

失智症照護與成年監護制度之跨域結合

譚蓉瑩*、郭冠甫**

【目次】

- 壹、前言
- 貳、認識失智症
- 參、我國成年人之監護制度
- 肆、失智者與監護制度
- 伍、失智者之醫療決策權衝突
- 陸、醫法跨域結合之重要性
- 柒、結論
- 捌、致謝
- 參考文獻

摘 要

失智者之認知功能退化為漸進式，其因意思能力出現瑕疵至喪失的過程可能為時多年，以致失智者在漫長病程中因判斷力下降而被詐騙、身分遭盜用、或是不動產被不法轉移的案例時有所聞，但因失智者及其家屬常因未事先在法律上採取必要保護措施，以致訴訟上常處

* 作者為弘光科技大學護理系專任助理教授，台中市沙鹿區台灣大道 6 段 1018 號，04-26318652 分機 3073

** 作者為靜宜大學法律學系專任教授，台中市沙鹿區台灣大道 7 段 200 號，04-26328001 分機 17402

於特別不利的地位。監護制度是保障失智者權益的重要設計，我國成年監護制度設計上含括監護宣告及輔助宣告，一旦經法院宣告後，受監護人之行為能力將瞬間全部或部分被剝奪，由於該制度無法完全尊重失智者本人之決定權與其自主性，施行上恐有侵害人權之可能性。因應高齡社會的到來，我國在原有的監護制度外，增訂成年人意定監護制度，本文倡議醫法跨域結合對推動以人為本的失智照護至關重要，醫事人員若能主動提供失智者及其家屬關於我國監護制度的相關資訊，提醒失智者宜善用其仍具意思能力之黃金時間，為自己日後的護養療治及財產管理預為安排，除能尊重失智者本人之決定權外，亦能發揮其身為失智者之照顧者、諮詢者、及代言者之角色。此外，司法人員若對失智症的進程與影響有進一步的認識，未來將能適時審酌有無施以監護之必要性，同時合理運用法律授權之手段，確保失智者能在司法訴訟程序中得到充分保障。

關鍵詞：失智者、失智症照護、成年人之監護及輔助、成年人之意定監護

壹、前言

一、人口高齡化

2021 年 11 月我國 65 歲以上人口佔全國總人口比率為 16.80%¹，推估 2025 年台灣老年人口將超過 20%，我國正式從高齡社會進入超高齡社會²。依國家發展委員會人口推估，我國極可能在 2060 年時，追上日本、韓國，成為全球老年人口比例最高的國家³。此外，由於醫療技術的精進、全民健保的開辦、以及全民健康意識抬頭，使得國人平均餘命有逐年增加之趨勢，依「109 年簡易生命表」，國人的平均餘命達 81.3 歲，其中男性 78.1 歲、女性 84.7 歲，國人零歲平均餘命在部分年別雖有起降現象，惟整體觀察仍呈現上升趨勢⁴。

伴隨人口高齡化，老人照護已然成為重要的健康、醫療與社會議題，尤其法律如何看待與處理老化、衰弱，其重要性隨著老年人口的增加與日俱增。我國民眾一生中，每個人所需的長期照護(下稱長照)時間約為 7~10 年，對於社會成本的負擔不容小覷。然而，現今台灣社會面臨少子女化、晚婚甚至不婚、離婚率增高等家庭結構改變的現實，加上家庭規模縮小，養老育幼功能衰退，愈來愈多高齡者沒有配偶或子女，或是雖育有子女，但子女為了求學或工作，無法與高齡父母同居之狀況，以致獨居而需要協助的高齡者數量逐年增加，使高齡者在經濟、財產及人身

¹ 內政部全球資訊網，〈最新統計指標〉，<https://www.moi.gov.tw/cp.aspx?n=602> (最後瀏覽日期：2021 年 12 月 20 日)。

² 國家發展委員會 (2020)，〈中華民國人口推估 (2020 至 2070 年)〉，頁 2，初版。高齡化社會是指 65 歲以上老年人口占總人口比率超過 7%，高齡社會是指 65 歲以上老年人口占總人口比率超過 14%，超高齡社會是指 65 歲以上老年人口占總人口比率超過 20%。

³ 衛生福利部 (2016)，〈長期照顧十年計畫 2.0 (106-115 年)〉，頁 3，<https://www.mohw.gov.tw> (最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日)。

⁴ 內政部統計處，〈國人平均壽命 81.3 歲再創新高〉，https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=4&s=235543 (最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日)。

照護之服務需求漸增。協助高齡者生活中的飲食、沐浴、如廁、運動等照顧工作，在法律上為事實行為，國家採取不干涉的立場；但醫療與長照的需求，則牽涉到家族以外的第三人及市場交易秩序，誰（監護人）有權利替需要協助之人（無判斷能力之人）做哪些行為，國家則有監護制度明確規範⁵。

二、失智症人口持續增加

隨著年齡增加，老年人受到疾病影響之風險也逐漸升高，因失能或失智而需接受長照的人口可能在 2026 年增加至 77 萬人以上⁶。而在眾多疾病中，失智症已成為廣受關注的疾病之一，由於失智症是一種疾病而非正常的老化現象，其發生率與年齡、生活型態、飲食、運動等具相關性，因此隨著壽命延長，罹患失智症的人口也在快速增加中。國際失智症協會（Alzheimer's Disease International, ADI）發佈 2021 年全球失智症報告，全球平均每 3 秒就有一人罹患失智症，推估 2021 年全球有 5500 萬失智人口，到 2030 年時，全球失智人口將成長到 7800 萬。2021 年失智症的全球照護成本，估已突破 1.3 兆美元，推估至 2030 年失智症的全球照護成本將突破 2.8 兆美元⁷。

依據衛生福利部(下稱衛福部)2011 年至 2013 年委託台灣失智症協會進行全國性失智症流行病學研究調查發現，我國 65 歲以上老人失智症盛行率為 8%⁸。台灣失智症協會受衛福部（民國 100 年）委託所進行的流行病學調查結果，以及內政部 2020 年 12 月底人口統計資料推估，我國

⁵ 黃詩淳 (2016)，〈從心理學的老化理論探討臺灣之成年監護制度〉，載：《月旦法學雜誌》，第 256 期，頁 73。

⁶ 衛生福利部 (2016)，長期照顧十年計畫 2.0 (106-115 年)，頁 11，取自網址：<https://www.mohw.gov.tw>（最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日）。

⁷ Alzheimer's Disease International (2021)，World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia，<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>（最後瀏覽日期：2021 年 10 月 16 日）。

⁸ 台灣失智症協會，〈認識失智症〉，<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 14 日）。

65 歲以上老人出現輕微認知障礙 (mild cognitive impairment, MCI)⁹ 人口超過 68 萬人，佔 18.06%；失智總人口數超過 30 萬人，佔全國總人口 1.29%，亦即每 77 名國人，就有一人為失智者。隨著我國高齡人口逐年增加，推估 2061 年將有逾 85 萬失智人口，屆時每 100 位台灣人有近 5 位失智者，在未來的 50 年中，失智人口數將以每天增加 30 人的速度快速上升¹⁰。在 2015 年以台灣本土失智症機構照護為例，每月照護成本約 40,032~84,070 元¹¹，若以失智症病程 12 年估算，照顧費用預估超過新台幣一千三百萬元¹²，顯示失智症照護成本不論對個人、社會，甚或國家將造成一定程度之衝擊。

三、失智者之權益保障

健康與疾病係動態過程，隨著年齡增加，身體與認知功能的衰退是難以避免的。雖然年老不等於失智，但年齡每增加 5 歲，失智症之盛行率就提高一倍¹³。失智者因個人認知功能缺損，以致影響其日常生活、工作、及社交層面，經衛福部指定之鑑定醫院之專科醫師鑑定後，可領取身心障礙手冊。我國於 2014 年制定《身心障礙者權利公約施行法》，該法將聯合國身心障礙者權利公約 (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) 特別提示的尊重、不歧視、公平參與、融入社會等基本精神融入國內法。社會對身心障礙者，如失智者之人權與基本自由權予特別保障，期使失智者能與他人平等全面參與社會，而

⁹ 輕度認知障礙是在正常老化導致健忘與因失智症造成認知退化間之灰色地帶，被視為失智症的前驅期，此期個案在執行功能、學習能力、記憶、語言及視覺空間能力等至少一個面向的認知功能較發病前表現下降。

¹⁰ 台灣失智症協會，〈台灣失智症人口推估〉，<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia#bn1> (最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日)。

¹¹ 詹麗娟 (2013)，〈失智老人機構式照護成本探討-以作業基礎成本制〉，頁 54，東吳大學會計學系碩士在職專班碩士論文。

¹² 伊佳奇 (2014)，〈趁你還記得〉，頁 91，時報出版，初版。

¹³ 傅中玲 (2019)，〈失智症的類型、病程與治療〉，載：傅中玲等編著，〈失智症照護〉，頁 25，華都文化。

對其保障應強調其為權利主體之地位，而非處於客體之保護，此為落實 CRPD 第 1 條之規定¹⁴。根據該條文之立法精神，針對失智者，應以失智者能在各個生活領域中，享有如他人一般自我決定欲如何生活之權利。此外，依該施行法第 2 條之規定，CRPD 所揭示保障身心障礙者人權之規定，具有國內法律之效力。另，依 CRPD 第 3 條之意涵，原則上不再以代理制度作為保護身心障礙者權益之手段，而改以協助身心障礙者，視其行為能力之狀況，於權利行使上，儘量能由其自己做決定，確保其自立的可能，以尊重個人之固有尊嚴與自主性。依 CRPD 第 12 條之規定，身心障礙者應於法律面前獲得平等承認，包括：享有人格權利、權利能力¹⁵，而國家應採取適當措施，在尊重本人的權利、意願和選擇下，協助身心障礙者行使其權利能力，並有監督機制而有效防止該制度被濫用的可能，使身心障礙者得繼承財產、管理自己之財產，並有獲得各種金融貸款之機會，確保其財產不被任意剝奪¹⁶。依此規定，當失智者有困難獨立進行各項法律行為時，國家應採行適當措施，例如：設置監護人或輔助人，在尊重其意願與選擇下，協助其作成決定，《民法》親屬編中之監護制度係落實 CRPD 之內容，係為保護高齡者及身心障礙者如失智者而設，使其能在殘存的歲月中，達到「生活安適、老有所終」的人生目標¹⁷。

我國《民法》親屬編中之成年人監護制度，係針對有精神障礙或其他心智缺陷者，其無法為意思表示，或表意能力有所欠缺下，為協助其處理法律事務而設。因此，《民法》親屬編中之成年人監護制度係落實 CRPD 之內容，而 2009 年修正《民法》的監護宣告，係以法定代理為基

¹⁴ 戴瑀如，〈我國意定監護制度引入人身管理規範之重要性〉，高齡社會之成年監護法研討會，國立臺灣大學法律學院、國立臺灣大學公共政策與法律研究中心主辦，2015 年 10 月 14 日。

¹⁵ 黃詩淳 (2014)，〈從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之成年監護制度〉，載：《月旦法學雜誌》，第 233 期，頁 139。

¹⁶ 黃詩淳 (2015)，〈障礙者人權與成年監護制度〉，載：《人權會訊》，第 117 期，頁 29-30。

¹⁷ 同註 15。

本架構¹⁸。隨著我國高齡及失智人口逐年增加，上述 CRPD 條文已對成年監護制度之內容樹立相關原則，其與我國 2019 年 5 月立法通過之《民法》修正條文新增之意定監護制度，有異曲同工之意涵。我國法制中對高齡者及失智者生活、護養療治、及財產保護在法律上雖已有成年監護制度，如《民法》第四編（親屬編）第四章第二節成年人之監護及輔助（即《民法》第 1110 條至第 1113-1 條），至於監護與輔助宣告之要件及其撤銷，則規定在民法總則第二章第一節，對於成年監護一定要本人已達「因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示之效果者，或不能辨識其意思表示之效果者」始得聲請為監護宣告。然，失智者自其認知功能逐漸衰退至完全不能為意思表示或受意思表示之狀態，時間可達數年，甚或十數年之久，以致現行之成年監護制度未能充分協助及保護處於弱勢之失智者，此與 CRPD 在前述條文之規範有所落差，尤其高齡者一生努力累積之財富與資產，倘若罹患失智症，其多年來辛苦累積之資產可能因各種因素無法妥適的用於照顧自己，如財產行為或人身管理之意思表示（例如：立遺囑之能力或結婚能力）；對人身行為的干涉（例如：強制施行醫療措施之允許）；及得否獨立進行行政或司法程序（程序能力）等。

在人口高齡化的浪潮下，聚焦高齡者及身心障礙者人權保障的論述逐漸增加，尤其因認知功能衰退所造成決策能力下降進而導致失智的高齡者，其在人身照護與財產管理上的風險大幅提高¹⁹。因應國際關注失智者人權保障之趨勢，政府於 2017 年 12 月公布「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」，其中有關自主選擇權的議題，如失智者在財務、醫療、服務、居住、交通工具等項目上，都需在法律規範上特別研議，

¹⁸ 同註 5；戴瑀如、林昭吟（2018），〈由成年監護制度與病人自主權利法探討高齡者之醫療照護決定〉，載：《社區發展季刊》，第 161 期，頁 352。

¹⁹ 黃于玲、廖翊涵、古鯉榕（2020），〈高齡者財務濫用與專業人士的旁觀者介入模式：以失智症為中心的回顧〉，載：《台灣公共衛生雜誌》，第 39 卷，第 4 期，頁 373；戴瑀如（2018），〈監護與輔助宣告下之醫療自主權—以意思能力為中心〉，載：《萬國法律》，第 218 期，頁 18。

並納入本人之意見，以維護個人尊嚴²⁰。為保護精神障礙或其他心智缺陷的成年人，我國《民法》於 2019 年 5 月新增訂成年人之意定監護。由於高齡人口遽增，不論司法、醫事、社工人員，或是在居家、社區、機構等不同場域工作的長照服務人員，皆與高齡者有極為密切的互動，對高齡者認知功能退化及所造成之影響應具有一定的敏感度，本文旨在倡議醫法跨域結合之重要性，若司法、醫事、社工及長照服務人員對失智症及成年監護制度有進一步的認識，未來在實務工作上若接觸認知功能退化的個案時，將能適時發揮身為個案之照顧者、保護者、諮詢者及代言者之角色。

貳、認識失智症

一、失智症之定義與類型

失智症非正常的老化現象，亦非單一的疾病，其為一群疾病的統稱，泛指大腦功能的喪失導致認知功能障礙，包括：記憶、注意力、語言、推理、學習、組織、規劃、計算、視覺空間、動作整合等執行功能或社交認知功能等層面受到影響。失智者因認知功能出現障礙與減退，呈現記憶力減退，判斷及抽象思考以及其他腦部高度機能出現失常，甚至在行為及性格上亦出現變化，上述認知功能之減損或退化，不僅影響個人之日常生活、工作，在社交層面上亦造成相當程度之影響²¹。我國自 1998 年起至 2002 年，有相關團體倡議將「癡呆症」改為「失智症」，近年另有學者倡議應將「失智症」正名為「認知症」，避免持續的污名化，不利於政府長照政策的推動²²，唯考量我國民眾對失智症之熟悉度，以及兼顧政府相關長照服務所適用之名稱仍為失智症，本文仍以失智症稱之，

²⁰ 衛生福利部全球資訊網，〈失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0〉，取自網址：<https://www.mohw.gov.tw>（最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日）。

²¹ 歐陽文貞、黃宗正（2017），〈失智症的診斷〉，載：《失智症診療手冊》，頁 11。

²² 伊佳奇，〈請蔡總統先將失智症正名為認知症〉，<https://health.gvm.com.tw/article/64427>（最後瀏覽日期：2020 年 2 月 10 日）。

而罹患失智症之民眾，本文則以失智者稱之。

失智症的症狀主要分為兩大類，第一類是認知功能退化，包括：記憶力、語言能力、空間定向感、數學計算能力、判斷力、抽象思考能力和注意力的減退；第二類是行為異常及精神情緒症狀，包括：個性改變、暴力、妄想、幻覺、重複行為、憂鬱、躁鬱、衛生習慣改變、睡眠障礙、性慾改變、食慾改變等²³。由於每一位失智者出現的臨床症狀不一，因此，很難將失智者之症狀單一化，實務上亦難見到完全相同症狀之失智者。因應腦部產生病變的位置及臨床症狀的不同，失智症一般分為三大類，第一類是原發性退化性失智症，如阿茲海默症（Alzheimer's disease, AD），額顳葉失智症（Frontotemporal dementia, FTD），及路易氏體失智症（Diffuse Lewy body dementia, DLB）等；65歲以上失智者以阿茲海默症比例最高，約為50-60%之間²⁴。第二類是由腦血管疾病所引起之血管性失智症（Vascular dementia, VD），約佔整體失智症20~30%；第三類為續發性失智症，包括下列原因引起的失智症：酒精成癮、頭部創傷、梅毒、人類後天免疫不全病毒、庫賈氏症、缺乏維生素B12或葉酸、甲狀腺功能低下、硬腦膜下出血、腦部慢性生長的腫瘤、轉移的腫瘤、放射線治療、一氧化碳或重金屬中毒所引起失智症等。阿茲海默症為不可逆的疾病，而約少於5%是屬於經過治療可能恢復之可逆性失智症²⁵。

二、失智症之病程

由於失智症之病程可長達12-15年，在正常老化導致健忘與因失智症造成認知退化間之灰色地帶，被視為失智症的前驅期，臨床上稱為輕度認知障礙（mild cognitive impairment, MCI），此期個案在執行功能、學習能力、記憶、語言及視覺空間能力等至少一個面向的認知功能較發病

²³ 同註13，頁26。

²⁴ 梁家欣、程蘊菁、陳人豪（2014），〈失智症之重點回顧〉，載：《內科學誌》，第25卷，第3期，頁151-157。

²⁵ 同註21，頁14。

前表現下降，例如：容易忘記最近發生的事情、思緒或說話中斷、忘詞、忘記約會或一些特殊的日子；記憶以外的認知功能，例如：做決定、估算複雜工作所需的時間或步驟、處理複雜的財務問題、計畫或組織能力等亦會發生困難，但個案之認知缺損不至於影響日常生活、工作與社交；個案也無譫妄及其他重大精神疾病²⁶。失智症之病程可概分為初期、中期、與晚期，失智者在每一期別所顯現的症狀不同，各期別之症狀分述如下：

(一) 初期症狀

與一般老化導致的健忘相近，容易被家人或朋友忽略，尤其部分長者日常生活中可能不需要從事複雜的工作，所以其症狀更不易被察覺；但若有受過高等教育的長者或平時就在執行複雜的工作，如有認知功能衰退的情形，則較容易被發現。由於老化與初期失智所表現的症狀相近，可以從日常生活中多關注長者是否出現失智症十大警訊，如：記憶力減退影響生活；無法勝任原本熟悉的事務；言語表達出現問題；喪失對時間、地點的概念；判斷力變差、警覺性降低；抽象思考出現困難；東西擺放錯亂；行為與情緒出現改變；個性改變、及活動及開創力喪失等，若家人出現上述失智症十大警訊，建議盡早求醫確立診斷，此期若透過藥物與非藥物療法介入，可以緩解認知退化的速度²⁷。

(二) 中期失智

此期失智者大腦功能退化更為明顯，與初期相較，在日常生活事務的處理上出現更多困難，例如：時空錯亂，分不清早晨、黃昏與季節；忘記已發生過的事情，如：是否吃過飯、洗過澡；重複問同樣的問題；誤以為自己的家人或配偶是別人偽裝的，因而想趕走照顧他的配偶或家

²⁶ 同前註，頁 23；梁繼權、陳慶餘、胡朝榮 (2017)，〈失智症的認識〉，載：《失智症診療手冊》，頁 2-3。

²⁷ 同註 13，頁 26-27。

人；以為目前所處的環境並非自己的家，因此常會吵著我要回家；對於辨認人物、認識環境和區分時間等更加困難。由於個案的遠期與近期記憶減退的情形日趨嚴重，也經常出現精神行為症狀，以致照護上的難度與照顧負荷亦較高，由於個案對事情和語言的理解力下降、情緒控制力薄弱，因而更容易發脾氣、受到挫折，因此常常與家人或照護者發生衝突²⁸。

(三) 晚期失智

此期個案記憶喪失非常嚴重，忘記身旁熟悉的人、事、物，甚至包括一些長期記憶，不記得生命中重要的事情，甚至連自己是誰可能都不知道。由於個案已無法理解事務的意義或做出判斷，也不記得熟悉的家人或朋友，在日常生活上完全依賴他人並喪失自主活動的能力，行走能力退化，肢體活動困難，最後可能需要依賴輔具行動，甚至長期臥床²⁹。

三、失智者之能力判斷

失智者之能力判斷必須就失智者之意思能力與行為能力之差異進行比較，所謂意思能力（mental capacity）或稱心智能力，係指能判斷自己行為可產生何種結果之精神能力，其在本質上與決定能力（decision capacity）相同，為行為能力及責任能力之基礎³⁰。行為能力係指能夠獨立以意思表示為有效法律行為的能力³¹，一個人能否為自己的行為負責，在我國除了以個人的「年齡」來判斷其是否具備行為能力外，亦會

²⁸ 同前註，頁 28。

²⁹ 同註 8。

³⁰ 王敏真、黃詩淳、曾楚喬、陳炳仁（2019），〈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〉，載：《臨床醫學》，第 83 卷，第 2 期，頁 113。

³¹ 林致平、方瑋晨、黃麗容、廖國翔、李佑均（2019），《守護失智病友的法律攻略》，頁 75，新自然主義，初版；陳聰富（2016），《民法總則》，頁 175-176，元照，修訂二版。

依據行為當時之精神狀態來加以判定，以維護其權益³²。因此，年滿 20 歲的成年人，可能因罹患疾病或因意外影響其受領或表示意思之能力，須受法律特別保護。責任能力則指因違反法律規定而能負責之能力，亦即能否接受法律制裁的能力，判定上則視其有無意思能力而定，依《民法》即是否要依侵權行為或債務不履行負損害賠償之能力。

意思能力的判斷標準可分為原因成分與功能成分，前者指造成意思能力受影響的精神醫學的臨床生理與心理因素，如精神疾病。後者指認知與行為功能，因上述生理或心理因素，以致參與社會功能下降之情形。而意思能力的功能成分含括：表達決定之能力、了解資訊之能力、評價資訊對己身利弊之能力、及使用相關資訊論理並進行邏輯分析之能力等四種成分³³。由於上述能力有程度上的差異，同時也需要考慮失智者之臨床狀態與需要決定事項之內容，因此不宜直接單一的區分有無能力。在醫療層面上，學者 Appelbaum 及 Gutheil 主張意思能力標準會因要決定的醫療行為之風險而浮動調整，當醫療行為之危險性高，在意思能力的判別則以嚴格標準；當醫療行為之危險性低時，則意思能力的判別則採寬鬆標準³⁴。由於歐美等國對法律上能力之判斷以不採法律行為之「總括性判斷能力之概念」，而是分別就財產管理、同意治療、個人照護等個別法律行為之「領域性判斷能力」加以評價³⁵。對失智者而言，在不同期別所需之治療與照護不同，在阿茲海默症初期雖然有發生總括性判斷能力障礙之可能，但是個別領域性判斷能力之保持相對完整。當進展至中期失智症時，總括性判斷能力障礙更為嚴重，但針對切身相關之領域性判斷能力障礙會產生較多問題。至失智症晚期時，不僅總括性判斷能

³² 同前註，陳聰富，頁 221-222。

³³ 吳建昌 (2018)，〈神經精神醫學、民事能力與治理〉，載：吳建昌等著，《不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理》，頁 423，聯經出版，初版。

³⁴ 同註 30。

³⁵ 高一書 (2007)，〈成年監護之意思能力判定〉，載：《中央警察大學法學論集》，第 13 期，頁 218。

力障礙，全部領域性的判斷能力也出現障礙³⁶。加拿大安大略省採用之能力評估指引，係依據自主決定權、推測意思能力、最後採取監護權，而在進行能力評估時，一般須了解個人居住地方、財務狀況；他（她）對食、衣、住等照顧上的需求與期待；以及如何達到個人需求，是可以自理或是需要協助？一旦發現無法達到個人需求時，需要了解此人對於自我決定的理解、衡量及表達能力，此為了解他（她）是否能理解這些決定所帶來的風險及利益³⁷。

法律上，一個人的權利能力（指一個人可以從法律上享受權利，負擔義務的能力）不會因為身體功能退化或是喪失認知能力而被剝奪，但其行為能力（指一個人可以獨立以意思表示為有效法律行為的能力）則可能因為認知功能缺損而受影響。以人的年齡為基礎，我國《民法》將行為能力分為三種：1.完全行為能力；2.限制行為能力；3.無行為能力，並就其所為的法律行為賦予不同的效力。所謂完全行為能力人係指年滿二十歲的成年人(民法第 12 條)或未成年已結婚者(民法第 13 條)，其所為之法律行為有效，需承擔法律上的權利及義務；至於限制行為能力人則是指滿七歲以上之未成年人(民法第 13 條)，其為意思表示及受意思表示應得法定代理人的允許，但如果是純粹獲得法律上之利益，或依其年齡及身分、日常生活所必需者，不在此限(民法第 77 條)。而法定代理人如果允許限制行為能力人處分之財產，限制行為能力人對於該財產就有處分之能力。從民國 112 年 1 月 1 日起，我國《民法》成年年齡修正為十八歲，修正案中也刪除「未成年者已結婚者」取得行為能力相關規定，以及「未成年結婚者」應得法定代理人同意等規定。無行為能力人則是指未滿七歲之未成年人(民法第 13 條)或是受監護宣告之人，無行為能力(民法第 15 條)。無行為能力人之意思表示，無效；雖非無行為能力人，而其意思表示，係在無意識或精神錯亂中所為者亦同(民法第 75 條)。無行為能力人由法定代理人代為意思表示，並代受意思表示(民法第 76

³⁶ 同前註，頁 223。

³⁷ 同註 30。

條)。綜上，一個人是否能夠獨立以意思表示為有效法律行為的能力，除了須考量行為人的年齡外，行為人當時的心智狀態能否正確無誤地為法律行為也是關鍵要項。

成年人可能因疾病、意外甚或老化，導致認知功能衰退，除了可能影響其辨別是非對錯的能力（認識能力）外，亦可能進一步影響其依此辨識而控制身體行動的能力（控制能力），而一個人是否可以判斷自己的行為可能發生法律上意義的識別能力（意思能力），卻不一定能從一個人的外觀知悉，因此，單以識別能力論斷法律行為之效力在實務上恐會危及交易秩序³⁸。以失智症為例，當一個人的認知功能衰退時，他（她）對訊息的理解與對事務的判斷、處理能力可能些微下降，但是隨著失智症病程進展，此人逐漸對金錢、財產以及生活上的基本行為失去辨識與處理能力，因此他（她）可能出現不自覺的揮霍財物，或是遭到詐騙集團有計畫的惡意詐騙、侵佔與非法移轉財產，進而引起許多法律糾紛³⁹。司法實務上有句非常有名的諺語「舉證之所在，敗訴之所在」，意指法院認定爭議或犯罪事實，係依據原告或檢察官（自訴人）所提出之直接或間接證據認定；倘原告或檢察官（自訴人）無法提出足以說服法院相信上開事實之直接或間接證據，即須承擔敗訴之不利益。因此，當失智者涉及民、刑事案件時，失智者行為當下的能力及能否自我舉證就是後續訴訟攻防的關鍵重點。

由於進行每個法律行為時，所需之意思能力（識別能力）並不一致，而意思能力之有無應根據行為種類與個案事實個別加以具體判斷⁴⁰。以醫療實務而言，病人得以自主地行使同意權的前提為病人須具有法律上行為能力，可以理解醫師所為醫療行為之說明，並經由其個人自願性的

³⁸ 同註 31，林致平、方瑋晨、黃麗容、廖國翔、李佑均（2019），頁 75。

³⁹ 鄭嘉欣（2019），〈失智症患者可能會面對的法律問題〉，載：《因為愛你 教會我勇敢-失智症法律須知》，頁 24-31，台灣失智症協會，初版。

⁴⁰ 黃詩淳（2015），〈無意識或精神錯亂中所為之意思表示〉，載：《月旦法學教室》，第 153 期，頁 15-17。

作出醫療決定⁴¹。因此，若病人因無意識或意識不清而無法表達其自我意願時，為了保護病人利益，即有必要透過代理制度，取得代理人之同意後始可執行醫療行為。成年人若因精神障礙或其他心智缺陷，而無法有效的行使自己的意志，也可能因此受監護宣告後，也有監護人，依《民法》第 1113 條準用第 1098 條第 1 項規定亦屬於受監護人之法定代理人，故成年人之監護人亦得行使法定代理人之權限⁴²。

四、失智者之法律風險

由於失智者因認知功能衰退致辨識與判斷能力下降，衝動控制力差，加上記憶力變差，以致誤觸法網的機會提高。如果家人或照顧者對失智症的認識有限，就很容易將長者認知功能衰退視為正常老化現象，而忽略異常行為，如長者不自覺的揮霍財物、重複購買大量且同樣的物品、遭人欺騙、攜帶大量現金、購買不需要物品、搭車任人收取費用、錯認人際關係為人作保、借錢給不熟的人、在商店拿了東西未付費，或因不恰當的行為被起訴等；尤其近年有愈來愈多的長者因認知功能衰退而成為詐騙集團鎖定的對象，或是被惡意詐欺、身分遭到盜用或是不動產被不法轉移的案例時有所聞，造成認知功能退化的長者財務被詐騙或惡意剝削的風險漸增，長者甚至可能涉及竊盜罪、公然侮辱罪、傷害罪、強制猥褻罪、誣告罪等⁴³。

我國地方法院處理有關失智者涉及的民事及刑事案件近年有明顯增加的趨勢，其中民事案件從 2006 年的 115 件成長至 2016 年的 1990 件，件數成長超過 17 倍；刑事案件則從 94 件上升至 368 件，成長 3.9 倍；高齡被詐騙，5 年增加一倍⁴⁴。台灣失智症協會 2019 年的調查顯示，74

⁴¹ 王志嘉 (2014)，《病人自主之刑法基礎理論》，頁 18-19，元照，初版。

⁴² 楊玉隆 (2019)，〈病人家屬參與醫療決定權限之探討〉，載：《臺灣醫界》，第 62 卷，第 10 期，頁 26-31。

⁴³ 鄭嘉欣 (2019)，〈失智症者及家屬相關法律權益〉，載：傅中玲等編著，《失智症照護》，頁 387-389，華都，二版。

⁴⁴ 同註 31，林致平、方瑋晨、黃麗容、廖國翔、李佑均 (2019)，頁 22。

位受訪者在發生財物損失時，有 34 位尚未被診斷為失智症、65 位尚無輔助或監護宣告。司法實務上，由於失智者遭受財物損失時，往往因尚未聲請監護或輔助宣告，甚或尚未確診失智症，難以確認行為發生時失智者當時的意思能力，以致在法律上經常被判敗訴，最終只得認賠並損失大筆金錢⁴⁵。尤其當失智者涉及民事或刑事案件時，失智者本人及其家屬經常面臨舉證上的困難，即使家屬後續出示就醫或失智症的診斷證明，但卻難以舉證確診前失智者行為當下的精神狀態，以致失智者在訴訟上經常處於不利的地位。實務上的另一困境是當家屬發現受害事實而提出刑事告訴時，卻因檢察官、法官對於失智症的認識有限，認為失智者在事發時意識清楚具辨識能力及意思表示能力，或是缺乏證據足以證明移轉、匯款時有受到詐欺等情形，甚至認為失智者「既然能上法院，怎麼可能被騙」，因而判定是失智者自願把房產過戶給其他人，因而在訴訟上以敗訴告終，使失智症幾乎成了「合法」詐騙的掩護，失智者及其家人則是在司法體制中也難獲正義⁴⁶。

參、我國成年人之監護制度

因應高齡社會尊重高齡者或身心障礙者之自主決定權，我國成年監護制度由舊制的「禁治產宣告」一級制，在 2009 年修正為「監護宣告」與「輔助宣告」二級制，舊制之精神在於禁止管理自己財產之意思，無法顯示保護精神障礙者之利益及維護其人格尊嚴之意旨，且其法律效果僅在剝奪本人之行為能力，與高齡者或身心障礙者之需要有落差。考量舊制已在我國施行多年，且為一般民眾普遍接受，為避免變動過大社會無法適應，2009 年修正為二級制以增加監護制度之彈性⁴⁷。聲請「監護

⁴⁵ 同註 39。

⁴⁶ 吳柏緯 (2019)，〈「你要舉證啊！」失智者家屬無言的痛〉，載：《今周刊》，第 1159 期，頁 52-66。

⁴⁷ 戴東雄 (2017)，〈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)〉，載：《法令月刊》，第 68 卷，第 9 期，頁 1-23。

宣告」或「輔助宣告」之生理原因皆為「精神障礙或其他心智缺陷」，二者相異之處在於生理原因致心理結果之程度不同，前者為「不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果」；後者則為「因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」，由此可知意思能力量化之判定，乃監護宣告及輔助宣告在運作上之關鍵⁴⁸。上述「監護宣告」或「輔助宣告」發動之時間點為當事人已經發生精神障礙或有其他心智缺陷之情形，致不能為意思表示或受意思表示時，或不能辨識其意思表示之效果時，法院依本人、配偶、四等親內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、檢察官、主管機關或社會福利機構之聲請，為監護之宣告。該制度自 2009 年施行以來，實務上出現下列問題：

一、耗費司法資源

監護制度長久以來在設計上為當事人已經發生精神障礙、或意思表示能力有不足的情形時，法院應依受監護宣告之人之最佳利益，優先考量受監護宣告之人之意見，審酌一切情狀及注意事項，為當事人選定適當的監護人。然於此過程中，法院對當事人現行的意思能力之判斷是否已經到達精神障礙或有心智缺陷，或是發生精神障礙時點之確立，均須經醫療機構鑑定及利害關係人的舉證陳述，過程繁複且不易判斷，耗費時間金錢甚鉅。隨著我國高齡及失智人口的急速增加，若這些需受保護之高齡者及失智者皆經由法院為監護宣告，指定法定監護人，將耗費眾多的司法資源⁴⁹。

二、對當事人自主性原則之尊重不足

⁴⁸ 鄧學仁 (2008)，〈監護制度修正簡介及評釋 (上)〉，載：《司法周刊》，第 1402 期，頁 2-3。

⁴⁹ 鄧學仁 (2014)，〈我國制定意定監護制度之芻議〉，載：《臺北大學法學論叢》，第 90 期，頁 133-134。

我國成年監護係為保護受監護之高齡者或身心障礙者所提供之人身及財產管理制度，以保護受監護之人本人的利益為前提，其重心在於重視受監護成年人之自我決定權，使其在不受歧視下，平等、正常地參與社會生活，是故，監護制度是一種法律上對於意思能力有欠缺之高齡者所實施之保護制度⁵⁰，而此種保護之效力，應優先於法律上對於交易安全之保護。然而，當事人的意思自治及對當事人意思決定權的尊重，為現代民法上之基本原理，立基於「自我決定權」之理念，各國普遍皆認為剝奪受監護人能力之監護制度係剝奪受保護人在法律上之行為能力，直接由法律所定之第三人代為或代受意思表示，或代為決定日常生活關係中事務的達成方式，當事人自主之決定顯未予尊重，被視為對於人權有侵害之可能性⁵¹。

三、意思能力之判斷實務上有其難度

成年人之監護制度在施行時，為判斷當事人意思能力欠缺之多寡，實務上須經聲請、鑑定、法院再依鑑定結果判斷當事人意思能力是屬於何種程度。而對失智者進行意思能力之判斷上有多重影響因素，例如：失智者的生理、心理、環境等干擾因素；失智者是否有譫妄或其他腦部病變的問題皆須考慮。而選擇的施測工具能否反映失智者在財產管理、同意治療、個人照護等個別法律行為之判斷能力亦須列入考量。而在意思能力之判斷上，又並非單純依據醫學上的判斷，進行鑑定的醫學專家須就失智者處理自己事務之能力（包括：自我照顧之能力及管理處分自己財產之能力）為判斷（心理學上之因素），最後由法律專家（法官）依法規範之目的與精神作最終的法律上能力之判斷，在過程中，醫師與法官對彼此專業的認識以及各自考量的重點可能不一，如何根據鑑定意見，再綜合考量失智者本人殘存能力之活用、自我決定權之尊重及受監

⁵⁰ 同註 5，頁 75-76。

⁵¹ 鄧學仁 (2011)，〈法務部「意定監護制度之研究」委託研究案研究成果報告書〉，頁 2。

護人利益保護之必要等為判斷，均為實務上之挑戰⁵²。

四、發動監護易引起紛爭

監護制度之發動時點為監護原因事實發生後，當事人未能事先依自己之決定安排將來之生活，以致監護原因事實發生後，相關利害關係人會因當事人之生活、人身照護及財產管理等問題發生紛爭。以財產管理為例，當家中長輩失智後，家屬聲請監護宣告並由法院指定其中一位家人擔任監護人，但該監護人在處理照護費用時若需動用到受監護人之存款或不動產，手足間可能因信任度不足，發生其他子女不同意監護人動支存款或處分不動產之狀況。實務上諸多案例凸顯監護制度雖立意良善，但在發動監護後可能造成失智者一旦「被宣告」後，本身便喪失了部分法律行使權利，倘若遇到親人間信任度不足，監護人的處境會更為艱難，屢屢產生家事事務的訴訟⁵³。

以 2019 年為例（截至 8 月底止），領有身心障礙證明者約 117.8 萬人，但受監護宣告或輔助宣告者合計約 58,191 人，身心障礙者受監護制度保護的僅占 4.9% 左右，表示該制度實施多年，但實際利用者卻非常有限⁵⁴，可能原因除了民眾對監護制度不夠熟悉外，也可能是因為家屬直接處分身心障礙者本人之財產，而認為沒有必要去法院聲請監護或輔助宣告。但事實上，家屬的行為在法律上屬無權代理或無權處分，法律行為屬效力未定，若家屬間有不一致之看法，日後恐衍生偽造文書、侵占等刑事紛爭。

為真正尊重當事人自主決定，將成年監護制度之發動點由當事人意思能力喪失「後」提前至意思能力喪失「前」，對民眾的保護將更為周全。立法院會於 2019 年 5 月 24 日三讀通過「民法部分條文修正案」，新增《民

⁵² 謝宛婷，王敏真，陳炳仁（2016），〈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〉，載：《醫療品質雜誌》，第 10 卷，第 5 期，頁 59-60。

⁵³ 同註 46。

⁵⁴ 黃詩淳（2019），〈一本寫給失智症病友與家屬的法律攻略〉，載：《守護失智病友的法律攻略》，頁 22，新自然主義，初版。

法》第四編第四章第三節「成年人之意定監護」(《民法》第 1113-2 條至第 1113-10 條)。意定監護本質上係一種「以本人之心神喪失、精神耗弱致不能處理自己事務」為條件之附停止條件委任契約，該制度立基於尊重當事人意思之立場，在本人尚具判斷能力時得預先選任自己信賴之人為將來意思能力喪失或減損時之監護人⁵⁵。意定監護之聲請流程為當事人未喪失行為能力前，與自行選定之受任人簽訂意定監護契約書，再持契約書進行公證程序，由公證人做成公證書，於 7 日內通知本人住所地之法院，意定監護契約即成立。法院必須尊重意定監護契約中有關監護人、開具財產清冊之人之約定。待本人受監護宣告時，意定監護契約發生效力，此時則由本人選定之監護人執行監護職務。簡言之，就是自己的監護人自己選，意定監護制度係在「最小變動成年監護制度」並兼顧「尊重本人之意思自主」之原則下，讓個人得預先以契約方式和受任人約定，當自己發生符合《民法》規定意思表示能力受限時，由法官指定這位受任人為自己的監護人，較符合人性尊嚴及本人利益。該制度亦可以解決《民法》第 550 條有關委任關係因委任人喪失行為能力而消滅的問題，當委任人未來失去行為能力時，能啟動事先就決定的監護，使其在喪失行為能力之後，仍能依照之前的決定執行，不僅能使本人之人格與主體受到最大尊重，亦能充分發揮自我決定權之意涵。

為尊重本人之意思自主，法院為監護之宣告時，本人事前訂有意定監護契約者，以意定監護優先為原則《民法第 1113-4 條》。由於意定監護制度較法定監護制度較彈性靈活及有效率，在我國已進入高齡社會之時，預期未來聲請監護宣告的件數可能會大幅增加，若所有的成年監護均須透過法院，勢必將耗費相當的司法資源及社會成本。考量意定監護制度無須透過法院選任監護人，將可節省司法資源並紓減訟源，降低社會成本。此外，意定監護契約簽訂後，若受任人或受任事項有變更，即為意定監護契約之變更。而意定監護契約之轉換則是指意定監護轉換為

⁵⁵ 鄧學仁 (2019)，〈意定監護契約之訂立與轉換〉，載：《月旦法學教室》，第 202 期，頁 18-20。

法定監護之情形，依《民法》第 1113-4 條，法院為監護宣告時，受監護宣告之人已簽訂意定監護契約者，應以意定監護契約所定之受任人為監護人，但法院為前項監護之宣告時，有事實足認意定監護受任人不利於本人或顯有不適任之情事者，法院得依職權就《民法》第 1111 條第 1 項所列之人選定為監護人，此即為意定監護轉換為法定監護之機制。另，依《民法》第 1113-5 條，法院為監護宣告前，意定監護契約之本人或受任人得隨時撤回之，法院為監護宣告後，本人有正當理由者，得聲請法院許可終止意定監護契約，此為避免本人於受法院監護宣告後，因神智不清受他人慫恿而終止意定監護契約。受任人有正當理由者，得聲請法院許可辭任其職務，法院為許可終止意定監護契約時，得依職權就《民法》第 1111 條第 1 項所列之人選定為監護人。意定監護契約一旦終止，法院即須啟動法定監護以免受監護之人無監護人⁵⁶。

肆、失智者與監護制度

隨年齡漸長，一旦出現認知功能衰退的狀況時，個人在生活照顧、醫療介入、財務處理等層面，可能需要親人之介入與協助。由於社會型態改變及家庭親疏關係不同，原先由親人協助之角色，未來可能由監護人代理經濟、財產及人身照護等事務，而監護制度就是規範誰（監護人）有權利替需要協助之人（無判斷能力之人）做哪些行為。聯合國身心障礙者權利公約（CRPD）第 12 條規定，身心障礙者應於法律面前獲得平等承認，包括：享有人格權利、權利能力，而國家應採取適當措施，在尊重本人的權利、意願和選擇下，協助身心障礙者行使其權利能力，並有監督機制有效防止該制度被濫用的可能。依該條文之精神，當高齡者或失智者有困難獨立進行各項法律行為時，國家可設置監護人或輔助人，在尊重其意願與選擇下，協助其作成決定，《民法》親屬編中之監護

⁵⁶ 同前註。

制度係落實 CRPD 之內容，為保護高齡者及身心障礙者而設，使其能在殘存的歲月中，達到「生活安適、老有所終」的人生目標⁵⁷。

我國的成年監護制度現採法定監護與意定監護並行制，雖然法定成年監護制度已施行多年，但高齡者因認知功能衰退而聲請監護或輔助宣告之案例有限，除了民眾對監護制度的認識不足外，聲請法定監護宣告程序必須由聲請權人備齊：1.應受監護宣告之人戶籍謄本、醫師證明影本（或殘障手冊影本）；2.聲請人之戶籍謄本、印章；3.欲任監護人（可複數）之戶籍謄本、印章；4.會同開具財產清冊之人之戶籍謄本或機關機構名稱地址電話及代表人。對失智者之家屬而言，要帶失智者至醫院就醫本已有相當難度，而申辦上述文件皆需時間，在忙碌又心力交瘁的照顧生活中，若沒有其他家屬能予以協助，或是親屬間對聲請監護或輔助宣告之意見不一，對主要照顧者及其家屬而言，可能是額外的壓力⁵⁸。此外，在聲請人提出聲請時，聲請人須向法院陳明鑑定醫院，法院會函請醫院安排鑑定時間，聲請人或家屬再至醫院繳納鑑定費用以進行鑑定，由於聲請過程曠日廢時，以致實務上失智者聲請監護宣告之人數有限⁵⁹。

高齡社會的挑戰之一是當有一天自己因認知功能退化而無法再為自己做決定時，不管是親人還是監護人，都能根據本人的想法與意願來安排相關事務。2019年5月我國立法通過成年人之意定監護制度，就是呼應高齡社會彰顯自我決定權的做法。法務部於2019年11月公告「意定監護契約參考範本」，內容就意定監護之委任人與受任人之約定事項做規範，包括：委任事務之範圍、受任人執行職務應注意之事項、費用之負擔、受任人為數人之執行職務範圍、會同開具財產清冊之人、報酬、受任人處分財產是否受須經法院許可之限制等事項。考量意定監護契約為

⁵⁷ 同註 15，頁 136-152。

⁵⁸ 譚蓉瑩 (2020)，《我國失智者監護制度之研究》，頁 126，靜宜大學法律研究所碩士論文。

⁵⁹ 同註 46。

私法契約，基於契約自由原則，該範本僅供參考使用，當事人在符合《民法》規定下，仍應依具體個案需求斟酌訂定相關條款。

另，依《民法》意定監護條文之規定，意定監護契約之訂立或變更，應由公證人作成公證書始為成立，而公證時應有本人及受任人在場，向公證人表明其合意才算數，簽完後須送法院存查。意定監護制度立意良善，面對高齡失智風險，長者若能善用意定監護制度超前部署，對老後生活將能更安心，但由於一般民眾對法律專業之認識有限，因此在意定監護委任契約書之訂定與公證部分均需須借重法律專業人員之協助，對民眾而言，草擬完整且符合個人需求與期待的意定監護契約除具一定難度外，亦須尋求法律專業人員之協助，此外，擬定契約需時間及相當費用，因此，民眾可能認為簽署意定監護契約不具急迫性與重要性。且就如夫妻約定財產制度及遺囑制度，法律條文均具，但當事人願意預先運用者較為少見。

黑色喜劇驚悚電影《詐欺女王》(英文片名 *I Care a Lot*)，是改編自美國的「照護詐騙事件」，本片敘述一位頗有名望的監護人勾結醫師開立高齡者因認知功能衰退致無法自我照顧的診斷證明，法官根據醫師的專業意見，同時考量高齡者的權益及最佳利益後，判定高齡者應受監護，法官再指定監護人協助高齡者之人身照護，片中受法官指定之監護人透過合法的手段，以保障高齡者的安全與權益為名，除迫使高齡者搬離自己熟悉的住處外，再透過與其熟識的長照機構主管安排長者入住收費不斐的房型，監護人再以支付長照費用的名義，合法代管高齡者財產的故事。影片中的監護人熟悉體制，依靠公義法槌以「一切合法」之手段剝削數十位高齡者，甚至還開了一間監護公司以謀取更多的利益。紐約時報 2017 年發表《老年人的權力為何遭剝削》(How the Elderly Lose Their Rights) 的深入報導⁶⁰，指出全美各地重複上演「老年照護詐欺事件」，

⁶⁰ Aviv R (2017). How the elderly lose their rights. The New Yorker 2017/10/9. Retrieved from <https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/09/how-the-elderly-lose-their-rights> (最後瀏覽日: 2021 年 10 月 17 日)。

至少有 150 萬的成年人受到監護人（家人或其他專業人士）的監護，受監護人控制的資產約 2730 億美元，監護人可以代管或變賣受監護者之房產、車子來支付相關照護費用，包含監護人自己的薪水，本片凸顯高齡者一旦出現認知功能退化，其財務安全及人身保障等相關議題不容忽視。

監護人在監護制度中占有關鍵地位，法院在選定監護人時，會考量受監護之人之最佳利益及監護人之意見，以及雙方之利害關係等。依我國《民法》，監護人的職務有法定代理人、身體上之監護、及財產上之監護；受監護宣告人為無行為能力人，而無行為能力人之意思表示無效，因此須由法定代理人代為意思表示並代受意思表示。此外，於增進受監護宣告人利益之範圍內，對其有保護及教養之權利義務，並對受監護宣告人有居所指定權。因此，如電影中由監護人決定住所、安排護養療治之情節，我國也有相似之規定。不過，我國《民法》規定，監護人對於受監護人之財產應依規定會同法院所指定之人，於二個月內開具財產清冊，並陳報法院。另依《民法》第 1111 條第 1 項規定，法院於選定監護人之同時，應指定會同開具財產清冊之人。於財產清冊開具完成並陳報法院前，監護人對於受監護人之財產僅得為管理上必要之行為，例如：監護人對於受監護人之財產，非為其利益不得使用、代為或同意處分（《民法》第 1101 條第 1 項）。為保護受監護人之利益，避免監護人濫用權利，監護人代理受監護人購置或處分不動產或代理受監護人就供居住之建築物或其基地之出租、供他人使用或終止租賃之等行為，非經法院許可不生效力（《民法》第 1101 條第 2 項第 1 款、第 2 款）。以不動產的處分為例，監護人出售不動產之目的為籌措生活費或護養療治的費用，法院通常會確認受監護宣告人之存款或收支狀況，審酌出售之必要性。

電影《詐欺女王》的情節是由專家監護人提供專業協助並因此受有報酬，此與我國《民法》第 1104 條及第 1113-7 條之規定雷同，監護人有報酬請求權，其數額依約定或由法院按其勞力及受監護人資力酌定之。由於監護人負相當之注意義務，依《民法》第 1100 條，監護人應以善良管理人之注意，執行監護職務；並依《民法》第 1109 條，監護人於

執行監護職務時，因故意或過失致生損害於受監護人者，應負賠償之責。前項賠償請求權，自監護關係消滅之日起，五年間不行使而消滅；如有新監護人者，其期間自新監護人就職之日起算。因此，在我國非親屬監護人必然可因付出勞務而獲取報酬，其報酬額與受監護人資產總額具相關性。由於我國的監護人有九成是由親屬擔任，民眾可能會有疑問的是擔負照顧責任的親屬若擔任監護人，可否請求報酬？依《民法》第 1102 條，監護人不得受讓受監護人之財產，因此理論上身為親屬的監護人若直接提供照顧，並據此獲取報酬，恐形成對價關係。另依《民法》第 1111-2 條，照護受監護宣告之人之法人或機構及其代表人、負責人，或與該法人或機構有僱傭、委任或其他類似關係之人，不得為該受監護宣告之人之監護人。但為該受監護宣告之人之配偶、四親等內之血親或二親等內之姻親者，不在此限。本條但書顯示法院考量親屬監護人在照顧上之專業及方便性，肯定其擔任監護人之權利⁶¹。

在我國，監護人與受監護宣告人之間為法定代理之關係，由於代理之對象僅限法律行為，因此監護人僅得代理受監護宣告人為法律行為，事實行為則無法代理。雖然對監護人是否需親自提供事實上的照顧、看護，學者認為應採否定說⁶²，然而依我國民情，監護人多由家屬擔任，照顧上的許多事實行為亦多由家屬代理，依我國民情，由親屬提供照顧常被視為「愛」的勞動的無償服務或是視為撫養義務，近年法院對親屬擔任監護人得否請求報酬有不同的判決，從駁回報酬請求到裁定不同額度的案例均有⁶³。到底親屬間互助行為是應盡的義務，還是監護職務可受有報酬，當家庭成員看法不一時，可能成為未來家庭成員彼此爭訟的導因之一。實務上很多提供照顧的親屬並非監護人，他們並無法獲取監護報酬，加上我國對親屬間盡孝的扶養義務在認定上缺乏貢獻分的制

⁶¹ 黃詩淳 (2017)，〈監護人之報酬與親屬間互助〉，載：《家族法新課題：陳公棋炎先生九十晉五冥壽紀念文集》，頁 265，元照。

⁶² 同前註，頁 264。

⁶³ 同前註，頁 266-270。

度，使得許多孝順的子女無償提供照顧甚至長期代墊生活費，由於其並非監護人，無法獲取監護報酬，當經濟上無力再負擔而要動用父母本身的資產時，卻可能反遭手足提告。台灣即將進入超高齡社會，如何有效率的訂定照顧對價或監護報酬，將是實務上的一大考驗。

監護人責任重大，執行職務時可能須與眾多醫療、社福、戶政、地政、法律、警政等人員就受監護者之生活療護及財產管理進行交涉，由於事項繁雜又牽涉金錢支出，為保障受監護宣告者之權益，監督監護人之機制更顯重要，但實務上法院要全盤掌握監護人之適任性具相當難度。目前法院多以監護人定期報告監護職務來進行監督，無法充分發揮監督之功能，更何況意定監護制度在施行時更需要確知監護人在執行監護職務時，有無尊重委任人(受監護之人)之意願與保障其權益。由於我國意定監護制度缺乏監督監護人之機制，以致意定監護人在代理的過程中，可能出現違背受監護之人的意願，甚或產生濫用權利之風險。此外，雖然意定監護契約之訂立或變更，應有本人及受任人在場，向公證人表明其合意，由公證人作成公證書始為成立；且公證人作成公證書後須於7日內，以書面通知本人住所地之法院。為使法院及公證人處理本項行政事務更為便捷，同時提高司法效能，司法院已開發「司法院意定監護契約管理系統」。公證人於辦理公證後，即可進入該系統登錄資料，登錄完畢後，系統會自動製作完成案件通知書，供公證人寄送法院進行審核；法院於審核通知書、上傳之公證書掃描檔與系統之登錄內容相符後，即可透過系統將資料匯入資料庫，以節省公證人製作通知文書及法院資料彙整所需勞費。為保護個人資料，公證人僅能登錄及查詢個人所承辦過之案件，資料庫內容亦僅供法院內部查詢。但經公證後之意定監護契約之登記僅限法院，與民眾生活密切接觸的公私部門，如銀行、地政、戶政等單位人員，並無從得知意定監護契約之有無及存續之狀況，然而為完善保護高齡者之財務安全與人身照護，實務上需要各單位共同合作，

而缺乏登記制度，將使實務運作上之難度提高⁶⁴。

伍、失智者之醫療決策權衝突

台灣失智者在生命最後一年，有高達七成接受過管灌餵食、六成曾接受氣管內管插管及呼吸器治療，三成曾接受心肺復甦術急救，近兩成仍在洗腎，比率遠高於歐美先進國家，在亞洲國家中也偏高⁶⁵。由於失智者的自主理解與決策能力喪失的時間點，比其生命終點提早甚多，因此常需倚賴家屬進行醫療決策，為了讓失智者本人的自主意願得以充分表達並落實，醫療團隊、病人和家屬應及早共同討論，以提高失智者生命末期的生活品質。在實務上，若要尊重失智者生命末期之醫療決策權，唯有及早討論並預作安排，失智者經歷善終之可能性較高。若失智者在具事理辨識能力和意思能力時，已對自己的醫療照護選項口頭表達意願，但是尚未簽署《安寧緩和醫療條例》之「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、《病人自主權利法》之「預立醫療決定書」，或是未依上述法規簽署醫療委任代理人之相關法定文件，一旦失智者喪失意思能力時，醫師依《醫療法》進行病情告知的對象不限於本人，除了本人之外，多包括法定代理人及配偶、父母、及其他家庭成員，而上述家庭成員的意見將影響後續的醫療決定的作成。在欠缺上述相關文件的情況下，若家庭成員能根據失智者早先表達過的個人意願做成醫療決定，則失智者在生命末期善終的可能性較高。但倘若家庭成員間對失智者偏好的醫療或照護選項不了解或對醫療決策之意見不一致時，考量失智者最佳利益，醫師一般會安排家庭會議，希望家庭成員透過充分的溝通與討論後，能形成照顧上的共識，在此種情況下，失智者仍有機會經歷善終。

在醫療決策部分，依《安寧緩和醫療條例》或《病人自主權利法》

⁶⁴ 同註 58，頁 129。

⁶⁵ 台灣失智症協會，〈末期失智需要安寧緩和醫療〉，<http://www.tada2002.org.tw/Messages/Content?Id=711> (最後瀏覽日期：2019年6月16日)。

經個人授權由醫療委任代理人來決定，則以醫療委任代理人的決定為優先⁶⁶。雖然《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》規範醫療委任代理人之權限不同，但二者的權限多侷限於聽取病情告知、相關法定文件之簽署、或代理病人表達醫療意願。但依《民法》監護人得以法定代理人之身分，就受監護宣告之人之護養療治行使同意權。由於病人自主權利法與意定監護制度先後建立，實務上可預見之挑戰為當醫療委任代理人與意定監護人非同一人且意見不一致時，恐將產生衝突⁶⁷。尤其醫療委任代理人與意定監護人在醫療決策上之權限不同，以醫療照護實務工作者的立場，就不同事項詢問不同的代理人，處理時不僅有時效上的問題，當代理事項具關連性但代理人之意見不一致時，也有可能衍生紛爭。由於醫療委任代理人與意定監護人在職務上恐有重疊之可能，如意定監護契約可能涉及接受或拒絕維生醫療，或有關營養照護措施為明確約定，此時則可能與病人自主權利法中，於特定臨床條件⁶⁸下就維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定有所衝突。就程序而言，意定監護契約採公證方式，但《病人自主權利法》之預立醫療決定⁶⁹，須先經預立醫療照護諮商⁷⁰之法定程序，再

⁶⁶ 戴瑀如 (2018)，〈監護與輔助宣告下之醫療自主權—以意思能力為中心〉，載：《萬國法律》，第 218 期，頁 28。

⁶⁷ 戴瑀如 (2020)，〈意定監護制度之配套與因應—兼論預立醫療決定與德瑞奧相關法制之比較〉，載：《法學叢刊》，第 65 卷第 4 期，頁 7。

⁶⁸ 病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、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。(病人自主權利法第 14 條第 1 項規定參照)

⁶⁹ 指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。(病人自主權利法第 3 條第 3 款規定參照)

⁷⁰ 指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。(病人自主權利法第 3 條第 6 款規定參照)

經公證或兩位見證人見證，並註記於健保卡。此外，依《病人自主權利法》之規定，醫療委任代理人也必須參與預立醫療照護諮商，因此，醫療委任代理人在代理醫療決定上，或能更精準地掌握意願人之想法與價值觀，因此，若未來失智者在尚具意思能力時，在不同時間點分別簽訂意定監護契約及預立醫療決定，並明定醫療委任代理人，當意定監護人與醫療委任代理人之意見不一致時，依《病人自主權利法》，在醫療部分，醫療委任代理人不論在受委任的醫療措施範圍與程序上較為嚴謹，因此，本文認為宜以醫療委任代理人之決定為優先，意定監護人有義務依循該預立醫療決定之內容。但亦有學者認為，司法實務上，意定監護人程序要件顯然比醫療委任代理人嚴謹，如果意定監護人都可代理護養療治及管理財產事務，在與醫療委任代理人之權限互相牴觸情形下，與健康、人格權、生命重大相關之醫療抉擇，依舉輕以明重法理，似乎意定監護亦可代為處理⁷¹。

意定監護制度與病人自主權利法之目的，均以實現本人以預立決定之方式，就未來與己身相關事務進行管理，為避免意定監護人與醫療委任代理人為不同人時可能會產生爭議，除非意定監護的委任人有很明確的考量，本文建議盡量避免意定監護人與醫療委任代理人不同人，或是請民眾直接把意定監護人或醫療委任代理人優先的意願記明在「意定監護委任契約書」中。此外，由於《病人自主權利法》是民法的特別法，基於特別法優於普通法的原則，預立醫療決定的選項當以病人自主決定為優先，其他沒有規定的部分才回到意定監護的範圍處理⁷²。不在《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》之規範內，也無醫療委任代理人時，則由意定監護人決定。由於意定監護制度係充分尊重當事人的意願，也與現行傳統的制度不同，實務上若有民眾選擇婚姻中的第三者擔

⁷¹ 戴瑀如、林昭吟 (2018)，〈由成年監護制度與病人自主權利法探討高齡者之醫療照護決定〉，載：《社區發展季刊》，第 161 期，頁 359-361。

⁷² 中央廣播電臺，〈意定監護新制 法務部：醫療部份仍以病主法優先〉，<https://www.rti.org.tw/news/view/id/2015124>（最後瀏覽日期：2020 年 2 月 17 日）。

任意定監護人，並授與該監護人決定自己的人身照護，亦可能會對社會家庭關係造成衝擊。

陸、醫法跨域結合之重要性

對即將邁入超高齡社會的台灣而言，高齡者如何透過監護制度來保障自身的權益更顯重要。尤其高齡者之財務安全與老後生活品質有密切關連，近年媒體或學術上對高齡者財務安全的議題有諸多論述⁷³，如建議高齡者在心智能力健全的狀況下與開辦信託業務的銀行簽訂安養信託並交付金錢（含保險金）、有價證券或不動產等財產，以作為老年安養之財產管理、安養照護、醫療給付所需，此外高齡者可在信託架構中安排信託監察人監督受託人執行信託事務，以保護自身利益。在法定成年監護制度下，民眾經法院為監護宣告後，由法院指定監護人選，但是監護人未必與信託監察人為同一人，因此監護人與信託監察人意思表示不一致時恐造成紛爭。若高齡者或失智者能善用甫通過之意定監護制度，自行指定所信賴之人作為意定監護人，並約定以意定監護人為安養信託之信託監察人，併用意定監護與安養信託的規劃，由開辦信託業務之銀行管理高齡者資產，由意定監護人照護高齡者生活起居，並協助監督信託銀行執行支付相關費用，以保護意思及事理辨識能力減弱甚或已罹患失智症的民眾，相信對失智者之保護及保障將能更落實。

透過意定監護制度，個人可以預先決定將來自己期待接受之照護，我國與英國、美國、日本等國相同，在預為拒絕醫療指示部分有所限制。為了兼顧當事人自主之尊重及其生命身體權之保障，有關侵入性醫療、維生醫療、維持生命治療、器官移植等部分，仍要依《醫療法》、《安寧緩和醫療條例》、《病人自主權利法》、《人體器官移植條例》、及《長期照顧服務法》之規定辦理。以《病人自主權利法》為例，該法是我國首部

⁷³ 周世珍 (2005)，〈高齡社會信託制度之活用〉，載：《長期照護雜誌》，第 9 卷，第 4 期，2005 年 12 月，頁 280。

以病人為主體之法律，其臨床條件之適用對象之一為極重度失智症患者，而本論文探討《民法》意定監護之法律主體為失智者，這兩部法律在施行上都必須是民眾在喪失意思能力前預先簽署「預立醫療決定書」或是「意定監護委任契約書」，才能充分落實醫療自主權及自我決定權。

此外，醫事及長照人員在與長者互動的過程中，宜多關注長者是否出現失智症十大警訊，如：記憶力減退影響生活；無法勝任原本熟悉的事務；言語表達出現問題；喪失對時間、地點的概念；判斷力變差、警覺性降低；抽象思考出現困難；東西擺放錯亂；行為與情緒出現改變；個性改變、及活動及開創力喪失等。當長者的認知功能衰退，依賴程度逐步提高時，照護人員可以記錄與長者的對話，以做為未來認知功能評估之參考。對醫療、長照單位而言，當發現民眾之認知及財務處理能力下降時，宜主動在進行失智者認知功能評估的過程中，納入生活化的問題以評估高齡者的推理、判斷及財務處理能力，醫師宜在病歷詳細記載失智者認知狀況與財務處理能力評估之結果⁷⁴。

不論在醫療或長照場域，護理師及照顧服務員與高齡者的互動最為密切，在建立信任的關係後，高齡者可能會向照護人員吐露心事，分享家庭財務或互動狀況，當長者提及其對財務安全及人身照顧的擔憂時，照護人員及失智症個案管理師可以發揮諮詢者的角色，主動提供長者及其家屬相關財務保障策略及監護制度介紹之文件，需要時能轉介長者或其家屬向提供免費法律諮詢之單位進行初步洽詢。尤其失智症採整合照護模式，因此，失智症個案管理師的角色更顯重要⁷⁵，在整合醫療、長照資源的同時，如能再納入財務安全保障及監護制度之相關轉介資訊，將更能達成失智症全人照護之目標。倘若照護人員發現如電影《詐欺女王》中監護人做出不符受監護人的最佳利益，或有顯然不適任的情事時，照護人員須發揮身為高齡者代言人的角色，主動向主管機關、社會福利

⁷⁴ 同註 58，頁 133。

⁷⁵ 蕭宇涵、廖妙滄、賴仲亮、侯承伯、郭慈安、李孟智、李宣信 (2019)，〈失智整合照護之理念、架構與實務〉，載：《醫院雜誌》，第 52 卷，第 1 期，頁 6-17。

機構或其他利害關係人表達對長者處境的擔憂與關心，以發揮照護人員保護高齡者之角色。法院得於收到聲請後，可依職權為受監護人選任特別代理人（《民法》第 1098 條第 2 項）。

綜上，失智者適用我國法定及意定監護制度，為使失智者能依自己的意願與期待過生活，避免因判斷及意思能力喪失而遭受詐騙，失智者宜善用其仍具意思能力的黃金時間，及早就其日後的護養療治及財產管理事項預為安排。而意定監護制度尊重個人之自主意志及個人尊嚴，我國參考英國、美國及日本之意定監護制度，法務部亦已公告「意定監護契約參考範本」，民眾可依個人需求委託受任人處理生活、醫療及長照服務契約、財產管理等事務。考量監護人身負重責以及參考日本「任意後見契約書」之設計，本文建議未來民眾若欲簽署「意定監護委任契約書」，宜明定監護人必須定期與委任人見面，了解其體況變化，以利適時聲請監護宣告或代理相關事務，以落實失智者之自我決定權及保障其個人尊嚴。最後，跨專業學習及跨領域結合對失智症整合照護相對重要，為提升失智者之權益保障，醫事、社工及長照服務人員除了精進失智症照護之相關知能外，須加強對失智者財務處理能力之評估，以及認識監護制度對失智者之意義與可能助益為何。法律專業人員則須加強對失智症之認識，在追究失智者犯罪動機與行為之餘，能理解失智者乃因疾病而影響其意思與判斷能力，適時主動向失智者及其家屬說明導入意定監護制度之必要性與重要性。

柒、結論

伴隨人口高齡化，老人照護已然成為重要的健康、醫療與社會議題，尤其法律如何看待與處理老化、衰弱，其重要性隨著老年人口的增加與日俱增。因應高齡社會衍生的法律問題，電影《詐欺女王》顯示老後生活、財務、照顧等面向宜做好超前部署，我國於 2019 年 5 月 24 日立法通過意定監護制度，利用本人之意思能力尚健全時，由本人與受任人約

定，於本人受監護宣告時，受任人允為擔任監護人，以替代法院依職權選定監護人，使本人於意思能力喪失後，可依本人先前之意思自行決定未來的監護人，較符合人性尊嚴及本人利益，並完善民法監護制度。失智者適用我國成年人之監護及輔助、以及成年人之意定監護制度，雖然這兩種監護制度均含括人身照護與財產管理兩大類，但由於發動的時間點不同，對落實失智者自我決定權有所影響。為了彰顯個人之自我決定權，加上每個人無法預知自己日後是否會罹患失智症，因此民眾若能及早思考意定監護之效用，或是在剛經醫師確診失智症時，利用尚具意思能力的黃金時間簽訂意定監護契約，為自己未來的財務及照護選項預作安排，除可凸顯身心障礙者自主選擇權之重要性外，對失智者之權利保護亦能更加落實，同時降低親屬間衝突或是關係裂解的風險。

捌、致謝

感謝台灣失智症協會賴德仁理事長對本論文初稿的建議。

參考文獻

一、中文文獻

- 王志嘉 (2014)，病人自主之刑法基礎理論，元照，初版。
- 王敏真、黃詩淳、曾楚喬、陳炳仁 (2019)，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，載：臨床醫學，第 83 卷，第 2 期，頁 112-119。
- 伊佳奇 (2014)，趁你還記得，時報出版，初版。
- 林致平、方瑋晨、黃麗容、廖國翔、李佑均 (2019)，守護失智病友的法律攻略，新自然主義，初版。
- 吳建昌 (2018)，神經精神醫學、民事能力與治理，載：吳建昌等著，不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理，聯經出版，初版。
- 吳柏緯 (2019)，「你要舉證啊！」失智者家屬無言的痛，載：今周刊，第 1159 期，頁 52-66。
- 高一書 (2007)，成年監護之意思能力判定，載：中央警察大學法學論集，第 13 期，頁 187-251。
- 陳聰富 (2016)，民法總則，元照，修訂二版。
- 國家發展委員會 (2020)，中華民國人口推估(2020 至 2070 年)，國發會，初版。
- 梁家欣、程蘊菁、陳人豪 (2014)，失智症之重點回顧，載：內科學誌，第 25 卷，第 3 期，頁 151-157。
- 梁繼權、陳慶餘、胡朝榮 (2017)，失智症的認識，載：衛生福利部醫事司，失智症診療手冊，衛生福利部。
- 黃于玲、廖翊涵、古鯉榕 (2020)，高齡者財務濫用與專業人士的旁觀者介入模式：以失智症為中心的回顧。載：台灣公共衛生雜誌，第 39 卷，第 4 期，頁 373-385。
- 黃詩淳 (2014)，從身心障礙者權利公約之觀點評析臺灣之成年監護制

- 度，載：月旦法學雜誌，第 233 期，頁 136-152。
- 黃詩淳 (2015)，障礙者人權與成年監護制度，載：人權會訊，第 117 期，頁 29-34。
- 黃詩淳 (2015)，無意識或精神錯亂中所為之意思表示，載：月旦法學教室，第 153 期，頁 15-17。
- 黃詩淳 (2016)，從心理學的老化理論探討臺灣之成年監護制度，載：月旦法學雜誌，第 256 期，頁 69-81。
- 黃詩淳 (2017)，監護人之報酬與親屬間互助，載：陳公棋炎先生九十晉五冥壽紀念文集編輯小組，家族法新課題：陳公棋炎先生九十晉五冥壽紀念文集，元照，初版。
- 詹麗娟 (2013)，失智老人機構式照護成本探討-以作業基礎成本制，東吳大學會計學系碩士在職專班碩士論文。
- 傅中玲 (2019)，失智症的類型、病程與治療，載：傅中玲等編著，失智症照護，華都文化，二版。
- 楊玉隆 (2019)，病人家屬參與醫療決定權限之探討，載：臺灣醫界，第 62 卷，第 10 期，頁 26-31。
- 謝宛婷，王敏真，陳炳仁 (2016)，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，載：醫療品質雜誌，第 10 卷，第 5 期，頁 52-61。
- 戴東雄 (2017)，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)，載：法令月刊，第 68 卷，第 9 期，頁 1-23。
- 戴瑀如，我國意定監護制度引入人身管理規範之重要性，《高齡社會之成年監護法研討會》，國立臺灣大學法律學院、國立臺灣大學公共政策與法律研究中心主辦，2015 年 10 月 14 日。
- 戴瑀如 (2018)，監護與輔助宣告下之醫療自主權-以意思能力為中心，載：萬國法律，第 218 期，頁 18-31。
- 戴瑀如、林昭吟 (2018)，由成年監護制度與病人自主權利法探討高齡者

- 之醫療照護決定，載：社區發展季刊，第 161 期，頁 352-363。
- 戴瑀如 (2020)，意定監護制度之配套與因應-兼論預立醫療決定與德瑞奧相關法制之比較，載：法學叢刊，第 65 卷第 4 期，頁 1-38。
- 譚蓉瑩 (2020)，我國失智者監護制度之研究，靜宜大學法律研究所碩士論文。
- 蕭宇涵、廖妙涓、賴仲亮、侯承伯、郭慈安、李孟智、李宣信 (2019)，失智整合照護之理念、架構與實務，載：醫院雜誌，第 52 卷，第 1 期，頁 6-17。
- 歐陽文貞、黃宗正 (2017)，失智症的診斷，載：失智症診療手冊，衛生福利部醫事司，三版。
- 鄭嘉欣 (2019)，失智症患者可能會面對的法律問題，載：因為愛你 教會我勇敢-失智症法律須知，頁 24-31，台灣失智症協會，初版。
- 鄭嘉欣 (2019)，失智症者及家屬相關法律權益，載：傅中玲等編著，失智症照護，華都，二版。
- 鄧學仁 (2008)，監護制度修正簡介及評釋 (上)，載：司法周刊，第 1402 期，頁 2-3。
- 鄧學仁 (2011)，法務部「意定監護制度之研究」委託研究案研究成果報告書，頁 2。
- 鄧學仁 (2014)，我國制定意定監護制度之芻議，載：臺北大學法學論叢，第 90 期，頁 91-156。
- 鄧學仁 (2019)，意定監護契約之訂立與轉換，載：月旦法學教室，第 202 期，頁 18-20。

二、網頁資料

內政部全球資訊網：最新統計指標，取自網址：<https://www.moi.gov.tw/cp.aspx?n=602> (最後瀏覽日期：2021 年 12 月 20 日)。

內政部統計處：國人平均壽命 81.3 歲再創新高，取自網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=4&s=235543 (最後瀏覽日期：2021

年 9 月 8 日)。

台灣失智症協會：認識失智症，取自網址：<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>（最後瀏覽日期：2020 年 4 月 14 日）。

伊佳奇：請蔡總統先將失智症正名為認知症，取自網址：<https://tw.appledaily.com/new/realtime/20170828/1191713/>（最後瀏覽日期：2020 年 2 月 10 日）。

法務部，意定監護新制 法務部：醫療部份仍以病主法優先，取自網址：<https://www.rti.org.tw/news/view/id/2015124>（最後瀏覽日期：2020 年 2 月 17 日）。

衛生福利部 (2016)，長期照顧十年計畫 2.0 (106-115 年)，取自網址：<https://www.mohw.gov.tw>（最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日）。

衛生福利部：失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0，取自網址：<https://www.mohw.gov.tw>（最後瀏覽日期：2021 年 9 月 8 日）。

三、外文文獻

Alzheimer's Disease International (2021)，World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia，取自網址：<file:///D:/Downloads/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>（最後瀏覽日期：2021 年 10 月 6 日）。

Aviv R (2017). How the elderly lose their rights. The New Yorker 2017/10/9. Retrieved from <https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/09/how-the-elderly-lose-their-rights>

Cross-domain Integration of Dementia Care and Adult Guardianship System

Jung-Ying Tan, Kuan-Fu Kuo^{*}

Abstract

Persons with dementia (PWD) experience declining cognitive function that can make it difficult to make meaningful judgments. PWD may encounter many problems such as becoming victims of fraud, misuse of identity and improper transfer of their real estate. They may be particularly disadvantaged in situations requiring litigation due to the absence of laws providing legal protection. One important safeguard in Taiwan to protect the rights and interests for PWD is the guardianship system. The Taiwanese system of guardianship includes guardianship and assistantship over adults. If guardianship and assistantship is determined by the courts, the PWD will no longer have partial or complete rights for decision making. Some may view this as a violation of human rights. With a rapidly increasing aging society, adult guardianship by agreement was implemented in order to provide better protection of basic human rights for PWD. The purpose of this study is to encourage frontline health care workers taking an active approach of sharing information about adult guardianship system while providing integrated care for PWD. If PWD can make such arrangement before the onset of declining cognitive capabilities, this will not only promote self-determination but also protect a person's dignity and rights for healthcare, financial and property support in later years. The frontline health care workers can also achieve their roles of being the care provider,

counselor, and advocator of their clients. In addition, if judicial personnel have a better understanding of the process and impact of dementia, they will be able to review the necessity of guardianship in a timely manner in the future, and at the same time use legally authorized means to ensure that the dementia can be fully protected in the judicial proceedings.

Keywords : persons with dementia, dementia care, guardianship and assistantship over adults, adult guardianship by agreement

