

關於意思能力受損病人之醫療決策—— 如何在自主、代理、最佳利益及 醫療品質間取得最佳平衡

王敏真* 黃詩淳† 曾楚喬** 陳炳仁‡§

摘要

臨床上處理意思能力受損的病人醫療決策的困難，包含如何確認其意思能力、保障病人的醫療自主權以及做出符合病人最佳利益的醫療決策。本文藉由探討臺灣醫療法、刑法對醫療照護自主決定權的影響，以及剖析監護宣告及輔助宣告於醫療決策之現況，點出目前臺灣處理相關意思能力受損之病人之臨床困境及法律制度的不足。同時，整理身心障礙者權利公約、英國意思能力法、德國民法等國際法律制度，企圖找出適合本土面對意思能力受損之病人的醫療決策挑戰之可行策略。

經由德菲法調查臺灣醫療、倫理及法律專家學者，對意思能力受損之病人的醫療決策與臨床倫理法律需考量之觀點，另外以醫病共享決策之精神，參佐國外相關醫療決策流程、意思能力評估與最佳利益判斷之研究，結合臺灣相關法律於臨床實務操作發展出初步的「意思能力評估及醫療決策建議流程」，此流程與病人為中心的核心精神契合，期待該流程有助跨專業團隊進行病人的評估與處置，以追求卓越的醫療品質。更期盼國家能在臨床、倫理、法律上建構明確規範及配套機制，讓自主、代理、最佳利益及醫療品質之間得到平衡與共好。

關鍵字：醫療決策(medical decision making)、自主(autonomy)、意思能力(mental capacity)、醫療品質(healthcare quality)、最佳利益(best interest)

前言

臺灣目前針對意思能力受損之病人的醫療決策與處置，在臨床實務、倫理、法律等面向中，並沒有清楚明確的準則，此議題在醫療教育與醫療品質提升其實事關重大，卻少見關注。依照當代醫療倫理準則與其實務，醫療決策所依循的順序主要根據(1)當病

人當下意思清楚，且經告知後所表達的意願為優先；若前述條件不成立，則依據；(2)過去表達過之預立醫囑中的意願，若現況符合病人預立醫囑中所預設狀況及醫療情境，該意願有持續且約束的效力；若沒有預立醫療決定，改依據；(3)從關係人或相關資訊推測病人之治療期待/意願，此推測是根據病人之前的陳述及價值觀；若上述方式皆無法得知，最後則依據；(4)符合病人最佳利益的決定，來提供醫療照護處置。¹本文希望能梳理臺灣目前面對的困難及挑戰，回顧文獻並嘗試整理本土化的建議，討論對象為成年的意

*奇美醫院醫學研究部研究助理

†國立臺灣大學法律系副教授

**高雄醫學大學學士後醫學系實習醫學生

‡高雄醫學大學附設醫院家庭醫學科/老年醫學科專任主治醫師

§奇美醫院緩和醫療中心特約主治醫師

思能力受損病人為主。

意思能力在臨床醫療決策中的角色

1. 意思能力與行為能力之差別

意思能力(mental capacity)，係指能判斷自己行為可產生何種結果之精神能力，或稱心智能力，是行為能力及責任能力的基礎，與決定能力(decision capacity)本質上相同；而行為能力的判斷標準則以客觀之年齡為主(民法規定滿20歲為成年，有完全行為能力；滿7歲以上之未成年人，有限制行為能力)，另輔以結婚及監護宣告等形式標準以判斷之。每個行為所需之意思能力(判斷力)不一致，有無意思能力的判斷是依照行為種類與個案事實個別判定，²而非以行為能力的有無為判斷。換句話說，有行為能力者不一定有無意思能力，像是：有行為能力者可能陷於無意識或精神錯亂(民法第75條後段)；同樣的道理，無行為能力者也不一定沒有意思能力。依照民法受監護或輔助宣告之人，其行為能力雖受限制，但或許對個別醫療處置仍有理解之能力(意思能力)，不應被直接剝奪決定之資格。

2. 意思能力的評估與分野

臨床上對於生命身體法益有重大影響的侵入性醫療行為，病人須具備民法上的行為能力，始有同意能力；而其他醫療行為同意，即得依意思能力為判斷基準。³

Grisso等人研究提出意思能力包括：

1. 表達決定、2. 了解資訊、3. 評價資訊對己身利弊、4. 使用相關資訊推理分析等能力。

⁴ Appelbaum等則是認為當所決策的醫療行為之風險不同時，意思能力標準也會跟著調整。當醫療行為風險越高，對意思能力的標準則越嚴格；當醫療行為之風險較低時，則意思能力的判別則較為寬鬆。⁵

Gheorghie 認為評估能力的複雜性及考量層面範圍廣大，沒有一個標準的能力評估工具可以適用在所有狀態。⁶最佳的能力評估則是有一系列原則性的規範及對於能力定義

清楚，而加拿大安大略省就是基於這樣的標準設計出能力評估指引，此指引是依據自主決定權(the right to self-determination)、推測意思能力(presumption of capacity)、最後採取監護權(guardianship as a last resort)。同時，該指引指出能力評估都是依據以下思維架構所設計：⁷

1. 了解個人現況(如居住地方、財務狀況)及他期待的照顧需求(如食、衣、住)
2. 如何達到個人需求，是可以自理或是需要協助？

若發現無法達到個人需求時，需要了解病人對於自己決定的理解、衡量及表達能力，這是為了知道他是否能理解這些決定所帶來的風險及利益。

目前在病人的意思能力有二種分類，第一種是區分為有無意思能力者及無意思能力者；⁸第二種則是意思能力清楚者、意思能力浮動者、無意思能力者，Poole等人(2014)認為進行意思能力浮動者的決策則會變得更加複雜。當面對這個議題，除需更多醫護團隊人力投入外，也需要病人及家屬支持，因為最大的挑戰是不斷溝通及確認病人的價值觀如何落實。⁹

意思能力受損者在臺灣現行醫療環境的困境

1. 醫療照護的自主決定權

(1) 臺灣現況

臺灣常有出現家屬不希望醫療團隊跟病人直接討論診斷/預後及維生醫療決策，不論病人是否具備意思能力，皆由家屬代病人簽署同意書。這樣的行為是否符合醫療自主權的精神？下列針對目前臺灣醫療自主權及知情同意部分進行討論。

a. 醫療法的精神

醫療自主權以是否能尊重病人之意願，使其自主判斷接受或拒絕醫療為衡量指標。目前臺灣醫療法第63

條及第64條被認為是醫療自主決定權在法律的具體化，其背後最重要的精神就是充分尊重病人對身體、生命及人格尊嚴伸展的自主權利。依據醫療自主決定權的精神，醫師不再主導醫療行為，而是充分與病人說明各種治療計畫，讓病人選擇接受醫療方案或拒絕醫療處置。換言之，醫師於施行侵入性治療前，獲得病人同意是為了落實病人醫療自主決定的權利。¹⁰

b. 一般醫療行為的同意能力以意思能力(識別能力)決定之

每一個人都有對自己身體的自主決定權，皆可接受或拒絕醫療。此權利專屬於病人本人，任何人(如家屬、醫師)都不得違反病人意願，對其強行進行醫療處置。¹⁰

有學者考察了德國法後指出，在德國，當醫師依據病人意願中斷治療處置，不論作為或不作為，從釋義學的多項角度(保證人地位不該當、客觀歸責的否定、對受囑託殺人罪構成要件的目的性限縮、違法性層次援用緊急避難或承諾、推測承諾或創設新的阻卻違法事由)切入，都不會構成殺人罪(含受囑託殺人罪)。¹¹

刑法學界的通說認為，應以病人是否具備意思能力(識別能力)來判斷有無醫療上的同意能力，一方面符合醫療自主決定與阻卻違法性承諾須以病人本身為同意主體的基本精神；另一方面，同意能力原則回歸本人進行實質認定，也可防止法定代理人濫用代理同意權。¹⁰

c. 安寧緩和醫療條例及病人自主權利法未能涵蓋所有人拒絕醫療的權利
目前的安寧緩和醫療條例(安寧條例)

及病人自主權利法(病主法)仍無法提供每個人擁有拒絕醫療的法源依據。¹¹安寧條例提供預立選擇安寧緩和醫療與拒絕心肺復甦術(Do not resuscitate, DNR)/維生醫療、預立醫療委任代理人的法源依據，但病人的預立醫療決定或是家屬代理同意DNR的決定，都是等到病人生命末期狀態才能適用。¹¹而2019年初正式施行的病主法，得以讓a.末期病人、b.處於不可逆轉之昏迷狀況、c.永久植物人狀態、d.極重度失智、e.其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形等族群，得依病人預立醫療決定終止、撤除或不施行急救。然而對於未預先簽署「預立醫療決定」之意思能力受損之病人，或有「預立醫療決定」但仍未符合上述五款臨床條件之病人的維生醫療處置，依舊沒有辦法規範及協助解決。

如上所述，雖現行法似乎肯定醫療自主權的基本精神，但卻仍框限在部分特定族群才能擁有拒絕特定醫療的權利，在保障醫療自主權方面仍有很大努力空間。以下將以聯合國《身心障礙者權利公約》為例，說明國際共識下，國家應如何促進實現國民的自主決定權。

(2) 聯合國《身心障礙者權利公約》

a. 簡介

2006年聯合國大會通過《身心障礙者權利公約, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD》，勾勒出國家應如何促進、保護和確保實踐身心障礙者的權利，讓整體環境及社會大眾都能

成為幫助障礙者平等參與社會和自主生活的元素。¹²隨著觀念轉變及臺灣社會對於保障身障者人權意識提升，2014年我國立法院通過《身心障礙者權利公約施行法》，正式將CRPD國法化。其中，CRPD第12條更是認為國家應給予必要之協助並提供相關保障機制，讓身心障礙者平等享有法律上能力。下列說明CRPD第12條內涵：

- (1) 締約國重申，身心障礙者在任何地方均獲得享有法律面前的人格權利。
- (2) 締約國當應承認身心障礙者在生活的各方面享有與其他人平等的法律上能力(legal capacity)
- (3) 締約國各國應當採取適當措施，使身障者在行使其法律上的能力時，獲得必要協助。
- (4) 締約國應當確保，行使法律上能力相關之法規，均依照國際人權法，提供適當和有效的保障機制(safeguard)。此保障機制應確保法律上能力之法規，尊重本人權利、意願和喜好，避免利益衝突和不當影響，符合比例並適合本人情況，適用時間盡量短縮，並定期由有資格、獨立、公正的當局和司法機構審查。保障措施應與法規影響個人權益的程度符合比例。
- (5) 依照本條的規定，締約國應當採取一切適當和有效的措施，確保身障者享有平等的財產所有權或繼承權，掌管自己的財務，有平等機會獲得銀行貸款、抵押和其他形式的金融信貸，應當確保身障者的財產不被任意剝奪。

公約禁止國家以法律剝奪身心障礙

者之能力，即使有必要限制其法律上能力，仍應視障礙者個人的需求個別調整。¹³例如，雖限制本人財產管理之能力，但本人仍有行使人身、醫療決定之能力。從而，在臨床現場之醫療同意，既然判斷標準是意思能力，而非行為能力，即使病人已受監護或輔助宣告，但若病人確實有意思能力，則應由病人自行決定是否接受醫療處置，不應逕由監護人或輔助人代為決定。

例如說加拿大於2010年簽署聯合國《身心障礙者權利公約》，旨在保障身心障礙者的人權和尊嚴，使其能夠生活於平等而不受歧視的社會環境。2006年加拿大身心障礙者比例高達14.3%，平均約每七位人民當中即有一位身心障礙人士，其中，8.6%為輕中度的身心障礙，5.7%則為嚴重的身心障礙，¹⁴因此，身心障礙者的基本權利如何落實與保障，為眾所注目的焦點，該國認為應給予所有身心障礙者能依照他/她的家庭及社會文化脈絡的支持性決策(supported decision-making)，而非使用替代性決策(substituted decision-making)。替代性決定是由他人基於個人本人的最佳利益為之判斷，而未特別斟酌本人的意願偏好，相對地，支持性決定(supported decision-making)則強調將個人的意願和偏好做為第一考量。¹⁵除了《身心障礙者權利公約》，加拿大更於2017年批准《任擇議定書(optional protocols)》，當《身心障礙者權利公約》受到侵犯且採取所有法律措施後仍得不到補償，可以透過直接向委員會呈遞訴求，為身心障礙者多建立一個為自己發聲的管道。

2. 監護宣告與輔助宣告之法律架構與其侷限

(1). 臺灣現況

目前受法定監護宣告之無行為能力者在面臨醫療決策時，醫療人員經常直接認定無行為能力人即等同於無意思能力，故直接尋求見監護人或家屬代為決定。這出現二個問題：(1)如上述，無行為能力者不代表無意思能力；(2)當監護人「代理決定」時，病人的意願是否有受到尊重，目前法律面並沒有機制可保障。「代理決定」應是當他人替病人決定時，是以病人原始之價值觀與意願出發，來確認意思能力受損之病人之替代決定者(監護人或家屬等)的決定符合其意願，但現況中醫療團隊為能應付龐大服務量及減少醫療糾紛的窘境下，常直接讓家屬以他們個人主觀價值為病人做出醫療決定。

以下將進一步說明臺灣的監護宣告與輔助宣告制度，以及此制度在醫療決定上的困難點。

「監護宣告」及「輔助宣告」是以病人因精神障礙或其他心智缺陷，導致經常性的意思能力缺損者(包括「不能為意思表示或不能辨識其所為意思表示之效果者」，或「為意思表示或受意思表示，或辨識其所為意思表示效果之能力，顯有不足者」)，由法院進行法定宣告。

a. 監護宣告

依照民法第1112條規定：「監護人於執行有關受監護人之生活、護養療治及財產管理之職務時，應尊重受監護人之意思，並考量其身心狀態與生活狀況。」，於立法理由中提到「所稱『受監護人之意思』，包括監護人選定前，受監護人所表明之意思在內，乃屬當然」，¹⁶加上民法最近一次修法時，各界專家發現面對此類病人之

身心事項(特別是醫療照護問題)非常龐雜，例如平衡人權保障與自由拘束應如何進行、護養療治應涵蓋的範圍及項目，以及可能出現之疑慮及相關法律衝突處，可以參考本研究團隊另一篇論文。¹⁷

b. 輔助宣告

當精神障礙或其他心智缺陷，致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足者，法院得依聲請人之聲請，為輔助之宣告，並同時選定輔助人來幫助受輔助宣告人處理事情。目前須經輔助人同意者皆限於財產上之行為，對人身事項(包括醫療)未有任何規定(民法第15條之2 規定及準用成年監護宣告之規定)。對於受輔助宣告之人的需要侵入性的身體醫療行為時，是不需輔助人之同意，¹⁸但此類病人若自行同意而接受了醫療處置，常造成醫療團隊被輔助人、家屬或其他關係人質疑，因此面對生命的重要醫療處置之決策時，應有應有更明確規範相關法律。茲將「監護宣告」及「輔助宣告」制度比較如表1。

由上文可見，目前本國之監護宣告制度給予監護人權限極大，也沒有監督機制防堵監護人做出錯誤或違反本人意願的代理決定，同時在輔助宣告制度上，對於護養療治沒有規範。這不僅無法充分保護病人本人，也將造成醫療從業人員的困擾(該不該依照監護人或輔助人的指示來行動?)，可見現行監護及輔助宣告制度在規範與處理醫療決策上，仍有相當的不足與困難。以下將整理英國及德國之法律架構，作為我國之參考。

(2). 其他國家的相關法律規範

a. 英國的意思能力法

表1 臺灣監護宣告制度與輔助宣告制度比較

分類	監護宣告	輔助宣告
依據法條	民法第14條	民法第15條之1
受宣告後的行為能力	無行為能力之人(民法第15條)	有行為能力，但於為重要的法律行為時，需輔助人同意(民法第15條之2)
現行法律缺陷	「護養療治」可由監護人代理決定，即使病人先前有用非正式文件表達意願，也可能因為家屬主張成年監護代理醫療決策，以致無法遵照病人先前意願執行	「輔助宣告」僅鎖定於重大經濟行為，對於日常生活之護養療治問題並無處規範
解決方案	依病人自主權利法意思能力喪失之特定病人，若先前有立下預立醫療決定者，進行醫療決定時，則應遵照先前決定	身心障礙者公約(CRPD)第12條「支持性決策」盡可能提供協助，讓個人能做出醫療決定

2005年英國頒布的英國的意思能力法(Mental Capacity Act, MCA)，確立16歲以上的人民在意思能力喪失時的各項決策原則，以病人之最佳利益為核心為基準，並提供一套完整的法律架構與配套行政措施，2008年新加坡也公布相仿此架構的「心智能力法」，可以作為臺灣解決現存困境、發展相關法案與政策時的重要參考，相關細節可以參考本研究團隊另一篇論文。¹⁹

b. 德國民法

德國過去也與臺灣相同，發現處理意思能力受損病人之身心事項(特別是醫療照護問題)非常困難，特別是過往僅重視受監護人的財產管理，而輕忽人身管理，故在1992年修正民法(成年輔助)，在第1904條第1項加強輔助法院對於輔助人在決定受輔助人之醫療行為、健康檢查或侵入性治療時之監督。依照該條之規定，當輔助人在決定受輔助人之醫療行為、健康檢查或侵入性治療，有可能讓受輔助人長期健康受有重大危害者或死亡時，應取得輔助法院之許可。同條第2項規定，當輔助人決定不進行攸關受輔助人生命

或為長期維持其健康所為之醫療行為、健康檢查或侵入性治療，或是撤回其同意時，若證明該上述處置於醫療上有其必要，不應中斷或不進行處置導致受輔助人重大損害者或死亡，應取得輔助法院之許可。¹⁸德國民法以病人之權益為中心，透過輔助法院之許可來確保輔助人之決定符合病人的意願或利益。此作法在未來我國成年監護有機會再修正時，可提供監護人對受監護人之護養療治更具體的參考內容。¹⁸

發展臺灣意思能力受損之病人醫療決策的可行策略

1. 臺灣現況問題

當缺乏尊重病人先前自主意願及價值觀的臨床倫理訓練及相關法令作為醫療決策的主臬時，醫療人員礙於醫療糾紛的風險，便習慣由家屬代理決定。在進行臨床醫療照護的過程，若是家屬與醫護團隊對於病人最佳利益有衝擊時，目前臺灣仍沒有一套完整的法律架構或配套行政措施可以即時予以協調與仲裁，造成更緊張的關係，以致於演變為醫療糾紛及訴訟，不只是消耗司法體系運作能量，更是讓醫護團隊士氣受到極大衝擊。

2. 解決方案

有鑑於處理上述議題之困難，本研究團

隊以德菲法(Delphi Method)了解臺灣跨領域專家對於面對意思能力受損之病人時，臨床人員需考量之要點之內涵，發展成初步的「臺灣意思能力評估及醫療決策流程」作為臨床上執行之參考(科技部醫學教育學門研究計畫(MOST 104-2511-S-384 -002 -MY3)，以及高雄醫學大學附設醫院專題研究獎勵計畫(KMUH106-6R74))，詳細研究成果可以參考本研究團隊另一篇論文。¹⁷

上述流程¹⁷與醫療品質提升並發展以病人為中心服務流程的精神契合，不論是美國的國際醫院評鑑(Joint Commision International, JCI)或臺灣醫院評鑑皆是以病人為中心為重要的核心精神，並以追求良好的醫療品質為目標。石曜堂將醫療品質界定為：以「實證醫學」為基礎，「病人之價值」為導向之技術整合及組織運作的體系作為，所以醫療品質的要求必須奠基於組織價值體系(組織文化)之建構，進而延伸出整體品質管理(TQM)之策略作為，並達到安全、有效(效果與效率)、病人中心、適時及公平的目標。基於上述理念，一切品質改善措施均應從流程中著手。²⁰因此評鑑要求醫院應執行跨團隊醫療照護與病人評估，並應建立完整之醫療倫理機制，確保醫療照護品質與病人安全及保障病人和家屬的權利皆為本流程欲傳遞的精神。

此流程於JCI第6版「病人評估」

(assessment of patients, AOP)的項次指出應由醫師、護理、其他同仁共同合作來分析及整合病人評估資訊，並優先處理病人最緊急/重要的醫療照護需求(AOP 4)。同時，「病人及家屬權益」(patient and family rights, PFR)指出知情同意權之重要性，病人和家屬應充分獲知病人病情、治療及程序，作為進行醫療決策的重要資訊(PFR5.3)。另一方面，臺灣107年度醫院評鑑基準內，對於病人及家屬權利及責任(第2.1章)有特別規範，醫院應明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(2.1.1)，能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立機制(2.1.3)(表2)。

結論

透過於臨床一線之觀察、國內外研究之整理與比較，並參考臺灣專家德菲法研究的結果，探討意思能力受損之病人的醫療決策在臺灣所面對的挑戰及可行的面對策略，期盼有助於跨專業團隊進行該病人的評估與處置，更希望國家在臨床、倫理、法律上建立明確的規範與配套機制，可以讓自主、代理、最佳利益及醫療品質之間得到平衡與共好。

參考資料

1. Wiesing U, Jox RJ, Hessler HJ, et al.

表2 「臺灣意思能力評估及醫療決策流程圖」與評鑑基準相關之條文

版本	類別	基準內容
JCI評鑑第6版	病人和家屬權利(PFR)	PFR5.3 病人和家屬應充分獲知病人病情、治療及程序、所有參與治療的醫護人員資訊，以利病人和家屬簽屬知情同意並做出醫療決定
	病人評估(AOP)	AOP 4 負責醫療服務的醫師、護理、其他同仁要共同合作來分析並整合病人評估，並優先處理病人最緊急/重要的醫療照護需求
107 年度醫院評鑑準	第 2.1 章 病人及家屬權責	2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利 2.1.3醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題

- A new law on advance directives in Germany. *Journal of Medical Ethics* 2010; 36:12:779-83.
2. 黃詩淳。無意識或精神錯亂中所為之意思表示。月旦法學教室 2015;153:15-7。
 3. 吳志正。解讀醫病關係II—醫療責任體系篇。臺北：元照出版社，2006。
 4. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York: Oxford University Press 1998.
 5. Appelbaum PS, Gutheil TG. *Clinical handbook of psychiatry and the law*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1991.
 6. Gheorghe G. Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of People with Disabilities (UNCRPD) Research on Models of Supported Decision Making. Resource Centre for People with Mental Disability “ZELDA” 2010.
 7. Guidelines for conducting assessments of capacity. Ontario: Capacity assessments office, Ministry of the Attorney General 2005.
 8. *Mental Capacity Act Code of Practice*. London: Office of the Public Guardian 2013.
 9. Poole M, Bond J, Emmett C, et al. Going home? An ethnographic study of assessment of capacity and best interests in people with dementia being discharged from hospital. *BMC Geriatrics* 2014;14:1-15.
 10. 張麗卿、韓政道。醫療自主與生命抉擇從「姊姊的守護者」談起。月旦法學雜誌 2011;198:102-23.
 11. 許澤天。消極死亡協助與病人自主決定權—德國學說、立法與實務的相互影響。臺北大學法學論叢 2016;100:79-243。
 12. 簡良育。老年權益國際發展之研究(上)—兼論臺灣之挑戰與相關法制的建議。月旦法學雜誌 2017;271:101-25。
 13. Hammarberg T. *Persons with mental disabilities should be assisted but not deprived of their individual human rights*. Council of Europe: Commissioner for Human Rights, 2009.
 14. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities : first report of Canada*. Ottawa: Ontario Canadian Heritage, 2014.
 15. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities General comment. No. 1 2014; paragraph 27*. <http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en >
 16. 立法院。公報。立法院公報處2008: 100。
 17. 陳炳仁、王敏真。意思能力受損之病人的醫療決策—臨床、倫理、法律架構的挑戰與研究初探。萬國法律雜誌 2018;218:32-44。
 18. 戴東雄。成年人之意定監護與法定監護—從立法院與法務部增訂意定監護契約之草案談起(上)。法令月刊 2017;68:1-23。
 19. 謝宛婷、王敏真、陳炳仁。意思能力喪失之病人的醫療決策—英國意思能力法案給臺灣的啟發與省思。醫療品質雜誌 2016;10:52-61。
 20. 石曜堂。以病人為中心的倫理體系建構：互動中創造價值。臺灣醫學 2007; 11:294-7。