

法律改革委员会

代作决定及预前指示小组委员会

谘询文件

医疗上的代作决定及预前指示

摘要

(本摘要是谘询文件的纲要。谘询文件可向香港湾仔告士打道 39 号夏慤大厦 20 楼法律改革委员会秘书处索取，亦可于互联网上查阅，网址为：<http://www.info.gov.hk/hkreform>。)

引言

1. 本谘询文件所研究的是两种特定情况，均与未能作决定的人在作出决定问题上的时间有关。第一种情况涉及由第三者为陷于昏迷或植物人状况的人就医疗问题和财产及事务的处理代作决定，而第二种情况则涉及个人就自己日后再无行为能力作出有关决定时所希望接受的健康护理或医治而预先作出决定。这个论题是一体两面，或者最佳的辨析或对比方法便是从两个不同的角度来看它：一是无行为能力前的代作决定（针对属于第二种情况的人），一是无行为能力后的代作决定（针对属于第一种情况的人）。

研究范围

2. 2002 年 3 月 23 日，律政司司长及终审法院首席法官把以下课题交予法律改革委员会（法改会）研究：

“检讨关于以下事宜的法律：

- (a) 为陷于昏迷或植物人状况的人代作决定，而特别研究范围是该等人士的财产及事务的处理，以及对接受医疗的予以同意或拒绝予以同意；以及
- (b) 个人在精神上有能力作决定时，就自己一旦无能力作决定时的个人事务处理或希望接受的健康护理或医疗方式所作的预前指示，

并对有需要作出的改革加以考虑和作出建议。”

小组委员会

3. 代作决定及预前指示小组委员会于 2002 年 5 月委出，负责就有关法律的现况进行研究和提出意见，并且作出改革建议。小组委员会的成员如下：

梁刘柔芬议员，银紫荆星章，法律改革委员会成员
太平绅士
(主席)

赖福明医生，太平绅士 伊利沙伯医院
(副主席) 医院行政总监

陈元新先生 律政司法律草拟科
高级政府律师

何健生医生 卫生署长者健康服务
家庭医学顾问医生

李颂基医生 伊利沙伯医院
内科部部门主管

蔡克刚先生 蔡克刚律师事务所
合伙人

卫关家靛女士 法律援助署
法定代表律师办事处
助理法定代表律师

杨罗观翠博士 社会学家

张美雅女士 法律改革委员会
(秘书) 高级政府律师

第 1 章

行为能力及代作决定的概念

行为能力的概念

4. 普通法假定成年人具有完全行为能力，但如情况显示并非如此，则属例外。视乎出现问题的决定属于什么类别，现有法律有就行为能力提供多种验证方法。在某些情况下，答案可在案例法中找到，而在其他情况下，个别法规也载有关于行为能力的条文。不过，重要的是法律概念上的有行为能力或无行为能力，不能与医学概念上的有行为能力或无行为能力混为一谈。

5. 但凡法律有订明某人无行为能力作出某项决定，如该人作出某项法律行为或从事某项活动，便会产生法律无行为能力的问题。无行为能力可在各种不同的条件下产生。这些条件可能包括未足成人岁数或精神不健全。此外，普通法还有一个基本的行为能力验证方法，那就是有关的人必须在事发时，大致上明白自己究竟在做些什么和本身的行动可能带来什么后果。故此，在原则上，法律行为能力所要看的是理解力而非智慧度；只求有关的人明白自己正要作出的决定是什么，至于决定本身的质素如何，则无关重要。不过，这个基本验证方法只是临时变通来应付一些特定情况，普通法或法规现时所采用的确实验证方法可能会因应情况而有所不同。

6. 作决定的行为能力并不是医学上或心理方面的诊断类别；个人是否有此行为能力是要看他能否作出一名知情人士所会作出的判断。如果因行为能力此一问题有所争议或为某目的而须就行为能力作出法律裁定，法官是以业外人士而非医学专家的身分来作出裁定，而其裁定是基于病人的医生或认识病人的其他人的证供作出，并有可能是根据个人观察所得作出。

精神上无行为能力的成因

7. 精神上无行为能力可因各种不同成因所致，它们计有：

- 先天性心智失能
- 因受伤或患病而造成的脑损伤
- 痴呆症
- 精神出现问题
- 药物滥用

无能力作决定所衍生的问题

8. 如果无能力作决定者是无法独自作出某项决定，他或者会在适度协助之下有能力作出该项决定。然而，有一些人是在无能力作出决定；他们的作决定行为能力受损程度是足以令他们欠缺法律行为能力单独或在协助之下作出自己的部分或所有决定。这可能代表此人不能就一些事宜（例如个人福利、健康护理、理财及财产处理）作出在法律上有效的决定，但有些事情却不得不作出决定。举例来说，有关的人可能需要接受医治，又或者有必要出售他所居住的房子来为他另外安排居所。会出现的问题是无人有自动的权利代另一名成年人作出决定，不管彼此的关系如何密切情况也是一样。在代一名作出决定行为能力受损的成年人作出决定时，代决人的决定如要有法律效力，就必须先要在法律上获授权代表该名成年人行事。

9. 究竟谁有权利可代昏迷病人或植物人授权接受医治，又或者在没有持久授权书的情况下代该人处理其财产及事务，现有法律并不明确。至于个人在精神上有能力作决定时，就自己一旦无能力作决定时所希望接受的健康护理或医疗方式而作出的预前指示，现时并无法律架构给予此类预前决定任何效力。

第 2 章 预前指示的概念

预前指示

10. 就健康护理而作出的预前指示（*advance directive*）是一项陈述，通常是以书面作出。在陈述之中，作出指示的人在自己精神上有能力作出决定之时，指明自己一旦无能力作决定之时所希望接受的健康护理形式。预前指示之所以诞生，大部分是源于要在知情下才同意这项原则和相信人应有自主权作出健康护理决定这个信念。

11. 关于健康护理的预前指示，也可解释为一种关于健康护理的“有先见之明的决定”（*anticipatory decision*），目的是令到病人即使日后失去作决定的行为能力，其事先作出的决定仍可发挥效力，而有部分论者是采用“生前预嘱”（*living will*）一词的。

第 3 章 精神上无行为能力的人：现有法例条文

《精神健康条例》（第 136 章）

12. 香港关乎精神上无行为能力的法例条文，主要是综合载于《精神健康条例》（第 136 章）。《精神健康条例》旨在为精神上无行为能力的人在健康护理、同意接受医疗及财产的处理等各方面提供保障。该条例的重点内容是：

- 第 II 部，此部是关于精神上无行为能力的人的财产及事务的处理；
- 第 IVB 部，此部为监护事宜而订定条文；以及
- 第 IVC 部，此部规管同意进行医疗及牙科治疗。

13. 《精神健康条例》第 II 部一般授权原讼法庭可应申请作出命令指示进行研讯，以查明任何被指称为精神上无行为能力的人是否因精神上无行为能力而无能力处理和管理其财产及事务。

14. 《精神健康条例》第 IVB 部处理精神上无行为能力的人的监护事宜及监护委员会的设立和角色。监护委员会是一个法人团体，负责为年满 18 岁的精神上无行为能力的人委任监护人的申请作出考虑和决定。

15. 第 IVC 部的第 59ZB 至 59ZK 条，就给予同意一事订定条文，让年满 18 岁而又无能力表示同意的精神上无行为能力的人接受医疗、牙科治疗或“特别”治疗。“特别治疗”的定义是卫生福利及食物局局长所指明的“效果不能逆转或具争议性的”医疗或牙科治疗。在指明某种治疗属“特别治疗”之前，卫生福利及食物局局长须先行征询医院管理局及“其他适当机构”的意见，而“其他适当机构”是包括有卫生署、香港医学会及香港牙医学会。

《持久授权书条例》（第 501 章）

16. 《持久授权书条例》（第 501 章）订立程序，授权书若是采用订明格式，以订明方式签立并载有订明说明资料的话，便可在授权人变为精神上无行为能力后继续有效。持久授权书只可赋予授权人就授权人的财产及其财政事务行事的权限，并必须列明授权人权限内的特定事宜、财产或事务。对于同意接受医疗的事宜，持久授权书并不适用。如授权人有理由相信授权人精神上无能力行事或正变为精神上无能力行事，则授权人必须向高等法院司法常务官申请将订立该项授权的文书注册。如授权人后来变为精神上无行为能力，授权人不得作出任何事情，直至该项授权已注册为止。

第 4 章

精神上无行为能力的人：普通法与同意接受医治

17. 每个人的身体都是不容侵犯，这是一项确立已久的原则。病人如果是有能力作出决定，医生不得在没有病人的同意之下，替他进行治疗。若未经病人同意而对他作出治疗，此举并不合法。决定病人有否给予同意是会受多项因素所影响，其中包括了外来影响的性质，以及同意或拒绝同意是否在知情下作出。在某些情况中，可基于必要原则而无须取得病人同意。

第 5 章

医疗专业对精神上的行为能力的医治和评估方法

18. 本章会简略介绍医疗专业现时对昏迷病人、植物人病人或其他精神上无能力行事病人的处理方法，包括介绍《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》，并会探讨由英国医学会（British Medical Association）所提供的指引，而青山医院张鸿坚医生所拟备的《引用《精神健康条例》时的常见问题及答案》（Frequently Asked Questions and Answers in the Application of the Mental Health Ordinance）一文，也会有助于我们进一步认识有关问题。

第 6 章

现有法律的各种问题

《精神健康条例》（第 136 章）的不足之处

19. 究竟“植物人”、陷于昏迷的人或有其他无行为能力征状（例如患有痴呆症）的人，可否就《精神健康条例》（第 136 章）而言视为“精神上无行为能力的人”并不清晰，而另一问题则是普通法就给予精神紊乱病人的治疗合法与否所提供的指引亦不明确。

“精神上无行为能力”的定义

20. “精神上无行为能力”在第 2 条中是被界定为“精神紊乱”或“弱智”。“精神紊乱”的定义是：

- “(a) 精神病；
- (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态是与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连的；
- (c) 精神病理障碍；或

(d) 不属弱智的任何其他精神失常或精神上无能力。”

21. “精神病理障碍”在第2条中是被界定为：

“长期的性格失常或性格上无能力(不论是否兼有显著的智力减损)，导致有关的人有异常侵略性或极不负责任的行为。”

故此第136章对“精神紊乱”的定义(b)及(c)项是有作解释，但对于什么会被纳入该定义(a)及(d)项的范围之内，却未有清楚说明。

22. 第136章中的“精神紊乱”定义(a)项所用的“精神病”一词，在第136章中未有界定，所以在决定病人究竟是精神上有决定能力抑或无决定能力，是要看主诊医生作何诊断。由于第136章未有为“精神病”提供明确的法律定义，决定病人是否精神上有决定能力的重担便落在个别医生的身上。

捉摸不定的普通法制度

就健康护理或医疗而作出决定

23. 在普通法中，法庭并无司法管辖权批准或不批准对精神紊乱的人进行治疗。有关行动合法与否是要看治疗是否符合病人的最佳利益，而把病人的“最佳利益”归类为“临床判断”事宜未必是可取的做法。

24. 医药和科技近期均有发展，现代社会的性质又正发生变化，这些都突显了有需要为精神上无行为能力的人设立足够的代作决定机制。

25. 虽然法庭曾裁定在普通法中，法庭并无司法管辖权批准或不批准对精神紊乱的人施行医治，而有关的行动合法与否是要看治疗是否符合病人的最佳利益，法庭仍保留其固有的司法管辖权以作出宣布。

26. 关于代作决定的问题，几乎天天出现，而由于人口老化，预计出现次数还会增加。故此，实在有必要设立一个机制，令作出决定的程序更形利便，并且也有必要确保此机制能把受影响人士的权利与责任互相结合。

病人缺乏自主权

27. 重要的是法例承认无能力作决定的人(不论是因精神上无行为能力或其他成因所致)是享有与其他社会成员相同的基本人权。无能力作决定的人应尽量得获自主权，并于有需要时在作出决定方面应得到适当的协助，而不应因精神上无行为能力的缘故被剥夺权利。

第 7 章 其他司法管辖区的法律及改革建议

28. 本章所讨论的是澳大利亚、加拿大、英格兰与威尔斯、苏格兰、新加坡及美国的情况。所有普通法主要司法管辖区，均已有就长者或精神上无行为能力的人引入预先指示这个概念，而且这些司法管辖区每一个都已有透过建议进行各种不同程度和范围的改革的方式，试图探究自己在这个范畴内的法例有何不足。虽然香港与这些其他司法管辖区之间可能有文化差异，但彼此的社会和经济情况是有共通之处的。

第 8 章 建议的改革方案

第 1 部：预先指示

各种方案

29. 可供选择的五种改革方案是：

- A 方案：扩阔持久授权书的现有范围；
- B 方案：订立福利或持续授权书；
- C 方案：扩大监护委员会的职能；
- D 方案：为预先指示提供立法基础；或
- E 方案：保留现有法律并以非立法的方式推广预先指示这个概念。

30. A 方案与 B 方案有类似的优点和缺点。两者的优点计有：

- 两种方案均相等于作出一般性的“整顿”，作用是鼓励更多使用现有条文而无须对法律进行全面修改。
- 两种机制均富有弹性，并无必要在未开始患病之前便先行预计所有会涉及的未来医疗需要。
- 两种方案均确保有人能代精神上无行为能力的人进行劝喻、争辩及讨论。
- 当病人亲属之间意见分歧或病人家属与医生意见分歧时，健康护理授权人能解决该怎么做这个难题。

- 如病人以前所作出的书面陈述和口头陈述有含糊或矛盾之处，授权人能够厘清病人在此情况下的意愿到底是什么。
- 授权人令医生可安心相信自己具有权力采取某些行动，而这较诸依据病人的一名亲属的非正式同意行事来说，医生是不会那么容易受到法律上的惩罚或专业谴责的。

31. 缺点则是：

- 代作决定的程序有可能大部分不受规管，并有可能受到利用和滥用。
- 持久／持续授权书可能只在授权人已妥为获得提供意见而有关的需要又是及时察觉得到的情况下才具有价值。
- 如何断定无行为能力是何时正确开始仍然是一个问题。
- 就施加于授权人的须有行动的积极责任来说，可能会是欠缺了程序上的保障。

32. C 方案（扩大监护委员会的职能）的好处，是可以在“家长式”的做法与给予病人在作出决定方面一些支持之间取得平衡，此外也确保病人能有积极行动，这是与不向授权人施加任何行动责任的 A 方案和 B 方案是有差别的。

33. C 方案的缺点，与 A 方案和 B 方案的缺点类似。预先指示是只在病人于开始变为精神上无行为能力之前已妥为获得提供意见而病人又及时察觉到有关的需要才具有价值。反对采用此方案的其他论据有可能包括以下各点：

- 监护委员会可能没有全面考虑病人的自主权，而且如果监护委员会认为不遵照病人的意见及愿望是符合病人的利益，病人的意见及愿望可被否定。
- 监护委员会只在能够确定预先指示是存在的情况下才可执行预先指示，但在某些情形下，确定预先指示的存在是可能会有困难的。
- 在监护委员会的架构之下，代决人的人选有限；在某些情形下，代决人可能与病人全无关系，亦有可能是病人认为不可靠的人，或是病人所不喜欢的人。
- 监护法律程序有时是被认为会令遭裁定为“精神上无行为能力”的人感到尴尬。病人及其家属可能会视此为污点。

34. D 方案（为预先指示提供立法基础）涵盖了一系列可供采用的方法，由设立全面立法机制以涵盖为精神上无行为能力成年人代作决定的所有各方面事宜，至订立一项只为预先指示的法定格式作出规定的较简单条文，均一一网罗其中。采用法定格式的预先指示，会把法律效力赋予预先指示这个概念，并会为必要的实质上和程序上的保障提供立法基础。在这种做法之下，预先指示的格式和签立方式均会由法律订明。这是新加坡所采取的做法，优点是医生能有比较肯定的感觉，可减低医生与病人家属之间发生争议的可能性。

35. 全面改革计划的优点是有连贯性，而且可以更为容易配合那些可能难以融入现有法律或程序的新意念和新模式。D 方案也会加强病人自决原则。

36. 不过，预先指示这个概念对于市民来说仍是一个新概念。当大部分人对此概念的认识有限之时，现时立法尚未是成熟的时机。除此之外，立法又有可能会阻碍而非鼓励人们使用预先指示。一份法定预先指示表格也会是较为欠缺弹性，令预先指示的有效性可能会冒因为某个签立方面的轻微技术性错误而受到质疑这个风险。小组委员会另外又关注到，撤销法定预先指示的程序，有可能会令人望而却步而不是有助大家作出预先指示。

37. 建议采用 E 方案（保留现有法律并以非立法的方式推广预先指示这个概念）的理由，是现有法律的缺失之处可通过发展普通法来加以改善。根据现有的普通法，个人在仍有能力行事之时，是可以就自己一旦无行为能力作出未来健康护理决定时所希望接受的健康护理作出指示的。

38. E 方案的优点之一是保留了司法裁定的固有弹性。当医生与病人亲属之间对于病人以前就医疗问题所曾作出的指示或表达的意愿有争议时，可向法庭申请作出裁定，然后每宗个案便会按其本身案情和是非曲直来予以裁定，而法庭在作出裁定之前，是会考虑个人情况和不断变更的社会需要。

39. 小组委员会承认为求解决这些问题而诉诸法庭并非理想的做法。对簿公堂费用昂贵，很多市民都在经济上无力负担。小组委员会又明白传统的公堂气氛和法律文化上那种对抗性质的程序，有可能令申请人感到陌生和受到威胁。不过，并非每一宗个案均有必要闹上法庭以求裁定，而提供一款经协定的预先指示表格（不一定属于法定性质），是会减低有争议和情况不明确的可能性的。保留现有法律的缺点之一，便是未必能肯定法庭会作出什么裁决，但提供一款供市民采用的预设格式的预先指示，却能提供有效的方法来向法庭展示证据，以助法庭裁定病人的意愿到底是什么。

40. 此方案的优胜之处可扼要述明如下：

- 此方案提供简单而具成本效益的方法，确保个人的看法和意愿受到尊重。
- 此方案保留了普通法的固有弹性，并容许法庭考虑每宗个案的个别情况。
- 此方案可避免法定格式本身欠缺弹性这个问题，因为如果规定须采用法定格式，格式上的任何偏差一开始便会影响文书的有效性。
- 在此方案之下，遭利用或滥用的可能性会较委任某人作为另一人的健康护理受权人为低。
- 与立法相比，此方案提供了一个入侵性较低的方法来推动公众认识和接受预前指示这个概念。
- 此方案较易于施行，并无需要进行立法程序。

41. 预前指示是一桩敏感的事情，故此小组委员会宁可采取慎重的处理方法。为了配合这种做法，预前指示范本的范围仅限于医疗而不会扩及器官捐赠。

建议 1

以非立法方式推广预前指示这个概念，并鼓励希望发出预前指示的人，采用小组委员会所建议的预前指示范本。

42. 推动公众加强认识和理解预前指示这个概念确有必要。政府在推广工作之上，是与法律界人士、医护人员、宗教团体及社会团体，携手扮演重要角色。

建议 2

政府应推行宣传计划，加强公众认识和了解预前指示这个概念。卫生署及各个民政事务处应备有预前指示的一般资料供公众参考，并应能提供预前指示表格范本供公众使用。

建议 3

政府应在这项提供资料的工作上，设法争取医务委员会、医学会、大律师公会、律师会、医院管理局、所有医院和诊疗所，宗教团体及社会团体的支持。

43. 小组委员会建议预前指示所载的指令，应在病人属以下三种病况其中之一时适用：陷于不可逆转的昏迷、处于持续植物人状况或病情到了末期。

44. 在任何情况之下，病人均应获提供令其继续感到舒适、尊严得以保持、持续获得流体喂养或营养及为可解除其痛苦所需的纾缓治疗和基本护理。

建议 4

为作出预先指示，“病情到了末期”及“维持生命治疗”两词应界定如下：

- (a) 如果病人患有因伤或因病所造成的不治之症且亦无合理希望可期暂时或永久复元，在以下情况中，病人即属“病情到了末期”——
- (i) 按合理的医学判断来说，不管是否施用维持生命治疗，死亡亦已临近；以及
 - (ii) 施用维持生命治疗的作用，只在于推迟死亡一刻的来临。
- (b) “维持生命治疗”指任何于死亡临近之时只收延长死亡过程之效的医疗程序或方法（包括心肺复苏术及人工辅助呼吸），但纾缓治疗不包括在内。

45. 小组委员会已拟备一份预先指示表格范本（见谘询文件附件 1）。小组委员会在拟备这份表格时，曾研究并参考《英国医学杂志》（*British Medical Journal*）所制备的预先指示表格范本（见谘询文件附件 2）、美国哥伦比亚特区医院联合会（*District of Columbia Hospital Association of the United States of America*）所制备的预先指示表格范本（见谘询文件附件 3），以及新加坡卫生部所制备的“预先医疗指示”（“*Advance Medical Directive*”）表格（见谘询文件附件 4）。

46. 一个须予考虑的重要问题便是关于见证人的规定，而此规定是应施加于小组委员会所建议采用的新预先指示表格的。小组委员会建议表格应在两名见证人在场的情况下填写，而这两名见证人其中之一应是一名医生。在关于见证人的规定之上，当然除此之外还有不少其他做法可供采用，而且每一种做法都各有其潜在的缺点和优点。小组委员会特别欢迎大家就其在这方面所作的建议提出意见。

47. 作为预先指示见证人之一，医生是完全有能力评估个人在作出预先指示时是否精神健全，而且也能够向作出者解释预先指示的性质和作此指示的后果。小组委员会认为要令到所有负责见证的医生的做法均保持一致，最好的方法便是由医务委员会或其他有关专业团体发出指引，供负责见证病人作出预先指示的医生遵从。

48. 至于负责见证的医生，到底应由预先指示作出者的主诊医生以外的医生担任，抑或由预先指示作出者的主诊医生担任，小组委员会并无既定立场。

建议 5

预先指示表格应由两名见证人见证，而其中一名见证人应为医生。两名见证人均不得在预先指示作出者的遗产中有任何权益。

政府应鼓励医务委员会或其他有关专业团体考虑发出指引，供负责见证预先指示作出的医生遵从，以确保所有医生在这方面的做法均能保持一致。

49. 个人只要在撤销预先指示之时是精神上有能力作出决定，他应可撤销自己以前所曾作出的任何预先指示。撤销的方式可以是口头或书面，但如果预先指示是以书面作出，小组委员会暂时认为撤销指示亦必须以书面作出。小组委员会也有考虑过下述一类情况：例如某人发生了严重意外，在陷入昏迷之前只能口头上表明自己希望撤销指示。小组委员会认为在此类突发性的危急情况中，书面预先指示必须以书面方式撤销这项建议采用的规定不应适用。就此类情况而言，口头撤销应该足以撤销预先指示。

50. 如果是撤销书面的预先指示，有一名见证人便应足够。谘询文件中收录了一份撤销预先指示的表格范本（见附件 5）。如果是撤销口头的预先指示，撤销指示可以用口头或书面方式，并且不需要有见证人。

建议 6

- (a) 如果某人在作出撤销预先指示之时是精神上有能力作出决定，该人可随时撤销自己以前所曾作出的任何或所有预先指示；
- (b) 书面的预先指示可以书面方式撤销，并且最好能由一名见证人予以见证；以及
- (c) 在突发性的危急情况中，书面的预先指示可以口头方式撤销。

建议 7

应设立中央注册处以保管所有预先指示。中央注册处应全日 24 小时可供查阅，以便查证个人是否曾有作出预先指示。

51. 这样可使一有需要施行紧急医疗，即可查证病人是否已有作出预先指示。

建议 8

作为政府加强公众认识预前指示的工作其中一环，政府应鼓励希望作出预前指示的人寻求法律意见和先与自己家人讨论此事。此外，家人也应获鼓励在个人作出预前指示之时陪同在场。

52. 这样可确保个人及其家人均明白预前指示的性质，而且应该有助减少医生与个人家属日后在医疗决定方面发生争议。

第 2 部：为昏迷者或植物人代作决定

53. 如果说昏迷者或植物人是患有“任何其他精神失常或精神上无能力”，便可把他纳入第 136 章中的“精神上无行为能力的人”的定义之内，但究竟可否这样说却是有点不明确，第 6 章所讨论的正是这个问题。为消除这个不明确的情况，小组委员会的看法是为施行条例的第 II 部、第 IVB 部及第 IVC 部，应赋予“精神上无行为能力的人”一词新的定义，以便上述三部在有需要时，可就昏迷者或植物人的财产及事务的处理和给予或拒绝给予同意进行医疗，适用于昏迷者或植物人。不过，小组委员会认为条文所订明的“精神上无行为能力”现有定义，应继续适用于条例的第 III 部（病人的收容、羁留和治疗）、第 IIIA 部（涉及刑事法律程序的人的监护）、第 IIIB 部（与涉及刑事法律程序的人有关的监管和治疗令）、第 IV 部（涉及刑事法律程序的精神紊乱的人的容纳、已判刑的精神紊乱的人的转移和精神上无行为能力的人的还押）及第 IVA 部（精神健康覆核审裁处）。上述各部是特别处理患有精神紊乱的人的囚禁和医疗事宜，不会被人以为是适用于昏迷者或植物人。故此，上述各部中对“精神上无行为能力的人”的提述，会继续按该词的现有定义而指患有精神紊乱或弱智的人。

54. 小组委员会有注意到，英格兰法律委员会在其拟备的《精神上无行为能力法令草案》草拟本中所采用的做法，是把两类人士纳入“精神上无行为能力的人”的定义之内。第一类人士是由那些因“精神上无能力”而无法就有关问题为自己作决定的人组成，第二类人士则由那些因失去知觉或任何其他理由而无法把自己的决定告知他人的人组成。第二类人士很明显是包括了陷于昏迷或植物人状况的人，故此可澄清“精神上无行为能力的人”一词的范围。

55. 小组委员会建议为施行条例的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上无行为能力的人”的新定义应反映出类似但略有变通的做法。小组委员会建议把两类人士纳入“精神上无行为能力的人”的定义之内。第一类人士应由那些无法为自己作决定的人组成，而他们应包括患有以下疾病或属以下情况的人：

- (a) 精神病；

- (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态是与异常侵略性或极不负责任的行为有关连的；
- (c) 精神病理障碍；
- (d) 弱智；或
- (e) 任何其他不论是暂时性或永久性的精神或脑部失常或精神上无能力，而此症会令患者的精神能力减损或受到扰乱。

56. 补加(e)段的目的是令条例中“精神紊乱”一词定义较现有(d)段所表达者更为清晰。第一，(e)段清楚述明其范围涵盖永久性或暂时性的失常或无能力。第二，(e)段的意思较为广泛，患有并非由精神病造成的精神上无能力的病人也会包括在内。

57. 小组委员会建议采用的“精神上无行为能力的人”定义所包括的第二类人士，与英格兰法律委员会所拟备的法令草案草拟本中采用的定义相同，都是那些无法把自己的决定告知他人的人。此类人士会涵盖昏迷者、植物人及某些中风的病人。

建议 9

为使《精神健康条例》（第 136 章）的第 II、IVB 及 IVC 部得以适用，“精神上无行为能力的人”的定义应按以下方式作出修订：

- (1) 为施行第 II、IVB 及 IVC 部，一名精神上无行为能力的人于关键时刻是属以下情况的人——
 - (a) 因精神上无能力而无法就有关问题为自己作出决定；或
 - (b) 因失去知觉或任何其他理由而无法把自己的决定告知他人。
- (2) 为施行第(1)款，如果某人在有需要作出某项决定之时是属以下情况，该人即为于关键时刻因精神上无能力而无法作出该项决定——
 - (a) 无法理解或记住与该项决定有关的资料，包括与作出某种决定或没有作出任何决定的合理可预见后果有关的资料；或
 - (b) 无法基于该等资料而作出任何决定。
- (3) 在第(1)款中，“精神上无能力”指——
 - (a) 精神病；
 - (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态是与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连的；

- (c) 精神病理障碍；
 - (d) 弱智；或
 - (e) 任何其他不论是暂时性抑或永久性的精神或脑部失常或精神上无能力，而此症会令患者的精神能力减损或受到扰乱。
- (4) 若以简单用语笼统地向某人解释第(2)(a)款所述的资料而该人是能够理解的话，即不得视该人为无法理解该等资料。
- (5) 不得仅因某人作出一般审慎人士所不会作出的决定而视该人为精神上无能力以致无法作出决定。
- (6) 除非已采取所有实际步骤确保某人能把自己的决定告知他人但并不成功，否则不得视某人为无法把自己的决定告知他人。

58. 小组委员会认为新定义的作用是把昏迷者及植物人纳入现有法律架构的保护之下。由于监护委员会已获赋予各种不同权力，以发出处理“精神上无行为能力的人”的健康护理、医疗、财产及事务的命令，小组委员会认为赋予监护委员会的现有权力已足够保护此等人士。在《精神健康条例》第7、8及9条中可找到足够的保障，因为这些条文订明在有第三者提出申请要求处理“精神上无行为能力的人”的财产及事务时，原讼法庭具有进行研讯的权力和检查被指称为“精神上无行为能力”的人的权力。

建议 10

政府应鼓励医务委员会或其他有关专业团体发出指引或操守守则，以加强医生行医时对以下事项做法一致：

- (a) 关于某人的沟通能力的评核；
- (b) 处于植物人或昏迷状况的人所受的治疗；以及
- (c) 基本护理准则。

59. 小组委员会已研究过根据《持久授权书条例》（第501章）所授予的持久权力。小组委员会认为鉴于有遭利用和滥用之虞，这些权力应依旧只适用于财产的处理，而不应扩大范围把健康护理决定也涵盖在内。

60. 小组委员会所建议采用的“精神上无行为能力的人”一词新定义，是打算单为施行《精神健康条例》（第136章）第II、IVB及IVC而适用，以便有可能让昏迷者或植物人享有这三部条文所订有的保障。“精神上无行为能力的人”一词的现有定义，会依旧为施行第136章所有其他各部的条文而适用。如果在其他条例中，“精神上无行为能力的人”一词的定义是参考第136章所订明者，则此词的现有

定义会继续适用于该等条例。鉴于每项成文法则均有自己的独特目的，小组委员会不会建议其新修订的定义，适用于其他条例中涉及精神上无行为能力的条文。

（注：本摘要的部分内容是摘录自其他原始资料。欲知该等资料的详情，请参阅谘询文件。）