

# 香港法律改革委員會

## 報告書

### 醫療上的代作決定及 預設醫療指示

本報告書已上載互聯網，網址為：<http://www.hkreform.gov.hk>。

2006年8月

香港法律改革委員會（法改會）於 1980 年 1 月由當時的行政局任命成立，負責研究由律政司司長或終審法院首席法官轉交該會的有關香港法律的課題，以進行改革。

法改會現時的成員如下：

主席：	黃仁龍先生	資深大律師，律政司司長
成員：	李國能先生	終審法院首席法官
	嚴元浩先生	SBS，太平紳士，法律草擬專員
	白景崇博士	
	包致金先生	終審法院常任法官
	陳弘毅教授	太平紳士
	周永健先生	SBS，太平紳士
	范耀鈞教授	BBS，太平紳士
	麥高偉教授	
	石永泰先生	資深大律師
	胡紅玉女士	SBS，太平紳士
	余若海先生	資深大律師，太平紳士

法改會的秘書是施道嘉先生，辦事處地址為：

香港灣仔

告士打道 39 號夏慤大廈 20 樓

電話：2528 0472

傳真：2865 2902

電郵：[hklrc@hkreform.gov.hk](mailto:hklrc@hkreform.gov.hk)

網址：<http://www.hkreform.gov.hk>

# 香港法律改革委員會

## 報告書

### 醫療上的代作決定及預設醫療指示

#### 目錄

	頁
導言	1
引言	1
研究範圍	1
小組委員會	2
<b>第 1 章 行爲能力及代作決定的概念</b>	<b>4</b>
行爲能力的概念	4
精神上無行爲能力的成因	5
癡呆症	6
昏迷	8
植物人狀況	9
無能力作決定所衍生的問題	10
<b>第 2 章 預設醫療指示的概念</b>	<b>12</b>
預設醫療指示	12
<b>第 3 章 精神上無行爲能力的人：現有法例條文</b>	<b>16</b>
引言	16
《精神健康條例》（第 136 章）	16
精神上無行爲能力的人的財產及事務的處理	18
醫護及醫療	21
《持久授權書條例》（第 501 章）	24

	頁
<b>第 4 章 精神上無行為能力的人：普通法與同意接受醫治</b>	25
引言	25
影響醫療決定和健康護理決定的因素	25
同意	25
在知情下同意或拒絕	25
外來影響令同意變得無效	26
最佳利益原則	26
病人利益與社會利益之間的衝突	32
在病人反對之下進行治療等同侵權法中的毆打	34
必要原則	35
生命神聖原則	36
自作決定原則	37
人權	39
作出預先拒絕的行為能力	43
懷孕婦女	47
不提供維持生命的治療	48
總結	49
<b>第 5 章 醫療專業對精神上的行為能力的醫治和評估方法</b>	51
引言	51
《醫院管理局對院內心肺復甦決定的指引》	51
《醫院管理局對病人同意或拒絕接受治療及／或輸血的指引》	54
《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》	55
英國醫學會的《不提供及撤去延長生命治療的指引》	58
英國醫學總會的《關於作出不提供或撤去延長生命治療的決定的良好醫務常規》	59
香港醫務委員會的《註冊醫生專業守則》	60
張鴻堅醫生所擬備的《引用《精神健康條例》時的常見問題及答案》	60

	頁
<b>第 6 章 現有法律的各種問題</b>	<b>70</b>
引言	70
《精神健康條例》（第 136 章）的不足之處	70
“精神上無行為能力”的定義	70
“精神紊亂”定義的例外情況	77
不斷惡化的或上下波動的精神上無行為能力	78
作出決定的能力不在考慮之列	79
捉摸不定的普通法制度	80
就健康護理或醫療而作出決定	80
病人缺乏自主權	83
有待研究的問題	85
<b>第 7 章 其他司法管轄區的法律及改革建議</b>	<b>87</b>
引言	87
澳大利亞：昆士蘭	87
《1974 年精神健康法令》	88
《1978 年公眾受託人法令》	89
《1985 年心智失能市民法令》	89
最高法院的固有司法管轄權	91
對舊有法律的批評	91
昆士蘭法律改革委員會所作的建議和改革	93
《1998 年授權書法令》	94
《2000 年監護及管理法令》	97
《2000 年精神健康法令》	104
加拿大：艾伯塔	105
法律改革建議	105
《1996 年個人指示法令》	107
加拿大：馬尼托巴	109
《健康護理指示法令》	109
馬尼托巴法律改革委員就不提供或撤回維持生命	111
治療而發表的報告書	
英格蘭與威爾斯	113
現有法律	113
現有法律的不足之處	114
強調需要求變的因素	117

	頁
法律委員會的改革建議	118
聯合王國政府對法律委員會建議的回應	124
《2005年精神上行爲能力法令》	130
蘇格蘭	134
蘇格蘭法律委員會報告書	134
對以前存在的法律的批評	136
《2000年無行爲能力成年人（蘇格蘭）法令》	139
新加坡	143
《精神紊亂及治療法令》（第178章）	143
《預先醫療指示法令》（第4A章）	144
美國	148
預設醫療指示	148
《統一末期病人權利法令》	150
《統一健康護理決定法令》	154
<b>第 8 章    建議的改革方案</b>	<b>157</b>
引言	157
第 1 部：預設醫療指示	157
各種方案	157
(a) 擴闊持久授權書的現有範圍	158
(b) 訂立福利授權書或持續授權書	159
(c) 擴大監護委員會的職能	160
(d) 爲預設醫療指示提供立法基礎	161
(e) 保留現有法律並以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念	165
第 2 部：爲昏迷者或植物人代作決定	179
<b>第 9 章    建議摘要</b>	<b>190</b>
<b>附件 1    建議採用的預設醫療指示表格範本</b>	<b>194</b>
<b>附件 2    《英國醫學雜誌》所擬備的預設醫療指示表格</b>	<b>199</b>
<b>附件 3    美國哥倫比亞特區醫院協會所擬備的預設醫療指示表格</b>	<b>201</b>

	頁	
附件 4	新加坡衛生部所擬備的預先醫療指示表格	209
附件 5	建議採用的撤銷預設醫療指示表格	213
附件 6	用以記錄口頭撤銷預設醫療指示的建議表格	215
附件 7	建議對《精神健康條例》（第 136 章）第 V 部作出的相應修訂	217
附件 8	回應諮詢文件的機構／個人名單	218

# 導言

## 引言

1. “作決定是生命的重要一環。它容許人表現個人特性，讓人可以掌管自己的生命，並且覺得有自尊和有尊嚴。不過，對於某些決定來說，若要在法律上有效，便會要求作決定的人必須具有某程度上的理解力。箇中理由很簡單：作決定的人可能會因作決定的行為能力受損而易受傷害，而有此要求是可使他免受欺壓或剝削，同時也可以幫助其他或會受到某項決定影響的人認清自己的處境。”<sup>1</sup>

2. 當某人具有足以作出某項在法律上有約束力的決定時，我們稱該人為具有作出該項決定的“行為能力”。在某些情況下，個人可能因本身的身體或精神狀況關係，以致自己的作決定的行為能力受損。雖然如此，決定仍須作出，特別是當有關決定是影響個人的健康和福祉之時，因此確實有必要讓法律在個人的行為能力受損時提供一個代作決定的機制。

3. 本報告書所研究的是兩種特定情況，兩者均涉及替未能作決定的人在需要執行某些決定的有關行動時代作決定。第一種情況涉及由第三者為陷於昏迷或處於植物人狀況的人就醫療問題和財產及事務的處理代作決定，而第二種情況則涉及個人就自己日後再無行為能力作出有關決定時所希望接受的健康護理或醫治而預先作出決定。這個論題是一體兩面，或者最佳的辨析或對比方法是從兩個不同的角度來看它：一是無行為能力前的代作決定（針對屬於第二種情況的人），一是無行為能力後的代作決定（針對屬於第一種情況的人）。

## 研究範圍

4. 2002年3月23日，律政司司長及終審法院首席法官指示法律改革委員會（法改會）：

“檢討關於以下事宜的法律：

(a) 為陷於昏迷或處於植物人狀況的人代作決定，而特

---

<sup>1</sup> 昆士蘭法律改革委員會（Queensland Law Reform Commission）第49號報告書，*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making by and for people with a decision-making disability*，卷1（1996年）第1章第3段。

別研究範圍是該等人士的財產及事務的處理，以及對接受治療的予以同意或拒絕予以同意；以及

(b) 個人在精神上有能力作決定時，就自己一旦無能力作決定時的個人事務處理或希望接受的健康護理或醫療方式作出預設醫療指示，

並對有需要作出的改革加以考慮和作出建議。”

## 小組委員會

5. 代作決定及預設醫療指示小組委員會於 2002 年 5 月委出，負責就有關法律的現況進行研究和提出意見，並且作出改革建議。小組委員會的成員如下：

**梁劉柔芬議員，銀紫荊星章，** 立法會議員  
太平紳士  
(主席)

**賴福明醫生，太平紳士** 醫院管理局港島西醫院聯網總監  
(副主席)

**陳元新先生** 律政司法律草擬科  
高級政府律師

**何健生醫生** 衛生署長者健康服務  
家庭醫學顧問醫生

**李頌基醫生，銅紫荊星章** 伊利沙伯醫院  
內科部部門主管

**蔡克剛先生，銅紫荊星章，** 蔡克剛律師事務所  
太平紳士 合夥人

**衛關家靛女士** 法律援助署  
法定代表律師辦事處  
助理法定代表律師

楊羅觀翠博士

社會學家

張美雅女士  
(秘書)

法律改革委員會  
高級政府律師

6. 小組委員會於 2002 年 5 月 31 日至 2005 年 9 月 27 日這段期間就研究範圍進行探討工作，一共召開了 17 次會議。爲了探求社會各界人士的看法和意見，小組委員會於 2004 年 7 月 13 日發表了諮詢文件，列明它就上述研究範圍而提出的初步建議。小組委員會一共接獲超過 60 份意見書，其中很多都對諮詢文件所探討的各項問題提出實質有用的意見。儘管有部分回應對初步改革建議有保留，但總括來說，該等建議普遍受到歡迎。不過，我們會在隨後的章節中研究回應者就諮詢文件所探討的各項問題和建議而提出的具體意見及評論。

7. 我們向諮詢文件的所有回應者表示謝意，更特別感激在撰寫諮詢文件過程中給我們提供寶貴意見和協助的以下三位人士：

沈秉韶醫生（葵涌醫院前任行政總監）

張鴻堅醫生（青山醫院臨床管理組部門主管（社區精神科及普通精神科））

周振興教授（新加坡全國醫藥道德委員會前任主席）

# 第 1 章 行爲能力及代作決定的概念

## 行爲能力的概念

1.1 普通法假定成年人具有完全行爲能力，但如情況顯示並非如此，則屬例外。視乎出現問題的決定所屬類別，現有法律有爲行爲能力提供多種驗證方法。在某些情況下，答案可在案例法中找到，而在其他情況下，個別法規也載有關於行爲能力的條文。不過，重要的是法律概念上的有行爲能力或無行爲能力，不能與醫學概念上的有行爲能力或無行爲能力混爲一談。對於某些人來說，這兩種概念在某些情況下可能會是一樣，但有時卻並不一樣。

1.2 但凡法律有訂明某人無行爲能力作出某項決定或某項法律行爲或從事某項活動，便會產生法律上無行爲能力的問題。無行爲能力可在各種不同的條件下產生。這些條件在歷史上曾包括未足成年歲數、身爲已出嫁的女子或精神不健全。但現代法律已發展出多種不同的方法來處理以精神狀況爲本的行爲能力問題，而是否有行爲能力，是以所作出的是甚麼決定或所涉及的是甚麼事件來判斷。此外，普通法還有一個基本的行爲能力驗證方法，就是有關的人必須在事發時大致上明白自己究竟在做些甚麼和本身的行動可能帶來甚麼後果。故此，在原則上，法律行爲能力所要看的是理解力而非智慧；只求有關的人明白自己正要作出的決定是甚麼，至於決定本身的質素如何則無關重要。不過，這個基本驗證方法只經臨時變通以應付一些特定情況，普通法或法規現時所採用的確實驗證方法可能會因應情況而有所不同。英格蘭法律委員會（English Law Commission）在該會於 1991 年發表的關於精神上無行爲能力成年人的諮詢文件中指出，《1983 年精神健康法令》（Mental Health Act 1983）本身載有一些用於強迫入院的處理方法，而這些處理方法與應用於監護和財產及事務的處理者是有分別的。<sup>1</sup> 英格蘭法律委員會指出：

“爲其他目的而設的法定驗證方法，有可能與《1983 年精神健康法令》所列明的診斷類別相似，也有可能依循普通法的原則，又或者與兩者均不大相似。對於某些目的，例如強迫入院，驗證方法可能會把甚具行爲能力可自作決定的人也網羅在內。這是因爲該等人士雖然明

---

<sup>1</sup> 英格蘭法律委員會第 119 號諮詢文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 19 - 20 頁。

白自己所作出的決定是甚麼和代表些甚麼意思，但因所患有的精神紊亂的程度，卻被人認為為他們本身的利益或為保障他人起見，不讓他們自作決定是適當的做法。…… 律師也許會說該等人士在法律上無行為能力作出留院與否的決定，但其他人卻可能會把完全無能力作出任何決定的人與因為某種幻覺、無洞悉力、或其他不正常精神狀況而作出無理性或不智的決定的人區分開來。”<sup>2</sup>

1.3 至於根據《1983年精神健康法令》而規定須就財產及事務的處理具有的行為能力，英格蘭法律委員會的說法是：

“保護法庭（Court of Protection）的法官或聆案官的權力可在下述情況行使：法庭經考慮醫學證據後，信納‘某人因為精神紊亂而無能力處理和管理其財產及事務〔《1983年健康法令》第94(2)條〕’。精神紊亂的定義非常寬鬆……，但重點是在於評估功能上的行為能力而非評估診斷類別。雖然有關問題如有所爭議，便可能需要專家的醫學證據，但這卻不是法定的要求。若所提出的醫學證據是互相矛盾的，便由法庭決定何者可取。”<sup>3</sup>

1.4 作決定的行為能力並不是醫學上或心理方面的診斷類別；個人是否有此行為能力是要看他能否作出一名知情人士所會作出的判斷。<sup>4</sup> 如果因行為能力此一問題有所爭議或為某目的而須就行為能力作出法律裁定，法官是以業外人士而非醫學專家的身分來作出裁定，而其裁定是基於病人的醫生或認識病人的其他人的證供作出，並有可能是根據個人觀察所得作出。<sup>5</sup>

## 精神上無行為能力的成因

1.5 精神上無行為能力可由各種不同成因所致，它們計有：

- 先天性心智失能
- 因受傷或患病而造成的腦損傷

---

<sup>2</sup> 英格蘭法律委員會第119號諮詢文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第2.10 - 2.11段。

<sup>3</sup> 同上，第2.15段。

<sup>4</sup> 美國總統轄下的研究在醫學以及生物醫學和行為學研究範疇中出現的倫理問題委員會的研究報告，*Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient - Practitioner Relationship*，卷1（1982年）第172頁。

<sup>5</sup> *Making Health Care Decisions*，同上，第172頁。

- 癡呆症
- 精神出現問題
- 濫用藥物

## 癡呆症

1.6 Mavis Evans 是聯合王國喀達橋醫院 ( Clatterbridge Hospital ) 的老人精神科顧問醫生。她在一篇題為“癡呆症” ( Dementia )<sup>6</sup> 的文章中把癡呆症描述為“病人在神志清醒的情況下智力、記憶和性格全面受損”。她認為癡呆症可在任何年齡病發，但年紀越大發病率便越高，65 歲以上者是 5% - 10%，80 歲以上者則是 20%。她也有列出各種與癡呆症有關連的疾病，包括：

- 阿氏癡呆症 ( Alzheimer’s disease )
- 路易體癡呆病 ( Lewy Body disease )
- 多發性梗塞癡呆症 ( Multi infarct dementia ) ( 動脈硬化性癡呆症 ( arteriosclerotic dementia ) )
- 酒精性癡呆症 ( Alcoholic dementia )
- 愛滋病引起的癡呆症 ( AIDS related dementia )
- 帕金森病 ( Parkinson’s disease )
- 毒物或創傷造成的癡呆症 ( Toxic or traumatic injury )
- 惡性疾病 ( Malignant disease )

Evans 醫生又補充說，癡呆症是用以描述見於這些疾病的一系列症狀與徵候的名稱。

1.7 香港的安老事務委員會成立了一個研究老人癡呆症的工作小組。該工作小組於 1999 年所擬備的報告( 下稱“《1999 年報告》” ) 對於癡呆症的成因、徵候和症狀也有相同的看法：

“癡呆症的病徵，是患者在神志清醒的情況下，認知和活動能力逐漸減退。這有異於正常的老化過程，而是一種疾病。

---

<sup>6</sup> Green 所主編的 *Psychiatry in General Practice* 一書 ( 由 Kluwer Academic Publishers 於 1994 年出版 ) ，見以下網頁：<<http://www.priory.com/dem.htm>>。

2. 癡呆症的成因很多，最普遍的是早老性癡呆（一種無法治癒的腦退化病），其次是血管病。藥物副作用、抑鬱、甲狀腺機能衰退等新陳代謝問題，也會引發癡呆症，而這類癡呆症是可以治癒的。引致早老性癡呆的原因，包括老化、家族成員曾患癡呆症及唐氏綜合症。其他可能致病的原因包括頭部受傷。

3. 癡呆症的普遍臨床徵狀是患者智力和體能逐步衰退，以致最終需要完全依賴他人照顧，並要接受多種不同層次的服務。癡呆症發病過程因人而異，時間最長可達 15 年。由病發至逝世，平均為八至十年。”<sup>7</sup>

1.8 《1999 年報告》又簡略地介紹了癡呆症臨床徵狀的四個階段：

- “(a) 最早期——記憶力輕度衰退、性格逐漸改變、對事物興趣減低、技能水平下降和情緒抑鬱……。
- (b) 早期——記憶力（特別是短期記憶力）更加衰退，自制能力減弱……。
- (c) 中期——常見的問題包括游蕩、語言能力減退、出現妨礙他人的行為、妄想和失禁等……。
- (d) 後期——失去活動能力，需要臥牀。”<sup>8</sup>

1.9 《1999 年報告》亦指出有高達 70% 的癡呆症患者，除了認知能力逐漸減退外，也會出現一些與認知能力無關的病徵，包括性格轉變、妄想、產生幻覺、抑鬱和行為出現偏差等。

### 香港的老人癡呆症情況

1.10 香港人口與世界各地的趨勢一樣，都是在急劇老化。《1999 年報告》指出 65 歲或以上的人口在 1981 年是 334,000 人，而長者人口到了 1998 年已增至 690,000 人，這個數字據稱是佔總人口的 11%。該報告接着說此上升趨勢預期會繼續下去。這項推算獲得統計署所發表的統計資料支持，這些資料顯示到了 2004 年末，65 歲或以上的人口是 829,300 人，佔總人口的 12%。<sup>9</sup> 此外，《1999 年報告》推算到了 2016 年，人口中的長者數目會達到 1,080,000 人，約佔總人口的

<sup>7</sup> 《研究老人癡呆症工作小組報告》（中文版）（1999 年 7 月），第 1 章第 1 - 3 段。

<sup>8</sup> 《研究老人癡呆症工作小組報告》（中文版）（1999 年 7 月），第 1 章第 3 段。

<sup>9</sup> <[http://www.info.gov.hk/censtatd/eng/hkstat/fas/pop/by\\_age\\_sex.htm](http://www.info.gov.hk/censtatd/eng/hkstat/fas/pop/by_age_sex.htm)>, 2005 年 5 月 18 日。

13%。這個說法同樣符合統計處所發表的人口推算；<sup>10</sup> 據有關統計資料顯示，65歲及以上的長者人數到了2033年時會上升至佔總人口的26.8%。

1.11 《1999年報告》提及一項於1997年進行的研究。<sup>11</sup> 該項研究發現60歲及以上的長者的認知能力在一定程度上受損的佔25%。《1999年報告》又說香港社會服務聯會在1997年就57間護理安老院所進行的調查結果顯示，在6,116名住院長者中，認知能力受損的有2,261人（約37%）。香港社會服務聯會在1998年就25間長者日間護理中心進行了另一次調查，結果發現在1,111名受助長者中，認知能力受損的有251人（約22.6%）。《1999年報告》也指出這些調查的結果顯示一種普遍現象，就是在65歲及以上的長者中，患上中度至嚴重癡呆症的總共有4%，而這個比率與外國的相當接近。不過，這些調查的結果看來卻與美國所曾進行的國民長期護理調查（National Long Term Care Surveys）<sup>12</sup> 分析所得結果有差距。據後者顯示，美國的癡呆症個案，1982年共有130萬宗（4.7%），1999年降至90萬宗（2.5%）。與1982年的比率所預計的個案數目相比，1999年所錄得的實際個案數目少了100萬宗。該項分析所得的結論是較近期調查中的組群雖然預期壽命較長，但於年老時患上嚴重癡呆症的可能性卻較以往為低。

1.12 不過，人口急劇老化即代表長者在福利和健康護理方面的需要會成為日益重要的問題。源自長者的健康護理和醫療的法律問題必然會出現，特別是當他們因病患或身體受傷而屬於或成為精神上無行為能力之時。

1.13 安老事務委員會老人癡呆症工作小組<sup>13</sup> 基於《1999年報告》所提出的意見，建議鼓勵市民使用持久授權書和監護安排。工作小組又建議長遠來說應研究“預設醫療指示”這個概念。

## 昏迷

1.14 關於“昏迷”一詞，美國腦損傷協會（Brain Injury Association of America）所提供的以下解釋十分有用：

---

<sup>10</sup> 《香港人口推算2004-2033》，第37頁。

<sup>11</sup> 德勤企業管理顧問公司就本港長者對社區支援和住院照顧服務的需求所進行的社區調查。

<sup>12</sup> Elizabeth H. Corder and Kenneth G. Manton, *Change in the Prevalence of Severe Dementia among Older Americans: 1982 to 1999* (Duke University, Centre for Demographic Studies).

<sup>13</sup> 由安老事務委員會成員、醫療和福利專業人員、學者及政府部門代表組成。

“昏迷的定義是長期失去知覺。陷於昏迷者對外界刺激沒有反應，不能言語，雙目閉合，無法服從命令。

人腦部受傷之時可以失去知覺。這狀態若持久不變便稱為‘昏迷’。昏迷是一種持續的失去知覺狀態，是人在腦部受重傷後自然康復的部分過程中可以產生的現象。人在昏迷期間仍然可以逐步痊癒和經歷不同的知覺狀態。腦部受重傷且陷於昏迷的人，情況可以有重大進展，但在身體、認知能力或行為方面往往會永久受損。昏迷可以持續多日、多周或多月，又或者無了期。昏迷時間的長短是無法準確預計或得知的。”<sup>14</sup>

## 植物人狀況

1.15 英國上議院的醫療倫理專責委員會（Select Committee on Medical Ethics）曾於1994年建議“PVS”這個頭字詞（用作意指“持續”及“永久”這兩種植物人狀況（“persistent” and “permanent” vegetative state））應予界定，並應就其處理方法訂出一套守則。<sup>15</sup> 英國皇家內科醫學院（Royal College of Physicians）其後成立了一個工作小組，並獲得聯合王國的皇家醫學院聯會及各醫學院的從業人員認可。Richard S Harper是家事法庭主要登記處（Principal Registry of the Family Division）的區域法官，他對工作小組的研究成果有以下的精闢概述：

“工作小組瞭解到常用的頭字語‘PVS’既可指‘持續植物人狀況’，亦可指‘永久植物人狀況’，於是會導致混淆。有見及此，工作小組建議採用以下用語和定義：

### 植物人狀況

一種對本身和周圍環境並無知覺的臨床狀態，病人能自發性地呼吸，循環系統穩定，出現彷彿睡眠及清醒的閉眼及開眼循環期。這可能會是從昏迷中甦醒的一個過渡階段，也可能會持續至病人死亡為止。

### 延續植物人狀況（CVS）

當植物人狀況延續超過四星期，就變得越來越不可能是會從昏迷中甦醒的一個康復階段病況，此時醫生便可作出延續植物人狀況的診斷。

<sup>14</sup> <<http://www.biausa.org/Pages/Coma.html>>（2003年4月4日），第1頁。

<sup>15</sup> 英國上議院，*Report of the Select Committee on Medical Ethics*，1993-4年度會期，倫敦：HMSO，1994年，（上議院文件21-1）。

## 永久植物人狀況（PVS）

處於延續植物人狀況的病人會進入永久植物人狀況，臨床徵狀至此已十分明確，醫生可把病況斷定為不可逆轉。這個診斷並非絕對，而是基於相對的可能性作出。不過，如果病人在腦部受傷後處於延續植物人狀況超過 12 個月，又或者在腦部因其他成因受到損傷後處於該種狀況超過 6 個月，這個診斷便可合理地作出。若要在嬰兒甫一出生便作出這個診斷，嬰兒本身必須是無腦畸形（anencephaly）或積水性無腦畸形（hydranencephaly）。至於嚴重畸形或後天腦損傷的兒童，則建議先對其進行觀察最少 6 個月，直至能確立其沒有知覺為止。”<sup>16</sup>

1.16 Harper 法官也有列明作出永久植物人狀況診斷的一些先決條件：

“永久植物人狀況必須有已確立的成因，它可以是因爲急性腦損傷、退化性疾病、新陳代謝失調或發育畸形而致。”<sup>17</sup>

## 無能力作決定所衍生的問題

1.17 昆士蘭法律改革委員會指出無能力作決定所會帶來的問題是：

“當無能力作決定的人無法獨自作出某項決定，他或者會在適度協助之下有能力作出該項決定……。可是，有一些人是無能力作出決定的，而他們的作決定行爲能力受損程度是足以令他們欠缺法律行爲能力獨自或在協助之下作出自己的部分或所有決定……。這可能代表某人不能就一些事宜（例如關於個人福利、健康護理、財務及資產處理的事）作出在法律上有效的決定，但有些事情卻不得不作出決定。舉例來說，有關的人可能需要接受醫治，又或者有必要出售他所居住的房子來爲他另外安排居所。所產生的問題是不論大家的關係如何密切，任何人均無自動的權利代另一名成年人作決定。……

---

<sup>16</sup> “*Medical Treatment and the Law: The Protection of Adults and Minors in the Family Division*” [1999] Fam Law, 第 133 頁。

<sup>17</sup> “*Medical Treatment and the Law: The Protection of Adults and Minors in the Family Division*” [1999] Fam Law, 第 133 頁。

如一名成年人作決定的行爲能力受損，他的代決人必須在法律上先獲授權代他行事，然後所作出的決定才會有法律效力。……”<sup>18</sup>

1.18 究竟誰人有權可代昏迷病人或植物人批准進行治療，或在沒有持久授權書的情況下有權處理該人的財產及事務，現有法律並不明確，我們會在第 3 及 4 章詳細探討有關法律；而關於持久授權書的問題，也會在本報告書第 3 章中進一步研究。至於個人在精神上有能力作決定的時候，就自己一旦無能力作決定時所希望接受的健康護理或醫療方式而作出的預設醫療指示，現時並無法律體制給予此類預先決定任何效力。

---

<sup>18</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書：*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making by and for people with a decision-making disability*，卷 1（1996 年），第 1 章第 3 段。

## 第 2 章 預設醫療指示的概念

### 預設醫療指示

2.1 有人曾對預設醫療指示（advance directive）這概念解釋如下：

“就健康護理而作出的預設醫療指示是一項陳述，通常是以書面作出。在陳述之中，作出指示的人在自己精神上有能力作出決定之時，指明自己一旦無能力作決定之時所希望接受的健康護理形式。預設醫療指示之所以誕生，大部分是源於要在知情下才同意這項原則和相信人應有自主權作出健康護理決定這個信念。”<sup>1</sup>

2.2 密歇根醫療體系大學（University of Michigan Health System）給預設醫療指示的概念提出以下詳盡闡述：

“預設醫療指示是關於你將來的醫療護理的書面指示。只有在你不再有能力作出決定之時，這些指示才會生效。預設醫療指示有幾項功能：

- 這些指示容許你預先決定你想接受或不想接受的醫療程序。這通常是關乎使用呼吸儀器、施行心肺復甦法和提供食物、水份及藥物的決定。
- 這些指示幫助你的家人作出決定。
- 若你在醫療方面的意願與你家人的意願不同，這些指示會確保你的意願獲得依循。”<sup>2</sup>

2.3 關於健康護理的預先指示，也可以解釋為一種關於健康護理的“有先見之明的決定”（anticipatory decision），目的是令到病人即使日後失去作決定的行為能力，其事先作出的決定仍可發揮效力，而有部分論者則採用“生前預囑”（living will）一詞<sup>3</sup>。這個法律概念所衍

---

<sup>1</sup> 趙鳳琴教授及李兆華醫生合著的“Advance Directive: A Case for Hong Kong”一文，《香港老人科醫學雜誌》第 10 卷第 2 期，2000 年 7 月，第 99 頁。

<sup>2</sup> <[http://www.med.umich.edu/llibr/aha/aha\\_medicald\\_sha.htm](http://www.med.umich.edu/llibr/aha/aha_medicald_sha.htm)>（2005 年 5 月 18 日）。

<sup>3</sup> 英國上議院在就醫療倫理專責委員會所擬備的報告書進行辯論期間，Abbeydale 的 Allen 勳爵認為“生前預囑”一詞反映了美國人那種採用“無法以理性分析的用語”的天賦才能（《英國上議院議事錄》（Hansard (HL)），1994 年 5 月 9 日，第 554 卷，第 1363 欄）。Dulwich 的 McColl 勳爵則認為“指示”意指“命令，正式下令”，在技術上錯誤，所以應改用“聲明”一詞（同上，第 1372 欄）。

生的主要問題是有關的人所表達的意見的性質和法律效力，需要強調的就是事先所表達的意願的法律效力與預先決定的法律效力兩者之間是有明確的分別。假若病人確有作出預先決定，那麼便要進一步區分贊成進行某項（或所有各項）治療的法律效力與反對進行該項（或該等）治療的法律效力，這是重要的一點。<sup>4</sup>

2.4 George S Robertson 是英國阿巴甸皇家療養院（Aberdeen Royal Infirmary）麻醉部門的顧問醫生，他在一篇載於《英國醫學雜誌》（British Medical Journal）的文章中有以下的說法：

“現時大家都同意，一名充分知情並在精神上有能力作出決定的病人有權拒絕接受任何建議施行的醫治，但他拒絕接受醫治之舉不可對其他人的健康構成危險。”<sup>5</sup>

以及

“由於長者壽命較長，他們罹患引致癡呆症的疾病的情況也越來越普遍，所以論者已把癡呆症挑選出來，作為‘適宜作出預設醫療指示的最常見病況’。最有需要作出預設醫療指示的人，很可能是現時仍有能力作出決定的長者。”<sup>6</sup>

2.5 Robertson 醫生在文章的結語提出了以下的看法：

“決定對治療施加限制，是在末期病人的臨床診治中越來越普遍的現象，不一定只見於有先進醫療設施的醫院。預設醫療指示容許病人就生命的質素與長短之間的衡量表達個人意願，從而影響上述決定。”<sup>7</sup>

2.6 臨床治療和維持生命技術方面的進展，已引發起大家討論是否有理由支持在醫學上“絕望”的個案中（例如末期病人或處於持續植物人狀況的病人）使用維持生命儀器。有部分此類病人的家屬和個別醫生，可能會強烈地感到只要有足夠的醫療技術可供使用，不管情況如何也應該“盡全力”去延長病人的生命。

---

<sup>4</sup> 英格蘭法律委員會，*Report on Mental Incapacity*（1995年），法律委員會第231號報告書，第5.1段。

<sup>5</sup> *Making an advance directive*, 《英國醫學雜誌》（1995年）；310:236-238，見以下網頁：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6974/236>（2003年7月23日）。

<sup>6</sup> *Making an advance directive*, 《英國醫學雜誌》（1995年）；310:236-238，見以下網頁：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6974/236>（2003年7月23日）。

<sup>7</sup> *Making an advance directive*, 《英國醫學雜誌》（1995年）；310:236-238，見以下網頁：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6974/236>（2003年7月23日）。

2.7 值得注意的是歐洲理事會 ( Council of Europe) 於 1999 年通過以下的建議：

“…… 議會全體大會…… 建議部長委員會鼓勵歐洲理事會的成員國在各方面尊重並維護末期病人或垂危病人的尊嚴…… 方法是在保障末期病人或垂危病人的自決權利的同時，亦採取必要步驟…… 確保一名現時是無行為能力的末期病人或垂危病人所作出的拒絕接受某種醫治的預設醫療指示或生前預囑得獲執行。”<sup>8</sup>

2.8 大家所討論的問題可撮要如下：

“病人可生存多久的最後決定必須由醫護人員作出的說法，並無合理的論據支持。那麼須由誰人作出這些決定呢？要作出重要決定時，應否由某種專業文化（不論是醫學界抑或法律界）來一錘定音呢？而在作出高度技術性的決定和判斷的範疇中，法律能發揮有效的主導作用的程度究竟有多大？

傳統醫德是以仁為本，令這些濟世為懷的專家在行醫時既要有妙術亦要有仁心，須獨自作出關乎生死的決定，免卻他人（特別是病人）面對難以取捨之苦。在醫療方法選擇有限而社會大眾對生死的看法又分別不大時，醫生這種做法大有道理。可是現代社會充滿各種不同的價值觀和願望，人們各自的表述和信念便是明證，因此對於應在何時終止維持生命的醫治方法此一問題，答案就不再是一致共通了……

所有文化和傳統都認同對待個人不應違反其意願，亦即是應取得其同意。‘在知情下同意’此一原則所包含的概念有輕有重，現已收納於倫理學和醫學的教科書中，同時亦見於法律書籍和法院判決書的內文，只是有的僅輕輕帶過，有的則顯得強而有力。但那些由於老弱、焦慮、癡呆、昏迷或神志不清而無法給予同意的人又將如何？誰來代他們作出決定？是由醫生還是家人來代作決定抑或由醫療服務提供者或收款人所訂立的程序準則來決定？這正是預定健康護理計劃和健康護理決定

---

<sup>8</sup> 建議 1418：“維護末期病人及垂危病人的人權和尊嚴”（*Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*），<<http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm>>（2003年9月18日）。

代辦人可派上用場之處。此外，還有以下的問題需予考慮：在嚴謹的法律意義上再無能力作出決定的人，究竟可享有多大的自決程度和權力去作出在護理和治療方面的決定？……

…… 在自作決定以及個人自主和選擇對日常生活起重大作用的文化當中，有能力作出決定並且明白風險所在的成年人是會贊成預先訂立醫護指示的，道理就像他們寫下遺囑並使用其他法律上和並非法律上的方法來減低自己意願日後不獲遵行的風險一樣。”<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Hans-Martin Sass, Robert M Veatch and Rihito Kimura 所合編的 *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care* 一書（約翰斯·霍普金斯大學出版社，1998年），引言。

## 第 3 章 精神上無行爲能力的人：現有法例條文

### 引言

3.1 我們會在本章中探討目的是為精神上無行爲能力的人提供在健康護理、同意接受醫治及財產處理方面的保障的現有法例條文，而此範疇法律的缺漏和其他令人關注之處則會在本報告書的稍後部分加以研究。

3.2 我們已在第 1 章看到精神上無行爲能力可因疾病或身體受傷而造成。上文已有指出，香港人口正急劇老化，而患有中度至嚴重癡呆症的 65 歲或以上長者為數甚多。德勤企業管理顧問公司於 1997 年進行的調查發現 60 歲或以上的長者，認知能力在一定程度上受損的佔 25%。上述調查結果突顯了為精神上無行爲能力的人就健康護理、醫療問題和財產及事務的處理代作決定這個問題的重要性。

3.3 代作決定的問題顯然亦同樣關乎陷入昏迷或處於植物人狀況的人。就這些人的健康護理和醫療以及財產及事務的處理代作決定的需要幾乎每天都會出現。昆士蘭法律改革委員會（Queensland Law Reform Commission）曾經指出：

“所產生的問題是不論大家的關係如何密切，任何人均無自動的權利代另一名成年人作決定。……如一名成年人作決定的行爲能力受損，他的代決人必須在法律上先獲授權代他行事，然後所作出的決定才會有法律效力。……”<sup>1</sup>

### 《精神健康條例》（第 136 章）

3.4 香港關乎精神上無行爲能力的法例條文，主要是綜合載於《精神健康條例》（第 136 章）。與我們的研究有關的《精神健康條例》重點內容是：

---

<sup>1</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書：*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making by and for people with a decision-making disability*，卷 1（1996 年），第 1 章第 3 段。

- 第 II 部，此部是關於精神上無行為能力的人的財產及事務的處理；
- 第 IVA 部，此部為精神健康覆核審裁處的設立而訂定條文；
- 第 IVB 部，此部為監護事宜而訂定條文；及
- 第 IVC 部，此部規管同意進行醫治及牙科治療。

3.5 《精神健康條例》載有一系列條文，處理精神上無行為能力的人的財產及事務，以及該人的醫療和健康護理。據其詳題所述明，該條例是為以下各項事宜訂定條文：

- (a) 對精神上無行為能力的人的照顧及監管；
- (b) 精神上無行為能力的人的財產及事務的處理；
- (c) 屬患有精神紊亂的人或病人的精神上無行為能力的人的收容、羈留及治療；
- (d) 對屬患有精神紊亂的人或病人的精神上無行為能力的人的監護，和一般地對精神上無行為能力的人的監護；
- (e) 為對年滿 18 歲的精神上無行為能力的人進行治療或特別治療而給予的同意；及
- (f) 其他法例條文中關於精神上無行為能力的的不妥當用語的刪除以及附帶或相應事宜。

3.6 “精神上無行為能力”在第 2 條中被界定為意指“精神紊亂”或“弱智”。第 2 條把“精神紊亂”界定為：

- “(a) 精神病；
- (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態是與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連的；
- (c) 精神病理障礙；或
- (d) 不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力。”

至於“弱智”則指“低於平均的一般智能並帶有適應行為上的缺陷”。<sup>2</sup> 除此之外，與釋義有關的還有第 2 條中“病人”一詞。該詞被界定為“患有精神紊亂或看來患有精神紊亂的人”。

## **精神上無行為能力的人的財產及事務的處理**

### **原訟法庭的權力**

3.7 《精神健康條例》第 II 部一般授權原訟法庭可應申請作出命令指示進行研訊，以查明任何被指稱為精神上無行為能力的人是否因精神上無行為能力而無能力處理和管理其財產及事務。<sup>3</sup>

3.8 《精神健康條例》第 II 部的其他主要條文為：

- 有關申請可由被指稱為精神上無行為能力的人的任何親屬提出，但如該人的親屬沒有提出該項申請，則社會福利署署長、法定代表律師或根據第 IVB 部獲委任為該人的任何監護人可提出該項申請，<sup>4</sup>
- 該項申請必須附同兩份醫生證明書及來自該精神上無行為能力的人的親屬或最近親的證據，並須附同原訟法庭所規定的其他證據，<sup>5</sup>
- 原訟法庭可就精神上無行為能力的人的財產及事務，辦理看似為下述目的而屬需要或有利的一切事情或確使該等事情得以辦理：維持該人的生活或照顧該人的其他利益；或在其他方面管理該精神上無行為能力的人的財產及事務，<sup>6</sup>
- 原訟法庭有權作出其認為合適的命令並發出其認為合適的指示，以掌管和處理有關的精神上無行為能力的人的任何財產；出售取得和授予有關的精神上無行為能力的人的任何財產；為有關的精神上無行為能力的人簽立遺囑預留任何款項；並以有關的精神上無行為能力的人的名義進行法律程序，或代表該人進行法律程序，<sup>7</sup>

---

<sup>2</sup> 見第 2 條。

<sup>3</sup> 第 7(1)條。

<sup>4</sup> 第 7(3)條。

<sup>5</sup> 見第 7(5)條。

<sup>6</sup> 第 10A(1)條。

<sup>7</sup> 見第 10B(1)條。

- 在緊急情況下，如原訟法庭認為有必要立即為精神上無行為能力的人的財產及事務提供款項，則在該人是否如此無能力處理和管理其財產及事務一事有待裁定的期間，原訟法庭可如此行事，<sup>8</sup>
- 原訟法庭可委任產業受託監管人，而為此目的，法定代表律師可被如此委任。該產業受託監管人可就精神上無行為能力的人的財產及事務作出原訟法庭認為合適的所有事情，並可就關於自該人產業中撥支該受託監管人的酬金，和該受託監管人須提供保證的事宜，作出原訟法庭認為合適的命令，<sup>9</sup>
- 任何與管理一名精神上無行為能力的人產業有關的建議，如所涉及的事項是產業受託監管人並未根據原訟法庭命令獲授權處理者，則高等法院司法常務官可在沒有轉介令的情況下，收取該項建議，並可進行與管理該等產業有關的研訊，<sup>10</sup>
- 原訟法庭如覺得一名精神上無行為能力的人的精神上無行為能力只屬暫時性質，原訟法庭可指示將該人的財產或其中部分用於暫時提供款項，以維持該人或其家人的生活，而不委任產業受託監管人，<sup>11</sup>
- 如經研訊後，某人已被原訟法庭裁斷為精神上無行為能力和裁斷為因精神上無行為能力而無能力處理和管理其財產及事務，則原訟法庭可建議第 II 部所指的申請人提出第 IVB 部所指的監護令的申請，<sup>12</sup>
- 原訟法庭可應申請，更改產業受託監管人的任何權力或取代產業受託監管人。該項申請可由被指稱為精神上無行為能力的人的任何親屬提出；但該人的親屬如沒有提出申請，則社會福利署署長、法定代表律師、根據第 IVB 部獲委任為該人的監護人，或有關的受託監管人可提出該項申請，<sup>13</sup> 以及

---

<sup>8</sup> 第 10D 條。

<sup>9</sup> 第 11 條。

<sup>10</sup> 第 13(1)條。

<sup>11</sup> 第 25 條。

<sup>12</sup> 第 26A 條。

<sup>13</sup> 見第 26B 條。

- 第 II 部亦有設定覆核機制。如經研訊後，原訟法庭裁斷精神上無行為能力的人已變為有能力處理其事務，精神病院的院長必須把個案轉介精神健康覆核審裁處。<sup>14</sup>

### 監護委員會的權力

3.9 《精神健康條例》第 IVB 部處理精神上無行為能力的人的監護事宜及監護委員會的設立和角色。監護委員會是一個法人團體，<sup>15</sup>負責考慮和決定為年滿 18 歲的精神上無行為能力的人委任監護人而提出的申請。<sup>16</sup>

3.10 監護申請可基於以下理由而提出：一名年滿 18 歲的精神上無行為能力的人患有精神紊亂，而其精神紊亂的性質或程度，足以構成理由將他收容監護，而且為該精神上無行為能力的人的福利或為保護他人着想是有需要這樣做。<sup>17</sup> 該項申請必須連同並基於兩名註冊醫生的書面報告而提出。<sup>18</sup>

3.11 在對監護申請進行聆訊後，監護委員會會顧及於聆訊時在場的人士所作的任何申述和考慮社會福利署所擬備的社會背景調查報告以作出決定。<sup>19</sup>

3.12 監護委員會是應下述人士所提出的申請而就精神上無行為能力的人的照顧和福利事宜作出（並覆核）監護令：

- “(a) 有關的精神上無行為能力的人的親屬；
- (b) 社會工作者；
- (c) 註冊醫生；或
- (d) 社會福利署的公職人員，……”<sup>20</sup>

3.13 監護委員會須在監護令的性質及範圍方面向監護人作出指示。<sup>21</sup> 委員會在執行其職能時，必須確保精神上無行為能力的人的利益獲得促進及其意見及願望（在可以被確定的範圍內）被尊重，雖然

---

<sup>14</sup> 見第 27 及 28 條。

<sup>15</sup> 第 59J 條。

<sup>16</sup> 第 59K(1)(a)條。

<sup>17</sup> 見第 59M(1)及(2)條。

<sup>18</sup> 第 59M(3)條。

<sup>19</sup> 見第 59O 條。

<sup>20</sup> 見第 59N(1)條。

<sup>21</sup> 見第 59K(1)(d)條。

委員會如果認為否定該人的意見及願望是符合該人的利益，該人的意見及願望可被否定。<sup>22</sup>

3.14 監護令可授予監護人權力，為精神上無行為能力的人的供養或其他利益而代該人持有、收取或支付有關的每月款項，猶如監護人是該筆每月款項的受託人一樣。<sup>23</sup>

3.15 在這項權力之外，監護令還可授予監護人權力，指明精神上無行為能力的人所必須居住的地方，並指明精神上無行為能力的人所需接受的醫治和牙科治療以及給予同意。<sup>24</sup> 可根據監護令而就醫療事宜行使的各項權力已列明於第 59R(3)(c)至(e)條：

- “(c) 規定有關的精神上無行為能力的人為…… 治療或特別治療…… 的目的而於該監護人如此指明的時間到監護人如此指明的地方的權力；
- (d) 代表有關的精神上無行為能力的人同意接受該項治療（特別治療除外）的權力，但只限於在該精神上無行為能力的人無能力理解任何該等治療的一般性質及效果的範圍內；〔以及〕
- (e) 規定給予任何註冊醫生、認可社會工作者或該命令指明的其他人（如有的話）在有關的精神上無行為能力的人居住的任何地方接觸該精神上無行為能力的人的權力……”

## **醫護及醫療**

3.16 應該注意的是《精神健康條例》第 II 部第 26 條也有授權原訟法庭作出命令把精神上無行為能力的人送往精神病院，<sup>25</sup> 但行事與否當然要視乎有關的醫生證明書如何描述該人的精神狀況而定。

3.17 如某人看來需要在精神病院內接受治療，而該人希望接受該項治療，則該人可向院長遞交申請書，而院長可收納該人為自願入院病人。<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> 第 59K(2)條。

<sup>23</sup> 見第 59R(3)(f)條。

<sup>24</sup> 見第 59R(3)條。

<sup>25</sup> 見第 26 條。

<sup>26</sup> 見第 30 條。

3.18 凡基於下述理由，可向區域法院法官或裁判官申請將某名病人羈留以作觀察的命令：該名病人患有精神紊亂，而其精神紊亂的性質或程度，足以構成理由將他羈留在精神病院內以接受觀察；以及為該名病人本身的健康或安全或為保護他人著想，應該將該名病人如此羈留。<sup>27</sup> 此項申請必須基於一名註冊醫生的書面意見而提出，而該名醫生是在作出意見前 7 天內曾經檢查該名病人的。<sup>28</sup>

3.19 院長可將作出該項命令的對象羈留在精神病院內，以接受觀察、調查和治療。<sup>29</sup> 一名長者如被認為屬於《精神健康條例》所指的精神上無行為能力，而按其精神狀況是足以構成被羈留在精神病院接受觀察和治療的理由，則他亦可被羈留在精神病院接受治療。

### 規管給予同意的條文

3.20 第 IVC 部的第 59ZB 至 59ZK 條，是就接受醫治、牙科治療或“特別”治療給予同意一事訂定條文，讓年滿 18 歲而又無能力表示同意的精神上無行為能力的人得以接受治療。第 59ZA 條把“特別治療”界定為衛生福利及食物局局長所指明的“效果不能逆轉或具爭議性的”治療或牙科治療。在指明某種治療屬“特別治療”之前，衛生福利及食物局局長須先行徵詢醫院管理局及“其他適當機構”的意見，而“其他適當機構”包括衛生署、香港醫學會及香港牙醫學會。<sup>30</sup>

3.21 我們在上文已有指出，對進行治療所給予的同意，可由已獲監護令授予同意權力的監護人給予。此外，原訟法庭亦可根據第 IVC 部給予同意。<sup>31</sup>

3.22 原訟法庭或監護人在考慮是否給予同意以進行治療時，必須運用某些原則。他們必須：

- (a) 確保有關的精神上無行為能力的人不會只因他缺乏同意進行有關治療的能力而不獲該項治療；及
- (b) 確保建議對有關的精神上無行為能力的人進行的任何治療，是為該人的最佳利益而進行的。<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> 見第 31 條。

<sup>28</sup> 同上。

<sup>29</sup> 見第 31(4)條。

<sup>30</sup> 第 59ZC(1)條。

<sup>31</sup> 見第 59ZD 條。“原訟法庭”在第 2 條中已有界定，意指原訟法庭及原訟法庭法官。

<sup>32</sup> 第 59ZB(3)條。

第 59ZBA 條清楚表明代精神上無行為能力的人所給予的同意，適用範圍並不擴及器官移植。

3.23 根據第 59ZE 條，任何註冊醫生或註冊牙醫可要求一名精神上無行為能力的人的監護人，同意對該名精神上無行為能力的人進行治療。如擬對一名精神上無行為能力的人進行治療或督導該等治療的進行的註冊醫生或註冊牙醫認為由於情況緊急，以致該項治療是必需的，並且符合該名精神上無行為能力的人的最佳利益，該醫生或牙醫可無需該名精神上無行為能力的人或其監護人的同意而進行該項治療。<sup>33</sup>

3.24 凡一名精神上無行為能力的人的監護人，不能夠或不願意對該名精神上無行為能力的人進行治療作出同意的決定；又或該監護人沒有妥善遵守和運用第 59ZB(3)條所列明的原則並且拒絕給予該項同意，則任何人均可向原訟法庭提出申請，要求原訟法庭同意對該名精神上無行為能力的人進行治療。<sup>34</sup>

3.25 如原訟法庭在聆訊一項要求給予同意的申請後，信納進行治療是符合精神上無行為能力的人的最佳利益，則原訟法庭可作出命令，同意進行該項治療。然而，假若原訟法庭並不信納申請人對該精神上無行為能力的人的健康及福利具有充分的利害關係，原訟法庭便無須對該項申請加以考慮。<sup>35</sup>

3.26 第 59ZJ 條就同意進行治療一事向原訟法庭施加一項特定限制。該條訂明除非原訟法庭信納特別治療是治療一名精神上無行為能力的人的唯一或最適當方法，或信納特別治療符合該人的最佳利益，否則原訟法庭不得給予同意。<sup>36</sup>

3.27 監護委員會所作出的監護令可授予監護人權，代表有關的精神上無行為能力的人同意接受治療（特別治療除外），但只限於在該名精神上無行為能力的人無能力理解有關治療的一般性質及效果的範圍內適用。<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> 見第 59ZF 條。

<sup>34</sup> 見第 59ZG 條。

<sup>35</sup> 見第 59ZI 條。

<sup>36</sup> 第 59ZJ(1)條。

<sup>37</sup> 第 59R(3)條。

## 《持久授權書條例》（第 501 章）

3.28 《持久授權書條例》（第 501 章）於 1997 年 6 月 27 日開始實施。該條例訂立程序，令採用訂明格式、以訂明方式簽立並載有訂明說明資料的授權書可在授權人變為精神上無行為能力後繼續有效。<sup>38</sup> 持久授權書只可賦予受權人就授權人的財產及其財政事務行事的權限，並必須列明受權人權限內的特定事宜、財產或事務。<sup>39</sup> 對於同意接受醫治的事宜，持久授權書並不適用。如受權人有理由相信授權人精神上無能力行事或正變為精神上無能力行事，則受權人必須向高等法院司法常務官申請將訂立該項授權的文書註冊。<sup>40</sup> 如授權人後來變為精神上無行為能力，受權人在該項授權註冊之前，不得據此作出任何事情。<sup>41</sup>

3.29 “精神上無能力行事”是參考該詞在《授權書條例》（第 31 章）第 1A 條中的定義而界定的。該條訂明如“某人患有精神紊亂或屬弱智”，並且不能明白授權書的效力，或不能作出授予授權書的決定，該人即屬精神上無能力行事；而“精神紊亂”及“弱智”，則具有《精神健康條例》（第 136 章）給予該等詞語的涵義。<sup>42</sup>

3.30 法院可應任何有利害關係的一方的申請，規定必須提供關於紀錄及帳目的資料、撤銷或更改持久授權、或將受權人免任。<sup>43</sup> 《持久授權書條例》大部分是沿用聯合王國的《1985 年持久授權書法令》（Enduring Powers of Attorney Act 1985）的條文。該項 1985 年法令之所以訂立，目的是為解決受權人在授權人變為無能力行事後仍繼續無效地運用一般授權書這個曾普遍出現的問題。

---

<sup>38</sup> 《持久授權書條例》第 3(1)及 4(1)條。

<sup>39</sup> 同上，第 8(1)條。

<sup>40</sup> 同上，第 4(2)條。

<sup>41</sup> 同上，第 4(3)條。

<sup>42</sup> 見第 31 章第 1A(2)條。

<sup>43</sup> 第 501 章第 11(1)條。

## 第 4 章 精神上無行為能力的人：普通法與同意接受醫治

### 引言

4.1 每個人的身體都是不容侵犯，這是一項確立已久的原則。病人如果有能力作出決定，醫生不得在沒有病人的同意之下替他進行治療。若未經病人同意而對他進行治療，此舉並不合法。

### 影響醫療決定和健康護理決定的因素

#### 同意

4.2 根據普通法，如果未經另一人同意而觸及該人，不管程度如何輕微，表面上也屬於侵權的行為。<sup>1</sup> 箇中基本原則清楚明白，無可爭議，那就是每個人的身體都是不容侵犯。在 *Airedale NHS Trust 訴 Bland* 一案中，肯基爾（Kinkell）的 Keith 勳爵表示：

“…… 未經一名清醒且是精神健全的成年人同意而醫治他並不合法，此舉足以構成侵權和毆打罪行……。即使拒絕接受治療會導致死亡，此人仍可選擇拒絕。”<sup>2</sup>

4.3 普通法現時所提供的解決方法，是醫生可合法地對一名基於某種原因而無能力予以同意的成年病人合法地進行手術或其他治療，但該項手術或其他治療必須符合該名病人的最佳利益，而醫生這樣做也必須符合必要原則。若進行該項手術或其他治療是為了挽救該名病人的性命，或是為了改善其身體或精神健康或防止其身體或精神健康變壞，便會是符合該名病人的最佳利益，而且也只有在此情況之下才是符合該名病人的最佳利益。<sup>3</sup>

#### 在知情下同意或拒絕

4.4 在 *Re T (成年人：拒絕接受治療)* 一案中，雖然醫生認為有必要輸血以挽救病人的性命，但病人拒絕接受輸血。英國上訴法院民事法庭庭長雷明敦（Lymington）的 Donaldson 勳爵指出：

---

<sup>1</sup> *Collins v Willcock* [1984] 1 WLR 1172.

<sup>2</sup> [1993] 1 All ER 821, 第 860 頁。

<sup>3</sup> *Re F (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 AC 1。見 Oakbrook 的 Brandon 勳爵之言，載於第 55 頁。

“須要做到的是病人大致明白自己所同意（或拒絕）接受的醫療程序的性質和功效。醫生的確有責任向病人適當地提供關於所建議進行的治療的性質和有可能涉及的風險（包括由特定人士進行的治療所帶來的任何特別風險）的全面資料，但醫生未有履行此責任似乎只屬疏忽，事情本身不會令同意或拒絕變得無效。倒過來說，向病人提供錯誤資料（不論是否無心）和不向病人提供病人所明示或暗示要求取得的資料，卻會令同意或拒絕無效。”<sup>4</sup>

## 外來影響令同意變得無效

### 4.5 Donaldson 勳爵續稱：

“在考慮外來影響的效果時，有兩方面會是極其重要的。第一是病人的意志力。一名非常疲倦、處於痛楚中或情緒低落的病人，是遠較一名經過休息、沒有痛楚及心情愉快的病人難於抗拒自己的意願被人壓倒。第二是‘勸說者’與病人之間的關係會是十分重要……。換言之，病人有可能是口不對心。”<sup>5</sup>

## 最佳利益原則

4.6 在 *Re F (精神病人：絕育)* 一案<sup>6</sup> 中，渥布克 (Oakbrook) 的 Brandon 勳爵聲稱醫治精神紊亂的成年病人，是在普通法規管之下，但根據聯合王國的《1983 年精神健康法令》治療該病人的精神紊亂則除外。<sup>7</sup> 在同一案件之中，Griffiths 勳爵表示政府對該等人士所具有的稱為“政府監護權” (*parens patriae*) 的司法管轄權，在英廷委任狀 (Royal Warrant) 於 1960 年撤銷後已不復存在。<sup>8</sup> Brandon 勳爵又指出聯合王國保護法庭根據聯合王國的《1983 年精神健康法令》第 VII 部就“病人事務”所享有的權力，按其真確釋義來說，範圍其實僅限於法律上的問題和其他商務事宜。<sup>9</sup> Brandon 勳爵亦發現在普通法中，法庭並無司法管轄權批准或不批准給予該等人士治療，而有關行為合法與否是視乎治療是否符合病人的最佳利益。<sup>10</sup> 不過，法庭根據其固有的司法

<sup>4</sup> [1992] 4 All ER 649, 第 663 頁。

<sup>5</sup> [1992] 4 All ER 649, 第 662 頁。

<sup>6</sup> [1990] 2 AC 1.

<sup>7</sup> [1990] 2 AC 1, 第 55 頁 A-C 段。

<sup>8</sup> [1990] 2 AC 1, 第 71 頁 E 段。

<sup>9</sup> [1990] 2 AC 1, 第 58-59 頁。

<sup>10</sup> [1990] 2 AC 1, 第 56 頁 C-D 段。

管轄權，可以選擇是否宣布一項建議進行的手術是符合病人的最佳利益。<sup>11</sup> 基富利（Chieveley）的 Goff 勳爵則認為如果病人的狀況屬於永久性或半永久性（精神紊亂者的情況可能會是如此），慢慢等待以取得其同意是沒有意義的。Goff 勳爵又表示護理病人是明顯的需要，而醫生行事必須符合其病人的最佳利益，就像已得到後者同意他這樣做一樣。醫生若已負起醫治病人之責，他不單是被視為已得到病人同意，也會被視為有責任行事。<sup>12</sup>

4.7 在 *Re T* 一案中，Donaldson 勳爵解釋必須基於最佳利益原則作出進行治療的決定：

“如果情況是病人有可能性命不保或預期病人的健康會受到不可挽救的損害，而病人卻拒絕接受必需的治療，醫生或醫院當局若對病人的拒絕的真確性有確實懷疑的話，便應為公眾利益起見（當然也為病人利益着想），立即要求法庭宣布所建議進行的治療是否合法。這個步驟不應留待病人家屬去做，因為他們多半不會知道有此方便的安排，同時亦可能會因費用問題而卻步。…… 如有〔此類案件〕出現，…… 法庭可以並且亦會立即施以援助。”<sup>13</sup>

4.8 “病人的最佳利益”這項原則在 *R*（基於 *Burke* 提出的申請）訴 *General Medical Council* 這一宗 2004 年的案件中獲引用。在該案件裏，英國醫學總會（UK General Medical Council）的有關不提供及撤去治療的指引受到嚴厲批評。Munby 法官在其判詞中評論說，“該指引的法律內涵可說是易受批評的有四方面。”<sup>14</sup> 他指出該指引“沒有充分確認人們傾向贊成進行延長生命的治療這個有力的推定，亦沒有充分承認最佳利益的試金石是‘不能忍受的程度’。”對於“最佳利益和延長生命的治療”的問題，Munby 法官有以下評論：

“…… 但在拯救或延長生命的治療方面（具體而言指人工營養及流質餵飼）的最佳利益又怎樣了？

假如病人是有能力作出決定的話，又或雖然他現在沒有此項能力，但已作出既是有效亦與涉及的治療有關的預設醫療指示，原則上便沒有困難：由病人自己決定甚麼

---

<sup>11</sup> [1990] 2 AC 1，第 64 頁 C-D 段。

<sup>12</sup> [1990] 2 AC 1，第 77 頁。

<sup>13</sup> [1992] 4 All ER 649，第 663 頁。

<sup>14</sup> [2004] 79 BMLR 126，第 218 段。

才是符合其最佳利益和他應該或不應該接受甚麼治療。但假如病人沒有能力作出決定，也沒有作出上述的預設醫療指示的話，則總要由其他人為他作出決定。醫生或法庭其中一方必須決定甚麼才是符合病人的最佳利益。如果有關問題是應否不提供或撤去延長生命的治療的話，甚麼才是恰當的做法？

Francis 先生提到上訴法院民事法庭庭長 Thomas Bingham 爵士在 *Airedale NHS Trust 訴 Bland* [1993] AC 789 一案的言論時，陳情說單單延長生命不一定符合病人的最佳利益，這一點我完全同意：治療或護理的目的是令病人康復、阻止或延緩其病況變壞以及減輕其身體及精神上的痛楚及苦難；不能達致上述任何一項目的的治療可以說是徒然的。但在我看來，出發點必然是人們傾向贊成採取一切能夠延長生命的步驟這項極為有力的推定；除了在一些特殊情況外，又或病人已垂危，為了病人的最佳利益着想，一般都是必須採取這些步驟的。

在 *Re J (未成年人) (監護：醫治)* [1991] Fam 33 一案中的三位法官都這樣說，……雖然他們一致強調這項推定並非不可推翻。所以上訴法院民事法庭庭長雷明敦的 Donaldson 勳爵分別在判詞第 46 及 375 頁表示：

‘無疑是有傾向贊成採取會延長生命的行動這項強而有力的推定，……但這項推定並非不可推翻。正如本法庭在 *Re B* 一案中確認，必須考慮到若該兒童的生命獲得延長的話他將要經歷的痛楚及苦難，還有他的生活質素；更須顧及所建議的治療本身會帶來的痛苦。……’

Taylor 勳爵分別在判詞第 53 及 381 頁說：‘法庭對人命神聖的高度尊重，帶來傾向贊成採取一切可能步驟以維持生命的有力推定，只有在特殊情況下方屬例外。’

正如 Taylor 法官繼而論述，‘問題在於界定這些情況。’<sup>15</sup>

4.9 Munby 法官提述基富利的 Goff 勳爵在 *Airedale NHS Trust 訴 Bland* 一案中的觀點來闡釋這個“特殊情況”問題：

---

<sup>15</sup> [2004] 79 BMLR 126，第 98-101 段。

“當然，在大多數個案裏，病人的最佳利益相當可能是需要施行這類治療（如備有這類治療的話），但這並非一成不變。舉一個簡單的例子說，……一名受盡痛苦的末期癌症病人患有另一病症，若不進行大手術減輕該另一病症的病情，便會或可能會令其壽命進一步縮短，惟照顧該病人的醫生肯定沒有絕對責任做這項手術。就照顧這類病人的醫生而言，我並不認為他有絕對責任盡任何他可以運用的方法來延長該病人的生命而罔顧病人的生命質素。人之常情不會有如此要求，國內外所認同的醫德及良好行醫實務亦如是。在我看來，醫生是否採取任何醫療程序的決定，必須是爲了病人的最佳利益而作出，但得視乎病人能否給予或不給予同意。”<sup>16</sup>

#### 4.10 他繼續說：

“我應該補充一點：在這種人命攸關的境況中，一如在其他涉及人命的境況（見上文第[76]-[77]段），……‘一旦有疑問的話，解決辦法必然傾向維持生命’，而且‘必須特別小心審視有關證據。須要有明確和令人信服的實證。’

有些個案也許可以說得上是簡單明確的，最起碼就法律上的分析而言如是。僅是病人在身體或精神上喪失能力此一事實當然不能作爲不提供延長生命治療的理由。……但如果病人已垂危，則恰當的目標會是減輕苦楚及在適當情況下令病人‘離世時沒有那麼難受’，而不是短暫地延長生命。……如果進行延長生命的治療根本不是切實可行的話（例如病人雖然無能力作決定，但卻強烈反對進行有關醫療程序，而且不打算接受該等程序），又或進行這類治療會是徒然的話（例如病人處於永久植物人狀況的個案），則是可以提供延長生命治療的。”<sup>17</sup>

#### 4.11 Munby 法官有討論到那些較難處理的情況：

“至於難以處理得多的個案是病人雖然嚴重喪失能力但並非垂危。……

<sup>16</sup> *Airedale NHS Trust 訴 Bland* [1993] AC 789，第 867 頁。

<sup>17</sup> *R*（基於 *Burke* 提出的申請）*訴 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126，第 103-104 段。

我覺得最有啓發性的分析可分別在 Taylor 勳爵的判詞第 55 及 383 頁中找到：

‘雖然法庭不能將喪失能力情況達至最嚴重程度的生命與我們一無所知的死亡作一比較，但本席的看法是必定有一些極端個案可以讓法庭認為：“經這項治療而得以延長的生命對病人會是殘忍得無法承受的。”舉例來說，假如一名兒童嚴重受創，身體機能只餘下微不足道的功用，而維持其生命的唯一方法是不停施行極為痛楚的治療，令該兒童承受無盡痛苦，或因而要對他長期施行麻醉，以致他的生命是完全沒有知覺的話，本席就不認為 Munby 先生的“絕對驗證”<sup>18</sup>應該適用以要求提供該項治療。在這種情況下，只要不涉及蓄意結束或縮短有關兒童的生命這個問題，本席認為法庭爲了該兒童的利益着想，有權表示不應刻意採取人工步驟來延長他那可悲的餘生。

當絕對驗證不被接納後，恰當的準則必然是以程度爲本。在喪失能力和承受痛苦的程度表中，法庭應當裁定達到哪一點方可爲兒童的最佳利益着想而不必再令他忍受延長生命的積極治療所帶來的痛苦呢？顯然只有在極端的情況下才有充分理由不提供治療……本席認為正確的做法是由法庭評定：假如提供這類治療的話，有關兒童將要忍受怎樣的生質素，從而決定在所有情況下這樣的生質素是否被摧殘得令該兒童無法忍受。我用“該兒童”一詞，因爲這項驗證不應取決於作決定者是否可以忍受這樣的生質素，而是必須視乎所涉及的兒童若然能夠作出明智判斷的話會否認爲這樣的生質素是可以忍受的。’<sup>19</sup>

4.12 Munby 法官在歸納其結論時，就撤去人工營養及流質餵飼一事作出以下評語：

---

<sup>18</sup> 作爲法定代表律師的御用大律師 James Munby 先生在 *Re J (未成年人)* (*監護：醫療*) 一案中的首度陳詞（或稱爲“絕對主義”陳詞）是當某項治療能夠把兒童從某種可以致命的病況中救活，則不論該項治療本身會帶來甚麼痛楚或副作用以及不論兒童在治療後會經歷怎樣的生質素，法庭亦決不會有充分理由不同意進行這項治療。

<sup>19</sup> *R (基於 Burke 提出的申請) 訴 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126, 第 105 及 107 段。

“(a) 根據該項歐洲公約，一如在普通法下，若病人有能力作出決定（又或他雖然沒有能力作出決定，但已作出既有效亦與涉及的治療有關的預設醫療指示），則他拒絕接受人工營養及流質餵飼的決定——即他不要開始進行人工營養及流質餵飼，或如果人工營養及流質餵飼已經開始的話，他要停止接受人工營養及流質餵飼——是決定性的。

(b) 若病人有能力作出決定（又或他雖然沒有能力作出決定，但已作出既有效亦與涉及的治療有關的預設醫療指示），而他認為人工營養及流質餵飼是避免劇烈的精神或身體苦楚所必需的，該病人要求獲得人工營養及流質餵飼的決定在原則上同樣是決定性的。這一點有兩個分別的理由。第一個理由是基於公約第 8 條賦予有能力作出決定的病人的權利。第二個理由是基於公約第 3 條賦予他的權利，不論他有沒有能力作出決定。”<sup>20</sup>

4.13 *W Healthcare NHS Trust 訴 H 及其他人*一案參考了 *R*（基於 *Burke* 提出的申請）*訴 General Medical Council* 案，聆訊前者的上訴的 Brooke 勳爵說：

“…… 法庭不能批准實質上讓並非處於永久植物人狀況的病人餓死的做法，除非病人已明確地並在知情下給予同意，或病人的情況無疑已達到無法忍受的地步……

〔原訟法庭〕法官達致上述結論所依據的是以女病人 KH 當時的狀況而言，<sup>21</sup> 法官不能斷言延長生命的治療是無益的，而且實質上讓她餓死的做法比用人工方法讓她多活幾周或幾月甚或幾年才面對終會來臨的死亡是更加不體面。……

該法官正確地將有沒有法律上具約束力的預設醫療指示這個問題擱在一旁後，便一方面察看撤去營養餵飼的後果和影響，另一方面檢視延續一個尚有一些痛楚感覺、一些知覺和些微回答問題能力的生命的做法。他得

<sup>20</sup> *R*（基於 *Burke* 提出的申請）*訴 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126，第 214(a)及(b)段。

<sup>21</sup> 59 歲的病人 KH 罹患多發性硬化，而且最少有 20 年時間不能在知情下為自己作出決定。她大部分的身體機能已停止運作。她雖然清醒，但只能夠說一些單字，而且已失去時間和空間觀念，亦不認得任何人。五年以來，她一直透過經皮膚植入的胃造口管獲得餵飼。2004 年 8 月，該胃造口管脫落，她因此被送進醫院。負責照料她的人等一致認為應將胃造口管插回，但病人的家屬不以為然，因為他們相信在上述情況下病人寧願死去。

出以下結論：符合該病人最佳利益的做法是依循負責治療她的醫者的一致意願〔給 KH 插回經皮膚植入的胃造口管，讓營養餵飼得以長久繼續下去〕。”<sup>22</sup>

## 病人利益與社會利益之間的衝突

4.14 病人利益與社會利益之間有所衝突的情況也會發生：

“病人利益包括了病人自作決定的權利——病人有權按照本身意願來過活，即使這樣做會損及其健康或會令其早逝，情況也是一樣。社會利益則是在於維護人命神聖以及應盡可能保存性命這個概念……。當中若有疑問，解決的方法總是傾向於贊成保存性命，因為一個人的自我決定若要凌駕於公眾利益之上，這個人就必須清楚表明自己的意願。”<sup>23</sup>

4.15 在 *Cruzan* 這宗美國案例<sup>24</sup> 中，法庭同樣有考慮到社會（或國家）利益。在此案中，病人處於持續植物人狀況，而其監護人向法庭提起訴訟要求作出屬宣布性質的判決，尋求法庭給予司法認許，以達成監護人的意願，就是終止對病人進行人工營養及流質餵飼。最高法院裁定，正確的程序並沒有規定國家在未有清楚且令人信服的證據證明病人近親的看法足以反映病人看法的情況下，須接受病人近親代替病人所作出的判斷，因為國家可透過施加較為嚴謹的舉證規定，合法地致力保障無能力作決定者在生死之上的個人抉擇。在某些無法找到病人家屬代病人作出決定或病人家屬不採取行動來保護病人的情況中，可能會出現濫作決定的問題，而國家是有權對此加以防範的。最高法院又裁定國家有權維護保存人命這項不受限制的權益，並會在這項權益與受到憲法保護的個人權益之間作出衡量。對於那些要求終止對無能力作決定者進行維持生命治療的人，國家是可以施加更嚴謹的舉證責任，因為問題所涉及的利益，在個人層面和社會層面之上，都要比那些普通民事糾紛所涉及的利益更為重大。作出不終止治療的決定，若是錯誤的話後果只是現狀維持不變，但作出錯誤的撤去維持生命治療的決定，要挽回卻是沒有可能的事。

---

<sup>22</sup> *W Healthcare NHS Trust 訴 H(CA)* [2005] 1 WLR 834，第 22、27 及 29 段。

<sup>23</sup> *Re T (成年人：拒絕接受治療)* [1992] 4 All ER 649，見英國上訴法院民事法庭庭長雷明敦的 Donaldson 勳爵之言，載於第 661 頁。

<sup>24</sup> 497 US 261.

4.16 首席大法官 Rehnquist 在 *Cruzan* 一案中作出判決時提述到多宗美國案例。<sup>25</sup> 他強調在該等案例中保存人命是國家的利益所在，並表示：

“法庭裁定無能力作決定者仍保留拒絕接受治療的權利，理由是不應僅因某人無法意識到其自作決定的權利被侵犯而令到該人失去這項權利。法庭亦裁定如果有明確證據證明無能力作決定者本來是會行使這項權利，這項權利便可由作決定的代辦人（surrogate decision-maker）按‘主觀’準則來行使。若上述證據欠奉，法庭則裁定個人權利仍可在某些情況下按客觀的‘最佳利益’準則來行使。故此，假若有一些可信證據證明某人本來是希望終止治療，但這些證據又不足以清楚確立在該人的主觀準則下該人的意願是甚麼，而延長性命所得到的滿足卻明顯抵不上挨苦受痛這個重擔，那麼治療便可按‘有限度的客觀’準則予以終止。如果沒有可信證據，而病人所受的痛苦亦令到進行維持生命治療不人道，便可按‘純客觀’準則來終止治療。若然上述各種條件一概欠奉，法庭的裁定是寧可有錯也要保存性命。”<sup>26</sup>

4.17 在 *R* (基於 *Burke* 提出的申請) 訴 *General Medical Council* 一案中，Munby 法官表達了以下看法：

“〔《歐洲人權公約》〕第 8 條所保障的個人自主權表示，原則上是由有能力作決定的病人而非其醫生決定應該或不應該作出甚麼治療，以達致病人相信對其尊嚴有幫助的情況或避免病人會覺得痛苦的事情。一名有能力作決定的病人在第 8 條下的權利——即他的身心保持完整的權利、自主權及尊嚴——必須凌駕載於第 2 及 3 條的任何權利或責任。在第 2 及 3 條下國家的任何須作為的責任若與病人在第 8 條下的自主權或自決權產生衝突或是有侵犯該等權利的地方，便須予終止。若一名有能力作決定的病人拒絕接受延長生命的治療，第 3 條並

---

<sup>25</sup> 法官所提述的案例包括以下各宗：Quinlan, 70 NJ 10; *Garger* 訴 *New Jersey*, 429 US 922; *Superintendent of Belchertown State School* 訴 *Saikewicz*, 373 Mass. 728; *Re Storar*, 52 NY 2d 363; 以及 *Re Conroy*, 98 NJ 321。

<sup>26</sup> 497 US 261 at 273.

沒有賦權任何人強行對該病人施行該類治療。第 2 條同樣沒有如此賦權。……”<sup>27</sup>

### 在病人反對之下進行治療等同侵權法中的毆打

4.18 在美國的 *Malette 訴 Shulman* 一案中，病人因車禍重傷而失去知覺，負責檢查其傷勢的醫生認為病人要活命和保持健康就得輸血。病人當時身上攜有咭片，表明自己是耶和華見證人會的信徒，在任何情況之下均不得為她輸血，但醫生在獲出示該咭片後，仍親自動手為她輸血。上訴法院法官 Robins 在宣布判決時說：

“執行醫療程序的醫生，若未有先向病人提供取得其在知情下同意所需的資料，即屬侵犯了病人可控制自身醫護程序的權利，故此縱使有關程序是以高超的技巧進行，亦事實上令病人得益，醫生還是要負上毆打的法律責任……。醫生不能罔顧病人所作出的預設醫療指示，就像他不能罔顧病人在病危時作出的指示一樣。法律既沒有禁止病人不同意接受緊急醫治，亦沒有禁止醫生遵從病人的指示。雖然法律容許在少數的緊急情況之下不理會沒有病人的同意，但也有對未經病人同意而醫治病人的人施加民事法律責任，以支持有能力作決定的成年人就本身健康護理作出決定的權利。……基於自作決定原則和個人自主原則所得出的必然結論，就是即使拒絕接受輸血可能會帶來不良後果和如此決定通常會被人視為愚不可及，病人仍然可以這樣做。該病人在此事件中就輸血所作出的決定，在她失去知覺後仍然有效，而該醫生動手為她輸血便會是未經授權的行為。”<sup>28</sup>

4.19 Robins 法官繼續說：

“總括來說，本席認為 *Malette* 太太在本案中所維護的主要權益——有自由抗拒或拒絕同意讓自己身體的完整性受到侵犯的權益——要比國家保存人命和健康以及保障醫療專業的完整性這種權益來得重要。雖然拒絕接受醫治的權利並非絕對或不受限制，但上述的國家權益本身卻不足以成為強迫病人在不同意的情況下任由他

<sup>27</sup> [2004] 79 BMLR 126，第 213(n)段。

<sup>28</sup> (1990) 67 D.L.R. (4th) 321 (Ont. CA) 321，第 328-330 頁。

人入侵自己身體的理據。依本席之見，國家保護無辜的第三者和防止自殺這種權益在本案中並不適用。”<sup>29</sup>

## 必要原則

4.20 在聯合王國，普通法在有先見之明的健康護理決定方面的發展，可見於 *Airedale NHS 訴 Bland* 一案<sup>30</sup> 及多宗其他案例。

4.21 在 *Airedale* 一案中，肯基爾的 Keith 勳爵有以下的看法：

“本席要指出的第一點是未經一名清醒且精神健全的成年人同意而對他進行治療屬於不合法，這種行為會構成侵權及毆打之罪〔劃線後加〕……。該人是完全可以拒絕接受治療〔劃線後加〕，即使這樣做的後果是會死亡亦然。這一點也適用於以下情況：某人預見自己可能會由於某種原因而陷入例如永久植物人狀況之類的狀況，於是明確指示若真有此事發生便不要向他提供延續生命的醫護服務，包括人工餵飼在內。第二點是某人因意外或其他原因失去知覺以致無能力表示同意或不同意接受醫治是常見之事。在該種情況之下，醫務人員按必要原則，對失去知覺的病人進行就其所知認為是符合該病人的最佳利益的治療，屬於合法。”<sup>31</sup>

4.22 上訴法院法官 Staughton 勳爵在 *Re T* 一案中有以下的看法：

“……當一名成年人遇到意外失去知覺後被送往醫院時，他根本沒有機會表示是否同意接受治療……，在此情況下，只有基於必要原則所需才有理由支持對他進行治療。”<sup>32</sup>

4.23 關於必要原則，基富利的 Goff 勳爵在 *Re F (精神病人：絕育)* 一案中說：

“如果某人（因疾病、意外或精神紊亂）變得永遠或有相當時間無法與人溝通，一般的說法都不會把此症描述為‘永久急症’——即使此種症狀的確可以恰當地被

---

<sup>29</sup> (1990) 67 D.L.R. (4th) 321 (Ont. CA) 321, 第 334 頁。

<sup>30</sup> [1993] 1 All ER 821.

<sup>31</sup> [1993] 1 All ER 821, 第 860 頁。

<sup>32</sup> *Re T (成年人：拒絕接受治療)* [1992] 4 All ER 649, 見英國上訴法院民事法庭庭長雷明敦的 Donaldson 勳爵之言，載於第 668 頁。

認為是存在的話。急症之所以重要，其實在於急症可能會令他人有必要在沒有受助人的同意下為其利益起見而採取行動。可是，急症本身不是一項準則，甚至也不是一項先決條件，而只是一個有必要迫令他人介入的常見原由。適用的是必要原則，可不是緊急原則。”<sup>33</sup>

4.24 他又說：

“……要符合這原則，不僅(1)必須是當時與受助人溝通並不切實可行但卻有必要行動，而且(2)所採取的行動，也必須是一個通情達理的人在符合受助人的最佳利益而行事時於任何情況下亦會採取的行動。我希望借闡述這原則的機會，指出我們不能以必要原則來作為強行介入的理由。故此，當可以找到另一名更為適合且願意採取行動的人時，便沒有理由支持他人介入。此外，如果他人介入是違反了受助人的已知意願而受助人是能夠理性地組織自己的意願的話，亦是沒有理由支持他人介入的。”<sup>34</sup>

4.25 Goff勳爵繼續談到必要原則也適用於精神紊亂的人。他的看法如下：

“說必要原則不應適用於這宗〔弱智人士〕個案，實在沒道理，情況與中風者的個案一樣。此外，就像中風者的個案一樣，在精神紊亂人士的個案中，由於病人情況屬於永久性，所需提供的護理範圍要比意外受傷所造成的急症所需者更為廣泛。當病況屬永久性或半永久性時，為保存受助人的性命、健康或福利而適當地採取的行動，範圍有可能會超越例如外科手術或實質治療之類的療法，並有可能會擴闊至包括例如定期醫治或牙科治療之類的日常事務在內，甚至像穿衣、脫衣和上床就寢一類的簡單護理也包括在內。”<sup>35</sup>

## 生命神聖原則

4.26 在 *Airedale* 一案中，Keith勳爵曾考慮過既然生存於持續植物人狀況對病人並無好處，那麼應否仍堅守生命神聖原則。他指出：

---

<sup>33</sup> [1990] 2 AC 1，第 75 頁。

<sup>34</sup> [1990] 2 AC 1，第 75-76 頁。

<sup>35</sup> [1990] 2 AC 1，第 76 頁。

“這原則不是一項絕對的原則〔劃線後加〕。這原則不會迫令醫生甘冒刑事制裁之險，在違反一名若不加醫治便會死亡的病人的明示意願的情況下強行醫治該名病人。這原則不會授權對進行絕食抗議的犯人強行餵食，也不會強求在只是延長末期病人的痛苦的情況下暫時保住末期病人的性命。不過在另一方面，這原則亦禁止採取主動的做法去縮短一名末期病人的生命。”<sup>36</sup>

4.27 在同一宗案例裏，基富利的 Goff 勳爵就這項可予適用的法律原則發表了一些意見。他說：

“此處的基本原則是人命神聖原則——這原則不但在英國本土社會久獲承認，在整個現今世界之中，即使未獲所有文明社會承認，也久已得到大部分文明社會承認，它在《歐洲人權公約》第 2 條……以及《公民權利和政治權利國際公約》第 6 條中得到承認便是此點的確證……。這原則雖是基本卻非絕對……。我們所關注的是不向病人提供可能會延長其性命的醫治或護理有可能會屬於合法的情況。不過，此處同樣是沒有絕對的規則〔劃線後加〕規定無論情況如何也要進行上述治療或護理來延長病人的生命。”<sup>37</sup>

### **自作決定原則**

4.28 關於自作決定原則，Goff 勳爵有以下看法：

“第一，現已確立的是自作決定原則規定必須尊重病人的意願，所以如果一名精神健全的成年病人拒絕同意接受將會或可能會延長其生命的治療或護理，不管他這樣做是如何不合乎理性，負責醫治他的醫生即使不認為他這樣做是符合他自己的最佳利益，也必須遵從他的意願……。在此限度之內，生命神聖原則必須讓步於自作決定原則……。基於這個原因，有人主張精神健全的病人在妥為知情的情況下，可以要求中止使用維生儀器……。除此之外，如果病人是在自己未失去知覺或因其他理由無法與別人溝通之前已預先表明拒絕同意接

<sup>36</sup> [1993] 1 All ER 821, 第 861 頁。

<sup>37</sup> [1993] 1 All ER 821, 第 865-866 頁。

受治療，同一原則亦會適用。不過，在這情況之下，有可能需要特別小心，以確保事前已表明的拒絕同意接受治療，在日後事發時仍會恰當地視作適用（見例如 *Re T*（成年人：拒絕接受治療）一案……）。”<sup>38</sup>

4.29 Goff 勳爵補充說：

“……在此類個案中，並不存在病人自殺的問題，所以也不存在醫生協助或教唆病人自殺的問題。事情不過是病人拒絕同意接受可能或應會收延長其生命之效的治療，而病人有權這樣做，且醫生也是本乎職責遵從了病人的意願而已。”<sup>39</sup>

Goff 勳爵還表示：

“在很多個案中，病人不單是可能完全無能力說明自己是否同意接受有關的治療或護理，也可能未有事先示明自己在這方面的意願……。如果一名成年病人自己無能力作決定是否同意接受治療，法庭不能代為給予同意。本席的看法是無論情況如何，負責醫治病人的醫生也沒有絕對責任去延長病人的性命。事實上，任何這類絕對規則若獲裁定為存在的話，不但會令人感到極度驚訝，更會為病人帶來最不利和殘忍的後果。”<sup>40</sup>

4.30 在同一宗案例裏，Keith 勳爵亦對其他司法管轄區的法庭在這方面所作出的裁定表示贊同：

“雖然本案是由英格蘭的法律來作裁定，但令人略感寬心的是本席發覺在其他普通法司法管轄區中，特別是在曾發生多宗涉及這個問題的案件的美國一地，各個法庭都是幾乎一致地得出以下結論：中止對處於持續植物人狀況的病人及其他處於類似狀況的病人進行醫治和護理（包括人工餵飼在內），並非不合法。”<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> [1993] 1 All ER 821，第 866 頁。

<sup>39</sup> [1993] 1 All ER 821，第 866 頁。

<sup>40</sup> 同上。

<sup>41</sup> 同上，第 861-862 頁。

## 人權

4.31 *NHS Trust A 訴 M 及 NHS Trust B 訴 H* 一案<sup>42</sup> 引用了在 *Airedale NHS 訴 Bland* 一案中作出的裁定。在前述案例中，律師就對處於永久植物人狀況且復元無望的病人撤去人工營養及流質餵飼一事，在人權問題上展開激烈爭辯。在聆訊時，律師要求法庭考慮中止人工營養及流質餵飼是否會違反《1950年歐洲保護人權與基本自由公約》（如《1997年人權法令》（Human Rights Act 1997）附表1所列明者）第2條所載的生存權利。律師特別要求法庭裁定究竟中止人工營養及流質餵飼是否構成第2條所指的故意剝奪生命，要是不構成的話，則在這種情況之下，第2條是否有施加一項提供維持生命治療的須作為的責任。另一個要裁定的問題，則是在撤去治療至病人死亡期間，該公約第3條所訂明的禁止施加不人道或低貶人性的待遇規定會否遭違反，或可否引用該條來確保處於永久植物人狀況的病人有尊嚴地死去的權利受到保障。

4.32 英國高等法院家事法庭庭長 Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵負責審理 *NHS Trust A 訴 M 及 NHS Trust B 訴 H* 一案。她在作出判決之時對《1950年歐洲保護人權與基本自由公約》第2條的解釋如下：

- “1. 每個人的生存權利均受到法律保障。任何人的生命均不得被故意剝奪，但被裁定犯了法律所訂罪行而該罪行的規定刑罰是死刑致遭處決者除外。
2. 如剝奪生命是由於使用不超出確有必要範圍的武力所致，則此舉不得視為違反本條……。”

她繼續解釋說：

“如果撤去治療是依照 [*Airedale NHS Trust 訴 Bland*] 一案中所定下的指引進行，此舉便不是以另一人的作為或可構成罪行的不作為來結束兩名病人的生命。該兩名病人的死因是引致他們病況的病患或傷患……。對處於永久植物人狀況的病人中止人工營養及流質餵飼的問題尚未有在歐洲人權法庭出現，故此關於第2條的適用範圍的指引，就得從歐洲人權法庭在處理截然不同情況時所作出的裁定中蒐集資料……。第2條明確載有一項施加於國家的避免故意奪人性命的不作為的責任……。根據第

---

<sup>42</sup> [2001] 1 All ER 801.

2(1)條，這項不作爲的責任的範圍是有限度的。未得對方同意，醫療專業不得醫治有能力作出決定的病人，若未得對方同意便進行治療，即屬不合法。即使拒絕接受人工營養及流質餵飼會導致死亡，一名有能力作出決定的成年人也絕對有權這樣做……。如果一名病人無行爲能力接受或拒絕治療，而醫治該名病人符合其最佳利益，醫生在必要原則之下是有責任醫治該名病人的……。然而，若該項治療不再符合該名病人的最佳利益，負責治理該名病人的醫療小組即無責任繼續進行該項治療……。又如果進行治療是不符合一名無能力作決定的病人的最佳利益，醫生也無權治療該名病人。於 *Bland* 一案中所發表的其他言論，雖然沒有特別提及這一點，但在此情況下所進行的治療是會侵犯了病人的個人自主權，雖然病人無能力作決定，卻仍然是保有這項權利的。”<sup>43</sup>

#### 4.33 Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵又指出：

“在病人處於永久植物人狀況的個案中，撤去人工營養及流質餵飼的目的雖是加速病人死亡，但本席認爲，剝奪生命一詞必須是指某人代國家作出導致他人死亡的蓄意行爲，而這作爲是相對於不作爲來說的。醫療小組於治療初期作出負責任的決定而不提供治療，並不等於國家蓄意剝奪生命。這是個基於臨床判斷作出的不作爲決定，而病人之死是由於本身的病患或傷患，這不能說是剝奪。我們或者可從國家須保障生命的須作爲的責任角度來看這個臨床決定的理由，但本席認爲，不能把這個視爲屬於國家須避免故意取人性命的不作爲的責任範圍之內。若繼續治療不再符合病人的最佳利益，而因此侵犯了他的自主權，本席看不出上述情況與決定中止進行治療兩者之間有何不同，即使中止進行治療的後果是縮短了病人的生命亦然。”<sup>44</sup>

#### 4.34 第 2 條是訂有須採取足夠的適當步驟去保障生命的須作爲的責任，但 Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵表示該項施加於國家須保障生命的須作爲的責任並非絕對。她的看法如下：

---

<sup>43</sup> [2001] 1 All ER 801, 第 807-809 頁, 第 18-28 段。

<sup>44</sup> [2001] 1 All ER 801, 第 809-810 頁, 第 30 段。

“如果作出一項負責任的臨床決定不向病人提供治療，箇中理由是進行治療不符合病人的最佳利益，而且該項臨床決定也是根據一些備受尊重的醫學意見作出的話，那麼本席認為國家根據第 2 條所肩負的須作爲的責任已獲履行。”<sup>45</sup>

4.35 值得注意的是在 *NHS Trust A 訴 M* 一案<sup>46</sup> 中所裁定的理據是完全符合 *Airedale NHS Trust 訴 Bland* 一案所定下的原則。在 *Bland* 一案中，Goff 勳爵說：

“……本席認為，當這類治療毫無療效而只不過是爲了延長病人生命時，治療便既不恰當亦非必要，情況就像病人失去知覺且病情好轉無望時治療只是白費功夫的一樣。”<sup>47</sup>

4.36 在病人處於永久植物人狀況的個案裏中止人工營養及流質餵飼，被認為是符合民主社會的價值觀。Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵說：

“本席認為，同樣重要的是在病人處於永久植物人狀況的個案裏中止人工營養及流質餵飼，已在世界多個普通法司法管轄區和民事司法管轄區獲得接受。某些國家更已設有憲法上的保證，例如新西蘭有人權法案，丹麥有制定法例，而法國則有民法典。至於美國某些地方和愛爾蘭，所採用的是稱爲‘政府監護權’的司法管轄權。大家所本乎的司法管轄權各有不同，思維方式也有分別，但所得的結論都是一樣，那就是對於處於永久植物人狀況的病人並無持續責任維持其生命，以及在該類個案中撤去人工營養及流質餵飼是符合生存權利的……。因此之故，聯合王國的現行做法是符合民主社會的價值觀。”<sup>48</sup>

4.37 《歐洲保護人權與基本自由公約》第 3 條述明：“不得令任何人身受酷刑，或受到不人道或低貶人性的待遇或懲罰”。關於此條，Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵提述了 *Ireland 訴 UK* 一案。這是一宗由歐洲人權法庭審理的案件。該案裁定低貶人性的待遇（此處是指北愛爾蘭所用的盤問方法）是“刻意使受害人感到恐懼、哀痛和自卑的惡劣

---

<sup>45</sup> [2001] 1 All ER 801, 第 811 頁, 第 35 段。

<sup>46</sup> [2001] 1 All ER 801.

<sup>47</sup> *Airedale NHS 訴 Bland* [1993] 1 All ER 821, 第 870 頁。

<sup>48</sup> [2001] 1 All ER 801, 第 812 頁第 39 段。

對待，能夠侮辱和低貶受害人，並可能會令受害人的肉體上或精神上的抗拒力崩潰。”<sup>49</sup> 她說：

“假設第 3 條需予考慮，本席信納對這兩名病人撤去治療的建議做法，已得到多名醫治處於永久植物人狀況病人的專家加以詳細而慎重的考慮，並且是符合一些負責任的醫學意見所採取的做法。撤去治療是出於善意，因為中止挽救生命的治療是符合病人的最佳利益。至於繼續對病人施以贖餘的治療，直至他死亡為止，則是合法和恰當的做法。除此之外，本席又信納第 3 條規定受害人必須意識到自己正受到不人道和低貶人性的待遇，又或者最低限度必須是在肉體上或精神上感到痛苦。一名處於永久植物人狀況的病人是沒有知覺的，對於別人所施加的待遇並無感覺，也不能理解。本席認為，第 3 條不適用於這兩宗案例。”<sup>50</sup>

4.38 在 *R (基於 Burke 提出的申請) 訴 General Medical Council*<sup>51</sup> 一案中，Munby 法官就自主權、尊嚴與《歐洲人權公約》的相互關係表達了他的以下看法：

“個人自主權和尊嚴都是《歐洲人權公約》第 8 條所保證須受到尊重的‘私生活’環節，指出這一點十分重要，正如斯特拉斯堡法庭在 *Pretty 訴 United Kingdom (2003) 35 EHRR 1, [2002] 2 FLR 45* 一案的判詞第 61 段說：

‘……“私生活”是一個廣泛的概念，不能夠冠以一個詳盡而無遺漏的定義。它涵蓋個人身體及精神上的完整性，有時還可以包含一個人的實際身分及社會身分方面的事宜……’

法庭又在判詞第 65 段補充說：

‘《歐洲人權公約》的精髓在於對人的尊嚴和自由的尊重。’

留意法庭在 *Pretty 訴 United Kingdom* …… 一案的判詞第 63-66 段所說的話，亦很重要：

---

<sup>49</sup> *Ireland v UK* (1978) 2 EHRR 25.

<sup>50</sup> *NHS Trust A 訴 M; NHS Trust B 訴 H* [2001] 1 All ER 801, 第 814 頁第 49 段。

<sup>51</sup> [2004] 79 BMLR 126.

‘雖然可以在上述情況中指出死亡並非申請人的行為所意欲達致的後果，但法庭不認為這可以作為一項決定性的因素。在醫療的領域內，拒絕接受某一項治療無可避免地可能會導致死亡，但在未得一名精神上有能力作決定的成年病人同意下對他施行治療會干擾病人身體的完整性，而這樣的干擾可以與《歐洲人權公約》第 8(1)條所保障的權利產生衝突。正如本地的案例法承認個人可以要求行使結束生命的選擇權，方法是拒絕同意進行可收延長其生命之效的治療。’ ”<sup>52</sup>

4.39 Munby 法官在歸納其結論時指出：

“(g) 個人自主權——即自作決定的權利——及尊嚴都是獲得普通法承認和受到《歐洲人權公約》第 3 及 8 條保障的基本權利。

(h) 第 8 條所保障的個人自主權包含以下事宜：個人選擇如何度過臨終前的日子和時刻，以及如何處理自己的死亡。

(i) 《歐洲人權公約》所保障的尊嚴權益包括在第 8 條下的維持精神狀況穩定的權利，亦包括在第 3 條下的權利，即有權在有尊嚴的情況下死去，以及若接受治療或不獲給予治療會令人在痛苦中死亡，而這卻是可以避免的話，則有權免於接受治療或確保獲給予治療。

(j) 有需要為弱勢人士加強第 3 條和第 8 條所提供的保障。”<sup>53</sup>

### **作出預先拒絕的行為能力**

4.40 英國上訴法院民事法庭庭長雷明敦的 Donaldson 勳爵為自己在 *Re T (成年人：拒絕接受治療)* 一案的判決做了一個很有用的摘要：

“1. 即使拒絕接受醫治可能會令自己健康有永久受損之虞或甚至會令自己早逝，但基本上每個成年人仍具有決定自己是否接受醫治的權利和行為能力。此外，拒絕

---

<sup>52</sup> [2004] 79 BMLR 126，第 59 及 62 段。

<sup>53</sup> [2004] 79 BMLR 126，第 213 段。

接受醫治的理由是合乎理性或不合乎理性，是已知的或是並不存在的，均無關重要。就算保存所有市民的生命和健康是極其強烈的公眾利益，情況也是如此。不過，基於病人是成年人而認為病人有行為能力去作決定這個推定，卻是一個可以推翻的推定。

2. 一名成年病人可因長期的精神上無行為能力或心智發育遲緩而失去作決定的行為能力，又或者因一些暫時性的原因，例如失去知覺或精神混亂或由於疲累、受驚、受痛或受藥物的影響，失去這種能力。

3. 如果一名成年病人在聲稱拒絕接受治療時是沒有作決定的行為能力，而且現時仍然沒有這種能力，醫生便有責任根據自己的臨床判斷，用自己認為是符合該名病人的最佳利益的任何療法來治療該名病人。

4. 醫生一旦遇到病人拒絕同意接受治療，便須極之小心詳細考慮病人在作出該決定時，其作出決定的能力是怎麼樣的。病人有可能是有行為能力或無行為能力，也有可能是行為能力退減。重要的是究竟病人當時的行為能力是否退減至低於作出有如此重要性的拒絕決定所需的水平，因為在不同情況下作出的拒絕，重要性也會各有不同，有些可能會危及生命或對健康造成無法補救的損害，有些則不會有此等後果。

5. 在一些個案中，醫生不但要考慮拒絕接受治療的病人的行為能力，另外還得考慮病人的拒絕接受治療會否因出自旁人而非其本人意願以致無效。不管這些旁人是如何大力勸說病人拒絕接受治療，只要拒絕最終是反映了病人的獨立決定便沒有問題。不過，如果病人本身的意願是受到壓制，拒絕接受治療便不是反映病人的真正決定。在這種情況下，勸說者與病人之間的關係——例如夫婦、父母或宗教顧問——便會顯得重要，因為某些關係是會比其他關係更為容易壓倒病人的獨立意願。

6. 在所有個案中，醫生均須考慮病人拒絕接受治療的確實範圍和基礎。拒絕接受治療是否只打算適用於已發生的情況？又或是基於尚未成形的假定而作出？拒絕接受治療只在它本身的確實範圍之內才有效力；拒絕接受治療若是基於錯誤假定而作出便會無效。

7. 拒絕接受治療書應予製備，以令病人加倍留意作出拒絕的後果。

8. 如果對病人所聲稱的拒絕接受治療的後果有疑問，而不進行治療是危及病人生命或會對病人的健康造成無法補救的損害，則醫生和醫療當局不應猶疑，要向法院作出申請以尋求協助。”<sup>54</sup>

4.41 個人就其治療（包括不接受治療）之事作出預設醫療指示的行為能力，是其自決權的體現。個人的自決權與取得同意這個基本原則是交織在一起的，英格蘭的案例法已予反映。上訴法院民事法庭庭長 Thomas Bingham 爵士在他於 *Airedale NHS Trust 訴 Bland* 一案所作判決中有以下評論：

“有些與這個問題〔若明知停止不向一名復元無望的無知覺病人提供人工餵飼和餵服抗生素的話，該名病人會很快死亡，這樣做是否合法？〕有關係的重要原則是雙方均接受的。(1)我們的法律和道德觀蘊含對人命神聖的深切尊重，一如東方及西方大部分文明社會的法律和道德觀所示的情況。……(2)未經一名清醒且精神健全的成年人同意而對他進行醫治是一項民事過失，而且可能是一項罪行：見 *F 訴 West Berkshire Health Authority (Mental Health Act Commission intervening)*[1989] 2 All ER, 545，……(3)醫生必須遵照精神健全的成年人就是否在某些情況下進行或不進行治療一事所給予的指示而行事，不論該等指示是否合乎常理。……即使在指示所指明的情況出現時病人已失去知覺或精神不再健全，這項原則依然適用。……”<sup>55</sup>

4.42 在 *Re C (成年人：拒絕接受治療)* 一案<sup>56</sup> 中，一名被診斷為患有長期妄想型精神分裂症的病人，被主診醫生勸說由膝下開始截除腿部以挽救生命，原因是他的腳患有壞疽。病人拒絕同意截肢，但同意接受保守的療法，而結果是他的情況有所改善。病人向法庭申請禁制令，禁止別人在沒有他的書面同意之前把他的腿部截除。法庭批給禁制令，

---

<sup>54</sup> *Re T (成年人：拒絕接受治療)* [1992] 4 All ER 649，第 664 頁。

<sup>55</sup> [1993] 1 All ER 821，第 835-836 頁。

<sup>56</sup> [1994] 1 WLR 290.

Thorpe 法官指出適用於該案的法律原則可從上訴法院在 *Re T* 一案<sup>57</sup> 中所提出的一些見解 “便捷地得以確定”。他說：

“該等見解是共同的想法。拒絕是可以透過意向聲明的形式作出，表明將來永不同意，又或者在某些將來會發生的情況下永不同意，而兩者是共通的。”<sup>58</sup>

4.43 英國高等法院家事法庭庭長 Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵在 *Re B* (*成年人：拒絕接受治療*) 一案中重申了行為能力問題背後的某些基本原則，並列出一些附加的指引以處理類似 *Re B* 案的情況<sup>59</sup>：

“(i) 有一項下述推定：病人是具有精神上的行為能力決定是否同意或拒絕接受給予他或她的內科或外科治療。

(ii) 若病人的精神上行為能力不成問題，而病人在獲悉有關資料並獲提供可予採用的療法後，選擇拒絕接受有關治療，醫生必須尊重病人的決定。至於病人的最佳利益顯示正確的決定應該是同意接受治療這項考慮因素，是無關宏旨的。

(iii) 若對病人精神上的行為能力存有憂慮或疑問，應盡快由醫院內的醫生或國民保健服務信託基金（NHS Trust）或透過其他正規的醫療程序解決該項疑慮。

(iv) 在還未決定病人是否有精神上行為能力的期間，當然必須按照醫生所判斷為符合病人最佳利益的方法去照顧病人。

(v) 如果難以決定病人是否有足夠的精神上行為能力，尤其是如果拒絕治療可能會給病人帶來嚴重後果的話，最重要的是不論後果如何嚴重，考慮這個問題的人或機構都不應把精神上有沒有行為能力的問題與病人所作決定的性質混為一談。病人的看法可能只反映不相同的價值觀而非欠缺作決定的能力，評估病人的精神上行為能力時必須緊記這一點。對於病人所作的決定，醫生不得容許自己情緒上的反應或強烈異議影響他們在

---

<sup>57</sup> *Re T* (*成年人：拒絕接受治療*) [1992] 4 All ER 649。

<sup>58</sup> *Re C* (*成年人：拒絕接受治療*) [1994] 1 WLR 290，第 294 頁。

<sup>59</sup> 一名四肢癱瘓的病人仰賴呼吸器維持生命，但該名病人希望關掉呼吸器。

回應病人是否具有精神上為能力作出決定這個基本問題時所作的判斷。

(vi) 當遇上對於病人是否有行為能力仍然各持己見的罕有情況時，最最重要的是讓病人完全知悉正在採取的處理步驟，令病人有份參與這個過程。若正在考慮邀請獨立外來專家提供意見這個選擇，主診醫生應與病人商量，以求轉介任何非本院醫生這做法盡可能是雙方共同決定的，旨在幫助雙方解決分歧。在作出轉介之前讓病人有份參與，並讓病人感到同樣有參與其中過程，對有機會達成良好結果是至關重要的。

(vii) 假如醫院陷入進退兩難的情況，有關醫生也不知道如何解決，便必須承認有此情況，並優先採取進一步行動。主管人員不可以讓情況僵持不下或採取聽其自然的態度。

(viii) 若對病人有能力作決定一事沒有異議，但有關醫生基於任何理由不能執行病人的意願，則他們有責任找尋能夠執行病人意願的其他醫生。

(ix) 若尋找非本院醫療專家提供獨立協助的一切適當步驟均告失敗，有關的國民保健服務醫院信託基金應勿遲疑向高等法院提出申請，或尋求法定代表律師的法律意見。

(x) 醫院和施行治療的臨床醫生應時刻緊記，一名身體嚴重殘障但精神上有能力作決定的病人與任何其他精神上有能力作決定的人都具有相同的個人自主權和作出決定的權利。”<sup>60</sup>

## 懷孕婦女

4.44 *Re S*一案<sup>61</sup>是關於一名懷孕婦人拒絕接受剖腹手術。醫療當局向法院申請作出聲明，授權醫生和醫護人員進行緊急的剖腹手術，以挽救該名婦人及其未出生嬰兒的性命。法官 Stephen Brown 爵士對所要求作出的聲明予以批准。此案似乎與上文所述的 *Re C*一案<sup>62</sup>中後來

---

<sup>60</sup> *Re B (成年人：拒絕接受治療)* [2002] 2 All ER 449, 第 474 頁。

<sup>61</sup> *Re S (成年人：拒絕接受治療)* [1992] 4 All ER 671。

<sup>62</sup> [1994] 1 WLR 290.

作出的裁定有矛盾，又或者案中的判決理由，可能只適用於尚未出生但已能存活的胎兒有生命危險的個案。

### 不提供維持生命的治療

4.45 法庭也曾考慮不提供維持生命的治療的問題。正如本章較早前指出，基富利的 Goff 勳爵在 *Airedale* 一案中評論說，精神健全的病人在妥為知情的情況下，可以要求中止使用維生儀器。他也表示如果病人是在自己未失去知覺或因其他理由無法與別人溝通之前已預先表明拒絕同意接受治療，自作決定原則亦應適用。他有以下評論：

“……在這一類個案中，病人絕非自殺，因此醫生也絕非協助或教唆病人自殺。這只不過是病人拒絕同意接受可能或應會收延長其生命之效的治療，因為他有權這樣做，而醫生則是按照職責遵從病人的意願。”<sup>63</sup>

4.46 英國上訴法院民事法庭庭長 Thomas Bingham 爵士也有以下的評論：

“美國有很多關於這個問題的訴訟，雖然各處有不同的處理手法，亦有表示不同意的強烈言詞，但法庭在大部分這類個案中都批准中止對處於永久植物人狀況的病人進行人工餵飼。法庭是在該等病人已明確表達其意願的情況下為尊重其意願而達致這個結果；而在病人沒有明確表達其意願的情況下，則基於法庭判斷病人若有表達意願的話則其意願本會是甚麼而達致上述結果，又或中止人工餵飼在所有情況下均符合病人的最佳利益。對於中止人工餵飼等同自殺或刑事上的兇殺這種說法，法庭一貫不予接納。……”<sup>64</sup>

4.47 Elizabeth Butler-Sloss 女勳爵在 *NHS Trust A 訴 M 及 NHS Trust B 訴 H*<sup>65</sup> 一案中作出判決時，曾就國家須避免故意奪人性命這項不作為的責任而檢視《1950年歐洲保護人權與基本自由公約》第2條。她表示這項不作為的責任的範圍是有限度的。未得病人同意，醫療專業不得醫治有能力作出決定的病人。即使拒絕接受人工營養及流質餵飼會導致死亡，一名有能力作出決定的成年人也絕對有權這樣做。她亦指出在病人處於永久植物人狀況的個案裏中止人工營養及流質餵飼，已在世

---

<sup>63</sup> [1993] 1 All ER 821, 第 866 頁。

<sup>64</sup> [1993] 1 All ER 821, 第 837 頁。

<sup>65</sup> [2001] 1 All ER 801.

界多個普通法司法管轄區和民事司法管轄區獲得接受，而且這樣做被認為是符合民主社會的價值觀。<sup>66</sup>

4.48 然而，應注意的是 *Schindler 訴 Schiavo* 這宗廣為人知的、關於不向處於植物人狀況的病人提供人工營養及流質餵飼的美國案件，並不是那麼直截了當的。Theresa Schiavo 在 1990 年心臟病發，並陷入持久的植物人狀況。Schiavo 的丈夫在 1998 年獲委任為她的監護人後，便向法庭申請移除妻子的餵飼喉管。Schiavo 的父母強烈反對這項申請。Schiavo 並沒有就她的治療擬定預設醫療指示。一連串激烈的法律爭鬥隨即展開，佛羅里達州的立法機關和州長、美國眾議院和參議院以至美國總統都有介入。此事終於在 2005 年 3 月美國最高法院第六次表示拒絕介入後得以解決，當時距離 Schiavo 的父母入稟要求插回餵飼喉管被美國一個聯邦上訴法庭駁回不過幾小時。2005 年 3 月 31 日，即 Schiavo 的餵飼喉管最終被移除的 13 日後，她便與世長辭。

## 總結

4.49 在普通法下，向人提供治療一事受到下列考慮因素管限：

- 取得同意的原則，該原則規定必須是在知情下同意。<sup>67</sup>
- 同意應是沒有因外來影響而變得無效。病人所說的必須是他心中所想的。<sup>68</sup>
- 生命神聖原則。社會利益在於維護人命神聖以及應盡可能保存性命這個概念。當中若有疑問，解決的方法總是傾向於贊成保存性命，因為一個人的自我決定若要凌駕於公眾利益之上，這個人就必須清楚表明自己的意願。<sup>69</sup>
- 自作決定原則。<sup>70</sup> 如果病人的意願可以確定，他的意願必須受到尊重。如果不能確定病人的意願，則應按照符合病人的最佳利益這項原則施行治療。應注意的是如果一名精神健全的成年病人拒絕同意接受將會或可能會延長其生命的治療或護理，不管他這樣做是如何不合乎理性，負責醫治他的醫生即使不認為他這樣做是符合他自己的最佳利

---

<sup>66</sup> [2001] 1 All ER 801，第 812 頁，第 39 段。

<sup>67</sup> *Re T* [1992] 4 All ER 649.

<sup>68</sup> *Re T* [1992] 4 All ER 649，第 662 頁。

<sup>69</sup> *Re T* [1992] 4 All ER 649，第 661 頁。

<sup>70</sup> *Airedale NHS Trust 訴 Bland* [1993] 1 All ER 821，第 866 頁。

益，也必須遵從他的意願。在此限度之內，生命神聖原則必須讓步於自作決定原則。

- 病人的最佳利益原則。<sup>71</sup> 估量病人的最佳利益涉及最廣義的福利評核，要在適當情況下考慮到廣泛的倫理、社會、道德、情感和福利因素。<sup>72</sup> 維持生命不是一項絕對的責任。即使生命神聖是重要的，但也可能要屈居人類尊嚴之下。就延長生命的治療而言，最佳利益的試金石是“不能忍受”的程度。所以，假如延長生命的治療會帶來某些好處的話，便應提供予病人，除非病人經如此延長的生命在病人看來會是無法忍受的。<sup>73</sup>
- 必要原則。舉例來說，當一名成年人遇到意外失去知覺後被送往醫院時，他根本沒有機會表示是否同意接受治療，在此情況下，只有基於必要原則所需才有理由支持對他進行治療。<sup>74</sup>
- 基於自作決定原則，一名精神健全的病人在妥為知情的情況下，可以要求中止使用維生儀器，而他不應因此被當作自殺，醫生也不應被當作協助或教唆病人自殺。
- 在美國的大部分個案中，即使處於永久植物人狀況的病人未有就中止人工餵飼一事表達明確意願，只要中止人工餵飼在所有情況下符合病人的最佳利益，中止人工餵飼的做法都獲准許。對於中止人工餵飼等同自殺或刑事上的兇殺這種說法，法庭一貫不予接納。<sup>75</sup> 然而，由於這是一個重大決定，而每一宗個案的案情相當可能會有所不同，法庭認為應該在性質相近的個案中求取法庭的批准。<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> *Re F (精神病人：絕育)* [1990] 2 AC 1；*Re T* [1992] 4 All ER 649，第 663 頁；*R (Burke) 訴 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126，第 105 及 107 段。

<sup>72</sup> *R (Burke) 訴 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126，第 213(d)段。

<sup>73</sup> *R (Burke) 訴 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126，第 213(o)段。

<sup>74</sup> *Re T (成年人：拒絕接受治療)* [1992] 4 All ER 649，第 668 頁。

<sup>75</sup> *Airedale NHS Trust 訴 Bland* [1993] 1 All ER 821，第 837 頁。

<sup>76</sup> *Airedale NHS Trust 訴 Bland* [1993] 1 All ER 821，第 833 頁。

# 第 5 章 醫療專業對精神上的行爲能力的醫治和評估方法

## 引言

5.1 本章會簡略介紹醫療專業現時對昏迷病人、植物人病人或其他精神上無能力行事病人的處理方法，包括介紹《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，並會探討由英國醫學會（British Medical Association）所提供的指引，而青山醫院張鴻堅醫生所擬備的《引用《精神健康條例》時的常見問題及答案》（*Frequently Asked Questions and Answers in the Application of the Mental Health Ordinance*）一文，也會有助我們進一步認識有關問題。

### 《醫院管理局對院內心肺復甦決定的指引》<sup>1</sup>

5.2 醫院管理局規定“所有負責治理患有重病而預計心肺功能會停頓的病人的有關醫護人員”，均須熟讀《醫院管理局對院內心肺復甦決定的指引》（Hospital Authority's Guidelines on In-Hospital Resuscitation Decisions）（下稱“《心肺復甦指引》”）。

5.3 《心肺復甦指引》的摘要列明下述符合普通法立場的要點：

- “1. 《〔心肺復甦〕指引》的目的是令臨床醫生能作出在專業上和倫理上屬於恰當的心肺復甦決定，以保障病人和臨床醫生的最佳利益。……
3. 在作出院內心肺復甦決定之前，臨床醫生需要考慮多項倫理原則，包括：
  - 有益原則（意指保存生命，恢復健康，紓解痛楚並減少傷殘），
  - 無害原則（意指最重要的是不造成傷害），
  - 病人自決原則，<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 由醫院管理局總辦事處於 1998 年 7 月發出。

<sup>2</sup> 病人自決原則的意思是“尊重一名有能力作出決定的病人的權利，讓他在知情下選擇同意抑或拒絕接受臨床顯示須予進行的醫療治理，包括挽救生命或維持生命的治療在內。為了幫助有能力作出決定的成年人在知情下作出決定，醫生有責任把病患的性質和預後，以及各種不同治療方案的風險、好處和可能收到的成效，坦誠全面告知病人。”

➤ 無效用治療原則，<sup>3</sup>〔以及〕

➤ 不離不棄原則。<sup>4</sup>

4. 如病人有可能需要接受心肺復甦法，是否進行治療的決定應基於以下各點而作出：

➤ 病人的病情，

➤ 整體治療計劃，

➤ 病人會否受惠於心肺復甦法，〔以及〕

➤ 病人所表達的意願。

就所有患有重病而預計心肺功能會停頓的病人而言，是應該提出院內心肺復甦決定這個問題的。如果適用的話，作出院內心肺復甦決定時應與病人／病人家屬好好溝通。

5. 在作出心肺復甦決定之時，應由主診醫生聯同自己的醫療小組成員啟動程序，而決定作出後則應予記錄，並定期或在病人情況突然有重大變化時加以檢討。”

5.4 《心肺復甦指引》指出其目的是：

➤ 與醫護人員分享就施行或不提供心肺復甦法這決定所涉及的各项倫理原則。

➤ 保障病人權利。

➤ 確立施行心肺復甦法的專業守則。

➤ 加強護理人員之間及護理人員與病人／病人家屬之間在心肺復甦問題之上的溝通。

5.5 《心肺復甦指引》也有列明一些關於如何就心肺復甦決定與病人或病人家屬溝通的指導原則。這些指導原則涵蓋以下各方面：

---

<sup>3</sup> 根據《心肺復甦指引》，無效用治療原則的意思是“如病人或病人家屬要求醫生提供無效用治療，醫生並無責任必須如其所願。就施行心肺復甦法而言，‘無效用治療’一詞，嚴格來說是指並無合理希望可預期恢復或維持病人的心肺功能。對於此類病人，是否施行心肺復甦法的臨床決定，一般是由主診醫生基於自身的臨床判斷而作出。在其他的臨床情況中，如果病人所珍視的生活質素是還原無望的話，心肺復甦法也可被視為無效用治療。由於‘生活質素’屬於主觀看法，病人、病人家屬和醫生對此詞的詮釋都各有不同，在上述情況之下作出的心肺復甦臨床決定，應該先經病人和病人家屬同意。”

<sup>4</sup> 不離不棄原則的意思是“醫生有責任與病人建立持續不斷的護理夥伴關係；這種關係可以是始於病人健康或有病之時，然後陪伴病人度過病發後的康復期或長期病患適應期，並且往往會持續至病人死亡為止。”

- 優質醫護服務要求護理人員之間及護理人員與病人和病人家屬之間能有坦誠的溝通和討論。
- 如果病人是精神上有能力作出決定，病人自決原則應予尊重。
- 病人是否精神上有決定能力，是由主診醫生聯同其他護理人員決定。有能力作決定的成年人的定義是具有決定能力的成年人，而決定能力則由以下各種成分組成：(i)明白所提供的醫療資料的能力；(ii)以自己的個人價值觀和目標為着眼點來理解並考慮這些資料的能力；以及(iii)與人進行有意義的溝通的能力。
- 如果精神上無能力作決定的病人的意願不為人知，治療決定必須符合病人的最佳利益，並已對以下各點加以考慮：(i)病人病患的診斷和預後；(ii)病人已為人知的價值觀、喜好、文化背景和宗教信仰，而這些因素均有可能左右治療決定；以及(iii)從病人生命中佔有重要地位的人所取得的資料，而這些人是有助決定甚麼才是病人的最佳利益。
- 溝通的內容應包括（但不僅限於）以下各點：(i)病人的情況，即診斷、病患深淺、預後、治療方案、復元機會、生活質素及心肺功能停頓的機會有多大；(ii)病人和病人家屬的期望、價值觀及喜好；(iii)何謂心肺復甦法，以及心肺復甦法的目標和局限之處；以及(iv)病人能否受惠於心肺復甦法。
- 進行溝通時能有另一名醫療或護理人員在場是較為可取的做法。

5.6 《心肺復甦指引》又列明應如何作出心肺復甦決定：

- “1. 程序應由主診醫生聯同自己的醫療小組成員啟動。
2. 應按〔倫理及其他〕原則考慮個別病人的情況而作出決定。
3. 為病人爭取權益：所有考慮因素均須符合病人的最佳利益。
4. 把有關決定、溝通過程、病人及／或病人家屬的意願記錄在醫療紀錄之上，以確保所有參與護理病人的醫護人員均得知有此決定，並尊重此一決定。

5. 定期或在病人情況突然有重大變化時檢討心肺復甦決定。

6. 如果適用的話，由一名醫生作出的建議，應得到另一名醫生贊同。”<sup>5</sup>

5.7 就其他方面的護理及治療來說，決定不施行心肺復甦法並非表示不提供或撤去所有其他治療或介入方法。不獲施行心肺復甦法的病人是應該得到所有其他合適的治療，包括其他挽救生命治療及紓緩治療在內。

### **《醫院管理局對病人同意或拒絕接受治療及／或輸血的指引》**

5.8 《醫院管理局對病人同意或拒絕接受治療及／或輸血的指引》<sup>6</sup> (*Hospital Authority's Guidelines on Consent to or Refusal of Treatment and/or Blood Transfusion by Patients*) (下稱“《輸血指引》”)述明，除情況危急之外，醫生不得在違反病人意願的情況下醫治病人或為病人輸血，而即使病人不獲醫治或輸血便會死亡，醫生仍不得在病人反對之下醫治病人或為病人輸血。

5.9 《輸血指引》又述明在普通情況下，病人須精神健全的規定適用於所有病人，懷疑可能患有精神病的病人和屬於智力遲緩的病人也包括在內。病人是否精神健全應由主診醫生判斷。如有疑問，則應由另一名醫生評估病人的理解能力及智力，以確認主診醫生所作出的評估。

5.10 如病人拒絕接受治療或輸血，醫生應考慮是否有其他替代方案可用。若有的話，《輸血指引》的說法是醫生應在病人同意之下採用這些其他替代方案。

5.11 如無其他替代方案可供採用，醫生便應在一名見證人在場之下對病人細加輔導，並向病人解釋拒絕接受治療或輸血的後果（包括可能會死亡在內）。

5.12 在危急的情況中，如病人入院時已失去知覺而陪同者又把病人會反對接受治療或輸血之事告知醫生，則假若時間許可，院方應設法確定病人是否事先已清楚表明拒絕接受治療或輸血。

5.13 醫生在考慮病人是否事先已清楚表明拒絕接受治療或輸血及此項拒絕是否仍適用於目前情況時，應顧及所有有關的情況，包括

---

<sup>5</sup> 《院內心肺復甦決定指引》（1998年）第IX條。

<sup>6</sup> 由醫院管理局於1995年1月18日發出。

病人親屬所提供的資料，以及病人隨身攜帶述明自己拒絕接受治療或輸血的文件或咭片。

5.14 如病人的主診醫生完全肯定病人事先已清楚表明拒絕接受治療或輸血，而且病人亦知道作此拒絕的後果（包括死亡在內），則醫生不得醫治病人或為病人輸血，並必須把一切詳細資料記錄在醫療紀錄上。

5.15 如時間不許可，又或者醫生未能肯定病人是否事先已清楚表明拒絕接受治療或輸血，醫生應對病人施以所需治療（包括輸血在內）。主診醫生在考慮治療是否屬於有需要時，可能須決定如果全無行動，病人究竟會否死亡或承受極之嚴重的後果。若此問題的答案是肯定的話，醫生便可自行醫治病人。

### 《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》

5.16 醫院管理局醫療倫理委員會的醫療倫理工作小組於 2002 年 4 月發出了一份《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》（下稱“《指引》”）。《指引》的摘要第 1 段列明《指引》的目的如下：

“本文件……釐定倫理原則及溝通渠道，以便作出不提供或撤去維持生命治療的決定，並強調妥善尋求共識的重要性，以及建議一些取決方向以處理意見不一的情況。文件所述有關維持生命治療的原則和取決方向，亦適用於其他未符合「末期病人」定義的重病患者。”<sup>7</sup>

5.17 上文所述的倫理原則與《醫院管理局院內心肺復甦決定指引》所列明的指導原則相同，都是包括有益原則、無害原則以及病人自決原則。除此之外，《對維持末期病人生命治療的指引》也有強調公平原則。公平原則是指在為病人提供治療時，應本乎公平合理的原則。任何人都不應因殘疾、年齡或社會地位等因素而遭受不公平的對待；但反過來說，亦沒有人可以罔顧對其他人的影響或資源短絀而要求享有永無止境的權利（例如要求不顧一切地得到治理）。

5.18 《指引》又強調應用倫理原則時，應考慮本地文化：

“應用上述原則時，也必須考慮本地文化。中國人對「一己」的觀念異於西方，而會兼顧與親人的關係……。中國人家庭較西方家庭亦扮演更重要的決策角色……。本

---

<sup>7</sup> 應注意的是“維持生命治療”在英國醫學會的《1993 年指引》第 3 條被界定為：  
“有可能延遲病人死亡的所有治療方式或物品，例子包括心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器、血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予的抗生素、以及人工營養及流體餵養等。”

文件〔《指引》〕確認家人參與決定的重要性，雖則家人的意見不可凌駕〔精神上〕有能力作出決定的成年病人的意見。”<sup>8</sup>

5.19 《指引》把末期病人界定為患有嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病的病人。這些病人對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命。治理末期病人的目的是為病人提供恰當的紓緩治療，並向病人家屬提供支援，而即使已不提供或撤去不適當的維持生命治療，仍應繼續提供照顧及支持。《指引》又指出，如一名精神上有能力作決定並妥為知情的病人拒絕接受維持生命治療，或該項治療並無效用，不提供或撤去維持生命治療是合乎倫理的。

5.20 《指引》亦有列明代成年人作決定時所須遵守的各項主要原則：

- 如精神上有能力作出決定並已獲恰當解釋的病人拒絕接受治療，其意願必須獲得尊重。醫療小組必須確保病人充分知情，並且具有精神上行為能力去拒絕接受治療。
- 當病人已喪失作出決定的能力，病人事先所作出的拒絕接受維持生命治療的有效預設醫療指示應受到尊重。
- 如精神上無行為能力的成年病人無能力給予同意，獲賦權力同意讓病人接受治療的監護人，在法律上是有權同意讓病人接受被視為符合病人最佳利益的治療。因此，若治療是對病人無效，監護人亦理應有權不同意讓病人接受治療。醫護小組應向監護人提供準確資料，而且如可能的話，應與監護人達致共識。
- 如精神上無行為能力的病人既無預設醫療指示亦無監護人，不提供或撤去維持生命治療的最終決定，應該是按病人的最佳利益而作出的醫療決定。不過，除非病人家屬的觀點明顯違反病人的最佳利益，否則如可能的話，醫護人員是應致力與病人家屬尋求共識的。為衡量治療病人的重責及好處，須予考慮的因素會包括治療的功效、病人會否有痛楚或痛苦、病人會否出現不可逆轉的知覺喪失、病人會否復元和復元程度，以及治療的入侵性。如可能的話，應確定病人事先所表示的意願和價值觀。為了有助尋求共識起見，這些因素應告知病人家屬，以了解在他們心目中

---

<sup>8</sup> 《指引》中文版第 1.3.2 段。

甚麼是病人可能會認為是有利的事情。如可能的話，作出決定的步伐應令參與各方均感滿意。

- 醫護小組並無義務提供病人或病人家屬所要求的在生理上無效用的治療。醫護小組假若對於廣義解釋的無效用治療未能肯定，便應與病人及病人家屬作進一步溝通以達致共識。如病人或病人家屬要求繼續提供所有在技術上可行的治療而病人實際卻是無復元希望，醫生並無義務答允一些對可動用資源作出的不公平索求。
- 當維持生命治療被視為有可能無效用但未能完全確定時，醫護小組可考慮與病人、病人家屬或監護人訂立一系列明確的治療目的及終點，為病人試行有時限的維持生命治療。如在試行期結束時仍未能達到先前議定的治療目的，即可確定治療無效用，並可共同決定撤去維持生命治療。

5.21 《指引》還列明處理意見不一致時所須採取的步驟：

- 如醫護小組與病人及病人家屬之間意見嚴重分歧，屢經溝通仍未能解決分歧，可要求有關醫院或聯網醫療倫理委員會協助，提供指引。就沒有法定監護人的精神上無行為能力的成年病人而言，一個可能的處理方法便是向監護委員會申請委任監護人。若分歧未能解決，則可徵詢醫院行政總監的意見，考慮是否向法庭提出申請。
- 若然醫護小組成員之間意見不一致，應徵詢另一名醫生的意見。此外，亦可向醫院或聯網醫療倫理委員會尋求指引。如經深入討論後，醫護小組仍有成員在良知上（非醫療理由）認為不應不提供或撤去維持生命治療，則應盡可能准許該名成員將病人交由其他同事照顧。

5.22 就人工營養及流體餵養而言，《指引》有列明以下規定：

“人工營養及流體餵養是治療方法的一種。人工營養及流體餵養有別於口腔餵食及給水，後者乃基本照顧的一部份，故不應不提供或撤去。不過，除了以下情況：

- (a) 病人垂危而死亡無可避免；或
- (b) 〔這是〕一名精神上有能力作出決定的病人的意願，

在決定不提供或撤去人工營養及流體餵養時應要遵守其他保障規範。”<sup>9</sup>

5.23 《指引》又規定，決定不提供或撤去維持生命治療的理據應小心記錄在病人的醫療紀錄上，這個決定也必須於執行前及執行後按情況所需予以檢討，以兼顧任何情況的變動。<sup>10</sup>

### **英國醫學會的《不提供及撤去延長生命治療的指引》**

5.24 英國醫學會有列明醫生在恰當地評估病人是否具有精神上行為能力拒絕接受治療時所須遵守的準則。<sup>11</sup> 有關指引在評估病人方面，強調個別病人應有能力：

- 通過淺白語言明白治療的作用及性質，以及建議治療的原因；
- 明白治療的主要好處、風險及其他替代方案；
- 大致明白不接受建議治療的後果；
- 記住上述資料一段時間，從而足以令他作出有效決定；
- 在作出決定的過程中使用上述資料衡量利弊；
- 作出自由的選擇（即無壓力的選擇）。

5.25 英國醫學會上述指引（1999年版本）的第10條，有就考慮病人所作出的預設醫療指示提供指引：

“10.1 如病人已失去作出決定的能力但曾作出有效的預設醫療指示，拒絕接受維持生命治療，則必須尊重這項指示。……

10.2 拒絕接受治療的預設醫療指示若要有效，病人就必須在作出指示時是有能力作出決定、不受任何壓力，並已獲提供足夠而又準確的資料以便在知情下作出決定。病人亦必須曾思考過會引致執行預設醫療指示的情況，而後來也出現了該類情況。……

10.3 有效的拒絕接受治療的預設醫療指示，與即時作出的拒絕接受治療的指示有同等法律效力。如果醫生在

---

<sup>9</sup> 《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》（2002），中文版摘要第 iv 頁。

<sup>10</sup> 《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》（2002），中文版摘要第 iv 頁。

<sup>11</sup> 《英國醫學會對不提供及撤去延長生命治療的指引》（*British Medical Association Guidelines on Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment*）（1999）第 13.2 條。

病人的有效拒絕下仍然提供治療，則可對醫生採取法律行動。……”

5.26 應注意的是英國醫學會的指引將“維持生命治療”界定為：

“有可能延遲病人死亡的所有治療方式或物品，例子包括心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器、血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予的抗生素、以及人工營養及流體餵養等。”<sup>12</sup>

### **英國醫學總會的《關於作出不提供或撤去延長生命治療的決定的良好醫務常規》**

5.27 英國醫學總會在 2002 年 8 月出版了《關於作出不提供或撤去延長生命治療的決定的良好醫務常規》（Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making）。其中第 81 段述明：

“若病人有行為能力為自己作決定，他們可以同意或拒絕進行這類療法的任何建議。在病人沒有行為能力為自己作決定又不能確定他們的意願的情況下，你應考慮以下因素：

……當死亡已迫在眉睫，從判斷病人的得益，負擔或風險等方面來看，開始進行人工營養或流體餵養通常不會是恰當的，不過如認為以入侵性較低的方法進行人工流體餵養很可能會舒緩病徵的話，則這也許是恰當的做法。

當死亡已迫在眉睫，卻已正在進行人工營養及／或流體餵養，如果認為進行人工營養或流體餵養的負擔超逾可帶給病人的益處，則撤去人工營養或流體餵養也許是恰當的做法。

當你與醫療小組其他成員之間或是醫療小組與病人親近的人之間就應否提供人工營養或流體餵養之事出現重大分歧，而當中爭議經過非正式的審核

---

<sup>12</sup> 該指引第 3 條。

或獨立的審核後仍無法解決，你應就需否向法庭提出申請以作出裁定一事尋求法律意見。”<sup>13</sup>

### 香港醫務委員會的《註冊醫生專業守則》

5.28 香港醫務委員會所訂立的《香港註冊醫生專業守則》（2000年11月版本）第26條處理關於末期病人的治理事宜：

“26.3 停止給垂死病人提供依靠機械的維持生命程序或撤去有關程序並非安樂死。認定給末期病人進行治療已屬無效之後，再考慮病人的根本利益、病人及其家屬的願望，不提供或撤去勉強維持生命的治療，在法律上屬於可接受或適當的做法。

26.5 醫生應作出慎重的臨床判斷，如醫生與病人間或醫生與親屬間意見不一致時，應把有關事宜轉介到有關醫院的倫理事務委員會或有關機制徵詢意見。仍有疑問的話，可按需要請法庭給予指示。

26.6 醫生可向醫院管理局、香港醫學會及香港醫學專科學院的相關學院索取更多有關參考資料。”

5.29 應注意的是香港醫務委員會的這套指引第26.2條<sup>14</sup>將安樂死界定為“直接並有意地使一個人死去，作為提供的醫療護理的一部分”。香港醫務委員會在該指引中表明不支持安樂死的做法，因為這是違法和不道德的。

### 張鴻堅醫生所擬備的《引用《精神健康條例》時的常見問題及答案》

5.30 張鴻堅醫生是青山醫院社區精神科及普通精神科的臨床管理組部門主管。他在2001年3月發出了一份指引，輯錄了醫生所經常提出的關於引用《精神健康條例》（第136章）第IVC部的多項

<sup>13</sup> 在 *Burke 訴 GMC* [2004] 79 BMLR 一案第126頁中，由醫學總會發表的名為《關於作出不提供或撤去延長生命治療的決定的良好醫務常規》的指引第81段，被 *Munby* 法官裁定為不合法，因為“(1)它未有確認有能力作決定的病人接受人工營養及流體餵養之決定對符合病人的最佳利益的判斷具有決定性作用；(2)它未有確認下述有力推定：除非病人的生命從病人自己的角度來看是無法忍受的，否則必然傾向於贊成進行延長生命的治療，而且這類治療會是符合病人的最佳利益；以及(3)它規定若病人並非垂危，而施行人工營養及流體餵養會造成痛苦，或相對於可能帶來的益處而言代價太沉重，便足以成為將之撤去的理由。”醫學總會提出上訴，上訴法院於2005年7月28日判其上訴得直，並推翻 *Munby* 法官所作出的宣布。至於申索人在上訴中質疑醫學總會的不提供或撤去延長生命治療的指引條文，上訴法院亦裁定該等條文是合法的，其施行也沒有違反《歐洲人權公約》第2、3或8條。

<sup>14</sup> 《香港註冊醫生專業守則》（2000年11月修訂本）。

問題及這些問題的答案。<sup>15</sup> 張醫生指出第 136 章第 IVC 部提及“精神上無行為能力的人”一詞，而該詞在第 136 章第 2(1)條中是被界定為：

- “(a) 就第 II 部而言，指因精神上無行為能力而無能力處理和管理其財產及事務的人；或
- (b) 就所有其他目的而言，指病人〔即患有精神紊亂或看來患有精神紊亂的人〕或弱智人士（視屬何情況而定）。”

5.31 就第 IVC 部而言，一名精神上無行為能力的人（雖然患有精神紊亂或弱智）不一定是沒有精神上行為能力去完成某件特定工作。此人是否有行為能力會視乎以下兩點而定：

“…… 第一，他的精神上無行為能力的嚴重程度（在某些情況之下可能會不時變動）；第二，所涉及的工作的複雜程度。”

5.32 張醫生認為唯有透過重溫立法歷史，方能明白何以會採用“精神上無行為能力的人”這個語意混亂的詞語：

“在舊有的《精神健康條例》中，所採用的是‘精神紊亂’一詞。此詞包羅萬有，現時屬於弱智一類的情況，只是它所涵蓋的眾多情況之一。由於某些壓力團體提出要求，條例於 1997 年有所修訂。屬弱智一類的情況被部分剔除於其原來所屬的精神紊亂領域之外，以免‘弱智人士’背負‘精神病’的標籤。不過，鑑於在很多情況之中仍有需要採用一個包羅萬有之詞來涵蓋精神紊亂及弱智兩者，便鑄造了‘精神上無行為能力’一詞以解決問題。…… 遺憾的是此詞不如理想，因為它所傳遞的涵義是喪失精神上行為能力，但這卻不一定是實情。……”

5.33 張醫生建議醫生可採用以下三種測試方法：

- “(a) 病人是否屬精神上無行為能力的人？
- (b) 病人是否無能力給予同意？
- (c) 治療是否符合病人的最佳利益？”<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> 青山醫院社區精神科及普通精神科的臨床管理組部門主管張鴻堅醫生於 2004 年 3 月擬備的內部指引。

<sup>16</sup> 《常見問題及答案》的答案 8。

5.34 至於甚麼才構成有效的同意，張醫生表示“充分的資料”加上“精神上有能力作出決定”〔有行為能力〕，再加上“真心自願”便等於“有效的同意”。他解釋說：

“換言之，如病人是精神上有能力作出決定，便應小心考慮其餘兩大要素（即資料及自願），但如病人是精神上無能力作決定，我們就得按照第 IVC 部的規定行事。”

5.35 關於如何決定某人是否“精神上有決定能力”去完成某項特定工作，張醫生認為準則是該人應大致上明白這是一項甚麼工作，該怎樣去做，做與不做的後果分別是甚麼，以及為甚麼他應該或不應該做這項工作。張醫生又補充說：

“請注意，沒有人是精神上有全面決定能力的，故此醫生診症時需判斷的‘病人是否有能力作出決定？’這問題須即時予以澄清，方式是提問‘有能力在哪一方面作出決定？’有關的特定工作可以是多種多樣，由訂立遺囑以至簽訂合約，上庭受審，辦理離婚，管理遺產，同意接受醫治不等。上述四大關鍵字眼〔甚麼、怎樣、後果和為甚麼〕在所有情況之中都可以用上，但個別內涵當然會有不同。”<sup>17</sup>

5.36 第 136 章第 59ZB(2)條規定如精神上無行為能力的人“無能力明白有關的治療或特別治療的一般性質及效果”，該人即無能力給予同意進行該項治療。為協助醫生決定一名精神上無行為能力的人會否被認為無能力給予同意，張醫生建議以下述方式應用上述四大關鍵字眼：

- “(a) 甚麼：該人是否大致上明白自己病患及所建議進行的特別治療的一般性質？
- (b) 怎樣：該人是否知道怎樣以令人明白的方式來溝通並表達自己的同意或不同意？
- (c) 後果：該人是否明白同意進行該項治療可能有甚麼後果（治療後果兼不良後果），並明白拒絕進行該項治療又可能有甚麼後果（若屬此情況，該人是否也明白其他的替代療法或不進行治療的後果）？

---

<sup>17</sup> 《常見問題及答案》的答案 10。

(d) 為甚麼：該人能否衡量利弊以作出合理決定？有時該人所提出的理由在醫生眼中未必是完全合乎理性，但這些理由最低限度應與該人的文化、宗教和教育背景相稱。有時病人在作決定時可能不會表明理由，又或者只是說自己會接受醫生所施以的任何治療（‘放棄’自主權），但只要病人在認知、情緒和行為上的表現合理，病人的決定仍會被認為是有效的。在另一方面來說，如病人的決定明顯是受到例如幻覺之類的精神病徵影響而致扭曲，大家便會懷疑病人是否精神上有決定能力。”<sup>18</sup>

5.37 究竟醫生可有就病人的同意或拒絕接受治療使用不同的準則來評估病人是否精神上有決定能力，是個不容易回答的問題。張醫生認為醫生可能是有雙重標準，因為有些時候，如果精神上無行為能力的人同意接受治療，醫生會認為此人是有能力給予同意，但如果此人不同意，雖然仍是同一人，醫生卻會認為此人是無能力給予同意。張醫生對此的解釋是：

“…… 精神上有決定能力的判斷準則，實際上不可清楚劃分為黑白兩色，而是一個由淺至深的灰色連續體（雖然法庭永遠要求得到黑白分明的答案）。如果‘0’代表全不知情及毫不明白，則‘100’便是完全知情及絕對明白（即病人如同醫生一樣全部知情和明白），而任何精神上無行為能力的人，其明白程度都可以是50%、60%或70%不等。醫生所認為足夠的明白程度，其實是可以按照有關治療的得益和風險‘予以調校’的。假若精神上無行為能力的人所作出的決定屬高得益（倫理上的有益原則）或低風險（倫理上的無害原則），該項決定通常都不會被推翻（倫理上的自決原則）。反過來說，假若該項決定屬低得益或高風險，有益原則和無害原則便會凌駕於自決原則之上，而醫生便可能會認為精神上無行為能力的人是無能力作決定。”<sup>19</sup>

5.38 張醫生認為如果把治療押後至精神上無行為能力的人恢復給予同意能力的時候才進行是不會造成不應有的不良後果的話，治療

---

<sup>18</sup> 《常見問題及答案》的答案 11。

<sup>19</sup> 《常見問題及答案》的答案 12。

是應該押後的。割除不會造成即時傷害的良性腫瘤便是此類病例之一，<sup>20</sup> 但押後治療只適用於以下情況：

“…… 病人的精神上行為能力能在合理期間之內恢復，例如急性酒精中毒、抑鬱病發作或對藥物治療會有起色的精神分裂症，而非像弱智這一類不可逆轉的情況。”

5.39 第 136 章第 59ZB(3)條規定原訟法庭在考慮是否給予同意以進行對精神上無行為能力的人的治療時，須確保治療“是為該人的最佳利益而進行的。”張醫生在《常見問題及答案》的第 14 條答問中指出，考慮病人的意見和願望，在臨床上和在倫理上仍是良好的做法：

“可惜的是，很多時我們都不能清楚知道無決定能力的精神上無行為能力者的真正意願到底是甚麼：

例 1：文化和宗教上的考慮因素（例如耶和華見證人會的信徒反對接受輸血）

例 2：病人以前在精神上有能力作出決定時曾拒絕或同意接受同一治療（不過，以前作出的拒絕或同意，只在所有臨床情況均與當日無異的情況下才仍然有效。）

例 3：預設醫療指示（這是指個人可在自己在精神上仍有能力作出決定時，預先決定將來自己變為無能力作決定時會否接受某種醫療，例子之一便是‘生前預囑’（例如預先表明不要施行心肺復甦法的指令），但預設醫療指示不能令安樂死合法化，因為安樂死涉及主動的把無能力作決定的人殺死。然而，要作出有效的預設醫療指示，單是個人明白何謂預設醫療指示是不足夠的，個人仍必須能夠想象得到和明白未來所可能出現的情況會是怎麼樣；而醫生則必須決定預設醫療指示中所提及的情況究竟是否適用於現時已屬無能力作決定的人此刻的臨床情況。）……”

5.40 為施行第 IVC 部，精神上無行為能力的人的精神行為能力評估工作應由精神科醫生，臨床心理學家抑或第 136 章第 2(2)條所界定的“認可醫生”進行？張醫生對這個問題有以下的看法：

“第 IVC 部未有指明評估工作應由誰人進行，故此普通科醫院的任何一名醫生均在法律上有權進行評估工

---

<sup>20</sup> 《常見問題及答案》的問題 13。

作，雖然如有疑問，醫生可能會徵詢精神科醫生或臨床心理學家的意見。這意味着若一切是顯然易見的話（例如陷於昏迷的病人或嚴重弱智者），便不必把個案例行轉介精神科醫生或心理學家以進行精神評估。

至於醫院管理局根據《精神健康條例》第 2(2)條所認可的對診斷或治療精神紊亂或對評估或判定弱智具有專門經驗的醫生名單，凡根據《精神健康條例》提出監護申請，是規定須有名單上一名醫生的醫學意見支持的。不過，如果我們在不涉及此類監護人的情況下引用第 IVC 部，其實是不需要這方面的醫學意見。”<sup>21</sup>

5.41 關於第 IVC 部所會涵蓋的醫療或牙科治療的類別，第 59ZA 條訂明這包括由註冊牙醫或註冊醫生進行或在其督導下進行的任何內科、外科或牙科程序、手術或檢查以及任何有關連的護理。第 59ZBA(1)條則清楚表明，這並不包括從精神上無行為能力的人身上取去任何器官以將之移植於另一人體內，而把器官移植摒除的條文是由《精神健康（修訂）條例》（2000 年第 19 號）增補的。張醫生指出，由於有此修訂：

“…… 即使監護委員會或原訟法庭，亦無權力同意讓一名無決定能力的精神上無行為能力的人把器官捐贈給另一人，但在另一方面來說，該修訂卻未有禁止一名無決定能力的精神上無行為能力的人接受器官捐贈。”<sup>22</sup>

5.42 《精神健康條例》第 59ZA 條把“特別治療”界定為“衛生福利及食物局局長根據第 59ZC 條指明的不可逆轉效果的或具爭議性的”醫療或牙科治療。張醫生指出，以 2001 年 3 月來說，被如此指明為“特別治療”的治療只有一種，就是“絕育手術，而這不包括主要是治療生殖系統的其他疾病但有絕育效果的手術。”特別治療除非經原訟法庭許可，否則不得向無決定能力的精神上無行為能力的人提供。

5.43 《常見問題及答案》也有探討其他具爭議性的治療的情況，例如精神外科治療（Psychosurgery）。<sup>23</sup> 張醫生的看法是器官捐贈和絕育以外的治療即為普通治療，故此認為只要通過“最佳利益”原則的測試，任何具爭議性的治療均可予以進行。然而，對於確實具爭議性的治療到底能否通過該項測試，張醫生是有所保留的。他指出：

---

<sup>21</sup> 《常見問題及答案》的答案 17。

<sup>22</sup> 《常見問題及答案》的答案 18。

<sup>23</sup> 《常見問題及答案》的問題 20。

“以精神外科治療這個特別的例子來說，聯合王國的情況與香港的情況頗為不同。根據聯合王國的《精神健康法令》，進行精神外科治療必須經病人明確表示同意，並要有另一名指定醫生的意見支持。故此，若精神上無行為能力的人是無能力給予同意，治療便永遠無法進行。……在香港，〔精神外科治療〕在理論上仍可根據‘最佳利益’原則進行，但事實上這個可能性只存在於理論上，因為自 1980 年代初期以來，精神外科治療未曾在香港進行。”

5.44 在《常見問題及答案》的第 21 條問題的答問中，張醫生探討緊急治療與非緊急治療的處理方法是否有所不同：

“基本原則並無實質分別，那就是如果病人是有能力給予同意，便須經病人同意，但如果病人是無能力給予同意，便只能在有需要並符合病人最佳利益的情況下才進行治療。

在法律上的唯一不同之處，便是如屬緊急治療，即使精神上無行為能力的人有監護人，也並無規定須取得監護人的同意。是否需要徵詢監護人（如無監護人，即為親屬或護理者）的意見，則視乎能否盡快與監護人接觸。如果另一名醫生的意見是即時可得的，可能也會徵詢該名醫生的意見，否則便可能有必要先進行極之緊急的治療，然後才徵詢另一名醫生的意見。”<sup>24</sup>

5.45 張醫生認為在決定某項治療是否“符合精神上無行為能力的人的最佳利益”時，醫生應衡量進行該項治療的風險和得益，考慮該項治療會否：

- 挽救精神上無行為能力的人的生命；
- 防止該人的身體健康或精神健康和福祉受損或轉差；或
- 令該人的身體健康或精神健康和福祉有所改善。

張醫生補充說，上述各項考慮因素可概括為「風險：得益比率」：“「風險：得益比率」越低，便越有可能符合病人的最佳利益。”<sup>25</sup>

5.46 《常見問題及答案》也探討能否在無能力給予同意接受治療的精神上無行為能力的人身上進行臨床試驗。<sup>26</sup> 張醫生認為臨床試驗

---

<sup>24</sup> 《常見問題及答案》的答案 21。

<sup>25</sup> 《常見問題及答案》的答案 22。

可包含在《精神健康條例》第 59ZA 條所指的“醫療”或“牙科治療”的定義之內，故此可受該條例第 IVC 部規管。他解釋說：

“對於按病人的‘最佳利益’作出的決定，這個「風險：得益比率」公式的應用原理都是一樣。不過，在臨床試驗的情況中，‘得益’這部分是更為不肯定，因為研究可能會也可能不會為研究對象帶來最終得益，而且縱使會帶來任何得益，通常亦只會在遙遠的未來才能得見。……故此，一項在臨床實務上應屬‘低風險：得益比率」的程序，如果只是一項試驗，便會成為「中風險：得益比率」，而屬「中風險：得益比率」的則會成為「高風險：得益比率」。其實除非所涉及的風險是微乎其微，否則臨床試驗是不應在無能力給予同意的成年人身上進行的。不過，按常規來說，試驗須徵得親屬同意，此外又有倫理委員會之設，這些都可為病人提供進一步的保障。當然，如果已有根據《精神健康條例》委任監護人，監護人便可代無決定能力的精神上無行為能力的成年人給予同意。”<sup>27</sup>

5.47 《常見問題及答案》亦有討論以下問題：究竟可否對末期病人不提供或撤去人工維持生命的療程，以及究竟可否為符合病人的“最佳利益”而對精神上無行為能力的人執行“不要施行心肺復甦法”的指令。張醫生的看法是：

“……故意的‘不行動’其實便是‘行動’。你可以說‘不提供治療’符合病人的最佳利益，但你也可以說‘提供治療’不符合病人的最佳利益。不管是哪一種說法，結果都是一樣，那就是不提供治療。

雖然在感性上來說，不提供治療或者會較撤去已開始提供的治療來得容易，但兩者在法律或倫理上可能是並無分別。

當中所涉及的倫理原則包括以下各項：

有益原則

無害原則

病人自決原則

---

<sup>26</sup> 《常見問題及答案》的問題 24。

<sup>27</sup> 《常見問題及答案》的答案 24。

無效用治療原則

不離不棄原則

如果病人是精神上有能力作出決定，病人的自作決定權利永遠是優先考慮因素，而病人作出有效的拒絕接受治療的預設醫療指示，與病人即時所作出者具有同等法律效力。

然而，如果病人已再無能力給予同意，而病人亦未有作出任何有效的預先指示，那麼無效用治療原則便變得重要了。舉例來說，美國某個專責小組曾有結論，指出病人的持續植物人狀況如果是在受到創傷性損害後持續 12 個月或是在受到非創傷性損害後持續 3 個月，即可被判斷為永久植物人狀況。雖然在上述期間之後，間中會有病人獲證實復元，但復元卻幾乎總是脫不掉嚴重傷殘。因此，在「風險：得益比率」公式之中，隨着時日消逝，‘得益’部分是會不斷滑落的……

根據英國醫學會的指引，‘罔顧生命質素或治療所帶來的重擔而不惜一切代價來延長生命，並不是醫療的適當目標’。”

5.48 張醫生接着引述上文所討論由香港醫務委員會擬定的《香港註冊醫生專業守則》（2000 年 11 月版本）中關於治理末期病人的部分內容，並作出以下結論：

“…… 不離不棄原則表示即使醫生已決定不提供治療，醫生也不是離棄病人，因為這個決定是經慎重考慮甚麼做法確實是符合病人的最佳利益後才作出的。”

5.49 張醫生認為雖然在法律上來說，除非精神上無行為能力的人的親屬或護理者已被委任為監護人，否則不一定需要徵詢他們的意見及取得他們的同意，但這卻是個良好的做法：

“不過，良好的臨床實務是醫生通常會徵詢親屬或護理者的意見，並要求他們在同意書上簽名。首要原因是他們的意見通常（雖然並非一定）會符合病人的‘最佳利益’；其次是如果因所提供的治療而有任何事情出錯，可能會作出投訴或採取法律行動的人便是他們。”<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> 《常見問題及答案》的答案 28。

5.50 據張醫生所理解，“護理者”一詞涵蓋任何實質上關注到病人的福利的人：

“舉例來說，這個詞語可能會涵蓋老人院或弱智人士宿舍的主管或社會工作者，但多半不應引申至把只負責運送病人往醫院或陪同病人到醫院的人也包括在內。

由於這不是一項法律規定，我們實無需要過分推敲甚麼人是‘護理者’和甚麼人不是‘護理者’。在這背後的精神是我們希望能從多個不同角度來看病人的福利，而這些不同角度是以病人的各個不同‘重要人士’的意見為着眼點的。

事實上，部分‘護理者’不一定會樂於捲入事件之中，負上決定‘治療’或‘不治療’之責。他們可能會樂於表現得‘滿不在乎’。……這一點其實並不重要，他們的意見仍應受到尊重。”<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> 《常見問題及答案》的答案 29。

## 第 6 章 現有法律的各種問題

### 引言

6.1 我們在第 3 及 4 章中扼要介紹了香港現時與精神上無行為能力有關的法律，發現問題之一是不能肯定“植物人”、陷於昏迷的人或有其他無行為能力徵狀（例如患有癡呆症）的人，可否就《精神健康條例》（第 136 章）而言視為“精神上無行為能力的人”，而問題之二則是普通法就給予精神紊亂病人的治療合法與否所提供的指引並不明確。本章會對這些問題逐一加以探討。

### 《精神健康條例》（第 136 章）的不足之處

#### “精神上無行為能力”的定義

6.2 我們已在第 4 章中指出，與精神上無行為能力有關的成文法主要是綜合載於第 136 章，而“精神上無行為能力”在第 2 條中是被界定為“精神紊亂”或“弱智”。“精神紊亂”的定義是：

- “(a) 精神病；
- (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完全的狀態，而該狀態是與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連的；
- (c) 精神病理障礙；或
- (d) 不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力。”

6.3 “精神病理障礙”在第 2 條中是被界定為：

“長期的性格失常或性格上無能力（不論是否兼有顯著的智力減損），導致有關的人有異常侵略性或極不負責任的行為。”

故此第 136 章對“精神紊亂”的定義(b)及(c)項是有作解釋的，但對於甚麼會被納入該定義(a)及(d)項的範圍之內，卻未有清楚說明。

6.4 第 136 章中的“精神紊亂”定義(a)項所用的“精神病”一詞，在第 136 章中未有界定，所以在決定病人究竟是精神上有決定能力抑或無決定能力，是要看主診醫生作何診斷。由於欠缺法定定義，要了解此詞就必須借助一些有關這方面的指引，例如聯合王國衛生部（United Kingdom Department of Health）所發出的此類指引。這些指引把“精神病”描述為具有以下一種或以上的病患特徵：

- “(i) 不止是暫時性的智能減損，表現的徵狀為記憶力、方向感、理解力或學習能力的衰退；
- (ii) 不止是暫時性的情緒變化，程度之大足令病人對自己或他人的情況、過去或未來作出虛妄的評斷，又或者導致病人缺乏作評斷的能力；
- (iii) 各種認為自己受人迫害，心存妒忌或浮誇自大的虛妄念頭；
- (iv) 異常的認知能力，病人會對事故有虛妄誤解；
- (v) 思想紊亂，以致病人無法對自己的情況作出合理評斷，亦無法與他人有合理溝通。”

由於第 136 章未有為“精神病”提供明確的法律定義，決定病人是否精神上有能力作決定的重擔便落在個別醫生的身上。

6.5 “精神紊亂”定義(b)項提及“屬智力及社交能力（劃線後加）的顯著減損（劃線後加）的狀態，而該狀態是與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連的。”醫療專業中有部分人士認為第 2 條中的“減損”一詞，是指心理、生理或身體構造的組織或功能方面有任何喪失或異常的情況，並把“精神紊亂”定義中所提及的“有關的人的社交能力”一詞詮釋為涵蓋該人的全面社交行為。至於“某人的異常侵略性或極不負責任的行為”一詞，他們認為這在某程度上是視乎該行為是在甚麼文化背景之下發生。“精神紊亂”的定義(b)項中所用的字眼，留給醫生相當大的斟酌餘地去決定某人是否有精神上行為能力，但這也令醫療專業面對更多困難。

6.6 陷於昏迷或處於“植物人狀況”的人顯然並不符合第 136 章中“精神紊亂”的定義(b)或(c)項，因為他很明顯是不能作出“侵略性或極不負責任的行為”。至於此人會否符合“精神紊亂”的定義(a)項，其實也成疑問，因為“精神病”一詞的涵義絕不明確，在條例中亦未有界定。不過，“精神病”此詞卻在 *W 訴 L*（精神病人）一

案中有被論及。這是一宗 1973 年的英國案例，涉及一名精神病理障礙病人（psychopathic patient），案中有就精神病理障礙究竟可否視為精神病的一種作出爭辯。上訴法院法官 Lawton 有以下的意見：

“上訴法院民事法庭庭長 Denning 勳爵和上訴法院法官 Orr 均曾指出‘精神病’的定義付之厥如。〔‘mental illness’（精神病）〕這兩字是英語中的普通字眼，沒有特別的醫學意義，也沒有特別的法律意義。法庭應如何理解這兩字呢？本席認為，答案可在 Reid 勳爵近期在 *Brutus 訴 Cozens* 一案中所發表的意見中找到，那就是英語中的普通字眼應按照一般明智的人所採用的理解方式來理解。……〔這宗〕個案雖然可能歸於‘精神病理障礙’定義的範圍之內，……也可能歸於‘精神病’的類別之列……。本席認為，這宗個案之所以被列入精神病類別的範圍之內，是因為採用了明智的人評估情況的方法，同時亦參考了醫學意見……”<sup>1</sup>

不過，上訴法院民事法庭庭長 Denning 勳爵在同一案件中，卻對聯合王國的《1959 年精神健康法令》（UK Mental Health Act 1959）中“精神病”一詞欠缺定義一事作出批評。Denning 勳爵評論說：

“……奇怪的是‘精神病’卻未有界定。〔《法令》〕對所有其他用字都有界定，就只是沒有界定‘精神病’。‘精神病’相信是較精神病理障礙還要糟糕的東西……，但它到底是甚麼東西呢？這個問題——一個混合了法律和醫學的問題——顯然令本案的所有有關人士都感到困惑。”<sup>2</sup>

6.7 究竟“植物人”或陷於昏迷的人會否歸於(d)項（“不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力”）也一樣不明確。條例中沒有任何說明或對“精神失常或**精神上無能力**”（粗體後加）一詞加以解釋。

6.8 昏迷是“一種延長的嚴重失去知覺狀態，處於此狀態中的病人無法醒來，致病成因通常是頭部受傷、神經系統疾病，急性腦積水、

---

<sup>1</sup> *W v L* [1974] 3 All ER 884, 第 890 頁。

<sup>2</sup> *W v L* [1974] 3 All ER 884, 第 888 頁。

中毒或新陳代謝失調。”<sup>3</sup> 對於植物人狀況，《英國醫學雜誌》（*British Medical Journal*）有以下見解：

“病人通常經過一段長短不定的昏迷時間後便會陷入植物人狀況；此狀況可能是局部或全面可予逆轉，又或者可能會惡化為持續或永久植物人狀況或令病人死亡。……植物人狀況的成因可能是急性腦損傷、退化疾病和新陳代謝失調或發育畸形。各種成因中以受傷的病例佔最多數和最重要，並可細分為創傷性（例如由於道路交通事故意外或直接腦部受傷所造成）及非創傷性（包括新生兒缺氧缺血性腦病（*hypoxic-ischaemic encephalopathy*）、中風、神經系統受到感染、腫瘤或中毒）兩大類。”<sup>4</sup>

6.9 “腦部”（*brain*）與“思維”（*mind*）之間是有微妙分別的。*Silvia Helena Cardoso* 醫生在一本名為《腦部與思維》（*Brain and Mind*）的雜誌中提出了以下的看法：

“腦部雖是存於世上——可能也是存於宇宙之中——的最複雜組織，卻是很明確實在的物體：這是位於腦殼之內物質實體，可以看得到、觸摸得到及加以處理。它是由化學物質、酵素及荷爾蒙所組成，可被量度、分析。……但是……思維又如何呢？令人嘖嘖稱奇的是即使多個世紀以來……人類盡心盡力進行腦部研究，在神經科學的範疇中取得可觀的進步，思維這個概念卻依然含糊不清，充滿爭議，並且無法在我們的語言範圍之內予以界定。其中一個為人所深信的看法，就是思維是個與腦部截然不同的實體；此臆測是有其歷史根源的：早期的理論稱為‘腦部功能二元假設論’（*dualistic hypotheses of the brain*），表明可採用機械學的理论來觀察由物質組成的腦部，但思維卻是一個由不同的及不明的物質所組成的實體。”<sup>5</sup>

6.10 現在讓我們回頭再看“任何其他精神失常或精神上無能力”一詞，值得注意的是第 136 章大致上是按照聯合王國的《1983

---

<sup>3</sup> 此定義載於《網上醫學字典》（*Online Medical Dictionary*），見以下網頁：<http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?query=coma&action=Search+OMD>（2003年8月11日）。

<sup>4</sup> “持續植物人狀況”（*The persistent vegetative state*），載於《英國醫學雜誌》編者的話一欄，1995；310:341-342（2月11日），見以下網頁：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6976/341?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTF...>（2003年8月11日）。

<sup>5</sup> “何謂思維？”（*What is Mind?*），載於《腦部與思維》（*Brain & Mind*）雜誌中編者的話一欄，見以下網頁：[http://www.epub.org.br/cm/n04/edtori4\\_i.htm](http://www.epub.org.br/cm/n04/edtori4_i.htm)（2003年8月11日）。

年精神健康法令》（UK Mental Health Act 1983）的條文而制定。《1982年精神健康（修訂）法令》（Mental Health (Amendment) Act 1982）為《精神健康法令》第1條引入了各個新詞的定義，並：

“……以對精神不健全或嚴重精神不健全的提述，代替《1959年精神健康法令》中對智力低於正常或嚴重低於正常的提述，也引入了各個新詞的定義，並將之收載於第2(款)中……。‘精神不健全’此一概念，旨在澄清以下兩種不同情況所產生的混淆之處：一是弱智——一種無法改變的情況，通常在未出生時已形成；二是精神病——一種可在任何年齡形成但能夠醫治的情況。兩者混淆的結果便是曾有弱智人士在《1959年精神健康法令》之下不當地受到強迫羈留或監護，……”<sup>6</sup>

法令看來並無論及陷於昏迷或“植物人狀況”的人會否列入“精神病”一詞範圍之內。

6.11 《精神健康條例》最初是在1960年制定，據其弁言所述，條例是旨在：

“……修訂和綜合與精神病及治療精神病有關的法律，並為精神不健全人士的收容、羈留及治療訂定條文。”

6.12 鄧炳輝醫生於1960年動議首讀《精神健康條例草案》時，曾促請立法局議員留意條例草案的*目的和理據*，而該部分內容是解釋條例草案各部條文的目的所在。*目的和理據*的首段述明：

“本條例草案的目的，是以一條內容全面，處理精神紊亂的人的羈留、扣押、照顧和治療所有各方面事宜以及其財產的管理的條例來取代《精神病院條例》（Mental Hospitals Ordinance）（第136章）。”<sup>7</sup>

6.13 在1960年所制定的條例中，“精神紊亂的人”一詞的定義如下：

“一名精神上無能力或因心智發育停頓或不完全而致有精神病或智力低於正常水平的人，而該人情況的嚴重

---

<sup>6</sup> *Halsbury's Statutes of England and Wales*，第4版，卷28（2001年），載於第835頁的註釋。

<sup>7</sup> 《香港議事錄》，1960年度會期，第278頁（1960年8月10日）。（1985年之前的《香港議事錄》只備有英文版本，此處的中文譯本是由法改會提供。）

程度，是足以為其本人或為公眾利益起見，有必要或適宜把該人置於和保持在控制情況之下。”<sup>8</sup>

“任何其他精神失常或精神上無能力”一詞當時尚未納入定義條文之中。

6.14 條例中的“精神紊亂”一詞，定義維持不變，直至 1988 年為止。至於“任何其他精神失常或精神上無能力”一詞，最初是納入《1987 年精神健康（修訂）條例草案》中“精神紊亂”一詞的定義條文之中，而在此條例草案中，“精神紊亂”最初的定義是：

“‘精神紊亂’指精神病、心智發育停頓或不完全（包括精神不健全）、精神病理障礙或任何其他精神失常或精神上無能力。”

6.15 經立法局會議席上一番辯論之後，“精神紊亂”的定義被修改為：“精神病、心智發育停頓或不完全、精神病障礙或任何其他精神失常或精神上無能力。”在辯論期間，譚王葛鳴議員說：

“引起主要爭論的第一點，是與「精神錯亂」的定義有關。小組〔立法局所成立以研究條例草案的專案小組〕同意草案所提出的廣泛定義，但將「智力不健全」列為與行為具侵犯性及不負責任相關的一種精神狀態，則有可能引起不必要的誤會。小組並且認為，沒有侵犯或不負責任行為的弱智人士不應羈留在精神病院內。……政府當局同意除去條例草案內可能令弱智人士被統稱為精神病人的不利因素，有關的修訂，會在委員會審議階段……動議提出。”<sup>9</sup>

6.16 何錦輝議員在二讀辯論期間所發表的意見，闡明了定義有所修訂的背景。他說：

“條例草案第 2 條對「精神錯亂」一詞所下的定義特別提及：智力發展停頓或不完全，包括精神不健全。但據照料弱智人士組織的代表表示，在弱智人士中只有小部份是屬於有侵略性或不負責行為傾向的精神不健全者。……因此不應將沒有侵略性或不負責行為傾向的弱智人士強行羈留在精神病院中接受治療。當局在徵詢

---

<sup>8</sup> 《1960 年精神健康條例》第 2 條。

<sup>9</sup> 《香港議事錄》，87 至 88 年度會期，中文版卷 II 第 1046 頁（1988 年 6 月 22 日）。

各界意見後，同意刪去條例第 2 條中「包括精神不健全」一詞，並且修訂有關條文，規定只屬智力發展停頓或不完全的人士，不應受到羈留。”<sup>10</sup>

6.17 張有興議員在二讀辯論期間所發表的意見，也進一步澄清了條例草案作出修訂的背景：

“……現在條例草案終能予以修訂，為弱智人士提供更佳的保障……。除非有關病人已由兩名醫生證明處於被界定為不正常的情況，隨時可能侵犯他人，或有嚴重不負責任的行為，否則，只屬心智發展停滯或未能完全發展的人士，不會被強行羈留在精神病院。……弱智人士並沒有不尋常的侵犯別人的傾向或嚴重不負責任的行為，但一般市民，尤其是地區階層的人士，通常都不能分辨弱智人士與精神錯亂或精神有問題而需要在精神病院接受治療者的分別。

原有的精神健康條例早於 30 年前制定，條例草案現在作出修訂，以改善處理精神病人的辦法，使有關方面可依照指定的程序羈留精神錯亂、或有其他精神問題或失常而具侵犯或嚴重不負責任行為的人士，及使其在精神病院內接受治療，並恰當地顧及病人應有的個人自由。”<sup>11</sup>

6.18 由此可見“精神紊亂”一詞於 1987 年重新界定之時，當局的立法意圖是把受影響的人士分為兩類，一類是可能被羈留於精神病院或須於精神病院接受治療的人（包括患有“任何其他精神失常或精神上無能力”的人），另一類則是弱智人士，而後者除非心智是與異常侵略性或極不負責任的行為有關連，否則不應被羈留於精神病院或無須於精神病院接受治療。

6.19 “精神紊亂”一詞於 1997 年又再次重新界定，而定義迄今未有再作改動。此詞現時意指：

“(a) 精神病；

---

<sup>10</sup> 《香港議事錄》，87 至 88 年度會期，中文版卷 II 第 1047 頁（1988 年 6 月 22 日）。

<sup>11</sup> 《香港議事錄》，87 至 88 年度會期，中文版卷 II 第 1049 頁（1988 年 6 月 22 日）。

- (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態是與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連的；
- (c) 精神病理障礙；或
- (d) 不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力。”<sup>12</sup>

6.20 據當時的衛生福利司所解釋，1997年的修訂條例草案的目的是：

“加強〔《精神健康條例》的〕條文，以便為精神紊亂和弱智人士以及照顧他們的人士提供更佳法律保障。條例草案希望消除認為精神紊亂等同弱智的誤解，重新界定現時在《精神健康條例》裏精神紊亂的定義，以及為弱智作出新定義。”<sup>13</sup>

立法局就條例草案進行辯論時，並無論及昏迷病人或“植物人”。

6.21 我們在上文有談到1987年的條例草案。就有關的辯論摘錄所見，“精神紊亂”（包括“任何其他精神失常或精神上無能力”）的定義背後的思維是此症在某種情況下是與“異常侵略性或極不負責任的行為”有關連。這定義顯然會把昏迷病人或植物人摒除於其範圍之外。但是，條例現時所用字眼卻並未示明“任何其他精神失常或精神上無能力”一詞的原來目的，是把適用範圍局限於涉及侵略性或不負責任的行為的個案，而就1997年所提出的修訂進行辯論期間，也沒有任何言詞指該詞是有此目的。因此昏迷病人或植物人，究竟可否說是歸於“精神紊亂”現有定義(d)項“任何其他精神失常或精神上無能力”的範圍之內，是有點含糊不清的。<sup>14</sup>

### **“精神紊亂”定義的例外情況**

6.22 另一含糊不清之處則見於第136章第2(5)條。該條訂明：

“第(1)款的條文，不得解釋為單純因濫交或其他不道德行為、性偏差，或單純因對酒精或藥物的依賴，而將

<sup>12</sup> 《精神健康條例》（第136章）第2條。

<sup>13</sup> 《香港議事錄》，96至97年度會期，中文版第151頁（1997年6月17日）。

<sup>14</sup> “任何其他精神失常或精神上無能力”一詞在詮釋上有含糊不清之處，此點可清楚見於以下情況：前任監護委員會主席認為(d)項的確包括昏迷病人，而當時的衛生福利局卻持相反意見，認為(d)項不包括昏迷病人。

某人視為患有精神紊亂或患有第(1)款所述任何一種形式的精神紊亂並因而可根據本條例加以處置。”

雖然上述各種形式的行爲，是被摒除於第 136 章所指的精神紊亂範疇以外，但醫生仍認為某些因酒精中毒、藥物中毒、酒精中毒性精神病、藥物引致的精神病及酒精中毒性的癡呆症而引發的特有病情，是有可能構成精神紊亂的。

### **不斷惡化的或上下波動的精神上無行爲能力**

6.23 決定某一名病人是否精神上無行爲能力的另一困難之處，是在於該名病人的精神狀況未必會保持不變。他的精神上行爲能力可能會上落不定，而他也可能只是局部精神上無行爲能力。舉例來說，這種情況可見於癡呆症的病例。

6.24 世界衛生組織在第 10 次修訂其國際病症分類法（‘ICD-10’）時，把癡呆症歸於“精神紊亂及行爲紊亂”的類別之下，並說明癡呆症的情況如下：

“癡呆症是一種腦部病患引致的徵狀，性質通常是慢性或會不斷惡化，令大腦的多種較高功能受到干擾。這些功能包括記憶、思維、方向、理解、計算、學習能力、語言及判斷，但個人仍然神志清醒。患者的認知功能通常也會受損，而在此之前患者有時會出現情緒控制變差，社交行爲轉壞或幹勁減退的情況。此徵狀見於阿氏癡呆症、腦血管疾病及其他原發性地或繼發性地影響腦部的病況。在評估病人是否患上癡呆症時應特別小心，以免出現錯誤斷定病人罹患此症的情況：如果病人無法做一件事情，除了可能是緣於動作緩慢和一般身體虛弱之外，也可能是幹勁或情緒方面有問題，而不是由於喪失智能所致。”<sup>15</sup>

6.25 在回覆問及“癡呆症”究竟應列為“精神”紊亂類別抑或“行爲”紊亂類別的查詢時，世界衛生組織有以下的意見：

“雖然是項說明已清楚指出癡呆症是一種因腦部疾病而致的精神紊亂，但國際病症分類法下的精神紊亂及行

---

<sup>15</sup> “國際病症分類法第 10 次修訂（*ICD-10*）——精神紊亂及行爲紊亂類別”，世界衛生組織，日內瓦，1992 年，見以下網頁：<http://www.mentalhealth.com/icd/p22-or05.html>（2003 年 7 月 10 日）。

為紊亂類別，未有試圖對這兩種紊亂作出類別上的區分。”<sup>16</sup>

6.26 即使癡呆症在醫學上是被列入條例所指的某種精神紊亂形式的類別，此症的上下波動或不斷惡化性質，也意味着可能難以指明此症會在何時惡化至《精神健康條例》會開始適用於有關病人的階段。

6.27 精神上行為能力減損的惡化速度人人不同：病人如陷於昏迷或精神混亂，惡化速度通常會較快，但如屬癡呆症則會較為緩慢。精神上無行為能力的程度可能會隨着時間而上下波動，部分年老的病人可能會反覆出現精神混亂的情況，而且發病是與偶發性的病患有關。病情能否逆轉是視乎背後的致病成因和神經系統的受損嚴重程度而定。某些化學興奮劑可令曾服食過量鎮靜劑的病人維持近乎正常的認知功能，於是病人有可能能夠就自己所接受的醫療作出決定。究竟條例會否適用於病情如此的病人並不清晰，尤其是當病人的精神功能水平在不同情況之下是有可能變得不穩定的時候，條例適用與否就更為不清晰。

### **作出決定的能力不在考慮之列**

6.28 如同聯合王國一樣，香港有很多根據《精神健康條例》被羈留於醫院的病人都可能欠缺作出決定的行為能力（最少就某些事宜而言情況是暫時如此），但病人是否有作出決定的行為能力，並不在安排他們入院的醫生或區域法院法官／裁判官的考慮範圍之內。測試的準則反而是：“為了該病人本身的健康或安全著想，或是為了保護他人著想”，應否把該病人羈留以接受觀察和治療？<sup>17</sup> 在 *B 訴 Croydon District Health Authority* 一案中，法庭裁定病人確是有行為能力可拒絕接受提供給她的治療，而案中病人也正是拒絕接受治療，但法庭卻裁定憑藉聯合王國的《1983 年精神健康法令》第 3 條，可合法地對該病人進行該項治療，因為她患有第 3 條所指的精神紊亂，而該項治療是“為了”此症而進行的。<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> 世界衛生組織技術主任（衛生政策證據（GPE）分類、評估、調查及用語）就香港法律改革委員會秘書於 2001 年 11 月 5 日的查詢所作出的回覆。

<sup>17</sup> 《精神健康條例》（第 136 章）第 31(1)(b)條。

<sup>18</sup> *B v Croydon District Health Authority*, (1994) BMLR 13.

## 捉摸不定的普通法制度

### 就健康護理或醫療而作出決定

6.29 在 *Re F (精神病人：絕育)* 一案<sup>19</sup> 中，法庭裁定在普通法中，法庭並無司法管轄權批准或不批准對精神紊亂的人進行治療。有關行動合法與否是要看治療是否符合病人的最佳利益，而把病人的“最佳利益”歸類為“臨床判斷”事宜未必是可取的做法。有人曾認為 *Re F* 一案：

“……可視為是上議院基於‘醫生最知道該怎樣做’的理由而甘願把不適度的掌管病人而不受監管的權力拱手讓予醫生的又一例子，這令人感到不安。”<sup>20</sup>

6.30 關於“最佳利益”這個準則，多個法庭曾發表不同的意見。在 *Re F* 一案中，Brandon 勳爵說“手術或其他治療如果是（亦僅限是）為了挽救〔病人的〕生命或確保病人的身體或精神健康有進展或不致惡化，便符合〔病人的〕最佳利益。”<sup>21</sup> Brandon 勳爵又繼續說：

“就醫生未經成年病人同意而對成年病人進行手術或其他治療一事來說，對於令此事變得合法的原則，曾有各種不同的意見提出……。在本案中，上訴法院認為要視乎事情是否符合公眾利益而定。那是籠統的說法，本席不會有異議，但本席認為着手研究導致這個結果的公眾利益所依循的原則，是有幫助的做法。本席認為，有關原則是這樣的：當有人不管為了甚麼原因，欠缺行為能力的另一人或其他人等就有必要代為作出決定，否則他們便會無法享用到自己所需並有權享用的醫療護理。”<sup>22</sup>

6.31 在同一案件中，Goff 勳爵卻提到一些涉及“不單純是醫學意見”<sup>23</sup> 的案件，而在 *Airedale NHS Trust 訴 Bland* 一案<sup>24</sup> 中，Keith 勳爵曾解釋上議院在 *Re F* 一案中作出的判決，所持理由是手術符合病人的最佳利益，“因為它能令病人生命更完滿和更愜意”。

---

<sup>19</sup> [1990] 2 AC 1.

<sup>20</sup> C. Lewis, “Medical treatment in the absence of consent”, (1989) 30 L.S. Gaz. 32, 第 33 頁。

<sup>21</sup> [1990] 2 AC 1, 第 55 頁。

<sup>22</sup> [1990] 2 AC 1, 第 55 頁。

<sup>23</sup> [1990] 2 AC 1, 第 78 頁。

<sup>24</sup> [1993] 2 WLR 316, 第 361 頁。

6.32 Julie Stone 是伯明罕大學醫學院的醫學法律和倫理科講師，她所寫的一篇文件曾反映出醫生對醫治精神上無行為能力的人感到關注之事。她說：

“司法機構確曾很努力地按個別案件的是非曲直來作出裁決，但多位法官卻因上議院在 *Re F* 一案中作出的權威判決而變得無能為力，這項判決就是如果以 *博林案*<sup>25</sup> 作為測試的標準（*Bolam test*）而判定醫生並無疏忽的話，那麼有關的臨床決定便會被假定為符合病人的最佳利益。涉及懷孕婦女需要進行剖腹手術的案件，甚至須依據《1983年精神健康法令》才能找到適用的條文。……我們的人口現正日益老化，而且無行為能力的人也越來越多，再加上更多腦部受傷的人可憑藉科技進步而得以存活，這意味着精神上無行為能力的人的數目是前所未有地眾多。據一些曾考慮對處於永久植物人狀況或近乎植物人狀況的病人撤去治療的個案所顯示，引用‘最佳利益’這個觀念可以是極度不切實際的。同樣道理，如果要發明治療例如阿氏癡呆症一類病況的藥物，便必須進行研究，但沒有人可以妄稱對受影響病人組群所進行的研究是符合病人的‘最佳利益’。雖然理論架構付之厥如，但此類實際決定每天都必須作出，而醫生也正吃力地為無行為能力的病人找出最好的解決問題方法，並且通常是有諮詢病人家屬的意見。不過，醫生所面對的法律環境顯示，醫治病人或會被視為有可能是襲擊病人，但不採取行動又會被理解為有所疏忽。”<sup>26</sup>

6.33 醫藥和科技近期均有發展，現代社會的性質又正發生變化，這些都突顯了有需要為精神上無行為能力的人設立足夠的代作決定機制。在 *Nancy Cruzan* 一案中，美國最高法院首席大法官 Rehnquist 提及多宗案例，並指出：

“在普通法中，一個人如未經對方同意和欠缺法律理據，那麼即使只是觸及對方也構成毆打。……由於醫學科技進步，已遠超以前本會令人必定死亡的自然力量的

---

<sup>25</sup> *Bolam v Friern Hospital Management Committee* [1957] 1 WLR 582。在該案中，法庭裁定如果醫生行事時所遵照的做法，當時是獲某個負責任的醫療學派認可為恰當的，而這個學派是精於有關的特定形式治療，醫生便不會單是因為有另一個合資格的專業學派可能會採用另一種技術而犯上疏忽之罪。

<sup>26</sup> Julie Stone, “*Mental incapacity: reform at last?*”, 《律師雜誌》（*Solicitors Journal*），1998年3月20日，第259頁。

界限，使生命得以維持下去，故此涉及拒絕接受維持生命治療權利的案件近期大增。…… 在 *re Quinlan* 一案中，…… 法庭承認這項權利並非絕對，但也有在這項權利與大家所主張的國家利益之間求取平衡。法庭指出‘當身體被入侵的程度上升和病情的預後顯得暗淡時，國家利益便會減弱，而個人的權利則會增強’，故此法庭的結論是：在該案中國家利益必須作出讓步。”<sup>27</sup>

6.34 *Malette 訴 Shulman* 是一宗加拿大案例，在這宗案例裏，法庭所考慮的是如何在國家保存病人性命或健康的利益與病人的自作決定權利之間取得平衡，而安大略上訴法院上訴法官 Robins 的說法是：

“國家保存一名有能力作出決定的病人性命或健康這項利益，一般是必須對該名病人更強的自我決定生命方向的利益作出讓步。…… 我們沒有法律禁止病人拒絕接受必要的治療或禁止醫生遵從病人的決定。法律固然是國家利益的體現，但法律支持個人自行作出決定的權利，而法律是透過向未經對方同意而進行醫治的人施加民事法律責任的方式來加強個人的選擇自由（即使醫治可能是有利無害的）。”<sup>28</sup>

6.35 雖然法庭曾裁定在普通法中，法庭並無司法管轄權批准或不批准對精神紊亂的人施行醫治，而有關行動合法與否是要看治療是否符合病人的最佳利益，法庭仍保留其固有的司法管轄權以作出有關宣布。在 *Re F* 一案中，英國上訴法院民事法庭庭長 Lynton 的 Donaldson 勳爵有以下的意見：

“就本席來說，本席並不認為那是合適的程序。一項宣布並不會造成任何改變，法庭所被要求做的事情，只不過是宣布某項行動即使在未有驚動法庭的情況之下進行，不論怎樣也仍屬合法。如果治療的形式至為敏感且有可能引發爭議，公眾利益便會要求法庭在治療進行之前明確表示批准，以提供獨立而層面廣闊的‘第三者意見’。…… 在本身無能力作決定以示同意的成年人案件中，如果進行治療的人不先讓法庭有機會表示批准或不批准以裁定所建議進行的治療是否合法，法庭便會施加相同沉重的提出理據責任。…… 由於這個問題是近期才

---

<sup>27</sup> *Cruzan v Director of Missouri Department of Health*, 497 US 261, 第 269-271 頁。

<sup>28</sup> 67 DLR (4<sup>th</sup>) 321, 第 333-334 頁。

發生，如何得到法庭批准的具體步驟尚未訂明。……幸好法庭具有固有的司法管轄權，能在有關規例未有作出規定的情況下規管法庭本身的法律程序……。”<sup>29</sup>

6.36 在 *Re F* 一案中，Brandon 勳爵有相同看法，並表示：

“根據實體法，建議進行的手術若符合病人的最佳利益便是合法，否則便不合法。故此法庭所被要求做的事，並非作出命令批准進行手術，使本來不合法的事情變得合法。法庭所被要求做的，反而是作出一項命令，透過司法程序（即英國上訴法院民事法庭庭長 Lymington 的 Donaldson 勳爵那說得正好的‘第三者意見’）來確認究竟建議進行的手術是因符合病人的最佳利益而屬合法，抑或是因不符合病人的最佳利益而屬不合法。”<sup>30</sup>

6.37 有些病人會因年老或病重而失去作出或傳達有關健康護理的決定的行為能力。上文所述及的多宗案例卻未能為負責治理此類病人的醫護人員提供全面或明確的指引。

6.38 醫生很強調應尊重病人在知情下同意或拒絕接受治療的權利。有些病人的精神上行為能力可能會是時有時無，由醫生或親屬代為作出的決定便容易出現問題，所以醫生對這一點特別小心翼翼。我們也留意到醫生對於可否代中風病人作出例如接受心肺復甦法之類的決定所表達的關注。

6.39 關於代作決定的問題，幾乎天天出現，而由於人口老化，預計出現次數還會增加。故此，實在有必要設立一個機制，令作出決定的程序更形利便，並且也有必要確保此機制能把受影響人士的權利與責任連貫起來。

### **病人缺乏自主權**

6.40 重要的是法例承認無能力作決定的人（不論是因精神上無行為能力或其他成因所致）是享有與其他社會成員相同的基本人權。無能力作決定的人應盡量得獲自主權，並於有需要時在作出決定方面應得到適當的協助，而不應因精神上無行為能力的緣故被剝奪權利。

---

<sup>29</sup> [1990] 2 A.C. 1, 第 20-21 頁。

<sup>30</sup> [1990] 2 A.C. 1, 第 64 頁。

6.41 聯合國人權事務高級專員所制訂的《無能力人士權利宣言》( *Declaration on the Rights of Disabled Persons* )<sup>31</sup> ( 下稱 “《宣言》” ) 強調：

“……《社會進步及發展宣言》( *Declaration on Social Progress and Development* ) 宣布，必須保護身心不健全人士的權利，並保證他們的福利和幫助他們恢復正常生活。”

《宣言》的這個重點可見於第 3 條，該條述明：

“無能力人士享有他們的人格尊嚴受到尊重的基本權利。無能力人士<sup>32</sup> 不論其缺陷或無能力的起因、性質和嚴重性，都應與其他同齡公民享有同樣的基本權利，其中最主要的是應享有盡可能正常而充實的像樣生活的權利。”

6.42 我們在此或需指出《宣言》的另外兩項有關係文訂明：

“無能力人士有權受惠於種種能讓他們可以盡量自立的措施。” ( 第 5 條 )

“無能力人士如確切需要合格的法律援助以保護其人身和財產時，應能獲得這種援助；無能力人士如被依法起訴，所採用的法律程序應充分考慮到他們身心方面的狀況。” ( 第 11 條 )

6.43 聯合國人權事務高級專員又制訂了《保護精神病患者和改善精神保健的原則》( *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* )<sup>33</sup>，並獲聯合國大會於 1991 年 12 月 17 日透過第 46/119 號決議通過。該套原則的第 1 條所述明的事項之一，便是所有精神病患者均有權受到人道的待遇，其人身固有的尊嚴應受到尊重，並有權行使所有獲聯合國承認的公民、政治、經濟、社會和文化權利。若某人因患有精神病而欠缺法律行為能力作出任何決定並因此需要委任另一人代為作出決定的話，該等決定應在獨立公正的審裁處進行公平聆訊後方可作出。該等決定應每隔一段合理的時間便予以覆核，而有關各方均有權向上一級的法律機關提出上訴。如果精神

---

<sup>31</sup> 由聯合國大會透過 1975 年 12 月 9 日的第 3447(XXX)號決議宣布，見以下網頁：  
<<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/72.htm>> (2003 年 7 月 10 日)。

<sup>32</sup> 第 1 條解釋“無能力人士”一詞是指“任何由於先天性或非先天性的身心缺陷而不能保證自己可以取得正常的個人生活和／或社會生活上一切或部分所需的人士。”

<sup>33</sup> 見以下網頁：  
<<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/68.htm>> (2003 年 7 月 10 日)。

病患者無能力處理自己的事務，則應採取必要而又適當的措施，以確保其利益受到保護。

## 有待研究的問題

6.44 從以上討論可見，在此方面法律之中可以找到不少缺漏和異常之處。現有法律本已有缺失，而多項因素（例如近年明顯見到的人口變化）則令情況變得更壞。香港與很多已發展國家相似，都是人口正在不斷老化，以致有更大的需求設立一個令人滿意的機制，以便就長者的健康護理、個人護理及財務事宜作出決定。人口變化再加上醫學進步，結果是人類的預期壽命較以前長久，而很多以前可能因腫瘤或疾病死亡的人如今都可以存活下來。這些人當中有些或會是精神上行為能力有所減損，或甚至處於“持續植物人狀況”，對於自己將來如何是好根本不能作出任何決定。

6.45 醫院管理局醫療倫理委員會所發出的《對維持末期病人生命治療的指引》，是試圖向醫生提供一些指引，供他們在考慮是否對精神病人不提供或撤去維持生命治療時作參考之用。不過，究竟醫生會否覺得這套指引有實用價值，或是覺得這套指引會過於複雜而難以跟從，仍是未知之數。有人曾指出，醫生行醫之時要作出治療方面的決定未必會太難，因為醫生可以把棘手的個案轉介倫理委員會，要求該會提供指引或作出決定。然而，我們留意到有部分醫生認為，要醫生違反精神上無能力作決定的人的親屬所表達的意願而把治療方面的決定提交法庭處理，是不尋常的事情，或甚至乎是罕有之事。此外，我們又留意到如果問題是與財產管理有關，那就更難作出處理。

6.46 現有法律機制是既複雜又零碎，也欠缺彈性。雖然政府根據《精神健康條例》設立了監護委員會，對精神上無行為能力的人的福利和護理有所加強，令《精神健康條例》略有改善，但在個人就其醫療或護理而作的預設醫療指示這方面，如何確定該等指示仍有缺漏和不足之處。大家都承認在某些情形下，由獨立的第三者來作出決定可能是比較適當的做法。不過，另外也有很多情況是無需外來干預的。至於利便在完全知情之下就個人的福祉而作出有效的決定這個需要，一直以來也未有獲得充分的注意。同時，與確定精神上無行為能力的人的事前意願或指示相關而提供的保障，也是不足夠的。

6.47 《持久授權書條例》（第 501 章）只賦予受權人就授權人的財產而行事的權限。<sup>34</sup> 對於那些希望就自己的健康護理或醫療事宜作有效的長期安排的人，此條例未有提供解決問題的方法。

6.48 《高等法院規則》（第 4 章）第 80 號命令是規管參與涉及無行為能力的人的法律程序事宜，並沒有為精神上無行為能力的人的健康護理或醫療事宜作出任何安排。有關規則在實行的時候，可以是既累贅而又多限制，而且費用方面對大部分申請人來說也可能是過於高昂。

---

<sup>34</sup> 《持久授權書條例》第 8(1)條。

## 第 7 章 其他司法管轄區的法律及改革建議

### 引言

7.1 在本章中，我們會探討澳大利亞、加拿大、英格蘭與威爾斯、蘇格蘭、新加坡及美國的情況，可以見到的便是所有普通法主要司法管轄區，均已有就長者或精神上無行為能力的人引入預設醫療指示這個概念，而且這些司法管轄區每一個都已有建議進行各種不同程度和範圍的改革。

### 澳大利亞：昆士蘭

7.2 澳大利亞各州和領地均設有全面的立法機制，備有條文協助或代替無能力作決定者作出決定。在各州之中，最後制定此類法例的是昆士蘭。1990 年 9 月，昆士蘭的司法部長要求昆士蘭法律改革委員會（Queensland Law Reform Commission）檢討有關無能力的人的現有法律，而委員會的工作重點，是研究自作決定的行為能力受損的成年人的自作決定或由他人代作決定的有關法律。<sup>1</sup> 自作決定的行為能力受損可因各種不同成因所致，有可能由先天性心智失能導致，或是因受傷或患病而造成的腦損傷的後遺症，也有可能是患上癡呆症、精神出現問題或濫用藥物的結果。<sup>2</sup>

7.3 委員會確認“精神或心智失能的人，其自身的人類尊嚴應有權獲得尊重，並有權獲得協助，以盡量求取自力更生。”<sup>3</sup> 究竟精神障礙或心智失能的人是否需要協助以作出決定及需要協助的程度有多大，而能夠與他們可享有最大可能程度的自主權這項權利取得平衡，昆士蘭法律改革委員會於 1992 年 7 月就這個問題發表了一份討論文件。該份討論文件對昆士蘭的現有法律進行了分析，強調應鼓勵人們在涉及自己的個人、家庭及財務事宜的問題上自力更生，並舉新南威爾士的《1987 年失能者服務及監護法令》（Disability Services and Guardianship Act 1987）為例作為適用的模式。<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making by and for people with a decision-making disability*，卷 1，第 1 頁。

<sup>2</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 1 頁。

<sup>3</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 38 號討論文件，*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making for people who need assistance because of mental or intellectual disability: A New Approach*，第 1 頁。

<sup>4</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 38 號討論文件，第 3 頁。

7.4 委員會建議，如某人有能力明白某項決定的性質和預知該項決定的後果，並有能力將該項決定以某種形式告知別人，則不論該人在決定問題上獲得協助與否，就有關決定而言，該人是具有“作決定的行為能力”。<sup>5</sup> 另一方面，如某人未能符合這些準則，就有關決定而言，該人作決定的行為能力是屬“受損的作決定的行為能力”。<sup>6</sup> 根據以上定義，如某人無能力明白一項決定的性質（例如因為陷於昏迷或患有老人癡呆），該人便置身作決定的行為能力受損者之列。

7.5 對此範疇法律進行改革，是昆士蘭法律改革委員會一項歷時約五載的長期研究工作主題所在。昆士蘭大學社會及預防醫學學系（Department of Social and Preventive Medicine）的健康邁向老年研究中心（Healthy Ageing Research Unit）也曾在社區之中進行一項為期兩至三年的研究，並就未來健康護理策劃事宜聯同醫生和其他醫護人員進行探討。<sup>7</sup>

7.6 昆士蘭法律改革委員會所檢討的有關無能力作決定者作決定問題的法例是：

- 《1974年精神健康法令》（Mental Health Act 1974）（經由《2000年精神健康法令》（Mental Health Act 2000）廢除）；
- 《1978年公眾受託人法令》（Public Trustee Act 1978）；以及
- 《1985年心智失能市民法令》（Intellectually Disabled Citizens Act 1985）（經由《2000年監護及管理法令》（Guardianship and Administration Act 2000）廢除）。

### 《1974年精神健康法令》

7.7 《1974年精神健康法令》（已被《2000年精神健康法令》完全取代）附表5有條文訂明可代“病人”作出的決定。在該法令之中，“病人”的定義是患有“精神病”兼無能力管理自己的財產和事務的人，而且並未有任何保護令根據《1978年公眾受託人法令》就該人作出。《精神健康法令》未有界定“精神病”，但有述明法令條文適用於“藥物倚賴和智障”，如同兩者均屬精神病一樣。<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，*Draft Assisted and Substituted Decisions Bill*，附表1第1部第2段。

<sup>6</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，*Draft Assisted and Substituted Decisions Bill*，附表1第1部第3段。

<sup>7</sup> 《昆士蘭議會議事錄》（*Queensland Parliament Hansard*），1997年10月8日，第3685頁。

<sup>8</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第6頁。

7.8 令一個人成為“病人”的途徑有二：<sup>9</sup>

- 向公眾受託人（Public Trustee）發出通知，並可由某些醫生發出該通知；<sup>10</sup> 或
- 由最高法院作出命令，<sup>11</sup> 而最高法院是應公眾受託人或病人的親屬或護理者申請委任病人產業受託監管人而作出該項命令的。

### 《1978 年公眾受託人法令》

7.9 根據此法令，公眾受託人或任何其他被法院認為是有個人利害關係的人可向最高法院申請作出保護令，委任公眾受託人管理該保護令所關乎的人的全部或部分金錢和財產。<sup>12</sup>

7.10 如法院信納有關的人由於年老、患病、身體或精神虛弱或濫用藥物，該人是持續或間歇地：

- 無能力管理自己的事務；或
- 在本身的金錢和財產方面，或在處置本身的金錢或財產方面，受到不當的影響；

或如該人所處的情況令法院覺得為其本人或為其受養人的利益起見，有必要保護其財產，法院便可作出命令。<sup>13</sup>

### 《1985 年心智失能市民法令》

7.11 經由《2000 年監護及管理法令》廢除的《心智失能市民法令》曾訂有條文，令心智失能市民可根據該法令接受特別援助。“心智失能市民”一詞的涵義，在昆士蘭法律改革委員會的報告書中有作解釋，是指：

“…… 一名年齡在 18 歲或以上、功能能力因心智不健全而受到限制的昆士蘭居民。該人心智不健全屬先天性或始於幼童時期，或由於患病，受傷或功能衰退所致。  
‘功能能力’指該人運用日常生活常見功能的能力，包

<sup>9</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 6-7 頁。

<sup>10</sup> 《1974 年精神健康法令》第 55 條，附表 5 第 1 條。

<sup>11</sup> 《1974 年精神健康法令》附表 5，第 1 條。

<sup>12</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 9 頁。

<sup>13</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 10 頁。

括該人的自我照顧能力、持家能力、履行市民責任能力、訂立合約能力及作出知情的個人決定能力。”<sup>14</sup>

7.12 可以作出援助申請的人包括心智失能市民、心智失能市民的成年親屬、警務人員、“法律之友”(legal friend)或任何其他與心智失能市民的福祉有正當利害關係的成年人。<sup>15</sup>

7.13 “法律之友”的定義是根據《心智失能市民法令》而獲委任履行某些職能的大律師或律師。<sup>16</sup> 法律之友的職能包括延聘律師以代表受助市民行事，並為受助市民取得有關他的法律權利、法律程序和可供採用的專門服務的資料。法律之友可由心智失能市民委員會(Intellectually Disabled Citizens Council)授權，代受助市民同意接受任何為令他受益而向他提供或施行的醫療、牙科治療、手術或其他專業治療或護理。<sup>17</sup>

7.14 昆士蘭法律改革委員會的報告書有列明法律之友在決定是否同意讓受助市民接受治療之前所必須採取的步驟。法律之友必須：<sup>18</sup>

“徵詢負責持續護理受助市民的親屬的意見，並對他們所表達的意見加以適當考慮；以及

盡可能在需要他們同意的事宜上和可供選擇的方案上令他們充分知情，方法是徵詢以下各者的意見：適當的專業人士、負責持續護理受助人的人、受助市民的親屬或其他被法律之友認為是與受助市民的福祉有正當利害關係的人。

法律之友必須確保受助市民盡可能充分知情，而知情程度是與受助市民在需要予以同意的事宜上和可供選擇的方案資料方面的理解能力相稱。<sup>19</sup> 法律之友在給予同意之時，必須盡量確保所同意者在可供選擇的方案中所受限制是最少的一個，而且對受助市民的健康、福祉及其所表達的意願亦已有考慮。<sup>20</sup>”

---

<sup>14</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 13 頁。

<sup>15</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 13-14 頁。

<sup>16</sup> 《1985 年心智失能市民法令》第 4 條。

<sup>17</sup> 《1985 年心智失能市民法令》第 26(3)條。

<sup>18</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 20 頁。

<sup>19</sup> 《1985 年心智失能市民法令》第 26(5)(c)條。

<sup>20</sup> 《1985 年心智失能市民法令》第 26(5A)條。

## 最高法院的固有司法管轄權

7.15 最高法院除具有法定機制，可決定應否為無能力作決定者委任作決定的替代人外，還具有稱為“政府監護權”的司法管轄權。這項權力是最高法院較廣泛的固有司法管轄權其中一環，可為無能力作決定而易受傷害的人委任代決人。<sup>21</sup>

## 對舊有法律的批評

7.16 昆士蘭法律改革委員會曾對舊有法律作出多項批評：

“就《〔1974年〕精神健康法令》及《〔1978年〕公眾受託人法令》所見，處理無能力作決定者的方法是過時和家長式的，毫不重視他們可盡量參與作出影響自己生活的決定的權利。於1985年制定的《心智失能市民法令》，雖然在當時來說是具有多項創新特色，但已被澳大利亞其他司法管轄區及海外在立法方面的各項發展後來居上。……現有的立法架構有嚴重不足之處，問題不能透過對現有法律作零碎修訂而得以完滿解決，所需要的是一種全新的處理方法。在本會所接獲的意見書中……，絕大部分均是要求改用一個綜合模式，來代替根據《精神健康法令》、《公眾受託人法令》及《心智失能市民法令》所設立的各种機制。”<sup>22</sup>

7.17 昆士蘭法律改革委員會所認定的一些主要問題如下：

- 欠缺原則
- 過於複雜
- 代決人的人選有限
- 代作決定的權力欠缺彈性
- 現有程序並不適當<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第21頁。

<sup>22</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第23頁。

<sup>23</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第24-26頁。

## 欠缺原則

7.18 昆士蘭法律改革委員會的批評指出上述三項法令均有很多條文未能達到國際認可的水平，且在某些情況之中，委任代決人時可能未經獨立機構進行中立聆訊以作保障。委員會又批評覆核機制若非不存在便是不足夠，此外，也沒有足夠的條文，規定作決定的替代人必須尊重無能力作決定者的權利。<sup>24</sup>

## 過於複雜

7.19 有關法例的不全面之處，是指雖然大家都是面對缺乏行為能力作出決定這個相同的基本問題，但每個人的待遇視乎各自的無能力作決定的成因是甚麼而各有不同。這也意味着由於三項法令的條文互有重疊，屬同一類別的無能力作決定者可能會因選用不同的法律而待遇有別。這可能會出現不明朗、不一致及不公平的情況，並且可能會造成不必要的延誤、花費及焦慮。<sup>25</sup>

7.20 委員會又有以下意見：

“現有法例的分門別類做法，為雙重或多重無能力的人帶來一些問題，也有部分無能力作決定者在取得所需協助之上遇到困難。在澳大利亞，昆士蘭是唯一一個州（或領地）未有全面的立法機制為所有無能力作決定者（不管無能力的成因是甚麼）提供代作決定的援助。”<sup>26</sup>

## 代決人的人選有限

7.21 委員會指出：<sup>27</sup>

“無能力作決定者欠缺行為能力為自己作出決定，而大部分現有規則均是把代他們作決定的權力集中在一名公職人員的手上。<sup>28</sup> 本會承認有一些情況由獨立的第三者代作決定可能會更適當。不過，也有很多情況是並無必要作出此類外來干預。”

---

<sup>24</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 25 頁。

<sup>25</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 25 頁。

<sup>26</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 25 頁。

<sup>27</sup> 昆士蘭法律改革委員會第 49 號報告書，卷 1，第 26 頁。

<sup>28</sup> 此處是舉公眾受託人及法律之友為例。

## 代作決定的權力欠缺彈性

7.22 委員會批評上述三項法令對可賦予代決人的權力範圍收得過緊，並指出權力重點主要在於保護無能力作決定者的財產。至於在方便為他們的福祉作出法律上有效決定這一方面，上述三項法令對此點均未有充分關注。<sup>29</sup>

## 現有程序並不適當

7.23 大部分有關程序都規定須向最高法院提出申請。向最高法院提出一項申請的費用，往往非無能力作決定者及其家人或好友在經濟上所能負擔。此外，傳統的法庭氣氛，以及體現對抗性法律程序的相關法律文化，也可能令人感到陌生和受到威脅；而法官對於無能力作決定者的需要，可能會欠缺經驗，亦有可能會在處理方面技巧不足，又或者是未能理解。<sup>30</sup>

## 昆士蘭法律改革委員會所作的建議和改革

7.24 昆士蘭法律改革委員會的報告書倡議採用一個全面的立法機制。該機制適用於所有因無能力作決定而需要協助的人，使他們可以作出自己的決定或是由作決定的替代人（substitute decision-maker）替他們作出決定。<sup>31</sup>

7.25 委員會的建議重點是設立一個獨立審裁處，以提供一個易於取用、經濟上可以負擔的簡單而仍具充分彈性的方法來證明某人是否具有作決定的行為能力，並在有必要賦予另一人法律權力為作決定行為能力受損的人代作決定之時，就環繞代決人的委任及權力的問題作出裁定。<sup>32</sup>

7.26 《授權書法令草案》（Powers of Attorney Bill）的諮詢草擬本，連同摘要說明及有關表格的草擬本，已於1997年6月2日發表以徵詢公眾意見。代表各類無能力作決定者的重要社區組織、專業團體、商業團體以及公眾，均有受到特別諮詢，<sup>33</sup> 而法律改革工作分兩期進行，以解決各項有關問題。

---

<sup>29</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第26頁。

<sup>30</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第26頁。

<sup>31</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第27頁。

<sup>32</sup> 昆士蘭法律改革委員會第49號報告書，卷1，第27頁。

<sup>33</sup> 見《1997年授權書法令草案》的摘要說明，見以下網頁：<http://www.legislation.qld.gov.au/Bills/48PDF/1997/PowersofAttorneyB97E.pdf>（2003年8月1日）。

7.27 D E Beanland 是昆士蘭的檢察長兼司法部長。他在 1998 年 4 月 23 日動議二讀《授權書法令草案》時指出以下各點：

“昆士蘭法律改革委員會雖然擬備了法令草案的草擬本，但也在其報告書中承認有必要再作草擬。在該報告書中，持久授權書基本上是當作爲一個涉及無能力〔作決定〕的問題來處理，但事實上它與一般授權書是有密切的關係。政府決定法律改革工作分兩期進行是有很好的理由。……政府首先設立機制推動更大程度的個人自主權，希望不會像其他各州那樣需要透過監管和管理機制來介入家庭事故。再者，那些導致監管令及／或管理令作出的個案也能以更有效的方法來處理……

按照昆士蘭法律改革委員會所擬訂的制度，有關授權書和持久授權書的法律會分別由兩條截然不同的法例來處理，而不是收納於一個綜合架構之內。昆士蘭法律改革委員會就持久授權書所作出的建議，重點在於如何使用持久授權書來代無能力作決定者作出決定。《監護及管理法令草案》已經發表並進行公眾諮詢……《授權書法令草案》的處理範圍不包括與財務決定有關的個案，而委任一名家人代作財務方面的決定是《監管及管理法令草案》草擬本的部分內容。”<sup>34</sup>

### 《1998 年授權書法令》

7.28 《1998 年授權書法令》的作用是綜合、修訂並改革規管一般授權書及持久授權書的法律，也有爲“預設健康指示”（advance health directives）作出規定，其要點如下：<sup>35</sup>

- 第 1 章是個人可以作出的各種授權和指示的概覽，這些授權和指示包括一般授權書、持久授權書、預設健康指示及普通法之下的授權書。第 1 章又訂明法令須與《2000 年監護及管理法令》一併理解，而後者是爲設立審裁處的計劃訂定條文的。值得注意的是審裁處可同意不提供或撤去某種維持生命的療法，也可同意進行某種特定的健康護理。<sup>36</sup>

<sup>34</sup> 見《昆士蘭議會議事錄》，《授權書法令草案》二讀，1998 年 4 月 23 日，第 909-911 頁。

<sup>35</sup> 見《1997 年授權書法令草案》的摘要說明，見以下網頁：<http://www.legislation.qld.gov.au/Bills/48PDF/1997/PowersofAttorneyB97E.pdf>（2003 年 7 月 18 日）。

<sup>36</sup> 見《1998 年授權書法令》第 6A(1)(c)條。

- 第 2 章保留了一般授權書的法定格式，對於涉及撤銷授權書的各項普通法原則也在法律上予以確認。
- 第 3 章所處理的是在主事人已喪失作出決定的行為能力之後仍然有效的持久授權書和“預設健康指示”。第 35 條特別容許一名成年人就健康事宜和特別健康事宜作出指示，並就該項指示提供資料。該名成年人即使在有人反對之下仍可作出指示，同意接受某種未來健康護理，亦可要求在特定的情況下不提供或撤去某些維持生命的療法，並授權受權人縱然有人反對仍可為進行健康護理而動用武力制約、搬動或控制主事人。值得注意的是“受權人或監護人不會就某項特定健康事宜獲授予權力，但主事人可在一項預設健康指示中就某項特定健康事宜作出指示。除此之外，審裁處也可在特殊情況之下同意進行特別健康護理。”<sup>37</sup> 在該法令中，特別健康護理的定義包括為主事人進行絕育、令主事人中止懷孕、讓主事人參與特別醫學研究或試驗性的健康護理、向主事人施行腦電盪療法或精神外科治療，以及為主事人特設的特別健康護理。<sup>38</sup> 至於訂明的特別健康護理，定義是根據《2000 年監護及管理法令》訂明的健康護理。<sup>39</sup> 在一項預設健康指示中所作出的不提供或撤去某種維持生命的療法的指示，除非開始或繼續進行該種療法不符合良好行醫實務，否則該項指示便屬無效（不提供或撤去人工營養或流體餵養者除外）。<sup>40</sup> “維持生命的療法”的定義包括心肺復甦法、人工輔助呼吸、人工營養及流體餵養，但不包括輸血在內。<sup>41</sup> “良好行醫實務”的定義是“經顧及公認的醫療標準和醫療專業的實務及程序……以及公認的醫療專業倫理標準……後，適用於醫療專業的良好行醫實務。”<sup>42</sup> 法令特別訂明，在一項預設健康指示中所作出的指示，相對於就健康事宜而授予受權人的一般或特定權力是有優先權的，而且預設健康指示亦不會因主事人變為行為能力受損者而遭撤銷。法令對訂立和撤銷持久授權書也有指明在形式上的各項規定。第 37 條訂明該法令並無任何條文授

---

<sup>37</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 2 第 6 條的註腳。

<sup>38</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 2 第 7 條。

<sup>39</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 2 第 17 條。

<sup>40</sup> 見《1998 年授權書法令》第 36 條。

<sup>41</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 2 第 5A 條。

<sup>42</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 2 第 5B 條。

權殺人，令殺人有理或開脫殺人罪責，亦不影響《刑法典》第 284 條或第 28 章，<sup>43</sup> 故此法令顯然絕無授權進行安樂死或助人自殺。<sup>44</sup> 為免出現利益衝突或濫用，若受權人成為某項院舍服務的服務提供者，而主事人是其院舍的入住者，則持久文件中授予受權人權利的部分均予撤銷。<sup>45</sup>

- 第 4 章載有條文授權一名“法定健康受權人”（statutory health attorney）代作健康護理決定。這名受權人是挑選自即時備有並且在文化上屬於適宜的人選名單，而一眾人選是包括“一名負責護理有關的成年人”的成年人在內。<sup>46</sup>  
“這是承認主要護理者所扮演的角色，是無能力作決定者的家人當中適合代其就健康事宜作出決定的一員。”<sup>47</sup> 如果名單上無人可用，那麼無能力作決定者的成年人監護人便是法定健康受權人。值得注意的是法定健康受權人就一名成年人的健康事宜作出決定的權力，並不包括“特別健康事宜”在內。對於主事人來說，特別健康事宜是指與主事人的特別健康護理有關的事宜。<sup>48</sup>
- 第 5 章載有條文保障不知某項權力無效但卻看似有行使該項權力的受權人。該名受權人不會因權力無效而令主事人或任何其他人負上法律責任。<sup>49</sup> 第 5 章也有訂明受權人以外的人，如果不知某項預設健康指示或某項根據一份持久文件而就一項健康事宜授予的權力屬於無效，依據該項指示行事或是看似有行使該項權力行事，該人不會因指示

---

<sup>43</sup> 原文引述如下：

《刑法典》——

**‘同意死亡無關重要**

284. 某人同意造成自己死亡，不影響造成該人死亡的人的刑事責任。’

第 28 章（殺人——自殺——隱瞞出生），包括——

**‘加速死亡**

296. 如某人作出任何加速另一人死亡的行為或不作為，而該另一人在該項行為作出或該項不作為作出之時正因某種由另一成因造成的疾患或疾病而受苦，該人是當作殺死該另一人。’

**‘助人自殺**

311. 任何人如——

(a) 促致另一人殺死自己；或

(b) 慫使另一人殺死自己並因此是誘使該另一人如此行事；或

(c) 協助另一人殺死自己；

即屬犯罪，可處終身監禁。’

<sup>44</sup> 見《昆士蘭議會議事錄》，《授權書法令草案》二讀，1997 年 10 月 8 日，第 3687 頁。

<sup>45</sup> 《1998 年授權書法令》第 59AA 條。

<sup>46</sup> 《1998 年授權書法令》第 63(1)(b)條。

<sup>47</sup> 見《昆士蘭議會議事錄》，《授權書法令草案》二讀，1997 年 10 月 8 日，第 3688 頁。

<sup>48</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 2 第 6 條。

<sup>49</sup> 見《1998 年授權書法令》第 98(2)條。

或權力無效而令有關的成年人或任何其他人士負上法律責任。<sup>50</sup> 健康服務提供者如果不知有關的成年人有作出預設健康指示，並不受後者所作出的預設健康指示影響。<sup>51</sup>

- 第 6 章確保最高法院的權力不但適用於根據法令訂立的文件，同時亦適用於所有授權書。第 6 章為最高法院就無能力的人有關方面保留了最高法院固有的稱為“政府監護權”的司法管轄權，<sup>52</sup> 並且訂明監護及管理審裁處就持久文件會獲賦予等同於最高法院的司法管轄權和權力。<sup>53</sup>
- 法令的第 7 章（關於成年人監護人）已被《2000 年監護及管理法令》廢除。<sup>54</sup>
- 法令的附表 1 載有一般原則。一名成年人是假定就某項事宜具有行為能力。<sup>55</sup> 附表 1 訂明受權人就一名成年人的健康事宜行使決定方面的權力，應以對該名成年人的權利造成最少限制的方式來行使，而行使該項權力對於促進和維持該名成年人的健康和福祉來說也應要適當。<sup>56</sup> 在決定某項權力的行使適當與否，受權人必須在切實可行的最大範圍內，確定有關的成年人的意見和願望並對之加以考慮，此外也須考慮其健康服務提供者所提供的資料。<sup>57</sup> 該名成年人的意見和願望，可用口頭或書面方式表達（例如在預設健康指示中示明），也可用任何其他方式表達，以行為來表達即其中一例。<sup>58</sup> 關於健康護理的原則，並不影響成年人拒絕接受健康護理的權利。<sup>59</sup>

## 《2000 年監護及管理法令》

7.29 正如其弁言所述，《2000 年監護及管理法令》的目的是：

“綜合、修訂和改革關於委任監護人及管理人以管理行為能力受損的成年人的個人及財政事務的法律，設立監

<sup>50</sup> 見《1998 年授權書法令》第 100 條。

<sup>51</sup> 見《1998 年授權書法令》第 102 條。

<sup>52</sup> 見《1998 年授權書法令》第 109 條。

<sup>53</sup> 見《1998 年授權書法令》第 109A 條。

<sup>54</sup> 《2000 年監護及管理法令》第 8 號，第 263 條，附表 3 第 29 條。

<sup>55</sup> 見《1998 年授權書法令》附表 1 第 1 條。

<sup>56</sup> 《1998 年授權書法令》附表 1 第 12(1)條。

<sup>57</sup> 附表 1 第 12(2)條。

<sup>58</sup> 附表 1 第 12(3)條。

<sup>59</sup> 附表 1 第 12(4)條。

護及管理審裁處，令成年人監護人的職位得以繼續存在，設置公眾推廣人（Public Advocate）一職，並為其他目的而訂立。”

7.30 《2000年監護及管理法令》的目的，是在行為能力受損的成年人得享最大可能程度的作決定自主權權利，與該名成年人在作決定之上獲得充分而恰當的支持的權利之間，取得適度平衡。<sup>60</sup>

7.31 《2000年監護及管理法令》應與《1998年授權書法令》一併理解。假若《1998年授權書法令》與《2000年監護及管理法令》兩者之間有不一致的地方，須以後者為準。<sup>61</sup>

7.32 根據《2000年監護及管理法令》所委任的監護人，只可就個人事宜而獲委任。<sup>62</sup> 在法令的附表2中，個人事宜的定義是與有關成年人的護理有關的事宜（特別個人事宜或特別健康事宜除外），該名成年人的健康護理或福利也在這範圍之內，包括：

- 該名成年人居於何處，
- 各種日常問題，衣食即其中例子，
- 該名成年人的健康護理，
- 與該名成年人的財務或財產事宜無關的法律事宜，以及
- 是否同意對該名成年人進行科學鑑證檢驗。

7.33 根據《2000年監護及管理法令》就涉及行為能力受損的成年人事宜而履行職能或行使權力的個人或其他機構，必須應用附表1中所述明的一般原則（若是關乎健康事宜者，則必須應用健康護理原則）。<sup>63</sup>

7.34 監護及管理審裁處如信納一名成年人是行為能力受損，可藉命令委任一名處理某項個人事宜的監護人。審裁處可自行作出命令，或應該名成年人、其監護人或一名有利害關係的人的申請而作出命令。<sup>64</sup> 有利害關係的人是指與行為能力受損者有充分而持續的利害關

---

<sup>60</sup> 《2000年監護及管理法令》第6條。

<sup>61</sup> 《2000年監護及管理法令》第8(2)條。

<sup>62</sup> 見第9條。

<sup>63</sup> 見第11條。

<sup>64</sup> 見第12條。

係的人。審裁處可裁定某人究竟是此法令所指的有利害關係的人，抑或是《1998年授權書法令》所指的有利害關係的人。<sup>65</sup>

7.35 除第74條另有規定外，<sup>66</sup>第14條訂明不得委任任何人為特別個人事宜或特別健康事宜的監護人。委任令可包括就如何使用所賦權力而作出的宣布、命令、指示、建議或意見。<sup>67</sup>

7.36 第62條列明第5章第2部第1分部的範圍，該分部訂明特別健康護理以外的健康護理可在未經同意的情況下進行。

7.37 第63條訂明可在未經同意的情況下提供特別健康護理以外的緊急健康護理。此條所涵蓋的情況有兩種。第一種情況是如健康服務提供者認為一名成年人在健康事宜方面的行為能力受損，而為了應付該名成年人生命或健康上有迫切性的危險，須緊急進行某項健康護理，又除非健康服務提供者知道該名成年人已有預設醫療指示，指明反對接受該項健康護理，否則該項健康護理即可進行。第二種情況是如健康服務提供者認為一名成年人在健康事宜方面的行為能力受損，而為免該名成年人承受重大痛楚或苦痛是有必要緊急進行某項健康護理，但若要取得可根據法令或《1998年授權書》給予同意的人的同意卻不是合理地切實可行，那麼便可進行該項健康護理。<sup>68</sup>

7.38 第63A條特別處理在嚴重緊急情況中的維持生命的療法。如一名成年人的健康服務提供者認為該名成年人在有關的健康事宜上行為能力受損，則可在未經同意的情況下對該名成年人不提供或撤去某種維持生命的療法。如果對該名成年人開始或繼續進行該種療法是不符合良好的行醫實務，便須即時作出不提供或撤去該種療法的決定，以符合良好的行醫實務。值得注意的是如健康服務提供者知道該名成年人反對不提供或撤去該種療法，則不得在未經同意的情況下不提供或撤去該種療法。<sup>69</sup>

7.39 除非一名成年人的健康服務提供者認為開始或繼續進行某種維持生命的療法是不符合良好的行醫實務，否則關於對該名成年人不提供或撤去該種療法一事所給予的同意不得生效。<sup>70</sup>

---

<sup>65</sup> 第126條。

<sup>66</sup> 第74條訂明審裁處可委任一名或多名有獲委資格的人為有關成年人的監護人，並可賦予該名或該等監護人權力同意讓該名成年人繼續接受特別健康護理，或同意對該名成年人進行相類的特別健康護理。

<sup>67</sup> 見《2000年監護及管理法令》第74(2)條。

<sup>68</sup> 見《1999年監護及管理法令草案》的摘要說明，第5章第2部第1分部。

<sup>69</sup> 《2000年監護及管理法令》第63A(2)條。

<sup>70</sup> 見《2000年監護及管理法令》第66A(2)條。

7.40 如健康服務提供者認為某項簡單兼無爭議性的健康護理，對促進一名行為能力受損的成年人的健康和福祉是有必要的，則法令第 64 條容許在未經同意的情況下為該名成年人進行該項健康護理，但該項健康護理必須是一種最能促進該名成年人的健康和福祉的健康護理，並且必須是簡單兼無爭議性的。除此之外，該名成年人必須不反對該項健康護理，而健康服務提供者則應該是不知道（或不能合理地期望健康服務提供者知道）根據法令或《1998 年授權書法令》可作出決定的人已有就該項健康護理作出決定，又或健康服務提供者應該是不知道某些與該名成年人有充分而持續的利害關係的人之間，對於是否進行該項健康護理或該名成年人是否就健康事宜具有行為能力有任何爭議。健康服務提供者必須在該名成年人的臨床紀錄中核證這項健康護理的詳情。<sup>71</sup>

7.41 第 5 章第 2 部第 2 分部所處理的是經同意而進行的健康護理及特別護理：<sup>72</sup>

- 第 65 條訂明處理特別健康事宜的高低層次。首先，如一名成年人已有就某項特別健康事宜作出預設健康指示，該項事宜便只能根據該指示而處理。如果沒有預設健康指示但另一機構已獲授權處理該項事宜，則該項事宜只能由該機構處理。最後，如果既無預設健康指示亦無獲授權的機構，而審裁處又有就該項事宜作出命令，該項事宜便只能根據該命令而處理。
- 第 66 條是為行為能力受損的成年人訂明處理健康事宜的高低層次。如該名成年人已有就某項健康事宜作出預設健康指示，該項事宜便只能根據該指示而處理。如果沒有預設健康指示而審裁處又有就該項事宜委任一名或多名監護人，或有就該項事宜作出命令，則該項事宜只能交由該名或該等監護人處理，或是根據該命令予以處理。如果既無預設健康指示，亦無審裁處所委任的監護人或審裁處命令，但該名成年人已有就該項事宜發出持久授權書，則該項事宜便只能交由根據持久授權書獲委任的受權人處理。如果預設健康指示、經審裁處委任的監護人、審裁處命令或根據授權書委任的受權人一概欠奉，則該項事宜只能交由法定健康受權人處理。

---

<sup>71</sup> 見《2000 年監護及管理法令》第 64(3)條。

<sup>72</sup> 見《1999 年監護及管理法令草案》的摘要說明，第 5 章第 2 部第 2 分部。

- 第 67 條訂明一名行為能力受損的成年人若是反對接受某項特定健康護理，任何代該名成年人就該項健康事宜所給予的同意通常是無效的。不過，假若該名成年人對該項健康護理會涉及些甚麼及／或為何需要進行該項護理了解甚淺或毫不了解，而建議進行的健康護理對該名成年人的好處又蓋過任何有可能造成的苦痛，則可以不理會該名成年人的反對；但這項不理會反對的權力，並不適用於身體組織捐贈、參與特別醫學研究、試驗性的健康護理或認可的臨床研究，以及不提供或撤去維持生命的療法。

7.42 以下是法令第 5 章第 3 部就特別健康護理所給予的同意作出的規管：<sup>73</sup>

- 第 68 條賦權審裁處代一名成年人同意接受特別護理，但腦電盪療法或精神外科治療除外。“特別健康護理”的定義見於附表 2。第 68 條又訂明如果另一機構已獲法令授權就訂明的特別健康護理（即須由規例訂明的進一步特別健康護理）作出決定，審裁處便沒有權力作出該項決定。
- 第 69 條容許審裁處同意從行為能力受損的成年人身上切除組織以捐贈予另一人，但審裁處必須信納所指明的各項事宜。假若該名成年人反對有關的健康護理，審裁處便不能給予同意。如審裁處同意切除身體組織作捐贈之用，則審裁處命令必須指明所建議的受惠者是何人。
- 第 70 及 71 條分別規管審裁處就行為能力受損的成年人進行絕育或終止懷孕所給予的同意。
- 第 72 條訂明審裁處可同意讓一名行為能力受損的成年人參與特別醫學研究或試驗性的健康護理；該項研究或健康護理必須是與該名成年人的病況有關，或是該名成年人的病況會令他面對重大的風險，又或者該項研究或健康護理的目的是取得可用於診斷和治療影響該名成年人的疾病的知識。審裁處只可在信納本條所指明的各項事宜的情況下同意讓該名成年人參與特別醫學研究或試驗性的健康護理，以便診斷或治療該名成年人。如果該名成年人反對該項研究或健康護理，又或者該名成年人在一份持久文件

---

<sup>73</sup> 見《1999 年監護及管理法令草案》的摘要說明，第 5 章第 3 部。

中已表明不願意參與該項研究或健康護理，則審裁處不得給予同意。

- 第 73 條訂明如果另一機構就訂明的特別健康護理未有獲得授權可給予同意，則審裁處可獲賦權給予同意，但該項同意須受任何可由規則訂明的事宜所規限。
- 第 74 條訂明如審裁處已就某項特別健康護理給予同意，審裁處可委任一名或多名有獲委資格的人為有關成年人的監護人，並賦予他們權力同意繼續進行該項特別健康護理或在該名成年人身上進行相類的特別健康護理。監護人在根據本條行使同意的權力時，必須應用附表 1 所列明的一般原則和健康護理原則。

7.43 第 5 章第 4 部載有保障健康服務提供者的條文：

“如某人曾向提供健康護理給一名成年人的健康服務者表述自己有權就一項健康事宜或特別健康事宜行使權力，而該人是聲稱自己正行使該項權力，則健康服務提供者在按此行事的範圍之內，是當作已得到該名成年人同意行使該項權力。”<sup>74</sup>

7.44 第 79 條訂有刑事制裁，令到向行為能力受損的成年人進行健康護理成為罪行，但獲授權者屬於例外。

7.45 向一名成年人進行健康護理的人，如獲授權便無須為任何作為或不作為負上法律責任，其免責程度一如該項作為或不作為是得到該名成年人的同意而該名成年人又同時具有行為能力可給予該項同意。<sup>75</sup>

7.46 第 81 至 114 條所處理的是“監護及管理審裁處”的設立、職能及權力。

7.47 第 8 章第 1 部是為成年人監護人的設置、職能及權力訂定條文：<sup>76</sup>

- 第 173 條訂明必須設有成年人監護人。

---

<sup>74</sup> 第 77 條。

<sup>75</sup> 《2000 年監護及管理法令》第 80 條。

<sup>76</sup> 見《1999 年監護及管理法令草案》的摘要說明，第 8 章第 1 部。

- 第 174 條列明成年人監護人的作用是保障行爲能力受損的成年人的權利和利益。成年人監護人的法定職能包括保護行爲能力受損的成年人，免其受到忽略、剝削或虐待，以及在有人投訴或指控那些根據在法令下所作出的授權書、預設健康指示或審裁處命令行事的人或聲稱有如此根據行事的人的行爲時，展開調查。
- 第 175 條訂明成年人監護人可作出任何爲履行成年人監護人職能所需的事情或任何令該等職能便於履行的事情。

7.48 第 8 章第 2 部是爲成年人監護人的調查權力訂定條文。第 180 條訂明成年人監護人可調查以下投訴或指控：

- (a) 行爲能力受損的成年人正被或曾受忽略、剝削或虐待；或
- (b) 行爲能力受損的成年人在代作決定方面的安排不恰當或不足夠。

7.49 第 8 章第 3 部是爲成年人監護人的保護權力訂定條文。第 197 條訂明如成年人監護人認爲有合理理據，懷疑某名行爲能力受損的成年人由於受忽略（包括自我忽略）、剝削或虐待而有受到傷害的即時風險，成年人監護人可向審裁處申請手令以進入某地並移走該名成年人。

7.50 法令的第 9 章爲公眾推廣人的設置、職能及權力訂定條文。第 209 條有列明公眾推廣人的職能，它們包括促進和保障行爲能力受損的成年人的權利，促進對該等成年人的保護，使其免受忽略、剝削或虐待，以及鼓勵推展各種計劃，以協助該等成年人達到切實可行的最大程度自主權。

7.51 法令的第 11 章第 2 部列明法令與法院現有司法管轄權之間的關係。第 239 條訂明法令並不影響最高法院、區域法院或裁判法院的法院規則中關於在法律上無行爲能力的人的訴訟監護人的規定。第 240 條訂明最高法院的固有司法管轄權（包括稱爲“政府監護權”的司法管轄權）不受法令的影響。第 241 條訂明最高法院如認爲恰當，可將屬於審裁處司法管轄權範圍以內的法律程序移交審裁處，而審裁處如認爲恰當，也可將屬於最高法院司法管轄權範圍以內的法律程序移交最高法院。是項移交可由最高法院或審裁處自行作出或應法律程序的活躍一方的申請而作出。

7.52 第 247 條為保障“告密者”而訂明條文。就某人違反《2000 年監護及管理法令》或《1998 年授權書法令》的行為向官員透露資料的人，是不會因此而在民事或刑事上或在行政程序之下負上法律責任。在不對該廣泛保障造成限制的情況下，該條又訂明在誹謗的法律程序中，資料透露者可用絕對特權作為發布所透露的資料的免責辯護。

### 《2000 年精神健康法令》

7.53 這項法令廢除了《1974 年精神健康法令》，目的是為精神病患者的自願接受評估和治療訂定條文，並同時保障精神病患者的權利。<sup>77</sup> 這項法令完全取代了《1974 年精神健康法令》。

7.54 有關法例是“為無能力同意接受或無理地反對接受治療的人提供精神病治療而有必要訂立”，<sup>78</sup> 但當中並無任何條文阻止某人以自願病人的身分入院。<sup>79</sup>

7.55 法令第 8 條訂下在施行有關精神病患者的法令時所要遵守的一般原則，它們包括：

- 人人得享相同基本人權的權利，必須獲認同並予以考慮；
- 個人應獲鼓勵參與作出影響自己生命的決定，特別是關於治療方面的決定；
- 在作出關於某人的決定時，須考慮該人的意見及其家人或護理者所受的影響；
- 須假定個人是有行為能力作出關於自身評估和治療的決定；
- 須扶助個人發揮在身體、社交、心理和情感各方面的最大潛能、得享優質生活及達致自力更生；
- 必須考慮個人的年齡相關需要、性別相關需要、在宗教、文化、語言、溝通等方面的需要，以及其他特別需要；以及

---

<sup>77</sup> 《2000 年精神健康法令》第 4 條。

<sup>78</sup> 見《2000 年精神健康法令草案》的摘要說明，第 4 頁。

<sup>79</sup> 《2000 年精神健康法令》第 6 條訂明“本法令並不阻止精神病患者以非自願病人以外的身分，由認可的精神健康服務機構收為住院病人或於該處接受評估或治療。”

- 根據法令而提供的治療，必須在合乎促進並維持精神病患者的精神健康和福祉的情況下才可向精神病患者施行。

7.56 “精神病”在該法令中的定義是“一種疾病，其特色是在臨床上的思想、情緒、認知或記憶方面受到嚴重困擾”，<sup>80</sup> 但第 12(2) 條訂明此定義有例外的情況：

“不得單純因以下一種或多種情況而認為某人是患有精神病——

- (a) 該人持有或拒絕持有某種宗教、文化、哲學或政治信仰或看法；
- (b) 該人是某個種族群體的成員；
- (c) 該人具有某種經濟或社會地位；
- (d) 該人具有某種性偏好或性取向；
- (e) 該人有性濫交；
- (f) 該人有不道德或猥褻行爲；
- (g) 該人吸毒或飲酒；
- (h) 該人心智失能；
- (i) 該人有反社會行爲或不法行爲；
- (j) 該人曾經或現正涉及家庭糾紛；
- (k) 該人以前曾接受精神病治療或曾接受非自願性評估或治療。

(3) 第(2)款〔即第 12(2)條〕的規定，不會令該款所述的人不罹患精神病。”

## 加拿大：艾伯塔

### 法律改革建議

7.57 艾伯塔法律改革學會（Alberta Law Reform Institute）曾研究關於個人健康護理的預設指示及代作決定的法律。學會於 1991 年 11 月發表一份“討論報告書”，<sup>81</sup> 並於 1993 年聯同健康法律學會（Health Law Institute）發表最後報告書。該報告書把艾伯塔省的法律撮錄如下：

“1. 如果一名成年人（非自願精神病人（involuntary psychiatric patient）除外）是精神上無能力就接受醫治給予

---

<sup>80</sup> 《2000 年精神健康法令》第 12 條。

<sup>81</sup> 第 11 號討論報告書，*Advance Directives and Substitute Decision-Making in Personal Health Care*。

同意，根據《無獨立能力成年人法令》（*Dependent Adults Act*）所委任的監護人，便是唯一具有法律權力可代該名成年人給予同意的人。

2. 若符合以下情況，便可完全不經任何人同意而向精神上無能力作決定的人施行治療：(a)治療是有即時必要以維持該人的生命或健康，或(b)該人沒有監護人，但有兩名醫生發出證明書，<sup>82</sup> 述明該人需要接受治療但卻沒有能力給予同意。

3. 若法例未有作出規定，一般的假定是預設健康護理指示（通常稱為‘生前預囑’）並無法律效力，但安大略近期的案例法<sup>83</sup> 令此假定產生重大疑問。在艾伯塔的法律之下的情況現今仍未明朗。

4. 根據艾伯塔現有的法律，委任受權人並授予他權力以便在主事人精神上無行為能力之時代其作出健康護理決定，很可能屬於無效。”<sup>84</sup>

7.58 報告書批評現有法律未能教人滿意，主要是基於兩大原因：<sup>85</sup>

“第一，現有法律使醫護專業人員處於十分為難的境況。法律一方面規定在施行治療前須先取得病人同意，但另一方面卻沒有訂立切實可行的機制，令他們能在病人精神上無能力同意的情況下取得其同意。這樣很可能會令病人不能及時得到妥善治療。關於一些重要的問題，例如生前預囑及其他預設健康護理指示的法律效力，醫護專業人員所面對的是一片不明朗，這一點是不能接受的。

現有法律的另一不足之處，便是沒有為個人提供一個機制，令個人可就自己日後無行為能力時的健康護理決定作出計劃。”

---

<sup>82</sup> 依據《無獨立能力成年人法令》第 29 條。

<sup>83</sup> 所舉案例為 *Malette v Shulman* (1990) 72 O.R. (2d) 417 (C.A.)。

<sup>84</sup> 艾伯塔法律改革學會，第 64 號報告書（這是艾伯塔法律改革學會聯同健康法律學會發表的報告書），*Advance Directives and Substitute Decision-Making in Personal Healthcare* (1993 年)，第 4 頁。

<sup>85</sup> 艾伯塔法律改革學會，第 64 號報告書（這是艾伯塔法律改革學會聯同健康法律學會發表的報告書），*Advance Directives and Substitute Decision-Making in Personal Healthcare* (1993 年)，第 4-5 頁。

7.59 加拿大法律改革機構聯會（Federation of Law Reform Agencies of Canada）曾編製一份關於法律改革活動的摘要，把艾伯塔法律改革學會所發表的報告書中作出的批評和改革建議撮錄如下：<sup>86</sup>

“報告書建議訂立法例，就健康護理指示給予法律效力。一項指示是可以委任代理人，在指示作出者沒有行為能力的時候代他作出健康護理決定，也可以指明他本人不希望由誰人出任健康護理代表（healthcare proxy），最後還可以作出特別指示，說明在某些指明的情況之下該怎麼辦。

第 2 項主要建議是為未有委任健康護理代理人（healthcare agent）的病人設立一個代作決定的後備機制，方法是編定一份作決定的代表（proxy decision-maker）的法定名單，而各名代表的先後次序大致上是按他與病人的親疏關係來決定。

健康護理代理人也好，健康護理代表也好，在決定甚麼健康護理決定才是正確之時都是分三階段行事。代理人或代表首先會按病人所作出的明確相關指示行事，如無該等指示便要找出病人若有行為能力的話相信會作出的決定。假如這個做法也不成，代理人或代表最後只好代為作出最符合病人利益的決定。

這個建議設立的機制，目的是訂立預設醫療指示，給予健康護理代決人清楚而明確的指示，令問題得以解決而無須提起會做成拖延的訴訟。為了鼓勵大家使用預設醫療指示，訂立這類文件的手續是比較簡單直接的，只是規定必須慎重考慮有關指示，而文件則必須加以簽署並且要有人見證。”

### 《1996 年個人指示法令》

7.60 在 1996 年，一條《個人指示法令》（Personal Directives Act）經諮詢公眾後制定。這項法例的主要原則，從艾伯塔立法議會的議員 Carol Haley 於動議二讀法令草案時所作發表的演辭內容可見一斑：<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> *Canadian Law Reform 1992/93*，第 64 號報告書，見以下網頁：<http://www.bcli.org/pages/links/fofra/clr92-93.htm> (07/12/2001)。

<sup>87</sup> <http://199.213.89.9:8080/ISYSquery/frame/IHT3699.c> 第 46 頁（2001 年 12 月 7 日）。

“此項法例的主要原則，便是範圍廣闊，以致所有非財務上的個人事宜——例如健康護理、居住地點、社交、娛樂及教育活動的參與，以及法律事務——均可納入個人指示範圍之內。我們希望能確保作出個人指示是簡單之事，無須律師參與其事。我們〔有〕在此項法例中規定作出個人指示必須絕對自願。我們明確地訂有禁令，規定個人指示中不得包含任何不合法的指示。代理人在為某人作出決定時，必須遵從個人指示中與決定相關的明確指示。如果是沒有指示的話，代理人便必須試圖作出該人基於本身意願、信念及價值觀本會作出的決定。如果無從得知該人的意願、信念及價值觀，則代理人必須作出看來是符合該人的最佳利益的決定。最後的一點是〔此項法例確認〕法庭具有最終權力，可解決關於個人指示或代理人所作決定是否有效力的爭議，……

根據建議制定的法令草案，任何年齡最少是 18 歲並明白個人指示的性質和後果的艾伯塔人均可作出個人指示。個人指示若要有效，必須以書面作出，註明日期，並由個人及一名見證人簽署。個人指示可載有任何關於個人事宜的資料或指示，包括委任一名或多於一名的代理人、指明代理人的權力、給予關於特別決定的指示、指名某人負責評估個人的行為能力以便個人指示得以生效，或簡略述明代理人應如何作出決定。

個人指示只在個人欠缺行為能力作出關於個人事宜的決定之時才會生效。該指示會在下述兩種情況下生效：指示中所指名的人經徵詢醫生或心理學家的意見後裁定有關個人是欠缺行為能力之時；若指示並無指名任何人，則在兩名服務提供者（其中一名必須是醫生或心理學家）裁定該人是欠缺行為能力之時生效。法庭會具有最終權力，可解決與個人指示的效力有關的問題、個人或代理人的行為能力，或代理人所作的特別決定等事宜的爭議。……

〔個人指示〕的範圍會涵蓋所有非財務性質的個人事宜，不會僅限於健康護理決定。……由選自最近親名單中的親屬代作決定此一觀念會被棄用，而可在個人指示中作出的指示，其範圍則會擴大，容許個人指明由某人來評估其行為能力，以便個人指示得以生效。”

7.61 “服務提供者”在法令中的定義是經營或受僱為某人提供個人服務的人或從事提供專業個人服務的人，而提供該項服務是需要該人在被提供服務之前先作出個人決定的。<sup>88</sup> 至於“個人服務”，是指就個人事宜而提供的服務。<sup>89</sup>

7.62 法令第 28(3)條訂有保障條文：

“如作出個人指示的人已作出以下事情，而代理人或服務提供者（視屬何情況而定）是不知情的，則不得因代理人或服務提供者依據該項個人指示且基於真誠所作出之事或忽略作出之事而對代理人或服務提供者提出訴訟：

- (a) 改變或撤銷個人指示；或
- (b) 撤銷授予代理人的權力。”<sup>90</sup>

## 加拿大：馬尼托巴

7.63 馬尼托巴法律改革委員會（Law Reform Commission of Manitoba）也有處理這方面的問題，並於 1991 年<sup>91</sup> 以及 2003 年<sup>92</sup> 發表報告書，而在 1991 年發表的報告書令《1992 年健康護理指示法令》（Health Care Directives Act 1992）得以制定。

### 《健康護理指示法令》

7.64 此項法例的主要原則如下：

- 如果一名成年人日後無行為能力或無法把自己的意願告知別人，個人健康護理指示或生前預囑可就醫療或其他治療的性質和程度向家人和醫生作出指示。
- 該名成年人可限定醫治的範圍，並委任某人代其作出有關決定。

---

<sup>88</sup> 見《1996 年個人指示法令》第 1(n)條。

<sup>89</sup> 《1996 年個人指示法令》第 1(m)條。

<sup>90</sup> 承蒙艾伯塔女皇印務局（Alberta Queen’s Printer）允許轉載。

<sup>91</sup> *Self-Determination in Health Care (Living Wills and Health Care Proxies)*，（第 74 號報告書，1991 年）。

<sup>92</sup> 馬尼托巴法律改革委員會，*Withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*，（第 109 號報告書，2003 年）。

- 此項法例提供了一些法律上的保證，令生前預囑受到家人和醫療專業的尊重。

7.65 在嚴重的情況中，例如需用上心肺復甦法此極端的方法，又或者個人的生命是長時間倚賴維持生命儀器來維持，健康護理指示便大有機會發揮最高影響力。不過，若健康護理指示包括指明成年人意欲在罹患痛苦而又致命的疾病時接受安樂死，該項指示便不會獲得遵從，因為這樣做會違反法律。<sup>93</sup>

7.66 年滿 16 歲或以上的人，均具有行爲能力根據法令作出健康決定。<sup>94</sup>

7.67 第 5 條訂明“健康護理指示可表明作出者的健康護理決定是甚麼，或可委任代表<sup>95</sup>代爲作出健康護理決定，又或兩者兼備。”

7.68 健康護理指示在形式上的規定如下：<sup>96</sup>

- 指示必須以書面作出，並註明日期；以及
- 指示必須由作出者簽署，或由另一人按作出者的指示並在其面前簽署。在後者的情況中，負責簽署的人不可以是指示中所委任的代表或代表的配偶，指示作出者亦須在見證人面前對簽署加以確認，而見證人也不得由指示中所委任的代表或代表的配偶出任，並須在作出者面前以見證人的身分簽署指示。

7.69 值得注意的是第 9(2)條訂明，如婚姻已因離婚而告終結，以配偶作爲代表的委任會自動撤銷。

7.70 與其他司法管轄區的法例條文相類的便是代表必須按照某些原則行事，特別是如果代表得知健康指示作出者在具有行爲能力之時曾表明有關的意願，並且相信指示作出者若具有行爲能力的話便仍會按該等意願來行事，而假使該等意願又比健康指示中所表示的決定較近期，則必須遵從該等意願。<sup>97</sup>

---

<sup>93</sup> 馬尼托巴法律改革委員會，*Adult Protection and Elder Abuse*，（第 103 號報告書，1999 年），第 22 頁。

<sup>94</sup> “健康護理決定”的定義是同意接受治療、拒絕同意接受治療或撤回對接受治療的同意。

<sup>95</sup> “代表”指在指示中獲委任以代指示作出者作出健康護理決定的人。

<sup>96</sup> 《健康護理指示法令》第 8 條。

<sup>97</sup> 《健康護理指示法令》第 13(3)條。

7.71 代表所具有的同意權力，在範圍上也是有限制。舉例來說，代表不得對以下各者表示同意：絕育、從健康指示作出者的身上切除組織或是為進行研究這個主要目的而施行的醫治。<sup>98</sup>

7.72 法令亦訂有條文，保障代表在出於真誠而行事之時免負法律責任，<sup>99</sup> 並且假定健康指示是有效的。<sup>100</sup>

7.73 法令第 25 條明文保存了普通法之下的各項現有權利。

### **馬尼托巴法律改革委員會就不提供或撤回維持生命治療而發表的報告書**

7.74 馬尼托巴法律改革委員會繼 2002 年發出一份關於不提供或撤回維持生命治療的討論文件後，於 2003 年 12 月發表了有關報告書。<sup>101</sup> 該報告書的摘要將報告書內所研究的問題撮錄如下：

“它探討了一系列關於在人們臨終時作出醫療決定的問題，包括現代科技將生命延長至超越其自然極限的能力、提供不具療效而且可能造成額外傷害的維持生命治療是否適當、病人與醫生及其他持有相關利益的人之間的對立權益、作出不提供或撤去維持生命治療這項決定的最終權力授予誰人，以及應在作出決定的過程中作為指引的原則和程序。”<sup>102</sup>

7.75 報告書概述應引導在病人臨終時作出醫療決定的政策和程序，並為施行這些政策和程序作出建議。馬尼托巴法律改革委員會認為某些基本原則和政策應在管控不提供或撤去維持生命治療的規則或架構中獲得反映。以下所列是其中一些原則和程序：

- 對於不提供或撤去維持生命治療，所有健康護理機構必須有統一的處理方法和程序。
- 為了讓人們大致上明白如何作出有關決定，作出決定的過程必須清楚和坦白，而且不僅須明確地告知病人及其家屬，亦須明確地向公眾交代。

---

<sup>98</sup> 《健康護理指示法令》第 14 條。

<sup>99</sup> 《健康護理指示法令》第 19 條。

<sup>100</sup> 《健康護理指示法令》第 23 條。

<sup>101</sup> 馬尼托巴法律改革委員會，第 109 號報告書。

<sup>102</sup> 馬尼托巴法律改革委員會，*Report on withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*，第 106 頁。

- 必須將重點放在作出決定的過程之上，而非擬定看似是主宰有關決定的具體規則之上。這個過程在設計上必須便利醫生與病人或其作決定的替代人達成協議。
- 如果醫生與病人或其作決定的替代人未能就採取甚麼行動是為適當達成協議，病人必須獲給予機會向一名並非其醫護小組成員的醫生尋求獨立的第二意見及／或要求轉由另一名願意接手的醫生負責其護理。
- 委員會不贊成病人有權無限期接受維持生命治療。自主地作出決定及個人掌控臨終時的所有醫療決定，起初看來十分吸引，但接受維持生命治療的權利若沒有任何限制，可能會導致人們提出無限期施行不適當的治療這種不合理的要求。
- 當為達致共識而設計的程序已經無法推行亦無轉圜餘地時，尋求法院裁決的最後一步行動仍然可供選擇。

7.76 馬尼托巴法律改革委員會並不建議報告書中概述的原則應透過立法落實。該報告書的摘要將委員會對於落實上述原則的看法撮錄如下：

“委員會不贊成透過立法落實這些原則。委員會寧可見這些原則載於馬尼托巴的內外科醫學院（College of Physicians and Surgeons）的聲明或附例中。……我們也建議在馬尼托巴的其他健康護理機構、會社及有提供健康護理的團體，在內外科醫學院的政策書一經修訂後即予採納，以反映我們的忠告。我們懇請這些健康護理提供者將這份政策書用作它們本身的規章和程序的樣板。

我們預見一個渾然一體和互相配合的處理方法，可以在作出決定這方面達致最大的共識而毋須把提供不適當的醫療護理的束縛強加於醫生身上。這個處理方法再加上為病人臨終時作出醫療決定的過程進行廣泛的公眾教育以及認知活動，將會對馬尼托巴的居民大有幫助。”<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> 馬尼托巴法律改革委員會，*Report on withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*，第 108 頁。

## 英格蘭與威爾斯

### 現有法律

7.77 在英格蘭，規管關乎精神上無行為能力的法規是《1983年精神健康法令》（Mental Health Act 1983）（下稱“法令”）。法令的條文大致上與《1997年精神健康（修訂）條例》未制定前的《精神健康條例》（第136章）（下稱“條例”）的條文相類。

7.78 法令的第 I 部訂明該部適用於“精神紊亂”的病人。法令中的“精神紊亂”一詞定義與條例中所用者相類。《精神健康（修訂）條例》把“弱智”人士也納入該詞定義之中，令到條例的適用範圍更加廣闊。

7.79 法令的第 II 部就強迫入院的民事程序及就精神紊亂病人的監護事宜訂定條文。在監護申請中被指名為監護人的人，可以是本地社會服務機構或任何其他人士。<sup>104</sup>

7.80 有關地方的當地社會服務機構，如經國務大臣許可，即可就受到監護的精神紊亂病人作出安排。

7.81 在國務大臣所訂立的規則規限下，監護申請賦予監護人以下權力：<sup>105</sup>

- “(a) 規定病人須居住在該機構或被指名為監護人的人所指明的地方的權力；
- (b) 規定病人為接受醫治、職業、教育或訓練的目的而於如此指明的時間到如此指明的地方的權力；
- (c) 規定給予任何註冊醫生、認可社會工作者或其他人在病人所居住的任何地方接觸該病人的權力。”

7.82 第 25A 至 25J 條為病人離開醫院後的善後服務監管訂定條文。

7.83 第 III 部所處理的是涉及刑事法律程序或正被判刑的病人。若法庭認為一名犯人犯皇室法庭或裁判法院裁定犯了一項可處以監禁的罪行，而該人是患有精神紊亂，並且按其情況可對他作出入院令

---

<sup>104</sup> 見《1983年精神健康法令》第7(5)條。

<sup>105</sup> 見《1983年精神健康法令》第8條。

或臨時入院令，則法庭可應兩名註冊醫生所作出的書面或口頭證供作出上述命令。<sup>106</sup> 除此之外，法庭亦可對該人作出監護令。在後者的情況中，該人會由當地社會服務機構或另一名獲該機構認可的人監護。<sup>107</sup>

7.84 第 IV 部對關於醫治精神病所給予的同意作出規管。

7.85 第 V 部透過設立精神健康覆核審裁處而提供覆核機制。審裁處是處理有關精神紊亂病人的申請和案件轉介事宜。申請可就下述事項提出：入院接受評估、入院接受治療、監護申請，由監護轉移入院以及出院等。<sup>108</sup>

7.86 第 VI 部所處理的是在聯合王國境內移走及送還病人。

7.87 第 VII 部（已被《2005 年精神行為能力法令》廢除）是處理精神紊亂病人的財產管理和事務。法令第 VII 部所賦予法官的職能可由司法大臣、最高法院所指定的法官、司法大臣所指定的保護法庭（Court of Protection）聆案官（“指定法官”）及保護法庭的其他人員（“指定人員”）行使。<sup>109</sup> 法官在管理病人的事務時，必須顧及債權人的利益，也要考慮是否適宜為病人的債務預留款項。<sup>110</sup>

### **現有法律的不足之處**

7.88 英格蘭法律委員會（English Law Commission）（下稱“法律委員會”）於 1995 年發表《精神上無行為能力報告書》（Report on Mental Incapacity），對此範疇法律的主要相關問題有精闢的說明。法律委員會稱該報告書是“試圖為一條單一問題提供一套合乎邏輯的新答案。這條問題簡單來說便是‘誰來決定？’”<sup>111</sup>

### **有關問題**

7.89 雖然有很多根據《1983 年精神健康法令》而被羈留於醫院的病人可能是欠缺作決定的行為能力，最少就某些事宜來說情況是暫時如此，但安排他們入院的醫生和社會工作者均沒有關注這個行為能力的問題。1983 年法令所提出的問題反而是“可有必要為病人的健

---

<sup>106</sup> 見《1983 年精神健康法令》第 37 及 38 條。

<sup>107</sup> 見《1983 年精神健康法令》第 37 條。

<sup>108</sup> 見《1983 年精神健康法令》第 66 條。

<sup>109</sup> 見《1983 年精神健康法令》第 94 條，該條文已被《2005 年精神行為能力法令》廢除。

<sup>110</sup> 見《1983 年精神健康法令》第 95 條，該條文已被《2005 年精神行為能力法令》廢除。

<sup>111</sup> 法律委員會，*Report on Mental Incapacity* (1995)，法律委員會第 231 號報告書，第 2.1 段。

康或安全或為保障他人而規定病人須接受治療。”<sup>112</sup> 正如第 6 章指出，在 *B 訴 Croydon District Health Authority* 一案中，法庭裁定病人確是有行為能力可拒絕接受提供給她的治療，而案中病人也正是拒絕接受治療，但法庭卻裁定憑藉聯合王國的《1983 年精神健康法令》第 3 條，可合法地對病人進行該項治療，因為病人患有第 3 條所指的精神紊亂，而該項治療是“為了”此症而進行的。<sup>113</sup> 關乎精神上無行為能力和代作決定的法律，所針對的法律問題與社會目的，必須與精神紊亂病人的羈留及治療方面的法律所針對者大大不同。<sup>114</sup>

7.90 1983 年法令所列明的“監護”計劃，可應用於非住院的精神紊亂者，並且有處理到精神紊亂的治療以外的事宜，但各項涉及精神行為能力的問題與這些條文關係不大。監護安排使社會工作者（或家人）可就病人的個人福利決定、健康護理決定及財務決定取得所需權力，但對於大部分的精神上無能力的人並不適用。<sup>115</sup>

7.91 在社區中接受“受監管的照顧”此一原則，是因應有需要對某些人所作出的決定加以控制而設，絕對有別於為人們在無能力自行作出法律上有效決定時所會作出的應變安排。監護安排也好，在監管下離院也好，都沒有處理有需要代作決定這個問題。

## 保護法庭

7.92 保護法庭是隸屬最高法院的一個辦事處，其司法管轄權是以“財產和事務”問題為限。法律委員會曾指出保護法庭的司法管轄權是以屬財務或商務性質的決定為限，並以行為能力是一種非有即無的狀態這個假定為前題。但法令並未有條文訂明，可因有關的人只具有局部行為能力或行為能力時高時低而對其事務作出限定範圍或限定時間的局部干預。

7.93 總的來說，保護法庭的司法管轄權是既過於局限亦過於寬鬆；過於局限是指它只能處理財務和商務的問題，而過於寬鬆則是指它並不提供局部干預和有限制的干預。

## 持久授權書

7.94 《1985 年持久授權書法令》（下稱“1985 年法令”，該法令已被《2005 年精神行為能力法令》廢除）容許具有行為能力的人

---

<sup>112</sup> 《1983 年精神健康法令》第 3(2)(c)條。

<sup>113</sup> *B v Croydon District Health Authority*, (1994) BMLR 13.

<sup>114</sup> 見法律委員會第 231 號報告書，第 2.2 段。

<sup>115</sup> 見法律委員會第 231 號報告書，第 2.3 段。

委任“受權人”來管理其財務，而委任在作出者喪失精神上的行為能力之後仍然有效。這個機制如同保護法庭的司法管轄權一樣，都是以財產和商務事宜為限，對於那些希望就健康護理事宜或例如在何處居住等事宜作出有效的長期安排的人，並沒有提供解決方法。

### 個人福利決定和健康護理決定

7.95 現時並無法定機制令別人可代不能自作決定的人作出非財務性的決定，或令當局可委任具有持續權力的作決定的替代人。保護法庭具有司法管轄權為無行為能力的人作出所有涉及其財務利益的必要安排，包括委任一名“接管人”代為處理病人事宜。相對之下，英格蘭與威爾斯現時可用於保障“個人福祉”的監護形式只有一種，就是 1983 年法令所訂明的監護安排。法律委員會在其報告書中表示，《精神健康法令》（Mental Health Act）所載明的監護計劃，主要目的不在於為無能力者提供作決定的代表，而是在於令精神病患者得以在社區安居。<sup>116</sup>

7.96 根據 1983 年法令委任的監護人現時具有權力“規定”病人須在以下兩方面服從安排：在指定地方居住和到指定地方工作或接受醫治、教育或訓練。除此之外，監護人也具有權力“規定”讓醫生、社會工作者或其他指定人士可接觸病人。《精神健康法令》監護安排之設，目的是容許其他人接替病人家屬。為求與法例此部分條文背後的理念一致，病人不會被假定為無能力為自己作出任何此等決定；假定反而是若由病人獨自作決定，所作出的決定便會不符合病人本身的“福利”，或與保護他人方面有抵觸。<sup>117</sup>

### 可作宣布的司法管轄權

7.97 高等法院既具有固有司法管轄權亦具有法定司法管轄權，可就一項法令合法與否作出宣布。在 *Re F* 一案<sup>118</sup> 中，上議院裁定由於英格蘭法律欠缺為無能力作決定的病人代作醫療決定的替代人或代表的委任程序，故此應行使作出宣布的司法管轄權以填補漏洞。<sup>119</sup>

7.98 高等法院所作出的宣布，並非裁定甚麼對病人最好，而只是裁定某種做法是否合法。此外，宣布不會賦權予申請人或任何其他人在將來作出決定。雖然宣布不能改變任何事情，但法庭已表達意

---

<sup>116</sup> 見法律委員會第 231 號報告書，第 2.18 段。

<sup>117</sup> 見法律委員會第 231 號報告書，第 2.22 段。

<sup>118</sup> [1990] 2 AC 1.

<sup>119</sup> 見法律委員會第 231 號報告書，第 2.24 段。

見，示明某些重大的程序，均應時刻轉交法庭以便預先作出宣布。不過，法庭也有在某些案件中試圖限制可使用宣布的權力，間中亦曾告知申請人並無需要作出宣布。作出宣布的司法管轄權顯然用處不大，僅在於提供一個必要的暫時解決方法，好讓當局能有時間定出一勞永逸的措施。

## 保護權力

7.99 現時已有法定條文賦予公職人員各種權力，以採取保護措施來協助易受傷害的人。不過，法律委員會沒有信心這些權力能在保護原則與自主原則兩者之間取得適度平衡。<sup>120</sup> 其中兩項權力可見於1983年法令：進入並檢查精神紊亂的人所居住的處所的權力，以及申請手令以進入處所並將病人移至安全地方的權力。這當中並無需要顯示有關人士是欠缺行為能力或甚至是精神紊亂，所以可引用上述權力來處理那些因行使本身自由意願而選擇生活於別人認為是“不衛生”境況之中或選擇接受一些別人認為不夠“妥善”的護理的人。法律委員會提出應該引入一套既現代化而又能夠接受的新緊急保護權力。如果知道有看似需要保護的人其實是欠缺作決定的行為能力，這些權力在有需要之時便可以行使，作為引用新的作決定司法管轄權的序曲。<sup>121</sup>

## 強調需要變的因素

7.100 法律委員會認為，現有法律的缺點已因近年所發生的多項社會變化而顯得更加嚴重。第一，與多個其他已發展國家一樣，聯合王國的人口亦正在老化。長者在人口中所佔的比例越大，即表示為長者提供作出健康護理決定、個人護理決定及財務決定的方法的需求也越大。

7.101 個人權利越來越受重視，亦顯露出聯合王國現有法例的缺點。聯合國在1971年作出的《智力遲鈍者權利宣言》（Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons）<sup>122</sup>，為精神上無能力（特別是患有精神病）的人的處理方法提供了準則，之後所出現的民權爭論，亦促致多項法例上的改變。《1990年國民健康服務及社區護理法令》（National Health Service and Community Care Act 1990）和政府就這項法令所發出的政策

---

<sup>120</sup> 見法律委員會第231號報告書，第2.28段。

<sup>121</sup> 見法律委員會第231號報告書，第2.24-2.26段。

<sup>122</sup> 聯合國於1975年又作出了《無能力人士權利宣言》，而聯合國大會則於1991年通過《保護精神病患者和改善精神保健的原則》（1991年12月17日第46/119號決議）。

指引，均清楚表明負責安排社區護理服務的人必須徵詢服務使用者或受惠者的意見。<sup>123</sup>

7.102 另一項推動改革的因素是大家對長者受到虐待和忽略一事日表關注。法律委員會的報告書指出“虐老”一詞在社會政策議程上已甚為常見。

7.103 也許在此值得一提的是法律委員會在其 1995 年報告書中所提出的看法：

“法律狀況未能教人滿意，而社會環境現已令到進行改革成為當前急務。我們的首份諮詢文件約於四年前發表，回應者當時已察覺到鑑於社區護理政策、人口變化、醫學進步及權利議程的日益受到重視，進行改革的需要將會越來越迫切。過去三年期間所發生的變化，特別是因案例法所啓發而意識到有需要增設代作決定的司法管轄權，大家對‘生前預囑’更感興趣，以及對老人和無能力者受到虐待更表關注，均加強了這方面的工作須合理化和進行改革的理據。”<sup>124</sup>

### 法律委員會的改革建議

7.104 在 1991 年至 1995 年期間，法律委員會就精神上無行為能力的成年人各方面的相關法律發表了一系列諮詢文件，合共有四份之多，<sup>125</sup> 並於 1995 年 2 月發表了一份關於精神上無行為能力的最後報告書。<sup>126</sup> 法律委員會的這份報告書建議制定一項單一法例，並建議廢除《1985 年持久授權書法令》（Enduring Powers of Attorney Act 1985）以及《1983 年精神健康法令》第 VII 部（關於病人財產及事務的管理）。附錄於這份報告書的《精神上無行為能力法令草案》（Mental Incapacity Bill）草擬本，旨在設定法律機制，於有需要代年滿 16 歲或以上而又欠缺行為能力的人作出任何決定（不論決定屬於個人、醫療抑或財務性質）之時有計可施。法律委員會所提出的法令草案草擬本的重點條文如下：

---

<sup>123</sup> 《1990 年法令》第 46(2)條。Community Care in the Next Decade and Beyond, Policy Guidance (1990), 第 2.7-2.10 段。

<sup>124</sup> 見法律委員會第 231 號報告書，第 2.45 段。

<sup>125</sup> 這四份諮詢文件分別是：Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview (第 119 號) (“首份諮詢文件”)；Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: A New Jurisdiction (第 128 號) (“第二份諮詢文件”)；Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: Medical Treatment and Research (第 129 號) (“第三份諮詢文件”)；以及 Mentally Incapacitated and Other Vulnerable Adults: Public Law Protection (第 130 號) (“第四份諮詢文件”)。

<sup>126</sup> 法律委員會第 231 號報告書。

- 界定何謂欠缺行為能力
- 為欠缺行為能力的人的代作決定事宜訂立單一準則
- 就適用於未經正式程序或司法干預而採取的行動的有關法律作出澄清
- 對涉及主事人喪失行為能力但仍然有效的授權書的法律作出擴闊和改善
- 訂明須由法庭或由法庭所委任的代決人作出有關決定。

7.105 這項法例的條文旨在一般而言適用於年滿 16 歲及以上的人。

### *兩大基本概念：欠缺行為能力與最佳利益*

7.106 法律委員會建議應假定人並非欠缺行為能力，而任何關於某人是否欠缺行為能力的問題，均應以相對可能性的衡量來決定答案。

7.107 新法例中的“精神上無能力”一詞，應該是指精神上或腦部的失常或無能力（不論永久抑或暫時），而後果是精神功能受損或被打亂。

7.108 法律委員會建議某人如在關鍵時間屬以下情況，則應被界定為無行為能力：

- (a) 因精神上無能力而無法就有關問題作出決定；或
- (b) 由於失去知覺或任何其他原因而無法將有關該問題的決定告知別人。

7.109 某人的精神上無能力狀況如果出現下述情況，應被視作因精神上無能力而無法作出決定：在有需要作出某項決定時卻無法理解或記住與該項決定有關的資料，包括與作出或沒有作出某種決定的合理可預見後果有關的資料。

7.110 若某人作出“一般審慎人士所不會作出”的決定，這並不表示該人應單為這原因被視為精神上無能力而無法作出決定。

7.111 法律委員會建議：為沒有行為能力的人所做的任何事情或所作出的任何決定，均應是符合其最佳利益而做或作出。在決定甚麼才是符合某人的最佳利益時，應顧及該人可斷定的過去和現在意願及感受，以及該人要是有能力的话便會考慮的各種因素。

## 一般授權准許合理地行事

7.112 法律委員會建議，如某人本身是或可合理地相信是對有關事宜欠缺行為能力，若有另一人為此人的個人福利或健康護理而有所行動，而行動在任何情況之下均屬合理，則該另一人應合法地有權就此做任何事情。

7.113 如為欠缺行為能力的人的個人福利或健康護理採取合理行動涉及花費，採取行動者應可合法地(1)為上述目的而以該人的名義借貸或(2)以該人所持有的金錢來支付有關費用。

7.114 在受權人或管理人按其權限行事的情況下，一般授權不得授權作出任何違反受權人或管理人的指示的事情，亦不得授權作出任何與受權人或管理人所作的決定有矛盾的事情。不過，此限制不適用於為防止有關的人死亡或為防止其情況嚴重變壞而有必要採取的行動，而當時是正有人向法庭要求作出命令。

## 醫療程序及研究程序的獨立監管

7.115 “一般授權”不得授權進行某些列明的治療或程序。法律委員會建議該等治療或程序須獲法庭授權或須經受權人或管理人同意。

7.116 法律委員會建議成立一個名為“精神上無行為能力研究委員會”(Mental Incapacity Research Committee)的法定委員會。精神上無行為能力研究委員會如信納所建議進行的研究是可取的，能提供關於令人失去行為能力的疾病成因或治療的知識，或者能提供關於受該疾病影響者的護理的知識，而該項研究的參與者是受到或可能會受到該疾病影響，並且信納該項研究若不獲那些沒有(或可能沒有)行為能力給予同意的人參與便不能有效達到研究目的，便會批准進行該項研究。

7.117 就沒有行為能力的人而進行的非治療性研究，除必須經精神上無行為能力研究委員會批准外，還要符合以下其中一項條件：

- (1) 經法庭批准，
- (2) 經受權人或管理人同意，
- (3) 有一名與研究無關的醫生發出證明書，證明該人參與研究是適當的；或
- (4) 研究已被指明為不涉及直接接觸。

## 持續授權書

7.118 法律委員會建議引入一種稱為“持續授權書”(continuing power of attorney)的新授權書形式。持續授權書的獲授權人應有權力代授權人作出並執行其沒有行為能力作出的決定。

7.119 持續授權書的範圍可涵蓋一些與授權人的個人福利，健康護理、財產及事務有關的事宜(包括進行法律程序在內)，並可受限於各種條件或限制。

7.120 根據持續授權書行事的受權人，行事時應符合授權人的最佳利益，並應已考慮各種法律上的因素。除非授權人是沒有行為能力對某項治療給予同意或是拒絕給予個人同意，又或者受權人相信授權人的情況是如此，否則受權人不得對該項治療予以同意或拒絕同意。

7.121 除非已獲明文授權可如此行事，否則受權人不得對授權人透過預先拒絕治療所拒絕接受的治療予以同意，亦不得對任何維持生命所必需的治療拒絕同意。

7.122 法例應訂明條文，表明法例中任何條文均不得阻止持續授權書的授權人在有行為能力撤銷持續授權書之時，可隨時如此行事。

7.123 除非持續授權書有表明相反意向，否則法庭應有權力委任另一名獲授權人，以取代持續授權書中所述的獲授權人或作為附加的獲授權人，亦應有權力變更或擴大獲授權人的行事權力。如授權人沒有行事的行為能力，而法庭又認為代其行事是可取的，則法庭可如此行事。

7.124 法律委員會建議，一俟引入新的持續授權書，即不可能再訂立持久授權書。

## 由法庭代作決定

7.125 法庭應有權力就以下兩者作出聲明：(1)某人的行為能力；以及(2)某項預先拒絕治療的有效或適用與否。

7.126 法庭可：

- (1) 為一名欠缺行為能力作出某項決定的人代作決定；或
- (2) 委任某一人負責為一名欠缺行為能力作出決定的人代作決定。

有關決定的涵蓋範圍可擴及任何與有關的人的個人福利、健康護理，財產或事務有關的事宜，包括進行法律程序在內。

7.127 法庭就健康護理事宜所具有的權力，應涵蓋(1)批准或拒絕批准某些形式的健康護理，(2)委任管理人以同意或拒絕同意施行某些形式的健康護理，以及(3)規定容許另一人接手負責有關的人的個人健康護理。

7.128 對於不提供基本護理的做法或透過預先拒絕治療而拒絕的治療，法庭不得加以批准，管理人亦不得予以同意。

7.129 法庭如基於兩名醫生就沒有行為能力的人的病況所作出的證供，經考慮該人的“最佳利益”後信納該人是適宜入院的，法庭應有權力命令該人入院以就其精神紊亂接受評估或治療。

### *為處境危險的易受傷害的人所提供的公法保障*

7.130 法律委員會把“易受傷害的人”界定為屬以下情況的 16 歲以上人士：(1)由於精神上無能力或因年老或病患或因其他方面的無能力而需要或可能需要社區護理服務，以及(2)無能力或可能無能力照顧自己，或無能力保護自己免受重大傷害或嚴重剝削。

7.131 “傷害”一詞應界定為指惡劣待遇(包括性虐待及身體以外的各種惡劣待遇)、對身體或精神健康的損害或可以避免的身體或精神健康情況惡化，以及對身體、智力、情緒、社交或行為發展的損害。

### *法院*

7.132 法律委員會建議設立一個嶄新的名為“保護法庭”的高級紀錄法院，而與此同時，最高法院轄下稱為保護法庭的辦事處則應予取消。

7.133 裁判法院和單一名太平紳士應具有司法管轄權，處理根據法令草案草擬本第 II 部提出的申請，而該等申請應當作為“家事法律程序”處理。

7.134 在向保護法庭提出申請之前應先要取得許可。法庭在批准許可時應考慮：

(1) 申請人與有關的人之間的關係；

(2) 申請的理由；

- (3) 所建議作出的命令對有關的人的好處；
- (4) 這個好處能否以任何其他方法取得。

7.135 如下述人士向法庭提出申請，則無須取得許可：

- (1) 沒有或被指稱為沒有行爲能力的人，又或如果此人的年齡是在 18 歲以下，則為對該人肩負父母責任的人；
- (2) 持續授權書的獲授權人，而該持續授權書是由沒有行爲能力的人或由法庭委任的管理人所授予的；
- (3) 法庭現有命令所提及的人。

7.136 在有關的人是否就某項事宜沒有行爲能力一事有待決定期間，保護法庭應有權力就該項事宜作出命令或發出指示。

7.137 如有關的人既不在法庭亦無人代表該人，除非法庭認為無此需要，否則法庭應就該人的意願索取報告。

### *關於健康護理的預先陳述*

7.138 法律委員會認為須予考慮的基本問題是有關的人所曾表達的意願的性質和法律效力。法律委員會表示：

“我們對此論題的處理方法，是強調預先表達的意願和偏好所具有的法律效力，與預先決定本身是截然不同的兩回事。如果病人確有作出預先決定，則須進一步區分贊成某項（或所有）治療的決定的法律效力與反對該項治療的決定的法律效力，作此區別是很重要的。”<sup>127</sup>

### *法律委員會就健康護理預先陳述所作出的建議*

7.139 法律委員會的各項建議撮錄如下：<sup>128</sup>

- 預先拒絕治療應界定為年齡在 18 歲或以上且具有必要的行爲能力的人就任何醫療、外科或牙科治療或其他程序所作出的拒絕，而該項拒絕是計劃在該人日後沒有行爲能力給予同意或拒絕同意之時具有效力的。

---

<sup>127</sup> 法律委員會第 231 號報告書第 5.1 段。

<sup>128</sup> 法律委員會第 231 號報告書第 5.1-5.38 段。

- 如按某一個案的情況來說，有關的人所作出的預先拒絕是適用於某項治療或程序，則一般授權不得授權施行該項治療或程序。
- 如無跡象顯示相反的情況，便須假定預先拒絕治療不適用於以下情況：作出這項拒絕的人的護理者認為這項拒絕會危害(a)該人的生命或(b)(如該人是懷孕婦人)胎兒的生命。
- 如某人有合理理由相信預先拒絕治療適用，該人不會因不提供任何治療或程序的後果而引致法律責任；又除非某人知道或有合理理由相信某項預先拒絕治療適用，否則該人不會因施行該項治療或程序而引致法律責任。
- 預先拒絕若是以書面作出，並已予簽署和有人見證，如果沒有跡象顯示相反的情況，便須假定是有效地作出。
- 作出預先拒絕治療的人，如果有行為能力的話，可以隨時撤回或修改預先拒絕。
- 預先拒絕治療不得排除“基本護理”的提供，而“基本護理”是指保持身體清潔和消除劇痛的護理，以及直接口腔營養及流體餵養的提供。
- 在等待法庭就預先拒絕的有效或適用與否或就預先拒絕是否已被撤回或已作修改作出決定期間，預先拒絕不應排除他人採取為防止作出者死亡或病況嚴重惡化而有必要採取的行動。
- 因意圖欺騙而隱瞞或毀滅書面的預先拒絕治療應列為罪行，最高判刑是入獄兩年。

### **聯合王國政府對法律委員會建議的回應**

7.140 1997年12月，司法大臣辦公廳發表一份以“誰來決定？”（“*Who Decides?*”）為題的諮詢文件（下稱“《1997年諮詢文件》”），目的是就保障精神上無行為能力的成年人及其照顧者的可行架構徵求意見，“並就提供一個有組織的法律架構，以管理精神上無行為能力的成年人的福利和事務”徵求意見。<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> 《1997年諮詢文件》第1.1段。

7.141 《1997年諮詢文件》述明：

“政府在中多個範疇之中均有意接納法律委員會各項建議背後的原則。這些範疇涵蓋了報告書就以下事宜所作出的建議：無行為能力的定義、賦予保護法庭更廣泛的權力讓保護法庭能就某人在同一司法管轄區內的健康護理、個人福利及財務事宜作出決定、以及為該人的護理而訂立的授權書。”<sup>130</sup>

7.142 《1997年諮詢文件》續稱：

“就這些範疇進行的諮詢，目的是確保法律委員所作出的各項詳細建議會被認為是適當和合乎實際的。政府在中多項問題之上均希望能確保設有足夠保障措施，以求不但能保障病人，同時亦能保障負責護理病人的人。”<sup>131</sup>

7.143 司法大臣辦公廳又指出，法律委員會的最後報告書內容有多個範疇“引起了特別涉及道德和倫理的敏感問題”，而政府明白公眾對這些問題有強烈的個人意見。<sup>132</sup> 這些範疇包括關於健康護理和非治療性研究的預先陳述，例如終止維持生命治療和能造福他人的研究程序。

7.144 在進行諮詢之後，司法大臣辦公廳於1999年10月以報告書的形式，在政策指引中臚列政府所得的結論。雖然政府已決定推動諮詢文件中所提出的多項問題（須視乎國會能否撥備時間），但報告書表示：

“政府基於公眾對諮詢所作出的回應，已決定現時不應推動〔《1997年諮詢文件》〕中所提出的多項問題。這些問題是：

- 關於健康護理的預先陳述
- 對醫療和研究程序的獨立監管
- 對有風險人士的公法保障。”<sup>133</sup>

---

<sup>130</sup> 《1997年諮詢文件》第1.4段。

<sup>131</sup> 《1997年諮詢文件》第1.5段。

<sup>132</sup> 《1997年諮詢文件》第1.6段。

<sup>133</sup> (Cm 4465), 1999年10月，引言第12段。

7.145 憲法事務部（Department for Constitutional Affairs）成立於 2003 年 6 月，負責接管原司法大臣辦公廳的事務。憲法事務部在發表《精神上無行為能力法令草案》新草擬本時，引述了前司法大臣於 1997 年 12 月 10 日向上議院所作出的宣布：

“有關法律既混亂且零碎。大家是特別期望大部分護理者都能代無行為能力的成年人作出決定，但對於該等決定的法律權力大家卻無清楚認識。人人都會有朋友或親屬在生命上受到有關法律的現況所影響。”<sup>134</sup>

7.146 憲法事務部又道出該署所關注的其他問題：

“現有法律未有對護理者和專業人員盡力提供協助。……專業人員每天都會接觸到欠缺行為能力的成年人，有需要知道如何辦理作出決定的程序。我們希望能改善所有此等人士的生涯，並且為所有可能欠缺行為能力的人引入一個全面的作出決定的架構。《精神上無行為能力法令草案》旨在提供一個清楚簡單而又不拘形式的制度，以確保人們得享最大程度的自主權。在無法為自己作決定之時，人們可以另選他人代作決定。至於決定應如何作出，一切會有明確規則，以確保易受傷害的人不會聽任他人凌虐。”<sup>135</sup>

7.147 據憲法事務部解釋，《精神上無行為能力法令草案》草擬本以 1999 年的政策指引為基礎。法令草案草擬本的主要原則列明如下：

*“欠缺行為能力只就每一項須予作出的決定而論*

法令草案為行為能力設定單一定義，規定行為能力須按每一項有需要作出的決定來評估。這即是說個人不會被標籤為‘無能力行事’，而只是在某項決定有需要作出時被視為就該項決定欠缺行為能力。……

起點永遠是該人具有行為能力。法令草案有述明，在視該人為欠缺行為能力作出某項決定之前，必須採取‘所有切實可行步驟’協助該人作出該項決定。

---

<sup>134</sup> <<http://www.lcd.gov.uk/menincap/intro.htm>>（2003 年 8 月 6 日）。

<sup>135</sup> 憲法事務部於 2003 年 6 月發出的《精神上無行為能力法令草案概覽》（Overview of the Mental Incapacity Bill），見以下網頁：<<http://www.lcd.gov.uk/menincap/overview.htm>>第 2 頁，（2003 年 8 月 6 日）。

### *最佳利益*

…… 法令草案載有一份代決人在研究甚麼才符合有關的人的最佳利益時所必須考慮的各項因素核對清單。這份核對清單提供一個共同標準，有利害關係的各方均應按此標準進行討論，就如何代欠缺行為能力的人作決定而達成協議。

最佳利益核對清單規定代決人須考慮例如有關的人日後是否有可能會恢復行為能力和是否需要盡量讓有關的人參與作出決定之類的事項；代決人也必須考慮有關的人過去和目前的意願，以及與欠缺行為能力者有關的其他人的意見。

### *代作決定不拘形式*

目前來說，法律訂明可以根據普通法的必要原則代欠缺行為能力的成年人作出行動和決定，但這一點不是特別令人明瞭。…… 法令草案會以設定一般授權的方式來澄清此點。如果採用行動是合理而行動又符合欠缺行為能力的人的最佳利益的話，一般授權會令為他所採取的行動變得合法，而這方面並不需要正式權力。…… 凡涉及財務事宜，如果採取行動是合理而行動又符合有關的人的最佳利益的話，一般授權便會令採取行動變得合法。……

### *正式代作決定權力*

…… 法令草案列出多項可取得或獲授正式代作決定權力的途徑。現時已有各種途徑可代他人作出財務方面的決定，這些權力是此等途徑的延伸，容許就福利（包括健康護理在內）此等事宜作出決定。

### *永久授權書*

法令草案建議設立新的永久授權書（Lasting Powers of Attorney）制度，容許人們委任受權人在自己日後失去行為能力之時代為行事。永久授權書將可適用於福利（包括健康護理在內）事宜兼財務事宜，故此永久授權書是現有的持久授權書制度的一種更寬鬆形式。……

### *由法庭委任的代辦*

法令草案又設立由法庭委任代辦（ court-appointed deputies）的制度，以代替並擴大保護法庭的現有接管制度。如同永久授權書一樣，代辦將可就福利（包括健康護理在內）事宜兼財務事宜作出決定。凡某人未有訂立或從無能力訂立永久授權書，法庭即可委任代辦。……

法庭將須考慮有關的人是否有行為能力自作決定，並只會就該人欠缺行為能力處理的事宜委任代辦。代辦將須按照法庭命令行事；如該人在某些決定之上恢復行為能力，代辦便會喪失作出該等決定的權力。必須考慮有關的人的最佳利益此一原則，對法庭委任代辦和代辦現正扮演的角色同樣適用。

### *法庭的單一命令*

…… 人們有時會對何謂最佳利益意見分歧，雖然大家已透過非正式途徑尋求共識，但作為最後一着，爭議仍須經法庭聆訊以作解決。

在這些情形下，當事人可以申請許可，訴諸法庭要求作出單一命令讓有關的個別決定得以解決。要取得許可，當事人將需要證明由法庭作出的命令會使欠缺行為能力的人得益，且有關事宜如果不訴諸法庭即無法解決。

### *拒絕治療的預先決定*

…… 為了澄清拒絕治療的預先決定所處的地位，法令草案現已把拒絕治療的預先決定納入關於作出決定的全面架構之內。有人會希望為自己日後喪失行為能力預作計劃，也希望表明自己不願意接受甚麼治療。現時有各種作出決定的機制可供他們選擇，而拒絕治療的預先決定便是其中一種。

法令草案試圖把關於拒絕治療的預先決定的現有普通法規則編纂為成文法則，但同時亦有加強為此等決定而附設的保障。法令草案訂明有關的人在有行為能力之時必須作出預先決定；這個決定必須是未有撤回或未作改動，也必須被證明為在有需要作出之時是‘有效’的，而且‘適用’於有關的實際情況。預先決定若要有效，

有關的人在作出這個決定之後的行事方式，必須能清楚表明其意願與這個決定所示明的意願當其時並無矛盾之處。預先決定若要適用，在其適用之時必定不可出現有關的人如有先見之明便會作出不同的預先決定的情況。……

### *新保護法庭*

現時的保護法庭有司法管轄權，處理有關代欠缺精神行為能力的成年人作出財務方面的決定的事宜。至於與欠缺行為能力的成年人有關的其他決定（大多數屬於嚴重的健康護理個案），則是根據高等法院的固有司法管轄權處理。

法令草案草擬本建議合併並擴闊這兩種現有的司法管轄權，並設立一個新的專責保護法庭。這個新法庭將具有權力處理涉及代欠缺行為能力的成年人作決定的各方面事宜。…… 新保護法庭會分設於各區，由中央的行政辦公室和登記處提供支援。

這項新的司法管轄權將會負責澄清法令草案所涵蓋的所有問題，這是一個可確立司法判例的高級紀錄法院，具有權力把行事不當的受權人和代理免職。如有爭議發生，例如有關各方之間對於甚麼才符合欠缺行為能力的人的最佳利益意見分歧，不能以其他方法解決問題，新保護法庭也會是尋求最後解決方法的選擇。

### *新公眾監護人*

新的法定架構會由具有多項職能的公眾監護人支援。公眾監護人會是永久授權書和代辦的註冊權力體，負責監管受權人和代辦，並會提供意見以協助法庭作出決定。……

### *刑事罪行*

法令草案建議訂立一項新的刑事罪行：受權人或代辦或對一名欠缺行為能力的人有護理責任的人，如虐待該名欠缺行為能力的人或故意對其疏忽，即屬犯罪。……

隱瞞或毀滅拒絕治療的預先決定文件，也是一項罪行。……”<sup>136</sup>

### 《2005年精神行為能力法令》

7.148 《2005年精神行為能力法令》(Mental Capacity Act 2005)於2005年4月得到女王御准，並訂立了關乎欠缺行為能力的人的新條文。該法令設立一個名為“保護法庭”的高級紀錄法院，以取代最高法院中同樣稱為保護法庭的辦公室。法令也為在2000年1月13日於海牙簽訂的《保護成年人國際公約》(Convention on the International Protection of Adults)訂立有關條文。

7.149 這項由憲法事務部和衛生部擬備的《精神行為能力法令》的摘要說明列出了該法令的目的：

“該法令的目的是澄清在有需要代他人作出決定時關於法律上的一些不明朗之處，並改革和更新這方面的現行法律。該法令管限代成年人作決定之事，而情況既可以是有關成年人在生命的某一刻因例如癡呆症或腦部損傷等以致喪失精神行為能力，也可以是該人自出生以來一直患有令人失去行為能力的病症。法令涵蓋的決定範圍廣泛，有關乎個人福利及財務事宜的，亦有關乎由受權人或法庭所委任的‘代辦’代作決定之事，並且澄清在沒有採取該等正式程序時的狀況。法令引入新的規則以規管關於欠缺行為能力的人的研究，並為新設的精神行為能力獨立代言人訂立條文，讓他們就某些決定代表並支援這些欠缺行為能力的人。法令亦訂明在有必要時可向適當級別的法庭提出追索，而該法庭是有權代表欠缺行為能力的成年人處理所有關於個人福利(包括健康護理)與財務的決定。”<sup>137</sup>

7.150 這項《精神行為能力法令》取代了《1983年精神健康法令》第7部和整條《1985年持久授權書法令》。

7.151 憲法事務部指出該法令建基於五項主要原則：

---

<sup>136</sup> 憲法事務部於2003年6月發出的《精神上無行為能力法令草案概覽》(Overview of the Mental Incapacity Bill)，見以下網頁：<http://www.lcd.gov.uk/menincap/overview.htm>，第3-7頁(2003年8月6日)。

<sup>137</sup> 《精神行為能力法令》的摘要說明，*Summary and Background*，第4段。

- “ ➤ 有行為能力推定——每一名成年人均有權自行作出決定，而且必須假定為有這樣做的行為能力，除非證明事實並非如此；
- 個人須獲得支援以自行作出決定的權利——在被任何人斷定為不能自行作出決定之前他們須獲提供一切適當的協助以作出決定；
- 個人必須保留作出一些可能被視為怪異或不智的決定的權利；
- 最佳利益——為了沒有行為能力的人或代表他們而作出的任何事情必須符合他們的最佳利益；以及
- 構成最少限制的干預——為了沒有行為能力的人或代表他們而作出的任何事情應對他們的基本權利及自由構成最少限制。”<sup>138</sup>

7.152 至於評估某人的行為能力和符合其最佳利益之事方面，憲法事務部有以下解釋：

- “ ➤ 評估是否欠缺行為能力——該法令列出一項明確的單一測試，以評估某人是否欠缺行為能力在某一時刻作出某一項決定。這是一項‘以指明決定為準’的測試。沒有人可以因某一病狀或診斷而被標籤為‘沒有行為能力’。法令第 2 條清楚訂定不能單憑參考某人的年齡、外貌或其行為的任何狀況或環節這些可導致他人對該人的行為能力作出無根據的假設而確定該人欠缺行為能力。
- 最佳利益——為了欠缺行為能力的人或代表該人而作出的任何事情必須符合該人的最佳利益。法令訂立了一份列出各項考慮因素的清單，代決人必須逐項研究以決定甚麼才是符合該人的最佳利益。人們如欲將其意願和感受寫下成為書面陳述，亦可以這樣做；而代作決定的人是必須考慮這些意願和感受。此外，護理者和家庭成員也享有獲得諮詢的權利。

---

<sup>138</sup> <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005 年 7 月 29 日)。

- 關於護理和治療的作為——法令第 5 條澄清這一點：若某人是為某一欠缺行為能力者提供護理或治療，則該人可提供護理而不招致法律責任，其關鍵在於對有沒有行為能力與是否符合最佳利益作出恰當的評估。這會涵蓋一些在一般護理過程中必須對該人的身體或財產進行干預的行為，若沒有第 5 條的規定，這些行為便會構成民事過失或刑事罪行，例如進行注射或以該人的金錢購買供其使用的物品。
- 限制／剝奪自由——法令第 6 條將‘限制自由’界定為當無行為能力的人反抗時使用或威脅使用武力，或不論該人有沒有反抗而對其自由或走動作出任何限制。只有當施加限制的人合理地相信有需要這樣做以免該無行為能力者受到傷害，而且所施加的限制相對於有關傷害的發生機會及嚴重性而言又是適切的，限制自由之舉方可獲批准。……”<sup>139</sup>

7.153 法令處理指定代決人能夠代表欠缺行為能力的人行事的兩種情況：

- “➤ 永久授權書——法令容許人們委任受權人在自己日後失去行為能力之時代為行事。這與現行的持久授權書類似，但法令也容許人們讓受權人作出關於健康及福利的決定。
- 由法庭委任的代辦——法令設立由法庭委任代辦的制度，以代替保護法庭的現有接管制度。代辦可依據法庭的授權就福利、健康護理及財務事宜作出決定，但不可拒絕同意施行維持生命治療。法庭只有在未能為解決各項有關問題而作出一次過的決定的情況下，才會委任代辦。”<sup>140</sup>

7.154 法令設立了兩個新的公共機構以支援這個法定架構，而這兩個機構都是圍繞欠缺行為能力的人的需要來設計：

<sup>139</sup> <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005 年 7 月 29 日)。

<sup>140</sup> <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005 年 7 月 29 日)。

“新的保護法庭——新的保護法庭會對整條法令具有司法管轄權，亦會是關乎行為能力的事宜的最終仲裁者。它會有自己的處事程序，並由它自己提名的人出任法官。

新的公眾監護人——公眾監護人及其職員會是永久授權書和代辦的註冊權力體。他們會監管由法庭委任的代辦，並會提供意見以協助法庭作出決定。他們也會與其他機構（例如警方及社會服務組織）攜手合作，以回應人們對受權人或代辦的處事手法所提出的任何關注。當局會委出一個公眾監護人委員會，以監察及檢討公眾監護人履行其職能的方法。公眾監護人須呈交關於其職能的履行的年報。”<sup>141</sup>

#### 7.155 另外還有三條主要條文保障易受傷害的人：

“精神行為能力獨立代言人——精神行為能力獨立代言人是為了支援欠缺行為能力且無人代其說話的人而委任的人。精神行為能力獨立代言人在說出無行為能力的人的意願、感受、信念及價值觀的同時，亦要令代決人得悉與所作決定有關的一切考慮因素。精神行為能力獨立代言人在有需要時可以代表無行為能力的人質疑代決人的決定。

拒絕接受治療的預先決定——有明確保障條文的法定規則確認，人們可以預先決定自己日後失去行為能力之時拒絕接受治療。法令清楚訂明預先決定除非已符合嚴格的形式規定，即決定必須以書面作出，並已予簽署和有人見證，否則會不適用於醫生認為為了維持生命而必需施行的任何治療。此外，該項決定必須明文表示‘即使會危及生命’依然有效。

刑事罪行——法令草案引入一項虐待欠缺行為能力的人或故意對其疏忽的新刑事罪行。被裁定干犯這項罪行的人的最高判刑是入獄五年。”<sup>142</sup>

---

<sup>141</sup> <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005年7月29日)。

<sup>142</sup> <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005年7月29日)。

## 蘇格蘭

### 蘇格蘭法律委員會報告書

7.156 蘇格蘭法律委員會（Scottish Law Commission）於 1995 年發表了《無能力行事成年人報告書》（*Report on Incapable Adults*）（下稱“《1995 年報告書》”）。<sup>143</sup> 該委員會在此之前曾於 1991 年發表一份名為《精神上無能力的成年人：有關其福利和財務管理的法律安排》（*Mentally Disabled Adults: Legal Arrangements for Managing their Welfare and Finances*）的討論文件。

7.157 《1995 年報告書》收載有關於導致此範疇法律進行改革的蘇格蘭社會現象的研究資料：<sup>144</sup>

“蘇格蘭健康服務策劃委員會（Scottish Health Service Planning Council）於 1988 年發表一份名為《蘇格蘭健康服務機構八十及九十年代服務優先次序檢討》（*Scottish Health Authorities Review of Priorities for the Eighties and Nineties*）的報告書。這份報告書把患癡呆症的長者的服務列為最優先，緊隨其後的便是精神病人和弱智人士社區護理服務。……大家比以前較多察覺到精神上無能力的人的需要，部分原因是罹患癡呆症和相類精神病的長者數目越來越多。癡呆症的發病率是隨着年齡而上升。有人曾作估計，在 65 至 69 歲的人口中，患癡呆症者約佔 3%，但在 80 歲或以上的人口中卻約佔 20%。……在過去 15 年期間，80 歲或以上的人口數目有顯著增加。……基於人口結構的趨勢及醫學昌明的原因，這數目預計在未來數年還會增加。……

另一因素便是社會態度和負責專業護理精神上無能力者的人態度有所改變。舊有政策是在有設防的院舍內提供護理，但近年已經棄用。新政策是提供適當的支援和護理，好讓精神上無能力的人能盡量在社區中生活。……

大家也比以前較多察覺到精神上無能力的人的權利。新路向背後的理念是盡量對這些人的生活少加干預。這個理念與提供適當護理、保護和最大程度的援助好讓個人

---

<sup>143</sup> 蘇格蘭法律委員會第 151 號報告書（1995 年）。

<sup>144</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》（蘇格蘭法律委員會第 151 號報告書，1995 年）第 1.2-1.4 段。

發揮十足潛質以善用本身所具能力的做法是互相配合的。……”

7.158 《1995年報告書》把以前存在的法律撮錄如下：<sup>145</sup>

“蘇格蘭法律訂有多種方法，讓別人可以代無能力自作決定或自己行事的成年人作出決定或採取行動。在個人福利的範疇來說，1984年法令（《1984年（蘇格蘭）精神健康法令》（Mental Health (Scotland) Act 1984））所指的監護人，以及指定監護人（tutors-dative）和法定監護人（tutors-at-law），均可由法庭委任，而醫生和其他醫護專業人員則具有權力對無能力行事的病人施行符合其最佳利益的治療。……

### *精神健康監護人*

郡長（sheriff）可應某成年人居處的地方當局的精神健康人員（有時或會是該成年人的親屬）的申請，為該成年人委任一名《1984年（蘇格蘭）精神健康法令》所指的監護人（“精神健康監護人（mental health guardian）”）。該項申請是由下述文件支持：兩份醫學報告，指明該成年人患有哪種精神病，並且述明該種精神病令病者有理由受到監護；精神健康人員所作出的建議，表明為保障該成年人的福利起見，監護安排是有必要……精神健康監護人的權力是法定的……〔包括〕規定該成年人須於指定地方居住的權力和規定該成年人須到場接受治療或訓練的權力，……

### *指定監護人和法定監護人*

指定監護人是近日才重新興起，目的在於提供一種更個人化的監護安排。指定監護人是由最高民事法院（Court of Session）經參考兩份由醫生所簽發的無行為能力證明書後而委任的。根據近代的做法，指定監護人只獲賦個人福利方面的權力。……法定監護人則就有關成年人的個人福利和財務事宜具有全面的權力。法定監護人只能由有關成年人的男性最近親出任；除非能證明這名男性最近親不宜出任此職，否則他憑藉本身與有關成年人的

---

<sup>145</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》（蘇格蘭法律委員會第151號報告書，1995年）第1.7-1.12段。

關係便有權獲得委任。法定監護人可取代任何以前所曾委任的指定監護人或財產保佐人(*curator bonis*)。

### 醫療

因失去知覺或其他原因而暫時無能力給予同意的病人，可基於必要而獲施予必需而又不能合理地延至病人行為能力恢復時才施予的治療。1984年法令也載有根據該法令向受羈留的病人提供緊急治療的特別條文。……

### 財產保佐人

如某人精神不健全，且無能力管理本身事務或就本身事務的管理發出指示，則可為該人委任財產保佐人。申請委任財產保佐人的方式是向最高民事法院或郡長法庭(*sheriff court*)提出呈請。呈請通常由無能力行事成年人的一名或多名親屬提出，但任何有利害關係的人亦可提出呈請。如無人提出呈請而又有必要委任保佐人，則地方當局必須提出呈請；此外，精神健康福利委員會(*Mental Welfare Commission*)也可以提出呈請。呈請須由兩份醫生證明書支持，表明要求委任的理據成立。……

### 受權人

受權人是由另一人(即授權人)根據一份委託或代理合約委任，作用是處理授權人財產和財務的某方面或各方面事宜。……”

## 對以前存在的法律的批評

7.159 蘇格蘭法律委員會批評舊日存在的法律為“有多種弊病……需作改革。”委員會又補充說“也有一些較為籠統的批評，指現有法律割裂而古舊，在很多常見的情形下均未能提供足夠的補救。”<sup>146</sup>

7.160 蘇格蘭法律委員會指出舊日存在的法律的其他短處如下：<sup>147</sup>

- 精神健康監護人的權力是由法規所訂明，不能因應受監護的成年人的需要及能力而加強或改變。

---

<sup>146</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》(蘇格蘭法律委員會第151號報告書，1995年)第1.15段。

<sup>147</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》(蘇格蘭法律委員會第151號報告書，1995年)第1.16-1.20段。

- 由於指定監護人是一個近日才重新興起的相當古舊職位，其權力和責任必須從多個世紀之前的古舊案件中擷集。現今社會已有不同的面貌、價值觀及處事程序，這些案件的裁決的權威性還有多大並不明確。
- 法定監護人是另一種近日才重新興起的監護安排，故此其職能也是不太明確。這個職位規定只能由男性最近親出任，此點與現代的男女平等觀念是有矛盾的。再者，在挑選合適者處理無能力行事成年人的個人福利和財務事宜之時，雙方關係應只是多項考慮因素之一。
- 財產保佐人負責接手管理有關成年人的全部產業，其權力不是因應有關的成年人的需要和能力而訂定。
- 受權人的主要弊病是不受監管。如果授權人變為無能力行事，便可能會沒有具充分利害關係的人來監管受權人的行動以及在有需要之時質疑受權人的行動。

7.161 蘇格蘭法律委員會對舊日存在的法律的進一步批評如下：<sup>148</sup>

“蘇格蘭現存的法律是割裂的。處理無行為能力成年人的方法，全部都單是涉及個人福利或單是涉及財產和財務事宜，就只有法定監護人屬於例外。因此，保佐人在個人福利的範疇沒有職能，而精神健康監護人則受法規所禁，對受監護的成年人的錢財不能沾手。現行做法是指定監護人只能處理個人福利事宜，而受權人則只是具有財務方面的職能。不過，大部分成年人的福利與財務均互相牽連，難以分拆，就一方面所作出的決定，很可能會對另一方面有影響。……

現有方法大多欠缺彈性，又或者有所局限。有關法律不容許按有關成年人的需要而提供補救。……採取造成限制最少的行動或只作最低限度的必要干預此一個觀念並未得到認同。

有關法律大部分是古舊的。……

籠統批評的最後一點，便是蘇格蘭法律對很多常見的情況未有作出處理，又或者在該等情況中未能提供足夠補

<sup>148</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》（蘇格蘭法律委員會第 151 號報告書，1995 年）第 1.23-1.26 段。

救。在授予人變為無能力行事之時委任受權人代為作出個人福利決定，此舉恰當與否並不清晰。……”

7.162 蘇格蘭法律委員會繼續指出，關於向無能力行事成年人施行醫治的權力，蘇格蘭的法律並不明確。關於病人在有能力行事時就自己希望在無能力行事時所受治療作出的預先陳述，蘇格蘭並無涉及此方面的典據；而在無能力給予同意的人身上進行醫學研究合法與否，也是毫不清晰。<sup>149</sup>

7.163 蘇格蘭法律委員會在其《1995年報告書》中，就有關法律的以下多個環節作出建議：<sup>150</sup>

- 郡長法庭就無能力行事的成年人所具有的一般司法管轄權，以及建議設立的公職人員和公營機構規管與監督架構。
- 可供成年人採取的措施，以確保自己日後變為無能力行事時個人福利和財務事宜會有人打理。
- 僅限於處理財務事宜的持續授權書。此項授權在無行為能力發生之前已可運作，並在無行為能力發生之後持續有效。委員會又建議引入福利授權書，而獲委任者可稱為“福利受權人”（welfare attorney）。除非授予人無能力就有關的福利事宜作出決定，又或者福利受權人合理地相信授權人無能力行事，否則福利受權人不應有權行使授權文件所載的福利權力。
- 各種讓護理者無須向法庭申請而可協助無能力行事成年人的計劃。
- 醫生和其他醫護人員應具有一般法定權力治療無能力行事的成年人。就治療作出的任何決定會受到某些一般原則所規限。
- 不過，某些治療須事先得得到法庭批准，或須由另一名獨立專家提供第二意見。有關日後醫療的預先陳述也有被考

---

<sup>149</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》（蘇格蘭法律委員會第151號報告書，1995年）第1.26段。

<sup>150</sup> 蘇格蘭法律委員會，《無能力行事成年人報告書》（蘇格蘭法律委員會第151號報告書，1995年）第1.31段。

慮，並且有建議作出，主張為預先陳述建立鞏固的法律基礎。

- 引入嚴格管制在無能力行事的成年人身上進行醫學研究的制度。
- 法庭會獲賦權在個人福利和財務範疇作出各種命令，包括如無能力行事的成年人的情況是有必要長期委任監護人即可如此作出是項委任。
- 提議設立理財計劃，把小量產業交由公眾監護人管理，以減輕對小量產業的負擔。

### 《2000年無行為能力成年人（蘇格蘭）法令》

7.164 蘇格蘭行政院（Scottish Executive）後來採納了蘇格蘭法律委員會所作出的大部分建議，並在一份題為“行之有方”（*Making the Right Moves*）的政策指引中發表其結論。<sup>151</sup> 在此之後所制定的法令草案的名稱是《無行為能力成年人（蘇格蘭）法令草案》（*Adults with Incapacity (Scotland) Bill*）（而不是蘇格蘭法律委員會在其《1995年報告書》中所採用的《無能力行事成年人（蘇格蘭）法令草案》（*Incapable Adults (Scotland) Bill*）），以“反映無行為能力有程度上的分別，不是一個非有即無的概念”。<sup>152</sup> 《2000年無行為能力成年人（蘇格蘭）法令》於2000年3月29日獲蘇格蘭議會通過，並於2000年5月9日得到女皇御准。法令於2001年4月至2002年4月期間分階段實施，目的是訂定條文，為由於精神紊亂或無能力溝通而欠缺法律行為能力以自作決定的成年人代作決定。有關決定可以是關乎該成年人的財產或財務事宜或個人福利，包括醫療在內。<sup>153</sup>

7.165 根據蘇格蘭行政院於公布“行之有方”這份政策指引時所發出的摘要，<sup>154</sup> 新法例旨在向無行為能力的成年人提供援助，他們包括：

---

<sup>151</sup> 蘇格蘭行政院，“*Making the Right Moves*”，<<http://www.scotland.gov.uk/rightmoves/docs/mrmm-02.htm>>（2003年7月18日）。

<sup>152</sup> 《無行為能力成年人（蘇格蘭）法令草案》政策摘要，第10段。

<sup>153</sup> 無行為能力成年人：《2000年無行為能力成年人（蘇格蘭）法令》摘要說明第3段，見以下網頁：<<http://www.scotland-legislation.hmso.gov.uk/legislation/scotland/en/2000en04.htm>>（2003年8月1日）。

<sup>154</sup> 蘇格蘭行政院，“*Making the Right Moves: Rights and protection for adults with incapacity*”，摘要，見以下網頁：<<http://www.scotland.gov.uk/rightmoves/docs/mrms-00.htm>>（2003年7月18日）。

- 向來都是無行為能力為自身事務作出決定的人，例如有學習障礙的人；
- 因意外或疾病而暫時或永久喪失行為能力的人，例如阿氏癡呆症病人，患有某些精神上或身體上的疾病的人、頭部受傷的人或中風者；以及
- 無法把決定告知別人的人。

7.166 法令共分為 7 部：

- 第 1 部界定無行為能力的涵義，並列明根據法例介入一名成年人的事務時所適用的一般原則。第 1 部劃定各個將會根據法例行事的權力體（即郡長、精神健康福利委員會及地方當局）所扮演的角色，在法院服務之內新設公眾監護人一職，此外亦訂有實務守則，為根據法例行事者提供進一步的指引。
- 第 2 部澄清具有財務和福利權力並會在權力授予人喪失行為能力時行事的受權人的地位，並就該等受權人的註冊、監管及督導訂定條文。
- 第 3 部建立新法定機制，令代無行為能力成年人所持有的錢財可被取用，而該機制設有適當的保障措施。
- 第 4 部訂有條文，讓醫院和護理院的管理人在適當保障措施的規限下，管理無行為能力的病人或入住者的財務。
- 第 5 部賦予醫生及根據醫生指示行事的人法定權力，向無行為能力的成年人施以治療，並在某些情況下進行研究。
- 第 6 部建立關乎福利與財務事宜介入令及監護安排的新制度。
- 第 7 部載有各項其他雜項條文。

7.167 一般原則是根據新法律為無行為能力的成年人所作的任何事均須：

- 令該名成年人得益；
- 考慮該名成年人的意願，也要考慮其最近親、主要護理者及監護人或受權人（如有委任的話）的意願；以及

- 對該名成年人的自由造成最少限制，但又要達到所希望達到的目的；

而任何獲授權或委任介入該名成年人的事務的人，均須鼓勵該名成年人若然可能便要善用其現有技能和取得新技能。<sup>155</sup>

7.168 法令列明多項須予遵從的原則，而不是列明甚麼才符合有關成年人的最佳利益的一般準則。

7.169 摘要則述明有關建議（現已成為法令的條文）實際上表示：

- “(a) 個人在有能力完全明白自己正在做甚麼之時，將可透過訂立授權書來為自己計劃未來。受權人也可在授權書訂立人無行為能力自作決定之時，代為處理其已有指明的一切福利、醫療或財務事宜。此外亦有一系列的保障措施來保障授權書訂立人。<sup>156</sup>
- (b) 無行為能力成年人的錢財持有者（包括銀行和建屋合作社）在某成年人喪失運作戶口的行為能力時，可在法律上獲授權自其戶口發放錢財，以便該筆款項能用於支付該名成年人的日常開支。如聯名戶口的其中一名持有人喪失行為能力運作戶口，各有關機構亦可准許另一名持有人繼續運作該戶口。<sup>157</sup>
- (c) 醫院和護理院的管理人會獲准代欠缺行為能力理財的病人和院友管理其錢財，但只限於在沒有其他適當選擇且所涉金額不大的情況下才能這樣做，而且會受到嚴謹的監管。<sup>158</sup>
- (d) 醫生和其他醫護人員會有一般權力，醫治無能力給予同意的成年病人，並進行與該項治療有關的研究。病人的親屬須獲諮詢，另外也有一些保障措施。某些治療不會在醫生的一般醫治權力範圍之內，故此另需第二醫療意見贊同或另獲法庭准許。<sup>159</sup>
- (e) 郡長法庭應親屬或其他有利害關係各方的申請，將可作出只適用一次的命令，處理無行為能力成年人

---

<sup>155</sup> 見《2000年無行為能力成年人（蘇格蘭）法令》第1條。

<sup>156</sup> 同上，第16條。

<sup>157</sup> 同上，第32條。

<sup>158</sup> 見《2000年無行為能力成年人（蘇格蘭）法令》第39及41條。

<sup>159</sup> 同上，第50條。

所面對的具體決定，例如出售房屋或簽署重要文件。法庭又可委任長期監護人，處理福利、醫療及財務事宜三者的任何組合。新一類的監護人會取代財產保佐人、指定監護人、法定監護人及根據《精神健康法令》委任的監護人，而他們全部現時獲得委任是爲了代無行爲能力的成年人作決定。若有出錯，法庭將可干預監護人和受權人如何使用其權力。<sup>160</sup>

- (f) 公眾監護人會是法院體制之內的新設職位，其職能包括備存關於受權人、介入令及監護人的公開登記冊，以及監管具有財務權力的人。<sup>161</sup>
- (g) 本地機構會負責監管具有福利權力的受權人和監護人。<sup>162</sup>
- (h) 本地機構和衛生委員會（health boards）的登記和查核小組會授權老人院和護理院的管理人在別無選擇的情況下，打理屬於無法自行理財的院友的錢財。登記和查核小組會查核有關帳目。
- (i) 精神健康福利委員會會負責監管具有福利權力的受權人和監護人，並在看似有問題時進行調查。<sup>163</sup>

7.170 蘇格蘭行政院在法令中並無推動預設醫療指示這個問題，其解釋如下：<sup>164</sup>

“我們已小心考慮過蘇格蘭委員會、《無能力行事成年人法令草案》推廣聯盟（Alliance for the Promotion of the Incapable Adults Bill）及其他人士和團體所提出的多項其他建議。這些建議包括有訂立法例，以賦予預先陳述（“生前預囑”）明確法律效力，並爲可能處於持續植物人狀況的病人不獲提供或被撤去治療一事訂定條文。雖然這些建議得到某些利益團體的衷心支持，我們卻不認爲這些建議也爲大眾所支持。試圖在這方面訂立法例是不足

---

<sup>160</sup> 同上，第 53 條。

<sup>161</sup> 同上，第 6 及 7 條。

<sup>162</sup> 同上，第 10 條。

<sup>163</sup> 同上，第 9 條。

<sup>164</sup> 蘇格蘭行政院，“行之有方”政策指引，第 6.14 段。見以下網頁：<http://www.scotland.gov.uk/rightmoves/docs/mrmm-07.htm>（2003 年 7 月 18 日）。

以處理所有可能會出現的情況，而且可能會在個別情況中導致無意造成的不良後果。”

## 新加坡

### 《精神紊亂及治療法令》（第 178 章）

7.171 在新加坡，與“精神紊亂”及治療有關的法規是《精神紊亂及治療法令》（Mental Disorders and Treatment Act）（第 178 章）。此法令規管在精神紊亂個案中的法律程序，並為精神不健全的人在認可醫院中的收容和羈留事宜訂定條文。

7.172 “精神不健全”一詞在法令中的定義是“任何透過適當法律程序被裁定為精神不健全並且無法照顧自己或打理本身事務的人”。<sup>165</sup> “治療”在法令中是包括“觀察、住院治療、門診治療及康復服務”。<sup>166</sup>

7.173 法令共分為三部分。第 1 部規管進行有關精神紊亂的調查時所採用的法律程序。該部使高等法院以及高等法院法官能夠應申請作出命令，指示進行調查以查明被指稱為精神紊亂的人是否精神健全及有能力照顧自己和打理本身的事務。<sup>167</sup>

7.174 法庭可為精神紊亂者委任人身及產業受託監管人（Committee of the person and estate），並在考慮該等產業所包含的財產的性質後，賦予主管該等產業的人權力以管理該等產業。<sup>168</sup>

7.175 法令第 13 條訂明，法庭可決定在任何與該等產業的管理有關的法律程序中，精神紊亂的人的親屬或最近親中誰人應現身最高法院註冊官席前。法庭亦可為籌措金錢以作以下任何一項用途而命令任何財產須予出售、以按揭形式予以押記或以其他方式處置：

- “(a) 清償〔精神紊亂的人〕的債項，包括任何因其生活所需或在其他方面令其得益而引致的債項；
- (b) 解除其產業的產權負擔；
- (c) 支付其未來生活費及其家人的生活費或為此撥備

---

<sup>165</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 2 條。

<sup>166</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 2 條。

<sup>167</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 3(1)條。

<sup>168</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 10 條。

款項，包括在有需要把其移往原籍國或其他地方時用於此途的費用，以及所有因此而引致的費用；

(d) 支付根據此法令進行的任何法律程序的訟費，以及因法庭命令或在法庭權力之下引致的訟費。”<sup>169</sup>

7.176 法庭也獲賦權在不委任產業受託監管人的情況下，命令為精神紊亂的人或其家人提供生活費。<sup>170</sup>

7.177 如法庭認為精神紊亂的人精神不健全只屬暫時性質，法庭可指示把其財產（或其中足夠部分）用於暫時為其生活或其家人的生活提供款項。<sup>171</sup>

7.178 法令的第 II 部所處理的是精神不健全人士在可獲治療的精神病院的有關入院和羈留事宜。

### 《預先醫療指示法令》（第 4A 章）

7.179 衛生部於 1994 年 1 月成立全國醫藥道德委員會（下稱“委員會”），協助醫療專業解決行醫時所遇到的道德問題。委員會並無法定權力，只是作為一個國家機構而就現有的道德問題向新加坡衛生部和其他機構提供意見。委員會在成立的首兩年期間（1994-1995）所研究的主要問題之一，便是預先醫療指示（Advance Medical Directives 在新加坡譯作“預先醫療指示”）。

7.180 委員會曾對其他司法管轄區所採用的預先醫療指示或“生前預囑”的情況進行檢討，並有研究為預先醫療指示進行立法的優點所在。在進行檢討之後，委員會於 1994 年 8 月發表一份立場書，建議在新加坡為預先指示進行立法。委員會有邀請公眾及多個專業團體和宗教團體作出回應。

7.181 1995 年 5 月，委員會向衛生部長提交一份題為《預先醫療指示》（Advance Medical Directives）的報告書，書中臚列了委員會的研究結果和建議。報告書的建議包括以下各項：<sup>172</sup>

“(a) 預先醫療指示的定義和應用僅以醫療方面的指示為限。預先醫療指示是以病人自決原則為本，提供合法

---

<sup>169</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 15 條。

<sup>170</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 23 條。

<sup>171</sup> 《精神紊亂及治療法令》第 24 條。

<sup>172</sup> 見以下網頁：[http://www.gov.sg/moh/newmoh/pdf/pub/NMEC94\\_97.pdf](http://www.gov.sg/moh/newmoh/pdf/pub/NMEC94_97.pdf)，第 4 頁（2003 年 8 月 1 日）。

途徑讓病人即使在無能力作決定和病情到了末期時，仍可就自己所接受的醫治繼續行使自主權。

(b) 新加坡有需要就預先醫療指示立法，以便為預先醫療指示提供必要的實質和程序保障。此法例應是一項令人能據以行事的法例，亦即是說不應強迫或勸說不願作出預先醫療指示的人作出預先醫療指示。

(c) 強調即使預先醫療指示已經生效，仍一定必須向病人提供適當的紓緩服務。委員會亦對預先醫療指示與安樂死兩者加以區別。安樂死是錯誤的，絕對不為委員會所容。”

7.182 衛生部部長採納了報告書中所作出的建議。《預先醫療指示法令》（*Advance Medical Directive Act*）於 1996 年 5 月制定，其各項條文則於 1997 年 7 月實施。

7.183 委員會的主席是周振興醫生。周醫生曾出席以“聯席科學會議——醫學東西交流”（*Joint Scientific Meeting, Medicine: East Meets West*）為題的研討會，<sup>173</sup> 並在會上發表文章撮要述明報告書的要點。周醫生把《預先醫療指示法令》的原則和架構扼要說明如下：

“1) 範圍

首先，法例的範圍僅以醫療方面的指示為限：說得更明確一些，便是只限於對無復元希望而正瀕臨死亡的末期病人的不提供或撤去特殊維持生命治療，藉此讓病人可自然死亡。

‘末期疾病’的定義是‘一種因受傷或患病而造成的不治之症，病人並無合理希望可期復元；不管是否施用維持生命程序，按合理的醫療判斷來說，此症會導致病人死亡，而應用維持生命程序亦只是推遲病人的死亡時間而已。’（選錄自《南澳大利亞自然死亡法令》（*South Australia Natural Death Act*）及《加利福利亞州自然死亡法令》（*California Natural Death Act*）。）

---

<sup>173</sup> 研討會於 2000 年 10 月 15 日在香港舉行。

## 2) 預先醫療指示相對於安樂死

委員會也反對安樂死或人道結束生命。安樂死在新加坡仍然是一項刑事罪行。安樂死是醫生的一項蓄意行爲，表明目的在於結束病人的生命。相對來說，如果醫生執行屬於我們定義範圍以內的病人預先醫療指示，醫生便只是讓病人自然死亡。基於此故，委員會認為預先醫療指示與安樂死之間是有明確分別的。

## 3) 有必要立法

爲預先醫療指示立法，旨在令每個人都有機會決定不再久延殘喘而選擇有尊嚴地辭世，故此有關法例是一項令人能據以行事的法例。作出預先醫療指示必須是絕對自願。強迫或脅迫某人作出該等指示必須依法受到懲罰。

## 4) 紓緩治療

委員會又強調預先醫療指示不應令末期病人無法享有紓緩治療。紓緩治療必須繼續下去，並會包括解除痛楚、痛苦及不適，以及合理地供給食物和水份。

## 5) 作出預先醫療指示的時間

預先醫療指示應在何時作出？預先醫療指示最好是在病人健康之時作出。醫生（特別是家庭醫生）應經常提出預先計劃這個問題，並以敏銳易感之心來和病人深入討論所會造成的各種影響。這些全都能收強化醫生與病人之間關係之效。這也是爲甚麼作出預先醫療指示之時，重要的是兩名見證人其中之一必須是一名醫生（且最好是病人的家庭醫生），而且最好能在預先醫療指示作出之前先徵詢病人直系家屬的意見。

在新加坡，我們強調家庭乃社會根基的重要性，所以不應暗地裏作出預先醫療指示而不讓直系家屬知道。病人的醫生會是向病人家屬解釋預先指示並減輕其憂慮的最佳人選。

## 6) 法律

全國醫藥道德委員會於 1995 年 5 月向衛生部長提交其報告書和建議。報告書和建議均獲採納，《預先醫療指

示法令草案》隨後即提交國會，由國會的專責委員會進行深入討論，並於 1996 年 5 月 2 日通過成為《預先醫療指示法令》。

i) 任何年齡在 21 歲或以上並屬精神健全的人均可作出預先醫療指示。

ii) 預先醫療指示是在醫院、私家診療所及分科診療所免費提供的訂明表格之上作出。表格必須在兩名見證人面前簽署，而兩名見證人其中之一必須是一名醫生。兩名見證人均不得在作出預先醫療指示的人死亡時坐收漁人之利或得到好處。表格然後會交回預先醫療指示註冊處作為密件而予以備存。守密極之重要，我無論如何強調亦不為過。紀錄冊的取用受到嚴格監控，以確保預先醫療指示的存在，一定不會影響到病人在未獲證實病情到了末期之前關乎其醫治和治理方面的決定。如果有人規定必須作出預先醫療指示或不得作出此項指示是接受醫療服務或購買健康保險的條件，這就必然是一項罪行。

iii) 預先醫療指示可透過在一名見證人面前以書面、口頭或任何其他能告知註冊處的方式隨時予以撤銷。這是刻意令撤銷易於辦理，以便若有任何疑問，我們寧可選擇延長生命，不管這選擇是否基於錯誤的結論而作出。

iv) 預先醫療指示只在個案的主診醫生和兩名其他專家均一致同意病人病情到了末期之下才會予以執行。如果未能一致同意，便會徵詢醫藥總監所委任的專家三人小組的意見。

這個小組的決定是最後決定。如果沒有共識，預先醫療指示不得生效。預先醫療指示也有提供方法，讓本乎良知而反對預先醫療指示的醫生以及為這些醫生工作的人員可提出反對的意見。該等人士將不得出任預先醫療指示作出時的見證人，也不得負責核證病人所患的是末期疾病。”<sup>174</sup>

---

<sup>174</sup> 周振興， “*The Singapore Advance Medical Directive*”, *Hong Kong College of Physicians Synapse*, 2000 年 12 月，見以下網頁：<<http://www.hkcp.org/synapse.htm>>(19/12/2001)。

## 美國

### 預設醫療指示

7.184 匹茲堡大學法學院的 Alan Meisel 教授是一名法學博士，他在文章中有這樣的說法：

“在二十年前，預設醫療指示一詞還沒有存在，生前預囑一詞亦非家傳戶曉，而持久授權書則是用於規避管理財務事宜的監護法律程序。時至今日，每一個州均已透過法規或案例法或透過法規兼案例法確認預設醫療指示的有效性。除馬薩諸塞、密歇根及紐約三州之外，各州均已通過生前預囑法例，並已有制定關於健康護理持久授權書的法例。各州之中有近四分之三已有制定旨在澄清家人在充任作決定的代辦人（surrogate decision maker）的時候所享有的地位的法規，而這些法規的數目增長之快是令人難以準確數算的（數目之多，就像生前預囑法規和健康護理授權書法規在 1980 年代末期及 1990 年代初期時的情況一樣）。”<sup>175</sup>

7.185 美國退休人士協會（American Association of Retired Persons）、美國律師協會長者法律問題委員會（American Bar Association Commission on Legal Problems of the Elderly）及美國醫學會（American Medical Association）曾共同發表一本名為《訂立預設健康護理指示——締造你的未來健康護理》（*Shape Your Health Care Future With Health Care Advance Directives*）的小冊子，並在書中對美國法律之下的預設健康護理指示的性質解釋如下：

“預設健康護理指示是一份文件，讓你在自己萬一無法自主之時作出與健康護理有關的指示。你可以給予你所指定的人（你的‘代理人’（agent）或‘代表’（proxy））權力代你作出健康方面的決定。你也可以就自己所想得到或不想得到的健康護理種類作出指示。

---

<sup>175</sup> Alan Meisel, “Legal Issues in Decision Making for Incompetent Patients – Advance Directives and Surrogate Decision Making”, 載於 Hans-Martin Sass, Robert M. Veatch, and Rihito Kimura 等人合編的 *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care - United States, Germany, and Japan* 一書（約翰斯·霍普金斯大學出版社，1998 年），第 34 頁。

在一份傳統的生前預囑中，你會述明自己一旦病情到了末期時在維持生命的醫治方面會有甚麼願望；<sup>176</sup> 而在一份健康護理授權書中，你會委任另一人在自己一旦無法自行作出醫療決定時代作決定。”<sup>177</sup>

7.186 這本共同發表的小冊子，在“如果我沒有作出預設指示將會怎樣”的標題下，為“代辦人”（surrogates）一詞提供了以下的解釋：

“如果你沒有作出預設指示，並且無法作出健康護理決定，某些州的法律便把作出決定的權力交予預定的代辦人或‘代辦人’。此類代辦人通常是按親疏關係排序的家屬，可以代為作出部分或全部健康護理決定。某些州則授權一名‘親密朋友’代作決定，但通常只會在聯絡不上家屬時才會這樣做。”<sup>178</sup>

7.187 美國規管預設醫療指示的法律，主要是由規管生前預囑和健康護理持久授權書的法例組成，故此 Alan D. Lieberman 對《1976 年加利福尼亞州自然死亡法令》（California Natural Death Act of 1976）（把加利福尼亞州關於生前預囑的法律編纂為成文法則的便是此法令）有以下的批評：

“因恐怕會有不當行為發生，立法者被迫在時機尚未成熟之時便把有關生前預囑的法律編纂為成文法規，令司法制度沒有時間去劃定適用的限界。加利福尼亞州是於 1976 年通過第一條讓健康護理提供者能在執行生前預囑時享有豁免權的法規。過早把重點放在法定的生前預囑之上是教人遺憾之事，因為普通法更加適合界定個人的權利，但又可能會受到大批選民的反對。

即使在今天來說，普通法仍然最有機會可以發展出一些有醫學重要性的生前預囑聲明，但領會這一點的人並不多。在那四十多個已有制定生前預囑法規的司法管轄區中，大部分醫生和律師以及公眾，都相信這些用字偏狹的法規是載有個人可拒絕接受醫療護理的所有權利，但

---

<sup>176</sup> 身兼醫學博士及法學博士的 Alan D. Lieberman 曾發表評論，指“由於法定的生前預囑現時只供瀕臨死亡（或永久昏迷）的病人之用，並無多大需要在這些治療形式之間作出區分。但是，如果法定的生前預囑的適用範圍有所擴闊，把非末期的臨床病況也包括在內，把各種治療形式區分便會變得越來越重要。” *Advance Medical Directives* (Clark Boardman Callaghan, 1992)，第 72 頁。

<sup>177</sup> 見以下網頁：<<http://www.ama-assn.org/public/booklets/livgwill.htm>>，第 1 頁(2003 年 8 月 1 日)。

<sup>178</sup> 見以下網頁：<<http://www.ama-assn.org/public/booklets/livgwill.htm>>，第 5 頁。

實情況卻非如此。

由於原有的《〔1976年〕加利福尼亞州自然死亡法令》是在沒有普通法先例的情況下忽忽草擬，其條文製造了很多問題。這些問題一直存在，要待到1991年修訂之時才獲解決。雖然法令有這些缺點，其他各州卻仍然仿效，以致減慢了法定生存權利的立法進展。”<sup>179</sup>

### 《統一末期病人權利法令》

7.188 關於生前預囑法規的進展，Alan Lieberman在文章中這樣說：

“在1970年代通過生前預囑法規的其他各州中，阿肯色州（1977年）、堪薩斯州（1979年）、新墨西哥州（1977年）、北卡羅來納州（1977年）、得克薩斯州（1977年）及華盛頓州（1979年）傾向於以加利福尼亞州馬首是瞻。阿肯色州、新墨西哥州、北卡羅來納州及得克薩斯州的有關法規之後已作出大幅修訂。

在1980年代初期，生前預囑法令也在亞拉巴馬州（1981年）、亞利桑那州（1984年）、特拉華州（1983年），……密西西比州（1984年）獲得通過，……但要待到1984年天主教會不再反對生前預囑時才有大部分的州追隨立法。在1985年至1987年期間，通過生前預囑法令的州共有19個之多。

對這些法規有其他重要影響的便是於1985年制定的《統一末期病人權利法令》（Uniform Rights of the Terminally Ill Act）。”<sup>180</sup>

7.189 《統一末期病人權利法令》於1985年獲統一各州法律全國委員會議（National Conference of Commissioners on Uniform State Laws）通過。

“各委員特別渴望能簡化作出生前預囑的程序，希望可以鼓勵一些有興趣就自己一旦病情到了末期時可參與作出醫療決定的人訂立一份這樣的文件。”<sup>181</sup>

7.190 《統一末期病人權利法令》於1989年有所修訂，訂立了委任作決定的代理人的條文，但Alan Lieberman的批評是：

---

<sup>179</sup> Alan D Lieberman, *Advance Medical Directives* (Clark Boardman Callaghan, 1992), 第43-44頁。

<sup>180</sup> *Advance Medical Directives*, 第53頁。

<sup>181</sup> *Advance Medical Directives*, 第53-54頁。

“法令未能識別代理人的責任、作出決定應以甚麼為理據、代理人與其他受託人之間的關係，也未能識別代理人在詮釋聲明人的指示之上是扮演甚麼角色。法令沒有特別把〔健康護理持久授權書〕所通常包含的廣泛權力轉授他人。

各委員的官方‘意見’述明‘法令是特別預期……有部分人士可能會選擇委任自己的醫生代為作出這些決定。如果此類委任沒有任何道德上的限制，第2條預期醫生可以獲委任者的身分行事’。<sup>182</sup> ”

7.191 在審視生前預囑法規的條文時，Alan Lieberson 有以下的看法：

“大部分的州均規定病人須正式獲核證為‘合資格的病人’……關於如何方為合資格，其中有些州是跟從《統一末期病人權利法令》的做法，規定病人須已擬備預設醫療指示，有些州則規定病人須同時亦獲核證為無能力作出決定；但仍有一些州是把代作決定的潛在範圍擴闊，方法是跟從加利福尼亞州的做法，並容許僅基於病人的臨床狀況屬末期性質為理由來作出上述核證。”<sup>183</sup>

7.192 Alan Lieberson 就“無能力作決定”的定義和“核證病人為無能力作決定”所發表的意見如下：

“有很多州是跟從加利福尼亞州和《統一末期病人權利法令》的做法，未有界定無能力作決定一詞的涵義，任由醫生酌情決定病人是否有能力作出醫療決定。……不過，核證病人為無能力作決定可能沒有控制全局的作用。除非病人的無能力作決定是極度明顯的，否則便假定病人有能力作出決定。成文法和普通法均有訂明，即使是無能力作決定的病人，也可以要求繼續接受根據預設醫療指示的條款本來已會被放棄的治療。同樣地，一名代辦人所作出的指示，是不會優先於一名本有能力作出決定但後來在大部分的司法管轄區中卻成為無能力作決定的病人以前所曾作出的指示。

最重要的是，如果醫生相信病人有可能重新變得有能力作出決定，那麼即使病人已被核證為無能力作決定，要

---

<sup>182</sup> *Advance Medical Directives*，第 57-58 頁。

<sup>183</sup> *Advance Medical Directives*，第 73 頁。

求放棄令病人受苦的護理的指示，也不可能會被執行的。雖然指示寫下之時，很可能是沒有區分暫時的無行為能力與永久的無行為能力，但指示是假定只在無行為能力屬不可逆轉的情況下才適用。這個詮釋已在普通法下獲得支持。”<sup>184</sup>

7.193 新澤西州和夏威夷州於 1991 年通過法例，擴闊了法定預設醫療指示的範圍，把精神狀況退化屬不可逆轉的人也涵蓋在內。Alan Lieberson 對此的意見是：

“有近五百萬美國人是患有不同程度的不可逆轉癡呆症。在他們當中，有很多人如果有能力的話是會選擇放棄接受護理的，而大部分的人都會落入新的法定涵蓋範圍之內。即使這些病人不希望接受治療，但現有規定卻是必須繼續進行治療。這在健康護理服務來說是一大難題，解決的唯一方法便是在每一個人尚未患上癡呆症之前便先行取得有關其意願的書面紀錄。”<sup>185</sup>

7.194 他續稱：

“最少有 27 個司法管轄區特別作出規定，令健康護理持久授權書具有效力，准許健康護理代理人指示不提供或撤去維持生命系統。其他司法管轄區有很多都作出規定，令權力得自標準持久授權書的代理人可以作出健康護理決定。這些文書是獨立於生前預囑以外的。……

相對而言，其他州容許指定一名代理人（‘指定代理人’（designated agent）），作為生前預囑本身的部分內容。……有一些〔州〕准許指定一名候補指定代理人，但其他的卻不准許。”<sup>186</sup>

7.195 Alan Lieberson 提到一些贊成健康護理持久授權書的評論文章，並說：<sup>187</sup>

“大部分論者都是大力支持健康護理持久授權書，認為代理人可令病人的治療喜好得到遵從和確保不會遭家屬或醫生罔顧或遺忘。‘如果一名無能力作出決定的病

---

<sup>184</sup> *Advance Medical Directives*，第 73-75 頁。

<sup>185</sup> *Advance Medical Directives*，第 107 頁。

<sup>186</sup> *Advance Medical Directives*，第 115 頁。

<sup>187</sup> *Advance Medical Directives*，第 282-283 頁。

人本身已有指定代理人，而醫生是依據這名在法律上獲承認的代理人的健康護理指示行事，那麼較諸依據病人的一名親屬的非正式同意行事來說，有關醫生是不會如此容易受到法律上的懲罰或專業譴責的。健康護理持久授權書能弄清楚誰人是獲授權可代無行為能力的病人表示同意，同時亦能解決親屬之間意見分歧或家人與醫生意見分歧時決定該怎樣做這個難題。…… 代理人與生前預囑不同，給醫生提供…… 一名獲賦權可代〔病人〕作出決定的人，解決了因生前預囑條款往往含糊不清而詮釋其意義亦全憑臆測這個問題。…… 最後的優點…… 便是代理人能解決醫生首次會見一名患了急性疾病的無能力作決定的病人時即要代為作判斷這個問題’。<sup>188</sup> ”

7.196 他進一步解釋說：<sup>189</sup>

“健康護理持久授權書有多項勝過生前預囑的重要優點。生前預囑通常僅限用於治療末期病症患者而該患者正瀕臨死亡；健康護理持久授權書則可用於所有涉及病人無能力作決定的情況，一般是用於轉授權力代為作出健康護理決定。…… 當要決定病人的心願在該狀況下究竟會是甚麼時，代理人便可以解決病人之前所作出的書面陳述與口頭說法的含糊或矛盾之處。……”<sup>190</sup>

7.197 Alan Lieberson 又指出健康護理持久授權書優勝於監護法律程序之處：<sup>191</sup>

“作為一種就未來健康方面的選擇作安排的方法，持久授權書有四項重要優點是勝過監護法律程序的。第一，…… 簽立和批准持久授權書的程序，一般不會像進行監護法律程序那麼煩贅。第二，受監護人會被裁定為無行為能力的人，所以監護法律程序有時會被認為是令受監護人尷尬；持久授權書則有所不同，病人不會背負在法律上被裁定為無行為能力的標籤。第三，個人可透過授權書指定一名醫療代決人，但個人的喜好可能因…… 法庭就監護人所作的選擇而結果不獲遵從。最

---

<sup>188</sup> 這是引述 Peters 之言，*Advance Medical Directives: The Case for the Durable Power of Attorney for Health Care*, 8 J of Legal Med 437, 451, 452 (1987)。

<sup>189</sup> *Advance Medical Directives*，第 283 頁。

<sup>190</sup> 這是引述 Office of the General Counsel of the American Medical Association 之言：*Advance Medical Directives*, 263:17 JAMA 2365, 2366 (1990)。

<sup>191</sup> *Advance Medical Directives*，第 283-284 頁。

後，個人就行使授權書所轉授的權力而可向指定代決人發出指示；但監護機制中卻沒有可靠的方法，可令受監護人的個人自主權受到尊重。”<sup>192</sup>

### 《統一健康護理決定法令》

7.198 1993年8月，統一各州法律全國委員會通過修訂舊有的兩項《統一末期病人權利法令》和舊有的《標準健康護理同意法令》（Model Health-Care Consent Act），新法令的名稱是《統一健康護理決定法令》（Uniform Health-Care Decisions Act）。<sup>193</sup>

7.199 《統一健康護理決定法令》的序言，首先描述了各州法律的急劇變化及因此而造成的各種衝突：

“自最高法院在 *Cruzan 訴 Commissioner, Missouri Department of Health* 一案（497 U.S. 261 (1990)）中作出裁定以來，涉及作出健康護理決定的州立法例已有重大變化。現時每個州都有法例授權使用某種形式的預設健康指示。除了數個州之外，所有的州均授權使用一種特別稱為生前預囑的文書。幾乎所有的州均訂有法規，授權使用健康護理授權書。此外，大部分的州亦訂有法規，容許家人（在一些個案中則是親密朋友）代欠缺行為能力的成年人作出健康護理決定。

不過，這條州立法例的發展過程卻非一氣呵成，毫無連貫性的後果便是只得出一套每多割裂不全且間有矛盾的規則。在同一個州內制定的各條法規之間經常互相衝突，而各州之間的法規互相衝突也是常見之事。現今社會流動性越來越高，在某個州作出的預設健康護理指示必然常會在另一個州中執行，所以有必要令各州法律更為統一。

《統一健康護理決定法令》便是有見及此混亂情況而草擬的。”

7.200 建議制定的新法令是基於以下理念營造而成的：

---

<sup>192</sup> 這是引述 Leflar 之言，*Liberty and Death: Advance Health Care Directives and the Law of Arkansas*, 39 *Arkansas Law Rev* 375, 438, 439。

<sup>193</sup> Alan D. Lieberman(醫學博士兼法學博士)，*Advance Medical Directives* (Clark Boardman Callaghan, 2001年8月所發行的累積增刊)，第17頁。

“法令是環繞以下理念而營造的。第一，法令承認一名有能力作決定的人享有在一切情況下為自身健康護理的所有各方面作出決定的權利，包括拒絕接受健康護理或指示中止健康護理的權利，即使這樣做會導致死亡情況亦然。個人指示可擴及任何和所有可能須作出的健康護理決定，而除非主事人有所限定，否則代理人有權作出主事人本會作出的所有健康護理決定。法令承認個人有權力界定指示或代理權的範圍，並使此項權力有效，而指示或代理權範圍的寬窄是按個人所選擇而定。

第二，法令是廣泛的，令制定法規的司法管轄權可用一條單一法規來取代涉及有關課題的現有的法例。當個人不能或不想決定時，法令授權健康護理決定可由獲指定代作決定的代理人作出；當個人無能力行事而又未有委任監護人或代理人又或者無監護人或代理人可合理地聯絡得上時，則健康護理決定可由指定代辦人、家人或親密朋友作出；在沒有其他解決方法時，健康護理決定也可由具有司法管轄權的法庭以最後代決人的身分作出。

第三，法令的目的是簡化和利便作出預設健康護理指示。指示可以是書面或口頭。健康護理授權書雖然必須以書面訂立，但無須有人見證或確認。此外，指示也可採用可供選擇的表格來作出。

第四，法令力求盡量確保關乎個人健康護理的決定會是按個人對須予解決的問題的心意而作出。法令規定獲授權代某人作出健康護理決定的代理人或代辦人，須在所知範圍內按照有關的人的指示和該人的其他意願作出該等決定。若非以此方式作出決定，代理人或代辦人就必須考慮就他們所知，該人的個人價值觀是甚麼，並據此而按照該人的最佳利益作出該等決定。此外，法令又規定監護人須遵從受監護人以前所曾作出的指示，並禁止監護人在沒有明示的法庭許可之下，撤銷受監護人的預設健康護理指示。

第五，法令有處理健康護理提供者和健康護理機構在遵從指示方面的問題。健康護理提供者或健康護理機構必須遵從病人的指示，並合理地詮釋該項指示或當時獲授權代病人作出健康護理決定的人的其他健康護理決定，但這項遵從的責任也不是絕對的。健康護理提供者

或健康護理機構可本乎良知而拒絕執行一項指示或決定，或因該項指示或決定導致須提供在醫學上無效的護理而拒絕將之執行，又或因該項指示或決定導致須提供某些會違反適用的健康護理標準的護理而拒絕將之執行。

第六，法令訂有排解糾紛的程序。雖然法令一般而言是以不經訴訟的方式來實施，但也會出現必須訴諸法庭的情況。基於此故，法令授權法庭責成或指示執行健康護理決定，或命令給予其他衡平法濟助，並指明誰人有權提出呈請。”

7.201 序言的最後一段述明了《統一健康護理決定法令》的作用：

“《統一健康護理決定法令》取代了各委員所訂立的《標準健康護理同意法令》（1982）、《統一末期病人權利法令》（1985）及《統一末期病人權利法令》（1989）。如果一個州要制定《統一健康護理決定法令》，而上述三項法令之中有任何一項當時是在實施之中，則該州應在《統一健康護理決定法令》制定之時便廢除該項法令。”

## 第 8 章 建議的改革方案

### 引言

8.1 我們在導言中已有解釋，本報告書所研究的是兩種特定的情況，兩者均是關於在執行某些決定所關乎的行動之時為未能作出決定的人代作決定。第一種情況涉及由第三者為陷於昏迷或處於植物人狀況的人就醫療問題和財產及事務的處理代作決定，而第二種情況則涉及個人就自己日後再無行為能力作出有關決定時所希望接受的健康護理或醫療而預先作出決定。在本章中，我們會探討這次諮詢所取得的有關結果，然後列出我們的改革建議。

8.2 小組委員會從個人、宗教團體、專業組織、社會福利機構及教育機構收到超過 60 份回應諮詢文件的書面意見。所有接獲的意見均經過細心研究，而且其中不少提議在擬定本報告書時已予採納。報告書結尾的附件 8 載列向我們提交了意見書的個人、團體、組織及機構的名單。

8.3 本報告書關乎在執行某些健康護理決定之時為沒有行為能力作出該類決定的人代作決定之事。須予區別者是以下兩種不同的情況：一種情況是個人在無行為能力開始之前已預先表明自己的意願（生前預囑或預設醫療指示便屬於這類情況），而另一種情況則是個人未有如此預先表明（昏迷病人或植物人便屬於這類情況）。我們在本報告書中會首先研究第一種情況。

### 第 1 部：預設醫療指示

#### 各種方案

8.4 對於本報告書之前各章所提出的多項問題，我們在諮詢文件中指出有五個可以解決這些問題的改革方案：

- (a) 擴闊持久授權書的現有範圍；
- (b) 訂立福利授權書或持續授權書；
- (c) 擴大監護委員會的職能；

- (d) 為預設醫療指示提供立法基礎；或
- (e) 保留現有法律並以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念。

### **(a) 擴闊持久授權書的現有範圍**

8.5 在諮詢文件中，我們考慮過擴闊持久授權書的現有範圍這個方案，方式是把生前預囑或預設醫療指示的概念納入持久授權書之內，並可訂明條文，允許有能力作出決定的成年人選擇一名代表或受權人，在自己一旦病危或變為精神上無能力作決定便代為作出健康護理決定或維持生命治療決定。這種做法可以與簽立生前預囑或預設醫療指示一併進行，亦可以取代簽立生前預囑或預設醫療指示。

8.6 有為數甚少的回應者支持這個方案，也指出我們在諮詢文件中所認同的某些優點，包括以下各點在內：

- 這個方案會較易施行。
- 此機制富有彈性，因為沒有必要在未開始患病之前便先行預計所有會涉及的未來醫療需要。
- 如果病人以前所作出的書面陳述和口頭陳述有含糊或矛盾之處，受權人能夠釐清病人在此情況下的意願到底是甚麼。
- 受權人令醫生可安心相信自己具有權力採取某些行動，而這較諸依據病人的一名親屬的非正式同意行事來說，醫生是不會那麼容易受到法律上的懲罰或專業譴責。

8.7 我們已恰當地考慮過以上各點，但與大部分回應者的看法一樣，我們認為已在諮詢文件中指出這個方案所可能涉及的問題，是蓋過它的任何優點：

- 代作決定的程序有可能大部分不受規管，並有可能受到利用和濫用。
- 受權人是不受監管的。授權人一旦變為無能力行事，可能便會無人有充分利害關係足以監察受權人的決定，並在有需要時質疑受權人的決定。

- 現有法例並無條文解決如何斷定無行為能力的正確開始時間這個問題。在老人癡呆症的個案中，無行為能力的正確開始時間會是非常難以確定，但在這類個案中，持久授權書卻有可能是最經常派上用場。雖然有一名回應者提議可由精神科醫生協助斷定無行為能力於何時開始，但在精神上無行為能力的程度時輕時重的個案中，確定這一點仍然困難。
- 基於各種實際理由，無行為能力的發生時間可能是無法精確地予以確定的；但除此之外，另一問題便是一俟受權人有理由懷疑授權人已變為或正變為精神上無能力行事，以致有需要向高等法院司法常務官申請註冊持久授權書，則就大部分目的而言授權會停止有效，直至註冊程序及其他必要手續辦理完畢才能恢復效力。
- 就施加於受權人的須有行動的積極責任來說，可能會是欠缺了程序上的保障：“受權人不是受託人，故此並無任何制裁可供採取，以對付一名因惰性或因情況不明朗而退居一旁全無行動的受權人。”<sup>1</sup>
- 獲委任處理個人的財政事務的受權人有可能不是代作健康護理或醫療決定的最合適人選。

8.8 經過衡量後，我們認為不宜擴闊持久授權書的現有範圍，因此不建議採納這個方案。

### **(b) 訂立福利授權書或持續授權書**

8.9 在諮詢文件中，我們曾探討准許受權人在授權人變為無行為能力後代授權人作出福利決定及健康護理決定這個方案。此方案與第一個方案之間的分別是憑藉福利或持續授權書獲委任的人，所授權的權力只會限於福利或健康護理的範圍，並不會像憑藉持久授權書獲委任者一樣，其權力會擴及授權人的財政或財產事務。福利授權書或持續授權書與一般的授權書有所不同，分別在於它們須待授權人變為無行為能力後才開始生效。

8.10 支持引入持續授權書的論據，大致上與支持擴闊現有的持久授權書制度的範圍的論據相同。這種授權書具有彈性，能配合授權人

---

<sup>1</sup> 英格蘭法律委員會第 119 號諮詢文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 149 頁第 6.16 段。

的未來醫療需要，又能提供機制確保授權人在變為無行為能力後其意願仍可得到反映，並且能協助醫生就無能力作決定的病人作出決定。

8.11 反對採用此方案的論據，也大致上與反對擴闊現有的持久授權書範圍的論據相同。這個機制的缺點包括：

- 代作決定的程序有可能大部分不受規管，並有可能受到利用和濫用。
- 持續授權書可能只在授權人已妥為獲得提供意見而有關的需要又是及時察覺得到的情況下才具有價值。
- 如何斷定無行為能力的正確開始時間仍然是一個問題。
- 就施加於受權人的須有行動的積極責任來說，可能會是欠缺了程序上的保障。

8.12 這個方案在諮詢期間並沒有獲得大力支持。有回應者尤其關注到它可能會被執行持續授權書的人利用和濫用。我們考慮過支持和反對此方案的論據後，結論同樣是這個方案應予否決。

### **(c) 擴大監護委員會的職能**

8.13 諮詢文件也討論過擴大監護委員會的職能這個方案。根據現有法律，監護委員會在考慮精神上無行為能力的人的需要後，會就他們的護理和福利作出(並覆核)監護令，<sup>2</sup> 並會就他們的醫療批給同意。

8.14 監護委員會就監護令的性質及範圍向監護人作出指示。<sup>3</sup> 在執行其職能時，委員會必須確保精神上無行為能力的人的利益獲得促進，而其意見及願望(在可予確定的範圍內)亦受到尊重。但是，當委員會認為不遵照無行為能力的人的意見及願望是符合該人的利益時，該人的意見及願望可能會被否定。<sup>4</sup>

8.15 諮詢文件建議考慮擴闊現時賦予監護委員會的職權範圍和權力，令監護委員會可考慮精神上無行為能力的人所作出的預設醫療指示。但是，這樣做可能需要訂明特定法律條文，令監護委員會可以承認某人於未變為精神上無行為能力之前所作出的預設醫療指示，並嚴格遵從該等指示。

---

<sup>2</sup> 《精神健康條例》(第136章)第59K(1)(b)條。

<sup>3</sup> 《精神健康條例》(第136章)第59K(1)(d)條。

<sup>4</sup> 《精神健康條例》(第136章)第59K(2)條。

8.16 此方案的好處，是可以在“家長式”的做法與給予病人在作出決定方面一些支持之間取得平衡，此外也確保對病人能有積極行動，這與不向受權人施加任何行動責任的上一個方案是有差別的。

8.17 此方案的缺點，與上文已作討論的其他方案的缺點相同。預設醫療指示是只在病人於開始變為精神上無行為能力之前已妥為獲得提供意見而病人又及時察覺到有關的需要才具有價值。反對採用此方案的其他論據包括以下各點：

- 監護委員會可能沒有全面考慮病人的自主權，而且如果監護委員會認為不遵照病人的意見及願望是符合病人的利益，病人的意見及願望可被否定。
- 監護委員會只在能夠確定預設醫療指示是存在的情況下才可執行預設醫療指示，但在某些情形下，確定預設醫療指示的存在可能會有困難。
- 在監護委員會的架構之下，代決人的人選有限；在某些情形下，代決人可能與病人全無關係，亦有可能是病人認為不可靠的人，或是病人所不喜歡的人。
- 即使監護委員會能確定有關的預設醫療指示，但在執行方面預設醫療指示也難免會在某程度上欠缺彈性。
- 提出監護申請的程序，要比簽立某些形式的授權書的程序更為贅累。
- 監護法律程序有時會被認為令那些被裁定為“精神上無行為能力”的人感到尷尬。病人及其家屬可能會視此為一種標籤。

8.18 諮詢文件的回應者當中極少人支持這個方案。有人指出監護權的概念與預設醫療指示旨在尊重個人的意願和自主權這個基礎理念不相符。因此，我們不建議擴大監護委員會的職能。我們也認為監護委員會的現有權力足以保障無行為能力的人的權益，所以亦不建議將之擴大。

#### **(d) 為預設醫療指示提供立法基礎**

8.19 此方案涵蓋了一系列可供採用的方法，由設立全面的法定體制以涵蓋為精神上無行為能力成年人代作決定的所有各方面事宜，至

訂立一項只為預設醫療指示的法定格式作出規定的較簡單條文，均一一網羅其中。有多個司法管轄區曾建議在這方面採用全面的立法架構或已經採用這個架構。

## 加拿大

8.20 在加拿大，馬尼托巴於 1992 年制定了《健康護理指示法令》（*Health Care Directives Act*），而艾伯塔則於 1996 年制定了《個人指示法令》（*Personal Directives Act*）。值得一提的是《健康護理指示法令》載有明示條文保存普通法之下的各項現有權利，而《個人指示法令》之所以制定，是為了賦予健康護理指示法律效力。

## 英格蘭與威爾斯

8.21 英格蘭法律委員會於 1995 年發表的《精神上無行為能力報告書》（*Report on Mental Incapacity*），是關於：

“可合法地為無能力自作決定的人代作決定的方法，既涉及實體法方面的問題，亦涉及程序上的問題，而須予考慮的決定可能是與個人、財政或醫療事務有關。”<sup>5</sup>

8.22 法律委員會建議採用“統一的做法”來改革此範疇的法律，並指出這做法會涉及廢除《1983 年精神健康法令》第 VII 部（該部規管病人的財產及事務的管理）和廢除整條《持久授權書法令》。<sup>6</sup> 法律委員會在其報告書中進一步解釋說：

“我們所擬備的法令草案草擬本，設定了一個有連貫性的法律機制，於有需要代年滿 16 歲或以上而又欠缺行為能力的人作出任何決定（不論是屬於個人、醫療抑或財務性質）之時有計可施。……”

8.23 法律委員會又建議：

“…… 國務大臣應擬備一份或多份實務指引，並不時作出修訂以就有關法例提供指引。在擬備或修訂指引之前應進行諮詢，同時亦可轉授有關擬備指引的任何部分工作。”<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> 法律委員會，*Report on Mental Incapacity* (1995)，法律委員會第 231 號報告書，第 1.1 段。

<sup>6</sup> 《1983 年精神健康法令》第 VII 部及《持久授權書法令》由《2005 年精神健康法令》廢除。

<sup>7</sup> 法律委員會，*Report on Mental Incapacity* (1995)，法律委員會第 231 號報告書，第 2.53 段。

8.24 司法大臣辦公廳於 1997 年發表了一份諮詢文件。聯合王國政府鑑於所得的回應，決定擱置處理預先陳述（Advance Statement）這個問題。<sup>8</sup>

8.25 正如我們在諮詢文件中指出，全面改革計劃的優點是有連貫性，而且可以更為容易配合那些可能難以融入現有法律或程序的新意念和新模式。

8.26 不過，我們也注意到預設醫療指示本身也有局限，正如法律委員會在其 1991 年的諮詢文件中所指出：

“有些人永遠也不會有足夠的行為能力來使用預設醫療指示，而有此能力的人卻很多都不會動這個念頭，要待到為時已晚才會改變態度，肯勇於面對精神狀況是會日漸變壞這問題的人其實不多。採用預先轉授權力的機制，需要用家有先見之明，並已取得適當的意見。此外，預設醫療指示究竟應在何時生效也需要有所決定。如果把無行為能力當作是‘啟動’預設醫療指示的事件，確定無行為能力的正確開始時間這難題便會不斷製造問題。不管如何小心進行預先策劃，也難免會有未能預見的事件發生，而這些事件是無法可事先作出安排的。”<sup>9</sup>

8.27 法律委員會有對“生前預囑”（拒絕接受維持生命治療）加以考慮。這是一個不同的概念，可能也會在推行上出現問題。法律委員會在其 1991 年諮詢文件中有以下的意見：

“生前預囑的推行已出現了多項問題。各種不同問題可能在法例之中永無答案。舉例來說，醫生如果沒有遵從生前預囑的條款是否會構成專業上的失當行為？拒絕接受維持生命治療可否構成自殺？而這樣做對於保險方面會有甚麼影響？有人擔心那些已被診斷為病患已到末期的人會面對不當的壓力，迫使他們簽署生前預囑，而這種情況又會以醫護服務主要是由私人提供資金的國家為甚。……

生前預囑有多種版本，而各種版本所作出的指示的清晰程度分別很大。極之詳盡的生前預囑也會有無法預見某些事件變化之虞，但生前預囑若是用籠統的字眼又可能

---

<sup>8</sup> (Cm 4465)，1999 年 10 月，引言第 12 段。

<sup>9</sup> 英格蘭法律委員會第 119 號諮詢文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 6.3 段。

會在應用於某些情況之時含糊不清，令醫生須花上不少詮釋的功夫。這兩種情況的任何一種，也可能會造成並非病人所意願的後果。……”<sup>10</sup>

8.28 我們在上一章已指出，繼法律委員會於 1995 年發表《精神上無行為能力報告書》後，司法大臣辦公廳於 1997 年發表一份以“誰來決定？”為題的諮詢文件。這份諮詢文件是就保障精神上無行為能力的成年人及其照顧者的可行架構徵求意見，“並就提供一個有組織的法律架構，以管理精神上無行為能力的成年人的福利和事務”徵求意見。<sup>11</sup> 基於諮詢所得的結果，司法大臣辦公廳表示不願意推動預設醫療指示這個課題。在其 1999 年報告書中，司法大臣辦公廳就上述課題提出了以下的意見：

“由於在這個複雜課題之上意見不一，而案例法本身的發展可靈活變通，政府相信在現時進行立法以便一下子徹底解決法律上的問題並非合適的做法。政府信納案例法所載的指引，連同英國醫學會所發表的一份名為‘關於醫療的預先陳述’（Advance Statements about Medical Treatment）的實務指引，已提供了足夠的清晰度和彈性，令預先陳述的有效性和適用程度可按每宗個案的情況而定。不過，政府有意從未來醫學和法律發展的角度來繼續研究這個課題。”<sup>12</sup>

## 新加坡

8.29 在新加坡，《預先醫療指示法令》（Advance Medical Directive Act）是於 1996 年制定，其各項條文則於 1997 年 7 月實施。全國醫藥道德委員會曾於 1994 年檢討有關情況，就此而發表的立場書載有多項建議，強調有需要立法，以為預先醫療指示提供必要的實質上和程序上的保障，而法令是實施了這些建議。有關法例明確規定，如有人不願簽立預先醫療指示，即不應強迫該人或向該人施壓要他如此行事。有關法例又強調即使病人已簽立預先醫療指示，仍一定要向病人提供適當的紓緩治療（包括痛楚、痛苦及不適的解除，以及食物和水份的合理供給）。

---

<sup>10</sup> 英格蘭法律委員會第 119 號諮詢文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 6.6-6.7 段。

<sup>11</sup> 司法大臣辦公廳以“誰來決定？”為題所發表的諮詢文件，第 1.1 段。

<sup>12</sup> (Cm 4465)，1999 年 10 月，引言第 20 段。

8.30 我們在諮詢文件中指出，取用一種類似新加坡的收窄範圍做法，會把法律效力賦予預設醫療指示這個概念，並會為必要的實質上和程序上的保障提供立法基礎。在這種做法之下，預設醫療指示的格式和簽立方式均會由法律訂明，其優點是醫生能有比較肯定的感覺，可減低醫生與病人家屬之間發生爭議的可能性。這個方案也會加強病人自決原則。一些支持這個方案的回應者認為除非病人的預設醫療指示有法定基礎，否則醫生與病人家屬之間的爭議又或病人不同親屬之間的爭議便會無法解決。另外，這些回應者認為為預設醫療指示而設立的法律架構會較為明確，是為充分保障醫護人員和健康護理員所必需的。他們也關注到醫生可能會因為擔心捲入官非而不執行沒有法定基礎的預設醫療指示。對於剛提到的這一點，我們得指出普通法早已承認預設醫療指示是有效的，而醫護人員有權依據預設醫療指示行事，直至該指示的效力受到質疑為止。

8.31 至於應否引入一個立法機制這個較廣泛的問題，鑑於預設醫療指示這個概念對於市民來說仍是一個新概念。我們認為大部分人對此概念的認識有限，故此現時立法尚未是成熟的時機。除此之外，立法又有可能會阻礙而非鼓勵人們使用預設醫療指示。一份法定預設醫療指示表格也會是較為欠缺彈性，令預設醫療指示的有效性可能會冒因為某個簽立方面的輕微技術性錯誤而受到質疑這個風險。我們另外又關注到，撤銷法定的預設醫療指示的程序有可能會令人更加望而卻步。因此，我們在目前階段既不支持設立全面的立法機制，也不支持採用法定預設醫療指示表格這種較為有限度的做法。

### ***(e) 保留現有法律並以非立法方式推廣預設醫療指示這個概念***

8.32 我們在諮詢文件中建議應保留現有法律，並應以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念，方法包括廣泛散發預設醫療指示表格的範本。

8.33 根據現有的普通法，個人在仍有能力行事之時，是可以就自己一旦無行為能力作出未來健康護理決定之時所希望接受的健康護理作出指示的。除非有人以無行為能力或不當影響為由提出質疑，否則該等決定便會獲承認為有效。由有能力作決定的個人就同意或拒絕接受醫療而作出的預先決定，與該人所即時作出的口頭指示具有相同的效力。若對於病人以前就醫療問題所曾作出的指示或所曾表達的意願有爭議，可向法庭申請作出裁定。若然為此事而求助於法庭，法庭會考慮有關個案本身的事實和情況以作出裁定。由此可見，現時在普通法下的做法具有一定程度的彈性，這是法定的機制所欠缺的。

8.34 諮詢文件的回應者大多數同意應保留現有的法律，並認為應以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念。然而在支持這樣做的回應者當中，認為這做法應屬臨時措施以及一俟社會人士熟悉預設醫療指示這個概念後便該考慮立法的，為數亦不少。這些回應者指出一個立法架構長遠而言較為明確，因為不能肯定法律程序的結果，所以未能為執行預設醫療指示的醫生提供充分的保障。

8.35 我們已小心考慮過以上各點。我們承認為預設醫療指示提供法定表格比現時沒有規管架構的情況較為明確，因為目前必須由前線醫護人員決定預設醫療指示是否有效，而沒有任何規條幫助他們決定怎樣的預設醫療指示表格才可接納。即使預設醫療指示是根據某一法定機制訂立的，人們仍不時需要就該等指示尋求法庭的協助，但我們可以合理地認定其不明確的範圍和引致的爭議是會比在現行的普通法制度下為少。不過我們堅持我們早前提出的看法，就是最低限度在起初之時，應該以非立法的方式邁步向前。這些方式應包括製備、發表和散發預設醫療指示表格的範本。此範本會提供簡單而方便的途徑簽立預設醫療指示，讓人可確信其指示是清楚明確的。我們注意到這個結論亦與馬尼托巴法律改革委員會在其關於不提供或撤去維持生命治療的報告書中所述的想法一致（有關討論見第 7 章）。馬尼托巴法律改革委員會同樣不建議立法落實該報告書所概述的原則，反而建議“在馬尼托巴有提供健康護理的其他健康護理機構……在內外科醫學院的政策書一經修訂以反映我們的忠告後，應即予採納。”<sup>13</sup>

8.36 我們是給以下幾項考慮因素說服才達致這個結論的：

- 第一，社會人士普遍不熟悉預設醫療指示這個概念。我們相信公眾尚未更深入認識當中所牽涉的問題之時，嘗試制訂法定架構和展開立法程序的時機仍未成熟。
- 第二，對於一個如此敏感的社會課題，謹慎地逐步推進是大有道理的。現時法律承認預設醫療指示是有效的，但沒有提供指引說明預設醫療指示應採取甚麼形式以確保其明確程度足以讓醫護人員放心認為他們可以穩妥地據此行事。設立法定格式會填補這個空白之處，但一個中途站（以及邁向日後立法的路途上的一塊踏腳石）會是藉著預設醫療指示表格範本向公眾提供指引而暫時不須以法例支持。

---

<sup>13</sup> 馬尼托巴法律改革委員會，*Report on withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*, 第 108 頁。

- 第三，發表和散發預設醫療指示表格的範本可以很快做到，而且合乎成本效益。範本可以向病人、病人家屬及醫生提供即時協助，因為它能廣泛地向人們提供一個途徑，讓人們可以既清楚又明確地述明其意願，卻沒有立法程序所固有的延擱。

8.37 促進更廣泛地使用預設醫療指示無疑有好處，既可加強病人的自主權，亦可令醫護人員比較肯定可以進行甚麼治療。然而，同樣重要的是對於一個如此敏感的社會課題，任何改革建議都必須顧及社會的價值觀和道德倫理。在這一方面，我們注意到醫院管理局所發出的《對維持末期病人生命治療的指引》，有指出讓家人參與作出決定的程序在中國文化上的重要性：

“中國人對「一己」的觀念異於西方，而會兼顧與親人的關係……。中國人家庭較西方家庭亦扮演更重要的決策角色……。本文件〔《指引》〕確認家人參與決定的重要性，雖則家人的意見不可凌駕〔精神上〕有能力作出決定的成年病人的意見。”<sup>14</sup>

正如我們稍後作出的解釋，我們的建議與醫院管理局的上述指引的構思相近，而方法是鼓勵病人家屬參與作出決定的過程，但同時承認清楚明確的預設醫療指示的重要性。

### **醫生及其他健康護理人員關注之事**

8.38 我們理解有些回應者關注到以並非立法的方式行事，也許未能為執行病人的預設醫療指示的醫生及其他健康護理人員提供充分的保障，尤其是當病人的預設醫療指示與病人家屬的意願相左之時。然而，只要醫生是按病人的最佳利益行事，又或醫療的提供與否是依從病人以前作出的指示，則現行的普通法已給醫生提供充分的保障。有些回應者也憂慮到當醫護人員未能取得預設醫療指示的詳情時，醫治病人便有可能招致法律責任，但只要治療符合病人的最佳利益，現行的普通法是容許醫生給病人提供治療的。

8.39 有一名回應者認為如果有新的因素出現，預設醫療指示便不應對醫生有約束力。我們不同意他的說法，因為這樣會等同漠視病人的意願或自主權。

---

<sup>14</sup> 《對維持末期病人生命治療的指引》中文版第 1.3.2 段。

8.40 大部分回應者認為以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念應屬過渡性質的措施。我們經審慎考慮後亦同意這個看法，並建議政府應在社會較為廣泛熟悉預設醫療指示的概念後在適當時候檢討有關情況。我們認為任何這類檢討必需考慮三個因素，即：使用預設醫療指示的廣泛程度、出現爭議的次數以及人們接受預設醫療指示表格範本的程度。然而，基於上文所列出的理由，我們目前確認諮詢文件所提出的看法（並獲得大多數回應者支持），即在現階段引入預設醫療指示的法定機制為時尚早。我們因此建議起初應以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念。

#### **建議 1**

我們建議起初應以非立法方式推廣預設醫療指示這個概念，並建議政府在社會大眾較為廣泛熟悉預設醫療指示的概念後在適當時候檢討有關情況和考慮到時是否適宜立法。這類檢討應考慮三個因素，即：使用預設醫療指示的廣泛程度、出現爭議的次數以及人們對預設醫療指示表格範本的接受程度。

### *預設醫療指示表格範本*

8.41 在一些個案中，對預設醫療指示是否有效可能會產生疑問是無可避免的，又或醫護人員與病人家屬對病人的意願亦可能會無可避免地出現爭議。在這些情況下，雖然可訴諸法庭以解決該等問題，但這不是理想的做法。對簿公堂費用昂貴，很多市民都無力負擔。此外，傳統的法庭氣氛和法律文化上屬對抗性質的程序，有可能令申請人感到陌生和受到威脅。我們相信努力嘗試減少就預設醫療指示而可能出現爭議的範疇，是符合病人、病人家屬和醫護人員的最佳利益的。達致這個目標的其中一個辦法，就是設計並散發預設醫療指示表格的範本，因為只要填妥表格，便能清楚及明確地提供有關病人意願的陳述。如果該表格訂明在甚麼範圍內須與病人家屬磋商和溝通，表格是可以作為一種工具，把病人家屬納入作出決定的過程中。經協定的表格，大大有助醫生及健康護理人員考慮病人是否同意接受醫治，也令他們更易掌握病人以前所曾表達的意願或作出的指示。

8.42 我們相信提供預設醫療指示表格的範本，對解決病人、病人家屬和醫療專業現時所遇到的問題會大有幫助。我們已解釋過我們贊同避免法定格式所帶來的欠缺彈性情況，因為如果規定須採用法定格

式，格式上的任何偏差一開始便會影響文書的有效性，所以我們反而建議廣泛宣傳人們亦可選用不是法定的格式。使用範本的好處是人們只要正確地填寫表格，便可獲保證自己的意願會獲執行。我們必須強調我們的建議不含強迫的意思，即個人是否願意採用我們所建議的範本來簽立預設醫療指示，又或者會否選擇採用另一款格式，則留待個人自己來決定。以不同格式簽立的預設醫療指示，只要是明確的和由一名有能力作決定的人自由作出，便會如目前一樣可以執行。

8.43 我們據此擬備了一款預設醫療指示表格範本，載於本報告書附件 1。我們在設計表格時曾研究並參考《英國醫學雜誌》和美國哥倫比亞特區醫院協會（District of Columbia Hospital Association）所各自製備的預設醫療指示表格範本（分別見附件 2 及附件 3）和新加坡衛生部所製備的“預先醫療指示”（Advance Medical Directive）表格（見附件 4）。

8.44 附件 1 所載的範本反映了我們的諮詢文件所接獲的回應，在幾方面與我們在諮詢文件中所建議的草稿有差別。有些回應者認為範本不應載有關於病人希望接受某一類治療的積極指示。我們注意到這個看法與英格蘭上訴法院近期的 *Re Burke*<sup>15</sup> 一案的裁定是一致的。我們同意這個看法，並據此修改了所草擬的表格。

8.45 有些回應者提議在表格中列明擬定預設醫療指示的目的，並加入其意如下的陳述：無論在任何情況下都不會執行安樂死，即使病人明文要求這樣做亦然。我們同意這一點，並已修改範本以收納這方面的建議。在這一方面而言，我們曾參考《英國醫學雜誌》所製備的預設醫療指示表格，並認為它的目的條文十分有用。因此，我們已在範本中加入如下所列的類似條文，只是在關於啟動預設醫療指示的施行的病況方面略作變通：

“此指示的目的，是當本人病情到了末期或陷入持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷時，將本人所可能身受或造成的痛苦或尊嚴損害減至最低，並免卻本人的醫療顧問或親屬或兩者同時肩負代本人作出困難決定的重擔。”

## **建議 2**

**我們建議發表和廣泛散發我們所提議的預設醫療指示表格範本，並建議鼓勵人們使用該範本。**

<sup>15</sup> [2005] EWCA Civ 1003。該項裁定於 2005 年 7 月 28 日作出。

8.46 我們注意到一名回應者提出以下建議：宜考慮早在威脅生命的疾病侵襲個人之前已預先作出預設醫療指示這做法，讓人對所想選擇的臨終護理有一個經適當考慮而得出的看法。我們同意這項提議，並增設一項新的建議以反映這一點。

### **建議 3**

**我們建議進行適當的宣傳，以鼓勵人們早在任何威脅生命的疾病侵襲之前預先考慮作出預設醫療指示和填妥有關表格。**

### *推行宣傳計劃*

8.47 我們認為有需要推動公眾加強認識和理解預設醫療指示這個概念。政府在推廣工作之上扮演重要角色；我們認為可行的措施是各個民政事務處均應備有作出預設醫療指示的一般資料單張和我們所建議採用的指示範本，以供市民索取。我們又鼓勵家庭醫生和醫院參與推廣工作，以加強公眾認識和了解預設醫療指示，更鼓勵家庭醫生和醫院在病人希望作出預設醫療指示時加以協助。我們相信醫務委員會、香港醫學會、香港醫學專科學院及其成員分科學院、大律師公會、律師會、醫護人員、宗教團體及社會團體均可在推廣運動上發揮重要作用。回應其中一名回應者的說法，我們也相信政府應鼓勵、支持並利便提供護理服務的非政府機構（例如安老院、老人社區中心等）向其服務對象及成員灌輸預設醫療指示這個概念。鑑於這些機構在其服務對象中的地位，我們相信由它們擔當這個教育角色會特別有效。

### **建議 4**

**我們建議政府應推行宣傳計劃，加強公眾認識和了解預設醫療指示這個概念。衛生署及各個民政事務處應備有就作出預設醫療指示的方法和後果向公眾提供一般指引的資料，以供公眾參考，並應提供預設醫療指示表格範本供公眾使用。**

## 建議 5

政府應在灌輸關於預設醫療指示的用途和效力的資料這項行動上，設法爭取醫務委員會、香港醫學會、大律師公會、律師會、醫院管理局、所有醫院和診療所、其服務涉及照顧老人的非政府組織、以及宗教團體及社會團體的支持。

### *預設醫療指示的適用範圍*

8.48 我們在諮詢文件中建議預設醫療指示所載的指示，應在病人處以下三種病況其中之一時適用：不可逆轉的昏迷、持續的植物人狀況或病情到了末期。一名回應者認為諮詢文件中建議可啟動預設醫療指示的病況過於狹窄，有可能令預設醫療指示變得多餘。這名回應者表示在病人的“病情到了末期”時，按照現今的醫療常規本來就不會提供維持生命治療。我們不同意這一點，因為雖然在病人的“病情到了末期”的大部分情況下，不提供維持生命治療也許是符合病人的最佳利益，但當病人家屬反對不提供維持生命治療時，醫護人員便可能會進退兩難。在這種情況下，預設醫療指示便會有助解決醫生與病人家屬之間的爭議。指出以下一點也很重要：預設醫療指示其實是鞏固了為病人的最佳利益着想這項原則。

8.49 有回應者提議將“嚴重癡呆症”納入為啟動預設醫療指示的病況之一，但大部分回應者反對此提議，因為他們憂慮被濫用的可能性很大。與大多數回應者的看法一樣，我們不認為將“嚴重癡呆症”納入為啟動預設醫療指示的病況之一是適當的，因為癡呆症個案所牽涉的無能力範疇過於廣闊。就此議題而言，我們堅持原有看法，即預設醫療指示所載的指示應在病人處於我們所指明的三種病況之一時適用。我們要指出一點，只要病人的病況符合上述三個類別其中之一，醫生不必等到病人瀕臨死亡才啟動任何預設醫療指示。讓我們再一次強調，預先拒絕接受治療的做法現已同樣獲得醫療專業和普通法確認。

### *病況的核證*

8.50 我們在諮詢文件中建議，可啟動預設醫療指示的三種病況（即陷於不可逆轉的昏迷、處於持續植物人狀況或病情到了末期）應在啟動任何預設醫療指示前最少由兩名醫生確認和核證。一些回應者提議核證該等病況的其中一名醫生應是對病人所處於的病況有經驗

的臨床醫生。我們完全理解這項提議背後的用意，但也知道這項規定會帶來能否提供資源及專業知識這個實際難題。我們明白所指出的困難及其用意，但仍然持守原先的立場及看法，即上述病況應先由最少兩名醫生確認和核證，然後在該等病況下適用的任何預設醫療指示方可生效。

8.51 有些回應者關注到預設醫療指示表格範本所提述的“處於持續植物人狀況”及“陷於不可逆轉的昏迷”這兩種病況的精確檢定又或欠缺定義的情況。我們認為毋須界定這兩種病況，因為公認的醫療常規和指引會令人滿意地診斷出這些病況。

### *紓緩治療和基本護理*

8.52 我們認為病人在任何情況下均應獲提供令其繼續感到舒適及尊嚴得以保持和痛苦得以解除所需的紓緩治療與基本護理。在諮詢期間，我們就何謂紓緩治療或基本護理接獲多種不同意見。我們認為此事最好留待醫療專業按照在啓動某人的預設醫療指示之時的當前醫療常規自行決定。然而，我們認為非人工的營養及流體餵養應屬基本護理的一部分，最起碼就預設醫療指示表格而言應是如此。我們因此將預設醫療指示表格範本中關於提供基本護理或紓緩治療的指示的措詞修改如下：

“除了基本護理和紓緩治療外，本人不同意接受任何維持生命治療。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。”

### *“病情到了末期”及“維持生命治療”的定義*

8.53 對於我們在預設醫療指示表格範本中為“病情到了末期”及“維持生命治療”兩詞所建議的定義，有回應者評論說“死亡亦已臨近”這個病況或會引起問題，因為施行維持生命治療可能會大大延長病人的生存時間。這些回應者也覺得為解釋“維持生命治療”而使用的句子的“只收延長死亡過程之效”並不容易界定。他們提議參考《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，而且為免混淆，應採用英國醫學會在其 1999 年指引所提供的“維持生命治療”的定義。該定義也獲醫院管理局採用。我們同意這樣做，因為這會令有關的醫療用詞較為一致。

## 建議 6

我們建議為作出預設醫療指示，“病情到了末期”及“維持生命治療”兩詞應界定如下：

- (a) “病情到了末期”的病人是患有嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病的病人。這些病人對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命。
- (b) “維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。

## 見證人

8.54 正如我們早前所作解釋，我們在本報告書所提出的預設醫療指示表格範本正是這樣的：選擇作出預設醫療指示的人如果願意的話，他們可以選用該範本。該範本並沒有強迫的意思，也不排斥其他形式的預設醫療指示，作出預設醫療指示的人可以選用自訂的指示格式，只不過我們認為使用範本會大大減少不明朗或有爭議之處。鑑於我們訂定的表格只是一個建議範本，這表示當中所載的各個組成部分可按照使用者的選擇而予以採納或摒除。範本的其中一個組成部分是關於見證人的規定。

8.55 我們在諮詢文件中建議，預設醫療指示表格應在兩名見證人在場的情況下填寫，而這兩名見證人其中之一應是醫生。我們也討論過就見證人的規定而言可供採用的其他做法，每一種做法都各有其潛在的缺點和優點。

8.56 我們在諮詢文件中特別指出，《持久授權書條例》（第 501 章）自 1997 年制定以來，六年期間只有三份持久授權書進行註冊。有人曾指出註冊數字之所以這麼低，是因為文件必須由一名醫生和一名律師同時見證。我們在諮詢文件中特地就我們所建議的以下規定徵

詢意見：簽立預設醫療指示必須有兩名見證人，而且其中一名必須是醫生，這是因為我們擔心該項規定會令市民大眾打消簽立預設醫療指示的念頭。然而，大部分回應者均支持必須有兩名見證人的規定，並贊同其中一名見證人應該是醫生。

8.57 把醫生納為預設醫療指示見證人之一可發揮多項作用。第一，擔任見證人的醫生能夠向作出者解釋預設醫療指示的性質和作此指示的後果。負責見證的醫生會能夠告知預設醫療指示作出者，未來醫學或科技發展可能會影響預設醫療指示所反映的決定，而作出者的預設醫療指示不得載有關於其醫治方面的不合法指示，亦不得指示醫生不提供基本的醫療護理。第二，醫生是完全有能力評估個人在作出預設醫療指示時是否明白預設醫療指示的性質和作此指示的後果。第三，負責見證的醫生能夠向另一名見證人解釋他所見證的文件屬於甚麼性質。我們認為要令到所有負責見證的醫生的做法均保持一致，最好的方法便是由醫務委員會或其他有關專業團體發出指引，供負責見證預設醫療指示的醫生遵從。諮詢文件的其中一名回應者提議可規定一名精神科醫生（而非普通科醫生）以其專業知識評估某人在作出預設醫療指示的時候是否精神健全。我們不同意這一點，因為普通科醫生是完全有能力評估個人在作出預設醫療指示的時候是否明白預設醫療指示的性質以及作出這項指示的後果。關於這一方面，我們已於建議的預設醫療指示表格範本中剔除了作出者是精神健全的聲明，因為除非有相反證據，否則任何人均是推定為精神上有行為能力的。

8.58 至於負責見證的醫生應否由作出預設醫療指示的人的主診醫生（或曾經診治該人的醫生）以外的醫生擔任，我們所接獲的回應則各有說法。有些回應者認為在作出預設醫療指示這樁敏感的事情上，個人會寧可讓自己的家庭醫生參與其事，因為如果與一名他不熟悉的醫生探討此事，他反而有可能會覺得不能暢所欲言。不過其他回應者則認為要求另一名醫生參與其事，會促使個人在填寫預設醫療指示表格之前更加慎重考慮其事。經過衡量後，我們認為這個選擇最好留待作出預設醫療指示的人自行決定。我們已修改了範本，使現時的版本指明負責見證的醫生是否作出預設醫療指示的人的主診醫生，又或者是否曾經診治該人的醫生。

8.59 有關適用於預設醫療指示的見證人規定，回應者還提出了不少其他建議。有論據認為有關規定應該有更嚴格的要求，例如其中一名見證人應具有評定個人認知功能的專門知識，又或者一隊來自不同界別的醫生，社工，心靈照顧者等的組合應參與其事。其他論據有指

最少應有一名病人家屬擔任見證人，而且不應阻止病人的遺產受益人擔任見證人。我們認為重要的是任何關於見證人的規定不得對預設醫療指示的作出者過份嚴苛，並須承認作出者在選擇見證人方面有自主權以及須提供某些防止濫用和不當影響的保證。我們已解釋過，就我們認為是適用於填寫預設醫療指示表格範本的關於的見證人的規定，我們所作出的任何建議都是沒有約束力的，所以在這方面沒有依循我們的建議本身不會令預設醫療指示失效。但是我們認為若然全面採用預設醫療指示表格範本，包括其中關於見證人的規定，便可減少其後出現不明朗或有爭議之處。考慮過上述各點之後，我們確認在諮詢文件中提出的建議，即預設醫療指示表格範本應由兩名見證人見證，而其中一名見證人必須是醫生。我們也認為醫院管理局、醫務委員會、香港醫學會及其他有關專業團體應發出文件，就以下事宜向醫療專業提供指引：(a)預設醫療指示的作用；及(b)評核預設醫療指示是否有效。然而，在某人也許不能夠作出書面的預設醫療指示的情況下，我們建議他在一名醫生、律師或其他獨立人士面前作出口頭的預設醫療指示，但該等見證人必須在預設醫療指示作出者的遺產中沒有任何權益。

#### **建議 7**

- (a) 預設醫療指示表格範本必須由兩名見證人見證，而其中一名見證人必須是醫生。兩名見證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益。**
- (b) 政府應鼓勵醫院管理局、醫務委員會和香港醫學會等機構以及其他有關專業團體考慮發出指引文件，供負責見證預設醫療指示的作出的醫生遵從，以確保所有醫生在這方面的做法均能保持一致。該文件應同時就以下事宜向醫療專業提供指引：(a) 預設醫療指示的作用；及(b) 評核預設醫療指示是否有效。**
- (c) 在某人也許不能夠作出書面的預設醫療指示的情況下，我們建議他在一名醫生、律師或其他獨立人士面前作出口頭的預設醫療指示，但該等見證人必須在預設醫療指示作出者的遺產中沒有任何權益。**

## 撤銷預設醫療指示

8.60 我們在本報告書所提出的預設醫療指示表格範本，旨在減少不明朗之處，並提供一個方便的途徑令個人意欲在臨終前接受的健康護理預先讓他人知悉。我們相信選用預設醫療指示表格範本的人可以對其意願將會是清楚而明確地作出這一點放心。然而，沒有人會被強迫使用該範本，人們若寧可採用自己擬定的形式取而代之，亦無不可，而以不同形式作出的預設醫療指示同樣可以是有效的。我們就撤銷預設醫療指示所作出的建議，與關於預設醫療指示表格範本的一樣：我們相信依循我們所提議的撤銷方法行事，會使個人的意願清楚不過，但我們絕對沒有表示人們若選擇以其他形式撤銷其預設醫療指示便不會有效。撤銷只要是清楚而明確的，便會有效。以這些初步評論作為起點，我們現於下文列出我們認為可取的撤銷預設醫療指示的方法。

8.61 在諮詢文件中，我們當時認為如果預設醫療指示是以書面作出，撤銷指示亦必須以書面作出；而以口頭作出的預設醫療指示，則其撤銷的方式可以是口頭或書面的。鑑於我們所接獲的意見，我們重新研究過這方面的議題，並繼而修改了我們的結論。在這樣做之時，我們已努力在病人的自主權權益與確保病人意願（不論是關乎預設醫療指示的撤銷或簽立）須獲得尊重的需要之間取得平衡，而醫生若有懷疑的話，則寧可過份小心也必須站在維護生命的一方。我們也緊記有需要保護病人免受虐待或不當影響，但也不可令撤銷預設醫療指示的程序過於繁苛。

8.62 很明顯，以書面作出的撤銷對所有有關的人來說是最明確和清楚的。我們因此認為為了明確無誤和免除疑問，應該不懈地鼓勵意欲撤銷不論是書面抑或口頭的預設醫療指示的人以書面方式這樣做。我們在附件 5 列出撤銷預設醫療指示的表格範本。然而在某些情況下，作出預設醫療指示的人也許未能作出書面的撤銷，例如他在一些人面前以口頭作出撤銷後，隨即處於某種病況被送到醫院，而這種病況令他不再有能力無論以口頭還是書面方式確認這項口頭撤銷。一個解決辦法是容許醫生依賴第三者確認該項早前作出的撤銷，但這做法的問題是可能會令作出預設醫療指示的人有所憂慮，例如他們的意願其後可能會純粹基於一名家庭成員隨便的一句說話而不能實現。因此，我們總結認為口頭撤銷預設醫療指示應在醫生、律師或在作出者的遺產中沒有任何權益的其他獨立見證人面前作出。我們認為在切實可行的情況下，見證人為口頭撤銷預設醫療指示作出書面紀錄，應該

是合宜的做法，而我們亦在附件 6 中載有一款適宜作此用途的表格範本。

8.63 我們在諮詢文件中建議，見證以書面撤銷預設醫療指示的人毋需是一名獨立見證人。同樣鑑於回應者在諮詢期間所表達的意見，我們改變了看法。經過反思後，考慮到有需要保護病人免受不當影響，我們得出的結論是見證以書面撤銷的人應該是（與見證口頭撤銷預設醫療指示的人一樣）在作出預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的獨立人士。一名回應者提議應有一名醫生見證口頭撤銷預設醫療指示，但我們認為這會構成太大的限制。

8.64 諮詢文件的評論者當中，有幾名提議若任何醫護人員知悉病人已撤銷其預設醫療指示，便應將這項資料正式記載於病人的醫療紀錄中。我們同意這項提議，並已據此在建議 8 中加以反映。

8.65 最後，我們應清楚表明預設醫療指示只有在病人陷於不可逆轉的昏迷或處於持續的植物人狀況方可執行。若然昏迷只屬突發性而非不可逆轉，仍應繼續給予維持生命治療。我們認為要是未能確實診斷病人屬陷於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況的話，醫生應寧可是過份小心也應施行維持生命治療。

## **建議 8**

### **我們建議：**

- (a) 為求明確和免除疑問，應鼓勵意欲撤銷預設醫療指示的人以書面方式這樣做；**
- (b) 如以書面方式撤銷預設醫療指示，應由一名於撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的獨立見證人見證；**
- (c) 如以口頭方式撤銷預設醫療指示，則撤銷應在一名於撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的醫生、律師或其他獨立人士面前作出；而在切實可行的情況下，見證人應為口頭撤銷預設醫療指示作出書面紀錄；及**
- (d) 如醫護人員知悉某人已撤銷其預設醫療指示，該項資料應正式記載於該人的醫療紀錄中。**

## *中央註冊處*

8.66 大部分回應者贊成應設立中央註冊處以保管預設醫療指示，但對於我們原本建議該註冊處應全日 24 小時均可供人查閱資料則表示疑慮，並指在人手方面可能會有問題。有回應者也關注到註冊處在運作及管理上可能會遭遇的困難，一名回應者甚至認為將預設醫療指示存檔的程序也許會令有意作出預設醫療指示的人退縮。經過再次考慮後，我們決定不建議設立中央註冊處。雖然中央註冊處可以方便醫護人員查證病人有否作出預設醫療指示及其條款是怎樣的，但我們各項建議的精髓在於並非強制性，即如我們提出預設醫療指示表格範本一樣，個人可按自己認為合適而決定是否選用，所以將預設醫療指示在建議的註冊處存檔亦會是完全出於自願，每一個人均可自行決定他是否有意使用該項設施。自願性質的存檔表示建議的註冊處所保存的檔案紀錄不會包括所有預設醫療指示，所以醫護人員從註冊處搜尋該等紀錄的結果，不能準確地反映真正的情況。

## *基於良知而提出反對*

8.67 在這次諮詢中，有些回應者提議應考慮訂立行政或法定條文，以保障在良知上反對按照預設醫療指示中的指令施行或撤去治療的健康護理工作人員。我們認為無需這樣做，因為任何健康護理工作人員若發覺自己無法執行病人的指令，便應安排讓其他人代其行事。

## *考慮法律意見及與病人家屬商討*

8.68 在諮詢文件中，我們考慮過作出預設醫療指示時須否尋求法律意見的問題。我們在該文件中認為填寫預設醫療指示是一件重要的事情，其重要程度足以規定必須尋求法律意見和有律師見證，但亦發覺這並非大部分市民的經濟能力所能負擔。我們因此建議應鼓勵那些希望發出預設醫療指示的人尋求法律意見，但不應強制他們這樣做。我們的上述看法在諮詢中獲得支持，這是說雖然我們會鼓勵作出預設醫療指示的人找律師就這份指示提供意見或擔任見證人，但應該容許人們在作出預設醫療指示時毋須律師參與，以免承擔法律費用。

8.69 我們也認為應鼓勵個人在作出任何預設醫療指示之前先與家人討論此事，而家人也應獲鼓勵在個人作出預設醫療指示之時陪同在場。這樣做可確保該人及其家屬均明白預設醫療指示的性質，而且應該有助減少醫生與該人的家屬日後在醫療決定方面發生爭議。

## 建議 9

我們建議，作為政府加強公眾認識預設醫療指示的工作其中一環，政府應鼓勵希望作出預設醫療指示的人尋求法律意見和先與自己家人討論此事。此外，家人也應獲鼓勵在個人作出預設醫療指示之時陪同在場。

## 第 2 部：為昏迷者或植物人代作決定

8.70 對於那些能夠就自己的健康護理性質作出預設醫療指示的人來說，我們已提出了多項建議，接着要談的是那些由於昏迷或變為“植物人”而無法作出這種預設醫療指示的人。《精神健康條例》（第 136 章）（下稱“條例”）提供了一個機制，<sup>16</sup> 令如果某人是條例第 2(1)條所指的“精神上無行為能力的人”，即可就該人的財產及事務的處理作出決定，或可就該人接受醫療給予同意或拒絕給予同意。我們已在第 6 章中討論過“精神上無行為能力”在第 2(1)條中是被界定為指“精神紊亂或弱智”，而“精神紊亂”本身則被拆分為四類，其中的第四類是指“不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力”。我們在諮詢文件以及本報告書第 6 章中已研究過這個問題，現仍維持我們的看法：如果說昏迷者或植物人是患有“任何其他精神失常或精神上無能力”，便可把他納入條例中“精神上無行為能力的人”的定義之內，但究竟可否這樣說卻是有點不明確。

8.71 為消除這個不明確的情況，我們在諮詢文件中建議為施行條例的第 II 部、第 IVB 部及第 IVC 部，應賦予“精神上無行為能力的人”一詞新的定義，以便上述三部在有需要時，可就昏迷者或植物人的財產及事務的處理和給予或拒絕給予同意進行醫療，適用於昏迷者或植物人。不過，我們認為條文所訂明的“精神上無行為能力”現有定義，應繼續適用於條例的第 III 部（病人的收容、羈留和治療）、第 IIIA 部（涉及刑事法律程序的人的監護）、第 IIIB 部（與涉及刑事法律程序的人有關的監管和治療令）、第 IV 部（涉及刑事法律程序的精神紊亂的人的收納、已判刑的精神紊亂的人的轉移和精神上無行為能力的人的還押）及第 IVA 部（精神健康覆核審裁處）。上述各部是特別處理患有精神紊亂的人的囚禁和醫療事宜，不會被人以為是適用於昏迷者或植物人。故此，上述各部中對“精神上無行為能力

<sup>16</sup> 見第 II 部（精神上無行為能力的人的財產及事務的處理）、第 IV B 部（監護）及第 IV C 部（醫療及牙科治療）。

的人”的提述，會繼續按該詞的現有定義而指患有精神紊亂或弱智的人。在這方面我們堅持我們的立場。

8.72 我們在諮詢文件中注意到，英格蘭法律委員會在其擬備的《精神上無行為能力法令草案》（現已制定為《2005年精神行為能力法令》）草擬本中所採用的做法，是把兩類人士納入“精神上無行為能力的人”的定義之內。第一類人士是由那些因“精神上無能力”而無法就有關事宜為自己作決定的人組成，第二類人士則由那些因失去知覺或任何其他理由而無法把自己的決定告知他人的人組成。第二類人士很明顯是包括陷於昏迷或處於植物人狀況的人，故此可釐清“精神上無行為能力的人”一詞的範圍。

8.73 我們在諮詢文件中建議為施行條例的第II、IVB及IVC部，“精神上無行為能力的人”的新定義應反映出類似但略有變通的界定方法。經進一步考慮後，並基於本章稍後所探討的理由，我們現在建議為施行條例的第II及IVC部（但不包括IVB部）而把兩類人士納入“精神上無行為能力的人”的定義之內。第一類人士應由那些因患有以下疾病或屬以下情況而無法為自己作決定的人構成：

- (a) 精神病；
- (b) 屬智力及社交能力顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態與異常侵略性或極不負責任的行為有關連；
- (c) 精神病理障礙；
- (d) 弱智；或
- (e) 任何其他不論是暫時抑或永久的精神或腦部失常或精神上無能力，而此情況會令患者的精神能力減損或受到擾亂。

8.74 正如我們在諮詢文件中所論述，這種擬定方式是把現時構成條例中“精神上無行為能力的人”一詞定義的精神紊亂和弱智的各種不同元素收納於一個單一定義之中。上文(a)、(b)及(c)三段所描述的情況，與條例現時所界定的“精神紊亂”一詞中頭三類情況相同，而(d)段則涉及弱智。至於加上(e)段，目的是令條例中“精神紊亂”一詞定義較現有(d)段所表達者更為清晰。第一，(e)段清楚述明其範圍涵蓋永久性或暫時性的失常或無能力。第二，(e)段的意思較為廣泛，患有並非由精神病造成的精神上無能力的病人也會包括在內。

8.75 我們建議採用的“精神上無行為能力的人”定義所包括的第二類人士，是那些不能傳達自己的決定的人。此類人士會涵蓋昏迷者、植物人及某些中風的病人。

8.76 我們曾有考慮某人的精神上無能力，是否必須屬永久性或持續性才能納入我們為施行條例的第 II 及 IVC 部而建議的定義之內，令該兩部得以適用。我們注意到要證實病人的精神上無能力屬永久性或持續性可能會有困難。如果要訂明上述規定，便會令根據條例而訂立的代作決定機制在應用於昏迷者或植物人的財產及事務的處理和同意或拒絕接受治療時受到極大限制。正如我們在諮詢文件中所論述，我們注意到英格蘭法律委員會所擬備的法令草案（現為《2005 年精神行為能力法令》）草擬本並無規定有關的人的精神上無能力須屬永久性或持續性。

8.77 大部分回應者同意為施行條例的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上無行為能力的人”的現行定義應予修改，以澄清任何可能出現的疑問。一些回應者提出為這幾部而訂立的“精神上無行為能力的人”的新定義，應只是針對屬某幾類診斷病症的人，例如“癡呆症、中風或弱智”的人。我們不同意這個做法，因為要盡列所有會令人無能力作決定的病症及病況而無遺漏，並不切實可行。其他回應者所提出的另一個做法是修改該詞的現有定義，令它只是建基於個人功能上的能力，例如理解或記住資訊的能力。我們同樣不覺得這是可取的做法，因為個人關乎作決定這項功能上的能力的驗證，並不容易界定或施行，而單單依靠這種驗證可能會導致不明確的情況。我們的建議結合了“現狀取向”及“功能取向”兩者的要素：舉例來說，該建議所指的是患有精神病理障礙和不能自行作決定的人。

8.78 關於我們在諮詢文件的建議 9 中所提議的定義，有些回應者認為“晚期癡呆症”也應納入“精神上無能力”這個類別，但我們不同意。正如我們較早前在本章指出，癡呆症所涵蓋的無能力情況太廣泛，很難就人們何時患上“晚期癡呆症”下一個足夠精確的定義。

8.79 在諮詢文件的建議 9 中，“精神上無行為能力的人”基本上指因精神上無能力而無法作決定的人或因失去知覺或任何其他理由而無法把自己的決定告知他人的人。有回應者憂慮這項建議定義會令根據條例第 IVB 部可獲收容監護的人的類別有所變化。確保條例第 IVB 部的適用範圍涵蓋陷於昏迷或處於植物人狀況的人固然是我們的目的，就算我們在諮詢文件的建議 9 所提議的定義獲得採納，我們也無意將任何根據現行法律可獲收容監護的人摒除於該部的適用範圍之外。

8.80 我們因此再次研究誰人根據現行法律可獲收容監護這個問題。根據條例第 59M(2)條，可基於下述理由就某精神上無行為能力的人（現時條例第 IVB 部界定為精神紊亂者或弱智人士）提出監護申請：

- (a) 該名精神上無行為能力的人的精神紊亂或弱智（視屬何情況而定）的性質或程度足以構成理由將他收容監護；及
- (b) 為該精神上無行為能力的人的福利或為保護他人著想，有需要將該精神上無行為能力的人如此收容監護。

8.81 第 59M 條與我們在諮詢文件的建議 9 中所提議的定義的不同之處，是該條沒有規定作為監護申請的主角的精神上無行為能力的人必須是**不能**為自己作出決定或**不能**把自己的決定告知他人的人。然而，足以構成收容監護的理由的精神紊亂或弱智的性質或程度究竟是甚麼？條例沒有提供明確的答案，不過條例倒有訂明可作出監護令的依據。第 59O(3)條的規定如下：

“(3) 在考慮監護申請的實況以決定是否就一名精神上無行為能力的人而根據第(1)款作出監護令時，監護委員會須遵守和運用第 59K(2)條提述的事宜或原則，此外，尚須運用下述準則，即監護委員會信納以下事項：

- (a) (i) 屬精神紊亂的精神上無行為能力的人的精神紊亂的性質或程度，足以構成理由將他收容監護；或
- (ii) 屬弱智的精神上無行為能力的人的弱智的性質或程度，足以構成理由將他收容監護；
- (b) 上述的精神紊亂或弱智（視屬何情況而定），限制該精神上無行為能力的人就與其個人情況有關的所有或佔相當比例的事宜作出合理的決定；
- (c) 該精神上無行為能力的人的特定需要只有在其根據本部獲收容監護的情況下方可獲得滿足及照顧，且在有關的情況下沒有其他較少限制或侵擾的方法可用；及

- (d) 為該精神上無行為能力的人的福利或為保護他人著想，該精神上無行為能力的人應根據本部獲得收容監護。”

8.82 如此看來，人們可以辯說批給監護令的依據與根據我們在諮詢文件的建議 9 中所提議的定義將某人歸類為精神上無行為能力的人的準則並不**相等**，尤其是第 59O(3)(b)條規定監護委員會必須信納有關精神紊亂或弱智**限制**該名精神上無行為能力的人就與其個人情況有關的所有或佔相當比例的事宜作出合理的決定。這項準則關乎某項決定是否合理。若監護委員會認為該名精神上無行為能力的人不能就某些事情作出合理的決定，便可作出監護令。這項準則同樣看來與我們在諮詢文件的建議 9 中所提議的定義之下的條件有異，該項條件是精神上無行為能力的人是無法作出決定或無法將決定告知他人。

8.83 條例第 59K(2)(a)條規定，監護委員會在執行其職能或行使其權力時須遵守或運用下述事宜或原則：

- (a) 屬有關法律程序的標的之精神上無行為能力的人的利益獲得促進，包括在監護委員會認為否定該人的意見及願望是符合該人的利益時，否定該人的意見及願望；
- (b) 雖然(a)段已有規定，該名精神上無行為能力的人的意見及願望在可以被確定的範圍內被尊重。

8.84 該條進一步表示，與作出監護令有關係的並非只是作決定的能力。監護委員會如果認為與精神上無行為能力的人的意見及願望相反的命令會促進該人的利益，是有可能作出這樣的命令。

8.85 我們在諮詢文件的建議 9 中所提議的定義若然為施行條例第 IVB 部而獲得採納，便可清楚說明該部的適用範圍涵蓋陷於昏迷或處於植物人狀況的人。另一方面，若一名精神上無行為能力的人的精神紊亂或弱智的程度不符合無法作出決定或無法將決定告知他人的條件，他便有可能被摒除於監護委員會的管轄範圍之外，因為他可能不合乎“精神上無行為能力的人”的定義。這不是我們所欲造成的結果。

8.86 我們因此認為諮詢文件的建議 9（現已在本報告書中重編為建議 10）應予修改，將條例第 IVB 部摒除於所建議的“精神上無行為能力的人”的定義的適用範圍之外（即建議的定義應只適用於條例第 II 及 IVC 部），令第 IVB 部現時的適用範圍不會受到不必要的掣肘。

## 建議 10

爲了令《精神健康條例》（第 136 章）第 II 及 IVC 部得以適用，我們建議依循以下方式修訂“精神上無行爲能力的人”的定義：

- (1) 就第 II 及 IVC 部而言，任何人如在關鍵時刻屬以下情況，即屬精神上無行爲能力的人——
  - (a) 因精神上無能力而不能就有關事宜爲自己作出決定；或
  - (b) 因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己就該事宜所作的決定。
- (2) 就第(1)款而言，任何人如在有需要作出某項決定之時屬以下情況，該人即爲在關鍵時刻因精神上無能力而不能作出該項決定——
  - (a) 不能理解或記住與該項決定有關的資料，包括關於作出某種決定或沒有作出任何決定的合理可預見後果的資料；或
  - (b) 不能基於該等資料而作出決定。
- (3) 在第(1)款中，“精神上無能力”指——
  - (a) 精神病；
  - (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行爲有關連；
  - (c) 精神病理障礙；
  - (d) 弱智；或
  - (e) 任何其他不論屬永久性或暫時性的精神或腦部無能力或失常，並引致精神能力減損或受到擾亂。

- (4) 若以簡單用語概括地向某人解釋第(2)(a)款所提述的資料，而該人是能夠理解的話，即不得視該人為不能理解該等資料。
- (5) 不得僅因某人作出一般審慎人士所不會作出的決定而視該人為因精神上無能力而不能作出決定。
- (6) 除非已採取所有切實可行的步驟使某人能傳達自己的決定但並不成功，否則不得視該人為不能傳達自己的決定。

8.87 小組委員會其中一個目標是消除以下不明朗情況：根據條例第 IVB 部訂立的整個監護機制是否可引用於植物人或陷於昏迷的人。如果現時的“精神上無行為能力的人”的定義繼續適用於該部，上述不明朗情況便會繼續存在，因此我們有需要特別為施行條例第 IVB 部而處理“精神上無行為能力的人”的定義。

8.88 根據條例，為施行第 IVB 部，“精神上無行為能力的人”現時的定義是“病人<sup>17</sup>或弱智<sup>18</sup>人士（視屬何情況而定）”。為施行該部而明確表示“精神上無行為能力的人”的定義是包括植物人或陷於昏迷的人，可能須要引用我們為施行條例第 II 及 IVC 部而建議修訂“精神上無行為能力的人”的定義的背後思維。在該項建議定義中，其第二分支會由因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己的決定的人組成，而這個第二類別顯然包括陷於昏迷或處於植物人狀況的人，並澄清了“精神上無行為能力的人”一詞所涵蓋的範圍。

8.89 引用在建議 10 所設定義中關於植物人和陷於昏迷的人背後的相同概念，我們力求為施行條例第 IVB 部而提供“精神上無行為能力的人”的新定義。我們較早前研究過根據條例第 59M(2)條申請監護令所依據的理由。該等理由涵蓋兩類人士，即患有精神紊亂的精神上無行為能力的人以及屬弱智的精神上無行為能力的人。在為施行條例第 IVB 部而建議訂立的新定義中，這兩類人士將會原封不動地包括

<sup>17</sup> “病人”被界定為指“患有精神紊亂或看來患有精神紊亂的人”。

<sup>18</sup> “弱智人士”被界定為指“弱智的人或看來屬弱智的人”；而“弱智”被界定為指“低於平均的一般智能並帶有適應行為上的缺陷”。

在內，以免影響該部的適用範圍。然而，我們建議在現有定義中加入另一類別，就是不能傳達自己的意見及願望的人。<sup>19</sup>

### **建議 11**

為了令《精神健康條例》（第 136 章）第 IVB 部得以適用，我們建議依循以下方式修訂“精神上無行為能力的人”的定義：

(1) 就第 IVB 部而言，任何人如——

(a) 患有精神紊亂；

(b) 屬弱智；或

(c) 因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己的意見及願望，

該人即屬精神上無行為能力的人。

(2) 除非已採取所有切實可行的步驟使某人能傳達自己的意見及願望但並不成功，否則不得視該人為不能傳達自己的意見及願望。

8.90 在建議 11 中，第(1)(a)及(b)款所描述的人與可根據條例第 IVB 部申請監護令加以保護的兩類人士相同。(c)段包括那些不能傳達自己的意見及願望的人，例如陷於昏迷或處於植物人狀況的人。因此，這個定義不會限制條例第 IVB 部的涵蓋範圍，並就該部而言澄清了“精神上無行為能力的人”一詞的涵蓋範圍，即陷於昏迷或處於植物人狀況的人在該部之下是明確地被視為屬“精神上無行為能力的人”。

<sup>19</sup> 應注意的是類似做法已在南澳大利亞的《1993 年監護及管理法令》中採用。根據該法令，“精神上無行為能力”的定義是“因下列情況導致某人無能力照顧自己的健康、安全或福利或無能力管理自己的事務——

(a) 腦部或思維的任何損壞、疾病、紊亂、不完善或遲緩發展、損傷或惡化；或

(b) 令該人不能以無論任何方式將自己的意向或願望告知他人的任何身體疾病或狀況。”

在我們為施行條例第 IVB 部而建議的定義中，所採用的是“意見及願望”一詞而非“意向及願望”，因為前者是用於條例第 59K、59P 及 59S 條。使用“意見及願望”可確保整條條例的用詞一致。

8.91 我們認為建議 10 及 11 所提出的新定義，其作用是把昏迷者及植物人納入現有法律架構的保護之下。我們注意到監護委員會已獲賦予各種不同權力，以發出處理“精神上無行為能力的人”的健康護理、醫療、財產及事務的命令。我們認為賦予監護委員會的現有權力已足夠保護此等人士。我們又留意到在條例第 7、8 及 9 條中可找到足夠的保障。這些條文訂明在有第三者提出申請要求處理“精神上無行為能力的人”的財產及事務時，原訟法庭有權進行研訊和檢查被指稱為“精神上無行為能力”的人。有些回應者提出以下憂慮：陷於昏迷或處於植物人狀況的病人會因為與患上受條例管限的精神病拉上關係而被標籤。我們認為在現今世代，這樣的憂慮並不合理。

8.92 為了反映建議的定義包括了無能力溝通方面的提述，我們在諮詢文件中提議醫療專業應訂立指引，讓醫生在評估病人的溝通能力時得以遵從。我們注意到這項提議廣為業界接受，我們亦維持這方面的建議。

8.93 我們知道醫院管理局發出了《對院內心肺復甦決定的指引》、《對病人同意或拒絕接受治療及／或輸血的指引》以及《對維持末期病人生命治療的指引》，也知道英國醫學會發出了《對不提供及撤去延長生命治療的指引》（*Guidelines on Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment*），而醫生在某些情況中提供或不提供治療時是可能會參考這些指引的。雖然如此，我們仍重申我們在諮詢文件中的提議，鼓勵醫務委員會或其他有關專業團體，考慮我們就預設醫療指示所提出的建議而檢討現有做法，並發出關於此方面的指引，以加強醫生行醫時做法一致。

#### **建議 12**

**政府應鼓勵醫務委員會或其他有關專業團體發出指引或操守守則，以加強醫生行醫時對以下事項做法一致：**

- (a) 關於某人的溝通能力的評核；**
- (b) 對處於植物人或昏迷狀況的人所給予的治療；**
- (c) 基本護理的準則；**
- (d) 關於預設醫療指示是否有效的評核；及**
- (e) 預設醫療指示的執行。**

8.94 就如我們在諮詢文件中的討論所述，還有必要對條例作出一些其他修訂。這些修訂可分為三類，我們會在以下各段加以說明。

8.95 第一類修訂是與條例中上述三部（第 II、IVB 及 IVC 部）的條文有關。為施行這三部的條文，有必要採用建議 10 及 11 所載的新定義，而第一類修訂主要是涉及現有條文和新定義的一併施行。進行修訂的做法，是把新定義納入條例的第 II、IVB 及 IVC 部，並把新定義與現有條文結合起來。舉例來說，條例第 7(1)條（載於第 II 部）訂明：

“原訟法庭可應根據本條提出的申請，作出命令指示進行研訊，以查明在原訟法庭的司法管轄權下任何被指稱為精神上無行為能力的人是否因精神上無行為能力而無能力處理和管理其財產及事務。”

8.96 就第 II 部而採用的新定義，是把精神上無行為能力的人界定為一名不能就“有關事宜”為自己作出決定或傳達所作決定的人，故此有必要修訂第 7(1)條，令原訟法庭可就精神上無行為能力的人（以此詞的新定義為準）是否能夠為自己的財產及事務的處理和管理作出決定或傳達所作決定而指示進行研訊。同樣地，條例第 59ZB 條（關於第 IVC 部中向精神上無行為能力的人提供治療<sup>20</sup>及特別治療<sup>21</sup>的原則）也須予修訂，令到第 IVC 部適用於某些施加於以下一類精神上無行為能力的人的醫療或牙科治療：年滿 18 歲而無能力就該項醫療或牙科治療作出決定或傳達所作決定。

8.97 新定義將不會適用於第 III、IIIA、IIIB、IV 及 IVA 部，第二類修訂的作用便是要達到這個目的，而做法是修訂條例第 2(1)條中“精神上無行為能力的人”的現有定義，令該詞就施行第 III、IIIA、IIIB、IV 及 IVA 條而言指現時所界定的“病人”或“弱智人士”。

8.98 第三類修訂屬於相應修訂。我們已研究過條例第 V 部中提述“精神上無行為能力的人”之處，以決定應否作出適當修訂來指明其所指對象到底屬於哪一類人士。這項檢討是嘗試找出有關某詞的提述背後的立法意圖是甚麼。我們也檢視了諮詢文件的附件 6（現已在本報告書中重編為附件 7），並鑑於我們對諮詢文件的建議 9（現已在本報告書中重編為建議 10）所提議的改動而對附件 7 作出了一些

---

<sup>20</sup> 第 59ZA 條界定“治療”為指“醫療、牙科治療或兩者兼行的治療，並包括建議的治療，但不包括特別治療。”

<sup>21</sup> “特別治療”指根據第 59ZC 條指明的不可逆轉效果的或具爭議性的醫療或牙科治療或兩者兼行的治療，並包括建議的特別治療。

修訂。該附件臚列了我們就每項有關條文所應採用的定義而提出的建議。我們認為一俟上述新定義制定為法律，所有根據條例而訂明的附屬法例，均應進行類似的檢討。

8.99 我們在上文已研究過根據《持久授權書條例》（第 501 章）所授予的持久權力。我們認為鑑於有遭利用和濫用之虞，這些權力應依舊只適用於財產的處理，而不應擴大其範圍把健康護理決定也涵蓋在內。

8.100 我們所建議採用的載於建議 10 的“精神上無行為能力的人”一詞的新定義，是打算單為施行條例第 II 及 IVC 部而適用，而載於建議 11 的該詞的新定義，則是打算單為施行條例第 IVB 部而適用，好讓昏迷者或植物人能享有這三部條文所訂有的保障。“精神上無行為能力的人”一詞的現有定義，會依舊為條例所有其他目的而適用。如果在其他條例中，“精神上無行為能力的人”一詞的定義是參考《精神健康條例》所訂明者，則此詞的現有定義會繼續適用於該等條例。鑑於每項成文法則均有自己的獨特目的，我們不會提議上述兩項建議新定義的任何一項適用於其他條例中涉及精神上無行為能力的條文。

8.101 不過，“精神上無行為能力的人”、“精神上無能力行事”及“精神紊亂”各詞有在多條其他條例<sup>22</sup> 中出現，所涉及的語境都是精神上無行為能力，而且有時是參考《精神健康條例》而予以界定的。故此這些條例有可能需要修訂，以確保上述各詞在《精神健康條例》中的現有定義會繼續適用於這些條例，而做法可以是把有關詞語在《精神健康條例》中的定義納入有關條例之中，或在有關條例中特別指明有關詞語的定義是一如“《精神健康條例》第 2(1)條中”所界定者。

8.102 一名回應者關注到過往就陷於昏迷或處於植物人狀況的病人而作出的各項命令，並提議在有關的修訂法例訂立條文規定對“精神上無行為能力的人”的定義的任何修訂均不得令在作出修訂前發出的任何命令失效或變為無效。我們認為對有關定義作出的修改不應對過往所作出的命令有任何影響，因為法例的修訂一般是沒有追溯效力的。然而，我們會把這個議題留待法律草擬專員研究和處理。

---

<sup>22</sup> 舉例來說，“精神上無行為能力的人”一詞亦見於第 200、221、238 及 465 章、《高等法院規則》第 80 號命令和《區域法院規則》第 80 號命令。

## 第 9 章 建議摘要

(本報告書的各項建議見於第 8 章，括弧內所示者為有關段落的編號。)

### 建議 1 (出於第 8.40 段)

我們建議起初應以非立法方式推廣預設醫療指示這個概念，並建議政府在社會大眾較為廣泛熟悉預設醫療指示的概念後在適當時候檢討有關情況和考慮到時是否適宜立法。這類檢討應考慮三個因素，即：使用預設醫療指示的廣泛程度、出現爭議的次數以及人們對預設醫療指示表格範本的接受程度。

### 建議 2 (出於第 8.45 段)

我們建議發表和廣泛散發我們所提議的預設醫療指示表格範本，並建議鼓勵人們使用該範本。

### 建議 3 (出於第 8.46 段)

我們建議進行適當的宣傳，以鼓勵人們早在任何威脅生命的疾病侵襲之前預先考慮作出預設醫療指示和填妥有關表格。

### 建議 4 (出於第 8.47 段)

我們建議政府應推行宣傳計劃，加強公眾認識和了解預設醫療指示這個概念。衛生署及各個民政事務處應備有就作出預設醫療指示的方法和後果向公眾提供一般指引的資料，以供公眾參考，並應提供預設醫療指示表格範本供公眾使用。

### 建議 5 (出於第 8.47 段)

政府應在灌輸關於預設醫療指示的用途和效力的資料這項行動上，設法爭取醫務委員會、香港醫學會、大律師公會、律師會、醫院管理局、所有醫院和診療所、其服務涉及照顧老人的非政府組織、以及宗教團體及社會團體的支持。

### 建議 6 (出於第 8.53 段)

我們建議為作出預設醫療指示，“病情到了末期”及“維持生命治療”兩詞應界定如下：

(a) “病情到了末期”的病人是患有嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病的病人。這些病人對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命。

(b) “維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。

#### 建議 7（出於第 8.59 段）

(a) 預設醫療指示表格範本必須由兩名見證人見證，而其中一名見證人必須是醫生。兩名見證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益。

(b) 政府應鼓勵醫院管理局、醫務委員會和香港醫學會等機構以及其他有關專業團體考慮發出指引文件，供負責見證預設醫療指示的作出的醫生遵從，以確保所有醫生在這方面的做法均能保持一致。該文件應同時就以下事宜向醫療專業提供指引：(a)預設醫療指示的作用；及(b)評核預設醫療指示是否有效。

(c) 在某人也許不能夠作出書面的預設醫療指示的情況下，我們建議他在一名醫生、律師或其他獨立人士面前作出口頭的預設醫療指示，但該等見證人必須在預設醫療指示作出者的遺產中沒有任何權益。

#### 建議 8（出於第 8.65 段）

我們建議：

(a) 為求明確和免除疑問，應鼓勵意欲撤銷預設醫療指示的人以書面方式這樣做；

(b) 如以書面方式撤銷預設醫療指示，應由一名於撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的獨立見證人見證；

(c) 如以口頭方式撤銷預設醫療指示，則撤銷應在一名於撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的醫生、律師或其他獨立人士面前作出；而在切實可行的情況下，見證人應為口頭撤銷預設醫療指示作出書面紀錄；及

(d) 如醫護人員知悉某人已撤銷其預設醫療指示，該項資料應正式記載於該人的醫療紀錄中。

**建議 9** (出於第 8.69 段)

我們建議，作為政府加強公眾認識預設醫療指示的工作其中一環，政府應鼓勵希望作出預設醫療指示的人尋求法律意見和先與自己家人討論此事。此外，家人也應獲鼓勵在個人作出預設醫療指示之時陪同在場。

**建議 10** (出於第 8.86 段)

為了令《精神健康條例》(第 136 章)第 II 及 IVC 部得以適用，我們建議依循以下方式修訂“精神上無行為能力的人”的定義：

(1) 就第 II 及 IVC 部而言，任何人如在關鍵時刻屬以下情況，即屬精神上無行為能力的人——

- (a) 因精神上無能力而不能就有關事宜為自己作出決定；或
- (b) 因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己就該事宜所作的決定。

(2) 就第(1)款而言，任何人如有需要作出某項決定之時屬以下情況，該人即為在關鍵時刻因精神上無能力而不能作出該項決定——

- (a) 不能理解或記住與該項決定有關的資料，包括關於作出某種決定或沒有作出任何決定的合理可預見後果的資料；或
- (b) 不能基於該等資料而作出決定。

(3) 在第(1)款中，“精神上無能力”指——

- (a) 精神病；
- (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連；
- (c) 精神病理障礙；
- (d) 弱智；或

- (e) 任何其他不論屬永久性或暫時性的精神或腦部無能力或失常，並引致精神能力減損或受到擾亂。
- (4) 若以簡單用語概括地向某人解釋第(2)(a)款所提述的資料，而該人是能夠理解的話，即不得視該人為不能理解該等資料。
- (5) 不得僅因某人作出一般審慎人士所不會作出的決定而視該人為因精神上無能力而不能作出決定。
- (6) 除非已採取所有切實可行的步驟使某人能傳達自己的決定但並不成功，否則不得視該人為不能傳達自己的決定。

**建議 11** (出於第 8.89 段)

為了令《精神健康條例》(第 136 章)第 IVB 部得以適用，我們建議依循以下方式修訂“精神上無行為能力的人”的定義：

- (1) 就第 IVB 部而言，任何人如——
  - (a) 患有精神紊亂；
  - (b) 屬弱智；或
  - (c) 因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己的意見及願望，

該人即屬精神上無行為能力的人。

- (2) 除非已採取所有切實可行的步驟使某人能傳達自己的意見及願望但並不成功，否則不得視該人為不能傳達自己的意見及願望。

**建議 12** (出於第 8.93 段)

政府應鼓勵醫務委員會或其他有關專業團體發出指引或操守守則，以加強醫生行醫時對以下事項做法一致：

- (a) 關於某人的溝通能力的評核；
- (b) 對處於植物人或昏迷狀況的人所給予的治療；
- (c) 基本護理的準則；
- (d) 關於預設醫療指示是否有效的評核；及
- (e) 預設醫療指示的執行。

## 建議採用的預設醫療指示表格範本

### 預設醫療指示

#### 第 I 部：此預設醫療指示作出者的詳細個人資料

姓名： (註：請以正楷書寫)

身份證號碼：

性別：男性／女性

出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(日) (月) (年)

住址：

住宅電話號碼：

辦事處電話號碼：

手提電話號碼：

#### 第 II 部：背景

1. 本人明白此指示的目的，是當本人病情到了末期或處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷時，將本人所可能身受或造成的痛苦或尊嚴損害減至最低，並免卻本人的醫療顧問或親屬或兩者同時肩負代本人作出困難決定的重擔。
2. 本人明白無論在任何情況下醫生／院方都不會執行安樂死，亦不會依循本人在治療方面的任何非法指示，即使本人明文要求這樣做亦然。

3. 本人\_\_\_\_\_（請清楚填上姓名）年滿 18 歲，現撤銷本人以前曾就自己的醫護及治療作出的所有預設醫療指示（如有的話），並自願作出下述預設醫療指示。
4. 如經本人的主診醫生及最少另一名醫生診斷，證實本人是病情到了末期或陷入不可逆轉的昏迷或處於持續植物人狀況，以致無法參與作出關於自己的醫護及治療的決定，則本人對自己的醫護及治療的意願如下：

（註：填寫以下部分時請在適用的方格內加上剔號，在方格旁邊簡簽，並在任何不希望適用於自己的部分劃上橫線。）

**(A) 第 1 類情況——病情到了末期**

（註：在此指示中——

“病情到了末期”指患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命；至於施行維持生命治療的作用，只在於延遲死亡一刻的來臨；而

“維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。（人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。））

- 除了基本護理和紓緩治療外，本人不同意接受任何維持生命治療。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

本人不希望接受以下治療：

**(B) 第 2 類情況——持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況**

(註：在此指示中——

“維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。（人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。））

- 除了基本護理和紓緩治療外，本人不同意接受任何維持生命治療。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

本人不希望接受以下治療：

5. 本人是在此預設醫療指示第 III 部所述的兩名見證人面前作此指示，而該兩名見證人並非根據下述文書享有權益的受益人：
- (i) 本人的遺囑；或
  - (ii) 本人所持有的任何保險單；或
  - (iii) 本人所訂立或代本人訂立的任何其他文書。

---

此預設醫療指示作出者的簽署

---

日期

### 第 III 部：見證人

#### 見證人須知：

見證人不得為根據下述文書享有權益的受益人——

- (i) 此預設醫療指示作出者的遺囑；或
- (ii) 此預設醫療指示作出者所持有的任何保險單；或
- (iii) 此預設醫療指示作出者所訂立或代此人訂立的任何其他文書。

#### 由見證人作出的陳述

#### 首名見證人

(註：此見證人必須為註冊醫生，而此指示的作出者可選用一名不是其主診醫生或沒有診治過該作出者的醫生。)

- (1) 本人\_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 以見證人身份在下面簽署。
  - (a) 就本人所知，此指示的作出者是自願作此指示；及
  - (b) 本人已向此指示的作出者解釋作此指示的性質和後果。
- (2) 本人聲明，此指示是在本人及下述第二名見證人的面前作出和簽署。

\_\_\_\_\_  
(首名見證人簽署)

\_\_\_\_\_  
(日期)

姓名：

身份證號碼／醫務委員會註冊號碼：

辦事處地址：

辦事處電話號碼：

## 第二名見證人

(註：此見證人必須年滿 18 歲)

- (1) 本人 \_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 以見證人身份在下面簽署。
- (2) 本人聲明，此指示是在本人及上述首名見證人的面前作出和簽署；首名見證人已在本人面前向此指示的作出者解釋作此指示的性質和後果。

\_\_\_\_\_  
(第二名見證人簽署)

\_\_\_\_\_  
(日期)

姓名：

身份證號碼：

住址／聯絡地址：

住宅電話號碼／聯絡電話號碼：

## 《英國醫學雜誌》所擬備的 預設醫療指示表格

### 預設健康護理指示

姓名：

地址：

醫院單位號碼：

本人的明示意願是如本人患上以下疾病：

- (a) 老人嚴重腦部退化疾病（因阿氏癡呆症、動脈疾病、愛滋病或其他疾病所致），或
- (b) 意外或其他傷病所造成的嚴重腦部受損，或
- (c) 晚期或末期惡性疾病，或
- (d) 令患者喪失行為能力的神經或肌肉不斷退化

並已變為精神上無能力就接受或拒絕接受維持生命治療表達自己的意見，而如有兩名獨立的醫生得出結論，認為盡現有醫學知識所知，本人的病情屬不可逆轉，則以下各點應予考慮：

- \* 如本人心臟停頓，則不論病發原因是甚麼，亦請勿向本人施行心肺復甦法。
- \* 如本人患上任何其他有可能危及本人生命的疾病，例如肺炎、心臟病或腎病，則除非此病看來是令本人肉體上受到過度痛苦，否則請勿向本人施以積極的治療。

- \* 在本人患上此類晚期疾病期間，如本人變得無法吞咽食物、流質或藥物，則除非是為了解除本人的明顯痛苦，否則請勿以任何人工方法向本人提供食物、流質或藥物。
- \* 在本人患上此類疾病期間，如本人的情況變壞且無望可期逆轉，而本人的行為又因此而變得暴戾、嘈吵或在其他方面貶損本人的人格，又或本人看來是身受劇痛，則在合乎法律的範圍內，不管對本人的身體健康及本人的存活會造成甚麼後果，任何該等徵狀均得由適當的藥物治療加以控制。
- \* 其他請求：

此指示的目的，是將本人患上不治之症期間所可能身受或造成的痛苦或尊嚴損害的程度減至最低，並免卻本人的醫療顧問或親屬或兩者同時肩負代本人作出困難決定的重擔。

簽署：

日期：

第一見證人：

第二見證人：

由其中一名見證人作出的陳述：本人.....聲明，本人認為上述人士.....精神健全。

簽署：

日期：

{ 《英國醫學雜誌》1995:310:236-238，蒙英國醫學雜誌出版集團允許轉載。 }

## 美國哥倫比亞特區醫院協會 所擬備的預設醫療指示表格

### 預設醫療指示

*你的健康護理持久授權書、生前預囑及其他意願*

#### 指示及定義

#### 導言：

此表格集健康護理持久授權書與生前預囑於一身，是供哥倫比亞特區、馬里蘭州及弗吉尼亞州之用。

透過此表格：

- 如果你將來無法為自己作出醫療決定，你可以委任另一人代你作出該等決定。
- 及／或
- 如果你將來無法令自己的意願為人所知，你可以表明自己希望或不希望接受甚麼治療。

#### 指引：

- 小心閱讀每一部分。
- 與你所計劃委任的人談論此事，以確定他／她明白你的意願，並且願意肩負責任。
- 在希望作出的選擇前面的空白位置加上你的姓名簡簽。
- 只填寫你在第 1、2 及 3 部中所希望作出的選擇。你的預設醫療指示只要妥為簽署，對於你所填寫的任何部分而言即屬有效。
- 如有任何特別指示，可在所提供的空白之處補加。附加意見則可另紙書寫，但應在此表格上表明你的預設醫療指示有加上附頁。
- 簽署此表格，並請他人見證。

- 給你的醫生、護士、獲委任代你作出醫療決定的人、家人及有可能參與你的護理工作的其他人士提供一份此預設醫療指示的副本，並就你的預設醫療指示與他們進行商討。
- 明白你可隨時變更或取消這份文件。

### **你有需要知道的用語：**

**預設醫療指示：**一份書面文件，表明如某人將來無法令自己的醫療意願為人所知，該人所希望或不希望得到的醫療會是甚麼。

**人工營養及流體餵養：**透過導管餵飼食物和水份。

**屍體剖驗：**為查明死因而對屍體進行的檢驗。

**舒適護理：**一種有助病人感到舒適但不會改善其病情的護理，沐浴、翻動身體、保持某人唇部濕潤便是不同種類的舒適護理。

**心肺復甦法：**一種試圖令人恢復呼吸或心跳的治療，施行方式可以是按壓胸部、把導管插入喉部及/或其他治療方法。

**健康護理持久授權書：**一份預設醫療指示書，表明如某人將來無法自行作出醫療決定，該人即可委任另一人代為作出該等決定。

**終期情況：**任何因傷或因病而導致的慢性而又不可逆轉的情況，而這情況已對身體造成嚴重的永久性損害。一名處於終期情況的人，是須由別人對他提供大部分的護理。

**維持生命治療：**任何用以保存生命的醫療方法，呼吸機、心肺復甦法、人工營養及流體餵養即維持生命治療的例子。

**生前預囑：**一份預設醫療指示書，表明如某人無法令自己的意願為人所知，該人所希望或不希望接受的醫療會是甚麼。

**器官及組織捐贈：**即某人准許自己的器官（例如眼睛或腎臟）及身體其他部分（例如皮膚）在自己死後被切除，以移植予另一人使用或以作實驗之用。

**持續植物人狀況：**即某人失去知覺，雖有接受醫治亦無望恢復知覺。該人的身體可能會移動，眼睛也可能會張開，但大家都知道該人是不能夠思想或作出反應的。

**末期情況：**一種因傷或因病而造成無法醫治的持續情況，而醫生即使有對病人施加醫治亦預計病人定會死亡。如果某人屬於末期情況，維持生命治療只會延長該人的死亡過程。

# 哥倫比亞特區、馬里蘭州及弗吉尼亞州

## 預設醫療指示

本人的健康護理持久授權書、生前預囑及其他意願

本人\_\_\_\_\_填寫這份文件作為本人醫護方面的指示之用。

請在你所希望作出的選擇旁邊加上你的姓名簡簽：

### 第 1 部 • 本人的健康護理持久授權書

只要我能夠將我的意願告知他人，我的醫生便會與我溝通，我也會自行作出關於健康護理的決定

\_\_\_\_\_ 如本人有朝一日無法自行作出關乎本人醫護的決定，本人便會委任此人代為作出該等決定：

姓名：

住宅電話號碼：

辦事處電話號碼：

地址：

\_\_\_\_\_ 如上述人士不能或不曾代本人作出決定，本人便會委任此人：

姓名：

住宅電話號碼：

辦事處電話號碼：

地址：

\_\_\_\_\_ 本人未有在此文件或任何其他文件中委任任何人代為作出健康護理決定。本人明白如果本人不訂立健康護理持久授權

書以委任某人，其他人便可能透過法律或法院獲指派代本人作出健康護理決定。

**本人希望本人所委任的人、本人的醫生和家人以及其他人士，能以本人所作出的以下決定為指引：**

## **第 2 部 · 本人的生前預囑**

如本人有朝一日無法為自己作出任何未來醫護決定，以下所列者即為本人在此方面的意願。

**A. 如本人有朝一日罹患重病或嚴重受傷，本人概括而言希望本人的護理能達致以下目標（以你自己的言詞說明你認為對你最重要之事）：**

請在下列假如你有朝一日罹患重病或嚴重受傷時你認為有重要價值的項目旁邊，加上你的姓名簡簽：

- \_\_\_\_\_ 解除本人痛楚所需的藥物
- \_\_\_\_\_ 辨認本人的家人／朋友的能力
- \_\_\_\_\_ 其他：

**B. 如本人的疾病屬於末期情況，本人的意願如下：**

### **維持生命治療**

- \_\_\_\_\_ 本人不希望開始施行維持生命治療（包括心肺復甦法）。如維持生命治療已開始施行，本人希望將之停止。
- \_\_\_\_\_ 本人希望開始施行暫時性的維持生命治療（包括心肺復甦法）；但如本人沒有復元的跡象，則本人希望將之停止。
- \_\_\_\_\_ 本人希望接受本人醫生認為對本人是最佳的維持生命治療。
- \_\_\_\_\_ 其他意願：

## 人工營養及流體餵養

- \_\_\_\_\_ 如人工營養及流體餵養會是令本人生命得以延續的主要治療方法，本人不希望開始施行人工營養及流體餵養。如人工營養及流體餵養已開始施行，本人希望將之停止。
- \_\_\_\_\_ 本人希望接受人工營養及流體餵養，即使這是令本人生命得以延續的主要治療方法亦然。
- \_\_\_\_\_ 其他意願：

C. 如本人有朝一日處於持續植物人狀況，本人的意願如下：

## 維持生命治療

- \_\_\_\_\_ 本人不希望開始施行維持生命治療（包括心肺復甦法）。如維持生命治療已開始施行，本人希望將之停止。
- \_\_\_\_\_ 本人希望開始施行暫時性的維持生命治療（包括心肺復甦法）；但如本人沒有復元的跡象，則本人希望將之停止。
- \_\_\_\_\_ 本人希望接受本人醫生認為對本人是最佳的維持生命治療。
- \_\_\_\_\_ 其他意願：

## 人工營養及流體餵養

- \_\_\_\_\_ 如人工營養及流體餵養會是令本人生命得以延續的主要治療方法，本人不希望開始施行人工營養及流體餵養。如人工營養及流體餵養已開始施行，本人希望將之停止。
- \_\_\_\_\_ 本人希望接受人工營養及流體餵養，即使這是令本人生命得以延續的主要治療方法亦然。
- \_\_\_\_\_ 其他意願：

**D. 如本人有朝一日罹患末期病症(包括阿氏癱呆症或其他種類的癱呆症)，本人的意願如下：**

**維持生命治療**

\_\_\_\_\_ 本人不希望開始施行維持生命治療(包括心肺復甦法)。如維持生命治療已開始施行，本人希望將之停止。

\_\_\_\_\_ 本人希望開始施行暫時性的維持生命治療(包括心肺復甦法)；但如本人沒有復元的跡象，則本人希望將之停止。

\_\_\_\_\_ 本人希望接受本人醫生認為對本人是最佳的維持生命治療。

\_\_\_\_\_ 其他意願：

**人工營養及流體餵養**

\_\_\_\_\_ 如人工營養及流體餵養會是令本人生命得以延續的主要治療方法，本人不希望開始施行人工營養及流體餵養。如人工營養及流體餵養已開始施行，本人希望將之停止。

\_\_\_\_\_ 本人希望接受人工營養及流體餵養，即使這是令本人生命得以延續的主要治療方法亦然。

\_\_\_\_\_ 其他意願：

**E. 其他指示**

對於所有關乎你本人醫護的決定，即使這些決定並不涉及臨終病況、持續植物人狀況或末期病症，你仍有權參與作出決定。如尚有意願未有在此文件的其他部分列出，請在此處示明。

### 第 3 部 · 其他意願

#### A. 器官捐贈

\_\_\_\_\_ 本人不希望捐贈本人的任何器官或組織。

\_\_\_\_\_ 本人希望捐贈本人的所有器官及組織。

\_\_\_\_\_ 本人只希望捐贈以下器官及／或組織：

#### B. 屍體剖驗

\_\_\_\_\_ 本人不希望接受屍體剖驗。

\_\_\_\_\_ 如本人的醫生希望進行屍體剖驗，本人同意接受屍體剖驗。

\_\_\_\_\_ 其他意願：

### 第 4 部 · 簽署

你和兩名見證人必須簽署這份文件，令它成為合法的文件。

#### A. 你的簽署

本人在此處簽署，以示本人明白這份文件的目的和效用。

簽署：

日期：

地址：

#### B. 你的見證人的簽署

本人相信已簽署此預設醫療指示的人精神健全，該人是在本人面前簽署或確認此預設醫療指示，而該人看來沒有受到壓力、脅迫、欺詐或不當影響。本人與此預設醫療指示作出者之間並無任何血緣、婚姻或領養關係，而盡本人所知，本人亦沒有名列於該人的遺囑內。本人不是此預設醫療指示中所委任的人。本人不是健康護理服務提供者，也

不是現時或以前負責護理此預設醫療指示作出者的健康護理服務提供者的僱員。

**第一見證人**

簽署 日期：

地址：

**第二見證人**

簽署 日期：

地址：

*( 蒙哥倫比亞特區醫院協會允許使用 )*



- a. 按合理的醫學判斷來說，不管是否施行特別的維持生命治療，死亡亦已臨近；以及
  - b. 施行特別的維持生命治療的作用，只在於延遲死亡一刻的來臨。
3. 本人明白“特別的維持生命治療”一詞在《1996年預先醫療指示法令》中，是指任何施加於末期病人的醫療程序或方法，其效用只是在病人瀕臨死亡之時延長其死亡過程，但不包括紓緩治療。
  4. 此指示不影響醫生或任何其他人在給予本人紓緩治療（包括提供合理的醫療程序以解除本人的痛楚、痛苦或不適，以及合理地供給食物和水份）時所具有的任何權利、權力或責任。
  5. 本人是在第2頁所述的兩名見證人面前作此指示。

簽署／拇指紋墨印

日期

### **關於預先醫療指示註冊事宜的說明**

1. 預先醫療指示的作出者應填妥此表格，並以密封信封透過郵遞或專人按以下所示地址將之送交預先醫療指示註冊官，以傳真方式遞交的表格將不獲接納。
2. 預先醫療指示須經預先醫療指示註冊官註冊方為有效。指示一經註冊，註冊官即會向指示作出者發給認收書。

**The Registry of Advance Medical Directives  
Ministry of Health  
College of Medicine Building  
16 College Road  
Singapore 169854**

**電話：3259136**

**傳真：3259212**

（如有任何查詢，請與上址接洽。）

(在簽署此表格前，兩名見證人請先閱讀下列“見證人須知”。)

### 見證人須知

作為一名見證人，他必須在其所知範圍內——

- a. 並非根據病人的遺囑或任何保險單而享有權益的受益人；
- b. 並無根據任何以病人為授權人、授予人或財產授予人的文書而享有權益；
- c. 在病人未有立下遺囑而去世時，不會在病人的遺產中享有任何權益；
- d. 在病人去世時，不會對病人存放於中央公積金或其他公積金中的款項享有任何權益；以及
- e. 未有根據《1996年預先醫療指示法令》第10(1)條提出反對。

### 首名見證人 (此見證人必須為註冊醫生)

姓名：

國民身份證號碼：                    -                    -

辦事處地址：新加坡

辦事處電話：

傳呼機：9 -

1. 本人已在此個案中採取合理步驟，以確保此指示的作出者——
  - a. 是精神健全的；
  - b. 已年滿21歲；
  - c. 是自願作此指示，並無受到誘使或強迫；以及
  - d. 已獲告知作此指示的性質和後果。
2. 本人聲明，此指示是在本人及下述見證人的面前作出和簽署。

醫生簽署

醫生姓名／診所印章

日期

註：

作為決定這項指示的作出者是否精神健全的**指引**，有關醫生應該查明作出者是否——

- 明白此指示的性質和後果；
- 能夠辨識時間和空間；以及
- 能夠說出其本人及其直系家屬的姓名。

**第二名見證人**（此見證人必須年滿 21 歲）

姓名：

國民身份證號碼：                    -                    -

住址：新加坡

住宅電話：

辦事處電話：

本人聲明，此指示是在本人及上述見證人的面前作出和簽署。

簽署

日期

**〔蒙新加坡衛生部允許轉載〕**

## 建議採用的撤銷預設醫療指示表格

### 預設醫療指示撤銷書

#### 第 I 部：本撤銷書作出者的詳細個人資料

姓名： (註：請以正楷書寫)

身份證號碼：

性別：男性 / 女性

出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(日) (月) (年)

住址：

住宅電話號碼：

辦事處電話號碼：

手提電話號碼：

#### 第 II 部：撤銷

- (1) 本人 \_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 年滿 18 歲而又精神健全，現撤銷本人在作此撤銷的日期之前曾就自己的醫護及治療所作出的任何預設醫療指示。
- (2) 本人是在此撤銷書第 III 部所述的見證人面前作此撤銷，該名見證人並非根據下述文書而享有權益的受益人：
  - (i) 本人的遺囑；或
  - (ii) 本人所持有的任何保險單；或
  - (iii) 本人所訂立或代本人訂立的任何其他文書。

---

作出撤銷者的簽署

---

日期

### 第 III 部：見證人

#### 由見證人作出的陳述

(註：此見證人必須年滿 18 歲)

- (1) 本人 \_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 以見證人身份在下面簽署。
- (2) 本人聲明，此文件是在本人面前訂立和簽署。

---

(見證人簽署)

---

(日期)

姓名：

身份證號碼：

住址／聯絡地址：

住宅電話號碼／聯絡電話號碼：

## 用以記錄口頭撤銷預設醫療指示的建議表格

### 口頭撤銷預設醫療指示的紀錄

#### 第 I 部：口頭撤銷作出者的詳細個人資料

姓名： (註：請以正楷書寫)

身份證號碼：

性別：男性 / 女性

出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(日) (月) (年)

住址：

住宅電話號碼：

辦事處電話號碼：

手提電話號碼：

#### 第 II 部：見證人

##### 由見證人作出的陳述

(註：此見證人必須年滿 18 歲)

- (1) 本人 \_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 以見證人身份在下面簽署。

- (2) 本人證明 \_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 已於 \_\_\_\_\_ (撤銷日期) 上午 / 下午 \_\_\_\_\_ 在本人面前以口頭方式撤銷過往所作出關於他 / 她的護理及治療的所有預設醫療指示。
- (3) 本人與 \_\_\_\_\_ (請清楚填上姓名) 之間並無任何血緣、婚姻或領養關係，而盡本人所知，本人亦非根據他 / 她的遺囑或他 / 她所持有的任何保險單或由他 / 她訂立或代他 / 她訂立的任何其他文書享有權益的受益人。

---

(見證人簽署)

---

(日期)

姓名：

職業：

身份證號碼 / 醫務委員會註冊號碼：

住址 / 聯絡地址：

住宅電話號碼 / 聯絡電話號碼：

## 建議對《精神健康條例》（第 136 章）第 V 部 作出的相應修訂

### 第 60 條——“精神上無行為能力的人”

此詞在本條中很清楚是指第 II 部所指的“精神上無行為能力的人”，故建議 10 中的定義適用。

### 第 62 條——“精神上無行為能力的人”

本條與精神上無行為能力的人的作決定能力無關，故現有定義適用。

### 第 64 條——“精神上無行為能力的人”

本條的適用對象涵蓋面應該最闊，故現有定義及新定義兩者均適用。

### 第 71A 條——“精神上無行為能力的人”

第(1)款是關於“任何人根據本條例獲得授權而可將可某名精神上無行為能力的人帶往某地方或將其扣押或接回，而該精神上無行為能力的人根據本條例是可被如此帶走、扣押或接回的。”由於第(1)款主要是關於第 III、IIIA、IIIB、IV 或 IVA 部所訂的權力，故現有定義適用。

第(2)款是關於認可社會工作者認為屬精神上無行為能力的人。作出決定不是主要問題，故現有定義適用。

### 第 72 條——“精神上無行為能力的人”

第(1)(g)款明顯是指第 IIIA 部或第 IVB 部各自所指的精神上無行為能力的人，故現有定義適用於第 IIIA 部，而建議 11 中的新定義則適用於第 IVB 部。

第(1)(h)款的適用對象涵蓋面應該最闊，故現有定義及新定義兩者均適用。

第(1)(ja)款顯然是指第 IVC 部所指的精神上無行為能力的人，故建議 10 中的新定義適用。

## 回應諮詢文件的機構／個人名單

1. 區結成先生
2. 明愛醫院：  
明愛醫院服務發展小組委員會  
何柳章醫生（明愛醫院婦產科部門主管）  
謝國璣醫生（明愛醫院眼科部門主管）
3. 陳健雄先生
4. Louis Chan 先生
5. 張鴻堅醫生
6. 齊鈇教授
7. 中華回教博愛社
8. 趙宗義先生
9. 香港牙科醫學院
10. 衛生署
11. 教區醫院牧民委員會
12. 香港醫學組織聯會
13. 香港天主教醫生協會
14. 衛生福利及食物局
15. 香港醫學專科學院
16. 香港老年痴呆症協會、長者安居服務協會及社區復康網絡
17. 香港大律師公會
18. 香港基督教協進會社會公義與民生關注委員會
19. 香港基督教服務處
20. 香港急症科醫學院
21. 香港家庭醫學學院
22. 香港兒科醫學院

23. 香港病理學專科學院
24. 香港內科醫學院
25. 香港社會服務聯會
26. 香港牙醫學會
27. 香港西醫工會
28. 香港老人科醫學會
29. 香港大學香港賽馬會防止自殺研究中心
30. 香港醫學會
31. 香港神經外科學會及（醫院管理局）腦外科臨床統籌委員會
32. 香港理工大學醫療及社會科學院
33. 香港老年精神科學會
34. 香港公共醫療醫生協會
35. 養和醫院
36. 香港社會醫學學會
37. 香港紓緩醫學學會
38. 香港聖約翰救護機構
39. 香港防癆心臟及胸病協會
40. 醫院管理局
41. 許志偉教授
42. 司法機構
43. Peter Lally 先生
44. 香港律師會
45. Dr Grantham K H Lee
46. 李繼堯醫生
47. 法律援助署
48. 廖雅慈博士
49. 麥國風議員（2000-2004 年度立法會議員）
50. 香港醫務委員會

51. 精神健康覆核審裁處
52. 北區醫院
53. 東區尤德夫人那打素醫院
54. 威爾斯親王醫院
55. 伊利沙伯醫院
56. 香港社區組織協會病人權益協會
57. 善寧會
58. 社會福利署
59. 聖保祿醫院
60. 謝俊仁醫生
61. 東華三院馮堯敬醫院及麥理浩復康院
62. 婦女事務委員會
63. 黃竹坑醫院
64. Yeung Mei-chung 先生
65. 楊詠清女士
66. 楊胡令筠女士
67. 章慈雲修女