



兒童

兒童死亡個案檢討委員會

首份報告

(有關2008及2009年的兒童死亡個案)

2013年5月

目錄

1	序言	1
2	摘要	2
3	鳴謝	5
4	檢討	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	方法	7
5	已檢討兒童死亡個案的概覽	8
5.1	2008及2009年香港兒童人口與死亡數字	8
5.2	已檢討兒童死亡個案的統計	9
5.3	已檢討兒童死亡個案的統計－按年比較	15
5.4	按死因劃分的已檢討兒童死亡個案統計	23
6	檢討結果、回應及跟進工作	43
6.1	對已檢討個案的綜合觀察及兒童死亡個案檢討委員會 對預防兒童死亡事故的意見	43
6.2	主題及重要事項	44
6.3	從提交兒童死亡個案檢討委員會的服務報告中找到的良好做法	45
6.4	按死因類別提出的建議及有關各方的回應	46
7	附錄	78
7.1	兒童死亡個案檢討委員會的委員名單	78
7.2	兒童死亡個案檢討委員會的職權範圍	79
7.3	檢討兒童死亡個案資料簡介	80
7.4	20類須向死因裁判官報告的死亡個案	82
7.5	兒童死亡個案檢討委員會就2008及2009年兒童死亡個案的建議	83

統計表一覽

5.1	2008及2009年香港兒童人口與死亡數字	8
5.1.1	香港兒童死亡的情況與數字(2008及2009年)	8
5.1.2	按特定年齡組別死亡率的比較	8
5.2	已檢討兒童死亡個案的統計表	9
5.2.1	按個案性質劃分的個案數目	9
5.2.2	按年齡組別及性別劃分的個案數目	9
5.2.3	按種族劃分的個案數目	9
5.2.4	按職業劃分的個案數目	10
5.2.5	按死因劃分的個案數目	10
5.2.6	按死因及性別劃分的個案數目	11
5.2.7	按年齡組別及死因劃分的個案數目	11
5.2.8	按居住地區劃分的個案數目	12
5.2.9	按死亡事件發生地點劃分的個案數目	13
5.3	已檢討兒童死亡個案的統計表－按年比較	15
5.3.1	按年份劃分的個案數目	15
5.3.2	按個案性質及年份劃分的個案數目	15
5.3.3	按年齡組別及年份劃分的自然因素死亡個案數目	15
5.3.4	按年齡組別及年份劃分的非自然因素死亡個案數目	16
5.3.5	按年齡組別、年份及性別劃分的個案數目	16
5.3.6	按種族及年份劃分的個案數目	17
5.3.7	按職業及年份劃分的個案數目	17
5.3.8	按死因及年份劃分的個案數目	18
5.3.9	按死因、年份及性別劃分的個案數目	18
5.3.10	按居住地區及年份劃分的個案數目	19
5.3.11	按死亡事件發生地點及年份劃分的個案數目	20
5.4	按死因劃分的已檢討兒童死亡個案統計表	23
5.4.1	死於自然因素個案的統計表	23
5.4.1.1	按年齡組別及性別劃分的個案數目	23
5.4.1.2	按職業劃分的個案數目	23
5.4.1.3	按《國際疾病分類法第十次修訂版》內疾病類別的章節劃分的個案數目	24
5.4.1.4	按年齡組別及致死疾病類別劃分的個案數目	25
5.4.1.5	已進行或獲豁免屍體剖驗的個案數目	26
5.4.1.6	按死亡事件發生地點劃分的個案數目	26

5.4.2	死於意外個案的統計表	29
5.4.2.1	按年齡組別及性別劃分的個案數目	29
5.4.2.2	按意外類別劃分的個案數目	29
5.4.2.3	按年齡組別及意外類別劃分的個案數目	30
5.4.2.4	按年齡組別及交通意外受害人類別劃分的個案數目	30
5.4.2.5	按死亡事件發生地點劃分的個案數目	31
5.4.2.6	按職業劃分的個案數目	31
5.4.3	死於自殺個案的統計表	34
5.4.3.1	按年齡組別及性別劃分的個案數目	34
5.4.3.2	按職業劃分的個案數目	34
5.4.3.3	自殺原因	35
5.4.3.4	自殺方法	36
5.4.3.5	有可識別自殺跡象的個案數目	36
5.4.4	死於襲擊個案的統計表	38
5.4.4.1	按年齡組別及性別劃分的個案數目	38
5.4.4.2	施襲者與已故兒童的關係	38
5.4.4.3	按死亡事件發生地點劃分的個案數目	39
5.4.5	死於其他因素個案的統計表	41
5.4.5.1	按年齡組別及死因劃分的個案數目	41
5.4.5.2	按死亡事件發生地點劃分的個案數目	41

1 序言



「在這世上，若我可做任何事挽回我孩子的生命，我都已經做了。」

—節錄自Vicki Tushingham的詩作《只為今天》(“Just for Today”)(資料來源：互聯網)

兒童是我們的未來，失去他們任何一個，社會都不能承受。兒童死亡是一個悲劇，生命未及綻放便告終結，父母和疼愛他們的人自是悲痛莫名。

對於兒童死亡個案檢討委員會(檢討委員會)的成員來說，手上的每宗兒童死亡個案，都教人深感難過。然而，我們期望委員會的工作，有助防患未然，使同類悲劇不會再次發生。

檢討委員會的全體成員，都本着同一使命和熱忱，盡心竭力保障兒童的福祉，並憑藉本身的專業經驗，提出意見和建議。

在檢討過程中，有關各方一直通力合作，而他們所提供的意見、最新資料和回應，常能反映出他們在提供兒童服務方面的嚴謹態度。

檢討委員會在2011年6月成立，這是我們提交的首份報告。報告旨在分享我們的觀察所得和建議，以期提高市民對兒童死亡的關注，鼓勵各方合力避免兒童死亡事故發生，特別是把那些本來就可避免的事故減至最少。

希望本報告及文內的建議，對所有以促進兒童福祉為己任的人有參考價值，有助預防兒童死亡個案的發生。

兒童死亡個案檢討委員會主席
梁乃江

2 摘要



2.1 背景

本報告是兒童死亡個案檢討委員會(下稱「檢討委員會」)的首份報告。檢討委員會是一個獨立、多專業的非法定組織，其成員由社會福利署(下稱「社署」)署長委任。

在設立這個常設檢討機制前，檢討兒童死亡個案先導計劃(下稱「先導計劃」)在2008年2月至2011年2月期間運作，由社署署長委任成員出任，以檢討於2006年及2007年發生的兒童死亡個案。先導計劃的檢討委員會分別於2010年1月及2010年12月發表其首份報告及總結報告。

有關先導計劃的報告，請參閱以下網頁：

首份報告：

只有英文版：<http://www.swd.gov.hk/doc/whatsnew/201001/PPCFR1R.pdf>

總結報告：

英文版：<http://www.swd.gov.hk/doc/whatsnew/201101/PPCFRFR.pdf>

中文版：http://www.swd.gov.hk/doc/whatsnew/201103/PPCFRFR_Chi.pdf

本報告所涵蓋的兒童死亡個案檢討，大致上沿用先導計劃所採用的檢討方法，以審閱文件為主，包括參考從死因裁判法庭收集所得的資料及由相關專業人士完成的服務報告。檢討委員會的建議已寄交相關服務機構／部門及有關人士。本報告載列檢討委員會的建議，以及相關服務機構／部門及有關人士的回應。

2.2 已檢討兒童死亡個案的概覽

與其他國家相比，香港按年齡劃分的死亡率維持在低水平。本報告檢討了在2008年及2009年發生並已向死因裁判法庭報告的238宗兒童死亡個案。該238宗已檢討個案的主要人口資料如下：

- (i) 156名兒童(65.5%)死於自然因素，23名(9.7%)死於意外，26名(10.9%)死於自殺，18名(7.6%)死於襲擊，以及15名(6.3%)死於其他因素；
- (ii) 兒童死亡個案中，以年齡不足1歲死於自然因素的個案數目最多(80宗，33.6%)，其次是年齡介乎1至2歲死於自然因素和介乎15至17歲死於自殺的個案(同為18宗，7.6%)；

- (iii) 大多數已故兒童為華裔(218名, 91.6%), 其餘20名(8.4%)為非華裔兒童;
- (iv) 男童死亡個案(128宗, 53.8%)較女童(110宗, 46.2%)為多;
- (v) 職業對134名(56.3%)兒童並不適用, 主要是因為他們年紀太小或身體和健康欠佳, 未能上學或工作。90名(37.8%)兒童是全日制學生, 而5名(2.1%)沒有上學或就業;
- (vi) 以每1 000名兒童人口計算, 葵青區及屯門區分別是2008年及2009年兒童死亡率最高的地區(葵青區於2008的死亡率為0.175, 而屯門區於2009年的死亡率為0.162); 以及
- (vii) 大部分兒童死亡事件發生在已故兒童的家中(99宗, 41.6%), 而第二個最常發生死亡事件的地點是醫院(84宗, 35.3%)。另有13宗致命事件發生在街道上, 這些事件主要是交通意外。

2.3 檢討委員會的建議重點

2.3.1 主題及重要事項

- (i) 對於大部分個案而言, 父母及照顧者妥善照顧及小心看管孩子, 仍然是預防兒童死亡的最重要因素;
- (ii) 需要推行公眾教育, 提高照顧者的家居安全意識, 確保他們掌握適當知識和照顧兒童的技巧;
- (iii) 向兒童灌輸道路和家居安全的知識, 有助預防兒童因交通或家居意外而失去生命;
- (iv) 公眾、照顧者和從事兒童工作或接觸兒童的專業人員, 可多加留意兒童所面對的風險, 以便提供適時協助或介入; 以及
- (v) 推行生命教育, 教導兒童珍惜生命, 自強不息, 有助他們克服生命中的各種挑戰。同樣地, 家長也要接受生命教育, 學會珍惜、尊重自己及孩子的生命, 以防止兒童遭受致命襲擊。

2.3.2 建議重點

檢討委員會按個案的死因類別，共提出21項有關預防策略及改善制度的建議。

為了預防兒童死於自然因素，應提醒家長與嬰兒同床而睡可能對嬰兒構成致命風險，並應安排兒童接種流感疫苗。此外，應設立法醫科醫生與家庭醫生之間的通報機制，為有兒童死於遺傳病的家庭安排家族篩查。

為了預防兒童死於意外，建議舉辦以學前兒童及內地新來港學童或在邊境附近上學的跨境學童為對象的宣傳運動，以加強他們的道路安全意識。亦應加強宣傳使用安全帶的重要性，並限制持暫准駕駛執照的司機駕駛高性能汽車，以預防交通意外。此外，應透過公眾教育，教導照顧者留意兒童頭部嚴重受傷的症狀及即時的處理方法，並應把有毒物質放置於遠離兒童的地方。

為了預防兒童死於自殺，建議加強以家長為對象的公眾教育，鼓勵他們因應子女的能力加以培育，並接受子女的不足之處，協助子女建立抗逆能力，另亦要鼓勵有情緒困擾的兒童及他們的家人尋求專業協助。此外，學校可設立機制，及早辨識那些面對多項危機因素的學童、預防校園欺凌，並加強學校的生命教育及生活技能訓練課程。同時，應教導兒童當有朋輩透露自殺念頭時，要及時尋求協助。

為了預防兒童死於襲擊，應提高公眾的警覺，發現為人父母者有跡象或作口頭威脅要自殺或傷害他們的孩子時，應謹慎看待，盡早將有可能遇害的兒童連繫至所需的專業服務，以及提醒家長有責任好好照顧自己的子女，和在任何情況下均無權奪去子女的生命。對那些有明確他殺意念的精神病人，應加強對他們的離院評審機制。委員會亦建議提高公眾以下方面的意識：在網絡上結識陌生人有潛在危險，因網絡虛擬世界中不少事情和人物都是虛假或偽裝的；隱瞞懷孕帶來的傷害；以及搖晃嬰兒可能造成的致命危險。

不過，在一宗致命意外個案中，我們發現以下值得分享的良好做法：已故男童的父母捐出兒子的眼角膜，幫助有需要的人。在同一個案中，教育局和有關學校提供了跟進服務，幫助紓緩校內其他學生因有同學離世而出現的情緒困擾。

3 鳴謝



自先導計劃從2008年開展工作以來，一直得到死因裁判法庭各位裁判官及職員的全力支持，檢討委員會的工作才得以順利進行。檢討委員會在此向他們衷心致謝。

檢討委員會也藉這個機會，感謝所有曾經參與檢討工作的專業人士及界別。他們所提供的寶貴資料和意見，對檢討委員會的工作有莫大幫助。此外，他們就檢討委員會的初步看法所提出的專業意見和回應，說明了現時在保障兒童方面的實際工作情況，和其中的良好做法，有助我們瞭解如何更進一步實踐預防兒童死亡這個目標。

4 檢討



4.1 歷史

檢討兒童死亡個案先導計劃(「先導計劃」)於2008年2月展開，為期三年，旨在檢討已向死因裁判官呈報的18歲以下兒童死亡個案。先導計劃原本只打算檢討死於非自然因素的兒童死亡個案，但不久便把檢討範圍擴展至死於自然因素的個案。先導計劃檢討委員會在2010年就先導計劃進行的評估，肯定了檢討工作的價值。其後，先導計劃檢討委員會向當局建議成立常設的兒童死亡檢討機制，建議獲得政府採納。

常設機制成立後，先導計劃檢討委員會成員繼續留任，參與新機制的工作。此外，也有若干新的專家和專業人士加入，貢獻他們的寶貴經驗。常設的兒童死亡個案檢討委員會(檢討委員會)由2011年6月開始運作。

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及跨專業的合作，以預防可避免的兒童死亡事故，而並非確定死因或責任誰屬。

4.3 檢討委員會

檢討委員會由20名成員組成，包括來自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能夠發揮應有成效，檢討委員會成員按各自的專長分成五個小組，負責檢討不同死因的個案。每個小組也選定一位召集人，負責主持檢討會議及在檢討委員會季度會議上匯報小組的檢討結果。

在2011年6月至2013年4月期間，檢討委員會共舉行33次會議，其中包括8次委員會會議及25次小組會議。

檢討委員會的成員名單和職權範圍，分別載列於附錄7.1和附錄7.2。

4.4 範圍

檢討範圍只涵蓋涉及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呈報的個案。檢討委員會也歡迎和鼓勵各方轉介個案。

4.5 時限

檢討委員會於2011年6月成立後，隨即開始檢討在2008年發生的兒童死亡個案。鑑於在進行檢討時，有關個案已發生了一段時間，以致經常引起質疑為何不立即進行檢討和提出適時建議。然而，差不多所有有關兒童死亡的個案都必須經過死因裁判法庭的法律程序，有些甚至可能涉及刑事和民事法律行動，因此有必要待法庭程序完成後才開始檢討，以免影響法律程序。

4.6 方法

檢討委員會大致上沿用先導計劃所採用的檢討方法。扼要來說，檢討工作以審閱文件為主，包括取閱死因裁判法庭存檔的相關文件，輔以曾經為已故兒童提供服務的服務機構或政府部門的服務報告。

檢討方法詳見檢討兒童死亡個案先導計劃檢討委員會的總結報告，網址如下：

英文版：<http://www.swd.gov.hk/doc/whatsnew/201101/PPCFRFR.pdf>

中文版：http://www.swd.gov.hk/doc/whatsnew/201103/PPCFRFR_Chi.pdf

5 已檢討兒童死亡個案的概覽



5.1 2008及2009年香港兒童人口與死亡數字

在2008年，兒童的中期人口是1 152 512¹，其中共有293²名18歲以下的兒童死亡，而在2009年，兒童的中期人口是1 115 832³，其中共有257⁴名兒童死亡。

表5.1.1：香港兒童死亡的情況與數字(2008及2009年)

數字內容	年份	
	2008	2009
兒童人口數目 ⁵	1 152 512	1 115 832
兒童死亡數目	293	257
兒童死亡率 ⁶	0.3	0.2
已檢討個案數目	119	119

香港的兒童死亡率，由2008年按每1 000名兒童人口計算的0.3減少至2009年的按每1 000名兒童人口計算的0.2。概括比較香港與部分國家特定年齡組別的死亡率，香港的兒童死亡率仍然相對較低。

表5.1.2：按特定年齡組別死亡率的比較

年齡組別		年齡：0		年齡：1-4		年齡：5-9		年齡：10-14		年齡：15-19	
年份		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
國家/地區	香港 ⁷	3.2	3.0	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
	澳大利亞 ⁸	4.3	4.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4
	加拿大 ⁹	5.1*	4.9*	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4

註：

除非另有解釋，死亡率是指每1 000名人口的死亡人數。

* 每1 000名新生嬰兒的死亡人數。

¹ 資料來源：政府統計處

² 同上

³ 同上

⁴ 同上

⁵ 兒童人口：指18歲以下兒童的年度中期人口；

資料來源：政府統計處

⁶ 兒童死亡率：指每1 000名18歲以下的兒童人口中的兒童死亡數字；

資料來源：政府統計處

⁷ 資料來源：政府統計處

⁸ 澳大利亞統計局網頁(<http://www.abs.gov.au>)

⁹ 加拿大統計局網頁(<http://www.statcan.gc.ca>)

5.2 已檢討兒童死亡個案的統計

表5.2.1：按個案性質劃分的個案數目

個案性質	個案數目 (%)
自然因素	156 (65.5%)
非自然因素	82 (34.5%)
總數：	238 (100.0%)

表5.2.2：按年齡組別及性別劃分的個案數目

年齡組別	性別		個案數目 (%)
	女 (%)	男 (%)	
< 1	39 (16.4%)	52 (21.8%)	91 (38.2%)
1 – 2	15 (6.3%)	10 (4.2%)	25 (10.5%)
3 – 5	9 (3.8%)	12 (5.0%)	21 (8.8%)
6 – 8	4 (1.7%)	6 (2.5%)	10 (4.2%)
9 – 11	7 (2.9%)	9 (3.8%)	16 (6.7%)
12 – 14	16 (6.7%)	12 (5.0%)	28 (11.8%)
15 – 17	20 (8.4%)	27 (11.3%)	47 (19.7%)
總數：	110 (46.2%)	128 (53.8%)	238 (100.0%)

表5.2.3：按種族劃分的個案數目

種族	個案數目 (%)
華裔	218 (91.6%)
非華裔	20 (8.4%)
不詳	0 (0.0%)
總數：	238 (100.0%)

表5.2.4：按職業劃分的個案數目

職業	個案數目 (%)
全日制學生	90 (37.8%)
全職工作	5 (2.1%)
兼職工作	0 (0.0%)
沒有上學或工作	5 (2.1%)
不適用*	134 (56.3%)
不詳	4 (1.7%)
總數：	238 (100.0%)

不適用*：包括處於嬰兒期或因健康問題無法上學或工作的兒童

表5.2.5：按死因劃分的個案數目

死因	個案數目 (%)
自然因素	156 (65.5%)
意外	23 (9.7%)
自殺	26 (10.9%)
襲擊	18 (7.6%)
其他因素*	15 (6.3%)
總數：	238 (100.0%)

其他因素*：包括死因不明及複雜的醫療因素

表5.2.6：按死因及性別劃分的個案數目

死因	性別		個案數目 (%)
	女 (%)	男 (%)	
自然因素	71 (29.8%)	85 (35.7%)	156 (65.5%)
意外	7 (2.9%)	16 (6.7%)	23 (9.7%)
自殺	12 (5.0%)	14 (5.9%)	26 (10.9%)
襲擊	11 (4.6%)	7 (2.9%)	18 (7.6%)
其他因素*	9 (3.8%)	6 (2.5%)	15 (6.3%)
總數：	110 (46.2%)	128 (53.8%)	238 (100.0%)

其他因素*：包括死因不明及複雜的醫療因素

表5.2.7：按年齡組別及死因劃分的個案數目

年齡組別	死因					個案數目 (%)
	自然因素	意外	自殺	襲擊	其他因素*	
< 1	80	1	0	4	6	91 (38.2%)
1 – 2	18	2	0	4	1	25 (10.5%)
3 – 5	14	4	0	2	1	21 (8.8%)
6 – 8	6	2	0	2	0	10 (4.2%)
9 – 11	9	3	1	2	1	16 (6.7%)
12 – 14	12	5	7	2	2	28 (11.8%)
15 – 17	17	6	18	2	4	47 (19.7%)
總數：	156	23	26	18	15	238 (100.0%)

其他因素*：包括死因不明及複雜的醫療因素

表5.2.8：按居住地區劃分的個案數目

居住地區	個案數目 (%)
香港島	
中西區	10 (4.2%)
灣仔	1 (0.4%)
東區	14 (5.9%)
南區	9 (3.8%)
九龍	
油尖旺	9 (3.8%)
深水埗	11 (4.6%)
九龍城	2 (0.8%)
黃大仙	10 (4.2%)
觀塘	16 (6.7%)
新界	
葵青	22 (9.2%)
荃灣	3 (1.3%)
屯門	26 (10.9%)
元朗	27 (11.3%)
北區	12 (5.0%)
大埔	13 (5.5%)
沙田	17 (7.1%)
西貢	12 (5.0%)
離島	5 (2.1%)

居住地區	個案數目 (%)
其他	
並非在香港居住	13 (5.5%)
不詳	6 (2.5%)
總數：	238 (100.0%)

以上居住地區是根據18區區議會／選區劃分

表5.2.9：按死亡事件發生地點劃分的個案數目

死亡事件發生地點	個案數目 (%)
家中	99 (41.6%)
醫院	84 (35.3%)
室內(並非家中)	22 (9.2%)
戶外	5 (2.1%)
學校	1 (0.4%)
街／道上	13 (5.5%)
汽車內	3 (1.3%)
水／海中	4 (1.7%)
不詳	7 (2.9%)
總數：	238 (100.0%)

5.2.1 檢討結果摘要

檢討委員會共檢討了238宗在2008年和2009年發生的兒童死亡個案。

表5.2.1顯示，在238宗已檢討個案中，死於自然因素的個案佔65.5%(156宗)，而死於非自然因素的個案佔34.5%(82宗)。

表5.2.2顯示，兒童死亡個案最多的年齡組別為不足1歲(91宗，38.2%)，其次是15至17歲(47宗，19.7%)及12至14歲(28宗，11.8%)。

表5.2.3顯示，在所有已檢討的兒童死亡個案中，涉及華裔兒童的佔絕大多數，達91.6%(218宗)，而涉及非華裔兒童的僅佔8.4%(20宗)。

表5.2.4顯示，在超過一半的兒童死亡個案中，“職業”並不適用(134宗，56.3%)，因為有關兒童年紀太小或健康欠佳，無法上學或工作。在已檢討的個案中，有90名兒童是全日制學生(37.8%)。

表5.2.5顯示，在已檢討的兒童死亡個案中，死於自然因素的個案佔65.5%(156宗)，其次是自殺(26宗，10.9%)，死於意外則有23宗(9.7%)。

表5.2.6顯示，男童死亡個案(128宗，53.8%)較女童(110宗，46.2%)為多。按死因分析，只有在死於襲擊(女童個案：11宗，4.6%；男童個案：7宗，2.9%)和其他原因(女童個案：9宗，3.8%；男童個案：6宗，2.5%)兩類個案中，女童死亡數目才較男童為多。

表5.2.7顯示，在兒童死亡個案中，以年齡不足1歲死於自然因素的個案數目最多(80宗，33.6%)，其次是年齡介乎1至2歲死於自然因素的個案和介乎15至17歲死於自殺的個案(同為18宗，7.6%)。

表5.2.8顯示，兒童死亡個案最多的地區是元朗區(27宗，11.3%)，其次是屯門區(26宗，10.9%)及葵青區(22宗，9.2%)，而個案最少的地區是灣仔區(1宗，0.4%)。不過，若按各區的兒童人口計算，則元朗區的兒童死亡率並非最高。

表5.2.9顯示，兒童死亡事件最常在家中發生(99宗，41.6%)，其次是醫院(84宗，35.3%)。在室內(並非家中)發生的死亡事件有22宗(9.2%)，主要是死於自然因素或自殺。在街道上發生的死亡事件有13宗(5.5%)，主要原因為交通意外。

5.3 已檢討兒童死亡個案的統計－按年比較

表5.3.1：按年份劃分的個案數目

年份	個案數目 (%)
2008	119 (50.0%)
2009	119 (50.0%)
總數：	238 (100.0%)

表5.3.2：按個案性質及年份劃分的個案數目

個案性質	個案數目 (%)		
	2008	2009	總數
自然因素	70 (58.8%)	86 (72.3%)	156 (65.5%)
非自然因素	49 (41.2%)	33 (27.7%)	82 (34.5%)
總數：	119 (100.0%)	119 (100.0%)	238 (100.0%)

表5.3.3：按年齡組別及年份劃分的自然因素死亡個案數目

年齡組別	個案數目 (%)		
	2008	2009	總數
< 1	36 (51.4%)	44 (51.2%)	80 (51.3%)
1 – 2	8 (11.4%)	10 (11.6%)	18 (11.5%)
3 – 5	6 (8.6%)	8 (9.3%)	14 (9.0%)
6 – 8	3 (4.3%)	3 (3.5%)	6 (3.8%)
9 – 11	6 (8.6%)	3 (3.5%)	9 (5.8%)
12 – 14	4 (5.7%)	8 (9.3%)	12 (7.7%)
15 – 17	7 (10.0%)	10 (11.6%)	17 (10.9%)
總數：	70 (100.0%)	86 (100.0%)	156 (100.0%)

表5.3.4：按年齡組別及年份劃分的非自然因素死亡個案數目

年齡組別	個案數目(%)		
	2008	2009	總數
< 1	7 (14.3%)	4 (12.1%)	11 (13.4%)
1 – 2	3 (6.1%)	4 (12.1%)	7 (8.5%)
3 – 5	4 (8.2%)	3 (9.1%)	7 (8.5%)
6 – 8	2 (4.1%)	2 (6.1%)	4 (4.9%)
9 – 11	3 (6.1%)	4 (12.1%)	7 (8.5%)
12 – 14	10 (20.4%)	6 (18.2%)	16 (19.5%)
15 – 17	20 (40.8%)	10 (30.3%)	30 (36.6%)
總數：	49 (100.0%)	33 (100.0%)	82 (100.0%)

表5.3.5：按年齡組別、年份及性別劃分的個案數目

年齡組別	個案數目(%)				總數
	2008		2009		
	女	男	女	男	
< 1	16	27	23	25	91 (38.2%)
1 – 2	8	3	7	7	25 (10.5%)
3 – 5	5	5	4	7	21 (8.8%)
6 – 8	2	3	2	3	10 (4.2%)
9 – 11	3	6	4	3	16 (6.7%)
12 – 14	8	6	8	6	28 (11.8%)
15 – 17	12	15	8	12	47 (19.7%)
總數：	54	65	56	63	238 (100.0%)

表5.3.6：按種族及年份劃分的個案數目

種族	個案數目(%)		
	2008	2009	總數
華裔	114 (95.8%)	104 (87.4%)	218 (91.6%)
非華裔	5 (4.2%)	15 (12.6%)	20 (8.4%)
不詳	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
總數：	119 (100.0%)	119 (100.0%)	238 (100.0%)

表5.3.7：按職業及年份劃分的個案數目

職業	個案數目(%)		
	2008	2009	總數
全職學生	46 (38.7%)	44 (37.0%)	90 (37.8%)
全職工作	5 (4.2%)	0 (0.0%)	5 (2.1%)
兼職工作	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
沒有上學或工作	2 (1.7%)	3 (2.5%)	5 (2.1%)
不適用*	63 (52.9%)	71 (59.7%)	134 (56.3%)
不詳	3 (2.5%)	1 (0.8%)	4 (1.7%)
總數：	119 (100.0%)	119 (100.0%)	238 (100.0%)

不適用*：包括處於嬰兒期或因健康問題無法上學或工作的兒童

表5.3.8：按死因及年份劃分的個案數目

死因	個案數目(%)		
	2008	2009	總數
自然因素	70 (58.8%)	86 (72.3%)	156 (65.5%)
意外	13 (10.9%)	10 (8.4%)	23 (9.7%)
自殺	14 (11.8%)	12 (10.1%)	26 (10.9%)
襲擊	9 (7.6%)	9 (7.6%)	18 (7.6%)
其他因素*	13 (10.9%)	2 (1.7%)	15 (6.3%)
總數：	119 (100.0%)	119 (100.0%)	238 (100.0%)

其他因素*：包括死因不明及複雜的醫療因素

表5.3.9：按死因、年份及性別劃分的個案數目

死因	個案數目(%)				總數
	2008		2009		
	女	男	女	男	
自然因素	32	38	39	47	156 (65.5%)
意外	3	10	4	6	23 (9.7%)
自殺	6	8	6	6	26 (10.9%)
襲擊	5	4	6	3	18 (7.6%)
其他因素*	8	5	1	1	15 (6.3%)
總數：	54	65	56	63	238 (100.0%)

其他因素*：包括死因不明及複雜的醫療因素

表5.3.10：按居住地區及年份劃分的個案數目

居住地區	2008			2009		
	數目	*人口	#死亡率	數目	*人口	#死亡率
香港島						
中西區	4	39 400	0.100	6	38 200	0.157
灣仔	1	21 300	0.047	0	19 700	0.000
東區	9	89 700	0.100	5	86 000	0.058
南區	6	45 600	0.132	3	43 600	0.069
九龍						
油尖旺	2	43 500	0.046	7	43 800	0.160
深水埗	2	57 400	0.035	9	57 100	0.158
九龍城	1	56 800	0.018	1	55 300	0.018
黃大仙	6	64 500	0.093	4	61 500	0.065
觀塘	9	94 300	0.095	7	94 900	0.074
新界						
葵青	15	85 800	0.175	7	81 600	0.086
荃灣	0	52 800	0.000	3	51 600	0.058
屯門	13	85 200	0.153	13	80 100	0.162
元朗	12	114 300	0.105	15	111 000	0.135
北區	6	55 400	0.108	6	54 800	0.110
大埔	6	46 900	0.128	7	43 500	0.161
沙田	11	97 000	0.113	6	93 700	0.064
西貢	3	76 100	0.039	9	73 700	0.122
離島	1	31 300	0.032	4	30 500	0.131

居住地區	2008			2009		
	數目	*人口	#死亡率	數目	*人口	#死亡率
其他						
並非在香港居住	7	-	-	6	-	-
不詳	5	-	-	1	-	-
總數：	119	-	-	119	-	-

以上居住地區是根據18區區議會／選區劃分

* 表示各區陸上非住院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

表示按分區劃分的死亡率，即每1 000名陸上非住院兒童人口的已檢討兒童死亡個案數目

表5.3.11：按死亡事件發生地點及年份劃分的個案數目

死亡事件發生地點	個案數目(%)		
	2008	2009	總數
家中	49 (41.2%)	50 (42.0%)	99 (41.6%)
醫院	34 (28.6%)	50 (42.0%)	84 (35.3%)
室內(並非家中)	14 (11.8%)	8 (6.7%)	22 (9.2%)
戶外	3 (2.5%)	2 (1.7%)	5 (2.1%)
學校	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
街／道上	7 (5.9%)	6 (5.0%)	13 (5.5%)
汽車內	2 (1.7%)	1 (0.8%)	3 (1.3%)
水／海中	3 (2.5%)	1 (0.8%)	4 (1.7%)
不詳	6 (5.0%)	1 (0.8%)	7 (2.9%)
總數：	119 (100.0%)	119 (100.0%)	238 (100.0%)

5.3.1 檢討結果摘要

檢討委員會共檢討了238宗在2008年及2009年發生的兒童死亡個案。

表5.3.1顯示，在已檢討的兒童死亡個案中，在2008年及2009年發生的個案數目相同(同為119宗，50.0%)。

表5.3.2顯示，在2008年及2009年，死於自然因素的個案(2008年為70宗，58.8%；2009年為86宗，72.3%)，都較死於非自然因素的個案(2008年為49宗，41.2%；2009年為33宗，27.7%)為多。此外，死於自然因素個案與死於非自然因素的相對比例也有所上升，由2008年的1.4：1，上升至2009年的2.6：1。

表5.3.3顯示，在死於自然因素的兒童死亡個案中，個案最多的年齡組別在2008年及2009年同樣是不足1歲(2008年為36宗，51.4%；2009年為44宗，51.2%)，其次的年齡組別在2008年為1至2歲(8宗，11.4%)，在2009年為1至2歲和15至17歲(同為10宗，11.6%)。

表5.3.4顯示，在死於非自然因素的兒童死亡個案中，個案最多的年齡組別在2008年及2009年同樣是15至17歲(2008年為20宗，40.8%；2009年為10宗，30.3%)，原因是在該兩年屬這個年齡組別的自殺個案數目較多。兒童死亡個案第二多的年齡組別在該兩年同樣是12至14歲(2008年為10宗，20.4%；2009年為6宗，18.2%)。

表5.3.5顯示，男童死亡個案總數(128宗)較女童(110宗)為多。在2008年和2009年，三個年齡組別(即不足1歲、6至8歲，以及15至17歲)的男童死亡個案數目，都較相同組別的女童死亡個案為多。

表5.3.6顯示，在2008年和2009年，涉及華裔兒童個案的比率(2008年為114宗，95.8%；2009年為104宗，87.4%)遠較涉及非華裔兒童的(2008年為5宗，4.2%；2009年為15宗，12.6%)為高。

表5.3.7顯示，在該兩年，“職業”對超過一半的個案都不適用(2008年為63宗，52.9%；2009年為71宗，59.7%)，主要是因為他們年紀太小或身體和健康欠佳，未能上學或工作。在該兩年，有關兒童是“全日制學生”的個案(2008年為46宗，38.7%；2009年為44宗，37.0%)，同樣佔已檢討個案總數三分之一以上。

表5.3.8顯示，在2008年至2009年期間，雖然死於“自然因素”的兒童死亡個案數目和百分比有所上升，但在同期死於“意外”、“自殺”及“其他原因”的個案數目和百分比都有所下降。

表5.3.9顯示，在2008年和2009年，男童死於自然因素的個案(2008年為38宗，2009年為47宗)和死於意外的個案(2008年為10宗，2009年為6宗)，都較女童(死於自然因素：2008年為32宗，2009年為39宗；死於意外：2008年為3宗，2009年為4宗)為多。然而，在該兩年，女童死於襲擊的個案(2008年為5宗，2009年為6宗)，都較男童(2008年為4宗，2009年為3宗)為多。

表5.3.10顯示，在2008年錄得最多兒童死亡個案的地區是葵青區(15宗)，其次是屯門區(13宗)及元朗區(12宗)。不過，若按各區的兒童人口計算，兒童死亡率(即按該區每1 000名陸上非住院兒童人口計算的已檢討兒童死亡個案)最高的地區是葵青區(0.175)，其次是屯門區(0.153)及南區(0.132)。由此可見，葵青區及屯門區相對來說是兒童死亡個案數目較多及兒童死亡率較高的兩個地區。在2009年錄得最多兒童死亡個案的地區是元朗區(15宗)，其次是屯門區(13宗)，以及深水埗區和西貢區(各9宗)。不過，兒童死亡率最高的地區是屯門區(0.162)，其次是大埔區(0.161)及油尖旺區(0.160)。雖然元朗區的兒童死亡個案最多，但該區的兒童死亡率(0.135)在各區中只排名第六。

表5.3.11顯示，在2008年，兒童在自己家中死亡的個案最多(49宗，41.2%)，其次是醫院(34宗，28.6%)。在2009年發生的個案中，絕大部分兒童在自己家中或醫院死亡(同為50宗，42.0%)。

5.4 按死因劃分的已檢討兒童死亡個案統計

5.4.1 死於自然因素的個案

表5.4.1.1：按年齡組別及性別劃分的個案數目

年齡組別	個案數目 (%)		
	女	男	總數
< 1	35 (22.4%)	45 (28.8%)	80 (51.3%)
1 – 2	10 (6.4%)	8 (5.1%)	18 (11.5%)
3 – 5	7 (4.5%)	7 (4.5%)	14 (9.0%)
6 – 8	2 (1.3%)	4 (2.6%)	6 (3.8%)
9 – 11	4 (2.6%)	5 (3.2%)	9 (5.8%)
12 – 14	6 (3.8%)	6 (3.8%)	12 (7.7%)
15 – 17	7 (4.5%)	10 (6.4%)	17 (10.9%)
總數：	71 (45.5%)	85 (54.5%)	156 (100.0%)

表5.4.1.2：按職業劃分的個案數目

職業	個案數目 (%)
全日制學生	40 (25.6%)
全職工作	0 (0.0%)
兼職工作	0 (0.0%)
沒有上學或工作	0 (0.0%)
不適用*	114 (73.1%)
不詳	2 (1.3%)
總數：	156 (100.0%)

不適用*：包括處於嬰兒期或因健康問題無法上學或工作的兒童

表5.4.1.3：按《國際疾病分類法第十次修訂版》¹⁰內疾病類別的章節劃分的個案數目

國際疾病分類編號	疾病類別	個案數目(%)
A00-B99	某些傳染和寄生疾病	12 (7.7%)
C00-D48	腫瘤	1 (0.6%)
D50-D89	血液及造血器官疾病和某些涉及免疫機制的疾患	1 (0.6%)
E00-E90	內分泌，營養和新陳代謝有關的疾病	2 (1.3%)
F00-F99	精神及行為疾患	2 (1.3%)
G00-G99	神經系統疾病	13 (8.3%)
I00-I99	循環系統疾病	21 (13.5%)
J00-J99	呼吸系統疾病	26 (16.7%)
K00-K93	消化系統疾病	3 (1.9%)
M00-M99	肌肉骨骼系統和結締組織疾病	1 (0.6%)
N00-N99	泌尿生殖系統疾病	2 (1.3%)
O00-O99	妊娠、分娩和產褥期的情況	3 (1.9%)
P00-P96	源自產期前後的某些情況	22 (14.1%)
Q00-Q99	先天畸形、變形及染色體異常	25 (16.0%)
R00-R99	其他種類的症狀、徵象和異常的臨床及化驗發現	21 (13.5%)
S00-T98	損傷、中毒和外因的某些其他後果	1 (0.6%)
總數：		156 (100.0%)

¹⁰《國際疾病分類法第十次修訂版》由世界衛生組織制訂，為流行病學、健康管理及臨床用途的國際標準診斷分類，用於分析不同人口組羣的一般健康狀況，以及就其他變數，如受影響個別人士的特徵及情況、發還款項、資源分配、質素及指引等，監察疾病事件、發病率和其他健康問題。

表5.4.1.4：按年齡組別及致死疾病類別*劃分的個案數目

年齡組別	疾病類別*					個案數目(%)
	A (%)	B (%)		C (%)	D (%)	
		B1 (%)	B2 (%)			
< 1	36 (23.1%)	4 (2.6%)	6 (3.8%)	8 (5.1%)	26 (16.7%)	80 (51.3%)
1 – 2	0 (0.0%)	8 (5.1%)	3 (1.9%)	5 (3.2%)	2 (1.3%)	18 (11.5%)
3 – 5	0 (0.0%)	5 (3.2%)	1 (0.6%)	6 (3.8%)	2 (1.3%)	14 (9.0%)
6 – 8	0 (0.0%)	2 (1.3%)	0 (0.0%)	4 (2.6%)	0 (0.0%)	6 (3.8%)
9 – 11	0 (0.0%)	5 (3.2%)	0 (0.0%)	3 (1.9%)	1 (0.6%)	9 (5.8%)
12 – 14	0 (0.0%)	4 (2.6%)	3 (1.9%)	3 (1.9%)	2 (1.3%)	12 (7.7%)
15 – 17	1 (0.6%)	4 (2.6%)	6 (3.8%)	5 (3.2%)	1 (0.6%)	17 (10.9%)
總數：	37 (23.7%)	32 (20.5%)	19 (12.2%)	34 (21.8%)	34 (21.8%)	156 (100.0%)
		51 (32.7%)				

* 以下疾病類別由檢討委員會的醫療專家提出作檢討之用：

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

表5.4.1.5：已進行或獲豁免屍體剖驗的個案數目*

屍體剖驗	個案數目 (%)
已進行	113 (72.4%)
獲豁免	43 (27.6%)
總數：	156 (100.0%)

* 資料來源：根據收集自死因裁判法庭的資料

表5.4.1.6：按死亡事件發生地點劃分的個案數目

死亡事件發生地點	個案數目 (%)
家中	55 (35.3%)
醫院	78 (50.0%)
室內(並非家中)	9 (5.8%)
戶外	3 (1.9%)
學校	1 (0.6%)
街／道上	1 (0.6%)
汽車內	3 (1.9%)
水／海中	0 (0.0%)
不詳	6 (3.8%)
總數：	156 (100.0%)

5.4.1.1 檢討結果摘要

檢討委員會共檢討了156宗發生在2008及2009年，並經死因裁判法庭裁定為死於自然因素的個案。

表5.4.1.1顯示，死於自然因素的個案中，男童(85宗，54.5%)較女童(71宗，45.5%)為多。按年齡組別分析，兒童自然死亡個案最多的組別是不足1歲(80宗，51.3%)，其次是1至2歲(18宗，11.5%)及15至17歲(17宗，10.9%)。

表5.4.1.2顯示，“職業”對大多數死於自然因素的兒童並不適用(114宗，73.1%)，這是因為他們年紀太小或身體和健康欠佳，未能上學或工作。在已檢討的個案中，有40名兒童是全日制學生(25.6%)。

表5.4.1.3顯示，導致最多兒童死亡的疾病是呼吸系統疾病(國際疾病分類編號：J00-J99)(26宗，16.7%)，其次是先天畸形、變形及染色體異常(國際疾病分類編號：Q00-Q99)(25宗，16.0%)，以及源自產期前後的某些情況(國際疾病分類編號：P00-P96)(22宗，14.1%)。

表5.4.1.4顯示按年齡組別及四個類別(A至D)劃分的兒童死亡個案數目。檢討委員會的醫療專家在檢討死於自然因素的個案時，把有關個案歸納為以下四個類別，以便檢視同類型個案可能出現的模式和趨勢：

類別	內容
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

表5.4.1.4顯示，B類(慢性疾病)的兒童死亡個案數目最多(51宗，32.7%)，這個類別包括心智或身體殘障(32宗，20.5%)及心智或身體沒有殘障(19宗，12.2%)兩個分類。A類(初生嬰兒疾病)個案的數目屬第二多(37宗，23.7%)。在C類(急性疾病)個案中(34宗，21.8%)，以不足1歲的兒童死亡個案為數最多(8宗，5.1%)。在D類(其他)個案中(34宗，21.8%)，則以死產兒個案為數最多(13宗，8.3%)。在13宗已檢討的死產兒個案中，4宗與隱瞞懷孕有關，另有3宗涉及非法處理屍體。檢討委員會關注到，隱瞞及不當處理意外懷孕是否導致這些嬰兒死亡。

表5.4.1.4也顯示，死於自然因素的兒童有超過一半為不足1歲(80宗，51.3%)，當中死於初生嬰兒疾病的個案有36宗(23.1%)。

表5.4.1.5顯示，在已檢討死於自然因素的個案中，獲豁免屍體剖驗的個案佔27.6%(43宗)。

表5.4.1.6顯示，一半的兒童死亡事件在醫院發生(78宗，50.0%)，反映出死因與他們的健康或疾病情況有密切關係。值得注意的是，在家中發生的死亡事件為數不少(55宗，35.3%)，其中很多兒童是在家中病倒和昏倒的。長期病患或有特別需要兒童的照顧問題，以及其家庭所需要的支援，都值得我們關注。

5.4.2 死於意外的個案

表5.4.2.1：按年齡組別及性別劃分的個案數目

年齡組別	個案數目(%)		
	女	男	總數
< 1	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)
1 – 2	1 (4.3%)	1 (4.3%)	2 (8.7%)
3 – 5	0 (0.0%)	4 (17.4%)	4 (17.4%)
6 – 8	0 (0.0%)	2 (8.7%)	2 (8.7%)
9 – 11	0 (0.0%)	3 (13.0%)	3 (13.0%)
12 – 14	3 (13.0%)	2 (8.7%)	5 (21.7%)
15 – 17	3 (13.0%)	3 (13.0%)	6 (26.1%)
總數：	7 (30.4%)	16 (69.6%)	23 (100.0%)

表5.4.2.2：按意外類別劃分的個案數目

意外類別	個案數目(%)
交通	12 (52.2%)
遇溺	3 (13.0%)
從高處墮下／跌倒	2 (8.7%)
中毒	2 (8.7%)
火燒／熱燙	1 (4.3%)
懸吊	1 (4.3%)
熱衰竭／中暑	1 (4.3%)
其他	*1 (4.3%)
總數：	23 (100.0%)

* 已故兒童是一名新生嬰兒，因分娩時遇上複雜的情況，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」(Other accidental threats to breathing)。

表5.4.2.3：按年齡組別及意外類別劃分的個案數目

年齡組別	意外類別(%)								個案數目 (%)
	交通	遇溺	從高處墮下 / 跌倒	中毒	火燒/ 熱燙	懸吊	熱衰竭/ 中暑	其他	
< 1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)
1 - 2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (8.7%)
3 - 5	3 (13.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)
6 - 8	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (8.7%)
9 - 11	2 (8.7%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (13.0%)
12 - 14	4 (17.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (21.7%)
15 - 17	3 (13.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	6 (26.1%)
總數：	12 (52.5%)	3 (13.0%)	2 (8.7%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	23 (100.0%)

表5.4.2.4：按年齡組別及交通意外受害人類別劃分的個案數目

年齡組別	交通意外受害人類別(%)		個案數目 (%)
	行人	車輛乘客	
< 1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
1 - 2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
3 - 5	3 (25.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)
6 - 8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
9 - 11	2 (16.7%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)
12 - 14	1 (8.3%)	3 (25.0%)	4 (33.3%)
15 - 17	2 (16.7%)	1 (8.3%)	3 (25.0%)
總數：	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12 (100.0%)

表5.4.2.5：按死亡事件發生地點劃分的個案數目

死亡事件發生地點	個案數目 (%)
家中	4 (17.4%)
醫院	1 (4.3%)
室內(並非家中)	2 (8.7%)
戶外	1 (4.3%)
學校	0 (0.0%)
街／道上	12 (52.2%)
汽車內	0 (0.0%)
水／海中	3 (13.0%)
不詳	0 (0.0%)
總數：	23 (100.0%)

表5.4.2.6：按職業劃分的個案數目

職業	個案數目 (%)
全日制學生	18 (78.3%)
全職工作	2 (8.7%)
兼職工作	0 (0.0%)
沒有上學或工作	0 (0.0%)
不適用*	3 (13.0%)
不詳	0 (0.0%)
總數：	23 (100.0%)

不適用*：包括處於嬰兒期或因健康問題無法上學或工作的兒童

5.4.2.1 檢討結果摘要

在2008年及2009年死於意外的兒童有23人。

表5.4.2.1顯示，男童死於意外的個案(16宗，69.6%)明顯較女童(7宗，30.4%)為多。兒童意外死亡個案最多的年齡組別是15至17歲(6宗，26.1%)，其次是12至14歲(5宗，21.7%)及3至5歲(4宗，17.4%)。

表5.4.2.2顯示，死於交通意外的個案(12宗，52.2%)佔個案總數一半以上，其次是遇溺死亡個案(3宗，13.0%)。

表5.4.2.3顯示，在交通意外方面，發生兒童死亡個案最多的年齡組別是12至14歲(4宗，17.4%)，其次是3至5歲和15至17歲(同為3宗，13.0%)，以及9至11歲(2宗，8.7%)。從高處墮下／跌倒致死的意外個案有2宗，分別屬於1至2歲和6至8歲的年齡組別(同為1宗，4.3%)。

表5.4.2.4顯示，因交通意外喪生的兒童有8人是行人(66.7%)，4人是交通工具上的乘客(33.3%)。在該兩年的個案中，並沒有發生涉及騎單車者的致命交通意外。在上述8名行人中，3人的年齡介乎3至5歲，其餘5人介乎9至17歲。

表5.4.2.5顯示，超過一半的死亡事故是在街道上發生的(12宗，52.2%)，而且全屬交通意外。在家中發生的死亡事故有4宗(17.4%)，死因分別為中毒、懸吊、火燒／熱燙和從高處墮下／跌倒。兒童是否得到妥善照顧，以及家居是否安全(不論兒童是否獨留在家)，仍是我們必須關注的問題。

表5.4.2.6顯示，大多數死於意外的兒童是全日制學生(18宗，78.3%)。“職業”對其中3宗個案(13.0%)並不適用，這是因為涉及的兒童都是年紀太小或健康欠佳，未能上學或工作。

在檢討死於意外的個案時，檢討委員會有以下觀察：

- (1) 全部12宗“交通意外”都是行人不小心及／或司機行為不當所造成；
- (2) 在兩宗“從高處墮下／跌倒”個案中，其中1宗的涉事家庭如有採取適當的家居安全設計或裝置，該宗意外便可避免；
- (3) 在兩宗“中毒意外”個案中，有毒物質和藥物(美沙酮)如能放置於遠離孩童的地方或加上清楚標籤，該兩宗意外便可避免；以及
- (4) 全部3宗“遇溺意外”發生時，有關兒童都是獨自一人或與朋輩一起，身邊沒有成人小心看管或給予適當照顧。

5.4.3 死於自殺的個案

表5.4.3.1：按年齡組別及性別劃分的個案數目

年齡組別	個案數目 (%)		總數
	女	男	
< 1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
1 – 2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
3 – 5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
6 – 8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
9 – 11	1 (3.8%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)
12 – 14	4 (15.4%)	3 (11.5%)	7 (26.9%)
15 – 17	7 (26.9%)	11 (42.3%)	18 (69.2%)
總數：	12 (46.2%)	14 (53.8%)	26 (100.0%)

表5.4.3.2：按職業劃分的個案數目

職業	個案數目 (%)
全日制學生	19 (73.1%)
全職工作	1 (3.8%)
兼職工作	0 (0.0%)
沒有上學或工作	5 (19.2%)
不適用	0 (0.0%)
不詳	1 (3.8%)
總數：	26 (100.0%)

表5.4.3.3：自殺原因

* 自殺原因	個案數目
學業問題	11
家庭關係問題	8
男女朋友關係問題	8
朋輩關係問題	4
精神問題	4
健康問題	2
憂慮未來	2
心理創傷	1
吸毒問題	1
不詳	1
總數：	42

* 每宗個案可以有多个原因
(有關原因識別自警方的死亡調查報告內容)

表5.4.3.4：自殺方法

自殺方法	個案數目 (%)
從高處躍下	19 (73.1%)
自縊	4 (15.4%)
氣體中毒	2 (7.7%)
服用過量藥物	1 (3.8%)
總數：	26 (100.0%)

表5.4.3.5：有可識別自殺跡象的個案數目

有可識別自殺跡象*	個案數目 (%)
有	21 (80.8%)
沒有	4 (15.4%)
不詳	1 (3.8%)
總數：	26 (100.0%)

可識別自殺跡象*：包括留下自殺字條、情緒化／激烈的行為、口頭表示或威脅會自殺及過去有企圖自殺的記錄（有關跡象識別自警方的死亡調查報告內容）

檢討結果摘要

在2008年及2009年自殺死亡的兒童共有26人。

表5.4.3.1顯示，男童自殺個案(14宗，53.8%)較女童(12宗，46.2%)為多。除了其中一名兒童的年齡介乎9至11歲外，其他兒童的年齡都是介乎12至17歲，大多數屬於15至17歲的青少年年齡組別(18宗，69.2%)。

表5.4.3.2顯示，大多數自殺的兒童是全日制學生(19宗，73.1%)，另有5人(19.2%)沒有上學或工作。只有1人是全職工作的(3.8%)。

表5.4.3.3顯示，導致兒童自殺的最常見原因是學業問題(11宗)，其次是家庭關係問題和男女朋友關係問題(同為8宗)，以及朋輩關係問題和精神問題(同為4宗)。

表5.4.3.4顯示，大多數自殺的兒童是從高處躍下死亡(19宗，73.1%)。香港高樓大廈林立，這是很常見的自殺方式。此外，以自縊結束生命的有4宗(15.4%)，氣體中毒的有2宗(7.7%)，服用過量藥物的有1宗(3.8%)。

表5.4.3.5顯示，大多數自殺的兒童在行事之前曾經透過不同方式表達其輕生的念頭(21宗，80.8%)。因此，如果能夠及早察覺這些跡象，並適時提供專業介入，或有助預防兒童／青少年自殺。

在檢討死於自殺的個案時，檢討委員會也有以下的觀察：

- (1) 在其中10宗個案中，自殺兒童的朋輩或家庭成員在事件發生之前或發生期間，身的事發現場或知悉有關死亡事件，這類經歷可能會對他們造成心理創傷；
- (2) 學業問題及家庭關係或男女朋友關係問題是導致兒童／青少年自殺的主要原因；
- (3) 兒童／青少年自己或其家人對學業成績期望過高，以及父母對子女行為問題的處理方式，都可能是構成兒童／青少年自殺的風險因素；以及
- (4) 父母患有精神病或父母曾有自殺紀錄的兒童／青少年，是需要特別關注的群組。

5.4.4 死於襲擊的個案

表5.4.4.1：按年齡組別及性別劃分的個案數目

年齡組別	個案數目 (%)		
	女	男	總數
< 1	1 (5.6%)	3 (16.7%)	4 (22.2%)
1 – 2	3 (16.7%)	1 (5.6%)	4 (22.2%)
3 – 5	1 (5.6%)	1 (5.6%)	2 (11.1%)
6 – 8	2 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)
9 – 11	2 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)
12 – 14	1 (5.6%)	1 (5.6%)	2 (11.1%)
15 – 17	1 (5.6%)	1 (5.6%)	2 (11.1%)
總數：	11 (61.1%)	7 (38.9%)	18 (100.0%)

表5.4.4.2：施襲者與已故兒童的關係

關係	個案數目 (%)
父母	13 (72.2%)
親友	3 (16.7%)
陌生人	2 (11.1%)
總數：	18 (100.0%)

表5.4.4.3：按死亡事件發生地點劃分的個案數目

死亡事件發生地點	個案數目 (%)
家中	16 (88.9%)
醫院	0 (0.0%)
室內(並非家中)	2 (11.1%)
戶外	0 (0.0%)
學校	0 (0.0%)
街／道上	0 (0.0%)
水／海中	0 (0.0%)
其他	0 (0.0%)
不詳	0 (0.0%)
總數：	18 (100.0%)

檢討結果摘要

在2008年及2009年死於襲擊的兒童有18人。

表5.4.4.1顯示，死於襲擊的女童(11人，61.1%)較男童(7人，38.9%)為多。這些個案分見於各個年齡組別，其中以不足1歲和1至2歲兩個年齡組別的個案數目及百分比為最高(同為4宗，22.2%)。

表5.4.4.2顯示，在18宗死於襲擊的個案中，有13宗(72.2%)的施襲者是已故兒童的父母，3宗是親屬(16.7%)，2宗是陌生人(11.1%)。

表5.4.4.3顯示，在18宗死亡事件中，在已故兒童家中發生的個案有16宗(88.9%)，其餘2宗在家居以外的室內地方發生。

在檢討死於襲擊的個案時，檢討委員會有以下觀察：

- (1) 導致有關兒童死亡的施襲者，大多數是他們的父母；
- (2) 在13宗施襲者是已故兒童的父母的個案中，兩名母親在襲擊其子女後自殺(共涉及3名兒童)，另有6人與子女一同自殺，當中有1人生還，其子女則死亡；
- (3) 兩名已故新生嬰兒的母親試圖隱瞞嬰兒出生和遺棄嬰兒；以及
- (4) 在兩宗遭陌生人襲擊而死亡的個案中，其中1名受害者是少女。她透過互聯網認識施襲者，其後在進行援交時遇害。

5.4.5 死於其他因素的個案

表5.4.5.1：按年齡組別及死因劃分的個案數目

年齡組別	死因		總數(%)
	複雜的醫療因素	死因不明*	
< 1	2 (13.3%)	4 (26.7%)	6 (40.0%)
1 – 2	0 (0.0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)
3 – 5	0 (0.0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)
6 – 8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
9 – 11	1 (6.7%)	0 (0.0%)	1 (6.7%)
12 – 14	0 (0.0%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)
15 – 17	2 (13.3%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)
總數：	5 (33.3%)	10 (66.7%)	15 (100.0%)

死因不明*：10宗個案中有4宗經死因裁判法庭裁定死因不明

表5.4.5.2：按死亡事件發生地點劃分的個案數目

死亡事件發生地點	個案數目(%)
家中	5 (33.3%)
醫院	5 (33.3%)
室內(並非家中)	2 (13.3%)
戶外	1 (6.7%)
學校	0 (0.0%)
街／道上	0 (0.0%)
水／海中	1 (6.7%)
其他	0 (0.0%)
不詳	1 (6.7%)
總數：	15 (100.0%)

檢討結果摘要

在2008及2009年死於其他原因的兒童有15人。

表5.4.5.1顯示，5名兒童死於複雜的醫療因素(33.3%)，當中兩人不足1歲(13.3%)，1人介乎9至11歲(6.7%)，另外兩人介乎15至17歲(13.3%)。10名兒童的死因不明(66.7%)，當中6人不足6歲(40.0%)，另外4人介乎12至17歲(26.7%)。

表5.4.5.2顯示，大多數兒童死亡事件是在家中及醫院發生的(同為5宗，33.3%)，在室內(而非家中)發生的有2宗(13.3%)。

在檢討死於其他因素的個案時，檢討委員會有以下觀察：

- (1) 根據警方交予死因裁判法庭的調查報告，在15宗死因不明的個案中，有5名兒童的死亡可能與健康問題有關；
- (2) 兩名死因不明新生嬰兒的死亡與隱瞞懷孕有關；
- (3) 兩名死因不明的兒童懷疑曾受虐待，但在調查期間未能證實這一點；以及
- (4) 4名兒童從高處墮下死亡，但無法確定他們是因意外或其他原因墮下，因此屬死因不明。

6 檢討結果、回應及跟進工作



6.1 對已檢討個案的綜合觀察及兒童死亡個案檢討委員會對預防兒童死亡事故的意見

6.1.1 對已檢討個案的綜合觀察

- (i) 概括比較香港與部分國家不同年齡組別的兒童死亡率，可見香港的兒童死亡率(2008年按每1 000名兒童人口計算為0.3人，2009年按每1 000名兒童人口計算為0.2人。有關數字包括檢討委員會已檢討或沒有檢討的所有兒童死亡個案)仍然相對較低；
- (ii) 在已檢討的兒童死亡個案中，死於自然因素的個案(156宗，65.5%)較死於非自然因素的個案(82宗，34.5%)為多；
- (iii) 在各個年齡組別中，以不足1歲兒童的死亡個案為最多(91宗，38.2%)，當中絕大多數屬死於自然因素的個案(80宗，33.6%)；
- (iv) 在已檢討的兒童死亡個案中，絕大多數兒童屬華裔(91.6%)。非華裔的兒童死亡個案(20宗)佔已檢討個案總數的8.4%；
- (v) 男童死亡個案(128宗，53.8%)較女童(110宗，46.2%)為多；
- (vi) 按每1 000名兒童人口計算，2008年及2009年兒童死亡率最高的地區分別是葵青區和屯門區(葵青區在2008年的比率為0.175人，屯門區在2009年的比率為0.162人)；以及
- (vii) 兒童死亡事件最常在家中發生(99宗，41.6%)，其次是醫院(84宗，35.3%)。

6.1.2 兒童死亡個案檢討委員會對預防兒童死亡事故的意見

- (i) 在已檢討的個案中，大多數兒童屬死於自然因素(65.5%)，這些不幸的兒童很多是罹患慢性或急性疾病的，惟有在醫學進步和治療程序改善的情況下，他們的病情才可能會好轉或痊癒。儘管如此，檢討委員會仍然認為有可以改善的地方，並就這些死於自然因素的個案提出三項建議；
- (ii) 死亡個案中第二個最常見的死因是“自殺”(10.9%)。兒童決意尋死，實在教人惋惜。雖然導致兒童產生輕生念頭和行為的因素複雜，但檢討委員會建議透過公眾教育，加強照顧者對兒童自殺的認知和警覺性，以期為這些兒童提供更多支援；

- (iii) 死亡個案中第三個最常見的死因是“意外”(9.7%)。兒童死於意外，同樣教人惋惜。其實，在這些個案中，照顧者在安排照顧兒童方面如能加倍小心，兒童因意外喪生的情況大部分都可以避免。因此，透過公眾教育提高兒童及其照顧者的道路和家居安全意識，是同樣重要的；
- (iv) 在襲擊個案中，施襲者絕大多數是已故兒童的父母(72.2%)。如果這些面對種種困難的家長能夠得到適時的協助和介入服務，個案中的兒童或可避免無辜喪命；
- (v) 不論兒童是因為健康或其他社會原因死亡，箇中情況有時頗為複雜，既難以預測，也不容易避免。然而，在檢討這些死亡個案的過程中，檢討委員會得知許多專業人士為保障兒童福祉付出了不少努力，他們的工作值得稱許；以及
- (vi) 毫無疑問，每個人都認同保障兒童福祉至為重要；為了讓他們得到更好的保護，大家都樂意繼續努力，付出更多。

6.2 主題及重要事項

檢討委員會檢討過在2008年和2009年發生的個案後，定出下列主題及重要事項：

- (i) 對於大部分個案而言，父母及照顧者妥善照顧及小心看管孩子，仍然是預防兒童死亡的最重要因素；
- (ii) 需要推行公眾教育，提高照顧者的家居安全意識，確保他們掌握適當知識和照顧兒童的技巧；
- (iii) 向兒童灌輸道路和家居安全的知識，有助預防兒童因交通或家居意外而失去生命；
- (iv) 公眾、照顧者和從事兒童工作或接觸兒童的專業人員，可多加留意兒童所面對的風險，以便提供適時協助或介入；以及
- (v) 推行生命教育，教導兒童珍惜生命，自強不息，有助他們克服生命中的各種挑戰。同樣地，家長也要接受生命教育，學會珍惜、尊重自己及孩子的生命，以防止兒童遭受致命襲擊。

6.3 從提交兒童死亡個案檢討委員會的服務報告中找到的良好做法

檢討委員會從一宗涉及一名7歲男童因滑倒導致頭部受傷而最終死亡的個案中，找到以下值得分享的良好做法(第A1項建議)：

- (i) 父母把意外死亡的兒子的眼角膜捐出，幫助有需要的人；以及
- (ii) 教育局和有關學校提供了跟進服務，幫助紓緩校內其他學生因有同學離世而出現的情緒困擾。

6.4 按死因類別提出的建議及有關各方的回應

檢討委員會檢討過在2008年及2009年發生的兒童死亡個案後，按個案的死因類別，共提出21項有關預防策略及改善制度的建議，建議重點見下文各段。對於先導計劃檢討委員會在其總結報告中曾提出了同類建議，檢討委員會藉這次檢討主動向有關方面查詢各項改善措施的最新推行情況。下文各段扼要說明這次檢討和先導計劃檢討委員會總結報告都曾提出的同類建議、早前就總結報告提供的意見／建議，以及這次檢討蒐集所得的最新資料。

6.4.1 死於自然因素的個案

6.4.1.1 建議及回應

第N1項建議

透過公眾教育提醒家長與嬰兒同床而睡可能對嬰兒構成致命風險。

最新情況／回應

衛生署

嬰兒睡眠安全是家居安全中的一個重要課題。母嬰健康院透過個別輔導、「共享育兒樂」研習班及小冊子、視聽教材和網頁提醒準父母、父母和照顧者注意嬰兒睡眠安全，以及與嬰兒同床而睡可能構成致命的風險。

衛生署亦編製「預防嬰兒猝死症」單張，刊於「共享育兒樂」小冊子內派發給到訪母嬰健康院的父母或照顧者，並可透過家庭健康服務的網頁(<http://www.fhs.gov.hk>)，「親子一點通」親子e雜誌及「親子易點明」網上學習平台閱覽及下載。

醫院管理局

醫院管理局同意這項建議。

第N2項建議

透過公眾教育鼓勵有殘疾和長期病患兒童的家長及照顧者每年安排這些兒童接種流感疫苗一次，以保障他們的健康。

最新情況／回應

衛生署

政府有下列計劃以鼓勵有殘疾、慢性疾病的兒童接種流感疫苗：

在院舍防疫注射計劃下，居於殘疾人士院舍的兒童每年可免費接種疫苗。

在政府防疫注射計劃下，有長期健康問題或須長期服用亞士匹林的兒科門診兒童或醫管局的住院兒童，可於公營診所／醫院免費接種疫苗。來自綜援家庭六個月至未滿六歲的兒童可到母嬰健康院免費接種。

在兒童流感疫苗資助計劃下，年滿六個月至未滿六歲，及六歲或以上仍就讀香港的幼稚園／幼兒中心的兒童可由私家醫生注射疫苗並獲每劑(最多兩劑)130元的資助。

衛生署與社會福利署、房屋協會、醫院管理局和其他持分者緊密合作，並向公眾和目標群組宣傳有關計劃。

醫院管理局

接種流感疫苗是預防季節性流感及其併發症的其中一個有效方法。

醫院管理局(醫管局)每年都會配合政府的防疫注射計劃，為合資格人士提供免費季節性流感疫苗注射服務，當中包括有長期健康問題的兒科病人，以預防感染流感可能導致的併發症及死亡。

同時，醫管局向所有職員提供免費季節性流感疫苗注射服務，保護他們避免感染流感及傳染病人。醫管局亦透過不同的渠道鼓勵醫護人員及公眾注射疫苗，例如安排流動服務隊提供疫苗注射。

第N3項建議

法醫科醫生和家庭醫生之間應設立通報機制，為驗屍後確定有遺傳病的已故兒童之家屬安排家族篩查，以生預防之效。

「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中同類建議

設立機制，在驗屍後如確定已故兒童有遺傳病，讓法醫知會及轉介其家屬接受身體檢查、跟進診治及遺傳輔導。

(總結報告第47頁，第N10項建議)

最新情況／回應

衛生署

在「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中的回應：

關於設立讓法醫給予意見的機制，衛生署法醫科已採取如下的做法：

- (i) 在任何情況下，法醫會應家人的要求向他們闡釋驗屍結果和死因；及
- (ii) 在任何情況下，如在驗屍期間發現未經診斷的遺傳病，法醫會主動約見有關家人闡釋結果和給予意見及／或因而轉介家長和尚存兄弟姊妹接受適當的跟進治療，包括遺傳輔導(如有顯示)。

(見總結報告第47頁：回應／改善措施)

就今次報告提供的最新情況：

上述意見仍然適用。

醫院管理局

如驗屍後發現死者可能有會影響其兄弟姊妹或親屬的遺傳疾病，病理學醫生會通知轉介的臨床部門，以追尋及告知其家人。

6.4.2 死於意外的個案

6.4.2.1 綜合觀察

在檢討死於意外的個案時，檢討委員會有以下觀察：

- (i) 跨境居住或新來港的兒童可能對香港的道路及交通情況欠缺熟悉，所以他們的道路安全意識會較為薄弱；以及
- (ii) 政府電視宣傳短片是提醒兒童過馬路時要注意安全的有效手法。

6.4.2.2 建議及回應

第TA1項建議

考慮在邊境附近的學校舉辦以跨境和內地新來港學生為對象的道路安全運動，以協助這類學生熟悉香港的行人道路安全規則。

最新情況／回應

道路安全議會

道路安全議會同意檢討委員會的初步結果，因為新來港和跨境兒童對本港道路和交通情況欠缺熟悉，以致他們較容易發生交通意外。

議會一直以宣傳及教育向新來港和跨境兒童宣揚道路安全信息。本會近年製作了一系列顏色鮮豔及富趣味性的宣傳印刷品，包括以簡體字製作及卡通人物為主題的“行人安全守則”小冊子，協助新來港學童了解香港的行人道路安全規則。

議會亦透過不同場合，包括交通安全城、道路安全巴士及委派警務人員親臨學校，舉辦講座，為學童、家長及教師提供實用的道路安全知識。於2012年1月至10月間，本會聯同香港警務處，於新界北總區鄰近邊境地區的學校，共進行了358次針對學童的道路安全講座。

“行人安全守則”小冊子：

1. http://www.roadsafety.gov.hk/en/download/leaflets/pedestrian_02.html (只有簡體中文版)
2. <http://www.roadsafety.gov.hk/images/en/download/leaflets/New%20Pedestrian%20Leaflet.jpg>
3. [http://www.roadsafety.gov.hk/doc/tc/download/Road%20Safety%20Rules%20for%20Pedestrians%20\(chs\).pdf](http://www.roadsafety.gov.hk/doc/tc/download/Road%20Safety%20Rules%20for%20Pedestrians%20(chs).pdf)

相關學校

有關建議切實可行。

第TA2項建議

透過不同方法加強學前兒童的道路安全意識，例如定期安排他們參觀交通安全城及觀看宣傳道路安全的短片等。

最新情況／回應

運輸署

道路安全議會負責統籌全港的道路安全教育和宣傳的工作。運輸署是該議會及其轄下的道路安全宣傳運動委員會的成員之一。就加強兒童道路安全方面，本署知悉警方會繼續代表道路安全議會推行有關的教育及宣傳工作。例如，警方安排道路安全講座給參觀交通安全城的學生和公眾人士。此外，警方亦安排道路安全巴士到訪學校及青少年中心，宣揚道路安全信息。在2010年至2012年期間，每年平均約有2 030次及42 800人參觀交通安全城及約有800次的警方到訪學校及青少年中心。另外，道路安全議會也透過電台及電視台播放宣傳道路安全的信息。

運輸署也有積極參與關注兒童道路安全機構的教育活動，例如運輸署在「2012年香港兒童安全會議」上作出演說及參與討論。運輸署會繼續與道路安全議會合作，探討加強有關兒童道路安全的教育及宣傳的工作以傳達有關的道路安全信息。

道路安全議會

道路安全議會一向關注推行幼兒道路安全的教育工作，透過各種宣傳媒體，宣傳道路安全信息。議會製作了不同系列針對行人過路安全的電視宣傳短片及電台聲帶，包括“過馬路勿分心”和“道路安全標誌及願景”等，提醒幼兒要小心過馬路。

議會的交通安全城能提供模擬道路環境，以提高小朋友的道路安全意識。交通安全城深受幼稚園、小學和社會團體的歡迎。此外，道路安全巴士亦不斷走訪港九各區，為學生、居民及青少年宣揚道路安全信息。交通安全城及道路安全巴士於2011年分別成功吸引逾43 800及60 000名人士參觀。

電視宣傳短片的網址：

1. http://www.isd.gov.hk/eng/tvapi/08_rs141.html
2. http://www.isd.gov.hk/eng/tvapi/06_rs139.html

第TA3項建議

(i) 廣泛宣傳在車輛上使用安全帶的重要性

最新情況／回應

運輸署

運輸署一直致力宣傳道路安全訊息。在佩戴安全帶方面，本署出版了「顧己及人記得佩戴安全帶」單張。此外，在2010年2月出版的第23期「道路安全通訊」中，本署也提醒乘客佩戴安全帶。在2011年12月，本署亦以「切記扣上安全帶」為主題，派發了約18萬份的第27期「道路安全通訊」，介紹正確使用不同的兒童安全座椅。有關道路安全通訊已上載在本署的網頁，並派發到各區民政事務處、行車隧道、停車場、圖書館及本署的牌照事務處等，方便市民取閱。

為加強私家車兒童乘客的安全，本署建議修訂法例以提高現時要求所有3歲以下的前座乘客須使用認可的兒童安全帶裝置的年齡上限，並將該要求擴展至後座的乘客。若該法例修訂實施後，本署會加強對正確使用兒童安全帶裝置的教育和宣傳。

道路安全議會

道路安全議會致力向大眾宣揚佩戴安全帶的重要性，製作了呼籲及教導駕駛者及乘客應佩戴安全帶的宣傳短片，包括以“小巴乘客佩戴安全帶”為題的宣傳短片，於各大電視及電台媒體廣泛播放。

本會亦已製作“請扣上安全帶”的宣傳印刷品，於全港各地廣泛派發，呼籲大眾乘車時應佩戴安全帶。有關印刷品及相關宣傳短片亦已上載到道路安全議會、政府新聞處及運輸署網頁，有效向公眾發布道路安全資訊。本會將繼續開拓各類宣傳渠道，以最有效方式宣揚道路安全訊息。

電視宣傳短片的網址：

http://www.isd.gov.hk/eng/tvapi/belt_e.html

“請扣上安全帶”小冊子：

http://www.roadsafety.gov.hk/doc/en/download/leaflets/PLB_Seat%20Belt.pdf

第TA3項建議

(ii) 限制持暫准駕駛執照的司機駕駛高性能汽車(包括跑車、高引擎容量汽車和改裝汽車), 或有助防止交通意外

「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中同類建議

對年輕及經驗不足的司機實施特別限制, 以減低他們發生交通意外的危險。

(總結報告第73頁, 第A18項建議)

最新情況／回應

運輸署

在「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中的回應：

「暫准駕駛執照計劃」已由2009年2月9日起, 擴展至私家車及輕型貨車的新領牌司機, 藉以加強道路安全。法例規定暫准駕駛執照持有人必須通過12個月的暫准駕駛期, 才合資格獲簽發正式的駕駛執照。他們除了須遵守現時適用於一般駕駛者的駕駛限制外, 亦須遵守額外的駕駛限制。

進一步回應／最新情況(截至2010年10月31日)

於2008年7月刊憲的《2008年道路交通法例(修訂)條例》已載明一籃子措施打擊及遏止酒後駕駛、危險駕駛和其他不當駕駛行為。此外, 正在考慮中的《2010年道路交通(修訂)條例草案》亦會進一步收緊打擊酒後駕駛和危險駕駛的法例。這些措施亦適用於年輕及缺乏駕駛經驗的司機, 對不當的駕駛行為加強阻嚇作用, 從而改善道路安全。(見總結報告第73-74頁：回應／改善措施及進一步回應／最新情況)

就今次報告提供的最新情況：

適用於私家車及輕型貨車之「暫准駕駛執照計劃」已由2009年2月9日起實施。

《2010年道路交通(修訂)條例》已於2010年12月17日生效，以增加酒後駕駛及危險駕駛的刑罰。該條例適用於所有司機，包括年輕及缺乏駕駛經驗的司機，該條例的目的是對有關不當的駕駛行為加強阻嚇作用，從而改善道路安全。酒後駕駛方面，該條例引入三級遞進刑罰制度，即是酒精比例超標越多，停牌期越長。至於危險駕駛方面，該條例增訂「危險駕駛引致他人身體受嚴重傷害」的罪行。

另外，《2011年道路交通(修訂)條例》已於2012年3月15日生效，該條例適用於所有司機，包括年輕及缺乏駕駛經驗的司機。該條例的目的是收緊對毒後及藥後駕駛的管制和賦權警方進行初步藥物測試，從而對毒後及藥後駕駛罪行進行更有效執法。

第A1項建議

透過公眾教育教導家長認識兒童頭部嚴重受傷的症狀及即時的處理方法。

最新情況／回應

衛生署

衛生署在醫療輔助隊和香港急症科醫學院的協助下製作了「急救常識」冊子，為市民處理日常家居或以外的急救事故(包括頭部受傷)時提供有用參考。此外，衛生署中央健康教育組的電話錄音資訊熱線及網頁亦提供了預防損傷的資訊。

醫院管理局

醫院管理局察悉這項建議。

第A2項建議

加強泳池救生員的定期複修訓練，讓他們熟悉處理懷疑遇溺情況的最新指引。

最新情況／回應

康樂及文化事務署

為提高救生服務質素和令救生員熟習拯溺行動，康樂及文化事務署(康文署)定期為救生員提供多元化訓練，包括入職課程、複修課程和技能提升課程。在2011至12年度，每名救生員受訓日數平均為3.9天。這些課程既讓救生員掌握最新技術，例如屬預防性質的救生行動(包括處理懷疑遇溺情況)、緊急行動計劃、救生技術、水上急救技術等，亦確保救生員持有有效的資歷。康文署又在泳季於各游泳池和泳灘定期舉行拯救演習，涵蓋緊急行動計劃、復蘇法、水上急救、泳池救生技術等，確保救生員練習有素和隨時作好準備。此外，為使救生員時刻保持警覺，他們須每半小時輪換工作崗位。

為提高兒童在公眾游泳池內的安全，康文署已實施以下措施：

- (a) 12歲以下兒童必須由成人陪同方可進入公眾游泳池，否則會被拒絕入場；以及
- (b) 游泳池職員如發現有12歲以下兒童單獨在公眾游泳池內，並證實沒有成人陪同，將不會准許該名兒童游泳。

香港拯溺總會

- (1) 「12歲以下的小童必須由成年人陪同進入泳池，以保障兒童的安全。」建議公眾泳池及私家泳池將此例包括在其泳池使用者守則內。
- (2) 「建議成年人在泳池內須妥善照顧其小童的安全。」此忠告訊息應有效地傳達給泳池使用者。

第A3項建議

加強「確保兒童遠離有毒物質」的公眾教育。

最新情況／回應

衛生署

母嬰健康院(下稱「健康院」)推行的「親職教育計劃」為家長及兒童照顧者提供一系列全面的育兒及親職資訊。家居安全是其中一個主要的課題。醫護人員會透過個別輔導、「共享育兒樂」研習班及小冊子、視聽教材和網頁提醒父母和照顧者注意預防家居意外，包括中毒事件。健康院亦會向家長派發香港中毒防控網絡印製的「預防兒童中毒」和「預防兒童服用撲熱息痛的意外中毒」小冊子。此兩款單張亦上載到香港中毒防控網絡網頁(<http://www.hkpcn.org.hk>)及衛生署家庭健康服務網頁(<http://www.fhs.gov.hk>)供市民閱覽。家庭健康服務亦有製作針對不同孩子年齡的家居安全小冊子，派發給到訪健康院的家長。市民亦可瀏覽家庭健康服務的網頁閱讀小冊子及觀看有關視聽教材(備有繁體、簡體及英文版)。此外，母嬰健康院於2011-12年先後推出兩個親職教育的網上平台，包括「親子一點通」親子e雜誌及「親子易點明」網上學習網頁，讓父母、照顧者及公眾從不同的渠道獲取育兒及親職資訊。家居安全的資料亦會經由「親子一點通」親子e雜誌及「親子易點明」網上學習平台提供給父母及照顧者參考。

6.4.3 死於自殺的個案

6.4.3.1 綜合觀察

在檢討死於自殺的個案時，檢討委員會有以下觀察：

- (i) 家長及教師對抱完美主義的學生的抗逆能力應有所警覺；
- (ii) 較諸學生的行為問題，老師似乎較少警覺他們的情緒困擾；以及
- (iii) 有特殊教育需要或有精神病患的學生在主流學校需要密集的支援和服務。

6.4.3.2 建議及回應

第S1項建議

透過公眾教育教導家長如何培養子女建立面對失敗的抗逆能力。

最新情況／回應

教育局

教育局不時透過不同渠道，如網上的「家長電子專訊」及「教育Update」專欄，發放資訊，提醒家長及公眾人士協助子女面對逆境。

在教育局網頁內，就「面對創傷事故」提供《給家長的建議》及《給教師的建議》文件，分別提醒家長及教師留意學生的心理狀態及異常情緒或行為。

教育局分別自2004/05學年及2006/07學年起一直致力推動小學「成長的天空計劃」及中學「多元智能躍進計劃」，以提升學生的抗逆能力，並要求家長積極參與當中的家長培訓、歷奇親子活動及結業禮，藉以協助家長了解學生的進展，及與學校合力培育學生成長。

社會福利署

22間家庭生活教育服務單位、65間綜合家庭服務中心及2間綜合服務中心提供多項家庭生活教育活動，提升公眾在逆境中的抗逆能力。這些服務單位／中心亦會為家長舉辦針對性的活動，以便裝備他們如何培養子女建立面對失敗時的抗逆能力。

家庭生活教育資源中心備有教導家長如何增強子女面對失敗時的抗逆能力的資源。

社會福利署(社署)透過資助非政府機構營辦的綜合青少年服務中心，在鄰舍層面為兒童及青少年提供一系列預防、發展及補救性的福利服務；以及家長教育及支援。

社署資助的學校社工服務不單協助及早辨識和適時支援有困難的學生，亦會聯繫學生家長，共同協助有需要的學生建立正面價值觀和促進健康發展。我們會鼓勵學校社工為家長多舉辦活動，加強家長培養子女面對失敗的抗逆力的技巧。

社署每年都舉辦一系列以「凝聚家庭、齊抗暴力」和「正向思維」為主題的大型宣傳活動及地區活動。個別地區更會按地區需要，舉辦不同的地區活動，以加強家庭凝聚力及建構和諧家庭，並鼓勵社區人士以積極態度面對逆境等。

第52項建議

- (i) 在校內設立機制，及早辨識那些面對多項危機因素而影響他們正常成長的學生；及
- (ii) 透過公眾教育，宣揚「抑鬱症可以治愈」的信息，並鼓勵有抑鬱症或情緒困擾的兒童及他們的家人尋求專業人士的協助。

最新情況／回應

教育局

第(i)部份：

學校的訓輔組會就預防及處理學生的情緒及壓力問題，策劃和推行相關的活動計劃和課程。

教育局正逐步擴展「校本教育心理服務」，至2016/17學年在全港的公營中小學全面落實，加強教育心理學家為學校提供支援。

我們建議學校採取三層支援模式，以識別並支援有情緒困擾及可能出現自殺危機的學生。第一層支援主要由教師及早識別較脆弱的學生，並透過其教學、輔導和活動安排，加強對這些學生的支援。第二層支援的對象為少部分有危機而被轉介給學校輔導人員或學校社工的學生，主要會由輔導人員作出危機評估並提供額外支援服務，例如個別和小組輔導。第三層支援針對高危個案，這些個案需要深入的專業評估和個別化支援；學校人員須按學生需要尋求專業人員例如精神科醫生、臨床心理學家、教育心理學家、醫務社工等的支援。

第(ii)部份：

有關各種精神病的資料(包括抑鬱症)及「學校如何幫助有精神健康問題的學生」指引已上載教育局網頁。我們亦製作了《學校處理學生自殺問題電子書：及早識別、介入與善後》，供學校人員作教學、輔導和危機評估之用。

此外，教育局亦為教師提供相關培訓，包括中、小學教師學生訓育及輔導證書課程、120小時的「以心理學方法處理學生行為問題的有效策略」專題課程。又聯同醫院管理局，在2009/10、2011/12和2012/13學年為教師／輔導人員，舉辦多場區本研討會，加強學校人員對學生情緒困擾的警覺性。

衛生署

衛生署學生健康服務透過青少年健康服務計劃，以外展形式在中學向學生、家長及老師推行促進青少年身心社交健康的訓練，當中的基本生活技巧訓練，內容涵蓋壓力處理、解決問題技巧等；旨在使青少年對生命建立正面的思想和態度，能自信和有效地面對成長所帶來的轉變與挑戰，並教導他們當遇到有情緒或抑鬱問題時，應盡早尋求專業人士的協助。此計劃亦有針對提高老師和父母意識而設的講座，加強他們對高危青少年自殺的警覺性和預防方法。

此外，參加學生健康服務的中小學學生每年會獲安排前往學生健康服務中心接受一系列的健康服務，包括心理健康及行為健康的普查。醫護人員會透過分析由學生和／或家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生／及家長時的情況，識別學生在心理社交、行為或自尊方面的問題並作出跟進。當中包括即時個別輔導，並在有需要時作出轉介到該服務的臨床心理學家、學校社工、社會福利署、非政府機構或醫院管理局轄下的精神科作進一步的評估及跟進。

我們相信通過有關政府及非政府機構、家長及老師的共同努力，能有效預防兒童及青少年自殺的問題。學生健康服務會繼續和社會上不同的持份者包括家長和校方共同努力。

衛生署亦製作了一系列健康教育學習資料及視聽教具，以及設有24小時電話錄音資訊熱線和網頁，發放有關精神健康的信息，促進市民心理社交健康。

社會福利署

社署資助的學校社工與學校職員共同合作及早辨識和幫助有困難的學生。在2013至14年度，社署將為學校社工及青少年服務工作員舉辦訓練課程，增強他們及早辨識學生的抑鬱及情緒困擾問題的技巧。

此外，社署亦透過資助非政府機構營辦的綜合青少年服務中心，在鄰舍層面為兒童及青少年提供一系列預防、發展及補救性的福利服務；及早辨識有需要的兒童及青年人，為他們提供適時支援。

社署每年都舉辦一系列以「凝聚家庭、齊抗暴力」和「正向思維」為主題的大型宣傳活動及地區活動。個別地區更會按地區需要，舉辦不同的地區活動，以加強家庭凝聚力及建構和諧家庭，並鼓勵社區人士以積極態度面對逆境等。

醫院管理局

在醫療層面，醫院管理局會為有自殺意念的兒童及青少年提供相關的專科服務，有需要的個案可轉介至本局轄下的兒童及青少年精神科為他們作全面自殺風險評估，有需要時會為他們安排住院及跟進服務。

相關學校

- 學校繼續透過校本課程及活動，發展學生對生命的正面價值觀。
- 學校推行師友計劃，加強學生和老師的關係，老師與學生有更多見面和閒聊的機會。

第3項建議

採取可預防校園欺凌的措施。

最新情況／回應

教育局

教育局絕對不容忍任何校園欺凌行為的政策是非常清晰的。透過通告要求所有學校必須正視並採取積極措施確保學生在校的安全，以及締造和諧的學校環境。

教育局又製備資源套，並上載教育局網頁，為學校提供指引和建議，加強教師對校園欺凌問題的認識，協助學校訂定校本預防、處理和跟進的策略。

教育局定期為學校舉辦講座及工作坊，提醒學校按照相關指引處理校園欺凌事件，並以「全校參與」的模式訂定及推行反欺凌策略。

自2011/12學年起推行一連串反欺凌活動及「反欺凌日或反欺凌週」，透過提供宣傳物品及資源套，協助學校宣揚反欺凌訊息，加強學生對欺凌行為的認識及應對欺凌的能力。

相關學校

本校以推行健康校園政策作為學校的主要關注事項，著力為學生建立關愛校園氣氛。學生關顧小組採用全校參與模式，全面關注學生在不同方面的需要。其中，本校加強了針對中一學生的支援服務，透過舉辦不同的課外活動和成長計劃，以及加強家校合作，照顧學生的成長和學習需要，協助他們適應新的學習環境，以及提昇社交技巧。

第S4項建議

透過公眾教育，鼓勵兒童當有朋輩向他們表示想自殺時，及時向可靠的成年人或專業人士求助。

最新情況／回應

教育局

為協助學校照顧有特殊教育需要的學生，教育局一直為學校提供額外資源、專業支援和教師培訓，並鼓勵學校透過「全校參與」模式為學生提供適切的支援。

患有精神病的學生需要醫護專業人員的診治，他們通常都會有精神科醫生、臨床心理學家或醫務社工跟進。學校的專業人員，包括學生輔導人員、學校社工和教育心理學家，可各在其專業範圍內為患有精神病的學生提供支援，以配合其治療／復康計劃。如有需要，學校的專業團隊、精神科醫生、醫務社工，聯同其他學校人員與家長，會透過跨專業的個案會議，共同商討支援策略。

對特別難處理的個案，教育局會按需要為學校提供一筆有時限的額外津貼，以聘請臨時教學助理，支援個別有特別需要的學生。

社會福利署

社署每年都舉辦一系列以「凝聚家庭、齊抗暴力」和「正向思維」為主題的大型宣傳活動及地區活動。社署在2011-12年度製作了一輯以「擁抱希望珍惜所愛」為題的電視宣傳短片、電台雙語宣傳聲帶以及海報，向市民傳遞愛惜子女、愛惜自己、愛惜生命的訊息。個別地區更會按地區需要，舉辦不同的地區活動，以加強家庭凝聚力及建構和諧家庭，並鼓勵社區人士以積極態度面對逆境等。

社署鼓勵綜合青少年服務中心及學校社工在中心／學校為青少年／學生多舉辦預防及支援性小組活動，增強他們對朋輩需要求助的警覺性。

社署已將有關意見轉達香港撒瑪利亞防止自殺會，透過其轄下提供專門服務的自殺危機處理中心，在提供預防自殺的公眾教育時，鼓勵有自殺念頭的兒童盡快向身邊的可靠成年人或專業人士求助。

相關的學校社會工作服務／非政府機構

- 同意透過公眾教育鼓勵兒童尋求協助是十分重要。
- 建議為需要較多支援的學生安排友師或義務導師的協助。
- 已經加強學校社工參加與精神健康相關的課程，例如：「自殺危機評估及介入工作坊」、「精神健康急救課程」、「性格障礙」及「思覺失調携手同行工作坊」等。
- 已經更新本機構網頁有關預防學生自殺的資料。
- 學校社工在處理有情緒病的學生時，如有需要會聯絡學校教育心理學家作支援。

相關學校

學校1：

已舉辦珍惜生命、常懷感恩等等的講座，以及在課程內加強有關內容。

學校2：

因應有關個案，校方在進行全面校本檢討後，已分別採取以下措施防範發生同類事件：

- (i) 加強駐校社工服務，投放更多資源處理有自殺風險的個案；
- (ii) 舉辦一系列專題講座，讓學生瞭解人生目標與價值，建立正向思維，以及掌握面對和處理壓力的方法；
- (iii) 在全校各科組活動上，讓學生有更多機會接觸弱勢不幸的社會群體，從而強化學生的抗逆力和珍惜生命的原動力；
- (iv) 提升教職員對有自殺風險學生的關注和警覺，以及辨識能力；
- (v) 聘請教學助理一名，專責輔導有特殊教育需要及有情緒問題的學生；及
- (vi) 重新檢訂學校緊急事故應變方案，優化各項應變措施和安排。

學校3：

教職員方面：

- 危機處理小組在事發後再次檢討及改善學校危機處理程序指引。

- 提醒教職員時刻保持敏銳洞察力，多關注學生行為及情緒上的變化。校方亦會在教職員會議及其他適當的場合，向教職員講解危機處理指引。
- 積極鼓勵教職員參與有關年青人自殺及其他自殘行為，以及精神健康的講座及工作坊。
- 在處理患有嚴重情緒及精神健康問題學生時，多諮詢教育心理學家，並聽取各方的專業意見。

學生方面：

- 每年為學生舉辦有關壓力處理、網上沉溺、網上欺凌等講座及工作坊。
- 為學校的德育課注入更多生命教育及積極人生的元素。

學校4：

學校一直密切跟進有情緒困擾或精神病患的學生，在家長授權下，學校會按個別學生的情況和需要，與相關老師、學校社工共同跟進或轉介予其他專業人士。

學校5：

- 校方已在全體教職員會議上主動提醒老師要注意學生的日常表現，如發現學生表現異常，應盡快了解及向有關部門報告。
- 成立學生支援小組，定期為學生舉辦不同的正向活動，加強學生健康的生活意識及抗逆能力。

學校6：

- 我們同意委員會的意見及觀察。若有任何學生表示想自殺時，本校同工必須呈報及盡快通知家長。校方亦一直努力建設關愛的校園文化。
- 已成立學習支援組，協助有特殊學習困難的學生。近年亦設有級會議，讓班主任可以經常與社工及訓輔老師交流如何輔導有情緒及行為問題的學生。

學校7：

同意檢討委員會的意見。學校實際上經常提醒教師及學生切勿輕忽來自學生口中有關自殺的片言隻字。亦提醒教師要在日常當值和課堂學習，多關注有情緒問題的學生。

第55項建議

增進學校工作人員對兒童精神病的知識，並於校內加強對精神出現問題的學生的支援。

最新情況／回應

教育局

教育局在《學校行政手冊》列明學校須照顧學生的健康(包括精神健康)。於2012年4月向各學校發出通函，就支援有精神健康問題的學生，提醒各學校需注意的事項和網上資源(包括教育局發出的「學校如何幫助有精神健康問題的學生」指引)。

教育局與醫院管理局轄下七個分區的「思覺失調」服務中心取得共識，讓學校在有需要時直接致電其所屬分區的服務中心，尋求有關的專業意見和支援。

教育局為教師提供相關培訓，包括中、小學教師學生訓育及輔導證書課程、120小時的「以心理學方法處理學生行為問題的有效策略」專題課程。又聯同醫院管理局，在2009/10、2011/12和2012/13學年為教師／輔導人員，舉辦多場區本研討會。

衛生署

衛生署學生健康服務透過青少年健康服務計劃，以外展形式在中學向學生、家長及老師推行促進青少年身心社交健康的訓練，當中的基本生活技巧訓練，內容涵蓋壓力處理、解決問題技巧等；旨在使青少年對生命建立正面的思想和態度，能自信和有效地面對成長所帶來的轉變與挑戰，並教導他們當遇到有情緒或抑鬱問題時，應盡早尋求專業人士的協助。此計劃亦有針對提高老師和父母意識而設的講座，加強他們對高危青少年自殺的警覺性和預防方法。

此外，參加學生健康服務的中小學學生每年會獲安排前往學生健康服務中心接受一系列的健康服務，包括心理健康及行為健康的普查。醫護人員會透過分析由學生和／或家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生／及家長時的情況，識別學生在心理社交、行為或自尊方面的問題並作出跟進。當中包括即時個別輔導，並在有需要時作出轉介到該服務的臨床心理學家、學校社工、社會福利署、非政府機構或醫院管理局轄下的精神科作進一步的評估及跟進。

我們相信通過有關政府及非政府機構、家長及老師的共同努力，能有效預防兒童及青少年自殺的問題。學生健康服務會繼續和社會上不同的持份者包括家長和校方共同努力。

衛生署亦製作了一系列健康教育學習資料及視聽教具，以及設有24小時電話錄音資訊熱線和網頁，發放有關精神健康的信息，促進市民心理社交健康。

社會福利署

同意委員會的意見，讓有關兒童的情緒狀況能恆常地得到校內不同界別人士的全面評估。學校工作人員與其他專業人士的溝通，有助負責個案的工作員掌握有關兒童最新的精神狀況及提高治療果效。多專業的個案管理模式亦能為該兒童提供更多的支援服務，以減低其再次自我傷害的機會。當該兒童有可能需要接受精神或心理治療時，有關個案工作員亦可及早作出迅速及適切的跟進，並得到相關同工的支援，以防止悲劇發生。此外，我們相信透過家長教育提升家長察覺兒童精神病患者的早期自殺跡象與尋求協助以及早介入的意識同樣重要。

因此，社署已在2011至12年度曾為學校社工及青少年服務工作員舉辦相關課程，增強他們對兒童精神病的知識和有關的處理技巧。

相關的學校社會工作服務／非政府機構：

學校社會工作服務機構1：

同意檢討委員會之意見，特別是針對某些有較高自殺風險的精神問題，如思覺失調。

學校社會工作服務機構2：

- 學校在處理精神出現問題的學生，都應先行召開跨專業會議，邀請精神科醫生、心理專家、社工、老師及家長參與，制訂支援措施和治療計劃。
- 在學校繼續推廣接納及包容有特別需要或患有精神病的學生。
- 學校社工分別召開四次個案會議，讓學校相關人士更加掌握學生的精神健康需要。

- 機構製作記事簿，並以推廣正面價值及快樂為主題，向所有學生及老師派發。
- 在事件發生後，即時與校方分享評估及處理有關有自殺危機的個案。

相關學校

學校1：

為提高教職員對有不同教育需要的學生的認識及支援，現時已有兩位老師完成相關的高級課程。此外，在教育心理學家、學校社工及學生支援小組共同努力下，由去年開始便組織一個共融大使小組，當中有四次講解有關特殊學習需要、情緒等題目，又試後活動亦舉行「正向情緒」講解，務求向全校傳遞訊息，由於學校多了一位教育心理學家駐校，老師亦多了渠道轉介有潛在情緒／精神問題的學生。

學校2：

學校輔導組會定期與相關老師、學校社工交流有關青少年精神健康的資訊及作有關個案的分享，在有需要時亦會諮詢教育心理學家，以促進對情緒困擾或精神病患的學生的了解及介入技巧。如有需要，學校會即時召開教師會議及邀約學校教育心理學家作支援。另外，在家長同意下，學校社工或老師亦會陪同學生與精神科醫生或臨床心理學家會面，共同跟進學生的需要。

第56項建議

透過公眾教育提醒家長應因應子女的能力加以培育，並接受他們的不足之處。

「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中同類建議

教育公眾應接納學生在學習的潛能和能力上會有個別差異的事實。通過啟發及訓練，學業成績欠佳的學生亦可發揮潛能，在其擅長領域建立佳績。

(總結報告第88頁，第55(i)項建議)

教育局

在「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中的回應：

- (i) 教育局舉辦不同的活動，提升公眾對個別差異的認識和了解；
- (ii) 教育局出版了一系列有關不同特殊教育需要和有關支援服務的單張，並上載教育局網頁。在2009年，教育局舉辦了以「共融校園——一切由心開始」為主題的推廣活動，又製作一輯十集的電視節目「天下父母心」，目的是讓社會大眾更能瞭解和接納有特殊教育需要的學生。在2010年，教育局亦為學校提供有關的延伸活動建議和教材資源，讓學校在學生和家長間進一步推動共融文化；及
- (iii) 教育局定期在其網頁出版通訊，為家長和公眾提供有關特殊教育的最新資訊及推廣共融措施。

(見總結報告第88頁：回應／改善措施)

就今次報告提供的最新情況：

教育局在2011年6月及2012年11月參與由香港教育城主辦的「學與教博覽」，透過攤位展覽、講座及參觀學校，向教師、業內人士、家長組織及公眾介紹普通學校推行融合教育的支援策略、特殊學校的學與教特色，以及支援有特殊教育需要學生的各項服務、教材、輔助儀器等。

教育局亦於2012年中舉辦「視藝創作展共融」比賽及展覽等活動，推廣共融校園文化。

教育局會繼續舉辦不同的活動及定期在網上出版通訊，提供有關特殊教育的最新資訊及推廣共融政策和措施。

相關的學校社會工作服務／非政府機構：

- 建議推行更多家長講座加強家長認識與子女溝通的知識及方法，特別是尊重每個人差異性及獨特性。
- 透過全校性的生命教育講座及活動，提升學生處理負面情緒的能力及學懂珍惜生命。

第57項建議

優化學校的生命教育及生活技能訓練課程，以加強學生解決問題及抗逆的能力。

「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中同類建議

在學校有關的課程之中，加強提升生活技能及抗逆能力之元素及幫助學生增強適應能力，以預防學生自殺。

(總結報告第88頁，第S5(ii)項建議)

最新情況／回應

教育局

在「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中的回應：

- (i) 相關學習元素已包含在學校課程內；
- (ii) 教育局亦為教師舉行相關的教師專業發展課程及編制學與教資源；及
- (iii) 教育局一直鼓勵學校為學生提供充分機會讓他們發展才能，協助他們為自己訂下目標和作出規劃，以樂觀積極的態度面對人生的轉變。為此，由2004/05學年開始，教育局在小學推廣以提升學生抗逆力(包括效能感、歸屬感及樂觀感)為目標的「成長的天空」計劃，並為中學舉辦相關的活動，包括與紀律部隊合作舉辦的「多元智能躍進計劃」；由香港賽馬會慈善信託基金資助，並由教育局及社會福利署協辦的「共創成長路－賽馬會青少年培育計劃」等。

(見總結報告第88頁：回應／改善措施)

就今次報告提供的最新情況：

教育局每年為教師舉行相關的教師專業發展課程，並不時編制及更新學與教資源。

與生命教育相關的學習內容和核心價值觀已納入現行的中小學課程中。此外，2012/13學年開始在初中推行的生活與社會課程加強與生命教育相關的學習元素，包括情緒管理及疏導負面情緒的方法、鞏固自信，提升抗逆力、發展潛能，確立自我等課題，以提升學生的抗逆力和所需的處理技巧。

在2012/13學年，超過380所小學參與「成長的天空」計劃；參與「多元智能躍進計劃」的中學生達2 000多人。另約有290所中／小學參與「關愛校園獎勵計劃」，顯示他們對建構關愛校園文化的決心和行動。

相關學校

學校1：

已有相關輔導小組支援有需要的學生。

學校2：

教職員方面：

- 危機處理小組在事發後再次檢討及改善學校危機處理程序指引。
- 提醒教職員時刻保持敏銳洞察力，多關注學生行為及情緒上的變化。校方亦會在教職員會議及其他適當的場合，向教職員講解危機處理指引。
- 積極鼓勵教職員參與有關年青人自殺及其他自殘行為，以及精神健康的講座及工作坊。
- 在處理患有嚴重情緒及精神健康問題學生時，多諮詢教育心理學家，並聽取各方的專業意見。

學生方面：

- 每年為學生舉辦有關壓力處理、網上沉溺、網上欺凌等的講座及工作坊。
- 為學校的德育課注入更多生命教育及積極人生的元素。

學校3：

為促進學生的堅韌力和積極樂觀的態度，學校在三年發展計劃中其中一個主要方向是發展學生的抗逆能力和健康的生活態度。學校透過學科的主題活動、健康校園計劃、週會主題、課外活動、學長支援計劃等，促進學生積極樂觀的態度及解難的能力，與及同輩間彼此支持的氣氛。

學校4：

本校採取全校參與模式，每年設計全面及多樣化的輔導活動，用以裝備學生面對成長中的各種挑戰。

學校5：

學校已在生命教育課加入處理感情問題和分手問題的課題和教節。安排教師作為學生的成長導師，輔導學生和協助學生處理各方面問題。

相關的學校社會工作服務／非政府機構：

- 已透過舉辦多元化活動包括歷奇訓練、壓力管理工作坊、藝術媒體活動及生涯規劃，加強學生解決問題及抗逆的能力。
- 已經安排內部分享會予學校社工分享預防自殺的良好實踐經驗。
- 已經安排學校社工參與不同的職員培訓課程以加強其相關知識及技巧，例如壓力處理及正向心理學。

6.4.4 死於襲擊及其他因素的個案

6.4.4.1 綜合觀察

在檢討死於襲擊及其他因素的個案時，檢討委員會有以下觀察：

- (i) 政府電視宣傳短片或實況劇是傳遞預防兒童遭受襲擊之訊息的有效方法；
- (ii) 贊成陪審團於死因聆訊後所作出的建議：「加強精神科病人離院評審機制，例如需要多於一位醫生或由資深醫生檢查及同意。」；
- (iii) 關注兒童在互聯網上與陌生人結交時缺乏警覺性，甚或利用互聯網進行援交；以及
- (iv) 隱瞞懷孕和分娩對嬰兒的生命構成威脅。

6.4.4.2 建議及回應

第AS1項建議

- (i) 提高公眾的警覺，發現為人父母者有跡象或作口頭威脅要自殺或傷害他們的孩子時，必須謹慎看待，並應盡早將有可能遇害的兒童連繫至所需的專業服務；及
- (ii) 透過公眾教育提醒家長有責任好好照顧子女，以及無論在任何情況下，他們都沒有權利奪去子女的性命。

最新情況／回應

社會福利署

社署每年都舉辦一系列以「凝聚家庭、齊抗暴力」和「正向思維」為主題的大型宣傳活動及地區活動。社署在2011-12年度製作了一輯以「擁抱希望珍惜所愛」為題的電視宣傳短片、電台雙語宣傳聲帶以及海報，向市民傳遞愛惜子女、愛惜自己、愛惜生命的訊息。個別地區更會按地區需要，舉辦不同的地區活動，以加強家庭凝聚力及建構和諧家庭，及鼓勵社區人士以積極態度面對逆境等。

社署已將有關意見轉達香港撒瑪利亞防止自殺會，透過其轄下提供專門服務的自殺危機處理中心，在提供預防自殺的公眾教育時，向公眾宣揚正面的人生觀，珍惜自己及子女的生命的信息及加強公眾對防止自殺的認識。

相關的特殊幼兒服務機構

- 除了提供家長訓練課程，加強家長在照顧有特殊需要兒童的知識及技巧外，更定期舉辦家長分享及互助小組，以紓緩家長的情緒和壓力。
- 本會近年更積極推動正向家庭活動，鼓勵家長以正向思維，多欣賞孩子的強項，以及懷着感恩之心，對身旁家人的關愛表示謝意。
- 當老師發現家長有情緒困擾時，會轉介社工處理，有需要時尋求心理學家之支援及輔導。
- 本會亦有為老師及相關前線訓練人員提供專業培訓，如：了解照顧者的壓力、精神健康及家庭危機處理技巧等。

相關學校

同意這項建議。

第A2項建議

加強對住院的精神病人，特別是那些有明確他殺意念的病人的離院評審機制，有助確保這些病人的子女安全。

最新情況／回應

社會福利署

按現行機制，多專業醫療團隊會在病人離院前為病人作危機評估，並制定離院計劃，包括聽取病人的家人之意見、根據病人的治療及康復需要提供社區支援服務；當有精神問題的父母離開院舍時，亦會為他們的子女增強支援服務。現正推行的個案康復支援計劃及精神健康綜合社區中心服務，均能增強對離院病人的支援服務。

已透過在地區推行一系列的社區教育活動，促進社會人士認識「精神健康」及精神病康復服務，消除對精神病患者的誤解與偏見，以及幫助紓緩照顧者的壓力。

社署會將一些複雜及高危個案交由社會工作主任職級的醫務社工跟進，讓這類個案接受更深化的介入服務。

醫務社工在收到醫院的轉介後，將會繼續與醫護人員，以及相關的地區伙伴及服務提供者，保持緊密的聯繫，評估有關病人(特別是自殺及他殺的高危個案)的需要及共同制定病人離院計劃。社署亦會按需要更新有關處理自殺／虐待兒童／家庭暴力個案的程序。

繼續提供臨床督導，以提升個案社工在處理有明確他殺意念的精神病人的敏銳度及加強危機評估。

醫院管理局

就精神科住院病人的出院和跟進安排，醫院管理局(醫管局)設有既定機制，讓醫護人員在病人出院前作風險評估，以決定病人是否適合出院，以及按評估結果為病人制定出院後的跟進安排。

至於一些屬優先跟進類別的病人，如他們被評定為可以出院，院方會安排資深的精神科醫生覆核他們的出院安排。此外，醫管局也會為病人安排適切的社區支援，包括安排精神科社康護士為病人作家訪。

相關學校

同意這項建議。

第A3項建議

提醒公眾在互聯網上交朋結友須提高警覺和防衛，因為在網絡虛擬世界中的事情和人物可能是虛假或偽裝的。

最新情況／回應

社會福利署

社署在2011年8月開始資助三個為期三年的「網上青年外展試驗計劃」，透過青年人常用的溝通方法，如電子郵件、短訊、網上聊天室、網上遊戲等渠道接觸邊緣及隱蔽青少年，包括那些不主動接受傳統服務的青少年，並推行預防、發展及治療的網上服務，當中包括發展網上教育、輔導及互助小組等協助青少年提高網上交友的安全意識及培養正確的價值觀，對抗援交的誘惑。

此外，社署每年都舉辦一系列以「凝聚家庭、齊抗暴力」為主題的大型宣傳活動及地區活動。社署亦製作了一集宣傳短片在巴士上的「路訊通」內播放，並上載於社署YouTube網頁，提醒家長留意子女的上網行為。在2012-13年度，社署於網上推出短片及故事板創作比賽，提高市民對網上色情陷阱的警覺性及探討如何避免兒童及青少年成為性侵犯的受害者。

教育局

就學生的網上安全問題，教育局已委託一間非政府機構提供支援熱線服務，向家長、教師及學生提供有關上網成癮、網上欺凌及安全上網的輔導及意見。在2011/12學年，共舉辦了18場家長、教師及學生的講座。教育局亦設立安全上網資訊頻道供公眾查閱。為進一步推廣安全上網，教育局將於2013年第二季推出十套短片及相關的資源套。

在2011年9月至2012年12月期間，教育局與香港IBM及香港輔導教師協會合作推行「網絡安全獎勵計劃」，旨在鼓勵學校訂定網絡安全的政策及推行策略。

第AS4項建議

提高外籍家庭傭工及其僱主對隱瞞懷孕的風險和及早求助的意識。

最新情況／回應

勞工處

就勞工政策而言，香港是少數賦予外地輸入勞工(包括外籍家庭傭工(「外傭」))與本地勞工相同法律權利的地區之一。舉例來說，外傭與本地勞工皆享有《僱傭條例》(第57章)的保障及福利，包括生育保障。

為提高外傭和其僱主對僱傭權益的認知，勞工處一直透過電台廣播、派發小冊子、舉行簡介會和在外傭聚集的地點作巡迴展覽等渠道，宣傳有關信息。

然而，所有懷孕婦女，不論其國籍或是否在職，都應了解隱瞞懷孕的風險和及早求助的重要性。

社會福利署

社署製作了一張宣傳單張以鼓勵因意外懷孕而面對困難的婦女及早求助，該單張除透過相關社會服務單位派發給有需要的市民，亦分發予入境處、勞工處及教育局。該單張亦已上載於社會福利署和家庭生活教育資料中心之網頁，並已翻譯為少數族裔文字，方便少數族裔人士了解單張的內容。

入境事務處

沒有更新資料／回應。

第A55項建議

加強公眾教育，提醒家長和照顧者搖晃嬰兒可能有致命的風險。

「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中同類建議

透過本地媒體推行有關「搖盪嬰兒綜合症」的公眾教育，告知家長和照顧者搖晃嬰兒可能會對嬰兒造成嚴重傷害，而有關宣傳短片最好能在內地播放。

(總結報告第114頁，第M1項建議)

最新情況／回應

衛生署

在「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中的回應：

- (i) 母嬰健康院(下稱「健康院」)為初生至5歲的兒童，提供一套全面的促進健康及預防疾病的「幼兒健康及發展綜合計劃」(下稱「綜合計劃」)。親職教育計劃是綜合計劃的其中一項核心服務項目。健康院會透過資料單張、視聽教材、研習班和個別輔導，預早為準父母和年幼兒童的父母提供有關育兒知識、兒童身心發展和親職事宜的指導；
- (ii) 衛生署其中一份有關處理嬰兒啼哭的親職教育單張亦有涵蓋「搖盪嬰兒綜合症」的議題；
- (iii) 健康院亦曾在「共享育兒樂」研習班(0至2個月)中播放由聯合醫院製作的「搖盪嬰兒綜合症」視像光碟，提醒參加者關注這個議題；及
- (iv) 衛生署會研究可否把有關這個議題的資料和視像教材上載衛生署的網址，讓居於內地的父母亦可以閱覽上述資料。

進一步回應／最新情況(截至2010年10月31日)

衛生署已將聯合醫院製作有關「搖盪嬰兒綜合症」的錄影片段上載於家庭健康服務的網頁(網址：<http://www.fhs.gov.hk>)，供內地的父母閱覽。

(見總結報告第114頁：回應／改善措施及進一步回應／最新情況)

就今次報告提供的最新情況：

母嬰健康院於2011-12年先後推出兩個親識教育的網上平台，包括「親子一點通」親子e雜誌及「親子易點明」網上學習網頁，讓父母、照顧者及公眾從不同的渠道獲取育兒及親職資訊。有關「搖盪嬰兒綜合症」的資訊亦已涵括於「親子一點通」親子e雜誌及「親子易點明」網上學習平台的內容中，希望能更廣範地提醒兒童照顧者搖晃嬰兒可能有致命的風險。

7 附錄



附錄7.1兒童死亡個案檢討委員會的委員名單

自2011年6月至目前的兒童死亡個案檢討委員會成員名單如下：

A. 主席及召集人：

姓名	專業界別
1. 梁乃江教授 (主席)	醫療(兒科)
2. 熊思方醫生 (A組召集人－自殺個案)	醫療(兒童精神科)
3. 黃汝璞女士 (B組召集人－交通意外個案)	會計
4. 李麗雲博士 (C組召集人－其他意外個案)	兒童教育
5. 許宗盛先生 (D組召集人－襲擊及其他因素個案)	法律
6. 余則文醫生 (醫療小組召集人－自然因素個案)	醫療(兒科)

B. 其他成員：

姓名	專業界別
1. 馬宣立醫生	醫療(法醫病理)
2. 陳潔冰女士	臨床心理學
3. 陳美蘭女士(至2012年5月)	法律
4. 陳美霞女士	社會福利
5. 張志雄醫生	醫療(兒科)
6. 鄧麗華醫生(自2012年6月起)	醫療(精神科)
7. 方長發先生(自2012年6月起)	社會福利
8. 洪詠慈女士(至2012年5月)	教育
9. 林陳蘭德博士(至2012年5月)	學術
10. 林子綏女士(自2012年6月起)	法律

姓名		專業界別
11.	林惠玲女士	教育
12.	李民瞻教授	醫療(兒科)
13.	石丹理教授	學術
14.	杜子瑩女士(自2012年6月起)	教育
15.	唐兆漢先生(自2012年6月起)	家長代表
16.	曾蘭斯女士(至2012年5月)	社會福利
17.	曾雯清醫生	醫療(兒科)
18.	楊家正博士(自2012年6月起)	學術
19.	姚家聰醫生(至2012年5月)	醫療(精神科)
20.	余榮輝先生(至2012年5月)	家長代表

附錄7.2職權範圍

兒童死亡個案檢討委員會的職權範圍：

- (i) 透過檢討兒童死亡個案，研究在該些個案發生前，箇中的危機因素及各曾介入或涉及的機構／政府部門的服務流程(如有的話)；
- (ii) 找出在提供相關服務的過程中、制度及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作出的建議的落實情況；
- (iv) 識別兒童死亡個案的有關模式及趨勢，以制訂預防兒童死亡的策略；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7.3檢討兒童死亡個案資料簡介

檢討兒童死亡個案

背景

社會福利署(下稱社署)於2008年2月15日至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在促進改善社會服務制度以增進兒童福祉的價值，常設的檢討機制遂於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/whatsnew/201103/PPCFRFR_Chi.pdf)。

目的

促進優化與兒童相關的社會福利服務制度，維護兒童的福祉。以跨界別和跨專業的協作為重點，預防發生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. 研究涉及所檢討的兒童死亡個案的工作及服務事宜；
2. 識別及分享良好做法及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有關的模式及趨勢，以制訂預防性之策略；及
5. 促進跨界別及跨專業的合作以預防可避免的兒童死亡事件。

範疇

1. 所有於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. 由非法定的兒童死亡個案檢討委員會(「檢討委員會」)進行檢討。其成員由社署署長委任，並由社署提供秘書處支援。
2. 秘書處會透過不同途徑收集兒童死亡個案的名單及相關資料供檢討委員會進行檢討。檢討形式基本上是以閱覽相關資料及文件為主。如有需要，檢討委員會亦會採用其他方式，例如舉行聚焦小組或約見有關人士。
3. 曾為已故兒童或其家庭提供服務的機構可透過向檢討委員會申報兒童死亡個案或提供有關個案的資料的服務報告協助檢討的進行。有關表格可向秘書處索取。
4. 設立兒童死亡個案資料庫以協助檢討的進行，及供檢討委員會作統計及研究用途。
5. 檢討的結果及檢討委員會的建議將透過其出版的綜合報告公布。建議會送交相關機構及團體考慮及跟進。
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資料。
7. 基於保密原則，檢討委員會的報告不會包含個別個案的詳情及任何個人或機構的資料。機構向秘書處提供的資料，只會作檢討兒童死亡個案之用。除因法律授權或規定外，否則所有資料絕對保密，並且不會在未經有關機構事先同意下向第三者披露。從各方面搜集得有關死亡兒童個案的資料會於檢討完成後銷毀。

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7樓721室
電話：2892 5670 電郵：srp@swd.gov.hk

附錄7.4 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

- 1 死亡原因不明
- 2 在突然／沒有得到診治的情況下死亡，死前被診斷為末期病患者除外
- 3 意外或受傷所導致的死亡
- 4 罪行所導致的死亡
- 5 施用麻醉藥導致死亡，或在接受全身麻醉的情況下死亡，或於施用麻醉後24小時內死去
- 6 手術所導致的死亡或在手術後48小時內死亡
- 7 職業疾病導致的死亡，與現時或以往的職業有直接或間接關連的死亡
- 8 胎兒死亡
- 9 產婦死亡
- 10 敗血症導致死亡，而所涉的敗血症主因不明
- 11 自殺身亡
- 12 受官方看管期間內死亡
- 13 具法定逮捕或羈留權的公職人員在執行職務時導致的死亡
- 14 在政府部門的處所內死亡，而該部門的公職人員具有法定的逮捕或羈留權
- 15 法例所規定的某類精神病人在醫院內或在精神病院內死亡
- 16 在私人護理中心內發生的死亡
- 17 殺人罪行所導致的死亡
- 18 施用藥物或毒藥導致死亡
- 19 受虐待、飢餓、疏忽導致死亡
- 20 在香港境外發生、而屍體被運回香港境內的死亡

資料來源：司法機構(網址：http://www.judiciary.gov.hk/tc/crt_services/pphl/html/cor.htm)

附錄7.5兒童死亡個案檢討委員會就2008及2009年兒童死亡個案的建議

備註：同一死因類別下較深色者，為曾於「檢討兒童死亡個案先導計劃」總結報告中提出，並於今次檢討重提的建議。

死於自然因素的個案：

N1	透過公眾教育提醒家長與嬰兒同床而睡可能對嬰兒構成致命風險。
N2	透過公眾教育鼓勵有殘疾和長期病患兒童的家長及照顧者每年安排這些兒童接種流感疫苗一次，以保障他們的健康。
N3	法醫科醫生和家庭醫生之間應設立通報機制，為驗屍後確定有遺傳病的已故兒童之家屬安排家族篩查，以生預防之效。

死於意外的個案：

TA1	考慮在邊境附近的學校舉辦以跨境和內地新來港學生為對象的道路安全運動，以協助這類學生熟悉香港的行人道路安全規則。
TA2	透過不同方法加強學前兒童的道路安全意識，例如定期安排他們參觀交通安全城及觀看宣傳道路安全的短片等。
TA3	(i) 廣泛宣傳在車輛上使用安全帶的重要性；及 (ii) 限制持暫准駕駛執照的司機駕駛高性能汽車(包括跑車、高引擎容量汽車和改裝汽車)，或有助防止交通意外。
A1	透過公眾教育教導家長認識兒童頭部嚴重受傷的症狀及即時的處理方法。
A2	加強泳池救生員的定期複修訓練，讓他們熟悉處理懷疑遇溺情況的最新指引。
A3	加強「確保兒童遠離有毒物質」的公眾教育。

死於自殺的個案：

S1	透過公眾教育教導家長如何培養子女建立面對失敗的抗逆能力。
S2	(i) 在校內設立機制，及早辨識那些面對多項危機因素而影響他們正常成長的學生；及 (ii) 透過公眾教育，宣揚「抑鬱症可以治愈」的信息，並鼓勵有抑鬱症或情緒困擾的兒童及他們的家人尋求專業人士的協助。
S3	採取可預防校園欺凌的措施。
S4	透過公眾教育，鼓勵兒童當有朋輩向他們表示想自殺時，及時向可靠的成年人或專業人士求助。
S5	增進學校工作人員對兒童精神病的知識，並於校內加強對精神出現問題的學生的支援。
S6	透過公眾教育提醒家長應因應子女的能力加以培育，並接受他們的不足之處。
S7	優化學校的生命教育及生活技能訓練課程，以加強學生解決問題及抗逆的能力。

死於襲擊及其他因素的個案：

AS1	(i) 提高公眾的警覺，發現為人父母者有跡象或作口頭威脅要自殺或傷害他們的孩子時，必須謹慎看待，並應盡早將有可能遇害的兒童連繫至所需的專業服務；及 (ii) 透過公眾教育提醒家長有責任好好照顧子女，以及無論在任何情況下，他們都沒有權利奪去子女的性命。
AS2	加強對住院的精神病人，特別是那些有明確他殺意念的病人的離院評審機制，有助確保這些病人的子女安全。
AS3	提醒公眾在互聯網上交朋結友須提高警覺和防衛，因為在網絡虛擬世界中的事情和人物可能是虛假或偽裝的。
AS4	提高外籍家庭傭工及其僱主對隱瞞懷孕的風險和及早求助的意識。
AS5	加強公眾教育，提醒家長和照顧者搖晃嬰兒可能有致命的風險。

