的策略。培訓範疇可包括朋輩支援者的角色和責任、壓力管理、照顧的正面價值、危機／生活轉變應對、經驗分享及求助意識。課程應為照顧者提供具體指引，以顧及不同特徵的照顧對象，包括照顧患有認知障礙症長者、智障人士或精神病患者，以及有特殊教育需要的兒童。

由於不少照顧者經常反映他們忙於照顧，因此應鼓勵他們完成網上培訓，例如自行觀看與自己照顧情況相似的生活情境的指導短片，如此，照顧者則無需為參加培訓課程頻繁往返服務中心。這類心理教育課程可以試驗性質推行，並提供混合的參與模式（包含網上學習、中心課堂及家中自修單元）。課程的核心內容可於服務中心教授，在特定的時期內每週進行。心理教育課程宜有具體的時限，以便展開成效評估。如果課程的成效顯著，可加以推廣令更多照顧者受惠。工作人員可在照顧者完成課程後，使用相同的評估工具重新測試照顧者的壓力水平和自我效能，以評估課程成效。已完成培訓課程的照顧者可獲頒證書，以肯定他們照顧能力的提升。

顧問團隊建議應聘用和培訓曾為照顧者的過來人作為朋輩支援工作者，擔任小組活動導師或課程指導員。朋輩支援工作者亦可以幫助照顧者在社區建立非正式的同伴支援網絡，促進背景相似的家庭之間的互助，並營造照顧者友善的環境（見建議四和五）。

第9章 鼓勵家庭及非正規支援

照顧工作是家庭其中一個最重要的功能，而家庭為其成員提供實質及情緒上的支援。研究項目三及四的結果指出，「履行家庭成員的職責」為受訪者擔起照顧者責任的主要原因。然而，照顧者卻未能從身邊家庭成員獲取足夠的認可及支援，很多時候照顧的重擔往往落在一名家庭成員身上。護老者及殘疾人士的照顧者認為照顧責任應由各家庭成員、非政府機構及政府相關部門合力承擔。雖然現時大部分本港家庭都是核心家庭，但仍可進一步釋出照顧人手，包括年輕的家庭成員，以促進跨代協助。

建立非正規支援網絡有助提升對照顧者的支援，照顧者可透過與身邊的家庭成員及住在附近的朋友的交流而舒緩壓力，從而提升其照顧質素。再者，推廣社區為本的朋輩支援可在不同照顧歷程中協助照顧者。在社區中凝聚朋輩間的力量，能促進照顧者間互相分享不同的照顧經驗及知識，並有助照顧者獲得及時的實質及情緒支援。因此，當局有需要提升社區服務的工作人員以及照顧者身邊的家人的認知及意識，以及時識別照顧者的需要，從而提供適切的協助。

雖然職場上已普遍為照顧嬰幼兒的僱員提供支援，但對於照顧殘疾人士、長期病患者、體弱長者或精神復元人士的僱員，相關的支援意識仍相對缺乏。建立照顧者友善的工作環境有兩大主要原因。從商業角度而言，支援在職照顧者可提升企業在僱員及顧客間的聲譽，亦能幫助吸引及挽留在職照顧者，以免他們因為沉重的照顧負擔而被迫放棄工作。為需要履行照顧責任的僱員提供支援可減輕其照顧負擔，減少壓力以及隨之而來的健康問題；從而減少員工因病缺勤的情況，亦能提升公司的整體生產力。從人力資源管理的角度而言，僱主應盡力為僱員提供合理的工作安排及支援，尤其當他們因工作以外的困擾而影響工作表現的時候。除了僱主在職場上提供的支援外，朋輩間以及學校亦可為年輕照顧者伸出援手。綜合以上表述，在職場上及教育院校（例如，大專院校）建立照顧者友善的氛圍至關重要，從而幫助照顧者在作為員工／學生及照顧者的雙重角色中取得平衡。

9.1 家庭及鄰舍支援

9.1.1 建議四：促進家庭為本的支援及朋輩照顧者間的互助，在人生和照顧歷程各階段支援照顧者。

非政府機構或大專院校一直推行關注長者及跨代共融的推廣／教育活動。這些活動鼓勵年輕一代關注長者的需要，並且增進跨代共融及互助。另一方面，社區服務單位亦在香港各區推出朋輩支援計劃。有類似照顧經驗的照顧者可為他們的同輩照顧者提供情緒支援。朋輩支援亦可以幫助年輕照顧者建立非正規支援網絡，從而提升相關技能及知識並互惠互助，進而長遠減輕他們的壓力。朋輩支援應進一步針對不同照顧階段的照顧者。其中一項全球成功的朋輩支援活

動是「照顧者咖啡室」計劃，該計劃首先在法國成功開展，隨後又在包括台灣和香港在內的其他經濟體推出。自推行以來，這些朋輩計劃反應相當正面。然而，服務在選址、開放時間及服務範圍等方面仍有待改善。因此，這項建議旨在加強家庭教育及社區支援項目的資源投放，以此推動家庭成員、鄰舍及社區的互相理解和支持。

建議措施、目標及對象

顧問團隊建議透過家庭教育鼓勵更多家庭成員積極分擔照顧責任，以及增強社區鄰里支援網絡，以推動照顧者互助，並鼓勵處於不同照顧階段的照顧者共享照顧知識。

建議內容及實際運作考慮

(i) 推廣公眾教育活動及家庭教育

家庭成員通常擔當著照顧者的角色，或是為照顧長者／殘疾人士的成員提供支援。因此，鼓勵每位家庭成員參與照顧工作至為重要。在推動家庭為本的支援，建議透過公眾教育，常態化照顧者角色及促進跨代支援，例如舉辦活動推廣「人人均會在人生不同階段擔當著照顧者的角色」或「推動跨代互助支援」等訊息，活動亦應特別關注年輕一代及家庭教育。這些推廣／教育活動可包括「照顧者關注週」、宣傳計劃及相關主題的路演等。活動可以由非政府機構、慈善團體、教育院校和商界，以教育項目及製作教材的方式推行。

顧問團隊亦建議設計與家庭教育相關的教育項目或課程單元。由於每一個人在其人生階段中均有機會成為照顧者，大專院校可考慮在家庭研究的學科下設立本科生或研究生的新課程，或新設課程單元（例如本科生的通識教育課程），盡可能在不同課程增加家庭支援的元素。此措施可在大學資助委員會每三年的學術課程規劃中，提出「家庭教育」作為人力需求中應關注的項目，供各大學考慮。

而中小學教育方面，與家庭照顧／教育相關的學習元素已包含在課程之中，例如，小學的常識科及初中的「生活與社會課程」皆包含個人對家庭責任的元素，而高中的「健康管理及社會關懷」科，已涵蓋家庭關係及由家庭提供照顧的元素。然而，由於家庭為本的支援以及分擔照顧責任十分重要，建議應進一步加強學生的相關意識及能力，讓他們能支援及照顧其家庭成員。

透過上述的教育項目及課程，年輕一代將學到不同範疇的家庭課題／價值觀（例如家庭系統／次系統、家庭的功能、家庭在人生的角色及責任、危機及抗逆力的因素，及傳統華人對家庭及人際關係的思維）。這能鼓勵年輕一代成為照顧者，或是支援護老者及殘疾人士的主要照顧者。家庭教育中心、教育院校、學校、大專院校、傳媒及其他與家庭教育有關的組織皆可推行家庭教育；有關職員或需接受與家庭教育相關的培訓。顧問團隊建議編制教材套以供不同團體

使用，並建議邀請專家參與編制教材，以回應年輕一代及核心家庭的利益和需要。

(ii) 加強推廣照顧者咖啡室／茶座計劃

顧問團隊建議設立更多照顧者咖啡室／茶座計劃，並由相關專業人士（例如社工及輔導員）規劃及推行。

借助現時龐大的長者及康復服務中心的網絡，照顧者咖啡室計劃¹⁹可在殘疾人士地區支援中心及地區為本的安老服務中心推行。舉例來說，中心可預留專屬空間以營運照顧者咖啡室／茶座，同時也可預留另一空間供照顧對象同時參與活動。另一個更理想的做法是，照顧者咖啡室／茶座可在一些相對輕鬆、舒適及類似真正咖啡室的環境下舉行，例如餐廳、酒館、或工作室。長者及康復服務以外的服務組織（例如其他社會福利服務單位、社區會堂／中心、綜合服務中心等）均可加入並舉辦照顧者咖啡室／茶座。整合現有各種服務資源推行會比建立全新的咖啡室計劃更符合成本效益，能避免服務重疊，並能擴闊社區服務中心的服務範圍及接觸到更多的照顧者。

(iii) 推廣社區為本照顧者朋輩支援計劃

社區為本照顧者朋輩支援計劃應由受訓的社工或相關專業人士推行，內容或各有差異。朋輩支援者受訓練後成為「朋輩專業人員」，以支援處於不同照顧歷程的照顧者。

參考過往研究及現有的活動可總結出一些成功因素。例如在小組環節中，參加者能學會不同技能以幫助他們達成不同的目標，例如，自我探索、增進身心健康及自我效能，以及加強朋輩支援網絡。在照顧的歷程上有相同經歷的照顧者，可以為其他同輩提供情緒支援。朋輩支援亦可以幫助年輕照顧者建立非正式的社區支援網絡，從而提升相關技能及知識並達致互惠互助，長遠而言減輕他們的壓力。

推廣公眾教育活動及家庭教育，加強推廣照顧者咖啡室計劃，以及推廣社區為本的朋輩支援計劃，均需要非政府機構參與。各社區服務中心可考慮將這些活動納入為機構的恆常服務。

¹⁹ 照顧者咖啡室於 2003 年由法國照顧者協會 (FAC) 在當地首次推出，旨在滿足照顧者在社交和情緒方面的需要。FAC 通過制定基本理念、推行模式、工具包和培訓來促進和確保計劃的一致性和質量，當地組織必須遵循這些理念開展照顧者咖啡室。此舉值得本港參考。

9.1.2 建議五：締造照顧者友善社區。

一些由政府及慈善基金資助的試驗計劃成功構建照顧者友善的社區。然而，在識別照顧者的需要，以及從身邊親友中獲取支援方面仍有不足。一些照顧者不視自己為照顧者或不被服務提供者認可為照顧者。部分照顧者不願接受服務，也有部分欠缺求助的知識及技能，有部分前線員工的知識及技能不足以處理照顧者遇到的問題。故此，照顧者特別需要從日常生活圈子獲得支援。本建議建基於成功的地區試驗計劃以建立照顧者友善的社區，加強各社群及地區持份者(包括商界)對照顧者的支援。

建議措施、目標及對象

顧問團隊建議鼓勵不同社區組織及商界，共同締造照顧者友善的鄰里社區，藉此識別照顧者並對其貢獻予以肯定。另外，亦建議提升鄰里社區對照顧者的關注度、敏感度，以做好準備及時和樂意對照顧者提供支援。

建議內容及實際運作考慮

(i) 鼓勵商界締造照顧者友善的環境

此措施建議連繫及鼓勵商界向照顧者提供優惠、支援及服務。例如，非政府機構或社會企業可以發行「照顧者咭」以肯定照顧者的貢獻，並鼓勵商界合作及提供優惠。在企業社會責任以外，顧問團隊建議應鼓勵商界考慮支援照顧者，以實踐「環境、社會及企業管治（ESG）」的標準，投資者以此標準評估是否應投資某公司的做法愈趨普遍。

(ii) 推廣照顧者友善社區的理念

非政府機構可向其他界別（例如，私人企業、保安員、屋邨經理、餐廳職員等）提供推廣、教育及培訓服務，以提升在鄰里間對照顧者的敏感度和認知。慈善基金亦可贊助非政府機構的創新項目並建立服務模式。社會企業及非政府機構亦可舉辦年度活動以肯定照顧者的貢獻。建立照顧者友善社區有賴於不同界別群策群力。

(iii) 整合及提升社區照顧服務的種類及便捷程度

本港現時有各式各樣的社區照顧服務，考慮到現有服務在財政資源及服務名額上的限制，顧問團隊建議整合及擴大社區照顧服務的種類及範圍，例如就建立照顧者友善的鄰里社區而言，可透過推廣現時非政府機構提供的服務，如「樓長計劃」及「樂齡嫗姆」，並鼓勵使用「時間銀行」，推動商界建立獎賞制度以肯定照顧者的貢獻。此外，安老服務及康復服務在支援照顧者方面或有整合空間，因為兩組照顧者在照顧歷程中都有類似的支援需要。

9.3 職場支援

9.3.1 建議六：設計和推廣照顧者友善的工作環境，以幫助照顧者在工作與照顧者角色之間取得平衡。

此建議旨在鼓勵更多工作場所自行，或透過與人力資源專業人士及社區群體協作，採立適當的措施以締造一個照顧者友善的環境，藉此在職場上提升對照顧者的關注度、敏感度，以做好準備及時和樂意對照顧者提供支援及肯定(與建議五相關)。因應年輕照顧者所面對的挑戰，僱主應積極為在職照顧者提供適當的支援。現有部分企業在這方面已有良好做法，可以供其他機構參考，以幫助在職照顧者或在學照顧者，在工作／學業與照顧者角色間取得平衡。

建議措施、目標及對象

此建議旨在於工作場所推動照顧者友善的環境，以幫助照顧者能在事業／學業與照顧者角色之間取得平衡。

建議內容及實際運作考慮

(i) 幫助機構挽留優秀員工，避免他們因沉重的照顧負擔而離職

雖然不少企業已為其員工提供家庭友善的工作環境，此建議更著重為護老者及殘疾人士照顧者提供支援措施。推行照顧者友善措施能有效幫助企業挽留有才能的員工，以免他們因為沉重的照顧負擔而被迫放棄工作。應鼓勵僱主認同照顧者的角色，為他們提供一個互助的環境，以減輕照顧者的壓力，措施包括提供照顧者假期以便他們陪同家人覆診，以及實施彈性工作安排讓在職照顧者能同時照顧家人及繼續工作。大型／公營機構（例如上市公司、大學和半官方機構）亦應以機構名義設立日間照顧中心，幫助員工照顧家中的體弱長者，正如部分銀行開設兒童照顧中心。顧問團隊建議可透過宣傳活動鼓勵相關企業仿效，並將部分措施納入勞工處所制定的「良好人事管理」指引上，鼓勵僱主推動家庭友善僱傭措施。

長遠來說，視乎可用的資源，政府可探討向商界提供財政誘因的可行性，以鼓勵商界建立一個為在職照顧者而設的照顧者友善的職場環境。

(ii) 促進照顧者友善的職場環境的發展

顧問團隊建議私營機構或組織應營造照顧者友善的工作場所。這些機構或組織在累積經驗後，可以向各界別或組織分享營造照顧者友善職場環境的良好做法，以推動僱主對照顧者提供跨界別支援。顧問團隊亦建議對願意推行照顧者友善的機構加以表揚，例如，參考勞工處舉辦的《好僱主約章 2018》及《好僱主約章 2020》，藉此表揚推行友善僱傭措施的僱主。

其他經濟體在推動照顧者友善的工作場所上的做法亦值得參考，相關措施包括彈性工作安排，例如：在家工作、兼職工作、彈性工作時間、以及重新聘請已無需照顧家人的員工。

(iii) 加強年輕照顧者的朋輩支援網絡，並提供渠道讓照顧者紓發情緒表達意見

在學的年輕照顧者或需面對同時兼顧學業及履行照顧家人的職責，這個艱巨的過程往往會影響他們的學習，甚至因照顧家人而需暫時休學。老師及學生事務處員工需及早發現這些學生，並為其提供學業和其他支援。因此，學校應為老師及學生事務主任提供培訓，以提升他們對在學照顧者需要的認識。校內的朋輩支援網絡亦可幫助減輕年輕照顧者的負擔，或者至少提供渠道讓照顧者紓發情緒。

在香港，部分企業會為其員工設立託兒服務中心，但暫時還沒有類似的安老服務中心，提供暫託服務以減輕在職護老者的負擔。台灣花蓮慈濟醫院為醫院員工的長者家屬設立日間長者護理中心，並獲佛教慈濟醫療財團法人支援運作，這個例子值得香港的企業參考。

(iv) 其他考慮

公眾對商業機構推行企業社會責任的期望越來越高。企業需要向不同的持份者，包括投資者、顧客、員工以及合作夥伴負責。因此，「環境、社會及企業管治」作為投資者評估是否投資某公司時愈趨普遍，而建議六所提及的內容值得各商業機構參考。

第10章 服務整合

本節的建議重點關注整合現有的照顧者支援服務，包括照顧者風險評估、緊急支援服務、暫託服務、輔助科技應用，以及經濟支援。

10.1 風險識別及管理

10.1.1 建議七：建立自我評估工具，以提高照顧者對其需要、危機識別和管理¹、及現有支援服務的認識。

很多照顧者沒有意識到他們自我健康問題的嚴重性，即使其中一些情況已經長時間出現。照顧者的健康狀況經常被忽略，而健康的相關資訊亦相對較少。現時並沒有相關措施來鼓勵照顧者定期評估自己的健康狀況。

照顧者的需要因人而異及複雜，並受多種因素影響，包括照顧對象的狀況。香港對照顧者的評估通常採用經過驗證的心理評估工具，例如，照顧者壓力指數（Chan et al., 2013; Robinson, 1983）、抑鬱焦慮壓力量表-21（Wong et al., 2019）、照顧的正面價值（Lou et al., 2015），以及沙氏負擔訪問（Tang et al., 2016）。據顧問團隊所知，一些服務機構亦有使用這類量表，以作為評估照顧者是否需要相關服務的工具。儘管這些工具本身具備相當的科學嚴謹性，但每個驗證研究通常僅適用於特定類型的照顧對象。此外，香港大學聯同香港社會服務聯會開發並驗證了一項多維度風險評估工具，以此評估護老者的風險（Lou, 2021）。與此同時，香港城市大學亦正在開發一項「照顧者支援模式」，並通過隨機對照實驗進行驗證，以評估照顧者的需要。然而，上述兩者都僅供社工使用，並只評估護老者的需要。

鑑於社會服務的轉變，相比傳統的評估方法，開發一項能協助評估照顧負擔風險的工具，並針對本港社會特色及加入服務配對功能，更能主動及有效地支援照顧者。顧問團隊建議開發一項易於使用的評估工具，使長者及殘疾人士的照顧者可以進行自我風險評估，並在有需要時提供適合的服務配對以跟進他們的需要。經評估工具確定為高危的照顧者應優先獲得服務，以便他們能夠得到及時的支援，避免悲劇發生。

建議措施、目標及對象

建議開發一項可供長者及殘疾人士照顧者自我評估其需要及風險程度的評估工具，目的是：1) 提高照顧者的自我意識；2) 識別高危照顧者及其需要；以及3) 將有需要的照顧者與合適的服務機構配對。

建議內容及實際運作考慮

(i) 開發一項可供照顧者自我評估其需要及風險程度的工具

評估工具應以網上形式進行，方便照顧者隨時隨地使用。評估工具的設計應簡單易用，以方便不熟悉電腦的人士和長者等照顧者使用。評估工具的內容應涵

蓋照顧者各方面的需求，包括生理、心理及其他需求。最後，評估工具應在向公眾發布之前進行測試，並證明具備良好的有效性和可信度。以一個現有的照顧者網站為例 (656carer.com)，該平台提供有關中風、認知障礙症，及跌倒的資訊。然而，該平台只針對需照顧有以上三種疾病或缺損人士的照顧者。網站上有「自我評估」的功能，但僅限註冊會員使用。雖然這是鼓勵照顧者進行自我評估的好開始，但仍有需要開發一項簡單易用並涵蓋照顧者所有健康相關範疇的自我評估工具。然而無論評估工具是電子版還是紙張模式，一些照顧者可能仍有困難進行自我評估，因此應提供中英文版的簡介短片，甚至提供少數族裔語言的版本，以教導照顧者進行評估。

(ii) 通過宣傳提高對工具認識及使用

提高照顧者的健康意識至關重要，甚至可被視為預防疾病的第一步。健康不僅限於生理，還應包括心理健康、社交健康和精神健康。當局應透過大眾教育及社交媒體，提高照顧者的健康意識。當照顧者有健康體魄，即可為照顧對象提供優質及持續的照顧。

為了讓照顧者更好地使用自我評估工具，顧問團隊建議評估工具應與照顧者資訊平台（建議二）以及識別高危照顧者的援助熱線（建議八）相連接。自我評估工具可提高照顧者意識，避免他們因照顧而過勞。部分評估可以採用簡短問題，並將問題展示於建議一所述的，提升照顧者意識的宣傳海報及傳單上，藉此讓更多照顧者，特別是隱蔽於社區或不視自己為照顧者的人士，可以主動識別自己的風險因素，繼而在有需要時尋求專業協助。

(iii) 將照顧者與合適的服務機構配對

雖然評估工具可以識別照顧者的需要和風險程度，但配對照顧者至合適的服務機構亦至關重要。評估工具透過與資訊平台相連接，可以使照顧者從合適的服務機構獲取有關資訊及資源。如照顧者同意，評估工具更可將其背景及需要的資料傳送至服務機構，以便機構其後跟進。照顧者應能在他們居住的區內選擇合適的服務機構，並允許機構知悉其評估結果。儘管不論風險程度的照顧者均可以將其評估結果傳送至所選的服務單位，但服務配對功能對高危照顧者尤為重要，讓機構為照顧者制定切合個人需要的照顧計劃。視乎需要，部分照顧者或需要由服務機構親自進行深入評估。網上評估平台的營辦者應採取嚴格的數據保護措施（如防火牆和數據加密），以防止數據受到任何形式的網絡攻擊。此外，數據查閱應僅限於少數的高權限管理用戶。

顧問團隊建議評估工具應由大專院校研發，以確保評估工具的敏感性、可信度及有效性。研發過程應諮詢包括長者和殘疾人士照顧者，以及服務機構的意見。評估工具經驗證後，可在社署網站加入連結，以便大眾使用。服務機構亦可向潛在的服務使用者推廣評估工具，評估工具也應向所有非政府機構及照顧者推廣應用。

10.1.2 建議八：識別高危照顧者並提供及時支援。

照顧者隨時可能因照顧而感到身心受到困擾，也有機會在照顧過程中面臨意料之外的困難和挑戰而感到無助。因此，為高危照顧者提供及時支援至關重要。高危照顧者的特徵包括有自殺傾向、照顧對象需要長期和高度照顧、照顧對象健康狀況嚴重、過往曾發生家庭暴力、照顧對象有行為問題、照顧者缺乏認可和支援，以及相關服務在疫情期間受限。部分照顧者或不願尋求幫助。因此，顧問團隊建議教導鄰居、朋友和親屬識別高危照顧者並提供支援（心理或實質支援）。

雖然香港已有機構提供緊急熱線服務，不過較少照顧者知道有這些服務，亦不知道這些服務可供他們使用。顧問團隊注意到，這些熱線未有充分推廣至有需要的照顧者。

目前，部分非政府機構及社署有為心理受困擾而需要即時支援的人士提供熱線服務。雖然社署熱線全日運作，但熱線並非專為照顧者而設，而大部分由非政府機構營運的熱線只在服務運作時間才提供服務。照顧者亦不知悉眾多的熱線服務，故此，他們在緊急情況下也不會使用熱線。

顧問團隊留意到，一間社會企業即將會在兩個地區推出全新的護老者熱線，並以個案管理方式提供 24 小時服務。這條熱線服務經檢討成效後，值得探討長期營運並擴展到其他地區，及涵蓋殘疾人士照顧者。這熱線服務的長期發展符合顧問團隊的建議，亦是朝正確方向邁進了一步。

建議措施、目標及對象

上述建議提出加強現有熱線服務，以有效地幫助有迫切需要的照顧者，尤其是那些因照顧情況突然改變，導致照顧壓力大增的高危照顧者。

建議內容和實際運作考慮

(i) 加強現有熱線服務

建議加強現有的 24 小時社署熱線或由非政府機構／社會企業營運的其他熱線服務，例如設立照顧者專線，以應對照顧者的需要，尤其是高危照顧者。熱線服務的目標是給予照顧者安全感，讓他們不論何時何地、健康或財務狀況如何，均可立即得到專業支援。電話熱線服務相對簡單直接，不會因技術問題窒礙照顧者使用。

由於服務對象（尤其是高危照顧者）需要迫切的支援，故此建議熱線服務內容可涵蓋：1) 即時個人需要評估；2) 即時轉介危機介入以防止自殘和自殺行為；3) 及時輔導服務；以及 4) 服務配對和轉介。同時亦需要加強緊急暫託服務和

緊急陪老服務；更可與現有熱線中心進一步合作，例如「長者安居協會的電話照顧服務」和由「明愛賽馬會照顧者資源及支援中心」營運的照顧者支援熱線。

長遠而言，在資源許可的情況下，政府可探討設立照顧者緊急支援中心的可能性，中心性質類似明愛營運的「家庭危機支援中心(向晴軒)」，或「東華三院芷若園危機介入及支援服務」，以提供熱線和其他緊急支援服務，及時和全面地應對高危照顧者的緊急需要。

(ii) 建立專業團隊和高素質的義工服務隊提供緊急支援

照顧者緊急支援服務應由專業團隊，尤其是曾受訓、了解照顧者需要並有處理經驗的社工提供。這些社工應具備照顧相關的知識，能夠為受壓力的照顧者提供專業意見和支援。培訓義工團隊提供熱線服務亦同樣重要。由有照顧經驗的義工（例如，退役照顧者）接聽熱線電話更佳，因為他們通常有處理某些特定照顧情況的經驗。為確保服務質素，義工應要接受大量培訓。此外，建立指導系統(包括監察系統以及職前和在職培訓)，有助確保熱線順利運作。

所有義工均須要經過甄選並參加職前培訓，備有必需的聆聽技巧、知識和信心以處理來電。此外，義工必須定期接受在職培訓，包括特殊個案處理工作坊、個案分享和討論。在某些情況下，接線員（即義工）可能會遇到他們無法處理的複雜個案。這時便應由專業人士，如社工，擔當主要輔導員。此外，應探討如何鼓勵和挽留熱心的義工，例如頒發證書以肯定其貢獻。

(iii) 透過推廣提高認識和使用率

顧問團隊建議應定期以各種方式推廣專為照顧者而設的熱線服務，提醒他們現有的熱線及使用方法、並教導他們如何獲取有關服務。推廣材料可包括真實的個案處境，以提升照顧者認知及鼓勵使用熱線尋求及時支援。

10.2 善用科技

10.2.1 建議九：提升照顧者對輔助科技的認識、接觸和使用，以減輕照顧者壓力，提升照顧能力，並改善其生活質素。

本研究中大部分照顧者視輔助科技為有效減輕壓力的工具，但只有 37%的照顧者有使用輔助科技的經驗。許多照顧者使用科技產品時會遇到困難，但他們沒有立即尋求幫助或查詢。有些照顧者，尤其是年長的照顧者，由於缺乏知識和技能，他們並不知道有哪些科技產品可支援照顧，亦對使用科技產品缺乏信心。很多照顧者擔心租用科技產品的開支或造成沉重的經濟負擔。此建議旨在透過向照顧者介紹及鼓勵他們使用輔助科技產品，提升他們善用輔助科技協助照顧的能力，最終縮小照顧者和其他人士在運用輔助科技上的差距。科技發展迅速，

顧問團隊也建議應教導照顧者物色並使用相關的輔助科技產品。由於預計未來數年照顧者對輔助科技產品的需求大增，個別科技產品售價可能隨著大量生產而降低。

建議措施、目標及對象

輔助科技將成為加強照顧者整體能力的重要一環。前幾節的分析也說明應加強介紹和鼓勵照顧者運用輔助科技。顧問團隊建議制訂運用輔助科技的短期和長期目標，以減輕照顧負擔，提升護老者和殘疾人士照顧者的生活質素。

1. 短期目標：提高護老者和殘疾人士照顧者獲取及使用輔助科技產品的機會，從而提高他們的照顧能力。
2. 長期目標：減小照顧者與可使用的輔助科技之間的距離。

建議內容及實際運作考慮

(i) 利用線上及線下方式進一步引入輔助科技及加強轉介

現已有多個以輔助科技為主題的網上平台（例如「樂齡科技平台」²⁰、「賽馬會智齡匯」以及「嶺大賽馬會樂齡科技與智能安老」計劃下的社會企業智活平台）。建議加強有關平台的可及性和轉介服務；例如「樂齡科技平台」可擴大服務範圍，為較年輕的殘疾人士及其照顧者提供服務，並相應更改平台名稱以涵蓋殘疾人士。

此外，平台可透過流動應用程式，提升用戶體驗，並提供支援，協助照顧者解決使用輔助科技產品的技術問題。建議以商業模式營運平台，以確保平台定期更新和輔助科技產品的可持續發展。為加強照顧者對輔助科技的認識，長者和康復服務中心（例如長者地區中心、長者鄰舍中心、殘疾人士地區支援中心、家長／親屬資源中心）可提供產品資訊，轉介或展示輔助科技，以推廣協助照顧工作的輔助科技產品，加強照顧者運用輔助科技。

(ii) 提供更多租借輔助科技用品的途徑

顧問團隊建議應鼓勵更多服務單位提供輔助科技產品，協助照顧者的護理工作，包括考慮把社區券的使用範圍擴大到租用輔助科技產品，並可在不同地區提供不同類型的產品和租用服務，以回應不同照顧者的需要。參考《殘疾人及康復計劃方案》的相關建議，經評估「賽馬會 a 家樂齡科技教育及租賃服務」的成效後，應考慮擴大其服務範圍以涵蓋殘疾人士。

(iii) 促進照顧者和照顧對象對使用輔助科技的信心和動力

²⁰ 2020年，社會創新及創業發展基金委任由香港社會服務聯會牽頭的十個機構所組成的合作聯盟作為中介，設計、開發和營運一個一站式「樂齡科技平台」。該平台旨在將供應和需求市場的不同持份者聯繫起來，並通過跨界別協作來增強協同作用。

顧問團隊建議向照顧者提供培訓以便他們正確解讀網上資訊，並就選擇適合其照顧工作的產品作出明智決定。社區服務中心可開辦數碼健康識能培訓班，使照顧者有能力辨識適合的網上照顧資訊。

10.3 暫託服務

10.3.1 建議十：加強暫託服務的可及性和多樣性，以支援有突發需要的照顧者。

照顧者視暫託服務為第二個最有用的支援服務，但暫託服務的使用率卻不高。在 2019 至 2020 年度，長者指定日間暫託服務的使用率僅是 45.78%。低使用率可能反映照顧者未意識到有暫託服務，亦不容易取得服務。一些使用服務的資格可能會使申請程序變得複雜。另一方面，暫託服務的使用率也不能太高，否則便沒有足夠服務空間提供緊急服務。

因應照顧者反映很難取得現有暫託服務，顧問團隊建議提供公眾教育，使照顧者認識現有暫託服務及其用處。建議提供不同形式的暫託服務，並使服務方便申請，以回應照顧者的需要，使面對不同照顧情況的照顧者也能夠找到最合適其需要的暫託服務。

建議措施、目標及對象

本建議的目的是加強照顧者對暫託服務的認識，並提高使用服務的意欲。此外，此建議期望可鼓勵和監察暫託服務機構，以及時回應照顧者的緊急暫託需要。

建議內容及實際運作考慮

(i) 向照顧者提供暫託服務的資訊和教育

現有暫託服務使用率相對較低，這可能與照顧者意識不到自己的需要及對暫託服務認識不足有關。須加強向照顧者提供鄰近暫託服務及其申請程序的資料，及教導照顧者使用暫託服務（如倡導尋求幫助與孝道沒有衝突，毋須有愧疚感）。社署設有暫託服務空缺查詢平台 (<https://www.vesrrsep.swd.gov.hk/en>)，方便使用者按地區查詢殘疾人士住宿暫顧服務、長者住宿暫託服務及長者緊急住宿服務的服務資訊。

(ii) 鼓勵和監察暫託服務機構

暫託服務機構是重要持份者，當局應鼓勵他們提供暫託服務，同時要監察機構以確保他們提供有質素的暫託服務。例如，建議要求暫託服務機構保留所有成功和非成功的服務申請記錄以便監察。另外，可檢討機構的行政程序能否精簡，以方便照顧者及時使用暫託服務。當然，有些申請資格是必要的，例如要求長者接受住宿暫託服務須「體格及精神上適合群體生活」。這些準則可確保現有

護老院的院友身心安康。此外，機構應培訓職員使他們能處理殘疾人士或認知障礙症患者的行為問題。

為促使照顧對象盡早獲得暫託服務，政府可鼓勵社工和其他護理專業人員運用資訊科技，積極連繫照顧對象至該區指定的服務機構，讓照顧對象及時接受暫託服務。此外，可以制定預先登記機制，讓長者或殘疾人士盡快使用暫託服務，例如，把資助長期護理服務中央輪候冊的輪候人士，和康復服務中央轉介系統的使用者視為符合資格接受暫託服務。舉例而言，新加坡的 Agency for Integrated Care (護聯中心) 容許照顧者預早登記暫託服務，如有突發情況，照顧者可以在最短時間得到暫託服務。自 2019 年起，社署推出一項措施，使長者及其家人在接受入住安老院的評估前，可在非辦公時間聯絡「改善買位計劃」下的私營安老院要求安排緊急使用暫託服務。同樣地，有需要的殘疾人士服務使用者、其家人及照顧者，可在非辦公時間直接聯絡參與私營殘疾人士院舍買位計劃下「指定住宿暫顧服務」的院舍安排暫顧服務。類似措施可擴大至受資助的長者安老院舍和殘疾人士院舍。

(iii) 增加暫託服務的多樣性

社署一直透過資助服務機構，提供家居、中心和住宿暫託服務。促進暫託服務多樣性（如緊急暫託，定期和夜間暫託）或有助改變照顧者對求助的態度，提升服務使用率，並加強連繫照顧者與服務提供機構。

(iv) 協調及整合現有服務和資源，提升服務能力

政府可考慮整合現有服務（例如各日間及住宿服務單位的偶然空置名額）和資源（例如，向私營安老院買位），以增加香港整體暫託服務的名額，並同時應加強協調以促進服務機構向照顧對象提供暫託服務。

(v) 促進私營機構、社會企業和慈善機構提供暫託服務

自負盈虧、自資或私營機構在家居暫託服務的角色不容忽視。這些機構一般在工作人手安排上更加靈活。社區券或可以把有需要的照顧者與這些機構連繫起來。

10.4 經濟援助

10.4.1 建議十一：提供合適的服務、社區券及現金的組合以支援照顧者。

顧問團隊認為照顧工作對照顧者的身心和經濟上的要求很高，照顧者應該得到全方位的支援。為了支援照顧者不同的需要，建議以全方位的服務、服務券及現金組合支援照顧對象及照顧者，包括對照顧對象的直接服務、支援照顧者的服務、以及為低收入照顧者提供經濟援助，並朝可持續的方向發展。

服務：現有長者和殘疾人士服務，已獲證明為可減少照顧者負擔和縮短他們長時間直接照顧的其中一種方法。故此，應在適當的情況下開放現有服務予有需要的照顧者在。現時社區已設有各種服務中心（包括長者地區中心、長者鄰舍中心、地區支援中心），因此能易於開展及推行照顧者支援服務。照顧者視經濟援助為重要支援，不過持份者則認為服務也同樣重要。

服務券：現時，「長者社區照顧服務券（社區券）」試驗計劃以服務券的形式為長者提供社區照顧服務。目前社區券只以長者為對象並處於試驗階段，社區券是以「能者多付」的原則設共同付款機制，為照顧對象提供非傳統資助形式的服務，照顧者和持份者皆認同它有潛力擴大實施。當比較社區券與傳統資助服務下的家居／中心為本服務，照顧者對兩者的服務滿意度相近。故此，值得探討靈活地運用社區券來支援護老者（例如以社區券提供家居暫託服務、讓護老者接受心理情緒支援，以及支付護老者陪伴照顧對象求診時的交通和膳食開支等）。同時，亦可能需要簡化社區券的行政管理，以節省成本及加快提供服務。長遠來說，顧問團隊建議在資源容許的情況下，為長者增加社區券的服務名額，並為殘疾人士及其照顧者提供類似模式的支援。

現金：儘管現金津貼被認為是體弱長者和殘疾人士照顧者的重要支援，它似乎並非解決照顧者負擔的唯一方法。香港採取低稅制，所以在推行現金津貼時，應考慮其長遠可持續性及可行性。除現金津貼外，社區券兌現是另一種經濟支援形式。有些照顧者面臨經濟負擔並需要一定程度的經濟支援，這點可以理解。若考慮援助的可持續性和可行性，社區券兌現比現金津貼可能是一個更好的選擇。社區券可鼓勵社會企業、私營公司、慈善機構和非政府機構合作，以其專業知識和資源，為社區券使用者提供必需的服務。

建議措施、目標及對象

a) 建議目標

向照顧者提供經濟支援的目標包括：

- 目標 1：減輕低收入照顧者的經濟負擔。
- 目標 2：支援居於社區的體弱長者和殘疾人士的照顧需要。

b) 目標組別／對象

為正在輪候長期護理服務的長者和殘疾人士的照顧者提供經濟支援。

- 護老者：照顧身體機能有缺損的長者的護老者。受照顧長者必須在香港居所居住，並經「安老服務統一評估機制」評估為符合資格接受資助長期護理服務（社區照顧服務或院舍照顧服務）。
- 殘疾人士照顧者：照顧正輪候社署資助的指定康復／住宿服務、教育局轄下有寄宿服務的特殊學校，或醫院管理局轄下的療養服務，並正在居家的殘疾人士。

建議內容及實際運作考慮

(i) 護老者

顧問團隊研究以兩種向護老者提供經濟支援的模式：分別為社區券兌現和現金津貼。以下段落列出了研究結果。顧問團隊認為政府應只選擇推行一種經濟支援方式，以避免體弱長者及其照顧者感到混淆及引致資源重疊。在兩者中，社區券兌現有較大潛力，長遠能為護老者提供更靈活和更有效率的以人為本服務。

選項 1：社區券兌現 —— 由於非正式護老者可提供某些家居照顧服務，此選項讓使用者可兌現社區券內某些特定服務的價值，並使用兌現金額自行安排相關服務。

顧問團隊的建議如下，以供考慮：

- (a) 社區券兌現並非要取代認可服務單位的專業支援服務（例如物理治療、傷口護理、認知訓練、日間照顧服務等）。社區券應只限兌現某些特定而護老者有能力提供的服務（例如家務、膳食和護送服務），以及支援助照顧工作的服務（詳見下文（b）部分）。當使用者選擇兌現這些特定服務，他們便不能在受資助機構獲得這些服務，以避免雙重利益。
- (b) 社區券兌現應容許護老者靈活決定如何合理地安排照顧服務，但兌現金額必須用於照顧項目（例如聘請兼職家庭傭工、安排中心／家居暫託等），或支援護老者（例如讓照顧者接受心理情緒支援、支付照顧者陪伴照顧對象求診所支付的交通和膳食費）。
- (c) 社區券兌現應維持採取「共同付款」原則。我們建議簡化社區券的行政管理系統，以降低成本，及加快審批申請服務和服務提供過程。
- (d) 當社區券兌現推行了一段相當時間（例如三至五年）後，可收集有意義的實證數據和使用者意見，評估試驗計劃，包括計劃的成本效益和運作安排等。
- (e) 根據資源情況，相應增加社區券的服務名額。

社區券兌現的優點

顧問團隊認為社區券兌現有以下優點：

- (a) 社區券兌現讓照顧者靈活地決定誰為體弱長者提供所需服務。護老者可選擇兌現社區券金額聘請他人（例如兼職家庭傭工）來照顧長者，或可以令照顧工作更有效率和更具成本效益。
- (b) 社區券兌現或許是一種更持續的照顧者經濟援助方式，因它使資源重新分配給照顧者，令護老者可有效地和及時地安排照顧服務，以回應體弱長者的需要。
- (c) 由於社區券兌現會維持共同付款原則，長遠而言，有助促進該原則更廣泛地被認受及應用。
- (d) 社區券兌現讓私營機構、社會企業，甚至個人都可向長者提供照顧服務。這樣營造了一個環境，使社會上不同人士也可參與支援護老者和照顧對象。
- (e) 社區券兌現讓護老者可根據照顧對象的喜好制訂照顧計劃，能支援照顧對象，並減少護老者的負擔。
- (f) 社區券兌現容許護老者購買認可服務單位提供以外的服務（如租用輔助科技用品／設備），這亦可測試一些支援護老者和照顧對象的新服務項目。
- (g) 社區券兌現可能有助開發支援護老者和照顧對象的新服務，因它或會吸引私營機構和社會企業成為社區券的認可服務單位，這些機構的商業運作模式或會帶來更大靈活性，人力和其他資源調配亦更創新。

社區券兌現的缺點

顧問團隊認為社區券兌現有以下缺點：

- (a) 社區券兌現可能會增加社區券的需求。以往沒使用社區券，甚至沒有經「安老服務統一評估機制」評估申請資助長期護理服務的體弱長者也可能會因此加入計劃。如供應未能配合這些需求（例如不發放額外社區券），便會出現社區券輪候的情況，這會削弱社區券能快速回應社區照顧服務需求的優勢。而大量社區券需求亦會增加公共開支。
- (b) 正接受或選擇資助日間照顧和家居照顧服務的長者，雖然其體弱程度和照顧需要皆與社區券使用者相同，但他們不可把服務兌現現金，這會造成不同待遇或不公平的情況。現時約有 18 000 名長者日間護理中心／單位、改善家居及社區照顧服務，及綜合家居照顧服務（體弱個案）的服務使用者。

政府可能需考慮爭取持份者（尤其是照顧者和專業人士）對社區券的認同和支持。社區券仍處於試驗階段，能充分了解其特點和潛在優點的照顧者（尤其是非使用社區券的照顧者）和專業人士不多。由於社區券兌現可能是為護老者提供持續經濟支援的一個選項，所以政府需作宣傳和推廣，使更多照顧者和專業人士了解其理念及好處。

社區券兌現是一個嶄新且複雜的服務模式，因此應詳細探討其優點、缺點、資格準則、運作細節、監察方式，以及尤其重要的資源承擔，並根據資源情況制定服務模式，並以先導計劃的形式推行。

選項 2：現金津貼 —— 直接以現金援助護老者，其中一個例子是「為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃」。

顧問團隊的建議如下，以供考慮：

- (a) 現金津貼不應視作對護老者因照顧長者而沒有就業（例如辭去工作或由全職轉為兼職工作）的補償。
- (b) 每名照顧對象只可選擇讓一名護老者代表他／她領取現金津貼。照顧對象的家人須自行協商由誰申領現金津貼（情況跟申領供養父母／祖父母免稅額的原則相同）。
- (c) 現金津貼的申請資格應只限現正等候但尚未獲得任何受資助長期護理服務（包括傳統社區照顧服務或社區券）的體弱長者的護老者。
- (d) 當體弱長者獲得任何受資助長期護理服務後，護老者便不能領取現金津貼後，而現有的「低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃」受惠人士亦不會獲得豁免。
- (e) 獲發現金津貼的受惠人士需接受經濟狀況審查，津貼亦不應與其他需要經濟狀況審查的社會保障計劃重複。

現金津貼的優點

顧問團隊認為現金津貼計劃有以下優點：

- (a) 「低收入家庭護老者生活津貼試驗計劃」自 2014 年實施至今，由於護老者和持份者皆熟悉津貼的概念，只需輕微調整及優化，便可推行計劃。
- (b) 照顧者津貼沒有與特定服務掛鉤，因此可以平等發放給目標對象。

現金津貼的缺點

顧問團隊認為現金津貼計劃有以下缺點：

- (a) 護老者當然希望放寬批核資格和提高金額（例如放寬經濟狀況審查，可同時獲得其他社會保障援助金等），但政府資源有限，特別是正面對人口迅速老化，長遠來說，現金津貼並非可持續的支援措施。
- (b) 由於只有一名護老者可以領取現金津貼，這可能會令家庭內部出現衝突。
- (c) 應建立監察系統以免現金津貼被濫用，但這需要相當大的管理成本。

(ii) 殘疾人士照顧者

與護老者相似，要有良好的服務和經濟援助組合，才能優化對殘疾人士照顧者的支援。本研究的調查亦發現大多數照顧者（75.2%）認為，非常有效的支援方式是「提供部分服務支援和部分經濟支援」。在服務提供方面，前面的章節已提出應以照顧者為本，並整合及加強現有的殘疾人士照顧者服務。

現有的長者社區券計劃，可用來探討為殘疾人士推出類似措施的可行性。顧問團隊知悉長者社區券所採取的「共同支付」原則，未獲殘疾人士及其照顧者普遍接受。相比安老服務，現有的私營殘疾人士服務機構亦相對有限，未能回應不同殘疾類別和程度的人士在不同人生階段的各種需要。故此，較理想的做法，是由上文擬議成立的工作小組，進一步探討和檢視為殘疾人士及其照顧者推展社區券的可行性，以及他們的接受程度。工作小組可參考安老服務的經驗、持份者的看法及現時市場提供的服務，再作出整體分析。

目前有三個為殘疾人士或其照顧者提供經濟支援的試驗計劃，分別是「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」、「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」、「為獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」。三個試驗計劃均要求申請人通過入息審查，但各自有不同的申請資格。殘疾人士照顧者和護理服務人員的調查發現，所有受訪者對以上計劃有十分正面的看法。大多數殘疾人士照顧者（78.6%）表示歡迎整合及統一各種津貼計劃的建議。整合津貼計劃可以讓殘疾人士照顧者靈活運用津貼以各取所需。此外，顧問團隊建議簡化申請程序和相關行政工序。由於三個試驗計劃的目標、申請資格及受惠人數皆不同，上述擬議成立的工作小組應進一步全面檢視各項細節，並研究未來方向。如繼續提供現金津貼，顧問團隊建議應根據照顧對象的家庭收入和殘疾程度來計算津貼金額。

總結

提供合適的服務(即第 8、9 及第 10 章其餘部分，談論到向照顧對象提供的專業服務、及以照顧者為本的支援服務)、社區券和現金的組合，應可持續支援照

顧者和照顧對象。經濟援助是照顧者和照顧對象的其中一個重要支援，但並不是減輕照顧者負擔的唯一途徑。顧問團隊建議應考慮提供服務、社區券和現金津貼的組合以支援照顧者及／或照顧對象，以及分析社區券兌現的長遠可持續性和可行性。

建議在資源容許下，制定及測試社區券兌現的服務模式，以檢視社區券兌現是否可長遠地支援體弱長者及其照顧者。

政府應參考支援長者的服務經驗，檢視為殘疾人士及其照顧者推行類似計劃的可行性，以及殘疾人士及其照顧者的接受程度，並考慮持份者的意見，以釐定現有三個支援殘疾人士及其照顧者的經濟援助試驗計劃的發展方向。

第11章 未來路向及實施計劃

11.1 落實建議的注意事項

本顧問研究旨在制定實證為本的建議，以支援香港長者和殘疾人士的無薪非正式照顧者。在往後階段中，如何落實建議以達致理想成效至關重要。因此，顧問團隊建議考慮下列對落實建議十分重要的事項。

1 **資金和資源**：首先，公帑不應被視為發展照顧者支援服務的唯一資金來源。相關界別應調配和妥善安排其他非政府資金及現有資源，當中包括但不限於以下方法：

1.1 整合和重新設計現有服務（例如社區服務中心、暫託服務提供者），以進一步協調及以具成本效益的方式提供服務，並為照顧者支援釋出更多空間／資源。亦建議擴大社區服務單位（例如日間護理中心、家居服務單位）的服務範圍以惠及照顧者。

大多數社區中心在週末均會關閉，其空間未能得以充分利用。顧問團隊建議善用這些中心的空間，以舉辦活動支援照顧者（特別是在職照顧者）。

1.2 開拓非政府資金來源（例如慈善信託基金、私營企業下的企業社會責任措施、善用「環境、社會和企業管治」的標準等），以落實建議，並鼓勵私營及社會企業更有效運用可持續/商業模式來推行部分建議，例子包括建議二，即鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台；及建議五，即締造照顧者友善社區等。其他可透過非政府資金落實的建議內容，請參閱**附件**。

1.3 善用政府資金：包括勞工及福利局／社署及其他政策局／部門的資源，例如社會創新及創業發展基金（社創基金）、精神健康項目資助計劃、社區投資共享基金和創新及科技局的資金；以及

1.4 善用「長者社區照顧服務券」，增加其使用靈活性以支援照顧者，例如為照顧者支付心理輔導／情緒支援服務費用。另外，亦可考慮其他長遠可持續的選擇，例如以試驗計劃推行社區券兌現的構思。

2 **支援照顧對象及其照顧者的服務組合**：為確保「照顧者三層支援模式」中的三個範疇無縫協作，為照顧對象及其照顧者提供的服務應互相銜接。現時社區支援服務眾多，但服務對象主要針對體弱長者或殘疾人士。由於照顧者在協助落實照顧對象的護理安排，及提升其身心健康上扮演重要角色，相關服務機構應考慮從服務之初，便視照顧者為服務對象之一，從而支援照顧者履行照顧職責。另外，亦可探討其他支援措施，例如將「社區照顧服務券」的服務範圍擴大以涵蓋照顧者的支援服務（例如顧問團隊的建議中所提及的照顧者為本的服務）。

這建議並不代表把照顧對象的現有資源調配予照顧者。正如本研究及海外經驗所顯示，照顧者在服務提供中的角色十分重要，支援照顧者亦是確保照顧對象順利接受服務的關鍵。

- 3 **回應照顧者的整體需要：**目前，專業人士甚至照顧者本人，主要關注照顧對象的健康狀況，而往往忽略了照顧者的個人需要。支援照顧者的目標，不僅是強化照顧者的照顧角色，而且亦需識別和回應照顧者的整體需要及福祉。
- 4 **發掘更多服務提供者：**應鼓勵更多私營機構和社會企業參與提供康復服務和安老服務。
- 5 **可持續的人手供應：**應檢視不同人力資源，以增加照顧者服務的人手供應（例如動員朋輩支援者／義工，通過照顧者咖啡室建立支援網絡等）。
- 6 **多方的跨界別合作：**整合現有服務需多個界別不同持份者的參與。政府應與這些持份者緊密合作，尤其是醫療、社會福利、商業、教育及房屋界別，以加強服務協調和善用資源。
- 7 **知識傳播與交流：**應鼓勵非政府機構舉辦經驗交流會，分享政府或非政府資助的試驗／創新項目的良好做法，使整個福利界別受益。
- 8 **持續收集數據：**相關部門應與本地大學合作，進行定期調查或研究，以就不同特徵照顧者的需求及服務期望建立數據庫（另見下文第 11.2 節）。
- 9 **循證決策：**本研究是對香港照顧者需求及服務期望進行系統化檢視的第一步。未來應投放資源以延續相關研究，以提供實證支持政策制定。

11.2 研究的局限

雖然這項研究為建議提供了實證基礎，包括支援照顧者服務的整合及優次，但研究仍存在一些局限。

- (1) **未能充分了解非服務使用者及隱蔽照顧者：**在研究項目三至八的質性研究中（聚焦小組及訪問），顧問團隊主要透過非政府機構及服務提供者邀請參與者進行研究。過程中或未能充分接觸到一些居於社區的長者或殘疾人士的照顧者，特別是非服務使用者及隱蔽照顧者。
- (2) **缺乏追蹤研究數據：**研究項目三至八中進行的量化研究為橫斷式問卷調查，因此顧問團隊只能記錄到參加者當下的概況。研究仍缺乏縱向數據，就有關照顧者服務及相關人手需求作長期估算。
- (3) **缺乏關於非正式照顧的數據：**現時本港缺乏與非正式照顧相關的人口普查數據。顧問團隊留意到，過去由家人照顧的長者人口數目只有一次官方數據。因此，我們無法就本港護老者及殘疾人士照顧者的人數進行估算。而且亦欠缺非正式照顧開支的相關數據。當中的開支包括實質開支

（例如財務、護理成本）以及非實質開支（例如情感及精神付出），因此我們未能估算照顧者支援服務的需求及成本。

- (4) **缺乏估算勞動力及開支預算的數據**：由於數據不足，本研究未能估計每項照顧服務（例如由家居服務提供的送餐、家居暫託服務，或由服務中心提供的暫託服務及康復訓練服務）所需的人手、開支預算及相關經濟影響。

總而言之，持續的研究對進一步發展照顧者支援服務非常重要，有助開拓有效及創新的服務。而獲取最新的研究數據對政策制定、服務規劃及服務設計亦至關重要，使服務能更好地回應不同照顧者的需要，並更有效地運用有限的資源。就此，政府統計處於 2021 年 12 月發表了 2019／20 年殘疾人士及長期病患者統計調查，當中收集了殘疾人士照顧者的資料。上述數據有助於未來展開類似研究，為照顧者提供實證為本的支援。

另一方面，當局亦可鼓勵研究人員、學者及研究中心申請研究基金進行研究（如大學教育資助委員會、公共政策研究資助計劃、戰略性公共政策研究資助計劃等），以識別照顧者的需要，並進一步發展照顧者支援服務。就此，相關部門亦應更新各種研究資助的主題和指示性研究領域以包括照顧者研究。

另外，由政府政策局／部門及公共資助研究而得出的數據，亦應開放予公眾使用。目前，政府已制定開放數據政策，要求所有政府部門每年公布來年的開放數據計劃。這些開放數據庫可促進數據的二次分析，為政策和服務規劃提供依據，省卻重新進行數據收集。

可以由慈善基金資助推行與及由私營及社會企業運用 可持續/商業模式推行的建議

1. 可以由慈善基金資助服務機構推行的建議，如下：

建議一：提升照顧者對服務資訊的重視和認識，並使照顧者和相關人士更主動地尋求協助和善用現有服務；

- a. 發放資訊
- b. 推行「照顧者關注週」
- c. 加強照顧者對現有社區支援服務的認識

建議二：檢視現有網站，鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台；

建議三：提供照顧者為本的培訓和介入服務，以提升照顧者的身心健康、自我管理和應對壓力的能力，並增強其照顧能力；

- a. 為照顧者專門設計一個嶄新的短期心理教育課程，並提供混合模式（包含網上、中心及家中完成的環節）。
- b. 透過現有中心為本的服務或現有培訓資源（例如僱員再培訓局的課程教材、家長／親屬資源中心的輔導小組、「自在人生自學計劃」等），為照顧者提供壓力管理及照顧技巧相關的培訓

建議四：促進家庭為本的支援及朋輩照顧者間的互助，在人生和照顧歷程各階段支援照顧者；

- a. 推廣公眾教育活動及家庭教育
- b. 加強照顧者咖啡室／茶座計劃
- c. 推廣社區照顧者朋輩支援計劃

建議五：締造照顧者友善社區；

- a. 鼓勵商界締造照顧者友善的環境
- b. 推廣照顧者友善社區的理念
- c. 整合及提升社區照顧服務的種類及便捷程度

建議六：設計和推廣照顧者友善的工作環境，以幫助照顧者在工作與照顧者角色之間取得平衡；

- a. 促進照顧者友善的工作安排
- b. 為年輕照顧者加強朋輩支持
- c. 提供渠道讓年輕照顧者紓發情緒及表達意見

建議七：建立自我評估工具，以提高照顧者對其需要、危機識別和管理、及現有支援服務的認識；

- a. 開發一項可供照顧者自我評估其需要及風險程度的工具
- b. 提高對工具的認識及使用
- c. 將照顧者與合適的服務機構配對

建議八：識別高危照顧者並提供及時支援；

- a. 加強現有熱線服務以支援照顧者
- b. 成立專業的緊急支援義工服務隊
- c. 透過宣傳提高對熱線服務的認識和使用率

建議九：提升照顧者對輔助科技的認識、接觸和使用，以減輕照顧者壓力，提升照顧能力，並改善其生活質素；

- a. 利用線上及線下方式進一步引入輔助科技及加強轉介
- b. 提供更多租借輔助科技用品的途徑
- c. 促進照顧者和照顧對象對使用輔助科技的信心和動力

建議十：加強暫託服務的可及性和多樣性，以支援有突發需要的照顧者。

- a. 向照顧者提供暫託服務的資訊和教育
- b. 鼓勵和監察暫託服務機構
- c. 增加暫託服務的多樣性
- d. 促進私營機構、社會企業和慈善機構提供暫託服務

2. 可以由私營及社會企業運用可持續/商業模式推行的建議，如下：

建議二：檢視現有網站，鼓勵非政府機構／社企／企業以可持續的模式建立照顧者為本的資訊平台；

建議三：提供照顧者為本的培訓和介入服務，以提升照顧者的身心健康、自我管理和應對壓力的能力，並增強其照顧能力；

- a. 為照顧者專門設計一個嶄新的短期心理教育課程，並提供混合模式（包含網上、中心及家中完成的環節）。
- b. 透過現有中心為本的服務或現有培訓資源（例如僱員再培訓局的課程教材、家長／親屬資源中心的輔導小組、「自在人生自學計劃」等），為照顧者提供壓力管理及照顧技巧相關的培訓

建議五：締造照顧者友善社區；

- a. 鼓勵商界締造照顧者友善的環境
- b. 推廣照顧者友善社區的理念

建議六：設計和推廣照顧者友善的工作環境，以幫助照顧者在工作與照顧者角色之間取得平衡；

- a. 幫助機構挽留優秀員工，避免他們因沉重的照顧負擔而離職
- b. 促進照顧者友善的工作安排

- c. 為年輕照顧者加強朋輩支持
- d. 提供渠道讓年輕照顧者紓發情緒及表達意見

建議八：識別高危照顧者並提供及時支援；

- a. 加強現有熱線服務
- b. 成立專業的緊急支援義工服務隊
- c. 透過宣傳提高對熱線服務的認識和使用率

建議九：提升照顧者對輔助科技的認識、接觸和使用，以減輕照顧者壓力，提升照顧能力，並改善其生活質素；

- a. 利用線上及線下方式進一步引入輔助科技及加強轉介
- b. 提供更多租借輔助科技用品的途徑
- c. 促進照顧者和照顧對象對使用輔助科技的信心和動力

建議十：加強暫託服務的可及性和多樣性，以支援有突發需要的照顧者。

- a. 向照顧者提供暫託服務的資訊和教育
- b. 增加暫託服務的多樣性
- c. 促進私營機構、社會企業和慈善機構提供暫託服務

參考資料

- Abayneh, S., Lempp, H., Alem, A., Kohrt, B. A., Fekadu, A., & Hanlon, C. (2020). Developing a theory of change model of service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in primary health care in rural Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00383-6>
- Aldridge, J. & Becker, S. (1997) *Prevention and Intervention: Young Carers and Their Families*. Loughborough University, Leicestershire, UK.
- Alzheimer's Association. (n.d.). *Helpline*. <https://www.alz.org/help-support/resources/helpline>
- Alzheimer's Disease Association. (n.d.). *Caregivers corner*. <https://alz.org.sg/caregivers/>
- Andersson, K., & Kvist, E. (2015). The neoliberal turn and the marketization of care: The transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Women's Studies*, 22(3), 274-287.
- Arksey, H. (2002). Combining informal care and work: Supporting carers in the workplace. *Health & Social Care in the Community*, 10(3), 151–161.
- Audit Commission (2004). *Assistive technology*. http://www.wales.nhs.uk/documents/National20Report_FINAL.pdf
- Auer, S. R., Span, E., & Reisberg, B. (2015). Dementia service centres in Austria: A comprehensive support and early detection model for persons with dementia and their caregivers – Theoretical foundations and model description. *Dementia*, 14(4), 513–527. <https://doi.org/10.1177/1471301213502214>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. Academic Press, 1998).
- Barbic, S. P., Mayo, N. E., White, C. L., & Bartlett, S. J. (2014). Emotional vitality in family caregivers: Content validation of a theoretical framework. *Quality of Life Research*, 23(10), 2865–2872. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0718-4>
- Becker S. (2005) *Young Carers: Evidence and Messages from UK and Australian Research*. Paper presented at the Carers: The Next Generation, Adelaide, South Australia.
- Becker, F., & Becker, S. (2008). *Young adult carers in the UK: Experiences, needs and services for carers aged 16–24*. The Princess Royal Trust for Carers.

- Bittman, M. (2004). *Identifying isolated carers: Contacting carers with unmet needs for information and support*. Social Policy Research Centre, University of New South Wales.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Brown, D. (2014). *The caregiving years: Six stages to a meaningful journey* (7th ed.). CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. M. (2008). “Timing it right”: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counselling*, 70(3), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.020>
- Canadian Healthcare Association. (2012). *Respite care in Canada*. https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/PolicyDocs/2012/External/EN/Respite_Care_EN.pdf
- CARE College of Baptist Oi Kwan Social Service. (n.d.). *照顧者易達咭 Carer EPS*. <http://carecollege.bokss.org.hk/zh-hant/>
- Carers Australia (2002) *Young Carers Research Report: Final Report*. Department of Family and Community Services, Canberra, ACT, Australia.
- Census and Statistics Department. (2014). *Special topics report no. 62*. <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11301622014XXXXB0100.pdf>
- Census and Statistics Department. (2020). *Hong Kong population projections 2020-2069*.
- Census and Statistics Department. (n.d.). *Statistics – By subject*. https://www.censtatd.gov.hk/en/page_8000.html?titleId=menu_action4
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 221.
- Chan, C. H. (2018). *Needs of ethnic minority seniors & the service gaps*. http://www.socsc.hku.hk/mhf/icss/pdf/MsKarrieChan_Presentation.pdf
- Chan, W. C. H., Chan, C. L., & Suen, M. (2013). Validation of the Chinese version of the Modified Caregivers Strain Index among Hong Kong caregivers: An initiative of medical social workers. *Health & social work*, 38(4), 214-221.
- Cheung, K. S. L., Lau, B. H. P., Wong, P. W. C., Leung, A. Y. M., Lou, V. W., Chan, G. M. Y., & Schulz, R. (2015). Multicomponent intervention on enhancing dementia caregiver well-being and reducing behavioral problems among Hong Kong Chinese: A translational study based on REACH II. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(5), 460-469.

- Cheung, K. S. L., Lau, B. H. P., Wong, P. W. C., Leung, A. Y. M., Lou, V. W., Chan, G. M. Y., & Schulz, R. (2015). Multicomponent intervention on enhancing dementia caregiver well-being and reducing behavioral problems among Hong Kong Chinese: A translational study based on REACH II. *International journal of geriatric psychiatry*, *30*(5), 460-469.
- Chui, E. (2008). Ageing in place in Hong Kong—Challenges and opportunities in a capitalist Chinese city. *Ageing International*, *32*(3), 167–182. doi:10.1007/s12126-008-9015-2
- Chui, E. W. T. (2011). Long-term care policy in Hong Kong: Challenges and future directions. *Home Health Care Services Quarterly*, *30*(3), 119–132.
- CIPD. (2020, June). *A guide to becoming a carer-friendly workplace*. https://www.cipd.co.uk/Images/carers-friendly-workplace-guidance_tcm18-80345.pdf
- Clemmensen, T. H., Lauridsen, H., Andersen-Ranberg, K., & Kristensen, H. K. (2020). Informal carers' support needs when caring for a person with dementia – A scoping literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *11*. <https://doi.org/10.1111/scs.12898>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.
- Coon, D., & Evans, B. (2009). Empirically based treatments for family caregiver distress: What works and where do we go from here? *Geriatric Nursing*, *30*(6), 426–436. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.09.010>
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, *51*(2), 281–298.
- Dementia Support Australia. (n.d.). *Dementia Behavior Management Advisory Service (DBMAS)*. <https://dementia.com.au/services/dementia-behaviour-management-advisory-service-dbas>
- Department of Social Services. (2016). *Designing the new integrated carer support service: A draft service concept for the delivery of interventions to improve carer outcomes*. Australian Government.
- Dixley, A., Boughey, R., & Herrington, A. (2019). *Informal carers and employment: Summary report of a systematic review*. Department for Work and Pensions.
- 安老事務委員會(2017). *安老服務計劃方案*. https://www.elderlycommission.gov.hk/cn/About_Us/Formulating_ESPP.html
- Elif, K. O. C. A., Taşkapilioğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Caregiver burden in different stages of Alzheimer's disease. *Archives of Neuropsychiatry*, *54*(1), 82.

- Equal Opportunities Commission. (2020, June). *Panel on welfare services and panel on home affairs issues related to the language support services for ethnic minorities*. <https://www.legco.gov.hk/yr1920/english/panels/ws/papers/haws20200608cb2-1146-5-e.pdf>
- Gardiner, C., Taylor, B., Robinson, J., & Gott, M. (2019). Comparison of financial support for family caregivers of people at the end of life across six countries: a descriptive study. *Palliative medicine*, 33(9), 1189-1211.
- Garvey, J. M., Dalton, J. M., & Magny-Normilus, C. (2019). A conceptual-theoretical-empirical structure for the study of Alzheimer informal caregivers and home health care nursing services. *Home Health Care Management and Practice*, 31(4), 231–238. <https://doi.org/10.1177/1084822319844263>
- Halpenny, A.M. & Gilligan, R. (2004) *Caring Before Their Time? Research Perspectives on Young Carers*. National Children's Resource Centre, Dublin, Ireland.
- Harris, M., Diminic, S., Marshall, C., Stockings, E., & Degenhardt, L. (2015). Estimating service demand for respite care among informal carers of people with psychological disabilities in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(3), 284–292.
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Ireson, R., Sethi, B., & Williams, A. (2018). Availability of caregiver-friendly workplace policies (CFWPs): An international scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 6(1), e1–e14.
- Joint Committee on Social Work Manpower Requirements. (2019). *Social work manpower requirements system: Annual report 2019*. https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/296/en/SWMRS_Annual_Report_2019_Final.pdf
- Knies, A. K., Golla, H., Strupp, J., Galushko, M., Schipper, S., & Voltz, R. (2015). A palliative care hotline for multiple sclerosis: A pilot feasibility study. *Palliative and Supportive Care*, 13(4), 1071–1078. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001035>
- Knowles, S., Combs, R., Kirk, S., Griffiths, M., Patel, N., & Sanders, C. (2016). Hidden caring, hidden carers? Exploring the experience of carers for people with long-term conditions. *Health & Social Care in the Community*, 24(2), 203–213.
- Kwong, E. W. Y., & Kwan, A. Y. H. (2002). A review of private residential care in Hong Kong: Implications for policy and practice. *Journal of Aging & Social Policy*, 13(4), 73–89.

- Lam, C. M. (2005). Chinese construction of adolescent development outcome: Themes discerned in a qualitative study. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(2), 111-131.
- Lee, W. K. M., Kwok, H. K. (2005). Differences in expectations and patterns of informal support for older persons in Hong Kong: Modification to filial piety. *Ageing International*, 30(2), 188-206.
- Legislative Council Archives of Hong Kong Special Administrative Region, Panel on Welfare Services. (2019). *Support for carers of elderly persons and of persons with disabilities* (CB(2)810/18-19(01)).
- Legislative Council Secretariat Research Office Information Services, Hong Kong Special Administrative Region. (2020, November). *Support for carers* (ISSH05/20-21).
- Legislative Council Secretariat. (2017). Foreign domestic helpers and evolving care duties in Hong Kong. Retrieved from <http://www.legco.gov.hk/research-publications/english/1617rb04-foreign-domestic-helpers-and-evolving-care-duties-in-hong-kong-20170720-e.pdf>
- Legislative Council. (2020). *Application of gerontechnology in elderly care services (papers provided by the Administration) 1 June 2020*. <https://www.legco.gov.hk/yr19-20/english/panels/ltcp/papers/ltcp20200601cb2-1091-1-e.pdf>
- Leong, J., Madjar, I., & Fiveash, B. (2010). Needs of family carers of elderly people with dementia living in the community. *Australasian Journal on Ageing*, 20(3), 133–138. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2001.tb01775.x>
- Leung, A. Y. M., Kwan, C. W., Leung, I. S. M., & Chi, I. (2016). Inadequate health literacy and more hospitalisation among frail older adults in Hong Kong. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 11(1), 10–13.
- Leung, A. Y. M., Parial, L. L., Tolabing, M. C., Sim, T., Mo, P., Okan, O., & Dadaczynski, K. (2020). Sense of coherence mediates the relationship between digital health literacy and anxiety about the future in aging population during the COVID-19 pandemic: A path analysis. *Ageing & Mental Health*, 1–10.
- Leung, L. C. (2019). The challenges male carers face in Hong Kong: Implications for practice and policy. *Australian Social Work*, 1–13.
- Leung, V. W., Lam, C. M., & Liang, Y. (2020). Parents' expectations of familial elder care under the neoliberal Hong Kong society. *Journal of Family Issues*, 41(4), 437–459.
- Lewis, J., DiGiacomo, M., Lockett, T., Davidson, P., & Currow, D. (2013). A social capital framework for palliative care: Supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and

- networks. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(1), 92–103. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.283
- Lins, S., Hayder-Beichel, D., Rücker, G., Motschall, E., Antes, G., Meyer, G., & Langer, G. (2014). Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009126.pub2>
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., Romeo, R., & Cooper, C. (2014). START (STrAtegies for RelaTives) study: A pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of carers of people with dementia. *Health Technology Assessment*, 18(61), 1–242.
- Lou, V. (2019). Holistic carer support: A care management approach. 港島東醫院聯網醫社合作研討會(十四): 共享同建醫社合作-點. 線. 面.
- Lou, V. (2021). Caregiving. Retrieved 16 February 2022, from <https://www.caregiving.hku.hk/assessment>
- Lou, V. W. Q., & Lai, D. W. L. (2017). Financial impacts of family caregiving: An investigation of the moderating effects of workplace accommodative measures and domestic helpers: Final report. [https://www.pico.gov.hk/doc/en/research_report\(PDF\)/2015_A8_031_16A_Final_Report_Dr_Lou.pdf](https://www.pico.gov.hk/doc/en/research_report(PDF)/2015_A8_031_16A_Final_Report_Dr_Lou.pdf)
- Lou, V. W., Lau, B. H. P., & Cheung, K. S. L. (2015). Positive aspects of caregiving (PAC): Scale validation among Chinese dementia caregivers (CG). *Archives of gerontology and geriatrics*, 60(2), 299-306.
- Lüdecke, D., Mnich, E., & Kofahl, C. (2012). The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents: Results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9, 0–11. <https://doi.org/10.3205/psm000084>
- Marsden, R. (1995) *Young Carers and Education*. Borough of Enfield Education Department, London.
- McCabe, M., You, E., & Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *Gerontologist*, 56(5), e70–e88. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>
- McKibben, L., Brazil, K., Hudson, P., & McLaughlin, D. (2019). Informational needs of family caregivers of people with intellectual disability who require palliative care: A two-phase integrative review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(1), 4–18.
- Mittleman, M. (2005). Taking care of the caregivers. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 633–639.

- Moore, T., & McArthur, M. (2007). We're all in it together: Supporting young carers and their families in Australia. *Health and Social Care in the Community*, 15(6), 561–568.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.17226/23606>
- O'Connor, D. (2007). Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process. *Journal of Ageing Studies*, 21, 165–174.
- Oldenburg, R. (2013). The café as a third place. In *Café society* (pp. 7-21). Palgrave Macmillan.
- Parker, G., Arksey, H., & Harden, M. (2010). *Meta-review of international evidence on interventions to support carers*. Social Policy Research Unit (University of York).
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Phillipson, L., Jones, S. C. and Magee, C. (2014). A review of the factors associated with the non-use of respite services by carers of people with dementia: Implications for policy and practice. *Health & Social Care in the Community*, 22, 1–12.
- Policy Innovation and Co-ordination Office. (n.d.). *Public Policy Research Funding Scheme*. Policy Innovation and Co-ordination Office. <https://www.pico.gov.hk/en/PRFS/background.html>
- Public Policy Research Funding Scheme and Strategic Public Policy Research Funding Scheme Guidance Notes. (2020, May). http://app.ocga.ust.hk/resopp/upload/861/Guidance_Notes_5.2020.pdf
- 康復諮詢委員會 (2020). 殘疾人及康復計劃方案。
https://www.lwb.gov.hk/en/highlights/rpp/Final_RPP_Report_ENG.pdf
- Research Office, Legislative Council Secretariat. (2020). Policy support to carers in selected places. <https://www.legco.gov.hk/research-publications/chinese/1920rt07-policy-support-to-carers-in-selected-places-20200309-c.pdf>
- Robinson, A., Lea, E., Hemmings, L., Vosper, G., McCann, D., Weeding, F., & Rumble, R. (2012). Seeking respite: Issues around the use of day respite care for the carers of people with dementia. *Ageing and Society*, 32(2), 196–218. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000195>
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of gerontology*, 38(3), 344-348.

- Rose, M. S., Noelker, L. S., & Kagan, J. (2015). Improving policies for caregiver respite services. *Gerontologist*, 55(2), 302–308. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu120>
- Salfi, J., Ploeg, J., & Black, M. E. (2005). Seeking to understand telephone support for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 27(6), 701–721. <https://doi.org/10.1177/0193945905276882>
- Sau Po Centre on Ageing The University of Hong Kong, The Women’s Foundation, HSBC Life. (2019). *Eldercare Hong Kong: The projected societal cost of eldercare in Hong Kong 2018 to 2060*. <https://ageing.hku.hk/upload/file/the-cost-of-eldercare-report-english-8may-v5.pdf>
- Sau Po Centre on Ageing, The University of Hong Kong. (2017, September). *Consultancy study on Pilot Scheme on Living Allowance for Low-Income Carers of Persons with Disabilities and Pilot Scheme on Living Allowance for Carers of Elderly Persons from Low-Income Families*. Interim Report.
- Slaboda, J. C., Nelson, S. H., Agha, Z., & Norman, G. J. (2021). A national survey of caregiver’s own experiences and perceptions of U.S. health care system when addressing their health and caring for an older adult. *BMC Health Services Research*, 21(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06086-z>
- Social Welfare Department. (n.d.). *Pilot Scheme on Living Allowance for Low-Income Carers of Persons with Disabilities*. https://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_supportser/sub_PWD/.
- Soong, A., Au, S. T., Kyaw, B. M., Theng, Y. L., & Car, L. T. (2020). Information needs and information seeking behaviour of people with dementia and their non-professional caregivers: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–17.
- Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356–372. doi: 10.1093/geront/42.3.356
- Stirling, C., Andrews, S., Croft, T., Vickers, J., Turner, P., & Robinson, A. (2010). Measuring dementia carers’ unmet need for services: An exploratory mixed method study. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1–10.
- Stoltz, P., Uden, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119.
- Taiwan Association of Family Caregivers. (2017). 五階段家庭照顧者因應對策提升「長照戰備力」。 <https://www.familycare.org.tw/news/10863>
- Tang, J. Y. M., Ho, A. H. Y., Luo, H., Wong, G. H. Y., Lau, B. H. P., Lum, T. Y. S., & Cheung, K. S. L. (2016). Validating a Cantonese short version of the Zarit Burden

- Interview (CZBI-Short) for dementia caregivers. *Aging & mental health*, 20(9), 996-1001.
- UK Government. (2008). *Carers at the heart of 21st-century families and communities*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136492/carers_at_the_heart_of_21_century_families.pdf
- van Exel, J., Morée, M., Koopmanschap, M., Goedheijt, T., & Brouwer, W. (2006). Respite care: An explorative study of demand and use in Dutch informal caregivers. *Health Policy*, 78(2-3), 194–208. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.11.002
- van Riemsdijk, M. (2010). Neoliberal reforms in elder care in Norway: Roles of the state, Norwegian employers, and Polish nurses. *Geoforum*, 41(6), 930-939.
- Whittier, S., Scharlach, A., & Dal Santo, T. S. (2005). Availability of caregiver support services: Implications for implementation of the National Family Caregiver Support Program. *Journal of Aging & Social Policy*, 17(1), 45–62. https://doi.org/10.1300/J031v17n01_03
- Williams, L. A., Moeke-Maxwell, T., Wiles, J., Black, S., Trussardi, G., Kerse, N., & Gott, M. (2018). How family caregivers help older relatives navigate statutory services at the end of life: A descriptive qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(6), 1124–1132. <https://doi.org/10.1177/0269216318765853>
- Williamson, H., & Perkins, E. (2014). Family caregivers of adults with intellectual and developmental disabilities: Outcomes associated with U.S. services and supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(2), 147–159. doi: 10.1352/1934-9556-52.2.147
- Wong, D. F. K., Ng, T. K., & Zhuang, X. Y. (2019). Caregiving burden and psychological distress in Chinese spousal caregivers: gender difference in the moderating role of positive aspects of caregiving. *Aging & mental health*, 23(8), 976-983.
- World Health Organization. (2017). *Evidence profile: Caregiver support*. “Does respite care or psychosocial support produce any benefit or harm for family caregivers of care dependent older people?”. World Health Organization.
- Zhou, D. H. R., Hung, S. L., & Lo, T. L. T. (2020). Can we hit two birds with one stone: An effectiveness study of peer-support groups for low-income spousal and adult children caregivers of Hong Kong older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(3), 227–249.
- Zhou, D., Chiu, Y., Lo, T., Lo, W., Wong, S., & Luk, K. et al. (2020). Outside-in or inside-out? A randomized controlled trial of two empowerment approaches for family caregivers of people with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(9), 761–772. doi: 10.1080/01612840.2020.1734992

顧問團隊名單

香港理工大學顧問團隊

顧問團隊首席研究員

曾永康教授

殘疾人士研究組

康復治療科學系

曾永康教授 (組長)

彭耀宗教授

黎婉儀博士

鍾志強博士

長者研究組

護理學院世界衛生組織社區健康服務合作中心

梁綺雯教授 (組長)

白雪博士

張詩琪博士

梁燕萍博士

過培健博士

沈文偉博士

黎永亮教授 (榮譽顧問)