

財團法人理律文教基金會

114 年度獎學金申請

特定領域專題報告

天主教輔仁大學法律學系碩士班二年級生

林菀琳

LIN-WAN-LIN

《未成年人於現行醫療下困境與救濟》

目錄

壹、	前言	1
貳、	研究動機	2
參、	研究目的	4
肆、	研究方法	5
伍、	研究過程	5
一、	以行為能力作為未成年人醫療自主權之妥適性	5
二、	外國法制之借鑑與省思	11
三、	法定代理人對未成年子女於醫療決策之親權行使	21
陸、	研究結果與問題討論	26
一、	研究結果	26
二、	問題討論	27
柒、	參考文獻	29

壹、前言

因我國係以年齡劃分未成年人於醫療上之自主決定權，因此，臨床上為避免訴訟之糾紛，就未成年人之醫療決定多相對保守，通常會要求未成年人須經法定代理人之同意，始願意為其進行侵入性治療或手術，或僅於其法定代理人討論關於未成年人之醫療處置，然而，此一運作乃於實際上否定未成年人之病人主體地位，使未成年人在臨床上發生「只見其人，未聞其聲」的現象，忽視未成年人在臨床的聲音。

為保障病人自主權之病人自主權利法，與病人自主權利法施行細則（下稱病主法與病主法施行細則），對於未成年人的病情、醫療處置等之告知，與其個人醫療選項所為之決定，均有所箝制，甚至有所妨礙；而醫療法就未成年人之侵入性治療與手術的同意，更是因臨床對未成年人聲音之忽視，而使立法幾乎成為具文，使未成病人的醫療自主淪為空虛的形式自主。是我國關於未成年人醫療自主權之相關立法，有所不足之處，而悖離我國已施行十餘年之久的兒童權利公約保護兒童之意旨。對此，本文將以英國與美國法作為比較研究之對象，以釐清我國對未成年人醫療自主權保障之闕漏。

英國與美國就未成年人醫療自主權之保障之議題，已發展數年有餘，如英國即具有吉利克能力，而美國則具成熟未成年人法則，作為評估未成年人，對自身醫療決策之理解與認知能力判斷之依據，以保障並協助未成年人落實醫療自主權，又二者幾乎均係以十八歲作為具有完全能力即成年之標準，與我國相同，為此，本文將藉由參考二者立法之角度，重新審視我國現行立法的缺失。此外，本文亦將透過彙整我國相關實務之判決，加以分析於現行立法下，法院實務應如何保障並救濟未成年人之醫療自主權，以打破未成年人所面臨的醫療困境。

本文結構上將先探討未成年人於現行臨床下所面臨的困境與箝制，再進一步剖析從行為能力作為未成年人醫療自主權判斷之妥適性論述，分析現行立法之不足之處，並借鑒英國法與美國法以作為修法之方向，且藉由我國實務判決之研究，進而提出未來修法之具體建議。

貳、研究動機

一、雙重權力的壓迫

我國雖已於二〇二三年正式將民法之成年年齡調降至十八歲，並於二〇一四年通過《兒童權利公約施行法》，將兒童權利公約內國法化，然而，現今未成年人仍於醫療決策上，面臨醫療父權、家長父權的困境，以醫療父權為例，醫療人員多以病患最佳利益為名，代替未成年病人參自身與決策¹，或因未成年人身分的輕視，進而過度主導對話，使未成年人對於自身醫療決策僅得默默接受安排²；家長父權的困境，則是因關於未成年人之醫療決策，醫療團隊多僅事先與法定代理人的意見與溝通，如認知性別為女，生理性別為男的 15 歲個案，因醫療團隊應允家屬刻意隱瞞病情之要求，進而使個案於不知悉其具有生理構造異常的情況下進行手術³，或是因法定代理人以「未得父母同意」，多次無視醫師對其 17 歲未成年子女之醫療處置建議（如轉入加護病房、插管等），造成該子女因延誤就醫時間而發生腦部缺氧病變成為植物人，最終逝世⁴，而正因雙重結構對於未成年人的壓迫，致使未成年人於臨床的聲音容易遭受忽視，而無法充分為己發聲，對於自身醫療處置的參與無從置喙。

二、永遠長不大的孩子

參兒童權利公約對兒童之定義係指 18 歲以下者，是可知我國現今之未成年人均為兒童權利公約所保障之客體，而兒童權利公約之宗旨即係為健全兒童及少年身心發展，以保障及促進兒童權利，為達成宗旨，兒童權利公約委員會提出四項基本原則，即不受歧視的權利、優先考量兒童最佳利益、生存權與發展權，與意見表達與參與權原則，又委員會亦於意見表達與參與

¹ Veikko Peltola, Karin Engström, Ingemar Engström. Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. 14 *BMC Medical Ethics*. 1, 4-5. (2013).

² Anya R. Khurana. Teamwork and Trust: Adolescent Shared Decision-Making now for Success Later, 75 *Journal of Adolescent Health* 214, 214. (2024).

³ 林素月、蔡美容、陳秋雪、廖思蘋、賴圻怡、劉婷婷，〈青少年生理構造異常之病情告知倫理衝突〉，《彰化護理》，30 卷 3 期，2023 年 9 月，65 頁。

⁴ 臺灣高等法院 103 年醫上字第 25 號。

權之一般性意見書明確表達並強調，應確保兒童就影響其本身之事務得以表達與參與，而不應以年齡作為對兒童意見表達的限制，並須考量兒童的個別成熟度，以保障兒童能個人的意見形成，以避免對兒童造成消極的傷害⁵。

我國於二〇一六年所公布之《病人自主權利法》，其立法目的乃係「尊重病人醫療自主」，保障每一個病人的醫療自主，惟揆諸病主法第4條第2項及病主法施行細則第3條第2項前段之規定⁶，若病患為未成年人，法定代理人得妨礙醫療機構或醫師，依病人就醫選項決定之作為，復參上開施行細則之立法說明⁷，僅於說明欄表示係為保障病主法第4條第2項所有病人在醫療選擇與決定之意願，然此一立法卻未充分衡量法定代理人若與未成年人就未成年人的醫療決策意見產生衝突，如違背未成年子女之意願⁸，或是發生法定代理人可能具濫用親權，而損及未成年子女最佳利益之情事⁹，而未考量未成年人對自身醫療決策之意見與想法的表達，剝奪未成年人醫療自主發展的空間。

另依醫療法第81條¹⁰，及醫療法第63條第2項與第64條第2項規定¹¹，醫療機構就病情之告知與治療處置，應向病人「或」法定代理人告知，

⁵ 兒童權利公約第12號一般性意見「意見表達與參與權」，4-7頁。

⁶ 病人自主權利法第4條第2項：「病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫選項決定之作為」。；病人自主權利法施行細則第3條第2項前段：「病人為無行為能力或限制行為能力者，其法定代理人不受本法第四條第二項不得妨礙醫療選項決定之限制。」。

⁷ 立法院，〈第9屆第6會期第12次會議議案關係文書，病人自主權利法施行細則說明〉，頁19，https://lis.ly.gov.tw/lygazettec/mtcdoc?PD090612:LCEWA01_090612_00079。（最後瀏覽日：2025.07.18）

⁸ 羅真，〈「可不要再救我了嗎？」醫：不應只將病童意見視為叛逆〉，聯合報，2019年12月20日，轉引自CRC資訊網聯合國兒童權利公約，載於：<https://crc.sfaa.gov.tw/PublishCRC/CommonDetail?documentId=1A884CCE-EE29-4854-B571-21C318A4227E>。（最後瀏覽日：2025.07.18）

⁹ 張沛元，〈信仰與生命孰重？加國六胞胎生死拔河〉，自由時報，2007年2月24日，<https://news.ltn.com.tw/news/world/paper/117349>。（最後瀏覽日：2025.07.18）

¹⁰ 醫療法第81條：醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。

¹¹ 醫療法第63條第2項（手術）、醫療法第64條第2項（侵入性治療或檢查）：前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關

未成年人實施手術或侵入性治療或檢查，「得」由法定代理人簽具同意書。有學者認為依醫療法第 63 條、第 64 條之文義解釋，因並未剝奪未成年病人主體之地位，故可解為對未成年人之醫療自主權之賦予及肯定¹²，對此本文亦表示認同，然而，於醫療實務之運作就未成年人之醫療決定為避免滋生糾紛與爭議，仍相對保守，即臨床通常會要求未成年人須經法定代理人之同意始願意進行手術¹³，是形式上雖肯定未成年人之自主，然實質仍否定以未成年人為病人主體之地位，造成應然與實然脫離之情形。職此，可知悉就未成年人醫療自主權落實之相關法律的規範，與臨床實際的運作下，未成年人均被視為是依附於法定代理人的個體，而不具有自主性，無論其年齡或心智成熟之發展差異，仍都是永遠的孩子。

參、研究目的

縱觀未成年人於醫療自主權保障之相關法規，可得知未成年人於自身臨床醫療決策上，因其並非完全行為能力人，而易遭受忽視，或無法積極參與自身醫療處置，唯有疑義者為，此僅以「年齡」作為劃分未成年於醫療自主權之貫徹與落實之依據，而未加以評估未成年人心智年齡發展之成熟差異性，一概將未成年人視為理解或認知能力欠缺而需要保護的孩子，進而否定或排除其積極參與自身醫療決策的立場是否合宜？此一認知與做法是否違背兒童權利公約欲保護兒童之意旨？而當未成年人對其自身之醫療處置的想法與意見，與其法定代理人（如家屬）發生衝突時，究竟應以何者之聲音為優先考量，法定代理人對其子女之親權行使之界線在哪，當法定代理人逾越其界限，即濫用親權時，未成年人於醫療上的權益應如何保障與救濟？

準此，本文旨在以行為能力作為未成年人醫療自主權判斷之妥適性作為起點，檢視現行立法對於未成年人醫療自主權之保障，並借鑒英國法與美

係人簽具。

¹² 江浣翠，〈未成年人之醫療決定與自主——臺灣規範現況與評析〉，《月旦醫事法報告》，53 期，台北：元照，2021 年 3 月，26-27 頁。

¹³ 王志嘉，〈未成年人的醫療決定與生育自主權——最高法院九十五年度台非字第一一五號、台灣高等法院九十一年度上訴字第二九八七號刑事判決評釋〉，《月旦法學雜誌》，第 181 期，2010 年 6 月，267 頁。

國法作為參考以提供修法方向，並進一步劃定法定代理人對於其未成年子女親權行使之界線，以確保未成年人醫療自主權之落實，且藉由參考與分析實務判決，探討未成年人於醫療權益之保障及救濟。

肆、研究方法

本文將採用「文獻分析法」與「比較法研究」作為本文之研究方法。首先藉由閱讀、整理與兒童權利、未成年人醫療自主權與未成年人之醫療法律與倫理爭議問題之專書、碩博士論文、國內外期刊論文、報導、判決、法規範與立法文件等，作為撰寫本文的基礎；其次，參考與對照，於未成年人醫療自主權議題業已發展成熟之英國與美國相關之判例或立法，檢視我國現行立法之建構，並透過梳理與彙整我國法院相關之實務判決，找尋現行立法下救濟未成年人權利的可能，最終，對我國未成年人於現行所面臨的醫療困境，提出未來的修法建議。

伍、研究過程

一、以行為能力作為未成年人醫療自主權之妥適性

（一）行為能力與醫療自主權之根本差異

行為能力制度之立法沿革，參大理院八年桶字第九四二號解釋：「現行律以十六歲為成年，即具有完全行為能力。至商人通例，以二十歲為營商能力者，係特別規定。」¹⁴，復按大清民律草案（民律第一次草案），第10條即規定：「滿二十歲者為成年人。」參其理由係因考量自然人須達一定之年齡，始具有足夠心智，而為「法律行為」，然因智識程度如何，屬於事實問題，若須調查當事人之智識程度始得定之，既屬困難與造成訴訟延遲，是採多數立法例及舊有習慣，認定二十歲為成年¹⁵，而此一規定施行約九十一年，直至近年，立法者考量網路科技發達、大眾傳播媒體及資訊的大量流通對未成年人心身發展之影響，與世界多數國家將成年

¹⁴ 司法行政部民法研究修正委員會，《中華民國法制定史料彙編，下冊》，台北：司法行政部總務司，1976年6月，43頁。

¹⁵ 司法行政部民法研究修正委員會，《中華民國法制定史料彙編，上冊》，台北：司法行政部總務司，1976年6月，249頁。

年齡定為十八歲，並為符合刑事責任與行政責任之完全責任年齡等因素，而於二〇二〇年將成年年齡下修為十八歲，並於二〇二三正式施行。是觀行為制度之立法歷程可知悉，行為能力制度所強調之法律行為，係指商業貿易活動，故由此可知，行為能力制度之創設係為保護交易安全，與避免思慮尚未成熟者（如未成年人）或智慮不周者（如受監護宣告、輔助宣告之成年人）於商業交易上產生的問題¹⁶。雖我國憲法未明確指出其保障之範圍涵蓋身體自主權或醫療自主權，然憲法第八條所保障的身體自由權，解釋上應包含身體自主權，而醫療自主權係指病患具有拒絕與接受治療之權利，自可溯源至身體自主權¹⁷，是從身體自主權所衍生，與行使時大多伴隨著對健康權，甚至是生命權影響之醫療自主權，當屬受憲法所保障之權利自屬無疑。據此，醫療自主權，實乃涉及對個人身體權、健康權，甚至生命權之展現，且與其人格發展之完整與人性尊嚴，具有密不可分之關聯，故以為保護交易安全而創設之行為能力制度，作為認定其權利行使的依據，實忽視二者間之本質差異，而無法充分落實對醫療自主權保障。

（二）現今學說對行為能力制度之批判

就行為能力是否適合作為未成年人對其自身醫療行為之落實，即具有同意能力的標準，有認為因未成年人不具備足夠的理解與認知，因此不具有同意能力，是應以有無行為能力作為是否具有同意的能力的基準，因而只要是未成年人，均須獲得法定代理人之同意¹⁸。對此，學界通說認為原則上應以識別能力，作為判斷未成年人是否具有同意能力之依據，若僅涉及日常生活所可能而生之侵權行為（如注射疫苗、日常運動），則僅須未成年人承諾時具有同意能力（或稱識別能力）即可，蓋行為能力係於維護交易安全，然醫療行為所涉及問題，是對病患自身醫療處置的理

¹⁶ 王澤鑑，《民法總則》，台北：自版，2020年9月修訂新版，151頁；陳聰富，《民法總則》，台北：元照，2022年9月四版，76頁。

¹⁷ 楊秀儀，〈再論病人之拒絕治療權：病人自主權利法施行之後〉，《臺大法學論叢》，50卷3期，2021年9月，804-806頁。

¹⁸ 蔡墩銘，《醫事刑法要論》，台北：翰蘆，2005年9月二版，92-93頁。

解與認知能力，以落實對自己身體自主權、健康權或生命權之處分，二者有別，故不應以有行為能力為必要，而應以未成年人對自身醫療行為是否具有同意能力作為判斷的標準，但涉及未成年人身體、健康或生命法益等重要影響之重大醫療行為（如實施手書），考量未成年人可能思慮不周，故仍須有法定代理人之同意（或稱為刑法上之承諾、允諾），方可阻卻因醫療機構或醫師因醫療侵權行為所帶來的違法性，此亦為現今普遍之實務見解¹⁹。另有認為，站在醫學倫理的角度，應須考量每位兒童因個人之生長歷程，蓋每個未成年人認知發展、心智成熟能力均有所差異，故應視其是否具有獨立思考之決定能力與形成穩定之價值觀，以決定是否具有獨立決定之能力²⁰，然此一作法通常僅能採用個案判斷的方式，而於立法上難以落實，惟本文認為，倘若未成年人已具有成熟與穩定之價值觀，則亦不應直接否定其對自身醫療行為具有獨立決策之判斷能力。

（三）行為能力制度忽視未成年的心智發展變化

參照病主法、病主法施行細則及醫療法，均係以是否具有行為能力，當作未成年人醫療自主權行使之判斷，即係以年齡作為判斷的標準，然而，行為能力所適用之未成年人包含的對象甚廣，從新生兒、學齡期兒童至青少年，皆涵蓋之。以青少年為例，雖屬未成年人，惟依皮亞傑之兒童認知發展歷程，處於形式運思期之青少年（約十二至十六歲）已具有可運用抽象、邏輯及整合的思考方式，並具備判斷、推理並解決問題之能力，且於心智上已接近成熟，可考慮未來之變化性，對其行為後果具可預見性²¹，此外，十四歲左右之青少年於部分的醫療決策（糖尿病、

¹⁹ 邱聰智，《新訂民法債編通則》，台北：輔仁大學法學院法律服務服務中心，2013年9月新訂二版，172頁、註45；吳志正，《醫療責任體系篇——解讀醫病關係II》，台北：元照，2006年9月初版，131頁；王澤鑑，《侵權行為法》，台北：自版，2021年11月增補版，314頁；陳聰富，《醫療責任的行程與展開》，台北：台灣大學出版中心，2021年4月修訂版，172-173頁；林欣柔，〈未成年人醫療自主權——以愛滋檢測為中心〉，《法律與生命科學》，5卷第1期，新竹：國立清華大學生物倫理與法律研究中心，2016年3月，22頁。。

²⁰ 王志嘉，同註13，267-268頁。

²¹ Fatima Malik, Cognitive Development, at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK5370>

癲癇、憂鬱症與夜尿症)之判斷能力(決策的理解、合理的選擇、理性的理由、合理的結果),幾乎與成年人所展現的水準並無二異²²。再者,參照兒童權利公約第12條之意旨,應保障兒童得對影響其自身權益之事宜表達意見,並就其年齡與成熟度加以衡量,而第12號一般性意見書亦明確指出,當兒童具有形成的意見的能力時,須認真看待其意見,蓋兒童的理解能力不僅受到生理年齡的影響,亦會受到個人所處之社會、環境與文化等影響而產生差異,而倘若該事件對兒童影響愈深,則愈須評估兒童之成熟度²³;對此,觀家事事件法第108條之親子非訟程序(離婚、收養等),均會要求法院須依子女之年齡及識別能力等身心狀況,使其具有表達意願或陳述意見之權利,以表示對未成年子女之尊重²⁴,舉輕以明重,然既與未成年人身體、健康與生命無關之司法非訟程序都已要求法院須重視未成年子女的心智發展,以保障兒童的意願與尊重,則與影響未成年子女身體、健康甚至生命之醫療自主權,為何可忽視未成年人的心智成熟度?復按我國民法第1186條第2項之規定:「限制行為能力人,無須經法定代理人之允許,得為遺囑。但未滿十六歲者,不得為遺囑。」是可得知,已滿16歲之未成年人得為遺囑,其立法理由參照大清民律草案(民律一次草案),係考量未成年人臨終時,財產之事宜不可無遺囑處置之,故參考彼時各國立法(日本、普魯斯、法國、坎拿大紐約、德國),以成年年齡為差減後,認定無論男女滿十六歲者,均得立遺囑之²⁵,至此,既參考各國立法進而認定年約16歲之未成年人已具備可立有效遺囑之成熟心智,舉重以明輕,為何年滿16歲甚至17歲之未

^{95/} (last visited 07/23/2025); 劉玉玲,《青少年發展與輔導:認知、情意與關懷》,高等教育,2016年8月,54-55頁。

²² Lois A. Weithorn & Susan B. Campbell, The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions, 53(6) *Child Dev.* 1589, 1595-1596. (1982).

²³ 兒童權利公約第12號一般性意見「意見表達與參與權」,同註5,5-6頁。

²⁴ 劉明生,〈親子非訟事件程序之研究-以未成年子女最佳利益之保護為核心〉,《月旦法學雜誌》,第327期,台北:元照,2022年,68-71頁。

²⁵ 司法行政部民法研究修正委員會,同註15,969-970頁。

成年人，對於自身之醫療行為須遭受噤聲的對待，甚剝奪其積極表達並參與自身醫療決策之決定權利，而仍須受制於家父長主義下所生的父權結構？

基於上述可得知，於未成年人的醫療自主採用行為能力制度，雖係考量其具思慮不周而有保護必要之特質，然亦必然會產生因忽視未成年人的心智成熟發展的差異，而過度限縮未成年人對於自身醫療決策的自主權之問題，進而對未成年人造成人格的貶抑與傷害，如引發未成年人在治療過程中的挫折，其不願配合接受治療，導致醫療服從性下降，甚至阻礙青少年自我概念或身分認同的形塑²⁶。因此，若未成年人已具有對自身醫療處置具明確之理解、判斷能力，且於心智上已足夠成熟，並對其選擇醫療決定之後果具有可預見性，則現今僅以年齡作為判斷未成年人醫療自主權之立法是否恰當，實不無疑問。

（四）小結

本文認為，現行法以行為能力作為標準，即以年齡作為認定未成年人落實醫療自主權之立法，除有所不妥外，亦違背兒童權利公約，保障兒童健全成長與福祉的宗旨。雖現今通說與實務均主張，若非重大醫療行為，則未成年人僅需具同意能力即可落實對自身的醫療自主權，惟影響身體、健康或生命法益之重大醫療行為，恐未成年人對自身醫療處置思慮不周，是應具備行為能力，故應取得法定代理人之同意；對此，本文認為現今通說與實務的說法，除未為充分考量行為能力制度的創設目的係源於商業交易外，亦忽略不同階段的未成年人，心智變化發展之差異與個人成長軌跡的經驗脈絡，如血癌少年吳嘉源，即為適例²⁷。

²⁶ Danielle Taddeo/Maud Egedy/Jean-Yves Frappier, Adherence to treatment in adolescents, 13(1) *Paediatrics & Child Health* 19, 20. (2008).

²⁷ 十七歲發現自身罹患血癌的吳嘉源，其母親因父親病逝的個人經歷，而反對其積極接受西醫治療的決定，並對其造成生命危險之影響，最終啟動兒少保護機制以確實保障吳嘉源的醫療權益，詳參鄭涵文，〈20歲的畢業考——自力爭取就醫權的血癌男孩〉，少年報導者，2024年4月24日，載於<https://kids.twreporter.org/article/children-with-leukemia-main-story>（最後瀏覽日 2025.07.23）。

首先，既「醫療自主權」係來自受憲法所保障之身體自主權所衍生，無論係兒童與成人均應一致才是，職此，倘若未成年人對自身之醫療處置具有成熟之理解、判斷之能力，又為何須論以其具有思慮不周之問題，而將同意能力掛勾於保護交易安全的行為能力，禁止未成年人行使自身的醫療自主權，此一見解無異於認為只要是未成年人，對自身醫療行為的認知與選擇，均非理性、成熟，此乃對未成年人的不信任與傷害，嚴重影響兒童發展，嚴重違反兒童權利公約的四項指導原則（禁止歧視、兒童最佳利益、生存權與發展權，意見表達與參與權）；再者，未成年人於青少年時期已具有一定之邏輯、理解能力，然現行的相關立法對未成年人之限制卻未考量此情形，而逕以年齡將 16 歲兒童之理解能力與 9 歲兒童對自身醫療處置之理解能力畫上等號，對於已具有一定心智成熟度之兒童保障顯有不足，且過度放大未成年人的脆弱性，而無法使未成年人為己發聲、參與決策，並阻礙個人的價值觀形塑、獲得思考與獨立之機會²⁸；退言之，縱然是尚未發展至青少年階段，亦不能認為兒童對於自身醫療處置之認知有所不足，況醫療臨床早已有可評估兒童對自身醫療處置的認知工具²⁹，且亦有研究指出，倘若以未成年人可理解的方式與之進行溝通與對話，縱然僅 10 歲的兒童，仍可對於自身醫療處置，如心臟超音波，具有高度的理解，並有助於兒童減少面對醫療時的焦慮，且促進責任感與成熟人格的養成³⁰，是既有可評估與測量未成年人對自身醫療行為認知之工具，自不應逕自以年齡作為判斷其心智成熟與認知能力的依據，而

²⁸ Soo Jee Lee, A child's voice vs. A parent's control: Resolving a tension between the convention on the rights of the child and U.S. Law, 117(3) *Columbia Law Review* 687, 692-693. (2017).

²⁹ Irma M Hein/Pieter W Troost/Robert Lindeboom/Imke Christiaans/Thomas Grisso/Johannes B van Goudoever/Ramón J L Lindauer, Feasibility of an Assessment Tool for Children's Competence to Consent to Predictive Genetic Testing: a Pilot Study, 24(6) *J Genet Couns.* 971, 975-976. (2015).

³⁰ Hortense Cotrim/Cristina Granja/ Ana Sofia Carvalho/Carlos Cotrim/Rui Martins, Children's Understanding of Informed Assents in Research Studies, 9(7) *Healthcare (Base l)* 1, 13-14. (2021).

選擇忽略未成年人醫療自主權落實，此方符合兒童權利公約第 12 條，考量兒童的成熟度，並積極協助兒童意見表達與參與自身決策，以形塑其人格發展健全與完備之意旨。

結合上述，本文認為現行法以行為能力制度，作為認定未成年人得否落實醫療自主權之標準欠缺妥適，而應以同意能力作為判斷標準方為妥適，是倘若未成年人的心智發展已近成熟，且對其個人之決定得以識別且預見性，此時應尊重未成年人之對自身身體自主權之行使，即協助其落實醫療自主權，而非一概以年齡否定其決定，始謂真正引導未成年人發展自主、人格健全之道路，並保障、實現兒童權利公約對於兒童不歧視、最佳利益、意見表達與參與、生存與生命的四項指導原則。惟因未成年人之成熟度與其個人的經驗脈絡不可分離，且具有個別性，而採個案判斷之方式，除耗費醫療、司法大量成本外，亦會破壞現行法體制，是以下本文將藉由參考相關的外國法制，進一步提出修法的方向與建議。

二、外國法制之借鑑與省思

（一）英國

就未成年人對自身醫療處置之同意能力（識別能力）判斷，英國係以未成年人之年齡作為其判斷之依據，並以十六歲作為認定其具有理解能力之分水嶺。十六歲以上之未成年人對個人醫療行為之同意能力，是透過 1969 年之家族法改革法案第 8 條（section 8 of the Family Law Reform Act 1969）加以規定；反之，十六歲以下之未成年人，其同意能力之判斷則是來自英國上議院（House of Lords）於 1986 年的 *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* 判決，後續亦將其稱為 *Gillick competence*，即吉利克能力³¹。

針對已滿 16 歲之未成年人，根據家族法改革法案第 8 條第 1 款規定，

³¹ 張雅珮，《父母子女關係於未成年人醫療決定中之地位——以未成年人之醫療自主權及最佳利益為中心》，國立台北大學法律學系碩士論文，2005 年 7 月，49-51 頁；Rosy Thornton, *Minors and Medical Treatment. Who Decides?*, 52(1) *The Cambridge Law Journal* 34,35-36.(1993).

未成年人就構成個人侵害之外科手術、內科或牙科治療處置，其同意之效力與成年人與法律上具一致之效力，且無須獲得來自其父母或監護人之同意³²；另就未滿 16 歲之未成年人，則透過英國上議院（當時的終審法院）於 Gillick 案中加以闡明，此案起因於 Gillick 女士具有五名未成年女兒，因其個人信仰而對性道德具有強烈的偏好，因此認為英國的衛生及社會安全部門於 1980 年頒布的指引，侵害父母對未成年子女於醫療行為知情同意權之親權行使，該指引為「對於未滿 16 歲未成年人，醫師得無須經其父母之同意，逕自提供未成年人避孕與墮胎之建議或醫療行為」，是 Gillick 女士認為此指引侵害父母的知情同意權，因而向法院起訴該指引違法，對此，審理此案之 Scarman 法官認為，須考量未成年人與對其醫療處置、後果與其他替代相關的治療方式等是否具備足夠之理解與知識，若未滿 16 歲之未成年人對自身之醫療處置具有足夠的理解與智識，乃同意能力，則父母對未成年子女之親權行使（此係指對其子女醫療處置之知情同意權）即應終止，而不應年齡加以年齡限制未成年人對自身醫療決策之知情同意權，即承認未成年人具有醫療自主權³³。是綜觀上述之立法與判例可知，英國於判例上，對於兒童醫療自主權所強調的部分，在於未成年人是否對自身的醫療行為具有足夠的理解與智識（具備有足夠成熟的心智），而並非係以年齡劃定未成年人對醫療自主權之保障。

雖英國早已有立法與判例加以保障未成年人之醫療自主權，然仍有部分高等法院、上訴法院，否認兒童對自身之醫療決策具有自主權，如 1992 年的 *Re W. (A Minor) (Medical Treatment: Court's Jurisdiction)*，案例背景是醫師為治療一名 16 歲患有神經性厭食症的少女 W，在違反其意

³² 參見 Family Law Reform Act 1969 s8(1): "The consent of a minor who has attained the age of sixteen years to any surgical, medical or dental treatment which, in the absence of consent, would constitute a trespass to his person, shall be as effective as it would be if he were of full age; and where a minor has by virtue of this section given an effective consent to any treatment it shall not be necessary to obtain any consent for it from his parent or guardian."

³³ *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority and another*, 3 All ER 402,423 (1985).

願下強制將其轉入專門處理飲食障礙的醫院，並強迫其服用口服藥物與強行灌食，因 W 為孤兒，是當地政府與其阿姨共享對 W 的親權，並主張其對 W 轉院與治療具有同意權而無須 W 同意，高等法院亦認可之³⁴。為此，W 於上訴時主張依據 1969 年家族法改革法案第 8 條，其已滿 16 歲是其具有拒絕轉院與拒絕接受治療的權利；然上訴法院的 Donaldson 法官表示上開規定並未賦予未成年人具有絕對的權利拒絕接受醫療處置，倘若未成年人拒絕治療將導致其死亡或與父母的決定發生衝突時，則考量未成年人的心智發展尚未成熟，是應以父母的同意權為優先，且法院為確保未成年人客觀上之最佳利益，仍得推翻未成年人對自身醫療處置的決定³⁵，此外，Donaldson 法官強調無論是 Gillick Competence 抑或是 1969 年的家族法改革法案的第 8 條規定，二者的定位均是賦予醫師替未成年人進行醫療行為時，免除父母知情同意之刑事或民事責任的抗辯事由，即是避免醫生累訟的合法防彈背心³⁶，進而否定 16 歲以上之未成年人對自身醫療決策具同意能力；而於 1992 年的另一起案件 *R. (A Minor) (Wardship: Consent to Treatment)*，上訴法官 Donaldson 與 Balcombe，更明確表示不僅法院可否決未成年人拒絕治療的權利，未成年人的父母亦可否決未成年人對自身醫療處置之拒絕權³⁷。

然而，2021 年英國上訴法院的司法覆核判決，再次強調的 Gillick competence 的重要性，此乃 *Bell & Anor v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* 案。案件事實為被告所管轄下的性別認同發展部門 (Gender Identity Development Service, GIDS)，會提供具有性別焦慮或性別不安 (Gender dysphoria) 的未成年人心理評估與討論，若確定該未成年人有醫療需求，則會轉介合作醫院並經醫師評估後提供青春期阻斷劑 (puberty blockers, PBs) 作為欲跨性別的未成年人第一期治療的賀

³⁴ *Re W. (A Minor) (Medical Treatment: Court's Jurisdiction)*, Fam. 64, at64-66.

³⁵ *Id.* at66-69.

³⁶ *Id.* at78-79.

³⁷ Rosy Thornton, *supra* note 31,at35.

爾蒙藥物，惟對此，原告認為 18 歲以下之未成年人並不具有理解口服青春阻斷劑對其影響之能力而具有知情同意權，且被告提供予未成年人的資訊並不充分與具有誤導未成年人之情事而有程序瑕疵，因而主張被告不應根據 18 歲以下之未成年人之同意而協助開立青春阻斷劑³⁸，就此，高等法院認為，無法確定得知 PBs 對於兒童短期與長期的影響、PBs 的使用缺乏明確的治療目的，使用 PBs 對兒童的影響具有高度的複雜性，且對兒童的生育能力具有潛在性的終身影響，且縱然第一階段 PBs 治療是可逆且與第二階段跨性別賀爾蒙分離，但接受第一階段治療者最終多會選擇使用第二階段的跨性別賀爾蒙治療，而成為真正的跨性別者³⁹，因此認定只要未滿 16 歲的未成年人不具備足夠的理解與認知與同意能力，並認為縱然是滿 16 歲以上之未成年人，因考量此類案件對未成年人的影響深遠，且處於實驗性的治療，是要求醫師在使用 PBs 治療前仍應先獲得法院授權方可為之⁴⁰；然而，於上訴法院時，上訴法院除認為高等法院作出的判決過度限制且介入醫師的專業評估，將個人意見轉為法律而逾越法律應有的界線外，亦強調未滿 16 歲的未成年人是否具有理解與認知能力，仍應取決於每位未成年人的個別性與所面對的臨床情境，而不應逕自以年齡作為認定是否具有理解能力的關鍵性依據，而應交由醫師謹慎評估、判斷其是否具有理解治療的長期後果、短期與長期的併發症等之能力，而不應要求醫師須獲得法院的授權，而遵循法院的指引與流程，進而對 Gillick competence 的適用做出不當的限制⁴¹。

據此，可得知英國就未年人之醫療自主權，雖同我國先以年齡作為劃分，然亦重視每個未成年人的個別性與成熟度，因而將理解與智識能力作為其是否具有同意能力的標準，並早於 1985 年即透過上議院判例所

³⁸ Bell & Anor v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, [2020] EWHC 3274 (Admin), at para2-7 (2020).

³⁹ *Id.* at para134-136.

⁴⁰ *Id.* at para151-153.

⁴¹ Bell & Anor v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, EWCA Civ 1363 (2021), at para91-94.

創設的 Gillick competence，以確保十六歲以下未成年人的醫療自主權，且沿用至今日，值得我國加以參考。

（二）美國

關於未成年人對自身醫療處置之同意權（自主權）之落實，因考量未成年人通常在法律上無法代表自身做出醫療決定，因此就未成年人之醫療自主權落實，美國仍是以未成年人應取得父母同意為原則，無須或得同意為例外，且未從憲法之隱私權賦予未成年人醫療自主權，並過度放大未成年人脆弱性的特質，與抱持著未成年人不具有足夠的成熟度做出理性的決策的刻板印象，導致過去未成年人的醫療自主權長年受到忽視，而無法與成年人平起平坐⁴²。然而，隨著時間的推移，為確保未成年人的醫療自主權，有愈來愈多的例外產生，而雖各州多有所歧異，但大部分均將脫離監護而解放之未成年人（emancipated minors）、緊急狀況（emergencies）與特別規定的醫療處置之納入成文法，並透過判例發展成熟未成年人原則（Mature minor doctrine）加以補充成文法對未成年人醫療自主權保障之不足，而成熟未成年人原則於 1956 年起開始獲得州法院之認可⁴³。

成文法例外賦予未成年人醫療自主權的理由，依個別情況而有所差異，但仍會隨著各州規定而有所不同。解放之未成年人（emancipated minors），係指於經濟與生活層面已脫離父母之未成年人，蓋此類未成年人已具有足夠成熟的心智與能力，而承認其具有醫療自主權，如結婚、財務獨立、服兵役、懷孕等；緊急狀況（emergencies），則是指發生緊急醫療情況時，未成年人無須或得父母或監護人之同意，以及時保護未成年人的最佳利益，但各州對於緊急之定義多有所差異⁴⁴；法律特別規定醫療處置，多涉及高度的個人性、敏感性且影響未成年人深遠，比如避孕、懷孕、

⁴² Ann Eileen Driggs, *The Mature Minor Doctrine: Do Adolescents Have the Right to Die?*, 11(2) *Health Matrix Clevel.* 689, 693 (2001).

⁴³ G S Sigman/C O'Connor, *Exploration for physicians of the mature minor doctrine*, 119(4) *J Pediatr.* 520, 521-522. (1991).

⁴⁴ *Id.* at 521.

藥物濫用、性傳播疾病與心理疾患等，是為避免其因社會眼光與父母壓力與鼓勵未成年人積極就醫，賦予未成年人於上述之情形下可自行就醫而無須經由父母同意⁴⁵，是可知悉於未成年人醫療自主權保障之議題，縱然美國係採判例法之國家，仍透過立法以落實對未成年人醫療自主權之保障，可見其對未成年人醫療自主權之重視。

成熟未成年人原則 (Mature minor doctrine) 之定義，係指未成年人對於自身的醫療處置，具有足夠的智識與成熟度，得以理解該處置的特性與所造成的影響時，可自行同意並接受該醫療處置，而無須徵詢或獲得其父母之同意⁴⁶。然而，因未成年人之成熟度難以透過立法加以定義，故多由各州法院透過判例加以裁量與發展，而綜觀適用成熟未成年人原則之判決可歸納出以下三項共通要件，第一，醫療行為之所生之利益僅限於未成年人而不及於第三人之利益；第二，未成年人將近成年（至少須年滿 14 或 15 歲以上），且具有足夠成熟之心智能力，以完整理解醫療行為的本質與治療過程中每一步的重要性；第三，醫療過程所造成的風險須可由法院認定對未成年人而言不具重大與嚴重性⁴⁷。再者，因未成年人的大腦發展、認知過程、理解與判斷能力等，除會隨著年齡而有所變化外，亦會受到不同文化、宗教、教育，以及扶養者的影響，因此在適用成熟未成年人法則時，法院必須深入地調查該未成年人之經驗脈絡，以及觀察其對於所處之情境、醫療處置的利弊是否展現足夠且深入的理解能力⁴⁸。此外，亦有部分法院會使用源於英國法普通法的七的法則 (rule of sevens) 作為輔助認定未成年人是否具有足夠成熟的心智的依據⁴⁹，該

⁴⁵ Brianna Cyr, *The Mature Minor Doctrine and COVID Vaccination in Connecticut*, 56(1) *Connecticut Law Review* 1, 6. (2024).; Ann Eileen Driggs, *supra* note 39, at 695-696; *Id.*

⁴⁶ *Id.*, at 696-697.

⁴⁷ Shawna Benston, *Not of Minor Consequence? :Medical Decision-Making Autonomy and the Mature Minor Doctrine*, 13(1) *Indiana Health Law Review* 1, 3-4 (2016).; G S Sigman/C O'Connor, *supra* note 43, at 522-524.

⁴⁸ Brianna Cyr, *supra* note 45, at 6.; *Id.* at 4.

⁴⁹ 張濱璿，《兒童醫療自主之探討-以病童臨床經驗出發》，國立政治大學法律系整合研究所碩士論文，2012 年 7 月，11 頁；G S Sigman/C O'Connor, *supra* note 40, at 522-523.

原則認定七歲以下的兒童不具形成犯罪意圖的能力；而七歲至十四歲之未成年人假設其不具有犯罪的意圖，惟可藉由加以反證推翻；十四歲以上者則推定有足夠的犯罪意圖與識別能力；雖該原則原是適用於未成年人的刑事責任之判斷，但美國有些法院仍會援引此原則作為推定超過十四歲以上之未成年人，對自身的醫療處置有足夠理解、識別的能力，而賦予其可自主同意其醫療處置之法律地位，以協助成熟的未成年人落實醫療自主權⁵⁰。截止至 2024 年，仍僅有阿肯色州以及奧勒岡州將成熟未成年人原則納入立法，其他如伊利諾州、田納西州、賓夕法尼亞州、麻州等，則是透過將成熟未成年人原則納入於現有的法律加以適用；雖然各州立法或運作方式不一，但該原則仍普遍適用於年滿十六歲之未成年人，且主要限於未危及生命危險之醫療處置⁵¹。

雖美國聯邦最高法院並未正式採納成熟未成年原則，然其於 1979 年的 *Bellotti v. Baird* 案中，已將成熟未成年人法則之精神注入判決內。此案是因麻州於 1974 年通過限制未成年人墮胎之法律，根據該法律，「若未婚之未成年人欲墮胎需經本人及其父母同意方可為之，如父母一方或二者均拒絕同意，則可闡明理由後由地方法院之法官為同意，縱父母一方死亡或遺棄子女，仍須有一方同意，如無父母者則須取得監護人或其他類似者同意，而協助未成年人墮胎之醫師倘未取得父母或法院之同意而逕自協助未成年人墮胎者，亦將追究刑事責任」，為此，醫師、相關社福機構與未成年人母親等作為代表，提出集體訴訟⁵²；對此，聯邦最高法院認為根據以下理由，認為該法案因違反憲法上由隱私權衍生的墮胎權而無效，首先，該法案未考量未成年人是否已具有同意能力（具有成熟的心智與足夠之能力，而可獨自作出墮胎決定）；其次，強制未成年人通知、尋求父母同意，無法使懷孕之未成年人取得司法的救濟，且未必符合未

⁵⁰ *Id.*

⁵¹ Brianna Cyr, *supra* note 45, at 11.

⁵² 倪伯萱、劉晏齊等，《美國聯邦最高法院憲法判決選譯第八輯》，台北：司法院，2016 年 8 月，202-203 頁。

成年人的最佳利益；此外，在未成年人已具同意能力時，仍應允許法官得否決未成年人墮胎之決定，是對未成年人之歧視，因此承認已具有同意能力之未成年人，得無須或得其父母或法官之同意而可尋求醫師協助墮胎⁵³。藉由上開判決可知悉，關於未成年人醫療自主權法院所優先考量的，是未成年人是否具備同意能力，其次則是未成年人之最佳利益，蓋何謂未成年人之「最佳利益」，從不同角色、身分看待會有不同的結果，而當醫療決定對未成年人的人生影響愈為重要與深遠時，更應尊重具有成熟心智之未成年人之決定，雖本案對墮胎權之憲法保障是建立於 2022 年被推翻之 *Roe v. Wade* 案，然並不代表未成年人於其他層面的醫療自主權應遭受剝奪（如拒絕接受治療、拒絕接受疫苗注射等）；是可知，雖聯邦最高法院並未承認憲法賦予未成年人醫療自主權，但應可理解為，當涉及未成年人之醫療自主之議題時（且對其影響尤為重大者），法院應評估該未成年人是否具備同意能力，此即乃成熟未成年人原則之核心精神。

雖美國聯邦最高法院業已於判決中展現對未成年人醫療自主權之重視，並間接援引成熟未成年人原則於其判決，然各州就如何看待未成年人的醫療自主權仍有極大的差異。以 2015 年康乃狄克州最高法院的 *In Re Cassandra C* 的判決為例，此案的背景是一名罹患何杰金氏淋巴瘤（Hodgkin's lymphoma）的 17 歲未成年少女 Cassandra 與其母親因將治療過程的化學治療視為毒藥，而拒絕接受治療，對此，兒童與家庭保護部門則對其母親發起照護疏失訴訟並尋求對 Cassandra 的暫時監護以促使其接受治療，惟 Cassandra 則與其母親一同拒絕該監護並就監護之處分進行上訴⁵⁴。就此案件最高法院認為，並無足夠的證據能證明 Cassandra 具有足證成熟的心智，而適用成熟未成年人原則，第一，根據州立法規定僅賦予已獨立之未成年人具有接受或拒絕治療之權利，因此依據明示其一排除其他的原則，應推定未成年人不具落實自身醫療自主權之能力⁵⁵；第二，

⁵³ 倪伯萱、劉晏齊等，同前揭註 49，205-206 頁。

⁵⁴ *In re Cassandra C.*, 316 Conn., 112 A.3d 158 476, 479-480 (2015).

⁵⁵ *Id.* at 497-498.

Cassandra 並未於聽證會時舉證其具有足夠成熟拒絕接受治療之能力，例如其無法獨立於其母親、無法或不願與表達對治療真實的想法、於聽證會時過於緊張與畏懼、因害怕身上有管路而拒絕化學治療，並一再拖延治療直到其感覺到可能接近死亡⁵⁶，基於上述，法官因此認定 17 歲的 Cassandra 不具有為自身醫療決策做主的能力，因而認為其不適用成熟未成年人原則⁵⁷。

然早於 1990 年伊利諾州的最高法院，即肯定 17 歲未成年少女 E.G，對於自身的醫療決策具有自主決策權。其案例背景為罹患急性骨髓性白血病 (Acute Myelogenous Leukemia, AML 亦稱為 Non-lymphocytic leukemia) 的 17 歲未成年青少年 E.G，因其治療過程需要進行輸血，但因其信仰為耶和華見證人而拒絕接受輸血，其母親亦尊重其宗教信仰而拒絕 E.G 接受輸血治療；惟倘若 E.G 接受輸血與化學治療將有 80% 的概率可減緩其病痛便並延緩其死亡，故而伊利諾州為保障其避免快速死亡，因此對其母親發起照護疏失訴訟⁵⁸。對此，最高法院表示，首先根據伊利諾州的成文法可知並未以 18 歲作為禁止未成年人同意其醫療處置的障礙，如 12 歲的未成年人如患有性傳染疾病或酒精、藥物成癮而獨自尋求醫療協助、18 歲以下懷孕的青少年可對其醫療決策做出有效的同意等規定等可得知；此外，美國其他州最高法院亦會採取成熟未成年人原則，以允許未成年人未經其父母同意墮胎，因此認定成熟未成年人於州普通法的保護下擁有落實自身醫療照護決策的權利⁵⁹，是倘若有清楚且值得令人信服的證據，得證明未成年人能夠承擔其行為的後果，並且具有足夠的成熟度以行使成年人的判斷人，則根據普通法的成熟未成年人原則自應賦予其拒絕或接受治療的權利⁶⁰，然而該權利亦須與四項州利益保持平衡，即

⁵⁶ *Id.* at 500-501.

⁵⁷ *Id.* at 502.

⁵⁸ *In re E.G.*, 549 N.E.2d 322, 323 (1990).

⁵⁹ *Id.* at 325-326.

⁶⁰ *Id.* at 327-328.

維護生命、保護第三人利益、預防自殺與維護醫療專業的道德操守⁶¹。本案中 E.G 的主治醫師作證表示 E.G 具有理解其接受與拒絕治療後果的能力，且對其成熟度與對信仰的真誠印象深刻⁶²，而 E.G 亦於聽證會明確表達拒絕輸血的決定與了解其決定所帶來的後果，並主張其並非追求死亡而是對信仰地堅守⁶³，其母親的利益亦與 E.G 均為一致（拒絕接受治療），是依據成熟未成年人原則，認定 E.G 具有拒絕治療的權利⁶⁴。

是以，藉由上述之案例可得知美國各州普通法對於未成年人醫療自主權保障的歧異，但無論是各州抑或是聯邦最高法院，只要當涉及未成年人之醫療自主之議題時，法院均須謹慎評估未成年人的成熟度，以考量未成年人是否有普通法上成熟未成年人原則之適用。

（三）小結

承前所述，本文認為，應以同意能力作為判斷未成年人醫療自主權行使的標準，是倘若未成年人的心智發展已近成熟，且對其個人決定的短期、長期結果得以識別並預見，即應尊重並肯定未成年人對自身醫療決策的落實。綜觀英、美各國均可得知，二者對於未成年人，特別是對青少年醫療自主權之保障，除透過普通法創設吉利克能力與成熟未成年人原則外，當觸及至公共衛生領域或對於未成年人具有高度隱私性的領域時，更可能會透過立法加以保障未成年人的醫療自主權，例如酒精與藥物濫用、性傳染疾病等；又，當醫療決定對未成年人的人生影響愈為重要與深遠時，更應尊重具有成熟心智之未成年人之決定，因此時醫療決定除可能涉及對其一生的影響，如墮胎所涉及的並非僅有胎兒生命，更包括對於生命後續的養育、教育、經濟、工作與生活等，此一問題所貫穿的是未成年人的整个人生；而選擇拒絕接受治療而選擇接受死亡，該決策背後亦可能隱含著未成年人於其人生經歷中所形塑的自身信念與價值，

⁶¹ *Id.* at 328.

⁶² *Id.* at 323.

⁶³ *Id.* at 324.

⁶⁴ *Id.* at 328.

因而可知悉無論是英國抑或者是美國，在未成年人各類不同的醫療自主權的問題上，均展現對未成年人成熟度的重視，是二者考量特殊情況的立法與普通法所創設的未成年人成熟度評估制度，均值得我國加以借鑑。另就未成年人成熟度的評估，藉由參考英、美之制度可得知除透過未成年人的主治醫師、精神科醫師等對其心智能力進行評估外，而法院在判斷時亦會參考未成年人於其治療期間的個人表現（是否對醫療團隊表達對於自身醫療決策的理解、是否有與醫師討論表達個人對醫療處置的想法、拒絕或選擇接受治療的理由等），以確保未成年人為真正的成熟未成年人。而我國近期亦面臨感染法定性病感染者年齡層急遽下降的問題，如十五至十九歲的青少年於五年內的感染淋病的增長為三倍，同齡的青少年則為感染梅毒的第二高年齡層，而現行的制度下更因親密關係的議題難以啟齒、多會遭受家長、師長的責備，造成仍有大量的黑數並未通報⁶⁵，因此對於未成年人於醫療自主權的落實與相關立法的修訂實屬於刻不容緩的議題。

三、法定代理人對未成年子女於醫療決策之親權行使

（一）親權行使之界線：子女之最佳利益

「親權」為法定代理人（因法定代理人多為未成年人之父母，是以下以未成年人之父母代稱）與子女關係之核心，又過往之親權具尊長權之性質，即父母或家長享有優越之權限，子女僅得對其唯命是從⁶⁶，惟現今民法所稱之親權，乃具有權利及義務之雙重性質，是父母不得拋棄親權，更不得濫用親權，否則將會構成父母對子女之保護、教養義務之違反⁶⁷，而民法第 1084 條第 2 項便為父母對未成年子女親權行使之核心，即父母對有保護及教養之權利義務，以保護未成年子女身心免於傷

⁶⁵ 王芊凌，〈青春與疾病的拉鋸戰：淋病、梅毒年齡下探，誰讓孩子成了高風險者？〉，報導者，2025 年 4 月 21 日，載於 <https://www.twreporter.org/a/data-reporter-sexually-transmitted-infections-in-adolescents-raise>（最後瀏覽日 2025.09.13）。

⁶⁶ 戴東雄，〈未成年人婚後對其子女親權之行使與離婚後協議對子女親權之行使〉，《月旦法學教室》，第 203 期，2019 年 9 月，72 頁。

⁶⁷ 林秀雄，《親屬法講義》，台北：元照，2024 年 8 月修訂七版，314-315 頁。

害，以確保其身心健全發展，此亦為憲法對父母親權行使之保障範圍⁶⁸。

復按民法第 1086 條、第 1089 條第 2 項，均可得知父母於行使親權時，必須依「子女最佳利益」為之，且 111 年憲判字第 8 號明確指出，未成年子女之最佳利益因屬未成年子女人格權及人性尊嚴之重要內涵，故受憲法第 22 條所保障，亦為兒童權利公約第 3 條之要旨。惟「子女最佳利益」實為抽象、模糊之不確定法律概念，且判斷標準之條文⁶⁹與文獻⁷⁰多係以離婚後未成年子女之最佳利益作為出發與探討，然仍可從條文與文獻得知，未成年子女最佳利益，所強調者，不僅包含未成年子女之主體地位、個人意願，亦包含著人格發展之健全。又我國兒童及少年福利與權益法（下稱兒少法）第 5 條第 1 項⁷¹與兒童權利公約第 3 條亦明確指出，當兒童權利與另一主體權益發生衝突時，未成年子女之權利應當優先考量，且當法律有不同解讀之可能性時，應採最符合子女利益之選擇⁷²，簡言之，若涉及未成年子女之權益時，應以未成年子女之最佳利益為首要考量。因此，當父母作為未成年子女之醫療決定者時，就其醫療行為、處置之選擇上，仍應符合其子女之最佳利益⁷³。

⁶⁸ 許育典，〈裁判憲法審查作為基本權客觀價值秩序的實踐—以子女最佳利益為核心的 111 憲判字第 8 號判決〉，《月旦法學雜誌》，第 327 期，2022 年 8 月，46-47 頁。

⁶⁹ 民法第 1055 條之 1 第 1 項各款：法院為前條裁判時，應依子女之最佳利益，審酌一切情狀，尤應注意下列事項：一、子女之年齡、性別、人數及健康情形。二、子女之意願及人格發展之需要。三、父母之年齡、職業、品行、健康情形、經濟能力及生活狀況。四、父母保護教養子女之意願及態度。五、父母子女間或未成年子女與其他共同生活之人間之感情狀況。六、父母之一方是否有妨礙他方對未成年子女權利義務行使負擔之行為。七、各族群之傳統習俗、文化及價值觀。

⁷⁰ 陳柏全，〈子女最佳利益之研究—夫妻離婚後未成年子女親權之酌定與會面交往權，軍法專刊〉，67 卷第 3 期，2021 年 6 月，150-155 頁；劉宏恩，〈離婚後子女監護案件「子女最佳利益原則」的再檢視—試評析二〇一三年十二月修正之民法第一〇五五條之一規定〉，《月旦法學雜誌》，第 234 期，2014 年 10 月，193-207 頁。

⁷¹ 兒童及少年福利與權益保障法第 5 條第 1 項：政府及公私立機構、團體處理兒童及少年相關事務時，應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見；有關其保護及救助，並應優先處理。

⁷² 林沛君，〈由聯合國兒童權利委員會第 14 號一般性意見重新檢視「子女最佳利益」〉，《華岡法粹》，第 58 期，2015 年 6 月，138-140 頁。

⁷³ 廖宗聖，〈醫療決定與兒童最佳利益—英國高等法院 2017 年 Charlie Gard 案評析〉，

如前陳述，未成年人於醫療法、病主法與病主法之施行細則於醫療實務層面，當面臨父母之親權行使與未成年人醫療決定權發生之衝突時，醫療臨床多會選擇尊重父母的意見，即父母對子女親權之行使，而使未成年人之病人主體地位遭受剝奪。意即，當父母面臨未成年子女之醫療決定時，可能會因個人對子女之情感、經濟條件、宗教信仰或個人偏好等，而作出違反未成年子女意願與最佳利益之醫療決定⁷⁴，然對此應就父母對未成年子女親權之行使予以限縮⁷⁵，蓋此時父母對未成年子女親權之行使已逾越憲法所保障之範圍。

（二）親權逾越或濫用親權之救濟

當父母對未成年子女親權之行使逾越憲法所賦予之範圍時，即未以子女最佳利益所為時，未成年子女應如何救濟？有學者主張醫療機構與醫師可依兒童及少年福利與權益保障法（下稱兒少法）第 54 條第 1 項通報主管機關，此時主管機關得依兒少法第 71 條前段對兒童及少年疏於保護、照顧情節嚴重，及民法第 1090 條親權濫用之禁止，請求法院宣告停止父母對未成年子女之親權行使，並依民法第 1094 條第 1 項另選監護人，以協助未成年人為醫療決策⁷⁶；另有認為，得依民法第 1086 條第 2 項，向法院聲請選任特別代理人，或依民法第 1090 條請求父母停止一部或全部親權，若有立即接受診治之必要者，醫師得依兒少法第 56 條向主管機關通報，並申請准許予以必要之治療⁷⁷。

《月旦裁判時報》，第 78 期，2018 年 12 月，54-55 頁。

⁷⁴ 陳孟佳、楊秀儀，〈急重症病患之「告知後同意」〉，《台灣醫學》，14 卷 6 期，2010 年 11 月，677 頁；楊秀儀，〈評論：實踐中的病人自主權利法〉，《台灣公共衛生雜誌》，39 卷第 3 期，2020 年 6 月，350-351 頁；李依如，〈病童：『別再救我』親權？侵權！家長兩難〉，健康醫療網，2019 年 12 月，載於：<https://www.healthnews.com.tw/article/44546>。（最後瀏覽日：2025.08.18）

⁷⁵ 楊玉隆，〈病人家屬參與醫療決定權限之探討〉，《臺灣醫界》，62 卷 10 期，2019 年 10 月，26-31 頁；王志嘉，同註 13，269 頁。

⁷⁶ 江浣翠，同註 12，36-37 頁。

⁷⁷ 戴瑀如，〈法定代理人拒絕醫療案：未成年子女之醫療決定權與醫師的告知義務〉，《月旦醫事法報告》，第 21 期，2018 年 7 月，53-54 頁。

本文對於上開學者的見解原則上表示認同，惟本文認為應將情況分為一般情況與緊急情況加以區分之，如果未成年人意識清楚、具有足夠的成熟度可理解自身的醫療決策，並有時間加以評估與衡量時，本文認為遵循上述學者之見解並無不妥，此亦為本文所稱之一般情況，然上述之見解並未考量宣告停止親權程序在實務上屬罕見程序，且要件嚴格、時間冗長，是倘若遇到情況重大且緊急之情況時，如仍須等待主管機關之准許或予以通報，將可能對病人產生不可逆性之永久傷害，畢竟醫師對病人之救治可能是在分秒中與死神拔河。又何謂「緊急情況」？雖主管機關亦未曾就醫療法第 63 條第 1 項但書、第 64 條第 1 項但書之加以補充解釋，然有學者主張應可透過衛生署所規定之急診病患檢傷分類作為判斷依據⁷⁸，而實務見解對於緊急情況之認定，多以醫事審議委員會鑑定書、法務部法醫研究所鑑定報告書作為判斷依據，惟綜觀相關判決，可發現實務多會以是否會造成急性併發症或引發惡性病變⁷⁹、危及病人或胎兒生命安全⁸⁰、檢傷分類程度⁸¹等作為判斷依據，此與美國聯邦法（US Federal law of 2001）對於急症之定義相仿，即以（1）可能會造成個人健康的嚴重危險（2）嚴重損害身體機能（3）嚴重影響身體器官的損傷，加以判斷病患是否陷於緊急情況⁸²。

⁷⁸ 陳孟佳、楊秀儀，同註 74，674 頁。

⁷⁹ 臺灣高等法院 105 年醫上字第 22 號民事判決，醫師因術中發現病患畸胎瘤過大，若未一併摘除卵巢，將可能造成病患卵巢扭轉壞死、腫瘤剝離過程破裂造成急性併發症，或引發腫瘤惡性病變之風險。

⁸⁰ 臺灣高等法院 101 醫上字第 7 號民事判決，醫師於術中發現病患有腹腔嚴重沾黏、骨盆膿瘍、迴腸與空腸四處穿孔、腹腔手術瘻管裂開之情事，故切除病患一段小腸，施作人工造口，避免病患因腸穿孔至腹膜炎及腸皮瘻管而死亡；臺灣台中地方法院 110 年度醫字第 6 號，病患當日至急診就醫即住院開刀，且術後入住加護病房。臺灣高等法院臺南分院 110 年度醫上字第 128 號民事判決，病患連續拒食，致低血糖，護理師依醫囑插入鼻胃管為病患灌食；臺灣橋頭地方法院 107 年度醫字第 4 號民事判決，胎兒心跳減速後，醫師立即用真空吸引器將胎兒娩出。

⁸¹ 臺灣高等法院 110 年重再字第 13 號民事判決、臺灣高等法院 96 年上易字第 2020 號刑事判決，病患均具有檢傷分類一級之情形，即血氧濃度過低，出現呼吸窘迫與發紺現象，故醫師均進行緊急插管。

⁸² 陳孟佳、楊秀儀，同註 78，674 頁。

職此，本文認為排除就醫當下意識清楚，且可經醫師評估對自身醫療具有理解能力，以及曾就個人的醫療處置曾有任何正式（如屬末期病人且已註記不施行心肺復甦術或維生醫療）或非正式（曾向家人、朋友等告知其有不願意接受積極治療的想法）明確拒絕治療的意願且具確切證據的未成年人，倘若其父母有濫用親權之情事而拒絕協助未成年子女就醫之情事，應可認為法定代理人為未成年病人所做的決定有違未成年子女之最佳利益，則於情況緊急下，站在醫學倫理的立場，應讓醫師協助扮演未成年人最佳利益之守門員角色⁸³，肯定醫療團隊可依其專業判斷為病患必要的手術或侵入性治療，而直接適用醫療法第 63 條第 1 項但書與第 64 條第 1 項但書⁸⁴，以落實醫療法保障病人權益之宗旨，此見解亦為我國實務所採⁸⁵。

（三）小結

未成年子女因身心發展尚未成熟，而對自身的醫療決策可能有過於衝動、思慮不周、未能預見其決策之長期後果之情形，因而需由其法定代理人（多為其父母），以確保未成年子女的最佳利益並免於傷害，然不可否認的現實是並非每位父母在面臨未成年子女的醫療決策時，都能確實以子女的最佳利益為出發，而於決策時能理性地忽視對子女的情感、財

⁸³ 吳俊穎，〈壽終正寢？—病患親屬代理決定權的探討〉，《月旦法學雜誌》，第 114 期，2004 年 11 月，161 頁。

⁸⁴ 楊玉隆，同註 75，30 頁。

⁸⁵ 臺灣高等法院 104 年醫上字第 28 號民事判決、臺灣高等法院臺中分院 104 年醫上字第 3 號民事判決均指出「惟告知家屬同意醫療行為之本質，究非病人本人之同意，僅係代理同意，家屬無權做出與理性病人意見相違背之代理意見，避免同意權之濫用，而對病人發生重大不利益，故醫療機構或醫師在無法取得病人本人之有效同意，應依各種客觀情事，以理性病人意思推測獲其同意，其基於病人最大利益所為醫療行為，並無需承擔賠償責任。且醫療法第 63 條第 1 項但書及第 64 條第 1 項但書亦規定，在情況緊急下，得不經同意而為手術或侵入性治療，亦即在病情危急且時間不容許取得同意下，基於病人最大利益考量得逕為醫療行為，適度限縮醫療機構或醫師之告知說明義務，自無苛責醫療機構或醫師須對病患或家屬為詳盡且無缺漏之說明義務。」，是可知醫師應具有保障病人之最大利益，與避免家屬濫用代理同意權，做出有違理性病人之意見相違背之代理意見之義務，在我國實務上已形成共識。

務能力負擔與否、個人生命經驗，以避免濫用對子女醫療決策代理同意之親權行使，因此，當發生父母、法定代理人濫用親權的情事時，應對其親權之行使予以限縮，甚至停止親權之行使，以確保對未成年人醫療自主權之保障。然而，關於親權限縮、停止之相關之兒少法、民法等並未能完全契合醫療臨床之實際情況，蓋對病人救治實乃分秒必爭，失之毫釐，即差之千里，故而於可能產生急性併發症或引發惡性病變、危及病人或胎兒生命安全等緊急的情況下，排除具有意識與心智發展成熟、曾有正式或非正式明確拒絕治療的意願的未成年人外，如果其父母有濫用其代理之同意權而拒絕未成年子女就醫之情事，醫療團隊應可援引醫療法第63條第1項但書、第64條的1項但書，逕自對未成年病人予以手術或非侵入性治療的施救，因此時醫師係以病人最大利益考量，並扮演著病患最佳利益代言人之角色，方能解決未成年人於醫療上所面臨的困境。

陸、研究結果與問題討論

一、研究結果

本文認為，無論是以行為能力作為標準的現行立法，亦或者是於重大醫療行為限制未成年人對於自身醫療決策參與之通說見解均有不妥，蓋現今立法未為充分考量行為能力制度的創設目的係源於商業交易，而通說見解則忽略不同階段的未成年人，心智變化發展之差異與個人成長軌跡的經驗脈絡，對於已具有一定心智成熟度之兒童保障顯有不足，且過度凸顯未成年人的脆弱性，而無法使未成年人為己發聲，並阻礙個人的價值觀形塑、獲得思考與獨立之機會，況醫學臨床早已有可評估未成年人對自身醫療處置的認知工具，是就未成年人的醫療自主權之落實，應採取個別判斷同意能力的制度，以符合兒童權利公約，保障兒童健全成長與福祉的宗旨。又，透過參考英國與美國的立法與普通法所創設的吉利克能力與成熟未成年人原則，均可得知在二者於未成年人醫療自主權議題上，對未成年人成熟度的重視與對未成年人隱私的考量，而二者就未成年人之成熟度亦會藉由主治醫師、精神科醫師等對其心智能力加以把關，法院則可透過參考未成年人於其治

療期間的個人表現加以評估未成年人是否確有足夠的成熟度，是可知就個別未成年人之心智成熟度評估並非是不能完全落實，此值得我國加以借鑑。

為確保未成年子女於對其自身有重大影響之醫療決策的最佳利益，是倘若發生父母、法定代理人濫用親權之情事時，則於一般之情況下，應對其親權之行使予以限縮，甚至停止親權之行使，以確保對未成年人醫療自主權之保障；但就親權限縮、停止之相關之兒少法、民法等之應用，並未能完全契合醫療臨床挽救生命分秒必爭之實際情況，因此在緊急的情況下，排除具有意識與心智發展成熟、曾有正式或非正式的方式，明確拒絕治療的意願的未成年人外，如果其父母有濫用其代理之同意權而拒絕未成年子女就醫之情事，醫療團隊應可援引醫療法第 63 條第 1 項但書、第 64 條的 1 項但書，對未成年病人予以手術或非侵入性治療等施救，以真正落實對未成年病人之救濟，方能解決未成年於醫療上所面臨的困境。

二、問題討論

參考社團法人台灣醫療改革協會整理我國 2006 年至 2023 年之醫療糾紛案件，可知我國之醫療糾紛案件幾乎每年均達上千件案例，進入民、刑事訴訟者，除 2023 年刑事案件鑑定數未破百外，每年刑、民事鑑定案件仍達上百件⁸⁶。是為探究醫師是否能於真正為未成年病人發聲，筆者於 2025 年 9 月以司法院判決書查詢系統，於全文分別設定「醫療法第 63 條第 1 項但書」、「第 64 條第 1 項但書」加以搜尋，發現不分民事與刑事案件，醫師於緊急狀況下未取得病人同意逕自實施手術之實施僅 30 例，其中最高法院、最高行政法院、高等法院僅 15 例；又未經病患同意，直接對病患進行侵入性治療者，僅 9 例，其中高等法院、高等行政法院共 4 例。是以，依上述實務判決與歷年醫療糾紛之數量可推測，目前醫療臨床於緊急狀況下，可能具有以下情形：一，病患家屬或病患本人選擇接受醫師之積極救治，因此選擇於訴訟前和解，或未正式提出訴訟；二，醫師多半不願意選擇於未經病人或其

⁸⁶ 社團法人台灣醫療改革協會，〈台灣醫療爭議案件數統計（醫改會 113.10 整理）〉，2024 年 10 月 4 日，<https://www.thrf.org.tw/medicaldisputes/2448>。(最後瀏覽日 2025.09.14)

家屬之同意下，逕自實施手術或進行侵入性治療，或逕依其專業判斷盡力拯救挽救病人生命。又上開 39 件實務案件的當事人均為成年人外，亦無未成年人於成年後進行提告者，是難以確定在緊急狀況下，究竟是父母尊重醫師對其未成年子女醫療行為的實施，還是醫師均以家屬意見為主，因此不會有醫療糾紛之問題發生，亦無法得知醫師是否具有接受父母或法定代理人濫用其對未成年子女醫療代理決定權之親權行使，而選擇違背醫學倫理與病患最佳利益代言人之角色與兒童權利公約宗旨之情事。然依上開條文之文義解釋，醫療機構之醫師若當面臨病人具有「情況緊急」時，實毋須向病人或其法定代理人取得手術或侵入性檢查與治療之告知同意，而得逕為病人施以手術或侵入性檢查與治療。另觀其立法意旨，應係以「增進病人最大利益」為目的，即是站在醫學倫理的角度，使醫師發揮病患利益最佳代言人的角色，使醫師能於黃金治療時間內對病患進行搶救，避免對病人的身體產生不可逆性之傷害，此亦為司法實務所承認與認同。

惟究竟何種原因，使醫療法第 63 條第 1 項但書與第 64 條第 1 項但書，幾乎等同形式立法，而被實質架空？是醫師畏懼訴訟，還是個人對醫療法賦予之緊急救治依據有所不知，抑或者是個人倫理衝突等？當面對未成年病人，可能面臨法定代理人或父母濫用醫療決策之代理權之親權時，該法條是否仍是屬於被架空的狀態？又，未成年人於臨床上之緊急情況下，若對自身醫療處置之內容，具同意能力，其意見是否會被傾聽，且參與自身醫療處置，還是醫師會以父母之意見為主，而忽略未成年人之聲音？若未成年人不具有同意能力時，醫師是否會僅以父母意見做為其對未成年人之治療方針，而還是依其專業提供其認為對病人而言的最佳利益，並與父母積極溝通、討論關於未成年病人的治療方針，而善盡病人最佳利益代言人之角色？以上為本文認為值得後續加以討論之問題。

柒、參考文獻

一、中文文獻

(一) 專書(按姓氏筆劃排序)

1. 王澤鑑,《民法總則》,台北:自版,2020年9月修訂新版。
2. 王澤鑑,《侵權行為法》,台北:自版,2021年11月增補版。
3. 司法行政部民法研究修正委員會,《中華民國法制定史料彙編,上冊》,台北:司法行政部總務司,1976年6月。
4. 司法行政部民法研究修正委員會,《中華民國法制定史料彙編,下冊》,台北:司法行政部總務司,1976年6月。
5. 邱聰智,《新訂民法債編通則》,台北:輔仁大學法學院法律服務服務中心,2013年9月新訂二版。
6. 吳志正,《醫療責任體系篇—解讀醫病關係II》,台北:元照,2006年9月初版。
7. 林秀雄,《親屬法講義》,台北:元照,2024年8月修訂第七版。
8. 倪伯萱、劉晏齊等,《美國聯邦最高法院憲法判決選譯第八輯》,台北:司法院,2016年8月。
9. 陳聰富,《民法總則》,台北:元照,2022年9月四版。
10. 陳聰富,《醫療責任的行程與展開》,台北:台灣大學出版中心,2021年4月修訂版。
11. 蔡墩銘,《醫事刑法要論》,台北:翰蘆,2005年9月二版。
12. 劉玉玲,《青少年發展與輔導:認知、情意與關懷》,台北:高等教育,2016年8月。

(二) 期刊論文

1. 王志嘉,〈未成年人的醫療決定與生育自主權—最高法院九十五年度台非字第一一五號、台灣高等法院九十一年度上訴字第二九八七號刑事判決評釋〉,《月旦法學雜誌》,第181期,2010年6月。
2. 江浣翠,〈未成年人之醫療決定與自主—臺灣規範現況與評析〉,

- 《月旦醫事法報告》，53期，台北：元照，2021年3月。
3. 吳俊穎，〈壽終正寢？—病患親屬代理決定權的探討〉，《月旦法學雜誌》，第114期，2004年11月，161頁。
 4. 林欣柔，〈未成年人醫療自主權—以愛滋檢測為中心〉，《法律與生命科學》，5卷第1期，新竹：國立清華大學生物倫理與法律研究中心，2016年3月。
 5. 林素月、蔡美容、陳秋雪、廖思蘋、賴忻怡、劉婷婷，〈青少年生理構造異常之病情告知倫理衝突〉，《彰化護理》，30卷3期，2023年9月。
 6. 林沛君，〈由聯合國兒童權利委員會第14號一般性意見重新檢視「子女最佳利益」〉，《華岡法粹》，第58期，2015年6月。
 7. 許育典，〈裁判憲法審查作為基本權客觀價值秩序的實踐—以子女最佳利益為核心的111憲判字第8號判決〉，《月旦法學雜誌》，第327期，2022年8月。
 8. 陳孟佳、楊秀儀，〈急重症病患之「告知後同意」〉，《台灣醫學》，14卷6期，2010年11月。
 9. 陳柏全，〈子女最佳利益之研究—夫妻離婚後未成年子女親權之酌定與會面交往權，軍法專刊〉，67卷第3期，2021年6月。
 10. 楊秀儀，〈再論病人之拒絕治療權：病人自主權利法施行之後〉，《臺大法學論叢》，50卷3期，2021年9月。
 11. 楊秀儀，〈評論：實踐中的病人自主權利法〉，《台灣公共衛生雜誌》，39卷第3期，2020年6月。
 12. 楊玉隆，〈病人家屬參與醫療決定權限之探討〉，《臺灣醫界》，62卷10期，2019年10月。
 13. 廖宗聖，〈醫療決定與兒童最佳利益—英國高等法院2017年Charlie Gard案評析〉，《月旦裁判時報》，第78期，2018年12月。
 14. 劉明生，〈親子非訟事件程序之研究—以未成年子女最佳利益之保

護為核心》，《月旦法學雜誌》，第 327 期，台北：元照，2022 年。

15. 劉宏恩，〈離婚後子女監護案件「子女最佳利益原則」的再檢視—試評析二〇一三年十二月修正之民法第一〇五五條之一規定〉，《月旦法學雜誌》，第 234 期，2014 年 10 月頁。
16. 戴瑀如，〈法定代理人拒絕醫療案：未成年子女之醫療決定權與醫師的告知義務〉，《月旦醫事法報告》，第 21 期，2018 年 7 月。
17. 戴東雄，〈未成年人婚後對其子女親權之行使與離婚後協議對子女親權之行使〉，《月旦法學教室》，第 203 期，2019 年 9 月。

（三）碩博士論文

1. 張雅珮，《父母子女關係於未成年人醫療決定中之地位—以未成年人之醫療自主權及最佳利益為中心》，國立台北大學法律學系碩士論文，2005 年 7 月。
2. 張濱璿，《兒童醫療自主之探討—以病童臨床經驗出發》，國立政治大學法律科際整合研究所碩士論文，2012 年 7 月。

（四）網頁文獻

1. 王芊凌，〈青春與疾病的拉鋸戰：淋病、梅毒年齡下探，誰讓孩子成了高風險者？〉，報導者，2025 年 4 月 21 日，載於 <https://www.twreporter.org/a/data-reporter-sexually-transmitted-infections-in-adolescents-raise>（最後瀏覽日 2025.09.13）。
2. 立法院，〈第 9 屆第 6 會期第 12 次會議議案關係文書，病人自主權利法施行細則說明〉，https://lis.ly.gov.tw/lygazettec/mtcdoc?PD090612:LCEWA01_090612_00079。（最後瀏覽日：2025.07.18）
3. 李依如，〈病童：『別再救我』親權？侵權！家長兩難〉，健康醫療網，2019 年 12 月，載於：<https://www.healthnews.com.tw/article/44546>。（最後瀏覽日：2025.08.18）
4. 張沛元，〈信仰與生命孰重？加國六胞胎生死拔河〉，自由時報，2007 年 2 月 24 日，<https://news.ltn.com.tw/news/world/paper/117349>。

(最後瀏覽日：2025.07.18)

5. 社團法人台灣醫療改革協會，〈台灣醫療爭議案件數統計 (醫改會 13.10 整理)〉，2024 年 10 月 4 日，<https://www.thrf.org.tw/medicaldisputes/2448>。(最後瀏覽日 2025.09.14)
6. 鄭涵文，〈20 歲的畢業考——自力爭取就醫權的血癌男孩〉，少年報導者，2024 年 4 月 24 日，載於 <https://kids.twreporter.org/article/children-with-leukemia-main-story> (最後瀏覽日 2025.07.23)
7. 羅真，〈「可不要再救我了嗎？」醫：不應只將病童意見視為叛逆〉，聯合報，2019 年 12 月 20 日，轉引自 CRC 資訊網聯合國兒童權利公約，載於：<https://crc.sfaa.gov.tw/PublishCRC/CommonDetail?documentId=1A884CCE-EE29-4854-B571-21C318A4227E>。(最後瀏覽日：2025.07.18)

二、英文文獻(按姓氏字母序排序，姓前名後)

(一) 期刊論文

1. Anya R. Khurana. Teamwork and Trust: Adolescent Shared Decision-Making now for Success Later, 75 Journal of Adolescent Health 214. (2024).
2. Ann Eileen Driggs, The Mature Minor Doctrine: Do Adolescents Have the Right to Die?, 11(2) Health Matrix Cleve. 689. (2001).
3. Brianna Cyr, The Mature Minor Doctrine and COVID Vaccination in Connecticut, 56(1) Connecticut Law Review 1. (2024).
4. Danielle Taddeo/Maud Egedy/Jean-Yves Frappier , Adherence to treatment in adolescents, 13(1) Paediatrics & Child Health 19. (2008).
5. G S Sigman/C O'Connor, Exploration for physicians of the mature minor doctrine, 119(4) J Pediatr. 520. (1991).
6. Hortense Cotrim/Cristina Granja/ Ana Sofia Carvalho/Carlos Cotrim /Rui Martins, Children's Understanding of Informed Assents in Res

earch Studies, 9(7) Healthcare (Basel) 1. (2021).

7. Irma M Hein/Pieter W Troost/Robert Lindeboom/Imke Christiaans/Thomas Grisso/Johannes B van Goudoever/Ramón J L Lindauer, Feasibility of an Assessment Tool for Children's Competence to Consent to Predictive Genetic Testing: a Pilot Study, 24(6) J Genet Couns. 971. (2015).
8. Lois A. Weithorn & Susan B. Campbell, The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions, 53(6) Child Dev. 1589. (1982).
9. Rosy Thornton, Minors and Medical Treatment. Who Decides?, 52(1) The Cambridge Law Journal 34.(1993).
10. Shawna Benston, Not of Minor Consequence? :Medical Decision-Making Autonomy and the Mature Minor Doctrine, 13(1) Indiana Health Law Review 1. (2016).
11. Soo Jee Lee, A child's voice vs. A parent's control: Resolving a tension between the convention on the rights of the child and U.S. Law, 117(3) Columbia Law Review 687. (2017).
12. Veikko Peltola-Piri 1, Karin Engström, Ingemar Engström. Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. 14 BMC Medical Ethics. 1. (2013).

(二) 網頁文獻

1. Fatima Malik, Cognitive Development, at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537095/> (last visited 07/23/2025)