

法律改革委員會

代作決定及預前指示小組委員會

諮詢文件

醫療上的代作決定及預前指示

摘要

（本摘要是諮詢文件的綱要。諮詢文件可向香港灣仔告士打道 39 號夏慤大廈 20 樓法律改革委員會秘書處索取，亦可於互聯網上查閱，網址為：<http://www.info.gov.hk/hkreform>。）

引言

1. 本諮詢文件所研究的是兩種特定情況，均與未能作決定的人在作出決定問題上的時間有關。第一種情況涉及由第三者為陷於昏迷或植物人狀況的人就醫療問題和財產及事務的處理代作決定，而第二種情況則涉及個人就自己日後再無行為能力作出有關決定時所希望接受的健康護理或醫治而預先作出決定。這個論題是一體兩面，或者最佳的辨析或對比方法便是從兩個不同的角度來看它：一是無行為能力前的代作決定（針對屬於第二種情況的人），一是無行為能力後的代作決定（針對屬於第一種情況的人）。

研究範圍

2. 2002 年 3 月 23 日，律政司司長及終審法院首席法官把以下課題交予法律改革委員會（法改會）研究：

“檢討關於以下事宜的法律：

- (a) 為陷於昏迷或植物人狀況的人代作決定，而特別研究範圍是該等人士的財產及事務的處理，以及對接受醫療的予以同意或拒絕予以同意；以及
- (b) 個人在精神上有能力作決定時，就自己一旦無能力作決定時的個人事務處理或希望接受的健康護理或醫療方式所作的預前指示，

並對有需要作出的改革加以考慮和作出建議。”

小組委員會

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

梁劉柔芬議員，銀紫荊星章， 太平紳士 (主席)	法律改革委員會成員
-------------------------------	-----------

賴福明醫生，太平紳士 (副主席)	伊利沙伯醫院 醫院行政總監
---------------------	------------------

陳元新先生	律政司法律草擬科 高級政府律師
-------	--------------------

何健生醫生	衛生署長者健康服務 家庭醫學顧問醫生
-------	-----------------------

李頌基醫生	伊利沙伯醫院 內科部部門主管
-------	-------------------

蔡克剛先生	蔡克剛律師事務所 合夥人
-------	-----------------

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

楊羅觀翠博士	社會學家
--------	------

張美雅女士 (秘書)	法律改革委員會 高級政府律師
---------------	-------------------

第 1 章

行為能力及代作決定的概念

行為能力的概念

4. 普通法假定成年人具有完全行為能力，但如情況顯示並非如此，則屬例外。視乎出現問題的決定屬於甚麼類別，現有法律有就行為能力提供多種驗證方法。在某些情況下，答案可在案例法中找到，而在其他情況下，個別法規也載有關於行為能力的條文。不過，重要的是法律概念上的有行為能力或無行為能力，不能與醫學概念上的有行為能力或無行為能力混為一談。

5. 但凡法律有訂明某人無行為能力作出某項決定，如該人作出某項法律行為或從事某項活動，便會產生法律無行為能力的問題。無行為能力可在各種不同的條件下產生。這些條件可能包括未足成人歲數或精神不健全。此外，普通法還有一個基本的行為能力驗證方法，那就是有關的人必須在事發時，大致上明白自己究竟在做些甚麼和本身的行動可能帶來甚麼後果。故此，在原則上，法律行為能力所要看的是理解力而非智慧度；只求有關的人明白自己正要作出的決定是甚麼，至於決定本身的質素如何，則無關重要。不過，這個基本驗證方法只是臨時變通來應付一些特定情況，普通法或法規現時所採用的確實驗證方法可能會因應情況而有所不同。

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

精神上無行為能力的成因

7. 精神上無行為能力可因各種不同成因所致，它們計有：

- 先天性心智失能
- 因受傷或患病而造成的腦損傷
- 癡呆症
- 精神出現問題
- 藥物濫用

無能力作決定所衍生的問題

8. 如果無能力作決定者是無法獨自作出某項決定，他或者會在適度協助之下有能力作出該項決定。然而，有一些人是無能力作出決定；他們的作決定行為能力受損程度是足以令他們欠缺法律行為能力單獨或在協助之下作出自己的部分或所有決定。這可能代表此人不能就一些事宜（例如個人福利、健康護理、理財及財產處理）作出在法律上有效的決定，但有些事情卻不得不作出決定。舉例來說，有關的人可能需要接受醫治，又或者有必要出售他所居住的房子來為他另外安排居所。會出現的問題是無人自動的權利代另一名成年人作出決定，不管彼此的關係如何密切情況也是一樣。在代一名作出決定行為能力受損的成年人作出決定時，代決人的決定如要有法律效力，就必須先要在法律上獲授權代表該名成年人行事。

9. 究竟誰有權力可代昏迷病人或植物人授權接受醫治，又或者在沒有持久授權書的情況下代該人處理其財產及事務，現有法律並不明確。至於個人在精神上有能力作決定時，就自己一旦無能力作決定時所希望接受的健康護理或醫療方式而作出的預前指示，現時並無法律架構給予此類預前決定任何效力。

第 2 章 預前指示的概念

預前指示

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

11. 關於健康護理的預前指示，也可解釋為一種關於健康護理的“有先見之明的決定”（*anticipatory decision*），目的是令到病人即使日後失去作決定的行為能力，其事先作出的決定仍可發揮效力，而有部分論者是採用“生前預囑”（*living will*）一詞的。

第 3 章

精神上無行為能力的人：現有法例條文

《精神健康條例》（第 136 章）

12. 香港關乎精神上無行為能力的法例條文，主要是綜合載於《精神健康條例》（第 136 章）。《精神健康條例》旨在為精神上無行為能力的人在健康護理、同意接受醫療及財產的處理等各方面提供保障。該條例的重點內容是：

- 第 II 部，此部是關於精神上無行為能力的人的財產及事務的處理；
- 第 IVB 部，此部為監護事宜而訂定條文；以及
- 第 IVC 部，此部規管同意進行醫療及牙科治療。

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

14. 《精神健康條例》第 IVB 部處理精神上無行為能力的人的監護事宜及監護委員會的設立和角色。監護委員會是一個法人團體，負責為年滿 18 歲的精神上無行為能力的人委任監護人的申請作出考慮和決定。

15. 第 IVC 部的第 59ZB 至 59ZK 條，就給予同意一事訂定條文，讓年滿 18 歲而又無能力表示同意的精神上無行為能力的人接受醫療、牙科治療或“特別”治療。“特別治療”的定義是衛生福利及食物局局長所指明的“效果不能逆轉或具爭議性的”醫療或牙科治療。在指明某種治療屬“特別治療”之前，衛生福利及食物局局長須先行徵詢醫院管理局及“其他適當機構”的意見，而“其他適當機構”是包括有衛生署、香港醫學會及香港牙醫學會。

《持久授權書條例》（第 501 章）

16. 《持久授權書條例》（第 501 章）訂立程序，授權書若是採用訂明格式，以訂明方式簽立並載有訂明說明資料的話，便可在授權人變為精神上無行為能力後繼續有效。持久授權書只可賦予受權人就授權人的財產及其財政事務行事的權限，並必須列明受權人權限內的

特定事宜、財產或事務。對於同意接受醫療的事宜，持久授權書並不適用。如受權人有理由相信授權人精神上無能力行事或正變為精神上無能力行事，則受權人必須向高等法院司法常務官申請將訂立該項授權的文書註冊。如授權人後來變為精神上無行為能力，受權人不得作出任何事情，直至該項授權已註冊為止。

第 4 章

精神上無行為能力的人：普通法與同意接受醫治

17. 每個人的身體都是不容侵犯，這是一項確立已久的原則。病人如果是有能力作出決定，醫生不得在沒有病人的同意之下，替他進行治療。若未經病人同意而對他作出治療，此舉並不合法。決定病人有否給予同意是會受多項因素所影響，其中包括了外來影響的性質，以及同意或拒絕同意是否在知情下作出。在某些情況中，可基於必要原則而無須取得病人同意。

第 5 章

醫療專業對精神上的行為能力的醫治和評估方法

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

第 6 章

現有法律的各種問題

《精神健康條例》（第 136 章）的不足之處

19. 究竟“植物人”、陷於昏迷的人或有其他無行為能力徵狀（例如患有癡呆症）的人，可否就《精神健康條例》（第 136 章）而

言視為“精神上無行為能力的人”並不清晰，而另一問題則是普通法就給予精神紊亂病人的治療合法與否所提供的指引亦不明確。

“精神上無行為能力”的定義

20. “精神上無行為能力”在第 2 條中是被界定為“精神紊亂”或“弱智”。“精神紊亂”的定義是：

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

21. “精神病理障礙”在第 2 條中是被界定為：

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

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

22. 第 136 章中的“精神紊亂”定義(a)項所用的“精神病”一詞，在第 136 章中未有界定，所以在決定病人究竟是精神上有決定能力抑或無決定能力，是要看主診醫生作何診斷。由於第 136 章未有為“精神病”提供明確的法律定義，決定病人是否精神上有決定能力的重擔便落在個別醫生的身上。

捉摸不定的普通法制度

就健康護理或醫療而作出決定

23. 在普通法中，法庭並無司法管轄權批准或不批准對精神紊亂的人進行治療。有關行動合法與否是要看治療是否符合病人的最佳利益，而把病人的“最佳利益”歸類為“臨牀判斷”事宜未必是可取的做法。

24. 醫藥和科技近期均有發展，現代社會的性質又正發生變化，這些都突顯了有需要為精神上無行為能力的人設立足夠的代作決定機制。

25. 雖然法庭曾裁定在普通法中，法庭並無司法管轄權批准或不批准對精神紊亂的人施行醫治，而有關的行動合法與否是要看治療是否符合病人的最佳利益，法庭仍保留其固有的司法管轄權以作出宣布。

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

病人缺乏自主權

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

第 7 章 其他司法管轄區的法律及改革建議

28. 本章所討論的是澳大利亞、加拿大、英格蘭與威爾斯、蘇格蘭、新加坡及美國的情況。所有普通法主要司法管轄區，均已有就長者或精神上無行為能力的人引入預前指示這個概念，而且這些司法管轄區每一個都已有透過建議進行各種不同程度和範圍的改革的方式，試圖探究自己在這個範疇內的法例有何不足。雖然香港與這些其他司法管轄區之間可能有文化差異，但彼此的社會和經濟情況是有共通之處的。

第 8 章 建議的改革方案

第 1 部：預前指示

各種方案

29. 可供選擇的五種改革方案是：

- A 方案：擴闊持久授權書的現有範圍；
- B 方案：訂立福利或持續授權書；
- C 方案：擴大監護委員會的職能；
- D 方案：為預前指示提供立法基礎；或
- E 方案：保留現有法律並以非立法的方式推廣預前指示這個概念。

30. A 方案與 B 方案有類似的優點和缺點。兩者的優點計有：

- 兩種方案均相等於作出一般性的“整頓”，作用是鼓勵更多使用現有條文而無須對法律進行全面修改。
- 兩種機制均富有彈性，並無必要在未開始患病之前便先行預計所有會涉及的未來醫療需要。
- 兩種方案均確保有人能代精神上無行為能力的人進行勸喻、爭辯及討論。
- 當病人親屬之間意見分歧或病人家屬與醫生意見分歧時，健康護理受權人能解決該怎麼做這個難題。
- 如病人以前所作出的書面陳述和口頭陳述有含糊或矛盾之處，受權人能夠釐清病人在此情況下的意願到底是甚麼。
- 受權人令醫生可安心相信自己具有權力採取某些行動，而這較諸依據病人的一名親屬的非正式同意行事來說，醫生是不會那麼容易受到法律上的懲罰或專業譴責的。

31. 缺點則是：

- 代作決定的程序有可能大部分不受規管，並有可能受到利用和濫用。
- 持久／持續授權書可能只在授權人已妥為獲得提供意見而有關的需要又是及時察覺得到的情況下才具有價值。
- 如何斷定無行為能力是何時正確開始仍然是一個問題。

- 就施加於受權人的須有行動的積極責任來說，可能會是欠缺了程序上的保障。

32. C 方案（擴大監護委員會的職能）的好處，是可以在“家長式”的做法與給予病人在作出決定方面一些支持之間取得平衡，此外也確保病人能有積極行動，這是與不向受權人施加任何行動責任的 A 方案和 B 方案是有差別的。

33. C 方案的缺點，與 A 方案和 B 方案的缺點類似。預前指示是只在病人於開始變為精神上無行為能力之前已妥為獲得提供意見而病人又及時察覺到有關的需要才具有價值。反對採用此方案的其他論據有可能包括以下各點：

- 監護委員會可能沒有全面考慮病人的自主權，而且如果監護委員會認為不遵照病人的意見及願望是符合病人的利益，病人的意見及願望可被否定。
- 監護委員會只在能夠確定預前指示是存在的情況下才可執行預前指示，但在某些情形下，確定預前指示的存在是可能會有困難的。
- 在監護委員會的架構之下，代決人的人選有限；在某些情形下，代決人可能與病人全無關係，亦有可能是病人認為不可靠的人，或是病人所不喜歡的人。
- 監護法律程序有時是被認為會令遭裁定為“精神上無行為能力”的人感到尷尬。病人及其家屬可能會視此為污點。

34. D 方案（為預前指示提供立法基礎）涵蓋了一系列可供採用的方法，由設立全面立法機制以涵蓋為精神上無行為能力成年人代作決定的所有各方面事宜，至訂立一項只為預前指示的法定格式作出規定的較簡單條文，均一一網羅其中。採用法定格式的預前指示，會把法律效力賦予預前指示這個概念，並會為必要的實質上和程序上的保障提供立法基礎。在這種做法之下，預先指示的格式和簽立方式均會由法律訂明。這是新加坡所採取的做法，優點是醫生能有比較肯定的感覺，可減低醫生與病人家屬之間發生爭議的可能性。

35. 全面改革計劃的優點是有連貫性，而且可以更為容易配合那些可能難以融入現有法律或程序的新意念和新模式。D 方案也會加強病人自決原則。

36. 不過，預前指示這個概念對於市民來說仍是一個新概念。當大部分人對此概念的認識有限之時，現時立法尚未是成熟的時機。除此之外，立法又有可能會阻礙而非鼓勵人們使用預前指示。一份法定預前指示表格也會是較為欠缺彈性，令預前指示的有效性可能會冒因為某個簽立方面的輕微技術性錯誤而受到質疑這個風險。小組委員會另外又關注到，撤銷法定預前指示的程序，有可能會令人望而卻步而不是有助大家作出預前指示。

37. 建議採用 E 方案(保留現有法律並以非立法的方式推廣預前指示這個概念)的理由，是現有法律的缺失之處可通過發展普通法來加以改善。根據現有的普通法，個人在仍有能力行事之時，是可以就自己一旦無行為能力作出未來健康護理決定時所希望接受的健康護理作出指示的。

38. E 方案的優點之一是保留了司法裁定的固有彈性。當醫生與病人親屬之間對於病人以前就醫療問題所曾作出的指示或表達的意願有爭議時，可向法庭申請作出裁定，然後每宗個案便會按其本身案情和是非曲直來予以裁定，而法庭在作出裁定之前，是會考慮個人情況和不斷變更的社會需要。

39. 小組委員會承認為求解決這些問題而訴諸法庭並非理想的做法。對簿公堂費用昂貴，很多市民都在經濟上無力負擔。小組委員會又明白傳統的公堂氣氛和法律文化上那種對抗性質的程序，有可能令申請人感到陌生和受到威脅。不過，並非每一宗個案均有必要鬧上法庭以求裁定，而提供一款經協定的預前指示表格（不一定屬於法定性質），是會減低有爭議和情況不明確的可能性的。保留現有法律的缺點之一，便是未必能肯定法庭會作出甚麼裁決，但提供一款供市民採用的預設格式的預前指示，卻能提供有效的方法來向法庭展示證據，以助法庭裁定病人的意願到底是甚麼。

40. 此方案的優勝之處可扼要述明如下：

- 此方案提供簡單而具成本效益的方法，確保個人的看法和意願受到尊重。
- 此方案保留了普通法的固有彈性，並容許法庭考慮每宗個案的個別情況。
- 此方案可避免法定格式本身欠缺彈性這個問題，因為如果規定須採用法定格式，格式上的任何偏差一開始便會影響文書的有效性。

- 在此方案之下，遭利用或濫用的可能性會較委任某人作為另一人的健康護理受權人為低。
- 與立法相比，此方案提供了一個入侵性較低的方法來推動公眾認識和接受預前指示這個概念。
- 此方案較易於施行，並無需要進行立法程序。

41. 預前指示是一樁敏感的事情，故此小組委員會寧可採取慎重的處理方法。為了配合這種做法，預前指示範本的範圍僅限於醫療而不會擴及器官捐贈。

建議 1

以非立法方式推廣預前指示這個概念，並鼓勵希望發出預前指示的人，採用小組委員會所建議的預前指示範本。

42. 推動公眾加強認識和理解預前指示這個概念確有必要。政府在推廣工作之上，是與法律界人士、醫護人員、宗教團體及社會團體，攜手扮演重要角色。

建議 2

政府應推行宣傳計劃，加強公眾認識和了解預前指示這個概念。衛生署及各個民政事務處應備有預前指示的一般資料供公眾參考，並應能提供預前指示表格範本供公眾使用。

建議 3

政府應在這項提供資料的工作上，設法爭取醫務委員會、醫學會、大律師公會、律師會、醫院管理局、所有醫院和診療所，宗教團體及社會團體的支持。

43. 小組委員會建議預前指示所載的指令，應在病人屬以下三種病況其中之一時適用：陷於不可逆轉的昏迷、處於持續植物人狀況或病情到了末期。

44. 在任何情況之下，病人均應獲提供令其繼續感到舒適、尊嚴得以保持、持續獲得流體餵養或營養及為可解除其痛苦所需的紓緩治療和基本護理。

建議 4

為作出預前指示，“病情到了末期”及“維持生命治療”兩詞應界定如下：

- (a) 如果病人患有因傷或因病所造成的不治之症且亦無合理希望可期暫時或永久復元，在以下情況中，病人即屬“病情到了末期”——
 - (i) 按合理的醫學判斷來說，不管是否施用維持生命治療，死亡亦已臨近；以及
 - (ii) 施用維持生命治療的作用，只在於推遲死亡一刻的來臨。
- (b) “維持生命治療”指任何於死亡臨近之時只收延長死亡過程之效的醫療程序或方法（包括心肺復甦術及人工輔助呼吸），但舒緩治療不包括在內。

45. 小組委員會已擬備一份預前指示表格範本（見諮詢文件附件 1）。小組委員會在擬備這份表格時，曾研究並參考《英國醫學雜誌》（British Medical Journal）所製備的預前指示表格範本（見諮詢文件附件 2）、美國哥倫比亞特區醫院聯會（District of Columbia Hospital Association of the United States of America）所製備的預前指示表格範本（見諮詢文件附件 3），以及新加坡衛生部所製備的“預先醫療指示”（“Advance Medical Directive”）表格（見諮詢文件附件 4）。

46. 一個須予考慮的重要問題便是關於見證人的規定，而此規定是應施加於小組委員會所建議採用的新預前指示表格的。小組委員會建議表格應在兩名見證人在場的情況下填寫，而這兩名見證人其中之一應是一名醫生。在關於見證人的規定之上，當然除此之外還有不少其他做法可供採用，而且每一種做法都各有其潛在的缺點和優點。小組委員會特別歡迎大家就其在這方面所作的建議提出意見。

47. 作為預前指示見證人之一，醫生是完全有能力評估個人在作出預前指示時是否精神健全，而且也能夠向作出者解釋預前指示的性質和作此指示的後果。小組委員會認為要令到所有負責見證的醫生的做法均保持一致，最好的方法便是由醫務委員會或其他有關專業團體發出指引，供負責見證病人作出預前指示的醫生遵從。

48. 至於負責見證的醫生，到底應由預前指示作出者的主診醫生以外的醫生擔任，抑或由預前指示作出者的主診醫生擔任，小組委員會並無既定立場。

建議 5

預前指示表格應由兩名見證人見證，而其中一名見證人應為醫生。兩名見證人均不得在預前指示作出者的遺產中有任何權益。

政府應鼓勵醫務委員會或其他有關專業團體考慮發出指引，供負責見證預前指示作出的醫生遵從，以確保所有醫生在這方面的做法均能保持一致。

49. 個人只要在撤銷預前指示之時是精神上有能力作出決定，他應可撤銷自己以前所曾作出的任何預前指示。撤銷的方式可以是口頭或書面，但如果預前指示是以書面作出，小組委員會暫時認為撤銷指示亦必須以書面作出。小組委員會也有考慮過下述一類情況：例如某人發生了嚴重意外，在陷入昏迷之前只能口頭上表明自己希望撤銷指示。小組委員會認為在此類突發性的危急情況中，書面預前指示必須以書面方式撤銷這項建議採用的規定不應適用。就此類情況而言，口頭撤銷應該足以撤銷預前指示。

50. 如果是撤銷書面的預前指示，有一名見證人便應足夠。諮詢文件中收錄了一份撤銷預前指示的表格範本（見附件 5）。如果是撤銷口頭的預前指示，撤銷指示可以用口頭或書面方式，並且不需要有見證人。

建議 6

- (a) 如果某人在作出撤銷預前指示之時是精神上有能力作出決定，該人可隨時撤銷自己以前所曾作出的任何或所有預前指示；
- (b) 書面的預前指示可以書面方式撤銷，並且最好能由一名見證人予以見證；以及
- (c) 在突發性的危急情況中，書面的預前指示可以口頭方式撤銷。

建議 7

應設立中央註冊處以保管所有預前指示。中央註冊處應全日 24 小時可供查閱，以便查證個人是否曾有作出預前指示。

51. 這樣可使一有需要施行緊急醫療，即可查證病人是否已有作出預前指示。

建議 8

作為政府加強公眾認識預前指示的工作其中一環，政府應鼓勵希望作出預前指示的人尋求法律意見和先與自己家人討論此事。此外，家人也應獲鼓勵在個人作出預前指示之時陪同在場。

52. 這樣可確保個人及其家人均明白預前指示的性質，而且應該有助減少醫生與個人家屬日後在醫療決定方面發生爭議。

第 2 部：為昏迷者或植物人代作決定

53. 如果說昏迷者或植物人是患有“任何其他精神失常或精神上無能力”，便可把他納入第 136 章中的“精神上無行為能力的人”的定義之內，但究竟可否這樣說卻是有點不明確，第 6 章所討論的正是這個問題。為消除這個不明確的情況，小組委員會的看法是為施行條例的第 II 部、第 IVB 部及第 IVC 部，應賦予“精神上無行為能力的人”一詞新的定義，以便上述三部在有需要時，可就昏迷者或植物人的財產及事務的處理和給予或拒絕給予同意進行醫療，適用於昏迷者或植物人。不過，小組委員會認為條文所訂明的“精神上無行為能力”現有定義，應繼續適用於條例的第 III 部（病人的收容、羈留和治療）、第 IIIA 部（涉及刑事法律程序的人的監護）、第 IIIB 部（與涉及刑事法律程序的人有關的監管和治療令）、第 IV 部（涉及刑事法律程序的精神紊亂的人的收納、已判刑的精神紊亂的人的轉移和精神上無行為能力的人的還押）及第 IVA 部（精神健康覆核審裁處）。上述各部是特別處理患有精神紊亂的人的囚禁和醫療事宜，不會被人以為是適用於昏迷者或植物人。故此，上述各部中對“精神上無行為能力的人”的提述，會繼續按該詞的現有定義而指患有精神紊亂或弱智的人。

54. 小組委員會有注意到，英格蘭法律委員會在其擬備的《精神上無行為能力法令草案》草擬本中所採用的做法，是把兩類人士納入“精神上無行為能力的人”的定義之內。第一類人士是由那些因“精神上無能力”而無法就有關問題為自己作決定的人組成，第二類人士則由那些因失去知覺或任何其他理由而無法把自己的決定告知他人的人組成。第二類人士很明顯是包括了陷於昏迷或植物人狀況的人，故此可澄清“精神上無行為能力的人”一詞的範圍。

55. 小組委員會建議為施行條例的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上無行為能力的人”的新定義應反映出類似但略有變通的做法。小組委員會建議把兩類人士納入“精神上無行為能力的人”的定義之內。第一類人士應由那些無法為自己作決定的人組成，而他們應包括患有以下疾病或屬以下情況的人：

- (a) 精神病；
- (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完全的狀態，而該狀態是與異常侵略性或極不負責任的行為有關連的；
- (c) 精神病理障礙；
- (d) 弱智；或
- (e) 任何其他不論是暫時性抑或永久性的精神或腦部失常或精神上無能力，而此症會令患者的精神能力減損或受到擾亂。

56. 補加(e)段的目的是令條例中“精神紊亂”一詞定義較現有(d)段所表達者更為清晰。第一，(e)段清楚述明其範圍涵蓋永久性或暫時性的失常或無能力。第二，(e)段的意思較為廣泛，患有並非由精神病造成的精神上無能力的病人也會包括在內。

57. 小組委員會建議採用的“精神上無行為能力的人”定義所包括的第二類人士，與英格蘭法律委員會所擬備的法令草案草擬本中採用的定義相同，都是那些無法把自己的決定告知他人的人。此類人士會涵蓋昏迷者、植物人及某些中風的病人。

建議 9

為使《精神健康條例》（第 136 章）的第 II、IVB 及 IVC 部得以適用，“精神上無行為能力的人”的定義應按以下方式作出修訂：

- (1) 為施行第 II、IVB 及 IVC 部，一名精神上無行為能力的人於關鍵時刻是屬以下情況的人——
 - (a) 因精神上無能力而無法就有關問題為自己作出決定；或
 - (b) 因失去知覺或任何其他理由而無法把自己的決定告知他人。
- (2) 為施行第(1)款，如果某人在有需要作出某項決定之時是屬以下情況，該人即為於關鍵時刻因精神上無能力而無法作出該項決定——

- (a) 無法理解或記住與該項決定有關的資料，包括與作出某種決定或沒有作出任何決定的合理可預見後果有關的資料；或
 - (b) 無法基於該等資料而作出任何決定。
- (3) 在第(1)款中，“精神上無能力”指——
- (a) 精神病；
 - (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態是與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連的；
 - (c) 精神病理障礙；
 - (d) 弱智；或
 - (e) 任何其他不論是暫時性抑或永久性的精神或腦部失常或精神上無能力，而此症會令患者的精神能力減損或受到擾亂。
- (4) 若以簡單用語籠統地向某人解釋第(2)(a)款所述的資料而該人是能夠理解的話，即不得視該人為無法理解該等資料。
- (5) 不得僅因某人作出一般審慎人士所不會作出的決定而視該人為精神上無能力以致無法作出決定。
- (6) 除非已採取所有實際步驟確保某人能把自己的決定告知他人但並不成功，否則不得視某人為無法把自己的決定告知他人。

58. 小組委員會認為新定義的作用是把昏迷者及植物人納入現有法律架構的保護之下。由於監護委員會已獲賦予各種不同權力，以發出處理“精神上無行為能力的人”的健康護理、醫療、財產及事務的命令，小組委員會認為賦予監護委員會的現有權力已足夠保護此等人士。在《精神健康條例》第7、8及9條中可找到足夠的保障，因為這些條文訂明在有第三者提出申請要求處理“精神上無行為能力的人”的財產及事務時，原訟法庭具有進行研訊的權力和檢查被指稱為“精神上無行為能力”的人的權力。

建議 10

政府應鼓勵醫務委員會或其他有關專業團體發出指引或操守守則，以加強醫生行醫時對以下事項做法一致：

- (a) 關於某人的溝通能力的評核；
- (b) 處於植物人或昏迷狀況的人所受的治療；以及
- (c) 基本護理準則。

59. 小組委員會已研究過根據《持久授權書條例》（第 501 章）所授予的持久權力。小組委員會認為鑑於有遭利用和濫用之虞，這些權力應依舊只適用於財產的處理，而不應擴大範圍把健康護理決定也涵蓋在內。

60. 小組委員會所建議採用的“精神上無行為能力的人”一詞新定義，是打算單為施行《精神健康條例》（第 136 章）第 II、IVB 及 IVC 而適用，以便有可能讓昏迷者或植物人享有這三部條文所訂有的保障。“精神上無行為能力的人”一詞的現有定義，會依舊為施行第 136 章所有其他各部的條文而適用。如果在其他條例中，“精神上無行為能力的人”一詞的定義是參考第 136 章所訂明者，則此詞的現有定義會繼續適用於該等條例。鑑於每項成文法則均有自己的獨特目的，小組委員會不會建議其新修訂的定義，適用於其他條例中涉及精神上無行為能力的條文。

（註：本摘要的部分內容是摘錄自其他原始資料。欲知該等資料的詳情，請參閱諮詢文件。）