

晚期照顧

有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議
公眾諮詢文件



食物及衛生局
Food and Health Bureau

公眾諮詢文件

晚期照顧：有關預設醫療指示和 病人在居處離世的立法建議

食物及衛生局

2019年9月

目錄

	頁碼
食物及衛生局局長的呼籲	1
第 1 章 目的	2
第 2 章 預設醫療指示：背景和最新發展	3
第 3 章 在普通法框架下的香港預設醫療指示	6
第 4 章 預設醫療指示：政府的立場和建議	8
第 5 章 在居處離世	37
第 6 章 諮詢問題一覽表	42
第 7 章 徵求意見	46
附件 A 現有的紓緩治療及晚期照顧支援服務	48
附件 B 醫院管理局的預設醫療指示表格	56
附件 C 醫院管理局的非住院病人“不作心肺復甦術”文件	60
附件 D 調查問卷	62

食物及衛生局局長的呼籲

生老病死，無人能夠避免。雖然大家都知道香港人在預期壽命方面世界排名名列前茅，但大多數人仍然忌諱死亡，盡量避而不談。即使病入膏肓，時日無多，也還是規避拖延，甚少及早綢繆，甚至失卻確保善終的機會。

政府、醫院管理局和多間非政府機構一直盡心竭力改善本港的晚期照顧服務，包括服務規劃、提供和提升質素等，我們會繼續全方位推動這些工作。

是次公眾諮詢是上述工作的重要一環，主要探討如何在法例方面改善晚期照顧。我們正考慮就預設醫療指示立法，以維護病人的自主權，讓他們可以按自己的意願預先拒絕接受某些治療項目。我們亦建議消除相關的法律障礙，包括有礙病人選擇在醫院以外的環境接受晚期照顧的法例條文。要達致病人可以選擇“在居處離世”的目標，當中存在不少挑戰，但我們深信，重要的第一步是消除不符合我們的政策目標的法律關卡，以為病人和家屬提供優質而全面的晚期照顧服務，切合他們的意向和需要。

隨著醫療進步，我們的預期壽命持續延長。我希望通過是次諮詢，可以提升病人直至臨終一刻的生活質素，並促進病人家屬在親人病重期間以至離世後的福祉。現誠邀大家一同參與諮詢。

食物及衛生局局長
陳肇始教授，JP

第 1 章：目的

1.1 香港人口正在急速老化。根據《香港人口推算 2017-2066》，2016 年，本港 65 歲或以上長者人口比例為 16%，預期在 2066 年將達 34%，預計死亡人數亦會由 2016 年的 46,700 上升至 2066 年的 98,000¹。政府致力為病人和家屬提供優質而全面的晚期照顧服務，以切合他們的意向和需要。事實上，政府相關決策局和部門、醫院管理局（“醫管局”）及非政府機構一直努力改善各類有關服務，為晚期照顧提供支援（詳情載於 附件 A）。

1.2 實施預設醫療指示以及讓末期病人可以在居處離世，是尊重病人選擇的重要措施。鑑於現行法律有礙促進這兩方面的發展，本諮詢文件旨在就政府的建議徵詢市民的意見，包括：

- (a) 把有關預設醫療指示的現行普通法規定編纂為成文法則，並增加其保障；
- (b) 消除緊急救援人員在執行預設醫療指示上遇到的法律障礙；
以及
- (c) 修訂《死因裁判官條例》(第 504 章)的相關條文，令在安老院居住的末期病人可以更易選擇在居處離世。

¹ 《香港人口推算 2017-2066》，政府統計處（2017）。

第 2 章：預設醫療指示：背景和最新發展

2.1 預設醫療指示是指“一項陳述，通常以書面作出。在陳述中，作出指示的人在自己精神上有能力作出決定時，指明自己一旦無能力作決定時所拒絕的治療”。現時在醫管局方面，預設醫療指示通常由患有嚴重、不可逆轉的疾病的病人透過預設照顧計劃訂立。

2.2 預設照顧計劃通常指病人、醫療服務提供者、病人家屬或照顧者的一個溝通過程，商討當病人不能作出決定時，對病人提供適當照顧方式。病人可就未來的醫療或個人護理表達價值觀、意願和意向，或作出拒絕接受維持生命治療的預設醫療指示。作出預設醫療指示完全出於自願。病人可決定是否作出預設醫療指示，以及怎樣和何時作出。

2.3 2004 年，香港法律改革委員會(“法改會”)發表《醫療上的代作決定及預設醫療指示》公眾諮詢文件。法改會在 2006 年發表相關報告，建議政府應在現行普通法框架下推廣預設醫療指示的概念，而非透過立法，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。

2.4 因應法改會的報告，食物及衛生局(“食衛局”)在 2009 年發出名為《在香港引入預設醫療指示概念》的諮詢文件，就有關事宜徵詢各持份者意見。在當時所接獲的意見之中，大多數贊成起初採用非立法方式，在香港推廣預設醫療指示，然後在社會對這個概念有較深的認識時考慮是否適宜立法。當時，政府建議應就設定和處理預設醫療指示，為醫護和其他相關專業界別制訂指引。

2.5 醫管局於 2010 年發表《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》。在 2010 年版本中，醫管局預設醫療指示表格的範圍以法改會的表格為藍本，其後在 2014 年作出修訂，表格新增一個類別，即“其他晚期不可逆轉的生存受限疾病”（醫管局預設醫療指示表格樣本載於附件 B）。

2.6 正如上文第 2.1 段所述，預設醫療指示通常由患有嚴重、不可逆轉的疾病的病人透過預設照顧計劃訂立。2014 年，醫管局就預設照顧計劃採用更廣泛的定義，包括與精神上無行為能力病人或未成年病人的家屬所進行的討論。

2.7 同年，醫管局把《不作心肺復甦術指引》的涵蓋範圍擴展至患重病的非住院病人。根據最新指引，就患有晚期不可逆轉的指定類別重病病人而言，主診醫生可在以下其中一種情況下簽署特定“不作心肺復甦術”文件：病人訂立了有效而適用的預設醫療指示，拒絕接受心肺復甦術；或透過明確的預設照顧計劃過程，為沒有預設醫療指示的未成人人士或無行為能力成年人作出不作心肺復甦術的決定。醫管局的“不作心肺復甦術”文件樣本載於附件 C。

2.8 自 2012 年²以來，每年由醫管局病人簽署的預設醫療指示數目越來越多，在 2018 年作出的預設醫療指示超出 2013 年的四倍(見圖 1)：

² 醫管局在 2012 年 8 月開始記錄有預設醫療指示的病人數目。

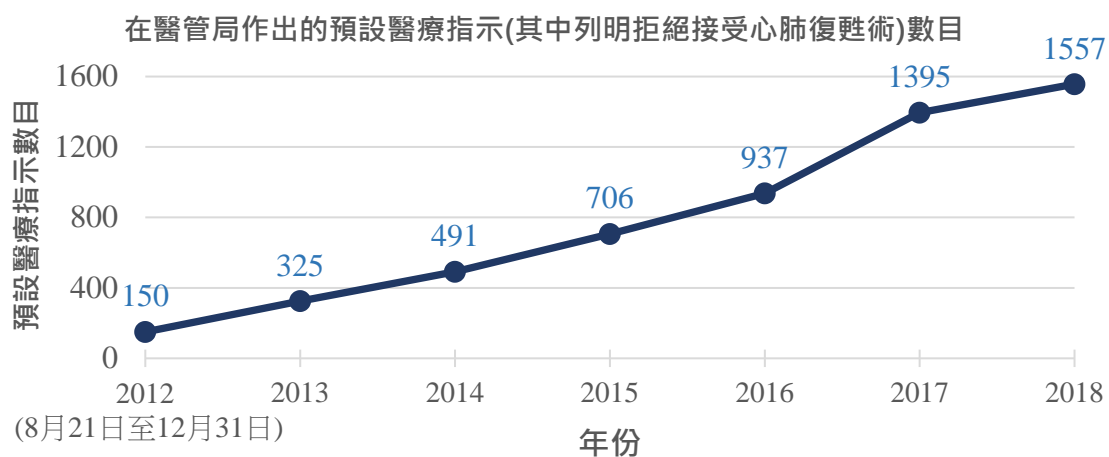


圖 1 :在醫管局作出的預設醫療指示(其中列明拒絕接受心肺復甦術)數目

2.9 多項本地研究發現，長者對預設醫療指示的接受程度頗高。一項研究顯示，在香港安老院居住的華裔長者中，有 88% 希望就未來的治療訂立預設醫療指示³。一項在 2016 至 2018 年進行的縱向研究⁴亦發現，市民大眾和醫療專業人員對預設醫療指示的認識有所增加。市民對預設醫療指示的認知率從 2016 年的 18.5% 上升至 2018 年的 31.0%。醫護及有關專業人員方面，包括醫生、護士和社工，曾主動就預設照顧計劃與病人或其家屬展開討論的專業人員數目在三年間由 36.5% 增加至 46.7%。

³ Chu L.W. et al. (2011) , Advance directive and end-of-life care preferences among Chinese nursing home residents in Hong Kong. Journal of American Medical Directors Association ("JAMDA")

⁴ Chow A.Y.M. et al. (編製中) ，《賽馬會安寧頌計劃報告》。香港：香港大學社會科學學院。

第 3 章：在普通法框架下的香港預設醫療指示

3.1 香港現時並無法例或案例訂明預設醫療指示的法律地位。我們所憑藉的是在普通法下進行治療須獲有關病人同意的一般規定，以令有效作出拒絕維持生命治療的預設醫療指示具法律約束力。然而，這在執行預設醫療指示方面帶來實際困難，以下個案可說明有關情況。

個案情景

一名 70 歲婦人患有晚期慢性阻塞性呼吸道疾病，因呼吸衰竭入院，於接受插喉後康復。她在出院時簽署預設醫療指示，決定如再出現呼吸衰竭便不再插喉，不欲承受入侵性治療帶來的不適，寧願接受舒適護理。數星期後，該病人因呼吸衰竭再次入院，並變成精神上無行為能力。儘管病人已訂立預設醫療指示，但其兒子仍強烈要求醫生為病人插喉。他認為，香港並無關於預設醫療指示的法例，而且醫生應提供緊急治療，只要該治療是必須和符合病人的最佳利益。然而，病人的女兒認為醫生應尊重病人作出不再接受入侵性治療的預設醫療指示。醫生認為再插喉或可延長病人的壽命，但他亦明白病人的預設醫療指示是有效而適用的。由於預設醫療指示並無清晰的法律支持，醫生不能確定應否按照最佳利益原則推翻有關預設醫療指示。

3.2 具體而言，香港並無就預設醫療指示立法，因而引起法律問題：

- (a) 鑑於香港的案例法，預設醫療指示在法律上有不明確因素，醫療專業人員可能因缺乏法律保障的疑慮而不願展開有關預設醫療指示的討論，或不願遵照預設醫療指示；

(b) 當預設醫療指示與其他法例條文有衝突時，預設醫療指示能否取代法例條文仍未有定案。例如：

(i) 香港緊急救援人員現時受有關賦權條例約束，必須復甦生命。例如，消防處的救護人員現時受《消防條例》(第 95 章)約束，須對看似需要迅速或立即接受醫療護理的人施行心肺復甦術。由於《消防條例》訂明的職責與預設醫療指示兩者的關係缺乏清晰法例條文列明，病人在其預設醫療指示表達的意願，與緊急救援人員在《消防條例》下有復甦或維持生命的責任之間有潛在衝突；

(ii) 根據《精神健康條例》(第 136 章)，如醫生或牙醫認為維持生命治療是必需的和符合精神上無行為能力的人的最佳利益，則可在緊急或非緊急情況下無需取得同意而向該人提供有關治療⁵。這項條文與反映病人有權拒絕接受治療的有效而適用的預設醫療指示有潛在衝突。因此，我們有需要在法律上釐清有效而適用的預設醫療指示與病人最佳利益之間的關係。

⁵ 《精神健康條例》第 59ZF 條。

第 4 章：預設醫療指示：政府的立場和建議

政府的立場

4.1 正如上文第 2.9 段提到，近年，市民和醫療專業人員對預設醫療指示的認識持續增加。政府認為現在適宜檢討在 2009 年的立場(即採用非立法的方式以推廣預設醫療指示)，以及考慮在目前情況下是否適宜立法。

4.2 政府的立場是應就預設醫療指示制定清晰的法律條文，從而提供一致的法律架構，以清除法例和政策之間的矛盾，並為真誠行事及合理地謹慎的治療提供者(包括醫護人員及緊急救援人員)⁶提供保障。

4.3 事實上，越來越多過往依據普通法行事的其他司法管轄區就預設醫療指示立法，包括新加坡、英國的英格蘭及威爾斯、澳洲一些省份(如昆士蘭和西澳)、和加拿大一些省份(如卑詩省和安大略省)等。

4.4 我們亦應留意，儘管近年公眾對預設醫療指示的認識逐漸增加，但這個概念仍未廣為市民熟悉。舉例來說，一項在 2016 年進行的電話調查⁷顯示，有 86% 的成年人未曾聽過預設醫療指示。就預設醫療指示制定新法例亦應可提高公眾的認知。

⁶ 本文件所提述的治療提供者包括醫護人員和緊急救援人員。

⁷ Chung R.Y. et al. (2017), Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. JAMDA.

4.5 此外，預設醫療指示法例可釐清現時法律上不明確之處，並為治療提供者和市民提供保障。這應有助增強社會對預設醫療指示的信賴和信心，從而提高其接受程度和使用率。

諮詢問題

- (1) 你認為市民大眾普遍是否可以接受預設醫療指示的概念？
- (2) 你認為應否為預設醫療指示訂立清晰的法律條文？抑或香港應否繼續依據普通法框架行事？



政府的建議

建議有何內容？

4.6 政府**建議**把有關預設醫療指示的現行普通法規定編纂為成文法則，並釐清各項規定。此舉所達致的法律效力如下：如果一項預設醫療指示有效而適用，則其效力與具有精神上行為能力的人即時拒絕治療相同，即有關方面不能合法地給予治療。如果有關方面給予該名人士治療，則該名人士或其遺產執行人可就涉及的侵權(可能包括毆打及襲擊)索償。

何謂“有效”而“適用”的預設醫療指示？

4.7 預設醫療指示如屬相當清晰，並且無人就受到不當影響或精神上無行事能力等的基礎上提出爭議(見下文第 4.24 段確保預設醫療指示有

效保障措施)，則被視為有效。一旦有關病人處於預先指明的情況並喪失精神上行為能力以作出醫療決定時，則預設醫療指示即為適用。

基本原則為何？

4.8 政府就預設醫療指示制定的立法建議，是建基於下述基本原則：

- (a) 尊重個人的自主權，即一名精神上有能力行事的成年人作出的接受或拒絕治療的決定，應該尊重。如果該人的意願與其親屬或治療提供者的意見有分歧，則該人的自主權凌駕其他人的意見；
- (b) 有效而適用的預設醫療指示(其效力與具有精神上行為能力的人即時拒絕治療相同)的地位，高於由治療提供者根據病人最佳利益而作出的治療決定；
- (c) 個別人士須負上保存預設醫療指示的基本責任，以及確保把預設醫療指示的正本向治療提供者出示，作為有效預設醫療指示的憑證；以及
- (d) 應提供足夠保障措施以保護生命。在任何情況下，若有任何理由懷疑預設醫療指示的有效性或適用性，治療提供者必須繼續提供臨床所需的緊急維持生命治療，而真誠行事及合理地謹慎的治療提供者獲得法律保障。

諮詢問題

(3) 你是否贊成上述基本原則？



誰可作出預設醫療指示？

4.9 參考醫管局及一些外國國家做法，政府**建議**必須年滿 18 歲或以上、精神上有能力行事的人士，方可作出有法律效力的預設醫療指示。訂立預設醫療指示者無須經精神科醫生正式評估其精神上行為能力，但情況有此需要者除外。

諮詢問題

(4) 你是否贊成必須年滿 18 歲或以上、精神上有能力行事的人士，方可作出有法律效力的預設醫療指示？



外國做法

在英格蘭和威爾斯，年滿 18 歲或以上並在精神上有能力行事的人，可作出預設醫療指示。

在新加坡，年滿 21 歲或以上而並非精神錯亂的人，可作出預設醫療指示。

在昆士蘭，年滿 18 歲或以上並有能力了解預設醫療指示的性質和後果的人，可作出預設醫療指示。



預設醫療指示可拒絕哪些事項？

4.10 按醫管局的現行做法，作出預設醫療指示的人可就其一旦精神上無能力作醫療決定時拒絕接受維持生命治療。根據醫管局指引，“維持生命治療”是指任何能夠延遲病人死亡的治療，包括心肺復甦術、人工呼吸、血液製品、起搏器、血管加壓藥、針對特別病況的專門治療(例如化療或透析)、對致命感染提供抗生素，以及人工營養及流體餵養。

4.11 人工營養及流體餵養指不經口腔而經喉管或靜脈等方式向某人供給食物或液體。採用這種方式餵飼是由於該人因某種原因不能充分飲食以維持生命，因此醫管局對這種方式現時歸類為治療方式，不同於基本護理(例如口腔餵食及給水)，而基本護理不應不予提供或撤去。

4.12 不過，有些人認為人工營養及流體餵養屬基本護理，不應納入預設醫療指示的範圍，尤其是對處於持續植物人或不可逆轉昏迷狀況的病人。有關處於持續植物人或不可逆轉昏迷狀況的病人，現行醫管局指引建議治療提供者應向法庭申請撤去人工營養及流體餵養的指令。政府亦注意到近期英國法庭在 2018 年一項判決中宣判，在適當考慮英國《2005 年精神上行為能力法令》(Mental Capacity Act 2005)及英國的判例法後，向法庭申請發出該等指令並非強制性的規定。政府**建議**把人工營養及流體餵養視為治療方式，並在某些情況下屬維持生命治療，可根據預

設醫療指示不提供给病人或撤去。然而，作出預設醫療指示的病人如想繼續接受人工營養及流體餵養(如屬臨床所需)，可在其預設醫療指示表明此意願，直至當死亡臨近及無可避免。

4.13 政府亦**建議**參照醫管局現行做法，預設醫療指示的主要目的是讓人預先拒絕接受維持生命治療，當其一旦罹患不可逆轉的嚴重疾病時，可將其遭受的痛苦或尊嚴損害減至最低。按照這項原則，政府**建議**預設醫療指示的非法定範本表格(正如下文第 4.23 段所建議)只供有關人士(a)病情到了末期；(b)持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷；及(c)其他晚期不可逆轉的生存受限疾病拒絕接受維持生命治療之用。病人不能採用預設醫療指示以拒絕接受基本護理或維持其舒適所需的病徵控制措施。

4.14 不過，正如下文第 4.23 段所建議，並非以範本表格作出的預設醫療指示如載有清晰明確、並不含糊的聲明，則亦可接受。如有病人採用非範本表格的預設醫療指示拒絕接受所有治療方式，包括較簡單的持續性治療方式(例如糖尿病或心臟病藥物)，則會令人質疑該病人在作出預設醫療指示時，是否已適當掌握有關資料。在這情況下，治療提供者可對預設醫療指示的有效性提出爭議(見下文第 4.24(b)段所述)。

4.15 預設醫療指示不能包括下列各項：

- (a) 拒絕維持其舒適所需的基本護理或紓緩治療，例如護理、鎮痛、保溫等；
- (b) 拒絕經口腔供給食物和飲料；或
- (c) 任何違反法律的事情，例如安樂死。

諮詢問題

- (5) 你是否贊成預設醫療指示應包括人工營養及流體餵養，並可根據病人的意願而不予提供或撤去？
- (6) 你是否贊成預設醫療指示的主要目的是讓人預先拒絕接受維持生命治療，當其一旦罹患不可逆轉的嚴重疾病時，可將其遭受的痛苦或尊嚴損害減至最低？



外國做法

在英格蘭和威爾斯，用於身體或精神疾病的任何治療方式，包括維持生命治療和人工營養及流體餵養，均可在預設醫療指示中表明拒絕接受，除非遭《1983年精神健康法令》(Mental Health Act 1983)所推翻。

在新加坡，只有末期病人可拒絕接受特殊的維持生命治療，而特殊的維持生命治療指“任何醫療程序或措施(但不包括紓緩治療)，而當該等程序或措施應用於末期病人時，只會在死亡臨近時延長死亡過程”。有關法例並無訂明可否拒絕接受人工營養及流體餵養。

在昆士蘭，就病人日後醫療安排，有關任何治療方式及健康事宜的指示均可在預設醫療指示中訂明，包括在指明情況下拒絕接受維持生命治療(即旨在延長生命的醫療，並替代或維持臨時或永久喪失獨立運作能力的主要身體機能的醫療，例如心肺復甦術和人工營養及流體餵養)。



可於何時作出、修改或撤銷預設醫療指示？

4.16 現時，雖然醫管局病人簽署預設醫療指示僅限於患晚期疾病者，但健康的人在私營機構或非政府機構簽訂預設醫療指示則並無限制。有人可能想在健康時作出預設醫療指示，因為一旦遭遇不能預料的危疾時，可能情況已經太差，再不能為自己作出醫療決定。不過，對於並無患上嚴重疾病的人，要作出決定和簽署一項除了永久性嚴重神經功能損傷以外，還適用於其他疾病的預設醫療指示，是相當困難的，這點必須留意。由於很多類疾病都會發展至末期，擬作出預設醫療指示者必須掌握大量複雜的醫療資訊，才可作出有意義的指示。再者，一名人士對疾病症狀或殘障的接受程度可能會隨著其身體狀況而改變，因此，健康的人是否適合作出永久性嚴重神經功能損傷以外的預設醫療指示，是可以辯論的課題。不過，在適當時候與家人談論自己的價值觀、意願和在死亡過程中對治療的意向，屬有用之舉。

4.17 然而，一名人士在作出預設醫療指示之後，只要精神上仍有能力行事以及並無受到不當影響，可隨時撤銷或修改預設醫療指示。

諮詢問題

- (7) 法律上並無限制健康人士簽訂預設醫療指示，你是否同意公眾已充份意識到健康時作出預設醫療指示的利弊？
- (8) 你是否贊成作出預設醫療指示的人士可隨時撤銷或修改其指示？



外國做法

在英格蘭和威爾斯，用於身體或精神疾病的任何治療方式，包括維持生命治療和人工營養及流體餵養，均可在預設醫療指示中表明拒絕接受，除非遭《1983年精神健康法令》(Mental Health Act 1983)所推翻。

在新加坡，只有末期病人可拒絕接受特殊的維持生命治療，而特殊的維持生命治療指“任何醫療程序或措施(但不包括紓緩治療)，而當該等程序或措施應用於末期病人時，只會在死亡臨近時延長死亡過程”。有關法例並無訂明可否拒絕接受人工營養及流體餵養。

在昆士蘭，就病人日後醫療安排，有關任何治療方式及健康事宜的指示均可在預設醫療指示中訂明，包括在指明情況下拒絕接受維持生命

治療(即旨在延長生命的醫療，並替代或維持臨時或永久喪失獨立運作能力的主要身體機能的醫療，例如心肺復甦術和人工營養及流體餵養)。



如何作出、修改和撤銷預設醫療指示

應否採用書面方式？

4.18 政府**建議作出預設醫療指示**必須採用書面方式，在法律上方屬有效。此舉有助評估預設醫療指示的有效性，再者，書面預設醫療指示是一項證據，證明有關人士曾預先表明意願，以及該人希望預設醫療指示在指明的情況下適用，從而可減少不明確因素和可能出現的紛爭。由於修改預設醫療指示與作出一項新的預設醫療指示基本上相同，因此政府**建議修改預設醫療指示**亦須以書面方式作出。

4.19 至於**撤銷預設醫療指示**方面，政府認為不應對擬取消預設醫療指示的人士增加不必要的障礙，因此**建議**對於口頭及書面撤銷均視為有效。如有證據證明某病人變成在精神上無能力行事之前已口頭撤銷預設醫療指示，則該項預設醫療指示視為無效。

諮詢問題

(9) 你是否贊成凡作出或修改預設醫療指示，必須採用書面方式？

(10) 你是否贊成應該接受口頭及書面撤銷預設醫療指示？



應否有證人見證？

4.20 按照醫管局現行做法，為了提供保障措施，作出預設醫療指示須有兩名證人見證，其中一人須為醫生，而兩名證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益。在普通法框架下，由證人見證並非強制性規定，但醫管局認為較嚴格的規定可減少不明確因素和出現紛爭的風險。政府建議在作出和修改預設醫療指示方面，採用與醫管局現行做法相同的安排。須有一名醫生擔任證人的規定，有助確保作出預設醫療指示的人士相當可能已正確知悉該項決定的後果。

4.21 至於撤銷預設醫療指示方面，正如上文第 4.19 段所述，政府認為不應施加不必要的障礙，因此建議書面撤銷無須證人見證。對於任何撤銷指示(包括口頭及書面)，我們會透過公眾教育，鼓勵撤銷者應向其親屬談及撤銷指示一事。口頭撤銷指示應由其親屬盡快紀錄下來，並載列詳情，從而減少不明確因素及出現紛爭的風險。醫療專業人員須在病人紀錄中記載任何撤銷指示⁸(不論口頭與否)。不過，下述例子說明口頭撤銷預設醫療指示若無第二名證人見證，可能會出現糾紛的情況：

⁸ 根據醫管局現行做法，病人如具有精神行為能力和並無受到不適當影響，即可隨時撤銷其預設醫療指示。撤銷預設醫療指示亦可以口頭方式進行。如有證據證明病人在病情惡化之前已口頭撤銷預設醫療指示，則該預設醫療指示可能被視為無效。不過，以書面方式撤銷預設醫療指示，並經病人簽署及證人在場見證是較佳做法，因可減少不明確因素和出現紛爭的風險。

個案情景

一名末期腎病患者由於知道其中一名兒子不同意他不再接受維持生命治療的決定，因此簽署了預設醫療指示。雖然所有其他親屬都支持該名病人的決定，但當他情況轉壞時，持異議的兒子指出病人在病情惡化前已改變主意，曾以口頭方式撤銷預設醫療指示。由於並無其他人在場見證口頭撤銷指示，其他親屬懷疑該名兒子所言並非屬實，但無證據證明。如果醫生為該名病人提供維持生命治療，則可能違背其真正意願。

諮詢問題

- (11) 你是否贊成一份法律上有效的預設醫療指示必須有證人見證，以提供保障？
- (12) 你是否贊成建議的安排，規定作出和修改預設醫療指示均須有兩名證人見證，而其中一人須為醫生，以及兩名證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益？
- (13) 你是否贊成書面撤銷預設醫療指示無須證人見證，以免形成不必要的障礙？

(14) 你是否贊成若一名親屬／照顧者表示病人在變成在精神上無能力行事之前已口頭撤銷預設醫療指示，即無須第二名證人證明，治療提供者便可把預設醫療指示視為無效？



預設醫療指示應採用法定指明表格還是非法定範本表格？

4.22 現時並無規定必須以指定格式作出預設醫療指示。按照醫管局做法，雖然醫管局設有預設醫療指示標準表格供其病人使用，但並非以醫管局表格作出的預設醫療指示，只要內容清晰明確，並不含糊，仍可屬有效。

4.23 政府**建議**採用非法定範本表格，而不採用法定指明表格。並非以範本表格作出的預設醫療指示，只要內容清晰明確，並不含糊，則仍可接受。換言之，作出預設醫療指示的人士可以自行選擇格式，但我們會透過公眾教育，鼓勵市民採用可清晰明確表達意願的範本表格，從而大幅減少不明確因素和紛爭。我們亦會鼓勵擬作出預設醫療指示但不採用範本表格的人士諮詢專業醫護人員，以取得他們就特定疾病或醫療事宜的意見。准許採用非法定範本表格，亦可維持在普通法法律框架下，在香港以外地方或在新法例制定之前作出的預設醫療指示的有效性。

諮詢問題

(15) 你是否贊成採用範本表格作出法律上有效的預設醫療指示，而不採用法定指明表格？



外國做法

英格蘭和威爾斯：

作出預設醫療指示

在英格蘭和威爾斯，只是當病人欲拒絕接受維持生命治療而作出的預設醫療指示，才須要書面方式。如病人擬拒絕的治療不屬維持生命性質，可告訴醫生在日後某些情況下不欲接受某種治療，即屬作出了有效的預設醫療指示，亦即口頭預設醫療指示。如病人的病況需要長期醫療照顧，他們有機會在一段長時間內與醫療團隊商量。病人可能覺得他們的意願各方已經相當了解，或已經清楚在紀錄上顯示，因此無須寫下。在善終機構或紓緩治療專科服務的環境中，採用這類口頭預設醫療指示的形式是慣常做法。

此外，預設醫療指示如不涉及拒絕維持生命的治療，則無須證人見證。預設醫療指示如涉及拒絕維持生命的治療，則需要一名證人見證。

《2005年精神上行為能力法令工作守則》(Mental Capacity Act 2005 Code of Practice) 訂明如就涉及拒絕維持生命的治療作出決定，有關人士與醫療專業人員商量至關重要，但不屬強制性。

修改和撤銷預設醫療指示

預設醫療指示可隨時修改，亦無須以書面方式進行，但如有關修改包括拒絕接受維持生命治療者則除外。另一方面，撤銷預設醫療指示(包括部分撤銷)無須以書面方式進行。有關人士應告訴知悉其預設醫療指示的所有人該項指示已經取消，而醫療專業人員應將口頭撤銷記載於療醫紀錄之內，從而成為書面紀錄，以供日後參考。

新加坡：

作出預設醫療指示

在新加坡，鑒於該國設有強制性的預設醫療指示中央登記處，預設醫療指示必須以法定指明表格作出，並向預設醫療指示登記處處長 (Registrar of Advance Medical Directives) 登記。新加坡規定作出預設醫療指示必須有兩名證人同時在場見證，而其中一人須為醫療專業人員。

修改和撤銷預設醫療指示

在新加坡，口頭或書面撤銷均可接受，但須有最少一名證人見證，然後該病人或證人須就撤銷事宜通知預設醫療指示登記處處長。

昆士蘭：

作出預設醫療指示

在昆士蘭，預設醫療指示必須採用書面方式，並可採用建議表格。預設醫療指示亦必須包括一份證明書，由醫生簽署及填寫日期，述明作出預設醫療指示的人士看來具有作出該指示的行為能力。除了該名醫生之外，另需一名證人，而此名證人須為太平紳士或監理聲明事務官員、律師或公證人。

修改和撤銷預設醫療指示

在昆士蘭，當局只接受書面撤銷，並建議應有一名證人，但並非必須。



有何保障措施以確保預設醫療指示有效？

4.24 經參考醫管局指引及外國做法，政府**建議**採取下述的保障措施：

- (a) 在正常情況下，須出示預設醫療指示正本。如有效的預設醫療指示據稱存在但未能即時提供正本，治療提供者應繼續提供臨床所需的緊急維持生命治療，以待澄清。

不過，治療提供者(例如臨床團隊)清楚知道有效而適用的預設醫療指示的存在，而病者親屬亦同意該項預設醫療指示有效而適用，則病人預先拒絕治療的決定應予尊重。

- (b) 預設醫療指示應清晰明確，而且無人提出爭議，例如，無人聲稱有關人士在作出預設醫療指示時受到不當影響，或並無任何理由懷疑有關人士在作出預設醫療指示時是否有精神上無行為能力或是否已獲適當告知所涉及之各種事項。

如當場有人就預設醫療指示提出爭議，則其有效性須視為有疑問，治療提供者應繼續提供臨床所需的緊急維持生命治療，以待澄清。

- (c) 預設醫療指示必須未經撤銷。

- (d) 有關人士並無作出與其預設醫療指示相違背的行為，令人覺得他／她已改變主意，例如下述個案的情況：

個案情景

一名青年眼見有朋友在醫院經長期治療後離世，因而作出預設醫療指示，表明若他一旦像其朋友這樣受傷，他拒絕接受維持生命治療。數年之後，該人在一宗交通意外中嚴重受傷，並且癱瘓。初時他仍清醒，並同意接受治療和參加一個康復計劃。幾個月後，他陷入昏迷之中，此時有人發現他的書面預設醫療指示，但他在接受治療期間從未提及該項指示。該人在喪失精神上行為能力之前同意接受治療及參加一個康復計劃的作為顯然與預設醫療指示相違背，任何評估該項預設醫療指示的人，必須極為慎重地考慮這情況令人對該項指示的有效性存疑，以及該項預設醫療指示是否有效而適用⁹。

諮詢問題

(16) 你認為就確保預設醫療指示的有效性所建議採用的保障措施是否足夠？



⁹ 該個案情景取材自《2005年精神上行為能力法令工作守則》(Mental Capacity Act 2005 Code of Practice) 並經修改。

有何保障措施以確保預設醫療指示適用？

4.25 即使作出的預設醫療指示屬於有效，但只在該人罹患預設醫療指示表格所載的預先指明疾病，以及在精神上不再有能力作出醫療決定時，預設醫療指示才會適用。

4.26 參照管局預設醫療指示表格，政府**建議**非法定範本表格中“預先指明疾病”應包括：(a)病情到了末期；(b)持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況；及(c)其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，而所拒絕的治療包括維持生命治療。

4.27 在預設醫療指示中把預先指明疾病限於爭議性較低的病況，有助減少治療提供者與病人親屬達成共識的困難。不過，須注意病人仍可選用另載有其他預先指明疾病的預設醫療指示(參閱上文第 4.23 段)。如病人使用非法定範本表格指明非不可逆轉的生存受限疾病，或會引起病人是否正確知悉該項指示的疑問。在這情況下，治療提供者可爭議該指示的有效性(參閱上文第 4.24(b)段)。

4.28 預設醫療指示不適用於下列情況：

- (a) 當醫療團隊建議進行有關治療時，病人仍有能力作出決定；
- (b) 在預設醫療指示內並無指明的治療或疾病；或
- (c) 有合理原因相信當時情況超出病人所預料的範圍，而如果病人已預料該等情況，則其決定當會受到影響。

諮詢問題

- (17) 你是否贊成建議的非法定預設醫療指示範本表格載有的“預先指明疾病”應包括：(a)病情到了末期；(b)持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷；及(c)其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，或由病人預先指明的任何疾病？
- (18) 你認為就確保預設醫療指示的適用性所建議採用的保障措施是否足夠？



外國做法

在英格蘭和威爾斯，人們可決定何時作出預設醫療指示，而只要有關人士有行為能力，可隨時修改或撤銷該等指示。

在新加坡，衛生部建議在無壓力的情況下(即一個人還健康安好的時候)，作出預設醫療指示是最佳的做法。

在澳洲，澳洲預設照顧計劃署(Advance Care Planning Australia)建議人們未雨綢繆，在健康時開始計劃，但亦強調該等計劃在有關人士步向生命終結時尤其重要。

在美國，尊重選擇計劃(Respecting Choices)及國家老年學院(National Institute of Aging)(該計劃及學院)建議，人們應該一直因

應自己的健康狀況就日後的醫療決定訂定計劃，從而可識別護理照顧的有關目標。這是個持續不斷的過程，因此，對於沒有罹患持續惡化的生存受限疾病的健康成年人，該計劃及學院建議他們挑選一名獲其信賴的親友，請該名親友作好準備，在他們不能自行作出醫療決定時代為作出該等決定。一名健康人士可就其永久嚴重性神經損傷情況下的治療作出預設醫療指示。但是，在未確診患上慢性疾病或日益轉壞的嚴重疾病時，人們無須就任何其他醫療決定訂定計劃。最後，若一名人士的預期壽命短暫，即使進行治療病情亦不斷惡化，則該計劃及學院建議該人訂立特定醫療計劃，就出現深切治療及接駁呼吸機等醫院服務的需要妥為準備，因為該等情況或會延長痛苦而無甚益處。



如何令預設醫療指示在醫院以外的環境易於實行？

4.29 有關在醫院以外實施預設醫療指示的一個重要概念是持有“不作心肺復甦術”文件。該份文件是醫生作出的書面指示，因預期某人可能出現心跳停止而預先指明不為該人作心肺復甦術。

4.30 在預設醫療指示中，一名人士可作出預先決定，表明如自己陷入預先指明的病況，則拒絕接受心肺復甦術。當預設醫療指示法例制定後，有效而適用的預設醫療指示若表明拒絕接受心肺復甦術，則該指示具有清晰的法律地位，治療提供者須予尊重，包括在醫院以外的緊急救援人員。

4.31 不過，在緊急情況下，當緊急救援人員看見一名失去知覺的病人心跳即將停止，他們難以知道病人的病況是否屬預設醫療指示所載的疾

病，即一名長期病患者是否病情已到了末期，以及一名昏迷的病人是否陷入不可逆轉的昏迷。因此，如要緊急救援人員在現場即時評估病人或其親屬出示的有效預設醫療指示是否適用，將會極為困難。

4.32 為了解決有關困難，醫管局在 2014 年制定了指引和一份非住院病人“不作心肺復甦術”文件。簽署該份文件的醫生證明預設醫療指示有效，以及由於病人已處於預設醫療指示指明的病況而屬適用。夾附於預設醫療指示的“不作心肺復甦術”文件因此可有助緊急救援人員尊重病人預先作出的決定。

4.33 正如上文第 3.2(b)(i)段所述，緊急救援人員現時必須遵從有關賦權條例的規定，以保護生命或防止生命受傷害。具體而言，消防處的救護人員必須遵從《消防條例》(第 7(d)條)進行心肺復甦術及其他有關復甦工作，即使他們已獲出示一份預設醫療指示或非住院病人“不作心肺復甦術”文件。

4.34 政府建議經制定預設醫療指示的法例後，緊急救援人員如獲出示有效而適用的預設醫療指示，必須加以尊重。因此，對於持有有效而適用的預設醫療指示的成年人，其表明的意願會獲緊急救援人員尊重，即使該等人員在有關賦權條例下須履行復甦救人的法定職責。正如上文第 4.32 段所述，夾附於預設醫療指示的“不作心肺復甦術”文件，可有助緊急救援人員尊重該人預先作出的決定。

4.35 “不作心肺復甦術”文件亦另有一項重要作用，即對於罹患不可逆轉的嚴重疾病，以及沒有有效預設醫療指示的精神上無行為能力成年人及未成年人士，醫療團隊可透過預設照顧計劃，與無行為能力成年人的親屬或未成年人士的家長商量，如病人出現心跳停止，進行心肺復甦

術是否最符合病人利益，以謀求共識。如各方達致共識，認為進行心肺復甦術不符合病人的最佳利益，則醫生可簽署非住院病人“不作心肺復甦術”文件，證明心肺復甦術不符合病人的最佳利益，因此不應進行。在緊急情況下，該文件有助緊急救援人員避免進行無效用的、不符合病人最佳利益的心肺復甦術。

4.36 為了協助緊急救援人員避免進行無效用的、不符合病人最佳利益或違反病人明確意願的心肺復甦術，政府**建議**修訂有需要修訂的有關賦權條例(例如《消防條例》)，令復甦或維持生命的法定職責須受訂明拒絕接受心肺復甦術的有效預設醫療指示、“不作心肺復甦術”文件或任何經註冊醫生證明不應進行心肺復甦術的有效文書所規限。類似上文第4.23段所述有關預設醫療指示的建議，政府**建議**就“不作心肺復甦術”採用非法定範本表格，而不採用法定指明表格。當局會制訂詳細指引，列明如何實施預設醫療指示(夾附“不作心肺復甦術”文件)和“不作心肺復甦術”文件，以供緊急救援人員使用。有關指引會特別指出緊急救援人員不應僅僅依賴預設醫療指示。

諮詢問題

- (19) 你是否贊成緊急救援人員可接受預設醫療指示(夾附已簽署的“不作心肺復甦術”文件)，因而不進行心肺復甦術？
- (20) 你是否贊成採用範本不作心肺復甦術文件，而不採用法定指明表格？

(21) 你是否贊成緊急救援人員在病人並無預設醫療指示下可接受“不作心肺復甦術”文件而不進行心肺復甦術，因為醫療團隊與病人親屬已達致共識，認為這是符合未能作出預設醫療指示的病人的最佳利益？



外國做法

在美國，除了就預設醫療指示立法之外，有些州份另外為“維持生命治療醫生令”(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) (“醫生令”)立法。醫生令是由醫生簽署的法律文件，讓罹患嚴重疾病的人士指明在緊急醫療情況之下，自己希望接受的治理。醫生令與預設醫療指示相輔相成，任何緊急或非緊急醫療人員均有法律責任遵從醫生令的指示。

在英格蘭和威爾斯，雖然並無就“不作心肺復甦術”文件另行立法，但設有國家和地區層面的指引，因而有清晰的政策讓負責緊急服務的人員遵行“不作心肺復甦術”文件。該文件的法律基礎是間接從《1998年人權法令》引伸而來的，因為醫療專業人員(包括緊急救援人員)必須能夠證明其決定符合該法令的規定，包括免受不人道或侮辱之處遇的權利。對於已作出預設醫療指示的病人，當局建議他們把“不作心肺復甦術”文件與預設醫療指示放在一起，但並非必須如此。



如何讓治療提供者較易知道病人已作出預設醫療指示？

4.37 醫管局現時在臨床醫療管理系統(“管理系統”)中設有提示標記，以便利溝通。標記顯示醫管局醫生何時及在甚麼情況下見證病人作出預設醫療指示，以及儲存預設醫療指示副本的醫療紀錄。當有人向醫管局臨床團隊出示一份預設醫療指示，團隊可翻查在管理系統標記所示的資料和醫療紀錄的紙本文件，以作覆核。必須強調的是，管理系統可以標記預設醫療指示，並不表示可以視為一個預設醫療指示登記處，因為即使有提示標記，仍有可能病人會在其後撤銷或修改先前已作出(並已有標記)的預設醫療指示。因此，提示標記所載資料只能用作參考，以協助確定病人的意願。如果一名具精神行為能力的病人告訴醫管局臨床團隊已在醫管局以外的地方簽署預設醫療指示，醫管局醫生應該考慮建議該名病人在醫管局之內簽署預設醫療指示，以減少難以確定病人意願的可能性。

4.38 為了利便治療提供者知悉病人在公營及私營界別訂定的預設醫療指示，政府**建議**考慮借助現有的電子健康紀錄互通系統(“互通系統”)的可行性，在互通系統內儲存預設醫療指示紀錄，並讓指定醫護專業人員取覽。與互通系統的現行安排一樣，儲存預設醫療指示紀錄應屬自願性質。

4.39 考慮到於互通系統儲存預設醫療指示紀錄的建議為自願性質，有關紀錄將僅作參考用途，而不應將互通系統視為中央登記處。在互通系統儲存的預設醫療指示紀錄只應作為提示之用，以促進治療提供者與病人之間的溝通，以及讓公私營界別的治疗提供者互通資料。由於在互通系統儲存預設醫療指示紀錄屬自願性質，因此預設醫療指示的正本仍為

顯示病人已作出有效預設醫療指示的唯一證明。再者，預設醫療指示的最新情況與在互通系統的紀錄可能會出現時間差距(例如病人作出了口頭撤銷預設醫療指示)。

4.40 雖然我們預期緊急救援人員(包括救護人員)應該遵照病人的預設醫療指示(夾附“不作心肺復甦術”文件)或“不作心肺復甦術”文件行事，但由於救護車與醫院的環境不同，規定緊急救援人員在進行復甦術時，須先翻查互通系統的預設醫療指示紀錄作提示未必切實可行。因此，緊急救援人員只能憑藉病人或其親屬出示夾附已簽署“不作心肺復甦術”文件的預設醫療指示正本，或已簽署的“不作心肺復甦術”文件為證。病人可以配戴特定物件(例如手鉅、頸鍊等)，以提示緊急救援人員。

諮詢問題

(22) 你是否贊成可將預設醫療指示紀錄在互通系統內？

(23) 由於預設醫療指示的最新情況與在互通系統的紀錄可能會有時間差距，互通系統所儲存的紀錄未必屬最新和準確。你是否贊成在互通系統儲存預設醫療指示紀錄應屬自願性質的建議？

(24) 你是否贊成即使預設醫療指示的紀錄可在互通系統上找到，但仍須以該指示的正本作為有效預設醫療指示的證明？

(25) 你是否贊成提醒緊急救援人員有關病人已作出預設醫療指示一事，是該病人／其親屬的責任？



外國做法

新加坡設有中央登記處，只有已向中央登記處登記的預設醫療指示方為有效。預設醫療指示登記冊資料保密，只會向獲病人書面授權的人士披露。如果醫生有理由相信其病人病況已屆末期，且無能力表明其意願，則可向登記處處長查詢該名病人是否已作出預設醫療指示。

英格蘭和威爾斯並無設立中央登記處，作出預設醫療指示的人士有責任確保在有需要時，可令治療提供者知道其決定。

昆士蘭並無設立中央登記處，人們有責任保管文件正本，並把副本交予其他重要的人士，例如親屬、好友、醫生和地區醫院。當局建議病人把預設照顧計劃文件(包括預設醫療指示)所有頁面的副本傳送至昆士蘭預設照顧計劃辦事處(Queensland Office of Advance Care Planning)，以供覆檢，並加進稱為“我的健康紀錄”(My Health Record)的電子健康紀錄系統之內。該系統容許人們在改變意願時隨時把有關預設照顧計劃文件刪除。病人可使用該系統的取用資料管控機制，管理或限制誰人可取覽其預設照顧計劃文件。



如何給予治療提供者合理的法律保障？

4.41 關於給予治療提供者合理的法律保障，從而鼓勵他們主動與個別人士及其親屬展開預設照顧計劃的討論，政府**建議**，如治療提供者在進行或繼續進行某項治療時合理地相信病人並無訂立有效而適用的預設醫療指示，則不會就此招致民事或刑事法律責任。

4.42 政府亦**建議**，如治療提供者在不作出或撤去某項治療時合理地相信病人訂有有效而適用的預設醫療指示，則不會就此招致民事或刑事法律責任。

4.43 正如上文第 4.35 段所述，緊急救援人員須遵從有效的“不作心肺復甦術”文件(若無預設醫療指示)，不予進行心肺復甦術。因此，政府亦**建議**，如治療提供者在進行或繼續進行心肺復甦術時合理地相信病人並無有效而適用的“不作心肺復甦術”文件，則不會就此招致民事或刑事法律責任。同樣地，如治療提供者在不作出或停止作出心肺復甦術時合理地相信病人持有有效而適用的“不作心肺復甦術”文件，則不會就此招致民事或刑事法律責任。

諮詢問題

(26) 你是否贊成有關法律責任的建議安排？

(27) 你是否贊成醫療專業人員如真誠行事並在合理謹慎的情況下作出決定，則應豁免遭受專業失當的紀律程序處置？



外國做法

在新加坡，只有指定類別的人員獲得豁免(即醫生或在醫生指示下行事的人)。該等人員如在指定情況下真誠行事而且並無疏忽，則無須就其決定承擔民事或刑事法律責任或承受專業失當的紀律處分。

在英格蘭和威爾斯，如果一名人士信納就治療而言有關病人訂有一項有效而適用的預設醫療指示，則該人作出治療或繼續治療會令其承受法律責任。另一方面，如果一名人士合理地相信有關病人訂有一項有效而適用的預設醫療指示，因此不作出或撤去治療，則無須承擔法律責任。紀律程序方面則並無訂明。

在昆士蘭，如治療提供者不知悉一名成年人訂有預設醫療指示，他們受到保障，不受預設醫療指示影響。此外，治療提供者如相信預設醫療指示並不確定、與良好醫療做法不符或情況已經改變，於是並無根據該指示行事，該治療提供者無須負上任何法律責任，不論是對該名成年人或其他人。



預設醫療指示與醫療及醫護服務持續授權書兩者有何關係？

4.44 律政司於 2017 / 2018 年就持續授權書建議在香港立法進行公眾諮詢，蒐集公眾意見。《持續授權書條例草案》旨在為訂立持續授權書訂定一個法定框架，在這法定框架下，授權人賦予權力予承權人就授權人的任何個人照護、財產或財務事宜行事。

4.45 根據《持續授權書條例草案》的擬稿，“個人照護事宜”包括關乎授權人的醫護服務的事宜，但不包括替授權人作出任何接受、拒絕或中止續命治療(即上文所指“維持生命治療”)的決定。有見於公眾諮詢期間接獲的意見，律政司可能考慮修改有關續命治療的建議以提供彈性，例如容許授權人在訂明的持續授權書表格上明示授權予承權人，替授權人作出該等決定。根據尊重個人自主權的基本原則，當局建議預設醫療指示應比持續授權書佔更重要的地位。如果授權人已訂立預設醫療指示

和持續授權書，則授權人在預設醫療指示所作的決定將會凌駕承權人所作的決定。如果授權人並無訂立預設醫療指示但已簽訂持續授權書，我們**建議**承權人不應獲得授權，替授權人訂立預設醫療指示。

預設醫療指示與《精神健康條例》的規定兩者有何關係？

4.46 正如上文第 3.2(b)(ii)段所述，根據《精神健康條例》，如醫生或牙醫認為維持生命治療是必需的和符合一名精神上無行為能力的人的最佳利益，則可在緊急或非緊急情況下無需取得該人的同意而向其提供該等治療。這項規定引致潛在衝突，令病人在精神上有能力行事時藉著作出預設醫療指示以明確表達的意願，與醫生就病人的最佳利益所作的判斷兩者出現矛盾。由於《精神健康條例》的有關條文現時並無訂明如何處理預設醫療指示，政府**建議**制定特定條文，述明由有關人士作出的有效而適用的預設醫療指示最為重要，註冊醫生、牙醫或獲委任的監護人的意見均不得凌駕有效的預設醫療指示。

諮詢問題

(28) 你是否贊成對《精神健康條例》作出建議的相應修訂，以消除可能出現的矛盾？



第 5 章：在居處離世

背景

5.1 現時，住在安老院的人數約 62,000 人¹⁰。我們認為應加強對居於安老院的長者病人的晚期照顧服務，讓長者病人可選擇“在居處離世”是一項重要措施。

5.2 “在居處離世”通常指病人可在其選擇的地方渡過最後的日子，例如在家中、安老院或護養院，而不一定在醫院。長者病人在病重之前居住的家或像家一般的地方(例如安老院)，通常是病人會自然選擇的離世地點，因為他們可以在一個熟悉的環境生活終老，並有親屬陪伴在側。根據一項調查研究的結果¹¹，預料在一年之內過身的長者，超過 80%選擇在家或安老院 / 護養院 / 善終機構作為接受晚期照顧服務的地點，選擇醫院的有 17%¹²。

5.3 不過，如罹患末期疾病的長者住客身體不適，安老院的一般做法是把他們送進醫院接受治療，以致他們可能需不斷進出醫院，而安老院的長者住客於醫院離世的情況相當普遍。在 2017 年，超過 96%的長者病人(65 歲及以上)在醫院死亡，而於醫院病逝的病人之中，約有 40%居於老人院(包括安老院和護養院)¹³。

¹⁰ 社會福利署截至 2019 年 2 月底的數字。

¹¹ 該項調查研究經醫療衛生研究基金委託，由香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院進行。

¹² 該項調查發現，若預料在一年之內死亡，有 58.4%的受訪長者選擇在家中接受晚期照顧服務，23.7%選擇安老院 / 護養院 / 善終機構，17.0%選擇醫院。若僅餘以“日”計的壽命，則大約 33.8%的長者選擇留在家中，15.5%選擇安老院 / 護養院 / 善終機構，49.5%選擇醫院。

¹³ 根據賽馬會公共衛生及基層醫療學院於 2017 年 8 月編製的報告書。

在家中離世和在安老院離世

5.4 根據《死因裁判官條例》，當一名病人被診斷患有末期疾病，或在離死亡前 14 日內曾得到一名註冊醫生的診治，其後於家中死於自然，則其死亡無須向死因裁判官報告¹⁴。相反，如一名並非患末期疾病的人死於家中，但該人在死亡前 14 日內未經註冊醫生診治，則根據法例，其死亡必須向死因裁判官報告。

5.5 然而，在安老院死亡而須予報告的規定，與在家中死亡的規定現時並不一致。在安老院死於自然的個案，即使病人已診斷為患上末期疾病，或在死亡前 14 日內曾得到一名註冊醫生的診治，該宗個案仍須通過警方向死因裁判官報告；在有需要時，警方和法醫科醫生會進行調查及驗屍¹⁵。如無向死因裁判官呈報“須予報告的死亡個案”，屬刑事罪行。雖然這些規定對安老院的住客而言是重要的保障措施，但亦令安老院較為抗拒接受讓住客在其處所離世。很多時安老院職員看見病人健康轉差，會召喚救護車把病人送往醫院急症室。

如何消除障礙讓“在居處離世”的安排較易實行？

5.6 政府的政策是提倡病人在居處離世，不論是在家中，還是任何其選擇的居處 – 包括安老院，以令長者病人可於熟悉的環境中保持尊嚴和私隱，渡過人生最後時刻。事實上，我們預料越來越多人會希望在安老院中渡過人生最後的歲月。

¹⁴ 《生死登記條例》(第 174 章)規定，如一名病人死亡，在其最後患病期間診治該病人的註冊醫生須簽署死亡證明書，並在證明書上說明死因。

¹⁵ 根據《死因裁判官條例》(第 504 章)附表 1，須予報告的死亡個案包括某人的死亡，而該宗死亡個案是在為賺取報酬或其他金錢代價而對人作出照料的處所內發生的，但如該處所是已根據《醫院、護養院及留產院註冊條例》(第 165 章)登記的醫院、療養院或留產院的一部分則除外。

5.7 我們了解不易實行“在居處離世”的安排涉及多種原因，包括社會禁忌、對有人在家中死去或會令物業貶值的顧慮、缺乏醫護支援以照顧在家中 / 安老院彌留的病人等。雖然如此，我們相信修訂法律規定是一項須考慮的先決條件，為日趨老化的人口在照顧地點方面提供更多選擇。

應否修訂《死因裁判官條例》豁免安老院的死亡個案需作報告的規定？

5.8 政府**建議**考慮修訂《死因裁判官條例》，容許安老院住客(不論是否被診斷為患有末期病患)如在死亡前 14 日內曾得到一名註冊醫生的診治，並由該名醫生作出最後診斷及確定死因，則其死亡無須向死因裁判官報告。有關修訂目的是為安老院經營者清除一大障礙，使他們更願意提供便利，讓住客在安老院離世。但是，有別於在家中死亡，政府**建議**假如一名住客在死亡前被診斷為患有末期病患，並在安老院中離世，而死亡前 14 日內未經註冊醫生的診治，其死亡必須向死因裁判官報告。有關措施將作為對安老院住客的重要保障。

5.9 不過，我們知道即使推行建議中的豁免，無須根據《死因裁判官條例》作出報告，有安老院仍可能未具備實行長者病人“在居處離世”(即安老院)的條件，例如人手、實際空間和支援的基礎設施等。此外，在熟悉的安老院環境離世能否廣為採用，亦要視乎其他同等重要的因素，例如長者住客及其親屬是否作好準備、市民是否接受等。在這方面，有關政策局 / 部門、醫管局和非政府機構一直作出努力，提供更為便利的環境以實行“在居處離世”的安排，包括下列各項：

- (a) 由 2017 年 9 月起，籌備中的資助或合約安老院，均須設有晚期護理房間，讓彌留住客可於房內安詳離世；

- (b) 由 2015-16 年度起，醫管局逐步加強社區老人評估小組(“評估小組”)服務，以提升對居於安老院而患有末期疾病的長者病人的晚期照顧及支援(包括預設照顧計劃、控制徵狀及心理社交支援)。評估小組與紓緩治療團隊和安老院合作，改善這些病人的醫療照顧及支援服務，並為安老院職員提供有關訓練。自 2018-19 年度起，醫管局在安老院提供的晚期照顧及支援服務已於各評估小組開展；
- (c) 更多有關提高市民對臨終護理服務的認識和知識的工作將會進行；
- (d) 鑒於公眾對社區晚期照顧服務的需求日漸增加，香港賽馬會慈善信託基金於 2016 年 1 月推出“賽馬會安寧頌”計劃。

該項計劃結合跨界別力量，聯繫社區及醫療系統，強化現有晚期照顧服務。承接計劃在第一階段取得的成果，第二階段於 2019 年 1 月推行，致力進一步增加醫療專業人員及前線和管理人員的晚期照顧培訓，擴大晚期照顧服務的範圍，提高公眾認識及知識，以改善香港對末期病人護理服務的整體質素，並且探索不同服務模式的可行性；及

- (e) 未來數年將會進一步擴展醫社合作，透過加強為安老院安排培訓，為居於安老院的末期病人提供更佳支援，以及改善晚期照顧服務的質素。

諮詢問題

- (29) 你是否贊成作為提倡“在居處離世”的先決條件，應修訂《死因裁判官條例》的有關規定，以令在部分安老院的死亡個案獲得豁免而無須報告？
- (30) 如果在安老院的死亡個案或可獲得豁免而無須報告，你認為建議中向安老院住客所提供的保障是否足夠？



第 6 章：諮詢問題一覽表

預設醫療指示

- (1) 你認為市民大眾普遍是否可以接受預設醫療指示的概念？
- (2) 你認為應否為預設醫療指示訂立清晰的法律條文？抑或香港應否繼續依據普通法框架行事？
- (3) 你是否贊成第 4.8 段所述基本原則？
- (4) 你是否贊成年滿 18 歲或以上、精神上有能力行事的人士，方可作出有法律效力的預設醫療指示？
- (5) 你是否贊成預設醫療指示應包括人工營養及流體餵養，並可根據病人的意願而不予提供或撤去？
- (6) 你是否贊成預設醫療指示的主要目的是讓人預先拒絕接受維持生命治療，當其一旦罹患不可逆轉的嚴重疾病時，可將其遭受的痛苦或尊嚴損害減至最低？
- (7) 法律上並無限制健康人士簽訂預設醫療指示，你是否同意公眾已充份意識到健康時作出預設醫療指示的利弊？
- (8) 你是否贊成作出預設醫療指示的人士可隨時撤銷或修改其指示？
- (9) 你是否贊成凡作出或修改預設醫療指示，必須採用書面方式？

- (10) 你是否贊成應該接受口頭及書面撤銷預設醫療指示？
- (11) 你是否贊成一份法律上有效的預設醫療指示必須有證人見證，以提供保障？
- (12) 你是否贊成建議的安排，規定作出和修改預設醫療指示均須有兩名證人見證，而其中一人須為醫生，以及兩名證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益？
- (13) 你是否贊成書面撤銷預設醫療指示無須證人見證，以免形成不必要的障礙？
- (14) 你是否贊成若一名親屬 / 照顧者表示病人在變成在精神上無能力行事之前已口頭撤銷預設醫療指示，即無須第二名證人證明，治療提供者便可把預設醫療指示視為無效？
- (15) 你是否贊成採用範本表格作出法律上有效的預設醫療指示，而不採用法定指明表格？
- (16) 你認為就確保預設醫療指示的有效性所建議採用的保障措施是否足夠？
- (17) 你是否贊成建議的非法定預設醫療指示範本表格載有的“預先指明疾病”應包括：(a)病情到了末期；(b)持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷；及(c)其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，或由病人預先指明的任何疾病？

- (18) 你認為就確保預設醫療指示的適用性所建議採用的保障措施是否足夠？
- (19) 你是否贊成緊急救援人員可接受預設醫療指示(夾附已簽署的“不作心肺復甦術”文件)，因而不進行心肺復甦術？
- (20) 你是否贊成採用範本不作心肺復甦術文件，而不採用法定指明表格？
- (21) 你是否贊成緊急救援人員在病人並無預設醫療指示下可接受“不作心肺復甦術”文件而不進行心肺復甦術，因為醫療團隊與病人親屬已達致共識，認為這是符合未能作出預設醫療指示的病人的最佳利益？
- (22) 你是否贊成可將預設醫療指示紀錄在互通系統內？
- (23) 由於預設醫療指示的最新情況與在互通系統的紀錄可能會有時間差距，互通系統所儲存的紀錄未必屬最新和準確。你是否贊成在互通系統儲存預設醫療指示紀錄應屬自願性質的建議？
- (24) 你是否贊成即使預設醫療指示的紀錄可在互通系統上找到，但仍須以該指示的正本作為有效預設醫療指示的證明？
- (25) 你是否贊成提醒緊急救援人員有關病人已作出預設醫療指示一事，是該病人 / 其親屬的責任？
- (26) 你是否贊成有關法律責任的建議安排？

- (27) 你是否贊成醫療專業人員如真誠行事並在合理謹慎的情況下作出決定，則應豁免遭受專業失當的紀律程序處置？
- (28) 你是否贊成對《精神健康條例》作出建議的相應修訂，以消除可能出現的矛盾？

病人在居處離世

- (29) 你是否贊成作為提倡“在居處離世”的先決條件，應修訂《死因裁判官條例》的有關規定，以令在部分安老院的死亡個案獲得豁免而無須報告？
- (30) 如果在安老院的死亡個案或可獲得豁免而無須報告，你認為建議中向安老院住客所提供的保障是否足夠？

第 7 章：徵求意見

7.1 有關改善香港晚期照顧服務的建議，我們需要你的支持和有建設性的意見。我們會把公眾諮詢收集所得的意見綜合分析，然後決定未來路向。政府日後制定有關立法及行政措施時，將會考慮你的意見。

7.2 請就諮詢問題提供你的書面意見，或者將已完成的調查問卷(附件 D)使用下列方法在 **2019 年 12 月 16 日**或之前，將你對本諮詢文件的意見送交本局：

網上版諮詢文件及調查問卷：
https://www.fhb.gov.hk/cn/press_and_publications/consultation/190900eolcare/index.html



郵遞地址：
香港添馬添美道 2 號
政府總部東翼 19 樓
食物及衛生局
(經辦人：助理秘書長(衛生)6B)
(晚期照顧：有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議)

傳真號碼： 2840 0467

電郵地址： eolcare@fhb.gov.hk

7.3 食衛局會視乎情況，以任何形式複製、引述、撮述或發表接獲的調查問卷的全部或部分內容，而無須事先徵求提出意見者的准許。

7.4 食衛局在諮詢結束後以不同方式發表及發布的其他文件，或會提述提出意見者的名字及所屬團體。任何提出意見者如不希望我們透露其名字及 / 或所屬團體，請在調查問卷內述明。提出意見者所提供的任何個人資料，只會由食衛局及 / 或其他有關政府部門 / 機構用於與這次諮詢直接有關的用途。

7.5 公眾諮詢有賴你的支持，謹此致謝。

食物及衛生局
2019 年 9 月

現有的紓緩治療及晚期照顧支援服務

紓緩治療及晚期照顧是用以協助患有持續惡化及不可逆轉疾病的病人和其家人 / 照顧者的方法，以改善其生活質素。根據世界衛生組織所述，透過及早識別、評估及處理痛楚和其他身體上、心理社交上或靈性上的問題，紓緩治療可預防及減輕病人的痛苦。紓緩治療適用於慢性疾病及生存受限疾病的較早期，而晚期照顧一詞是形容當病人的疾病進入較晚期、將近離逝時，為病人提供紓緩性的治療及照顧。因此，紓緩治療包括但不限於晚期照顧。

2. 現時，香港的紓緩治療服務主要由醫院管理局(“醫管局”)提供。醫管局透過跨專業團隊，包括醫生、護士、醫務社工、臨床心理學家、物理治療師、職業治療師等，採用綜合服務模式，為末期病人及其家人提供紓緩治療服務。醫管局各聯網提供的紓緩治療服務包括住院、會診服務、門診、日間紓緩治療、家居護理、哀傷輔導等。當病人瀕臨死亡時，紓緩治療服務亦包括晚期照顧。紓緩治療及晚期照顧支援服務之簡述及改善建議見此附件。

3. 以往，紓緩治療與善終 / 寧養服務各詞在香港有互換使用的情況，而醫管局現統一使用紓緩治療一詞。

4. 要用一個確切的時限去定義一個病人是否已屬晚期階段相當困難。在香港，醫管局把末期病人定義為患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命。在英國，根據醫學總會(General Medical Council) 及

國家紓緩治療委員會 (National Council for Palliative Care) · 當預料一位病人將會在未來 12 個月內離逝，他可被稱為進入生命晚期。

推廣預設照顧計劃

5. 預設照顧計劃是綜合紓緩治療及晚期照顧不可或缺的一環。一般而言，預設照顧計劃的溝通對象是精神上有行為能力的病人，並鼓勵家屬參與。病人可表達本身對未來醫療或個人護理的意向，或作出拒絕接受維生治療的預設醫療指示。在醫管局方面，預設照顧計劃不只涉及精神上有行為能力的成年病人，也涵蓋與精神上無行為能力的病人和未成年病人。醫護團隊成員與病人家屬根據病人的最佳利益，謀求共識，就病人未來的醫療或個人護理作出決定。

6. 醫管局在 2019 年 6 月制訂《醫院管理局預設照顧計劃指引》，旨在提供實用指引和劃一的醫管局表格，在臨床運作上推動預設照顧計劃。此外，醫管局亦正考慮擴展預設照顧計劃，不單包括照顧接受紓緩治療的病人、腫瘤科和老人科病人的專科，還涵蓋照顧患重病病人的專科。

紓緩治療及晚期照顧服務

7. 醫管局於 2017 年制定《紓緩治療服務策略》，規劃紓緩治療服務在未來五至十年的發展方向。文件闡述紓緩治療服務的發展策略及相關的配套工作，以應對現有的服務缺口和提升服務質素。有關策略包括按

照病人的紓緩治療需要和疾病的複雜程度，將病人分流，並推動共同護理模式，以提供切合病人需要的紓緩治療服務¹⁶。

8. 醫管局的紓緩治療住院服務主要照顧有嚴重徵狀及多種需要的末期病人。此外，部分末期病人會因應臨床需要而入住其他專科病床，如病人同時需要紓緩護理服務，亦可獲安排接受紓緩治療。醫管局亦會視乎需要，為出院病人安排紓緩治療門診服務，以跟進病人的情況。

9. 為加強對末期病人的照顧，醫管局成立了多間日間紓緩治療中心，提供日間紓緩護理服務，深化對病者和家人在身體、心靈及社交方面的支援。

10. 家居紓緩治療服務對於支援居住在社區的病人，以及減少不必要的住院亦相當重要。醫管局的家居紓緩治療團隊與醫院服務團隊緊密合作，提供徵狀紓緩、心理和情緒輔導、靈性關懷、預設照顧計劃、哀傷輔導服務以及協調社區支援等，延續對出院病人的照顧。

11. 醫管局在 2018-19 年度加強紓緩治療服務，包括擴展醫院的紓緩治療會診服務，透過護士家訪優化家居紓緩治療服務，並通過培訓提升護理人員在紓緩治療環境以外支援末期病人的技能。

12. 由 2015-16 年度起，醫管局逐步加強社區老人評估小組(“評估小組”)的服務，以提升對居於安老院而患有末期疾病的住客的晚期照顧及支援。評估小組與紓緩治療團隊和安老院合作，改善這些末期病人的醫護照顧及支援服務，並為安老院職員提供有關訓練。

¹⁶ 有關《紓緩治療服務策略》的詳情，請參閱以下網頁：
https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=224128&Lang=ENG&FontSymbol=al

醫療專業人員的培訓和發展

13. 要提供優質的晚期照顧和進行有意義的預設照顧討論，另一項重要條件是醫療服務提供者必須訓練有素，能夠謹慎處理有關死亡的議題，並協助滿足個人的需要和意向。

14. 目前，多間機構為醫護人員提供有關紓緩治療和晚期照顧的專業培訓和發展。

15. 醫管局會為紓緩治療跨專業團隊提供專業培訓，讓他們掌握最新的紓緩治療技能和知識。醫管局亦為各職系和專科的所有醫護人員提供基礎培訓，以增加他們對紓緩治療的基本知識和認知，並會繼續為日常照顧危疾重症病人的非紓緩治療團隊提供深造培訓，以提升他們推行共同護理模式的能力。醫管局轄下護理深造學院亦為在職護士提供專業的紓緩治療護理課程。

16. 專科醫生方面，香港內科醫學院和香港放射科醫學院院士的正規培訓課程均設有紓緩醫學科專科。

17. 香港護士管理局在其註冊前一般護士訓練中，規定“腫瘤科護理和紓緩治療”一科的訓練時數最少為 16 小時。

18. 現時有不同協會提供或合辦多個相關培訓課程，例如香港防癌會、香港醫學組織聯會與香港紓緩醫學學會和香港紓緩護理學會。善寧會亦為護士及其他醫療專業人員提供紓緩治療培訓，並設有數個晚期照顧培訓課程，對象是在不同環境工作的醫護人員。

19. 香港紓緩醫學學會、香港老年學會和香港老年學護理專科學院亦定期為醫護人員舉辦證書課程，內容涵蓋紓緩治療、給予病人和家屬(包括長者)在面對危疾重症和晚期照顧時的心理和精神上支援等。

20. 多間教育機構也提供相關培訓。例如，香港大學專業進修學院設有專業護理人員進修之腫瘤及紓緩護理文憑，中文大學則提供寧養關顧學士後文憑和晚期照顧工作坊。職業訓練局亦開辦長者社區保健護理高級文憑課程，內容涵蓋紓緩治療和晚期照顧。

21. 醫療服務提供者可接受在職培訓。例如，衛生署轄下長者健康服務的職員曾參加由非政府機構和大學舉辦的研討會 / 課程，內容涉及生死教育、晚期照顧和預設照顧計劃。臨床心理學家亦為護士提供內部培訓，講解如何籌備有關生死教育的社區健康講座。

醫院和安老院的設施

22. 除運用人力資源改善晚期照顧外，有關機構正籌劃和設置一系列“硬件”設施，以優化服務。舉例說，醫院和安老院正視乎環境和其他限制，研究設置多項設施，如合適的房間，方便家屬在病人臨終時相聚；供至親使用的床鋪，讓他們可通宵陪伴彌留病人等。

23. 醫院方面，醫管局《紓緩治療服務策略》提到，醫管局的醫院發展和重建項目會加入相關的設計元素，以便有效地推行紓緩治療服務。例如，醫院內關設單人房、接見室和家屬區，並在設計上營造關懷的環境，以切合末期病人及家屬 / 照顧者的需要。醫管局亦會考慮運作流程和病人家屬 / 照顧者的感受，改善殮房的設計。

24. 安老院方面，為加強這些處所的規劃，社會福利署已完成安老院的設施明細表檢討。由 2017 年 9 月起，晚期護理房間在安老設施明細表中被列為標準規定，適用於規劃中的資助和合約安老院，可供患重病或末期疾病的住客和家屬使用。

有關老化過程、晚期照顧和死亡課題的公眾教育

25. 政府一直致力透過公眾教育，加深市民對晚期照顧的認識和了解。

26. 例如，教育局十分重視培養學生正面的價值觀和態度。學校透過一個整全的學校課程，將“認識生命”、“愛惜生命”、“尊重生命”及“探索生命”等生命教育的學習內容，包涵在不同的學習主題中。例如，在高中課程方面，健康管理與社會關懷科的內容涵蓋人生不同階段，包括長者和其需要，以及對長者的關懷照顧等。學生可從這科目明白“死亡”是生活事件的重要例子、對不同生活事件的正面回應，以及不同文化對衰老和死亡的看法。此外，教育局鼓勵學校舉辦各種各樣的學習活動，如探訪安老院，以培養學生關懷他人(包括長者)的正面價值觀。

27. 另一例子是衛生署長者健康服務，透過由護士和專職醫療人員組成的跨專業團隊，定期舉辦以老化過程、晚期照顧和喪親之痛為課題的公眾教育。安老院、社區長者中心和長者健康服務轄下長者健康中心亦會安排健康講座，例如“生死教育”講座，旨在指導長者向家人表達在預設照顧方面的意願。這些講座的內容會不斷檢討和優化，以配合預設照顧的未來發展。另一方面，相關議題的資料和文章會刊載於長者健康服務網站，供市民查閱。

病人運送服務

28. 為支援選擇在社區居住的末期病人，提供及時適切的病人運送服務以往返醫院與其住處，以便他們使用次緊急和非緊急服務，是非常重要的。

29. 目前，非緊急救護運送服務採用集體運送模式，為出院和轉院病人，以及往返醫管局轄下醫院就診的病人提供非緊急救護運送服務。救護車隊員的能力水平、車上設備和服務時間都是因應以上病人種類及其需要而訂定的。至於末期病人的需要，如其載送條件合適也可使用非緊急救護運送服務，醫管局會監察非緊急救護運送服務的工作量，從而調整有關服務的資源。近年，透過非緊急救護運送服務提供的運送整體人次持續上升，每年超過 50 萬人次。醫療輔助隊和香港聖約翰救護機構亦有為病人提供類似服務。

身後事安排

殮房服務

30. 隨着人口老化，政府預期殮房服務的需求增加。現時可用的儲存格數目僅僅能處理每年 4 萬宗死亡個案。在每年 4 萬宗死亡個案中，約 11 000 宗須向死因裁判官作出呈報。衛生署轄下公眾殮房處理其中約 8 000 宗死因裁判官個案，其餘個案則由醫管局轄下醫院殮房處理(並處理醫管局醫院內發生而無須向死因裁判官呈報的死亡個案)。

31. 為滿足公眾殮房服務的預計需求，以處理未來二十年須向死因裁判官呈報的死亡個案，衛生署正開展兩個公眾殮房重置工程計劃，即重

置富山公眾殮房和重置域多利亞公眾殮房，而前者暫定於 2022 年啟用。政府會繼續探索機會，進一步擴充公眾殮房設施，以滿足長遠需求。

其他身後事服務

32. 除晚期照顧外，替逝者安排各項身後事，從辦理死亡登記及喪禮，以至火葬或土葬等事宜，對傷心和哀痛的親友來說，殊不容易。2010 年，食物環境衛生署（“食環署”）出版《辦理身後事須知》小冊子，就死亡登記、遺體和骨灰處理，以及舉行喪禮等身後事安排提供簡單易明的資料，以幫助逝者親友妥善處理身後事。

33. 食環署網站載有所提供的身後事服務詳情，包括火葬服務、把骨灰存放於公眾龕位、撒灰、土葬 / 金塔入葬，以及骨灰暫存設施等。電子表格和持牌殯儀館和殮葬商名單，亦可於食環署網站下載。

34. 此外，香港多間慈善團體和非政府機構，如東華三院和善寧會，協助逝者家屬處理喪禮和身後事安排，並提供情緒支援服務。



預設醫療指示¹

請以正楷書寫或貼上病人標籤

入院／門診號碼:.....

姓名(英文):..... (中文).....

身份證號碼:..... 性別:..... 年齡:.....

第 I 部：此預設醫療指示作出者的詳細個人資料

姓名：..... (請以正楷書寫)

身份證號碼：.....

性別：男性／女性

出生日期：____ / ____ / ____
(日) (月) (年)

住址：.....

住宅電話號碼：.....

辦事處電話號碼：.....

手提電話號碼：.....

第 II 部：背景

1. 本人明白此指示的目的，是當本人病情到了末期，或處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷，或有其他特定的晚期不可逆轉的生存受限疾病時，將本人所可能身受或造成的痛苦或尊嚴損害減至最低，並免卻本人的醫療顧問或親屬或兩者同時肩負代本人作出困難決定的重擔。

2. 本人明白無論在任何情況下醫生／院方都不會執行安樂死，亦不會依循本人在治療方面的任何非法指示，即使本人明文要求這樣做亦然。

3. 本人_____ (請清楚填上姓名) 年滿 18 歲，現撤銷本人以前曾就自己的醫護及治療作出的所有預設醫療指示 (如有的話)，並自願作出下述預設醫療指示。

4. 如經本人的主診醫生及最少另一名醫生診斷，證實本人是病情到了末期，或陷入不可逆轉的昏迷或處於持續植物人狀況，或有其他特定的晚期不可逆轉的生存受限疾病，以致無法參與作出關於自己的醫護及治療的決定，則本人對自己的醫護及治療的指示如下：

(註：填寫以下部分時請在適用的方格內加上剔號，在方格旁邊簡簽，並在任何不希望適用於自己的部分劃上橫線。)

¹ 表格由法律改革委員會(法改會)於 2006 年 8 月 16 日建議,根據食物及衛生局於 2009 年 12 月 23 日發表的諮詢文件更改,醫院管理局於 2010 年 5 月及 2014 年 6 月作出修訂及加上附註。

(A) 第 1 類情況——病情到了末期

(註：在此指示中——

“病情到了末期”指患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命；至於施行維持生命治療的作用，只在於延遲死亡一刻的來臨；及

“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。）

本人不接受以下維持生命治療：

心肺復甦法

其他：_____

除了基本護理和舒緩治療外，本人不接受任何維持生命治療²。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

但如臨床判斷認為有需要的話，我想繼續接受人工的營養及流體餵養，直至死亡臨近和不可避免為止。

(B) 第 2 類情況——持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況

(註：在此指示中——

“維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養³。（人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。）

本人不接受以下維持生命治療：

心肺復甦法

其他：_____

除了基本護理和舒緩治療外，本人不接受任何維持生命治療⁴。就本表格而言，非人工營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

但如臨床判斷認為有需要的話，我想繼續接受人工的營養及流體餵養，直至死亡臨近和不可避免為止。

² 應小心確定病人是否真的決定拒絕“所有”維持生命治療。

³ 即使有預設醫療指示，從一個持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況的非末期病人身上移除人工的營養及流體餵養可以是具爭議的。有這項指示的病人當處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況，應請示醫院行政總監／聯網行政總監及醫院管理局總辦事處有否需要把個案呈上法庭處理。若病人希望在此部分作出指示移除人工的營養及流體餵養，或撤除所有維持生命的治療，應提醒他／她特別留意這點。

⁴ 應小心確定病人是否真的決定拒絕“所有”維持生命治療。

(C) **第 3 類情況-其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，即：**

(註：在此指示中 -

“其他晚期不可逆轉的生存受限疾病”指不劃入第 1 或第 2 類的嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病，而病情已到了晚期，及生存受限，例子包括：

(1) 晚期腎衰竭病人、晚期運動神經元疾病或晚期慢性阻塞性肺病病人，因為他們可能用透析治療或輔助呼吸治療維持生命，而不劃入第 1 類；以及

(2) 不劃入第 2 類的不可逆轉主要腦功能喪失及機能狀況極差的病人。

“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。）

本人不接受以下維持生命治療：

心肺復甦法

其他：_____

除了基本護理和紓緩治療外，本人不接受任何維持生命治療⁵。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

但如臨床判斷認為有需要的話，我想繼續接受人工的營養及流體餵養，直至死亡臨近和不可避免為止。

5. 本人是在此預設醫療指示第 III 部所述的兩名見證人面前作此指示，而該兩名見證人並非根據下述文書享有權益的受益人：

- (i) 本人的遺囑；或
- (ii) 本人所持有的任何保險單；或
- (iii) 本人所訂立或代本人訂立的任何其他文書。

6. 本人明白可隨時撤銷此預設醫療指示⁶。

此預設醫療指示作出者的簽署

日期

第 III 部：見證人

見證人須知：

見證人不得為根據下述文書享有權益的受益人——

- (i) 此預設醫療指示作出者的遺囑；或
- (ii) 此預設醫療指示作出者所持有的任何保險單；或
- (iii) 此預設醫療指示作出者所訂立或代此人訂立的任何其他文書。 _

應小心確定病人是否真的決定拒絕“所有”維持生命治療。

⁵ 如要撤銷指示，可直接在預設醫療指示表格上註明及簽署作實，或另紙書寫及簽署，並附連於預設醫療指示表格。

由見證人作出的陳述

首名見證人

(註：此見證人必須為註冊醫生，而此指示的作出者可選用一名不是其主診醫生或沒有診治過該作出者的醫生。)

- (1) 本人 (請清楚填上姓名) 以見證人身份在下面簽署。
 - (a) 就本人所知，此指示的作出者是自願作此指示；及
 - (b) 本人已向此指示的作出者解釋作此指示的性質和後果。
- (2) 本人聲明，此指示是在本人及下述第二名見證人的面前作出和簽署。

首名見證人簽署

日期

姓名:

身份證號碼/醫務委員會註冊號碼⁷:

辦事處地址:

辦事處電話號碼:

第二名見證人

(註：此見證人必須年滿 18 歲)

- (1) 本人_____ (請清楚填上姓名) 以見證人身份在下面簽署。
- (2) 本人聲明，此指示是在本人及上述首名見證人的面前作出和簽署；首名見證人已在本人面前向此指示的作出者解釋作此指示的性質和後果。

第二名見證人簽署

日期

姓名:

身份證號碼⁸:


住址/聯絡地址:

住宅電話號碼/聯絡電話號碼:

⁷醫管局員工不需要提供身份證明文件號碼/醫務委員會註冊號碼，因員工編號或醫院病房/科組的地址已足夠證明第一見證人的身份。

⁸醫管局員工不需要提供身份證明文件號碼，因員工編號或醫院病房/科組的地址已足夠證明第二見證人的身份。

請填寫英文部份或中文部份

 <p>醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY</p>	<p>非住院病人 「不作心肺復甦術」文件</p>	<p>請以正楷書寫或貼上病人標籤</p> <p>入院／門診號碼：.....</p> <p>姓名(英文)：..... (中文).....</p> <p>身份證號碼：.....性別：.....年齡：.....</p> <p>部門：.....組別：.....病房／床號：...../.....</p>
---	------------------------------	---

I. 診斷：

II. 吾等是核證醫療團隊的醫生，在簽署本文件第 IV 部分之日，我們 (請選擇填寫下文(A)或(B)段)：

(A) 有預設醫療指示的成年人：
確認病人於.....(日期)簽署的預設醫療指示為有效，病人拒絕接受心肺復甦術；及
證明病人的臨床情況符合預設醫療指示所述(請加✓號)，即：
 病情到了末期；
 處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況；
 有其他晚期不可逆轉的生存受限疾病：.....；及
根據該預設醫療指示，若病人處於預設醫療指示所述的情況，並出現心肺停頓，便不要為病人施行人工輔助呼吸、心外壓程序或心臟除顫。

(B) 沒有有效預設醫療指示的精神上無行為能力成年人或未成人人士：
證明病人(請加✓號)
 病情到了末期；
 處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況；
 有不可逆轉的主要腦功能喪失及機能狀況極差；
 若為未成人人士，有其他晚期不可逆轉的生存受限疾病；

以及
 病人的現今臨床狀況及預設臨終照顧計劃已為有關人士討論：
 (請加✓號)
 照料病人(屬精神上無行為能力的成年人)的醫療團隊與病人家屬曾作討論
 照料病人(屬未成人人士)的醫療團隊與病人父母曾作討論

並且
 已達致共識，若病人出現心肺停頓，最符合病人利益的做法，是不要為病人施行人工輔助呼吸、心外壓程序或心臟除顫。
 病人家屬(或父母)確認同意病人「不作心肺復甦術」的決定(只適用於(B)段)。

簽署:_____ 日期: _____
 姓名:_____ 與病人關係:_____

非住院病人「不作心肺復甦術」文件 HA9614/MR



非住院病人 「不作心肺復甦術」文件

請以正楷書寫或貼上病人標籤

入院／門診號碼：.....

姓名(英文): (中文).....

身份證號碼:性別.....年齡.....

部門:.....組別:.....病房／床號:...../.....

III. 注意事項：

1. 照料病人的急症室醫護人員，在不向病人施行心肺復甦術前，應要確定不作心肺復甦術的決定仍為有效及並無更改，並且在接收病人時，病人是處於本文件所述的狀況。一旦有疑問（例如心肺復甦術是否仍符合病人的最佳利益），或懷疑有不法行為、意外或重大風險事件，便應為病人進行心肺復甦術。
2. 本文件的正本應存放於病人處，在需要時交予急症室醫護人員。

IV. 核證醫療團隊的醫生簽署（須有兩名醫生簽署）：

醫生： _____ (醫生姓名) _____ (簽署) 日期: _____	專科醫生： _____ (醫生姓名) _____ (簽署) 日期: _____	部門: _____ 醫院: _____ 醫院/部門印鑑: _____
--	--	--

V. 覆核及批簽（如超過覆核期而沒有批簽，本文件將會無效）：

	覆核日期	醫生姓名	簽署	部門／醫院
覆核期* 6 個月， 或較短期間：__個月				

* 視乎需要若覆核期少於 6 個月，請劃去「6 個月」，並填上適當的期間。

調查問卷

為了幫助我們收集你對諮詢文件內有關預設醫療指示和晚期照顧的意見，若你能抽數分鐘時間完成此調查問卷，我們不勝感激。請勾選最能代表你觀點的方格☑。

姓名: _____ 電話號碼: _____

電郵地址: _____

機構名稱: _____

		同意	不同意	備註
預設醫療指示				
1.	你認為市民大眾普遍是否可以接受預設醫療指示的概念？			
2.	你認為應否為預設醫療指示訂立清晰的法律條文？抑或香港應否繼續依據普通法框架行事？			

		同意	不同意	備註
3.	你是否贊成第 4.8 段所述基本原則？			
4.	你是否贊成年滿 18 歲或以上、精神上有能力行事的人士，方可作出有法律效力的預設醫療指示？			
5.	你是否贊成預設醫療指示應包括人工營養及流體餵養，並可根據病人的意願而不予提供或撤去？			
6.	你是否贊成預設醫療指示的主要目的是讓人預先拒絕接受維持生命治療，當其一旦罹患不可逆轉的嚴重疾病時，可將其遭受的痛苦或尊嚴損害減至最低？			
7.	法律上並無限制健康人士簽訂預設醫療指示，你是否同意公眾已充份意識到健康時作出預設醫療指示的利弊？			

		同意	不同意	備註
8.	你是否贊成作出預設醫療指示的人士可隨時撤銷或修改其指示？			
9.	你是否贊成凡作出或修改預設醫療指示，必須採用書面方式？			
10.	你是否贊成應該接受口頭及書面撤銷預設醫療指示？			
11.	你是否贊成一份法律上有效的預設醫療指示必須有證人見證，以提供保障？			
12.	你是否贊成建議的安排，規定作出和修改預設醫療指示均須有兩名證人見證，而其中一人須為醫生，以及兩名證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益？			

		同意	不同意	備註
13.	你是否贊成書面撤銷預設醫療指示無須證人見證，以免形成不必要的障礙？			
14.	你是否贊成若一名親屬 / 照顧者表示病人在變成在精神上無能力行事之前已口頭撤銷預設醫療指示，即無須第二名證人證明，治療提供者便可把預設醫療指示視為無效？			
15.	你是否贊成採用範本表格作出法律上有效的預設醫療指示，而不採用法定指明表格？			
16.	你認為就確保預設醫療指示的有效性所建議採用的保障措施是否足夠？			
17.	你是否贊成建議的非法定預設醫療指示範本表格載有的“預先指明疾病”應包括：(a)病情到了末期；(b)持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷；及(c)其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，或由病人預先指明的任何疾病？			

		同意	不同意	備註
18.	你認為就確保預設醫療指示的適用性所建議採用的保障措施是否足夠？			
19.	你是否贊成緊急救援人員可接受預設醫療指示(夾附已簽署的“不作心肺復甦術”文件)·因而不進行心肺復甦術？			
20.	你是否贊成採用範本不作心肺復甦術文件，而不採用法定指明表格？			
21.	你是否贊成緊急救援人員在病人並無預設醫療指示下可接受“不作心肺復甦術”文件而不進行心肺復甦術，因為醫療團隊與病人親屬已達致共識，認為這是符合未能作出預設醫療指示的病人的最佳利益？			

		同意	不同意	備註
22.	你是否贊成可將預設醫療指示紀錄在互通系統內？			
23.	由於預設醫療指示的最新情況與在互通系統的紀錄可能會有時間差距，互通系統所儲存的紀錄未必屬最新和準確。你是否贊成在互通系統儲存預設醫療指示紀錄應屬自願性質的建議？			
24.	你是否贊成即使預設醫療指示的紀錄可在互通系統上找到，但仍須以該指示的正本作為有效預設醫療指示的證明？			
25.	你是否贊成提醒緊急救援人員有關病人已作出預設醫療指示一事，是該病人 / 其親屬的責任？			

		同意	不同意	備註
26.	你是否贊成有關法律責任的建議安排？			
27.	你是否贊成醫療專業人員如真誠行事並在合理謹慎的情況下作出決定，則應豁免遭受專業失當的紀律程序處置？			
28.	你是否贊成對《精神健康條例》作出建議的相應修訂，以消除可能出現的矛盾？			
病人在居處離世				
29.	你是否贊成作為提倡“在居處離世”的先決條件，應修訂《死因裁判官條例》的有關規定，以令在部分安老院的死亡個案獲得豁免而無須報告？			
30.	如果在安老院的死亡個案或可獲得豁免而無須報告，你認為建議中向安老院住客所提供的保障是否足夠？			

其他意見：

謝謝你的意見。

請就諮詢問題提供你的書面意見，或者將完成的調查問卷使用下列方法，在 **2019 年 12 月 16 日或之前**，送交本局：

郵遞地址： 香港添馬添美道 2 號
政府總部東翼 19 樓
食物及衛生局
(經辦人：助理秘書長(衛生)6B)
(晚期照顧：有關預設醫療指示和病人在居處離世的立法建議)

傳真號碼： 2840 0467

電郵地址： eolcare@fhb.gov.hk

個人資料收集聲明

1. 市民就本諮詢文件提出意見時提供他/她的個人資料，純屬自願性質。任何連同調查問卷提供的個人資料，只會作是次諮詢工作之用。收集所得的調查問卷及個人資料，或會轉交有關的政府決策局、部門或機構，作直接與是次諮詢工作有關的用途。獲取資料的各方其後亦只可把資料用於這些用途。
2. 諮詢工作完成後，曾就本諮詢文件提交調查問卷的個別人士及機構(提交意見者)的姓名 / 名稱及意見或會公開，供市民查閱。食衛局與其他人士討論或在其後發表的任何報告，不論是採用私下還是公開的形式，都可能會引述就本諮詢文件提出的意見。我們尊重提交意見者把姓名 / 名稱及 / 或其全部或部分意見保密的意願，不過，如無事先說明，我們將假定可以公開其姓名 / 名稱，以及把其意見發表，供公眾參閱。
3. 任何曾在調查問卷中向食衛局提供個人資料的提交意見者，都有權查閱和更正這些個人資料。如擬查閱或更正個人資料，請以書面形式向上文指定的聯絡單位提出。