

香港法律改革委员会

报告书

医疗上的代作决定及 预设医疗指示

本报告书已上载互联网，网址为：<<http://www.hkreform.gov.hk>>。

2006 年 8 月

香港法律改革委员会（法改会）于 1980 年 1 月由当时的行政局任命成立，负责研究由律政司司长或终审法院首席法官转交该会的有关香港法律的课题，以进行改革。

法改会现时的成员如下：

主席：	黄仁龙先生	资深大律师，律政司司长
成员：	李国能先生	终审法院首席法官
	严元浩先生	SBS，太平绅士，法律草拟专员
	白景崇博士	
	包致金先生	终审法院常任法官
	陈弘毅教授	太平绅士
	周永健先生	SBS，太平绅士
	范耀钧教授	BBS，太平绅士
	麦高伟教授	
	石永泰先生	资深大律师
	胡红玉女士	SBS，太平绅士
	余若海先生	资深大律师，太平绅士

法改会的秘书是施道嘉先生，办事处地址为：

香港湾仔

告士打道 39 号夏慤大厦 20 楼

电话：2528 0472

传真：2865 2902

电邮：hklrc@hkreform.gov.hk

网址：<http://www.hkreform.gov.hk>

香港法律改革委员会

报告书

医疗上的代作决定及预设医疗指示

目录

	页
导言	1
引言	1
研究范围	1
小组委员会	2
第 1 章 行为能力及代作决定的概念	4
行为能力的概念	4
精神上无行为能力的成因	5
痴呆症	6
昏迷	8
植物人状况	9
无能力作决定所衍生的问题	10
第 2 章 预设医疗指示的概念	12
预设医疗指示	12
第 3 章 精神上无行为能力的人：现有法例条文	16
引言	16
《精神健康条例》（第 136 章）	16
精神上无行为能力的人的财产及事务的处理	18
医护及医疗	21
《持久授权书条例》（第 501 章）	24

	页
第 4 章 精神上无行为能力的人：普通法与同意接受医治	25
引言	25
影响医疗决定和健康护理决定的因素	25
同意	25
在知情下同意或拒绝	25
外来影响令同意变得无效	26
最佳利益原则	26
病人利益与社会利益之间的冲突	32
在病人反对之下进行治疗等同侵权法中的殴打	34
必要原则	35
生命神圣原则	36
自作决定原则	37
人权	39
作出预先拒绝的行为能力	43
怀孕妇女	47
不提供维持生命的治疗	48
总结	49
第 5 章 医疗专业对精神上的行为能力的医治和评估方法	51
引言	51
《医院管理局对院内心肺复苏决定的指引》	51
《医院管理局对病人同意或拒绝接受治疗及 / 或输血的指引》	54
《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》	55
英国医学会的《不提供及撤去延长生命治疗的指引》	58
英国医学总会的《关于作出不提供或撤去延长生命治疗的决定的良好医务常规》	59
香港医务委员会的《注册医生专业守则》	60
张鸿坚医生所拟备的《引用《精神健康条例》时的常见问题及答案》	60

	页
第 6 章 现有法律的各种问题	70
引言	70
《精神健康条例》（第 136 章）的不足之处	70
“精神上无行为能力”的定义	70
“精神紊乱”定义的例外情况	77
不断恶化的或上下波动的精神上无行为能力	78
作出决定的能力不在考虑之列	79
捉摸不定的普通法制度	80
就健康护理或医疗而作出决定	80
病人缺乏自主权	83
有待研究的问题	85
第 7 章 其他司法管辖区的法律及改革建议	87
引言	87
澳大利亚：昆士兰	87
《1974 年精神健康法令》	88
《1978 年公众受托人法令》	89
《1985 年心智失能市民法令》	89
最高法院的固有司法管辖权	91
对旧有法律的批评	91
昆士兰法律改革委员会所作的建议和改革	93
《1998 年授权书法令》	94
《2000 年监护及管理法令》	97
《2000 年精神健康法令》	104
加拿大：艾伯塔	105
法律改革建议	105
《1996 年个人指示法令》	107
加拿大：马尼托巴	109
《健康护理指示法令》	109
马尼托巴法律改革委员就不提供或撤回维持生命	111
治疗而发表的报告书	
英格兰与威尔斯	113
现有法律	113
现有法律的不足之处	114
强调需要求变的因素	117

	页
法律委员会的改革建议	118
联合王国政府对法律委员会建议的回应	124
《2005 年精神上行为能力法令》	130
苏格兰	134
苏格兰法律委员会报告书	134
对以前存在的法律的批评	136
《2000 年无行为能力成年人（苏格兰）法令》	139
新加坡	143
《精神紊乱及治疗法令》（第 178 章）	143
《预先医疗指示法令》（第 4A 章）	144
美国	148
预设医疗指示	148
《统一末期病人权利法令》	150
《统一健康护理决定法令》	154
第 8 章 建议的改革方案	157
引言	157
第 1 部：预设医疗指示	157
各种方案	157
(a) 扩阔持久授权书的现有范围	158
(b) 订立福利授权书或持续授权书	159
(c) 扩大监护委员会的职能	160
(d) 为预设医疗指示提供立法基础	161
(e) 保留现有法律并以非立法的方式推广预设医疗指示这个概念	165
第 2 部：为昏迷者或植物人代作决定	179
第 9 章 建议摘要	190
附件 1 建议采用的预设医疗指示表格范本	194
附件 2 《英国医学杂志》所拟备的预设医疗指示表格	199
附件 3 美国哥伦比亚特区医院协会所拟备的预设医疗指示表格	201

	页
附件 4 新加坡卫生部所拟备的预先医疗指示表格	209
附件 5 建议采用的撤销预设医疗指示表格	213
附件 6 用以记录口头撤销预设医疗指示的建议表格	215
附件 7 建议对《精神健康条例》（第 136 章）第 V 部作出的相应修订	217
附件 8 回应咨询文件的机构 / 个人名单	218

导言

引言

1. “作决定是生命的重要一环。它容许人表现个人特性，让人可以掌管自己的生命，并且觉得有自尊和有尊严。不过，对于某些决定来说，若要在法律上有效，便会要求作决定的人必须具有某程度上的理解力。个中理由很简单：作决定的人可能会因作决定的行为能力受损而易受伤害，而有此要求是可使他免受欺压或剥削，同时也可以帮助其他或会受到某项决定影响的人认清自己的处境。”¹

2. 当某人具有足以作出某项在法律上有约束力的决定时，我们称该人为具有作出该项决定的“行为能力”。在某些情况下，个人可能因本身的身体或精神状况关系，以致自己的作决定的行为能力受损。虽然如此，决定仍须作出，特别是当有关决定是影响个人的健康和福祉之时，因此确实有必要让法律在个人的行为能力受损时提供一个代作决定的机制。

3. 本报告书所研究的是两种特定情况，两者均涉及替未能作决定的人在需要执行某些决定的有关行动时代作决定。第一种情况涉及由第三者为陷于昏迷或处于植物人状况的人就医疗问题和财产及事务的处理代作决定，而第二种情况则涉及个人就自己日后再无行为能力作出有关决定时所希望接受的健康护理或医治而预先作出决定。这个论题是一体两面，或者最佳的辨析或对比方法是从两个不同的角度来看它：一是无行为能力前的代作决定（针对属于第二种情况的人），一是无行为能力后的代作决定（针对属于第一种情况的人）。

研究范围

4. 2002年3月23日，律政司司长及终审法院首席法官指示法律改革委员会（法改会）：

“检讨关于以下事宜的法律：

(a) 为陷于昏迷或处于植物人状况的人代作决定，而特

¹ 昆士兰法律改革委员会（Queensland Law Reform Commission）第49号报告书，*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。

别研究范围是该等人士的财产及事务的处理，以及对接受治疗予以同意或拒绝予以同意；以及

(b) 个人在精神上有能力作决定时，就自己一旦无能力作决定时的个人事务处理或希望接受的健康护理或医疗方式作出预设医疗指示，

并对有需要作出的改革加以考虑和作出建议。”

小组委员会

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

梁刘柔芬议员，银紫荆星章，立法会议员
太平绅士
(主席)

赖福明医生，太平绅士 医院管理局港岛西医院联网总监
(副主席)

陈元新先生 律政司法律草拟科
高级政府律师

何健生医生 卫生署长者健康服务
家庭医学顾问医生

李颂基医生，铜紫荆星章 伊利沙伯医院
内科部部门主管

蔡克刚先生，铜紫荆星章， 蔡克刚律师事务所
太平绅士 合伙人

卫关家璇女士 法律援助署
法定代表律师办事处
助理法定代表律师

杨罗观翠博士

社会学家

张美雅女士
(秘书)

法律改革委员会
高级政府律师

6. 小组委员会于 2002 年 5 月 31 日至 2005 年 9 月 27 日这段期间就研究范围进行探讨工作，一共召开了 17 次会议。为了探求社会各界人士的看法和意见，小组委员会于 2004 年 7 月 13 日发表了咨询文件，列明它就上述研究范围而提出的初步建议。小组委员会一共接获超过 60 份意见书，其中很多都对咨询文件所探讨的各项问题提出实质有用的意见。尽管有部分回应对初步改革建议有保留，但总括来说，该等建议普遍受到欢迎。不过，我们会在随后的章节中研究回应者就咨询文件所探讨的各项问题和建议而提出的具体意见及评论。

7. 我们向咨询文件的所有回应者表示谢意，更特别感激在撰写咨询文件过程中给我们提供宝贵意见和协助的以下三位人士：

沈秉韶医生（葵涌医院前任行政总监）

张鸿坚医生（青山医院临床管理组部门主管（社区精神科及普通精神科））

周振兴教授（新加坡全国医药道德委员会前任主席）

第 1 章 行为能力及代作决定的概念

行为能力的概念

1.1 普通法假定成年人具有完全行为能力，但如情况显示并非如此，则属例外。视乎出现问题的决定所属类别，现有法律有为行为能力提供多种验证方法。在某些情况下，答案可在案例法中找到，而在其他情况下，个别法规也载有关于行为能力的条文。不过，重要的是法律概念上的有行为能力或无行为能力，不能与医学概念上的有行为能力或无行为能力混为一谈。对于某些人来说，这两种概念在某些情况下可能会是一样，但有时却并不一样。

1.2 但凡法律有订明某人无行为能力作出某项决定或某项法律行为或从事某项活动，便会产生法律上无行为能力的问题。无行为能力可在各种不同的条件下产生。这些条件在历史上曾包括未足成年岁数、身为已出嫁的女子或精神不健全。但现代法律已发展出多种不同的方法来处理以精神状况为本的行为能力问题，而是否有行为能力，是以所作出的是甚么决定或所涉及的是甚么事件来判断。此外，普通法还有一个基本的行为能力验证方法，就是有关的人必须在事发时大致上明白自己究竟在做些甚么和本身的行动可能带来甚么后果。故此，在原则上，法律行为能力所要看的是理解力而非智慧；只求有关的人明白自己正要作出的决定是甚么，至于决定本身的质素如何则无关重要。不过，这个基本验证方法只经临时变通以应付一些特定情况，普通法或法规现时所采用的确实验证方法可能会因应情况而有所不同。英格兰法律委员会（English Law Commission）在该会于 1991 年发表的关于精神上无行为能力成年人的咨询文件中指出，《1983 年精神健康法令》（Mental Health Act 1983）本身载有一些用于强迫入院的处理方法，而这些处理方法与应用于监护和财产及事务的处理者是有分别的。¹ 英格兰法律委员会指出：

“为其他目的而设的法定验证方法，有可能与《1983 年精神健康法令》所列明的诊断类别相似，也有可能依循普通法的原则，又或者与两者均不大相似。对于某些目的，例如强迫入院，验证方法可能会把甚具行为能力可自作决定的人也网罗在内。这是因为该等人士虽然明

¹ 英格兰法律委员会第 119 号咨询文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 19 - 20 页。

白自己所作出的决定是甚么和代表些甚么意思，但因所患有的精神紊乱的程度，却被人认为为他们本身的利益或为保障他人起见，不让他们自作决定是适当的做法。…… 律师也许会说该等人士在法律上无行为能力作出留院与否的决定，但其他人却可能会把完全无能力作出任何决定的人与因为某种幻觉、无洞悉力、或其他不正常精神状况而作出无理性或不智的决定的人区分开来。”²

1.3 至于根据《1983 年精神健康法令》而规定须就财产及事务的处理具有的行为能力，英格兰法律委员会的说法是：

“保护法庭（Court of Protection）的法官或聆案官的权力可在下述情况行使：法庭经考虑医学证据后，信纳‘某人因为精神紊乱而无能力处理和管理其财产及事务（《1983 年健康法令》第 94(2)条）’。精神紊乱的定义非常宽松……，但重点是在于评估功能上的行为能力而非评估诊断类别。虽然有关问题如有所争议，便可能需要专家的医学证据，但这却不是法定的要求。若所提出的医学证据是互相矛盾的，便由法庭决定何者可取。”³

1.4 作决定的行为能力并不是医学上或心理方面的诊断类别；个人是否有此行为能力是要看他能否作出一名知情人士所会作出的判断。⁴ 如果因行为能力此一问题有所争议或为某目的而须就行为能力作出法律裁定，法官是以业外人士而非医学专家的身分来作出裁定，而其裁定是基于病人的医生或认识病人的其他人的证供作出，并有可能是根据个人观察所得作出。⁵

精神上无行为能力的成因

1.5 精神上无行为能力可由各种不同成因所致，它们计有：

- 先天性心智失能
- 因受伤或患病而造成的脑损伤

² 英格兰法律委员会第 119 号咨询文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 2.10 - 2.11 段。

³ 同上，第 2.15 段。

⁴ 美国总统辖下的研究在医学以及生物医学和行为学研究范畴中出现的伦理问题委员会的研究报告，*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 页。

⁵ *Making Health Care Decisions*，同上，第 172 页。

- 痴呆症
- 精神出现问题
- 滥用药物

痴呆症

1.6 Mavis Evans 是联合王国喀达桥医院（Clatterbridge Hospital）的老人精神科顾问医生。她在一篇题为“痴呆症”（Dementia）⁶ 的文章中把痴呆症描述为“病人在神志清醒的情况下智力、记忆和性格全面受损”。她认为痴呆症可在任何年龄病发，但年纪越大发病率便越高，65 岁以上者是 5% - 10%，80 岁以上者则是 20%。她也有列出各种与痴呆症有关连的疾病，包括：

- 阿氏痴呆症（Alzheimer's disease）
- 路易体痴呆病（Lewy Body disease）
- 多发性梗塞痴呆症（Multi infarct dementia）（动脉硬化性痴呆症（arteriosclerotic dementia））
- 酒精性痴呆症（Alcoholic dementia）
- 爱滋病引起的痴呆症（AIDS related dementia）
- 帕金森病（Parkinson's disease）
- 毒物或创伤造成的痴呆症（Toxic or traumatic injury）
- 恶性疾病（Malignant disease）

Evans 医生又补充说，痴呆症是用以描述见于这些疾病的一系列症状与征候的名称。

1.7 香港的安老事务委员会成立了一个研究老人痴呆症的工作小组。该工作小组于 1999 年所拟备的报告（下称“《1999 年报告》”）对于痴呆症的成因、征候和症状也有相同的看法：

“痴呆症的病征，是患者在神志清醒的情况下，认知和活动能力逐渐减退。这有异于正常的老化过程，而是一种疾病。

⁶ Green 所主编的 *Psychiatry in General Practice* 一书（由 Kluwer Academic Publishers 于 1994 年出版），见以下网页：<<http://www.priory.com/dem.htm>>。

2. 痴呆症的成因很多，最普遍的是早老性痴呆（一种无法治愈的脑退化病），其次是血管病。药物副作用、抑郁、甲状腺机能衰退等新陈代谢问题，也会引发痴呆症，而这类痴呆症是可以治愈的。引致早老性痴呆的原因，包括老化、家族成员曾患痴呆症及唐氏综合症。其他可能致病的原因包括头部受伤。

3. 痴呆症的普遍临床征状是患者智力和体能逐步衰退，以致最终需要完全依赖他人照顾，并要接受多种不同层次的服务。痴呆症发病过程因人而异，时间最长可达 15 年。由病发至逝世，平均为八至十年。”⁷

1.8 《1999 年报告》又简略地介绍了痴呆症临床征状的四个阶段：

“(a) 最早期——记忆力轻度衰退、性格逐渐改变、对事物兴趣减低、技能水平下降和情绪抑郁……。

(b) 早期——记忆力（特别是短期记忆力）更加衰退，自制能力减弱……。

(c) 中期——常见的问题包括游荡、语言能力减退、出现妨碍他人的行为、妄想和失禁等……。

(d) 后期——失去活动能力，需要卧牀。”⁸

1.9 《1999 年报告》亦指出有高达 70% 的痴呆症患者，除了认知能力逐渐减退外，也会出现一些与认知能力无关的病征，包括性格转变、妄想、产生幻觉、抑郁和行为出现偏差等。

香港的老人痴呆症情况

1.10 香港人口与世界各地的趋势一样，都是在急剧老化。《1999 年报告》指出 65 岁或以上的人口在 1981 年是 334,000 人，而长者人口到了 1998 年已增至 690,000 人，这个数字据称是占总人口的 11%。该报告接着说此上升趋势预期会继续下去。这项推算获得统计署所发表的统计资料支持，这些资料显示到了 2004 年末，65 岁或以上的人口是 829,300 人，占总人口的 12%。⁹ 此外，《1999 年报告》推算到了 2016 年，人口中的长者数目会达到 1,080,000 人，约占总人口的

⁷ 《研究老人痴呆症工作小组报告》（中文版）（1999 年 7 月），第 1 章第 1 - 3 段。

⁸ 《研究老人痴呆症工作小组报告》（中文版）（1999 年 7 月），第 1 章第 3 段。

⁹ <http://www.info.gov.hk/censtatd/eng/hkstat/fas/pop/by_age_sex.htm>, 2005 年 5 月 18 日。

13%。这个说法同样符合统计处所发表的人口推算；¹⁰ 据有关统计资料显示，65岁及以上的长者人数到了2033年时会上升至占总人口的26.8%。

1.11 《1999年报告》提及一项于1997年进行的研究。¹¹ 该项研究发现60岁及以上的长者的认知能力在一定程度上受损的占25%。

《1999年报告》又说香港社会服务联会在1997年就57间护理安老院所进行的调查结果显示，在6,116名住院长者中，认知能力受损的有2,261人（约37%）。香港社会服务联会在1998年就25间长者日间护理中心进行了另一次调查，结果发现在1,111名受助长者中，认知能力受损的有251人（约22.6%）。《1999年报告》也指出这些调查的结果显示一种普遍现象，就是在65岁及以上的长者中，患上中度至严重痴呆症的总共有4%，而这个比率与外国的相当接近。不过，这些调查的结果看来却与美国所曾进行的国民长期护理调查（National Long Term Care Surveys）¹² 分析所得结果有差距。据后者显示，美国的痴呆症个案，1982年共有130万宗（4.7%），1999年降至90万宗（2.5%）。与1982年的比率所预计的个案数目相比，1999年所录得的实际个案数目少了100万宗。该项分析所得的结论是较近期调查中的组群虽然预期寿命较长，但于年老时患上严重痴呆症的可能性却较以往为低。

1.12 不过，人口急剧老化即代表长者在福利和健康护理方面的需要会成为日益重要的问题。源自长者的健康护理和医疗的法律问题必然会出现，特别是当他们因病患或身体受伤而属于或成为精神上无行为能力之时。

1.13 安老事务委员会老人痴呆症工作小组¹³ 基于《1999年报告》所提出的意见，建议鼓励市民使用持久授权书和监护安排。工作小组又建议长远来说应研究“预设医疗指示”这个概念。

昏迷

1.14 关于“昏迷”一词，美国脑损伤协会（Brain Injury Association of America）所提供的以下解释十分有用：

¹⁰ 《香港人口推算2004-2033》，第37页。

¹¹ 德勤企业管理顾问公司就本港长者对社区支援和住院照顾服务的需求所进行的社区调查。

¹² 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).

¹³ 由安老事务委员会成员、医疗和福利专业人员、学者及政府部门代表组成。

“昏迷的定义是长期失去知觉。陷于昏迷者对外界刺激没有反应，不能言语，双目闭合，无法服从命令。

人脑部受伤之时可以失去知觉。这状态若持久不变便称为‘昏迷’。昏迷是一种持续的失去知觉状态，是人在脑部受重伤后自然康复的部分过程中可以产生的现象。人在昏迷期间仍然可以逐步痊愈和经历不同的知觉状态。脑部受重伤且陷于昏迷的人，情况可以有重大进展，但在身体、认知能力或行为方面往往会永久受损。昏迷可以持续多日、多周或多月，又或者无了期。昏迷时间的长短是无法准确预计或得知的。”¹⁴

植物人状况

1.15 英国上议院的医疗伦理专责委员会（Select Committee on Medical Ethics）曾于 1994 年建议“PVS”这个头字词（用作意指“持续”及“永久”这两种植物人状况（“persistent” and “permanent” vegetative state））应予界定，并应就其处理方法订出一套守则。¹⁵ 英国皇家内科医学院（Royal College of Physicians）其后成立了一个工作小组，并获得联合王国的皇家医学院联会及各医学院的从业人员认可。Richard S Harper 是家事法庭主要登记处（Principal Registry of the Family Division）的区域法官，他对工作小组的研究成果有以下的精辟概述：

“工作小组了解到常用的头字语‘PVS’既可指‘持续植物人状况’，亦可指‘永久植物人状况’，于是会导致混淆。有见及此，工作小组建议采用以下用语和定义：

植物人状况

一种对本身和周围环境并无知觉的临床状态，病人能自发地呼吸，循环系统稳定，出现彷似睡眠及清醒的闭眼及开眼循环期。这可能会是从昏迷中苏醒的一个过渡阶段，也可能会持续至病人死亡为止。

延续植物人状况（CVS）

当植物人状况延续超过四星期，就变得越来越不可能是会从昏迷中苏醒的一个康复阶段病况，此时医生便可作出延续植物人状况的诊断。

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

¹⁵ 英国上议院，*Report of the Select Committee on Medical Ethics*，1993 - 4 年度会期，伦敦：HMSO，1994 年，（上议院文件 21-1）。

永久植物人状况（PVS）

处于延续植物人状况的病人会进入永久植物人状况，临床症状至此已十分明确，医生可把病况断定为不可逆转。这个诊断并非绝对，而是基于相对的可能性作出。不过，如果病人在脑部受伤后处于延续植物人状况超过12个月，又或者在脑部因其他成因受到损伤后处于该种状况超过6个月，这个诊断便可合理地作出。若要在婴儿甫一出生便作出这个诊断，婴儿本身必须是无脑畸形（anencephaly）或积水性无脑畸形（hydranencephaly）。至于严重畸形或后天脑损伤的儿童，则建议先对其进行观察最少6个月，直至能确立其没有知觉为止。”¹⁶

1.16 Harper 法官也有列明作出永久植物人状况诊断的一些先决条件：

“永久植物人状况必须有已确立的成因，它可以是因为急性脑损伤、退化性疾病、新陈代谢失调或发育畸形所致。”¹⁷

无能力作决定所衍生的问题

1.17 昆士兰法律改革委员会指出无能力作决定所带来的问题是：

“当无能力作决定的人无法独自作出某项决定，他或者会在适度协助之下有能力作出该项决定……。可是，有一些人是在无能力作出决定的，而他们的作决定行为能力受损程度是足以令他们欠缺法律行为能力独自或在协助之下作出自己的部分或所有决定……。这可能代表某人不能就一些事宜（例如关于个人福利、健康护理、财务及资产处理的事）作出在法律上有效的决定，但有些事情却不得不作出决定。举例来说，有关的人可能需要接受医治，又或者有必要出售他所居住的房子来为他另外安排居所。所产生的问题是不论大家的关系如何密切，任何人均无自动的权利代另一名成年人作决定。……

¹⁶ “Medical Treatment and the Law: The Protection of Adults and Minors in the Family Division” [1999] Fam Law, 第133页。

¹⁷ “Medical Treatment and the Law: The Protection of Adults and Minors in the Family Division” [1999] Fam Law, 第133页。

如一名成年人作决定的行为能力受损，他的代决人必须在法律上先获授权代他行事，然后所作出的决定才会有法律效力。……”¹⁸

1.18 究竟谁人有权可代昏迷病人或植物人批准进行治疗，或在没有持久授权书的情况下有权处理该人的财产及事务，现有法律并不明确，我们会在第 3 及 4 章详细探讨有关法律；而关于持久授权书的问题，也会在本报告书第 3 章中进一步研究。至于个人在精神上有能力作决定的时候，就自己一旦无能力作决定时所希望接受的健康护理或医疗方式而作出的预设医疗指示，现时并无法律体制给予此类预先决定任何效力。

¹⁸ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书：*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 预设医疗指示的概念

预设医疗指示

2.1 有人曾对预设医疗指示（advance directive）这概念解释如下：

“就健康护理而作出的预设医疗指示是一项陈述，通常是以书面作出。在陈述之中，作出指示的人在自己精神上有能力作出决定之时，指明自己一旦无能力作决定之时所希望接受的健康护理形式。预设医疗指示之所以诞生，大部分是源于要在知情下才同意这项原则和相信人应有自主权作出健康护理决定这个信念。”¹

2.2 密歇根医疗体系大学（University of Michigan Health System）给预设医疗指示的概念提出以下详尽阐述：

“预设医疗指示是关于你将来的医疗护理的书面指示。只有在你不再有能力作出决定之时，这些指示才会生效。预设医疗指示有几项功能：

- 这些指示容许你预先决定你想接受或不想接受的医疗程序。这通常是关乎使用呼吸仪器、施行心肺复苏法和提供食物、水份及药物的决定。
- 这些指示帮助你的家人作出决定。
- 若你在医疗方面的意愿与你家人的意愿不同，这些指示会确保你的意愿获得依循。”²

2.3 关于健康护理的预先指示，也可以解释为一种关于健康护理的“有先见之明的决定”（anticipatory decision），目的是令到病人即使日后失去作决定的行为能力，其事先作出的决定仍可发挥效力，而有部分论者则采用“生前预嘱”（living will）一词³。这个法律概念所衍

¹ 赵凤琴教授及李兆华医生合着的“Advance Directive: A Case for Hong Kong”一文，《香港老人科医学会杂志》第10卷第2期，2000年7月，第99页。

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

³ 英国上议院在就医疗伦理专责委员会所拟备的报告书进行辩论期间，Abbeydale的Allen勋爵认为“生前预嘱”一词反映了美国人那种采用“无法以理性分析的用语”的天赋才能（《英国上议院议事录》（Hansard (HL)），1994年5月9日，第554卷，第1363栏）。Dulwich的McColl勋爵则认为“指示”意指“命令，正式下令”，在技术上错误，所以应改用“声明”一词（同上，第1372栏）。

生的主要问题是有关的人所表达的意见的性质和法律效力，需要强调的就是事先所表达的意愿的法律效力与预先决定的法律效力两者之间是有明确的分别。假若病人确有作出预先决定，那么便要进一步区分赞成进行某项（或所有各项）治疗的法律效力与反对进行该项（或该等）治疗的法律效力，这是重要的一点。⁴

2.4 George S Robertson 是英国阿巴甸皇家疗养院（Aberdeen Royal Infirmary）麻醉部门的顾问医生，他在一篇载于《英国医学杂志》（British Medical Journal）的文章中有以下的说法：

“现时大家都同意，一名充分知情并在精神上有能力作出决定的病人有权拒绝接受任何建议施行的医治，但他拒绝接受医治之举不可对其他人的健康构成危险。”⁵

以及

“由于长者寿命较长，他们罹患引致痴呆症的疾病的情况也越来越普遍，所以论者已把痴呆症挑选出来，作为‘适宜作出预设医疗指示的最常见病况’。最有需要作出预设医疗指示的人，很可能是现时仍有能力作出决定的长者。”⁶

2.5 Robertson 医生在文章的结语提出了以下的看法：

“决定对治疗施加限制，是在末期病人的临床诊治中越来越普遍的现象，不一定只见于有先进医疗设施的医院。预设医疗指示容许病人就生命的质素与长短之间的衡量表达个人意愿，从而影响上述决定。”⁷

2.6 临床治疗和维持生命技术方面的进展，已引发大家讨论是否有理由支持在医学上“绝望”的个案中（例如末期病人或处于持续植物人状况的病人）使用维持生命仪器。有部分此类病人的家属和个别医生，可能会强烈地感到只要有足够的医疗技术可供使用，不管情况如何也应该“尽全力”去延长病人的生命。

⁴ 英格兰法律委员会，*Report on Mental Incapacity*（1995 年），法律委员会第 231 号报告书，第 5.1 段。

⁵ *Making an advance directive*, 《英国医学杂志》（1995 年）；310:236-238，见以下网页：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6974/236>（2003 年 7 月 23 日）。

⁶ *Making an advance directive*, 《英国医学杂志》（1995 年）；310:236-238，见以下网页：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6974/236>（2003 年 7 月 23 日）。

⁷ *Making an advance directive*, 《英国医学杂志》（1995 年）；310:236-238，见以下网页：<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6974/236>（2003 年 7 月 23 日）。

2.7 值得注意的是欧洲理事会（Council of Europe）于 1999 年通过以下的建议：

“…… 议会全体大会…… 建议部长委员会鼓励欧洲理事会的成员国在各方面尊重并维护末期病人或垂危病人的尊严…… 方法是在保障末期病人或垂危病人的自决权利的同时，亦采取必要步骤…… 确保一名现时是无行为能力的末期病人或垂危病人所作出的拒绝接受某种医治的预设医疗指示或生前预嘱得获执行。”⁸

2.8 大家所讨论的问题可撮要如下：

“病人可生存多久的最后决定必须由医护人员作出的说法，并无合理的论据支持。那么须由谁人作出这些决定呢？要作出重要决定时，应否由某种专业文化（不论是医学界抑或法律界）来一锤定音呢？而在作出高度技术性的决定和判断的范畴中，法律能发挥有效的主导作用的程度究竟有多大？

传统医德是以仁为本，令这些济世为怀的专家在行医时既要有妙术亦要有仁心，须独自作出关乎生死的决定，免却他人（特别是病人）面对难以取舍之苦。在医疗方法选择有限而社会大众对生死看法又分别不大时，医生这种做法大有道理。可是现代社会充满各种不同的价值观和愿望，人们各自的表述和信念便是明证，因此对于应在何时终止维持生命的医治方法此一问题，答案就不再是一致共通了……

所有文化和传统都认同对待个人不应违反其意愿，亦即是应取得其同意。‘在知情下同意’此一原则所包含的概念有轻有重，现已收纳于伦理学和医学的教科书中，同时亦见于法律书籍和法院判决书的内文，只是有的仅轻轻带过，有的则显得强而有力。但那些由于老弱、焦虑、痴呆、昏迷或神志不清而无法给予同意的人又将如何？谁来代他们作出决定？是由医生还是家人来代作决定抑或由医疗服务提供者或收款人所订立的程序准则来决定？这正是预定健康护理计划和健康护理决定

⁸ 建议 1418：“维护末期病人及垂危病人的人权和尊严”（*Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*），<<http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/errec1418.htm>>（2003 年 9 月 18 日）。

代办人可派上用场之处。此外，还有以下的问题需予考虑：在严谨的法律意义上再无能力作出决定的人，究竟可享有多大的自决程度和权力去作出在护理和治疗方面的决定？……

…… 在自作决定以及个人自主和选择对日常生活起重大作用的文化当中，有能力作出决定并且明白风险所在的成年人是会赞成预先订立医护指示的，道理就像他们写下遗嘱并使用其他法律上和并非法律上的方法来减低自己意愿日后不获遵行的风险一样。”⁹

⁹ Hans-Martin Sass, Robert M Veatch and Rihito Kimura 所合编的 *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care* 一书（约翰斯·霍普金斯大学出版社，1998 年），引言。

第 3 章 精神上无行为能力的人：现有法例条文

引言

3.1 我们会在本章中探讨目的是为精神上无行为能力的人提供在健康护理、同意接受医治及财产处理方面的保障的现有法例条文，而此范畴法律的缺漏和其他令人关注之处则会在本报告书的稍后部分加以研究。

3.2 我们已在第 1 章看到精神上无行为能力可因疾病或身体受伤而造成。上文已有指出，香港人口正急剧老化，而患有中度至严重痴呆症的 65 岁或以上长者为数甚多。德勤企业管理顾问公司于 1997 年进行的调查发现 60 岁或以上的长者，认知能力在一定程度上受损的占 25%。上述调查结果突显了为精神上无行为能力的人就健康护理、医疗问题和财产及事务的处理代作决定这个问题的重要性。

3.3 代作决定的问题显然亦同样关乎陷入昏迷或处于植物人状况的人。就这些人的健康护理和医疗以及财产及事务的处理代作决定的需要几乎每天都会出现。昆士兰法律改革委员会（Queensland Law Reform Commission）曾经指出：

“所产生的问题是不论大家的关系如何密切，任何人均无自动的权利代另一名成年人作决定。……如一名成年人作决定的行为能力受损，他的代决人必须在法律上先获授权代他行事，然后所作出的决定才会有法律效力。……”¹

《精神健康条例》（第 136 章）

3.4 香港关乎精神上无行为能力的法例条文，主要是综合载于《精神健康条例》（第 136 章）。与我们的研究有关的《精神健康条例》重点内容是：

¹ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书：*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，此部是关于精神上无行为能力的人的财产及事务的处理；
- 第 IVA 部，此部为精神健康复核审裁处的设立而订定条文；
- 第 IVB 部，此部为监护事宜而订定条文；及
- 第 IVC 部，此部规管同意进行医治及牙科治疗。

3.5 《精神健康条例》载有一系列条文，处理精神上无行为能力的人的财产及事务，以及该人的医疗和健康护理。据其详题所述明，该条例是为以下各项事宜订定条文：

- (a) 对精神上无行为能力的人的照顾及监管；
- (b) 精神上无行为能力的人的财产及事务的处理；
- (c) 属患有精神紊乱的人或病人的精神上无行为能力的人的收容、羁留及治疗；
- (d) 对属患有精神紊乱的人或病人的精神上无行为能力的人的监护，和一般地对精神上无行为能力的人的监护；
- (e) 为对年满 18 岁的精神上无行为能力的人进行治疗或特别治疗而给予的同意；及
- (f) 其他法例条文中关于精神上无行为能力的不妥当用语的删除以及附带或相应事宜。

3.6 “精神上无行为能力”在第 2 条中被界定为意指“精神紊乱”或“弱智”。第 2 条把“精神紊乱”界定为：

- “(a) 精神病；
- (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态是与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连的；
- (c) 精神病理障碍；或
- (d) 不属弱智的任何其他精神失常或精神上无能力。”

至于“弱智”则指“低于平均的一般智能并带有适应行为上的缺陷”。² 除此之外，与释义有关的还有第 2 条中“病人”一词。该词被界定为“患有精神紊乱或看来患有精神紊乱的人”。

精神上无行为能力的人的财产及事务的处理

原讼法庭的权力

3.7 《精神健康条例》第 II 部一般授权原讼法庭可应申请作出命令指示进行研讯，以查明任何被指称为精神上无行为能力的人是否因精神上无行为能力而无能力处理和管理其财产及事务。³

3.8 《精神健康条例》第 II 部的其他主要条文为：

- 有关申请可由被指称为精神上无行为能力的人的任何亲属提出，但如该人的亲属没有提出该项申请，则社会福利署署长、法定代表律师或根据第 IVB 部获委任为该人的任何监护人可提出该项申请，⁴
- 该项申请必须附同两份医生证明书及来自该精神上无行为能力的人的亲属或最近亲的证据，并须附同原讼法庭所规定的其他证据，⁵
- 原讼法庭可就精神上无行为能力的人的财产及事务，办理看似为下述目的而属需要或有利的一切事情或确使该等事情得以办理：维持该人的生活或照顾该人的其他利益；或在其他方面管理该精神上无行为能力的人的财产及事务，⁶
- 原讼法庭有权作出其认为合适的命令并发出其认为合适的指示，以掌管和处理有关的精神上无行为能力的人的任何财产；出售取得和授予有关的精神上无行为能力的人的任何财产；为有关的精神上无行为能力的人订立遗嘱预留任何款项；并以有关的精神上无行为能力的人的名义进行法律程序，或代表该人进行法律程序，⁷

² 见第 2 条。

³ 第 7(1)条。

⁴ 第 7(3)条。

⁵ 见第 7(5)条。

⁶ 第 10A(1)条。

⁷ 见第 10B(1)条。

- 在紧急情况下，如原讼法庭认为有必要立即为精神上无行为能力的人的财产及事务提供款项，则在该人是否如此无能力处理和管理其财产及事务一事有待裁定的期间，原讼法庭可如此行事，⁸
- 原讼法庭可委任产业受托监管人，而为此目的，法定代表律师可被如此委任。该产业受托监管人可就精神上无行为能力的人的财产及事务作出原讼法庭认为合适的所有事情，并可就关于自该人产业中拨支该受托监管人的酬金，和该受托监管人须提供保证的事宜，作出原讼法庭认为合适的命令，⁹
- 任何与管理一名精神上无行为能力的人产业有关的建议，如所涉及的事项是产业受托监管人并未根据原讼法庭命令获授权处理者，则高等法院司法常务官可在没有转介令的情况下，收取该项建议，并可进行与管理该等产业有关的研讯，¹⁰
- 原讼法庭如觉得一名精神上无行为能力的人的精神上无行为能力只属暂时性质，原讼法庭可指示将该人的财产或其中部分用于暂时提供款项，以维持该人或其家人的生活，而不委任产业受托监管人，¹¹
- 如经研讯后，某人已被原讼法庭裁断为精神上无行为能力和裁断为因精神上无行为能力而无能力处理和管理其财产及事务，则原讼法庭可建议第 II 部所指的申请人提出第 IVB 部所指的监护令的申请，¹²
- 原讼法庭可应申请，更改产业受托监管人的任何权力或取代产业受托监管人。该项申请可由被指称为精神上无行为能力的人的任何亲属提出；但该人的亲属如没有提出申请，则社会福利署署长、法定代表律师、根据第 IVB 部获委任为该人的监护人，或有关的受托监管人可提出该项申请，¹³ 以及

⁸ 第 10D 条。

⁹ 第 11 条。

¹⁰ 第 13(1)条。

¹¹ 第 25 条。

¹² 第 26A 条。

¹³ 见第 26B 条。

- 第 II 部亦有设定复核机制。如经研讯后，原讼法庭裁断精神上无行为能力的人已变为有能力处理其事务，精神病院的院长必须把个案转介精神健康复核审裁处。¹⁴

监护委员会的权力

3.9 《精神健康条例》第 IVB 部处理精神上无行为能力的人的监护事宜及监护委员会的设立和角色。监护委员会是一个法人团体，¹⁵负责考虑和决定为年满 18 岁的精神上无行为能力的人委任监护人而提出的申请。¹⁶

3.10 监护申请可基于以下理由而提出：一名年满 18 岁的精神上无行为能力的人患有精神紊乱，而其精神紊乱的性质或程度，足以构成理由将他收容监护，而且为该精神上无行为能力的人的福利或为保护他人着想是有需要这样做。¹⁷ 该项申请必须连同并基于两名注册医生的书面报告而提出。¹⁸

3.11 在对监护申请进行聆讯后，监护委员会会顾及于聆讯时在场的人士所作的任何申述和考虑社会福利署所拟备的社会背景调查报告以作出决定。¹⁹

3.12 监护委员会是应下述人士所提出的申请而就精神上无行为能力的人的照顾和福利事宜作出（并复核）监护令：

“ (a) 有关的精神上无行为能力的人的亲属；

(b) 社会工作者；

(c) 注册医生；或

(d) 社会福利署的公职人员， ……”²⁰

3.13 监护委员会须在监护令的性质及范围方面向监护人作出指示。²¹ 委员会在执行其职能时，必须确保精神上无行为能力的人的利益获得促进及其意见及愿望（在可以被确定的范围内）被尊重，虽然

¹⁴ 见第 27 及 28 条。

¹⁵ 第 59J 条。

¹⁶ 第 59K(1)(a)条。

¹⁷ 见第 59M(1)及(2)条。

¹⁸ 第 59M(3)条。

¹⁹ 见第 59O 条。

²⁰ 见第 59N(1)条。

²¹ 见第 59K(1)(d)条。

委员会如果认为否定该人的意见及愿望是符合该人的利益，该人的意见及愿望可被否定。²²

3.14 监护令可授予监护人权力，为精神上无行为能力的人的供养或其他利益而代该人持有、收取或支付有关的每月款项，犹如监护人是该笔每月款项的受托人一样。²³

3.15 在这项权力之外，监护令还可授予监护人权力，指明精神上无行为能力的人所必须居住的地方，并指明精神上无行为能力的人所需接受的医治和牙科治疗以及给予同意。²⁴ 可根据监护令而就医疗事宜行使的各项权力已列明于第 59R(3)(c)至(e)条：

- “(c) 规定有关的精神上无行为能力的人为…… 治疗或特别治疗…… 的目的而于该监护人如此指明的时间到监护人如此指明的地方的权力；
- (d) 代表有关的精神上无行为能力的人同意接受该项治疗（特别治疗除外）的权力，但只限于在该精神上无行为能力的人无能力理解任何该等治疗的一般性质及效果的范围内；（以及）
- (e) 规定给予任何注册医生、认可社会工作者或该命令指明的其他人（如有的话）在有关的精神上无行为能力的人居住的任何地方接触该精神上无行为能力的人的权力……”

医护及医疗

3.16 应该注意的是《精神健康条例》第 II 部第 26 条也有授权原讼法庭作出命令把精神上无行为能力的人送往精神病院，²⁵ 但行事与否当然要视乎有关的医生证明书如何描述该人的精神状况而定。

3.17 如某人看来需要在精神病院内接受治疗，而该人希望接受该项治疗，则该人可向院长递交申请书，而院长可收纳该人为自愿入院病人。²⁶

²² 第 59K(2)条。

²³ 见第 59R(3)(f)条。

²⁴ 见第 59R(3)条。

²⁵ 见第 26 条。

²⁶ 见第 30 条。

3.18 凡基于下述理由，可向区域法院法官或裁判官申请将某名病人羁留以作观察的命令：该名病人患有精神紊乱，而其精神紊乱的性质或程度，足以构成理由将他羁留在精神病院内以接受观察；以及为该名病人本身的健康或安全或为保护他人着想，应该将该名病人如此羁留。²⁷ 此项申请必须基于一名注册医生的书面意见而提出，而该名医生是在作出意见前 7 天内曾经检查该名病人的。²⁸

3.19 院长可将作出该项命令的对象羁留在精神病院内，以接受观察、调查和治疗。²⁹ 一名长者如被认为属于《精神健康条例》所指的精神上无行为能力，而按其精神状况是足以构成被羁留在精神病院接受观察和治疗的理由，则他亦可被羁留在精神病院接受治疗。

规管给予同意的条文

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

³⁰

3.21 我们在上文已有指出，对进行治疗所给予的同意，可由已获监护令授予同意权力的监护人给予。此外，原讼法庭亦可根据第 IVC 部给予同意。³¹

3.22 原讼法庭或监护人在考虑是否给予同意以进行治疗时，必须运用某些原则。他们必须：

- (a) 确保有关的精神上无行为能力的人不会只因为他缺乏同意进行有关治疗的能力而不获该项治疗；及
- (b) 确保建议对有关的精神上无行为能力的人进行的任何治疗，是为该人的最佳利益而进行的。³²

²⁷ 见第 31 条。

²⁸ 同上。

²⁹ 见第 31(4)条。

³⁰ 第 59ZC(1)条。

³¹ 见第 59ZD 条。“原讼法庭”在第 2 条中已有界定，意指原讼法庭及原讼法庭法官。

³² 第 59ZB(3)条。

第 59ZBA 条清楚表明代精神上无行为能力的人所给予的同意，适用范围并不扩及器官移植。

3.23 根据第 59ZE 条，任何注册医生或注册牙医可要求一名精神上无行为能力的人的监护人，同意对该名精神上无行为能力的人进行治疗。如拟对一名精神上无行为能力的人进行治疗或督导该等治疗的进行的注册医生或注册牙医认为由于情况紧急，以致该项治疗是必需的，并且符合该名精神上无行为能力的人的最佳利益，该医生或牙医可无需该名精神上无行为能力的人或其监护人的同意而进行该项治疗。³³

3.24 凡一名精神上无行为能力的人的监护人，不能够或不愿意对该名精神上无行为能力的人进行治疗作出同意的决定；又或该监护人没有妥善遵守和运用第 59ZB(3)条所列明的原则并且拒绝给予该项同意，则任何人均可向原讼法庭提出申请，要求原讼法庭同意对该名精神上无行为能力的人进行治疗。³⁴

3.25 如原讼法庭在聆讯一项要求给予同意的申请后，信纳进行治疗是符合精神上无行为能力的人的最佳利益，则原讼法庭可作出命令，同意进行该项治疗。然而，假若原讼法庭并不信纳申请人对该精神上无行为能力的人的健康及福利具有充分的利害关系，原讼法庭便无须对该项申请加以考虑。³⁵

3.26 第 59ZJ 条就同意进行治疗一事向原讼法庭施加一项特定限制。该条订明除非原讼法庭信纳特别治疗是治疗一名精神上无行为能力的人的唯一或最适当方法，或信纳特别治疗符合该人的最佳利益，否则原讼法庭不得给予同意。³⁶

3.27 监护委员会所作出的监护令可授予监护人权力，代表有关的精神上无行为能力的人同意接受治疗（特别治疗除外），但只限于在该名精神上无行为能力的人无能力理解有关治疗的一般性质及效果的范围内适用。³⁷

³³ 见第 59ZF 条。

³⁴ 见第 59ZG 条。

³⁵ 见第 59ZI 条。

³⁶ 第 59ZJ(1)条。

³⁷ 第 59R(3)条。

《持久授权书条例》（第 501 章）

3.28 《持久授权书条例》（第 501 章）于 1997 年 6 月 27 日开始实施。该条例订立程序，令采用订明格式、以订明方式签立并载有订明说明资料的授权书可在授权人变为精神上无行为能力后继续有效。³⁸ 持久授权书只可赋予受权人就授权人的财产及其财政事务行事的权限，并必须列明受权人权限内的特定事宜、财产或事务。³⁹ 对于同意接受医治的事宜，持久授权书并不适用。如受权人有理由相信授权人精神上无能力行事或正变为精神上无能力行事，则受权人必须向高等法院司法常务官申请将订立该项授权的文书注册。⁴⁰ 如授权人后来变为精神上无行为能力，受权人在该项授权注册之前，不得据此作出任何事情。⁴¹

3.29 “精神上无能力行事”是参考该词在《授权书条例》（第 31 章）第 1A 条中的定义而界定的。该条订明如“某人患有精神紊乱或属弱智”，并且不能明白授权书的效力，或不能作出授予授权书的决定，该人即属精神上无能力行事；而“精神紊乱”及“弱智”，则具有《精神健康条例》（第 136 章）给予该等词语的涵义。⁴²

3.30 法院可应任何有利害关系的一方的申请，规定必须提供关于纪录及账目的资料、撤销或更改持久授权、或将受权人免任。⁴³ 《持久授权书条例》大部分是沿用联合王国的《1985 年持久授权书法令》（Enduring Powers of Attorney Act 1985）的条文。该项 1985 年法令之所以订立，目的是为解决受权人在授权人变为无能力行事后仍继续无效地运用一般授权书这个曾普遍出现的问题。

³⁸ 《持久授权书条例》第 3(1)及 4(1)条。

³⁹ 同上，第 8(1)条。

⁴⁰ 同上，第 4(2)条。

⁴¹ 同上，第 4(3)条。

⁴² 见第 31 章第 1A(2)条。

⁴³ 第 501 章第 11(1)条。

第 4 章 精神上无行为能力的人：普通法与同意接受医治

引言

4.1 每个人的身体都是不容侵犯，这是一项确立已久的原则。病人如果有能力作出决定，医生不得在没有病人的同意之下替他进行治疗。若未经病人同意而对他进行治疗，此举并不合法。

影响医疗决定和健康护理决定的因素

同意

4.2 根据普通法，如果未经另一人同意而触及该人，不管程度如何轻微，表面上也属于侵权的行为。¹ 个中基本原则清楚明白，无可争议，那就是每个人的身体都是不容侵犯。在 *Airedale NHS Trust 诉 Bland* 一案中，肯基尔（Kinkel）的 Keith 勋爵表示：

“…… 未经一名清醒且是精神健全的成年人同意而医治他并不合法，此举足以构成侵权和殴打罪行……。即使拒绝接受治疗会导致死亡，此人仍可选择拒绝。”²

4.3 普通法现时所提供的解决方法，是医生可合法地对一名基于某种原因而无能力予以同意的成年病人合法地进行手术或其他治疗，但该项手术或其他治疗必须符合该名病人的最佳利益，而医生这样做也必须符合必要原则。若进行该项手术或其他治疗是为了挽救该名病人的性命，或是为了改善其身体或精神健康或防止其身体或精神健康变坏，便会是符合该名病人的最佳利益，而且也只有在此情况之下才是符合该名病人的最佳利益。³

在知情下同意或拒绝

4.4 在 *Re T (成年人：拒绝接受治疗)* 一案中，虽然医生认为有必要输血以挽救病人的性命，但病人拒绝接受输血。英国上诉法院民事法庭庭长雷明敦（Lymington）的 Donaldson 勋爵指出：

¹ *Collins v Willcock* [1984] 1 WLR 1172.

² [1993] 1 All ER 821, 第 860 页。

³ *Re F (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 AC 1。见 Oakbrook 的 Brandon 勋爵之言，载于第 55 页。

“须要做到的是病人大致明白自己所同意（或拒绝）接受的医疗程序的性质和功效。医生的确有责任向病人适当地提供关于所建议进行的治疗的性质和有可能涉及的风险（包括由特定人士进行治疗所带来的任何特别风险）的全面资料，但医生未有履行此责任似乎只属疏忽，事情本身不会令同意或拒绝变得无效。倒过来说，向病人提供错误资料（不论是否无心）和不向病人提供病人所明示或暗示要求取得的资料，却会令同意或拒绝无效。”⁴

外来影响令同意变得无效

4.5 Donaldson 勋爵续称：

“在考虑外来影响的效果时，有两方面会是极其重要的。第一是病人的意志力。一名非常疲倦、处于痛楚中或情绪低落的病人，是远较一名经过休息、没有痛楚及心情愉快的病人难于抗拒自己的意愿被人压倒。第二是‘劝说者’与病人之间的关系会是十分重要……。换言之，病人有可能是口不对心。”⁵

最佳利益原则

4.6 在 *Re F (精神病人：绝育)* 一案⁶ 中，渥布克 (Oakbrook) 的 Brandon 勋爵声称医治精神紊乱的成年病人，是在普通法规管之下，但根据联合王国的《1983 年精神健康法令》治疗该病人的精神紊乱则除外。⁷ 在同一案件之中，Griffiths 勋爵表示政府对该等人士所具有的称为“政府监护权” (*parens patriae*) 的司法管辖权，在英廷委任状 (Royal Warrant) 于 1960 年撤销后已不复存在。⁸ Brandon 勋爵又指出联合王国保护法庭根据联合王国的《1983 年精神健康法令》第 VII 部就“病人事务”所享有的权力，按其真确释义来说，范围其实仅限于法律上的问题和其他商务事宜。⁹ Brandon 勋爵亦发现在普通法中，法庭并无司法管辖权批准或不批准给予该等人士治疗，而有关行为合法与否是视乎治疗是否符合病人的最佳利益。¹⁰ 不过，法庭根据其固有的司法

⁴ [1992] 4 All ER 649, 第 663 页。

⁵ [1992] 4 All ER 649, 第 662 页。

⁶ [1990] 2 AC 1.

⁷ [1990] 2 AC 1, 第 55 页 A-C 段。

⁸ [1990] 2 AC 1, 第 71 页 E 段。

⁹ [1990] 2 AC 1, 第 58-59 页。

¹⁰ [1990] 2 AC 1, 第 56 页 C-D 段。

管辖权，可以选择是否宣布一项建议进行的手术是符合病人的最佳利益。¹¹ 基富利（Chieveley）的 Goff 勋爵则认为如果病人的状况属于永久性或半永久性（精神紊乱者的情况可能会是如此），慢慢等待以取得其同意是没有意义的。Goff 勋爵又表示护理病人是明显的需要，而医生行事必须符合其病人的最佳利益，就像已得到后者同意他这样做一样。医生若已负起医治病人之责，他不单是被视为已得到病人同意，也会被视为有责任行事。¹²

4.7 在 *Re T* 一案中，Donaldson 勋爵解释必须基于最佳利益原则作出进行治疗的决定：

“如果情况是病人有可能性命不保或预期病人的健康会受到不可挽救的损害，而病人却拒绝接受必需的治疗，医生或医院当局若对病人的拒绝的真确性有确实怀疑的话，便应为公众利益起见（当然也为病人利益着想），立即要求法庭宣布所建议进行治疗是否合法。这个步骤不应留待病人家属去做，因为他们多半不会知道有此方便的安排，同时亦可能会因费用问题而却步。……如有（此类案件）出现，……法庭可以并且亦会立即施以援助。”¹³

4.8 “病人的最佳利益”这项原则在 *R*（基于 *Burke* 提出的申请）诉 *General Medical Council* 这一宗 2004 年的案件中获引用。在该案件里，英国医学总会（UK General Medical Council）的有关不提供及撤去治疗的指引受到严厉批评。Munby 法官在其判词中评论说，“该指引的法律内涵可说是易受批评的有四方面。”¹⁴ 他指出该指引“没有充分确认人们倾向赞成进行延长生命的治疗这个有力的推定，亦没有充分承认最佳利益的试金石是‘不能忍受的程度’。”对于“最佳利益和延长生命的治疗”的问题，Munby 法官有以下评论：

“……但在拯救或延长生命的治疗方面（具体而言指人工营养及流质喂饲）的最佳利益又怎样了？

假如病人是有能力作出决定的话，又或虽然他现在没有此项能力，但已作出既是有效亦与涉及的治疗有关的预设医疗指示，原则上便没有困难：由病人自己决定甚么

¹¹ [1990] 2 AC 1, 第 64 页 C-D 段。

¹² [1990] 2 AC 1, 第 77 页。

¹³ [1992] 4 All ER 649, 第 663 页。

¹⁴ [2004] 79 BMLR 126, 第 218 段。

才是符合其最佳利益和他应该或不应该接受甚么治疗。但假如病人没有能力作出决定，也没有作出上述的预设医疗指示的话，则总要由其他人为他作出决定。医生或法庭其中一方必须决定甚么才是符合病人的最佳利益。如果有关问题是应否不提供或撤去延长生命的治疗的话，甚么才是恰当的做法？

Francis 先生提到上诉法院民事法庭庭长 Thomas Bingham 爵士在 *Airedale NHS Trust 诉 Bland* [1993] AC 789 一案的言论时，陈情说单单延长生命不一定符合病人的最佳利益，这一点我完全同意：治疗或护理的目的是令病人康复、阻止或延缓其病况变坏以及减轻其身体及精神上的痛楚及苦难；不能达致上述任何一项目的的治疗可以说是徒然的。但在我看来，出发点必然是人们倾向赞成采取一切能够延长生命的步骤这项极为有力的推定；除了在一些特殊情况外，又或病人已垂危，为了病人的最佳利益着想，一般都是必须采取这些步骤的。

在 *Re J (未成年人) (监护：医治)* [1991] Fam 33 一案中的三位法官都这样说，…… 虽然他们一致强调这项推定并非不可推翻。所以上诉法院民事法庭庭长雷明敦的 Donaldson 勋爵分别在判词第 46 及 375 页表示：

‘无疑是有倾向赞成采取会延长生命的行动这项强而有力的推定，…… 但这项推定并非不可推翻。正如本法庭在 *Re B* 一案中确认，必须考虑到若该儿童的生命获得延长的话他将要经历的痛楚及苦难，还有他的生活质素；更须顾及所建议的治疗本身会带来的痛苦。……’

Taylor 勋爵分别在判词第 53 及 381 页说：‘法庭对人命神圣的高度尊重，带来倾向赞成采取一切可能步骤以维持生命的有力推定，只有在特殊情况下方属例外。’

正如 Taylor 法官继而论述，‘问题在于界定这些情况。’”¹⁵

4.9 Munby 法官提述基富利的 Goff 勋爵在 *Airedale NHS Trust 诉 Bland* 一案中的观点来阐释这个“特殊情况”问题：

¹⁵ [2004] 79 BMLR 126, 第 98-101 段。

“当然，在大多数个案里，病人的最佳利益相当可能是需要施行这类治疗（如备有这类治疗的话），但这并非一成不变。举一个简单的例子说，……一名受尽痛苦的末期癌症病人患有另一病症，若不进行大手术减轻该另一病症的病情，便会或可能会令其寿命进一步缩短，惟照顾该病人的医生肯定没有绝对责任做这项手术。就照顾这类病人的医生而言，我并不认为他有绝对责任尽任何他可以运用的方法来延长该病人的生命而罔顾病人的生命质素。人之常情不会有如此要求，国内外所认同的医德及良好行医实务亦如是。在我看来，医生是否采取任何医疗程序的决定，必须是为了病人的最佳利益而作出，但得视乎病人能否给予或不给予同意。”¹⁶

4.10 他继续说：

“我应该补充一点：在这种人命攸关的境况中，一如在其他涉及人命的境况（见上文第[76]-[77]段），……‘一旦有疑问的话，解决办法必然倾向维持生命’，而且‘必须特别小心审视有关证据。须要有明确和令人信服的实证。’

有些个案也许可以说得上是简单明确的，最起码就法律上的分析而言如是。仅是病人在身体或精神上丧失能力此一事实当然不能作为不提供延长生命治疗的理由。……但如果病人已垂危，则恰当的目标会是减轻苦楚及在适当情况下令病人‘离世时没有那么难受’，而不是短暂地延长生命。……如果进行延长生命的治疗根本不是切实可行的话（例如病人虽然无能力作决定，但却强烈反对进行有关医疗程序，而且不打算接受该等程序），又或进行这类治疗会是徒然的话（例如病人处于永久植物人状况的个案），则是可以提供不提供延长生命治疗的。”¹⁷

4.11 Munby 法官有讨论到那些较难处理的情况：

“至于难以处理得多的个案是病人虽然严重丧失能力但并非垂危。……

¹⁶ *Airedale NHS Trust 诉 Bland* [1993] AC 789, 第 867 页。

¹⁷ *R (基于 Burke 提出的申请) 诉 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126, 第 103-104 段。

我觉得最有启发性的分析可分别在 Taylor 勋爵的判词第 55 及 383 页中找到：

‘虽然法庭不能将丧失能力情况达至最严重程度生命与我们一无所知的死亡作一比较，但本席的看法是必定有一些极端个案可以让法庭认为：“经这项治疗而得以延长的生命对病人会是残忍得无法承受的。”举例来说，假如一名儿童严重受创，身体机能只余下微不足道的功用，而维持其生命的唯一方法是不停施行极为痛楚的治疗，令该儿童承受无尽痛苦，或因而要对他长期施行麻醉，以致他的生命是完全没有知觉的话，本席就不认为 Munby 先生的“绝对验证”¹⁸ 应该适用以要求提供该项治疗。在这种情况下，只要不涉及蓄意结束或缩短有关儿童的生命这个问题，本席认为法庭为了该儿童的利益着想，有权表示不应刻意采取人工步骤来延长他那可悲的余生。

当绝对验证不被接纳后，恰当的准则必然是以程度为本。在丧失能力和承受痛苦的程度表中，法庭应当裁定达到哪一点方可为儿童的最佳利益着想而不必再令他忍受延长生命的积极治疗所带来的痛苦呢？显然只有在极端的情况下才有充分理由不提供治疗……本席认为正确的做法是由法庭评定：假如提供这类治疗的话，有关儿童将要忍受怎样的生命质素，从而决定在所有情况下这样的生命是否被摧残得令该儿童无法忍受。我用“该儿童”一词，因为这项验证不应取决于作决定者是否可以忍受这样的生命，而是必须视乎所涉及的儿童若然能够作出明智判断的话会否认为这样的生命是可以忍受的。’”¹⁹

4.12 Munby 法官在归纳其结论时，就撤去人工营养及流质喂食一事作出以下评语：

¹⁸ 作为法定代表律师的御用大律师 James Munby 先生在 *Re J (未成年人) (监护：医疗)* 一案中的首度陈词（或称为“绝对主义”陈词）是当某项治疗能够把儿童从某种可以致命的病况中救活，则不论该项治疗本身会带来甚么痛楚或副作用以及不论儿童在治疗后会经历怎样的生命质素，法庭亦决不会有充分理由不同意进行这项治疗。

¹⁹ *R (基于 Burke 提出的申请) 诉 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126, 第 105 及 107 段。

“(a) 根据该项欧洲公约，一如在普通法下，若病人有能力作出决定（又或他虽然没有能力作出决定，但已作出既有效亦与涉及的治疗有关的预设医疗指示），则他拒绝接受人工营养及流质喂饲的决定——即他不要开始进行人工营养及流质喂饲，或如果人工营养及流质喂饲已经开始的话，他要停止接受人工营养及流质喂饲——是决定性的。

(b) 若病人有能力作出决定（又或他虽然没有能力作出决定，但已作出既有效亦与涉及的治疗有关的预设医疗指示），而他认为人工营养及流质喂饲是避免剧烈的精神或身体苦楚所必需的，该病人要求获得人工营养及流质喂饲的决定在原则上同样是决定性的。这一点有两个分别的理由。第一个理由是基于公约第 8 条赋予有能力作出决定的病人的权利。第二个理由是基于公约第 3 条赋予他的权利，不论他有没有能力作出决定。”²⁰

4.13 *W Healthcare NHS Trust 诉 H 及其他人*一案参考了 *R*（基于 *Burke* 提出的申请）诉 *General Medical Council* 案，聆讯前者的上诉的 Brooke 勋爵说：

“…… 法庭不能批准实质上让并非处于永久植物人状况的病人饿死的做法，除非病人已明确地并在知情下给予同意，或病人的情况无疑已达到无法忍受的地步……

（原讼法庭）法官达致上述结论所依据的是以女病人 KH 当时的状况而言，²¹ 法官不能断言延长生命的治疗是无益的，而且实质上让她饿死的做法比用人工方法让她多活几周或几月甚或几年才面对终会来临的死亡是更加不体面。……

该法官正确地将有没有法律上具约束力的预设医疗指示这个问题搁在一旁后，便一方面察看撤去营养喂饲的后果和影响，另一方面检视延续一个尚有一些痛楚感觉、一些知觉和些微回答问题能力的生命的做法。他得

²⁰ *R*（基于 *Burke* 提出的申请）诉 *General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126，第 214(a)及(b)段。

²¹ 59 岁的病人 KH 罹患多发性硬化，而且最少有 20 年时间不能在知情下为自己作出决定。她大部分的身体机能已停止运作。她虽然清醒，但只能够说一些单字，而且已失去时间和空间观念，亦不认得任何人。五年以来，她一直透过经皮肤植入的胃造口管获得喂饲。2004 年 8 月，该胃造口管脱落，她因此被送进医院。负责照料她的人等一致认为应将胃造口管插回，但病人的家属不以为然，因为他们相信在上述情况下病人宁愿死去。

出以下结论：符合该病人最佳利益的做法是依循负责治疗她的医者的一致意愿（给 KH 插回经皮肤植入的胃造口管，让营养喂饲得以长久继续下去）。”²²

病人利益与社会利益之间的冲突

4.14 病人利益与社会利益之间有所冲突的情况也会发生：

“病人利益包括了病人自作决定的权利——病人有权按照本身意愿来过活，即使这样做会损及其健康或会令其早逝，情况也是一样。社会利益则是在于维护人命神圣以及应尽可能保存性命这个概念……。当中若有疑问，解决的方法总是倾向于赞成保存性命，因为一个人的自我决定若要凌驾于公众利益之上，这个人就必须清楚表明自己的意愿。”²³

4.15 在 *Cruzan* 这宗美国案例²⁴ 中，法庭同样有考虑到社会（或国家）利益。在此案中，病人处于持续植物人状况，而其监护人向法庭提起诉讼要求作出属宣布性质的判决，寻求法庭给予司法认许，以达成监护人的意愿，就是终止对病人进行人工营养及流质喂饲。最高法院裁定，正确的程序并没有规定国家在未有清楚且令人信服的证据证明病人近亲的看法足以反映病人看法的情况下，须接受病人近亲代替病人所作出的判断，因为国家可透过施加较为严谨的举证规定，合法地致力保障无能力作决定者在生死之上的个人抉择。在某些无法找到病人家属代病人作出决定或病人家属不采取行动来保护病人的情况中，可能会出现滥作决定的问题，而国家是有权对此加以防范的。最高法院又裁定国家有权维护保存人命这项不受限制的权益，并会在这项权益与受到宪法保护的个人权益之间作出衡量。对于那些要求终止对无能力作决定者进行维持生命治疗的人，国家是可以施加更严谨的举证责任，因为问题所涉及的利益，在个人层面和社会层面之上，都要比那些普通民事纠纷所涉及的利益更为重大。作出不终止治疗的决定，若是错误的话后果只是现状维持不变，但作出错误的撤去维持生命治疗的决定，要挽回却是没有可能的事。

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

²³ *Re T (成年人：拒绝接受治疗)* [1992] 4 All ER 649, 见英国上诉法院民事法庭庭长雷明敦的 Donaldson 勋爵之言，载于第 661 页。

²⁴ 497 US 261.

4.16 首席大法官 Rehnquist 在 *Cruzan* 一案中作出判决时提述到多宗美国案例。²⁵ 他强调在该等案例中保存人命是国家的利益所在，并表示：

“法庭裁定无能力作决定者仍保留拒绝接受治疗的权利，理由是不应仅因某人无法意识到其自作决定的权利被侵犯而令到该人失去这项权利。法庭亦裁定如果有明确证据证明无能力作决定者本来是会行使这项权利，这项权利便可由作决定的代办人（surrogate decision-maker）按‘主观’准则来行使。若上述证据欠奉，法庭则裁定个人权利仍可在某些情况下按客观的‘最佳利益’准则来行使。故此，假若有一些可信证据证明某人本来是希望终止治疗，但这些证据又不足以清楚确立在该人的主观准则下该人的意愿是甚么，而延长性命所得到的满足却明显抵不上挨苦受痛这个重担，那么治疗便可按‘有限度的客观’准则予以终止。如果没有可信证据，而病人所受的痛苦亦令到进行维持生命治疗不人道，便可按‘纯客观’准则来终止治疗。若然上述各种条件一概欠奉，法庭的裁定是宁可有错也要保存性命。”²⁶

4.17 在 *R*（基于 *Burke* 提出的申请）诉 *General Medical Council* 一案中，Munby 法官表达了以下看法：

“（《欧洲人权公约》）第 8 条所保障的个人自主权表示，原则上是由有能力作决定的病人而非其医生决定应该或不应该作出甚么治疗，以达致病人相信对其尊严有帮助的情况或避免病人会觉得痛苦的事情。一名有能力作决定的病人在第 8 条下的权利——即他的身心保持完整的权利、自主权及尊严——必须凌驾载于第 2 及 3 条的任何权利或责任。在第 2 及 3 条下国家的任何须作为的责任若与病人在第 8 条下的自主权或自决权产生冲突或是有侵犯该等权利的地方，便须予终止。若一名有能力作决定的病人拒绝接受延长生命的治疗，第 3 条并

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

²⁶ 497 US 261 at 273.

没有赋权任何人强行对该病人施行该类治疗。第 2 条同样没有如此赋权。……”²⁷

在病人反对之下进行治疗等同侵权法中的殴打

4.18 在美国的 *Malette 诉 Shulman* 一案中，病人因车祸重伤而失去知觉，负责检查其伤势的医生认为病人要活命和保持健康就得输血。病人当时身上携有咭片，表明自己是耶和華见证人会的信徒，在任何情况之下均不得为她输血，但医生在获出示该咭片后，仍亲自动手为她输血。上诉法院法官 Robins 在宣布判决时说：

“执行医疗程序的医生，若未有先向病人提供取得其在知情下同意所需的资料，即属侵犯了病人可控制自身医护程序的权利，故此纵使有关程序是以高超的技巧进行，亦事实上令病人得益，医生还是要负上殴打的法律责任……。医生不能罔顾病人所作出的预设医疗指示，就像他不能罔顾病人在病危时作出的指示一样。法律既没有禁止病人不同意接受紧急医治，亦没有禁止医生遵从病人的指示。虽然法律容许在少数的紧急情况之下不理睬没有病人的同意，但也有对未经病人同意而医治病人的人施加民事法律责任，以支持有能力作决定的成年人就本身健康护理作出决定的权利。……基于自作决定原则和个人自主原则所得出的必然结论，就是即使拒绝接受输血可能会带来不良后果和如此决定通常会被视为愚不可及，病人仍然可以这样做。该病人在此事件中就输血所作出的决定，在她失去知觉后仍然有效，而该医生动手为她输血便会是未经授权的行为。”²⁸

4.19 Robins 法官继续说：

“总括来说，本席认为 *Malette* 太太在本案中所维护的主要权益——有自由抗拒或拒绝同意让自己身体的完整性受到侵犯的权益——要比国家保存人命和健康以及保障医疗专业的完整性这种权益来得重要。虽然拒绝接受医治的权利并非绝对或不受限制，但上述的国家权益本身却不足以成为强迫病人在不同意的情况下任由他

²⁷ [2004] 79 BMLR 126, 第 213(n)段。

²⁸ (1990) 67 DLR (4th) 321 (Ont. CA) 321, 第 328-330 页。

人入侵自己身体的理据。依本席之见，国家保护无辜的第三者和防止自杀这种权益在本案中并不适用。”²⁹

必要原则

4.20 在联合王国，普通法在有先见之明的健康护理决定方面的发展，可见于 *Airedale NHS 诉 Bland* 一案³⁰ 及多宗其他案例。

4.21 在 *Airedale* 一案中，肯基尔的 Keith 勋爵有以下的看法：

“本席要指出的第一点是未经一名清醒且精神健全的成年人同意而对他进行治疗属于不合法，这种行为会构成侵权及殴打之罪〔划线后加〕……。该人是完全可以拒绝接受治疗〔划线后加〕，即使这样做的后果是会死亡亦然。这一点也适用于以下情况：某人预见自己可能会由于某种原因而陷入例如永久植物人状况之类的状况，于是明确指示若真有此事发生便不要向他提供延续生命的医护服务，包括人工喂饲在内。第二点是某人因意外或其他原因失去知觉以致无能力表示同意或不同意接受医治是常见之事。在该种情况之下，医务人员按必要原则，对失去知觉的病人进行就其所知认为是符合该病人的最佳利益的治疗，属于合法。”³¹

4.22 上诉法院法官 Staughton 勋爵在 *Re T* 一案中有以下的看法：

“……当一名成年人遇到意外失去知觉后被送往医院时，他根本没有机会表示是否同意接受治疗……，在此情况下，只有基于必要原则所需才有理由支持对他进行治疗。”³²

4.23 关于必要原则，基富利的 Goff 勋爵在 *Re F (精神病人：绝育)* 一案中说：

“如果某人（因疾病、意外或精神紊乱）变得永远或有相当时间无法与人沟通，一般的说法都不会把此症描述为‘永久急症’——即使此种症状的确可以恰当地被认

²⁹ (1990) 67 DLR. (4th) 321 (Ont. CA) 321, 第 334 页。

³⁰ [1993] 1 All ER 821.

³¹ [1993] 1 All ER 821, 第 860 页。

³² *Re T (成年人：拒绝接受治疗)* [1992] 4 All ER 649, 见英国上诉法院民事法庭庭长雷明敦的 Donaldson 勋爵之言，载于第 668 页。

为是存在的话。急症之所以重要，其实在于急症可能会令他人有必要在没有受助人的同意下为其利益起见而采取行动。可是，急症本身不是一项准则，甚至也不是一项先决条件，而只是一个有必要迫令他人介入的常见原由。适用的是必要原则，可不是紧急原则。”³³

4.24 他又说：

“……要符合这原则，不仅(1)必须是当时与受助人沟通并不切实可行但却有必要行动，而且(2)所采取的行动，也必须是一个通情达理的人在符合受助人的最佳利益而行事时于任何情况下亦会采取的行动。我希望借阐述这原则的机会，指出我们不能以必要原则来作为强行介入的理由。故此，当可以找到另一名更为适合且愿意采取行动的人时，便没有理由支持他人介入。此外，如果他人介入是违反了受助人的已知意愿而受助人是能够理性地组织自己的意愿的话，亦是没有任何理由支持他人介入的。”³⁴

4.25 Goff勋爵继续谈到必要原则也适用于精神紊乱的人。他的看法如下：

“说必要原则不应适用于这宗（弱智人士）个案，实在没道理，情况与中风者的个案一样。此外，就像中风者的个案一样，在精神紊乱人士的个案中，由于病人情况属于永久性，所提供的护理范围要比意外受伤所造成的急症所需者更为广泛。当病况属永久性或半永久性时，为保存受助人的性命、健康或福利而适当地采取的行动，范围有可能会超越例如外科手术或实质治疗之类的疗法，并有可能会扩阔至包括例如定期医治或牙科治疗之类的日常事务在内，甚至像穿衣、脱衣和上床就寝一类的简单护理也包括在内。”³⁵

生命神圣原则

4.26 在 *Airedale* 一案中，Keith勋爵曾考虑过既然生存于持续植物人状况对病人并无好处，那么应否仍坚守生命神圣原则。他指出：

³³ [1990] 2 AC 1, 第 75 页。

³⁴ [1990] 2 AC 1, 第 75-76 页。

³⁵ [1990] 2 AC 1, 第 76 页。

“这原则不是一项绝对的原则（划线后加）。这原则不会迫令医生甘冒刑事制裁之险，在违反一名若不加医治便会死亡的病人的明示意图的情况下强行医治该名病人。这原则不会授权对进行绝食抗议的犯人强行喂食，也不会强求在只是延长末期病人的痛苦的情况下暂时保住末期病人的性命。不过在另一方面，这原则亦禁止采取主动的做法去缩短一名末期病人的生命。”³⁶

4.27 在同一宗案例里，基富利的 Goff勋爵就这项可予适用的法律原则发表了一些意见。他说：

“此处的基本原则是人命神圣原则——这原则不但在英国本土社会久获承认，在整个现今世界之中，即使未获所有文明社会承认，也久已得到大部分文明社会承认，它在《欧洲人权公约》第 2 条……以及《公民权利和政治权利国际公约》第 6 条中得到承认便是此点的确证……。这原则虽是基本却非绝对……。我们所关注的是不向病人提供可能会延长其性命的医治或护理有可能会属于合法的情况。不过，此处同样是没有绝对的规则（划线后加）规定无论情况如何也要进行上述治疗或护理来延长病人的生命。”³⁷

自作决定原则

4.28 关于自作决定原则，Goff勋爵有以下看法：

“第一，现已确立的是自作决定原则规定必须尊重病人的意愿，所以如果一名精神健全的成年病人拒绝同意接受将会或可能会延长其生命的治疗或护理，不管他这样做是如何不合乎理性，负责医治他的医生即使不认为他这样做是符合他自己的最佳利益，也必须遵从他的意愿……。在此限度之内，生命神圣原则必须让步于自作决定原则……。基于这个原因，有人主张精神健全的病人在妥为知情的情况下，可以要求中止使用维生仪器……。除此之外，如果病人是在自己未失去知觉或因其他理由无法与别人沟通之前已预先表明拒绝同意接

³⁶ [1993] 1 All ER 821, 第 861 页。

³⁷ [1993] 1 All ER 821, 第 865-866 页。

受治疗，同一原则亦会适用。不过，在这情况之下，有可能需要特别小心，以确保事前已表明拒绝同意接受治疗，在日后事发时仍会恰当地视作适用（见例如 *Re T*（成年人：拒绝接受治疗）一案……）。”³⁸

4.29 Goff勋爵补充说：

“……在此类个案中，并不存在病人自杀的问题，所以也不存在医生协助或教唆病人自杀的问题。事情不过是病人拒绝同意接受可能或应会收延长其生命之效的治疗，而病人有权这样做，且医生也是本乎职责遵从了病人的意愿而已。”³⁹

Goff勋爵还表示：

“在很多个案中，病人不单是可能完全无能力说明自己是否同意接受有关的治疗或护理，也可能未有事先表明自己在这方面的意愿……。如果一名成年病人自己无能力作决定是否同意接受治疗，法庭不能代为给予同意。本席的看法是无论情况如何，负责医治病人的医生也没有绝对责任去延长病人的性命。事实上，任何这类绝对规则若获裁定为存在的话，不但会令人感到极度惊讶，更会为病人带来最不利和残忍的后果。”⁴⁰

4.30 在同一宗案例里，Keith勋爵亦对其他司法管辖区的法庭在这方面所作出的裁定表示赞同：

“虽然本案是由英格兰的法律来作裁定，但令人略感宽心的是本席发觉在其他普通法司法管辖区中，特别是在曾发生多宗涉及这个问题的案件的美国一地，各个法庭都是几乎一致地得出以下结论：中止对处于持续植物人状况的病人及其他处于类似状况的病人进行医治和护理（包括人工喂饲在内），并非不合法。”⁴¹

³⁸ [1993] 1 All ER 821, 第 866 页。

³⁹ [1993] 1 All ER 821, 第 866 页。

⁴⁰ 同上。

⁴¹ 同上，第 861-862 页。

人权

4.31 *NHS Trust A 诉 M 及 NHS Trust B 诉 H* 一案⁴² 引用了在 *Airedale NHS 诉 Bland* 一案中作出的裁定。在前述案例中，律师就对处于永久植物人状况且复元无望的病人撤去人工营养及流质喂饲一事，在人权问题上展开激烈争辩。在聆讯时，律师要求法庭考虑中止人工营养及流质喂饲是否会违反《1950 年欧洲保护人权与基本自由公约》（如《1997 年人权法令》（*Human Rights Act 1997*）附表 1 所列明者）第 2 条所载的生存权利。律师特别要求法庭裁定究竟中止人工营养及流质喂饲是否构成第 2 条所指的故意剥夺生命，要是不构成的话，则在这种情况下，第 2 条是否有施加一项提供维持生命治疗的须作为的责任。另一个要裁定的问题，则是在撤去治疗至病人死亡期间，该公约第 3 条所订明的禁止施加不人道或低贬人性的待遇规定会否遭违反，或可否引用该条来确保处于永久植物人状况的病人有尊严地死去的权利受到保障。

4.32 英国高等法院家事法庭庭长 Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵负责审理 *NHS Trust A 诉 M 及 NHS Trust B 诉 H* 一案。她在作出判决之时对《1950 年欧洲保护人权与基本自由公约》第 2 条的解释如下：

- “1. 每个人的生存权利均受到法律保障。任何人的生命均不得被故意剥夺，但被裁定犯了法律所订罪行而该罪行的规定刑罚是死刑致遭处决者除外。
2. 如剥夺生命是由于使用不超出确有必要范围的武力所致，则此举不得视为违反本条……。”

她继续解释说：

“如果撤去治疗是依照 (*Airedale NHS Trust 诉 Bland*) 一案中所定下的指引进行，此举便不是以另一人的作为或可构成罪行的不作为来结束两名病人的生命。该两名病人的死因是引致他们病况的病患或伤患……。对处于永久植物人状况的病人中止人工营养及流质喂饲的问题尚未有在欧洲人权法庭出现，故此关于第 2 条的适用范围的指引，就得从欧洲人权法庭在处理截然不同情况时所作出的裁定中搜集资料……。第 2 条明确载有一项施加于国家的避免故意夺人性命的不作为的责任……。根据第

⁴² [2001] 1 All ER 801.

2(1)条，这项不作为的责任的范围是有限度的。未得对方同意，医疗专业不得医治有能力作出决定的病人，若未得对方同意便进行治疗，即属不合法。即使拒绝接受人工营养及流质喂饲会导致死亡，一名有能力作出决定的成年人也绝对有权这样做……。如果一名病人无行为能力接受或拒绝治疗，而医治该名病人符合其最佳利益，医生在必要原则之下是有责任医治该名病人的……。然而，若该项治疗不再符合该名病人的最佳利益，负责治理该名病人的医疗小组即无责任继续进行该项治疗……。又如果进行治疗是不符合一名无能力作决定的病人的最佳利益，医生也无权治疗该名病人。于 *Bland* 一案中所发表的其他言论，虽然没有特别提及这一点，但在此情况下所进行治疗是会侵犯了病人的个人自主权，虽然病人无能力作决定，却仍然是保有这项权利的。”⁴³

4.33 Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵又指出：

“在病人处于永久植物人状况的个案中，撤去人工营养及流质喂饲的目的虽是加速病人死亡，但本席认为，剥夺生命一词必须是指某人代国家作出导致他人死亡的蓄意行为，而这作为是相对于不作为来说的。医疗小组于治疗初期作出负责任的决定而不提供治疗，并不等于国家蓄意剥夺生命。这是个基于临床判断作出的不作为决定，而病人之死是由于本身的病患或伤患，这不能说是剥夺。我们或者可从国家须保障生命的须作为的责任角度来看这个临床决定的理由，但本席认为，不能把这个视为属于国家须避免故意取人性命的不作为的责任范围之内。若继续治疗不再符合病人的最佳利益，而因此侵犯了他的自主权，本席看不出上述情况与决定中止进行治疗两者之间有何不同，即使中止进行治疗的后果是缩短了病人的生命亦然。”⁴⁴

4.34 第 2 条是订有须采取足够的适当步骤去保障生命的须作为的责任，但 Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵表示该项施加于国家须保障生命的须作为的责任并非绝对。她的看法如下：

⁴³ [2001] 1 All ER 801, 第 807-809 页, 第 18-28 段。

⁴⁴ [2001] 1 All ER 801, 第 809-810 页, 第 30 段。

“如果作出一项负责任的临床决定不向病人提供治疗，个中理由是进行治疗不符合病人的最佳利益，而且该项临床决定也是根据一些备受尊重的医学意见作出的话，那么本席认为国家根据第 2 条所肩负的须作为的责任已获履行。”⁴⁵

4.35 值得注意的是在 *NHS Trust A 诉 M* 一案⁴⁶ 中所裁定的理据是完全符合 *Airedale NHS Trust 诉 Bland* 一案所定下的原则。在 *Bland* 一案中，Goff 勋爵说：

“……本席认为，当这类治疗毫无疗效而只不过是延长病人生命时，治疗便既不恰当亦非必要，情况就像病人失去知觉且病情好转无望时治疗只是白费功夫的一样。”⁴⁷

4.36 在病人处于永久植物人状况的个案里中止人工营养及流质喂饲，被认为是符合民主社会的价值观。Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵说：

“本席认为，同样重要的是在病人处于永久植物人状况的个案里中止人工营养及流质喂饲，已在世界多个普通法司法管辖区和民事司法管辖区获得接受。某些国家更已设有宪法上的保证，例如新西兰有人权法案，丹麦有制定法例，而法国则有民法典。至于美国某些地方和爱尔兰，所采用的是称为‘政府监护权’的司法管辖权。大家所本乎的司法管辖权各有不同，思维方式也有分别，但所得的结论都是一样，那就是对于处于永久植物人状况的病人并无持续责任维持其生命，以及在该类个案中撤去人工营养及流质喂饲是符合生存权利的……。因此之故，联合王国的现行做法是符合民主社会的价值观。”⁴⁸

4.37 《欧洲保护人权与基本自由公约》第 3 条述明：“不得令任何人身受酷刑，或受到不人道或低贬人性的待遇或惩罚”。关于此条，Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵提述了 *Ireland 诉 UK* 一案。这是一宗由欧洲人权法庭审理的案件。该案裁定低贬人性的待遇（此处是指北爱尔兰所用的盘问方法）是“刻意使受害人感到恐惧、哀痛和自卑的恶劣对待，

⁴⁵ [2001] 1 All ER 801, 第 811 页, 第 35 段。

⁴⁶ [2001] 1 All ER 801.

⁴⁷ *Airedale NHS 诉 Bland* [1993] 1 All ER 821, 第 870 页。

⁴⁸ [2001] 1 All ER 801, 第 812 页第 39 段。

能够侮辱和低贬受害人，并可能会令受害人的肉体上或精神上的抗拒力崩溃。”⁴⁹ 她说：

“假设第 3 条需予考虑，本席信纳对这两名病人撤去治疗的建议做法，已得到多名医治处于永久植物人状况病人的专家加以详细而慎重的考虑，并且是符合一些负责的医学意见所采取的做法。撤去治疗是出于善意，因为中止挽救生命的治疗是符合病人的最佳利益。至于继续对病人施以剩余的治疗，直至他死亡为止，则是合法和恰当的做法。除此之外，本席又信纳第 3 条规定受害人必须意识到自己正受到不人道和低贬人性的待遇，又或者最低限度必须是在肉体上或精神上感到痛苦。一名处于永久植物人状况的病人是没有知觉的，对于别人所施加的待遇并无感觉，也不能理解。本席认为，第 3 条不适用于这两宗案例。”⁵⁰

4.38 在 *R (基于 Burke 提出的申请) 诉 General Medical Council*⁵¹ 一案中，Munby 法官就自主权、尊严与《欧洲人权公约》的相互关系表达了他的以下看法：

“个人自主权和尊严都是《欧洲人权公约》第 8 条所保证须受到尊重的‘私生活’环节，指出这一点十分重要，正如斯特拉斯堡法庭在 *Pretty 诉 United Kingdom (2003) 35 EHRR 1, [2002] 2 FLR 45* 一案的判词第 61 段说：

‘……“私生活”是一个广泛的概念，不能够冠以一个详尽而无遗漏的定义。它涵盖个人身体及精神上的完整性，有时还可以包含一个人的实际身分及社会身分方面的事宜……’

法庭又在判词第 65 段补充说：

‘《欧洲人权公约》的精髓在于对人的尊严和自由的尊重。’

留意法庭在 *Pretty 诉 United Kingdom* …… 一案的判词第 63-66 段所说的话，亦很重要：

⁴⁹ *Ireland v UK* (1978) 2 EHRR 25.

⁵⁰ *NHS Trust A 诉 M; NHS Trust B 诉 H* [2001] 1 All ER 801, 第 814 页第 49 段。

⁵¹ [2004] 79 BMLR 126.

‘虽然可以在上述情况中指出死亡并非申请人的行为所意欲达致的后果，但法庭不认为这可以作为一项决定性的因素。在医疗的领域内，拒绝接受某一项治疗无可避免地可能会导致死亡，但在未得一名精神上有能力作决定的成年病人同意下对他施行治疗会干扰病人身体的完整性，而这样的干扰可以与《欧洲人权公约》第 8(1)条所保障的权利产生冲突。正如本地的案例法承认个人可以要求行使结束生命的选择权，方法是拒绝同意进行可收延长其生命之效的治疗。’ ”⁵²

4.39 Munby 法官在归纳其结论时指出：

“(g) 个人自主权——即自作决定的权利——及尊严都是获得普通法承认和受到《欧洲人权公约》第 3 及 8 条保障的基本权利。

(h) 第 8 条所保障的个人自主权包含以下事宜：个人选择如何度过临终前的日子和时刻，以及如何处理自己的死亡。

(i) 《欧洲人权公约》所保障的尊严权益包括在第 8 条下的维持精神状况稳定的权利，亦包括在第 3 条下的权利，即有权在有尊严的情况下死去，以及若接受治疗或不获给予治疗会令人在痛苦中死亡，而这却是可以避免的话，则有权免于接受治疗或确保获给予治疗。

(j) 有需要为弱势人士加强第 3 条和第 8 条所提供的保障。”⁵³

作出预先拒绝的行为能力

4.40 英国上诉法院民事法庭庭长雷明敦的 Donaldson 勋爵为自己在 *Re T (成年人：拒绝接受治疗)* 一案的判决做了一个很有用的摘要：

“1. 即使拒绝接受医治可能会令自己健康有永久受损之虞或甚至会令自己早逝，但基本上每个成年人仍具有决定自己是否接受医治的权利和行为能力。此外，拒绝

⁵² [2004] 79 BMLR 126, 第 59 及 62 段。

⁵³ [2004] 79 BMLR 126, 第 213 段。

接受医治的理由是合乎理性或不合乎理性，是已知的或是并不存在的，均无关重要。就算保存所有市民的生命和健康是极其强烈的公众利益，情况也是如此。不过，基于病人是成年人而认为病人有行为能力去作决定这个推定，却是一个可以推翻的推定。

2. 一名成年病人可因长期的精神上无行为能力或心智发育迟缓而失去作决定的行为能力，又或者因一些暂时性的原因，例如失去知觉或精神混乱或由于疲累、受惊、受痛或受药物的影响，失去这种能力。

3. 如果一名成年病人在声称拒绝接受治疗时是没有作决定的行为能力，而且现时仍然没有这种能力，医生便有责任根据自己的临床判断，用自己认为是符合该名病人的最佳利益的任何疗法来治疗该名病人。

4. 医生一旦遇到病人拒绝同意接受治疗，便须极之小心详细考虑病人在作出该决定时，其作出决定的能力是怎么样的。病人有可能是有行为能力或无行为能力，也有可能是行为能力退减。重要的是究竟病人当时的行为能力是否退减至低于作出有如此重要性的拒绝决定所需的水平，因为在不同情况下作出的拒绝，重要性也会各有不同，有些可能会危及生命或对健康造成无法补救的损害，有些则不会有此等后果。

5. 在一些个案中，医生不但要考虑拒绝接受治疗的病人的行为能力，另外还得考虑病人的拒绝接受治疗会否因出自旁人而非其本人意愿以致无效。不管这些旁人是如何大力劝说病人拒绝接受治疗，只要拒绝最终是反映了病人的独立决定便没有问题。不过，如果病人本身的意愿是受到压制，拒绝接受治疗便不是反映病人的真正决定。在这种情况下，劝说者与病人之间的关系——例如夫妇、父母或宗教顾问——便会显得重要，因为某些关系是会比其他关系更为容易压倒病人的独立意愿。

6. 在所有个案中，医生均须考虑病人拒绝接受治疗的确实范围和基础。拒绝接受治疗是否只打算适用于已发生的情况？又或是基于尚未成形的假定而作出？拒绝接受治疗只在它本身的确实范围之内才有效力；拒绝接受治疗若是基于错误假定而作出便会无效。

7. 拒绝接受治疗书应予制备，以令病人加倍留意作出拒绝的后果。

8. 如果对病人所声称的拒绝接受治疗的后果有疑问，而不进行治疗是危及病人生命或会对病人的健康造成无法补救的损害，则医生和医疗当局不应犹疑，要向法院作出申请以寻求协助。”⁵⁴

4.41 个人就其治疗（包括不接受治疗）之事作出预设医疗指示的行为能力，是其自决权的体现。个人的自决权与取得同意这个基本原则是交织在一起的，英格兰的案例法已予反映。上诉法院民事法庭庭长 Thomas Bingham 爵士在他于 *Airedale NHS Trust 诉 Bland* 一案所作判决中有以下评论：

“有些与这个问题（若明知停止不向一名复元无望的无知觉病人提供人工喂饲和喂服抗生素的话，该名病人会很快死亡，这样做是否合法？）有关系的重要原则是双方均接受的。(1)我们的法律和道德观蕴含对人命神圣的深切尊重，一如东方及西方大部分文明社会的法律和道德观所示的情况。……(2)未经一名清醒且精神健全的成年人同意而对他进行医治是一项民事过失，而且可能是一项罪行：见 *F 诉 West Berkshire Health Authority (Mental Health Act Commission intervening)* [1989] 2 All ER, 545, ……(3)医生必须遵照精神健全的成年人就是否在某些情况下进行或不进行治疗一事所给予的指示而行事，不论该等指示是否合乎常理。……即使在指示所指明的情况出现时病人已失去知觉或精神不再健全，这项原则依然适用。……”⁵⁵

4.42 在 *Re C (成年人：拒绝接受治疗)* 一案⁵⁶ 中，一名被诊断为患有长期妄想型精神分裂症的病人，被主诊医生劝说由膝下开始截除腿部以挽救生命，原因是他的脚患有坏疽。病人拒绝同意截肢，但同意接受保守的疗法，而结果是他的情况有所改善。病人向法庭申请禁制令，禁止别人在没有他的书面同意之前把他的腿部截除。法庭批给禁制令，

⁵⁴ *Re T (成年人：拒绝接受治疗)* [1992] 4 All ER 649, 第 664 页。

⁵⁵ [1993] 1 All ER 821, 第 835-836 页。

⁵⁶ [1994] 1 WLR 290.

Thorpe 法官指出适用于该案的法律原则可从上诉法院在 *Re T* 一案⁵⁷ 中所提出的一些见解“便捷地得以确定”。他说：

“该等见解是共同的想法。拒绝是可以透过意向声明的形式作出，表明将来永不同意，又或者在某些将来会发生的情况下永不同意，而两者是共通的。”⁵⁸

4.43 英国高等法院家事法庭庭长 Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵在 *Re B*（成年人：拒绝接受治疗）一案中重申了行为能力问题背后的某些基本原则，并列出一一些附加的指引以处理类似 *Re B* 案的情况⁵⁹：

“(i) 有一项下述推定：病人是具有精神上的行为能力决定是否同意或拒绝接受给予他或她的内科或外科治疗。

(ii) 若病人的精神上行为能力不成问题，而病人在获悉有关资料并获提供可予采用的疗法后，选择拒绝接受有关治疗，医生必须尊重病人的决定。至于病人的最佳利益显示正确的决定应该是同意接受治疗这项考虑因素，是无关宏旨的。

(iii) 若对病人精神上的行为能力存有忧虑或疑问，应尽快由医院内的医生或国民保健服务信托基金（NHS Trust）或透过其他正规的医疗程序解决该项疑虑。

(iv) 在还未决定病人是否有精神上行为能力的期间，当然必须按照医生所判断为符合病人最佳利益的方法去照顾病人。

(v) 如果难以决定病人是否有足够的精神上行为能力，尤其是如果拒绝治疗可能会给病人带来严重后果的话，最重要的是不论后果如何严重，考虑这个问题的人或机构都不应把精神上有没有行为能力的问题与病人所作决定的性质混为一谈。病人的看法可能只反映不相同的价值观而非欠缺作决定的能力，评估病人的精神上行为能力时必须紧记这一点。对于病人所作的决定，医生不得容许自己情绪上的反应或强烈异议影响他们在

⁵⁷ *Re T*（成年人：拒绝接受治疗）[1992] 4 All ER 649。

⁵⁸ *Re C*（成年人：拒绝接受治疗）[1994] 1 WLR 290，第 294 页。

⁵⁹ 一名四肢瘫痪的病人仰赖呼吸器维持生命，但该名病人希望关掉呼吸器。

回应病人是否具有精神上为能力作出决定这个基本问题时所作的判断。

(vi) 当遇上对于病人是否有行为能力仍然各持己见的罕有情况时，最最重要的是让病人完全知悉正在采取的处理步骤，令病人有份参与这个过程。若正在考虑邀请独立外来专家提供意见这个选择，主诊医生应与病人商量，以求转介任何非本院医生这做法尽可能是双方共同决定的，旨在帮助双方解决分歧。在作出转介之前让病人有份参与，并让病人感到同样有参与其中过程，对有机会达成良好结果是至关重要的。

(vii) 假如医院陷入进退两难的情况，有关医生也不知道如何解决，便必须承认有此情况，并优先采取进一步行动。主管人员不可以让情况僵持不下或采取听其自然的态度。

(viii) 若对病人有能力作决定一事没有异议，但有关医生基于任何理由不能执行病人的意愿，则他们有责任找寻能够执行病人意愿的其他医生。

(ix) 若寻找非本院医疗专家提供独立协助的一切适当步骤均告失败，有关的国民保健服务医院信托基金应勿迟疑向高等法院提出申请，或寻求法定代表律师的法律意见。

(x) 医院和施行治疗的临床医生应时刻紧记，一名身体严重残障但精神上有能力作决定的病人与任何其他精神上有能力作决定的人都具有相同的个人自主权和作出决定的权利。”⁶⁰

怀孕妇女

4.44 *Re S* 一案⁶¹ 是关于一名怀孕妇人拒绝接受剖腹手术。医疗当局向法院申请作出声明，授权医生和医护人员进行紧急的剖腹手术，以挽救该名妇人及其未出生婴儿的性命。法官 **Stephen Brown** 爵士对所要求作出的声明予以批准。此案似乎与上文所述的 *Re C* 一案⁶² 中后来

⁶⁰ *Re B (成年人：拒绝接受治疗)* [2002] 2 All ER 449, 第 474 页。

⁶¹ *Re S (成年人：拒绝接受治疗)* [1992] 4 All ER 671。

⁶² [1994] 1 WLR 290.

作出的裁定有矛盾，又或者案中的判决理由，可能只适用于尚未出生但已能存活的胎儿有生命危险的个案。

不提供维持生命的治疗

4.45 法庭也曾考虑不提供维持生命的治疗的问题。正如本章较早前指出，基富利的 Goff 勋爵在 *Airedale* 一案中评论说，精神健全的病人在妥为知情的情况下，可以要求中止使用维生仪器。他也表示如果病人是在自己未失去知觉或因其他理由无法与别人沟通之前已预先表明拒绝同意接受治疗，自作决定原则亦应适用。他有以下评论：

“……在这一类个案中，病人绝非自杀，因此医生也绝非协助或教唆病人自杀。这只不过是病人拒绝同意接受可能或应会收延长其生命之效的治疗，因为他有权这样做，而医生则是按照职责遵从病人的意愿。”⁶³

4.46 英国上诉法院民事法庭庭长 Thomas Bingham 爵士也有以下的评论：

“美国有很多关于这个问题的诉讼，虽然各处有不同的处理手法，亦有表示不同意的强烈言词，但法庭在大部分这类个案中都批准中止对处于永久植物人状况的病人进行人工喂饲。法庭是在该等病人已明确表达其意愿的情况下为尊重其意愿而达致这个结果；而在病人没有明确表达其意愿的情况下，则基于法庭判断病人若有表达意愿的话则其意愿本会是甚么而达致上述结果，又或中止人工喂饲在所有情况下均符合病人的最佳利益。对于中止人工喂饲等同自杀或刑事上的凶杀这种说法，法庭一贯不予接纳。……”⁶⁴

4.47 Elizabeth Butler-Sloss 女勋爵在 *NHS Trust A 诉 M 及 NHS Trust B 诉 H*⁶⁵ 一案中作出判决时，曾就国家须避免故意夺人性命这项不作为的责任而检视《1950 年欧洲保护人权与基本自由公约》第 2 条。她表示这项不作为的责任的范围是有限度的。未得病人同意，医疗专业不得医治有能力作出决定的病人。即使拒绝接受人工营养及流质喂饲会导致死亡，一名有能力作出决定的成年人也绝对有权这样做。她亦指出在病人处于永久植物人状况的个案里中止人工营养及流质喂饲，已在世

⁶³ [1993] 1 All ER 821, 第 866 页。

⁶⁴ [1993] 1 All ER 821, 第 837 页。

⁶⁵ [2001] 1 All ER 801.

界多个普通法司法管辖区和民事司法管辖区获得接受，而且这样做被认为是符合民主社会的价值观。⁶⁶

4.48 然而，应注意的是 *Schindler 诉 Schiavo* 这宗广为人知的、关于不向处于植物人状况的病人提供人工营养及流质喂饲的美国案件，并不是那么直截了当的。*Theresa Schiavo* 在 1990 年心脏病发，并陷入持久的植物人状况。*Schiavo* 的丈夫在 1998 年获委任为她的监护人后，便向法庭申请移除妻子的喂饲喉管。*Schiavo* 的父母强烈反对这项申请。*Schiavo* 并没有就她的治疗拟定预设医疗指示。一连串激烈的法律争斗随即展开，佛罗里达州的立法机关和州长、美国众议院和参议院以至美国总统都有介入。此事终于在 2005 年 3 月美国最高法院第六次表示拒绝介入后得以解决，当时距离 *Schiavo* 的父母入禀要求插回喂饲喉管被美国一个联邦上诉法庭驳回不过几小时。2005 年 3 月 31 日，即 *Schiavo* 的喂饲喉管最终被移除的 13 日后，她便与世长辞。

总结

4.49 在普通法下，向人提供治疗一事受到下列考虑因素管限：

- 取得同意的原则，该原则规定必须是在知情下同意。⁶⁷
- 同意应是没有因外来影响而变得无效。病人所说的必须是他心中所想的。⁶⁸
- 生命神圣原则。社会利益在于维护人命神圣以及应尽可能保存性命这个概念。当中若有疑问，解决的方法总是倾向于赞成保存性命，因为一个人的自我决定若要凌驾于公众利益之上，这个人就必须清楚表明自己的意愿。⁶⁹
- 自作决定原则。⁷⁰ 如果病人的意愿可以确定，他的意愿必须受到尊重。如果不能确定病人的意愿，则应按照符合病人的最佳利益这项原则施行治疗。应注意的是如果一名精神健全的成年病人拒绝同意接受将会或可能会延长其生命的治疗或护理，不管他这样做是如何不合乎理性，负责医治他的医生即使不认为他这样做是符合他自己的最佳利

⁶⁶ [2001] 1 All ER 801, 第 812 页, 第 39 段。

⁶⁷ *Re T* [1992] 4 All ER 649.

⁶⁸ *Re T* [1992] 4 All ER 649, 第 662 页。

⁶⁹ *Re T* [1992] 4 All ER 649, 第 661 页。

⁷⁰ *Airedale NHS Trust 诉 Bland* [1993] 1 All ER 821, 第 866 页。

益，也必须遵从他的意愿。在此限度之内，生命神圣原则必须让步于自作决定原则。

- 病人的最佳利益原则。⁷¹ 估量病人的最佳利益涉及最广义的福利评核，要在适当情况下考虑到广泛的伦理、社会、道德、情感和福利因素。⁷² 维持生命不是一项绝对的责任。即使生命神圣是重要的，但也可能要屈居人类尊严之下。就延长生命的治疗而言，最佳利益的试金石是“不能忍受”的程度。所以，假如延长生命的治疗会带来某些好处的话，便应提供予病人，除非病人经如此延长的生命在病人看来会是无法忍受的。⁷³
- 必要原则。举例来说，当一名成年人遇到意外失去知觉后被送往医院时，他根本没有机会表示是否同意接受治疗，在此情况下，只有基于必要原则所需才有理由支持对他进行治疗。⁷⁴
- 基于自作决定原则，一名精神健全的病人在妥为知情的情况下，可以要求中止使用维生仪器，而他不应因此被当作自杀，医生也不应被当作协助或教唆病人自杀。
- 在美国的大部分个案中，即使处于永久植物人状况的病人未有就中止人工喂饲一事表达明确意愿，只要中止人工喂饲在所有情况下符合病人的最佳利益，中止人工喂饲的做法都获准许。对于中止人工喂饲等同自杀或刑事上的凶杀这种说法，法庭一贯不予接纳。⁷⁵ 然而，由于这是一个重大决定，而每一宗个案的案情相当可能会有所不同，法庭认为应该在性质相近的个案中求取法庭的批准。⁷⁶

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

⁷² *R (Burke) 诉 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126, 第 213(d)段。

⁷³ *R (Burke) 诉 General Medical Council* [2004] 79 BMLR 126, 第 213(o)段。

⁷⁴ *Re T (成年人：拒绝接受治疗)* [1992] 4 All ER 649, 第 668 页。。

⁷⁵ *Airedale NHS Trust 诉 Bland* [1993] 1 All ER 821, 第 837 页。

⁷⁶ *Airedale NHS Trust 诉 Bland* [1993] 1 All ER 821, 第 833 页。

第 5 章 医疗专业对精神上的行为能力的医治和评估方法

引言

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

《医院管理局对院内心肺复苏决定的指引》¹

5.2 医院管理局规定“所有负责治理患有重病而预计心肺功能会停顿的病人的有关医护人员”，均须熟读《医院管理局对院内心肺复苏决定的指引》（Hospital Authority's Guidelines on In-Hospital Resuscitation Decisions）（下称“《心肺复苏指引》”）。

5.3 《心肺复苏指引》的摘要列明下述符合普通法立场的要点：

“1. 《（心肺复苏）指引》的目的是令临床医生能作出在专业上和伦理上属于恰当的心肺复苏决定，以保障病人和临床医生的最佳利益。……

3. 在作出院内心肺复苏决定之前，临床医生需要考虑多项伦理原则，包括：

- 有益原则（意指保存生命，恢复健康，纾解痛楚并减少伤残），
- 无害原则（意指最重要的是不造成伤害），
- 病人自决原则，²

¹ 由医院管理局总办事处于 1998 年 7 月发出。

² 病人自决原则的意思是“尊重一名有能力作出决定的病人的权利，让他在知情下选择同意抑或拒绝接受临床显示须予进行的医疗治理，包括挽救生命或维持生命的治疗在内。为了帮助有能力作出决定的成年人在知情下作出决定，医生有责任把病患的性质和预后，以及各种不同治疗方案的风险、好处和可能收到的成效，坦诚全面告知病人。”

➤ 无效用治疗原则，³〔以及〕

➤ 不离不弃原则。⁴

4. 如病人有可能需要接受心肺复苏法，是否进行治疗的决定应基于以下各点而作出：

➤ 病人的病情，

➤ 整体治疗计划，

➤ 病人会否受惠于心肺复苏法，〔以及〕

➤ 病人所表达的意愿。

就所有患有重病而预计心肺功能会停顿的病人而言，是应该提出院内心肺复苏决定这个问题的。如果适用的话，作出院内心肺复苏决定时应与病人 / 病人家属好好沟通。

5. 在作出心肺复苏决定之时，应由主诊医生联同自己的医疗小组成员启动程序，而决定作出后则应予记录，并定期或在病人情况突然有重大变化时加以检讨。”

5.4 《心肺复苏指引》指出其目的是：

➤ 与医护人员分享就施行或不提供心肺复苏法这决定所涉及的各项伦理原则。

➤ 保障病人权利。

➤ 确立施行心肺复苏法的专业守则。

➤ 加强护理人员之间及护理人员与病人 / 病人家属之间在心肺复苏问题之上的沟通。

5.5 《心肺复苏指引》也有列明一些关于如何就心肺复苏决定与病人或病人家属沟通的指导原则。这些指导原则涵盖以下各方面：

³ 根据《心肺复苏指引》，无效用治疗原则的意思是“如病人或病人家属要求医生提供无效用治疗，医生并无责任必须如其所愿。就施行心肺复苏法而言，‘无效用治疗’一词，严格来说是指并无合理希望可预期恢复或维持病人的心肺功能。对于此类病人，是否施行心肺复苏法的临床决定，一般是由主诊医生基于自身的临床判断而作出。在其他的临床情况中，如果病人所珍视的生活质素是还原无望的话，心肺复苏法也可被视为无效用治疗。由于‘生活质素’属于主观看法，病人、病人家属和医生对此词的诠释都各有不同，在上述情况之下作出的心肺复苏临床决定，应该先经病人和病人家属同意。”

⁴ 不离不弃原则的意思是“医生有责任与病人建立持续不断的护理伙伴关系；这种关系可以是始于病人健康或有病之时，然后陪伴病人度过病发后的康复期或长期病患适应期，并且往往会持续至病人死亡为止。”

- 优质医护服务要求护理人员之间及护理人员与病人和病人家属之间能有坦诚的沟通和讨论。
- 如果病人是精神上有能力作出决定，病人自决原则应予尊重。
- 病人是否精神上有决定能力，是由主诊医生联同其他护理人员决定。有能力作决定的成年人的定义是具有决定能力的成年人，而决定能力则由以下各种成分组成：(i)明白所提供的医疗资料的能力；(ii)以自己的个人价值观和目标为着眼点来理解并考虑这些资料的能力；以及(iii)与人进行有意义的沟通的能力。
- 如果精神上无能力作决定的病人的意愿不为人知，治疗决定必须符合病人的最佳利益，并已对以下各点加以考虑：(i)病人病患的诊断和预后；(ii)病人已为人知的价值观、喜好、文化背景和宗教信仰，而这些因素均有可能左右治疗决定；以及(iii)从病人生命中占有重要地位的人所取得的资料，而这些人是有助决定甚么才是病人的最佳利益。
- 沟通的内容应包括（但不仅限于）以下各点：(i)病人的情况，即诊断、病患深浅、预后、治疗方案、复元机会、生活质素及心肺功能停顿的机会有多大；(ii)病人和病人家属的期望、价值观及喜好；(iii)何谓心肺复苏法，以及心肺复苏法的目标和局限之处；以及(iv)病人能否受惠于心肺复苏法。
- 进行沟通时能有另一名医疗或护理人员在场是较为可取的做法。

5.6 《心肺复苏指引》又列明应如何作出心肺复苏决定：

- “1. 程序应由主诊医生联同自己的医疗小组成员启动。
2. 应按〔伦理及其他〕原则考虑个别病人的情况而作出决定。
3. 为病人争取权益：所有考虑因素均须符合病人的最佳利益。
4. 把有关决定、沟通过程、病人及 / 或病人家属的意愿记录在医疗纪录之上，以确保所有参与护理病人的医护人员均得知有此决定，并尊重此一决定。

5. 定期或在病人情况突然有重大变化时检讨心肺复苏决定。

6. 如果适用的话，由一名医生作出的建议，应得到另一名医生赞同。”⁵

5.7 就其他方面的护理及治疗来说，决定不施行心肺复苏法并非表示不提供或撤去所有其他治疗或介入方法。不获施行心肺复苏法的病人是应该得到所有其他合适的治疗，包括其他挽救生命治疗及纾缓治疗在内。

《医院管理局对病人同意或拒绝接受治疗及 / 或输血的指引》

5.8 《医院管理局对病人同意或拒绝接受治疗及 / 或输血的指引》⁶ (*Hospital Authority's Guidelines on Consent to or Refusal of Treatment and/or Blood Transfusion by Patients*) (下称“《输血指引》”) 述明，除情况危急之外，医生不得在违反病人意愿的情况下医治病人或为病人输血，而即使病人不获医治或输血便会死亡，医生仍不得在病人反对之下医治病人或为病人输血。

5.9 《输血指引》又述明在普通情况下，病人须精神健全的规定适用于所有病人，怀疑可能患有精神病的病人和属于智力迟缓的病人也包括在内。病人是否精神健全应由主诊医生判断。如有疑问，则应由另一名医生评估病人的理解能力及智力，以确认主诊医生所作出的评估。

5.10 如病人拒绝接受治疗或输血，医生应考虑是否有其他替代方案可用。若有的话，《输血指引》的说法是医生应在病人同意之下采用这些其他替代方案。

5.11 如无其他替代方案可供采用，医生便应在一名见证人在场之下对病人细加辅导，并向病人解释拒绝接受治疗或输血的后果（包括可能会死亡在内）。

5.12 在危急的情况中，如病人入院时已失去知觉而陪同者又把病人会反对接受治疗或输血之事告知医生，则假若时间许可，院方应设法确定病人是否事先已清楚表明拒绝接受治疗或输血。

5.13 医生在考虑病人是否事先已清楚表明拒绝接受治疗或输血及此项拒绝是否仍适用于目前情况时，应顾及所有有关的情况，包括

⁵ 《院内心肺复苏决定指引》（1998年）第IX条。

⁶ 由医院管理局于1995年1月18日发出。

病人亲属所提供的资料，以及病人随身携带述明自己拒绝接受治疗或输血的文件或咭片。

5.14 如病人的主诊医生完全肯定病人事先已清楚表明拒绝接受治疗或输血，而且病人亦知道作此拒绝的后果（包括死亡在内），则医生不得医治病人或为病人输血，并必须把一切详细资料记录在医疗纪录上。

5.15 如时间不许可，又或者医生未能肯定病人是否事先已清楚表明拒绝接受治疗或输血，医生应对病人施以所需治疗（包括输血在内）。主诊医生在考虑治疗是否属于有需要时，可能须决定如果全无行动，病人究竟会否死亡或承受极之严重的后果。若此问题的答案是肯定的话，医生便可自行医治病人。

《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》

5.16 医院管理局医疗伦理委员会的医疗伦理工作小组于 2002 年 4 月发出了一份《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》（下称“《指引》”）。《指引》的摘要第 1 段列明《指引》的目的如下：

“本文件……厘定伦理原则及沟通渠道，以便作出不提供或撤去维持生命治疗的决定，并强调妥善寻求共识的重要性，以及建议一些取决方向以处理意见不一的情况。文件所述有关维持生命治疗的原则和取决方向，亦适用于其他未符合「末期病人」定义的重病患者。”⁷

5.17 上文所述的伦理原则与《医院管理局院内心肺复苏决定指引》所列明的指导原则相同，都是包括有益原则、无害原则以及病人自决原则。除此之外，《对维持末期病人生命治疗的指引》也有强调公平原则。公平原则是指在为病人提供治疗时，应本乎公平合理的原则。任何人都不应因残疾、年龄或社会地位等因素而遭受不公平的对待；但反过来说，亦没有人可以罔顾对其他人的影响或资源短绌而要求享有永无止境的权利（例如要求不顾一切地得到治理）。

5.18 《指引》又强调应用伦理原则时，应考虑本地文化：

“应用上述原则时，也必须考虑本地文化。中国人对「一己」的观念异于西方，而会兼顾与亲人的关系……。中国人家庭较西方家庭亦扮演更重要的决策角色……。本

⁷ 应注意的是“维持生命治疗”在英国医学会的《1993 年指引》第 3 条被界定为：“有可能延迟病人死亡的所有治疗方式或物品，例子包括心肺复苏法、人工辅助呼吸、血液制品、心脏起搏器、血管增压素、为特定疾病而设的专门治疗（例如化学治疗或透析治疗）、在感染可能致命的疾病时给予的抗生素、以及人工营养及流体喂养等。”

文件（《指引》）确认家人参与决定的重要性，虽则家人的意见不可凌驾（精神上）有能力作出决定的成年病人的意见。”⁸

5.19 《指引》把末期病人界定为患有严重、持续恶化及不可逆转疾病的病人。这些病人对针对病源的治疗毫无反应，预期寿命短暂，仅得数日、数星期或数月的生命。治理末期病人的目的是为病人提供恰当的纾缓治疗，并向病人家属提供支援，而即使已不提供或撤去不适当的维持生命治疗，仍应继续提供照顾及支持。《指引》又指出，如一名精神上有能力作决定并妥为知情的病人拒绝接受维持生命治疗，或该项治疗并无效用，不提供或撤去维持生命治疗是合乎伦理的。

5.20 《指引》亦有列明代成年人作决定时所须遵守的各项主要原则：

- 如精神上有能力作出决定并已获恰当解释的病人拒绝接受治疗，其意愿必须获得尊重。医疗小组必须确保病人充分知情，并且具有精神上行为能力去拒绝接受治疗。
- 当病人已丧失作出决定的能力，病人事先所作出的拒绝接受维持生命治疗的有效预设医疗指示应受到尊重。
- 如精神上无行为能力的成年病人无能力给予同意，获赋权力同意让病人接受治疗的监护人，在法律上是有权同意让病人接受被视为符合病人最佳利益的治疗。因此，若治疗是对病人无效，监护人亦理应有权不同意让病人接受治疗。医护小组应向监护人提供准确资料，而且如可能的话，应与监护人达致共识。
- 如精神上无行为能力的病人既无预设医疗指示亦无监护人，不提供或撤去维持生命治疗的最终决定，应该是按病人的最佳利益而作出的医疗决定。不过，除非病人家属的观点明显违反病人的最佳利益，否则如可能的话，医护人员是应致力与病人家属寻求共识的。为衡量治疗病人的重责及好处，须予考虑的因素会包括治疗的功效、病人会否有痛楚或痛苦、病人会否出现不可逆转的知觉丧失、病人会否复元和复元程度，以及治疗的入侵性。如可能的话，应确定病人事先所表明的心愿和价值观。为了有助寻求共识起见，这些因素应告知病人家属，以了解在他们心目中

⁸ 《指引》中文版第 1.3.2 段。

甚么是病人可能会认为是有利的东西。如可能的话，作出决定的步伐应令参与各方均感满意。

- 医护小组并无义务提供病人或病人家属所要求的在生理上无效用的治疗。医护小组假若对于广义解释的无效用治疗未能肯定，便应与病人及病人家属作进一步沟通以达致共识。如病人或病人家属要求继续提供所有在技术上可行的治疗而病人实际却是无复元希望，医生并无义务答允一些对可动用资源作出的不公平索求。
- 当维持生命治疗被视为有可能无效用但未能完全确定时，医护小组可考虑与病人、病人家属或监护人订立一系列明确的治疗目的及终点，为病人试行有时限的维持生命治疗。如在试行期结束时仍未能达到先前议定的治疗目的，即可确定治疗无效用，并可共同决定撤去维持生命治疗。

5.21 《指引》还列明处理意见不一致时所须采取的步骤：

- 如医护小组与病人及病人家属之间意见严重分歧，屡经沟通仍未能解决分歧，可要求有关医院或联网医疗伦理委员会协助，提供指引。就没有法定监护人的精神上无行为能力的成年病人而言，一个可能的处理方法便是向监护委员会申请委任监护人。若分歧未能解决，则可征询医院行政总监的意见，考虑是否向法庭提出申请。
- 若然医护小组成员之间意见不一致，应征询另一名医生的意见。此外，亦可向医院或联网医疗伦理委员会寻求指引。如经深入讨论后，医护小组仍有成员在良知上（非医疗理由）认为不应不提供或撤去维持生命治疗，则应尽可能准许该名成员将病人交由其他同事照顾。

5.22 就人工营养及流体喂养而言，《指引》有列明以下规定：

“人工营养及流体喂养是治疗方法的一种。人工营养及流体喂养有别于口腔喂食及给水，后者乃基本照顾的一部份，故不应不提供或撤去。不过，除了以下情况：

- (a) 病人垂危而死亡无可避免；或
- (b) 〔这是〕一名精神上有能力作出决定的病人的意愿，

在决定不提供或撤去人工营养及流体喂养时应要遵守其他保障规范。”⁹

5.23 《指引》又规定，决定不提供或撤去维持生命治疗的理据应小心记录在病人的医疗纪录上，这个决定也必须于执行前及执行后按情况所需予以检讨，以兼顾任何情况的变动。¹⁰

英国医学会的《不提供及撤去延长生命治疗的指引》

5.24 英国医学会有列明医生在恰当地评估病人是否具有精神上行为能力拒绝接受治疗时所须遵守的准则。¹¹ 有关指引在评估病人方面，强调个别病人应有能力：

- 通过浅白语言明白治疗的作用及性质，以及建议治疗的原因；
- 明白治疗的主要好处、风险及其他替代方案；
- 大致明白不接受建议治疗的后果；
- 记住上述资料一段时间，从而足以令他作出有效决定；
- 在作出决定的过程中使用上述资料衡量利弊；
- 作出自由的选择（即无压力的选择）。

5.25 英国医学会上述指引（1999 年版本）的第 10 条，有就考虑病人所作出的预设医疗指示提供指引：

“10.1 如病人已失去作出决定的能力但曾作出有效的预设医疗指示，拒绝接受维持生命治疗，则必须尊重这项指示。……

10.2 拒绝接受治疗的预设医疗指示若要有效，病人就必须在作出指示时是有能力作出决定、不受任何压力，并已获提供足够而又准确的资料以便在知情下作出决定。病人亦必须曾思考过会引致执行预设医疗指示的情况，而后来也出现了该类情况。……

10.3 有效的拒绝接受治疗的预设医疗指示，与即时作出的拒绝接受治疗的指示有同等法律效力。如果医生在

⁹ 《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》（2002），中文版摘要第 iv 页。

¹⁰ 《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》（2002），中文版摘要第 iv 页。

¹¹ 《英国医学会对不提供及撤去延长生命治疗的指引》（*British Medical Association Guidelines on Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment*）（1999）第 13.2 条。

病人的有效拒绝下仍然提供治疗，则可对医生采取法律行动。……”

5.26 应注意的是英国医学会的指引将“维持生命治疗”界定为：

“有可能延迟病人死亡的所有治疗方式或物品，例子包括心肺复苏法、人工辅助呼吸、血液制品、心脏起搏器、血管增压素、为特定疾病而设的专门治疗（例如化学治疗或透析治疗）、在感染可能致命的疾病时给予的抗生素、以及人工营养及流体喂养等。”¹²

英国医学总会的《关于作出不提供或撤去延长生命治疗的决定的良好医务常规》

5.27 英国医学总会在 2002 年 8 月出版了《关于作出不提供或撤去延长生命治疗的决定的良好医务常规》（Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making）。其中第 81 段述明：

“若病人有行为能力为自己作决定，他们可以同意或拒绝进行这类疗法的任何建议。在病人没有行为能力为自己作决定又不能确定他们的意愿的情况下，你应考虑以下因素：

……当死亡已迫在眉睫，从判断病人的得益，负担或风险等方面来看，开始进行人工营养或流体喂养通常不会是恰当的，不过如认为以入侵性较低的方法进行人工流体喂养很可能会舒缓病征的话，则这也许是恰当的做法。

当死亡已迫在眉睫，却已正在进行人工营养及 / 或流体喂养，如果认为进行人工营养或流体喂养的负担超逾可带给病人的益处，则撤去人工营养或流体喂养也许是恰当的做法。

当你与医疗小组其他成员之间或是医疗小组与病人亲近的人之间就应否提供人工营养或流体喂养之事出现重大分歧，而当中争议经过非正式的审核

¹² 该指引第 3 条。

或独立的审核后仍无法解决，你应就需否向法庭提出申请以作出裁定一事寻求法律意见。”¹³

香港医务委员会的《注册医生专业守则》

5.28 香港医务委员会所订立的《香港注册医生专业守则》（2000年11月版本）第26条处理关于末期病人的治理事宜：

“26.3 停止给垂死病人提供依靠机械的维持生命程序或撤去有关程序并非安乐死。认定给末期病人进行治疗已属无效之后，再考虑病人的根本利益、病人及其家属的愿望，不提供或撤去勉强维持生命的治疗，在法律上属于可接受或适当的做法。

26.5 医生应作出慎重的临床判断，如医生与病人间或医生与亲属间意见不一致时，应把有关事宜转介到有关医院的伦理事务委员会或有关机制征询意见。仍有疑问的话，可按需要请法庭给予指示。

26.6 医生可向医院管理局、香港医学会及香港医学专科学校的相关学院索取更多有关参考资料。”

5.29 应注意的是香港医务委员会的这套指引第26.2条¹⁴将安乐死界定为“直接并有意地使一个人死去，作为提供的医疗护理的一部分”。香港医务委员会在该指引中表明不支持安乐死的做法，因为这是违法和不道德的。

张鸿坚医生所拟备的《引用《精神健康条例》时的常见问题及答案》

5.30 张鸿坚医生是青山医院社区精神科及普通精神科的临床管理组部门主管。他在2001年3月发出了一份指引，辑录了医生所经常提出的关于引用《精神健康条例》（第136章）第IVC部的多项

¹³ 在 *Burke 诉 GMC* [2004] 79 BMLR 一案第126页中，由医学总会发表的名为《关于作出不提供或撤去延长生命治疗的决定的良好医务常规》的指引第81段，被 Munby 法官裁定为不合法，因为“(1)它未有确认有能力作决定的病人接受人工营养及流体喂养之决定对符合病人的最佳利益的判断具有决定性作用；(2)它未有确认下述有力推定：除非病人的生命从病人自己的角度来看是无法忍受的，否则必然倾向于赞成进行延长生命的治疗，而且这类治疗会是符合病人的最佳利益；以及(3)它规定若病人并非垂危，而施行人工营养及流体喂养会造成痛苦，或相对于可能带来的益处而言代价太沉重，便足以成为将之撤去的理由。”医学总会提出上诉，上诉法院于2005年7月28日判其上诉得直，并推翻 Munby 法官所作出的宣布。至于申索人在上诉中质疑医学总会的不提供或撤去延长生命治疗的指引条文，上诉法院亦裁定该等条文是合法的，其施行也没有违反《欧洲人权公约》第2、3或8条。

¹⁴ 《香港注册医生专业守则》（2000年11月修订本）。

问题及这些问题的答案。¹⁵ 张医生指出第 136 章第 IVC 部提及“精神上无行为能力的人”一词，而该词在第 136 章第 2(1)条中是被界定为：

- “(a) 就第 II 部而言，指因精神上无行为能力而无能力处理和管理其财产及事务的人；或
- (b) 就所有其他目的而言，指病人（即患有精神紊乱或看来患有精神紊乱的人）或弱智人士（视属何情况而定）。”

5.31 就第 IVC 部而言，一名精神上无行为能力的人（虽然患有精神紊乱或弱智）不一定是没有精神上行为能力去完成某件特定工作。此人是否有行为能力会视乎以下两点而定：

“…… 第一，他的精神上无行为能力的严重程度（在某些情况之下可能会不时变动）；第二，所涉及的工作的复杂程度。”

5.32 张医生认为唯有透过重温立法历史，方能明白何以会采用“精神上无行为能力的人”这个语意混乱的词语：

“在旧有的《精神健康条例》中，所采用的是‘精神紊乱’一词。此词包罗万有，现时属于弱智一类的情况，只是它所涵盖的众多情况之一。由于某些压力团体提出要求，条例于 1997 年有所修订。属弱智一类的情况被部分剔除于其原来所属的精神紊乱领域之外，以免‘弱智人士’背负‘精神病’的标签。不过，鉴于在很多情况之中仍有需要采用一个包罗万有之词来涵盖精神紊乱及弱智两者，便铸造了‘精神上无行为能力’一词以解决问题。…… 遗憾的是此词不如理想，因为它所传递的涵义是丧失精神上行为能力，但这却不一定是实情。……”

5.33 张医生建议医生可采用以下三种测试方法：

- “(a) 病人是否属精神上无行为能力的人？
- (b) 病人是否无能力给予同意？
- (c) 治疗是否符合病人的最佳利益？”¹⁶

¹⁵ 青山医院社区精神科及普通精神科的临床管理组部门主管张鸿坚医生于 2004 年 3 月拟备的内部指引。

¹⁶ 《常见问题及答案》的答案 8。

5.34 至于甚么才构成有效的同意，张医生表示“充分的资料”加上“精神上有能力作出决定”（有行为能力），再加上“真心自愿”便等于“有效的同意”。他解释说：

“换言之，如病人是精神上有能力作出决定，便应小心考虑其余两大要素（即资料及自愿），但如病人是精神上无能力作决定，我们就得按照第 IVC 部的规定行事。”

5.35 关于如何决定某人是否“精神上有决定能力”去完成某项特定工作，张医生认为准则是该人应大致上明白这是一项甚么工作，该怎样去做，做与不做的后果分别是甚么，以及为甚么他应该或不应该做这项工作。张医生又补充说：

“请注意，没有人是精神上有全面决定能力的，故此医生诊症时需判断的‘病人是否有能力作出决定？’这问题须即时予以澄清，方式是提问‘有能力在哪一方面作出决定？’有关的特定工作可以是多种多样，由订立遗嘱以至签订合约，上庭受审，办理离婚，管理遗产，同意接受医治不等。上述四大关键字眼（甚么、怎样、后果和为甚么）在所有情况之中都可以用上，但个别内涵当然会有不同。”¹⁷

5.36 第 136 章第 59ZB(2)条规定如精神上无行为能力的人“无能力明白有关的治疗或特别治疗的一般性质及效果”，该人即无能力给予同意进行该项治疗。为协助医生决定一名精神上无行为能力的人是否被认为无能力给予同意，张医生建议以下述方式应用上述四大关键字眼：

- “ (a) 甚么：该人是否大致上明白自己病患及所建议进行的特别治疗的一般性质？
- (b) 怎样：该人是否知道怎样以令人明白的方式来沟通并表达自己的同意或不同意？
- (c) 后果：该人是否明白同意进行该项治疗可能会有甚么后果（治疗后果兼不良后果），并明白拒绝进行该项治疗又可能会有甚么后果（若属此情况，该人是否也明白其他的替代疗法或不进行治疗的后果）？

¹⁷ 《常见问题及答案》的答案 10。

- (d) 为甚么：该人能否衡量利弊以作出合理决定？有时该人所提出的理由在医生眼中未必是完全合乎理性，但这些理由最低限度应与该人的文化、宗教和教育背景相称。有时病人在作决定时可能不会表明理由，又或者只是说自己会接受医生所施以的任何治疗（‘放弃’自主权），但只要病人在认知、情绪和行为上的表现合理，病人的决定仍会被认为是有效的。在另一方面来说，如病人的决定明显是受到例如幻觉之类的精神病征影响而致扭曲，大家便会怀疑病人是否精神上有决定能力。”¹⁸

5.37 究竟医生可有就病人的同意或拒绝接受治疗使用不同的准则来评估病人是否精神上有决定能力，是个不容易回答的问题。张医生认为医生可能是有双重标准，因为有些时候，如果精神上无行为能力的人同意接受治疗，医生会认为此人是有能力给予同意，但如果此人不同意，虽然仍是同一人，医生却会认为此人是无能力给予同意。张医生对此的解释是：

“…… 精神上有决定能力的判断准则，实际上不可清楚划分为黑白两色，而是一个由浅至深的灰色连续体（虽然法庭永远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，则‘100’便是完全知情及绝对明白（即病人如同医生一样全部知情和明白），而任何精神上无行为能力的人，其明白程度都可以是50%、60%或70%不等。医生所认为足够的明白程度，其实是可以按照有关治疗的得益和风险‘予以调校’的。假若精神上无行为能力的人所作出的决定属高得益（伦理上的有益原则）或低风险（伦理上的无害原则），该项决定通常都不会被推翻（伦理上的自决原则）。反过来说，假若该项决定属低得益或高风险，有益原则和无害原则便会凌驾于自决原则之上，而医生便可能会认为精神上无行为能力的人是无能力作决定。”¹⁹

5.38 张医生认为如果把治疗押后至精神上无行为能力的人恢复给予同意能力的时候才进行是不会造成不应有的不良后果的话，治疗

¹⁸ 《常见问题及答案》的答案 11。

¹⁹ 《常见问题及答案》的答案 12。

是应该押后的。割除不会造成即时伤害的良性肿瘤便是此类病例之一，²⁰ 但押后治疗只适用于以下情况：

“…… 病人的精神上行为能力能在合理期间之内恢复，例如急性酒精中毒、抑郁病发作或对药物治疗会有起色的精神分裂症，而非像弱智这一类不可逆转的情况。”

5.39 第 136 章第 59ZB(3)条规定原讼法庭在考虑是否给予同意以进行对精神上无行为能力的人的治疗时，须确保治疗“是为该人的最佳利益而进行的。”张医生在《常见问题及答案》的第 14 条答问中指出，考虑病人的意见和愿望，在临床上和在伦理上仍是良好的做法：

“可惜的是，很多时我们都不能清楚知道无决定能力的精神上无行为能力者的真正意愿到底是甚么：

例 1：文化和宗教上的考虑因素（例如耶和华见证人会的信徒反接受输血）

例 2：病人以前在精神上有能力作出决定时曾拒绝或同意接受同一治疗（不过，以前作出的拒绝或同意，只在所有临床情况均与当日无异的情况下才仍然有效。）

例 3：预设医疗指示（这是指个人可在自己在精神上仍有能力作出决定时，预先决定将来自己变为无能力作决定时会否接受某种医疗，例子之一便是‘生前预嘱’（例如预先表明不要施行心肺复苏法的指令），但预设医疗指示不能令安乐死合法化，因为安乐死涉及主动的把无能力作决定的人杀死。然而，要作出有效的预设医疗指示，单是个人明白何谓预设医疗指示是不足够的，个人仍必须能够想象得到和明白未来所可能出现的情况会是怎么样；而医生则必须决定预设医疗指示中所提及的情况究竟是否适用于现时已属无能力作决定的人此刻的临床情况。）……”

5.40 为施行第 IVC 部，精神上无行为能力的人的精神行为能力评估工作应由精神科医生，临床心理学家抑或第 136 章第 2(2)条所界定的“认可医生”进行？张医生对这个问题有以下的看法：

“第 IVC 部未有指明评估工作应由谁人进行，故此普通科医院的任何一名医生均在法律上有权进行评估工作，虽然如有疑问，医生可能会征询精神科医生或临床心理

²⁰ 《常见问题及答案》的问题 13。

学家的意见。这意味着若一切是显而易见的话（例如陷于昏迷的病人或严重弱智者），便不必把个案例行转介精神科医生或心理学家以进行精神评估。

至于医院管理局根据《精神健康条例》第 2(2)条所认可的对诊断或治疗精神紊乱或对评估或判定弱智具有专门经验的医生名单，凡根据《精神健康条例》提出监护申请，是规定须有名单上一名医生的医学意见支持的。不过，如果我们在不涉及此类监护人的情况下引用第 IVC 部，其实是不需要这方面的医学意见。”²¹

5.41 关于第 IVC 部所会涵盖的医疗或牙科治疗的类别，第 59ZA 条订明这包括由注册牙医或注册医生进行或在其督导下进行的任何内科、外科或牙科程序、手术或检查以及任何有关连的护理。第 59ZBA(1)条则清楚表明，这并不包括从精神上无行为能力的人身上取去任何器官以将之移植于另一人体内，而把器官移植摒除的条文是由《精神健康（修订）条例》（2000 年第 19 号）增补的。张医生指出，由于有此修订：

“…… 即使监护委员会或原讼法庭，亦无权力同意让一名无决定能力的精神上无行为能力的人把器官捐赠给另一人，但在另一方面来说，该修订却未有禁止一名无决定能力的精神上无行为能力的人接受器官捐赠。”²²

5.42 《精神健康条例》第 59ZA 条把“特别治疗”界定为“*卫生福利及食物局局长根据第 59ZC 条指明的不可逆转效果的或具争议性的*”医疗或牙科治疗。张医生指出，以 2001 年 3 月来说，被如此指明为“特别治疗”的治疗只有一种，就是“*绝育手术，而这不包括主要是治疗生殖系统的其他疾病但有绝育效果的手术。*”特别治疗除非经原讼法庭许可，否则不得向无决定能力的精神上无行为能力的人提供。

5.43 《常见问题及答案》也有探讨其他具争议性的治疗的情况，例如精神外科治疗（Psychosurgery）。²³ 张医生的看法是器官捐赠和绝育以外的治疗即为普通治疗，故此认为只要通过“最佳利益”原则的测试，任何具争议性的治疗均可予以进行。然而，对于确实具争议性的治疗到底能否通过该项测试，张医生是有所保留的。他指出：

²¹ 《常见问题及答案》的答案 17。

²² 《常见问题及答案》的答案 18。

²³ 《常见问题及答案》的问题 20。

“以精神外科治疗这个特别的例子来说，联合王国的情况与香港的情况颇为不同。根据联合王国的《精神健康法令》，进行精神外科治疗必须经病人明确表示同意，并要有另一名指定医生的意见支持。故此，若精神上无行为能力的人是无能力给予同意，治疗便永远无法进行。……在香港，〔精神外科治疗〕在理论上仍可根据‘最佳利益’原则进行，但事实上这个可能性只存在于理论上，因为自 1980 年代初期以来，精神外科治疗未曾 在香港进行。”

5.44 在《常见问题及答案》的第 21 条问题的答问中，张医生探讨紧急治疗与非紧急治疗的处理方法是否有所不同：

“基本原则并无实质分别，那就是如果病人是有能力给予同意，便须经病人同意，但如果病人是无能力给予同意，便只能在有需要并符合病人最佳利益的情况下才进行治疗。

在法律上的唯一不同之处，便是如属紧急治疗，即使精神上无行为能力的人有监护人，也并无规定须取得监护人的同意。是否需要征询监护人（如无监护人，即为亲属或护理者）的意见，则视乎能否尽快与监护人接触。如果另一名医生的意见是即时可得的，可能也会征询该名医生的意见，否则便可能有必要先进行极之紧急的治疗，然后才征询另一名医生的意见。”²⁴

5.45 张医生认为在决定某项治疗是否“符合精神上无行为能力的人的最佳利益”时，医生应衡量进行该项治疗的风险和得益，考虑该项治疗会否：

- 挽救精神上无行为能力的人的生命；
- 防止该人的身体健康或精神健康和福祉受损或转差；或
- 令该人的身体健康或精神健康和福祉有所改善。

张医生补充说，上述各项考虑因素可概括为「风险：得益比率」：“「风险：得益比率」越低，便越有可能符合病人的最佳利益。”²⁵

5.46 《常见问题及答案》也探讨能否在无能力给予同意接受治疗的精神上无行为能力的人身上进行临床试验。²⁶ 张医生认为临床试验

²⁴ 《常见问题及答案》的答案 21。

²⁵ 《常见问题及答案》的答案 22。

可包含在《精神健康条例》第 59ZA 条所指的“医疗”或“牙科治疗”的定义之内，故此可受该条例第 IVC 部规管。他解释说：

“对于按病人的‘最佳利益’作出的决定，这个「风险：得益比率」公式的应用原理都是一样。不过，在临床试验的情况中，‘得益’这部分是更为不肯定，因为研究可能会也可能不会为研究对象带来最终得益，而且纵使会带来任何得益，通常亦只会在遥远的未来才能得见。……故此，一项在临床实务上应属‘低风险：得益比率」的程序，如果只是一项试验，便会成为「中风险：得益比率」，而属「中风险：得益比率」的则会成为「高风险：得益比率」。其实除非所涉及的风险是微乎其微，否则临床试验是不应在无能力给予同意的成年人身上进行的。不过，按常规来说，试验须征得亲属同意，此外又有伦理委员会之设，这些都可为病人提供进一步的保障。当然，如果已有根据《精神健康条例》委任监护人，监护人便可代无决定能力的精神上无行为能力的成年人给予同意。”²⁷

5.47 《常见问题及答案》亦有讨论以下问题：究竟可否对末期病人不提供或撤去人工维持生命的疗程，以及究竟可否为符合病人的“最佳利益”而对精神上无行为能力的人执行“不要施行心肺复苏法”的指令。张医生的看法是：

“……故意的‘不行动’其实便是‘行动’。你可以说‘不提供治疗’符合病人的最佳利益，但你也可以说‘提供治疗’不符合病人的最佳利益。不管是哪一种说法，结果都是一样，那就是不提供治疗。

虽然在感性上来说，不提供治疗或者会较撤去已开始提供的治疗来得容易，但两者在法律或伦理上可能是并无分别。

当中所涉及的伦理原则包括以下各项：

有益原则

无害原则

病人自决原则

²⁶ 《常见问题及答案》的问题 24。

²⁷ 《常见问题及答案》的答案 24。

无效用治疗原则

不离不弃原则

如果病人是精神上有能力作出决定，病人的自作决定权利便永远是优先考虑因素，而病人作出有效的拒绝接受治疗的预设医疗指示，与病人即时所作出者具有同等法律效力。

然而，如果病人已再无能力给予同意，而病人亦未有作出任何有效的预先指示，那么无效用治疗原则便变得重要了。举例来说，美国某个专责小组曾有结论，指出病人的持续植物人状况如果是在受到创伤性损害后持续 12 个月或是在受到非创伤性损害后持续 3 个月，即可被判断为永久植物人状况。虽然在上述期间之后，间中会有病人获证实复元，但复元却几乎总是脱不掉严重伤残。因此，在「风险：得益比率」公式之中，随着时日消逝，‘得益’部分是会不断滑落的……

根据英国医学会的指引，‘罔顾生命质素或治疗所带来的重担而不惜一切代价来延长生命，并不是医疗的适当目标’。”

5.48 张医生接着引述上文所讨论由香港医务委员会拟定的《香港注册医生专业守则》（2000 年 11 月版本）中关于治理末期病人的部分内容，并作出以下结论：

“…… 不离不弃原则表示即使医生已决定不提供治疗，医生也不是离弃病人，因为这个决定是经慎重考虑甚么做法确实是符合病人的最佳利益后才作出的。”

5.49 张医生认为虽然在法律上来说，除非精神上无行为能力的人的亲属或护理者已被委任为监护人，否则不一定需要征询他们的意见及取得他们的同意，但这却是个良好的做法：

“不过，良好的临床实务是医生通常会征询亲属或护理者的意见，并要求他们在同意书上签名。首要原因是他们的意见通常（虽然并非一定）会符合病人的‘最佳利益’；其次是如果因所提供的治疗而有任何事情出错，可能会作出投诉或采取法律行动的人便是他们。”²⁸

²⁸ 《常见问题及答案》的答案 28。

5.50 据张医生所理解，“护理者”一词涵盖任何实质上关注到病人的福利的人：

“举例来说，这个词语可能会涵盖老人院或弱智人士宿舍的主管或社会工作者，但多半不应引申至把只负责运送病人往医院或陪同病人到医院的人也包括在内。

由于这不是一项法律规定，我们实无需要过分推敲甚么人是‘护理者’和甚么人不是‘护理者’。在这背后的精神是我们希望能从多个不同角度来看病人的福利，而这些不同角度是以病人的各个不同‘重要人士’的意见为着眼点的。

事实上，部分‘护理者’不一定会乐于卷入事件之中，负上决定‘治疗’或‘不治疗’之责。他们可能会乐于表现得‘满不在乎’。……这一点其实并不重要，他们的意见仍应受到尊重。”²⁹

²⁹ 《常见问题及答案》的答案 29。

第 6 章 现有法律的各种问题

引言

6.1 我们在第 3 及 4 章中扼要介绍了香港现时与精神上无行为能力有关的法律，发现问题之一是不能肯定“植物人”、陷于昏迷的人或有其他无行为能力征状（例如患有痴呆症）的人，可否就《精神健康条例》（第 136 章）而言视为“精神上无行为能力的人”，而问题之二则是普通法就给予精神紊乱病人的治疗合法与否所提供的指引并不明确。本章会对这些问题逐一加以探讨。

《精神健康条例》（第 136 章）的不足之处

“精神上无行为能力”的定义

6.2 我们已在第 4 章中指出，与精神上无行为能力有关的成文法主要是综合载于第 136 章，而“精神上无行为能力”在第 2 条中是被界定为“精神紊乱”或“弱智”。“精神紊乱”的定义是：

- “ (a) 精神病；
- (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态是与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连的；
- (c) 精神病理障碍；或
- (d) 不属弱智的任何其他精神失常或精神上无能力。”

6.3 “精神病理障碍”在第 2 条中是被界定为：

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

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

6.4 第 136 章中的“精神紊乱”定义(a)项所用的“精神病”一词，在第 136 章中未有界定，所以在决定病人究竟是精神上有决定能力抑或无决定能力，是要看主诊医生作何诊断。由于欠缺法定定义，要了解此词就必须借助一些有关这方面的指引，例如联合王国卫生部（United Kingdom Department of Health）所发出的此类指引。这些指引把“精神病”描述为具有以下一种或以上的病患特征：

- “ (i) 不止是暂时性的智能减损，表现的征状为记忆力、方向感、理解力或学习能力的衰退；
- (ii) 不止是暂时性的情绪变化，程度之大足令病人对自己或他人的情况、过去或未来作出虚妄的评断，又或者导致病人缺乏作评断的能力；
- (iii) 各种认为自己受人迫害，心存妒忌或浮夸自大的虚妄念头；
- (iv) 异常的认知能力，病人会对事故有虚妄误解；
- (v) 思想紊乱，以致病人无法对自己的情况作出合理评断，亦无法与他人有合理沟通。”

由于第 136 章未有为“精神病”提供明确的法律定义，决定病人是否精神上有能力作决定的重担便落在个别医生的身上。

6.5 “精神紊乱”定义(b)项提及“属智力及社交能力（划线后加）的显著减损（划线后加）的状态，而该状态是与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连的。”医疗专业中有部分人士认为第 2 条中的“减损”一词，是指心理、生理或身体构造的组织或功能方面有任何丧失或异常的情况，并把“精神紊乱”定义中所提及的“有关的人的社交能力”一词诠释为涵盖该人的全面社交行为。至于“某人的异常侵略性或极不负责任的行为”一词，他们认为这在某程度上是视乎该行为是在甚么文化背景之下发生。“精神紊乱”的定义(b)项中所用的字眼，留给医生相当大的斟酌余地去决定某人是否有精神上行为能力，但这也令医疗专业面对更多困难。

6.6 陷于昏迷或处于“植物人状况”的人显然并不符合第 136 章中“精神紊乱”的定义(b)或(c)项，因为他很明显是不能作出“侵略性或极不负责任的行为”。至于此人会否符合“精神紊乱”的定义(a)项，其实也成疑问，因为“精神病”一词的涵义绝不明确，在条例中亦未有界定。不过，“精神病”此词却在 *W 诉 L*（精神病人）一案中

有被论及。这是一宗 1973 年的英国案例，涉及一名精神病理障碍病人（psychopathic patient），案中有就精神病理障碍究竟可否视为精神病的一种作出争辩。上诉法院法官 Lawton 有以下的意见：

“上诉法院民事法庭庭长 Denning 勋爵和上诉法院法官 Orr 均曾指出‘精神病’的定义付之厥如。（‘mental illness’（精神病））这两字是英语中的普通字眼，没有特别的医学意义，也没有特别的法律意义。法庭应如何理解这两字呢？本席认为，答案可在 Reid 勋爵近期在 *Brutus 诉 Cozens* 一案中所发表的意见中找到，那就是英语中的普通字眼应按照一般明智的人所采用的理解方式来理解。……（这宗）个案虽然可能归于‘精神病理障碍’定义的范围之内，……也可能归于‘精神病’的类别之列……。本席认为，这宗个案之所以被列入精神病类别的范围之内，是因为采用了明智的人评估情况的方法，同时亦参考了医学意见……”¹

不过，上诉法院民事法庭庭长 Denning 勋爵在同一案件中，却对联合王国的《1959 年精神健康法令》（UK Mental Health Act 1959）中“精神病”一词欠缺定义一事作出批评。Denning 勋爵评论说：

“……奇怪的是‘精神病’却未有界定。（《法令》）对所有其他用字都有界定，就只是没有界定‘精神病’。‘精神病’相信是较精神病理障碍还要糟糕的东西……，但它到底是甚么东西呢？这个问题——一个混合了法律和医学的问题——显然令本案的所有有关人士都感到困惑。”²

6.7 究竟“植物人”或陷于昏迷的人会否归于(d)项（“不属弱智的任何其他精神失常或精神上无能力”）也一样不明确。条例中没有任何说明或对“精神失常或**精神上无能力**”（粗体后加）一词加以解释。

6.8 昏迷是“一种延长的严重失去知觉状态，处于此状态中的病人无法醒来，致病成因通常是头部受伤、神经系统疾病，急性脑积水、

¹ *W v L* [1974] 3 All ER 884, 第 890 页。

² *W v L* [1974] 3 All ER 884, 第 888 页。

中毒或新陈代谢失调。”³ 对于植物人状况，《英国医学杂志》（*British Medical Journal*）有以下见解：

“病人通常经过一段长短不定的昏迷时间后便会陷入植物人状况；此状况可能是局部或全面可予逆转，又或者可能会恶化为持续或永久植物人状况或令病人死亡。……植物人状况的成因可能是急性脑损伤、退化疾病和新陈代谢失调或发育畸形。各种成因中以受伤的病例占大多数和最重要，并可细分为创伤性（例如由于道路交通事故意外或直接脑部受伤所造成）及非创伤性（包括新生儿缺氧缺血性脑病（*hypoxic-ischaemic encephalopathy*）、中风、神经系统受到感染、肿瘤或中毒）两大类。”⁴

6.9 “脑部”（*brain*）与“思维”（*mind*）之间是有微妙分别的。*Silvia Helena Cardoso* 医生在一本名为《脑部与思维》（*Brain and Mind*）的杂志中提出了以下的看法：

“脑部虽是存于世上——可能也是存于宇宙之中——的最复杂组织，却是很明确实在的物体：这是位于脑壳之内的物质实体，可以看得到、触摸得到及加以处理。它是由化学物质、酵素及荷尔蒙所组成，可被量度、分析。……但是……思维又如何呢？令人啧啧称奇的是即使多个世纪以来……人类尽心尽力进行脑部研究，在神经科学的范畴中取得可观的进步，思维这个概念却依然含糊不清，充满争议，并且无法在我们的语言范围之内予以界定。其中一个为人所深信的看法，就是思维是个与脑部截然不同的实体；此臆测是有其历史根源的：早期的理论称为‘脑部功能二元假设论’（*dualistic hypotheses of the brain*），表明可采用机械学的理论来观察由物质组成的脑部，但思维却是一个由不同的及不明的物质所组成的实体。”⁵

6.10 现在让我们回头再看“任何其他精神失常或精神上无能力”一词，值得注意的是第 136 章大致上是按照联合王国的《1983 年精

³ 此定义载于《网上医学字典》（*Online Medical Dictionary*），见以下网页：<<http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?query=coma&action=Search+OMD>>（2003 年 8 月 11 日）。

⁴ “持续植物人状况”（*The persistent vegetative state*），载于《英国医学杂志》编者的话一栏，1995；310:341-342（2 月 11 日），见以下网页：<<http://bmj.com/cgi/content/full/310/6976/341?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTF...>>（2003 年 8 月 11 日）。

⁵ “何谓思维？”（*What is Mind?*），载于《脑部与思维》（*Brain & Mind*）杂志中编者的话一栏，见以下网页：<http://www.epub.org.br/cm/n04/ediori4_i.htm>（2003 年 8 月 11 日）。

神健康法令》（UK Mental Health Act 1983）的条文而制定。《1982 年精神健康（修订）法令》（Mental Health (Amendment) Act 1982）为《精神健康法令》第 1 条引入了各个新词的定义，并：

“……以对精神不健全或严重精神不健全的提述，代替《1959 年精神健康法令》中对智力低于正常或严重低于正常的提述，也引入了各个新词的定义，并将之收载于第 2(款)中……。‘精神不健全’此一概念，旨在澄清以下两种不同情况所产生的混淆之处：一是弱智——一种无法改变的情况，通常在未出生时已形成；二是精神病——一种可在任何年龄形成但能够医治的情况。两者混淆的结果便是曾有弱智人士在《1959 年精神健康法令》之下不当地受到强迫羁留或监护，……”⁶

法令看来并无论及陷于昏迷或“植物人状况”的人会否列入“精神病”一词范围之内。

6.11 《精神健康条例》最初是在 1960 年制定，据其弁言所述，条例是旨在：

“……修订和综合与精神病及治疗精神病有关的法律，并为精神不健全人士的收容、羁留及治疗订定条文。”

6.12 邓炳辉医生于 1960 年动议首读《精神健康条例草案》时，曾促请立法局议员留意条例草案的目的和理据，而该部分内容是解释条例草案各部条文的目的所在。目的和理据的首段述明：

“本条例草案的目的，是以一条内容全面，处理精神紊乱的人的羁留、扣押、照顾和治疗所有各方面事宜以及其财产的管理的条例来取代《精神病院条例》（Mental Hospitals Ordinance）（第 136 章）。 ”⁷

6.13 在 1960 年所制定的条例中，“精神紊乱的人”一词的定义如下：

“一名精神上无能力或因心智发育停顿或不完全而致有精神病或智力低于正常水平的人，而该人情况的严重程度，是足以为其本人或为公众利益起见，有必要或适

⁶ *Halsbury's Statutes of England and Wales*, 第 4 版, 卷 28 (2001 年), 载于第 835 页的注释。

⁷ 《香港议事录》，1960 年度会期，第 278 页（1960 年 8 月 10 日）。（1985 年之前的《香港议事录》只备有英文版本，此处的中文译本是由法改会提供。）

宜把该人置于和保持在控制情况之下。”⁸

“任何其他精神失常或精神上无能力”一词当时尚未纳入定义条文之中。

6.14 条例中的“精神紊乱”一词，定义维持不变，直至 1988 年为止。至于“任何其他精神失常或精神上无能力”一词，最初是纳入《1987 年精神健康（修订）条例草案》中“精神紊乱”一词的定义条文之中，而在此条例草案中，“精神紊乱”最初的定义是：

“‘精神紊乱’指精神病、心智发育停顿或不完全（包括精神不健全）、精神病理障碍或任何其他精神失常或精神上无能力。”

6.15 经立法局会议席上一番辩论之后，“精神紊乱”的定义被修改为：“精神病、心智发育停顿或不完全、精神病障碍或任何其他精神失常或精神上无能力。”在辩论期间，谭王葛鸣议员说：

“引起主要争论的第一点，是与「精神错乱」的定义有关。小组〔立法局所成立以研究条例草案的专案小组〕同意草案所提出的广泛定义，但将「智力不健全」列为与行为具侵犯性及不负责任相关的一种精神状态，则有可能引起不必要的误会。小组并且认为，没有侵犯或不负责任行为的弱智人士不应羁留在精神病院内。……政府当局同意除去条例草案内可能令弱智人士被统称为精神病患者的不利因素，有关的修订，会在委员会审议阶段……动议提出。”⁹

6.16 何锦辉议员在二读辩论期间所发表的意见，阐明了定义有所修订的背景。他说：

“条例草案第 2 条对「精神错乱」一词所下的定义特别提及：智力发展停顿或不完全，包括精神不健全。但据照料弱智人士组织的代表表示，在弱智人士中只有小部份是属于有侵略性或不负责行为倾向的精神不健全者。……因此不应将没有侵略性或不负责行为倾向的弱智人士强行羁留在精神病院中接受治疗。当局在征询各界意见后，同意删去条例第 2 条中「包括精神不健全」

⁸ 《1960 年精神健康条例》第 2 条。

⁹ 《香港议事录》，87 至 88 年度会期，中文版卷 II 第 1046 页（1988 年 6 月 22 日）。

一词，并且修订有关条文，规定只属智力发展停顿或不完全的人士，不应受到羁留。”¹⁰

6.17 张有兴议员在二读辩论期间所发表的意见，也进一步澄清了条例草案作出修订的背景：

“……现在条例草案终能予以修订，为弱智人士提供最佳的保障……。除非有关病人已由两名医生证明处于被界定为不正常的情况，随时可能侵犯他人，或有严重不负责任的行为，否则，只属心智发展停滞或未能完全发展的人士，不会被强行羁留在精神病院。……弱智人士并没有不寻常的侵犯别人的倾向或严重不负责任的行为，但一般市民，尤其是地区阶层的人士，通常都不能分辨弱智人士与精神错乱或精神有问题而需要在精神病院接受治疗者的分别。

原有的精神健康条例早于 30 年前制定，条例草案现在作出修订，以改善处理精神病人的办法，使有关方面可依照指定的程序羁留精神错乱、或有其他精神问题或失常而具侵犯或严重不负责任行为的人士，及使其在精神病院内接受治疗，并恰当地顾及病人应有的个人自由。”¹¹

6.18 由此可见“精神紊乱”一词于 1987 年重新界定之时，当局的立法意图是把受影响的人士分为两类，一类是可能被羁留于精神病院或须于精神病院接受治疗的人（包括患有“任何其他精神失常或精神上无能力”的人），另一类则是弱智人士，而后者除非心智是与异常侵略性或极不负责任的行为有关连，否则不应被羁留于精神病院或无须于精神病院接受治疗。

6.19 “精神紊乱”一词于 1997 年又再次重新界定，而定义迄今未有再作改动。此词现时意指：

“(a) 精神病；

¹⁰ 《香港议事录》，87 至 88 年度会期，中文版卷 II 第 1047 页（1988 年 6 月 22 日）。

¹¹ 《香港议事录》，87 至 88 年度会期，中文版卷 II 第 1049 页（1988 年 6 月 22 日）。

- (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态是与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连的；
- (c) 精神病理障碍；或
- (d) 不属弱智的任何其他精神失常或精神上无能力。”¹²

6.20 据当时的卫生福利司所解释，1997年的修订条例草案的目的是：

“加强〔《精神健康条例》的〕条文，以便为精神紊乱和弱智人士以及照顾他们的人士提供更佳法律保障。条例草案希望消除认为精神紊乱等同弱智的误解，重新界定现时在《精神健康条例》里精神紊乱的定义，以及为弱智作出新定义。”¹³

立法局就条例草案进行辩论时，并无论及昏迷病人或“植物人”。

6.21 我们在上文有谈到1987年的条例草案。就有关的辩论摘录所见，“精神紊乱”（包括“任何其他精神失常或精神上无能力”）的定义背后的思维是此症在某种情况下是与“异常侵略性或极不负责任的行为”有关连。这定义显然会把昏迷病人或植物人摒除于其范围之外。但是，条例现时所用字眼却并未示明“任何其他精神失常或精神上无能力”一词的原来目的，是把适用范围局限于涉及侵略性或不负责任的行为的个案，而就1997年所提出的修订进行辩论期间，也没有任何言词指该词是有此目的。因此昏迷病人或植物人，究竟可否说是归于“精神紊乱”现有定义(d)项“任何其他精神失常或精神上无能力”的范围之内，是有点含糊不清的。¹⁴

“精神紊乱”定义的例外情况

6.22 另一含糊不清之处则见于第136章第2(5)条。该条订明：

“第(1)款的条文，不得解释为单纯因滥交或其他不道德行为、性偏差，或单纯因对酒精或药物的依赖，而将

¹² 《精神健康条例》（第136章）第2条。

¹³ 《香港议事录》，96至97年度会期，中文版第151页（1997年6月17日）。

¹⁴ “任何其他精神失常或精神上无能力”一词在诠释上有含糊不清之处，此点可清楚见于以下情况：前任监护委员会主席认为(d)项的确包括昏迷病人，而当时的卫生福利局却持相反意见，认为(d)项不包括昏迷病人。

某人视为患有精神紊乱或患有第(1)款所述任何一种形式的精神紊乱并因而可根据本条例加以处置。”

虽然上述各种形式的行为，是被摒除于第 136 章所指的精神紊乱范畴以外，但医生仍认为某些因酒精中毒、药物中毒、酒精中毒性精神病、药物引致的精神病及酒精中毒性的痴呆症而引发的特有病情，是有可能构成精神紊乱的。

不断恶化的或上下波动的精神上无行为能力

6.23 决定某一名病人是否精神上无行为能力的另一困难之处，是在于该名病人的精神状况未必会保持不变。他的精神上行为能力可能会上落不定，而他也可能只是局部精神上无行为能力。举例来说，这种情况可见于痴呆症的病例。

6.24 世界卫生组织在第 10 次修订其国际病症分类法 („ICD-10”) 时，把痴呆症归于“精神紊乱及行为紊乱”的类别之下，并说明痴呆症的情况如下：

“痴呆症是一种脑部病患引致的征状，性质通常是慢性或会不断恶化，令大脑的多种较高功能受到干扰。这些功能包括记忆、思维、方向、理解、计算、学习能力、语言及判断，但个人仍然神志清醒。患者的认知功能通常也会受损，而在此之前患者有时会出现情绪控制变差，社交行为转坏或干劲减退的情况。此征状见于阿氏痴呆症、脑血管疾病及其他原发性地或继发性地影响脑部的病况。在评估病人是否患上痴呆症时应特别小心，以免出现错误断定病人罹患此症的情况：如果病人无法做一件事情，除了可能是缘于动作缓慢和一般身体虚弱之外，也可能是干劲或情绪方面有问题，而不是由于丧失智能所致。”¹⁵

6.25 在回复问及“痴呆症”究竟应列为“精神”紊乱类别抑或“行为”紊乱类别的查询时，世界卫生组织有以下的意见：

“虽然是项说明已清楚指出痴呆症是一种因脑部疾病而致的精神紊乱，但国际病症分类法下的精神紊乱及行

¹⁵ “国际病症分类法第 10 次修订 (ICD-10) —— 精神紊乱及行为紊乱类别”，世界卫生组织，日内瓦，1992 年，见以下网页：<<http://www.mentalhealth.com/icd/p22-or05.html>> (2003 年 7 月 10 日)。

为紊乱类别，未有试图对这两种紊乱作出类别上的区分。”¹⁶

6.26 即使痴呆症在医学上是被列入条例所指的某种精神紊乱形式的类别，此症的上下波动或不断恶化性质，也意味着可能难以指明此症会在何时恶化至《精神健康条例》会开始适用于有关病人的阶段。

6.27 精神上行为能力减损的恶化速度人人不同：病人如陷于昏迷或精神混乱，恶化速度通常会较快，但如属痴呆症则会较为缓慢。精神上无行为能力的程度可能会随着时间而上下波动，部分年老的病人可能会反复出现精神混乱的情况，而且发病是与偶发性的病患有关。病情能否逆转是视乎背后的致病成因和神经系统的受损严重程度而定。某些化学兴奋剂可令曾服食过量镇静剂的病人维持近乎正常的认知功能，于是病人有可能能够就自己所接受的医疗作出决定。究竟条例会否适用于病情如此的病人并不清晰，尤其是当病人的精神功能水平在不同情况之下是有可能变得不稳定的时候，条例适用与否就更为不清晰。

作出决定的能力不在考虑之列

6.28 如同联合王国一样，香港有很多根据《精神健康条例》被羁留于医院的病人都可能欠缺作出决定的行为能力（最少就某些事宜而言情况是暂时如此），但病人是否有作出决定的行为能力，并不在安排他们入院的医生或区域法院法官 / 裁判官的考虑范围之内。测试的准则反而是：“为了该病人本身的健康或安全着想，或是为了保护他人着想”，应否把该病人羁留以接受观察和治疗？¹⁷ 在 *B 诉 Croydon District Health Authority* 一案中，法庭裁定病人确是有行为能力可拒绝接受提供给她的治疗，而案中病人也正是拒绝接受治疗，但法庭却裁定凭借联合王国的《1983 年精神健康法令》第 3 条，可合法地对该病人进行该项治疗，因为她患有第 3 条所指的精神紊乱，而该项治疗是“为了”此症而进行的。¹⁸

¹⁶ 世界卫生组织技术主任（卫生政策证据（GPE）分类、评估、调查及用语）就香港法律改革委员会秘书于 2001 年 11 月 5 日的查询所作出的回复。

¹⁷ 《精神健康条例》（第 136 章）第 31(1)(b)条。

¹⁸ *B v Croydon District Health Authority*, (1994) BMLR 13.

捉摸不定的普通法制度

就健康护理或医疗而作出决定

6.29 在 *Re F (精神病人：绝育)* 一案¹⁹ 中，法庭裁定在普通法中，法庭并无司法管辖权批准或不批准对精神紊乱的人进行治疗。有关行动合法与否是要看治疗是否符合病人的最佳利益，而把病人的“最佳利益”归类为“临床判断”事宜未必是可取的做法。有人曾认为 *Re F* 一案：

“……可视为是上议院基于‘医生最知道该怎样做’的理由而甘愿把不适度的掌管病人而不受监管的权力拱手让予医生的又一例子，这令人感到不安。”²⁰

6.30 关于“最佳利益”这个准则，多个法庭曾发表不同的意见。在 *Re F* 一案中，Brandon 勋爵说“手术或其他治疗如果是（亦仅限是）为了挽救（病人的）生命或确保病人的身体或精神健康有进展或不致恶化，便符合（病人的）最佳利益。”²¹ Brandon 勋爵又继续说：

“就医生未经成年病人同意而对成年病人进行手术或其他治疗一事来说，对于令此事变得合法的原则，曾有各种不同的意见提出……。在本案中，上诉法院认为要视乎事情是否符合公众利益而定。那是笼统的说法，本席不会有异议，但本席认为着手研究导致这个结果的公众利益所依循的原则，是有帮助的做法。本席认为，有关原则是这样的：当有人不管为了甚么原因，欠缺行为能力以决定是否进行手术或接受其他医疗，具备适当资格的另一人或其他人等就有必要代为作出决定，否则他们便会无法享用到自己所需并有权享用的医疗护理。”²²

6.31 在同一案件中，Goff 勋爵却提到一些涉及“不单纯是医学意见”²³ 的案件，而在 *Airedale NHS Trust 诉 Bland* 一案²⁴ 中，Keith 勋爵曾解释上议院在 *Re F* 一案中作出的判决，所持理由是手术符合病人的最佳利益，“因为它能令病人生命更完满和更惬意”。

¹⁹ [1990] 2 AC 1.

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

²¹ [1990] 2 AC 1, 第 55 页。

²² [1990] 2 AC 1, 第 55 页。

²³ [1990] 2 AC 1, 第 78 页。

²⁴ [1993] 2 WLR 316, 第 361 页。

6.32 Julie Stone 是伯明罕大学医学院的医学法律和伦理科讲师，她所写的一篇文件曾反映出医生对医治精神上无行为能力的人感到关注之事。她说：

“司法机构确曾很努力地按个别案件的是非曲直来作出裁决，但多位法官却因上议院在 *Re F* 一案中作出的权威判决而变得无能为力，这项判决就是如果以 *博林案*²⁵ 作为测试的标准（*Bolam test*）而判定医生并无疏忽的话，那么有关的临床决定便会被假定为符合病人的最佳利益。涉及怀孕妇女需要进行剖腹手术的案件，甚至须依据《1983 年精神健康法令》才能找到适用的条文。……我们的人口现正日益老化，而且无行为能力的人也越来越多，再加上更多脑部受伤的人可凭借科技进步而得以存活，这意味着精神上无行为能力的人的数目是前所未有地众多。据一些曾考虑对处于永久植物人状况或近乎植物人状况的病人撤去治疗的个案所显示，引用‘最佳利益’这个观念可以是极度不切实际的。同样道理，如果要发明治疗例如阿氏痴呆症一类病况的药物，便必须进行的研究，但没有人可以妄称对受影响病人组群所进行的研究是符合病人的‘最佳利益’。虽然理论架构付之厥如，但此类实际决定每天都必须作出，而医生也正吃力地为无行为能力的病人找出最好的解决问题方法，并且通常是有咨询病人家属的意见。不过，医生所面对的法律环境显示，医治病人或会被视为有可能是袭击病人，但不采取行动又会被理解为有所疏忽。”²⁶

6.33 医药和科技近期均有发展，现代社会的性质又正发生变化，这些都突显了有需要为精神上无行为能力的人设立足够的代作决定机制。在 *Nancy Cruzan* 一案中，美国最高法院首席大法官 Rehnquist 提及多宗案例，并指出：

“在普通法中，一个人如未经对方同意和欠缺法律理据，那么即使只是触及对方也构成殴打。……由于医学科技进步，已远超以前本会令人必定死亡的自然力量的

²⁵ *Bolam v Friern Hospital Management Committee* [1957] 1 WLR 582。在该案中，法庭裁定如果医生行事时所遵照的做法，当时是获某个负责任的医疗学派认可为恰当的，而这个学派是精于有关的特定形式治疗，医生便不会单是因为有另一个合格的专业学派可能会采用另一种技术而犯上疏忽之罪。

²⁶ Julie Stone, “*Mental incapacity: reform at last?*”, 《律师杂志》（*Solicitors Journal*），1998 年 3 月 20 日，第 259 页。

界限，使生命得以维持下去，故此涉及拒绝接受维持生命治疗权利的案件近期大增。……在 *re Quinlan* 一案中，……法庭承认这项权利并非绝对，但也有在这项权利与大家所主张的国家利益之间求取平衡。法庭指出‘当身体被入侵的程度上升和病情的预后显得暗淡时，国家利益便会减弱，而个人的权利则会增强’，故此法庭的结论是：在该案中国家利益必须作出让步。”²⁷

6.34 *Malette 诉 Shulman* 是一宗加拿大案例，在这宗案例里，法庭所考虑的是如何在国家保存病人性命或健康的利益与病人的自作决定权利之间取得平衡，而安大略上诉法院上诉法官 Robins 的说法是：

“国家保存一名有能力作出决定的病人性命或健康这项利益，一般是必须对该名病人更强的自我决定生命方向的利益作出让步。……我们没有法律禁止病人拒绝接受必要的治疗或禁止医生遵从病人的决定。法律固然是国家利益的体现，但法律支持个人自行作出决定的权利，而法律是透过向未经对方同意而进行医治的人施加民事责任的方式来加强个人的选择自由（即使医治可能是有利无害的）。”²⁸

6.35 虽然法庭曾裁定在普通法中，法庭并无司法管辖权批准或不批准对精神紊乱的人施行医治，而有关行动合法与否是要看治疗是否符合病人的最佳利益，法庭仍保留其固有的司法管辖权以作出有关宣布。在 *Re F* 一案中，英国上诉法院民事法庭庭长 Lymington 的 Donaldson 勋爵有以下的意见：

“就本席来说，本席并不认为那是合适的程序。一项宣布并不会造成任何改变，法庭所被要求做的事情，只不过是宣布某项行动即使在未有惊动法庭的情况之下进行，不论怎样也仍属合法。如果治疗的形式至为敏感且有可能引发争议，公众利益便会要求法庭在治疗进行之前明确表示批准，以提供独立而层面广阔的‘第三者意见’。……在本身无能力作决定以示同意的成年人案件中，如果进行治疗的人不先让法庭有机会表示批准或不批准以裁定所建议进行治疗是否合法，法庭便会施加相同沉重的提出理据责任。……由于这个问题是近期才

²⁷ *Cruzan v Director of Missouri Department of Health*, 497 US 261, 第 269-271 页。

²⁸ 67 DLR (4th) 321, 第 333-334 页。

发生，如何得到法庭批准的具体步骤尚未订明。…… 幸好法庭具有固有的司法管辖权，能在有关规例未有作出规定的情况下规管法庭本身的法律程序……。 ”²⁹

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

“根据实体法，建议进行的手术若符合病人的最佳利益便是合法，否则便不合法。故此法庭所被要求做的事，并非作出命令批准进行手术，使本来不合法的事情变得合法。法庭所被要求做的，反而是作出一项命令，透过司法程序（即英国上诉法院民事法庭庭长 Lymington 的 Donaldson 勋爵那说得正好的‘第三者意见’）来确认究竟建议进行的手术是因符合病人的最佳利益而属合法，抑或是因不符合病人的最佳利益而属不合法。”³⁰

6.37 有些病人会因年老或病重而失去作出或传达有关健康护理的决定的行为能力。上文所述及的多宗案例却未能为负责治理此类病人的医护人员提供全面或明确的指引。

6.38 医生很强调应尊重病人在知情下同意或拒绝接受治疗的权利。有些病人的精神上行为能力可能会是时有时无，由医生或亲属代为作出的决定便容易出现问题的，所以医生对这一点特别小心翼翼。我们也留意到医生对于可否代中风病人作出例如接受心肺复苏法之类的决定所表达的关注。

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

病人缺乏自主权

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

²⁹ [1990] 2 A.C. 1, 第 20-21 页。

³⁰ [1990] 2 A.C. 1, 第 64 页。

6.41 联合国人权事务高级专员所制订的《无能力人士权利宣言》（*Declaration on the Rights of Disabled Persons*）³¹（下称“《宣言》”）强调：

“……《社会进步及发展宣言》（*Declaration on Social Progress and Development*）宣布，必须保护身心不健全人士的权利，并保证他们的福利和帮助他们恢复正常生活。”

《宣言》的这个重点可见于第 3 条，该条述明：

“无能力人士享有他们的人格尊严受到尊重的基本权利。无能力人士³²不论其缺陷或无能力的起因、性质和严重性，都应与其他同龄公民享有同样的基本权利，其中最主要的是应享有尽可能正常而充实的象样生活的权利。”

6.42 我们在此或需指出《宣言》的另外两项有关条文订明：

“无能力人士有权受惠于种种能让他们可以尽量自立的措施。”（第 5 条）

“无能力人士如确切需要合格的法律援助以保护其人身和财产时，应能获得这种援助；无能力人士如被依法起诉，所采用的法律程序应充分考虑到他们身心方面的状况。”（第 11 条）

6.43 联合国人权事务高级专员又制订了《保护精神病患者和改善精神保健的原则》（*Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*）³³，并获联合国大会于 1991 年 12 月 17 日透过第 46/119 号决议通过。该套原则的第 1 条所述明的事项之一，便是所有精神病患者均有权受到人道的待遇，其人身固有的尊严应受到尊重，并有权行使所有获联合国承认的公民、政治、经济、社会和文化权利。若某人因患有精神病而欠缺法律行为能力作出任何决定并因此需要委任另一人代为作出决定的话，该等决定应在独立公正的审裁处进行公平聆讯后方可作出。该等决定应每隔一段合理的时间便予以复核，而有关各方均有权向上一级的法律机关提出上诉。如果精神

³¹ 由联合国大会透过 1975 年 12 月 9 日的第 3447(XXX)号决议宣布，见以下网页：
<<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/72.htm>>（2003 年 7 月 10 日）。

³² 第 1 条解释“无能力人士”一词是指“任何由于先天性或非先天性的身心缺陷而不能保证自己可以取得正常的个人生活和 / 或社会生活上一切或部分所需的人士。”

³³ 见以下网页：<<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>>（2003 年 7 月 10 日）。

病患者无能力处理自己的事务，则应采取必要而又适当的措施，以确保其利益受到保护。

有待研究的问题

6.44 从以上讨论可见，在此方面法律之中可以找到不少缺漏和异常之处。现有法律本已有缺失，而多项因素（例如近年明显见到的人口变化）则令情况变得更坏。香港与很多已发展国家相似，都是人口正在不断老化，以致有更大的需求设立一个令人满意的机制，以便就长者的健康护理、个人护理及财务事宜作出决定。人口变化再加上医学进步，结果是人类的预期寿命较以前长久，而很多以前可能因肿瘤或疾病死亡的人如今都可以存活下来。这些人当中有些或会是精神上行为能力有所减损，或甚至处于“持续植物人状况”，对于自己将来如何是好根本不能作出任何决定。

6.45 医院管理局医疗伦理委员会所发出的《对维持末期病人生命治疗的指引》，是试图向医生提供一些指引，供他们在考虑是否对精神病人不提供或撤去维持生命治疗时作参考之用。不过，究竟医生会否觉得这套指引有实用价值，或是觉得这套指引会过于复杂而难以跟从，仍是未知之数。有人曾指出，医生行医之时要作出治疗方面的决定未必会太难，因为医生可以把棘手的个案转介伦理委员会，要求该会提供指引或作出决定。然而，我们留意到有部分医生认为，要医生违反精神上无能力作决定的人的亲属所表达的意愿而把治疗方面的决定提交法庭处理，是不寻常的事情，或甚至乎是罕有之事。此外，我们又留意到如果问题是与财产管理有关，那就更难作出处理。

6.46 现有法律机制是既复杂又零碎，也欠缺弹性。虽然政府根据《精神健康条例》设立了监护委员会，对精神上无行为能力的人的福利和护理有所加强，令《精神健康条例》略有改善，但在个人就其医疗或护理而作的预设医疗指示这方面，如何确定该等指示仍有缺漏和不足之处。大家都承认在某些情形下，由独立的第三者来作出决定可能是比较适当的做法。不过，另外也有很多情况是无需外来干预的。至于利便在完全知情之下就个人的福祉而作出有效的决定这个需要，一直以来也未有获得充分的注意。同时，与确定精神上无行为能力的人的事前意愿或指示相关而提供的保障，也是不足够的。

6.47 《持久授权书条例》（第 501 章）只赋予授权人就授权人的财产而行事的权限。³⁴ 对于那些希望就自己的健康护理或医疗事宜作有效的长期安排的人，此条例未有提供解决问题的方法。

6.48 《高等法院规则》（第 4 章）第 80 号命令是规管参与涉及无行为能力的人的法律程序事宜，并没有为精神上无行为能力的人的健康护理或医疗事宜作出任何安排。有关规则在实行的时候，可以是既累赘而又多限制，而且费用方面对大部分申请人来说也可能是过于高昂。

³⁴ 《持久授权书条例》第 8(1)条。

第 7 章 其他司法管辖区的法律及改革建议

引言

7.1 在本章中，我们会探讨澳大利亚、加拿大、英格兰与威尔斯、苏格兰、新加坡及美国的情况，可以见到的便是所有普通法主要司法管辖区，均已有就长者或精神上无行为能力的人引入预设医疗指示这个概念，而且这些司法管辖区每一个都已有建议进行各种不同程度和范围的改革。

澳大利亚：昆士兰

7.2 澳大利亚各州和领地均设有全面的立法机制，备有条文协助或代替无能力作决定者作出决定。在各州之中，最后制定此类法例的是昆士兰。1990 年 9 月，昆士兰的司法部长要求昆士兰法律改革委员会（Queensland Law Reform Commission）检讨有关无能力的人的现有法律，而委员会的工作重点，是研究自作决定的行为能力受损的成年人的自作决定或由他人代作决定的有关法律。¹ 自作决定的行为能力受损可因各种不同成因所致，有可能由先天性心智失能导致，或是因受伤或患病而造成的脑损伤的后遗症，也有可能是患上痴呆症、精神出现问题或滥用药物的结果。²

7.3 委员会确认“精神或心智失能的人，其自身的人类尊严应有权获得尊重，并有权获得协助，以尽量求取自力更生。”³ 究竟精神障碍或心智失能的人是否需要协助以作出决定及需要协助的程度有多大，而能够与他们可享有最大可能程度的自主权这项权利取得平衡，昆士兰法律改革委员会于 1992 年 7 月就这个问题发表了一份讨论文件。该份讨论文件对昆士兰的现有法律进行了分析，强调应鼓励人们在涉及自己的个人、家庭及财务事宜的问题上自力更生，并举新南威尔士的《1987 年失能者服务及监护法令》（Disability Services and Guardianship Act 1987）为例作为适用的模式。⁴

¹ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making by and for people with a decision-making disability*，卷 1，第 1 页。

² 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 1 页。

³ 昆士兰法律改革委员会第 38 号讨论文件，*Assisted and Substituted Decisions: Decision-making for people who need assistance because of mental or intellectual disability: A New Approach*，第 1 页。

⁴ 昆士兰法律改革委员会第 38 号讨论文件，第 3 页。

7.4 委员会建议，如某人有能力明白某项决定的性质和预知该项决定的后果，并有能力将该项决定以某种形式告知别人，则不论该人在决定问题上获得协助与否，就有关决定而言，该人是具有“作决定的行为能力”。⁵ 另一方面，如某人未能符合这些准则，就有关决定而言，该人作决定的行为能力是属“受损的作决定的行为能力”。⁶ 根据以上定义，如某人无能力明白一项决定的性质（例如因为陷于昏迷或患有老人痴呆），该人便置身作决定的行为能力受损者之列。

7.5 对此范畴法律进行改革，是昆士兰法律改革委员会一项历时约五载的长期研究工作主题所在。昆士兰大学社会及预防医学学系（Department of Social and Preventive Medicine）的健康迈向老年研究中心（Healthy Ageing Research Unit）也曾社区之中进行一项为期两至三年的研究，并就未来健康护理策划事宜联同医生和其他医护人员进行探讨。⁷

7.6 昆士兰法律改革委员会所检讨的有关无能力作决定者作决定问题的法例是：

- 《1974 年精神健康法令》（Mental Health Act 1974）（经由《2000 年精神健康法令》（Mental Health Act 2000）废除）；
- 《1978 年公众受托人法令》（Public Trustee Act 1978）；以及
- 《1985 年心智失能市民法令》（Intellectually Disabled Citizens Act 1985）（经由《2000 年监护及管理法令》（Guardianship and Administration Act 2000）废除）。

《1974 年精神健康法令》

7.7 《1974 精神健康法令》（已被《2000 年精神健康法令》完全取代）附表 5 有条文订明可代“病人”作出的决定。在该法令之中，“病人”的定义是患有“精神病”兼无能力管理自己的财产和事务的人，而且并未有任何保护令根据《1978 年公众受托人法令》就该人作出。《精神健康法令》未有界定“精神病”，但有述明法令条文适用于“药物倚赖和智障”，如同两者均属精神病一样。⁸

⁵ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，*Draft Assisted and Substituted Decisions Bill*，附表 1 第 1 部第 2 段。

⁶ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，*Draft Assisted and Substituted Decisions Bill*，附表 1 第 1 部第 3 段。

⁷ 《昆士兰议会议事录》（*Queensland Parliament Hansard*），1997 年 10 月 8 日，第 3685 页。

⁸ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 6 页。

7.8 令一个人成为“病人”的途径有二：⁹

- 向公众受托人（Public Trustee）发出通知，并可由某些医生发出该通知；¹⁰ 或
- 由最高法院作出命令，¹¹ 而最高法院是应公众受托人或病人的亲属或护理者申请委任病人产业受托监管人而作出该项命令的。

《1978 年公众受托人法令》

7.9 根据此法令，公众受托人或任何其他被法院认为是有个人利害关系的人可向最高法院申请作出保护令，委任公众受托人管理该保护令所关乎的人的全部或部分金钱和财产。¹²

7.10 如法院信纳有关的人由于年老、患病、身体或精神虚弱或滥用药物，该人是持续或间歇地：

- 无能力管理自己的事务；或
- 在本身的金钱和财产方面，或在处置本身的金钱或财产方面，受到不当的影响；

或如该人所处的情况令法院觉得为其本人或为其受养人的利益起见，有必要保护其财产，法院便可作出命令。¹³

《1985 年心智失能市民法令》

7.11 经由《2000 年监护及管理法令》废除的《心智失能市民法令》曾订有条文，令心智失能市民可根据该法令接受特别援助。“心智失能市民”一词的涵义，在昆士兰法律改革委员会的报告书中有作解释，是指：

“…… 一名年龄在 18 岁或以上、功能能力因心智不健全而受到限制的昆士兰居民。该人心智不健全属先天性或始于幼童时期，或由于患病，受伤或功能衰退所致。
‘功能能力’指该人运用日常生活常见功能的能力，包

⁹ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 6-7 页。

¹⁰ 《1974 年精神健康法令》第 55 条，附表 5 第 1 条。

¹¹ 《1974 年精神健康法令》附表 5，第 1 条。

¹² 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 9 页。

¹³ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 10 页。

括该人的自我照顾能力、持家能力、履行市民责任能力、订立合约能力及作出知情的个人决定能力。”¹⁴

7.12 可以作出援助申请的人包括心智失能市民、心智失能市民的成年亲属、警务人员、“法律之友”（legal friend）或任何其他与心智失能市民的福祉有正当利害关系的成年人。¹⁵

7.13 “法律之友”的定义是根据《心智失能市民法令》而获委任履行某些职能的大律师或律师。¹⁶ 法律之友的职能包括延聘律师以代表受助市民行事，并为受助市民取得有关他的法律权利、法律程序和可供采用的专门服务的资料。法律之友可由心智失能市民委员会（Intellectually Disabled Citizens Council）授权，代受助市民同意接受任何为他受益而向他提供或施行的医疗、牙科治疗、手术或其他专业治疗或护理。¹⁷

7.14 昆士兰法律改革委员会的报告书有列明法律之友在决定是否同意让受助市民接受治疗之前所必须采取的步骤。法律之友必须：¹⁸

“征询负责持续护理受助市民的亲属的意见，并对他们所表达的意见加以适当考虑；以及

尽可能在需要他们同意的事宜上和可供选择的方案上令他们充分知情，方法是征询以下各者的意见：适当的专业人士、负责持续护理受助人的人、受助市民的亲属或其他被法律之友认为是与受助市民的福祉有正当利害关系的人。

法律之友必须确保受助市民尽可能充分知情，而知情程度是与受助市民在需要予以同意的事宜上和可供选择的方案资料方面的理解能力相称。¹⁹ 法律之友在给予同意之时，必须尽量确保所同意者在可供选择的方案中所受限制是最少的一个，而且对受助市民的健康、福祉及其所表达的意愿亦已有考虑。²⁰”

¹⁴ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 13 页。

¹⁵ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 13-14 页。

¹⁶ 《1985 年心智失能市民法令》第 4 条。

¹⁷ 《1985 年心智失能市民法令》第 26(3)条。

¹⁸ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 20 页。

¹⁹ 《1985 年心智失能市民法令》第 26(5)(c)条。

²⁰ 《1985 年心智失能市民法令》第 26(5A)条。

最高法院的固有司法管辖权

7.15 最高法院除具有法定机制，可决定应否为无能力作决定者委任作决定的替代人外，还具有称为“政府监护权”的司法管辖权。这项权力是最高法院较广泛的固有司法管辖权其中一环，可为无能力作决定而易受伤害的人委任代决人。²¹

对旧有法律的批评

7.16 昆士兰法律改革委员会曾对旧有法律作出多项批评：

“就《〔1974 年〕精神健康法令》及《〔1978 年〕公众受托人法令》所见，处理无能力作决定者的方法是过时和家长式的，毫不重视他们可尽量参与作出影响自己生活的决定的权利。于 1985 年制定的《心智失能市民法令》，虽然在当时来说是具有多项创新特色，但已被澳大利亚其他司法管辖区及海外在立法方面的各项发展后来居上。……现有的立法架构有严重不足之处，问题不能透过对现有法律作零碎修订而得以完满解决，所需要的是一种全新的处理方法。在本会所接获的意见书中……，绝大部分均是要求改用一个综合模式，来代替根据《精神健康法令》、《公众受托人法令》及《心智失能市民法令》所设立的各种机制。”²²

7.17 昆士兰法律改革委员会所认定的一些主要问题如下：

- 欠缺原则
- 过于复杂
- 代决人的人选有限
- 代作决定的权力欠缺弹性
- 现有程序并不适当²³

²¹ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 21 页。

²² 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 23 页。

²³ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 24-26 页。

欠缺原则

7.18 昆士兰法律改革委员会的批评指出上述三项法令均有很多条文未能达到国际认可的水平，且在某些情况之中，委任代决人时可能未经独立机构进行中立聆讯以作保障。委员会又批评复核机制若非不存在便是不足够，此外，也没有足够的条文，规定作决定的替代人必须尊重无能力作决定者的权利。²⁴

过于复杂

7.19 有关法例的不全面之处，是指虽然大家都是面对缺乏行为能力作出决定这个相同的基本问题，但每个人的待遇视乎各自的无能力作决定的成因是甚么而各有不同。这也意味着由于三项法令的条文互有重叠，属同一类别的无能力作决定者可能会因选用不同的法律而待遇有别。这可能会出现不明朗、不一致及不公平的情况，并且可能会造成不必要的延误、花费及焦虑。²⁵

7.20 委员会又有以下意见：

“现有法例的分门别类做法，为双重或多重无能力的人带来一些问题，也有部分无能力作决定者在取得所需协助之上遇到困难。在澳大利亚，昆士兰是唯一一个州（或领地）未有全面的立法机制为所有无能力作决定者（不管无能力的成因是甚么）提供代作决定的援助。”²⁶

代决人的人选有限

7.21 委员会指出：²⁷

“无能力作决定者欠缺行为能力为自己作出决定，而大部分现有规则均是把代他们作决定的权力集中在一名公职人员的手上。²⁸ 本会承认有一些情况由独立的第三者代作决定可能会更适当。不过，也有很多情况是并无必要作出此类外来干预。”

²⁴ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 25 页。

²⁵ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 25 页。

²⁶ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 25 页。

²⁷ 昆士兰法律改革委员会第 49 号报告书，卷 1，第 26 页。

²⁸ 此处是举公众受托人及法律之友为例。

代作决定的权力欠缺弹性

7.22 委员会批评上述三项法令对可赋予代决人的权力范围收得过紧，并指出权力重点主要在于保护无能力作决定者的财产。至于在方便为他们的福祉作出法律上有效决定这一方面，上述三项法令对此点均未有充分关注。²⁹

现有程序并不适当

7.23 大部分有关程序都规定须向最高法院提出申请。向最高法院提出一项申请的费用，往往非无能力作决定者及其家人或好友在经济上所能负担。此外，传统的法庭气氛，以及体现对抗性法律程序的相关法律文化，也可能令人感到陌生和受到威胁；而法官对于无能力作决定者的需要，可能会欠缺经验，亦有可能会在处理方面技巧不足，又或者是未能理解。³⁰

昆士兰法律改革委员会所作的建议和改革

7.24 昆士兰法律改革委员会的报告书倡议采用一个全面的立法机制。该机制适用于所有因无能力作决定而需要协助的人，使他们可以作出自己的决定或是由作决定的替代人（substitute decision-maker）替他们作出决定。³¹

7.25 委员会的建议重点是设立一个独立审裁处，以提供一个易于取用、经济上可以负担的简单而仍具充分弹性的方法来证明某人是否具有作决定的行为能力，并在有必要赋予另一人法律权力为作决定行为能力受损的人代作决定之时，就环绕代决人的委任及权力的问题作出裁定。³²

7.26 《授权书法令草案》（Powers of Attorney Bill）的咨询草拟本，连同摘要说明及有关表格的草拟本，已于1997年6月2日发表以征询公众意见。代表各类无能力作决定者的重要社区组织、专业团体、商业团体以及公众，均有受到特别咨询，³³ 而法律改革工作分两期进行，以解决各项有关问题。

²⁹ 昆士兰法律改革委员会第49号报告书，卷1，第26页。

³⁰ 昆士兰法律改革委员会第49号报告书，卷1，第26页。

³¹ 昆士兰法律改革委员会第49号报告书，卷1，第27页。

³² 昆士兰法律改革委员会第49号报告书，卷1，第27页。

³³ 见《1997年授权书法令草案》的摘要说明，见以下网页：<<http://www.legislation.qld.gov.au/Bills/48PDF/1997/PowersofAttorneyB97E.pdf>>（2003年8月1日）。

7.27 D E Beanland 是昆士兰的检察长兼司法部长。他在 1998 年 4 月 23 日动议二读《授权书法令草案》时指出以下各点：

“昆士兰法律改革委员会虽然拟备了法令草案的草稿本，但也在其报告书中承认有必要再作草拟。在该报告书中，持久授权书基本上是当作为一个涉及无能力（作决定）的问题来处理，但事实上它与一般授权书是有密切的关系。政府决定法律改革工作分两期进行是有很好的理由。……政府首先设立机制推动更大程度的个人自主权，希望不会像其他各州那样需要透过监管和管理机制来介入家庭事故。再者，那些导致监管令及 / 或管理令作出的个案也能以更有效的方法来处理……

按照昆士兰法律改革委员会所拟订的制度，有关授权书和持久授权书的法律会分别由两条截然不同的法例来处理，而不是收纳于一个综合架构之内。昆士兰法律改革委员会就持久授权书所作出的建议，重点在于如何使用持久授权书来代无能力作决定者作出决定。《监护及管理法令草案》已经发表并进行公众咨询……《授权书法令草案》的处理范围不包括与财务决定有关的个案，而委任一名家人代作财务方面的决定是《监管及管理法令草案》草稿本的部分内容。”³⁴

《1998 年授权书法令》

7.28 《1998 年授权书法令》的作用是综合、修订并改革规管一般授权书及持久授权书的法律，也有为“预设健康指示”（advance health directives）作出规定，其要点如下：³⁵

- 第 1 章是个人可以作出的各种授权和指示的概览，这些授权和指示包括一般授权书、持久授权书、预设健康指示及普通法之下的授权书。第 1 章又订明法令须与《2000 年监护及管理法令》一并理解，而后者是为设立审裁处的计划订定条文的。值得注意的是审裁处可同意不提供或撤去某种维持生命的疗法，也可同意进行某种特定的健康护理。³⁶

³⁴ 见《昆士兰议会议事录》，《授权书法令草案》二读，1998 年 4 月 23 日，第 909-911 页。

³⁵ 见《1997 年授权书法令草案》的摘要说明，见以下网页：<<http://www.legislation.qld.gov.au/Bills/48PDF/1997/PowersofAttorneyB97E.pdf>>（2003 年 7 月 18 日）。

³⁶ 见《1998 年授权书法令》第 6A(1)(c)条。

- 第 2 章保留了一般授权书的法定格式，对于涉及撤销授权书的各项普通法原则也在法律上予以确认。
- 第 3 章所处理的是在主事人已丧失作出决定的行为能力之后仍然有效的持久授权书和“预设健康指示”。第 35 条特别容许一名成年人就健康事宜和特别健康事宜作出指示，并就该项指示提供资料。该名成年人即使在有人反对之下仍可作出指示，同意接受某种未来健康护理，亦可要求在特定的情况下不提供或撤去某些维持生命的疗法，并授权受权人纵然有人反对仍可为进行健康护理而动用武力制约、搬动或控制主事人。值得注意的是“受权人或监护人不会就某项特定健康事宜获授予权力，但主事人可在一项预设健康指示中就某项特定健康事宜作出指示。除此之外，审裁处也可在特殊情况之下同意进行特别健康护理。”³⁷ 在该法令中，特别健康护理的定义包括为主事人进行绝育、令主事人中止怀孕、让主事人参与特别医学研究或试验性的健康护理、向主事人施行脑电激荡疗法或精神外科治疗，以及为主事人特设的特别健康护理。³⁸ 至于订明的特别健康护理，定义是根据《2000 年监护及管理法令》订明的健康护理。³⁹ 在一项预设健康指示中所作出的不提供或撤去某种维持生命的疗法的指示，除非开始或继续进行该种疗法不符合良好行医实务，否则该项指示便属无效（不提供或撤去人工营养或流体喂养者除外）。⁴⁰ “维持生命的疗法”的定义包括心肺复苏法、人工辅助呼吸、人工营养及流体喂养，但不包括输血在内。⁴¹ “良好行医实务”的定义是“经顾及公认的医疗标准和医疗专业的实务及程序……以及公认的医疗专业伦理标准……后，适用于医疗专业的良好行医实务。”⁴² 法令特别订明，在一项预设健康指示中所作出的指示，相对于就健康事宜而授予受权人的一般或特定权力是有优先权的，而且预设健康指示亦不会因主事人变为行为能力受损者而遭撤销。法令对订立和撤销持久授权书也有指明在形式上的各项规定。第 37 条订明该法令并无任何条文授权杀人，令杀人

³⁷ 见《1998 年授权书法令》附表 2 第 6 条的注脚。

³⁸ 见《1998 年授权书法令》附表 2 第 7 条。

³⁹ 见《1998 年授权书法令》附表 2 第 17 条。

⁴⁰ 见《1998 年授权书法令》第 36 条。

⁴¹ 见《1998 年授权书法令》附表 2 第 5A 条。

⁴² 见《1998 年授权书法令》附表 2 第 5B 条。

有理或开脱杀人罪责，亦不影响《刑法典》第 284 条或第 28 章，⁴³ 故此法令显然绝无授权进行安乐死或助人自杀。⁴⁴ 为免出现利益冲突或滥用，若授权人成为某项院舍服务的提供者，而主事人是其院舍的入住者，则持久文件中授予授权人权利的部分均予撤销。⁴⁵

- 第 4 章载有条文授权一名“法定健康授权人”(statutory health attorney) 代作健康护理决定。这名授权人是挑选自即时备有并且在文化上属于适宜的人选名单，而一众人选是包括“一名负责护理有关的成年人”的成年人在内。⁴⁶ “这是承认主要护理者所扮演的角色，是无能力作决定者的家人当中适合代其就健康事宜作出决定的一员。”⁴⁷ 如果名单上无人可用，那么无能力作决定者的成年人监护人便是法定健康授权人。值得注意的是法定健康授权人就一名成年人的健康事宜作出决定的权力，并不包括“特别健康事宜”在内。对于主事人来说，特别健康事宜是指与主事人的特别健康护理有关的事宜。⁴⁸
- 第 5 章载有条文保障不知某项权力无效但却看似有行使该项权力的授权人。该名授权人不会因权力无效而令主事人或任何其他人负上法律责任。⁴⁹ 第 5 章也有订明授权人以外的人，如果不知某项预设健康指示或某项根据一份持久文件而就一项健康事宜授予的权力属于无效，依据该项指示行事或是看似有行使该项权力行事，该人不会因指示

⁴³

原文引述如下：

《刑法典》——

‘同意死亡无关重要

284. 某人同意造成自己死亡，不影响造成该人死亡的人的刑事责任。’

第 28 章（杀人——自杀——隐瞒出生），包括——

‘加速死亡

296. 如某人作出任何加速另一人死亡的行为或不作为，而该另一人在该项行为作出或该项不作为作出之时正因某种由另一成因造成的疾患或疾病而受苦，该人是当作杀死该另一人。’

‘助人自杀

311. 任何人如——

(a) 促致另一人杀死自己；或

(b) 怂使另一人杀死自己并因此是诱使该另一人如此行事；或

(c) 协助另一人杀死自己；

即属犯罪，可处终身监禁。’

⁴⁴ 见《昆士兰议会议事录》，《授权书法令草案》二读，1997 年 10 月 8 日，第 3687 页。

⁴⁵ 《1998 年授权书法令》第 59AA 条。

⁴⁶ 《1998 年授权书法令》第 63(1)(b)条。

⁴⁷ 见《昆士兰议会议事录》，《授权书法令草案》二读，1997 年 10 月 8 日，第 3688 页。

⁴⁸ 见《1998 年授权书法令》附表 2 第 6 条。

⁴⁹ 见《1998 年授权书法令》第 98(2)条。

或权力无效而令有关的成年人或任何其他人负上法律责任。⁵⁰ 健康服务提供者如果不知有关的成年人有作出预设健康指示，并不受后者所作出的预设健康指示影响。⁵¹

- 第 6 章确保最高法院的权力不但适用于根据法令订立的文件，同时亦适用于所有授权书。第 6 章为最高法院就无能力的人有关方面保留了最高法院固有的称为“政府监护权”的司法管辖权，⁵² 并且订明监护及管理审裁处就持久文件会获赋予等同于最高法院的司法管辖权和权力。⁵³
- 法令的第 7 章（关于成年人监护人）已被《2000 年监护及管理法令》废除。⁵⁴
- 法令的附表 1 载有一般原则。一名成年人是假定就某项事宜具有行为能力。⁵⁵ 附表 1 订明受权人就一名成年人的健康事宜行使决定方面的权力，应以对该名成年人的权利造成最少限制的方式来行使，而行使该项权力对于促进和维持该名成年人的健康和福祉来说也应要适当。⁵⁶ 在决定某项权力的行使适当与否，受权人必须在切实可行的最大范围内，确定有关的成年人的意见和愿望并对之加以考虑，此外也须考虑其健康服务提供者所提供的资料。⁵⁷ 该名成年人的意见和愿望，可用口头或书面方式表达（例如在预设健康指示中示明），也可用任何其他方式表达，以行为来表达即其中一例。⁵⁸ 关于健康护理的原则，并不影响成年人拒绝接受健康护理的权利。⁵⁹

《2000 年监护及管理法令》

7.29 正如其弁言所述，《2000 年监护及管理法令》的目的是：

“综合、修订和改革关于委任监护人及管理人以管理行为能力受损的成年人的个人及财政事务的法律，设立监

⁵⁰ 见《1998 年授权书法令》第 100 条。

⁵¹ 见《1998 年授权书法令》第 102 条。

⁵² 见《1998 年授权书法令》第 109 条。

⁵³ 见《1998 年授权书法令》第 109A 条。

⁵⁴ 《2000 年监护及管理法令》第 8 号，第 263 条，附表 3 第 29 条。

⁵⁵ 见《1998 年授权书法令》附表 1 第 1 条。

⁵⁶ 《1998 年授权书法令》附表 1 第 12(1)条。

⁵⁷ 附表 1 第 12(2)条。

⁵⁸ 附表 1 第 12(3)条。

⁵⁹ 附表 1 第 12(4)条。

护及管理审裁处，令成年人监护人的职位得以继续存在，设置公众推广人（Public Advocate）一职，并为其他目的而订立。”

7.30 《2000 年监护及管理法令》的目的，是在行为能力受损的成年人得享最大可能程度的作决定自主权权利，与该名成年人在作决定之上获得充分而恰当的支持的权利之间，取得适度平衡。⁶⁰

7.31 《2000 年监护及管理法令》应与《1998 年授权书法令》一并理解。假若《1998 年授权书法令》与《2000 年监护及管理法令》两者之间有不一致的地方，须以后者为准。⁶¹

7.32 根据《2000 年监护及管理法令》所委任的监护人，只可就个人事宜而获委任。⁶² 在法令的附表 2 中，个人事宜的定义是与有关成年人的护理有关的事宜（特别个人事宜或特别健康事宜除外），该名成年人的健康护理或福利也在这范围之内，包括：

- 该名成年人居于何处，
- 各种日常问题，衣食即其中例子，
- 该名成年人的健康护理，
- 与该名成年人的财务或财产事宜无关的法律事宜，以及
- 是否同意对该名成年人进行科学鉴证检验。

7.33 根据《2000 年监护及管理法令》就涉及行为能力受损的成年人事宜而履行职能或行使权力的个人或机构，必须应用附表 1 中所述明的一般原则（若是关乎健康事宜者，则必须应用健康护理原则）。⁶³

7.34 监护及管理审裁处如信纳一名成年人是行为能力受损，可藉命令委任一名处理某项个人事宜的监护人。审裁处可自行作出命令，或应该名成年人、其监护人或一名有利害关系的人的申请而作出命令。⁶⁴ 有利害关系的人是指与行为能力受损者有充分而持续的利害关

⁶⁰ 《2000 年监护及管理法令》第 6 条。

⁶¹ 《2000 年监护及管理法令》第 8(2)条。

⁶² 见第 9 条。

⁶³ 见第 11 条。

⁶⁴ 见第 12 条。

系的人。审裁处可裁定某人究竟是此法令所指的有利害关系的人，抑或是《1998 年授权书法令》所指的有利害关系的人。⁶⁵

7.35 除第 74 条另有规定外，⁶⁶ 第 14 条订明不得委任任何人为特别个人事宜或特别健康事宜的监护人。委任令可包括就如何使用所赋权力而作出的宣布、命令、指示、建议或意见。⁶⁷

7.36 第 62 条列明第 5 章第 2 部第 1 分部的范围，该分部订明特别健康护理以外的健康护理可在未经同意的情况下进行。

7.37 第 63 条订明可在未经同意的情况下提供特别健康护理以外的紧急健康护理。此条所涵盖的情况有两种。第一种情况是如健康服务提供者认为一名成年人在健康事宜方面的行为能力受损，而为了应付该名成年人生命或健康上有迫切性的危险，须紧急进行某项健康护理，又除非健康服务提供者知道该名成年人已有预设医疗指示，指明反对接受该项健康护理，否则该项健康护理即可进行。第二种情况是如健康服务提供者认为一名成年人在健康事宜方面的行为能力受损，而未免该名成年人承受重大痛楚或苦痛是有必要紧急进行某项健康护理，但若取得可根据法令或《1998 年授权书》给予同意的人的同意却不是合理地切实可行，那么便可进行该项健康护理。⁶⁸

7.38 第 63A 条特别处理在严重紧急情况中的维持生命的疗法。如一名成年人的健康服务提供者认为该名成年人在有关的健康事宜上行为能力受损，则可在未经同意的情况下对该名成年人不提供或撤去某种维持生命的疗法。如果对该名成年人开始或继续进行该种疗法是不符合良好的行医实务，便须即时作出不提供或撤去该种疗法的决定，以符合良好的行医实务。值得注意的是如健康服务提供者知道该名成年人反对不提供或撤去该种疗法，则不得在未经同意的情况下不提供或撤去该种疗法。⁶⁹

7.39 除非一名成年人的健康服务提供者认为开始或继续进行某种维持生命的疗法是不符合良好的行医实务，否则关于对该名成年人不提供或撤去该种疗法一事所给予的同意不得生效。⁷⁰

⁶⁵ 第 126 条。

⁶⁶ 第 74 条订明审裁处可委任一名或多名有获委资格的人为有关成年人的监护人，并可赋予该名或该等监护人权力同意让该名成年人继续接受特别健康护理，或同意对该名成年人进行相类的特别健康护理。

⁶⁷ 见《2000 年监护及管理法令》第 74(2)条。

⁶⁸ 见《1999 年监护及管理法令草案》的摘要说明，第 5 章第 2 部第 1 分部。

⁶⁹ 《2000 年监护及管理法令》第 63A(2)条。

⁷⁰ 见《2000 年监护及管理法令》第 66A(2)条。

7.40 如健康服务提供者认为某项简单兼无争议性的健康护理，对促进一名行为能力受损的成年人的健康和福祉是有必要的，则法令第64条容许在未经同意的情况下为该名成年人进行该项健康护理，但该项健康护理必须是一种最能促进该名成年人的健康和福祉的健康护理，并且必须是简单兼无争议性的。除此之外，该名成年人必须不反对该项健康护理，而健康服务提供者则应该是不知道（或不能合理地期望健康服务提供者知道）根据法令或《1998年授权书法令》可作出决定的人已有就该项健康护理作出决定，又或健康服务提供者应该是不知道某些与该名成年人有充分而持续的利害关系的人之间，对于是否进行该项健康护理或该名成年人是否就健康事宜具有行为能力有任何争议。健康服务提供者必须在该名成年人的临床纪录中核证这项健康护理的详情。⁷¹

7.41 第5章第2部第2分部所处理的是经同意而进行的健康护理及特别护理：⁷²

- 第65条订明处理特别健康事宜的高低层次。首先，如一名成年人已有就某项特别健康事宜作出预设健康指示，该项事宜便只能根据该指示而处理。如果没有预设健康指示但另一机构已获授权处理该项事宜，则该项事宜只能由该机构处理。最后，如果既无预设健康指示亦无获授权的机构，而审裁处又有就该项事宜作出命令，该项事宜便只能根据该命令而处理。
- 第66条是为行为能力受损的成年人订明处理健康事宜的高低层次。如该名成年人已有就某项健康事宜作出预设健康指示，该项事宜便只能根据该指示而处理。如果没有预设健康指示而审裁处又有就该项事宜委任一名或多名监护人，或有就该项事宜作出命令，则该项事宜只能交由该名或该等监护人处理，或是根据该命令予以处理。如果既无预设健康指示，亦无审裁处所委任的监护人或审裁处命令，但该名成年人已有就该项事宜发出持久授权书，则该项事宜便只能交由根据持久授权书获委任的受权人处理。如果预设健康指示、经审裁处委任的监护人、审裁处命令或根据授权书委任的受权人一概欠奉，则该项事宜只能交由法定健康受权人处理。

⁷¹ 见《2000年监护及管理法令》第64(3)条。

⁷² 见《1999年监护及管理法令草案》的摘要说明，第5章第2部第2分部。

- 第 67 条订明一名行为能力受损的成年人若是反对接受某项特定健康护理，任何代该名成年人就该项健康事宜所给予的同意通常是无效的。不过，假若该名成年人对该项健康护理会涉及些甚么及 / 或为何需要进行该项护理了解甚浅或毫不了解，而建议进行的健康护理对该名成年人的好处又盖过任何有可能造成的苦痛，则可以不理睬该名成年人的反对；但这项不理睬反对的权力，并不适用于身体组织捐赠、参与特别医学研究、试验性的健康护理或认可的临床研究，以及不提供或撤去维持生命的疗法。

7.42 以下是法令第 5 章第 3 部就特别健康护理所给予的同意作出的规管：⁷³

- 第 68 条赋权审裁处代一名成年人同意接受特别护理，但脑电荡疗法或精神外科治疗除外。“特别健康护理”的定义见于附表 2。第 68 条又订明如果另一机构已获法令授权就订明的特别健康护理（即须由规例订明的进一步特别健康护理）作出决定，审裁处便没有权力作出该项决定。
- 第 69 条容许审裁处同意从行为能力受损的成年人身上切除组织以捐赠予另一人，但审裁处必须信纳所指明的各项事宜。假若该名成年人反对有关的健康护理，审裁处便不能给予同意。如审裁处同意切除身体组织作捐赠之用，则审裁处命令必须指明所建议的受惠者是何人。
- 第 70 及 71 条分别规管审裁处就行为能力受损的成年人进行绝育或终止怀孕所给予的同意。
- 第 72 条订明审裁处可同意让一名行为能力受损的成年人参与特别医学研究或试验性的健康护理；该项研究或健康护理必须是与该名成年人的病况有关，或是该名成年人的病况会令他面对重大的风险，又或者该项研究或健康护理的目的是取得可用于诊断和治疗影响该名成年人的疾病的知识。审裁处只可在信纳本条所指明的各项事宜的情况下同意让该名成年人参与特别医学研究或试验性的健康护理，以便诊断或治疗该名成年人。如果该名成年人反对该项研究或健康护理，又或者该名成年人在一份持久文件

⁷³ 见《1999 年监护及管理法令草案》的摘要说明，第 5 章第 3 部。

中已表明不愿意参与该项研究或健康护理，则审裁处不得给予同意。

- 第 73 条订明如果另一机构就订明的特别健康护理未有获得授权可给予同意，则审裁处可获赋权给予同意，但该项同意须受任何可由规则订明的事宜所规限。
- 第 74 条订明如审裁处已就某项特别健康护理给予同意，审裁处可委任一名或多名有获委资格的人为有关成年人的监护人，并赋予他们权力同意继续进行该项特别健康护理或在该名成年人身上进行相类的特别健康护理。监护人在根据本条行使同意的权力时，必须应用附表 1 所列明的一般原则和健康护理原则。

7.43 第 5 章第 4 部载有保障健康服务提供者的条文：

“如某人曾向提供健康护理给一名成年人的健康服务者表述自己有权就一项健康事宜或特别健康事宜行使权力，而该人是声称自己正行使该项权力，则健康服务提供者在按此行事的范围之内，是当作已得到该名成年人同意行使该项权力。”⁷⁴

7.44 第 79 条订有刑事制裁，令到向行为能力受损的成年人进行健康护理成为罪行，但获授权者属于例外。

7.45 向一名成年人进行健康护理的人，如获授权便无须为任何作为或不作为负上法律责任，其免责程度一如该项作为或不作为是得到该名成年人的同意而该名成年人又同时具有行为能力可给予该项同意。⁷⁵

7.46 第 81 至 114 条所处理的是“监护及管理审裁处”的设立、职能及权力。

7.47 第 8 章第 1 部是为成年人监护人的设置、职能及权力订定条文：⁷⁶

- 第 173 条订明必须设有成年人监护人。

⁷⁴ 第 77 条。

⁷⁵ 《2000 年监护及管理法令》第 80 条。

⁷⁶ 见《1999 年监护及管理法令草案》的摘要说明，第 8 章第 1 部。

- 第 174 条列明成年人监护人的作用是保障行为能力受损的成年人的权利和利益。成年人监护人的法定职能包括保护行为能力受损的成年人，免其受到忽略、剥削或虐待，以及在有人投诉或指控那些根据在法令下所作出的授权书、预设健康指示或审裁处命令行事的人或声称有如此根据行事的人的行为时，展开调查。
- 第 175 条订明成年人监护人可作出任何为履行成年人监护人职能所需的事情或任何令该等职能便于履行的事情。

7.48 第 8 章第 2 部是为成年人监护人的调查权力订定条文。第 180 条订明成年人监护人可调查以下投诉或指控：

- (a) 行为能力受损的成年人正被或曾受忽略、剥削或虐待；或
- (b) 行为能力受损的成年人在代作决定方面的安排不恰当或不足够。

7.49 第 8 章第 3 部是为成年人监护人的保护权力订定条文。第 197 条订明如成年人监护人认为有合理理据，怀疑某名行为能力受损的成年人由于受忽略（包括自我忽略）、剥削或虐待而有受到伤害的即时风险，成年人监护人可向审裁处申请手令以进入某地并移走该名成年人。

7.50 法令的第 9 章为公众推广人的设置、职能及权力订定条文。第 209 条有列明公众推广人的职能，它们包括促进和保障行为能力受损的成年人的权利，促进对该等成年人的保护，使其免受忽略、剥削或虐待，以及鼓励推展各种计划，以协助该等成年人达到切实可行的最大程度自主权。

7.51 法令的第 11 章第 2 部列明法令与法院现有司法管辖权之间的关系。第 239 条订明法令并不影响最高法院、区域法院或裁判法院的法院规则中关于在法律上无行为能力的人的诉讼监护人的规定。第 240 条订明最高法院的固有司法管辖权（包括称为“政府监护权”的司法管辖权）不受法令的影响。第 241 条订明最高法院如认为恰当，可将属于审裁处司法管辖权范围以内的法律程序移交审裁处，而审裁处如认为恰当，也可将属于最高法院司法管辖权范围以内的法律程序移交最高法院。是项移交可由最高法院或审裁处自行作出或应法律程序的活跃一方的申请而作出。

7.52 第 247 条为保障“告密者”而订明条文。就某人违反《2000 年监护及管理法令》或《1998 年授权书法令》的行为向官员透露资料的人，是不会因此而在民事或刑事上或在行政程序之下负上法律责任。在不会对该广泛保障造成限制的情况下，该条又订明在诽谤的法律程序中，资料透露者可用绝对特权作为发布所透露的资料的免责辩护。

《2000 年精神健康法令》

7.53 这项法令废除了《1974 年精神健康法令》，目的是为精神病患者的自愿接受评估和治疗订定条文，并同时保障精神病患者的权利。⁷⁷ 这项法令完全取代了《1974 年精神健康法令》。

7.54 有关法例是“为无能力同意接受或无理地反对接受治疗的人提供精神病治疗而有必要订立”，⁷⁸ 但当中并无任何条文阻止某人以自愿病人的身分入院。⁷⁹

7.55 法令第 8 条订下在施行有关精神病患者的法令时所要遵守的一般原则，它们包括：

- 人人得享相同基本人权的权利，必须获认同并予以考虑；
- 个人应获鼓励参与作出影响自己生命的决定，特别是关于治疗方面的决定；
- 在作出关于某人的决定时，须考虑该人的意见及其家人或护理者所受的影响；
- 须假定个人是有行为能力作出关于自身评估和治疗的决定；
- 须扶助个人发挥在身体、社交、心理和情感各方面的最大潜能、得享优质生活及达致自力更生；
- 必须考虑个人的年龄相关需要、性别相关需要、在宗教、文化、语言、沟通等方面的需要，以及其他特别需要；以及

⁷⁷ 《2000 年精神健康法令》第 4 条。

⁷⁸ 见《2000 年精神健康法令草案》的摘要说明，第 4 页。

⁷⁹ 《2000 年精神健康法令》第 6 条订明“本法令并不阻止精神病患者以非自愿病人以外的身分，由认可的精神健康服务机构收为住院病人或于该处接受评估或治疗。”

- 根据法令而提供的治疗，必须在合乎促进并维持精神病患者的精神健康和福祉的情况下才可向精神病患者施行。

7.56 “精神病”在该法令中的定义是“一种疾病，其特征是在临床上的思想、情绪、认知或记忆方面受到严重困扰”，⁸⁰ 但第 12(2)条订明此定义有例外的情况：

“不得单纯因以下一种或多种情况而认为某人是患有精神病——

- (a) 该人持有或拒绝持有某种宗教、文化、哲学或政治信仰或看法；
- (b) 该人是某个种族群体的成员；
- (c) 该人具有某种经济或社会地位；
- (d) 该人具有某种性偏好或性取向；
- (e) 该人有性滥交；
- (f) 该人有不道德或猥亵行为；
- (g) 该人吸毒或饮酒；
- (h) 该人心智失能；
- (i) 该人有反社会行为或不法行为；
- (j) 该人曾经或现正涉及家庭纠纷；
- (k) 该人以前曾接受精神病治疗或曾接受非自愿性评估或治疗。

(3) 第(2)款〔即第 12(2)条〕的规定，不会令该款所述的人不罹患精神病。”

加拿大：艾伯塔

法律改革建议

7.57 艾伯塔法律改革学会（Alberta Law Reform Institute）曾研究关于个人健康护理的预设指示及代作决定的法律。学会于 1991 年 11 月发表一份“讨论报告书”，⁸¹ 并于 1993 年联同健康法律学会（Health Law Institute）发表最后报告书。该报告书把艾伯塔省的法律撮录如下：

“1. 如果一名成年人（非自愿精神病人（involuntary psychiatric patient）除外）是精神上无能力就接受医治给予

⁸⁰ 《2000 年精神健康法令》第 12 条。

⁸¹ 第 11 号讨论报告书，*Advance Directives and Substitute Decision-Making in Personal Health Care*。

同意，根据《无独立能力成年人法令》（*Dependent Adults Act*）所委任的监护人，便是唯一具有法律权力可代该名成年人给予同意的人。

2. 若符合以下情况，便可完全不经任何人同意而向精神上无能力作决定的人施行治疗：(a)治疗是有即时必要以维持该人的生命或健康，或(b)该人没有监护人，但有两名医生发出证明书，⁸² 述明该人需要接受治疗但却没有能力给予同意。

3. 若法例未有作出规定，一般的假定是预设健康护理指示（通常称为‘生前预嘱’）并无法律效力，但安大略近期的案例法⁸³ 令此假定产生重大疑问。在艾伯塔的法律之下的情况现今仍未明朗。

4. 根据艾伯塔现有的法律，委任受权人并授予他权力以便在主事人精神上无行为能力之时代其作出健康护理决定，很可能属于无效。”⁸⁴

7.58 报告书批评现有法律未能教人满意，主要是基于两大原因：⁸⁵

“第一，现有法律使医护专业人员处于十分为难的境况。法律一方面规定在施行治疗前须先取得病人同意，但另一方面却没有订立切实可行的机制，令他们能在病人精神上无能力同意的情况下取得其同意。这样很可能会令病人不能及时得到妥善治疗。关于一些重要的问题，例如生前预嘱及其他预设健康护理指示的法律效力，医护专业人员所面对的是一片不明朗，这一点是不能接受的。

现有法律的另一不足之处，便是没有为个人提供一个机制，令个人可就自己日后无行为能力时的健康护理决定作出计划。”

⁸² 依据《无独立能力成年人法令》第 29 条。

⁸³ 所举案例为 *Malette v Shulman* (1990) 72 O.R. (2d) 417 (C.A.)。

⁸⁴ 艾伯塔法律改革学会，第 64 号报告书（这是艾伯塔法律改革学会连同健康法律学会发表的报告书），*Advance Directives and Substitute Decision-Making in Personal Healthcare*（1993 年），第 4 页。

⁸⁵ 艾伯塔法律改革学会，第 64 号报告书（这是艾伯塔法律改革学会连同健康法律学会发表的报告书），*Advance Directives and Substitute Decision-Making in Personal Healthcare*（1993 年），第 4-5 页。

7.59 加拿大法律改革机构联合会（Federation of Law Reform Agencies of Canada）曾编制一份关于法律改革活动的摘要，把艾伯塔法律改革学会所发表的报告书中作出的批评和改革建议撮录如下：⁸⁶

“报告书建议订立法例，就健康护理指示给予法律效力。一项指示是可以委任代理人，在指示作出者没有行为能力的时候代他作出健康护理决定，也可以指明他本人不希望由谁人出任健康护理代表（healthcare proxy），最后还可以作出特别指示，说明在某些指明的情况之下该怎么办。

第2项主要建议是为未有委任健康护理代理人（healthcare agent）的病人设立一个代作决定的后备机制，方法是编定一份作决定的代表（proxy decision-maker）的法定名单，而各名代表的先后次序大致上是按他与病人的亲疏关系来决定。

健康护理代理人也好，健康护理代表也好，在决定甚么健康护理决定才是正确之时都是分三个阶段行事。代理人或代表首先会按病人所作出的明确相关指示行事，如无该等指示便要找出病人若有行为能力的话相信会作出的决定。假如这个做法也不成，代理人或代表最后只好代为作出最符合病人利益的决定。

这个建议设立的机制，目的是订立预设医疗指示，给予健康护理代决人清楚而明确的指示，令问题得以解决而无须提起会做成拖延的诉讼。为了鼓励大家使用预设医疗指示，订立这类文件的手续是比较简单直接的，只是规定必须慎重考虑有关指示，而文件则必须加以签署并且要有人见证。”

《1996 年个人指示法令》

7.60 在1996年，一条《个人指示法令》（Personal Directives Act）经咨询公众后制定。这项法例的主要原则，从艾伯塔立法议会的议员Carol Haley于动议二读法令草案时所作发表的演辞内容可见一斑：⁸⁷

⁸⁶ Canadian Law Reform 1992/93，第64号报告书，见以下网页：<<http://www.bcli.org/pages/links/fohra/clr92-93.htm>> (07/12/2001)。

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

“此项法例的主要原则，便是范围广阔，以致所有非财务上的个人事宜——例如健康管理、居住地点、社交、娱乐及教育活动的参与，以及法律事务——均可纳入个人指示范围之内。我们希望能确保作出个人指示是简单之事，无须律师参与其事。我们〔有〕在此项法例中规定作出个人指示必须绝对自愿。我们明确地订有禁令，规定个人指示中不得包含任何不合法的指示。代理人在为某人作出决定时，必须遵从个人指示中与决定相关的明确指示。如果是没有指示的话，代理人便必须试图作出该人基于本身意愿、信念及价值观本会作出的决定。如果无从得知该人的意愿、信念及价值观，则代理人必须作出看来是符合该人的最佳利益的决定。最后的一点是〔此项法例确认〕法庭具有最终权力，可解决关于个人指示或代理人所作决定是否有效力的争议，……

根据建议制定的法令草案，任何年龄最少是 18 岁并明白个人指示的性质和后果的艾伯塔人均可作出个人指示。个人指示若要有效，必须以书面作出，注明日期，并由个人及一名见证人签署。个人指示可载有任何关于个人事宜的资料或指示，包括委任一名或多于一名的代理人、指明代理人的权力、给予关于特别决定的指示、指名某人负责评估个人的行为能力以便个人指示得以生效，或简略说明代理人应如何作出决定。

个人指示只在个人欠缺行为能力作出关于个人事宜的决定之时才会生效。该指示会在下述两种情况下生效：指示中所指名的人经征询医生或心理学家的意见后裁定有关个人是欠缺行为能力之时；若指示并无指名任何人，则在两名服务提供者（其中一名必须是医生或心理学家）裁定该人是欠缺行为能力之时生效。法庭会具有最终权力，可解决与个人指示的效力有关的问题、个人或代理人的行为能力，或代理人所作的特别决定等事宜的争议。……

〔个人指示〕的范围会涵盖所有非财务性质的个人事宜，不会仅限于健康管理决定。……由选自最近亲名单中的亲属代作决定此一观念会被弃用，而可在个人指示中作出的指示，其范围则会扩大，容许个人指明由某人来评估其行为能力，以便个人指示得以生效。”

7.61 “服务提供者”在法令中的定义是经营或受雇为某人提供个人服务的人或从事提供专业个人服务的人，而提供该项服务是需要该人在被提供服务之前先作出个人决定的。⁸⁸ 至于“个人服务”，是指就个人事宜而提供的服务。⁸⁹

7.62 法令第 28(3)条订有保障条文：

“如作出个人指示的人已作出以下事情，而代理人或服务提供者（视属何情况而定）是不知情的，则不得因代理人或服务提供者依据该项个人指示且基于真诚所作出之事或忽略作出之事而对代理人或服务提供者提出诉讼：

(a) 改变或撤销个人指示；或

(b) 撤销授予代理人的权力。”⁹⁰

加拿大：马尼托巴

7.63 马尼托巴法律改革委员会（Law Reform Commission of Manitoba）也有处理这方面的问题，并于 1991 年⁹¹ 以及 2003 年⁹² 发表报告书，而在 1991 年发表的报告书令《1992 年健康护理指示法令》（Health Care Directives Act 1992）得以制定。

《健康护理指示法令》

7.64 此项法例的主要原则如下：

- 如果一名成年人日后无行为能力或无法把自己的意愿告知别人，个人健康护理指示或生前预嘱可就医疗或其他治疗的性质和程度向家人和医生作出指示。
- 该名成年人可限定医治的范围，并委任某人代其作出有关决定。

⁸⁸ 见《1996 年个人指示法令》第 1(n)条。

⁸⁹ 《1996 年个人指示法令》第 1(m)条。

⁹⁰ 承蒙艾伯塔女皇印务局（Alberta Queen’s Printer）允许转载。

⁹¹ *Self-Determination in Health Care (Living Wills and Health Care Proxies)*, (第 74 号报告书, 1991 年)。

⁹² 马尼托巴法律改革委员会, *Withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*, (第 109 号报告书, 2003 年)。

- 此项法例提供了一些法律上的保证，令生前预嘱受到家人和医疗专业的尊重。

7.65 在严重的情况中，例如需用上心肺复苏法此极端的方法，又或者个人的生命是长时间倚赖维持生命仪器来维持，健康护理指示便大有机会发挥最高影响力。不过，若健康护理指示包括指明成年人意欲在罹患痛苦而又致命的疾病时接受安乐死，该项指示便不会获得遵从，因为这样做会违反法律。⁹³

7.66 年满 16 岁或以上的人，均具有行为能力根据法令作出健康决定。⁹⁴

7.67 第 5 条订明“健康护理指示可表明作出者的健康护理决定是甚么，或可委任代表⁹⁵ 代为作出健康护理决定，又或两者兼备。”

7.68 健康护理指示在形式上的规定如下：⁹⁶

- 指示必须以书面作出，并注明日期；以及
- 指示必须由作出者签署，或由另一人按作出者的指示并在其面前签署。在后者的情况中，负责签署的人不可以是指示中所委任的代表或代表的配偶，指示作出者亦须在见证人面前对签署加以确认，而见证人也不得由指示中所委任的代表或代表的配偶出任，并须在作出者面前以见证人的身分签署指示。

7.69 值得注意的是第 9(2)条订明，如婚姻已因离婚而告终结，以配偶作为代表的委任会自动撤销。

7.70 与其他司法管辖区的法例条文相类的便是代表必须按照某些原则行事，特别是如果代表得知健康指示作出者在具有行为能力之时曾表明有关的意愿，并且相信指示作出者若具有行为能力的话便仍会按该等意愿来行事，而假使该等意愿又比健康指示中所表示的决定较近期，则必须遵从该等意愿。⁹⁷

⁹³ 马尼托巴法律改革委员会，*Adult Protection and Elder Abuse*，（第 103 号报告书，1999 年），第 22 页。

⁹⁴ “健康护理决定”的定义是同意接受治疗、拒绝同意接受治疗或撤回对接受治疗的同意。

⁹⁵ “代表”指在指示中获委任以代指示作出者作出健康护理决定的人。

⁹⁶ 《健康护理指示法令》第 8 条。

⁹⁷ 《健康护理指示法令》第 13(3)条。

7.71 代表所具有的同意权力，在范围上也是有限制。举例来说，代表不得对以下各者表示同意：绝育、从健康指示作出者的身上切除组织或是为进行研究这个主要目的而施行的医治。⁹⁸

7.72 法令亦订有条文，保障代表在出于真诚而行事之时免负法律责任，⁹⁹ 并且假定健康指示是有效的。¹⁰⁰

7.73 法令第 25 条明文保存了普通法之下的各项现有权利。

马尼托巴法律改革委员会就不提供或撤回维持生命治疗而发表的报告书

7.74 马尼托巴法律改革委员会继 2002 年发出一份关于不提供或撤回维持生命治疗的讨论文件后，于 2003 年 12 月发表了有关报告书。

¹⁰¹ 该报告书的摘要将报告书内所研究的问题撮录如下：

“它探讨了一系列关于在人们临终时作出医疗决定的问题，包括现代科技将生命延长至超越其自然极限的能力、提供不具疗效而且可能造成额外伤害的维持生命治疗是否适当、病人与医生及其他持有相关利益的人之间的对立权益、作出不提供或撤去维持生命治疗这项决定的最终权力授予谁人，以及应在作出决定的过程中作为指引的原则和程序。”¹⁰²

7.75 报告书概述应引导在病人临终时作出医疗决定的政策和程序，并为施行这些政策和程序作出建议。马尼托巴法律改革委员会认为某些基本原则和政策应在管控不提供或撤去维持生命治疗的规则或架构中获得反映。以下所列是其中一些原则和程序：

- 对于不提供或撤去维持生命治疗，所有健康护理机构必须有统一的处理方法和程序。
- 为了让人们大致上明白如何作出有关决定，作出决定的过程必须清楚和坦白，而且不仅须明确地告知病人及其家属，亦须明确地向公众交代。

⁹⁸ 《健康护理指示法令》第 14 条。

⁹⁹ 《健康护理指示法令》第 19 条。

¹⁰⁰ 《健康护理指示法令》第 23 条。

¹⁰¹ 马尼托巴法律改革委员会，第 109 号报告书。

¹⁰² 马尼托巴法律改革委员会，*Report on withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*，第 106 页。

- 必须将重点放在作出决定的过程之上，而非拟定看似是主宰有关决定的具体规则之上。这个过程在设计上必须便利医生与病人或其作决定的替代人达成协议。
- 如果医生与病人或其作决定的替代人未能就采取甚么行动是为适当达成协议，病人必须获给予机会向一名并非其医护小组成员的医生寻求独立的第二意见及 / 或要求转由另一名愿意接手的医生负责其护理。
- 委员会不赞成病人有权无限期接受维持生命治疗。自主地作出决定及个人掌控临终时的所有医疗决定，起初看来十分吸引，但接受维持生命治疗的权利若没有任何限制，可能会导致人们提出无限期施行不适当的治疗这种不合理的要求。
- 当为达致共识而设计的程序已经无法推行亦无转圜余地时，寻求法院裁决的最后一步行动仍然可供选择。

7.76 马尼托巴法律改革委员会并不建议报告书中概述的原则应透过立法落实。该报告书的摘要将委员会对于落实上述原则的看法撮录如下：

“委员会不赞成透过立法落实这些原则。委员会宁可见到这些原则载于马尼托巴的内外科医学院（College of Physicians and Surgeons）的声明或附例中。……我们也建议在马尼托巴的其他健康护理机构、会社及有提供健康护理的团体，在内外科医学院的政策书一经修订后即予采纳，以反映我们的忠告。我们恳请这些健康护理提供者将这份政策书用作它们本身的规章和程序的样板。

我们预见一个浑然一体和互相配合的处理方法，可以在作出决定这方面达致最大的共识而毋须把提供不适当的医疗护理的束缚强加于医生身上。这个处理方法再加上为病人临终时作出医疗决定的过程进行广泛的公众教育以及认知活动，将会对马尼托巴的居民大有帮助。”

103

¹⁰³ 马尼托巴法律改革委员会，*Report on withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*，第 108 页。

英格兰与威尔斯

现有法律

7.77 在英格兰，规管关乎精神上无行为能力的法规是《1983 年精神健康法令》（Mental Health Act 1983）（下称“法令”）。法令的条文大致上与《1997 年精神健康（修订）条例》未制定前的《精神健康条例》（第 136 章）（下称“条例”）的条文相类。

7.78 法令的第 I 部订明该部适用于“精神紊乱”的病人。法令中的“精神紊乱”一词定义与条例中所用者相类。《精神健康（修订）条例》把“弱智”人士也纳入该词定义之中，令到条例的适用范围更加广阔。

7.79 法令的第 II 部就强迫入院的民事程序及就精神紊乱病人的监护事宜订定条文。在监护申请中被指名为监护人的人，可以是本地社会服务机构或任何其他人。¹⁰⁴

7.80 有关地方的当地社会服务机构，如经国务大臣许可，即可就受到监护的精神紊乱病人作出安排。

7.81 在国务大臣所订立的规则规限下，监护申请赋予监护人以下权力：¹⁰⁵

- “(a) 规定病人须居住在该机构或被指名为监护人的人所指明的地方的权力；
- (b) 规定病人为接受医治、职业、教育或训练的目的而于如此指明的时间到如此指明的地方的权力；
- (c) 规定给予任何注册医生、认可社会工作者或其他人在病人所居住的任何地方接触该病人的权力。”

7.82 第 25A 至 25J 条为病人离开医院后的善后服务监管订定条文。

7.83 第 III 部所处理的是涉及刑事法律程序或正被判刑的病人。若法庭认为一名犯人皇室法庭或裁判法院裁定犯了一项可处以监禁的罪行，而该人是患有精神紊乱，并且按其情况可对他作出入院令

¹⁰⁴ 见《1983 年精神健康法令》第 7(5)条。

¹⁰⁵ 见《1983 年精神健康法令》第 8 条。

或临时入院令，则法庭可应两名注册医生所作出的书面或口头证供作出上述命令。¹⁰⁶ 除此之外，法庭亦可对该人作出监护令。在后者的情况中，该人会由当地社会服务机构或另一名获该机构认可的人监护。¹⁰⁷

7.84 第 IV 部对关于医治精神病所给予的同意作出规管。

7.85 第 V 部透过设立精神健康复核审裁处而提供复核机制。审裁处是处理有关精神紊乱病人的申请和案件转介事宜。申请可就下述事项提出：入院接受评估、入院接受治疗、监护申请，由监护转移入院以及出院等。¹⁰⁸

7.86 第 VI 部所处理的是在联合王国境内移走及送还病人。

7.87 第 VII 部（已被《2005 年精神行为能力法令》废除）是处理精神紊乱病人的财产管理和事务。法令第 VII 部所赋予法官的职能可由司法大臣、最高法院所指定的法官、司法大臣所指定的保护法庭（Court of Protection）聆案官（“指定法官”）及保护法庭的其他人员（“指定人员”）行使。¹⁰⁹ 法官在管理病人的事务时，必须顾及债权人的利益，也要考虑是否适宜为病人的债务预留款项。¹¹⁰

现有法律的不足之处

7.88 英格兰法律委员会（English Law Commission）（下称“法律委员会”）于 1995 年发表《精神上无行为能力报告书》（Report on Mental Incapacity），对此范畴法律的主要相关问题有精辟的说明。法律委员会称该报告书是“试图为一条单一问题提供一套合乎逻辑的新答案。这条问题简单来说便是‘谁来决定？’”¹¹¹

有关问题

7.89 虽然有很多根据《1983 年精神健康法令》而被羁留于医院的病人可能是欠缺作决定的行为能力，最少就某些事宜来说情况是暂时如此，但安排他们入院的医生和社会工作者均没有关注这个行为能力的问题。1983 年法令所提出的问题反而是“可有必要为病人的健

¹⁰⁶ 见《1983 年精神健康法令》第 37 及 38 条。

¹⁰⁷ 见《1983 年精神健康法令》第 37 条。

¹⁰⁸ 见《1983 年精神健康法令》第 66 条。

¹⁰⁹ 见《1983 年精神健康法令》第 94 条，该条文已被《2005 年精神行为能力法令》废除。

¹¹⁰ 见《1983 年精神健康法令》第 95 条，该条文已被《2005 年精神行为能力法令》废除。

¹¹¹ 法律委员会，*Report on Mental Incapacity* (1995)，法律委员会第 231 号报告书，第 2.1 段。

康或安全或为保障他人而规定病人须接受治疗。”¹¹² 正如第 6 章指出，在 *B 诉 Croydon District Health Authority* 一案中，法庭裁定病人确是有行为能力可拒绝接受提供给她的治疗，而案中病人也正是拒绝接受治疗，但法庭却裁定凭借联合王国的《1983 年精神健康法令》第 3 条，可合法地对病人进行该项治疗，因为病人患有第 3 条所指的精神紊乱，而该项治疗是“为了”此症而进行的。¹¹³ 关乎精神上无行为能力和代作决定的法律，所针对的法律问题与社会目的，必须与精神紊乱病人的羁留及治疗方面的法律所针对者大大不同。¹¹⁴

7.90 1983 年法令所列明的“监护”计划，可应用于非住院的精神紊乱者，并且有处理到精神紊乱的治疗以外的事宜，但各项涉及精神行为能力的问题与这些条文关系不大。监护安排使社会工作者（或家人）可就病人的个人福利决定、健康护理决定及财务决定取得所需权力，但对于大部分的精神上无能力的人并不适用。¹¹⁵

7.91 在社区中接受“受监管的照顾”此一原则，是因应有需要对某些人所作出的决定加以控制而设，绝对有别于为人们在无能力自行作出法律上有效决定时所作出的应变安排。监护安排也好，在监管下离院也好，都没有处理有需要代作决定这个问题。

保护法庭

7.92 保护法庭是隶属最高法院的一个办事处，其司法管辖权是以“财产和事务”问题为限。法律委员会曾指出保护法庭的司法管辖权是以属财务或商务性质的决定为限，并以行为能力是一种非有即无的状态这个假定为前题。但法令并未有条文订明，可因有关的人只具有局部行为能力或行为能力时高时低而对其事务作出限定范围或限定时间的局部干预。

7.93 总的来说，保护法庭的司法管辖权是既过于局限亦过于宽松；过于局限是指它只能处理财务和商务的问题，而过于宽松则是指它并不提供局部干预和有限制的干预。

持久授权书

7.94 《1985 年持久授权书法令》（下称“1985 年法令”，该法令已被《2005 年精神行为能力法令》废除）容许具有行为能力的人

¹¹² 《1983 年精神健康法令》第 3(2)(c)条。

¹¹³ *B v Croydon District Health Authority*, (1994) BMLR 13.

¹¹⁴ 见法律委员会第 231 号报告书，第 2.2 段。

¹¹⁵ 见法律委员会第 231 号报告书，第 2.3 段。

委任“受权人”来管理其财务，而委任在作出者丧失精神上的行为能力之后仍然有效。这个机制如同保护法庭的司法管辖权一样，都是以财产和商务事宜为限，对于那些希望就健康护理事宜或例如在何处居住等事宜作出有效的长期安排的人，并没有提供解决方法。

个人福利决定和健康护理决定

7.95 现时并无法定机制令别人可代不能自作决定的人作出非财务性的决定，或令当局可委任具有持续权力的作决定的替代人。保护法庭具有司法管辖权为无行为能力的人作出所有涉及其财务利益的必要安排，包括委任一名“接管人”代为处理病人事宜。相对之下，英格兰与威尔斯现时可用于保障“个人福祉”的监护形式只有一种，就是 1983 年法令所订明的监护安排。法律委员会在其报告书中表示，《精神健康法令》（Mental Health Act）所载明的监护计划，主要目的不在于为无能力者提供作决定的代表，而是在于令精神病患者得以在社区安居。¹¹⁶

7.96 根据 1983 年法令委任的监护人现时具有权力“规定”病人须在以下两方面服从安排：在指定地方居住和到指定地方工作或接受医治、教育或训练。除此之外，监护人也具有权力“规定”让医生、社会工作者或其他指定人士可接触病人。《精神健康法令》监护安排之设，目的是容许其他人接替病人家属。为求与法例此部分条文背后的理念一致，病人不会被假定为无能力为自己作出任何此等决定；假定反而是若由病人独自作决定，所作出的决定便会不符合病人本身的“福利”，或与保护他人方面有抵触。¹¹⁷

可作宣布的司法管辖权

7.97 高等法院既具有固有司法管辖权亦具有法定司法管辖权，可就一项法令合法与否作出宣布。在 *Re F* 一案¹¹⁸ 中，上议院裁定由于英格兰法律欠缺为无能力作决定的病人代作医疗决定的替代人或代表的委任程序，故此应行使作出宣布的司法管辖权以填补漏洞。¹¹⁹

7.98 高等法院所作出的宣布，并非裁定甚么对病人最好，而只是裁定某种做法是否合法。此外，宣布不会赋权予申请人或任何其他人在将来作出决定。虽然宣布不能改变任何事情，但法庭已表达意见，

¹¹⁶ 见法律委员会第 231 号报告书，第 2.18 段。

¹¹⁷ 见法律委员会第 231 号报告书，第 2.22 段。

¹¹⁸ [1990] 2 AC 1.

¹¹⁹ 见法律委员会第 231 号报告书，第 2.24 段。

示明某些重大的程序，均应时刻转交法庭以便预先作出宣布。不过，法庭也有在某些案件中试图限制可使用宣布的权力，间中亦曾告知申请人并无需要作出宣布。作出宣布的司法管辖权显然用处不大，仅在于提供一个必要的暂时解决方法，好让当局能有时间定出一劳永逸的措施。

保护权力

7.99 现时已有法定条文赋予公职人员各种权力，以采取保护措施来协助易受伤害的人。不过，法律委员会没有信心这些权力能在保护原则与自主原则两者之间取得适度平衡。¹²⁰ 其中两项权力可见于1983年法令：进入并检查精神紊乱的人所居住的处所的权力，以及申请手令以进入处所并将病人移至安全地方的权力。这当中并无需要显示有关人士是欠缺行为能力或甚至是精神紊乱，所以可引用上述权力来处理那些因行使本身自由意愿而选择生活于别人认为是“不卫生”境况之中或选择接受一些别人认为不够“妥善”的护理的人。法律委员会提出应该引入一套既现代化而又能够接受的新紧急保护权力。如果知道有看似需要保护的人其实是欠缺作决定的行为能力，这些权力在有需要之时便可以行使，作为引用新的作决定司法管辖权的序曲。¹²¹

强调需要变的因素

7.100 法律委员会认为，现有法律的缺点已因近年所发生的多项社会变化而显得更加严重。第一，与多个其他已发展国家一样，联合王国的人口亦正在老化。长者在人口中所占的比例越大，即表示为长者提供作出健康护理决定、个人护理决定及财务决定的方法的需求也越大。

7.101 个人权利越来越受重视，亦显露出联合王国现有法例的缺点。联合国在1971年作出的《智力迟钝者权利宣言》（Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons）¹²²，为精神上无能力（特别是患有精神病）的人的处理方法提供了准则，之后所出现的民权争论，亦促使多项法例上的改变。《1990年国民健康服务及社区护理法令》（National Health Service and Community Care Act 1990）和政府就这项法令所发出的政策

¹²⁰ 见法律委员会第231号报告书，第2.28段。

¹²¹ 见法律委员会第231号报告书，第2.24-2.26段。

¹²² 联合国于1975年又作出了《无能力人士权利宣言》，而联合国大会则于1991年通过《保护精神病患者和改善精神保健的原则》（1991年12月17日第46/119号决议）。

指引，均清楚表明负责安排社区护理服务的人必须征询服务使用者或受患者的意见。¹²³

7.102 另一项推动改革的因素是大家对长者受到虐待和忽略一事日表关注。法律委员会的报告书指出“虐老”一词在社会政策议程上已甚为常见。

7.103 也许在此值得一提的是法律委员会在其 1995 年报告书中所提出的看法：

“法律状况未能教人满意，而社会环境现已令到进行改革成为当前急务。我们的首份咨询文件约于四年前发表，回应者当时已察觉到鉴于社区护理政策、人口变化、医学进步及权利议程的日益受到重视，进行改革的需要将会越来越迫切。过去三年期间所发生的变化，特别是因案例法所启发而意识到有需要增设代作决定的司法管辖权，大家对‘生前预嘱’更感兴趣，以及对老人和无能力者受到虐待更表关注，均加强了这方面的工作须合理化和进行改革的理据。”¹²⁴

法律委员会的改革建议

7.104 在 1991 年至 1995 年期间，法律委员会就精神上无行为能力的成年人各方面的相关法律发表了一系列咨询文件，合共有四份之多，¹²⁵ 并于 1995 年 2 月发表了一份关于精神上无行为能力的最后报告书。¹²⁶ 法律委员会的这份报告书建议制定一项单一法例，并建议废除《1985 年持久授权书法令》(Enduring Powers of Attorney Act 1985)以及《1983 年精神健康法令》第 VII 部（关于病人财产及事务的管理）。附录于这份报告书的《精神上无行为能力法令草案》(Mental Incapacity Bill) 草拟本，旨在设定法律机制，于有需要代年满 16 岁或以上而又欠缺行为能力的人作出任何决定（不论决定属于个人、医疗抑或财务性质）之时有计可施。法律委员会所提出的法令草案草拟本的重点条文如下：

¹²³ 《1990 年法令》第 46(2)条。Community Care in the Next Decade and Beyond, Policy Guidance (1990), 第 2.7-2.10 段。

¹²⁴ 见法律委员会第 231 号报告书，第 2.45 段。

¹²⁵ 这四份咨询文件分别是：Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview（第 119 号）（“首份咨询文件”）；Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: A New Jurisdiction（第 128 号）（“第二份咨询文件”）；Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: Medical Treatment and Research（第 129 号）（“第三份咨询文件”）；以及 Mentally Incapacitated and Other Vulnerable Adults: Public Law Protection（第 130 号）（“第四份咨询文件”）。

¹²⁶ 法律委员会第 231 号报告书。

- 界定何谓欠缺行为能力
- 为欠缺行为能力的人的代作决定事宜订立单一准则
- 就适用于未经正式程序或司法干预而采取的行动的有关法律作出澄清
- 对涉及主事人丧失行为能力但仍然有效的授权书的法律作出扩阔和改善
- 订明须由法庭或由法庭所委任的代决人作出有关决定。

7.105 这项法例的条文旨在一般而言适用于年满16岁及以上的人。

两大基本概念：欠缺行为能力与最佳利益

7.106 法律委员会建议应假定人并非欠缺行为能力，而任何关于某人是否欠缺行为能力的问题，均应以相对可能性的衡量来决定答案。

7.107 新法例中的“精神上无能力”一词，应该是指精神上或脑部的失常或无能力（不论永久抑或暂时），而后果是精神功能受损或被打乱。

7.108 法律委员会建议某人如在关键时间属以下情况，则应被界定为无行为能力：

- (a) 因精神上无能力而无法就有关问题作出决定；或
- (b) 由于失去知觉或任何其他原因而无法将有关该问题的决定告知别人。

7.109 某人的精神上无能力状况如果出现下述情况，应被视作因精神上无能力而无法作出决定：在有需要作出某项决定时却无法理解或记住与该项决定有关的资料，包括与作出或没有作出某种决定的合理可预见后果有关的资料。

7.110 若某人作出“一般审慎人士所不会作出”的决定，这并不表示该人应单为这原因被视为精神上无能力而无法作出决定。

7.111 法律委员会建议：为没有行为能力的人所做的任何事情或所作出的任何决定，均应是符合其最佳利益而做或作出。在决定甚么才是符合某人的最佳利益时，应顾及该人可断定的过去和现在意愿及感受，以及该人要是有能力的话便会考虑的各种因素。

一般授权准许合理地行事

7.112 法律委员会建议，如某人本身是或可合理地相信是对有关事宜欠缺行为能力，若有另一人为此人的个人福利或健康护理而有所行动，而行动在任何情况之下均属合理，则该另一人应合法地有权就此做任何事情。

7.113 如为欠缺行为能力的人的个人福利或健康护理采取合理行动涉及花费，采取行动者应可合法地(1)为上述目的而以该人的名义借贷或(2)以该人所持有的金钱来支付有关费用。

7.114 在受权人或管理人按其权限行事的情况下，一般授权不得授权作出任何违反受权人或管理人的指示的事情，亦不得授权作出任何与受权人或管理人所作的决定有矛盾的事情。不过，此限制不适用于为防止有关的人死亡或为防止其情况严重变坏而有必要采取的行动，而当时是正有人向法庭要求作出命令。

医疗程序及研究程序的独立监管

7.115 “一般授权”不得授权进行某些列明的治疗或程序。法律委员会建议该等治疗或程序须获法庭授权或须经受权人或管理人同意。

7.116 法律委员会建议成立一个名为“精神上无行为能力研究委员会”(Mental Incapacity Research Committee)的法定委员会。精神上无行为能力研究委员会如信纳所建议进行的研究是可取的，能提供关于令人失去行为能力的疾病成因或治疗的知识，或者能提供关于受该疾病影响者的护理的知识，而该项研究的参与者是受到或可能会受到该疾病影响，并且信纳该项研究若不获那些没有(或可能没有)行为能力给予同意的人参与便不能有效达到研究目的，便会批准进行该项研究。

7.117 就没有行为能力的人而进行的非治疗性研究，除必须经精神上无行为能力研究委员会批准外，还要符合以下其中一项条件：

- (1) 经法庭批准，
- (2) 经受权人或管理人同意，
- (3) 有一名与研究无关的医生发出证明书，证明该人参与研究是适当的；或
- (4) 研究已被指明为不涉及直接接触。

持续授权书

7.118 法律委员会建议引入一种称为“持续授权书”(continuing power of attorney)的新授权书形式。持续授权书的获授权人应有权力代授权人作出并执行其没有行为能力作出的决定。

7.119 持续授权书的范围可涵盖一些与授权人的个人福利,健康护理、财产及事务有关的事宜(包括进行法律程序在内),并可受限于各种条件或限制。

7.120 根据持续授权书行事的受权人,行事时应符合授权人的最佳利益,并应已考虑各种法律上的因素。除非授权人是没有行为能力对某项治疗给予同意或是拒绝给予个人同意,又或者受权人相信授权人的情况是如此,否则受权人不得对该项治疗予以同意或拒绝同意。

7.121 除非已获明文授权可如此行事,否则受权人不得对授权人透过预先拒绝治疗所拒绝接受的治疗予以同意,亦不得对任何维持生命所必需的治疗拒绝同意。

7.122 法例应订明条文,表明法例中任何条文均不得阻止持续授权书的授权人在有行为能力撤销持续授权书之时,可随时如此行事。

7.123 除非持续授权书有表明相反意向,否则法庭应有权力委任另一名获授权人,以取代持续授权书中所述的获授权人或作为附加的获授权人,亦应有权力变更或扩大获授权人的行事权力。如授权人没有行事的行為能力,而法庭又认为代其行事是可取的,则法庭可如此行事。

7.124 法律委员会建议,一俟引入新的持续授权书,即不可能再订立持久授权书。

由法庭代作决定

7.125 法庭应有权力就以下两者作出声明:(1)某人的行为能力;以及(2)某项预先拒绝治疗的有效或适用与否。

7.126 法庭可:

- (1) 为一名欠缺行为能力作出某项决定的人代作决定;或
- (2) 委任某一人负责为一名欠缺行为能力作出决定的人代作决定。

有关决定的涵盖范围可扩及任何与有关的人的个人福利、健康护理，财产或事务有关的事宜，包括进行法律程序在内。

7.127 法庭就健康护理事宜所具有的权力，应涵盖(1)批准或拒绝批准某些形式的健康护理，(2)委任管理人以同意或拒绝同意施行某些形式的健康护理，以及(3)规定容许另一人接手负责有关的人的个人健康护理。

7.128 对于不提供基本护理的做法或透过预先拒绝治疗而拒绝的治疗，法庭不得加以批准，管理人亦不得予以同意。

7.129 法庭如基于两名医生就没有行为能力的人的病况所作出的证供，经考虑该人的“最佳利益”后信纳该人是适宜入院的，法庭应有权力命令该人入院以就其精神紊乱接受评估或治疗。

为处境危险的易受伤害的人所提供的公法保障

7.130 法律委员会把“易受伤害的人”界定为属以下情况的 16 岁以上人士：(1)由于精神上无能力或因年老或病患或因其他方面的无能力而需要或可能需要社区护理服务，以及(2)无能力或可能无能力照顾自己，或无能力保护自己免受重大伤害或严重剥削。

7.131 “伤害”一词应界定为指恶劣待遇（包括性虐待及身体以外的各种恶劣待遇）、对身体或精神健康的损害或可以避免的身体或精神健康情况恶化，以及对身体、智力、情绪、社交或行为发展的损害。

法院

7.132 法律委员会建议设立一个崭新的名为“保护法庭”的高级纪录法院，而与此同时，最高法院辖下称为保护法庭的办事处则应予以取消。

7.133 裁判法院和单一名称太平绅士应具有司法管辖权，处理根据法令草案草拟本第 II 部提出的申请，而该等申请应当作为“家事法律程序”处理。

7.134 在向保护法庭提出申请之前应先要取得许可。法庭在批准许可时应考虑：

(1) 申请人与有关的人之间的关系；

(2) 申请的理由；

(3) 所建议作出的命令对有关的人的好处；

(4) 这个好处能否以任何其他方法取得。

7.135 如下述人士向法庭提出申请，则无须取得许可：

(1) 没有或被指称为没有行为能力的人，又或如果此人的年龄是在 18 岁以下，则为对该人肩负父母责任的人；

(2) 持续授权书的获授权人，而该持续授权书是由没有行为能力的人或由法庭委任的管理人所授予的；

(3) 法庭现有命令所提及的人。

7.136 在有关的人是否就某项事宜没有行为能力一事有待决定期间，保护法庭应有权力就该项事宜作出命令或发出指示。

7.137 如有关的人既不在法庭亦无人代表该人，除非法庭认为无此需要，否则法庭应就该人的意愿索取报告。

关于健康护理的预先陈述

7.138 法律委员会认为须予考虑的基本问题是有关的人所曾表达的意愿的性质和法律效力。法律委员会表示：

“我们对此论题的处理方法，是强调预先表达的意愿和偏好所具有的法律效力，与预先决定本身是截然不同的两回事。如果病人确有作出预先决定，则须进一步区分赞成某项（或所有）治疗的决定的法律效力与反对该项治疗的决定的法律效力，作此区别是很重要的。”¹²⁷

法律委员会就健康护理预先陈述所作出的建议

7.139 法律委员会的各项建议撮录如下：¹²⁸

➤ 预先拒绝治疗应界定为年龄在 18 岁或以上且具有必要的行为能力的人就任何医疗、外科或牙科治疗或其他程序所作出的拒绝，而该项拒绝是计划在該人日后没有行为能力给予同意或拒绝同意之时具有效力的。

¹²⁷ 法律委员会第 231 号报告书第 5.1 段。

¹²⁸ 法律委员会第 231 号报告书第 5.1-5.38 段。

- 如按某一个案的情况来说，有关的人所作出的预先拒绝是适用于某项治疗或程序，则一般授权不得授权施行该项治疗或程序。
- 如无迹象显示相反的情况，便须假定预先拒绝治疗不适用于以下情况：作出这项拒绝的人的护理者认为这项拒绝会危害(a)该人的生命或(b)(如该人是怀孕妇人)胎儿的生命。
- 如某人有合理理由相信预先拒绝治疗适用，该人不会因不提供任何治疗或程序的后果而引致法律责任；又除非某人知道或有合理理由相信某项预先拒绝治疗适用，否则该人不会因施行该项治疗或程序而引致法律责任。
- 预先拒绝若是以书面作出，并已予签署和有人见证，如果没有迹象显示相反的情况，便须假定是有效地作出。
- 作出预先拒绝治疗的人，如果有行为能力的话，可以随时撤回或修改预先拒绝。
- 预先拒绝治疗不得排除“基本护理”的提供，而“基本护理”是指保持身体清洁和消除剧痛的护理，以及直接口腔营养及流体喂养的提供。
- 在等待法庭就预先拒绝的有效或适用与否或就预先拒绝是否已被撤回或已作修改作出决定期间，预先拒绝不应排除他人采取为防止作出者死亡或病况严重恶化而有必要采取的行动。
- 因意图欺骗而隐瞒或毁灭书面的预先拒绝治疗应列为罪行，最高判刑是入狱两年。

联合王国政府对法律委员会建议的回应

7.140 1997年12月，司法大臣办公厅发表一份以“谁来决定？”（“*Who Decides?*”）为题的咨询文件（下称“《1997年咨询文件》”），目的是就保障精神上无行为能力的成年人及其照顾者的可行架构征求意见，“并就提供一个有组织的法律架构，以管理精神上无行为能力的成年人的福利和事务”征求意见。¹²⁹

¹²⁹ 《1997年咨询文件》第1.1段。

7.141 《1997 年咨询文件》述明：

“政府多个范畴之中均有意接纳法律委员会各项建议背后的原则。这些范畴涵盖了报告书就以下事宜所作出的建议：无行为能力的定义、赋予保护法庭更广泛的权力让保护法庭能就某人在同一司法管辖区内的健康护理、个人福利及财务事宜作出决定、以及为该人的护理而订立的授权书。”¹³⁰

7.142 《1997 年咨询文件》续称：

“就这些范畴进行的咨询，目的是确保法律委员所作出的各项详细建议会被认为是适当和合乎实际的。政府多项问题之上均希望能确保设有足够保障措施，以求不但能保障病人，同时亦能保障负责护理病人的人。”¹³¹

7.143 司法大臣办公厅又指出，法律委员会的最后报告书内容多个范畴“引起了特别涉及道德和伦理的敏感问题”，而政府明白公众对这些问题有强烈的个人意见。¹³² 这些范畴包括关于健康护理和非治疗性研究的预先陈述，例如终止维持生命治疗和能造福他人的研究程序。

7.144 在进行咨询之后，司法大臣办公厅于 1999 年 10 月以报告书的形式，在政策指引中胪列政府所得的结论。虽然政府已决定推动咨询文件中所提出的多项问题（须视乎国会能否拨备时间），但报告书表示：

“政府基于公众对咨询所作出的回应，已决定现时不应推动（《1997 年咨询文件》）中所提出的多项问题。这些问题是：

- 关于健康护理的预先陈述
- 对医疗和研究程序的独立监管
- 对有风险人士的公法保障。”¹³³

¹³⁰ 《1997 年咨询文件》第 1.4 段。

¹³¹ 《1997 年咨询文件》第 1.5 段。

¹³² 《1997 年咨询文件》第 1.6 段。

¹³³ (Cm 4465), 1999 年 10 月，引言第 12 段。

7.145 宪法事务部（Department for Constitutional Affairs）成立于 2003 年 6 月，负责接管原司法大臣办公厅的事务。宪法事务部在发表《精神上无行为能力法令草案》新草拟本时，引述了前司法大臣于 1997 年 12 月 10 日向上议院所作出的宣布：

“有关法律既混乱且零碎。大家是特别期望大部分护理者都能代无行为能力的成年人作出决定，但对于该等决定的法律权力大家却无清楚认识。人人都会有朋友或亲属在生命上受到有关法律的现况所影响。”¹³⁴

7.146 宪法事务部又道出该署所关注的其他问题：

“现有法律未有对护理者和专业人员尽力提供协助。……专业人员每天都会接触到欠缺行为能力的成年人，有需要知道如何办理作出决定的程序。我们希望能改善所有此等人士的生涯，并且为所有可能欠缺行为能力的人引入一个全面的作出决定的架构。《精神上无行为能力法令草案》旨在提供一个清楚简单而又不拘形式的制度，以确保人们得享最大程度的自主权。在无法为自己作决定之时，人们可以另选他人代作决定。至于决定应如何作出，一切会有明确规则，以确保易受伤害的人不会听任他人凌虐。”¹³⁵

7.147 据宪法事务部解释，《精神上无行为能力法令草案》草拟本以 1999 年的政策指引为基础。法令草案草拟本的主要原则列明如下：

“欠缺行为能力只就每一项须予作出的决定而论

法令草案为行为能力设定单一定义，规定行为能力须按每一项有需要作出的决定来评估。这即是说个人不会被标签为‘无能力行事’，而只是在某项决定有需要作出时被视为就该项决定欠缺行为能力。……

起点永远是该人具有行为能力。法令草案有述明，在视该人为欠缺行为能力作出某项决定之前，必须采取‘所有切实可行步骤’协助该人作出该项决定。

¹³⁴ <<http://www.lcd.gov.uk/menincap/intro.htm>>（2003 年 8 月 6 日）。

¹³⁵ 宪法事务部于 2003 年 6 月发出的《精神上无行为能力法令草案概览》（Overview of the Mental Incapacity Bill），见以下网页：<<http://www.lcd.gov.uk/menincap/overview.htm>>第 2 页，（2003 年 8 月 6 日）。

最佳利益

…… 法令草案载有一份代决人在研究甚么才符合有关的人的最佳利益时所必须考虑的各项因素核对清单。这份核对清单提供一个共同标准，有利害关系的各方均应按此标准进行讨论，就如何代欠缺行为能力的人作决定而达成协议。

最佳利益核对清单规定代决人须考虑例如有关的人日后是否有可能恢复行为能力和是否需要尽量让有关的人参与作出决定之类的事项；代决人也必须考虑有关的人过去和目前的意愿，以及与欠缺行为能力者有关的其他人的意见。

代作决定不拘形式

目前来说，法律订明可以根据普通法的必要原则代欠缺行为能力的成年人作出行动和决定，但这一点不是特别令人明瞭。…… 法令草案会以设定一般授权的方式来澄清此点。如果采用行动是合理而行动又符合欠缺行为能力的人的最佳利益的话，一般授权会令为他所采取的行动变得合法，而这方面并不需要正式权力。…… 凡涉及财务事宜，如果采取行动是合理而行动又符合有关的人的最佳利益的话，一般授权便会令采取行动变得合法。……

正式代作决定权力

…… 法令草案列出多项可取得或获授正式代作决定权力的途径。现时已有各种途径可代他人作出财务方面的决定，这些权力是此等途径的延伸，容许就福利（包括健康护理在内）此等事宜作出决定。

永久授权书

法令草案建议设立新的永久授权书（Lasting Powers of Attorney）制度，容许人们委任受权人在自己日后失去行为能力之时代为行事。永久授权书将可适用于福利（包括健康护理在内）事宜兼财务事宜，故此永久授权书是现有的持久授权书制度的一种更宽松形式。……

由法庭委任的代办

法令草案又设立由法庭委任代办（court-appointed deputies）的制度，以代替并扩大保护法庭的现有接管制度。如同永久授权书一样，代办将可就福利（包括健康护理在内）事宜兼财务事宜作出决定。凡某人未有订立或从无能力订立永久授权书，法庭即可委任代办。……

法庭将须考虑有关的人是否有行为能力自作决定，并只会就该人欠缺行为能力处理的事宜委任代办。代办将须按照法庭命令行事；如该人在某些决定之上恢复行为能力，代办便会丧失作出该等决定的权力。必须考虑有关的人的最佳利益此一原则，对法庭委任代办和代办现正扮演的角色同样适用。

法庭的单一命令

……人们有时会对何谓最佳利益意见分歧，虽然大家已透过非正式途径寻求共识，但作为最后一着，争议仍须经法庭聆讯以作解决。

在这些情形下，当事人可以申请许可，诉诸法庭要求作出单一命令让有关的个别决定得以解决。要取得许可，当事人将需要证明由法庭作出的命令会使欠缺行为能力的人得益，且有关事宜如果不诉诸法庭即无法解决。

拒绝治疗的预先决定

……为了澄清拒绝治疗的预先决定所处的地位，法令草案现已把拒绝治疗的预先决定纳入关于作出决定的全面架构之内。有人会希望为自己日后丧失行为能力预作计划，也希望表明自己不愿意接受甚么治疗。现时有多种作出决定的机制可供他们选择，而拒绝治疗的预先决定便是其中一种。

法令草案试图把关于拒绝治疗的预先决定的现有普通法规则编纂为成文法则，但同时亦有加强为此等决定而附设的保障。法令草案订明有关的人在有行为能力之时必须作出预先决定；这个决定必须是未有撤回或未作改动，也必须被证明为在有需要作出之时是‘有效’的，而且‘适用’于有关的实际情况。预先决定若要有效，

有关的人在作出这个决定之后的行事方式，必须能清楚表明其意愿与这个决定所示明的意愿当其时并无矛盾之处。预先决定若要适用，在其适用之时必定不可出现有关的人如有先见之明便会作出不同的预先决定的情况。……

新保护法庭

现时的保护法庭有司法管辖权，处理有关代欠缺精神行为能力的成年人作出财务方面的决定的事宜。至于与欠缺行为能力的成年人有关的其他决定（大多数属于严重的健康护理个案），则是根据高等法院的固有司法管辖权处理。

法令草案草拟本建议合并并扩阔这两种现有的司法管辖权，并设立一个新的专责保护法庭。这个新法庭将具有权力处理涉及代欠缺行为能力的成年人作决定的各方面事宜。……新保护法庭会分设于各区，由中央的行政办公室和登记处提供支援。

这项新的司法管辖权将会负责澄清法令草案所涵盖的所有问题，这是一个可确立司法判例的高级纪录法院，具有权力把行事不当的受权人和代理免职。如有争议发生，例如有关各方之间对于甚么才符合欠缺行为能力的人的最佳利益意见分歧，不能以其他方法解决问题，新保护法庭也会是寻求最后解决方法的选择。

新公众监护人

新的法定架构会由具有多项职能的公众监护人支援。公众监护人会是永久授权书和代办的注册权力体，负责监管受权人和代办，并会提供意见以协助法庭作出决定。……

刑事罪行

法令草案建议订立一项新的刑事罪行：受权人或代办或有一名欠缺行为能力的人有护理责任的人，如虐待该名欠缺行为能力的人或故意对其疏忽，即属犯罪。……

隐瞒或毁灭拒绝治疗的预先决定文件，也是一项罪行。……”¹³⁶

《2005 年精神行为能力法令》

7.148 《2005 年精神行为能力法令》(Mental Capacity Act 2005)于 2005 年 4 月得到女王御准，并订立了关乎欠缺行为能力的人的新条文。该法令设立一个名为“保护法庭”的高级纪录法院，以取代最高法院中同样称为保护法庭的办公室。法令也为在 2000 年 1 月 13 日于海牙签订的《保护成年人国际公约》(Convention on the International Protection of Adults)订立有关条文。

7.149 这项由宪法事务部和卫生部拟备的《精神行为能力法令》的摘要说明列出了该法令的目的：

“该法令的目的是澄清在有需要代他人作出决定时关于法律上的一些不明朗之处，并改革和更新这方面的现行法律。该法令管限代成年人作决定之事，而情况既可以是有关成年人在生命的某一刻因例如痴呆症或脑部损伤等以致丧失精神行为能力，也可以是该人自出生以来一直患有令人失去行为能力的病症。法令涵盖的决定范围广泛，有关乎个人福利及财务事宜的，亦有关乎由受权人或法庭所委任的‘代办’代作决定之事，并且澄清在没有采取该等正式程序时的状况。法令引入新的规则以规管关于欠缺行为能力的人的研究，并为新设的精神行为能力独立代言人订立条文，让他们就某些决定代表并支援这些欠缺行为能力的人。法令亦订明在有必要时可向适当级别的法庭提出追索，而该法庭是有权代表欠缺行为能力的成年人处理所有关于个人福利（包括健康护理）与财务的决定。”¹³⁷

7.150 这项《精神行为能力法令》取代了《1983 年精神健康法令》第 7 部和整条《1985 年持久授权书法令》。

7.151 宪法事务部指出该法令建基于五项主要原则：

¹³⁶ 宪法事务部于 2003 年 6 月发出的《精神上无行为能力法令草案概览》(Overview of the Mental Incapacity Bill)，见以下网页：<<http://www.lcd.gov.uk/menincap/overview.htm>>，第 3-7 页（2003 年 8 月 6 日）。

¹³⁷ 《精神行为能力法令》的摘要说明，*Summary and Background*，第 4 段。

- “ ➤ 有行为能力推定——每一名成年人均有权自行作出决定，而且必须假定为有这样做的行为能力，除非证明事实并非如此；
- 个人须获得支援以自行作出决定的权利——在被任何人断定为不能自行作出决定之前他们须获提供一切适当的协助以作出决定；
- 个人必须保留作出一些可能被视为怪异或不智的决定的权利；
- 最佳利益——为了没有行为能力的人或代表他们而作出的任何事情必须符合他们的最佳利益；以及
- 构成最少限制的干预——为了没有行为能力的人或代表他们而作出的任何事情应对他们的基本权利及自由构成最少限制。”¹³⁸

7.152 至于评估某人的行为能力和符合其最佳利益之事方面，宪法事务部有以下解释：

- “ ➤ 评估是否欠缺行为能力——该法令列出一项明确的单一测试，以评估某人是否欠缺行为能力在某一时刻作出某一项决定。这是一项‘以指明决定为准’的测试。没有人可以因某一病状或诊断而被标签为‘没有行为能力’。法令第2条清楚订定不能单凭参考某人的年龄、外貌或其行为的任何状况或环节这些可导致他人对该人的行为能力作出无根据的假设而确定该人欠缺行为能力。
- 最佳利益——为了欠缺行为能力的人或代表该人而作出的任何事情必须符合该人的最佳利益。法令订立了一份列出各项考虑因素的清单，代决人必须逐项研究以决定甚么才是符合该人的最佳利益。人们如欲将其意愿和感受写下成为书面陈述，亦可以这样做；而代作决定的人是必须考虑这些意愿和感受。此外，护理者和家庭成员也享有获得咨询的权利。

¹³⁸ <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>>（2005年7月29日）。

- 关于护理和治疗的作为——法令第 5 条澄清这一点：若某人是为某一欠缺行为能力者提供护理或治疗，则该人可提供护理而不招致法律责任，其关键在于对有没有行为能力与是否符合最佳利益作出恰当的评估。这会涵盖一些在一般护理过程中必须对该人的身体或财产进行干预的行为，若没有第 5 条的规定，这些行为便会构成民事过失或刑事罪行，例如进行注射或以该人的金钱购买供其使用的物品。
- 限制 / 剥夺自由——法令第 6 条将‘限制自由’界定为当无行为能力的人反抗时使用或威胁使用武力，或不论该人有没有反抗而对其自由或走动作出任何限制。只有当施加限制的人合理地相信有需要这样做以免该无行为能力者受到伤害，而且所施加的限制相对于有关伤害的发生机会及严重性而言又是适切的，限制自由之举方可获批准。……”¹³⁹

7.153 法令处理指定代决人能够代表欠缺行为能力的人行事的两种情况：

- “ ➤ 永久授权书——法令容许人们委任受权人在自己日后失去行为能力之时代为行事。这与现行的持久授权书类似，但法令也容许人们让受权人作出关于健康及福利的决定。
- 由法庭委任的代办——法令设立由法庭委任代办的制度，以代替保护法庭的现有接管制度。代办可依据法庭的授权就福利、健康护理及财务事宜作出决定，但不可拒绝同意施行维持生命治疗。法庭只有在未能为解决各项有关问题而作出一次过的决定的情况下，才会委任代办。”¹⁴⁰

7.154 法令设立了两个新的公共机构以支援这个法定架构，而这两个机构都是围绕欠缺行为能力的人的需要来设计：

¹³⁹ <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005 年 7 月 29 日)。

¹⁴⁰ <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>> (2005 年 7 月 29 日)。

“新的保护法庭——新的保护法庭会对整条法令具有司法管辖权，亦会是关乎行为能力的事宜的最终仲裁者。它会有自己的处事程序，并由它自己提名的人出任法官。

新的公众监护人——公众监护人及其职员会是永久授权书和代办的注册权力体。他们会监管由法庭委任的代办，并会提供意见以协助法庭作出决定。他们也会与其他机构（例如警方及社会服务组织）携手合作，以回应人们对受权人或代办的处事手法所提出的任何关注。当局会委出一个公众监护人委员会，以监察及检讨公众监护人履行其职能的方法。公众监护人须呈交关于其职能的履行的年报。”¹⁴¹

7.155 另外还有三条主要条文保障易受伤害的人：

“精神行为能力独立代言人——精神行为能力独立代言人是为了支援欠缺行为能力且无人代其说话的人而委任的人。精神行为能力独立代言人在说出无行为能力的人的意愿、感受、信念及价值观的同时，亦要令代决人得悉与所作决定有关的一切考虑因素。精神行为能力独立代言人在有需要时可以代表无行为能力的人质疑代决人的决定。

拒绝接受治疗的预先决定——有明确保障条文的法定规则确认，人们可以预先决定自己日后失去行为能力之时拒绝接受治疗。法令清楚订明预先决定除非已符合严格的形式规定，即决定必须以书面作出，并已予签署和有人见证，否则会不适用于医生认为为了维持生命而必需施行的任何治疗。此外，该项决定必须明文表示‘即使会危及生命’依然有效。

刑事罪行——法令草案引入一项虐待欠缺行为能力的人或故意对其疏忽的新刑事罪行。被裁定干犯这项罪行的人的最高判刑是入狱五年。”¹⁴²

¹⁴¹ <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>>（2005年7月29日）。

¹⁴² <<http://www.dca.gov.uk/menincap/bill-summary.htm>>（2005年7月29日）。

苏格兰

苏格兰法律委员会报告书

7.156 苏格兰法律委员会（Scottish Law Commission）于 1995 年发表了《无能力行事成年人报告书》（*Report on Incapable Adults*）（下称“《1995 年报告书》”）。¹⁴³ 该委员会在此之前曾于 1991 年发表一份名为《精神上无能力的成年人：有关其福利和财务管理的法律安排》（*Mentally Disabled Adults: Legal Arrangements for Managing their Welfare and Finances*）的讨论文件。

7.157 《1995 年报告书》收载有关于导致此范畴法律进行改革的苏格兰社会现象的研究资料：¹⁴⁴

“苏格兰健康服务策划委员会（Scottish Health Service Planning Council）于 1988 年发表一份名为《苏格兰健康服务机构八十及九十年代服务优先次序检讨》（*Scottish Health Authorities Review of Priorities for the Eighties and Nineties*）的报告书。这份报告书把患痴呆症的长者的服务列为最优先，紧随其后的便是精神病人和弱智人士社区护理服务。……大家比以前较多察觉到精神上无能力的人的需要，部分原因是罹患痴呆症和相类精神病的长者数目越来越多。痴呆症的发病率是随着年龄而上升。有人曾作估计，在 65 至 69 岁的人口，患痴呆症者约占 3%，但在 80 岁或以上的人口却约占 20%。……在过去 15 年期间，80 岁或以上的人口数目有显著增加。……基于人口结构的趋势及医学昌明的原因，这数目预计在未来数年还会增加。……

另一因素便是社会态度和负责专业护理精神上无能力者的人态度有所改变。旧有政策是在有设防的院舍内提供护理，但近年已经弃用。新政策是提供适当的支援和护理，好让精神上无能力的人能尽量在社区中生活。……

大家也比以前较多察觉到精神上无能力的人的权利。新路向背后的理念是尽量对这些人的生活少加干预。这个理念与提供适当护理、保护和最大程度的援助好让个人

¹⁴³ 苏格兰法律委员会第 151 号报告书（1995 年）。

¹⁴⁴ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.2-1.4 段。

发挥十足潜质以善用本身所具能力的做法是互相配合的。……”

7.158 《1995 年报告书》把以前存在的法律撮录如下：¹⁴⁵

“苏格兰法律订有多种方法，让别人可以代无能力自作决定或自己行事的成年人作出决定或采取行动。在个人福利的范畴来说，1984 年法令（《1984 年（苏格兰）精神健康法令》（Mental Health (Scotland) Act 1984））所指的监护人，以及指定监护人（tutors-dative）和法定监护人（tutors-at-law），均可由法庭委任，而医生和其他医护专业人员则具有权力对无能力行事的病人施行符合其最佳利益的治疗。……

精神健康监护人

郡长（sheriff）可应某成年人居处的地方当局的精神健康人员（有时或会是该成年人的亲属）的申请，为该成年人委任一名《1984 年（苏格兰）精神健康法令》所指的监护人（“精神健康监护人（mental health guardian）”）。该项申请是由下述文件支持：两份医学报告，指明该成年人患有哪种精神病，并且述明该种精神病令病者有理由受到监护；精神健康人员所作出的建议，表明为保障该成年人的福利起见，监护安排是有必要……精神健康监护人的权力是法定的……〔包括〕规定该成年人须于指定地方居住的权力和规定该成年人须到场接受治疗或训练的权力，……

指定监护人和法定监护人

指定监护人是近日才重新兴起，目的在于提供一种更个人化的监护安排。指定监护人是由最高民事法院（Court of Session）经参考两份由医生所签发的无行为能力证明书后而委任的。根据近代的做法，指定监护人只获赋个人福利方面的权力。……法定监护人则就有关成年人的个人福利和财务事宜具有全面的权力。法定监护人只能由有关成年人的男性最近亲出任；除非能证明这名男性最近亲不宜出任此职，否则他凭借本身与有关成年人的

¹⁴⁵ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.7-1.12 段。

关系便有权获得委任。法定监护人可取代任何以前所曾委任的指定监护人或财产保佐人(*curator bonis*)。

医疗

因失去知觉或其他原因而暂时无能力给予同意的病人，可基于必要而获施予必需而又不能合理地延至病人行为能力恢复时才施予的治疗。1984 年法令也载有根据该法令向受羁留的病人提供紧急治疗的特别条文。……

财产保佐人

如某人精神不健全，且无能力管理本身事务或就本身事务的管理发出指示，则可为该人委任财产保佐人。申请委任财产保佐人的方式是向最高民事法院或郡长法庭（*sheriff court*）提出呈请。呈请通常由无能力行事成年人的一名或多名亲属提出，但任何有利害关系的人亦可提出呈请。如无人提出呈请而又有必要委任保佐人，则地方当局必须提出呈请；此外，精神健康福利委员会（*Mental Welfare Commission*）也可以提出呈请。呈请须由两份医生证明书支持，表明要求委任的理据成立。……

授权人

授权人是由另一人（即授权人）根据一份委托或代理合约委任，作用是处理授权人财产和财务的某方面或各方面事宜。……”

对以前存在的法律的批评

7.159 苏格兰法律委员会批评旧日存在的法律为“有多种弊病……需作改革。”委员会又补充说“也有一些较为笼统的批评，指现有法律割裂而古旧，在很多常见的情形下均未能提供足够的补救。”¹⁴⁶

7.160 苏格兰法律委员会指出旧日存在的法律的其他短处如下：¹⁴⁷

- 精神健康监护人的权力是由法规所订明，不能因应受监护的成年人的需要及能力而加强或改变。

¹⁴⁶ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.15 段。

¹⁴⁷ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.16-1.20 段。

- 由于指定监护人是一个近日才重新兴起的相当古旧职位，其权力和责任必须从多个世纪之前的古旧案件中撷集。现今社会已有不同的面貌、价值观及处事程序，这些案件的裁决的权威性还有多大并不明确。
- 法定监护人是另一种近日才重新兴起的监护安排，故此其职能也是不太明确。这个职位规定只能由男性最近亲出任，此点与现代的男女平等观念是有矛盾的。再者，在挑选合适者处理无能力行事成年人的个人福利和财务事宜之时，双方关系应只是多项考虑因素之一。
- 财产保佐人负责接手管理有关成年人的全部产业，其权力不是因应有关的成年人的需要和能力而订定。
- 授权人的主要弊病是不受监管。如果授权人变为无能力行事，便可能会没有具充分利害关系的人来监管授权人的行动以及在有需要之时质疑授权人的行动。

7.161 苏格兰法律委员会对旧日存在的法律的进一步批评如下：¹⁴⁸

“苏格兰现存的法律是割裂的。处理无行为能力成年人的方法，全部都单是涉及个人福利或单是涉及财产和财务事宜，就只有法定监护人属于例外。因此，保佐人在个人福利的范畴没有职能，而精神健康监护人则受法规所禁，对受监护的成年人的钱财不能沾手。现行做法是指定监护人只能处理个人福利事宜，而授权人则只是具有财务方面的职能。不过，大部分成年人的福利与财务均互相牵连，难以分拆，就一方面所作出的决定，很可能对另一方面有影响。……

现有方法大多欠缺弹性，又或者有所局限。有关法律不容许按有关成年人的需要而提供补救。……采取造成限制最少的行动或只作最低限度的必要干预此一个观念并未得到认同。

有关法律大部分是古旧的。……

笼统批评的最后一点，便是苏格兰法律对很多常见的情况未有作出处理，又或者在该等情况中未能提供足够补

¹⁴⁸ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.23-1.26 段。

救。在授予人变为无能力行事之时委任受权人代为作出个人福利决定，此举恰当与否并不清晰。……”

7.162 苏格兰法律委员会继续指出，关于向无能力行事成年人施行医治的权力，苏格兰的法律并不明确。关于病人在有能力行事时就自己希望在没有能力行事时所受治疗作出的预先陈述，苏格兰并无涉及此方面的典据；而在无能力给予同意的人身上进行医学研究合法与否，也是毫不清晰。¹⁴⁹

7.163 苏格兰法律委员会在其《1995 年报告书》中，就有关法律的以下多个环节作出建议：¹⁵⁰

- 郡长法庭就无能力行事的成年人所具有的一般司法管辖权，以及建议设立的公职人员和公营机构规管与监督架构。
- 可供成年人采取的措施，以确保自己日后变为无能力行事时个人福利和财务事宜会有人打理。
- 仅限于处理财务事宜的持续授权书。此项授权在无行为能力发生之前已可运作，并在无行为能力发生之后持续有效。委员会又建议引入福利授权书，而获委任者可称为“福利受权人”（welfare attorney）。除非授予人无能力就有关的福利事宜作出决定，又或者福利受权人合理地相信授权人无能力行事，否则福利受权人不应有权行使授权文件所载的福利权力。
- 各种让护理者无须向法庭申请而可协助无能力行事成年人的计划。
- 医生和其他医护人员应具有法定权力治疗无能力行事的成年人。就治疗作出的任何决定会受到某些一般原则所规限。
- 不过，某些治疗须事先得到法庭批准，或须由另一名独立专家提供第二意见。有关日后医疗的预先陈述也有被考

¹⁴⁹ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.26 段。

¹⁵⁰ 苏格兰法律委员会，《无能力行事成年人报告书》（苏格兰法律委员会第 151 号报告书，1995 年）第 1.31 段。

虑，并且有建议作出，主张为预先陈述建立巩固的法律基础。

- 引入严格管制在无能力行事的成年人身上进行医学研究的制度。
- 法庭会获赋权在个人福利和财务范畴作出各种命令，包括如无能力行事的成年人的情况是有必要长期委任监护人即可如此作出是项委任。
- 提议设立理财计划，把小量产业交由公众监护人管理，以减轻对小量产业的负担。

《2000 年无行为能力成年人（苏格兰）法令》

7.164 苏格兰行政院（Scottish Executive）后来采纳了苏格兰法律委员会所作出的大部分建议，并在一份题为“行之有方”（*Making the Right Moves*）的政策指引中发表其结论。¹⁵¹ 在此之后所制定的法令草案的名称是《无行为能力成年人（苏格兰）法令草案》（*Adults with Incapacity (Scotland) Bill*）（而不是苏格兰法律委员会在其《1995 年报告书》中所采用的《无能力行事成年人（苏格兰）法令草案》（*Incapable Adults (Scotland) Bill*）），以“反映无行为能力有程度上的分别，不是一个非有即无的概念”。¹⁵² 《2000 年无行为能力成年人（苏格兰）法令》于 2000 年 3 月 29 日获苏格兰议会通过，并于 2000 年 5 月 9 日得到女皇御准。法令于 2001 年 4 月至 2002 年 4 月期间分阶段实施，目的是订定条文，为由于精神紊乱或无能力沟通而欠缺法律行为能力以自作决定的成年人代作决定。有关决定可以是关乎该成年人的财产或财务事宜或个人福利，包括医疗在内。¹⁵³

7.165 根据苏格兰行政院于公布“行之有方”这份政策指引时所发出的摘要，¹⁵⁴ 新法例旨在向无行为能力的成年人提供援助，他们包括：

¹⁵¹ 苏格兰行政院，“*Making the Right Moves*”，<<http://www.scotland.gov.uk/rightmoves/docs/mrmm-02.htm>>（2003 年 7 月 18 日）。

¹⁵² 《无行为能力成年人（苏格兰）法令草案》政策摘要，第 10 段。

¹⁵³ 无行为能力成年人：《2000 年无行为能力成年人（苏格兰）法令》摘要说明第 3 段，见以下网页：<<http://www.scotland-legislation.hms0.gov.uk/legislation/scotland/en/2000en04.htm>>（2003 年 8 月 1 日）。

¹⁵⁴ 苏格兰行政院，“*Making the Right Moves: Rights and protection for adults with incapacity*”，摘要，见以下网页：<<http://www.scotland.gov.uk/rightmoves/docs/mrms-00.htm>>（2003 年 7 月 18 日）。

- 向来都是无行为能力为自身事务作出决定的人，例如有学习障碍的人；
- 因意外或疾病而暂时或永久丧失行为能力的人，例如阿氏痴呆症病人，患有某些精神上或身体上的疾病的人、头部受伤的人或中风者；以及
- 无法把决定告知别人的人。

7.166 法令共分为 7 部：

- 第 1 部界定无行为能力的涵义，并列明根据法例介入一名成年人的事务时所适用的一般原则。第 1 部划定各个将会根据法例行事的权力体（即郡长、精神健康福利委员会及地方当局）所扮演的角色，在法院服务之内新设公众监护人一职，此外亦订有实务守则，为根据法例行事者提供进一步的指引。
- 第 2 部澄清具有财务和福利权力并会在权力授予人丧失行为能力时行事的受权人的地位，并就该等受权人的注册、监管及督导订定条文。
- 第 3 部建立新法定机制，令代无行为能力成年人所持有的钱财可被取用，而该机制设有适当的保障措施。
- 第 4 部订有条文，让医院和护理院的管理人在适当保障措施的规限下，管理无行为能力的病人或入住者的财务。
- 第 5 部赋予医生及根据医生指示行事的人法定权力，向无行为能力的成年人施以治疗，并在某些情况下进行研究。
- 第 6 部建立关乎福利与财务事宜介入令及监护安排的新制度。
- 第 7 部载有各项其他杂项条文。

7.167 一般原则是根据新法律为无行为能力的成年人所作的任何事均须：

- 令该名成年人得益；
- 考虑该名成年人的意愿，也要考虑其最近亲、主要护理者及监护人或受权人（如有委任的话）的意愿；以及

- 对该名成年人的自由造成最少限制，但又要达到所希望达到的目的；

而任何获授权或委任介入该名成年人的事务的人，均须鼓励该名成年人若然可能便要善用其现有技能和取得新技能。¹⁵⁵

7.168 法令列明多项须予遵从的原则，而不是列明甚么才符合有关成年人的最佳利益的一般准则。

7.169 摘要则述明有关建议（现已成为法令的条文）实际上表示：

- “ (a) 个人在有能力完全明白自己正在做甚么之时，将可透过订立授权书来为自己计划未来。受权人也可在授权书订立人无行为能力自作决定之时，代为处理其已有指明的一切福利、医疗或财务事宜。此外亦有一系列的保障措施来保障授权书订立人。¹⁵⁶
- (b) 无行为能力成年人的 *钱财持有者*（包括银行和建屋合作社）在某成年人丧失运作户口的行为能力时，可在法律上获授权自其户口发放钱财，以便该笔款项能用于支付该名成年人的日常开支。如联名户口的其中一名持有人丧失行为能力运作户口，各有关机构亦可准许另一名持有人继续运作该户口。¹⁵⁷
- (c) *医院和护理院的管理人*会获准代欠缺行为能力理财的病人和院友管理其钱财，但只限于在没有其他适当选择且所涉金额不大的情况下才能这样做，而且会受到严谨的监管。¹⁵⁸
- (d) *医生和其他医护人员*会有一般权力，医治无能力给予同意的成年病人，并进行与该项治疗有关的研究。病人的亲属须获咨询，另外也有一些保障措施。某些治疗不会在医生的一般医治权力范围之内，故此另需第二医疗意见赞同或另获法庭准许。¹⁵⁹
- (e) *郡长法庭*应亲属或其他有利害关系各方的申请，将可作出只适用一次的命令，处理无行为能力成年人

¹⁵⁵ 见《2000年无行为能力成年人（苏格兰）法令》第1条。

¹⁵⁶ 同上，第16条。

¹⁵⁷ 同上，第32条。

¹⁵⁸ 见《2000年无行为能力成年人（苏格兰）法令》第39及41条。

¹⁵⁹ 同上，第50条。

所面对的具体决定，例如出售房屋或签署重要文件。法庭又可委任长期监护人，处理福利、医疗及财务事宜三者的任何组合。新一类的监护人会取代财产保佐人、指定监护人、法定监护人及根据《精神健康法令》委任的监护人，而他们全部现时获得委任是为了代无行为能力的成年人作决定。若有出错，法庭将可干预监护人和受权人如何使用其权力。¹⁶⁰

- (f) **公众监护人**会是法院体制之内的新设职位，其职能包括备存关于受权人、介入令及监护人的公开登记册，以及监管具有财务权力的人。¹⁶¹
- (g) **本地机构**会负责监管具有福利权力的受权人和监护人。¹⁶²
- (h) 本地机构和卫生委员会（health boards）的**登记和查核小组**会授权老人院和护理院的管理人在别无选择的情况下，打理属于无法自行理财的院友的钱财。登记和查核小组会查核有关账目。
- (i) **精神健康福利委员会**会负责监管具有福利权力的受权人和监护人，并在看似有问题时进行调查。”¹⁶³

7.170 苏格兰行政院在法令中并无推动预设医疗指示这个问题，其解释如下：¹⁶⁴

“我们已小心考虑过苏格兰委员会、《无能力行事成年人法令草案》推广联盟（Alliance for the Promotion of the Incapable Adults Bill）及其他人士和团体所提出的多项其他建议。这些建议包括有订立法例，以赋予预先陈述（“生前预嘱”）明确法律效力，并为可能处于持续植物人状况的病人不获提供或被撤去治疗一事订定条文。虽然这些建议得到某些利益团体的衷心支持，我们却不认为这些建议也为大众所支持。试图在这方面订立法例是不足

¹⁶⁰ 同上，第 53 条。

¹⁶¹ 同上，第 6 及 7 条。

¹⁶² 同上，第 10 条。

¹⁶³ 同上，第 9 条。

¹⁶⁴ 苏格兰行政院，“行之有方”政策指引，第 6.14 段。见以下网页：<<http://www.scotland.gov.uk/rightmoves/docs/mrmm-07.htm>>（2003 年 7 月 18 日）。

以处理所有可能会出现的情况，而且可能会在个别情况中导致无意造成的不良后果。”

新加坡

《精神紊乱及治疗法令》（第 178 章）

7.171 在新加坡，与“精神紊乱”及治疗有关的法规是《精神紊乱及治疗法令》（Mental Disorders and Treatment Act）（第 178 章）。此法令规管在精神紊乱个案中的法律程序，并为精神不健全的人在认可医院中的收容和羁留事宜订定条文。

7.172 “精神不健全”一词在法令中的定义是“任何透过适当法律程序被裁定为精神不健全并且无法照顾自己或打理本身事务的人”。

¹⁶⁵ “治疗”在法令中是包括“观察、住院治疗、门诊治疗及康复服务”。¹⁶⁶

7.173 法令共分为三部分。第 1 部规管进行有关精神紊乱的调查时所采用的法律程序。该部使高等法院以及高等法院法官能够应申请作出命令，指示进行调查以查明被指称为精神紊乱的人是否精神健全及有能力照顾自己和打理本身的事务。¹⁶⁷

7.174 法庭可为精神紊乱者委任人身及产业受托监管人（Committee of the person and estate），并在考虑该等产业所包含的财产的性质后，赋予主管该等产业的人权力以管理该等产业。¹⁶⁸

7.175 法令第 13 条订明，法庭可决定在任何与该等产业的管理有关的法律程序中，精神紊乱的人的亲属或最近亲中谁人应现身最高法院注册官席前。法庭亦可为筹措金钱以作以下任何一项用途而命令任何财产须予出售、以按揭形式予以押记或以其他方式处置：

- “(a) 清偿〔精神紊乱的人〕的债项，包括任何因其生活所需或在其他方面令其得益而引致的债项；
- (b) 解除其产业的产权负担；
- (c) 支付其未来生活费及其家人的生活费或为此拨备

¹⁶⁵ 《精神紊乱及治疗法令》第 2 条。

¹⁶⁶ 《精神紊乱及治疗法令》第 2 条。

¹⁶⁷ 《精神紊乱及治疗法令》第 3(1)条。

¹⁶⁸ 《精神紊乱及治疗法令》第 10 条。

款项，包括在有需要把其移往原籍国或其他地方时用于此途的费用，以及所有因此而引致的费用；

(d) 支付根据此法令进行的任何法律程序的讼费，以及因法庭命令或在法庭权力之下引致的讼费。”¹⁶⁹

7.176 法庭也获赋权在不委任产业受托监管人的情况下，命令为精神紊乱的人或其家人提供生活费。¹⁷⁰

7.177 如法庭认为精神紊乱的人精神不健全只属暂时性质，法庭可指示把其财产（或其中足够部分）用于暂时为其生活或其家人的生活提供款项。¹⁷¹

7.178 法令的第 II 部所处理的是精神不健全人士在可获治疗的精神病院的有关入院和羁留事宜。

《预先医疗指示法令》（第 4A 章）

7.179 卫生部于 1994 年 1 月成立全国医药道德委员会（下称“委员会”），协助医疗专业解决行医时所遇到的道德问题。委员会并无法定权力，只是作为一个国家机构而就现有的道德问题向新加坡卫生部和其他机构提供意见。委员会在成立的首两年期间（1994-1995）所研究的主要问题之一，便是预先医疗指示（Advance Medical Directives 在新加坡译作“预先医疗指示”）。

7.180 委员会曾对其他司法管辖区所采用的预先医疗指示或“生前预嘱”的情况进行检讨，并有研究为预先医疗指示进行立法的优点所在。在进行检讨之后，委员会于 1994 年 8 月发表一份立场书，建议在新加坡为预先指示进行立法。委员会有邀请公众及多个专业团体和宗教团体作出回应。

7.181 1995 年 5 月，委员会向卫生部长提交一份题为《预先医疗指示》（Advance Medical Directives）的报告书，书中胪列了委员会的研究结果和建议。报告书的建议包括以下各项：¹⁷²

“ (a) 预先医疗指示的定义和应用仅以医疗方面的指示为限。预先医疗指示是以病人自决原则为本，提供合法

¹⁶⁹ 《精神紊乱及治疗法令》第 15 条。

¹⁷⁰ 《精神紊乱及治疗法令》第 23 条。

¹⁷¹ 《精神紊乱及治疗法令》第 24 条。

¹⁷² 见以下网页：<http://www.gov.sg/moh/newmoh/pdf/pub/NMEC94_97.pdf>，第 4 页（2003 年 8 月 1 日）。

途径让病人即使在无能力作决定和病情到了末期时，仍可就自己所接受的医治继续行使自主权。

(b) 新加坡有需要就预先医疗指示立法，以便为预先医疗指示提供必要的实质和程序保障。此法例应是一项令人能据以行事的法例，亦即是说不应强迫或劝说不愿作出预先医疗指示的人作出预先医疗指示。

(c) 强调即使预先医疗指示已经生效，仍一定必须向病人提供适当的纾缓服务。委员会亦对预先医疗指示与安乐死两者加以区别。安乐死是错误的，绝对不为委员会所容。”

7.182 卫生部部长采纳了报告书中所作出的建议。《预先医疗指示法令》（*Advance Medical Directive Act*）于1996年5月制定，其各项条文则于1997年7月实施。

7.183 委员会的主席是周振兴医生。周医生曾出席以“联席科学会议——医学东西交流”（*Joint Scientific Meeting, Medicine: East Meets West*）为题的研讨会，¹⁷³并在会上发表文章撮要述明报告书的要点。周医生把《预先医疗指示法令》的原则和架构扼要说明如下：

“1) 范围

首先，法例的范围仅以医疗方面的指示为限：说得更明确一些，便是只限于对无复元希望而正濒临死亡的末期病人的不提供或撤去特殊维持生命治疗，藉此让病人可自然死亡。

‘末期疾病’的定义是‘一种因受伤或患病而造成的不治之症，病人并无合理希望可期复元；不管是否施用维持生命程序，按合理的医疗判断来说，此症会导致病人死亡，而应用维持生命程序亦只是推迟病人的死亡时间而已。’（选录自《南澳大利亚自然死亡法令》（*South Australia Natural Death Act*）及《加利福利亚州自然死亡法令》（*California Natural Death Act*）。）

¹⁷³ 研讨会于2000年10月15日在香港举行。

2) 预先医疗指示相对于安乐死

委员会也反对安乐死或人道结束生命。安乐死在新加坡仍然是一项刑事罪行。安乐死是医生的一项蓄意行为，表明目的在于结束病人的生命。相对来说，如果医生执行属于我们定义范围以内的病人预先医疗指示，医生便只是让病人自然死亡。基于此故，委员会认为预先医疗指示与安乐死之间是有明确分别的。

3) 有必要立法

为预先医疗指示立法，旨在令每个人都有机会决定不再久延残喘而选择有尊严地辞世，故此有关法例是一项令人能据以行事的法例。作出预先医疗指示必须是绝对自愿。强迫或胁迫某人作出该等指示必须依法受到惩罚。

4) 纾缓治疗

委员会又强调预先医疗指示不应令末期病人无法享有纾缓治疗。纾缓治疗必须继续下去，并会包括解除痛楚、痛苦及不适，以及合理地供给食物和水份。

5) 作出预先医疗指示的时间

预先医疗指示应在何时作出？预先医疗指示最好是在病人健康之时作出。医生（特别是家庭医生）应经常提出预先计划这个问题，并以敏锐易感之心来和病人深入讨论所会造成的各种影响。这些全都能收强化医生与病人之间关系之效。这也是为甚么作出预先医疗指示之时，重要的是两名见证人其中之一必须是一名医生（且最好是病人的家庭医生），而且最好能在预先医疗指示作出之前先征询病人直系家属的意见。

在新加坡，我们强调家庭乃社会根基的重要性，所以不应暗地里作出预先医疗指示而不让直系家属知道。病人的医生会是向病人家属解释预先指示并减轻其忧虑的最佳人选。

6) 法律

全国医药道德委员会于 1995 年 5 月向卫生部长提交其报告书和建议。报告书和建议均获采纳，《预先医疗指

示法令草案》随后即提交国会，由国会的专责委员会进行深入讨论，并于 1996 年 5 月 2 日通过成为《预先医疗指示法令》。

i) 任何年龄在 21 岁或以上并属精神健全的人均可作出预先医疗指示。

ii) 预先医疗指示是在医院、私家诊疗所及分科诊疗所免费提供的订明表格之上作出。表格必须在两名见证人面前签署，而两名见证人其中之一必须是一名医生。两名见证人均不得在作出预先医疗指示的人死亡时坐收渔人之利或得到好处。表格然后会交回预先医疗指示注册处作为密件而予以备存。守密极之重要，我无论如何强调亦不为过。纪录册的取用受到严格监控，以确保预先医疗指示的存在，一定不会影响到病人在未获证实病情到了末期之前关乎其医治和治理方面的决定。如果有人规定必须作出预先医疗指示或不得作出此项指示是接受医疗服务或购买健康保险的条件，这就必然是一项罪行。

iii) 预先医疗指示可透过在一名见证人面前以书面、口头或任何其他能告知注册处的方式随时予以撤销。这是刻意令撤销易于办理，以便若有任何疑问，我们宁可选择延长生命，不管这选择是否基于错误的结论而作出。

iv) 预先医疗指示只在个案的主诊医生和两名其他专家均一致同意病人病情到了末期之下才会予以执行。如果未能一致同意，便会征询医药总监所委任的专家三人小组的意见。

这个小组的决定是最后决定。如果没有共识，预先医疗指示不得生效。预先医疗指示也有提供方法，让本乎良知而反对预先医疗指示的医生以及为这些医生工作的人员可提出反对的意见。该等人士将不得出任预先医疗指示作出时的见证人，也不得负责核证病人所患的是末期疾病。”¹⁷⁴

¹⁷⁴ 周振兴，“*The Singapore Advance Medical Directive*”, *Hong Kong College of Physicians Synapse*, 2000 年 12 月，见以下网页：<<http://www.hkcp.org/synapse.htm>>(19/12/2001)。

美国

预设医疗指示

7.184 匹兹堡大学法学院的 Alan Meisel 教授是一名法学博士，他在文章中有这样的说法：

“在二十年前，预设医疗指示一词还没有存在，生前预嘱一词亦非家喻户晓，而持久授权书则是用于规避管理财务事宜的监护法律程序。时至今日，每一个州均已透过法规或案例法或透过法规兼案例法确认预设医疗指示的有效性。除马萨诸塞、密歇根及纽约三州之外，各州均已通过生前预嘱法例，并已有制定关于健康护理持久授权书的法例。各州之中有近四分之三已有制定旨在澄清家人在充任作决定的代办人（surrogate decision maker）的时候所享有的地位的法规，而这些法规的数目增长之快是令人难以准确数算的（数目之多，就像生前预嘱法规和健康管理授权书法规在 1980 年代末期及 1990 年代初期时的情况一样）。”¹⁷⁵

7.185 美国退休人士协会（American Association of Retired Persons）、美国律师协会长者法律问题委员会（American Bar Association Commission on Legal Problems of the Elderly）及美国医学会（American Medical Association）曾共同发表一本名为《订立预设健康护理指示——缔造你的未来健康护理》（*Shape Your Health Care Future With Health Care Advance Directives*）的小册子，并在书中对美国法律之下的预设健康护理指示的性质解释如下：

“预设健康护理指示是一份文件，让你在自己万一无法自主之时作出与健康护理有关的指示。你可以给予你所指定的人（你的„代理人“（agent）或„代表“（proxy））权力代你作出健康方面的决定。你也可以就自己所想得到或不想得到的健康护理种类作出指示。

¹⁷⁵ Alan Meisel, “Legal Issues in Decision Making for Incompetent Patients – Advance Directives and Surrogate Decision Making”, 载于 Hans-Martin Sass, Robert M. Veatch, and Rihito Kimura 等人合编的 *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care - United States, Germany, and Japan* 一书（约翰斯·霍普金斯大学出版社，1998 年），第 34 页。

在一份传统的生前预嘱中，你会述明自己一旦病情到了末期时在维持生命的医治方面会有甚么愿望；¹⁷⁶ 而在一份健康护理授权书中，你会委任另一人在自己一旦无法自行作出医疗决定时代作决定。”¹⁷⁷

7.186 这本共同发表的小册子，在“如果我没有作出预设指示将会怎样”的标题下，为“代办人”（surrogates）一词提供了以下的解释：

“如果你没有作出预设指示，并且无法作出健康护理决定，某些州的法律便把作出决定的权力交予预定的代决人或‘代办人’。此类代办人通常是按亲疏关系排序的家属，可以代为作出部分或全部健康护理决定。某些州则授权一名‘亲密朋友’代作决定，但通常只会在联络不上家属时才会这样做。”¹⁷⁸

7.187 美国规管预设医疗指示的法律，主要是由规管生前预嘱和健康护理持久授权书的法例组成，故此 Alan D. Lieberman 对《1976 年加利福尼亚州自然死亡法令》（California Natural Death Act of 1976）（把加利福尼亚州关于生前预嘱的法律编纂为成文法则的便是此法令）有以下的批评：

“因恐怕会有不当行为发生，立法者被迫在时机尚未成熟之时便把有关生前预嘱的法律编纂为成文法规，令司法制度没有时间去划定适用的限界。加利福尼亚州是于 1976 年通过第一条让健康护理提供者能在执行生前预嘱时享有豁免权的法规。过早把重点放在法定的生前预嘱之上是教人遗憾之事，因为普通法更加适合界定个人的权利，但又可能会受到大批选民的反对。

即使在今天来说，普通法仍然最有机会可以发展出一些有医学重要性的生前预嘱声明，但领会这一点的人并不多。在那四十多个已有制定生前预嘱法规的司法管辖区中，大部分医生和律师以及公众，都相信这些用字偏狭的法规是载有个人可拒绝接受医疗护理的所有权利，但

¹⁷⁶ 身兼医学博士及法学博士的 Alan D. Lieberman 曾发表评论，指“由于法定的生前预嘱现时只供濒临死亡（或永久昏迷）的病人之用，并无多大需要在这些治疗形式之间作出区分。但是，如果法定的生前预嘱的适用范围有所扩阔，把非末期的临床病况也包括在内，把各种治疗形式区分便会变得越来越重要。” *Advance Medical Directives* (Clark Boardman Callaghan, 1992)，第 72 页。

¹⁷⁷ 见以下网页：<<http://www.ama-assn.org/public/booklets/livgwill.htm>>，第 1 页（2003 年 8 月 1 日）。

¹⁷⁸ 见以下网页：<<http://www.ama-assn.org/public/booklets/livgwill.htm>>，第 5 页。

实情况却非如此。

由于原有的《（1976年）加利福尼亚州自然死亡法令》是在没有普通法先例的情况下匆匆草拟，其条文制造了很多问题。这些问题一直存在，要待到1991年修订之时才获解决。虽然法令有这些缺点，其他各州却仍然仿效，以致减慢了法定生存权利的立法进展。”¹⁷⁹

《统一末期病人权利法令》

7.188 关于生前预嘱法规的进展，Alan Lieberman在文章中这样说：

“在1970年代通过生前预嘱法规的其他各州中，阿肯色州（1977年）、堪萨斯州（1979年）、新墨西哥州（1977年）、北卡罗来纳州（1977年）、得克萨斯州（1977年）及华盛顿州（1979年）倾向于以加利福尼亚州马首是瞻。阿肯色州、新墨西哥州、北卡罗来纳州及得克萨斯州的有关法规之后已作出大幅修订。

在1980年代初期，生前预嘱法令也在亚拉巴马州（1981年）、亚利桑那州（1984年）、特拉华州（1983年），……密西西比州（1984年）获得通过，……但要待到1984年天主教会不再反对生前预嘱时才有大部分的州追随立法。在1985年至1987年期间，通过生前预嘱法令的州共有19个之多。

对这些法规有其他重要影响的便是于1985年制定的《统一末期病人权利法令》（Uniform Rights of the Terminally Ill Act）。”¹⁸⁰

7.189 《统一末期病人权利法令》于1985年获统一各州法律全国委员会会议（National Conference of Commissioners on Uniform State Laws）通过。

“各委员特别渴望能简化作出生前预嘱的程序，希望可以鼓励一些有兴趣就自己一旦病情到了末期时可参与作出医疗决定的人订立一份这样的文件。”¹⁸¹

7.190 《统一末期病人权利法令》于1989年有所修订，订立了委任作决定的代理人的条文，但Alan Lieberman的批评是：

¹⁷⁹ Alan D Lieberman, *Advance Medical Directives* (Clark Boardman Callaghan, 1992), 第43-44页。

¹⁸⁰ *Advance Medical Directives*, 第53页。

¹⁸¹ *Advance Medical Directives*, 第53-54页。

“法令未能识别代理人的责任、作出决定应以甚么为理据、代理人与其他受托人之间的关系，也未能识别代理人在诠释声明人的指示之上是扮演甚么角色。法令没有特别把〔健康护理持久授权书〕所通常包含的广泛权力转授他人。

各委员的官方‘意见’述明‘法令是特别预期……有部分人士可能会选择委任自己的医生代为作出这些决定。如果此类委任没有任何道德上的限制，第2条预期医生可以获委任者的身分行事’。”¹⁸²

7.191 在审视生前预嘱法规的条文时，Alan Lieberman 有以下的看法：

“大部分的州均规定病人须正式获核证为‘合格的病人’……关于如何方为合格，其中有些州是跟从《统一末期病人权利法令》的做法，规定病人须已拟备预设医疗指示，有些州则规定病人须同时亦获核证为无能力作出决定；但仍有一些州是把代作决定的潜在范围扩阔，方法是跟从加利福尼亚州的做法，并容许仅基于病人的临床状况属末期性质为理由来作出上述核证。”¹⁸³

7.192 Alan Lieberman 就“无能力作决定”的定义和“核证病人为无能力作决定”所发表的意见如下：

“有很多州是跟从加利福尼亚州和《统一末期病人权利法令》的做法，未有界定无能力作决定一词的涵义，任由医生酌情决定病人是否有能力作出医疗决定。……不过，核证病人为无能力作决定可能没有控制全局的作用。除非病人的无能力作决定是极度明显的，否则便假定病人有能力作出决定。成文法和普通法均有订明，即使是无能力作决定的病人，也可以要求继续接受根据预设医疗指示的条款本来已会被放弃的治疗。同样地，一名代办人所作出的指示，是不会优先于一名本有能力作出决定但后来在大部分的司法管辖区中却成为无能力作决定的病人以前所曾作出的指示。

最重要的是，如果医生相信病人有可能重新变得有能力作出决定，那么即使病人已被核证为无能力作决定，要

¹⁸² *Advance Medical Directives*, 第 57-58 页。

¹⁸³ *Advance Medical Directives*, 第 73 页。

求放弃令病人受苦的护理的指示，也不可能会被执行的。虽然指示写下之时，很可能是没有区分暂时的无行为能力与永久的无行为能力，但指示是假定只在无行为能力属不可逆转的情况下才适用。这个诠释已在普通法下获得支持。”¹⁸⁴

7.193 新泽西州和夏威夷州于 1991 年通过法例，扩阔了法定预设医疗指示的范围，把精神状态退化属不可逆转的人也涵盖在内。Alan Lieberman 对此的意见是：

“有近五百万美国人是患有不同程度的不可逆转痴呆症。在他们当中，有很多人如果有能力的话是会选择放弃接受护理的，而大部分的人都会落入新的法定涵盖范围之内。即使这些病人不希望接受治疗，但现有规定却是必须继续进行治疗。这在健康护理服务来说是一大难题，解决的唯一方法便是在每一个人尚未患上痴呆症之前便先行取得有关其意愿的书面纪录。”¹⁸⁵

7.194 他续称：

“最少有 27 个司法管辖区特别作出规定，令健康护理持久授权书具有效力，准许健康护理代理人指示不提供或撤去维持生命系统。其他司法管辖区有很多都作出规定，令权力得自标准持久授权书的代理人可以作出健康护理决定。这些文书是独立于生前预嘱以外的。……

相对而言，其他州容许指定一名代理人（‘指定代理人’（designated agent）），作为生前预嘱本身的部分内容。……有一些〔州〕准许指定一名候补指定代理人，但其他的却不准许。”¹⁸⁶

7.195 Alan Lieberman 提到一些赞成健康护理持久授权书的评论文章，并说：¹⁸⁷

“大部分论者都是大力支持健康护理持久授权书，认为代理人可令病人的治疗喜好得到遵从和确保不会遭家属或医生罔顾或遗忘。‘如果一名无能力作出决定的病

¹⁸⁴ *Advance Medical Directives*, 第 73-75 页。

¹⁸⁵ *Advance Medical Directives*, 第 107 页。

¹⁸⁶ *Advance Medical Directives*, 第 115 页。

¹⁸⁷ *Advance Medical Directives*, 第 282-283 页。

人本身已有指定代理人，而医生是依据这名在法律上获承认的代理人的健康护理指示行事，那么较诸依据病人的一名亲属的非正式同意行事来说，有关医生是不会如此容易受到法律上的惩罚或专业谴责的。健康护理持久授权书能弄清楚谁人是获授权可代无行为能力的病人表示同意，同时亦能解决亲属之间意见分歧或家人与医生意见分歧时决定该怎样做这个难题。…… 代理人与生前预嘱不同，给医生提供…… 一名获赋权可代〔病人〕作出决定的人，解决了因生前预嘱条款往往含糊不清而诠释其意义亦全凭臆测这个问题。…… 最后的优点…… 便是代理人能解决医生首次会见一名患了急性疾病的无能力作决定的病人时即要代为作判断这个问题’。¹⁸⁸”

7.196 他进一步解释说：¹⁸⁹

“健康护理持久授权书有多项胜过生前预嘱的重要优点。生前预嘱通常仅限用于治疗末期病症患者而该患者正濒临死亡；健康护理持久授权书则可用于所有涉及病人无能力作决定的情况，一般是用于转授权力代为作出健康护理决定。…… 当要决定病人的心愿在该状况下究竟会是甚么时，代理人便可以解决病人之前所作出的书面陈述与口头说法的含糊或矛盾之处。……”¹⁹⁰

7.197 Alan Lieberman 又指出健康护理持久授权书优胜于监护法律程序之处：¹⁹¹

“作为一种就未来健康方面的选择作安排的方法，持久授权书有四项重要优点是胜过监护法律程序的。第一，…… 签立和批准持久授权书的程序，一般不会像进行监护法律程序那么烦赘。第二，受监护人会被裁定为无行为能力的人，所以监护法律程序有时会被认为是令受监护人尴尬；持久授权书则有所不同，病人不会背负在法律上被裁定为无行为能力的标签。第三，个人可透过授权书指定一名医疗代决人，但个人的喜好可能因…… 法庭就监护人所作的选择而结果不获遵从。最

¹⁸⁸ 这是引述 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)。

¹⁸⁹ *Advance Medical Directives*, 第 283 页。

¹⁹⁰ 这是引述 Office of the General Counsel of the American Medical Association 之言：*Advance Medical Directives*, 263:17 JAMA 2365, 2366 (1990)。

¹⁹¹ *Advance Medical Directives*, 第 283-284 页。

后，个人就行使授权书所转授的权力而可向指定代决人发出指示；但监护机制中却没有可靠的方法，可令受监护人的个人自主权受到尊重。”¹⁹²

《统一健康护理决定法令》

7.198 1993 年 8 月，统一各州法律全国委员会通过修订旧有的两项《统一末期病人权利法令》和旧有的《标准健康护理同意法令》（Model Health-Care Consent Act），新法令的名称是《统一健康护理决定法令》（Uniform Health-Care Decisions Act）。¹⁹³

7.199 《统一健康护理决定法令》的序言，首先描述了各州法律的急剧变化及因此而造成的各种冲突：

“自最高法院在 *Cruzan 诉 Commissioner, Missouri Department of Health* 一案（497 U.S. 261 (1990)）中作出裁定以来，涉及作出健康护理决定的州立法例已有重大变化。现时每个州都有法例授权使用某种形式的预设健康指示。除了数个州之外，所有的州均授权使用一种特别称为生前预嘱的文书。几乎所有的州均订有法规，授权使用健康护理授权书。此外，大部分的州亦订有法规，容许家人（在一些个案中则是亲密朋友）代欠缺行为能力的成年人作出健康护理决定。

不过，这条州立法例的发展过程却非一气呵成，毫无连贯性的后果便是只得出一套每多割裂不全且间有矛盾的规则。在同一个州内制定的各条法规之间经常互相冲突，而各州之间的法规互相冲突也是常见之事。现今社会流动性越来越高，在某个州作出的预设健康护理指示必然常会在另一个州中执行，所以有必要令各州法律更为统一。

《统一健康护理决定法令》便是有见及此混乱情况而草拟的。”

7.200 建议制定的新法令是基于以下理念营造而成的：

¹⁹² 这是引述 Leflar 之言，*Liberty and Death: Advance Health Care Directives and the Law of Arkansas*, 39 Arkansas Law Rev 375, 438, 439。

¹⁹³ Alan D. Lieberman (医学博士兼法学博士)，*Advance Medical Directives* (Clark Boardman Callaghan, 2001 年 8 月所发行的累积增刊)，第 17 页。

“法令是围绕以下理念而营造的。第一，法令承认一名有能力作决定的人享有在一切情况下为自身健康护理的所有各方面作出决定的权利，包括拒绝接受健康护理或指示中止健康护理的权利，即使这样做会导致死亡情况亦然。个人指示可扩及任何和所有可能须作出的健康护理决定，而除非主事人有所限定，否则代理人有权作出主事人本会作出的所有健康护理决定。法令承认个人有权力界定指示或代理权的范围，并使此项权力有效，而指示或代理权范围的宽窄是按个人所选择而定。

第二，法令是广泛的，令制定法规的司法管辖权可用一条单一法规来取代涉及有关课题的现有法例。当个人不能或不想决定时，法令授权健康护理决定可由获指定作决定的代理人作出；当个人无能力行事而又未有委任监护人或代理人又或者无监护人或代理人可合理地联络得上时，则健康护理决定可由指定代办人、家人或亲密朋友作出；在没有其他解决方法时，健康护理决定也可由具有司法管辖权的法庭以最后代决人的身分作出。

第三，法令的目的是简化和利便作出预设健康护理指示。指示可以是书面或口头。健康护理授权书虽然必须以书面订立，但无须有人见证或确认。此外，指示也可采用可供选择的表格来作出。

第四，法令力求尽量确保关乎个人健康护理的决定会是按个人对须予解决的问题的心意而作出。法令规定获授权代某人作出健康护理决定的代理人或代办人，须在所知范围内按照有关的人的指示和该人的其他意愿作出该等决定。若非以此方式作出决定，代理人或代办人就必须考虑就他们所知，该人的个人价值观是甚么，并据此而按照该人的最佳利益作出该等决定。此外，法令又规定监护人须遵从受监护人以前所曾作出的指示，并禁止监护人在没有明示的法庭许可之下，撤销受监护人的预设健康护理指示。

第五，法令有处理健康护理提供者和健康护理机构在遵从指示方面的问题。健康护理提供者或健康护理机构必须遵从病人的指示，并合理地诠释该项指示或当时获授权代病人作出健康护理决定的人的其他健康护理决定，但这项遵从的责任也不是绝对的。健康护理提供者或健

康护理机构可本乎良知而拒绝执行一项指示或决定，或因该项指示或决定导致须提供在医学上无效的护理而拒绝将之执行，又或因该项指示或决定导致须提供某些会违反适用的健康护理标准的护理而拒绝将之执行。

第六，法令订有排解纠纷的程序。虽然法令一般而言是以不经诉讼的方式来实施，但也会出现必须诉诸法庭的情况。基于此故，法令授权法庭责成或指示执行健康护理决定，或命令给予其他衡平法济助，并指明谁人有权提出呈请。”

7.201 序言的最后一段述明了《统一健康护理决定法令》的作用：

“《统一健康护理决定法令》取代了各委员所订立的《标准健康护理同意法令》（1982）、《统一末期病人权利法令》（1985）及《统一末期病人权利法令》（1989）。如果一个州要制定《统一健康护理决定法令》，而上述三项法令之中有任何一项当时是在实施之中，则该州应在《统一健康护理决定法令》制定之时便废除该项法令。”

第 8 章 建议的改革方案

引言

8.1 我们在导言中已有解释，本报告书所研究的是两种特定的情况，两者均是关于在执行某些决定所关乎的行动之时为未能作出决定的人代作决定。第一种情况涉及由第三者为陷于昏迷或处于植物人状况的人就医疗问题和财产及事务的处理代作决定，而第二种情况则涉及个人就自己日后再无行为能力作出有关决定时所希望接受的健康护理或医疗而预先作出决定。在本章中，我们会探讨这次咨询所取得的有关结果，然后列出我们的改革建议。

8.2 小组委员会从个人、宗教团体、专业组织、社会福利机构及教育机构收到超过 60 份回应咨询文件的书面意见。所有接获的意见均经过细心研究，而且其中不少提议在拟定本报告书时已予采纳。报告书结尾的附件 8 载列向我们提交了意见书的个人、团体、组织及机构的名单。

8.3 本报告书关乎在执行某些健康护理决定之时为没有行为能力作出该类决定的人代作决定之事。须予区别者是以下两种不同的情况：一种情况是个人在无行为能力开始之前已预先表明自己的意愿（生前预嘱或预设医疗指示便属于这类情况），而另一种情况则是个人未有如此预先表明（昏迷病人或植物人便属于这类情况）。我们在本报告书中会首先研究第一种情况。

第 1 部：预设医疗指示

各种方案

8.4 对于本报告书之前各章所提出的多项问题，我们在咨询文件中指出有五个可以解决这些问题的改革方案：

- (a) 扩阔持久授权书的现有范围；
- (b) 订立福利授权书或持续授权书；
- (c) 扩大监护委员会的职能；

- (d) 为预设医疗指示提供立法基础；或
- (e) 保留现有法律并以非立法的方式推广预设医疗指示这个概念。

(a) 扩阔持久授权书的现有范围

8.5 在咨询文件中，我们考虑过扩阔持久授权书的现有范围这个方案，方式是把生前预嘱或预设医疗指示的概念纳入持久授权书之内，并可订明条文，允许有能力作出决定的成年人选择一名代表或授权人，在自己一旦病危或变为精神上无能力作决定便代为作出健康护理决定或维持生命治疗决定。这种做法可以与签立生前预嘱或预设医疗指示一并进行，亦可以取代签立生前预嘱或预设医疗指示。

8.6 有为数甚少的回应者支持这个方案，也指出我们在咨询文件中所认同的某些优点，包括以下各点在内：

- 这个方案会较易施行。
- 此机制富有弹性，因为没有必要在未开始患病之前便先行预计所有会涉及的未来医疗需要。
- 如果病人以前所作出的书面陈述和口头陈述有含糊或矛盾之处，授权人能够厘清病人在此情况下的意愿到底是甚么。
- 授权人令医生可安心相信自己具有权力采取某些行动，而这较诸依据病人的一名亲属的非正式同意行事来说，医生是不会那么容易受到法律上的惩罚或专业谴责。

8.7 我们已恰当地考虑过以上各点，但与大部分回应者的看法一样，我们认为已在咨询文件中指出这个方案所可能涉及的问题，是盖过它的任何优点：

- 代作决定的程序有可能大部分不受规管，并有可能受到利用和滥用。
- 授权人是不受监管的。授权人一旦变为无能力行事，可能便会无人有充分利害关系足以监察授权人的决定，并在有需要时质疑授权人的决定。

- 现有法例并无条文解决如何断定无行为能力的正确开始时间这个问题。在老人痴呆症的个案中，无行为能力的正确开始时间会是非常难以确定，但在这类个案中，持久授权书却有可能是最经常派上用场。虽然有一名回应者提议可由精神科医生协助断定无行为能力于何时开始，但在精神上无行为能力的程度时轻时重的个案中，确定这一点仍然困难。
- 基于各种实际理由，无行为能力的发生时间可能是无法精确地予以确定的；但除此之外，另一问题便是一俟授权人有理由怀疑授权人已变为或正变为精神上无能力行事，以致有需要向高等法院司法常务官申请注册持久授权书，则就大部分目的而言授权会停止有效，直至注册程序及其他必要手续办理完毕才能恢复效力。
- 就施加于授权人的须有行动的积极责任来说，可能会是欠缺了程序上的保障：“授权人不是受托人，故此并无任何制裁可供采取，以对付一名因惰性或因情况不明朗而退居一旁全无行动的授权人。”¹
- 获委任处理个人的财政事务的授权人有可能不是代作健康护理或医疗决定的最合适人选。

8.8 经过衡量后，我们认为不宜扩阔持久授权书的现有范围，因此不建议采纳这个方案。

(b) 订立福利授权书或持续授权书

8.9 在咨询文件中，我们曾探讨准许授权人在授权人变为无行为能力后代授权人作出福利决定及健康护理决定这个方案。此方案与第一个方案之间的分别是凭借福利或持续授权书获委任的人，所授权的权力只会限于福利或健康护理的范围，并不会像凭借持久授权书获委任者一样，其权力会扩及授权人的财政或财产事务。福利授权书或持续授权书与一般的授权书有所不同，分别在于它们须待授权人变为无行为能力后才开始生效。

8.10 支持引入持续授权书的论据，大致上与支持扩阔现有的持久授权书制度的范围的论据相同。这种授权书具有弹性，能配合授权人

¹ 英格兰法律委员会第 119 号咨询文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 149 页第 6.16 段。

的未来医疗需要，又能提供机制确保授权人在变为无行为能力后其意愿仍可得到反映，并且能协助医生就无能力作决定的病人作出决定。

8.11 反对采用此方案的论据，也大致上与反对扩阔现有的持久授权书范围的论据相同。这个机制的缺点包括：

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

8.12 这个方案在咨询期间并没有获得大力支持。有回应者尤其关注到它可能会被执行持续授权书的人利用和滥用。我们考虑过支持和反对此方案的论据后，结论同样是这个方案应予否决。

(c) 扩大监护委员会的职能

8.13 咨询文件也讨论过扩大监护委员会的职能这个方案。根据现有法律，监护委员会在考虑精神上无行为能力的人的需要后，会就他们的护理和福利作出（并复核）监护令，² 并会就他们的医疗批给同意。

8.14 监护委员会就监护令的性质及范围向监护人作出指示。³ 在执行其职能时，委员会必须确保精神上无行为能力的人的利益获得促进，而其意见及愿望（在可予确定的范围内）亦受到尊重。但是，当委员会认为不遵照无行为能力的人的意见及愿望是符合该人的利益时，该人的意见及愿望可能会被否定。⁴

8.15 咨询文件建议考虑扩阔现时赋予监护委员会的职权范围和权力，令监护委员会可考虑精神上无行为能力的人所作出的预设医疗指示。但是，这样做可能需要订明特定法律条文，令监护委员会可以承认某人于未变为精神上无行为能力之前所作出的预设医疗指示，并严格遵从该等指示。

² 《精神健康条例》（第136章）第59K(1)(b)条。

³ 《精神健康条例》（第136章）第59K(1)(d)条。

⁴ 《精神健康条例》（第136章）第59K(2)条。

8.16 此方案的好处，是可以在“家长式”的做法与给予病人在作出决定方面一些支持之间取得平衡，此外也确保对病人能有积极行动，这与不向受权人施加任何行动责任的上一个方案是有差别的。

8.17 此方案的缺点，与上文已作讨论的其他方案的缺点相同。预设医疗指示是只在病人于开始变为精神上无行为能力之前已妥为获得提供意见而病人又及时察觉到有关的需要才具有价值。反对采用此方案的其他论据包括以下各点：

- 监护委员会可能没有全面考虑病人的自主权，而且如果监护委员会认为不遵照病人的意见及愿望是符合病人的利益，病人的意见及愿望可被否定。
- 监护委员会只在能够确定预设医疗指示是存在的情况下才可执行预设医疗指示，但在某些情形下，确定预设医疗指示的存在可能会有困难。
- 在监护委员会的架构之下，代决人的人选有限；在某些情形下，代决人可能与病人全无关系，亦有可能是病人认为不可靠的人，或是病人所不喜欢的人。
- 即使监护委员会能确定有关的预设医疗指示，但在执行方面预设医疗指示也难免会在某程度上欠缺弹性。
- 提出监护申请的程序，要比签立某些形式的授权书的程序更为繁累。
- 监护法律程序有时会被认为令那些被裁定为“精神上无行为能力”的人感到尴尬。病人及其家属可能会视此为一种标签。

8.18 咨询文件的回应者当中极少人支持这个方案。有人指出监护权的概念与预设医疗指示旨在尊重个人的意愿和自主权这个基础理念不相符。因此，我们不建议扩大监护委员会的职能。我们也认为监护委员会的现有权力足以保障无行为能力的人的权益，所以亦不建议将之扩大。

(d) 为预设医疗指示提供立法基础

8.19 此方案涵盖了一系列可供采用的方法，由设立全面的法定体制以涵盖为精神上无行为能力成年人代作决定的所有各方面事宜，至

订立一项只为预设医疗指示的法定格式作出规定的较简单条文，均一一网罗其中。有多个司法管辖区曾建议在这方面采用全面的立法架构或已经采用这个架构。

加拿大

8.20 在加拿大，马尼托巴于 1992 年制定了《健康护理指示法令》（*Health Care Directives Act*），而艾伯塔则于 1996 年制定了《个人指示法令》（*Personal Directives Act*）。值得一提的是《健康护理指示法令》载有明示条文保存普通法之下的各项现有权利，而《个人指示法令》之所以制定，是为了赋予健康护理指示法律效力。

英格兰与威尔斯

8.21 英格兰法律委员会于 1995 年发表的《精神上无行为能力报告书》（*Report on Mental Incapacity*），是关于：

“可合法地为无能力自作决定的人代作决定的方法，既涉及实体法方面的问题，亦涉及程序上的问题，而须予考虑的决定可能是与个人、财政或医疗事务有关。”⁵

8.22 法律委员会建议采用“统一的做法”来改革此范畴的法律，并指出这做法会涉及废除《1983 年精神健康法令》第 VII 部（该部规管病人的财产及事务的管理）和废除整条《持久授权书法令》。⁶ 法律委员会在其报告书中进一步解释说：

“我们所拟备的法令草案草拟本，设定了一个有连贯性的法律机制，于有需要代年满 16 岁或以上而又欠缺行为能力的人作出任何决定（不论是属于个人、医疗抑或财务性质）之时有计可施。……”

8.23 法律委员会又建议：

“…… 国务大臣应拟备一份或多份实务指引，并不时作出修订以就有关法例提供指引。在拟备或修订指引之前应进行咨询，同时亦可转授有关拟备指引的任何部分工作。”⁷

⁵ 法律委员会，*Report on Mental Incapacity* (1995)，法律委员会第 231 号报告书，第 1.1 段。

⁶ 《1983 年精神健康法令》第 VII 部及《持久授权书法令》由《2005 年精神健康法令》废除。

⁷ 法律委员会，*Report on Mental Incapacity* (1995)，法律委员会第 231 号报告书，第 2.53 段。

8.24 司法大臣办公厅于 1997 年发表了一份咨询文件。联合王国政府鉴于所得的回应，决定搁置处理预先陈述（Advance Statement）这个问题。⁸

8.25 正如我们在咨询文件中指出，全面改革计划的优点是有连贯性，而且可以更为容易配合那些可能难以融入现有法律或程序的新意念和新模式。

8.26 不过，我们也注意到预设医疗指示本身也有局限，正如法律委员会在其 1991 年的咨询文件中所指出：

“有些人永远也不会有足够的行为能力来使用预设医疗指示，而有此能力的人却很多都不会动这个念头，要待到为时已晚才会改变态度，肯勇于面对精神状况是会日渐变坏这问题的人其实不多。采用预先转授权力的机制，需要用家有先见之明，并已取得适当的意见。此外，预设医疗指示究竟应在何时生效也需要有所决定。如果把无行为能力当作是‘启动’预设医疗指示的事件，确定无行为能力的正确开始时间这难题便会不断制造问题。不管如何小心进行预先策划，也难免会有未能预见的事件发生，而这些事件是无法可事先作出安排的。”⁹

8.27 法律委员会有对“生前预嘱”（拒绝接受维持生命治疗）加以考虑。这是一个不同的概念，可能也会在推行上出现问题。法律委员会在其 1991 年咨询文件中有以下的意见：

“生前预嘱的推行已出现了多项问题。各种不同问题可能在法例之中永无答案。举例来说，医生如果没有遵从生前预嘱的条款是否会构成专业上的失当行为？拒绝接受维持生命治疗可否构成自杀？而这样做对于保险方面会有甚么影响？有人担心那些已被诊断为病患已到末期的人会面对不当的压力，迫使他们签署生前预嘱，而这种情况又会以医护服务主要是由私人提供资金的国家为甚。……

生前预嘱有多种版本，而各种版本所作出的指示的清晰程度分别很大。极之详尽的生前预嘱也会有无法预见某些事件变化之虞，但生前预嘱若是用笼统的字眼又可能

⁸ (Cm 4465)，1999 年 10 月，引言第 12 段。

⁹ 英格兰法律委员会第 119 号咨询文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 6.3 段。

会在应用于某些情况之时含糊不清，令医生须花上不少诠释的功夫。这两种情况的任何一种，也可能会造成并非病人所意愿的后果。……”¹⁰

8.28 我们在上一章已指出，继法律委员会于 1995 年发表《精神上无行为能力报告书》后，司法大臣办公厅于 1997 年发表一份以“谁来决定？”为题的咨询文件。这份咨询文件是就保障精神上无行为能力的成年人及其照顾者的可行架构征求意见，“并就提供一个有组织的法律架构，以管理精神上无行为能力的成年人的福利和事务”征求意见。¹¹ 基于咨询所得的结果，司法大臣办公厅表示不愿意推动预设医疗指示这个课题。在其 1999 年报告书中，司法大臣办公厅就上述课题提出了以下的意见：

“由于在这个复杂课题之上意见不一，而案例法本身的发展可灵活变通，政府相信在现时进行立法以便一下子彻底解决法律上的问题并非合适的做法。政府信纳案例法所载的指引，连同英国医学会所发表的一份名为‘关于医疗的预先陈述’（Advance Statements about Medical Treatment）的实务指引，已提供了足够的清晰度和弹性，令预先陈述的有效性和适用程度可按每宗个案的情况而定。不过，政府有意从未来医学和法律发展的角度来继续研究这个课题。”¹²

新加坡

8.29 在新加坡，《预先医疗指示法令》（Advance Medical Directive Act）是于 1996 年制定，其各项条文则于 1997 年 7 月实施。全国医药道德委员会曾于 1994 年检讨有关情况，就此而发表的立场书载有多项建议，强调有需要立法，以为预先医疗指示提供必要的实质上和程序上的保障，而法令是实施了这些建议。有关法例明确规定，如有人不愿签立预先医疗指示，即不应强迫该人或向该人施压要他如此行事。有关法例又强调即使病人已签立预先医疗指示，仍一定要向病人提供适当的纾缓治疗（包括痛楚、痛苦及不适的解除，以及食物和水份的合理供给）。

¹⁰ 英格兰法律委员会第 119 号咨询文件，*Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview* (1991)，第 6.6-6.7 段。

¹¹ 司法大臣办公厅以“谁来决定？”为题所发表的咨询文件，第 1.1 段。

¹² （Cm 4465），1999 年 10 月，引言第 20 段。

8.30 我们在咨询文件中指出，取用一种类似新加坡的收窄范围做法，会把法律效力赋予预设医疗指示这个概念，并会为必要的实质上 and 程序上的保障提供立法基础。在这种做法之下，预设医疗指示的格式和签立方式均会由法律订明，其优点是医生能有比较肯定的感觉，可减低医生与病人家属之间发生争议的可能性。这个方案也会加强病人自决原则。一些支持这个方案的回应者认为除非病人的预设医疗指示有法定基础，否则医生与病人家属之间的争议又或病人不同亲属之间的争议便会无法解决。另外，这些回应者认为为预设医疗指示而设立的法律架构会较为明确，是为充分保障医护人员和健康护理员所必需的。他们也关注到医生可能会因为担心卷入官非而不执行没有法定基础的预设医疗指示。对于刚提到的这一点，我们得指出普通法早已承认预设医疗指示是有效的，而医护人员有权依据预设医疗指示行事，直至该指示的效力受到质疑为止。

8.31 至于应否引入一个立法机制这个较广泛的问题，鉴于预设医疗指示这个概念对于市民来说仍是一个新概念。我们认为大部分人对这个概念的认识有限，故此现时立法尚未是成熟的时机。除此之外，立法又有可能会阻碍而非鼓励人们使用预设医疗指示。一份法定预设医疗指示表格也会是较为欠缺弹性，令预设医疗指示的有效性可能会冒因为某个签立方面的轻微技术性错误而受到质疑这个风险。我们另外又关注到，撤销法定的预设医疗指示的程序有可能会令人更加望而却步。因此，我们在目前阶段既不支持设立全面的立法机制，也不支持采用法定预设医疗指示表格这种较为有限度的做法。

(e) 保留现有法律并以非立法方式推广预设医疗指示这个概念

8.32 我们在咨询文件中建议应保留现有法律，并应以非立法的方式推广预设医疗指示这个概念，方法包括广泛散发预设医疗指示表格的范本。

8.33 根据现有的普通法，个人在仍有能力行事之时，是可以就自己一旦无行为能力作出未来健康护理决定之时所希望接受的健康护理作出指示的。除非有人以无行为能力或不当影响为由提出质疑，否则该等决定便会获承认为有效。由有能力作决定的个人就同意或拒绝接受医疗而作出的预先决定，与该人所即时作出的口头指示具有相同的效力。若对于病人以前就医疗问题所曾作出的指示或所曾表达的意愿有争议，可向法庭申请作出裁定。若然为此事而求助于法庭，法庭会考虑有关个案本身的事实和情况以作出裁定。由此可见，现时在普通法下的做法具有一定程度的弹性，这是法定的机制所欠缺的。

8.34 咨询文件的回应者大多数同意应保留现有的法律，并认为应以非立法的方式推广预设医疗指示这个概念。然而在支持这样做的回应者当中，认为这做法应属临时措施以及一俟社会人士熟悉预设医疗指示这个概念后便该考虑立法的，为数亦不少。这些回应者指出一个立法架构长远而言较为明确，因为不能肯定法律程序的结果，所以未能为执行预设医疗指示的医生提供充分的保障。

8.35 我们已小心考虑过以上各点。我们承认为预设医疗指示提供法定表格比现时没有规管架构的情况较为明确，因为目前必须由前线医护人员决定预设医疗指示是否有效，而没有任何规条帮助他们决定怎样的预设医疗指示表格才可接纳。即使预设医疗指示是根据某一法定机制订立的，人们仍不时需要就该等指示寻求法庭的协助，但我们可以合理地认定其不明确的范围和引致的争议是会比在现行的普通法制度下为少。不过我们坚持我们早前提出的看法，就是最低限度在起初之时，应该以非立法的方式迈步向前。这些方式应包括制备、发表和散发预设医疗指示表格的范本。此范本会提供简单而方便的途径签立预设医疗指示，让人可确信其指示是清楚明确的。我们注意到这个结论亦与马尼托巴法律改革委员会在其关于不提供或撤去维持生命治疗的报告书中所述的想法一致（有关讨论见第7章）。马尼托巴法律改革委员会同样不建议立法落实该报告书所概述的原则，反而建议“在马尼托巴有提供健康护理的其他健康护理机构……在内外科医学院的政策书一经修订以反映我们的忠告后，应即予采纳。”¹³

8.36 我们是给以下几项考虑因素说服才达致这个结论的：

- 第一，社会人士普遍不熟悉预设医疗指示这个概念。我们相信在公众尚未更深入认识当中所牵涉的问题之时，尝试制订法定架构和展开立法程序的时机仍未成熟。
- 第二，对于一个如此敏感的社会课题，谨慎地逐步推进是大有道理的。现时法律承认预设医疗指示是有效的，但没有提供指引说明预设医疗指示应采取甚么形式以确保其明确程度足以让医护人员放心认为他们可以稳妥地据此行事。设立法定格式会填补这个空白之处，但一个中途站（以及迈向日后立法的路途上的一块踏脚石）会是借着预设医疗指示表格范本向公众提供指引而暂时不须以法例支持。

¹³ 马尼托巴法律改革委员会，*Report on withholding or withdrawing life sustaining medical treatment*, 第108页。

- 第三，发表和散发预设医疗指示表格的范本可以很快做到，而且合乎成本效益。范本可以向病人、病人家属及医生提供即时协助，因为它能广泛地向人们提供一个途径，让人们可以既清楚又明确地述明其意愿，却没有立法程序所固有的延搁。

8.37 促进更广泛地使用预设医疗指示无疑有好处，既可加强病人的自主权，亦可令医护人员比较肯定可以进行甚么治疗。然而，同样重要的是对于一个如此敏感的社会课题，任何改革建议都必须顾及社会的价值观和道德伦理。在这一方面，我们注意到医院管理局所发出的《对维持末期病人生命治疗的指引》，有指出让家人参与作出决定的程序在中国文化上的重要性：

“中国人对「一己」的观念异于西方，而会兼顾与亲人的关系……。中国人家庭较西方家庭亦扮演更重要的决策角色……。本文件（《指引》）确认家人参与决定的重要性，虽则家人的意见不可凌驾（精神上）有能力作出决定的成年病人的意见。”¹⁴

正如我们稍后作出的解释，我们的建议与医院管理局的上述指引的构思相近，而方法是鼓励病人家属参与作出决定的过程，但同时承认清楚明确的预设医疗指示的重要性。

医生及其他健康护理人员关注之事

8.38 我们理解有些回应者关注到以并非立法的方式行事，也许未能为执行病人的预设医疗指示的医生及其他健康护理人员提供充分的保障，尤其是当病人的预设医疗指示与病人家属的意愿相左之时。然而，只要医生是按病人的最佳利益行事，又或医疗的提供与否是依从病人以前作出的指示，则现行的普通法已给医生提供充分的保障。有些回应者也忧虑到当医护人员未能取得预设医疗指示的详情时，医治病人便有可能招致法律责任，但只要治疗符合病人的最佳利益，现行的普通法是容许医生给病人提供治疗的。

8.39 有一名回应者认为如果有新的因素出现，预设医疗指示便不应约束医生。我们不同意他的说法，因为这样会等同漠视病人的意愿或自主权。

¹⁴ 《对维持末期病人生命治疗的指引》中文版第 1.3.2 段。

8.40 大部分回应者认为以非立法的方式推广预设医疗指示这个概念应属过渡性质的措施。我们经审慎考虑后亦同意这个看法，并建议政府应在社会较为广泛熟悉预设医疗指示的概念后在适当时候检讨有关情况。我们认为任何这类检讨必需考虑三个因素，即：使用预设医疗指示的广泛程度、出现争议的次数以及人们接受预设医疗指示表格范本的程度。然而，基于上文所列出的理由，我们目前确认咨询文件所提出的看法（并获得大多数回应者支持），即在现阶段引入预设医疗指示的法定机制为时尚早。我们因此建议起初应以非立法的方式推广预设医疗指示这个概念。

建议 1

我们建议起初应以非立法方式推广预设医疗指示这个概念，并建议政府在社会大众较为广泛熟悉预设医疗指示的概念后在适当时候检讨有关情况和考虑到时是否适宜立法。这类检讨应考虑三个因素，即：使用预设医疗指示的广泛程度、出现争议的次数以及人们对预设医疗指示表格范本的接受程度。

预设医疗指示表格范本

8.41 在一些个案中，对预设医疗指示是否有效可能会产生疑问是无可避免的，又或医护人员与病人家属对病人的意愿亦可能会无可避免地出现争议。在这些情况下，虽然可诉诸法庭以解决该等问题，但这不是理想的做法。对簿公堂费用昂贵，很多市民都无力负担。此外，传统的法庭气氛和法律文化上属对抗性质的程序，有可能令申请人感到陌生和受到威胁。我们相信努力尝试减少就预设医疗指示而可能出现争议的范畴，是符合病人、病人家属和医护人员的最佳利益的。达致这个目标的其中一个办法，就是设计并散发预设医疗指示表格的范本，因为只要填妥表格，便能清楚及明确地提供有关病人意愿的陈述。如果该表格订明在甚么范围内须与病人家属磋商和沟通，表格是可以作为一种工具，把病人家属纳入作出决定的过程中。经协定的表格，大大有助医生及健康护理人员考虑病人是否同意接受医治，也令他们更易掌握病人以前所曾表达的意愿或作出的指示。

8.42 我们相信提供预设医疗指示表格的范本，对解决病人、病人家属和医疗专业现时所遇到的问题会大有帮助。我们已解释过我们赞同避免法定格式所带来的欠缺弹性情况，因为如果规定须采用法定格

式，格式上的任何偏差一开始便会会影响文书的有效性，所以我们反而建议广泛宣传人们亦可选用不是法定的格式。使用范本的好处是人们只要正确地填写表格，便可获保证自己的意愿会获执行。我们必须强调我们的建议不含强迫的意思，即个人是否愿意采用我们所建议的范本来签立预设医疗指示，又或者会否选择采用另一款格式，则留待个人自己来决定。以不同格式签立的预设医疗指示，只要是明确的和由一名有能力作决定的人自由作出，便会如目前一样可以执行。

8.43 我们据此拟备了一款预设医疗指示表格范本，载于本报告书附件 1。我们在设计表格时曾研究并参考《英国医学杂志》和美国哥伦比亚特区医院联合会（District of Columbia Hospital Association）所各自制备的预设医疗指示表格范本（分别见附件 2 及附件 3）和新加坡卫生部所制备的“预先医疗指示”（Advance Medical Directive）表格（见附件 4）。

8.44 附件 1 所载的范本反映了我们的咨询文件所接获的回应，在几方面与我们在咨询文件中所建议的草稿有差别。有些回应者认为范本不应载有关于病人希望接受某一类治疗的积极指示。我们注意到这个看法与英格兰上诉法院近期的 *Re Burke*¹⁵ 一案的裁定是一致的。我们同意这个看法，并据此修改了所草拟的表格。

8.45 有些回应者提议在表格中列明拟定预设医疗指示的目的，并加入其意如下的陈述：无论在任何情况下都不会执行安乐死，即使病人明文要求这样做亦然。我们同意这一点，并已修改范本以收纳这方面的建议。在这一方面而言，我们曾参考《英国医学杂志》所制备的预设医疗指示表格，并认为它的目的条文十分有用。因此，我们已在范本中加入如下所列的类似条文，只是在关于启动预设医疗指示的施行的病况方面略作变通：

“此指示的目的，是当本人病情到了末期或陷入持续植物人状况或不可逆转的昏迷时，将本人所可能身受或造成的痛苦或尊严损害减至最低，并免却本人的医疗顾问或亲属或两者同时肩负代本人作出困难决定的重担。”

建议 2

我们建议发表和广泛散发我们所提议的预设医疗指示表格范本，并建议鼓励人们使用该范本。

¹⁵ [2005] EWCA Civ 1003。该项裁定于 2005 年 7 月 28 日作出。

8.46 我们注意到一名回应者提出以下建议：宜考虑早在威胁生命的疾病侵袭个人之前已预先作出预设医疗指示这做法，让人对所选择的临终护理有一个经适当考虑而得出的看法。我们同意这项提议，并增设一项新的建议以反映这一点。

建议 3

我们建议进行适当的宣传，以鼓励人们早在任何威胁生命的疾病侵袭之前预先考虑作出预设医疗指示和填妥有关表格。

推行宣传计划

8.47 我们认为有需要推动公众加强认识和理解预设医疗指示这个概念。政府在推广工作之上扮演重要角色；我们认为可行的措施是各个民政事务处均应备有作出预设医疗指示的一般资料单张和我们所建议采用的指示范本，以供市民索取。我们又鼓励家庭医生和医院参与推广工作，以加强公众认识和了解预设医疗指示，更鼓励家庭医生和医院在病人希望作出预设医疗指示时加以协助。我们相信医务委员会、香港医学会、香港医学专科学院及其成员分科学院、大律师公会、律师会、医护人员、宗教团体及社会团体均可在推广运动上发挥重要作用。回应其中一名回应者的说法，我们也相信政府应鼓励、支持并利便提供护理服务的非政府机构（例如安老院、老人社区中心等）向其服务对象及成员灌输预设医疗指示这个概念。鉴于这些机构在其服务对象中的地位，我们相信由它们担当这个教育角色会特别有效。

建议 4

我们建议政府应推行宣传计划，加强公众认识和了解预设医疗指示这个概念。卫生署及各个民政事务处应备有就作出预设医疗指示的方法和后果向公众提供一般指引的资料，以供公众参考，并应提供预设医疗指示表格范本供公众使用。

建议 5

政府应在灌输关于预设医疗指示的用途和效力的资料这项行动上，设法争取医务委员会、香港医学会、大律师公会、律师会、医院管理局、所有医院和诊所、其服务涉及照顾老人的非政府组织、以及宗教团体及社会团体的支持。

预设医疗指示的适用范围

8.48 我们在咨询文件中建议预设医疗指示所载的指示，应在病人处以下三种病况其中之一时适用：不可逆转的昏迷、持续的植物人状况或病情到了末期。一名回应者认为咨询文件中建议可启动预设医疗指示的病况过于狭窄，有可能令预设医疗指示变得多余。这名回应者表示在病人的“病情到了末期”时，按照现今的医疗常规本来就不会提供维持生命治疗。我们不同意这一点，因为虽然在病人的“病情到了末期”的大部分情况下，不提供维持生命治疗也许是符合病人的最佳利益，但当病人家属反对不提供维持生命治疗时，医护人员便可能会进退两难。在这种情况下，预设医疗指示便会有助解决医生与病人家属之间的争议。指出以下一点也很重要：预设医疗指示其实是巩固了为病人的最佳利益着想这项原则。

8.49 有回应者提议将“严重痴呆症”纳入为启动预设医疗指示的病况之一，但大部分回应者反对此提议，因为他们忧虑被滥用的可能性很大。与大多数回应者的看法一样，我们不认为将“严重痴呆症”纳入为启动预设医疗指示的病况之一是适当的，因为痴呆症个案所牵涉的无能力范畴过于广阔。就此议题而言，我们坚持原有看法，即预设医疗指示所载的指示应在病人处于我们所指明的三种病况之一时适用。我们要指出一点，只要病人的病况符合上述三个类别其中之一，医生不必等到病人濒临死亡才启动任何预设医疗指示。让我们再一次强调，预先拒绝接受治疗的做法现已同样获得医疗专业和普通法确认。

病况的核证

8.50 我们在咨询文件中建议，可启动预设医疗指示的三种病况（即陷于不可逆转的昏迷、处于持续植物人状况或病情到了末期）应在启动任何预设医疗指示前最少由两名医生确认和核证。一些回应者提议核证该等病况的其中一名医生应是对病人所处于的病况有经验

的临床医生。我们完全理解这项提议背后的用意，但也知道这项规定会带来能否提供资源及专业知识这个实际难题。我们明白所指出的困难及其用意，但仍然持守原先的立场及看法，即上述病况应先由最少两名医生确认和核证，然后在该等病况下适用的任何预设医疗指示方可生效。

8.51 有些回应者关注到预设医疗指示表格范本所提述的“处于持续植物人状况”及“陷于不可逆转的昏迷”这两种病况的精确检定又或欠缺定义的情况。我们认为毋须界定这两种病况，因为公认的医疗常规和指引会令人满意地诊断出这些病况。

纾缓治疗和基本护理

8.52 我们认为病人在任何情况下均应获提供令其继续感到舒适及尊严得以保持和痛苦得以解除所需的纾缓治疗与基本护理。在咨询期间，我们就何谓纾缓治疗或基本护理接获多种不同意见。我们认为此事最好留待医疗专业按照在启动某人的预设医疗指示之时的当前医疗常规自行决定。然而，我们认为非人工的营养及流体喂养应属基本护理的一部分，最起码就预设医疗指示表格而言应是如此。我们因此将预设医疗指示表格范本中关于提供基本护理或纾缓治疗的指示的措词修改如下：

“除了基本护理和纾缓治疗外，本人不同意接受任何维持生命治疗。就本表格而言，非人工的营养及流体喂养属基本护理的一部分。”

“病情到了末期”及“维持生命治疗”的定义

8.53 对于我们在预设医疗指示表格范本中为“病情到了末期”及“维持生命治疗”两词所建议的定义，有回应者评论说“死亡亦已临近”这个病况或会引起问题，因为施行维持生命治疗可能会大大延长病人的生存时间。这些回应者也觉得为解释“维持生命治疗”而使用的句子的“只收延长死亡过程之效”并不容易界定。他们提议参考《医院管理局对维持末期病人生命治疗的指引》，而且为免混淆，应采用英国医学会在其 1999 年指引所提供的“维持生命治疗”的定义。该定义也获医院管理局采用。我们同意这样做，因为这会令有关的医疗用词较为一致。

建议 6

我们建议为作出预设医疗指示，“病情到了末期”及“维持生命治疗”两词应界定如下：

- (a) “病情到了末期”的病人是患有严重、持续恶化及不可逆转疾病的病人。这些病人对针对病源的治疗毫无反应，预期寿命短暂，仅得数日、数星期或数月的生命。
- (b) “维持生命治疗”指任何有可能延迟病人死亡的治疗，例子包括使用心肺复苏法、人工辅助呼吸、血液制品、心脏起搏器及血管增压素、为特定疾病而设的专门治疗（例如化学治疗或透析治疗）、在感染可能致命的疾病时给予抗生素、以及人工营养及流体喂养。人工营养及流体喂养指透过导管喂饲食物和水份。

见证人

8.54 正如我们早前所作解释，我们在本报告书所提出的预设医疗指示表格范本正是这样的：选择作出预设医疗指示的人如果愿意的话，他们可以选用该范本。该范本并没有强迫的意思，也不排斥其他形式的预设医疗指示，作出预设医疗指示的人可以选用自订的指示格式，只不过我们认为使用范本会大大减少不明朗或有争议之处。鉴于我们订定的表格只是一个建议范本，这表示当中所载的各个组成部分可按照使用者的选择而予以采纳或摒除。范本的其中一个组成部分是关于见证人的规定。

8.55 我们在咨询文件中建议，预设医疗指示表格应在两名见证人在场的情况下填写，而这两名见证人其中之一应是医生。我们也讨论过就见证人的规定而言可供采用的其他做法，每一种做法都各有其潜在的缺点和优点。

8.56 我们在咨询文件中特别指出，《持久授权书条例》（第 501 章）自 1997 年制定以来，六年期间只有三份持久授权书进行注册。有人曾指出注册数字之所以这么低，是因为文件必须由一名医生和一名律师同时见证。我们在咨询文件中特地就我们所建议的以下规定征

询意见：签立预设医疗指示必须有两名见证人，而且其中一名必须是医生，这是因为我们担心该项规定会令市民大众打消签立预设医疗指示的念头。然而，大部分回应者均支持必须有两名见证人的规定，并赞同其中一名见证人应该是医生。

8.57 把医生纳为预设医疗指示见证人之一可发挥多项作用。第一，担任见证人的医生能够向作出者解释预设医疗指示的性质和作此指示的后果。负责见证的医生会能够告知预设医疗指示作出者，未来医学或科技发展可能会影响预设医疗指示所反映的决定，而作出者的预设医疗指示不得载有关于其医治方面的不合法指示，亦不得指示医生不提供基本的医疗护理。第二，医生是完全有能力评估个人在作出预设医疗指示时是否明白预设医疗指示的性质和作此指示的后果。第三，负责见证的医生能够向另一名见证人解释他所见证的文件属于甚么性质。我们认为要令到所有负责见证的医生的做法均保持一致，最好的方法便是由医务委员会或其他有关专业团体发出指引，供负责见证预设医疗指示的医生遵从。咨询文件的其中一名回应者提议可规定一名精神科医生（而非普通科医生）以其专业知识评估某人在作出预设医疗指示的时候是否精神健全。我们不同意这一点，因为普通科医生是完全有能力评估个人在作出预设医疗指示的时候是否明白预设医疗指示的性质以及作出这项指示的后果。关于这一方面，我们已于建议的预设医疗指示表格范本中剔除了作出者是精神健全的声明，因为除非有相反证据，否则任何人均是推定为精神上有行为能力的。

8.58 至于负责见证的医生应否由作出预设医疗指示的人的主诊医生（或曾经诊治该人的医生）以外的医生担任，我们所接获的回应则各有说法。有些回应者认为在作出预设医疗指示这桩敏感的事情上，个人会宁可让自己的家庭医生参与其事，因为如果与一名他不熟悉的医生探讨此事，他反而有可能会觉得不能畅所欲言。不过其他回应者则认为要求另一名医生参与其事，会促使个人在填写预设医疗指示表格之前更加慎重考虑其事。经过衡量后，我们认为这个选择最好留待作出预设医疗指示的人自行决定。我们已修改了范本，使现时的版本指明负责见证的医生是否作出预设医疗指示的人的主诊医生，又或者是否曾经诊治该人的医生。

8.59 有关适用于预设医疗指示的见证人规定，回应者还提出了不少其他建议。有论据认为有关规定应该有更严格的要求，例如其中一名见证人应具有评定个人认知功能的专门知识，又或者一队来自不同界别的医生，社工，心灵照顾者等的组合应参与其事。其他论据有指最少应有一名病人家属担任见证人，而且不应阻止病人的遗产受益人

担任见证人。我们认为重要的是任何关于见证人的规定不得对预设医疗指示的作出者过份严苛，并须承认作出者在选择见证人方面有自主权以及须提供某些防止滥用和不当影响的保证。我们已解释过，就我们认为是适用于填写预设医疗指示表格范本的关于的见证人的规定，我们所作出的任何建议都是没有约束力的，所以在这方面没有依循我们的建议本身不会令预设医疗指示失效。但是我们认为若然全面采用预设医疗指示表格范本，包括其中关于见证人的规定，便可减少其后出现不明朗或有争议之处。考虑过上述各点之后，我们确认在咨询文件中提出的建议，即预设医疗指示表格范本应由两名见证人见证，而其中一名见证人必须是医生。我们也认为医院管理局、医务委员会、香港医学会及其他有关专业团体应发出文件，就以下事宜向医疗专业提供指引：(a)预设医疗指示的作用；及(b)评核预设医疗指示是否有效。然而，在某人也许不能够作出书面的预设医疗指示的情况下，我们建议他在一名医生、律师或其他独立人士面前作出口头的预设医疗指示，但该等见证人必须在预设医疗指示作出者的遗产中没有任何权益。

建议 7

- (a) 预设医疗指示表格范本必须由两名见证人见证，而其中一名见证人必须是医生。两名见证人均不得在预设医疗指示作出者的遗产中有任何权益。**
- (b) 政府应鼓励医院管理局、医务委员会和香港医学会等机构以及其他有关专业团体考虑发出指引文件，供负责见证预设医疗指示的作出的医生遵从，以确保所有医生在这方面的做法均能保持一致。该文件应同时就以下事宜向医疗专业提供指引：(a) 预设医疗指示的作用；及(b) 评核预设医疗指示是否有效。**
- (c) 在某人也许不能够作出书面的预设医疗指示的情况下，我们建议他在一名医生、律师或其他独立人士面前作出口头的预设医疗指示，但该等见证人必须在预设医疗指示作出者的遗产中没有任何权益。**

撤销预设医疗指示

8.60 我们在本报告书所提出的预设医疗指示表格范本，旨在减少不明朗之处，并提供一个方便的途径令个人意欲在临终前接受的健康护理预先让他人知悉。我们相信选用预设医疗指示表格范本的人可以对其意愿将会是清楚而明确地作出这一点放心。然而，没有人会被强迫使用该范本，人们若宁可采用自己拟定的形式取而代之，亦无不可，而以不同形式作出的预设医疗指示同样可以是有效的。我们就撤销预设医疗指示所作出的建议，与关于预设医疗指示表格范本的一样：我们相信依循我们所提议的撤销方法行事，会使个人的意愿清楚不过，但我们绝对没有表示人们若选择以其他形式撤销其预设医疗指示便不会有效。撤销只要是清楚而明确的，便会有效。以这些初步评论作为起点，我们现于下文列出我们认为可取的撤销预设医疗指示的方法。

8.61 在咨询文件中，我们当时认为如果预设医疗指示是以书面作出，撤销指示亦必须以书面作出；而以口头作出的预设医疗指示，则其撤销的方式可以是口头或书面的。鉴于我们所接获的意见，我们重新研究过这方面的议题，并继而修改了我们的结论。在这样做之时，我们已努力在病人的自主权益与确保病人意愿（不论是关乎预设医疗指示的撤销或签立）须获得尊重的需要之间取得平衡，而医生若有怀疑的话，则宁可过份小心也必须站在维护生命的一方。我们也紧记有需要保护病人免受虐待或不当影响，但也不可令撤销预设医疗指示的程序过于繁苛。

8.62 很明显，以书面作出的撤销对所有有关的人来说是最明确和清楚的。我们因此认为为了明确无误和免除疑问，应该不懈地鼓励意欲撤销不论是书面抑或口头的预设医疗指示的人以书面方式这样做。我们在附件 5 列出撤销预设医疗指示的表格范本。然而在某些情况下，作出预设医疗指示的人也许未能作出书面的撤销，例如他在一些人面前以口头作出撤销后，随即处于某种病况被送到医院，而这种病况令他不再有能力无论以口头还是书面方式确认这项口头撤销。一个解决办法是容许医生依赖第三者确认该项早前作出的撤销，但这做法的问题是可能会令作出预设医疗指示的人有所忧虑，例如他们的意愿其后可能会纯粹基于一名家庭成员随便的一句说话而不能实现。因此，我们总结认为口头撤销预设医疗指示应在医生、律师或在作出者的遗产中没有任何权益的其他独立见证人面前作出。我们认为在切实可行的情况下，见证人为口头撤销预设医疗指示作出书面纪录，应该

是合宜的做法，而我们亦在附件 6 中载有一款适宜作此用途的表格范本。

8.63 我们在咨询文件中建议，见证以书面撤销预设医疗指示的人毋需是一名独立见证人。同样鉴于回应者在咨询期间所表达的意见，我们改变了看法。经过反思后，考虑到有需要保护病人免受不当影响，我们得出的结论是见证以书面撤销的人应该是（与见证口头撤销预设医疗指示的人一样）在作出预设医疗指示的人的遗产中没有任何权益的独立人士。一名回应者提议应有一名医生见证口头撤销预设医疗指示，但我们认为这会构成太大的限制。

8.64 咨询文件的评论者当中，有几名提议若任何医护人员知悉病人已撤销其预设医疗指示，便应将这项资料正式记载于病人的医疗纪录中。我们同意这项提议，并已据此在建议 8 中加以反映。

8.65 最后，我们应清楚表明预设医疗指示只有在病人陷于不可逆转的昏迷或处于持续的植物人状况方可执行。若然昏迷只属突发性而非不可逆转，仍应继续给予维持生命治疗。我们认为要是未能确实诊断病人属陷于不可逆转的昏迷或持续植物人状况的话，医生应宁可可是过份小心也应施行维持生命治疗。

建议 8

我们建议：

- (a) 为求明确和免除疑问，应鼓励意欲撤销预设医疗指示的人以书面方式这样做；**
- (b) 如以书面方式撤销预设医疗指示，应由一名于撤销预设医疗指示的人的遗产中没有任何权益的独立见证人见证；**
- (c) 如以口头方式撤销预设医疗指示，则撤销应在一名于撤销预设医疗指示的人的遗产中没有任何权益的医生、律师或其他独立人士面前作出；而在切实可行的情况下，见证人应为口头撤销预设医疗指示作出书面纪录；及**
- (d) 如医护人员知悉某人已撤销其预设医疗指示，该项资料应正式记载于该人的医疗纪录中。**

中央注册处

8.66 大部分回应者赞成应设立中央注册处以保管预设医疗指示，但对于我们原本建议该注册处应全日 24 小时均可供人查阅资料则表示疑虑，并指在人手方面可能会有问题。有回应者也关注到注册处在运作及管理上可能会遭遇的困难，一名回应者甚至认为将预设医疗指示存档的程序也许会令有意作出预设医疗指示的人退缩。经过再次考虑后，我们决定不建议设立中央注册处。虽然中央注册处可以方便医护人员查证病人有否作出预设医疗指示及其条款是怎样的，但我们各项建议的精髓在于并非强制性，即如我们提出预设医疗指示表格范本一样，个人可按自己认为合适而决定是否选用，所以将预设医疗指示在建议的注册处存档亦会是完全出于自愿，每一个人均可自行决定他是否有意使用该设施。自愿性质的存档表示建议的注册处所保存的档案纪录不会包括所有预设医疗指示，所以医护人员从注册处搜寻该等纪录的结果，不能准确地反映真实的情况。

基于良知而提出反对

8.67 在这次咨询中，有些回应者提议应考虑订立行政或法定条文，以保障在良知上反对按照预设医疗指示中的指令施行或撤去治疗的健康护理工作人。我们认为无需这样做，因为任何健康护理工作人若发觉自己无法执行病人的指令，便应安排让其他人代其行事。

考虑法律意见及与病人家属商讨

8.68 在咨询文件中，我们考虑过作出预设医疗指示时须否寻求法律意见的问题。我们在该文件中认为填写预设医疗指示是一件重要的事情，其重要程度足以规定必须寻求法律意见和有律师见证，但亦发觉这并非大部分市民的经济能力所能负担。我们因此建议应鼓励那些希望发出预设医疗指示的人寻求法律意见，但不应强制他们这样做。我们的上述看法在咨询中获得支持，这是说虽然我们会鼓励作出预设医疗指示的人找律师就这份指示提供意见或担任见证人，但应该容许人们在作出预设医疗指示时毋须律师参与，以免承担法律费用。

8.69 我们也认为应鼓励个人在作出任何预设医疗指示之前先与家人讨论此事，而家人也应获鼓励在个人作出预设医疗指示之时陪同在场。这样做可确保该人及其家属均明白预设医疗指示的性质，而且应该有助减少医生与该人的家属日后在医疗决定方面发生争议。

建议 9

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

第 2 部：为昏迷者或植物人代作决定

8.70 对于那些能够就自己的健康护理性质作出预设医疗指示的人来说，我们已提出了多项建议，接着要谈的是那些由于昏迷或变为“植物人”而无法作出这种预设医疗指示的人。《精神健康条例》（第 136 章）（下称“条例”）提供了一个机制，¹⁶ 令如果某人是条例第 2(1)条所指的“精神上无行为能力的人”，即可就该人的财产及事务的处理作出决定，或可就该人接受医疗给予同意或拒绝给予同意。我们已在第 6 章中讨论过“精神上无行为能力”在第 2(1)条中是被界定为指“精神紊乱或弱智”，而“精神紊乱”本身则被拆分为四类，其中的第四类是指“不属弱智的任何其他精神失常或精神上无能力”。我们在咨询文件以及本报告书第 6 章中已研究过这个问题，现仍维持我们的看法：如果说昏迷者或植物人是患有“任何其他精神失常或精神上无能力”，便可把他纳入条例中“精神上无行为能力的人”的定义之内，但究竟可否这样说却是有点不明确。

8.71 为消除这个不明确的情况，我们在咨询文件中建议为施行条例的第 II 部、第 IVB 部及第 IVC 部，应赋予“精神上无行为能力的人”一词新的定义，以便上述三部在有需要时，可就昏迷者或植物人的财产及事务的处理和给予或拒绝给予同意进行医疗，适用于昏迷者或植物人。不过，我们认为条文所订明的“精神上无行为能力”现有定义，应继续适用于条例的第 III 部（病人的收容、羁留和治疗）、第 IIIA 部（涉及刑事法律程序的人的监护）、第 IIIB 部（与涉及刑事法律程序的人有关的监管和治疗令）、第 IV 部（涉及刑事法律程序的精神紊乱的人的收纳、已判刑的精神紊乱的人的转移和精神上无行为能力的人的还押）及第 IVA 部（精神健康复核审裁处）。上述各部是特别处理患有精神紊乱的人的囚禁和医疗事宜，不会被人以为是适用于昏迷者或植物人。故此，上述各部中对“精神上无行为能力

¹⁶ 见第 II 部（精神上无行为能力的人的财产及事务的处理）、第 IV B 部（监护）及第 IV C 部（医疗及牙科治疗）。

的人”的提述，会继续按该词的现有定义而指患有精神紊乱或弱智的人。在这方面我们坚持我们的立场。

8.72 我们在咨询文件中注意到，英格兰法律委员会在其拟备的《精神上无行为能力法令草案》（现已制定为《2005 年精神行为能力法令》）草拟本中所采用的做法，是把两类人士纳入“精神上无行为能力的人”的定义之内。第一类人士是由那些因“精神上无能力”而无法就有关事宜为自己作决定的人组成，第二类人士则由那些因失去知觉或任何其他理由而无法把自己的决定告知他人的人组成。第二类人士很明显是包括陷于昏迷或处于植物人状况的人，故此可厘清“精神上无行为能力的人”一词的范围。

8.73 我们在咨询文件中建议为施行条例的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上无行为能力的人”的新定义应反映出类似但略有变通的界定方法。经进一步考虑后，并基于本章稍后所探讨的理由，我们现在建议为施行条例的第 II 及 IVC 部（但不包括 IVB 部）而把两类人士纳入“精神上无行为能力的人”的定义之内。第一类人士应由那些因患有以下疾病或属以下情况而无法为自己作决定的人构成：

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

8.74 正如我们在咨询文件中所论述，这种拟定方式是把现时构成条例中“精神上无行为能力的人”一词定义的精神紊乱和弱智的各种不同元素收纳于一个单一定义之中。上文(a)、(b)及(c)三段所描述的情况，与条例现时所界定的“精神紊乱”一词中头三类情况相同，而(d)段则涉及弱智。至于加上(e)段，目的是令条例中“精神紊乱”一词定义较现有(d)段所表达者更为清晰。第一，(e)段清楚述明其范围涵盖永久性或暂时性的失常或无能力。第二，(e)段的意思较为广泛，患有并非由精神病造成的精神上无能力的病人也会包括在内。

8.75 我们建议采用的“精神上无行为能力的人”定义所包括的第二类人士，是那些不能传达自己的决定的人。此类人士会涵盖昏迷者、植物人及某些中风的病人。

8.76 我们曾有考虑某人的精神上无能力，是否必须属永久性或持续性才能纳入我们为施行条例的第 II 及 IVC 部而建议的定义之内，令该两部得以适用。我们注意到要证实病人的精神上无能力属永久性或持续性可能会有困难。如果要订明上述规定，便会令根据条例而订立的代作决定机制在应用于昏迷者或植物人的财产及事务的处理和同意或拒绝接受治疗时受到极大限制。正如我们在咨询文件中所论述，我们注意到英格兰法律委员会所拟备的法令草案（现为《2005 年精神行为能力法令》）草拟本并无规定有关的人的精神上无能力须属永久性或持续性。

8.77 大部分回应者同意为施行条例的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上无行为能力的人”的现行定义应予修改，以澄清任何可能出现的疑问。一些回应者提出为这几部而订立的“精神上无行为能力的人”的新定义，应只是针对属某几类诊断病症的人，例如“痴呆症、中风或弱智”的人。我们不同意这个做法，因为要尽列所有会令人无能力作决定的病症及病况而无遗漏，并不切实可行。其他回应者所提出的另一个做法是修改该词的现有定义，令它只是建基于个人功能上的能力，例如理解或记住资讯的能力。我们同样不觉得这是可取的做法，因为个人关乎作决定这项功能上的能力的验证，并不容易界定或施行，而单单依靠这种验证可能会导致不明确的情况。我们的建议结合了“现状取向”及“功能取向”两者的要素：举例来说，该建议所指的是患有精神病理障碍和不能自行作决定的人。

8.78 关于我们在咨询文件的建议 9 中所提议的定义，有些回应者认为“晚期痴呆症”也应纳入“精神上无能力”这个类别，但我们不同意。正如我们较早前在本章指出，痴呆症所涵盖的无能力情况太广泛，很难就人们何时患上“晚期痴呆症”下一个足够精确的定义。

8.79 在咨询文件的建议 9 中，“精神上无行为能力的人”基本上指因精神上无能力而无法作决定的人或因失去知觉或任何其他理由而无法把自己的决定告知他人的人。有回应者忧虑这项建议定义会令根据条例第 IVB 部可获收容监护的人的类别有所变化。确保条例第 IVB 部的适用范围涵盖陷于昏迷或处于植物人状况的人固然是我们的目的，就算我们在咨询文件的建议 9 所提议的定义获得采纳，我们也无意将任何根据现行法律可获收容监护的人摒除于该部的适用范围之外。

8.80 我们因此再次研究谁人根据现行法律可获收容监护这个问题。根据条例第 59M(2)条，可基于下述理由就某精神上无行为能力的人（现时条例第 IVB 部界定为精神紊乱者或弱智人士）提出监护申请：

- (a) 该名精神上无行为能力的人的精神紊乱或弱智（视属何情况而定）的性质或程度足以构成理由将他收容监护；及
- (b) 为该精神上无行为能力的人的福利或为保护他人着想，有需要将该精神上无行为能力的人如此收容监护。

8.81 第 59M 条与我们在咨询文件的建议 9 中所提议的定义的不同之处，是该条没有规定作为监获申请的主角的精神上无行为能力的人必须是**不能**为自己作出决定或**不能**把自己的决定告知他人的人。然而，足以构成收容监护的理由的精神紊乱或弱智的性质或程度究竟是甚么？条例没有提供明确的答案，不过条例倒有订明可作出监护令的依据。第 59O(3)条的规定如下：

“ (3) 在考虑监护申请的实况以决定是否就一名精神上无行为能力的人而根据第(1)款作出监护令时，监护委员会须遵守和运用第59K(2)条提述的事宜或原则，此外，尚须运用下述准则，即监护委员会信纳以下事项：

- (a) (i) 属精神紊乱的精神上无行为能力的人的精神紊乱的性质或程度，足以构成理由将他收容监护；或
- (ii) 属弱智的精神上无行为能力的人的弱智的性质或程度，足以构成理由将他收容监护；
- (b) 上述的精神紊乱或弱智(视属何情况而定)，限制该精神上无行为能力的人就与其个人情况有关的所有或占相当比例的事宜作出合理的决定；
- (c) 该精神上无行为能力的人的特定需要只有在根据本部获收容监护的情况下方可获得满足及照顾，且在有关的情况下没有其他较少限制或侵扰的方法可用；及

- (d) 为该精神上无行为能力的人的福利或为保护他人着想，该精神上无行为能力的人应根据本部获得收容监护。”

8.82 如此看来，人们可以辩说批给监护令的依据与根据我们在咨询文件的建议 9 中所提议的定义将某人归类为精神上无行为能力的人的准则并不**相等**，尤其是第 59O(3)(b)条规定监护委员会必须信纳有关精神紊乱或弱智**限制**该名精神上无行为能力的人就与其个人情况有关的所有或占相当比例的事宜作出合理的决定。这项准则关乎某项决定是否合理。若监护委员会认为该名精神上无行为能力的人不能就某些事情作出合理的决定，便可作出监护令。这项准则同样看来与我们在咨询文件的建议 9 中所提议的定义之下的条件有异，该项条件是精神上无行为能力的人是无法作出决定或无法将决定告知他人。

8.83 条例第 59K(2)(a)条规定，监护委员会在执行其职能或行使其权力时须遵守或运用下述事宜或原则：

- (a) 属有关法律程序的标的之精神上无行为能力的人的利益获得促进，包括在监护委员会认为否定该人的意见及愿望是符合该人的利益时，否定该人的意见及愿望；
- (b) 虽然(a)段已有规定，该名精神上无行为能力的人的意见及愿望在可以被确定的范围内被尊重。

8.84 该条进一步表示，与作出监护令有关系的并非只是作决定的能力。监护委员会如果认为与精神上无行为能力的人的意见及愿望相反的命令会促进该人的利益，是有可能作出这样的命令。

8.85 我们在咨询文件的建议9中所提议的定义若然为施行条例第 IVB 部而获得采纳，便可清楚说明该部的适用范围涵盖陷于昏迷或处于植物人状况的人。另一方面，若一名精神上无行为能力的人的精神紊乱或弱智的程度不符合无法作出决定或无法将决定告知他人的条件，他便有可能被摒除于监护委员会的管辖范围之外，因为他可能不合乎“精神上无行为能力的人”的定义。这不是我们所欲造成的结果。

8.86 我们因此认为咨询文件的建议 9（现已在本报告书中重编为建议 10）应予修改，将条例第 IVB 部摒除于所建议的“精神上无行为能力的人”的定义的适用范围之外（即建议的定义应只适用于条例第 II 及 IVC 部），令第 IVB 部现时的适用范围不会受到不必要的掣肘。

建议 10

为了令《精神健康条例》（第 136 章）第 II 及 IVC 部得以适用，我们建议依循以下方式修订“精神上无行为能力的人”的定义：

- (1) 就第 II 及 IVC 部而言，任何人如在关键时刻属以下情况，即属精神上无行为能力的人——
 - (a) 因精神上无能力而不能就有关事宜为自己作出决定；或
 - (b) 因失去知觉或任何其他理由而不能传达自己就该事宜所作的决定。
- (2) 就第(1)款而言，任何人如有需要作出某项决定之时属以下情况，该人即为在关键时刻因精神上无能力而不能作出该项决定——
 - (a) 不能理解或记住与该项决定有关的资料，包括关于作出某种决定或没有作出任何决定的合理可预见后果的资料；或
 - (b) 不能基于该等资料而作出决定。
- (3) 在第(1)款中，“精神上无能力”指——
 - (a) 精神病；
 - (b) 属智力及社交能力的显著减损的心智发育停顿或不完全的状态，而该状态与有关的人的异常侵略性或极不负责任的行为有关连；
 - (c) 精神病理障碍；
 - (d) 弱智；或
 - (e) 任何其他不论属永久性或暂时性的精神或脑部无能力或失常，并引致精神能力减损或受到扰乱。

- (4) 若以简单用语概括地向某人解释第(2)(a)款所述资料，而该人是能够理解的话，即不得视该人为不能理解该等资料。
- (5) 不得仅因某人作出一般审慎人士所不会作出的决定而视该人为因精神上无能力而不能作出决定。
- (6) 除非已采取所有切实可行的步骤使某人能传达自己的决定但并不成功，否则不得视该人为不能传达自己的决定。

8.87 小组委员会其中一个目标是消除以下不明朗情况：根据条例第 IVB 部订立的整个监护机制是否可引用于植物人或陷于昏迷的人。如果现时的“精神上无行为能力的人”的定义继续适用于该部，上述不明朗情况便会继续存在，因此我们需要特别为施行条例第 IVB 部而处理“精神上无行为能力的人”的定义。

8.88 根据条例，为施行第 IVB 部，“精神上无行为能力的人”现时的定义是“病人¹⁷ 或弱智¹⁸ 人士（视属何情况而定）”。为施行该部而明确表示“精神上无行为能力的人”的定义是包括植物人或陷于昏迷的人，可能须要引用我们为施行条例第 II 及 IVC 部而建议修订“精神上无行为能力的人”的定义的背后思维。在该项建议定义中，其第二分支会由因失去知觉或任何其他理由而不能传达自己的决定的人组成，而这个第二类别显然包括陷于昏迷或处于植物人状况的人，并澄清了“精神上无行为能力的人”一词所涵盖的范围。

8.89 引用在建议 10 所设定义中关于植物人和陷于昏迷的人背后的相同概念，我们力求为施行条例第 IVB 部而提供“精神上无行为能力的人”的新定义。我们较早前研究过根据条例第 59M(2)条申请监护令所依据的理由。该等理由涵盖两类人士，即患有精神紊乱的精神上无行为能力的人以及属弱智的精神上无行为能力的人。在为施行条例第 IVB 部而建议订立的新定义中，这两类人士将会原封不动地包括

¹⁷ “病人”被界定为指“患有精神紊乱或看来患有精神紊乱的人”。

¹⁸ “弱智人士”被界定为指“弱智的人或看来属弱智的人”；而“弱智”被界定为指“低于平均的一般智能并带有适应行为上的缺陷”。

在内，以免影响该部的适用范围。然而，我们建议在现有定义中加入另一类别，就是不能传达自己的意见及愿望的人。¹⁹

建议 11

为了令《精神健康条例》（第 136 章）第 IVB 部得以适用，我们建议依循以下方式修订“精神上无行为能力的人”的定义：

(1) 就第 IVB 部而言，任何人如——

- (a) 患有精神紊乱；
- (b) 属弱智；或
- (c) 因失去知觉或任何其他理由而不能传达自己的意见及愿望，

该人即属精神上无行为能力的人。

(2) 除非已采取所有切实可行的步骤使某人能传达自己的意见及愿望但并不成功，否则不得视该人为不能传达自己的意见及愿望。

8.90 在建议 11 中，第(1)(a)及(b)款所描述的人与可根据条例第 IVB 部申请监护令加以保护的两类人士相同。(c)段包括那些不能传达自己的意见及愿望的人，例如陷于昏迷或处于植物人状况的人。因此，这个定义不会限制条例第 IVB 部的涵盖范围，并就该部而言澄清了“精神上无行为能力的人”一词的涵盖范围，即陷于昏迷或处于植物人状况的人在该部之下是明确地被视为属“精神上无行为能力的人”。

¹⁹ 应注意的是类似做法已在南澳大利亚的《1993 年监护及管理法令》中采用。根据该法令，“精神上无行为能力”的定义是“因下列情况导致某人无能力照顾自己的健康、安全或福利或无能力管理自己的事务——

- (a) 脑部或思维的任何损坏、疾病、紊乱、不完善或迟缓发展、损伤或恶化；或
- (b) 令该人不能以任何方式将自己的意向或愿望告知他人的任何身体疾病或状况。

在我们为施行条例第 IVB 部而建议的定义中，所采用的是“意见及愿望”一词而非“意向及愿望”，因为前者是用于条例第 59K、59P 及 59S 条。使用“意见及愿望”可确保整条例的用词一致。

8.91 我们认为建议 10 及 11 所提出的新定义，其作用是把昏迷者及植物人纳入现有法律架构的保护之下。我们注意到监护委员会已获赋予各种不同权力，以发出处理“精神上无行为能力的人”的健康护理、医疗、财产及事务的命令。我们认为赋予监护委员会的现有权力已足够保护此等人士。我们又留意到在条例第 7、8 及 9 条中可找到足够的保障。这些条文订明在有第三者提出申请要求处理“精神上无行为能力的人”的财产及事务时，原讼法庭有权进行研讯和检查被指称为“精神上无行为能力”的人。有些回应者提出以下忧虑：陷于昏迷或处于植物人状况的病人会因为与患上受条例管限的精神病拉上关系而被标签。我们认为在现今世代，这样的忧虑并不合理。

8.92 为了反映建议的定义包括了无能力沟通方面的提述，我们在咨询文件中提议医疗专业应订立指引，让医生在评估病人的沟通能力时得以遵从。我们注意到这项提议广为业界接受，我们亦维持这方面的建议。

8.93 我们知道医院管理局发出了《对院内心肺复苏决定的指引》、《对病人同意或拒绝接受治疗及 / 或输血的指引》以及《对维持末期病人生命治疗的指引》，也知道英国医学会发出了《对不提供及撤去延长生命治疗的指引》(*Guidelines on Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment*)，而医生在某些情况中提供或不提供治疗时是可能会参考这些指引的。虽然如此，我们仍重申我们在咨询文件中的提议，鼓励医务委员会或其他有关专业团体，考虑我们就预设医疗指示所提出的建议而检讨现有做法，并发出关于此方面的指引，以加强医生行医时做法一致。

建议 12

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

- (a) 关于某人的沟通能力的评核；**
- (b) 对处于植物人或昏迷状况的人所给予的治疗；**
- (c) 基本护理的准则；**
- (d) 关于预设医疗指示是否有效的评核；及**
- (e) 预设医疗指示的执行。**

8.94 就如我们在咨询文件中的讨论所述，还有必要对条例作出一些其他修订。这些修订可分为三类，我们会在以下各段加以说明。

8.95 第一类修订是与条例中上述三部（第 II、IVB 及 IVC 部）的条文有关。为施行这三部的条文，有必要采用建议 10 及 11 所载的新定义，而第一类修订主要是涉及现有条文和新定义的一并施行。进行修订的做法，是把新定义纳入条例的第 II、IVB 及 IVC 部，并把新定义与现有条文结合起来。举例来说，条例第 7(1)条（载于第 II 部）订明：

“原讼法庭可应根据本条提出的申请，作出命令指示进行研讯，以查明在原讼法庭的司法管辖权下任何被指称为精神上无行为能力的人是否因精神上无行为能力而无能力处理和管理其财产及事务。”

8.96 就第 II 部而采用的新定义，是把精神上无行为能力的人界定为一名不能就“有关事宜”为自己作出决定或传达所作决定的人，故此有必要修订第 7(1)条，令原讼法庭可就精神上无行为能力的人（以此词的新定义为准）是否能够为自己的财产及事务的处理和管理作出决定或传达所作决定而指示进行研讯。同样地，条例第 59ZB 条（关于第 IVC 部中向精神上无行为能力的人提供治疗²⁰及特别治疗²¹的原则）也须予修订，令到第 IVC 部适用于某些施加于以下一类精神上无行为能力的人的医疗或牙科治疗：年满 18 岁而无能力就该项医疗或牙科治疗作出决定或传达所作决定。

8.97 新定义将不会适用于第 III、IIIA、IIIB、IV 及 IVA 部，第二类修订的作用便是要达到这个目的，而做法是修订条例第 2(1)条中“精神上无行为能力的人”的现有定义，令该词就施行第 III、IIIA、IIIB、IV 及 IVA 条而言指现时所界定的“病人”或“弱智人士”。

8.98 第三类修订属于相应修订。我们已研究过条例第 V 部中提述“精神上无行为能力的人”之处，以决定应否作出适当修订来指明其所指对象到底属于哪一类人士。这项检讨是尝试找出有关某词的提述背后的立法意图是甚么。我们也检视了咨询文件的附件 6（现已在本报告书中重编为附件 7），并鉴于我们对咨询文件的建议 9（现已在本报告书中重编为建议 10）所提议的改动而对附件 7 作出了一些

²⁰ 第 59ZA 条界定“治疗”为指“医疗、牙科治疗或两者兼行的治疗，并包括建议的治疗，但不包括特别治疗。”

²¹ “特别治疗”指根据第 59ZC 条指明的不可逆转效果的或具争议性的医疗或牙科治疗或两者兼行的治疗，并包括建议的特别治疗。

修订。该附件胪列了我们就每项有关条文所应采用的定义而提出的建议。我们认为一俟上述新定义制定为法律，所有根据条例而订明的附属法例，均应进行类似的检讨。

8.99 我们在上文已研究过根据《持久授权书条例》（第 501 章）所授予的持久权力。我们认为鉴于有遭利用和滥用之虞，这些权力应依旧只适用于财产的处理，而不应扩大其范围把健康管理决定也涵盖在内。

8.100 我们所建议采用的载于建议 10 的“精神上无行为能力的人”一词的新定义，是打算单为施行条例第 II 及 IVC 部而适用，而载于建议 11 的该词的新定义，则是打算单为施行条例第 IVB 部而适用，好让昏迷者或植物人能享有这三部条文所订有的保障。“精神上无行为能力的人”一词的现有定义，会依旧为条例所有其他目的而适用。如果在其他条例中，“精神上无行为能力的人”一词的定义是参考《精神健康条例》所订明者，则此词的现有定义会继续适用于该等条例。鉴于每项成文法则均有自己的独特目的，我们不会提议上述两项建议新定义的任何一项适用于其他条例中涉及精神上无行为能力的条文。

8.101 不过，“精神上无行为能力的人”、“精神上无能力行事”及“精神紊乱”各词有在多条其他条例²²中出现，所涉及的语境都是精神上无行为能力，而且有时是参考《精神健康条例》而予以界定的。故此这些条例有可能需要修订，以确保上述各词在《精神健康条例》中的现有定义会继续适用于这些条例，而做法可以是把有关词语在《精神健康条例》中的定义纳入有关条例之中，或在有关条例中特别指明有关词语的定义是一如“《精神健康条例》第 2(1)条中”所界定者。

8.102 一名回应者关注到过往就陷于昏迷或处于植物人状况的病人而作出的各项命令，并提议在有关的修订法例订立条文规定对“精神上无行为能力的人”的定义的任何修订均不得令在作出修订前发出的任何命令失效或变为无效。我们认为对有关定义作出的修改不应过往所作出的命令有任何影响，因为法例的修订一般是没有追溯效力的。然而，我们会把这个议题留待法律草拟专员研究和处理。

²² 举例来说，“精神上无行为能力的人”一词亦见于第 200、221、238 及 465 章、《高等法院规则》第 80 号命令和《区域法院规则》第 80 号命令。

第 9 章 建议摘要

（本报告书的各项建议见于第 8 章，括弧内所示者为有关段落的编号。）

建议 1（出于第 8.40 段）

我们建议起初应以非立法方式推广预设医疗指示这个概念，并建议政府在社会大众较为广泛熟悉预设医疗指示的概念后在适当时候检讨有关情况和考虑到时是否适宜立法。这类检讨应考虑三个因素，即：使用预设医疗指示的广泛程度、出现争议的次数以及人们对预设医疗指示表格范本的接受程度。

建议 2（出于第 8.45 段）

我们建议发表和广泛散发我们所提议的预设医疗指示表格范本，并建议鼓励人们使用该范本。

建议 3（出于第 8.46 段）

我们建议进行适当的宣传，以鼓励人们早在任何威胁生命的疾病侵袭之前预先考虑作出预设医疗指示和填妥有关表格。

建议 4（出于第 8.47 段）

我们建议政府应推行宣传计划，加强公众认识和了解预设医疗指示这个概念。卫生署及各个民政事务处应备有就作出预设医疗指示的方法和后果向公众提供一般指引的资料，以供公众参考，并应提供预设医疗指示表格范本供公众使用。

建议 5（出于第 8.47 段）

政府应在灌输关于预设医疗指示的用途和效力的资料这项行动上，设法争取医务委员会、香港医学会、大律师公会、律师会、医院管理局、所有医院和诊疗所、其服务涉及照顾老人的非政府组织、以及宗教团体及社会团体的支持。

建议 6（出于第 8.53 段）

我们建议为作出预设医疗指示，“病情到了末期”及“维持生命治疗”两词应界定如下：

(a) “病情到了末期”的病人是患有严重、持续恶化及不可逆转疾病的病人。这些病人对针对病源的治疗毫无反应，预期寿命短暂，仅得数日、数星期或数月的生命。

(b) “维持生命治疗”指任何有可能延迟病人死亡的治疗，例子包括使用心肺复苏法、人工辅助呼吸、血液制品、心脏起搏器及血管增压素、为特定疾病而设的专门治疗（例如化学治疗或透析治疗）、在感染可能致命的疾病时给予抗生素、以及人工营养及流体喂养。人工营养及流体喂养指透过导管喂饲食物和水份。

建议 7（出于第 8.59 段）

(a) 预设医疗指示表格范本必须由两名见证人见证，而其中一名见证人必须是医生。两名见证人均不得在预设医疗指示作出者的遗产中有任何权益。

(b) 政府应鼓励医院管理局、医务委员会和香港医学会等机构以及其他有关专业团体考虑发出指引文件，供负责见证预设医疗指示的作出的医生遵从，以确保所有医生在这方面的做法均能保持一致。该文件应同时就以下事宜向医疗专业提供指引：(a)预设医疗指示的作用；及(b)评核预设医疗指示是否有效。

(c) 在某人也许不能够作出书面的预设医疗指示的情况下，我们建议他在一名医生、律师或其他独立人士面前作出口头的预设医疗指示，但该等见证人必须在预设医疗指示作出者的遗产中没有任何权益。

建议 8（出于第 8.65 段）

我们建议：

(a) 为求明确和免除疑问，应鼓励意欲撤销预设医疗指示的人以书面方式这样做；

(b) 如以书面方式撤销预设医疗指示，应由一名于撤销预设医疗指示的人的遗产中没有任何权益的独立见证人见证；

(c) 如以口头方式撤销预设医疗指示，则撤销应在一名于撤销预设医疗指示的人的遗产中没有任何权益的医生、律师或其他独立人士面前作出；而在切实可行的情况下，见证人应为口头撤销预设医疗指示作出书面纪录；及

(d) 如医护人员知悉某人已撤销其预设医疗指示，该项资料应正式记载于该人的医疗纪录中。

建议 9（出于第 8.69 段）

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

建议 10（出于第 8.86 段）

为了令《精神健康条例》（第 136 章）第 II 及 IVC 部得以适用，我们建议依循以下方式修订“精神上无行为能力的人”的定义：

(1) 就第 II 及 IVC 部而言，任何人如在关键时刻属以下情况，即属精神上无行为能力的人——

- (a) 因精神上无能力而不能就有关事宜为自己作出决定；或
- (b) 因失去知觉或任何其他理由而不能传达自己就该事宜所作的决定。

(2) 就第(1)款而言，任何人如有需要作出某项决定之时属以下情况，该人即为在关键时刻因精神上无能力而不能作出该项决定——

- (a) 不能理解或记住与该项决定有关的资料，包括关于作出某种决定或没有作出任何决定的合理可预见后果的资料；或
- (b) 不能基于该等资料而作出决定。

(3) 在第(1)款中，“精神上无能力”指——

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

- (e) 任何其他不论属永久性或暂时性的精神或脑部无能力或失常，并引致精神能力减损或受到扰乱。
- (4) 若以简单用语概括地向某人解释第(2)(a)款所提述的资料，而该人是能够理解的话，即不得视该人为不能理解该等资料。
- (5) 不得仅因某人作出一般审慎人士所不会作出的决定而视该人为因精神上无能力而不能作出决定。
- (6) 除非已采取所有切实可行的步骤使某人能传达自己的决定但并不成功，否则不得视该人为不能传达自己的决定。

建议 11（出于第 8.89 段）

为了令《精神健康条例》（第 136 章）第 IVB 部得以适用，我们建议依循以下方式修订“精神上无行为能力的人”的定义：

- (1) 就第 IVB 部而言，任何人如——
 - (a) 患有精神紊乱；
 - (b) 属弱智；或
 - (c) 因失去知觉或任何其他理由而不能传达自己的意见及愿望，

该人即属精神上无行为能力的人。

- (2) 除非已采取所有切实可行的步骤使某人能传达自己的意见及愿望但并不成功，否则不得视该人为不能传达自己的意见及愿望。

建议 12（出于第 8.93 段）

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

- (a) 关于某人的沟通能力的评核；
- (b) 对处于植物人或昏迷状况的人所给予的治疗；
- (c) 基本护理的准则；
- (d) 关于预设医疗指示是否有效的评核；及
- (e) 预设医疗指示的执行。

建议采用的预设医疗指示表格范本

预设医疗指示

第 I 部：此预设医疗指示作出者的详细个人资料

姓名： (注：请以正楷书写)

身份证号码：

性别：男性 / 女性

出生日期： _____ / _____ / _____
 (日) (月) (年)

住址：

住宅电话号码：

办事处电话号码：

手提电话号码：

第 II 部：背景

1. 本人明白此指示的目的，是当本人病情到了末期或处于持续植物人状况或不可逆转的昏迷时，将本人所可能身受或造成的痛苦或尊严损害减至最低，并免却本人的医疗顾问或亲属或两者同时肩负代本人作出困难决定的重担。
2. 本人明白无论在任何情况下医生 / 院方都不会执行安乐死，亦不会依循本人在治疗方面的任何非法指示，即使本人明文要求这样做亦然。

3. 本人_____（请清楚填上姓名）年满 18 岁，现撤销本人以前曾就自己的医护及治疗作出的所有预设医疗指示（如有的话），并自愿作出下述预设医疗指示。
4. 如经本人的主诊医生及最少另一名医生诊断，证实本人是病情到了末期或陷入不可逆转的昏迷或处于持续植物人状况，以致无法参与作出关于自己的医护及治疗的决定，则本人对自己的医护及治疗的意愿如下：

（注：填写以下部分时请在适用的方格内加上剔号，在方格旁边简签，并在任何不希望适用于自己的部分划上横线。）

(A) 第 1 类情况——病情到了末期

（注：在此指示中——

“病情到了末期”指患有严重、持续恶化及不可逆转的疾病，而且对针对病源的治疗毫无反应，预期寿命短暂，仅得数日、数星期或数月的生命；至于施行维持生命治疗的作用，只在于延迟死亡一刻的来临；而

“维持生命治疗”指任何有可能延迟病人死亡的治疗，例子包括使用心肺复苏法、人工辅助呼吸、血液制品、心脏起搏器及血管增压素、为特定疾病而设的专门治疗（例如化学治疗或透析治疗）、在感染可能致命的疾病时给予抗生素、以及人工营养及流体喂养。（人工营养及流体喂养指透过导管喂饲食物和水份。））

☐ 除了基本护理和纾缓治疗外，本人不同意接受任何维持生命治疗。就本表格而言，非人工的营养及流体喂养属基本护理的一部分。

本人不希望接受以下治疗：

☐

☐

(B) 第 2 类情况——持续植物人状况或不可逆转的昏迷状况

（注：在此指示中——

“维持生命治疗”指任何有可能延迟病人死亡的治疗，例子包括使用心肺复苏法、人工辅助呼吸、血液制品、心脏起搏器及血管增压素、为特定疾病而设的专门治疗（例如化学治疗或透析治疗）、在感染可能致命的疾病时给予抗生素、以及人工营养及流体喂养。（人工营养及流体喂养指透过导管喂饲食物和水份。））

☐ 除了基本护理和纾缓治疗外，本人不同意接受任何维持生命治疗。就本表格而言，非人工的营养及流体喂养属基本护理的一部分。

本人不希望接受以下治疗：

☐

☐

5. 本人是在此预设医疗指示第 III 部所述的两名见证人面前作此指示，而该两名见证人并非根据下述文书享有权益的受益人：

- (i) 本人的遗嘱；或
- (ii) 本人所持有的任何保险单；或
- (iii) 本人所订立或代本人订立的任何其他文书。

此预设医疗指示作出者的签署

日期

第 III 部：见证人

见证人须知：

见证人不得为根据下述文书享有权益的受益人——

- (i) 此预设医疗指示作出者的遗嘱；或
- (ii) 此预设医疗指示作出者所持有的任何保险单；或
- (iii) 此预设医疗指示作出者所订立或代此人订立的任何其他文书。

由见证人作出的陈述

首名见证人

（注：此见证人必须为注册医生，而此指示的作出者可选用一名不是其主诊医生或没有诊治过该作出者的医生。）

- (1) 本人 _____（请清楚填上姓名）以见证人身份在下面签署。

(a) 就本人所知，此指示的作出者是自愿作此指示；及

(b) 本人已向此指示的作出者解释作此指示的性质和后果。

- (2) 本人声明，此指示是在本人及下述第二名见证人的面前作出和签署。

（首名见证人签署）

（日期）

姓名：

身份证号码 / 医务委员会注册号码：

办事处地址：

办事处电话号码：

第二名见证人

（注：此见证人必须年满 18 岁）

- (1) 本人 _____（请清楚填上姓名）以见证人身份在下面签署。
- (2) 本人声明，此指示是在本人及上述首名见证人的面前作出和签署；首名见证人已在本人面前向此指示的作出者解释作此指示的性质和后果。

（第二名见证人签署）

（日期）

姓名：

身份证号码：

住址 / 联络地址：

住宅电话号码 / 联络电话号码：

《英国医学杂志》所拟备的 预设医疗指示表格

预设健康护理指示

姓名：

地址：

医院单位号码：

本人的明示意愿是如本人患上以下疾病：

- (a) 老人严重脑部退化疾病（因阿氏痴呆症、动脉疾病、爱滋病或其他疾病所致），或
- (b) 意外或其他伤病所造成的严重脑部受损，或
- (c) 晚期或末期恶性疾病，或
- (d) 令患者丧失行为能力的神经或肌肉不断退化

并已变为精神上无能力就接受或拒绝接受维持生命治疗表达自己的意见，而如有两名独立的医生得出结论，认为尽现有医学知识所知，本人的病情属不可逆转，则以下各点应予考虑：

- * 如本人心脏停顿，则不论病发原因是甚么，亦请勿向本人施行心肺复苏法。
- * 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、心脏病或肾病，则除非此病看来是令本人肉体上受到过度痛苦，否则请勿向本人施以积极的治疗。

- * 在本人患上此类晚期疾病期间，如本人变得无法吞咽食物、流质或药物，则除非是为了解除本人的明显痛苦，否则请勿以任何人工方法向本人提供食物、流质或药物。
- * 在本人患上此类疾病期间，如本人的情况变坏且无望可期逆转，而本人的行为又因此而变得暴戾、嘈吵或在其他方面贬损本人的人格，又或本人看来是身受剧痛，则在合乎法律的范围内，不管对本人的身体健康及本人的存活会造成甚么后果，任何该等征状均得由适当的药物治疗加以控制。
- * 其他请求：

此指示的目的，是将本人患上不治之症期间所可能身受或造成的痛苦或尊严损害的程度减至最低，并免却本人的医疗顾问或亲属或两者同时肩负代本人作出困难决定的重担。

签署：

日期：

第一见证人：

第二见证人：

由其中一名见证人作出的陈述：本人.....声明，本人认为上述人士.....精神健全。

签署：

日期：

(《英国医学杂志》1995:310:236-238，蒙英国医学杂志出版集团允许转载。)

美国哥伦比亚特区医院协会 所拟备的预设医疗指示表格

预设医疗指示

你的健康护理持久授权书、生前预嘱及其他意愿

指示及定义

导言：

此表格集健康护理持久授权书与生前预嘱于一身，是供哥伦比亚特区、马里兰州及弗吉尼亚州之用。

透过此表格：

- 如果你将来无法为自己作出医疗决定，你可以委任另一人代你作出该等决定。
- 及 / 或
- 如果你将来无法令自己的意愿为人所知，你可以表明自己希望或不希望接受甚么治疗。

指引：

- 小心阅读每一部分。
- 与你所计划委任的人谈论此事，以确定他 / 她明白你的意愿，并且愿意肩负责任。
- 在希望作出的选择前面的空白位置加上你的姓名简签。
- 只填写你在第 1、2 及 3 部中所希望作出的选择。你的预设医疗指示只要妥为签署，对于你所填写的任何部分而言即属有效。
- 如有任何特别指示，可在所提供的空白之处补加。附加意见则可另纸书写，但应在此表格上表明你的预设医疗指示有加上附页。
- 签署此表格，并请他人见证。

- 给你的医生、护士、获委任代你作出医疗决定的人、家人及有可能参与你的护理工作的其他人士提供一份此预设医疗指示的副本，并就你的预设医疗指示与他们进行商讨。
- 明白你可随时变更或取消这份文件。

你有需要知道的用语：

预设医疗指示：一份书面文件，表明如某人将来无法令自己的医疗意愿为人所知，该人所希望或不希望得到的医疗会是甚么。

人工营养及流体喂养：透过导管喂饲食物和水份。

尸体剖验：为查明死因而对尸体进行的检验。

舒适护理：一种有助病人感到舒适但不会改善其病情的护理，沐浴、翻动身体、保持某人唇部湿润便是不同种类的舒适护理。

心肺复苏法：一种试图令人恢复呼吸或心跳的治疗，施行方式可以是按压胸部、把导管插入喉部及/或其他治疗方法。

健康护理持久授权书：一份预设医疗指示书，表明如某人将来无法自行作出医疗决定，该人即可委任另一人代为作出该等决定。

终期情况：任何因伤或因病而导致的慢性而又不可逆转的情况，而这情况已对身体造成严重的永久性损害。一名处于终期情况的人，是须由别人对他提供大部分的护理。

维持生命治疗：任何用以保存生命的医疗方法，呼吸机、心肺复苏法、人工营养及流体喂养即维持生命治疗的例子。

生前预嘱：一份预设医疗指示书，表明如某人无法令自己的意愿为人所知，该人所希望或不希望接受的医疗会是甚么。

器官及组织捐赠：即某人准许自己的器官（例如眼睛或肾脏）及身体其他部分（例如皮肤）在自己死后被切除，以移植予另一人使用或以作实验之用。

持续植物人状况：即某人失去知觉，虽有接受医治亦无望恢复知觉。该人的身体可能会移动，眼睛也可能会张开，但大家都知道该人是不能够思想或作出反应的。

末期情况：一种因伤或因病而造成无法医治的持续情况，而医生即使有对病人施加医治亦预计病人定会死亡。如果某人属于末期情况，维持生命治疗只会延长该人的死亡过程。

哥伦比亚特区、马里兰州及弗吉尼亚州

预设医疗指示

本人的健康护理持久授权书、生前预嘱及其他意愿

本人_____填写这份文件作为本人医护方面的指示之用。

请在你所希望作出的选择旁边加上你的姓名简签：

第 1 部 • 本人的健康护理持久授权书

只要我能够将我的意愿告知他人，我的医生便会与我沟通，我也会自行作出关于健康护理的决定

_____ 如本人有朝一日无法自行作出关乎本人医护的决定，本人便会委任此人代为作出该等决定：

姓名：

住宅电话号码：

办事处电话号码：

地址：

_____ 如上述人士不能或不会代本人作出决定，本人便会委任此人：

姓名：

住宅电话号码：

办事处电话号码：

地址：

_____ 本人未有在此文件或任何其他文件中委任任何人代为作出健康护理决定。本人明白如果本人不订立健康护理持久授权

书以委任某人，其他人便可能透过法律或法院获指派代本人作出健康护理决定。

本人希望本人所委任的人、本人的医生和家人以及其他人士，能以本人所作出的以下决定为指引：

第 2 部 • 本人的生前预嘱

如本人有朝一日无法为自己作出任何未来医护决定，以下所列者即为本人在此方面的意愿。

A. 如本人有朝一日罹患重病或严重受伤，本人概括而言希望本人的护理能达致以下目标（以你自己的言词说明你认为对你最重要之事）：

请在下列假如你有朝一日罹患重病或严重受伤时你认为有重要价值的项目旁边，加上你的姓名简签：

- _____ 解除本人痛楚所需的药物
- _____ 辨认本人的家人 / 朋友的能力
- _____ 其他：

B. 如本人的疾病属于末期情况，本人的意愿如下：

维持生命治疗

- _____ 本人不希望开始施行维持生命治疗（包括心肺复苏法）。如维持生命治疗已开始施行，本人希望将之停止。
- _____ 本人希望开始施行暂时性的维持生命治疗（包括心肺复苏法）；但如本人没有复元的迹象，则本人希望将之停止。
- _____ 本人希望接受本人医生认为对本人是最佳的维持生命治疗。
- _____ 其他意愿：

人工营养及流体喂养

_____ 如人工营养及流体喂养会是令本人生命得以延续的主要治疗方法，本人不希望开始施行人工营养及流体喂养。如人工营养及流体喂养已开始施行，本人希望将之停止。

_____ 本人希望接受人工营养及流体喂养，即使这是令本人生命得以延续的主要治疗方法亦然。

_____ 其他意愿：

C. 如本人有朝一日处于持续植物人状况，本人的意愿如下：

维持生命治疗

_____ 本人不希望开始施行维持生命治疗（包括心肺复苏法）。如维持生命治疗已开始施行，本人希望将之停止。

_____ 本人希望开始施行暂时性的维持生命治疗（包括心肺复苏法）；但如本人没有复元的迹象，则本人希望将之停止。

_____ 本人希望接受本人医生认为对本人是最佳的维持生命治疗。

_____ 其他意愿：

人工营养及流体喂养

_____ 如人工营养及流体喂养会是令本人生命得以延续的主要治疗方法，本人不希望开始施行人工营养及流体喂养。如人工营养及流体喂养已开始施行，本人希望将之停止。

_____ 本人希望接受人工营养及流体喂养，即使这是令本人生命得以延续的主要治疗方法亦然。

_____ 其他意愿：

D. 如本人有朝一日罹患末期病症(包括阿氏痴呆症或其他种类的痴呆症)，本人的意愿如下：

维持生命治疗

_____ 本人不希望开始施行维持生命治疗(包括心肺复苏法)。如维持生命治疗已开始施行，本人希望将之停止。

_____ 本人希望开始施行暂时性的维持生命治疗(包括心肺复苏法)；但如本人没有复元的迹象，则本人希望将之停止。

_____ 本人希望接受本人医生认为对本人是最佳的维持生命治疗。

_____ 其他意愿：

人工营养及流体喂养

_____ 如人工营养及流体喂养会是令本人生命得以延续的主要治疗方法，本人不希望开始施行人工营养及流体喂养。如人工营养及流体喂养已开始施行，本人希望将之停止。

_____ 本人希望接受人工营养及流体喂养，即使这是令本人生命得以延续的主要治疗方法亦然。

_____ 其他意愿：

E. 其他指示

对于所有关乎你本人医护的决定，即使这些决定并不涉及临终病况、持续植物人状况或末期病症，你仍有权参与作出决定。如尚有意愿未有在此文件的其他部分列出，请在此处示明。

第 3 部 • 其他意愿

A. 器官捐赠

_____ 本人不希望捐赠本人的任何器官或组织。

_____ 本人希望捐赠本人的所有器官及组织。

_____ 本人只希望捐赠以下器官及 / 或组织：

B. 尸体剖验

_____ 本人不希望接受尸体剖验。

_____ 如本人的医生希望进行尸体剖验，本人同意接受尸体剖验。

_____ 其他意愿：

第 4 部 • 签署

你和两名见证人必须签署这份文件，令它成为合法的文件。

A. 你的签署

本人在此处签署，以示本人明白这份文件的目的和效用。

签署：

日期：

地址：

B. 你的见证人的签署

本人相信已签署此预设医疗指示的人精神健全，该人是在本人面前签署或确认此预设医疗指示，而该人看来没有受到压力、胁迫、欺诈或不当影响。本人与此预设医疗指示作出者之间并无任何血缘、婚姻或领养关系，而尽本人所知，本人亦没有名列于该人的遗嘱内。本人不是此预设医疗指示中所委任的人。本人不是健康护理服务提供者，也

不是现时或以前负责护理此预设医疗指示作出者的健康护理服务提供者的雇员。

第一见证人

签署

日期：

地址：

第二见证人

签署：

日期：

地址：

(蒙哥伦比亚特区医院协会允许使用)

- a. 按合理的医学判断来说，不管是否施行特别的维持生命治疗，死亡亦已临近；以及
 - b. 施行特别的维持生命治疗的作用，只在于延迟死亡一刻的来临。
3. 本人明白“特别的维持生命治疗”一词在《1996 年预先医疗指示法令》中，是指任何施加于末期病人的医疗程序或方法，其效用只是在病人濒临死亡之时延长其死亡过程，但不包括纾缓治疗。
4. 此指示不影响医生或任何其他人在给予本人纾缓治疗（包括提供合理的医疗程序以解除本人的痛楚、痛苦或不适，以及合理地供给食物和水份）时所具有的任何权利、权力或责任。
5. 本人是在第 2 页所述的两名见证人面前作此指示。

签署 / 拇指纹墨印

日期

关于预先医疗指示注册事宜的说明

1. 预先医疗指示的作出者应填妥此表格，并以密封信封透过邮递或专人按以下所示地址将之送交预先医疗指示注册官，以传真方式递交的表格将不获接纳。
2. 预先医疗指示须经预先医疗指示注册官注册方为有效。指示一经注册，注册官即会向指示作出者发给认收书。

**The Registry of Advance Medical Directives
Ministry of Health
College of Medicine Building
16 College Road
Singapore 169854**

**电话：3259136
传真：3259212**

（如有任何查询，请与上址接洽。）

（在签署此表格前，两名见证人请先阅读下列“*见证人须知*”。）

见证人须知

作为一名见证人，他必须在其所知范围内——

- a. 并非根据病人的遗嘱或任何保险单而享有权益的受益人；
- b. 并无根据任何以病人为授权人、授予人或财产授予人的文书而享有权益；
- c. 在病人未有立下遗嘱而去世时，不会在病人的遗产中享有任何权益；
- d. 在病人去世时，不会对病人存放于中央公积金或其他公积金中的款项享有任何权益；以及
- e. 未有根据《1996年预先医疗指示法令》第10(1)条提出反对。

首名见证人（此见证人必须为注册医生）

姓名：

国民身份证号码： - -

办事处地址：新加坡

办事处电话：

传呼机：9 -

1. 本人已在此个案中采取合理步骤，以确保此指示的作出者——

- a. 是精神健全的；
- b. 已年满21岁；
- c. 是自愿作此指示，并无受到诱使或强迫；以及
- d. 已获告知作此指示的性质和后果。

2. 本人声明，此指示是在本人及下述见证人的面前作出和签署。

医生签署

医生姓名 / 诊所印章

日期

注：

作为决定这项指示的作出者是否精神健全的 **指引**，有关医生应该查明作出者是否——

- 明白此指示的性质和后果；
- 能够辨识时间和空间；以及
- 能够说出其本人及其直系家属的姓名。

第二名见证人（此见证人必须年满 21 岁）

姓名：

国民身份证号码： - -

住址：新加坡

住宅电话：

办事处电话：

本人声明，此指示是在本人及上述见证人的面前作出和签署。

签署

日期

（蒙新加坡卫生部允许转载）

建议采用的撤销预设医疗指示表格

预设医疗指示撤销书

第 I 部：本撤销书作出者的详细个人资料

姓名： (注：请以正楷书写)

身份证号码：

性别：男性 / 女性

出生日期： _____ / _____ / _____
(日) (月) (年)

住址：

住宅电话号码：

办事处电话号码：

手提电话号码：

第 II 部：撤销

- (1) 本人 _____ (请清楚填上姓名) 年满 18 岁而又精神健全，
现撤销本人在作此撤销的日期之前曾就自己的医护及治疗所作出的任何预设医疗指示。
- (2) 本人是在此撤销书第 III 部所述的见证人面前作此撤销，该名见证人并非根据下述文书而享有权益的受益人：
- (i) 本人的遗嘱；或
 - (ii) 本人所持有的任何保险单；或
 - (iii) 本人所订立或代本人订立的任何其他文书。

作出撤销者的签署

日期

第 III 部：见证人

由见证人作出的陈述

（注：此见证人必须年满 18 岁）

- (1) 本人 _____（请清楚填上姓名）以见证人身份在下面签署。
- (2) 本人声明，此文件是在本人面前订立和签署。

（见证人签署）

（日期）

姓名：

身份证号码：

住址 / 联络地址：

住宅电话号码 / 联络电话号码：

用以记录口头撤销预设医疗指示的建议表格

口头撤销预设医疗指示的纪录

第 I 部：口头撤销作出者的详细个人资料

姓名： (注：请以正楷书写)

身份证号码：

性别：男性 / 女性

出生日期： _____ / _____ / _____
(日) (月) (年)

住址：

住宅电话号码：

办事处电话号码：

手提电话号码：

第 II 部：见证人

由见证人作出的陈述

(注：此见证人必须年满 18 岁)

- (1) 本人 _____ (请清楚填上姓名) 以见证人身份在下面签署。

(2) 本人证明 _____ (清清楚楚填上姓名) 已于 _____ (撤销日期) 上午 / 下午 _____ 在本人面前以口头方式撤销过往所作出关于他 / 她的护理及治疗的所有预设医疗指示。

(3) 本人与 _____ (清清楚楚填上姓名) 之间并无任何血缘、婚姻或领养关系，而尽本人所知，本人亦非根据他 / 她的遗嘱或他 / 她所持有的任何保险单或由他 / 她订立或代他 / 她订立的任何其他文书享有权益的受益人。

(见证人签署)

(日期)

姓名：

职业：

身份证号码 / 医务委员会注册号码：

住址 / 联络地址：

住宅电话号码 / 联络电话号码：

建议对《精神健康条例》（第 136 章）第 V 部 作出的相应修订

第 60 条——“精神上无行为能力的人”

此词在本条中很清楚是指第 II 部所指的“精神上无行为能力的人”，故建议 10 中的定义适用。

第 62 条——“精神上无行为能力的人”

本条与精神上无行为能力的人的作决定能力无关，故现有定义适用。

第 64 条——“精神上无行为能力的人”

本条的适用对象涵盖面应该最阔，故现有定义及新定义两者均适用。

第 71A 条——“精神上无行为能力的人”

第(1)款是关于“任何人根据本条例获得授权而可将可某名精神上无行为能力的人带往某地方或将其扣押或接回，而该精神上无行为能力的人根据本条例是可被如此带走、扣押或接回的。”由于第(1)款主要是关于第 III、IIIA、IIIB、IV 或 IVA 部所订的权力，故现有定义适用。

第(2)款是关于认可社会工作者认为属精神上无行为能力的人。作出决定不是主要问题，故现有定义适用。

第 72 条——“精神上无行为能力的人”

第(1)(g)款明显是指第 IIIA 部或第 IVB 部各自所指的精神上无行为能力的人，故现有定义适用于第 IIIA 部，而建议 11 中的新定义则适用于第 IVB 部。

第(1)(h)款的适用对象涵盖面应该最阔，故现有定义及新定义两者均适用。

第(1)(ja)款显然是指第 IVC 部所指的精神上无行为能力的人，故建议 10 中的新定义适用。

回应咨询文件的机构 / 个人名单

1. 区结成先生
2. 明爱医院：
明爱医院服务发展小组委员会
何柳章医生（明爱医院妇产科部门主管）
谢国玊医生（明爱医院眼科部门主管）
3. 陈健雄先生
4. Louis Chan 先生
5. 张鸿坚医生
6. 齐敏教授
7. 中华回教博爱社
8. 赵宗义先生
9. 香港牙科医学院
10. 卫生署
11. 教区医院牧民委员会
12. 香港医学组织联会
13. 香港天主教医生协会
14. 卫生福利及食物局
15. 香港医学专科学院
16. 香港老年痴呆症协会、长者安居服务协会及社区复康网络
17. 香港大律师公会
18. 香港基督教协进会社会公义与民生关注委员会
19. 香港基督教服务处
20. 香港急症科医学院
21. 香港家庭医学学院
22. 香港儿科医学院

23. 香港病理学专科学院
24. 香港内科医学院
25. 香港社会服务联会
26. 香港牙医学会
27. 香港西医工会
28. 香港老人科医学会
29. 香港大学香港赛马会防止自杀研究中心
30. 香港医学会
31. 香港神经外科学会及（医院管理局）脑外科临床统筹委员会
32. 香港理工大学医疗及社会科学学院
33. 香港老年精神科学会
34. 香港公共医疗医生协会
35. 养和医院
36. 香港社会医学学会
37. 香港纾缓医学学会
38. 香港圣约翰救护机构
39. 香港防痨心脏及胸病协会
40. 医院管理局
41. 许志伟教授
42. 司法机构
43. Peter Lally 先生
44. 香港律师会
45. Dr Grantham K H Lee
46. 李继尧医生
47. 法律援助署
48. 廖雅慈博士
49. 麦国风议员（2000-2004 年度立法会议员）
50. 香港医务委员会

51. 精神健康复核审裁处
52. 北区医院
53. 东区尤德夫人那打素医院
54. 威尔斯亲王医院
55. 伊利沙伯医院
56. 香港社区组织协会病人权益协会
57. 善宁会
58. 社会福利署
59. 圣保禄医院
60. 谢俊仁医生
61. 东华三院冯尧敬医院及麦理浩复康院
62. 妇女事务委员会
63. 黄竹坑医院
64. Yeung Mei-chung 先生
65. 杨咏清女士
66. 杨胡令筠女士
67. 章慈云修女