

香港法律改革委員會

報告書

醫療上的代作決定及預設醫療指示

摘要

(本摘要是報告書的綱要。報告書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.hkreform.gov.hk>。)

引言

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

2. 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健康護理決定之時所希望接受的未來健康護理作出指示的。法改會建議起初應以非立法方式推廣“預設醫療指示”這個概念，並建議政府在社會大眾較為熟悉預設醫療指示的概念後在適當時候檢討有關情況和考慮到時是否適宜立法。為了令《精神健康條例》（第 136 章）第 II、IVC 及 IVB 部得以適用，法改會亦建議修訂“精神上無行為能力的人”的定義，讓該詞的範圍可涵蓋昏迷者或植物人。

第 1 章

行爲能力及代作決定的概念

行爲能力的概念

3. 普通法假定成年人具有完全行爲能力，但如情況顯示並非如此，則屬例外。視乎出現問題的決定所屬類別，現有法律有就行爲能力提供多種驗證方法。在某些情況下，答案可在案例法中找到，而在其他情況下，個別法規也載有關於行爲能力的條文。不過，重要的是法律概念上的有行爲能力或無行爲能力，不能與醫學概念上的有行爲能力或無行爲能力混爲一談。

4. 但凡法律有訂明某人無行爲能力作出某項決定或某項法律行爲或從事某項活動，便會產生法律上無行爲能力的問題。無行爲能力可在各種不同的條件下產生。這些條件可能包括未足成年歲數或精神不健全。此外，普通法還有一個基本的行爲能力驗證方法，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，法律行爲能力所要看的是理解力而非智慧；只求有關的人明白自己正要作出的決定是甚麼，至於決定本身的質素如何則無關重要。不過，這個基本驗證方法只經臨時變通以應付一些特定情況，普通法或法規現時所採用的確實驗證方法可能會因應情況而有所不同。

5. 作決定的行爲能力並不是醫學上或心理方面的診斷類別；個人是否有此行爲能力是要看他能否作出一名知情人士所會作出的判斷。如果因行爲能力此一問題有所爭議或爲某目的而須就行爲能力作出法律裁定，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。

精神上無行爲能力的成因

6. 精神上無行爲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
- 濫用藥物

無能力作決定所衍生的問題

7. 如果無能力作決定的人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。可是，有一些人是無能力作出決定的，而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獨自或在協助之下作出部分或所有決定。這可能代表此人不能就一些事宜（例如關於個人福利、健康護理、財務及資產處理的事）作出在法律上有效的決定，但有些事情卻不得不作出決定。舉例來說，有關的人可能需要接受醫治，又或者有必要出售他所居住的房子來為他另外安排居所。所產生的問題是不論大家的關係如何密切，任何人均無自動的權利代另一名成年人作決定。如一名成年人作決定的行為能力受損，他的代決人必須在法律上先獲授權代他行事，然後所作出的決定才會有法律效力。

8. 究竟誰人有權可代昏迷病人或植物人批准進行治療，或在沒有持久授權書的情況下有權處理該人的財產及事務，現有法律並不明確。至於個人在精神上有能力作決定的時候，就自己一旦無能力作決定時所希望接受的健康護理或醫療方式而作出的預設醫療指示，現時並無法律體制令此類預先決定具有效力。

第 2 章

預設醫療指示的概念

預設醫療指示

9. 就健康護理而作出的預設醫療指示（*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。預設醫療指示之所以誕生，大部分是源於要在知情下才同意這項原則和相信人是應有自主權作出健康護理決定這個信念。

10. 關於健康護理的預設醫療指示，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，而有部分論者則採用“生前預囑”（*living will*）一詞。

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）

11. 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、同意接受醫治及財產的處理等各方面提供保障。該條例的重點內容包括有：

- 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；及
- 第 IVC 部，此部規管同意進行醫治及牙科治療。

12. 《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。

13. 《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，負責考慮和決定為年滿 18 歲的精神上無行為能力的人委任監護人而提出的申請。

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

《持久授權書條例》（第 501 章）

15. 《持久授權書條例》（第 501 章）訂立程序，使採用訂明格式、以訂明方式簽立並載有訂明說明資料的授權書可在授權人變為精神上無行為能力後繼續有效。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。對於同意接受醫治的事宜，持久授權書並不適用。如受權人有理由相信授權人精神上無能力行事或正變為精神上無能

力行事，則受權人必須向高等法院司法常務官申請將訂立該項授權的文書註冊。如授權人後來變為精神上無行為能力，受權人在該項授權註冊之前，不得據此作出任何事情。

第 4 章

精神上無行為能力的人：普通法與同意接受醫治

16. 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，其中包括任何外來影響的性質，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

17. 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》及英國醫學總會的《關於作出不提供或撤去延長生命治療的決定的良好醫務常規》(UK General Medical Council's *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making*)。本章也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，亦有助我們進一步認識有關問題。

第 6 章

現有法律的各种問題

《精神健康條例》(第 136 章)的不足之處

18. 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並不明確。

“精神上無行為能力”的定義

19. “精神上無行為能力”的定義在第 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整的狀態，而該狀態是與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連的；
- (c) 精神病理障礙；或
- (d) 不屬弱智的任何其他精神失常或精神上無能力。”

20. “精神病理障礙”在第 2 條中是被界定為：

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

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

21. 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

22. 在普通法中，雖然法庭保留其固有的司法管轄權以作出有關宣布，但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。有關行動合法與否，是要看治療是否符合病人的“最佳利益”。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。

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

病人缺乏自主權

24. 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

25. 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設醫療指示這個概念，而且這些司法管轄區每一個都有建議進行各種不同程度和範圍的改革，以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：預設醫療指示

各種方案

26. 提出作諮詢之用的五個可供選擇的改革方案是：

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：為預設醫療指示提供立法基礎；或

E 方案：保留現有法律並以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念。

27. 諮詢文件所得的書面回應有 60 份，分別來自個人、宗教團體、專業組織、社會福利機構及教育機構。

28. 諮詢文件的回應者大多數同意應保留現有的法律，並認為應以非立法的方式推廣預設醫療指示這個概念。在支持這樣做的回應者

當中，認為這做法應屬臨時措施以及一俟社會人士熟悉預設醫療指示這個概念後便該考慮立法的，為數亦不少。

建議 1

29. 法改會建議起初應以非立法方式推廣預設醫療指示這個概念，並建議政府在社會大眾較為廣泛熟悉預設醫療指示的概念後在適當時候檢討有關情況和考慮到時是否適宜立法。這類檢討應考慮三個因素，即：使用預設醫療指示的廣泛程度、出現爭議的次數以及人們對預設醫療指示表格範本的接受程度。

30. 法改會是給以下幾項考慮因素說服才達致這個結論的：

- 第一，社會人士普遍不熟悉預設醫療指示這個概念。法改會相信在公眾尚未更深入認識當中所牽涉的問題之時，嘗試制訂法定架構和展開立法程序的時機仍未成熟。
- 第二，對於一個如此敏感的社會課題，謹慎地逐步推進是大有道理的。現時法律承認預設醫療指示是有效的，但沒有提供指引說明預設醫療指示應採取甚麼形式以確保其明確程度足以讓醫護人員放心認為他們可以穩妥地據此行事。設立法定格式會填補這個空白之處，但一個中途站（以及邁向日後立法的路途上的一塊踏腳石）會是藉著預設醫療指示表格範本向公眾提供指引而暫時不須以法例支持。
- 第三，發表和散發預設醫療指示表格的範本可以很快做到，而且合乎成本效益。範本可以向病人、病人家屬及醫生提供即時協助，因為它能廣泛地向人們提供一個途徑，讓人們可以既清楚又明確地述明其意願，卻沒有立法程序所固有的延擱。

31. 有些回應者關注到以並非立法的方式行事，也許未能為執行病人的預設醫療指示的醫生及其他健康護理人員提供充分的保障，尤其是當病人的預設醫療指示與病人家屬的意願相左之時。然而，只要醫生是按病人的最佳利益行事，又或醫療的提供與否是依從病人以前作出的指示，則現行的普通法已給醫生提供充分的保障。

32. 提供預設醫療指示表格的範本，對解決病人、病人家屬和醫療專業現時所遇到的問題會大有幫助。法改會建議廣泛宣傳非法定格式的範本，但人們亦可選用另外的格式。使用範本的好處是人們只要正確地填寫表格，便可相當肯定自己的意願會被執行。此建議不含強迫的意思，即個人是否願意採用我們所建議的範本來簽立預設醫療指

示，又或者會否選擇採用另外的格式，則留待個人自己來決定。以不同格式簽立的預設醫療指示，只要是明確的和由一名有能力作決定的人自由作出，便會如目前一樣可以執行。

建議 2

33. 我們建議發表和廣泛散發我們所提議的預設醫療指示表格範本，並建議鼓勵人們使用該範本。

建議 3

34. 我們建議進行適當的宣傳，以鼓勵人們早在任何威脅生命的疾病侵襲之前預先考慮作出預設醫療指示和填妥有關表格。

建議 4

35. 我們建議政府應推行宣傳計劃，加強公眾認識和了解預設醫療指示這個概念。衛生署及各個民政事務處應備有就作出預設醫療指示的方法和後果向公眾提供一般指引的資料，以供公眾參考，並應提供預設醫療指示表格範本供公眾使用。

建議 5

36. 政府應在灌輸關於預設醫療指示的用途和效力的資料這項行動上，設法爭取醫務委員會、香港醫學會、大律師公會、律師會、醫院管理局、所有醫院和診療所、其服務涉及照顧老人的非政府組織，以及宗教團體及社會團體的支持。

37. 可啟動預設醫療指示的三種病況（即病人的病情到了末期、病人陷於不可逆轉的昏迷或處於持續植物人狀況），應在啟動任何預設醫療指示前最少由兩名醫生確認和核證。病人在任何情況下，均應獲提供令其繼續感到舒適及尊嚴得以保持和痛苦得以解除所需的紓緩治療與基本護理。

建議 6

38. 我們建議為作出預設醫療指示，“病情到了末期”及“維持生命治療”兩詞應界定如下：

- (a) “病情到了末期”的病人是患有嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病的病人。這些病人對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命。

- (b) “維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。

見證人

39. 我們曾建議預設醫療指示表格應在兩名見證人在場的情況下填寫，而這兩名見證人之一應是醫生，大部分回應者均贊成這個建議。由醫生負責見證病人簽署預設醫療指示表格的好處是，第一，擔任見證人的醫生能夠向作出者解釋預設醫療指示的性質和作此指示的後果。負責見證的醫生會能夠告知預設醫療指示作出者，未來醫學或科技發展可能會影響預設醫療指示所反映的決定。第二，醫生是完全有能力評估個人在作出預設醫療指示時是否明白預設醫療指示的性質和作此指示的後果。第三，負責見證的醫生能夠向另一名見證人解釋他所見證的文件屬於甚麼性質。

40. 至於負責見證的醫生應否由作出預設醫療指示的人的主診醫生（或曾經診治該人的醫生）以外的醫生擔任，法改會認為這個選擇最好留待作出預設醫療指示的人自行決定。

建議 7

41. (a) 預設醫療指示表格範本必須由兩名見證人見證，而其中一名見證人必須是醫生。兩名見證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益。
- (b) 政府應鼓勵醫院管理局、醫務委員會和香港醫學會等機構以及其他有關專業團體考慮發出指引文件，供負責見證預設醫療指示的作出的醫生遵從，以確保所有醫生在這方面的做法均能保持一致。該文件應同時就以下事宜向醫療專業提供指引：(a) 預設醫療指示的作用；及(b) 評核預設醫療指示是否有效。
- (c) 在某人也許不能夠作出書面的預設醫療指示的情況下，我們建議他在一名醫生、律師或其他獨立人士面前作出口頭的預設醫療指示，但該等見證人必須在預設醫療指示作出者的遺產中沒有任何權益。

撤銷預設醫療指示

42. 我們就撤銷預設醫療指示所作出的建議，與關於預設醫療指示表格範本的一樣：我們相信依循我們所提議的撤銷方法行事，會使個人的意願清楚不過，但我們絕對沒有表示人們若選擇以其他形式撤銷其預設醫療指示便不會有效。撤銷只要是清楚而明確的，便會有效。

43. 見證以書面撤銷預設醫療指示的人，應該是（與見證口頭撤銷預設醫療指示的人一樣）在撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的獨立人士。

44. 如醫護人員知悉病人已撤銷其預設醫療指示，便應將這項資料正式記載於病人的醫療紀錄中。

45. 應清楚表明預設醫療指示只有在病人陷於不可逆轉的昏迷或處於持續的植物人狀況方可執行。若然昏迷只屬突發性而非不可逆轉，仍應繼續給予維持生命治療。法改會認為要是未能確實診斷病人屬陷於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況的話，醫生應寧可是過份小心也應施行維持生命治療。

建議 8

46. 我們建議：

- (a) 為求明確和免除疑問，應鼓勵意欲撤銷預設醫療指示的人以書面方式這樣做；
- (b) 如以書面方式撤銷預設醫療指示，應由一名於撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的獨立見證人見證；
- (c) 如以口頭方式撤銷預設醫療指示，則撤銷應在一名於撤銷預設醫療指示的人的遺產中沒有任何權益的醫生、律師或其他獨立人士面前作出；而在切實可行的情況下，見證人應為口頭撤銷預設醫療指示作出書面紀錄；及
- (d) 如醫護人員知悉某人已撤銷其預設醫療指示，該項資料應正式記載於該人的醫療紀錄中。

中央註冊處

47. 法改會決定不建議設立中央註冊處。雖然中央註冊處可以方便醫護人員查證病人有否作出預設醫療指示及其條款是怎樣的，但法改會各項建議的精髓在於並非強制性，即如我們提出預設醫療指示表格範本一樣，個人可按自己認為合適而決定是否選用，所以將預設醫療指示在建議的註冊處存檔亦會是完全出於自願，每一個人均可自行

決定他是否有意使用該項設施。自願性質的存檔表示建議的註冊處所保存的檔案紀錄不會包括所有預設醫療指示，所以醫護人員從註冊處搜尋該等紀錄的結果，不能準確地反映真正的情況。

基於良知而提出反對

48. 法改會認為，任何健康護理工作人員若發覺自己無法執行病人的指令，便應安排讓其他人代其行事。

考慮法律意見及與病人家屬商討

建議 9

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

第 2 部：為昏迷者或植物人代作決定

50. 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《精神健康條例》（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，法改會認為為施行《精神健康條例》的第 II 部、IVB 及 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，法改會認為《精神健康條例》所訂明的“精神上無行為能力”現有定義，應繼續適用於該條例的第 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。

51. 法改會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”而無法就有關事宜為自己作決定的人組成，第二類人士則由那些因失去知覺或任何其他理由而無法把自己的決定告知他人的人組成。第二類人士很明顯是包括了陷於昏迷或處於植物人狀況的人，故此可澄清“精神上無行為能力的人”一詞的涵蓋範圍。

52. 法改會建議為施行《精神健康條例》的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上無行為能力的人”的新定義應反映出類似但略有變通的界定方法。法改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構成，並應包括患有以下疾病或屬以下情況的人：

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

53. 這種擬定方式，是把現時構成《精神健康條例》中“精神上無行為能力的人”一詞定義的精神紊亂和弱智的各種不同元素收納於一個單一定義之中。上文(a)、(b)及(c)三段所描述的情況，與《精神健康條例》現時所界定的“精神紊亂”一詞中頭三類情況相同，而(d)段則涉及弱智。至於加上(e)段，目的是令《精神健康條例》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。

54. 建議的“精神上無行為能力的人”定義所包括的第二類人士，是那些不能傳達自己的決定的人。此類人士會涵蓋昏迷者、植物人及某些中風的病人。

55. 大部分回應者同意為施行《精神健康條例》的第 II、IVB 及 IVC 部，“精神上無行為能力的人”的現行定義應予修改，以澄清任何可能出現的疑問。一些回應者提出為這幾部而訂立的“精神上無行為能力的人”的新定義，應只是針對屬某幾類診斷病症的人，例如“癡呆症、中風或弱智”的人。法改會不同意這個做法，因為要盡列所有會令人無能力作決定的病症及病況而無遺漏，並不切實可行。其

他回應者所提出的另一個做法是修改該詞的現有定義，令它只是建基於個人功能上的能力，例如理解或記住資訊的能力。法改會同樣不覺得這是可取的做法，因為個人關乎作決定這項功能上的能力的驗證，並不容易界定或施行，而單單依靠這種驗證可能會導致不明確的情況。法改會的建議結合了“現狀取向”及“功能取向”兩者的要素：舉例來說，該建議所指的是患有精神病理障礙並且不能自行作決定的人。

56. 有些回應者認為“晚期癡呆症”也應納入“精神上無能力”這個類別，但我們不同意。癡呆症所涵蓋的無能力情況太廣泛，很難就人們何時患上“晚期癡呆症”下一個足夠精確的定義。

57. 法改會有探討誰人根據現行法律可獲收容監護這個問題，並認為諮詢文件的建議 9(在報告書中重編為建議 10)應予修改，把《精神健康條例》第 IVB 部摒除於所建議的“精神上無行為能力的人”的定義的適用範圍之外（即建議的定義應只適用於《精神健康條例》第 II 及 IVC 部），令第 IVB 部現時的適用範圍不會受到不必要的掣肘。

建議 10

58. 為了令《精神健康條例》（第 136 章）第 II 及 IVC 部得以適用，我們建議依循以下方式修訂“精神上無行為能力的人”的定義：

- (1) 就第 II 及 IVC 部而言，任何人如在關鍵時刻屬以下情況，即屬精神上無行為能力的人——
 - (a) 因精神上無能力而不能就有關事宜為自己作出決定；或
 - (b) 因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己就該事宜所作的決定。
- (2) 就第(1)款而言，任何人如有需要作出某項決定之時屬以下情況，該人即為在關鍵時刻因精神上無能力而不能作出該項決定——
 - (a) 不能理解或記住與該項決定有關的資料，包括關於作出某種決定或沒有作出任何決定的合理可預見後果的資料；或
 - (b) 不能基於該等資料而作出決定。
- (3) 在第(1)款中，“精神上無能力”指——
 - (a) 精神病；

- (b) 屬智力及社交能力的顯著減損的心智發育停頓或不完整的狀態，而該狀態與有關的人的異常侵略性或極不負責任的行為有關連；
 - (c) 精神病理障礙；
 - (d) 弱智；或
 - (e) 任何其他不論屬永久性或暫時性的精神或腦部無能力或失常，並引致精神能力減損或受到擾亂。
- (4) 若以簡單用語概括地向某人解釋第(2)(a)款所提述的資料，而該人是能夠理解的話，即不得視該人為不能理解該等資料。
 - (5) 不得僅因某人作出一般審慎人士所不會作出的決定而視該人為因精神上無能力而不能作出決定。
 - (6) 除非已採取所有切實可行的步驟使某人能傳達自己的決定但並不成功，否則不得視該人為不能傳達自己的決定。

59. 引用在建議 10 所設定義中關於植物人和陷於昏迷的人背後的相同概念，為施行《精神健康條例》第 IVB 部，我們是應該為“精神上無行為能力的人”提供一個新定義的。法改會已研究過根據《精神健康條例》第 59M(2)條申請監護令所依據的理由。該等理由涵蓋兩類人士，即患有精神紊亂的精神上無行為能力的人以及屬弱智的精神上無行為能力的人。在為施行《精神健康條例》第 IVB 部而建議訂立的新定義中，這兩類人士將會原封不動地包括在內，以免影響該部的適用範圍。然而，法改會建議在現有定義中加入另一類別，那就是不能傳達自己的意見及願望的人，這樣便會把陷於昏迷的人或植物人也包括在內。

建議 11

60. 為了令《精神健康條例》(第 136 章)第 IVB 部得以適用，我們建議依循以下方式修訂“精神上無行為能力的人”的定義：

- (1) 就第 IVB 部而言，任何人如——
 - (a) 患有精神紊亂；
 - (b) 屬弱智；或
 - (c) 因失去知覺或任何其他理由而不能傳達自己的意見及願望，
 該人即屬精神上無行為能力的人。

- (2) 除非已採取所有切實可行的步驟使某人能傳達自己的意見及願望但並不成功，否則不得視該人爲不能傳達自己的意見及願望。

61. 在建議 11 中，第(1)(a)及(b)款所描述的人與可根據《精神健康條例》第 IVB 部申請監護令加以保護的兩類人士相同。(c)段包括那些不能傳達自己的意見及願望的人，例如陷於昏迷或處於植物人狀況的人。因此，這個定義不會限制《精神健康條例》第 IVB 部的涵蓋範圍，並就該部而言澄清了“精神上無行爲能力的人”一詞的涵蓋範圍，即陷於昏迷或處於植物人狀況的人在該部之下會明確地被視爲屬“精神上無行爲能力的人”。

62. 法改會建議 10 及 11 所提出的新定義，其作用是把昏迷者及植物人納入現有法律架構的保護之下。法改會注意到監護委員會已獲賦予各種不同權力，以發出處理“精神上無行爲能力的人”的健康護理、醫療、財產及事務的命令。法改會認爲賦予監護委員會的現有權力已足夠保護此等人士，而《精神健康條例》的第 7、8 及 9 條也有提供足夠保障。這些條文訂明在有第三者提出申請要求處理“精神上無行爲能力的人”的財產及事務時，原訟法庭有權進行研訊和檢查被指稱爲“精神上無行爲能力”的人。

63. 諮詢文件曾提議醫療專業訂立指引，讓醫生在評估病人的溝通能力時得以遵從。此提議廣爲業界所接受，而法改會在報告書中亦保留了這項建議。

建議 12

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

- (a) 關於某人的溝通能力的評核；
- (b) 對處於植物人或昏迷狀況的人所給予的治療；
- (c) 基本護理的準則；
- (d) 關於預設醫療指示是否有效的評核；及
- (e) 預設醫療指示的執行。