

從相關利益者視角探討澳門長期照顧政策

陳慧丹*、陳建新**

前言

人口老化是全球必須應對的問題，亦成為了各個國家或地區重要的政策議題。人們在年輕時努力為社會作出貢獻，當他們邁入老年時，政府及社會有責任向他們提供適切的長期照顧服務，讓他們“老有所養”、“老有所依”，這個理念已經逐漸成為各地長期照顧政策的共同目標。澳門同樣面對著人口老化問題，澳門特區政府以及民間社團投入的力度不落後於任何一個國家或地區，近年不斷完善長者長期照顧服務及其政策發展，然而，仍然有不少社團、學者和市民指出，現時長期照顧服務不足夠，如各項服務的名額不足、安老院舍的輪候時間太長，以及家居式及社區式服務發展未如理想等，長期照顧政策存有改善空間。

近年，先進國家引入照顧管理模式（Care Management Model）、現金加服務諮詢模式（Cash and Counseling Model）以及病例組合模式（Case-mix Model）到長期照顧中，讓長者可繼續留在社區中安享晚年，並取得不錯成效。先進國家的經驗對澳門有借鑒意義，本文嘗試透過長期照顧政策相關利益者的角度，探索這些模式的可行性，及可能遇到的問題，為澳門長者長期照顧政策作出一點力量。

一、澳門人口老化的挑戰

根據聯合國的定義，如一個社會的老年人口佔總體人口比例達到7%，該社會可被視為老齡化社會。在澳門，早在2003年老年人口佔總

* 澳門理工學院一國兩制研究中心助理研究員，澳門社會保障學會監事。

** 澳門大學政府與行政學系助理教授，澳門社會保障學會理事長。

人口的比例為7.5%，已達到聯合國規定的老齡化社會標準，但2008年老年人口佔總人口的比例為7.2%，這是由於澳門近年經濟發展需要大量外地勞工，致使老年人口比例稍有回落，實際上老年人人數每年在增加¹，老化指數也由2003年的39.8升至2008年的56.2²，並預計2031年升至156。³

同時，在未來5-10年間，澳門老齡化問題將因生於1950-1960年代人士年屆65歲而日趨嚴重。澳門在70年代末、80年代初經歷了移民潮，造成當時大量中國人口特別是正值青年（15-29歲）的這批人士從內地湧入澳門，並以澳門作為其容身之所並安定下來，造成人口迅速增加。⁴現時這批人士的數量在澳門人口金字塔中尤顯突出，因此這個歷史事件將使澳門老齡化問題日趨嚴重。從統計局的數據顯示，老年人口將由2011年的7%升至2021年的12%，2031年更達到約19%的水平。⁵除了老年人口快速增加的趨勢外，人口預期壽命延長更加重老齡化問題的嚴重性。長壽老人的人數亦比以往快速增加，80歲或以上的耆老（Old-old）人口佔總人口的比例由2006年的約1.8%增至2031年的約3.9%。除了人口高齡化外，還出現高齡女性化的趨向，2006年36,000名65歲以上的長者中，女性佔55.8%，而在約8,700名80歲以上的長者中，女性更佔66.2%，而且當中有七成以上女性的老伴已經過世。⁶這些高齡女性將獨自面對孤獨，及缺乏個人照顧的能力，是亟需向她們及其家人提供長期照顧的援助。

1. 統計暨普查局：《澳門人口預測2007-2031》，載於http://www.dsec.gov.mo/getAttachment/fe8bcba5-2ee7-4c33-b70d-461ec9b8f41b/C_PPRM_PUB_2007_Y.aspx，2010年4月18日。

2. 同上註。

3. 統計暨普查局：《澳門人口估計》（2008年），載於：http://www.dsec.gov.mo/getAttachment/845ce977-515a-48fb-b9d4-3675ee57e207/C_POP_FR_2008_Y.aspx，2010年4月18日。

4. 梁啟賢：“澳門社會福利政策的變遷：一個歷史的回顧”，載於《澳門2004》澳門基金會，2004年。

5. 同註1。

6. 澳門統計暨普查局：《2006年中期人口普查總體結果》，載於澳門統計暨普查局網站：<http://www.dsec.gov.mo>，2010年4月18日。

隨著人口老齡化，日常生活能力、功能性日常生活能力、慢性疾病和功能缺損將會成為需要長期照顧的主要因素，長期照顧缺損人數將由2006年2,812人成長至2026年的6,840人⁷，長期照顧人口增加將造成服務需求的大幅上升⁸，將為長期照顧體系的量與質帶來不可低估的衝擊。同時，政府需因應家庭結構核心化、孝道觀念弱化、女性投身職場以及旅遊娛樂業輪班工作特性等社會經濟變化，調整並規劃更符合市民需要的長期照顧政策。

二、長期照顧的內涵

根據世界衛生組織（2002）的定義，長期照顧主要是由正規服務（formal care）及非正規服務（informal care）組成的持續照顧體系。前者由專業照顧人員（如衛生、社會範疇專業人員等）提供之服務，後者則由非專業照顧人士（如家人、朋友、義工等）提供之服務，為缺乏自理能力的人提供支援，包括個人服務（如洗澡）、家務工作（如煮飯、清潔等）、生活管理（如購物、理財等）、技術支援（如輔助工具、平安鐘等），及家居環境改造，同時提倡提高醫療服務的可近性，以緩和他們的缺損程度，讓他們享有最高的生活品質，並能保持個人自主性和獨立性，維護他們的尊嚴，而這些服務可以在機構中、社區中或家居中提供。⁹

三、長期照顧的相關政策趨勢

長期照顧的一個重要概念以及政策目標是“原居安老”（ageing in place），此概念的提出是為了避免長者可能因離開居住地或長居於

7. 《澳門特別行政區長期照顧服務使用者健康狀況研究》，載於社會工作局網站：<http://www.ias.gov.mo/stat/di/2009/cv.pdf>，2010年4月18日。

8. 吳淑瓊、江東亮：《台灣地區長期照顧的問題與對策》，載於《中華衛誌》第14卷，第3期，1995年，第246-254頁；Lam, S.K. (1997). *The Health of the Elderly in Hong Kong*. Hong Kong: Hong Kong University; Leung, A.C.T., Yau, D.C.N., Liu, C.P., Yeoh, C.S., et al. (2004). Reducing Utilization of Hospital Services by Case Management: a Randomized Controlled Trial. *Australian Health Review* 28(1): 79-86.

9. World Health Organization. (2002). Lessons for Long-term Care Policy, available at its website: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf, 18/04/2010.

老人院舍，導致他們失去其原有社會網絡（social network），得必須重新建立社交圈子及適應新環境而引起的各種心理問題（如壓力、孤獨感、失落感等）。¹⁰ 這個目標需要透過家庭、社會及政府共同合作讓長者能夠在熟悉的社區舒適生活¹¹，避免過早院舍化（pre-mature institutionalization）。¹² 因此，先進地區發展出不同的照顧模式，如照顧管理模式、現金加服務諮詢模式、病例組合模式等作為達到此一目標的政策措施，先進國家的經驗實有參考斟酌的意義。¹³

（一）照顧管理模式

長者長期照顧服務分散及缺乏連貫性的情況相當普遍¹⁴，以致出現資源未被充分利用的現象，從而影響“原居安老”這個政策目標的實踐，一些先進國家或地區已將社區式和家居式服務發展至照顧管理模式。¹⁵ 其運作是一個循環過程，主要經過個案發現、評估、照顧計

-
10. Chapin, R. & Dobbs-Kepper, D. (2001). Aging in Place in Assisted Living: Philosophy versus Policy. *The Gerontologist* 41(1): 43-50.
 11. Mitty, E. & Flores, S. (2008). Aging in Place and Negotiated Risk Agreements. *Geriatric Nursing* 29(2): 94-101; 陳建新、陳慧丹、區耀榮、齊鈺：《澳門長者長期照顧政策》，載於《澳門經濟社會發展報告（2008-2009）》，北京，社會科學文獻出版社，2009年，第189-203頁。
 12. Chen, C.F. (2005). The Long-term Care Policies in Germany, Japan and Canada: a Lesson for Taiwan. *Taiwanese Journal of Social Welfare* 5(1):49-69.
 13. 齊鈺：《亞洲華人社區的老人人口和老年學研究工作的探討》，載於齊鈺主編：《華裔老人問題研究》，香港：漢川中國專業管理中心，1999年。
 14. Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M., et al. (2003). Choosing Overall LTC Strategies: a Conceptual Framework for Policy, in World Health Organization. (2003). Key Policy Issues in Long-term Care, available at its website:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562250.pdf>, 20/10/2008.
 15. Hughes, S.L., Finkel, S., Harter, K., Fulton, B., Edeleman, P. & Waters, T. (2003). Evaluation of Managed Community Care Demonstration Project. *Journal of Aging and Health* 15(1):246-268; Murashima, S. & Asahara, K. (2003). The Effectiveness of the Around-the-clock in-home Care System: Did It Prevent the Institutionalization of Frail Elderly?. *Public Health Nursing* 20(1):13-24; Weiner, K., Hughes, J., Challis, D. & Pedersen, I. (2003). Integrating Health and Social Care at the Micro Level: Health Care Professionals as Care Mangers for Older People. *Social Policy & Administration* 37(5):498-515.

劃、執行照顧方案、管理照顧服務以及回顧的步驟。¹⁶ 而整合政府部門和非政府部門服務資源和強調跨部門和跨專業團隊合作是照顧管理模式的後盾，持續性照顧以及提供適切的服務是它的目標。¹⁷ 照顧管理模式被視為可達到滿足長者多樣性需求、整合照顧資源、提供更具成本效益的照顧服務等目標的其中一種方法。¹⁸

（二）現金加服務諮詢模式

90年代中期歐洲地區（如荷蘭、德國等）開始引入現金加服務諮詢模式。它運用了顧客導向（consumer-directed）的理念，提倡最大化服務接受者的自主權，相信他們能按自己的需要，替自己或指示其家人或朋友按其意願選擇最合適的照顧計劃。這個模式的特點是政府每月向服務接受者發放只限於購買長期照顧服務的津貼或者現金卷，同時為服務接受者及其家人提供相關服務諮詢，如幫助購買需要的服務和商品，及聘請非正規照顧員等資訊。¹⁹ 一些學者指出這模式增加了“原居安老”實行的可能性。²⁰

（三）病例組合模式

在完善服務模式的同時，資源分配模式也是相當重要的層面，政府可藉此引導資源鼓勵社區照顧服務的發展。由於不同長者有不同的

-
16. Challis, D. (1994). Case Management: a Review of UK Developments and Issues, in M. Titterton (ed.), *Caring for People in the Community: The New Welfare*, London: Jessica, Kingsley; Challis, D., Stewart, K., Donnelly, M., Weiner, K., & Hughes, J. (2006). Care Management for Older People: Does Integration Make a Difference?. *Journal of Interprofessional Care* 20(4):335-348; Nakatani, H. & Shimanouchi, S. (2004). Factors in Care Management Affecting Client Outcomes in Home Care. *Nursing and Health Sciences* 6:239-246.
17. 黃源協：《長期照顧管理中心的團隊運作》，載於《長期照顧雜誌》第11卷，第1期，2007年，第20-26頁。
18. Hospital Authority Hong Kong. (1995). *Case Management Pilot Scheme in Community Nursing Service: Proposal Paper*. Hong Kong: Hospital Authority.
19. Tilly, J., Wiener, J.M. & Cuellar E. (2000). Consumer-directed Home- and Community-based Services Programs in Five Countries: Policy Issues for Older People and Government. *Generations* 24(3):74-83.
20. Gibson, M.J., G, S.R. & Pandya, S.M. (2003). *Long-term Care in Developed Nations: a Brief Overview*, Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute PPI Issue Paper #2003-13.

需要，而不同長者所需服務的成本亦有較大的差距，故資源分配必須反映不同需要的資源耗用，並根據實際照顧結果，調整相應的服務成本，不少地區運用此模式幫助政府制定服務撥款標準。資源利用組群是常被用作病例組合的方法之一，如美國根據服務接受者的日常資源使用情況，分為7個主要的病例組群，每個組群亦會按日常活動能力的分數來細分各個次組群，第一組群的資源使用量最大，最後一個組群則最小。病例組合系統的另一個重要應用是分配人力資源，如人員類型和照顧所需的時間，確認長者及其與照顧人員數量的比例等。²¹

四、研究方法

（一）確定長期照顧政策的相關利益者

政策規劃是一個集體的、互動的過程，一般涉及政府機關、立法機關、利益團體、研究機構及個人的參與。²²而政府機關、立法機關、利益團體、研究機構及個人將根據其目的和立場成為發動者或參與者，而且問題涉及的範圍越廣，規劃的介入者就越多。本文的訪談對象為主要來自社工局、關注長者長期照顧服務發展的立法會議員、長者服務機構人員（社工及護士）、長者事務委員會成員及澳門老年

-
21. Bostick, J.E., Rantz, M.J., Flesner, M.K. & Riggs, C.J. (2006). Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc* 7:366-376; Dellefield, M. E. (2006). Using the Resource Utilization Groups (RUG-III) System as a Staffing Tool in Nursing Homes. *Geriatric Nursing* 27:160-165; Mor, V. (2007). Defining and Measuring Quality Outcomes in Long-term Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 8:129-137; Mueller, C. (2000). A framework for Nurse Staffing in Long-term Care Facilities. *Geriatric Nursing* 21:262-267；區耀榮、陳建新、陳慧丹、齊鈺：《從供應面看澳門長者服務發展》，載於《澳門研究》，第48期，2008年，第135-139頁。
22. 林水波、張世賢：《公共政策》，台灣，五南圖書出版股份有限公司，2006年；Anderson, J.E. (2006). *Public Policy Making (6th Edition)*, United State: Houghton Mifflin; Sidney, M.S. (2007), Policy Formulation: Design and Tools, in Fischer, F., Miller, G.J., & Sidney, M.S. (2007). *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*, United State: CSR Press 79-87.

學會中的相關人士。考慮到訪問內容涉及長期照顧政策宏觀層面以及需要熟悉政策內容的人士提供資訊，此次訪問的相關利益者中沒有考慮長者個人。

（二）進行個人訪談

本文採取個人面對面訪談方式，當確定名單後即發信邀請他們，最後一共有7位人士接受邀請（見表1），並在2009年4月15日至30日進行訪談。

表1 受訪者資料

受訪者	性別	界別/背景
A	女	社會工作局
B	女	前立法會議員、護士學會負責人
C	女	鏡湖護理學院教授
D	男	長者事務委員及復康委員會委員
E	女	澳門街坊會聯合總會社會服務範疇負責人
F	男	行政會成員
G	女	澳門老年學會負責人、衛生局醫生

本文根據受訪者不同背景提出特定的問題，了解他們關於澳門長期照顧政策的現狀及其分析，長期照顧的政策目標認定，以及政策方案的可行性分析等。訪談問題設計如下：

澳門長者長期照顧政策的現況？

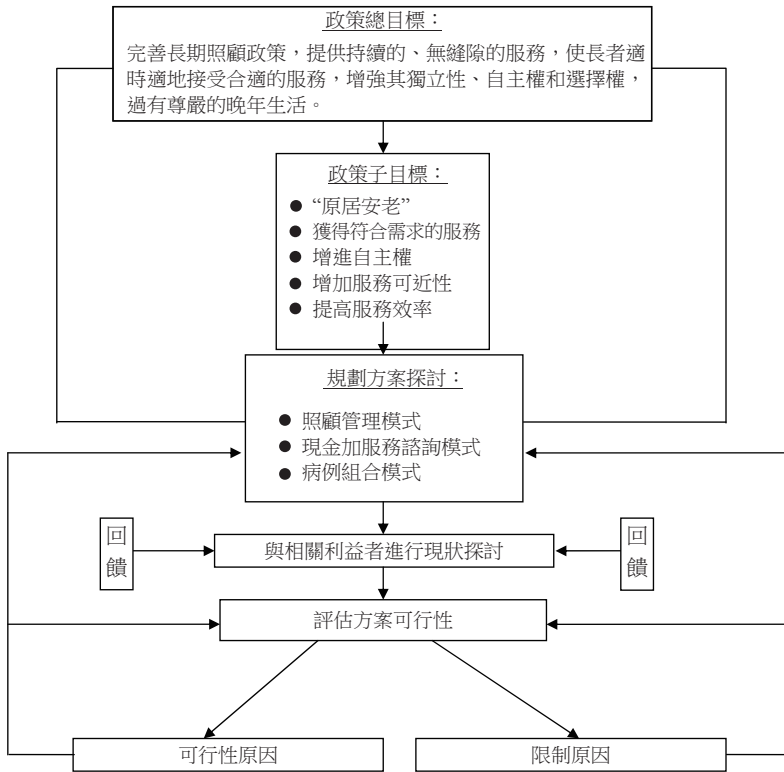
澳門長者長期照顧政策的不足及問題？

澳門長期照顧政策的目標及原則為何？

政府與利益團體/非政府組織、研究機構/學術團體互動情形及溝通渠道為何？

(三) 研究框架

本文的研究思路將運用此一模型作為規劃流程的導引。詳情如下圖：



五、結果

相關利益者根據他們在長期照顧政策領域的豐富經驗，探討了澳門長期照顧服務和政策的現況及出現的問題，本文主要歸納了三個方面，即對澳門長者長期照顧服務的認知、長期照顧的現存的顯著問題以及相關利益者的關係。

（一）對澳門長者長期照顧服務的認知

1. 相關利益者肯定長期照顧的核心理念

相關利益者對於長期照顧的認知，十分貼近現時比較先進的觀念、概念，包括提倡“原居安老”和社區式和家居式照顧，強調適切的、預防非治療的服務，服務應以長者為中心，服務必須要有連續性，主張跨專業合作等，意見如下：

A：“社工局和服務機構應主動到社區發掘個案，改變以往有個案才開展工作的方式，也可考慮到戶提供護老技巧服務，方便家人因事忙而沒空照顧的情況，又或向不知道有此項服務的人推廣喘息服務，使原居安老不會成為空話，也防止護老者因為累而將長者推向院舍。”

C：“老人照顧的目的已經不再是治療性，而是預防性，保持健康”；“一個老人，他不光是接受護理服務，還要接受其他專業的服務，如果說要完全由護士來承擔的話，可能有缺憾……這個跨專業是老人服務面對最重要的問題。”

E：“我覺得這幾年服務機構或者政府都認同社區照顧的方向。”

2. 服務使用者對“原居安老”的認識不深

相關利益者反映在多數人心中的長者長期照顧服務，除了醫療護理外，只認識到安老院舍的服務²³：

B：“是否動輒需要用到醫院的高層次照顧，花費那麼多的資源呢？其實應該運用我們的護理知識，照顧老人的健康。”

D：“市民和照顧人員需加強意識，不要動輒將老人送進老人院。”

在外地，醫療和安老院舍的“治療式”服務已不再是最主要的服務，而“預防式”的社區式照顧服務進入了人們的視線，各地都正努

23. Polniaszek, S., Klinger, C. (2004). Long-Term Care Counselor: An Electronic Decision-Support Tool. *Care Management Journals* 5 (3): 139-144.

力朝此方向發展。特區政府也確立了“家庭照顧，原居安老”的施政理念，不過澳門在推行“原居安老”政策仍在初步發展階段，可能原因是有關當局對社區照顧服務的宣傳不足，長者及其家屬不清楚服務和資源種類²⁴，往往家屬直接將長者進往醫院或院舍，又或是部分居民因對照顧服務的誤解（特別是衛生問題），反對政府在社區興建服務設施。

（二）澳門長期照顧政策的顯著問題

1. 長期照顧服務的人力資源不足，跨專業團隊有待建立

相關利益者指出澳門的護理人員、社工及物理治療師等人力資源和專業性不足影響了長期照顧服務的發展：

B：“澳門社工培訓距離專業還很遠，因為澳門社工的發展時間較短”；“護理有其專業發展特性，但護理需要與其他學科溝通合作……社會工作專業也一樣。”

C：“政府和機構投入了很多努力，但同樣面對一個困境，譬如說人力資源和專業性問題，不可能為一個老人，配置護士、治療師、社工，這是在老人服務過程中實實在在的難題。”

2. 統一評估機制尚在起步階段

有相關利益者認為統一的評估機制在整個長期照顧中十分重要，可掌握長者健康狀況，其對服務的需求以及各區長者使用服務的主要類型等等，可惜現時統一評估機制尚待建立，未能讓政府、醫療機構及服務機構全面了解澳門長期照顧的情況，難以對症下藥。

G：“不清楚當中這些人的實際健康狀況和他們實際的需求，同一名長者接受多少服務，如何識別各區應該重點開辦哪些服務……其實我認為一個統一整合的評估機制最重要。”

24. 同註7。

3. 各區的設施發展和服務資源運用存有差異

有相關利益者提到長期照顧資源不足，如這位人士提出以下意見：

G：“受政府資助的服務機構只能為全澳30,000多名長者提供合共約4,000個各類服務名額，而且各區的服務資源存有差異，並不是每區的服務都一應俱全的。”

也有相關利益者特別提到在醫療服務方面，不同地區的服務機構要求衛生中心提供同一服務，但由於不同區域衛生中心的資源問題而導致結果不相同的，使服務機構感到不解以及不滿。

B：“有某些衛生中心人員相對充足，會派人員上門為老人提供服務，但由於有部分衛生中心資源不足，而難以提供此類服務，未能形成一致的、強制性的政策。”

E：“例如我們日間護理中心有80個老人，曾詢問是否可以派醫生上門為老人覆診，結果是不行，原因是衛生中心資源不足，也沒有為我們提供其他辦法，但是氹仔衛生中心就能夠為該區護理中心派出醫生提供相關服務，我認為相關部門的制度十分隨意。”

4. 醫療服務和社會服務的轉介機制不完善

不少民間服務機構反映醫療服務和社會服務分屬兩個不同的政府部門管理²⁵，導致在提供服務的理念、服務目標人群和對人員管理的制度不相同。當中有相關利益者提到出院的長者應接受何種後續服務，又因為不是各區的民間服務機構都提供“一條龍”服務，一時不能為長者找到接受跟進情況的機構，以致出現未能有效以社區式或家居式照顧服務連接的情況。

G：“起關鍵作用的醫、社系統內的照顧人員的溝通協作作用未能發揮，資源統籌難以發展和管理。”

25. 潘錦盈：《積極健康老齡化——澳門老人醫療福利問題之探討》，載於《澳門研究》，第31期，2005年，第103-111頁。

（三）相關利益者的關係

1. 政府與民間團體關係

民間團體會主動承擔服務提供的責任是澳門社團的一種傳統：

D：“我們不會因為有錢就做，沒錢就不做，根據自己籌集資源的多少，決定服務規模。”

F：“地區中心一向將敬老視為傳統，向老人提供公益活動純粹出於熱心。”

在與政府的互動中，服務團體主動向政府表達意見：

B：“主動直接聯絡司長或局長，積極爭取長者長期照顧服務的資源，或者拜訪醫院尋求幫助”；“會與政府部門溝通前先與廣泛團體接觸，了解它們的需要和面對的困難，再於建制內同政府接觸。”

2. 政府與專業團體的關係

近年政府重視同專業團體的協作，並且政府較主動委託專業團體進行研究工作。然而，相關利益認為政府較傾向與外地機構合作：

C：“政府較主動委託專業團體進行研究工作，但傾向與外地機構合作。”

原因是“澳門的研究氛圍未成氣候”以及“機構的研究力量是不是能夠獨立到承擔研究持保留意見”。

3. 民間團體與專業團體之間的關係

來自服務團體和專業團體的相關利益者表示願意彼此合作，可透過服務團體的基層工作經驗和專業團體的專業研究能力，組成一個有策略又有實踐經驗的團隊，能夠就長期照顧政策向政府提供宏觀的、理論結合實踐的策略。

F：“學界可以引入先進概念，我們認為理念同經驗是普世的，但可能到本地需按實情作調整，實事求是，在社會中反覆論證後，政府吸納的機會較大。”

六、討論——政策方案的可行性分析

根據訪談結果發現，雖然相關利益者對長者長期照顧的核心理念符合世界趨勢，但反映服務使用者對長期照顧認知不足。當談及長期照顧政策的問題時，相關利益者表示長期照顧人力資源缺乏和專業性不足、各區的服務資源和設施發展不一、醫療服務和社會服務的轉介機制不完善等都成為關注的問題。澳門的長者長期照顧政策需要加以規劃，完善相關利益者反映的種種問題，而本文提及的照顧管理模式、現金加服務諮詢模式與病例組合模式，能否作為完善長期照顧政策的規劃方案，本部分將綜合性地討論這些模式在澳門的可行性，及在澳門推行的阻礙因素。

（一）推行方案的可行性因素

1. 觀念的支持

來自政府部門、立法會、民間服務團體、專業團體的相關利益者都認同“原居安老”的政策目標，提倡社區式和家居式照顧為主的服務，強調適得其所的照顧、預防非治療的服務內容，服務必須有連續性，主張跨專業合作為長者提供服務等，都是長期照顧政策的核心理念。政府以及其他相關利益者的目標很明確，且長期照顧政策措施也開始朝這些方向發展，這些觀念的支持正是照顧管理、現金加服務諮詢、病例組合等模式的引入提供了前提條件。不過在推行現金券模式時需要政府加強使用推廣和監督，政府早前推出的醫療現金券無疑是一個好嘗試，目的是推廣家庭醫學的理念和“預防勝於治療”的意識，加強公私營醫療體系的合作，利用和結合社區資源等，不過卻出現藥材店鑽空子的濫用情況。²⁶

2. 長期照顧設施基本形成

雖然相關利益者表示澳門各區的長期照顧設施及服務發展不平均，但事實上，澳門已設立了如耆康中心、長者日間中心和護理中

26. 一些加入使用醫療券計劃的藥材店誘導市民用醫療券購買保健食品，如人參、燕窩等，而不是用於就診。

心、醫院及衛生中心、安老院舍等基礎服務設施，提供家居和社區照顧、康樂活動、喘息服務、日常保健及醫療護理等服務。本澳也有一套長期照顧的基本管理和組織基礎，主要是政府資助服務機構開辦服務，採取分區管理，方便長者到其所屬堂區接受服務。²⁷ 然而服務被批評未能滿足長者需要，亟待政府採取如照顧管理、現金加服務諮詢、病例組合等方法，進一步合理配置、規劃和整合各類服務和設施，發揮連續性服務的作用，盡量讓長者選擇適時適地的照顧服務，評估實際的照顧結果，提高服務效率，以及按各區服務人口數量和根據不同長者的需要對服務資源的不同耗用量，確定及調整所需服務成本，並適時地籌劃服務類型及其需要的人員配置。

3. 相關利益者共建合作關係

回顧歷史，澳門的社團在提供長者福利服務上承擔著相當重要的責任，累積了非常豐厚和堅實的社區網絡關係，政府也放心將服務交予社團提供。在外地不斷提倡推動民間參與政策發展和服務提供時，澳門活躍的社團文化，以及社團主動承擔服務提供²⁸，同時專業團體透過與社團分享專業意見優化服務，服務機構和專業團體主動向相關部門反映意見，都為政府制定長期照顧政策和發展長者服務有着其他地方無法比擬的優勢。而照顧管理模式、現金加服務諮詢模式十分仰賴服務機構的參與，以及這種政府與各團體之間的合作關係，為能夠推行這些模式提供了有利的因素。

（二）推行方案的阻礙因素

1. 人力資源不足成最大困擾

現時澳門長期照顧政策規劃上遇到的最大困境是人力資源缺乏與專業發展不足，阻礙了跨專業照顧團隊的建立，而跨專業團隊恰恰是

27. 姚羸志：《澳門社會服務質素探討》，載於《社區發展季刊》，第120期，2007年，第137-148頁。

28. 澳門發展策略研究中心：《澳門社團現狀與前瞻》，澳門發展策略研究中心，2000年。

長期照顧政策發展的推動器。現時澳門長期照顧人員主要是醫護人員及社工，但是有意見指出這些人員的培養落後於服務多元化的發展²⁹，尤其是社區中的專業照顧人員，原因有：一是社會普遍不注重這些人員培養，至近年有關護理人員和社工的專業發展、薪酬福利、職涯發展才受到社會和政府的關注；二是服務機構的工作壓力相對較大、負荷重、薪酬相對較低，這些專業人員寧可進入公營醫院、社工局。³⁰再者，老人照顧的特性是個案複雜且個人化，需要各相關專業提供適當的診斷，但其他專業照顧人員如物理治療師、職業治療師、老年心理科醫生等等仍然處於胚胎期，再加上澳門經濟社會發展，更多女性投入職場，降低了非正規照顧者對老人照顧的意願，在引入長期照顧新模式時都造成了不少挑戰。

2. 專業發展欠成熟成為推行方案的隱憂

照顧人員專業發展也是相關利益者關注的問題。環顧本澳各大專院校，目前社會工作、護理學科的發展時間較短，課程仍停留在專業教育的層面，不利於照顧護理這一行業的發展。而長期照顧涵蓋長者的生活、護理、復康、心理、精神、營養和社會服務等多個領域，單靠培養社工和護士遠遠未符合長者複雜的需求和長期照顧的發展要求。跨專業的意義在於讓各專業調適彼此角色和技術，分享個案照顧訊息，從而設計全面的計劃，避免局限於以某一學科來為長者制定和選擇照顧計劃。專業發展除了是照顧人員本身的知識和技能的發展外，還包括對各地長期照顧政策措施的認識，以及如何汲取經驗，結合本地實情，探索本地模式。經過與受訪者的對話，主要還是集中於前線服務的討論，對本文提及的模式未有深入的認識，進一步推廣新模式仍存有困難。

29. 鄧玉華：《澳門非營利組織研究——社會福利服務機構管理》，鄧玉華出版，2006年。澳門鏡湖護理學院：《澳門護理人力資源十年規劃研究報告》，載於澳門衛生局網站：<http://www.ssm.gov.mo/design/news/Document/019NEWS20070613C.pdf>，2010年4月18日。

30. 同上註。

3. 各區服務分散及服務分佈不均

服務機構根據其服務宗旨和實際需要發展出各項服務³¹，資源重疊及不平均的情況難免會發生。³²現時政府尚沒有一套清晰的指標去訂定各區的服務設施配置，結果造成某些堂區長者接受到的服務種類可能較其他堂區的長者多，從而出現了提供服務的效率以及接受服務的公平性問題，這是發展轉介服務和確保服務連續性的阻礙因素，而照顧管理模式和現金加服務諮詢模式的一個重要環節是根據老人需求確認可用服務，這種服務分散及服務分佈不均的情況將會阻礙了它們的順利推行。

4. 統一的評估機制發展仍在起步階段

相關利益者提到服務資源不足，然而沒有客觀的評價標準，何謂足夠沒有共識。全面的長者服務評估資料可作為調查需求的開端，並且與照顧管理模式、病例組合模式息息相關，政府和服務機構需要知悉長者的身心狀況、服務需求，確認每區可用的服務項目和種類，策略性地發展所需服務以及對服務進行管理，而這些模式的有效推行是以這些評估資料作為基礎，以制度適切的個人照顧計劃，提高照顧品質。作為關鍵環節的統一評估機制在澳門才剛起步並且作為一種試驗方案在先導機構中試行，雖然是一個令人鼓舞的開端，但政府及服務機構從根本上未能按長者的特徵發展相應服務，現階段要將長者進行特徵分類，安排顧客導向的服務是存在一定的困難度。

七、結論

本文在參考先進國家的經驗，並結合相關利益者的意見，發現相關利益者對長期照顧的認知、長期照顧設施基本形成、社團主動提供服務都為引入照顧管理、現金加服務諮詢以及病例組合等模式提供了

31. 《澳門長者長期照顧供給體系》，載於澳門社會工作局網站：<http://www.ias.gov.mo/stat/elder-rept-2004/index.htm>，2010年4月18日。

32. 李雁玲：《澳門回歸後老人社會服務問題與對策》，載於吳志良、楊允中編：《澳門2000》，澳門基金會，2000年。

良好的基礎，然而，人力資源不足、專業發展欠成熟，以及在長期照顧政策中處於關鍵位置的相關利益者對提及模式基本不了解，是這些模式推廣、推行，以至政策規劃中最大的限制，而各區服務分散及服務資源分佈不均、統一評估機制發展仍在起步階段同樣阻礙了這些模式的具體的、有效的運行，未來仍需與相關利益者緊密接觸和合作，克服有關困難，進一步推廣及評估這些模式以及深入探討其在長期照顧政策規劃中的可行性。

