

香港康復計劃方案

「訂定範疇」階段報告

顧問團隊

首席研究員

曾永康教授

香港理工大學康復治療科學系

成員

彭耀宗教授

香港理工大學康復治療科學系

鍾志強博士

香港理工大學康復治療科學系

程小燕博士

香港理工大學護理學院

巫俏冰博士

香港理工大學應用社會科學系

張銘恩博士

香港理工大學眼科視光學院

屠承信博士

香港理工大學醫療科技及資訊學系

石丹理教授

香港理工大學醫療及社會科學院

姚家聰醫生

九龍東醫院聯網精神健康服務總監、
基督教聯合醫院精神科部門主管

目錄

第一部分	背景.....	1
第二部分	檢討目標及指導原則.....	2
2.1	康復政策目標.....	2
2.2	方案檢討指導原則.....	2
2.3	報告目的.....	2
第三部分	公眾意見蒐集及分析.....	3
3.1	公眾參與活動.....	3
3.2	專責小組與持份者會面.....	3
3.3	書面意見.....	3
3.4	相關會議記錄.....	4
3.5	訪問相關團體/服務中心.....	4
3.6	檢視相關文件.....	4
3.7	研究方法及意見整理.....	5
3.8	研究局限及建議.....	7
第四部分	意見匯集及初步觀察.....	9
A.	宏觀課題.....	9
4.1	殘疾人士定義.....	9
4.2	社區支援服務的規劃.....	10
4.3	康復及照顧服務人手規劃.....	11
4.4	院舍照顧服務的規劃.....	11
4.5	殘疾人士老齡化.....	11
4.6	樂齡科技的應用.....	12
4.7	預防、鑑定及醫療康復.....	12
B.	專門課題.....	13
4.8	暢道通行.....	13
4.9	就業支援.....	15
4.10	精神健康.....	17
4.11	特殊需要.....	21
4.12	共融文化.....	23
4.13	公眾意見內容摘要.....	25

第五部分	「制訂建議」階段的準備工作.....	26
5.1	目的.....	26
5.2	分工及協作.....	26
5.3	主題.....	26
5.4	形式.....	29
附錄一：	香港康復計劃方案的檢討架構.....	
附錄二：	「訂定範疇」階段公眾參與活動一覽表.....	
附錄三：	書面意見列表.....	
附錄四：	訪問其他相關團體/服務中心	
附錄五：	專責小組的研究課題.....	
附錄六：	公眾意見內容摘要.....	
附錄七：	轉介予相關政府部門跟進的議題.....	

第一部分 背景

1.1 《香港康復計劃方案》（《方案》）就殘疾人士的各種服務需要闡述策略性方向，以及短、中、長期的措施，涵蓋住宿及社區支援服務、就業支援服務、無障礙設施及交通的提供、醫療、教育、體育、藝術等範疇。《方案》現時涵蓋十項殘疾類別，包括注意力不足／過度活躍症、自閉症、聽障、智障、肢體傷殘、精神病、特殊學習困難、言語障礙、器官殘障和視障。《方案》上一次在2007年完成檢討及更新。

1.2 行政長官在《2017年施政報告》中宣佈制定新的《方案》，以確保康復服務與時並進。康復諮詢委員會（康諮會）獲委託籌劃新方案，並成立香港康復計劃方案檢討工作小組（檢討工作小組）及五個專責小組進行有關工作。康諮會通過的檢討架構圖及課題載於附錄一。

1.3 勞工及福利局（勞福局）於2017年12月委聘香港理工大學康復治療科學系的顧問團隊（顧問團隊）協助康諮會及檢討工作小組研究與殘疾康復服務相關的課題，並且進行廣泛的公眾參與活動，諮詢不同持份者和關注團體。

1.4 制定《方案》的工作分為三個階段，分別為「訂定範疇」階段、「制訂建議」階段及「建立共識」階段：

- i. 訂定範疇階段：訂定新的《方案》的涵蓋範圍及確定需要處理的主要課題，與社會各界展開討論，蒐集各方的意見；
- ii. 制訂建議階段：就確定的主要課題進行分析，並探討應對這些課題的整體方向和可考慮的選項；及
- iii. 建立共識階段：與社會各界討論應在新的《方案》中提出的最終建議，並就此建立共識。

第二部分 檢討目標及指導原則

2.1 康復政策目標

現時的康復政策的目標，是協助殘疾人士發揮所能，並實現無障礙的生活環境，讓殘疾人士在社交生活和個人成長方面，能達致在與其他人平等的基礎上充分和切實地參與社會。聯合國《殘疾人權利公約》（《公約》）自 2008 年 8 月於香港生效。《公約》的宗旨是促進、保護和確保所有殘疾人士充分和平等享有一切人權和基本自由，並促進對殘疾人士固有尊嚴的尊重。康諮會在制定新的《方案》時會恪守《公約》內“殘疾人士的多元化需要”、“個人的自主及自立”，以及“無障礙環境、交通及信息”的核心價值。

2.2 方案檢討指導原則

2.2.1 根據康諮會的指示，顧問團隊在進行《方案》檢討工作時，採用以下三個指導原則：

- i. 以貫穿人生歷程的方式檢視殘疾人士不同人生階段各方面的需要；
- ii. 探討跨界別協作為殘疾人士提供服務；
- iii. 進行既專且廣的諮詢及研究工作。

2.2.2 此外，考慮到《公約》的核心價值，康諮會要求顧問團隊優先研究如何加強對殘疾人士及其照顧者的社區支援服務，讓殘疾人士可選擇在社區生活，延後殘疾人士入住院舍的需要。

2.3 報告目的

本報告載述「訂定範疇」階段公眾參與活動蒐集到的資料及其分析結果。報告亦羅列顧問團隊及專責小組分別就宏觀課題及專門課題的初步觀察及下一階段建議的討論議題，並就「制訂建議」階段的準備工作作出建議。

第三部分 公眾意見蒐集及分析

3.1 公眾參與活動

3.1.1 參與公眾與團體

2018年3月15日至6月25日期間，工作小組和顧問團隊就「訂定範疇」階段舉行了四場持份者會議，四場公眾諮詢會及十四場聚焦小組。參與持份者包括：

- i. 康復及護理服務營運者，包括資助及非資助社區照顧服務，和院舍照顧服務的營運者。
- ii. 康復及護理服務的使用者，包括使用者個人和病人自助組織。
- iii. 與殘疾康復服務有關的業界組織和專業團體；及
- iv. 關注團體／個人，包括不同殘疾類別組織、社會福利關注團體和社區代表（包括政黨代表及區議員）。

3.1.2 活動流程

- i. 公眾諮詢會：顧問團隊透過香港理工大學 mySurvey 系統供公眾作網上登記參與活動。此做法旨在預先了解參與者的基本資料，包括所屬團體／機構，參與身份以及所需協助，例如即時傳譯及手語翻譯等，以便工作人員安排。
- ii. 持份者會議：顧問團隊主要透過香港社會服務聯會以及社會福利署（社署）的名單，邀請相關團體／機構舉辦持份者會議。此活動發言環節與諮詢會相似。
- iii. 聚焦小組：該研究環節通過香港理工大學人類學科研究道德小組委員會批准。顧問團隊透過機構名單及網上登記系統招募參與者，亦參考國際學術標準，遵守聚焦小組的慣常做法，包括獲取參與者同意、設立人數限制、引導討論、即場及錄音記錄等。聚焦小組的討論議題及參與人數可參見附錄二。

3.2 專責小組與持份者會面

另外，專責小組在第一階段期間與相關持份者安排多次會面，包括精神健康專責小組、就業支援專責小組及特殊需要專責小組。詳情參閱附錄二。

3.3 書面意見

公眾可透過電郵、郵寄、傳真或《方案》網站提交書面意見。在「訂定範疇」階段內共收到 70 份書面意見。另外，網站上有 23 位人士提交意見，顧問團隊會將這些意見者身份保密，並將資料綜合成單一文檔方便分析。書面意見詳情列於附錄三。

3.4 相關會議記錄

顧問團隊檢視在「訂定範疇」階段舉行與《方案》相關的立法會福利事務委員會、康復諮詢委員會及檢討工作小組會議。

3.5 訪問相關團體/服務中心

顧問團隊訪問了與殘疾人士服務相關的團體及服務中心，以了解有關服務的運作及收集持份者的意見。顧問團隊曾訪問的團體／服務中心詳情載於附錄四。

3.6 檢視相關文件

- i. 《聯合國殘疾人權利公約》
- ii. 聯合國亞洲及太平洋經濟社會委員會的《亞洲及太平洋殘疾人“切實享有權利”仁川戰略》
- iii. 《北京宣言及行動綱要》
- iv. 1977 年《康復政策白皮書：群策群力，協助弱能人士更生》(1977 White Paper on Rehabilitation–Integrating the Disabled into the Community)
- v. 1995 年《康復政策白皮書：平等齊參與，展能創新天》(1995 White Paper on Rehabilitation–Equal Opportunities and Full Participation)
- vi. 《1998/99–2003/04 香港康復計劃方案》
- vii. 《2005–2007 香港康復計劃方案》
- viii. 《設計手冊：無障礙通道 2008》
- ix. 《香港人口生命表 2011–2066》
- x. 《2013 年香港殘疾人士貧窮情況報告》
- xi. 《第 62 號專題報告書》(2013 年)
- xii. 《2016 年香港殘疾人士體育發展顧問研究》(由香港浸會大學呈交民政事務局)
- xiii. 《2016 年個案管理服務手冊》
- xiv. 《2017 年安老服務計劃方案》
- xv. 《2017 年精神健康檢討報告》
- xvi. 《2017 年醫療人力規劃和專業發展策略檢討》
- xvii. 《香港人口推算 2017–2066》
- xviii. 福利事務委員會其他與康復服務相關的文件及會議記錄 (2017-2018 年期間)
- xix. 香港特別行政區根據聯合國《殘疾人權利公約》提交的第二次報告的項目大綱 (2018 年)

3.7 研究方法及意見整理

3.7.1 研究方法

i. 一般質性取向 (general qualitative orientation) ¹

本研究採用一般質性取向，以整體視角 (holistic perspective) ²對香港的殘疾人士及其家人/照顧者和服務提供者的意見和經歷進行廣泛而深入的探索，以理解殘疾人士及其家人/照顧者的真正需要，以及相關服務如何回應或者未能回應殘疾人士的相關需要，並據此提出滿足殘疾人士真正需要、促進其獨立自主、持續發展和融入社會的政策建議。

ii. 確保研究的中立性

在質性研究中，研究者本身就是研究工具，因此，在整個研究過程中，研究者需要保持同理心的中立 (empathic neutrality) ³。在本研究的數據蒐集過程中，特別是在聚焦小組中，一方面研究者對殘疾人士及其家人/照顧者富有同理心，關心並重視其經歷和意見 (empathy)；另一方面，研究者/訪談者避免表露自己對所討論問題的主觀傾向或情感，以避免對訪談對象進行誘導性提問。同時，對於訪談對象在訪談過程中的分享和表現，訪談者也保持中立的態度 (neutrality)，不做任何評論性發言。

更重要的，整個數據蒐集與分析的過程中採用三角校正法 (triangulation)，以保持研究的中立性和可信度。首先是質性數據來源的三角校正 (triangulation of qualitative data sources) ⁴。本研究包括不同的質性數據來源：1) 通過大型公眾諮詢會蒐集公眾意見；2) 通過持份者會議蒐集與殘疾事務有關的持份者的意見；3) 通過對不同類別殘疾人士、及其家人/照顧者和服務提供者進行聚焦小組訪談對其經歷進行更深入研究；4) 研究者親身訪問觀察不同的殘疾人士服務機構對所蒐集到的意見進行驗證。在數據蒐集的過程中，研究團隊也分別請不同的研究成員作訪談者或意見蒐集者，以避免單一訪談者可能帶來的偏見。

其次是數據分析員的三角校正 (triangulation through multiple analysts) ⁵。在數據分析過程中，研究團隊請兩位獨立編碼員進行編碼，以避免單獨編碼員可能

¹ Shek, D. T., Tang, V. M., & Han, X. Y. (2005). Evaluation of evaluation studies using qualitative research methods in the social work literature (1990-2003): Evidence that constitutes a wake-up call. *Research on Social Work Practice, 15*(3), 180-194.

^{2, 3, 4, 5} Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.

導致的偏向。再者，對數據進行歸納式分析所得出來的研究結果，即不同的建議主題（themes），將會在研究團隊內部不同成員間進行討論，以保證分析結果的中立性。

最後，鑑於「訂定範疇」階段通過質性研究方法蒐集的質性數據只能反映少數殘疾人士及相關持份者的意見，為避免政策建議的偏向性，研究團隊將在第二階段「制訂建議」階段，通過問卷調查的定量研究方法，蒐集更多殘疾人士及其照顧者對第一階段所獲得政策議題的重要性的意見，以保證最終政策建議的中立性。這一方法屬於數據蒐集方法的三角校正（*methods triangulation*）⁶。

3.7.2 口頭意見的整理與歸檔

i. 本研究的口頭意見來源主要包括：

- 1) 立法會福利事務委員會會議；
- 2) 康復諮詢委員會會議；
- 3) 檢討工作小組會議；
- 4) 四場公眾諮詢會；
- 5) 四場持份者會議；
- 6) 十四場聚焦小組；及
- 7) 顧問團隊參與的會議；

ii. 這些口頭意見，由顧問團隊的研究成員進行臨場記錄和錄音，並根據錄音的內容對所記錄的筆記進行完整和完善，以形成完整的、清晰的意見，最後將這些意見歸檔。

3.7.3 對於書面意見的整理與歸檔

除上述口頭意見外，亦有公眾和相關持份者對相關議題提交書面意見。書面意見提交的方式包括即場提交和通過電郵、傳真提交。對於即場提交的意見，顧問團隊將按照原文輸入 Microsoft Word 文檔，並根據其內容進行歸檔。對於通過電郵、傳真提交的意見，顧問團隊會進行仔細的閱讀，並亦將這些意見歸檔。

3.7.4 訪問機構之記錄的整理與歸檔

在訪問團體/服務中心的過程中，除了對一些口頭的分享進行記錄和錄音外，亦會有一些觀察記錄，這些記錄也將作為重要的數據來源進行整理和歸檔。

⁶ Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.

3.7.5 數據分析工具和過程

本研究採用主題分析（Thematic Analysis）的方法，將所有整理好的意見文檔（Word 或 PDF 格式）導入至常用的質化數據分析工具 QSR Nvivo 12 進行分析和歸納，以形成不同的主題。這些主題最終構成第二階段將要進行研究的重要範疇，並成為制定政策建議的重要根據。具體的分析過程詳述如下：

- i. 將蒐集到的意見由兩位獨立的編碼員進行初步編碼和分析；
- ii. 初步編碼將採取開放式的編碼方式，對收到的每一個意見進行編碼；
- iii. 將開放式編碼形成的主題進行歸類，形成更高一層的主題；
- iv. 結束第一次的編碼後，兩位獨立的編碼員對所進行的編碼進行討論，在對數據的理解和編碼的方法上達成共識；
- v. 對於在編碼上不同的意見，將在顧問團隊內部會議上再進行討論，由另一個專家小組，包括博士級的量化及質化研究專家，協助綜合相關資料，直至編碼員達成共識；
- vi. 在這樣的過程中，形成初步的編碼本（Codebook）；
- vii. 兩位獨立的編碼員再根據已經初步建立起來的編碼本繼續對其他的意見進行編碼；及
- viii. 在編碼的過程中，根據不斷加進去的新的意見，豐富並完善編碼本，最終形成一個研究報告的初步框架。

3.8 研究局限及建議

3.8.1 於此階段的研究中，顧問團隊謹守相關學術標準；儘管如此，該研究仍存在以下局限：第一，公眾參與活動未必能接觸到所有居於社區及沒有接受康復服務的殘疾人士；第二，聚焦小組的參與者或會因為病情、家庭關係等私隱而在討論中有所保留；第三，該階段採用的質化研究方法雖然涵蓋議題廣泛而詳細，但部分團體代表/個人意見者重複參與諮詢會及聚焦小組，因此相同議題出現的頻率未能直接反映其普及程度；第四，意見者的表達能力各有差異，因此部分質化數據存在模稜兩可的意思或文法邏輯不清晰；最後，質化研究的數據較難建立外部效度(external validity)，該階段研究未能確定相關現象是否適用於整個殘疾群體。

3.8.2 當部分公眾諮詢會的意見者提出的議題不清晰或不確定時，顧問團隊嘗試採用資料三角校正法(data source triangulation)^{7 8}，即於探訪服務機構、聚焦小組環節中繼續追問，以及從其他資料途徑加以證實。另外即將於第二階段「制訂建議」階段進行的問卷研究及人口推測，亦會就一系列重要議題加以探討，包括殘疾人士老齡化、社區支援服務使用情況、照顧者的需要等。以問卷

⁷ Denzin, N.K. (1978). *Sociological methods: A sourcebook*. New York, NY: McGraw-Hill.

⁸ Patton, M.Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Sciences Research*, 34, 1189–1208

研究及人口推測為主要的量化研究方法，與公眾參與活動的質化方法配合。

3.8.3 儘管該研究存在以上局限，第一階段蒐集了數量可觀且內容豐富的數據，幫助顧問團隊理解目前香港殘疾人士及相關持份者的需要，以及殘疾人士相關政策和服務的優勢與不足，並以此為基礎形成了一些重要的研究範疇，為第二階段的量化研究提供可靠的理論支持。

第四部分 意見匯集及初步觀察

A. 宏觀課題

本節載述顧問團隊從公眾參與活動、書面意見以及訪問/會議紀錄所蒐集到的意見而得出的討論議題，並針對這些議題對未來檢討作出研究指引。這些議題與殘疾事務最為相關，亦得到廣泛持份者的關注，因此往後的工作將探討這些議題及其涵蓋的事項。

因應「訂定範疇」階段收集到的公眾意見，康諮會在 2018 年 7 月 24 日的會議上同意《方案》檢討的範疇應包括：

七個宏觀課題：

- 殘疾人士的定義；
- 社區支援服務的規劃（包括照顧者及自助組織的支援）；
- 康復及護理服務人手規劃；
- 院舍照顧服務的規劃；
- 殘疾人士老齡化；
- 樂齡科技的應用；
- 預防、鑑定及醫療康復；

以及五個專門範疇內的各项課題：

- 暢道通行；
- 就業支援；
- 精神健康；
- 特殊需要；
- 共融文化。

根據所蒐集到資料和意見，顧問團隊的觀察和分析如下：

4.1 殘疾人士定義

- 《方案》內的殘疾類別一直沿用以往《方案》的類別，只在 2005 年的檢討中增加兩項殘疾類別（注意力不足／過度活躍症及特殊學習困難）。
- 智力障礙只是唐氏綜合症人士的其中一個症狀，唐氏綜合症人士在醫療和照顧需要上與智障人士有一定的分別。

- 根據最新版本的「精神疾病診斷與統計手冊」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5），「自閉症」的名稱為「自閉症譜系障礙」。
- 有不少意見表示應考慮引入《國際殘疾、功能和健康分類》作殘疾分類及評估。台灣於 2007 年對其《身心障礙者權益保障法》進行修改，將殘疾類別以《國際殘疾、功能和健康分類》中的八個身體系統功能為基礎。日本則以身體機能障礙，智力障礙及精神病為主要分類，並有 16 類細分的殘疾⁹。

4.2 社區支援服務的規劃

- 不少殘疾人士表示希望繼續在家生活以盡量延後入住殘疾人士院舍，期望政府能加強對殘疾人士家庭的社區支援服務，讓殘疾人士可選擇繼續在社區與家人一同生活，並同時減輕其家人的壓力。
- 現時為殘疾人士及其照顧者提供的社區支援服務中心種類繁多（包括殘疾人士地區支援中心、四肢癱瘓病人過渡期護理支援中心、日間社區康復中心、殘疾人士社交及康樂中心及家長／親屬資源中心等），有機會出現服務重疊或銜接的問題。現有中心的數目亦未能滿足居住在社區的殘疾人士的需求。
- 據顧問團隊就訪問兩間殘疾人士地區支援中心的觀察所得，現時中心對服務對象的定位並未有清晰的規範，對象涵蓋肢體傷殘人士、智障人士、自閉症人士等，而服務對象年齡從 6 歲到 80 歲不等，其中一間中心的自閉症會員約佔三分之一。中心現時就服務對象的定位未必能有效針對各殘疾類別人士的不同需求，特別是一些有行為問題的服務使用者。
- 2014 年社署納入恆常資助項目的「嚴重殘疾人士家居照顧服務」並不包括上門清潔服務，而服務對象亦不包括中度殘疾但極需要「過渡性」家居照顧服務的人士。
- 在聚焦小組訪談中，很多照顧者反映照顧壓力大，並表示需要暫託、緊急暫顧等多方面服務，以緩解壓力；而照顧者的情緒壓力也需要得到舒緩。
- 政府現時有不少為殘疾人士提供的現金津貼計劃。有意見認為可考慮推出「殘疾人士社區照顧服務券」，讓合資格的殘疾人士因應個人需要選擇服務。
- 社署現時為殘疾人士／病人自助組織提供有時限（以兩年為一期）的資助計劃。不少自助組織表示在現時的資助金額下要面對資金、人手及空間不足的問題。

⁹ 身體障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）

4.3 康復及照顧服務人手規劃

- 顧問團隊在機構訪問中留意到，殘疾人士康復及護理領域專業人手的缺乏是一個普遍的問題。
- 在聚焦小組討論中，有前線員工反映現時的薪酬標準需要提高，並且優化照顧員的職業階梯，以吸引更多人投身康復服務。
- 現時部分智障人士院舍試行「綜合復康工作員」的模式，整合照顧員、保健員及活動工作員的工作範疇，讓照顧人手安排更靈活。

4.4 院舍照顧服務的規劃

- 現時資助殘疾人士院舍的輪候時間長：例如在 2017-18 年度平均輪候嚴重弱智人士宿舍的時間接近 15 年。
- 部分殘疾人士在獲編配院舍宿位的時候由於家人還有能力照顧及個人仍希望在社區繼續生活，其實並沒有即時入住院舍的需要。但考慮到輪候院舍服務時間頗長，殘疾人士在不願放棄宿位的情況下入住院舍。
- 顧問團隊在機構訪問中留意到，不同類別的殘疾人士住在同一間宿舍引致的問題，例如有行為問題的年輕自閉症人士與老齡化的智障人士之間或會有肢體上的碰撞而導致衝突或受傷。

4.5 殘疾人士老齡化

- 根據第 62 號專題報告書，在八個選定殘疾類別（除智障外）的殘疾人士中，超過六成人年齡為 65 歲或以上。年紀大成為身體活動能力受限制和聽覺有困難的最主要成因。老齡化是殘疾人士和他們的照顧者共同面對的問題，而智障人士的老齡化問題尤其令人關注。
- 顧問團隊在訪問機構中觀察到，老齡殘疾人士（尤其是老齡智障人士）在照顧和護理上有特殊需要，為其提供專門的服務才能有效應對其需要。
- 某些殘疾人士衰老情況較一般人早出現，或者身體功能突發衰退。現時長者的定義，影響到他們申請院舍及福利津貼。所以需要檢視殘疾人士老齡化的定義及評估服務資格。有本地研究顯示¹⁰，智障服務使用者比同齡的一般人士較早患上各種的長期病患和與其相關的身體功能障礙。高血壓、糖尿病和白內障是有關研究對象所有年齡級別中較常見的身體病況。智障人士平均身體病況數目，在 30-39 歲開始隨年齡遞升而有增加的趨勢；患有唐氏綜合症的組別相對於沒患有唐氏綜合症的組別，有較多的殘疾情況和

¹⁰ 「智障人士老齡化趨勢」研究報告(2016) (香港理工大學)

身體病況，其身體病況數目在 30-39 歲開始顯著較多；患有腦癱的智障人士中，身體病況數目在 50-59 歲開始顯著較多。

- 除了殘疾人士老齡化，其照顧者也面臨老齡化，年長照顧者對去世後殘疾子女的照顧安排有很多擔憂。

4.6 樂齡科技的應用

- 一些參與者提出，現在政府確有提供給殘疾人士一些康復科技產品，但部分產品未能完全切合殘疾人士的真正需要。
- 顧問團隊在探訪地區支援中心及院舍時發現，這些單位對基本康復器材和配套的需求比較明顯。
- 顧問團隊在與持份者討論中發現，在年長的殘疾人士及照顧者中，對康復輔助科技有認識的人士不多。即使服務機構有推行一些科技產品，他們覺得需要較長時間適應及學習使用。
- 有不少殘疾人士表示即使能獲得合適的工作，但因為缺乏輔助科技產品，亦難以應付。

4.7 預防、鑑定及醫療康復

- 近年來，香港發生了一些因為精神健康問題而導致社會危機的案例。有需要加強公眾在預防精神疾病上的教育，讓公眾更瞭解病患產生的原因。
- 香港有特殊需要兒童數目，尤其是自閉症及注意力不足／過度活躍兒童數目有明顯增長，可能會對相關康復服務帶來挑戰。顧問團隊參考統計數據發現¹¹，從二零零一年至二零零六年，自閉症人士由 3,000 人升至 3,800 人(普遍率由 0.05% 升至 0.1%)，言語障礙人士由 18,500 人升至 28,400 人(普遍率由 0.3% 升至 0.4%)；而自二零零六年起新加入了兩項注意力不足/過度活躍症(5,500 人，普遍率 0.1%)和特殊學習困難(9,900 人，普遍率 0.1%)，直至二零一三年的最新數據顯示，10,200 人有自閉症(普遍率 0.1%)，49,300 人有言語障礙(普遍率 0.7%)，12,800 人有注意力不足/過度活躍症(普遍率 0.2%)，以及 17,700 人有特殊學習困難(普遍率 0.2%)。
- 一些殘疾人士因醫療需要無法及時得到滿足而導致殘疾惡化，或者身體早衰。
- 一些殘疾人士在接受公共醫療服務時未能得到合適的便利服務。

¹¹ 2001 年第 28 號專題報告書、2006 年第 48 號專題報告書、2013 年第 62 號專題報告書

B. 專門課題

4.8 暢道通行

暢道通行專責小組負責檢視與殘疾人士相關的無障礙事宜，包括無障礙環境、無障礙交通服務及無障礙資訊；及就有關事宜建議策略性方向及短、中、長期措施，以供檢討工作小組考慮。

因應「訂定範疇」階段收集到的公眾意見，暢道通行專責小組的研究範疇涵蓋無障礙物質環境、無障礙交通運輸和無障礙信息及服務共三個範疇。暢道通行專責小組就各研究範疇的觀察及進一步探討的議題載於下文及附錄五 A：

(一) 無障礙物質環境

觀察

- 屋宇署的《暢通無阻的通道手冊》(《手冊》)對上一次更新的時間為 2008 年。此外，《手冊》並不涵蓋戶外環境。
- 《公約》載有關於「通用設計」的定義。
- 政府管理的設施曾於 2014 年完成改善工程計劃；由私營機構管理的無障礙設施質素參差。

進一步探討的議題

- 專責小組會透過顧問研究，協助制定策略及措施以提高香港社區／生活環境的通達性。顧問研究的範圍包括參考其他城市所採用的最新標準／最佳做法／指引，以檢視現時香港社區／生活環境的通達程度；並且制訂策略及措施，以期分階段透過改善環境／設施和應用創新科技及輔助裝置，為不同能力的人士締造一個更加通達的社區／生活環境。
- 檢視由政府／公共機構提供的設施／服務的無障礙程度，並制訂策略及措施以消除物質、運作及態度方面的障礙。
- 研究如何推出新的監察機制和獎勵計劃，藉以提高由私營機構提供的設施／服務的無障礙程度。
- 推展以無障礙事宜為主題的特定培訓計劃及公眾教育。

(二) 無障礙交通運輸

觀察

- 復康巴士服務為殘疾人士提供特殊交通服務發揮積極作用，惟透過加強公共運輸系統的無障礙設施才可令更多殘疾人士受惠。

進一步探討的議題

- 檢視公共運輸系統無障礙設施的目前情況，並制訂策略及措施以消除物質、運作及態度方面的障礙，特別留意陸上運輸（例如消除鐵路和專營巴士在運作及態度方面的障礙；無障礙的士及小巴的未來發展；以及公共運輸交匯處的無障礙設施等等）；海上運輸（例如無障礙服務、無障礙水上運輸和渡輪終點碼頭及其他碼頭的無障礙設施）及航空運輸（例如機場的無障礙設施及航空公司提供包容各類乘客的服務）的情況。
- 檢討復康巴士服務的目前定位，特別留意現行透過參考「殘疾類別」及「行程目的」以決定服務使用者是否符合資格及訂定其優先次序的做法是否有效；是否需要把社會和環境因素納入考慮範圍；及無障礙公共運輸服務與特別運輸服務之間的配合。

(三) 無障礙信息及服務

觀察

- 信息和通訊技術的應用可大大改善殘疾人士出行及獲取服務。
- 殘疾人士應可透過互聯網站獲取各種資訊以豐富生活。

進一步探討的議題

- 探討是否有新的信息和通訊技術（例如透過室內導航技術以提供盲人引路）或能否應用現有的技術（例如透過視像通訊技術為聾人提供即時手語翻譯服務），以協助殘疾人士參與社會活動。
- 探討如何促進殘疾人士無障礙地瀏覽網站內容和使用互聯網。
- 探討如何促進無障礙的服務（例如銀行服務）。

4.9 就業支援

就業支援專責小組協助檢討工作小組檢視與殘疾人士就業和職業康復相關的事務；及就上述事宜制定策略性方向及短、中、長期措施，以供檢討工作小組考慮。

因應「訂定範疇」階段收集到的公眾意見，就業支援專責小組的研究範疇涵蓋以殘疾僱員為本的措施、以僱主為本的措施、僱主對僱主的聯繫、一站式溝通平台、新的商業模式和其他探討事項共六個範疇。就業支援專責小組就各研究範疇的觀察及進一步探討的議題載於下文及附錄五 B：

觀察

- 就業對殘疾人士的意義並不單是一份賺取收入的工作，而是代表社會對他們能力及貢獻的肯定。
- 現時展能中心暨嚴重弱智人士宿舍及庇護工場的服務使用者出現老化現象，他們未能受益於現有的職業康復服務模式。另一方面，輪候有關服務的適齡人士眾多，輪候的時間也越來越長。
- 越來越多殘疾人士取得大專學歷，傳統的工種未必適合他們。
- 現時為殘疾人士提供就業支援涉及眾多政府部門、法定機構及非政府機構，僱主難以掌握全面資訊。
- 殘疾僱員就業後須得到持續的支援，以應對工作間的壓力。
- 目前私人企業以「社會責任」或「社會良心」對待殘疾人士的聘用，未能充分反映《公約》平等機會的精神。

進一步探討的議題

(一) 以殘疾僱員為本的措施

- 探討如何整合各政府部門現時為殘疾僱員提供的就業培訓及康復服務及加強有關服務，例如就業後持續的跟進輔導、提供就業上所需的輔助儀器等。
- 留意到殘疾人士在就業市場上的「職業定型」。因應市場的需要，探討為不同能力及不同學歷的殘疾人士開拓新工種或行業。

- 研究如何鼓勵及促進更多僱主為殘疾人士提供實習工作機會，讓殘疾人士了解日後工作的需要及自己的能力，及讓僱主更了解殘疾僱員的能力。
- 探討如何加強支援社會企業，為殘疾人士創造更多的就業機會。
- 探討如何支援自僱的殘疾人士。
- 探討社署職業康復服務系統的優化空間，包括庇護工場／綜合職業康復服務中心／綜合職業訓練中心的服務模式及定位。

(二) 以僱主為本的措施

- 檢視現行的就業津貼、為殘疾僱員的指導員提供的獎勵等。
- 留意到僱主重視支援措施，探討加強支援企業內需要與殘疾僱員合作的員工，例如提供訓練及持續支援，推廣其他員工學習與殘疾僱員工作的共融技巧。
- 研究如何鼓勵僱主在工作場所為殘疾僱員提供更多「合理便利」的措施，包括在工作間加裝無障礙設施、提供輔助儀器和軟件、殘疾僱員工作時間及流程上的適度調整（例如彈性上班安排）等。

(三) 僱主對僱主的聯繫

- 研究如何加強聘用殘疾人士的企業之間的聯繫，建立平台讓企業互相分享聘用殘疾人士的成功個案，透過企業探訪、工作坊等方式，分享在工作間為殘疾僱員提供合理便利措施的實例。
- 鼓勵成功聘用殘疾人士的企業擔任「企業指導員」的角色，為已經聘用或有意聘用殘疾人士的企業提供合適的資訊及意見，進一步在商界推廣聘用更多殘疾人士擔任不同崗位。

(四) 一站式溝通平台

- 研究整合與殘疾人士就業相關的服務及資訊，為殘疾僱員及聘用殘疾人士的僱主提供更好的支援及聯繫，包括：
 - 建立「一站式資訊」網站，以提供不同類型殘疾人士的成功就業個案；政府、資助非政府機構及法定組織的支援措施、僱主提供「合理便利」的資訊錦囊等；及
 - 就公共機構聘請殘疾人士的現況進行問卷調查，並因應調查所得制定推廣殘疾人士就業的策略。

(五) 新的商業模式

- 整合現時政府、非政府機構、相關的法定組織及殘疾人士自助組織向商界推廣殘疾人士就業的訊息。
- 建議透過具創意的活動，推廣「合理便利」、「多元共融」及「友善聘用」等以平等為基礎的價值觀。
- 探討建立及推廣新的商業模式以促進公共及私人機構聘用更多殘疾人士，包括檢討現行的宣傳推廣策略（如社會企業及「約章計劃」的優化空間）

(六) 其他事項

- 專責小組亦會檢視以下與殘疾人士就業政策相關的專題，包括：
 - 探討為正在領取綜合社會保障援助計劃的殘疾人士提供更高的豁免計算入息金額；
 - 探討由政府提供補貼的可行性，讓參與生產能力評估的殘疾僱員也可以領取法定最低工資；及
 - 探討在香港推行就業配額制度的利弊。

4.10 精神健康

精神健康專責小組負責檢視與精神病康復者社區支援服務相關的事宜；及就相關的事宜制定策略性方向及措施以供檢討工作小組考慮。

因應「訂定範疇」階段收集到的公眾意見，精神健康專責小組的研究範疇涵蓋「及早識別／適時轉介」、「復元及融入社會」和「精神健康推廣及公眾教育」三個範疇，同時會進一步研究精神健康綜合社區中心的定位和加強「醫社互助共融模式」。精神健康專責小組就各研究範疇的觀察及進一步探討的議題載於下文附錄五 C：

(一) 及早識別／適時轉介

觀察

- 一般精神病（特別是抑鬱症）在香港的普遍率達 13.3%¹²，抑鬱症對患者帶來各方面的損害，更在自殺個案的原因中佔一個很高的比例。
- 現時醫院管理局會優先處理嚴重精神病個案，患有精神病的人士求診的輪候時間較長。

進一步探討的議題

- 加強基層精神健康服務，探討減少一般精神病患者（包括抑鬱症患者）對醫院管理局精神科專科服務的需求，並減少輪候公營精神科專科服務的時間，包括探討：
 - 一些創新的方法，包括指導式自助治療的工具(如情緒 GPS¹³)，流動醫療車等；
 - 由接受過精神健康訓練的全科醫生識別有需要接受精神科或心理治療的人士，並提供諮詢及作出轉介服務；
 - 增設“社區精神健康工作人員”（工作人員）的可行性，讓合資格的工作員作初步評估，並作適當的轉介；及
 - 探討與私家醫生協作計劃，讓有需要人士盡早作進一步臨床評估和接受精神治療。

(二) 復元及融入社會

觀察

- 現時有不少社區精神健康項目，為精神病康復者的家屬／照顧者提供支援(例如社區投資共享基金資助的項目)，但基於有關的資助模式屬有時限性，未能為有需要的人士提供持續的服務。
- 現時只有一間由社署資助專為精神康復者的家屬／照顧者而設的家長／親屬資源中心。
- 就業對精神病康復者復元過程十分重要。

12 香港精神健康調查(Hong Kong Mental Morbidity Survey) 2010

13 一項由非政府機構推展的心理健康自學支援計劃，參考了英國「心理治療普及化計劃」，受專門培訓和嚴謹督導的心理健康主任會為 18 至 65 歲並有輕微至中等程度的情緒困擾的人士(包括抑鬱症、焦慮症等)，提供評估及早期介入服務，如「指導式自助治療」和心理教育小組。

進一步探討的議題

- 探討把具成效的社區精神健康項目推薦給政府作進一步考慮，將有關服務恒常化及擴展至全香港。
- 考慮加強家長／親屬支援服務，讓精神病康復者的家屬／照顧者可交流經驗，並發揮彼此支援的作用。
- 研究優化及擴大在社區精神康復服務單位推行的朋輩支援服務計劃。
- 檢視如何加強現時支援精神病康復者的就業措施，以增加他們就業的機會和協助他們持續就業。

(三) 精神健康推廣及公眾教育

觀察

- 現時不同的政府部門及服務提供者均為精神病康復者/懷疑有精神病人士提供不同的服務，但基於區域等原因，各部門、不同協作平台和服務提供者之間有關為精神病康復者提供的服務資料都未能互通。
- 現時社會大眾對精神病患者／康復人士存有誤解和歧視。

進一步探討的議題

- 檢視現時不同的政府部門及服務提供者提供的服務資料，建議研究在符合私隱保障的情況下，探討如何促進政府部門、不同協作平台和服務提供者之間有關為精神病康復者的服務資料互通，從而讓精神病患者／康復人士獲得適切的服務。
- 探討如何減低社會大眾對精神病患者自身及對其家人的歧視，及增加大眾對他們的接納及支援，並研究如何推展精神健康運動，包括：
 - 在全港性的層面，配合各相關政府部門和非政府機構服務提供者，並動員其他界別(如商界)，就精神健康的推廣工作，讓更多市民掌握有關社區精神健康服務的資訊；及
 - 在社區的層面，支援精神健康教育和推廣工作，讓公眾認識和了解精神健康，使懷疑有精神健康問題及早發現病情和尋求協助，以及給予精神病康復者更大支持和關懷。

(四) 檢視精神健康綜合社區中心的定位

觀察

- 現時社署在各區成立共 24 個精神健康綜合社區中心服務點，為全港 15 歲或以上的精神病康復者、懷疑有精神健康問題的人士，其家人及照顧者和區內居民，提供由預防以至危機管理的一站式、以地區為本的社區支援服務，包括個案輔導、職業治療、外展服務、日間訓練、治療及支援小組、社交及康樂活動、公眾教育活動、以及轉介個案。

進一步探討的議題

- 檢視精神健康綜合社區中心的定位，包括：
 - 服務對象 – 鑑於社會對青少年精神健康的關注，探討擴大綜合社區中心服務對象的的可行性；
 - 服務模式及工作重點的定位 – 探討如何配合推動「醫社互助共融模式」，包括研究加強及早專業介入及轉介服務、加強與醫管局及其他服務或單位（包括長者服務、青少年服務、私營殘疾人士院舍）的協作等；及
 - 綜合社區中心的人手編制及處所設施，以配合中心的定位，使綜合社區中心在不同的範疇都能發揮更大的作用。

(五) 醫社互助共融模式

觀察

- 現時個別醫管局聯網的做法，建立及推廣「醫社互助共融模式」至精神健康服務各個範疇，加強精神科服務與社區夥伴的聯繫，以達致全人治療。

進一步探討的議題

- 就精神健康而言，「醫社互助共融模式」可探討的範疇包括：
 - 加強資訊及資源交換、培訓等元素；
 - 研究加強「兒童及青少年精神健康」、「成人精神健康」、「認知障礙」及「預防及推廣」等多平台協作；及
 - 醫護及專職醫療團隊（醫管局的精神科、家庭醫學、私家醫生等）及社區夥伴（包括：病人互助組織、社會服務機構、學校、居民組織）等主要持份者參與和協作。

4.11 特殊需要

特殊需要專責小組負責檢視為有特殊需要人士及其家長／照顧者提供的服務；及就有關事宜建議策略性方向及短、中、長期措施，以供檢討工作小組考慮。

因應「訂定範疇」階段收集到的公眾意見，特殊需要專責小組的研究範疇涵蓋學前支援服務、教育服務、社區支援服務、院舍照顧服務和特殊醫療服務共五個範疇。特殊需要專責小組就各研究範疇的觀察及進一步探討的議題載於下文及附錄五 D：

(一) 學前支援服務

觀察

- 早期介入、及早為有需要的兒童提供適切訓練至為重要。
- 到校學前康復服務試驗計劃的效果理想，有助舒緩輪候學前康復服務的壓力。
- 現時衛生署兒童體能智力測驗中心為懷疑有特殊需要兒童進行評估服務的輪候時間過長。

進一步探討的議題

- 研究到校學前康復服務試驗計劃常規化時如何進一步優化到校的跨專業團隊的服務。
- 探討提升衛生署兒童體能智力測驗中心的識別有特殊需要的兒童服務容量的方法。

(二) 教育服務

觀察

- 有特殊需要兒童在升讀小學後無法再接受政府資助的學前康復服務，但部分兒童需要一些過渡性的支援，以協助他們適應主流小學的新環境。
- 「賽馬會喜伴同行計劃」能有效支援有自閉症的學生，為於主流學校就讀的自閉症學生及其家長提供全方位支援服務。

進一步探討的議題

- 檢視由幼稚園升讀小一的有特殊需要的兒童的服務銜接問題。
- 檢視有特殊需要學生在主流學校及特殊學校的支援，包括特殊學校的暫宿名額。
- 檢視有特殊需要人士的持續教育需要，以協助他們進行生涯規劃，包括主流學校及特殊學校有特殊需要的畢業生。

(三) 社區支援服務¹⁴

觀察

- 現時各項社區支援服務，特別是殘疾人士地區支援中心，除了服務容量不足外，服務的殘疾類別太多，服務使用者的年齡差距大，未必能夠提供針對性的服務。
- 家長的參與能使有特殊需要兒童訓練過程的質素得以提升。

進一步探討的議題

- 檢視社區支援服務的定位，包括社區支援服務中心的服務及家居到戶服務。
- 探討如何加強對有特殊需要人士家長及親屬／照顧者的支援服務，包括殘疾人士家長／親屬資源中心及檢視為殘疾人士照顧者提供的照顧者津貼。

(四) 院舍照顧服務^{14, 15}

觀察

- 應優先研究如何加強對殘疾人士的社區支援，包括對其照顧者的支援，讓殘疾人士可選擇在社區生活，延後殘疾人士入住院舍的需要，然後檢視院舍照顧的服務需要以及整體的人手要求。

進一步探討的議題

- 院舍照顧服務的服務定位及服務模式。

¹⁴ 社區支援服務及院舍照顧服務的規劃準則及基礎會由「香港康復計劃方案檢討工作小組」研究及跟進。

¹⁵ 殘疾人士院舍的服務質素及監管事宜現正由社會福利署的「檢視院舍實務守則及法例工作小組」研究及跟進。

(五) 特殊醫療服務

觀察

- 殘疾人士應可與其他人一樣獲取醫療服務。
- 家屬／照顧者在成年智障人士入住醫院時的陪同能促進醫護人員對其智障子女特性的了解，從而減輕醫護人員的壓力。
- 因應智障人士及自閉症人士的特殊需要，有需要為他們提供特殊的牙科服務。

進一步探討的議題

- 應透過「合理便利」的措施，協助殘疾人士獲取有關服務，並因應部分殘疾類別的特殊情況，考慮提供特別的醫療服務
- 為殘疾人士提供特殊牙科服務。長遠而言，應培訓一般牙醫向殘疾人士提供牙科服務的技巧。

4.12 共融文化

共融文化專責小組協助檢討工作小組檢視推廣《公約》及共融文化的公眾教育策略，包括協助殘疾人士投入體育、藝術及獲取資訊；及就有關事宜建議策略性方向及短、中、長期措施，以供檢討工作小組考慮。

因應「訂定範疇」階段收集到的公眾意見，共融文化專責小組的研究範疇涵蓋公眾教育、殘疾人士的體育參與、殘疾人士的藝術參與、導盲犬服務和無障礙的信息共五個範疇。共融文化專責小組就各研究範疇的觀察及進一步探討的議題載於下文及附錄五 E：

(一) 公眾教育

觀察

- 認為應加強推廣《公約》及加強社區教育活動。

進一步探討的議題

- 探討如何加強及深化公眾教育，持續地推廣《公約》的精神和核心價值至社會各階層。
- 探討如何推廣教育活動，使政府部門或機構在推行服務計劃時，考慮殘疾人士的需要。

(二) 殘疾人士的體育參與

觀察

- 應促進殘疾人士盡可能充分地參加各級主流體育活動。
- 應確保殘疾人士盡可能在與其他人平等的基礎上使用體育場所及其服務。

進一步探討的議題

- 探討從課程、訓練，及設施的提供等推動殘疾人士體育活動普及化。
- 研究如何進一步提昇體育場所的通達性。

(三) 殘疾人士的藝術參與

觀察

- 研究如何協助殘疾人士增進藝術知識和培養對藝術的興趣，發展他們的藝術潛能。
- 應確保殘疾人士可以進出文化表演／服務場所，並盡可能與其他人平等的基礎上接觸到及獲得文化材料。

進一步探討的議題

- 探討透過「殘疾人士藝術發展基金」提供普及學習和進階藝術項目，協助殘疾人士認識藝術及培養對藝術的興趣；及培育擁有優厚藝術潛質的殘疾人士追求卓越，在表演、視覺或創意藝術等範疇上發展個人事業。
- 康樂及文化事務處應在提供文化藝術活動時考慮殘疾人士的需要，包括確保文化場地及文化節目的通達性等。

(四) 導盲犬服務

觀察

- 留意到導盲犬仍有被拒絕進入公眾處所。

進一步探討的議題

- 探討加深公眾對導盲犬服務的了解，提升對導盲犬及訓練犬的接納，及對導盲犬的照顧。

(五) 無障礙的信息

觀察

- 研究如何促進殘疾人士無障礙地獲取娛樂。
- 研究如何促進殘疾人士無障礙地獲取有關公眾利益事宜的信息。

進一步探討的議題

- 探討為視障人士在電影院、劇院、演奏廳等娛樂場所提供口述影像服務。
- 透過推廣圖文簡易版，讓智障人士無障礙地獲取信息。
- 透過推廣手語應用，讓聽障人士無障礙地獲取信息。

4.13 公眾意見內容摘要

顧問團隊就以上十二個範疇在第一階段公眾參與活動收集的公眾意見內容摘要載於附錄六。至於其他相關意見，當中涉及多個政府部門或其他社會界別的協調與合作列於附錄七，並透過勞福局轉予供相關部門詳細考慮。

第五部分 「制訂建議」階段的準備工作

5.1 目的

「制訂建議」階段的目的是就「訂定範疇」階段確定的主要課題進行分析，並探討應對這些課題的整體方向和可考慮的選項，以確立新的《方案》的願景、使命及策略方向，以及在策略方向下的具體建議，以便在「建立共識」階段與社會各界討論應在《方案》中提出的最終建議。

5.2 分工及協作

5.2.1. 檢討工作小組會在顧問團隊的協助下，就殘疾人士的各類康復及護理服務（包括社區支援及院舍照顧）的長遠規劃和相關的宏觀課題（載於第四部分第 4.1 至 4.7 段）進行研究。此外，檢討工作小組轄下的五個專責小組負責就幾個主要的專門課題（載於第四部分第 4.8 至 4.12 段）進行研究，並定期向檢討工作小組匯報專題研究的進度。

5.2.2. 顧問團隊留意到社署的「檢視院舍實務守則及法例工作小組」現正研究殘疾人士院舍的服務質素及監管事宜。因此，顧問團隊就院舍的研究會集中有關服務的規劃準則及基礎。

5.2.3. 此外，政府在 2017 年 12 月成立精神健康諮詢委員會，就精神健康政策向政府提供意見，協助政府制訂政策、策略及措施，以加強本港精神健康服務。顧問團隊、精神健康諮詢委員會及檢討工作小組轄下的精神健康專責小組探討關於精神健康相關的醫療服務及社會服務方面支援，兩者既有分工，也互相配合。

5.3 主題

5.3.1 因應在「訂定範疇」階段的公眾參與活動收集到的意見，顧問團隊建議在「制訂建議」階段優先探討以下十個主題下的 36 個項目：

主題	
A. 宏觀課題	
主題一	「殘疾人士的定義」
	1. 是否有需要設立新的殘疾類別
	2. 是否有需要在現時的殘疾類別中分拆獨立類別或更新部分殘疾類別的名稱

主題	
	3. 研究其他國家／地區引入世界衛生組織的「國際殘疾、功能和健康分類」作殘疾分類及評估的經驗
主題二	社區支援服務與院舍照顧服務的服務規劃及銜接
	4. 現有社區支援服務中心（例如殘疾人士地區支援中心、日間社區康復中心、嚴重殘疾人士日間照顧服務、殘疾人士社交及康樂中心、展能中心及家長／親屬資源中心等）的服務容量及彼此之間的合適銜接模式
	5. 是否有需要為特定殘疾類別設立專門服務中心
	6. 家居到戶服務的服務容量及對象
	7. 在加強社區支援服務後院舍照顧服務的需求
	8. 社區支援設施未來的規劃準則及基礎（包括科技的應用）
	9. 院舍處所的未來規劃準則及基礎（包括科技的應用）
	10. 照顧者的支援（包括對照顧者的直接支援，及為他們照顧的殘疾人士安排暫托、緊急安置等服務的間接支援）
	11. 現行關愛基金各項試驗計劃下的現金津貼 ¹⁶ 的整合及引入照顧服務資助券的可行性
	12. 自助組織的支援（包括資金、會址及人手）
主題三	康復及護理服務人手供應
	13. 整體人手需求的推算，包括專職醫療人員（例如護士、職業治療師、物理治療師、言語治療師、臨床／教育心理學家等）和前線工作人員（例如個人照顧工作員、保健員、特殊幼兒工作員等）
	14. 增加人手供應的方法
	15. 增加服務單位聘請及調動專業／護理人員的彈性的方法

¹⁶ 這些試驗計劃包括「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」、「為嚴重殘疾人士提供特別護理津貼」及「為獲聘於有薪工作的高額傷殘津貼領取者提供津貼以聘請照顧者試驗計劃」。

主題	
<u>主題四</u>	<u>殘疾人士老齡化</u>
	16. 在院舍及社區推廣健康資訊以處理及減輕早發性的老化及其他健康問題的方法
	17. 在院舍內提供的特殊服務的種類（例如處理吞嚥問題的專業服務、到診醫療及康復服務等）
	18. 職業康復服務階梯的優化空間，包括庇護工場的老齡化服務使用者的訓練及照顧需要
<u>主題五</u>	<u>預防、鑑定及醫療康復</u>
	19. 加強對有特殊需要的兒童的早期識別及評估
	20. 讓有精神健康需要的人士及早獲得適切的資料及服務的方法
	21. 為殘疾人士獲取醫療服務的「合理便利」措施（包括牙科服務、住院的配套安排等）
B. 專門課題	
<u>主題六</u>	<u>暢道通行</u>
	22. 透過改善環境／設施和應用創新科技及使用輔助裝置，以進一步提升社區／生活環境的通達性
	23. 提升無障礙交通運輸，包括公共運輸系統的無障礙設施及復康巴士服務兩者的定位及銜接，及應用科技以提升效率及服務質素
	24. 獲取信息（例如無障礙網頁）及服務（例如銀行服務）及應用科技以提升獲取信息
<u>主題七</u>	<u>就業支援</u>
	25. 現有就業支援措施的檢討（包括社會企業的未來發展路向）及（考慮到殘疾人士的學歷與日俱增及科技的發展）新的就業支援措施的制定
	26. 如何在企業間建立新的「殘疾共融文化」（有別於現時的「企業社會責任」），以及在工作間推廣「合理便利」措施
	27. 研究由部分持份者倡議的新政策（例如：殘疾人士就業配額制度及工資補貼），包括其利弊及影響的分析

主題	
<u>主題八</u>	<u>精神健康</u>
	28. 透過醫療、社福及教育界別合作以增加處理一般精神病（特別是抑鬱症）的服務容量及質素的方法
	29. 促進精神病患者的復元及融入社會的措施
	30. 檢視精神健康綜合社區中心的服務定位、服務對象、服務模式及與其他界別及服務單位的協作
<u>主題九</u>	<u>特殊需要</u>
	31. 學前康復服務的支援模式及有特殊需要兒童由幼稚園升讀小一的銜接
	32. 中、小學有特殊教育需要學生的支援模式
	33. 對有特殊教育需要畢業生的支援（包括持續教育需要及生涯規劃）
<u>主題十</u>	<u>共融文化</u>
	34. 加強公眾教育（包括進一步推廣《公約》、精神健康及導盲犬服務）的方法
	35. 推動殘疾人士參與藝術及體育的措施
	36. 無障礙獲取娛樂及信息，包括手語、口述影像及圖文簡易版的推廣

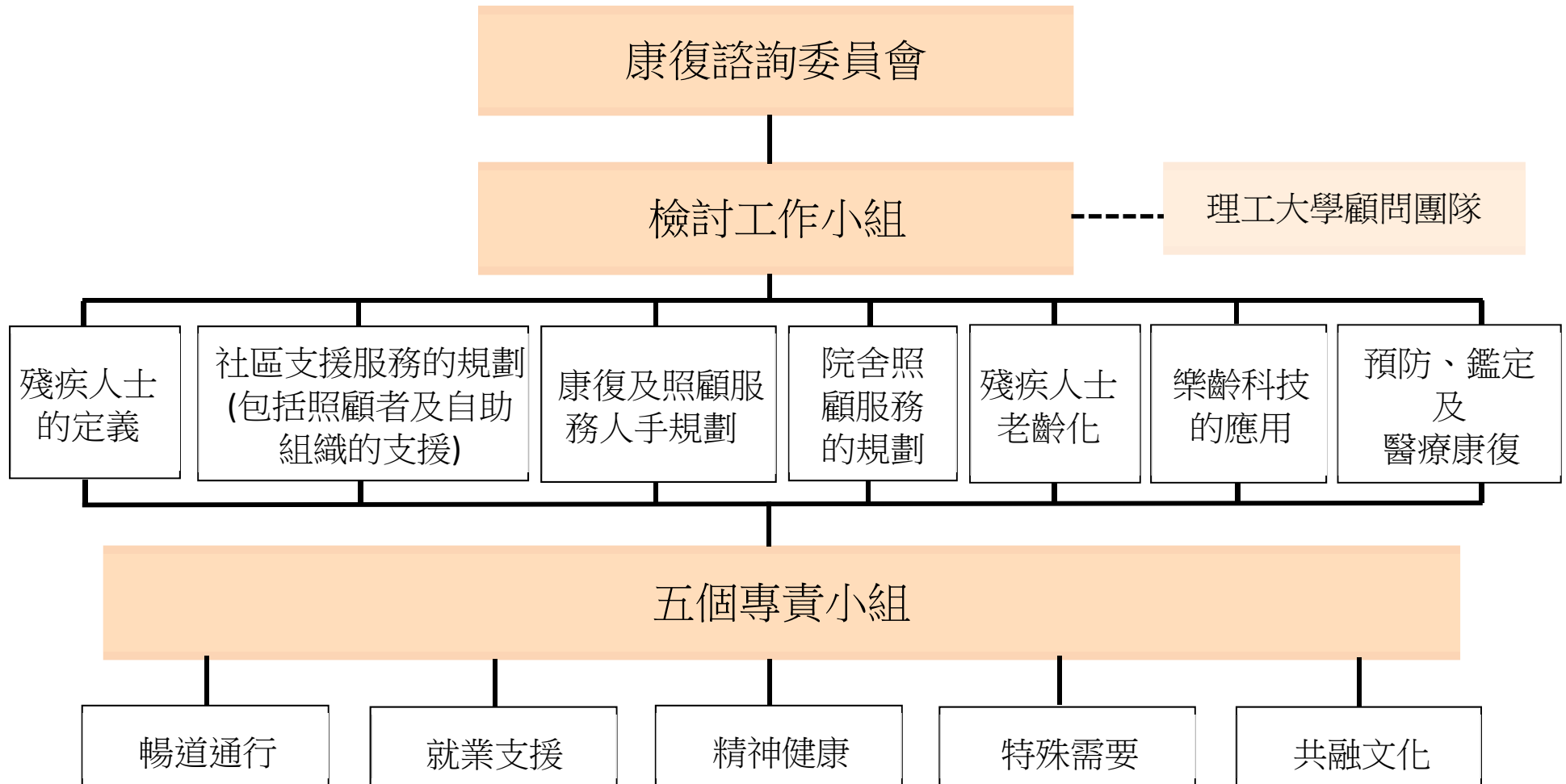
5.3.2 顧問團隊會整合各專責小組就專門課題的研究結果，並與相關的專責小組一同探討某些宏觀課題（例如與「特殊需要專責小組」研究社區支援服務與院舍照顧服務的服務規劃及銜接；及與「就業支援專責小組」研究職業康復服務階梯的優化空間等）。顧問團隊亦會透過勞福局與相關的決策局及政府部門聯絡，就以上主題作出跟進及研究。

5.4 形式

「制訂建議」階段將會繼續透過舉辦公眾論壇收集公眾人士對上述主題下各項目的意見。其他收集持份者的意見的方法則有待與《方案》檢討工作小組商議及敲定。顧問團隊亦計劃就特定議題進行問卷調查，以蒐集更多及更深入的資料及數據。

附錄一：香港康復計劃方案的檢討架構

香港康復計劃方案的檢討架構



附錄二：「訂定範疇」階段公眾參與活動一覽表

1. 公眾諮詢會及持份者會議

活動	日期	參與團體	參與人次
第一場公眾諮詢會	2018年3月21日	48	169
第二場公眾諮詢會	2018年3月27日	42	219
第三場公眾諮詢會	2018年3月28日	44	108
第四場公眾諮詢會	2018年4月14日	24	145
第一場持份者會議	2018年3月15日	19	21
第二場持份者會議	2018年3月27日	11	17
第三場持份者會議	2018年4月11日	23	34
第四場持份者會議	2018年4月12日	6	9
	總數	135 ¹⁷	722

2. 聚焦小組

組別	日期	主持人 ¹⁸	參與人數
院舍照顧服務	2018年5月28日	曾永康教授	12
多重殘疾人士	2018年5月29日	程小燕博士	10
智障人士	2018年5月30日	彭耀宗教授	14
肢體傷殘人士	2018年5月31日	程小燕博士	13
社區支援服務	2018年6月1日	巫俏冰博士	14
精神病康復者	2018年6月4日	曾永康教授	12
殘疾人士老齡化	2018年6月5日	彭耀宗教授	13
聽障人士	2018年6月6日	彭耀宗教授	11
有特殊需要人士 ¹⁹	2018年6月7日	巫俏冰博士	12
學前康復服務	2018年6月25日	巫俏冰博士	13
罕見病患者	2018年6月11日	程小燕博士	10
康復及護理服務科技應用	2018年6月12日	屠承信博士	11
器官傷殘及/或長期病患者	2018年6月14日	屠承信博士	9
視障人士	2018年6月15日	張銘恩博士	12
		總數	166

¹⁷ 參與多場公眾活動的團體只列算一次。

¹⁸ 顧問研究支援團隊項目經理林沛鎔女士亦同時主持。

¹⁹ 有特殊需要人士（包括注意力不足／過度活躍症、特殊學習困難、言語障礙及自閉症）

3. 顧問團隊參與的會議

活動	日期	參與團體	參與人次
與關注團體會面	2018年4月30日	1	9
與器官傷殘人士團體會面	2018年3月27日	26	40
	總數	27	49

4. 專責小組與持份者的會面

範疇	日期	參與團體 ²⁰	參與人數
精神健康	2018年5月30日	5	13
就業支援	2018年5月31日	20	41
	2018年6月19日	16	24
	2018年7月19日	15	21
特殊需要	2018年8月28日	22	56
	總數	63	155

²⁰ 參與多場會面的團體只列算一次。

附錄三：書面意見列表²¹

提交者 (意見書標題)	收悉日期
香港弱智人士家長聯會 (就《香港康復計劃方案》「訂定範疇」階段之意見書)	20/3/2018
譚偉業 (香港康復計劃方案檢討諮詢 (第一階段) 個人意見書)	7/4/2018
殘疾人士監察特首施政大聯盟 (身心障礙議題政綱完整版)	26/3/2018
徐啟明 (就聯合國《殘疾人權利公約》第二份報告的項目大綱及《香港康復計劃方案》檢討第一階段－「訂定範疇」階段所提交的五個共通意見)	9/4/2018
爭取殘疾人士就業配額制聯席	15/4/2018
趙浩霖 (「香港康復計劃方案」(RPP)《殘疾人權利公約》、ICF)	18/4/2018
星球有話兒團隊	19/4/2018
黃明鳳 - 由香港弱智人士家長聯會轉交	25/4/2018
黃蔚澄博士 (世界自閉症關注日與香港)	26/4/2018
明愛賽馬會樂仁學校 (香港康復計劃方案意見書)	27/4/2018
香港小腦萎縮症協會 (對「殘疾人士公約」意見書)	28/4/2018
香港罕見疾病聯盟 (就《香港康復計劃方案》訂定範疇階段意見書)	29/4/2018
徐群燕 (香港康復計劃方案涵蓋範圍建議書)	29/4/2018
香港斜視重影病患者協會 (香港康復計劃方案建議)	29/4/2018
同路人同盟 (就 (香港康復計劃方案) RPP 意見書)	29/4/2018
團結香港基金	2/5/2018
民建聯 (李珮芬) (《香港康復計劃方案》對第一階段－訂定範疇階段的看法)	2/5/2018
香港基督教女青年會 (對《香港康復計劃方案》(訂定範疇)公眾諮詢之意見)	2/5/2018
明愛特殊教育服務 (香港康復計劃方案意見書)	2/5/2018
香港普遍定期審議聯盟 - 由殘疾資歷生活館提交 (香港普遍定期審議聯盟聯合意見書)	2/5/2018
一名特殊教育工作者	2/5/2018
香港精神康復者聯盟	3/5/2018
一名言語治療師 (Hong Kong Rehabilitation Programme Plan Proposal on its scope and directions)	3/5/2018
智障人士老齡化關注組 (就著《香港康復計劃方案》檢討第一階段諮詢提交意見)	3/5/2018
新民黨 (就《香港康復計劃方案》第一階段公眾諮詢提出意見)	3/5/2018
李美賢 (香港康復計劃方案檢討：訂定範疇階段的意見)	3/5/2018
香港傷殘青年協會 (「香港康復計劃方案」意見書)	3/5/2018
周德雄 (香港康復計劃方案 - 「訂定範疇階段」：意見書)	3/5/2018

²¹ 顧問團隊於 2018 年 5 月 4 日後收悉的意見書將會在第二階段進行分析，相關資料會於該階段報告一併列明。

附錄三：書面意見列表²¹

提交者 (意見書標題)	收悉日期
匿名 (Submission for Stage 1 – Public Consultation Rehabilitation Programme Plan 2018)	4/5/2018
黃榮坤 - 言語治療師(香港康復計劃方案有關第一階段「訂定範疇」建議)	4/5/2018
香港基督教服務處 家長及嬰兒訓練服務 (「香港康復計劃方案」意見書)	4/5/2018
基督教懷智服務處 (「香港康復計劃方案」意見書)	4/5/2018
殘疾平權智庫 (香港康復計劃方案：訂定範疇階段『殘疾平權智庫』提交予顧問團隊意見書)	4/5/2018
香港復康聯盟 (香港復康聯盟就《香港康復計劃方案》檢討於「訂定範疇階段」的意見)	4/5/2018
香港失明人協進會 (就《香港康復計劃方案》「訂定範疇階段」意見書)	4/5/2018
卓新力量 (香港康復計劃方案：訂定範疇階段卓新力量 意見書 (簡易圖文版))	4/5/2018
香港婦女中心協會/照顧者互助小組聯會/華明照顧者姊妹互助網絡 (就香港康復計劃方案之意見書)	4/5/2018
香港傷健協會 (香港康復計劃方案 - 「訂定範疇階段」公眾諮詢)	4/5/2018
香港展能藝術會 (就「香港康復計劃方案」檢討呈交意見書)	4/5/2018
香港弱智人士家長聯會 (就《香港康復計劃方案》「訂定範疇」階段之意見書二)	4/5/2018
宣美語言及聽覺訓練中心 (香港康復計劃方案- [訂定範疇階段]就新的 (RPP 方案) 提出意見)	4/5/2018
安華日間展能中心的家長 - 香港基督教服務處 (就「香港康復計劃方案」範疇提交意見)	4/5/2018
推動精神健康政策聯席 (康復計劃方案第一階段諮詢意見書)	4/5/2018
長期病患者關注醫療改革聯席 (對康復計劃方案諮詢 (第一階段) 意見書)	4/5/2018
扶康會 (就「香港康復計劃方案-訂定範疇諮詢」意見書)	4/5/2018
香港聾人福利促進會 (就《香港康復計劃方案》之建議)	4/5/2018
香港復康會 (就《香港康復計劃方案》檢討第一階段「訂定範疇」提交意見)	4/5/2018
陸先生	4/5/2018
黎慧思	4/5/2018
香港小童群益會 (康復計劃方案意見書)	4/5/2018
明愛樂義學校 (香港康復計劃方案意見書)	4/5/2018
香港女障協進會 (香港康復計劃方案「訂定範疇階段」香港女障協進會意見書)	4/5/2018
陳俊傑	4/5/2018

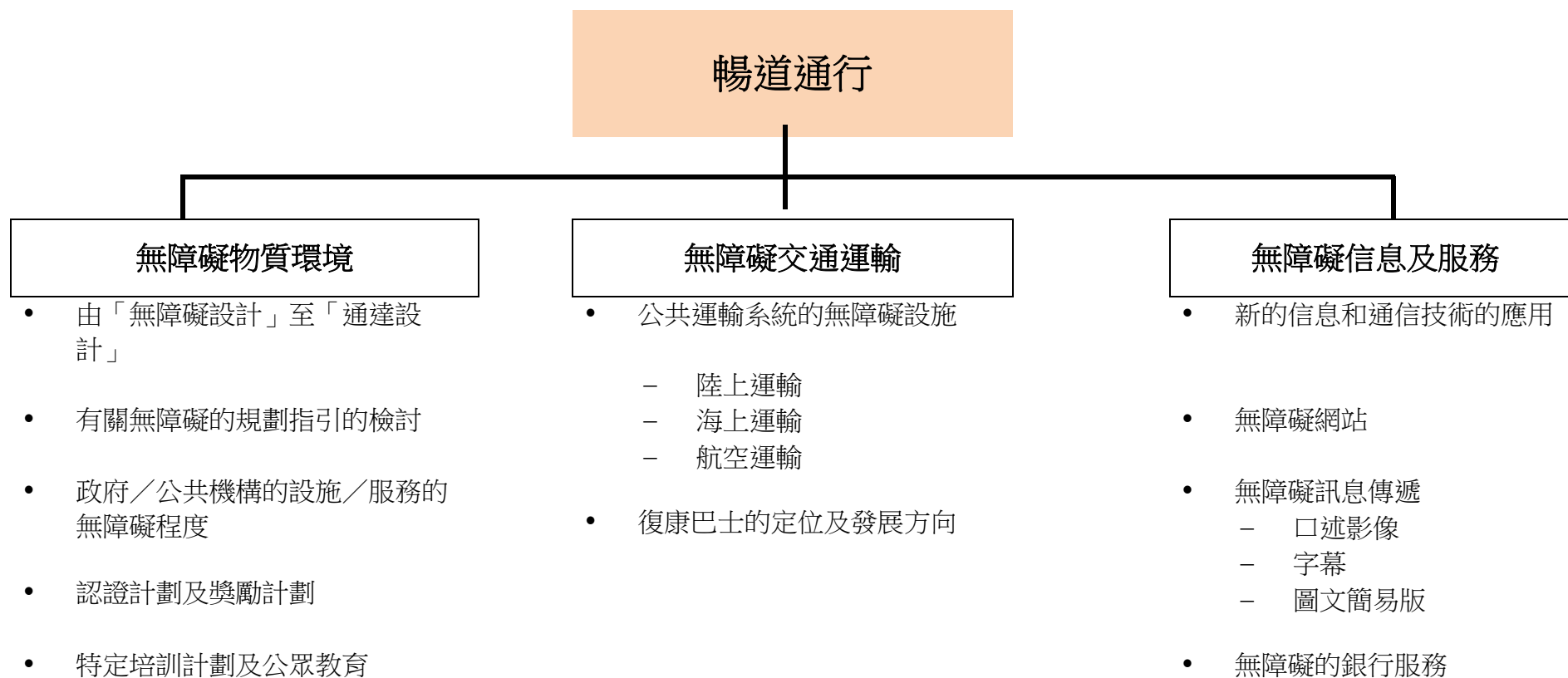
附錄三：書面意見列表²¹

提交者 (意見書標題)	收悉日期
專注不足/過度活躍症 (香港) 協會 (《香港康復計劃方案》訂定範疇階段意見書)	4/5/2018
香港倡導網絡 (就康復計劃方案-「訂定範疇」階段呈交的意見書)	4/5/2018
陳少霞	4/5/2018
譚嘉敏	4/5/2018
一名學前弱能兒童家長會會員	4/5/2018
香港特殊學習障礙協會 (有關特殊學習困難政策意見)	4/5/2018
卓行之	4/5/2018
袁見明	4/5/2018
許偉民	4/5/2018
「同行會」Ken 媽	4/5/2018
黎耀泰	4/5/2018
古天宇	4/5/2018
鍾永健	4/5/2018
楊瑞玲 (特殊教育領域對《香港康復計畫方案》訂定範疇階段的意見)	4/5/2018
協康會同心家長會 (就學前及學齡兒童之教育、康復政策及服務方面提供意見)	4/5/2018
基督教家庭服務中心 (《香港康復計劃方案》檢討第一階段：「訂定範疇」階段 意見書)	4/5/2018
關注家居照顧服務大聯盟 (關注家居照顧服務大聯盟就康復服務計劃方案的意見書)	4/5/2018

附錄四：訪問其他相關團體/服務中心

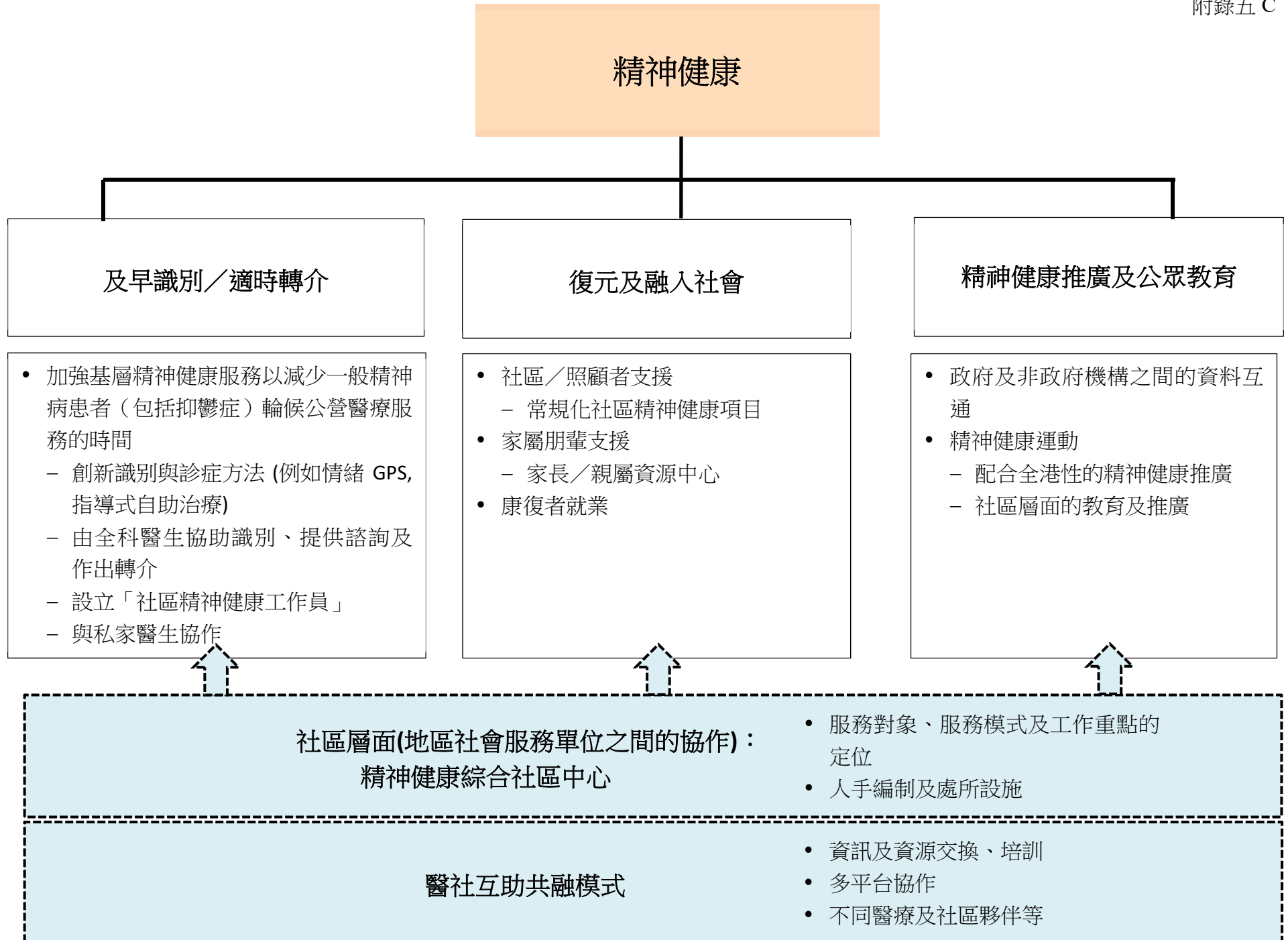
探訪機構/服務中心	參與人數	研討課題	探訪日期
智障人士宿舍	6	院舍照顧服務的規劃、殘疾人士老齡化	14/2/2018
私營殘疾人士院舍	2	院舍照顧服務的規劃	22/3/2018
嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務	2	家居支援服務	04/5/2018
嚴重殘疾人士家居照顧服務	1	家居支援服務	16/5/2018
日間展能中心	2	社區支援服務的規劃	11/6/2018
殘疾人士地區支援中心	2	社區支援服務的規劃	11/6/2018
殘疾人士地區支援中心	5	社區支援服務的規劃	1/8/2018
日間展能中心	5	社區支援服務的規劃	1/8/2018
殘疾人士家長／親屬資源中心	3	社區支援服務的規劃	7/9/2018

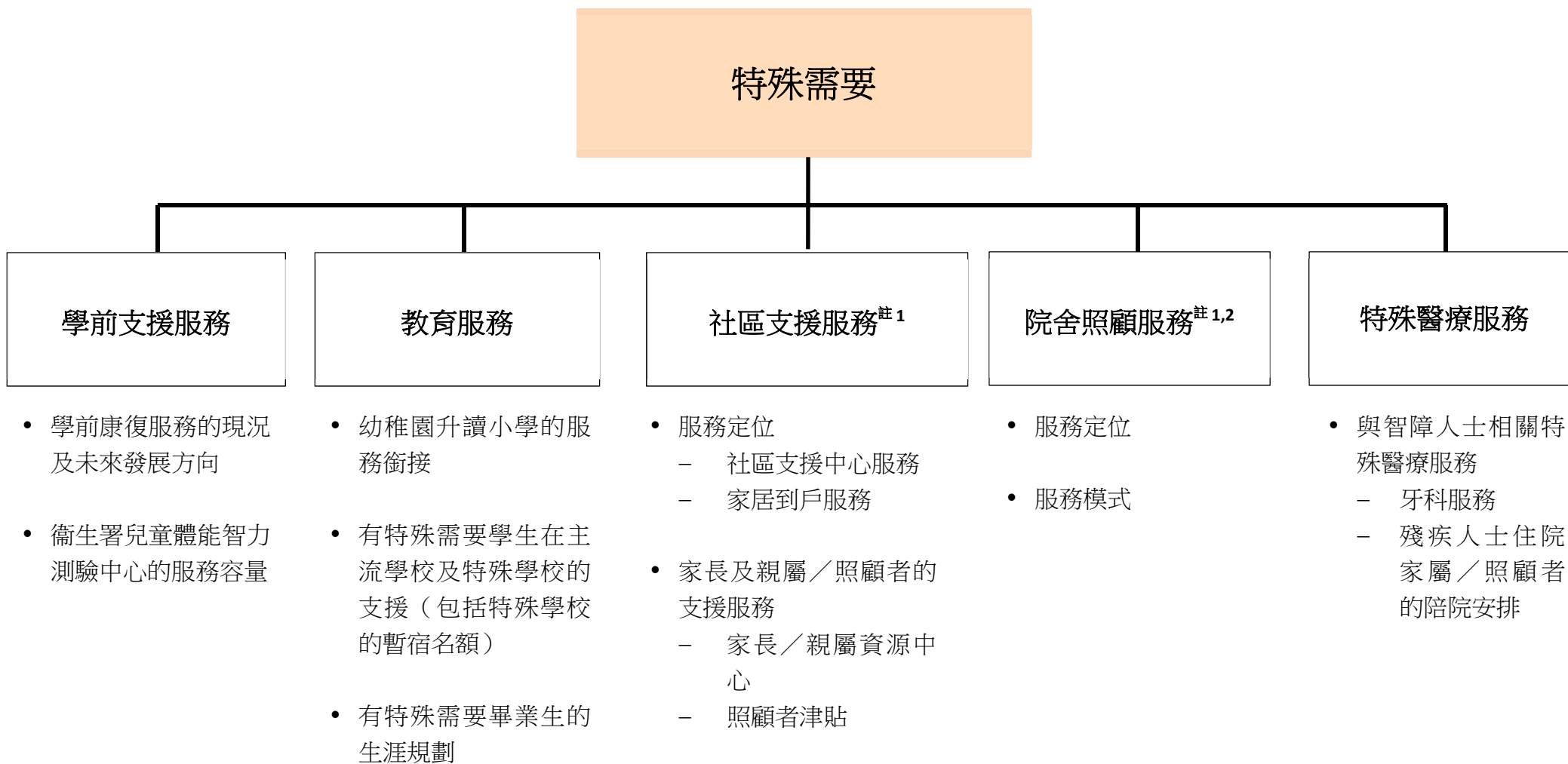
附錄五：專責小組的研究課題



就業支援

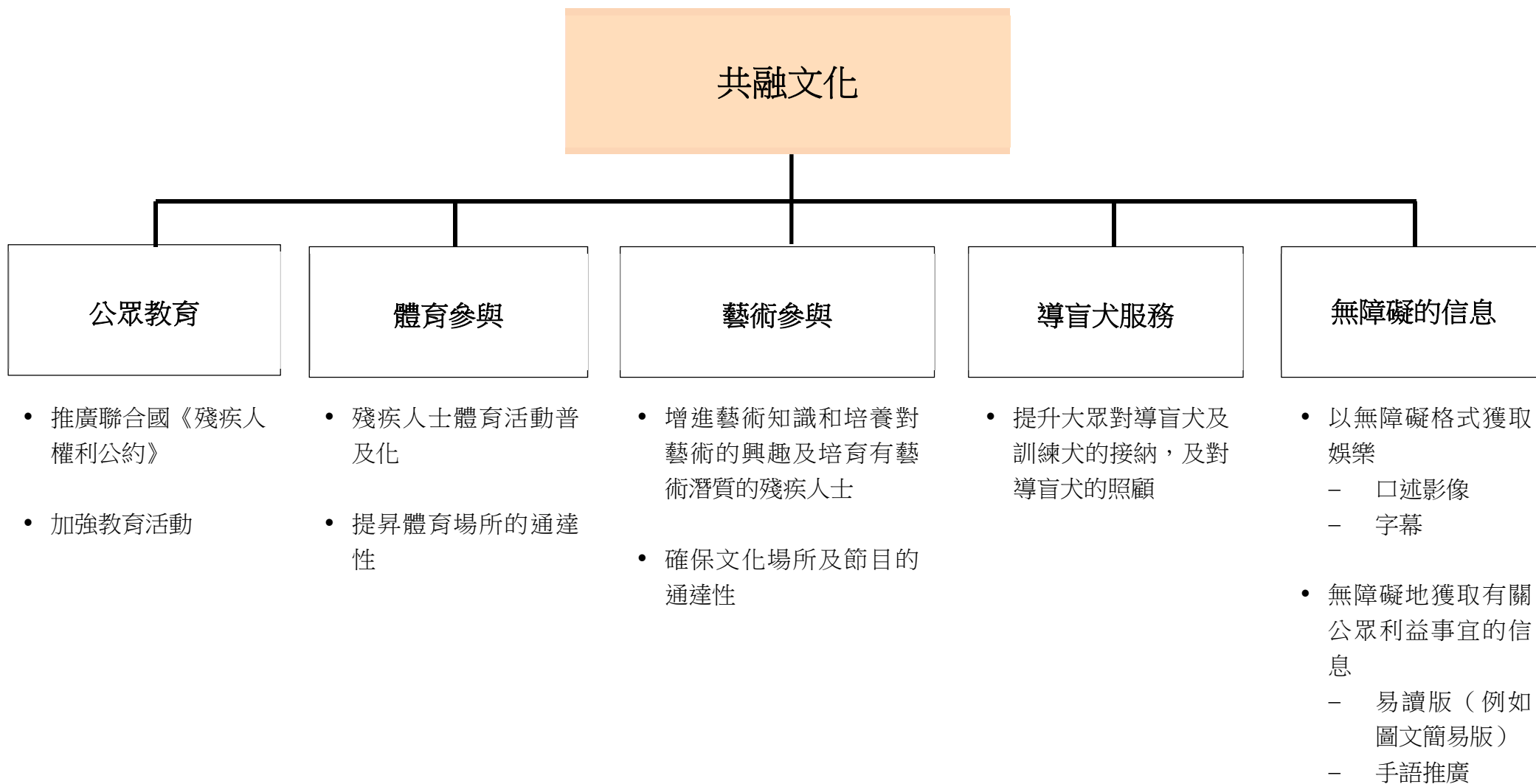






註 1：社區支援服務及院舍照顧服務的規劃準則及基礎會由「香港康復計劃方案檢討工作小組」研究及跟進。

註 2：殘疾人士院舍的服務質素及監管事宜現正由社會福利署的「檢視院舍實務守則及法例工作小組」研究及跟進。



附錄六：公眾意見內容摘要

本節載述顧問團隊從公眾參與活動（包括公眾諮詢會、持份者會議及聚焦小組）、書面意見以及福利事務委員會會議所蒐集到的意見而得出的討論議題。這些議題與殘疾事務最為相關，亦得到持份者的關注，因此往後的工作將優先探討這些議題及其涵蓋的事項。

意見內容以顧問項目內指定的七個宏觀課題及五個專題研究議題進行分類及表述，共十二個範疇：

- A. 殘疾人士的定義
- B. 社區支援服務的規劃（包括照顧者及自助組織的支援）
- C. 康復及照顧服務人手規劃
- D. 院舍照顧服務的規劃
- E. 殘疾人士老齡化
- F. 樂齡科技的應用
- G. 預防、鑑定及醫療康復
- H. 暢道通行
- I. 就業支援
- J. 精神健康
- K. 特殊需要
- L. 共融文化

一、宏觀課題的意見摘要

A. 殘疾人士的定義

(1) 殘疾定義

1. **更新殘疾定義**：現時的殘疾定義早在 40 多年前制定（1976 年刊發的第一份《方案》），而上一份《方案》（2005 年）也只增加了注意力不足/過度活躍症和特殊學習困難兩項新的類別，在整體定義上沒有太大更新。
2. **統一殘疾定義**：除了《方案》，現時勞福局轄下的康復服務中央檔案室、社會福利署的綜合社會保障援助計劃及公共福利金計劃、政府統計處調查、《精神健康條例》、《建築物條例》、《殘疾歧視條例》和「大學聯合招生辦法」亦分別就「殘疾」作出定義，當中各有差異。意見者認為殘疾人士的服務範疇涉及多個社會界別和政府部門，統一殘疾定義有助服務接軌，包括康復服務、勞工賠償及醫療評估等，減少爭議的情況。
3. **參考《國際殘疾、功能和健康分類》（ICF）統一殘疾定義**：香港應該探討參考 ICF 應用於更新香港殘疾人士定義的可行性。

(2) 殘疾類別

4. **明確殘疾分類標準**：《方案》裏的殘疾類別一直沿用之前版本內的類別，而在 2005 年的檢討中增加兩項（注意力不足/過度活躍症及特殊學習困難）。但一直以來的《方案》未能明確解釋「殘疾」的定義，以及根據哪些準則收納現有的殘疾類別。
5. **增加新的殘疾類別**：可考慮增加新的殘疾類別，以讓更多人士能受惠津貼。
6. **設立獨立類別**：另有參與者認為，唐氏綜合症不應只被視為智障人士，因為智力障礙只是唐氏其中一個症狀，他們還需要很多複雜的醫療支援，並需要經常覆診，在醫療和照顧需要上與智障人士有一定的分別。
7. **更改殘疾類別名稱**：將「言語障礙」改為「語言及溝通障礙」；根據最新版本的「精神疾病診斷與統計手冊」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5），將「自閉症」改為「自閉症譜系障礙」，並加入相關的「社交溝通障礙」。
8. **引入 ICF 修訂現時的殘疾分類**：有不少意見指出，當應用 ICF 修訂現時香港的殘疾分類。

B. 社區支援服務的規劃（包括照顧者及自助組織的支援）

(1) 針對殘疾人士的社區支援服務

1. 考慮推出「殘疾人士社區照顧服務券」，採用「錢跟人走」的資助模式，讓合資格的殘疾人士因應個人需要，使用社區照顧服務券選擇合適的社區照顧服務。
2. 有意見者建議設立智障人士關愛家庭，為輕及中度的智障人士提供中等照顧水平，以培養他們的獨立生活技能。

(2) 對殘疾人士照顧者及家庭的支援

a. 不同類別殘疾人士照顧者的特別支援

3. 後天肢體傷殘人士的家庭面對比較多突發性的生活困難，尤其是因中風、心血管疾病導致行動不便的人士，應增加對這類人士的家庭和照顧者的支援。
4. 特殊兒童的家長通常面對很大壓力，被大眾誤解為教子無方，而鑑於近年社會經常發生的家庭悲劇，對家長的情緒支援是一個重要環節。
5. 建議應該加強關注照顧者的精神健康。
6. 本港為自閉症人士而設的資源和服務相繼增加，但對其家庭和照顧者的支援及關懷則仍然較少。
7. 部分精神病康復者家長全時間照顧子女的反覆病情，個人情緒壓力也會顯注增加。建議增撥資源增加家屬支援中心，以全人支援有需要的照顧者，讓他們得到同路人的互助支持及認識如何協助家人復元。

b. 對照顧者各方面支援

i) 提高照顧者照顧能力

8. 希望政府對社工、教育心理學家、臨床心理學家、言語治療師、物理治療師及職業治療師的組織提供援助，讓這些專業組織為家長提供免費有關特殊教育的知識教導。
9. 探討為照顧者提供更有效的家庭友善政策（如在家工作、彈性上班時間）。

ii) 照顧者情緒支援

10. 成立針對性「外展支援隊」，上門為殘疾人士照顧者提供適切的生活及情緒支援服務。
11. 資助社區及家長自助組織，向照顧者提供情緒支援及教育培訓小組的資助。
12. 希望家長容易得到社工支援，輔導他們改善親子、家庭的關係。

iii) 照顧者就業支援

13. 建議保障在職照顧者，照顧者可以與僱主商議彈性工作安排，以平衡工作與家庭照顧的需要。
14. 希望增設社區的託兒服務，提升需要照顧殘疾兒童家長的就業機會。

iv) 照顧者經濟支援

15. 擴闊公共交通票價優惠計劃（\$2 乘車優惠）至現有合資格人士的照顧者。
16. 有不少照顧者指出經常要辭去工作全天候照顧殘疾家人，經濟非常困難，所以建議應該設立並普及恆常化的照顧者津貼，而且計劃不應設有入息審查，可以參考傷殘津貼的方法，設為普通和高額照顧者津貼。
17. 考慮為殘疾人士的照顧者提供稅項減免。
18. 現時的「加強支援自閉症人士及其家長/照顧者計劃」及「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」需要作進一步的檢視，可考慮增加資源擴大支援計劃。

v) 老齡照顧者支援

19. 有意見建議改善現行的陪診服務及覆診安排，例如增加資助非牟利機構為有困難家庭提供免費或減費的陪診服務，或應用科技為病況穩定的個案提供另類覆診選擇（例如視像覆診、速遞藥物到宅），減輕年老照顧者的負擔。
20. 對於照顧者老齡化現象，有部分照顧者表示擔憂年老逝世後子女的照顧及資產管理。
21. 家庭支援除了關注照顧者，亦要關注家庭中年幼家屬的成長需要。

(3) 支援自助組織的發展

a. 認可自助組織的角色和地位

22. 有意見表示政府需要增加對自助組織價值和貢獻的肯定。
23. 建議設立自助組織條例及註冊制度，確立自助組織角色及法定地位，以加強其法定地位及認受性。
24. 肯定自助組織於醫療、教育及社會服務的角色。

b. 自助組織資金、會址（空間）及人手支援

i) 資金支援：

25. 在自助組織政策方面，病人自助組織已被認定為重要的社會資本，他們能通過同路人的關懷、經驗分享和資訊交流，解決大家所面對的同類問題，是病人接觸所需社會資源的重要橋樑。建議社會福利署對病人自助組織提供恆常資助，令病人自助組織能有效地持續發展，以充份發揮在醫療及社會服務的角色。
26. 自助組織多年經費緊絀，為期兩年一次的「殘疾人士/病人自助組織資助計劃」，在2016 - 2018年共有83個受惠組織，而獲得資助金額的中位數是32萬，平均每個組織每年大約16萬的資助，聘請職員非常困難。有意見指出應該提高資助金額至每年50萬作為基本營運開支。

ii) 會址（空間）支援：

27. 自助組織在選址上面對不少困難，因此應該協助自助組織尋找會址，讓自助組織有足夠空間營運及提供服務，例如考慮翻新空置的校舍、資助自助組織租用辦公室。

iii) 人手支援：

28. 自助組織在人手方面面臨困難，應資助自助組織培訓及聘請朋輩支援員，協助自助組織的會務及增加康復者的工作機會。

c. 加強自助組織在康復政策領域的參與：

29. 將自助組織納入法定及服務諮詢架構，透過納入自助組織代表，有助加強監察服務質素，以及政策制定的透明度；將自助組織與現時不同政府部門及非政府組織建立聯繫網絡。

(4) 其他社區服務相關意見：

30. 地區支援中心：有意見者指出，可以考慮將地區支援中心根據殘疾類別劃分，讓服務和資源更有效集中於各種不同需要。另外，應考慮將「嚴重殘疾人士日間照顧服務」獨立於地區支援中心，因為兩類服務關注焦點不同，需要獨立發展以配合特定服務群組的需要。地區支援中心提供的暫顧名額非常有限，照顧者對此的需求很大。現時全港共有16間地區支援中心，建議至少增加到平均每個地區一間。
31. 增加地區支援中心的康復器材，例如輔助跑步機、起床機、助行器具等。
32. 社區暫顧服務：優化現有社區暫顧服務，協助出現突發事情的照顧者。有意見者指出，有些16歲以下的特殊青少年/兒童被安排到成人服務機構接受暫顧服務，但人手、設施和資源都不太適合，因此建議社會福利署和教育局釐清當中的服務定位。另外，16歲以下的非口腔餵飼的嚴重智障兒童未能受惠於暫顧服務，只能經常於私營院舍或醫院尋求服務。推行及彈性處理殘疾院舍券可讓有需要的家庭使用短期住宿服務，緩和照顧者的壓力。
33. 社區服務需要一個「服務安全網」的概念，設立24小時服務熱線。有參與者反映，最多殘疾人士/照顧者求助的時段是黃昏到入夜，正是大多數日間照顧中心的非辦公時間，所以希望將社區服務時間延長至夜晚和週末。
34. 嚴重殘疾人士家居照顧服務：社會福利署由2014年3月起將「嚴重殘疾人士家居照顧服務」恆常化，但相比「綜合家居照顧服務」，缺少了送飯和家居清潔服務。有意見者表示，雖然一些嚴重殘疾人士的家庭有聘請家傭照顧，但每逢週末和公眾假期家傭放假時，仍然需要送飯和家居清潔服務。
35. 個案管理服務：有意見指出，應考慮加強個案管理模式，藉此為服務使用者提供有系統的資訊，涵蓋醫療、覆診、康復服務、教育、就業、康樂及精神健康等範疇。社會福利署在2016年公布了《個案管理服務手冊》，可以考慮以此作為藍本。
36. 有意見指出，應檢討現時各種社區支援服務的定位，探討當中的服務重疊和斷層問題。
37. 設立「醫療維生儀器及輔助器材資助計劃」，為正在就業但未能負擔醫療維生設備及輔助器材開支的罕病患者，提供適切的支援，緩解他們在日常醫療維生開銷上的難題，提供誘因鼓勵他們就業。
38. 考慮設立公共康復器材中心，讓市民可以租借康復器材或科技產品，改善社區居住的殘疾人士的健康。

C. 康復及照顧服務人手規劃**(1) 專業人手規劃**

1. 有意見認為，未來醫療專業的人手將出現嚴重短缺，政府需做好專職醫療及護理人員的長遠人力資源規劃；此外，亦要增強前線醫護人員對不同殘疾類別的認識，增強專業支援。
2. 需要檢討現時日間展能中心、殘疾人士院舍等的人手配置，考慮增加物理、職業及言語治療師、藥劑師以配合服務對象在特性和能力上的轉變。

3. 需要釐清工作人員的服務職責，例如社工應該是利用社會資源去幫助個案，而輔導員是負責心理輔導，而現時社工跟進的個案太多，未必能清楚地深入了解每個個案。
4. 殘疾人士的服務需要及問題日趨複雜，但時在過往數年增撥予殘疾人士復康服務的資源，如殘疾人士地區支援中心的個案管理服務，仍以社會工作助理職級為資助依據，以致該職系員工難以深度介入，故建議日後應提升至助理社會工作主任職級以提供服務，有助提升長遠的服務質素。
5. 目前護理和照顧人手緊絀，可以考慮由外地引入受訓護理員及陪診員，增加人手供應。亦有意見指出，需要給外來勞工同等的待遇，以提升他們來港就業的意欲。
6. 政府協助提供外勞培訓課程，包括廣東話課程、護理課程、藥物基本知識。但亦有部分意見者指出，外聘勞工存在一些注意事項，包括勞工保險、性罪行記錄、語言學習能力等。
7. 政府以「院舍服務員」的薪級作為計算津助智障人士院舍前線照顧工作人員的撥款標準，但由於智障人士院舍的服務要求已經不斷提升，前線照顧工作的難度及工作量不斷增加，「院舍服務員」的薪金在人力市場上早已欠缺吸引力，造成招聘困難及人手短缺，所以建議政府改為以較高薪酬的「個人照顧工作員」薪級作為津助前線照顧工作人員的計算標準，以反映實際工作性質，同時有助改善招聘困難及人手不足的問題。另外有意見反映，近年「個人照顧工作員」比起「院舍服務員」薪酬都有所增加，因此造成一些職位的吸引力不足。
8. 參考現時部分智障人士院舍試行的「綜合復康工作員」，將照顧員、保健員及活動工作員的工作範疇綜合，讓照顧人手安排更靈活；而一般工作員則可以透過訓練晉升，提升工作前景和熱誠。增加對照顧人員的情緒支援，在日常遇到具挑戰性的情況時可以疏導情緒。

(2) 康復人手推算、統計與綜合調配

9. 需要作出準確的人力需求推算，因為培訓專業人手需要數年的時間，要配合專上院校增設護理、物理/職業治療等學額。
10. 需要全面檢視全港各區康復服務及人力資源的分佈情況。例如北區的智障成人服務的整體輪候情況比較嚴重，而近年將會啟用的觀塘啟能及屯門小欖醫院改建項目亦未必能為北區輪候情況提供緩和。

D. 院舍照顧服務的規劃

(1) 關於院舍服務不同方面的意見：

a. 關於院舍空間：

1. 檢討現時殘疾人士院舍的人均面積（法定為6.5平方米）是否足夠應付殘疾院友的需要。

b. 關於院舍選址：

2. 院舍選址困難，可以考慮將院舍服務推展至內地，或者向香港以外的私院買位。尤其是現在開始啟動大灣區發展，可以考慮由香港提供專業人手、器材，由內地提供土地資源。

c. 關於增加宿位

3. 有意見指出，應該增加「中途宿舍」及「輔助宿舍」名額，而且應該妥善安排住宿期即將完結的服務使用者，避免他們因為未能找到適合地方居住而造成情緒困擾，引致惡化病情。

d. 關於院舍的申請與輪候

4. 有殘疾人士獲編配獲派發院舍宿位的時候，因家人還有能力照顧，但礙於輪候時間長，又不想放棄宿位，以致陷於兩難。因此需要檢視輪候院舍的機制，包括引入凍結機制（類似長者的輪候凍結），讓無意立刻入住院舍的輪候人士可以繼續在社區居住而無須放棄其在輪候冊的位置。
5. 老齡殘疾人士申請安老院舍困難，但殘疾人士院舍在照顧老齡化的服務使用者的人力、物資未及安老院舍完善。
6. 推行殘疾院舍服務券，讓殘疾人士可以選擇私營院舍，舒緩現時輪候院舍的情況。
7. 部分院舍服務（例如中度弱智人士宿舍）要求申請人「現正接受或已獲安排編配日間服務」，部分高齡服務使用者為取得入宿資格，會申請工場服務，這類個案的身心狀況並不能於職業康復服務中獲益，所以應該取消這個申請條件。
8. 「私營殘疾人士院舍買位計劃」已經恆常化，但計劃進度緩慢，現在輪候殘疾院舍有10,839位人士，意見者建議檢討現行的各個殘疾人士院舍的供應方式。

e. 院舍的配套

9. 考慮在殘疾人士院舍推廣應用或優化資訊管理系統，以致更方便清晰地將老齡化院友的照顧、評估、服務資料整合。另外，亦可以考慮將院舍裏派藥和提醒服用藥物電子化。
10. 增加殘疾院舍的康復器材，例如輔助跑步機、起床機、助行器具等。

(2) 對不同資助類型院舍的意見：**a. 關於私營院舍：**

11. 考慮容許私營殘疾院舍營運者申請使用新界的空置村校，增加私營院舍的供應。
12. 增加私營殘疾院舍與安老院之間的銜接。有意見指出，私營殘疾院舍的使用者年老之後，比較適合轉介到安老院，這比買位計劃更好。希望可以彈性處理，縮短由殘疾院舍買位服務轉介至老人服務的申請。
13. 更嚴格監察私營殘疾人士院舍的服務質素，如透過康復者以神秘顧客形式巡查，並支援私院提升管理及設施等服務質素。

14. 應該派遣專業人員到私營院舍，提供管理、護理等專業知識和訓練；或者為私營人院舍提供認證服務，讓院舍更系統化和規律化。

b. 關於資助院舍：

15. 增加殘疾人士院舍的供應量。
16. 津助院舍不足，以致不同身心障礙類別的殘疾人士輪候時間嚴重落後，平均輪候時間已達10-12年，情況極為嚴峻。
17. 希望多放資源到資助院舍，擔心私營院舍質素參差。
18. 提升資助院舍質素。

(3) 關於設立小型家舍的意見

19. 減少大型綜合院舍的數量，因為不同殘疾類別的人士需要都不同。有參與者指出，可以發展小型家舍/院舍，提升院舍生活質素和服務多樣性。
20. 有意見表示，院舍應該摒棄堡壘式的建築設計（即大型獨立建築，提供過百宿位），應採用小型家舍形式，促進社區融合。

(4) 不同類別殘疾人士的院舍服務

21. 視障和聽障人士亦需要院舍服務。
22. 應該放寬中度殘疾護理院舍領取正式牌照的條件，容許院舍沒有電梯。
23. 智障人士院舍照顧：為智障人士提供家庭式的院舍照顧，增設智障人士高度護理院舍，以照顧高齡及退化的智障人士，並設立雙老混合院舍，讓殘疾人士和照顧者同住，保持家庭聯繫。

(5) 院舍應對殘疾人士的老齡化

24. 隨著老齡化問題加劇，原本設計部分設施的時候是提供給有行動能力的智障人士，中度智障人士宿舍在設計的時候沒有預留足夠輪椅空間，待院友年長時需要使用輪椅，地方空間不足。相比下嚴重智障人士院舍有足夠空間能容納輪椅。而當時設計的時候主要取決於智障程度的。不論智障的嚴重程度，院友老齡化需要面對的問題都是類似的。
25. 老齡智障人士因身體機能衰退出現各種健康問題需要接受不同專科醫療服務，有意見建議為院舍增設專科醫生外展到診服務，方便醫生可以統一安排會診行程，亦方便老齡院友免於舟車勞頓。
26. 基於智障院舍老齡化問題普遍，部分院舍已經出現年齡兩極化。因此，應考慮將殘疾院舍轉為殘疾長者院舍，以將配套設施及服務集中於年長的人群，配合相關的醫療及照顧需要。
27. 為老齡化殘疾人士和照顧者設立雙老院舍，滿足其照顧需要。

(6) 院舍照顧對象方面的意見

28. 估計未來10年，殘疾人士院舍老齡人數將會持續上升，而新入住宿舍人士均多為年青的智障、自閉症人士，令院舍人口年齡兩極化，都是未來服務提供者要面對的困難。
29. 現時可供嚴重身心障礙者入住的院舍，服務使用者包括入住了不同智力和精神狀態的院友，對不同智力程度的院友來說，於護理及照料方面的需要可謂南轅北轍、亦令院友缺乏適當正常的社交接觸，容易導致適應上的嚴重障礙。
30. 提供更多針對不同殘疾類別的院舍服務，舒緩求過於供的問題。

E. 殘疾人士老齡化

(1) 殘疾人士的老齡化

a. 殘疾人士提早衰老情況

1. 檢視長者服務及康復服務之間的銜接，要正視殘疾人士提早衰老的問題。有參與者反映，以年齡劃分長者服務導致很多有需要的殘疾人士未能受惠。
2. 需要研究不同殘疾類別提早衰老的現象，例如智障人士一般於 40-50 歲已經出現身體機能退化跡象；並且檢討現時以年齡界定接受安老服務資格是否適用於提早衰老的殘疾人士。

b. 智障人士老齡化

3. 制定「老年」智障人士定義議，智障人士比一般人，甚至其他類別的殘疾人士更早踏入老齡化階段，將現時政策上採用的「長者」年齡定義強行使用於智障人士身上令他們未能基於身體狀況獲得所需要的支援和受惠於相關政策。
4. 智障人士雖然已被公認會提早老化，但由於年齡的限制，很多為長者而設的服務，如長者日間中心、醫療券、基層家庭醫療計劃等，都將智障人士拒諸門外。因此，在檢討服務時，必須同時研究如何突破框框，令面對老齡化而未足六十歲的智障人士可以安心「安老」。
5. 建議原居安置老齡化的中度智障殘疾人士，讓熟識他們需要的職員提供持續性照顧。

c. 殘疾人士老齡化的應對

i) 轉變庇護工場模式以應對院友老齡化

6. 全面檢視庇護工場、綜合職業康復服務中心和展能中心的服務模式及定位，探討服務轉型以回應老齡化智障服務使用者的需要。
7. 有意見者反映，庇護工場的名字給人一種剝削的感覺。將一些庇護工場改為老人中心，一方面可以促進庇護工場的流動，讓長期輪候而有勞動能力的年輕人盡早進入服務；另一方面減少日間展能中心的多樣性。
8. 庇護工場需要設立退休年齡，以關注智障人士人生不同階段的需要。

ii) 改變照顧服務模式，應對院友老齡化

9. 隨著老齡化問題加劇，原本設計部分設施的時候是提供給有行動能力的智障人士使用，中度智障人士宿舍在設計的時候沒有預留足夠輪椅空間，以致院友年長而需要使用輪椅時缺乏足夠空間。相比下嚴重智障人士院舍有較足空間能容納輪椅。而當時設計的時候主要取決於智障程度的。不論智障的嚴重程度，院友老齡化需要面對的問題都是類似的。
10. 相較於殘疾院舍買位服務，老人院服務較為適合，希望可以彈性處理、縮短由殘疾院舍買位服務轉介至老人院的申請。
11. 增加為步入晚期的殘疾人士及其家屬所提供的社區支援服務的資源，包括照顧（晚期症狀）技巧訓練、患者及照顧者情緒支援、善終輔導等。

iii) 調整服務設計，應對殘疾人士老齡化

12. 有意見指出，如果接受視障的康復服務，就要放棄原本的安老服務，而安老和康復在概念上本無衝突。因此需要探討如何將安老服務和康復服務互相配合。
13. 現時社區的智障長者（尤其輕度智障）既未能符合入住殘疾人士院舍條件，亦不適合使用長者日間中心的服務，建議增設智障長者社區中心，讓智障長者可以安於社區。

(2) 照顧者的老齡化

14. 隨著殘疾人士老齡化、其與照顧者的雙老情況日趨嚴重。
15. 照顧者老齡化的問題嚴峻，可以考慮提供適合的照顧者津貼，以聘請家傭。
16. 加強部門協作深入研究三老及雙老家庭，關注和加強有關配套，建議提供。
17. 雙老住宿服務(高齡殘疾人士及其高齡照顧者)，以達到原居安老的服務理想。
18. 有意見者表示，可以參考瑞士「時間銀行」概念，即照顧者可以將現時照顧他人的時數暫存，以便將來需要被照顧時，可以換取同等時數。

F. 樂齡科技的應用**(1) 應用科技優化和提升殘疾人士服務**

1. 參考「醫健通」，為殘疾人士提供一個完整的電子資源中心，與個案管理系統相通，方便尋找適合的服務。
2. 在院舍護理方面，引入自動清洗馬桶，提供護理質量和減省人手。
3. 研發/引入更小型的多功能電動輪椅，因為社區很多地方狹窄，一般輪椅不易通過。
4. 提升調頻系統助聽器（俗稱 FM 機）的頻道，或者提供資助讓聽障人士更換為數碼助聽器。另外，提高對聽障兒童安裝骨傳助聽器（BAHA 機）的資助。
5. 考慮使用視像覆診，減少醫護人員外展或者殘疾人士外出覆診的壓力。另外，有意見者表示，現時由部分院舍推行使用健康監測科技產品，例如智能腕錶、監測身體表徵的床墊等，建議參考當中的成效並考慮加強推廣。

(2) 提高科技產品對殘疾人士的適用性

6. 需要友善產品設計的政策，讓產品設計符合殘疾人士的使用；讓殘疾人士親身參與康復科技的設計和試驗，以確保科技產品適合殘疾人士使用。

(3) 設立康復科技應用基金和康復科技資源中心

7. 有意見者支持樂齡及康復創科應用基金的成立，可以藉此鼓勵社會研發不同科技，提升年老殘疾人士日常生活便利性；亦建議在推行之時，積極幫助創科中小企業，將技術普及化，使有需要人士均可負擔。另外，可以探討與科技公司合作科研，增設長者友善社區設施，增加可供長者休憩的地方，以鼓勵及方便長者外出運動，保持身心健康，預防疾病產生。

G. 預防、鑑定及醫療康復

(1) 預防：積極預防，減少殘疾發生和惡化

1. 有意見指出，應考慮加強公眾對預防疾病的意識，尤其是青少年的情緒問題。
2. 著重預防精神疾病工作，加強公眾在預防精神疾病上的教育，讓公眾更瞭解病患產生的原因，希望藉此減少精神病人數。
3. 康樂和體育配置需要作出良好規劃。運動對身體很有益，對預防疾病和身體康復都有很大幫助。這些疾病預防措施做得好，可以節省康復服務的補救措施。
4. 加強跨界別、跨專業的合作，例如：體適能的導師可以幫助殘疾人士鍛煉身體，減少因為輪候物理/職業治療服務而延誤治療的情況。
5. 有意見者提出，應該以「基層醫療」作主軸，政策方向和藍圖應圍繞主軸延伸發展。「基層醫療」強調為每位市民提供預防性護理和優質的疾病治理，對促進人口健康尤為重要。
6. 加入「基層醫療」範疇，並將中醫治療納入此範疇作討論，智障人士群體，以至殘疾人士的身體普遍出現提早衰退的問題，「基層醫療」肩負重要的預防功能，讓殘疾人士身體機能衰退的速度減慢。

(2) 鑑定：識別、評估、鑑定與及早介入

a. 及早評估與介入

7. 有不少家長提到現時學前幼兒的評估需時過長，而 0-6 歲往往是兒童發展的黃金階段。因此，有意見提出，可以採用「先支援、後評估」的策略，為輕度學障、懷疑個案提供盡早的支援。
8. 應加強各醫院和母嬰健康院的前線醫護人員、幼兒中心和幼兒園教職員對不同特殊需要兒童症狀或特徵之認識，提高他們識別特殊需要兒童的覺察能力，以盡早轉介兒童往兒童體能智力測驗中心作出診斷。另外，意見者亦建議教育局可以派駐教育或臨床心理學家往幼兒中心和幼稚園，為懷疑個案提供評估服務，作及早鑑定和介入。

9. 對殘疾人士老齡化的及早識別與介入，尤其是智障人士老齡化的評估：一般人 60 歲會被視為長者，但殘疾人士，包括智障人士，出現老齡化的情況都較一般人早。這方面需要檢討，確保及早介入。
10. 就特殊需要兒童，增加資源以改善「及早識別和支援」機制，如增加兒童體能智力評估中心數目。
11. 研究將摔跌偵測科技，例如感應地氈、拖鞋等引入香港的可行性。

b. 評估工具的優化和應用

12. 另外，採用有效的評估工具有助於及早識別疾病，避免進一步惡化成殘疾。
13. 世界各地已發展出多種適用於不同年齡的特殊學習障礙評估工具，相比之下，香港的評估工具雖然由推出至今已經多次更新、改版，但仍僅限於初小和初中兩個版本（適用於六歲至十五歲半的學童），建議考慮引進海外評估工具，以涵蓋不同特殊學習障礙的評估；或者持續優化現有工具，提高準確性。
14. 優化傷殘津貼的評估制度：除了醫生，應該加入社會工作、職業治療及輔導等專業人員成立跨專業的評估團隊，全面了解個案的能力。

(3) 醫療康復：醫療衛生及康復服務的配合

a. 綜合意見：

15. 殘疾人士有權享有可達到的最高健康標準，並提供具質量的免費或費用低廉的醫療保健服務。
16. 行政長官於 2017 年施政報告宣布於十八區推行地區康健中心，現時葵青區已經進行試點計劃。有意見者表示康健中心可以為殘疾人士提供基層醫療，可以探討福利界與此之間的合作。
17. 為殘疾人士提供與殘疾相關的特殊醫療衛生服務，包括早期介入及識別、預防殘疾惡化等。

b. 不同殘疾類別人士的醫療康復需要

18. 應該增加「普通門診公私營協作計劃」的資助病患類別及服務次數，讓殘疾人士可以受惠社區醫療支援。
19. 智障人士及自閉症人士受限於智能或言語表達，即使有身體病痛也未必能主動提出，導致病情延誤。有意見者建議為智障人士及自閉症人士提供定期免費身體檢查，及早發現病況和診治。

c. 殘疾人士所需不同方面的醫療支援

20. 建議醫管局積極研究引入新藥及部分較少副作用的藥物，現時有效用的新藥只在私家診所有售，然而，支付不到私家診所費用的基層市民便要忍受舊藥較重的副作用。

d. 殘疾人士醫療康復資助

21. 參考長者醫療券計劃，為殘疾人士引入醫療券制度，方便殘疾人士就診。
22. 為殘疾人士之特別醫療需要，如眼科服務、牙科服務、骨質檢查等設立恆常資助或服務。
23. 進一步加強社會服務機構或非政府機構在基層醫療的資源投資，以令他們更有效發揮作為復康和預防的第一道防線的功能和角色。

e. 殘疾人士醫療康復設施、器材、人手

24. 增加醫護人員外展服務。很多殘疾人士需要到不同醫院覆診，殘疾人士外出求診很困難。
25. 應該檢視和改善現時醫院及診所的無障礙支援，例如協助肢體障礙人士的器材、病房輪椅擺放位置、為聽障人士安排手語服務等。

二. 專題研究的意見撮要**H. 暢道通行****(1) 無障礙建築設計**

1. 需要確保公共屋邨有預留足夠比例和面積去支援殘疾人士在日常生活和訓練上的需要，方便其擺放康復訓練、醫療器材等。設計時需要考慮改裝公屋單位間隔的可行性，例如擴闊大門、房門及洗手間門、將大單位裏兩個相連的洗手間打通、坐廁坐落的位置可以改動等。
2. 更新及優化屋宇署《設計手冊：暢道無阻的通道 2008》，檢視手冊未能涵蓋的戶外環境的通道及設施。另外，有意見建議將設計手冊內的「作業範例部分」改成「強制部分」。應該成立一個專責小組，確保相關指引及規例能有效地實施，並作出監察及檢控。
3. 以《公約》原則修訂《設計手冊：暢通無阻的通道》。
4. 建議屋宇署加強監管巡查，亦可參考路政署的投訴機制，設立簡易的投訴渠道，讓市民提供違規樓宇的資料，而並非單靠民間組織或非政府機構巡查。政府亦應設立無障礙設施數據庫及網站，蒐集全港公共處所的無障礙設施資料，方便市民查閱。

(2) 無障礙交通

5. 檢視巴士及小巴的低地台設計，可以參考其他國家巴士低地台的新設計。
6. 巴士車長需要彈性處理攜有嬰兒手推車的乘客，因為部分手推車設有輔助特殊兒童的器材，未能像普通手推車摺起。
7. 有意見者反映，部分港鐵站在翻新之後，原有的一些通達標誌(藍色輪椅標誌)不見了。需要確保港鐵在翻新、新建設施上的無障礙標準。亦有意見者表示，建議港鐵把定期檢查和維修升降機的時間安排在深夜非繁忙時段，因為一旦停用，會對輪椅使用者造成很大不便。

8. 地鐵閘門即將關閉前的聲音提示未能對聽障人士起到警示作用，有不少聽障人士分享自己因此被閘門夾到。目前很多其他國家(例如新加坡、台灣和中國內地)的地鐵閘門已經加有閃燈提示，建議督促港鐵盡快加裝相關設備。顧問團隊發現，現時部分線路，例如東鐵線的月台邊緣已經有藍色的閃燈提示注意月台空隙，可否試將藍燈變成紅燈閃爍，提示閘門即將關閉。
9. 在公共運輸專營權中明確訂定增設無障礙輔助設施的條款，及各公共運輸系統改善有關項目的合理時間表。促使營運商加快進行有關改善，使殘疾人士可以無障礙享用交通服務，亦能使公共企業承擔應有的社會責任。
10. 確保公共專線小巴的無障礙設施，尤其是路線中包含有醫院、診所及康復服務中心的小巴，建議運輸署在批出專營權中要求營運商設有一定比例的無障礙車輛。
11. 增撥資源和提供政策優惠給予由非政府機構和社企營運的無障礙運輸包括復康巴士、易達巴士、易達轎車及鑽的；政府亦應大力普及無障礙的士，方便輪椅使用者得到快速的點到點交通服務；另外，應考慮放寬車輛高度限制，讓使用附有大型維生儀器的電動輪椅乘客能方便登車。
12. 有意見者建議救護車增設升降台，並在車廂內預留足夠空間擺放電動輪椅。
13. 建議成立「無障礙交通委員會」，統籌並與政府相關部門協調，管理及推動無障礙交通。
14. 檢視「人人暢道通行計劃」自 2012 年實施以來遇到的挑戰，例如因業權問題未能涵蓋的領域等。
15. 建議豁免各類殘疾人士申請車輛牌照的費用以及汽車首次登記稅。

(3) 無障礙社區環境

16. 設立無障礙基金，鼓勵社區優化無障礙設施，例如銀行、餐廳、商場、戲院等。
17. 增設社區的無障礙遊樂設施，可以參考一些外國的公園及遊樂場設計，方便所有年齡階層的殘疾人士使用。
18. 應參考西九文化管理局，在新建、擴建或裝修轄下文藝場地設施時，預留款項聘請相關專業知識的機構為場地提供通達顧問服務，並在設計初階諮詢相關持份者，從而提升場地的通達程度和設施的一致性。
19. 考慮提供誘因，例如家居裝修、改建或安裝智能系統的費用津貼，鼓勵殘疾人士家居科技應用，提升家居安全和照顧便利，藉以推廣居家安老，延遲申請殘疾院舍的需要。
20. 參考其他國家推行「智慧城市」的經驗，在生活各方面普及科技應用，例如殘疾友善的產品設計、無障礙資訊及配套設施、殘疾人士數據庫等。

(4) 無障礙資訊及服務

21. 普及網頁及應用程式的無障礙設計，讓視障人士可以用讀屏軟件獲取資訊。
22. 提高醫院及診所的資訊通達程度，例如利用震動提示器作為輪候籌，方便等候覆診及領藥的視聽障人士。
23. 制定社區友善地圖，讓殘疾人士及照顧者知悉能無障礙地獲得生活所需的地點。

24. 增加受資助院舍無線網絡的覆蓋率，方便院友獲取信息資訊。
25. 增加求救的渠道，例如短訊報警，方便聽力障礙、語言障礙人士。同時，亦需要考慮相關機制會否被濫用。
26. 一些設計出來好的應用程式需要一個平台去推廣，而不是只在個別機構內部使用。需要建立一個資源中心，使所有的人都可以享用。

(5) 其他無障礙設施

27. 在不損壞風貌的情況下，改善古蹟和旅遊景點的通達設施，推動無障礙旅遊，吸引世界各地的殘疾人士到港旅遊；並將無障礙旅遊納入整體旅遊規劃藍圖。

I. 就業支援

(1) 對殘疾人士公開就業的支援

a. 鼓勵僱主對殘疾人士的聘用

1. 增加對僱主的培訓，讓其增加對殘疾人士的認識，尤其是精神病患者，消除誤解。
2. 政府可考慮聘請更多殘疾人士為合約員工，若其於合約期內表現理想，應繼續聘用或轉為長期公務員。
3. 政府應公布各部門聘用殘疾人士的比率，且保持聘用比率於一定水平，例如可以將某些職位設定由殘疾人士擔任。
4. 加強支援社會企業，現時社會企業的確提供了一個半公開半庇護的工作場所來支持殘疾人士就業。然而在現時本港高租金和種子基金模式的情況下，不少社會企業面臨在自付盈虧的財政壓力。建議可參考其他國家，為社會企業提供土地上的支援。同時鼓勵公營機構多惠顧社會企業，透過公營機構的內銷市場，支撐社會企業並穩定財政，從而確保殘疾人士的就業穩定。
5. 資助朋輩支援計劃，令服務機構可以聘請復元人士，從受助者轉為施助者，分享自身經歷和幫助精神病患者康復。

b. 創造友善擇業與就業環境

6. 加強工作場所的公眾教育力度，透過對工作場所員工的教育和資源，以工作環境和內部網絡來支援智障及殘疾人士，而非單一由復康專業人士介入。
7. 增設「工作調適員」，並應用具實證和客觀的評估工具改善中央登記制度/個案管理系統，以透過準確有效的工作配對，促進殘疾人士長期穩定就業。
8. 優化現時公務員招聘及考試制度，為有障礙的應徵者提供適切的便利，例如考場無障礙環境、考試時間的調節及試場休息時間等。

c. 優化政府就業政策

9. 實行就業配額制，要求 50 人以上之企業及團體聘請不少於 2% 的殘疾人士。可先以政府及受資助的公營機構開始實施，逐步向私營機構實行。
10. 政府外判標書可列明投標機構如有聘用殘疾人士可獲優先考慮，藉此增加殘疾人士

受聘機會。

11. 在政府及公營機構採購貨品和服務的公開招標中，加入「聘用殘疾人士」和「向聘用殘疾人士的社會企業購買服務」作為評核標準之一。
12. 檢視勞工處展能就業科的配對系統，增加工作種類，讓不同資歷的殘疾人士可以得到多元化的選項。
13. 加強對殘疾人士在公開市場就業的數據監察。殘疾人士的就業穩定性不高，是否因為僱主為了達到就業配額還是殘疾人士難以適應工作環境，需要主動了解背後原因。

(2) 職業康復服務

14. 全面檢視庇護工場、綜合職業康復服務中心與職業康復延展計劃之間的配合。有意見反映，現時庇護工場和綜合職業康復服務中心的學員開始老齡化，而職業康復延展計劃已經不能應付需求。建議庇護工場的生產線可以轉到一些已活化的工廈，而工場的原址可以用作增加職業康復延展計劃的名額，讓年長或已退休的學員可以在原居安老，接受適切的日間活動及治療服務。
15. 現時庇護工場及綜合職業康復服務中心沒有設立退出服務的年齡上限，因此正在使用服務的年長學員得不到合適服務，而且影響真正有需要及正在輪候服務的人士。建議社署及業界商討退出服務機制、相關配套安排及社工的個案管理制度，例如增設高齡殘疾人士專門化日間服務。
16. 建議放寬接受庇護工場服務的資格，讓輕度智障、有限智力而又不能適應公開就業的人士受惠。另外，應該持續增加庇護工場的名額，尤其是工場連宿舍的名額。
17. 需要考慮增加庇護工場的津貼額度並引入定期檢討機制。
18. 需要因應服務對象的轉變而調整服務模式，例如輔助就業服務近年智障會員減少了智障服務使用者，但精神病康復服務使用者上升，需要檢視相關服務能否為精神病康復人士提供緩衝期，建立其就業動機。
19. 現時輔助就業服務的資助不包括職員工作地方，如需租用辦公室，有關開支亦不可運用整筆撥款或獎券基金的款項，因此建議為輔助就業服務提供處所及有關租用辦公室的開支。
20. 當局在 2017-2018 年間推出的「綜合職業康復服務中心暨宿舍」會製造營運困難。有意見表示歡迎工場暨宿舍的配套服務，但認為同時需要維持足夠的日間工場服務名額。另外，亦需留意發展此類綜合服務所帶來的營運困難和服務混亂，因此建議同一工場只提供一類殘疾類別的綜合服務。

(3) 為殘疾人士提供津貼、資源及培訓

21. 關愛基金正在試行為期 3 年的「提高在綜合社會保障援助計劃下殘疾受助人的豁免計算入免上限試驗計劃」，但這只局限於在綜援網的受助者，未能回應綜援網以外且正在就業的有需要人士。政府除了在綜援網內提供就業誘因外，更應積極開拓在綜援網以外就罕見疾病患者及有類似醫療需要的長期病患者，提供與上述試驗計劃理念相同的中途計劃，讓希望自食其力的患者免除醫療維生開支的後顧之憂。

22. 為經「殘疾僱員生產能力評估」後未能獲得最低工資的殘疾人士提供工資補貼援助。
23. 設立殘疾人士創業基地，協助有才能的殘疾人士創業，由專業人士協助提供顧問、法律、行政及其他方面支援。
24. 希望加強推廣殘疾人士免稅額(包括其照顧者的免稅額)。
25. 為中年以上的康復者提供科技學習機會，增加其於工作上運用資訊科技的技能。
26. 為特殊學習障礙的青少年由高中開始提供職業生涯規劃輔助及職場小組輔導，善用假期，安排試工，並把服務延伸至入職後的一年跟進。

J. 精神健康

(1) 建立正確觀念

1. 加強社區教育工作，設立專屬公眾教育推廣基金，鼓勵以商社協助形式，推廣社會大眾對精神病患者的認識，消除負面標籤；另外，可以著重預防精神疾病的工作，讓公眾了解病患產生的原因，提供個人精神健康管理。
2. 鼓勵傳媒以專業、準確及負責任的方式報導事件，減少用精神病等措辭標籤當事者。培養傳媒、社會對精神康復者的認識，並正確用詞，減少誤解。

(2) 精神疾病的預防、及早認識和治療

3. 增加學校的社工及輔導員，並加強其在精神健康的知識，發揮預防與及早識別的功用，令青少年能及時得到支援和幫助。
4. 精神藥物有副作用，容易讓人覺得疲勞。政府增加藥劑師服務，給病人更清晰的指示，了解藥物作用。建議醫管局積極研究引入新藥及副作用較少的藥物。
5. 加強培訓和增聘精神科社康護士，舒緩醫療系統的壓力。精神科社康護士擁有精神病和精神科藥物的知識，能夠外展家訪病人，向病人提供精神健康評估及適當的護理，同時向患者及家人灌輸預防和治療的知識。另外，培訓精神科社康護士所需的時間及資源比精神科醫生少。
6. 有意見者更指出，個案管理計劃中部分病人獲跟進的時間太短，而且會面時間也越來越短，對他們的情緒支援效果成疑。醫管局自 2010 年推出「個案復康支援計劃」，直至 2016/17 年度的部分地區(港島東區)，個案經理與病人比例仍高達 1:56。

(3) 精神病康復者就業支援

7. 加強推行「朋輩支援工作員計劃」，鼓勵服務機構聘請精神病復元者。
8. 為精神病康復者提供彈性覆診時間，如安排在週末或晚上，以方便在職人士。
9. 勞工處和精神健康綜合社區中心的輔助就業主任根據殘疾人士優點或長處，提供轉介和配對服務，以促進殘疾人士就業，發揮其技能。

(4) 精神病康復者的社區支援

10. 檢討「精神健康綜合社區中心」的服務定位，因為有普通精神困擾人士也可以獲得服務。
11. 精神健康綜合社區中心近年被視為情緒發洩場所，每位工作人員需要負責高達 60 至 80 個案。香港申訴專員公署於 2018 年 1 月發表與精神健康綜合社區中心相關的主動調查報告，當中指出有關服務對象的詮釋不統一，服務質素監管不足²²。
12. 應提升各區的精神健康綜合社區中心的服務，包括增聘人手，回應日益增加的社區精神健康需要、增加活動名額，鼓勵康復者參與社交活動、加強社區照顧。
13. 應加強精神健康綜合社區中心與其他社區內的服務單位（如兒童及青少年服務中心、綜合家庭服務中心、長者中心等）的協作，共同應付不同群組的精神健康服務需要。
14. 精神健康綜合社區中心尋覓永久會址困難，需獲政策支援以助推動社區平等參與機會。
15. 建議設立「緊急支援中心」，而中心需有醫療團隊及社工，讓精神病康復者減少入醫院的需要，重返社區。

(5) 精神康復領域的跨部門合作

16. 應以復元理念為政策宗旨，以醫社結合的形式，透過各項復康服務，支援精神病患者和其他相關人士，保障其精神健康及促進康復者的社會融合。需要擬定一份精神健康工作計劃方案，每五年檢討服務策略、行動、預算、時間表及成效等細節，同時可以設立精神健康專員，協助處理康復者融入社會的各種困難。
17. 促進精神科的公私營合作，讓輪候精神科的人士可以獲資助往私營市場就診，加快治療和康復。另外，可以考慮放寬引入海外精神科醫生的要求，增加公立醫院的精神科人力供應。
18. 加強普通科醫生與精神科/社會服務人員的溝通與合作，當普通科醫生識別到高危長者可以有機制迅速地轉介至社工或其他專業人士跟進。另外，應加強培訓普通科醫生、家庭醫生以及早識別有抑鬱症狀甚至自殺風險的長者。
19. 《方案》應釐清與「精神健康諮詢委員會」之間的權責關係，而且兩者的建議政策方向應該一致，甚至應由一個專責架構負責制訂與康復者服務有關的事務，以便連接其他精神健康的關注範疇。

(6) 精神病康復者照顧者支援

20. 政府應增加對精神康復者家人的支援，正視精神病患者照顧者的需求和困難。
21. 關注照顧者的精神健康，從而提升其照顧能力。例如增加家長/親屬資源中心，對照顧者及其家庭提供適切的情緒支援。
22. 希望提供更多有關照顧精神病患者和接受家人為精神病患者的資訊。

²² 香港申訴專員公署主動調查報告：社會福利署為有或懷疑有精神健康問題的人士、其家人/照顧者及鄰居所提供的支援服務

(7) 準確的精神病患者統計數據

23. 確保準確的統計數據，以制定適合的人手服務規劃。精神病患者的數據在時間相近的《第 62 號專題報告書》與《香港精神健康調查》²³存在不少差異。
24. 有意見指出，2010-2013 年的《香港精神健康調查》中精神病的普遍率是 13.3%，約 90 多萬人口。有意見者指出，當中只有大約 26% 接受服務。

K. 特殊需要**(1) 學前支援服務**

1. 全面地為適齡特殊需要兒童提供學前教育服務。
2. 及早為幼齡的聽障兒童提供資助安裝骨傳助聽器(BAHA 機)，從而把握兒童在語言發展黃金期內進行聽力及口語訓練。
3. 增加學前康復服務的資源，減少學童輪候服務的時間。
4. 考慮將學前康復服務對象年齡上限由 6 歲延至 7 歲。
5. 設立學前殘疾兒童的家長資源中心，為 6 歲以下的特殊兒童家庭提供各種支援，包括家長的情緒支援，提升家長照顧和教導弱兒技巧，增強其養育殘疾子女的信心。
6. 有不少家長提到現時學前幼兒的評估需時過長，而 0-6 歲往往是兒童發展的黃金階段。因此，有意見提出，可以採用「先支援、後評估」的策略，為輕度學障、懷疑個案提供盡早的支援。
7. 根據醫管局截至 2017 年 12 月 31 日的數據，兒童精神科非緊急個案新症輪候時間中位數為 69 周。由於輪候時間長，不少兒童在 K3 才開始接受服務，但現時到校學前康復服務只在幼稚園推行，為六歲以下的兒童提供服務，小學則未設有到校服務，因此學生升小學後治療服務出現斷層。建議應為升小學的特殊需要學生及其家長提供銜接支援及評估，適時協助他們適應小學生活。
8. 以讀寫障礙學生為例，學生需要在小一後才進行評估，而輪候人數眾多，使學生往往於小二至小三才能進行評估及獲取服務。因此建議參考現行的「學習訓練津貼」模式，為這些學生提供過渡期支援，可向合資格的非政府資助機構購買評估服務和符合學生需要的訓練，及早讓學童得到適時的、家庭、學校及社區支援。

(2) 特殊和主流教育的配合

9. 加強主流教育老師與教育心理學家的配合，例如為個別特殊需要學生在功課及測驗考試時間作出調適。
10. 為每一位有特別需要的學生提供個別學習計劃，內容包括學生的短、中、長期發展目標，並定期評估及檢討學生的進度及採用的教學策略。而計劃的制定過程應確保學生及其家長有參與權、知情權、確認權及監察權。
11. 考慮成立特殊教育統籌部門，並設立「個案經理」，為每位特別需要學生指派一位

²³ Lam, L. C., Wong, C. S., Wang, M., Chan, W., Chen, E. Y., Ng, R. M., Bebbington, P. (2015). Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: The Hong Kong Mental Morbidity Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (9), 1379-1388. doi:10.1007/s00127-015-1014-5

個案經理。個案經理至少從小學至完成中學階段跟進個案需要，負責就入學、升學、介入、支援、調適、個別學習計劃、申訴等，與各持份者作出協調，保障學生可接受平等且有持續跟進的教育服務，不受歧視，及得到適切介入，而政府則應發揮監察及統籌角色。

12. 考慮將全港大、中、小學「特殊教育統籌主任」職級常規化，並訂立相關職位的職業階梯，訂立相關的專業水平指標，鼓勵老師在相關的專業範疇自我增值。另加強整體教師的特教相關培訓覆蓋面及課程深度，以強化教師在校的支援能力。
13. 有意見表示，現時部分學校只是安排現任老師「轉型」或「兼任」統籌主任一職，要同時處理其他教學、校務行政工作，對特殊學生的支援成效未如理想。因此需要對「特殊教育統籌主任」的成效進行監察，將此職位專職化和專業化，令支援工作到位，真正照顧學障兒童的需要。
14. 有特殊學校工作者表示因為薪酬待遇低，現時很難聘請教學助理。需要檢視和更新特殊學校的薪酬指引。
15. 自閉症患者進入小學之後，不是資源不夠，而是資助的模式不同。目前對特殊需要學生提供的訓練是以技能為基礎的康復訓練，幫助學生融入學校的學習環境。這方面的資金是按人數撥款給學校，校長在用這筆錢的時候是按某類需要的人數來分配資源的，由此會導致一些少數人的特殊需要得不到滿足，以至於需要去外面購買服務。
16. 需要確保聽障學童得到適切的學習支援，例如助聽器、手語翻譯。另外有意見者表示，教育局提供的助聽器質素有待改善，部分使用者在更換耳機時更出現兩邊不同牌子而兼容不足的情況。建議可以提供現金券，讓使用者自選合適的助聽器。
17. 協助嚴重聽障學生於主流學校中豁免聆聽考試。顧問團隊得悉，現時教育局的指引為“學校或須因應個別聽障學生的功能限制情況而考慮豁免他們應考部分試卷”，因此可以考慮將豁免聆聽試的做法統一化，避免不同學校之間出現分歧。
18. 特殊需要學生在主流學校未必能與一般學生進度一致，因此建議增加資源，為特殊需要學生提供課後輔導，或資助社福機構提供導師給特殊需要學生進行單獨或小組功課輔導。
19. 檢視各學校、學前訓練中心是否有足夠的言語治療師，考慮增加資源為特殊需要學童提供言語訓練服務。
20. 就教育局的融合教育教師專業發展架構(「三層課程」)，希望可以透過部分已達成培訓目標的學校，於《方案》檢討期間同步檢討有關培訓計劃能否有效支援普通學校推行融合教育。
21. 建議取消「學習訓練津貼」的資助上限，讓學校可以因應需要收納特殊學童人數。

(3) 加強服務的銜接與轉介

22. 加強學前康復和主流學校的銜接。有家長表示，小孩入讀普通中小學後，老師對其特殊學習需要並不了解，經常誤會為頑皮學生。希望加強學校支援（加強老師及駐校社工的培訓、加強校本的專業人員支援、強化特殊教育需要統籌主任職能，加強學生支援小組的功能和角色）。

23. 加強學前康復服務與主流學校之間的銜接，建立互相溝通的平台。有意見者表示，現時有特殊需要的兒童升讀主流學校後，學校要重新花時間認識兒童的個別需要和特性。
24. 學生達 15 歲後接受合資格的評估員評估及轉介至社會福利署之「康復服務中央轉介系統」可以申請輪候成人服務，但現時服務輪候需時。有意見表示，有不少特殊學校的畢業生需要留在家中輪候服務，例如港島區展能中心需要輪候大約 4 年才獲服務，為家長帶來很大照顧壓力。

(4) 社區、住宿及醫療支援

25. 加強為有特殊需要人士提供的社區支援服務，例如暫顧服務、24 小時支援服務及設立獨立的展能中心。
26. 加強為特殊需要人士提供醫療服務，例如定期身體檢查、牙科服務。
27. 設立服務券，資助特殊需要兒童的家長為子女購買私人服務，以避免因輪候服務而錯失學習黃金期。
28. 全面規劃特殊學習需要學童社區支援服務，成立資助跨專業服務團隊，與學校社工及綜合青少年服務中心合作，就特殊學童成長發展、家長教育和家庭輔導提供專業支援
29. 為特殊需要學生建立統一資料庫，以加強學生於學習階段上的交接和支援部門間的合作。
30. 加強支援醫療情況複雜的學童，及早評估學前特殊兒童的醫療情況。另外，應加強醫管局與教育局的協作，向特殊學校的這類學童提供醫療護理及資源。
31. 為特殊學生提供全面的社區支援服務，包括面對不同階段的人際關係處理、生活技能、生涯規劃、就業輔導和家長支援服務等，減少家長的照顧壓力。
32. 設立學前殘疾兒童的家長資源中心，為 6 歲以下的特殊兒童家庭提供各種支援，包括家長的情緒支援，提升家長的照顧和教導技巧，增強其養育殘疾子女的信心。
33. 需要檢討如何為 13 歲以下學生提供特殊學校暨院舍服務，支援有照顧需要的家庭。

L. 共融文化

(1) 加強公眾教育，推動殘疾觀念主流化

1. 加強公眾對精神健康的認識，例如在教科書加入相關內容讓學童從小關注精神健康，增加對病患者的認識和尊重。
2. 應明白殘疾並不只是一個特殊群體的議題，殘疾亦是人生的其中一個階段。例如老齡化、因疾病引起的身體機能衰退、經歷災難或不愉快事件引致的健康問題等。
3. 透過多元化媒體在公眾領域上展現智障、自閉症及殘疾人士的需要和處境，提高社會共融意識。
4. 檢討公眾教育的範疇，除了表面的資訊及知識傳遞，而且應該提高民眾在意識形態上之更新變化，並應包含提高市民之共融意識、改變態度和行動實踐等多方面的內容和計劃。

5. 鼓勵大、中、小學的學生參與義工服務及共融活動，身體力行。
6. 政府帶領鼓勵公眾支持社會企業發展，並推動公益消費，提供優惠及稅務寬免予市民購買社企服務或產品。
7. 建議立例對媒體的用詞進行規管，避免刻意將不良事件與精神病關聯，誤導大眾。
8. 透過廣告、海報、宣傳標語等推動共融文化，消除對殘疾人士的誤解。

(2) 康樂體育發展²⁴

9. 增撥資源改善康體設施，例如運動場地、輪椅位置、殘疾人士健身設施、運動輪椅及教練等。
10. 提升殘疾運動員地位，提供足夠生活津貼，讓他們能全力為夢想出發。
11. 為殘疾人士提供服務現金券(例如每年\$3000)，針對其社交及體育運動。
12. 增建社區內的無障礙康體設施，包括康文署轄下的健身室和公園配套。

(3) 文化藝術發展

13. 提供恆常資源予具有推行展能藝術經驗的團體、復康機構，讓他們長遠規劃相關的培訓工作，當中包括師資培訓、制定及推行一系列持續及深化課程等，讓更多殘疾人士有機會以藝術為平台，發展個人潛能。
14. 提供適切配套與場地，例如培訓資源與場地支援、引入認可制度，利用不同渠道加強復康機構員工對殘疾人士藝術發展可能性的人士，以便全面地為殘疾人士謀求創意產業上的工作出路。
15. 受政府資助的場地管理者、文藝團體應盡可能照顧殘疾人士的資訊需要，例如採用對比色、放大字體印刷宣傳刊物、點字版本、簡易圖文版、提供電話熱線查詢等。
16. 建議讓持有殘疾證的人士可以優先選購演唱會場較低較安全的位置。
17. 政府可透過場地支援，如有展能藝術背景的團體能獲康文署的「場地伙伴」，及場地管理者應了解不同殘疾人士的需要及特色，讓不同展能藝術團體有機會使用場地。在節目推廣方面，當局可讓復康團體、展能藝術機構參與場地管理商討，令節目編排多元化，就不同類型的節目有不同的推廣策略，以開發殘疾人士參與藝術活動的新市場。
18. 確保藝術表演節目的通達程度，例如設立手語翻譯、口述影像、通達字幕等。
19. 加強支援「口述影像」，為視障人士提供多元化的資訊。
20. 成立創業基金，協助殘疾人士發展創意產業，培養有興趣的殘疾人士在創意文化、藝術及娛樂方面發展，為其提供專業培訓、增加與海外導師交流，從而提升他們的藝術造詣，將藝術發展成職業。

(4) 無障礙信息

21. 確保殘疾人士能夠無障礙地在公共媒體中獲得資訊和交流，例如網站附設可讀資訊，影視作品、電視節目字幕及口述影像聲道，在新聞及資訊節目加入手語翻譯，圖書

²⁴ 顧問團隊於此階段收到關於體育發展的意見數量不多，同時亦得悉民政事務局於 2015 年已委託香港浸會大學進行香港殘疾人士體育發展顧問研究，建議檢討期間可以參考當中的建議。

館提供讀物和電腦放大器，屏幕閱讀軟件等。

22. 應在教育制度加入手語課程，培養人才成為專業的手語翻譯。
23. 官方文件應該提供簡易圖文版及少數族裔語言，方便各有需要的人士。
24. 增加口述影像員的培訓和資歷認證，而在電視台亦應常設口述影像員之職位，讓視障人士可以在節目中聆聽口述影像的聲道。

除以上十二個範疇外，顧問團隊亦蒐集到公眾對《方案》檢討取向的一般意見，包括更改《方案》名稱；為《方案》引入定期檢討的機制。另外，不少意見者指出《方案》的檢討過程需要全面參考《公約》。

附錄七：轉介予相關政府部門跟進的議題

顧問團隊於「訂定範疇」階段蒐集到的意見，除了按照七項宏觀議題及五項專責小組議題分類整理，亦發現當中部分意見未能完全歸類於上述範疇內，但團隊認為這些意見與殘疾事務及福利密切相關，需要政府各部門及社會相關界別協調合作。這些意見或會涉及多個政府部門，建議透過勞福局轉予相關部門或其下轄組別考慮，在檢討《方案》的期間可以實施當中可行的建議。

1. 殘疾人士統計數據

公眾意見：

- 政府統計處 2013 年的第 62 號專題報告書數據過時，應儘快進行新的普查以全面搜集各類殘疾人士統計數據，特別是有關智障人士及唐氏綜合症的人士等。

顧問團隊的建議：

- 顧問團隊認同數據在規劃未來服務的重要性，相關意見將會透過勞福局轉交政府統計處及相關決策局及部門跟進。

2. 法律與國際公約

公眾意見：

- 修訂 136 章《精神健康條例》，加入知情同意權條文，確保強制入院申請人及當事人即使於強制入院程序中，仍得到全面的法例保障資訊。
- 重新檢視現行監護制度，棄用「精神上無行為能力」等概念限制殘疾人士行使應有權利和作出決定；推動「支援決策／共同決策」制度，並設立「第三倡議人制度」，令殘疾人士可以在獲得支援和資訊下作出決定。
- 應該賦予殘疾人士正式成人法律身份，讓智障／自閉／精神障礙／認知障礙人士能以成人身份參與社會、政治事務及自主決定。
- 檢討及提升精神健康覆核審裁處職能，改善上訴機制，並加強監督醫護人員，防止他們誤導市民簽署自願入院同意書。
- 盡快落實《馬拉喀什條約》，方便殘疾人士獲取版權作品的無障礙格式版。

顧問團隊的建議：

- 特區政府已於 2018 年 3 月發表根據《公約》提交的第二次報告的擬定大綱，並展開公眾諮詢會收集意見。顧問團隊會將意見轉交相關專責小組跟進。
- 有關修改法例的意見將會透過勞福局交由相關決策局及部門考慮。

3. 福利及津貼

公眾意見：

- 擴闊公共交通票價優惠計劃（\$2 乘車優惠）至現有合資格人士的照顧者，及所有領取「殘疾人士登記證」人士。
- 檢討綜合社會保障援助金額的計算基礎。

顧問團隊的建議：

- 建議由勞福局相關組別考慮。