

香港社會服務聯會

2024 服務重點關注議題

2024 年 5 月 20 日

1. 落實《強制舉報虐待兒童條例草案》所需配套。
2. 跟進兒童住宿照顧及相關服務檢討落實。
3. 擴展非傳統、跨專業團隊及多元化的精神健康支援服務，同時提升能力建設。
4. 檢視綜合青少年服務中心《津貼及服務協議》的服務量指標，以加強對青少年精神健康的支援。
5. 加強為基層照顧者提供心理支援服務及個案跟進，以改善精神健康。
6. 關注社交孤立和老年人孤獨問題，創造有利於跨代連繫的生活環境；利用遙距及創新科技提供安老服務。
7. 檢視綜合家庭服務中心所面臨的社會問題和個案趨向複雜化的工作負荷，並在必要時增加資源，以加強綜合家庭服務中心的督導人力。
8. 檢視殘疾人士院舍員工職業安全。
9. 關注社區生活中患有不可逆轉及嚴重疾病的人士，並推廣預設照顧計劃。
10. 確保院舍照顧服務的「安寧緩和療護」配套，包括培訓、設施及醫護支援。
11. 推動在政策和服務層面應用國際功能、殘疾和健康分類系統（ICF）。
12. 提升少數族裔及弱勢社群的自助能力，支援他們使用主流服務，透過支援方案共建共融社區，並營造互信。
13. 檢視就業服務的服務模式，創造就業選擇，增加對營辦單位的支援。
14. 關注不同弱勢社群例如少數族裔、基層勞工為他們提供適切的支持，同時推動創新科技的應用
15. 關注不同弱勢社群，為居於不適切居所市民提供適切的支持
16. 關注不同弱勢社群，透過遙距及創新科技提供安老服務，善用醫療專業人員資源的問題

落實《強制舉報虐待兒童條例草案》所需配套

問題

《強制舉報虐待兒童條例草案》（以下簡稱《條例草案》）已於 2024 年 4 月進入逐條審議階段，該草案將在刊憲後的 18 個月後正式生效。根據《條例草案》，受規管的專業人士在遇到一定嚴重程度的懷疑虐兒個案時，必須舉報，否則可能面臨刑事責任。預料有關法例的實施將帶動兒童、青少年及家庭服務的需求增加。因此，相關當局必須完善服務配套，確保能為有需要的兒童和家庭提供適切的服務，以實現保護兒童及支援家庭的立法原意。《條例草案》的有效實施應具備「準確舉報」、「高效接報」和「有效跟進」的功能。

分析

1. 《條例草案》應明確以「兒童的最佳利益」為原則，以便讓專業人士和公眾更好地理解立法精神

目前，《條例草案》在目標強化保護兒童方面，應以保障「兒童的最佳利益」為基礎。然而，目前的《條例草案》未明確申明有關原則，這阻礙了專業人士和公眾對立法精神的清晰理解。因此，《條例草案》應明確聲明保障「兒童的最佳利益」，並闡明構成「兒童的最佳利益」的考慮因素，以便讓法院、專業人員及公眾明確了解新法例的精神，從而確保其有效實施。

2. 《條例草案》應提供清晰的關鍵概念定義和具體描述，以確保準確舉報

協助專業人士迅速及準確地判斷是否需要強制舉報個案是實施《條例草案》的關鍵。由於不同專業對虐兒及其嚴重程度的理解、舉報目標和準則存在差異，為了減少誤報或濫報的問題，相關定義和準則必須具體且易於理解，以促進不同專業對虐兒個案達成共識。目前，《條例草案》未就一些關鍵概念提供明確的定義，例如「虐兒」、「嚴重傷害」、「迫切風險」和「兒童的最佳利益」等，這對於不同專業人士在虐兒事件上達成一致的判斷是不利的，也會窒礙《條例草案》的有效執行。因此，《條例草案》應提供明確的定義和具體描述，以確保準確舉報的實現。

3. 確保在《條例草案》實施後，有足夠的人手和服務承擔，以確保有效接報

隨著《條例草案》的實施，懷疑虐兒的個案數量預計將會增加。因此，接報部門需要擁有足夠的人力及經驗，能夠迅速且專業地處理舉報個案，並為舉報者提供支持和建議。懷疑受虐兒童可能需要接受醫療檢查或治療，以及其他專業人士（例如臨床心理學家、精神科醫生等）的評估。對於性質較為嚴重或複雜的個案（例如涉及到受委託照顧兒童的人士對兒童的性侵犯、嚴重身體虐待，以及有組織的虐兒事件等）警方重案組轄下的「虐兒案件調查組」和社會福利署的保護家庭及兒童服務課將進行聯合調查。然而，根據業界觀察，目前社會福利署、社福機構、醫護界以及警方等部門都面臨經驗豐富的人員嚴重流失的問題，這對於兒童保護工作絕對不理想。

《條例草案》實施後，證明屬虐兒的個案很可能增加，就算個案最終未達「嚴重傷害」的程度，有關兒童和家庭也很大可能有不同福利需要，需要下游個案跟進服務（例如施虐者輔導及親職技巧培訓，個案監督及跟進等），相關服務（如綜合家庭服務、學前單位、小學及中學的社工服務等）的承託能力成疑。

4. 跨專業合作模式和各專業角色需要因應立法而進行更新，促進有效協

在立法實施後，跨專業舉報及合作模式需要進一步明確。懷疑受虐兒童往往會接觸多個有強制舉報責任的專業人士。然而，現行的《保護兒童免受虐待—多專業合作程序指引》中並未涉及某些受立法規管的專業人士的角色（如教育心理學家），這使得他們在兒童保護工作中的角色，及與其他專業人士的分工不夠清晰。因此，在立法後，需要更新相關指引，明確各專業人士在跨專業合作中的角色和責任，以促進有效的協作和信息共享，從而更好地保護兒童的權益。

5. 保護兒童的識別安全網尚未完善

在保護兒童方面，識別安全網的完善仍然存在挑戰。目前的「學前單位社工服務」只限於受社署或教育局資助的約 780 個單位，約有 300 間非資助學前單位未有納入服務範圍。這意味著幼兒保護網絡仍然不完善，無法全面覆蓋所有兒童。為了發揮舉報機制的效用，我們需要為那些最無法主動求助的兒童建立識別安全網，提供及時的保護和支援。

6. 嚴重虐兒個案缺乏緊急宿位

在一些嚴重虐兒個案中，兒童可能需要緊急住宿照顧服務，以提供即時的保護。然而，業界高度關注緊急住宿照顧位的嚴重短缺情況。根據立法會資料，2023年4至12月，寄養服務每月平均輪候人數為292人，其他服務類別每月平均輪候人數共622人，宿位供應嚴重不足，每月輪候人數超過千人。此外，全港只有一間位於港島的兒童收容中心，難以配合在各區就學的在危兒童的需求。此外，由於缺乏中央輪候機制，轉介社工和營運機構需要花費大量資源處理重複申請，費時失事。

7. 家庭支援措施及公眾教育等預防工作仍需要加強

一些高風險家庭（如家庭暴力、經濟困難、多重壓力、父母/照顧者曾受虐、有精神病患、沉溺行為、育有具特殊需要兒童等）對支援服務的需求超過供應。如親職支援、幼兒照顧、課餘託管、特殊需要兒童支援服務、提升照顧者的精神健康、家庭輔導等方面的支援措施仍然不足。此外，公眾教育或家長教育模式也未能充分考慮到這些家庭的文化背景及需求。整個社會對兒童權利的認識亦相當有限，因此需要加強家庭支援措施及公眾教育等預防工作。

建議

1 準確舉報

1.1 完善《條例草案》條文，提供清晰定義

1.1.1 建議針對《條例草案》中的關鍵概念，包括「兒童的最佳利益」、「虐兒」、「嚴重傷害」和「迫切風險」等，提供明確的定義和描述，以加強舉報的準確性。

1.2 舉報工具和培訓

1.2.1 建議相關機構開發網上舉報工具，協助強制舉報者作出舉報決定及熟悉舉報門檻，提升舉報的準確度，避免因定義不清或過於寬泛而引致誤報或濫報。該工具可以引導專業人士分析個案的需要和相關的風險，從而作出舉報決定。同時，應為專業人士提供相應的培訓，使其能夠適當地使用舉報工具進行辨識和評估。

1.3 訂定跨專業舉報及合作模式

1.3.1 對於懷疑受虐兒童，往往同時接觸多個有強制舉報責任的專業人士，

為加強跨專業協調，政府必須審查現有的兒童保護多專業協作機制，明確各專業的角色和分工，並與相關專業進行商討及制定跨專業舉報及合作模式。

1.4 擴大識別安全網

1.4.1 為了全面完善幼兒保護網，建議將「學前單位社工服務」（如同「中學社工服務」及「到校學前康復服務的服務」）擴大到全港學童，納入300間非資助學前單位的服務範圍（不限於受社署或教育局資助的單位）；並在母嬰健康院及學生健康服務中心增設當值社工，透過外展方式接觸有需要的家庭。

2 高效接報

2.1 增加個案專業評估及調查人員

2.1.1 在強制舉報實施後，預計懷疑兒童受虐的個案數量將大幅增加。為了應對這種情況，醫管局、社會福利署及警方需要相應部署，確保有足夠的人力及經驗，以快速且專業的方式處理舉報個案，並為舉報者提供意見及動員保護兒童的工作。

2.1.2 本會建議社署成立專責部門負責接報，以快速及專業的方式處理舉報個案。這個部門的服務不應限於週一至週五的辦公時間，同時應提供週末、假日和平日晚上的服務。此外，建議社署檢視目前每三至四年調職的人事政策，確保專責部門擁有足夠的人力和經驗，能夠及時提供有關保護兒童的諮詢、進行相關調查並提供後續支援。

3 有效跟進

3.1 增加兒童住宿照顧服務緊急宿位

3.1.1 根據香港法例第213章《保護兒童及少年條例》，行政長官有權通過命令宣布任何地方為收容所，本會建議在九龍及新界分別增設兒童收容中心，以迅速增加住宿照顧服務的供應量，同時優化輪候機制。

3.2 增加下游個案跟進服務資源

3.2.1 強制舉報制度實施後，可能會增加有不同福利需求的兒童和家庭，他們需要支援服務，(如施虐者輔導和親職技巧培訓，個案監督和跟進等)，政府應檢視相關服務的承托能力，包括綜合家庭服務、學前單位以及小學及中學的社工服務等)，並適時增加相應的資源。

3.3 就立法的預備和配套工作制定績效指標、工作時間表及路線圖

3.3.1 當局計劃在《條例草案》刊憲後 18 個月正式實施，為確保相關服務配套能夠及時就緒，建議當局制定以下各項與《條例草案》相關的績效指標、工作時間表及路線圖：

3.3.1.1 促進準確舉報的舉報指引及專業培訓

3.3.1.2 設立有足夠人力及經驗的接報部門

3.3.1.3 增加 6-17 歲兒童住宿照顧服務名額

3.3.1.4 增加下游個案跟進服務資源

3.3.1.5 針對性的公眾教育

3.3.1.6 協助相關專業團體檢視和修訂其專業實務守則／指引

4 預防及教育工作

4.1 家庭支援措施

4.1.1 加強對高危家庭（包括家庭暴力、經濟困難、多重壓力、父母/照顧者曾受虐、有精神病患、沉溺行為、育有具特殊需要兒童等）的預防及支援服務，這包括親職支援、幼兒照顧、課餘託管、特殊需要兒童支援服務、提升照顧者的精神健康、以及家庭輔導等。

4.2 公眾教育

4.2.1 根據不同人士的文化背景和需求，設計有效的公眾教育，提升家長和公眾對保護兒童的認識，並加強兒童權利教育。根據社署現行指引，如兒童透露被父母強迫結婚的情況（例如少數族裔兒童）」已被列為「與各類傷害／虐待有關的行為／情緒徵象」，業界關注這些情況時有發生，兒童因不願結婚而受虐或有受虐的迫切危機（包括身體、心理虐待及性侵犯），應進行針對性的保護兒童教育，以提高對這些情況下兒童所面臨的虐待和危險的認識。

跟進兒童住宿照顧及相關服務檢討

問題

行政長官 2022 年施政報告中承諾「…已鎖定兒童住宿照顧服務需要聚焦改善的地方，將全方位提升服務質素、完善服務規劃、加強巡查執法…」，兒童住宿照顧及相關服務的檢討報告於 2023 年 3 月發表，提出了 70 項改善建議，香港社會服務聯會與業界均認同這些建議。政府已經落實了其中的部份建議，包括加強巡查和突擊探訪、增加服務名額、改善留宿幼兒中心的人手比例和專業支援，以及提高寄養家庭獎勵金等。然而，本會關注到兒童之家及其他院舍的前線照顧及社工人手仍未得到改善的資源，兒童滯留和轉換宿位的問題也沒有具體的應對措施。此外，增加服務名額的速度遠未能滿足需求。本會建議盡快改善各類院舍的人手配備、加強個案需要評估及檢討機制，並集中發展「家庭式照顧院舍」以緩解服務不足問題並為強制舉報虐兒個案立法作好準備。

分析

1. 四至六成宿生呈現複雜需要，需要增加前線照顧人員及社工為重中之重

根據第二階段檢討報告建議，約 40-60% 的宿生呈現複雜需要，懷疑有特殊需要（如輕微智障、自閉症、專注力不足/過度活躍症）而待評估的宿生也佔 3-7%；此外，業界服務數據顯示曾受虐宿生亦容易受創傷影響而出現各種情緒行為困難，較難與照顧者或朋輩建立關係也達 30%¹。服務對象的複雜需要遠超出原有定位²。因此需要專業的前線照顧人員和社工團隊來提供適切的照顧和支援。

2. 三成離院兒童長期滯留及近四成離院後轉往其他宿位，嚴重影響成長，必須改善個案需要評估及檢討機制

第二階段檢討報告反映過去三年約 30% 的離院兒童在接受服務期間長達 5 年以上³，另參考立法會資料⁴，高達 36% 離院兒童轉換宿位而屬未能脫離照顧系統。這

¹ 於 2022 年 6 月 30 日，已知曾經由「懷疑虐待兒童多專業個案會議」確立曾受虐的宿生數目除以當天入住宿生總數。

² 兒童住宿照顧服務是為暫時未能得到家人適當照顧的嬰幼兒、兒童及青少年提供短期照顧，保障和促進兒童的健康及福祉，除了男/女童院，服務一般只為有輕微行為、情緒或健康問題的兒童而設。

³ 第二階段檢討報告第 2 頁第 8 段「離院的服務使用者中約 70% 接受住宿照顧服務在 5 年或以下。」

⁴ 審核二零二四至二五年度開支預算 管制人員對立法會議員初步問題的答覆（局長：勞工及福利局局長 第 20 節會議）第

些兒童難以在穩定的照顧關係下成長，與原生家庭疏離，對其成長和發展產生嚴重影響。這可能與服務轉介表格未能全面評估兒童需要、家庭危機未能及時處理以及個案檢討機制不足等原因有關。

3. 每月有近千名兒童在等待服務，宿位嚴重短缺。

業界高度關注宿位嚴重短缺情況，根據立法會資料⁵，2023 年 4-12 月寄養服務每月平均輪候人數為 292 人，其他服務類別每月平均輪候人數共 622 人，每月近千的宿位短缺情況極為嚴重。目前面臨招募寄養家長困難和兒童之家效率低下的問題。單靠增加「家庭式」的寄養服務及兒童之家難以配合現實需求，招募寄養家長困難可能與本地居住空間狹小、生活成本高昂有關，社署統計數據顯示從 2023 年 4 月至 9 月寄養家庭數目增長極少（新增 30 個但同時流失 24 個），預計增加獎勵金或支援服務均難以大幅增加服務名額；而兒童之家的招聘困難則與工作需求和薪資待遇有關。兒童之家服務須一對夫婦共同參與，與 8 至 9 名兒童（其中約 5 名有特別需要）同住以提供 24 小時貼身照顧，月薪（連通宵當值等各種津貼）一般只有約 \$25,000 至 \$28,000，極難招聘。業界數據顯示於 2022 年底，兒童之家正家長空缺率達 28%（職位已平均懸空 14 個月），就連替假家長也有 14% 空缺率（職位平均懸空 15 個月）。

建議

1 優先增加兒童之家及各類院舍前線照顧及社工人手，並與業界商討改善基準和幅度

1.1 建議政府優先增加兒童之家及各類院舍前線照顧及社工人手，以確保業界能夠有效招聘及穩定團隊。同時，為了提升照顧質素，建議社署在計算改善人手幅度、專業水平和所需津助時，應結集業界不同類型服務的前線經驗，考慮以下實際操作：

1.1.1 考慮兒童年齡和特殊需要所引申的照顧要求

1.1.2 考慮日夜照顧人手的需求以及相應的編制更考慮

1.1.3 考慮社工跟的進個案數量

1.1.4 考慮督導照顧人員和行政管理的工作量

1.1.5 考慮員工的培訓需要、休假安排及挽留方式等

1183 頁 (2020-2022 年的數據)，取自：https://www.legco.gov.hk/yr2024/chinese/fc/fc/w_q/lwb-w-c.pdf

⁵ 同上，第 109 頁。

2 修訂轉介表格及提供指引助轉介社工選擇合適服務

2.1 根據第二階段檢討報告建議 18「檢視服務需要評估」和建議 22「檢視個案管理機制」，建議具體措施如下：

2.1.1 修訂轉介表格，協助轉介社工全面評估兒童的需要，包括發展、行為、情緒、健康狀況、以及曾經歷的創傷和接受住宿服務的歷史等。同時，為住宿照顧服務人員提供整全資料，以及時處理兒童的創傷並制定適切照顧計劃。

2.1.2 為轉介社工提供具體指引，幫助他們按兒童的照顧需要級別選擇合適的服務；

2.1.3 檢視各類照顧服務的目標對象，提供更清晰的定義，例如輕微情緒、行為或健康問題，適合小組/ 個別種類院舍生活等，以促進有效的服務配對；

2.1.4 通過個案檢討機制識別長期嚴重失能家庭，加強介入並適時根據兒童最佳利益更新福利計劃。

3 未來集中發展「家庭式照顧院舍」

3.1 業界對於第一階段檢討報告中發展「小型留宿幼兒中心」提供家庭式照顧的建議表示歡迎，社署也積極落實有關建議，迅速高效地於今年一次過提供近五十個服務名額。本會建議將這種做法廣泛推廣，集中發展適合不同年齡組別兒童和青少年的「家庭式照顧院舍」，業界早已在院舍內提供小組家庭式照顧，若具備充足的配套（包括照顧人員、社工、支援人員及跨專業支援等），院舍也能夠為宿生與照顧者建立穩定的依附關係，以更有效處理他們的身心疾病、發展障礙和創傷經歷等。

4 監察報告建議的落實

4.1 為確保各項建議儘快落實，以發揮保護兒童的效果，建議由兒童事務委員會轄下的保護兒童小組及立法會福利事務委員會持續監察報告的跟進情況，政府應定期向他們提交進展報告，以向公眾交代。

擴展非傳統、跨專業團隊及多元化的精神健康支援服務，提升能力建設

問題

精神健康支援服務在香港社會的地位和作用日益重要。面臨著服務需求不斷上升、公營醫療系統人力短缺、前線服務未能充分支援照顧者、以及現有社工培訓無法完全滿足精神復元人士日益多元化需求等多重挑戰。為要全面提升精神健康支援服務的質量和覆蓋面，社會各界需要採取系統性的應對措施。

分析

1. 公營醫療系統人力短缺的現狀與影響

目前公營醫療系統面臨人力嚴重短缺的問題，預計未來情況將進一步惡化。根據政府 2017 年發佈的醫療人力規劃及專業發展策略檢討報告，到 2020 年醫生缺口將達 500 人，到 2030 年更將擴大至 1,007 人¹。由於包括精神科醫生及臨床心理學家在內的醫護人員嚴重短缺，導致醫管局精神科專科門診的穩定新症首次預約需要長達 95 週²的漫長輪候時間。如此長時間的輪候對精神復元人士的康復進程造成了不利影響。在等待接受專科治療的期間，他們的病情可能會惡化，導致更嚴重的後果。同時，照顧者也無法及時獲得適當的支援，影響了整個家庭的生活質素。要解決這一問題，政府和相關部門必須制定更有效的人才培訓和引進政策，優化醫療服務流程，以應對日益增長的醫療服務需求。否則，精神科等專科門診的嚴重人手短缺和漫長輪候時間將難以在短期內得到改善。

2. 提升精神健康社工的專業化水平

為應對醫護人員短缺及服務需求激增的挑戰，加強精神健康社工的專業訓練至關重要。目前，精神健康綜合社區中心的社工大多為社會工作助理職級，訓練有限，難以應對復元人士的複雜需求。為應對醫護人員短缺及服務需求激增，加強精神健康社工的專業訓練，包括理論知識、臨床實踐及持續發展，可以顯著提升他們處理個案的能力，分擔醫療系統的壓力。引入階梯支援分流服務模式，由精神健

康社工提供輕度介入服務，可以減低醫療系統的壓力，並及時為有需要的人士提供適切的服務。建構標準化的精神健康社工教育及訓練課程，並提供臨床督導，是發展這一專業的關鍵。長遠來看，發展社區精神健康社工服務的建議值得考慮。

建議

1 完善精神健康社工的專業資歷架構

1.1 香港社會工作專科院已發展一般社工、學校社工及家庭社工的專業資歷架構，並於 2023 年完成了精神健康社工的專業資歷架構。香港社會服務聯會及香港復康聯會也已採納了這些專業資歷架構。鑑於此，建議香港社會工作專科院成為個別精神健康社工的認證機構，進一步完善和推動這一專業資歷架構的實施。作為已建立的專業培養和認證機構，香港社會工作專科院擁有相關經驗和制度，可以有效地推動精神健康社工的專業發展。這樣不僅可以規範和引導這一專業領域，也有助於提高專業人員的地位。

2 建構標準化的教育及訓練課程

2.1 成為精神健康社工可以有兩個主要的途徑。其一是完成精神健康相關的文憑或碩士課程，包括 200 小時的課程及 100 小時的臨床督導。另一個方式是對於具有豐富相關工作經驗的註冊社工來說，可以透過完成認可機構提供的訓練課程而獲得認證。無論採取哪種路徑，臨床督導都是必不可少的。這些督導需要由機構、醫院管理局或大專院校提供，導師須具備相關碩士學位及最少 5 年的實務經驗。

3 優化精神健康社工的職級評級

3.1 為了提高精神健康社工的專業地位，建議為獲得認可的精神健康社工提供額外兩個薪級點。同時，長遠而言，應將現有的精神健康綜合社區中心的社工工作助理職位提升至助理社會工作主任，因為復元人士的服務需求較為複雜，需要具有學位的專業社工來更好地滿足他們的需求。精神健康支援服務面臨著多方面的挑戰，需要政府和相關部門採取系統性的應對措施。

檢視綜合青少年服務中心《津貼及服務協議》的服務量指標，以加強對青少年精神健康支援

問題

綜合青少年服務中心（中心）的服務對象為 6 至 24 歲的健全及殘疾兒童及青少年，並特別關注邊緣及弱勢組群（即《津貼及服務協議》下的「特定服務對象」⁶）。近年兒童及青少年精神健康需要大增，前線社工在學校、社區或網上常接觸到這些服務對象，但現時中心的服務量指標設計導致專業資源向小組及大型活動傾斜，不利提供個別化及較深入的支援及介入，難以滿足有精神健康困擾的服務對象需要。建議檢視《津貼及服務協議》的服務量指標，包括減少總活動出席人次，以釋放空間將「受精神健康困擾」納入「特定服務對象」，並增加有關活動節數，透過優化專業資源分配，善用中心無標籤及社區為本的優勢，支援有精神健康困擾的服務對象的成長發展，防止問題惡化。

分析

1. 服務量指標設計不利提供個案支援

現時中心的《津貼及服務協議》中，每名社工每年需要舉行 250 節活動，並須達到 2500 總出席人次，即平均每節活動 10 人次出席。這樣的設計使得專業資源傾向小組及大型活動，而個案支援的空間非常有限。在 2018 年，社署與業界共同檢討了《津貼及服務協議》，為了確保有特定資源投放於邊緣及弱勢青少年，同時也確認他們需要比一般對象更多的專業支援，因此新增了每名社工每年需要舉行 25 節活動給有額外支援需要的「特定服務對象」而設。同時將總活動節數減少 30 節（至現時 250 節）及將總出席人次減少 300（至 2,500）。時至今天，邊緣及弱勢青少年人數不斷增加，問題也變得更加複雜。因此，通過再次修訂服務量指標，增

⁶ 包括來自有問題或貧困的家庭；有特殊學習需要(SEN)；非在學、非就業及沒有參與培訓；屬於社會上的小眾或少數族裔；面對社會轉變引致困難的青少年等。

加投放於特定服務對象的資源比例，中心可以充分利用無標籤及社區為本的優勢，滿足更多青少年的福利需求，促進他們的全人發展。

2. 青少年精神健康需求的增加

2023 年兩項調查⁷分別發現近 17% 15-24 歲受訪青少年及 24.4% 6-17 歲受訪兒童過去一年曾出現至少一種精神疾病⁸，顯示兒童及青少年精神健康需求大幅增加。學校、社區和線上平台上的社工經常接觸到這些服務對象，他們需要更多的個別化和深入的支持和干預措施。然而，目前中心的服務量指標設計使得專業資源傾向於小組活動和大型活動，無法充分滿足有精神健康困擾的服務對象的需求。因此，建議檢視《津貼及服務協議》的服務量指標，以更好地支援青少年的精神健康。

建議

1 社署與業界應共同檢視綜合青少年服務中心的《津貼及服務協議》，並加強中心在關注青少年精神健康方面的角色。

- 1.1 參考中學學校社會工作服務，將「增強學生精神健康和提升抗壓能力」納入《津貼及服務協議》的「目的及目標」中。這可以提醒中心關注並提供相應的支援服務。
- 1.2 將「受精神健康困擾」納入「特定服務對象」，以確保他們能夠獲得更多的專業支援和關注。
- 1.3 修訂服務量指標，增大投放於「特定服務對象」的專業資源比例，並上調「為特定服務對象而設的活動總節數」（原定為每名社工每年 25 節）；
- 1.4 上述上調的「為特定服務對象而設的活動總節數」中，特別指定一部分節數給「受精神健康困擾」的服務對象，以確保他們能夠獲得更專門和有針對性的支援。
- 1.5 下調活動總出席人次，原協議中每名社工每年 2,500 人次。建議下調這個數量以釋放更多資源給有精神健康困擾的青少年，從而提供更個別化和深入的支援。

⁷ 包括香港大學精神醫學系的青年精神健康調查及香港中文大學醫學院有關 6 至 17 歲學生的精神健康狀況調查。

⁸ 港大調查發現受訪 15-24 歲青少年最常見的精神疾病依次為「重鬱發作」（13.1%）、「躁鬱症」（2.3%）及「廣泛性焦慮症」（2.1%）。中大調查則發現 6-17 歲受訪兒童最常見的精神疾病困擾依次為「專注力不足或過度活躍症」（10.2%）、「對立性反抗症和品行障礙」（8.8%）、「焦慮症」（6.1%），以及「抑鬱症」（5.4%）。

加強為基層照顧者提供心理支援服務及個案跟進，以改善精神健康

問題

香港的家庭照顧者人數正不斷增加，其中包括照顧長者、殘疾人士、長期病患者或有智力障礙兒童的照顧者。這些照顧者普遍面臨精神壓力大、社交生活受影響、個人健康問題未得到重視等困難。政府和社會各界雖然已採取一些支援措施，但仍有隱蔽的照顧者未能得到適當的協助，偶有照顧者相關的悲劇事件發生。如何更好地支援和照顧這些承受沉重壓力的家庭照顧者，成為一個值得進一步探討的重要問題。

分析

1. 隨著人口老化，照顧者人數將持續增加

照顧者的照顧對象包括長者、殘疾人士、長期病患者或有智力障礙的兒童。根據 2021 年《第 63 號專題報告書：殘疾人士及長期病患者》，香港有大量的照顧者，包括與殘疾人士同住的 204,200 名，與長期病患者同住的 248,000 名，以及與 60 歲及以上長者同住的 234,330 人。

2. 照顧者面臨嚴重的身心壓力

照顧者聯盟去年進行問卷調查⁹，在 530 位受訪者當中，其中 83% 感到焦慮，三成未能關注自己的精神健康。約 40% 沒有家人協助，81.5% 受訪者減少與朋友接觸。若照顧者自身難以自理，也難以完全照顧家人。

3. 隱蔽照顧者問題嚴重

近年政府和社會已有所關注，包括設立照顧者資訊網站和支援熱線，增加低收入家庭的生活津貼，以及成立關愛隊。但仍有照顧相關的悲劇發生，顯示隱蔽照顧者問題嚴重，他們未必主動求助。

⁹ 香港婦女中心協會。2023。《照顧者身體勞損及精神健康問卷調查》。取自：
www.womencentre.org.hk/Zh/Newsroom/Pressrelease/cfc_carerhealth_2023/

4. 照顧者面臨的痛點

要改善照顧者的處境，我們要掌握他們的痛點。根據社聯在 2021 年就喘息服務的調查，包括缺乏適合的替代照顧服務，對替代照顧者缺乏信心，現有服務不足或等候時間長，即使有上門護理也負擔不起。這些因素可能互相加重，使照顧者更容易陷入生活困境。照顧者需要的支援包括到戶看顧、家務助理、暫託服務、外出休息活動，以及同路人聚會。政府、服務界和社區團體需要加強協作，善用科技提供價錢相宜的支援服務，以減輕照顧者的身心壓力。

建議

- 1 在香港推行關懷友善社區(Compassionate Community)的概念，設立照顧者服務共創基金，為社區持份者提供誘因，在自己的服務點向社區的照顧者提供資訊，吸引他們參與並組成互助網絡。同時，可以與物業管理、飲食業、學校、教會等各界合作，為照顧者建立支援平台。
- 2 在各區設立照顧者統籌中心(Carer Resource Hub)，整合區內不同的社區資源，為不同需要的照顧者提供一站式服務，包括活動資訊、心理支援熱線、心理支援、專科意見服務等。同時，可參考西班牙巴塞羅納¹²的做法，推行照顧者卡，讓合資格的照顧者可以申請相關支援服務或甚或購買受培訓的照顧者服務。
- 3 為每位照顧者配備一位照顧策劃促進員(Care planning facilitator)，協助制定個人化的照顧計劃，討論內容包括照顧者的個人價值觀、目標及需要，物色其他家庭成員或鄰居成為替代照顧者、財務安排、認識及安排被照顧者的現在及未來照顧需要、以及自己的未來照顧等等。並連結有需要的社區服務或資源，轉介照顧者到其他社會服務機構。
- 4 根據社會服務聯會於 2021 年進行的《照顧者喘息研究報告》，研究提供居家喘息服務，培訓及聘用有照顧經驗的同路人、鄰居或義工提供上門服務，讓照顧者可以短暫休息。同時，政府需研究"長期護理融資方案"，為未來建立受薪的替代照顧者制度。

- 5 推廣高科技為照顧者提供情緒支援，政府可加強推廣適合的新科技及人工智能，讓照顧者自行尋找解決方法¹⁰，或資助照顧者統籌中心在社區配置相關智能設備，協助照顧者作情緒管理。

¹⁰ 香港大學智識交流中心。以人工智能支援心理健康。2024年5月13日。取自 (<https://www.ke.hku.hk/tc/story/innovation/ai-for-mental-health>)；中文大學醫學院。(2023年12月2日)。中大護理學院開發首個粵語人工智能手機應用程式「Pai.ACT」為本港 SEN 兒童家長提供心理支援。取自(www.med.cuhk.edu.hk/tc/press-releases/cuhk-nursing-develops-mobile-app-pai-act-the-first-ai-driven-cantonese-psychological-support-tool-for-parents-of-sen-children-in-hong-kong)

關注社交孤立和老年人孤獨問題，創造有利於跨代連繫的生活環境；利用遙距及創新科技提供安老服務。

問題

根據 2021 年人口普查的統計資料顯示，目前香港有 188,569 名獨居長者，占長者人口的 13%。獨居長者面臨著孤獨、健康和 safety 等方面的隱患，屬於社會的弱勢群體之一。社會有需要考慮為此群體的獨特需要作出整體規劃，促進長者的健康管理及支援措施，以有效應對人口老化的急劇進程。

分析

1. 健康衰退容易構成安全隱患

隨著年齡增長，長者的健康和功能逐漸下降。根據統計處的調查¹¹，近八成長者患有高血壓、心臟病等長期疾病，而年齡增長也與身體殘疾情況成正比。獨居長者因跌倒和急性疾病發作而猝死的事件時有發生，而功能衰退也直接增加他們處理家務的困難度和危險性。因此，協助獨居長者進行有效的健康管理，並確保他們的家居安全，成為推動居家安老的先決條件。

2. 長者孤獨情況愈益普遍

有文獻¹²指出，孤獨源自於個人對人際關係缺乏而產生的不滿情緒。長者因健康和感官方面的衰退，限制了他們的活動和溝通能力，再加上長者自身的社交圈子亦會隨著時間推移而萎縮，而出現社交孤立的處境。同時，孤獨感會增加罹患身心健康的風險，例如心血管疾病、焦慮以及認知障礙症。另一方面，社區組織協會的研究¹³發現，僅 15.1% 的子女有經常與長者聯繫，再加上過去幾年因疫情而衍生

¹¹ 香港政府統計處 (2022)。香港殘疾人士及長期病患者的概況及其照顧者的特徵。香港統計月刊。取自 https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/B1010002/att/B10100022022MM12B0100.pdf。

¹² 劉嘉年 (2021)。老年孤獨、社交孤立與健康。生活科學學報，23，1-25。

¹³ 香港社區組織協會、香港老人權益聯盟、香港中文大學社會工作學系 (2023)。基層長者戶需要研究新聞稿。取自 <https://soco.org.hk/wp-content/uploads/2014/10/基層長者戶需要研究-新聞稿-20230820.pdf>。

的社交隔離措施，也直接改變了長者的生活習慣，使長者更趨隱蔽。香港中文大學醫學院最新發表的研究¹⁴也顯示，居於社區的長者面對抑鬱和孤獨感情況普遍，改善長者精神健康情況刻不容緩。

3. 身體情況及數碼素養(Digital literacy)限制長者掌握資訊

長者普遍面對視力、聽力、認知衰退的問題，而現時社會服務機構或長者親友普遍會通過電話慰問，提醒獨居長者各項的生活注意事項，但對於長者而言，在資訊接收及理解上仍有一定困難。現時政府鼓勵社會通過創新科技解決社會問題，然而立法會的資料¹⁵顯示，就 60 歲及以上人士使用智慧手機的情況，只有 7.5%的受訪者表示沒有困難，而表示非常困難的則占 54.1%。另外，立法會的資料¹⁶顯示，國際間已有城市的公共 Wi Fi 網路的社區覆蓋率達到 100%，以加快實現智慧城市下的各項措施，包括支持長者的健康管理¹⁷。

建議

1 推動多方合作，關懷獨居長者

- 1.1 政府可以積極推動醫療和社區單位的合作，實施類似於"社交處方"的計畫¹⁸，為面臨社交孤立的獨居長者提供醫療和社區支援。
- 1.2 探索不同的社區支援模式，例如青銀共居和長者屋，通過建立互助網路，為長者提供情感支援和生活幫助，改善他們的生活品質和幸福感。

¹⁴ 香港中文大學醫學院 (2023)。中大公布兩項針對本港兒童及青少年與長者精神健康調查。取自 <https://www.med.cuhk.edu.hk/tc/press-releases/cuhk-announces-survey-results-on-the-mental-health-of-local-child-adolescent-and-elderly-populations>。

¹⁵ 立法會秘書處 (2023)。長者數碼共融。數據透視。取自 https://app7.legco.gov.hk/rpdb/tc/uploads/2023/ISSH/ISSH25_2023_20231030_tc.pdf。

¹⁶ 立法會秘書處 (2024)。加強旅客款待及好客形象的措施。資訊述要。取自 <https://www.legco.gov.hk/research-publications/chinese/essentials-2024ise01-measures-to-promote-hospitality-and-destination-image.htm>。

¹⁷ Seoul Metropolitan Government (2024)。Elderly Care Becomes Smart in Seoul by Using Robots and AI Technology to Keep Seniors Healthy and Safe. Retrieved from <https://english.seoul.go.kr/elderly-care-becomes-smart-in-seoul-by-using-robots-and-ai-technology-to-keep-seniors-healthy-and-safe/>。

¹⁸ 世界衛生組織近年積極推動各地應用「社會處方」來重建人與人之間的連繫，改善人際間社交孤立的情況，現時英國、加拿大、澳洲、紐西蘭、新加坡、芬蘭與日本等國，皆已開始實施。政府可考慮參考「社會處方」，透過醫社合作讓面臨社交孤立的獨居長者，同時獲得醫療單位及社區單位的支援

2 提升智慧城市的共融程度

- 2.1 在政府已經擴展光纖網路至偏遠地區的基礎上，進一步加強為偏遠地區的獨居長者提供數位支援，例如支援他們在家中設置連線和設備，以便他們使用不同的樂齡科技產品。
- 2.2 政府應繼續提升公共 WiFi 網路的社區覆蓋率，便利長者在社區內體驗數字生活。隨著 WiFi 網路覆蓋率的提高，社區也可以增設智慧路燈、防走失系統等科技應用，加強保障長者在社區的安全。
 - 2.2.1 在提升長者的數字素養方面，除了政府目前已推行的「長者數碼外展計劃」外，建議提供上門個別指導服務，並為獨居長者配備相關的智慧設備，說明長者與親友保持常常溝通，利用科技打破地域距離，促進人際關係。
 - 2.2.2 政府也需要創建有利的條件，鼓勵科技公司因應社區長者社群的需要，設計以及研發可負擔、便利使用的產品。

檢視綜合家庭服務中心所面臨的社會問題和個案趨向複雜化的工作負荷，並在必要時增加資源，以加強綜合家庭服務中心的督導人力。

問題

非政府機構提供的綜合家庭服務中，社工督導的人手比例相對較低，特別是當考慮到所需處理的個案複雜性和專業督導水準時，這一比例顯得更為不足。這與政府轄下的同類服務機構相比存在較大差距（如下表所示）。這種督導人手短缺的情況，可能影響社工解決複雜個案的能力，降低工作滿意度，並導致機構人才流失，最終影響到服務質素和服務對象的福祉。

服務單位	社會工作主任	社工	督導比例
非政府機構綜合家庭服務	1.44*	17.17*	1: 11.92*
社會福利署綜合家庭服務中心	2	16	1: 8
共享親職支援中心	1	6	1:6
學校社會工作	0.25	2.25	1: 9
戒毒輔導服務中心	1	8	1: 8

分析

1. 《強制舉報虐待兒童條例草案》實施後的督導人手比例挑戰

該條例生效後，非政府機構綜合家庭服務單位將面臨處理大量懷疑虐待兒童個案的壓力。這些個案包括 1) 經多專業會議評估確認的虐待兒童個案; 2) 經報告但未正式立案，被認為具有中到低風險的懷疑虐待兒童個案。對於第二類個案，服務單位需要提供即時的介入與支持，以助家長改善親職能力。然而，現有的督導人手比例明顯不足，無法應對案件數量的預期增加，也難以確保專業服務質素。特別是在面對不合作家長時，前線工作人員更需要密切的督導支援和高度介入，以確保個案處理的專業性和有效性。

2. 督導人手不足對前線服務的影響

督導在個案管理、機構運作和社工專業發展等方面發揮關鍵作用，包括 1) 教育、支援和監察前線社工的工作; 2) 在緊急或危機情況下提供專業意見和審查; 3) 促進

機構運作效率，推動社工專業成長。然而，現有的督導人手比例使得督導難以充分履行上述職責，這對前線社工來說是一大壓力。這影響了前線社工獲得必要督導的機會有限，影響其專業成長和個案介入成效；缺乏足夠的督導支持可能導致服務質素下降，影響整個服務的完整性和可靠性，工作滿意度降低，可能導致人才流失。

建議

- 1 增加非政府機構綜合家庭服務單位的督導人手，與其他個案工作看齊，以加強對前線社工的支援:**
 - 1.1 目前督導與前線社工的比例為 1:12，建議調整至 1:8，以更有效地履行督導職責。
- 2 確保服務質素，提升整體服務的完整性和可靠性:**
 - 2.1 充足的督導支持可以提高前線社工的專業成長和個案介入成效，降低服務質素下降的風險。
- 3 估算增加開支:**
 - 3.1 以 2023-24 年度公務員薪級表計算，增加 26 間綜合家庭服務單位各 0.7 個督導職位，每年所需增加開支約為 19,900,000 港元。¹⁹

¹⁹ 根據 2022-23 年度，由非政府組織營運的 24 間綜合家庭服務中心以及兩間綜合服務中心提供的數據。

**26 所非政府機構綜合家庭服務單位各加 0.7 督導職位(以達致督導比例由一比十二下降至一比八)，以社會工作主任中點薪級 (MPS37) 為基準計算：以社會工作主任中點薪級 (MPS37) 為基準計算： $\$86,575 \times 0.7 \times 1.05 \times 12 \times 26 = \$19,853,379$

檢視殘疾人士院舍員工職業安全。

問題

殘疾人士院舍為服務使用者提供特殊照顧，但這也給院舍員工帶來職業安全隱患。服務使用者因感官問題可能出現自我刺激或挑戰性行為，甚至與他人發生肢體碰撞，這些行為可能導致員工受傷。同時，院舍工作本身如需要頻繁提重物或扶抱等，也容易造成員工工傷。這些工傷不僅需要支付醫療賠償和病假工資，還會造成人手短缺，影響員工士氣，並加重院舍的財政負擔。因此，有必要全面檢視殘疾人士院舍員工的職業安全，採取有針對性的安全管理措施，確保員工權益得到保障，同時維持院舍的服務質量和運作效率。

分析

1. 殘疾人士院舍為殘疾人士提供特殊照顧，但這也給院舍員工帶來了職業安全隱患。根據香港社會服務聯會於 2024 年 3 月進行的「殘疾人士院舍員工職業安全問卷調查」，共收到 15 間機構、78 間院舍回覆，不同院舍類別的工傷數目存在顯著差異。調查結果顯示，嚴重智障人士宿舍的工傷情況最為嚴重，25 間嚴重智障人士宿舍共分別錄得 130 宗(2021-2022)及 126 宗(2022-2023)工傷數目。工傷數目是嚴重殘疾人士護理院的 22 倍(2021-2022)及 11 倍(2022-2023)。此外，在 25 間受訪的嚴重智障人士宿舍中，涉及服務使用者暴力行為的工傷分別有 77 宗(2021-2022)及 74 宗(2022-2023)，而在中度智障人士宿舍中則分別為 13 宗(2021-2022)及 6 宗(2022-2023)。院舍員工在處理挑戰性行為時容易受傷，亦曾有員工因被服務使用者踢傷腰部，甚至需要請假超過 130 天。
2. 除了涉及服務使用者暴力行為所致的工傷，嚴重智障人士宿舍不涉及暴力行為的工傷宗數亦達 52 宗(2021-2022)及 51 宗(2022-2023)，而中度智障人士宿舍則分別為 19 宗(2021-2022)及 17 宗(2022-2023)。這類工傷多涉及扶抱、提重物及滑倒等，隨著殘疾服務使用者日漸老齡化，對院舍員工的護理需求亦將大增，可能會出現更多此類工傷。

3. 工傷直接影響了院舍的人手供應，調查結果又顯示，嚴重智障人士宿舍曾有工傷的員工總人數分別為 166 人(2021-2022)及 160 人(2022-2023)，員工工傷病假日數分別為 3468 天(2021-2022)及 3092 天(2022-2023)。而中度智障人士宿舍曾有工傷員工的總人數分別為 38 人(2021-2022)及 29 人(2022-2023)，員工工傷病假日數分別為 1572.5 天(2021-2022)及 527 天(2022-2023)。院舍需聘請替補人手，增加財政開支。替假員工或無法完全執行工傷員工的職務，使其工作量加諸於其他員工身上。此外，員工普遍認為院舍工作環境容易受傷，加上工作量增加，令團隊士氣受損，可能導致人才流失。這種情況加上原本人手短缺的問題，為殘疾人士院舍雪上加霜。
4. 為確保員工權益得到保障，同時維持院舍的服務質量和運作效率，有必要全面檢視殘疾人士院舍員工的職業安全，並採取針對性的安全管理措施。

建議

- 1 針對嚴重智障人士宿舍的工傷問題，建議增加人手比例，提供更多合適的活動及介入服務，以減少服務使用者的暴力行為。同時，增加臨床心理學家的服務支援，為前線員工提供諮詢服務，協助他們更好地應對和處理暴力行為。
- 2 考慮為院舍員工提供適當的在職津貼，以補償他們面臨較高的工傷風險。此外，建議增設替假津貼，以減輕院舍因員工工傷請假而需額外聘用替假人手所造成的財政負擔。
- 3 重新規劃智障人士服務，不再以殘疾類別作為規劃安排的基礎，而是考慮以年齡為依據。這樣可以避免較年輕的服務使用者的暴力行為對老齡化或體弱的服務使用者構成較高風險，同時也可以減輕員工處理這些行為而受到傷害的情況。

關注社區生活中患有不可逆轉及嚴重疾病的人士，並推廣預設照顧計劃及預設醫療指示

問題

根據提供的資料，過去十年香港的死亡人口有顯著增加，其中 82.3% 為 65 歲或以上的長者²⁰，主要死於各種慢性疾病。隨著香港人口持續老化，65 歲或以上人口在過去十年增加了 6.6%，現已佔總人口的 19.6%²¹，未來將有大量長期照顧需求。同時，缺乏家庭照顧的長者人數也不斷增加。統計處的數據顯示，全港需要長期照顧的長者達 33 萬人²²，需倚賴 16.4 萬名無酬照顧者。此外，獨居長者和雙老家庭住戶數目均大幅增加，這些長者晚年的照顧問題令人擔憂。

另外，香港的認知障礙症患者人數也有持續上升的趨勢。根據統計，65 歲以上人士的患病比率為 5% 至 8%，而 80 歲以上更高達 20% 至 30%。估計到 2039 年，患有認知障礙症的長者人數將升至 333,000 人，增幅達 222%²³。這些長者及其照顧者是否已做好晚期照顧的準備和相關計劃，也是需要關注的問題。^{24 25}

現有的醫療資源和服務也難以完全滿足老年人的需求。醫護人手短缺，舒緩治療病床有限，外展服務支援也有限，非末期但有慢性疾病的患者及其家屬，也很難獲得足夠的支援。因此，香港亟需加大對長期照顧服務的投入和改善，以應對人口老齡化帶來的巨大挑戰。

²⁰ 政府統計署(2022)。香港統計年刊。2022 出版。香港特別行政區·政府統計處署。

²¹ 政府統計署(2022)。香港統計年刊。2022 出版。香港特別行政區·政府統計處署。

²² 政府統計署(2022)。2021 年人口普查 – 主要結果。政府統計署。表 3.19 · 頁 61。

²³ 立法會(2017)。為認知障礙症長者提供的護理服務。ISE10/16-17 · 立法會秘書署。瀏覽自：
(<https://www.legco.gov.hk/research-publications/chinese/essentials-1617ise10-care-services-for-elderly-persons-with-dementia.htm>)

²⁴ 政府統計署(2022)。2021 年人口普查 – 主要結果。政府統計署。表 4.7。

²⁵ Yu, R. et al. (2012) Trends in Prevalence and Mortality of Dementia in Elderly Hong Kong Population: Projections, Disease Burden, and Implications for Long-Term Care. *International Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 2012, pp. 1-6.

分析

1. 居家紓緩照顧計劃有助病人控制症狀、改善生活質素，並減少病人出入醫院的次數。根據本地試驗計劃，108 位末期癌症病人及其家人接受了為期八週的居家紓緩照顧計劃後，病人的再次入院率由 53% 下降至 23%，每月住院的日數由 8.5 日下降至 1.4 日。此計劃包括預設照顧計劃和情緒支援等，成功讓更多末期病人與家屬討論預設照顧計劃及訂立預設醫療指引，從而提昇他們晚期的生活質素，並減少出入醫院的次數²⁶。
2. 現時，政府與醫管局推行的「離院長者綜合支援計劃」²⁷，服務只提供不超過 8 星期的支援，以及關愛基金推出的「支援在公立醫院接受治療後離院的長者試驗計劃」，都旨在為剛離開醫院的長者提供過渡期護理及支援，讓他們可以在熟悉的社區繼續生活。然而，這些服務往往只提供短暫支援，且僅針對 60 歲或以上的長者，未能應付晚期有重病人士的療護需要。
3. 雖然大部分公眾對談論生死話題沒有不適感，但當問及會與誰討論自己的預設照顧計劃時，卻不足三成受訪者會選擇與家人討論。此外，近九成受訪者表示從未聽過預設照顧計劃，即使在簡單介紹後，仍有近兩成受訪者表示不打算訂立，主因為覺得麻煩或認為自己沒有即時需要。可見公眾對預設照顧計劃及預設醫療指示的認識仍然不足。²⁸
4. 同時，逾 7 成受訪者未曾與家人討論個人或家人的安寧照顧，部分人擔心家人反應或不知道怎樣開口。這反映公眾普遍對開展安寧照顧討論的感覺較負面，擔心會引發負面影響。由於安寧照顧及預設照顧計劃的討論內容涉及臨終階段的照顧及治療選擇，公眾或會避免在健康時提早與家人討論，從而錯過開啟討

²⁶ Chan, W.H.C. Chen, Y.F. & Chan, Y.L.H. (2023). Advance Care Planning in Hong Kong. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, V(180), 90-93. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S186592172300106X>

²⁷ 計劃針對剛離開醫管局醫院、經醫護人員評估為有短期內再次緊急入院風險的長者提供支援服務，包括出院規劃、康復、家居照顧及護老者培訓，旨在減低他們再次入院的風險。

²⁸ 有近九成(88.3%)受訪者沒有聽過預設照顧計劃。即使在研究團隊向受訪者簡單介紹預設照顧計劃後，仍有近兩成(28.8%)受訪者不打算訂立預設照顧計劃，大部分原因是覺得麻煩(49.7%)，另有受訪者認為自己沒有即時需要(38.2%)，亦有受訪者因自己對預設照顧計劃仍認識不足，因此不打算訂立(25%)。至於預設醫療指示，只有 4.6% 的受訪者認識並知道是甚麼。

建議

1 推廣預設照顧計劃及預設醫療指示

1.1 強化推廣的重要性:

預設照顧計劃和預設醫療指示可以幫助病人和家屬在嚴重疾病或病情惡化時，明確表達自己的照顧意願和醫療選擇。這對於保護病人的自主權和尊嚴非常重要。但目前很多市民仍缺乏對這些概念的認知和理解，無法充分利用。因此有必要加大宣傳推廣力度，讓更多人了解預設照顧計劃和預設醫療指示的目的及好處。

1.2 建立多方協作機制的必要性:

政府單獨推廣效果可能有限，需要醫院、紓緩治療和生死教育等相關團體的參與和支持。政府亦可聯同各醫院聯網、紓緩治療或生死教育學會、社會服務聯會等統籌機構，通過跨界別合作，可以整合更多資源和渠道，在醫療、社區服務、生命教育等不同層面全面推廣，覆蓋面更廣。

2 培訓醫護及社區工作者

2.1 培訓的必要性和方向:

醫護和社區工作者是推廣和實施預設照顧計劃的關鍵力量，需要系統培訓以增強相關知識和技能。培訓應涵蓋預設醫療指示法規、紓緩治療選擇、以及與病患和家屬開展討論的溝通技巧等方面，幫助他們在自身工作中提供直接服務或轉介。參考台灣的預立醫療照護諮商人員訓練經驗³⁰，可以為不同工作背景的專業人員提供針對性培訓，包括 1. 對預設醫療指示法例的認識、2. 對預設醫療指示中的治療選擇及紓緩治療的認識，以及 3. 開啟或進行預設照顧計劃討論時需要的技巧，使之能夠在各自的崗位上更好地推動和支持預設照顧計劃的落實。

²⁹ 根據香港大學社會科學學院團隊於 2023 年 7 月至 10 月期間進行的一份香港安寧照顧服務社區調查，他們成功訪問 1,506 位 18 歲或以上的香港市民，發現有逾七成受訪者對談論生死話題沒有不適感，但當問及受訪者會選擇與誰討論自己的預設照顧計劃，不足三成的受訪者選擇家人(27%)，較多人會選擇自己思考(43.3%)，亦有人會選擇與醫護人員討論(29.6%)。香港大學相同的調查，逾 7 成的受訪者(73.5%)未曾與家人討論個人或家人的安寧照顧。而不打算與家人談論個人安寧照顧的受訪者中，有接近四成的受訪者覺得沒有需要(38.9%)，近三成(27.4%)不知道怎樣開口，逾兩成(24%)則擔心家人的反應。

³⁰ 台灣安寧照顧基金會。預立醫療照護諮商人員訓練課程。

(<https://elearning.hospice.org.tw/publicUI/D/D10101.aspx?arg=8D724C8C675F8A6071>)

建立紓緩及安寧療護的各種社區支援，加強院舍的晚期照顧服務

問題

立法會於 2024 年修訂了在居處離世相關的兩項附屬法例，讓符合特定條件³¹ 的院友在離世時毋須呈報死因庭，並於 2024 年 6 月 3 日起生效。為配合相關法例修訂，社會福利署會向殘疾人士院舍和非護養院的安老院舍發出工作指引（下稱「指引」），並為院舍員工提供包括生命晚期照顧在內的訓練，協助院舍實施在居處離世的安排。香港每年有過萬名居住安老院舍的院友因病去世，通過加強院舍執行紓緩及安寧療護的能力，可以令病人的選擇得以尊重，使有需要的病人留在院舍渡過人生最後階段，而無需於疾病末期奔波於入院及出院的困擾。然而立法及發出工作指引只是第一步，如何提供整全配套，確保院舍能提供「紓緩及安寧療護」³²服務(Palliative and Hospice Care)，提升晚期疾病院友及其家屬的生活質素，至關重要。

分析

1. 市場缺乏能提供臨終診治的私人執業醫生

法例要求選擇在居處離世的院友需在死亡前 14 日內得到一名註冊醫生的診治，並由一名醫生作出最後診斷及確定死者死於自然。院舍的人手配置並沒有醫生，需依靠公私營協作，購買醫療市場提供服務。然而市場上能提供臨終診治服務的私人執業醫生不多，可能因缺乏對此業界的相關培訓及教育，也可能因缺乏對業界的金錢誘因（院友離世日子往往難以準確預測而可能增加醫生的時間成本），院友及家屬因找不到醫生提供以上服務而放棄選擇居處離世。

³¹ 特定條件包括：院友被診斷患有末期疾病、離世前 14 日內曾接受一名註冊醫生診治，且死因證明書註明死於自然。

³² 根據世界衛生組織(WHO) 定義，「紓緩及安寧療護」指「當病人及家屬面臨威脅生命的疾病時，得經過預防及緩解的方式，來改善他們的生活品質，並且要以早期偵測、周全評估以及全人身心靈方式去治療其疼痛及其他問題（物理、心理或精神上），以達提升生活品質之目標」。

此外，院友及家屬亦需負擔居處院舍臨終照顧期間的藥物及治療開支，有關費用可能比公營醫療費用高昂，也令他們卻步，寧願被送往醫院。

2. 缺乏專責處理晚期病人個案的工作團隊及為現有工作人員提供相關培訓

除法例要求的醫生到診外，要在院舍提供臨終照顧服務，還需要設立專責團隊跟進該晚期病人及其家屬的個案，服務包括生理症狀管理、病人及家屬照顧者的心理焦慮及抑鬱症狀紓緩、準備後事安排事宜等等，以「賽馬會安寧頌計劃」為例，該專責團隊需由護士及社工組成，每個案的護理工作集中在臨終前 3-10 天。然而，院舍現時仍未獲編制有關團隊人手，它們將難以承擔有關工作。

除了專責團隊的人手外，如何準備及培訓院舍現行編制下的工作人員提供臨終照顧服務也是關鍵之一。現時院舍工作人員雖具備照顧院友的能力，可是缺乏晚期照顧的基本培訓及心理訓練，短期內難以依靠工作人員協助識別院友臨終照顧需要。

3. 院舍的安寧照顧硬件不足

長久以來本港缺乏院舍處所，要在院舍引入晚期照顧服務安排將帶來空間上的挑戰，例如安排較私穩的床位或「安寧房間」，以至暫存遺體的冷凍設施等。缺乏暫存遺體的冷凍設施，院舍需要幾小時內移送遺體到殮房，以防止遺體變化，但是公眾殮房的移送服務並不保證時限，只能選擇殯儀公司提供的私營殮房，費用高昂。而且院舍往往與公屋或私人處所共用通道，不少公屋及私人處所管理制度並不容許運送遺體。這些不確定的處理遺體安排，進一步窒礙晚期病人及其家屬作出居處離世的選擇。

4. 支援院舍的醫護配套未能配合政策上的發展

不少院友已是醫院管理局下的個案，正接受不同公營醫療的服務。雖然近年醫管局積極推展社區醫療服務，例如「社區老人評估小組」，促進社區及院舍的延續護理，使院舍更有效獲得院友在醫療進展上的資訊及建議，但是有關服務的覆蓋率仍有待擴充，不少院友或未及時得到相應服務。此外，社區老人評估小組仍未適

用於殘疾院舍的個案類別（智障及嚴重肢體殘疾等）。缺乏醫管局一方提供個案的醫療資訊及建議，院舍難以進行臨床評估及安排臨終照顧包括簽訂拒絕心肺復甦術命令。

建議

- 1 建立社區紓緩及安寧療護的模式，支援院舍提供安寧照顧服務
 - 1.1 根據營運院舍的前線經驗，安老院舍及殘疾院舍在提供紓緩及安寧療護的服務時需要額外的人手資源，當中包括要有富經驗的註冊護士為院友在離世前後作評估，以及提供安寧照顧；除了護士，亦需要社工為即將離世的院友、家屬、其他同住的院友、或甚職員提供安寧相關的支援服務及協助。若以院舍現時的人手安排難以應付所需，政府應參考「賽馬會安寧頌計劃」的經驗，視乎院舍大細等不同情況，增加專責的註冊護士以及助理社會工作主任去處理相關需要。
 - 1.2 當政府為業界製定居處離世服務指引時，建議需將人力資源考慮在現有相關服務內。此外，提供專業及有認受性的培訓亦相當重要，這有助培養更多具備「紓緩及安寧療護」專業知識和技能的相關人員。
- 2 促進公私營參與，加強醫護對業界的支援
 - 2.1 現時院舍現行配套並沒有註冊西醫可以支援「紓緩及安寧療護」的服務。建議政府研究外購外展醫生服務包括為離世前 14 日的院友提供診症服務及簽發死亡證書。政府亦需研究加強醫院管理局轄下社區老人評估小組及紓緩治療專科支援院舍的力度，包括在院舍為院友訂立預設醫療指示及拒絕作心肺復甦術命令，以減低院友入院的次數，從而減輕醫院管理局長遠的負擔。
 - 2.2 政府亦可建立為院舍提供安寧服務的私人醫護名單，供家屬接洽採購服務，並向個案提供津助。透過公私營的長期合作，這可確保醫護資源能夠持續地為院舍提供合適的支援。
- 3 資助院舍提升硬件配套應付安寧照顧服務需要
 - 3.1 院舍若要為院友提供有質素的「紓緩及安寧療護」服務，硬件上的支緩也不可少。若院友選擇在院舍離世，院舍需要提供獨立的安寧房，令院友可接受紓緩治療，及與家人共渡最後時光；同時院舍亦要預備紓緩治療的相關醫療器材及藥物，使院友有合適的晚期照顧。院友離世後，院

舍亦需要適合的凍毯、冷風機等物資作暫存遺體之用，令遺體能順利運送到殯儀館。因此，政府需安排足夠的資源，令院舍可購買以及保養相關的硬件配套。

4 加強與其他部門及醫院管理局協作，方便遺體運送及增加遺體存放的選擇

- 4.1 家屬及院舍在安排院友在醫院以外的地方離世，因遺體存放的問題，涉及不少額外的開支。政府可研究由公立醫院殮房或公眾殮房支援院舍儲存遺體安排，這有助喪親家庭減低存放遺體的開支。
- 4.2 有不少院舍坐落於房屋署管理的公共房屋之內。政府需協調社署與房屋署的合作，確保喪親家屬在公共房屋範圍內安排遺體運送，順利進行，以減低對其他院友和住客的不便。

推動在政策和服務層面應用「國際功能、殘疾與健康分類系統」

問題

香港政府統計處在 2013 年及後續的殘疾人士調查中積極採用國際功能、殘疾與健康分類系統(ICF)³³作為殘疾評估和康復服務的標準框架³⁴來評估香港的殘疾情況，但在實際推行和落實過程中，仍面臨以下多重挑戰。

分析

1. 殘疾人口統計數據的變化與評估方法

政府統計處於 2021 年出版的第 63 號專題報告書指出，由於採納了新的殘疾定義，殘疾人口由 866,500 減至 534,200 人（統計處，2021：第 28 及 294 頁），減幅為 38.3%。政府採用新的殘疾定義導致統計人數大幅下降，引發業界及使用者對評估方法的質疑和擔憂。需要審視調整評估方式對統計結果的影響。這些統計結果嚴重影響政府日後的服務規劃和資源調配。

2. ICF 在臨床實踐、服務規劃及政策制定中的價值

ICF 是一個全面性的評估框架，可以應用於多個領域，為更精準的個性化照護、服務優先次序確定及政策制定提供依據。政府應積極推動 ICF 在本港的應用和發展，以確保政策和服務能更好地回應殘疾人士的需求。這需要政府跨部門合作，建立共融環境，促進 ICF 的推行。同時，業界普遍缺乏共通的 ICF 評估工具和應用經驗，需要加強對 ICF 框架的培訓和支援。提升業界的 ICF 應用能力，將有助於更好地落實 ICF 在臨床、服務規劃及政策制定中的價值。

³³ 國際功能、殘疾與健康分類系統(ICF)是由世界衛生組織於 2001 年批准的國際通用健康分類系統，強調從醫學角度和社會角度綜合評估個人健康狀態。ICF 是一個跨領域、適用於不同文化和群體的標準化分類系統，可應用於復康治療、服務和政策制定。

³⁴ 2019-2020 年的調查更新了四種殘疾類別定義，以反映最新的國際統計標準。此外，政府在最新的《殘疾人及康復計劃方案》中，開始試行應用 ICF 框架來制定統一的康復目標和評估體系，以及探討在復康巴士服務中應用此框架來確定服務優先次序。

3. 服務使用者及家長/照顧者的參與

ICF 的推行需要醫社專業人員、服務使用者和照顧者共同參與。它強調「以人為本」，提升服務使用者的參與度和主導權，專業人員扮演支持者和協作者的角色。ICF 強調以服務使用者的意願及實際需要為優先考量，重視他們的參與，目的是讓身心障礙者獲得平等待遇和尊嚴的生活。採用 ICF 可以提供更詳細的評估，納入環境和個人因素，有助於深入了解服務使用者的需求，制定更有針對性的訓練服務計劃，提高服務效果。亞太地區已有多個國家和地區開始應用 ICF 於不同領域，為香港的推廣提供了寶貴的經驗參考。台灣以 ICF 作為身心障礙鑑定及需求評估的標準化流程，從上而下統一了相關工作，值得香港借鑑。不過在服務配對階段，各機構仍有不同評估方法，有待進一步統一協調。香港部分機構嘗試應用 ICF 框架，提供更到位的服務，這些經驗值得其他機構和地區進一步學習和推廣。

建議

1 促進政府跨部門協作 實踐 ICF 的服務理念

1.1 跨部門協作是推行以人為本的 ICF 服務模式的關鍵所在。ICF 強調從生理、心理和社會環境等多角度評估個人功能，需要不同專業領域的通力合作。建議政府各部門密切協作，透過跨界別整合資源，能更全面了解服務使用者的需求，提供更適切的支援。政府部門應建立高效的溝通協調機制，共同制定 ICF 實施計劃和標準，以確保服務配對更貼近使用者需求，提供更適切的支援。

2 加深服務使用者及照顧者對 ICF 的認識

2.1 建議加強對服務使用者及照顧者的 ICF 宣導工作，使其深入理解 ICF 的精神及優勢。首先，需向他們說明 ICF 是如何更切合他們的具體需求，不再僅從殘障程度出發，而是全面評估其功能、活動及參與狀況，從而提供更適切的支持服務。其次，說明 ICF 如何賦予他們更多的主導權和參與度，有助增強他們的自主性。只有服務使用者及照顧者深入理解並認同 ICF，才能真正發揮其以人為本的優勢。

3 提升專業人員對 ICF 的理解

3.1 建議透過系統化的培訓課程、專家經驗分享等方式，加強專業人員對 ICF 的認識。首先需說明如何有效推動同事採用 ICF，讓他們了解 ICF 的

理念及實施步驟，並克服可能遇到的困難。其次，要詳細闡述採用 ICF 的好處，如能更全面地了解服務使用者的需求，提供更貼心的支援，從而提高服務質素和滿意度。同時也要指出可能遇到的挑戰，如評估指標統一、資料收集等，以引導大家作好準備。此外，邀請先行機構分享 ICF 應用實例，借鑒其成功經驗，相互交流心得。只有專業人員充分理解和認同 ICF，才能更好地推動其實施。

4 研發採用 ICF 的評估工具

- 4.1 建議相關專職醫療團隊及專家，以 ICF 的框架和編碼為基礎，共同研發一套標準化、共通語言的評估工具。ICF 強調以生理、心理和社會環境等多角度評估個人功能，因此需要跨專業領域的通力合作。研發過程中，團隊成員應就評估指標、量表設計、數據收集等方面充分交流討論，確保工具的科學性和實用性。只有建立起這樣一套符合 ICF 理念的共通語言評估工具，才能確保服務配對更加貼近使用者需求，提供更適切的支援。

提升少數族裔及弱勢社群的自助能力，支援他們使用主流服務，透過支援方案共建共融社區，並營造互信。

問題

現時少數族裔佔香港人口的 8.4%，過去不少研究仍顯示他們仍未能公平地使用公共及主流服務，並建議透過聘請少數族裔成為橋樑，改善該情況。因此，近年政府積極關注少數族裔就業的情況。例如推行多元種族就業計劃，他們的就業情況亦逐步改善，不少更投身公共服務行業。業界更樂見 2023 年施政報告延續社署的「少數族裔社區大使」試驗計劃 (Ethnic Minority District Ambassador Pilot Scheme)。然而現時少數族裔使用主流社會服務仍面對種種障礙，而華裔同工在服務少數族裔時亦遇到不少困難。

分析

1. 少數族裔使用服務遇到障礙

現時少數族裔使用社署轄下或受資助的服務單位時往往遇到種種障礙，例如平機會去年收到投訴表示，有少數族裔向機構查詢支援服務時，職員以沒有「少數族裔」支援服務為由拒絕提供任何協助，亦有少數族裔由於機構就某項服務只提供中文資料和申請表而又拒絕以英文協助，以至使他們無法申請該項服務。

平機會表示上述兩種情況均構成歧視行為³⁵，社署一方面需確保業界不觸犯相關歧視條例，另一方面業界亦需得到更多支援，以增加讓少數族裔融入主流服務的能力。

³⁵ 社聯去年舉辦了「少數族裔領袖與社會福利署的保護兒童意見交流環節」，共有 75 名代表出席。議會中領袖表示少數族裔的家庭衝突往往與文化及宗教相關，包括強迫婚姻，家族衝突。電子版香港法例第 602 章 <<種族歧視條例>> 第 602 章《種族歧視條例》(legislation.gov.hk)

2. 主流社會服務同工欠缺文化敏感度及能力

現時主流服務的同工對在香港生活的不同少數族裔未必有足夠的認識及敏感度，以至他們在設計服務，及提供服務時，未必能顧及少數族裔的需要，特別是現時立法即將就<<強制舉報虐待兒童條例草案>>進行立法³⁶，而社工在處理與少數族裔有關的個案時，由於文化及宗教的關係，往往亦出現不少困難。

有見及此，社福的前線同工需具備充足的文化敏感度及能力以服務少數族裔，特別是準確舉報及處理涉及少數族裔的虐兒案件，避免問題惡化，造成社會悲劇。

3. 第二期「少數族裔社區大使」試驗計劃缺乏主流化的成效評估

「社區大使」讓社福界聘請少數族裔成員，其在自己的族群與主流福利服務之間擔當重要的橋樑。這不僅能提升前線服務的文化敏感度，也有助於強化少數族裔對主流福利服務的使用，現時計劃將延續至 2026 年，業界對此表示歡迎。

然而，現時計劃仍有不少改善之處，包括現時計劃缺乏薪酬調整機制，以至難以挽留人材；聘用少數族裔人士的資源未能作最有效分配，以至未有於計劃中，建立全面收集服務數據的機制。

建議

1 社署需加強主流服務對少數族裔服務使用者的公平性

1.1 根據社署的「服務表現監察制度」，社福單位明白並致力確保服務的公平性。因此，社署應積極處理因人手及資源的限制及縮減下，社福單位無法適時提供中英文服務資料及行政文件的情況，以保障服務單位不觸犯歧視條例，及確保少數族裔使用主流服務的公平性。

2 社署需全面加強主流服務同工的文化敏感度及能力

2.1 社署應設立定期及有個案分析的文化敏感度培訓課程³⁷，將之納入社福同

³⁶ 立法會 <<強制舉報虐待兒童條例草案>> 香港特別行政區立法會 - 法案 (legco.gov.hk)

³⁷ 更多提升個人、機構及社區文化能力的成功例子及建議，請參考香港社會服務聯會：《建構種族共融的人才培訓實用手冊》，2024: <https://bit.ly/49NI96u>

工的持續專業發展計劃中。綜合家庭服務中心的同工尤其需加強培訓，以回應<<強制舉報虐待兒童條例草案>>立法後的個案增加。

3 應改善第二期「少數族裔社區大使」試驗計劃以加強服務成效

3.1 為了監測和評估「社區大使」計劃的影響及成效，社署應根據業界的意見，建立一個透明和可持續的評估機制，並根據反饋進行調整，以實證為本支援少數族裔使用主流服務。具體改善建議如下：

3.1.1 受資助機構應能根據需要自主調整少數族裔社區大使的薪酬，以更有效地吸引和留住人才。

3.1.2 社署應加強支援長時間仍無法成功聘請大使的受資助機構，並考慮能否讓機構內部彈性借調大使至其他非大使資助的服務單位。此外，社署應增加少數族裔大使在綜合家庭服務中心的人手比例，以更好地滿足<<強制舉報虐待兒童條例草案>>實施後的社會福利需求。

3.1.3 社署應向聘請少數族裔社區大使的機構提供一次性資助，幫助機構提供必要的行政支持，包括將文件和設施升級為雙語版本。

3.1.4 社署需改善《津貼及服務協議》，優化少數族裔服務數據的收集，累積相關智慧，並思考如何加強主流服務機構未來對少數族裔服務使用者的支持能力。

檢視綜援計劃下的就業支援服務模式，增加對營運單位的支援

問題

社署在 2013 年推出自力更生綜合就業援助計劃（現稱就業支援服務），委託非政府機構在不同地區推行就業支援服務，目的是為申領綜援的健全人士提供一站式綜合就業援助服務，鼓勵及協助綜援人士消除就業障礙、增強受僱能力、使他們能盡早找到工作，自力更生。就業支援服務一般包括就業諮詢及建議、求職技巧及技能提升訓練、工作實習及體驗、義工服務和就業後支援。現時參與計劃的營運機構有 26 間，共 41 個單位。社署要求營運機構在服務年期內，有一定比例的 15 至 64 歲成人和最年幼子女年齡介乎 12 至 14 歲的綜援單親家長參加者，覓得工作或重返主流教育達一個月及三個月。根據社會福利署資料，過去十年的參與人數為 13.8 萬次，當中兩成成功就業或重返主流教育(見表一)。

表一

2013 年 1 月至 2023 年 9 月	累計人次
參加就業援助計劃及 / 或接受就業支援服務	138,000
成功就業或重返主流教育	27,600 (20%)
脫離綜援網	7,690

就業支援服務經歷多次演變，本屆加強了營運機構的服務職能，新模式包括：(1) 由社工主導隊伍；(2) 服務年期延長至五年半；和(3) 減少懲罰性項目。有服務單位同工反映，透過社工專業知識和判斷，穩定的服務運作和減少服務的負面觀感，服務使用者的就業就學率較以往屆數增加。另外，本屆運作維持小地區模式，既配合了服務使用者原區就業的意願，亦容許多家機構參與，嘗試不同介入方法。截至 2023 年 12 月底，實際服務表現較社署要求為低(見表二)，可見綜援計劃下的就業支援計劃遇到不少挑戰。

表二

服務表現要求 2020-2025 年		服務表現 截至 2023 年 12 月底		
	覓得工作或重返主流教育達 1 個月的參加者百分率	覓得工作或重返主流教育達 3 個月的參加者百分率	為參加者覓得工作或重返主流教育達 1 個月的百分率	為參加者覓得工作或重返主流教育達 3 個月的百分率
一般成人 ³⁸	25%	20%	21.9%	16.7%
單親家長 ³⁹	40%	30%	31.9%	25.7%

分析

1. 綜援健全人士的狀況不一

大多數基層願意從事受薪工作，不求職就業的參加者，可能有以下幾類。第一類是健康和家庭崗位的限制，包括雖然未被醫學層面界定為殘疾但活動能力受限，或者被照顧者的照顧需求大。第二類是現有福利機制下的選擇，例如剛出茅廬的青年人是家庭唯一可以打工的成員，但求職後知道薪水不高，計及車資外出用膳和綜援扣減額後，實際收入不會較家庭綜援額差異太大，所以暫時繼續留在綜援網。第三類是擔憂工作不穩，沒有信心長期脫離綜援網。第四是參加者的個人能力建設不足，例如長期受挫敗感，難以與人相處。首兩項涉及參加者以外的人士以至整個綜援制度，營運機構能夠做的有限，參加者需要的其實是綜援以外的社會支援。針對後兩項，營運機構才有較大空間支援參加者。

2. 指標過於簡化

就業支援服務的目的是期望參與者早日覓得有薪工作，達致自力更生，服務界定為有薪工作為每月工作不少於 120 小時。有些參加者因為各種原因而未達此時數，但他們仍然參與工作，計劃應該要記錄這些付出及就業意向。此外，義工也是參與社會的方法之一，義工參與時數和人數也應成為指標，反映他們對社會的

³⁸指覓得達到指定標準的有薪工作或重返主流教育的參加者百分率

³⁹指覓得有薪工作而每月工作不少於 32 小時的參加者百分率。

貢獻。至於增強受僱能力方面，署方亦應設立數個關鍵指標反映參加者的技能和行為轉變，例如與人相處、解決問題、決定事項能力等。此舉有助衡量就業支援服務的中期成效。

3. 持續收到不適合工作的申領綜援人士

營運機構屢次反映不適合工作的申領綜援人士被轉介至就業支援服務。判別這批人士不適合工作，部分是基於社工的經驗和專業知識，例如社工觀察參加者精神健康不穩，只是參加者沒有參與評估。另有一些申領人士正等待醫生批出健康問題的證明，但礙於綜援申請機制而參與就業支援服務。勉強要求他們參與服務，只會加添申領者的身心憂慮，亦令營運機構虛耗人手和時間。

4. 租用服務單位開支津貼不足

不少營運機構反映社署提供的租用服務單位開支津貼不足，機構需要從行政費調撥資源，租借空間較小的辦公室，或者要借用機構轄下其他單位的設施。此問題對於位處市區的隊伍和鄰近沒有同機構服務單位的隊伍尤為嚴重。機構除了壓縮其他項目的財政開支，亦缺乏地方與參加者進行輔導和培訓。

5. 缺乏經驗交流、同工培訓和服務全面評估

縱使營運機構運作多年，同工只是各師各法，缺乏經驗交流平台，有系統的經驗整理和同工培訓。結果，同工只能摸着石頭過河，服務經驗難以承傳。缺乏業界層面的服務評估，隊伍之間無法建立楷模互相參考。

建議

1 評估綜援健全人士的需要，建立更全面的就業支援服務

- 1.1** 社署應在下屆就業支援服務投標前，邀請學術機構研究綜援人士及其家庭成員的需要，以及評估服務能否滿足他們的各種需要。該研究應為參加者的就業障礙分類，針對各類就業障礙提供建議，而建議要涵蓋參加者及其家人。

1.2 建議署方參考「賽馬會躍見新生活計劃」，支援服務包括提供綜援家庭和社區連結的活動，促進身心靈健康；協助綜援家庭發掘和加強家庭及個人能力，並設定發展目標；鼓勵他們儲蓄，培養理財知識，最後發掘他們的優勢，提升職業技能。

2 檢討運作和服務指標

2.1 同樣，政府應在下屆就業支援服務投標前，檢討整個服務的運作機制，包括轉介服務使用者的過程、機構人手組成和比例、租用服務單位的開支津貼和服務指標的有效程度。其他事項則包括電子化行政系統進度，與僱員再培訓局及勞工處等部門的協作效果等。在增加資源和改善運作程序，加上制訂更合適的服務指標後，機構同工將更有效處理個案，並反映成績給外界。

3 為營運機構提供交流及培訓機會

3.1 社署應提供交流平台，邀請所有營運機構分享經驗，取長補短。在業界層面的好處在於，署方和機構可以掌握就業市場趨勢，洞悉參加者個人和家庭背景變化，定期檢視服務需要。至於培訓方面，社署應籌辦或者資助營運機構同工在外間進修，裝備與鼓勵就業相關的知識，包括為參加者規劃職涯、就業輔導等。

關注不同弱勢社群，加強社區基層醫療健康

問題

政府的「基層醫療健康藍圖」（以下簡稱「藍圖」）提出政策措施，以應對香港人口老化及慢性疾病所帶來的醫療和社會照顧需求，藍圖旨在建立「社區基層醫療系統」，整合並協調社區醫療流程中的各個服務提供者，實現有效的轉介流程和清晰的護理流程。透過這個平台，政府希望鼓勵市民自我管理健康，減輕公營醫療系統的負擔。藍圖推出後，社聯透過不同渠道收集了業界意見，並針對社區基層醫療系統提出建議

分析

1. 家庭醫學不僅僅是治療疾病，還需要了解影響健康的家庭、社會關係和就業等因素，以提供藥物以外的處方，讓市民增加管理疾病，身體心理及生活的能力。
2. 與不同弱勢社群建立信任關係，並協助打破他們管理身體和參與健康活動的障礙，讓市民有更大的能力建立整全的健康生活，並尋找促進健康生活的選擇，從而達到健康平等的狀態。
3. 無論在與市民建立關係、診斷治療或提供健康相關處方方面，都需要醫社合作。這包括將社區資源和支援納入非藥物治療中，以幫助患者治病和建立健康生活習慣。

建議

1 設立「基層醫療發展基金」

- 1.1 建立基層醫療發展基金可以提供資源和誘因，促使社區團體和地區康健中心之間的合作，以彼此互補不足。由於基層醫療涉及多個社會服務機

構和團體，建立穩定的公共資源可以擴大基層醫療服務網絡，並讓更多社群受惠。

- 1.2 基層醫療包括透過社會處方改變各項影響市民健康的社會因素。顯然，單靠地區康健中心無法提供所有相關的介入服務，因此需要不同的社會服務機構及團體提供各種社會處方介入。同時，現時已有不少社會服務機構及團體接觸及組織社區上一些特殊社群，例如少數族裔、基層勞工等。這些社群往往較難接觸醫療服務，需要依賴這些社會服務機構橋接服務。然而，現時並沒有穩定的公共資源來擴大此地區基層醫療服務網絡。
- 1.3 社聯建議政府應考慮透過讓地區康健中心購買服務或資助服務的方式，讓地區康健中心能夠與地區其他服務單位或服務提供者進行協作。同時，社聯也建議政府推出「18區基層醫療發展基金」，以支持地區團體發展促進健康的社會服務項目。

2 在地區康健中心設立健康計劃促進員(Wellness facilitator)及地區醫社資源庫

- 2.1 為了改善市民的健康，除了提供醫療服務外，透過社會處方的介入，改變健康相關的行為因素和社會因素至關重要。地區康健中心可以設立健康計劃促進員，與病人一起討論他們的需求和健康目標，並規劃參與社區提供的醫療和社會服務。同時，建立轉介的程序和協定，方便地區康健中心追蹤市民所接受的服務及成效。
- 2.2 此外，地區康健中心應該協助制定地區內的「社會處方清單」，列出能改善市民健康行為和生活質素的社區活動和福利服務。這將有助於健康計劃促進員和其他基層醫療持份者更好地了解社區資源。

3 建議透過醫健通搜集及整合病人記錄及不同處方的資訊

- 3.1 社聯建議在醫健通系統中加入與病人的社會需要、風險相關的數據，例如社經就業指標和接受相關社會處方介入的重要數據。這樣的數據整合可以方便相關持份者識別並跟進病人的健康狀況。
- 3.2 在社區層面上，加強對與健康相關的數據搜集和公佈，讓不同持份者可以根據數據規劃相關服務。同時，定期進行有關地區各項決定健康社會因素的研究，有助於更好地了解社區的健康需求和挑戰。

4 培訓跨界別視野的基層醫療人才

- 4.1 基層醫療需要專業的協作，因此建議基層醫療機構應設計相關的培訓課

程，確保從事基層醫療工作的人員具備跨界別的視野。這包括讓醫療專業人員了解與健康相關的社會系統和社會/行為介入。同時，建議建立跨界別的交流平台，舉辦交流活動和聯合培訓項目，以增強業界在跨專業合作方面的能力

- 4.2** 除了對現有醫療和社工專業人員的培訓外，政府應該培訓更多非醫療專業的社區人士，讓他們具備疾病/健康管理的知識。同時，創造相應的職位，聘任這些人士提供促進健康的服務，以加強社區健康的影響力。

5 增加資源促進地區病人互助組織的發展

- 5.1** 「病人自強計劃」已納入地區康健中心管理，以提高病患者及其家人自我管理疾病的能力。病人互助組織是實現病人自強和自我管理的有效途徑，也可以通過病人互助的力量幫助公共醫療系統節省資源。
- 5.2** 隨著地區康健中心介入更多慢性病人的健康管理，社會上尋求自助組織支援的市民數目也會增加。因此，社聯建議地區康健中心配置資源和行政支援，成立地區病人互助組織，以提供更好的支持和服務。

關注不同弱勢社群，為居於不適切居所市民提供適切的支持

問題

根據 2021 年的人口普查，現時有約 11 萬戶居於劏房⁴⁰，連同其他居於不適切居所 (包括天台屋、寮屋、板間房、床位等)的市民，現時香港有超過 15 萬戶居民居於不適切居所⁴¹。研究發現，居於不適切居所對市民的身心發展都有負面影響。另一方面，「解決劏房問題」工作組預計將於本年八月向政府提交工作報告，提出取締「劣質劏房」的方案，市民或會因此需要安置上的支援。

分析

1. 不適設居所影響身心健康

現時有超過 15 萬戶市民居於不適切居所，過去研究發現，居於不適切居所的市民，由於生活空間狹少，衛生情況欠佳，以至他們身心健康狀況較差，亦面對社會排拆的狀況⁴²。政府現時透過六支區域服務隊，協助市民了解及處理與《業主與租客（綜合）條例》相關的問題，然而服務隊的工作範疇主要限於與租務相關的工作，而且單靠六支服務隊亦難以全面支援居於全港不同地區的劏屋市民。

此外，現時政府資助的社區客廳，為生活於劏房的市民提供延展生活空間，解決他們部份生活困境。然而這服務只以劏房住戶為對象，未能服務其他生活於不適切居所的市民，例如部份少數族裔的家庭由於家庭成員較多，他們即使生活於整個完整單位，他們的人均居住面積，以至生活上遇到的困難仍然與居住於劏房的家庭相近，因此他們亦需要得到支援。

2. 需處理取締劏房後的安置問題

政府於去年成立「解決劏房問題」工作組，並預期於今年八月提交報告，而當中取締部份劣質劏房將會是工作組提出的方案之一。社聯認為當報告建議的方案落

⁴⁰ 香港政府統計處 (2021)。《人口普查: 主題性報告: 居於分間樓宇單位人士》。香港: 香港政府統計處

⁴¹ 數值跟據《長遠房屋策略》2018 年周年進度報告中，其他不適切居所的數目估算

⁴² 香港社會服務聯會 (2023)《低收入劏房住戶的身心健康狀況及基層醫療服務需求調查報告書》。香港: 香港社會服務聯會

實後，將會導致部份劏房因不符合標準而不能繼續營運，亦預期有部份劏房因避免最終被取締而主動退出市場，居住於這些單位的街坊或需要在安置上得到支援。

建議

1 設立服務支援居於不適切居所的家庭

1.1 於較多劏房的區域成立服務隊，透過外展手法，支援有需要的街坊。當中的範疇包括：協助街坊使用相關社會服務，安置受取締的劏房街坊，協助他們建立互助網絡等。

2 擴充社區客廳的服務受眾

2.1 給予社區客廳的營辦單位一定酌情權，容許他們服務一定比例居於劏房以外其他不適切居所的市民。此外，為了增加社區客廳服務的多樣性，吸引更多有需要的市民使用社區客廳，亦應鼓勵營辦團體(或其他協作團體)，於社區客廳的處所內，營辦更多服務項目(包括由不同資助支持的項目)，服務居於不適切居所的市民。

關注不同弱勢社群，透過遙距及創新科技提供安老服務，善用醫療專業人員資源的問題

問題

在人口高齡化的大背景下，社會已廣泛認知到安老服務的需求將會持續增加。目前的安老服務模式主要依賴人力來滿足長者的各項需求，除了前線照護人員外，還需要各種專業醫療人員的參與，以照顧長者的全面健康。在人手短缺且服務需求不斷上升的情況下，社會需要考慮以創新科技來應對未來的挑戰。

分析

1. 創新科技提供新的可能性：世界衛生組織(WHO)將遙距醫療(Telehealth)定義為「使用信息和通信技術 (ICT) 提供的醫療保健服務，...遙距醫療可以讓患者在任何地方獲得優質和具有成本效益的醫療保健服務，從而幫助實現全民健康覆蓋」⁴³。WHO 的政策文件⁴⁴指出，遙距醫療在整合照護(Integrated Care)中扮演著重要的角色，能促進醫社合作、有助服務協調和整合、提高服務效率和節省成本。同時亦可以為服務使用者提供持續、質量控制和個性化的服務，並提高服務的可及性。目前，WHO 正在積極推廣遙距醫療，並將其視為實現全人健康覆蓋的重要手段。
2. 醫療專業人員供需仍然存在差距：安老服務單位在醫療專業人員方面，主要需要護士、職業治療師及物理治療師。根據政府於 2021 年公佈的《醫療人力規劃和推算》⁴⁵，職業治療師人手則短期內大致維持供求平衡，物理治療師的人手差距預測會縮小，而普通科護士的人手短缺情況預測將進一步惡化。上述文件亦指出，自從新措施例如《安老服務計劃方案》實施後，福利界別的長者和復康服務的需求也在穩步增長。社會服務需求將會進一步加大對醫療專業人員的需求，業

⁴³ World Health Organization & International Telecommunication Union. (2022). *WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/356160>

⁴⁴ World Health Organization. Regional Office for Europe, Health Evidence Network, European Observatory on Health Systems and Policies, Stroetmann, Karl A, Kubitschke, Lutz, et al. (2010). *How can telehealth help in the provision of integrated care?* World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/332044>

⁴⁵ 立法會衛生事務委員會 (2021). *醫療人力推算工作的最新情況*. 取自 <https://www.legco.gov.hk/yr20-21/chinese/panels/hs/papers/hs20210324cb4-600-5-c.pdf>

界必須尋求更具靈活性的人力資源管理策略。

3. 國際社會重視遙距醫療發展：數碼科技改變了大眾的生活模式，亦改變了專業人員提供護理的方式。現時部分國家已嘗試透過科技讓市民更簡便地獲得服務，例如提供預約系統、服務內容或處方管理、存取評估結果等，均有助減少面見需要，令服務提供更具靈活性。而美國、英國、加拿大、澳洲及丹麥等政府已就開始就數碼醫療制定政策文件或相關措施。以澳洲為例，其政府於 2023 年公佈第二份相關政策文件 **National Digital Health Strategy 2023-2028**⁴⁶，並提及於疫情期間，共有一千八百萬人使用約一億次遙距服務，而且有超過 85% 的使用者表示會再使用遙距服務。另外，澳洲的健康保險 Medicare 於 2020 年 3 月至 2021 年 12 月期間，合共約有四十億澳幣用於遙距服務上。上述數字顯示遙距服務於澳洲已廣泛應用，並已獲普遍國民接納，逐步邁向更有效率的遙距服務。

4. 遙距服務便利供求雙方：專業人員能透過遙距服務更具彈性地提供服務，用家亦受惠於遙距服務的便利性，而具有更高的動機持續使用服務，例如進行自我健康管理。現時由香港賽馬會慈善信託基金捐助的「生活再動計劃：賽馬會居家安老新里程」，或由香港特別行政區政府之創新及科技基金撥款資助的物流及供應鏈多元技術研發中心(LSCM)專注於開發創新技術，如遠程復康訓練平台等醫療雲端系統，讓不同用戶可透過安全的門戶網站跟系統連繫。遠距醫療的應用使復康訓練變得更方便，用戶可透過遠距醫療平台獲得治療師的評估、復康訓練及個案跟進等服務，即使足不出戶也能接受治療，不受地區和時間限制。系統還能連繫治療師，為需要長期接受復康訓練、行動不便的人士及長者等帶來極大便利。醫療平台可整合生命體徵監測設備，方便治療師為用戶提供更全面的評估和健康監測，讓使用者在家中進行主動健康監測，其照顧者和服務提供者亦可隨時掌握用家的健康指數，從而持續進行自我健康管理。這種遙距服務模式不僅提升了服務的可及性和靈活性，也增強了使用者的自主性和參與度，在促進健康自我管理方面發揮了重要作用。

建議

- 1 為相關界別提供誘因，推動遙距和創新科技在服務上的應用
 - 1.1 政府應確立遙距服務的認受性，加強公眾對遙距服務模式的認知和接受度，促進遙距服務模式的普及化

⁴⁶ Australian Digital Health Agency (2023). *National Digital Health Strategy 2023-2028*. Retrieved from <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/documents/national-digital-health-strategy-2023-2028.pdf>

- 1.2 政府應投放資源研究各項遙距服務計劃的成效，通過實證說明不同遙距服務方式在不同服務群組內的可用性，以此規劃服務發展方向和資源投放
- 2 建設系統加強醫社及家人間的資訊交流
 - 2.1 政府應探討在社區單位建設類似「醫健通+」的互通系統，加強醫療和社會服務界別的資訊交流合作
 - 2.2 資訊系統可以促進以服務使用者為中心的服務模式，讓不同專業人員可以通過系統掌握服務使用者的狀況，因應需要提供適當的處方或服務計劃；而照顧者亦可透過線上方式協助家中長者管理健康，掌握照顧進程