



Child
Fatality
Review Panel
兒童死亡個案
檢討委員會



兒童死亡個案 檢討委員會

第五份報告

(有關 2016、2017 及 2018 年的香港兒童死亡個案)

目錄

1. 序言	1
2. 摘要	2
2.1 檢討2016至2018年的兒童死亡個案	2
2.2 2016至2018年死亡個案性質的觀察結果	3
2.3 2016至2018年兒童死亡個案檢討的建議	3
2.4 2006至2018年已檢討死亡個案的概要	4
3. 鳴謝	5
4. 檢討簡介	6
4.1 歷史	6
4.2 目的	6
4.3 檢討委員會	6
4.4 範圍	7
4.5 時限	7
4.6 檢討方法	7
5. 本報告涵蓋的兒童死亡個案概覽	9
5.1 2016、2017和2018年香港兒童人口和死亡數字	9
5.2 2016至2018年已檢討的兒童死亡個案統計數字	10
5.3 兒童死亡個案的死因統計數字	18
5.3.1 死於自然因素的個案	18
5.3.2 死於自殺的個案	23
5.3.3 死於意外的個案	28
5.3.4 死於襲擊的個案	31
5.3.5 死於非自然因素但未能確定死因的個案	35
6. 2016、2017和2018年兒童死亡個案檢討的觀察結果	38
6.1 按死因劃分的觀察結果	38
6.1.1 死於自然因素的個案	38
6.1.2 死於自殺的個案	40
6.1.3 死於意外的個案	47
6.1.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案	50
7. 針對2016、2017和2018年兒童死亡個案的建議	53
7.1 死於自然因素的個案	53
7.2 死於自殺的個案	56
7.3 死於意外的個案	59
7.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案	61

8. 相關團體的回應和最新應對方案	63
8.1 死於自然因素的個案	63
8.2 死於自殺的個案	72
8.3 死於意外的個案	87
8.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案	96
9. 兒童及青少年自殺專題檢討 (2009至2018年的10年檢討)	103
9.1 2009至2018年間自殺死亡個案的研究摘要	103
10. 2006年至2018年兒童死亡個案檢討的統計數字摘要	115
10.1 兒童死亡個案檢討的統計數字	115
10.2 死於自然因素的個案統計數字	130
10.3 死於自殺的個案統計數字	133
10.4 死於意外的個案統計數字	135
10.5 死於襲擊的個案統計數字	138
10.6 死於非自然因素但未能確定死因的個案統計數字	140
10.7 死於複雜醫療因素的個案統計數字	141
11. 附錄	142
附錄 11.1 兒童死亡個案檢討委員會名單	142
附錄 11.2 職權範圍	143
附錄 11.3 兒童死亡個案檢討資料簡介	144
附錄 11.4 20類須向死因裁判官報告的死亡個案	147
附錄 11.5 香港醫務委員會頒佈的香港註冊醫生專業守則	148

統計圖表

5.1	2016、2017 和 2018 年香港兒童人口和死亡的數字	
表格 5.1.1	香港兒童死亡的資料和數字 (2016、2017 和 2018 年)	9
表格 5.1.2	比較以年齡劃分的死亡率	9
5.2	2016 至 2018 年已檢討的兒童死亡個案統計數字	
圖表 5.2.1	按死因性質劃分的個案數字	10
表格 5.2.2	按年齡組別和性別劃分的個案數字	10
圖表 5.2.3	按年齡組別和性別劃分的個案數字	11
圖表 5.2.4	按種族劃分的個案數字	11
圖表 5.2.5	按教育 / 職業劃分的個案數字	12
圖表 5.2.6	按死因劃分的個案數字	12
圖表 5.2.7	按死因和性別劃分的個案數字	13
圖表 5.2.8	按年齡組別和死因劃分的個案數字	13
表格 5.2.9	按居住地區和年份劃分的個案數字	14
圖表 5.2.10	按死亡事故發生地點劃分的個案數字	16
圖表 5.2.11	按居所類別劃分的個案數字	16
表格 5.2.12	按家庭收入劃分的個案數字	17
表格 5.2.13	按父母狀況劃分的個案數字	17
5.3	兒童死亡個案的死因統計數字	
	5.3.1 死於自然因素的個案	
圖表 5.3.1.1	按年齡組別和性別劃分的個案數字	18
表格 5.3.1.2	按《疾病和有關健康問題的國際統計分類》(ICD)(第十次修訂本) 健康問題類別劃分的個案數字	19
表格 5.3.1.3	按年齡組別和死因類別劃分的個案數字	20
圖表 5.3.1.4	已完成或獲豁免驗屍的個案數字	21
圖表 5.3.1.5	按死亡事故發生地點劃分的個案數字	21
表格 5.3.1.6	按種族劃分的個案數字	22
	5.3.2 死於自殺的個案	
圖表 5.3.2.1	按年齡組別和性別劃分的個案數字	23
圖表 5.3.2.2	按教育 / 職業劃分的個案數字	23
圖表 5.3.2.3	自殺原因	24
圖表 5.3.2.4	自殺方式	24
圖表 5.3.2.5	有可識別自殺跡象的個案數字	25
圖表 5.3.2.6	按父母狀況劃分的個案數字	25
表格 5.3.2.7	按家庭收入劃分的個案數字	26
表格 5.3.2.8	按教育 / 職業劃分的個案數字	26
表格 5.3.2.9	按月份劃分的個案數字	27

5.3.3 死於意外的個案

圖表 5.3.3.1	按年齡組別和性別劃分的個案數字	28
圖表 5.3.3.2	按意外類別和性別劃分的個案數字	28
圖表 5.3.3.3	按年齡組別和意外類別劃分的個案數字	29
圖表 5.3.3.4	按年齡組別和交通意外受害人類別劃分的個案數字	29
圖表 5.3.3.5	按死亡事故發生地點劃分的個案數字	30
圖表 5.3.3.6	按種族劃分的個案數字	30

5.3.4 死於襲擊的個案

圖表 5.3.4.1	按年齡組別和性別劃分的個案數字	31
圖表 5.3.4.2	襲擊類別	31
圖表 5.3.4.3	施襲者與已故兒童的關係	32
圖表 5.3.4.4	引致施襲行為的主要因素	32
圖表 5.3.4.5	按死亡事故發生地點劃分的個案數字	33
圖表 5.3.4.6	按父母狀況劃分的個案數字	33
圖表 5.3.4.7	按居所類別劃分的個案數字	34
表格 5.3.4.8	按種族劃分的個案數字	34

5.3.5 死於非自然因素但未能確定死因的個案

圖表 5.3.5.1	按年齡組別和性別劃分的個案數字	35
表格 5.3.5.2	未能確定死因個案的死亡性質	35
圖表 5.3.5.3	按死亡事故發生地點劃分的個案數字	36
圖表 5.3.5.4	按父母狀況劃分的個案數字	36
圖表 5.3.5.5	按居所類別劃分的個案數字	37
表格 5.3.5.6	按種族劃分的個案數字	37

9.1 2009至2018年間自殺死亡個案的研究結果摘要

圖表 9.1.1	按年份劃分的死於自殺個案數字	103
圖表 9.1.2	按年份和性別劃分的死於自殺個案數字	104
圖表 9.1.3	按年份和年齡組別劃分的死於自殺個案數字	104
圖表 9.1.4	按自殺方式劃分的個案數字	105
圖表 9.1.5	按年齡組別及性別劃分有可識別自殺跡象的個案數字	106
圖表 9.1.6	按年齡組別劃分有可識別自殺原因的個案數字	107
圖表 9.1.7	按教育 / 職業劃分的死於自殺個案數字	109
圖表 9.1.8	按父母狀況劃分的死於自殺個案數字	110
圖表 9.1.9	按家庭經濟收入劃分的死於自殺個案數字	110
圖表 9.1.10	按居所類別劃分的死於自殺個案數字	111
圖表 9.1.11	按月份劃分的死於自殺個案數字	111
圖表 9.1.12	按季度劃分的死於自殺個案數字	112

10.1 2006年至2018年年兒童死亡個案檢討的統計數字摘要

表格 10.1.1	按死因和年份劃分的個案數字	115
圖表 10.1.1.1	按死因和年份劃分的個案數字	116
圖表 10.1.1.2	按年份劃分的整體個案數字	116
圖表 10.1.1.3	按年份劃分的死於自然因素個案數字	117
圖表 10.1.1.4	按年份劃分的死於自殺個案數字	117
圖表 10.1.1.5	按年份劃分的死於意外個案數字	118
圖表 10.1.1.6	按年份劃分的死於襲擊個案數字	118
圖表 10.1.1.7	按年份劃分的死於非自然因素但未能確定死因個案數字	119
圖表 10.1.1.8	按年份劃分的死於複雜醫療因素個案數字	119
表格 10.1.2	按年齡組別、性別和年份劃分的個案數字	120
圖表 10.1.2.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	121
圖表 10.1.2.2	按年份和種族劃分的個案數字	121
表格 10.1.3	按死因、年份和性別劃分的個案數字	122
圖表 10.1.4.1	按年份和性別劃分的整體個案數字	123
圖表 10.1.4.2	按年份劃分的死於自然因素個案數字	123
圖表 10.1.4.3	按年份和性別劃分的死於自殺個案數字	124
圖表 10.1.4.4	按年份和性別劃分的死於意外個案數字	124
圖表 10.1.4.5	按年份和性別劃分的死於襲擊個案數字	125
圖表 10.1.4.6	按年份和性別劃分的死於非自然因素但未能確定死因個案數字	125
圖表 10.1.4.7	按年份和性別劃分的死於複雜醫療因素個案數字	126
表格 10.1.5	按居住地區劃分的個案數字	127
圖表 10.1.6	按死亡事故發生地點劃分的個案數字	129

10.2 死於自然因素的個案統計數字

圖表 10.2.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	130
圖表 10.2.2	按年份和死亡類別劃分的個案數字	131
圖表 10.2.3	按年份劃分的已完成或獲豁免驗屍個案數字	132

10.3 死於自殺的個案統計數字

圖表 10.3.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	133
圖表 10.3.2	按年份和自殺原因劃分的個案數字	133
圖表 10.3.3	按年份和自殺方式劃分的個案數字	134
圖表 10.3.4	按年份及可識別自殺跡象劃分的個案數字	134

10.4 死於意外的個案統計數字

圖表 10.4.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	135
圖表 10.4.2	按年份和意外類別劃分的個案數字	135
圖表 10.4.3	按年份和年齡組別劃分的交通意外死亡個案數字	136
圖表 10.4.4	按年份和交通意外受害人類別劃分的個案數字	136
圖表 10.4.5	按年份和年齡組別劃分的從高處墮下致死個案數字	137
圖表 10.4.6	按年份和年齡組別劃分的遇溺死亡個案數字	137

10.5 死於襲擊的個案統計數字

圖表 10.5.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	138
圖表 10.5.2	按年份和襲擊類別劃分的個案數字	138
圖表 10.5.3	按年份和施襲者與已故兒童的關係劃分的個案數字	139
圖表 10.5.4	按年份和死亡事故發生地點劃分的個案數字	139

10.6 死於非自然因素但未能確定死因的個案統計數字

圖表 10.6.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	140
圖表 10.6.2	按年份和死亡事故發生地點劃分的個案數字	140

10.7 死於複雜醫療因素的個案統計數字

圖表 10.7.1	按年份和年齡組別劃分的個案數字	141
-----------	-----------------	-----

1

序言

兒童有權在安全的環境生活，並因其脆弱年齡而得到保護。任何兒童的死亡都令人心碎，也是家庭和社會的悲劇。本人謹代表兒童死亡個案檢討委員會（「檢討委員會」），向痛失孩子的家庭致以最深切的慰問。檢討委員會希望在雙年度報告展示有關兒童死亡個案的整體情況，以便更深入了解導致兒童死亡的因素，並進一步探討未來可採取的措施，以預防可避免的兒童死亡個案。

檢討委員會希望透過全面檢討須向死因裁判官報告的兒童死亡個案，從中了解兒童死亡的情況，並識別導致兒童死亡的風險因素。檢討委員會成員致力提出多項措施，以助預防或減少類似的死亡個案。我們已與相關服務機構或政府決策局／部門分享觀察結果和建議，以助他們定期檢討服務，並探討可改善的地方，確保兒童保持健康、安全和受到保護。各有關部門／機構合作無間，積極提供意見和更新改善措施，這些改善措施已納入本報告中。令人鼓舞的是，檢討委員會得到兒童事務委員會的支持，透過不同的媒體平台，推廣與兒童安全警報相關的主要建議。

檢討委員會的第五份報告涵蓋2016、2017和2018年三年內發生的兒童死亡個案。檢討委員會合共提出了59項預防策略建議，並已把相關建議送交相關政府決策局／部門和機構，以尋求意見和回應。鑒於自殺是2009至2018年這十年期間導致兒童和青少年死亡的第二大原因，委員會進行了專題檢討，以審視兒童自殺死亡的趨勢。雖然檢討委員會所檢討的個案和作出的建議受限於死因裁判法庭和服務報告收集的資料，但我們深信相關檢討結果和建議仍能提高公眾意識和號召各方通力合作，預防兒童死亡個案。本人期望大家攜手合作，為我們的孩子提供更好的環境，讓他們在安全和互助的社會健康成長。

兒童死亡個案檢討委員會主席

鄧麗華醫生 M.H.

2021年11月

2

摘要

2.1 檢討 2016 至 2018 年的兒童死亡個案

本報告的檢討範圍涵蓋 259 宗* 在 2016 至 2018 年發生並已向死因裁判法庭報告的兒童死亡個案。下表列出按年份和死因劃分的個案分佈情況。

死因	個案發生的年份			總數
	2016	2017	2018	
自然因素	69	54	36	159
非自然因素	37	36	27	100
自殺	21	24	14	59
意外	11	7	4	22
襲擊	2	2	3	7
未能確定 [#]	1	3	4	8
複雜的醫療因素 [@]	2	0	2	4
總數	106	90	63	259

* 進行檢討時，有若干個案因法律訴訟尚未完成而未有納入本報告內，包括 2016 年的三宗自然因素個案和一宗意外個案；2017 年的四宗自然因素個案和一宗非自然因素個案；2018 年的五宗自然因素個案、一宗非自然因素個案和三宗襲擊個案。有關個案的檢討結果（如有）將於下一份報告載述。

死於非自然因素但未能確定死因的個案。

@ 醫療 / 外科手術治療或醫學治療 / 程序的併發症。

該 259 宗檢討個案主要分佈數字如下：

- 159 名兒童（61.4%）死於自然因素，59 名（22.8%）死於自殺，22 名（8.5%）死於意外，七名（2.7%）死於襲擊，八名（3.1%）死於非自然因素但未能確定死因，以及四（1.5%）死於複雜的醫療因素。（見圖表 5.2.1 和 5.2.6）
- 男童死亡個案（144 宗，55.6%）較女童死亡個案（115 宗，44.4%）為多。（見表格 5.2.2）
- 年齡不足一歲的兒童死亡個案數字最高（103 宗，39.8%），其次是 15 至 17 歲年齡組別的個案（51 宗，19.7%）及 3 至 5 歲和 12 至 14 歲兩個年齡組別的個案（均為 27 宗，10.4%）。（見表格 5.2.2 和圖表 5.2.3）
- 大部分已故兒童為華裔（226 名，87.3%），33 名（12.7%）為非華裔。（見圖表 5.2.4）
- 132 名（51.0%）兒童因為年紀太小或因健康問題而未能上學或工作（職業對他們並不適用）。121 名（46.7%）兒童是全日制學生，四名（1.5%）沒有上學或工作，一名（0.4%）資料不詳和一名（0.4%）從事兼職工作。（見圖表 5.2.5）

- 死於自然因素和自殺的男童較女童多。相反，死於意外、襲擊和複雜的醫療因素的女童較男童多。死於非自然因素但未能確定死因的男童和女童人數相等。（見圖表5.2.7）
- 年齡不足一歲死於自然因素的兒童死亡個案數字最高（90宗，34.7%）。其次是年齡介乎15至17歲死於自殺的個案（39宗，15.1%）和年齡介乎一至兩歲死於自然因素的個案（19宗，7.3%）。（見圖表5.2.8）
- 幾乎一半的死亡事故在家中發生。（119宗，45.9%）。（見圖表5.2.10）

按死因劃分的個案詳情，請參閱**第五章**。

2.2 2016 至 2018 年死亡個案性質觀察結果

檢討委員會以2016、2017和2018年兒童死亡個案為據，按死亡性質提出多項觀察結果。詳情請參閱**第六章**。

2.3 2016 至 2018 年兒童死亡個案檢討的建議

檢討委員會經檢討2016、2017和2018年的兒童死亡個案後，提出59項建議，以加強預防兒童死亡個案的策略和改善相關制度。按死因劃分的建議數目如下：

死因	參考編號	建議數目
自然因素	N1 – N12	12
自殺	S1 – S22	22
意外	A1 – A11	11
襲擊和死於非自然因素 但未能確定死因	AS1 – AS14	14
總數	-	59

相關建議已送交相關政府決策局／部門和機構，以尋求意見和回應，並已表列在**第七章**。有關團體按不同死亡因素的回應／最新應對方案則載於**第八章**。

2.4 2006 至 2018 年已檢討死亡個案的概要

鑒於自殺是2009至2018年這十年間導致兒童死亡的第二大原因，委員會就此進行了專題檢討，研究兒童死於自殺個案的趨勢和重要調查結果。此外，我們根據2006至2018年已檢討的兒童死亡個案，擬備了圖表，按個案性質顯示不同個案的增減情況。

詳情請參閱**第九章**和**第十章**。

3 鳴謝

檢討委員會致力預防可避免的兒童死亡事故，一直獲得死因裁判法庭各裁判官及職員的支持，謹此衷心致謝。

同時，檢討委員會藉此機會，感謝各服務機構和單位所有曾為檢討工作提供寶貴資料的專業人士。政府決策局／部門、專業團體和服務機構也給予專業意見，回應檢討委員會的初步看法，並提供最新資料和意見，檢討委員會謹此一一致謝。

我們的工作得以順利進行，實有賴各界的參與和貢獻。我們期望繼續與各方通力合作，共同促進兒童福祉，保護兒童。

4

檢討簡介

4.1 歷史

檢討兒童死亡個案先導計劃(「先導計劃」)在2008年2月展開，為期三年，旨在檢討已向死因裁判官報告的18歲以下兒童死亡個案。「先導計劃」的檢討範圍涵蓋死於自然或非自然因素的兒童死亡個案。當局在2010年評估先導計劃，肯定了檢討工作的價值。「先導計劃」檢討委員會建議設立常設的兒童死亡檢討機制，並獲政府接納。

常設機制設立後，「先導計劃」檢討委員會委員繼續留任，並有多位新加入的專家和專業人士，分享寶貴經驗。常設的兒童死亡個案檢討委員會在2011年6月開始檢討工作，先後在2013年5月、2015年7月、2017年8月和2019年5月發表首份、第二份、第三份和第四份報告，載述了2008至2015年間兒童死亡個案的檢討和觀察結果，並提出建議。

4.2 目的

檢討工作旨在協助優化與兒童福祉相關的社會服務制度，重點在於促進跨界別和跨專業合作，以預防發生可避免的兒童死亡事故，而非為確定死因或責任誰屬。

4.3 檢討委員會

檢討委員會由18名委員組成，包括不同界別的專業人士和一名家長代表。為確保檢討工作具有效率和效果，檢討委員會委員按各自的專長分成四個小組，負責檢討不同性質的個案。每個小組選定一名召集人，負責帶領討論，以及在檢討委員會季度會議上匯報檢討結果。在2019年6月至2021年5月期間，檢討委員會合共舉行25次會議，其中包括7次委員會會議和18次小組會議。

檢討委員會的委員名單和職權範圍，分別載列於**附錄 11.1**和**11.2**。

4.4 範圍

檢討範圍只限涉及 18 歲以下兒童的死亡個案，包括但不限於已向死因裁判法庭報告的個案。檢討委員會歡迎各方轉介個案。

4.5 時限

檢討委員會自 2011 年 6 月成立後，已完成對 2008 到 2015 年間的兒童死亡個案進行檢討。檢討委員會在 2013 年 5 月發表首份報告和提出 21 項建議、在 2015 年 7 月發表第二份報告和提出 47 項建議，在 2017 年 8 月發表第三份報告和提出 45 項建議，以及在 2019 年 5 月發表第四份報告和提出 53 項建議。在過去兩年，檢討委員會亦完成檢討在 2016、2017 和 2018 年發生的兒童死亡個案。檢討工作滯後，往往令大眾關注到有關方面未有就兒童死亡個案適時進行檢討和提出建議。然而，因為幾乎所有兒童死亡案件都必須經過死因裁判庭的法律程序，部分案件甚至可能涉及刑事和民事訴訟，故只能在法律程序完結後才開始檢討個案，以免影響法律程序。儘管如此，檢討委員會一直積極主動與相關團體交換意見和提出建議，並在檢討後盡早發表觀察結果和關注事項，不會留待出版雙年度報告才作跟進。

4.6 檢討方法

檢討委員會大致上沿用「先導計劃」所採用的檢討方法。簡而言之，檢討工作以審閱文件為主，包括審閱提交予死因裁判法庭的文件和文檔，以及曾為已故兒童提供服務的服務機構或政府部門所提交的報告。

檢討方法詳見「檢討兒童死亡個案先導計劃」的總結報告，網址如下：

英文版：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/PPCFRFR-Eng.pdf>

中文版：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/PPCFRFR-Chi.pdf>

已發表的報告可到以下網址查閱：

第一份報告 (2013 年 5 月)

英文版：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/CFRP1R-Eng.pdf>

中文版：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/CFRP1R-Chi.pdf>

第二份報告 (2015 年 7 月)

英文版：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/CFRP2R-Eng.pdf>

中文版：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/CFRP2R-Chi.pdf>

第三份報告 (2017 年 8 月)

英文版：

https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2867/en/CFRP_Third_Report_Aug2017_Eng.pdf

中文版：

https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2867/tc/CFRP_Third_Report_Chinese.pdf

第四份報告 (2019 年 5 月)

英文版：

https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2867/en/CFRP_Fourth_Report_en_Nov2019.pdf

中文版：

https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2867/tc/CFRP_Fourth_Report_cn_Nov2019.pdf

5

本報告涵蓋的兒童死亡個案概覽

5.1 2016、2017 和 2018 年香港兒童人口和死亡的數字

有關數字四捨五入的備註：由於採用四捨五入方法計算，下列圖表/表格顯示的百分比總和未必等於 100。

表格 5.1.1：香港兒童死亡的資料和數字 (2016、2017 和 2018 年)

數字類別	年份		
	2016	2017	2018
兒童人口 *	1 015 800	1 019 900	1 029 300
兒童死亡人數	217	202	176
兒童死亡率 [@]	0.2	0.2	0.2
已檢討個案數目	106	90	63

* 兒童人口：指年中 18 歲以下兒童的人口。

@ 兒童死亡率：指每 1 000 名兒童人口中的已知兒童死亡數字。

(資料來源：政府統計處)

表格 5.1.2：比較按年齡劃分的死亡率 *

年齡組別		<1			1-4			5-9			10-14			15-19		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
國家/ 地區 [@]	香港 [#]	2.0	1.8	1.6	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
	澳洲 [^]	3.0	3.4	3.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.3	0.3
	加拿大 ^{&}	4.5	4.4	4.5	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.4	0.3
	日本 [~]	2.0	1.9	1.9	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
	新加坡 ⁺	2.4	2.2	2.1	0.1	0.1	0.1	0.1	-	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
	英國 ^{>}	3.5	3.5	3.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2

* 以年齡劃分的死亡率：除非另有說明，否則指每 1 000 名同齡組別人口中的已知死亡數字。

@ 從相關資料來源只能取得選定國家/地區的資料。

資料來源：政府統計處

^ 資料來源：澳洲統計局 (<http://stat.data.abs.gov.au/Index.aspx?Queryid=458>)

& 資料來源：加拿大統計局 (表格 13-10-0710-01) (<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310071001>)

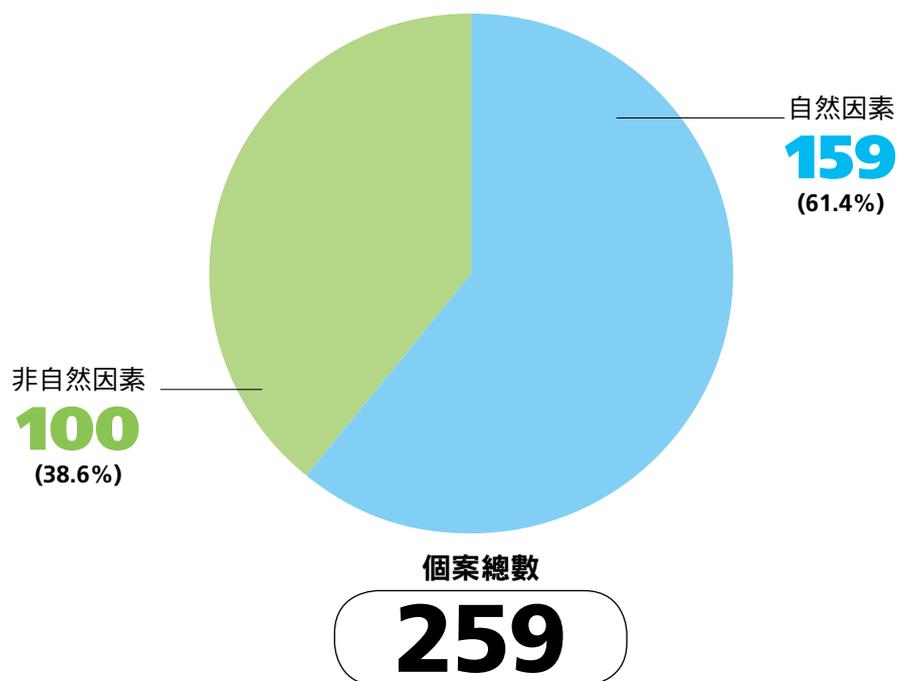
~ 日本統計數字 (<https://www.e-stat.go.jp/en/stat-search/files?page=1&query=general%20mortality%20>)

+ 資料來源：新加坡統計局 (<https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/backToMainMenu.action>)

> 資料來源：英國國家統計局 (<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsregisteredinenglandandwalesseriesdrreferencetables>)

5.2 2016 至 2018 年已檢討的兒童死亡個案統計數字

圖表 5.2.1：按死因性質劃分的個案數字

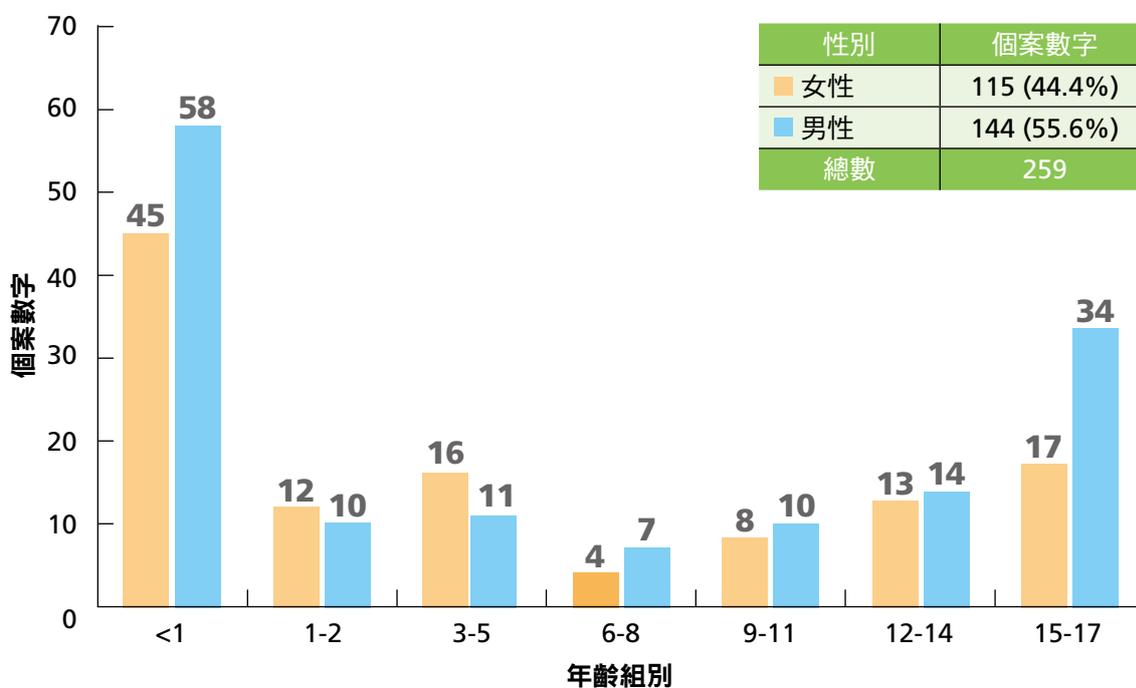


表格 5.2.2：按年齡組別和性別劃分的個案數字

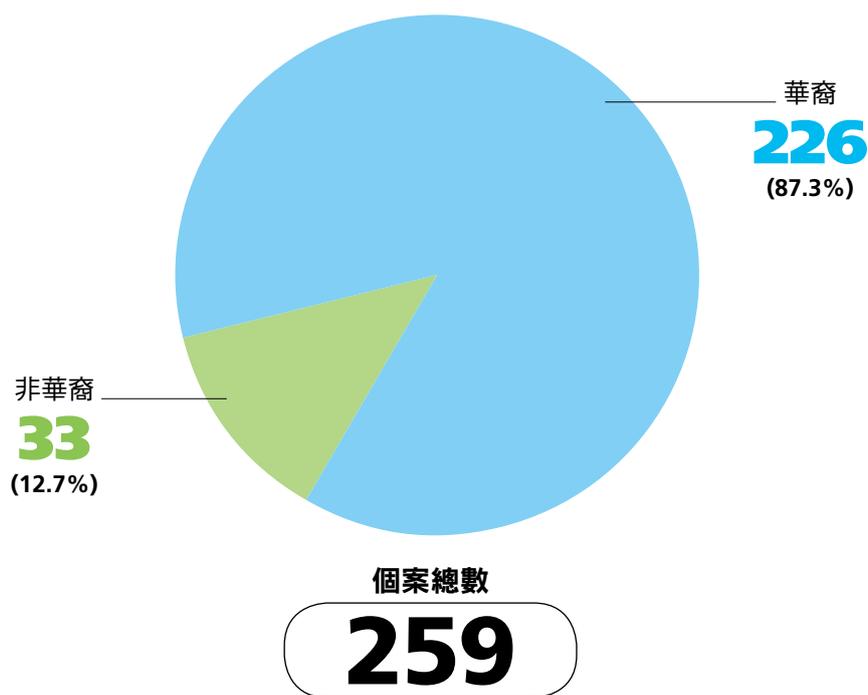
年齡組別	性別		個案數字 (%)
	女性 (%)	男性 (%)	
< 1	45 (17.4%)	58 (22.4%)	103 (39.8%)
1-2	12 (4.6%)	10 (3.9%)	22 (8.5%)
3-5	16 (6.2%)	11 (4.2%)	27 (10.4%)
6-8	4 (1.5%)	7 (2.7%)	11 (4.2%)
9-11	8 (3.1%)	10 (3.9%)	18 (7.0%)
12-14	13 (5.0%)	14 (5.4%)	27 (10.4%)
15-17	17 (6.6%)	34 (13.1%)	51 (19.7%)
總數 (%)	115 (44.4%)	144 (55.6%)	259 (100.0%)

個案數字最高的年齡組別以不同背景顏色顯示。

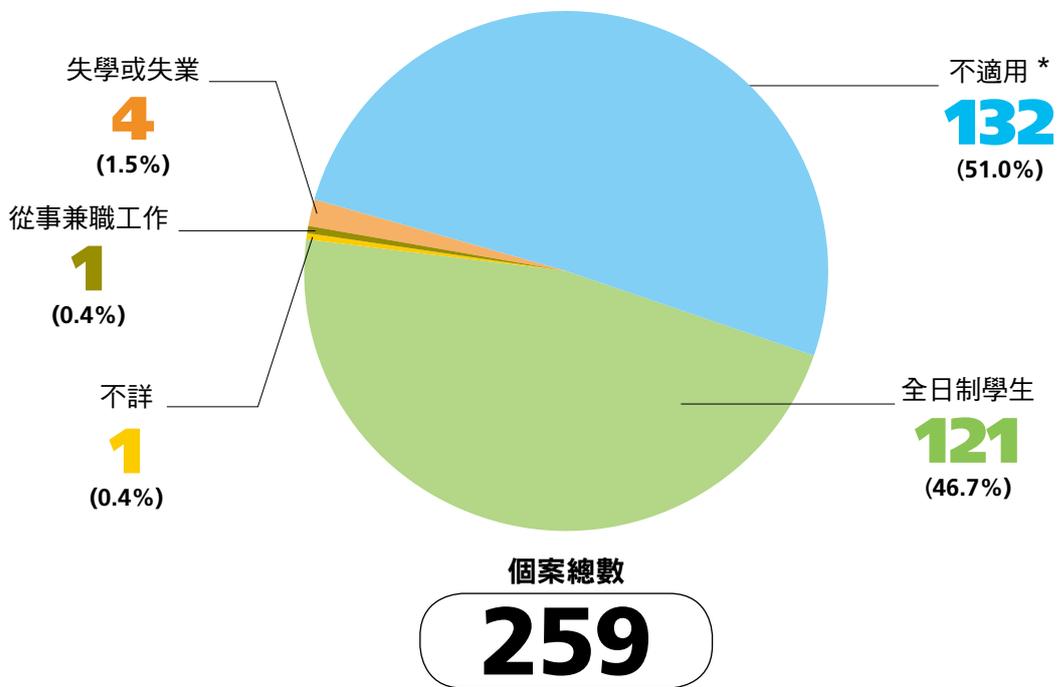
圖表 5.2.3：按年齡組別和性別劃分的個案數字



圖表 5.2.4：按種族劃分的個案數字

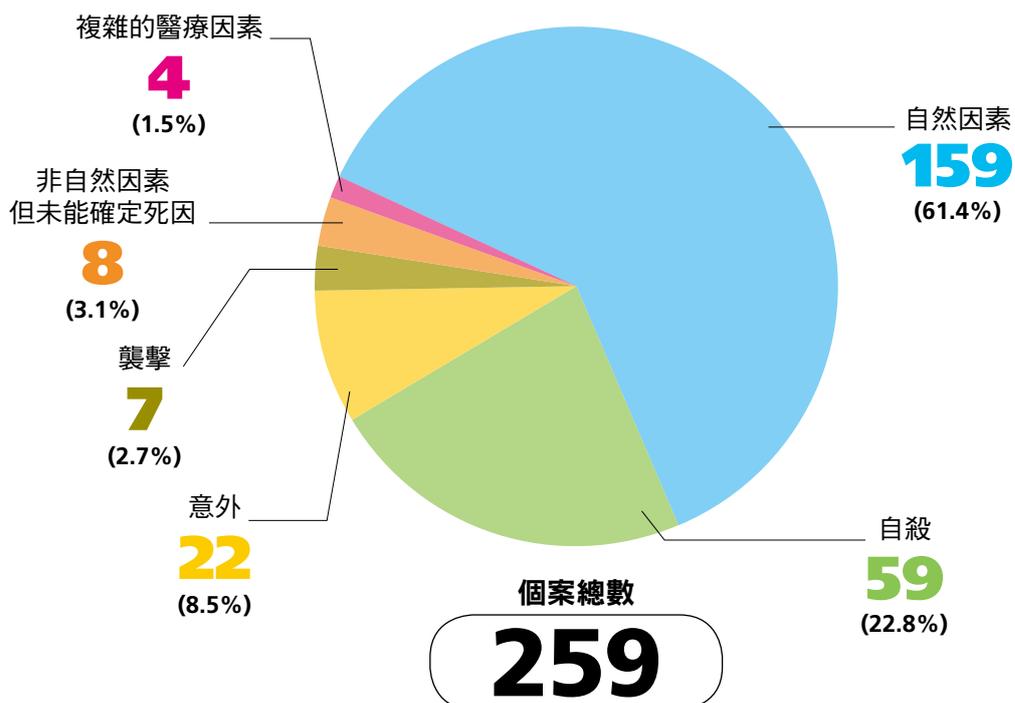


圖表 5.2.5：按教育 / 職業劃分的個案數字

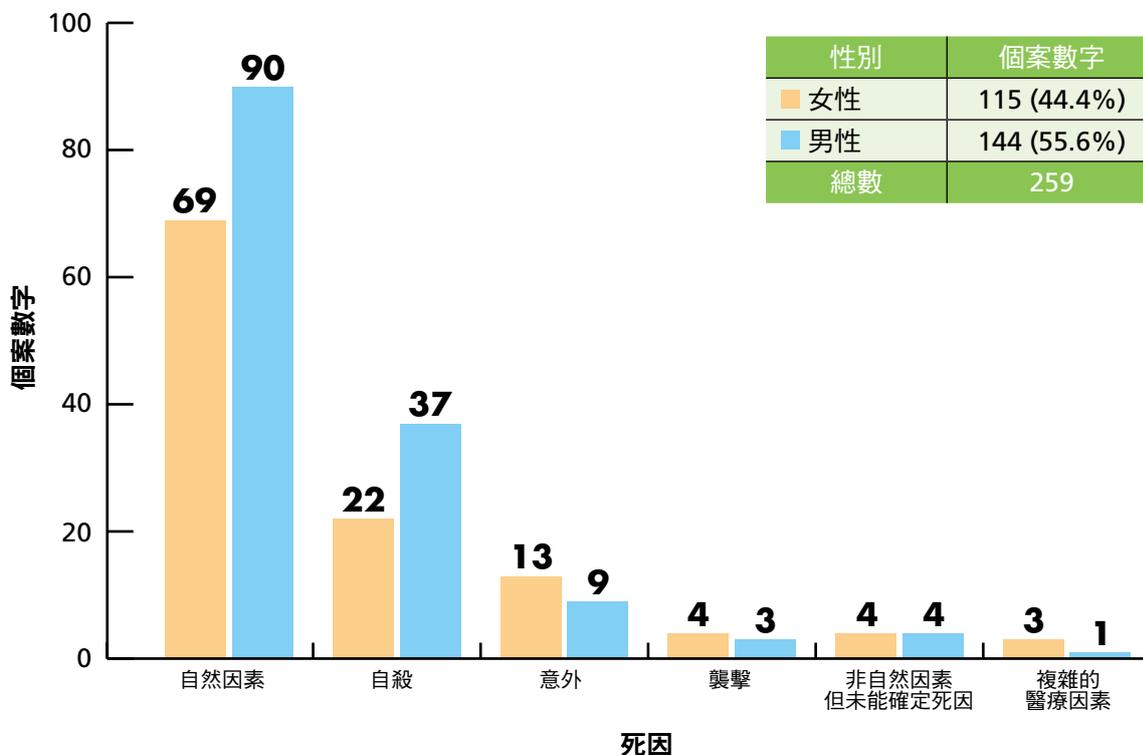


* 不適用：包括嬰兒或因健康問題無法上學或工作的兒童。

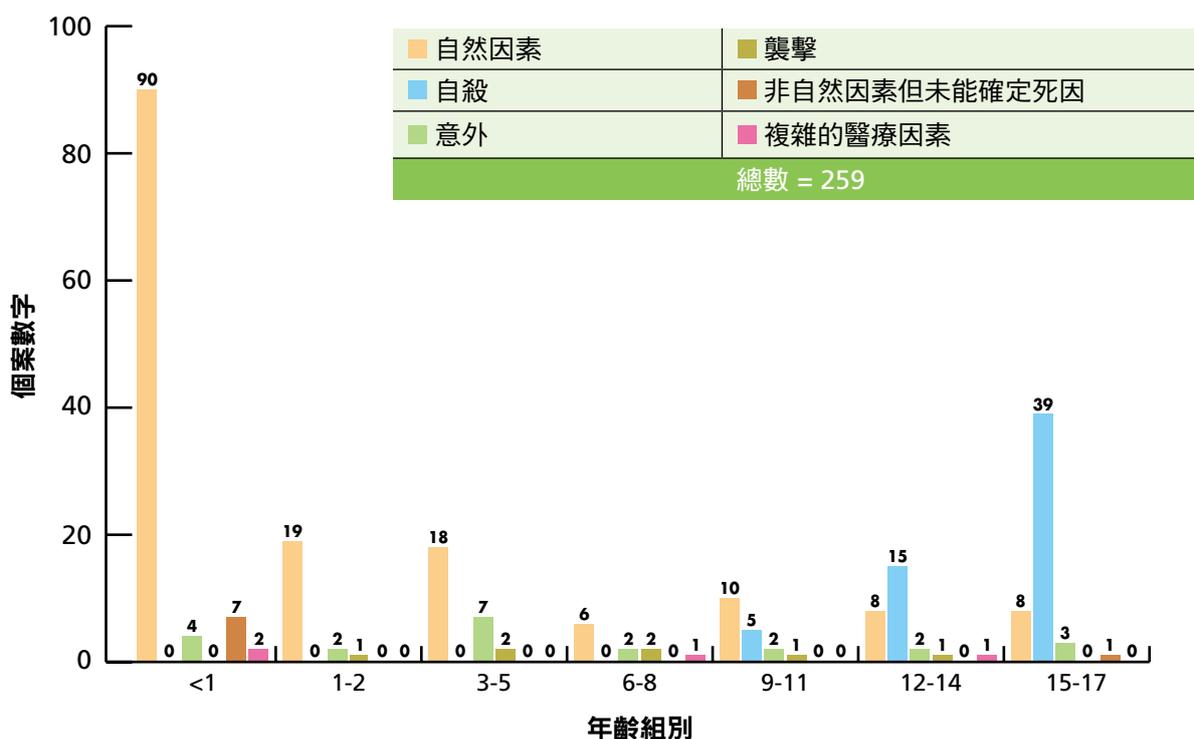
圖表 5.2.6：按死因劃分的個案數字



圖表 5.2.7：按死因和性別劃分的個案數字



圖表 5.2.8：按年齡組別和死因劃分的個案數字



表格 5.2.9：按居住地區和年份劃分的個案數字

居住地區	2016			2017			2018		
	個案數字	*人口	#死亡率	個案數字	*人口	#死亡率	個案數字	*人口	#死亡率
香港島									
中西區	1	29 600	0.034	4	29 900	0.134	2	30 300	0.066
灣仔 [®]	0	21 500	0	2	21 600	0.093	0	21 700	0
東區 [®]	5	73 600	0.068	4	77 100	0.052	7	74 600	0.094
南區	2	37 400	0.053	3	36 200	0.083	1	37 500	0.027
九龍									
油尖旺	7	44 300	0.158	6	45 900	0.131	4	45 400	0.088
深水埗	8	56 900	0.141	6	58 300	0.103	3	58 100	0.052
九龍城	9	59 100	0.152	3	57 100	0.053	2	59 500	0.034
黃大仙	3	55 300	0.054	3	55 700	0.054	6	55 100	0.109
觀塘	8	93 300	0.086	9	95 100	0.095	2	97 000	0.021
新界									
葵青	5	73 900	0.068	8	71 800	0.111	6	70 600	0.085
荃灣	7	43 900	0.159	2	43 200	0.046	1	42 900	0.023
屯門	7	66 800	0.105	5	68 000	0.074	9	69 000	0.130
元朗	19	89 100	0.213	13	91 600	0.142	2	92 400	0.022
北區	4	48 300	0.083	4	48 500	0.082	2	47 800	0.042
大埔	2	43 000	0.047	2	43 000	0.047	2	43 300	0.046
沙田	7	91 900	0.076	6	94 000	0.064	4	93 400	0.043
西貢	4	64 400	0.062	6	64 200	0.093	6	63 200	0.095
離島	5	22 400	0.223	1	22 300	0.045	0	25 400	0
其他地區									
非定居香港	3	-	-	3	-	-	3	-	-
不詳	0	-	-	0	-	-	1	-	-
總數	106	-	-	90	-	-	63	-	-

以上居住地區是根據 18 區區議會 / 選區劃分。

■ 18 區中個案數字最高的三個地區以不同背景顏色顯示。

■ 18 區中死亡率最高的三個地區以不同背景顏色顯示。

* 表示各區陸上非住院的 0-17 歲兒童人口數目。資料來源：政府統計處綜合住戶統計調查。

表示以地區劃分的兒童死亡率，即各區每 1 000 名陸上非住院兒童之中，已檢討兒童死亡個案的比率。

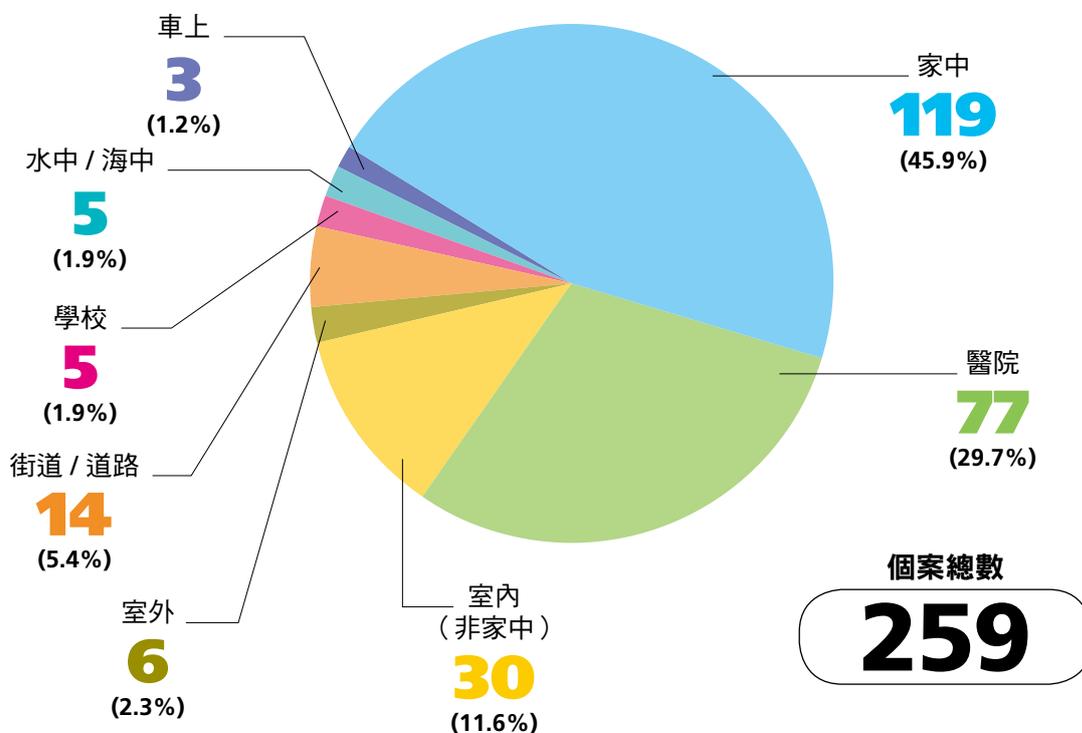
[®] 自 2016 年起採納的灣仔區和東區的地方行政區分界與 2015 年及之前的不同。因此，此圖表上灣仔區和東區在 2016 年和其後的數字不能與 2015 年及之前的數字作直接比較。

2016年錄得最多兒童死亡個案的地區是元朗區(19宗)，其次是九龍城區(9宗)，深水埗區和觀塘區(同為8宗)。不過，按各區的兒童人口計算，兒童死亡率(即各區每1 000名陸上非住院兒童之中已檢討兒童死亡個案的比率)最高的地區是離島區(0.223)，其次是元朗區(0.213)和荃灣區(0.159)。

2017年錄得最多兒童死亡個案的地區是元朗區(13宗)，其次是觀塘區(9宗)和葵青區(8宗)。兒童死亡率最高的地區是元朗區(0.142)，其次是中西區(0.134)和油尖旺區(0.131)。

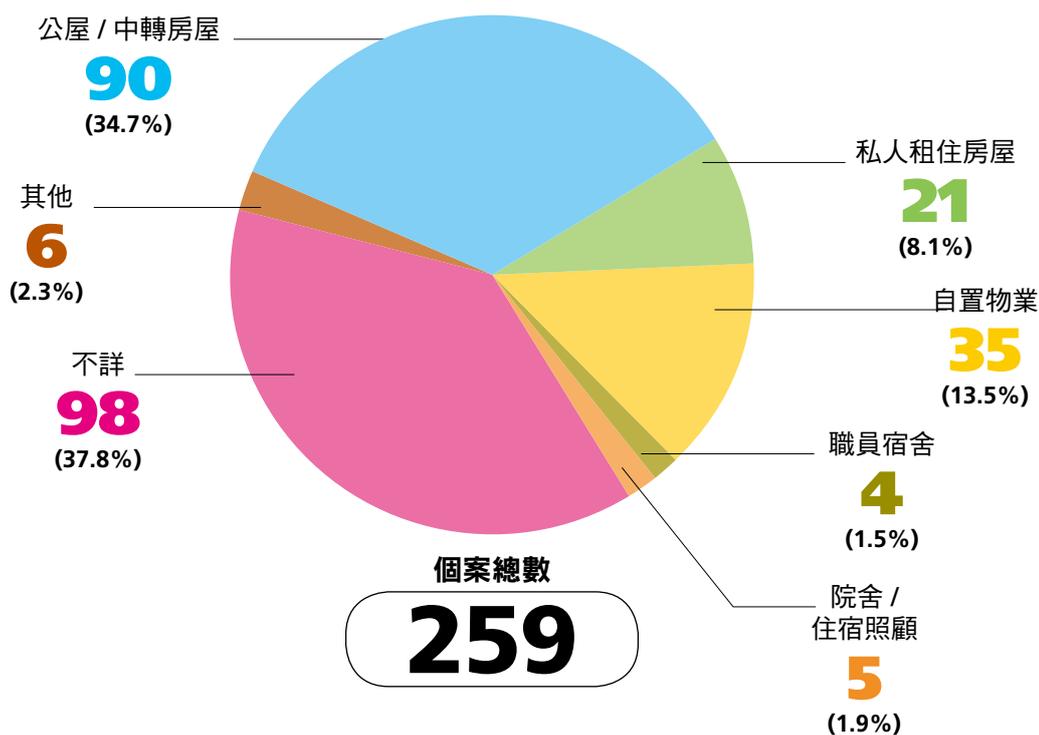
2018年錄得最多兒童死亡個案的地區是屯門區(9宗)，其次是東區(7宗)、黃大仙區、葵青區和西貢區(同為6宗)。不過，按各區的兒童人口計算，兒童死亡率最高的地區是屯門區(0.130)，其次是黃大仙區(0.109)和西貢區(0.095)。

圖表 5.2.10：按死亡事故發生地點劃分的個案數字



* 註：發生於醫院的死亡事故均屬自然因素個案

圖表 5.2.11：按居所類別劃分的個案數字



表格 5.2.12：按家庭收入劃分的個案數字

家庭收入	個案數字 (%)
領取綜援	13 (5.0%)
\$10,000 以下	4 (1.5%)
\$10,000 - \$19,999	11 (4.2%)
\$20,000 - \$29,999	1 (0.4%)
\$30,000 - \$39,999	2 (0.8%)
\$40,000 - \$49,999	0 (0.0%)
\$50,000 或以上	6 (2.3%)
不詳	222 (85.7%)
總數 (%)	259 (100%)

表格 5.2.13：按父母狀況劃分的個案數字

父母狀況	個案數字 (%)
雙親	187 (72.2%)
分居 / 離異父母	23 (8.9%)
未婚父母	20 (7.7%)
單親	10 (3.9%)
父母其中一方居住內地	2 (0.8%)
再婚父母	1 (0.4%)
* 年齡差距大的父母	1 (0.4%)
# 高齡父母	1 (0.4%)
不詳	14 (5.4%)
總數 (%)	259 (100%)

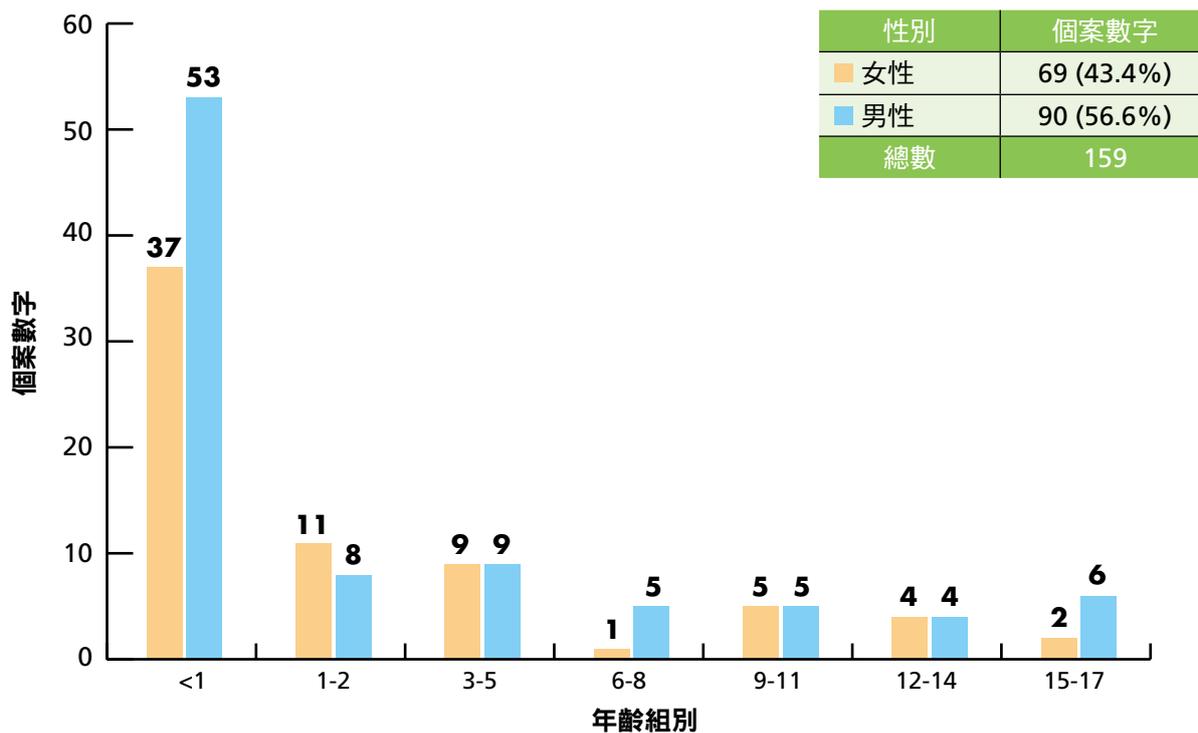
* 年齡差距大的父母：≥15 年的年齡差距

高齡父母：≥60 歲

5.3 兒童死亡個案的死因統計數字

5.3.1 死於自然因素的個案

圖表 5.3.1.1：按年齡組別和性別劃分的個案數字



表格 5.3.1.2：按《疾病和有關健康問題的國際統計分類》(ICD) (第十次修訂本) 健康問題類別劃分的個案數字

國際疾病分類編號	健康問題類別	個案數字 (%)
A00-B99	某些傳染病和寄生蟲病	8 (5.0%)
C00-D48	腫瘤	7 (4.4%)
D50-D89	血液和造血器官疾病，以及某些涉及免疫機能的異常	1 (0.6%)
E00-E90	內分泌、營養和代謝疾病	4 (2.5%)
G00-G99	神經系統疾病	14 (8.8%)
I00-I99	循環系統疾病	21 (13.2%)
J00-J99	呼吸系統疾病	18 (11.3%)
K00-K93	消化系統疾病	7 (4.4%)
M00-M99	肌骨系統和結締組織疾病	3 (1.9%)
N00-N99	泌尿生殖系統疾病	1 (0.6%)
P00-P96	起源於圍產期的某些情況	26 (16.4%)
Q00-Q99	先天性畸形、變形和染色體異常	23 (14.5%)
R00-R99	症狀、體徵和臨床與實驗室異常所見，不可歸類在他處者（就已檢討的個案而言，主要是嬰兒猝死或無故死亡）	26 (16.4%)
	總數 (%)	159 (100.0%)

ICD (第十次修訂本)：《疾病和有關健康問題的國際統計分類》(第十次修訂本)是世界衛生組織制訂的國際標準診斷分類，作流行病學、健康管理和臨床用途，包括分析不同人口組羣的一般健康狀況，以及監察疾病和其他健康問題的發生率和普遍情況，與受影響人士的特徵和情況、發還款項安排、資源分配、質素方面和指引等其他變數的關係。

各個國際疾病分類編號之中個案數字最高的三個類別，以不同背景顏色顯示。

表格 5.3.1.3：按年齡組別和死因類別劃分的個案數字

年齡組別	死因類別*					個案數字 (%)
	A (%)	B (%)		C (%)	D# (%)	
		B1 (%)	B2 (%)			
< 1	27 (17.0%)	10 (6.3%)	7 (4.4%)	9 (5.7%)	37 (23.3%)	90 (56.6%)
1-2	0	10 (6.3%)	1 (0.6%)	7 (4.4%)	1 (0.6%)	19 (11.9%)
3-5	0	10 (6.3%)	2 (1.3%)	6 (3.8%)	0	18 (11.3%)
6-8	0	0	1 (0.6%)	5 (3.1%)	0	6 (3.8%)
9-11	0	4 (2.5%)	1 (0.6%)	5 (3.1%)	0	10 (6.3%)
12-14	0	2 (1.3%)	1 (0.6%)	4 (2.5%)	1 (0.6%)	8 (5.0%)
15-17	0	2 (1.3%)	2 (1.3%)	4 (2.5%)	0	8 (5.0%)
總數 (%)	27 (17.0%)	38 (23.9%)	15 (9.4%)	40 (25.2%)	39 (24.5%)	159 (100.0%)
		53 (33.3%)				

* 下列死因類別由檢討委員會的醫療專家擬訂，以作檢討：

A – 初生嬰兒疾病

B – 慢性疾病

B1 – 心智或身體殘障

B2 – 心智或身體沒有殘障

C – 急性疾病

D – 其他，包括：

無法識別的病因

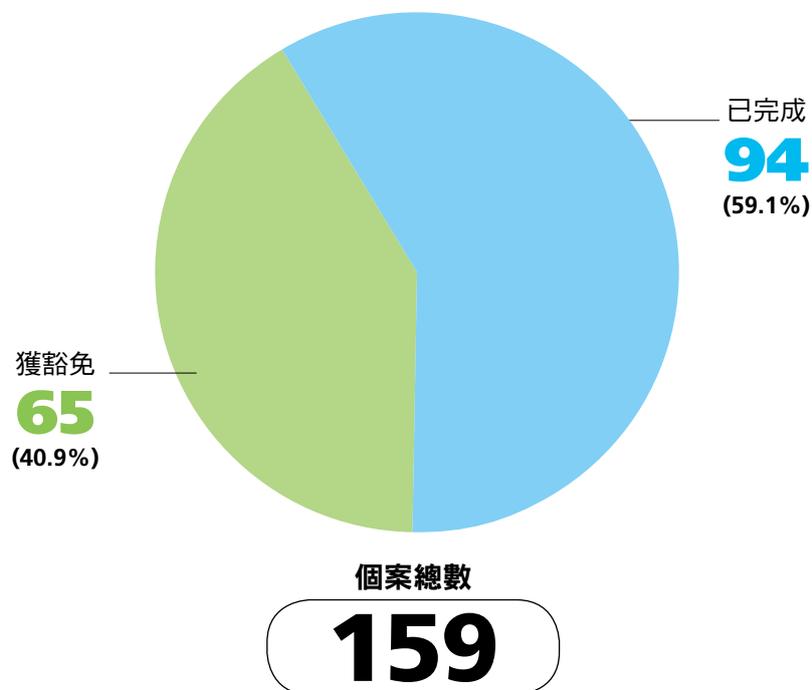
嬰兒猝死 (SUDI)

死於胎中

D類個案可細分為：死於胎中個案（18宗，11.3%）、嬰兒猝死個案（13宗，8.2%）和無法識別病因的個案（8宗，5.0%）。

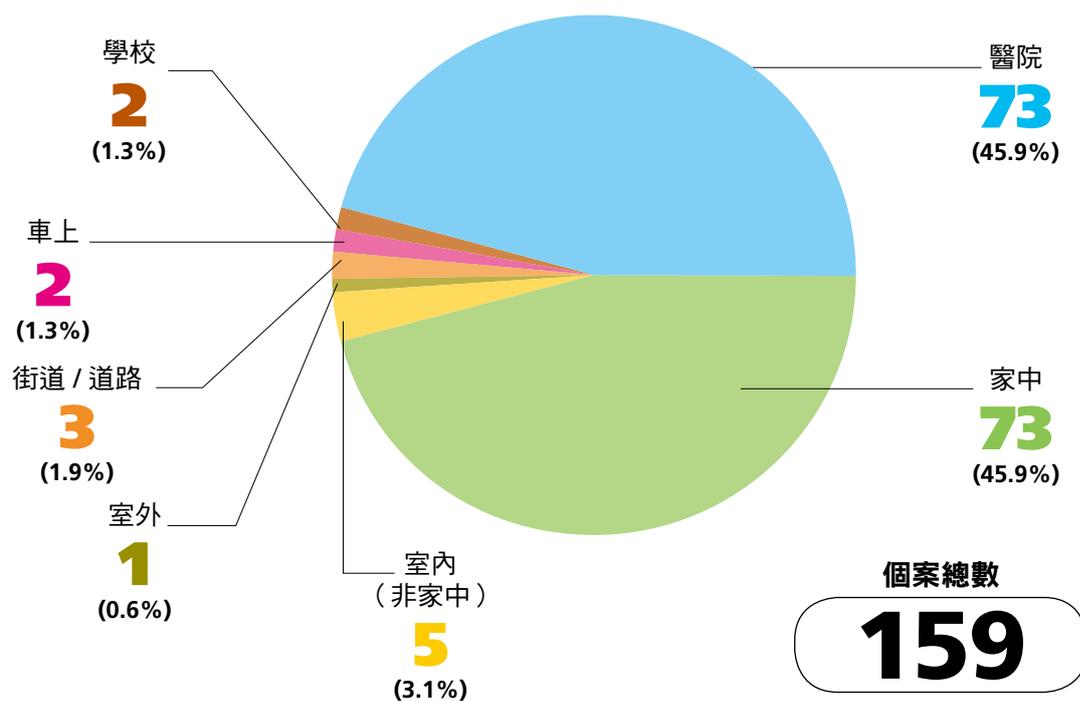
個案數字最高的類別以不同背景顏色顯示。

圖表 5.3.1.4：已完成或獲豁免驗屍的個案數字*



* 資料來源：資料從死因裁判法庭搜集得來。

圖表 5.3.1.5：按死亡事故發生地點劃分的個案數字



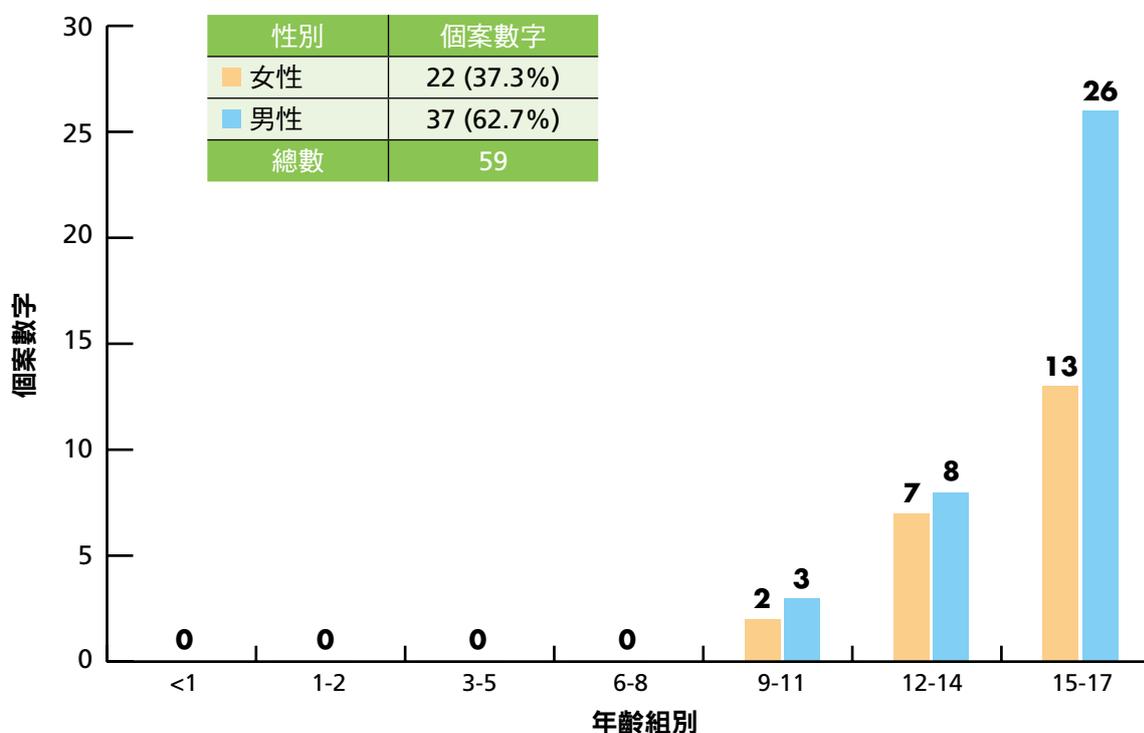
註：發生於醫院的死亡事故均屬自然因素個案

表格 5.3.1.6：按種族劃分的個案數字

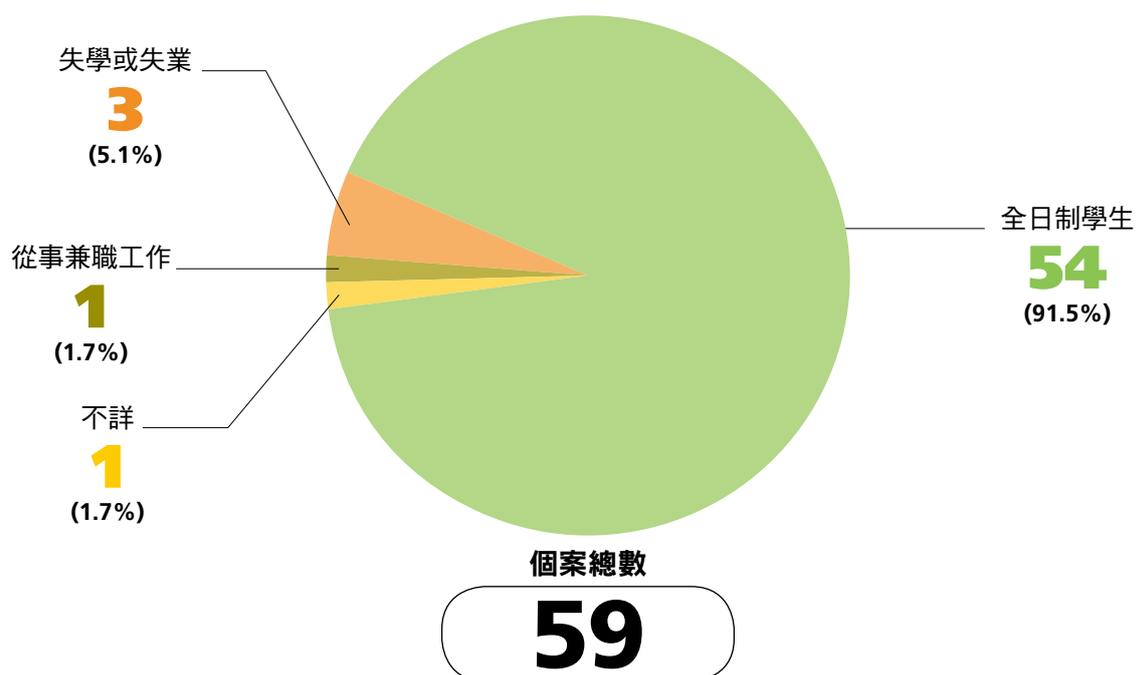
種族	個案數字 (%)
華裔：	139 (87.4%)
非華裔：	20 (12.6%)
巴基斯坦人	6 (3.8%)
菲律賓人	3 (1.9%)
印尼人	3 (1.9%)
印度人	2 (1.3%)
尼泊爾人	2 (1.3%)
美國人	2 (1.3%)
台灣人	1 (0.6%)
越南人	1 (0.6%)
總數 (%)	159 (100%)

5.3.2 死於自殺的個案

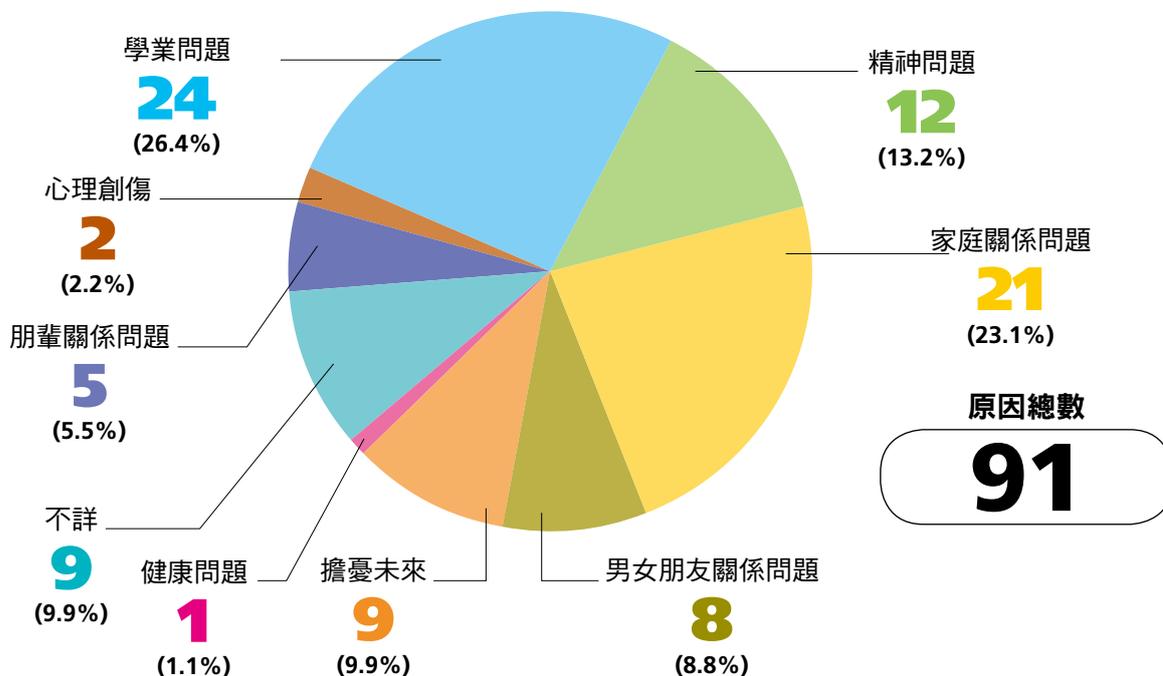
圖表 5.3.2.1：按年齡組別和性別劃分的個案數字



圖表 5.3.2.2：按教育 / 職業劃分的個案數字



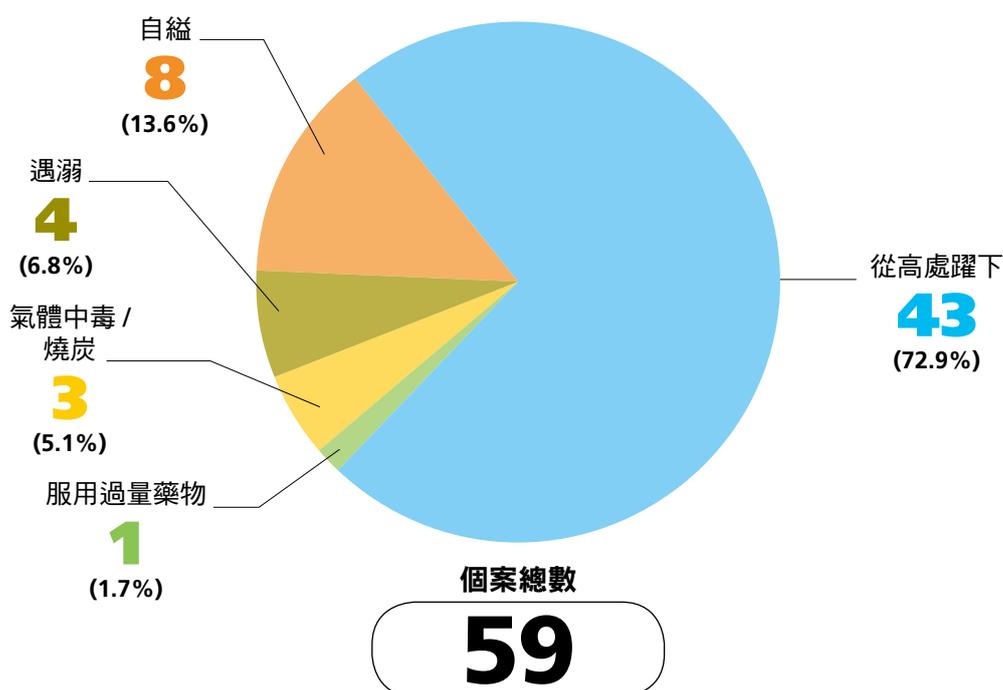
圖表 5.3.2.3：自殺原因*



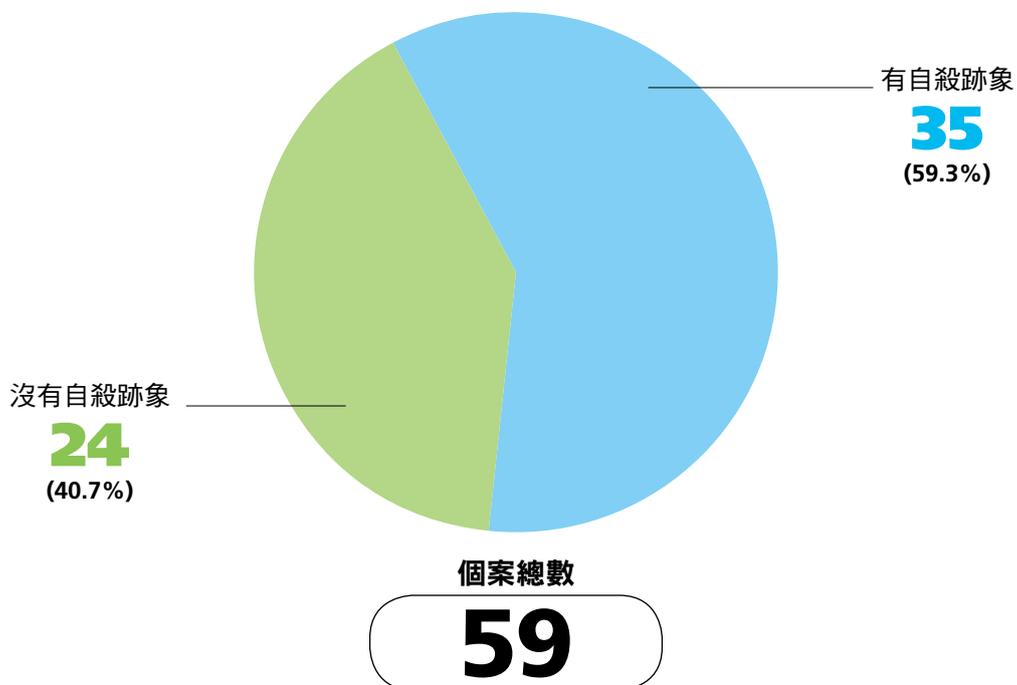
* 註：可包含多過一個原因。

(有關原因是根據已檢討個案的警方死亡調查報告及 / 或服務報告識別出來。)

圖表 5.3.2.4：自殺方式

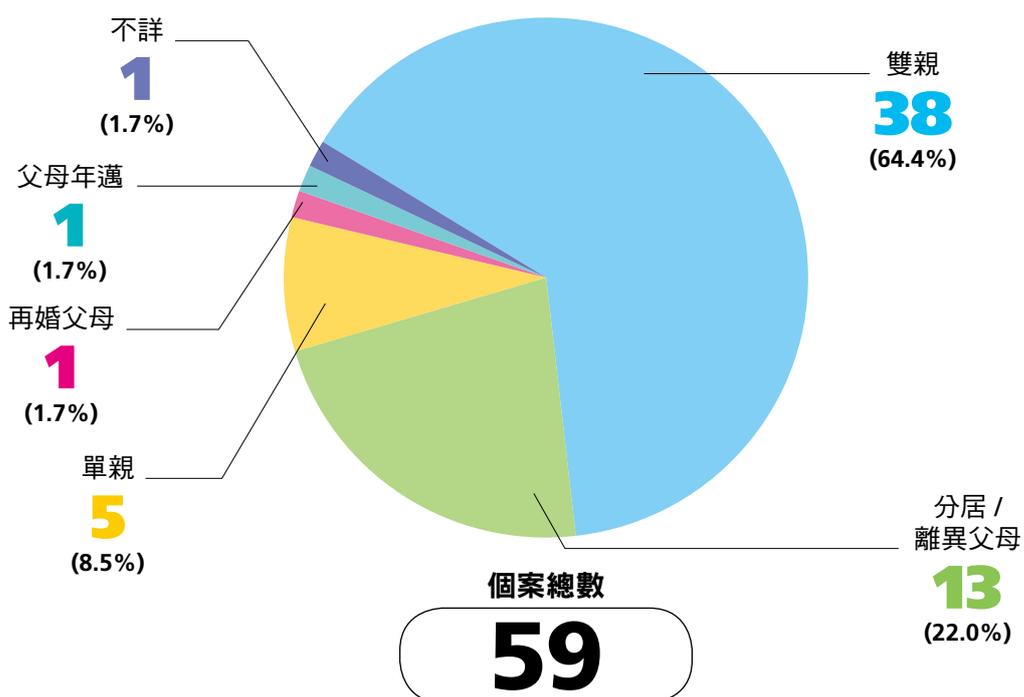


圖表 5.3.2.5：有可識別自殺跡象*的個案數字



* 自殺跡象：包括留下自殺字條、情緒化 / 激烈的行為、口頭示意或威脅會自殺及過去有企圖自殺的記錄。（有關跡象是從警方死亡調查報告識別出來。）

圖表 5.3.2.6：按父母狀況劃分的個案數字



表格 5.3.2.7：按家庭收入劃分的個案數字

家庭收入	個案數字 (%)
領取綜援	6 (10.2%)
\$10,000 以下	2 (3.4%)
\$10,000 - \$19,999	6 (10.2%)
\$20,000 - \$29,999	1 (1.7%)
\$30,000 - \$39,999	2 (3.4%)
\$40,000 - \$49,999	0 (0.0%)
\$50,000 或以上	5 (8.5%)
不詳	37 (62.7%)
總數 (%):	59 (100%)

表格 5.3.2.8：按教育 / 職業劃分的個案數字

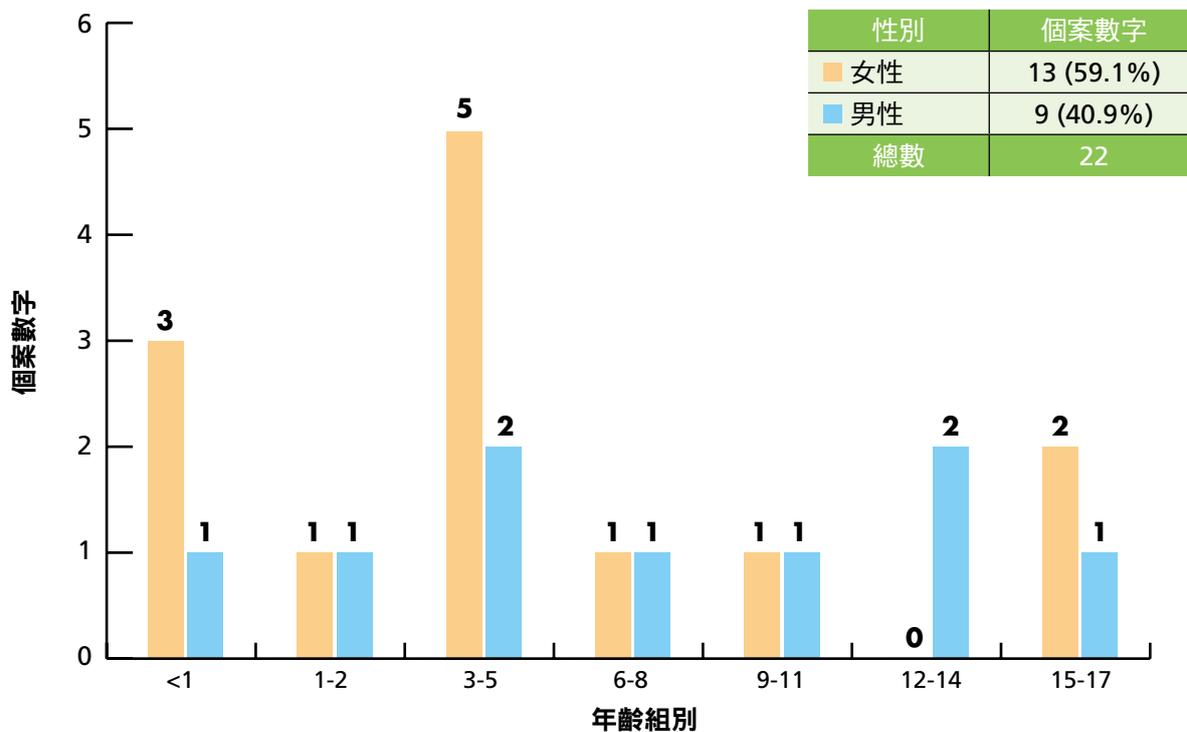
教育 / 職業	個案數字 (%)	
小五	3	小學 = 5 (8.5%)
小六	2	
中一	3	初中 = 21 (35.6%)
中二	10	
中三	8	
中四	9	高中 = 27 (45.8%)
中五	11	
中六	7	
中三後的職業訓練	1	
失學或失業	2	
就業	1	
不詳	2	
總數	59	

表格 5.3.2.9：按月份劃分的個案數字

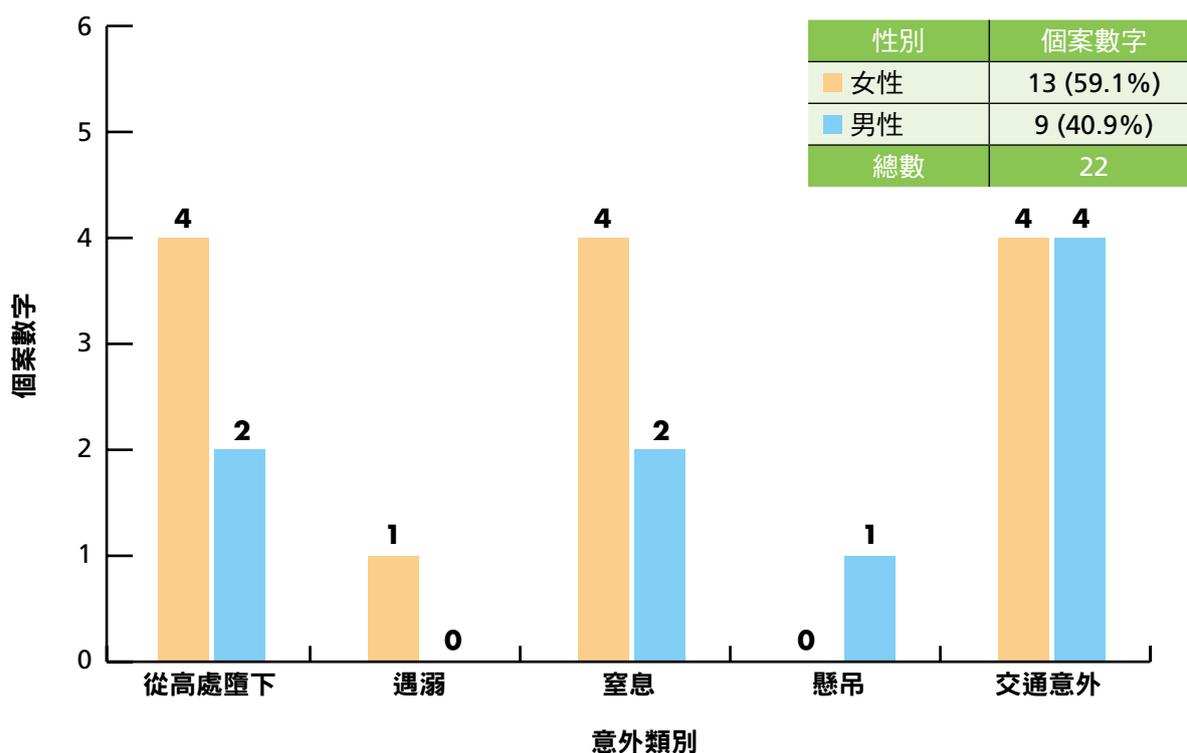
月份	2016	2017	2018	總數 (%)
一月	1	0	4	5 (8.5%)
二月	2	6	1	9 (15.3%)
三月	4	2	0	6 (10.2%)
四月	2	2	0	4 (6.8%)
五月	0	0	2	2 (3.4%)
六月	3	1	1	5 (8.5%)
七月	0	2	0	2 (3.4%)
八月	1	3	1	5 (8.5%)
九月	1	2	0	3 (5.1%)
十月	2	3	3	8 (13.6%)
十一月	2	2	1	5 (8.5%)
十二月	3	1	1	5 (8.5%)
總數 (%)	21	24	14	59 (100%)

5.3.3 死於意外的個案

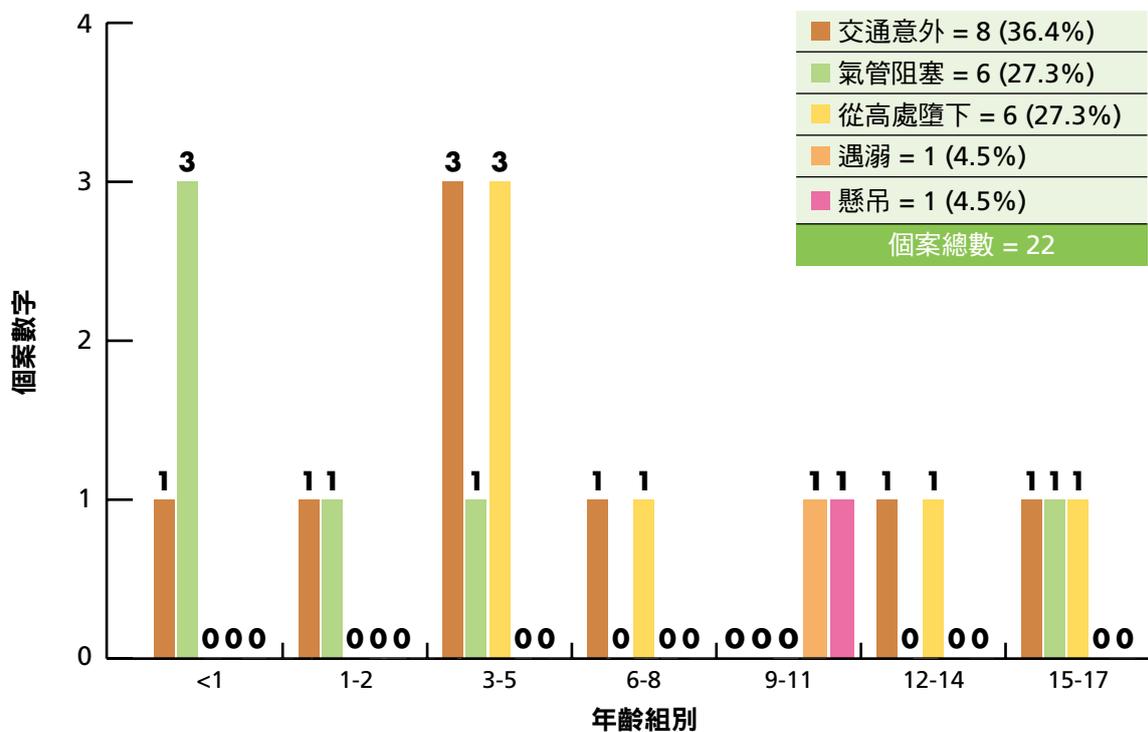
圖表 5.3.3.1：按年齡組別和性別劃分的個案數字



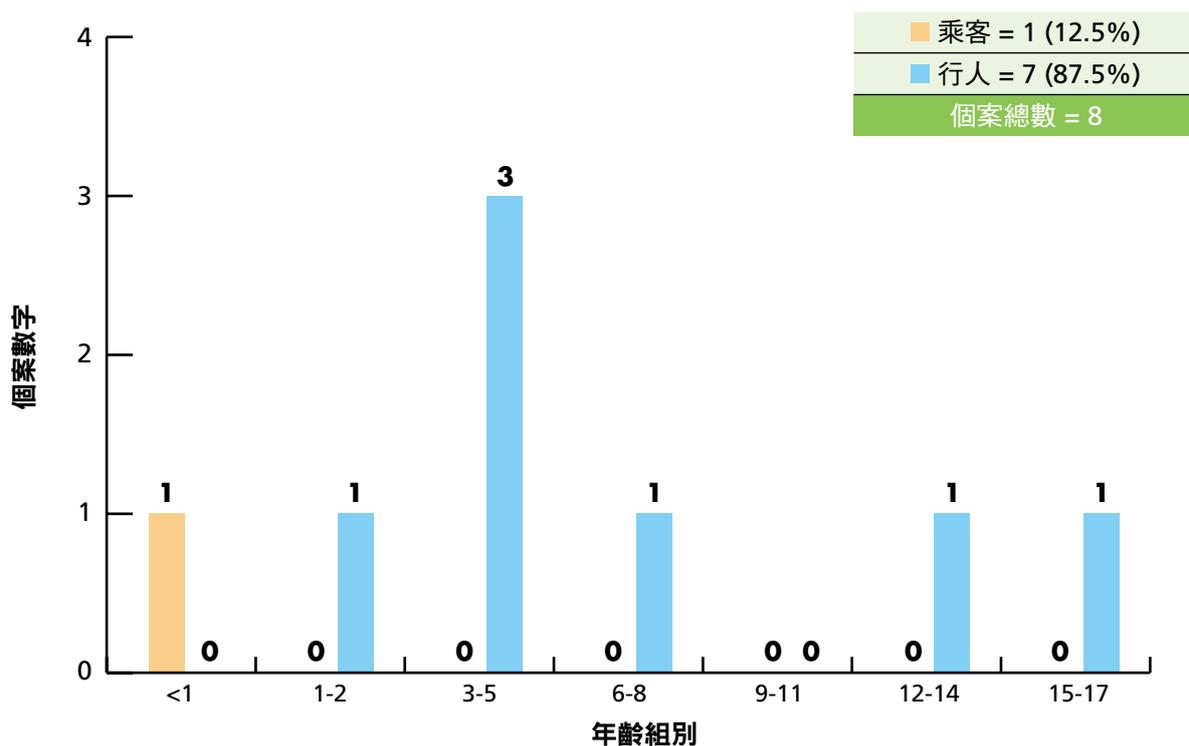
圖表 5.3.3.2：按意外類別和性別劃分的個案數字



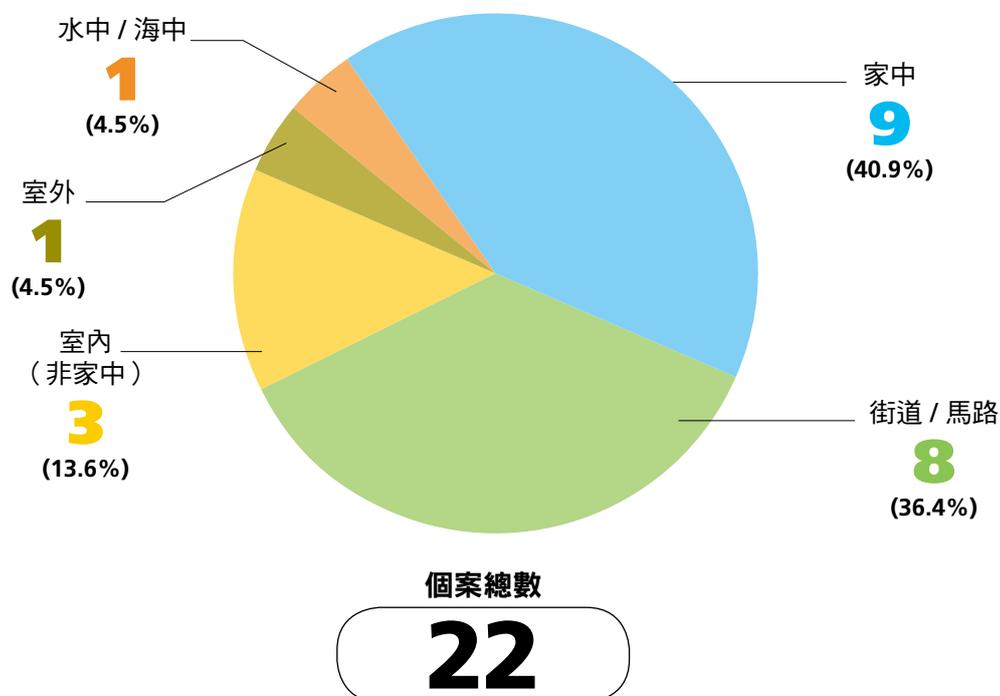
圖表 5.3.3.3：按年齡組別和意外類別劃分的個案數字



圖表 5.3.3.4：按年齡組別和交通意外受害人類別劃分的個案數字



圖表 5.3.3.5：按死亡事故發生地點劃分的個案數字

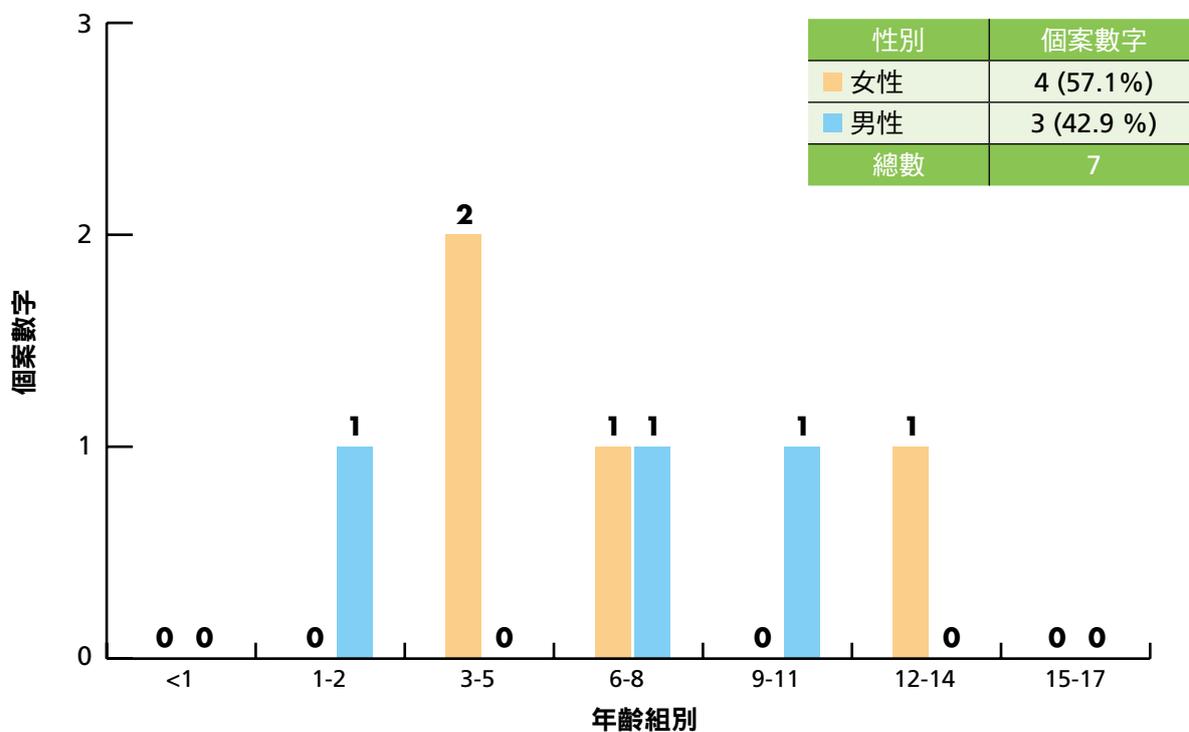


表格 5.3.3.6：按種族劃分的個案數字

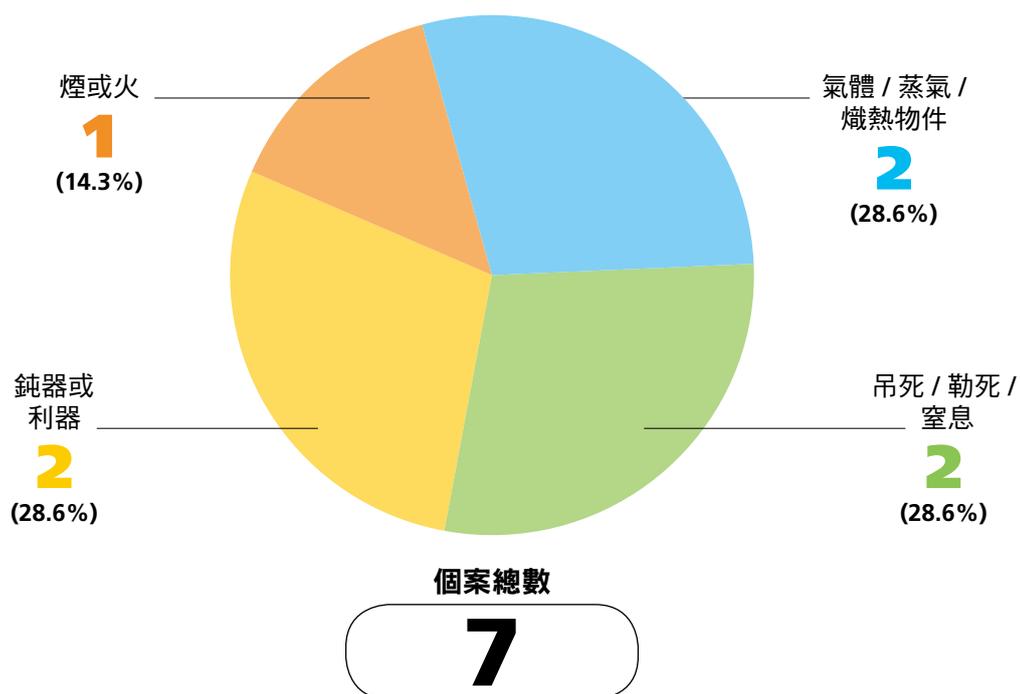
種族	個案數字 (%)
華裔：	17 (77.3%)
非華裔：	5 (22.7%)
印度人	1 (4.5%)
印尼人	1 (4.5%)
菲律賓人	1 (4.5%)
尼泊爾人	1 (4.5%)
美國人	1 (4.5%)
總數 (%)	22 (100%)

5.3.4 死於襲擊的個案

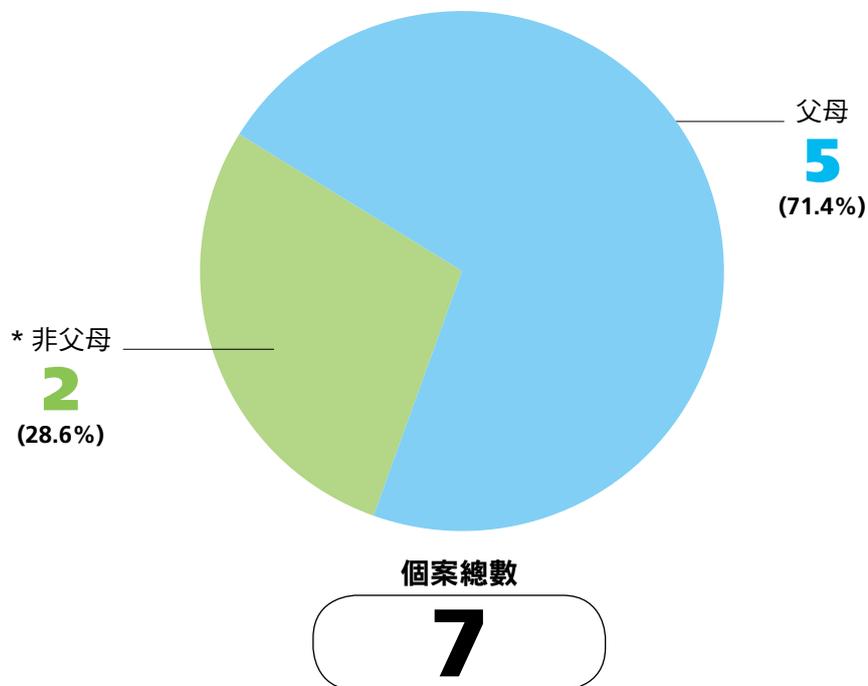
圖表 5.3.4.1：按年齡組別和性別劃分的個案數字



圖表 5.3.4.2：襲擊類別

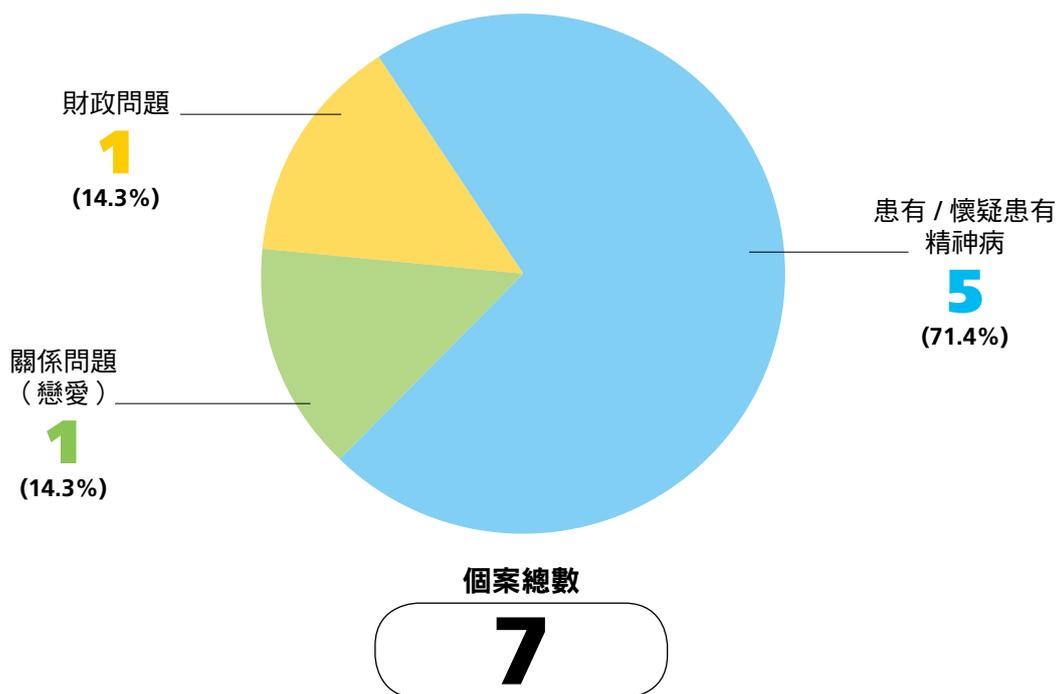


圖表 5.3.4.3：施襲者與已故兒童的關係

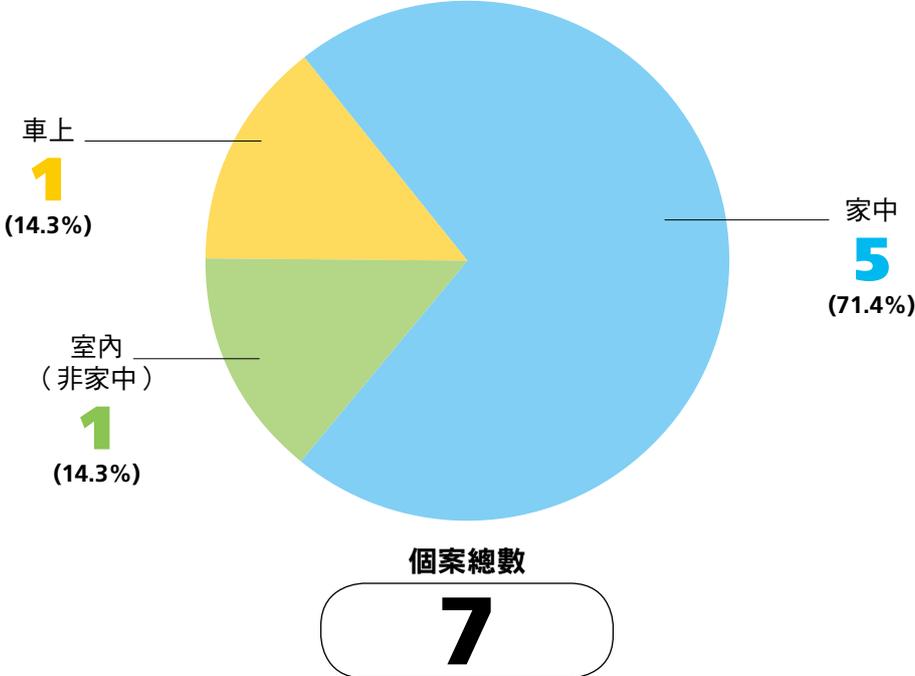


* 非父母：包括一名鄰居和一名外籍家庭傭工

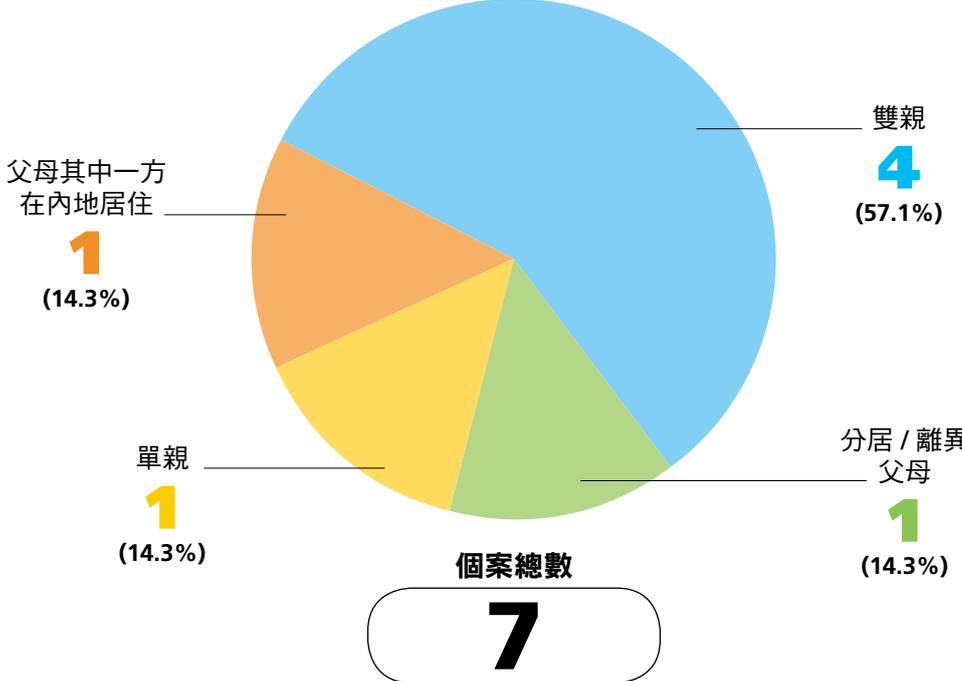
圖表 5.3.4.4：引致施襲行為的主要因素



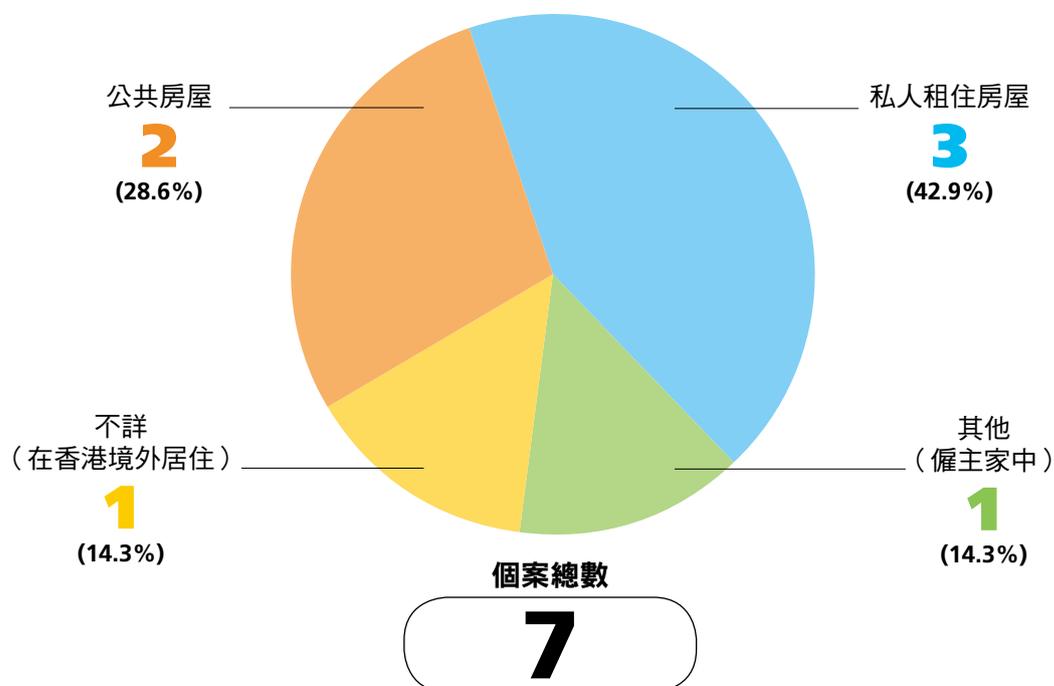
圖表 5.3.4.5：按死亡事故發生地點劃分的個案數字



圖表 5.3.4.6：按父母狀況劃分的個案數字



圖表 5.3.4.7：按居所類別劃分的個案數字

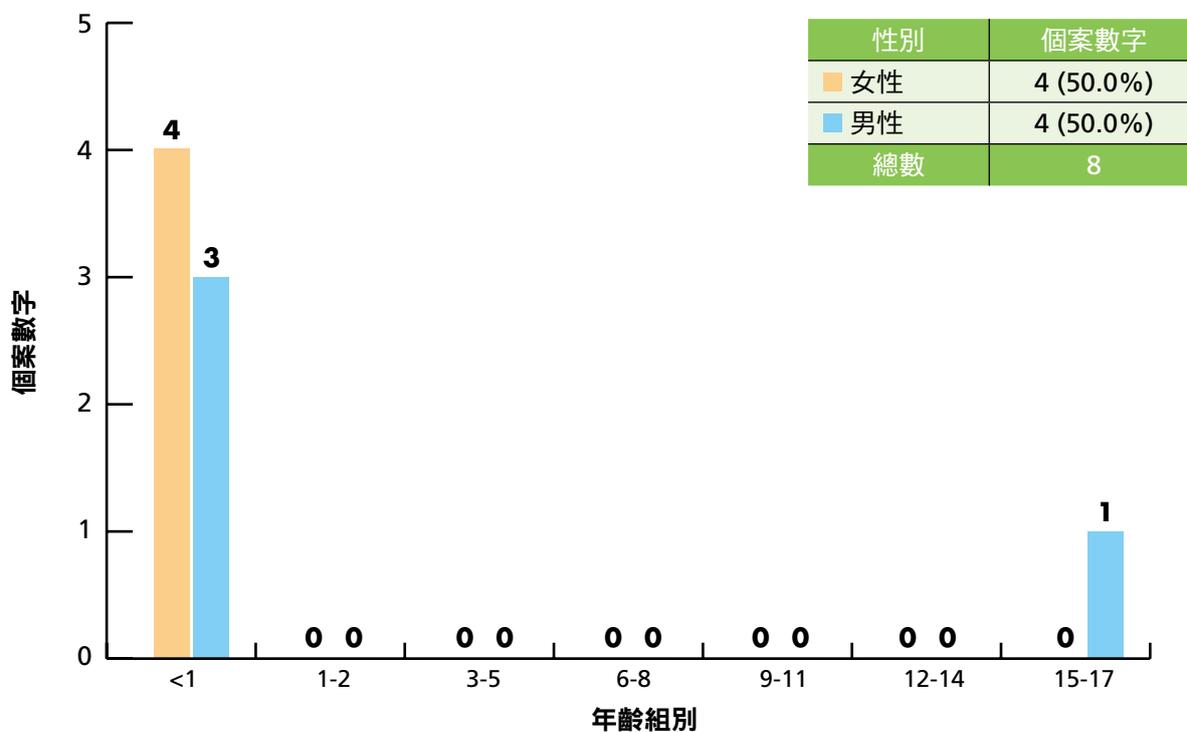


表格 5.3.4.8：按種族劃分的個案數字

種族	個案數字 (%)
華裔：	4 (57.1%)
非華裔：	3 (42.9%)
印度人	2 (28.6%)
韓國人	1 (14.3%)
總數 (%)	7 (100%)

5.3.5 死於非自然因素但未能確定死因的個案

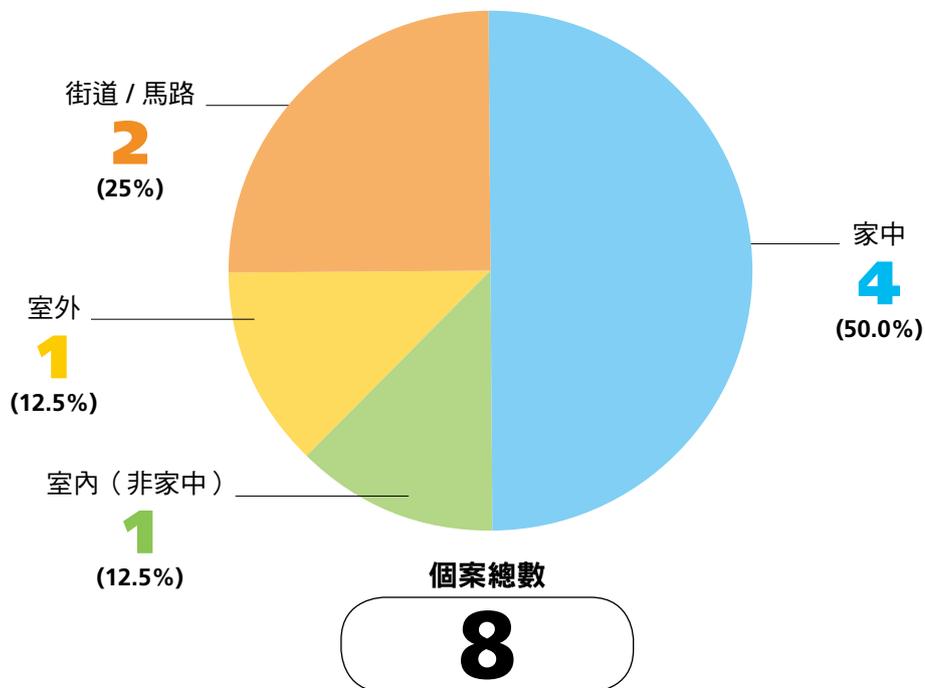
圖表 5.3.5.1：按年齡組別和性別劃分的個案數字



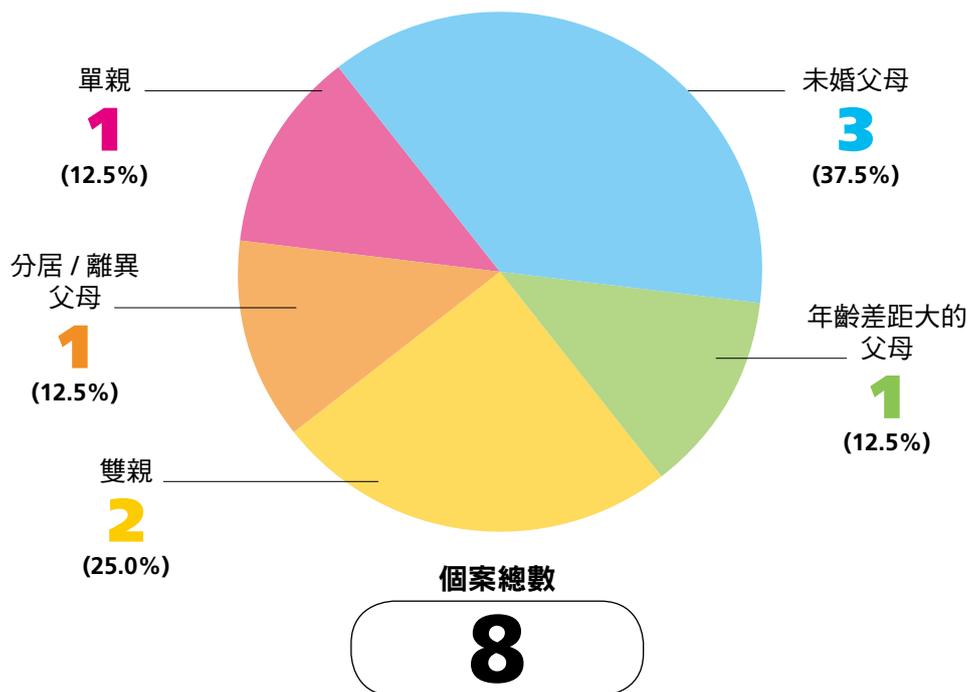
表格 5.3.5.2：未能確定死因個案的死亡性質

死亡性質	年份			總數 (%)
	2016	2017	2018	
同床而睡 / 不安全的睡眠安排	0	1	2	3 (37.5%)
隱瞞懷孕 (外籍家庭傭工和外籍人士)	1	1	0	2 (25.0%)
未曾進行產前檢查的高危孕婦	0	0	2	2 (25.0%)
不詳 (一名 15 歲男童的腐屍)	0	1	0	1 (12.5%)
總數 (%)	1	3	4	8 (100%)

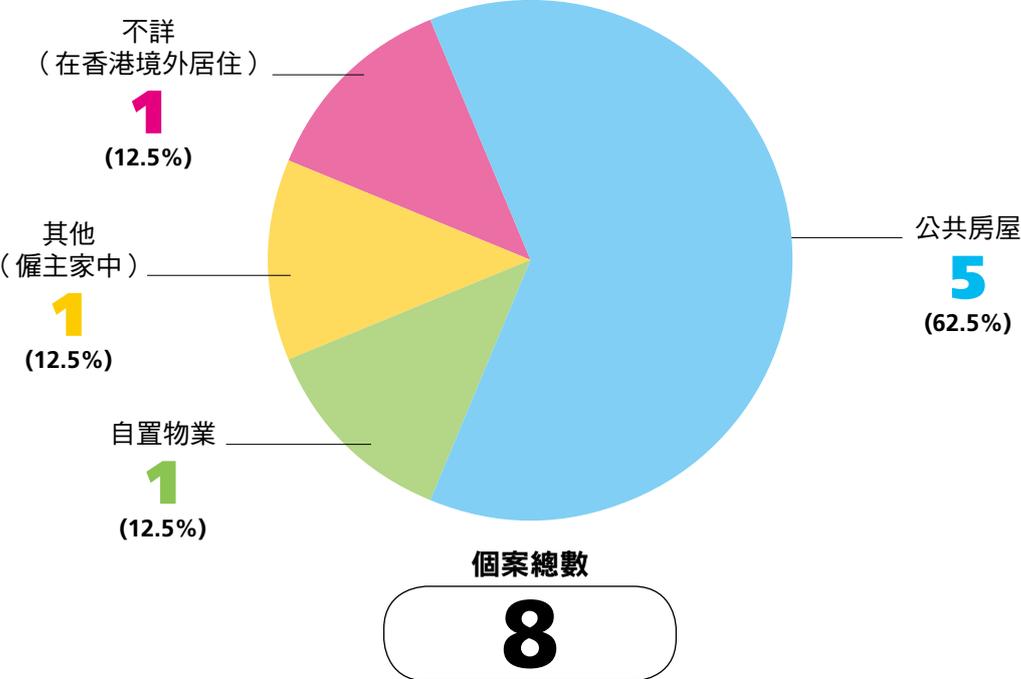
圖表 5.3.5.3：按死亡事故發生地點劃分的個案數字



圖表 5.3.5.4：按父母狀況劃分的個案數字



圖表 5.3.5.5：按居所類別劃分的個案數字



表格 5.3.5.6：按種族劃分的個案數字

種族	個案數字 (%)
華裔：	6 (75.0%)
非華裔：	2 (25.0%)
菲律賓人	1 (12.5%)
贊比亞人	1 (12.5%)
總數 (%)	8 (100%)

6

2016、2017 和 2018 年 兒童死亡個案檢討的觀察結果

經過檢討 2016、2017 和 2018 年期間發生的兒童死亡個案，檢討委員會得出以下發現，並就兒童死亡個案的預防策略和系統改進提出 59 項建議。死亡原因的觀察結果如下：

6.1 按死因劃分的觀察結果

6.1.1 死於自然因素的個案

- 檢討委員會檢討的兒童死亡個案中，有五宗涉及高危孕婦及單親母親或社會支援不足、幼兒照顧知識有限、曾經濫用藥物、智力有限、拒絕社工介入或不依期接受產前護理的年輕母親。(第 N1 項建議)
- 其中，有兩名同母異父的非婚生嬰兒死亡的個案屬於嬰兒猝死類別。該名單親母親曾經濫用藥物，在長子 / 女出生後拒絕社工介入，而在幼子 / 女出院前，也沒有遵從跨部門個案會議上議定的子女照顧安排。委員認為，定期召開跨部門個案會議，尤其對於家庭狀況有重大轉變的個案而言，有助監察子女照顧的情況。(第 N2 項建議)
- 有兩宗個案涉及兒童死於流行性感冒感染。(第 N3 項建議)
- 在 159 宗兒童死於自然因素的個案中，有 16 宗涉及少數族裔。委員留意到，有一定數目的少數族裔兒童死亡個案涉及母親未有接受定期產前檢查，或在分娩期間未有接受醫療護理，導致新生嬰兒出現併發症的風險增加。(第 N4 項建議)
- 由於有已故兒童的家庭要求豁免驗屍(部分出於宗教理由)，委員會對有關個案的死因認知有限，因此難以作出防範同類兒童死亡個案的建議。(第 N5 項建議)

- 有四宗經檢討的個案懷疑與代謝疾病或基因異常有關。委員指出，香港兒童醫院和衛生署根據政府政策，現正推行全港性的初生嬰兒代謝病篩查計劃。按照現行的做法，兒科病房如有兒童懷疑死於遺傳疾病，兒科醫生會轉介他們的父母及 / 或尚存兄弟姊妹接受遺傳輔導。不過，如兒童在送抵急症室後證實死亡，法醫科醫生便沒有標準程式可依，對猝死的兒童進行基因檢測。對於兒童猝死的個案，臨終的檢查程式或有助說明可能相關的醫學原因。若死亡兒童被發現基因異常，家庭成員應接受基因篩查，以預防家族遺傳病。(**第 N6 項建議**)
- 有九宗死於自然因素的個案和三宗死於意外的個案與同床而睡和不當睡眠安排有關，包括嬰兒以俯臥的姿勢睡覺、獨留嬰兒在成人睡床上無人看顧，以及安排嬰兒在放有軟物的床上睡覺。(**第 N7 至 N9 項建議**)
- 檢討委員會檢討的兒童死於自然因素個案中，有三宗懷疑與外傭隱瞞懷孕有關。委員認為，外傭可能擔心僱主未必接受她們懷孕而將其解僱，因而隱瞞懷孕。(**第 N10 項建議**)
- 有六宗兒童死於自然因素的個案懷疑與隱瞞懷孕而沒有接受產前護理有關，其中有兩宗涉及青少年隱瞞懷孕。這可能是由於他們不知如何妥善處理未婚懷孕的情況，以及擔心遭到父母嫌棄。(**第 N11 項建議**)
- 根據兩宗兒童死於自然因素個案的驗屍報告，死亡兒童的血液被驗出鎮咳劑“福可定”。委員引述專家意見指，可待因或會引起嚴重副作用，包括呼吸放緩或困難甚或導致死亡，並以 12 歲以下兒童的死亡風險較高。參考美國食品藥品監督管理局的建議和警告清單，當局不建議處方可待因予 12 歲以下兒童。(**第 N12 項建議**)

6.1.2 死於自殺的個案

(I) 給教育局 / 學校 / 教師：

- 在自殺個案中，有一宗涉及學生升讀中一後自殺。雖然該學生就讀小學期間已有自殺念頭，但家長卻拒絕為他安排心理輔導。委員認為，學生升中面對重大轉變，須盡力適應新的學校環境和課程。如小學能把已知有自殺念頭或高危的學生的相關資料轉交中學，中學的人員便能採取更適切的跟進行動，協助他們應付升中的轉變。(第 S1 項建議)
- 教師工作繁重，可能難以抽空深入了解學生。在一宗自殺個案中，雖然有一名學生已於年度計劃工作紙中表達「死亡」和「重生」的意念，但教師似乎沒有認真看待，沒有及時處理相關的暗示。另外，學生經常缺課也是一種「警號」。教師應嘗試瞭解箇中原因，如果與兒童的情緒問題相關，須及時介入。單單根據校規予以懲罰，可能無助解決問題。此外，教師若透過電話直接責備學生，而未有與學生和家長面談，做法並不理想，因為在電話通話中難以評估情緒反應和非語言溝通的信號。(第 S2 項建議)
- 家庭背景複雜的兒童若涉及高風險因素，例如父母離異、家庭成員曾患上精神病 / 自殺、曾經自殘、有情緒問題、被欺凌等，可能較容易自殺。為及早識別高危學生以便及早介入，學校有需要制定標準機制。(第 S3 項建議)
- 從三宗個案的兒童所寫的遺書看來，他們似乎對死亡抱持扭曲的觀念，期待「死後重生」，並相信死後生命得以延續的想法。媒體傾向美化死而後生的想法，令青年人相信死後更容易掌握自己的命運，死後生活更加愉快。(第 S4 項建議)

- 檢討發現，對於小學學業成績優秀，而且甚少遭遇挫折的學生，升中派位錯配會造成學習壓力和適應困難。此外，性格內向又缺乏朋輩支援的學生，通常被標籤而拒絕接受專業人員個別輔導。（第 S5 項建議）
- 現今的青年人在學業和朋輩關係方面均承受巨大的壓力，加上社交支援網絡薄弱，他們面對生命中的挑戰或逆境，容易變得脆弱和感到絕望。有部分自殺的青年人是完美主義者，對自己要求高，但抗逆力不足。青年人在成長階段面對「身分危機」，對自己的形象十分介懷。他們必須加強自尊心，接受自己的缺點，同時學會應付別人的負面評價。（第 S6 項建議）
- 部分學生或會透過寫作或藝術作品表達自己的困境，例如有一名男孩兩度透過作文表達對父母的不滿，其中一篇文章更包含「血腥黑暗」的內容。（第 S7 項建議）

- 據觀察所得，部分自殺兒童有「侵略或破壞的行為，而且與同學關係欠佳」。他們過去曾被指控欺凌同學。不過，據委員觀察，這類同學在校內的破壞行為，可能反映內心缺乏安全感，感到自卑，而且受情緒困擾。這些兒童其實可歸類為「反應型攻擊者」，他們被情緒主導，因內心憤怒和衝動驅使而欺凌他人。他們情緒控制能力欠佳，容易被他人激怒。委員認為，欺凌再加上其他風險因素會令兒童變得更加脆弱，增加自殺風險。(第S8和S9項建議)

(II) 給服務提供者 / 專業人員：

- 在59宗經檢討的自殺個案中，有25宗(42.4%)在他們自殺前，已屬社會服務(即學校社工、學校訓導教師、醫務社工、綜合家庭服務中心社工等)或精神科服務知悉的個案。在這25宗個案中，有十宗(16.9%)有高風險因素，而且已屬多於一名專業人員知悉的個案。雖有跨部門介入的安排，但相關服務零散，不同部門之間協調不足。(第S10項建議)
- 有七宗自殺個案的家庭成員曾患上精神病或自殺。若有家庭成員曾患上精神病，兒童會較容易和更可能出現情緒或精神健康問題，其自毀的風險較高，值得關注。專業人員應對風險因素提高警覺。此外，專業人員傾向專注處理父母的婚姻問題而忽略兒童面對父母分居或離婚的情緒需要。(第S11和S12項建議)

- 有七宗自殺個案涉及兒童被診斷患有精神病，例如強迫症、抑鬱症和飲食失調等，並已接受精神科治療。若精神科醫生和其他專業人員（例如社工或臨床心理學家）能加強合作，監察這些有自殺傾向的個案，並教導父母如何識別和管理子女的自殺念頭或企圖，介入成效可能更佳。（**第S13項建議**）
- 據觀察所得，不少性格內向的青年人是難以識別的一羣，他們比較接受文字或網上輔導。現時不少青年人喜歡使用社交媒體平台。（**第S14項建議**）

(III) 給家長：不應過分側重子女的學業成績

- 在59宗經檢討的自殺個案中，有五宗（8.5%）為小學生；21宗（35.6%）為初中生（中一至中三）；27宗（45.8%）為高中生（中四至中六）。有六名中六學童曾表示對香港中學文憑考試（文憑考試）感到非常焦慮，並承受巨大壓力。
- 隨著大學學位增加，現時越來越多青年人能升讀大學，但對未能在公開試取得佳績的同學而言，卻帶來沉重的壓力和挫敗感。儘管政府已宣傳多條出路，供學生靈活選擇繼續接受專上教育或職業培訓，不少父母仍然確信傳統的觀念，認為只有通過文憑考試升讀大學才是通往成功的唯一道路。父母和子女應在較早階段（例如子女就讀中一）開始接受職業及生涯規劃的教育和輔導。（**第S15項建議**）

- 不少學童已培養出自己的興趣，他們可能擅長於電腦、體育、演奏樂器和辯論等。然而，部分父母認為讀書至上，反對子女發展興趣，甚或以考試取得佳績作為繼續參與課外活動或發展興趣的條件，令子女感到氣餒。(第S16項建議)
- 從觀察所見，部分自殺個案的親子關係疏離，而家庭關係問題是導致兒童自殺的第二大風險因素。有父母曾表示後悔沒有分配足夠時間與青少年子女相處。委員認為，父母應多花時間好好了解子女，透過積極的溝通和互動，滿足他們在不同成長階段的各種需要。父母亦應為子女樹立良好榜樣，讓他們學習如何面對生命中的不同挑戰和逆境。(第S17項建議)

給家長：如何處理子女沉迷網絡遊戲的問題

- 有四宗自殺個案涉及子女因沉迷手機遊戲或網絡遊戲而與父母爭執。父母以刪除手機遊戲、拿走用戶識別卡，甚至沒收手機的方式，試圖阻止子女沉迷遊戲，卻令他們一時衝動而自殺。現今的青年人玩手機遊戲及網絡遊戲，是非常普遍的現象，因為他們可於虛擬實境中取得莫大滿足感。再者，網絡遊戲觸手可及，令人有滿足感之餘，又具備社交功能，讓兒童逃避現實和挫折。兒童沉迷電腦或網絡遊戲，可能反映他們情緒困擾，或是逃避壓力的求救訊號。

- 對父母而言，沉迷電腦或網絡遊戲看似是顯而易見的問題，但可能因而忽略了深層的問題，例如他們對子女寄予厚望、子女與同輩關係欠佳、自己與子女缺乏溝通和互相諒解等。然而，大部分父母未能妥善處理子女沉迷網絡遊戲的問題。因此，家長教育應以推廣優質親子互動為目標，父母不宜單單禁止子女玩網絡遊戲。父母亦應與時並進，認識網絡世界，了解子女的消遣活動，從而拉近彼此距離。父母若希望深入了解子女的感受和想法，良好的親子關係和設身處地的溝通方式尤其重要。(第S18項建議)

給家長：兒童的精神健康

- 有三名兒童在自殺前透露長期受失眠或身心不適困擾，反映他們的情緒問題可能已持續一段時間。然而，父母未能意識到其嚴重性，並沒有在早期帶兒童求醫或接受精神檢查。(第S19項建議) 在一宗死於服食過量藥物的自殺個案中，死亡兒童曾確診患有抑鬱症，並獲處方抗抑鬱藥。委員再次提醒父母，必須監督子女服用精神科藥物，並妥善存放藥物。(第S20項建議)

給家長父母分居或離婚

- 家庭是兒童發展的重要支柱。童年時期無法與父母建立情感聯繫或與父母發生衝突，是導致兒童自殺的重要風險因素。在 59 宗經檢討的自殺個案中，有 19 宗 (32.2%) 來自單親家庭 (五宗)、再婚家庭 (一宗)，或分居 / 正在辦理離婚的家庭 (十三宗)。父母應留意，家庭變化 (例如父母分居 / 離婚) 可能對子女造成巨大的負面影響。他們應正視子女的情緒和感受，讓子女為父母離婚作好準備，並盡早尋求專業協助，以處理自己的情緒，以及因應家庭狀況改變而作出調整。(第 S21 項建議)

(IV) 給學生：提高對於朋輩表達自殺念頭的意識和加強「守門人」訓練

- 青少年可能會先向朋輩透露自殺的想法，然後付諸實行。有些青少年在自殺前一刻向朋輩發送 WhatsApp 信息，有些則在自殺前數日透露其自殺計劃，或不時表達自殺的想法。然而，朋輩通常未有認真看待或不知道如何妥善應對。在其中兩宗死於自殺的個案中，一名好友曾收到已故兒童給他的個人信件，以及寫給其他同學的信件，但被要求在收到指示前，不要拆開個人信件或把其他信件交給其他同學。好友跟著照辦，因而錯失了發現已故兒童自殺計劃的機會，無法盡早尋求專業人員介入。(第 S22 項建議)

6.1.3 死於意外的個案

(I) 從高處墮下的個案（沒有安裝或鎖好窗花）

- 在六宗經檢討的墮下致命的個案中，有三宗事故與意外從住宅樓宇 / 商業大廈高處墮下有關，該等單位沒有安裝窗花，或窗花未有再鎖上。（**第 A1 項建議**）
- 有兩宗墮下致命的個案與兒童在沒有成年人看管下到室外玩耍，意外從天台墮下有關。委員觀察到，由於家居空間非常有限，居於劏房單位的家庭准許子女在沒有成年人看管下到室外玩耍的情況並不罕見。然而，兒童在沒有成年人看管下到天台玩耍是十分危險。有關高處墮下的意外，往往是由於照顧者疏忽大意，沒有小心看管兒童所致。（**第 A2 項建議**）

(II) 哽咽 / 窒息（有關不安全的睡眠安排）

- 有六宗死亡個案與哽咽 / 窒息有關，其中一宗個案涉及一名四個月大的嬰兒因睡在以垃圾膠袋包裹的枕頭上而窒息死亡。委員認為，四個月大的嬰兒能轉動身體，有窒息的風險。（**第 A3 項建議**）

（備註：三宗與不安全睡眠安排有關的窒息個案討論內容，見死於自然因素的個案中「與嬰兒同床而睡及不安全睡眠安排」的相關論述。）

- 檢討委員會檢討了一宗涉及一名兩歲兒童被餵食葡萄而哽咽致死的個案。委員強調，應教導父母及照顧者有關常見的嬰幼兒哽咽危險，並讓他們學習如何防止嬰幼兒在用餐時哽咽。（**第 A4 項建議**）

(III) 交通事故

- 有八宗死亡個案與交通事故有關，其中四宗源於父母／照顧者的道路安全意識不足，沒有在街道上緊握幼童的手，或沒有密切看管嬰幼兒。委員認為，在停車場或行車通道等低速「非路面」地點行駛的車輛，對幼童（尤其是幼兒）會構成風險。由於有「盲區」，駕駛者未必能注意到幼兒。（**第 A5 項建議**）
- 在一宗死亡個案中，一名幼兒被一輛七座位車輛撞倒。該車輛的玻璃上貼上有色薄膜，或會阻礙光線照射，影響駕駛者的視野。（**第 A6 項建議**）
- 有一宗死亡個案涉及少數族裔人士，另一宗則涉及內地來港的新移民。他們似乎對兒童看管欠謹慎，而且道路安全意識不足。（**第 A7 項建議**）
- 在一宗交通致命個案，一名青少年在「紅色人像」燈號亮著時，從停泊車輛之間衝出馬路，被一輛小巴撞倒。（**第 A8 項建議**）
- 有一宗死亡個案涉及一名母親在私家車後座抱著三個月大的嬰兒，導致嬰兒頭部在激烈碰撞下撞倒前排乘客座位。委員備悉，香港現行法例並沒有規定兒童乘客在乘坐私家車後座時必須使用兒童束縛系統設備，例如汽車嬰兒牀或兒童安全椅。（**第 A9 項建議**）

(IV) 遇溺意外

- 在一宗遇溺事故中，該名兒童在沒有成年人看管下，被獨留在沙灘游泳。當成年人察覺該名兒童失蹤後，他們並沒有及早向救生員求助和報警，反而自行在沙灘搜索。(第 A10 項建議)

(V) 懸吊意外

- 有一宗兒童死亡個案與懸吊意外有關。該名兒童在練習「繩索逃生」技巧時，以繩將自己的脖子綁在其睡房上格床邊的欄杆上，意外地把自己勒死。事發前，該名兒童曾在 YouTube 觀看「繩索逃生」的影片，並獨自在睡房練習上述技巧。委員認為，應提醒兒童切勿模仿在社交媒體上表演的危險動作，並應教導父母如何使用過濾軟件，以防止兒童觀看內容可能危害性命的高危或不恰當影片。(第 A11 項建議)

6.1.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案

(I) 施襲者為患有 / 懷疑患有精神病的父母

- 在七宗於2016至2018年發生的襲擊個案中，有五名兒童的施襲者是其父母，另外兩名兒童則被父母以外的人（包括鄰居及外籍家庭傭工）施襲。在施襲者為父母的個案中，四名施襲者是母親並是已故兒童的主要照顧者，一名施襲者則是父親。當中，兩名母親和一名父親也在襲擊兒童致死時或之後自殺。
- 在上述七宗襲擊個案中，確診或懷疑患有精神病的施襲者是導致其中五宗兒童死亡個案的主要因素。其他兩宗涉及財務問題（一宗）及感情問題（一宗）。
- 在上述三名施襲者為母親的個案中，一名是少數族裔母親，因未有遵從醫生指示服藥而精神病復發，在精神錯亂下殺死女兒。據觀察所得，即使部分精神病患者定期接受精神科跟進，他們可能未有遵從醫生指示服藥。有時，這些患者可能對精神科醫生有所隱瞞，沒有諮詢精神科醫生的情況下自行調節或停止服用藥物，家人未能察覺精神病復發的早期徵兆。把兒童交由精神健康狀況不穩的父母獨力照顧，會對兒童構成危險。至於有精神健康問題的少數族裔人士，他們在面對照顧子女的困難或其他家庭問題時，或因文化和語言障礙而難以主動求助。（第AS1和AS2項建議）
- 在另一個案中，一名母親在濫藥引致的思覺失調影響下殺死女兒。該單親家庭沒有接受任何社會福利服務，學校也未有為意該名母親有任何不尋常行為。據觀察所得，居住在劏房單位的基層家庭支援網絡較為薄弱。政府可啓動不同社區系統如學校、屋邨管理辦事處或鄰居的力量，主動發現和及早識別隱蔽家庭，為他們提供適切介入服務。如兒童目睹其照顧者或家人濫用藥物或有精神健康問題，可鼓勵這些兒童尋求協助。（第AS3和AS4項建議）

- 檢討發現，部分父母因經濟問題、配偶／伴侶的婚姻／關係問題、痛失至親或照顧兒童感到困難等而深受困擾，導致出現抑鬱症和自殺念頭。然而，他們可能隱瞞其自殺想法。他們沒有尋求專業人士的幫助，而選擇與孩子一起結束生命，以堅信不應遺下子女。(第AS5項建議)
- 委員認為，有需要為有父母或家人離世的兒童提供哀傷輔導，以協助他們走出哀傷陰霾，尤其是涉及自殺身亡的個案。(第AS6至AS9項建議)

(II) 施襲者為患有／懷疑患有精神病的陌生人

- 在兩宗被陌生人襲擊的個案中，一名兒童被患有精神病的鄰居施襲。有關鄰居多次投訴該名兒童發出噪音，並要求調遷單位。據觀察所得，精神病患者可能有妄想或對噪音異常敏感，令他們難與鄰居相處。即使這些患者定期接受精神科跟進，他們也可能隱藏自己症狀，使精神科醫生難以評估他們的精神狀況。因此，對於要求調遷的精神病患者，醫務社工或精神科社康護士可深入了解他們要求調遷的原因，特別是評估他們的投訴是否源於其不穩定的精神狀況或其他外在因素。
- 委員認為，患有精神病或懷疑有精神健康問題的租戶提出調遷要求，是良好的切入點，讓他們接受支援服務。即使成功調遷後，社會服務單位和屋邨辦事處仍須繼續跟進，留意租戶對新居住環境的適應情況。(第AS10和AS11項建議)

- 在另一個案中，一名兒童被懷疑有精神健康問題的印度裔外籍家庭傭工殺死。據了解，香港現時規定外籍家庭傭工進行的體格檢驗只包括身體健康狀況，並不包括精神健康狀況。即使進行精神健康檢查，急性精神病並不容易診斷。由於印度裔家庭傭工在香港的人數遠較菲律賓裔和印尼裔為少，他們在香港的社區支援網絡相對薄弱。僱主似乎忽略了外籍家庭傭工的精神健康和情緒需要。**(第AS12項建議)**
- 另一宗涉及一名十幾歲男孩和母親被發現死在家中。由於屍體已腐爛，死因未能確定。該名男孩已好幾年沒上學，儘管該家庭已被學校、教育局缺課組、綜合家庭服務中心、社會保障辦事處及屋邨辦事處等不同系統知曉，但所有涉及的系統均未能與該家庭成功聯繫，適時介入。委員會成員注意到教育局在處理缺課個案方面採取了一些加強措施，但應加強對前線人員的培訓，以提高他們識別和處理缺課個案的敏感度。
- 委員認為，大部分檢討的襲擊個案均涉及有精神病、濫藥問題或受情緒困擾的父母，而且他們居於公屋單位或分間樓宇單位。**(第AS13和AS14項建議)**
- 在八宗歸類為死於非自然因素但未能確定死因的個案中，有七名兒童的死亡與以下因素有關，包括「同床而睡或其他不安全的睡眠安排」(三宗)，一名外籍家庭傭工和一名外國人「隱瞞懷孕」(兩宗)，以及「高危孕婦沒有進行產前檢查」(兩宗)。這七宗未能確定死因個案的觀察結果，與上文討論有關死於自然因素個案的段落所得的觀察結果相似。

7

針對 2016、2017 和 2018 年 兒童死亡個案的建議

7.1 死於自然因素的個案

N1	<ul style="list-style-type: none">(i) 為加強專業協作，為有智力缺陷、社會心理需要及經多番提醒仍不依期接受產前護理的高危孕婦，提供適切介入服務。當局須促進和加強跨專業溝通，協力聯繫這些高危孕婦，以便及時提供介入服務。(ii) 發展連接衛生署母嬰健康院和醫院管理局的電腦系統，供兩者分享臨床資料，以加強追蹤高危孕婦產前及產後的檢查記錄。(iii) 提高年輕父母對幼兒護理的知識和技巧，尤其是處理緊急情況。同時向有迫切幼兒照顧需要的家庭進一步推廣幼兒照顧支援服務，特別是支援網絡薄弱的弱勢社羣家長。
N2	<ul style="list-style-type: none">(i) 定期召開跨專業個案會議，促進專業人員之間的資訊交流，為缺乏社交支援的高危母親制訂最新的策略和介入計劃，特別是有濫藥記錄，有子女猝死 / 死因未能確定的單親母親。(ii) 為保障兒童，在醫管局轄下的用戶管理系統內建立通報系統，以提醒醫療專業人員就該名母親過去的育嬰能力評估結果。
N3	加強公眾教育，鼓勵父母和照顧者為子女安排接種季節性流感疫苗。
N4	<ul style="list-style-type: none">(i) 應多關注和支援需要醫療護理的少數族裔人士，尤其是缺乏適當社交支援的孕婦。(ii) 應以各種語言為少數族裔人士提供健康教育，從而加強他們對懷孕和各種疾病的知識和應付能力。(iii) 加強在公立醫院或診所為少數族裔人士提供傳譯和翻譯服務，並為少數族裔婦女安排女性傳譯員，以就懷孕事宜鼓勵溝通。

N5	由於申請豁免驗屍的個案缺乏死亡兒童相關的醫療資料，鼓勵病理學家提供與家庭成員會面中有關死亡兒童醫療資料的記錄(如可提供的話)，以便了解與兒童死亡相關的病歷。
N6	<ul style="list-style-type: none"> (i) 進一步鼓勵就兒童猝死個案進行代謝疾病或基因篩查，以探究可能導致死亡的醫學原因。 (ii) 政府應制訂標準程序和清晰的轉介機制，以便法醫科醫生對死因與遺傳性疾病有關或死因未能確定的個案，進行代謝疾病或基因篩查，以預防家族遺傳病。
N7	<ul style="list-style-type: none"> (i) 重申與嬰兒同床而睡的致命風險，並提高父母及照顧者對嬰兒與兄弟姊妹、其他兒童或成人同床而睡的風險意識。 (ii) 繼續教導父母和顧者，提醒他們應讓嬰兒仰睡，以避免窒息。 (iii) 加強父母及照顧者教育，提醒他們應避免把軟物放在嬰兒床上，以防可能窒息的風險。
N8	<ul style="list-style-type: none"> (i) 推廣家訪計劃，由母嬰健康院的護士或綜合家庭服務中心的社工上門探訪新手父母，特別是年輕的父母，以加強教導他們嬰兒睡眠安全的知識。 (ii) 加強宣傳綜合家庭服務中心提供的家務指導服務，並鼓勵母嬰健康院轉介幼兒照顧能力不足的父母接受有關幼兒護理的家務指導訓練。
N9	<ul style="list-style-type: none"> (i) 加強在母嬰健康院宣傳嬰兒安全睡眠的安排，讓父母攜同新生嬰兒接種疫苗時，能輕易獲取相關資訊。 (ii) 在母親接受產前或產後檢查時播放宣傳影片，或以公共交通作為推廣媒介，例如在港鐵車廂內張貼廣告，宣傳嬰兒安全睡眠的安排。

<p>N10</p>	<p>(i) 重申外籍家庭傭工，以及其僱主必須注意隱瞞懷孕可能致命的後果和產前檢查的重要性。</p> <p>(ii) 通過社交媒體、職業介紹所和設立熱線等不同途徑，為懷孕和有需要的外籍家庭傭工發放更多關於社區資源和社會服務的資訊，以加強支援懷孕外籍家庭傭工，以及其僱主。</p>
<p>N11</p>	<p>(i) 應加強有關「安全性行為」、「妥善處理懷孕」和孕婦產前檢查重要性的公眾教育，以防止因隱瞞懷孕而導致兒童死亡的個案。</p> <p>(ii) 教導父母如何處理青少年子女意外懷孕事宜。</p>
<p>N12</p>	<p>(i) 重申 12 歲以下兒童不應服用含有「可待因」的鎮咳劑。</p> <p>(ii) 給父母提供由衛生署編製有關正確使用藥物的健康教育資訊，以提醒他們或幼兒照顧者可待因對 12 歲以下兒童可能造成的不良影響。當局亦應透過母嬰健康院和學生健康服務中心清晰傳遞相關訊息。</p>

7.2 死於自殺的個案

給教育局 / 學校 / 教師

S1	教育局應考慮加強現行機制，讓小學把已知有自殺念頭或高危的學生的相關資料轉交中學，以便進一步跟進。
S2	教育局應檢討現時的師生比例，以便級主任能投放更多時間照顧高危學生。當局亦應加強教師培訓，以便教師在實習期內掌握如何識別和支援曾表達自殺企圖的學生，並提醒教師認真看待兒童透露的任何自殺念頭或行為跡象。當局亦應加強訓導主任的在職訓練，提升他們的輔導技能，尤其是訓導技巧的應用。
S3	為便於及早識別高危學生，學校可制定學生精神健康監察機制，以評估和識別有情緒問題或自殺風險的學生，以便在有需要時轉介他們接受輔導或其他適當的服務。
S4	加強生死教育，特別是在學校探討學生對死亡的概念，以協助學生建立健康正面的人生觀和態度。
S5	學校宜透過大哥哥姊姊計劃或師友計劃（即舊生與學生配對），協助學生與高年級學生或畢業生建立積極互信關係，從而協助學生（尤其是升中後未能適應或性格內向的學生）加快適應校園生活和加強支援網絡。
S6	向青年人提供培訓，提升他們應付壓力和逆境的能力，並提倡「從日常生活體驗中學習」，協助有完美主義傾向的青年人接受失敗和瑕疵。
S7	教師應對學生在文字或藝術作品中表達的疑難提高警惕和敏感度，尤其是當文字或藝術作品涉及灰暗、血腥、暴力或死亡的内容。

S8	提高教師的警覺性，讓他們意識到大部分作出侵略或破壞行為的兒童，特別是同時面對心理社會壓力源的兒童，可能有需要接受援助和治療的精神問題。教師不應只顧兒童的行為表徵予以懲處，而應了解他們情緒困擾的原因，並協助他們尋求專業介入。
S9	學校應培養互助互愛的氛圍以管理欺凌的行為，並因應欺凌問題制訂預防或介入方案。教師應對曾表達校園欺凌問題或曾被欺凌的學生提高敏感度，多關注欺凌事件對學生精神健康的負面影響。

給服務提供者 / 專業人員

S10	加強跨專業合作，透過定期個案檢討會議監察自殺風險較高的複雜個案，從而與各專業人員分享最新資訊，制訂福利計劃，以保障兒童的安全和福祉。
S11	專業人員處理高危兒童（例如家庭成員曾患上精神病 / 自殺、父母離異等）時應加倍敏感。儘管兒童面對父母衝突或離異時可能沒有異樣，社工仍應該對他們的情緒需要保持警覺。
S12	考慮到父母的婚姻問題可能對子女造成的影響，社工在評估和管理個案時應採取「全方位的角度」，以便評估兒童的家庭狀況和解決父母照顧家中兒童的需要。
S13	提醒主診醫生可在合適的情況下，把有自殺傾向的青年人轉介予醫務社工或臨床心理學家跟進。醫生處方藥物時，應留意青年人或有可能服用過量處方藥物，故應審慎留意他們有否囤積未服用的藥物。他們亦應教導父母如何識別和處理「精神病緊急事故」，例如子女有自殺念頭或試圖自殺。
S14	進一步推廣網上即時通訊平台，讓專業人員接觸到有自殺傾向的青年人，以便即時介入，並邀請YouTube網絡紅人於流行的社交媒體平台上推廣積極的人生觀和價值觀。

給父母

S15	父母應按子女的潛能和志向，為他們的職業和生涯規劃提供支援，而非為了滿足自己的期望。父母不應決定子女的未來，而應尊重子女在升學和就業計劃方面的選擇。
S16	為鼓勵全人發展，父母不應過分側重子女的學業成績，而應發掘他們的長處，要明白發展子女的其他個人興趣，也是保護他們的重要考慮因素。
S17	正面管教有助父母與子女建立親密關係、增進感情。因此建議更廣泛推廣和提供家庭生活及家長教育模式，特別是正面的管教方法，以及多了解子女在步入青少年階段不斷轉變的需要和與他們的溝通方法。
S18	加強教導父母如何處理子女在幼兒階段開始沉迷上網和網上遊戲的問題。
S19	應加強為父母提供精神健康教育，特別是對抑鬱症等情緒病的認識和治療。父母應保持警惕，留意其子女是否反復出現情緒困擾，包括情緒低落或煩躁不安、失眠等，並應盡快陪同他們接受精神科檢查。
S20	父母應監督子女服用精神科藥物，並妥善保存藥物，以防止他們容易取得相關藥物以致過度服用。
S21	加強為離異父母及其子女提供共享親職服務，特別是協助子女應付家庭狀況的改變。

給學生

S22	學生應認真看待同學的所有自殺徵兆，例如表示有健康問題 / 情緒困擾 / 身心不適 / 作出自毀行為或發出自殺威脅或信息。學校亦應教導學生如何對同學的自殺跡象作出回應，以及盡快向老師、學校社工或可靠的成人求助。
------------	--

7.3 死於意外的個案

A1	委員會重申安裝窗花的重要性，提高公眾對安全使用活動式窗花的意識，並在使用後立即重新鎖好，特別是可供公眾使用的商業大廈及備有晾曬衣物設計的大廈。
A2	(i) 提醒父母時刻看管子女，切勿獨留子女在不適當的地方玩耍，例如住宅樓宇的天台。 (ii) 促進社區鄰里互助與關懷，並進一步推廣「鄰里支援幼兒照顧計劃」，為有需要的家庭提供暫託幼兒照顧服務。
A3	切勿以膠袋覆蓋嬰兒的枕頭或枕頭內層，以免嬰兒可能在轉身時造成窒息。
A4	教導父母及照顧者，整粒葡萄對嬰幼兒構成常見的哽咽危險。為防止哽咽，應在食用前將葡萄垂直切成四分，並把葡萄籽去掉。
A5	(i) 為進一步推廣道路安全，提醒行人在橫過馬路時，要格外小心，使用斑馬線，嚴格遵守行人交通燈號，切勿在「綠色人像」過路燈閃動時開始橫過馬路。此外，提醒父母在橫過馬路時及走近在停車場出入口或行車通道時，密切看管子女，緊握他們的手。 (ii) 教導父母為子女樹立良好榜樣，並訓練子女嚴格遵守行人交通燈號。
A6	提醒駕駛者保持車窗玻璃清晰可見，不要張貼可能影響視野的貼紙，並切勿張貼反光物料或薄膜於車窗上，阻礙光線照射。必須嚴格遵守車速限制，並在駕駛時留意所有交通標誌及道路標記。
A7	透過區議會和為少數族裔人士提供服務的非政府機構，加強少數族裔人士對兒童道路安全的意識。此外，為不同文化背景的新移民提供更多有關道路安全、家居安全，以及妥善看管子女的家長教育活動。

<p>A8</p>	<ul style="list-style-type: none"> (i) 提醒兒童使用斑馬線，嚴格遵守行人交通燈號，不要在停泊車輛之間橫過馬路，並避免在橫過馬路時使用流動電話或其他電子設備，或使用耳機聽音樂。因為這樣會令他們容易分散注意力，難以察覺路面情況和駛近的車輛。 (ii) 在學校林立的地區豎立「學校區」的交通管制警告牌，以提醒駕駛者以慢速駕駛，以及留意橫過馬路上學或上落車的兒童。 (iii) 透過電視宣傳短片和其他電子平台，進一步向學童傳達道路安全信息。
<p>A9</p>	<ul style="list-style-type: none"> (i) 在母嬰健康院加強向父母推廣如何使用適當的汽車嬰兒牀或兒童安全椅。 (ii) 政府應考慮立法，強制在私家車內使用適當的兒童座椅，以加強保護兒童乘客。 (iii) 運輸署應製作更多電視宣傳短片，以推廣嬰兒及兒童乘車安全，特別是宣傳如何使用汽車嬰兒牀和兒童安全椅。
<p>A10</p>	<p>兒童在沙灘或泳池游泳時，父母及照顧者應陪伴在側和密切看管他們。當發現兒童在沙灘失蹤，應立即向救生員求助，並同時報警。</p>
<p>A11</p>	<p>YouTube 應張貼警告字句，指示兒童必須在家長正確指引下才可觀看有潛在危險的影片，並鼓勵公眾向 YouTube 舉報含有不適合兒童觀看內容的影片。</p>

7.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案

AS1	精神科醫生轉介學前子女並有精神病的家長接受醫務社會服務，以評估他們照顧兒童的能力，並就其心理和社交需要採取適當的跟進行動。
AS2	加強少數族裔人士的精神健康教育，包括以少數族裔語言介紹有關未有遵從醫生指示服藥的影響。
AS3	加強公眾教育，鼓勵兒童在目睹其照顧者或家人有吸毒行為或精神健康問題時尋求協助的意識。
AS4	進一步向公眾推廣精神健康熱線服務，包括醫院管理局（醫管局）的精神科熱線（「精神健康專線」），以及社會福利署和非政府機構的熱線。
AS5	重申兒童本身擁有生存權利的信息，沒有人（包括其父母）可奪去兒童的生命。建議製作更多電視宣傳短片，宣揚珍惜兒童生命和正向思維的信息，尤其在經濟低迷和逆境的時候。
AS6	警方如遇到父或母自殺身亡並留下 18 歲以下子女的個案，可主動轉介他們至綜合家庭服務中心接受支援服務。
AS7	學校應多關懷因父母或家人離世的學生，並轉介他們接受哀傷輔導。
AS8	加強推廣為有家人身亡的兒童及其父母提供哀傷輔導，以協助他們走出哀傷陰霾。
AS9	在醫管局轄下急症室可放置有關如何處理哀傷的小冊子，內含為喪親人士提供輔導服務的資料。
AS10	香港房屋委員會和香港房屋協會應考慮成立「調遷關顧小組」，由屋邨辦事處指定人員和社工制訂策略，為有或懷疑有精神問題，並因受噪音困擾或鄰居糾紛而要求調遷的公屋租戶，提供支援服務。

AS11	為屋邨辦事處的前線人員（包括保安員）提供訓練，以加強他們認識及應對精神病或疑似精神病患住戶，和識別有需要的隱蔽家庭。
AS12	呼籲為外籍家庭傭工提供服務的機構向家庭傭工提供更多支援，並鼓勵僱主多關懷外籍家庭傭工，在日常生活中多注意他們的精神健康。
AS13	加強跨界別、跨部門的協作，及早識別和介入高危的隱蔽家庭。
AS14	在屋邨或社區推廣鄰里互助，以建立鄰里互助網絡為目標，以識別有需要或懷疑有精神健康問題的家庭，協助他們連繫社區資源，例如轉介他們至綜合家庭服務中心或精神健康綜合社區中心接受及早介入服務。

8

相關團體的回應和最新應對方案

8.1 死於自然因素的個案

為高危孕婦及父母提供跨部門協作和介入方案

(回應第N1及N2項建議)

- 衛生署家庭健康服務通過全港的母嬰健康院，為初生嬰兒至五歲兒童提供全方位促進健康和預防疾病的服務。母嬰健康院的「幼兒健康及發展綜合計劃」向兒童提供免疫接種、健康及發展監察和親職教育服務，以便促進兒童的全人健康。此外，家長可以通過不同的渠道，獲取相關的育兒親職知識和技巧的預先指導，從而培育兒童健康成長。
- 母嬰健康院會作為培育兒童身心全面發展的平台之一，旨在儘早識別高危孕婦、幼兒及家庭的健康和社會福利需要，並作出適時服務安排，以促進兒童的健康發展。母嬰健康院因應他們的需要，把他們轉介到不同的醫療衛生及社會服務部門。
- 對於已登記加入電子健康紀錄互通系統的孕婦，醫院管理局（醫管局）和母嬰健康院會互相分享她們的產前初步評估及產科進度資料。
- 衛生署、醫管局和社會福利署（社署）互相協作，針對0至3歲兒童的父母，共同制定了「親職能力評估框架」予社工和醫護人員參考，以協助相關團體評估該家庭是否有足夠能力保護兒童免受傷害，向兒童提供成長發展所需的環境，讓他們能為相關家庭制定適合的親職指導及福利計劃。
- 母嬰健康院加強對極度高危家庭（例如家長濫藥、長期忽視子女社會或健康需求，或無法妥善履行親職）兒童的健康和發展進行監察，希望通過更嚴格的監察，儘早發現到來自高危家庭的兒童可能出現的健康或發展問題，作出適當的介入和支援。相關兒童自出生起到4至5歲期間，需要更頻密到母嬰健康院，由護士作詳細監察。母嬰健康院亦會追蹤缺席的兒童，並與兒童身心全面發展服務的其他合作伙伴（如個案社工和醫管局專科醫護等）溝通及協作處理個案。此外，母嬰健康院會為這些家庭進行常規和有需要時的親職能力評估，如有懷疑虐兒／疏忽照顧情況，會與其他社會和醫療服務伙伴相討，適時啟動相關保護兒童機制，以保障他們的安全。醫管局的臨床醫療管理系統已設有預警系統。

- 「兒童身心全面發展服務」平台實行跨部門協作，以便儘早識別和介入高危個案（包括高危孕婦和家長），加強個案管理。社署亦會繼續與相關協作伙伴和持份者緊密合作，通過提供全面的福利服務，以維繫和加強家庭凝聚力，促進家庭和睦。此外，我們亦會提醒及鼓勵家人協助高危孕婦及家長照顧兒童，並提供所須的支援，包括有關照顧兒童的支援、綜合家庭服務中心／綜合服務中心提供的家務指導服務等。
- 在2021年，社署聯同衛生署、醫管局、教育局和非政府機構在各區設立／加強兒童身心全面發展服務的協作平台，促進各方在地區層面的協作，並持續優化兒童身心全面發展服務的運作機制。各區福利辦事處會因應其地區需要，邀請相關單位／成員（例如母嬰健康院、綜合家庭服務中心／綜合服務中心、保護家庭及兒童服務課、濫用精神藥物者輔導中心、營運兒童和青年服務的非政府機構，以及學校員工等），加入跨部門會議檢討高危個案。

為兒童接種季節性流感疫苗

（回應第N3項建議）

- 疫苗接種是其中一項最有效預防季節性流感及其併發症的方法。為提高學童接種季節性流感疫苗的覆蓋率，衛生署透過「季節性流感疫苗學校外展（免費）計劃」和「疫苗資助計劃」下的外展疫苗接種服務，致力協助學校和私家醫生在校內舉辦外展季節性流感疫苗接種活動。上述計劃涵蓋對服務有興趣的小學、幼稚園、幼稚園暨幼兒中心及幼兒中心。
- 衛生署與其他相關部門為廣大市民和特定社群（例如學校）舉辦健康教育活動，並向他們提供有關預防流感和促進個人及環境衛生的健康忠告。衛生署亦不時去信幼稚園、幼兒中心、中小學，提醒他們注意流感的最新情況。

- 推廣季節性流感疫苗資訊的媒介多元化，例如記者會、新聞公報、電視 / 電台、專家訪問 / 短片、關鍵意見領袖短片、健康講座、廣告、社交媒體、網上資訊、熱線、海報和單張。
- 為鼓勵更多目標社群所屬的人士接種季節性流感疫苗，衛生署會繼續採取積極行動，讓市民多認識接種疫苗的需要，並加強學童的疫苗接種服務。
- 為配合政府的「2020/21 疫苗接種計劃」，醫管局轄下的公立醫院和門診診所自2021年10月22日起，根據衛生防護中心所訂立的合資格組別，為相關人士提供季節性流感疫苗接種服務。

為少數族裔服務使用者提供健康教育和支援

(回應第N4項建議)

- 衛生署家庭健康服務與全港各公立醫院的產科部門合作，提供一套完善的產前護理計劃，照顧孕婦整個懷孕及生產過程。衛生署亦會為少數族裔服務使用者提供符合他們需要的協助，包括傳譯服務。家庭健康服務為少數族裔人士提供七種語言的產前健康資訊，其中包括有關懷孕的知識以及懷孕期間遇到的常見問題。這些資訊可從家庭健康服務網站獲取。
(https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/other_languages)
- 醫管局設有24小時傳譯服務，為少數族裔孕婦提供適合的支援。此外，母乳餵哺手冊翻譯成多種語言譯本，協助教授餵哺母乳。

收集醫療資料

(回應第N5項建議)

- 在身份辨認面談過程中，衛生署法醫服務的法醫科醫生會向死亡兒童家屬收集與其相關背景資料(例如病史)，以便法醫科醫生進行死亡調查。在進行身份辨認面談時，家屬往往沒有死者的詳盡病歷紀錄，因此法醫科醫生未必可以提供該等資料。反而有關資料更容易通過醫管局或「醫健通」取得。
- 醫管局轄下醫院會根據個案情況，並因應死因裁判法庭的要求，提供相關的資料，以配合評估兒童死亡個案，尤其當中牽涉申請豁免屍體剖驗。

代謝疾病篩檢 / 基因分析的轉介機制

(回應第N6項建議)

- 處理兒童猝死的個案時，衛生署法醫服務的法醫科醫生會提取包括血液和尿液在內的樣本送到香港兒童醫院病理學部作代謝疾病篩檢和基因分析。如果發現個案懷疑涉及遺傳性心臟病，醫服務的法醫科醫生會把血液樣本送到衛生署醫學遺傳服務，以進行基因分析。
- 衛生署法醫服務的法醫科醫生與醫學遺傳服務間的轉介機制仍持續運作中。雖然這個機制主要但並不限於處理因心臟病而猝死的個案。若解剖後發現死亡個案可能牽涉到隱性遺傳疾病，負責此案的法醫科醫生將聯絡死者家屬，同時轉介個案到醫學遺傳服務進行評估和基因諮詢。法醫服務已與臨床遺傳服務建立了既定的轉介途徑，以便接受法醫服務的轉介。

嬰兒睡眠安全教育

(回應 N7-N9 及 A3 項建議)

- 嬰兒睡眠安全是家居安全中的一個重要課題。衛生署母嬰健康院通過個別輔導、小冊子、視聽教材、網頁、電子雜誌及親職研習班等提醒準父母、家長和照顧者注意嬰兒睡眠安全和與嬰兒同床而睡可能構成的致命風險。
- 家長和公眾可瀏覽母嬰健康院或家庭健康服務的網站，以獲取各種嬰兒睡眠安全的資訊：
 - (i) 「嬰兒安全睡姿與環境 時刻緊記全靠你」短片 (https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/mulit_med/000081.html)。短片涵蓋初生嬰兒安全睡眠環境的相關重點，例如讓嬰兒在自己的嬰兒床上仰睡，避免與嬰兒同床，嬰兒床上不應放其他物品如枕頭等。短片除於母嬰健康院播放外，亦已上載到家庭健康服務網站及 Youtube 平台。此外，片段亦不時在公共交通工具媒體播放，以促進大眾對相關議題的認知。
 - (ii) 「睡得安全 親子無憂」(https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14799.html) 小冊子，是跟據最新嬰兒睡眠安全的建議，把原有的「預防嬰兒猝死症」小冊子重新編排，並加強有關嬰兒安全睡眠環境的提示及常見疑問。
 - (iii) 「給寶寶一個安全環境」(https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/30107.html) 單張。健康院會向準父母以及新任父母派發此單張，提高他們對嬰兒睡眠安全的知識。
 - (iv) 與護士會面後，父母會獲派一系列的「提示卡」，上面有重的健康信息（包括有關家庭和睡眠安全的提醒）和相關宣傳單張的二維碼，會面期間，健康院護士會與父母一同閱讀和橋店相關要點。
- 到訪健康院嬰兒的父母需填寫「你的寶寶安全嗎？」(https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/30108.html) 問卷，當中包括數項有關嬰兒睡眠安排的題問，完成後交由護士檢視。如有需要，健康院會提出適當建議和跟進。此外，部分家庭可能有特定家居風險而需要額外支援，母嬰健康院亦會為這些家庭進行親職能力評估（包括家居安全狀況），以儘早發現可能存在的風險因素，必要時會把個案轉介到合適的社區支援服務跟進。

- 為了提高前線社會服務工作者對親職的認識，以及為有需要的家庭提供支援，衛生署、醫管局和社署共同協作，為社工制定了針對0至3歲兒童父母親職能力的評估框架，以協助他們評估相關家庭在不同的育兒範疇（包括家居安全）是否有足夠能力保護兒童免受傷害，同時為兒童提供成長發展所需的環境，為相關家庭制定適合的親職指導及福利計劃。衛生署、醫管局及社署亦為同工提供培訓。

對懷孕外籍傭工的支援服務

（回應N10項建議）

- 香港是少數為外籍家庭傭工（外傭）提供與本地勞工平等的法定勞工權益和保障的地方，包括生育保障。
- 根據《僱傭條例》有關生育保障的規定，除非懷孕僱員犯嚴重過失而被即時解僱，否則僱主解僱懷孕僱員（包括外傭）可被檢控。如女性僱員在產假開始前已按連續性合約為僱主服務，並給予僱主懷孕及準備放取產假的通知，便可享有連續14星期的產假。
- 勞工處在2020年9月成立專責外傭科，以確保有效協調及推行各項加強保障外傭的措施，並向外傭及其僱主提供最佳的支援。懷孕外傭如有需要可以致電勞工處的24小時外傭電話專線（2157 9537），以獲取一站式支援服務。專線設有七種語言傳譯服務。
- 勞工處一直通過一系列宣傳及教育工作，加強外傭對其權益及求助渠道的認識，包括直接或透過職業介紹所向外傭提供有關生育保障、產前檢查、向懷孕海外勞工提供協助及輔導的非政府機構的資訊。

- 不論國籍或就業情況，所有孕婦都應注意隱瞞懷孕的風險，並應了解及早求助的重要。勞工處已把社署以八種語文，包括中文、英文、菲律賓文、印尼文、泰文、印度文、尼泊爾文、及巴基斯坦文編製的單張「意外懷孕，我該怎麼辦？」上載至勞工處外傭專題網站(<https://www.fdh.labour.gov.hk/tc/home.html>)及職業介紹所專題網站(<https://www.eaa.labour.gov.hk/tc/home.html>)。

安全性教育

(回應N11項建議)

- 衛生署家庭健康服務轄下的母嬰健康院為所有已屆生育年齡的婦女提供家庭計劃服務，根據婦女的個別需要提供適合的避孕方法。母嬰健康院亦會提供輔導及安排專科轉介給需要接受終止懷孕手術的婦女。此外，母嬰健康院通過提供性教育，提高婦女對安全性行為意識，以減低感染性病和確診子宮頸癌的機會。母嬰健康院提供有關家庭計劃的健康資訊已翻譯成七種少數族裔語言。(https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/other_languages/)
- 香港家庭計劃指導會在各校舉辦性教育活動，協助青少年掌握正確資訊，澄清個人性態度，學習溝通和協商技巧，鼓勵實踐較安全性行為及持續採取避孕措施。該會更發展多媒體資源，並透過其資源館、教學車、網頁、社交媒體平台及青年義工隊接觸青少年，向他們傳達保護個人性與生殖健康的信息。家計會轄下三間青少年保健中心為青少年提供性與生殖健康方面的綜合醫療及輔導服務。在提供不同服務的同時，中心職員會提高青少年的性知識及對性權利和負責任性行為的意識，以作自我保護。當青少年面對意外懷孕時，中心職員會提供醫療評估和輔導，更會提供相關的醫療和法律資訊，讓當事人作出知情的選擇，並為其選擇作出相應的服務轉介。

- 家長和學生可通過學生健康服務的網站瀏覽與青春期、在家庭中推行性教育、約會與愛情等有關的健康信息。
- 21個家庭生活教育組、65個綜合家庭服務中心和兩個綜合家庭中心繼續提供家庭生活教育，包括分組及多個項目，鼓勵青春期意外懷孕者的父母尋求幫助。由社署編製的教育小冊子已經通各服務單位向公眾派發並已上傳至社署的網頁。

安全用藥（可待因）教育

（回應N12項建議）

- 2017年12月，香港藥劑業及毒藥管理局考慮到海外藥物監管機構對口服含可待因製劑的最新警示後，要求所有含可待因的註冊藥劑製品的銷售包裝標籤上及/或說明書內必須包含以下信息：「12歲以下兒童忌食可待因」。**「藥劑製品或物質標籤指引」**¹已經於2017年12月更新加入有關附加要求，並通過各種渠道發佈有關要求，包括致藥品註冊證書持有人的信²及衛生署藥物辦公室的網站等。
- 2018年1月，衛生署藥物辦公室發信³給醫護人員，包括註冊醫生和相關醫學團體（例如香港醫學會、香港家庭醫學學院、香港醫務委員會執照醫生協會和香港西醫工會等），請他們注意含可待因製劑的相關健康風險，並提醒他們香港藥劑業及毒藥管理局對所有12歲以下兒童忌食可待因的決定。
- 為提高公眾認識，藥物辦公室制定了藥物使用的健康教育資訊，供公眾參考。以下網頁提供有關安全使用口服傷風咳藥資訊。https://www.drugoffice.gov.hk/eps/do/tc/consumer/news_informations/dm_06.html

- 香港醫務委員會（醫委會）頒布了《香港註冊醫生專業守則》（《守則》），向註冊醫生發出配發藥物的處方及標籤和適當處方危險藥物的指引。相關條文（包括第9.2、9.4、10.1節和附錄E）摘錄於附件11.5，以供參考。
- 就藥物的強度及／或濃度而言，醫委會在第二十一期《通訊》（2014年8月）中，列出醫生應註明藥物強度及／或濃度的具體情況，以供日後治療相關病人的醫生參考。有關情況（未能盡列）包括：
 - (i) 醫生選擇使用藥物的非專利名稱、化學名稱或學名（例如因為產品名稱可能不為人熟悉）；
 - (ii) 即使已使用註冊名稱，但藥物（例如藥水）曾稀釋；以及
 - (iii) 混合不同的藥物（例如混合藥水、合成乳膏等）。
- 衛生署家庭健康服務制定一份名為「智醒家長貼士：《藥物安全》」的單張，當中明確地說明傷風咳藥不適用於六歲以下兒童，以及12歲以下的兒童忌服用可待因。母嬰健康院為到訪的家長提供此單張，家長亦可到以下的網頁存取相關的資料：https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/30152.html
- 學生健康服務為中小學生提供健康促進和篩查服務。學生健康服務中心的醫生沒有處方止咳藥。

¹ https://www.drugoffice.gov.hk/eps/do/en/doc/guidelines_forms/Label_Gl_e.pdf?v=pqsqtln

² https://www.drugoffice.gov.hk/eps/upload/eps_news/prc_ing/280/PRC%20letter%2012.12.2017_codeine,%20dihydrocodeine%20&%20tramadol.pdf

³ https://www.drugoffice.gov.hk/eps/upload/eps_news/30038/ZH/1/FDA%20requires%20labeling%20changes%20for%20prescription%20opioid%20cough%20and%20cold%20medicines%20to%20limit%20their%20use%20to%20adults%2018%20years%20and%20older.pdf

8.2 死於自殺的個案

轉交升中學生資料給有關中學的機制

(回應第S1項建議)

- 教育局設有機制，協助學校在不同階段轉交有特殊教育需要學生(包括患有精神病的學生)資料的安排，以便儘早識別和支援有關學生。有特殊教育需要的小六學生在升讀中一前，小學會徵求家長的同意，把相關學生的特殊教育需要資料轉交他們的中學。在中學學位分配結果公布後和家長同意下，教育局會把相關學生的特殊教育需要類別及所需的支援層級等資料，通過特殊教育資訊管理系統傳送到學生將入讀的中學；同時，小學亦會把相關學生的資料(例如學生的醫療及評估報告、學習記錄及建議的教學策略等)轉交其將入讀的中學，讓中學能儘早知悉學生的特殊教育需要，並提供適當的支援。

師生比例

(回應第S2項建議)

- 政府多年來致力促進香港教育服務的質素，持續增撥人手和資源，支援教師的工作。由2017/18學年起，公營學校的教師與班級比例(「班師比」)劃一增加0.1，為學校提供約2 200個額外的常額教席，增加教師人手，推展各項教育措施，促進教育質素，造福學生。除了根據「班師比」計算的常額教師編制，教育局亦為學校提供在各項措施下的額外常額教席，以及為配合特定的政策目標而可供學校靈活調配的現金津貼，讓學校根據校本需要，利用津貼聘請額外的教學和非教學人員及/或購買服務。此外，為加強學校的行政支援，同時減少教師的行政工作，讓他們能更專注核心教育工作，關顧學生成長，教育局由2019/20學年起推行「一校一行政主任」政策，為學校提供資源，以增聘額外的行政職級人手。教育局會持續檢視為學校提供的資源和人手，以配合學校發展和學生需要。

培訓教師識別自殺威脅 / 跡象

- 為促進教師支援有特殊教育需要學生的專業能力，教育局自2007/08學年起提供有系統的基礎、高級及專題課程，這些課程的部分單元涵蓋精神病患。由2017/18學年開始，教育局亦為中、小學教師提供「精神健康專業發展課程」，以提升教師對精神健康的關注，並加強他們識別及支援有精神健康需要（包括有自殺風險）學生的專業知識和技巧。
- 為加強教師識別有自殺警告訊號的學生的能力，教育局選取《識別、支援及轉介有自殺行為的學生－學校資源手冊》的重點內容，並編輯成簡報供各校本教育心理學家就「識別及支援有自殺風險的學生」的主題向他們所服務學校的教師作專業分享。

提升訓導老師輔導技巧

- 教育局每年委託大專院校舉辦「中 / 小學教師學生訓育及輔導證書課程」和「中 / 小學訓育及輔導主任管理及領導課程」，以促進教師在校內整合學生訓輔工作的知識和技巧，加強他們在個案管理、小組工作及推動跨部門協作的的能力，內容包括「學生訓育及輔導工作的新取向」、「訓育及輔導教師的介入方法和技巧」、「個案介入及處理學校突發事件的管理與技巧」等單元。此外，教育局定期為教師舉辦有關訓輔工作的研討會、分享會和工作坊，主題包括正面訓育、協助學生重回正軌、處理情緒及行為問題等，並邀請專家 / 學者、相關機構及有成功經驗的學校人員分享心得，促進交流，以加強教師預防及處理違規行為的能力。

在學校監察學生的精神健康機制

(回應第S3項建議)

- 針對已確診患有精神病及已識別為有精神健康問題的學生，教育局要求公營學校的輔導組和學生支援組加強協作，共同決定有關學生所需的支援層級和策略。同時亦為學校提供「學習支援津貼」，以便學校運用額外資源加強照顧這些學生在學習、社交、情緒和行為上的需要，以及舉辦校本培訓，例如訓練教師、家長和學生成為「守門人」，以提升他們對精神健康／精神病的認識，裝備他們識別和應對需要加強支援（包括有自殺風險）的學生。

生死教育

(回應第S4項建議)

- 教育局一向十分重視價值觀教育，生命教育為當中重要一環。《學校課程檢討專責小組最後報告》(2020)中建議學校應優先推行價值觀教育，包括加強生命教育。與生命教育相關的學習內容，包括認識生命、愛惜生命、尊重生命及探索生命，已涵蓋在中小學課程的不同學習主題中，如小學常識科及初中生活與社會課程中，均設有與「尊重與珍惜生命」相關的課題；高中倫理與宗教科則引導學生探索和思考「生存與死亡」的問題，以加深學生對生命與死亡相關議題的認識，更重要的是培養堅毅和愛惜生命的正面價值觀和積極的生活態度。

- 教育局亦製作與生命教育相關的學與教資源及舉辦教師專業發展課程；又委託本地大學開辦「協助中小學規劃生命教育計劃」，以支援學校生命教育的整體規劃。教育局的周年全港學界活動「我的行動承諾」自2019/20學年起連續三個學年把主題定為「感恩珍惜·積極樂觀」，繼續支援學校推行生命教育，培養學生感恩和珍惜生命的積極人生觀。此外，教育局舉辦一系列教師專業發展課程，如「提高學生抗逆能力」、「生命教育及生涯規劃教育的學與教策略」、「運用繪本培養學生的正面的價值觀和態度」等，以協助教師進行生命教育。

升中適應

(回應第S5項建議)

- 教育局鼓勵學校採用全校參與的模式，提供導引 / 適應計劃和朋輩支援計劃（如大哥哥大姐姐計劃、師友計劃）和治療小組等補救性、預防性及發展性輔導活動，讓學生讓學生更快地銜接和適應。
- 為加強學校推行中一和中四學生銜接適應課程的效能，教育局在2019年7月致函全港學校，建議優化銜接適應課程所包含的元素，包括制定內容多元化的銜接適應課程。除了認識校園生活和學科要求外，學校可增加心理健康及壓力管理的內容，例如認識精神健康的重要、減壓方法及精神健康問題的處理、自我幫助和尋求協助途徑。此外，也建議學校製造機會讓學生建立穩定的朋友圈和支援網絡，加強他們的歸屬感和聯繫感，例如推行分享、互動和協作的班本活動、安排高年級的學長為成長導師和加強教導學生人際相處的應有態度和技巧。
- 同時，教育局教師和學生輔導人員舉辦研討會，分享校本升中適應課程和小六學生順利過渡至中學階段的良好做法。教育局亦繼續鼓勵學校通過個案轉介機制，讓有需要的學生在升讀其他學校或轉校後得到持續的支援。

提升完美主義傾向的學生面對逆境和抗逆的技巧

(回應第S6項建議)

- 所有官立小學須根據校本需要制定和推行成長課，以培養學生在個人、群體、學業和事業發展四個範疇的知識、能力和態度，並應用在日常生活中。在個人發展方面，學生學習認識自己和接納個人的獨特性和強弱項，並學習解難及決策技巧，以樂觀態度面對逆境。
- 教育局積極推動不同的成長計劃，如小學「成長的天空」、中學「多元智能躍進」、「學生大使—積極人生」計劃，通過自我認識、歷奇、團隊及解難訓練，提升學生的抗逆能力，並培養他們以自尊自律、勇於承擔和敢於求變的態度去面對挑戰。

教師敏銳意識學生的作文 / 繪畫勞作品所隱藏的困境

(回應第S7項建議)

- 為協助學校員工儘早識別和支援出現自殺行為的學生，教育局在2017年3月推出《識別、支援及轉介有自殺行為的學生 – 學校資源手冊》，內容包括介紹不同類型的自殺行為、如何儘早識別警告訊號和回應不同風險的自殺行為的實用技巧，以及個案研討。

教師對有暴力或破壞行為的學生的處理

(回應第S8項建議)

- 教師如發現學生出現嚴重行為問題可與駐校社工討論，作個案分析，了解學生的需要和提供輔導，如學生需要進一步支援，可轉介其接受校本教育心理學家服務。校本教育心理學家亦會就學校的情況，為教師舉行講座和工作坊，包括如何支援有情緒行為問題的學生，協助教師了解學生的心理需要和處理學生行為問題的適當方法和技巧。

建立互相關心和愛護的風氣以應對欺凌

(回應第S9項建議)

- 學校是一個體現照顧、關懷、互相支持和互相尊重的地方。教育局採用多管齊下的方式，從多個方面落實預防和處理校園欺凌的政策，其中包括透過學校課程、學與教資源和多元化的學生學習活動，加強培養學生正面價值觀和同理心；亦透過不同的學生成長計劃 / 活動，培養學生互相尊重和共融友愛的態度，例如：我們透過「朋輩調解」計劃，讓學生掌握朋輩調解

的技巧協助處理校園衝突，亦舉辦「和諧校園網絡」計劃，讓學生協助推動和諧校園文化，又推行「理智NET」校園嘉許計劃，讓學校分享相關成功經驗，以減低歧視、欺凌及暴力事件的出現。

- 在處理校園欺凌事件時，教育局提醒學校根據學生需要安排輔導人員協助被欺凌者，或進一步尋求社工、心理學家等專業人員的支援和調解，甚或轉介至所需的專業服務（例如創傷後壓力症候群的支援），以保障被欺凌者心理健康，並避免其再被傷害。在處理欺凌別人的學生方面，學校應協助學生明白其所犯的過錯及其中所涉及的道德價值觀念，並與家長攜手協助涉事學生改善行為，以及按需要安排輔導人員接手深入跟進，提供個別或小組輔導，甚或轉介接受校外專業服務。

為有自殺高危兒童提供跨專業協作和為父母提供精神健康教育

(回應第 10-S13 及 S20 項建議)

- 醫管局的兒童及青少年精神科設有跨部門的醫療團隊，為有精神健康需要的兒童及青少年提供儘早識別、評估及診治服務。由醫生、臨床心理學家、護士、語言治療師、職業治療師和醫務社會工作者組成的專業醫療團隊，則會根據病情的嚴重程度，提供一系列適當的治療和跟進，包括住院、專科門診、日間復康訓練及社區支援服務等，以提升他們的語言溝通、社交、情緒管理、解決問題、學習及生活技能等多方面的能力。

- 跨部門醫療團隊亦會為患病兒童及青少年的父母和照顧者提供有關病症及藥物的知識，讓他們更深瞭解患者的症狀和治療需要。團隊亦會與相關機構（例如早期訓練中心或學校）保持緊密聯繫，根據兒童及青少年發展的需要提供適當的支援。
- 食物及衛生局聯同教育局、醫管局及社署自2016/17學年起，以醫、教、社協作模式合作推出「醫教社同心協作計劃」。在計劃下，每間參與的學校會成立一個由醫管局精神科護士、專責教師和學校社工組成的跨專業團隊，與醫管局的精神科團隊、校本教育心理學家、相關教師和社會服務單位的社工緊密合作，在學校為有精神健康需要的學生提供支援服務。
- 社署會繼續與相關的伙伴和持份者緊密合作，提供全面的福利服務，以維繫和促進家庭凝聚力，促使家庭和睦。

綫上 / 網絡介入服務

（回應第S14項建議）

- 為回應青少年不斷轉變的福利需要，社署資助非政府機構設立五支網上青年支援隊，並已於2018年12月開展服務。網上青年支援隊通過互聯網有效接觸那些高危而未能受惠於傳統服務方式的青少年，特別是邊緣及隱蔽青年，提供適時的介入和支援服務。
- 網上青年支援隊採用互聯網作為平台，社工通過青年人常用的溝通方法，包括社交網站、手機或電腦即時通訊軟件等渠道，主動接觸邊緣及隱蔽青年，針對他們一些偏差或高危行為，包括情緒困擾和自殺念頭，向他們提供網上諮詢和輔導等服務，亦會與有需要的青少年作深入的面談及提供適當的跟進和轉介等服務。

- 綜合青少年服務中心採用全人和社區模式，通過與社區伙伴的跨界別和跨部門合作，制定工作計劃及服務優次，靈活運用資源以提供預防、發展、支援和補救服務予兒童及青少年，並特別關注邊緣及弱勢的兒童及青少年組群包括受情緒困擾人士。中心亦會適時利用資訊科技，為兒童及青少年提供活動，包括網上小組等。

父母應尊重子女的學習及就業選擇和計劃

(回應第S15項建議)

- 教育局自2014/15學年起，加強支援學校推行生涯規劃教育，讓學生透過生涯規劃教育及事業探索活動，儘早了解個人興趣、能力和性向，以及掌握多元出路及職場資訊，為未來升學和就業作好準備。為此，教育局推出了一系列措施支援，包括鼓勵家長支援子女進行生涯規劃，例如推出全新的「生涯規劃資訊網站」，為學生、教師及家長提供更全面的生涯規劃教育及升學就業資訊，並通過短片、微電影及媒體等向公眾包括家長傳達「行行出狀元」的訊息，亦鼓勵「商校合作計劃」機構伙伴為家長提供與行業相關的事業探索活動，期望家長支持和鼓勵子女根據自己的興趣及能力追尋其人生目標。

父母不應過分注重子女的學業表現

(回應第S16項建議)

- 教育局推行「正向家長運動」舉辦不同活動，以推廣正向家長教育和正確教養子女的方法和態度，提升家長正面和樂觀培育子女的心態，逐步改變現時部分家長過度競爭和比拼文化，協助子女有效學習和快樂成長。

正向家長教育

(回應第S17項建議)

- 教育局推行「正向家長運動」，旨在通過一系列的宣傳活動，讓家長明白兒童愉快和健康成長的重要性，提升家長正面培育子女的意識。教育局亦以廣泛和多元化的宣傳渠道推廣此運動，包括政府宣傳短片和聲帶、比賽等，宣揚正確教養子女的方法和態度。此外，教育局於2018年設立了一站式家長教育網頁「家長智Net」，讓家長更方便地取得支援學童身心發展的資訊，包括親子關係、管教技巧、家長情緒管理等。
- 家庭與學校合作事宜委員會舉辦不同主題的家長講座，範圍涵蓋育兒技巧、培育正向孩子、親子溝通、孩子的成長需要，以及關懷子女精神及心理健康等，從而加深家長對子女情緒和行為問題的了解，和他們處理技巧。
- 21間家庭生活教育服務單位、65間綜合家庭服務中心及兩間綜合服務中心繼續提供多項家庭生活教育活動，包括為家長舉辦針對性的活動，以提升父母在管教子女、兩代正面溝通及處理衝突的技巧，及鼓勵家庭及早尋求專業協助，協助家庭發揮正常功能。

- 上述單位亦與學校協作，為學生及家長舉辦特定主題活動，促進他們對青少年的成長需要及有效溝通和管教子女技巧的認識。

處理子女沉迷網絡和綫上遊戲的家長教育

(回應第S18項建議)

- 教育局為教師提供相關的專業發展課程、電子學習資源套，以及與不同政府部門及非政府機構合力製作短片及教材，協助學校進行相關的家長教育，讓家長培育子女有效及符合道德地運用資訊及通訊科技的能力和態度，包括健康地使用互聯網。此外，教育局亦通過講座，協助家長培養子女在日常生活和學習中運用資訊科技的良好習慣，不沉迷上網；並設立熱線，為有需要的家長、教師及學生提供個別支援。同時，我們把不同政府部門(包括教育局本身以及非政府機構等)製作的相關資源臚列成表並上載到本局網頁，以便教師、家長及學生參閱。
- 自2017/18學年起，教育局聯同香港教育城及家庭與學校合作事宜委員會每年合辦一系列的家長講座，邀請專家和社工為家長講解e世代的管教方法、資訊素養、青少年網絡文化、網上危機和處理孩子沉迷上網的要訣，以及保護子女免受網絡欺凌的方法。

精神健康教育

(回應第S19項建議)

- 政府非常重視市民的精神健康。在精神健康推廣和教育方面，衛生署一直採取以人生歷程和環境為本的方式，通過教育和宣傳工作來提高公眾意識，從而促進精神健康。

- 衛生署於2016年1月正式展開名為「好心情@HK」的全港性精神健康推廣計劃。除了提高公眾對心理健康推廣的參與，計劃的目標也包括提高公眾對精神健康的了解。政府在2018年10月公布的施政報告中宣布，政府已預留每年五千萬元推行一個持續的精神健康推廣和公眾教育計劃。首階段計劃旨在將「好心情@HK」計劃所得的成果傳承下去，並增加公眾對精神健康的認識。
- 名為「陪我講 Shall We Talk」的計劃已於2020年7月正式開展。計劃設立了一站式專題網站，提供有關心理健康、常見精神健康問題、治療、求助、社區支援、活動、故事及不同資源和健康教育教材（包括海報、單張、小冊子和信息圖表等）。計劃也設立了社交媒體專頁（包括Facebook和Instagram）和推出了關鍵意見領袖社交媒體運動、電視節目和互動藝術活動等。此外，在其他網上和線下平台都進行了一系列的廣告和宣傳。
- 計劃的第二階段已於本年展開，目標群組會由年青人延伸至其父母和家人，主題上會更強調及鼓勵適時求助。計劃會同時利用傳統的渠道和新興的社交媒體平台，接觸社會各個階層。除了關鍵意見領袖社交媒體運動和電視節目製作，也會邀約更多媒體採訪和推行更多職場和學校參與活動，並為學校製作更多的多媒體資源及加強網站功能和體驗等。
- 計劃會繼續宣揚精神健康的正面信息，提高公眾認知和意識，讓市民明白到他們須要保持自身精神健康，留意身邊的人的精神健康狀況，並適時和迅速地尋求專業人士的協助，都是十分重要。
- 衛生署家庭健康服務制定廣泛有關正面親職的資訊，讓家長在懷孕期至兒同學期間獲取有關兒童發展和正面親職指導。家長可通過不同渠道（如面談、小冊子、影視資訊、網頁、社交媒體、線上／現場講座等），目的是讓家長對子女的成長發展有更多認識，實踐正面親職技巧，從而培育健康和適應力良好的兒童。同時，提供有關家長精神健康的資訊，例如如何面對親職壓力。家庭健康服務於2021年新製作一系有關兒童社交情緒發展和為幼兒情緒導航的小冊子 (<http://s.fhs.gov.hk/ighl1>) 及短片 (<https://s.fhs.gov.hk/eolm6>)，這些資訊將於2021年第二季在母嬰健康院及家庭健康服務網站發放。

- 通過母嬰健康院的健康及發展監察計劃，醫護人員與家長／照顧者協作，持續觀察兒童，目的是儘早識別和轉介有健康、行為或發展問題的兒童到醫管局的專科診所或衛生署的兒童體能智力測驗服務作進一步診斷及跟進。除常規監察年齡外，如果家長對孩子的行為或發展有疑慮，亦可主動與母嬰健康院聯絡安排跟進。
- 學生健康服務透過在學生健康服務中心進行周年健康檢查服務及青少年健康服務計劃在中學的外展服務促進學生的心理健康。學生健康服務中心會轉介有精神和／或心理社交問題的學生到適當的機構以作處理及跟進。家長和學生亦可以於學生健康服務的網站瀏覽與情緒和心理健康有關的健康信息。

為離婚、分居父母及其子女提供支援助服務

(回應第S21項建議)

- 社署已加強對分居／離異／離異家庭的支援措施，措施包括：
- 繼為期三年的子女探視先導計劃完結後，社署於2019年10月在全港共設有五間共享親職支援中心，為分居／正辦理離婚／離婚的父母(離異父母)及其子女提供一站式以兒童為本的共享親職支援服務。中心旨在協助離異父母以兒童為本的原則履行父母責任，強化親子聯繫，並支援受父母分居／離婚及家庭轉變影響的子女，促進他們身心健康發展。

- 為儘早引入共享親職和父母責任的概念，社署營辦的綜合家庭服務中心已增撥資源，加強督導工作的人手，從而透過地區層面的協調，提升父母應對分居 / 離婚的能力，以及加強家庭功能。這些督導人員也會為區內專業人員安排有關的培訓 / 分享活動。
- 社署已增加 11 間保護家庭及兒童服務課（服務課）的人手，加強為分居 / 離異父母提供的共享親職支援及為他們的子女提供兒童為本的服務。如相關個案涉及處於分居 / 離異邊緣的父母，此額外的人力資源亦可令保護家庭及兒童服務課提供一系列的早期介入服務、共享親職服務，以及為其子女提供的適時支援。此外，服務課亦會為受家事法庭法定監管的兒童及其父母提供專業的介入及支援服務，包括心理教育計劃，以加強父母的合作，改善他們的溝通，更有效地履行父母的責任。
- 社署已強化「親子情永在」專題網站的內容，以宣揚父母責任觀念，並發布各區與離異父母及其子女相關的小組 / 活動的資料。此外，社署於 2019 年更新了為離異父母及其子女提供有關共享親職的有用資料，並協助子女了解離婚事宜的手冊。這套手冊已通過各區服務單位派發予服務對象。於 2019-20 年製作新一輯的宣傳短片及海報，以「以商量代替傷害 造就樂二代」為宣傳口號，鼓勵離異父母以子女的利益為依歸，共同照顧和教養子女，共享親職，讓孩子健康成長。此外，亦安排宣傳車遊走全港各區，透過遊戲及播放短片，進一步推廣「父母責任」的概念。
- 社署及共享親職支援中心會繼續通過不同的媒體、宣傳平台，例如面書及 Instagram，加強分居 / 離異 / 離異父母對子女情緒的了解，並透過公眾教育和宣傳推廣以兒童為本的共享親職的理念。

自殺跡象

(回應第 S22 項建議)

- 為加強學生識別有需要協助的朋輩，以及如何正確應對有情緒困擾或自殺念頭的朋輩，自 2019/20 學年起，教育局與非政府機構合作，開展一項學生守門人訓練計劃，培訓中學生成為「守護大使」，促進他們對精神健康的認識和處理自身壓力及情緒的技巧，裝備他們識別和應對有需要的朋輩，並在校園推廣積極面對問題和求助的文化。

8.3 死於意外的個案

家居安全設備和環境的健康建議 (安裝窗花)

(回應第A1及A2項建議)

- 衛生署於2019年與機電工程署、死因裁判法庭、消費者委員會協商，推出一本名為《家居用具安全指南》的電子書，介紹一些香港家居常用傢俬、電器、及其他家庭日用品可能引起的危害及其安全使用的方法。電子書中包括了窗花等常見家居用品的安全事項建議。家長是這本指南的其中一群主要讀者。
- 衛生署於2018至19年進行「2018年非故意損傷統計調查」以探討本港人口中非故意損傷(俗稱「意外」)的特徵及其造成的負擔。調查內容包括研究住戶有否採取安裝窗花(如屬活動窗花以上鎖為準)等家居預防措施。調查結果將於2021年內發布。
- 衛生署母嬰健康院為初生至五歲的兒童，提供一套全面的促進健康及預防疾病計劃。健康院會透過不同途徑，預早為準父母和年幼兒童的父母提供有關育兒知識(包括家居安全)、兒童身心發展和親職事宜的指導。
- 提供一個安全的家居環境是家長首要的責任，母嬰健康院近年已加強向照顧者提倡家居安全的意識。措施包括向訪健康院的家長派發家居安全資訊，亦會請初生嬰兒的家長填寫家居安全清單，並由護士檢視。如有需要，母嬰健康院會向他們作出適當指導和跟進。部份家庭可能有特定家居風險而需要額外支援，健康院亦會將個案轉介到合適的社區支援服務作跟進。
- 另外，母嬰健康院亦制定了親職育兒「提示卡」系列，「提示卡」包含一些對家長在照顧孩子時的重要提示，並附有相關詳細資訊的二維碼連結。健康院護士與家長回面後，會按兒童年齡派發、及提醒個別家長要特別注意的重要事項，而家居安全是其中不可缺的提示。

- 除個別提供指導外，父母／照顧者及公眾亦可透通過衛生署家庭健康服務網站取得相關的教育刊物及影音資訊，內容包括針對不同年齡的兒童的家居安全要點（包括防止跌墮措施如不應獨留兒童在家、當孩子在家中或戶外玩耍時仍需看管、窗戶必須加設安全窗花，露台亦應加設鐵柵或鐵絲網等）(<http://s.fhs.gov.hk/wluld>) 和 (https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/multimed/000020.html)。
- 健康院會為準父母及家長提供社區內幼兒照顧服務資料，亦會派發社署編製的資料單張，增加他們對幼兒照顧服務的認識，以避免獨留兒童在家。

嬰兒睡眠安全教育

(回應第A3項建議)

- 請參考回應第N7及N9項建議瞭解有關死於自然因素的個案。

兒童哽咽教育

(回應第A4項建議)

- 衛生署家庭健康服務制定一系列有關嬰幼兒健康飲食的資訊。「6至24個月嬰幼兒健康飲」的小冊子和網頁及公眾講座，都向家長和照顧者強調須避免提供容易引致嬰幼兒哽咽的食物。

並警告家長：

- 不宜給孩子吃硬而小的食物（如糖果、玉米、果仁、花生）或滑溜和帶黏性的食物（如湯丸、棉花糖）；富彈性的食物如肉丸（魚丸、牛丸等）、果凍（蒟蒻）、香腸、燒賣等。

- 「6至24個月嬰幼兒健康飲食(2)進展篇(上)」小冊子中，特別提醒家長，給嬰幼兒吃葡萄、櫻桃等細小圓形的水果或食物時，須切成小塊，以策安全；這在小冊子亦展示圖片說明這項建議。

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14722.pdf

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14727.html

6至24個月嬰幼兒健康飲食(1)起步篇(6-12個月)

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14727.pdf

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14727.html

6至24個月嬰幼兒健康飲食(2)進展篇(上)(6-12個月)

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14722.pdf

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14722.html

6至24個月嬰幼兒健康飲食(2)進展篇(下)(12-24個月)

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/16301.pdf

https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/16301.html

為照顧者和道路使用者傳遞道路安全資訊

(回應第A5項建議)

- 政府一直非常關注道路安全。
- 運輸署在2020年6月更新了《道路使用者守則》(下稱《守則》)，提供使用行人路及道路，以及在不同地點橫過馬路的規則和指示，例如在停定車輛附近、在不設交通燈的路口或附近、在斑馬線和「綠色人像」過路處等。《守則》提醒家長應照顧兒童，例如應時刻與兒童同行和牽着兒童的手；以及以身作則地切實遵守《守則》，讓兒童學習安全及正確地使用道路。《守則》已上載至運輸署網(https://www.td.gov.hk/tc/road_safety/road_users_code/index.html)供市民瀏覽。

- 此外，運輸署持續聯同道路安全議會和香港警務處，採用不同方式和渠道進行宣傳及教育活動，向行人（包括帶領兒童使用道路的人士）推廣道路安全，例如，運輸署在2020年3月出版《道路安全通訊》第五十期 (https://www.td.gov.hk/filemanager/en/content_182/rs_bulletin_50.pdf)，提供橫過馬路、使用斑馬線和「綠色人像」過路處的安全貼士。道路安全議會亦進行宣傳活動以提高市民的行人安全意識，包括透過社交媒體平台 (<https://www.facebook.com/mr.safegg>)，發放網上短片及資訊、派發宣傳單張和海報等，提高行人的道路安全意識、提醒他們遵守交通規則和交通燈號、並應時刻牽着兒童的手。運輸署會繼續與道路安全議會及香港警務處合作，提高行人橫過馬路時的安全。
- 道路安全議會一向關注兒童道路安全，透過宣傳及教育提醒照顧者與兒童小心過馬路。四個分別位於北角、秀茂坪、沙田及屯門的交通安全城，為兒童提供模擬道路現場的環境，例如交通燈、行人隧道、行人天橋、斑馬線及道路標記等。此外，道路安全巴士亦提供一個流動展覽平台，透過巡迴到訪全港學校、屋苑及青少年中心，向公眾宣揚道路安全。議會更與時並進，推出道路安全VR遊戲「奔跑救世界」及「道路指揮家」，讓參與者體驗過路時各種情景，從而做出適當的判斷和反應。道路安全VR遊戲於交通安全城以及道路安全巴士等供市民體驗。

為駕駛者提供道路安全教育

(回應第A6項建議)

- 香港法例第374A章《道路交通(車輛構造及保養)規例》第28條規管汽車玻璃的安全規格。第28條(1)(a)及(b)訂明，汽車所有擋風玻璃、窗門及隔板所使用的玻璃或透明材料，必須為運輸署署長認可的安全玻璃或安全透明物料；同時，就透明度而言，該等物料必須不會令該汽車內部景觀不清晰。第28條(2)亦訂明任何擋風玻璃、窗門及隔板，不得作出任何改動或增補，以增加其反射效能，或減低其透光能力。

- 此外，香港法例第374章《道路交通條例》和香港法例第374G章《道路交通(交通管制)規例》訂明，駕駛者須遵守交通燈號、交通標誌、道路標記及車速限制等駕駛規則。
- 運輸署持續聯同道路安全議會及香港警務處採用不同渠道，例如社交媒體平台、網上短片和宣傳單張，進行道路安全宣傳及教育活動，提醒駕駛者應時刻保持安全有禮的駕駛態度。2019年第二季，政府推出以「有心有好報」為題的電視和網上宣傳短片，提醒駕駛者安全有禮駕駛的重要性。相關道路安全訊息(包括汽車玻璃窗的法例要求和遵守車速限制、交通標誌和道路標記的提示)亦透過《道路安全通訊》、運輸業界通訊刊物和在主要幹道的可變訊息標誌發放。有關宣傳單張、通訊刊物和《道路安全通訊》已上載至運輸署及道路安全議會的網頁。運輸署會繼續與道路安全議會及香港警務處合作，推廣道路安全和安全有禮駕駛。
- 為了提醒司機保持良好的駕駛行為和態度，道路安全議會定期出版《道路安全通訊》，加強司機的道路安全意識。2020年10月，議會亦推出新一輯電視宣傳片及電台聲帶，由香港著名職業賽車手歐陽若曦先生主演，提醒司機使用迴旋處、禮讓斑馬線上的行人等等的正確駕駛方法和態度，鼓勵大家做到「駕駛的最高境界：互禮互讓，安全到達。」

為少數族裔和新來港人士提供道路安全教育

(回應第A7項建議)

- 為協助少數族裔人士和新來港定居人士能夠早日融入本地社群，民政事務總署出版並每年更新《給少數族裔人士的服務指南》和《新來港定居人士服務指南》，向少數族裔人士和新來港定居人士介紹各項與市民日常生活息息相關的服務。《給少數族裔人士的服務指南》備有七種語文版本，包括英語、印尼語、印地語、尼泊爾語、他加祿語、泰語和烏爾都語，而《新來港定居人士服務指南》備有繁體和簡體字版本。在這些服務指南，運輸署提供有關道路安全的指示及資料，包括正確使用行人過路設施、騎單車者安全提示，以及安全駕駛的規則和指示。運輸署備悉委員會的建議，並會在下次更新時加入有關兒童道路安全的指示及資料，供民政事務總署考慮。

為兒童和學生提供宣傳和教育活動

(回應第A8項建議)

- 有關橫過馬路的道路安全宣傳及教育活動，可參閱第1項建議的回應。另外，《守則》提醒兒童過馬路時不應進行其他活動，例如飲食、玩遊戲機、使用流動電話或任何音響耳筒機，或者一邊走路一邊談話。
- 運輸署持續聯同道路安全議會和香港警務處採用不同方式和渠道進行宣傳和教育活動，向兒童推廣道路安全，例如現有的4個「交通安全城」提供模擬道路環境，以輕鬆有趣的方法，提高兒童道路安全意識。「道路安全巴士」巡迴到訪學校、屋邨及青少年中心，作為流動展覽平台，向學生、居民及兒童推廣道路安全資訊。「道路安全巴士」在2018年進行更新，增設了多媒體設施，讓參觀者學習道路安全知識時更有趣味性。此外，運輸署亦出版《道路安全通訊》派發予市民及上載至互聯網，道路安全議會亦通過社交媒體平台，向學生發放道路安全指示和訊息，以提高他們的道路安全意識（例如過馬路時避免使用手提電子設備和不要從慢駛或停定車輛之間的空隙過馬路），加強他們對相關交通法例和規則的認識。

- 以下交通標誌已設置於一些學校區（例如九龍塘的何東道和薄扶林的高街），以警告駕駛者前面有學童往返學校，應慢駛和注意道路上的學童。



- 再者，議會製作了多套針對行人過路安全的電視宣傳短片及電台聲帶，包括《司機行人要專注 使用道路勿分心》和《做一個負責任的道路使用者》等，亦透過社交媒體專頁——「留心蛋」，以生動有趣的方式發佈道路安全資訊。此外，議會在疫情下透過線上活動推廣道路安全，例如在2021年2月至4月舉辦的「道路安全攝影比賽」，反應踴躍，成功透過社交媒體傳達道路安全的訊息。

兒童乘車安全和使用汽車嬰兒籃 / 兒童安全椅的建議

（回應第A9項建議）

- 現行法例規定，三歲以下的兒童如坐在私家車、私家小巴或貨車的前座，必須使用認可的兒童束縛設備。如私家車後座設有此設備，這些兒童坐在該座位時，亦須符合這項要求。
- 道路安全議會聯同運輸署印製各種刊物和宣傳單張，包括《道路使用者守則》及《顧己及人，記得佩戴安全帶》小冊子，教導公眾人士如何確保兒童乘車安全，以及正確使用兒童束縛設備，例如便提式嬰兒床、嬰兒籃、兒童安全椅和普通安全帶加配高墊。
- 政府正考慮修改法例，要求兒童不論在私家車前座或後座，必須使用兒童束縛設備。在進一步制訂詳細安排後，運輸署亦會適時諮詢立法會和相關持份者。

- 與此同時，運輸署會繼續與道路安全議會和香港警務處緊密合作，進一步加強推廣兒童乘車安全的教育和宣傳工作。例如最近在2020年6月，運輸署發出《道路使用者守則》更新版本，當中列明現行有關兒童束縛設備的法例要求，以及使用指引和規則，例如兒童束縛設備須根據廠商指示安裝於車廂內，並應讓幼童坐在後座上等。
- 提供一個安全的家居環境是家長首要責任，母嬰健康院近年已加強向照顧者提倡兒童安全的意識。除一般家居安全要意的事項外，家庭健康服務編制了「嬰兒揹帶、手推車、餐椅及汽車座椅安全使用小貼士」小冊子(<http://s.fhs.gov.hk/scf7n>)，提供一些選擇購買、正確使用兒童產品和相關安全標準讓家長參考。除透過個別指導外，家長／照顧者亦可登錄家庭健康服務網瀏覽此資訊。

兒童水上安全教育和宣傳

(回應第A10項建議)

- 康樂及文化事務署(康文署)非常重視兒童水上安全，並已規定兒童在12歲以下必須有成人陪同才可進入公眾游泳池游泳，而當值救生員亦會時刻留意在泳池邊或泳灘岸邊沒有成人陪同的兒童的活動情況，並會要求成年泳客靠近年幼的子女游泳。如在刊憲泳灘接獲懷疑有泳客失蹤個案，救生員會即時在泳灘進行搜索行動和報警求助。
- 在宣傳和教育方面，康文署通過在轄下公眾游泳池及刊憲泳灘張貼告示和播放公眾廣播信息，提示泳客小心照顧兒童，並每年印製「游泳人士手冊」並把有關資料上載到康文署網頁，以及透過舉辦水上安全運動日、水上安全標語和海報設計比賽，讓市民可以通過不同形式接觸水上安全的訊息。為加強宣傳效果，康文署在今年泳季推出全新製作的電視宣傳短片和電台宣傳聲帶，進一步向市民宣傳水上安全的重要性。

在 YouTube 顯示警告信息

(回應第A11項建議)

- 教育局向學校提供《香港學生資訊素養》架構，以培育學生有效和符合道德地運用資訊和通訊科技的能力和態度，包括提防互聯網上的潛在危險。教育局亦會與不同政府部門和非政府機構合作舉辦相關學生活動。

8.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案

為病人和其照顧者提供跨部門社區支援服務

(回應第AS1, AS2及AS3項建議)

醫管局社區精神科服務

- 醫管局的社區精神科服務跨部門團隊，包括醫生、護士、臨床心理學家、職業治療師、醫務社工、朋輩工作員等，會因應患者的病情和臨床需要和風險，為社區內有精神健康問題的病人提供適切的社區支援服務。醫療團隊主要為精神病患者提供的支援，包括精神健康評估、疾病管理、訓練、危機介入等，以協助他們重新融入社區，團隊亦會向照顧者及家人提供適當的支援和意見，同時致力推廣社區精神健康。
- 醫管局自2010和2011年度起分階段推行「個案管理計劃」，為居於社區的嚴重精神病患者提供深入、持續和個人化的支援。計劃中的個案經理會與其他服務提供者緊密合作，特別是與社署資助的精神健康綜合社區中心合作，為目標病人提供個人化的社區支援。這項計劃已擴展至全港18區，讓更多病人受惠。

醫社協作

- 隨着綜合社區中心與「個案經理計劃」的推行，社署和醫管局近年設立了三層協作平台，在中央、地區及服務提供的層面促進跨界別的溝通。
- 中央層面，社署總部、醫管局總辦事處和非政府機構定期舉行三方會議，討論服務策略和探討協作模式。在地區層面，社署的地區福利專員和醫管局的精神科服務聯網代表，定期與區內的服務提供者和有關政府機構定期開會，共同統籌社區支援服務，以提升地區層面跨服務及跨界別的協作。在服務提供的層面，精神健康綜合社區中心與醫管局的個案經理會保持密切聯繫，亦會按協作指引商討和統籌個案轉介及康復服務安排等事宜。

精神健康專線服務

(回應第AS4項建議)

- 醫管局設立了1條精神健康諮詢熱線，名為「精神健康專線」(電話: 2466 7350)，為各精神病康復者及其照顧者(包括有精神健康需要的兒童和青少年及其家長)提供支援。精神健康專線是1條由專業精神科護士接聽的精神健康熱線，為精神病患者、照顧者、相關持份者及市民大眾就精神健康事宜提供專業意見。熱線全日24小時運作，使有需要人士可隨時致電尋求協助。

保護兒童和正向思維的宣傳

(回應第AS5項建議)

- 香港不少家庭因為長期抗疫，家庭關係容易變得緊張。有見及此，社署家庭及兒童福利科製作了一連六集宣傳短片「北斗同行」，透過真實個案、社工及臨床心理學家分享，希望帶出保護兒童、預防家庭暴力，以及支援有需要家庭的信息，並藉此呼籲公眾遇到困難，盡快求助。有關短片已於2021年5月10日至5月16日(一連7日)於無綫電視新聞台和無綫財經·資訊台播放。該六集短片已上載到社署YouTube頻道(<https://www.youtube.com/swdipru>)，讓各位同事和市民觀看及重溫。

個案轉介至社會福利署的程序

(回應第AS6項建議)

- 方有既定程序，訂明人員於執行職務時倘若發現任何市民需要福利服務(包括輔導)，包括牽涉自殺事件的人士，須將其轉介社署。
- 向社署轉介個人資料時，警方會遵守個人資料(私隱)條例的條文，並會於轉介前獲取當事人或其父母/監護人的同意。
- 在未能得到同意的情況下，警方會作出專業判斷，考慮援引《個人資料(私隱)條例》的相關豁免條文以轉介有關個人資料予社署。

為學生提供喪傷輔導

(回應第AS7項建議)

- 學校設有專業人員，包括輔導人員、學校社工和校本教育心理學家等，為有需要的學生(包括喪親的學生)提供所需的支援和輔導工作。
- 教育局正為初小學生/有特殊教育需要的學生編寫一本關於哀傷輔導的繪本。照顧者可通過此繪本，以適合兒童發展階段的方式，讓他們明白死亡、喪親的情緒、哀傷的過程和掌握適當的應對策略。

為家庭提供喪親輔導

(回應第AS8項建議)

- 為協助家庭面對生活上的不同壓力，包括父母或至親離世，全港67間綜合家庭服務中心/綜合服務中心(中心)一直為有需要的人士(包括亟需援助或高危家庭)提供一系列的預防、支援和補救性質的服務，包括哀傷輔導、提升親子關係、治療及支援小組、並轉介有需要的家庭接受適切的服務，例如臨床心理服務。

在急症室提供喪親支援服務

(回應第AS9項建議)

- 醫管局轄下的急症室已準備了相關的小冊子和資料，在有需要時分發給喪親者。

房屋調遷機制 (疑似患有精神病的租戶)

(回應第AS10項建議)

- 現時房屋署(房署)與社署在總部及地區層面均定期舉行會議，加強雙方的溝通和協作，並設有多個機制以便有效地處理公屋住戶的問題，例如在處理調遷個案方面設有相互轉介協調機制，讓雙方可定期檢討轉介個案的性質及程序，適時向住戶提供支援和協助。此外，房署會將前述會議的討論結果及重點等發放給前線人員，以便他們按指引為公屋住戶提供適切的支援和處理方案。
- 房署會繼續與社署緊密聯繫和合作，務求為公屋住戶提供持續的支援。
- 香港房屋協會(房協)於轄下的出租屋邨設有駐邨的註冊社工(社區服務經理)，為有需要的住戶提供支援服務。現時屋邨辦事處已設立恆常機制，轉介確診或疑似精神病患住戶，包括受噪音滋擾或鄰里爭執個案，由駐邨社工提供協助。駐邨社工經個案評估後，會按需要轉介到合適的社會福利服務機構跟進，包括精神健康綜合社區中心、精神科社康護理服務和醫務社會服務等，以作進一步評估及提供服務。為保持與上述相關的精神健康服務單位有效溝通，房協已委派代表出席由社署於各區設立的「社區精神健康支援服務地區工作小組」。

- 合資格住戶可在任何時間向所屬屋邨辦事處申請調遷，如果住戶有特別需要，房協可加快審批以便有關住戶早日調遷往其他居住單位。如遇到非常特別個案，房協會主動為沒有提出申請卻受影響的住戶調遷往邨內其他單位或其他屋邨。當住戶調遷後，駐邨社工會繼續跟進個案，以協助住戶適應新的居住環境。

為前線員工提供處理疑似精神病患者的培訓

(回應第AS11項建議)

- 為加強前線人員對精神病患者行為特徵的認識和提高他們在日常工作時的應變能力，房署在過去數年不時為前線人員安排由精神科醫護人員主講的訓練課程，課程涵蓋如何辨識和面對懷疑有精神病人士、與懷疑患有精神病患人士的相處技巧，以及如何有效地把個案轉介精神健康綜合社區中心等。
- 根據現時的護衛服務合約，承辦商須為護衛員安排定期培訓和演習，以加強他們對公眾安全的認識和處理緊急情況的能力。
- 為加強駐邨職員及保安員在認識及應對精神病患或疑似精神病患住戶，房協設有緊急管理手冊，包括「處理屋苑內人士突然情緒失控事宜」和「處理思覺失調病患者」。此外，房協亦會不時舉辦及安排駐邨職員參與各種類型的心理健康講座，當中包括「後疫時期心理健康」、「精神健康解碼：抑鬱與焦慮」、「衝突管理課程」、「逆境翻牆 - 提升逆境商數及心理韌性」、「掌聲行動 - 當代壓力管理」及「靜觀減壓工作坊」等。房協會繼續安排相關認知培訓予前線同事。

加強對外籍家庭傭工保護的措施

(回應第AS12項建議)

- 勞工處在2020年9月成立專責外傭科，以確保有效協調及推行各項加強保障外傭的措施，並向外傭及其僱主提供最佳的支援。勞工處會分別為外傭、僱主和職業介紹所舉辦講座或簡介會，並舉行其他交流活動，例如分享會，即時為外傭及僱主解答疑問。勞工處亦一直有向外傭派發有關精神健康及處理壓力的資訊，並鼓勵外傭在有需要時尋求協助。如有需要，外傭可以致電勞工處的24小時外傭電話專線(2157 9537)，以獲取一站式支援服務。此外，勞工處會與主要外傭來源地的駐港總領事館保持聯繫，確保有需要的外傭及僱主可以適時獲得協助。

為高危隱蔽家庭提供的跨專業和跨部門協作服務

(回應第AS13項建議)

- 綜合家庭服務中心 / 綜合服務中心與區內非政府機構及社區團體有密切聯繫，包括議員辦事處、婦女組織、地區街坊團體等，各機構 / 團體均可轉介有需要人士 / 家庭予就近中心接受服務。另外，為加強與一些有需要而又缺乏求助動機的家庭接觸，以及早回應他們的問題，綜合家庭服務中心 / 綜合服務中心會定期到區內公共屋邨或人流較多的地方放置街站，通過外展服務，向有需要的家庭介紹各項支援服務，並鼓勵他們接受適切的服務。

精神健康社區支援服務和精神健康宣傳

(回應第AS14項建議)

- 為加強對精神病康復者的支援及協助他們盡早融入社區生活，社署在2010年10月起在全港各區開展精神健康綜合社區中心的服務。通過一站式及綜合的服務模式，24間精神健康綜合社區中心為有需要的精神病康復者、懷疑有精神健康問題的人士、他們的家人／照顧者及居住當區的居民，提供由及早預防以至危機管理的精神健康社區支援服務。社署並在2018年10月撥資源以加強對精神病康復者子女的專業支援，並進一步於2019年10月將精神健康綜合社區中心的服務對象擴展至有精神健康需要的中學生，並加強對他們及其家人／照顧者的專業支援。
- 社署在2019年7月在全港5個指定區域（即香港島、九龍東、九龍西、新界東及新界西）開展「推廣精神健康流動宣傳車服務」，透過流動展覽、小型講座、互動活動、即時簡單諮詢等，加強公眾教育、提升公眾對精神健康的關注和建立正面的求助態度／行為，以達致及早預防、儘早識別和及早介入的目標。

9

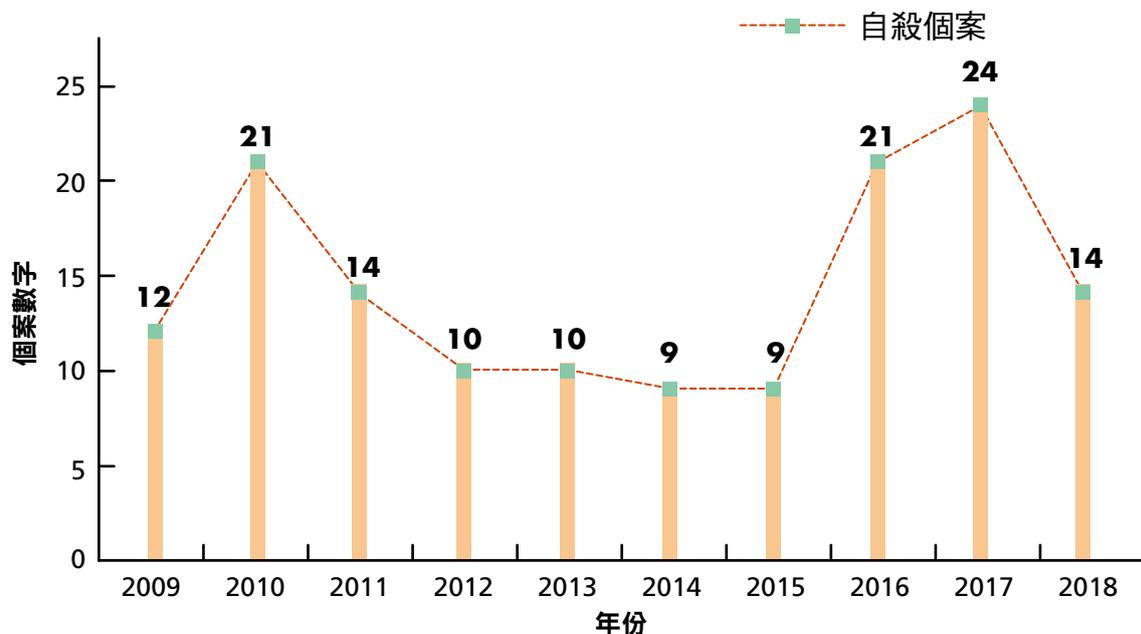
兒童或青少年自殺專題檢討

(2009至2018年的10年檢討)

- 兒童或青少年自殺，對其家屬、師長、同學、朋友、提供援助的專業人士和社會大眾帶來困擾，而當中的影響可能維持一段長時間。儘管自殺是由多種危機因素、情況與逆境交織而成的複雜情況，但是，自殺其實是可以預防的。為深入了解兒童和青少年自殺的趨勢，以及識別導致他們自殺的原因，檢討委員會就2009至2018年間的兒童和青少年自殺個案進行了10年專題檢討。

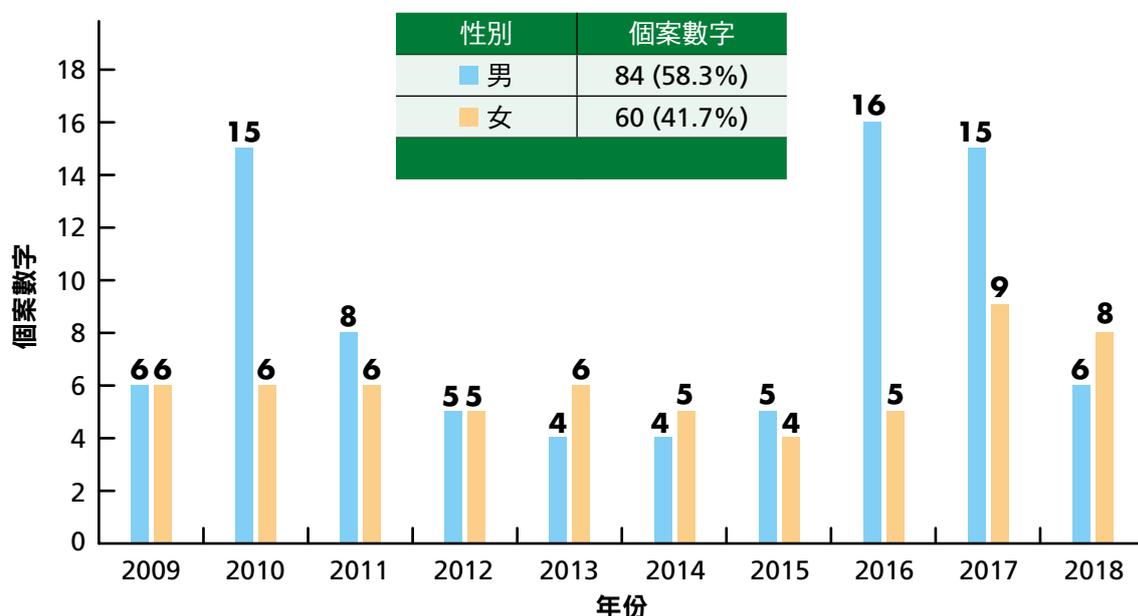
9.1 2009至2018年間自殺死亡個案的研究結果摘要

圖表 9.1.1：按年份劃分的死於自殺個案數字



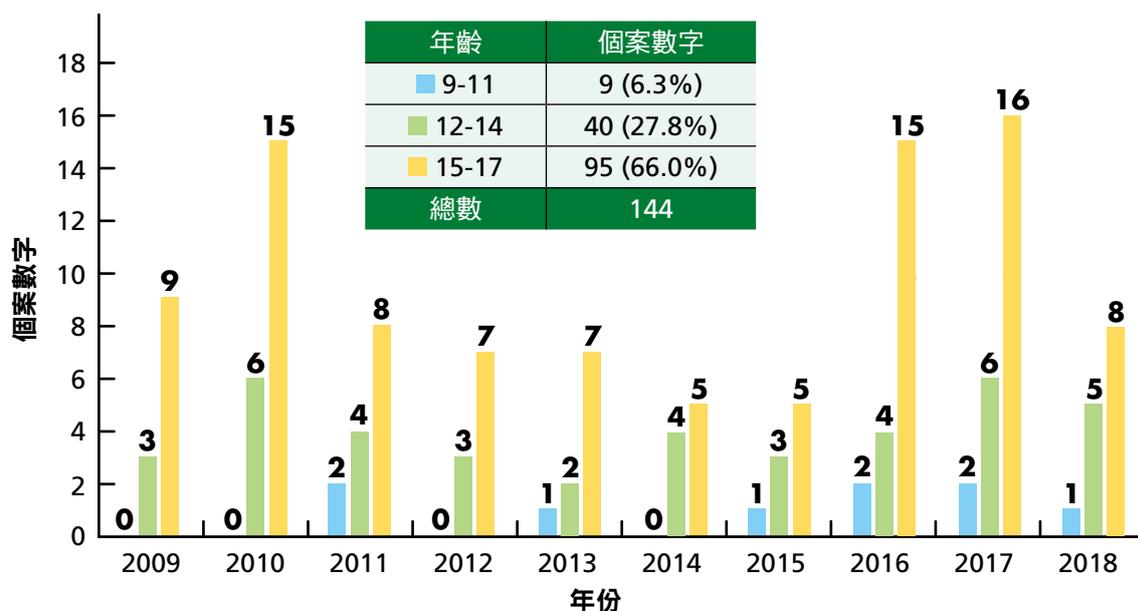
- 2009至2018的10年間，檢討個案數字為144宗，涉及兒童或青少年死於自殺的個案為平均每年14.4宗。根據2009至2018年間已檢討的兒童死亡個案，自殺是導致兒童死亡的第二大原因（即在998個檢討個案中佔14.4%）。由以上圖表可見，2010年死於自殺的個案顯著上升（自2009年的12宗上升至2010年的21宗，上升幅度達75%）。此後，個案宗數持續下降至2014和2015年的最低九宗。然而，在2016年急速上升至21宗（從2015年的9宗上升至2016年的21宗，上升幅度達133.3%），到2017年升至24宗的紀錄新高，其後在2018年下降至14宗。

圖表 9.1.2：按年份和性別劃分的死於自殺個案數字



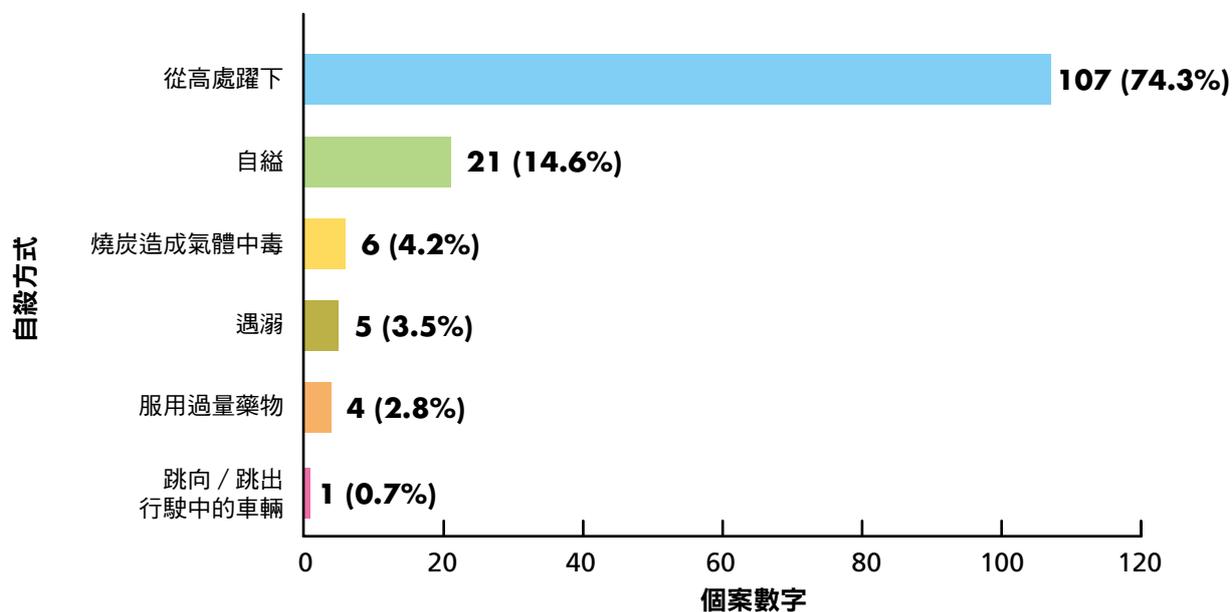
- 在 2009 至 2018 年間死於自殺的 144 個兒童之中，58.3% 是男性（84 宗），而 41.7% 是女性（60 宗），性別比例大致相近。不過，2010、2016 和 2017 年死於自殺的男性個案卻大幅超越死於自殺的女性個案。

圖表 9.1.3：按年份和年齡組別劃分的死於自殺個案數字



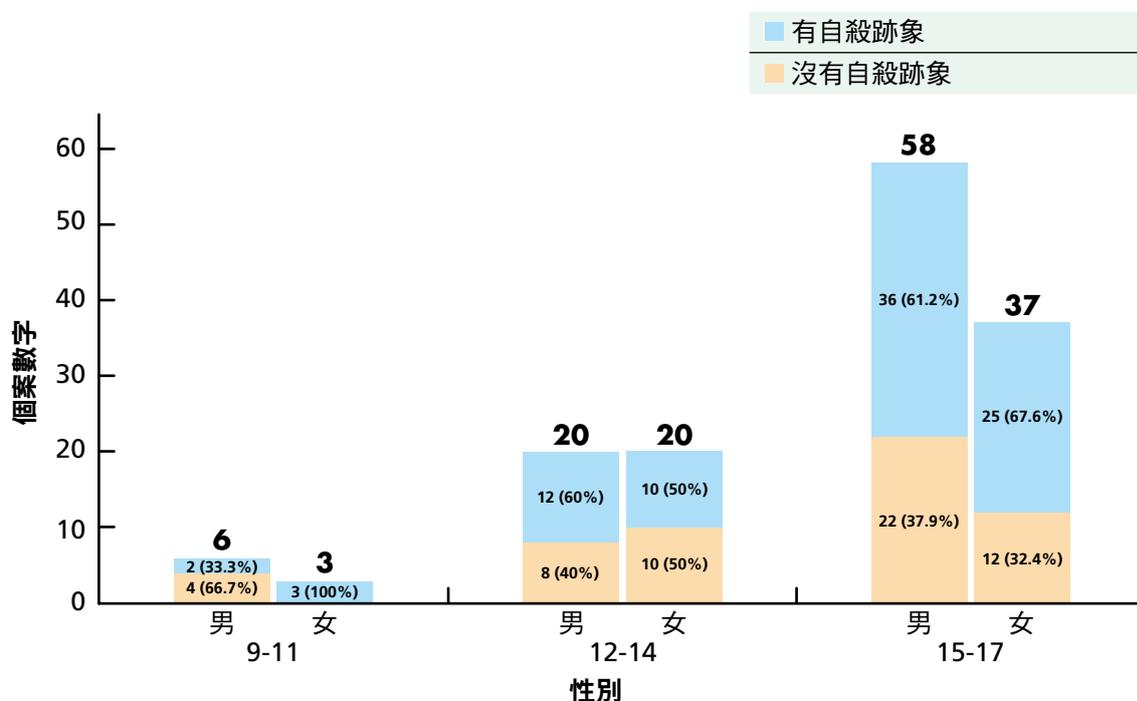
- 年齡介乎 15 至 17 歲死於自殺的兒童個案為數最多，佔 66%（95 宗），而年齡介乎 12 至 14 歲的個案佔 27.8%（40 宗），餘下的 6.3%（九宗）則是年齡介乎 9 至 11 歲的個案。較年長組別的自殺個案比率較高。年齡介乎 9 至 11 歲的個案雖然有九宗，數字相對較少，但其中五宗個案為十歲而四宗個案為 11 歲，令人關注。

圖表 9.1.4：按自殺方式劃分的個案數字



- 最多兒童選擇的三種自殺方式為從高處躍下（107宗，74.3%），其次是自縊（21宗，14.6%）和燒炭造成氣體中毒（六宗，4.2%）。在十年間，「從高處躍下」是最多兒童採取的自殺方式，也是最普遍的自殺方式，因為香港高樓大廈林立，所以從高處躍下成為相對「容易」的自殺方法。

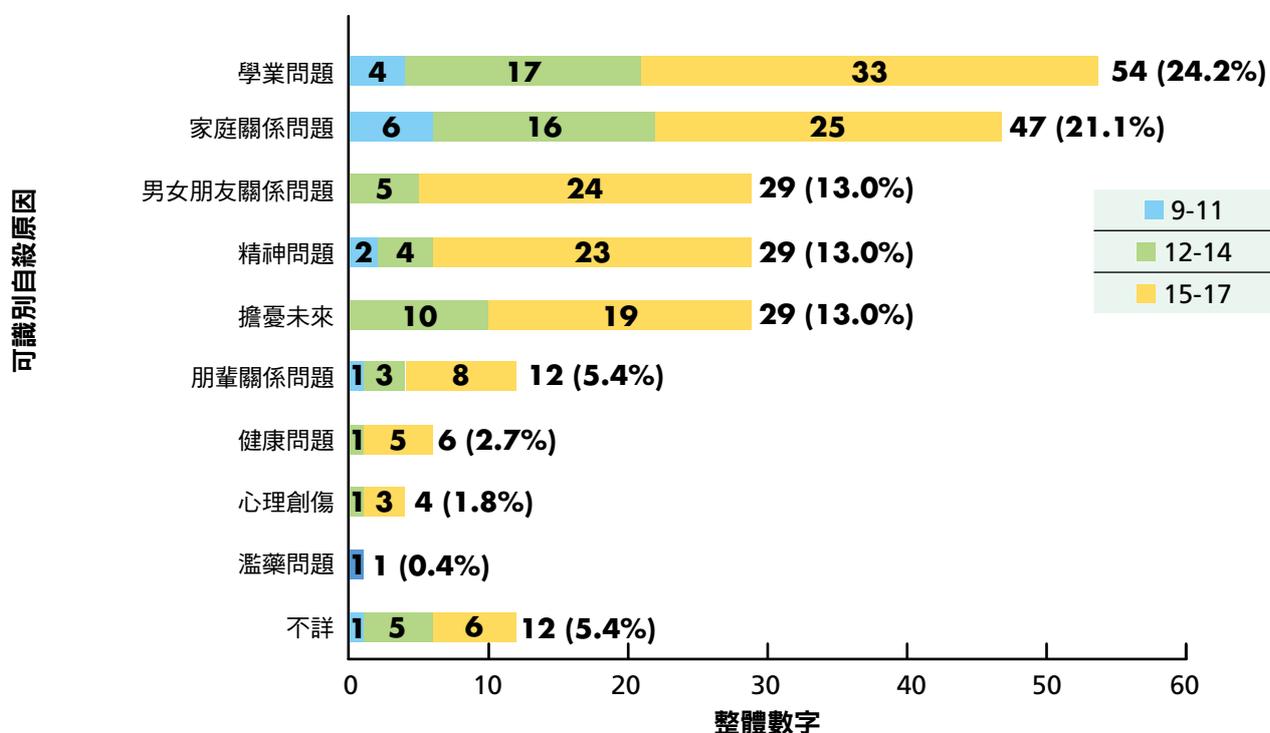
圖表 9.1.5：按年齡組別及性別劃分有可識別自殺跡象* 的個案數字



* 自殺跡象：包括留下自殺字條、有情緒化或激烈的行為、口頭表示或恐嚇意圖自殺，以及過往曾企圖自殺。(有關跡象是從警方的調查報告識別出來。)

- 大多數兒童 (88宗, 61.1%) 企圖自殺前曾以不同方式表達過自殺的想法。以上 88 位有可識別自殺跡象的兒童之中, 50 個 (56.8%) 是男孩; 38 個 (43.2%) 是女孩。在三個年齡組別之中, 年齡最大的組別 (介乎 15 至 17 歲, 64.2%) 出現較多自殺跡象, 而年齡較小的兩個組別 (介乎 9 至 11 歲, 55.6%; 介乎 12 至 14 歲, 55%) 則出現較少自殺跡象。這些兒童較常在網上通過社交平台或文字信息 (例如 WhatsApp 或 Instagram) 向朋輩表達自己的困擾。由此可見, 及時介入和支援對表達自殺意圖和計劃的兒童尤為重要, 也屬必需。

圖表 9.1.6：按年齡組別劃分有可識別自殺原因* 的個案數字

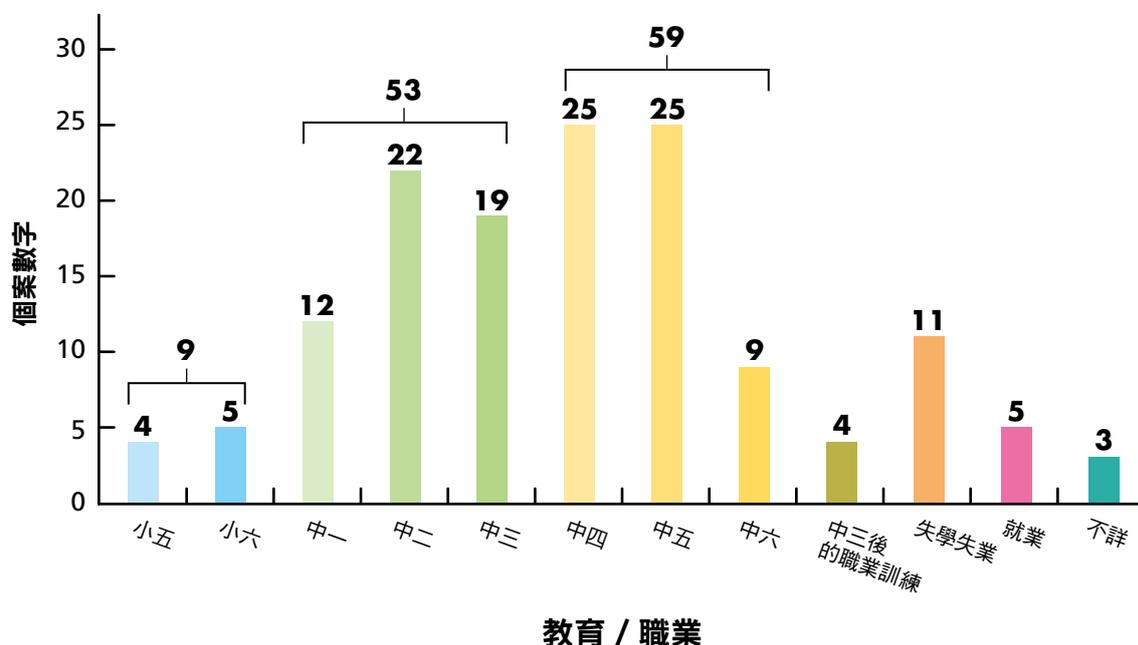


* 可包含多於一個原因，而有關原因是從檢討個案的警方死亡調查報告及 / 或服務報告識別出來。

- 自殺是一個複雜的社會問題，不能以單一事件或壓力源來充分解釋。從 144 宗檢討個案的警方調查報告 / 服務報告發現，學業問題 (54 宗，24.2%) 佔最多，其次是家庭關係問題 (47 宗，21.1%)，以及男女朋友關係問題、精神問題和擔憂未來 (各佔 29 宗，13.0%)。
- 在香港，「學業成績決定未來」的信念和「考試為本」的文化給學生帶來不少壓力。學業問題成為 12-14 歲和 15-17 歲年齡組別兒童自殺的主要原因，是意料中事。從檢討個案的資料顯示，自殺兒童曾表示有學習壓力，例如擔心即將到來的學校考試，尤其是 15-17 歲的年齡組別，他們需要準備和應付香港中學文憑考試 (HKDSE)，這被視為考進大學的唯一途徑。對於 12-14 歲的年齡組別，他們需面對與學業有關的壓力，例如「升上中一後要適應新的校園生活」和升上高中時「因考試成績大幅滑落而難以跟上學習進度」。兒童在面對轉變時，例如小學升中學及適應新社交圈時較易感到情緒困擾。至於 9-11 歲的年齡組別，「面對香港中學學位分配 (升中派位) 的考試」給他們帶來了很大的壓力。除此以外，當兒童的「學業成績沒有達到父母的期望」時，兒童與父母之間特別容易出現矛盾。有些兒童因父母要求他們放棄興趣加緊溫習而感到不開心。

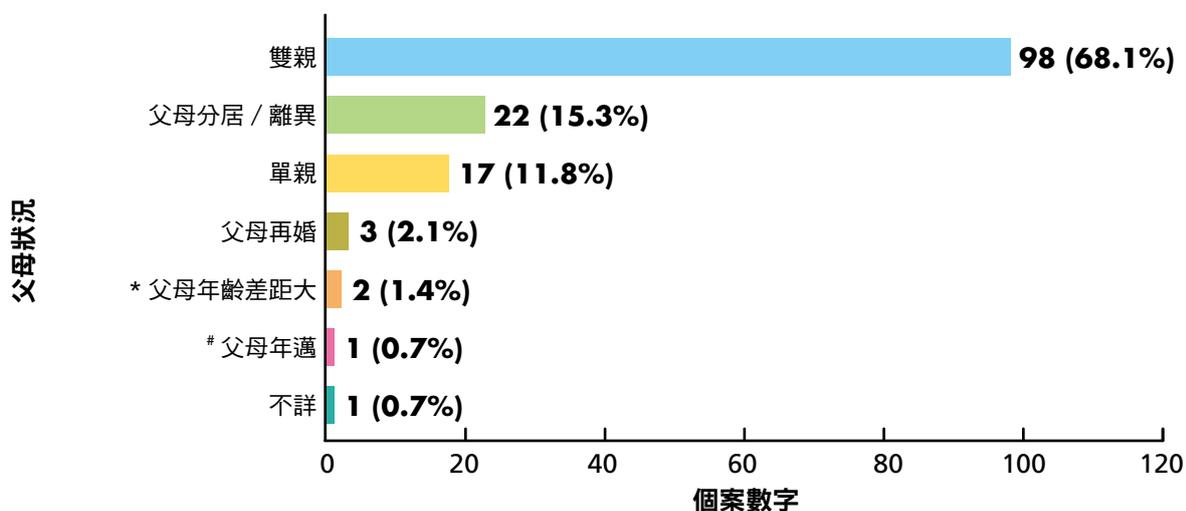
- 家庭關係問題在 12-14 歲和 15-17 歲年齡組別中排名第二。這些兒童往往與父母或兄弟姊妹不和、缺乏家庭溝通和支持、因父母的婚姻問題而煩惱，或因使用手機和玩網絡遊戲與父母發生爭執，其中手機或筆記本電腦在自殺前被沒收的個案有五宗。在 144 宗檢討個案中，有 42 個兒童 (29.2%) 來自單親、離婚或再婚的家庭。正如上文提及，家庭的變化會給孩子帶來巨大的負面影響。
- 在 29 個有精神問題的個案中，有七名兒童被查出疑似精神健康問題，22 名兒童被診斷出患有精神疾病，如早期精神病、強迫症、抑鬱症、焦慮症等，並接受過精神科治療。在這 22 名兒童中有八名以前曾試圖自殺。資料顯示，精神問題在 9-11 歲年齡組別中排名第三，其中兩名兒童分別被診斷為專注力不足 / 過度活躍症 (ADHD) 和亞氏保加症。我們應該更加重視兒童的精神健康，特別是有精神健康問題的兒童。家長並須加強他們處理子女情緒問題的知識和技能。
- 男女朋友關係問題在 15-17 歲年齡組別中排名第三。隨著這個年齡組別的兒童開始約會，他們可能會在處理感情衝突和分手時遇到壓力。據觀察，兒童不知道如何面對分手或表白時被拒絕的情況。有些兒童在與男朋友 / 女朋友吵架或要求和解被拒絕後，因衝動而自殺。由於在感情上相互依戀，兒童戀人可能會互相影響或加強對方一起結束自己生命的想法。一個涉及兩個年輕人達成自殺協議的個案，恰好反映出這個問題。因此，我們必須加強正面戀愛教育，協助兒童面對分手、被拒絕的情況和如何發展健康的約會關係。

圖表 9.1.7：按教育 / 職業劃分的死於自殺個案數字



- 在 144 個兒童自殺個案中，有 86.8% (125 宗) 的兒童在學、7.6% (11 宗) 沒有上學或工作，而 3.5% (五宗) 從事全職或兼職工作。在學的個案之中，7.2% (九宗) 是小學生、42.4% (53 宗) 是初中生 (中一至中三)、47.2% (59 宗) 是高中生 (中四至中六)。自殺個案中較多高中生，可見應付高年級課業及準備應考香港中學文憑試的焦慮和壓力。
- 對於失學或失業兒童，特別是輟學生，應該得到關注。雖然目前沒有可識別的問題，但是，輟學生需要持續的支援。今時今日，輟學生有多種進修途徑。教師和學校社工應向輟學生介紹各種替代的選擇，或轉介他們到提供持續支援服務的綜合青少年服務中心，但必須及早聯絡負責跟進的機構，否則輟學生離校後就不願接受服務，也難以跟其他輔助專業人員建立信任關係。學校社工亦可適當地轉介有精神問題的個案到精神健康綜合社區中心接受服務。

圖表 9.1.8：按父母狀況劃分的死於自殺個案數字

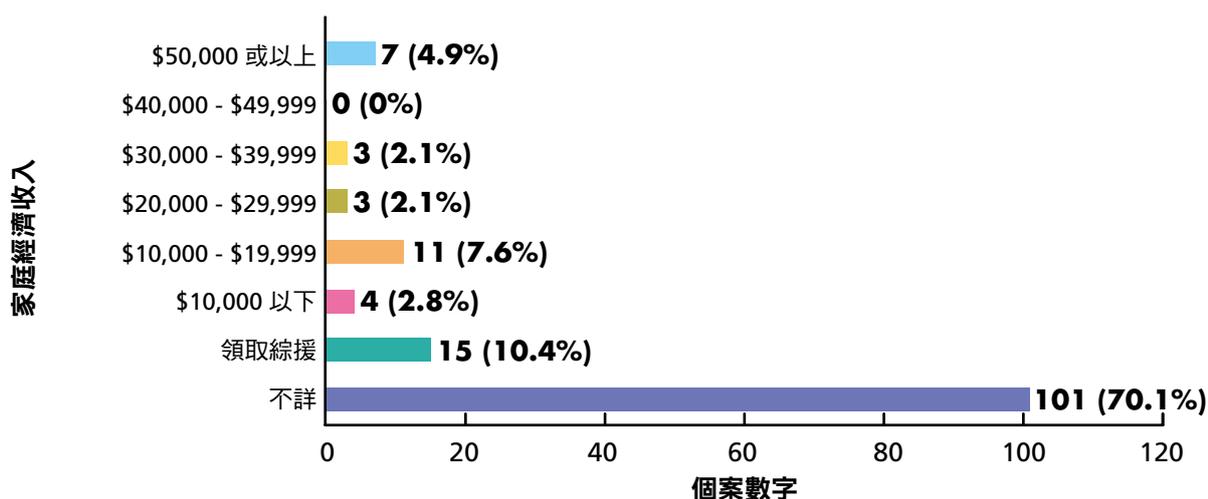


* 父母年齡差距大：≥ 15 年

父母年邁：≥ 60 歲

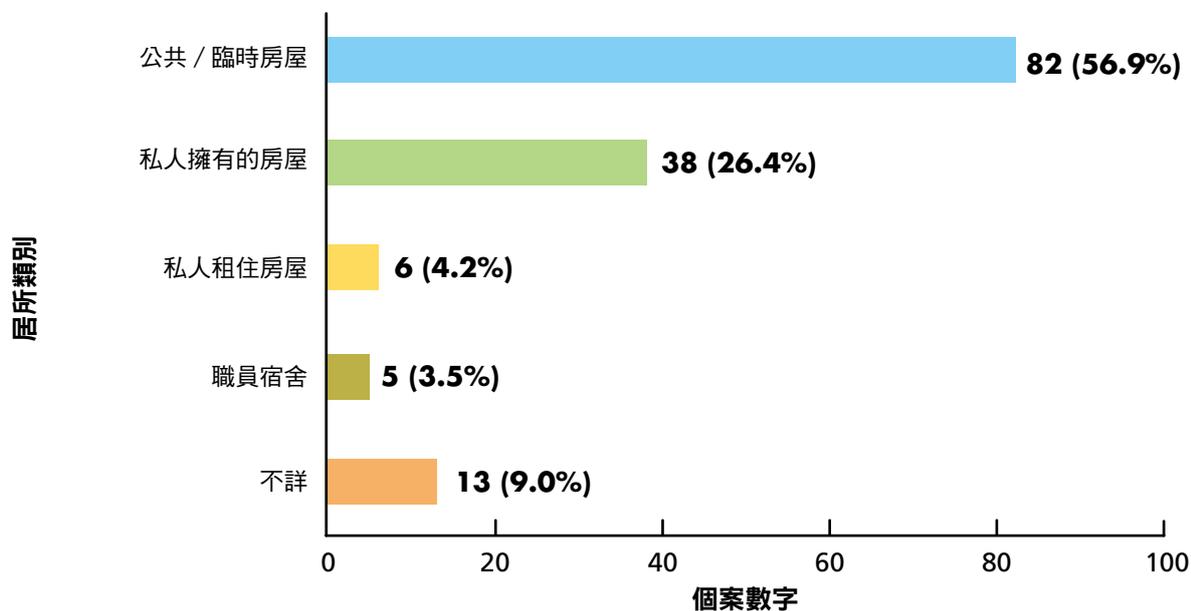
- 兒童死於自殺的個案之中，98 名兒童 (68.1%) 來自父母雙全的完整家庭，22 名兒童 (15.3%) 來自父母已經分居 / 離異的家庭，17 名兒童 (11.8%) 來自單親家庭，還有三名兒童 (2.1%) 來自父母再婚的家庭。

圖表 9.1.9：按家庭經濟收入劃分的死於自殺個案數字



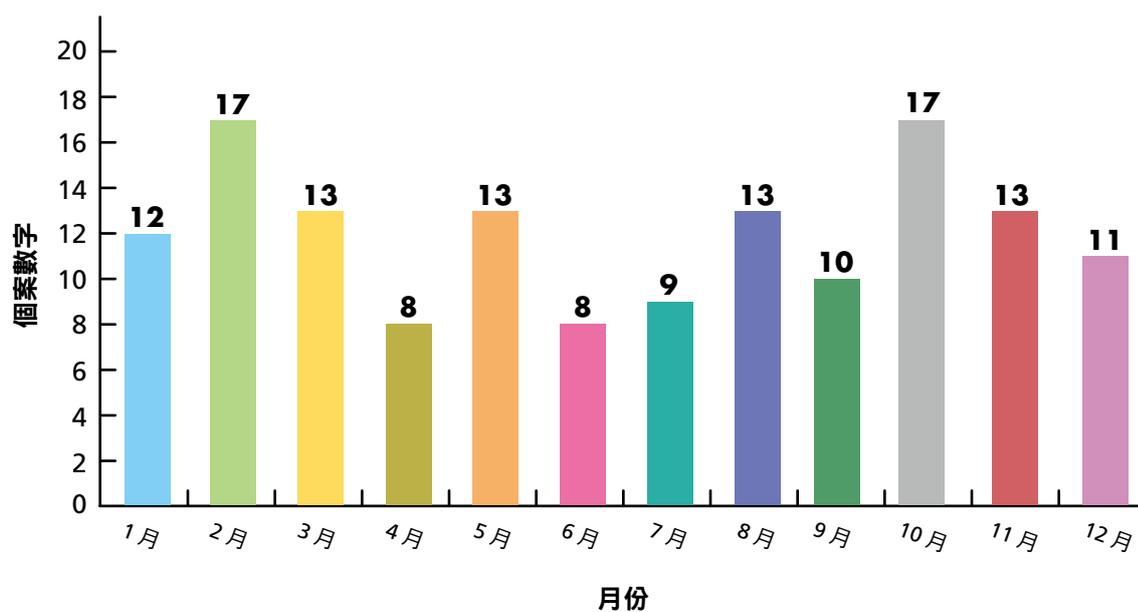
- 10.4% 死於自殺的兒童靠綜援過活。然而，由於警方調查報告及學校和社會服務單位提供的服務報告均沒有涵蓋自殺兒童的家庭收入，70.1% 兒童死於自殺個案的家庭收入狀況無從判斷。

圖表 9.1.10：按居所類別劃分的死於自殺個案數字

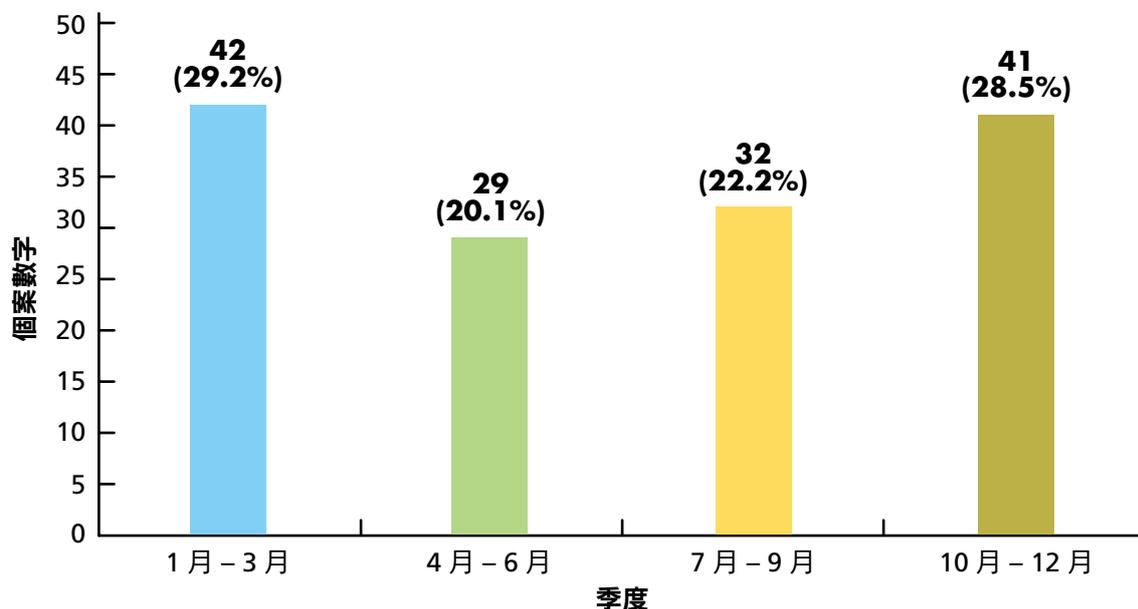


- 56.9% 死於自殺的兒童個案住在公共 / 臨時房屋，26.4% 的個案住在私人擁有的房屋，而 4.2% 的個案住在私人租住房屋。

圖表 9.1.11：按月份劃分的死於自殺個案數字



圖表 9.1.12：按季度劃分的死於自殺個案數字



- 雖然全年之中每月都有兒童自殺事件發生，但2月和10月的兒童自殺個案數字相對較高。從季度來看，第一季度（1月至3月）和最後一個季度（10月至12月）的兒童自殺個案合共高達57.7%。一般情況下，學生在10月和11月面對測驗和評估時，會遇到較多的壓力，而他們在1月要面對考試，2月則要面對學校考試成績公布和家長日，他們會遇到較大壓力。
- 有鑒於此，教師、家長和學校社工應在關鍵時期特別關注學生，如考試期間、學校成績發布日前後、長假期後復課、新學期開始、香港中學文憑考試（HKDSE）和大學聯合招生辦法（JUPAS）成績發布時，以及新升讀中學的中一學生的適應期等。
- 在發布學校成績期間，教師應教導家長不要過分強調孩子的學業成績，而應發現他們的潛力和優勢，並多關注他們的心理及社交發展的需要。教師亦應關注學習成績受挫的學生，以增強他們的抗壓能力。
- 派發成績表時，教師應提醒家長不應過分強調子女的學術成績，反而應識別子女的潛能和強項，並多加注意子女的心理及社交發展的需要。對於學術成績退步的學生，教師亦應注意增強他們的抗壓能力，例如在派發成績表前，先向學生派發「關懷卡」。

自殺羣組：

- 最多兒童死於自殺的年份是2010年(21宗)、2016年(21宗)和2017年(24宗)。在這些年份發現在同一月份出現四個自殺個案的羣組現象；在2010年5月(分別在5月19日、5月19日、5月22日和5月24日)、2010年7月(分別在7月9日、7月11日、7月12日及7月14日)，以及2016年3月(分別在3月7日、3月8日、3月12日和3月28日)；而在2017年2月，同月(分別在2月5日、2月6日、2月12日、2月17日、2月20日和2月21日)發生六宗兒童死於自殺個案。
- 根據觀察，部分兒童及青少年死於自殺個案被媒體廣泛報道。在媒體的渲染報道下，自殺可以具傳染性，而且加劇了互相模仿的效應。香港防止自殺研究中心的本地研究報告亦曾指出，在傳媒廣泛的渲染式報道的同時，往往會接連發生自殺個案。
- 對自殺個案作出負責任的報道能減低對脆弱的青少年造成負面影響，以及減少對當事人的家庭和朋友造成進一步傷痛。香港防止自殺研究中心為公眾利益而支持並提倡媒體適當地報道自殺個案，並與媒體攜手合作制定關於自殺報道的原則和建議。根據檢討委員會的觀察所得，媒體已建立良好慣例，在報道自殺個案的同時，加插防止自殺熱線電話號碼，以及防止自殺機構、精神健康和社會服務等機構的聯絡資料。

超過一宗自殺個案的學校：

- 檢討委員會觀察到有幾所學校曾發生多過一宗的自殺個案。九所學校有超過一宗自殺個案。兩所學校有兩名學生在同一年內自殺，而這兩名學生雖然雖不是同一年級，但卻因為加入了同一個興趣班而認識對方。
- 學生死於自殺為學校整體帶來哀傷。在學生自殺後，學校必須為全體學生進行後續跟進與解說，因自殺事件會產生負面的影響，亦可能引發校內學生模仿自殺的行為。因此，發生自殺個案後讓學生獲得哀傷支持輔導十分重要。
- 此外，對於學生自殺問題的專業支援和介入，不僅要針對眼前的危機，還要顧及事後的跟進，以及支援死者的家庭成員及關係密切人士。專業人員應該要意識到死亡個案的長期影響，並監察那些受到影響的學生，例如與死者在同一班級或同一年級的學生。教育局於2021年6月出版的應用手冊《學校危機處理-危機善後介入工作

及心理支援》為學校處理危機事件（包括學生死於自殺的個案）提供指導。學校通過適當的危機管理和心理支援來滿足學生、教職員工和家長的需求。學校應評估對學生的影響程度，並按學生的需要制定不同層次的支援措施，例如轉介有強烈情緒或行為反應的個別學生接受學校社工輔導，並轉介受到嚴重影響的學生接受心理健康服務。

- 學校亦應該在安排涉及自殺的追悼活動時保持謹慎。部分學生可能把自殺視為引起他人注意的一種方式，甚至模仿自殺行為。學校應避免任何可能美化自殺行為的活動，例如在學校舉行大型追悼會。

結論：

- 預防自殺是政府及與兒童工作有關的各部門和組織，以及兒童的家庭和社區網絡（包括學校、社會服務、公共衛生、精神健康）的共同責任。為減低兒童的自殺風險，我們必須幫助兒童增強他們的抗逆能力，讓他們積極面對逆境；同時繼續採取措施加強保護因素，例如為有高風險因素（例如患有精神疾病或家庭功能失調）的人士加強支援服務、協助學生適應校園生活、鼓勵青少年積極提升精神健康、提高教師和專業人員對處於困境學生的敏感度和反應能力、加強跨專業協作以便及早介入問題、為家長提供有效子女教養技巧的教育等，最重要的是細心聆聽兒童的心聲，讓他們的成長路上充滿希望。

10

2006年至2018年 兒童死亡個案檢討的統計數字摘要

現根據2006至2018年間的兒童死亡個案檢討，編製多個圖表，以顯示各類性質的個案按年增減的情況。

10.1 兒童死亡個案檢討的統計數字

表格 10.1.1：按死因和年份劃分的個案數字

死因	個案發生的年份													總數
	2006 [®]	2007 [®]	2008	2009	2010	2011	2012 [^]	2013 [~]	2014	2015 ^{&}	2016 ^{<}	2017 ^{>}	2018 ⁺	
自然因素	74 [69]	60 [52]	70	86	79	72	72	62	50	60	69	54	36	844 [831]
非自然因素	43 [48]	32 [40]	49	33	49	38	41	37	33	27	37	36	27	482 [495]
自殺	14	10	14	12	21	14	10	10	9	9	21	24	14	182
意外	20	12	13	10	15	13	19	11	6	6	11	7	4	147
襲擊	5	6	9	9	8	4	2	6	3	7	2	2	3	66
[#] 未能確定死因	1 [6]	2 [10]	9	1	5	7	10	8	15	5	1	3	4	71 [84]
* 複雜的醫療因素	3	2	4	1	0	0	0	2	0	0	2	0	2	16
總數	117	92	119	119	128	110	113	99	83	87	106	90	63	1 326

[#] 未能確定的個案包括死因不明 / 死因未能確定 / 涉及其他死因的個案。

* 複雜的醫療因素指 (i) 內外科治療引致的併發症；或 (ii) 醫療 / 醫學程序引致的併發症。

[®] 根據 2006 和 2007 年的資料，先前公布的數字以方括號 [] 註明，以供參考。先前公布的數字與修訂後的數字有所偏差，是因為先前的做法把死於自然因素但無法識別病因的個案，歸入「未能確定」類別。自 2008 年起，這些個案已歸入「自然因素」下的「無法識別病因」類別，而「未能確定」類別則指死於非自然因素但死因未能確定 / 死因不明 / 涉及其他死因的個案。為保持一致，下文的分析以修訂後的數字為依據。

[^] 2012 年有八宗死於意外的個案仍未納入本報告。

[~] 2013 年有一宗死於複雜的醫療因素的個案在檢討後納入本報告。

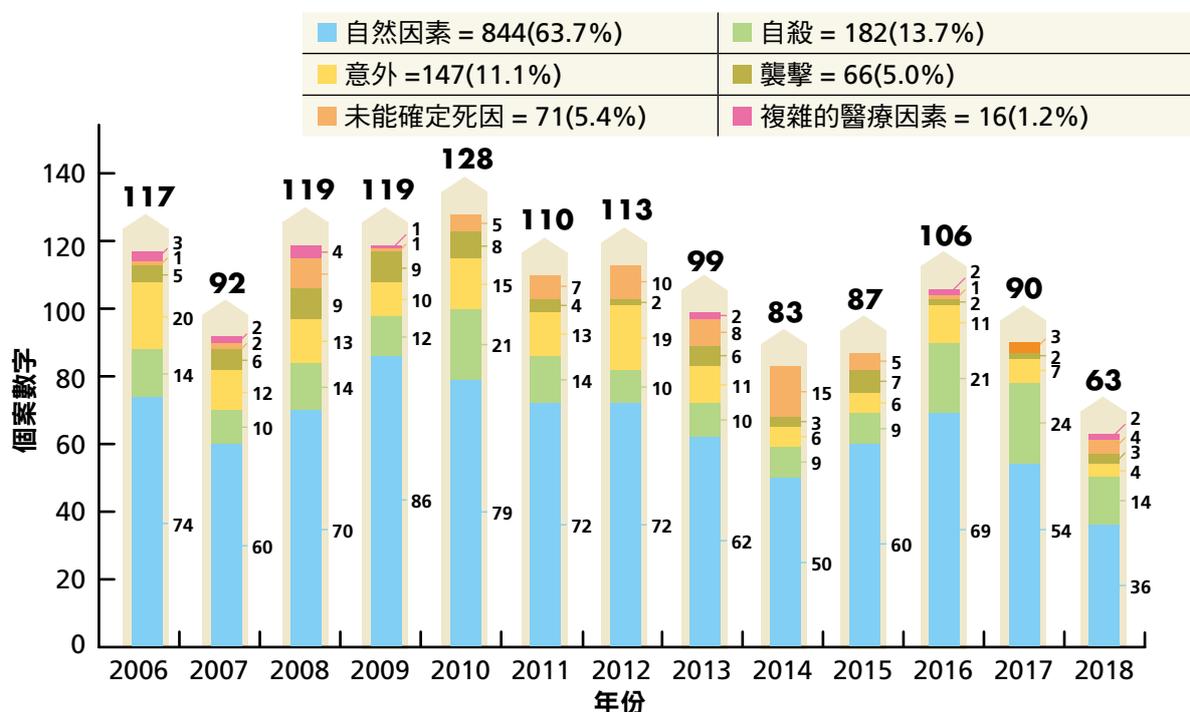
[&] 2015 年有三宗死於自然因素的個案及一宗死於襲擊的個案，在檢討後納入本報告，而有兩宗死於自然因素的個案仍未納入本報告。

[<] 2016 年有三宗死於自然因素的個案及一宗死於意外的個案未納入本報告。

[>] 2017 年有四宗死於自然因素的個案及一宗死於非自然因素的個案未納入本報告。

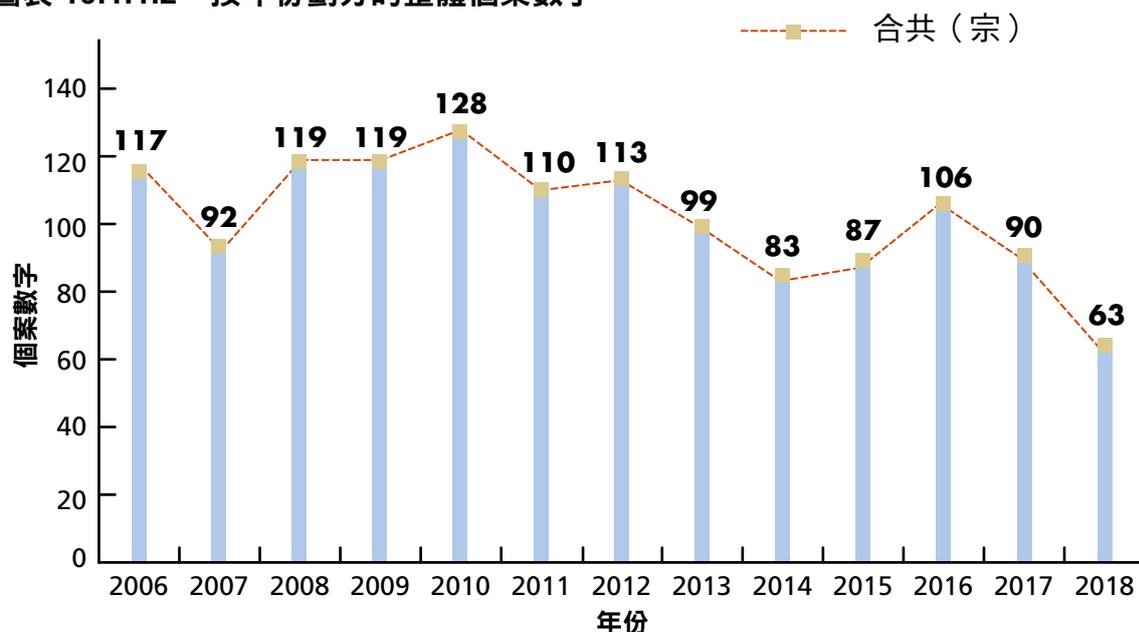
⁺ 2018 年有五宗死於自然因素的個案、一宗死於非自然因素的個案及三宗死於襲擊的個案未納入本報告。

圖表 10.1.1.1：按死因和年份劃分的個案數字



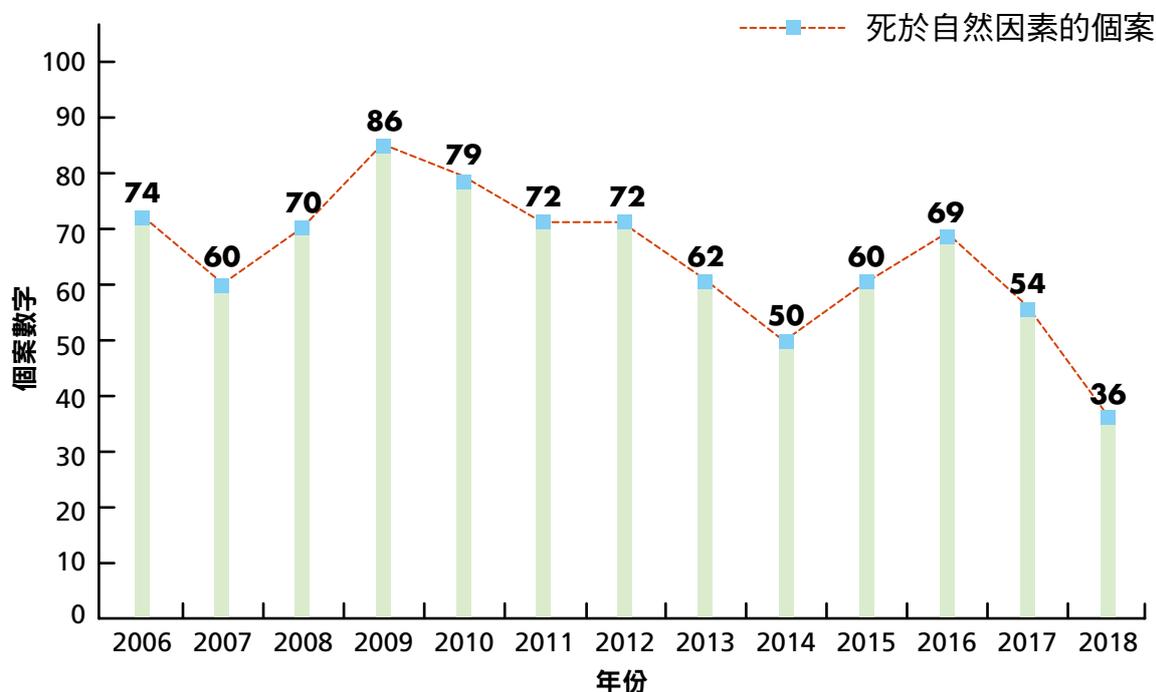
主要死因是自然因素(844宗, 63.7%), 其次是自殺(182宗, 13.7%)和意外(147宗, 11.1%)。

圖表 10.1.1.2：按年份劃分的整體個案數字



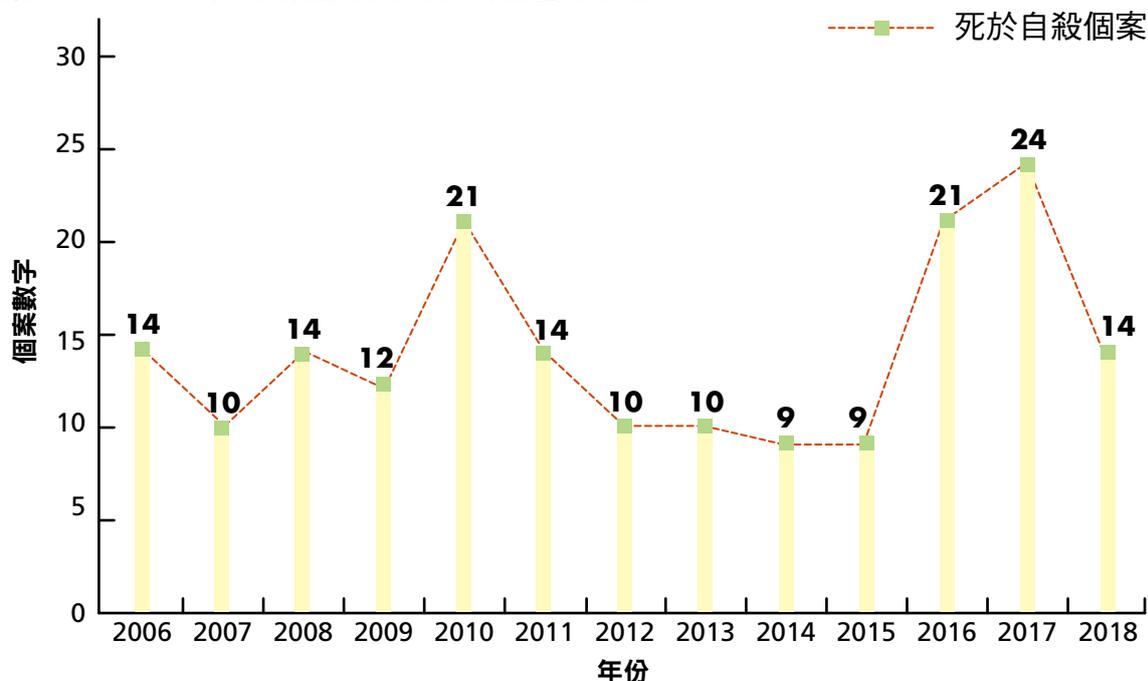
整體檢討個案宗數自2008年起上升至2010年的高峰達128宗, 然後開始下跌至2014年的83宗, 然後再次上升至2016年的106宗。自此, 個案大幅下降至2018年的63宗。

圖表 10.1.1.3：按年份劃分的死於自然因素個案數字



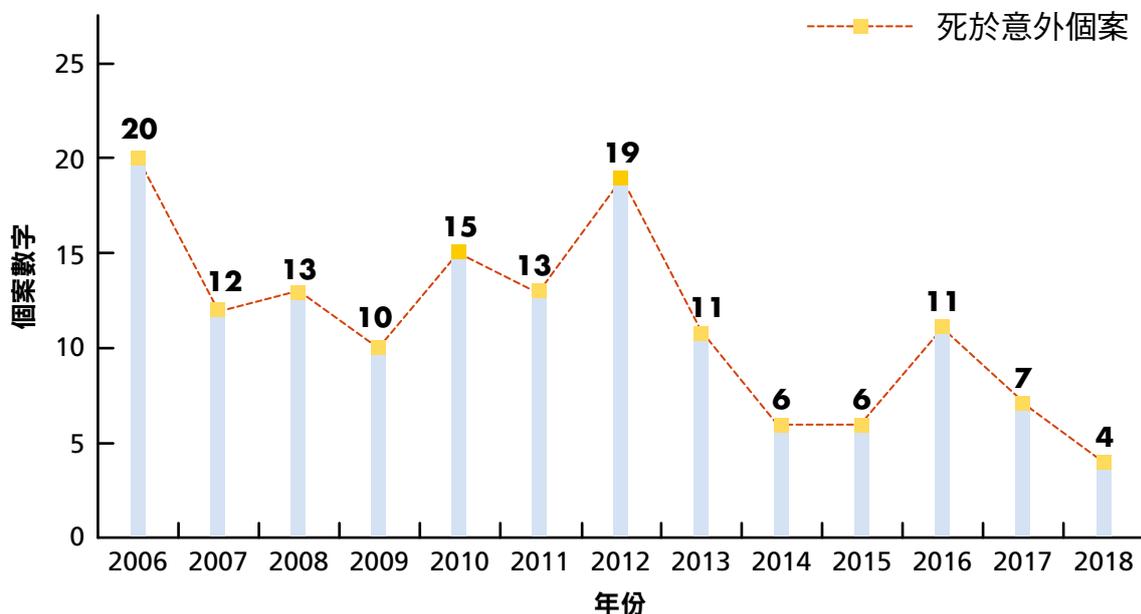
檢討個案之中，自然因素致死的個案在 2009 年最高，達 86 宗。其後逐漸下跌至 2014 年的 50 宗。然後在 2016 年再上升至 69 宗，但在 2018 年下跌至 36 宗。

圖表 10.1.1.4：按年份劃分的死於自殺個案數字



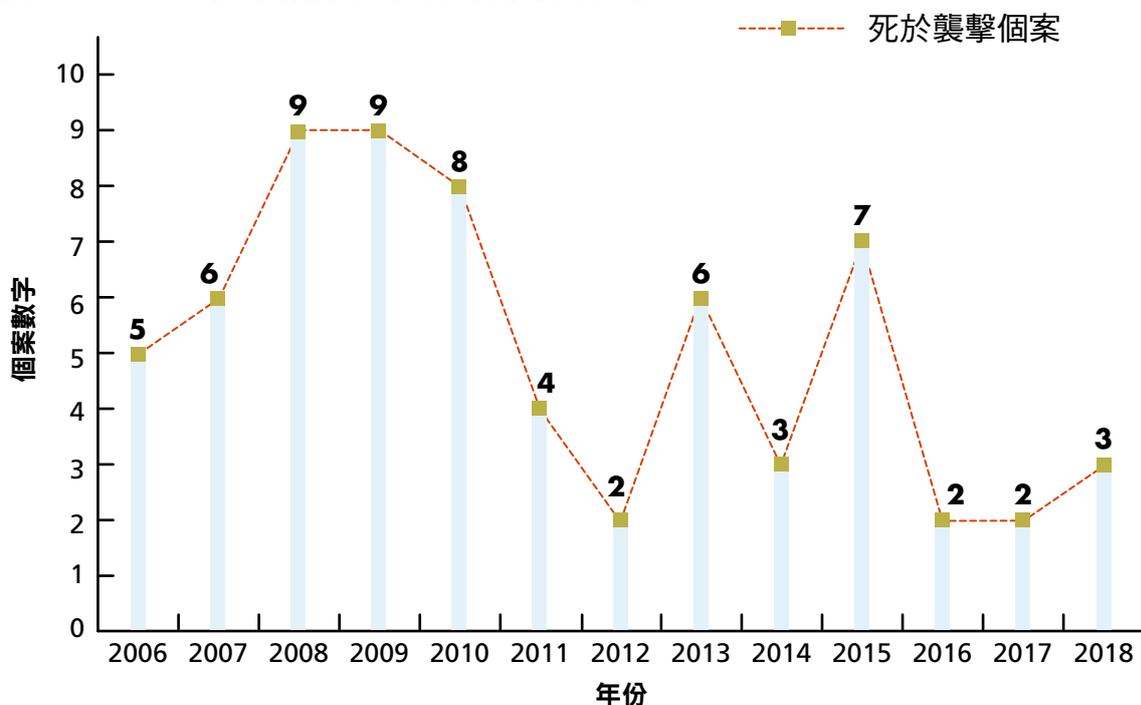
在 2010 年，自殺個案明顯上升至 21 宗，但個案數字持續下降至 2014 和 2015 年的九宗。然而，在 2016 年急速上升至 21 宗，並於 2017 年攀升到紀錄高位的 24 宗，並在 2018 年下降至 14 宗。

圖表 10.1.1.5：按年份劃分的死於意外個案數字



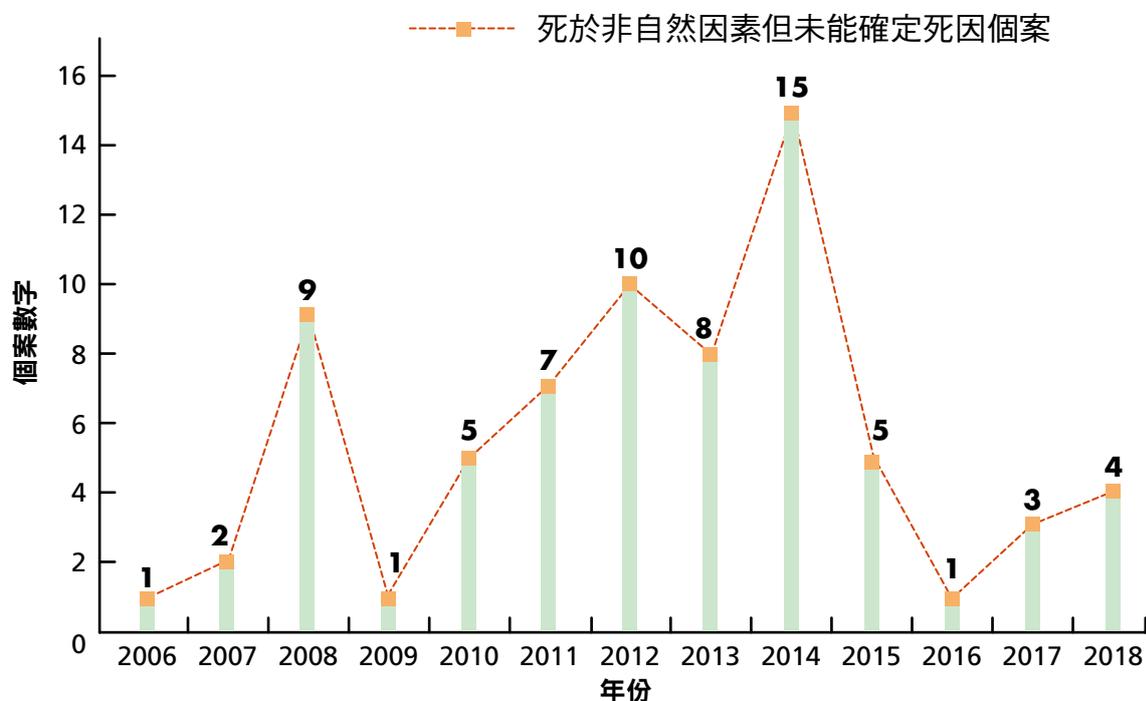
死於意外的個案數字在2006至2012年間有升有跌，然後自2012年起大幅下跌至2015年的六宗，再在2016年跳升至11宗。自此，個案數字持續下跌至2018年的四宗。

圖表 10.1.1.6：按年份劃分的死於襲擊個案數字



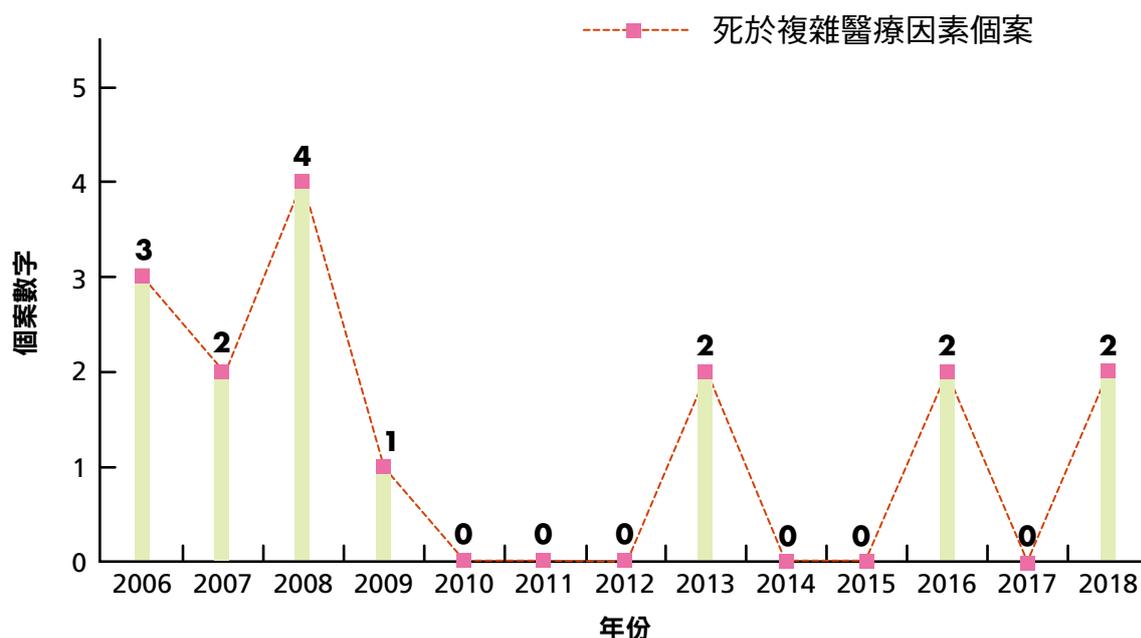
死於襲擊的個案由2006年五宗，上升至2008和2009年最高的九宗。自2010年起下跌至2012年的兩宗。此後在2012到2015年個案宗數出現波動，並在2016和2017年下跌至兩宗。

圖表 10.1.1.7：按年份劃分的死於非自然因素但未能確定死因個案數字



死於非自然因素但未能確定死因的個案數字自2006年的一宗上升至2008年最高的九宗，然後下跌至2009年的一宗。自2010年起至2012為止呈上升趨勢至2014年的15宗，然而在2013年曾下跌至八宗。2014年後，個案下降至2016年最低的一宗，然後在2017和2018年再出現上升勢頭。

圖表 10.1.1.8：按年份劃分的死於複雜醫療因素個案數字



死於複雜醫療因素的個案數字自2008年起呈下跌趨勢，到2010年個案宗數為零。其後，個案數字維持在零或兩宗。

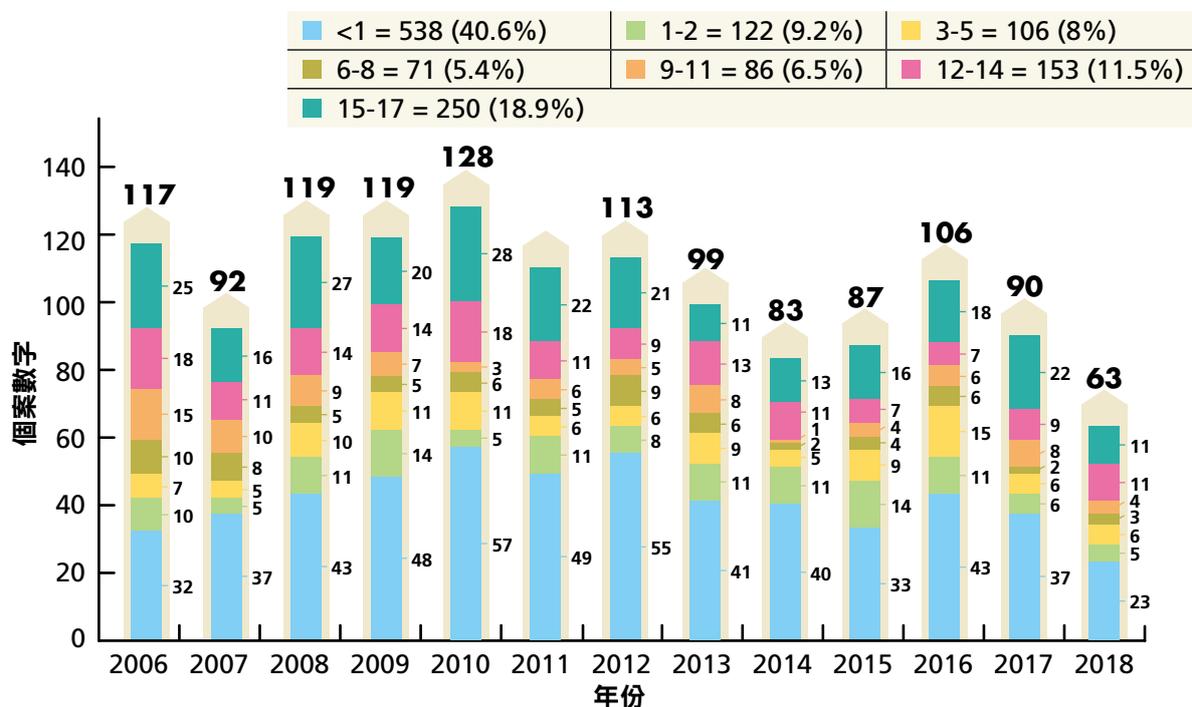
表格 10.1.2：按年齡組別、性別和年份劃分的個案數字

年齡組別和性別		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	個案數字 (%)
< 1	女	18	17	16	23	17	24	27	14	24	13	19	15	11	238
	男	14	20	27	25	40	25	28	27	16	20	24	22	12	300
	小計	32	37	43	48	57	49	55	41	40	33	43	37	23	538 (40.6%)
1-2	女	3	2	8	7	3	3	3	4	6	6	5	4	3	57
	男	7	3	3	7	2	8	5	7	5	8	6	2	2	65
	小計	10	5	11	14	5	11	8	11	11	14	11	6	5	122 (9.2%)
3-5	女	1	3	5	4	2	5	1	4	4	1	7	5	4	46
	男	6	2	5	7	9	1	5	5	1	8	8	1	2	60
	小計	7	5	10	11	11	6	6	9	5	9	15	6	6	106 (8%)
6-8	女	3	3	2	2	2	2	4	2	0	2	2	0	2	26
	男	7	5	3	3	4	3	5	4	2	2	4	2	1	45
	小計	10	8	5	5	6	5	9	6	2	4	6	2	3	71 (5.4%)
9-11	女	8	6	3	4	1	1	1	5	0	0	5	3	0	37
	男	7	4	6	3	2	5	4	3	1	4	1	5	4	49
	小計	15	10	9	7	3	6	5	8	1	4	6	8	4	86 (6.5%)
12-14	女	6	5	8	8	7	5	7	3	6	2	4	4	5	70
	男	12	6	6	6	11	6	2	10	5	5	3	5	6	83
	小計	18	11	14	14	18	11	9	13	11	7	7	9	11	153 (11.5%)
15-17	女	11	4	12	8	8	8	4	8	6	8	4	8	5	94
	男	14	12	15	12	20	14	17	3	7	8	14	14	6	156
	小計	25	16	27	20	28	22	21	11	13	16	18	22	11	250 (18.9%)
總數 (%)	女	50	40	54	56	40	48	47	40	46	32	46	39	30	568 (42.8%)
	男	67	52	65	63	88	62	66	59	37	53	60	51	33	758 (57.2%)
	總數	117	92	119	119	128	110	113	99	83	87	106	90	63	1 326 (100%)

不同年份個案數字排名最高的三個組別以不同背景顏色顯示。

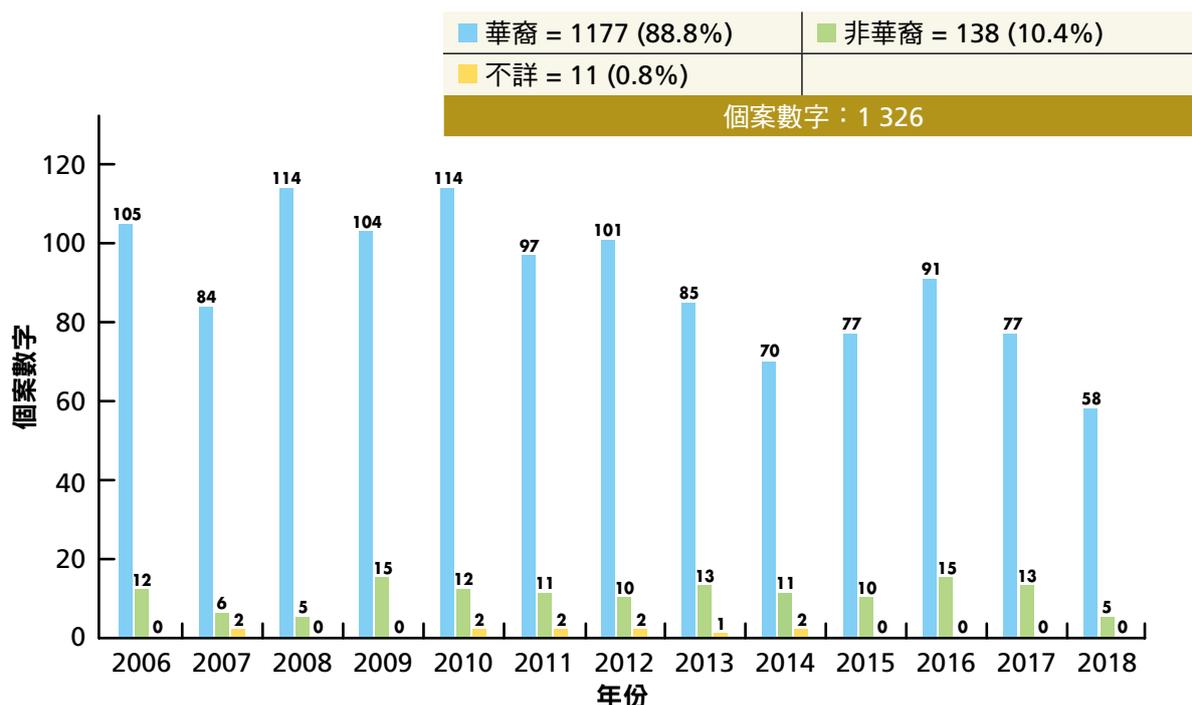
一歲以下兒童死亡個案為數最多 (538宗, 40.6%)，其次是年齡介乎15至17歲個案 (250宗, 18.9%) 及年齡介乎12至14歲個案 (153宗, 11.5%)。

圖表 10.1.2.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



一歲以下兒童死亡個案為數最多 (538 宗, 40.6%)，其次是年齡介乎 15 至 17 歲個案 (250 宗, 18.9%) 及年齡介乎 12 至 14 歲個案 (153 宗, 11.5%)。

圖表 10.1.2.2：按年份和種族劃分的個案數字



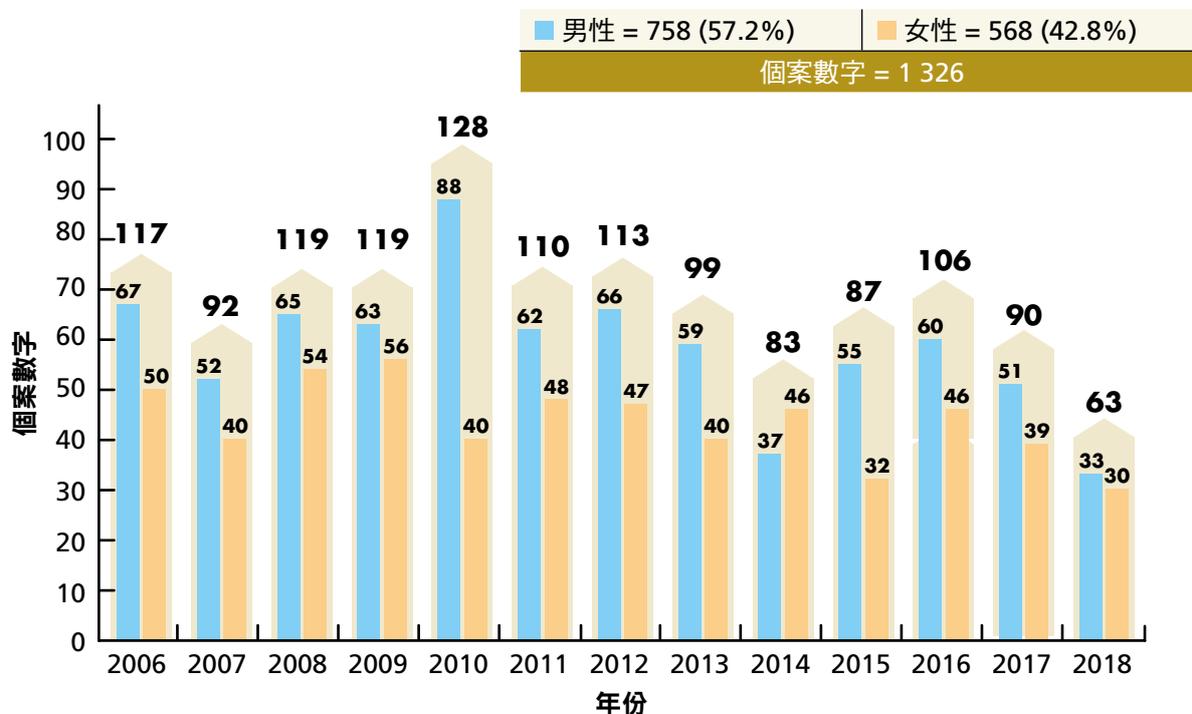
大部分死亡兒童為華裔 (1177 宗, 88.8%)，138 宗 (10.4%) 為非華裔兒童。

表格 10.1.3：按死因、年份和性別劃分的個案數字

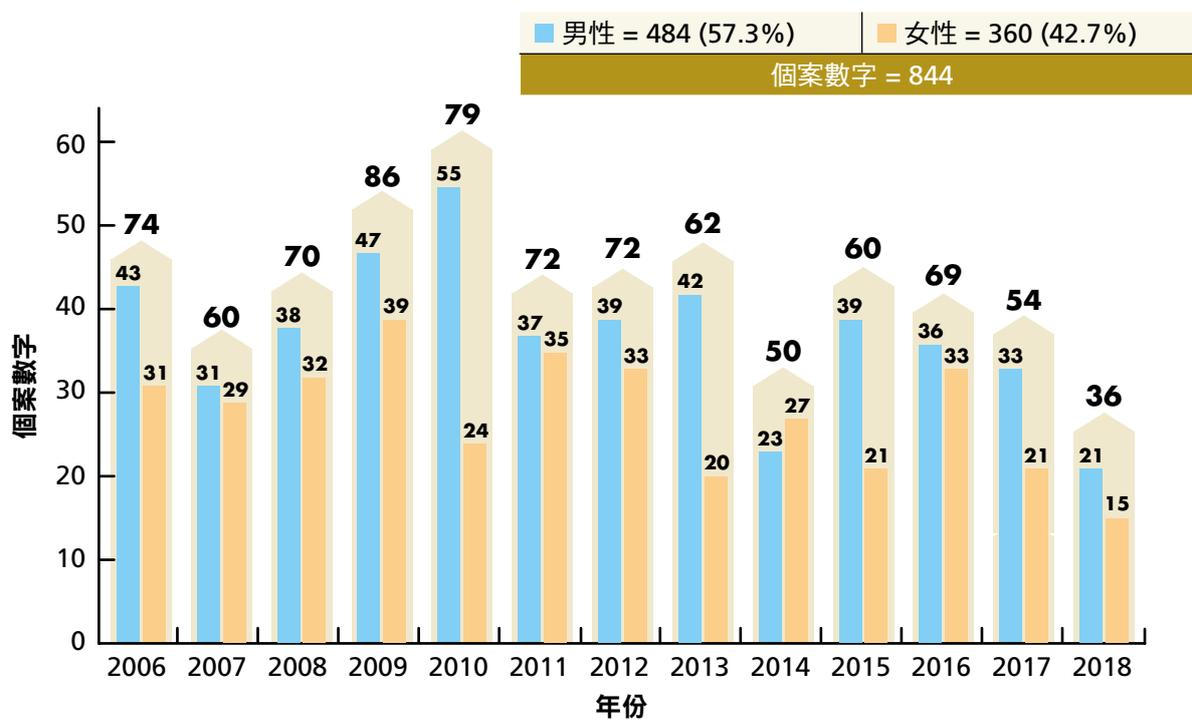
死因		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	個案數字 (%)
自然因素	女	31	29	32	39	24	35	33	20	27	21	33	21	15	360
	男	43	31	38	47	55	37	39	42	23	39	36	33	21	484
	小計	74	60	70	86	79	72	72	62	50	60	69	54	36	844 (63.7%)
自殺	女	7	3	6	6	6	6	5	6	5	4	5	9	8	76
	男	7	7	8	6	15	8	5	4	4	5	16	15	6	106
	小計	14	10	14	12	21	14	10	10	9	9	21	24	14	182 (13.7%)
意外	女	8	3	3	4	6	2	4	6	3	4	5	6	2	56
	男	12	9	10	6	9	11	15	5	3	2	6	1	2	91
	小計	20	12	13	10	15	13	19	11	6	6	11	7	4	147 (11.1%)
襲擊	女	3	3	5	6	4	1	1	1	2	2	1	2	1	32
	男	2	3	4	3	4	3	1	5	1	5	1	0	2	34
	小計	5	6	9	9	8	4	2	6	3	7	2	2	3	66 (5.0%)
未能確定	女	0	1	7	1	0	4	4	6	9	1	0	1	3	37
	男	1	1	2	0	5	3	6	2	6	4	1	2	1	34
	小計	1	2	9	1	5	7	10	8	15	5	1	3	4	71 (5.4%)
複雜的醫療因素	女	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	7
	男	2	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	9
	小計	3	2	4	1	0	0	0	2	0	0	2	0	2	16 (1.2%)
總數 (%):	女	50	40	54	56	40	48	47	40	46	32	46	39	30	568 (42.8%)
	男	67	52	65	63	88	62	66	59	37	55	60	51	33	758 (57.2%)
	總數	117	92	119	119	128	110	113	99	83	87	106	90	63	1 326 (100%)

根據已檢討的死亡兒童個案，男性（758宗，57.2%）多於女性（568宗，42.8%）。自然因素、自殺、意外、襲擊和複雜的醫療因素的死因組別亦出現同樣的現象，但在未能確定死因組別中，則女性多於男性。

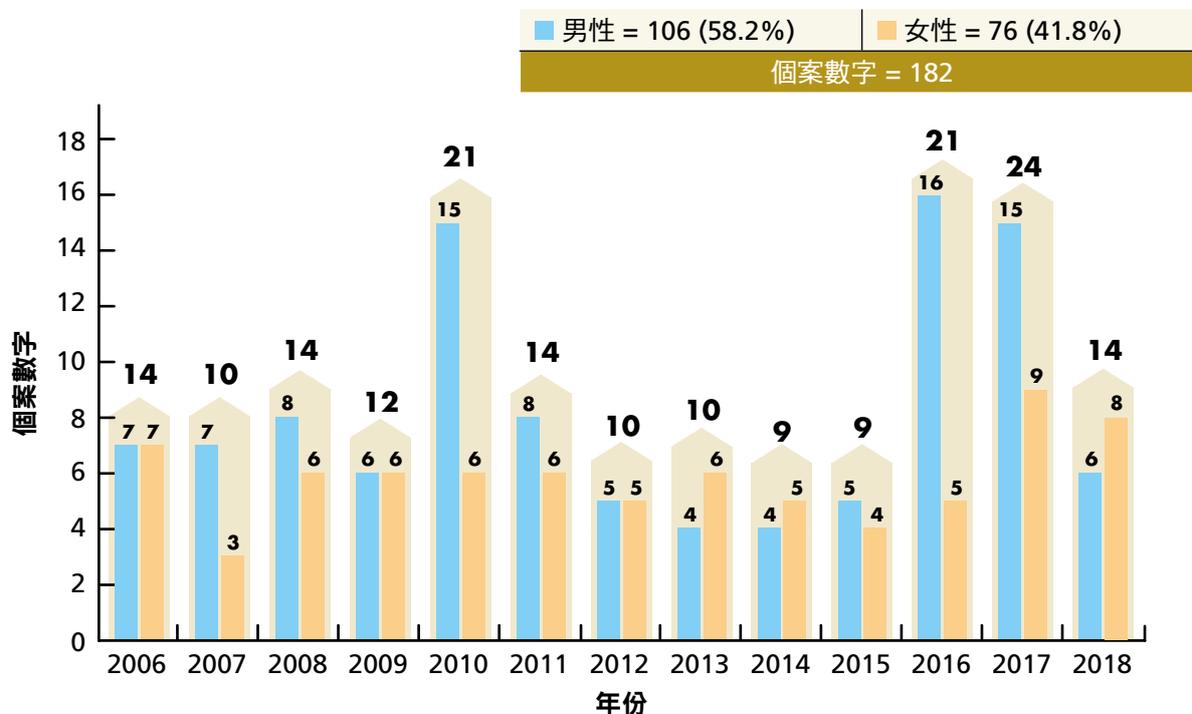
圖表 10.1.4.1：按年份和性別劃分的整體個案數字



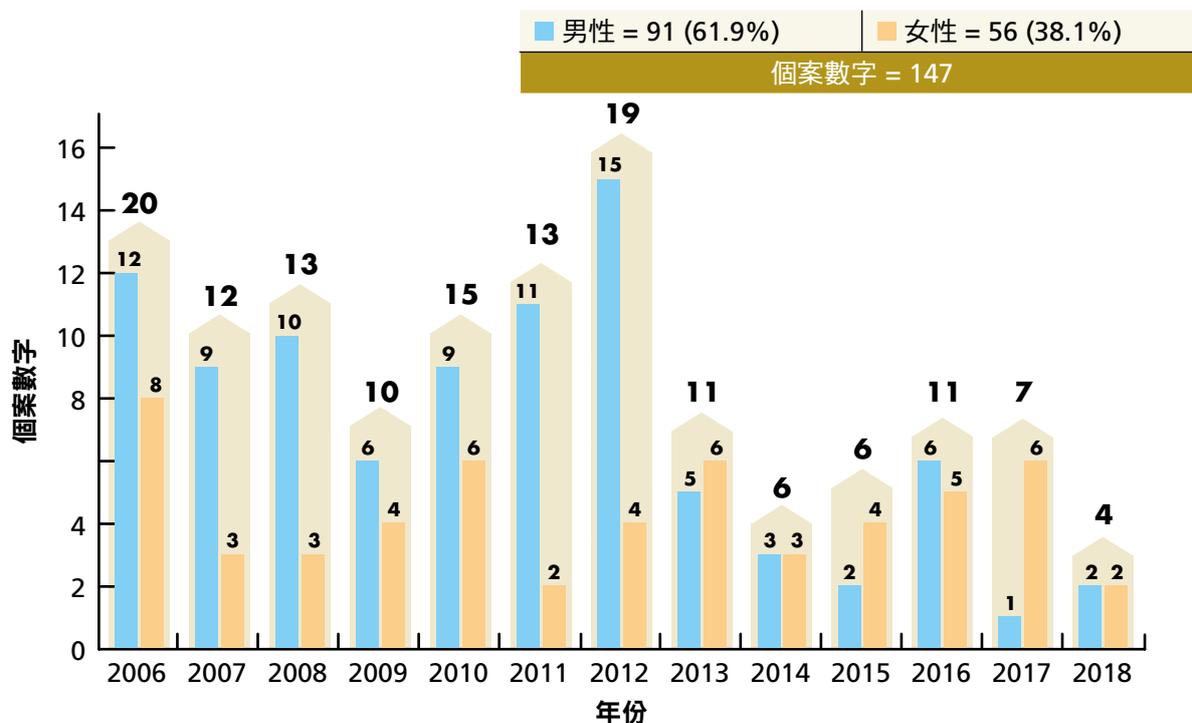
圖表 10.1.4.2：按年份劃分的死於自然因素個案數字



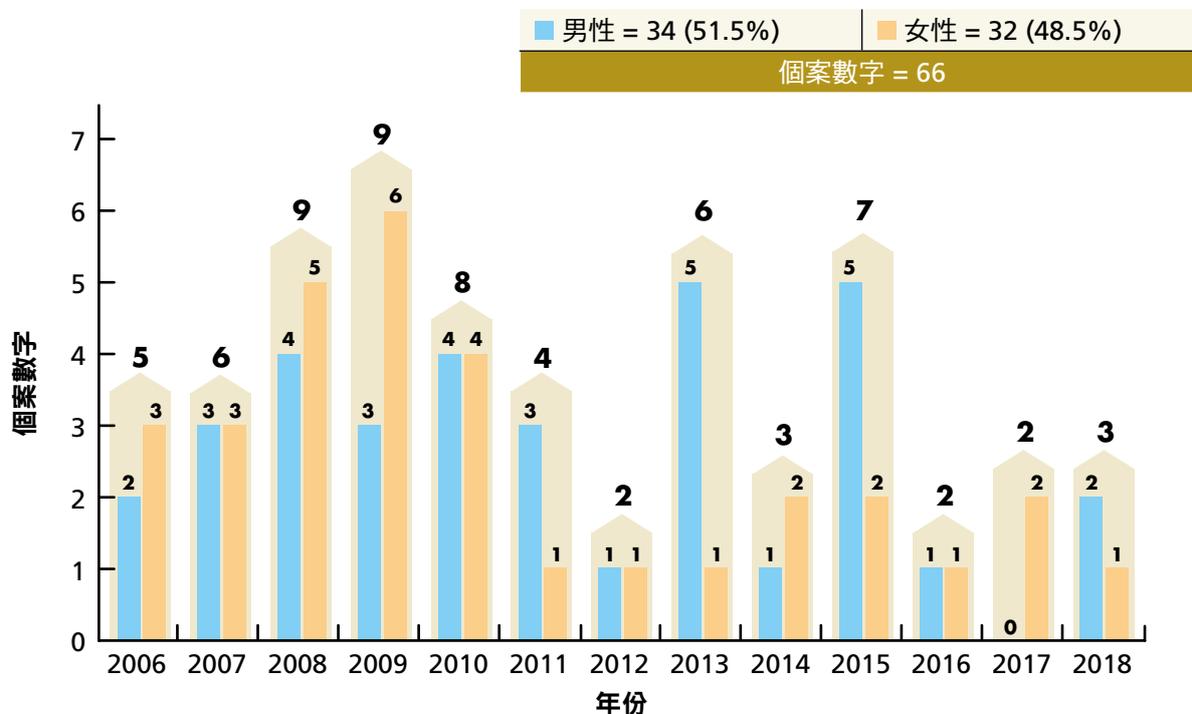
圖表 10.1.4.3：按年份和性別劃分的死於自殺個案數字



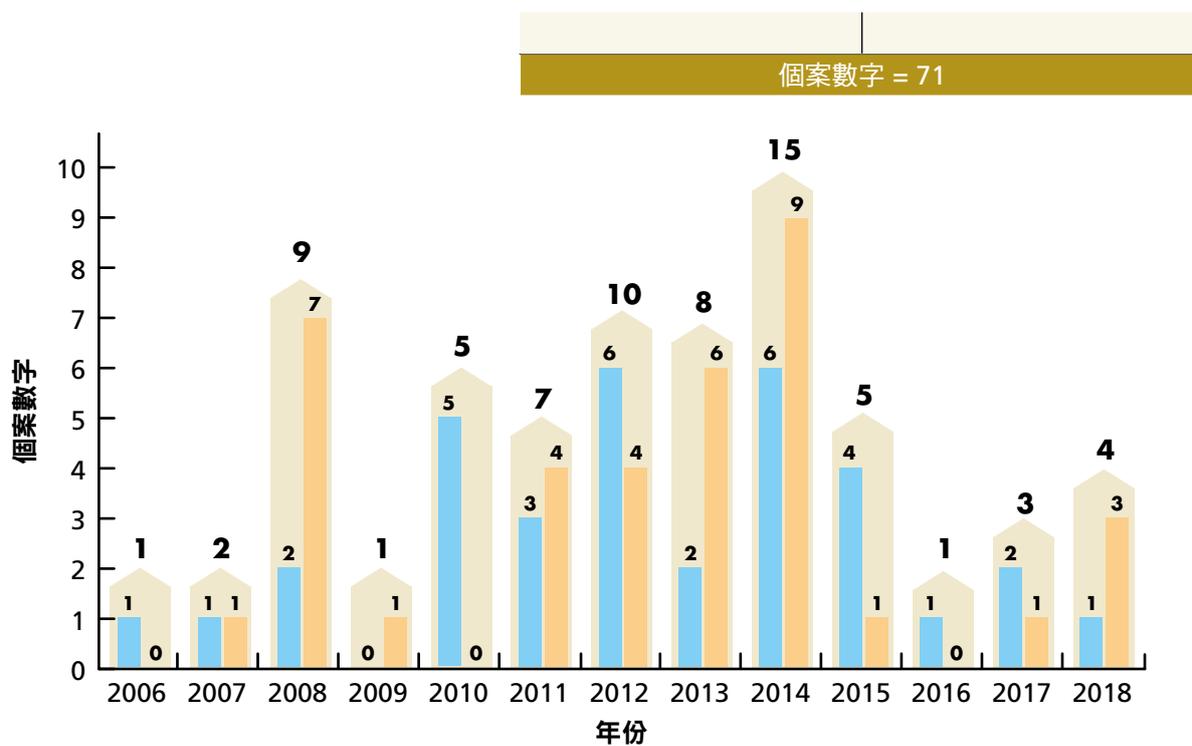
圖表 10.1.4.4：按年份和性別劃分的死於意外個案數字



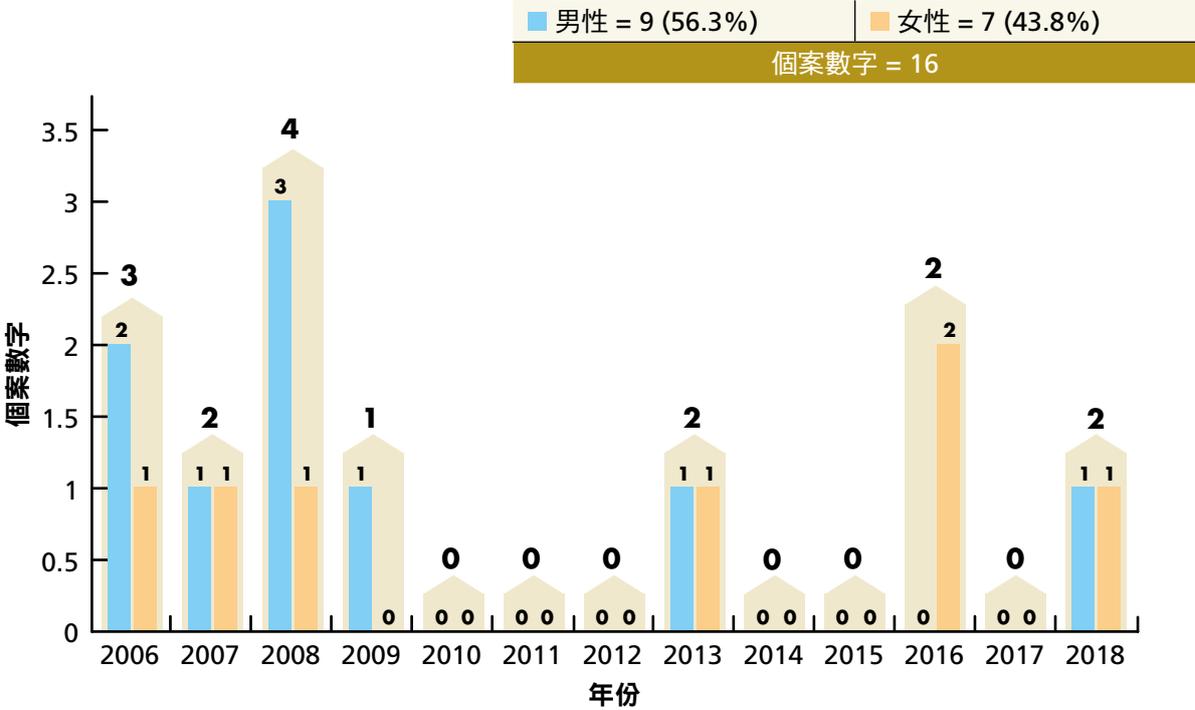
圖表 10.1.4.5：按年份和性別劃分的死於襲擊個案數字



圖表 10.1.4.6：按年份和性別劃分的死於非自然因素但未能確定死因個案數字



圖表 10.1.4.7：按年份和性別劃分的死於複雜的醫療因素個案數字



表格 10.1.5 : 按居住地區劃分的個案數字

居住地區	個案數字 / 死亡率 *													合共 (%)
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
香港島														
中西區	7	1	4	6	2	5	6	1	3	2	1	4	2	44 (3.3%)
	0.185	0.026	0.102	0.157	0.051	0.144	0.172	0.029	0.087	0.052	0.034	0.134	0.066	
灣仔	1	0	1	0	2	0	2	2	1	0	0	2	0	11 (0.8%)
	0.045	0.000	0.047	0.000	0.099	0.000	0.105	0.109	0.051	0.000	0.000	0.093	0.000	
東區	4	7	9	5	2	6	11	7	8	6	5	4	7	81 (6.1%)
	0.043	0.076	0.100	0.058	0.024	0.074	0.140	0.092	0.107	0.082	0.068	0.052	0.094	
南區	4	5	6	3	7	3	2	5	2	6	2	3	1	49 (3.7%)
	0.085	0.111	0.132	0.069	0.165	0.071	0.050	0.134	0.053	0.170	0.053	0.083	0.027	
九龍														
油尖旺	1	0	2	7	4	5	7	5	4	3	7	6	4	55 (4.1%)
	0.025	0.000	0.046	0.160	0.088	0.107	0.148	0.104	0.083	0.060	0.158	0.131	0.088	
深水埗	8	6	2	9	5	7	6	6	2	4	8	6	3	72 (5.4%)
	0.134	0.106	0.035	0.158	0.090	0.120	0.105	0.108	0.036	0.072	0.141	0.103	0.052	
九龍城	5	4	1	1	7	7	2	3	3	6	9	3	2	53 (4.0%)
	0.088	0.070	0.018	0.018	0.128	0.126	0.036	0.057	0.052	0.104	0.152	0.053	0.034	
黃大仙	7	7	6	4	11	6	5	7	5	4	3	3	6	74 (5.6%)
	0.102	0.103	0.093	0.065	0.187	0.103	0.087	0.122	0.091	0.075	0.054	0.054	0.109	
觀塘	7	8	9	7	9	4	10	6	8	7	8	9	2	94 (7.1%)
	0.073	0.083	0.095	0.074	0.095	0.042	0.104	0.064	0.088	0.077	0.086	0.095	0.021	
新界														
葵青	10	8	15	7	8	6	2	5	8	4	5	8	6	92 (6.9%)
	0.115	0.092	0.175	0.086	0.102	0.079	0.027	0.069	0.118	0.057	0.068	0.111	0.085	
荃灣	4	5	0	3	6	1	4	2	4	2	7	2	1	41 (3.1%)
	0.083	0.095	0.000	0.058	0.119	0.020	0.085	0.042	0.086	0.043	0.159	0.046	0.023	
屯門	8	7	13	13	8	11	7	3	6	4	7	5	9	101 (7.6%)
	0.083	0.079	0.153	0.162	0.104	0.150	0.099	0.044	0.087	0.057	0.105	0.074	0.130	

居住地區	個案數字 / 死亡率 *													合共 (%)
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
元朗	10	9	12	15	14	10	13	14	9	10	19	13	2	150 (11.3%)
	0.083	0.077	0.105	0.135	0.130	0.096	0.128	0.142	0.095	0.106	0.213	0.142	0.022	
北區	6	2	6	6	10	6	2	7	3	4	4	4	2	62 (4.7%)
	0.104	0.035	0.108	0.109	0.191	0.122	0.041	0.153	0.067	0.085	0.083	0.083	0.042	
大埔	5	2	6	7	2	3	4	5	2	5	2	2	2	47 (3.5%)
	0.091	0.041	0.128	0.161	0.048	0.074	0.100	0.132	0.052	0.125	0.047	0.047	0.046	
沙田	7	3	11	6	9	9	6	7	7	8	7	6	4	90 (6.8%)
	0.069	0.030	0.113	0.064	0.099	0.100	0.068	0.080	0.081	0.090	0.076	0.064	0.043	
西貢	11	7	3	9	4	6	10	3	3	6	4	6	6	78 (5.9%)
	0.139	0.090	0.039	0.122	0.055	0.084	0.140	0.044	0.044	0.090	0.062	0.093	0.095	
離島	3	2	1	4	5	2	3	2	2	5	5	1	0	35 (2.6%)
	0.094	0.065	0.032	0.131	0.164	0.075	0.111	0.078	0.077	0.188	0.223	0.045	0.000	
其他														
非定居香港	9	6	7	6	9	11	10	7	2	1	3	3	3	77 (5.8%)
無從判斷	0	3	5	1	4	2	1	2	1	0	0	0	1	20 (1.5%)
合共	117	92	119	119	128	110	113	99	83	87	106	90	63	1 326 (100.0%)

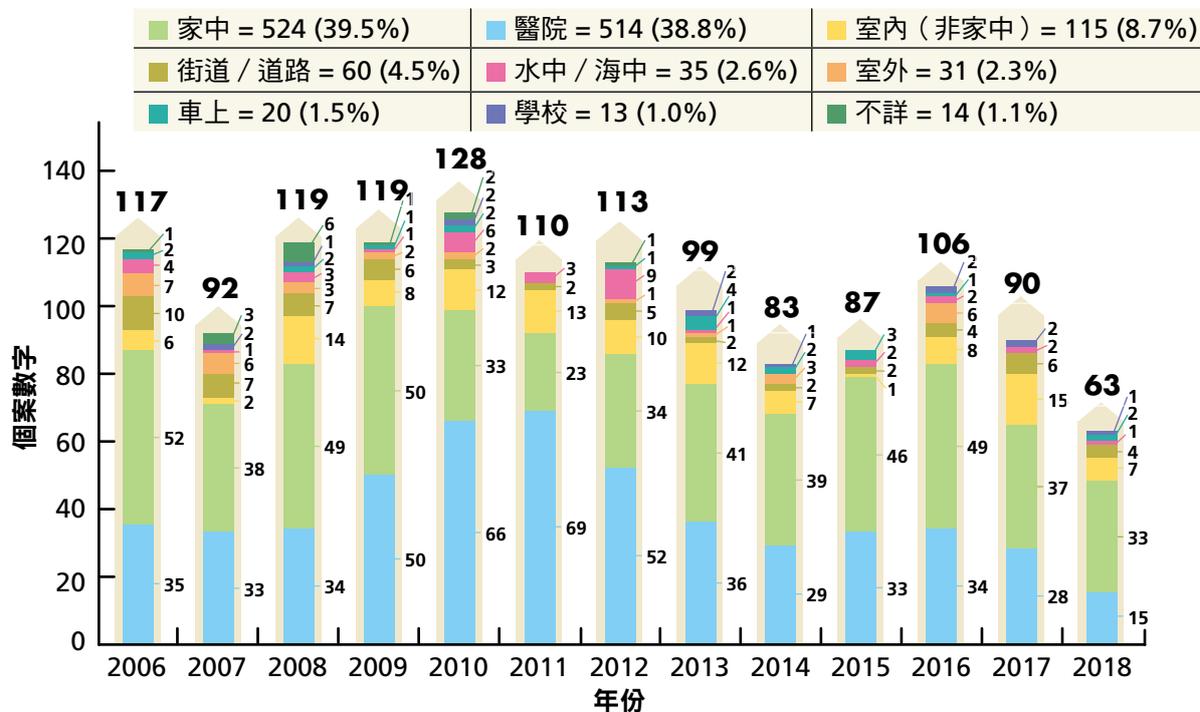
* 表示以地區區分的兒童死亡率，即各區每 1000 名陸上非住院兒童人口之中，已檢討兒童死亡個案的比率

18 個地區於不同年份的個案數字或死亡率最高的數字以不同背景顏色顯示。

元朗區兒童死亡個案為數最多 (150 宗，11.3%)，其次是屯門區 (101 宗，7.6%) 和觀塘區 (94 宗，7.1%)

灣仔區兒童死亡個案為數最少 (11 宗，0.8%)。77 名死亡兒童 (5.8%) 的家庭並非居住於香港或視香港為常用居住地。

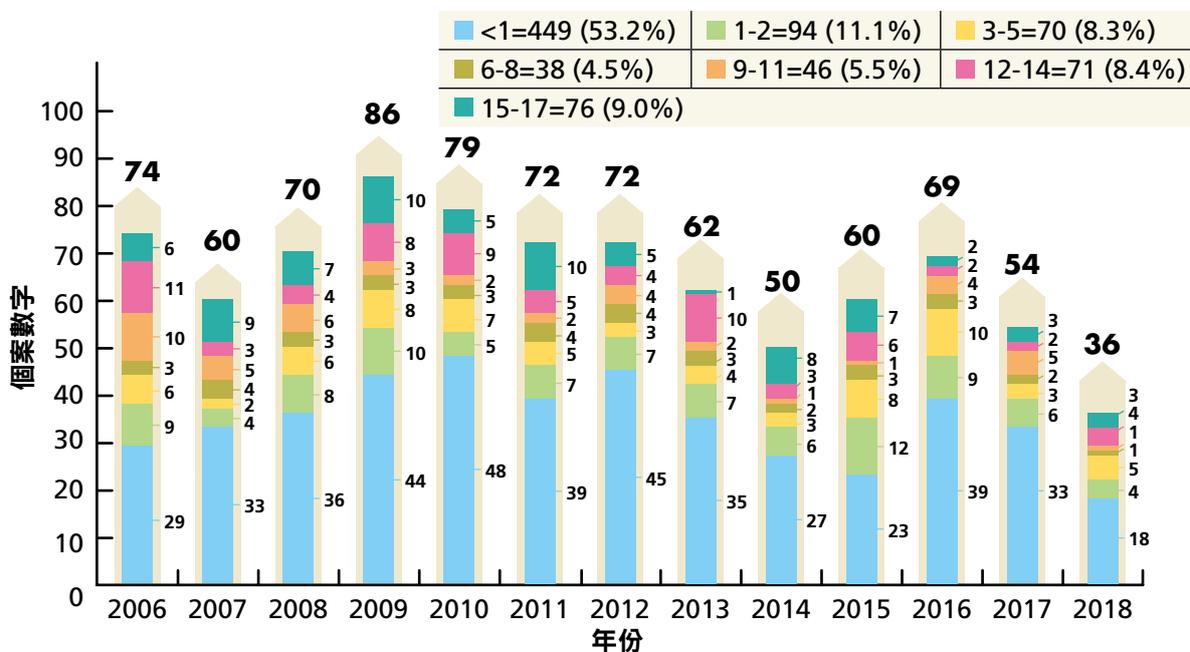
圖表 10.1.6：按死亡事故發生地點劃分的個案數字



死亡事故最常見地方 (524 宗, 39.5%) 是家中, 其次是在醫院死於自然因素 (514 宗, 38.8%) 及室內 (非家中) (115 宗, 8.7%)

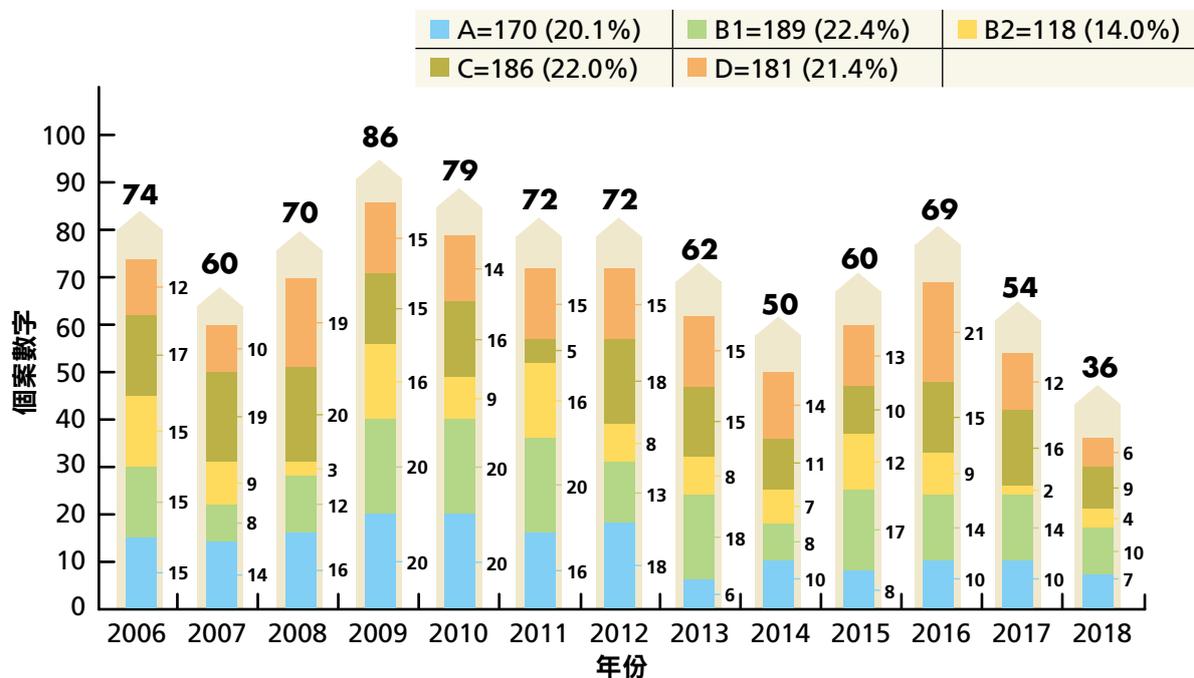
10.2 死於自然因素的個案統計數字

圖標 10.2.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



年齡不足一歲的死於自然因素的兒童個案為數最多 (449宗, 53.2%), 其次是年齡介乎1至2歲的個案 (94宗, 11.1%) 和年齡介乎15至17歲的個案 (76宗, 9.0%)。

圖標 10.2.2：按年份和死亡類別劃分的個案數字*

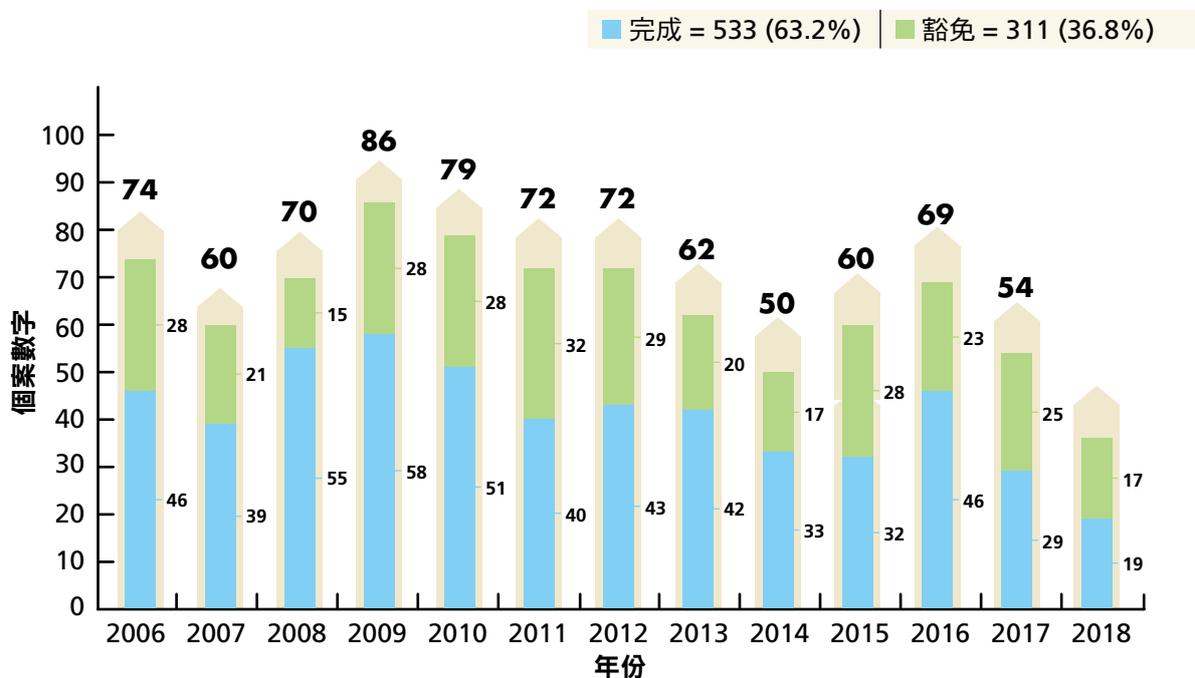


* 死亡類別由檢討委員會的醫療專家訂立作檢討之用，分類如下：

- A – 初生嬰兒疾病
- B – 慢性疾病
 - B1 – 心智或身體殘障
 - B2 – 心智或身體沒有殘障
- C – 急性疾病
- D – 其他，包括：
 - 無法識別病因
 - 嬰兒猝死
 - 胎死腹中

B類（慢性疾病）兒童死亡個案數字最多（307宗，36.4%）。此類別下，有兩個子類別，包括心智或身體殘障個案（189宗，22.4%）和心智或身體沒有殘障的個案（118宗，14%）。C類（急性疾病）兒童死亡個案居第二（186宗，22%），而D類（其他）兒童死亡個案居第三（181宗，21.4%）。

圖表 10.2.3：按年份劃分的已完成或獲豁免驗屍個案數字*

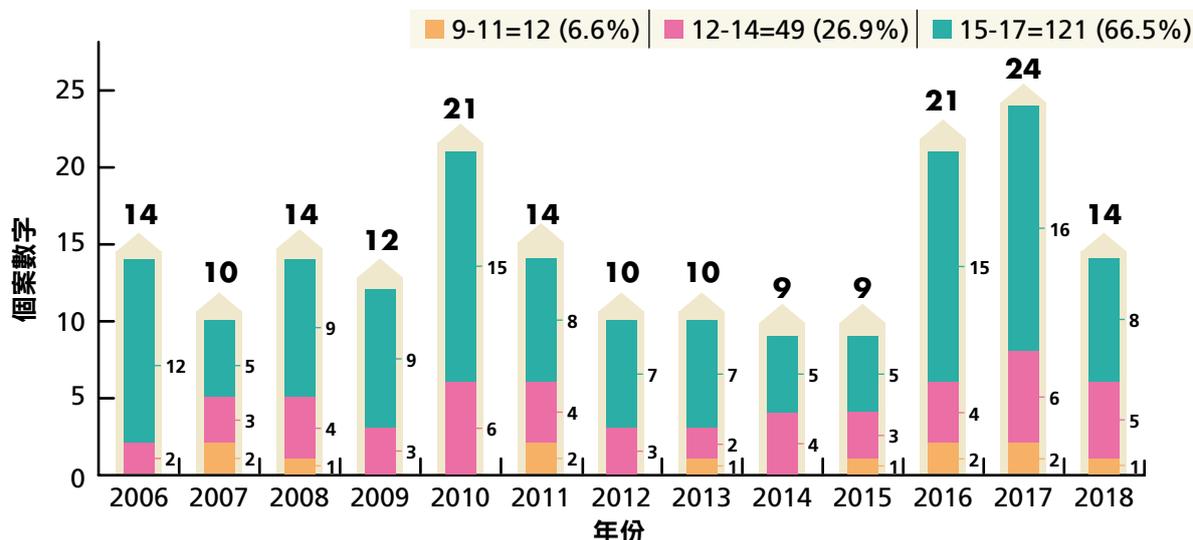


* 資料來源：從死因裁判法庭搜集得來。

已完成驗屍個案數字為 533 宗 (63.2%)，獲豁免驗屍個案數字為 311 宗 (36.8%)。

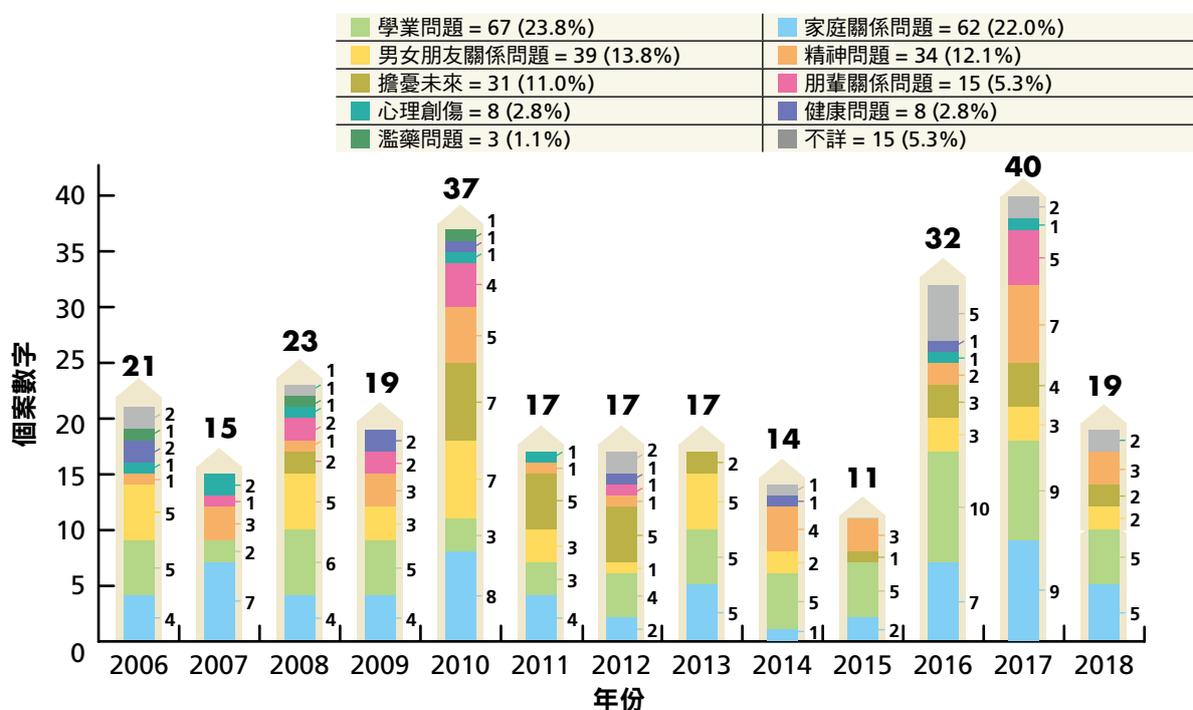
10.3 死於自殺的個案統計數字

圖表 10.3.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



年齡介乎 15 至 17 歲死於自殺的兒童個案為數最多（121 宗，66.5%），其次是年齡介乎 12 至 14 歲的個案（49 宗，26.9%）和 9 至 11 歲的個案（12 宗，6.6%）。

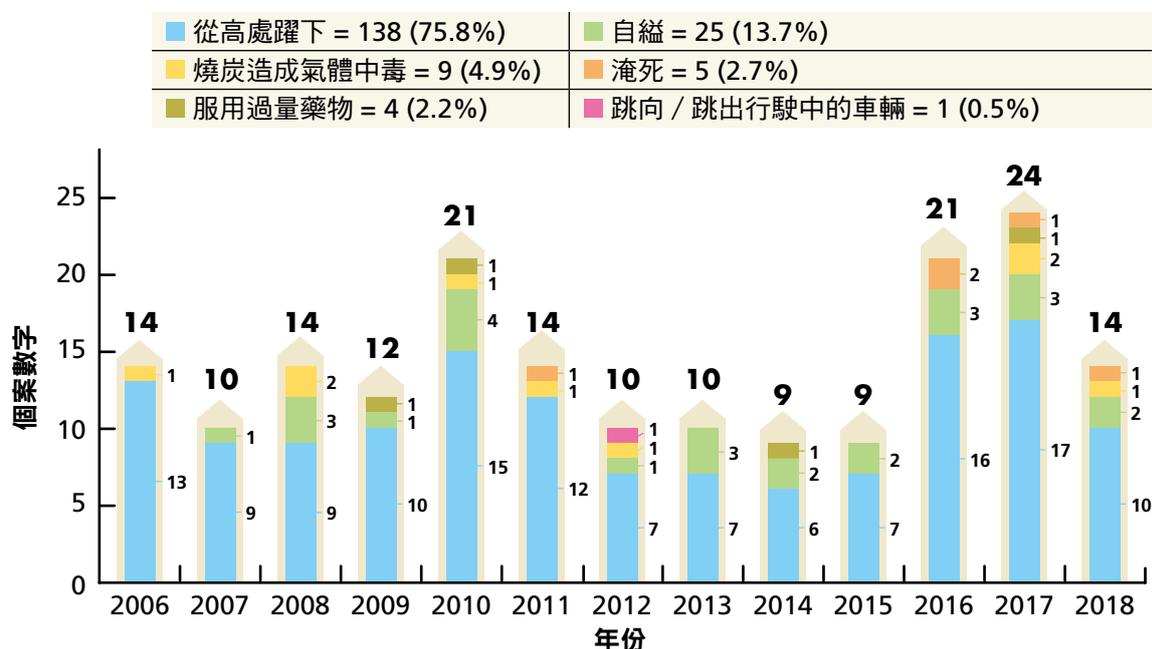
圖表 10.3.2：按年份和自殺原因*劃分的個案數字



* 註：可包含多於一個原因，而有關原因是從檢討個案的警方死亡調查報告識別出來。

導致兒童自殺的最常見原因是學業問題（67 宗，23.8%），其次是家庭關係問題（62 宗，22.0%）和男女朋友關係問題（39 宗，13.8%）。

圖表 10.3.3：按年份和自殺方式劃分的個案數字



選擇從高處躍下結束生命的已故兒童個案為數最多（138宗，75.8%），其次是自縊（25宗，13.7%）和燒炭造成氣體中毒（九宗，4.9%）。

圖表 10.3.4：按年份及可識別自殺跡象*劃分的個案數字

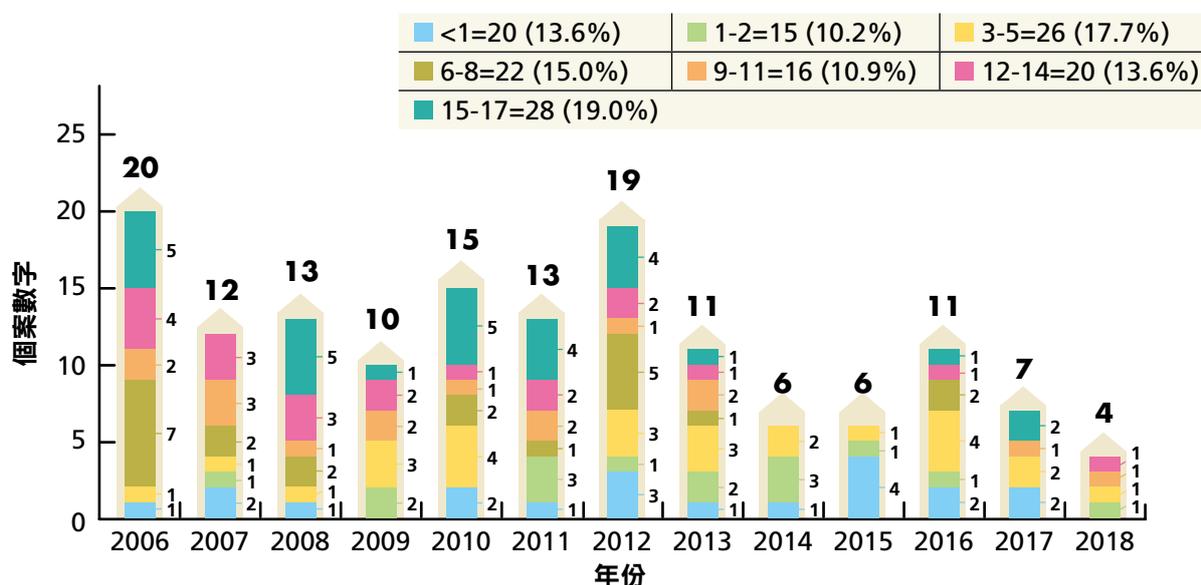


* 自殺跡象：包括留下自殺字條、有情緒化或激烈的行為、口頭表示或恐嚇意圖自殺，以及過往曾企圖自殺。（有關跡象是從警方的調查報告識別出來。）

大多數兒童（117宗，64.3%）於企圖自殺前曾以不同方式表達過自殺的想法。

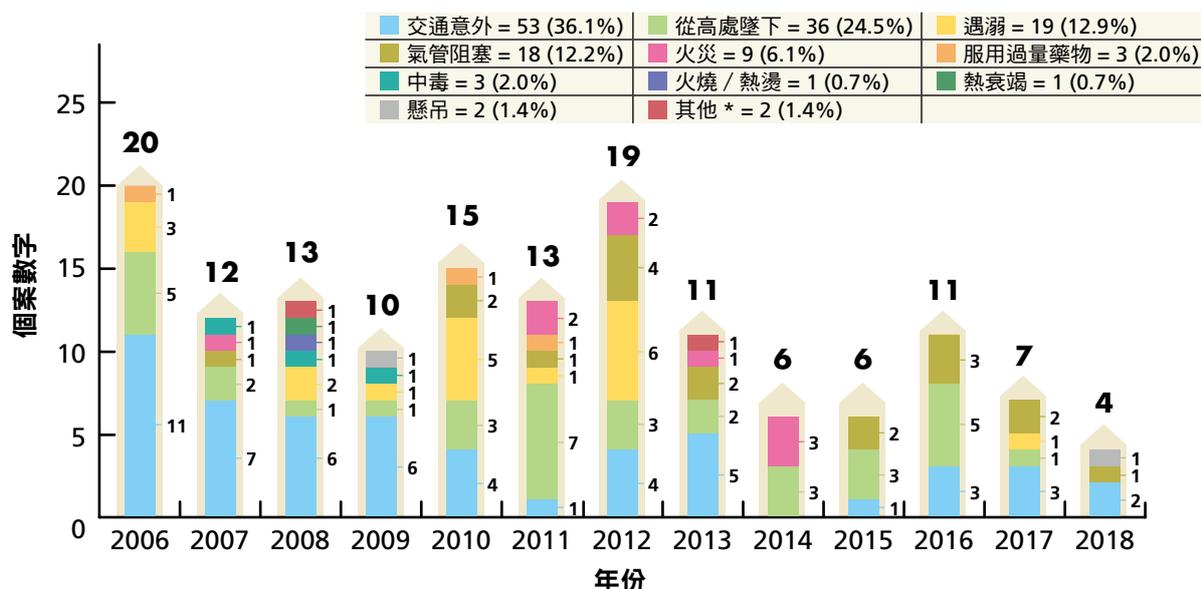
10.4 死於意外的個案統計數字

圖表 10.4.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



年齡介乎 15 至 17 歲的兒童死亡個案為數最多（28 宗，19.0%），其次是年齡介乎 3 至 5 歲的個案（26 宗，17.7%）和年齡介乎 6 至 8 歲的個案（22 宗，15.0%）。

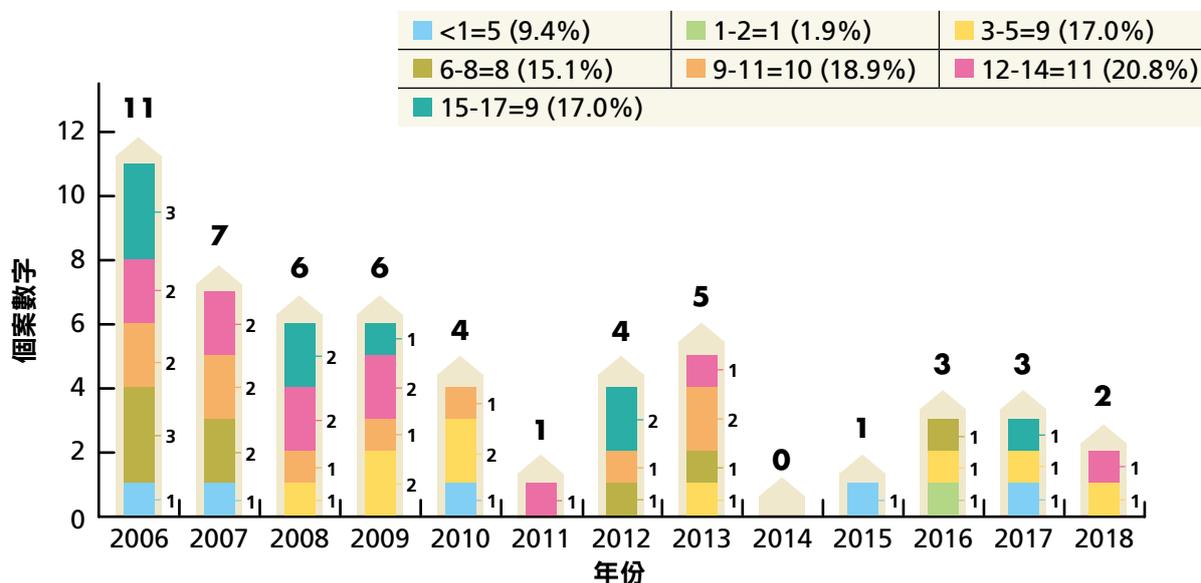
圖表 10.4.2：按年份和意外類別劃分的個案數字



* 2008 年的個案涉及一名新生嬰兒，因出生時出現併發症而在出生數小時後死亡，死因裁判法庭裁定死因為「其他可危及呼吸的意外情況」。2013 年的個案涉及一名兒童被硬物擊中，頭部受傷。

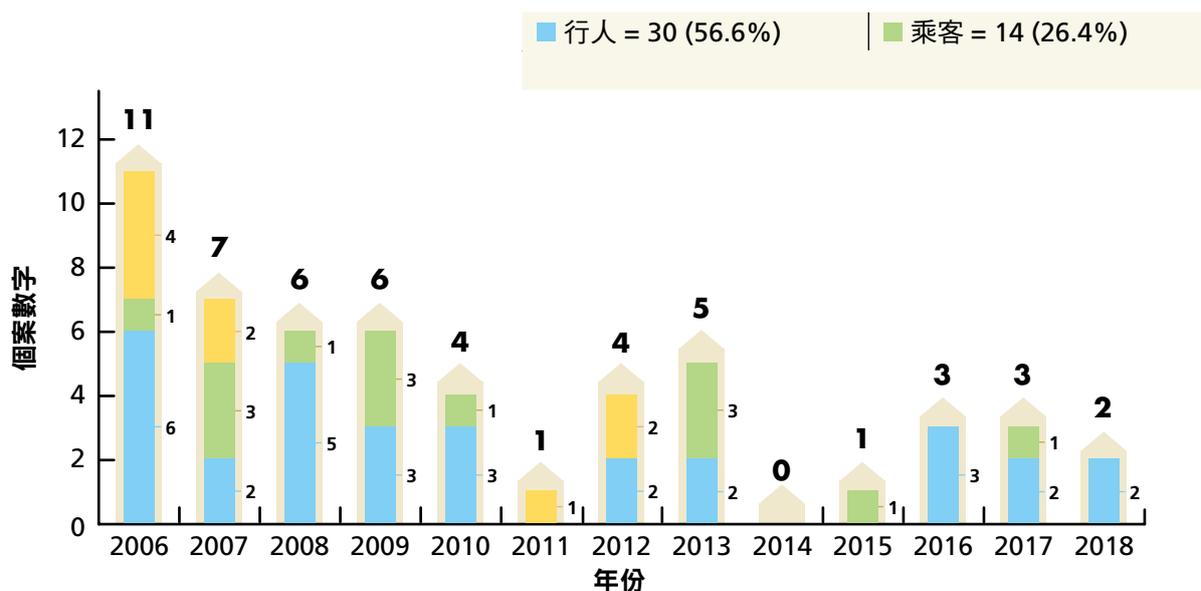
交通意外（53 宗，36.1%）是意外死亡個案的主要原因，其次是從高處墜下（36 宗，24.5%）和遇溺（19 宗，12.9%）。

圖表 10.4.3：按年份和年齡組別劃分的交通意外死亡個案數字



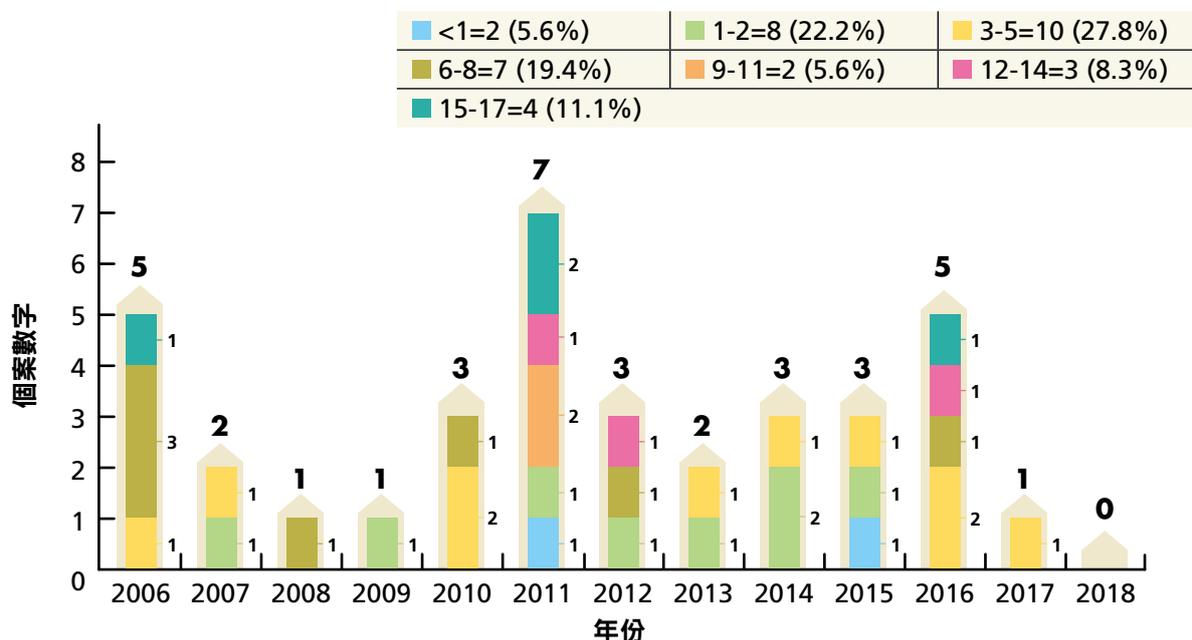
死於交通意外的兒童死亡個案為數最多的是年齡介乎 12 至 14 歲（11 宗，20.8%），其次是年齡介乎 9 至 11 歲（十宗，18.9%），以及年齡介乎 15 至 17 歲（九宗，17.0%）和年齡介乎 3 至 5 歲（九宗，17.0%）兩個組別。

圖表 10.4.4：按年份和交通意外受害人類別劃分的個案數字



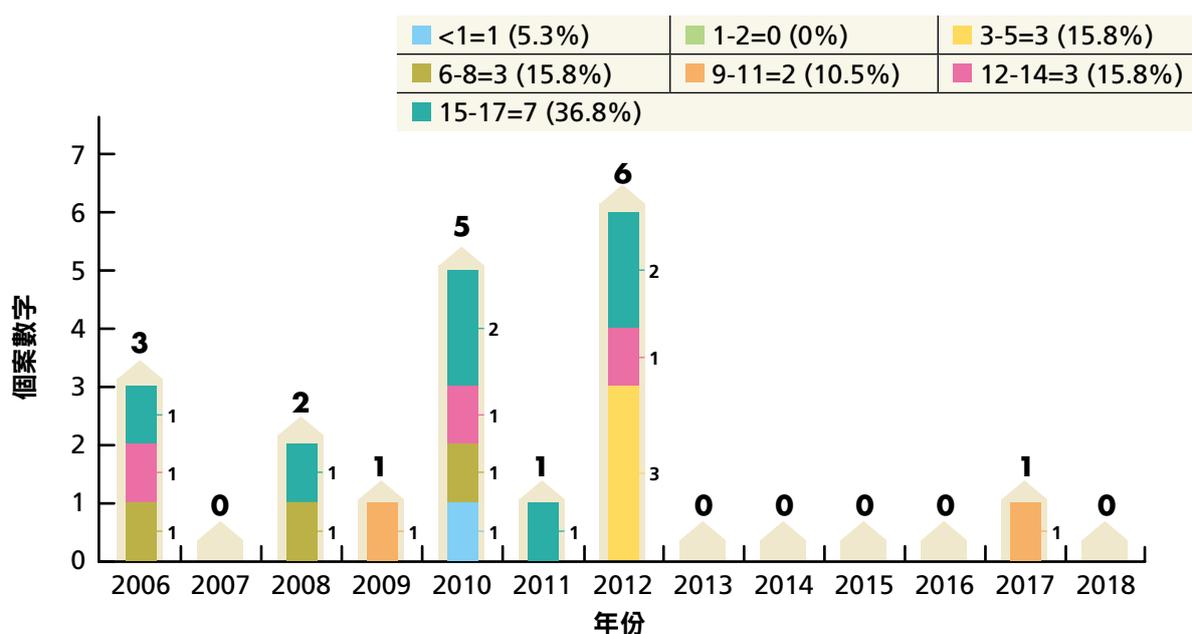
交通意外受害人個案最多的是行人（30 宗，56.6%），其次是乘客（14 宗，26.4%）和騎單車者（九宗，17.0%）

圖表 10.4.5：按年份和年齡組別劃分的從高處墮下致死個案數字



年齡介乎3至4歲從高處墜下致死的兒童死亡個案為數最多（十宗，27.8%），其次是年齡介乎1至2歲的個案（八宗，22.2%）和年齡介乎6至8歲的個案（七宗，19.4%）。

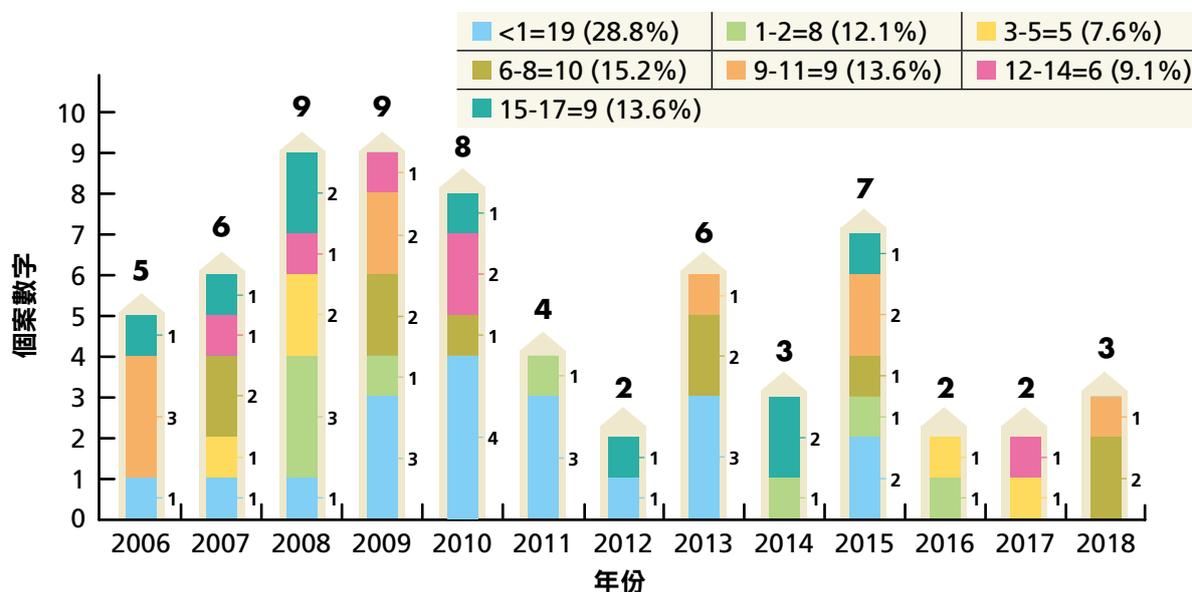
圖表 10.4.6：按年份和年齡組別劃分的遇溺死亡個案數字



年齡介乎15至17歲的遇溺死亡兒童個案為數最多（七宗，36.8%），而年齡介乎3至5歲、6至8歲和12至14歲的個案數字相同（三宗，15.8%）。

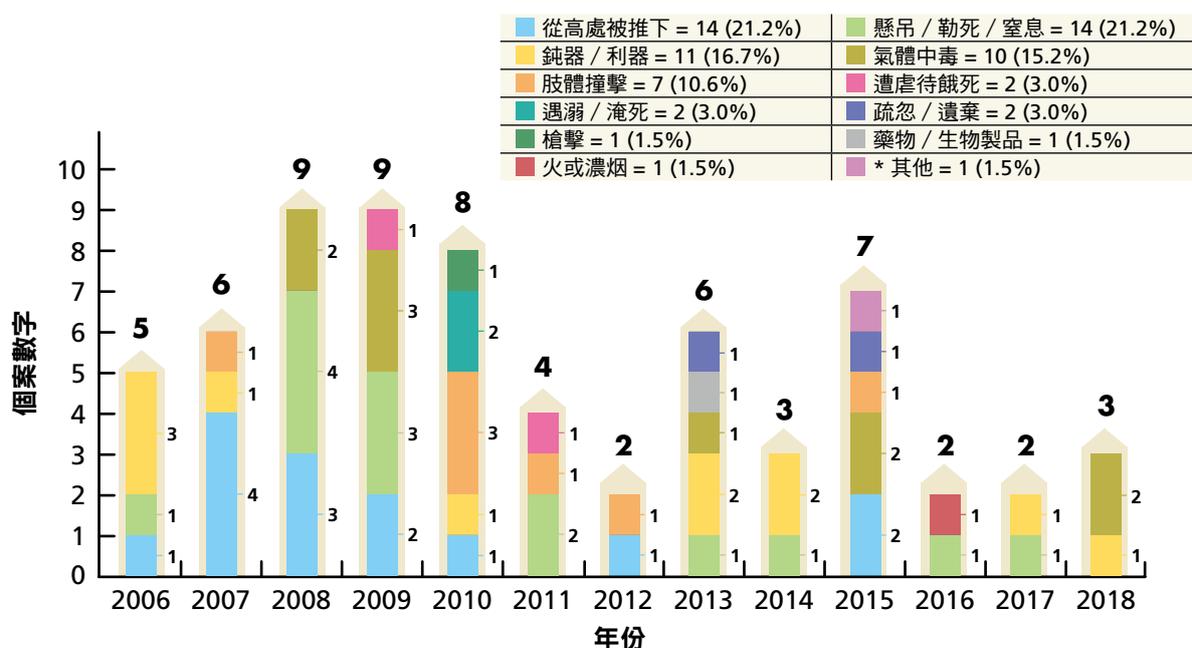
10.5 死於襲擊的個案統計數字

圖表 10.5.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



不足一歲的兒童死於襲擊的個案為數最多（19宗，28.8%），其次是年齡介乎6至8歲的死亡個案（十宗，15.2%），而年齡介乎9至11歲及15至17歲的死亡個案數字相同（九宗，13.6%）。

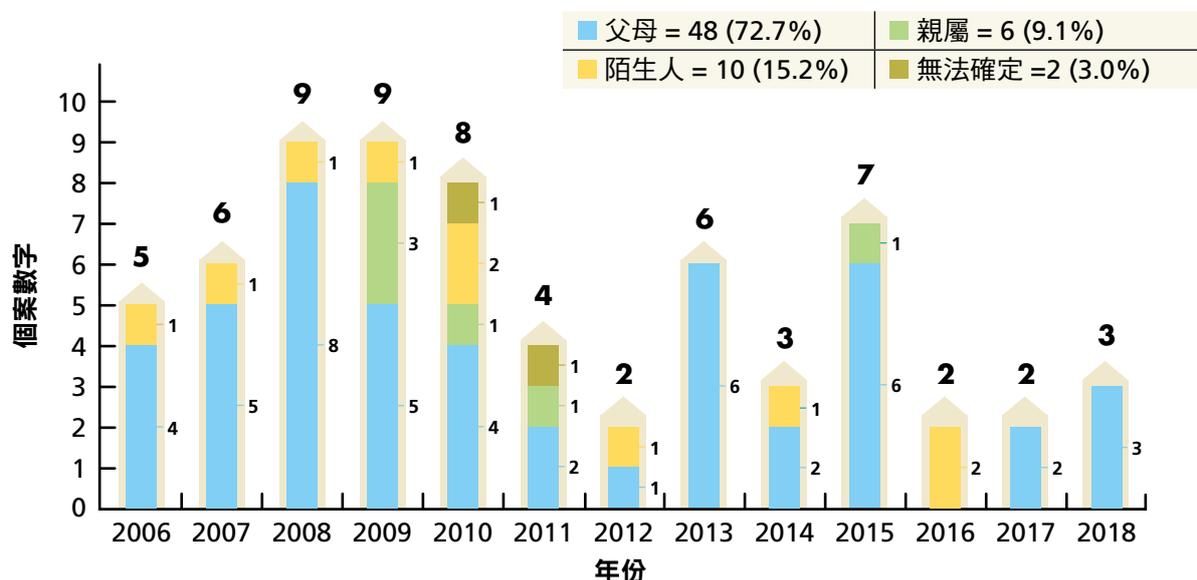
圖表 10.5.2：按年份和襲擊類別劃分的個案數字



* 其他：因為屍體腐爛導致未能確定死因。

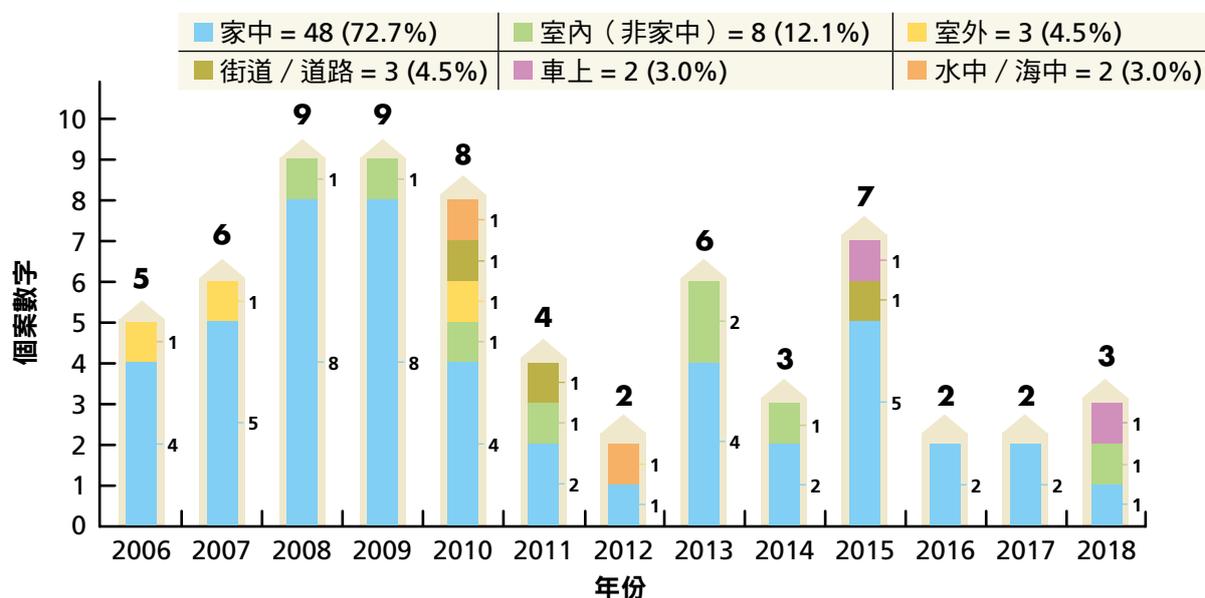
襲擊類別個案為數最多的是從高處被推下和懸吊 / 勒死 / 窒息個案（同為14宗，21.2%），其次是遭鈍器 / 利器刺死的個案（11宗，16.7%）和氣體中毒（十宗，15.2%）。

圖表 10.5.3：按年份和施襲者與已故兒童的關係劃分的個案數字



大多數施襲者是父母（48宗，72.7%），其次是陌生人（10宗，15.2%）和親屬（六宗，9.1%）。

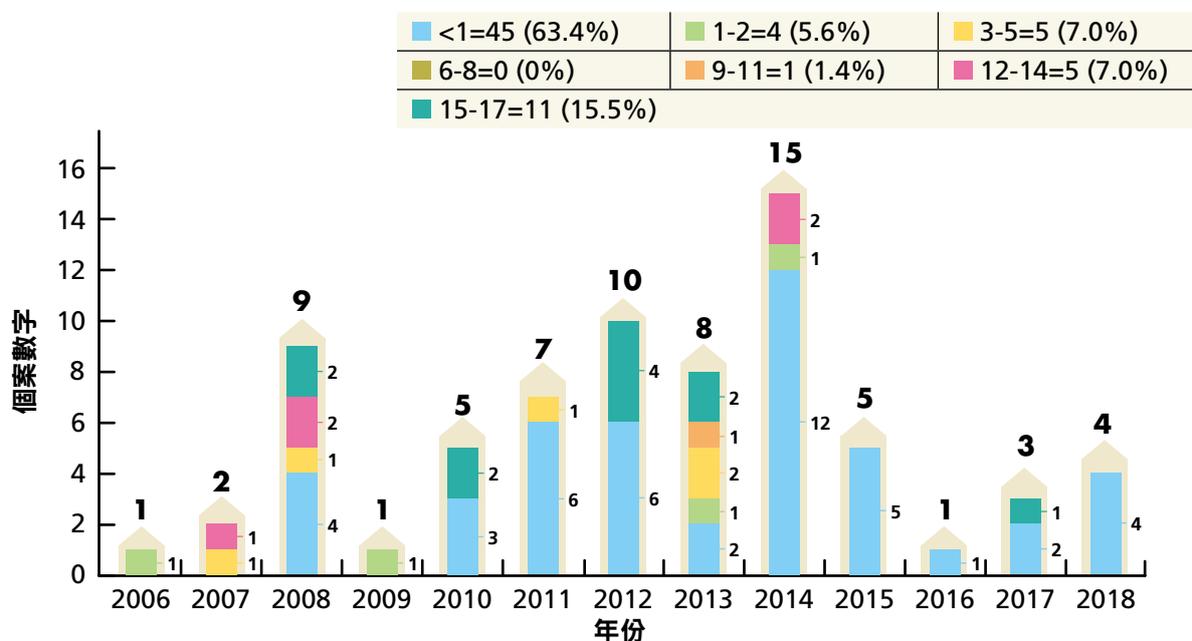
圖表 10.5.4：按年份和死亡事故發生地點劃分的個案數字



大多數襲擊事件發生在家中（48宗，72.7%），其次是室內（非家中）（八宗，12.1%）和室外（三宗，4.5%）以及街道 / 道路（三宗，4.5%）。

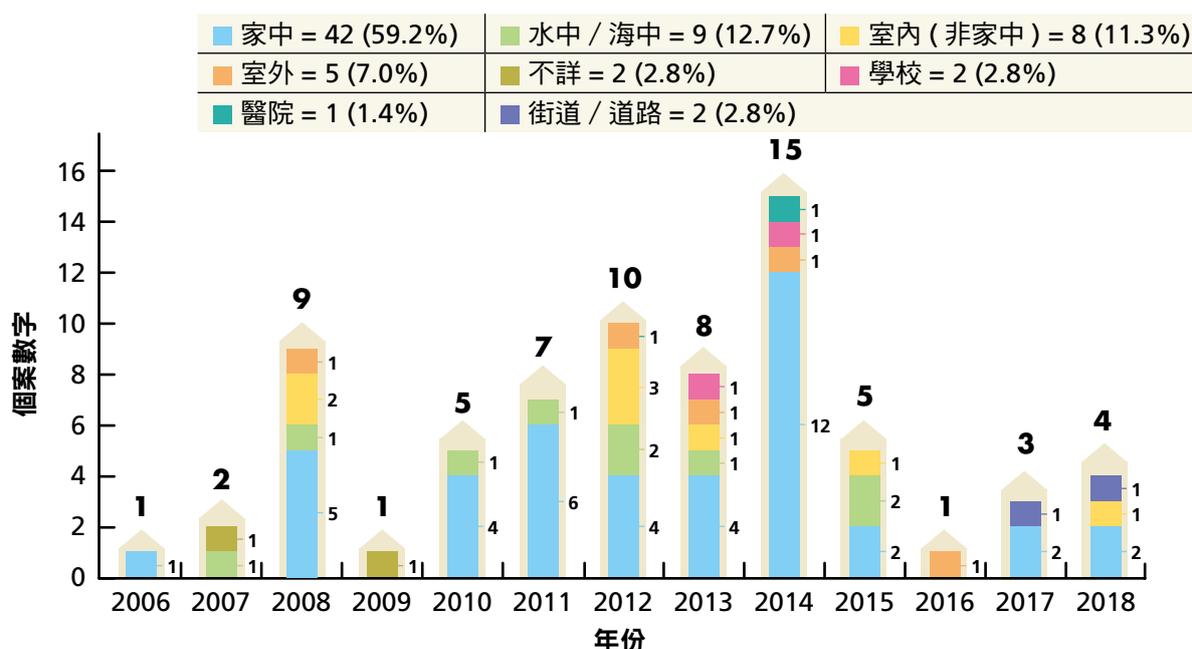
10.6 死於非自然因素但未能確定死因的個案統計數字

圖表 10.6.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



一歲以下兒童死亡個案為數最多（45宗，63.4%），其次是年齡介乎15至17歲個案（11宗，15.5%）和年齡介乎3至5歲個案（五宗，7.0%）及12至14歲個案（五宗，7.0%）。

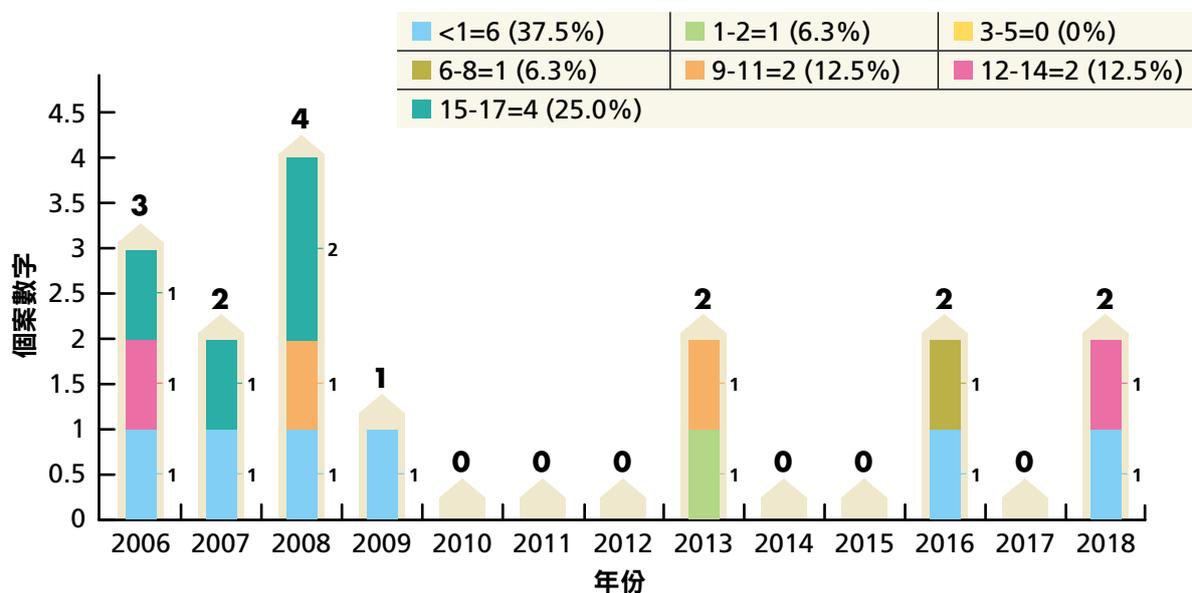
圖表 10.6.2：按年份和死亡事故發生地點劃分的個案數字



家中是發生死因未能確定的個案最常見的地方（42宗，59.2%），其次是水中／海中（九宗，14.3%）和室內（非家中）（八宗，11.3%）。

10.7 死於複雜醫療因素的個案統計數字

圖表 10.7.1：按年份和年齡組別劃分的個案數字



年齡一歲以下的兒童死亡個案為數最多（六宗，37.5%），其次是年齡介乎15至17歲的個案（四宗，25%）和年齡介乎9至11歲的個案（兩宗，12.5%）及年齡介乎12至14歲的個案（兩宗，12.5%）。

11 附錄

附錄 11.1 兒童死亡個案檢討委員會名單

鄧麗華醫生¹，M.H. 接替許宗盛先生²，S.B.S.,M.H.,J.P. 擔任檢討委員會主席；而李澤荷醫生接替李麗萍醫生³擔任醫療個案小組召集人。檢討委員會現任委員名單如下：

	姓名	職業 / 專業	職位
1	鄧麗華醫生，M.H.	醫療（精神病學）	主席
2	李澤荷醫生	醫療（兒科）	醫療個案小組召集人
3	鄧振鵬醫生	醫療（精神病學）	自殺個案小組召集人
4	鄧之皓先生	法律	意外個案小組召集人
5	施美倫博士	臨床心理學	襲擊及其他個案小組召集人
6	馬宣立醫生	醫療（法醫）	委員
7	陳小麗女士	社會福利	委員
8	鄭慧芬醫生	醫療（兒科）	委員
9	徐慕菁醫生	醫療（兒科）	委員
10	馮麗姝博士	學術	委員
11	何慧玲女士	教育	委員
12	徐小曼女士	社會福利	委員
13	趙明先生	家長代表	委員
14	梁錫濂先生	法律	委員
15	蕭耀強醫生	醫療（兒科）	委員
16	蕭鳳英教授	學術	委員
17	王淑芬女士	教育	委員
18	王雪娜醫生	醫療（兒科）	委員

¹ 鄧醫生從 2021 年 6 月起擔任主席，並曾於 2017 年 6 月至 2018 年 5 月擔任自殺個案小組召集人，以及由 2012 年 6 月至 2017 年 5 月擔任委員。

² 許先生從 2015 年 6 月至 2021 年 5 月擔任檢討委員會主席，並從 2011 年 6 月至 2015 年 5 月擔任委員。他曾擔任檢討兒童死亡個案先導計劃檢討委員會委員，該計劃在 2008 年 2 月至 2011 年 2 月期間推行。

³ 李醫生從 2019 年 6 月至 2021 年 5 月擔任醫療個案小組召集人，並曾於 2015 年 6 月至 2019 年 5 月擔任委員。

附錄 11.2 職權範圍

檢討委員會的職權範圍包括：

- (i) 檢討兒童死亡個案，審視兒童死亡之前的情況和各個曾經介入或涉及的機構 / 政府部門 (如有) 的服務流程；
- (ii) 找出在提供相關服務的過程、制度和多專業合作上的良好做法或汲取到的經驗，並提出改善建議；
- (iii) 跟進檢討委員會為優化服務所提出建議的落實情況；
- (iv) 識別兒童死亡個案的模式和趨勢，從而制定預防策略；以及
- (v) 促進跨界別及跨專業在提供兒童福利服務上的協作，以預防兒童死亡。

附錄 11.3 兒童死亡個案檢討資料簡介

背景

社會福利署(下稱社署)於2008年2月15日到2011年2月14日推行一項「檢討兒童死亡個案先導計劃」。先導計劃的結果肯定了檢討兒童死亡個案的價值，有助促進改善社會服務制度，以增進兒童福祉，常設的兒童死亡檢討機制遂在2011年6月1日成立(先導計劃的詳情，見該計劃檢討委員會的總結報告，網址：<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/PPCFRFR-Chi.pdf>)

目的

檢討工作旨在促進和優化與兒童相關的社會福利服務制度，維護兒童的福祉，以跨界別和跨專業協作為重點，預防可避免的兒童死亡個案。檢討非為調查兒童死亡的原因或追究責任。

目標

1. 審視所檢討的兒童死亡個案的做法和服務事宜；
2. 識別和分享良好做法和所汲取到的經驗以改善服務；
3. 檢視檢討後所作出的改善建議的推行情況；
4. 就所檢討的兒童死亡個案識別相關的模式和趨勢，以制定預防策略；以及
5. 促進跨界別及跨專業協作，以預防可避免的兒童死亡事件。

範圍

1. 所有在2008年1月1日或以後發生，曾向死因裁判法庭呈報的18歲以下兒童死亡個案。檢討只會在有關個案的所有刑事及司法程序完成後才會進行，以免影響該等程序。
2. 未有向死因裁判法庭呈報但具檢討價值的個案。

常設的檢討機制

1. 檢討工作由非法定的兒童死亡個案檢討委員會（「檢討委員會」）進行，並由社署提供秘書處支援。檢討委員會成員由社署署長委任。
2. 秘書處通過不同途徑收集兒童死亡個案的名單和相關資料供檢討委員會進行檢討。檢討形式基本上是以 覽相關資料及檔案為主，並以其他方法協助，例如焦點小組或與相關人士面談（如有需要）。
3. 曾為死亡兒童或其家庭提供服務的機構可通過向檢討委員會申報兒童死亡個案或提供有關個案的服務報告，協助進行檢討。相關表格可向秘書處索取。
4. 設立兒童死亡個案資料庫的目的，在於協助進行檢討，以及供檢討委員會作統計和研究用途。
5. 檢討的結果和檢討委員會的建議將通過其出版的綜合報告公布。建議會送交相關機構和團體，以供回應、考慮及跟進。
6. 檢討委員會在適當的時候會要求相關機構提供實施改善措施進展情況的最新資料。
7. 為確保資料絕對保密，檢討委員會的報告不會包含個別個案的詳情或相關人士 / 機構的資料。機構向秘書處提供的資料，只會用作檢討兒童死亡個案。除非法律授權或有所規定，否則所有資料絕對保密，未經相關機構事先同意，不會向第三者披露。搜集所得的資料會在檢討完成後銷毀。

檢討委員會報告

檢討委員會已完成檢討2008到2013年的兒童死亡個案，並分別在2013年5月、2015年7月、2017年8月和2019年5月發表首份、第二份、第三份及第四份報告。報告可於以下網址下載：

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/CFRP1R-Chi.pdf>,

<http://www.swd.gov.hk/doc/fcw/CFRP2R-Chi.pdf>,

https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2867/tc/CFRP_Third_Report_Chinese.pdf

https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/2867/tc/CFRP_Fourth_Report_cn_Nov2019.pdf

查詢

兒童死亡個案檢討委員會秘書處

香港灣仔皇后大道東213號胡忠大廈七樓721室

電話：3468 2140 電郵：srp@swd.gov.hk

附錄 11.4 20 類須向死因裁判官報告的死亡個案

20 類須予報告的死亡個案

- 醫學上未能確定原因的死亡
- 死者死亡前 14 日內沒有得到診治（死亡前已被診斷為有末期疾病的患者除外）
- 意外或受傷導致的死亡
- 罪行或懷疑罪行導致的死亡
- 施用麻醉藥導致死亡，或在接受全身麻醉期間死亡，或死亡在施用全身麻醉藥後 24 小時內發生
- 手術導致死亡，或死亡在大型手術後 48 小時內發生
- 職業病導致死亡，或該人的死亡與其現時 / 以往的職業有直接 / 間接的關聯
- 死於胎中的個案
- 孕婦在產嬰 / 墮胎 / 流產後 30 日內死亡
- 主因不明的敗血症導致死亡
- 自殺身亡
- 受官方看管時死亡
- 在具有逮捕或拘留的法定權力的人履行職責的過程中死亡
- 在政府部門的處所內死亡，而該部門的公職人員有法定的逮捕和拘留權
- 法例指定的某類精神病人在醫院或精神病院內死亡
- 在私營照料院所內的死亡
- 殺人罪行導致的死亡
- 施用藥物或毒藥導致的死亡
- 受虐待、飢餓或疏忽導致的死亡
- 在香港境外的死亡，屍體被運入香港

資料來源：司法機構（網址：https://www.judiciary.hk/zh/court_services_facilities/cor.html）

附錄 11.5 香港醫務委員會頒佈的香港註冊醫生專業守則

香港註冊醫生專業守則

9. 配發藥物的處方和標籤

9.2 醫生如為病人配處藥物，他本人便有責任確保藥物符合處方內容並已妥為標籤，然後才發給病人。醫生應該訂立適當的程序，以確保藥物妥為標籤和配處。醫生應參照香港醫學會發出的《良好配藥操作手冊》的規定。

9.4 由醫生直接或間接配處給病人的藥物，均須適當地加上獨立標籤，載明以下資料： -

- (a) 開出處方的醫生的姓名或能識別醫生的適當方法；
- (b) 病人全名，除非全名極長，則需寫上姓氏，以及足以識別病人的部分名字或縮寫；
- (c) 配處日期；
- (d) 藥物名稱，可以任擇其一： -
 - (i) 向香港藥劑業和毒藥管理局註冊，並載於衛生署發出的《藥劑製品目錄》的藥物名稱；或
 - (ii) 藥名的非專利名稱、化學名稱或學名；
- (e) 服用方法；
- (f) 劑量；
- (g) 藥物的強度及 / 或濃度 (如適用)；以及
- (h) 注意事項 (如適用)。

10. 供應危險藥物或危險藥物條例附表所列的藥物

10.1 醫生應該熟悉附錄 E 所載的《適當處方及配處危險藥物指引》

適當處方及配處危險藥物指引

A. 指引的適用範圍

1. 本指引適用於《危險藥物條例》附表 1 所列出已知有可能成癮的精神科藥物的使用，例如，阿片類藥物如美沙酮 (Physeptone)、地匹派酮 (Wellconal)、芬太尼 (Durogesic, Fentanyl)；苯二氮草類藥物如安定 (Diazemuls, Valium)、三唑侖 (Halcion)、氟硝西洋 (Rohypnol)、咪達唑侖 (Dormicum)；及其他影響精神藥物，例如二甲基苯乙基胺 (Duromine)、氯胺酮 (Ketalar) 或派醋甲酯 (Ritalin 或 Concerta)。
2. 這套指引反映現時香港使用危險藥物的公認專業標準，同時為醫生提供一般的指示，以促進優良的臨床服務。
3. 醫生應遵守以下附件的「使用指示」。違反指示者可被視為不當使用危險藥物。

B. 一般原則

1. 醫生應熟悉有關使用危險藥物的最新知識和指引。
2. 醫生如果認為病人的健康狀況不需要服用危險藥物，則不應單為滿足病人要求而處方該類藥物。
3. 醫生應審慎處方，以免濫用及 / 或對該類藥物產生醫源性成癮。
4. 醫生處方危險藥物前，必須經過審慎的臨床評估和診斷。
5. 處方所需劑量和服用期限必須因應病人的臨床病狀而決定。

6. 如果同時使用多種危險藥物，必須經過充分理由和評估。應清楚記錄使用理由。
7. 危險藥物的處方、配發和管理，都必須防止病人積存、轉售或濫用。
8. 利用危險藥物治療病人的記錄應當充分，病歷記錄應妥善保存。
9. 如果遇上特殊臨床問題，應徵詢專家意見，並隨時考慮作出適當的轉介，讓患者盡早到專科求醫，或接受特殊的治療計劃。
10. 所有醫生均須遵守《危險藥物條例》和《危險藥物規例》的各項規定。

C. 危險藥物成癮的處理方法

醫生如使用危險藥物治理對此類藥物成癮的病人，必須遵守下列各項規定： -

1. 確保自己曾接受有關治療藥物成癮病人的訓練，或具備有關的工作經驗。
2. 確保自己對有關專業團體的最新指引 / 資料有所認識。
3. 把病人適當地轉介到物質誤用診所、戒毒輔導服務中心，或在社區中已具備資源和支援能力可以為藥物成癮的病人提供全面照顧（包括身心和社交各方面需要）的其他中心和設施。如需更多資料，請參 保安局禁毒處的網頁。
4. 確保在自己能力範圍內為藥物成癮的病人提供悉心謹慎的照顧。
5. 主診醫生應全面深入評估藥物成癮的病人的病狀，擬訂適當的治療方案、充分記錄、妥善保存病歷，並細察療效。

D. 危險藥物的大量使用

如果醫生所供應的危險藥物被濫用，或有人因疏忽而導致該等藥物流入「黑市」，將會對社會造成嚴重的損害。如果醫生向門診病人在缺乏治療方案的情況下供應大量危險藥物，將引致更嚴重的禍害。為了履行對社會的義務，同時為了避免聲譽受損，需要處方大量危險藥物的醫生必須嚴守下列守則： -

1. 定期檢討使用危險藥物的情況，確保符合B段及C段訂明的標準，並每次記錄使用或持續使用危險藥物的理由。若發現危險藥物失去療效，不應使用或無須繼續服用時，即須適當地回收。
2. 採用謹慎的措施，防止所供應的危險藥物被人濫用，其中包括： -
 - (a) 劑量必須在治療範圍之內。如處方超出治療範圍的劑量，必須清楚記錄非常充分的理由。
 - (b) 定期覆診評估，最好每月一次，有適當理由者可作別論。
 - (c) 盡量減少每次應診時所開出的藥物劑量，緊記醫生有責任決定適當的藥物及療程，並給予充分理由。
 - (d) 詳細記錄用藥理由和處方資料。
 - (e) 盡可能直接監督病人服藥。
 - (f) 隨機抽取尿液檢驗。
 - (g) 取得病人同意並向藥物濫用資料中央檔案室呈報資料。
 - (h) 在適當情況下採取其他措施，包括轉介病人至適當的專科醫生（例如轉介有慢性痛症的病人往痛症診所），定期檢查病人是否擁有未服用的藥物。
3. 如果醫生已經採取D.1及D.2段的措施而仍未滿意，應該向香港醫學會轄下「精神科藥物諮詢委員會」徵詢意見和求助。持續配用大量危險藥物絕非正確的醫療方法，醫生應採取所有合理措施，防止藥物被濫用。

附件 – 危險藥物的使用指示

醫生應遵從下列危險藥物的使用指示：

1. 使用苯二氮草類的指示

- (a) 病人的初步評估應包括： -
 - (i) 妥為記錄病歷及作身體檢查
 - (ii) 進行適當檢查
 - (iii) 進行適當的診斷及 / 或指定適當的診斷模式
 - (iv) 提供教育和輔導
- (b) 通知服用苯二氮草類病人下列事項： -
 - (i) 服用藥物只是治療方案中的一部分；
 - (ii) 不適當地使用藥物可能造成對藥物的依賴；
 - (iii) 將會引致的多種不良反應，包括影響病人進行技術性工作或駕駛的能力；
 - (iv) 藥物和酒精造成的相互作用可能構成危險。
- (c) 盡量使用療效範圍內有效控制病徵的最少劑量。
- (d) 一般情況下，初次處方及 / 或配發苯二氮草類應適用最少的適當劑量和最短的療程。
- (e) 醫生應該為重複或長期使用的病者制定一套治療方案並記錄清楚。
- (f) 初次治療若需要長期繼續，則應該定期重複評估。醫生亦可提供給病人其他治療方法。如果出現難以解決的臨床問題，應諮詢專家意見、轉介至適當的專科醫生，或建議其他治療計劃。
- (g) 醫生給十八歲以下或年老的病人配處苯二氮草類時，應特別謹慎，考慮是否具備完全充分的理由，並詳細記錄。
- (h) 配用苯二氮草類治療嚴重抑鬱症時，應小心謹慎。

- (i) 處方苯二氮草類給有酗酒或濫用藥物（特別有關安眠藥）記錄或證據的病人時，應小心謹慎。
- (j) 配用苯二氮草類治療與喪親有關的疾病，應小心謹慎，並應逐漸減少藥物份量，以減輕苯二氮草類所引起的戒癮反應。
- (k) 同時使用多種苯二氮草類藥物，處方時必須小心謹慎，並將使用理由詳細記錄。
- (l) 醫生須定期監察病人的情況，充分和適當記錄給予病人的治療程序及治療成果，並妥善保存病歷記錄。
- (m) 此外，醫生須遵守《危險藥物條例》和《危險藥物規例》的所有規定。

2. 鴉片類藥物成癮的代用藥物使用指示

- (a) 病人的初步評估應包括： -
 - (i) 適當地記錄病歷和作身體檢查
 - (ii) 進行適當檢查
 - (iii) 進行適當的診斷及 / 或制定適當的診斷模式
 - (iv) 提供教育和輔導
 - (v) 介紹解毒計劃
- (b) 安排病人接受長期代用藥物療程之前，應先告知病人當時社區內提供的其他療法。
- (c) 為鴉片類藥物成癮的病人配處藥物之前，必須先作出準確的診斷，並為病人提供一套有記錄的恰當治療方案，記錄相關資料。對於為鴉片類藥物成癮的病人配處代用藥物的治療方案，全面照顧尤為重要。治療成功與否，非常取決於醫生與病人之間的互信。
- (d) 主診醫生應確保自己擁有足夠的能力為接受診治的病人提供恰當的治療。凡需處理相關工作的醫生，均宜接受藥物成癮治療的特殊訓練。
- (e) 必須告知病人，藥物不過是治療方案的其中一環；並須介紹病人到其他支援機構，在心理和社交關係方面接受治療。

- (f) 須警告病人同時服用海洛英和代用藥物時將有危險，因此必須接受隨機尿液檢驗。
- (g) 處方、配發、給予服用或注射代用藥物時須作出適當安排，避免病人將藥物積存、轉售或作其他不法用途。備用藥物的分量，不宜太多。
- (h) 須定期監察病人的情況，並充分和適當地記錄治療方案與治療成果，妥善保存病歷。
- (i) 同時使用其他危險藥物，必須小心謹慎和肯定有充分理由支持，並須充分和妥善記錄該等理由。
- (j) 此外，醫生必須遵守《危險藥物條例》和《危險藥物規例》的各項規定。

