

---

# 研究老人癡呆症工作小組報告

---

一 九 九 九 年 五 月

## 第一章 癡呆症和所需的護理照顧

### 癡呆症

癡呆症的病徵，是患者在神志清醒的情況下，認知和活動能力逐漸減退。這有異於正常的老化過程，而是一種疾病。

2. 癡呆症的成因很多，最普遍的是早老性癡呆(一種無法治癒的腦退化病)，其次是血管病。藥物副作用、抑鬱、甲狀腺機能衰退等新陳代謝問題，也會引發癡呆症，而這類癡呆症是可以治癒的。引致早老性癡呆的原因，包括老化、家族成員曾患癡呆症及唐氏綜合症。其他可能致病的原因包括頭部受傷。

3. 癡呆症的普遍臨牀徵狀是患者智力和體能逐步衰退，以致最終需要完全依賴他人照顧，並需要接受多種不同層次的服務。癡呆症發病過程因人而異，時間最長可達 15 年。由病發至逝世，平均為几十年。癡呆症的臨牀徵狀可分為四個階段，所需的護理照顧如下：

- (a) 最早期 — 記憶力輕度衰退、性格逐漸改變、對事物興趣減低、技能水平下降和情緒抑鬱。患者需要的服務包括早期的診斷、進行治療，以及接受記憶力訓練。此外，社會的關注及接受，對患者亦非常重要。
- (b) 早期 — 記憶力(特別是短期記憶力)更加衰退，自制能力減弱。患者需要別人協助處理日常事務，例如購物等。有專家指出，患者如在早期接受癡呆症治療，可減慢病情惡化。
- (c) 中期 — 常見的問題包括遊蕩、語言能力減退、出現妨礙他人的行為、妄想和失禁等。患者需要他人長期看護。
- (d) 後期 — 失去活動能力，需要臥牀。患者依賴他人長期護理照顧。

4. 癡呆症患者除了認知能力逐漸減退外，也會有一些與認知能力無關的病徵，包括性格轉變、妄想、產生幻覺、抑鬱和行為出現偏差等。有這些病徵的癡呆症患者比率達 70%。

5. 癡呆症患者通常在多方面，包括心智、行為、體格和社交等會出現多種問題，所以亦需要多種照顧。我們應在他們患病的不同階段，提供不同的服務。

6. 青山醫院老人精神科最近進行了的一項調查，識別了十種最難照顧的癡呆症症狀，程度由最嚴重程度排列如下：(i)晚上坐立不安；(ii)妄想、產生幻覺、有偏執狂；(iii)精神混亂；(iv)遊蕩、(v)大叫大嚷；(vi)多疑；(vii)方向感減弱；(viii)出現溝通問題；(ix)不恰當性行為；(x)焦躁不安。以上的滋擾行為或精神病徵狀在患病中期出現得最多。在這個階

段，癡呆症患者仍然有活動能力，對護老者來說，在這時期照顧出現上述滋擾行為或精神病徵狀的病人，是最困難和最令人沮喪的。

### **癡呆症患者的護理需要**

7. 由於癡呆症是一種複雜的病症，因此在照顧患者時，必須採用綜合模式，提供醫療、社會服務、志願工作和法律各方面的服務。醫療服務包括門診、家居照顧、為安老院舍和長者日間護理中心提供的外展服務、日間醫院、住院和長期護理服務。社會服務則包括經濟援助、家務助理、長者日間護理中心、長者綜合服務中心、安老院舍和暫住服務等。此外，志願機構(例如老年癡呆症協會)所提供的服務，也佔一個重要部分。在某些階段，患者可能需要其他服務，例如法律輔導服務等。

8. 癡呆症患者的護理需要現概述如下：

(a) 預防

採取預防措施對預防血管性癡呆症特別有效。減低導致中風的可能性，或可預防血管性癡呆症。方法包括診斷出容易中風的人士(檢查是否有高血壓及心房纖維性顫動、及早診斷糖尿病並控制病情)；減少服用阿司匹林；以及培養健康的生活習慣(調節飲食、做運動和不吸煙)。隨着科學研究日趨發達，將來可能會發明一些有助預防方法適用於早老性癡呆。

(b) 及早診斷

及早診斷以醫治那些可以治癒的病徵是非常重要的。了解問題所在，及早診斷也可減低患者和護老者的壓力，同時又可讓他們盡早訂出照顧計劃。

(c) 全面的醫療和社會需要的評估

由多個界別的專業人員進行全面評估，可鑑定各種問題、所需資源及患者的需要，這對於進行診斷和制訂初步診治計劃極為重要。

(d) 診治

診治計劃涵蓋的範圍，不僅是醫療。一個全面的照顧計劃應顧及患者個人的身心、社會和物質需要。診治計劃的目的，是在尊重癡呆症患者及護老者自主權的情況下，幫助他們維持甚至改善生活質素。

(e) 為癡呆症患者提供持續照顧

癡呆症患者在自我照顧和日常起居生活方面，均需要相當程度的支援，有時更需要持續的看護。因此，我們須留意非正式護老者的應付能力和所承受的負擔。如果能在家居和個人起居照顧方面，給予患者實質而持續的援助，定可大大提高他們的生活質素，並減輕護老者的負擔。

(f) 提供資料、意見和輔導

我們須為癡呆症患者及護老者提供渠道，使他們可容易獲取簡明正確的資料，從而對癡呆症、其診治方法、徵狀和支援服務等有更多認識。教育患者和護老者，也是照顧計劃重要的一環。

(g) 院舍服務

癡呆症患者留在家中接受照顧的時間愈長愈好，但我們得承認，他們最終可能要入住院舍，才能得到更有效的照顧，也可避免對護老者造成過重負擔。

### 護老者需要的關懷照顧

9. 隨着病情惡化，癡呆症患者會日漸失去定向力和記憶力。為了減輕他們的痛苦，最好是讓他們在熟悉的環境中居住。不過，這樣或會加重護老者的負擔和壓力。因此，當我們為癡呆症患者籌劃服務時，必須清楚知道需要我們關心的人其實有兩類，即癡呆症長者和護老者。照顧家中患病的長者殊非易事，壓力往往很大。事實上，本港和外國的研究都顯示，護老責任對護老者構成負面影響。箇中壓力主要來自以下四方面：體力衰退、經濟緊絀、情緒受挫，以及社交生活受影響。

10. 為應付以上問題，護老者需要下列各類服務：

(a) 有關癡呆症和社區資源的資料

這類資料令護老者得以借助社區資源和支援服務，照顧家中患有癡呆症的長者。護老的角色往往來得非常突然，令人毫無準備，因此，這類資料十分重要，可以幫助他們認識護老者的角色，照顧長者時便可以更加稱職。

(b) 體力上的支援

照顧病人需要耗用大量體力。護老者可能需要別人協助，攙扶癡呆症患者起牀，或進出浴室等。對於體力較差的年長護老者來說，別人的協助尤其重要。護老者在攙扶長者時受傷，時有所聞。護老者的身體要承受這些壓力，有可能導致他們本身的一些慢性疾病，如關節炎、高血壓等病情惡化。

(c) 有關照顧癡呆症患者技巧的指導

要照顧認知能力和身體機能受損的癡呆症患者，護老者必須接受訓練，學習怎樣處理患者喪失記憶力和定向力的問題，以及如何協助患者就寢、更衣等。

(d) 暫託服務

很多人都同意，日間護理和院舍暫託服務有助減輕患者家人的負擔，讓他們能夠繼續在家裏照顧患者，而無須把患者送到安老院舍居住。

(e) 情緒支援

護老角色帶來種種壓力，可能令護老者心力交瘁，以致最終再無力照顧患病長者。要幫助護老者克服壓力，提供輔導和情緒支援，極為重要。

(f) 認同

多項研究顯示，護老者容易因為護老工作沒有支援，付出的努力亦得不到認許而感到沮喪。事實上，他們承擔護老工作對社會的貢獻，應該得到肯定。

(g) 財政援助

隨着病情惡化，體弱的長者需要重新適應生活環境，或購買特別的輔助器材或設備，而這些都需要金錢或其他物質資源。低收入長者家庭亟需財政援助，應納入社會保障網。

11. 如上所述，我們為癡呆症患者制訂服務策略時，必須顧及護老者的需要，讓護老者與患者攜手對抗這種疾病。

## 第二章 香港的癡呆症患者的情況

12. 香港進行了多項關於癡呆症的研究，對象是社區或安老院舍內特定組別的長者，他們也曾接受精神病科醫生的臨牀診斷，或根據“簡短智能測驗”(Mini-Mental State Examination)或“簡短精神狀況問卷”(Short Portable Mental Status Questionnaire)等評估工具，斷定認知能力受損。

### 臨牀診斷癡呆症

13. 一九九五年年底，香港中文大學精神科學系進行了一項研究，對象是 1034 名 70 歲或以上在沙田區居住的長者。研究顯示，本港 65 歲或以上的長者，有 4% 患上癡呆症，為數約 25 000 人。此外，患上癡呆症的比率更隨年齡上升，約每五歲遞增一倍，直至 90 歲左右為止。在 70 至 74 歲的年齡組別，每 100 名長者中，患上癡呆症的不足兩人；但在 90 歲或以上的組別，每四名長者便有超過一人患上癡呆症。

14. 上述研究亦發現，約有 45% 的癡呆症患者住在安老院舍。至於院舍長者患癡呆症的普遍程度，在安老院／護理安老院的比率估計為 17%。青山醫院老人精神科在一九九六年進行的另一項研究發現，在受資助和私營護理安老院患有癡呆症的住院長者，分別為 12% 和 36%。至於為長者提供更高水平護理的護養院，患有癡呆症的住院長者高達 94%。此外，香港社會服務聯會在一九九八年對 92 間受資助的安老院舍進行調查，發現在 15 622 名住院長者中，有 1 305 名(約 8%)經醫療專業人員證實患有癡呆症。

### 認知能力受損

15. 一九九七年，德勤企業管理顧問公司就本港長者對社區支援和住院照顧服務的需求進行研究，當中一項社區調查的結果顯示，本港 60 歲或以上的長者，認知能力在一定程度上受損的佔 25%，其中認知能力中或嚴重受損的佔 5%。假定認知能力受損是癡呆症的徵狀，本港 60 歲或以上的長者估計有 5% 患上癡呆症。

16. 香港社會服務聯會在一九九七年進行了一項調查，發現在 57 間護理安老院的 6 116 名住院長者中，認知能力受損的有 2 261 人(約 37%)。該會又於一九九八年在 25 間長者日間護理中心進行另一項調查，結果發現在 1 111 名住院長者中，認知能力受損的有 251 人(約 22.6%)。

### 結語

17. 上述研究／調查結果顯示，65 歲或以上的長者患上中度至嚴重癡呆症的有 4%。這個比率與外國的相當接近。外國的研究結果一般顯示，在 65 歲以上的長者中，約有 5% 患上中度至嚴重的癡呆症。目前，估計有過半的癡呆症患者居住在社區內，由非正式的護老者(家人和朋友)和正式的服務機構共同照顧；其餘的患者則居住在護理安老院和護養院等院舍內。我們估計住在護養院的長者，有 37% 在認知和行為方面有明顯的癡呆症病徵。

18. 香港人口急劇老化。65 歲或以上的人口在一九八一年是 334 000 人，到一九九八年已增至 690 000 人，佔總人口的 11%。長者人口預料會繼續上升，到二零一六年會達到 1 090 000 人，約佔總人口的 13%。準確點說，年逾 65 歲的癡呆症長者在一九九八年約有 27 600 人，到了二零一六年預計會增至 43 600 人，增幅達 60%。除了長者人口增加之外，人均壽命延長和患癡呆症的比率隨年齡上升，都是癡呆症患者增加的原因。

19. 要探討癡呆症在本港的普遍程度，必須進行更大規模的流行病學研究。不過，從上述的研究結果看來，本港長者患上癡呆症的比率，與西方國家的數字相若。

## **第三章**

### **現時為癡呆症患者提供的服務**

20. 本港目前有多種長者服務，癡呆症長者與其他有需要長者一樣，也可使用這些服務。現把一些特別為癡呆症患者及護老者而設的服務分述如下。

#### **加深市民對癡呆症的認識和了解**

21. 衛生署和其他機構印發健康教育小冊子，又舉辦各項活動，藉以加深市民對癡呆症的認識，並鼓勵他們以正確的態度，關懷癡呆症患者。

#### **預防**

22. 健康教育推廣活動(例如由各機構舉辦的健康生活運動)，宣傳防止中風的方法，有助預防血管性癡呆症。

#### **及早診斷**

23. 在癡呆症發病初期及早進行診斷和診治，有助延緩病情惡化。在這方面，公營和私營機構的基層醫生可幫助市民識別癡呆症的早期病徵。衛生署轄下的長者健康中心亦設有驗診服務，可以為長者進行認知能力的檢驗。

#### **醫療護理服務**

24. 醫院管理局(醫管局)的精神科醫生和老人科醫生為癡呆症患者提供專科醫療護理服務，例如協助患者恢復認知能力和改善行為模式。記憶力診療所亦提供特有服務，協助市民及早察覺癡呆症並接受治療。此外，藥物治療也可改善患者的認知能力，並可控制癡呆症的非認知性病徵。

25. 老人精神科小組和老人科小組均有為社區及安老院舍的癡呆症患者提供外展醫療服務。

26. 在癡呆症長者病情惡化至需要長期接受深切專業醫療及/或護理時，醫管局會為他們提供療養服務。

#### **福利服務**

27. 本港目前有多間機構為癡呆症長者和護老者提供輔導、家務助理及日間照顧等多項社區服務，讓長者盡可能留在社區生活。

28. 安老院舍除了供長者住宿之外，亦提供一般起居照顧和護理服務。為長者提供更多護理的護養院，服務對象也包括癡呆症長者。根據估計，在護養院居住的人士，有 94%患有不同程度的癡呆症。此外，長期護理院也為患有精神病的人士，包括癡呆症患者，提供照顧服務。



29. 由一九九八年十一月開始，政府向資助的安老院舍發放癡呆症患者補助金，金額按每位長者每年約 41,000 元計算，用以聘請治療師、社會工作者和護士，為癡呆症長者提供更理想的照顧和訓練。

30. 考慮到癡呆症長者的特別需要，社會福利署(社署)會在一九九九年推行試驗計劃，在資助的安老院舍和長者日間護理中心設立癡呆症護理單位，為癡呆症長者提供更妥善的專門服務。

### 對護老者的支援

31. 衛生署長者健康服務部推行健康教育計劃，以提高護老者照顧癡呆症患者的能力。這些計劃在長者健康中心、長者活動中心、長者綜合服務中心、長者日間護理中心和安老院舍等地方舉辦。

32. 護老者支援中心、社區復康網絡，以及老年癡呆症協會等志願機構，也有為護老者提供支援服務，包括提供輔導和護老知識、指導實用護老技巧，以及提供一些對護老者有用的社區設施的資料。此外，這些機構也會組織自助小組，讓護老者可以在有需時得到精神上和情緒上的支持。

33. 在社區方面，亦有多種支援服務，家務助理服務是其中之一。這些服務為護老者提供實質的援助，減輕他們（特別是本身也是長者的護老者）照顧癡呆症患者的負擔。

34. 為了減輕護老者的負擔，社署將於一九九九至二零零零年度推行另一項試驗計劃，在日間護理中心開辦長者日間暫託服務。除了安老院舍現有的 16 個暫託宿位之外，資助安老院舍試辦的癡呆症護理單位亦會提供暫託宿位，替護老者暫為照顧癡呆症患者。

### 法律方面

35. 《1997 年精神健康（修訂）條例》賦予監護委員會權力，以加強保障精神紊亂或弱智人士（包括癡呆症患者）的利益。

36. 上述修訂條例亦改善了《精神健康條例》（第 136 章）第 II 部的條文，賦予法院多項權力，包括為無能力處理本身財產和事務的精神紊亂或弱智人士委任受託監管人，癡呆症患者也受到該條例的保障。

37. 政府在一九九七年六月制訂《持久授權書條例》（第 501 章），規定可訂立持久授權書，以便有關人士日後喪失精神上的行為能力時，由他人代為處理財產和財政事務。

### 員工培訓

38. 社署為起居照顧員和家務助理員提供有系統的在職訓練，包括老人病學基本和複修課程。衛生署的外展醫療隊也會在長者活動中心、長者綜合服務中心、長者日間護理中心和安老院舍等地方，為正式和非正式的護老者舉辦有關老人癡呆症的健康教育課程。

39. 香港大學會運用由行政長官一九九九年社區計劃撥出的 1,000 萬元經費，為正式和非正式的護老者設計並舉辦有系統的綜合訓練課程，教授全面的老人病學知識和護理技巧。整項訓練包括不同程度的課程，由淺入深，內容涵蓋多個護老課題，包括照顧癡呆症患者最難應付的行為和認知能力問題。

### **結語**

40. 如上文所述，有關方面已為癡呆症患者和護老者提供各式各樣的服務，以配合他們的需要。不過，隨着人口不斷老化，預計對有關服務的需求亦會相應增加。現時為癡呆症患者而設的服務，在質與量方面仍有可以改善的地方。我們建議採用綜合的服務模式，讓癡呆症長者和護老者享有協調得當的全面照顧服務。

## 第四章 照顧癡呆症患者的指導原則

41. 根據世界衛生組織和世界精神病學協會在一九九七年頒布的指引，要妥善照顧精神健康出現問題的長者，所提供的服務必須做到下列各點：

### 全面

全面的服務應以患者為本，充分顧及患者在心身、社交方面的需要與期望。

### 便捷

便捷的服務可讓用者方便快捷地獲得服務。

### 體貼關懷

體貼關懷的服務，是在遇到問題和接獲轉介個案時，從速採取適當安排。

### 以個人為本

以個人為本的服務，是以每位患者及其家人為重心。所設計的護理服務須特別配合患者及其家人的需要，並為他們所接受，目的是盡可能讓患者在家中得到照顧和支援。

### 跨界限

跨界限的服務方式超越傳統的專業界限，匯集不同專長和專業技能的人士提供服務，以便取得最大成效。這種服務方式亦方便政府與志願機構及其他團體攜手合作，提供各式各樣的社區服務。

### 負責任

負責任的服務，是服務機構負責確保所提供的服務質素優良。

### 有系統

有系統的服務方式靈活結合各項現有服務，以確保長者獲得持續照顧，同時也使各類服務機構的工作可互相協調。

42. 在上文所述的大前提下，癡呆症問題工作小組認為，日後提供和評估照顧癡呆症患者的服務時，必須以下列原則為主導：

#### (a) 採用社區照顧的方針

當局應着重為癡呆症患者提供社區照顧，因為研究結果顯示，癡呆症患者入住醫院或院舍，可能會導致病情加速惡化，原因是他們在陌生的新環境中往往更感不安。為此，照顧癡呆症患者的服務目標，是協助他們盡可能留在家中居住。

#### (b) 採用綜合專業的方針

癡呆症是複雜的病症，可引致患者在心身、行為及社交方面的能力出現缺損。要為患者提供有效的協助，應以全面改善及控制上述各方面的情況為目標。

#### (c) 保持患者的尊嚴和生活質素

後期癡呆症的患者，在認知能力、身體機能方面都嚴重受損，以致最終要完全倚賴他人。照顧癡呆症患者的一大原則，是尊重他們，把他們當作一般人看待。我們也應致力讓患者盡量發揮剩餘能力，以維持本身的生活質素。

- (d) 及早察覺病情和協助癡呆症患者  
這是鑑定問題、為患者提供服務、進行有效的診治、紓緩患者及護老者壓力的關鍵。
- (e) 對護老者的支援  
照顧患有癡呆症的家人，須耗費很大心力，因此，護老者無論在身心方面都需要支持。

43. 工作小組建議，照顧癡呆症患者的服務，應以癡呆症患者和護老者為對象，而服務模式則應以上述原則為依歸。

### 預防和早日鑑別症狀

44. 在護理癡呆症方面，有幾類情況是可以預防的，例如減少導致中風的因素，或可預防血管性癡呆症，方法包括檢查高血壓和心房纖維性顫動以找出容易中風者，及早診斷糖尿病並妥善控制病情，以及提倡健康的生活方式。普通科醫生可以向病人及其家人講解健康生活方式的重要作用，而及早察覺病情，對於照顧和治療癡呆症患者都非常重要。工作小組建議加強目前由衛生署轄下長者健康服務部推行的健康推廣活動和健康檢查服務，使那些可以預防的癡呆症成因得以減少。

### 進行全面的醫療及社會評估

45. 癡呆症是複雜的病症，可導致患者在身心、行為及社交方面的能力受損。要給予患者有效的協助，便應全面改善及控制以上各方面的情況。此外，也須採用更切實的方法提供服務，並制定專門計劃和提供專用設施，讓癡呆症患者加強各種能力和改善精神健康，其中包括協助患者恢復認知能力、改善行為模式，以及採用回想及確證治療法。至於可能有助加強患者的認知能力、控制非認知性病徵和減慢病情惡化的藥物，則必須小心使用。工作小組建議當局考慮開設老人精神科日間醫院。

46. 現有的社區支援服務，例如家務助理、日間護理、短暫住宿服務等，應該進一步加強，讓長者(包括患有癡呆症者)可盡量留在家中。工作小組建議，在社署完成試驗計劃的評估工作後，應研究在老院舍和日間護理中心設立更多癡呆症護理單位，以及增加長者日間暫託服務是否可行。

### 對護老者的支援

47. 有些癡呆症患者會出現行為問題，例如遊蕩、產生幻覺、言詞或行為粗魯等，對其他人造成極大滋擾，需要護老者悉心照顧。為此，當局應適當地提供實質支援，例如家務助理、日間護理、日間暫託、短暫住宿，以及其他有關服務，協助護老者應付照料患有癡呆症的家人的重擔。

48. 當局應肯定和支援多個機構在照顧患者的知識和技巧方面提供訓練，以及在精神上支援護老者。工作小組建議舉辦宣傳活動，讓社會人士普遍明白護老者作出的寶貴貢獻。

## 公眾教育

49. 為了使市民關懷和尊重癡呆症長者，以及方便預防和早日察覺這種病症，我們需要充分提供有關癡呆症的正確資料。工作小組建議透過傳媒進行宣傳，加深市民對癡呆症的認識，並鼓勵他們接受癡呆症患者。工作小組也建議印製有關癡呆症之支援網絡的小冊子，派發給市民參閱。此外，目前由衛生署、社署、非政府機構，以及老年癡呆症協會、香港老人精神病協會等志願團體舉辦的專題教育小組活動，應該進一步獲得肯定和支持。

## 員工培訓

50. 除了加深市民對癡呆症的認識之外，當局亦應在前線福利工作人員、醫護人員的職前和在職訓練課程內，加強對癡呆症的講解，使這些人員對癡呆症的徵狀有更深的認識和了解，從而及早察覺這個病症和照顧患者。工作小組建議加強前線福利工作人員、醫護人員認識癡呆症的訓練。

51. 同樣，醫護專業人員除了經常留意服務對象有沒有癡呆症的早期徵狀和迹象之外，也應接受持續醫學教育和其他在職訓練，汲取診治癡呆症的最新知識。工作小組建議，醫院管理局和衛生署應加強為公營機構醫療專業人員提供的在職訓練。至於私家醫生，則可通過專業學院和學會，增進對癡呆症診治方法的認識和了解。

## 研究

52. 工作小組認為需要再作研究，探討癡呆症問題和患者所需的照顧。工作小組建議進一步研究癡呆症在本港的普遍程度，並汲取外國研究這個病症的最新經驗。

## 法律方面

53. 除了監護安排和持久授權書之外，還需要研究“預先指示”的問題，特別是預先決定癡呆症患者最後期治療安排的問題。工作小組建議，政府應鼓勵市民使用持久授權書和監護安排。長遠來說，工作小組認為應進一步研究“預先指示”這個概念，以及外國在應用這個概念方面的經驗和若應用在香港所衍生出來的有關課題。

## 照顧癡呆症患者的長遠安排

54. 有關的決策局和部門應繼續合作，以便實施上述建議，並採用較切實的方法為癡呆症患者提供服務。工作小組建議，為了不斷推展有關工作，應定期向老事務委員會提交報告，匯報照顧癡呆症患者方面的  
工作進度。

「護理癡呆症」工作小組

衛生福利局

一九九九年七月