



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

第四份報告

(有關2014及2015年的香港兒童死亡個案)



目錄

1. 序言	1
2. 摘要	2
2.1 檢討 2014 和 2015 年的兒童死亡個案	2
2.2 2014 和 2015 年死亡個案性質的觀察結果	3
2.3 2014 和 2015 年兒童死亡個案檢討的建議	3
2.4 2006 至 2015 年兒童死亡個案檢討的概要	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 方法	7
5. 本報告涵蓋的兒童死亡個案概覽	9
5.1 2014 和 2015 年香港兒童人口和死亡的數字	9
5.2 2014 和 2015 年兒童死亡個案檢討的統計數字	10
5.3 兒童死亡個案的死因統計數字	16
5.3.1 死於自然因素的個案	16
5.3.2 死於自殺的個案	20
5.3.3 死於意外的個案	23
5.3.4 死於襲擊的個案	26
5.3.5 死於非自然因素但未能確定死因的個案	28
6. 2014 和 2015 年兒童死亡個案檢討的觀察結果	
6.1 按死因劃分的觀察結果	29
6.1.1 死於自然因素的個案	29
6.1.2 死於自殺的個案	30
6.1.3 死於意外的個案	33
6.1.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案	37
7. 提出的建議及有關各方的回應	40
7.1 死於自然因素的兒童死亡個案	40
7.2 死於自殺的兒童死亡個案	42
7.3 死於意外的兒童死亡個案	59
7.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的兒童死亡個案	64

8. 2006 至 2015 年兒童死亡個案檢討	75
8.1 按專題劃分的觀察結果	75
8.1.1 與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題	75
8.1.1.1 與嬰兒同床而睡的統計資料	75
8.1.1.2 其他睡眠安全問題的統計資料	76
8.1.1.3 與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題的觀察結果	77
8.1.1.4 關於與嬰兒同床而睡的建議	79
8.1.1.5 關於其他睡眠安全問題的建議	79
8.1.1.6 關於與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題的回應 / 最新情況	80
8.1.2 隱瞞懷孕	81
8.1.2.1 統計資料	81
8.1.2.2 觀察結果	83
8.1.2.3 建議	84
8.1.2.4 關於隱瞞懷孕的回應 / 最新情況	84
8.1.3 意外從高處墮下 / 跌倒致死	85
8.1.3.1 統計資料	85
8.1.3.2 觀察結果	86
8.1.3.3 建議	87
8.1.3.4 關於意外從高處墮下 / 跌倒致死的回應 / 最新情況	87
8.2 2006 至 2015 年兒童死亡個案檢討的統計數字	88
8.3 死於自然因素的個案統計數字	103
8.4 死於自殺的個案統計數字	106
8.5 死於意外的個案統計數字	108
8.6 死於襲擊的個案統計數字	111
8.7 死於非自然因素但未能確定死因的個案統計數字	113
8.8 死於複雜醫療因素的個案統計數字	114
9. 附錄	115
附錄 9.1 兒童死亡個案檢討委員會委員名單	115
附錄 9.2 職權範圍	120
附錄 9.3 兒童死亡個案檢討資料簡介	121
附錄 9.4 20 類須向死因裁判官報告的死亡個案	124
附錄 9.5 關於 2014 和 2015 年兒童死亡個案的建議	125

統計圖表

表 5.1.1	香港兒童死亡的資料和數字 (2014 和 2015 年)	9
表 5.1.2	比較以年齡區分的死亡率	9
圖 5.2.1	按個案性質劃分的個案數目	10
表 5.2.2	按年齡組別和性別劃分的個案數目	10
圖 5.2.3	按年齡組別和性別劃分的個案數目	11
圖 5.2.4	按種族劃分的個案數目	11
圖 5.2.5	按職業劃分的個案數目	12
圖 5.2.6	按死因劃分的個案數目	12
圖 5.2.7	按死因和性別劃分的個案數目	13
圖 5.2.8	按年齡組別和死因劃分的個案數目	13
表 5.2.9	按居住地區和年份劃分的個案數目	14
圖 5.2.10	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	15
圖 5.3.1.1	按年齡組別和性別劃分的個案數目	16
圖 5.3.1.2	按職業劃分的個案數目	16
表 5.3.1.3	按《疾病和有關健康問題的國際統計分類》 (第 10 次修訂本)健康問題類別劃分的個案數目	17
表 5.3.1.4	按年齡組別和死因類別劃分的個案數目	18
圖 5.3.1.5	已完成或獲豁免驗屍的個案數目	19
圖 5.3.1.6	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	19
圖 5.3.2.1	按年齡組別和性別劃分的個案數目	20
圖 5.3.2.2	按職業劃分的個案數目	20
圖 5.3.2.3	自殺原因	21
圖 5.3.2.4	自殺方式	21
圖 5.3.2.5	有可識別自殺跡象的個案數目	22
圖 5.3.3.1	按年齡組別和性別劃分的個案數目	23
圖 5.3.3.2	按意外類別和性別劃分的個案數目	23
圖 5.3.3.3	按年齡組別和意外類別劃分的個案數目	24
圖 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目	24
圖 5.3.3.5	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	25
圖 5.3.3.6	按職業劃分的個案數目	25
圖 5.3.4.1	按年齡組別和性別劃分的個案數目	26
圖 5.3.4.2	襲擊類別	26
圖 5.3.4.3	施襲者與已故兒童的關係	27

圖 5.3.4.4	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	27
圖 5.3.5.1	按年齡組別和性別劃分的個案數目	28
圖 5.3.5.2	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	28
表 8.1.1.1.1	按年份和性別劃分的個案數目	75
表 8.1.1.1.2	按死亡性質和性別劃分的個案數目	75
表 8.1.1.1.3	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	76
表 8.1.1.2.1	按年份和性別劃分的個案數目	76
表 8.1.1.2.2	按死亡性質和性別劃分的個案數目	77
表 8.1.1.2.3	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	77
表 8.1.2.1.1	按年份和性別劃分的個案數目	81
表 8.1.2.1.2	按死亡性質和性別劃分的個案數目	81
表 8.1.2.1.3	按母親是否外傭劃分的個案數目	82
表 8.1.2.1.4	按年齡劃分母親並非外傭的個案數目	82
表 8.1.2.1.5	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	82
表 8.1.3.1.1	按年份和性別劃分的個案數目	85
表 8.1.3.1.2	按從高處墮下 / 跌倒致死性質劃分的個案數目	85
表 8.1.3.1.3	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	86
表 8.1.3.1.4	按年份和年齡組別劃分的個案數目	86
表 8.2.1	按死因和年份劃分的個案數目	88
圖 8.2.1.1	按死因和年份劃分的個案數目	89
圖 8.2.1.2	按年份劃分的整體個案數目	89
圖 8.2.1.3	按年份劃分的死於自然因素個案數目	90
圖 8.2.1.4	按年份劃分的死於自殺個案數目	90
圖 8.2.1.5	按年份劃分的死於意外個案數目	91
圖 8.2.1.6	按年份劃分的死於襲擊個案數目	91
圖 8.2.1.7	按年份劃分的死於非自然因素但未能確定死因個案數目	92
圖 8.2.1.8	按年份劃分的死於複雜醫療因素個案數目	92
表 8.2.2	按年齡組別、性別和年份劃分的個案數目	93
圖 8.2.2.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	94
圖 8.2.2.2	按年份和種族劃分的個案數目	94
表 8.2.3	按死因、年份和性別劃分的個案數目	95
圖 8.2.3.1	按年份和性別劃分的整體個案數目	96

圖 8.2.3.2	按年份和性別劃分的死於自然因素個案數目	96
圖 8.2.3.3	按年份和性別劃分的死於自殺個案數目	97
圖 8.2.3.4	按年份和性別劃分的死於意外個案數目	97
圖 8.2.3.5	按年份和性別劃分的死於襲擊個案數目	98
圖 8.2.3.6	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目	98
圖 8.2.3.7	按年份和性別劃分的死於複雜醫療因素個案數目	99
表 8.2.4	按居住地區劃分的個案數目	100
圖 8.2.5	按死亡事故發生地點劃分的個案數目	102
圖 8.3.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	103
圖 8.3.2	按年份和死亡類別劃分的個案數目	104
圖 8.3.3	按年份劃分的已完成或獲豁免驗屍個案數目	105
圖 8.4.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	106
圖 8.4.2	按年份和自殺原因劃分的個案數目	106
圖 8.4.3	按年份和自殺方式劃分的個案數目	107
圖 8.4.4	按年份和可識別自殺跡象劃分的個案數目	107
圖 8.5.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	108
圖 8.5.2	按年份和意外類別劃分的個案數目	108
圖 8.5.3	按年份和年齡組別劃分的交通意外死亡個案數目	109
圖 8.5.4	按年份和交通意外受害人類別劃分的個案數目	109
圖 8.5.5	按年份和年齡組別劃分的從高處墮下 / 跌倒致死個案數目	110
圖 8.5.6	按年份和年齡組別劃分的遇溺死亡個案數目	110
圖 8.6.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	111
圖 8.6.2	按年份和襲擊類別劃分的個案數目	111
圖 8.6.3	按年份和施襲者與已故兒童的關係劃分的個案數目	112
圖 8.6.4	按年份和事故發生地點劃分的個案數目	112
圖 8.7.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	113
圖 8.7.2	按年份和死亡事故發生地點劃分的個案數目	113
圖 8.8.1	按年份和年齡組別劃分的個案數目	114

兒童是我們的未來，應得到保護，以及健康和安全的保障。每個兒童的死亡都是家庭及社會的悲慘損失，尤其令人惋惜的是兒童死亡本可避免。重要的是，考慮到這些死亡個案的情況後，我們正在採取措施，加強今後對兒童的保護和預防兒童死亡。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。

檢討委員會希望能透過有系統及仔細的檢討工作，深入了解導致兒童死亡的原因和可採取的措施，防止悲劇發生。大多數兒童死亡個案所涉及的情況複雜且牽涉多方面，歸咎於任何個人或機構都有欠公允。檢討委員會希望分享觀察結果和提出建議，藉以提高公眾、專業人員和機構的意識，讓他們了解導致和造成有關死亡個案的情況，以及可以緩減的風險因素，從而防止這些可避免的兒童死亡事故。

這是檢討委員會的第四份報告，檢討範圍涵蓋2014和2015年的兒童死亡個案。檢討委員會合共提出了53項建議，以加強預防兒童死亡個案的策略和改善有關制度，並已把有關建議送交政府有關各局／部門和相關機構尋求意見和回應。鑒於有多宗兒童死亡個案跟與成人同床而睡或其他睡眠安全問題、隱瞞懷孕及意外墮下有關，檢討委員會繼續就這些課題進行專題檢討。儘管檢討委員會仍面臨多種限制，例如檢討滯後及所作建議以死因裁判法庭收集的資料所限，但我們期望檢討結果和建議依然能提升公眾意識和號召各方通力合作，保護兒童的健康和生命。

兒童死亡個案檢討委員會主席
許宗盛先生，S.B.S., M.H., J.P.

2019年5月

檢討2014和2015年的兒童死亡個案

本報告的檢討範圍涵蓋166宗* 在2014和2015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布情況。

死因	個案發生的年份		總數
	2014	2015	
自然因素	50	57	107
非自然因素	33	26	59
自殺	9	9	18
意外	6	6	12
襲擊	3	6	9
未能確定 [#]	15	5	20
總數	83	83	166

* 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2015年的四宗自然因素個案和兩宗襲擊/未能確定死因的個案。有關個案的檢討結果(如有的話)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。

該166宗檢討個案的主要分布數字如下：

- 107名兒童(64.5%)死於自然因素，18名(10.8%)死於自殺，12名(7.2%)死於意外，9名(5.4%)死於襲擊，以及20名(12.0%)死於非自然因素但未能確定死因。(見圖5.2.1和5.2.6)
- 男童死亡個案(90宗,54.1%)較女童死亡個案(76宗,45.8%)為多。(見表5.2.2)
- 年齡不足1歲的兒童死亡個案為數最多(72宗,43.4%)，其次是年齡介乎15至17歲的個案(28宗,16.9%)和年齡介乎1至2歲的個案(24宗,14.4%)。(見表5.2.2和圖5.2.3)
- 大多數已故兒童為華裔(144名,86.7%)，20名(12%)已故兒童為非華裔，其餘2名(1.2%)的種族不詳。(見圖5.2.4)
- 103名(62.0%)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。59名(35.5%)兒童是全日制學生，2名(1.2%)不詳，1名(0.6%)從事兼職工作及1名(0.6%)沒有上學或工作。(見圖5.2.5)

- 在各死因組別中，死於自然因素和襲擊的男童較女童為多，而死於意外的女童則較男童為多。死於自殺和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 5.2.7)
- 年齡不足 1 歲死於自然因素的兒童死亡個案為數最多 (49 宗，29.5%)，其次是年齡介乎 1 至 2 歲死於自然因素的個案 (17 宗，10.2%) 和不足 1 歲死於未能確定死因的個案 (16 宗，9.6%)。(見圖 5.2.8)
- 最多死亡事故是在家中發生的個案 (84 宗，50.6%)，其次是在醫院發生的個案 (60 宗，36.1%)。(見圖 5.2.10)

按死因劃分的個案分類詳情，請參閱第 5 章。

2014 和 2015 年死亡個案性質的觀察結果

檢討委員會以 2014 和 2015 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 6 章。

2014 和 2015 年兒童死亡個案檢討的建議

檢討委員會經檢討 2014 和 2015 年的兒童死亡個案後，提出 53 項建議，以加強預防兒童死亡個案的策略和改善有關制度。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-N3	3
自殺	S1 – S18	18
意外	A1-A12	12
襲擊及死於非自然因素 但未能確定死因	AS1-AS20	20
總數	-	53

我們已將這些建議送交政府有關各局／部門和相關機構／組織尋求意見和回應。這些建議和政府有關各局／部門和相關機構／組織的意見和回應，按不同死亡因素，記載於**第7章**。所有建議的摘要亦載列於**附錄9.5**。

2006至2015年兒童死亡個案檢討的概要

就2006至2015年間的兒童死亡個案而言，有關同床而睡、其他睡眠安全問題、隱瞞懷孕和意外從高處墮下／跌倒致死的專題檢討已經完成。另外，我們擬備了圖表，按個案性質顯示不同個案在檢討期間的增減情況。

詳情請參閱**第8章**。

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。

檢討委員會亦藉此機會，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，並提供最新資料和反饋意見，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。

4.1 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(「檢討委員會」)在2011年6月開始運作，先後在2013年5月、2015年7月和2017年8月發表首份、第二份和第三份報告，載述了2008至2013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17名委員組成，包括不同界別的专业人士和一名家長代表。為確保檢討工作具有效率並發揮應有成效，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2017年6月至2019年5月期間，檢討委員會共舉行19次會議，其中包括8次委員會會議及11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9.1和9.2。

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

檢討委員會在2011年6月成立後，已完成對2008至2013年間兒童死亡個案的數輪檢討。檢討委員會在2013年5月發表首份報告和21項建議、在2015年7月發表第二份報告和47項建議，以及在2017年8月發表第三份報告和45項建議。隨後兩年，2014和2015年兒童死亡個案的檢討工作亦告完成。檢討工作滯後，往往被質疑未有適時進行檢討和提出建議。不過，幾乎所有兒童死亡個案都必須經過死因裁判法庭的法律程序，部分甚至可能涉及刑事和民事法律訴訟，故有必要待法庭程序完成後才開始檢討，以免影響法律程序。儘管如此，檢討委員會一直主動與有關各方交換意見並提出建議，在檢討個案後即時提出觀察結果和關注事項，不會留待出版雙年報告才作跟進。

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，包括審閱提交予死因裁判法庭的文件和文檔，以及在兒童死亡前為他們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>

兒童死亡個案檢討委員會完成檢討2008至2013年的兒童死亡個案後，分別在2013年5月、2015年7月和2017年8月發表首份、第二份和第三份報告。該三份報告可到以下網址查閱：

首份報告

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

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

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

5.1 2014和2015年香港兒童人口和死亡的數字

關於數字四捨五入的備註：由於四捨五入的關係，以下圖／表顯示的百分比總和未必等於100。

表5.1.1：香港兒童死亡的資料和數字（2014和2015年）

數字類別	年份	
	2014	2015
兒童人口*	1 014 800	1 020 000
兒童死亡數目	216	171
兒童死亡率@	0.2	0.2
已檢討個案數目	83	83

* 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5.1.2：比較以年齡區分的死亡率*

年齡組別		0歲		1-4歲		5-9歲		10-14歲		15-19歲	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
國家/ 地區®	香港#	2.1	1.5	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
	澳洲^	3.3	3.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.3
	加拿大&	4.7	4.9	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.3
	日本~	2.1	2.0	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
	新加坡~	2.1	1.9	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2
	英國~	3.9	3.9	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2

* 以年齡區分的死亡率：除非另有說明，否則指每1000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13-10-0710-01）（<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310071001>）

~ 資料來源：世界衛生組織的死亡率資料庫（http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/）

5.2 2014和2015年兒童死亡個案檢討的統計數字

圖 5.2.1：按個案性質劃分的個案數目

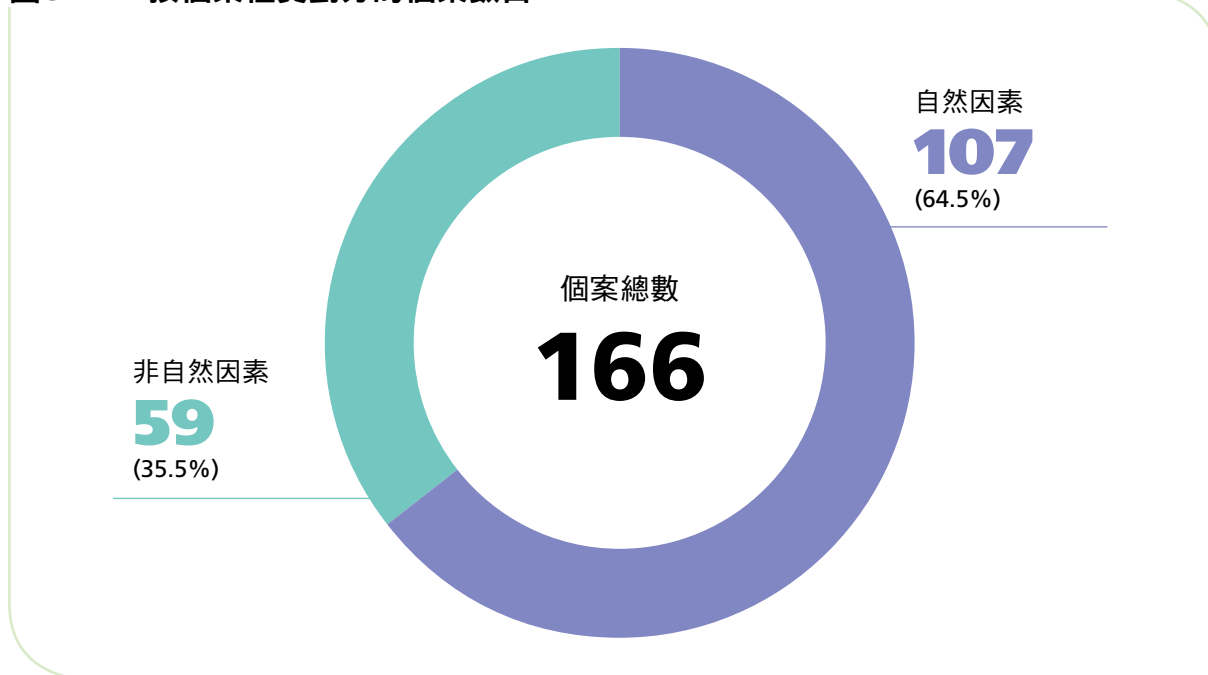


表 5.2.2：按年齡組別和性別劃分的個案數目

年齡組別	性別		個案數目 (%)
	女 (%)	男 (%)	
< 1	36 (21.7%)	36 (21.7%)	72 (43.4%)
1-2	12 (7.2%)	12 (7.2%)	24 (14.4%)
3-5	5 (3.0%)	8 (4.8%)	13 (7.8%)
6-8	2 (1.2%)	4 (2.4%)	6 (3.6%)
9-11	0 (0%)	5 (3.0%)	5 (3.0%)
12-14	8 (4.8%)	10 (6.0%)	18 (10.8%)
15-17	13 (7.8%)	15 (9.0%)	28 (16.9%)
總數	76 (45.8%)	90 (54.1%)	166 (100.0%)

不同年齡組別中個案數目最高者，以不同的背景顏色顯示。

圖 5.2.3：按年齡組別和性別劃分的個案數目

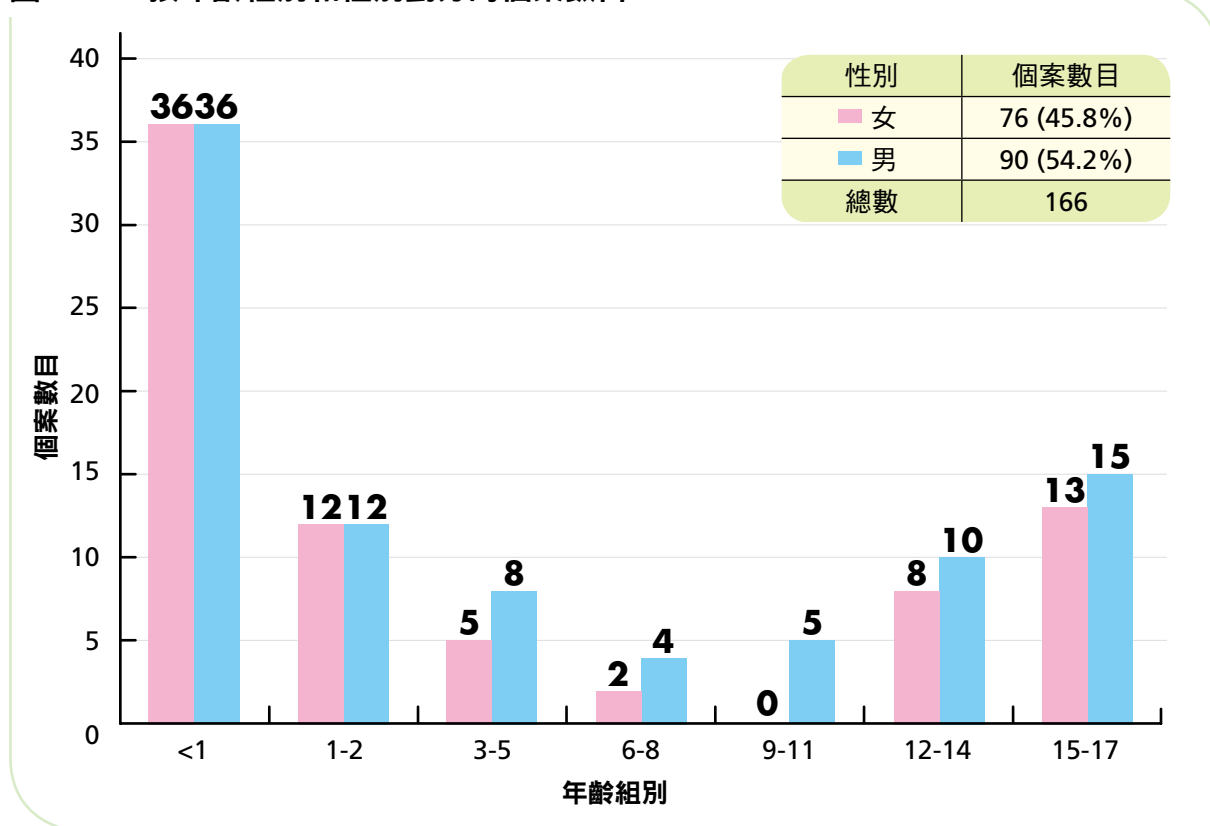


圖 5.2.4：按種族劃分的個案數目

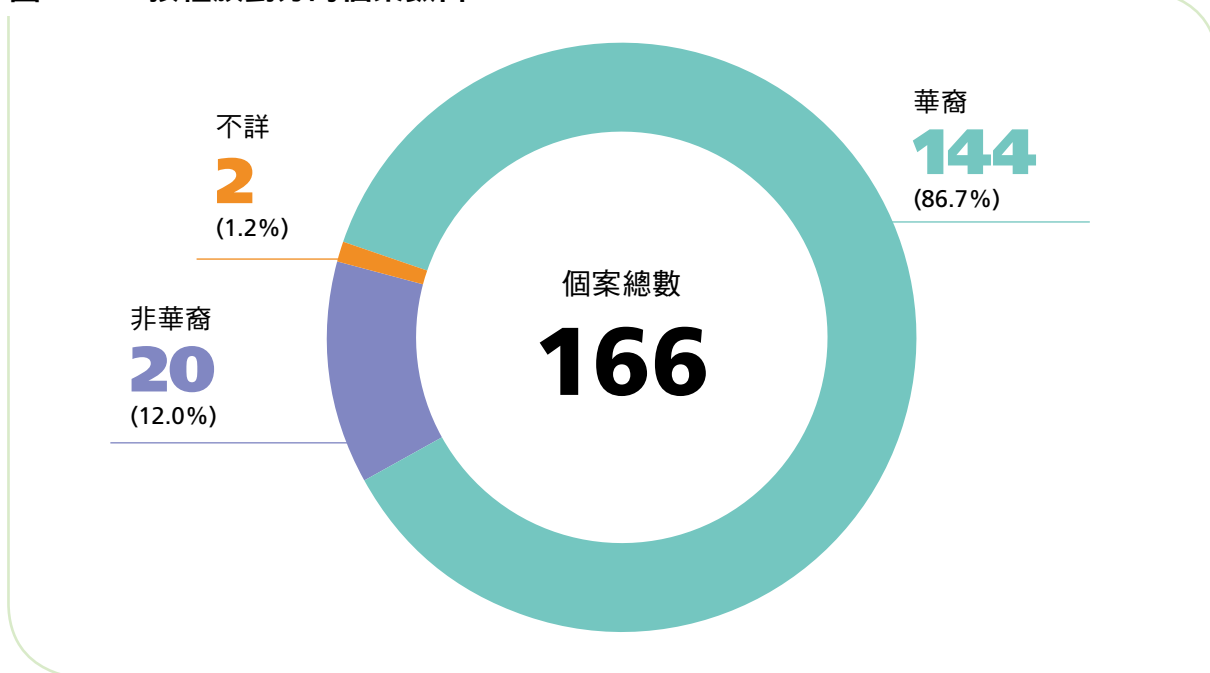
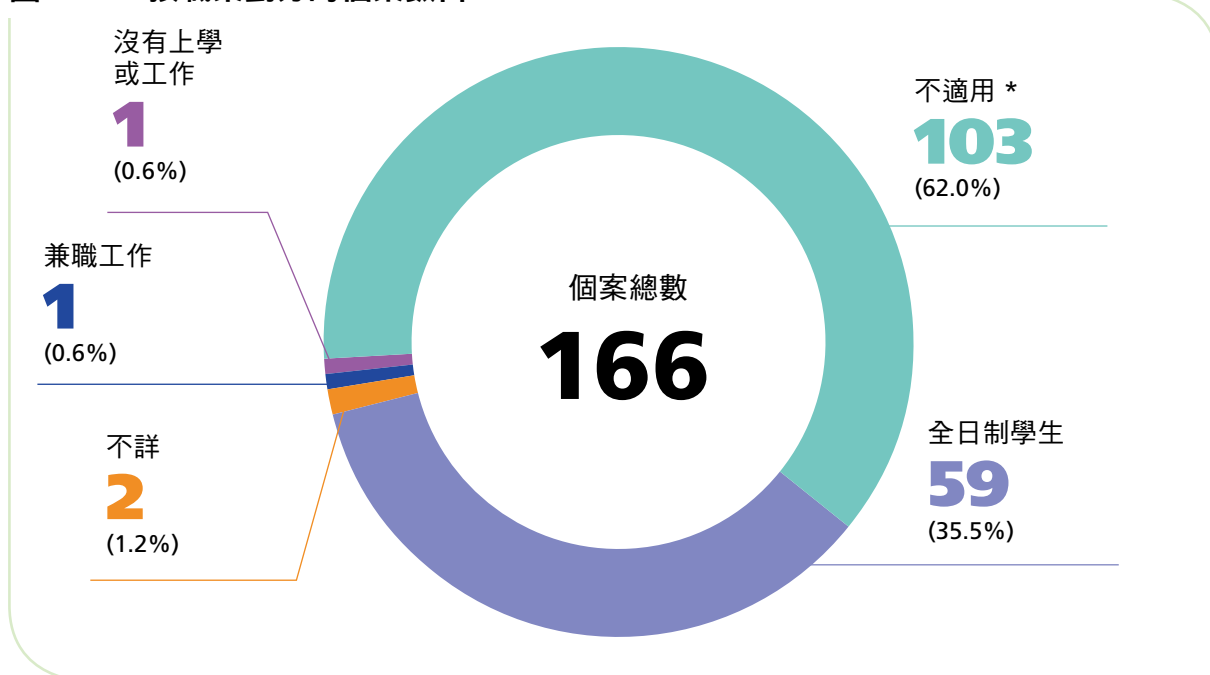


圖 5.2.5：按職業劃分的個案數目



* 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。

圖 5.2.6：按死因劃分的個案數目

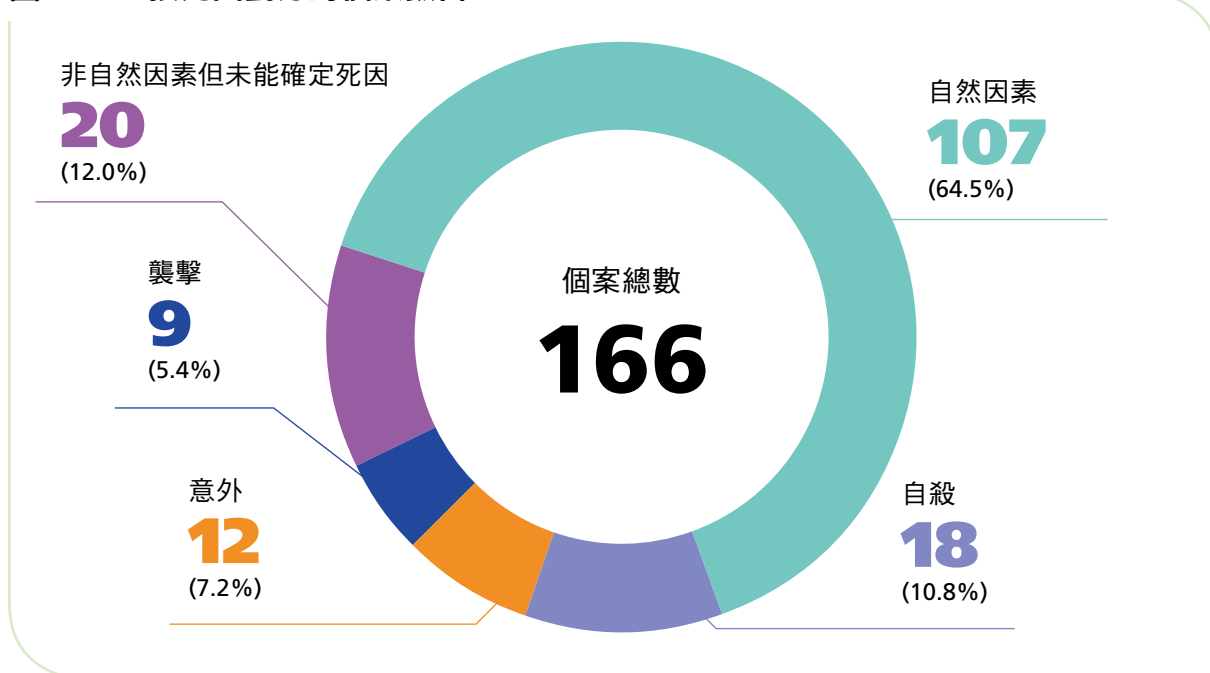


圖 5.2.7：按死因和性別劃分的個案數目

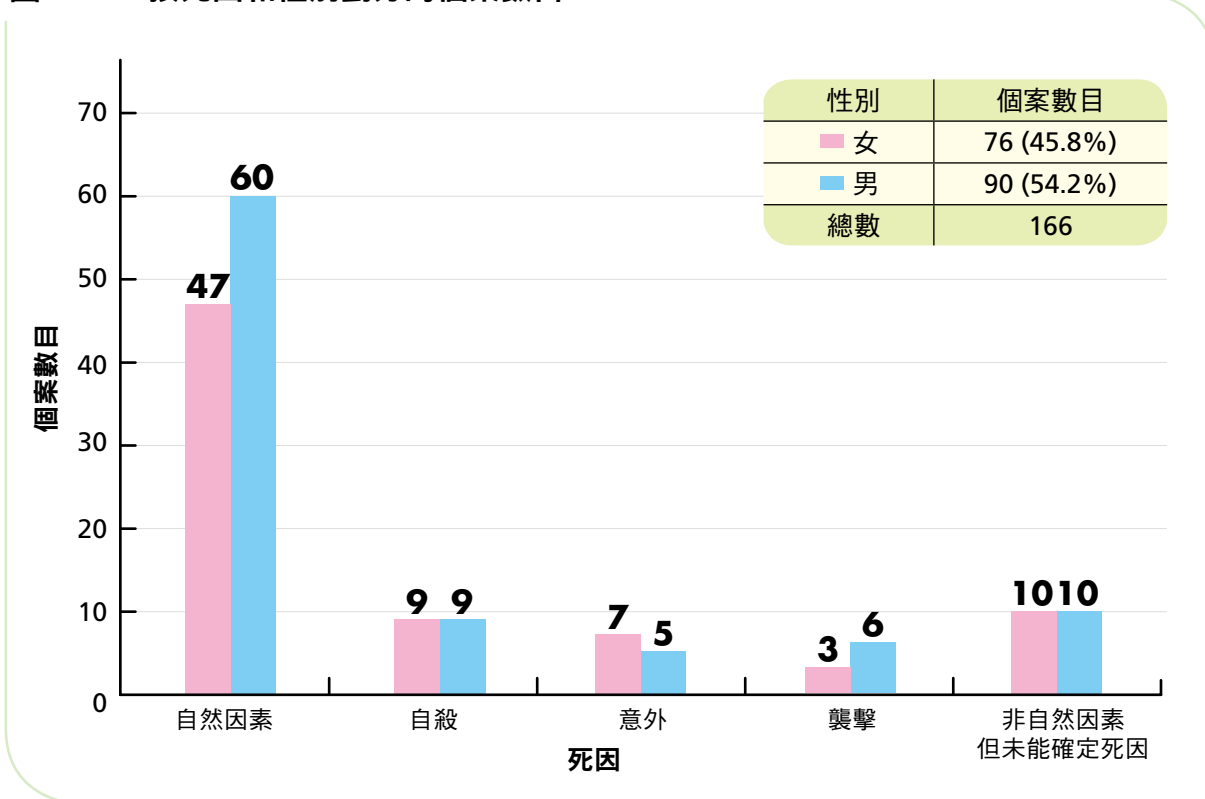


圖 5.2.8：按年齡組別和死因劃分的個案數目

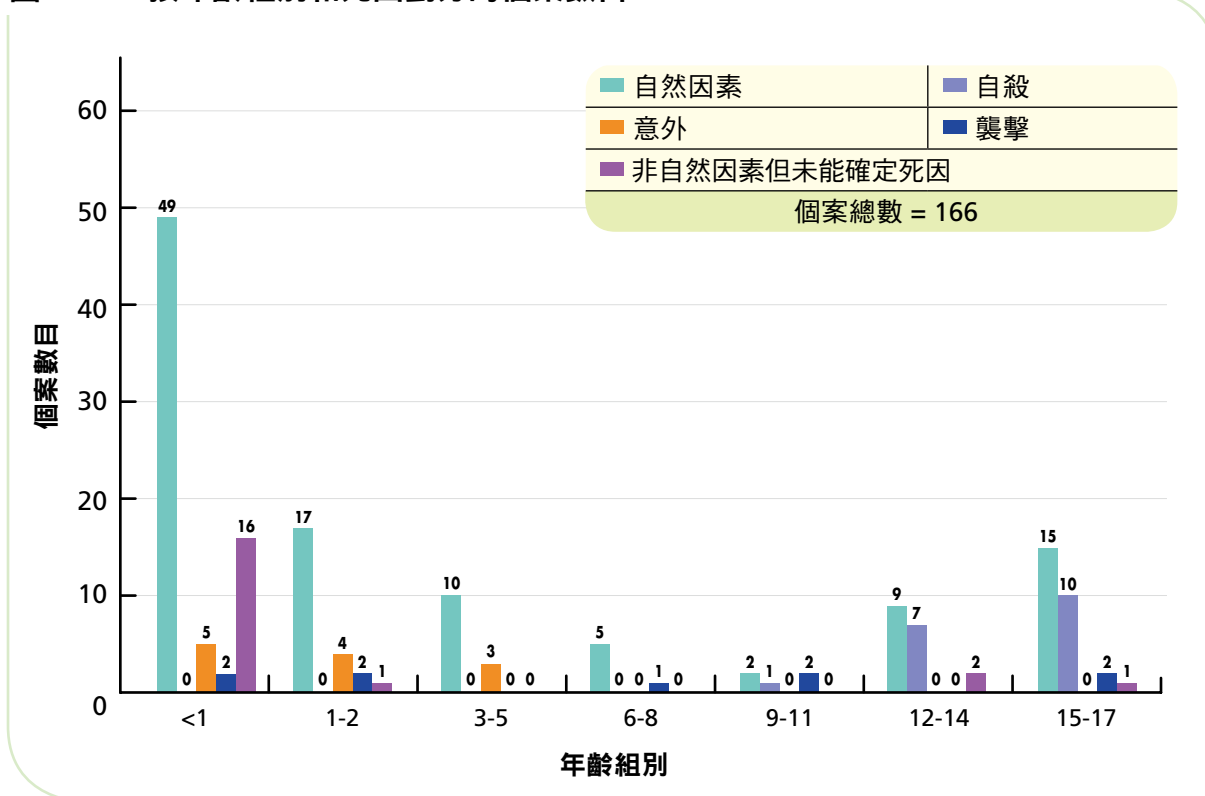


表 5.2.9：按居住地區和年份劃分的個案數目

居住地區	2014			2015		
	個案數目	* 人口	# 死亡率	個案數目	* 人口	# 死亡率
香港島						
中西區	3	34 500	0.087	2	38 100	0.052
灣仔	1	19 700	0.051	0	20 200	0
東區	8	75 100	0.107	6	73 600	0.082
南區	2	37 500	0.053	6	35 300	0.170
九龍						
油尖旺	4	48 000	0.083	3	49 900	0.060
深水埗	2	55 900	0.036	3	55 900	0.054
九龍城	3	58 100	0.052	6	57 600	0.104
黃大仙	5	55 000	0.091	4	53 100	0.075
觀塘	8	90 800	0.088	7	90 800	0.077
新界						
葵青	8	67 800	0.118	3	69 600	0.043
荃灣	4	46 500	0.086	2	46 600	0.043
屯門	6	69 300	0.087	4	70 000	0.057
元朗	9	94 900	0.095	10	94 500	0.106
北區	3	44 700	0.067	4	47 200	0.085
大埔	2	38 100	0.052	5	39 900	0.125
沙田	7	86 900	0.081	7	88 700	0.079
西貢	3	68 300	0.044	6	66 900	0.090
離島	2	25 900	0.077	4	26 600	0.150
其他						
並非在香港居住	2	-	-	1	-	-
不詳	1	-	-	0	-	-
總數	83	-	-	83	-	-

以上居住地區是根據 18 區區議會 / 選區劃分。

18 區中個案數目或死亡率最高的三個地區，以不同背景顏色顯示。

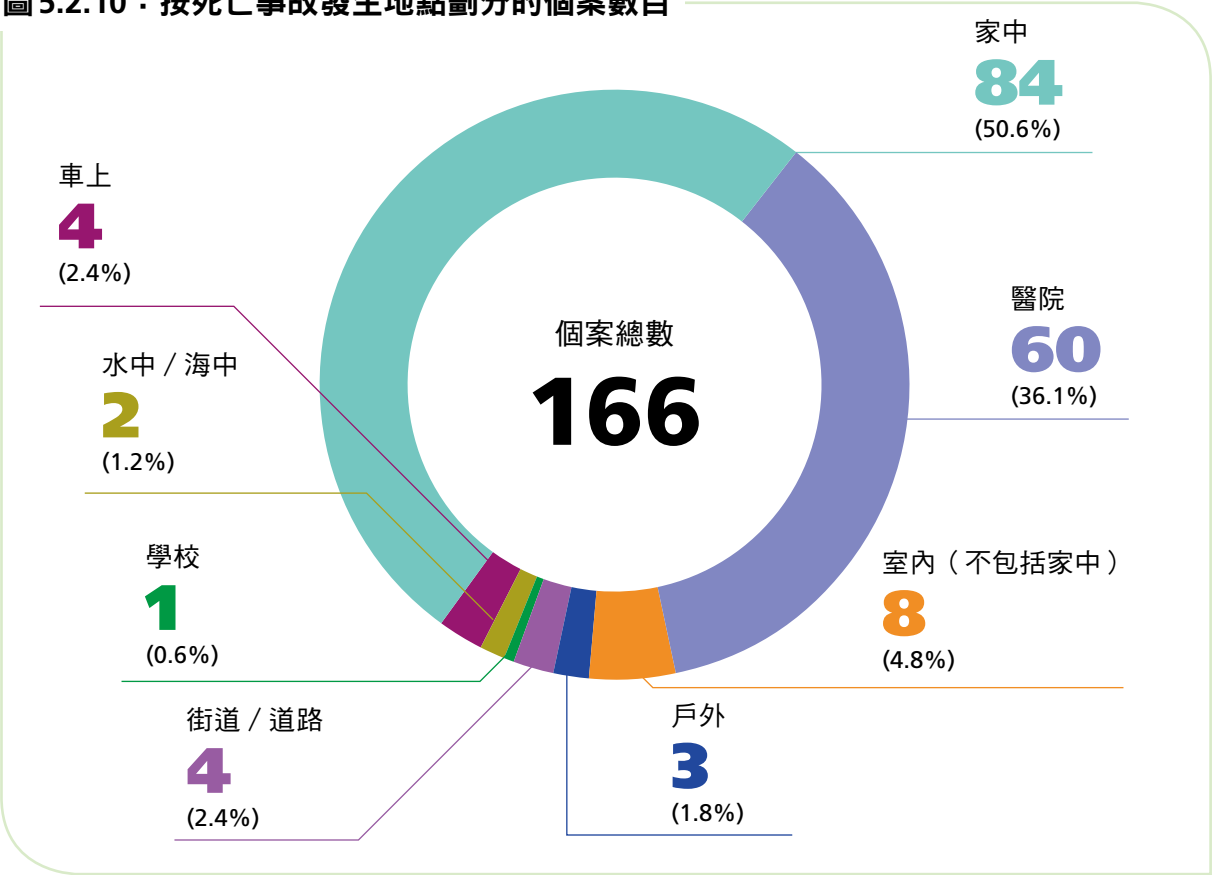
* 表示各區陸上非住院的 0-17 歲兒童人口數目。資料來源：政府統計處綜合住戶統計調查。

表示以地區區分的兒童死亡率，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。

在2014年錄得最多兒童死亡個案的地區是元朗區(9宗)，其次是東區、觀塘區和葵青區(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)最高的地區是葵青區(0.118)，其次是東區(0.107)和元朗區(0.095)。葵青區、東區和元朗區的兒童死亡個案數目和兒童死亡率相對較高。

在2015年錄得最多兒童死亡個案的地區是元朗區(10宗)，其次是觀塘區和沙田區(同為7宗)。兒童死亡率最高的地區是南區(0.170)，其次是離島區(0.150)及大埔區(0.125)。元朗區、沙田區和觀塘區的兒童死亡個案數目和兒童死亡率相對較高。

圖 5.2.10：按死亡事故發生地點劃分的個案數目



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 5.3.1.1：按年齡組別和性別劃分的個案數目

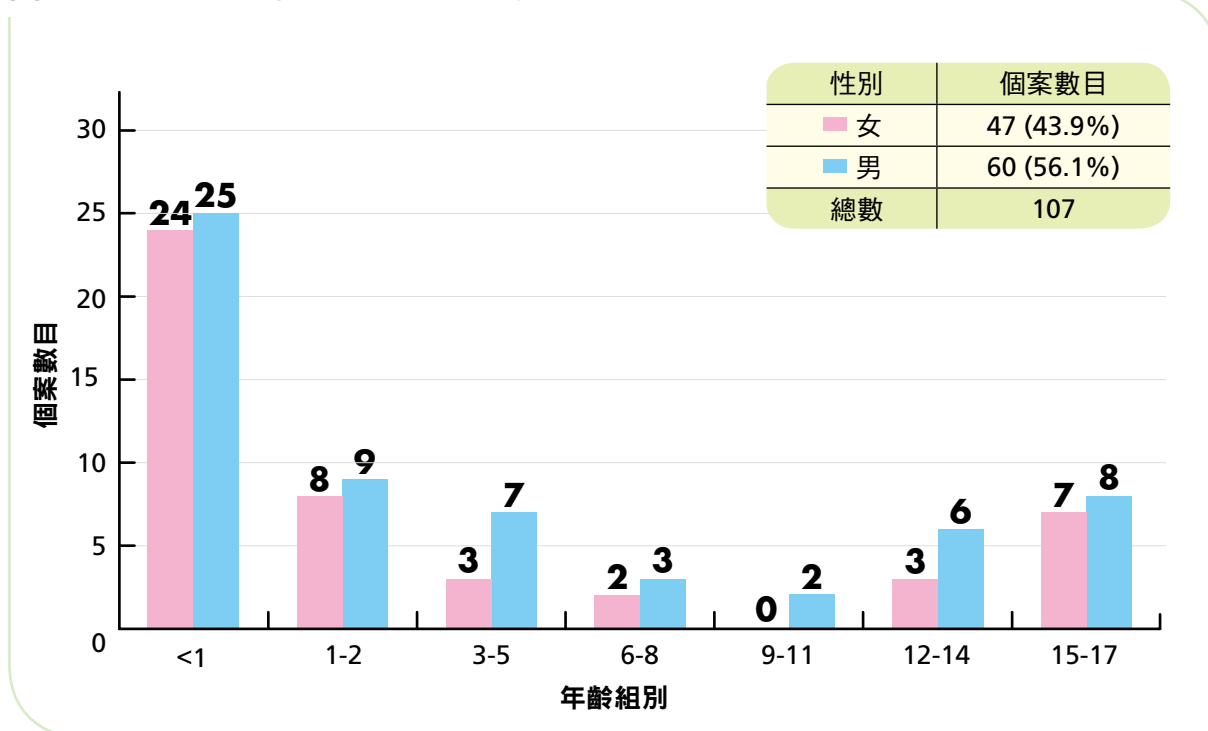
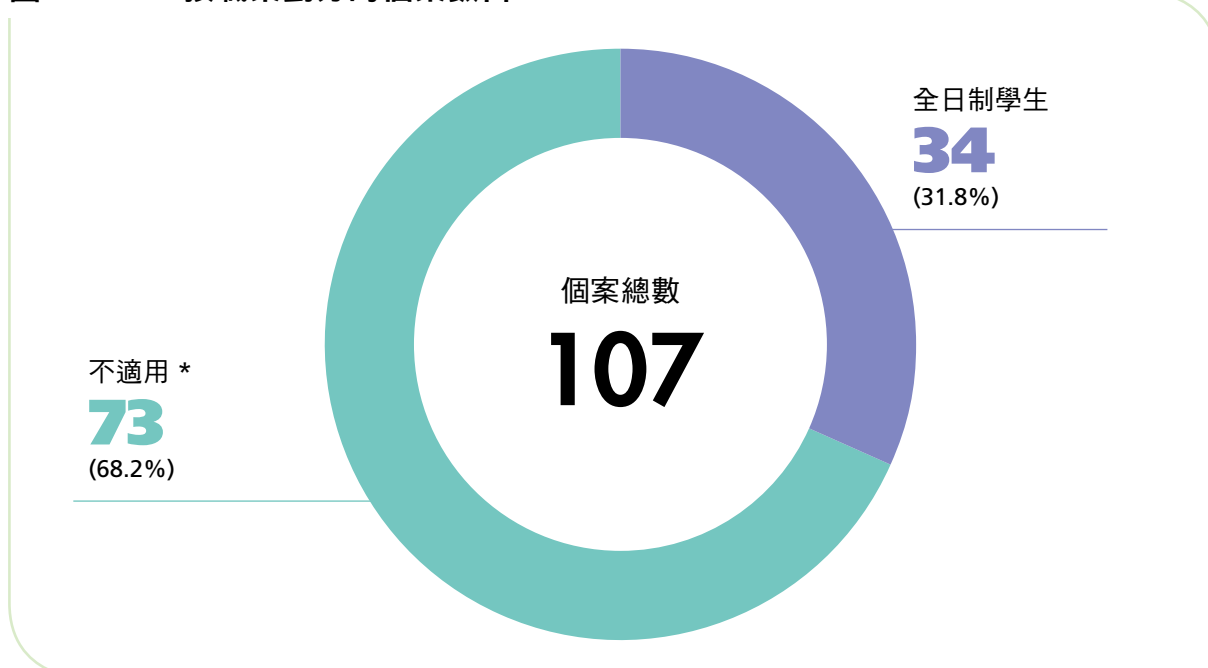


圖 5.3.1.2：按職業劃分的個案數目



* 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 5.3.1.3：按《疾病和有關健康問題的國際統計分類》(第 10 次修訂本)
健康問題類別劃分的個案數目**

國際疾病分類編號	健康問題類別	個案數目 (%)
A00-B99	某些傳染病和寄生蟲病	10 (9.3%)
C00-D48	腫瘤	3 (2.8%)
E00-E90	內分泌、營養和代謝疾病	3 (2.8%)
G00-G99	神經系統疾病	10 (9.3%)
I00-I99	循環系統疾病	14 (13.1%)
J00-J99	呼吸系統疾病	13 (12.1%)
K00-K93	消化系統疾病	5 (4.7%)
M00-M99	肌骨系統和結締組織疾病	1 (0.9%)
N00-N99	泌尿生殖系統疾病	1 (0.9%)
P00-P96	起源於圍產期的某些情況	25 (23.4%)
Q00-Q99	先天性畸形、變形和染色體異常	11 (10.3%)
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)	11 (10.3%)
總數		107 (100.0%)

ICD10:《疾病和有關健康問題的國際統計分類》(第 10 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，以及監察疾病及其他健康問題的發生率和普遍情況，與受影響人士的特徵及情況、發還款項安排、資源分配、質素方面及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目最高的三個類別，以不同背景顏色顯示。

表 5.3.1.4：按年齡組別和死因類別劃分的個案數目

年齡組別	死因類別 *					個案數目 (%)
	A (%)	B (%)		C (%)	D# (%)	
		B1 (%)	B2 (%)			
< 1	18 (16.8%)	1 (0.9%)	4 (3.7%)	6 (5.6%)	20 (18.7%)	49 (45.8%)
1-2	0	7 (6.5%)	3 (2.8%)	6 (5.6%)	1 (0.9%)	17 (15.9%)
3-5	0	3 (2.8%)	1 (0.9%)	3 (2.8%)	3 (2.8%)	10 (9.3%)
6-8	0	4 (3.7%)	1 (0.9%)	0	0	5 (4.7%)
9-11	0	1 (0.9%)	1 (0.9%)	0	0	2 (1.9%)
12-14	0	3 (2.8%)	4 (3.7%)	2 (1.9%)	0	9 (8.4%)
15-17	0	5 (4.7%)	5 (4.7%)	3 (2.8%)	2 (1.9%)	15 (14.0%)
總數 (%)	18 (16.8%)	24 (22.4%)	19 (17.8%)	20 (18.7%)	26 (24.3%)	107 (100.0%)
		43 (40.2%)				

* 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

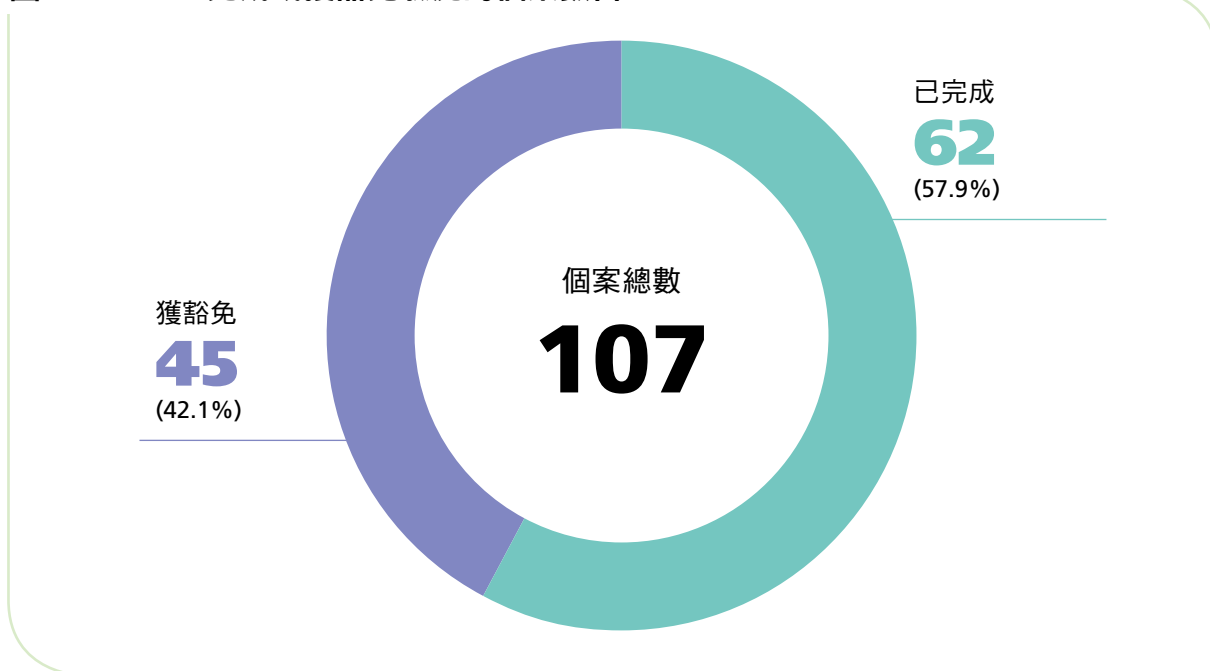
嬰兒猝死 (SUDI)

死於胎中

D類個案可細分為：死於胎中個案 (16宗，15.0%)、嬰兒猝死個案 (1宗，0.9%) 和無法識別病因的個案 (9宗，8.4%)。

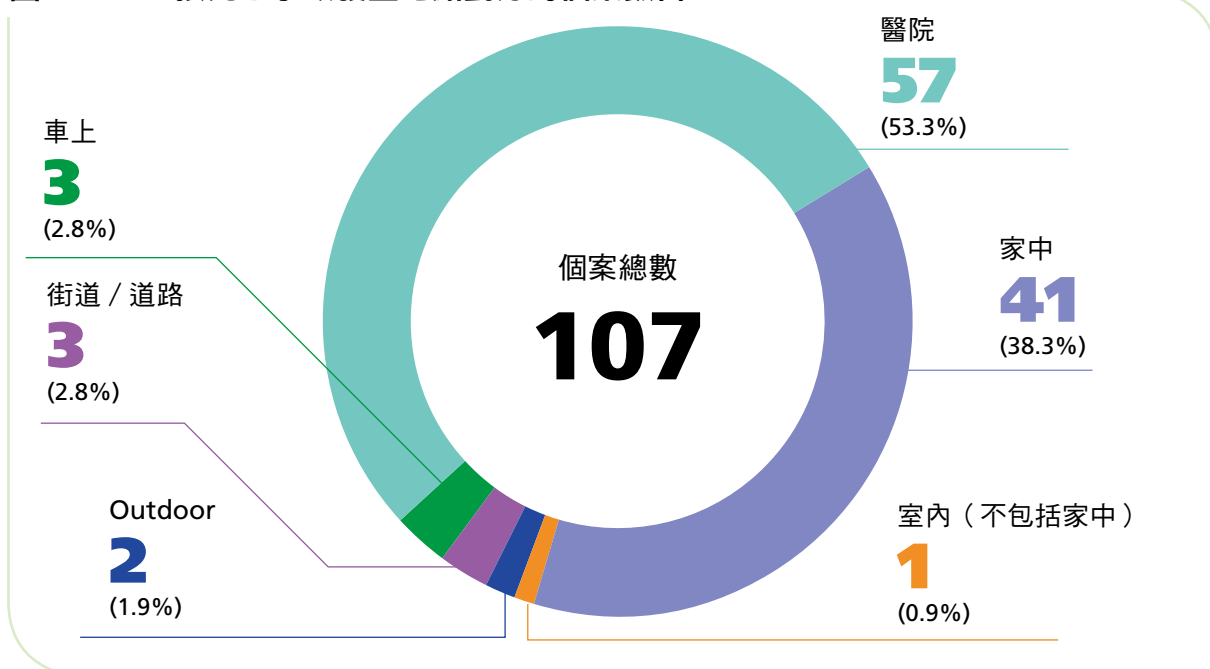
個案數目最高的類別，以不同背景顏色顯示。

圖 5.3.1.5：已完成或獲豁免驗屍的個案數目*



* 資料來源：資料從死因裁判法庭搜集得來。

圖 5.3.1.6：按死亡事故發生地點劃分的個案數目



5.3.2 死於自殺的個案

圖 5.3.2.1：按年齡組別和性別劃分的個案數目

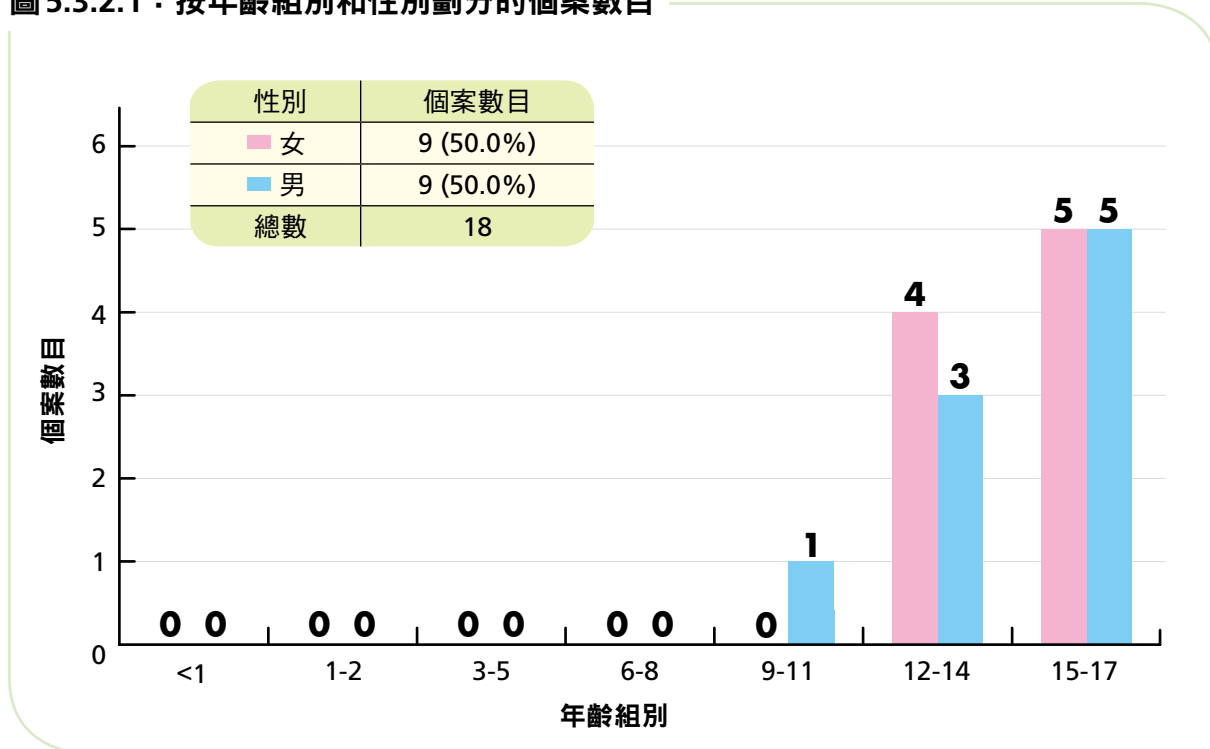


圖 5.3.2.2：按職業劃分的個案數目

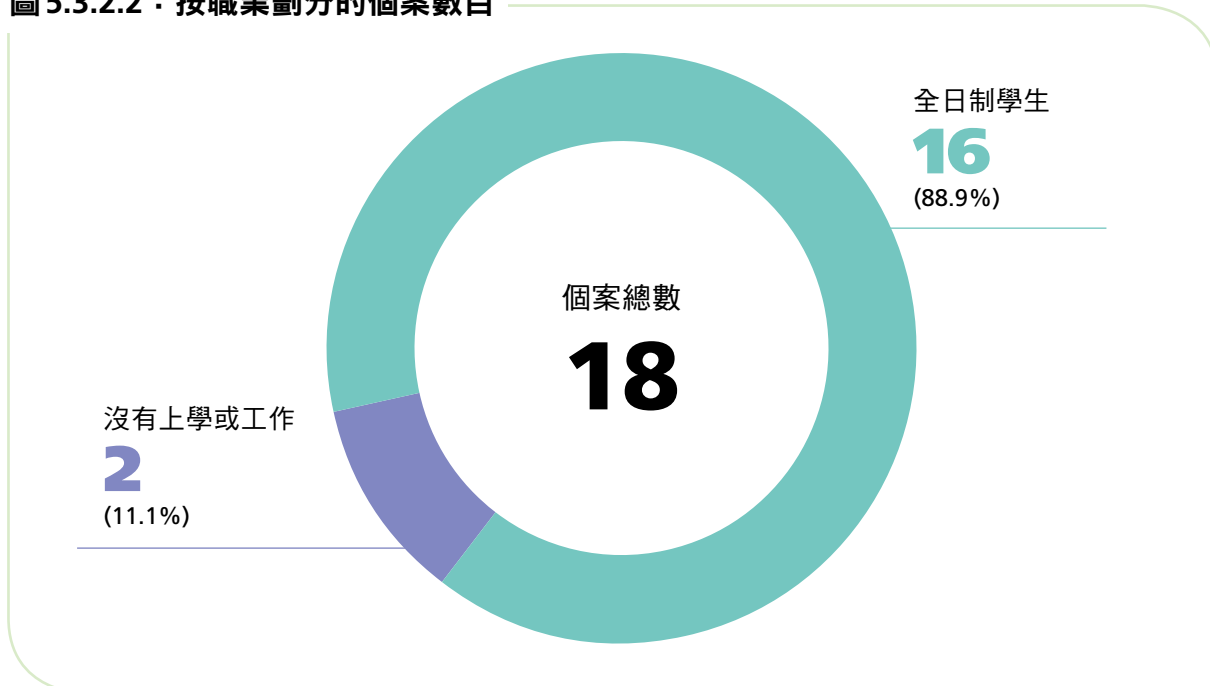
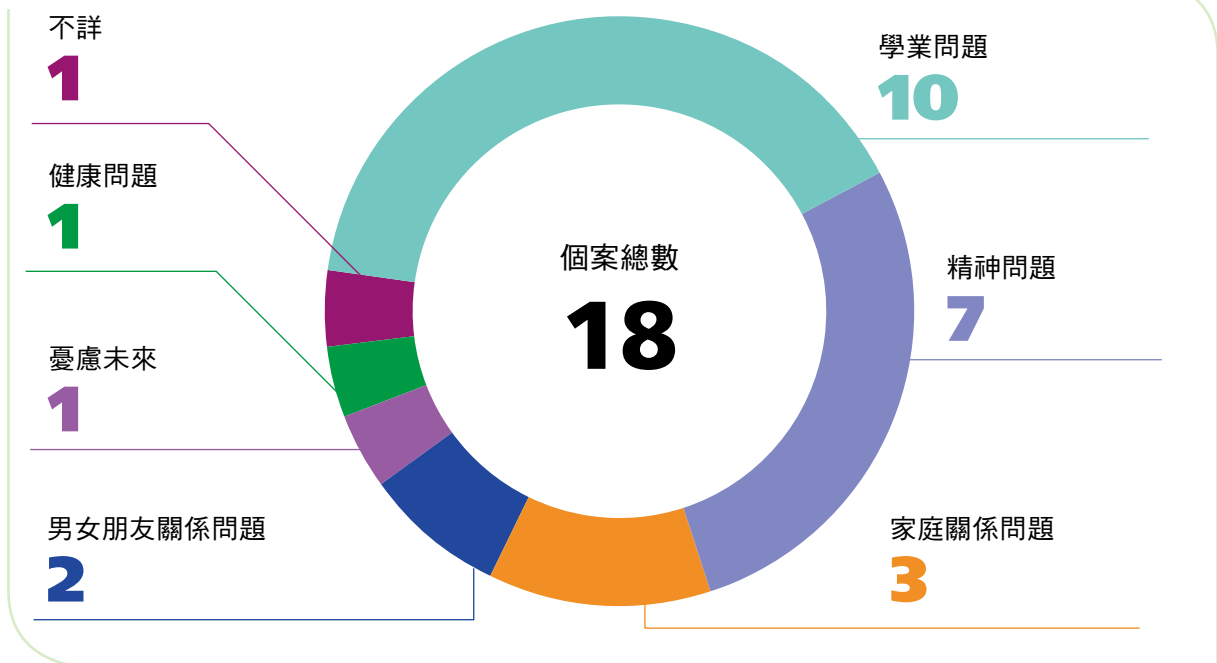


圖 5.3.2.3 : 自殺原因 *



* 註：一宗個案可包含多個原因。

(有關原因是從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 5.3.2.4 : 自殺方式

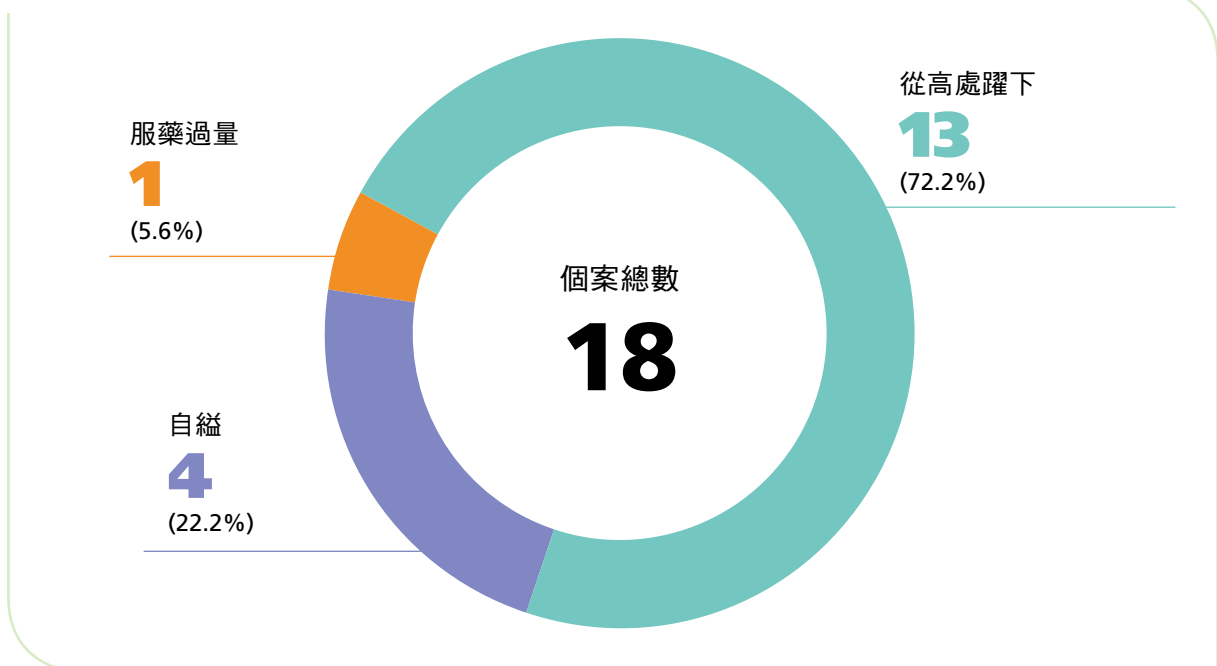
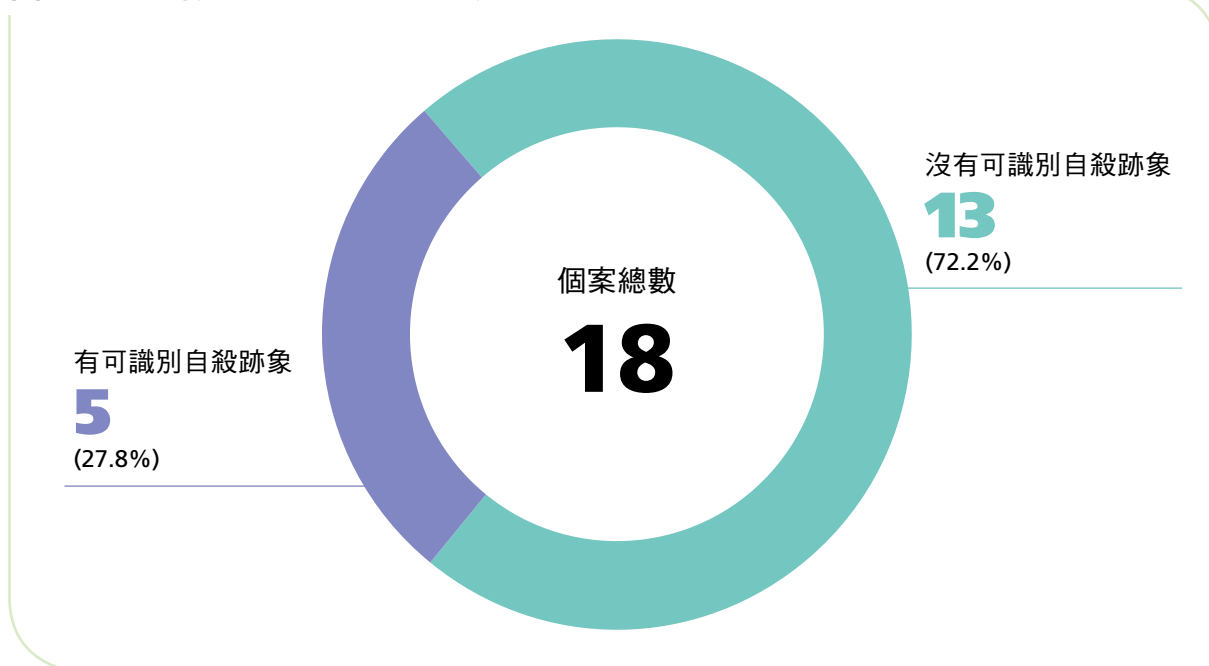


圖 5.3.2.5：有可識別自殺跡象* 的個案數目



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。(有關跡象是從警方死亡調查報告識別出來。)

5.3.3 死於意外的個案

圖 5.3.3.1：按年齡組別和性別劃分的個案數目

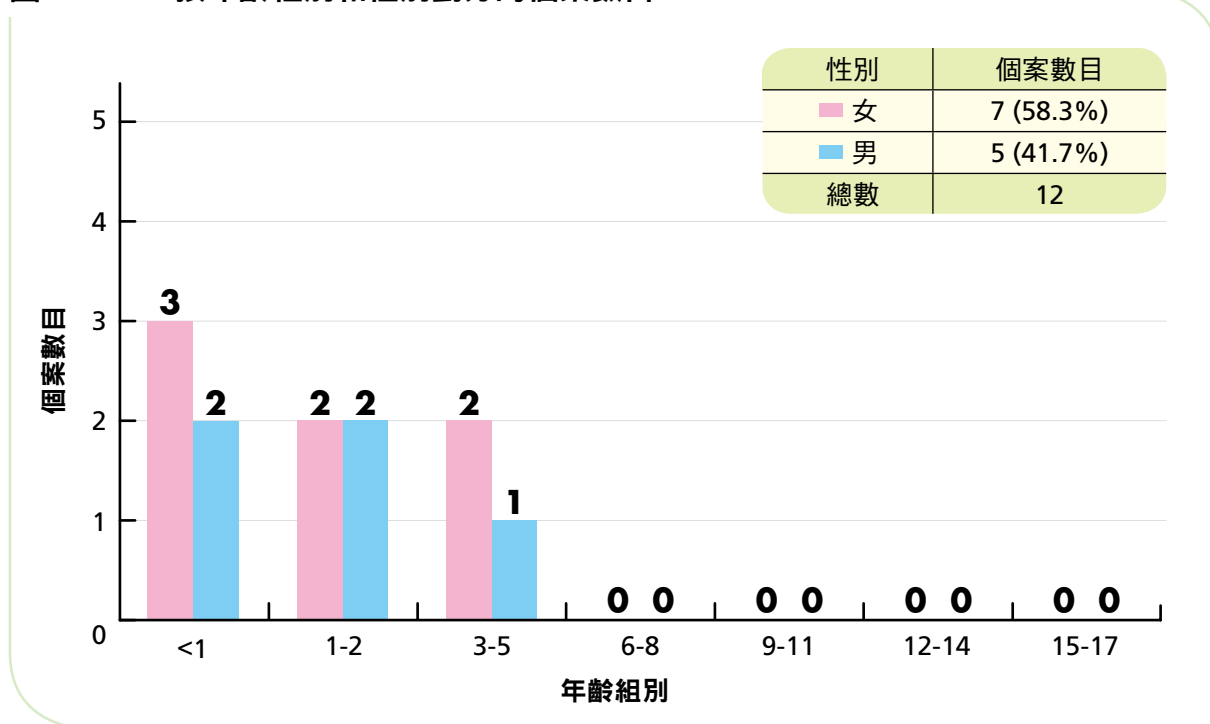


圖 5.3.3.2：按意外類別和性別劃分的個案數目

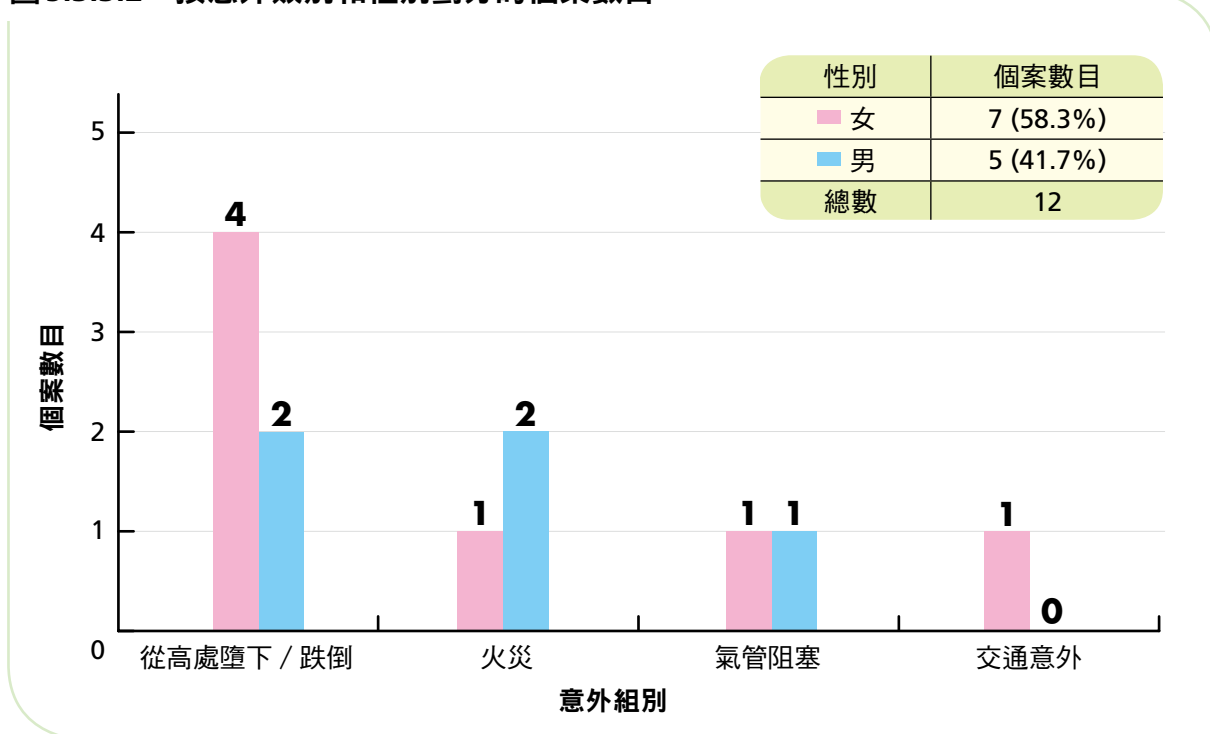


圖 5.3.3.3：按年齡組別和意外類別劃分的個案數目

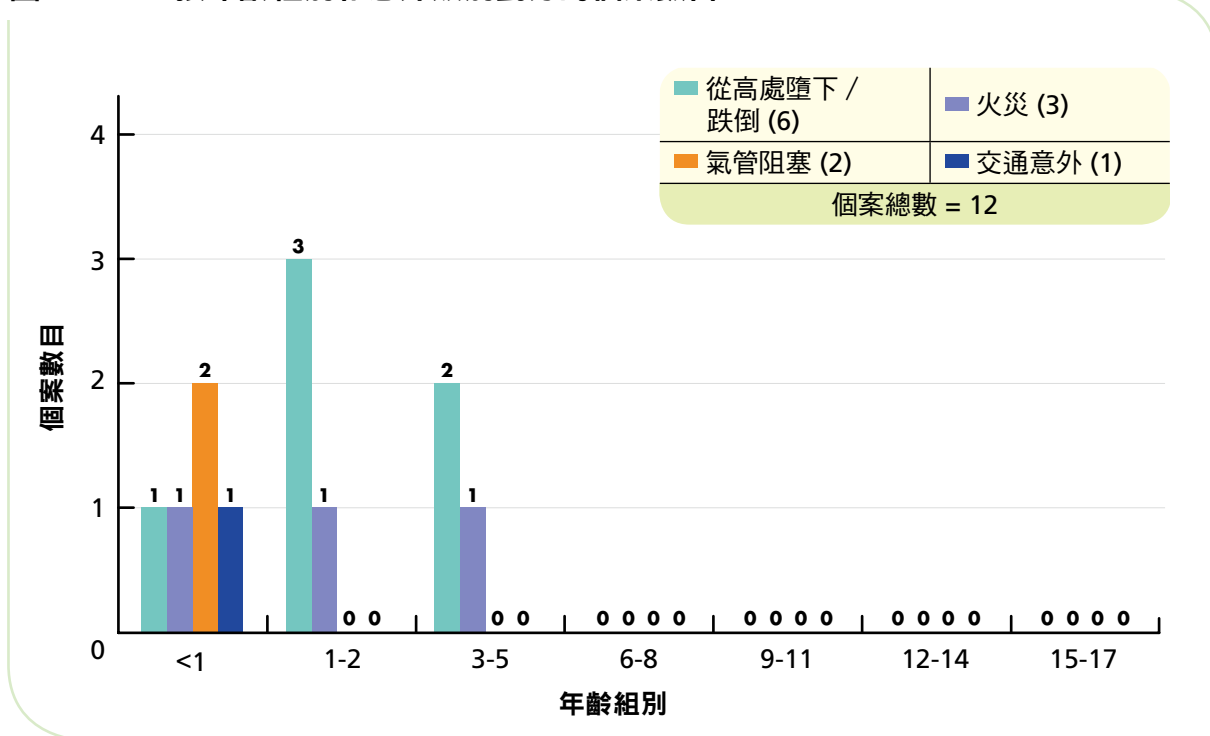


圖 5.3.3.4：按年齡組別和交通意外受害人類別劃分的個案數

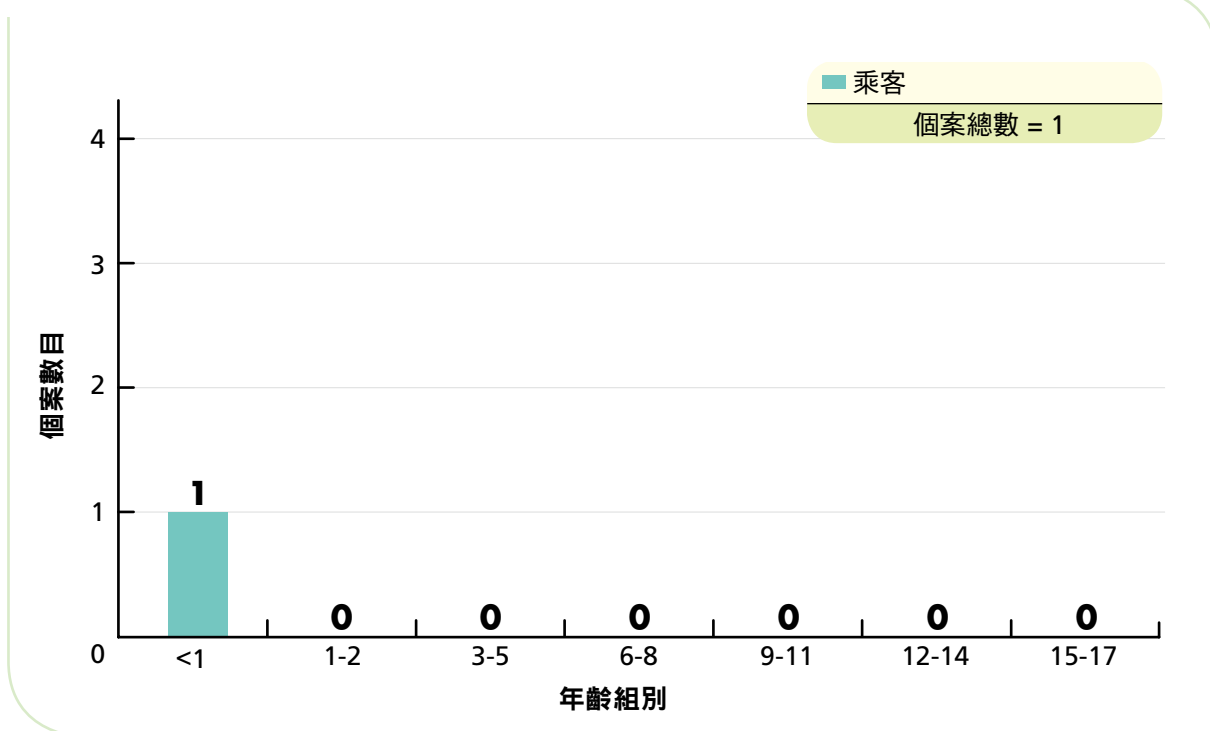


圖 5.3.3.5：按死亡事故發生地點劃分的個案數目

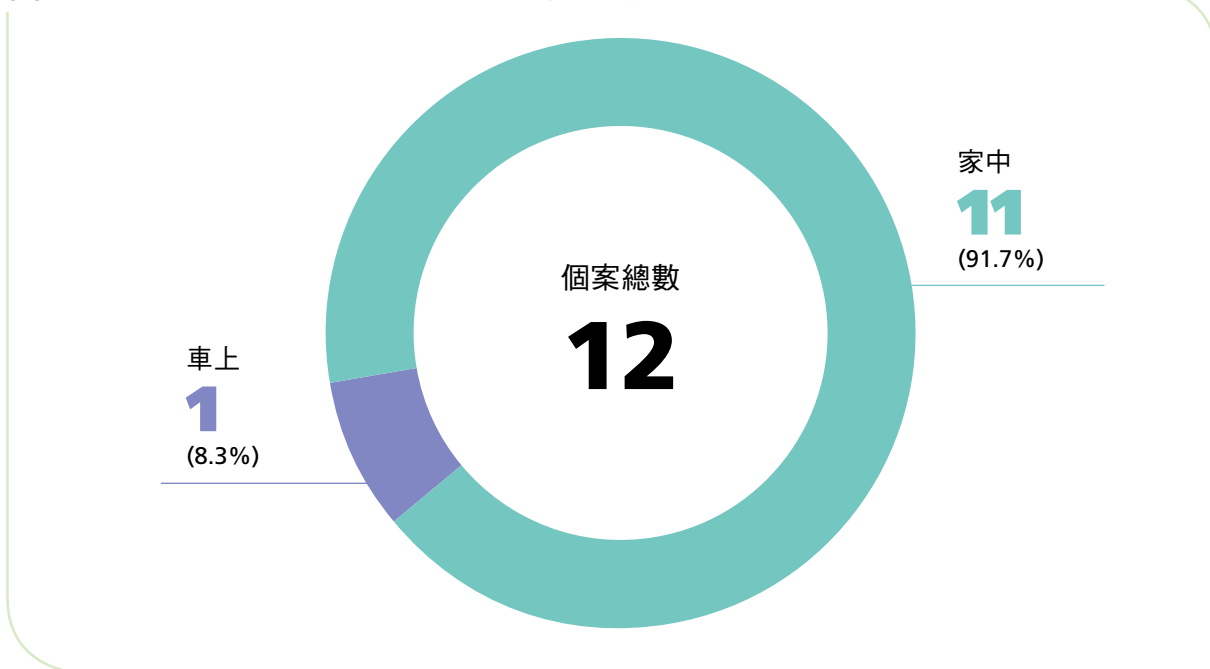
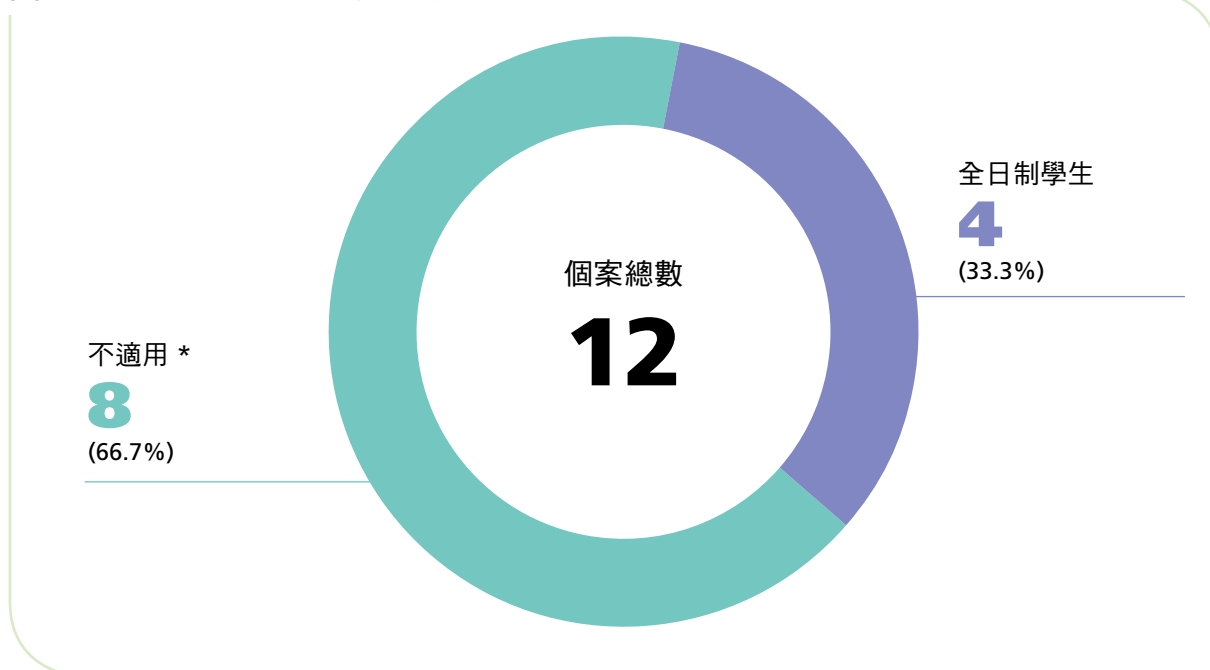


圖 5.3.3.6：按職業劃分的個案數目



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。

5.3.4 死於襲擊的個案

圖 5.3.4.1：按年齡組別和性別劃分的個案數目

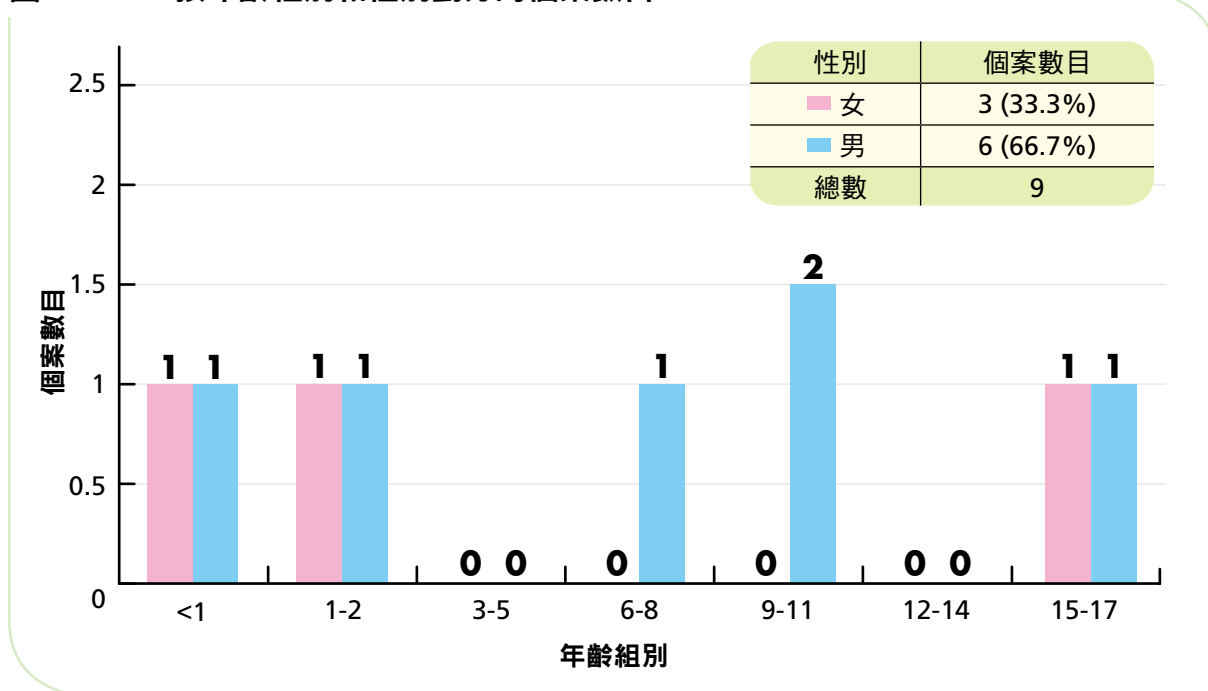
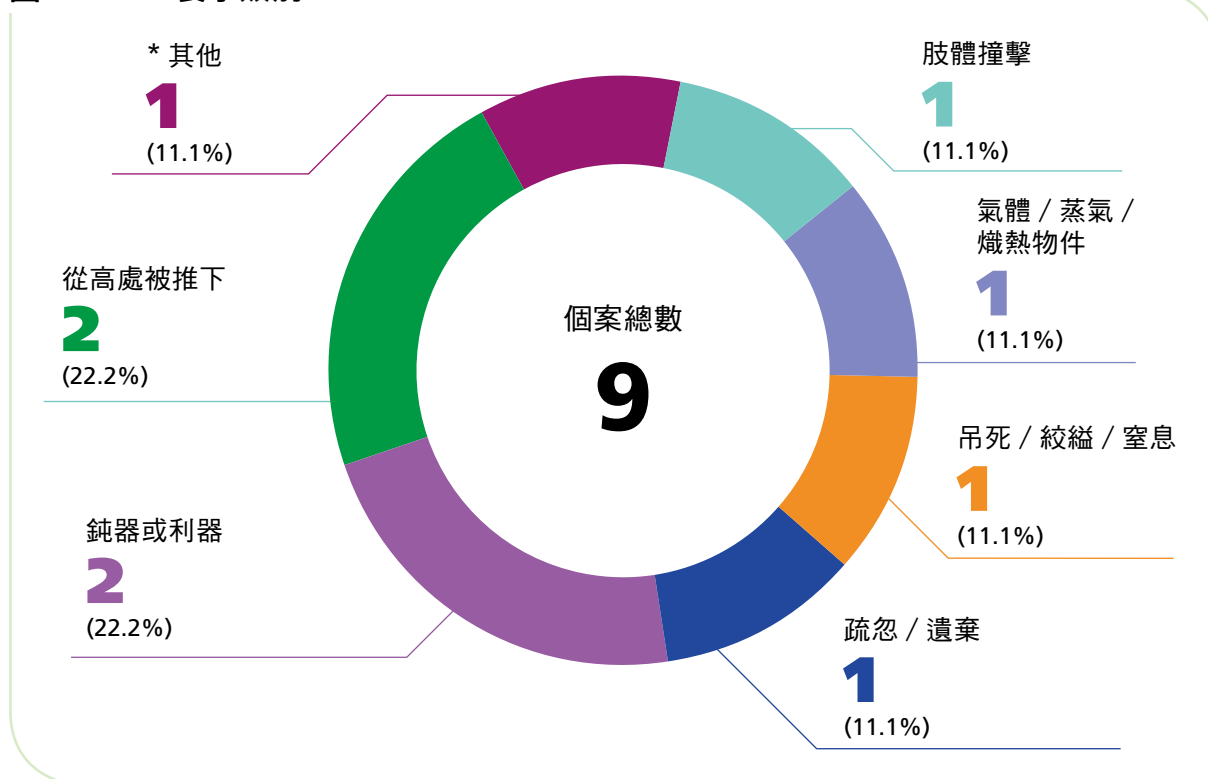


圖 5.3.4.2：襲擊類別



*其他：因屍體腐爛未能確定死因。

圖 5.3.4.3 : 施襲者與已故兒童的關係

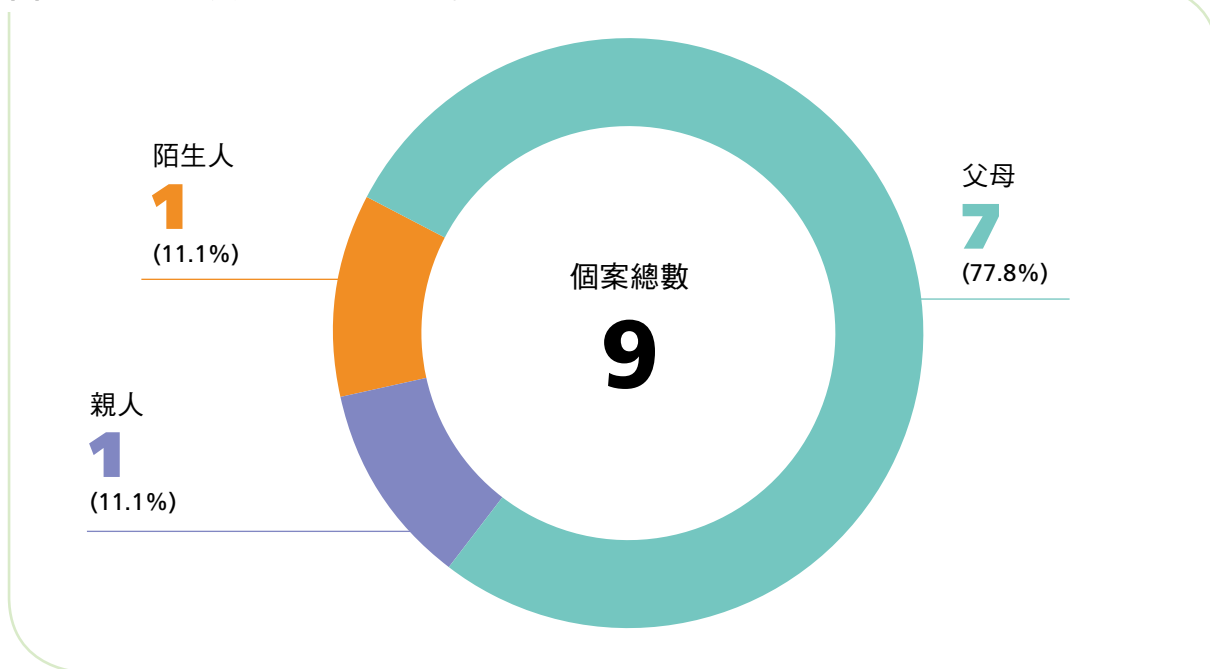
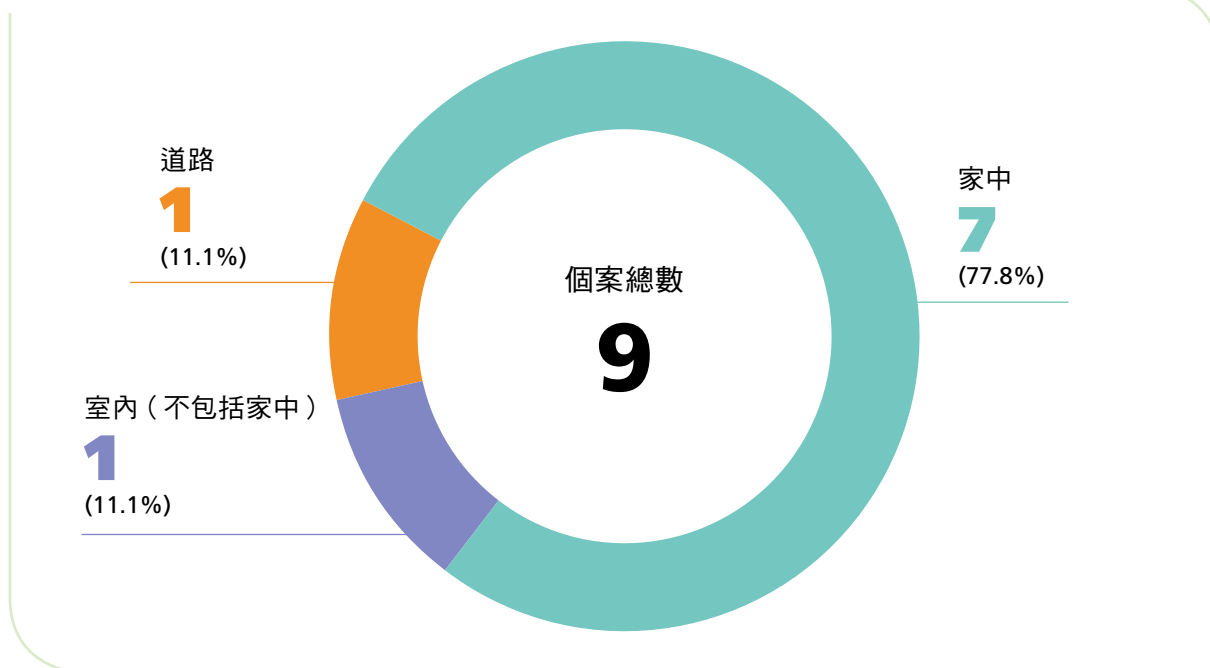


圖 5.3.4.4 : 按死亡事故發生地點劃分的個案數目



5.3.5 死於非自然因素但未能確定死因的個案

圖 5.3.5.1：按年齡組別和性別劃分的個案數目

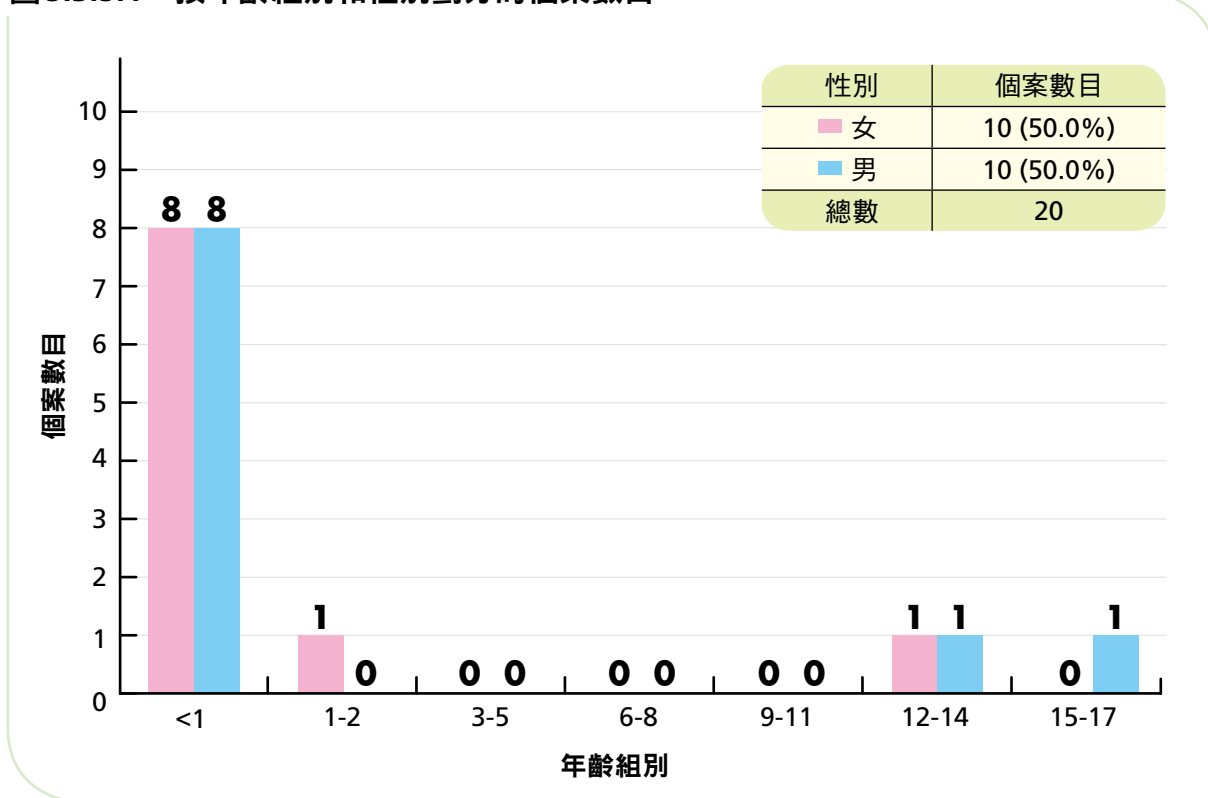
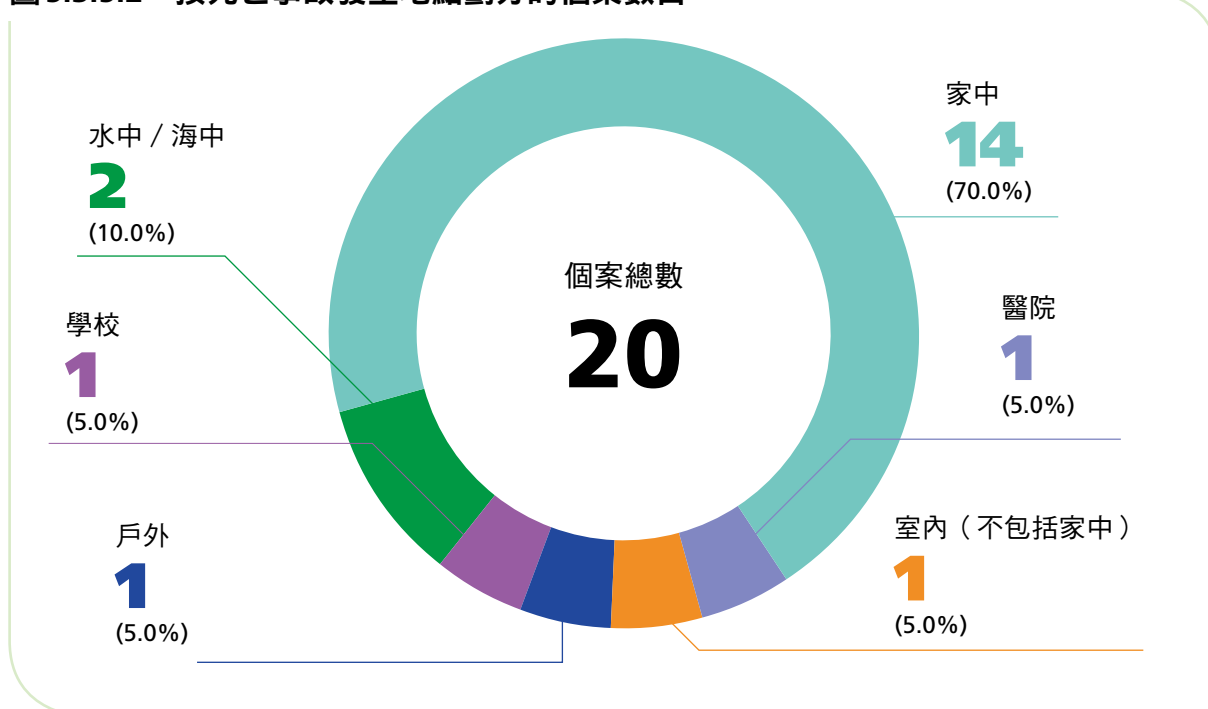


圖 5.3.5.2：按死亡事故發生地點劃分的個案數目



檢討委員會經檢討2014和2015年的兒童死亡個案後，得出以下觀察結果，並提出53項建議，以制訂兒童死亡個案的預防策略，改善有關制度。下文載述按死因劃分的觀察結果。

6.1 按死因劃分的觀察結果

6.1.1 死於自然因素的個案

- 雖有已故兒童的家庭要求豁免驗屍（部分出於宗教理由），但委員認為，就死因不明的情況，屍體剖驗或有助找出更多有關死因的資料，以收預防之效（**第N1項建議**）。
- 檢討委員會檢討了一些死於自然因素而懷疑與隱瞞懷孕有關的個案（8宗）。委員認為，應繼續推行「安全性行為」和「妥善處理懷孕」的公眾教育，以防因「隱瞞懷孕」而導致兒童死亡（**第N2項建議**）。關於隱瞞懷孕個案的觀察結果和建議，會在第8章作專題討論。
- 在107宗兒童死於自然因素的個案中，有5宗懷疑與代謝疾病或基因異常有關。委員認為，如發現已故兒童有基因異常的情況，應為他們的家人進行遺傳疾病篩查。根據現行慣例，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，就兒童猝死的情況，如在送抵急症室後證實死亡，則沒有機制由法醫科醫生要求遺傳科作基因檢測。委員認為，政府應制訂標準程序及清晰的轉介機制，規定法醫科醫生須對兒童死因未能確定或與遺傳疾病或先天性代謝缺陷有關的個案，轉介到遺傳科作分子或基因檢測（**第N3項建議**）。

6.1.2 死於自殺的個案

(I) 處理朋輩透露自殺

- 一如過往年度的報告，委員會檢討結果顯示，青年人往往向朋友透露自殘的念頭或自殺的意圖，然後才會付諸行動。這些信息往往透過社交媒體以電子方式發送。
- 在18宗兒童自殺個案中，有3名兒童(16.7%)自殺前曾透過WhatsApp和Instagram等社交媒體向朋友發放自殺信息，例如其中一人曾向同學透露自殺念頭，在閒談間提到心目中可取的自殺方法，並於最後一個上課日與他們告別。不過，她的同學未有認真看待有關信息，因而未有介入。在另一個案中，事涉女童於Instagram張貼自己危坐天台邊緣的照片，並附自殺信息。友人透過WhatsApp與她取得聯絡，在找到她的位置後立即報警，惜最終未能把她救回。委員會建議提高兒童 / 青少年應對朋輩自殺信息的能力(第S1項建議)。

(II) 有精神病 / 懷疑精神健康問題 / 特殊教育需要的兒童

- 委員會檢討了2014和2015年的18宗自殺個案，發現當中涉及「確診 / 懷疑患有精神病」者最多，達7宗(38.9%)，其次是「適應中一課程」、「親子衝突」和「分手」。上述7宗個案當中，5名兒童確診患有精神病，2人懷疑有精神健康問題。
- 一名男童據同學觀察脾氣非常暴躁，並有暴力行為。他懷疑患有思覺失調，但其家人、同學或老師均未能在他自殺前察覺他有早期思覺失調的徵兆。市民大眾似乎對早期思覺失調欠缺常識。
- 在另一個案中，事涉女童懷疑自己患上精神病已有一段時間。雖然她多次表示頭痛，但家人未有為意。她沒有尋求專業協助，反而透過互聯網搜尋資料，自行診斷精神問題。她最終留下遺書自殺，表示因精神病感到痛苦絕望。

- 委員認為，及早察覺抑鬱症的徵兆，並由專業人士適時介入，或有助預防懷疑患有精神病的兒童自殺。對於面對壓力、抑鬱症或出現自殺念頭的青年人，即時介入至為重要（**第 S2 和 S3 項建議**）。
- 至於確診患有精神健康問題的 5 名兒童，他們一直有定期接受精神科跟進。其中一名有限智力的女童患有精神病，定期接受精神科跟進。由於未能追上學習進度，她自小學起已面對沉重的學業壓力，輟學意欲強烈。長期的學業壓力是導致其自殺的風險因素。
- 委員認為，對於有特殊教育需要或精神健康問題的兒童，學校應作更多調適安排。父母應接納子女的局限，發展他們其他方面的潛能（**第 S4 至 S6 項建議**）。
- 其他個案包括一名多次試圖以多種方式自殺而最終自殺身亡的青年人，以及另一名在夜間就寢時服食過量精神科藥物自殺的青年人。父母或家人應密切留意確診精神病患兒童的精神狀況，並妥善保存他們的精神科藥物（**第 S7 和 S8 項建議**）。

(III) 適應中一課程

- 在 18 宗自殺個案中，有 3 宗 (16.7%) 涉及剛升讀中一的學生，他們在九月新學期開始不久後從高處躍下致死。據觀察所得，學生經歷學業過渡期，特別是升讀中一、準備香港中學文憑考試或入讀大學時，每每面對「壓力」。
- 在其中一宗個案中，事涉男生剛升讀中一便拒絕上學，並要求到海外留學，最終在新學期開始 3 個星期後從高處躍下致死。另有一名性格孤僻離羣的中一男生在新學期的第二天從高處躍下致死。

- 委員認為，中一是關鍵的階段，學生須付出重大努力，適應新的學校環境和同學。如子女拒絕上學，父母宜多加警覺。校方人員亦應留意中一學生的適應需要（**第 S9 至 S11 項建議**）。另外，據觀察所得，一些兒童收到同學透過社交媒體發出的欺凌信息時，往往不懂得如何處理（**第 S12 項建議**）。
- 在一宗自殺個案中，事涉男童小學成績優良，升讀中一時卻被編到成績次等的班別，因而大受打擊。
- 委員認為，應特別留意小學成績良好並獲派到「第一派位組別」中學的中一學生。他們若未能入讀「精英班」，或會容易產生「挫敗感」。教育局應提醒中學（特別是收生組別最高的學校），就中一學生的學術水平作出調整之餘，亦不應忽視他們在社交和情緒方面的適應需要。
- 另外，委員關注到中一學生以能力分班的利弊，學生或未能從正面的角度看待，造成標籤效應或使自我形象低落。因此，教師應協助家長和學生了解以能力分班背後的理據，能力稍遜的班別有更理想的師生比例，可能有助學習（**第 S13 和 S14 項建議**）。

(IV) 親子衝突

- 在 18 宗個案中，有 3 宗 (16.7%) 涉及兒童自殺前一刻與父母發生正面衝突。
- 據觀察所得，部分兒童與父母發生激烈衝突後，因一時衝動而自殺。其中一名男童被父母阻止玩網上遊戲和沒收筆記本電腦後自殺，另有一名女童因與朋友出外醉酒夜歸被父母斥責，繼而從高處躍下致死。委員認為，現代生活節奏緊張，親子溝通似乎不足，也未能收效。
- 雖然不少兒童積極透過 Facebook、Snapchat 或 WhatsApp 與朋輩分享信息，父母卻對他們的個人生活一無所知，有時可能會錯誤處理與子女的衝突或使其加劇。建議進一步加強父母管教子女的技巧，以改善親子溝通，特別是處理青春期的反叛行為（**第 S15 至 S17 項建議**）。

(V) 處理分手和失落

- 一名中學女生與同班男朋友分手不久後自殺。委員認為，「分手」是常見的自殺風險因素，但父母和學校似乎甚少教導兒童如何處理。另外，不少父母未有察覺子女的私事和情緒困擾問題。委員重申，教導兒童如何面對分手，對預防青少年自殺而言十分重要（**第 S18 項建議**）。

6.1.3 死於意外的個案

(I) 從高處墮下 / 跌倒（沒有安裝或鎖好窗花）

- 兒童死亡個案檢討委員會檢視 12 宗於 2014 和 2015 年發生的意外個案。
- 6 宗墮下 / 跌倒致命的個案中，有 3 宗與「從高處墮下」有關，其中 2 宗涉及獨留兒童在家，而家中沒有安裝窗花，或窗花未有鎖上。
- 其中 1 宗個案中，外傭獨留 1 名女嬰在家，相信女嬰爬往打開而且沒有裝設窗花的窗戶，在該處失去平衡而墮樓。另 1 宗個案中，祖母獨留熟睡女嬰在家，前往天台晾曬衣服。在 10 分鐘的時間內，該名女嬰醒來從睡床爬起，並從沒有安裝窗花的百葉窗墮下。另有 1 名女嬰在與其兄弟姊妹發生爭端後反鎖在睡房內，睡房雖裝有窗花，但其中一扇窗花並沒有鎖上，令窗框及窗花之間留有空隙，相信該名女嬰因好奇而打開窗戶，意外跌出窗外。
- 只要有妥善的家居安全設計或裝置，並且不獨留嬰兒在家，墮下 / 跌倒致命的意外原可避免。委員會提醒市民，家中保護兒童的措施，應以安全為先。市民（包括租戶）除了應安裝窗花以防止兒童跌出窗外，亦應考慮不同的安全措施，例如在露台裝設隱形防護網或鋁窗限位安全鎖。
- 此外，應加強外傭的兒童安全訓練，並透過區議會轄下社區事務委員會，在社區層面推廣家居安全措施的重要性，以提高公眾的意識（**第 A1 至 A3 項建議**）。

(II) 跌倒地上引致頭部受傷

- 在3宗在家跌倒引致嬰兒頭部受傷的個案中，有2宗涉及從床上墮下，1宗從椅子墮下，父母未有即時帶同有關嬰兒求診。
- 1名兒童獨留在3呎高的床上睡覺，而床邊並沒有加設圍欄。他被發現倒臥在睡房地板上失去知覺，相信是從床上墮下令頭部撞地所致。雖然他的前額在頭部受傷意外當日留有傷痕，其父母卻低估他頭部的傷勢，未有立刻帶他求診。該名男童在當日黃昏時分再次從床上墮地。
- 另1宗個案中，1名女童在家中的椅子意外墮地。家長並沒有即時帶她求診，只是讓她入睡。其後該名家長發現女童昏迷，但並未召喚救護車服務送女童接受即時治療，反而拍打及搖晃女童，試圖喚醒她。最後1宗個案中，家長發現男嬰從床上跌倒在地，並沒有流血，但未有即時送院。
- 委員留意到，父母或會忽略兒童跌倒可導致死亡的後果，未有即時帶子女接受檢查(第A4至A6項建議)。
- 鑒於近年不斷出現兒童墮下 / 跌倒致死的個案，相關的意外會在第8章再作專題討論。

(III) 氣管阻塞 / 窒息 (與不安全睡眠安排有關)

- 有2宗氣管阻塞 / 窒息個案與不安全睡眠安排有關。
- 1名女嬰與父母在親戚家中過夜，被放在一張可攜式嬰兒床上睡覺，床上配備4個攬枕及1張床墊。翌晨，她被發現倒卡在床墊與床側之間，並因「體位性窒息」致死。另1宗個案中，1名男嬰習慣與母親及1名兄弟姊妹睡在同一張雙人床上。他接受餵哺後，被單獨放在雙人床上睡覺。其後，他被發現俯臥床上並失去知覺。調查發現該名男嬰正學習如何轉身，相信他睡覺時意外把頭轉到枕頭上，導致窒息。
- 考慮到上述2宗個案，委員會留意到嬰兒在自己家居以外的地方睡覺時猝死的個案並不罕見，而父母亦忽略了嬰兒在放置過多軟物的床上轉身時容易窒息的風險。因此，公眾對嬰兒睡眠環境是否安全，應保持警惕。(第A7至A9項建議)

(IV) 火警事故

- 在檢討1宗涉及1名家長連同3名嬰孩在一場火警意外中死亡的兒童死亡個案時，檢討委員會留意到公眾似乎缺乏火警逃生的知識，例如不清楚在火警發生時應留在住宅單位內或逃離現場。該個案中的家長並沒有在火警發生初期帶同子女離開，反而其中1名家長嘗試自行滅火，並只在滅火失敗後才報警處理。
- 檢討委員會有意提醒市民在所住單位發生火警時的應變方法，例如火警在客廳發生，而家庭成員(特別是幼年成員)正處於睡房，市民是否應自行滅火。就此，檢討委員會取得消防處的專業意見，同時期望處方可加強消防安全及防火意識的公眾教育，以防同類慘劇發生(第A10至A12項建議)。

- 檢討委員會欣然接獲消防處答覆，處方就火警在單位發生時的應變方法，分享專業意見如下：

如火警在單位內發生：

- ◆ 應保持鎮定，並指示所有人立即離開；
- ◆ 除了「逃生三寶」(即手提電話、鎖匙及濕毛巾)外，不應嘗試取回個人物品；
- ◆ 應由最近的樓梯 / 走廊逃生，並打破警報玻璃箱以啟動警鐘；
- ◆ 如最近的樓梯間有煙霧，應由另一條樓梯逃生；
- ◆ 如現場並無安全通道，應嘗試進入另一單位，直至找到安全的避難所；以及
- ◆ 應在安全情況下致電「999」報告火警發生。

如決定不離開或不能離開受火警影響的單位：

- ◆ 致電「999」通知消防人員被困之處；
- ◆ 逃往未受煙霧波及的房間；
- ◆ 緊閉房門，並以膠紙及濕毛巾封實門隙；以及
- ◆ 在露台或窗戶掛上床單或搖動毛巾以顯示自己的位置。

市民應否嘗試滅火：

- ◆ 所有身處受影響單位的人士應保持鎮定並即時撤離；
- ◆ 市民不應率先自行滅火。只有在安全及確保有逃生通道的情況下，市民才應嘗試滅火；
- ◆ 市民在安全及有信心的情況下，可使用大廈的消防裝置如喉轆系統、可攜式滅火筒等滅火；
- ◆ 不應因使用消防裝置而延誤撤離；以及
- ◆ 由於單位內的火勢或會突然轉變及失控，市民必須保持警覺，並在情況許可下盡快離開單位。

6.1.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案

(I) 有特殊需要兒童的照顧者的困苦：

- 兒童死亡個案檢討委員會研究9宗於2014和2015年死於襲擊的個案。有7名兒童(包括1宗同為兄弟姊妹的個案)的施襲者是其父母，1名兒童的施襲者是親人，另有1名兒童則被陌生人施襲。在施襲者為父母/親人的案件中，3名施襲者是男性並是已故兒童的主要照顧者。委員會希望提高市民對照顧者(特別是男性照顧者)精神健康的意識，並鼓勵受情緒困擾的照顧者向專業人士求助。
- 在上述3名男性照顧者中，1名是心力交瘁的父親，受嚴重情緒困擾，殺死患有多种殘疾的兒子。據委員觀察，父母因為長年照顧殘疾子女，承受沉重壓力，出現精神健康問題的情況相當普遍，有些個案的父母也可能會忽略或忽視其健全子女的需要。
- 此外，據委員觀察，相比女性，男性照顧有特殊需要兒童遇到困難時，一般不願傾訴他們的感受或尋求協助。同時，委員認為特殊學校社工難以顧及各類心智不健全兒童的需要和處理他們的行為問題，因為即使介入的程度不同，近乎每位特殊學校學生都需要學校社工介入。
- 鑒於特殊學校社工工作繁重，現時或許是檢討學校社工與學生人手比例，以及其他專業人士例如物理治療師、職業治療師或語言治療師與學生人手比例的適當時候(第AS1至AS4項建議)。委員亦關注為有需要家庭提供的殘疾兒童暫託或宿舍服務是否足夠。
- 在另一個案中，1名兒童被祖父殺死。該名祖父懷疑患有抑鬱症並有自殺傾向。據委員會觀察，一般而言，患抑鬱症的男性較容易被忽略，因為相比女性，男性較不擅表達自己，在面對困難時較不願意求助，但他們自殺的決心一般較強。
- 此外，現時祖父母受委託照顧孫兒的情況並不罕見。鑒於長者抑鬱症有上升趨勢，委員會關注受委託照顧孫兒的長者的精神健康狀況及他們照顧兒童的壓力(第AS5和AS6項建議)。

(II) 青年人使用網路的風險：

- 1名少女透過社交媒體「微信」認識1名陌生男子，以雙方同意的價錢進行「私影」，但被該男子襲擊致死。與時下青年人一樣，該名已故少女喜歡使用社交媒體（例如Facebook、Instagram和微信）溝通，但由於年少不諳世事，該名少女對於與陌生人會面和一起參與活動的風險及警覺性極低，導致不幸離世。
- 科技罪案現今十分普遍，涉及未成年少女網上交友的性罪行不斷增加，有建議應教導青年人在網上交友時要有所警惕，使用互聯網時要保護自己（**第AS7和AS8項建議**）。

(III) 分居 / 正辦理離婚 / 離異夫婦子女的困苦

- 父母在辦理離婚期間如發生嚴重衝突，會對兒童構成風險，例如在2名兒童不幸被父親殺死的個案中，該名父親面對婚姻破裂、失去孩子的撫養權，以及各種家庭問題，極度困苦。父母雙方均未有向專業人士求助，父親一直自我隔離，而母親則被他拒絕與孩子接觸。
- 據委員觀察，在辦理離婚的過程和完成離婚手續後，離婚夫婦及其子女往往陷於極度困苦。面對父母爭奪撫養權和探視權，這些兒童大多飽受煎熬。
- 建議為正在 / 已經辦理離婚 / 分居的夫婦加強共享親職的支援服務，使他們學習如何減少衝突，維護子女的利益，即使父母離異，仍能致力為子女維持恆久的親子關係（**第AS9至AS11項建議**）。

(IV) 同床而睡及其他睡眠安全問題

- 在死於非自然因素但未能確定死因的個案中，有 11 名兒童的死亡與同床而睡或其他不安全的睡眠安排有關。如有適當的嬰兒睡眠安排，這些不幸事件或可避免。兒童睡眠安全的問題和建議，會在**第 8 章**與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題的章節作專題討論（**第 AS12 至 AS16 項建議**）。

(V) 濫藥父母：

- 1 名嬰兒被發現死因與母親濫用藥物的行為有關。該名嬰兒由濫藥母親一人照料，被獨留在家，及後發現死亡。有指，該名母親濫藥多時，並有違法行為，照顧兒童態度散漫。在藥物的不良影響下，該名母親行為難以管束，欠缺責任感，撫養嬰兒的警覺性不足，把嬰兒獨留在家。雖然案中兒童的死因未能確定，但委員認為濫藥削弱父母 / 照顧者照顧兒童的能力，而且受藥物污染的居住環境危害兒童健康（**第 AS17 至 AS19 項建議**）。

(VI) 隱瞞懷孕：

- 3 宗死於非自然因素但未能確定死因的個案與隱瞞懷孕有關。關於隱瞞懷孕個案的觀察結果和建議，會在**第 8 章**隱瞞懷孕的章節作專題討論（**第 AS20 項建議**）。

7.1 死於自然因素的兒童死亡個案**第 N1 項建議**

重申先前的建議，即屍體剖驗有助找出死因，以收預防之效。

關於第 N1 項建議的回應 / 最新情況**衛生署**

衛生署轄下的法醫科醫生根據《死因裁判官條例》(第 504 章)處理須予報告死因裁判官的死亡個案，而命令進行或豁免進行屍體剖驗的權力，則屬於死因裁判官的職權範圍。一般來說，如死因或死亡情況並不明確，即使家屬要求豁免遺體剖驗，法醫科醫生仍會向死因裁判官建議對有關遺體進行剖驗。

死因裁判法庭

死因裁判官無法就個案的司法判決作評論。

第 N2 項建議

應繼續推行「安全性行為」及「妥善處理懷孕」的公眾教育，以防因隱瞞懷孕而導致兒童死亡。

關於第 N2 項建議的回應 / 最新情況**衛生署**

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，醫護人員按婦女的個別需要提供適合的避孕方法，包括緊急避孕，亦會為意外懷孕的婦女提供輔導及轉介。性健康的教育方面，亦會提醒婦女進行安全性行為，以減低感染性病及患上子宮頸癌的機會。同時，健康教育資訊已被翻譯成少數族裔語言。

第 N3 項建議

政府應制訂標準程序及清晰的轉介機制，規定法醫科醫生須對兒童死因未能確定，或死因與遺傳疾病或先天性代謝缺陷有關的個案，轉介到遺傳科進行分子或基因檢測。

關於第 N3 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

自 2017 年 10 月起，衛生署轄下的法醫科醫生會轉介懷疑患有遺傳性心臟病或解剖結果不明確的死亡個案到衛生署醫學遺傳服務進行利用次世代基因測序技術的基因解剖測試。如從死者的測試結果確定致病基因，醫學遺傳服務會為家庭成員提供遺傳輔導。如有需要，會為他們進行基因篩查測試。

醫院管理局 (醫管局)

醫管局同意兒童死亡個案檢討委員會對關於死亡兒童的死因未確定或死因與遺傳性疾病或先天性新陳代謝缺陷的個案，制訂更清晰及劃一標準的轉介機制，以進行分子或基因檢測及其後再作轉介的建議。

7.2 死於自殺的兒童死亡個案

第 S1 項建議

提升兒童／青少年的警覺性及應變能力，例如他們透過手提電話或社交媒體識別或接收到朋輩／同學發放情緒困擾或威脅自殺的即時信息時，應立即通知學校社工或可信賴的成人，以便他們把危急情況通知警方。

關於第 S1 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局透過講座、工作坊及不同的計劃活動，教導同學認識精神健康、精神困擾的徵狀及求助行為。衛生署和教育局於 2016/17 學年攜手合作開展「好心情@學校」計劃，並在 2017/18 學年和 2018/19 學年繼續實施，以提升學生對精神健康的意識，增進他們的相關知識，加強他們的求助意欲，以及減低同學對求助行為的負面標籤。學校（或與非政府機構協作）可透過簡易程序向優質教育基金申請不多於 20 萬元的撥款推行相關活動。

衛生署

衛生署於 2017 年 8 月推出為兒童及青少年而設的「寓樂資訊」網站 YouthCan (www.youthcan.hk)，以環繞校園事件為主軸，探討不同的成長挑戰，透過多媒體將健康知識、基本生活技巧等資訊帶給他們。

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／家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生／家長時的情況，提供即時個別輔導。

另外，青少年健康服務計劃（「計劃」）以外展形式，在中學推行促進身心社交健康的課程，旨在提高青少年對自我的認識和接納、學習處理自己的情緒和壓力、提升他們與別人和諧相處和解決問題的能力。「計劃」在 2016 年以先導形式為中三同學推出進階課程，以處理困難與面對挑戰。

第 S2 項建議

提升公眾對「早期思覺失調」和「抑鬱症」的徵狀及所需治療的敏感度，加強相關知識。

關於第 S2 項建議的回應 / 最新情況

教育局

有關情緒管理、疏導負面情緒、確立自我等的學習元素，已包含在不同的學習領域 / 科目課程內，例如小學常識科、初中生活與社會課程、高中通識教育科，以及中、小學的德育及公民教育。

教育局亦發展不同資源，幫助學校識別及支援有精神健康需要的學生（包括有自殺風險的學生）。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》及「防止學生自殺」專題網頁。同年 8 月亦推出由教育局與醫管局協作編製的《認識及幫助有精神病患的學生 – 教師資源手冊》，加強學校識別及支援有精神病患（包括抑鬱症、焦慮症和思覺失調）的學生。

第 S3 項建議

加強有關精神健康的公眾教育，傳達精神病「可以治癒」的信息，並鼓勵懷疑自己患有精神病的人士即時尋求專業協助。

關於第 S3 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局透過發放上述 S2 欄內的教學資源及與醫護人員協作舉辦講座 / 座談會，向學生、教師、家長傳達精神病是可治療及鼓勵求助行為的訊息。

教育局特別邀請香港大學與 15 間中學協作推行「思動計劃+」的精神健康推廣計劃(9/2017-3/2019)，透過講座、技巧訓練和社區服務，認識思覺失調及其他精神病。在 2019/20 學年，有關計劃將會優化，新一期的「思動計劃」將會推出。

關於第 S2 和 S3 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

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；並教導學生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，預防青少年自殺。

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 / 家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生 / 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。

另外，2018 年施政報告中公布政府已預留每年 5,000 萬元推行一個持續的精神健康推廣和公眾教育計劃。首階段計劃將於 2019 年上半年展開，旨在增加公眾對精神健康的認識，從而減少對病者的歧視，長遠達至建立一個精神健康友善社會的目標。

醫院管理局 (醫管局)

醫管局於 2001 年開展「思覺失調」服務計劃，對象是 15 至 64 歲患有思覺失調的病人。此計劃的跨專業醫療隊伍在這些對象發病頭三年為他們提供一站式、針對個別階段的持續支援。「思覺失調」服務團隊亦同時推行相關精神健康教育、舉辦專題講座及工作坊，以提高市民的精神健康意識。

醫管局設有兒童及青少年精神健康社區支援計劃(「兒情」計劃)，為6至18歲有焦慮或抑鬱情緒困擾的兒童及青少年，提供適當的支援，幫助他們盡早脫離情緒困擾，防止問題惡化，從而能夠重投正常的學習、社交及家庭生活。

此外，食物及衛生局與教育局、醫管局及社會福利署，合作推出一個為期兩年、名為「醫教社同心協作」的先導計劃，分兩個階段於2016/17及2017/18學年，以學校為本在17所學校建立醫教社協作的平台，在學校為有精神健康需要的學生提供更適切的支援服務。於2018/19學年，醫管局已擴展「醫教社同心協作計劃」至約40所學校，並於5個醫院聯網加強兒童及青少年精神科的跨專業團隊，以加強支援醫教社協作平台。此外，在該學年，「兒情」計劃的服務元素已納入「醫教社同心協作計劃」中，以及早識別和支援有精神健康需要的兒童及青少年。醫管局已計劃於2019/20學年將「醫教社同心協作計劃」進一步擴展至更多學校。

社會福利署(社署)

社署資助24間精神健康綜合社區中心(綜合社區中心)，在全港各區為15歲或以上的精神病康復者及懷疑有精神健康問題的人士、其家人及照顧者和居住當區的居民，提供由預防以至危機管理的一站式、以地區為本的精神健康社區支援服務。

2019-2020年度，綜合社區中心的服務對象會擴展至有精神健康需要的中學生。社署透過提升對他們及其家長/照顧者的專業支援，藉以加強及早介入服務、預防精神健康問題惡化，以及與不同界別加緊合作，照顧有需要的青少年。此外，社署亦將於全港五個區域設置五部流動宣傳車，透過流動展覽、小型講座、簡單諮詢等，加強社區教育，以期推廣精神健康，及早預防精神病。

第 S4 項建議

協助父母了解有特殊教育需要的子女所需，並建議父母訂定對子女合理的期望。

關於第 S4 項建議的回應 / 最新情況

教育局

家庭與學校合作事宜委員會為有特殊教育需要的子女的家長舉辦講座，加深家長了解子女在學習上的需要，以及協助家長如何透過日常生活、家校合作和社區資源支援子女。

為幫助家長了解如何支援有特殊教育需要子女，教育局為家長編製了《全校參與模式融合教育家長篇》、單張及資源套，以及舉辦講座和座談會。同時，我們鼓勵學校與家長緊密溝通。

社會福利署（社署）

請參閱上文關於第 S2 和 S3 項建議的回應 / 最新情況。

第 S5 項建議

學校應照顧有特殊教育需要及在早期精神病康復階段的兒童，因應他們的需要調適課程，讓他們愉快學習，避免因課程要求而承受沉重壓力。這些兒童需要更多諒解，從跨專業協作中得所支援。學校應重點設計「個別學習計劃」，特別為有限智能及患有精神病的學生設計相關計劃。

關於第 S5 項建議的回應 / 最新情況

教育局

我們鼓勵學校採取三層支援模式，以識別並支援有特殊教育需要的學生，包括有精神病患的學生。學校須為學習及 / 或適應問題較嚴重的學生加強個別支援（例如設計個別學習計劃）。

自2017/18學年，教育局為公營普通學校提供的「學習支援津貼」，已涵蓋有精神病患的學生，以便學校有額外資源，加強照顧這些學生在學習、社交、情緒和行為上的需要。此外，食衛局聯同教育局、醫管局及社署於2016/17學年開展「醫教社同心協作計劃」，以學校為平台，由跨專業團隊為有精神健康需要的學生及其照顧者提供適切的支援服務。於2018/19學年共有41所學校參與這項計劃。於2019/20學年，這項計劃將納入更多學校，為其提供支援。

第 S6 項建議

建議教育局為教師提供訓練，邀請精神健康專業人士及教育心理學家以個案研究的形式舉行座談會，令教師更了解有特殊教育需要的學生所需。

關於第 S6 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局為在職教師提供以支援有特殊教育需要學生為主題的有系統的基礎、高級及專題課程。由2017/18學年起，教育局亦為教師開辦「精神健康的專業發展課程」，由不同專業人員包括精神科醫生、心理學家運用不同模式例如主講、討論、個案研究授課。

教育局亦為特殊教育需要統籌主任安排專業培訓課程，以提升其專業能力。

第 S7 和 S8 項建議

第 S7 項建議

患有精神病的兒童會有較高的自殺風險，家人應提高警覺，並在發現他們精神狀態不穩時，立即陪同他們與精健康專業人士見面，接受治療。

第 S8 項建議

建議父母替其患有抑鬱症並有自殺傾向的子女妥善保存精神科藥物，以防他們容易取得相關藥物以致過度服用。

關於第 S7 和 S8 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

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 / 家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生 / 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、非政府組織或醫院管理局轄下的精神科作進一步的評估及跟進。

此外，青少年健康服務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，預防青少年自殺。

醫院管理局 (醫管局)

醫管局兒童及青少年精神科設有跨專業的醫療團隊，為有需要的兒童及青少年提供及早識別、評估及診治服務。跨專業醫療團隊，包括醫生、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，會根據有需要的兒童及青少年的病情嚴重程度，提供一系列適切的治療和跟進，包括住院、專科門診、日間康復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。

跨專業醫療團隊亦會為患病兒童及青少年的家長和照顧者提供有關病症（包括精神科藥物）的知識，讓他們更深入了解患者的症狀和治療需要。醫療團隊亦與相關機構（例如早期訓練中心或學校）保持緊密聯繫，按兒童及青少年發展的需要提供適當的支援。

第 59 項建議

父母應掌握有關抑鬱症徵兆的知識，留意子女（尤其升讀中一時）有否出現不易察覺的徵兆，例如「拒絕上學」等。

關於第 59 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局於 2018 年 2 月推出名為「家長智 Net」的家長教育網頁，讓幼稚園及中小學的家長能方便取得支援學童身心發展的有用資訊，包括親子關係、品格培養、子女管教、處理子女的情緒和精神問題等。

家庭與學校合作事宜委員會亦舉辦家長講座，加深家長對子女情緒和行為問題的了解，及其處理技巧。

第 S10 項建議

拒絕上學是青少年情緒不穩的警號，需要專業人士關注和介入。如有透露自殺的情況，則應由臨床心理學家或精神科醫生予以協助。

關於第 S10 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局在 2009 年 1 月發出的「確保學生接受教育的權利」通告中已清楚申明相關政策，並督促學校必須加強措施，以保障學生接受教育的權利。學校應設有適當機制，讓教師聯同校內的訓輔人員、學校社工、校本教育心理學家或社區內的青少年工作機構及早適當介入，以便向高危及邊緣缺課學生提供適切協助。若發現缺課學生有抗拒上學的徵狀，本局會因應有關學生的需要，將個案轉介至社會福利署或相關社會服務機構接受所需的專業服務。學校亦應制訂就學政策，以鼓勵學生依時上學、促進融洽的師生關係、營造關愛的校園氣氛，以及建立密切的家校夥伴關係。

第 S11 項建議

在升讀中一的銜接或適應課程中加入「預防壓力」、「精神健康」及「如何尋求協助」的元素，幫助學生培養更高的抗壓能力，應付逆境及學業的挑戰，特別是幫助於小學階段成績優異，自我期望甚高而未嘗挫折的學生。

關於第 S11 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局鼓勵學校在為中一和中四學生而設的銜接課程內，加強促進學生精神健康的元素。教育局亦為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。教育局會繼續鼓勵學校透過個案轉介機制，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。

協助學生建立健康生活方式是學校課程七個學習宗旨之一。教育局除為學校人員舉辦培訓外，亦鼓勵學校透過全校課程規劃，提升學生的抗逆能力及整體健康，包括精神／心理健康。教育局亦推動學校提供更多類型的全方位學習機會，讓學生拓寬視野，並汲取學習經驗，有助培育學生堅毅精神、抗逆能力及同理心。

關於第 S9 至 S11 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

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／家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生／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、非政府組織或醫院管理局轄下的精神科作進一步的評估及跟進。

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；並教導學生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，預防青少年自殺。

另外，衛生署於2017年8月推出為兒童及青少年而設的「寓樂資訊」網站 YouthCan(www.youthcan.hk)，以環繞校園事件為主軸，探討不同的成長挑戰，透過多媒體將健康知識、基本生活技巧等資訊帶給他們。

第 S12 項建議

教導學生對其他人應有「同理心」，以處理朋輩欺凌問題（尤指Whatsapp和snapchat等社交媒體的欺凌問題）。受欺凌的學生亦應接受輔導，並即時尋求教師或學校社工協助。欺凌者可能患有身心症，亦需得到適切的協助。

關於第 S12 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局非常重視學生的全人發展及正面價值觀和態度的培養，並要求學校在課程各範疇中加強生活教育，以協助學校培育學生尊重別人，掌握溝通、社交及處理衝突技巧，培養學生的「同理心」，以減低欺凌事件的出現。

教育局舉辦「和諧校園網絡」及「理智NET」校園嘉許計劃，讓學校互相分享資訊及舉辦大型活動，協助學校建構和諧關愛的校園文化。

我們亦鼓勵學校透過家長教育及宣傳，鼓勵家長耐心聆聽子女所遇到的欺凌問題，以關愛的態度支持子女面對困擾，並與學校保持溝通；在有需要時，尋求教師、輔導人員及社工的協助。

衛生署

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／家長所填寫的健康評估問卷結果及會見個別學生／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、非政府組織或醫院管理局轄下的精神科作進一步的評估及跟進。

青少年健康服務計劃以外展形式在中學向學生、家長及老師提供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；並教導學生當遇到有情緒或抑鬱問題時，應盡早尋求專業人士的協助。

第 S13 項建議

在學校推廣「關愛」文化，以加強學生之間互相關懷的精神，並在生命教育課堂上教導他們如何回應朋輩表示情緒困擾或透露自殺的情況。

關於第 S13 項建議的回應 / 最新情況

教育局

有關生命教育的學習內容，例如「認識生命」、「愛惜生命」、「尊重生命」及「探索生命」已納入不同的學習主題中，例如小學的常識科及初中生活與社會課程，均設有學習「尊重和珍惜生命」的課題；在高中倫理與宗教科，探索和思考「生存與死亡」問題；在高中通識教育科，讓學生學習了解個人的長處及短處，懂得如何處理壓力和挫折感，並能在充滿挑戰的環境下作出決定，為自己創造一個積極和有意義的人生。

多年來，教育局與機構及團體合辦「關愛校園獎勵計劃」，以嘉許學校在推動「生命教育」、「家校合作」及「關愛教職員團隊」等範疇上的努力，並鼓勵更多學校建構關愛校園文化。

第 S14 項建議

學校應考慮把「輔導班」重新命名為「提升班」以消除其負面含義。

關於第 S14 項建議的回應 / 最新情況

教育局

除了考慮以中性字詞作為活動 / 班別名稱，學校需運用適當的策略照顧學生的多樣性，幫助他們識別及發揮自身長處，提高學習成效，例如因應學生的需要、興趣和能力規劃整體課程，提供多元化的全方位學習活動及其他學習經歷；採用不同的評估策略了解學生的表現和需要，以回饋及改善學與教。教師宜建立一個充滿關愛及安全的學習環境，照顧及尊重學生的差異，讓學生參與訂立和檢視學習目標，促進朋輩支援和評估，並鼓勵學生主動學習、冒險、協作及反思，調整教學方法和提問技巧、採用不同的展示方式、使用各種電子學習工具及資源、因應學生能力及興趣靈活分組和配置不同的學習任務等。

第 S15 項建議

父母應花更多時間，努力與其子女在「情感層面」上保持溝通，多了解子女的感受或情緒，協助他們紓解困擾。

關於第 S15 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育統籌委員會於 2017 年 12 月成立家校合作及家長教育專責小組，檢討現行推廣家校合作及家長教育的方式，以及制訂促進家校合作及家長教育的方向和策略，透過推廣對兒童發展需要的確切了解，協助家長幫助其子女健康愉快成長及有效學習。該專責小組於 2019 年 4 月完成檢討並向教育局提交報告，提出一系列綜合措施來推廣普遍、多元化及創新的家校合作及家長教育活動，以促進家長全面了解子女的成長需要，加強他們在為人父母方面的能力、知識、技能和態度，以為學生創建一個愉快和健康的學習和生活環境。

亦請參閱上文關於第 S9 項建議的回應 / 最新情況。

第 S16 項建議

加強教導父母如何處理青少年的行為問題。父母在處理子女的不當行為時，應控制自己的情緒，並注意用字，避免觸發子女的衝動反應。

關於第 S16 項建議的回應 / 最新情況

教育局

家庭與學校合作事宜委員會舉辦有關育兒技巧、培育正向孩子、親子溝通的家長講座，以加深家長對子女情緒和行為問題的了解，及其處理技巧。

關於第 S15 及 S16 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署 (社署)

家庭生活教育服務單位、綜合家庭服務中心及綜合服務中心提供多項家庭生活教育活動，包括為家長舉辦小組和活動以增進父母有效管教子女、兩代正面溝通及處理衝突的技巧，讓家長與子女維持和諧的關係。上述單位亦與學校協作，舉辦主題活動予學生及家長，加深他們對子女成長需要的了解，教導他們與子女有效溝通和管教子女的技巧。有關推廣父母有效管教技巧的教材和小冊子，亦已上載社署網頁讓公眾查閱。

在預防方面，社署會繼續與相關的伙伴單位和持份者緊密合作，提供全面的福利服務，以維繫和加強家庭的凝聚力，以家庭為單位建立關愛的家庭關係。

第 S17 項建議

學校應教導青少年酒精的禍害。

關於第 S17 項建議的回應 / 最新情況

教育局

有關酒精、吸煙和藥物濫用對健康的危害的學習元素，已納入中、小學各主要學習領域 / 學科和相關校本學習活動。透過各項培育學生健康意識和良好生活習慣的活動，協助學生積極面對成長的挑戰，發展獨立的思考和解決問題的能力，學會作出明智和負責任的抉擇，堅決地拒絕酒精、毒品及煙草等物質。自 1995 年起，教育局已委託生命教育活動計劃 (LEAP) 為小學生提供健康及藥物教育課程，以協助預防藥物濫用。

衛生署

衛生署學生健康服務舉辦預防飲酒的健康促進活動，包括安排小三的學生參與「健康小先鋒工作坊」和為中一的學生提供「抗誘篇」課堂。透過互動和遊戲方式，增加學生對飲酒、吸煙、吸毒和濫用互聯網及電子屏幕產品禍害的知識，以及教授拒絕技巧。另外，透過青少年心理健康的講座，講解酒精對身體有害和影響，並勸告青少年不要以飲酒來減輕壓力。醫生和護士亦會提供個人輔導給有酗酒問題的學生。此外，學生健康服務中心亦印製了有關「健康生活」、「拒絕飲酒、吸煙和吸毒禍害技巧」和健康使用互聯網及電子屏幕產品的小冊子給學生索取和參閱。

繼減少酒精相關危害行動計劃書的全面實施，衛生署於 2016 年底展開名為「年少無酒」的運動，以年輕人及相關人士為對象。利用迎合年青人的教材、視聽資源、社交媒體宣傳、教育活動、學生工作坊等，防止未成年人士飲用酒精。政府於 2018 年 5 月發佈《邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》，設定 9 項非傳染病目標，其中一項為減少酒精相關危害。

《2018 年應課稅品 (修訂) 條例》已於 2018 年 11 月 30 日開始實施。該條例旨在禁止在業務過程中向未成年人售賣或供應酒類飲品。隨着新法例的實施，香港青少年接觸酒類的機會將會減少，從而減少酒精對青少年的傷害。

第 S18 項建議

加強戀愛教育，特別教導學生如何處理「分手」和面對「失落」的感覺。

關於第 S18 項建議的回應 / 最新情況

教育局

與性教育相關的學習元素，例如與個人成長、交友、戀愛等相關內容，已納入中、小學各主要學習領域 / 學科和相關校本學習活動。教育局持續製作及更新學與教資源，以支援學校培育學生在面對與性相關的議題時，能持守正面的價值觀和態度，建立健康的人際關係（包括理性地處理分手），並以理性客觀的分析，作出合理的判斷和負責任的抉擇。

教育局亦定期為中小學教師及社工舉辦研討會，幫助他們了解時下青少年的戀愛觀、性觀念、戀愛模式及戀愛關係上的危機，裝備他們輔導及協助學生面對談戀愛帶來的挑戰，包括失戀的困擾、性騷擾及性暴力等問題。

社會福利署（社署）

社署繼續提供一系列的服務，包括綜合青少年服務中心和中學社會工作服務，輔導及支援青少年處理戀愛及分手問題。

7.3 死於意外的兒童死亡個案

第 A1 至 A3 項建議

第 A1 項建議

重申先前的建議，即使時間很短（尤其在幼兒睡覺時），父母亦不應獨留幼兒在家不顧。

第 A2 項建議

父母應採取所有防止兒童墮樓的安全措施，安裝合適的窗花（包括百葉窗的窗花），確保窗花的設計穩妥，足以保護兒童，並時刻鎖好。

第 A3 項建議

透過外傭中介公司、領事館或工會，向外傭傳達保護兒童安全的信息，並加強相關培訓。

關於第 A1 及 A2 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

衛生署母嬰健康院（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乃父母首要責任，健康院近年已加強向父母提倡家居安全的意識。措施包括向首次到訪健康院的父母派發家居安全資訊，亦會請父母填寫家居安全清單，並由護士檢視。如有需要，健康院會向他們作出適當指導和跟進。部分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。

除個別提供指導外，父母／照顧者及公眾亦可透過衛生署家庭健康服務網站、熱線電話、電子報、工作坊以及講座等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（包括防止跌墮措施）。

健康院會透過社會福利署編製的各類幼兒照顧服務資料單張，提高準父母及家長對幼兒照顧服務的意識，以防他們獨留兒童在家。

此外，衛生署現正製作一本電子書，列出與常見家居用品有關的潛在危害，並提出安全使用床及窗花等設施的方法。家長是主要讀者對象。

社會福利署（社署）

除以「勿獨留兒童不顧」及「妥善照顧兒童」作宣傳主題及用不同媒體推廣各類幼兒照顧服務外，社署自2009年11月開始更定期在電台播放宣傳聲帶及在電視台播放宣傳短片，突出「一次疏忽，一世內疚」、「疏忽照顧兒童要負刑事責任」等訊息，告誡各家各戶不可獨留兒童不顧。社署會繼續這方面的宣傳工作。

父母確保兒童安全應有的責任和態度，已成為社署促進家庭和諧、預防家庭暴力宣傳活動的其中一個主題。有關兒童的家居安全參考資料，可於社署家庭生活教育資料中心索取（網址：flerc.swd.gov.hk）。

第 A4 至 A6 項建議

第 A4 項建議

重申先前的建議，提高父母及照顧者對適當幼兒睡眠安排的意識，例如不應安排幼童單獨睡在不設圍欄的高床，或在牆壁與睡床之間留有空隙。

第 A5 項建議

重申先前的建議，提醒父母及照顧者如兒童頭部受傷／懷疑頭部受傷，尤其是因跌倒引致頭部受傷，即使並無明顯／清晰可見的損傷，亦應即時求醫。

第 A6 項建議

提高父母對幼兒家居安全的意識，為免幼兒在家中滑倒，應考慮在地板加上防滑膠墊。

關於第 A4 至 A6 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

請參閱上文關於第 A1 及 A2 項建議的回應 / 最新情況。

第 A7 至 A9 項建議

第 A7 項建議

提高父母對嬰兒窒息風險的意識，嬰兒在放有軟身物件（如枕頭、墊子、防撞攬枕、毛氈及絨毛玩具等）的床上轉身俯睡時，易被該等物件覆蓋而引致窒息。

第 A8 項建議

提醒父母如須在熟悉的家庭環境以外的地方過夜時，應特別留意嬰兒的睡眠安排。

第 A9 項建議

衛生署應在產前及產後檢查中，透過視聽資訊或派發資訊小冊子，加強向準父母或父母宣傳「安全的嬰兒睡眠環境」。

關於第 A7 至 A9 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

嬰兒睡眠安全是家居安全中的一個重要課題。衛生署母嬰健康院透過個別輔導、小冊子、網頁、親職研習班及視聽教材提醒準父母、父母和照顧者注意嬰兒睡眠安全、與嬰兒同床而睡可能構成致命的風險。

新一輯健康教育資訊短片「嬰兒安全睡姿與環境時刻緊記全靠你」於2018年初推出，涵蓋初生嬰兒安全睡眠環境的相關重點。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，片段亦不定期於公共交通工具媒體播放，藉此提高大眾對相關議題的意識。

為增進公眾對嬰兒睡眠安全的知識，健康院會向準父母以及新任父母派發「預防嬰兒猝死症」小冊子及「給寶寶一個安全環境」單張。相關資料亦已上載到家庭健康服務網站供公眾查閱。

健康院會定期要求到訪的幼兒父母填寫「你的寶寶安全嗎？」問卷，再交由護士檢視。如有需要，健康院會向他們作出適當指導和跟進。部分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。

第 A10 至 A12 項建議

第 A10 項建議

提醒公眾在目擊火警發生時，應立即致電「999」求助。

第 A11 項建議

繼續加強有關防火及安全事宜的公眾教育，例如在火警中如何逃生、應否留在單位或撤離，以及應否自行滅火等。

第 A12 項建議

繼續加強有關適當使用家居電器及裝置的公眾教育。

關於第 A10 至 A12 項建議的回應 / 最新情況

消防處

消防處整合了消防安全總區及救護總區的社區關係組，於 2018 年 10 月成立「社區應急準備課」。

社區應急準備課會利用各種平台例如社交媒體 (Facebook 和 YouTube)、傳統訓練課程、宣傳活動、廣告和展覽等去接觸不同年齡層的人士和社會群體，進行宣傳教育，以提升市民的應急準備意識和在面對危難或突發事故時的應變能力，當中包括正確使用和保養消防裝置及設備，在火警時的應變及求生方法。

為了進一步加強預防家居意外的意識，消防處將於 2019 年推出「安全家居檢查表」，讓市民自行檢查及識別家居的潛在風險並加以糾正。

關於第 A12 項建議的回應 / 最新情況

機電工程署

正確使用及定期保養電器是家居電力安全中的一個重要課題。機電工程署一直加強宣傳教育工作，並透過不同的宣傳途徑如電視短片、電台廣播、長者及校園探訪、等等，以提醒用家要正確使用及定期保養電器，例如若電器不須使用時，應把電器關掉、每一個供電插座只應插上一個萬能蘇或一個拖板，不應插上更多的萬能蘇或拖板以避免電路負荷過重、等等。

機電工程署編製的「正確使用家庭電器」及「定期保養電器」小冊子，可透過機電工程署的網頁 (<http://www.emsd.gov.hk>) 閱讀及下載。

7.4 死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的兒童死亡個案

第 AS1 項建議

在特殊學校加強照顧者的支援服務，協助父母照顧各類殘疾的學童。

關於第 AS1 項建議的回應 / 最新情況

教育局

一直以來，教育局為特殊學校提供不同資源以改善教育質素。學校應整體地運用有關資源，支援學生的不同學習需要，亦可舉辦多元化活動和家長教育計劃等推動家校合作。學校亦會協助和提醒家長採取與學校一致的方法照顧他們的子女，以加強學習效果。

第 AS2 項建議

建議教育局檢討目前特殊學校的學校社工人手比例，以期增加有關人手供應。

關於第 AS2 項建議的回應 / 最新情況

教育局

由 2018/19 學年起，特殊學校的社工人手比例提升至 0.5 名社工對 30 名學生，以更適切地照顧學生的需要，總學額在 60 名或以下的特殊學校亦獲提供一名學校社工。特殊學校亦獲發一筆「諮詢服務津貼」以加強對學校社工的支援及督導。

近年，我們亦增加其他類別特殊學校專責人員人手，例如於 2017/18 學年為輕度智障兒童學校、中度智障兒童學校、視障兒童學校及聽障兒童學校提供職業治療師，亦為視障兒童學校及群育學校提供言語治療師。

第 AS3 及 AS4 項建議

第 AS3 項建議

增進父母 / 照顧者對各類社區訓練或支援資源的知識，協助他們照顧殘疾兒童。

第 AS4 項建議

鼓勵照顧者（特別是男性照顧者）在有需要時尋求協助和參加照顧者支援小組 / 計劃，為他們分憂和減輕困擾。

關於第 AS3 及 AS4 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署（社署）

家長 / 親屬資源中心主要是提供一個讓有類似問題的殘疾人士家長及親屬 / 照顧者相聚的地點，以便交流經驗，並在中心職員協助下互相幫助。服務包括個案輔導；治療小組；支援、社交及康樂小組及大型活動；資源物料供應及社區教育活動等。

現時由社署津助的家長 / 親屬資源中心共有六間，包括一間專為精神病康復者的家屬或照顧者提供服務的中心。政府於 2018-19 至 2019-20 年度會新增 13 間家長 / 親屬資源中心，以加強支援殘疾人士的家長及親屬 / 照顧者。

第 AS5 及 AS6 項建議

第 AS5 項建議

家人應注意照顧者的精神健康，包括受委託照顧兒童的長者，並留意他們是否有自殺跡象或抑鬱情緒，以助他們及時尋求專業協助。

第 AS6 項建議

透過政府宣傳短片，進一步增進公眾對「抑鬱症」（包括其症狀和所需治療）的知識，並鼓勵有需要者求助。

關於第 AS5 及 AS6 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署 (社署)

社署資助 24 間精神健康綜合社區中心 (綜合社區中心)，在全港各區為 15 歲或以上的精神病康復者、懷疑有精神健康問題的人士，其家人及照顧者和居住當區的居民，提供由預防以至危機管理的一站式、以地區為本的精神健康社區支援服務。

2019-2020 年度，社署亦將於全港五個區域設置五部流動宣傳車，透過流動展覽、小型講座、簡單諮詢等，推廣精神健康，以期達至及早預防精神病。

衛生署

為提高長者的意識，長者健康服務透過不同渠道，包括傳媒採訪、出版書籍、報導及短片等，向長者推廣心理健康，並舉辦講座，主題包括抑鬱、壓力處理、生死教育和社會孤立等。此外，長者健康服務亦與香港紅十字會啟動了先導項目，培訓義工為長者進行家訪期間悉別早期情緒病徵兆。

為協助及早發現和處理長者的情緒問題，《香港長者護理參考概覽 - 長者在基層醫療的預防護理》建議基層醫療醫生為長者進行抑鬱隨機檢查。

2018 年施政報告公布，政府已預留每年 5,000 萬元推行一個持續的精神健康推廣和公眾教育計劃。首階段計劃將於 2019 年上半年展開，旨在增進公眾對精健康的了解，從而減少對病者的歧視，長遠達至建立精神健康友善社會的目標。

醫院管理局 (醫管局)

醫管局自 2012 年起設立 24 小時精神健康諮詢熱線，即「精神健康專線」(電話：2466 7350)。該熱線由精神科護士接聽，為病人、其照顧者及有需要人士 (包括有精神健康需要的兒童、青少年及其家長) 就精神健康事宜提供專業意見。

第 AS7 及 AS8 項建議的回應 / 最新情況

第 AS7 項建議

提醒青少年使用 Facebook、Instagram 和微信等社交媒體交友時，務必保護自己。

第 AS8 項建議

教導青少年有關「賺快錢」的潛在風險，特別是涉及以「援交」、「私影」或「兼職女友」等為名進行金錢交易的社交活動。

關於第 AS7 及 AS8 項建議的回應 / 最新情況

教育局

教育局於 2016 年更新了《香港學生資訊素養》架構，以便學校把資訊素養融入課程，培育學生正確地運用資訊的能力和態度，包括評估資訊來源的可靠性及提防互聯網上的危險等；並為教師提供相關的專業發展課程。教育局已提供電子學習資源套，協助學校進行相關的家長教育；以及透過講座，協助家長培養子女在日常生活和學習中運用資訊科技應有的態度，避免沉迷上網或接觸不健康的訊息；並設立熱線，為有需要的家長、教師及學生提供個別支援。為進一步支援教師培養學生的資訊素養及運用資訊科技的應有態度，教育局於 2018 年製作「聰明 e 主人」電子學習資源套。

教育局定期為中小學教師及社工舉辦研討會，以及製作網上專題文章，協助他們了解學生參與援交的問題及所面對的困擾，並提供預防、介入及支援策略和社區資源，以期加強學生的自我保護意識，避免因追求物質而身陷危機。

香港警務處 (警務處)

警隊非常關注從網上認識而誘發成性罪行的情況，正採取四管齊下的政策，包括：(1) 預防教育、(2) 情報搜集、(3) 執法行動及 (4) 跨機構多部門合作，以打擊相關罪案。

(1) 預防教育

警隊非常重視教育青少年人有關參與牽涉金錢交易的交際活動所涉及的風險，並定期為家長、老師、學生及社會上其他持份者舉行講座及工作坊提供相關資訊。

此外，警隊亦定期與互聯網服務供應商及青少年經常瀏覽的網站負責人保持緊密聯繫，以在其網站設置警告標語。

(2) 情報搜集

警隊亦會透過與各網站負責人的緊密接觸及網上巡邏，收集情報及掌握涉及網上交友相關罪行的趨勢。

(3) 執法行動

警隊繼續將「加強網絡安全和打擊科技罪行」列入為其中一個首要行動項目。西九龍總區重案組已成立專責隊伍，協調所有「援交」相關的調查工作，並進行代號「搜鯨」的情報主導執法行動。

此外，其他總區 / 警區亦會在轄下範圍內採取積極執法行動，打擊「援交」相關的非法活動。

網絡安全及科技罪案調查科（網罪科）已增加人手以提升打擊科技罪行的能力和擴展相關職務。網罪科會繼續為調查人員提供技術支援及培訓，並透過電腦法理鑑證、海外司法管轄區的司法互助、與不同持份者，包括本地執法機構、互聯網服務供應商及互聯網信息服務商的協作，搜集證據作檢控用途。

(4) 跨機構多部門合作

警隊會繼續與各持份者包括社署、教育局及各青少年志願機構等保持緊密聯繫，以打擊社交網絡罪行，並在有需要時作出轉介，以達至合力打擊相關罪行的目標。

社會福利署(社署)

為了回應青少年不斷轉變的福利需要，社署在2018-19年度增撥資源，在全港設立五隊「網上青年支援隊」，透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，提供適時的社工介入和支援服務。

網上青年支援隊將以互聯網作為平台，透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途徑，主動接觸邊緣及隱蔽青年，針對他們一些與上網有關的偏差行為，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轉介至主流服務。

第 AS9 至 AS11 項建議

第 AS9 項建議

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。

第 AS10 項建議

加強為已經 / 正在辦理離婚 / 分居的家庭而設的共享親職支援服務。

第 AS11 項建議

在家事法庭或透過代表律師派發單張，進一步推廣為離婚夫婦而設有關和平分手和共享親職的輔導服務，以及為其子女而設的兒童為本服務。

關於第 AS9 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署(社署)

社會福利署已向香港撒瑪利亞防止自殺會轉告有關建議。透過其轄下受資助的自殺危機處理中心，香港撒瑪利亞防止自殺會為受自殺問題困擾人士提供專門的服務。在推行防止自殺的社區教育時，除向公眾人士推廣正向的人生觀外，亦傳遞相關訊息呼籲家長要珍惜自己及其子女的生命，並加強公眾人士預防自殺的意識。此外，自殺危機處理中心就珍惜孩子生命為主題而製作的短片“可唔可以唔死呀？”，已上載於社交媒體及機構的官方網頁，供公眾人士瀏覽。https://www.youtube.com/watch?v=D5hRsL7Jp_w。

關於第 AS10 及 AS11 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署 (社署)

社署的保護家庭及兒童服務課的工作重點之一，是為已經 / 正在辦理離婚 / 分居的夫婦提供輔導服務，包括促進共享親職及加深父母對子女情緒的了解。

社署於 2016 年 9 月推出由非政府機構營辦的子女探視服務先導計劃，以協助已經 / 正在辦理離婚 / 分居夫婦在安全、無衝突的環境中維持與其子女接觸。

社署已加強為已經 / 正在辦理離婚 / 分居夫婦提供的支援措施。該等措施包括：

- 於 2018-19 年度向保護家庭及兒童服務課提供額外人手資源，以提供一系列早期介入服務、共享親職服務以及向有家庭暴力史及處於分居 / 離異邊緣的家庭的兒童及時提供支援，從而降低離異對他們的負面影響。
- 於 2019-20 年度成立五間由非政府機構營辦的共享親職支援中心，為已經 / 正在辦理離婚 / 分居的父母及其子女提供一站式支援服務。服務包括共享親職輔導、兒童為本的輔導、小組或活動以及子女探視服務。
- 社署亦製作了一套分別供父母及子女參考的手冊，提供有關共享親職的資訊，並協助子女了解離婚事宜。這套手冊已派發予各政府部門、有關的非政府機構、服務單位及律師等。此外，社署已在其網頁設立專題網站，推廣父母責任的觀念，並發布各區有關團體 / 活動的資料。為此而製作的兩套動畫短片亦已上載專題網站，進一步推廣父母責任和共享親職的訊息。
- 再者，社署資助地區舉辦有關家庭生活教育、強化婚姻及防止家庭暴力的活動，推廣和諧家庭信息。
- 社署會繼續於各區舉辦心理教育活動，以加深離異父母對孩子情緒的了解；同時透過公眾教育及宣傳工作，宣揚兒童為本、共享親職的訊息。

第 AS11 項建議的回應 / 最新情況

香港律師會

律師會可透過規劃和舉辦論壇、研討會、工作坊，提醒公眾可行的法律途徑以保護兒童。有關福利當局應該做更多的工作，令各持份者明白在任何時候須以兒童安全為首。

第 AS12 至 AS16 項建議

第 AS12 項建議

重申與嬰兒同床而睡的風險，並提醒父母及照顧者不應安排嬰兒與兄弟姊妹或其他兒童同床。

第 AS13 項建議

提高父母對嬰兒會被夾在睡床與牆壁之間空隙的風險意識，提醒他們嬰兒有可能會自行移動。

第 AS14 項建議

提醒父母及照顧者讓嬰兒穿著輕便舒適的衣物入睡，不宜穿得過多。

第 AS15 項建議

提醒父母及照顧者，在非常疲倦或不適時，又或飲酒或服用使人昏昏欲睡的藥物後，警覺度會有所下降，故不宜照顧嬰兒。

第 AS16 項建議

重申父母及照顧者須在嬰兒單獨睡覺時定期查看，或安裝合適的監察裝置。

第 AS12 至 AS16 項建議的回應 / 最新情況

衛生署

請參閱上文關於第 A7 至 A9 項建議的回應 / 最新情況。

第 AS17 至 AS19 項建議

第 AS17 項建議

進一步提醒公眾（特別是青少年）關於濫用藥物的害處和遠離毒品的重要性。

第 AS18 項建議

為濫藥父母提供教育和支援計劃，提高他們對毒品遺禍子女的意識，並提升他們的親職能力。

第 AS19 項建議

提醒和鼓勵濫藥父母的家人，為這些有確實育兒和社會服務支援需要的父母提供所需的育兒援助。

第 AS17 及 AS18 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署（社署）

社署透過資助非政府機構提供住院及社區戒毒服務，以切合不同戒毒者的需要。

為吸毒者而設的輔導中心與社區內不同的社會服務單位及其他專業人士（例如醫生和護士等）協作，對吸毒者及其家人提供適切的跟進和支援。

非政府機構為邊緣青少年及大眾提供禁毒教育，提升他們對吸毒禍害的意識及鼓勵他們及早尋求協助。

保安局禁毒處

保安局禁毒處（禁毒處）聯同禁毒常務委員會繼續透過各種平台，為不同的目標群組（包括年輕人）就最常被吸食的毒品的禍害，進行預防教育和宣傳。

禁毒基金會繼續資助值得推行的禁毒預防教育和宣傳項目，以及戒毒治療和康復服務項目以處理有吸毒問題的人士（包括有濫藥問題父母）的需要。很多獲資助的項目均有指出毒品的禍害和遠離毒品的重要性。其他以有濫藥問題父母為對象的資助計劃，已包括支援服務，以加強他們作為父母的角色，提升他們戒毒的動機。

禁毒處會繼續為不同的目標群組推行禁毒活動，包括在藥物資訊天地舉辦以家長、年輕人和市民大眾為對象的活動和項目；為學生、教師及學校人員提供禁毒教育；以及在中學推行「健康校園計劃」及「參與體育、拒絕毒品」計劃。

第 AS19 項建議的回應 / 最新情況

社會福利署 (社署)

社署着重跨專業協作，透過「兒童身心全面發展服務」平台，以及早識別和介入高危個案(包括家有幼兒的有濫藥問題父母)，提升個案管理工作。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，以維繫和加強家庭凝聚力，促使家庭和睦，並提醒及鼓勵家人協助有濫藥問題的父母照顧幼兒及提供所需的支援。

第 AS20 項建議

重申先前的建議，提醒公眾隱瞞懷孕可能會有致命的後果，以及婦女懷孕或分娩務須接受醫療護理和尋求社會服務支援。

第 AS20 項建議的回應 / 最新情況

教育局

與性教育相關的學習元素，例如與交友、戀愛、保護身體等相關內容，已納入中、小學各主要學習領域、學科和相關校本學習活動。教育局持續製作及更新學與教資源，以支援學校培育學生在面對與性相關的議題時，能持守正面的價值觀和態度，提升學生自我保護意識，並以理性客觀的分析，作出合理的判斷和負責任的抉擇。

社會福利署（社署）

社署會繼續透過公眾教育，使大眾了解隱瞞懷孕可能有致命的後果，重點說明意外懷孕的後果和正確處理方法。社署會利用教育單張傳達相關信息，鼓勵意外懷孕的女士求助。單張已上載至社署轄下家庭生活教育資料中心的網站。綜合青少年服務中心為兒童和青少年提供一系列預防、發展和補救服務，並及早識別有需要的兒童和青少年，為他們提供適時的輔導和支援。

學校社工為學生成立校內預防及支援小組 / 舉辦相關活動，使學生了解隱瞞懷孕可能引起的致命後果，以及處理意外懷孕的正確方法。

由非政府機構營辦、社署統籌、香港賽馬會慈善信託基金撥款資助的「共創成長路——賽馬會社區青少年培育計劃」，旨在給學生灌輸正確的價值觀，鼓勵他們以樂觀的態度面對逆境。

8.1 按專題劃分的觀察結果**8.1.1 與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題****8.1.1.1 與嬰兒同床而睡的統計資料**

個案總數=37宗(35宗涉及一歲以下嬰兒；兩宗涉及一歲嬰兒)，其中三宗個案也與其他睡眠安全問題有關。

表 8.1.1.1.1：按年份和性別劃分的個案數目

年份	女	男	總數
2006	0	2	2
2007	1	0	1
2008	1	1	2
2009	2	2	4
2010	1	2	3
2011	2	5	7
2012	5	1	6
2013	1	4	5
2014	2	2	4
2015	1	2	3
Total	16	21	37

表 8.1.1.1.2：按死亡性質和性別劃分的個案數目

個案性質	類別	女	男	總數
自然	患有慢性疾病兼有殘障	0	1	1
自然	患有慢性疾病但沒有殘障	0	1	1
自然	急性疾病	3	2	5
自然	嬰兒意外猝死	3	10	13
自然	無法識別病因	4	1	5
非自然	未能確定死因	6	6	12
總數		16	21	37

表 8.1.1.1.3：按死亡事故發生地點劃分的個案數目

死亡事故發生地點	總數
家中	29 (78.4%)
醫院	4 (10.8%)
室內(不包括家中)	4 (10.8%)
總數	37

8.1.1.2 其他睡眠安全問題的統計資料

個案總數=36宗(35宗涉及一歲以下嬰兒；一宗涉及有特殊需要的七歲兒童)，其中三宗個案亦與成年人和嬰兒同床而睡有關。

表 8.1.1.2.1：按年份和性別劃分的個案數目

年份	女	男	總數
2006	0	0	0
2007	0	0	0
2008	0	0	0
2009	2	1	3
2010	1	2	3
2011	1	1	2
2012	8	5	13
2013	0	7	7
2014	4	0	4
2015	2	2	4
總數	18	18	36

表 8.1.1.2.2：按死亡性質和性別劃分的個案數目

個案性質	類別	女	男	總數
自然	初生嬰兒疾病	1	0	1
自然	患有慢性疾病兼有殘障	2	0	2
自然	急性疾病	2	1	3
自然	嬰兒意外猝死	1	11	12
自然	無法識別病因	2	2	4
非自然	意外	2	4	6
非自然	未能確定	8	0	8
總數		18	18	36

表 8.1.1.2.3：按死亡事故發生地點劃分的個案數目

死亡事故發生地點	總數
家中	26 (72.2%)
醫院	5 (13.9%)
室內(不包括家中)	5 (13.9%)
總數	36

8.1.1.3 與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題的觀察結果

- 在 2006 至 2015 年的檢討個案中，有 37 宗兒童死亡個案或與成年人或兄弟姊妹 / 其他兒童同床而睡有關，而 36 宗兒童死亡個案或與睡眠安全問題有關，比如被發現以俯臥的姿勢睡覺，鼻子和口部被枕頭和毯子等物件覆蓋，被困在床和牆之間的縫隙裡，以及被床上柔軟的物件覆蓋等。個案大多涉及一歲以下嬰兒。
- 雖然大部分個案的死亡性質歸於自然因素，但當中大多是嬰兒意外猝死、致死病因不明或死因未能確定的個案。

- 在死因未能確定的個案中，調查顯示當嬰兒的呼吸道被柔軟的床墊、睡眠表面或其睡眠範圍的物件如毯子、枕頭、被子、緩衝墊、玩具阻塞，或被同睡的成年人或兒童意外擠壓，則可能發生意外窒息或絞縊。公眾似乎沒有充分意識到成年人與嬰兒同床而睡可能發生窒息、受困或擠壓受傷的危險。此外，當父母和嬰兒不在家時，可能因沒有嬰兒床而安排嬰兒於不安全的環境中睡覺，如嬰兒車、沙發或成人床。
- 家長可能會有一個普遍的信念，以為嬰兒在床上是安全的，因為相比較大的孩子，他們活動較少。然而，醫學專家指出，幼兒在2個月甚至更小的時候就已懂得轉身。被夾在睡床與牆壁之間空隙而導致意外窒息是可以避免的，而西方國家已詳細報道嬰兒被夾在睡床與牆壁之間空隙會引致受傷甚至死亡。由於香港大部分家庭的空間有限，嬰兒床或兒童床往往須要靠牆而放，造成嬰兒被夾縫隙的危機。因此，委員會認為，應加強對嬰兒安全睡眠環境的公眾教育，以喚起公眾對這種威脅的意識，亦不應讓嬰兒獨自躺在高處。
- 為了降低所有與睡眠有關的死亡風險，有必要提高公眾對嬰兒睡眠安全的意識。應鼓勵社工、醫生或護士向有嬰兒或即將生孩子的家長灌輸有關嬰兒睡眠環境的知識，並提供有關安全睡眠的資料及指導。檢討委員會對於政府向公眾推廣安全睡眠意識的努力予以肯定，並建議衛生署繼續教育家長有關安全睡眠的知識，並告誡家長，把嬰兒放在成人床、沙發或放有過多軟身物件如枕頭、毛毯、被子、墊子、絨及毛玩具等的嬰兒床上睡覺時，可能會引致嬰兒窒息或被困(**第A7至A9和AS12至AS16項建議**)。

8.1.1.4 關於與嬰兒同床而睡的建議

年份	個案性質	參考編號	建議
2008-2009	自然	N1	透過公眾教育，提醒父母與嬰兒同床而睡可能有致命風險。
2010-2011	各類	G6	透過公眾教育，重申成年人與嬰兒同床而睡有致命風險。
2012-2013	自然	N1	提高照顧者的兒童睡眠安全意識： <ul style="list-style-type: none"> • 切勿與嬰兒同床而睡； • 嬰兒睡覺時，切勿把不必要的物件放在其胸口上。 • 如有需要，也須確保物件不會移至遮蓋嬰兒口鼻的位置； • 應該讓嬰兒在平坦的表面上睡覺，床墊不宜太軟；以及 • 照顧者必須密切留意正在睡眠的兒童，以確保其安全。
2012-2013	非自然 未能確定死因	AS8	重申成年人與嬰兒同床而睡的致命後果。
2014-2015	非自然 未能確定死因	AS12	重申與嬰兒同床而睡的風險，並提醒父母及照顧者不應安排嬰兒與兄弟姊妹或其他兒童同床。

8.1.1.5 關於其他睡眠安全問題的建議

年份	個案性質	參考編號	建議
2012-2013	自然	N1	提高照顧者的兒童睡眠安全意識： <ul style="list-style-type: none"> • 切勿與嬰兒同床而睡； • 嬰兒睡覺時，切勿把不必要的物件放在其胸口上。 • 如有需要，也須確保物件不會移至遮蓋嬰兒口鼻的位置； • 應該讓嬰兒在平坦的表面上睡覺，床墊不宜太軟；以及 • 照顧者必須密切留意正在睡眠的兒童，以確保其安全。
2012-2013	非自然 未能確定死因	AS7	教導父母，尤其是育有一歲以下嬰兒的父母，在嬰兒單獨睡覺時須多加留意，或安裝合適的監察裝置，密切查看嬰兒是否安全。

年份	個案性質	參考編號	建議
2014-2015	非自然 未能確定死因	AS13	提高父母對嬰兒會被夾在睡床與牆壁之間空隙的風險意識，提醒他們嬰兒有可能會自行移動。
2014-2015	非自然 未能確定死因	AS14	提醒父母及照顧者讓嬰兒穿著輕便舒適的衣物入睡，不宜穿得過多。
2014-2015	非自然 未能確定死因	AS15	提醒父母及照顧者，在非常疲倦或不適時，又或飲酒或服用使人昏昏欲睡的藥物後，警覺度會有所下降，故不宜照顧嬰兒。
2014-2015	非自然 未能確定死因	AS16	重申父母及照顧者須在嬰兒單獨睡覺時定期查看，或安裝合適的監察裝置。
2014-2015	意外	A7	提高父母對嬰兒窒息風險的意識，嬰兒在放有軟身物件(如枕頭、墊子、防撞攬枕、毛氈及絨毛玩具等)的床上轉身俯睡時，易被該等物件覆蓋而引致窒息。
2014-2015	意外	A8	提醒父母如須在熟悉的家庭環境以外的地方過夜時，應特別留意嬰兒的睡眠安排。
2014-2015	意外	A9	醫院應在產前及產後檢查中，透過視聽資訊或派發資訊小冊子，加強向準父母或父母宣傳「安全的嬰兒睡眠環境」。

8.1.1.6 關於與嬰兒同床而睡及其他睡眠安全問題的回應 / 最新情況

衛生署

請參閱第7章中衛生署提供關於第A7至A9和AS12至AS16項建議的回應 / 最新情況。

8.1.2 隱瞞懷孕

8.1.2.1 統計資料

個案總數=37宗(全屬一歲以下嬰兒個案)。

表8.1.2.1.1：按年份和性別劃分的個案數目

年份	女	男	總數
2006	2	1	3
2007	0	1	1
2008	2	3	5
2009	0	3	3
2010	2	2	4
2011	0	1	1
2012	2	0	2
2013	3	3	6
2014	6	3	9
2015	1	2	3
總數	18	19	37

表8.1.2.1.2：按死亡性質和性別劃分的個案數目

案性質	類別	女	男	總數
自然	初生嬰兒疾病	1	0	1
自然	嬰兒意外猝死	0	1	1
自然	死於胎中	10	10	20
非自然	意外	1	0	1
非自然	襲擊	2	4	6
非自然	未能確定	4	4	8
	總數	18	19	37

表 8.1.2.1.3 : 按母親是否外傭劃分的個案數目

外傭	總數
是	16 (43.2%)
否	21 (56.8%)
總數	37

表 8.1.2.1.4 : 按年齡劃分母親並非外傭的個案數目

年齡	總數
14	1 (4.8%)
15	3 (14.3%)
17	5 (23.8%)
18	2 (9.5%)
19	3 (14.3%)
28	1 (4.8%)
32	1 (4.8%)
33	1 (4.8%)
37	1 (4.8%)
不詳	3 (14.3%)
總數	21

表 8.1.2.1.5 : 按死亡事故發生地點劃分的個案數目

死亡事故發生地點	總數
家中	24 (64.9%)
室內 (不包括家中)	3 (8.1%)
醫院	3 (8.1%)
車上	2 (5.4%)
室外	1 (2.7%)
街道 / 道路	3 (8.1%)
水中 / 海中	1 (2.7%)
總數	37

8.1.2.2 觀察結果

- 在2006至2015年的檢討個案中，有37宗兒童死亡個案或與母親隱瞞懷孕有關。與隱瞞懷孕有關的死亡個案，大多屬死於胎中。大部分個案(16宗，43.2%)所涉的母親是外傭，而有九個涉及18歲以下的少女，其中最年幼的為14歲。
- 所涉的母親是外傭的隱瞞懷孕個案數量有所增加。據了解，由於種種原因，外傭可能不敢向僱主或其他人透露自己的懷孕情況，其中許多是意外懷孕或由於無保護措施的性行為。在沒有尋求幫助的情況下，外傭可能會採取自己的方法終止妊娠，有些甚至會把胎兒丟棄在公共場所。
- 為防止與外傭隱瞞懷孕有關的兒童死亡事故，檢討委員會認為，應增進外傭對預防意外懷孕的知識，以及她們決定分娩時可選擇的照顧兒童方案。與此同時，檢討委員會已與勞工處聯絡，把社會福利署以英語、中文、泰語、塔加拉族語及印尼語編製的教育單張「意外懷孕，我該怎麼辦？」上載至勞工處「外籍家庭傭工專區」及「相關網址」的標題網頁上。
- 此外，據委員會了解，香港家庭計劃指導會已為邊緣婦女羣組(包括外傭)提供性與生殖健康教育，從而提高其對避孕措施的意識，以預防意外懷孕。避孕方法(包括節育方法和緊急避孕藥)和意外懷孕的資料亦以印尼語上載於香港家庭計劃指導會的網頁上。
- 此外，檢討委員會亦呼籲為外傭提供支援服務的機構，協助外傭認識「隱瞞懷孕的風險和及早尋求協助的重要」。

8.1.2.3 建議

年份	個案性質	參考編號	建議
2008-2009	襲擊及其他	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。
2010-2011	各類	G4	獲取全面的性與生殖健康資訊對預防意外懷孕很重要。學校在這方面擔當著重要的角色。於中學內加強全面的兩性關係及性教育，包括以下具體和實質內容： (i) 幫助學生學習正確的性知識和建立分析能力以發展出個人對性的態度、道德觀和價值觀； (ii) 青少年懷孕的不良後果； (iii) 隱瞞懷孕的不良和可引致致命的後果；以及 (iv) 正確處理意外懷孕的求助方法，並教導父母如何處理青少年子女意外懷孕。
2012-2013	襲擊	AS2	重申先前的建議，提醒公眾隱瞞懷孕可能會有致命的後果。
2012-2013	襲擊	AS3	透過公眾教育，重申婦女懷孕或分娩務須接受醫療護理和尋求社會服務支援。
2014-2015	自然	N2	應繼續推行「安全性行為」及「妥善處理懷孕」的公眾教育，以防因隱瞞懷孕而導致兒童死亡。
2014-2015	襲擊	AS20	重申先前的建議，提醒公眾隱瞞懷孕可能會有致命的後果，以及婦女懷孕或分娩務須接受醫療護理和尋求社會服務支援。

8.1.2.4 關於隱瞞懷孕的回應 / 最新情況

請參閱第7章中衛生署提供關於第N2項建議和教育局及社會福利署提供關於第AS20項建議的回應 / 最新情況。

8.1.3 意外從高處墮下 / 跌倒致死

8.1.3.1 統計資料

個案總數 = 30 宗

表 8.1.3.1.1 : 按年份和性別劃分的個案數目

年份	女	男	總數
2006	2	3	5
2007	1	1	2
2008	0	1	1
2009	1	0	1
2010	1	2	3
2011	2	5	7
2012	2	1	3
2013	2	0	2
2014	2	1	3
2015	2	1	3
總數	15	15	30

表 8.1.3.1.2 : 按從高處墮下 / 跌倒致死性質劃分的個案數目

年份	從高處墮下	跌倒致死	總數
2006	5	0	5
2007	1	1	2
2008	0	1	1
2009	1	0	1
2010	3	0	3
2011	5	2	7
2012	2	1	3
2013	2	0	2
2014	2	1	3
2015	1	2	3
總數	22	8	30

表 8.1.3.1.3：按死亡事故發生地點劃分的個案數目

死亡事故發生地點	總數
家中	24 (80.0%)
室內(不包括家中)	5 (16.7%)
室外	1 (3.3%)
總數	30

表 8.1.3.1.4：按年份和年齡組別劃分的個案數目

年份	年齡組別							總數
	<1	1-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17	
2006	0	0	1	3	0	0	1	5
2007	0	1	1	0	0	0	0	2
2008	0	0	0	1	0	0	0	1
2009	0	1	0	0	0	0	0	1
2010	0	0	2	1	0	0	0	3
2011	1	1	0	0	2	1	2	7
2012	0	1	0	1	0	1	0	3
2013	0	1	1	0	0	0	0	2
2014	0	2	1	0	0	0	0	3
2015	1	1	1	0	0	0	0	3
總數	2	8	7	6	2	2	3	30

8.1.3.2 觀察結果

- 在2006至2015年的意外死亡個案檢討中，從高處墮下 / 跌倒致死是意外死亡的第二大原因，共有30名兒童死於從高處墮下 / 跌倒。在這30宗個案中，有22宗與從高處墮下有關，而8宗與跌倒致死有關。死於意外從高處墮下 / 跌倒致死的男童與女童人數相同（各15宗）。從高處墮下 / 跌倒致死最多的兒童年齡組別是1至2歲（8宗），其次是3至5歲（7宗）和6至8歲（6宗）。
- 環境上的危機，例如沒有安裝窗花、高層樓宇的窗花沒有上鎖，以及成年人的監督不足，是導致兒童意外從高處墮下 / 跌倒致死的主要原因。如果家長或照顧者堅守其責任密切地監督他們的子女，不把他們獨留家中，這些意外從高處墮下 / 跌倒致死事件是可避免的。此外，家長應清除家中任何隱藏的「危險」，並確保家中的安全裝置穩妥。此外，當子女在家因跌倒致頭部受創時，家長應即時求醫。

8.1.3.3 建議

年份	參考編號	建議
2008-2009	A1	透過公眾教育，教育家長關於兒童頭部嚴重受傷的症狀和即時處理的方法。
2010-2011	A7	透過公眾教育，鼓勵有親子溝通 / 關係問題的家庭盡早尋求專業協助，以協助家庭發揮正常功能。
2010-2011	A11	宣傳基本家居安全知識和急救技巧，有助家長及照顧者照顧兒童，尤其是有特別需要的兒童。舉例來說，特殊學校可以為學生和家長舉辦急救和家居安全的訓練課程。
2012-2013	A7	繼續宣傳「切勿獨留兒童不顧或獨留兒童在家」的信息。
2012-2013	A8	重申先前的建議，提高照顧者的家居安全意識，例如妥善安排睡眠、密切監察兒童睡覺時是否安全，以及安裝窗花。
2012-2013	A9	提醒父母和照顧者，如兒童受傷，尤其是頭部受創時，應多加留意，並即時求診。
2014-2015	A1	重申先前的建議，即使時間很短（尤其在幼兒睡覺時），父母亦不應獨留幼兒在家不顧。
2014-2015	A2	父母應採取所有防止兒童墮樓的安全措施，安裝合適的窗花（包括百葉窗的窗花），確保窗花的設計穩妥，足以保護兒童，並時刻鎖好。
2014-2015	A3	透過外傭中介公司、領事館或工會，向外傭傳達保護兒童安全的信息，並加強相關培訓。
2014-2015	A5	重申先前的建議，提醒父母及照顧者如兒童頭部受傷 / 懷疑頭部受傷，尤其是因跌倒引致，即使並無明顯 / 清晰可見的損傷，亦應即時求醫。
2014-2015	A6	提高父母對幼兒家居安全的意識，為免幼兒在家中滑倒，應考慮在地板加上防滑膠墊。

8.1.3.4 關於意外從高處墮下 / 跌倒致死的回應 / 最新情況

衛生署

請參閱第7章中衛生署提供關於第A1及A2項建議的回應 / 最新情況。

8.2 2006至2015年兒童死亡個案檢討的統計數字

現根據2006至2015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。

表 8.2.1：按死因和年份劃分的個案數目

個案	發生年份										總數
	2006 [®]	2007 [®]	2008	2009	2010	2011	2012 [^]	2013 [~]	2014	2015 ^{&}	
自然因素	74 [69]	60 [52]	70	86	79	72	72	62	50	57	682 [669]
非自然因素	43 [48]	32 [40]	49	33	49	38	41	36	33	26	380 [393]
自殺	14	10	14	12	21	14	10	10	9	9	123
意外	20	12	13	10	15	13	19	11	6	6	125
襲擊	5	6	9	9	8	4	2	6	3	6	58
# 未能確定	1 [6]	2 [10]	9	1	5	7	10	8	15	5	63 [76]
* 複雜的 醫療因素	3	2	4	1	0	0	0	1	0	0	11
總數	117	92	119	119	128	110	113	98	83	83	1 062

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。

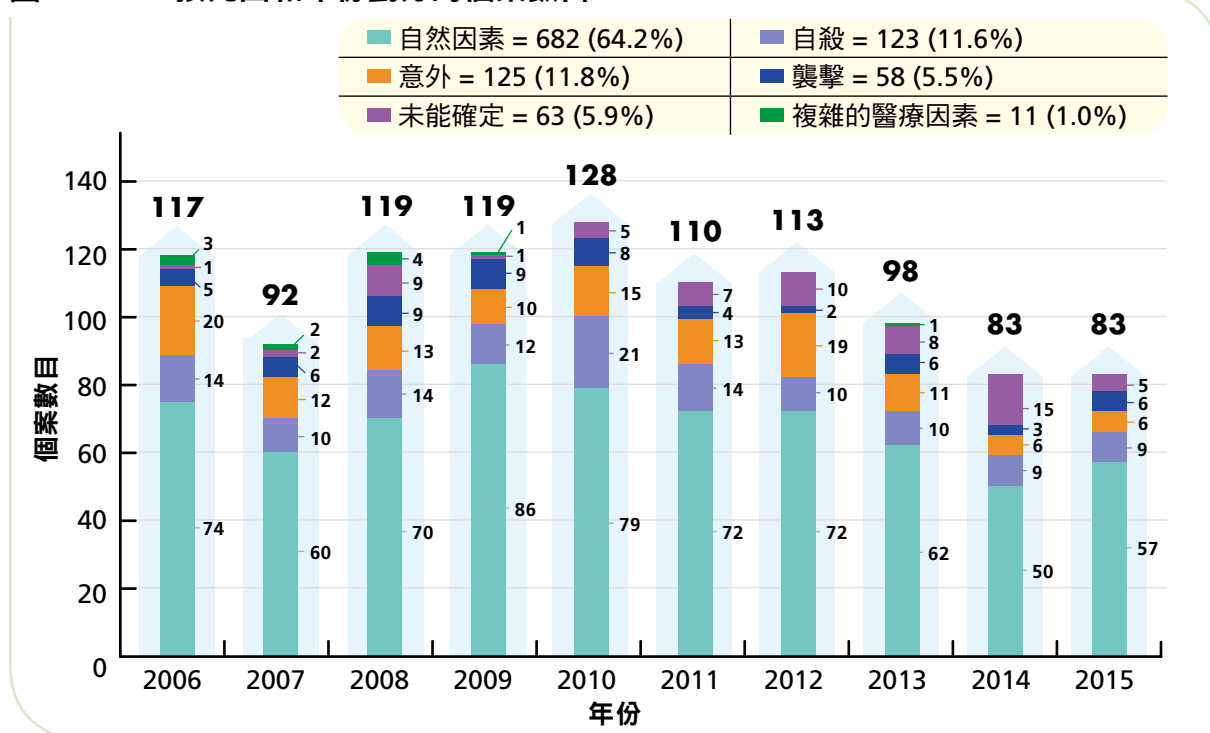
® 就2006和2007年而言，先前公布的數字以方括號[]註明，以供參考。先前公布的數字與修訂後的數字有所偏差，是由於先前的做法把死於自然因素但無法識別病因的個案，歸入「未能確定」類別。自2008年起，這些個案已歸入「自然因素」下的「無法識別病因」類別，而「未能確定」類別則指死於非自然因素但死因未能確定 / 死因不明 / 涉及其他死因的個案。為保持一致，下文的分析以修訂後的數字為依據。

^ 2012年有兩宗死於自然因素的個案和兩宗死於意外的個案於檢討後納入報告，而2012年有八宗死於意外的個案仍未納入本報告。

~ 2013年有一宗死於自然因素的個案於檢討後納入報告，而仍有一宗死於自然因素的個案未納入本報告。

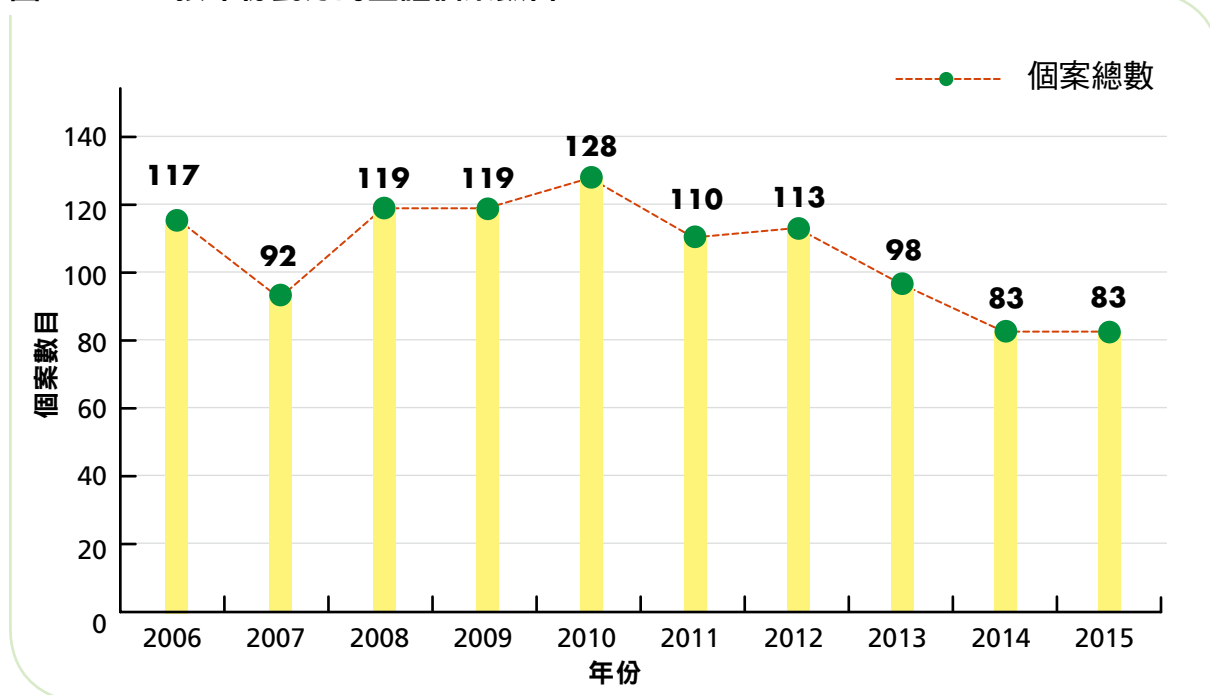
& 2015年有四宗死於自然因素的個案和兩宗死於襲擊 / 未能確定死因的個案，在本報告擬備期間仍在進行司法程序，故不納入本報告內。這些個案的檢討結果(如有的話)會納入下一份報告內。

圖 8.2.1.1：按死因和年份劃分的個案數目



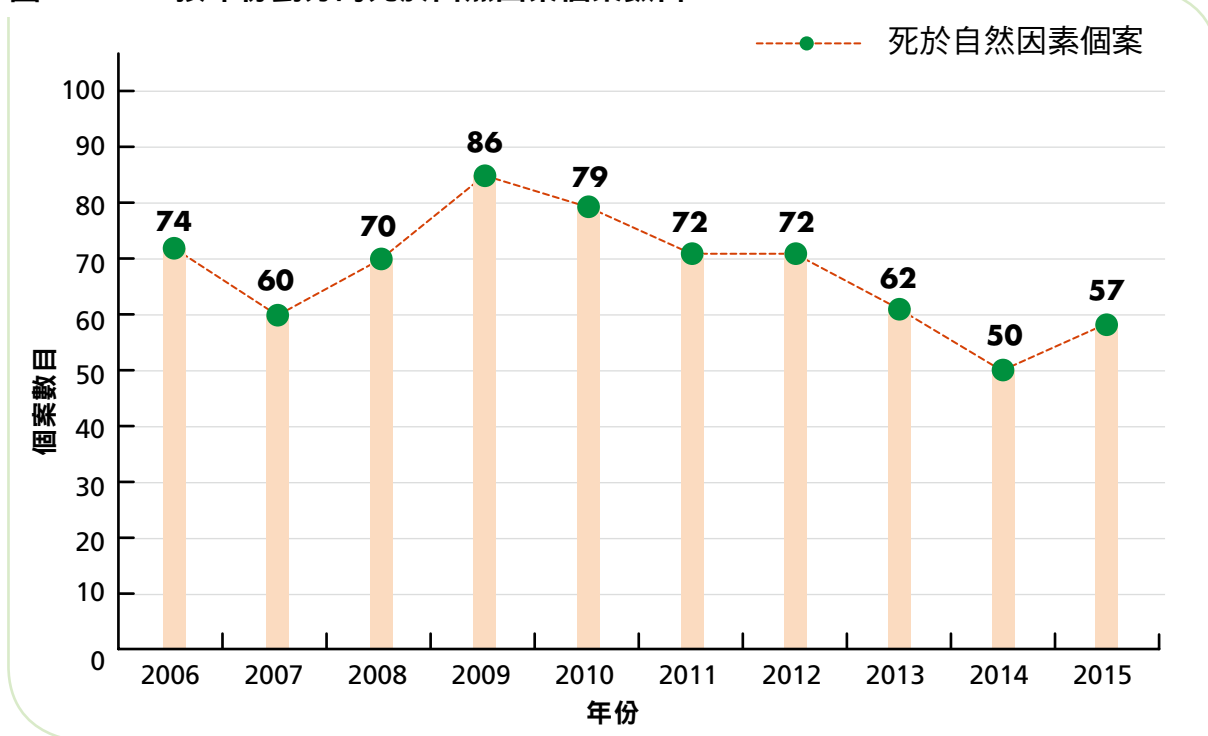
主要死因是自然因素（682宗，64.2%），其次是意外（125宗，11.8%）和自殺（123宗，11.6%）。

圖 8.2.1.2：按年份劃分的整體個案數目



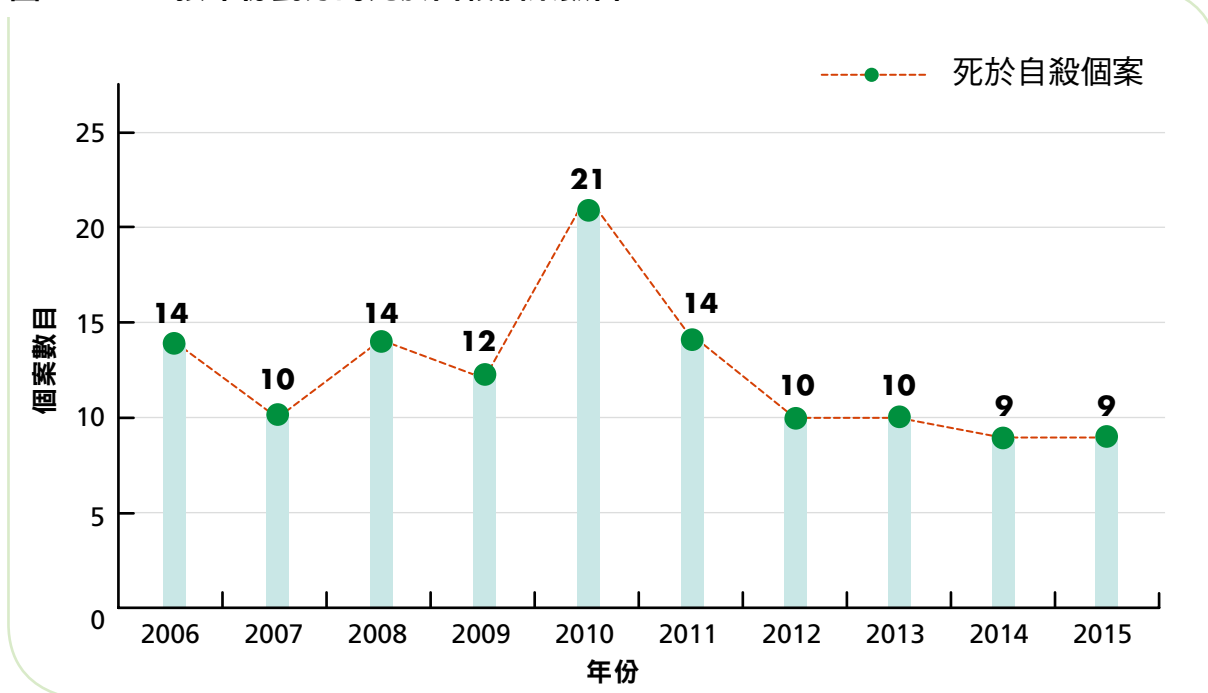
兒童死亡個案自 2010 年起減少。

圖 8.2.1.3：按年份劃分的死於自然因素個案數目



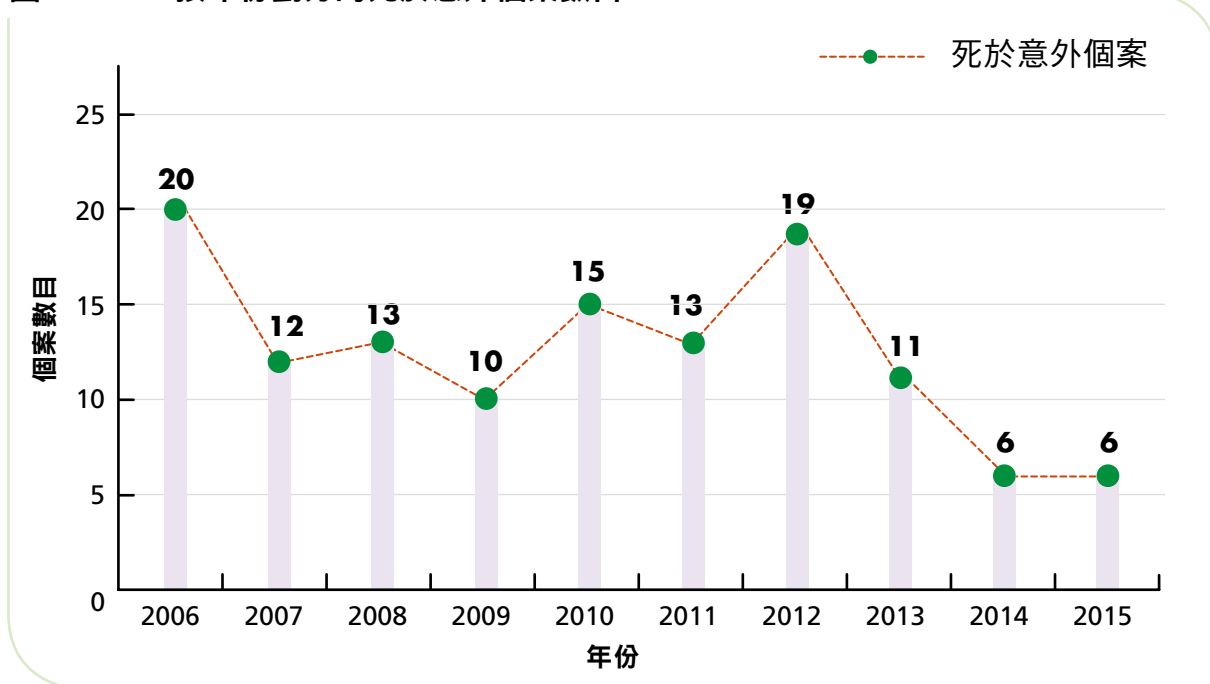
死於自然因素個案自 2009 年起減少，但於 2015 年略有增加。

圖 8.2.1.4：按年份劃分的死於自殺個案數目



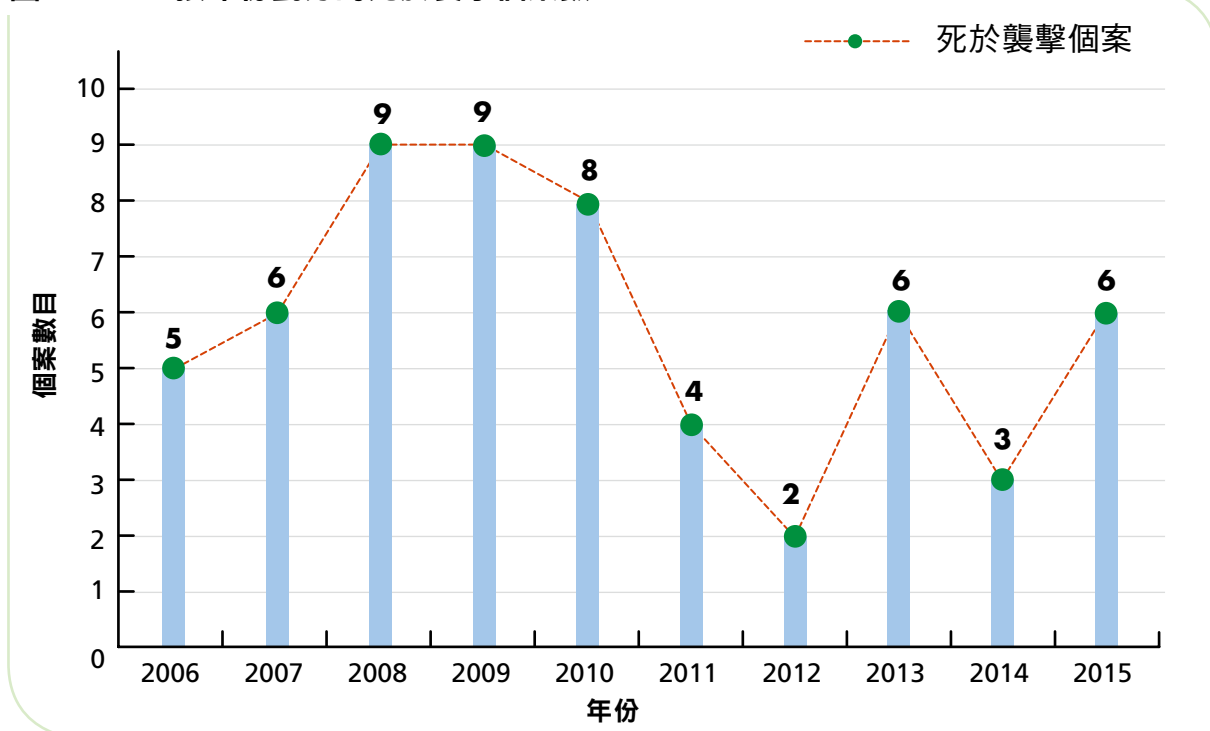
死於自殺個案自 2010 年起減少，由 2012 至 2015 年期間保持約 9 至 10 宗。

圖 8.2.1.5：按年份劃分的死於意外個案數目



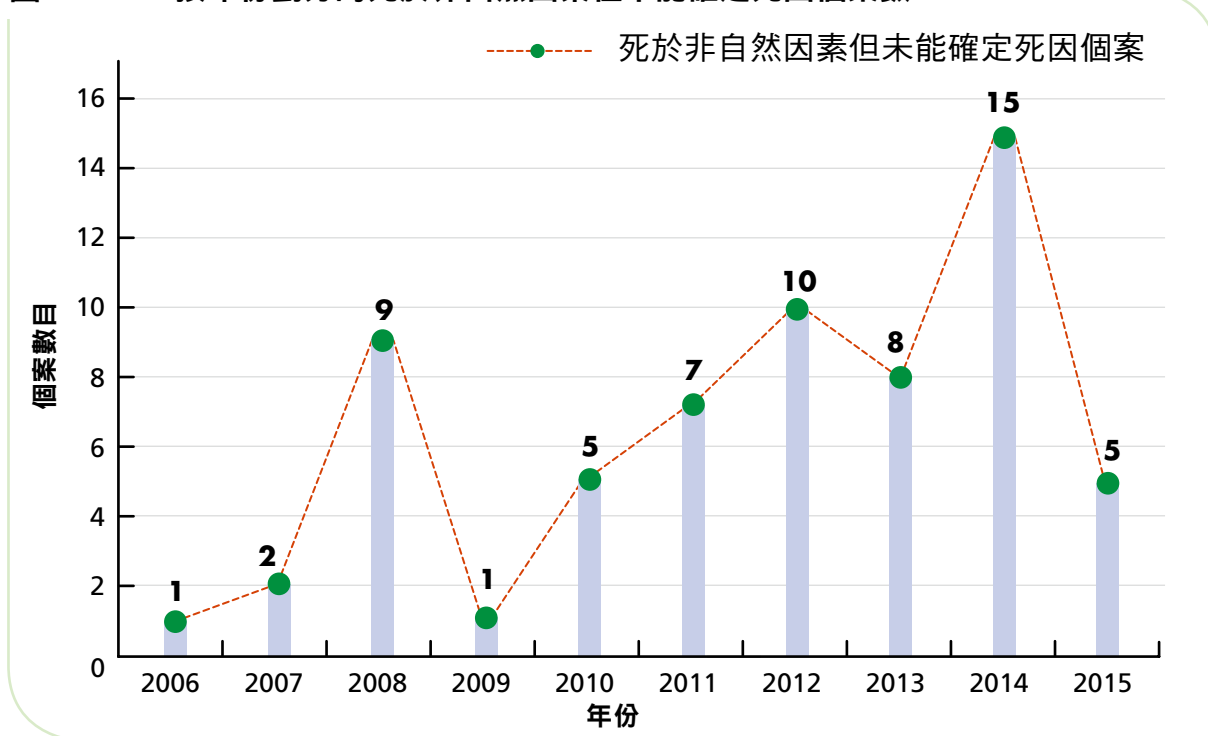
死於意外個案自 2012 年起大幅減少。

圖 8.2.1.6：按年份劃分的死於襲擊個案數



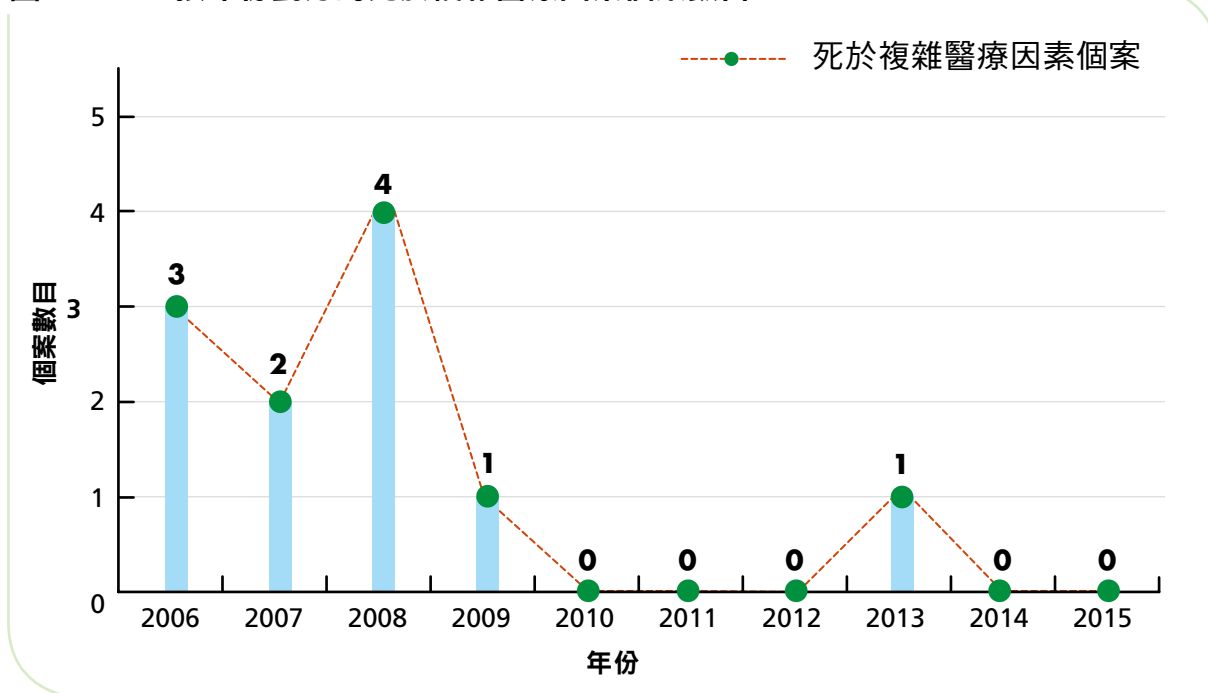
死於襲擊個案自 2010 年起減少，但 2012 至 2015 年間個案數目有所波動。

圖 8.2.1.7：按年份劃分的死於非自然因素但未能確定死因個案數



死於非自然因素但未能確定死因個案自 2009 年起增加，但於 2015 年顯著減少。

圖 8.2.1.8：按年份劃分的死於複雜醫療因素個案數目



死於複雜醫療因素個案自 2008 年起減少，個案數目保持在一宗或零宗。

表8.2.2：按年齡組別、性別和年份劃分的個案數目

年齡組別和性別		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	個案數目 (%)
< 1	女	18	17	16	23	17	24	27	14	24	12	192
	男	14	20	27	25	40	25	28	27	16	20	242
	小計	32	37	43	48	57	49	55	41	40	32	434 (41.0%)
1-2	女	3	2	8	7	3	3	3	4	6	6	45
	男	7	3	3	7	2	8	5	7	5	7	54
	小計	10	5	11	14	5	11	8	11	11	13	99 (9.3%)
3-5	女	1	3	5	4	2	5	1	4	4	1	30
	男	6	2	5	7	9	1	5	5	1	7	48
	小計	7	5	10	11	11	6	6	9	5	8	78 (7.3%)
6-8	女	3	3	2	2	2	2	4	2	0	2	22
	男	7	5	3	3	4	3	5	4	2	2	38
	小計	10	8	5	5	6	5	9	6	2	4	60 (5.6%)
9-11	女	8	6	3	4	1	1	1	5	0	0	29
	男	7	4	6	3	2	5	4	2	1	4	38
	小計	15	10	9	7	3	6	5	7	1	4	67 (6.3%)
12-14	女	6	5	8	8	7	5	7	3	6	2	57
	男	12	6	6	6	11	6	2	10	5	5	69
	小計	18	11	14	14	18	11	9	13	11	7	126 (11.9%)
15-17	女	11	4	12	8	8	8	4	8	6	7	76
	男	14	12	15	12	20	14	17	3	7	8	122
	小計	25	16	27	20	28	22	21	11	13	15	198 (18.6%)
總數 (%)	女	50	40	54	56	40	48	47	40	46	30	451 (42.5%)
	男	67	52	65	63	88	62	66	58	37	53	611 (57.5%)
	總數	117	92	119	119	128	110	113	98	83	83	1 062 (100%)

不同年份下最高的3個個案數目以不同背景顏色顯示。

兒童死亡人數最多的是一歲以下兒童(434宗, 41.0%)，其次是15至17歲年齡組別(198宗, 18.6%)和12至14歲年齡組別(126宗, 11.9%)。

圖 8.2.2.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目

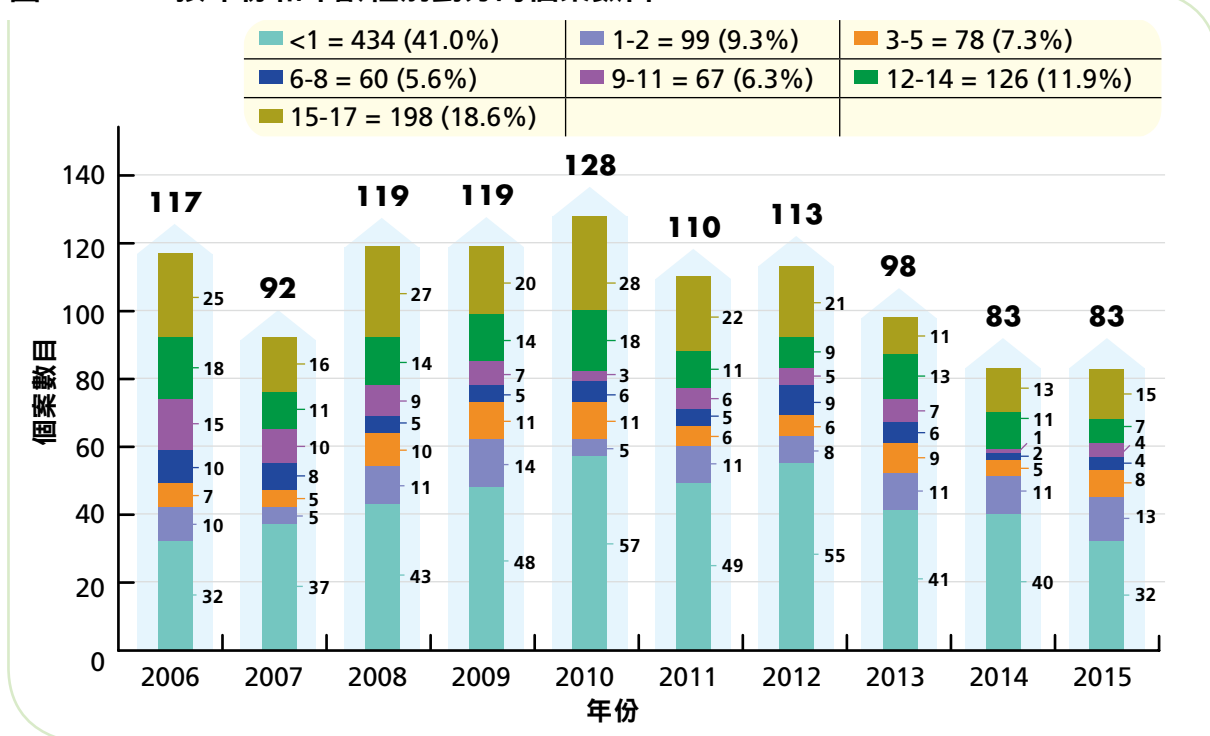
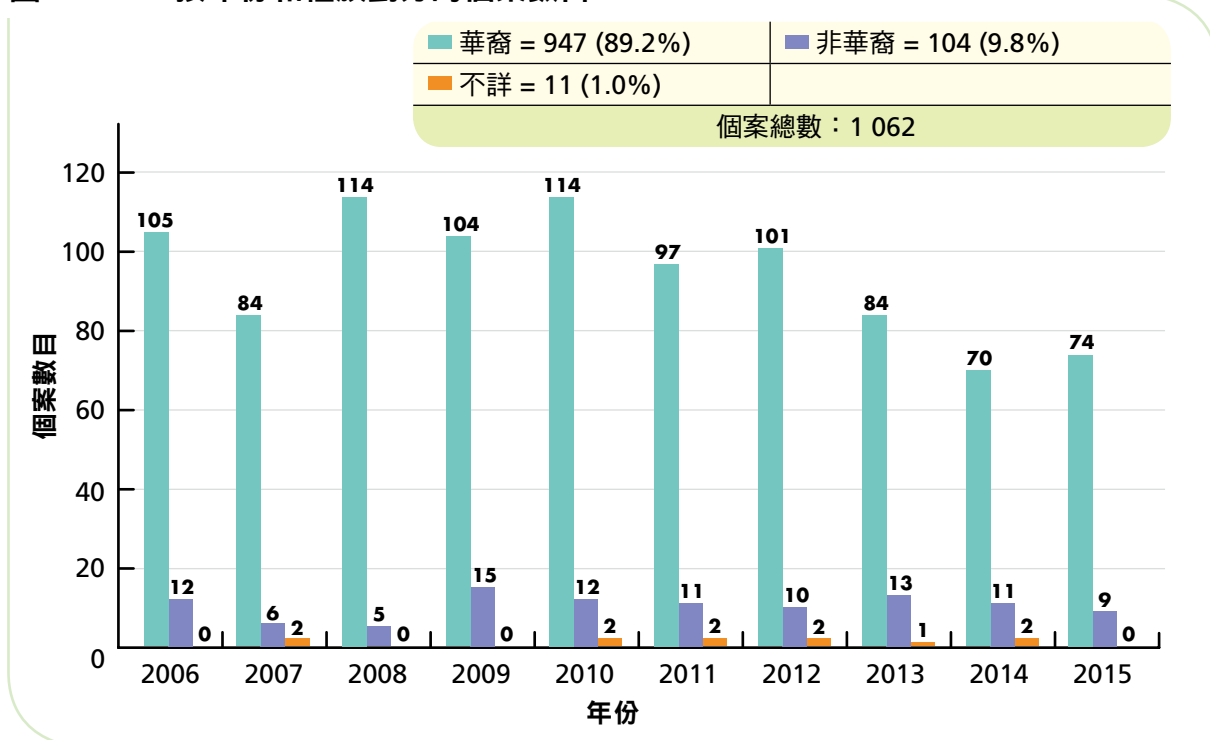


圖 8.2.2.2：按年份和種族劃分的個案數目



大部分死去的兒童為華裔 (947 宗，89.2%)，104 宗 (9.8%) 為非華裔兒童。

表 8.2.3：按死因、年份和性別劃分的個案數目

死因		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	個案數目 (%)
自然因素	女	31	29	32	39	24	35	33	20	27	20	290
	男	43	31	38	47	55	37	39	42	23	37	392
	小計	74	60	70	86	79	72	72	62	50	57	682 (64.2%)
自殺	女	7	3	6	6	6	6	5	6	5	4	54
	男	7	7	8	6	15	8	5	4	4	5	69
	小計	14	10	14	12	21	14	10	10	9	9	123 (11.6%)
意外	女	8	3	3	4	6	2	4	6	3	4	43
	男	12	9	10	6	9	11	15	5	3	2	82
	小計	20	12	13	10	15	13	19	11	6	6	125 (11.8%)
襲擊	女	3	3	5	6	4	1	1	1	2	1	27
	男	2	3	4	3	4	3	1	5	1	5	31
	小計	5	6	9	9	8	4	2	6	3	6	58 (5.5%)
未能確定	女	0	1	7	1	0	4	4	6	9	1	33
	男	1	1	2	0	5	3	6	2	6	4	30
	小計	1	2	9	1	5	7	10	8	15	5	63 (5.9%)
複雜的醫療因素	女	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4
	男	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	7
	小計	3	2	4	1	0	0	0	1	0	0	11 (1.0%)
總數 (%):	女	50	40	54	56	40	48	47	40	46	30	451 (42.5%)
	男	67	52	65	63	88	62	66	58	37	53	611 (57.5%)
	小計	117	92	119	119	128	110	113	98	83	83	1 062 (100%)

不同年份下最高的個案數目以不同背景顏色顯示。

就檢討的死亡兒童個案而言，男性（611宗，57.5%）多於女性（451宗，42.5%）。自然因素、自殺、意外、襲擊和複雜的醫療因素的死因組別亦有同樣的結果，但在未能確定死因組別中，則女性多於男性。

圖 8.2.3.1：按年份和性別劃分的整體個案數目

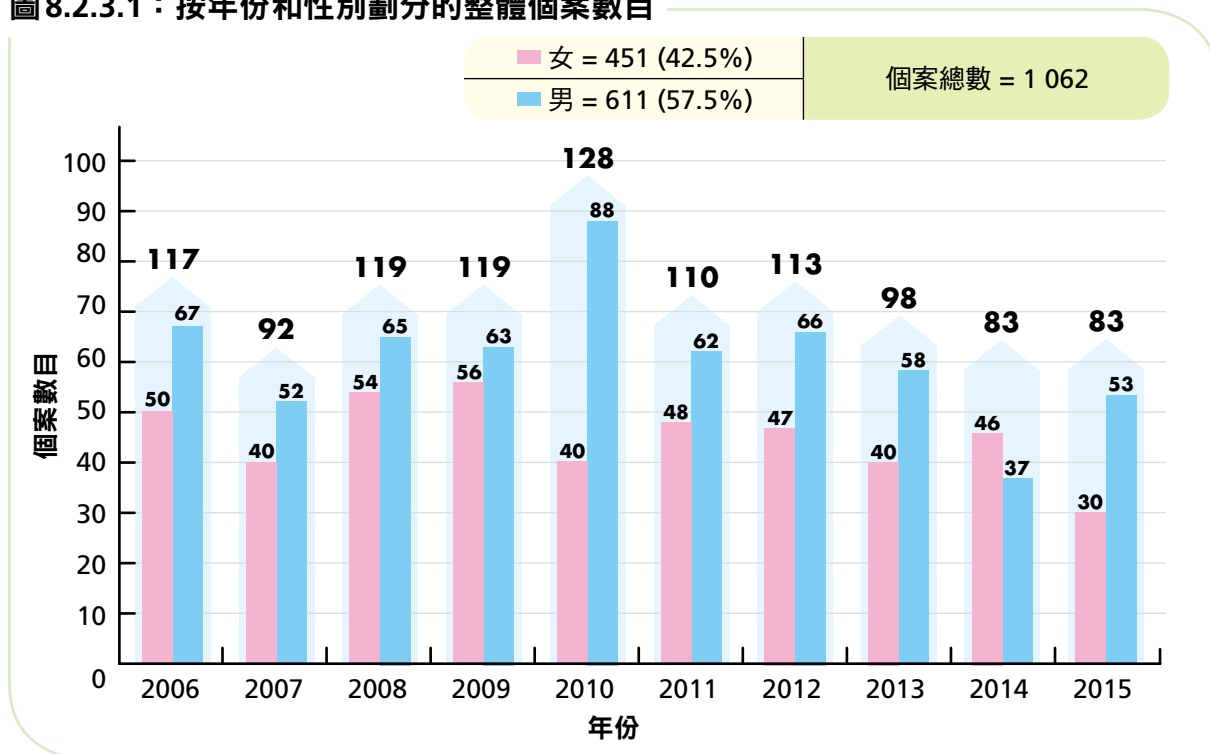


圖 8.2.3.2：按年份和性別劃分的自然因素個案數目

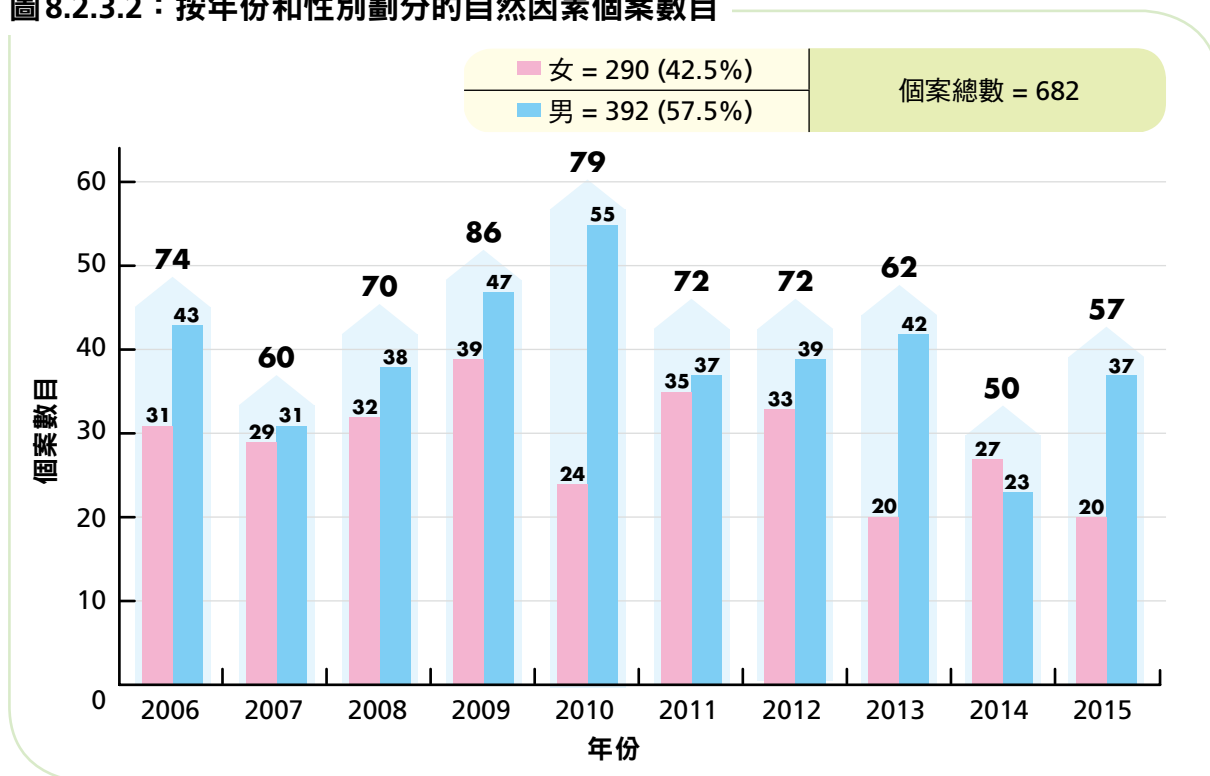


圖 8.2.3.3：按年份和性別劃分的自殺個案數目

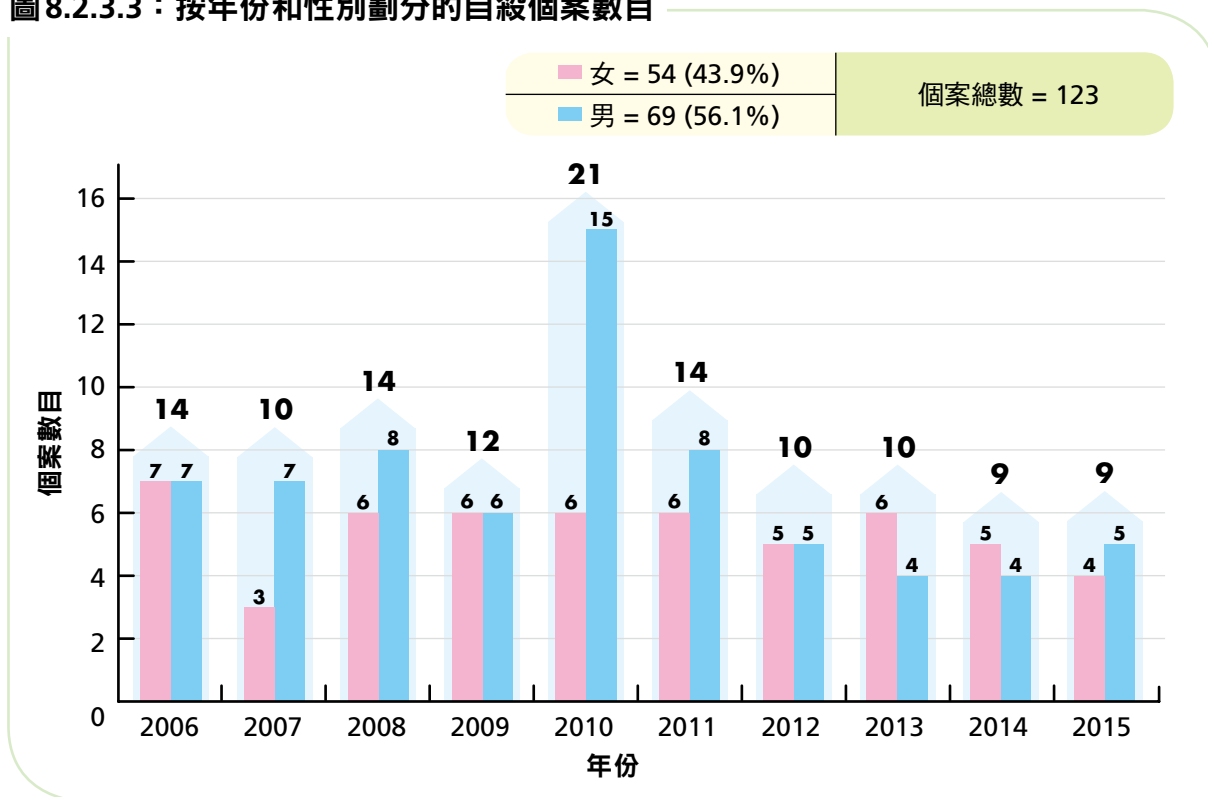


圖 8.2.3.4：按年份和性別劃分的意外個案數目

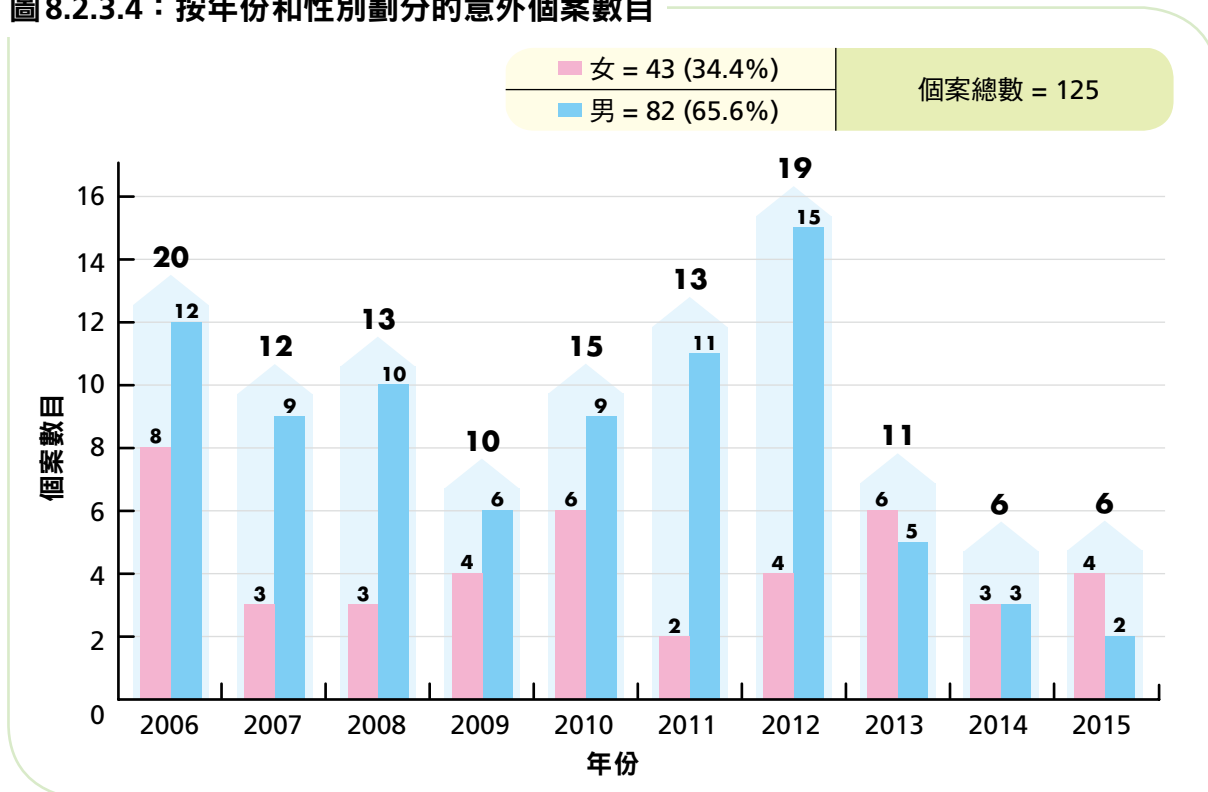


圖 8.2.3.5：按年份和性別劃分的襲擊個案數目

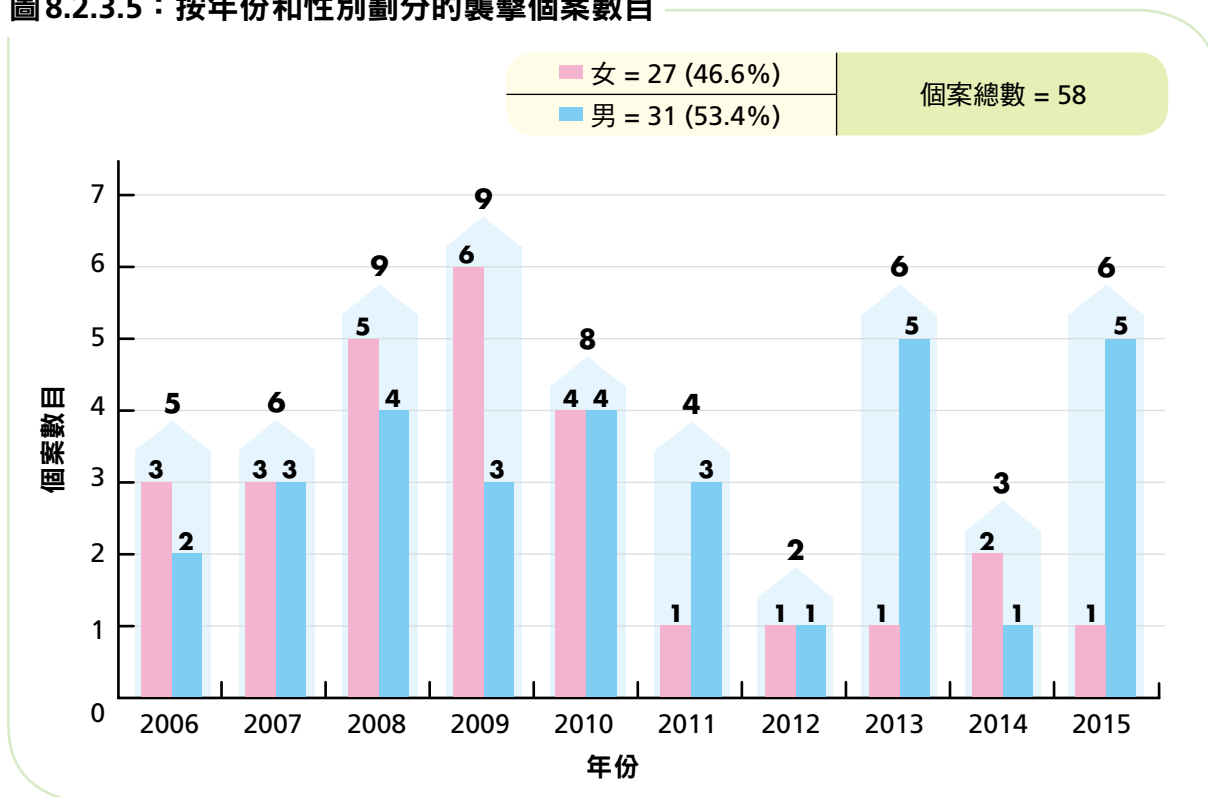


圖 8.2.3.6：按年份和性別劃分的非自然因素但未能確定死因個案數目

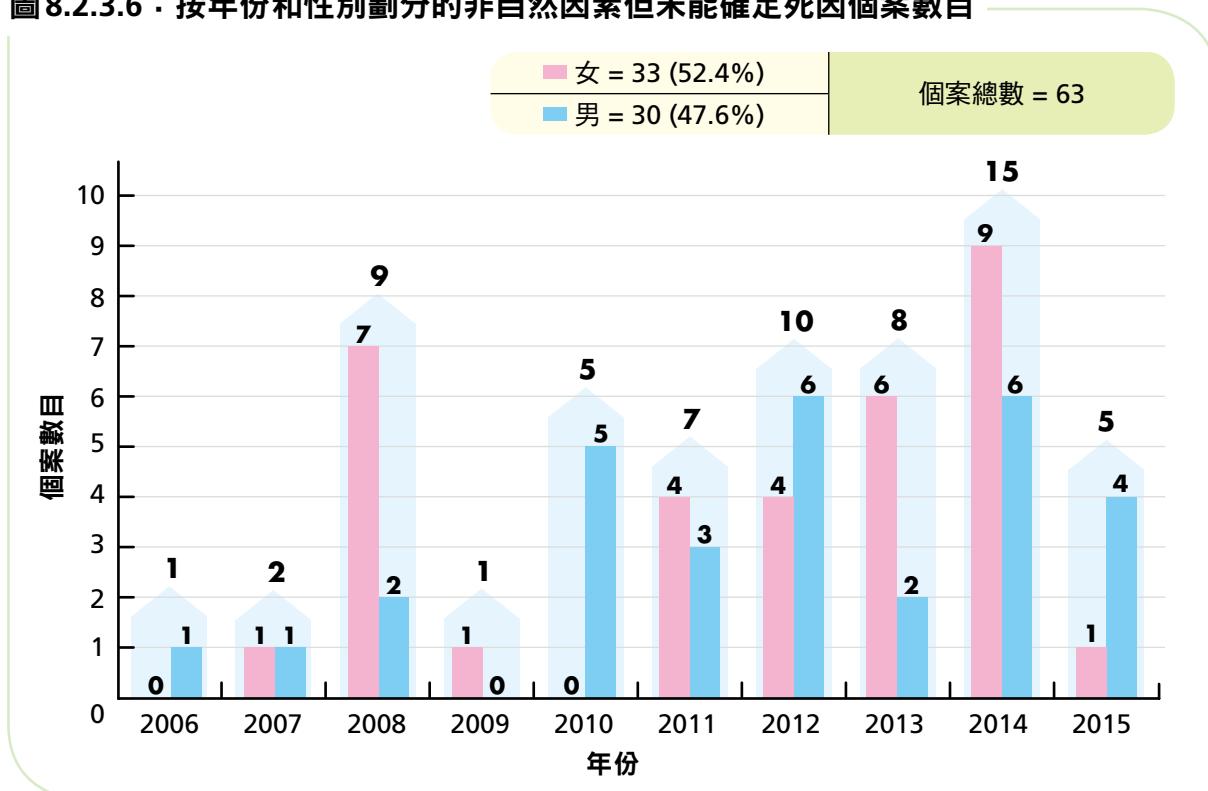


圖 8.2.3.7：按年份和性別劃分的死於複雜醫療因素個案數目

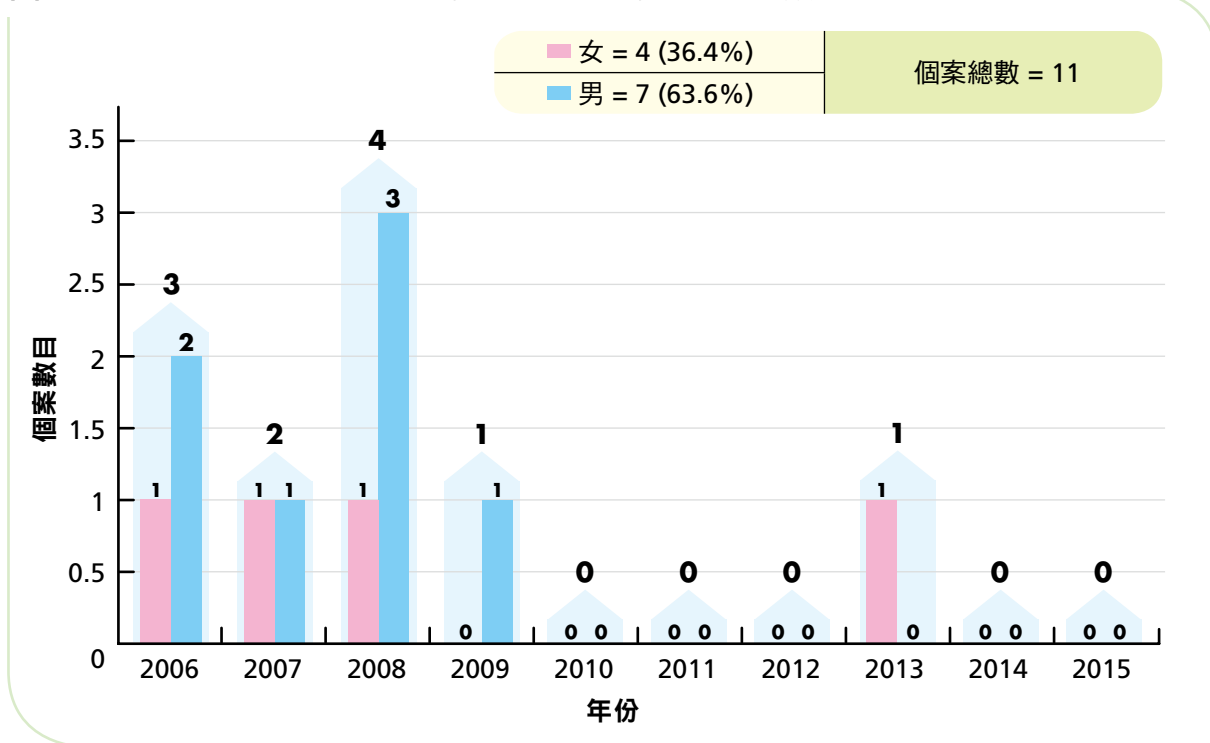


表8.2.4：按居住地區劃分的個案數目

居住地區	個案數目 / 死亡率*										總數 (%)
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
香港島											
中西區	7 0.185	1 0.026	4 0.102	6 0.157	2 0.051	5 0.144	6 0.172	1 0.029	3 0.087	2 0.052	37 (3.5%)
灣仔	1 0.045	0 0.000	1 0.047	0 0.000	2 0.099	0 0.000	2 0.105	2 0.109	1 0.051	0 0.000	9 (0.8%)
東區	4 0.043	7 0.076	9 0.100	5 0.058	2 0.024	6 0.074	11 0.140	6 0.079	8 0.107	6 0.082	64 (6.0%)
南區	4 0.085	5 0.111	6 0.132	3 0.069	7 0.165	3 0.071	2 0.050	5 0.134	2 0.053	6 0.170	43 (4.0%)
九龍											
油尖旺	1 0.025	0 0.000	2 0.046	7 0.160	4 0.088	5 0.107	7 0.148	5 0.104	4 0.083	3 0.060	38 (3.6%)
深水埗	8 0.134	6 0.106	2 0.035	9 0.158	5 0.090	7 0.120	6 0.105	6 0.108	2 0.036	3 0.054	54 (5.1%)
九龍城	5 0.088	4 0.070	1 0.018	1 0.018	7 0.128	7 0.126	2 0.036	3 0.057	3 0.052	6 0.104	39 (3.7%)
黃大仙	7 0.102	7 0.103	6 0.093	4 0.065	11 0.187	6 0.103	5 0.087	7 0.122	5 0.091	4 0.075	62 (5.8%)
觀塘	7 0.073	8 0.083	9 0.095	7 0.074	9 0.095	4 0.042	10 0.104	6 0.064	8 0.088	7 0.077	75 (7.1%)
新界											
葵青	10 0.115	8 0.092	15 0.175	7 0.086	8 0.102	6 0.079	2 0.027	5 0.069	8 0.118	3 0.043	72 (6.8%)
荃灣	4 0.083	5 0.095	0 0.000	3 0.058	6 0.119	1 0.020	4 0.085	2 0.042	4 0.086	2 0.043	31 (2.9%)
屯門	8 0.083	7 0.079	13 0.153	13 0.162	8 0.104	11 0.150	7 0.099	3 0.044	6 0.087	4 0.057	80 (7.5%)

居住地區	個案數目 / 死亡率*										總數 (%)
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
元朗	10	9	12	15	14	10	13	14	9	10	116 (10.9%)
	0.083	0.077	0.105	0.135	0.130	0.096	0.128	0.142	0.095	0.106	
北區	6	2	6	6	10	6	2	7	3	4	52 (4.9%)
	0.104	0.035	0.108	0.109	0.191	0.122	0.041	0.153	0.067	0.085	
大埔	5	2	6	7	2	3	4	5	2	5	41 (3.9%)
	0.091	0.041	0.128	0.161	0.048	0.074	0.100	0.132	0.052	0.125	
沙田	7	3	11	6	9	9	6	7	7	7	72 (6.8%)
	0.069	0.030	0.113	0.064	0.099	0.100	0.068	0.080	0.081	0.079	
西貢	11	7	3	9	4	6	10	3	3	6	62 (5.8%)
	0.139	0.090	0.039	0.122	0.055	0.084	0.140	0.044	0.044	0.090	
離島	3	2	1	4	5	2	3	2	2	4	28 (2.6%)
	0.094	0.065	0.032	0.131	0.164	0.075	0.111	0.078	0.077	0.150	
其他											
並非在香港居住	9	6	7	6	9	11	10	7	2	1	68 (6.4%)
不詳	0	3	5	1	4	2	1	2	1	0	19 (1.8%)
總數	117	92	119	119	128	110	113	98	83	83	1062 (100.0%)

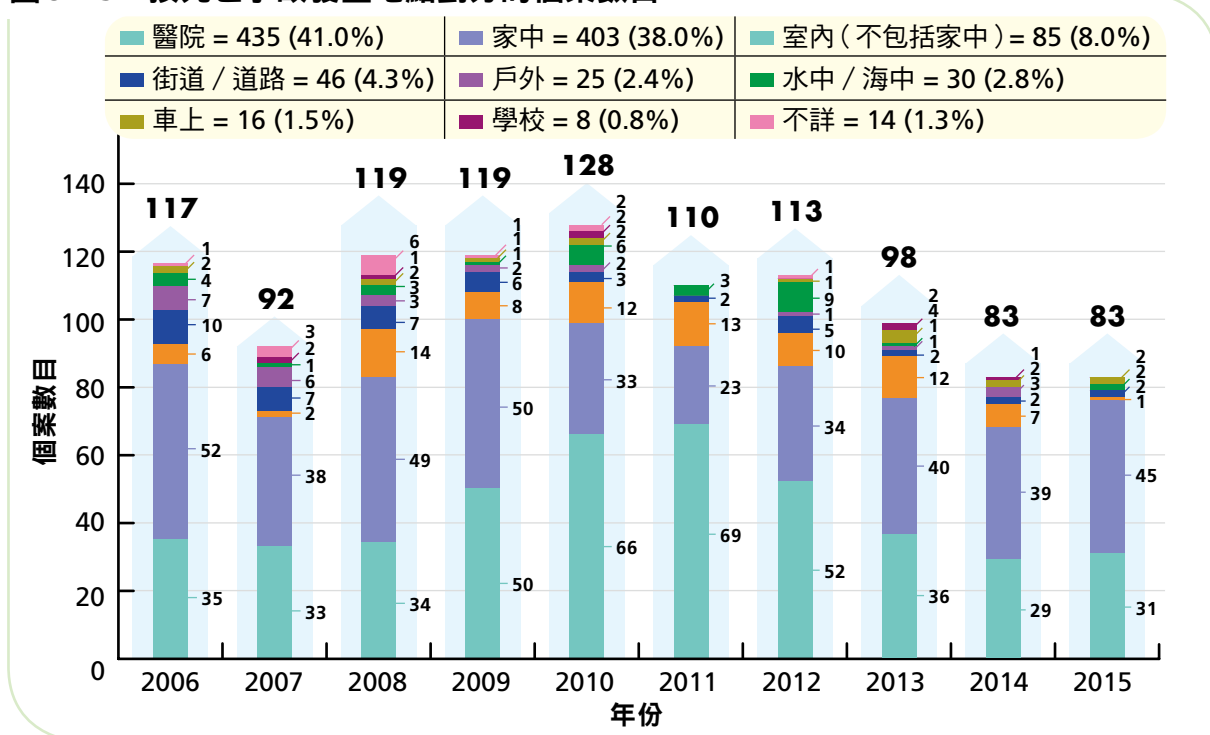
* 表示以地區區分的兒童死亡率，即各區每 1 000 名陸上非住院兒童人口之中，已檢討兒童死亡個案的比率。

不同年份下 18 個地區中個案數目或死亡率最高的地區以不同背景顏色顯示。

元朗區兒童死亡個案為數最多 (116 宗，10.9%)，其次是屯門區 (80 宗，7.5%) 和觀塘區 (75 宗，7.1%)

灣仔區兒童死亡個案為數最少 (9 宗，0.8%)。68 名已故兒童 (6.4%) 的家庭並非居住於香港或視香港為常用居住地。

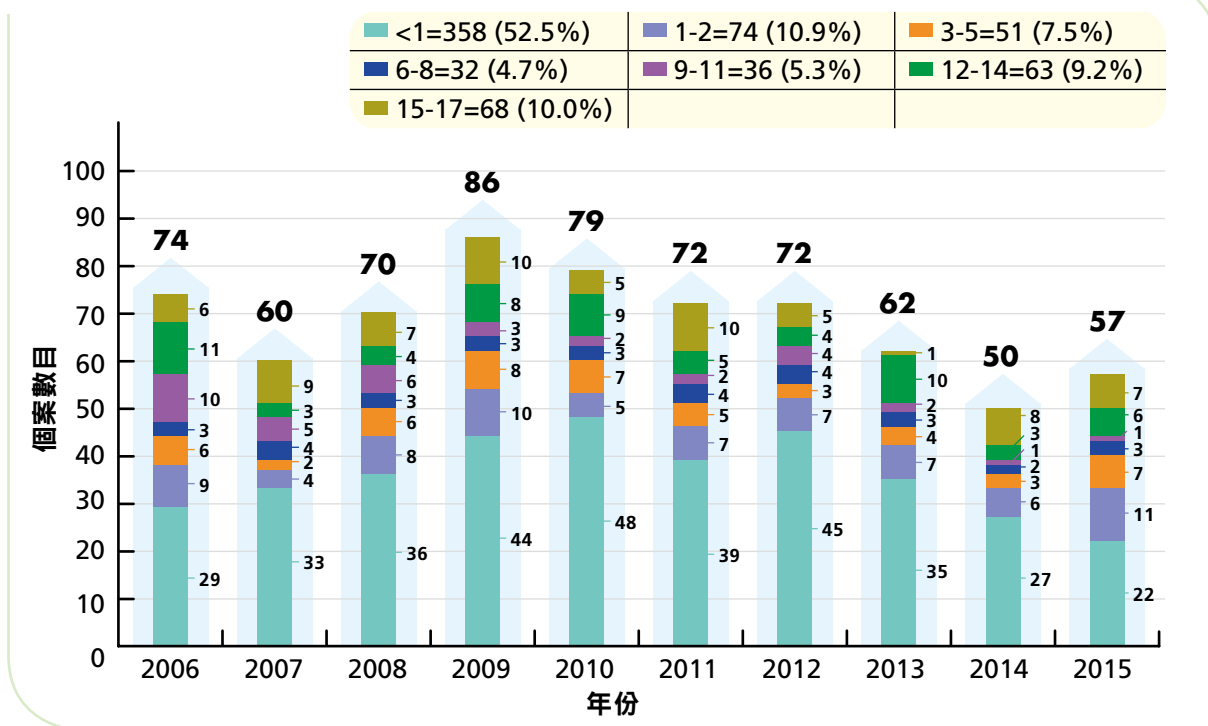
圖 8.2.5：按死亡事故發生地點劃分的個案數目



醫院是發生死亡事故最常見地方 (345宗, 41.0%), 其次是家中 (403宗, 38.0%) 及室內 (不包括家中) (85宗, 8.0%)。

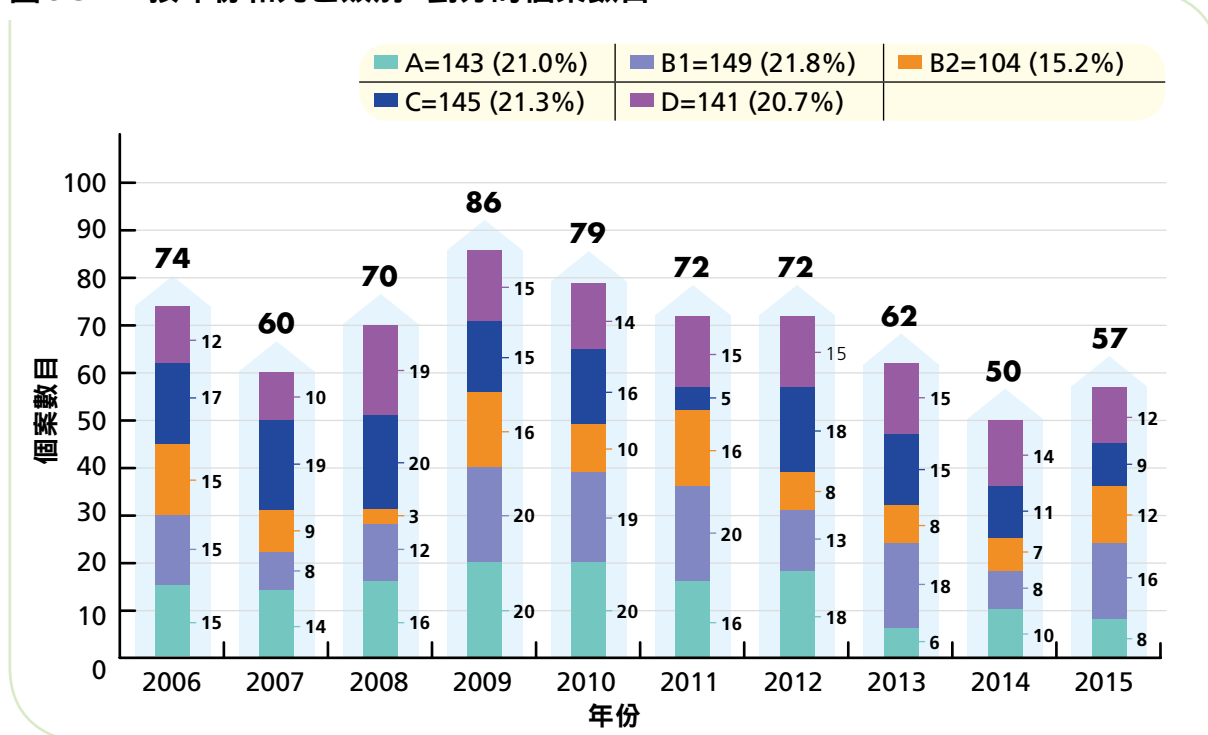
8.3 死於自然因素的個案統計數字

圖 8.3.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目



年齡不足一歲的死於自然因素的兒童個案為數最多(358宗, 52.5%), 其次是年齡介乎1至2歲的個案(74宗, 10.9%)和年齡介乎15至17歲的個案(68宗, 10.0%)。

圖 8.3.2：按年份和死亡類別*劃分的個案數目

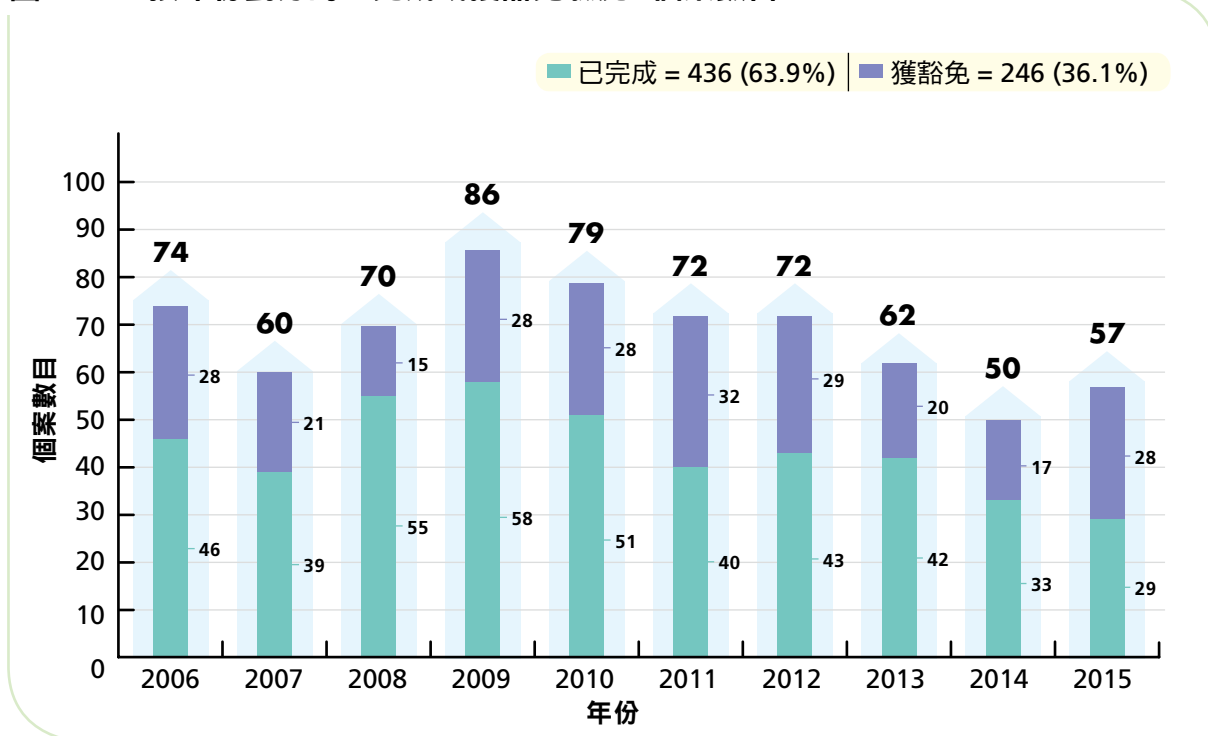


* 死亡類別由檢討委員會的醫療專家訂立作檢討之用，分類如下：

- 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(SUDI)
 - 死於胎中

B類（慢性疾病）兒童死亡個案數目最多（253宗，37%）。此類別下，有兩個子類別，包括心智或身體殘障個案（149宗，21.8%）和心智或身體沒有殘障的個案（104宗，15.2%）。C類（急性疾病）兒童死亡個案居第二（145宗，21.3%），而A類（初生嬰兒疾病）兒童死亡個案居第三（143宗，21.0%）。

圖 8.3.3：按年份劃分的已完成或獲豁免驗屍* 個案數目

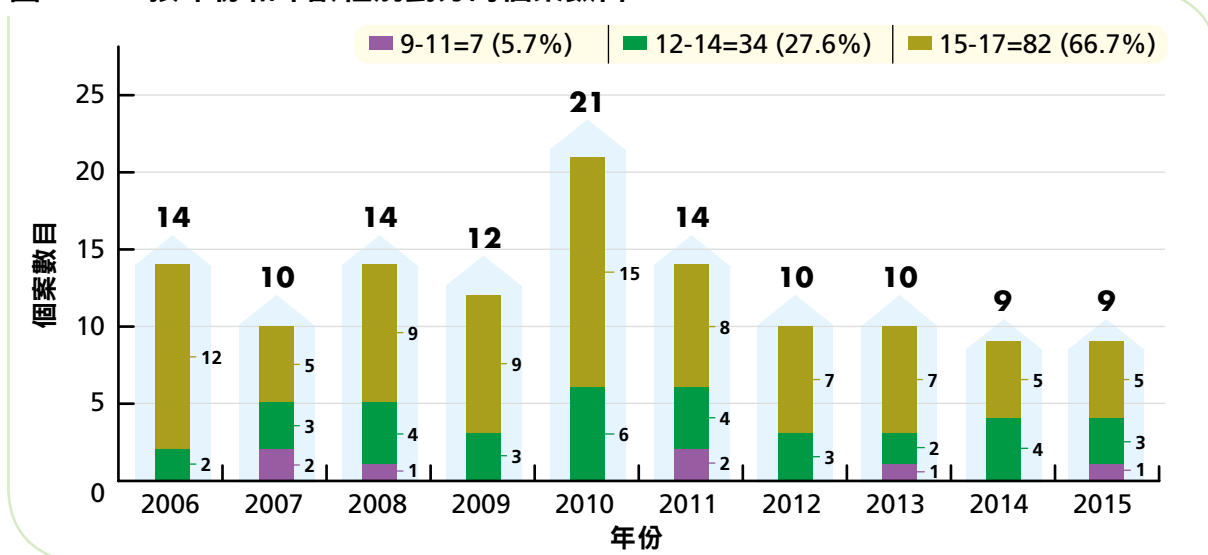


* 資料來源：資料從死因裁判法庭搜集得來。

已完成驗屍個案數目為 436 宗 (63.9%) 和獲豁免驗屍個案數目為 246 宗 (36.1%)。

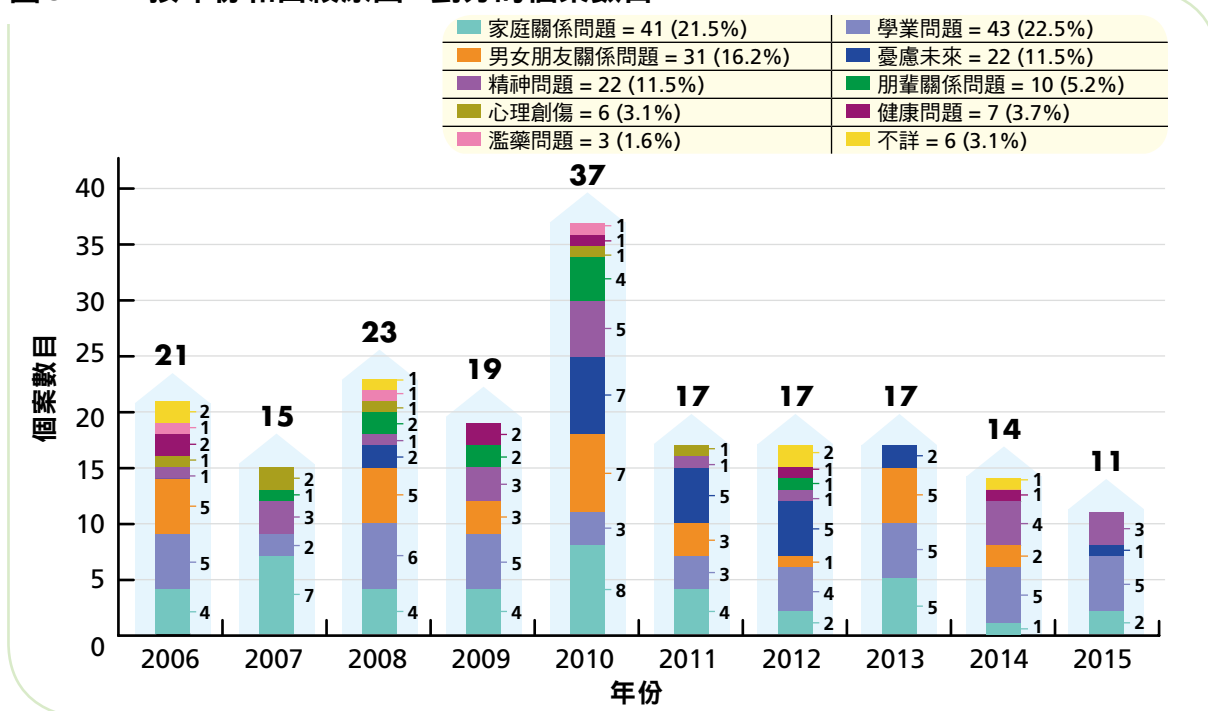
8.4 死於自殺的個案統計數字

圖 8.4.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目



年齡介乎 15 至 17 歲死於自殺的兒童個案為數最多（82 宗，66.7%），其次是年齡介乎 12 至 14 歲的個案（34 宗，27.6%）和年齡介乎 9 至 11 歲的個案（7 宗，5.7%）。

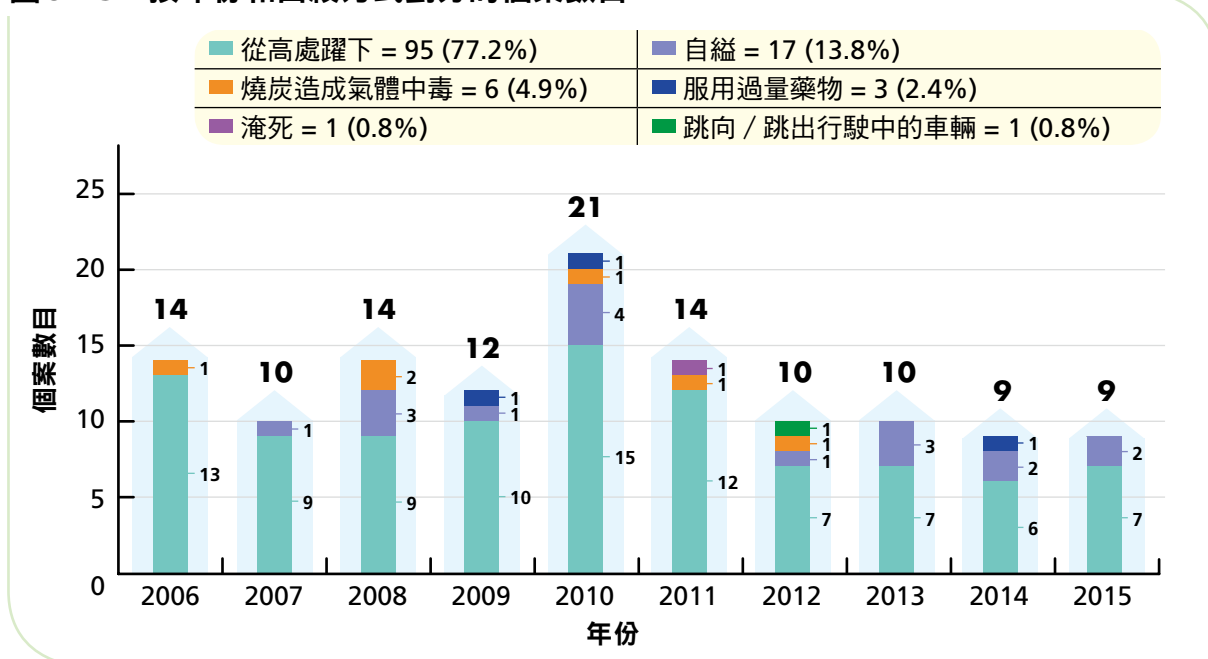
圖 8.4.2：按年份和自殺原因*劃分的個案數目



* 註：一宗個案可包含多個原因。有關原因是從已檢討個案的警方死亡調查報告識別出來。

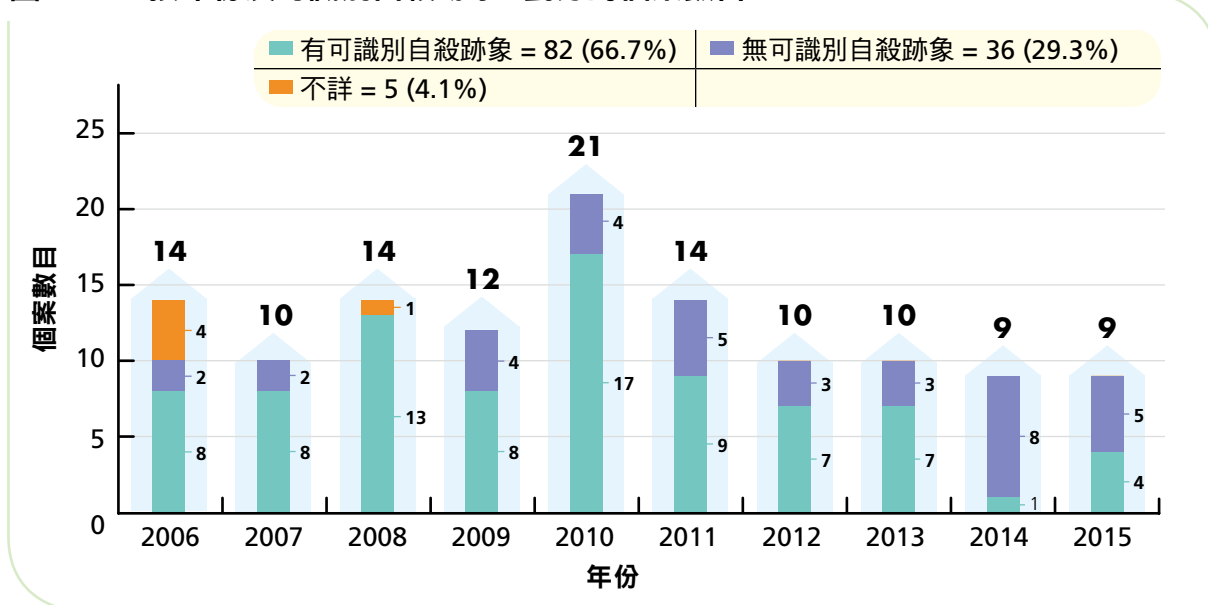
導致兒童自殺的最常見原因是學業問題（43 宗，22.5%），其次是家庭關係問題（41 宗，21.5%）和男女朋友關係問題（31 宗，16.2%）。

圖 8.4.3：按年份和自殺方式劃分的個案數目



選擇從高處躍下結束生命的已故兒童個案為數最多（95宗，77.2%），其次是自縊（17宗，13.8%）和燒炭造成氣體中毒（6宗，4.9%）。

圖 8.4.4：按年份及可識別自殺跡象* 劃分的個案數目

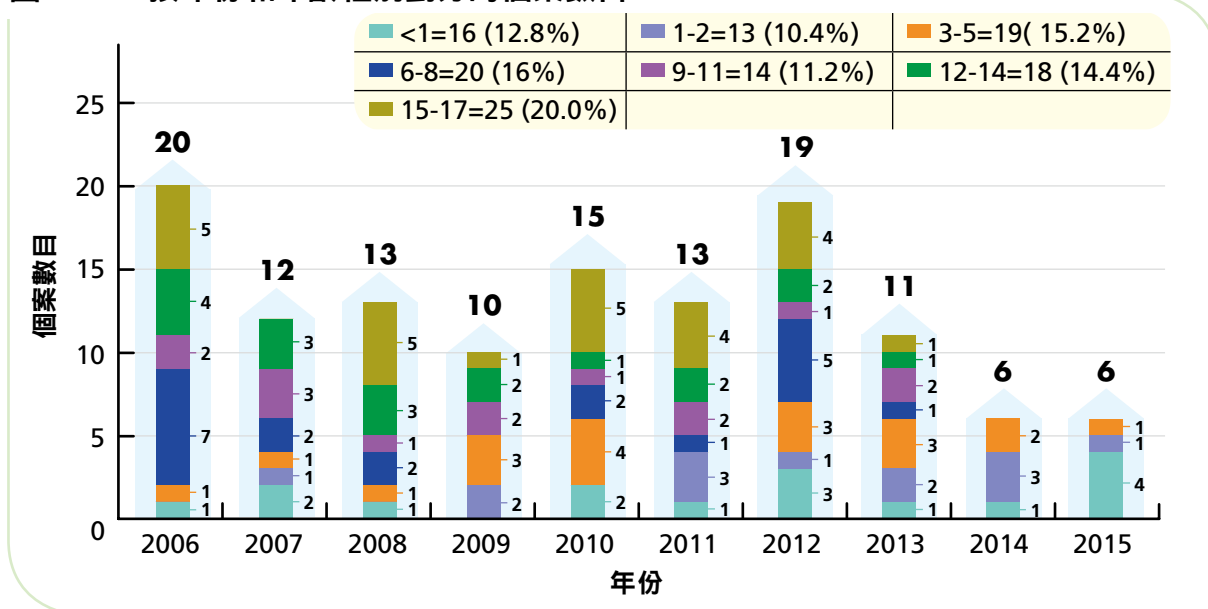


* 可識別自殺跡象：包括留下自殺字條、有情緒化或激烈的行為、口頭表示或恐嚇有自殺意圖，以及過往曾企圖自殺。（有關跡象是從警方的調查報告識別出來。）

大多數兒童（82宗，66.7%）於企圖自殺前曾以不同方式表達過自殺的想法。

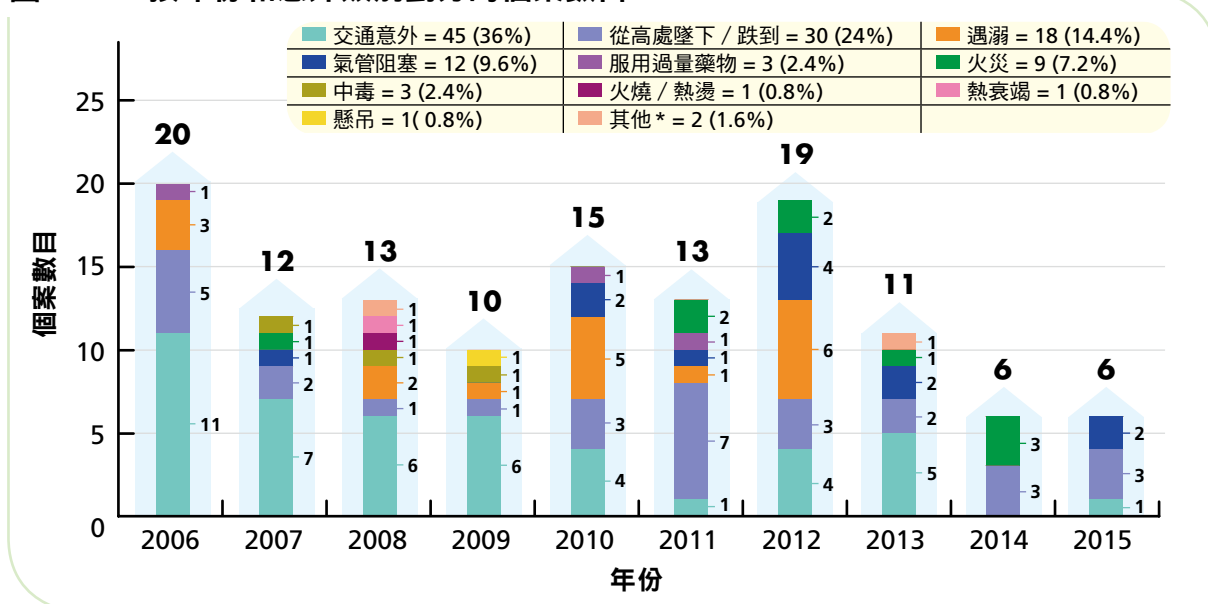
8.5 死於意外的個案統計數字

圖 8.5.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目



年齡介乎 15 至 17 歲的兒童死亡個案為數最多 (25 宗, 20.0%), 其次是年齡介乎 6 至 8 歲的個案 (20 宗, 16%) 和年齡介乎 3 至 5 歲的個案 (19 宗, 15.2%)。

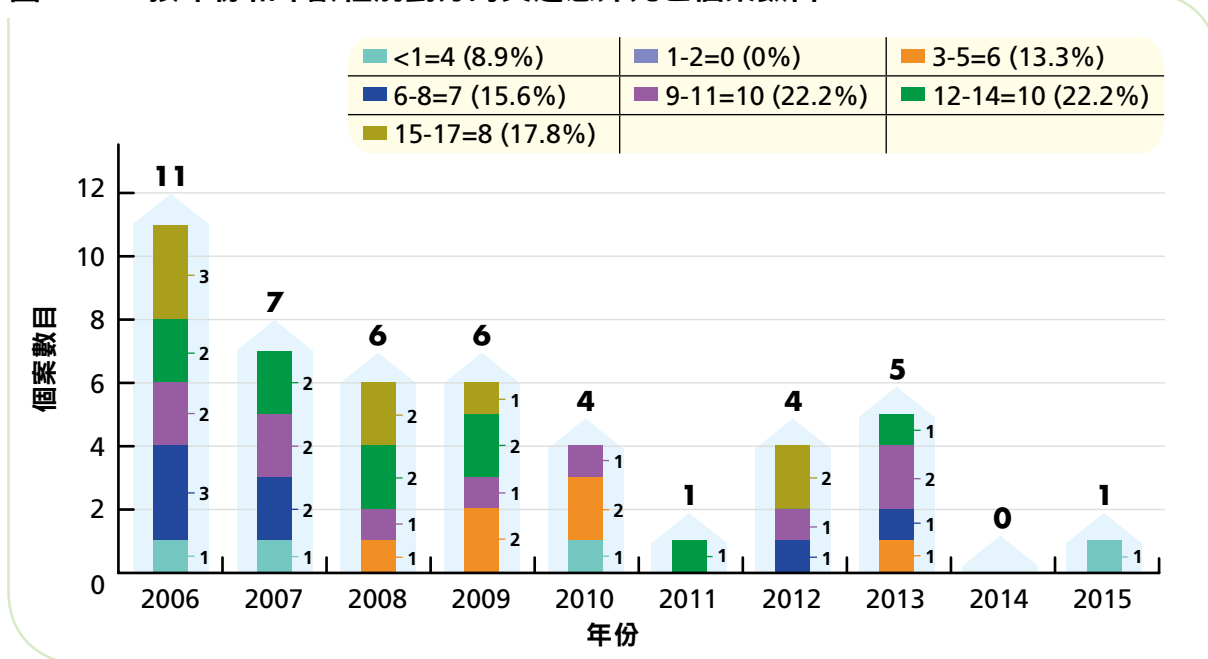
圖 8.5.2：按年份和意外類別劃分的個案數目



* 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。

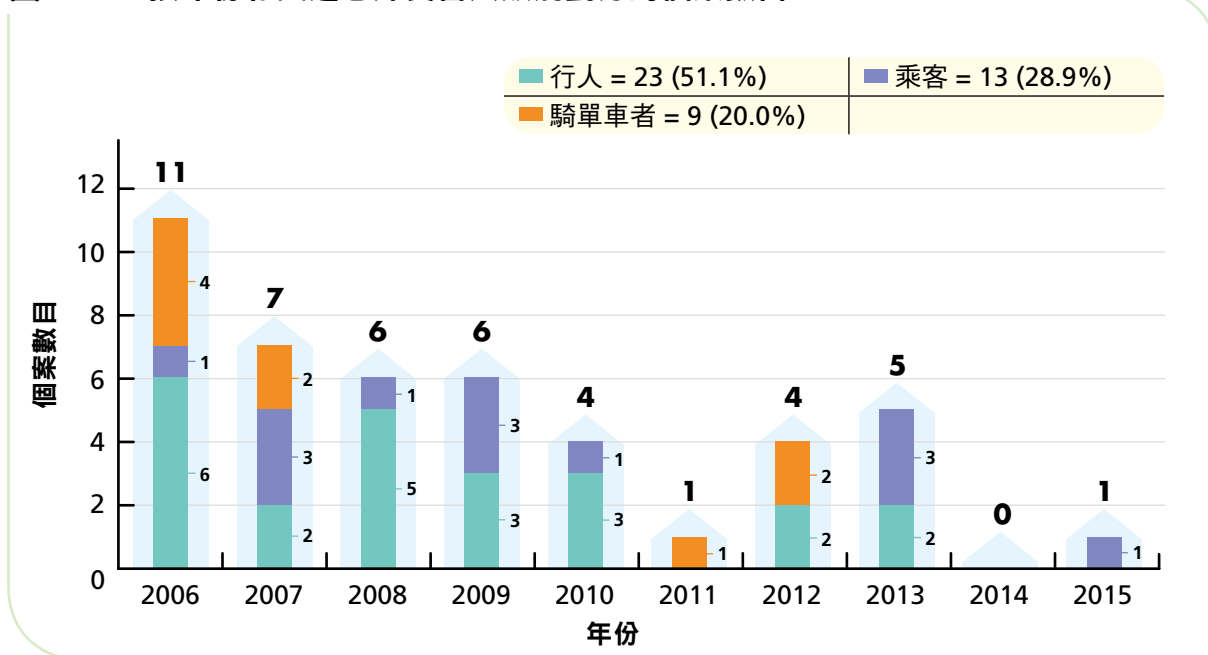
交通意外 (45 宗, 36%) 是意外死亡個案的主要原因, 其次是從高處墜下 / 跌到 (30 宗, 24%) 和遇溺 (18 宗, 14.4%)。

圖 8.5.3：按年份和年齡組別劃分的交通意外死亡個案數目



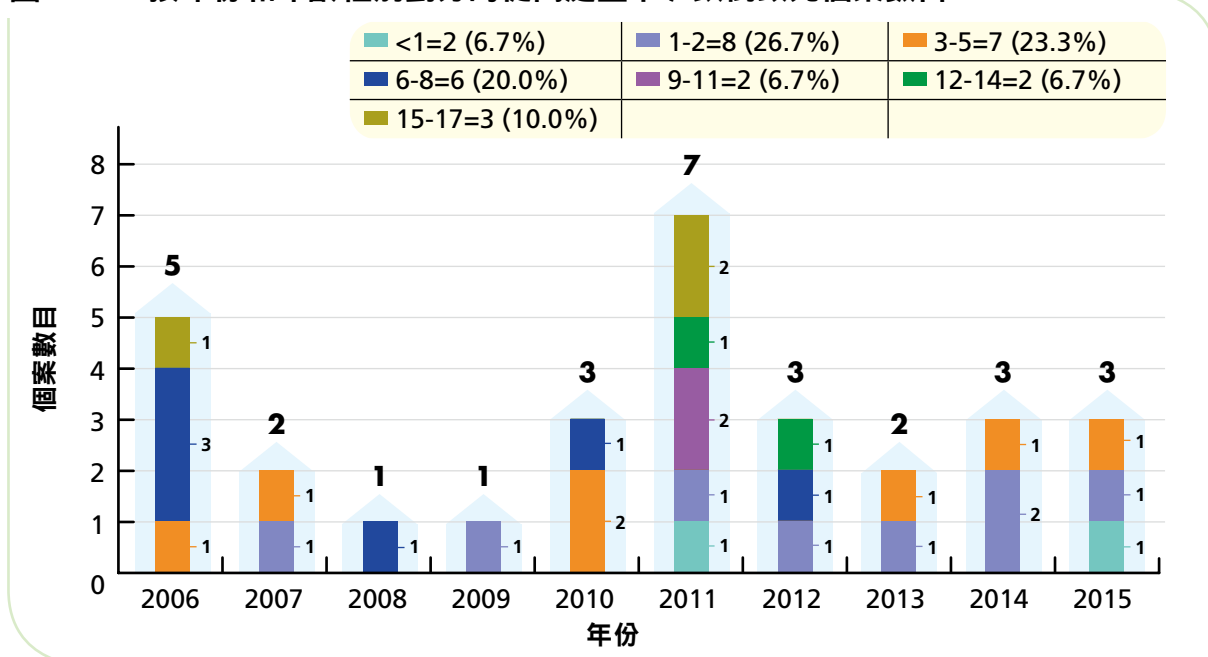
死於交通意外的兒童死亡個案為數最多的是年齡介乎9至11歲（10宗，22.2%）和年齡介乎12至14歲（10宗，22.2%），其次是年齡介乎15至17歲（8宗，17.8%）。

圖 8.5.4：按年份和交通意外受害人類別劃分的個案數目



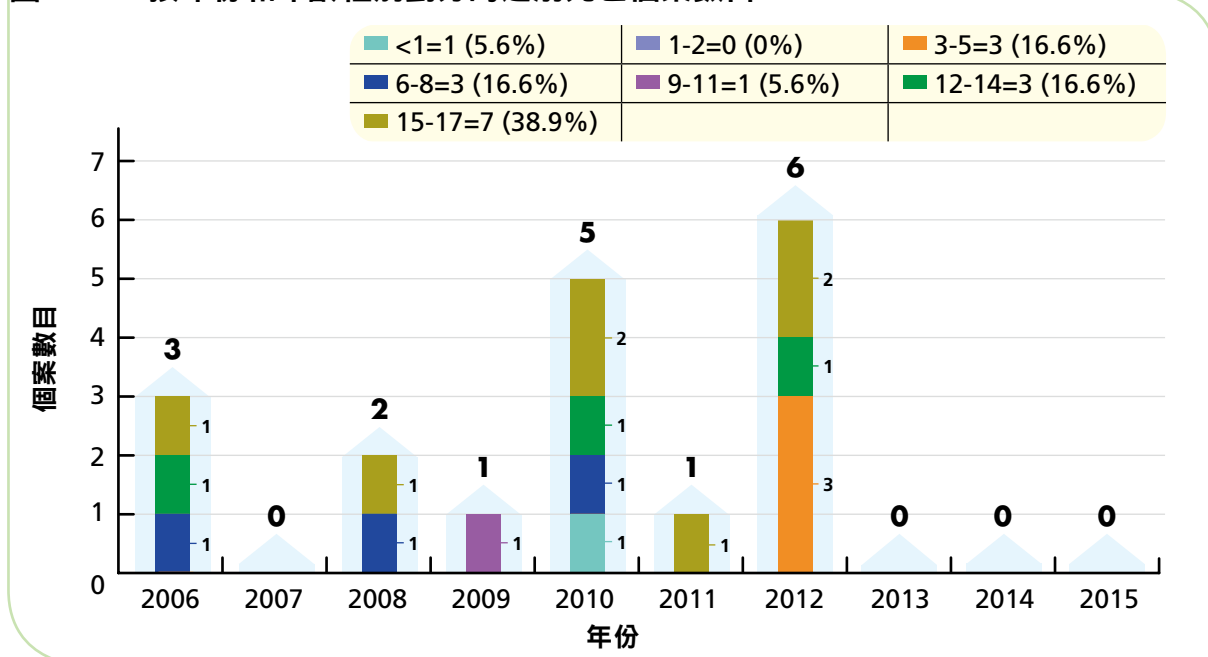
交通意外受害人個案最多的是行人（23宗，51.1%），其次是乘客（13宗，28.9%）和騎單車者（9宗，20.0%）。

圖 8.5.5：按年份和年齡組別劃分的從高處墮下 / 跌倒致死個案數目



年齡介乎 1 至 2 歲從高處墮下 / 跌倒致死的兒童死亡個案為數最多（8 宗，26.7%），其次是年齡介乎 3 至 5 歲的個案（7 宗，23.3%）和年齡介乎 6 至 8 歲的個案（6 宗，20.0%）。

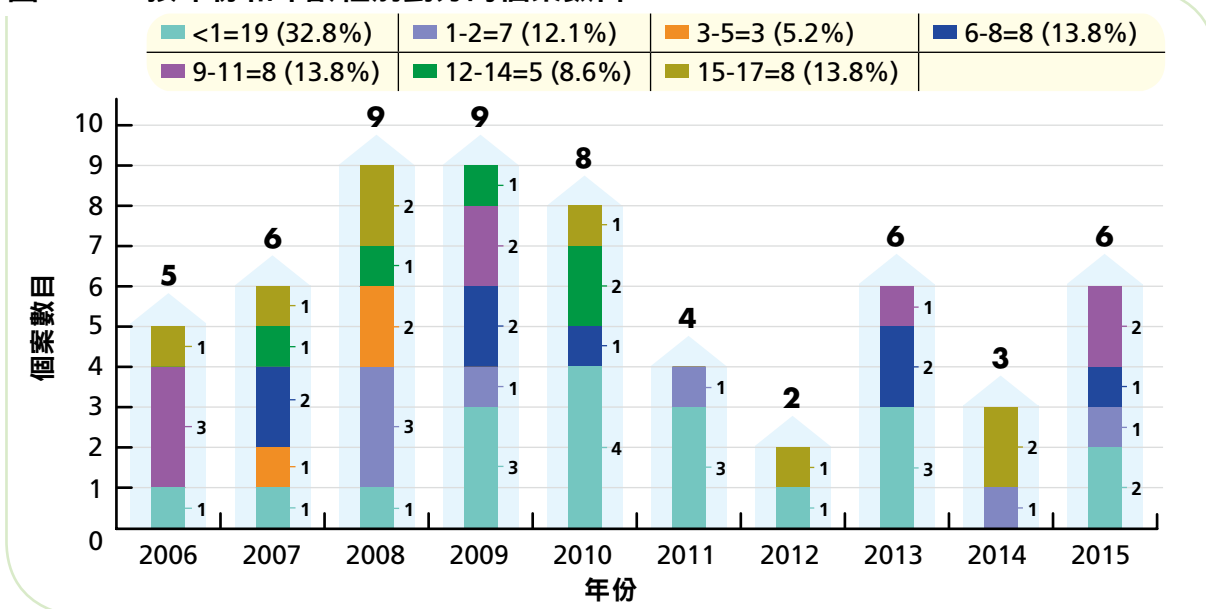
圖 8.5.6：按年份和年齡組別劃分的遇溺死亡個案數目



年齡介乎 15 至 17 歲的遇溺死亡兒童個案為數最多（7 宗，38.9%），而年齡介乎 3 至 5 歲、6 至 8 歲和 12 至 14 歲的個案數目相同（3 宗，16.6%）。

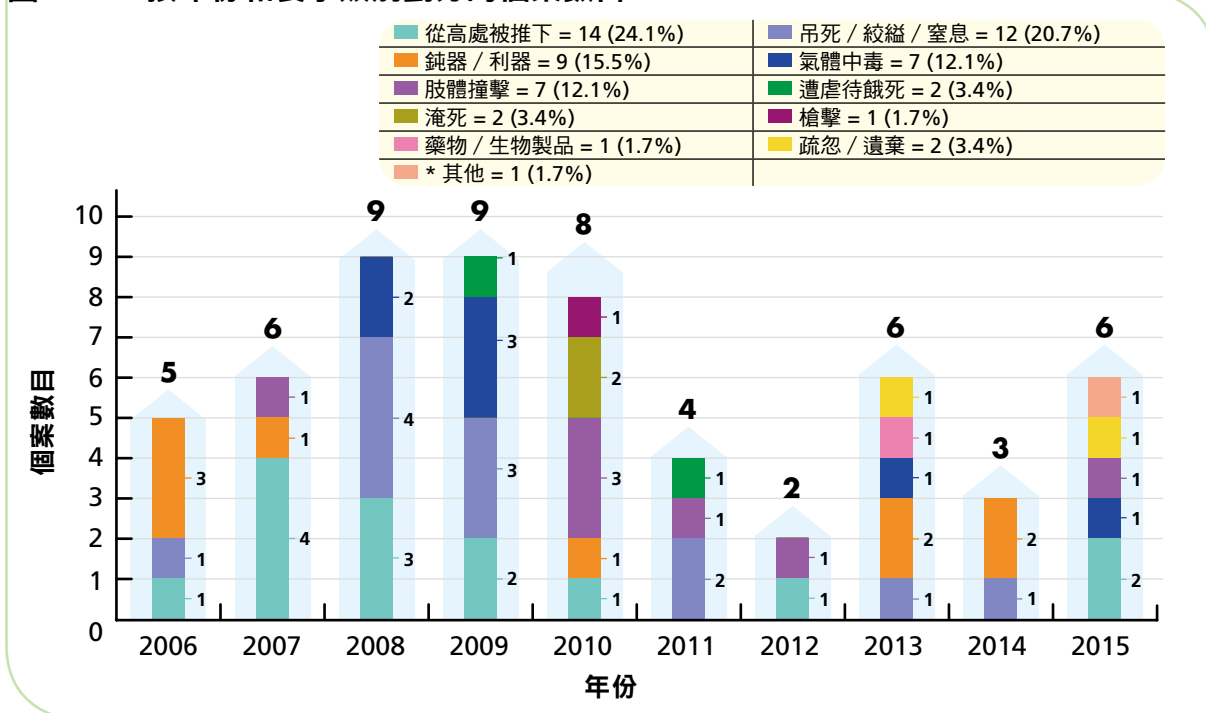
8.6 死於襲擊的個案統計數字

圖 8.6.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目



不足一歲的兒童死於襲擊的個案為數最多（19宗，32.8%），而年齡介乎6至8歲、9至11歲及15至17歲的死亡個案數目相同（8宗，13.8%）。

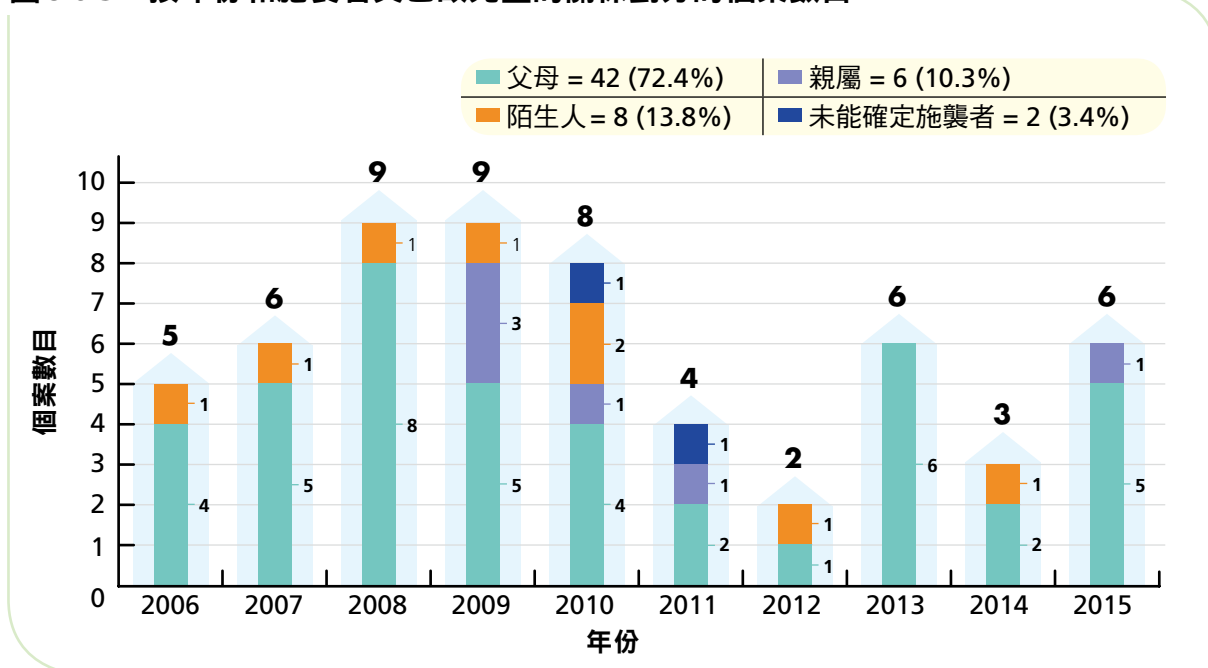
圖 8.6.2：按年份和襲擊類別劃分的個案數目



* 其他：由於屍體腐爛而未查明原因

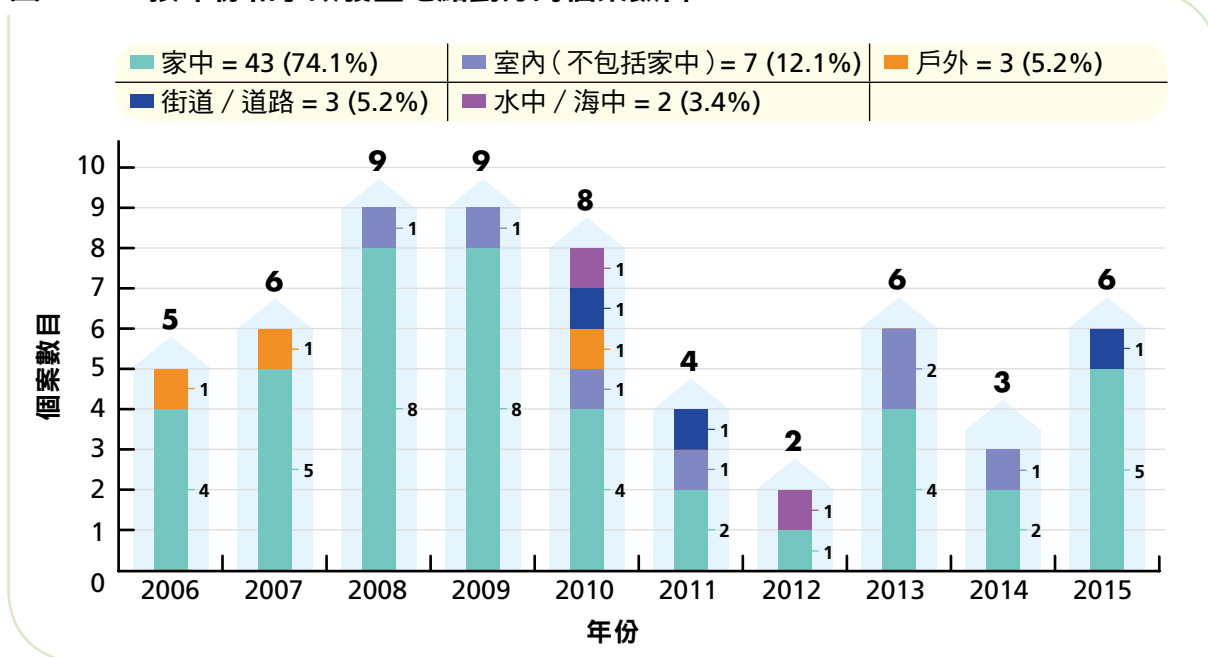
襲擊類別個案為數最多的是從高處被推下（14宗，24.1%），其次是吊死 / 絞縊 / 窒息個案（12宗，20.7%）和遭鈍器 / 利器刺死的個案（9宗，15.5%）。

圖 8.6.3：按年份和施襲者與已故兒童的關係劃分的個案數目



大多數施襲者是父母（42宗，72.4%），其次是陌生人（8宗，13.8%）和親屬（6宗，10.3%）。

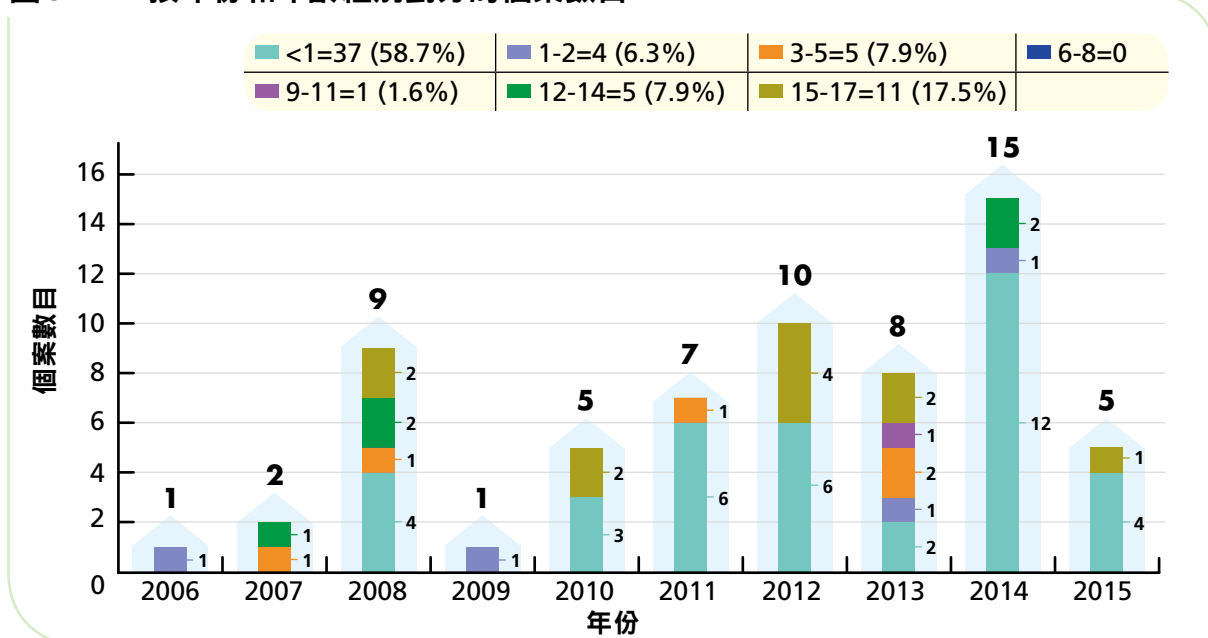
圖 8.6.4：按年份和事故發生地點劃分的個案數目



大多數襲擊事件發生在家中（43宗，74.1%），其次是室內（不包括家中）（7宗，12.1%）和戶外（3宗，5.2%）以及街道／道路（3宗，5.2%）。

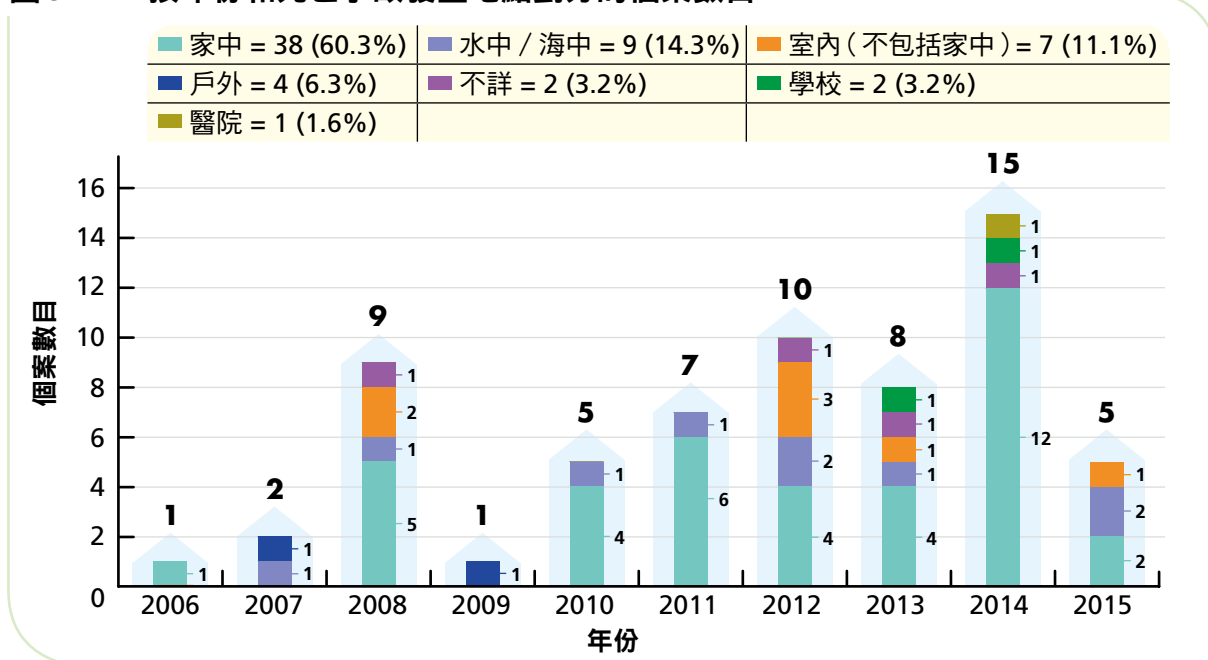
8.7 死於非自然因素但未能確定死因的個案統計數字

圖 8.7.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目



一歲以下兒童死亡個案為數最多（37宗，58.7%），其次是年齡介乎15至17歲個案（11宗，17.5%）和年齡介乎3至5歲個案（5宗，7.9%）及年齡介乎12至14歲個案（5宗，7.9%）。

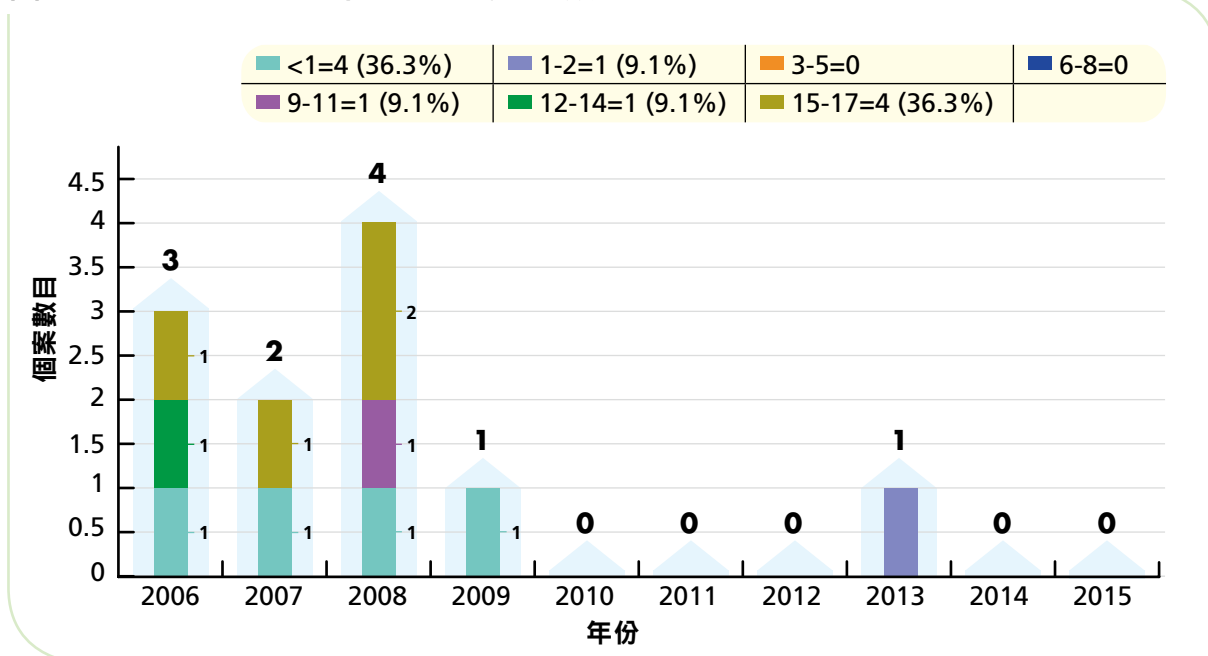
圖 8.7.2：按年份和死亡事故發生地點劃分的個案數目



家中是發生死因未能確定的個案最常見的地方（38宗，60.3%），其次是水中 / 海中（9宗，14.3%）和室內（不包括家中）（7宗，11.1%）。

8.8 死於複雜醫療因素的個案統計數字

圖 8.8.1：按年份和年齡組別劃分的個案數目



年齡一歲以下及介乎15至17歲的兒童死亡個案為數最多（4宗，36.3%），其次是年齡介乎1至2歲、9至11歲和12至14歲的個案（1宗，9.1%）。

附錄 9.1 兒童死亡個案檢討委員會委員名單

兒童死亡個案檢討委員會(「檢討委員會」)(自2011年6月起)歷任委員名單如下：

名稱	專業界別	職位	任期
1. * 梁乃江教授， S.B.S.,M.B.E.,J.P.	醫療 (兒科)	主席	2011年6月 至 2015年5月
2. ® 許宗盛先生， S.B.S.,M.H.,J.P.	法律	主席	2015年6月 至今
		委員	2011年6月 至 2015年5月
3. 熊思方醫生， B.B.S.,CEsCOM	醫療 (兒童精神科)	自殺個案小組召集人	2011年6月 至 2017年5月
4. ® 黃汝璞女士，J.P	會計	交通意外個案小組召集人	2011年6月 至 2013年5月
5. ® 李麗雲博士	兒童教育	其他意外個案小組召集人	2011年6月 至 2013年5月
6. ® 林慧玲女士，J.P.,BofH	教育	意外個案小組召集人	2013年6月 至 2016年5月
		委員	2011年6月 至 2013年5月
7. 楊家正博士	學術	意外個案小組召集人	2016年6月 至 2018年5月
		委員	2012年6月 至 2016年5月
8. 方長發先生，J.P.	社會福利	襲擊及其他個案小組召集人	2015年6月 至 2018年5月
		委員	2012年6月 至 2015年5月

名稱	專業界別	職位	任期
9. # 余則文醫生	醫療 (兒科)	醫療個案小組召集人	2011年6月至 2013年5月
10. # 張志雄醫生	醫療 (兒科)	醫療個案小組召集人	2013年6月至 2017年5月
		委員	2011年6月至 2013年5月
11. 鄧麗華醫生	醫療 (精神科)	自殺個案小組召集人	2017年6月至 2018年5月
		委員	2012年6月至 2017年5月
12. 劉家輝醫生	醫療 (兒科)	醫療個案小組召集人	2017年6月至 至今
		委員	2013年6月至 2017年5月
13. 鄧振鵬醫生	醫療 (精神科)	自殺個案小組召集人	2018年6月至 至今
		委員	2017年6月至 2018年5月
14. 李淑儀女士	社會福利	襲擊及其他個案小組召集人	2018年6月至 至今
		委員	2013年6月至 2018年5月
15. 鄧之皓先生	法律	自殺個案小組召集人	2018年6月至 至今
		委員	2016年6月至 2018年5月
16. 馬宣立醫生	醫療 (法醫病理)	委員	2011年6月至 至今

名稱	專業界別	職位	任期
17. [®] 陳潔冰女士，CEsCOM	臨床心理學	委員	2011年6月至 2016年5月
18. [®] 陳美蘭女士，M.H.	法律	委員	2011年6月至 2012年5月
19. [®] 陳美霞女士	社會福利	委員	2011年6月至 2013年5月
20. 陳小麗女士	社會福利	委員	2018年6月 至今
21. 徐慕菁醫生	醫療 (精神科)	委員	2018年6月 至今
22. 馮麗珠博士	學術	委員	2018年6月 至今
23. 何慧玲女士	教育	委員	2018年6月 至今
24. [®] 洪詠慈女士	教育	委員	2011年6月至 2012年5月
25. 趙明先生	家長代表	委員	2018年6月 至今
26. [®] 林陳蘭德博士	學術	委員	2011年6月至 2012年5月

名稱	專業界別	職位	任期
27. 林子綱女士	法律	委員	2012年6月至 2016年5月
28. 李麗萍醫生	醫療 (兒科)	委員	2015年6月 至今
29. # 李民瞻教授	醫療 (兒科)	委員	2011年6月 至 2015年5月
30. 李澤荷醫生	醫療 (兒科)	委員	2016年6月 至今
31. ® 石丹理教授，S.B.S.,J.P.	學術	委員	2011年6月 至 2013年5月
32. 冼權鋒教授	兒童教育	委員	2013年6月 至今
33. 施美倫博士	臨床心理	委員	2016年6月 至今
34. 杜子瑩女士，J.P.	教育	委員	2012年6月 至 2018年5月
35. 唐兆漢先生	家長代表	委員	2012年6月 至 2018年5月

名稱	專業界別	職位	任期
36. [®] 曾蘭斯女士	社會福利	委員	2011年6月至 2012年5月
37. [#] 曾雯清醫生	醫療 (兒科)	委員	2011年6月 至今
38. 王雪娜醫生	醫療 (兒科)	委員	2017年5月 至今
39. 王淑芬女士	教育	委員	2016年6月 至今
40. [®] 姚家聰醫生	醫療 (精神科)	委員	2011年6月 至 2012年5月
41. [®] 余榮輝先生，M.H.	家長代表	委員	2011年6月 至 2012年5月

* 梁教授曾擔任檢討兒童死亡個案先導計劃檢討委員會主席。該計劃在2008年2月至2011年2月期間推行。

[®] 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。

[#] 曾在2009年2月至2011年2月期間擔任檢討兒童死亡個案先導計劃檢討委員會增任委員。

附錄 9.2 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、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，從而制訂預防策略；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 9.3 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，常設的兒童死亡檢討機制遂於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：<https://www.swd.gov.hk/doc/fcw/PPCFRR-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，以制訂預防策略；以及
5. 促進跨界別及跨專業合作，以預防可避免的兒童死亡事件。

範圍

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. 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檔案為主，輔以採用其他方法，例如焦點小組或與相關人士面談（如有需要）。
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服務報告，協助進行檢討。有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 / 機構的詳情。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，未經有關機構事先同意，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至2013年的兒童死亡個案，並分別在2013年5月和2015年7月以及2017年8月發表首份、第二份報告及第三份報告。報告可於以下網址下載：

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

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

[https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/529/tc/CFRP_Third_Report_\(Chinese\).pdf](https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/529/tc/CFRP_Third_Report_(Chinese).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7樓721室

電話：3468 2140 電郵：srp@swd.gov.hk

附錄 9.4 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，而屍體被運入香港

資料來源：司法機構（網址：https://www.judiciary.hk/zh/court_services_facilities/cor.html#12）

附錄 9.5 關於 2014 和 2015 年兒童死亡個案的建議

死於自然因素的個案：

- N1 重申先前的建議，即屍體剖驗有助找出死因，以收預防之效。
- N2 應繼續推行「安全性行為」及「妥善處理懷孕」的公眾教育，以防因隱瞞懷孕而導致兒童死亡。
- N3 政府應制訂標準程序及清晰的轉介機制，規定法醫科醫生須對兒童死因未能確定，或死因與遺傳疾病或先天性代謝缺陷有關的個案轉介到遺傳科進行分子或基因檢測。

死於自殺的個案：

- S1 提升兒童 / 青少年的警覺性及應變能力，例如他們透過手提電話或社交媒體識別或接收到朋輩 / 同學發放情緒困擾或威脅自殺的即時信息時，應立即通知學校社工或可信賴的成人，以便他們把危急情況通知警方。
- S2 提升公眾對「早期思覺失調」和「抑鬱症」的徵狀及所需治療的敏感度，加強相關知識。
- S3 加強有關精神健康的公眾教育，傳達精神病「可以治癒」的信息，並鼓勵懷疑自己患有精神病的人士即時尋求專業協助。
- S4 協助父母了解有特殊學習需要的子女所需，並建議父母訂定對子女合理的期望。
- S5 學校應照顧有特殊學習需要及在早期精神病康復階段的兒童，因應他們的需要調適課程，讓他們愉快學習，避免因課程要求而承受沉重壓力。這些兒童需要更多諒解，從跨專業協作中得所支援。學校應重點設計「個別學習計劃」，對於有限智能及患有精神病的學生尤以為然。

S6	建議教育局為教師提供訓練，邀請精神健康專業人士及教育心理學家以個案研究的形式舉行座談會，令教師更了解有特殊學習需要的學生所需。
S7	患有精神病的兒童會有較高的自殺風險，家人應提高警覺，並在發現他們精神狀態不穩時，立即陪同他們與精神健康專業人士見面，接受治療。
S8	建議父母替其患有抑鬱症並有自殺傾向的子女妥善保存精神科藥物，以防他們容易取得相關藥物以致過度服用。
S9	父母應掌握有關抑鬱症徵兆的知識，留意子女（尤其升讀中一時）有否出現不易察覺的徵兆，例如「拒絕上學」等。
S10	拒絕上學是青少年情緒不穩的警號，需要專業人士關注和介入。如有透露自殺的情況，則應由臨床心理學家或精神科醫生予以協助。
S11	在升讀中一的銜接或適應課程中加入「預防壓力」、「精神健康」及「如何尋求協助」的元素，幫助學生培養更高的抗壓能力，應付逆境及學業的挑戰，特別是幫助於小學階段成績優異，自身期望甚高而未嘗挫折的學生。
S12	教導學生對其他人應有「同理心」，以處理朋輩欺凌問題（尤指Whatsapp和snapchat等社交媒體的欺凌問題）。受欺凌的學生亦應接受輔導，並即時尋求教師或學校社工協助。欺凌者可能患有身心症，亦需得到適切的協助。
S13	在學校推廣「關愛」文化，以加強學生之間互相關懷的精神，並在生命教育課堂上教導他們如何回應朋輩表示情緒困擾或透露自殺的情況。
S14	學校應考慮把「輔導班」重新命名為「提升班」以消除其負面含義。
S15	父母應花更多時間，努力與其子女在「情感層面」上保持溝通，多了解子女的感受或情緒，協助他們紓解困擾。

S16	加強教導父母如何處理青少年的行為問題。父母在處理子女的不當行為時，應控制自己的情緒，並注意用字，避免觸發子女的衝動反應。
S17	學校應教導青少年酒精的禍害。
S18	加強戀愛教育，特別教導學生如何處理「分手」和面對「失落」的感覺。

死於意外的個案：

A1	重申先前的建議，即使時間很短（尤其在幼兒睡覺時），父母亦不應獨留幼兒在家不顧。
A2	父母應採取所有防止兒童墮樓的安全措施，安裝合適的窗花（包括百葉窗的窗花），確保窗花的設計穩妥，足以保護兒童，並時刻鎖好。
A3	透過外傭中介公司、領事館或工會，向外傭傳達保護兒童安全的信息，並加強相關培訓。
A4	重申先前的建議，提高父母及照顧者對適當幼兒睡眠安排的意識，例如不應安排幼童單獨睡在不設圍欄的高床，或在牆壁與睡床之間留有空隙。
A5	重申先前的建議，提醒父母及照顧者如兒童頭部受傷／懷疑頭部受傷，尤其是因跌倒引致頭部受傷，即使並無明顯／清晰可見的損傷，亦應即時求醫。
A6	提高父母對幼兒家居安全的意識，為免幼兒在家中滑倒，應考慮在地板加上防滑膠墊。
A7	提高父母對嬰兒窒息風險的意識，嬰兒在放有軟身物件（如枕頭、墊子、防撞攬枕、毛氈及絨毛玩具等）的床上轉身俯睡時，易被該等物件覆蓋而引致窒息。

A8	提醒父母如須在熟悉的家庭環境以外的地方過夜時，應特別留意嬰兒的睡眠安排。
A9	衛生署應在產前及產後檢查中，透過視聽資訊或派發資訊小冊子，加強向準父母或父母宣傳「安全的嬰兒睡眠環境」。
A10	提醒公眾在目擊火警發生時，應立即致電「999」求助。
A11	繼續加強有關防火及安全事宜的公眾教育，例如在火警中如何逃生、應否留在單位或撤離，以及應否自行滅火等。
A12	繼續加強有關適當使用家居電器及裝置的公眾教育。

死於襲擊及非自然因素但未能確定死因的個案：

AS1	在特殊學校加強照顧者的支援服務，協助父母照顧各類殘疾的學童。
AS2	建議教育局檢討目前特殊學校的學校社工人手比例，以期增加有關人手供應。
AS3	增進父母／照顧者對各類社區訓練或支援資源的知識，協助他們照顧殘疾兒童。
AS4	鼓勵照顧者（特別是男性照顧者）在有需要時尋求協助和參加照顧者支援小組／計劃，為他們分憂和減輕困擾。
AS5	家人應注意照顧者的精神健康，包括受委託照顧兒童的長者，並留意他們是否有自殺跡象或抑鬱情緒，以助他們及時尋求專業協助。
AS6	透過政府宣傳短片，進一步增進公眾對「抑鬱症」（包括其症狀和所需治療）的知識，並鼓勵有需要者求助。

AS7	提醒青少年使用 Facebook、Instagram 和微信等社交媒體交友時，務須保護自己。
AS8	教導青少年有關「賺快錢」的潛在風險，特別是涉及以「援交」、「私影」或「兼職女友」等為名進行金錢交易的社交活動。
AS9	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。
AS10	加強為已經 / 正在辦理離婚 / 分居的家庭而設的共享親職支援服務。
AS11	在家事法庭或透過代表律師派發單張，進一步推廣為離婚夫婦而設有關和平分手和共享親職的輔導服務，以及為其子女而設的兒童為本服務。
AS12	重申與嬰兒同床而睡的風險，並提醒父母及照顧者不應安排嬰兒與兄弟姐妹或其他兒童同床。
AS13	提高父母對嬰兒會被夾在睡床與牆壁之間空隙的風險意識，提醒他們嬰兒有可能會自行移動。
AS14	提醒父母及照顧者讓嬰兒穿著輕便舒適的衣物入睡，不宜穿得過多。
AS15	提醒父母及照顧者，在非常疲倦或不適時，又或飲酒或服用使人昏昏欲睡的藥物後，警覺度會有所下降，故不宜照顧嬰兒。
AS16	重申父母及照顧者須在嬰兒單獨睡覺時定期查看，或安裝合適的監察裝置。
AS17	進一步提醒公眾（特別是青少年）關於濫用藥物的害處和遠離毒品的重要性。
AS18	為濫藥父母提供教育和支援計劃，提高他們對毒品遺禍子女的意識，並提升他們的親職能力。

AS19 提醒和鼓勵濫藥父母的家人，為這些有確實育兒和社會服務支援需要的父母提供所需的育兒援助。

AS20 重申先前的建議，提醒公眾隱瞞懷孕可能會有致命的後果，以及婦女懷孕或分娩務須接受醫療護理和尋求社會服務支援。

特別感謝楊荃生先生為報告設計封面