

立法會衛生事務委員會

精神健康檢討

目的

本文件旨在向委員匯報精神健康檢討的結果，並夾附精神健康檢討委員會(檢討委員會)的報告(見附件)。

背景

2. 為確保本港的精神健康政策能夠應付人口增長和老化帶來的挑戰，食物及衛生局在二零一三年五月成立檢討委員會，着手檢討精神健康政策和服務。檢討委員會由食物及衛生局局長擔任主席，並由具廣泛代表性的成員組成，當中有立法會議員、學者、醫療專業人員、服務提供者、服務使用者和照顧者、平等機會委員會、香港社會服務聯會和醫院管理局(醫管局)的代表，以及相關決策局／部門／團體(包括食物及衛生局、勞工及福利局、教育局和社會福利署)的代表。檢討委員會研究現行精神健康政策，並因應社會不斷轉變的需要，探討加強精神健康服務的方法和措施。

精神健康檢討

3. 檢討委員會自成立以來共舉行了九次會議，並舉辦了兩次諮詢論壇，收集持份者對現有精神健康服務的意見。諮詢論壇有超過 40 間機構(包括服務提供者、關注團體、專業團體、病人組織和照顧者團體)的代表出席。

4. 檢討委員會採用貫穿人生歷程的方式進行檢討，檢討工作集中在以下五個題目：

- 心理健康推廣

- 兒童及青少年精神健康服務
- 成人精神健康服務
- 長者認知障礙症支援服務
- 在香港引入社區治療令的適用性和可行性

檢討委員會詳細研究現行的精神健康政策和服務後，提出 40 項建議，以期在下列 20 個範疇，加強香港的整體精神健康服務：

教育和推廣

- (i) 制訂長遠的心理健康推廣策略。

探討和研究

- (ii) 定期進行研究，鼓勵發展有實據基礎的介入計劃。

能力提升

- (iii) 提升跨專業和基層醫療人員處理精神健康個案的能力。

兒童及青少年和家庭支援

- (iv) 加強服務和人手，提供更多針對性的支援。
- (v) 加強跨界別和跨專業人員的協調。
- (vi) 採用跨專業介入模式加強學校支援。
- (vii) 銜接不同階段的服務。

成人精神健康服務

- (viii) 加強「個案管理計劃」支援嚴重精神病個案，以及完善「思覺失調服務」計劃。
- (ix) 加強一般精神病服務，探討公私營協作的可行性。
- (x) 為小欖醫院增加人手，清除輪候冊名單。

長者認知障礙症支援服務

- (xi) 為基層醫療專業人員編制通用的參考資料，探討公私營協作的可行性。
- (xii) 建立認知障礙症友善的鄰里環境，加強社區護理基建。
- (xiii) 加強醫社合作和社區支援。
- (xiv) 推廣在社區接受臨終護理和紓緩治療。
- (xv) 加強對護老者的支援。

社區治療令以外的方案

- (xvi) 檢討《精神健康條例》下的「有條件釋放」機制。
- (xvii) 加強對嚴重精神病患者的社區支援。

(xviii) 在有需要時重新檢視社區治療令的適用性。

應用創新科技

(xix) 鼓勵應用創新科技協助提供精神健康服務。

成立常設諮詢委員會

(xx) 成立常設諮詢委員會。

載於附件中的報告行政摘要撮述檢討委員會的檢討結果和建議。

5. 政府已根據檢討委員會的初步建議，推出多項措施，包括：

- (a) 推行為期三年，名為「好心情@HK」計劃的全港性精神健康宣傳運動；
- (b) 推行「醫教社同心協作計劃」；
- (c) 擴大為學校提供的「學習支援津貼」資助範圍至涵蓋患有精神病的學生；
- (d) 擴展「個案管理計劃」至全港，為嚴重精神病患者提供支援；
- (e) 制訂《香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架》，完善醫社合作，於社區為嚴重精神病患者提供服務；
- (f) 在九龍西聯網引入一般精神病診所的優化服務，並分階段把有關服務擴展至其他聯網；
- (g) 在小欖醫院增設 20 張智障科療養病床；以及
- (h) 推出「智友醫社同行計劃」。

政府向醫管局精神健康服務提供的撥款由二零一一至一二年度約為 34 億元，增加至二零一六至一七年度約 47 億元，五年間增幅接近 40%，而醫管局精神科服務的人手也增加了約 15%。在同一期間，政府為精神病康復者提供精神健康綜合社區中心服務的開支由約 1.6 億元增至 3.03 億元，增幅接近 90%。

未來路向

6. 行政長官在《二零一七年施政報告》公布成立一個常設的諮詢委員會，以監察檢討委員會報告建議的落實工作，並跟進本港精神健康的發展。我們會在二零一七年第二季就成立精神健康諮詢委員會展開籌備工作。

徵詢意見

7. 請委員察悉本文件和《精神健康檢討報告》的內容。

食物及衛生局

二零一七年四月

附件



精神健康 檢討報告



香港特別行政區政府
食物及衛生局

精神健康政策

世界衛生組織(世衛)指出，「沒有精神健康就沒有健康」¹。香港特別行政區政府非常重視市民大眾的精神健康，同時認為精神健康不單只涉及醫療護理。

政府為精神健康採用綜合和跨專業的服務模式，包括推廣、預防、及早識別，以及為有需要人士提供適時介入、治療和復康服務。政府透過立法會議員、學術專家、病人和照顧者、醫療、社會福利和法律專業人員、社區內的持份者的參與和支持，以及相關政策局／部門、醫院管理局、學術機構、醫療、社會福利和教育機構／學會的協作，從自我照顧、基層醫療護理和社區支援，以致專科和住院服務，為市民大眾(特別是有精神健康需要的人士)提供全面的跨界別服務。

政府的政策方向是鼓勵社區支援及日間護理服務，並提供必需和必要的住院服務，旨在建立一個精神健康友善的社會，讓有精神健康需要的人士重新融入社區。

基於精神健康服務的跨界別性質，政府有需要設置高層次的常設機制，以確保為市民大眾提供的服務完整綜合和具連貫性。

¹ 世衛發表的《精神衛生：加強我們的應對活動》實況報道第 220 號。

目錄

精神健康檢討委員會主席

食物及衛生局局長

高永文醫生，BBS，JP

序言 1

行政摘要 3

第一章 心理健康推廣

1.1 引言 30

1.2 推廣心理健康的框架 31

1.3 其他國家採取的策略和方法 34

1.4 香港的現況 35

1.5 心理健康推廣計劃 37

1.6 建議和未來路向 43

第二章 兒童及青少年精神健康服務

2.1 引言 44

2.2 兒童及青少年精神病 47

2.3 兒童及青少年精神健康服務 53

2.4 支援有精神健康問題的兒童及青少年
的分層護理模式 78

2.5 建議和未來路向 95

第三章 成人精神健康服務

3.1 本港成人對精神健康服務的需求 103

3.2 成人精神健康服務 107

3.3 精神健康社區支援服務 108

3.4 成人精神健康服務檢討 110

3.5 加強服務的最新進展 111

3.6 服務不足之處 121

3.7 建議和未來路向 122

第四章 長者認知障礙症支援服務

4.1 引言	124
4.2 認知障礙症造成的負擔	127
4.3 現時為認知障礙症患者提供的服務	136
4.4 加強認知障礙症護理服務： 以人為本的全人護理模式	152
4.5 認知障礙症的綜合社區護理及介入模式	158
4.6 建議和未來路向	164

第五章 在香港引入社區治療令的適用性和可行性

5.1 引言	172
5.2 海外經驗	173
5.3 香港的強制社區治療	177
5.4 贊成／反對在香港引入社區治療令的考慮因素	180
5.5 建議和未來路向	181

附件

附件 A	183
附件 B	185
附件 C	190
附件 D	192
附件 E	194
附件 F.....	196

簡稱列表	214
------------	-----

序言

精神健康檢討委員會主席 食物及衛生局局長 高永文醫生，BBS，JP

香港人口多達 730 萬，精神健康問題實屬普遍。香港人口稠密，生活繁忙，節奏急促，我們往往要面對種種艱巨的挑戰。

雖然本港設有完善的公營醫療系統，但精神健康服務不單只涉及醫療護理。現今的國際趨勢是鼓勵透過社區支援及日間護理服務來治療精神病，以幫助有需要人士重新融入社會，並協助長者居家安老。因此，我們需要透過相關的決策局／部門、醫療界和社會福利界的非政府機構以及社區內其他持份者通力合作，以配合市民的精神健康需要。

為進一步加強精神健康服務和規劃本港精神健康政策的未來路向，政府在二零一三年五月成立精神健康檢討委員會（檢討委員會）。在檢討進行期間，相關的政府決策局／部門和醫院管理局已同時根據檢討委員會的初步建議，推出多項加強精神健康服務的措施，涵蓋心理健康推廣、兒童及青少年精神健康服務、成人精神健康服務，以及長者認知障礙症支援服務等。

在多項已落實的優化服務當中，我們欣見在二零一六年一月推出「好心情@HK」計劃推廣心理健康，又分別於二零一六年九月和二零一七年二月推出「醫教社同心協作計劃」和「智友醫社同行計劃」。至於成人精神健康服務方面，我們為嚴重精神病患者推行「個案管理計劃」，並由跨專業團隊為一般精神病患者提供支援，提升一般精神病診所的服務，在未來的日子裏，我們會進一步加強這方面的服務。這次檢討亦再次確認了精神健康政策的長遠發展策略，就是要加強為精神病康復者提供的社區支援、提升基層醫療專業人

員的服務量、發展公私營協作計劃，以及在社區上提供更多跨專業的支援。

這項檢討得以順利進行，承蒙有關各方的支持和參與。我們藉此機會，為檢討委員會、兒童及青少年精神健康服務專家小組、認知障礙症專家小組以及心理健康推廣諮詢委員會的各位成員就精神健康檢討提出不少真知灼見，衷心向他們致謝。此外，我們也要感謝醫療界和社會福利界的專業人員、非政府機構和關注團體的代表、社會上各持份者、醫院管理局的同事，以及我們在政府內的工作伙伴（包括勞工及福利局、教育局、社會福利署、衛生署、房屋署和香港警務處）為這項檢討提出寶貴的專業意見。

雖然檢討已經完成，但我們的工作尚未結束，事實上，我們為進一步加強精神健康服務的工作才剛剛起步。為了令本港的精神健康服務維持高水平並得以持續，以回應不斷轉變的服務需求，政府會成立一個常設的諮詢委員會，繼續跟進落實檢討委員會的建議，以及檢視本港精神健康服務的發展。

我們必須付出時間、耐性和不斷投放資源，以作好準備配合精神健康服務不斷轉變的需求。無可置疑，這次精神健康檢討所啟發的思想，已為本港精神健康政策制定長遠發展的路向。

精神健康檢討委員會主席
食物及衛生局局長
高永文醫生，BBS，JP
二零一七年三月

行政摘要

第一部分：概覽

背景

香港特別行政區政府非常重視市民大眾的精神健康。政府採用綜合模式推廣精神健康，提供服務包括預防、及早識別，以及為有需要人士提供適時介入、治療和復康服務。政府除了推廣自我照顧、基層醫療和社區支援外，也提供專科和住院服務，並透過食物及衛生局(食衛局)、醫院管理局(醫管局)、勞工及福利局(勞福局)、教育局、社會福利署(社署)、衛生署、非政府機構及其他持份者的協調和合作，為有精神健康需要人士提供跨專業和跨界別的綜合服務。

精神健康檢討委員會

2. 香港正如其他已發展國家或地區一樣，視精神健康為醫療議程上的重要議題。生活在香港這個國際都會，很多人都面對不同程度的壓力。如未能妥善處理這些壓力，便可能會出現需要醫療及臨床服務的精神健康問題。

3. 根據《香港精神健康調查 2010-2013》²，年齡介乎 16 至 75 歲的華裔成人當中，一般精神病的患病率為 13.3%。最常見的精神病是混合焦慮抑鬱症(6.9%)，其次是廣泛性焦慮症(4.2%)、抑鬱症(2.9%)及其他類型的焦慮症，包括驚恐症、各類恐懼症和強迫症(1.5%)。根據另一項在二零一四年進行的調查，在年齡介乎 18 至 64 歲的市民中，有 4.8%可歸類為患有嚴重的非特定精神困擾³。此外，值得注意的是，近年市民對醫管局精神科服務的需求日增，接受醫管局治療的精神病患者人數，由二零一一至一二年度約 187 000 人增至二零一五至一六年度逾 226 000 人。

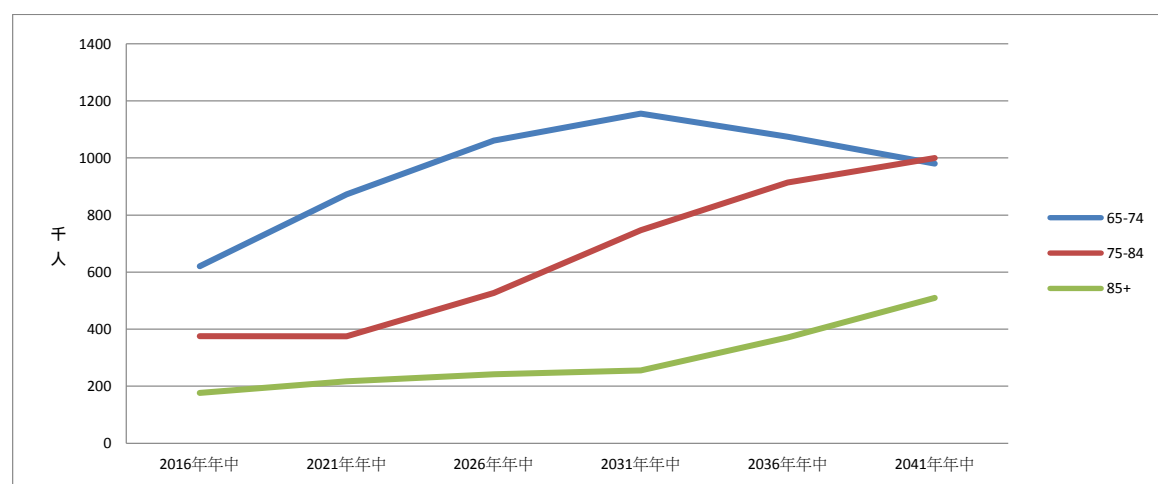
² Lam LC, Wong CS, Wang MJ, et al. (2015). Prevalence, psychosocial correlates and service utilisation of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (網上版) 首次發表日期：二零一五年二月八日。DOI: 10.1007/s00127-015-1014-5。

³ 衛生署在二零一五年發表的《二零一四年四月行為風險因素調查報告》。香港：衛生署。

4. 本港兒童及青少年的精神健康問題也需要我們特別留意。一項在二零零八年進行的本地研究指出，就讀高中的青少年的患病率估計為焦慮症(6.9%)、對抗性行為障礙(6.8%)、注意力不足／過度活躍症(3.9%)、行為失常(1.7%)、嚴重抑鬱症(1.3%)及濫用藥物(1.1%)⁴。人生的早期階段是促進精神健康和預防精神病的重要時機，因為高達半數成人所患的精神病，都是在患者 14 歲之前開始出現的。

5. 除了精神病患者的比例持續上升外，人口老化也是精神健康服務方面所關注的問題，因為預計到二零四一年，65 歲或以上的長者將佔全港人口約三分之一(圖 1)。認知障礙症是一種綜合症，主要影響年長人士。不同的估算結果顯示，在 65 歲以後，每年長五歲，患病率就增加一倍。過去幾年，學術界和服務提供者進行了多項研究，以審視香港認知障礙症的問題，其中最嚴重的估計指香港的認知障礙症患者人數達 100 000 人⁵，即接近十分一的長者人口。

圖 1 香港長者人口上升趨勢
(二零一六年年中至二零四一年年中)



資料來源：香港政府統計處

⁴ Leung PWL, Hung SF, Ho TP, et al. (2008). Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion: a pilot community study in Hong Kong. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Oct;17(7):452-461.

⁵ 在香港，一些以人口為本的研究(如香港中文大學(中大)和香港大學於二零一零年進行的“人口老化挑戰：疾病趨勢與社會負擔”研究系列，以及中大於二零一二年進行的“在香港長者人口中認知障礙症的患病和死亡率趨勢：推算、病患負擔和對長期護理的影響”研究)估計本港認知障礙症患者的的人數約為 100 000 人。

6. 為確保本港的精神健康政策能夠應付人口增長和老化帶來的挑戰，食衛局在二零一三年五月成立精神健康檢討委員會（檢討委員會），着手檢討現行的精神健康政策和服務。檢討委員會由食物及衛生局局長擔任主席，由約 20 名具廣泛代表性的成員組成，當中包括立法會議員、學者、醫療專業人員、服務提供者、服務使用者和照顧者，以及平等機會委員會和香港社會服務聯會的代表（成員名單載於附件 A）。檢討委員會負責研究現行的精神健康政策，以期為本港精神健康服務制訂未來的發展路向，並因應社會不斷轉變的需要和可運用的資源，探討加強本港精神健康服務的方法和措施。關於醫療人手供應情況，檢討委員會知悉醫療人力規劃和專業發展策略督導委員會正就醫療人力需求作檢討。因此，醫療人力的相關議題將待前述的督導委員會提出有關建議。

7. 檢討委員會的檢討工作集中在以下五個範疇：

- 心理健康推廣
- 兒童及青少年精神健康服務
- 成人精神健康服務
- 長者認知障礙症支援服務
- 在香港引入社區治療令的適用性和可行性

8. 檢討委員會採用貫穿人生歷程的方式進行檢討，其轄下成立了三個小組，分別是心理健康推廣諮詢委員會、兒童及青少年精神健康服務專家小組和認知障礙症專家小組，以便更深入地重點檢討個別的相關議題。

9. 檢討委員會自二零一三年五月以來舉行了九次會議，並在二零一三年六月舉辦了兩次諮詢論壇，收集持份者對現有精神健康服務的意見。諮詢論壇有超過 40 間機構（包括服務提供者、關注團體、專業團體、病人組織和照顧者團體）派代表出席。

10. 在精神健康檢討進行期間，有關決策局／部門和醫管局根據檢討委員會的建議同步制訂和推行各項加強服務的措施和先導計劃⁶，以期加強現行的精神健康服務，有些服務已被納入現有的服務範圍內。

精神健康服務的社區及跨專業支援

11. 在檢討成人精神健康服務時，檢討委員會認為，除醫療服務外，社區及跨專業支援對有精神健康需要的人士也同樣重要。隨着公眾對精神健康的認識加深，愈來愈多有需要的人士尋求協助，市民的期望也愈高，希望獲得更有效和適時的精神健康服務。為有精神健康需要的人士提供社區支援，幫助他們重新融入社會，正逐漸成為主流措施。精神病個案的數目不斷增加，單靠專科服務應付有關需要，只會繼續加重專科醫生的工作負擔，影響專科醫生為每名病人診治的時間和深入程度，無可避免地對精神健康服務的質素造成影響。

12. 檢討委員會參考外地利用社區資源處理大量精神健康個案的趨勢，認為長遠而言，在社區層面上執行治療方案（尤其是就穩定、非急性和較輕微的個案來說），應是提供精神健康服務的方向。為了向有精神健康需要的人士提供有效的社區支援服務，相關的醫療和社會服務專業人員（包括護士、職業治療師、物理治療師、社會工作者、教師等）的服務能力也須提升，以便能為社區提供跨專業的支援。社區老人評估小組⁷和個案管理計劃在醫院以外為病人提供護理照顧服務，是社區支援服務的好例子。為了進一步改善醫療、社會和教育服務之間的連繫，檢討委員會建議加強檢討各個範疇的社區服務，使有精神健康需要的人士和他們的照顧者可獲得更全面的支援。

⁶ 包括兩項為期兩年的先導計劃，分別是二零一六年九月推出的醫教社同心協作計劃和二零一七年二月推行的智友醫社同行計劃。

⁷ 社區老人評估小組藉着定期到訪安老院舍，為住院長者提供全面的跨專業服務（包括評估和醫療管理）及社區康復計劃，並為照顧者提供培訓，以改善社區護理的質素和促進社區的延續護理。

13. 精神健康檢討提出新的構思，探討如何透過有效運用社會上的資源及跨專業團隊，加強精神健康服務。為了更適切地回應病人及其照顧者的需要，檢討就各個精神健康服務範疇提供全面的意見。至於整體檢討方向，檢討委員會備悉並認同政府的現行政策：一方面向市民大眾推廣精神健康，另一方面向有需要人士提供能夠負擔和容易獲取的優質精神健康服務。根據這項政策方針，檢討委員會研究現時提供服務的模式，找出不足之處，並提出改善措施。

14. 下文各段概述檢討委員會的工作。

第二部分：檢討範疇

第一章 – 心理健康推廣

15. 世界衛生組織(世衛)指出，「沒有精神健康就沒有健康」。精神健康不單影響個人發展，事實上，家庭和諧、社會穩定和經濟繁榮也很大程度取決於個人以至所有市民的精神健康。因此，市民的精神健康是社會寶貴的資產。我們除了提供診後服務以協助精神病人康復外，也須推行預防措施以預防或減低其他市民出現精神健康問題的風險。心理健康推廣是其中一項預防措施，以幫助提高市民對精神健康的意識和了解、提倡健康生活模式和精神健康、減少歧視和鼓勵有需要的人士適時尋求協助。研究顯示，如能有效推廣心理健康，無論是對於一般市民還是在精神健康方面有需要的人士，都有助改善他們的精神狀況。由此證明，推廣心理和精神健康是改善市民整體健康的重要一環。

16. 衛生署負責本港的健康推廣工作。該署一直採取以人生歷程和環境為本的方式，透過教育和宣傳工作來提高公眾意識，從而促進精神健康。有關健康教育和宣傳工作包括製作健康教育資源(例如單張、小冊子、展板、錄影帶、網頁和熱線資訊)，舉辦健康講座、工作坊、節目和外展活動，以及透過傳媒(例如電視和電台)節目進行宣傳，針對不同特定羣組進行精神健康推廣。促進精神健康正是衛生署基層醫療統籌處公布的參考概覽中的健康議題之一。

17. 檢討委員會了解衛生署在促進心理和精神健康方面的工作後，認為政府有需要檢討現行的心理健康推廣策略，以應付本港社會不斷轉變的需要和情況。二零一五年六月，檢討委員會成立了分別由食物及衛生局副局長和衛生署署長擔任主席及副主席的心理健康推廣諮詢委員會(諮詢委員會)，負責監督精神健康的公眾教育及推廣活動的策劃、推行和評估工作。

18. 諮詢委員會籌劃了一項心理健康推廣計劃。此項全港性為期三年的「好心情@HK」計劃(圖 2)在二零一六年一月推出。「好心情@HK」計劃以不同年齡組別的人士為對象，目標是：(i)讓更多市民參與推廣心理健康；以及(ii)增進市民

對精神健康的認識和了解。計劃透過傳媒及在社區舉辦各項宣傳活動推廣心理健康。

圖 2 「好心情@HK」計劃的標誌



19. 為了讓更多市民參與推廣心理健康，計劃採用「全城FUN享正能量」為標語，以三大主題，即「與人分享」、「正面思維」和「享受生活」推動市民參與(圖 3)。我們參考本地的患病率以及檢視計劃可獲分配的資源後，就每個年齡組別選出一種常見的精神健康問題。青少年的常見精神健康問題是焦慮症，成人是混合焦慮與抑鬱症，長者則是認知障礙症。透過加深公眾的認識和了解，希望可以盡量減少市民對精神病患者的偏見，以及盡早察覺精神健康問題的徵狀。

圖 3 “與人分享”、“正面思維”和“享受生活”的主題



- “與人分享”：與家人及朋友分享，幫助有需要的人。



- “正面思維”：保持開放思想，以積極態度和樂觀想法去理解事情。



- “享受生活”：參與令自己享受的活動，以發揮潛能和獲得滿足感。

20. 如圖 4 所示，除了傳媒推廣和宣傳活動外，促進持份者(例如地區人士和不同界別)的參與，共同制訂推廣計劃和活動，也是「好心情@HK」計劃的主要策略之一。計劃利用現有的社區資源和網絡，成功取得社會支持，讓更多市民參與推廣心理健康。計劃自推出以來，已舉行了一連串的推廣活動，另有一些仍在規劃中。當局會在計劃結束後提交檢討報告，就計劃的未來路向提出建議，讓政府為心理健康推廣工作訂定長遠策略。

圖 4 好心情@HK 計劃的主要環節



第二章 - 兒童和青少年精神健康服務

21. 兒童及青少年精神健康服務專家小組(專家小組)負責檢討現時的兒童及青少年精神健康服務，並就改善有關服務向檢討委員會提出建議。專家小組自二零一三年十二月成立以來，已舉行九次會議，檢討現有服務和商討加強服務的未來路向。除恆常會議外，專家小組另安排了兩個海外專家分享會，收集有關加強兒童和青少年精神健康服務計劃的海外經驗。專家小組同時也與相關家庭成員和關注團體代表會面，聽取他們對服務不足之處的關注。專家小組多番討論現有服務後，就檢討作出總結。總結內容撮述於下文各段。

香港的現況

22. 在香港，愈來愈多兒童和青少年在公營界別診斷有精神健康問題。上述情況可從醫管局兒童及青少年精神科服務的個案數目反映出來。這類個案的數目由二零一一至一二年度的 18 900 宗增至二零一五至一六年度的 28 800 宗，五年內增幅超過五成。

23. 政府(包括食衛局、勞福局、衛生署、社署、教育局和醫管局)採取跨專業和跨界別的方式為有精神健康問題的兒童及青少年提供支援和護理服務。政府現時提供多層面的服務，並設有轉介機制，因應兒童和青少年(及其家人)的需要，為他們提供跟進服務和治療。政府也設有各項計劃、措施和試驗計劃⁸提供支援，以預防和及早識別精神健康問題、評估兒童體能智力，以及提供治療、教育服務、社會康復服務和社區支援服務。各服務提供者為不同年齡組別的兒童和青少年提供的服務概述於圖 5。

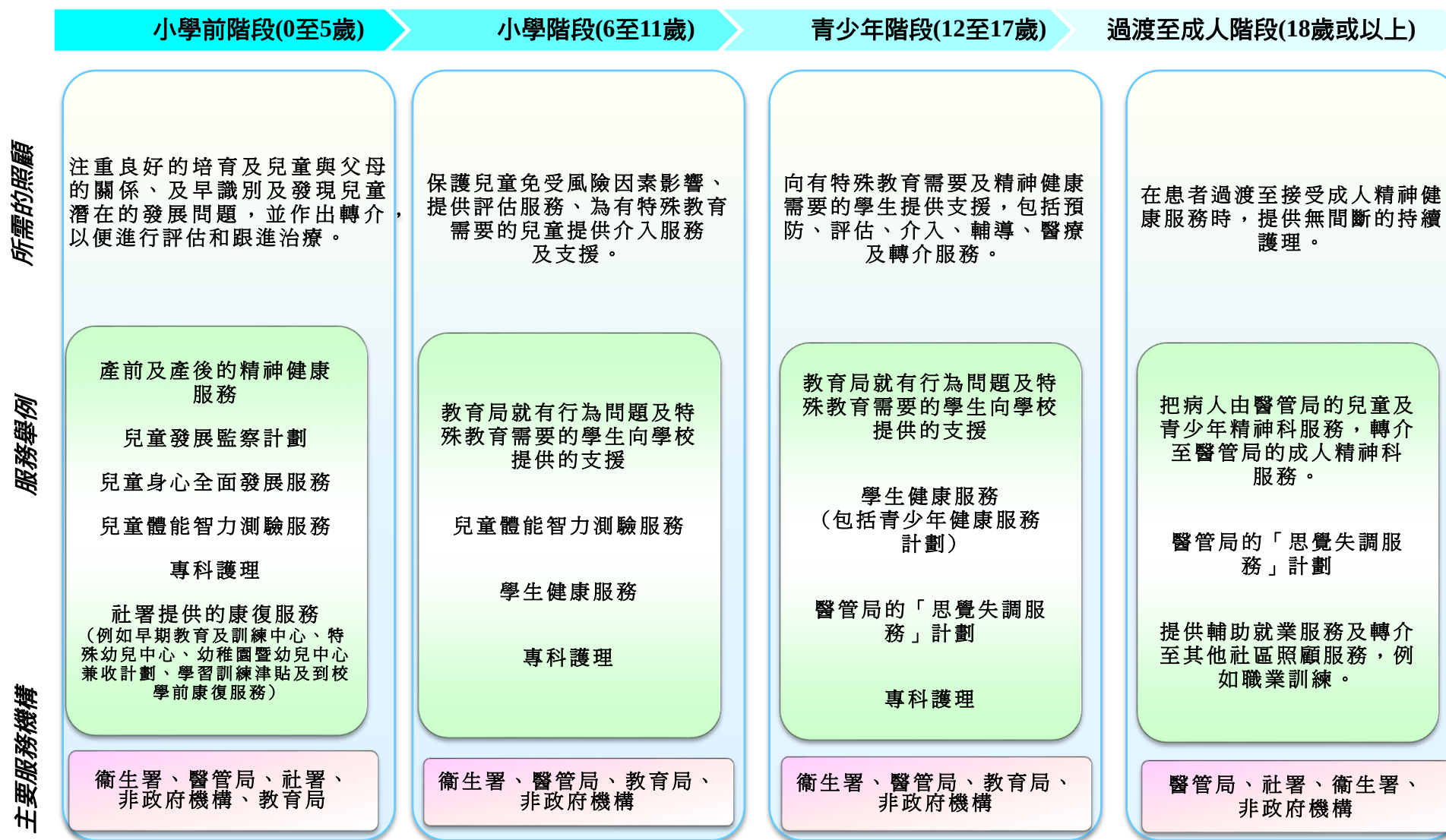
服務不足之處

24. 政府致力提供全面的服務，以支援有精神健康問題的兒童和青少年。但由於問題複雜，往往涉及多個界別和範疇，以至目前的服務未臻完善。兒童及青少年精神健康服務專家小組已確定在護理流程方面需要加強各階段服務的協調和延續性，以確保由學前過渡至學齡及由青少年過渡到成年階段，有關服務都能銜接暢順，同時就各機構的不同服務範圍作更妥善的協調。

25. 專家小組認為有需要優化服務模式，以便更迅速回應兒童和青少年的需要，為他們提供更全面的支援，並縮短其輪候有關服務的時間。此外，專家小組認為須加強支援家長及教師與學校及社區內的其他專業人員合作，促進兒童和青少年的情緒健康。

⁸ 為期兩年的到校學前康復服務試驗計劃在二零一五年十一月推行、關愛基金項目：為輪候資助學前康復服務的兒童提供學習訓練津貼於二零一四年十月常規化、關愛基金在二零一五至一六學年資助推行為期三年的特殊教育需要統籌主任試驗計劃。

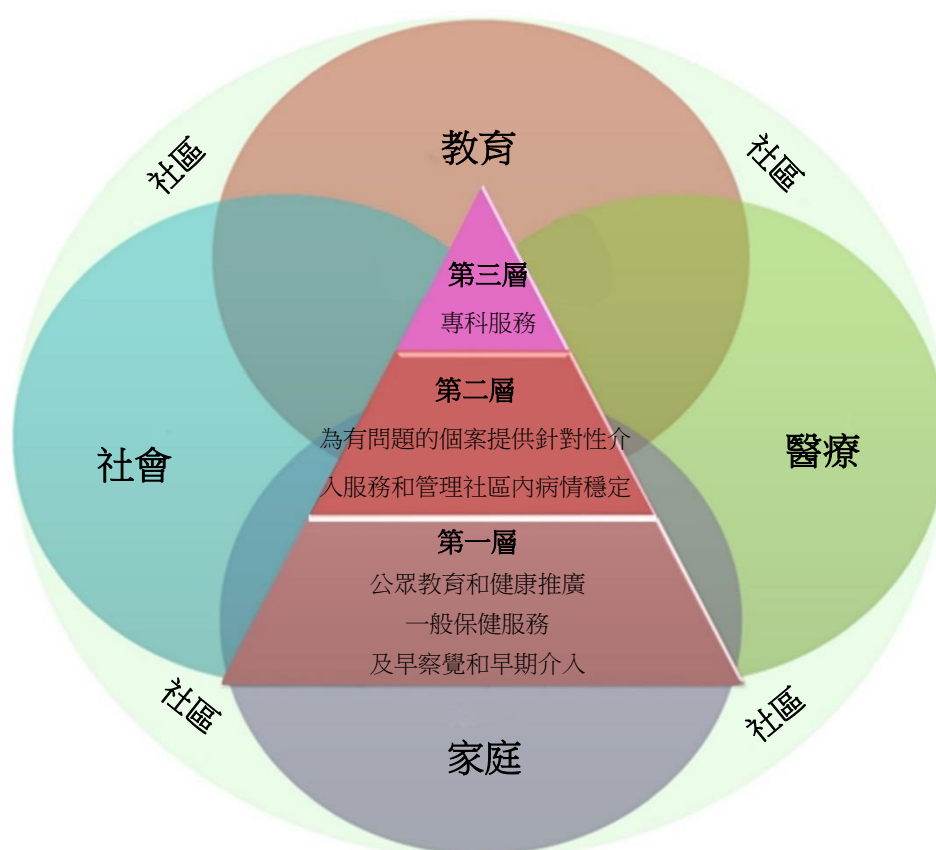
圖 5 為有精神健康需要的兒童及青少年提供的支援



為有精神健康需要的兒童和青少年提供的三層護理模式

26. 專家小組提出一個三層的護理模式(詳情載於圖 6)，促進跨界別和跨專業的合作，為兒童和青少年提供精神健康服務。專家小組認為，為了使三層服務模式有效運作，各層之間有需要加強協調。

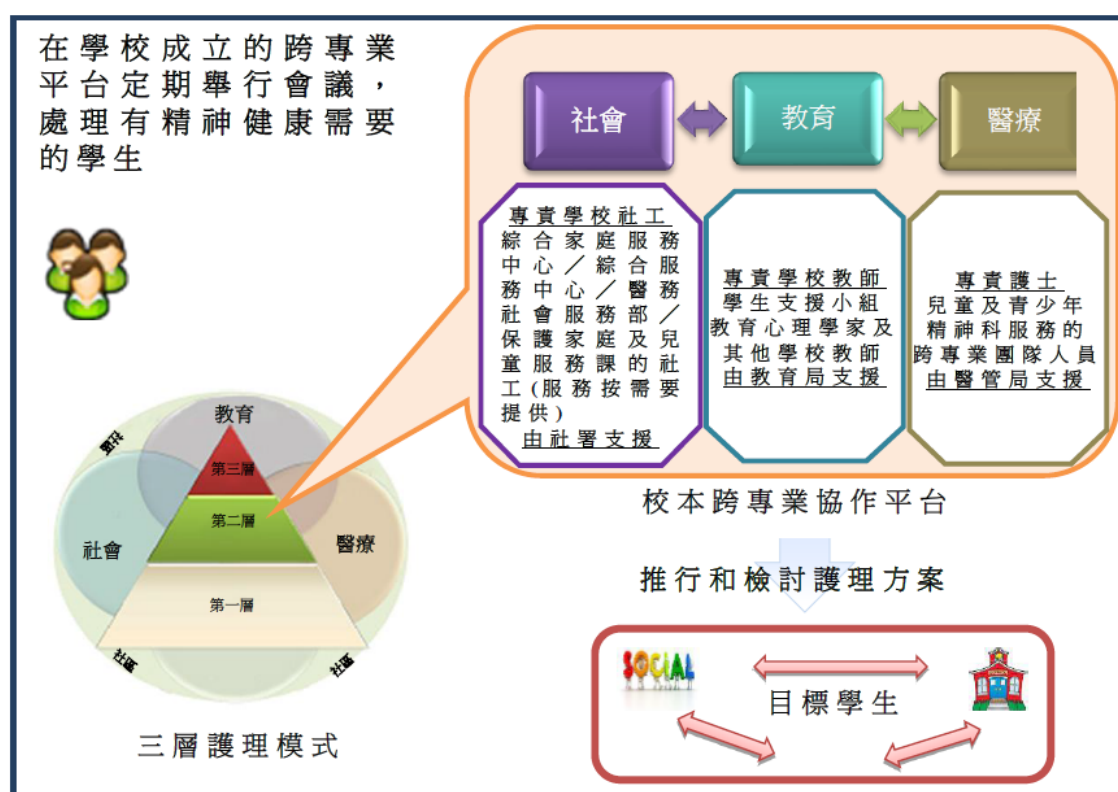
圖 6 三層護理模式



27. 第一層提供全面預防、及早察覺、早期介入及促進精神健康等服務。兒童、青少年及其家人可在日常生活中透過公眾教育、親職計劃、社區或學校推廣活動獲得這些服務。第二層是第一層與第三層之間的橋樑，目的是為有需要的兒童和青少年提供有系統和針對性的評估及介入服務。第三層為中度至嚴重的精神病個案提供專科介入服務。鑑於第一層和第三層的服務較為完善，檢討委員會認為有需要加強第二層的服務，一方面避免個案過早轉介往第三層，另一方面確保第二層的個案得到妥善處理和支援，最終可交給第一層跟進。

28. 政府根據專家小組的建議，在二零一六至一七學年起分兩個階段在 17 間中小學開展為期兩年、名為「醫教社同心協作」的先導計劃，目的是透過醫、教、社三方協作模式，加強第二層的支援服務(圖 7)。先導計劃由食衛局牽頭，聯同醫管局、教育局和社署合力推行。根據先導計劃，每間參與計劃的學校會設立一個由醫療、教育和社會服務專業人員組成的跨專業溝通平台，為有精神健康需要的學生及其家人提供支援服務。這種嶄新的服務模式不但有助測試把支援服務擴大至涵蓋學校裏有精神健康需要的學生的成效，更可提供有用的參考，讓政府為社區內有需要的學生制訂更具針對性和更有效的服務。

圖 7 按照醫、教、社三方協作模式運作的「醫教社同心協作計劃」



29. 專家小組又認為，除了加強對每一層護理服務的支援外，也需要鞏固和改善現行服務。現行服務所涵蓋的範疇雖然足夠，但仍須透過有效地協調及／或整合服務、鼓勵不同界別和不同專業的人員合作，以及加強與家長和社區的聯繫。總括來說，專家小組就加強兒童和青少年精神健康服務提出了 20 項建議（詳情載於第二章）。

第三章 – 成人精神健康服務

30. 就成年精神病服務而言，檢討委員會因應社會不斷轉變的需要和可運用的資源，確定須加強的三個服務範疇，即嚴重精神病、一般精神病和學習障礙方面的服務。在檢討過程中，我們同時按照檢討委員會的建議籌備及進行加強服務的工作。我們在二零一四年四月向立法會衛生事務委員會匯報檢討的進度。有關加強服務的最新進展概述於下文各段。

香港的現況

31. 醫管局一直以綜合和跨專業的模式提供精神科服務，為有精神健康問題的病人提供支援。醫管局的精神科跨專業醫療隊伍由醫生、精神科護士、臨床心理學家、職業治療師和醫務社工等不同醫療專業人員組成，為精神科病人提供全面和持續的醫療支援，包括住院、專科門診、日間訓練和社區支援服務。醫管局又與社署、非政府機構及其他持份者合作，為精神科病人提供社區支援。在社會福利方面，當局為精神病患者提供了一系列社會康復服務，包括社區支援、職業康復及住宿照顧。此外，服務範圍覆蓋全港的精神健康綜合社區中心（綜合社區中心），為精神病康復者、懷疑有精神健康問題人士、其家人／照顧者及居住當區的居民，提供一站式及以地區為本的社區支援服務。服務包括個案輔導、外展探訪、治療及支援小組、日間訓練、職業治療訓練、公眾教育活動等。

32. 醫管局現時為近 150 000 名年齡介乎 18 至 64 歲的精神病患者提供治療，當中約 30% 為嚴重精神病患者，約 60% 為一般精神病患者。病情嚴重或有複雜需要的精神病患者，會獲安排在合適的醫院環境下接受跨專業的密集專科護理服務，至於情況不太複雜的病人，例如一般精神障礙患者，則會在社區（包括基層醫療層面）接受專科支援。醫管局在規劃成人精神健康服務時，特別着重及早介入和積極治療，尤其是針對有復發及住院風險的病人。

加強服務的最新進展

嚴重精神病患者

33. 對於嚴重精神病患者，醫管局會視乎他們的治療需要，提供住院、門診或外展精神科服務，同時透過「思覺失調服務」計劃和個案管理計劃，提供針對性的介入支援。醫管局除了改善處方藥物外，還推行醫社協作，為嚴重精神病患者提供綜合支援服務。

34. 現時每年約有 1 300 名病人在「思覺失調服務」計劃下接受深入的護理服務。個案管理計劃則自二零一零至一一年度起，為嚴重精神病患者提供深入、持續和個人化的支援。截至二零一六年十二月三十一日，該計劃為大約 15 000 名居於社區的嚴重精神病患者提供服務，現時個案經理與病人的比例平均約為 1:47。在使用藥物方面，多年來，醫管局已採取措施，更多使用較新和副作用較少的精神科藥物，並把所有新一代的口服抗精神病藥物（除有副作用的氯氮平(Clozapine)外），由醫管局藥物名冊的專用藥物類別改納入通用藥物類別，使這些藥物成為第一線藥物。

35. 為應對市民對醫社協作日高的期望，並為了加強協助嚴重精神病患者重新融入社會的服務，醫管局、社署和提供精神科服務的主要非政府機構在二零一四年成立工作小組，檢討現有的服務模式，並在二零一六年七月公布《香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架》（《服務框架》）⁹，藉以加強醫社協作和溝通。其後相關單位成立專責小組，跟進落實《服務框架》的建議。

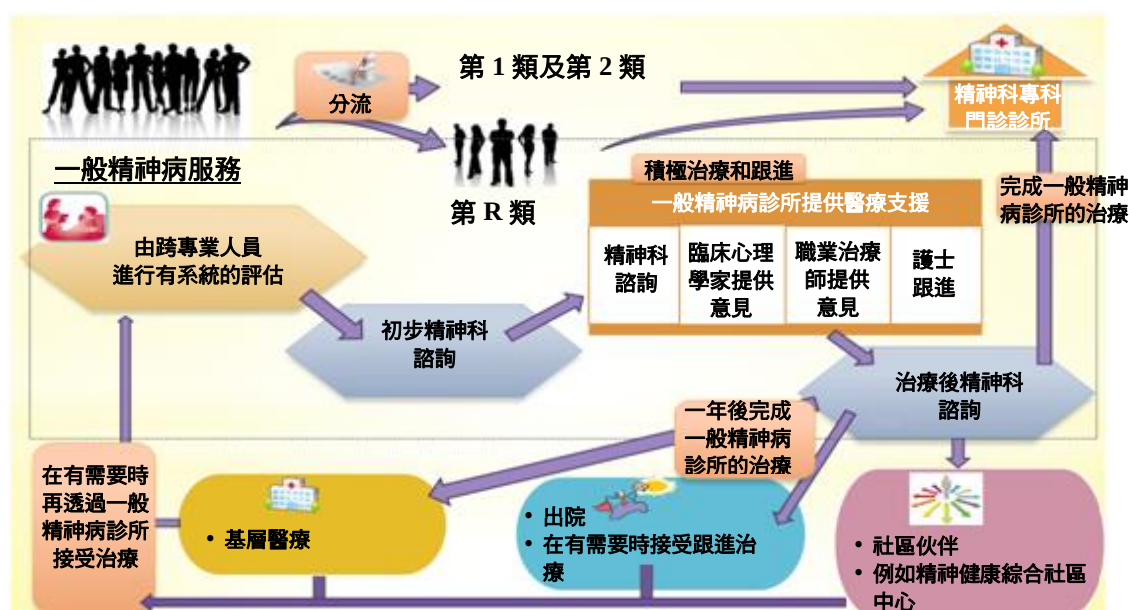
一般精神病患者

36. 為了令一般精神病（例如抑鬱症和焦慮症）患者及早接受診斷和治療，由二零一零年起，醫管局在精神科專科門診診所設立一般精神病診所，每年加快處理約 7 000 宗個案。

⁹ 《香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架》全文可在以下網頁下載：
http://www.ha.org.hk/upload/publication_42/517.pdf

37. 鑑於市民對精神健康服務的需求不斷上升，而大部分輪候精神科專科門診服務的人士都屬於一般精神病個案，醫管局於二零一五年七月在九龍西聯網的葵涌醫院推出試驗計劃，開設加強服務的一般精神病診所(圖 8)。試驗計劃加強服務提供模式中的跨專業元素，增加精神科護士及專職醫療人員的人手，讓他們為一般精神病患者提供更積極和個人化的心理社會輔導服務。

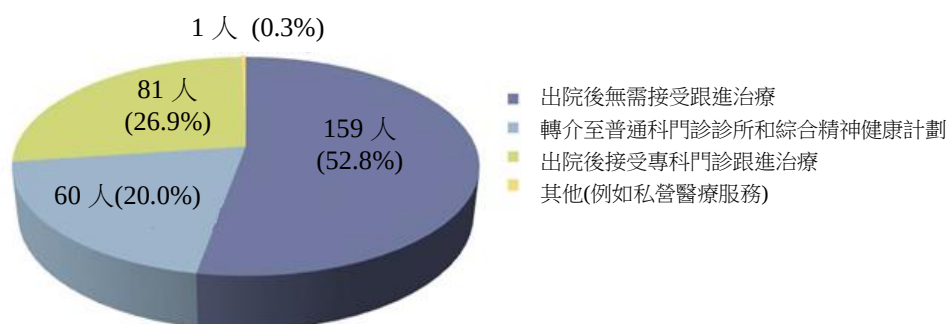
圖 8 一般精神病診所加強服務後的服務模式



註：第 1 類列為緊急個案(第一優先類別)，第 2 類列為半緊急個案(第二優先類別)，第 R 類則列為穩定個案(例行個案)。

38. 初步調查結果顯示，在完成一般精神病診所治療的患者中，超過半數康復情況理想，無需接受精神科專科門診的跟進治療(圖 9)。鑑於跨專業的支援有助一般精神病患者康復，一般精神病診所的服務已由二零一六年七月起擴展至九龍東聯網，並將在二零一七至一八年度擴展至新界東聯網。

圖 9 為一般精神病患者推行的試驗計劃—初步調查結果



學習障礙患者

39. 小欖醫院為嚴重及極度嚴重智障患者提供護養及康復服務。小欖醫院原設有 500 張病床，二零一五至一六年度的入院輪候時間中位數約為 24 個月。截至二零一六年三月三十一日，中央輪候冊上共有 19 名患者。翻新工程完成後，小欖醫院在二零一六年十二月開設一間新病房，增設 20 張病床，以應付服務需求。我們預期在進一步加強人手後（包括護理人員和專職醫療人員），將可悉數處理輪候冊上的學習障礙患者個案。

服務不足之處

40. 在檢討委員會進行檢討期間，政府同時改善為成年精神病患者提供的服務，而所推出的措施成效不俗。不過，檢討委員會認為仍有改善空間，以期進一步提升患者的生活質素，以及令有需要的人士更易獲得所需服務。

41. 檢討委員會留意到，「思覺失調服務」計劃已縮短了由症狀出現至施行介入治療之間的時間，但由於資源有限，現時並非所有首次病發的新個案都涵蓋在計劃內。檢討委員會又認為，鑑於嚴重精神病患者需要更大力度的支援服務，當局應進一步改善個案經理與患者的比例。

42. 另一方面，一般精神病診所的優化服務模式，在處理一般精神病個案方面證實行之有效，但現時醫管局的七個聯網中只有兩個聯網提供一般精神病診所的優化服務。醫管局有需要增加其他聯網的跨專業團隊人手，盡快把有關服務擴展至所有聯網。

43. 檢討委員會指出，要紓緩醫管局專科門診服務的樽頸問題，單靠增加跨專業團隊的人手並不足夠，基層醫療在治理病情穩定的一般精神病患者方面也擔當舉足輕重的角色。鑑於一般精神病患者對護理服務的需求日增，長遠來說，基層醫療的醫療專業人員可擔當更重要的角色，透過提升服務能力和增進專業知識，協助處理在社區內或由醫管局轉介而病情穩定的一般精神病個案，讓醫管局精神科專科服務的資源得以更有效地運用。檢討委員會又認為應加強基層醫療人員的培訓，使他們具備治理一般精神病患者所需的技能和知識。如不把部分一般精神病個案交由基層醫療層面處理，專科門診服務的需求定會持續殷切，因而延長有需要人士輪候精神科服務的時間。

44. 因應成人精神健康服務的檢討結果，我們提出六項建議，以加強相關服務（詳見第三章）。

第四章 – 為長者提供的認知障礙症支援服務

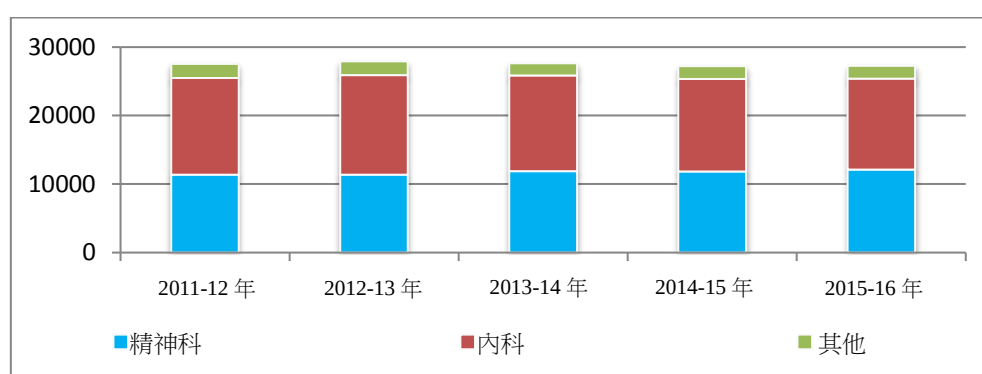
45. 面對人口持續老化及服務需求日增的挑戰，在二零一三年十二月，檢討委員會在其轄下成立認知障礙症專家小組檢討現時的認知障礙症支援服務，並就如何優化有關服務向檢討委員會提出建議。認知障礙症專家小組舉行了九次會議，並曾與香港醫學會的代表會面，就如何加強基層醫療醫生在認知障礙症服務所擔當的角色交換意見。專家小組的檢討結果概述於下文各段。

香港的現況

46. 現時，香港 65 歲或以上的人口約達 120 萬，佔全港人口約 16%。預計到二零四一年，幾乎每三人便有一人是 65 歲或以上。過去幾年，學術界和服務提供者進行了多項研究，以審視香港認知障礙症的問題，其中最嚴重的估計指香港的認知障礙症患者人數達 100 000 人¹⁰。雖然我們沒有定期統計在私營界別求診的認知障礙症患者人數，但公共醫療系統錄得的數字已清楚顯示上升的趨勢。

47. 醫管局現正為約 28 000 名不同程度的認知障礙症患者提供治療(圖 10)。在這些個案中，逾半數屬輕度或中度認知障礙症個案，這個階段的病人健康狀況開始轉差，活躍程度也不如前。但如獲得適當的支援，這些人仍能管理其健康狀況。這個階段正是醫管局介入的最佳時機，特別是為病人提供基層醫療及社區層面的服務，以延緩病情惡化的速度，盡量延長病人留在社區生活的時間。這樣做也使病人無需在不必要的情況下過早入住療養院、醫院或安老院舍，可在病情進入晚期前維持原有的生活質素。

圖 10 接受醫管局治療的認知障礙症患者人數
(按主要專科服務種類劃分)



資料來源：醫管局

¹⁰ 在香港，一些以人口為本的研究(如中大有香港大學於二零一零年進行的“人口老化挑戰：疾病趨勢與社會負擔”研究系列，以及中大於二零一二年進行的“在香港長者人口中認知障礙症的發病和死亡率趨勢：推算、病患負擔和對長期護理的影響”研究)估計本港認知障礙症患者的人數約為 100 000 人。

48. 香港政府採取跨專業和跨界別方式，為認知障礙症患者提供全面的護理服務。認知障礙症專家小組留意到食衛局、勞福局、醫管局、衛生署、社署和其他相關組織(包括非政府機構)由預防、及早識別，以至治療和長期護理工作方面一直緊密合作，務求照顧認知障礙症患者的複雜需要。由二零一四至一五年度起，政府額外提供全年經常撥款，讓全港41間津助長者地區中心增聘社工，藉以加強對患有認知障礙症的長者及護老者的支援。

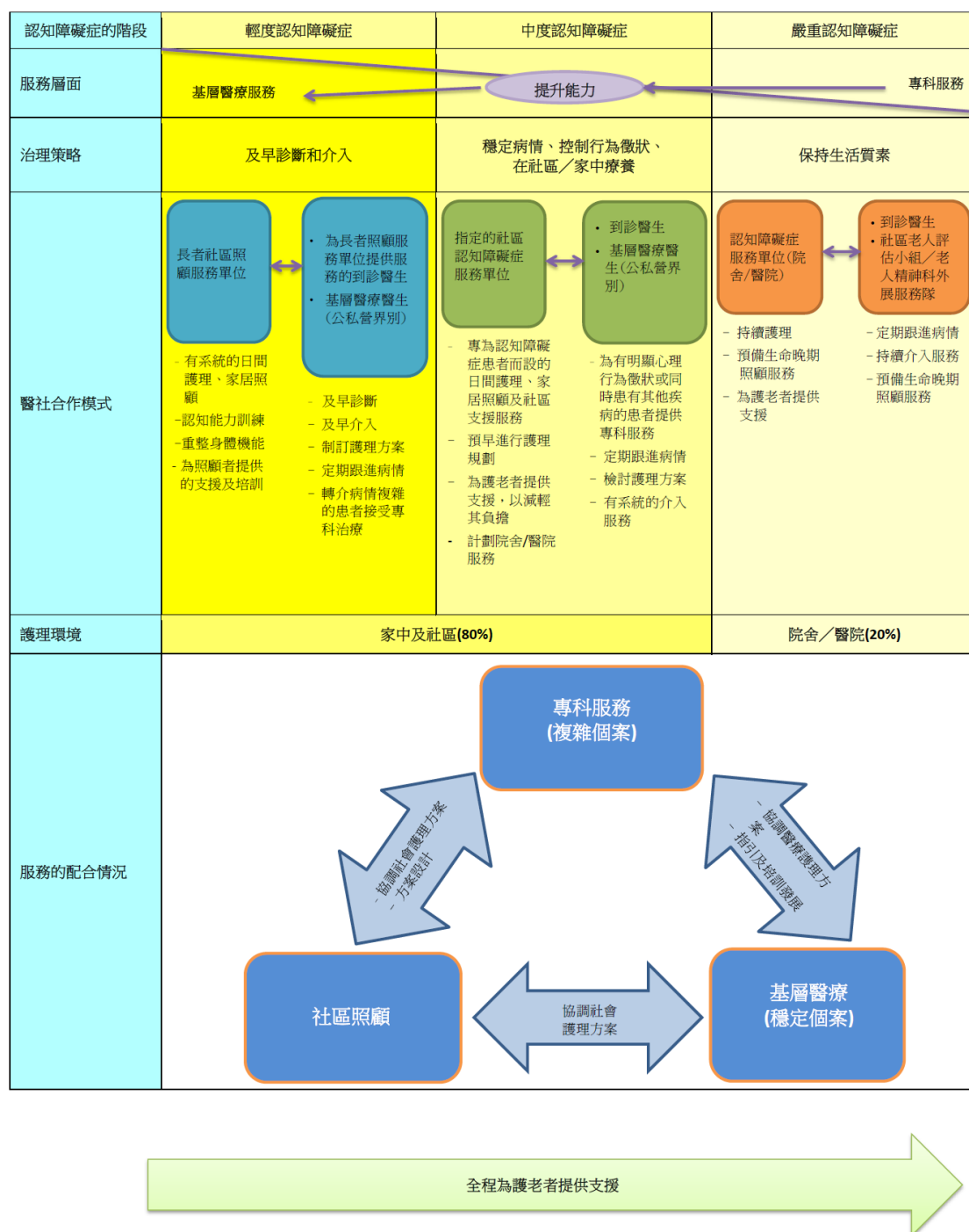
服務不足之處

49. 政府致力為認知障礙症患者提供全面的服務，幫助他們走過發病的不同階段。不過，由於認知障礙症是一個複雜的病症，並涉及多個專科和界別，因此，現時的服務仍有待改善的地方。經檢討現時為患有認知障礙症的長者提供的服務後，認知障礙症專家小組認為有鑑於香港人口日漸老化，有需要以綜合模式提供協調的全人護理服務，以確保服務得以持續。

50. 本着讓認知障礙症患者在家中和社區中有尊嚴地安享晚年的最終目標，認知障礙症專家小組認為必須在基層醫療及社區層面上，為病情屬輕度或中度的患者制訂適當的介入服務模式。透過加強社區內醫療及社福專業人員的能力，可讓病情穩定的患者接受社區護理，從而更有效地運用專科服務的資源，治理複雜的個案。只要更妥善結合及協調社區的醫療與社會服務，便能更有效運用公私營界別的資源及專業知識，為認知障礙症患者提供護理及支援服務。

51. 認知障礙症專家小組在考慮上述因素後制訂了一個醫社合作的服務模式(圖 11)，說明認知障礙症患者在不同階段所需要的護理服務、治理策略及護理環境。各方如能有效地合作，便可減少服務不足的情況，避免不同範疇之間出現資源重疊的問題，並能提供所需的醫療支援。

圖 11 藉醫社合作提供認知障礙症服務

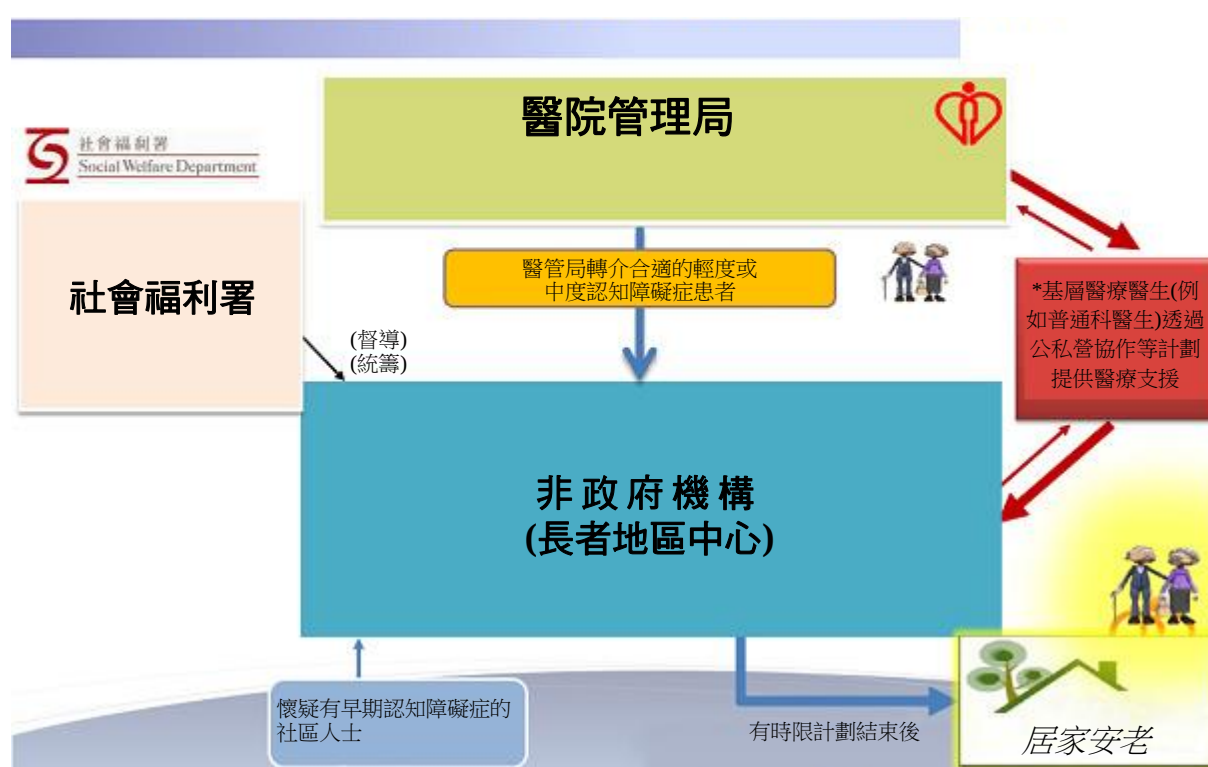


52. 政府參考上述模式，在二零一七年二月推行為期兩年、名為「智友醫社同行」的先導計劃。先導計劃由食衛局聯同醫管局和社署合作推行，以醫社合作模式，在社區為患有輕度或中度認知障礙症的長者提供支援服務(圖 12)，當中

涉及 20 間長者地區中心(全港共有 41 間津助長者地區中心)和醫管局轄下四個聯網的參與。在先導計劃下，護士、職業治療師／物理治療師等醫療專業人員和社福人員會在參與計劃的長者地區中心為患有認知障礙症的長者提供支援，預期有大約 2 000 名長者以及其照顧者受惠。

圖 12 「智友醫社同行計劃」

為患有輕度或中度認知障礙症的長者而設的服務模式

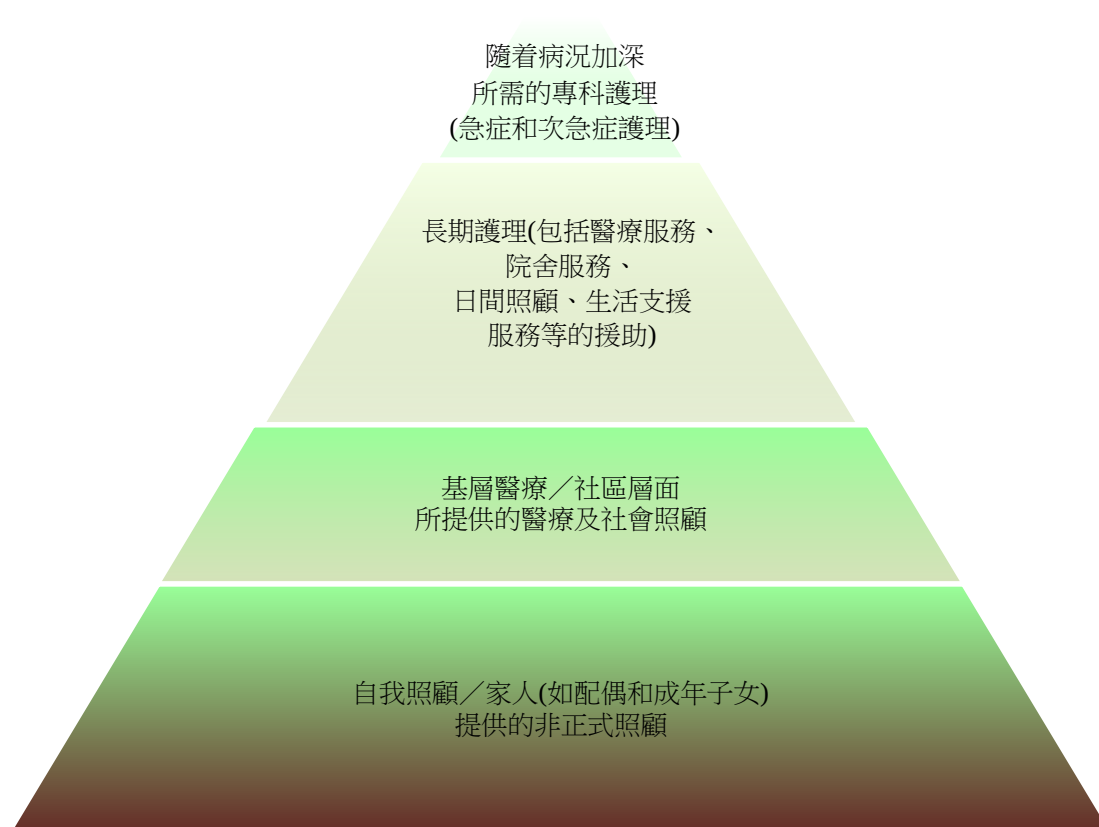


* 醫管局會在先導計劃稍後階段探討以公私營協作形式邀請經培訓的普通科醫生為病情穩定的病人提供基層醫療支援的可行性。

53. 除透過先導計劃為輕度或中度認知障礙症個案制訂醫社合作的模式外，認知障礙症專家小組也留意到，持續的醫療護理及社區照顧支援和服務都很重要。有關支援和服務必須以跨界別、跨專業的方式提供，還要協調得當，才能達到最佳的護理效果。圖 13 展示理想的護理金字塔。在這個金字塔下，患者不論在任何階段有任何需要，都會得到適當的照顧。這個概念的最終目標是盡量延遲患者發病的時間，或

即使發病，也延緩病情惡化，讓患者可在家中和社區中有尊嚴地安享晚年。

圖 13 認知障礙症護理金字塔



54. 為加強與認知障礙症有關的服務，認知障礙症專家小組提出了十項建議（詳細內容載於第四章）。這些建議涵蓋多項全面服務（包括預防、介入、社區所提供的社會支援等），彰顯專家小組為提升市民對認知障礙症的認識和加強認知障礙症患者服務的努力。

第五章 – 在香港引入社區治療令的適用性和可行性

55. 社區治療令(或非自願社區精神治療)是一項法律規定，強制符合指定條件的精神病患者在社區居住期間接受一套訂明的療程，不遵從規定者可能會被召回醫院接受治療。目前有十多個經濟體系實施社區治療令制度，這些國家包括美國、加拿大、英國、澳洲、新西蘭、比利時、盧森堡、葡萄牙、瑞典、挪威、以色列和台灣。社區治療令可以不同的名稱和形式執行，而各司法管轄區所採用的設計也不盡相同，通常反映制訂相關法例的地區的憲制、社會和法律情況。

56. 本港發生一宗涉及嚴重精神病患者的矚目慘劇¹¹後，醫管局轄下的檢討委員會建議政府應進一步研究社區治療令在香港的可行性及適用性。檢討委員會在這情況下就這項議題進行了研究。

57. 檢討委員會考慮各項相關因素(包括其他地區以社區治療令作為強制精神病患者在社區接受精神治療的法律文書方面的經驗)後，注意到引入社區治療令是高度敏感而又複雜的問題，需要從不同角度考慮。由於欠缺實質證據證明社區治療令的成效，檢討委員會無法確定社區治療令所帶來的效益足以彌補公民自由所受到的限制，或社區治療令可減少涉及精神病患者的慘劇發生。

58. 鑑於社區治療令的效用備受爭議，而且具有深遠的影響，檢討委員會認為在有需要時再審慎研究在香港引入社區治療令的適用性，並建議加強個案管理計劃下對社區內嚴重精神病患者的支援，以進一步改善社區支援服務。此外，檢討委員會建議醫管局檢討《精神健康條例》中的有條件釋放條文，以堵塞現行法例的漏洞。

¹¹ 二零一零年五月八日，葵盛東邨一名 42 歲男子持刀襲擊鄰居、一名保安員及兩名屋邨辦事處職員，釀成兩死三傷慘劇。該名男子有精神病記錄，曾在二零零四年九月入住葵涌醫院，出院後定期到專科門診所覆診並由精神科社康護士跟進個案，直至慘劇發生。

第三部分：建議

59. 檢討委員會仔細研究過有關精神健康推廣、兒童及青少年精神健康服務、成人精神健康服務、長者認知障礙症服務以及在香港引入社區治療令的適用性等議題的內容，並提出共 **40 項建議**，以期加強香港的整體精神健康服務（詳情載於各章節內）。建議大致上涵蓋下列 **20 個範疇**：

推廣和教育

1. 應參考精神健康推廣活動的成效檢討結果，制訂精神健康推廣工作的長遠策略，以及針對不同的精神健康問題，向相關年齡組別的人士實行公眾教育，推廣精神健康，為精神病患者締造一個給予關懷的環境。

探討和研究

2. 定期進行流行病學研究，了解本港人口的精神健康狀況，以及各類精神病的患病率，從而規劃相關服務。鼓勵研究各種介入計劃，讓服務提供者制訂有實據基礎的介入計劃。

提升服務能力

3. 加強為專業服務人員（例如學校人員、社工、護理人員、專職醫療人員和基層醫療醫生）提供的精神健康培訓，從而在社區和學校提供跨專業的支援、減輕對專科服務的需求，以及推動公私營協作，讓經培訓的普通科醫生處理經醫管局轉介病情穩定的個案。

兒童及青少年和其家人提供的支援

4. 為不同年齡組別的兒童及青少年（即學前兒童、學齡兒童／青少年及青年人）和其家人提供更針對性的支援。這些支援包括在學校推行正面親職教育及全民推廣精神健康活動等預防措施，以至透過加強／整合現有服務進行及早識別和介入、在學校提供跨專業支援、提升學校人員

的能力、增加評估和醫療服務的人手及其他資源，以及設立青年友善的平台，以助識別問題及鼓勵青年人求助。

5. 加強每個層面不同服務單位之間的協調及各層面之間護理專業人員的溝通，以便在三層的護理模式下，為有需要的兒童／青少年及其家人提供全面和綜合的支援。
6. 採用跨界別介入模式，加強在學校的精神健康支援服務。建議教育局聯同社署和醫管局試行醫、教、社三方協作模式，從而加強為有需要學生及其家人提供的第二層支援。
7. 加強過渡期支援，確保有需要人士順利由接受學前兒童康復服務過渡至接受學齡兒童支援服務，以及由接受兒童及青少年精神健康服務過渡至接受相關成人服務（例如精神科服務、就業支援和康復訓練服務）。

成人精神健康服務

8. 為進一步加強為社區內的嚴重精神病患者提供的支援，醫管局應檢討個案經理與嚴重精神病患者的比例、加強個案管理計劃下的朋輩支援服務，並把「思覺失調服務」計劃擴展至涵蓋所有首次病發的新個案。
9. 為提升一般精神病診所的服務，醫管局應透過加強跨專業團隊的人手，把一般精神病診所服務擴展至轄下其他聯網，以及盡快就公私營協作試驗計劃擬定服務模式。
10. 為處理輪候冊上學習障礙患者等候入住小欖醫院的個案，醫管局應在小欖醫院開設新病房並提供額外病床後，加強該院護理人員和專職醫療人員的人手。

長者認知障礙症的支援服務

11. 編製通用的參考資料，以便基層醫療專業人員進行診斷和處理認知障礙症個案，並探討公私營協作安排的可行性。

12. 加強社會護理基建，建立認知障礙症友善的鄰里環境，並在社區提供更多專為認知障礙症而設的服務，讓認知障礙症患者可盡量長時間留在社區生活。
13. 加強醫社協作，把醫療與社區照顧服務融合，從而提供以病人為本的支援。建議試行醫社協作模式，在社區層面為患有輕度或中度認知障礙症的長者提供支援。
14. 推廣在社區接受臨終護理和紓緩治療，盡量減少不必要地多次進出醫院。
15. 加強對照顧者的支援，包括向他們提供有條理並容易取得的資訊、提供有助照顧患者的技能訓練，以及為長者提供暫顧服務，使其照顧者可參與其他活動。

社區治療令以外的選擇

16. 應檢討《精神健康條例》下的“有條件釋放”機制，以進一步保障病人和社會人士的健康及安全。
17. 醫管局應檢討個案經理與病人的比例，以期為社區內的嚴重精神病患者提供最佳的支援。
18. 政府應檢視有條件釋放機制及加強個案管理計劃的檢討結果、社區治療令效果的具體證據以及市民對病人管理的看法，並在有需要時重新探討在香港引入社區治療令的適用性。

應用創新科技

19. 鑑於現有趨勢是在社區推廣創新科技，在提供精神健康服務時應鼓勵使用更多的創新科技，藉以精簡負責醫院、長者中心／安老院運作的大量人手，以及協助醫療和社會護理專業人員及前線員工更有效地執行日常職務，吸引更多新血長期投身這個行列。

成立常設諮詢委員會

20. 為確保香港的精神健康服務能持續發展，以應付愈來愈多人對提升服務質素的需求，檢討委員會建議成立一個常設的諮詢委員會作為協作平台，讓持份者、病人組織、專業人員、學術界、相關機構和決策局／部門的代表等，監察落實精神健康檢討的建議，以及就進一步加強服務提出意見，以滿足社會不斷轉變的需求（例如探討為進入老年階段的精神病患者提供的服務、在有需要時重新檢視社區治療令在香港的適用性等）。

第一章 – 心理健康推廣

1.1 引言

1.1.1 《世界衛生組織組織法》（《世衛組織法》）訂明，享有能達到的最高健康標準，是每個人的基本權利¹²。根據世界衛生組織（世衛）的定義，健康「不僅為疾病或羸弱之消除，而是體格、精神與社會之完全健康狀態」¹³。世衛指出，「沒有精神健康就沒有健康」¹⁴，而「精神健康是指一種健康狀態，在這種狀態中，每個人能夠認識自己的潛力，應付正常的生活壓力，有成效地工作，並對社區作貢獻」¹⁵。

1.1.2 心理健康與精神病患這兩種狀態息息相關，可在一個人身上並存¹⁶。普羅大眾的精神健康，取決於心理健康狀況與精神病症狀兩者的相互影響，而四象限法（圖 1.1）是解釋心理健康狀況的最佳模型。這個模型清楚顯示，即使沒有精神病患，也不代表心理健康。無論是對於一般市民還是有精神健康問題的人，推廣心理健康都有助改善他們的精神狀況。良好的精神健康不但有助促進市民的健康，更可維持長遠的社會和經濟繁榮，是公認的重要資產和資源^{17、18、19}。此外，愈來

¹² 世衛在二零一三年發表有關「健康權」的實況報道第 323 號，日內瓦：世衛。

¹³ 《世衛組織法》序言。《世衛組織法》在一九四六年六月十九日至七月二十二日於紐約召開的國際衛生大會上獲得通過，並在七月二十二日由 61 個國家的代表簽署（世衛正式記錄，第 2 號，第 100 頁），在一九四八年四月七日生效。

¹⁴ 世衛發表的《精神衛生：加強我們的應對活動》實況報道第 220 號。

¹⁵ 世衛在二零零四年發表的《促進精神衛生：概念·新證據·實踐》報告概要。這份報告由世衛精神衛生與物質濫用部聯同維多利亞健康促進基金會和墨爾本大學聯合編撰。日內瓦：世衛。

¹⁶ Keyes, CLM. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In Keyes CLM, Haidt, J. Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived. Washington, DC: American Psychological Association Press.

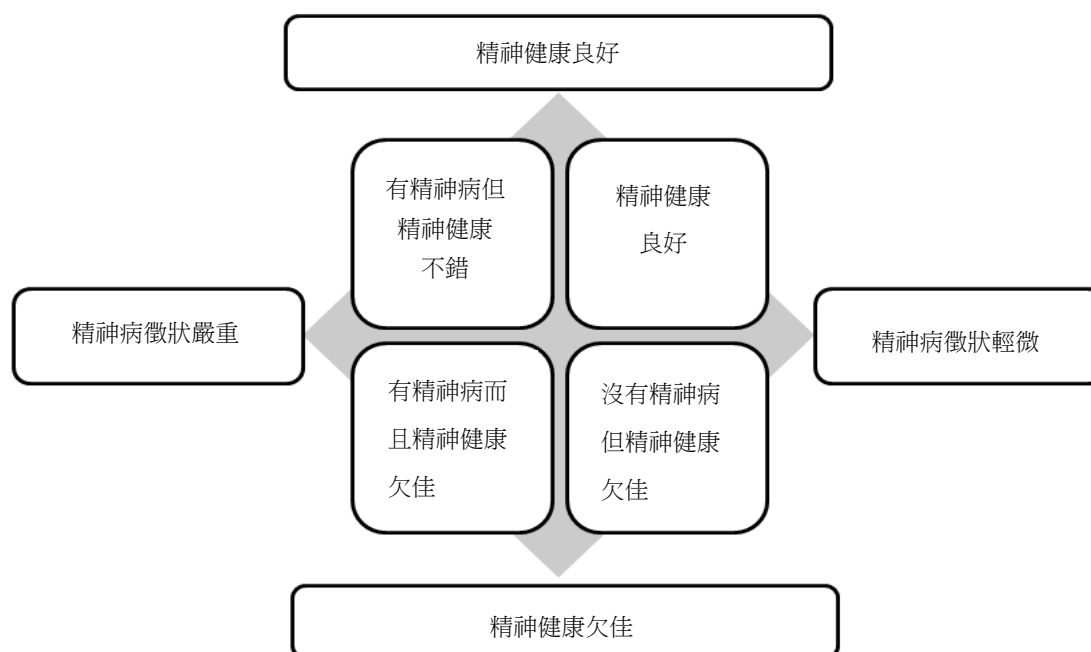
¹⁷ 世衛在二零零二年發表的《預防和推廣精神衛生》。日內瓦：世衛。

¹⁸ 世衛在二零零五年發表的《精神健康行動計劃：歐洲面對的挑戰和制訂解決方案》。世衛。

¹⁹ 英國衛生署在二零一零年發表的《自信的社會，光輝的未來：建立精神健康框架》諮詢文件。

愈多證據^{20、21、22、23}顯示，推廣心理健康的介入措施具有成效²⁴。因此，推廣精神健康是改善市民整體健康的重要一環。

圖 1.1 持續相互影響的精神健康模型(根據 Keyes 的模型制訂)



1.2 推廣心理健康的框架

1.2.1 世衛發表了一些重要文獻，在國際上更清晰地確立推廣心理健康的理據，以及其在改善精神健康方面所採用的概念模式。

²⁰ 世衛在二零零四年發表的《推廣精神衛生：概念·新證據·實踐》報告概要。這份報告由世衛精神衛生與物質濫用部聯同維多利亞健康促進基金會和墨爾本大學聯合編撰。日內瓦：世衛。

²¹ 世衛在二零零四年發表有關「預防精神病：有效介入和政策方案」的報告概要。這份報告由世衛精神衛生與物質濫用部聯同奈梅亨大學和馬斯垂克大學疾病預防研究中心聯合編撰。日內瓦：世衛。

²² Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., and Patel, V. 2005. Mental health promotion works: a review. In E. Jané-Llopis, M.M. Barry, C. Hosman and V. Patel (Eds). The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action. Promotion and Education, suppl2:9-25.

²³ Keleher, H. and Armstrong, R. 2005. Evidence-based Mental Health Promotion Resource. Melbourne: Department of Human Services.

²⁴ Barry, M.M. & Friedli, L. (2008). The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. State-of-Science Review: SR-B3. Government Office of Science and Innovation, London, UK.

推廣心理健康的原則

1.2.2 世衛所採用的健康推廣框架，把精神健康納入健康一詞的全面定義內。這套框架建基於《渥太華健康促進憲章》（《渥太華憲章》）（一九八六年）²⁵和《曼谷健康促進憲章》（《曼谷憲章》）（二零零五年）²⁶所述的基本原則。《渥太華憲章》所闡明的健康推廣原則在於透過提升能力、推動參與和協作過程來改善健康。健康推廣是指推動人們加強控制及促進身體健康的過程。《渥太華憲章》正面載述了健康一詞的定義，並把焦點由個人和預防疾病層面，轉移至促進健康的行動和更廣泛的社會決定因素²⁷。

世衛的精神健康行動計劃

1.2.3 二零一二年的第六十五屆世界衛生大會通過了第65.4號決議²⁸，內容是有關精神病的全球負擔，以及在國家層面由衛生和社會部門採取綜合和協調的應對策略的需求。有關決議敦促會員國制定並加強全面政策和策略，以便促進精神健康、預防精神病、及早識別精神病患者、提供護理、支援和治療，並幫助他們康復。在二零一三年，第六十六屆世界衛生大會通過了《二零一三至二零二零年精神健康行動計劃》，並敦促會員國在實施行動計劃時，因應國家處理事項的緩急次序及特定情況作出調整。行動計劃確認了精神健康是達到全民健康這目標的必要條件。行動計劃採用貫穿人生歷程的方式，透過涵蓋全民健康的措施達至平等，並強調預防精神病的重要。行動計劃的整體目標是促進心理健康、預防精神病、提供照顧、促進康復、推動人權及降低精神病患者引致的死亡、患病和殘疾比率。行動計劃的四大目標如下：

²⁵ 《渥太華憲章》是世衛在一九八六年舉辦第一屆全球健康促進會議後發布的。憲章提倡透過加強健康推廣，在二零零零年或之前實現“全民健康”的目標，並在預防疾病和健康推廣方面訂定五個工作範疇，即制定健康的公共政策、營造熱愛健康的環境、大力開展社區服務、培養個人技能，以及重新確立健康服務的導向。

²⁶ 《曼谷憲章》是二零零五年泰國曼谷舉行的第六屆全球健康促進會議所取得的成果。《曼谷憲章》建基於《渥太華憲章》就健康推廣所訂立的信念、原則和行動策略。憲章呼籲會員國採取行動，透過健康推廣來處理全球的健康決定因素。憲章作出了四項主要承諾，旨在使健康推廣成為 1)全球發展議程的中心；2)所有政府的一項核心責任；3)社區及民間社會的一個主要重點；以及 4)公司規範的一項要求。

²⁷ Barry, Margaret M. “Promoting Positive Mental Health and Well-Being : Practice and Policy.” Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health (2012) : 355

²⁸ 有關資料載於 http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf

- (i) 加強精神健康工作的有效領導和管理；
- (ii) 在以社區為基礎的環境中，提供全面、綜合和符合需求的精神健康和社會照顧服務；
- (iii) 實施促進精神健康和預防精神健康問題的策略；以及
- (iv) 加強精神健康的訊息系統、證據和研究。

西太平洋實施二零一三至二零二零年精神健康行動計劃的區域議程

1.2.4 二零一四年十月，西太平洋區域辦事處通過《西太平洋區域實施二零一三至二零二零年精神健康行動計劃的區域議程》。區域議程提出分階段實施行動計劃，設基本、擴展和全面三個實施方案。區域議程為會員國提供框架，以便各國為實施精神健康政策和行動訂定緩急次序，並加快實施進程。在實施精神健康推廣和預防策略的目標下，基本的實施方案如下：

- (i) 集合來自不同界別的持份者，包括教育工作者、社工、藝術團體、運動員、傳媒和文化藝術界領袖，共同制訂一套全國精神健康推廣行動計劃。
- (ii) 在公眾教育、學校和職場為本計劃、體育、文化和藝術等範疇採用國際上的良好做法，以適應／融入社會文化環境的方式，培養抗逆能力和推廣精神健康。
- (iii) 令公眾、政界和傳媒更關注精神健康問題的影響，以及有效的預防策略。
- (iv) 加強醫療專業人員對精神健康的認識，減少標籤和歧視。
- (v) 確定可初步融合倡導防止自殺訊息的制度、項目、計劃或活動。

1.3 其他國家採取的策略和方法

1.3.1 精神健康是全球公共健康議程上的重要議題。為配合國際趨勢，多個國家都訂立和加強推廣心理健康的政策及措施。海外的精神健康策略和方針，已由集中提供服務轉變為推廣全民心理健康。多個國家和地區，例如歐洲²⁹、美國³⁰、英國³¹、澳洲³²和新加坡³³，除了加強現時為精神病人提供的精神健康服務外，都已同時採用促進全民健康的方式推廣精神健康。

1.3.2 我們檢視了海外的精神健康推廣計劃。這些計劃都是長期或持續在全國推行的，對象為普羅大眾或特定羣組。我們共審視了一共 25 項計劃（三項來自澳洲、兩項來自新西蘭、四項來自英國、八項來自加拿大、一項來自美國及七項來自新加坡），以了解這些計劃所採用的最佳作業模式，其中經深入評估並顯示可帶來健康、社會和經濟效益的計劃包括澳洲的 Act-Belong-Commit Campaign、英國的 Time to Change 和 Five Ways to Wellbeing，以及新西蘭的 Like Minds, Like Mine。這些計劃的摘要載於 附件 B。

1.3.3 總結所得證據，這些計劃如得到傳媒和社會推廣措施的配合，特別是獲社區服務支援。這不僅對公眾的認知、態度和行為意圖有重大影響，還合乎成本效益。然而，儘管傳媒在提高意識和改變輿論氣氛上能夠發揮最大效用，但要公眾改變行為，就必須在社區層面採取更直接的行動。

²⁹ 世衛歐洲區域辦事處二零零五年在世衛歐洲精神衛生部長級會議通過的《歐洲精神健康行動方案：面對挑戰，制定對策》。網址為：
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf。

³⁰ 美國疾病控制及預防中心在二零一零年發表的《二零一一至二零一五年結合促進精神健康和預防精神病與預防慢性病的公共健康行動計劃》。網址為：
http://www.cdc.gov/mentalhealth/docs/11_220990_Sturgis_MHMIActionPlan_FINAL-Web_tag508.pdf。

³¹ 英國衛生署二零一一年發表的《沒有精神健康就沒有健康：致力提高各年齡層精神健康治療效益的跨部門策略》。網址為：
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf。

³² 澳洲聯邦政府委員會二零一二年發表的《二零一二至二零二二年國家精神健康改革路線圖》。網址為：
<http://www.coag.gov.au/sites/default/files/The%20Roadmap%20for%20National%20Mental%20Health%20Reform%202012-2022.pdf>。

³³ Chong SA, Vaingankar JA, Subramaniam Ml (2012) Policy Implications of The Singapore Mental Health Study. *Ann Acad Med Singapore* 2012;41:258-63。

1.4 香港的現況

1.4.1 精神健康在香港是極受關注的公眾健康議題。根據香港精神健康調查小組進行的《香港精神健康調查 2010-2013》³⁴，在年齡介乎 16 至 75 歲的華裔成人中，患有精神病的比率為 13.3%。最常見的精神病是混合焦慮抑鬱症(6.9%)，其次是廣泛性焦慮症(4.2%)、抑鬱症(2.9%)及其他類型的焦慮症，包括驚恐症、各類恐懼症和強迫症(1.5%)。根據衛生署在二零一四年進行的《行為風險因素調查》，在年齡介乎 18 至 64 歲的市民中，有 4.8%的受訪者可歸類為患有嚴重的非特定精神困擾³⁵。市民對醫院管理局(醫管局)服務的需求日增，部分原因是大眾對精神健康問題認識更多，並更善於察覺這類問題。接受醫管局治療的精神病患者人數，由二零一一至一二年度約 187 000 人增至二零一五至一六年度逾 226 000 人。

1.4.2 此外，本港兒童和青少年的精神健康問題也日益令人關注。人生的早期階段是促進精神健康和預防精神病的重要時機，因為高達 50%成人所患的精神病，都是在患者 14 歲之前開始出現的³⁶。本地一項研究估計就讀高中的青少年以下症狀的患病率：焦慮症(6.9%)、對抗性行為障礙(6.8%)、注意力不足／過度活躍症(3.9%)、行為失常(1.7%)、嚴重抑鬱症(1.3%)及濫用藥物(1.1%)³⁷。家長的管教過於專制、缺乏父母關愛和母親過度操控，都與本港青少年的精神健康問題(包括自殺傾向)有關。

衛生署在精神健康推廣方面擔當的角色

1.4.3 衛生署一直採取以人生歷程和環境為本的方式，透過教育和宣傳工作來提高公眾意識，從而促進心理健康。

³⁴ Lam LC, Wong CS, Wang MJ, et al. (2015). Prevalence, psychosocial correlates and service utilisation of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (網上版) 首次發表日期：二零一五年二月八日。DOI: 10.1007/s00127-015-1014-5。

³⁵ 衛生署在二零一五年發表的《二零一四年四月行為風險因素調查報告》。香港：衛生署。

³⁶ Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun; 62(6):593-602.

³⁷ Leung PWL, Hung SF, Ho TP, et al. (2008). Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion: a pilot community study in Hong Kong. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Oct;17(7):452-461.

1.4.4 對於幼兒及其父母，衛生署為使用母嬰健康院服務的家長舉辦親職教育研習班，以期增強他們的教導能力，培育出健康、快樂和有良好適應能力的孩子。衛生署又透過兒童發展監察計劃，與家長和學前教師共同監察兒童的成長。懷疑有成長或行為問題的幼兒，會獲轉介到兒童體能智力測驗中心作進一步評估。

1.4.5 中、小學生方面，衛生署的學生健康服務中心為他們提供周年身體和心理社會健康評估。透過學生及／或家長填寫評估心理社會健康的問卷，專業人員會根據他們提供的資料，提供個別的輔導。中心也會提供心理健康教育，包括壓力處理及提升自尊的方法。經識別為有心理社會健康問題的學生會獲轉介，由臨床心理學家、學校社工、社會福利署、非政府機構或專科診所作進一步評估及跟進。

1.4.6 至於中學生，衛生署推出了青少年健康服務計劃，由醫生、護士、社工、臨床心理學家和營養師組成的跨專業團隊負責，透過為學生、家長和教師舉辦外展校本活動，促進青少年身體和心理社會健康。屬青少年健康服務計劃項下的基本生活技巧訓練專為初中學生而設，涵蓋課題包括情緒和壓力管理、良好人際關係的建立、溝通技巧、自我認知等。這些訓練有助青少年建立積極的態度，和增強他們的抗逆能力，從而賦予他們能力面對和處理在成長過程中遇到的轉變和挑戰。

1.4.7 成人方面，衛生署男士健康計劃設有專門網站，幫助男士改善身體、精神和社交健康。該網站更提供電郵查詢服務，就男士關注的健康問題，解答公眾查詢。至於孕婦和產婦，兒童身心全面發展服務以母嬰健康院為服務平台，協助及早識別有情緒或精神健康問題的孕婦和產婦，以及有心理社會壓力的家庭，並把有需要的家庭轉介至適當的健康及社會服務單位作進一步跟進。

1.4.8 長者方面，衛生署長者健康服務採用跨專業模式，透過轄下長者健康中心和長者健康外展隊伍，促進長者及護老者的精神健康。長者健康服務旨在透過不同渠道，例如健康講座、研討會、書籍、視聽資料、網頁及傳媒，讓長者和護

老者以至普羅大眾更加注重精神健康，以及認識長者常見的精神健康問題和預防方法。長者健康外展隊伍深入社區和安老院舍，提供實地指導和訓練。訓練內容涵蓋的範疇廣泛，包括常見情緒問題、壓力處理、預防社會孤立和虐老情況、建立認知儲備，以及照顧認知障礙症長者所需的技巧。長者健康中心參考《香港長者護理參考概覽—長者在基層醫療的預防護理》，提供綜合基層健康護理服務，在為會員作健康評估時，評估他們的情緒和認知能力並因應情況作跟進處理。

1.4.9 衛生署基層醫療統籌處就不同人口組別（兒童和長者）制訂護理參考概覽。這些參考概覽為醫療專業人員提供通用的參考資料，從而在社區內提供持續、全面和以實證為本的護理，以期增強病人及照顧者的能力、令市民更認識預防和妥善控制慢性疾病的重要，以及為不同人口組別進行健康推廣和疾病預防工作。促進心理健康正是這些參考概覽討論的健康議題之一。

1.4.10 除了上述措施外，衛生署也製作了一系列有關的健康教育資源，包括刊物、印刷品、多媒體資源、電話錄音資訊熱線和專題網頁。

1.5 心理健康推廣計劃

1.5.1 檢討委員會了解衛生署在促進心理和精神健康方面的工作後，認為政府有需要檢討現行的心理健康推廣策略，以應付本港社會不斷轉變的需要和情況。

1.5.2 行政長官根據檢討委員會的建議，在《二零一五年施政報告》中宣布展開全港性的公眾教育和宣傳運動，推廣心理和精神健康的重要性。二零一五年六月，檢討委員會成立了心理健康推廣諮詢委員會，負責監督該項運動的策劃、推行和評估工作。諮詢委員會主席及副主席之職分別由食物及衛生局副局長和衛生署署長擔任，委員則包括政府部門、非政府機構、專業團體、學術界、病人組織、學校、工商界、公共關係和體育界的代表。諮詢委員會的成員名單載於附件C。

1.5.3 參考了世衛發表的《二零一三至二零二零年精神健康

行動計劃》和《西太平洋實施二零一三至二零二零年精神健康行動計劃的區域議程》，以及海外以人口為本及具成效的精神健康推廣計劃，當局在二零一六年一月正式推出「好心情@HK」計劃，為期三年，在全港推廣精神健康。

1.5.4 「好心情@HK」計劃旨在分享「透過好心情提升心理健康」的訊息。計劃的標語是「全城 FUN 享正能量」，「全城」即全香港、「FUN」代表享受樂趣、「FUN 享」即分享、「正能量」是指正面的思想和良好的心理健康情況，全句的意思是「讓全港市民一起分享正面的思想和良好的心理健康情況，並享受箇中樂趣」。計劃的標誌採用了笑臉(圖 1.2)來表達出好心情的感覺，並以不同顏色的筆跡勾畫出來，帶出「良好的心理健康情況」或「好心情」需要不同方面的配合，包括實踐「與人分享」、「正面思維」和「享受生活」。笑臉的鼻也代表計劃的英文名稱「Joyful@HK」的首個字母「J」。

圖 1.2 「好心情@HK」計劃的標誌



1.5.5 「好心情@HK」計劃的目標是(i)提高公眾對心理健康推廣的參與；以及(ii)提高公眾對精神健康的知識和了解。計劃以不同年齡組別的人士為對象，並促進舉辦或推動精神健康推廣活動的持份者和機構的參與。計劃採用的原則，是參照世衛發表的《二零一三至二零二零年精神健康行動計劃》³⁸和衛生署公布的《促進健康：香港非傳染病防控策略框架》³⁹所載的原則制訂的，按照覆蓋全民、以人口和生活環境為本，以及貫穿人生歷程的原則，透過社會推廣、提升市民能力、促進持份者的參與、建立社區伙伴關係和提供支援環境等實證為本的方式，推廣心理健康。

³⁸ 世衛在二零一三年發表的《二零一三至二零二零年精神健康行動計劃》。日內瓦：世衛。

³⁹ 衛生署在二零零八年發表的《促進健康：香港非傳染病防控策略框架》。香港：衛生署。

1.5.6 我們參考海外經驗和本地焦點小組的研究結果後，把達至或促進心理健康的方法按照三大主題分類，即「與人分享」、「正面思維」和「享受生活」(圖 1.3)。

圖 1.3 「與人分享」、「正面思維」和「享受生活」的定義



- 「與人分享」：與家人及朋友分享，和幫助有需要的人。



- 「正面思維」：保持開放思想，以積極態度和樂觀想法去理解事情。



- 「享受生活」：參與令自己享受的活動，以發揮潛能和獲得滿足感。

1.5.7 此外，我們研究精神病在本地的患病率和計劃獲分配的資源後，就每個年齡組別選出一種常見的精神健康問題。青少年的常見精神健康問題是焦慮症，成年人是混合焦慮抑鬱症，長者則是認知障礙症。透過加深公眾對不同年齡組別常見精神病的認識和了解，希望可以及早察覺徵狀、接受治療，並減低歧視。我們為計劃設計了第二句標語「精神健康齊面對 同心同行衝過去」，以帶出以下重要訊息：

- 精神健康人人有份。你我他都應實行「與人分享」、「正面思維」及「享受生活」。
- 精神健康問題很普遍，因此明白精神健康問題的風險因素和症狀，以及何時尋求幫助和治療非常重要。

1.5.8 有證據顯示，社會推廣和媒體宣傳工作如能配合其他介入措施(特別是社區行動)，成效會更加大。因此，計劃採取

結合傳媒與社區行動的方式，分為下列四個主要部分：

- 大眾媒體廣告及宣傳活動
- 促進持份者的參與
- 社區合作伙伴計劃
- 研究及評估

「好心情@HK」計劃的進展

1.5.9 計劃各部分工作的進展撮述如下：

大眾媒體廣告及宣傳活動

1.5.10 由政務司司長主禮的「好心情@HK」計劃開幕禮在二零一六年一月二十九日舉行。在典禮上，鄭秀文女士獲委任為計劃大使，協助推廣工作，讓更多市民認識這項計劃。鄭女士曾受抑鬱症困擾，她樂意分享自己的經歷，以協助有需要的人士和推廣心理健康。鄭女士更聯同盧凱彤女士和林夕先生，為計劃創作名為《衝過去》的主題曲，並製作音樂錄像，以供播放。

1.5.11 「好心情@HK」計劃的專題網站(www.joyfulathk.hk)設立了「我的承諾」版面，市民可揀選「與人分享」、「正面思維」或「享受生活」的圖像和訊息，許下的承諾。不少名人和嘉賓已作出承諾。此外，計劃也設立了 Facebook 專頁(fb.com/joyfulathk)。

1.5.12 開幕禮結束後，針對特定對象(即青少年、成年人及長者)的一連串大眾媒體廣告及宣傳活動隨即展開，透過不同渠道(包括傳媒、電子媒體、印刷媒體及社交媒體)發放訊息。

1.5.13 在二零一六年，食物及衛生局局長在全新製作的電視宣傳短片及電台宣傳聲帶中，推廣「與人分享」、「正面思維」和「享受生活」的訊息，電視宣傳短片及電台宣傳聲帶透過多個渠道廣泛播放。此外，計劃亦透過「活出好心情小貼士」的宣傳單張和海報，以及健康教育工具、並在公共交通工具、報章、互聯網及社交媒體平台播放廣告推廣心理健康。一個以普羅大眾及長者為對象的電台節目在二零一六年一月底

至四月間播放。為了讓宣傳訊息能達到社區層面，「即笑即影・好心情」宣傳車在二零一六年二月二十二日至三月二十二日穿梭香港不同地區，向市民傳遞「好心情@HK」計劃的主要訊息。在二零一六年六月至九月期間，「好心情@HK」計劃以青少年和年輕人為對象，在 Facebook 專頁上發佈了有關活出好心情小貼士和處理挑戰的四格漫畫。「好心情喜動跑」亦在二零一六年十二月十一日舉行，鼓勵市民大眾享受生活和與家人和朋友多些參與體能活動。

1.5.14 「記錄好光影，滿載好心情」短片創作比賽由二零一七年一月開始接受報名。另一個由計劃大使推廣常見精神健康問題的新製作電視宣傳短片及電台宣傳聲帶，已由二零一七年三月起透過不同渠道播放。另一系列有關「認識常見精神健康問題」的海報和宣傳單張也同時張貼和派發以配合宣傳。此外，另一輪在公共交通工具、報章、互聯網及社交媒體平台宣傳心理健康的廣告亦已推出。《大腦不老》和《心情約會》兩套分別為增加公眾關注和了解認知障礙症和一般精神健康問題的電視節目在二零一七年三月和四月期間播出。「好心情@HK」計劃亦正籌備透過製作電視節目、Facebook專頁遊戲短片和進一步推廣心理健康。

1.5.15 諮詢委員會將再舉行會議，以督導和落實二零一七至一八年度的大眾媒體廣告及宣傳活動，包括二零一八年初舉行的閉幕典禮。

促進持份者的參與

1.5.16 在社區推廣精神健康，首要策略是促進持份者的參與，以便充分利用現有的優勢和資源⁴⁰。此外，得到地區人士的協助，除了可加強地區參與外，還可確保計劃切合當區的需要，此乃計劃成功的關鍵⁴¹。除醫療界別外，還需要其他界別的參與，以更有效處理影響精神健康的社會因素⁴²。為此，衛生署正促進與各持份者（包括相關的政府決策局／部門、區議會、

⁴⁰ Jané-Llopis, E, & Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective? Promotion and Education, 12(Supplement 2), 47-55.

⁴¹ Annor, S, & Allen, P. (2008). Why is it difficult to promote public mental health? A study of policy implementation at local level. Journal of Public Mental Health, 7(4), 17-29.

⁴² Quinn, N, & Biggs, H. (2010). Creating partnerships to improve community mental health and wellbeing in an area of high deprivation: lessons from a study with high-rise flat residents in east Glasgow. Journal of Public Mental Health, 9(4), 16-21.

精神健康服務提供者、非政府機構、病人組織、醫療服務提供者及學術機構)的參與和探討合作方案，以期善用各界的專才、經驗及網絡，發揮協同效應。

1.5.17 為提高學生對促進心理健康推廣的參與，衛生署聯同教育局在二零一六年八月推出「好心情@學校」計劃，旨在加強教師、學生和家長對心理健康的認識，並鼓勵學生從不同角度思考如何面對挑戰，了解和接受精神健康服務，並在有需要時尋求其他人的協助。

1.5.18 此外，衛生署與職業安全局在二零一六年八月開展了「好心情@健康工作間」計劃，為在職人士進一步加強心理健康的推廣，讓僱主及僱員一同攜手創造健康及愉快的工作環境，並以三大行動領域，提倡健康飲食，體能活動及心理健康。計劃包括鼓勵機構簽署「好心情@健康工作間」約章和參與「好心情@健康工作間」大獎。

社區合作伙伴計劃

1.5.19 為了締造有利環境，以促進市民參與推廣心理健康的活動，並增進他們對常見精神健康問題的認識和了解，衛生署擬訂了社區合作伙伴計劃，包括學術界和非政府機構的參與和健康城市計劃。社區合作伙伴計劃旨在(a)為青少年、成人和長者設計、推行和評估社區介入措施，以達致「好心情@HK」計劃的目標；以及(b)制訂以實證為本的介入措施，製作訓練教材，讓各社區伙伴在計劃完結時把教材再廣為傳布。社區合作伙伴計劃由食衛局透過健康護理及促進基金委託香港大學和香港中文大學進行。相關計劃已在二零一七年初開展。

研究及評估

1.5.20 衛生署委託了香港中文大學精神科學院在「好心情@HK」計劃前後進行調查，以監察市民對心理健康及常見的精神健康問題在認知、態度及行為上的轉變，以及評估計劃的成效。香港中文大學精神科學院在二零一五年十一月至十二月進行計劃前的調查，並在二零一六年九月在新聞發報會公布調查結果。學院會在計劃接近完結時進行計劃後的調查。

1.5.21 至於社區合作伙伴計劃，我們會制訂完善的社區介入評估架構。我們會在「好心情@HK」計劃結束後撰寫評估報告，綜述計劃前後的調查結果及社區合作伙伴計劃的成果，並擬定「好心情@HK」計劃的未來路向。

1.6 建議和未來路向

1.6.1 雖然心理健康推廣計劃是為期三年的有時限項目，但其終結僅為香港長遠心理健康推廣計劃的起步點。心理健康推廣計劃會提供更清晰的方向，讓政府根據活動所得的經驗和成效評估，為香港精神健康推廣工作的長遠策略和計劃訂定未來路向。

1.6.2 政府會繼續加強公眾教育和推廣工作，讓市民進一步認識和了解精神健康，為在精神健康方面有需要的人士締造一個給予更大支持和關懷，以及減少偏見的環境。要減少市民對精神健康問題或精神病的歧視或會需時，但我們相信，市民會逐漸更加關注自己和他人的心理健康。

第二章 – 兒童及青少年精神健康服務

2.1 引言

兒童及青少年精神健康的重要性

2.1.1 兒童和青少年精神健康⁴³是社會整體健康的重要元素。兒童和青少年擁有良好的精神狀況，有助他們發揮所長，建立終身的抗逆能力，在未來人生有更好的發展。相反，精神健康欠佳的兒童和青少年往往學業成績稍遜，結果長大後難以就業，出現社交困難，甚或需要依賴醫療和社會保障系統。因此，促進兒童和青少年的精神健康，對兒童和青少年及其家人，甚至整個社會都有裨益。圖 2.1 顯示有關兒童和青少年精神障礙的背景資料。

兒童及青少年精神健康服務專家小組

2.1.2 政府致力促進兒童和青少年精神健康，並認為有需要配合目前情況，加強為有精神健康需要的兒童和青少年所提供的服務。因此，由食物及衛生局局長擔任主席的精神健康檢討委員會轄下的兒童及青少年精神健康服務專家小組在二零一三年十二月成立，肩負這個重任。專家小組的成員包括不同持份者的代表(成員名單載於附件 D)，負責訂定為有精神健康需要的兒童和青少年所提供的服務模式，並策劃兒童和青少年精神健康服務的未來發展路向。

2.1.3 專家小組成立後，研究了兒童和青少年精神健康問題的現況(章節 2.2)，並檢討了現時為有精神健康需要的兒童和青少年所提供的服務，找出須予改善的不足之處(章節 2.3)。專家小組更提出建議改善現行的服務模式和加強服務，以應付因兒童和青少年精神病患率上升所帶來的挑戰(章節 2.4 和 2.5)。

2.1.4 兒童是我們的未來。本報告書所提出的建議，鞏固了專家小組的信念，就是支援有精神健康問題的兒童和青少年，是家長、教師、醫療及社會服務的專業人員，以及社區

⁴³ 指 0 至 17 歲兒童和青少年的精神健康。

內其他照顧者的共同責任。透過家庭、學校及其他社會機構的合作，能有效提高患者的抗逆能力，並能移除導致精神病的因素，從而預防精神病的出現，也能向患者提供所需的支援，避免他們的病情惡化。為此，專家小組呼籲社會各界攜手合作，致力支援有精神健康問題的兒童和青少年。

圖 2.1 認識兒童和青少年的精神障礙

兒童和青少年的精神障礙包括多種認知、情緒和行為障礙，例如幼兒期的依附障礙、自閉症、專注力不足／過度活躍症和其他學習障礙，以及青少年的情緒病／焦慮症、思覺失調、進食失調症和因濫藥而導致的精神障礙，都需要我們盡早介入及／或提供終身支援。兒童和青少年在不同發展階段有機會出現不同類型的精神障礙，詳情如下。

部分精神障礙的一般患病年齡*

精神障礙	年齡(歲)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
依附障礙	■	■	■															
廣泛性發展障礙症	■	■	■	■	■	■												
破壞性行為障礙			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
情緒病／焦慮症						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
因濫藥而導致的精神病												■	■	■	■	■	■	■
成年型思覺失調															■	■	■	■

*註：上述精神障礙病發和病癒年齡差別很大，特別容易受風險因素和困境影響。

圖 2.1 (續) 認識兒童和青少年的精神障礙

在出生後的幾年內，嬰幼兒可能會出現依附障礙。這類障礙的特點是難以與父母建立親密關係、情緒失控，甚至社交發展失調，對他人沒有反應。其中一種較難診斷和治療的精神障礙是童年自閉症。童年自閉症是廣泛性發展障礙的一種，曾經受訓的人員可以在兒童 3 歲前作出適當的診斷。及早作出準確的診斷，可讓家長和教育專業人員尋求最適當的介入治療。

在 4 至 6 歲，最常見的精神障礙包括過動症和行為障礙。行為障礙對兒童的社交發展有深遠的影響，某些特殊發展障礙和過動症都是行為障礙的主要高危因素。如置之不理，這些障礙會持續到青春期和成年期，繼而衍生輟學、反社會行為、就業情況欠佳、貧窮等問題，影響親子關係，最終形成跨代的惡性循環。

情緒障礙和神經官能病(如抑鬱症和強迫症)是情緒病的兩個常見例子，通常都是在求學期間發病，曾接受治療兒童精神障礙訓練的人員很容易察覺有關徵狀。兒童和青少年本身較他們的照顧者更能表達內心和主觀的狀態(如焦慮和抑鬱)。但如果沒有人問及他們的感覺，這些徵狀可能不會被發現。

童年後期，即 12 至 18 歲時，可能會出現精神科藥物引致的精神和行為障礙。兒童的想法和觀點特別容易受到別人影響，他們極希望符合同輩所認同的社會標準。因此，他們很容易受到引誘而去嘗試新事物，例如吸毒，結果更可能會染上毒癮。青少年可能在年紀很小的時候就染上毒癮，如果得不到治療，便會一生活在掙扎與絕望之中。

精神病性的障礙，如精神分裂症(常見於成人)，通常在青春期後期變得明顯。精神病的患病率雖然較上述精神障礙的患病率為低，但如得不到治療，病情會更加嚴重，而且難以紓緩；相反，如能及早發現和提供有效的治療，則可明顯改善病情。

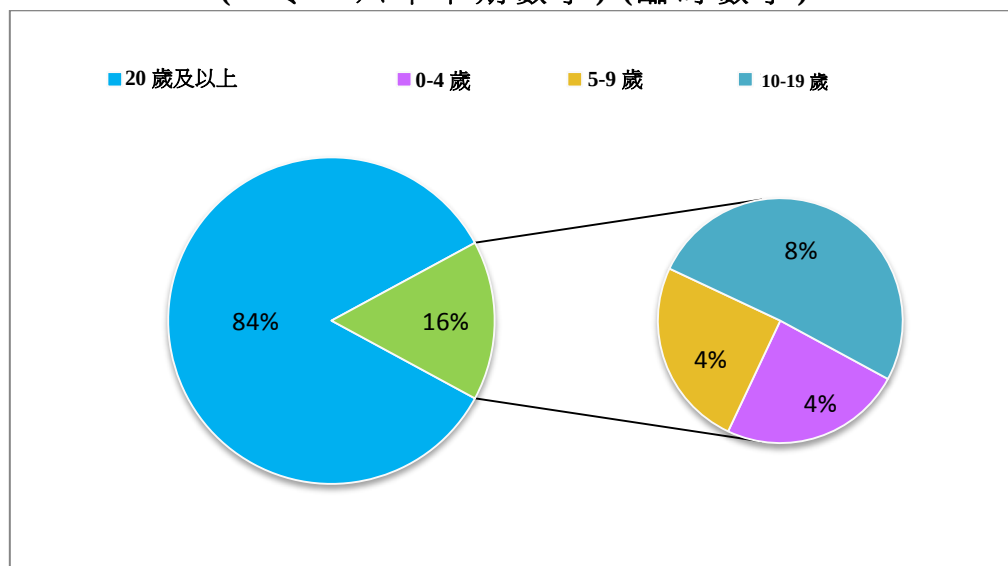
資料來源：世界衛生組織二零零五年發表的《精神衛生政策與服務指南：兒童青少年精神衛生政策和計劃》

2.2 兒童及青少年的精神病

兒童和青少年精神病的患病率

2.2.1 根據世界衛生組織(世衛)的資料，全球的兒童和青少年當中，有 20%患有精神病⁴⁴。其他海外司法管轄區進行的調查及研究顯示，兒童和青少年精神病的患病率為 10%至 20%。世衛估計，受精神問題困擾的兒童中，約有 4%至 6%證實患有精神病並需要接受臨床介入治療⁴⁵。圖 2.2 列出香港不同年齡組別的人口。

圖 2.2 香港的兒童和青少年人口
(二零一六年中期數字) (臨時數字)



資料來源：政府統計處

現時的狀況

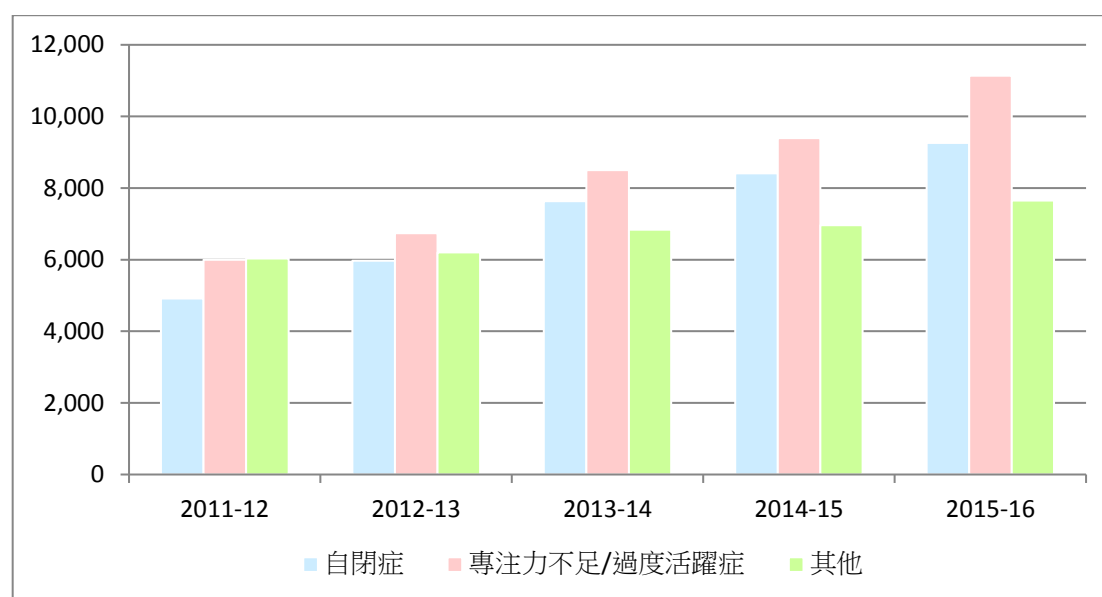
2.2.2 雖然一些較輕微的精神病或會隨時間及施加適當的介入治療而康復，但世界各地的政府及服務提供者錄得的兒童和青少年精神問題個案卻日漸增多，原因包括公眾對有關問題更為關注、有更好的診斷工具、診斷類別劃分得更精細，以及社會／環境壓力來源的轉變。在香港，也有愈來愈多兒童和青少年經公營系統診斷出有精神健康問題。

⁴⁴ 世衛二零零三年發表的《如何照顧患有精神病的兒童及青少年》

⁴⁵ 世衛二零零五年發表的《兒童及青少年精神健康地圖集》

2.2.3 上述情況可從醫管局兒童和青少年精神科服務的個案數目反映出來。這類個案的數目由二零一一至一二年度的 18 900 宗增至二零一五至一六年度的 28 800 宗，增幅超過五成。這些兒童主要患有自閉症和專注力不足／過度活躍症，佔個案數目一半以上(圖 2.3)。

圖 2.3 醫管局兒童和青少年精神科服務的個案數目



有些患者在同一年度被分類在多於一組的病症內。

資料來源：醫管局

2.2.4 某些病症在特定年齡的發病率較高，舉例來說，在醫管局兒童和青少年精神科的跟進個案中，自閉症和專注力不足／過度活躍症在童年早期及中期的發病率及患病率較高，而思覺失調則於青少年後期及成年早期較為明顯。圖 2.4a 至 2.4c 顯示按年齡分析兒童和青少年有的主要精神障礙。

圖 2.4a 0 至 5 歲兒童的精神障礙種類
(二零一五至一六年度)(N = 2 900)

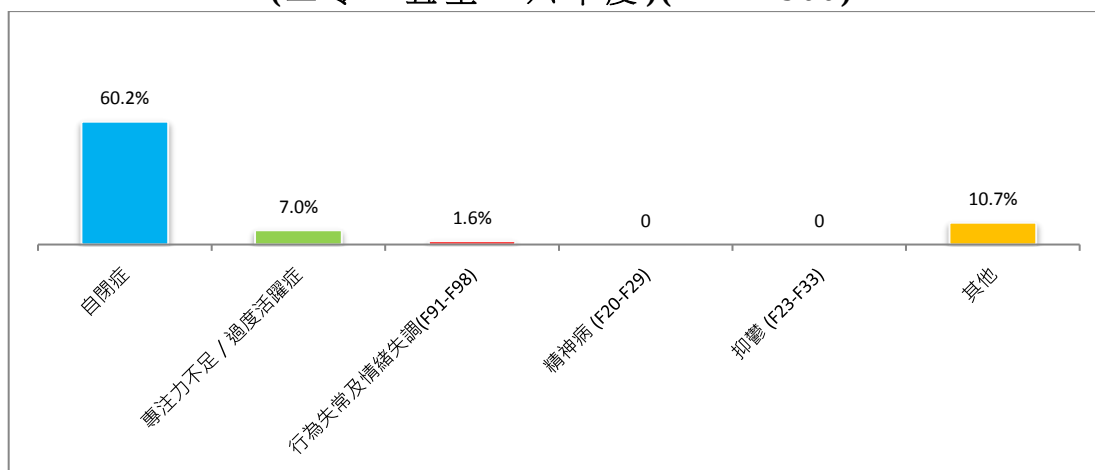


圖 2.4b 6 至 11 歲兒童／青少年的精神障礙種類
(二零一五至一六年度) (N = 15 200)

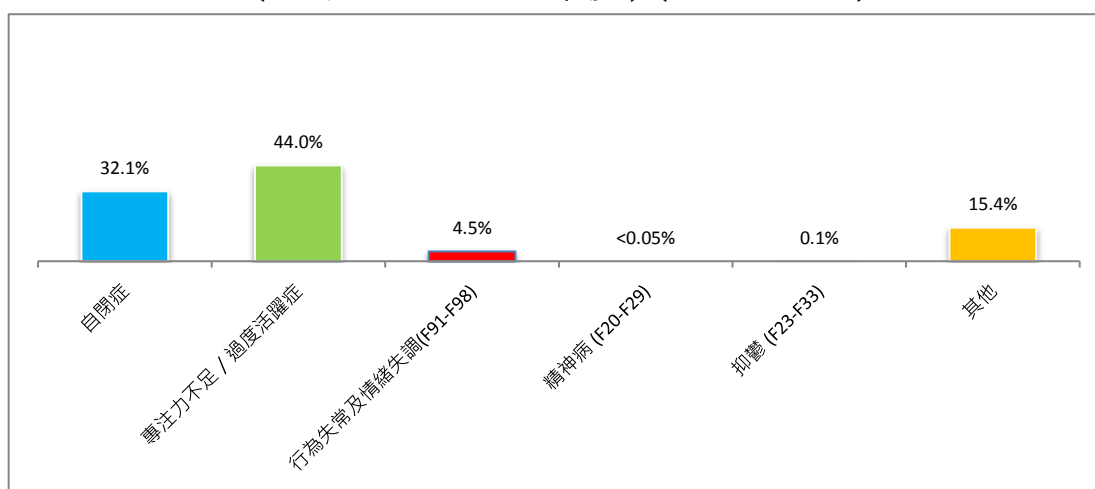
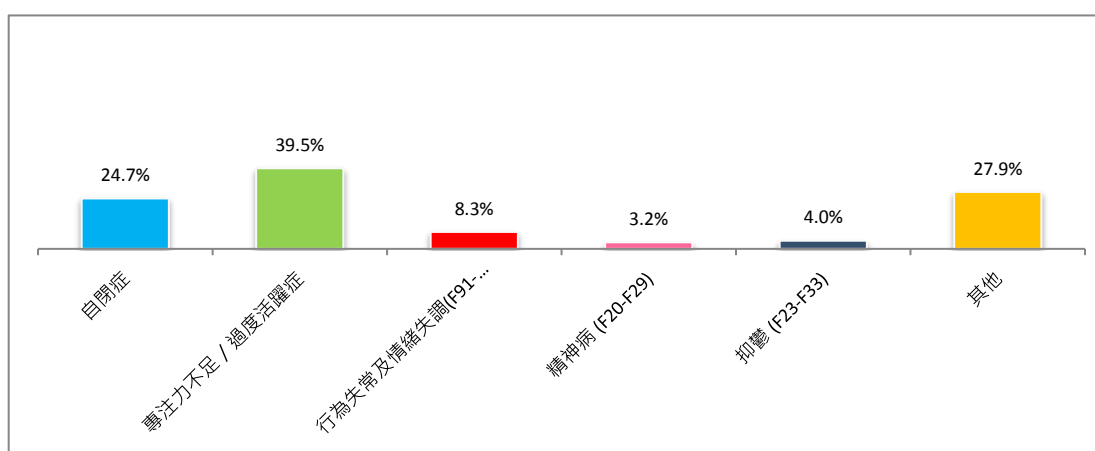


圖 2.4c 12 至 17 歲青少年的精神障礙種類
(二零一五至一六年度) (N = 10 800)



有些患者在同一年度被分類在多於一組的病症內。

資料來源：醫管局

問題的嚴重程度

2.2.5 要分析兒童和青少年精神健康問題的嚴重程度，是一項非常複雜的任務⁴⁶。二零零八年，本港曾就青少年的精神障礙問題進行抽樣研究⁴⁷，估計整體患病率為 16.4%。該項研究得出的各種常見精神障礙患病率的估計數據，與其他研究的數據大致相若(圖 2.5)。其後，本港再沒有進行規模相若的研究。

2.2.6 我們必須強調，上文及前一章討論的每種精神障礙，都可找到有效的介入治療。及早作出準確的診斷，可讓家長及教師為有問題的兒童和青少年尋找辦法，使他們得到最佳的介入治療。早期介入的主要目標是減少兒童和青少年接觸風險因素，以及令保護因素發揮作用(圖 2.6)，使兒童可以在良好的環境中長大，有利他們健康成長及發展。提供服務的機構須定期檢討及評估其為指定年齡及疾病組別的兒童和青少年所提供的預防及介入計劃的成效。

⁴⁶ 除研究兒童和青少年的精神障礙或精神病問題外，專家小組也討論了備受關注的資優兒童精神健康狀況，以及兒童和青少年的其他常見行為問題，例如進食失調症和隱蔽青年問題。專家小組認為有需要解決上述問題，以便非政府機構和政府能提供最佳的相關支援服務。在資優兒童方面，香港資優教育學苑一直為這些兒童及其家長和老師提供各項支援服務。

⁴⁷ Leung, Patrick W.L., Hung, Se-fong., Ho, Ting-pong., Lee, Chiu-chiu., Lui, Wai-sum., Tang, Chunpan., Kwong, Shi-leung. (2008). Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion. *European Child & Adolescent Psychiatry* (2008) Vol. 17, No. 7

圖 2.5 兒童和青少年精神障礙的患病率

世界各地有相當多兒童和青少年患有各種精神障礙，但一直未有綜合分析統計全球的發病率，或按實證評估各項估計數字的差異，近年在巴西有學者和研究人員綜合分析兒童和青少年精神障礙的全球患病率(請參閱註5)。

分析範圍包括 27 個國家在一九八五至二零一二年間進行的 41 項相關研究(包括香港在二零零八年就青少年精神障礙的患病率進行的研究)，調查人數由 38 324 至 87 742 人不等。綜合分析發現，兒童和青少年精神障礙的全球患病率為 13.4%。其他主要障礙全球患病率的估計數字載於下表。

綜合分析也發現估計數字之間存在顯著的差異，而研究涵蓋的地點及收集資料的年份則對患病率的估計數字沒有顯著的影響。把香港患病率的研究與綜合分析結果比較，會發現香港青少年人口的精神病患率，與世界其他地方大致相若。由於已證實研究所涵蓋的地點及收集數據的年份不會對患病率的估計數字有顯著影響，上述兩項研究的患病率估計數字，可用作參考，以了解有關問題的嚴重性，並進行服務規劃。

兒童和青少年精神病發患病率 (全球與本港數字比較)

	全球患病率 % (95%置信區間) N= 38324 – 87742 研究 = 19 - 41	本港的患病率 (青少年) % (95%置信區間) N = 541
任何精神障礙	13.4 (11.3 – 15.9)	16.4 (13.3 – 19.5)
任何焦慮症	6.5 (4.7 – 9.1)	6.9 (4.8 – 9.0)
任何抑鬱症	2.6 (1.7 – 3.9)	1.3 (0.3 – 2.3)
嚴重抑鬱症	1.3 (0.7 -2.3)	--
任何破壞性障礙	5.7 (4.0 -8.1)	--
專注力不足／過度活躍症	3.4 (2.6 – 4.5)	3.9 (2.3 – 5.5)
對立違抗性障礙症	3.6 (2.8 – 4.7)	6.8 (4.7 – 8.9)
行為障礙	2.1 (1.6 – 2.9)	1.7 (0.6 – 2.8)

圖 2.6 有關兒童和青少年精神障礙的部分風險因素和保護因素

範疇	風險因素	保護因素
生理	✧ 在懷孕期接觸有毒物質(例如煙酒) ✧ 受遺傳影響容易有精神障礙 ✧ 頭部創傷 ✧ 新生兒缺氧和其他分娩併發症 ✧ 感染愛滋病 ✧ 營養不良 ✧ 其他疾病	✧ 發育正常 ✧ 體魄健康 ✧ 智力良好
心理	✧ 學習障礙 ✧ 性格難適應環境 ✧ 性虐待、身體虐待、精神虐待和疏忽照顧 ✧ 脾性有問題	✧ 能從經驗中學習 ✧ 自信 ✧ 解難能力高 ✧ 社交能力
社會		
a) 家庭	✧ 經常轉換照顧者 ✧ 家庭糾紛 ✧ 家庭管教不善 ✧ 家庭管理欠佳 ✧ 家庭成員去世	✧ 親密的家庭關係 ✧ 有機會積極參與家中事務 ✧ 獲鼓勵參與家中事務
b) 學校	✧ 學業表現差 ✧ 學校未能提供合適的環境，以支援學生上課和學習 ✧ 所提供的教育不合適／不足夠	✧ 有機會參與學校生活 ✧ 學業上的成就所帶來的正面鼓勵 ✧ 認同學校或認同有需要接受教育
c) 社會	✧ 欠缺“社區效能”(Samson, Raudenbush & Earls, 1997) ✧ 社區混亂 ✧ 歧視和邊緣化 ✧ 接觸暴力 ✧ 缺乏歸屬感(Fullilove, 1996) ✧ 轉型(如都市化)	✧ 與社區保持聯繫 ✧ 有機會善用餘暇 ✧ 正面的文化體驗 ✧ 正面的榜樣 ✧ 獲鼓勵參與社區事務 ✧ 與社區組織(包括宗教組織)保持聯繫

資料來源：世衛二零零五年發表的《精神衛生政策與服務指南：兒童青少年精神衛生政策和計劃》

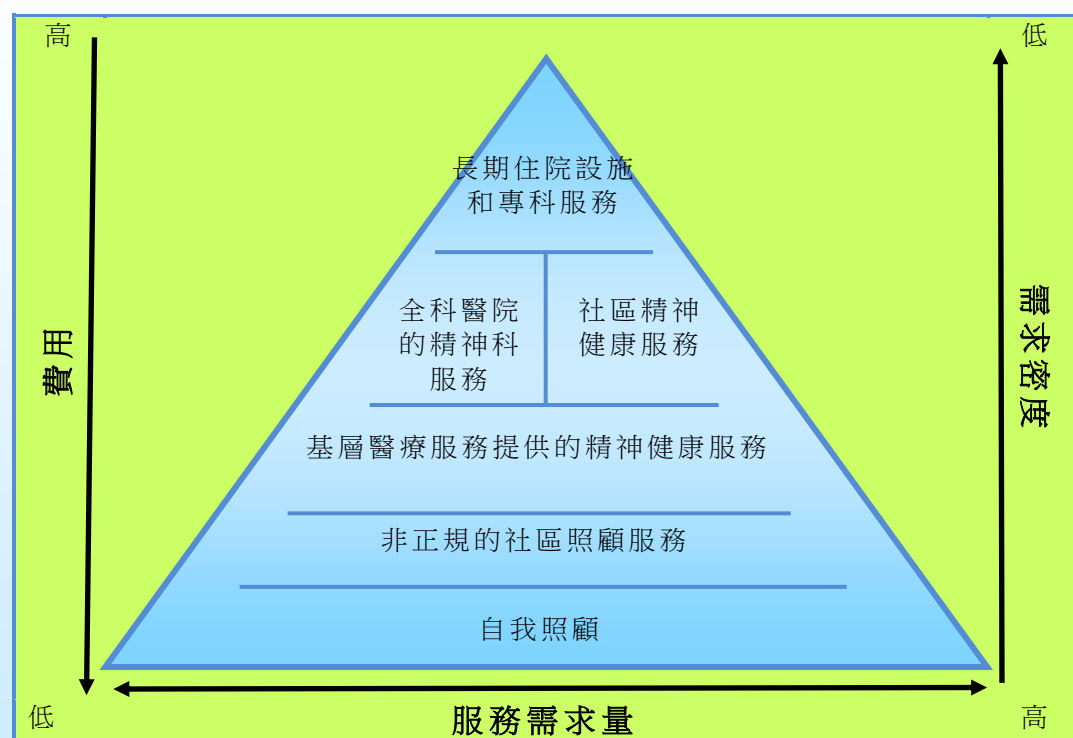
2.3 兒童及青少年精神健康服務

理想的服務組合

2.3.1 兒童和青少年精神障礙的種類繁多，即使最發達的國家，也會在制訂合宜的服務方面面對不少挑戰。為協助各國政府規劃服務，世衛假設某類精神障礙一般出現在兒童和青少年發育期的特定年齡，提出了理想的服務組合建議(圖 2.7)。

圖 2.7 世衛建議的理想服務組合

下圖闡述世衛建議的理想服務組合。



資料來源：改編自二零零三年世衛資料

2.3.2 政府在規劃精神健康服務方面也大致跟隨世衛的假設，我們根據各年齡組別的特性和患病率，因應各年齡層的兒童和青少年在不同環境的需要而提供服務。政府(包括食衛局、勞福局、教育局、衛生署、社署和醫管局)採取跨專業和跨界別的方式為有精神障礙的兒童和青少年提供支援和服務。政府現時所提供的服務載於下文各段。

配合持續照顧的現有服務

預防和及早識別

產前和產後的精神健康問題

2.3.3 衛生署轄下母嬰健康院和醫管局轄下產科診所根據共同護理計劃，為孕婦提供全面的產前服務。懷疑有精神健康問題的高危孕婦，會獲轉介接受輔導和其他服務。

2.3.4 衛生署、醫管局、教育局、社署和非政府機構合作推行兒童身心全面發展服務，透過跨界別協作，為有需要的兒童及其家人提供全面和適時的支援。兒童身心全面發展服務透過母嬰健康院、醫管局的醫院、綜合家庭服務中心／綜合服務中心和學前機構這些平台，識別高危孕婦、產後抑鬱母親、有心理社會需要的家庭，以及有健康、發展和行為問題的學前兒童。有需要的家庭和兒童會被轉介往合適的服務單位跟進。母嬰健康院提供產後護理服務和兒童健康服務時，會為母親進行檢查，識別可能有產後抑鬱或心理社會需要的母親，並轉介她們往醫管局的精神科服務接受進一步的評估和跟進治療，以及綜合家庭服務中心／綜合服務中心接受社會服務。圖 2.8 撮述醫管局及母嬰健康院在二零一三／一四至二零一五／一六年度，識別和轉介往合適的健康或社會服務接受評估和治療的產前／產後精神健康問題個案數目。

圖 2.8 獲識別的產前／產後精神健康問題個案

	2013-14 年度	2014-15 年度	2015-16 年度
醫管局產科診所識別的 高危孕婦	2 231 人	2 312 人	2 311 人
母嬰健康院識別可能患 產前／產後抑鬱的母親	7 262 人	8 542 人	8 086 人
母嬰健康院轉介往合適 的健康及／或社會服務 單位跟進管理的個案	4 724 宗	5 415 宗	4 985 宗

母嬰健康院的發展監察服務

2.3.5 全港的母嬰健康院由二零零七年起推出兒童發展監察計劃，為 0 至 5 歲兒童識別發展問題，促進兒童健康成長。透過這項計劃，父母、照顧者和教師會預先獲得指導，加強他們對兒童發展的認識，讓他們攜手扶育和監察兒童健康成長。母嬰健康院會透過與醫療人員討論、資料單張、視頻短片、光碟、電話熱線、互聯網和研習班，為家長提供相關資料。

2.3.6 母嬰健康院於兒童 6 個月、12 個月和 18 個月接種疫苗時，以發展監察問卷方式監察他們的發展。對於需要密切監察的兒童，會安排他們在合適的年齡(即兩個月、4 個月、9 個月、24 個月、36 個月、48 個月和 60 個月)再接受檢查。母嬰健康院的護士會向照顧者解釋發展監察問卷的結果，需要時會安排醫生進行發展評估。如有需要，有發展問題的兒童會獲轉介往衛生署／醫管局⁴⁸轄下的兒童體能智力測驗中心、其他專科或社會服務跟進。除預設的面談時間，家長如對兒童的發展有任何疑慮，也可與母嬰健康院人員另行預約時間會面。

2.3.7 衛生署、教育局、社署、非政府機構和醫管局推出的兒童身心全面發展服務，其中一部分是在學前教育機構、綜合家庭服務中心／綜合服務中心和母嬰健康院之間實行轉

⁴⁸ 醫管局轄下根德公爵夫人兒童醫院的兒童體能智力測驗中心也提供兒童評估服務。

介和回應機制，如在幼兒中心、幼稚園或社區發現有學前兒童懷疑遇上健康、發展或行為問題，這些兒童可獲轉介到母嬰健康院進行初步評估。至於須接受更嚴密跟進的兒童，母嬰健康院會轉介他們到衛生署／醫管局的兒童體能智力測驗中心或醫管局的專科醫生，接受跨界別專業人員的進一步評估。由母嬰健康院轉介至兒童體能智力測驗中心的個案總數撮錄於圖 2.9。

**圖 2.9 母嬰健康院轉介懷疑有發展問題兒童
到兒童體能智力測驗中心的個案數目**

	2013-14 年度	2014-15 年度	2015-16 年度
由母嬰健康院轉介至兒童體能智力測驗中心的個案數目	6 181	6 685	6 997

親職教育

2.3.8 親職教育有助家長建立教養子女的能力，讓他們在子女面對壓力時擔當緩衝的角色。母嬰健康院的親職教育計劃，目的是讓 0 至 5 歲兒童的家長對子女的成長發展有更多認識，並學懂處理技巧，從而扶育幼兒健康成長和培養他們的應變能力。從產前開始至兒童的學前時期，家長會預早獲得有關兒童發展、育兒和親職的指導。若兒童有早期行為問題，或在教育子女方面遇到困難的家長，母嬰健康院會特別安排為他們參加加強的親職訓練課程（3P 親子“正”策課程）。

學生健康服務

2.3.9 衛生署的學生健康服務為小一至中六學生提供健康評估服務，如懷疑兒童或青少年有心理社會健康問題，會讓他們接受輔導，有需要時更可能會把個案轉介給臨床心理學家或醫管局的精神專科醫生、學校、社署或非政府機構作進一步評估和跟進。圖 2.10 顯示在二零一三／一四至二零一五／一六年度，學生健康服務中心發現懷疑有心理社會問題（自尊及／或行為問題）的學生人數。

**圖 2.10 學生健康服務中心發現懷疑
有心理社會問題的學生人數**

	2013-14 年度	2014-15 年度	2015-16 年度
懷疑有自尊問題的學生 *	3 500 人	3 500 人	3 400 人
懷疑有行為問題的學生 *	6 300 人	6 200 人	6 400 人

* 部分學生可能同時被懷疑有自尊和行為問題。

2.3.10 此外，學生健康服務也舉辦各項與學生濫藥⁴⁹和酗酒有關的預防疾病和促進健康活動。

2.3.11 學生健康服務為參加學生健康服務中心周年檢查的小三學生舉辦健康小先鋒工作坊，目的是讓學生認識吸煙、吸毒和飲酒的害處，幫助他們建立正確的態度，拒絕濫藥。學生健康服務又製作相關的健康教育資料，以及為學生舉辦健康講座和推行戒煙計劃。為學生提供周年檢查服務時，我們會留意個別學生的體重(包括過重及過輕)等健康問題，有需要時會向學生提供適當的意見和管理方法，包括安排轉介學生給專科醫生診治。

青少年健康服務計劃

2.3.12 學生健康服務的青少年健康服務計劃，在學校為中學生及他們的家長和教師提供外展計劃。透過舉辦互動活動和健康講座，促進青少年的心理社會健康，提高他們的抗逆能力。課題包括有關拒絕吸煙、酒精和濫藥的技巧，以及體重管理。在二零一五至一六年度，約有 320 所學校(佔本地全日制中學總數 68%以上)及約 70 000 名學生、家長及教師參加這項計劃。

⁴⁹ 根據保安局轄下禁毒處的統計資料，21 歲以下青少年吸毒人數繼續進一步銳減，由二零一三年 1 223 人減至二零一四年 800 人，減幅為 35%。二零一四年，首次被呈報吸毒人數有 2 008 人，較二零一三年(2 623 人)減少 23%。其中 21 歲以下吸毒者減少 36%(由二零一三年 744 人減至二零一四年 474 人)，而 21 歲或以上的吸毒者則減少 18%(由二零一三年 1 879 人減至二零一四年 1 534 人)。21 歲以下青少年吸毒者的平均年齡及首次吸毒的平均年齡分別為 18 歲及 15 歲，與二零一三年相同。至於所有吸毒者的平均年齡則由 37 歲上升至 38 歲，而首次吸毒的平均年齡則維持於 18 歲。

評估

兒童體能智力測驗服務

2.3.13 衛生署的兒童體能智力測驗服務為 12 歲以下懷疑有發展障礙的兒童，提供全面的綜合專業評估。學校或家長如果察覺兒童發展方面有問題／懷疑有發展障礙，可經註冊醫生或心理學家轉介至兒童體能智力測驗服務接受全面評估。

2.3.14 兒童體能智力測驗服務的評估組採用跨專業模式評估兒童在體能、認知、語言、社交和其他方面的發展，並會按個別需要和家庭狀況，在有需要時建議他們接受康復服務。在兒童等候編配相關教育和訓練服務期間，兒童體能智力測驗服務也會提供支援，舉辦講座、工作坊和訓練課程等，協助家長了解子女的問題和護理需要。在完成評估後，測驗服務會向家長提供評估摘要，並鼓勵家長與相關機構或學校分享，以利便兒童獲取所需支援。在家長同意下，評估組會把兒童轉介至醫管局接受相關服務，社署和教育局也會按兒童的發展需要提供合適的介入、康復訓練和教育支援服務。獲轉介接受兒童體能智力測驗服務的兒童人數載於圖 2.11。

圖 2.11 獲轉介接受兒童體能智力測驗服務的兒童

	2013-14 年度	2014-15 年度	2015-16 年度
獲轉介往兒童體能智力測驗服務接受評估的兒童	9 127 人	9 431 人	9 982 人
因懷疑行為或情緒問題而獲轉介往兒童體能智力測驗服務的兒童	3 636 人	3 624 人	3 747 人
新確診個案			
— 專注力不足／過度活躍問題／障礙	2 379 人	2 628 人	2 870 人
— 自閉症譜系	1 539 人	1 795 人	1 992 人
— 其他情緒及行為問題／障礙	585 人	630 人	708 人

介入治療服務

專科護理

2.3.15 醫管局為有精神健康問題的兒童和青少年提供一系列精神健康服務，包括住院、門診和日間服務。醫管局的跨專業團隊由各專業界別的醫療人員組成，包括醫生、臨床心理學家、護士和言語治療師，這些人員會按個別患者的情況，為他們提供及早識別、全面評估和治療服務。全港現時有五間醫院為 18 歲或以下的兒童和青少年提供精神科服務，分別是瑪麗醫院、基督教聯合醫院、葵涌醫院、雅麗氏何妙玲那打素醫院和青山醫院。在二零一五至一六年度，醫管局為約 28 800 名有精神健康問題的兒童和青少年提供支援，較二零一一至一二年度增加 50%。

2.3.16 在治療有行為和精神問題的兒童和青少年的過程中，訓練是一個重要的元素。這些訓練以個人或小組形式進行，協助兒童和青少年發展言語和溝通技巧、加強社交和解難技巧、改善行為調整和情緒管理能力以及人際關係。跨專業團隊也會為家長和照顧者提供支援，讓他們更了解子女的病況和所需的治療。此外，專業的治療團隊也會與相關服務單位（如學校、早期訓練中心）保持密切聯繫，以便按兒童的發展需要提供合適的轉介支援。專科門診診所除了為有精神健康問題的兒童提供訓練外，也為家長和照顧者提供支援，務求令治療成效更加顯著。

兒童和青少年精神健康社區支援服務

2.3.17 兒童和青少年精神健康社區支援服務（「兒情」計劃）是醫管局兒童及青少年服務的延伸部分，為 6 至 18 歲的兒童及青少年提供不同的社區支援服務，以便及早識別受焦慮和情緒問題困擾的兒童和青少年，並提供介入服務。服務範圍包括為社區伙伴積極提供外展服務，舉辦活動來推廣精神健康，及早為有焦慮和情緒問題的兒童和青少年進行評估和提供介入服務，以及把個案轉介給其他社區服務和專科醫生。

「思覺失調服務」計劃

2.3.18 鑑於思覺失調首次發病年齡通常是十多至二十多歲，醫管局在二零零一年推出「思覺失調服務」計劃，為早期患者提供一站式的支援服務。計劃包括多項教育活動，讓市民更了解思覺失調早期發病情況和徵狀。市民可撥打電話熱線、登入網站或直接聯絡服務中心，轉介早期思覺失調懷疑個案。接獲轉介個案後，由醫生領導的跨專業團隊會為患者進行全面評估和制訂治療方案(包括藥物治療、心理社會介入服務和康復計劃)，務求減低症狀對患者及其家人的影響，協助患者重過正常生活。每年約有 1 300 名新症病人在計劃下獲診斷患有思覺失調。

教育服務

在學校推廣精神健康

2.3.19 提升學生的心理健康和向他們推廣健康生活，是學校課程不可或缺的一部分。政府制訂了知識、價值觀／態度和技能並重的全面課程，幫助學生了解有關心理健康、處理和避免壓力的方法及發展良好的人際關係等課題，以達致全人發展。多個學習領域／科目，如小學常識科、個人、社會及人文教育學習領域、科學教育學習領域，以及中學通識教育科，均包含心理健康的元素。此外，中小學的德育及公民教育也涵蓋健康生活的推廣。由二零零九年開始，中四至中六的健康管理與社會關懷課程已加入了心理健康、精神病及為精神病患者提供的服務等學習元素。教師專業發展課程亦包含精神健康教育元素，以支援學校推行相關課程。政府又鼓勵學校運用學校及社區資源進行全方位學習活動，如探訪和社區活動，令學校課程更豐富，從而提升學生的心理健康及幫助他們發展面對逆境時所需的技巧、正面的價值觀及態度。

三層支援模式

2.3.20 教育局鼓勵學校採用三層支援模式，根據學生的個別需要，為他們提供額外學習支援。不同學生接受的支援層級，會因應他們的進度和需要而調節。第一層支援是提供優化課

堂教學，以協助有輕微或短暫學習困難／行為適應困難的學生。第二層支援是為有持續學習困難／行為適應困難的學生提供“增補”輔導。第三層支援是為有持續和嚴重學習困難／行為適應困難的學生提供加強個別支援。

2.3.21 學校也採用三層支援模式識別並支援有精神健康問題的學生。第一層支援主要針對較脆弱的學生，透過老師的教學、輔導和活動安排(如生命教育、朋輩支援、家校合作)，加強對這些學生的支援。第二層支援的對象是小部分有危機而被轉介給學校輔導老師／人員的學生，主要會由輔導人員作出危機評估並提供額外支援服務，例如為個別學生、家庭和小組提供諮詢或個案輔導服務、個人健康成長活動，以及加強學生、家庭、學校和社區之間聯繫的學校生活適應支援活動。第三層支援針對高危個案，由專責的專業支援人員(包括精神科醫生、臨床心理學家、社工等)提供深入的專業評估和個別化的支援。

額外資源

2.3.22 為協助中小學照顧學生的不同需要，教育局給予公營學校額外資源，包括提供學校發展津貼、學習支援津貼和加強言語治療津貼，透過融合教育計劃和加強輔導教學計劃提供額外教師和撥款，以及提供額外教師支援成績稍遜的中學生。對於有嚴重行為問題或適應困難的學生，教育局會按需要向學校提供一筆有時限的津貼，讓學校聘請教學助理，協助學生建立課堂常規。

專業支援

2.3.23 學校的專業人員(包括輔導教師、學校社工和教育心理學家)會為有學習或適應困難的學生(包括有特殊教育需要或精神健康問題的學生)提供支援和輔導。如教師懷疑學生有學習或適應困難而需要專業評估或諮詢服務，可向學校的專業人員尋求協助，並在有需要時轉介學生接受精神科醫生／專科醫生的診斷或藥物治療。如有需要，學校會舉行跨專業個案會議，由精神科醫生、社工、教育心理學家和學校人員共同商討適切的策略，為學生提供支援。學校的角色是配合治療和康復需要，協助這些學生在治療後重返校園和重

新適應校園生活。現時，所有小學都有輔導教師／人員，而每間中學都有提供學校社會工作服務。

教師培訓

2.3.24 為提升教師照顧有不同需要的學生的專業能力，教育局由二零零七至零八學年起，有系統地為在職教師開辦以照顧有特殊教育需要學生為主題的基礎、高級和專題課程（“三層課程”）。由二零一二至一三學年開始，教育局開展了新一輪的教師專業發展培訓課程，把高級課程的選修單元及專題課程重新分為三類，分別是(1)認知及學習需要；(2)行為、情緒及社群發展需要；以及(3)感知、溝通及肢體需要，其中“行為、情緒及社群發展需要”專題課程的內容包括照顧有精神健康問題學生的知識和技巧。此外，教育局亦舉辦 120 小時的“以心理學方法處理學生行為問題的有效策略”專題課程，讓教師更了解學生在不同發展階段的需要，包括學生的反叛及違規行為、自我形象低落及較常見的情緒和精神問題等，又透過理論研討及個案分析等方法，幫助教師發展正面的態度及有效的策略，從而支援學生在不同階段可能面對的危機。

跨界別協作

2.3.25 為加強對有特殊教育需要的學生和有精神健康問題的學生的支援，教育局與不同界別合作，例如其他政府部門、醫管局和非政府機構，研發識別／評估工具和多元化的教育資源，以及舉辦以學校為本、以地區為本或全港性的研討會、工作坊和講座，提升教師處理有不同需要的學生的技巧。

社會康復服務

學前兒童康復服務

2.3.26 對於經衛生署兒童體能智力測驗中心評定為有需要接受早期專業介入服務的兒童，社署會透過早期教育及訓練中心、特殊幼兒中心，以及幼稚園暨幼兒中心兼收弱能兒童計劃（兼收計劃）提供的資助學前康復服務，為他們提供支援。

2.3.27 早期教育及訓練中心主要為初生至兩歲的輕度至中度弱能兒童提供早期介入服務，並特別着重幼兒的家庭成員在照顧和訓練方面所擔當的角色。2至6歲的弱能兒童如沒有同時接受其他學前康復服務，也可接受該中心的服務，以協助他們融入主流學校。特殊幼兒中心則為中度至嚴重弱能學前兒童提供特殊訓練和照顧，幫助他們成長和發展，為接受小學教育作準備。兼收計劃則在普通幼稚園暨幼兒中心為輕度弱能兒童提供學前訓練和照顧，協助他們日後融入主流學校和社會。

2.3.28 截至二零一六年十二月，早期教育及訓練中心、特殊幼兒中心和兼收計劃分別為弱能兒童提供 3124 個、1 799 個和 1 980 個服務名額。政府正積極物色合適的地點，作康復服務用途。政府會在本屆任期內增加約 1 470 個學前康復服務名額，為更多弱能兒童提供服務。勞福局正與非政府機構合作，推行私人土地作福利用途特別計劃。在該計劃下，非政府機構會重新發展所擁有的土地，以提供更多福利服務設施，包括早期教育及訓練中心和特殊幼兒中心。根據參加計劃的非政府機構初步估計，可額外提供 3 800 個學前康復服務名額。

為輪候資助學前康復服務兒童提供學習訓練津貼項目

2.3.29 關愛基金於二零一一年十二月推出一個須通過入息審查的「為輪候資助學前康復服務兒童提供學習訓練津貼項目」，為輪候資助學前康復服務的合資格兒童提供學習訓練津貼，讓來自低收入家庭且有康復服務需要的學前兒童盡早獲得所需服務，從而促進他們的學習及發展。鑑於這個項目獲得好評，社署由二零一四年十月一日開始把項目常規化。由二零一六年十月起，社署已為輪候特殊幼兒中心的合資格兒童增加每月的訓練時數。由二零一七至一八年度開始，社署會豁免特殊幼兒中心的收費，以及讓正在輪候特殊幼兒中心的兒童無須經過資產審查即可獲發學習訓練津貼。

到校學前康復服務試驗計劃

2.3.30 由於及早介入對需要康復服務的兒童來說非常重要，社署在二零一五年十一月至二零一六年一月間，推出到校學

前康復服務試驗計劃。試驗計劃為期兩年，由獎券基金撥款超過 4.2 億元推行。在試驗計劃下，來自 16 間非政府機構的跨專業團隊(包括職業治療師、物理治療師、言語治療師、臨床／教育心理學家、社工和特殊兒童工作人員)透過到校服務模式提供資助學前康復服務，為超過 480 間幼稚園或幼稚園暨幼兒中心提供 2 925 個到校服務名額，讓有特殊需要的學童盡早獲得協助。試驗計劃也為幼稚園教師／幼兒工作人員提供專業支援，協助他們服務有特殊需要的兒童，幫助父母以正面的態度教養有特殊需要的孩子，並教導父母有效的處理技巧。此外，政府已每年預留 4.6 億元，以便日後把試驗計劃恆常化，分階段提供高達 7 000 個服務名額。

醫務社會服務

2.3.31 社署派出醫務社工往醫管局的精神科醫院和診所，為有精神健康問題的人士(包括兒童及青少年)提供服務。醫務社工為有需要人士提供適時的心理社會介入服務，協助他們應對和解決因疾病引起的問題。醫務社工也是「思覺失調服務」計劃跨專業團隊的成員之一，提供一站式服務，及早識別有精神健康問題的青年人，並向他們提供介入服務。

社區支援服務

綜合家庭服務

2.3.32 綜合家庭服務中心和綜合服務中心提供一系列預防、支援和補救性質的服務，以回應特定地域範圍內的個人及家庭在多方面的需要。當中服務包括為有需要的個別人士及家庭提供諮詢服務、資源角、家庭生活教育、親子活動、小組工作服務、活動計劃、義工培訓及服務、外展服務、輔導服務和轉介服務等。綜合家庭服務中心／綜合服務中心又與衛生署轄下的母嬰健康院、醫管局及其他學前教育機構緊密合作，識別高危孕婦、患產後抑鬱的母親以及有需要的家庭和兒童(包括有心理社會問題和有健康、發展及行為問題的學前兒童等)，有需要的兒童和家庭會獲轉介給相關的服務單位跟進。

精神健康綜合社區中心

2.3.33 精神健康綜合社區中心以綜合的服務模式，為 15 歲或以上的精神病康復者和懷疑有精神健康問題的人士，以及他們的家人／照顧提供由及早預防以至危機管理等社區支援及康復服務。中心更推行公眾教育，藉以加強社會對精神健康的了解，使公眾更認識精神病的早期徵狀。

2.3.34 圖 2.12 載列政府和非政府機構現時為有精神健康問題的兒童和青少年提供的支援。

圖 2.12 為有精神健康需要的兒童及青少年提供的支援



服務不足之處及須優先處理的項目

2.3.35 政府致力提供全面的服務，以支援有精神健康問題的兒童和青少年。但由於問題複雜，往往涉及多個界別和範疇，以至目前的服務未臻完善(圖 2.14)。由於預計兒童和青少年精神健康服務的需求會有所增加，因此有需要重新檢視現行的服務模式，務求找出方法，確保能以更有利持續發展、效率更高和更有效的方法提供全面和協調的服務。

2.3.36 為此，專家小組與部分患者家人和四個關注團體及非政府機構代表⁵⁰會面，聽取他們對現有兒童和青少年精神健康服務的意見。他們關注的主要事項包括在公立醫院輪候接受評估及診斷的時間過長、使用私營機構的服務(例如評估、訓練等)對低收入家庭造成財政負擔、父母及照顧者承受壓力、所提供的服務如何協助兒童和青少年由學前階段過渡到學齡階段／由青少年階段過渡到成年階段、患有某些精神病(例如抑鬱、行為及情緒障礙等)的學童並不符合資格領取為有特殊教育需要兒童⁵¹提供的資助、父母擔心子女獲處方的藥物⁵²有副作用，以及跨專業人士在學校為學童提供或轉介相關服務時沒有足夠的支援及協調度不足。有意見認為，現時“psychiatry service”的中文名稱(即“精神科”)帶有標籤效應，可能令兒童和青少年不敢求助，因此建議採用一個較正面的中文名稱。

2.3.37 至於為有需要的青少年提供精神健康服務方面，關注團體建議在學校進行定期檢查，目的是了解校內有精神問題的兒童／青少年所佔的比例，以便預先就提供有關服務進行資源規劃。關注團體認為有需要密切跟進輟學學童／離校生的個案、制訂個案管理計劃以協調不同服務單位的青少年服

⁵⁰ 包括香港社區組織協會、張超雄議員辦事處、專注不足/過度活躍症(香港)協會的代表，以及經張國柱議員辦事處轉介、曾對現有的兒童和青少年精神健康服務表示關注的前線社工。

⁵¹ 某些精神病沒有被列入八類特殊教育需要，即聽覺障礙、視覺障礙、肢體傷殘、智力障礙、言語障礙、特殊學習困難、專注力不足／過度活躍症及自閉症。

⁵² 近年，醫管局已採取措施，增加使用副作用較少的新精神科藥物。在二零一四至一五年度，醫管局把所有口服新一代抗精神病藥物(除有副作用的氯氮平(Clozapine)外)，從《醫管局藥物名冊》中的專用藥物轉納入為通用藥物，使這些藥物成為第一線藥物。此外，精神科統籌委員會為醫院聯網提供了一個溝通平台，讓各聯網可討論有關使用新精神科藥物的事宜。醫管局會繼續透過現有機制，留意使用新精神科藥物的進展及相關的檢討。

務、提供專為青少年而設的短期／過渡性居所⁵³，以紓緩青少年及其家人的壓力、為教師及父母提供更多支援及培訓，以及加強對離校青少年的就業支援。與「思覺失調服務」計劃相比，青少年輪候接受評估及診斷以確定是否有一般精神障礙的時間較長。此外，有意見表示擔心駐校支援的人手不足，難以為有需要的青少年提供預防、及早識別和介入服務。

2.3.38 就服務的不足之處而言，須優先處理的範疇撮述於下文各段。

公眾教育及預防

2.3.39 有精神障礙的兒童和青少年特別容易受到標籤及歧視。人們談到“精神健康”時，往往會聯想到精神問題及精神障礙，這想法抵消了我們在消除對精神病標籤方面的努力，並使青年人及他們的照顧者拒絕尋求協助。因此，加強公眾教育是必需的，以提高公眾對精神病的認識和接受程度，同時鼓勵患者尋求協助，以便及早接受介入治療。

2.3.40 由於兒童和青少年的精神障礙與壓力、社會及環境因素有密切關聯，我們須促使家長、照顧者及教師認識兒童和青少年精神健康的需要，使他們能減少兒童和青少年接觸到風險因素，以及令防禦因素發揮作用，預防兒童及青少年出現精神障礙，以及在問題開始出現時能夠加以識別、及早介入和提供適當支援，從而預防病情惡化。此外，鼓勵家長與子女、教師與學生建立良好關係，向兒童和青少年推廣運動、健康生活模式、壓力管理、參與有意義的學校及社區活動，及教導兒童和青少年社交及情緒智商技巧，有助他們建立抗逆能力。

⁵³ 目前，社署透過非政府機構為 15 歲或以上有殘疾或精神健康問題的人士提供住宿服務，例如宿舍、中途宿舍及長期護理院。

高風險的家長和學前兒童

2.3.41 兒童的教養與精神發展息息相關，這點不容置疑。要改善兒童的未來，必須加強兒童的預防因素，並減少風險因素。現時雖然有多個平台（如母嬰健康院和兒童身心全面發展服務）協助識別高危的家長和家庭（父母有精神問題、濫藥問題和家庭暴力等問題），但家長可能不願意接受轉介作治療或協助。因此，我們須更深入、積極和針對性地鼓勵這些家長參與支援計劃。舉例來說，政府可加強兒童身心全面發展服務，除注重母親的健康，亦要及早識別他們子女的發展需要，以便提供介入服務。

2.3.42 大多數常見的兒童發展問題都是在兒童成長初期（0至6歲）診斷出來的。現時給予這個年齡組別的兒童和家長的支援，並不足以應付日漸增加的需求。學前康復服務輪候時間太長，令家長非常擔憂，而這個年齡組別的兒童也可能會因此而錯過接受治療的最佳時機。此外，我們須提升學前教育教師的知識和技巧，以便及早識別和支援這些兒童。

由學前階段過渡至學齡階段

2.3.43 社署特別為有特殊需要的學前兒童提供支援服務和資助，例如到校學前康復服務試驗計劃和為輪候資助學前康復服務兒童提供學習訓練津貼項目。至於在學兒童，教育局為公營學校提供額外資源，包括學校發展津貼、學習支援津貼、加強言語治療津貼，以及融合教育計劃和加強輔導教學計劃下的額外教師及資助，協助學校為有不同需要的學生提供支援。由於學前兒童與在學兒童所需的服務模式和資助類型並不相同，兒童由學前階段過渡至學齡階段時，政府須作出更妥善的協調，以便持續為有需要的兒童提供適切的服務。

在學兒童

2.3.44 雖然不同專科服務（例如兒童和青少年精神健康服務）會提供評估和治療，但要持續支援有精神健康問題的兒童，仍需要跨專業和跨界別的協作，以及社區和學校的支持。每間學校都設有專業團隊，成員包括一名學生輔導教師／人

員和一名社工，並由教育心理學家提供支援。教育心理學家會定期探訪學校，與專業團隊討論有需要學生的學習、社交和行為問題。現時學校、社區伙伴和醫療專業人員之間的協作並沒有常規的平台，醫療、社會和教育界別必須互相協調，協助各專家定期討論，以便推行第二層預防和及早介入服務。因此，父母、學校、醫院和非政府機構必須加強合作，合力幫助有需要的兒童解決問題，共同了解他們的需要，按協調一致的介入計劃作出跟進。

2.3.45 焦慮症是兒童精神失常中最常見的一種，本港患有焦慮症的兒童人口比例為 7%，但這個百分比未能充分反映實際患病人數。患有焦慮症的兒童與患有過度活躍症和自閉症的兒童不同，後者徵狀較為明顯，患有焦慮症的兒童可能會較膽小和內斂，因此成人或未有加以注意而令他們未能接受所需的評估和服務。有證據顯示，及早處理兒童的焦慮問題，能減少他們在青少年階段患上抑鬱症的風險。因此，我們必須盡早把這類兒童識別出來，並轉介給有關人員跟進。

高風險組別－輟學／離校的青少年

2.3.46 青少年可能會因精神健康問題而輟學，而離校的青少年是患上精神病的高風險組別。然而，醫療人員、社會護理人員和教育人員都難以接觸輟學／離校的青少年，未必能即時提供協助。因此，我們必須落實機制，及早識別這些青少年，及時為他們進行評估和制訂治療方案，以免他們的病情惡化，進一步損害身體機能，導致失去求學／工作能力。

由青少年階段過渡至成人階段

2.3.47 倚賴精神健康服務的青年人在踏入成人階段時或會難以適應轉變。他們可能會變得不合作，有些甚至會在青少年精神健康服務過渡至成人精神健康服務的真空期間放棄接受治療。他們不但得不到所需的持續服務，更可能會失業、失學或停止接受職業訓練。因此，我們必須更密切監察由青少年階段過渡至成人階段的精神病患者，特別是在他們獲轉介接受成人精神健康服務的首數個月。

優化青年人的精神健康照顧

2.3.48 青年階段始由青春期開始至成年初期為止（根據 Keniston 在一九七零年所下的定義為大約 15 至 25 歲）。在這期間，腦部的結構性連結進行根本的重新鋪設。青年人也經歷心理方面的轉變，有關特點包括自我觀感的改變、具有質疑的態度及承受教育方面的壓力（Patel 等在二零零七年的論說）。青年人這時處於關鍵階段，因為很多嚴重精神病，例如精神分裂症、抑鬱症及躁狂症，以及焦慮症會在這時期出現（Patel 等在二零零七年的論說）。這些病症如未能在早期得到良好治理，會造成持久的機能障礙。進行精神健康規劃時，能更有效地處理青年人的精神健康需要，在策略而言非常重要。

2.3.49 儘管國際及本地的調查結果都顯示青年人（年齡介乎 12 歲至 25 歲）的精神病患率屬於高（佔患病的 10%至 15%，數據來自 Kessler 等在二零零五年進行的香港精神健康調查），但青年人使用精神健康服務的比率，往往是所有年齡組別中最低的（二零一五年香港精神健康調查的數據，圖 2.13）。其中一個原因，是診所這傳統平台及社會福利機構的環境（例如醫院的精神科中心及綜合社區中心）令年青人感到不舒服，難以吸引有精神健康需要的青年人使用其服務。因此，我們需要探討設立青年友善平台的可行性，以鼓勵有精神健康風險或有精神健康問題的青年人求助。

**圖 2.13 16 至 25 歲組別與其他年齡組別人士
使用一般精神病、思覺失調症和酗酒問題服務的情況**

服務使用率較低：香港的數據

去年服務使用情況	一般精神病				思覺失調症			
	16 至 25 歲 (樣本人數=78 人) %	其他年齡 ^b (樣本人數=686 人) %	卡方 檢定	顯著水平	16 至 25 歲 (樣本人數 =9 人) %	其他年齡 ^b (樣本人數 =120 人) %	卡方 檢定	顯著 水平
使用任何精神健康服務	15.4	27.2	5.047	.025	66.7	80.8	1.044	.307
醫生	11.5	20.9	3.827	.050		77.5	2.208	.137
精神科醫生	6.4	14.6	3.956	.047	55.6	75.8	1.808	.179
其他科專家	0.0	1.5	1.154	.283	0.0	0.8	0.076	.783
普通科醫生和家庭醫生	5.1	6.0	0.093	.761	0.0	1.7	0.152	.696
其他	12.8	13.4	0.023	.881	11.1	30.8	1.567	.211
精神健康專業人員 ^c	0.0	1.8	1.388	.239	0.0	10.8	1.084	.298
心理學家	7.7	3.5	3.253	.071	11.1	7.5	0.153	.696
社會工作者／輔導人員	10.3	9.2	0.093	.760	0.0	24.2	2.806	.094
傳統中醫	1.3	1.9	0.147	.701	0.0	0.8	0.076	.783

資料來源：香港精神健康調查

改善基層和專科服務

2.3.50 現時，兒童和青少年提供精神健康服務由專科人員提供，導致未能有效運用資源，精神健康服務的輪候時間也非常冗長。兒童和青少年對精神健康服務的需求與日俱增，單單加強專科服務無法應付。政府須制訂綜合的制度，讓基層服務在預防、及早診斷、適時治療和持續治理等方面，能為複雜的專科服務提供支援。我們也須加強各個層面的服務量 and 人手，並盡量運用社區資源，舉辦更多有系統和以實據為本的計劃，以加強在社區的支援服務。專科與非專科服務如能互相配合，照顧兒童和青少年的精神健康需要，專科服務的樽頸問題便有望紓緩。總括而言，精神健康服務應首要着重提升患者的自我照顧能力，以及由社區提供服務，有需要時才由醫院提供支援。

提升照顧者和服務提供者的能力

2.3.51 兒童和青少年的精神健康服務包括一系列由不同機構提供的預防、評估、介入、輔導、診治、康復和轉介服務。由於市民的認知提升，而診斷工具又不斷改良，令這類服務的需求不斷增加，即使各服務提供者近年已大幅提升服務量，但仍然供不應求。

2.3.52 政府繼續在兒童和青少年精神健康服務方面投入資源，然而，我們也必須鼓勵服務提供者善用資源，向他們推廣以實證為本的服務模式，以便能評估介入計劃的成效和確保計劃的質素。我們也有需要在基層醫療醫生(如兒科醫生、家庭醫生等)、護士以及專職醫療及社會護理人員的訓練或專業發展課程中，加入兒童和青少年精神健康的基本知識和護理方式，從而加強這方面的培訓工作。由於促進兒童精神健康和情緒健康主要是家庭和學校的責任，提升家長和老師的能力至為重要，使他們能掌握所需的技巧，在兒童的生命初期妥善照顧和支援他們。

圖 2.14 兒童和青少年精神健康服務的不足之處

圖 2.14 闡述兒童和青少年精神健康服務如何貫穿人生的歷程。兒童和青少年精神健康服務仍有進一步改善的空間，下圖概述服務的不足和相應的改善方法：

服務不足之處	改善方法
1. 學前年齡：與父母或照顧者建立親密的關係，對兒童的精神健康發展非常重要。不過，育兒服務和教育界別並沒有積極推廣家長教育，而且並非所有家長在遇到困難時都會(或能夠)向相關的單位(例如母嬰健康院的親職教育計劃)求助。雖然產前和產後健康檢查可識別有精神問題的高危母親，但兒童身心全面發展服務未必能接觸所有高危母親／家庭，這些母親／家庭也可能不願接受相關服務。因此，有些高危或弱勢家庭(例如家中有濫藥孕婦、已知父母患精神病，或有家暴問題)的兒童未能獲得所需支援。評估高危父母的親職能力時亦有難度，因而令其子女可能面對不必要的風險。學前兒童對精神健康服務的需求有增無減，也會令相關服務(例如第二層醫療服務、康復服務)不勝負荷。此外，服務提供者之間的協調尚有改善空間，基層醫療服務界、社會服務界和教育界專業人員也有需要提升其知識和技巧去識別及協助有精神／發展問題的兒童。	➤ 學前年齡：醫療界、社會服務界和教育界必須攜手合作，逐步提高家長的親職知識和技巧、加強兒童與照顧者的關係、解決嬰幼兒的行為和情緒問題、促進家庭精神健康，以及加強日間託兒服務和家庭／家長教育的支援。上述工作將有助兒童的精神健康，以及預防或減輕早期的精神健康問題。政府應制訂更有效的介入計劃和更緊密的監察制度，為高危／弱勢家庭的兒童提供適時介入。政府也需要訂立架構，更妥善評估這些家庭的親職能力，以及進一步研究有效的介入策略。政府應加強第二層醫療護理及康復服務的服務量，並向前線的醫療專業人員、社會服務及教育專業人員提供有系統的訓練，讓他們具備識別及管理有精神健康問題兒童的技巧和知識，同時應建立更清晰的轉介途徑，以及為提供服務的機構建立更有系統的平台，以便進行跨界別協作。

圖 2.14 (續)

服務不足之處

2. **小學年齡**：教師須認識更多精神病的獨有病徵和症狀，以所需的專科和介入治療。有些父母尚未作好準備向學校透露他們孩子的健康狀況，令校方難以監察學生的進展和提供適切支援。在“全方位學生輔導服務”的競爭性報價模式下，學生不一定會獲得持續的輔導服務，因而影響社工、校方人員和社區非政府機構之間未能順暢地合作。現時為有精神健康問題兒童提供支援的第二層服務量並不足夠，非政府機構提供的社區為本服務也有限，不足以應付大量需求，導致第二層和社區支援服務的輪候時間偏長。至於提供服務的方式，目前各方仍未能就如何為有精神健康問題兒童提供有效劃一的服務達成共識，服務提供者之間仍欠缺協調。

3. **青少年階段**：青少年服務的不足之處與小學生的服務相若，都是在學校處理個案能力、第二層醫療護理、社區為本的支援服務和服務提供者的協調上有所不足。非在學青少年(部分人或正在接受職業訓練／就業，部分則沒有就學和就業)的需要可能被忽略。

改善方法

➤ **小學年齡**：應舉辦更多由醫療專業人員主講的座談會，以增進教師識別和管理有精神健康問題學童的知識和技巧。父母、學校和醫管局精神科醫生之間或有需要加強資訊交流，以便更有效地識別和跟進有精神／發展問題的兒童。此外，我們須促進大眾加深了解精神健康，減低大家對精神病的偏見，鼓勵家長和學校以正面的態度尋求協助。加強教育以推廣身體和精神健康也有幫助，其中一個方法可以是重新研究現有的課程及／或教學資源，以加強精神健康教育。我們須提升第二層和社區為本的支援服務量，以及加強服務的延續性，並須公布有效的服務模式，以合理的人手為有精神健康問題的學生提供優質的服務。我們也需要加強服務提供者之間的溝通，讓他們能以更協調的方式提供服務。

➤ **青少年階段**：應更適當地照顧非在學青少年的社會及職業訓練需要。我們或須增強外展及社會服務，以識別更多社區內的高危青少年(尤其是沒有就學及／或就業者)。

圖 2.14 (續)

服務不足之處	改善方法
4. 過渡階段(由學前過渡到學齡及由青少年過渡到成年階段)：各階段之間的服務協調不足，包括當學前階段兒童過渡到學齡階段時，有關的支援服務及津貼缺乏銜接。年輕人或會認為各階段間的轉變太突然。受到年齡分界和各機構服務範圍有異等因素影響，服務也可能出現不連貫的情況。	➤ 過渡階段(由學前過渡到學齡及由青少年過渡到成年階段)：政府須進行檢討，以了解當學前階段兒童過渡到學齡階段時，有關的支援服務及津貼能否妥為銜接。此外，也須檢討年輕人步入成年階段的發展需要，以便提供切合其年齡需要的服務(例如由就學到職業訓練／就業，以及房屋問題)。
5. 青年階段：青年階段由青春期的開始至成年初期為止(根據 Keniston 在一九七零年所下的定義為大約由 15 至 25 歲)。這個組別的人士常見的精神障礙包括行為問題、人際關係敏感度、人際關係上遇上困難、學業成績差和濫藥。精神病與其他短暫情緒起伏的早期徵象不易分辨，令識別工作更加困難。在面對青少年的行為方面，傳統的服務往往受制於固有的思維和應變模式。	➤ 青年階段：有需要建立青少年友善平台，以照顧青少年的需要，並能提升老師和青少年工作者的能力，讓他們能及早識別高危或已患上精神病的年輕人，並為他們提供治療服務。圖 2.15 展示這類平台如何運作。

圖 2.15 設立青年人友善的精神健康服務平台

圖 2.15 列出切合青年人各項精神健康需要的平台的四項主要功能：

- (1) 舉辦教育活動，藉以提高公眾對青年人精神健康的關注：透過教導青年人及其家人有關精神健康和精神病的知識和及時求助的重要性，提升青年人及其家人識別初次出現的精神健康問題的能力。
- (2) 建立社區網絡，以便有精神健康問題的青年人求助：這平台可與學校及學院合作，推行社區青年計劃，加強從事青年人服務工作者的培訓，讓他們能提供切合青年人需要的服務。
- (3) 提供平台，讓青年人接觸常見的精神健康課題，例如青年人常見的抑鬱症及躁狂症、焦慮症、思覺失調及濫用藥物：可透過這平台，為有精神健康問題風險及尚未出現精神健康問題的青少年，提供早期介入及支援服務。
- (4) 為患有精神病(如思覺失調)或有精神病風險的青年人提供早期介入服務：對早期思覺失調的關注，或有助減輕青年人患上思覺失調而病情全面發展才被發現的風險和所造成的負擔。有關方面可考慮把上述早期介入服務與現時的「思覺失調服務」計劃合併，以便為這群青年人提供早期介入／轉介服務。

該平台可以由一隊從事青年精神健康工作的專業人員(例如職業治療師、社工、精神科醫生等)提供支援，加強為患有情緒失調和焦慮症，以及濫用藥物的青年提供精神健康服務，並在社區採取更具預防作用的措施。

該平台應提供一個青年人友善環境，而地點應方便青少年，讓他們樂意前往和逗留，並在沒有壓力的情況下願意“諮詢”專業人員。當青少年到來時，工作人員可以較輕鬆融洽的態度接觸他們。平台應提供空間舉行各種休閒活動和社交聚會，以及進行輔導、醫療和心理諮詢的工作，可以實體環境結合網絡平台的方式運作。

2.4 支援有精神健康問題的兒童及青少年的分層護理模式

2.4.1 根據現時的做法，家長、學校、社工及醫療人員都會設法盡早識別可能患有精神／發展障礙的兒童，轉介他們接受適當的服務。前一章揭示的不足之處在於有精神問題的兒童和青少年可能並非隨時可得到所需的服務。為改善這個問題，專家小組檢視了現時為兒童和青少年提供精神健康服務的情況。

2.4.2 專家小組認為有需要優化服務模式，以便更迅速回應兒童和青少年的需要。有關模式應設法消除引致延誤的障礙，協調和整合由醫療、社會服務和教育界別提供的服務，以及更有效地運用公營、資助和私營機構的資源和專業知識。除了提供持續服務，也應按照有精神／發展問題的兒童或青少年的特定需要，作出不同程度的介入。為確保能適時作出預防和介入，應制訂一套為服務提供者接納的明確程序，以便進行評估、轉介、介入及評核。圖2.16載述為有精神問題的兒童和青少年提供服務的主要原則。

圖 2.16 有精神健康問題兒童和青少年的主要護理原則

在建立為有精神健康問題兒童和青少年提供的服務模式時，我們考慮了下列原則。這些原則涵蓋有精神健康問題兒童和青少年及其照顧者的需要。

以兒童為本的全面服務

- 兒童和青少年應獲得一系列全面的服務，以切合他們在身體、認知、情緒、行為和社交上的需要，從而促進精神健康的正面發展。我們應全面了解在家庭、學校和社區中的兒童，因應他們在不同處境下的需要發展合適的服務，從而讓兒童發揮所長。

預防、及早識別和介入

- 有關服務應有助促進兒童早期發展和精神健康，及早識別有精神健康問題的兒童，並按他們的需要提供介入服務，盡可能取得積極正面的成果。

讓家庭和學校參與提供綜合服務

- 要回應兒童和青少年對精神健康服務的需求，必須考慮到他們生命中重要的人。家庭和學校是兒童遇到可作為榜樣的成人及朋輩，以及培養和提升社交技巧的主要地方，很大程度上會影響他們的精神健康和福祉。在提供精神健康服務方面，家庭和學校的參與，配合社會和衛生界別的支持，有助促進兒童福祉和更妥善處理他們的精神健康問題。

服務的順利銜接

- 我們應因應不同年齡兒童和青少年對精神健康服務的持續需求，確保在各階段(例如由童年到青少年，由青少年到成年)提供的服務銜接暢順。讓已屆成年的青少年順利過渡至接受成人精神健康服務，這過程尤其重要，因為這些青年人在教育、培訓和就業方面都會面對截然不同的挑戰。我們應給予他們足夠支援，協助他們建立獨立生活的能力。

護理原則

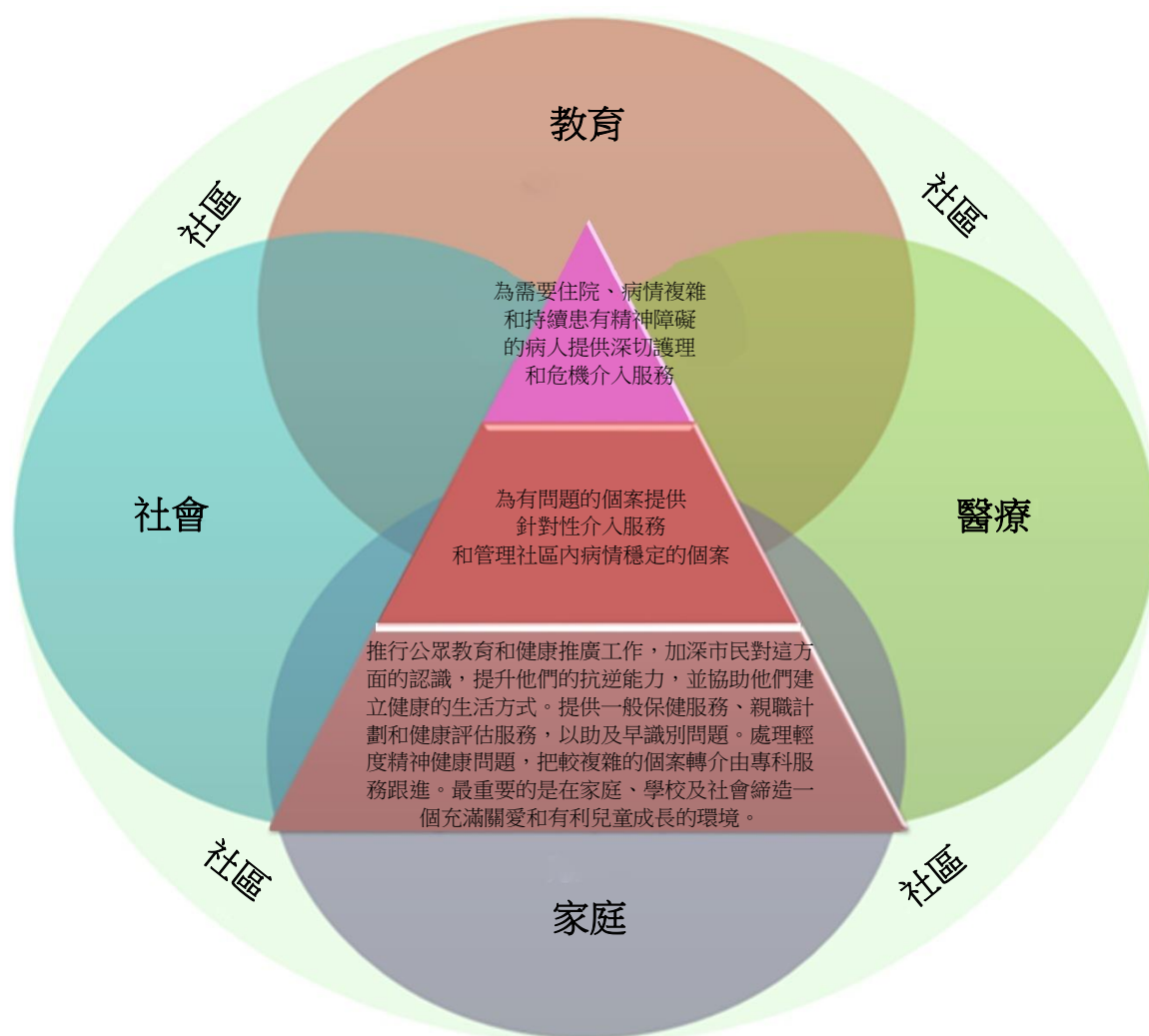
2.4.3 有精神健康問題的兒童和青少年往往需要多方面的服務。我們應採用兒童為本的模式，以兒童的需要為基礎提供這些服務。專科服務應優先照顧病情最嚴重及有最大風險的兒童，然而，我們也需要及早向病情較輕微的兒童和青少年提供協助，在基層醫療護理層面向他們提供診治、輔導、教育、訓練及支援。因此，這些服務涵蓋的範圍必須全面，而且能夠照顧兒童的特殊需要，從而盡早識別及適時提供介入服務，幫助兒童順利由一個發展階段過渡至另一個階段。

2.4.4 專家小組認同兒童的精神和心理健康，有賴家庭和學校的培育。因此，兒童和青少年的精神健康服務的重點，應該是支持和幫助家長及教育工作者與社區內其他護理專業人員合作，促進兒童的情緒健康。透過跨界別的介入服務，幫助青年人參加學校及社區內有意義的活動、建立自尊及抗逆能力、培養良好的管理情緒智商技巧及解決問題的能力，避免進行高風險的行為。

分層護理模式

2.4.5 根據上述原則，專家小組提出一個三層的護理模式，促進跨界別和跨專業的合作，為兒童和青少年提供精神健康服務。這個模式着重推廣精神健康，以及預防、及早識別和有效介入。當局會為患有精神病的兒童制訂護理計劃，而同樣重要的，是維持患者情況穩定和控制病情，這方面通常涉及患者如何適應環境和他們的長期護理問題。因此，由醫療、社會服務和教育界別及患者家屬提出的意見，是整體護理計劃不可或缺的部分。由於患者有多方面的需要，這個三層模式會按有關需要提供適當的介入護理。透過多個界別的參與，這個靈活運作的分層護理模式可藉建立連貫的護理流程和加強各層之間的連繫來消除專業和服務界限所造成的障礙。專業人員的參與程度，由具有所需技能的專業人員決定，而介入服務也會加強，直至能發揮效用，並取得一定的成果。圖2.17和圖2.18 說明建議模式如何運作。

圖 2.17 三層服務模式



第一層 — 全面預防、及早察覺、介入及促進精神健康

2.4.6 第一層關乎預防、早期介入及促進精神健康的策略，旨在預防兒童及青少年出現行為及情緒問題。措施包括推行公眾教育和健康促進工作，加深市民對這方面的認識，提升他們的抗逆能力，並協助他們建立健康的生活方式；提供一般保健及精神健康服務、親職計劃和健康評估服務，以助及早識別問題；處理輕度精神健康問題，把較複雜的個案轉介由專科服務跟進。最重要的是在家庭、學校及社會締造一個充滿關愛和有利兒童成長的環境。社工、學校教師、基層醫療醫生及兒科醫生等，會為家長提供意見、輔導及支援。這些專業人士未必接受過精神專科訓練，但專科人員會透過培訓及督導方式向他們提供支援，使他們掌握為兒童提供第一層服務所需的技巧和知識。由於他們與患者有緊密頻繁的接

觸，能為患者及其家人制訂護理計劃，以及作出適當的介入及支援，這點極為重要。有較複雜精神問題的兒童和青少年會透過第二層服務得到進一步支援（例如制訂更詳盡的護理計劃，以及提供有系統和針對性的介入服務）。

第二層 — 提供針對性的介入服務和作為第一層與第三層之間的重要橋樑

2.4.7 第二層是第一層與第三層之間的橋樑，目的是(i)為那些在第一層識別出來的較複雜個案提供有系統和針對性的評估及介入服務；(ii)為正接受第三層服務的兒童提供持續的跟進及支援，第二層的人員須與第三層的人員緊密合作，確保有中度和嚴重精神健康問題的兒童可順利過渡，接受切合其需要的護理和支援服務。

2.4.8 第二層的其中一項功能，是為心理、社交和學業正逐漸受行為及／或情緒問題影響並很可能出現更複雜精神健康問題的兒童和青年人，提供有系統的評估。評估的目的是要盡量減少負面影響和防止問題變得更嚴重。經評估後，我們會訂定更詳細的護理計劃，並準備提供針對性和有系統的介入服務。因此，第二層的專業人員應與第一層的專業人員緊密合作，以獲得合適的訓練和支援，提升技巧，在社區中為有精神健康問題人士提供介入和妥善服務。第二層介入服務包括藥物治療、社會照顧（如康復服務和其他照顧兒童及其家庭一般福利的服務）和教育支援。以實據為本的模式透建立校本平台，讓家長、學校職員、教育心理學家、學校社工和醫療人員組成跨專業團隊，檢討每宗個案的進度，並在有需要時調整介入策略或護理計劃。這個模式的好處是在社區層面提供治療和支援，避免因為要接受專科服務而對兒童及其家庭的日常生活造成影響，並協助兒童在他們熟悉的環境下控制病情。及早介入也可減少轉介患者接受專科服務的需要。

2.4.9 第二層的跨專業團隊須與第三層人員緊密合作，以落實、調節及監察兒童的整體護理計劃，從而在心理、社會及學校方面作出適當的調節。如果兒童的機能或精神狀態變壞，第二層的專業人員可考慮是否需要把服務提升至第三層，相反，如兒童的情況已經穩定下來，並有所進展，則可

把的個案交回第二層；這樣可以使第二層和第三層的資源得到妥善的運用。第一層介入服務着重預防、及早發現、適時提供介入服務及促進精神健康，而第二層的重點則是處理精神健康問題及學習障礙，確保兒童持續接受教育，並在家庭及社區內像他們的朋輩一樣成長及發展。

第三層 — 專科介入服務

2.4.10 專科介入服務照顧有中度至嚴重精神和情緒問題的兒童和青少年。這些問題對他們的日常心理、社交及學習能力造成重大影響。專科介入服務又為有即時危險或有極複雜或長期問題而須接受第三層專科醫療服務的兒童和青少年，提供解決危機、住院、日間照顧和住宿服務。相關的醫療、社福及／或教育專業人員會制訂特定長遠的護理計劃，提供針對性的加強護理，以切合患者的需要。這一層的人員會與第二層人員緊密配合，確保為有需要的兒童和青少年提供持續連貫的服務。由於較複雜／嚴重的個案需要相關範疇的專科人員作出更大程度的介入，因此教育、醫療和社會服務界別的互相配合非常重要。除此之外，為協助兒童康復和重新融入社會，社區的復康及長期服務、學校持續提供的學習支援和社會機構的就業支援也同樣重要。

圖 2.18 分層護理模式 — 跨界別參與

層面	界別	相關人員	角色及職能
第一層	醫療界	● 普通科醫生 ● 兒科醫生 ● 家庭醫生 ● 護士	基層醫療層面(例如門診診所、公務員診所及母嬰健康院)的醫療專業人員，往往是兒童需要尋求醫療意見時的首個接觸點。基層醫療專業人員可以透過推廣精神健康的計劃(例如在母嬰健康院與家長合作進行的兒童發展監察計劃)，或在兒童和青少年因其他健康問題到診所求醫時，識別出他們早期的行為和情緒問題，提供及早介入服務(例如 3P 親子“正”策課程)，並在有需要時轉介患者接受第二層醫療服務。
	社會服務界	● 社工	綜合青少年服務中心在鄰舍層面提供一系列發展和支援服務，以配合 6 至 24 歲兒童和青少年各方面的需要，促進他們的精神健康。社工協助識別有情緒和行為問題的兒童和青少年。問題較輕的青少年若向社工求助，或從朋輩獲得支持後，病情可能得以紓緩，因而無需轉介往接受更高層次的服務；至於較複雜的個案，患者會在有需要時被轉介往接受第二層服務。 全港有 65 間由社署和非政府機構營辦的綜合家庭服務中心和綜合服務中心，為有需要的人士和家庭提供各種預防、支援和補救性質的服務，當中包括有精神健康問題的兒童和青少年及其家人。社工會全面評估有關人士和家庭的福利需要，以便向他們提供/轉介合適的服務。

層面	界別	相關人員	角色及職能
第一層	社會服務界 [續]	• 社工	及早識別和介入可有效預防家庭問題惡化。有些有需要的家庭不願意求助，為此，綜合家庭服務中心、綜合服務中心、保護家庭和兒童服務課，以及精神科醫務社會服務部聯合推行家庭支援計劃，社工會透過電話、家訪及其他外展服務，接觸有家暴危機或有成員患有精神病的家庭，以及被社會孤立的家庭，轉介這些家庭的成員接受不同的支援服務。服務單位也會招募和訓練義工，包括一些本身曾經歷並克服家庭問題或危機的人士，這些義工可接觸上述家庭，鼓勵他們接受適當的支援服務，以防止問題惡化。
	教育界	• 教師 • 學生輔導人員 • 學校社工 • 教育心理學家	在學校層面推廣精神健康，可提升學生對精神健康的認識。學校提供一個重要的平台，培養學生解決問題的應變能力。學校人員(包括教師、學生輔導人員、學校社工及教育心理學家)會與其他界別的專業人員合作，協助學生提升在社交／情緒或行為方面的調適及福祉，識別有早期精神健康問題的學生，以及在有需要時轉介個案往第二層接受服務。適時處理早期精神健康問題有助預防日後演變成嚴重後果。至於學前兒童，教師會推廣親職教育，識別及轉介有需要的兒童接受評估及支援服務。

層面	界別	相關人員	角色及職能
第二層	醫療界	• 普通科醫生 • 兒科醫生 • 家庭醫生 • 護士 • 職業治療師 • 言語治療師 • 臨床心理學家 • 兒童精神科醫生	醫療界會視乎所需支援的性質，為有需要的兒童／青少年提供基層及中層醫療服務。曾接受精神健康培訓的醫療專業人員會在基層醫療環境(例如門診診所、公務員診所)，為第一層服務單位所轉介的患者提供診治。如須徵詢另一位醫療專業人員的意見，有關方面會安排有經驗的醫療人員或專科醫生為有關個案提供進一步意見。精神健康專家會為基層醫療專業人員提供培訓，提升他們在診斷及治療兒童和青少年精神障礙的能力。醫療界別的主要職能撮述如下： • 進行有系統的評估及分類； • 與第二層的團隊緊密合作，為個別病人制訂全面的臨床護理計劃； • 就相關個案在醫療支援方面的事宜提供專家意見； • 從精神健康角度監察為相關學齡兒童／青少年制訂的護理計劃的推行情況，並在有需要時轉介他們接受第一層推廣精神健康的服務，或第三層的深切治理服務；以及 • 為基層醫療及其他相關專業人員提供培訓，以提高他們處理兒童和青少年精神健康問題的能力。
	社會服務界	• 社工	除治理精神問題外，監察兒童的病情、研究他們的長遠福利和康復後的需要，都是護理計劃的重要部分。社工應與第二層的醫療和教育專業人員緊密合作，為有關兒童制訂全面的護理計劃。社會服務界別的主要職能概述如下： • 與第二層的團隊緊密合作，為有關個案就社會支援提供專家意見，以及從社會角度為有關兒童制訂全面的護理計劃； • 為家庭提供社會福利支援，並研究護理計劃應涵蓋的長遠福利和康復後需要；

層面	界別	相關人員	角色及職能
第二層	社會服務界 [續]	• 社工	• 從社會福利角度監察為相關學齡兒童／青少年制訂的護理計劃的推行情況，並調整計劃以切合他們的需要；以及 • 協調社區中心(例如綜合家庭服務中心、綜合青少年服務中心、精神健康綜合社區中心)的社工，並與他們緊密合作，識別高危家庭，確定這些家庭的孩子在社會福利方面的需要，以及所需的非政府機構服務。
	教育界	• 教師 • 學生輔導人員 • 學校社工 • 教育心理學家	有心理健康問題的兒童和青少年在康復期間，可能會感到難以應付在學業和社交上的要求，因此可能需要學校提供額外支援。教師、學生輔導人員、學校社工和教育心理學家會與其他界別的專業人員緊密合作，關注這些兒童和青少年的問題和需要。長遠而言，及早提供介入服務(例如輔導、在關愛和熟悉環境中持續提供支援等)，有助學生避免濫藥、孤立、自我忽略。教育界的主要功能撮述如下： • 協調有關工作，以便在學校建立溝通平台，讓家長／監護人和相關護理專業人員(即教師、學校社工、教育心理學家、醫療專業人員)就個案互相交流。 • 與第二層的團隊緊密合作，為有關兒童制訂全面的護理計劃內有關教育的範疇。 • 與第二層的團隊緊密合作推行護理計劃，以協助學生改善社交、情緒或行為方面的調適、教育方面的適應和整體福祉。 • 監察推行護理計劃內有關教育的範疇，並按情況調整計劃，以配合有關學生的需要。

層面	界別	相關人員	角色及職能
第三層	醫療界	• 兒童精神科醫生 • 護士 • 職業治療師 • 言語治療師 • 臨床心理學家	患有中度至嚴重精神障礙(包括飲食失調 ⁵⁴ 、對各種物質成癮及精神分裂症)的兒童和青少年會獲提供第二層及第三層服務。這些服務包括危機處理、住院及日間照顧服務。跨界別的专业人員，包括兒童精神科醫生、臨床心理學家、言語治療師、護士和職業治療師，會共同為病情嚴重的兒童和青少年提供治療，並為他們制訂較長期的護理計劃(同時有社會服務及教育界別的专业人員參與)。這些兒童和青少年或需要較長期的治療，以處理他們複雜的發展問題，以及更深層次和存在已久的情緒、心理及精神問題。
	社會服務界	• 社工	由醫療界、社會服務界及教育界人員組成的團隊，在兒童／青少年出院後即負責他們的長期護理工作。社工會與醫院、學校及患者的家人聯絡，確保為患者提供持續的服務。
	教育界	• 教師 • 學生輔導人員 • 學校社工 • 教育心理學家	教育界人員應與醫療及精神科服務界建立適當和密切的聯繫，以便諮商及作出轉介。教師、學生輔導人員、學校社工及教育心理學家會與其他界別的专业人員合作，配合患者的治療和康復需要，協助有精神病的學生重返校園及適應校園生活。學校提供的輔導服務和額外資源，可與醫療服務互相補足。

⁵⁴ 醫管局以綜合及跨專業模式提供精神健康服務，提供服務的专业人員包括精神科醫生、精神科護士、臨床心理學家、醫務社工及職業治療師。醫療專業人員會根據患者(包括患有飲食失調的病人)臨床情況的嚴重程度及每宗個案的需要，向患者提供合適的住院、門診、日間康復訓練及社區外展服務。每年平均約有 400 名患有飲食失調的病人接受醫管局的精神科專科治療。

發展現有服務及改善不足之處

2.4.11 為了使分層服務模式有效運作，專家小組認為是有需要進一步發展現有服務，確認其中的優點，並改善現有服務的不足之處。正如章節2.3所述，政府已透過醫療、教育及社會服務等方面，為有需要的兒童和青少年提供多方面的介入服務。雖然服務量有限，但一般市民都能獲得有關服務。專家小組研究現行的服務模式後，認為無需推倒重來，但須對其中某些部分再作研究，使服務模式更暢順及有效運作。

2.4.12 整體而言，有關專業人員都盡力在自己所屬的界別和服務層面提供兒童和青少年精神健康服務，但在各層面之間，以及在同一層面的不同界別之間，卻存在溝通不足的情況。雖然大家都確認培訓的需要，但每個服務層面的專業人員都有不同的觀點和技能，因此他們對應優先處理的項目也有不同意見。現時在各層面及環境中有多項計劃正在推出或試行，但當局卻未有評估該等計劃的效用和成效，而當中有些計劃也欠缺實據基礎。由於家庭、社會及教育環境對兒童和青年人的發展及精神健康有重大的影響，因此我們必須與家庭、學校、醫療界和負責社會照顧的專業人員，以及社區合作(圖2.19討論家庭及學校在照顧有特殊需要的兒童及青少年方面的角色)，這正是目前發現的最大不足之處。如果所提供的介入服務未能切合有關兒童和青少年的需要，珍貴的資源便可能會被浪費。下文具體討論每個層面的不足之處：

- 第一層

- 這個層面所提供的全民服務，不論以專業人員的技巧和時間計算，服務量和能力都有限，不足以照顧整體市民的需要。
- 服務提供者和服務對象(及其家人／家長)對兒童和青少年精神健康的認識不深及標籤效應令患者不敢求助。

- 第二層

- 第二層應發揮銜接的作用，把第一層和第三層連結起來，但由於協調不足，現時卻成為三個層面中最弱的一環。
- 教育、社會和家庭服務的支援不足，或令醫療制度百上加斤。
- 服務容量不足，以及服務銜接不佳，導致輪候時間偏長。
- 服務提供者之間在服務模式方面欠缺共識。
- 部分介入計劃零散和銜接不佳，或缺乏質素保證。

- 第三層

- 第二層所提供的服務難以應付需求，令患者過於依賴第三層服務；由於第三層的專科醫生人手有限，令輪候首次接受評估和每次治療之間相隔的時間偏長。
- 由於第三層的專業人員要兼顧第二層的服務，因此整體而言，令各界別專業人員未能提升其處理精神健康個案的服務能力。

2.4.13 為改善服務的不足之處，專家小組認為必須鞏固服務模式的基礎。在政策層面承認有需要使用該模式及確認其成效，可促使每一層面的專業人員有適當權責提供服務。推廣以實據為本的做法，並不時評估所推行的介入計劃，可確保有限的資源用得其所，並保證服務的質素。為專業人員提供足夠培訓，可確保他們具備適當的技巧及能力，以便在各層面提供所需的服務。各服務層面須作予改善的地方撮述如下：

- 第一層

- 必須擴展全民預防精神病的工作，原因是減少發病率的最有效方法是預防新症的出現。
- 必須協助家長建立能力(例如透過親職教育)及加強學校的角色(例如設立健康促進學校)，以支援兒童和青少年的心理及適應社會能力的發展。
- 必須移除有關精神健康的標籤效應，令更多有精神健康問題的兒童和青少年積極求助。

- 第二層

- 要提供第二層服務，必須有足夠的人手及資源。服務提供者和各持份者必須了解第二層服務的重要性和價值，並調派足夠經受訓的專業人員執行有關工作。專業人員須獲培訓，以提升其應付相關工作所需的技能，使他們在提供介入服務時更具信心，同時避免在不必要的情況下轉介個案至第三層。當兒童逐漸回復正常發展時，這些人員應把有關個案轉介至較低層面，或撤銷有關個案。
- 學校是兒童和青年人逗留時間最長的地方，也是提供第二層介入服務的基本平台。為提供更有效的介入服務，必須設立一個以學校為本的平台，以連繫教育界專業人員(例如學校職員及教育心理學家)、社會服務界專業人員(例如學校社工)及醫療界專業人員(例如患者就診的診所／醫院的精神科醫生和護士)。在討論有關兒童的問題和護理模式時，應鼓勵家長參與。專業人員之間應定期舉行會議以檢討已知個案的進度，並按緊急及嚴重程度把新確認的個案分流。跨界別介入的目的，是協助兒童和青少年逐漸回復正常發展。負責團隊可指派一名學校統籌人員負責聯絡工作，安排有關兒童接受切合其需要的跨界別服務。以學校為本的平台，有助醫療、社會服務及教育界別互相配合，為有關兒童提供更協調的服務，並針對個別兒童的需要作出適當的介入。

- 第三層

- 第三層提供高度專業和深入的服務，適時應對緊急和危機情況、評估並管理複雜的個案。嚴重程度稍低或已穩定下來的個案，可轉介給第二層跟進。同時，第三層的專科醫生須以顧問身分，為第二層的跨界別專業人員提供支援、訓練和意見。
- 第三層服務也須有足夠的人手和不同專業的人員，以減少新症的輪候時間和每次覆診之間相隔的時間，並提供切合有複雜精神健康問題的兒童需要的服務。此外，第二層的服務容量需要加強，藉以減輕第三層專科醫生的重擔。

圖 2.19 家庭和學校的角色

本章探討了如何加強三個層面，使分層服務模式得以有效運作。從人生歷程的角度看，兒童由出生至完成學業，家庭和學校對他們建立抗逆能力、促進社交及情緒控制能力和發揮潛能方面，擔當舉足輕重的角色。

家庭

良好的親子關係對兒童的情緒及社會行為有正面而深遠的影響。基層預防計劃著重建立良好的親子關係，其成本效益遠高於在稍後階段修補破裂的關係。提供介入服務以加強家長與幼年子女的精神健康和預防精神問題，不但可支援親職、加強家庭凝聚力和改善親子關係，更可避免依附的問題。提升兒童抗逆能力的計劃，可幫助兒童面對逆境。家庭和諧、父母關係親密等因素，都有助提升兒童的抗逆能力。對於高風險(例如父母未成年、父母有濫藥習慣和父母患有精神病)組別，早期主動介入(例如家訪或以社區為本的服務)較事後介入的成效更持久。在社區提供優質的早期教育和照顧服務，可為未能照顧兒童的父母提供一個培育孩子的環境。此外，一些家長培訓及互助計劃能有效提高父母管教子女的能力、減輕父母的壓力和減少兒童出現行為問題。由於兒童的生理、心理(認知和情緒)和社交發展會在青春期出現重大變化，對家長來說，協助子女面對這些變化是重大的挑戰，因此為兒童和青少年的父母提供親職教育及相關知識也同樣重要。

學校

學校不僅是兒童和青少年接受教育的場所，也是他們建立情緒控制及社交能力的地方。因此，在求學初期推廣精神健康具有不少社會效益，包括較高的教育程度和工作成就、加強社會凝聚力和減少對社會福利制度的依賴。落實發展健康促進學校，可提供一個有利兒童精神健康發展的環境。此外，學校對於在早期識別兒童的情緒問題和學習困難方面發揮關鍵的作用。學習困難可引發種種情緒和行為問題。因此，學校的教育專業人員及社會護理人員須接受適當的訓練，以便及早為出現精神健康問題徵狀的學生提供支援。為了幫助兒童應付種種問題(包括與家人的關係、家庭問題、疾病、壓力、焦慮和學習障礙)，學校必須設立一個溝通平台，讓家長／監護人與各有關專業人員(即教師、學校社工、教育心理學家、醫療專業人員等)參與制訂護理模式，並在有需要的情況下協調所需的服務。

圖 2.20 健康促進學校

世衛在八十年代後期發展健康促進學校計劃，旨在推動學校全體成員攜手合作，處理關乎學生、職員和校內人員的健康和福祉的事宜。在健康促進學校計劃下，學校在規劃和檢討程序、教學策略、課程和評估活動時，都會顧及健康和福祉因素。

根據世衛的建議，健康促進學校着重：

- 關懷自己和其他人；
- 作出有利健康的決定，掌握人生；
- 透過政策、服務、實際／社會情況創造有利健康的條件；
- 建立能力，以追求和平、住所、教育、食物、收入、穩定的生態系統、公平、公義和可持續發展；
- 預防導致死亡、患病和殘疾的因素：蠕蟲、吸煙、愛滋病、久坐不動的生活方式、濫藥和酗酒、暴力和受傷，以及營養不良；以及
- 影響與健康有關的行為：知識、信念、技能、態度、價值和支援。

健康促進學校的理念包含精神健康的促進。除了建立一個安全而又具支持作用的校園環境外，學校還會加強學生對精神健康和福祉的認識，以及提升學生的社交和情緒控制能力。此外，學校會及早識別有關精神健康的關注事項、制訂穩固的關顧輔導制度，以及確定支援學生精神健康的健康及社交計劃，包括藥物及酒精計劃、輔導計劃和朋輩支援計劃等。

2.5 建議和未來路向

2.5.1 兒童和青少年精神健康是社會整體健康的重要元素。面對風險因素(父母濫藥、虐兒／家暴問題等)的兒童和青少年，會有較大機會出現精神健康問題。問題出現後，會對患者的精神健康造成終身影響。即使患者步入成年，問題仍會持續。因此，家長和社會有責任營造有利的環境，讓兒童成長和發展。前線的專業人員(如學校內的教師)更須做好把關的工作，協助識別有問題的個案，及早提供介入服務。總括而言，要改善兒童和青少年的精神健康，必須促進身心健康，在幼年時期開始預防出現精神健康問題，並且及早識別相關個案，適時為患上精神病的兒童和青少年提供有效的治療。

2.5.2 兒童和青少年的精神健康有問題，可能會導致他們學習及遊戲、情緒發展與人際關係出現問題或困難。兒童和青少年的精神健康出現問題，可能是由於多種先天及後天環境因素導致，而當中最明顯是家庭和學校因素。兒童在家庭、學校和社區所面對的風險因素或保護因素，會影響他們的發展，以及出現精神問題的機會。雖然可以作出醫療方面的介入，但在這些環境的成年人也擔當不可或缺的輔助角色。作為把關者，學校教師如發現兒童和青少年未有主動求助，或是問題源於家庭/家長，應主動識別有關個案，及早提供介入服務。專家小組希望指出，單靠醫療方面的介入，不能令有精神健康問題的兒童和青少年回復正常發展。本報告書的討論和建議不僅着眼於加強精神健康服務，更要鼓勵和支持在兒童成長的環境中的成年人(包括家長、照顧者、幼兒工作者、教師和學校社工)培養他們相關的能力和技巧。

2.5.3 基於上述原則，專家小組認為現行服務所涵蓋的範疇雖然足夠，但仍須透過有效地協調及／或整合服務、鼓勵不同界別和專科的人員合作，以及加強與家長和社區的聯繫，從而鞏固和改善為有精神健康問題的兒童和青少年所提供的服務。

建議

2.5.4 專家小組參考前文所載的護理模式，提出下列建議：

探討和研究

監察精神健康狀況

1. 定期進行流行病學研究，了解本港人口的精神健康狀況，特別是本地兒童和青少年精神病的患病率，從而制訂適當的預防策略，並為有精神健康問題的兒童和青少年安排合適的介入計劃。

研究及發展介入計劃

2. 鼓勵研究及發展各種介入計劃（例如家長培訓及支援計劃、康復及社會支援計劃、護士與家庭合作計劃、幼兒精神健康服務等），並探討這些計劃的成效，讓服務提供者實施可行和有實證基礎的介入計劃。

教育及推廣

3. 舉辦全港性和針對性的公眾教育活動，並持續進行有關工作，藉以加強公眾和特定群組對精神健康的認識，提升他們的自助技巧（例如處理壓力），讓他們得知求助的途徑和社區內可用的資源，以及為精神病患者締造關愛和包容的環境。

評估、介入和支援

為家庭提供的支援

所有家庭

4. 由於親子關係對兒童的精神健康非常重要，因此應向家長推廣正面親職，以改善兒童的情緒和社交能力。為改善現時的不足之處，應為家長制訂有關青少年和青少年

前期的親職計劃，並透過學校、社區中心和互聯網把計劃介紹給家長。

有需要的家庭

5. 為有需要的兒童和青少年的家長(例如在教養和管理兒童行為方面遇到困難的家長)提供可適用於本地，並且以實證為本和具針對性的計劃。這些計劃旨在協助家長妥善管理兒童的行為，從而加強兒童的精神健康。此外，應考慮加強家長／親屬資源中心的功能，為家長提供更針對性的支援和更有效的培訓，使他們能照顧有特殊需要的兒童。
6. 為高危組別(例如有精神健康風險的懷孕婦女、未成年家長、有心理社會需要的家庭、產後抑鬱的母親，以及經兒童身心全面發展服務識別為有健康、發展和行為問題的小學前兒童)提供的基本預防和及早介入計劃應予加強，從而改善家長和兒童的身心健康。現時為未成年的家長、濫藥者或有嚴重精神障礙人士提供的服務，大多着重母親方面，而非採取家庭為本的介入方式。雖然兒童身心全面發展服務已為 6 歲以下兒童制訂親職能力評估工具，當局正訂定更多措施來識別有關需要和及早提供介入服務，並根據兒童的發展需要加強他們照顧兒童的質素。當局應探討方法，為兒童身心全面發展服務提供更多資源，並提升計劃的成效。
7. 在成長的早期締造安全和有利培育兒童的社會環境，並提供充足的營養，對於兒童的身心健康有重要和長遠的影響。海外研究顯示，對於未能為幼兒和兒童提供適當和盡責照顧的家庭來說(例如父母患有思覺失調或濫藥)，如能以院舍為本提供優質的教育及照顧服務，可有效促進兒童的精神健康發展，因此應考慮進行相關研究，以了解在本港推行類似計劃是否合適。

為有特殊需要的學前兒童時提供識別和介入服務

8. 倘若發現學前兒童有特殊需要(例如有發展、教育、生理和行為問題)，應在學校適時提供介入服務。要及早識別和介入，必須加強為幼稚園教師提供的支援，提升他們的知識和技巧，以配合學前兒童的不同需要和識別高危的個案。此外，應考慮提升專業人員(如教育心理學家)的能力，讓他們為幼稚園教師舉辦更多有系統的培訓活動和編製更多教學資料，使幼稚園能夠配合有心理社會及／或行為問題的兒童，或可能有發展問題的學前兒童在各方面的需要。此外，有關專業人員也應協助幼稚園教師識別有特殊需要的學前兒童，為他們提供介入服務。
9. 雖然已顯著加強學前康復服務，現時衛生署的兒童體能智力測驗服務以及醫管局的醫療服務，就人手和服務量也應予以提升，以便為有需要的兒童及早作出評估和適時提供介入服務，尤其須增加評估和專科服務的人手和資源，從而縮短這些服務的輪候時間。

為學齡兒童／青少年提供的支援

10. 學校是推廣和促進學齡兒童／青少年精神、情緒和社交健康的理想環境，因此應為學校提供支援，讓學齡兒童／青少年能夠參與有意義的學校活動。針對所有學齡兒童／青少年推出的全民推廣精神健康活動應進一步加強，透過鼓勵健康生活模式(如多做運動和健康飲食)和教授生活技能的健康促進計劃以及推動身心健康的學校課程，建立抗逆能力、加強他們對精神健康的認識、鼓勵他們注意精神健康、鼓勵他們求助和消除標籤效應。衛生署應與教育局及專上院校合作，研究可否在本港學校推廣世衛提出的健康促進學校，建立更關愛的環境，讓學齡兒童／青少年學習和成長。
11. 為有特殊需要(例如有特殊教育需要、行為問題、精神病)的學齡兒童／青少年提供更針對性的支援，邀請醫療、社會服務和教育界別的專業人員為教師舉辦更具系統的培訓、研討會及講座，提升他們的知識和技巧，以識別和處理精神健康問題(包括情緒病)個案。此外，應考慮

提高基層醫療醫生和兒科醫生處理精神健康個案的能力，讓他們與第一層的其他持份者合作，為有精神健康需要的兒童和青少年提供預防、及早識別和介入，以及維持精神健康等服務。同時應考慮加強第二層和第三層的跨界別專業團隊的能力，這些人員與第一層的人員緊密合作，確保為有需要的兒童和青少年提供持續的照顧。

12. 加強涵蓋家長、教師、學校社工、教育心理學家和醫療專業人員的跨界別介入模式，以促進在學校的精神健康支援服務。方法是建立一個以學校為本的平台，讓專業人員和各持份者合作，跟進和支援有精神健康需要的兒童。專家小組建議教育局、社署和醫管局合作試行一個以學校為本的介入模式，讓醫療專業人員與學校和社會照顧人員合作，並測試這個模式在加強學校處理精神健康個案的專業和能力，以及在加強家庭支援方面的成效。
13. 教育局在關愛基金由 2015/16 學年推行一項獲關愛基金撥款，為期三年的「特殊教育需要統籌主任試驗計劃」，向公營普通中學和小學提供現金津貼，讓學校安排一名專責教師統籌校內有關特殊教育需要的事宜。教育局已委託顧問為計劃進行成效檢討，以及為特殊教育需要統籌主任提供培訓。教育局應參考計劃的成效，以考慮未來的發展方向。

為社區內的青年人提供的支援

14. 為鼓勵遇到或有可能遇到精神健康問題的青年人求助，應考慮設立青年人友善平台及為有需要的青年人提供專為他們而設的服務（例如為他們提供專為青年人而設的臨時居所）。一方面應密切跟進社區內的青年人（例如輟學／離校生），以提供所需的支援和外展服務；另一方面應利用現有的青年人服務平台，在社區內提供青年友善支援。有關平台有助促進青年人的心理健康、培訓從業員處理精神健康個案、及早識別精神障礙和高危個案、進行介入計劃以處理一般精神健康個案、安排轉介患者接受精神健康服務等。此外，也可考慮綜合青年人友善平台的服務與「思覺失調服務」計劃，以助盡早識別和介入高危或初期的精神病個案。

過渡期支援

15. 為確保患者順利由接受學前康復服務過渡至接受學校支援服務，應為有特殊需要兒童的家庭提供支援，以便他們在過渡期獲得所需的服務。
16. 應特別注意青少年步入成年階段時的精神健康需要，確保他們順利由接受兒童和青少年精神健康服務過渡至接受成年精神健康服務和其他支援服務。此外，應探討讓年屆 18 歲的成年患者(特別是有發展障礙的患者)接受優化的主流服務，還是成立專為他們而設的診所服務，從而促進服務的過渡。同時應探討可否建立一個由青少年過渡至成人的服務模式。
17. 當青少年步入成年階段，應評估他們的需要，以便為他們制訂護理計劃，使他們獲得由康復訓練以至輔助就業等成年服務，從而協助他們面對教育、培訓和就業等方面的挑戰。同時應建立另一個平台，探討這些患者在成年階段所需要的長期支援。

提升能力

18. 要確保支援有精神健康問題的兒童和青少年的分層護理模式運作順利，關鍵是確保每個層面有足夠的專業人員，並加強他們的培訓，提升他們的能力，使他們透過專業培訓和持續教育，獲得所需技能和專業知識，以識別、診治、處理及協助有需要的人士。培訓對象不只是家長和教師，還包括醫療專業人員(精神科醫生、兒科醫生、家庭醫生等)、社會服務界的專業人員和社區內的其他照顧者。
19. 建立第一層和鞏固第二層護理模式，以便在基層服務層面(由家庭、學校及醫療和社會服務界專業人員)做好預防和把關工作，避免不合適地把個案轉介至更高層面。此外，應考慮加強培訓(例如設立有關行為發展的兒科分科)及在現有的參考概覽增設有關單元，使基層醫療醫生(如兒科醫生和家庭醫生)能在日常工作中評估及處理患者的行為問題。同時應探討以公私營協作模式，在已獲制訂護理計劃的醫管局病人中選出合適的病人，向下層轉介至私營界別。除上文建議的公眾教育、加強專業人

員能力和公私營協作外，也應研究制訂和推廣實證為本的親職培訓/家庭支援計劃和康復訓練計劃，供政府以外的服務提供者參考。

20. 加強分層護理模式中不同層面的溝通和銜接，確保能為有需要人士提供全面和綜合的精神健康服務，令每個層面的人員都具備專業知識和能力，能為患者提供適當的治理和轉介患者接受所需的服務。現時衛生署、醫管局、教育局、社署和非政府機構之間的溝通和協調平台應予改善，按照分層護理模式建立清晰的轉介途徑和協調一致的照顧和支援機制。此外，應設立常用的監察工具和統計資料庫，讓學校和醫療／社會照顧機構在兒童和青少年步入成年階段時能追蹤他們的發展和行為健康問題，從而為他們提供所需的支援和介入服務。

未來路向

2.5.5 專家小組認為應從較宏觀的家庭、學校和社會層面了解兒童和青少年精神健康問題。促進兒童和青少年精神健康不能單靠政府，而是有賴各界別共同合作、努力不懈，在不同政策範疇、服務層面和環境(包括家庭、教育、社會和醫療服務方面)加強公眾的認知、改善對有需要人士的照顧和消除服務方面的障礙。家長須為兒童提供有利的環境，讓他們身心健康發展。學校不僅是接受教育的地方，也是促進學童健康和福祉的平台。社會整體應對有精神問題的兒童和青少年包容和支援，而且不應存有偏見。各層面的醫療專業人員須提升其能力，並與其他界別的專業人員緊密合作，為有需要的兒童和青少年提供支援。

2.5.6 兒童和青少年是生命中充滿希望的階段，他們的未來充滿無限可能。如能及早發現問題，可以引導患者回復正面生活，減少他們所面對的困難。然而，加強認知、提升服務量和消除服務銜接的障礙都需要時間。本報告書並非解決一切問題的萬應靈藥，而是要找出問題所在，作好準備，迎接未來的挑戰。

2.5.7 本報告書提出的意見和建議，旨在為促進兒童和青少年精神健康勾劃出一個共同的願景。我們沒有規定如何為有精神問題的兒童和青少年提供服務，以及為他們提供何種服務，而是希望能設計一幅路線圖，帶領未來促進兒童和青少年精神健康的工作。我們建議設立諮詢委員會，繼續跟進有關加強精神健康（包括兒童和青少年精神健康）服務的工作。我們相信，憑藉社會各界同心協力，我們的下一代定能健康成長，並有更美好的將來。

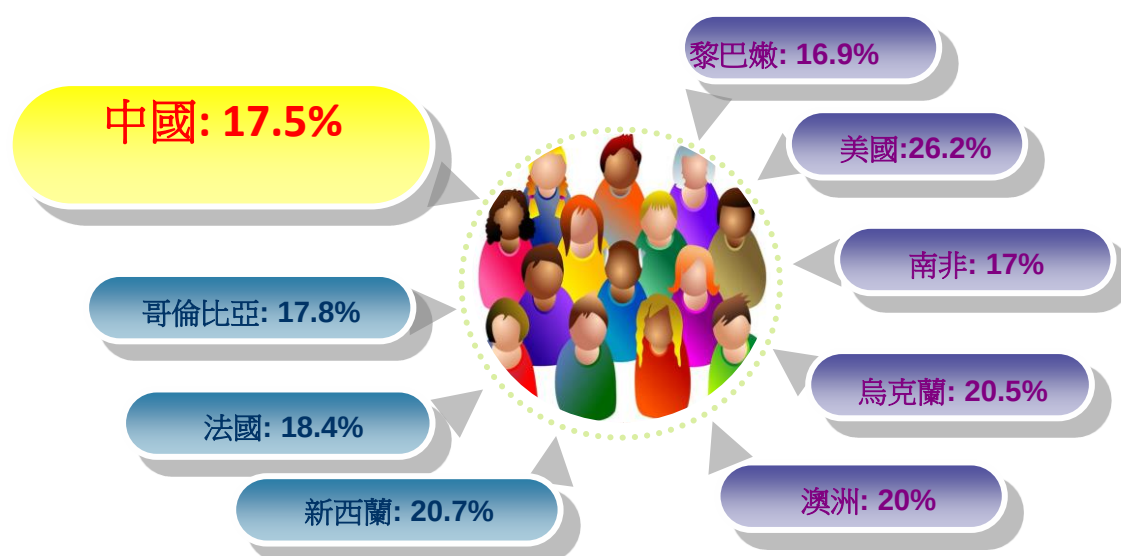
第三章 成人精神健康服務

3.1 本港成人對精神健康服務的需求

精神障礙患者人數

3.1.1 根據世界衛生組織(世衛)的資料，全球 4.5 億人患有精神障礙或神經功能失調，其中 1.5 億人患有抑鬱症、2 500 萬人患有精神分裂、9 000 萬人有濫藥或酗酒問題⁵⁵。一般估計，精神障礙患者人數佔平均人口約 15%至 25%，嚴重精神病患者則介乎 1%至 3%⁵⁶。香港人口約 730 萬，按全球數字推算，估計香港約有 110 萬至 180 萬人患有精神障礙，而當中約有 7 萬至 22 萬人患有嚴重精神病。

圖 3.1 部分國家精神障礙患者的人口百分比⁵⁷



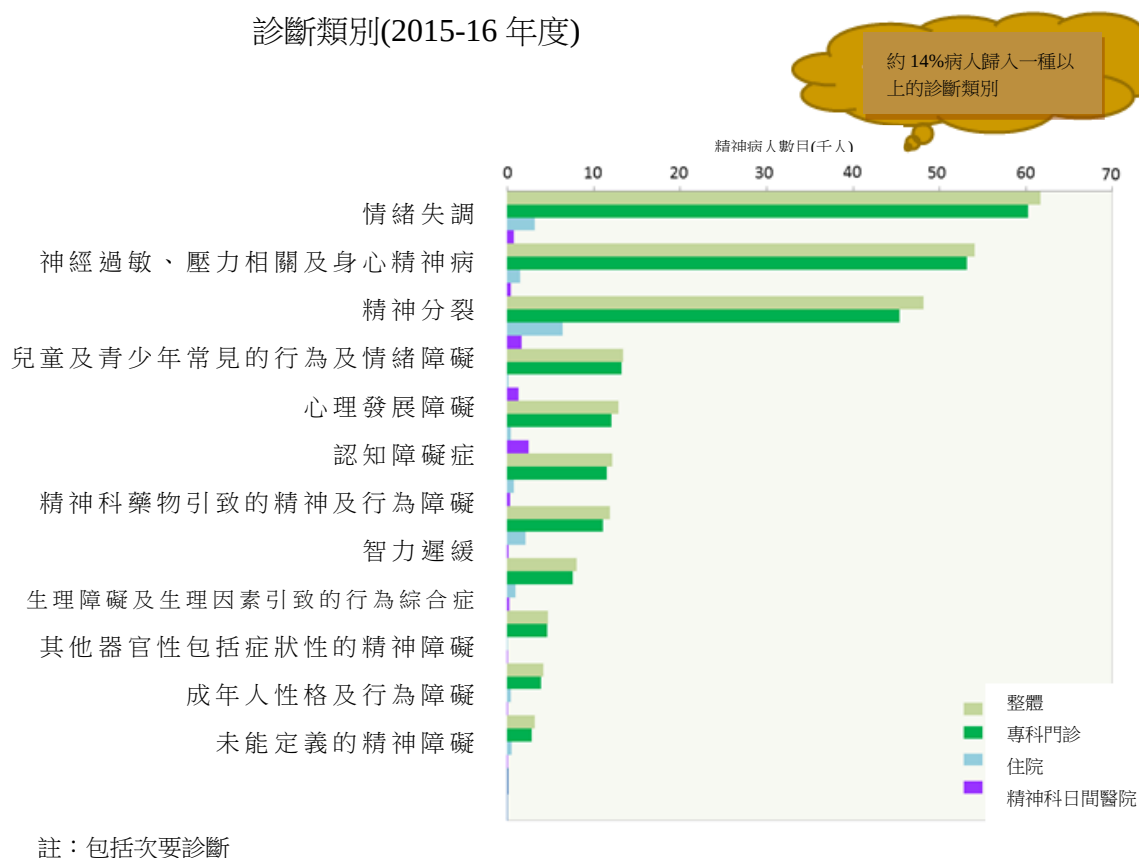
⁵⁵ 世衛在二零零三年發表的《投資在精神心理健康》第 8 頁。日內瓦。

⁵⁶ 同上。第 8 頁。

⁵⁷ 世衛在二零零九年發表的《應對全球精神健康問題帶來的挑戰》。日內瓦：Funk, M.。

3.1.2 下表列出使用醫院管理局（醫管局）精神科服務的病人數目（按精神障礙類別劃分）：

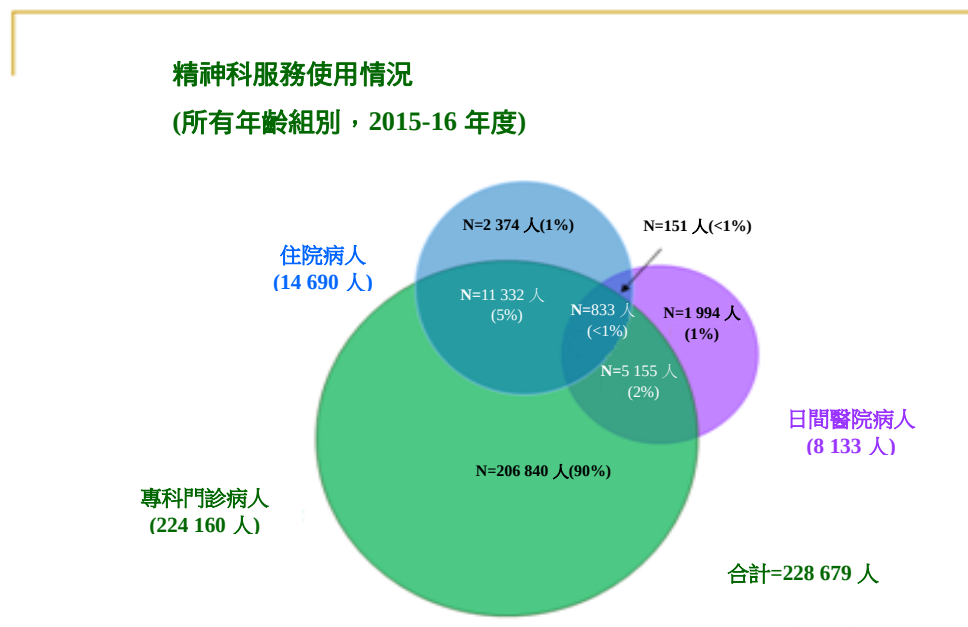
圖 3.2 本港精神病人的診斷類別



資料來源：醫管局策略發展部統計及人力規劃組

3.1.3 下圖顯示醫管局三類主要精神科服務（即住院、門診和日間醫院服務）的使用量：

圖 3.3 精神科服務使用情況



資料來源：醫管局策略發展部統計及人力規劃組

精神病的負擔

3.1.4 現時，在全球殘疾人士所患的疾病中，以精神病所佔比例最大^{58、59}，這是由於精神病患者大多數都是年青人，他們可能要與精神病搏鬥多年。世衛計算“殘疾調整生命年數”⁶⁰的方法如下：

$$\text{生命損失年數} + \text{活於殘疾的生命年數}$$

按“殘疾調整生命年數”計算，精神病對人類健康造成重大負擔。

⁵⁸ 世衛在二零零三年發表的《投資在精神心理健康》第8頁。日內瓦。

⁵⁹ Thornicroft, G., & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.

⁶⁰ Friedli, L., Jenkins, R., McCulloch, A. & Parker, C. (2002). *Developing a National Mental Health Policy*. (pp. 15-22). UK: Psychology Press.

3.1.5 下表顯示二零零四年至二零三零年由不同疾病或傷害引致的“殘疾調整生命年數”的排名變動，當中顯示，到了二零三零年，抑鬱症將成為全球最主要的“殘疾調整”疾病⁶¹。

圖 3.4 “殘疾調整生命年數”排名變動

2004 年 疾病或傷害	佔“殘疾 調整生命 總年數” 百分比	排名		排名	佔“殘疾調 整生命總 年數”百分 比	2030 年 疾病或傷害
下呼吸道感染	6.2	1		1	6.2	單極性抑鬱症
腹瀉疾病	4.8	2		2	5.5	缺血性心臟病
單極性抑鬱症	4.3	3		3	4.9	道路交通意外
缺血性心臟病	4.1	4		4	4.3	腦血管病
後天免疫力缺乏 症病毒／愛滋病	3.8	5		5	3.8	慢性阻塞性肺病
腦血管病	3.1	6		6	3.2	下呼吸道感染
早產及出生體重 偏低	2.9	7		7	2.9	成人型聽力損失
新生嬰兒窒息及 出生創傷	2.7	8		8	2.7	屈光不正
道路交通意外	2.7	9		9	2.5	後天免疫力缺乏症病 毒／愛滋病
新生嬰兒感染疾 病及其他	2.7	10		10	2.3	糖尿病
慢性阻塞性肺病	2.0	13		11	1.9	新生嬰兒感染疾病及 其他
屈光不正	1.8	14		12	1.9	早產及出生體重偏低
成人型聽力損失	1.8	15		15	1.9	新生嬰兒窒息及出生 創傷
糖尿病	1.3	19		18	1.6	腹瀉疾病

近年，社會廣泛意識到精神病對經濟所造成的負擔和殘疾所帶來的負擔。倫敦著名獨立健康慈善機構英國國王基金在二零零八年發表的一項名為《支付代價：英國至二零二六年支

⁶¹ 世衛在二零零八年發表的《全球疾病負擔：2004 年更新版》第 51 頁。日內瓦。

付的精神健康護理費用》的大型研究指出，“要不斷為處於工作年齡的失業精神病患者提供支援，協助他們重新投入工作”，並為各種精神病服務增撥資源，以減輕對經濟造成的負擔⁶²。

3.2 成人精神健康服務

3.2.1 在香港，精神科專科服務主要由醫管局提供。醫管局的服務範圍包括住院設施、日間醫院、專科門診及社康外展服務。接近 150 000 名年齡介乎 18 至 64 歲的精神病患者正接受醫管局的治療，當中大部分患有嚴重精神病（30%，例如精神分裂）及一般精神障礙（60%，例如情緒障礙及壓力相關精神病）。病情嚴重或有複雜需要的精神病患者，會獲安排在合適的醫院環境下接受跨專業的密集專科護理服務，至於情況不太嚴重或需要較簡單的病人，例如一般精神障礙患者，則會在社區（包括基層醫療層面）接受專科支援。

3.2.2 近年，醫管局須應付與日俱增的精神健康服務需求，壓力相當沉重。精神健康服務需求增加，可能是由於大眾對精神健康問題認識更多和更善於察覺這類問題、基層醫療支援不足，以及社會經濟環境有所轉變。因此，醫管局在規劃成人精神健康服務時，特別着重及早介入及積極治療，以盡量減低患者復發及住院的風險。

3.2.3 醫管局一直以綜合和跨專業的模式提供精神科服務，為有精神健康問題的病人提供支援。醫管局的精神科跨專業醫療隊伍由醫生、精神科護士、臨床心理學家、職業治療師和醫務社工等不同醫療專業人員組成，為精神科病人提供全面和持續的醫療支援，包括住院、專科門診、日間訓練和社區支援服務。醫管局又與社會福利署（社署）、非政府機構及其他持份者合作，為精神科病人提供社區支援。

住院服務

3.2.4 二零一五年，接受醫管局精神科治療的住院病人約有 14 500 人。大部分住院病人都患有嚴重精神病，例如精神

⁶² McCrone, P. Dhanasiri, S. Patel, A. Knapp, M. Lawton-Smith, S. (2008) *Paying the Price: the cost of mental health care in England to 2026*. London: King's Fund, xxi

分裂症。除了急性發病的病人外，住院病床也提供予有複雜需要而須留院接受較長時間康復治療的病人使用。透過制訂不同的社康計劃，病人對病床的需求有所減少。近年，住院病床的使用率平均維持在 75% 左右。

專科門診服務

3.2.5 政府精神健康服務下的專科門診服務，是精神科治療的其中一個最重要環節。醫管局的精神科專科門診診所同時為嚴重精神病和一般精神病患者提供主要的非住院護理，也為新症病人提供接受公營精神科醫療體系服務的主要途徑。診所除為急症病人提供診治外，也為情況穩定的病人提供持續護理服務。在二零一五至一六年度，精神科專科門診診所的求診病人約 80.8 萬人次，與二零一零至一一年度比較上升約 7%。

精神科日間醫院

3.2.6 精神科日間醫院為病人提供一系列治療和康復服務，病人每周接受一定時數的治療。這種治療形式符合目前精神科護理的趨勢，即鼓勵在較少限制的環境中護理病人。醫管局現時提供大約 900 個精神科日間醫院名額，日間醫院的工作量多年來大致相若。

社康服務

3.2.7 社康服務是精神健康服務的第三個主要環節。隨着醫管局致力提供康復服務，協助病人融入社區，加上精神科醫院不斷精簡規模，本港的社康服務將會日益重要。現時，醫管局在全港各區提供以聯網為本的精神科社康服務。

3.3 精神健康社區支援服務

醫務社會服務

3.3.1 社署於醫管局轄下的精神科醫院及專科門診診所派駐醫務社工，為精神病患者、精神病康復者及其家屬提供適時的心理社會輔導，以及經濟和住屋等援助，協助他們處理

或解決因精神病而引起的情緒、生活及家庭問題，幫助他們康復及重新融入社會。此外，當醫療專職人員協助病人訂定合適的離院計劃時，醫務社工亦會提供社會工作方面的專業意見，及轉介有需要的病人及其家人申請康復服務及其他社區支援服務。

精神健康綜合社區中心

3.3.2 為加強對精神病康復者、懷疑有精神健康問題的人士、及其家人／照顧者的社區支援，社署自二零一零年十月起在全港設立 24 個由非政府機構營運的精神健康綜合社區中心（綜合社區中心），適時提供以「地區為本」的一站式社區精神健康支援服務，包括個案輔導、職業治療、外展服務、日間訓練、諮詢服務、社交及康樂活動、公眾教育活動，以及轉介有需要的個案至醫管局接受評估及治療。政府一直以來持續增加資源以加強綜合社區中心的服務，為精神病康復者及其家人／照顧者提供更深入的輔導及支援服務，紓緩其家人／照顧者的壓力及鞏固精神病康復者的互助網絡。社署投放於綜合社區中心的經常撥款由二零一零年服務開展時的 1 億 3,500 萬元，增加至二零一六至一七年度超過 3 億 300 萬元的預算開支。截至二零一六年十二月，綜合社區中心已為超過 59 000 名精神病康復者及懷疑有精神健康問題的人士提供服務。

朋輩支援服務先導計劃

3.3.3 社署透過獎券基金撥款，於 2016 年 3 月推行為期兩年的「在社區精神康復服務單位推行朋輩支援服務先導計劃」（先導計劃），由 11 個營辦綜合社區中心的機構負責提供服務，裝備合適的精神病康復者成為朋輩支援者，為有需要的精神病康復者提供情緒和復元支援。截至二零一六年十二月底，共有 50 名全職或兼職的朋輩支援者受聘於綜合社區中心、中途宿舍或職業康復單位提供朋輩支援服務。

精神病康復者家屬資源中心

3.3.4 社署資助非政府機構營辦的精神病康復者家屬資源中心特別為精神病康復者的家人和親屬而設，目的是給予他

們情緒上的支援，向他們提供意見，使他們更樂意接納患上精神病的親人，並加強他們照顧家中精神病康復者的資源和能力。二零一五至一六年度，受津助的家屬資源中心獲增撥資源增加社工人手，以加強支援精神病康復者及其家人和親屬。

住宿照顧服務

3.3.5 社署一直透過津助非政府機構為精神病康復者提供各類住宿服務，包括長期護理院、中途宿舍及輔助宿舍。長期護理院為已出院的長期精神病患者提供長期住宿照顧和深入的生活輔助服務；中途宿舍為精神病康復者提供過渡性社區復康服務，為他們重新融入社會作好準備；輔助宿舍為有能力過半獨立生活的精神病康復者提供小組為本的家庭式住宿服務，在日常生活上提供有限度職員協助。截至二零一六年十二月，社署提供共 3 221 個為精神病康復者而設的資助宿位。在未來 5 年，預期可提供共 485 個額外宿位。

日間訓練及職業康復服務

3.3.6 為協助精神病康復者改善其社會適應能力，提升他們的社交技巧和職業技能，社署透過津助非政府機構提供庇護工場、輔助就業服務、綜合職業康復服務中心、殘疾人士在職培訓計劃、「陽光路上」培訓計劃、「創業展才能」計劃等，協助殘疾人士（包括精神病康復者）在公開市場就業。截至二零一六年十二月，社署提供共 12 587 個資助職業康復服務名額。在未來 5 年，預期可提供約 1 200 個額外名額。

3.4 成人精神健康服務檢討

3.4.1 鑑於精神病所造成的負擔日益沉重，檢討委員會採用人生歷程的方式，就現行的精神健康政策進行研究，以期為本港精神健康服務制訂未來的發展路向。就成年精神病患者而言，檢討委員會因應社會不斷轉變的需要和可運用的資源，確定進一步加強三個服務範疇，包括為嚴重精神病患者、一般精神病患者和學習障礙患者提供的服務。

3.5 加強服務的最新進展

嚴重精神病患者

3.5.1 對於嚴重精神病患者，醫管局會視乎他們的治療需要，提供住院、門診或外展精神科服務，同時透過「思覺失調服務」計劃和個案管理計劃，提供針對性的介入支援。醫管局除了改善處方藥物外，還推行醫社協作，為嚴重精神病患者提供綜合支援服務。

(a) 「思覺失調服務」計劃

3.5.2 為協助及早發現和介入嚴重精神病個案，醫管局在二零零一年推出「思覺失調服務」計劃。地區服務中心的跨專業醫療隊伍為 15 至 64 歲的病人在病發首三年的關鍵期內，提供轉介、評估及治療服務。計劃也涵蓋公眾教育和宣傳活動，目的是加深市民對精神健康的認識。現時每年約有 1 300 名病人在計劃下接受深入的護理服務。

(b) 個案管理計劃

3.5.3 醫管局在二零一零年推出個案管理計劃，按嚴重精神病患者的需要和風險，為他們提供深入、持續和個人化的支援。計劃初期在三個地區推行，現時已擴展至全港 18 區。計劃選出合適的嚴重精神病患者，由指定的個案經理跟進其護理情況。個案經理會與病人建立緊密的服務關係，按他們的需要和風險制訂個別的護理計劃，也會與各服務提供者（特別是社署資助的精神健康綜合社區中心）緊密合作，為社區內的嚴重精神病患者提供協調有度的支援。截至二零一六年十二月三十一日，個案經理已因應病人的需要，為大約 15 000 名居於社區的嚴重精神病患者提供個人化和深入的支援。視乎個別病人的風險和需要，每名個案經理須同時照顧約 40 至 60 名嚴重精神病患者。個案經理與病人的比例平均約為 1:47。

3.5.4 在二零一五至一六年度，醫管局為個案管理計劃引入朋輩支援的元素，進一步加強對嚴重精神病患者的社區支

援。精神病康復者會獲邀向患者分享經驗，協助個案經理在患者的康復過程中提供支援。

3.5.5 「思覺失調服務」計劃和個案管理計劃自推出以來，都取得良好的成效。透過「思覺失調服務」計劃來處理初次出現的偶發性精神病個案，可以縮短症狀出現與施行介入治療之間的時間，從而減低日後復發和抗治療的風險。個案管理計劃則透過為嚴重精神病患者提供持續及專門的支援，成功幫助不少病人重新融入社會。

(c) 使用新的抗精神病藥物

3.5.6 除介入服務外，處方藥物以控制精神病症狀和預防病情復發，也十分重要。多年來，醫管局已採取措施，多使用較新和副作用較少的精神科藥物。服用較新的抗精神病藥物的病人數目，在過去五年增加了約七成，由二零一零至一一年度約 45 000 人，增至二零一四至一五年度約 75 000 人。在二零一四至一五年度，醫管局把所有新一代的口服抗精神病藥物(除有副作用的氯氮平(Clozapine)外)，由醫管局藥物名冊的專用藥物類別納入通用藥物類別，使這些藥物成為第一線藥物。

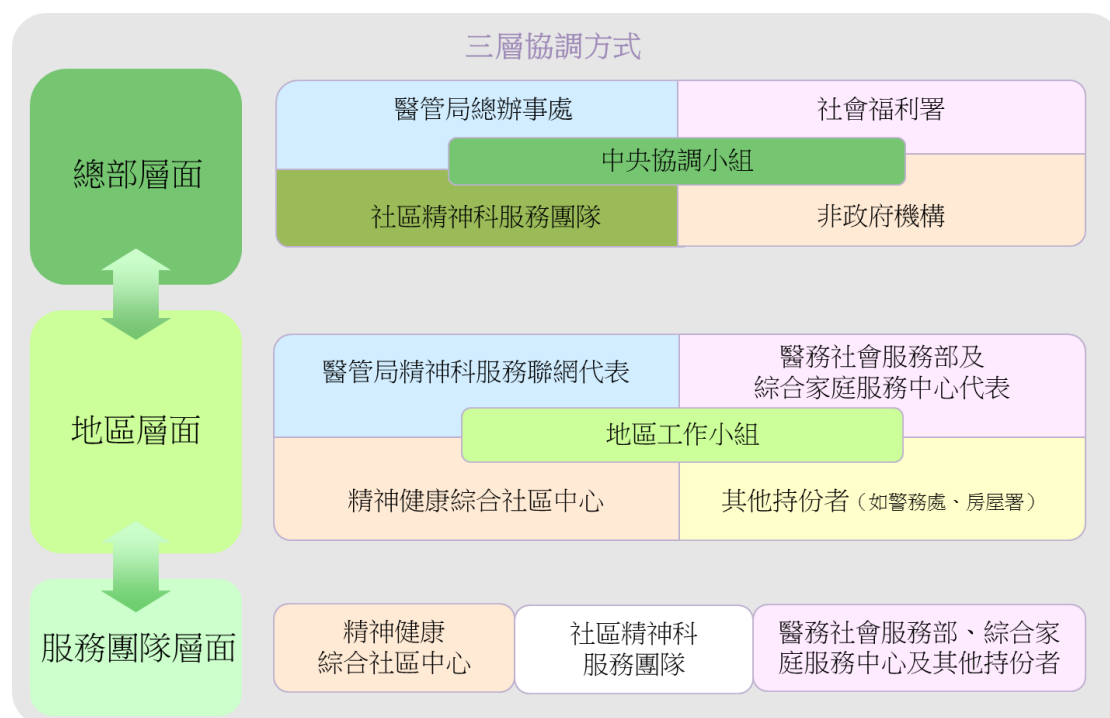
(d) 醫療與社會服務界別合作

3.5.7 現時，居於社區的精神病患者也可獲得多元化的醫療和社會服務支援，以協助他們康復。社區精神健康服務得以有效運作，有賴醫療與社會護理界別的緊密合作。隨着個案管理計劃的推行，醫管局與社署在二零一零年設立了一個三層協作平台，在中央、地區及提供服務的層面促進跨界別的溝通。

3.5.8 在中央層面，醫管局總辦事處、社署總部和非政府機構定期舉行會議，討論服務策略和探討協作模式。在地區層面，醫管局的精神科主任和社署的地區福利專員，會定期與區內的服務提供者和有關政府機構聯繫，共同統籌社區支援服務，以及因應地區的人口結構和服務需求，研究是否需要調整服務模式。在服務層面，醫管局的個案經理會與其他服務提供者(包括醫務社工和精神健康綜合社區中心)保持密

切聯繫，商討和統籌個案轉介及康復服務安排等事宜。圖 3.5 說明涵蓋主要服務提供者的三層協作平台。

圖 3.5 主要服務提供者的三層協調模式



3.5.9 相關持份者和病人組織指出了服務的一些不足之處，例如醫療界和社會服務界在社區支援方面出現不必要的服務重疊；欠缺溝通平台協調服務；欠缺統一評估工具以加快診症流程；以及未能適時和協調地交換資訊。為使醫社合作無間，協助嚴重精神病患者重新融入社會，醫療界和社會服務界的社區支援服務必須妥善協調、互補不足。因此，醫管局、社署和提供精神科服務的主要非政府機構在二零一四年成立工作小組，檢討現有的服務模式，並制訂《香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架》⁶³（《服務框架》），藉以加強醫社協作和溝通。

⁶³ 《香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架》全文可在以下網頁下載：
http://www.ha.org.hk/upload/publication_42/517.pdf

《香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架》

目標

3.5.10 《服務框架》提出一個整體的服務模式，說明應如何向成年嚴重精神病患者、其家人和照顧者提供社區服務，目的是釐清不同服務提供者的角色，彌補服務不足之處的情況，並讓服務提供者能更有效回應患者及其家人的需要。這份文件也詳述如何根據患者的個人需要而非專業或機構界別來擬定所提供的綜合服務。《服務框架》的各個目標如下：

- (a) 改善醫療界(醫管局)與社會服務界(社署和精神健康綜合社區中心)為嚴重精神病患者提供社區服務方面的合作和溝通；
- (b) 根據患者的需要、風險和能力提供協調的社區精神健康服務；以及
- (c) 釐清各持份者的角色和責任，以改善提供服務的效率。

理想、使命和信念

3.5.11 為居於社區的成年嚴重精神病患者提供服務時，醫管局、社署和非政府機構都抱有共同理想，就是希望病人康復。《服務框架》的使命，是因應醫療、心理和社交需要，為嚴重精神病患者及其家人提供個人化、全面、適時和協調有度的服務，協助病人康復。《服務框架》建基於康復(指個人康復而非臨床康復)的核心信念，當中包括希望、自主和機會等元素。

- (a) 希望 — 希望是動力之源，患者如抱有希望，便能在康復過程中堅持下去。他們雖然會受病患困擾，但也能擁有豐盛和具意義的人生。
- (b) 自主 — 康復的意義在於克服困難、善用服務和掌握人生。藉幫助患者增強自我管理的能力，協助他們理智和負責任地選擇生活目標，重新建立人生意義，並且活出有意義的人生。

- (c) 機會 — 一個傷健共融的社會能夠促進患者康復，讓他們更易融入社羣。

有效提供個人化護理服務的重要元素

3.5.12 要有效地為嚴重精神病患者提供個人化的護理服務，必須作出綜合和協調的安排，當中須涵蓋下列重要元素：

(a) 共通的需要—風險—能力評估

3.5.13 我們必須先就患者的所有需要、風險和能力進行全面和持續的評估，才能為他們提供個人化護理。服務提供者會採用共通的評估工具，按統一標準評估患者，並就各方面(包括現行機能、心理社會壓力源、臨床情況、資源、能力和價值觀及個人經歷)進行有系統的臨床診斷，從而讓不同範疇的專業人士有系統地溝通，為患者擬定全面的護理計劃。

(b) 持份者之間的協調和合作

i) 角色和責任

3.5.14 要有效提供社區精神健康服務，有賴醫療界與社會服務界緊密合作，以及持份者各司其職。持份者的角色和責任以及個案經理的主要職責都必須清楚釐定，以便能為嚴重精神病患者提供全面和協調的支援。

ii) 協調機制

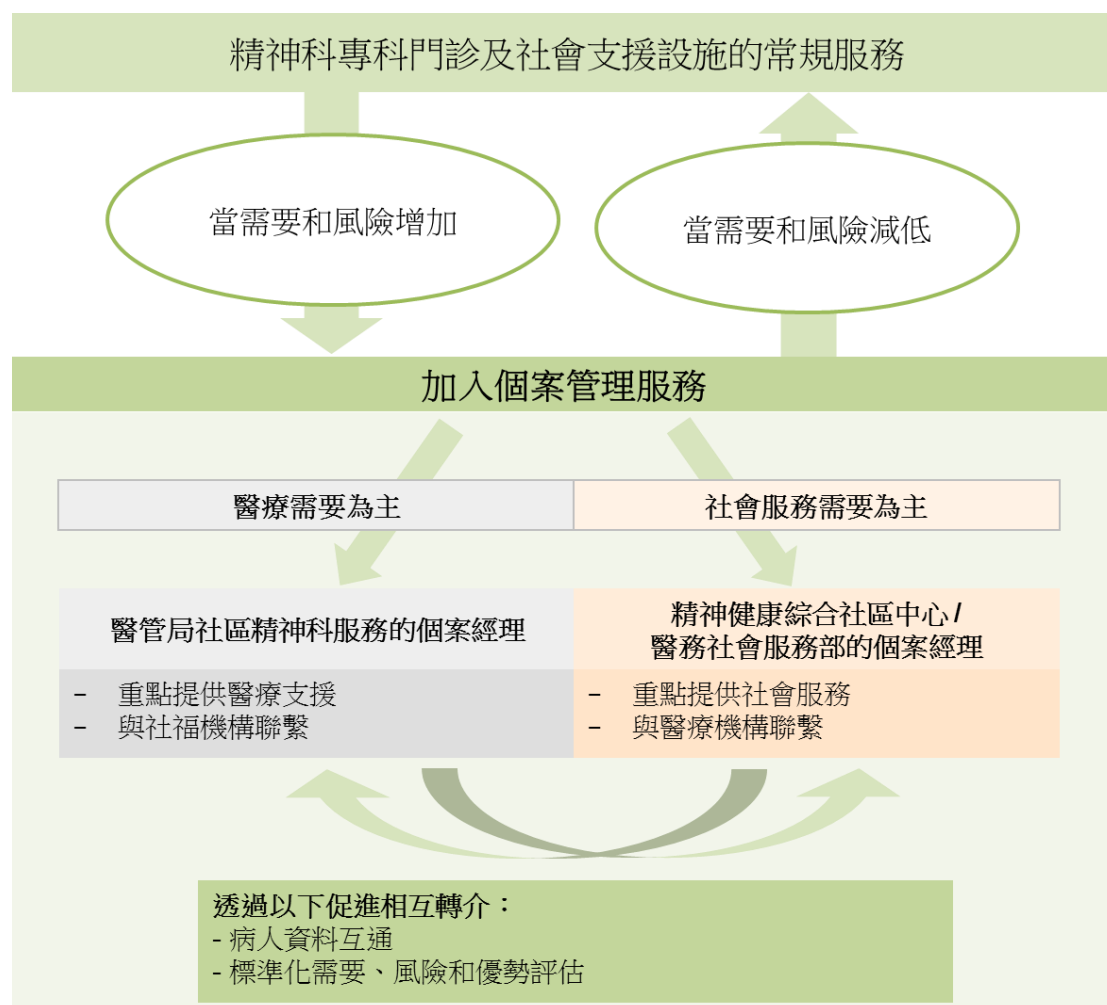
3.5.15 隨着個案管理計劃的推行，醫管局與社署在二零一零年設立了一個三層的協作平台，在中央、地區及服務提供的層面促進跨界別的溝通。

iii) 接觸服務對象和轉介機制

3.4.16 醫療或社會服務轉介的目的，是根據患者的需要和風險狀況，為他們提供適當的專業意見和所需設施。一般來說，亟需醫療服務的患者會由醫療界(即醫管局社區精神科服務)的個案經理照顧，精神狀況較穩定而需要社會康復服務

為主的患者，則會由社會服務界的個案經理（主要為精神健康綜合社區中心社工或醫務社會工作者）照顧。圖 3.6 闡釋社區精神科服務與精神健康綜合社區中心／醫務社會服務部在個案管理方面的協調情況。

圖 3.6 社區精神科服務與精神健康綜合社區中心／醫務社會服務部在個案管理服務的協調



iv) 資料互通

3.5.17 為進一步加強持份者之間的溝通，醫療界與社會服務界會按有需要知道的原則適時互通資料。只有在與提供服務直接相關的情況下，才可轉移有關患者的個人資料。如要轉移個人資料，必須根據《個人資料(私隱)條例》的規定，在首次要求與服務提供者互通患者資料時，取得患者就轉移個人資料給予的知情同意。

(c) 質素保證及培訓

3.5.18 醫療界和社會服務界都必須有完善的管治制度，以確保服務質素持續改善、減低風險和評估服務水平。醫管局設有精神科統籌委員會，負責就社區精神科服務制訂標準和監察服務質素。統籌委員會會監督各聯網推行社區精神科服務的情況，包括服務發展、協調和監察。聯網轄下的社區精神康復服務單位負責確保所屬聯網的社區精神科服務質素。各聯網也會委派一名精神科醫生，帶領精神科社康服務隊伍為聯網提供服務。

3.5.19 在一九九九至二零零二年期間，社署聯同非政府機構分階段建立服務表現監察制度，以監察非政府機構的服務表現。該制度確保非政府機構須就公帑的運用向政府負責，並提供優質的社會福利服務。

3.5.20 醫管局在二零一零至一一年度推出個案管理計劃和精神健康綜合社區中心服務後，醫管局、社署和非政府機構的代表成立了工作小組，共同為持份者安排合適的培訓，例如持續為個案經理提供有關最新疾病治理知識、個案管理技巧和評估工具等方面的培訓。

(d) 充足的人手

3.5.21 在推行個案管理模式時，醫管局和社署／精神健康綜合社區中心須定期檢討個案數量和服務模式，以便有效地為嚴重精神病患者提供護理。在醫管局方面，每名個案經理負責處理的個案數目都不同，視乎所支援的病人是否有複雜需要，以及個別經理的經驗等多項因素而定。每名個案經理同時照顧約 40 至 60 名嚴重精神病患者，平均比例約為 1:50。至於社署／精神健康綜合社區中心方面，每支標準規模的團隊都由社工、精神科護士和職業治療師等專業人士組成，大約為 33 萬人提供支援。綜合社區中心的服務對象除嚴重精神病患者外，亦包括一般精神病患者、情緒受困擾及懷疑有精神問題人士。社署已成立工作小組檢討綜合社區中心的服務，包括專業人員處理的個案數量，以確保能提供優質的服務。醫管局與社署／精神健康綜合社區中心會繼續檢討及監

察有關服務和人手，以進一步加強對嚴重精神病患者的支援。

(e) 服務使用者的參與

3.5.22 讓服務使用者參與精神健康服務，例如邀請他們提供朋輩支援，或向他們蒐集意見，不但有助服務的推行，也為日後的服務規劃提供參考。服務團隊可聘用／招募康復進度理想的人士為患者提供朋輩支援，讓他們擔當重要的角色，協助病人訂定個人康復目標和學習管理疾病的技巧。醫管局和社署已在二零一五至一六年度推出朋輩支援計劃，又定期與各病人組織會面，就如何持續改善服務質素蒐集意見。

3.5.23 當局在制訂《服務框架》時，發現有若干服務不足的情況須予優先處理，包括職業康復服務、嚴重精神病患者的身體健康狀況、為嚴重精神病患者的照顧者和子女提供的支援，以及消除社會對精神病的偏見和歧視的方法。醫療界和社會服務界會透過其他平台，進一步處理這些事宜。

諮詢及跟進工作

3.5.24 當局於二零一五年年中擬訂《服務框架》，當中已包含上述元素。醫管局和社署為持份者（包括醫管局、社署、非政府機構、病人組織、康復自助組織、私家精神科醫生、平等機會委員會、香港社會服務聯會和立法會議員）合辦了一系列聯合諮詢論壇和會議。

3.5.25 《服務框架》於二零一六年七月公布，當局在二零一六年首季成立了專責小組，成員包括醫管局、社署和主要精神科非政府機構的代表，以推行《服務框架》：

- (a) 制訂共通的需要—風險—能力評估工具；
- (b) 制訂工作指引；
- (c) 制訂適時互通資料的機制；以及
- (d) 安排員工培訓。

一般精神病患者

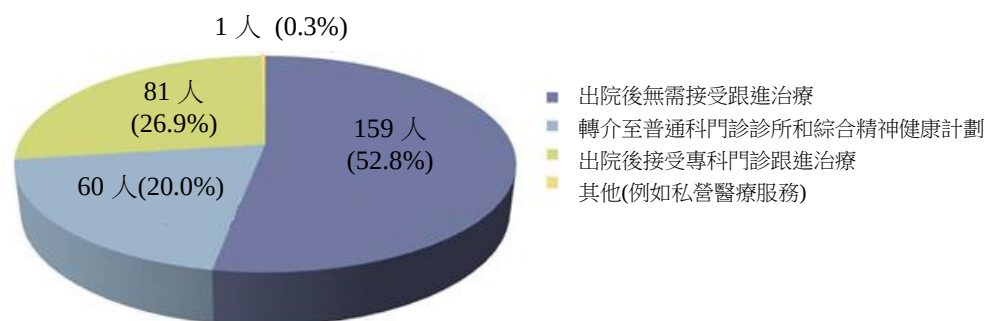
3.5.26 為了令一般精神病(例如抑鬱症和焦慮症)患者及早接受診斷和治療，由二零一零年起，醫管局在精神科專科門診診所設立一般精神病診所，每年加快處理約 7 000 宗個案。

3.5.27 鑑於市民對精神健康服務的需求不斷上升，而大部分輪候精神科專科門診服務的人士都屬於一般精神病個案(包括輕度抑鬱症、焦慮症或失眠)，醫管局於二零一五年七月在九龍西聯網的葵涌醫院推出試驗計劃，開設加強服務的一般精神病診所，進一步提升一般精神病診所的服務，以縮短精神科專科門診服務的輪候時間。試驗計劃在服務模式中加強跨專業的元素，增加精神科護士、臨床心理學家及專職醫療人員的人手，讓他們可以為一般精神病患者提供個人化的心理社會介入服務，從而讓醫生可以騰出更多時間處理新個案。

3.5.28 根據先導計劃，由精神科醫生、精神科護士和職業治療師組成的跨專業團隊會先為合適的患者進行評估，然後根據評估結果和跨專業個案會議的討論結果，為患者制訂個人護理計劃。如有需要，更會因應患者的臨床需要提供深入的心理社會輔導。每名患者會獲安排一名統籌護士密切監察其病情，以期提高治療成效，讓患者在完成一般精神病的治療程序後無需接受精神科專科門診跟進治療。

3.5.29 初步調查結果顯示，為一般精神病患者推行新的服務模式後，九龍西聯網成人精神科專科門診診所例行個案預約新症輪候時間的第 90 個百分值，由二零一五年六月(加強服務前)的 61 個星期縮短至二零一六年三月的 47 個星期。此外，在完成治療的患者中，超過一半無需接受精神科專科門診跟進治療。

圖 3.7 一般精神病先導計劃—初步調查結果



3.5.30 由二零一五年十一月起，先導計劃實施由中央統籌的跨網轉介安排，以方便患者使用精神科服務。截至二零一六年三月三十一日，跨網轉介的個案共有 121 宗。二零一六年七月，一般精神病診所的服務擴展更至九龍東聯網。

學習障礙患者

3.5.31 小欖醫院為嚴重及極度嚴重智障患者提供護養及康復服務，除藥物治療和護理服務外，也提供康復服務，包括職業治療、物理治療、義肢矯形服務、醫務社工服務及社會教育訓練，以期改善患者的生活質素、盡量提升其自我照顧的能力，並為相關的醫療或精神健康症狀（如癲癇或行為問題）進行診治。

3.5.32 在過去三年，即二零一三至一四年度至二零一五至一六年度期間，小欖醫院共接獲 83 宗新的療養及復康服務申請。同期有 57 名嚴重及極度嚴重智障患者入住小欖醫院。二零一五至一六年度的入院輪候時間中位數約為 24 個月。截至二零一六年三月三十一日，中央輪候冊上共有 19 名患者。

3.5.33 醫管局明白這些患者的高度護理需要，因此於二零一四至一五年度開展小欖醫院的規劃和翻新工程，騰出空間增設 20 張病床，加上原來的 500 張病床，希望能在未來數年分階段悉數處理輪候冊上的個案。翻新工程經已完成，增設了 20 張病床的新病房在二零一六年十二月啟用。預期加強人手

(包括護士和專職醫療人員)後，輪候冊上的個案將可逐一處理。

3.6 服務不足之處

3.6.1 政府多年來已大大改善為成年精神病患者提供的服務，所推出的措施成效不俗，然而，檢討委員會認為仍有改善空間，以期進一步提升患者的生活質素，以及令有需要的人士更易獲得所需服務。最重要的是，當局應進一步強化社區支援，協助精神病康復者重新融入社會。

3.6.2 「思覺失調服務」計劃已縮短了症狀出現與施行介入治療之間的時間，從而減低日後復發和抗治療的風險。然而，由於資源有限，現時並非所有首次病發個案都涵蓋在計劃內。

3.6.3 個案管理計劃為嚴重精神病患者提供個人化支援，自推出以來取得良好成效。不過，檢討委員會認為，鑑於嚴重精神病患者需要更大力度的支援服務，因此當局應進一步改善個案經理與患者的比例(現時約為 1:50)。如個案經理與嚴重精神病患者的比例得到改善，將有助提升支援服務的質素，也可更密切監察病人的情況，盡早察覺復發的徵狀或其他問題。

3.6.4 初步調查結果顯示，一般精神病先導計劃證實行之有效，能夠令患者無需繼續接受專科門診的跟進治療，從而縮短專科門診服務的輪候時間，讓一般精神病患者能夠及早接受診治。不過，現時只有九龍西聯網和九龍東聯網提供一般精神病診所服務。醫管局有需要增加其他聯網的跨專業團隊人手，把有關服務擴展至所有聯網。

3.6.5 檢討委員會認為，要解決醫管局專科門診服務的樽頸問題，單靠增加跨專業團隊的人手並不足夠，基層醫療在治理病情穩定的一般精神病患者方面也擔當舉足輕重的角色。鑑於一般精神病患者對護理服務的需求日增，長遠來說，基層醫療的醫療專業人員除可擔當更重要的角色外，還可提升服務能力和增進專業知識，以助處理在社區或由醫管局轉介的一般精神病個案，讓醫管局精神科專科服務的資源得以更

有效地運用。檢討委員會又認為應加強基層醫療人員的培訓，使他們具備治理一般精神病患者所需的技能和知識。如不把部分一般精神病個案交由基層醫療層面處理，專科門診服務的需求定會持續殷切，因而延長有需要人士輪候精神科服務的時間。

3.7 建議和未來路向

3.7.1 為了進一步改善現時為嚴重精神病、一般精神病或學習障礙患者所提供的精神健康服務，檢討委員會提出下列建議：

為嚴重精神病患者提供的服務

1. 為進一步加強向嚴重精神病患者提供的支援和減輕個案經理的負擔，醫管局應改善個案經理與嚴重精神病患者的比例，初步目標是在三至五年間由現時的 1:50 降至約 1:40，並應檢討長遠而言這個比例是否還有改善空間。醫管局亦應透過增加人手，加強個案管理計劃下的朋輩支援服務，分階段把服務範圍擴展至全港各區。定期進行檢討綜合社區中心專業人員處理的個案數量亦很重要，以確保能提供優質的服務。
2. 為了在患病首三年的關鍵期內盡早識別思覺失調的症狀及提供介入服務，當局應考慮把「思覺失調服務」計劃分階段擴展至涵蓋所有首次病發的新個案。

為一般精神病患者提供的服務

3. 醫管局應根據葵涌醫院就一般精神病個案試行的服務模式的評估結果，加強其他聯網的跨專業團隊及精神科專科門診服務，以便分階段把一般精神病診所服務擴展至所有聯網。

4. 為縮短醫管局精神科專科服務的輪候時間，同時確保更有效運用資源，處理較複雜的個案，醫管局應探討能否以公私營協作形式，把已訂定護理計劃的合適病人轉介予私人執業醫生，讓他們為病情穩定的一般精神病患者提供持續護理。醫管局應盡快為一般精神病服務的公私營協作試驗計劃擬定服務模式，以期在二零一八年度推出一般精神病個案的公私營協作計劃。
5. 為確保公私營協作計劃順利推行，當局必須提供適當的培訓，提升基層醫療專業人員的角色、能力及專門知識，以確保他們具有相關的知識和技能，能妥善照顧社區內情況穩定的一般精神病患者，或經醫管局精神科專科轉介／在接受醫管局精神科專科服務後出院而重返社區的病人。

為學習障礙患者提供的服務

6. 醫管局應在小欖醫院開放新病房提供額外病床後，加強該院護士和專職醫療人員的人手，以期盡快處理輪候冊上的學習障礙患者個案。

3.7.2 在檢討成人精神健康服務的過程中，檢討委員會認同醫管局的專科服務並非幫助有精神健康問題人士的唯一途徑。事實上，透過社會各界的服務提供者和持份者共同努力，能夠改善有需要人士的精神健康狀況，促進他們的精神健康。展望未來，改善精神健康服務的方向應包括：加強對康復中的嚴重精神病患者的社區支援（例如透過優化個案管理計劃及促進醫療界與社會服務界的合作）、就一般精神病服務推行公私營協作，以及提升基層醫療護理的服務量。在社區提供有效支援，不但有助精神病患者融入社會，也可減輕醫管局精神科專科服務的負擔，讓有關人員集中跟進複雜的個案，而精神病康復者或情況不太嚴重的精神病患者能在社區接受及早介入和支援服務，也可盡量減低復發的風險。

第四章 – 長者認知障礙症支援服務

4.1 引言

認知障礙症—對公眾健康的挑戰

4.1.1 近年，世界各地的認知障礙症個案不斷增加，對公眾健康來說，是一項嚴峻的挑戰。醫療技術愈來愈進步，人類也較以前更健康 and 更長壽。不過，非傳染病患者的人數卻有增無減，以年長患者居多的認知障礙症便是一例。認知障礙症不但影響患者及護老者和家人，更對全球的醫療和社會照顧制度造成相當大的衝擊。

4.1.2 香港人口持續老化，香港人預期壽命之長，居於世界前列，因此，我們也須面對認知障礙症所帶來的挑戰。由於一旦患上認知障礙症便無法痊癒，加上患者極須倚賴支援服務，隨着人口老化及患者人數不斷增加，照顧認知障礙症患者的費用，以及這個疾病對醫療和社會制度所造成的負擔也日見沉重。圖 4.1 闡述何謂認知障礙症及其成因。

認知障礙症專家小組

4.1.3 面對這項挑戰，政府認為有迫切需要重新檢視現行的服務模式，加強應對措施。政府把這項重要任務交予由食物及衛生局局長擔任主席的精神健康檢討委員會轄下成立的認知障礙症專家小組。專家小組在二零一三年十二月成立，成員包括來自廣泛界別的代表(成員名單載於附件 E)。專家小組負責就照顧認知障礙症患者制訂一個可持續運作的服務模式，並擬定認知障礙症護理服務的未來方向。

圖 4.1 認知障礙症——疾病及致病原因

何謂認知障礙症？

- 根據《疾病和有關健康問題的國際統計分類》第十次修訂本所載的定義，認知障礙症是指一種由腦部疾病引起的綜合症，病情大多屬慢性或持續性，會令大腦多種皮質功能受到影響。受影響的大腦皮質功能包括記憶、思維、方向、理解、計算、學習能力、語言及判斷，但患者仍能保持神志清醒。患者逐漸無法控制情緒、社交行為能力轉差或對生活失去動力，以上情況往往會與認知功能受損同時發生，間或在之前已經出現。此綜合症會在多種對腦部造成原發性或繼發性影響的病況下出現。

認知障礙症的成因是什麼？

- 認知障礙症最普遍的成因是阿茲海默病(一種無法治癒的腦退化病)，其次是血管性認知障礙症。根據現有證據，最可能與患上認知障礙症有關的因素是早年受教育較少、中年時患高血壓，以及長期吸煙和患糖尿病。可靠證據顯示，減少吸煙、及早發現並有效控制高血壓、糖尿病，以及導致心血管病的因素，都可減低患上認知障礙症的風險。

4.1.4 專家小組自二零一三年十二月成立以來，審視了認知障礙症對醫療及社會照顧制度造成的負擔(章節 4.2)，也檢討了現時為認知障礙症患者提供的服務，並找出有哪些不足的地方須予跟進(章節 4.3)。此外，為應付不斷增加的認知障礙症患者數目，專家小組就如何優化現有護理模式和改善服務提出了多項建議(章節 4.4, 4.5 和 4.6)。

4.1.5 認知障礙症患者是社會的重要成員，應過有尊嚴的生活。專家小組認為，加強向市民推廣，讓他們更深入認識認知障礙症，是應付有關挑戰的起步點，因為認知障礙症無法治癒，若可延遲發病的時間及延緩病情惡化，將大大減輕社會的負擔，尤以老齡化社會為然。本報告載述的建議印證了專家小組的看法。

4.1.6 改善認知障礙症的護理服務模式，可讓服務提供者更有效統籌資源和服務，以切合個別患者的需要。更重要的是，不同界別應當通力合作，確保認知障礙症患者能得到優質的全人護理服務。專家小組促請社會各界攜手，為達到這個目標而努力。

4.2 認知障礙症造成的負擔

認知障礙症對全球造成的負擔

4.2.1 認知障礙症是一種綜合症，主要影響年長人士。不同的估算結果顯示，2%至10%的認知障礙症患者在65歲前發病。在65歲以後，每年長五歲，患病率就增加一倍。目前，全球估計有4 700萬人患有認知障礙症，預計在二零三零年，認知障礙症患者數目會急增至超過7 500萬人，到二零五零年則增至目前的三倍。⁶⁴

4.2.2 儘管世界各地患上認知障礙症的人愈來愈多，但全球仍有不少病例未獲診斷。根據《2011年全球阿茲海默病報告》，在高收入國家中，只有五分之一至二分之一的認知障礙症個案獲確診並存檔記錄。世界衛生組織(世衛)估計，在二零一零年，全球因認知障礙症而付出的社會經濟成本達6,040億美元(47,110億港元)。到了二零三零年，全球用於照顧認知障礙症患者的成本將高達12,000億美元(93,600億港元)或以上，足以影響全球的社會及經濟發展。在高收入國家，非正式照顧(即家庭提供的無償照顧)的成本佔45%、正式社會照顧的成本佔40%，而直接醫療成本則佔15%。在低收入國家，由於院舍及社區服務的發展遠遠落後於高收入國家，非正式照顧的成本佔絕大比例。圖4.2載列世衛處理全球認知障礙症問題的原則及方法。

⁶⁴ 二零一五年舉行的世界衛生組織(世衛)全球應對認知障礙症行動首屆部長級會議。

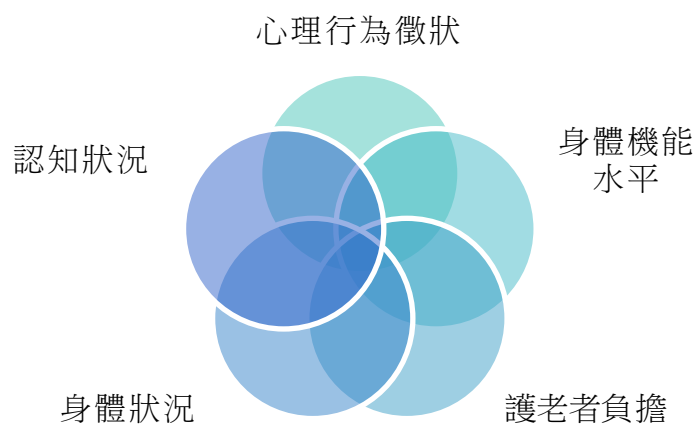
圖 4.2 全球應對認知障礙症行動

近年，世界各地的認知障礙症個案不斷增加，對公眾健康來說，是一項嚴峻的挑戰。世衛指出，單靠某個國家、界別或組織的力量是無法應對認知障礙症的。各國必須不斷努力，推動全球合作對抗認知障礙症，並解決該疾病帶來的挑戰。二零一五年三月，世衛在全球應對認知障礙症行動的首屆部長級會議上，建議各地合作應對認知障礙症時，應採用以下總體原則和方法：

- 鼓勵認知障礙症患者及護老者和家人，積極面對這個病症，克服偏見和歧視；
- 推動所有持份者合作，以改善認知障礙症的預防和護理工作，並鼓勵進行有關研究；
- 善用現有的專門知識、合作安排和機制，深化各項工作的成效；
- 在預防、減低風險、護理和治療之間維持平衡，一方面致力找出有效的治療方法和模式，以及能夠減低風險的介入方式，另一方面則持續改善對認知障礙症患者的照顧，並為護老者提供更好的支援；
- 倡導以實證為本的研究和注重分享的學習模式，促進公開研究的發展，讓各方能分享數據，從而促進學習和行動；
- 強調有關政策、規劃、計劃、介入措施和行動都應切合認知障礙症患者及護老者的需要、權利和期望；以及
- 重視全民健康保障，在推行與認知障礙症有關的各方面工作時以公平為基本原則，並讓認知障礙症患者及護老者能公平地獲得醫療及社會照顧服務。

4.2.3 由於認知障礙症患者的病情演變和護理需要各有不同，因此照顧患者的工作是一項挑戰。世衛指出⁶⁵，認知障礙症的病情大概可分為三個階段。隨着病情惡化，患者在心智、行為、身體和社交方面會出現問題，而他們在接受治理的不同階段需要不同種類及不同程度的支援。圖 4.3 顯示認知障礙症牽涉的五個不同範疇⁶⁶，圖 4.4 列出認知障礙症患者的常見病徵。

圖 4.3 認知障礙症牽涉的五個範疇



⁶⁵ 《2009 年全球阿茲海默症報告》，倫敦：國際阿茲海默症協會，二零零九年。

⁶⁶ 認知障礙症的行為及心理徵狀包括抑鬱、焦慮、焦躁不安、攻擊行為、產生幻覺、妄想、情緒淡漠等。這些徵狀見於多數認知障礙症患者，而且往往導致患者生活質素下降、護老者面對沉重壓力、患者過早住院，以及患病和死亡率偏高。治療認知障礙症患者的行為及心理徵狀困難重重，充滿挑戰。

圖 4.4：認知障礙症患者的常見徵狀

早期 第一及第二年	中期 第二至第四或第五年	晚期 第五年及以後
認知障礙症在早期往往被忽視。親友(有時專業人員也一樣)認為患者只是“年紀大了”，把徵狀視為老化過程的正常現象。由於認知障礙症病發過程是漸進的，因此難以確定患者實際開始患病的时间。 ● 變得健忘，尤其是忘記剛發生的事情 ● 可能出現溝通困難，例如說話時找不到詞語表達 ● 在熟悉的地方迷路 ● 失去時間概念，包括一日中的時間、月份、年份和季節 ● 在作出決定和處理個人財務方面有困難 ● 做複雜的家務時有困難 ● 情緒和行為： - 可能變得被動和缺乏動力，對活動和嗜好失去興趣 - 情緒可能有所改變，包括感到抑鬱和焦慮 - 偶爾會不尋常地發怒或出現攻擊行為	隨着病情惡化，徵狀會更加明顯，對患者的限制也較大。 ● 變得更加健忘，尤其是忘記近期的事件和人名 ● 難以理解時間、日期、地點和事件，可能在家中或社區也可能會迷失方向 ● 溝通(說話和理解)愈來愈困難 ● 需要他人照顧起居(即如廁、洗滌和穿衣服) ● 無法準備食物、煮食、打掃或購物 ● 在沒有相當支援的情況下無法獨自安全地生活 ● 行為改變，包括漫無目的地徘徊、反覆提問、喊叫、纏擾他人、無法安睡和產生幻覺(看見不存在的東西或聽見不存在的聲音) ● 在家中或社區中可能有不當的行為表現(例如失控和攻擊行為)	在最後階段，患者差不多完全依賴他人照顧，而且幾乎喪失所有活動能力。他們的記憶變得非常紊亂，病症所引致的生理問題也更為明顯。 ● 弄不清時間和地點 ● 難以理解周遭發生的事情 ● 無法辨認親友和熟悉的事物 ● 無法自行進食，也可能有吞嚥困難 ● 在自理方面(洗澡和如廁)愈來愈需要他人協助 ● 可能有大小便失禁的情況 ● 活動能力下降，可能無法走路或只能坐輪椅或長期臥床 ● 行為可能變得更加異常，包括襲擊護老者和有焦躁舉動(踢人、打人、尖叫或呻吟) ● 在家中也會迷失方向

資料來源：《認知障礙症：一個重要的公共衛生問題》，日內瓦，世衛，二零一二年。

4.2.4 當認知障礙症患者的病情轉差，會大大加重護老者(包括家屬)的負擔，圖 4.5 列出護老者的需要。

圖 4.5 護老者的需要

喪失獨立生活能力的人接受的多屬非正式照顧。我們必須顧及護老者的需要，使認知障礙症患者和護老者能攜手對抗這個病症。事實上，我們應把護老者視為提供照顧服務的伙伴。他們能夠觀察到患者認知狀態的轉變，又非常熟識患者，所知所見對臨床隊伍有很大的幫助。護老者的需要綜合如下：

有關認知障礙症和社區資源的資訊

- 有關資訊可讓護老者在社區資源的支援下照顧年長的家人。獲悉這些資訊可協助他們認識護老者的角色，使他們更勝任照顧工作。

支援消耗體力的護理

- 照顧身體機能受損的人需要相當的體力。護老者可能需要別人協助，才能攙扶認知障礙症患者進出浴室等地方。體力較差的護老者經常會受傷，而且身體要承受這些壓力，也可能令他們本身所患的慢性疾病(如關節炎和高血壓)病情惡化。

有關照顧認知障礙症患者的技巧訓練

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

暫託服務

- 很多人都同意，日間護理和院舍暫託服務能減輕患者家人的負擔，幫助他們繼續照顧患者。

情緒支援

- 由於護老者須面對種種壓力，因此有需要為他們提供輔導和情緒支援，協助他們度過難關。

認同

- 護老者應該得到更廣泛的認同。他們能就患者的病情提供寶貴的資料，所以為認知障礙症患者制訂護理方案時，應讓護老者參與其中。

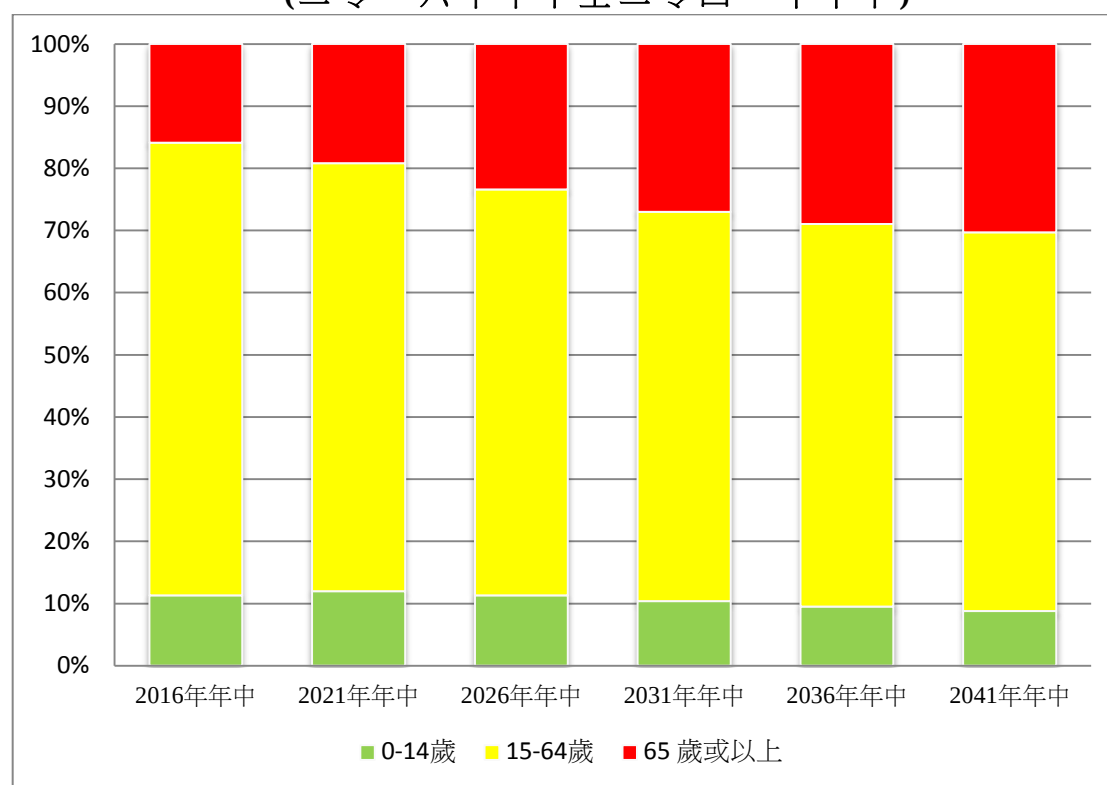
財政援助

- 照顧認知障礙症患者可以是全職的工作。隨着長者的病情惡化，護老者須改變生活環境或購買特別的輔助器材，因此，低收入家庭的護老者或需要財政上的援助，而家人在精神上的支持也同樣重要。

現況概覽

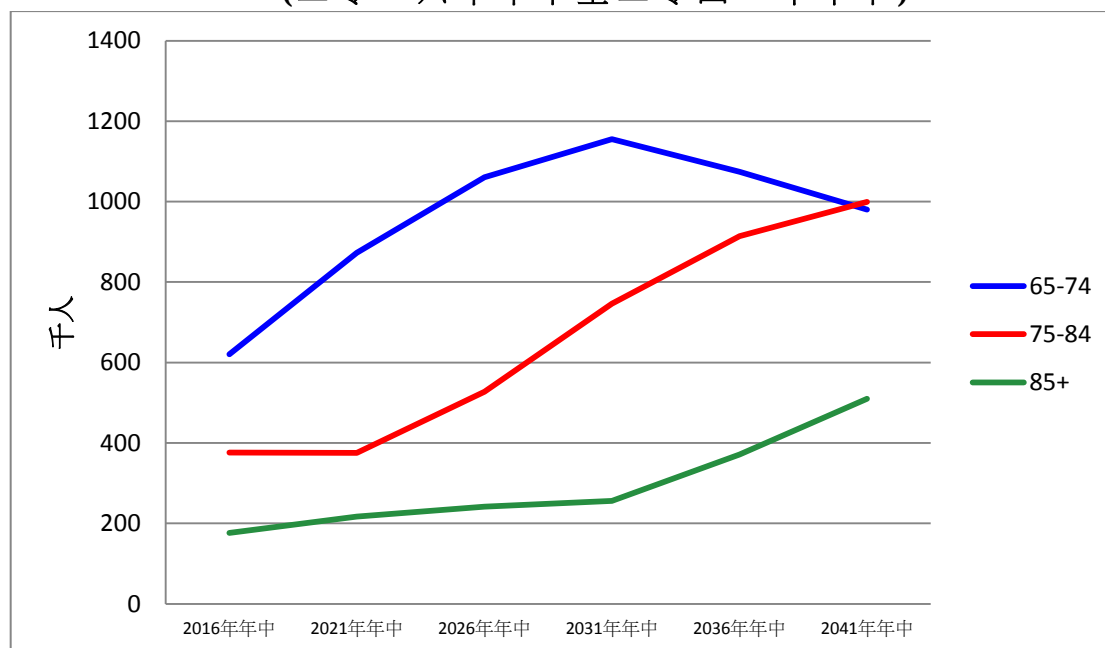
4.2.5 香港的情況也和世界其他相若的經濟體系一樣，人口老化嚴重影響認知障礙症的發病率。現時，香港 65 歲或以上的人口接近 120 萬，佔全港人口約 16%。預計到二零四一年，幾乎每三個人便有一人是 65 歲或以上(圖 4.6)。圖 4.7 顯示較年長組別的老化趨勢。由二零三一年開始，85 歲或以上人口會急增，而認知障礙症又在較年長組別中較為普遍，這會對長者的照顧造成重大影響。了解認知障礙症對本港醫療系統和社會照顧制度所造成的負擔，有助識別須優先處理的範疇，集中資源為認知障礙症患者規劃所需服務。

圖 4.6 各年齡組別佔全港人口的百分比
(二零一六年年中至二零四一年年中)



資料來源：香港政府統計處

圖 4.7 香港長者人口上升趨勢
(二零一六年年中至二零四一年年中)



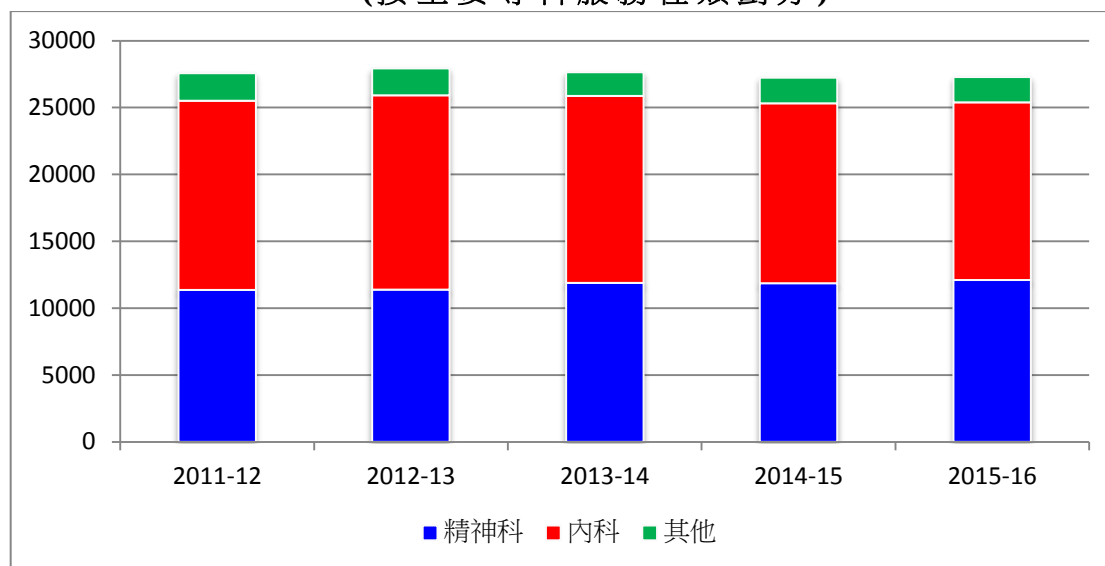
資料來源：香港政府統計處

4.2.6 過去幾年，學術界和服務提供者進行了多項研究，以審視香港認知障礙症的問題，其中最悲觀的估計指香港的認知障礙症患者人數達 100 000 人⁶⁷。雖然我們沒有定期統計在私營界別確診的認知障礙症患者人數，但公共醫療系統錄得的數字已清楚顯示上升的趨勢。

4.2.7 在醫院管理局（醫管局）接受專科服務的認知障礙症患者約有 28 000 名，而在二零零八至零九年則只有 19 000 人。這些患者大部分超過 70 歲，視乎他們的主要診斷結果和病徵而定，主要由醫管局的精神科或內科部門跟進。圖 4.8 和 4.9 分別按專科服務種類和患者年齡列出接受醫管局治療的認知障礙症患者人數。

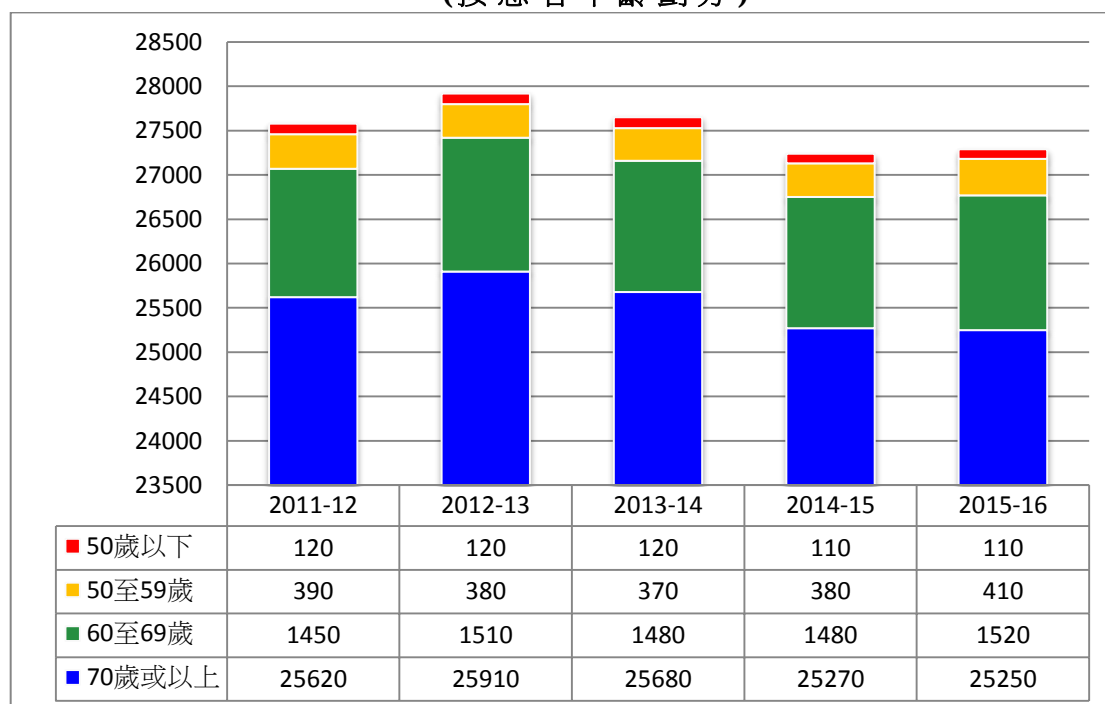
⁶⁷ 在香港，一些以人口為本的研究(如中港和香港大學於二零一零年進行的“人口老化挑戰：疾病趨勢與社會負擔”研究系列，以及中大於二零一二年進行的“在香港長者人口中認知障礙症的患病和死亡率趨勢：推算、病患負擔和對長期護理的影響”研究)估計本港認知障礙症患者的人數約為 100 000 人。

**圖 4.8 接受醫管局治療的認知障礙症患者人數
(按主要專科服務種類劃分)**



資料來源：醫管局

**圖 4.9 接受醫管局治療的認知障礙症患者人數
(按患者年齡劃分)**

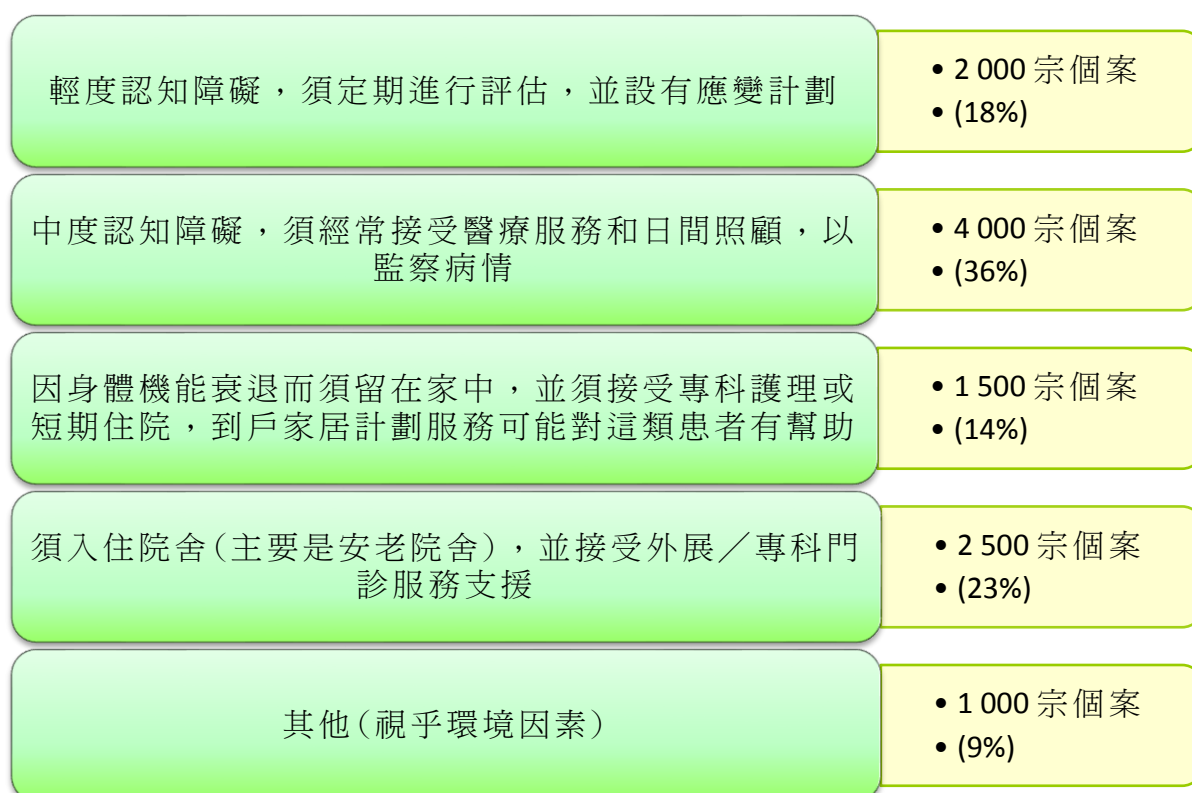


資料來源：醫管局

4.2.8 分析由醫管局精神科跟進的認知障礙症個案的嚴重程度，可讓我們更了解患者的護理需要(圖 4.10)。醫管局跟進的認知障礙症個案超過 11 000 宗，當中稍多於半數屬輕度或中度認知障礙症個案，這個階段的病人健康狀況開始轉差，活躍程度也不如前。如獲得適當的支援，這些人仍能管理其健康狀況。這個階段正是醫管局介入的最佳時機，特別是為病人提供基層醫療服務，以延緩病情惡化的速度，盡量延長病人留在社區生活的時間。這樣做也使病人無須在不必要的情況下過早入住療養院、醫院或安老院舍，可在病情進入晚期前維持原有的生活質素。

4.2.9 約有 14%的認知障礙症患者病情處於中度及中度至嚴重階段，他們因身體機能受到不同程度的損害而須留在家中。約有 23% 的認知障礙症患者因病情惡化至不能安全地在社區獨立生活而須入住院舍，這類人士需要更多醫療和社會服務支援。

圖 4.10 醫管局精神科病人的病情嚴重程度分析



資料來源：醫管局。分項數字來自一項病人的調查，對有關病人由精神科跟進。由內科跟進的認知障礙症患者的嚴重程度比例相若。

進一步研究的範圍

4.2.10 監察認知障礙症的患病率及估計照顧患者的成本，是複雜且須持續進行的工作。隨着大眾對認知障礙症的意識提高，照顧患者的需求也會增加，然而，風險因素的增減（例如市民的生活方式更健康、更積極尋求協助等），或會推遲認知障礙症發病的時間，或改變發病的速度。我們須進行最新的全港流行病學研究，掌握認知障礙症的患病率，作出可靠的估計，從而規劃所需服務。由於不同類型的認知障礙症（例如阿茲海默病、血管性認知障礙症、路易氏體認知障礙症）的預防策略及治療各有不同，因此也須監察各類認知障礙症的患病率，以便在制訂照顧計劃時，可把資源更集中地分配給相關類別的病症。我們也須定期評估認知障礙症的預防計劃及策略是否奏效。儘管社會人口不斷老化，但如果我們對認知障礙症有更深認識，並能夠對患者提供更佳照顧，藉此延遲認知障礙症的發病時間，防止病情惡化，對患病人數及所需的服務都會有重大影響。這不單影響個人及家庭，也關係到所提供的服務及社會整體。進行更深入的流行病學研究，或可為我們提供所需資料，計劃未來的工作，應付認知障礙症的挑戰。

4.3 現時為認知障礙症患者提供的服務

規劃認知障礙症服務的七階段模型

4.3.1 認知障礙症治理流程的其中一個常見特徵，是病人在不同階段會有不同需要。世界各地政府都嘗試建立一個綜合的護理服務機制，以配合認知障礙症患者和護老者的多種需要。為協助各地政府規劃認知障礙症服務，世衛和國際阿茲海默症協會倡議一個細分為七個階段的模型，以應付認知障礙症患者在診斷前和診斷階段以後的需要。七個階段分別為診斷前、診斷、診斷後支援、協調與護理管理、社區服務、持續護理及臨終紓緩治療。這模型確認在社區提供持續護理是對認知障礙症患者非常重要的，而且特別着重各種診斷後的支援和持續護理服務，讓認知障礙症患者能留在社區生活。圖 4.11 顯示按該模型規劃的認知障礙症護理服務，當中強調在治理過程中為患者和護老者提供持續的醫療和社會服務。

圖 4.11 世衛和國際阿茲海默症協會倡議用作規劃認知障礙症服務的七階段模型



4.3.2 應付認知障礙症患者不斷變化的需要，香港政府採取跨專業和跨界別方式，為他們提供全面的護理服務。由預防、及早診症，以至及時治療和長期護理的工作，食衛局、勞福局、醫管局、衛生署、社署和其他相關組織（例如非政府機構）一直合作無間，務求照顧認知障礙症患者複雜的需要。下文各段概述現時為認知障礙症患者提供的服務，圖 4.12 顯示在三個層面預防認知障礙症的工作。

圖 4.12 預防認知障礙症

預防認知障礙症可以從基層、第二層和第三層這三個傳統層面着手。了解每個層面的工作，有助制訂針對性的預防策略，以取得更佳成效。

基層預防工作—

基層的預防工作包括推行一些措施，藉減低風險來預防認知障礙症，由提倡健康生活模式以至退休後參與社會事務，預防策略涵蓋差不多所有人士，目的是要盡量維持公眾的大腦和認知能力儲備，延遲認知障礙症的發病時間。

第二層預防工作—

第二層預防工作包括識別病人患上認知障礙症和作出診斷，以便及早介入，減慢病情惡化和預防出現併發症，同時規劃支援服務。第二層預防工作也包括透過藥物和非藥物方法，延緩身體機能和認知能力的衰退。

第三層預防工作—

第三層預防工作旨在減輕認知障礙症引致的併發症的影響，改善患者的生活質素，讓他們有較長的日子能過有意義的生活。有關工作包括準確評估患者的需要、提供個人化護理服務和為患者家中的護老者提供支援。

現行的持續護理服務

公眾教育與預防

4.3.3 認知障礙症的某些風險因素(如吸煙、肥胖、缺乏體力活動)是可以改變的，控制這些因素和盡早求助，都有助延緩發病時間和病情惡化的速度。為此，衛生署製備了健康教育資料(如單張、書冊和影片)，並透過不同媒介(如傳媒訪問和網頁)加強市民對認知障礙症的認識、推廣認知障礙症的護理和改變大眾對認知障礙症的偏見，同時鼓勵人們活得健康，以建立認知儲備。衛生署也有為日常工作中有機會接觸認知障礙症患者的前線人員安排培訓，使他們能盡早為患者提供協助。衛生署、醫管局、社署和非政府機構不時舉辦課程和講座，教導市民認識認知障礙症及其徵狀，並在懷疑有人患上認知障礙症時知道往何處求助。

基層護理

4.3.4 醫管局普通科門診診所、衛生署長者健康中心和私人執業醫生往往最先接觸患者，因此，他們在察覺認知障礙症的早期徵狀和為社區中的患者作出診斷方面，擔當重要的角色。此外，他們會協助把認知障礙症患者或懷疑個案轉介醫管局的專科部門或私營醫療機構，作進一步檢查和治療，並為病情穩定的患者覆診。圖 4.13 闡述基層護理在認知障礙症護理工作中的角色。

圖 4.13 基層服務在認知障礙症護理工作中的角色

對於識別和診斷認知障礙症的早期徵狀，基層服務的角色相當重要。任何人如健康出現問題有需要接受治理，通常最先接觸的是普通科私家醫生、家庭醫生和公營普通科門診診所醫生。經過相關培訓和具備所需經驗的基層醫療醫生可作出診斷，為認知障礙症患者計劃未來的療程。及早診斷和有效溝通，可讓認知障礙症患者及其家人了解治療方案和作好準備。基層醫療醫生也可加深患者及其家人對認知障礙症的認識，讓他們掌握所需知識，一起面對疾病。

基層醫療醫生的另一個重要責任，是為患者診治和控制其病情，並轉介患者接受社區及專科服務。基層醫療醫生可按患者病情的複雜程度轉介他們接受其他服務，從而協助患者應付認知障礙症對他們造成的影響及相關情況。因此，家庭醫生必須熟悉區內的支援設施。

一個基礎穩固、網絡龐大的基層護理系統，可讓病情穩定的認知障礙症患者在社區接受治療。當局應透過教育和宣傳，鼓勵患者接受基層服務。有效實施分層護理，可讓專科醫生有更多時間治療病情複雜的認知障礙症患者。

專科醫療

4.3.5 醫管局為約 28 000 名不同程度的認知障礙症患者提供治療。醫管局的跨專業團隊由多個專科的醫療人員組成，他們為認知障礙症患者提供全面和持續的醫療服務。醫管局轄下醫院的內科與精神科攜手合作，為患者提供多管齊下的評估及治療。醫管局會視乎患者病情的輕重，轉介他們往相關的專科，接受老人科醫生和老人精神科醫生提供的跟進治療。跨專業團隊會為患者制訂個人治療方案，使患者能夠獲得全面和持續的醫療服務，並因應每名患者的需要，處方合適的藥物，並提供認知訓練、自我照顧起居能力評估和復康服務。近年，醫管局增加使用證實具臨床療效的抗認知障礙症新藥物，改善患者的生活質素和延緩機能衰退。

為認知障礙症患者提供資助的支援和護理服務

4.3.6 政府一直為長者(包括患有認知障礙症的長者)提供多項資助的支援和護理服務。

資助社區支援服務

4.3.7 政府透過社署轄下 210 間資助長者中心⁶⁸，在地區和鄰舍層面為長者(包括患有認知障礙症的長者)及護老者提供社區支援服務。服務包括培訓和輔導、協助護老者組成互助小組、設立資源中心，以及示範和借出復康器材等。此外，由二零一四至一五年度起，政府額外提供一筆約 2,200 萬元的全年經常撥款，讓 41 間長者地區中心增聘社工，藉以加強對患有認知障礙症的長者及護老者的支援。

資助社區照顧服務

4.3.8 安老服務統一評估機制採用一套國際認可的評估工具，評估長者的自我照顧能力，以及他們的身體機能、記憶、溝通能力、行為情緒、健康狀況、生活環境和應付日常生活的能力等。政府會為經評估機制核實為有長期護理需要的長者(包括患有認知障礙症的長者)，提供一系列資助社區照顧服務和院舍住宿照顧服務，以提升他們的生活質素。然而，有前線服務提供者認為，現有的評估工具或未能識別早期認知障礙症患者的認知和心理需要。就此關注，社署已委託香港大學秀圃老年研究中心把現時的安老服務統一評估機制，由 interRAI「長者健康及家居護理評估工具」2.0 版本提升至 9.3 版本。當所需的培訓完成後，新的安老服務統一評估機制便會在二零一八年第二季推出以供使用。

4.3.9 政府現設有 73 間長者日間護理中心／單位、34 隊改善家居及社區照顧服務隊和 60 隊綜合家居照顧服務隊，為在社區生活的體弱長者(包括患有認知障礙症的長者)及其家人提供社區照顧服務。

⁶⁸ 現時全港共有 210 間由政府資助的長者中心，包括 41 間長者地區中心和 169 間長者鄰舍中心。截至二零一六年九月底，這些長者中心共有大約 210 000 名登記會員。

4.3.10 現時長者日間護理中心／單位會以綜合模式為患有認知障礙症的長者提供服務，從而確保他們在不同階段均能得適切的照顧服務。所有長者日間護理中心／單位都會為認知障礙症長者提供認知、記憶、現實導向等訓練及緬懷治療。截至二零一六年十二月底，73間長者日間護理中心／單位共提供 3 059 個資助日間護理服務名額，為大約 4 430 名獲安老服務統一評估機制評為有中度或嚴重程度缺損的年長使用者(包括認知障礙症患者)提供服務。政府沒有預留專為認知障礙症患者而設的日間護理服務名額。

4.3.11 除了在長者日間護理中心／單位接受中心為本的服務外，部分長者會接受家居照顧服務。綜合家居照顧服務(體弱個案)和改善家居及社區照顧服務會按體弱長者的個人護理計劃，為他們提供一系列的照顧服務。該等服務與長者日間護理中心／單位所提供的服務相近，並會為患有認知障礙症的長者提供認知訓練。截至二零一六年十二月底，這兩項服務的服務名額有 8 365 個。

4.3.12 社署於二零一三年九月推出第一階段長者社區照顧服務券試驗計劃，發出 1 200 張服務券。試驗計劃採取“錢跟人走”的資助模式，讓合資格長者自由選擇最適合其個人需要的服務組合和服務提供者，同時鼓勵服務提供者設計不同的服務組合，以迎合個別服務券使用者的照顧需要。第二階段試驗計劃在二零一六年十月三日開展，共發出 3 000 張服務券，當中包括由第一階段試驗計劃過渡至第二階段的 1 200 張服務券。在參與第二階段試驗計劃的 124 個認可服務提供者中，18 個制訂了專為患有認知障礙症的長者而設的服務組合，在全港 18 區共提供 560 個服務名額。

資助院舍住宿照顧服務

4.3.13 有些長者由於身體日漸衰弱及／或其他原因(例如家庭因素等)，最終須入住安老院(而非住在家中)接受院舍住宿照顧服務。截至二零一六年十二月底，全港約有 74 300 個院舍住宿照顧服務名額，其中約 27 400 個獲政府資助，分別由 127 間津助安老院、28 間合約院舍和 148 間參加改善買位計劃和護養院宿位買位計劃的私營／自負盈虧安老院提供，餘下約 46 900 個為非資助宿位，由以上的營運者在不同種類

的安老院提供（這類宿位大部分由私營安老院提供）。

4.3.14 政府一直推動在津助安老院、津助護養院和合約院舍提供持續照顧服務。於二零零五年六月，社署推出一項計劃，把 75 間沒有提供長期護理服務的津助長者宿舍和安老院內的安老宿位，逐步轉型為提供持續照顧的護理安老宿位。津助護理安老院的宿位和六間津助護養院的 1 574 個宿位，亦已全數提升為提供持續照顧的宿位。在二零一五至一六年度和二零一六至一七年度，共有 10 間新設／原有的合約院舍獲分配額外資源，為長者院友提供持續照顧服務和生命晚期照顧服務。這類持續照顧服務，對於入住個別安老院後患上認知障礙症的長者特別有幫助。

照顧認知障礙症患者補助金

4.3.15 政府向所有津助安老院、參與改善買位計劃的私營安老院和資助長者日間護理中心／單位發放照顧認知障礙症患者補助金，用以為患有認知障礙症的長者提供更適當的服務。服務單位可運用獲發的補助金增聘專業人員（包括職業治療師、護士及社工等）或購買相關專業服務，藉此加強為認知障礙症患者提供的訓練和服務，以及按需要為他們的護老者提供支援服務。在二零一六至一七年度，政府向 262 間合資格安老院和 74 間長者日間護理中心／單位發放共 2.476 億元補助金，約有 6 400 人受惠。據報津助及私營安老院中約有一半院友患有不同程度的認知障礙症。

醫管局的外展醫療服務

4.3.16 醫管局設有外展醫療服務，為安老院內患有不同程度認知障礙症的長者提供支援。醫管局轄下的老人精神科外展服務隊和社區老人評估小組提供全面的服務，包括制訂治療方案、監察患者的康復進展和覆診。目前，社區老人評估小組為大約 640 間資助及私營安老院提供服務，而老人精神科外展服務隊的服務範圍則涵蓋全港大部分津助及合約院舍，以及逾 200 間私營安老院。

改善長者護理服務單位內的認知障礙症護理設施

4.3.17 由二零一零年十月開始，社署提高了長者日間護理中心的空間標準，包括在規劃新建及重置的長者日間護理中心時，設置多元感官治療區，用以為患有認知障礙症的長者提供訓練，並增加物理治療室和飯堂／活動區的面積。至於未能符合訂明空間標準的現有長者日間護理中心，社署會協助服務提供者獲得新的或額外的地方，以符合已提高的空間標準。社署也會資助有關的基本工程費用。

支援護老者

4.3.18 政府推出了不同措施支援護老者，在長者日間護理中心／單位提供日間暫託服務就是一例。除了指定住宿照顧暫託宿位外，社署也利用所有津助護養院、護理安老院、合約院舍及參加改善買位計劃的私營安老院內偶然空置的資助宿位，提供住宿暫託服務。社署、衛生署、醫管局及非政府機構亦舉辦培訓課程、研討會及工作坊，教導家中的護老者如何照顧認知障礙症患者。此外，醫管局透過不同途徑，為認知障礙症患者的家人及護老者提供支援及培訓，以加深他們對該疾病的認識，並改善他們的照顧技巧，從而在社區層面處理認知障礙症患者的行為及心理問題。

4.3.19 政府在二零一四年六月推出為低收入家庭護老者提供生活津貼試驗計劃，為期兩年，向 2 000 名照顧居家體弱長者（包括認知障礙症患者）並來自低收入家庭的合資格護老者發放生活津貼，以補貼其生活開支。第二階段試驗計劃已在二零一六年十月開展，為期兩年，整項試驗計劃合共兩期將惠及共 4 000 名護老者。社署會評估兩期試驗計劃的成效，以及對照顧者支援政策和家庭支援結構等方面的長遠影響，連同為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃的評估結果，一併擬訂未來路向。

4.3.20 醫管局在“智友站”提供有關認知障礙症、醫療護理及社區資源等資料，為那些在社區內照顧認知障礙症患者的人士提供支援。網站也加設了“智老友”專頁，為年長病人（包括認知障礙症患者）及護老者提供更多有用的資訊。

安老服務人手培訓

4.3.21 政府致力透過定期培訓，加強安老服務的人手。社署定期為長者服務單位的專業人員（包括專職醫療人員和社會工作人員）及非專業人員（包括護理員和保健員）舉辦培訓課程，藉以加深他們對認知障礙症的認識，並提高他們的技巧，以處理年長認知障礙症患者的情緒和行為問題。衛生署轄下的長者健康服務也派出其 18 支長者健康外展隊伍，為各區安老院和長者日間護理中心／單位員工提供實地訓練，讓他們掌握所需知識和技巧，照顧患有認知障礙症的院友。醫管局轄下的老人精神科外展服務隊和社區老人評估小組會到安老院向員工提供相關培訓，教授他們所需的技巧，讓他們能為認知障礙症患者提供最佳的護理服務。

法律保障

4.3.22 《精神健康條例》（第 136 章）訂明精神病患者（包括認知障礙症患者）在患病和康復期間的權利，並為他們提供保障。隨着病情惡化，認知障礙症患者可能會變成精神上無行為能力而不能作出決定。根據第 136 章的規定，可委任監護人或受託監管人，協助處理精神上無行為能力人士的福利和財務事宜。

4.3.23 認知障礙症患者及其家人可能也希望預早計劃，委任一名或多名人士，在患者無行為能力時代為處理各項事務。《持久授權書條例》（第 501 章）容許任何人在精神上仍有行為能力時，委任一名受權人，如日後自己變成精神上無行為能力，便由受權人代為處理財務事宜。

認知障礙症護理服務的不足之處

4.3.24 政府致力提供全面的服務，給予認知障礙症患者支援，幫助他們走過不同的患病階段。不過，認知障礙症是一個複雜的病症，涉及多個專科和界別，現時的服務仍有待改善的地方。隨着本港人口持續增長和老化，我們須再檢視目前為認知障礙症患者提供的護理服務模式。鑑於香港人愈來愈長壽，預計認知障礙症護理服務的需求會不斷增加，我們須以綜合模式，為老化的人口提供協調的全人護理服務，並

確保服務能持續下去。認知障礙症護理服務的不足之處載於下文各段和圖 4.14。

對認知障礙症的關注和了解

4.3.25 一如第二章所述，延遲認知障礙症的發病時間和減慢病情惡化速度，可大大減輕這個疾病引致的費用和負擔。不過，一般人不太願意尋求協助，也因缺乏相關知識而未能及早察覺病情，令我們難以達到上述目標。我們必須首先提高大眾對認知障礙症的關注和了解，才能減少他們對認知障礙症的偏見和恐懼。

由基層護理擔當更重要的角色

4.3.26 在識別和治理認知障礙症方面，基層護理的角色非常重要，對此上文已有討論（見圖 4.11 和 4.12）。不過，以目前的情況來看，在基層護理環境中，無論是相關人員的專門知識抑或服務量似乎都不足夠，未能為患者及早診斷出認知障礙症。非醫療界別的服務量同樣有限，在這些界別從事社會照顧的專業人員也欠缺所需的知識和技巧去識別出懷疑個案、轉介患者尋求協助，以及了解患者的行為和需要。這可能是因為認知障礙症往往不容易直接診斷出來，而是需要持續評估和監察才能斷症。

4.3.27 基層護理層面的醫療專業人員如能接受適當培訓，將能發揮更大作用，幫助患者及早診斷出認知障礙症，並為輕度或中度患者提供治療和介入服務。如基層醫療人員能夠妥善把關，醫管局轄下醫院的專科服務便能更有效率，資源能用得其所。把病情穩定的認知障礙症患者轉介往社區接受跟進治療，同時加強第二層醫療服務，將有助縮短專科服務的輪候時間。鑑於人口不斷老化，認知障礙症對社會影響深遠，要持續提供認知障礙症護理，政府須加強基層護理的角色和服務量，至於社會照顧方面，則應加強有關人員在識別懷疑認知障礙症個案方面的知識。

4.3.28 就此，專家小組有機會與香港醫學會（醫學會）的代表會面，就如何加強基層醫療醫生在認知障礙症護理所擔當的角色，聽取該會的看法。醫學會又成立了社區認知障礙症認

識和治療專責小組，研究應採取什麼策略來加強基層醫療醫生在認知障礙症護理所擔當的角色。醫學會會先透過轄下九個本地網絡，與護老者和非政府機構合作，推廣有關認知障礙症的健康教育。政府也會設立更多平台，讓醫管局、衛生署、社署和醫學會彼此溝通，更有效地以現有資源提供認知障礙症護理。

診斷後的醫療和社區支援服務

4.3.29 認知障礙症患者通常希望盡量延長留在社區的時間。要達到這個目標，社區內必須有充足的診斷後支援服務和社區照顧服務。診斷後醫療和社會支援服務(如日間護理、暫託服務、家居支援、外展服務、基層護理、普通科醫生等)最為人咎病的問題包括輪候時間過長，以及提供跟進護理的服務提供者之間欠缺協調和溝通。另有人批評，現時用以評估一個人是否合資格獲得社會服務的機制，在識別認知障礙症患者方面不夠完備，而現有的服務也非專為認知障礙症患者而設。

4.3.30 認知障礙症患者通常有多方面的需要，要令患者受惠，服務提供者須互相妥善協調，社區內的認知障礙症護理服務也須加強。從恢復治療到臨終紓緩治療，加強醫社合作，可免卻患者和護老者向不同服務提供者查詢所需支援的煩惱，更可避免服務和資源重疊，令效率得以提升。此外，加強醫社合作可減少認知障礙症患者在不必要的情況下入院，病情嚴重的患者也可避免接受無助於維持生活質素的入侵性治療。基層醫療診所治理認知障礙症患者時應提供合適和費用合宜的藥物，使患者盡早得到診斷和治療，並能夠在綜合臨床醫療計劃下接受不同的服務。

4.3.31 早發性認知障礙症是指患者在 65 歲前發病，他們也需要更周全的照顧。這些患者通常在五十多歲時出現認知能力和行為方面的病徵，大部分人仍須工作謀生。由於患者大多不承認自己患病，加上臨床人員察覺不到初期的病徵，而一些複雜個案的患者又未能得到第二或第三層醫療服務，因此很多時會延誤在這階段的診斷。早發性認知障礙症患者和家人所承受的負擔，不一定較年長的患者輕，因此政府應在社會層面加強對他們的支援。

圖 4.14 認知障礙症護理流程中服務的不足之處

雖然政府致力為認知障礙症患者提供持續護理，但現有服務仍有不足之處。專家小組找出了尚待改善的地方，並研究改善的方法。

服務不足之處	改善方法
1. 診斷前—就認知障礙症在香港的患病率而言，相關的文獻和全港流行病學研究的資料都不多，以致我們未能充分掌握目前的情況。公眾對認知障礙症存有偏見和恐懼，對該病症的了解和認識也不足，都令他們不願意尋求協助。社會上缺乏資源和專業人員的支援，令患者未能及早察覺病情。在正式確診前，患者和護老者都得不到足夠支援。	➤ 診斷前—應定期進行全港流行病學研究，以掌握認知障礙症在本港的患病率，從而規劃相關服務。我們須透過公眾教育和推廣工作(例如加深市民對認知障礙症的了解和認識、減低風險因素、減少偏見、鼓勵患者尋求協助等)，來制訂預防策略。此外，我們須提供有系統的培訓，讓從事基層護理和社會照顧的人員具備必需的知識，以識別認知障礙症的病徵。
2. 診斷—要診斷是否患上認知障礙症，可能涉及多項檢驗和掃描。私家診所的家庭醫生未必具備確診認知障礙症所需的專業知識和跨專科的支援。此外，長者可能要由不同的服務提供者進行多項(甚至重複)檢驗，才能獲得正式診斷。由於長者對非政府機構和私營界別的服務認識有限，很少從此渠道尋求所需服務，因此會依賴醫管局服務，等候醫管局醫院作出正式診斷，結果導致輪候時間冗長。	➤ 診斷—在基層醫療專業人員診斷懷疑個案和治療病情穩定的認知障礙症患者方面，我們須加強他們的角色和能力，這樣，病情較複雜的個案便可轉介給專科醫生治療。我們可制訂一份通用的參考指引，協助基層醫療專業人員為認知障礙症患者作出診斷和治療。第二層醫療的服務量也應增加。我們應善用基層醫療界別的資源，藉此減少醫管局醫院的個案，進而縮短專科服務的輪候時間。利用電子健康記錄互通系統，可避免重複檢驗／查閱病歷。

圖 4.14(續)

服務不足之處

3. **診斷後支援**—服務提供者對於如何照顧認知障礙症患者才是最佳服務模式未有共識，因此他們所提供的服務亦不同。在預測病情發展、治療方案和日後處理福利和財務事宜方面，患者和護老者得到的資料、意見和輔導都不足夠。需要加強患者和護老者的支援，讓他們為病情惡化作好準備，在每個階段都要面對和克服身體機能和認知能力衰退的問題。

4. **協調與醫療管理**：認知障礙症護理欠缺統一的程序指引。由於協調不足和轉介途徑不清晰，令有多方面需要並同時患有其他疾病的認知障礙症病人須向不同的服務提供者求助。服務規劃未能照顧社區的需要，有不同程度機能障礙的病人或須跨區接受所需的服務。

改善方法

- **診斷後支援**—認知障礙症患者通常有多方面的需要。有效協調在診斷後持續提供的醫療和社會支援服務，對於改善患者和護老者生活質素非常重要。我們應研發一套受到廣泛認同的服務模式，並為患者和護老者提供更多有關治療方案和支援服務的資料和意見。我們應清晰告知患者和護老者轉介的途徑，讓他們知道可到哪裏求助，並應定期進行檢討和舉行個案管理會議，以便按需要修訂護理方案。設立熱線可讓護老者在遇到困難和有需要時求助。專職醫療人員為患者提供非藥物介入服務，有助延緩病情惡化的速度，而臨床藥劑師則可協助患者解決與藥物有關的問題。此外，也可考慮為認知障礙症患者提供更多資助藥物。

- **協調與護理管理**：對於較複雜的個案，有需要考慮採用個案管理模式，以便有效協調資源的運用，了解病人的特別需要。為了改善服務規劃，我們應檢視每區的設施種類和評估社區的需要。建立數據庫，讓有關各方分享最新的護理方案和服務成果，醫療人員便可有效地檢討和評估病人的狀況。

圖 4.14(續)

服務不足之處

5. **社區服務**：需加強醫療和社區支援服務(包括日間護理服務、暫託服務、外展服務和到戶服務)，以滿足認知障礙症患者及其照顧者的需要。
6. **持續照顧**—對於病情已到了不能在社區安全地獨立生活的患者來說，他們和護老者需要得到更多支援。

改善方法

- **社區服務**：有需要加強社區的認知障礙症護理服務，並提供專為認知障礙症患者而設的服務，以切合他們多方面的需要。在評估認知障礙症患者是否合資格使用社會服務時，應考慮他們的特別需要。此外，應定期為護老者提供培訓。
- **持續照顧**—為協助患有認知障礙症的長者盡可能在社區度過晚年，我們須提供持續照顧服務，包括醫療及長期護理服務，這個階段涉及最多資源和工作。整個社會對照顧認知障礙症患者抱持同一理念，是很重要的。我們須加強社區內的醫療及社會服務支援，以減少病人過早住院及入住長期住宿設施的情況，同時紓緩護老者的壓力。我們也須加強醫院、基層護理界別／普通科醫生及社會服務提供者之間的協調，以便制訂出院／離開院舍的計劃。持續照顧所要面對的重要問題之一，是如何透過有效協調各項服務，去靈活應對知障礙症患者及護老者的特別需要。此外，我們須為醫療人員、社會照顧人員及護老者提供持續培訓。

圖 4.14(續)

服務不足之處	改善方法
7. 臨終紓緩治療—公眾、認知障礙症患者、護老者和醫療專業人員普遍不了解臨終紓緩治療。病情嚴重的認知障礙症患者可能要多次入院和接受介入治療，而這些都是非必要的，對於維持患者的生活質素也未必有幫助。 8. 早發性認知障礙症—公眾教育需要加強，讓患者及其家人及早察覺認知障礙症。此外，也應為患者提供更方便的途徑，讓他們獲得評估和診斷服務(例如先進的神經造影服務)。此外，我們也應為患者及其家人提供更多治療和支援計劃。	➤ 臨終紓緩治療—我們應加強推廣，讓公眾更了解和接受臨終紓緩治療，從而協助患者及護老者掌握更多資訊來作出決定。“居家終老”涉及傳統價值觀、習俗、實際情況和法律事宜。要探討這個問題，對象並不限於認知障礙症患者，所有長者其實也要顧及。 ➤ 改善服務—我們應為基層醫生提供培訓，教導他們識別早發性患者的病徵。如早發性患者更容易在第二層和第三層診斷設施獲得服務，對他們的病情也有幫助。醫社合作則有助於規劃全面的護理服務。

4.4 加強認知障礙症護理服務：以人為本的全人護理模式

4.4.1 照顧認知障礙症患者的責任應由個人、家庭和社區共同承擔。不同人士／機構都會參與其中，提供不同種類的支援和服務，以照顧患者多方面的需要。由於患者有各種護理需要，而且他們的需要會不時改變，因此提供服務時，應採用以人為本的全人模式。要達到這個目標，各界別的服務提供者(包括醫療、社福、房屋、教育等界別和警方)必須緊密合作，確保各類服務互相配合，讓患者可在認知障礙症友善的社區內，得到綜合和全面的服務。

照顧認知障礙症患者的原則

4.4.2 一如其他長者，大部分患有認知障礙症的長者都希望盡量留在社區生活。為了滿足他們的期望，我們須增加公眾對認知障礙症的認識、減少歧視、協助及早察覺病者和提供介入治療，並加強社區支援，盡量讓長者能夠在家中和社區安全舒適地獨立生活。我們也須確保所提供的服務綜合、全面和以人為本，能夠配合患者多方面的需要。服務模式應該便捷、以個人為本和切合患者在不同階段的護理需要。就此，服務提供者須在整個護理過程中提供持續一致的支援，讓認知障礙症患者及護老者得到更佳的護理成果。圖 4.15 列出照顧認知障礙症患者的主要原則。

圖 4.15 照顧認知障礙症患者的主要原則

認知障礙症的護理服務模式是按以下原則制訂的，當中已顧及患者和護老者的需要。

社區護理模式

- 有研究顯示，認知障礙症患者入住醫院或院舍，往往會因身處陌生環境而更感不安，這樣可能會加速病情惡化，因此，我們應着重為患者提供社區護理。提供認知障礙症護理服務的目標，是協助患者盡可能留在家中生活。

跨專業模式

- 認知障礙症是複雜的病症，可引致患者在身心、行為及社交能力方面出現缺損，我們應全面改善和控制這些問題，以此為有效介入治療的目標。

及早察覺病情和介入

- 要找出問題所在、讓患者得到所需服務、進行有效治理，以及紓緩患者和護老者的壓力，及早察覺病情和介入正是箇中關鍵。

以人為本和全人護理

- 當病情達到嚴重階段，認知障礙症患者的認知能力和身體機能會嚴重受損，最終要完全倚賴他人。照顧認知障礙症患者的最大原則，是尊重他們，維護他們的尊嚴。我們也應讓患者盡量發揮他們仍有的能力，以維持他們的生活質素。照顧患者時，應考慮他們的感情、社交、生理和精神需要，為他們提供以人為本和全人的護理。

對護老者的支援

- 照顧患有認知障礙症的家人須耗費極大心力，因此，護老者在身心方面都需要協助和支持。

以人為本的全人護理

4.4.3 認知障礙症患者需要持續的綜合護理，護理服務由多個界別及跨專業的服務提供者向患者提供。下文各段討論認知障礙症治理流程中的主要元素及服務提供者。

公眾教育

4.4.4 我們可在多個層面及地方進行公眾教育和推動市民認識認知障礙症，負責教育、衛生保健和社會照顧的部門應各司其職。在全港不同地方(例如學校以至社區中心)進行的推廣工作，可加深公眾對認知障礙症的認識，並改變他們的態度。公眾教育也有助創造認知障礙症友善的環境，讓患者及其家人獲得更多相關的資料，有能力尋求協助，計劃未來，並善用各項衛生保健和社會服務。

醫療護理

4.4.5 健康的生活模式和免受風險因素傷害，是晚年活得健康的要素。良好的保健和評估，有助及早發現病徵。一旦確診患上認知障礙症，患者和其家人往往會感到徬徨無助，因此負責診斷的醫生應向患者和護老者提供適當的輔導，解釋診斷結果和治療方案。患者須能隨時得到他們負擔得來的藥物，而為患者治理同時患有的疾病，會對他們有一定幫助。基層醫療醫生可以在及早診斷認知障礙症方面擔當更重要的角色，而專科門診診所則可及早為複雜或特殊的認知障礙症個案提供診斷和治療。隨着病情惡化，患者的行為及心理徵狀不但會對護老者造成嚴重困擾，也會影響患者本身的生活質素。這時患者須接受針對其行為及心理徵狀的專科治療，例如由老人精神科小組提供的治療。患者可透過門診、外展服務、日間醫院或住院護理服務，獲得有關的專科治療。至於病情嚴重的認知障礙症患者，最重要是為他們提供優質的紓緩護理服務，讓他們安詳和有尊嚴地離世。

社會支援及照顧

4.4.6 為了讓認知障礙症患者盡可能留在社區生活，提供家居支援、輔助式家居照顧、長者日間護理等服務，以及在鄰

舍層面建設認知障礙症友善設施，都有助提高患者的生活質素。長者中心是社會支援認知障礙症患者的寶貴資源，讓患者維持健康和積極的社交生活。長者中心應在可行情況下制訂完善、以實證為本的非藥物治療計劃，藉此延緩認知障礙症患者認知能力和身體機能的衰退，並協助他們維持這些能力和機能。為避免發生危險，患者的家居可能需要改裝，我們可以就如何改裝住所，向患者的家人和護老者提供意見。隨着病情惡化，認知障礙症患者會愈來愈倚賴他人照顧，須在長期護理設施接受持續護理。因應患者的需要而建立的認知障礙症友善設施，會確保患者得到私隱保障、尊重和自主權。在優質的環境下提供高質素的護理和個人照顧服務，對認知障礙症患者也十分重要。

其他社區支援服務

房屋服務

4.4.7 為了讓患者居家安老，首先要為他們建立認知障礙症友善的社區，包括移除日常生活環境中會造成風險的因素，例如移除家中有害的物品及鋒利或尖銳的物件。家居布置也應考慮周全，例如在適當的高度掛上清晰記號、利用對比突出或遮蓋物件、讓患者容易看到各樣東西（例如櫃內的物件）等，方便他們日常起居作息。

警察

4.4.8 非醫療行業人員（例如警察和保安員）也應接受培訓，以締造一個更能接納、包容和支援認知障礙症患者的社區。這些人員應藉培訓加深對認知障礙症的認識，理解那些可能失去獨立和自理能力患者的行為，從而明白患者及其家人的需要。認知障礙症患者離家失蹤的個案不時發生，在協助患者與至親團聚方面，警方擔當了重要的角色。

法律保障

4.4.9 我們應讓認知障礙症患者及其家人知道，他們可選擇委託監護人或受權人，在患者無能力作出財務、法律和醫療方面的決定時代為作出決定，這樣做可確保患者的意願得到尊重。

能力提升及人手培訓

人手規劃和培訓

4.4.10 人口持續老化，為認知障礙症患者提供護理服務的需求不斷增加，為此，我們須確保各界別的醫療專業人員和具備有關技術的社會照顧人員人手充足，以提供各類護理服務，配合患者的不同需要。我們應為服務提供者提供有系統的培訓，使他們有能力識別認知障礙症的徵狀、了解病情惡化的過程和照顧患者的方法。

為非正式護老者提供的支援

4.4.11 一般來說，照顧認知障礙症患者的工作主要落在非正式護老者身上，培訓和學習相關知識有助他們察覺患者的徵狀和紓減本身的壓力。此外，非正式護老者也需要相關的資訊和意見，以掌握求助途徑和照顧患者的方法。在持續照顧患者期間，護老者會經過不同階段，因此，有系統的資訊對他們來說尤其重要，而且很有幫助。為非正式護老者提供暫顧服務、哀傷支援和喪親支援也是不可缺少的，這類支援能幫助他們繼續承擔護老者的責任。至於來自低收入家庭的護老者，則可能需要經濟援助。

研究和患病率調查

4.4.12 認知障礙症是一種會引致嚴重殘疾的慢性疾病，因此我們應投放資源進行研究，找出有效的介入治療和把所知付諸實踐的方法。我們也應確定認知障礙症護理服務的優次和護理的關鍵階段，讓所有服務提供者能朝着共同目標一起努力。有關患病率的調查和治療成效的研究能提供可靠的資料，對進行服務規劃具參考價值。

現有服務的發展

4.4.13 現時為認知障礙症患者提供的綜合護理服務，是上述各方和界別合力達到的成果。為方便理解，圖 4.16 以圖示方式表述現時為認知障礙症患者提供的護理服務。

圖 4.16 認知障礙症護理服務的組成部分

	輕度 認知障礙症	中度 認知障礙症	有心理行為徵 狀的中度 認知障礙症	嚴重 認知障礙症
醫療界	公眾教育及推廣對認知障礙症的認識			
	保健及評估	專科診治	控制心理行為 徵狀的專科 治療	專科治療
		藥物治療		紓緩治療
	醫療法律事宜的處理			
	為護老者提供培訓			
	為普通科醫生提供培訓			
社會服務界	公眾教育及推廣對認知障礙症的認識			
	為心理社會服務人員提供培訓			
	以中心為本的 聯誼及長者 學習活動 (如運動 班、 遊戲)	以中心為本的 聯誼活動 (如運動班、 遊戲)	為個別人士提供適合認知障礙 症患者的 住宿照顧服務、全人護理	
	認知訓練活 動 (實證為本 的 活動)	隨機檢查身體機能是否受損、訓 練及非藥物治療		
	評估是否需要長期護理服務及安排轉介			
		為個別人士提 供日間照顧、 家居訓練及支 援服務、全人 護理	提供認知障礙 症友善的日間 護理設施，以 控制心理行為 徵狀	
	在長期護理環境中加入認知障礙症友善的設計			
	為護老者提供培訓及支援			
	輔導服務			
	房屋服務	建設認知障礙症友善的房屋及社區		
		改裝家居		
警察	失蹤人士支援服務			
監護委員會	電話諮詢服 務	監護令		
教育界	為護理專業人員提供學校課程及培訓計劃			
研究機構	患病率和有關的研究數據			

4.5 認知障礙症的綜合社區護理及介入模式

4.5.1 上一章提到服務的不足之處，顯示認知障礙症患者未必能隨時獲得所需的服務。為改善目前的情況，專家小組重新檢視了提供服務的模式。現行的服務模式強調跨界別的支援，包括社區護理。然而，由於各項服務之間不銜接，在提供持續護理的過程中，會有些地方出現效率欠佳的情況。專家小組持守的原則，是讓認知障礙症患者能夠選擇盡量留在社區生活。為實踐這原則，我們須制訂一個妥善的模式，結合和協調醫療與社會服務，更妥善運用公營和私營界別的資源及專業知識。我們也須處理現時公共醫療系統的樽頸問題，把病情穩定的患者轉介接受社區護理，從而更有效地運用專科服務的資源，治理複雜的個案。

就輕度及中度認知障礙症個案提供介入服務

4.5.2 認知障礙症是一種可持續數十年的慢性疾病。當病情越趨嚴重，病徵也會越見複雜，早期主要出現輕微的認知能力缺損及行為徵狀。假如認知障礙症患者在社區得到妥善的醫療及社會服務，他們的生活質素及身體機能都會獲得改善。

4.5.3 由於預期本港長者人口急速增長，預計未來數十年認知障礙症患者會大幅增加。專家小組認為，如要持續為認知障礙症患者提供護理服務，就必須在基層醫療及社區層面，為病情屬輕度或中度的患者制訂適當的介入服務模式。

綜合社區護理和介入模式的目標

4.5.4 綜合社區護理和介入模式的主要目標，是盡早為病情屬輕度或中度的認知障礙症患者訂定一個綜合的介入服務框架。服務應在基層醫療和社會照顧的層面提供，以盡力協助居於社區的服務對象延緩認知能力和身體機能的衰退速度。

4.5.5 近年的實際經驗證明，保持心血管健康和改變生活模式，或有助維持認知能力和防止身體機能衰退，因此，我們會根據這些經驗訂定介入模式。此外，提供定期醫療支援，也有助盡早穩定認知障礙症和其他相關慢性病的病情。我們

認為應為患者提供兩方面的支援，即以醫療專業人員的基層護理和專科醫療支援結合社區護理服務。綜合社區護理和介入模式的服務框架載於圖 4.17。

及早評估疑似的認知障礙症個案

4.5.6 記憶力衰退和懷疑認知能力受損的服務使用者，可選擇在長者服務單位接受由經培訓的專業人員（例如醫生、護士、職業治療師等）進行的初步評估。被評定在臨床上有明顯認知障礙症徵狀但沒有定期接受治療的長者，會獲得轉介，在長者服務單位由到診的基層醫療醫生作進一步醫療評估，或在社區私家診所由經培訓的普通科醫生進行相關評估。如須再進行測試（例如腦部造影）以確定診斷結果，病人會獲轉介到專科醫生及／或社區內的化驗所接受檢驗。

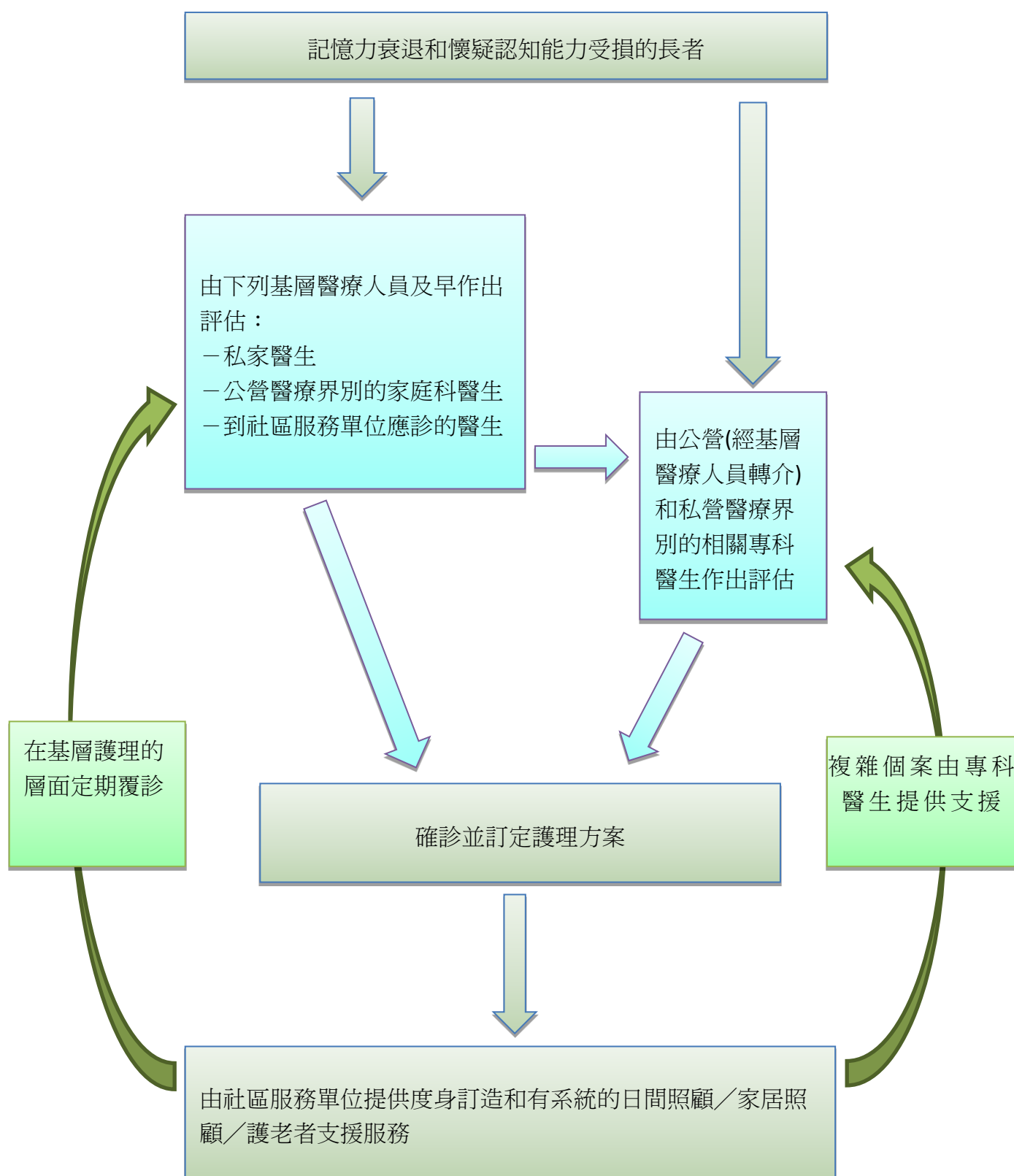
認知障礙症確診個案的治理和支援

4.5.7 一旦確診患上早期認知障礙症，應為徵狀較輕微的患者提供適當的服務，以延緩其認知能力和身體機能的衰退速度。為長者服務單位提供到診服務的基層醫療醫生或社區內經培訓的私家診所普通科醫生應為患者定期覆診。

4.5.8 除了接受治療，認知障礙症患者也應參加長者服務單位舉辦有系統的生活訓練課程。這些課程按患者的整體認知能力度身訂造，旨在刺激他們的認知能力，課程由服務單位的護理人員（例如社工／職業治療師／物理治療師）安排。此外，我們也應為患者提供心理及社交照顧，給予新確診的認知障礙症患者心理上的支援，會對他們有幫助。及早為患者提供介入服務，可延緩他們身體機能和認知能力的衰退速度，讓他們盡量留在社區生活。

4.5.9 病情處於輕度或中度階段的認知障礙症患者可在基層護理層面，由專業的醫療人員和社會照顧人員治理，但若患者病情轉差（例如同時患上其他複雜的疾病）並需要專科醫生診治，我們便應把患者轉介接受專科介入服務，包括醫院護理及／或院舍服務。

圖 4.17 病情處於輕度或中度階段的認知障礙症患者治理流程



培育護理人手

4.5.10 為病情處於輕度或中度階段的認知障礙症患者設定的介入模式，重點在於及早識別和評估認知障礙症，以及在確診後及早提供介入服務。要有效推行這個服務模式，有賴基層醫療醫生和社會照顧層面的專業人員（例如社工、護士、職業治療師、物理治療師、活動助理等）運用他們的專業知識和技巧，為認知障礙症患者提供護理。我們有需要為醫療和社福界別開辦培訓課程，以便有足夠人手提供服務。

4.5.11 傳統上，服務提供者會各自為認知障礙症患者提供護理服務，而這個模式有別於傳統方式。我們必須推行先導計劃，藉以在全面推行有關服務前，測試服務提供者是否準備就緒、評估計劃的臨床效用，以及統計服務數據以進行成本經濟分析。我們留意到，社區為本的活動有助及早察覺參加者的認知障礙症徵狀，並為患者提供支援，令患者及護老者都能從中受益（這類社區計劃的例子載於附件 F）。

加快為病情處於中度至嚴重程度的認知障礙症患者提供護理服務

4.5.12 隨着病情惡化，患者的認知能力及身體機能會持續下降。認知障礙症患者，需要更多專科醫療服務支援（例如老人科／老人精神科），尤以有心理行為徵狀的患者為然。他們需要急症及次急症醫療服務的次數也可能較多，例如門診、外展、日間醫院或住院服務。我們應以跨專業模式為患者提供個人化的護理方案，以改善他們的生活質素，同時減輕護老者的壓力。治理的第一步應採用非藥物介入方式，並按情況需要適當用藥。治理複雜的心理行為徵狀是牽涉大量人力支援的工作，需要經培訓的跨專業人員，提供各方面的服務。

4.5.13 除醫療支援外，心理及社交照顧和社區支援（初期為日間照顧，後期為住宿照顧）對病情處於中度至嚴重程度的認知障礙症患者也十分重要。他們在住宿照顧方面有複雜的需要，特別是那些出現心理行為徵狀的患者，以及同時患有其他疾病和服用多種藥物的患者。跨專業的意見及支援在這方面應可發揮有效作用。病情處於中度及嚴重程度的認知障

礙症患者，認知能力日漸衰退，主流的住宿照顧服務未必能夠滿足他們的需要。興建專為認知障礙症患者而設的安老院舍或會受到土地供應的限制，其中一個解決辦法，是因應患者的需要進行改裝工程，加入一些配合患者認知能力衰退的設計（例如設置清晰的標誌和暢通無阻的通道，以協助患者辨認方向）。長遠而言，隨着病情複雜的認知障礙症患者人數不斷增加，我們應考慮提供專為認知障礙症患者而設的設施／單位，以應付他們各種各類的護理需要。

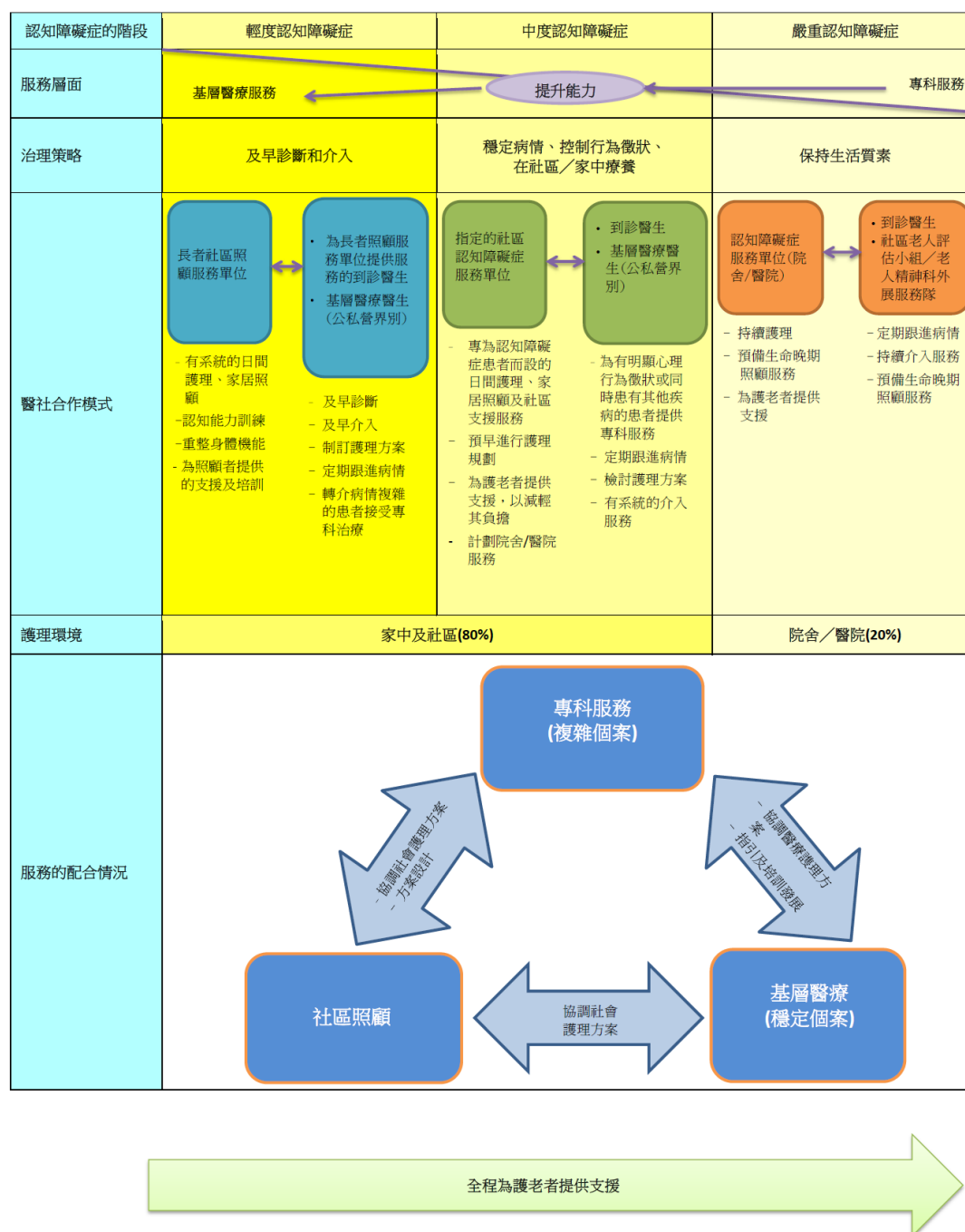
4.5.14 另一點值得注意的是，認知障礙症患者可能會因敗血病等各類感染、髖骨骨折、心肺問題等而須入院接受治療，這情況在年長的患者中尤其常見。這些患者容易因認知障礙而精神混亂，醫生須具備敏銳的臨床觸覺，才能識別他們患有的疾病。這些患者還可能拒絕接受護理服務，為免引起誤會，醫療團隊與患者的家人之間必須保持溝通。

醫社合作

4.5.15 上文提到的介入模式，目的是以較具成本效益和可持續的方式，應付市民對認知障礙症服務不斷上升的需求。這個模式特別注重處理發病初期的情況，因為我們相信，如能把握這段時間提供介入服務，將能最有效地延緩患者認知能力的衰退和維持他們的生活質素。不過，所有認知障礙症患者的和護老者都會經歷患者由發病而至病情轉為中度至嚴重程度的過程。雖然患者在每個階段的需要、護理層面和治理策略都不同，但有效的醫社合作，對於提供優質、持續、全面和以人為本的認知障礙症服務至為重要。

4.5.16 圖 4.18 顯示認知障礙症患者在不同階段所需的護理層面、治理策略、醫社合作模式及護理環境。

圖 4.18 藉醫社合作提供認知障礙症服務



4.5.17 為了讓認知障礙症患者留在社區生活，我們必須加強醫社合作，在社區為患者提供支援。在地區層面設立由醫療專業人員和心理及社交護理人員組成的協調平台(例如地區

協調委員會)，有助為患者提供更連貫協調的服務。就護理層面來說，我們應採用以地區為本和方便患者的模式，加強基層醫療服務。各方必須在及早斷症、穩定病情、治理疾病和提供醫療和社會支援等方面通力合作，協助患者維持最佳生活質素。隨着病情惡化，病情處於中度至嚴重程度的認知障礙症患者需要家居支援、暫託和外展醫療服務。就法律、財務和醫療事宜預早作出規劃，對患者也有幫助。病情嚴重的患者會更倚賴院舍的照顧（例如安老院和醫院）和更深入的專科服務。護老者提供的支援也是重要的一環，我們會不時徵詢他們的意見，在制訂和修訂病人的治療方案時作為參考。長遠來說，我們最終的目標是利用非政府機構、基層醫療支援和專科護理之間的合作，為認知障礙症患者建立綜合的支援網絡。各方如能有效地合作，便可減少服務不足的情況，避免不同範疇之間出現資源重疊的問題，並能提供所需的醫療支援。在認知障礙症的每個階段，基層支援的主要作用是提供定期的醫療護理。病情複雜的個案（例如患者有明顯的行為及心理徵狀及／或患有多種長期疾病）則應轉介給合適的專科醫生（例如老人科及老人精神科）作進一步治理和跟進。此外，為使長者能居家安老和有更佳的生活質素，以及減少護老者在整個治理流程中的負擔，我們可透過合適的社區照顧設施，提供所需的社區和社會支援服務（例如日間護理、家居照顧、暫託和護老者支援／培訓）。

4.6 建議和未來路向

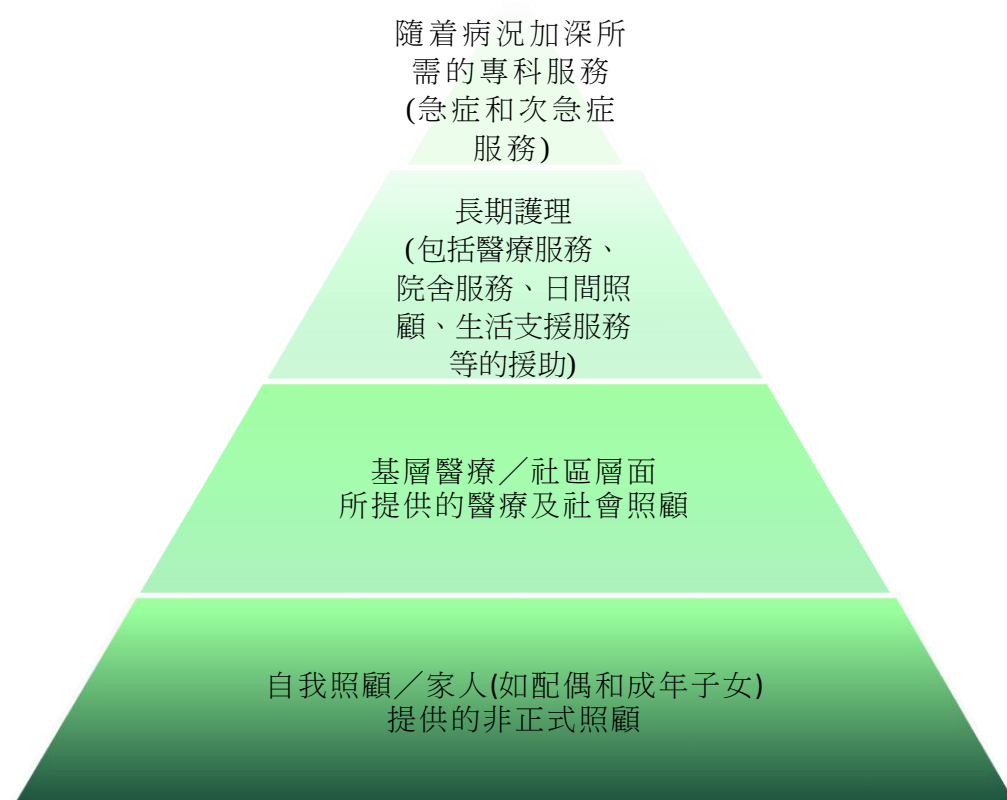
4.6.1 認知障礙症在社會日趨普遍。不過，值得注意的是，認知障礙症不是正常的老化過程，有不少措施可讓我們作好準備，面對這種疾病。新的認知障礙症個案可及早識別出來並將患者轉介接受適當服務，抑或被忽視而讓患者從醫療和社會系統的缺口悄悄走過，取決於我們對認知障礙症及其影響的整體看法，以及整體服務規劃和醫療管理工作。

4.6.2 專家小組留意到，認知障礙症需要持續的醫療、社區照顧和支援服務。有關支援和服務必須以跨界別、跨專業的方式提供，還要協調得當，才能達到最佳的護理效果。社區照顧服務為認知障礙症患者及護老者提供支援，可讓認知障礙症患者盡量留在社區生活，其重要性與臨床診斷和治療不

相上下。圖 4.19 展示理想的護理金字塔。在這個金字塔下，患者不論在任何階段有任何需要，都會得到適當的護理。這個概念和加強認知障礙症護理的最終目標是盡量避免和延遲發病，即使發病，也延緩病情惡化，讓認知障礙症患者可在家中有尊嚴地安享晚年。

4.6.3 認知障礙症專家小組本着這個最終目標，提出了一系列加強認知障礙症服務的建議。這些建議涵蓋多項全面服務（包括預防、介入、社區所提供的社會支援等），彰顯專家小組提升市民對認知障礙症的認識和加強認知障礙症患者服務的承諾。

圖 4.19 認知障礙症護理金字塔



建議

1. **應加強公眾教育，以推廣健康生活模式、提高市民對認知障礙症的了解和認識、鼓勵有需要者求助，以及減輕對認知障礙症標籤化的情況。**

專家小組建議政府舉辦公眾教育運動，涵蓋各相關事項和對象，包括早期預警病徵，以及有關接受診斷、治療和獲取支援的有效策略。此外，政府亦應致力推廣健康生活模式包括恆常體力活動。衛生署應積極推行公眾教育，讓市民加深了解認知障礙症，並在推廣健康生活模式時，強調有可改變的風險因素。為協助認知障礙症患者和護老者，衛生署和社署應分別整理和發布有關健康教育和現有社會支援的資料，讓公眾更認識該症，知道可向何處求助，以及現時有何種服務可供選擇。

在教育方面推廣預防訊息同樣重要。現時學校課程已涵蓋精神健康及健康生活模式的課題。專家小組建議把認知障礙症這一主題加入課程內容，令青少年對認知障礙症有正確的認識。

為減少對認知障礙症的負面標籤，我們有必要就“dementia”此症採用一個通用的中文稱謂。在坊間所有常用的中文稱謂中，專家小組認為“認知障礙症”的標籤效應最小，因此建議採用“認知障礙症”作為此症的中文稱謂。

2. **應定期進行全港認知障礙症患病率研究以提供資料作服務規劃**

為方便進行服務規劃，在可行的情況下，應定期進行全港認知障礙症患病率研究，提供按區劃分的患病率詳細資料及按年齡組別劃分的嚴重程度詳細資料。設立共用的資料收集工具，並根據居於各區長者的人口及社會經濟結構，找出各區的認知障礙症患病率，繼而定下相應的服務需要，這做法是有益處的，可使資源的規劃和分配更具成本效益。研究收集有關認知障礙症患者的嚴重

程度及年齡的資料，讓我們可了解到，隨着病人病情的進展及未來較年長人口的人口結構轉變（例如教育程度不同），不同病人組別的服務需求隨着時間會有甚麼改變。

3. 編制通用的參考資料，以便為基層醫療專業人員的診斷和治理認知障礙症工作提供支援

基層醫療工作小組豁下基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組所制定的《香港長者護理參考概覽—長者在基層醫療的預防護理》內包括一份核心文件，並輔以多份針對治理疾病和預防護理各方面問題的單元文件。建議編制一份認知障礙症的專題單元文件，以推廣國際間公認的最佳做法，並為診斷和治理認知障礙症的基層醫療專業人員提供決策支援。

4. 培育護理人才以加強基層醫療在治理認知障礙症的角色

鑑別和診斷懷疑個案及處理穩定個案，是基層醫療在治理認知障礙症的兩項重要功能。應在有機會能幫助病人的階段鼓勵介入治療，即及早確定病症並把複雜個案轉介至基層醫療的專科服務。私人執業的普通科醫生應接受系統性培訓，成為重要的照顧服務提供者。現時開辦相關課程的香港醫學專科學院轄下的醫學院和培訓院校（例如香港大學、香港中文大學、香港醫學會等），可成為服務提供者，政府可鼓勵這些院校日後為普通科醫生提供培訓。此外，醫管局也應探討以公私營協作形式為認知障礙症患者提供治療的可行性，把病情穩定的個案轉介私家普通科醫生。加強基層醫療專業人員在治理認知障礙症的角色，將能減輕對專科治療的倚賴和善用有限資源。基層醫療如有強健的根基，可使認知障礙症的護理金字塔(圖 4.19)有效地運作。

5. 加強醫管局的專科服務能力，透過優化的介入模式適時介入認知障礙症個案，從而縮短專科服務的輪候時間。

醫管局應因應服務需求（例如治理複雜的心理行為徵狀）增加跨專業醫療人手，藉以加強專科服務能力（例如老人科和老人精神科的支援）。此外，醫管局應檢視個案數目和病人資料，將輕度或中度認知障礙症患者轉介接受基層醫療服務，讓專科醫生可有更多時間處理複雜的個案。這也有助縮短專科服務的輪候時間，確保及時為有需要的病人提供適當的護理。

6. 有必要增加醫療人力供應並加強其培訓。對醫療及社會護理服務提供者的培訓應予加強，使其具備照顧認知障礙症患者所需的技能和知識。

照顧認知障礙症患者是一項需要大量人手的工作。鑑於對認知障礙症服務的需求持續增加，我們必須確保有足夠的跨專業醫療專業人員和社會護理專業人員，按患者的不同需要提供各類的護理服務。教育界的相關培訓課程，應包括長者和認知障礙症患者的護理，使醫療及社會護理專業人員可及時察覺認知障礙症的徵狀，以及了解該症的發展軌跡及護理模式。此外，應規定醫療及社會護理專業人員定期接受在職培訓，以確保其持續勝任其職。

7. 加強社會護理基建，讓認知障礙症患者盡量長時間留在社區

為了讓認知障礙症患者盡量長時間留在社區，應鼓勵建立認知障礙症友善的鄰里環境。我們也應鼓勵現有的長期護理設施盡可能加入專為認知障礙症而設的服務(長遠而言更應設立專為認知障礙症而設的服務單位)，以便能照顧到患者(尤其是有心理行為徵狀的患者)的特殊需要。這些設施如能得到專科服務的支援，使患者的心理行為徵狀得到較佳的診治，則更為理想。我們可運用既有醫療和社會工作專業人員參與也有其他持份者參與的現有協調平台(如由社署在各區成立的安老服務地區協調委員會)，促進聯繫和認知障礙症資訊的交流，並在有需要時，就建立認知障礙症友善鄰里環境的有效策略進行商討。

8. 有需要加強醫社合作，進一步將醫療與社區照顧服務融合，以提供以病人為本的支援。

為病情處於輕度或中度的認知障礙症患者採用綜合社區照顧及介入模式(詳情請參閱第五章)，可藉着加強醫社合作，在社區層面處理，為不同需要的病人提供適切的護理。把醫療與社區照顧服務融合，可確保病人各方面的需要都得到照顧。專家小組建議制訂先導計劃，以測試這個護理模式是否可行。

9. 推廣在社區接受生命晚期照顧服務和紓緩治療，減少不必要地多次住院。

進一步推廣預設生命晚期照顧計劃及預設指示的概念，讓長者(不論是否患有認知障礙症)及得知長者選擇的家屬在情況許可下，按照長者的意願和價值觀，預先制訂長者的臨終護理計劃。

我們應顧及本港人口和經濟的特徵，以及本地法律和實際施行時所涉及的事項，就長者(不論是否患有認知障礙

症)的臨終護理和紓緩治療，包括為他們提供“有尊嚴地在家居終老”的選擇作深入的研究。

- 10. 對護老者的支援應予加強，包括向他們提供有條理並容易取得的資料，提供有助照顧患者的技能的訓練，以及對患者提供暫顧服務，使護老者可參與其他活動，從而令護老者能繼續有效率地擔當護老者的角色。**

對認知障礙症患者的照顧，主要由非正式及不收取酬勞的家庭護老者，包括配偶和成年子女提供。家庭及非正式護老者的支援，對提升認知障礙症患者的生活質素起關鍵作用。作為非正式護老者的責任，可對他們的身心健康構成重大影響。有關方面應鼓勵有關機構(例如非政府機構)，制訂及提供一系列計劃及服務，協助家庭護老者紓緩壓力。護老者及提供長者服務的非政府機構，應獲提供資料，以讓他們了解認知障礙症的特點和病情發展及得悉患者家庭可獲提供甚麼資源，以及獲得照顧認知障礙症患者及減少並處理患者行為徵狀的訓練。有關方面應鼓勵有關機構向護老者提供暫顧服務(例如家居暫顧服務)、輔導及長期支援，使他們能盡量繼續有效率地擔當護老者的角色。有關方面也應鼓勵護老者成立護老者支援小組，因為他們可在小組內，聽取其他護老者的意見，並分享本身在照顧認知障礙症患者過程中遇到的困難和挑戰。為加強對護老者的支援，有關方面應鼓勵護老者在提供認知障礙症照顧服務時，應用創新科技(例如使用應用程式，以提供有助護老者照顧認知障礙症患者的資料及工具)。

未來路向

4.6.4 要改善認知障礙症護理服務，有賴所有持份者持續地共同努力，並非單靠政府推動便能成事。提高人們對認知障礙症的認識和處理病症護理的需要，牽涉的政策範疇、服務界別和環境各有不同。以個人來說，生活模式要健康，並需保持身體健壯，因為有些風險因素(例如吸煙和肥胖)可能會增加患上認知障礙症的風險。社會作為一個整體，也需對認知障礙症患者更加包容和支持，不要予以歧視。

4.6.5 鑑於現今社會趨向推動革新和發展科技，故在提供認知障礙症護理服務時應應用更多創新科技，以便長遠地精簡長者中心／安老院舍勞工密集性質的營運模式，協助醫療和社會護理專業人員及前線工人更有效地進行日常工作，並且吸引更多新血(尤其年輕人)加入認知障礙症護理這個行業。

4.6.6 提高公眾意識、加強服務能力、締造認知障礙症友善的環境等建議，全部都需要時間推行。這份報告主要提出未來的種種挑戰，讓我們能夠作好準備，並非要制訂萬全之策。報告所載的意見和建議，旨在建立對加強認知障礙症護理的共同願景。我們希望這份報告能提供一個整體路向，指引未來加強認知障礙症護理方面的工作，而非規限為認知障礙症患者提供的服務項目和模式。照顧認知障礙症患者，是各方共同承擔的責任。我們相信，只要社會各界攜手合作，認知障礙症患者定能有尊嚴地安享晚年。

第五章 在香港引入社區治療令的適用性和可行性

5.1 引言

5.1.1 較早時候發生一宗涉及嚴重精神病患者的矚目慘劇，令人關注在香港引入社區治療令這項建議。精神健康檢討委員會（檢討委員會）考慮各項相關因素（包括海外以社區治療令作為強制精神病患者在社區接受精神治療之法律方式的經驗）後，就在香港引入社區治療令的適用性和可行性進行了研究，並提出相關建議。

5.1.2 社區治療令（或非自願社區精神治療）是一項強制符合指定條件的精神病患者在社區居住期間接受訂明療程的法律。這項法律適用於患有嚴重精神病、而沒有主動服食指定藥物或未有遵從規定而危害自身健康及安全，甚或對他人構成危險的人士。如有違反任何條件的情況，有關精神病患者可能會被召回醫院接受治療。社區治療令旨在強制這類患者在最少限制的非醫院環境下接受精神治療，作為入院或長期拘禁在精神病院以外的另一種治療方法，確保患者個人以至市民大眾的健康及安全。

5.1.3 目前多個地區均有實施社區治療令制度，包括美國、加拿大、英國、澳洲、新西蘭、比利時、盧森堡、葡萄牙、瑞典、挪威、以色列和台灣等。社區治療令制度始於八十年代，當時北美和澳大利西亞精神健康服務社區化後推行，旨在治療精神病患者，到二零零零年代世紀再引入歐洲。社區治療令有不同的名稱和形式，而各司法管轄區所採用的設計會因應制訂相關法例的地區的憲制、社會和法律情況而不盡相同。

5.2 海外經驗

社區治療令的整體設計

分流模式與預防模式

5.2.1 概括而言，社區治療令有兩種基本模式。第一種是分流(或最少限制)模式。在分流模式下，患者被頒布社區治療令的準則與強制入院相同，作為在受限制的醫院裏接受強制治療的替代。第二種模式是預防模式。在預防模式下，即使患者的病情仍未達到符合強制入院準則的程度，也會被頒布社區治療令(即與強制入院的準則不同)，目的是要防止患者病情惡化。許多司法管轄區的社區治療令安排都具有這兩種模式的特徵。

社區治療令的準則

5.2.2 整體而言，相關法例訂立了兩套準則，以規管患者接受社區治療令的安排：一套準則訂明患者一般須遵從的法例規定；另一套較具體的準則規訂患者須使用門診護理服務的情況。一般準則通常註明須給予強制治療的精神紊亂形式，以及訂明患者須對自身或他人的健康或安全構成“傷害”、“危險”或“風險”。較具體的準則一般規定門診治療須屬“適當”或“可行”，而且具備足夠的社區服務供患者需要。部分地區所制訂的較具體準則可以十分清楚明確，例如註明強制門診治療只可作為入院以外的另一種治療選擇，或訂明病人須最近曾入院一定次數，方可被頒布社區治療令。

能力(或行為能力)原則

5.2.3 這項原則關乎可否強逼有能力給予同意(或具有行為能力)的患者接受精神治療。部分患者在接受社區治療令的整段期間都無能力就治療一事給予同意，有些患者則可能在仍受命令規限期間恢復能力，或其能力在接受治療的過程中變化不定。

5.2.4 在北美，一般而言，即使患者依法接受社區治療令，如未經患者本人同意，也不得向他提供精神治療。除了禁止強逼恢復能力的患者接受精神治療外，這項原則還規定主診醫生須定期評估患者的能力，以確保不會在未經有能力的患者同意下向他們提供治療。相對於其他模式，這種模式的社區治療令使用率較低，執行期也較短。

5.2.5 在英國和澳大利西亞，一般而言，只要患者依法受社區治療令規管，即使未經患者本人同意，也可向他提供精神治療。在法律上，有關主診醫生有權在未經患者同意下為患者提供治療，而這項權力不會因患者恢復能力而暫停執行。即使患者已恢復能力，也不代表他即有權獲解除社區治療令。這種模式讓能力或會變化不定，而且需要在一段長時間內服藥的長期嚴重精神病患者得以持續接受治療。

過往住院記錄

5.2.6 不同地區就實施社區治療令的其中一項分歧為是否要求執行對象必須有過往住院記錄。各司法管轄區對這項規定的要求不一。在北美，薩斯喀徹溫省的法例規定，在緊接頒布社區治療令的前兩年內，有關人士必須曾被羈留在醫院達 60 天或以上，又或曾被羈留在精神病院多達三次或以上。同樣地，安大略省的法例規定，有關人士須在過去三年曾入院最少兩次或逾 30 天，才可被頒布社區治療令。根據上述規定，病患可於首次入院後即被頒布社區治療令，但首次入院必須持續一段較長時間，才符合所訂的準則。然而，澳洲的維多利亞省及新南威爾斯省、新西蘭及蘇格蘭執行社區治療令時都沒有要求患者須有過往住院記錄。

在社區提供強制治療的權力

5.2.7 不同地區的另一項分歧關乎主診醫生的權力。這方面大致有兩種模式。第一種模式(稱為第一代社區治療令)是透過法例明確授予醫療專業人員多種權力，供其酌情使用，以便向獲頒社區治療令病人給予所需的治療。換言之，該等醫療人員獲直接授予以下權力：進入私人處所、提供治療、召

回病人入院、在召回過程中使用適當武力，以及尋求警方協助等。這種模式的優點是具透明度和清晰簡單。

5.2.8 第二種模式（稱為第二代社區治療令）在近年開始採用。在這種模式下，法例規定須為每名獲頒布社區治療令的病人訂定法定治療計劃，而沒有明確訂明醫療專業人員執行強制治療的實際權力。這種模式的透明度較低，但較精密和準確。

執行率和醫患關係

5.2.9 國際研究文獻顯示，社區治療令在精神科仍是一個具爭議性的議題，各方意見不一，而且對社區治療令的成效也未有定論。支持者認為，對於那些傾向不會自願接受治療的嚴重精神病患者，實施社區治療令有助解決在治理這類患者時所遇到的一些主要困難。然而，有人卻憂慮，社區治療令會損害醫患關係，使患者難自願接受治療。面對強制治療的威脅，患者可能會避免接受所有服務。

5.2.10 各地頒布社區治療令的頻率差異很大。澳洲一些省份的執行率較高，而加拿大的執行率則較低⁶⁹。社區治療令的執行次數取決於法例的設計、深入的社區服務是否足夠，以及主診醫生的喜好。舉例來說，北美部分司法管轄區的執行率較低，是由於其社區治療令制度的限制較多（與澳洲的制度相反），除了規定接受社區治療令的患者必須有過往住院記錄外，還禁止強逼恢復能力的患者精神治療。澳洲的社區治療令執行率較高是由於主醫生對社區治療令的接受程度較高，他們認為社區治療令是幫助長期精神病患者由住院過渡至社區的有效方法。至於加拿大的執行率較低，原因是主診醫生擔心會因疏忽或因指令無法有效執行，而未能治療或監管獲頒布社區治療令的患者而負上法律責任。

⁶⁹ 資料來自倫敦 King's Fund 的 Lawton Smith S 於二零零五年進行的一項檢討 — A question of numbers: the potential impact of community-based treatment orders in England and Wales。

成果和效用

5.2.11 儘管各地執行社區治療令的情況有所增加，但其效用仍尚未能確定。研究對社區治療令孰利孰弊至今未有定論，也沒有一致的證據證明其有助改善臨床效果和生活質素。部分研究指執行社區治療令或能減低出現暴力行為的風險，但也有研究指出精神病患者殺人的事件並沒有因推行社區治療令而減少。

5.2.12 過去數十年以來，只有數項研究採用隨機對照試驗的標準來評估社區治療令的成效。在至今已公布結果的三項隨機試驗中，兩項於美國進行的試驗（結果在一九九九年及二零零一年公布）⁷⁰顯示，推行社區治療令對減少精神病患者入院次數並無明顯幫助。而在二零一三年三月在《刺針》學術期刊內公布、由牛津大學布恩斯教授(Professor Tom Burns)率領的研究小組首次於英國進行的社區治療令隨機試驗，結果⁷¹，發現在有提供有系統的精神健康服務的情況下，施行強制監督無助於降低精神病患者的再入院率；既然有關做法未能降低整體入院率，當局沒有理據大幅限制病人的人身自由。試驗結果促使英國當局檢討精神健康法例。

執行上的困難，以及道德和人權方面的關注

5.2.13 除成效存疑外，社會也關注社區治療令的道德理據及對人權的影響。社區治療令授權專業人員侵擾病人，包括監

⁷⁰ Swartz MS et al : Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals ; Am J Psychiatry 1999;156:1968-75。

Steadman HJ et al : Assessing the New York involuntary outpatient commitment pilot program ; Psychiatr Serv 2001;52:330-36。

⁷¹ 英格蘭及威爾斯在二零零八年開始對精神病患者執行社區治療令。在英國國家衛生研究院資助下，牛津大學布恩斯教授率領研究小組進行了一項研究，並於二零一三年三月公布結果。該項研究比較了社區治療令與《精神健康法令》(Mental Health Act)第 17 條“外出許可 (Leave of Absence)”(在引入社區治療令之前制定，訂明在准許病人離院數小時或數日的情況下，可隨時召回病人以評估其康復情況，然後才決定是否給予病人自願入院的自由)對於降低病人再次入院比率的成效，試驗中兩組病人所得的臨床接觸相同。這項研究有逾 330 名病人參與，是同類研究中參與人數最多的一項。這些病人年齡介乎 18 至 65 歲，他們在二零零八年至二零一一年間，在英國被羈留在醫院內接受治療。試驗結果顯示，在往後一年內，兩組病人再次入院的比例和住院時間都沒有分別。儘管平均來說病人被強制多住院六個月，但整體住院時間並無減少，病人的臨床效果和社交能力也沒有改善。研究人員指出，試驗結果印證了此前所得的證據，證明社區治療令對精神病患者並未帶來好處，當局須盡快檢討社區治療令普及的情況。

察一名人士的情況、提供未得當事人同意的治療，以及把其帶到精神病院接受治療。這些權力侵犯了病人的公民自由及人權，並使相關的從業員進退維谷，他們須面對病人的意願、自主權和醫療「父權式」治療做法，以及保密和私隱等問題。而且執行和監管強逼社區治療存在困難，亦難以確保一致性，更甚者權力會遭濫用。而由於政府須因應社區治療令而承擔重責，提供充足的社區精神健康和住宿服務，社會憂慮珍貴的社區資源會否被撥調至與社區治療令相關的服務，而忽略非受社區治療令限制的病人所獲提供的服務。

5.3 香港的強制社區治療

《精神健康條例》中的有條件釋放條文

5.3.1 《精神健康條例》(第 136 章)在一九六零年頒布，旨在修訂和綜合與精神上無行為能力有關的法律，以及與對精神上無行為能力的人的照顧及監管有關的法律。該條例第 42B 條規定，某病人如根據條例被強制羈留⁷²，並有刑事暴力的病歷或有使用刑事暴力的傾向，可在施加若干條件的情況下獲得釋放，條件包括居住在指明地方、於門診接受覆診，以及服用所處方的藥物。然而，當該名病人沒有遵守釋放條件，以及基於其健康或安全或為保護他人着想而有需要，則可把該名病人召回精神病院。

5.3.2 與某些司法管轄區的社區治療令法例比較，《精神健康條例》中的有條件釋放條文具有更嚴格的限制：

- (a) 有條件釋放適用於已被強制羈留在精神病院和接受治療的病人⁷³。此外，不可對自願入院的病人在其出院後施加任何條件；

⁷² 強制入院的命令由區域法院法官或裁判官作出。凡向法院申請命令，必須基於一名註冊醫生的書面意見。該名醫生須信納病人的精神紊亂性質或程度足以令他必須入院，或基於病人的健康或安全，或為保護他人着想而有此需要。

⁷³ 在北美某些司法管轄區，社區治療令只適用於曾有住院記錄的人士。

- (b) 獲有條件釋放的病人必須“有刑事暴力的病歷，或有使用刑事暴力的傾向”，有嚴重自殺傾向或有較高機會疏忽照顧自己的病人不屬此類；
- (c) 獲有條件釋放的病人只有在違反任何一項指定條件，而且為該病人的健康或安全，或為保護他人著想，把該病人召回醫院是有必要的情況下，方可把該病人召回醫院。如病人精神病復發但沒有違反任何條件，除非法庭根據《精神健康條例》條例重新發出強制入院的命令，否則不得直接把有關病人召回醫院；以及
- (d) 《精神健康條例》並無規定病人獲有條件釋放的期限。獲有條件釋放的病人如欲撤銷法庭最初頒布的入院令，須向精神健康覆核審裁處提出上訴，申請覆核個案，或須主診醫生經檢驗後認為合適、並獲精神病院院長批准方可取消釋放條件。不過，《精神健康條例》沒有訂明任何覆核期，這點與強制羈留醫院的規定有所不同。

有條件釋放條文的援用

5.3.3 在二零一五年，入住醫院管理局(醫管局)轄下精神科病房的病人共有 16 988 人次，其中 2 968 人次屬於強制入院。在強制入院的病人中，有 152 名有刑事暴力的病歷，或有使用刑事暴力的傾向的病人根據《精神健康條例》第 42B 條的規定獲有條件釋放。醫管局的社區專案組或個案管理計劃會跟進獲有條件釋放的病人，給予他們所需的治療和支援，從而協助他們融入社會。二零一五年，共有 23 名獲有條件釋放的病人被召回醫院。有關援用有條件釋放條文的統計數字詳載於圖 5.1 及 5.2。

圖 5.1 獲有條件釋放的非自願入院病人人數

年份	總入院人次	強制入院		獲有條件 釋放**	獲有條件釋 放後被召回 醫院的病人
		新症*	舊症*		
2015	16 988	956	2 012	152	23
2014	16 752	887	1 917	141	21
2013	17 298	928	1 734	162	35
2012	16 554	863	1 706	131	16
2011	15 336	786	1 585	135	27

* 新症指在過去兩年並無接受任何醫管局精神科服務的病人，而舊症則指在過去兩年曾接受醫管局精神科服務的病人。這些被強制入院的病人包括有刑事暴力病歷或有使用刑事暴力傾向的病人，以及有自殺風險的病人等。

** 有條件釋放適用於有刑事暴力病歷或有使用刑事暴力傾向的被強制入院病人。

圖 5.2 獲有條件釋放病人的概況

住院時間 (截至二零一五年六月三十日)	獲有條件釋放的病人人數
少於 90 日	28 (8%)
91 至 180 日	28 (8%)
181 至 365 日	29 (8%)
逾一年至兩年	70 (19%)
逾兩年至三年	44 (12%)
逾三年至五年	85 (24%)
逾五年至十年	66 (18%)
超逾十年	11 (3%)
總數	361 (100%) [^]

[^] 由於進位關係，百分率數字加起來或不等於總數。

5.4 贊成／反對在香港引入社區治療令的考慮因素

5.4.1 跟很多司法管轄區一樣，香港是因為發生涉及嚴重精神病患者的矚目慘劇而引發有關引入社區治療令的討論。二零一零年五月葵盛東邨事件⁷⁴發生後，醫管局檢討督導委員會建議，政府應進一步研究社區治療令在香港的可行性及適用性。

5.4.2 有爭論指，精神健康服務社區化可能令社區內的高危病人增加。在我們跟隨其他已發展國家步伐，採用現代化的社區為本精神治療概念的同時，在社區引入強制治療可有助醫療專業人員護理高危病人，令他們接受康復療程及依從服藥指示。

5.4.3 另一方面，社會關注到引入社區治療令的建議會涉及人權問題。儘管現時的有條件釋放條文只限於強制羈留病人，但如引入涵蓋範圍較廣的社區治療令，如澳洲所實施的模式（即涵蓋強制羈留病人、自願入院病人，以及過往沒有入院記錄的病人），會大幅增加在社區接受強制治療的病人數目。此外，社會也關注到社區治療令會損害公民自由、甚至出現醫療專業人員在強迫病人接受治療時濫權的情況（如病人服藥後可能出現嚴重副作用），以及侵犯病人私隱（如要有效監察接受社區治療令計劃的病人，便需要不同服務提供者及執法機關的前線人員持續就病人的情況交流資訊）。

5.4.4 社會人士要求就社區治療令立法，往往源於認為精神病人有暴力傾向的謬誤。然而，重要的是，社區治療令並非靈丹妙藥，不可用以杜絕涉及精神病人的慘劇發生。引入社區治療令也會令精神病人被標籤，可能導致病人拒絕就醫。

⁷⁴ 二零一零年五月八日，葵盛東邨一名 42 歲男子持刀襲擊鄰居、一名保安員及兩名屋邨辦事處職員，釀成兩死三傷慘劇。該名男子有精神病記錄，曾在二零零四年九月入住葵涌醫院，出院後定期到專科門診診所覆診並由精神科社康護士跟進個案，直至慘劇發生。

5.5 建議和未來路向

5.5.1 檢討委員會注意到，引入社區治療令是高度敏感而又複雜的問題，需要從不同的角度考慮。由於欠缺實質證據證明社區治療令的成效，檢討委員會無法確定社區治療令所帶來的效益足以彌補公民自由所受到的限制，或社區治療令可減少涉及精神病患者的慘劇發生。

5.5.2 見證英格蘭及威爾斯為社區治療令立法的過程的牛津大學布恩斯教授(Professor Tom Burns)指出，在研究修訂可能對公民自由造成嚴重影響的精神健康法例時，須考慮是否有患者在現行法例下未能獲得妥善照顧或被多次強制入院，在實施社區治療令後會讓他們得到較佳的福利服務。鑑於社區治療令的效用備受爭議，而且具有深遠的影響，檢討委員會認為應在有需要時再審慎地檢視社區治療令在香港的適用性。

優化有條件釋放機制

5.5.3 現行的「有條件釋放」機制及社區治療令均旨在透過強制治療來保障病人和社會人士的健康及安全。然而，鑑於「有條件釋放」機制只適用於部分病人，加上病人必須遵守早已訂立的條件，令機制在若干情況下未能發揮應有效用。為進一步保障病人和社會人士的健康及安全，我們須加強現行的「有條件釋放」機制。舉例來說，有條件釋放的涵蓋範疇可擴大至包括曾證明有高自殺風險的病人，或情況已惡化至可能對他人構成危險但並無違反釋放條件的病人。醫管局會就此檢討「有條件釋放」機制。

加強為嚴重精神病人而設的個案管理計劃

5.5.4 從海外經驗可見，要成功推行社區治療令，有賴醫療及社福界提供足夠的社區精神健康支援。社區支援服務(如社會康復服務)不單對病人重要，對其家人及照顧者也同樣重要。檢討委員會同意，足夠的社區精神健康支援對精神病人出院返回社區生活是至為重要的。

5.5.5 為此，醫管局在二零一零至一一年度推行個案管理計劃，為嚴重精神病患者提供深入、持續和個人化支援。在個案管理計劃下，每名嚴重精神病患者的個案會由一名指定的個案經理跟進。個案經理會與病人建立緊密的服務關係，按病人的需要和風險狀況制訂個別的護理計劃。個案經理在病人康復過程中會一直為病人提供深入及個人化的支援，並與各服務提供者（特別是與精神健康綜合社區中心）緊密合作，為居於社區的嚴重精神病患者提供有系統的支援。由於試行順利，個案管理計劃在二零一四至一五年度擴展至全港 18 區。截至二零一六年十二月三十一日，個案管理計劃為約 15 000 名居於社區的嚴重精神病患者提供服務。個案經理與嚴重精神病患者的比例維持在 1:47 左右。檢討委員會認為，醫管局應進行檢討，以期在二至三年內把比例改善至大約 1:40，讓個案經理可為病人提供更有效的支援。長遠來說，我們期望進一步改善有關比例，從而為病人提供最佳的支援及妥善監察病人的康復進展。

在有需要時重新檢視社區治療令的適用性

5.5.6 雖然檢討委員會認為，現時並非香港引入社區治療令的適當時機，但建議政府檢視「有條件釋放」機制及加強個案管理計劃服務的檢討結果、獲得社區治療令有效的具體證據以及收集市民對病人管理的看法後，讓常設的精神健康諮詢委員會在有需要時重新檢視社區治療令在香港的適用性。

精神健康檢討委員會成員名單
(二零一三年五月至二零一七年三月)

主席

高永文醫生
(食物及衛生局局長)

成員 (次序按照英文姓氏排列)

陳章明教授
(安老事務委員會前任主席)(5/2013 - 3/2016)

陳國勝先生
(康和互助社聯會執行委員會司庫)

鄭麗玲博士
(香港社會服務聯會服務發展業務總監)

張國柱先生
(前任立法會議員 - 社會福利界別)

張偉麟醫生
(醫院管理局聯網服務總監)

周萬長先生
(香港家連家精神健康倡導協會主席)

朱崇文博士
(平等機會委員會政策、研究及培訓總監)

何惠娟女士
(香港心理衛生會總幹事)

熊思方醫生
(精神科專科醫生)

林翠華教授
(香港中文大學醫學院精神科學系主任及教授)

林趣怡女士
(律師)

李國麟議員
(立法會議員 - 衛生服務界別)

李永浩教授

(養和醫院臨床及醫療心理學家)

麥國風先生

(香港精神健康護理學院副院長)

沈伯松教授

(香港大學精神醫學系精神病基因組學講座教授)

游秀慧女士

(新生精神康復會行政總裁)

官方成員

食物及衛生局常任秘書長(衛生)

食物及衛生局副局長

勞工及福利局常任秘書長

教育局副秘書長

衛生署基層醫療統籌處處長

社會福利署助理署長(康復及醫務社會服務)

增選成員

香港警務處代表

房屋署代表

有效的海外精神健康推廣計劃摘要

澳洲

Act-Belong-Commit 計劃

1. Act-Belong-Commit 計劃是西澳洲一個推廣正向精神健康的社區為本計劃，由科延大學(Curtin University)的Mentally Healthy WA 策劃。計劃於二零零五年推出，鼓勵每一個人採取行動，保障及提升自己的心理健康，也鼓勵舉辦精神健康活動的機構進行推廣，讓更多人參與活動。計劃為市民提供有助改善心理健康的簡易行為指引(積極行動—融入社區—投入生活)，並結合社區發展與社會推廣的方式，以提升社會人士對正向心理健康的認識。計劃既以個人為目標，推動他們參與各項活動以改善精神健康，也鼓勵計劃伙伴與社區伙伴(如健康服務提供者、本地政府組織和提供精神健康活動的社區組織等)以「積極行動—融入社區—投入生活」的口號推廣所舉辦的活動⁷⁵。
2. 該計劃在二零零五至二零零七年在西澳洲六個地方社區試行，效果令人滿意，因此獲包括政府衛生部及精神健康委員會在內的多個機構贊助經費，在二零零八至二零一零年推廣至全國。
3. 二零一零年的調查結果顯示，該計劃成功改變了市民對精神健康和精神病的想法和態度，並帶來行為上的轉變⁷⁶。兩成參加者報稱他們有做或嘗試做一些事情去改善精神健康。他們的行為與計劃所宣揚的訊息相符，例如變得更有活力／做更多運動(31%)及在社交上更活躍／參與義務工作。

⁷⁵ Anwar-McHenry, Julia and Donovan, Robert J. and Jalleh, Geoffrey and Laws, Amberlee. 2012. Impact Evaluation of the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion Campaign. *Journal of Public Mental Health*. 11 (4): pp. 186-194

⁷⁶ Anwar-McHenry J, Donovan RJ, Jalleh G & Laws A (2012). Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. *Journal of Public Mental Health*. 11(4):186-194。

4. 在二零一四年，共有 113 個機構正式簽署參加 Act-Belong-Commit 計劃。計劃的成功獲全澳洲及多國認同，在日本、倫敦、斐濟和丹麥都有伙伴加入。⁷⁷現時計劃已步入第 IV 期(二零一四至二零一六年)，計劃的主要目標是增加和維持每個人對保持精神健康可做和應做的事情的認識和了解、增加和推動市民參與有助提升精神健康及減少出現精神健康問題的個人及社區活動，以及持續減少精神健康及精神病予人的負面觀感和鼓勵以開放態度談論有關精神健康的話題⁷⁸。

英國

(i) *Time to Change* 計劃

5. 二零零七年十月推出的 Time to Change 是一項由英國慈善公益界別領導推行的反歧視計劃。計劃由 Mind 和 Rethink Mental Illness 兩個推動精神健康的慈善機構推行，由英國衛生署、Comic Relief 和 Big Lottery Fund 撥款資助。計劃推出的首階段(二零零七年十月至二零一一年九月)獲撥款 2,050 萬英鎊⁷⁹，在第二階段(二零一一年十月至二零一五年三月)則獲撥款 2,000 萬英鎊⁸⁰。
6. 計劃的首階段包括宣傳活動、羣眾參與活動、社區為本的體能活動，以及由法律部門跟進涉及歧視的測試個案⁸¹。計劃的第二階段則包括全國大型推廣及宣傳活動(使用營銷、宣傳、公關及數碼通訊渠道)、社區活動和節目、資助草根階層活動的撥款計劃、建立支援有精神病經歷

⁷⁷ Jalleh, G., Donovan, R.J. & Lin, C. Evaluation of the Act-Belong-Commit Mentally Healthy WA Campaign: 2014 Survey Data. School of Public Health, Faculty of Health Sciences, Curtin University, Perth, 2015。

⁷⁸ 網址：<http://www.actbelongcommit.org.au/about-us/objectives.html>。

⁷⁹ Time to Change 網頁：<http://www.time-to-change.org.uk/legacy> (取覽日期：二零一五年五月八日)

⁸⁰ 英國政府二零一一年十月十日的新聞稿(The government is joining forces with Comic Relief to help tackle mental health stigma, with funding of up to £ 20 million) <mailto:https://www.gov.uk/government/news/20-million-to-knock-down-mental-health-stigma> (取覽日期：二零一五年五月八日)

⁸¹ 英國衛生署(2010 年) 'New Horizons - Confident Communities, Brighter Futures: a framework for developing well-being'

者的網絡、為改善傳媒報道和引述精神健康事宜的方式而舉辦傳媒參與活動，以及為兒童／年青人及黑人／少數族裔舉辦活動。

7. 計劃推出以來，英國已有數以百萬計的市民認識計劃甚至參與其中。英國倫敦國王學院精神科研究所是計劃的伙伴，負責為計劃的兩個階段進行獨立評估。每年，計劃會派員上門為受訪者進行面對面的訪問，以了解他們對有精神健康問題人士的認識、態度和預期行為。調查結果顯示，在二零一三年，市民對有精神健康問題人士的看法較過去十年有最大的改善。二零一二年與二零一三年的調查相比，改善程度達 2.8%。自二零零八年開始，被診斷患精神病的人士受歧視的整體情況平均減少了 5.5%。如與其他市民比較，接觸過這項計劃的市民大多加深對有精神健康問題人士的認識，也改善了看法，與他們相處時也有較佳的表現。威爾斯在二零一二年也推出名為 *Time to Change Wales* 計劃，由當地的精神健康慈善機構 MIND Cymru、Gofal 和 Hafal 負責推行⁸²。

(ii) *Five Ways to Wellbeing*

8. 二零零八年，英國政府在前瞻計劃(Foresight programme)下委託新經濟基金會檢視最新證據，然後根據所得證據制訂一系列改善個人健康的行為。五種行為圍繞聯繫(connect)、積極活動(be active)、注意觀察(take notice)、不斷學習(keep learning)和付出(give)等主題被確定，統稱為五種促進健康的方法。這五種建議的行為是參考有大量有實證支持的可行方法制訂出來的⁸³。五種促進健康的方法自二零零八年發表以來，當中所帶出的訊息一直深受歡迎。普通科醫生、負責精神健康部門的人員、藝術界人士、教會團體、社區組織、志願團體甚至政府部門，都主動聯絡新經濟基金會，商討如何應用這五種促進健康的方法⁸⁴。此外，前瞻計劃就促進健康提出的行

⁸² <http://www.timetochangewales.org.uk/en/>

⁸³ Thompson S, Aked J, Marks N & Cordon C (2008). *Five Ways to Wellbeing: The Evidence*. England: New Economics Foundation.

⁸⁴ Aked, J. and Thompson, S., (2011) Five Ways to Well-being. New applications, new ways of thinking. new economics foundation

動綱領，都已納入在英國與精神健康相關的政策範疇內。二零一三年，英國公共衛生部訂下目標，希望透過以公眾健康為本的活動計劃將身心健康結合起來，以推廣健康方式達致公眾精神健康⁸⁵。在國際層面，多個國家（例如新西蘭）的精神健康推廣活動都有採用這五種行為⁸⁶。

新西蘭

Like Minds, Like Mine 計劃

9. 曾經獲獎的 Like Minds, Like Mine 由新西蘭衛生部於一九九七年創立，是其中一個最先推行的全方位國家公眾教育計劃，旨在消除社會對精神病的負面觀感及歧視。計劃依據 Like Minds National Plan 所載的指導原則進行，經費來自衛生部及健康促進局。
10. 計劃包括社區活動、教育工作、政策開發和媒體廣告宣傳，目的是打破人們對有精神病經歷者的刻板成見：
 - 由二零零零年至今，國家媒體活動已進入第五期，獲多位有精神病經歷的人積極參與（例如名人計劃）。初期的全國媒體活動邀請一些曾受精神病影響的名人分享他們的經歷，活動推出時成功引起公眾注意，提高了他們對這方面的認識及改善了他們看待有精神病經歷者的態度。其後，活動把焦點由名人轉移至有精神病經歷的普羅大眾，由講述輕至中度精神病患者的經歷進而講述更嚴重精神病患者的經歷，以及由推廣認知提升至建立共融關係。
 - 計劃設有一個社區合作基金，為旨在改變社會架構、文化和政策的社區伙伴項目提供資助，令更多人包容社會上最受排斥的一羣，令社會走向共融。
 - 計劃設有一個免費電話號碼和一個專屬網站。

⁸⁵ Davies, S.C. Annual Report of the Chief Medical Officer 2013. Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence. London: Department of Health (2014)

⁸⁶ 精神健康基金會(Mental Health Foundation)發出的《五種促進健康的方法：最佳做法指引》小冊子。新西蘭精神健康基金會。

11. Like Minds, Like Mine 計劃已奪得數個獎項，包括市場推廣雜誌(Marketing Magazine)二零零三年卓越大獎，以及在二零零五年廣告效益大獎(EFFIE)頒獎禮上獲頒持續成功推廣類別銀獎。

12. Like Minds, Like Mine 計劃自一九九七年起跟進公眾對精神病患者的態度，並進行過 12 次統計調查。調查結果顯示，計劃令市民對精神病患者的態度(在二零一零至二零一二年期間改善了 3%至 7%)和行為(在二零一零至二零一二年期間改善了 5%)有所改善，而且更加接納精神病患者⁸⁷。該些推廣精神健康的活動也帶來經濟、社會和健康方面的益處。隨着精神病患者受僱的機會增加，成本效益分析顯示，該些活動所花費的每一新西蘭元，在三年間都帶來相等於 13 新西蘭元的效益⁸⁸。

⁸⁷ Wyllie, A, & Lauder, J. (2012). Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness. Survey 12: Response to fifth phase of campaign. Auckland: Phoenix Research.

⁸⁸ Vaithianathan, R & Pram, K. (2010). Report to Ministry of Health: *Cost benefit analysis of the New Zealand national mental health destigmatisation Programme (Like-Minds Programme)*.

心理健康推廣諮詢委員會成員名單

(由二零一五年六月起)

主席

陳肇始教授

(食物及衛生局副局長)

副主席

陳漢儀醫生

(衛生署署長)

成員 (次序按照英文姓氏排列)

陳章明教授

(安老事務委員會前任主席)(6/2015-3/2016)

張傳義博士

(香港心理學會候任會長，香港心理學會臨床心理學組主席)

張偉麟醫生

(醫院管理局聯網服務總監)

周萬長先生

(香港家連家精神健康倡導協會主席)

朱崇文博士

(平等機會委員會政策及研究主管)

方啟良先生

(社會福利署康復及醫務社會服務科助理署長)

何靜瑩小姐

(L plus H Creations Foundation 董事)

何惠娟女士

(香港心理衛生會總幹事)

林正財醫生

(安老事務委員會主席) (4/2016 -)

林大慶教授

(香港大學公共衛生學院社會醫學講座教授)

林日豐先生
(香港津貼中學議會當然執委)

林綺梅女士
(香港小童群益會助理總幹事(服務營運))

劉穎賢博士
(教育局高級專責教育主任(教育心理服務))

梁振榮先生
(勞工及福利局康復專員)

梁永宜先生
(前循道衛理楊震社會服務處總幹事、
前助理總幹事(機構發展)香港小童群益會)

麥永接醫生
(香港精神科醫學院公共關注委員會主席)

麥穎思教授
(香港中文大學心理系教授)

蕭世和先生
(星島新聞集團有限公司行政總裁)

蘇彰德先生
(攝影博物館 F11 創辦人)

蔡曉慧小姐
(香港精英運動員協會委員會委員)

曾潔雯博士
(香港大學社會工作及社會行政學系副教授)

王詠嫻女士
(「思健」執行董事)

游秀慧女士
(新生精神康復會行政總裁)

秘書

馮宇琪醫生
(衛生署助理署長(健康促進))

兒童及青少年精神健康服務專家小組成員名單

(二零一三年十二月至二零一七年三月)

召集人

熊思方醫生
(精神科專科醫生)

成員 (次序按照英文姓氏排列)

陳友凱教授
(香港精神科醫學院院長)

張國柱先生
(前任立法會議員 - 社會福利界別)

張偉麟醫生
(醫院管理局聯網服務總監)

朱崇文博士
(平等機會委員會政策、研究及培訓總監)

何惠娟女士
(香港心理衛生會總幹事)

黎以菁教授
(香港中文大學醫學院精神科學系副教授)

藍芷芊醫生
(衛生署前任兒科顧問醫生(兒童體能智力測驗服務))

林永和醫生
(註冊醫生)

梁士莉醫生
(衛生署前任助理署長(家庭及長者健康服務))

梁永亮教授
(香港中文大學社會科學院心理學系系主任及教授)

麥國風先生
(香港精神健康護理學院副院長)(12/2013 - 5/2015)

增選成員

姚潔玲女士

(香港社會服務聯會總主任(兒童及青年))

官方成員

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

勞工及福利局康復專員

衛生署基層醫療統籌處處長

衛生署助理署長(家庭及長者健康服務)

社會福利署助理署長(康復及醫務社會服務)

房屋署助理署長(屋邨管理)(一)

教育局高級專責教育主任(教育心理服務/九龍)

認知障礙症專家小組成員名單
(二零一三年十二月至二零一七年三月)

召集人 (12/2013 – 3/2016)

陳章明教授
(安老事務委員會前任主席)

成員 (次序按照英文姓氏排列)

陳漢威醫生
(醫院管理局港島西醫院聯網服務總監(基層及社區醫療服務))

鄭麗玲博士
(香港社會服務聯會服務發展業務總監)

張國柱先生
(前任立法會議員 – 社會福利界別)

張偉麟醫生
(醫院管理局聯網服務總監)

趙鳳琴教授
(香港中文大學醫學院精神科學系教授)

戴樂群醫生
(香港認知障礙症協會主席)

林正財醫生
(基督教靈實協會行政總裁)

林翠華教授
(香港中文大學醫學院精神科學系主任及教授)

羅錦注博士
(全港認知障礙症照顧者聯盟顧問及家屬)

李國麟議員
(立法會議員 – 衛生服務界別)

梁萬福醫生
(香港老年學會會長)

沈秉韶醫生
(葵涌醫院前任行政總監)
游秀慧女士
(新生精神康復會行政總裁)

增選成員

黃耀明女士
(香港社會服務聯會院舍服務網絡及「安老服務計劃方案」
工作小組成員)

官方成員

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長
勞工及福利局首席助理秘書長(福利)³
社會福利署助理署長(安老服務))
衛生署家庭醫學顧問醫生(長者健康服務))

為患有認知障礙症的長者提供及早診斷 和支援服務的社區計劃

1. 先知先覺 — 認知障礙預防計劃

李國賢長者基金一直與非政府機構和學術界合作，透過社會服務、研究和公眾教育，推廣“及早發現、及早介入”的概念，並推出先知先覺 — 認知障礙預防計劃。

先知先覺 — 認知障礙預防計劃針對患有輕度認知退化但未嚴重至認知障礙症的人士。他們的認知能力衰退，包括記憶力下降、語言能力受損和專注力不足。計劃的目的是在社區中識別出這類長者，為他們提供早期介入服務，以減慢他們認知能力衰退的速度，減低演變成認知障礙症的機會和延遲病發的時間。

計劃涵蓋一連串活動，例如為 8 000 名長者進行初步檢測和訓練 650 位義工，又舉辦講座、街頭展覽、照顧者培訓和提供輔導。為推動社福界提供針對性服務和利用有關模式幫助輕度認知障礙人士，計劃資助了 11 間非政府機構，在全港 16 個地區的 44 個服務單位推行上述方案。約有 1 000 名患有輕度認知退化但未嚴重至認知障礙症的人士參加了認知活動和運動小組，為期一年。此外，計劃也提供照顧者支援、初步檢測和社區教育等服務。

先知先覺 — 認知障礙預防計劃透過三間非政府機構，共招募了 555 名患有輕度認知障礙的長者（平均年齡 75 歲）參與研究。其中 423 名參加者完成整項研究，並在第 4 個月、第 8 個月和第 12 個月接受檢測。檢測結果顯示，他們的認知能力整體有改善，抑鬱徵狀也減輕了。在參加者中，認知能力有改善的佔 56%，維持不變的佔 37%，能力出現倒退的只有 7%。

2. “賽馬會高錕腦伴同行”流動車服務

香港賽馬會慈善信託基金推行了一項認知障礙症預防計劃，購置全港首架健腦流動車，到全港 18 區為長者提供外展支援服務，初步評估他們是否有記憶衰退問題。計劃為期三年，流動車會為各區長者進行初步檢測，從中識別早期認知障礙症患者，為他們提供跟進或轉介服務。流動車上有護士和社工當值，在 18 區每區提供服務兩個月，首站是長者人口眾多的深水埗。

這項為期三年的計劃涵蓋五大元素，包括診斷、公眾講座、長者中心工作坊、為認知障礙症患者及其照顧者提供的跟進服務，以及公眾教育。經診斷懷疑有記憶力衰退問題的長者會獲轉介往政府診所、私家診所或其他自負盈虧的服務提供者接受進一步檢查和治療。流動車也會向認知障礙症患者的照顧者派發照顧錦囊及教材，預計整項計劃可惠及約六萬人。

3. 在荃灣建立認知障礙症友善的社區

為使服務更加連貫，並讓患者和照顧者更容易能享用有關服務，香港認知障礙症協會在荃灣推出以地區為本的認知障礙症社區共同照顧模式。

日樂社區認知友善計劃由利希慎基金資助，在二零一五年推出，旨在協助地區作好準備，為認知障礙症患者提供照顧，讓患者可盡量留在社區生活，並享用社區照顧服務。香港認知障礙症協會透過講座和推廣活動，推動市民參與，加強他們對認知障礙症的認識。計劃的對象包括學生、認知障礙症患者的家人，以及屋邨、商鋪、公共交通的前線工作人員和員工，目的是建立認知障礙症友善的鄰里環境，減少大眾對認知障礙症的偏見。

此外，香港認知障礙症協會與香港醫學會合作，為荃灣聯網內的醫學會成員提供認知障礙症基本和進階培訓。18 小時的培訓課程包括老人科和精神科醫生的講學和個案分享，內容涵蓋認知障礙症的早期臨床診斷、藥物治療、醫療與社區協作等。

患者在社區內經普通科醫生確診患上認知障礙症後，可選擇到位於荃灣的香港認知障礙症協會李淇華中心，參加該中心安排的活動。這些活動以具有中國文化特色的“六藝®”作為大綱而設計，涵蓋認知刺激、體能和社交等各方面，以小組形式進行。該中心也會按患者的需要，為他們安排每星期兩天的全日活動。利希慎基金會為有經濟需要的患者和家庭提供協助，資助他們求診和參加有關活動。

此外，中心內曾經受訓的人員(認知障礙症照顧策劃師)會為照顧者提供支援，包括持續給予建議，提供指引和進階照顧計劃，提升他們在照顧患病親人方面的知識和技巧。香港認知障礙症協會也為照顧者提供心理支援和輔導，協助他們減輕壓力。

由二零一六年七月開始，利希慎基金更提供新的資助，讓計劃擴展至觀塘，該區的服務由基督教家庭服務中心管理。

4. 健智支援服務中心的日間照顧服務

聖雅各福群會與香港大學老年研究中心(現改稱為秀圃老年研究中心)合作，在余兆麒醫療基金贊助下，於一九九九年在西區設立健智支援服務中心，為中西區內患有認知障礙症的長者提供服務。獲贊助項目在一九九九年至二零零二年間推行，為期三年，健智中心其後以自負盈虧模式繼續營運，為有需要家庭提供認知障礙症照顧服務。二零零五年，健智中心獲香港公益金資助部分經費，得以擴展服務名額及服務範圍。

健智中心採用以人為本的方針，為認知障礙症患者提供支援服務，包括為患者和他們的照顧者提供日間照顧和到戶服務。中心的專業團隊包括一名心理學家及多名曾經受訓的護士和社工。服務範圍涵蓋認知訓練、心理輔導、感官刺激訓練、危機介入和行為管理。其他服務包括公眾衛生教育，以及為照顧者、義工和專業人員提供訓練。

二零一四年，第二間健智中心在灣仔成立。兩間健智中心現時為中西區、灣仔及東區的患者和照顧者提供服務。健智中心設有開放的轉介制度，同時接受自行求診及專業轉介個案，對象不限於港島區，而是包括來自九龍、新界及離島的個案。

社會對患有認知障礙症長者的服務需求持續增加。現時兩間日間照顧中心均有患者輪候，而中心每日服務的人數維持在 30 至 40 人。

5. 全港認知障礙症照顧者聯盟

二零零七年，聖雅各福群會聯同香港復康會社區復康網絡及基督教信義會社會服務部成立了全港認知障礙症照顧者聯盟。聯盟由一群家庭照顧者管理，聖雅各福群會提供行政及辦公室支援。聯盟與其他家庭照顧者保持聯繫，與社區組織合作，在社區舉辦健康教育及推廣活動。聯盟的宗旨是組成強大的溝通網絡，並在每年舉辦照顧者論壇。每年都有 200 至 250 名家庭照顧者出席全港認知障礙症照顧者論壇，討論香港就認知障礙症提供的社區支援服務。參與論壇人士有機會與立法會議員、社會福利署代表、老人科精神醫生及老人科醫生見面。第九屆全港認知障礙症照顧者論壇於二零一五年十月舉行，主題為醫社合作，講者在論壇上討論了本港認知障礙症的相關醫療及社會服務。

由二零一一年開始，全港認知障礙症照顧者聯盟的社區伙伴由三間非政府機構增加至超過六間，當中包括高錕慈善基金。這些非政府機構與聯盟合辦照顧者論壇。在二零一三年也有另外兩間非政府機構成為聯盟的合作伙伴。聯盟的伙伴名單持續擴展，反映聯盟已贏得非政府機構的認同及支持。聯盟還設立了一個網站，由一群家庭照顧者義工管理，以加強家庭照顧者與公眾的溝通。

6. 認知障礙症護理專業訓練中心

由基督教家庭服務中心營運的智存記憶及認知訓練中心自二零一零年十月起在社區提供認知障礙症護理服務，該訓練中心先後在二零一零年十月至二零一二年九月和二零一二年十月至二零一五年九月獲中國銀行和凱瑟克基金資助。訓練中心設有由職業治療師、社工和註冊護士等專業人員組成的跨專業團隊，為病情複雜的認知障礙症患者（例如出現心理行為徵狀的患者）和有特別護理及訓練需要的認知障礙症患者提供服務。訓練中心也為照顧者和長者地區中心職員提供支援和培訓，以提升他們照顧認知障礙症患者的能力。為加強認知障礙症護理服務的醫療支援，訓練中心與基督教聯合醫院、九龍醫院、伊利沙伯醫院和觀塘容鳳書精神科中心建立密切的伙伴關係，為認知障礙症患者提供評估、診斷、治療和轉介等服務。

此外，訓練中心與各專上學院（例如香港大學（港大）、香港中文大學（中大）、香港理工大學、香港城市大學和港大專業進修學院）緊密合作，就新的療法或服務模式（例如認知刺激療法和魔術認知訓練）進行調查研究、推行試驗計劃或進行研究，以及為學生提供就業機會。

為照顧服務使用者的不同需要，訓練中心提供全面的服務，包括專門治療心理行為徵狀的訓練和蒙特梳利活動、提高認知能力的認知刺激療法、改善情緒問題的音樂治療，以及現實導向訓練。訓練中心也提供外展和家居訓練服務，透過個人訓練和家居改裝，提升患者的自理能力和減少家居意外。在照顧者支援方面，訓練中心擬訂處理認知障礙症患者走失情況的指引，供照顧者參考。訓練中心也為照顧者訂立個人管理計劃，協助他們紓緩壓力。

訓練中心主要為觀塘區和黃大仙區服務，也為全港各區提供到戶服務。超過 800 人曾接受訓練中心的評估，約 650 人則曾接受照顧／支援服務。訓練中心的服務評核結果顯示，73%的參加者表示接受訓練六個月後，病情有所改善／沒有惡化。超過 90%服務使用者滿意訓練中心的服務，而九成以上的照顧者發現壓力得到紓緩。

7. 「腦」有所為大行動

在二零零七至二零一一年期間，香港社會服務聯會與中華電力有限公司合作推出「腦」有所為大行動計劃。計劃自二零一零年起獲攜手扶弱基金資助，是香港最大型的社區活動，結合政府、非政府機構、商界和市民的力量，為懷疑認知能力衰退的長者進行評估和認知訓練，加深公眾對認知障礙症的認識。

多年來，40 家非政府機構屬下有 255 間中心（地區長者中心、長者鄰舍中心、長者活動中心及其他長者服務單位）參與計劃，佔全港所有長者社區服務單位差不多四成。至今舉辦了 603 項增強認識認知障礙症的活動，共有 55 362 人參加。參加計劃的長者可以自行報名，也可以由他人發現病徵後轉介參加。

計劃以簡短智能測驗（中文本）測試參加者，在全港進行過 15 402 次測驗，懷疑有 5 067 名長者的認知能力退化，建議他們參加“認知訓練”。訓練計劃一使用由香港中國婦女會製作名為“記憶奪寶”的教材套。這是第一套專為有早期記憶問題的本地華人長者而製作的訓練教材，根據五個元素設計，包括專注力、記入及回憶能力、感知能力、口述和解難能力，目的是提升記憶力，減慢認知能力衰退的速度，以及減低演變成認知障礙症的機會。在訓練期間，參加者須參與遊戲、練習和活動，以及完成訓練手冊內的習作，從而加強他們的記憶和認知能力，並把技能應用到日常生活中。賽馬會耆智園也為計劃進行了一項以實證為基礎的研究。研究結果確定，實驗組的長者參加「腦」有所為大行動訓練課程後，認知能力和生活質素都較對照組的長者有更大改善，為「腦」有所為大行動計劃對本港華人長者的成效提供實據證明。國際期刊 *Clinical Interventions in Ageing* 於二零一一和二零一三年分別刊登了兩篇相關的科學論文。

8. “毋忘我”－為輕度認知缺損人士而設的社區為本記憶訓練計劃

香港中國婦女會在二零零六年為華人長者開發了一套名為“記憶奪寶”的工具。此工具是根據五個主要記憶元素包括專注能力、回憶能力、口述能力、感知能力及解難能力而設計。在二零一一年和二零一三年，有國際期刊發表了兩份研究報告，談及該教材套的成效。研究結果顯示，參加者在所有認知領域（即專注力、主動／持續性、構圖能力、概念化和記憶）都有明顯改善。部分參加者表示短期記憶力有所增強，以及較容易學習新技能（例如語言和電腦）。此外，參加者表示在接受記憶訓練後心情好轉和較之前愉快。“記憶奪寶”教材套其後獲更多老人中心採用，作為該等老人中心提供認知訓練的其中一種主要方式。

二零一五年，香港中國婦女會獲匯豐銀行慈善基金資助，舉辦“毋忘我”－為輕度認知缺損人士而設的社區為本記憶訓練計劃，採用培訓導師的方法，訓練 11 間老人中心的 19 名社工使用“記憶奪寶”教材套，為早期記憶衰退的長者提供記憶訓練，並配合音樂治療，幫助參加者改善心情和記憶力。

計劃又招募 588 名參加者接受檢查，當中 120 名長者接受記憶訓練，利用配對法，測試參加者的記憶（蒙特利爾認知評估）、主觀性記憶投訴（簡短中文記憶投訴問卷）及情緒狀況（老人抑鬱短量表），結果顯示他們在接受十節“記憶奪寶”訓練後，狀況在統計上有明顯改善（見下表）。

	蒙特利爾認知 評估得分	老人抑鬱短量表 得分	簡短中文記憶 投訴問卷得分
受訓前	22.11	3.22	3.4
受訓後	23.56	2.2	2.42
t 統計量	-5.127	3.981	5.972
p 值	p=0.000	p=0.000	p=0.02

9. 「腦」伴同行計劃

為提升認知障礙症照顧者的身心健康和生活質素，高錕慈善基金與社會服務聯會、港大及多個長者服務單位合作，推出「腦」伴同行計劃。在二零一一年至二零一四年，高錕慈善基金、恆基兆業地產集團及攜手扶弱基金共同撥款，為開拓和發展本港認知障礙症照顧者服務的工作提供資助。

在「腦」伴同行計劃下，服務機構為居於社區的認知障礙症患者家庭提供了 5 078 節心理輔導服務。來自 11 家機構(包括 61 個長者服務單位)的 124 位註冊社工接受了有關這個輔導模式的培訓。輔導服務為期六個月，包括九節面談輔導服務(每節約 120 分鐘)和三節各半小時的電話輔導服務，共有 500 個家庭(包括照顧者和接受照顧者)受惠。

「腦」伴同行計劃是一個多元化的計劃，也是首個為認知障礙症家庭照顧者提供的實據為本輔導計劃。這項計劃證實能有效減輕照顧者的負擔和壓力，也有助帶出照顧工作的正面信息。在「腦」伴同行計劃下，共出版了兩份文件，分別為的《認知障礙症照顧者身心健康評估工具和多元心理社會及行為輔導手冊》(本地版)和《香港腦退化症照顧者良好服務護理手冊》，並在同業檢討期刊(即 *International Journal of Geriatric Psychiatry*、*Archives of Gerontology and Geriatrics* 和 *Aging and Mental Health*)內發表三篇科學論文，展示出計劃的成效和證實這些措施在華人當中的效用。

這項計劃希望透過有系統的評估和輔導服務，以及讓照顧者掌握照顧認知障礙症患者的正確技巧，進一步為照顧者減壓。

10. 耆青魔術存記憶訓練計劃

基督教家庭服務中心自二零一三年起與中學合作，提供可負擔的認知障礙症訓練計劃。擔任義工的學生透過課堂和魔術這些簡單但可靠的干預模式，向患有認知障礙症的長者提供有效的訓練。讓學生義工成為訓練員，不單降低了計劃的成本，也讓學生有機會參與義工服務。

訓練內容由專業魔術師、職業治療師及社工設計，在魔術中揉合治療元素，最終目標是改善或維持認知障礙症患者的認知能力。學生須先參與一連串由魔術師及社工擔任導師的訓練課程，然後在患者接受家居照顧及日間照顧的環境中為他們提供服務。由於學生訓練員是義工，訓練計劃對有需要的長者而言完全負擔得來。

耆青魔術存記憶訓練計劃持續在基督教家庭服務中心的日間照顧及家居照顧環境推行，有關方面對其中 40 名參與計劃的長者進行初步評估，證實在接受了 12 節干預訓練後，超過 70%長者在簡短智能測驗的得分有所提高，或能維持原有成績。

11. 日間護理中心的感官刺激治療

感官刺激治療以活動為基礎，為輕度至中度認知障礙症患者提供有系統的介入服務。這種治療是英國國立健康與臨床醫學卓越研究所建議為認知障礙症患者提供的唯一以實證為本的非藥物介入治療。透過各項活動，改善參加者的記憶力、解難技能、語言技巧、生活質素、情緒、信心和專注力，或維持其原有程度。這項介入治療可由專業人員或護理員進行，並在不同環境（例如提供日間護理或住宿服務的單位／院舍以及醫院）應用。

社會服務聯會與賽馬會耆智園合作，調查香港的認知障礙症患者使用日間護理中心的情況。結果顯示，在日間護理中心的服務使用者中，接近 50% 患有認知障礙症。這證明有需要在日間護理中心為認知障礙症患者進行以實證為本及具療效的活動。賽馬會耆智園是香港少數以自負盈虧方式經營的日間護理中心，提供針對認知障礙症患者的服務，並一直採用感官刺激治療，作為向患者提供介入服務的框架。參加者會按照多項因素（例如認知能力、活動能力，以及喜歡的活動種類等）被編入不同組別，目的是令活動發揮療效，參加者又能享受過程。自服務推出後的 15 年以來，賽馬會耆智園已為超過 2 700 名認知障礙症患者直接提供治療，而接受治療的日間護理服務使用者更超過 177 000 人次。

當局在二零一三年進行了一項研究，調查在日間護理中心推行感官刺激治療的成效。患者在接受服務後的第 6 個月和第 12 個月會按若干參數接受評估，包括他們的認知能力和生活質素，以及照顧者的壓力。在第 6 個月和第 12 個月，日間服務使用者的認知能力（以簡短智能測驗量度）和生活質素（按個人健康（智力）指數量度）維持不變，而照顧者的壓力（以《沙氏負擔訪問》（Zarit Burden Interview）量度）則在第 12 個月明顯減低。上述結果確定，在日間護理中心推行感官刺激治療，的確有助提升或維持認知障礙症患者的認知能力和心理健康質素，也能減輕照顧者的壓力。

12. 為照顧認知障礙症患者的家屬提供的支援

居於社區的認知障礙症患者一般由其配偶或子女／兒媳／女婿照顧。照顧患者往往會為照顧者帶來沉重負擔，他們的身心健康可能會因壓力而受到影響。為照顧者提供支援，不但可讓他們在照顧患者時保持身心健康，更可提高他們照顧患者的能力，從而令患者受惠。耆智園為社區內的照顧者提供心理教育課程、照顧及管理技巧課程，以及照顧者心理健康課程。除了面對面的照顧者互助支援小組外，也為未能親身接受服務的照顧者提供電話支援服務和網上心理教育課程（附設網上認知行為輔導支援服務）。

電話支援服務共設 12 次電話諮詢，每星期一次，每次 30 分鐘。支援人員會與照顧者討論照顧患者時遇到的困難，並就照顧認知障礙症患者的事宜提供意見，包括認知障礙症的相關知識、溝通技巧、如何處理患者的行為及心理徵狀，以及照顧者的情緒問題、社區資源和長遠護理計劃。一項涉及 38 名家屬照顧者的隨機控制試驗結果證實，與沒有接受支援服務的照顧者比較，接受支援服務的照顧者在照顧患者方面所承受的負擔明顯減輕，而他們使用暫顧服務的成效也明顯較大。

耆智同行是專為照顧認知障礙症患者家屬而設的綜合網站。網站的設計概念源自荷蘭一個家屬照顧者電子學習課程，由“與高錕教授同行”中大步行籌款日的捐款資助建立。網站提供基礎照顧技巧自學課程、減壓、解憂和維持健康生活方式等訓練，並設有個人化的網上認知行為輔導服務。網站的點擊率已超過 500 萬次。一項對 36 名接受網上認知行為輔導支援服務的家屬照顧者進行的調查顯示，支援服務有助大幅減輕認知障礙症患者的行為及心理徵狀，以及家屬照顧者所受的困擾。調查又發現，支援服務對照顧中度至嚴重認知障礙症患者的家屬控制不安的情緒特別有幫助。如照顧者心理健康，不但有助推動政府的社區護理政策，也可推遲認知障礙症患者需要入住院舍的時間。

13. “美樂人生”—揉合音樂元素於傳統輕度認知障礙訓練計劃

二零一四年，香港聖公會將軍澳安老服務大樓以嶄新角度，為社區內有輕度認知缺損及患有輕度認知障礙症的人士，設計了一項名為“美樂人生”的計劃。計劃採用“身心靈全人模式”，除了針對認知元素的訓練，也關顧長者的社交心理健康、日常自理能力及心靈需要。“美樂人生”由跨專業團隊（包括職業治療師、社工及音樂治療師）設計，是揉合音樂治療元素於傳統訓練的認知介入計劃。內容包括專注力、記憶力及認知訓練、記憶方法、大腦刺激活動及補償策略的教授。

為評估這項納入音樂治療元素的認知介入計劃在改善認知、自理能力及情緒方面的成效，香港聖公會與中大內科及藥物治療學系合作進行了一項研究。結果顯示，實驗組的長者接受介入訓練後，在簡短智能測驗、蒙特利爾認知評估及口述流暢能力三項認知能力評估的得分，明顯高於對照組的長者。此外，前者在 Lawton 工具性日常生活活動功能量表得分也較高，在老人抑鬱短量表的分數則較低。兩組長者在參與計劃前後，在有關評估得分方面的變化也大不相同。具體而言，實驗組的長者在評估中所顯示的進步幅度較對照組更為明顯（見下表）。

評估結果		平均數(標準偏差)		P 值
		對照組(參與人數=17) 沒有揉合音樂元素的 認知介入計劃	實驗組(參與人數=16) 揉合音樂元素的 認知介入計劃	
簡短智能 測驗*	參加前	24.4 (3.0)	25.0 (2.6)	0.527
	參加後	24.9 (3.2)	27.9 (2.0)	0.003
蒙特利爾 認知評估*	參加前	16.0 (3.6)	18.1 (2.7)	0.064
	參加後	18.9 (4.9)	23.3 (3.9)	0.008
口述流暢 能力*	參加前	33.8 (8.4)	36.5 (7.6)	0.335
	參加後	33.6 (8.3)	40.3 (9.2)	0.037
Lawton 量表	參加前	8 (2)	7 (2)	0.598
	參加後	8 (2)	8 (0)	0.048
老人抑鬱 短量表*	參加前	4.9 (4.2)	5.1 (3.6)	0.93
	參加後	5.0 (3.5)	2.2 (2.9)	0.02

有認知缺損人士在心理社會及情緒等方面也可能受到不同程度的影響。研究結果顯示，這項計劃除了改善患者的認知能力，患者的情緒及自理能力亦見改善，成績令人鼓舞。除提供認知能力訓練外，為有認知缺損人士提供以人為本／身心靈全人模式的治療也很重要，因為有關治療能滿足他們在認知、社交心理及心靈上的需要。

有關方面正計劃研究有血管性認知缺損人士的需要，以及在日後採用“身心靈全人模式”，推行揉合音樂元素的認知介入計劃。

14. 認知障礙症照顧圖譜及以人為本的照顧文化

香港耆康老人福利會在二零零九年率先引入英國布拉福德大學的認知障礙症照顧圖譜，並於二零一零年獲委任為香港區的策略領導，負責推廣認知障礙症照顧圖譜的使用和在華人社區推動以人為本的照顧文化。

除了培訓認知障礙症照顧圖譜員外，香港耆康老人福利會還設立了一個完善的系統，在院舍和日間照顧中心逐漸建立以人為本的服務文化，以期達到改善服務質素這個最終目標。這方面的工作也包括為各職級員工舉辦改變照顧文化的培訓課程、每年制訂圖譜、設立圖譜結果資料庫供分析和研究時使用、透過黃金標準影片(Golden standard Video)引入評分可信度測試。香港耆康老人福利會曾在國際平台上與其他策略領導分享認知障礙症服務在設計和投放資源方面的經驗。

香港耆康老人福利會完成超過 3 500 個小時的認知障礙症照顧圖譜觀察，並比較二零一零年至二零一四年間九間院舍的觀察結果，以及二零一二年至二零一四年間三間日間照顧中心的觀察結果後，發現各方面都大有改善，員工與年長的認知障礙症患者之間的溝通更加正面和理想，長者的情緒也更加正面，並更願意參與活動，生活質素也得到改善。

15. 善用資訊及通訊科技促進長者的福祉

a. 健腦網 www.loveyourbrain.org.hk

健腦網(www.loveyourbrain.org.hk)於二零零七年設立，目的是讓市民認識認知障礙症病發的情況，留意長者的腦部健康和心理轉變。健腦網為長者提供培養健康生活習慣的實用秘訣，又載有大腦刺激測驗，透過具香港地道特色(例如六合彩和中式點心選擇)的遊戲提升使用者的手眼協調能力、記憶力、專注力、運算能力和判斷力，引起長者興趣進行認知訓練。有關訓練按現實生活中的日常活動設計，提供不同的玩法，長者可根據自己的能力選擇挑戰級別。此外，長者也可與家人一起瀏覽網頁，藉此增進和加強家庭成員之間的互動和跨代關係。

b. “無憂照顧・樂社區”計劃和“樂回家”網站

鑑於患有認知障礙症的長者及其照顧者的服務需求不斷增加，香港耆康老人福利會自二零一零年起推行“無憂照顧・樂社區”計劃。除了為潛在的服務對象進行及早檢測外，也提供認知訓練、照顧者訓練課程和專業顧問服務。

為了幫助照顧者早日找到走失的認知障礙症長者，提高公眾對危機處理的意識，香港耆康老人福利會在二零一四年十二月設立“樂回家”網站，網址為 www.e1668.hk，當中四個數字的中文讀音簡單易記，有助鼓勵市民和公共交通服務營辦商留意任何走失的長者，及時提供協助。

設立“樂回家”網站(www.e1668.hk)的目的，是要在預防認知障礙症長者走失方面為照顧者提供免費的實際支援。網站載有預防走失貼士、預防認知障礙症長者走失的實務策略，以及尋找走失長者的方法。照顧者可利用這個網站，自行為其照顧的長者進行快速檢測、訂講預防走失物品，以及在需要時製作長者資料表和尋人啟事。

患有認知障礙症的長者一旦迷路，可能會發生危險。為了加強公眾對這些潛在危險的關注，“無憂照顧・樂社區”計劃為本港各大公共交通服務營辦商的員工和義工提供培訓。若得到社會各界的參與協助，定能迅速準確地找到走失的長者。

16. “智圓全” — 認知障礙症患者社區支援計劃

東華三院獲得捐款，在二零零九年推出“智圓全”— 認知障礙症患者社區支援計劃，為九龍城、油尖旺及觀塘區內患有認知障礙症的長者及其照顧者提供一站式的全方位服務。三年八個月後，有關計劃獲攜手扶弱基金資助，繼續推行兩年。現時，計劃以財政自給形式運作。

有關計劃提供多方面的服務，包括外展社區檢測、記憶診所、診斷後的家居為本照顧服務，以及專為認知障礙症患者而設的日間訓練中心。

透過社區教育及外展檢測服務，我們為長者進行了 5 164 次評估，安排了 319 名有早期認知障礙症徵狀的長者到我們的記憶診所接受正式診斷，由老人科醫生為他們進行驗血、電腦斷層掃描及臨床評估。

為了適時提供服務，我們向 486 個家中有長者被診斷患上認知障礙症的家庭，提供診斷後家居為本照顧服務。讓家庭護老者掌握充分知識，有助患有認知障礙症的長者自患病初期起在家中生活，得到最大的支援。

長者接受到戶服務後，可使用認知障礙症患者日間訓練中心的日間護理服務。該中心採用心身機能活性運動療法，為長者改善整體身心機能。治療模式是按長者的身體機能、自理能力、情緒和社交能力為他們設計日常訓練。身體機能、自理能力、情緒和社交能力，是有關阿茲海默氏症生活質素理論中提升患者生活質素的四項元素。

港大先後在二零一二年和二零一五年進行先導研究(參加者共 64 人)和隨機對照試驗研究(參加者共 160 人)，評估心身機能活性運動療法的成效。兩項研究皆顯示，接受上述療法的認知障礙症年長患者，在改善認知能力(簡短智能測驗)、身體機能(手握肌力測試、功能性前伸測試和計時起身行走測試)、情緒(康乃爾失智者憂鬱量表)和整體生活質素(阿茲海默氏症患者生活質素評估)方面，明顯較接受傳統治療的患者為佳。

17. “延智一站通”早期失智症社區照顧服務

基督教香港信義會社會服務部在二零一一年獲公益金資助，推出為期三年的“延智一站通”早期失智症社區照顧服務。這項計劃旨在為居於社區而認知能力輕微受損或患有早期認知障礙症的長者提供支援，為這些長者以及在日常生活承受極大壓力的照顧者所需的服務彌補不足之處。計劃的核心服務包括早期檢測、推廣、以個案管理方式支援患有早期認知障礙症的長者、為照顧者提供全面支援，以及為家居和中心為本的訓練計劃建立義工網絡。

透過深入和全面的介入，計劃在三年間為 223 個家庭提供協助、為 1 151 名長者提供記憶檢測、為 161 名長者提供家居認知訓練活動、在七個長者中心設立延智遊戲閣、完成 327 項家居評估和改裝，並為患上認知障礙症的長者舉辦 28 個的社區生活技巧班。至於照顧者方面，計劃曾為 450 名照顧者提供服務、舉辦了 10 個照顧者訓練班和 55 個減壓工作坊，以及在六個長者中心成立了照顧者支援小組。

當計劃完結時，服務提供者會採用前測和後測的方式比較簡短智能測驗的分數。比較結果顯示，46.9%參加者的簡短智能測驗分數有所上升，20.0%參加者的分數則在整個計劃期內維持不變。至於減輕照顧者的壓力方面，服務提供者利用配對 t 檢定測試來分析《沙氏負擔訪問》的前後測分數。分析結果顯示，照顧者在參加計劃後壓力明顯減少。

配對樣本檢定

	配對差異					t 值	自由 度	顯著性 (雙測檢 定)
	平均值	標準 偏差	平均值的 標準誤差	差異的 95%置信區間				
				下界	上界			
《沙氏負擔 訪問》的分 數	10.7053	14.3571	1.4730	7.7806	13.6299	7.268	94	0.000

簡稱列表

中大	香港中文大學
世衛	世界衛生組織
《世衛組織法》	《世界衛生組織組織法》
《曼谷憲章》	《曼谷健康促進憲章》
《渥太華憲章》	《渥太華健康促進憲章》
「兒情」計劃	兒童和青少年精神健康社區支援服務
食衛局	食物及衛生局
勞福局	勞工及福利局
社署	社會福利署
綜合社區中心	精神健康綜合社區中心
港大	香港大學
檢討委員會	精神健康檢討委員會
醫管局	醫院管理局
醫學會	香港醫學會

香港成年嚴重精神病患者 個人化復康支援服務框架

Service Framework of Personalised Care for Adults with Severe Mental Illness in Hong Kong



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY



社會福利署
Social Welfare Department

內容

	鳴謝	03
1.	前言	04
2.	為嚴重精神病患者提供社區精神健康服務之全球趨勢	05
2.1	嚴重精神病患 - 沉重的負擔	
2.2	為嚴重精神病患者所提供的社區精神健康服務	
3.	香港為嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務的發展	06
4.	社區成年嚴重精神病患者的個人化復康支援的未來服務框架	10
4.1	貫徹願景、使命和核心價值	
4.2	提供有效的個案復康支援	
4.2.1	評估病人需要、風險和優勢	
4.2.2	主要持份者之間的協調和合作	
4.2.3	質素保證及培訓	
4.2.4	充足的人手	
4.2.5	服務使用者的參與	
4.3	有待回應的需要	
4.3.1	職業復康	
4.3.2	嚴重精神病患者的身體健康	
4.3.3	為嚴重精神病患者的照顧者和子女提供的支援	
4.3.4	消除對精神病的負面標籤及歧視	

5.	結論	23
6.	附錄	25
	1. 醫院管理局社區精神科服務	
	2. 精神健康綜合社區中心接獲新轉介個案的處理流程	
	3. 醫院管理局、社會福利署及非政府機構在社區精神健康服務協作的 案例	
7.	參考資料	34

鳴謝

這份有關社區精神健康服務發展的文件，由醫院管理局（醫管局）與社會福利署（社署）合作編訂。我們衷心感謝醫管局暨社署的「香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架」專責小組制訂這份文件，並對小組各成員的貢獻，特別是負責編寫和審校的業內專家深切致謝。

專責小組的成員如下：

醫院管理局

總行政經理（綜合護理計劃）庾慧玲醫生（2015年6月起）
總行政經理（綜合護理計劃）邱家駿醫生（至2015年5月）
總行政經理（綜合護理計劃）鍾健禮醫生（至2014年6月）
副顧問醫生 崔永豪醫生
顧問護師 鄭寶儀女士
經理（綜合計劃）黃健先生
經理（綜合計劃）李鑑祥先生

社會福利署

總社會工作主任 關淑儀女士（由2013年9月起）
總社會工作主任 郭李夢儀女士（至2013年8月）
高級社會工作主任 梁寶玲女士（由2016年4月起）
高級社會工作主任 李金容女士（至2016年3月）
高級社會工作主任 馬翠蓉女士（由2014年11月起）
高級社會工作主任 伍吳麗春女士（至2014年10月）
社會工作主任 羅珮珊女士（由2016年1月起）
社會工作主任 程子銓先生（至2015年11月）
社會工作主任 雷嘉穎女士（由2015年6月起）
社會工作主任 周小慧女士（至2015年5月）

非政府機構

香港心理衛生會總幹事 何惠娟女士
香港心理衛生會助理總幹事（服務及教育）程志剛先生
新生精神康復會行政總裁 游秀慧女士

行政支援：醫院管理局總辦事處 凌曉麗女士及吳穎欣女士

1. 前言

香港的精神健康服務主要由醫院管理局（醫管局）、社會福利署（社署）及受資助的非政府機構提供。

醫管局是一個法定機構，負責管理香港所有公立醫院。醫管局透過七個醫院聯網提供精神科服務，每個聯網均提供一系列的服務，包括住院、日間醫療（精神科專科門診服務及日間醫院）及社區外展服務。

社署及非政府機構主要為社區的精神病康復者提供社會及康復服務，這些服務旨在協助他們在本身的殘疾情況許可下，盡量發展體能、智能和社交能力，達至重新融入社會的目的。

精神病患者及其家人有多種不同需要，沒有單一機構能夠提供全部服務。再者，精神病一般有復發傾向，緩解期及復發期會交替出現，而病人在患病的不同階段有不同需要。為最適切照顧病人的需要，醫管局、社署及非政府機構的服務必須協調得宜，互補優勢，讓病人及其家人獲得整全及連貫的服務。

本文件闡述一個綜合服務框架，如何為成年嚴重精神病患者、其家人及照顧者提供社區精神健康服務。文件亦列出不同持份者的角色和職能，以便能有效提供治療和支援。最後，文件析述如何能在不受限於專業或機構的規範下，因應病人的個別需要制訂綜合服務。

這份文件的重點環繞為成年嚴重精神病患者提供的服務，較普遍而輕度精神病的精神健康服務及私營精神科服務不在本文件涵蓋範圍內。

2. 為嚴重精神病患者提供社區精神健康服務之全球趨勢

2.1 嚴重精神病患 – 沉重的負擔

當精神病對患者造成重大程度或長期殘疾和痛苦，便屬嚴重精神病。在嚴重精神病之中，思覺失調類疾病佔最大多數。思覺失調可影響高達 3% 的人口，並多在青少年期和成年初期病發。¹ 思覺失調是腦部一種病態現象，使患者的感知和思想失調，扭曲與現實世界的認知，主要症狀包括幻覺（如聽到不存在的聲音）、妄想（如以為有人要傷害自己）及思緒紊亂（如語無倫次或行為怪異）。

精神分裂症是最常見的一種思覺失調類疾病。除了思覺失調的症狀外，還有兩方面的病徵，包括陰性病徵，例如意志減退、思考貧乏、表情平淡，以及認知能力減退，例如記憶力、規劃能力、判斷力及社交能力下降。

2.2 為嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務

社區精神健康服務乃社區為本的精神健康服務網絡，提供持續的治療、住宿、就業和社會支援，共同協助精神病患者回復正常的社會角色。² 社區精神健康服務約於半個世紀前（即 1950 及 1960 年代）開始發展，當時大家逐漸意識到將精神病患者關進醫院對病人會有嚴重負面影響。³ 病人長期住在精神病院或監獄內，社交及生活技巧不足，稱為「住院綜合症」。病人長期住在院舍內，會失去自主能力和責任感，當他們日後重返「外面的世界」，可能無法適應。愈來愈多證據支持社區環境較諸院舍，更有利於精神病患者康復。因此，嚴重精神病人的治療由「院舍化」逐漸發展至「去院舍化」。

「去院舍化」是指減少住院治療時間，並相應增加社區服務治療設施。⁴ 這個趨勢自 1950 年代開始在美國、英國、澳洲及其他發達國家出現。由院舍化邁向去院舍化，突顯了籌劃及推行社區精神健康服務的重要性。

在 1970 年代，個案管理模式不斷發展，以應對去院舍化出現的問題。一項綜合研究分析發現，個案管理模式較傳統的治療模式在三方面取得更大成效，包括家庭負擔、家人對服務的滿意度及照顧成本。⁵ 社區精神健康服務涉及不同機構提供不同服務，若要取得成效，必須有協調得宜的機制。個案經理是良好協調的關鍵。個案經理是一名專業人員，緊貼及全面地為病人協調各方面的需要。個案經理會跟病人及其照顧者直接商討並提供一系列評估、介入、支援及監察，同時轉介病人接受合適的服務，協助病人重新融入社會。

3. 香港為嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務的發展

為嚴重精神病患者而設的社區精神健康服務主要由醫管局、社署及非政府機構提供（圖 1）。

傳統上香港的精神健康服務主要在醫院內提供。於1982年香港發生一宗慘劇，一名精神病患者殺害多人，包括在幼稚園內的幼童，⁶ 香港因而推行全港性的精神科社康護理服務。而過去30年，醫管局的社區精神科服務 (Community Psychiatric Services, CPS) 只由少數精神科社康護士 (Community Psychiatric Nurses, CPNs) 提供，其他大部分精神科護士仍然是在病房工作。⁷

過往六年，醫管局的社區精神科服務大幅擴展。於2009年，醫管局推出「復康支援計劃」(Recovery Support Programme, RSP)，以個案管理模式，為精神病患者提供離院後社區支援，協助病人適應由住院過渡至社區生活。計劃的主要目的，是透過個案管理模式，為剛出院的精神病患者及其照顧者提供支援和照顧。「復康支援計劃」證實成效正面，其中包括因精神問題到急症室求診的人次、非計劃性入院率及病人入院數字均有下降。

因應國際趨勢，精神科服務的重點逐漸轉向為病人提供社區支援，醫管局檢討其社區精神科服務，發展了新的服務模式（附錄 1），涵蓋三層服務，包括「社區專案組」(Intensive Care Team, ICT)、「個案復康支援計劃」(Personalised Care Programme, PCP)及「精神科社康服務」Standard Community Psychiatric Services (Standard CPS)。新的服務模式為需要社區支援的精神病患者提供多種協助。社區精神科服務的重點是採用個案管理模式，為精神病患者及其照顧者提供個人化支援，協助病人重新融入社會及促進復元。

除了社區精神科服務，醫管局自 2001 年起推出全港性的「思覺失調」服務計劃 (Early Assessment Service for Young People with Psychosis, EASY)。計劃的目的是及早識別早期思覺失調病患者，讓其能及早得到治療。「思覺失調」服務計劃初期的服務對象是 15 至 25 歲患有思覺失調早期病徵的人士。在 2011 年，計劃擴闊年齡範圍，涵蓋 15 至 64 歲所有初患思覺失調的青少年及成年人。計劃為這些病人在最關鍵的首三年提供全面針對性及深入的跨專業支援。除了臨床服務，計劃亦舉辦公眾教育及宣傳，加強市民對精神健康的認識。「思覺失調」服務計劃設有資訊網頁及電話熱線 (2928 3283)，方便市民獲取服務。

醫管局最近重整其 24 小時精神科諮詢熱線，名為精神健康專線 (Mental Health Direct, MHD : 2466 7350)。這 24 小時電話熱線是由護士主理，為病人、照顧者及公眾提供有關精神健康或精神病方面的支援。

在社會福利方面，《香港康復計劃方案》列出政府為殘疾人士提供社區照顧和支援服務的政策目標，針對這些人士的需要作出支援，使其可繼續居家獨立生活，並可以全面融入社會。為達至這個目標，政府為嚴重精神病患者提供了一系列社會康復服務（包括就業及職業康復、住宿照顧、日間照顧及社區支援），讓他們在其殘疾情況許可下，充分發展個人體能、智能及融入社會的能力。

社署在 2001 年起推出多項新計劃，為有精神健康問題的人士加強社區支援服務，包括社區精神健康協作計劃、日間社區康復服務、社區精神健康連網及社區精神健康照顧服務，針對病人不同階段的社會康復需要，旨在協助他們發展社交及職業技能，改善社會適應能力，並提升公眾對精神健康的關注。社署亦設立了家長／親屬資源中心，為有精神健康問題人士的親屬及照顧者提供情緒支援及輔導服務。

2009 年 3 月，社署在水坑口以試驗計劃推行首間精神健康綜合社區中心，為區內精神病康復者、懷疑有精神健康問題人士、其家人／照顧者及居住當區的居民，提供一站式及以地區為本的社區支援服務。服務包括及早預防以至風險管理的個案輔導、外展探訪、治療小組、日間訓練、職業治療訓練、支援小組、公眾教育計劃，並在有需要時直接與醫管局聯網為本的社區精神科服務聯繫，轉介服務使用者接受臨床評估或精神科治療。於 2010 年 10 月，社署重整社區精神健康支援服務，推行精神健康綜合社區中心服務，服務範圍覆蓋全港。現時，全港共有 24 間由非政府機構營辦的精神健康綜合社區中心。

上述的社區精神健康服務，是為嚴重精神病患者提供的精神科服務其中一個主要部分。為嚴重精神病患者提供的其他主要服務有：

精神科住院照顧

醫管局轄下有十個精神科組。精神科住院服務的目的，是為那些所患疾病或患病程度對其自身健康或安全有重大影響的精神病患者，或為保障其他人提供深入住院照顧。有關詳細的入院程序，請參閱香港法例第 136 章《精神健康條例》的有關條文。

精神科專科門診診所

醫管局轄下有 19 間精神科專科門診診所，這是病人首次進入醫管局精神健康醫療系統的主要切入點。醫管局在各精神科專科門診診所設立新症分流制度，確保病情緊急而需要及早介入的病人獲優先診治。根據現行的分流制度，獲轉介的新症病人會分流為第一優先（緊急）、第二優先（半緊急）或例行個案類別。醫管局的目標，是將第一優先及第二優先類別個案的輪候時間中位數分別維持在兩星期及八星期內，並一直能達到輪候時間中位數的服務承諾。非緊急及情況穩定的新症個案人數較多，因此輪候時間相對較長。若病人在預約診症日期前精神狀況轉差，可要求有關精神科專科門診診所重新作出評估，以確定需否將原來約期提早。病人亦可考慮到急症室求診，醫管局會提供相應合適的服務。

精神科日間醫院

醫管局轄下七個醫院聯網均設有成人精神科日間醫院，主要目的是讓住院病人能盡早出院，並幫助他們重新融入社區。日間醫院有跨專業團隊，針對病人的特定臨床需要提供康復服務，例如出院後服藥依從性欠佳的病人可在日間醫院接受藥物監察計劃，以加強服藥依從性。

住宿照顧服務

鑑於一些精神病康復者無家可歸或缺乏家庭支援，或需學習適應在社區獨立生活，亦有一些長期精神病患者毋需接受即時醫療護理或在醫院環境下康復，精神病康復者住宿照顧服務正提供支援的環境，幫助這些人士在社區獨立生活。⁸ 現時為精神病康復者提供的住宿照顧服務，主要有長期護理院、中途宿舍及輔助宿舍。

職業康復服務

職業康復服務旨在協助殘疾人士尋找、維持及邁向更佳就業，藉以進一步融入社會。⁸ 這些服務包括庇護工場、輔助就業、綜合職業康復服務中心、綜合職業訓練中心、殘疾人士在職培訓計劃，以及「陽光路上」培訓計劃。

精神科醫務社會服務

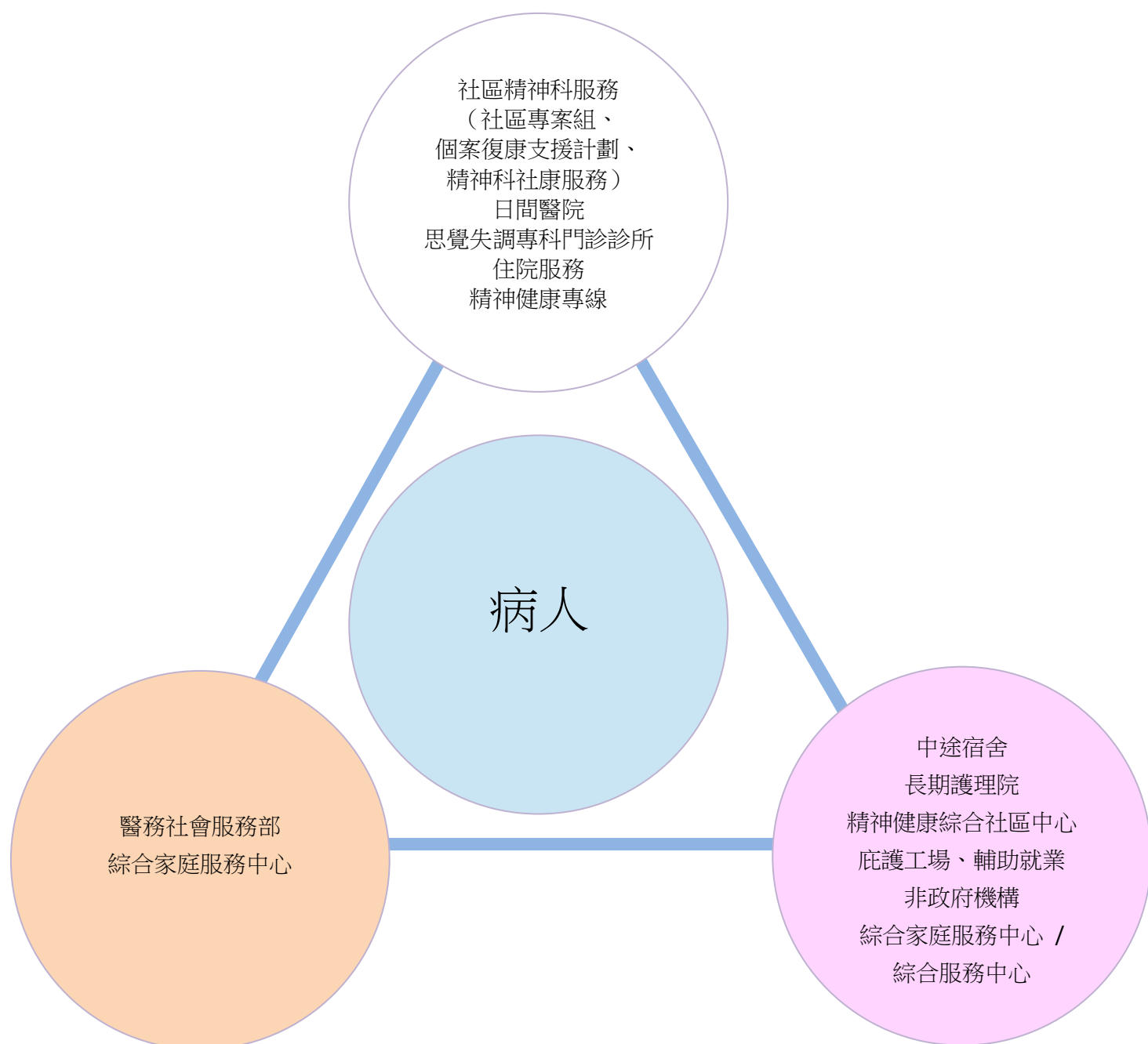
精神科醫務社會服務由社署提供，駐於公立醫院和精神科專科門診診所的醫務社工，為精神病患者及其家屬提供及時的心理社會介入服務。醫務社工是臨床小組的成員之一，擔當醫療及社會服務橋樑的重要角色。

綜合家庭服務中心

由社署及非政府機構在全港營辦的 65 間綜合家庭服務中心及兩間綜合服務中心，為有需要的個人及其家庭提供不同的預防性、支援性及補救性的服務。這些服務包括家庭生活教育、親子活動、諮詢服務、義工培訓、外展服務、支援／互助小組、輔導、轉介服務等。社會工作者會因應有關人士及其家庭的情況和需要提供合適的服務及協助。

有關上述各項社會服務的最新資料，可參閱社署的網頁：<http://www.swd.gov.hk>。

圖 1 在嚴重精神病患者康復進程上，醫管局、社署與非政府機構各主要服務單位之間的協作



4. 社區成年嚴重精神病患者的個人化復康支援的未來服務框架

這部分主要闡述未來為社區成年嚴重精神病患者而設的個人化復康支援服務模式。此模式已為各主要持份者採納，包括醫管局、社署及非政府機構。採用個案管理模式，是香港社區精神健康服務發展的一個里程碑，但對於切實滿足嚴重精神病患者及其照顧者的需要，僅屬一小步。要在這方面取得成功，需要一個更全面的藍本，勾劃出能有效為病人及其家人提供個人化支援的策略，以及在病人復元路上作出最具裨益的介入。

4.1 貫徹願景、使命和核心價值

醫管局、社署及非政府機構為社區的成年嚴重精神病患者提供服務，共同願景是協助病人復元。

根據整體的精神健康服務，我們的使命是促進嚴重精神病患者復元，為他們及其家人提供個人化、整全、適時及協調得宜的服務，以切合他們的醫療、心理和社會需要。

我們採納「倫敦南部和莫茲利國民保健服務信託基金會」及「倫敦西南部和聖喬治精神健康信託會」(2010)⁹ 所述復元的核心價值，作為服務框架的依據，包括：

- a) 希望 – 希望是復元的重要推動力，並為病人在復元路上提供持續動力。病人儘管患病，仍可過著滿足和有意義的人生。
- b) 自主自決 – 復元指病人能夠掌管自己面對的困難、所接受的服務和自己的人生。透過提升病人的能力，並幫助他們作出明智及負責任的選擇，讓他們確立和追求人生的意義。
- c) 機會 – 提供機會，令其融入社會。這與復元是息息相關的，讓個人可全面參與社群。

就此，復元不限於就病徵而言的「疾病復元」，亦包括「社會復元」，即使患者未能消除所有病徵，仍能建立有意義的人生。事實上，社會復元能有助疾病復元。有良好自我形象、安全感、維持正面情緒，可減少出現妄想，亦即思覺失調類疾病的主要病徵。¹⁰ 社會復元亦有助防止自殺。當病人感到生命無意義，並承受著精神病帶來的持續痛苦時，會很容易走上絕路（自殺是痛苦最極端的表達），因為對於絕望以及心力交瘁的人來說，死亡會給他們一個幻象，以為死亡能夠給他們一點的解脫。¹¹

4.2 提供有效的個案復康支援

要有效提供個人化支援須具備多個重要元素：

- a) 評估病人的需要、風險和優勢；

- b) 主要持份者之間的協調和合作；
- c) 質素保證及培訓；
- d) 充足的人手；
- e) 服務使用者的參與。

4.2.1 評估病人需要、風險和優勢

個人化的支援首先要全面及持續評估個人的需要、風險和優勢。這些評估需要系統化的臨床判斷，考慮病人各項獨特的個人因素。進行評估需要跨專業知識和技能，但不足的是，評估人員往往較專注於本身專業範圍內的事項，而忽略較不熟悉的事項，例如一名個案經理可能較著重病人的病徵、是否遵從服藥指示及藥物的副作用（即生理方面），而未有充分留意家庭動力及其他壓力來源（即社會方面），這些都會令疾病持續和引發風險。同樣，另一名個案經理可能較著重社會壓力和精神科病徵（即精神和社會方面），而忽略病人身體其他疾病，這些正會影響個人健康。因此，我們應制訂標準化的評估框架，給醫管局、社署及非政府機構不同專業在提供服務時作為指引。（下文表 1 為不同持份者認同的需要、風險和優勢評估架構）

藉著這個標準化評估架構，可就個人需要、風險和優勢進行全面評估。由於個人的需要、風險和優勢有不同優先次序，個案經理不可能一次過填寫所有項目及詳情，過程中需時與個人建立關係以達致了解。然而，這個評估架構讓專業人員可容易察覺一些資料不足的項目，繼而探索更多相關資料，或諮詢其他專業人員作深入了解。例如，個案經理若對病人職業能力一項有疑問，可向病人了解更多有關其才能、興趣和工作抱負，亦可向其家人了解他們對病人的期望，如有需要，也可向另一名專業人員獲取更詳細的職業能力評估。這些進一步的資料會加入個人需要、風險和優勢的整體評估中，個案經理可綜合從病人、其家人及其他參與專業人員獲取的資料，逐步制訂全面的支援計劃。這個系統化方式亦有利不同專業人員溝通，特別在個案交接過程。每名個案經理需為病人制訂個人化支援計劃，詳細列明 1) 個人需要、風險和優勢；2) 個人目標；3) 介入策略；以及 4) 需參與計劃的各方。

透過個人化評估及支援計劃，可提供具針對性和以人為本的支援。個案經理專注及緊貼病人的需要，與病人建立互信及緊密的治療伙伴關係。¹² 一些嚴重精神病患者可能會拒絕幫助，故此建立互信關係對幫助他們尤為重要。

表 1 嚴重精神病患者的需要、風險及優勢評估架構

1. 現時功能狀況及心理社會壓力	● 功能狀況（包括自理、職業及社交） ● 適應及解決困難的能力 ● 壓力來源及對病人的含意（包括家庭關係、人際關係、工作、住屋及財政、身體健康欠佳）
-------------------------	--

2. 現時臨床情況	● 思覺失調症狀 ● 其他精神科症狀（包括精神分裂症負面症狀、情緒病徵、認知功能缺失） ● 病悉感、治療動力及治療依從性 ● 同時有濫用藥物及有其他成癮行為 ● 身體健康狀況 ● 年齡及性別
3. 個人擁有的資源、優勢及其價值觀	● 社會資源（包括專業服務、家人／照顧者支援、其他社會支援網絡及財政支援等） ● 個人強項（包括抗逆力、才能、嗜好） ● 個人價值觀（包括文化及宗教信仰、性傾向、生活經歷、工作及家庭抱負、人生意義）
4. 過往經歷	● 自殘或疏忽照顧自己 ● 暴力 ● 濫用藥物或其他成癮行為 ● 精神病歷程，如治療依從性、徵狀、病發情況 ● 隱性學習或人格障礙 ● 家族成員患有精神病、自殺、成癮

4.2.2 主要持份者之間的協調和合作

a) 角色和職責

為成年嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務若要取得成效，有賴清晰界定不同持份者的角色和職責。這在社區嚴重精神病患者的管理上，尤為重要，因當中涉及多種不同服務及專業。下表（表 2）載有不同持份者包括精神科醫生、護士、職業治療師、社會工作者、臨床心理學家及基層醫療醫生的角色和職責。

表 2 成年嚴重精神病患者社區精神健康服務各主要持份者的角色和職責

持份者	服務單位／計劃	專業人員	主要角色和職責
醫院管理局	- 社區精神科服務 - 精神科專科門診診所 - 日間醫院 - 思覺失調服務計劃 - 精神健康專線	精神科醫生	● 精神科評估 ● 處方藥物 ● 心理治療 ● 危機介入 ● 推廣精神健康
		基層醫療醫生	● 及早識別精神病 ● 治理嚴重精神病人的身體健康問題 ● 推廣精神健康
		護士、職業治療師、社會工作者	● 及早識別精神病 ● 精神科評估 ● 危機介入 ● 心理社會介入 ● 支援照顧者 ● 個案管理工作（擔任個案經理） ● 推廣精神健康
		臨床心理學家	● 心理評估及介入
社會福利署	精神科醫務社會服務	社會工作者	● 心理社會評估及介入 ● 法定介入及督導 ● 擔任精神病人的受委人，代其處理福利金 ● 協助病人聯繫福利服務機構及社區資源 ● 協調或舉辦有關精神健康社會服務的教育／宣傳活動
非政府機構	社區支援服務，如精神健康綜合社區中心	社會工作者、職業治療師、護士	● 及早識別精神病 ● 精神科評估 ● 心理社會介入 ● 危機介入 ● 目標導向訓練

			● 支援照顧者 ● 協調支援服務 ● 心理社會教育 ● 推廣精神健康 ● 公眾及心理教育
		臨床心理學家	● 心理評估及介入
	職業康復服務，如庇護工場	社會工作者、職業治療師	● 功能及職業評估 ● 安排病人參加職業康復訓練 ● 生活及職業技能訓練 ● 就業選配
	住宿照顧服務，如中途宿舍、長期護理院	社會工作者、職業治療師、護士	● 住宿照顧 ● 膳食服務 ● 督導服藥依從性 ● 安排病人參加康復訓練 ● 生活技能訓練 ● 適時為病人離開院舍作出準備
照顧者	--	--	● 及早識別病患 ● 與專業人員協作 ● 在病人復元路上給予支援

上述服務是根據不同專業背景及服務單位的職能提供。個案經理不論其專業背景及所屬服務單位，均會以全面及整全的手法，為社區的嚴重精神病患者提供整全的支援。根據這個服務框架，個案經理的核心職責包括：

- i) 進行需要、風險及優勢評估；
- ii) 因應個別病人的需要、風險及優勢狀況，制訂個人化支援計劃；
- iii) 提供適當支援及介入，促進病人復元；
- iv) 就精神病患者的疾病管理向照顧者／其家人提供適當支援和意見；
- v) 作為聯絡點及協調人員；
- vi) 協助病人及照顧者／家人聯繫其他社區資源；
- vii) 與其他專業一同監察、檢討及協調病人的支援計劃。

b) 協調機制

社區精神健康服務能有效運作，實有賴社福界和醫療界的緊密合作。自 2010 年起，分別在總部、地區及服務團隊三個層面已正式成立協調平台（圖 2），這些平台進一步提升跨服務及跨界別協作、制訂策略及行動綱領、分享個案資料、合辦項目計劃，以及處理與精神健康服務有關的事宜。

i) 總部層面

中央協調小組於 2010 年初成立，由醫管局和社署總部人員共同擔任主席，成員包括醫療及社福界代表。中央協調小組監察社區服務各個領域持份者的跨界別合作，如精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部與醫管局社區精神科服務之間的協作。

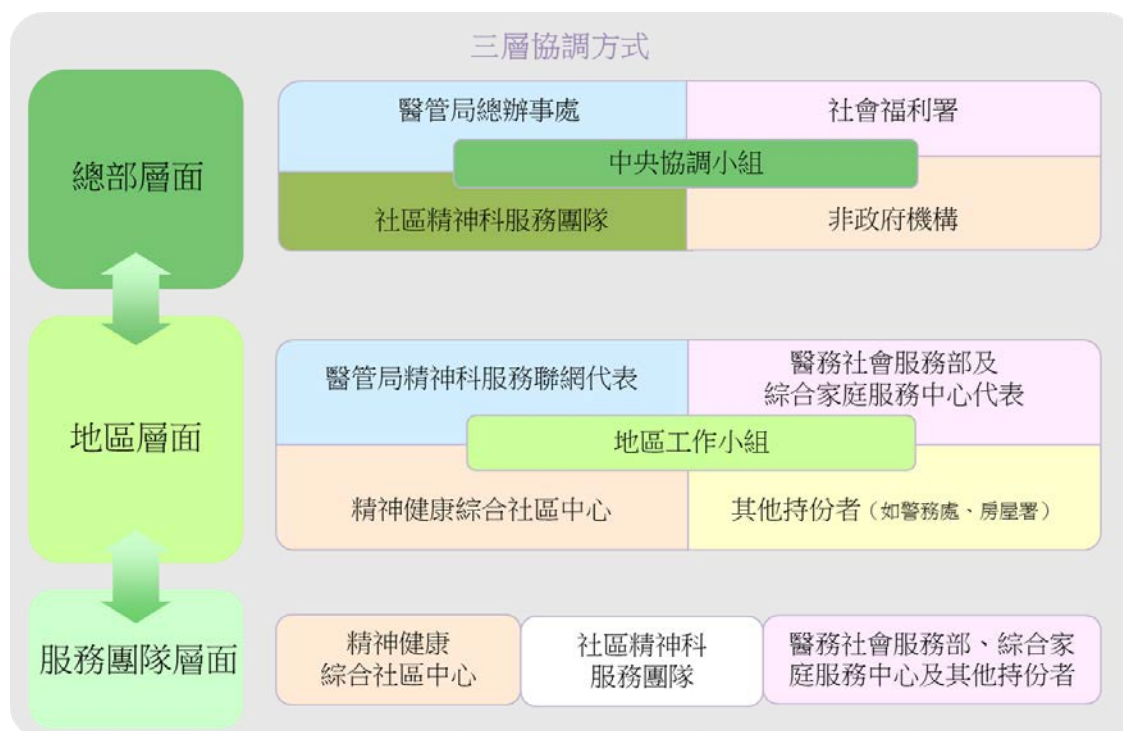
ii) 地區層面

各區地區工作小組按社署的行政分區成立，由地區的福利專員和醫管局精神科服務聯網主管共同擔任主席，成員包括精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部、綜合家庭服務中心／綜合服務中心、相關政府部門（如警務處和房屋署）代表及其他相關社區持份者。地區工作小組定期舉行會議，以提升地區層面跨界別及跨服務的合作，協調及理順運作上遇到的問題，以便有效地推行配合該區的人口結構及需求的社區服務。

iii) 服務團隊層面

在總部及地區層面通過的指引及相關運作事宜，會透過社區精神科服務、精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部、綜合家庭服務中心／綜合服務中心人員，以及其他相關持份者（附錄 2）在服務團隊層面推行。相關服務單位或持份者會定期舉行個案會議，討論個別嚴重精神病患者的情況。精神病人如需求診，可透過電話直接轉介個案，並可安排陪診服務。至於有複雜需要的病人，可由醫管局、社署及非政府機構共同處理個案並提供服務。

圖 2 主要服務提供者的三層協調模式



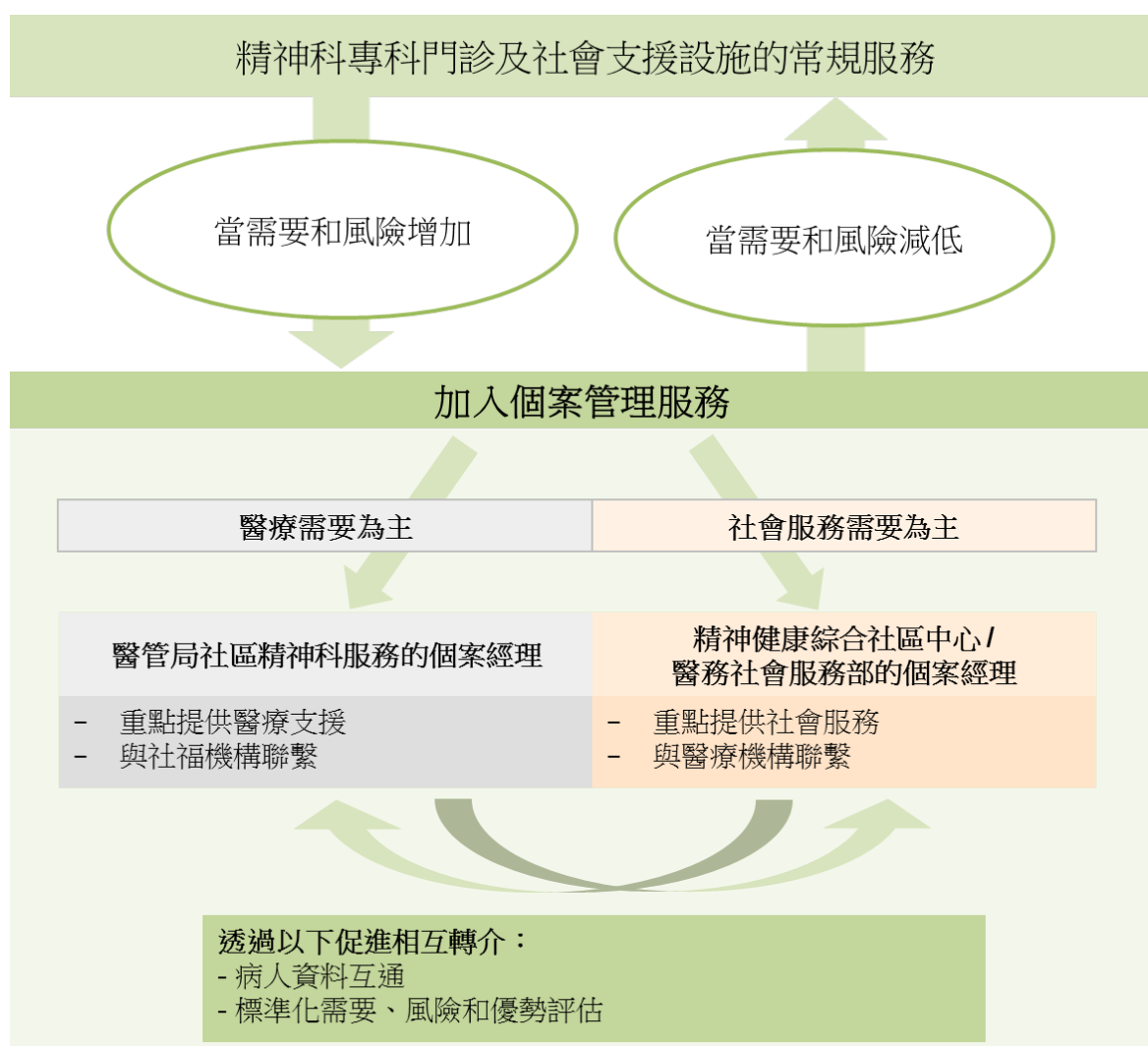
c) 接觸服務對象及相關的轉介機制

精神健康綜合社區中心是地區為本的中心，與當區緊密聯繫。由於中心方便易達，故經常是區內聯絡及與其他社區伙伴（如房屋署及警務處）協作的首個切入點。透過與這些伙伴合作，中心可接觸一些有病未治及引起鄰舍或社區關注的嚴重精神病患者。藉著這些協作，亦有助中心識別一些沒有病悉感及求醫意識低的嚴重精神病患者。在緊急情況下，精神健康綜合社區中心／醫務社會服務部和醫管局社區精神科服務會一同介入危機，安排有自殘或傷害他人風險的嚴重精神病患者強制入住精神科醫院。在這情況下，醫務社會工作者或需參與處理此緊急情況，並行使合適的法定權力。

在病人的復元進程中，精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部及其他福利服務單位與醫管局社區精神科服務緊密合作，採用個案管理模式，根據病人的需要、風險和優勢狀況，釐定合適的醫療及社會服務支援。在醫療和社會服務機構之間的病人轉介，主要是根據個人的需要和風險，配對合適的專業人員和所需設施加以協助。一般來說，若病人需要較多醫療照顧，可安排來自醫療機構的個案經理（醫管局社區精神科服務）；若病人的精神狀況較穩定，主要需要社會康復服務，可安排來自社福機構的個案經理（主要為精神健康綜合社區中心社會工作者或醫務社會工作者）（圖 3）。然而，在病人各個復元階段，沒有單一機構能夠滿足個人所有生理、心理和社交需要，故醫療和社福機構之間會有不少合作，而個案經理最重要的角色是擔當支援統籌者，盡量協助病人聯繫所有合適的服務，例如除了個案經理的支援外，就其家庭及兒童照顧的事宜，病人亦可能會接受精神科醫務社工或社福機構社工的服務，或同時接受其他專科醫生及專職醫療人員

的治理，治療身體的其他疾病，及接受非政府機構的職業康復服務。個案經理會持續評估病人的需要、風險和優勢，並協調各項服務，促進所有參與的專業人員與病人家屬的溝通。

圖 3 社區精神科服務與精神健康綜合社區中心／醫務社會服務部在個案管理服務的協調



d) 資訊互通

為進一步加強醫療及社福機構之間的溝通，我們必須處理一個兩難情況：一方面須符合香港法例第 486 章《個人資料（私隱）條例》的規定，另方面雙方需加強溝通，以確保每個嚴重精神病患者的安全和福祉。儘管《個人資料（私隱）條例》訂有基於健康及保護他人理由的豁免條文，但當精神健康專業人員嘗試協助一些需要幫助但拒絕服務的人士時，仍面對不少挑戰。

近來，警務處、醫管局及社署之間就完善三方在轉移病人資料的程序方面有所進展。然而，我們需要建構一套更妥善的機制，以便醫療及社會服務機構相互溝通。鑑於病人

的臨床及社會狀況可能突然轉變，而臨床與社會方面的相互關係往往十分複雜；亦由於能協調不同機構的介入，在病人復元路上需要提供適時及全人的支援至為重要，因此，有效的溝通能將醫療及社會服務機構連繫起來，成為一個整體，緊貼及回應病人不同的需要和風險。

在實際層面，病人與社工或醫護人員首次接觸後，如需轉移病人的個人資料，須向其取得訂明同意。個人資料的收集、保存和轉移須遵照《個人資料（私隱）條例》的資料保護原則。所有個人資料的存取須予記錄，並必須符合有需要知道的原則。

e) 其他協作範疇

醫療及社福機構的協作不限於為病人提供直接服務，亦包括推廣精神健康，這是社區精神健康服務不可或缺的部分。其中一項定期協作活動，是每年舉辦的「精神健康月」。這是由勞工及福利局主導，與醫管局、社署、非政府機構及其他社區持份者舉辦的全港性宣傳活動，旨在提高公眾對精神健康的意識，並致力消除精神病的負面標籤。社區精神科服務及精神健康綜合社區中心亦會為主要的社區伙伴（如房屋署及警務處）的前線人員講解精神健康的知識，為其日常工作提供協助。

附錄 3 載有不同持份者的協作令病人受惠的案例，以供參考。

4.2.3 質素保證及培訓

為確保持續質素改善及評估服務，醫療及社福機構須有妥善的管治制度。

在醫管局，精神科統籌委員會負責為社區精神科服務訂立標準及監察服務質素。社區精神科服務工作小組須向精神科統籌委員會匯報，並負責社區精神科服務在各聯網的推行，包括服務發展、協調和監察。每個聯網的社區精神科服務單位就其服務質素負責，而聯網的社區精神科服務團隊由一名精神科醫生領導。

社署聯同受津助非政府機構於 1999 至 2002 年期間逐步成立服務表現監察制度，確保非政府機構就公帑的運用負責及提供優質的社會福利服務。非政府機構的服務表現評估方法如下：

- a) 由服務營辦者每年根據其轄下服務單位的表現，就基本服務規定、服務質素標準及服務量標準和服務成效標準的表現提交自我評估報告，以及如適用的話，就不符合規定的地方，提出具體的改善計劃；
- b) 由服務營辦者就其服務量標準及服務成效標準的表現，每半年自行報告其差異；
- c) 社署會至少每三年一次到服務營辦者轄下被揀選定的服務單位進行評估探訪／突擊探訪；以及
- d) 社署對新服務單位及在服務表現方面被指出／懷疑有問題的其他單位進行實地評估。

醫管局個案經理的人職資歷要求及各職級的其他特定要求已確切訂明，並緊貼「成年人社區精神科服務的臨床標準」。此外，每名個案經理須完成六個月的個案管理培訓計劃，包括課堂、工作坊、個案分享及臨床實習。

社福機構的專業人員包括註冊社會工作者、合資格護士（精神科）、物理治療師及職業治療師等。有關的人職資歷、相關經驗及其他特定要求均按照社署所訂的人手編制。每間非政府機構有其個別的人力資源管理，員工督導及培訓發展，職員亦會接受一些特定範疇的在職培訓，包括監護事宜、家庭暴力、婚姻輔導、家庭治療及保護兒童等。

個案管理的目的，是促進病人復元。個案經理必須具備多種實證為本的精神科介入專門知識，以切合病人的復元需要。這包括服藥管理、提升動機面談、精神科症狀認知行為治療、家庭輔導及職業康復等介入。要有效應用這些治療介入，不僅須具備知識和技巧，亦須對復元持正確態度。一項本地調查顯示，為職員提供復元培訓是十分重要，特別要明瞭患者於復元過程中是在起伏中成長，以及服務使用者能作選擇的重要性。病人支援計劃既能夠個人化，職員培訓亦可具針對性，配合員工的知識、關注及與病人的經驗。這些培訓可同時採用講述和體驗的教學方法，並鼓勵服務使用者參與。事實上，為所有持份者提供復元培訓，對確保以復元為本的精神科照顧極為重要。¹³

4.2.4 充足的人手

個案經理在同一時間只能有效照顧某個限額的病人，因此個案數量是重要的服務參數。醫管局社區精神科服務每名個案經理處理的個案數目有所不同，個案數量取決於多項因素，包括有關病人個案的複雜程度，以及個別個案經理的經驗。每個聯網的督導人員會定期檢視每名個案經理跟進的個案數量，確保合理調配工作量。平均而言，每名個案經理在同一時間會跟進 40 至 60 名嚴重精神病患者。醫管局會定期檢討社區精神科服務的服務承載能力，確保能及時回應新增的服務需求。

精神健康綜合社區中心的人手要求包括社會工作者、精神科護士及職業治療師。中心可彈性地運用整筆撥款，安排合適人手及相關專業人員數目，配合個別中心的服務需要。中心的服務對象除嚴重精神病患者外，亦包括情緒受困擾及懷疑有精神問題人士。視乎個別服務地區的服務需要及精神健康綜合社區中心的工作重點，中心的社會工作者處理的個案數量各有不同，平均約為 40-50 個。除個案跟進工作外，中心的社會工作者亦須提供其他服務，包括舉辦治療／支援小組和活動、外展探訪、公眾教育及地區聯繫等工作。

為了有效地透過個案管理模式向本地的嚴重精神病患者提供支援服務，我們需定期審視服務團隊的個案數量和人手安排。有關檢討應考慮到本地情況，包括臨床（如不同精神科疾病的普遍率）、社會經濟（如人口結構及家庭收入）、文化（如對精神病的態度和治療）、地域（如人口密度）等因素及醫療制度。然而，在訂定以實證為本的合適個案數

量及具成本效益的團隊架構時，我們可借鑑外國做法¹⁴。在美國，一項就提供精神健康個案跟進服務機構所作的調查顯示，每名個案經理的個案數量平均為 1:29。在荷蘭，靈活積極性社區治療團隊(Flexible Assertive Community Treatment, FACT)在一個地區同一時間服務 200 名嚴重精神病患者，這些病人有 20%需要積極性外展服務及深入支援。靈活積極性社區治療團隊每名個案經理的個案數量是 1:25。在英國，社區精神健康團隊的平均個案數量是 1:21，當中 55%為嚴重精神病患者。英國亦有積極性社區治療團隊，為嚴重精神病患者提供深入支援，負責的個案數量較少(不超過 1:15)¹⁵。然而，近期有實證顯示，積極性社區治療團隊較少的個案數量及其特定人手水平對成效並無影響，英國的普通社區精神健康團隊所用資源雖較少，但似乎亦能達到相同成效。¹⁶

4.2.5 服務使用者的參與

服務團隊可聘請一些復元進程良好的服務使用者，作為朋輩支援員，在幫助病人達到其復元目標上，擔當重要的角色。有實證顯示，由朋輩支援員講解疾病管理具正面成效。¹⁷ 聘請朋輩支援員的試驗計劃已在社區精神科服務及一些精神健康綜合社區中心、中途宿舍及職業康復單位推行，成效令人滿意。¹⁸ 社署亦於 2016 年在社區康復單位推行為期兩年的朋輩支援服務先導計劃，並會檢討有關成效。

除朋輩支援員外，不同社區服務單位已按社署訂明的「服務質素標準」邀請服務使用者就服務提供意見。此外，醫管局《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》實施工作小組轄下新成立一個用家小組，成員包括服務使用者和照顧者組織，以及有關非政府機構的代表，目的是收集他們的回應和意見，以加強服務規劃。一些非政府機構除了就服務給予回應外，亦會舉辦一些由服務使用者籌辦的活動，能更適切地回應他們的需要。

4.3 有待回應的需要

在個案管理的模式中，個案經理是為病人推行全人支援計劃的主要人員。然而，病人仍有很多生理、心理和社會需要，個案經理未能獨力處理。對於一些有待回應的優先範疇，醫療界別、社會服務界別及社會整體須一同作出應對。

4.3.1 職業復康

就業是提升嚴重精神病患者生活質素及融入社會的有效方法。¹⁹ 病人如獲得受薪工作，會較沒有工作或只擔任義工更具滿足感。輔助就業是實證為本的介入手法，可提升嚴重精神病患者的就業成效。「個人編配及支援」(Individual Placement and Support)是經過充分研究的輔助就業方式，能有效協助嚴重精神病患者在競爭性市場達至就業。²⁰ 「個人編配及支援」積極協助弱勢人士尋找及維持一份受薪工作。本港一項隨機對照測試的結果顯示，「個人編配及支援」較傳統的職業康復計劃更為有效，能協助長期

精神病患者在競爭性市場尋找及持續就業。²¹ 在香港，輔助就業職位大部分由非政府機構提供，而私營機構提供的工作機會仍然有限。透過由非政府機構開設的社會企業、給予良好僱主肯定和嘉許、分享良好做法及為僱主提供誘因和協助等，可增加輔助就業的職位，故政府、私營企業及非政府機構需繼續進行磋商。

4.3.2 嚴重精神病患者的身體健康

精神分裂症患者因健康情況而導致早死的風險是一般人的兩倍，²² 心血管疾病是這類病人的主要死亡原因。²³ 嚴重精神病患者增加代謝綜合症的風險，包括糖尿病、肥胖、高血脂和高血壓。一項本地研究發現，社區的精神分裂症患者 35%有代謝綜合症、27%為吸煙者、62%缺乏運動。²⁴ 代謝綜合症、吸煙和缺乏運動均是心血管疾病的主要風險因素。

鑑於嚴重精神病患者有較高機會患上代謝綜合症，這類病人應加強健康意識及關注，因此基層醫療應為所有嚴重精神病患者提供健康教育、運動鍛鍊、飲食輔導及戒煙服務，作為改善健康的方案。

精神健康綜合社區中心亦有成立體育隊及舉辦其他運動鍛鍊小組，反應正面。社區服務單位在推廣精神健康時可加強促進體育運動及健康生活方式的活動，另方面基層醫療、營養師及物理治療師的服務亦應增強。

醫管局為服食第二代抗精神病藥物的嚴重精神病患者推行監察計劃，旨在及早識別代謝綜合症。這計劃只是回應嚴重精神病患者的身體健康問題的第一步，而下一步應是有效介入被識別有心血管疾病風險的患者。

病人如患嚴重精神病患者並同時有身體健康問題，在跟進方面尤具挑戰。除了增加各相關專業的資源，亦須增強跨專業培訓和協作。個案經理宜具備身體健康評估的知識和技巧，而基層醫生及精神科醫生應更緊密合作，互相交流專長。

4.3.3 為嚴重精神病患者的照顧者和子女提供的支援

嚴重精神病患者對照顧者和家人構成很大負擔。面對家人患病，照顧者和家人往往承受各種情緒困擾及巨大壓力，特別是患者的子女，父母患病對他們產生的負面影響更為嚴重。精神分裂症會遺傳，如父母其中一方或雙方都患有精神分裂症，子女遺傳此病的機會分別約為 15%及 30%，而整體人口風險只為 1%。除了遺傳因素較易患病，這些兒童可能因父母疾病復發而留下陰影，父母患有精神病令他們自我形象嚴重受損。父母面對管教困難會導致與子女關係欠佳，令雙方身處痛苦之中，因而增加疾病復發風險及子女患病機會。

我們須提升嚴重精神病患者子女的福祉，以及增加對照顧者的支援，為他們在社區提供綜合連貫的預防、支援和補救性服務。嚴重精神病患者的子女和家人／照顧者很多時未能表達其需要，因此這些跟進應能深入支援及積極回應其需要。我們須將介入的重點，由個人為本擴展至家庭為本，並應從整個系統層面進行介入，優化精神健康與社會服務專業人員，以及教育界和法律界其他相關的專業人員及社區伙伴的協調，並評估這些介入的成效，例如，醫管局社區精神科服務為嚴重精神病患者子女推行的促進精神健康計劃，對他們有積極成效，尤其是自我效能、自我形象、人際關係及減少焦慮方面。²⁵

4.3.4 消除對精神病的負面標籤及歧視

標籤及歧視精神病患者是社會普遍現象，²⁶ 在中國人社會可能更為嚴重。²⁷ 香港仍需努力消除對精神病負面標籤及歧視，因每當進行精神復康設施建議選址的諮詢時，往往會遭到區內居民反對。

負面標籤會妨礙精神病人求診。²⁸ 嚴重精神病的病情發展除取決於治療成效外，社會的理解和對待亦是關鍵因素。²⁹ 因此，公眾教育十分重要，並應長期持續推行，以加強公眾對精神健康的認知和意識，同時應向市民灌輸重要訊息，嚴重精神病患者的復元繫於能否重新融入社會，歧視是病者復元的主要障礙。

改善病人復元機會實是消除對疾病負面標籤及歧視的重要方法，例如約一百年前人們對結核病有嚴重負面標籤，但隨著引入更有效的抗生素治療，結核病的治療成效以至人們對疾病的負面標籤及歧視已明顯改善。香港近期為嚴重精神病患者推行的社區服務擴展和革新，預期可促進嚴重精神病患者的復元，從而減少標籤化。因此，改善上述服務是致力消除負面標籤及歧視的一部分。

5. 結論

嚴重精神病會構成非常沉重的疾病負擔，如果處理欠佳，對患者及其家人會造成嚴重和持續的殘疾及痛苦。社區精神健康服務對嚴重精神病患者十分重要，直至目前，社區仍是病人接受治療及康復的較佳地方。如社區支援不足或安排欠妥善，已出院的嚴重精神病患者或須再度住院，阻礙他們邁向復元之路。

嚴重精神病患者的需要複雜，亦因著患病的不同階段而有所不同，故在醫療、心理及社會方面應有個人化及持續服務。復元為本的個案管理模式證實是有效的手法，能支援嚴重精神病患者邁向復元，而挑戰在於服務是否協調得宜，能為病人提供整全及個人為本的治療，以及有否足夠資源，確保有需要的人士能獲得有效治療。

在香港，服務提供者如醫管局、社署及非政府機構儘管面對一定限制，仍一直致力為嚴重精神病患者提供在可行情況下最佳的社區服務，除了個案經理提供的服務，醫生、護士、社工、心理學家、職業治療師及其他專職醫療人員亦提供跨專業支援；此外亦有提供住宿照顧及訓練機會，切合病人的康復需要。

以復元為願景，採用個案管理模式提供服務，是香港社區精神健康服務發展的重要里程碑。本文件載列的服務框架闡述了不同持份者協作的基礎，所提供的服務以個別嚴重精神病患者需要為依歸，而非以專業及機構的規範來界定。期望本文件能踏出第一步，引起社會討論，為這個弱勢社群爭取及調撥所需的資源、照顧和支援。

為將這個服務框架付諸實行，下一步需要制訂一套行動計劃，包括：

- a) 實施標準化的需要、風險和優勢評估架構：這個評估架構應為醫療及社福機構的專業人員採用；
- b) 制訂運作指引：這份指引規管不同醫療及社福機構服務提供者的協作，這些機構應有妥善協作，在不受制於專業及機構的規範下，儘快為病人轉介最合適的服務；
- c) 研究建立有效機制，以便醫管局、社署及非政府機構適時互通資訊：對於本服務框架下的每名嚴重精神病患者，所有相關的專業人員可知悉聯絡個案經理的方法、病人最新的需要、風險和優勢概況及支援計劃，以及現正接受的服務。最新及全面的資訊是提供適時、全面及個人為本介入的先決條件；
- d) 員工培訓：醫管局社區精神科服務或精神健康綜合社區中心/醫務社會服務部每名個案經理應接受有關需要、風險和優勢評估、支援規劃及其他核心技能的培訓計劃，以掌握技巧為社區的嚴重精神病患者提供深入個案跟進；

- e) 規劃人手：為應付嚴重精神病患者新增的服務需求，須詳細考慮及訂定醫療及社福界個案經理的合適個案數量。此外，亦應評估每個機構內團隊的規模、結構和職員組合，令人手運用符合成本效益。定期進行檢討亦很重要，這樣可確保提供優質的服務。

這些措施是否成功，不僅取決於一群精神健康專業人員。照顧嚴重精神病患者的全方位需要及幫助他們紓緩困境，肯定需要社會各界共同協作。在上述計劃項目付諸實踐後，我們會根據所得經驗，於三至五年內檢討服務框架。

6. 附錄

附錄 1

醫院管理局社區精神科服務

目的

醫院管理局社區精神科服務的宗旨，首要是為社區的精神病患者(特別是嚴重精神病的人士)提供復元為本的社區支援服務，同時致力推廣社區精神健康。

轉介途徑

- ➔ 本港註冊醫生
- ➔ 醫院管理局（醫管局）
 - 急症室
 - 專科門診診所
 - 精神科門診診所（如成人精神科診所、兒童及青少年精神科診所、思覺失調門診診所、兒童身心全面發展服務診所、物質濫用診所等）
 - 精神科醫院住院服務
 - 精神健康專線
 - 精神科諮詢會診服務
- ➔ 其他社區持份者（如精神健康綜合社區中心、病人家屬、照顧者等）
- ➔ 政府及其他機構／議會（如房屋委員會、警務處、學校、社會福利署、區議會等）
- ➔ 非政府機構／團體（如教會、防止自殺中心、香港撒瑪利亞防止自殺會等）

服務架構

醫管局社區精神科服務採用跨專業介入的三層架構，提供個案管理，並保持與社區夥伴緊密協作。

(a) 社區精神科服務的三層服務模式

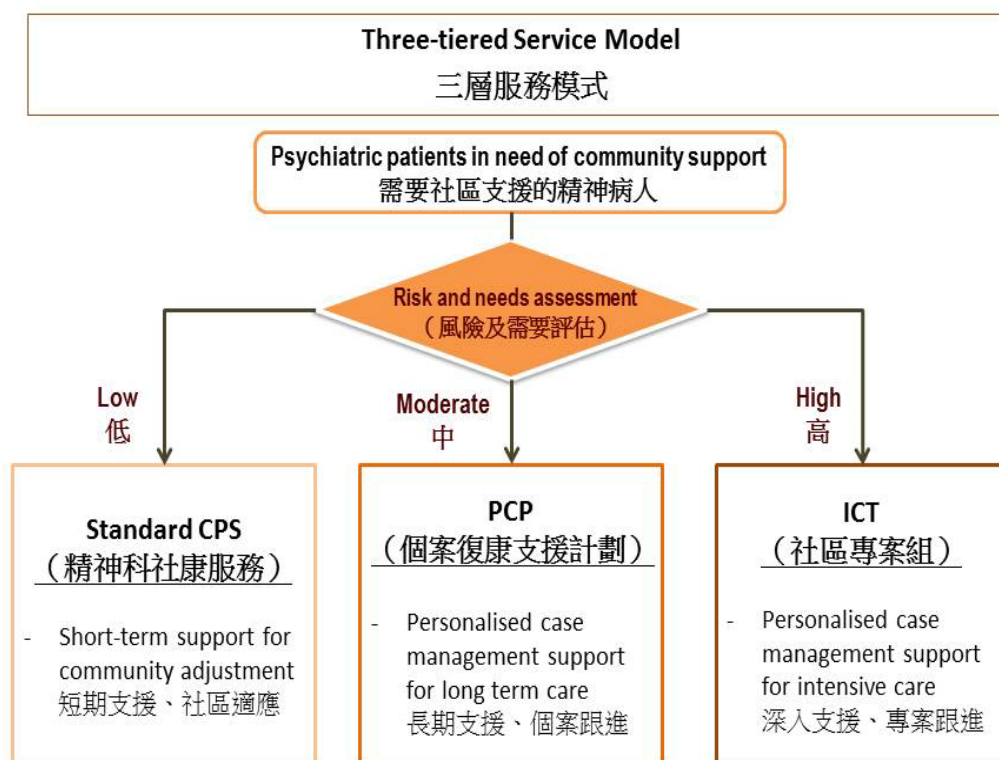
社區精神科服務會持續按照病人的風險和需要作出嚴謹及有系統的臨床評估，然後根據結果將病人分流到三個不同層面跟進，評估範圍包括：

- i) 過往的重要經歷：自殘、暴力行為、濫用藥物、創傷經歷、性格及患病經歷等；
- ii) 現時臨床診斷情況：精神病症狀、病悉感、身體功能狀況、個人傷痛；
- iii) 現時面對的重大人生事件及社會壓力來源：失業、婚姻不和諧、欠債及喪親等；
- iv) 現時擁有的資源及個人能力：住屋及經濟情況、家人支援、社交網絡及個人抗逆力等。

社區精神科服務為每一層病人提供不同的針對性服務，分別是第一層的社區專案組 (Intensive Care Team, ICT)，第二層的個案復康支援計劃 (Personalised Care Programme,

PCP)，以及第三層的精神科社康服務 (Standard Community Psychiatric Services, CPS)。下圖闡述社區精神科服務的三層服務模式：

圖 1 社區精神科服務的三層服務模式



病人的風險程度會隨著患病的進程而有可能轉變，故此，社區精神科服務會為病人進行持續的風險及需要評估，以決定何時／階段作出最合適的支援或介入。每名個案經理跟進的個案數量會因應病人的風險和需要程度，以及與個案經理的專長作出配對。督導人員會於定期舉行的聯網會議就個案經理跟進的個案數量作出合理調配。

第一層：社區專案組（ICT）

第一層服務是為曾有高度暴力、自殺風險、疏忽照顧自己或臨床診斷為極度複雜的病人而設。大部份患者有急性精神病或是病情轉趨惡化的嚴重精神病人。在「特別護理系統」(Special Care System, SCS) 下接受「深切治療」的病人亦屬第一層。根據《精神健康條例》獲准「有條件離院」但曾有不遵從治療記錄的病人，亦會被列入第一層（這些轉介並無年齡限制）。社區專案組會為這類病人提供專案支援，包括危機介入及積極的社區外展服務。專案組須在 24 小時內回應這類病人的服務需求。

「社區精神科服務」第一層的臨床狀況及支援案例

需要及風險	支援
a. 面對重大人生事件及持續的社會壓力來源、機能欠佳，例如：自理能力差、失業、即將離婚、濫用藥物引致財政困難； b. 現時臨床診斷為情況不穩定，例如：持續及難受的思覺失調症狀、沉溺於濫用藥物及仍於改變階段的前思索期、缺乏病悉感、欠缺復康動力及不遵從藥物治療、身體其他問題妨礙精神科治療、拒絕服務； c. 缺乏資源及個人優勢，例如：無家可歸、缺乏家人支援或社交網絡、缺乏解困能力； d. 過往經歷構成的多個風險因素，例如：病發時曾有嚴重自殘及暴力行為、濫用多種藥物、心理病態人格障礙、不遵從藥物治療致經常病發。	社區專案組的服務包括： - 積極接觸病人 - 每星期聯絡病人一至兩次 - 密切檢討支援計劃及評估風險 - 密切監察精神狀況及督導病人遵從藥物治療 - 監察病人的身體狀況 - 服藥跟進計劃 - 以面談方式提升處理濫用藥物的動機 - 提醒潛在受害人有關病人的侵略性行為 - 進行危機介入並為病人入院作出準備 - 協助病人應付心理及社會壓力 - 協助病人聯繫福利服務機構及其他實質支援 - 鼓勵病人復康，探索個人復元目標

第二層：個案復康支援計劃（PCP）

第二層的主要服務對象是經常發病及不遵從藥物治療，或有重大心理及社會困難和情緒問題的精神病患者，大部分病人均患有嚴重精神病。在「特別護理系統」下接受「特別護理」的病人屬於此類別。個案復康支援計劃的目標對象是居於服務範圍內的 18 至 64 歲成年病人。團隊會為這類病人提供復元為本的長期支援，並須在接到服務要求後，在三個工作天內作出回應。

「社區精神科服務」第二層的臨床狀況及支援案例

需要及風險	支援
a. 承受持續社會壓力、功能受損，例如：長期婚姻不和諧、在家中出現有高度情緒表達行為、理財欠佳引致經濟壓力、中途退出復康計劃； b. 臨床情況相對穩定，但容易病發，例如：思覺失調症狀緩解但沒有足夠病悉感、不完全遵從接受精神科治療、身體健康狀態欠佳；	個案復康支援計劃的服務包括： - 每個月一至兩次聯絡病人 - 定期檢討支援計劃 - 提醒病人注意可引致復發的一些生活事件 - 監察病人依從服藥指示的情況，擬定服藥管理計劃 - 監察病人的身體情況，促進其調整生活

c. 有限的資源及個人優勢，例如：家人支援不足或社交網絡狹窄、出現巨大壓力時容易引發適應不良的行為；

d. 過往經歷有一些風險因素，例如：曾有數次在病發時出現自殘及暴力行為、停用禁藥後的戒斷期、自我形象低落及性格悲觀。

方式

- 協助復康進程，如達致輔助就業；探索個人復元目標
- 提供輔導和支援以應付心理社會壓力
- 加強支援網絡
- 針對病人家庭中有高度情緒表達而作出家庭輔導
- 鼓勵參加精神健康綜合社區中心的康樂及社交活動、提升自我形象、建立社交支援網絡
- 協助加強解困能力

第三層：精神科社康服務 (Standard CPS)

第三層是支援精神情況相對穩定，但仍需要社區支援維持其精神狀況穩定的精神病人，以發揮最佳的功能及應付社區生活的能力；並在適當的支援下避免不必要的住院治療，使他們可以融入社區生活。精神科社康服務為這類病人提供常規的支援服務，並在收到服務要求後的五個工作天內作出回應。

「社區精神科服務」第三層的臨床狀況及支援案例：

需要及風險	支援
a. 仍面對一些社會壓力，而有殘留功能缺損，例如：照顧子女重擔、工作壓力、工作能力受損； b. 臨床情況穩定，例如：病人思覺失調症狀緩解並遵從藥物治療； c. 擁有一些資源及個人優勢，例如：有家人支援和社交網絡、具抗逆力的性格，但因患病而缺乏自信； d. 過往經歷有較少風險因素，例如：病發時沒有嚴重的自殘及暴力行為。	精神科社康服務包括： - 協助病人復康進程，如最終達致公開就業 - 加強壓力管理 - 鼓勵參加精神健康綜合社區中心的康樂及社交活動，擴展社交網絡及培養健康生活方式 - 協助實踐個人復元目標

(b) 跨專業團隊協作

社區精神科服務運用跨專業協作模式，由護士、職業治療師和註冊社工擔任個案經理，針對病人的需要，提供全人的支援。此外，又會因應病人的

風險和需要，安排具備相關專業的個案經理負責跟進。由於社區精神科服務是醫管局成人精神科服務的一部分，成人精神科服務的精神科醫生會與個案經理緊密合作，包括參與個案會議和進行外展探訪。

(c) 臨床個案管理模式

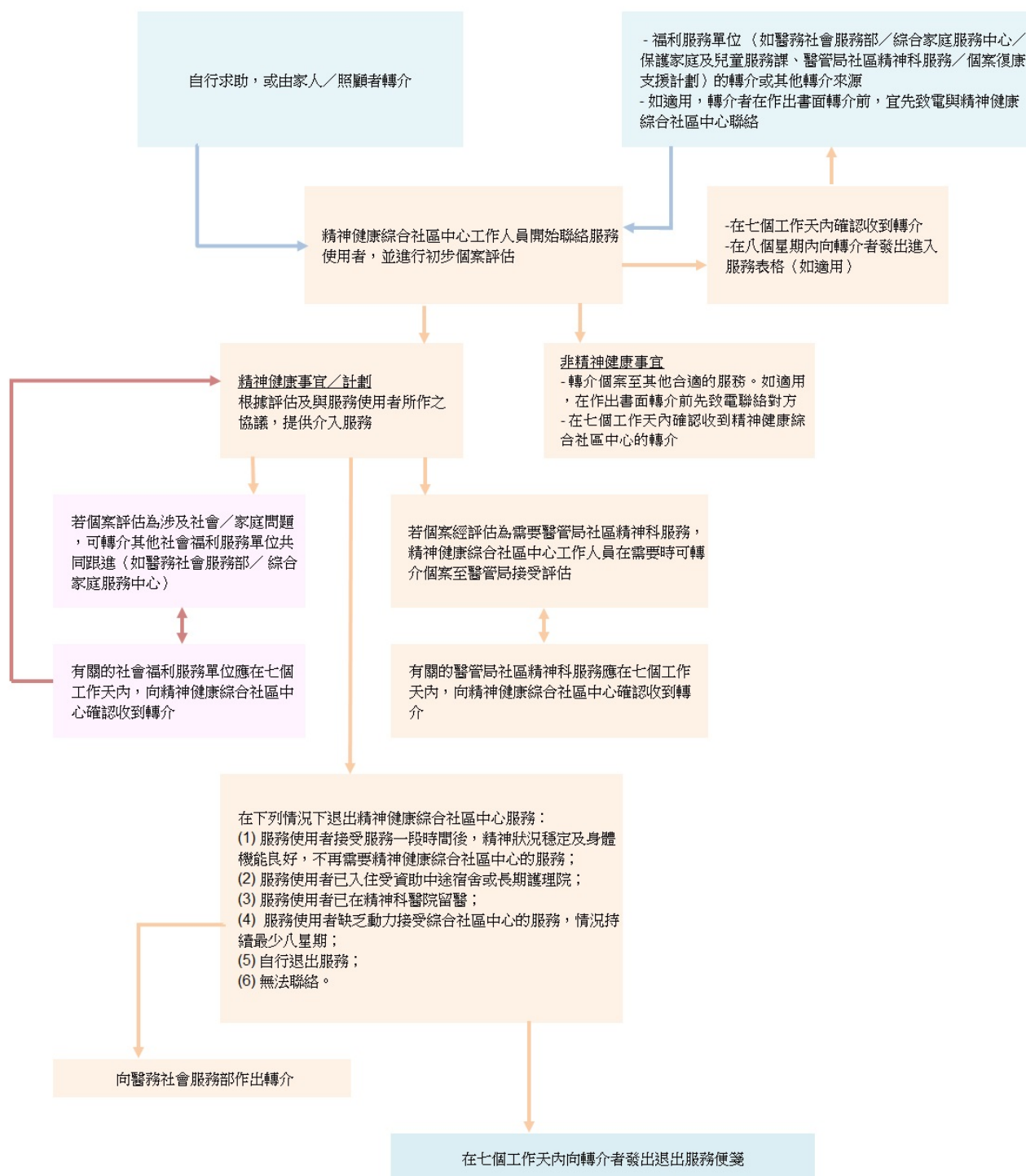
根據這個臨床個案管理模式，每名個案經理須與病人及照顧者一同制訂個人化的支援計劃。計劃的主要元素是包括病人優勢及個人復元目標，與此同時亦會顧及病人面對的風險和需要。是項計劃會因應病人的復康進展，以及其臨床和社會狀況而改變，定期作出檢視。透過釐清病人需要、介入策略、各持份者及各方認同的治療目標，個人化支援計劃可使提供服務的過程更能對應及切合病人的需要。此外，此計劃亦會使用經核證的工具以評估成效，包括症狀、機能狀況、生活質素、照顧者壓力及病人滿意度。

(d) 與社區夥伴協作

為加強協作，在中央及地區層面已設立與社會福利署、非政府機構、警務處及房屋署溝通的平台（本文件第 4 部）。醫管局社區精神科服務一直與由非政府機構營辦、以地區為本的精神健康綜合社區中心緊密合作，為有需要精神健康服務的人士提供及早辨識和介入服務，並支援他們在社區過渡復元的歷程。醫管局與精神健康綜合社區中心之間訂有處理社區嚴重精神病人的協作指引。個別病人在過渡期間，會由醫管局與精神健康綜合社區中心共同跟進，例如病人由社區精神科服務轉介至精神健康綜合社區中心後，當病人已經較適應由精神健康綜合社區中心提供支援時，社區精神科服務會逐步減退介入的程度。

附錄 2

精神健康綜合社區中心接獲新轉介個案的處理流程



（取材自“Collaboration Guidelines among Integrated Community Centres for Mental Wellness, Psychiatric Service and Personalised Care Programme of the Hospital Authority, Medical Social Services Units and Other Welfare Services Units”）

附錄 3

醫院管理局、社會福利署及非政府機構在社區精神健康服務協作的案例

個案 1

王女士是一位中年家庭主婦，與丈夫及兩名十多歲兒子居於一個公屋單位，之前沒接觸過精神健康服務。約一年前，她開始產生妄想，懷疑鄰居在食水下毒要傷害她。她感到食水有一股異味，但其家人完全沒有此感覺。她多次向房屋署投訴其鄰居，並作出報復行為，每晚在家中故意發出噪音。房屋署遂向精神健康綜合社區中心求助。一星期後，精神健康綜合社區中心一名社工聯同房屋署一名主任上門探訪王女士。王女士強烈否認患有精神病，但承認有一些社交問題令她感到困擾，其中鄰居的「騷擾」對她影響最大，於是同意接受社工幫助。精神健康綜合社區中心的社工與王女士一起探討她面對的困難，當中包括她與丈夫和兒子的衝突。她的丈夫是一名賭徒，兩個兒子放學後則沉溺打遊戲機。社工聆聽及安慰王女士後，她的心情稍為平伏。社工安排她兩個兒子放學後到青少年中心，並轉介她的丈夫接受病態賭博輔導服務。

鑑於王女士主要表現出的是思覺失調病徵，精神健康綜合社區中心社工轉介她接受社區精神科服務。精神健康綜合社區中心社工及社區精神科服務一名個案經理進行聯合家訪，最終勸服王女士到精神科專科門診求診。雖然王女士否認有妄想症，但承認情緒受到困擾，且睡眠質素欠佳。精神健康綜合社區中心社工及社區精神科服務個案經理陪同她首次到專科門診就診。醫生診斷王女士患上精神分裂症，並處方口服精神科藥物。王女士處於急性病發階段，當時她的需要主要是控制症狀及監察其服藥的依從性。為了給予王女士最大的幫助，社區精神科服務安排了一名社康護士擔任個案經理，跟進王女士的個案，社區精神科服務的個案經理一直陪同王女士到專科門診覆診，而精神健康綜合社區中心遂停止外展服務。半年後，王女士的被害妄想症狀減退，亦遵從精神科藥物治療。個案經理向她講解精神病知識，她亦建立起病悉感，同意需要維持治療及學習壓力管理，以防疾病復發。個案經理亦進行家庭輔導，教導其丈夫及兒子學習與王女士溝通的方法，以及辨識精神病復發的早期徵狀。王女士對烹飪感到興趣，最享受為丈夫和兒子煮食。她參加了精神健康綜合社區中心的烹飪班，並結識新朋友。王女士的社交圈子得以擴闊，廚藝亦有進步，令她自信增強，對其身心健康亦有裨益。儘管王女士需繼續精神科藥物治療，但她最終能夠復元，重新主宰自己的人生，並從中找到意義。王女士找回自己的角色，並發揮其功能，成為一位稱職的母親和妻子。

個案 2

陳先生現年 20 多歲，未婚，與父母及家人居於一個公屋單位，之前沒有接觸過精神健康服務。由於他已失業三年，逐漸失去工作意志。兩年前，他開始有幻聽，聽到一些舊同事對他竊竊私語，並跟蹤他。他感到腦內被植入裝置，別人可得知他的想法。令他痛苦不堪，曾想過自殺，並表達有上吊的意圖。他的父母致電思覺失調服務熱線求助。由於他有自殘的即時風險，思覺失調服務團隊於翌日派出兩名精神科社康護士進行危機介入。陳先生被強制入住精神科醫院接受治療，被診斷患上妄想型精神分裂症。經過三個月的住院治療，陳先生離院返家，之後到思覺失調專科門診接受治療。其個案經理是一名職業治療師，陳先生獲安排在日間醫院接受復康訓練。三個月後，陳先生的自理能力、工作意志及社交能力得到改善。隨著陳先生自理能力的改善，他與父母的關係比從前融洽。其父母經家庭輔導後明白兒子因患精神病，致令身體機能及認知能力受損，故對他減少苛責，並鼓勵他接受康復訓練。

陳先生自病發後便沒有和朋友聯絡，現時已恢復與一些朋友交往。經個案經理的轉介，他到非政府機構接受輔助就業服務，並找到一個運動場清潔工的職位。陳先生較喜歡戶外工作，亦對自己的體能有自信，故選擇了這份工作。在個案經理鼓勵下，他加入了精神健康綜合社區中心的長跑隊，亦參加了其他康樂活動。一年後，陳先生的精神狀況穩定，並有病悉感，亦遵從藥物治療，不過仍需進一步的職業復康支援。經過陳先生、其父母、思覺失調服務個案經理，以及精神健康綜合社區中心的社工共同商議，最後同意由精神健康綜合社區中心的社工接任為個案經理。陳先生接受思覺失調服務三年後，精神狀況逐漸穩定，獲轉往醫院的成人普通精神科專科門診接受治理。經過兩年的輔助就業支援，陳先生已適合公開就業，在一個私人屋苑擔任清潔工作。數年後，陳先生因家人離世，引致其精神分裂症輕微復發。精神健康綜合社區中心的個案經理聯絡社區精神科服務，一同進行外展家訪。陳先生自願入住精神科醫院，留醫兩星期期間，他的朋友亦有醫院探望他。經過調校藥物及哀傷輔導，陳先生的病情很快好轉，出院後繼續在私人屋苑擔任清潔工作。

個案 3

譚先生是一個 17 歲的中六學生，之前沒接觸過精神健康服務。兩年前，他的精神狀況開始變差，對同學和老師感到懷疑，並有幻聽，聽到有人將他腦裏所想的事說出來，並對他作惡意批評。他無法集中精神學習，成績每況愈下。他害怕被人傷害，所以沒有上學，在家中無所事事，個人衛生日差。他父母因多次勸他求醫不成功而感到很沮喪。由於譚先生堅稱自己沒有精神病，他的學校社工亦屢勸無效。學校社工期後透過電郵，向醫管局思覺失調服務計劃求助。經他父母同意下，思覺失調服務一名個案經理與

學校社工進行聯合家訪。雖然譚先生不承認自己有精神問題，但他自覺有社交問題，故願意和他們傾談。他們聆聽譚先生的傾訴，知道他有學業和感情問題。當譚先生感到有人明白和支持他時，便願意進一步透露感到被迫害和出現幻覺。最後，他同意向精神科醫生求醫，並在個案經理及學校社工陪同下到思覺失調專科門診求診。醫生診斷他患上精神分裂症，並給他處方精神科藥物。個案經理為譚先生提供心理社會教育及服藥輔導，他的病悉感和服藥依從性遂有改善。透過個案經理的家庭輔導，他和父母的溝通改善，其父母不再自責，並接受他的康復需要。譚先生到日間醫院接受日常生活及社交能力訓練。接受精神科治療後，其精神壓力得到紓緩，妄想及幻覺症狀亦消退。三個月後，譚先生重返校園，周末則到屋邨的精神健康綜合社區中心參加壓力管理班和足球隊。現在，他能掌握處理壓力的方法，並知道壓力會引致疾病復發。他在足球隊認識了一些新朋友，而足球運動亦有助提升其體能。在人際關係方面，他沒有過往般害羞。雖然譚先生曾患精神分裂症，但現在已變得更有自信。

7. 參考資料

- 1) Collins, PY, Patel, V, Joestl, SS, March, D, Insel, TR, Daar, AS, Bordin, IA, Costello, EJ, Durkin, M, Fairburn, C (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature* 475, 27–30
- 2) Strathdee, G., & Thornicroft, G. (1997). Community psychiatry and service evaluation. (R. Murray, P. Hill, & P. Mc-Guffin, Eds.) In *The Essentials of Postgraduates Psychiatry* (3rd edn), 513–533.
- 3) Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Conditions of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.
- 4) Bachrach, L. L. (1976). Deinstitutionalisation: an analytical review and sociological perspective. US Department of Health, Education and Welfare, NIMH, Rockville, MD.
- 5) Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*, 51(11), 1410-1421.
- 6) Pang, A. H., Yip, K. C., Cheung, H. K., & Yeung, O. C. (1997). Community psychiatry in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*, 43(3), 213–216.
- 7) Chui, W., Mui, J., Cheng, K. M. & Cheung, E. (2012). Community psychiatric service in Hong Kong: moving towards recovery-oriented personalised care. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4, 155-159.
- 8) Health and Welfare Bureau (1999). *Hong Kong Rehabilitation Programme Plan (1998-99 to 2002-03) – Towards a New Rehabilitation Era*. Hong Kong: Government Printing Department.
- 9) South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2010). *Recovery is for All. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A Position Statement by Consultant Psychiatrists*. London:SLAM/SWLSTG.
- 10) Thewissen, V., Bentall, R. P., Oorschot, M., van Lierop, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Emotions, self - esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 178-195.
- 11) Holmes, J. (2015). Personal experience: Suicide and psychiatric care—a lament. *BJPsych Bulletin*, 39(1), 45-47.
- 12) Campling, P. (2015). Reforming the culture of healthcare: the case for intelligent kindness. *BJPsych Bulletin*, 39(1), 1-5.
- 13) Mak, W. W., Lam, B. Y., & Yau, S. S. (2010). Recovery knowledge and recovery-oriented services in Hong Kong. *Psychiatric services*, 61(11).

- 14) Mental Health-targeted Case Management Survey, 2010, http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/disabilities/documents/pub/dhs16_159101.pdf
- 15) Van Veldhuizen R. (2007) FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J.* 43, 421–433.
- 16) Tyrer, P., Al Muderis, O., & Gulbrandsen, D. (2001). Distribution of case-load in community mental health teams. *The Psychiatrist*, 25(1), 10-12.
- 17) Salyers, M.P., Mcguire, A.B., Rollins, A.L., Bond, G.R., Mueser, K.T. & Macy, V.R. 2010. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 46, 319-29.
- 18) Chan, L. H. (2014). "Recovery" from the Eye of a Peer Specialist. *East Asian archives of psychiatry*, 24(3), 128-128.
- 19) Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry*, 22, 130–137.
- 20) Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R. (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 31, 280–290.
- 21) Wong, K. K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., & Chiu, S. N. (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric services*, 59(1), 84-90.
- 22) Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 11-53.
- 23) Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 171, 502-508.
- 24) Bressington, D. T., Mui, J., Cheung, E. F., Petch, J., Clark, A. B., & Gray, R. (2013). The prevalence of metabolic syndrome amongst patients with severe mental illness in the community in Hong Kong—a cross sectional study. *BMC psychiatry*, 13(1), 87.
- 25) Chan, S., Mui, J., Shing, K. C., Chien, W. T., Chan, A., Chan, D., & Ip, W. Y. (2011), "Growing in Happiness": Pilot study of a mental health promotion programme for children with mentally ill parents, Vol 37(1),pp. 22-30, *Hong Kong Journal of Mental Health*.
- 26) Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 177, 4–7.
- 27) Chong S.A., Verma S., Vaingankar J.A., Chan Y.H., Wong L.Y., Heng B.H. (2007) Perception of the public towards the mentally ill in developed Asian country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 42, 734–739.
- 28) Docherty J.P. (1997) Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J*

Clin Psychiatry.58(Suppl 1), 5–10

- 29) Littlewood R. (1998) Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. Lancet. 352, 1056–1057