

# 精神復康老齡化 社區支援寡又難

陳琬蓉

香港人口患有一般精神疾病的比率為13.3%，即有約百萬人有不同種類的精神問題。隨着人口老化速度加劇，愈來愈多「夾心層」——步入老齡化的精神病康復者同時需要復康支援及長者服務，照顧他們額外需求的擔子則落在精神健康綜合社區中心（ICCMW，下稱精神健康中心）上。但這些中心原本設計是服務當區所有15歲或以上的康復者、懷疑精神病患者或家屬等，年齡跨度寬廣。每間中心的預設服務人口達33萬人，在如此定位之下，年長康復者的照顧需求為何難以滿足？應付康復者日漸增加的老齡化需求，在近年又如何成為營運精神健康中心的社福機構一道新考題？

55歲的張先生，三十年前因目睹至親意外身故，罹患精神分裂症，屬於嚴重精神病康復者。儘管他蓄着「醒神」的平頭，亦掩不住比同齡人明顯的老態。他外表與憨厚木訥的中老年人分別不大，但半生與病為鄰，令他的反應變得十分遲緩，失去大部份自理能力，亦甚少開口說話，靠太太寸步不離照顧起居。

「他現在是什麼都不會、什麼都不清楚。坐巴士、地鐵時，經常不自覺搖頭，在閘口拖沓好久才懂得要入閘，這時候其他人便會破口大罵『搞錯啊，望咩！』所以一定要時刻跟着他。」作為「跟得保姆」的張太，每天的生活圍着丈夫轉，張先生每朝醒來前下樓買菜的兩小時，以及間中做些工幫補家計，是她僅有的獨處時光。一旦離開張先生，張太太便很不放心：「即使外出前為他留了飯菜，他連微波爐都不太會用，怕電死，唯有吃麵包。咬麵包（當主餐）不可以，但不太好囉！」所以張先生出行時，太太必定如影隨形。張太形容，相熟街坊見到他倆都會打趣地說「又帶兒子去街了」。她說：「他這一輩子就是這樣了。幸好我們沒有小朋友。」旁邊的張先生只是靜靜地坐在太太旁，輕緩地「嗯」了一聲，恍如一個乖巧的大孩子。

這個「大孩子」的獨立能力還未來得及讓家人安心，便踏入了「衰老期」。除了精神分裂症之外，張先生約十年前確診早期認知障礙，出現記憶力衰退等徵兆，早期認知障礙症的平均發病年齡約六十歲。而那時張先生尚在四十多歲的壯年。最近五至六年，他的身體機能衰退症狀陸續浮現，例如有膝蓋痛、腰痛、睡眠窒息等問題，走着走着會突然乏力。

所以，張先生近年除了要定期到精神科覆診之外，還添上了骨科和呼吸系統科，多至張太也記不清：「好像還要看內科……你有無



康復者張先生因病而出現身體機能早衰，日常起居需要妻子照顧。



程志剛指出，處理高齡康復者個案的模式與處理青少年及其他成人不盡相同。

啊？」張先生只是一貫的掛着微笑機械式地搖頭，但這並非回答太太的問題，而是精神分裂症的症狀。百病纏身令張先生每日需要服逾十粒藥物，分藥的工作也需要張太代勞：「他看見藥就頭暈，向我說『每種藥都不一樣，要我怎麼分？你不幫我，我就全部倒入口。』」她沒好氣地說。

長期高密度的照顧，令張太在兩三年前亦確診患上抑鬱症，與丈夫輪流進出精神科門診。她的心願只是希望能在做替工的時候有社區照顧隊提供送飯服務，或者間中能將丈夫放在日間社區中心暫托，以獲得一些喘息空間。

像這樣的精神病康復者，身體機能往往較同齡人早衰，即使未屆長者年齡定義，已經需要同等的密集關顧。但他們不僅無法申請長者可使用的服務，即使符合年齡資格，多半亦會因為社會標籤、相處問題等，與一般安老服務格格不入。張先生便因為年齡限制，未能獲得

安全網照顧——因應體弱長者需要而提供的日間暫托、綜合家居照顧等服務，均需要通過安老服務統一評估機制編配，而門檻是受助人65歲或以上。

另一邊廂，現時針對中年精神病康復者的社區支援，多側重於就業範疇，並未切合張先生的需要。張先生以前擔任保安員，約在2006年經精神病發住院後便無業至今。張太形容，即使現在要在張先生到底護工場工作亦不易，遑論重投社會的一般就業：「庇護工場的主要工作是入信封、入筷子，要求動作要快，但他慢得連一分鐘也放不了一次（湯匙），要想好久，自然又會被人嫌棄了。」

雖然張氏夫婦約兩年前經轉介後成為當區精神健康中心的會員，但經歷亦令他們不太愉快。張太憶述，當時中心的小組活動主要是針對所有年齡層的社交活動，甚少接觸外界的張先生不甚適應。加上後來張先生身體愈來愈差，變得更加少出門，所以當時負責張先生的精神健康中心主任便答允張太，約兩三個月內上門家訪跟進張先生情況。但後來張太聽聞社工工作繁重，連監管局的個案經理亦難以聯絡上，外展探訪便不了了之：「最記得是（社工）答應了過年來探他（張先生），因為我們沒有朋友便十分期待。誰料現在連端午節都過了，還是一個電話都沒有。」張太說起還有些忿忿：「當刻覺得自己就像野草，沒有人關心。」

「好像社會都沒有想到，這些精神病患一旦變老之後要怎麼辦……」想到張先生以後的社區照顧問題，身體情況同樣欠佳的張太也感

到迷惘：「將來不可能將他放在長者中心的，他們都是精神正常的老家人，他不會合得來。」

ICCMW如果依舊是這樣（不重視老齡化康復者需求），更加不會去。」她也不自覺灰心：「難道要將他放回醫院去？」聽到「醫院」兩個字，全程訪問「耷着頭」的張先生即反射式地抬高頭，眼神一貫滿是迷惘。

**老齡化需求浮面  
社會欠正式討論**

張先生的情況或多或少反映了現時在社區的老齡化精神病康復者面臨的困局。而中老年及長者康復者的社區照顧支援需求，未來只會日益龐大。根據政府統計處統計醫管局精神科專科門診就診人次的年齡分布，十五年間精神科的就診人次上升了近1.7倍，而中老年（50至64歲）及長者（65歲或以上）的就診人次比例穩定增加，其中又以中老年的比例增長較明顯，由2001年的近20%，攀升至2016年逾30%。（見表一）

吳柱剛稱，為老齡化精神病康復者提供服務需投入更多心機，但同時亦造就成人需求的拉扯。



醫管局精神科專科門診病人分布(表一)

	50-64歲	60歲以上	總人次
2016	259,417 30.66%	169,697 20.06%	總人次 845,997
2011	221,686 29.56%	138,481 18.47%	總人次 749,874
2006	144,175 23.65%	116,780 19.16%	總人次 609,601
2001	98,954 19.63%	99,083 19.65%	總人次 504,118

資料來源：政府統計處

可以預視，這群中老年人在未來將會逐步過渡成為長者，而對比青壯長者，年老康復者所需要的不僅是主流的安老服務，而且還要更多精神復康的心理支援。此外，老齡化康復者除了會更早出現不同程度的身體問題外，相較成年康復者，他們可能會因為不良於行、或與社區聯繫薄弱，接觸社區時更為被動；當中更有一部份或會成為隱蔽康復者。

所以相對而言，老齡化康復者所需要的，是更多個案式的社區照顧及外展服務。現時除了醫管局針對嚴重精神病患者推出的「個案復康支援計劃」外，其餘在社區層面處理不同輕重程度的復康需求，主要落在各區的精神健康中心上。而在2010年開始運作、本來設計是為了處理全方位、不同年齡層精神復康社區支援的精神健康中心，近年也悄悄捲起了「高齡浪潮」。

根據香港復康聯會向各精神健康中心收集的資料，相比2011至2012年中心成立初期，在2015至2016年，中心不僅平均會員人數有明顯增長，而且中老年、長者的增幅更為顯著。尤其是60歲及以上的平均會員增幅更是破百（見表二）。若以上述數字簡單計算，在四年前，各精神健康中心的會員分布之中，已經平均有四成多是屬於老齡化人士，甚至長者。《香港01》整理了三間、共營運十二間精神健康中心的非政府機構在2018年至2019年的會員人數，發現會員的老齡化趨勢，已經進一步加劇到過半，甚至接近六成。（見表三）

儘管本港老齡化議題近年受到甚高關注度，但對精神病康復者老齡化問題，社會的相應討論仍是相當匱乏。對於中年精神病康復者，討論主要集中在就業層面；而踏入長者階段的康復者，則被簡單歸類到主流安老服務之中，明顯有欠周全。即使由政府成立、食物及衛生局局長擔任主席的精神健康檢討委員會，



年長的精神病康復者，除一般安老服務外，還需要更多社區照顧及外展服務。

在2017年發表了200多頁的《精神健康檢討報告》，在長者範疇的建議及落實措施亦是針對一般長者的認知障礙症範疇，並在長者地區中落實先導計劃。對於成人精神健康的服務檢討，則仍僅限於就業支援及側重在醫管局提供的服務上，針對精神健康中心的角色着墨不多，遑論討論在社區內處理康復者老齡化所衍生的額外需求。

從上述案例及一系列數字可以見到，人口老化將為精神復康服務帶來不可忽視的額外需求。但這項近年愈發明顯的新挑戰牽涉的服務需要，卻不盡在精神健康中心的最初設計內。那麼，營運這些中心的社福機構及中心團隊，又如何被「趕鴨子上架」？中心又有哪些局限？

#### 處理老齡化會員 需人力更需心力

香港心理衛生會現時營運三間精神健康中心，會員有近六成是中老年，當中三成已經是長者。該會助理總幹事程志剛坦言，沒想過會員老齡化比例增多是「需要這麼多的投入」，因為定位與慣常處理青少年及成人的服務模式不同，團隊的工作範圍亦開始有所轉變：「青少年針對的會是個人發展、社交自信；成年人則主要是就業、家庭問題，這些主要會偏向以小組處理。但相對老齡化、甚至長者康復者便需要更多的個別照顧。」

程志剛舉例，團隊人手除了要為老齡化康復者處理情緒支援外，更多時候還需同步兼顧他們的精神科服藥問題，甚至生活亦需要更多個別陪伴。這一部份對於團隊社工來說，不僅需要比青少年及成年的服務使用者更耗費時間，處理時也更吃力：「社工除了基本家訪以外，有時候還需要幫他們上門執藥數藥、管理健康問題，這些已超出社工專業知識；而且還要單獨陪他們去精神科複診，是『也都要做』。處理青少年及成年康復個案時比較少這類需要。」

加了近一倍，但同事仍然疲於奔命。」

同樣的情況出現在營運兩間精神健康中心的香港善導會。該會負責精神健康及兒童服務的高級經理吳柱剛解釋，精神健康中心普遍有地點偏僻的問題，較被動的老齡化康復者易因距離中心遠而不使用社康服務。社工唯有「抵得誇嚟」增加外展家訪次數：「我們新界西的ICCMW，本來服務元朗區居民，但中心地點卻在天水圍最北面，會員跨區來一次（耗時）要九個字。」他無奈一笑：「這些康復者很多時都有雙老或獨居的情況，有時看到兩個康復者都是七老八十，長途跋涉過來，連我們也不忍心，只好改為上門探訪。」

團隊疲於奔命，不僅體現在需要密集地為老齡化康復者提供家訪，更吃力的是需要為他們「度身訂造」服務。吳柱剛說：「他們相對被動、隱藏的特點，不能單靠帶來中心或一兩次家訪便當大功告成。」他從服務經驗中觀察到，這群老齡化康復者不時要顛覆以往「中心開小组」和「單對單支援」的二元概念，才能確保他們與社區的復康服務緊密扣連。

吳柱剛以幫康復者慶生為例，一般情況下會在中心舉行生日會，讓會員透過聯誼維持良好的社交。但對於不良於行，或有隱藏傾向的老齡化康復者，便不能照辦煮碗；「只是打開大門他們不會主動來。但如果單對單家訪為他們慶生，也協助他們保持與社區的聯繫。所以這個時候便要發揮創意——動員其他會員一同上門為這個康復者搞生日會！中間所調動的資源、人力要多很多。」

他又舉例指，中心有社工曾試過上門家訪六次以上，才能與一名有自殺傾向、隱藏的高齡康復者建立關係。社工經了解後得知對方擅長製作紙黏土模型，便安排她「開班授徒」，讓她可以變相融入中心服務：「可以說我們工作的效用是不亞於一顆抗抑鬱藥。但是這麼多的工序，無可避免出現了人手拉扯的情況。」

兩間營運精神健康中心的機構均表示老齡化康復者在中心的比例增多，最顯著的影響便是他們需要更多個別具針對性的支援，但在現時普遍的中心人手編制下開始出現瓶頸。而2017/18年度，社會福利署額外增撥約3,200萬元全年開支，在全港精神健康中心內增聘24名社工及72名福利工作員，以應付不同年齡層對中心康復服務的需求。在應付日漸增大

精神健康綜合社區中心  
中老年會員平均數目(每間) (表二)

資料來源：香港社會服務處

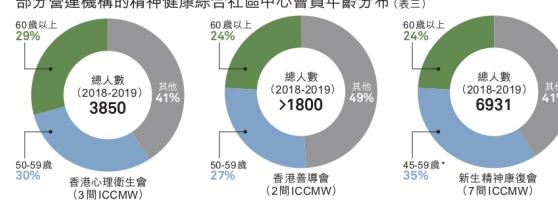
程志剛指，老齡化康復者隨着年紀漸長，加上依賴性強，生活上的需求偏向在中心一站式解決，例如多重專科覆診、配助聽器等。但在精神健康中心，專責精神科的社工人手有限難以全面兼顧他們的需求。程志剛指出，旗下的中心每名社工平均跟進個案比例達1：70，遠高於同期醫管局個案經理的1：40至1：50的水平。人手不足下，唯有向外求助：「有時中心會動員內義工陪伴這些老齡化康復者覆診或處理生活所需，但這不是長遠之計。始終義工是為了參加活動而不是擔保健員，處理老齡化需求總不能經常依賴外援。」

精神健康中心處理老齡化康復者的負擔日益沉重，那麼，是否可以分流一些年齡合資格的長者康復者使用地區的長者服務？程志剛苦笑說這是知易行難：「會員覺得沒有同路人便不會去。他們怎會貿然告訴其他長者自己在看精神科？」

其次，長者中心的社工沒有精神科的相應訓練，亦難以輕易處理：「他們不至於歧視，但一旦長者康復者精神病復發時，他們不懂應對；加上若有長者康復者加入，又要同步處理其他長者的顧慮。」所以長者康復者更多傾向留在精神健康中心，令到中心需要增撥更多資源時間處理他們的需求。

程志剛說：「雖然由2010年開始到現在，政府每年都增加資助，我們團隊人手至今也增

部分營運機構的精神健康綜合社區中心會員年齡分布(表三)



\* 新生會中年會員人數以45-59歲

的老齡化康復者需求上，增加社工人數是否就是一帖最佳良方？

### 增專職醫療不容緩 身心健康同須兼顧

這兩間在應付老齡化康復者都出現分身不暇情況的精神健康中心營運機械，它們的負責人均指出，要對症下藥，應在中心的編制中增加物理治療師及普通科護士名額，才能真正紓緩老齡化會員增加的健康及機能衰退需求。

現行編制下，中心內的專職醫療人員只有專責職能評估及家居環境改裝的職業治療師，以及負責精神健康的精神科護士（見表四），

### 精神健康綜合社區中心團隊標準規模 (截至2018年3月) (表四)

職位	人手數量
社會工作主任	1
助理社會工作主任	7.827
社會工作助理	9.2
精神科註冊護士	2
二級職業治療師	1
職業治療助理員	2
福利工作員	5
文書助理	1
二級工人	1

資料來源：立法會財務委員會

並非專責身體機能問題。而且現時多數中心內仍僅只編配一名職業治療師及一名精神科護士。但正如上述所說，當康復者傾向在中心內一站式解決大部份的生活所需時，職業治療師和精神科護士便變相要兼顧並非他們所長的護理需求。

「一些初步和簡單的健康護理教育還可以由精神科護士或社工輪流兼任，但再深入一點的便會受限制，例如教康復者打『糖尿病針』，便不是精神科護士所精通，社工也不是同樣能辦。」程志剛指出，老齡化康復者現時從中心衍生的額外健康需求尚可應付，但長遠也會對中心服務構成負擔，不能忽視：「現在每間ICCMW平均1,000宗個案中，過半都屬中老年，不可能叫精神科護士獨力承擔，他們還有青少年和成年復康服務要跟進。」需要增加物理治療師的原理也一樣：「老年康復者往往伴隨着痛症、年老退化、創傷後處理，也不是全部可以由職業治療師兼任處理。」

吳柱剛則從着手接觸老齡化康復者的角度，認為增加專職醫療人員種類，有助從多方面拓展復康個案。他說：「老齡化康復者不時會談論情緒問題為身體問題，例如說自己『呢度痛嗰度痛』，如果由社工點明是精神病問題，康復者會抗拒進一步接觸（服務）。」若有護士或醫療人員一起從身體健康方面介入，



黃宗保希望，政府檢討精神病康復服務時，針對康復者老齡化作相應部署。

有助讓康復者「較易入口」：「由護士以身體狀況作切入點，然後再由社工慢慢引導到情緒問題，加以開導，才會事倍功半。」

帖下有七間精神健康中心的新生精神康復會（下稱新生會），早在2014年調查中心800多名中老年康復者的健康狀況，當時發現他們「三高」的發病比例，較一般同齡人高兩到五倍，跌倒風險亦較高；擁有較多會員的新生會，則難以讓社工或專職醫療人員逐個跟進康復者的老齡化健康需求。直至前兩年該會獲慈善機構資助，以先導計劃組成十人團隊，專責處理老齡化康復者的健康問題，至今服務了近1,200人。

該會專業服務經理（社區服務）黃宗保稱，現有資源下，根本難以兼顧康復者的老齡化需

求，唯有依賴額外撥款才能妥善處理。而及早介入他們的健康需求，也是精神健康中心未來的重要議題：「以殘疾人士的預期壽命推算，其實康復者的老齡需求比一般長者推前了十多二十年，不能等到他們60歲才開始介入。處理好他們的身體健康，同時也有助改善康復者的精神健康問題，二者不能獨立看待。」

介入康復者的老齡化需求，除了要增加專項人手外，硬件配套亦需要調整。黃宗保指出，預防康復者身體機能衰退，需要一系列的器械支援。他說：「隨着年長康復者的需求增多，應該是要有類似長者中心的器材房讓他們拉手腳腳。但ICCMW的原始設計是一個個的諮詢室，沒有預留空間放這些器材。」加上每間精神健康中心面積各異，只能在較大的中心放置這些健身器械，小型中心只能添置簡單的量高磅重器具。

處理康復者的老齡化需求可謂一關三大，隨着年長精神病康復者數量愈趨增加，全港精神健康中心未來亦不能迴避相關的復康服務。黃宗保期望，政府在長遠規劃內應加入對精神病康復者老齡化的相應部署：「現在正在檢討《康復計劃方案》，希望本港未來在討論殘疾人士老齡化時，不單止討論智障人士老齡化的問題。始終（精神病康復者的老齡化）需求只會有增無減。」

## 中心康復服務規劃如何邁步

現時本港殘疾人士的服務需要規劃，會統一在《香港康復計劃方案》（下稱方案）中制定未來服務方向。除了規劃精神病需要以外，方案還會涵蓋過度活躍症、智障、肢體傷殘、器官殘障等共十個殘疾類別，範圍廣闊。繼上一次於2007年檢討及更新方案後，政府在2017年委託康復諮詢委員會規劃新方案，現時則在方案的「制定建議」階段，預計今年年底遞交報告，為未來十年的康復服務定下方向。

探討精神病康復者老齡化的問題核心，牽涉到精神健康中心的角色、人手及服務。適逢在是次方案的「精神健康」主題中，提及需要檢視中心的定位、對象、以及其他界別單位的互相合作。趁方案檢討之機，精神健康中心除了需要增加專職醫療人手外，長遠還需要怎樣的規劃，才能應付未來日漸龐大的精神復康服務需求？

現時精神健康中心的服務範圍不僅涵蓋當區精神病康復者，還需要跟進懷疑有健康問題的人士，服務量龐大。加上中心團隊處理個案的人手是按需求彈性分配，人手緊拙下，便只能首先跟進社區有潛在風險的懷疑個案，以及經醫管局個案經理轉介、重症離院的精神病康復者。如此一來，另一批相對穩定及隱蔽的中老年康復者便因為耗時長而成為漏網之魚，例



阮淑茵期望長遠可為精神病康復者的社區支援轉介，建立跨部門的評估機制。

如像前文開首所談及的張先生一樣。

香港社會服務聯會總主任（復康服務）郭俊泉表示，復康服務處理穩定個案與離院個案的手法是相當不同，其實需要專門人手針對不同類型的個案。但是現在卻因為人手不足，在事有緩急輕重之下，難免顧此失彼：「現在就像『全能足球』一般，要不就是全部人衝去當前鋒，要不就是全部當後衛。」

他指出即使政府在中心團隊上「年年加人手」，但當區需求永遠求過於供。未來在檢討中心團隊編制時，除了檢視人手數目外，他建議將日後團隊的社工大致分為三個小隊，分別專責懷疑個案、離院康復者及中老年穩定個

案，長遠才能聚焦應付各自的服務需求。

### 應建立統一轉介橋樑

現為政府精神健康諮詢委員會成員的香港社區組織協會社區幹事阮淑茵，也從接觸個案中發現精神健康中心與其他地區服務單位的轉介並無清晰界定，標準不一：「現在會出現幾種情況，例如個案去到特定年齡有個別需求，ICCMW（精神健康中心）覺得應該要由地區的長者中心負責；但有些長者中心只要個案有精神問題、不理程度還轉介到ICCMW。」

銜接紊亂的不只是長者服務：「試過一些綜合家庭服務中心發現正在處理的個案有家庭成員是精神病康復者，便會把整個家庭個案轉介到ICCMW。」阮淑茵指出，這樣個案便如人球般被「踢來踢去」，降低他們的求助意欲：「他們第一次求助失敗後，便很少會再主動出來，日後便需要花費更多的人力物力（跟進）。」

現時業界有先導計劃，嘗試讓部份長者中心與精神健康中心使用同一個轉介評估工具，讓兩類中心按統一準則轉介個案。阮淑茵認同先導計劃理念，但她認為，設立一個跨單位的統一評估機制，才是長遠之計。「還記得幾年前醫管局和社會福利署有一個建議，設立統一機制，為康復者劃分程度，按程度分別將他們分流到社康護士、醫務社工、ICCMW、長者中心，甚至家庭中心。」阮淑茵認為，這樣才

能真正讓康復者融入社區，「但文件面世後，因為操作問題而沒有具體落實，頗為可惜。」

所以退而求其次，她以長者中心的訓練為例，建議除了提供常見的認知障礙培訓以外，還可以進一步向長者社工提供處理長者抑鬱的初步培訓，以應付症狀相對輕微的長者康復者的情緒需求。「有時候康復者的需要其實是比較淺層，其實長者社工是可以應付。但他們很多時是『有心但唔識做』，這些問題在現行培訓資源下，只要On-top增加多點便可以，相對不是難事。」

### 跳出「1比33萬」規劃魔咒

不過，郭俊泉及阮淑茵均分別表示，當局應趁方案檢討之機，在長遠規劃精神健康中心的服務發展時，必須改為以每區公立醫院精神科就診及覆診的人口分布及地區人口特徵，才能最準確地調整服務隊伍的規模，而非硬性以一間中心處理33萬人口為調整資源、人手編制的準則。「因為方案是確立未來十年復康服務的方向，在規劃時其實必須根據精神病患者數字的趨勢，再推後十年，才能減少推算服務需求的落差。」郭俊泉道。阮淑茵則指出每區居民需要精神健康中心的程度，或會因為地區特徵而有所不同，難以一概而論：「例如深水埗的新屋邨重建落成，中心需求一定會更為明顯。地區人口不時有變化，如果只是按最初ICCMW成立時的人口評估需求，其實一定吃不消。」◎