

南華大學人文學院生死學系哲學與生命教育碩士班

碩士論文

Master Program in Philosophy and Life Education

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

論中國高齡化社會長期照護之倫理實踐

—以納斯邦能力進路為分析視角

Ethical Practice of Long-term Care in Aging Society of China

--Taking the Capabilities Approach of Martha C. Nussbaum as an
Analytical Perspective

林桂連

Gui-Lian Lin

指導教授：尤惠貞 博士

Advisor: Hui-Zhen You, Ph.D.

中華民國 107 年 6 月

June 2018

南華大學
生死學系哲學與生命教育碩士班
碩士學位論文

論中國高齡化社會長期照護之倫理實踐

—以納斯邦能力進路為分析視角

Ethical Practice of Long-term Care in Aging Society of China

—Taking the Capabilities Approach of Martha C. Nussbaum as an
Analytical Perspective

研究生：林桂連

經考試合格特此證明

口試委員：

蔡昌雄

孫雲平

尤惠貞

指導教授：尤惠貞

系主任(所長)：廖俊祐

口試日期：中華民國 107 年 6 月 29 日

謝 誌

我於護理臨床實務工作多年，常想如何增進倫理知識於工作場域中，故興起再進修念頭，進修期間由於適逢身體不適及人生中低潮，毅然決然於 100 年辦了退學(南華哲學所)及離開工作職場。但人生無一定狀態，偶然遇到多年未碰面的南華大學哲學所畢業的蕭玉霜學姊，非常感謝在她的鼓勵及幫忙之下，我又回到學校繼續未完成的學業，故人生何時會有新際遇與變化，未來不可預知。

此篇論文的撰寫與完成，感謝我的指導教授尤惠貞老師，在研究題目大方向的提示及撰寫時必須嚴謹遵守學術立場的堅持，尤教授給我很多指教與指正開導，受益良多。論文的修訂以致於完成，更感謝口試委員蔡昌雄教授及孫雲平教授給予寶貴意見，反覆地聽錄音帶一遍又一遍做一些細部修正，精益求精，在此謹誌謝各位老師。

寫論文期間親姊妹們的患難相助鼓勵及照顧我的兩個孩子，讓我的生活困難得到解決，專心完成課業及撰寫論文。從人生最困頓之時再到學校進修，提醒往後開創事業工作之可能性，真的感謝你們。本文議題為中國長期照護議題，論文撰寫期間每次將寫稿時，由於兩岸對於照護理念文化不同，為了避免岔開本議題之外，必先靜心禱告心中恩主守護神，方始動筆，今論文順利完成，也於此銘記謝神恩。在論文完成即將交付印刷之際，回想這些時光，有所感而為此記，以致謝於對我有恩的人，及一切可以感應教化我的人世間一切萬象真情。

要感謝的人太多，這一路走來有歡喜、有悲傷，歡喜的是在法庭上我贏了，但悲傷的是兩個孩子受傷心靈短期內無法平撫，有句話說為母則強，予僅以所學盡心盡力再教育上彌補，所以孩子們我們必須加油。期盼自己在這麼多人幫助下，化悲憤為力量，讓成長的動力，可以於自身有能力之時，幫助需要幫助的人。

謹以此論文獻給摯愛我的家人與所有熱愛護理的夥伴們。

林桂連 2018.07.21 謹誌 嘉義 大林

摘要

人口老化趨勢是全球性的事實，也是你我都不可避免的過程，根據統計 2017 年底中國之 65 歲以上人口即佔 2.2 億人，失能人口也佔 3500 多萬人。依此數據中國面臨人口高齡化，有迫切面對龐大長期照護之需求。依剛出台之長期照護政策，是否足以滿足這些失能者與照顧者。研究者極為關心此問題，期盼藉由研究建構中國高齡化社會長期照護之倫理實踐進路，首先考察高齡化之社會現況，其次檢視中國長者長期照護衍生之失能者照護問題，最後確認從養老機構的制約性(臥床約束尿布)照顧模式發生之三大問題：一、社會弱勢族群(失能殘疾者)之照護模式，二、醫療保障分配不均涉及失能者，三、失能者因醫療照護不當而產生廢用症候群等合併症問題。依此反思納斯邦 (Martha C. Nussbaum) 所提出之能力進路原則，檢討目前失能者照護實施中面臨之倫理議題。依其理論主張能力對人類生存基準點的影響，強調「值得人性尊嚴的生活」(a life worthy of human dignity)，當透過正義概念中的「照護」(care)概念可以提升人類的「能力」。其「能力進路」對弱勢者的觀照，正是失能者在長期照護所需求的倫理生命本質，故本文藉由台灣實施自力支援之經驗：探討採能力回復之原則，就桌進食，定期如廁之成效，企圖解決中國養老機構之三大問題。最後，本文證實養老機構自力支援之實踐模式，經由提升失能者生活機能，可以增進生命尊嚴減少就醫降低醫保之需求。建議中國政府當局應積極推動自力支援照顧模式，提供失能者之長期照護品質。

關鍵詞：納斯邦、能力進路、正義、長期照護、自力支援

Abstract

The aging population trend is a global fact. According to the statistics, by the end of 2017, China's population aged over 65 is 220 million people, and disability also accounts for more than 35 million people. According to this data, China faces an aging population and there is an urgent need for large-scale long-term care.

However, the newly released long-term care policy is sufficient to meet these disabled and caregivers. This article is extremely concerned about this issue and looks forward to researching and constructing ethical practices for long-term care of China aging society. let's examine the current situation of the aging society and examine the level of care of disabled people with long-term care and the elderly in China. We have identified three major problems that arise from the care of nursing homes' restrictive (bed-constrained diapers) model : Unequal distribution of medical insurance involves socially disadvantaged people and the elderly. Improper care of doctors leads to complications such as disuse syndrome. In accordance with the principle of the ability approach proposed by Martha C. Nussbaum, and to review the current ethical issues faced by the disabled persons in their implementation. In accordance with the influence of the claim ability on human survival benchmarks, emphasizing , the care in the concept of justice can enhance human ability. Its capabilities approach is a reflection of the disadvantaged people. It is precisely the nature of the ethical life that disabled people need in long-term care.

Therefore, this article uses Taiwan's experience of independence support : to explore the principle of ability recovery, to eat at the table, and to be able to go to toilet by himself/herself was an attempt to solve the three major problems of China's pension institutions. Finally, this article confirms that the practice model of self-supporting by the old-age care institutions can enhance the dignity of life and reduce the need for

medical treatment to reduce medical insurance. It is suggested that the Chinese government authorities should actively promote the independence support care model and provide the long-term care quality of the disabled.

Keywords : Martha C. Nussbaum, capabilities approach, justice, long-term care, independence support



目 錄

謝 誌.....	I
摘 要.....	II
ABSTRACT.....	III
目 錄.....	V
表目錄.....	VI
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 高齡化人口照顧現況.....	9
第三節 研究方法及架構.....	11
第二章 高齡化社會之照護反省.....	14
第一節 高齡化照護問題檢視.....	14
第二節 長期照護反思.....	26
第三節 長期照護(失能及殘障者)是否享有社會正義.....	30
第三章 納斯邦之能力進路.....	35
第一節 失能與殘障之對話與理解.....	35
第二節 能力進路理論.....	44
第三節 正義與能力之關係.....	49
第四章 能力進路對人性尊嚴關懷倫理之反思.....	59
第一節 長期照護中之關懷.....	59
第二節 失能者照顧體現關懷和人性尊嚴.....	65
第三節 能力進路在長期照護中關係中應用.....	69
第五章 納斯邦能力進路之倫理實踐.....	71
第一節 能力進路導入自立支援之現況.....	71
第二節 自立支援之實踐.....	79
第三節 能力進路實踐及導入自立支援模式.....	87
第六章 結論.....	92
第一節 高齡化問題解決現況.....	92
第二節 研究建議.....	93
第三節 實務建議.....	93
參考資料.....	95

表目錄

表 1 國際機能、失能和健康分類(ICF)表.....37



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

一、高齡化社會的現況

據統計中國 2017 年底 65 歲及以上人口達到 2.22 億，占總人口的 16.15%。預計到 2020 年，老年人口達到 2.48 億，老齡化水準達到 17.17%，其中 80 歲以上老年人口將達到 3067 萬人；2025 年，六十歲以上人口將達到 3 億，成為超老年型國家。¹到 2050 年，60 歲及以上老人占比將超過 30%，社會進入深度老齡化階段。²中華人民共和國國家統計局國家統計局 1 月 18 日發佈最新老年人口統計資料，2017 年末，中國 60 周歲及以上人口 24090 萬人，占總人口的 17.3%，其中 65 周歲及以上人口 15831 萬人，占總人口的 11.4%。³這個老齡急速增加造成的問題，中國政府也很重視責成國務院，進行人口發展規劃(2016-2030 年)，根據國務新聞稿說明簡述如下：

「80% 民眾家屬及長者焦慮，養老靠誰？不能靠政府、家庭靠不了，老百姓養老顧慮重重。一方面是數以千萬計的需要長期照護的失能失智老人無法獲得基本養老服務的保障和支援，另一方面是全社會普遍對政府提供養老服務的預期與依賴無限度的提高，從就餐到家政都寄望政府埋單，給予免費供給。民眾的焦慮還體現在由於政府扶持養老服務業的無限化，以及引導教育的不足，非法集資養老等產品的盛行，更讓大量失能老人及家屬無所適從，造成社會民心不安定。」⁴

意即是，導致養老問題上全民焦慮的原因很多，可是過去中國大陸的基本養老服務及社會保障的發展，仍無法滿足民眾需求，乃致大量失能老人及家屬無所

¹ 中華人民共和國國家統計局國家統計局 2018 年 1 月 18 日發佈最新老年人口統計資料，取自於 2018/02/03:<http://finance.jrj.com.cn/2017/03/31101122249888.shtml>。

² 取自於 2018/02/03:<https://read01.com/zh-tw/5yR5oo.html#.WnhgFqiWZRY>。

³ 取自於 2018/02/01:http://www.sohu.com/a/217586779_611014，中華人民共和國國家統計局。

⁴ 國務院印發人口發展規劃(2016-2030 年)，新華社，北京 2017 年 1 月 25 日經李克強總理簽批審閱。

適從，造成社會民心不安定。究竟，什麼樣的照顧模式才能滿足目前中國大陸上億「失能老人」健康照護需求？所謂「基本養老服務」需要政府各部門、衛政體系、民政體系具有共識形成政策以佈建養老服務保障的實現路徑圖，滿足養老床位需求及照護困難。⁵ 根據河南省養老服務研究中心指出，這些嚴重影響和制約了中國大陸養老服務行業的健康持續發展，並形成越來越多的社會不穩定因素。⁶ 王信賢認為從整體人口結構來看，人口「高齡化」伴隨的是「少子化」的發生，長期受到「一胎化」政策的影響，目前大陸的生育率僅 1.21%，這就意味著「人口紅利」（demographic dividend）下降、⁷人口負擔係數過大、勞動力下降，以及醫療、社會福利與財政負擔加重、基礎建設與產業結構調整，這對中國發展將是一大挑戰。⁸亦即是老齡化問題未解決，最大的衝擊就是與人口老化相關的是「衛生醫療體系」的缺口，大陸人口在平均壽命延長 的同時，反映疾病模式轉變上，也從傳染性、寄生性疾病轉向慢性病、變性疾病為主，此將會大量增加醫療費用的支出，也會導致巨大的人力和社會資源投入。本文研究者者在中國從事養老服務工作，也認同這個問題的嚴重性，試舉案例說明如下：

一位 102 歲的老奶奶罹患冠心病、糖尿病、呼吸衰竭等慢性疾病，因為跌倒骨折，緊急送醫院插管治療後，家屬未取得醫師同意，執意由加護病房辦理出院，直接轉回養老機構。拒絕讓老奶奶再回醫院治療的據家屬說：「住醫院治療根本沒有人性，天天綁於床上，臥床已經四個多月了，身上多處壓瘡傷口，大小便用尿片，吃飯用空針灌食硬推，希望回養老機構給予一些尊嚴照護，並要求護理部主任，幫忙拔除管路，讓他媽媽有一些自由，有一些活動的能力。」⁹

⁵ 馬寧等〈河南省醫養結合型長期照護模式實踐及倫理問題探討〉《中國醫學倫理學》，2016 年 8 月，第 29 卷，第 4 期，P669。

⁶ 2017/09/02 取自於新華社，記者:史林靜於河南省養老服務研究中心。

⁷ 2018/02/04 取自於 <https://zh.wikipedia.org/zh-tw/人口紅利在經濟學上>，人口紅利（英語：demographic dividend）是指因為勞動人口在總人口中的比例上升，所伴隨的經濟成長效應。它通常發生在人口過渡時期（demographic transition）晚期，此時因為生育率下降，使得受撫養的青幼年人口減少。

⁸ 王信賢，〈中國大陸高齡化衝擊及養老服務業發展〉《展望與探索》，2013 年，第 11 卷，第 10 期，P28-30。

⁹ 當天接長者值班人員為研究者，有護理紀錄為佐證資料，中國大陸醫保政策就醫行為在於有

案例中的老奶奶，因為病情需要住加護病房，家屬為何可以拒絕醫囑？家屬認為身上插滿管路：鼻飼管、尿管、中心靜脈導管、靜脈留置針、壓瘡傷口多處、因情緒躁動故四肢約束中的奶奶可憐沒有尊嚴和自由。認為在護理院則否，而要求轉至護理院，對於生命權是否是正確的對待呢？雖經養老院院長多次溝通，說明因病況不穩定奶奶有需要接受醫院的治療，家屬仍再三拒絕，並道出其住醫院醫療如被虐待很沒尊嚴，家屬看了心疼；其二因為無醫療保險，家屬付不起醫療費用。

其實長照個案多複合多元的慢性病，倘若無法支付醫療費用，其生命便會失去醫療救治的機會，生命尊嚴也隨之受損？美國學者納斯邦(Martha C. Nussbaum)，主張不同人生階段有其相應之不同需求，不過需求核心源自能力的差異，要能回答在個體生活與活動範疇中，什麼方法才合於人性尊嚴最低限度的形式？¹⁰ 隨著年齡的老化，不論在生理、心理、社會各層面都會受到影響，而多數的老人常罹患至少一種以上的慢性病。多重慢性病使老人的照顧變得複雜，照顧者需具備有照顧失能老人的知識與技巧，以維持其健康狀況及增進自我照顧之能力。舉例來說，長者之營養攝取，排泄功能，環境安全，活動與運動，針對長期臥床的失能者應注意維持正確的姿勢，協助執行被動關節運動，以預防關節僵硬與肌肉萎縮，鼓勵老人獨力執行日常生活活動，包括訓練由床移至輪椅的轉位；使用輔具，例如黏貼帶、加粗的握把等訓練老人完成進食活動。但在訓練日常活動時，應考量老人的能力，以鼓勵取代強迫執行，並適當的運用輔助器。¹¹

面對當前養老問題的重重困境，正是呈現納斯邦主張的人性尊嚴最低限的危機。由政府公佈之資料顯示政府在養老中的角色一直是「兜底線、保基本」，¹² 目前通過最低生活保障制度等一系列社會救助措施，已較好地解決「兜底線」的

無醫保資格，其經濟自主權在於家屬，未先繳保證金或保證金以扣抵完畢，醫院會趕家屬出院或終止治療。

¹⁰ Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. pp. 9, 74, 161-162.

¹¹ 劉淑娟等編著《長期照護》，台北華杏，2016，P379-410。

¹² 2017/12/10 取自於：<http://npc.people.com.cn/n/2014/0313/c376899-24627164.html>，李克強會見中外記者並回答記者提出的問題。他是在回答有關社會保障的問題時作上述表示的。兜底線、保基本為中國內地保守照護模式，只對食衣住行給予基本供應，但仍未能滿足養老機構住民之需求。

目標，但由於對基本養老服務物件的界定不清，「保基本」被泛化，名目繁多的社會服務統統被冠以「養老服務」名頭，然而真正問題卻是：失能者的照顧需求卻沒有得到足夠重視，普遍民眾的反應皆是「去養老院就是等死，就是不孝」，因為養老機構內沒有照護規範標準。¹³亦即是，基本養老服務物件，應該非常明確地界定在基於老年人能力評估確定的失能或失智老人，政府相關部門的政策措施也應該優先定位在為失能老人提供基本養老服務，並以此來統籌和整合行政及社會資源，確保政府「保基本」目標的落實。

高齡化產生問題的原因，葉淑惠精闢提出老人的生理、心理、社會文化生長時代背景，與重大事件等對老化的影響，並說明老化理論人體老化的現象包括：心肺功能、腎臟及膀胱功能降低，消化系統蠕動及吸收減緩，葡萄糖耐受力變差，性荷爾蒙分泌減少，生殖系統細胞功能萎縮退化及性徵改變有所謂更年期產生，神經系統全面衰化(包含知覺、記憶、認知、思考、情緒、學習動機等能力與人格的改變)，因骨質密度減少及肌力下降，關節穩定性及靈活度變差。在社會方面，因老人的社會角色、地位、權勢與義務皆隨其生理、心理的改變，或社會之結構及制度之改變而有所改變。¹⁴這個主張，和作者在長照領域工作的發現相符：老齡化人口發生關節及多重身體因素導致跌倒不斷，臥床比例增加，多使用輪椅及約束，以及咀嚼吞嚥能力下降採用鼻胃管及雙手約束等，進而產生廢用症候群¹⁵。意即是老化失能者從生活自理能力喪失，增加照顧人力及慢性病醫療費用，生命亦演變為必須依靠他人才能生存。

¹³ 景躍軍、李元，〈中國失能老年人構成及長期護理需求分析〉《人口學刊》2014年2月，第36期，P55-57。

¹⁴ 葉淑惠教授，《老人照護指引—長期照護醫療健康小組適用》，臺北：華都文化，2010，P3-29。

¹⁵ McFarland, G. K., & McFarland, E. A. (2002). 新臨床護理診斷 (周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁慧譯). 台北：華杏 (原著出版於 1997)。指出，「廢用症候群」是用來描述因不活動而導致身體多種系統惡化的術語，常被稱為不健康的狀態，並且和不動、臥床休息或不活動所導致的併發症壓瘡有關。。

二、長期照護之問題討論

綜合以上的探討，高齡失能者之照護模式及其相關慢性病醫療支付不均，結合長期照護不當產生的廢用症候群是當前三大問題，這三個問題沒有改善之前，失能者和他的家屬難以享有安居樂業的生活。因此以下將討論這三個核心問題。

(一)高齡失能者照護模式

依姜向群調查結果顯示，失能老年人占比 10%，其中尤以高齡老人為主，生活自理老年人主要集中在中低年齡組。有一半的失能老年人處於無配偶狀態，包括未婚、離婚和喪偶等情況，失能老年人的各項服務需求率均高於生活自理老年人，尤其是對到宅護理服務、陪診看病、陪同購物、康復治療、幫助日常生活照料、送餐服務這幾項的需求較高，且以陪診看病、到宅護理服務、送餐服務的需求率最高。¹⁶ 在所有的社區服務專案中，醫療健康服務是失能老年人最需要的服務，其次是生活照料服務。其中到宅醫療門診和社區醫療服務的需求量最高，二者合計接近 40%。生活照料服務以老人綜合照顧服務為主。其他服務如精神慰藉、休閒活動服務、法律援助等居於末位。換言之，與生活自理老年人不同之處，在於失能老年人目前最急需的是能滿足其生理和安全需求方面的服務。在這些服務沒有得到滿足之前，其他較高層次的服務需求顯得並不重要。從失能程度來看，重度失能老年人較中度和輕度失能老年人更需要到宅服務、社區醫療、復健護理，輕度失能老年人比中度和重度失能老人更需要其他類型的服務，如精神慰藉、娛樂休閒等。

(二)醫療支付保險不均

誠如魯元春於 2003 提出醫療保險制度改革，中國社會醫療保險制度主要由三部分組成：全民保健制度，城市社會醫療保險制度，農村建康保險制度。¹⁷ 由此看來中國的社會醫療保障是以全民保健為基礎，以公費和勞保醫療為主體，以合作醫療和其他形式的醫療保障為補充的多層次的社會醫療保障體系，整體而言，

¹⁶ 姜向群，〈失能老年人的生活狀況和社區照護服務需求研究〉，《老齡科學研究》，2014 年 7 月，第 2 卷，第 7 期，P30-34。

¹⁷ 魯元春，〈中國醫療保險制度改革的現狀、成效及前景分析〉，收錄於北京大學校長基金論文集，2003 年，P3-4。

此位住民應該獲得基本醫療治療保障，以上述案例來探討，這位家屬的醫療支付應該是國家全民福利覆蓋，家屬很無奈的道出：「沒錢繳保證金，所以醫院趕我們出院。」亦即是，醫療保險政策不足，讓失能者和家屬在慢性病醫療支付上難為了，甚至無法支出費用而喪失矯治健康的機會，也道出醫療支付不均的困境。¹⁸且看霍布斯社會契約論說明「如果社會契約論認為道德只是人與人之間的建立契約，足以保障人類可以生活得更加好，試想像一個沒有法律沒有道德的原始地方，每個人也有自由作任何事情。」¹⁹ 如果，人與人之間存在社會契約，那麼醫療保險與人民保障是同一立足點，人人皆有醫保所依託，如此便足以保障人類可以生活得更加好。試想像一個沒有法律沒有道德的原始地方，每個人都有自由作任何事情，無正統統一規範，那麼人民生活亂套了，又有何幸福可言。但社會契約又說「並不是必然地需要全人類的參與，只要大部份人簽定和約有足夠的力量，就可以對剩下的小部份人為所欲為」，²⁰ 社會契約不能解釋為何種族歧視或性別歧視是不道德行為，這是它的弊端。只有能夠履行道德義務者，才有參與契約的資格，才可以擁有道德權利的保護。換個角度思考社會契約不能解釋小孩或智障人士的基本人權，若失能者屬於小部分或殘障人士族群則不能擁有人類應享有的基本權利義務，那是否國家硬體建設只為大多人而設計的，忽略了這些失能者或殘障人士，基於人權而言，他們是被遺忘的一群；換句話說，中國醫保政策未能將失能者之慢性醫療費用納入醫保給付費用，導致眾多失能者因經濟條件較差者，無法享有國家醫療保障而失去就醫權利及義務，那是否這些失能者即可視為若是團體。同樣地納斯邦也說明「互惠(mutual advantage)對於傳統的社會契約來說是其核心，背離自然狀態的各黨各派，就是為了獲得與他人之間相互的利益」²¹。以上述案例而言，失能者之家屬因為經濟關係，被要求趕離醫院，試想如果因為經濟不允許而失去醫治機會，社會中未能維護失能者保障，醫院單純站在利潤思維，儼然人的生存就醫權即趨附於醫療保險制度之下，顯示生命尊嚴的損害，亦無法達到納斯邦提出在基於公平正義原則下，不管貧富貴賤或政經因素，一律能夠獲得同情及憐憫，擁有善的高規格幸福

¹⁸ 2014 年中華人民共和國人力資源白皮書《中國社會保險發展年度報告》。

¹⁹ 林火旺著，《倫理學》，台北：五南，2005，P248-253。

²⁰ 林火旺著，《倫理學》，台北：五南，2005，P248-253。

²¹ Martha C. Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P175。

生活的標準。

(三)產生廢用症候群

其次，從上述案例，發現高齡者是因為年紀大身體功能退化而導致跌倒，一跌不起，開始了長期臥床生涯，造成一連串因不動引起廢用症候群。然而，長輩的發聲及家屬替長輩的發聲，照顧者有關注嗎？若有關注，為何出現此問題呢？照顧現況中家屬的無奈與求助，政府聽到了嗎？若有聽到，為何他們會產生做人的尊嚴和價值的喪失。此等現象是老人晚年生活中一次極大的心理打擊，無庸置疑的造成失能者及家庭的兩敗俱傷；換言之，人性生存尊嚴和價值要如何彰顯，與此同時，隨著行動越來越不方便，失能者之身心理狀態對孤獨死亡的恐懼也日益增加。這個現象讓研究者於中國養老院工作期間感受良深，試想，如果可以選擇，您希望老了失能後，以「約束、尿布、臥床」度過晚年嗎？

長期照護的目的是什麼？如果長期照護是為了照顧失能者，但為何實際的狀態卻剝奪了失能者的生命尊嚴。台灣雲林縣同仁仁愛之家董事長林金立，²²指出長照機構照顧現場濫用「約束」—以安全為名，把長輩們綁起來的文化，而在照護機構積極推動「自立支援」照顧活動改善此問題。研究言者在台灣曾經參與自立支援的訓練，希望藉此體驗被照顧者的身心功能，體驗被約束、包尿布，被當成耳不聽目不明對待的痛苦。若自己沒有參與過這段體驗，我無法體會耳不聽目不明老人家最後一段路走的如此痛苦。全台灣有 130 多家機構試圖導入自立支援照護，零約束的決心，也盡量在白天執行不包尿布、定期如廁、不臥床，致力於提升老人家生活自理的能力，盡可能滿足長輩的生活尊嚴，做到跟正常人一樣。

不過，仍有照服員表示大多數機構人力吃緊，例行工作都做不完，怎麼能配合如此耗費人力的照護工作，他們沒有真正去想過老了怎麼會跟小孩一樣，為什麼老人會躁動、會拔管、會遊走、會玩排泄物、不受控制、非常容易跌倒，照服員唯一想到的就是不要讓長輩跌倒就沒有我的事，因為要跟家屬周旋甚至吃上官司，所以根據照服員表示：「只要安全不要意外發生，約束帶很好用，遇到躁動

²² 雲林縣同仁仁愛之家董事長林金立，雲林縣老人福利保護協會執行長，自立支援學院副研究員帶領台灣步入自立支援的實踐。

的長輩通通綁起來就對了，這是持不同意見的一群。」

基於人權的考量，各國照顧模式與個人行動法理上，可以活動的個案（失智非偏癱狀況），於情於理我們都不可以約束他(她)，在機構內可以自由活動，約束長輩（把他們被當成一條狗一樣，用繩子栓在欄杆上，在法律層面來講反而是我們犯法的（此點在先進國家都不准約束老人，除非是預防跌倒才可約束，或因長者太躁動經家屬同意），某些機構為了怕走失而約束，讓她(他)失去了活動的自由，失去了長輩應該有的尊嚴生活，情何以堪？何謂老有所養老有所樂？什麼叫照顧？照顧的價值應該是什麼？書上都會寫：長照要讓人重新具有獨立自主的能力。但實際上，機構還是讓他臥床、坐輪椅、插鼻胃管，越照顧能力越喪失。這樣的問題，應該去思考長期照顧的根源是什麼，這才是照顧者必須具備的基本理念。

蕭玉霜推動台灣長照之經口進食之研究，指出：「長期使用鼻胃管的痛苦，讓阿嬤不願意動、不願意說話、甚至不願意笑，以至於刻意的遺忘；卻讓大家誤會，以為阿嬤懶的下床或討厭團體生活。還有一位胃切除者，使用鼻胃管 10 天，雖經過四年他仍記得鼻胃管的痛楚，並指出鼻胃管的痛勝過 17 公分傷口。再從阿嬤的心聲，不僅道出老年人自尊與自由的受損，影響了身體、心理與社會的感受與發展，進而改變了他的生命價值」²³。綜合以上臺灣的推動實例，首先我們瞭解照護工作如果只是定位在吃飽、把屎、把尿，失能者的長期照護將是一場災難。不過在自立支援的理念下，「三不、四要」所解放的照顧工作者卻成為失能者生命尊嚴的重要關鍵。

²³ 蕭玉霜博士論文〈長期護理倫理基礎-以差異原則分析老人之需求〉，國立中央大學，2016，P128。

第二節 高齡化人口照顧現況

綜和上述所分析的三個個問題，最主要根本原因在於中國面臨高齡人口驟增，所謂人口老齡化指的是人口年齡結構發生改變的動態過程，改變的方向是年輕人口數量不斷減少，與此同時老年人口數量不斷增加，在一增一減的同時作用下，整個社會的人口結構趨於老化，正是人口老齡化的含義，人口老齡化的產生主要由兩大因素造成，第一因素是生育率的下降，第二因素是人口壽命的延長。其中，生育率的下降主要受人們生育觀念的改變、養育小孩成本的提高，經濟社會發展水準的提高等因素的共同影響。在中國計劃生育政策也在很大程度上提速了生育率的下降進度。針對第二因素，人類壽命的延長，在日益先進的醫療技術、不斷改善的生活衛生條件、不斷提高的營養保健水準等的影響下，平均壽命在過去的幾十年中不斷在延長。平均壽命延長一則以喜，一則以憂，喜的是健康的終老是理想，是有所求；憂的是慢性疾病纏身，人均醫療費用昂貴，是國家醫療資源保險投保比例嚴重偏低及少子化後，如何照料年邁雙親的照護，讓這些個問題更顯困難，在中國傳統的思維中，贍養老人義不容辭。²⁴家中長輩年邁需要照料時大多數人首先想到最好的孝敬，往往是雇傭保姆伺候長者，服侍生活起居，代勞家務瑣事。那麼現實又是怎樣的呢？以下內容將探討醫療資源不足、人權照護引起廢用症候群。

在中國快速發展的高齡化過程中，失能老年人的照護服務需求呈現不斷增長的態勢。從社會效益以及經濟效益等多重角度考察，現階段應該對以社區為依託的養老照護服務給予更多的重視，並引導更多的社會資源進入這個領域，切實有效地落實有關政策措施。這也是近期中國關於加快發展養老服務業的基本精神和要求。近年來國內外關於社區養老服務需求方面的研究較為豐富，國外有學者通過調查研究發現，有五分之二被調查老年人需要做飯、穿衣、理財等日常生活照護服務，還有的老年人需要精神慰藉等服務。²⁵國內學者通過研究發現，老年人對社區助老服務的主要需求依次為到宅護理，家務協助、日間照護服務、陪同看病。趙迎旭通過對北京市西城區老年人的調查得出結論：城市老年人的需求按其

²⁴ 中華人民共和國國家統計局《中國勞動統計年鑒》，2014。

²⁵ Kenney J M. Academic Press Encyclopedia of Gerontology[M]. Home Care San Diego, 1996 : 667-678。

重要程度依次為醫療與健康照顧、日常生活料理、精神文化生活。²⁶賈雲竹根據老年人的社會階層因素和活動能力因素將老年人劃分為六種類型，其中健康小康型老年人對社區養老服務的需求最迫切，隨後依次為體弱拮据型、健康享受型、健康拮据型、體弱小康型和體弱享受型老年人，並且不同類型老年人所需的服務專案也有所不同；健康拮据型老年人需要溝通交流，健康小康型老年人需要學習新知和運動養生，健康享受型老年人需要學習新知、運動養生和法律諮詢。但失能者健康因醫療體制不良影響生活品質，從大陸廣大貧困人口中，因病致貧的比例約占三分之一到二分之一，疾病與貧困之間出現惡性循環，疾病-貧困-無力醫治-更加貧困-病情加重。²⁷為解決醫療資源嚴重不足的問題，中國從 1998 年起推動新的醫療制度改革，然而，實施以後，城鎮職工納入保險體制的比例卻不到四分之一²⁸，也就是說醫保改革未盡其責保障人民就醫權利，明確忽略對聯合國提出的人類發展報告中對人的尊重及均衡平對待。聯合國於《2015 年人類發展報告》提出一項報告，任何國際間合作都不能「忽略把人的發展置於頭等地位、或忽略對人權的尊重、忽略對不均衡問題的解決和忽略根除腐敗政府的行動」²⁹。意即是人類發展是一個不斷擴大人選擇權的過程，它全關注如何豐富人們的生活，而非僅僅關注經濟上的富裕。工作讓全球各地的人們可以通過各種方式參與人類發展，而且是人們生活中的一個重要組成部分，因此對人類發展進程至關重要。但是，並非所有工作都對人類發展有益。一些侵犯人權，使人喪失尊嚴、自由和自主權的工作和勞動形式（例如強迫性勞工）還會破壞人類發展。還有一些工作（例如危險行業的工作）會讓工作人員陷於危險境地。如果沒有適當的政策，工作機會不均和報酬不公還可能導致社會分裂，滋生並延續社會不平等現象。關於這個問題，即使大陸當局也積極地尋求解決的方案，但是醫療保險政策的內容及存在的種種問題，當「看病難、看病貴」³⁰，病痛無法解決就醫及醫療費用的問題時，更不用

²⁶ 趙迎旭，〈城市社區養老的需求與供給現狀調查〉，廈門大學，2007。

²⁷ 賈雲竹，〈北京市城市老年人對社區助老服務的需求研究〉，《人口研究》，2012 年 2 月，P44-48。

²⁸ 中華人民共和國人力資源和社會保障部《2014 年度人力資源和社會保障事業發展統計公報》。

²⁹ 2018/03/01 取自於 <http://www.un.org/chinese/esa/hdr2005/about.htm>。

³⁰ 田昭容，〈大陸社會醫療保險政策體系及現況評析〉，《展望與探索》，2010 年 12 月，P44-45。

說養老及失能照護。這個現象違背了基本醫保所宣導的「廣覆蓋」原則，自然談不上公平性的醫療保險投保，政府醫療衛生投注不足，醫療費用成長速度卻相當快，成長速度更遠超過人民收入成長速度，醫療費用已成為食物、教育支出之後家庭第三大消費，針對大陸醫保問題的研究，2015 年農村居民平均每次就診費用 91 元人民幣，平均住院費用 2649 元人民幣，分別成長 103% 和 73%。農民收入成長速度偏低，但醫療費用卻高速成長，住一次院的費用幾乎要花掉農民全年的收入，農民根本就生不起病。

第三節 研究方法及架構

綜合以上的探討，高齡化現況以人權角度切入，或是人權照護衍生出來的漠視人性尊嚴問題，例如長期照護失能者的無障礙空間等並未受到重視，延伸至醫療資源分配不均，富人可以專人專診看病，但一般的平民或農民無法接受疾病治療，根源在於醫保政策失衡，照護失能者之專業性不夠看來，目前的基本人權未能全方位展現如納斯邦所言之「人性尊嚴」正義表現，研究者認為以納斯邦的能力進路思維，反思現今倫理照護關懷應朝向關懷關係之主客體維護，進而將倫理實踐於長期照護中，由上述可知，納斯邦考慮到正義問題中人際關係所涉及人性尊嚴的議題，此議題用十項能力尺規工具，若要能普遍地對人類優勢進行衡量與比較，都必須對於失能者進行考量與整理。藉由分析納斯邦能力途徑的批判與修正，可以提供一個較為全面檢視能力途徑的分析架構，以評估能力途徑的潛能與侷限。因此，本文企圖探究納斯邦的能力途徑在理論建構與作為指標工具及其運用上，如何處理長期照護緊張關係，並藉由納斯邦對羅爾斯就相關議題所提出的質疑，來審視納斯邦能力途徑的理論成果及可能的缺陷。

納斯邦從人類憐憫心的觀點，對羅爾斯以基本善作為衡量人類優勢的論述提出批判，並進一步提出能力進路作為修正的方法，人性尊嚴與倫理實踐意涵，並檢視能力途徑作為普世性的比較尺規，是否真的能尊重人類特殊性，本論文將對下述的問題逐一探討：

- 一、探討長期照護高齡化問題檢視，疏理出其重要性。
- 二、探討失能者(殘疾人士)於長期照護場域，關懷關係轉化與實踐的意義。

三、探討納斯邦能力進路體現失能者之倫理實踐及人性尊嚴。

故本研究方法，藉由第一章問題探討中國高齡化現況(失能者弱勢團體涉及醫療支付不均及廢用症候群)，通過文獻查證啟發思維，預計進行實況案例分析文獻考察、哲學論證，並運用考察結果於實際案例討論中。首先，從先就中國老化之現況、長期照護需求、探討及失能長者能力進路，來梳理其自立需求之特殊性；進而探討能力造成的老人照護議題，並佐以案例討論說明建立自力支援為實踐失能者尊嚴之能力進路的可行性，並提出於自立需求是人基本能力需求，建議中國高齡化社會養老政策應重視此需求。

本論文分六個章節，第一章是緒論，先闡述研究背景，案例導入認識對高齡化社會發展過程有既要性的認識，再藉由研究動機、重要性與研究目的說明，指出本文將如何從當今照護現況中發現問題，為失能者確立生命倫理議題，關懷關係的倫理學基礎進行奠基最後著眼於人性關懷護病關係落實，建立照護關懷關係的具體實踐。

本文第二章，將先針對當今中國高齡化社會的反省，源起進行討論與省思，在此，本章將指出長期照護雖是一門科學，但也是一門照顧的技藝。它不僅要照護高齡失能長者，亦要了解人權與失能者之相互關係，如何應對目前的長期照護政策，確知長期照護應是以生命尊嚴為基礎的照護，除了維護失能者人生的尊嚴和價值，更是國家之人文文化之底蘊。然而人類之生活世界，是否可能達成這樣的境界？以長期照護著名之日本介護(亦即長期照護)首要要求必須讓長者重新建立生活自理能力的信心和希望，避免產生所謂的廢用症候群

本文第三章，綜合上述兩個章節所提出的問題，研究者以納斯邦之「能力進路」(the capabilities approach)作為自立需求的主張，人類生活的基本條件由於「能力進路」理論是從實際日常生活所需出發，也就是以每一個人在不同時間與環境下的不同生活需求 (commodities) 為前提，據以觀察某個社會能否提供各種支持條件，讓人們得以獲得滿足「能力」的最低門檻。據此，我們進一步將正義問題範疇聚焦在長期照護議題上，探索「能力取向」在失能者身上的應用，甚至企圖是以此促進長期照護邁向有尊嚴的發展。

本文第四章，討論照護及被照護者兩者於內外自身經驗而言，對長期照護之能力進路實踐檢討導入尊嚴在照護工作中的展現，普天之下只要生為人類，隨著老化過程排序，都有生病的一天，醫學進步只是延緩老化過程，但無法戰勝生、老、病、死的自然法則，涵蓋病痛皆是人人都無法逃避的宿命，人人必須面對的事實，也是生命中極為重要的樂章。對此，也冀望著有人性的關懷照護，亦渴望有表達尊重、關愛的眼神、與需要親切微笑的態度值得我們注意外，更要思維儘管醫療科技突飛猛進，生病或終老時需要一處能夠傾聽、關懷人的照護場域，換言之；整體長期照護場域是要受到尊重、關懷、愛與人性照護，由此可以看出對蘊含著關懷關係取向之思維。

本文第五章，依據納斯邦能力進路原則的觀點，可以實踐滿足失能老人在照護需求上的「倫理實踐」。那麼，我們應當如何行動，才能真正切中失能老人的合理期望呢？為了能夠落地執行倫理行動的方法，首先探討能力進路與長期照護及廢用症候群的之間的相關性，以重申建置實質的長期照護政策，對公義的社會意義；其次，研究者於中國實際照護經驗檢視照護過程之實施方式，透過自立支援對失能長者照護模式省思；並循此例，展示以能力進路研擬導入自立支援的長期照護模式，避免產生廢用症候群，除了提供建置長期照護模式另一種思維外，並持續連結相同關懷的同好組織，期盼以集結中央、地方政府機構及民間的力量，以實際行動擴展滿足失能長者尊嚴的基本權利的倫理行動。

第六章為本文結論，研究結論與發現，就本論文所進行的研究結果作綜合整理說明，並針對未能達成現況作一一檢視；最後，亦提出在本文完成的研究基礎上，未來可進一步研究的方向，或有可行的研究及實務上的建議。

第二章 高齡化社會之照護反省

中國長期照顧困局為：人口快速老化和高齡化，衍生失能人口快速成長與照護需求增加，所以化解風險的長期照護議題選擇和照護設計已到了刻不容緩的地步。故此章節將進一步探討中國長期照護領域突顯的問題：醫療支付保障及失能產生廢用症候群兩大問題。從源頭上瞭解問題背後的可能性問題，以及國家至此投入長照的資源概況。

第一節 高齡化照護問題檢視

當全球人口老化成為一種新的社會趨勢與潮流，跨國組織亦開始注意到相關議題：

聯合國早於 1991 年便提出了「老化綱領」(Proclamation on Aging)，揭示老人應該擁有的「獨立、參與、照顧、自我實現、尊嚴」五大原則項目。

31

隨後更將 1999 年訂定為「國際老人年」，期待全世界將來能走向「接納所有年齡層的社會」，2017年9月29日日內瓦-世界衛生組織（世衛組織）在10月1日國際老年人日呼籲採用新的方法為老年人提供衛生服務，世衛組織重視初級衛生保健的作用以及社區衛生工作者對維護老年人健康作出的貢獻。³²

世衛組織總幹事譚德塞博士也指出：到2050年，60歲以上老人將佔全世界人口五分之一。我們的目標是確保所有老年人，不論他們是誰，也不論他們居住何處，都能獲得所需的衛生服務。但即使在富裕國家，人們也不一定都能獲得所需的綜合服務，對11個高收入國家進行的一項調查結果顯示，高達41%的老年人（即

³¹ 2018/02/28 取自於 <http://www.who.int/topics/ageing/zh/>。

³² 2018/02/28 取自於 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/health-older-people/zh/>。
聯合國大會在 1991 年通過的「聯合國老人綱領」提出了「獨立」(Independence)、「參與」(Participation)、「照顧」(Care)、「自我實現」(Self-Fulfillment)與「尊嚴」(Dignity)等五個要點。

65歲及以上的人)稱在過去兩年期間遇到護理協調問題。³³然而，這個結果會是個烏托邦嗎？以下將由此進一步探討在中國的醫療照護、人權和生命尊嚴的關係。

一、人權照護問題

依據聯合國心理衛生原則(the United Nations' Mental Health Principles)以及 2006 年通過、2008 年正式生效的聯合國「身心障礙者權利公約」(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)，等其它的文件，將失能者所享有的基本人權，歸納如下：³⁴

聯合國在 1993 年大會通過「身心障礙者機會均等之標準規範 (Standard Rules for the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)」，這份規則列出二十點各個聯合國會員國應提供與滿足該國國內身心障礙者基本權利的實質政策，其中包含了醫療、教育、工作、就業、無障礙環境等促進身心障礙者參與社會的各式政策 (United Nations 1993)，而至今聯合國更具體的將這份規則改為政策行動綱領，這個政策行動綱領內容僅有最基本的原則，強調「預防、復健及機會均等」三原則。總而言之，身心障礙者的人權保障，最終仍要訴諸於國家政策及法律的制定「身心障礙法」，其中有三種定義(缺陷，失能，殘障)，但本章節僅討論失能 (disability) 是指「由於缺陷而缺乏做為一個正常人以正常姿態從事某種正常活動的能力或具有任何限制」。例如，腦中風引起之偏癱殘障，是指在一般人的功能水平上失常，它述說由於缺陷造成的功能受損或動作的限制。失能的例子包括聽覺、視覺、說話的困難，移動及爬階梯的困難，抓取、伸手、洗澡、飲食、上廁所等困難。³⁵

究竟為何需要這份公約呢？此要點的產生源自於社會裡對失能者所存在的誤解，例如失能者是危險的(dangerous)、不穩定的(unstable)或是無能力的，使得社會輕乎他們需要受到照顧的一群。當這個現象越來越明顯時，失能者在社區中可能面臨許多限制以及機會的喪失，增加對失能者的排斥和歧視。宏觀的說，

³³ 2018/02/28 取自於 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/health-older-people/zh/>。

³⁴ Hale, B. (2007). Justice and equality in mental health law: the European experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, P18-28。

³⁵ 葉淑惠等編著，《老人照護指引》，台北：華都，2014，P261-263。

為尊重人類與生俱來的尊嚴與價值，所有的人權基礎皆在於尊重每人應有的 1.基本尊嚴 (dignity) 與人性(humanity) 2. 反歧視(anti-discrimination)原則，這些失能者不能因為性別、種族、膚色、語文、宗教、政治、民族或社會地位而受到歧視。因為每個人有權選擇或從事與自己相關的行為，以維護個人之自主、獨立與自由。機會平等：可接受的強制實施過程包結合合理的介入、在合理的時間內接受公開、人道的治療與照顧，不然個人有權選擇或從事與自己相關的行為。筆者曾專訪養老機構內行動不便之半失能長者，她明確曾表示：搭電梯只是你的「選項之一」，卻是我的「唯一選擇」，這句話凸顯了對長者之人權不公平，可想而知身心障礙者權利最大的挑戰就是思維模式的改變，但其實是因為「環境的不友善」才造成了障礙。國際審查委員所提倡的「社會模式」觀點就會要求探討環境因素的作用：是什麼樣的環境讓他們「不方便」？這樣的「福利接受者」的觀點，影響了身心障礙者相關法規的細節，例如無障礙設計的思考模式等。

反觀長期以來，中國大陸人權狀況受到國際社會的強烈批評，有這樣的批評亦有它的淵源歷史，在這之前的確是專政時代，但經過 1978 年至 1984 年管理啟蒙時期，鄧小平主張社會主義比資本主義優越，就要對人民對政府管理得更好。這一階段主要是國家企業表演的舞臺，這時國家企業擴大經營管理自主權。推行擴大企業自主權試點，試行經濟責任制，實行兩步制改稅，百姓生活貧富差距縮小，由貧窮進而小康社會。由人權觀察的邏輯中，中國政府體系縱然有不完善之處，但中國社會承認這一現實的猶豫和障礙，而且加快完善之是中國社會的真實努力。與此同時，這個帶著問題的體系是支持世界第二大經濟體運轉，以及幫助十幾億人口安居樂業的關鍵性制度保障之一，它的正面意義和價值也是這個世界的最大常識之一。故人權觀察的一貫態度和立場就是要全盤否定中國體制對人權事業的建設性，即便我們感受到，但相關政府也有積極反思，故中國憲法第三十五條規定中華人民共和國公民有言論、出版、集會、結社、遊行、示威的自由，這也顯示民主表現。為了回應相關批評，與國際社會日益接軌的中國大陸於 1991 年首次發表「中國的人權狀況」白皮書，強調人權依國情不同而不同，「生存權」是中國大陸的首要人權。1995 年中共又提出「生存權」與「發展權」作為人權報告的首要人權，逐步構建屬於中國大陸自己的「中國特色人權觀」，以回應國際

社會的批評。中國當局的「生存權」與「發展權」人權觀，主要是為了回應西方國家與國際組織長期以來對中國大陸人權問題的抨擊，中共當局的主要觀點是，維持人民的生存與發展，比其他西方國家重視的人人生而平等，應受尊重的人權觀更重要，藉以說明，只要中國大陸人民能夠持續生存，經濟能夠發展，不因政治不穩定而造成經濟衰退，個人的政治權益、言論自由、人身自由、宗教自由等，都比不上生存權和發展權重要，甚至可以忽略，³⁶由此可以看出人權在中國社會體制操盤下，採漸進式落實發展。

但英國人權發展專家金斯頓 (Diane Kingston) 就提到，台灣核可身心障礙身分，是依循 WHO「國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF)」，以身心障礙者「身上」的損傷與缺陷，來評估能否核發身心障礙手冊。瑞典獨立生活機構創辦人拉滋卡 (Adolf Ratzka) 也解釋了「無障礙」與「通用設計」(universal design) 兩個概念的差別，前者是「把身心障礙者視為社會裡的少數族群」，後者則「認為身心障礙者是整個社會的一員」。他舉出 50 年代的美國南方黑白隔離經驗作為對應：如果你是一位身心障礙者，進到旅館發現有三個電梯，其中一個是特別為了輪椅使用者所打造，這其實傳達的訊息是「你不一樣」，人家只不過是願意「包容」你而已。金斯頓直言，因為這部人權公約所體現的是比「社會模式」更進一步的「人權模式」觀點，因此他建議全世界應該透過更具體的立法來詳細界定人權模式，確保身心障礙者作為一個「人」的尊嚴、權利與自由受到尊重。而且，「歐洲人權公約」中對醫療因素而剝削自由的情況，第五條明載「人身自由與安全的權利」，除了為防止傳染病的蔓延，可以強制住院外，其餘一律自由與安全為優先。

然而中國當地醫療資源分配不均，由上述家屬主訴「因沒錢繳保證金，所以被趕出院」，顯然地指出與歐洲人權公約相牴觸，難道沒有錢就醫就淪為醫療人球，這對失能者來說無疑是一大打擊。對失能者照護來說，2017 年 1 月 1 日起施行《河南省城鄉居民基本醫療保險實施辦法(試行)》，³⁷ 要求在全省行政區域

³⁶ 2018/03/01 取自於

https://www.mac.gov.tw/News_Content.aspx?n=A0A73CF7630B1B26&sms=B69F3267D6C0F22D&s=D0162193C566F984

³⁷ 2017 年《河南省城鄉居民基本醫療保險實施辦法(試行)》，2018/02/28 取自於 <http://www.henan.gov.cn/zwgk/system/2016/12/01/010687701.shtml>。

內不屬於職工基本醫療保險覆蓋範圍的人員參加城鄉居民醫保，包括農村居民、城鎮非從業居民、中專及技校學生等，提出城鄉居民醫保費用的籌集實行個人繳費和政府補貼相結合。最低生活保障對象、特困供養人員、喪失勞動能力的殘疾人、低收入家庭 60 周歲以上（含 60 周歲）的老年人和及符合規定的優撫對象等所需個人繳費部分由政府給予補貼，作為輔助醫療相關政策進行，但是這樣的補貼足夠嗎？似乎還不能夠全面覆蓋全體公民。

故中國醫保制度於 2012 年經調查結果約有 3.4% 人口沒有任何醫療保險，據中國社會保險 2016 年度發展報告中確定有 13 個統計地區養老保險基金不足支持 1 年，據《人力資源和社會保障事業發展十三五規劃綱要》明確指出，十三五時期，逐步建立覆蓋全體人員的基本養老保險待遇合理調整機制，適當提高退休人員基本養老金和城鄉居民基礎養老金標準，綜合上述而言，醫保並沒有全民覆蓋，仍有許多人是醫保孤兒。但對養老金漲幅而言，中國長者可擁有此項養老金或就醫優惠嗎？答案是否定的，實際上，仍有許多長者未納入社會保險制度，故生病了也不敢正面就醫，人社部表示³⁸，調整養老金的漲幅是根據經濟社會發展的水準，考慮保障基本生活、分享發展成果、基金可負擔三項原則，通常而言養老金上調幅度不低於物價上漲、不高於在崗職工工資增長幅度，常有長者是這樣說：「在於藥房買藥價格低於醫院許多，不需要花冤枉錢」。但根據上述長者回答顯然養老金調漲趕不及物價經濟上漲，自 2012 年到 2016 年，中國五項社會保險保基金已連續五年超支。養老保險制度改革與完善工資制度同步推進似乎成效不彰，待遇調整機制與辦法未能同步改革，導致許多人因為無固定工打零工為主，屬於無保戶，即看病需自費。有家屬是這樣說：「我父親因發燒咳嗽到醫院急診室驗血驗尿檢查，不到一天時間就花了我 2000 元人民幣，將近是我一個月工資的三分之二」，就整體中國醫保與戶籍制度關係而言，首先是根據身分別，城鎮居民戶口和農村居民戶口分別是參加城鎮醫保和新農合醫保，兩領域只能參加其一，另一重點是屬地主義，如果一個人的投入醫保的歸屬地是在江蘇省，而這個

³⁸ 人社部:全文為中華人民共和國人力資源和社會保障部，具體工作為:政府資訊公開指南，保障公民、法人和其他組織依法獲取政府資訊，進一步提高工作透明度，促進依法行政，根據《中華人民共和國政府資訊公開條例》的規定，結合人力資源和社會保障工作實際，編制本指南。

人卻在北京跌傷、患病，則必須另外繳交掛號費與醫療費用，如果是自己回到自己的醫保歸屬地看病，則可能繳付出較少的費用。目前各醫保覆蓋人口如下：城鎮職工基本醫療保險 - 17.7%人口、城鎮居民基本醫療保險 - 14.5%人口、新農合 - 62.4%人口、其他特殊單位公費醫療 - 2%人口。收費方式：城鎮職工基本醫療保險經費來自城市戶口中有工作者繳納工資額 2%，外加用人公司繳納該人工資額 6%，兩者進入醫保系統作為經費，視情況有時國庫會財政補貼，而部分較經濟發達地區企業負擔會加重，例如上海就達 12%比一般城市貴出一倍。而自行交納的工資額 2%和企業交納的 1/3(也是約 2%)會列入一個人帳戶中記載，門診費從帳戶扣除，扣完後完全將要自費。

由於客觀上存在著城鄉二元體制，在關注醫療體制改革時，既要將城鄉的醫改聯繫起來，怎樣使廣大人口得到醫療保障體系的覆蓋，才是民眾期待中的醫改方案主要內容。

胡乃軍表示在中國慢性病醫保和大病醫保報銷比例是差異甚大，因此，在醫保報銷方面，提出老年醫療成本增加是人口老齡化的社會問題之一。³⁹ 研究者對中國慢性病醫保和大病醫保報銷比例進行了比較，在其不同之處中發現了些許相同的地方。其實，醫保報銷最重要的目的是為了減輕民眾慢性病費用的負擔。慢性病診療費用在一個年度內，在醫保範圍內，醫保基金按 60%報銷，全年累計報銷限額為 3000 元(人民幣)。大病報銷：惡性腫瘤、器官移植後抗排斥治療和需要長期進行血液透析的疾病，在醫保範圍內與本年度住院費用合併計算，醫保基金按 70%支付，因身分不同報銷比例分等級之差；換言之，有多重慢性疾病之長輩，不敢就醫甚至拒絕就醫，因為一旦罹上慢性疾病，就診費用超過醫保報銷比例，非一般平民百姓家屬子女可承受。

³⁹ 胡乃軍，〈中國人口老齡化與老年人口醫療費用研究〉，北京清華大學公共管理學院，2014 年 1 月 2 日。

二、失能與人權之關係

所謂自立，係指「個人依其人格，自律地存在，並以主體性之地位追求生存之道」。⁴⁰人類自嬰孩時期起成長，雖可逐漸脫去對身體照顧的依存，而邁向精神獨立，並開始進入社會，取得工作資格，嘗試在經濟面上站穩腳步，惟年齡增長、疾病或失業等風險仍可能隨時無情地往人們侵襲，造成自立狀態之改變。當人們自立狀態有所改變，即有自主依循他人支援，重新回歸其主體性地位之必要；也就是說，社會福利法制之擬定應以此等「有自主意識之個人(亦即失能者)」為預設對象，若長久依存他人，難免損及自尊心，導致精神無法安定；反之，自我決斷即代表「自我選擇」之擴大，而隨著選擇權同時在「精神、身體及經濟」各面向之擴大，人們更得透過成長而擁有成就感，並感到深層的喜悅，也一併拾起追求生存存在感之意欲，謂之自主權發揮，維護自我尊嚴。故納斯邦說明並且突破「社會契約論」，其能力進路的基本道德直覺，所關注的重點是，某一種生命形式的尊嚴，而這樣的生命形式，同時具有本身能力以及深度的需求。根據《世界人權宣言》提出，「人人生而自由，在尊嚴和權利上一律平等；人人都有資格享受本《宣言》所載的一切權利和自由，不論其種族、膚色、性別、語言、財產、宗教、政治或其他見解、國籍或社會出身、財產、出生或其他身份等任何區別。」⁴¹ 儘管對人權的具體認識與實踐互不相同，但是對於一些人權的最基本的內容還是取得了一定的共識。最重要的人權莫過於生命權，這是最主要的基本核心，無端剝奪人的生命，或者肆意對人施加恐嚇、虐待和折磨，就是用一種非人權的待人方式，故米爾恩如是說：

「生命權是一個人之所以被當作人類夥伴所必須享有的權利。」⁴²

也就是說生命權存在不僅僅是活著有生命徵象而已，而且是要活得有尊嚴有自由，如同世界人權宣言表述。但每個生命歷程中，終將會面生老病死過渡，例

⁴⁰ 菊池馨実，社会保障法における人間像，法律時報，第 80 卷，第 11 号，2008 年 1 月，P 71。

⁴¹ 2018/02/08 取自於 <http://www.hkhrm.org.hk/database/1a1.html>。

⁴² 米爾恩著，《人的權利與人的多樣性——人權者哲學》，中國大百科全書出版社，2016 年，P158。

如失能者或半失能者雖無法言語表達思想，但仍保有維持心跳心臟存在，作為照護這些失能長者的工作人員，理應維護他們該有的尊嚴及自由，我們用另一個角度來看，尊嚴也是生命權和自由權的延伸，如果一個人若無尊嚴，那麼他的生命至多是一種無人格的形式，以研究者工作某養老機構來說，長者出腦血中風導致偏癱，失語症與吞嚥困難，身上有鼻胃管及尿管留置，甚至被約束在床上，最重要的是長者意識清醒，⁴³ 聽的到，看的到，依馬斯洛的人類生理需求層面而言，⁴⁴也只有維持基本生命需求，需照服員協助全部基本的清潔工作，解了大小便，卻聽照服人員說，「真臭啊！沒事吃這麼多，拉這麼多，忙死我了」，即便想喝口水的自由都沒有，終日臥床，等待被餵食換尿片的失能晚年生活，試問你我願意過這樣無自由無尊嚴無價值的老年生活嗎？若答案是否定的，就如同台灣的一位歌手唱的一首歌「金包銀」，有段歌詞是這樣寫的，「別人的生命是框金又包銀，我的性命不值錢。」⁴⁵ 歌詞中透露經濟弱勢的無奈，看似錢財才是維持尊嚴的可行方式，那金錢等於尊嚴嗎？尊嚴是用錢可買到的嗎？雖然羅爾斯認為基本的善是係於社會福祉(收入與財富)之中，但納斯邦批判羅爾斯這是違反公民能力。⁴⁶ 也就是說作為一種基本的生命人權，人權的普適性必然的要求每一個人都受到公平合理的對待，尊嚴的價值要得到普遍的認同，不因環境不同而有所改變。所以尊嚴權主要要求人們，例如養老機構工作人員，在照護工作中對臥床長者動作輕柔，視情況給予每個長者不同程度的發揮殘餘功能，維持所謂尊嚴照護，但如果一個人的尊嚴權被否認，就意味者人們可以肆無忌憚的羞辱中傷，顯然失去了「作為人類」的樣貌。

⁴³ 2018/02/08 取自於 <https://tw.answers.yahoo.com/question/index?qid=20051016000014KK00542> 昏迷指數指的就是「格拉斯哥昏迷指數」(Glasgow coma scale, 簡寫成 GCS)，是由 Dr. Jennett 於 1974 年於 Glasgow 這個地方提出的，起初是為了評估頭部外傷病人的狀態及預後而定的，之後則被廣泛的運用於任何有意識變化的病患，例如：頭部外傷、腦血管障礙(腦中風)...

⁴⁴ 亞伯拉罕·哈羅德·馬斯洛 (Abraham Harold Maslow)《動機與人格》，馬斯洛人類需求五層次理論(Maslow's Hierarchy of Needs)，在他看來，人類價值體系存在兩類不同的需要，一類是沿生物譜繫上升方向逐漸變弱的本能或衝動，稱為低級需要和生理需要。一類是隨生物進化而逐漸顯現的潛能或需要，稱為高級需要。馬斯洛的需求層次理論基本內容把需求分成生理需求、安全需求、社會需求、尊重需求和自我實現需求五類，依次由較低層次到較高層次，2001，P60。

⁴⁵ 台灣歌手蔡秋鳳主唱的歌曲，作詞中道盡出生生活階級不同，命運不同，生活困頓無奈。

⁴⁶ 2006/05/26 中央研究院政治學研究所籌備處、社會學研究所主辦張福建公民權台灣社會變遷基本調查第八次研討會公民權與正義社會：羅爾斯公民觀念的分析。

中國國務院的十三五規劃當中對養老服務有諸多要求，主要還是要加大養老院的投入護理員(照服員)技能訓練，由於照護人員的社會地位不高，收入低，所以這支隊伍的穩定性不太好，人才的流失很大。在勞動力大幅減少，長者數量大幅增加的情況下，孤獨終老者未來要面對的養老環境可能會比現在的公立醫院還要糟糕。現在養老行業存在很多問題，養老專業人員稀缺，養老服務人員稀缺，如筆者所在地區河南鄭州城市，雖不能和深圳上海相比較養老資源，但養老行業的服務人員幾乎是不識字的，我們不能說歧視不識字的工作人員，反觀之，他們也相同有選擇權工作權，只是他們缺乏專業護理老人的相關知識，在日常實際照護管理中存在諸多問題。目前大陸發展的是醫養結合型的養老，養老院全部都要求有醫療服務，這就表示需要更多有醫療專業知識的人才進入失能產業服務。隨著路易斯拐點（人口學中的一個概念，簡單來說即勞動力過剩向短缺的轉捩點）的到來，所以未來的人工成本將會越來越高昂。⁴⁷ 目前資訊系統蓬勃發展，隨著人工智慧和機器人的研發，有人認為可以取代人工照護服務，但試想，我們願意「我老了，終日面對機器人或智能工具的服務嗎？智能工具動作僵硬沒有溫度，只有彎腰屈膝遞物，聲音語言唱歌亦無眼神交流等，沒有人文關懷交流？」，有位失能長者是這樣回答的「我為國家打仗一輩子，現在叫機器人來替我服務，還不如送我回老家，這樣生活有一點尊嚴都沒有」。承上所言，失能者及照護者的人權我們必須兼顧，但如何取得平衡點就需要共識，研究者認為用失能者與人權優先建立基準點，照護者提供服務利用工作權給予輔導，讓人權，失能者照護，照護者工作權三方皆能在尊嚴宗旨內達成幸福的權利；換言之，所謂「基本人權」簡單的說就是活出人的樣子，以長期照護觀點來說，藉由自力支援之本質，維持人類生存尊嚴的基本樣態。

接下來探討因失能而失去生命的動力，維持生命的動念，是自己維護生命尊

⁴⁷ 2018/02/28 取自於 <https://baike.baidu.com/item/>，經濟大師 Lewis 提出著名的路易斯拐點論，指出對於處於工業化和城市化進程初期中的發展中國家而言，因為第二三產業不發育，農村集結了大量剩餘勞動力，農業人均生產力低下，收益甚微，生活貧困，因此只要城鎮就業的收益略高於農業，剩餘勞動力將源源不斷向城鎮流動，從而使城鎮就業市場始終是供給嚴重過剩的狀態。資方只要提供的工資略高於農業收益，就不愁招不到人；於是，工資十年不漲也就不足為奇了，這種狀況，一直持續到農業剩餘勞動力轉移完畢，新增就業人口趕不上增加的用工需求，就業形勢開始向供不應求轉變。這個區間，就是著名的路易斯拐點，之後如果經濟繼續高速發展，勞動力短缺就開始出現，工人在勞資博弈中開始處於優勢地位，工資待遇開始有可觀的提升。

嚴的基本能力，為何探討下列議題？因為日本出現無人收屍的死法稱為「無緣死」，日本 NHK 拍攝了一部名為《無緣社會》的紀錄片，之所以拍這個題材，是因為日本出現了大量員警都查不出姓名的不明屍體。NHK 對全國共 1783 家公共團體進行了調查，直到那些由地方公共團體自行火化與埋葬的數字被統計出來。而統計的結果，叫人觸目驚心。僅僅是一年時間，日本有三萬兩千人“無緣孤獨”死去，他們大多是單身者失能者。一位 40 多歲的單身男子，過去和父親一起生活，可當他的父親去世之後，前所未有的孤獨讓他甚至有輕生的念頭。一位 30 歲的女性，每次吃飯時就會開直播，然後對著空空的桌椅，說一句「我開動了」，以排解寂寞。還有一位七八十歲的老奶奶，一個人獨自生活多年了，但她說不知道自己死後會經過多少天才會被人發現。人是社會性的動物，當你和社會紐帶斷裂時，孤獨感會有絕望的感受。研究者要闡明的是納斯綁主張人類的核心能力之開展，首先要決條件是生存，亦即度過一般正常壽命，上述案例中一語道出「內心價值衝突(孤獨)而導致生命無法維持，故抉擇方式就是等待死亡」。依據人性尊嚴的直覺式概念，這些善的能力應該是被每個人所追求，並且視為一種目標，所以維也納宣言和行動綱領提出：

參加世界人權會議的所有國家確認一切人權來源於人所固有的尊嚴和價值，人應是這些權利和自由的主要受益者，應持有積極參與這些權利自由的實現的信念；重申堅決維護《聯合國憲章》和《世界人權宣言》所載的宗旨和原則，並決心邁出新的一步，更努力、持續地從事國際合作和團結，使人權事業取得實際的進展。⁴⁸

故世界人權宣言表示尊重所有的尊嚴及價值，人口高齡化已呈必然之趨勢，在「人口結構高齡化」中，連結而來之「疾病型態慢性化」、「健康問題障礙化」、「照護內容複雜化」及「照護時間長期化」之外，另還需加上社會上之家庭、勞力、居住、經濟及期望發生結構性之安排或變遷，影響家庭照顧者角色之扮演，增加了勞動參與率，也減少了家庭照顧者的比例；不同世代(generation)間居住安

⁴⁸ 2018/02/28 取自於 http://hrlibrary.umn.edu/chinese/CHI1viadec_BIG5.html 維也納宣言，世界人權會議，維也納，1993/06/14 公布。

排型態轉變，獨居老人比例之增加，無法延續主要傳統照顧型態之執行。對於老化問題的探索，除了著眼在負向之疾病罹患、損傷不全或功能障礙方面，更應著眼在正面之健康生活、成功活躍、積極滿足與生產創造等。具獨特性之「正向老化」因此成為新興之研究顯要議題，希望能夠超越生物體之生物醫學年齡，從遺傳基因、心智行為、功能活動、社會參與等方面來促進人們在老年生活的活動功能與參與。

若依上述尊重人的尊嚴而言，中國的長期護照政策依附於社會救助或醫療保險制度之下，即長期照護在於「觀念」與人民認知不同：將養老和長期照護混為一談，在大多數情況下，養老服務完全成了長照服務的代稱(照顧長輩等於是替家屬盡孝道)，觀念的混淆必然帶來對長期照護焦點模糊不清。根據黃惠璣對長期照顧係對身心功能有障礙的人，提供一套有別於急性醫療，包括不同比例之醫療、護理、生活照料與情緒支持等照顧服務。長期照護若依照服務場所來區分，包括：機構照顧(*institutional care*)與社區照顧(*community care*)；而家庭照顧(*inhome care*)屬社區照顧之一環。同時，大部分長者帶有慢性病或有失能者，需要接受家庭照顧；惟長期照護的對象，其生活照顧重於醫療照顧。再者，依個別家庭不同照顧能力，建構不同的社區網絡資源，例如喘息照護、日間照護、居家照護、居家服務等，直到失能長者已不適合居家照護服務時，則住進社區機構接受機構照顧，此項觀念之翻轉應要再次改革。如上段說明，不管是國務院或民政部負責機構補貼，主要「遵循民政傳統的社會救濟原則，不能普惠，也不覆蓋失能者的醫療服務」；也就是說人力資源與勞動保障部以醫療保險為原則，醫療的護理才准予納入報銷；衛計委推進社區衛生服務，只管巡診入戶打針餵藥，其服務不覆蓋失能失智者的生活照顧，也不關注低收入者；殘障聯盟只注重對重殘者的生活補貼和長照護理補貼，無力自行設立服務。

2015年中國大陸國務院才重視此老化問題嚴重，並於2017年國務院新聞發佈會提出全面放開養老服務市場，提升養老服務品質，故釋放國內養老機構公辦民營優惠政案。⁴⁹ 近兩年來研究者於中國長照機構工作，許多部門合作的例子，

⁴⁹ 2017年9月7日：《全面放開養老服務市場提升養老服務品質新聞發佈會》，國務院新聞辦公室網站 www.scio.gov.cn。

如「醫養結合」，由於政策導向不明，執行效果並不理想。民政系統強調傳統的民政救助對象，而不是功能喪失的中低收入老人；衛生系統強調失能老人是病人，要上醫療護理、進醫保，並未把失能老人當作需要生活照料的普通人。多個部門政策優惠未必有保障到每位就醫長輩。政策工具建設的匱乏，正是多年來長照體系難以成長，難於從養老體系中獨立的重要原因。缺乏統一的長照收案對象機制，對於失能老年人沒有統一的分類、分級標準。迄今為止眾多養老機構院還只是將失能分為半失能和全失能兩類，基本健康的老年人也常常被劃入半失能之列，沒有設置概念和分類分級標準。可是，長照體系中的生活照料，是技術性和專業性極強、精細度和精準性很高的服務，每個生活照料服務項目按分秒計算，並因對象不同而不同，且護理費用的增長速度正在超出個人和家庭的支付能力，補償與需求並沒能真正匹配。目前政府力推長期照護政策有三大重點，「居家為基礎，社區為依託，機構為支撐」以及上海、北京兩地養老服務「9064」和「9073」的比例（家庭養老 90%，社區日照 6%和 7%，機構養老 4%和 3%），只是一種原則表達而不是專業性的政策選擇。⁵⁰ 至於何謂「基礎」、「依託」、「支撐」，它們之間是什麼關係，並不清晰，以這種模糊性原則指導各地的長期照護難以實踐。

失能長者大多數只需要簡單的醫療服務，更多的服務是生活照顧及健康護理，卻很容易以疾病治療方式住院治療，付出高昂的住院費用並長期佔據醫院床位，形成「社會性住院」普遍化，公共醫療費用急劇上漲，如同最初研究者提到的案例，「家屬主訴因為繳不出保證金沖醫保卡，所以醫院趕我出院」，檢視重度失能者在尋求積極醫療資源的意義？雖然在倫理道德上盡到行善原則，但也間接讓長者在醫院受到極盡虐待照護，不也是與傷害原則不謀而合。故目前醫療保險常常以醫療護理的需求，把照護服務成本帶入醫療保險和醫療救助，儘管醫保基金支付這些費用合法，迫於支付日趨增長的長期照護費用的仍有巨大壓力。於是國務院想獨立分制於醫療保險的長照保險制度，⁵¹ 這主要想法來自於參考實行社會醫療德國、日本、韓國分別於 1994 年、2000 年、2008 年設長期照護保險法，更有荷蘭自 1967 年通過、1968 年實行的特殊醫療費用支出法，實屬全球最早設

⁵⁰ 2018/02/28 取自於 <https://read01.com/zh-tw/gJEmN.html#.WplwfuhuZRY>。

⁵¹ 國務院辦公廳關於加快發展商業養老保險的若干意見公布於國辦發〔2017〕59 號。

立的長期照護保險。實施了保費收入、服務使用者的部分負擔費用及政府的稅收補貼共舉的制度，荷蘭不僅籌資共舉，保險人也多元；付費方式也多元，有實物給付(長期照護提供者直接提供服務)、現金給付(允許被保險人用現金購買服務，且不限於長期照護提供者，包括其他願意提供服務的家人或朋友、鄰居及親戚)及混合給付。⁵² 基於上述政策，政府的施政能力及養老院服務人員的素質有很大的提升空間，養老問題的供需矛盾還是依然非常突出的，主要表現在供給方，提供的養老服務品質還不高，還不能滿足人民群眾日益增長的多層次、多樣化的需求。同時，老年人有效的需要及支付能力還是不足的，故養老服務的政策制度還需要進一步完善。袁亞非⁵³認為，長期護理保險制度是從根本上解決老年人護理資金來源的最重要制度保障，世界各國很早就開始探索建立長護險制度來解決因年老、疾病或傷殘需要長期照顧產生護理服務費補償的問題。

第二節 長期照護反思

在聯合國人權宣言中，參加世界人權會議的所有國家確認一切人權來源於人所固有的尊嚴和價值，人應是這些權利和自由的主要受益者，應持有積極參與這些權利自由的實現的信念；重申堅決維護《聯合國憲章》和《世界人權宣言》所載的宗旨和原則，並決心邁出新的一步，更努力、持續地從事國際合作和團結，使人權事業取得實際的進展。故本節長期照護反思中以自立需求、廢用症候群、及中國目前長期照護政策做綜合討論。

一、長期照護政策與社會醫療保險

中國國務院對失能者長期照護(long-term care，簡稱長照)之重大社會問題，目前仍然是政策搖擺狀態，當人類社會進入高齡，甚至超高齡社會的伴生制度，那麼政策制定是否涵蓋全體人類社會，更可以說是不可或缺的基本公共服務制度。於此，我們思考國家要實質上的照顧即照護能力何處可以體現？就僅有現實照護

⁵² 林建成〈荷蘭長期照護保險制度的啟示〉，《全民健康保險(雙月刊)》，(台北)，2014年，9月號。

⁵³ 袁亞非以多元化投資、專業化管理的理念帶領三胞集團養老事業穩健發展，成功實現多元產業布局。以打造「具有中國特色、可持續發展的世界級企業組織」為願景，致力於建設中國傳統儒家思想與西方現代管理方法相結合的管理哲學。創立「WDM」營銷模式和「市場創新與科技創新並重」等理論實踐，被業界譽為中國商業零售領域的管理專家和實業強人。

體系分析，民政部於 2017 年 5 月才制定養老機構共 115 條安全檢查指標。⁵⁴ 因為長期照護的概念起源於西方發達國家並已得到廣泛認同，故長期照護的目的，是要保障人類基本需求，而老年人是其中的絕大多數，由於身體器官衰老或病變導致功能的喪失，直至生活完全不能自理，而且最終走向完全失能。由於長期照護的目標是滿足這些喪失活動能力者對保健和日常生活的需求，包括從飲食起居照料到急診或康復治療等一系列長期的綜合性服務。對於完全失能者，長照服務須臾不可離開，連續性長照成為比吃飯穿衣還需優先的最基本的生活服務，隨著高齡化人口達到一定規模時，沒有一個國家能夠負擔得起缺乏綜合性系統的長期照護的所帶來之負面效應。

長期照護的主體應當是對功能已喪失或有嚴重喪失風險的老年人，維護其功能發揮，這種照護應確保尊重老年人的基本權利、自由與尊嚴，也就是說對老年人獲得正常生活和尊重的權利予以重視，長期照護是通過人對人的長期持續服務保障體現基本的權利。是以對失能人口需長期持續的服務時，會因家庭照料功能弱化，個人難以承受外雇護理費用、現有社會保障制度不能滿足需求、市場缺乏提供服務的動力、政府資源也難以獨力支撐時，就彰顯政策的難點及不足。根據統計，一個 60 歲以上的老人，其醫療費用占一生醫療費八成以上；且年齡越大，醫療費用增長越多。大陸人平均預期壽命是 75 歲，健康預期壽命是 68 歲，這意味著，其中有 7 年時間是與疾病相伴。高齡化過程中，醫療將是核心問題，需求也會明顯高於普通人。此外，世界衛生組織(WHO)也預測，大陸高齡人口對醫療支出，將遠高過於同樣邁向高齡化的日本，真正昂貴的其實是死前那段時間，一般人普遍認為，醫療費用會隨著年齡遞增，高齡化是醫療開支增加的主要驅動力，因此認定人口老化將直接加重醫療費用上漲的壓力。然而多位國際醫療經濟學者的研究發現，年齡的增加與醫療開支的增加沒有直接的因果關係。年齡和平均醫療開支之間的正相關，反映的只是高死亡成本和高齡人口高死亡率的作用。實際上，疾病身故者的醫療支出是存活者的 6 到 7 倍，是以養老服務內容如何調

⁵⁴ 民政部公布 115 條安全檢查指標，沿襲台灣省衛服部之評鑑制度內容，針對養老機構進行評鑑之精神在於有更好的服務品質照顧全體國民，內容如下敘述，共五大類評鑑向度，A.行政管理 B.照護服務 C.環境設施 D.權益保障 E.創新改革。

整，才能滿足中國養老需求？⁵⁵故阿馬蒂亞·森說，中國在改革以來，特別是在農村，教育和醫療衛生反而受到一定的負面後果，將影響中國的長期穩定可持續發展。實際上是提醒中國的改革者在經濟增長壓倒一切的同時，切記不要忘記關注人們的社會機會和擴展人們的可行能力。⁵⁶

二、廢用症候群

長期照顧乃主張早期介入、強調復原而非殘補代勞、強調預防而非事後照顧，以及聚焦於個案的優勢能力（personal strengths）而非其缺損。長照生活自立功能訓（reablement）的提供，恰是呼應並提供有效回應前述照顧概念及精神的實際對策。廢用症候群與自力是成對比正反兩方，意指長期臥床的狀態，涵蓋從完全無法自己翻身需全面協助的狀態，到好不容易自己能自行走到廁所或在家中活動的各種活動能力的人。長期臥床是慢性的安靜狀態，與急性期一般療法的安靜狀態是有所不同的，廢用症候群顧名思義身體自主功能已經喪失，導因於長期臥床，因生病或者是身心機能的低下等原因，目前常見以腦中風、骨折、失智居多，躺在床上有 6 個月以上的時間且在日常生活面上需要協助活動而稱之。以日本而言，含居家及住院的長期臥床老人出現率是老人人口的 4% 左右。⁵⁷

2008 年，公視報導了芬蘭佑華斯克拉的活躍老化方案，內容提及積極運動的長輩期望可達到死前兩周才臥床的目標，「死前兩周才臥床」自此暴紅，台灣各界競相引用，不管民間或學者，乃至於中央到地方官員，甚至是主管高齡相關業務的官員也都以此為根據，闡述國人在死前依然有很多年（常常說是 8 年或 10 年）臥床的狀態，顯見國人對於高齡議題仍欠缺關心。⁵⁸但根據日本追蹤 20 年發表在 2016 年 *Geriatrics and Gerontology International* 的資料發現，七到八成的長者在生命晚期會出現各種輕重不一的失能，時間大約 12 至 14 年，這並不是指臥

⁵⁵ 中國大陸前瞻產業研究院在《2016-2021 年中國養老院行業市場前瞻與投資規劃分析報告》中預測，大陸養老院床位的需求量將從 2015 年的 659 萬個，增至 2025 年的 1285 萬個。

⁵⁶ 2018/03/01 取自於 UNDP 阿馬蒂亞·森發表 2015 年人類發展報告從實踐活動與工作透視人類發展。

⁵⁷ 日本高齡者臨終醫療學會醫師宮本顯二、宮本禮子夫婦的《不在病床上說再見》，探討另一種臨終的選擇。宮本醫師主張人到老時應順應自然生息，不應違背人的尊嚴，用各種無效醫療延長人類的痛苦餘命。

⁵⁸ 2016-12-20 聯合報發表，主講者陳亮恭台北榮民總醫院高齡醫學中心主任、國立陽明大學高齡與健康研究中心教授兼主任。

床時間，而是從一點點不方便到完全臥床，死亡前臥床不是通用指標，國際間的公共衛生比較常用「失能調整生命年」⁵⁹ 與「健康調整餘命」⁶⁰兩項重要指標，概念上就是計算因疾病失能所折損的生命，或用整體健康狀況計算人生健康的歲月；換言之，健康的歲月大於臥床的歲月才是真正的健康。故 Lancet 在今年發表全球 188 個國家在 1990 至 2013 年之間兩項指標統計，也就因此提供國際比較的基礎，若以「健康調整餘命」來看，台灣在 2013 年時，男性一生中約有 8 年、女性約有 10 年不健康的歲月。最初是由世界衛生組織所開發，現在則漸漸地在公共衛生和健康影響評估等方面變得普遍，失能調整生命年「擴展了因過早死亡而損失的潛在壽命這一概念...將因為健康狀況不佳或失能而損失的健康年歲也包括進去」，即可以將死亡率和發病率合併成單一的、共同的度量。也就是說長期臥床的時間引起廢用症候群的期間是相對性的，同理可證，縮短臥床時間亦可降低廢用症候群，按健康調整餘命計算，可以減少社會及家庭醫療負擔。其實相對要論述的是因老化不動引起的廢用症候群，若不是屬於正常老化，而是因為在老化過程中出現意外，例如骨折，必須長期臥床，此時不管是家屬照顧者或養老機構等，都是排山倒海而來的經濟壓力(醫療費用、住院自費費用、照服員費用)等等，讓子女承受巨大壓力，上述案例說明了兩個重點，其一是跌倒致長期臥床而引發一連串的廢用症候群。其二是反覆因合併症住院，醫療支付造成家屬經濟負擔，跌倒未治療回到養老機構，最後長期臥床不起造成生命品質耗損及傷害，如此臥床的生命品質耗損是長輩想要的嗎？若是普遍性答案是否定的，那我們身為照護人員應該要如何來預防呢？⁶¹「廢用症候群」是用來描述因不活動而導致身體多種系統惡化的術語，常被稱為不健康的狀態，並且和不動、臥床休息或不活動所導致的併發症有關。⁶² 壓瘡與潛在廢用症候群的預防皮膚完整性的維持是護理活動執行之重點之一，而 95% 的壓瘡是可以預防的。⁶³老年人、組織灌注

⁵⁹ 2018//02/21 取自於 http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/

失能調整生命年 (DALY) 是衡量整體疾病負擔的一種方法

⁶⁰ WHO, 2000, Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No.16, Estimates of DALE for 191 Countries Methods and Results, <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/paper16a.pdf>.

⁶¹ 林汶儀，〈預防臥床老人產生新壓瘡及潛在危險廢用症候群之居家護理經驗〉《長期照護雜誌》，2007，第 11 卷，第 3 期，P275-284。

⁶² Waterlow, J. Prevention is cheaper than cure. Nursing Times, 1998, 84, P69-70.。

⁶³ 王淑容、王芳梅·皮膚完整性的維持·國防醫學，第 30 卷，第 5 期，2000，P416-422。

及氧合不佳、營養不良、感染以及肥胖等因素，都是造成皮膚功能改變、影響傷口癒合的危險因子，而預防壓瘡的重點不外乎去除皮膚承受的壓力。確認出因疾病、傷害而欠缺活動，易造成廢用症候群的病人，也是護理人員的職責。⁶⁴

第三節 長期照護(失能及殘障者)是否享有社會正義

一、能力進路與自立照護之關係

羅爾斯在哲學學界影響甚大，《正義論》一書所探討的平等自由公正機會、分配份額、差別原則等問題，以一種抽象方式提出了問題解決的建議或希望，將基本善的彈性 (flexibility) 應用於公義二原則的理論，以此說明公民對醫療照顧 (medical care) 需求方面存在的差異，說明公義二原則適用的彈性應用於保護公共衛生 (public health) 及提供醫療照顧 (medical care) 理論依據與與公民一體適用健康照護 (health care) 標準。⁶⁵ 基本的社會善，在廣義上的類別是指權利和自由與機會，是收入和財富，同時一個很重要的基本善是一個人的自我價值 (one's own worth) 或自尊 (self-respect, or self-esteem)，這些說明顯然的符合一般「基本善」的描述，它們連接於社會基本結構，它們屬於社會的善，自由和機會根據這主要制度規則來制定，而收入與財務的分配也是根據它們條理化。⁶⁶ 納斯邦的正義概念承襲羅爾斯的影響，她不僅批判羅爾斯無法解決社會正義的三大難題，甚至提出解決方案及新的思維，兼具批判性與建設性，故能力進路 (capabilities approach) 提供正義洞悉角度，解決秩序與正義議題之比較，以反思平衡為基礎更勝於功利主義。

為何要強調能力進路與自立之重要性？自立支援照護理念最初源自於日本，日本學者表示與該國憲法第 13 條「追求幸福權」規定之實踐有關，⁶⁷ 能力進路的基本目標在於：強調生命活動所需要的豐富多元性，也就是說，當一活生生的生命個體，享有與生俱來的生存能力，要足以表現重要的功能時，那麼，這些個

⁶⁴ American Nurses Association (1995) Nursing social policy statement, Washington D.C, The Association。

⁶⁵ 約翰·羅爾斯著，何懷宏等譯，《正義論》，北京，中國出版社，2104，P 60。

⁶⁶ 約翰·羅爾斯著，何懷宏等譯，《正義論》，北京，中國出版社，2104，P 83。

⁶⁷ 菊池馨實，〈社会保障の法理念〉，2004 年，P140。

體的能力就應當受到尊重與發展，⁶⁸反之，將是一種損害及浪費。因此，能力進路更進一步涵蓋了「生命功能不應受到阻礙」，以及「生命尊嚴」不可受到侵犯；換言之，長者失能能力透過某些照顧形式，恢復到可以自立的部分，便能擁有當作人類權利。所以未來的幾十年內，人工智慧會取代的只是初級問候提醒的工作，養老護理關懷主要還是要靠人的照護相互交流，在工作中肯定雙方(長者與工作人員)生存的價值。台灣法規長期照顧服務對失能者提供身體照依照長期照顧服務法（簡稱長照法或長服法）第三條的定義，⁶⁹長照法指「身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」而身心失能者（失能者）的定義則是：「指身體或心智功能部分或全部喪失，致其日常生活需他人協助者。」失能的程度，由「日常生活功能量表」（ADLs）⁷⁰和「工具性日常活功能量表」（IADLs）來評判。⁷¹討論長照多半以長者為出發點，是因為老年人失能的情況較多；但相對的中國目前對於老年人失能評估自訂內容尚未完全，筆者參與國務院民政部「2015年河南省(豫民)老人入住辦法」之起草，內容無全面性開展周全性老年評估，所以失能定義、分級分類、服務內容相當薄弱。⁷²老人失能退化過程因所有器官慢慢退化，或因疾病造成身體失能。⁷³我們來看看一位腦梗後遺症長者，右側身體偏癱，面無表情，不愛說話，問話時也不常有回答，偶有點頭表示想法；而且時常躺在床上，不願意下床、也不願意出門，尿片使用，整體身體活動也變少了；不願翻身，即使下床時下肢的活動力也已難以回復走路的功能；根據納斯邦檢視羅爾斯社會契約論的基本條件，諸如：理性能力、平等、互惠及社會合作等等，上述長者已不屬於社會福祉的範疇內，甚至是不道德的行為，未歸屬正義範圍內；

⁶⁸ 王萱茹，正義、社會契約論與動物—從修正「能力進路」(capabilities approach) 觀點談起。《應用倫理評論》，102 年，第 55 期，P 56-61。

⁶⁹ 2015/05/15 通過長期照顧服務法，本法的內容涵蓋長期照顧服務內容、服務人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施等五大要項。

⁷⁰ ADL 全文：日常生活活動功能量表 (Activity of daily living.)，一般失能老人及身心障礙者：1.輕度失能：評估為六十一分至八十分者。2.中重度失能：評估為三十一分至六十分者。3.極重度失能：評估為三十分以下者。

⁷¹ IADL 工具性日常生活活動量表用於評估工具性日常生活功能(Instrumental activities of daily living.)，分為上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服、使用電話的能力、服用藥物、處理財務能力等八項。

⁷² 筆者參加 2015 年河南省(豫民)養老機構老人入住辦法之起草。

⁷³ 葉淑惠教授，《老人照護指引—長期照護醫療健康小組適用》(臺北，華都文化，2010)，第一章～第二章 P3-29。

反觀面對這樣一位殘長失能者，政府社會福利政策仍未有相關因應措施。⁷⁴ 問題是，發生腦中風後合併症中，家屬把他安置於養老機構中，與機構人員並無有所交流，那是否表示長輩要在床上度過餘生；忍受孤獨又黑白的人生？就這樣耗損自由、自尊、意志力與對生命的熱情甚至澆熄了人生希望。也違反了 2002 年第二次老齡問題世界大會所提必須制止的「老人虐待」。更是違背 2002 年世界衛生組織提出：「活躍老化」(active aging)概念，主張應制止老齡歧視，並確保老人獲得應有的尊重，最終增進老人身、心及社會的良好生存品質。⁷⁵

就台灣而言「長照革命」引入日本「自立支援」照顧法，讓失能長者向尿布、臥床、約束說不。當你失能了，尿布、臥床、約束，是你的選擇嗎？如果你有選擇權，這三點肯定不在選項裡；但是，在台灣之前的照護模式別無選擇，若你是失能老人，更沒有還轉餘地。因為尿布、臥床、約束是我們習以為常的照顧方式；直到四年前台灣開始改革，養老機構才有機會向尿布、臥床、約束說「不」。⁷⁶ 日本老人照護專家竹內教授于老人照護專業明確指出，⁷⁷ 從臥床約束尿片使用最不利者轉化為最大受益的照護模式，所謂生活功能自立照顧，就是要充分的進行日常生活活動(ADL)的照顧，最大的改變就是，最基本重要的是「生活即康復」，要確保解決大多數日常生活活動功能的實際問題，提升長者的生活品質。⁷⁸ 也就是即使在要人照顧的狀態，盡可能自己可以做的範圍內，可以讓長者選擇過他想要過的生活，那麼我們要如何行動，以落實失能老人的倫理要求。

《以自由看待發展》是 1998 年諾貝爾經濟學獎獲得者阿馬蒂亞·森綜合他在經濟學基礎理論、經驗研究以及道德——政治哲學領域多年來的卓越成效。他闡述人的實質自由是發展的最終目的和重要手段，其論證發展是涉及經濟、政治、社會、價值觀念等眾多方面的一個綜合過程，它意味著消除貧困、人身束縛、各

⁷⁴ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P91。

⁷⁵ WHO (2002) Active Ageing: A Policy Framework. Madrid, Spain: Ageing and Life Course program, Second United Nations World Assembly on Ageing Press。

⁷⁶ 雷若莉，〈自立支援執行意義與目的〉，《頤養彰老半年月刊》，2016，P56。

⁷⁷ 竹內教授著，雷若立、賴彥於編譯，《竹內失智照護指南》，台北：原水文化，2015，P 11。

⁷⁸ 生活品質(quality of life, QOL)常被人用來提及對整體生活的指標，生活品質的範疇可以分為實質面與精神面，實質面屬於客觀的生活環境，而精神面則屬於個人層面對生活的滿意程度。

種歧視壓迫、缺乏法治權利和社會保障的狀況，從而「提高人們按照自己的意願來生活的能力」。阿馬蒂亞·森根據大量的經驗研究資料，分析了發展中國家面臨的重大問題，闡明在實踐中富有成效的解決途徑。在強調市場機制、全球化對提高人們生活水準做出基礎性重大貢獻的同時，他指出還需要政府和社會在人的生存、保健、教育等領域承擔責任，更需要人作為發展的主體在全面的社會交往和變革中發揮主動作用。⁷⁹

二、納斯邦之人性尊嚴觀

綜合以上的探討，確知長期照護應是以生命尊嚴為基礎的照護，除了維護失能者人生的尊嚴和價值，更是國家之人文文化之底蘊。然而人類之生活世界，是否可能達成這樣的境界？以長期照護著名之日本介護(亦即長期照護)首要要求必須讓長者重新建立生活自理能力的信心和希望，避免產生所謂的廢用症候群。再者，「高齡化」與「少子化」的結合，就意味著人口負擔過大、勞動力下降，以及醫療、社會福利與財政負擔加重、基礎建設與產業結構調整，這對相關經濟、社會與政治條件均不足以支撐高齡化社會的中國大陸來說，將是一大嚴肅挑戰。這個問題從納斯邦《正義的界線》一書主張來看：她說

生活世界中個體必須認識人類之依賴的實情，以實現「人性尊嚴」生活(A life worth of human dignity)時所遭遇的公民能力的追問。⁸⁰

滿足需求在納斯邦的思維，是維護各種生活和行動中的人格尊嚴之最低限度。雖然很多人主張國家財政困難，或會造成其他社會建設之排擠，但是她仍主張必須滿足這些失能者的需求，她指出：

此為「人權核心之普世價值，而不是社會成本的負擔。」因此，「社會必須保證其公民的能力在適當的標準之內，否則即是公義的失敗，即

⁷⁹ 阿馬蒂亞·森《以自由看待發展》，北京，中國人民大學出版社，2013，P3-8。

⁸⁰ Martha C. Nussbaum 著，徐子婷，楊雅婷，何景榮譯：正義的界線，國立編譯館(2008)，P310。

便 GDP 為全球之首也不是個公義的社會。」⁸¹

也就是說從吃飯、睡覺、生活起居及參與人際活動等，只要是對個體及其生命價值上具有意義的層面，都是必要的，而且需要協助失能者建構完成此能力。故失能或失智者需要的照顧工作，包含了對他(她)的身體機能、心理健康和社會關聯等層面的事項。若僅僅提供讓其有得住、有得吃，就是說能養活目前的長輩就行了，就像人人皆能圈養犬馬的動物一樣；換言之，如果我們只是做到讓長輩衣食無憂，對他們沒有發自內心的尊敬及照護的尊嚴，那麼這跟飼養狗馬有什麼區別呢？。意即是，此為解決上述案例失能者生活之獨立自主的重要思維，亦實質決定失能者的生命本質。有鑒於此我們要如何對應，來回應失能老人的生活之獨立自主相關需求，故以下將再探討現行人權受損及失能者生命尊嚴遭受漠視的概況，故研究者在長期照護場域多年，深刻感受失能或殘疾人士於照護中並未有尊嚴的照護對待，雖然羅爾斯各有自述一派公正公義理論來說明目前現況，但羅爾斯也承認社會契約理論只針對共同遵守契約論者，對於殘疾失能人視並未列入其中，故研究者採納斯邦之理論除包含正常人行使公民權之外，更進而提升對失能殘疾人士有更進一步之生活尊嚴梳理，有更佳之生活品質。

⁸¹ Martha C. Nussbaum 著，徐子婷，楊雅婷，何景榮譯：正義的界線，國立編譯館，2008，P325。

第三章 納斯邦之能力進路

綜合上述兩個章節所提出的問題，研究者以納斯邦之「能力進路」(the capabilities approach)作為自立需求的主張，人類生活的基本條件由於「能力進路」理論是從實際日常生活所需出發，也就是以每一個人在不同時間與環境下的不同生活需求 (commodities) 為前提，據以觀察某個社會能否提供各種支持條件，讓人們得以獲得滿足「能力」的最低門檻。據此，我們進一步將正義問題範疇聚焦在長期照護議題上，探索「能力取向」在失能者身上的應用，甚至企圖是以此促進長期照護邁向有尊嚴的發展。

第一節 失能與殘障之對話與理解

一、失能

此章節論述的問題是在於失能之前，因這群高齡化長者於年輕時候發揮早年的生命力，帶來社會的福利與代價，在此同時因老化所言之照護失能是一個古老的議題，在醫學或復建領域中，早是一門顯學，然而在文化與政治領域，它卻是一個新崛起的學門。文化領域與醫學領域在處理失能議題最大的不同是：醫學領域強調矯治修復，而失能研究則將處理重點從傳統的預防、治療、修復概念，轉移到文化或政治論述層面，探究其如何建構失能主體。這個轉變並不意謂著失能研究否認身體障礙的存在，也不代表排斥醫療領域的治療或復建的功用。失能研究在承認醫學矯治和介入(intervention)是有效的同時，同時也詰問醫療論述對失能者去人性化(dehumanized)的對待與處置，全然漠視失能者的自主權。它所訴求的是，如何破除並瓦解傳統醫療論述及社會文化對失能主體所建構的負面神話和污名化的人格投射；它也同時挑戰了大眾分配給失能者的卑賤身分和角色。失能研究維護失能者的人權、公民權和自決運動；失能研究在美國發展的歷程中，至少經歷了三波改革失能研究在 21 世紀初進入第三波轉型，不同障礙類型的團體與個人開始訴求各自團體的權益，其共同處仍在於強調失能者的生命主體、尊嚴、以及身體自主權。

在第一階段和第二階段研究中，所有的失能者都被視為一集合體，統稱失能

者(people with disabilities)，以此名稱與其他團體區別。這是一個策略運用，以群體的力量，凝聚足夠的力量，凸顯失能族群的認同。事實上，在所有群體中，失能團體的主體認同是最具爭議的，因其成員的差異性是最大的，彼此間沒有明確統一的標記。基本上，身心障別的分類極為多元，各障別彼此間的差異很大，例如盲人與肢體障礙者的功能障礙程度就大不相同，而聽障者從不認為自己是失能者，他們自認與常人不同處，在於他們使用手語，即便相同障別的人，彼此的障礙失能處也不見得有完全的相似處。在過去，失能者多不採取這樣的方式認同自我，因為他們強調每一個人 的生命經驗與障礙都是獨特的。在強調個體化與生命倫理的前提下，將失能者視為一個群體的策略，在失能者中間開始有了歧義。然而為能兼顧改革的需求以及擁有個別主體性，失能者採取了折衷的策略。面對政策制訂以及社會運動時，他們以集體的稱謂來認同自我，以鞏固更大的改革動能與群體；但回歸到個人日常生活時，他們開始將自己的生命故事書寫入傳，詳實地再現他們的日常生活，包括個人的障礙、成長、就醫、矯治等經驗，一方面藉此尋求自我定位，另一方面則以他們的生活點滴回觀主流健全者對他們的「凝視」(gaze)。2011年6月美國失能研究協會在美國聖荷西所舉辦的國際學術研討會，討論的重點議題則是失能正義及失能者的生命主體、尊嚴、以及身體自主權，此意謂著失能研究正邁入新紀元，屬於失能者的生命書寫紛紛問世，其中值得一提的是，女性失能者生命書寫的出版，這些創作作品除卻質疑主流能者論述(ableism)對失能者的醜化與隔離外，並以生命書寫的方式解放自我，肯定自我，再現失能主體以及生命尊嚴。⁸²這種身體、心理功能長期失能的狀態，需要協助生活起居上的接受照顧者，依據衛生署長期照顧服務法的定義：「針對身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。其服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性，以至社會性之服務。其服務對象不僅需包括個案本身，更應考慮到照顧者的需要。」世界衛生組織亦曾於1980年出版國際機能、失能和健康分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health，以下簡稱ICF)，並於2001年5月22日第54屆世界衛生大會上通過國際認可使

⁸² 孫小玉，〈卡蘿的疾病誌：失能主體的思辯〉《文化研究》，2012年，第15期，頁43-86。

用(WHA54.21 號決議)。ICF 分類身體功能和結構及活動和參與作為分類全面目的在於提供統一和標準的語言和架構。ICF 概念如下表：⁸³

表 1 國際機能、失能和健康分類(ICF)表

要素	第一分部：機能 and 失能		第二分部：情境因素	
	身體功能和結構	活動和參與	環境因素	個人因素
範疇	身體功能 身體結構	生活領域 (任務、行動)	機能和失能的 外在影響	機能和失能的 內在影響
建構	身體功能改變 (生理) 身體結構改變 (解剖)	容能 標準環境執行任務 表現 現時環境執行任務	自然、社會、態度 世界特色的 促進或妨礙衝擊	個人屬性的衝擊
正向方面	功能和結構完整性	活動 參與	促進因子	不適用
	機能			
負向方面	損傷	活動限制 參與受限	阻礙因子/妨礙	不適用
	失能			

二、殘障與障礙

殘疾人(disabled persons)國際上最早的定義是根據世界衛生組織、WHO 於 1980 年發佈的 ICIDH 國際殘損、殘疾、殘障分類中 Disability 定義，於 1992 年發佈的第一版國際標準 ISO 9999 中對殘疾人的定義是：有一種或多種殘損，一種或多種殘疾，一種或多種殘障，或者殘損、殘疾、殘障兼有的，WHO 於 2001 年發佈了 ICF 國際功能、殘疾和健康分類，其中 Disability 的定義已改為是對損傷、活動受限和參與限制的一個總括性術語。它表示在個體(在某種健康條件下)和個體所處的情景性因素(環境和個人因素)之間發生交互作用的消極方面。據此第四版國際標準 ISO 9999：2007 中已沒有 disabled persons，而改為 persons with disabilities，其定義為：有一種或多種損傷，一種或多種活動受限，一種或多種參與限制，或三者綜合的人。可見，過去的 disabled persons 與現在的 persons with

⁸³ 王顏和 譯《國際機能、失能和健康分類》衛生署委託「國際健康功能與身心障礙分類系統-兒童與青少年版推動計畫」99M4073。

websites, URL=http://www.pmr.org.tw/icf/download/ICF.pdf, p2.國際機能、失能和健康分類(International Classification of Functioning, Disability and Health)，以下稱 ICF。由世界衛生組織為試驗目的在 1980 年第一次出版。它是過去五年來藉系統性實地試驗和國際諮詢所發展，在 2001 年 5 月 22 日第 54 屆世界衛生大會認可為國際使用(WHA54.21 號決議)。ICF 分類身體功能和結構及活動和參與作為分類全面目的在於提供統一和標準的語言和架構。

disabilities 在定義上是有差別的。美國 ABLEDATA(世界最大輔助器具資料庫)專家 Stephen Lowc 先生多次提及殘損傷這兩者之間的區別，指的是同一類群體。例如，就一個具體的殘疾人而言，幾十年前我們叫他 disabled person 或 the disabled，沒問題，他本人也沒有反感。但現在就不行了，要改稱 persons with disabilities，主要是出於政治和人權的考慮。因為在 disabled persons 的稱謂中，第一特徵是 disabled，強調的是他們不能夠(not able)。而實際上有 disability 的人，幾乎總是能夠參加 社交、業務和文化活動。這說明 disabled persons 這個稱謂對他們就是歧視。實際上，他們的第一特徵是 person 人，應該享有人的一切基本權利，其次才是他們有 disability。所以研究者認為，但是 persons with disabilities 就不能再譯為殘疾人，而應該稱為功能障礙者，因為其中包括了那些不夠殘疾等級但又有某種輕度或過渡性功能障礙的人。全面康復(comprehensive rehabilitation)來自 1969 年 WHO 對康復的定義：復健是指綜合地 和協調地應用醫學的、社會的、教育的和職業的措施，對患者進行訓練和再訓練，使其活動能力達到盡可能高的水準。據此卓大宏指出，康復的領域包括醫療康復、教育康復、職業康復和社會康復，實現以上四個領域的康復也就是全面復健。⁸⁴

環境(Environment)是指環繞物、四周、外界和周圍情況，即人身體以外的一切事物可統稱為環境。ICF 指出：環境因素構成了人們生活和指導人們生活的物質、社會和態度環境。即環境由物質環境、社會環境和態度環境構成，而物質環境又分為自然環境和人造環境兩大類。至於人造環境，在 ICF 一級分類“環境因素”下的二級分類產品和技術中包含了九個人造環境，即生活環境、移動環境、交流環境、教育環境、就業環境、文體環境、宗教環境、居家環境和公共環境。無障礙環境(Accessibility)最早見於 1993 年 12 月聯合國大會的《殘疾人機會均等標準規則》中附錄第 5 條，以及 2006 年 12 月聯合國大會的《殘疾人權利公約》中第 9 條。為實現殘疾人平等參與社會活動，建設完全無障礙環境理想環境，許多社會障礙和態度障礙對任何人都不可避免。眾所周知，世界著名科學家霍金是重度殘疾，既不能說也不能走，卻公認為科學巨人；台灣知名電視媒體工作人員

⁸⁴ 朱圖陵、範佳進， 深圳市殘疾人全面康復與無障礙環境殘疾人輔助器具資源中心，中國殘疾人康復協會第五屆學術報告會論文彙編，2016，P505-508。

范可欽是重度小兒麻痺者，是公認的電視及廣告界的奇藝。如果這些人放到深山老林是不能生存，正是現代化的人造環境，包括電腦、電動輪椅這些輔助器具幫助他克服障礙發揮潛能後，才能為社會做出巨大貢獻。實際上，我們周圍的很多殘疾人都有潛能，只是苦於不知道有什麼輔助器具能幫助他們而埋沒一生。而且談到活動和參與的障礙也不能脫離環境，在特定的環境下，健全人也有障礙並成為殘疾人。例如出國時遇到的語言障礙是屬於社會環境的障礙，健全人的聽不懂和說不出與聾啞人的聽不見和說不了效果一樣，同屬於聽覺言語障礙者的群體。又如在黑暗的環境裡，健全人和盲人同屬於視覺障礙者，但很多動物卻行動自如。這說明我們不能脫離環境來看殘疾人。所以納斯邦說不管是生理殘疾或心理傷殘的孩童與成人們也都算是公民。⁸⁵任何正宣的社會都必須滿足他們在照護，教育，自尊，活動與友誼方面種種需求。然而，在社會契約論的想像中，那些設計社會之基本結構的訂約者們，都是自由平等與獨立的，而且社會契約論者往往也把公民們想像為已相當理化的理性為期。這種理論途徑連最嚴的肢體傷殘和殘障等案例都無法應付得宜。不過現代理論將基本的政治原則視為是互惠契約所導致的結果。而這層缺陷影響深遠，使其甚至無法充分地作為更一般性的人類正義之理論解釋。一個能令人滿意的人類正義之理論解釋，必須認可具有傷殘的人們(包括心理傷殘地應有平等的公民權，並適當地當地支援那照護與教育們所必須承擔的勞力，此來解決因這些傷殘所導致的殘疾。正常的人類也會經歷許多各式各樣的傷殘，殘障，需求與依賴，因此同時我們也認知到正常人的生與終生殘疾人的生，彼此之間其實很難分而視知。殘障與傷殘在此處會引發兩種不同的社會主義問題，而兩種問題都相當迫切。首先是有關公平對待有傷殘之人的問題果要讓他們過著完整以及有生產力的人生，那麼有許多人都需要非一般的社會安排，包括各式各樣的照護工作。

人的能力發揮以納斯邦的「能力進路觀點」之論述，主要強調「值得人性尊嚴的生活」(a life worthy of human dignity)的概念，也就是說明，我們人類實際上能過什麼樣的生活，並且如何透過提升人類的「能力」來完成。納斯邦亦針對人

⁸⁵ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P113。

類的能力列出一「人類主要能力」的列表，而這些列表的內容背後，即是，具有人性尊嚴的精神在其中。

納斯邦主張能力途徑能夠處理羅爾斯社會正義三大正義問題，⁸⁶ 這個途徑所採用的唯一根源就是「人性尊嚴概念」，論人類規範在思考尊嚴問題時所扮演的角色，且主張尊嚴並非根植於人類的一些實際特性，例如理性其他特定能力的擁有，更主張尊嚴不是一種獨立於能力之外價值。所以在羅爾斯的社會契約論中有三個未解的難題，其中之一為「傷殘人士與殘障人士」⁸⁷，納斯邦替傷殘人士作定義的解釋及能力途徑的修正，她認為「能力取向的某些核心應得權益，應該被所有國家的政府所尊重、所施行，並將之視為對人性尊嚴的尊重，所應有的最基本條件」，當時就是運用這種概念途徑，論述能力取向基礎，同時她也主張對於這種最限度的社會概念，最佳的途徑，就是將焦點放在「人類的能力」，也就是說「一個值得人性尊嚴的生活」(a life worthy of human dignity) 的直覺性概念，告訴我們人類實際上能做什麼、能成為什麼的相關資訊，故納斯邦界定出一系列的人類核心能力(central human capabilities)，核心能力敘述如下：⁸⁸因文中所提及為失能者，故本文重點在於論述第五項及第九項。

1. 生命(life)，可以度過一般正常生命的壽命。
2. 身體健康(Bodily health)，有良好的健康，包括繁衍後代的能力
3. 身體完整(Bodily integrity)，能夠自由地移居，免於暴力、性侵害以及家庭暴力 等。
4. 感覺、想像及思想(Sense, imagination, and thought)，能夠運用自己的感官進行想像、思考以及推理。
5. 情感(Emotions)，能與周遭的人、事、物互動，並愛那些愛我們關心我們

⁸⁶ 羅爾斯的正義論中有三個未解的難題: 1.傷殘人士與殘障人士 2.國籍 3.物種的權益。

⁸⁷ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P112。納斯邦在探討殘障的文獻中，說明「傷殘」(Impairment)指的是喪失正常之身體功能；「殘障」(disability)是你因而無法在你身處的環境中所做的事情；「障礙」(andicap)為因此而導致不利競爭條件。

⁸⁸ Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. pp. 76-81。

的人。

6. 實踐理性(Practical reason)，能形成善的概念，並對個人的人生貴畫進行批判性反省。
7. 依附 (Affiliation)，能與他人生活，並在情感上依賴對方，從事各種社會互動，以及擁有自尊及不受屈辱的社會基礎。
8. 其他物種(Other species)，能用關懷與動物、植物及大自然共存。
9. 娛樂(Play)，可以歡笑、遊戲與享受娛樂活動。
10. 控制個人環境 (Control over one's environment)，能有效參與政治的權利，以及財產的權利。

納斯邦提出上述的能力範圍，認為藉由能力的滿足作為基本權利的公義判斷可以「跨越文化的差異，而且此清單保持開放，並接受外界的修正與批判」。在人類的生活世界中，所需的各種生存的能力，都是為了追求人性尊嚴的目標，各有其獨特性，故為公義的核心要件。這些能力，旨在提供公民保障自身生存之能力，故我們應重視每一項能力。所以，從生活的能力、健康維護的能力和身體健全的能力上，提供支援與情感的依賴和支柱，來改善生存的能力、壓力和恐懼等，即為健康照護的需求。這樣的能力背後皆蘊藏著「人性尊嚴的生活」概念。⁸⁹ 換言之，無論是正常人或傷殘失能者，都同樣必須受到人性尊嚴的對待，不應該有階級之分，更與金錢無關，如上述曾經舉出案例「住院繳不出保證金而被趕出院」，若以有尊嚴的概念治療長者，尊重人權(同國際人權宣言)，那麼醫院就無理由趕病人出院，因此她提出採用「人性尊嚴」的獨立論證，基於同情共感 (compassion) 自然產生相互照顧和關懷心態和行為。並且納斯邦也表示於一個自由的、多元的社會來說，這些能力代表了政府主張這些核心能力，都蘊含在原則的根源。這些能力以一種政治自由主義為背景，而得成為確切的政治目標，呈現這些能力的方式，也不需要任何特定的形上學基礎。⁹⁰ 所以我們可以說基本的觀念在於，就上

⁸⁹ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P79。

⁹⁰ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P87。

述各點來說，若這些能力都不存在的人，顯然就是人性尊嚴蕩然無存的人生。故納斯邦又說能力途徑完全是普世性的，我們所探討的這些能力，在一個國家對每一個公民來說都非常重要，而每一個人都被當成是目的而非手段，以此觀點來看，此途徑與國際人權途徑很類似的，換句話說能力途徑乃是人權途徑的其中一種。但就核心能力而言，尊重多元主義規範是很重要的一環，納斯邦以六個方面來說明「能力途徑核心」觀點：⁹¹

1. 這分清單乃是開放的、尚未完結，可以被持續地修正與運行。
2. 具體陳述這分清單時：理當以有點抽象和一般性的方式來進行，以便使公民、立法者和法庭進一步詳細說明與審議的空間。在一定的範圍之內，不同國家以不同的方式來採取這些行動，將各自的歷史與特殊情況給納入考量，這全然是適當的。
3. 用羅爾斯的用語，這份清單是種獨立的「部份道德概念」(partial moral conception)，也就是說，它被明確地運用在政治用途之上(而且也指政治用途)
4. 是這份清單為「制式」，對於一些「對人生的最終意義與目的」擁有相當不
5. 同看法時，可以利用這個制式和他們各自信仰不同的宗教的整合連結起來。
6. 適當的政治目標乃是「能力」而不是「功能」，那麼我們在這裡又再度地為要多元主義提出保障，應該被賦予充分機會去享有一種健康的生活方式，不過這種選擇還是應該留給人們自己去做決定，人們不應該因為自己不健康的選擇受到任何處罰。
7. 那些保障多元主義的重大自由權，乃是這分清單上的核心項目；言論自由，結社自由，良知自由，透過這份在清單上的舉動，同時也是在賦予

⁹¹ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P88。

它們一種核心、不可被取代的地位。

8. 正當性的議題和執行性議題兩者，應該有清楚區分，可成為世界各地之政治原則，奠定良好基礎及正當性的理據。例如傳統上認為是侵害人的罪刑，一旦被舉發不當行為，若此國家主權是以民意為基礎，那麼要把此能力清單推薦給每個人，似乎就不容易被反擊；換言之，更能推動以人性尊嚴為首要之理論。

綜上所言，故納思邦即試圖從政治自由主義的脈落為能力途徑進行辯護與證成，她不只將能力途徑視為是衡量人類生活品質與優勢水準的尺規，更力圖透過能力途徑來擬定一套清單以作為憲法原則的基礎，以此揭示所有公民應享權益（entitlements）的內涵與社會正義的最低門檻。從納思邦對其能力途徑及清單的證成（特別是在如何尊重多元主義的部分）。⁹² 以此揭示所有公民應得且所有政府應加以保障落實的基本應享權益，並主張這份清單既不違反政治的正義觀，而可以獲得重疊共識的肯認，且能尊重多元主義下的各種價值殊異。她主張所有的文化與社會都能同意人類尊嚴的維持是有些最基本的要求。

⁹² Nussbaum, 2000: 11-15, 71-74; 2006: 69-71。

第二節 能力進路理論

納斯邦的能力進路觀點是依羅爾斯論點並且重新建構而成；自羅爾斯的《正義論》問世以來，不僅在哲學激起熱烈的討論，也連帶影響社會學、經濟學與法學等，對於正義問題的研究。納斯邦(前面已說明，此處不再敘述)⁹³ 指出「人類重要能力清單」，指出為人類核心能力提供條件，應該成為任何政治規劃的共同底線，不能用文化相對主義或國情或發展階段為理由而躲避。由於「能力取向」理論是從實際日常生活需出發，也就是以每一個人在不同時間與環境下的不同生活需求 (commodities) 為前提，據以檢視某個社會能否提供各種支持條件，讓人們得以獲得滿足「能力」的最低門檻。因此，與一般強調個人自主的自由主義立場相較，更能得到普世的認同。

一、採取能力途徑能力取向

「老化」的結果可導致生物體衰弱、退化，必然衝擊生物體構造與功能，影響生命、生活、生計之活動及參與，最後走向生命之終點—死亡。在此過程中，良好的「老化」過程與結果必可減少其負面之衝擊，有效節制因應此負面衝擊所須投入之資源，且若能介入或切入改變一些因子或變項，一直予人負面印象之老化卻是否能同時擁獲健康強健、活躍積極、成功滿足與生產創造等正面價值，便重要無比，這也是數百年來，在無法排拒老化的大前提之下，對於老化之因應退而求其次之理念策略，也慢慢發展成型為何要採取能力途徑，理由在於「正義的社會是實現人性尊嚴最大概念」。所以試問以目前中國平民百姓生活現狀(醫療保險失衡)，高齡社會及現在的體制，可以實現如納斯邦所言最低限度的正義概念嗎？基本上，答案是否定的，因為健康狀態及生命延長是排序的第一項，無健康為依托之下，後面的九項能力清單也無法並存；故納斯邦就以「情感」(emotions) 這項能力為例，對於外在於我們的人與事物產生情感上的依附，愛那些愛護並關

⁹³ 納斯邦地闡述自身的理念，實踐在世界公民意識、人類發展及婦女權益等等議題；更透過沈恩 (Amartya Sen) 所建構的「能力進路」(capabilities approach)，用以修正羅爾斯 (John Rawls) 的《正義論》(The theory of Justice, 1971) 並且擴展正義的範圍。2006 年，納斯邦在其作中正義的界限：殘障、全球正義及物種成員》(Frontiers of Justice : disability, nationality, species membership, 2006) 一書中，更具體地將正義的範圍涵蓋到身心障礙者、全球正義及動物權益的三大議題；其中，「能力進路」觀點提倡非人類動物 (non-human animals) 的各種權益，為動物倫理的領域注入一股新的力量。

心我們的人，或者因思念而感到傷悲等，這些對每一個人而言，都是再自然不過的事情，例如，在養老機構可以設置幼兒園，讓這些長者可以以情感為依附，陪兒童玩樂獲得情感滿足；另一個思維即讓老人照顧老人(健康照顧亞健康)，亦可引發情感能力並換位思考照顧情境；換言之，發揮殘餘能力照顧別人，一方面自力需求滿足，另一方面養老機構節省人力成本，人力結構再運用，發揮最大效益。⁹⁴ 然而這樣的情感，納斯邦認為是同情心（compassion）的作用，而且認為這樣的作用是道德判斷時的重要基礎。藉此同情心的擴展，可以讓我們產生願意去關心他人的生活福祉的情感，並藉此得以檢視社會中是否存在造成不公義的非理性情感。她的觀點如下：

「在哲學傳統中，同情心是個人與社群當中一個重要的橋樑；同情心被視為我們人類將他人的利益與己身的善相連結的方式。因此深入思考這個道德情感的架構是一件好事，因為我們可能因此更瞭解該如何產生同情心，以及該如何剷除妨礙同情心產生的障礙。」⁹⁵

也就是說納斯邦就實質憐憫之心的觀念（例如生存免於飢餓、生命免於過早死亡、識字算數、個人尊嚴、參與政治等）制定了一套人類發展觀，叫「能力進路」，⁹⁶有效促使國際社會對發展的定義逐漸由過去僅追求總體經濟和數字，轉而關心人類本身能力的發展並豐富了這套理論的核心機制，提出「人類重要能力」清單之觀點。

⁹⁴ Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The Human development approach*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press 33。

⁹⁵ Martha C. Nussbaum, "Compassion: The Basic Social Emotion." *Social Philosophy & Policy*. 13(1)(1996), pp.27-58。

⁹⁶ 2018/03/18 取自於 <https://wenku.baidu.com/view/337e8621dd36a32d737581c7.html>。

二、基本善平等

一旦我們認同每一個失能者身心靈都應該獲得社會家庭親情的支持，那麼主張高齡失能照護方式應該如何實施最為恰當呢？目前中國以「9073」或「9064」（第二章之第三節已敘述）等方式來解決老年生活問題，由於高齡養老服務工作於2015年才被國務院重視，開展養老計畫，目前有許多政策未明朗化，照護方式統一規定，則不但對了每個人原本享有的「基本善平等」社會，加諸更多的不公平負擔，甚至可能剝奪長者情感能力的平等發展。不論是就「人際關係連結」（affiliation）或者是「依附」（Affiliation）等能力而言，前者是指能夠與他人共處，能夠對他人表現出關懷，能夠表露出複雜的社會互動，甚至是能夠設身處地為他人著想；而後者則是能與他人生活，並在情感上依賴對方，從事各種社會互動，以及擁有自尊及不受屈辱的社會基礎。⁹⁷ 這基本二種能力的社會化雖然是「能力進路」由納斯邦所提出，⁹⁸ 理論自然十分強調個人抉擇的主動性（agency），並且尊重不同個體的多樣性，及其可能的價值與立場，分析「能力取向」觀點所預設的理想社會，它期待一個社會應該要盡其可能地滿足不同公民的各種生活需求。就此而言，當評斷某個社會是否實踐「能力取向」的正義觀時？顯然，這不該被當成是非題，而是應該被理解為發展性概念來掌握。據此，如果我們進一步將正義問題範疇聚焦在長期照護議題上，探索「能力進路」在長期照護的應用，甚至企圖是以此促進自力發展（educational development），這應是極為重要的，⁹⁹ 所以納斯邦認通過某些類型的總和排序或者最大化的程式，決意要找到一種能夠清晰而準確地解決任何人類道德問題的答案，我們必須理解納斯邦「能力進路」的

⁹⁷ Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The Human development approach*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press 34。

⁹⁸ 阿馬蒂亞·森所主張的「能力取向」是以新福利經濟學為基礎，他認為個人才是自己福利的最佳判斷者，而且所有不同個人的福利狀況進而才構成總體社會福利。表面看來，這個觀點似乎與 Nussbaum 的新亞里斯多德主義（Neo-Aristotelianism）並未有衝突，也就是說，她同樣支持每一個人應有追求自己想望生活之權利。然而，新福利經濟學認定不同個人之間的福利函數是互不依賴的，也就是說「基本能力」必須放在實際的社會脈絡來考量。與此相對，Nussbaum 則是致力於發展一份開放性的「核心能力」清單，她強調唯有如此，才足以充分檢視可能的人類發展問題。就此，Sen 認為根本不存在一份可以超越不同時代或者是能夠跨越不同社會脈絡的「核心能力」清單，如果仍認定一個理論是可以與特定社會事實完全隔開的，她顯然誤解了「純粹理論」的本質及其作用的價值。

⁹⁹ 王俊斌，〈論 M. Nussbaum 「能力取向」的正義觀與教育發展〉，《教育研究集刊》，2010，56 輯，第 2 期，P45。

主張立場，她只是期待提出一份有關公民應該具有的道德最低限度核心社會權利（an account of minimum core social entitlements）。

另外，她常提及自己的研究可以視為開拓正義問題的思考範疇。因此，自然在一般常態狀態下，納斯邦應該是接受以正義的兩階段原則來促進社會正義。但是，當我們面臨羅爾斯《正義論》的例外狀況時，如何協助所有社會公民跨越滿足功能作用行使的最低能力基本門檻（basic threshold），這便是「能力取向」的重要價值。¹⁰⁰ 所以基本能力列表不僅可以做為制訂政治原則的方向，更應當納入國家的憲法或立國的原則中，納斯邦認為權利、道德、行動是人類不同行為中的不同層次，並且表明了在哪一個領域中適的功能性活動，指出保證人們有能力使用和享受納斯邦人類核心能力清單上能力的安全。¹⁰¹ 故國家的失能照護政策是讓每個公民享有應有的權利，政治制度都應該保證權力發揮，失能者的能力安全就受到了保證，亦即讓人有實現人的能力的自由和機會，以使人能過上善好生活。她更明確指出為人類核心能力提供條件，應該成為任何政治規劃的共同底線，不能用文化相對主義或國情或發展階段為理由而躲避，這份人類能力清單已經參照了各地方各文化對善好生活的多樣化追求，故可說是基本的、最低綱領式的人類生活普世條件尺規，各地的政治制度、社會及生活方式仍可以很不一樣（舉凡吃飯、睡覺、社交、活動等），但都必須去保障甚至促成這些基本人類能力的實現，而人們也應以「每一個人類存在者的基本能力都要得到充分實現」，這一要求便是評價現存的社會和政治體制。人類發展理論之所以能夠超越空想的書齋，取得目前的社會現實效應，在很大程度上可歸功於它的基本理論邏輯。

在《正義的理念》中，阿馬蒂亞·森認為他的理論存在於一種比較式的框架，因此區別於包括羅爾斯在內的傳統理論的超越式的框架。也就是說，羅爾斯總是在追求一種完美的公正社會，而人類發展理論則希望實現一種更公正的社會，例如一個身障的人，就算擁有與一個正常人同樣的財富，他感受到的幸福也不會是

¹⁰⁰ Martha C. Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化，2008，P324。

¹⁰¹ 納斯邦於 2000 年，將可行能力放入亞里斯多德的“真正人類的機能”(truly human functioning) 中，採取亞里斯多德的《尼可馬古倫理學》的思路：這就是，規定了人類生活的一些基本領域，比如去感受快樂和痛苦，害怕等等。

同等的，最起碼他要多花不少資源，去克服身障造成的障礙。是以強調此點，是因為阿馬蒂亞·森與納斯邦看法如出一轍，若我們要消除不義，例如顯而易見的貧窮，造成窮無立錐之地，若我們認為讓同胞脫貧，使他們可以對社會貢獻更多，那麼就不能只單單看收入多寡等條件，因為一個單純的貧窮者，跟身障的貧窮者，他們要滿足基本的生活要件，付出的資源並不會一樣。同樣的，身處富國大都會的窮人，就算他們的收入遠遠高過第三世界國家的窮人，但因為他們要滿足的基本生活要件，所需要付出的消費也一樣很高，實質上要脫離貧窮困境的難度一樣很高(例如教育補助，急難救助，身障補助，震災補助，無障礙的環境等可以消除不義的現象)。但他們卻認為，如果一種正義理論要指引政策、戰略或制度的理性選擇，那麼定義一種完美的公正社會設置，既不是必要條件，也不是充分條件。換言之，人類發展理論的比較性在這裡並不只是聯合國報告內的國別比較，它體現為在現有社會資源和政治能量條件下可能實現的各種正義方案之間的比較。也正因此，人類發展理論追問的不是理想社會中的完美公正，而是現實社會中的不公正，亦即那些讓人的能力無法得到充分發展的社會政治制度與資源配置狀況。

第三節 正義與能力之關係

一、什麼是人性尊嚴所要求的生活

納斯邦認為，在最低限度的意義上，政府應該保證公民的這十種核心能力的充裕是必須實現的。但中國有些農村地方連溫飽都有問題，故此十項能力清單可就暮年中國現狀做排序，不引起人權抗議而又獲得公民認同得到尊嚴。我們對尊嚴的理解又是如何的呢？尊嚴(dignity)是一種直覺觀念，絕對不是完全明確的，在一些規範生活條件下，民眾所過的是一種人性尊嚴所要求的生活；而在另一些生活條件下卻非如此，例如，臥床失能者，基本生活需求皆要靠照顧者才能完成，失能不是疾病，但對他們來說，衰弱、靠氧氣鼻胃管維生，長期喪失對生活掌控力，人生失去了如廁進食行動的自由與尊嚴，這樣生活的樣態，他們雖保留有尊嚴，但尊嚴就好比一張無法承兌的本票，馬丁·路德·金就曾經這樣評論民族理想中所內含的承諾：尊嚴好比是「一張寫著「資金不足而被退回的支票」。¹⁰²

雖然尊嚴是一個模糊的理念，其內容的取得必須基於一種相關理念的網絡，但尊嚴確實有其實際意義。例如，以尊嚴為導向就區別於以滿足為導向。如果我們未能提供適當的教育，以發展一位罹患失能偏癱長者的自立能力，雖然這種情況下「滿足」仍舊能夠被製造出來，但我們仍然沒有以一種與其尊嚴相稱的方式來對待他。尊嚴的概念還與積極奮鬥的理念存在密切關聯。因此，它可以說是基礎能力概念的近親，是一種內在於個人，並且應當得到發展的稟賦。但是，即便我們可以論證個體之間是否存在內在潛力的差異，人性尊嚴從一開始在所有的行動主體之間就是平等的(同樣，此處也要排除那些永久性植物人和無腦畸形人士，他們沒有任何行動能力)。也就是說，所有人都應得到來自法律和制度的平等尊重。

因此總體來說，納斯邦的能力理論關注的是對核心自由領域的保護，所謂核心可作如下理解，如果沒有這些自由，就無法實現一種人性尊嚴所要求的生活。假如一種自由並不是如此重要，它將由政治過程的常規運作加以審議。有些時候，一種既定能力顯然具有以上所定義的核心地位：例如，關於殘障失能與無障礙環

¹⁰² 瑪莎·納斯鮑姆《尋求有尊嚴的生活：正義能力理論》中國人民大學出版社，2006，P20。

境之對等的重要性，已經在全世界範圍內達成了一種共識。

二、善抑或可行能力

這一社會正義的理論方法會作如下設問，在民眾行動於其中的人類生活的諸多領域，人性尊嚴所要求的應當是一種什麼樣的生活？在最低限度的意義上，十種核心能力的充裕是必須實現的。既然對政府任務有著普遍的共識（也就是說，政府有責任讓民眾有能力追求一種有尊嚴，並且在最低限度意義上豐富的生活），這就意味著一種體面的政治秩序必須保證全體公民的十種核心能力至少在最低限水平以上；換句話說，人類核心能力是一把尺規，尊嚴是一座天秤，天秤無時無刻想保持平衡不可動搖，政府的責任就是讓尺規及天秤互相牽制，保持平衡。

能力主要歸屬於作為個體存在的人，只是在此基礎上推演至團體。能力理論信奉每一個人作為目的的原則。能力進路理論規定，目標是要為每一個人、為所有的人培育能力，而不是將有些人用作一種手段，以此去促進其他人或所有人的能力。以個人為導向將會導致政策的巨大不同，例如，許多國家就是將家庭認定為一種應由政策加以支持的同質性的單元，而不會去檢查和培育單個家庭成員獨立具有的能力。有些時候，以團體為單位的政策（比如少數族群平權行動）可能是創造個人能力的有效手段，但這是此類政策得到證成的唯一方法。人們經常會認定自身歸屬於更大的集體，比如種族團體、國家或民族，並且為該團體的成就而感到光榮，但是僅僅指出這一顯而易見的事實，並不能否定能力理論對個體人的規範關注。

關於社會正義的敘述的基本主張可表述如下：人性尊嚴應得到尊重，這就要求公民在以上所述的全部十種領域內都盡可能發展出以上的能力。（納斯邦使用公民這個概念，並不是要去否定已定居的外國人——無論合法還是非法——均有一系列的權益，是要從核心情形開始講起。）

綜合上一節探討納斯邦能力進論論證而得到生命尊嚴的價值，此節要論述的能力與殘障之相互關係。深究「能力進路」的理論內涵，研究者認為該理論的核心概念即在關注個體是否具有實踐或運用某種「功能」(function)的潛在「能力」。

簡要地說，「能力進路」理論顯然包括如下兩個層面的意義：首先，當每一個人面對各種可能的生活形式時，人們是否真正有機會或選擇的自由？這就好比同樣面對營養攝取 或維護身體健康的需求，我們可以努力避免飢餓，但卻也有可能選擇斷食，甚至是絕食。更進一步來看，「能力取向」理論所強調的自由，便是一種積極性走向能力正義，用何方式邁進能力正義呢？納斯邦認為利用憲法保障基本正義，鄙棄羅爾斯之社會契約框架能力進路，來實現公民能力，才有辦法落實在現實生活中，這些權利被認為是蘊涵在人性尊嚴的意義及何謂稱得上人性尊嚴之生活的概念意圖中，基本上憑直覺認識為起點來思考所謂公民能力的內涵。¹⁰³

進一步追問如何滿足尊嚴的生活？納斯邦認為在能力途徑中，個人要離開自然狀態，基於社會合作根基，從一開就是被道德化和社會化的狀態，雖然這種途徑並沒有假設性的初始狀態(Hypothetical initial situation，結果進路而非程序上的途徑)，但在這種途徑中，將人類設想在不同合作動機中，包含對正義本身的熱愛，而更重要的是，也包括了對於那些因某些不足而無法過像樣且帶有尊嚴之生活的人，所以在基準點上能夠運用自由合作觀點，將正義和包容視為形塑固有價值的目標，然而這樣的運用也使我們能夠將人類視為由許多利他主義之紐帶，以及許多互惠連結在一起的群體，所以綜觀納斯邦論述，每個人皆為政治性和社會性的動物，個人所追求的善與社會的善是一致的。¹⁰⁴

為何納斯邦認為尊嚴意識與社會契約分開探討？她認為「尊嚴」這個概念與亞里斯多德觀點是一致的，即人類的人性與其動物性是連結在一起的，換言之將理性與動物性是為一致的觀念(而羅爾斯並沒有這樣做)，可以發現理性只是動物特質中的一個面向而已，進一步而言，能力途徑觀看這個世界的方式，是將其視為一個包含了許多不同形世之動物尊嚴的世界，但事實上人類尊嚴，通常都是以理性為特色，此外，社交性(sociability)與理性同樣是人性的基礎，也包樣滲透於人性之中。而身體的需要，包括對照護、關懷的需求，我們所擁有之理性和社交

¹⁰³ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P174。

¹⁰⁴ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P174。

性的特色；身體的需求也是尊嚴的面向，並非某種用來與尊嚴產生對比的要求，例如：傷殘人士不用特別利用自己為最大效益之生產力，來獲取或贏得他人之尊敬，所以納斯邦說我們有權利要求對我們人性需求本身之尊嚴的支持。¹⁰⁵

人既排拒老化，然而老化是自然現象必然趨勢，但中國突然驟增老化現象，國家養老政策來不及應對。故自有人類生活史以來，便不乏思維如何因應，且不少付諸努力或行動者，也因此而創造了部分之史蹟。世界衛生組織 (WHO)在疾病與相關健康問題闡述調整轉向、宣導、推動及建制之餘，在安適(wellbeing)、罹病 (morbidity)、疾患(disorder)、病況 (condition)、損傷不全(impairment)、失能(disability)、活動(activity)、參與(participation)，以及醫療、保健、照顧、支持及保護等健康照護成份(health/care component)或健康照護單元體(health/care entity)等之界定與闡述，有多方位涉及之環境、個人因素配合之潛在影響衝擊等彙總而成之新健康模型。

三、什麼樣照護關懷才是好的

才能符合世界衛生組織之相關議題？納斯邦如此回答，目前如果我們要使存在於正義概念中的「關懷照護」(care)概念恢復其原有的地位，首先我們要了解我們對照護的需求，在這樣一個對公民之基本善產生，恢復其原本應有的基礎性地位，公民照護必須到一定適當的等級，才是公正社會應具有的指標。世界衛生組織認為所照護關懷，照護並不是一件單一的事情，也因此它不應該獨立於其他公能力之外的附加能力。必須站在受照護者(cared-for)和施予照護者(caregiver)雙方立場上，思考廣大範疇之公民能力的意義。對需要依賴者提供好的關懷與照護，不論是兒童、年長者、患病者或殘障人士，其重點在於對其生活能力、健康能力及身體健全之能力的支援。它提供了情感依賴的支柱，同時也提供了感情、想向立和思想方面的刺激。使人們能夠轉移那種「壓垮人的恐懼和焦慮」，所以好的關懷照護也支援了受照護者在實踐理性和選擇上的能力，它促進了許多不同領域之間的聯繫，包括社會性和政治性的的聯繫，保障了人所要的「善」中，當重要

¹⁰⁵ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P180。

的一個面向，也就是自尊。舉例來說，某些身心傷害和障礙的人，障礙不應該只被視為是他們本身的特質，他們仍然有權要求擁有財產、就業等權利，享受大自然，而好的關懷與照護也必須支援這樣的缺陷，她認為關懷與照護實際上滿足了人類重要能力的全部範圍，而情感明確顯示關懷的基礎。¹⁰⁶

故納斯邦提出了十項人類生活形式的樣態，第九點獨立性，每個人都只能感受自己的苦樂，責任、愛和意願，任誰都不能改變這一點，然而第十點為強獨立性；假設第九點是生理性的獨立，那麼第十點就是第九點的結果「實質性的獨立」。個人的一切發展不能在整體中計算，不能像柏拉圖那樣用我們的「代替」我的。以此為基礎，納斯邦提出了善理論的第二層次，即十條基本人類機能的可行能力 (**basic human functional capabilities**)：這十條人的「機能」是規範的可行能力的來源，因為人有著這些規定性，所以人們有相應的能力和尊嚴，不具備這些能力的生活不能稱之為與人的尊嚴相匹配的生活。如納斯邦自己所說，機能決定的尊嚴是亞里斯多德式(基於對人的生活內容全面的實質性的認識)而非康德式(基於實踐理性自律能力)。¹⁰⁷

納斯邦提出能力清單意義何在？對於殘障人士又有何幫助？她對於自己提出上述的能力範圍，根據認為藉由能力的滿足作為基本權利的公義判斷可以「跨越文化的差異，而且此清單保持開放，並接受外界的修正與批判」。在人類的生活世界中，所需的各種生存的能力，都是為了追求人性尊嚴的目標，各有其獨特性，故為公義的核心要件。這些能力，旨在提供公民保障自身生存之能力，故我們應重視每一項能力。所以，從生活的能力、健康維護的能力和身體健全的能力上，提供支援與情感的依賴和支柱，來改善生存的能力、壓力和恐懼等，即為健康照護的需求，一方面改善社會輿論的壓力，另一方面真正達到自力需求精神。

108

對於能力區分界定，我們看納斯邦獨特的解析，她把可行能力分為內在可行

¹⁰⁶ 同註 88，P181。

¹⁰⁷ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P189。

¹⁰⁸ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P190。

能力 (internal capability)、結合的可行能力 (combined capability) 以及基本/核心可行能力 (basic/ central capability)。內在可行能力是一個人的特徵，例如性格特徵、智力和情感能力、身體健康狀態、感知和活動能力；人們可能擁有不同的內在可行能力，經過訓練和培養，與社會、家庭經濟和政治環境交流，內在可行能力就可能變為結合的能力。內在可行能力所有人都擁有，是結合的可行能力的基礎。相應的，結合的可行能力則是與外在環境結合後的能力，例如教育和培養以後人們的技能和狀態。結合的可行能力仍然只是「能力」而不是「實現 (functioning)」，例如一個人本來有數學天賦，這屬於內在可行能力，如果她接受了良好的教育，擁有了許多數學知識和很強的解決數學問題的能力，那麼她的數學天賦就成了現實的能力，但這並不同於她實際運用數學能力解決問題的狀態和結果。「實現」是指「發揮能力」的結果。而「基本可行能力」是指「門檻」 (threshold)，即人的基本尊嚴；如果不擁有某種程度的某些能力，就不能稱之為人類的生活，基本可行能力和內在可行能力、結合的可行能力並非並列的範疇，而是重要性和基本程度上具有特殊性的可行能力，故一般而言，基本可行能力屬於結合的可行能力。

109

納斯邦的可行能力的目的是不是人人都最大限度地實現能力呢？既然人過著能力沒有充分發揮的生活會讓人產生悲劇感，那麼人不實現自己的能力，是否也會讓其他人產生悲劇感呢？答案是否定的。我們首先要區分能力與實現。個人擁有充分的能力但可以選擇不實現，這是為了保障人們的自由。「自由」在納斯邦中並非和在阿瑪蒂亞·森中一樣是最高價值¹¹⁰、惟一價值，而是包含在「實踐理性」之中的實踐理性能力，本身就屬於基本可行能力，屬於尊嚴的一部分即是人性尊嚴體現。即使是在選擇過程中出現了錯誤和修正，同樣是人們追尋自己好生活觀念的過程，這個過程不能由任何人來代替、規定。在擁有可行能力情況下，人們做出選擇不實現自己的能力，也許他人會感到遺憾，但必須保護這種選擇的

¹⁰⁹ Martha C. Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P175。

¹¹⁰ 阿瑪蒂亞·森 (Amartya Sen) 著，《以自由看待發展》，中國大學人民出版社，2013，他認為自由是實質上的意義上定義的，即享受人們有理由珍視的那種可行能力。更具體的說，實質自由包括免受飢餓、應養不良、可避免的疾病、過早死亡之類的可行能力，以及能夠識字、算術、享受政治參與等的自由。

自由。這反映了我們是選擇將人作為目的還是手段：只要我們尊重個人，而不是把客觀福利(無論是個人還是社會)作為價值尺度，把人自身的全面發展(自主當然是其中重要的部分)，而不是其社會效用作為目的，就不會對他人的自由選擇產生悲劇感。¹¹¹

四、能力正義之彰顯

上述所言，即是納斯邦所討論的人類能力進路的項目，她說明「能力進路」是屬於諸多人權論述之一，並且此內容具有普遍性在其中，另一方面，這張列表的內容(能力清單)，是一超越各種文化的規範，不具有文化上的相對主義。納斯邦亦強調，這份清單的內容，隨時保持開放，並且供外界修正與討論，並且可以作為立法者參考的方向等等。而研究者認為，納斯邦不斷地強調，人類能力項目之內容，是一社會正義所能夠最容易達到的標準，在此標準之上，是否可以作的更好，乃在於各種社會本身所具有經濟、教育等等條件；但是，此列表內容是最基本的正義之門檻與限度，是每一個社會都應當保障的權益。如今中國社會養老機構有不少，有公立也有民營，但是不少養老機構只接收生活能自理的長者，而對於失能老人都不願意接收，即使是能接收費用也非常的昂貴，一般的家庭根本就負擔不起，因而，不少實行醫保的失能老人，只好選擇長期到醫院養老，由此從另一個方面又造成了醫療床位的佔床率高，而多數失能者只能是處於不穩定照料，或者無專業照料之中。

¹¹¹ 馬克思:(1844 年經濟學哲學手傳，馬克思恩格斯列寧史達林著作編譯，北京，人民出版社，2007 年，P7。

(一)失能者正義需求

失能長者的能力正義要如何彰顯？他們需要如何的照護？失能者最痛苦的最需要的，不是金銀財寶，有位長輩是這樣反應的，「我想回老家，跟我老伴一起生活」，但事實上，兩位長者其中一位是重度失智，經常住院，一位中風肢體偏癱，日常生活需要協助，獨生子女無法照顧生活起居，不得已才送到養老機構，夫妻兩位感情好並不想分開，他們唯一的最低訴求就是夫妻相伴到老，像這樣的案例，中過大陸到處可見，由此看來關愛和感情依賴是他們內心需求，但以目前病程現況，完全無法達住在同一房間之條件。故反推從照護整合資於看來照護人員缺口非常大。

國外失能老人晚年的遷徙中，以「與子女同住」和「住進長期照護機構」較多。在中國，失能老人留在社區裡與成年子女同住的比例一直很高。除此之外，另一個可能做的選擇是住進長期照護機構。留在社區不免有一些影響因素；住進長期照護機構考慮的因素也很多。想瞭解親子兩代如何決定失能老人要住在家裡，或是入住長期照護機構？有哪些因素會影響他們這樣的決定？老人在這決定過程中的掌控力有多少？深度訪談有成年子女且居住在機構或社區家裡 65 歲以上的失能老人或其子女。受訪子女必須在二十歲以上，並且曾經或目前與老人居住。以瞭解老人及子女在決定居住安排的考量及如何面對老年的居住照顧安排為主。根據研究發現，「健康」、「親情」、「經濟」、「安全」、「子女有意願照顧」、「養兒防老觀」、「較自在」、「對機構團體生活適應的擔心」以及「可請外傭、有一對一的照顧」是失能老人及子女兩代對老人留在社區中的解釋。¹¹²顯示出社區失能老人對「自主性」的要求較高，而子女也願意配合滿足。然而當失能老人及子女發現老人「健康」、「經濟」、「安全」仍出現問題，例如：「失能更趨於嚴重」、「經濟的效益不划算」、「安全維護仍出現問題」，而且「子女可以接受機構照顧」時，失能老人就會遷居到機構。對於進住機構的失能老人，其會以一些理由來說服自己，安於所居，而產生承命生根的看法；多數老人因為照顧的急迫性而進住機構；但也有許多是所謂的被動同意者。至於子女方面，子女在「參與」決定居住的安

¹¹² 謝美娥，〈失能老人與成年子女照顧者對失能老人遷居的歷程與解釋〉《從家庭到機構社會政策與社會工作學刊》，2002，第6卷，第2期，P60-63。

排時，不會單以失能老人的需求為出發點，也會考慮自己的需求。根據客觀的理由來做決定，會讓子女覺得決定更具有正當性。未來家庭及專業人員在做老人長期照護計劃時，鼓勵老人及家屬開放而坦誠的溝通，以利未來雙方的適應，讓子女雙方獲得更好的生活協調，另一方面，失能者能力進路衍生生命尊嚴觀，亦關乎生活品質概念及生活品質定義「生活品質」(quality of life, QOL)的概念，其概念可追溯至西方哲學之父亞里斯多德，他說：

幸福(happiness)為一種靈魂獲得滿足的狀態，乃是上帝賜與的福祉，一個幸福的人凡事順利且生活良好，也就是說有較好的生活品質。¹¹³

Ferrans 和 Power 也認為，生活品質乃是個人對幸福感受以及對於生活中自覺重要部分的滿意程度，個人安適(well-being)的感覺也是生活品質的重要因素¹¹⁴。

(二)生活品質

納斯邦與阿瑪蒂亞·森在他們共同主編的論文集《生活品質》的導言中，就引用了狄更斯講的這個故事。¹¹⁵故事中的路易莎老師，就像今天的某些經濟學家，他們仍然以人均收入這個粗放的尺度來表示人類的福利狀況，而她的學生西絲反而敏銳地認識到了這樣一個道理：用人均國民生產總值這樣的標準來衡量生活品質，是遠遠不夠的。我們至少還應該知道這些資源是如何分配的。很顯然，如果一個國家的財富是被少數人佔有，即使是總量再大，人均再多，這個國家也稱不上繁榮，而這個國家的人民更談不上生活幸福。

當然，即使是在知道了人均收入基礎上瞭解財富分配狀況，是否就可以衡量一個國家人民的生活品質呢？仍然是不夠的。傳統主流經濟學在衡量「生活品質」

¹¹³ Zhan, L. (1992) . Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*,17(7),795-800.)。

¹¹⁴ Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985) . Quality of life index:Development and psychometric properties.*Advances in Nursing Science*,8(1),15-24。

¹¹⁵ 廢狄更斯在其名著《艱難時世》中曾講過這樣一段故事：路易莎老師問她的學生西絲朱浦，“比方說我們的課堂是一個國家。在這個國家裡面有 5000 萬英鎊，這是不是一個繁榮的國家呢？而你是不是在這個興旺的國家裡生活著呢？”西絲回答說：“我沒有法子知道這個國家是不是繁榮，或者我是不是生活在一個興旺的國家裡，除非我知道是誰得著這些錢，而且我是不是也有一份。但是這個答案與 5000 萬這個數目字的計算無關。”結果路易莎老師批評說：“這是你的錯誤！”

時常常使用兩個標準：在宏觀層面上，使用國民生產總值或人均國民生活總值這個標準；在微觀層面上，則常常使用個人效用最大化標準。但正如上面所說的，人均收入這個標準並沒有考慮財富和收入的分配狀況；而效用即個人滿足程度這個標準則因其主觀性，缺乏可比性。

政府為了實現社會福利最大化，就不僅僅是再分配政策，而更應該是針對能力供應物的平等：即在對那些能提高或保護個人能力至關重要的公共產品——如教育、醫療、養老與失業保障、貧困救助等——供應上實現均等化，使那些因外在的個人無法主宰的因素造成的無能力者變得有能力，使那些本來就有能力的人因無後顧之憂而更奮力前行。在這樣的社會中，人民的生活品質才能不斷提高。顯然，與傳統主流經濟學衡量生活品質的標準相比較，在宏觀上，阿瑪的亞森更為強調平等；在微觀上，阿瑪的亞森強調每個人實現其有價值目標的能力。而且，在森的理論體系中，宏觀與微觀又是相通的：即平等本身不僅僅是財富分配狀況，而是指政府提供的公共產品與服務均等化，實現能力的平等。

第四章 能力進路對人性尊嚴關懷倫理之反思

照護及被照護者兩者於內外自身經驗而言，對長期照護之能力進路實踐檢討導入，如何回應倫理相關內容，一但面臨觸碰良知人性道德尊嚴，於此章節詳討。

第一節 長期照護中之關懷

長期照護中之關懷，關懷與照護於兩者關係是相當重要的範疇之一，故關懷概念於長期照護中關係賦予發展與意義，對被照護者及照護者關係是有著重要意義，它是照護關係之基始元素。要探究照護關係中均有關懷概念，就必須追溯至根源處，討論照護關係於醫療體系生成的問題。基本，醫療體系面對是人，護理照護對象也是人，關心被照護者則成為照護工作的因素，可說是護理人員對病人展現關懷照護行為，是維持照護關係存在的價值，並清楚說明照護關係核心價值是關懷，關懷信念也必然成為護理人員及工作人員專業的理念要在兩當中關係強調透過關懷對被照護者的尊重、信任，保持與病人合作，亦容易將關懷的理念實踐於照護關係中，並可作為護理職業道德判斷的基準。亦可說是由照護關係形成一種道德的要求，即為一種關係倫理(an ethic of caring)基礎。就照護過程來看，依據於照護基礎思考照護問題，則一個人需要專業服務時，希望他的需要能立即被重視，是奠定照護人對人互動關係的基礎。然而，照護關隨時代的變遷，它成為人際關係的歷程，所創造的是護理人員與病人維持關懷照護心理活動的轉化。從而，強調關係是護理人員與病人間建立情感的鏈，也因著情感的鏈使得病人坦然向護理人員表示心中最深的需求。遂使得照護關係(關懷者)與失能者(被關懷者)構成一組配對的關懷關係，這種配對是透過關心、照護、同情、關照、操煩、牽絆的給予關懷與接受，是建構關懷相互感通與相應的關係；再說明關於表現道德意識時，它是一種抽象概念。不過，依附於行為上得以彰顯，也敘述護理人員對於關懷意識的必要性。然後，照護人員投入情感，將心比心進入病人情境，這種感同身受來說明相互融通產生同情之心，相較於，病人也維持關懷的同時，進而思索以此做為具體道德的要求，這已是病人同樣實現倫理關懷道德要求的思維方拆式。

長期照護特定的意義來說，是某人在身體的功能無法如一般人正常作息，依自我意志行動自如，依自我意識作生活起居判斷決定並正常行動。針對某人無法正常行動的情況，他可能來自受到生理與精神上受損，必須由他人協助照顧其生活或協助醫療照顧。高齡老人，這種生理與精神上受損情況是來自機能退化而喪失運作功能，隨著老人年齡愈高機能退化愈快速也愈嚴重，這也意謂老人是生病的高風險群，健康的狀況反反覆覆時好時壞，除了生病之外，同時因為身體功能退化，生活無法自理，需要由他人協助其照顧其生活，這是老人須要長期照護的原因。隨著社會的高齡化，這種老人長期照護的須求更為緊迫。然而隨著社會經濟結構轉變，大體上每個都有自己的工作，絕大部份家庭是以薪水為經濟來源，照護家中老人，有時是力不從心，特別是社會之中收入微薄的弱勢者，對於長期照顧家中老人，非但力不從心，且是沉重的負擔，這類社會中的弱勢者，因為無法長期負擔照顧家中老人，往往可能會產生遺憾事情。

在長期照護問題方面，儘管有很多社會長短期的原因，會影響長期照顧老人的因素，這種外在的因素暫且不論。首先，必須了解並面對家庭的價值觀問題，東方社會的家庭價值觀，對於照顧家中老人，有其義務絕對性，除了有能力願請他人照顧家中老人之外，絕大部份是由家中之卑親屬負擔長期照護工作。然而因為家庭結構關係與家庭經濟能力不甚良好的情況之下，照顧生活或者醫療疾病不盡理想，迫使這類老人在這種不盡完善的情況下，過著沒有尊嚴的晚年生活。同時因為家醜不外揚，即使老人自己受委曲，往往不會張揚，他人也無法得知與協助。因為家庭自尊問題，即便社會中有慈善團體願意短暫提供協助照顧，也許會勉強接受，但大部份會拒絕接受這種有損家中自尊的短暫服務，況且這也不是常態的服務，即使勉強接受，也無濟於家中老人長期照顧，這是社會中弱勢族群老人晚年無法獲得妥善照顧的情況，這種情況公義的社會是否要提供或解決這種長期照護問題？答案是肯定的，舉例來說，世代交替公益活動，不管是政府或私人的接可以持續進行，勿讓照護活動中斷，有照護傳承才是長期照護永續經營之道。

一、長期照護關係中的關懷者(照顧者)與被關懷者(失能者)

再者，在家中負責照顧家中老人，往往是家中婦女，或者是家中的女孩，這或者是基於家中經濟來源的各自分工合力協助照顧家中老人的考量，或者兩相比較輕重緩急，因為沒有更好的選擇，而選擇由幼小女童照顧家中的長者。然而這樣對這些婦女與女童來說，家中婦女將失去很多人生的計劃發展，女童也會失去就學學習的機會的，未來發展機會也會喪失，這樣對待家庭中的婦女與女童是否是不公平？相對來說這些照顧者亦是屬於弱勢團體，這是否意謂這些老人長期照護工作全部由社會接手，既滿足了老人的長期照護需求，也解決了為照顧家中老人喪失發展機會的婦女與女童問題同時得到解決。然而社會資源畢竟有限，不可能無限制的方式提供長期照護，那麼對照顧者來說，亦是需要依託政府的支持及關懷。

其次，社會為什麼要提供對老人的長期照護，所憑藉是為何種道德理據？西方的社會觀點，凡事必講權利，亦即有權利主張謀事，是視為合理正當的理由，社會或他人或國家不能違反個人權利的主張，這種老人長期照護問題是否是公民的權利，如果有權利主張，是根據何種理論提出或主張，這是必須探討的重要問題。故老人長期照護的範圍一般包括醫療照顧與生活照顧，就西方先進國家的處理模式，例如以英國來說，就以社會福利的方式解決，為何要提出權利的觀點來看待長期照護問題？依福利的意義而言，社會福利的觀點，「福利」是一種可有可無的對待，社會福利財務與資源充裕，「福利」就增大，社會福利財務資源縮小，福利就減少，或甚至是全部不提供「福利」，也就是「福利」是一種可有可無的社會分配觀點。老人長期照護牽涉到「老人長期照護的實質核心問題」，也涉及家庭中長期照護老人的家庭成員——如家中照顧老人的婦女、女童，個別的人生發展機會問題。這方法顯示如何最重要的契約主義（contractarian）公義論（theory of justice），羅爾斯的理論作為公平的公義的解釋，及納斯邦強化了正義論之論證並補充羅爾斯的三大難題，能被擴大到健康照護的問題，之後很明顯給一項原則保護機會的平等。¹¹⁶ 例如在照顧者方面提供適當而平等照護補貼或讓

¹¹⁶ 轉引自貝參（Tom L. Beauchamp）和瓦爾特斯（LeRoy Walters），參見 *Contemporary Issues in Bioethics*, Sixth Edition, p.48.。

照護者有喘息的空間與時間等，如此更充分說明滿足每個公民能力。

關懷具有一種潛在能力，是照護關懷最直接之能量，在照護關係於如實的經驗，而提供一種行為，是我們人類期待與作為照護關係的基礎。此一來，照護關懷是一種道德的要求，而它來自於照護過程本身，亦是種照護內在互動開展出來的關懷關係。它所強調是照護於具體情境中必須建立，與維持關懷所達成照護關懷的關係。為照護關懷關係，自始至終繫於兩個主體間的互動關係，即照護者(關懷)與被失能者(被關懷者)，描述出它們是感動地互相回應於照護關係裡，對於照護者是透過與長者一來一往的感(接)受性、關係性與回應性，便形成一組特別的關懷工作；然而，關懷是一切照護關係存在的基礎(照護者及被失能者)，它已連結護理工作人員與長者，即可瞭解雙方關懷間，他人與自身的自由，顯示如何做決定以收得平衡，因而對於照護關係能從親到疏、由近到遠產生深遠的影響，將關懷形成照護專業人際關係的一幅圈鏈圖。¹¹⁷

二、關懷照護的工作

以關懷為核心的照護關係為一位稱職的照護者，因應前述有關關懷者具備之特性，展現與照顧活動中時會有以下特徵，以自省為被照顧者塑造良好的關懷情境懷的情愫是根植於正向關係的土壤裡，照護者的職責即是在形塑及維持良好的關懷關係，讓長者能在其間成長。與長者建立信任關係的依賴者，他所說的話較為長者所接受。建立良好的關係除照護者要能運用「全神貫注」及「設身處地」、「换位思考」的方法，敏銳與即時的回應被照顧者所需之外，還要能有以下作為方能完善。自覺自己扮演示範者的身分，關懷倫理學與其他道德教育提倡者一樣，均重視親力親為身教的作用。對關懷倫理學而言，藉由身教可展現出關懷的意義。照護者在與長者的互動裡，處處是身教的實施。身教不是在向家屬或長者證明所學照顧知識及技術可行性，重點是在於關懷的展現。例如，照護者運用熟練的技能，向照護者展現如何關懷自己傾聽長者的回應，進而示範怎樣關懷他人。

¹¹⁷ 李秀春碩士論文，〈論護病的關懷關係以 Noddings 關懷關係概念為核心〉，嘉義，南華大學，2007，P65。

如果我們要使存在於正義概念中的關懷照護(care)，概念恢復其原本應有的基礎性地位，是相當容易的。首先，我們瞭解我們對照護的需求，在這樣一個對公民之基本善嚴重或不對稱依賴的年代中，長者的照護該如何實現至一個適當的等級，才是一個合宜公正之社會，也是應該具備的指標性特色之一。那對弱勢團體補貼或保障，應強調關懷的正義，最低標準要論述對身障殘疾人士的保障問題要明確。故納斯邦認為所謂的關懷，被引介為獨立於其他公民能力之外的附加能力好地去思考關懷和照護的義，意味著站在受照護者(cared-for)和施予照護者(regiver)雙方立場上去思考廣大範疇之公民能力的意義。對需要依賴者提供的關懷與照護，不論是兒童、年長者，失能者能力的支援。這樣的關懷與照護，順勢提供了感知、想像力和思想方面的刺激。它提供了情感依賴的支柱，使人們能夠轉移那種被壓力抑制無法喘息的焦慮，實際上，好的關懷與照護的確建構了一種有用的依賴模式。同時，好的關懷與照護也支援了受照護者在實踐理性和選擇上的能力；它促進了許多不同領域之間的聯繫，包括社會性和政治性的聯繫，只要這樣的結盟適合，它同時也保障了在人所要的「善」中，相當重要的一個面向，也就是自尊。¹¹⁸

故納斯邦認為的障礙不應該只被視為是他們本身的特質，這些身心殘障人士需被視為有尊嚴的公民，他們有權要求擁有財產、就業、身心殘障的公民經常沒有什麼機會能夠享受大自然，而好的關懷與照護也必須支援這個方面。簡而言之，由於關懷和照顧在這些需要照顧之人的生命裡，扮演的是如此深刻又基本的角色，因此我們也必須說，關懷與照護實際上滿足了人類重要能力的全部範圍。

而那些有著嚴重心智障礙的人，就像其他人一樣，在所公民能力涵蓋的各種範疇中都會有自己的需求，故有需要特別照護者，需開設公共照顧空間，例例如失智專區成立，並培育失智症長照顧技巧及安全環境。好的關懷前景之下，各種需求的內涵其實很難一概而論。對於有心智障礙的人來說，所謂好的關懷與照護，在這當中也包含支援這些關懷的好的公共政策，必須要能夠瞭解每一個人各自不同的特色時也能夠針對不同的特質施予關懷和照護。對於患有心智障礙的人來說

¹¹⁸ Martha C. Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P190。

(包括患有阿茲海默症)，好的關懷與照護方式必須是個人化的照護。主在照護者 (caregiver) 這個部分，研究者必須再一次地闡明照護專業經常因為不當的安排與配置，而導致在很多運作上的失敗。他們的健康可能必須承受許多壓力，他們情緒上的鎮定必須經過劇烈的妥協，他們可能因此而喪失許多本來應該擁有的其他能力。一個完善的社會雖然能確保所有照護者都能確實地過快樂的生活，但這樣的社最起碼能提供他們在每一個關鍵的領域中，擁有門檻值(意即最低起始限度)的能力，舉例倒來說，在情緒照護上看起來似乎特別難以捉摸，尤其是提供照護者沒有良好的休息，相對應得就是照護品質大打折扣，故在照護關懷上不僅提供服務亦要對提供照護者有適當的抒發情緒，例如定期舉辦員工心靈疏壓座談會，或員工旅遊聚餐都是解決照護上的情緒優質解決之道，也因應納斯邦所說「每個人皆享有基本的公民能力」。



第二節 失能者照顧體現關懷和人性尊嚴

有某些身心傷害和障礙的人，他們的障礙不應該只被視為是他們本身的特質，這些身心殘障人士反過來說應該如同正常人一樣，他們有權要求擁有財產、就業，殘障的公民經常沒有什麼機會能夠享受大自然，生病或者生命受到威脅，伴隨著就醫的過程，期望得到人性關懷的照護，照護者於護病場域，即扮演著如此的角色。因此，護病關係是一項助人專業關，關懷又是專業核心的意識，故李秀春說明照護者處於有疾病的長期照護場所(並非醫院)情境中，意識到失能者受到病痛煎熬，因而照護者必須提供專業的關懷照護，以及協助失能者度過終老難關，任何治療或傷痛皆一律公平正義的對待，故尊嚴直接於照護關係奠基於關懷。¹¹⁹

一、尊嚴的存在

納斯邦主張論述中，第二個與契約主義不同的基本分歧是關尊嚴-(dignity)這個概念，但她將人格特質歸之(道德與明智)理性範疇中，而非歸屬於人與其他動物共享的需求中。然而，納斯邦所採取的能力途徑，相對地，將理性(rationality)，與動物性視為完全一致的概念。亞里斯多德將人類視為一政治動物的觀點，納斯邦亦延續亞里斯多德觀點，以及從馬克思認為人類是一種「需要生命活動之多重性」的生物這樣的觀來看；以這樣的理解來看，理性並不是形容何謂真實人類官能運作唯一的貼切用語。更一般地來說，能力進路觀看這個世界的方將其視為一個包含了許多不同形式的動尊嚴的世界；而各種動物的尊嚴都應得到尊重及平等的敬畏。實際上，特別是屬於人類的這種尊嚴，通常都以理性為其特色，理性並不是理想化的概念，身體的需要，包括對照護、關懷需求，是我們所擁有之理性和社交性的特色。

尊嚴是一種看不到摸不到的物質，尊嚴是一種心理感受，隨時時代潮流改，人權意識抬頭，從過去對失能殘障者存在無視於它的存在，到如今的公共政策改變，有許多未殘障者而設置的無障礙環境，甚至於長照機構內消防設備設備(音聲閃滅燈為聽障者及視障者設計的逃生設備)，無形中提升了對失能殘障者的身

¹¹⁹ 李秀春碩士論文〈論護病的關懷關係以 Noddings 關懷關係概念為核心〉，嘉義，南華大學，2007，P67。

體的需求，故我們可以連結這兩種與契約主義不同的分歧，藉由說明何謂存在於人類中的尊嚴與價值，來支持納斯邦背離於休姆及羅爾斯所言之正義環境 (Humean/Rawlsian Circumstanf Justice)的論述。這些失能者並不需要藉由讓自己變得更有生力力來贏得他人的尊敬，我們有權利要求對我們人性需求本身之尊嚴的支持，當今所處的社會是由不同的依賴與關心所聯繫在一起的，而在這當中只有某些關注具有生產力。生產力是必要的，甚至可以說是好的；但它並不是社會生活的主要目的。¹²⁰。

(一)「我還行！我想做！」

研究者在中國養老場域工作，最常聽到的就是長輩說「我還行，我想做！」(在此前提之下，長輩的日常生活功能量表分數屬於輕中度依賴)，納斯邦強調尊嚴體現在基本能力中，而可行能力是選擇自由自主最大根基，在中國傳統的思維中，贍養孝敬長者義不容辭。家中長輩年邁需要照料時大多數人首先想到最好的孝敬，往往是雇傭保姆伺候老人，服侍生活起居，代勞家務瑣事。那麼現實又是怎樣的呢？實際上長者告訴我：「我還行！我想做！」，對於自身能做到的事，並不希望交給別人做。長者的這種心聲在養老機構處處可聞。「我還行！我想做！」表示發自內心的尊嚴存在感，尊重我的選擇，意味著「有自主，有所求，有所得」，若身體功能不用，未發揮其殘餘功能，功能退化更快，覺得自己沒有用，失去了價值感。當我們要強調社會關心長者時，更應強調長者自己關心自己。老年生活過得好不好，部分在社會，多半在自己。所以快樂是一種心境，是一種主觀感受，只要是長輩願意去嘗試去執行，我們又為何要撥削此份快樂呢？尤其是年老的長輩，主動提振自己的能力並不強，需要他人幫他們維持「不熄火」之原動力，當長輩有這樣的需求發聲，這不僅僅代表他們的知覺感覺存在，更進一步表示發自內心的存在感，意味著「有自主，有所求，有所得」，¹²¹所以存在感是要被感知的。如笛卡爾 (Descartes) 說「我思故我在」。¹²²在這要表述的是思考的主體是我，因為思考存在，所以

¹²⁰ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P180。

¹²¹ 西維亞·安·休利特著，楊丹丹譯《存在感》，江蘇：文藝出版社，2016，P37。

¹²² Robert Paul Wolff 著，黃藹譯《哲學概論》，台北：學富出版社，2006，P93。

我必須存在，如果我懷疑我的存在，懷疑本身就是一種思考，所以我也必須存在。當面對長輩們表達想要做我還可以做時，事實上他們想證明自己的存在，自己的價值並凸顯尊嚴層次。

另一位哲學家柏克萊（Berkeley）也有一句概括性的話語：「存在即被感知（To be is to be perceived）」。被另外一個心靈所看見才能證明某事存在。¹²³ 社會化的人在進行交往過程中，他人對我們行為的回應才證明瞭我們所發出的信號是存在的，信號存在，所以我們也存在；換言之，存在感並不是自己的動作及言語的發出，而是外界的有效回應。在中國尤其是孝順子女，常因雙親年邁，為了盡孝而請了幫傭，往往不讓長輩執行「他還行」能力，認為日常生活工被協助執行對長輩才是好的，遺忘了外界給予的回應及關注是心理最深層需求。故許多長輩似乎只有在被關注的時候，才有存在感。於是很多內向的長輩有時候會覺得自己沒有朋友，當自己獨處的時候，會覺得孤單，甚至會覺得在這個世界上又多餘，故台灣目前的自立支援發展，也正呼應長者存在感彰顯；還有日本當長輩生活能力下降時，日本介護的中心思想也是「自立支援」，意思是尊重老人的個人願望，根據身體狀況盡可能發揮老人自身具備的能力。不執著于老人當下無法自行完成的事情，如何維持現有尊嚴能力才是關鍵。¹²⁴

二、尊嚴在照護工作中的展現

目前這種形式的能力途徑，並不強調人類以外動物的正義問題；這種能力途徑從人性尊嚴的概念，以及「值得享有種尊嚴之生活」的概念出發。不過納斯邦認為能力途徑有自我展現的能力，能夠超越現在所討論的這些理論。這種途徑的基本道德直覺，關注的是某一種生命形式的尊嚴；而這生命形式，同時具有本身的能力與深切的需求。這種途徑基本目標，在於強調生命活動所需要的豐富多元性。延續亞里斯多德與馬克思的路線，能力途徑堅持，一種活生生生物享有某種與生俱來的基本能力，足以表現出某些被視為且良善的功能，卻又從來都沒有展現的機會，這是一種浪費與悲劇。只要不傷害他人，人類就應該有關會透過自己的方式來達到興盛這樣的概念，都享有與這個物種有關的尊嚴，而不論該物種有

¹²³ Robert Paul Wolff 著，黃藹譯《哲學概論》，台北：學富出版社，2006，P77。

¹²⁴ 竹內教授著，雷若立、賴彥於編譯，《竹內失智照護指南》，臺北：原水文化，2015，P 11。

沒有相關的「基本能力」。基於這個理由，這樣人類應該具有與該物種相關的所有能力，不論這種能力是得自他個人還是其監護人。¹²⁵

上段敘述長者對於尊嚴存在感(我還行，我想做)的討論，其實相對是因老化不動引起的廢用症候群。葉淑惠於研究老化系統中說明正常老化出現的症狀談起：老年人的皮膚較年輕人乾燥與粗糙，皮膚的保護力與感覺功能下降。感官：以眼睛為首，視力方面的敏銳度較差，眼睛對顏色深淺與對比的敏感度下降，聽力也會隨年紀增加逐年衰退，當兩耳聽力減退程度有差距時，會造成定位聲音來源的困難，進而影響了平衡功能。嗅覺功能漸漸減退，味蕾數目也減少，吃東西時常感覺食之無味。此外，部分老人因為吞嚥功能退化、造成許多老年人營養不足或營養不均衡。神經系統：感覺訊息的處理速度與運動反應時間也較長。因此，長輩若不是屬於正常老化，而是因為在老化過程中出現意外，例如骨折，必須長期臥床，此時不管是家屬照顧者或養老機構等，都是排山倒海而來的經濟壓力(醫療費用、住院自費費用、護工費用)等等，讓子女承受巨大壓力，上述案例說明瞭兩個重點，一是跌倒致長期臥床而引發一連串的廢用症候群。二是反覆因合併症住院，醫療支付造成家屬經濟負擔，跌倒未治療回到養老機構，最後長期臥床不起造成生命品質耗損及傷害，如此臥床的生命品質耗損是長輩想要的嗎？若是普遍性答案是否定的，那我們身為照護人員應該要如何來預防呢？「廢用症候群」是用來描述因不活動而導致身體多種系統惡化的術語，常被稱為不健康的狀態，並且和不動、臥床休息或不活動所導致的併發症有關。¹²⁶ 壓瘡與潛在廢用症候群的預防皮膚完整性的維持是護理活動執行之重點之一，而 95% 的壓瘡是可以預防的。¹²⁷ 老年人、組織灌注及氧合不佳、營養不良、感染以及肥胖等因素，都是造成皮膚功能改變、影響傷口癒合的危險因數，而預防壓瘡的重點不外乎去除皮膚承受的壓力。¹²⁸ 確認出因疾病、傷害而欠缺活動，易造成廢用症候群的

¹²⁵ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P397-398。

¹²⁶ 林汶儀；楊舒琴，〈預防臥床老人產生新壓瘡及潛在危險廢用症候群之居家護理經驗〉，《長期照護雜誌》，2007，第 11 卷，第 3 期，P275-284。

¹²⁷ Waterlow, J. (1998). Prevention is cheaper than cure. *Nursing Times*, 84, P69-70。

¹²⁸ 王淑容、王芳梅，〈皮膚完整性的維持〉，《國防醫學》，2000，第 30 卷，第 5 期，P416-422。

失能者，也是照護人員的職責。¹²⁹

第三節 能力進路在長期照護中關係中應用

一、殘障與照護

殘障失能定義，於第三章節已詳細概訴，能力途徑的體現並不只有亞里斯多德的科學精神而已，還包括了「生命的功能不應受到阻礙」的道德關懷，生物尊嚴的不容侵犯。能與生物尊嚴的不容侵犯。不同於柏拉圖傳統的希臘思想家亞里斯多德追求的是不一樣的思維，人類的案例裡，能力途徑對「善」的概念，並不是徹底無所不包的，因為這種途徑尊重在多元社會裡，人們選擇如何活出自己生命的各種不同方式。因此能力途徑用於人類案例，目標是在「有尊嚴的生命」這樣的概念裡，挑出某些隱藏中的核心應有權益；然而其目標在於能力，而不是功能，聚焦範圍也只限於少數幾項能力而已。¹³⁰

照護場域可想見照護者具有護理職業倫理的觀念，以及必須負責病人或長者關心照護的工作，這是照護關係處於不平等性。顯然照護關懷行為展現將受到挑戰，如此境遇的護病關係，如何維持以關懷為基礎，唯有從護病倫理實務層面，化為人文精神為主體的道德倫理意識，這樣的關懷倫理不是根據權利，是透過關懷關係來定義的，簡明說出唯有擺脫權利形式，關懷關係才能以道德成熟者所圍繞自我，與他人關懷之間取得平衡的理念，彰顯照護關懷關係的思想，遂成後世照護關係認同的信念。然而，李秀春說將關懷視為一種關係，調助人活在關係網絡裡，關懷的完成與否，可說須仰賴被關懷者的回應，乃是關懷者態度的回饋。

131

¹²⁹ American Nurses Association (1995) Nursing social policy statement, Washington D.C, The Association.

¹³⁰ Martha C.Nussbaum 著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008，P401-402。

¹³¹ 李秀春，碩士論文，《論護病的關懷關係以 Noddings 關懷關係概念為核心》，嘉義，南華大學，2007，P77。

二、能力進路之倡導-以長者為中心的尊嚴關懷照護

於人性尊嚴照護的護理，我們打從娘胎出生經歷多少生命的劫難，沒人可肯定自己決不會越界到健康的另一邊，也沒有人能聲稱自己決不會躺在病床的一天，顯示著人的脆弱，我們是人都有生病的一天，而無法戰勝生、老、病、死的自然法則，以及病痛皆是人人都無法逃避的宿命，人人必須面對的事實，也是生命中極為重要的樂章。對此，也冀望著有人性的關懷照護，亦渴望那表達尊重、關愛的眼神、與需要親切微笑的態度外值得我們注意的，這樣思維儘管科技突飛猛進，生病或終老時需要一處能夠傾聽、關懷人的照護場域，而可說，整體醫療護病望受到尊重、關懷、愛與人性照護的識可以看出對蘊含著關懷關係取向之思維。結果，照護關係的基本特質，有相互依存、互惠關係的真正意義。由此亦可瞭解，或者察覺照護人員的焦慮、不安、疲憊不堪時，與替我們做常隱私梳洗的工作，我們會不時懂得投以人性的眼光？此即孔子所言，己所不欲，勿施於人；己之所欲，必施於人的深旨所在。倘若，照護關係都繫於這樣互惠關懷互動的關係，更使照護關係回復人性關懷照護所理解的關懷更具代表性。其實，研究者者認為照護關係的再三強調，不僅需要相互關懷，還需要建立於相互依存、互信、互賴的人性關懷照護上更能展現關懷的照護，人性關懷照護得以實踐以確立人性本質為何？故結合尊嚴及關懷而言，以長者為中心之照護才是符合納斯邦之能力進路倡導。

第五章 納斯邦能力進路之倫理實踐

依據納斯邦能力進路原則的觀點，可以實踐滿足失能老人在照護需求上的「倫理實踐」。那麼，我們應當如何行動，才能真正切中失能老人的合理期望呢？為了能夠落地執行倫理行動的方法，首先探討能力進路與長期照護及廢用症候群之間的相關性，以重申建置實質的長期照護政策，對公義的社會意義；其次，研究者於中國實際照護經驗檢視照護過程之實施方式，透過自立支援對失能長者照護模式省思；並循此例，展示以能力進路研擬導入自立支援的長期照護模式，避免產生廢用症候群，除了提供建置長期照護模式另一種思維外，並持續連結相同關懷的同好組織，期盼以集結中央、地方政府機構及民間的力量，以實際行動擴展滿足失能長者尊嚴的基本權利的倫理行動。

第一節 能力進路導入自立支援之現況

一、自立支援理論

就現今中國而言，人社部於人口中國老年人口失能率及失能規模分析—基於第六次全國人口普查數據，¹³² 表示中老年人健康狀況數據，中國老年人口總失能率為 2·95%，其中男性為 2·52%，女性為 3·35%，女性明顯高於男性。失能率排在前五位的省區分別是：西藏自治區（5·45%）、北京市（4·43%）、雲南省（3·90%）、山西省（3·71%）、上海市（3·71%）。就全國而言，女性老年人口失能率高於男性，根據推算，全國共有失能老人達 4000 萬餘人，在 2014 年 9 月財政部、民政部、全國老齡辦聯合發佈的《國務院關於建立健全經濟困難的高齡失能等老年人補貼制度的通知》中披露了一個數字：失能老年人口數達到 3700 多萬。這個數字與《2013 年社會藍皮書》披露的失能老人數 3700 萬人是一致的。以此計算，這個數字占當年 60 歲及以上老年人口總數的比例是 19.0%。

3700 萬失能人口是何概念？(比台灣現有人口數 2300 萬多 1000 多萬)，針對這樣的一個失能數及老化速度，對老年人口群而言，在老化階段造成的影響範圍

¹³² 第六次全國人口普查數據中，〈國老年人口失能率及失能規模分析〉，《南京人口管理幹部學院學報》，2012 年 10 月，第 28 期，P4。

有多大，但是從總體上看，中國城鄉老年醫療照護體系不發達，缺乏老年照護有效性供給，多數城鄉失能老人得不到專業的、持續的、有尊嚴的老年照護，城鄉老年人的長期護理在制度上處於空白狀態。接下來將探討如何自立照護如何滿足失能人口之需求？

以下看個案例，「88 歲中風失能有尿失禁情形，由北京回到老家河南老年公寓，當然有很多失落，但無論我們或家屬何時去房間探視他，他總是乾乾淨淨，沒有一絲異味，從他跟我們的互動中，知道他保住了尊嚴」。這種尊嚴，在他被疾病和老化失去了自主權力，顯得更為珍貴了。這些問題，對於現代的家庭來說，幾乎是個早晚會遇到的問題，想要獲得一個大家都認可的答案，也需要家人與病患之間很多的磨合。當情勢從尋常度日到必須做個決定，中間有個滿關鍵的時刻，就是：「當病患無法再自己如廁，必須靠他人把屎把尿了……」我把這件事說得那麼直白，是因為跟排泄有關的問題，不會因為用詞典雅而變得美觀浪漫，它並非只是多花些紙尿褲的錢，多一些清理排泄物的「動作」而已。長者堅守的最後一道防線，你感受到了嗎？研究者從事護理工作近 30 年，失能者最恐懼的事情就是身體動彈不得，大小便失禁，讓別人來幫忙處理排泄物。

再舉例來說明「吞嚥功能障礙」，胃管就成了身體的一部份，不僅造成身體不適，也開始不自由與尊嚴受損的人生。從過去臨床經驗中，最常聽到護理人員家訪有鼻胃管個案的家屬，第一個建議總是：「阿姨，妳要好好照顧好阿公這條管子，不要讓他拔掉喔！拔掉就麻煩了。」家屬焦慮地詢問：「護士小姐，我又無法二十四小時看著他，如何看好這條管子？你看、你看，他去摸鼻子了。」「阿姨，您可以去醫療器材行買一副乒乓球手套，把他綁起來，比較安全。這手套不貴喔！這樣您比較省事啦！照顧起來比較簡單！」「這樣好嗎？這樣手不是很不舒服嗎？」「不會啦！阿姨，現在約束的工具很進步，我們也常在研究如何約束比較安全喔！我們單位上個月才得到一個護理約束創意獎！何況乒乓球手套很多人都會用，是透氣的，不用擔心啦！」聽了專業人員為了省事與簡單照顧的建議，加深了照顧者照顧的害怕與焦慮，當然就遵從建議買了手套，這麼一來，也牢牢地將阿公的雙手綁住了！殊不知這一綁，綁的並不僅是阿公的雙手，也綁住阿公的自由與尊嚴，更綁住了阿公活下去的希望！

上述案例若能力許可，寧可付錢讓外人來做，或聽從外來建議，也不願意讓親人來做或聽聽長者心聲，反推理由是牽涉到人性中最根深蒂固的「尊嚴」和「羞恥感」，這兩件事也是很多長輩堅守的最後一道防線。談到尊嚴和羞恥心，人與人之間，世代與世代之間，不同文化之間存在的差異是很大的。有些人極為矜持，自尊心很脆弱，連普通的事情都會覺得隱私被侵犯；另一些人可能比較大而化之，不是那麼敏感。究竟，我們可不可解決這個核心問題呢？尊嚴這個概念，實在是需要細心去理解呵護的，失了尊嚴必產生怨懟和怒氣，照顧者和被照顧者彼此折磨，誰會願意在人生的最後階段這樣度過呢？它牽涉到很多深層的心靈處境，這些處境帶來的苦惱，美好的生活變成黑白人生，有時更甚於病痛本身，失能者本身無法獲得基本人權保障更遑談人性尊嚴，這也正好與納斯邦之能力進路主張相違背，故對失能者來說該如何解決這兩者衝突？

失能代表老年期這段期間，經歷人生最後階段空巢期，慢性疾病，一胎化之下造成的老年孤獨感，為何能力進路之生命尊嚴，如此受到全世界推崇，在日本尤其是自立支援如此被讚揚，追根究底而言，它重視生命重視尊嚴存在。根據竹內教授 2015 年來台灣演講中自述(有透過翻譯日文)¹³³，他說「不管是哪一型失智失能者，他都有辦法讓他們站起來，當然是有不同程度的結果」，此話一出，台下參與聽眾覺得不可思議。接下來就要談談何謂「自立支援」？顧名思義在長期照護政策特色：首要人間尊嚴、自力支持以及身心機能活化等，皆落實在老人照顧實務中。亦即是，照顧人員協助失能老人保有最大的尊嚴，並且運用老人現有的生活能力來降低退化的速度，還有運用生活照護的互動活動安排，活化老人的身體與心理的功能等，運用他的才能協助最不利者的互惠與博愛事證。是以竹內教授集結自支持自立照護理論及實踐適量「水」補充、定時「步行和排便」、依類型不同給予「失智症照護」、「飲食」四部分應用在長期照護上。就人之本位而言，相信沒有人喜歡、歡迎、或正面迎向「老化」，但是又勢必得面對或因應「老化」之宿命。在不喜歡、排拒老化之餘，總希望能透過介入之努力來延緩衰退老化之變化趨勢，或導向所嗜喜、偏好或祈望之方向、速度與結果。藉由支

¹³³ 2015/09/21，臺日失智症照護知能研討會，主講者：日本國際醫療福祉大學院，竹內孝仁教授，演講文稿弘光科技大學護理系收錄中。

援性協助，協助長者在生活功能的自立；充分的進行日常生活活動的照顧，確保解決長者大多數日常生活活動功能的實際問題，提升長者的生活品質。

基於此快樂幸福原則，教育照顧人員之照護專案，首要重點為水分、飲食、如廁及運動這四個策略，四個策略運用及可達成不用尿片、不用臥床不起、不用身體束縛，換言之；也就是零臥床，零約束，零尿片。既然，能力進路原則對最不利者的觀照，正是失能老人在長期照護所需求的倫生命本質。那麼我們要如何行動，以落實失能老人的倫理要求。

納斯邦從「憐憫之情」建構出道德原則，對於一切痛苦之事(無論是身體或心理)我們都會對其有「憐憫之情」，並且透過這樣的情感成為道德行為的動力。其次、在「憐憫之情」當中，我們都有一普遍的道德意識，即是尊重所有的生命，猶如史懷哲 (Albert Schweitzer) 的「虔敬生命」(reverence for life) 的觀點，不論是一匹馬或一朵花，我們都會尊重這些生命，如同尊重自己一樣；另一方面，某些生命個體因為一些苦難而遭受莫大痛苦的，亦會引起我們的憐憫之情，並且欲進一步改善苦難者的狀況，上述皆是從「憐憫之情」當中所涵攝的「尊重生命之要義」。¹³⁴，納斯邦說明，能力進路更進一步涵蓋了「生命功能不應受到阻礙」，以及「生命尊嚴」不可受到侵犯之觀點。因此，對於納斯邦來說，對於世界的許多生命形式，都應該抱著尊重的態度。因此，我們可以將「尊重生命原則」陳述為：「我們應當尊重生命的能力興盛與發展」。

二、導入之方式

經過照護者之體驗反省，內化成自身經驗，透過 P(Plan)計畫、D(Do)執行、C(Check)檢核、A(Action)標準化活動模式，一方面知悉「失能長者」，「體驗失能長者」生活方式種種，因為從出生到老化失能，甚至臨終死亡，這一連串種種生理心理靈性之需求，都需樣注入關懷愛與尊重滿足這些條件，才不失去生命的意義。

¹³⁴ 王萱茹，正義、社會契約論與動物——從修正「能力進路」(capabilities approach) 觀點談起《應用倫理評論》，2013，第 55 期，P 51-64。

人生變化過程，故沒有體驗便沒有對話反省自身，亦即照顧高齡族群，知悉有進行各種評估（憂鬱、營養、運動、戒菸、多重用藥、跌倒、居家環境、失能等），也該進行體驗當老人失能之種種不便及不適。從護理角度減少風險、壓縮失能期間所帶來之苦痛，尤其在物理環境，鼓勵以通用設計，給予簡單易讀的標示，營造符合長者需求的安全空間。舉例說明，步行的重要性，在傳統的復健與護理概念中對於「自立」只看重單一面向，例如：長輩自己用筷子夾起食物放入口中此一過程（ADL 中可自行進食），但照顧的「自立」注重的是從長輩自行下床離開房間前往餐桌一直到夾起食物用餐的整個過程（也就是在 ADL 中移位-行走-進食全部的面向），因此以照顧的「自立」來看，步行可說是其他生活功能的基礎。重新找回過去的生活習慣，一起生活、實踐與分享，這就是照顧的生活感，是自立支援的基礎。顧名思義供支持以協助其獨立自主，強化長者的生活能力，望長者之殘存功能發揮淋漓盡致，再另以長期臥床的失能長者為例，若是伺候型的照顧，就會選擇讓臥床的失能長者包著尿布片，以尿溼床單被褥，或增加上下床的麻煩。然而若是後者「自立支援」的照護原則，就會在評估後，朝向長者脫掉長者尿片，儘可能提供長者獨立排尿或解便機會，以延長老化速度。所以世界衛生組織（WHO）延續 OECD 及聯合國的概念，在 2002 年進一步地闡述活躍老化的實質內涵為「以提升生活品質為終極目標，致力於提高各種有助於提高老人健康、社會與勞動參與以及安全的機會」。¹³⁵

前述有談到「我還行！我想做！」之理念下，讓被照顧者做他還能做的事與被照顧者或其他工作人員一起討論他還能做到那些事。協助被照顧者達成目標，過他想過的生活，從與被照顧者的溝通交流之中，找到他的興趣、想法、目標以提高他的生活品質。以提供自立支援照顧來說，與被照顧者一起思考「該怎麼做才能讓他做自己想做的事，過自己想過的生活，滿足他的需求」是一件非常重要的事，而不是由照顧提供者單方面去考慮與執行，如果被照顧者還有殘存的能力，還有能夠自己完成的事情，也有想要去做的意願，照顧服務員卻將所有大小事都幫被照顧者做得好好的話，反而會導致被照顧者的身體機能、精神狀態低下。被照顧者的身體若還能施力，他自己能做的事便鼓勵他做，不能做的事才

¹³⁵ (WHO 2002:12)。

由照顧服務員或照顧者幫忙。這麼一來，需要被照顧的人既能維持身體機能與精神狀態，也能過上自己想過的獨立自主生活，這樣子的生活才能減少廢用症候群產生。

1994 年日本提出養老「新黃金計劃」，¹³⁶ 黃金式照顧服務的提供，因此，其影響及後續成果對於銀髮族養生保健產業的總計劃與新黃金計劃，皆著重於銀髮族的照顧服務，由於強調對銀髮族居家體發展而言，產生許多正面的效益。例如：在黃金計劃中，有「老人零臥床戰略」，目的在於鼓勵銀髮族的健康促進，達到體發展而言，產生許多正面的效益。例如：在黃金計劃中，有「老人零臥床成功老化、活躍老化等目標。其具體的作法，除了增加專業人力對銀髮族的照顧外，亦政策性鼓勵介護福祉用品的開發、具通用設計概念之生活用具的使用、高齡友善住宅環境設施的推廣等...，不但擴大了銀髮消費市場，進而帶動銀髮族養生保健產業逐漸受到重視。銀髮族的養生保健產業，涵蓋面向甚廣，舉凡老人生常生活需要的食、衣、住、行、育、樂等...都有密切的關聯性。¹³⁷

在過去，提及「老化」一詞，常與病痛、疾患、孤獨、失能及照護安排等刻板的負向印象聯想在一起；在現代，似應有健康強健、活躍積極、成功滿足與生產創造等比較不一樣非刻板之正面印象。當人口老化浪潮席捲或籠罩全球之際，各國都開始面對高齡化或高齡社會的現象與議題之同時，如何能減少負向印象，而突顯正向印象之老化，已為各國重視的焦點方向，亦屬新興、前瞻性的焦點議題。為了對老化的各個領域層面進行全盤的了解，活躍或成功之老化議題不會、也不應該缺席。上節敘述已明確指出個體生活品質之缺失，最初出發點以「把長輩當人看，你我都會老」為訴求，為滿足失能者個體需求，筆者導入自立支援方

¹³⁶ 日本「新黃金計畫」四大理念：(1)使用者本位、支援自立：服務提供能尊重老人之個人意思及選擇權，亦即提供以使用者為本位的高品質服務，並提供支持以促使高齡者持續地自立生活；(2)普遍主義：老人福利向來易被認為只是針對生活困難者或獨居者等需要特別援助者所提供的制度，但此計畫涵蓋所有待援助的老人，提供普遍性的服務；(3) 提供綜合性服務：為促使身體功能障礙之老人盡可能地自己家中持續地生活，該計畫以居家服務為基礎，提供有效率、綜合性的服務，以滿足高齡者在保健、醫療及福利各方面的需求；(4)社區主義(地域主義)：為提供居民就近在社區使用所必要的服務，該計畫採行以市町村為中心的體制建構。

¹³⁷ 日本銀髮族產業政策的推行採用由上而下，再由下而上雙向循環的政策動力過程，雖然較為耗時，但亦是凝聚社會共識的必要方法。因為日本的地域別銀髮族特性與需求差異極大，日本採用此種政策型塑方式，也有「因地制宜」、「彈性結合並活化地方特色及產業」的政策目的涵意。

式，期望改變現行照護模式，被照護者用換位思考方式來體驗「當老人」之感覺，常常會有夥伴問我，在臺灣的長照體系裡，護理師或照服員可以扮演什麼角色？護養結合怎麼做？研究者以一句話分享養老機構的照護工作本質「己所不欲，勿施於人」。¹³⁸，日本介護服務的專業性舉世公認¹³⁹，從介護學理論的發展、介護現場的實務應用、以至介護人員的訓練，都有嚴謹的養成過程，從業人員對工作的專業、倫理與自我期許，形成對介護職業的自我肯定，日本於 1994 年 12 月重修訂定「新黃金計畫」。除修正老人照護服務基礎項目之各項目標值外，並針對未來政策之基本架構提出構想，新黃金計畫提出的四大基本理念，即是希望任何需要照護服務的人皆能就近獲得服務，於此為導入自力理念。¹⁴⁰ 所以以中國目前現實面而言，養老院撐不起醫院，但是，醫院卻可以撐起養老院；這個前提，必須是有養老需求的老人，同時也離不開護理，不管是醫養結合或護養結合，主體必須是護理師及照服員，醫療資源的主要用途，在於救死扶傷，無論是西波克拉底的醫師宣言，或是南丁格爾的誓詞，都很清楚的揭示了醫護的意義與責任；

¹⁴¹ 護養結合導入輔導方式為以下步驟：

1. 護理部指派與初任種子教師¹⁴²與教學領域導入「自立支援服務工作手冊」「自立支援照顧整合性導入與輔導」、「長期照顧專業人員訓練」，¹⁴³ 輔導全體工作照服員，適時提供所需的相關知識及關懷照護理念，奠定良好成長基礎。
2. 此外也提供初任教師觀摩臨床教學的機會，協助初任教師提升教學技巧；其次，也讓導入輔導教師觀察初任教師的教學情形，並回饋觀察結果，讓初任教師能即時修正教學技巧。

¹³⁸ 《論語·衛靈公》篇 24 章「子貢問曰：有一言而可以終身行之者乎？子曰：其恕乎。己所不欲，勿施於人。」釋文：子貢問道：「有沒有一字可以終身奉行的呢？」孔子道：「大概是『恕』罷。自己所不想要的任何事情，就不要加給別人。」

¹³⁹ 文中所提到的日本介護就是目前台灣之長期照護。

¹⁴⁰ 104 年 12 月 24 日至 26 日監察院尹祚芊等人參訪考察〈日本老人福利機構考察報告〉。

¹⁴¹ 南丁格爾誓言是南丁格爾為護士所立的誓約，弗洛倫斯·南丁格爾（Florence Nightingale，1820-1910 年），世界著名護理專家，近代護理教育的創始人，護理學的奠基人。

¹⁴² 初任教師組員包含照服員、護理師、康復師、營養師、醫師、及家屬等等，但未包含社工師，因目前中國社工師工作職責未明朗化。

¹⁴³ 同註 117。

3. 由於初任教師在照護常規的建立與維持，仍處嘗試、摸索階段，且常會出現不純熟及易變的特質。因此，制定適切的照護常規並持續執行，以維持照護良好的整體表現。
4. 護理專業發展，機構應賦予初任教師內容單純、責任較輕的工作，並協助規劃專業發展計畫，依據照服員需求提供專業成長的機會，包括辦「理研討會或工作坊」、「當老人體驗營」在教學歷程中。
5. 人際支持：由於工作是與護士、家屬與工作人員共同完成亦需要建立良好的互動關係，並維持彼此間平衡的關係。綜合以上所述，養老機構初任教師導入輔導的需求內涵歸納為：行政支持、導入輔導自立專案、專業發展及人際支持等四個層面。



第二節 自立支援之實踐

長期照護的定義與特色針對失能者配合其功能或自我照顧能力(第三章之第二節已說明)，實際在工作場域中，面對不同之長者，提供之不同程度的照顧措施與服務，讓他們能促進健康和預防疾病，並保有自尊自主的獨立性，享有善的生活品質。

一、滿足長期照護自力需求之檢驗

日本老人照護專家竹內教授于老人照護專業明確指出，自立等於是尊嚴的代名詞，從臥床、約束、尿片使用最不利者轉化為最大受益的照護模式，所謂生活功能自立照顧，就是要充分的進行日常生活活動（ADL）的照顧，最基本重要的是「生活即康復」，要如何解決大多數日常生活活動功能的實際問題？利用納斯邦之人類基本能力來檢視自力需求不符合目前之失能者？

我們用能力進路重視生命原則檢視中國養老機構照護架構，研究者服務於中國某省老年公寓(此為國務院組織，民政廳直屬管理的黨政人員退休公寓，從硬體及軟體各項管理指標看來，均未達台灣省衛服部評鑑之要求，應屬不合格機構)，¹⁴⁴ 我們先談尊嚴需求的滿足，再接著追問生活品質；從心理學家馬斯洛理論觀點來看，認為生活品質是強調基本需求的滿足，他將人類的基本需求分為生理需求、安全需求、歸屬需求、自尊需求以及自我實現等幾個層次，¹⁴⁵。而社會心理學法-主要根據個人的主觀感受和滿意程度，來測量個人內在的生活感受，作為衡量生活品質的標準，¹⁴⁶ 不管是用哪種監測建立的生活指標皆僅反映出人類客觀的社會經濟生活條件，此類生活品質的經濟指標只說明了人們生活的環境，並不能反映人們生活經驗的主觀感受，然而，客觀生活條件與主觀生活經驗之間的感受並不一定會一致。所以，人的生活感受和生活滿意程度，社會經濟指標亦不能完全解釋並反映真實面，上述內容主體根基不穩定，未內外部兼顧融合，故被推翻，

¹⁴⁴ 研究者於中華民國 104 年擔任護理之家負責人，參加衛生福利部護理之家評鑑，獲得「優等」。

¹⁴⁵ 高淑芬等編著，新編老人護理學，台北，永大書局，2000，第二章，P11。

¹⁴⁶ 陳清賢，碩士論文《台北市各行政區都市居民生活素質之比較研究》，1984，P88。

推翻具體案例(以第一章案例討論)理由為 1.納斯邦的人類基本能力只符合第一項(生存活著)，2.馬斯洛需求只達到低層次的生理需求(例如氧氣，利用鼻胃管供應營養水分)，維持生命，3.家屬代訴：「可以不要約束，還她媽媽自由，因為沒錢，被醫院趕出來」，4.依研究者執行身體評估檢查，長者意識昏迷指數 3 分，四肢肌力皆一分，且關節攣縮成剪刀手剪刀腳，顯然已出現廢用症候群，這位長者因照護需求未被滿足，基本功能皆已退化，若以「假如我是這位長者」概念出發，試想「我要的是什麼？我想怎麼被對待？」，這才是尊重生命照護的意義所在。依納斯邦而言對社會契約看法，此部分缺少了尊嚴情感愛的部分，此等乃違反聯合國老人綱領、世界衛生組織宗旨、及馬德里國際高齡行動計畫對老人健康服務宗旨；種種證據顯示，對此位長者而言毫無「生命尊嚴」及「幸福善的生活品質」。綜上述看來，能力進路探討如何深化自立支援意涵，接連著聯合國，世界衛生組織業提出相繼的對老人計畫方案及打造友善高齡社會方案，但中國對於老人照護政策只有策畫，尚未有落地執行決策，也說明醫保實施及現況並為關照失能者本身自力照護，對老人長期照護還屬於剛起步階段，正常人連看病如此困難，何況是長者住養老機構之照護呢？故問題核心在於老有所樂，老有所樂，不讓其受苦，才是我們所要關照的。

考察台灣學者對「長期照護」所做的定義：何謂長期照護，指出長期照護是針對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力。Weissert 於 1991 則指出長期照護之服務對象包含所有年齡群之人口，其中，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供此外，學者也提及長期照護服務對象包含老年人、各類身心功能損傷者或家庭照顧者。¹⁴⁷ 需求/需要(Needs)常與另一個需求/要求(Demand)常有。事實上，二者所指涉與關心的範疇並不相同。需求/需要(Needs)是指人類社會中，每一分子都應享有的基本生存需求，包括：生理、社會、情緒、神等各方面的需要，故此，這些需求的內容會隨時代變遷及社會、政治、經濟環境的差異而有不同，但是任何人都不應該低於某一個標準。

¹⁴⁷ 劉淑娟、葉玲玲、蔡淑鳳等編著，《長期照護》，2016 年，三版，頁 3。

同時其所涵蓋的內容是廣泛的，李世代指出「長期照護」是：一種健康、生活、安全照顧等相關事務的描述，屬於一種服務理念、理想，亦是一種服務目標、使命之方向；可以勾勒為一段長時間內，對身心健康功能障礙（不全、失能或殘障）者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持（含經濟安全）之照護。¹⁴⁸可知長期照護是一種持續性、跨專業領域的照護概念，主要包含了生活照顧與醫療照護層面，簡要地說：「長期照顧服務之範圍相當廣，需要來自醫學、護理、社工、職能治療、物理治療等專業人力的投入，更需要提供生活照顧最主要人力之照顧服務員的投入。」¹⁴⁹從上述的定義不難看出長期照護具備的特性有以下三點：¹⁵⁰

（一）長期照護的對象是功能失能者，而不是因其有疾病。許多因素都會造成一個人的功能失能，因此任何年齡層都可能成為長期照護的個案，只不過其中老年人所佔的比率較高，功能失能包括身體與心理兩方面：

1. 身體功能失能：通常指的是日常生活活動功能(activities of daily living; ADL)與 複雜性日常生活活動功能(instrumental activities of daily living; IADL)¹⁵⁵ 的障礙。前者如進食、移位、如廁等失能；後者如患者無法自行上街購物、打電話等。
2. 心理功能失能：主要指認知、情緒及行為等方面的功能障礙，例如，失智症、或 精神疾病等。

（二）顧名思義，長期照護所需的服務是長時期的，並且包含正式與非正式的健康及健康相關體系的支持與服務。

1. 正式的照護：由政府或民間提供財物、資源所構成之系統組織或機構，此一範圍 涵蓋了整個國家的長期照護體制。包括，政策組織、法規模式、資源財務與照護品質等。

¹⁴⁸ 李世代教授於國立台北護理學院，長期照護研究所「長期照護概論」課程說明資料。。

¹⁴⁹ 2018/02/08 行政院內政部社會司，《我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）》，摘要頁 II。檔案下載：URL = <http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>。）

¹⁵⁰ 劉淑娟、葉玲玲、蔡淑鳳等編著，《長期照護》，2016年，台北：華杏，P4-5。

2. 非正式的照護：是指由親人或朋友所提供的不付費照護。在世界各地，長期照護 病人所需的照顧大多是由親人或朋友支應，亦即非正式照護者是主要的照顧者，因 而在長期照護體制中是不可忽略的一環。

(三) 長期照護最重要的目標在於維持個案最高的獨立性功能，也就是「促進或維持身 體功能，增進獨立自主的正常生活能力。」無論患者生活功能退化或失能得有多嚴重，長期照護目標在協助個案盡量維持其殘 餘功能，使受照顧者發揮最高的功能獨立性，保持其所能維護之最佳健康狀況與生活自 理能力。另外有許多需要長期照護的患者，他們功能退化、失能的情況是不可逆的。此 時，長期照護所要達成的目的是減緩其惡化的程度，使他們在受限的情況下還能盡量表 現及發揮其獨特能力，活得有自信、有尊嚴。正如《我國長期照顧十年計畫摘要本(核 定本)》所揭櫫的，台灣長期照護計畫目標為：「建構完整之我國長期照顧體系，保障身 心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自信。由此可見長期照護是非常重視個別化及人性化的全方位照護。

高齡化社會的長期照護需求對失能者要用何種照護方式來應對呢？我想並不是所謂的三等人次(中國長者對老年失能生活之想法：等吃等睡等死)，故長期臥床的失能長者狀態而言，涵蓋從完全無法自己翻身需全面協助的狀態，這是一種慢性安靜狀態，與急性期一般療法的安靜狀態是有所不同的。廢用症候群顧名思義身體自主功能已經喪失，導因於長期臥床，因生病或者是身心機能人的低下等原因，目前常見以腦中風、骨折、失智居多，躺在床上有 6 個月以上的時間且在日常生活面上需要協助活動而稱之。失能是一個古老的議題，在醫學或復建領域中，早是一門顯學，然而在文化與政治領域，它卻是一個新崛起的學門。文化領域與醫學領域在處理失能議題最大的不同是：醫學領域強調矯治修復，而失能研究則將處理重點從傳統的預防、治療、修復概念，轉移到文化或政治論述層面，探究其如何建構失能主體，這樣的醫療照護政策應由社會政府來主導。所以在最前述的案例中「長輩由醫院回養老機構，家屬要求護理院院長還她媽媽一個自由」。這可以由那斯邦對人類基本能力清單檢視中，她喪失了病違反多項核心基本能力，但個體轉變並不意謂著失能否認身體障礙的存在，同時也詰問醫療論述對失能者

去人性化(dehumanized)的對待與處置，全然漠視失能者的自主權。長期照護所訴求的是，如何破除並瓦解傳統醫療論述及社會文化對失能主體所建構的負面神話和污名化的人格投射；它也同時挑戰了大眾分配給失能者的卑賤身分和角色。研究者認為，納斯邦先檢視社會契約論的基本條件，諸如：理性能力、平等、互惠及社會合作等等，並且一一推翻這些條件的必要性，轉而回歸到以「尊重生命尊嚴」為論述的立基點，並且以「能力發展」作為可以進入正義範圍的條件，既然健康層面需依賴醫療及各個共同照護團體才能完成功能健全，稱之為身心靈健康狀態，這樣的功能健全並不是說恢復到百分之百的正常人，而是照顧者及失能者互相以正義條件循序漸進發展至以尊嚴基準點為最高核心單位，例如：長者在復健中，原本需協助餵食，經由實現體驗醫療及護理支持下，當然在此前提是社會公義面重視失能長照之需求，得以發揮利用殘餘能力(未偏癱)自行吃飯，達到健康狀態之證成，這也是善的表現，故「走向能力正義」才是對失能者盡最大照護。

接著探討到底怎樣才算是好的長期照護政策或恰當的資源分配呢？簡言之，以「平等的對待所有失能者或長者」，或許可說是最常見且最容易的回答方式。然而，當我們追問這裡所指的是「什麼樣的平等」(Equality of what?)？此種「平等」又如何被實踐在這一意義上，納斯邦於《創造能力：人類發展進路》提供了進入幸福討論的最佳論證。她認為，人的幸福根源於人的能力，社會正義理論的最根本問題即在於回答「人能夠成為什麼，又能夠做到什麼」的能力問題。如前第一章案例而言，我們養老單位能為老奶奶做到什麼樣的境界，才能讓她有一個正義環境，解除所有不人道的待遇，既符合納斯邦提出基本能力需求，又符合家屬的照護條件，所以有良好的政府應當培育人(失能者及照護者)的內在能力，並且創造讓內在能力得以實踐的環境條件(養老機構設施設備符合目前中國的法規規定)。唯有在人類核心能力上達到適於本國的門檻水準時，才算是實現了一種最低限的正義社會，實現有尊嚴的生活品質。

二、自立支援實踐之困難

(一)醫療資源分配公義

縮短社會落差為政策目標，以減少就醫之社會成本為策略，社會需求與醫療人力組合之間的契合，合理的醫療資源分配，才能追求生命品質與正義的醫療環境。杜絕醫療保證金代墊費用之政策、減輕民眾遭受醫保的人球。在中國城市打工的億萬農民工被排除在醫療保障體制之外，看病只能去黑診所，引起外國媒體的關注。

中國官方資料顯示，目前中國的農民工達 2.3 億，老年失能者 3500 多萬，分佈於各城市的不同行業，但他們在城市「看病難」一直沒有解決。大陸 60 歲以上人口已達 2.3 億，2030 年將達 3.7 億，2050 年將達 4.87 億，人口老齡化不僅帶來贍養問題，而且帶來醫療、照護、精神生活等方面的健康問題。大陸高血壓患者超過 2.5 億，糖尿病患者超過 9700 萬，心腦血管疾病、癌症等慢性非傳染性疾病導致的死亡占總死亡人數的 85% 左右，成為危及人民健康的第一「殺手」慢性病防控形勢非常嚴峻，心血管病、腫瘤、糖尿病、呼吸系統疾病負擔已占總疾病負擔的 70% 以上，成為影響國家經濟社會發展的重大公共衛生問題。農民在城市打工卻不能享受城市居民的醫療保障，當然農民可以在其戶口所在地參加新農合，但是農村合作醫療保險沒有在全國聯網，不能異地看病，而且新農合很多病不能報銷。

中國醫療資源配置不公平一方面是和中國的戶籍制度有關：中國戶籍制度帶來的不公平不僅僅限於城市和農村戶口，大城市和小城市，公務員和普通市民，官員和平民，國有企業和私營企業之間都存在多種多樣的不平等。如果把中國社會的醫療資源配置看作一個寶塔，塔頂上是政府高官，最底層的是農民，農村很多年輕人都到城市打工了，留守的老人也看不起病，情況更糟糕，首先是因為醫藥費太高，另外大醫院不僅遠，而且非常擁擠。他們就在附近的小胡同裡的黑診所看病，¹⁵¹這樣的醫療保障有符合基本的人類能力清單嗎？

¹⁵¹ 2017/05/11 《華爾街日報》中文網記者：林坪報導中國第一代農民工如何養老？

是以上述兩件社會現象以納斯邦論證而言，毫無社會正義精神，公民能力所具備的條件為能彰顯其特色，納斯邦不斷地強調，人類能力項目之內容，是一社會正義所能夠最容易達到的標準，在此標準之上，是否可以作的更好，乃在於各種社會本身所具有經濟、教育等等條件；但是，列表內容是最基本的正義之門檻與限度，是每一個社會都應當保障公民的權益，具體而言，誰才是真正執行者呢？

回應上段內容，就此正義之門檻與限度，中國中央也曾推出醫改方案，例如：按深圳醫改方案，政府一年補貼 5 億元降藥價等，但好處並沒有用在弱勢群體上。美國紐美中科技文化交流協會會長謝家葉於 2013 年 3 月 12 日接受記者電話採訪時認為，雖然罕見病患者(含失能及殘疾人口)占中國總人口比例低，但這一群體的絕對數字非常龐大，國家應該負擔起幫助這些罕見病患者的責任，幫助他們控制和減少痛苦。他說：社會當然要擔負起幫助這些罕見病患者，減輕他們的痛苦，幫助他們的生活，這個當然要由社會來負擔。¹⁵² 他說美國這方面的醫療保險都是包括他們所有的用藥、治療，保險都是要覆蓋的。另亞洲電視台報導說，對高管來說，病房如同星級賓館，有當地最好的醫生治療，有醫院最好的護理人員護理，用最好的藥品和最好的器械設備。資料顯示，一些豪華高幹病房，費用驚人，如武漢同濟醫院的高幹 VIP 病房，每晚費用達 1000 元人民幣。對此，國際反腐組織透明國際的亞太事務負責人廖然表示，中國其實不應該取消公費醫療。研究者認為要公費醫療改革，就應該注重公平，實際上，中國更應該擴大低保醫療保險，不然經濟增長率再高又有什麼用呢？¹⁵³

以上為中國失能者看病的困境，接下來的問題便是生病後就醫慢性期的照護問題，以研究者觀察許多長者因中風後的偏癱失能，家屬礙於經濟及照顧壓力，最後都會送養老機構委託照顧，但大陸國務院副總理劉延東於 2017/08/28 指出：¹⁵⁴目前有 3500 多萬失能老人，有 8500 多萬殘疾人、近 1.2 億失能照護人力是非常重大缺口。舉例說明，以本機構為例，失能者在護理區照顧共近 150 人。¹⁵⁵ 因

¹⁵² 2013/03/12 美國紐約“美中科技文化交流協會會長”謝家葉接受本台記者林坪電話訪問。

¹⁵³ 2013/11/19 自由亞洲電臺，記者希望的採訪報導：公費醫療正逐漸退出歷史舞臺。

¹⁵⁴ 2018/02/21 取自於

<http://www.landseed.com.tw/landseed/docDetail.html?CID=F3E4651A81E912C6D0636733C6861689&DID=0C3331F0EBD318>

¹⁵⁵ 大陸稱失能護理區等於是台灣的護理之家。

照護人力不足，對照護知識缺乏，故失能者因照護者疏失，忘記給予翻身換尿片而出現不該發生的壓瘡，另外復健師無意識到失能者需要復健治療，故未即時介復健而出現關節僵硬變形，產生長期臥床廢用症候群，¹⁵⁶ 加上這些失能者又有慢性疾病，故經常出入院，具體現實面是面對病況變化，家屬是拒絕送醫(簽拒絕送醫切結書)，住院費用及住養護機構費用相當於子女一個的薪水(約 3500-4000 人民幣)，家屬負擔不起而放棄父母就醫權利。在此我們看出「生為一個健康的個體重要性，即使不健康但個體應也享有人性尊嚴權利」，在中國，得一個大病，沉重的醫療費用總要毀掉一個普通家庭，「看不起病」已經成為中國人最大的痛處，但照護倫理行動我們應如何實踐呢？看不起病儼然是非常大的重中之重，本機構力推自立支援時，員工大力反彈，害怕承擔例如跌倒風險，被家屬訛詐薪水，但在護理部堅持下及與員工視為同一正線員工，在陪伴護理員重新認識照顧，重新回歸長輩需求，與家屬一同擬定照顧計畫，以生理及照顧的觀點進行照顧分類分級，並進行個別化照顧指導，改善環境與導入定期運動，重視長輩的小進步與改善情形，也讓第一線人員的努力與用心都會被看見，成就感油然而生，至少改變基層員工對傳統照護的改觀。

經由納斯邦所提十項個類能力清單，第一點及第七點，就身體健康能夠有良好的就醫途徑及避免自尊收損之基礎上，醫保經費所取得的價值—醫療上保障中探討其公平性。中國醫療改革需要魄力，譬如美國歐巴馬總統推全民健保，深知年總額高達 600 億美元之健保詐領，必拖垮財務、帶壞醫界生態。所以 2010 年 3 月立法通過之「保護病患與有關美國打擊醫療詐領的介紹」¹⁵⁷，故先進國家的經驗，欲使全民健康保險可長可久，應朝向世界衛生組織所提倡「新普遍主義 (new universalism)」所言，「for everyone, not for everything」，亦即兼顧國民平等就醫機會與確保醫療體系之持續運作，並達到公平 (equitable)、有效 (effective)、普及 (universal) 與可負擔 (affordable) 的境界。全民健康保險的實施，提高了民眾的就醫可近性，但在公平與效率上，仍有待改進空間。

由上所述，如何達到醫療資源分配及維持身體健康之公義，雖然，這些醫保

¹⁵⁶ 廢用症候群在大陸很少用此名稱，回答的護士均稱護理學校未建構此概念。

¹⁵⁷ 2010.07.23，聯合報記者劉梅君、朱顯光，台灣醫療改革金會執行長及研發組長（台北市）。

給付不足，必須自付龐大的醫療費用，造成民眾就醫龐大負擔，但政府不能放棄任何一個公民，即使是少數百分比，也應重視照護醫療服務應能穩定醫療體系，並控管醫療品質，讓有限養護資源發揮最大效益，應要求醫療效率避免浪費。

第三節 能力進路實踐及導入自立支援模式

一、他山之石：研究者參與台灣自立經驗之借鏡

相對於急症的照護，「長期照護」是指對具有長期功能失調或困難的人，提供一段持續性的、改善或恢復他們某些功能所必須的協助。是以在此必須先釐清長期照護的定義才能彰顯其特色。高齡友善照護普及化，活躍老化健康不老——高齡友善健康照護機構，研究者參加台灣台中市社會局舉辦自力支援種子訓練單位，並發表本機構訓練成果，在大家共同努力下，長者的步行進步是有目共睹的。¹⁵⁸ 民間團體開始於台灣各縣市推動自立支援照顧服務模式，計有多家老人長期照顧機構加入¹⁵⁹，除了課程訓練外，也挑選住民擬定照顧計畫，訓練長者增進生活基本功能，進步能力相當可觀。2015 年全台灣擴展自立生活照顧工作坊與體驗營，重新回復行走能力個案及所有導入個案之 ADL 能力均有顯著進步。¹⁶⁰ 另外亦參訪日本老年輔具大展參觀，針對每種不同型態的失能者皆有可適性的輔具協助，例如，帕金森氏症患者雙手功能會不停的顫抖，吃飯會不停地掉筷子，現已發明固定帶綁於手腕上，吃飯拿筷子變得輕而易舉，輔助器具、設施的完善，這幾年，日本大力扶持養老領域輔助器具和設備的研發。比如：步行輔助車，在日本經常可以看到老人使用看似一個普普通通的小推車，其實它的功能非常全，可以折疊，調節高度，輪子可以固定，帶有手動剎車裝置，還可以當椅子坐在上面，存放東西等等。還有自動排泄處理馬桶，以及健康監測設備，移動拐杖等。這些器材主要採用租賃形式，消毒後還可以迴圈使用。還有一些科技化程度非常高電子機械產品。比如，提高老人運動的話，有廣播體操機器人，老人吃飯有餵飯機器人，老人吃藥有監視用藥機器人...再者依據蕭玉霜對吞嚥困難長者日本、

¹⁵⁸ 2016 年參加社會局舉辦自立支援成果發表會，有影片檔存證。

¹⁵⁹ 2014 年筆者擔任台中市德康養護中心負責人，參加自立支援照顧服務模式。

¹⁶⁰ 林金立、余彥儒，〈自立支援照顧的臺灣實踐〉，《長期照護雜誌》，2017，第 21 卷，第 1 期 P16。

美國正視老化的咀嚼吞嚥障礙，運用食品增稠劑，協助咀嚼吞嚥功能者經口進食，可以實現老人進食的自由與尊嚴時，已經實現讓失能老人免於擔心受怕的生命尊嚴。¹⁶¹台灣在推行自立支援(reablement)時，將自立支援(強化自我照顧能力)做為一個全國性政策議題來執行，各專業組織和多層級政府部門共同參與其中，依據長者的真實需求，系統性地規劃、試辦、檢討、推廣與支援建置，始獲致最初立定的目標之達成，汲取經驗，立定目標。2013 年跟隨台灣團隊率領其工作同仁至日本養護中心參訪及實習，吸取新的照顧模式經驗帶回臺灣，2014 年透過推行自立支援四大基本照顧及其應用，讓長者自我生活功能能力獲得提升。

因此為積極迎向高齡社會，接受聯合國¹⁶² 及世界衛生組織¹⁶³ 於以宣示老基本權益保障之共同目標，同時並通過「馬德里國際高齡行動計畫」¹⁶⁴；闡述生活品質質量。有鑑於此，筆者以台灣為例，行自立支援模式以「在地老化」為導向，希望能發展與世界衛生組織接軌，且試行於國內健康照護體系的健康照護架構及指標，以營造對長者友善的照護環境與服務人口的高齡化為社會帶來一連串有關人口、經濟、文化等問題，例如家庭規模縮小，贍養比重提高；勞動年齡人口老化，勞動力資源不足；人口高齡化所帶來的巨大經濟負擔等。未來社會資源的分配、家庭組成方式，以及子女和 年老父母的居住安排與奉養關係等，將持續變化。所以，如何使老人生活更有尊嚴與健康、營造活力老化環境、延緩失能發時間、強化家庭與社區照顧及健康體系、保障老年經濟安全與促進人力資源再用等，均使得長期照顧服務變成重要議題。由於「能力取向」理論是從實際日常生活所需出發，也就是以每一個人在同時間與環境下的不同生活需求(commodities)為前提，據以檢視某個社會能否提供各種支持條件，讓人們得以獲得滿足「能力」的最低門檻。因此，與一般強調個人自主的自由主義立場相較，「能力取向」理論自然十分強調個人抉擇的能動性(agency)，並且尊重不同個體的多樣性及其

¹⁶¹ 蕭玉霜博士論文<長期護理倫理基礎-以差異原則分析老人之需求>，中央大學，2016，P132。

¹⁶² 聯合國大會在 1991 年通過的「聯合國老人綱領」提出了「獨立」(Independence)、「參與」(Participation)、「照顧」(Care)、「自我實現」(Self-Fulfilment)與「尊嚴」(Dignity)等五個要點。

¹⁶³ 世界衛生組織(WHO)亦於 2002 年提出「活躍老化(active ageing)」核心價值，認為欲使老化成為正面的經驗，必須讓健康、參與、和安全達到最適化的狀態，以提升老年人生活品質。

¹⁶⁴ 馬德里國際高齡行動計畫(The Madrid International Plan of Action on Ageing)；強調促進健康、預防疾病、為高齡者取得公平的健康 照護服務是健康老化的基礎。

可能的價值與立場。¹⁶⁵

二、回應中國長者心聲 執行自立支援活動

研究者於 2016 年 10 月於中國老年公寓意識到長者的日常生活僅有提供平淡的三餐，連民以食為天的進食問題，未經過口牙評估營養師直接給予普通飲食，有位長者只剩下兩顆牙齒，飯菜皆咬不動，故每個月的非計畫性的體重下降超過 5%，他說「我怎麼不重用啦，老囉，連吃飯都不讓我下床」。另一位說「我都躺半年啦，身體都退化了，天天巴著只有洗澡坐輪椅可以看看外面天空」。¹⁶⁶ 基於上述許多案例及心聲，並回應聯合國老人基本權益保障，開始依序導入自立概念，由籌備期至執行期，共花了 6 個月時間，這其中參與團隊有照服員、護理師、康復師、營養師、醫師、及家屬等等共同團隊合作，先建立自立支援流程及規範制度，針對護理區及自理區的長者有配套執行做法，督促推廣訓練模式。

河南省老年公寓導入盛行於台灣的「自立支援」介護方法，期待與家屬、長者共同努力，協助長者達成減少約束、臥床、尿布的尊嚴生活，重拾幸福感。故推動「自立支援」，不包尿布、不臥床、不約束，協助長輩提升自主生活能力，減輕照顧負擔，並改善廢用症候群之發生率。「自立支援」是長照照護的核心精神，兩大原則包含：所有國人都必須維持自己健康、避免失能、延緩失能，所有服務提供單位必須著重讓長者自立生活。其一，自立是維護失能者的尊嚴，為最大限度地發揮老年人自身所具備的基本日常生活活動能力，實現高品質的生活而提供幫助。其二，照護人員都是利用受過專業培訓的護理人員照顧，不是為老年人包辦日常生活的一切，而是輔助老人去做不能完成的部分，去尋找更多自己完成的可能性也就是長照中的自立支援理念。

¹⁶⁵ Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, p129。

¹⁶⁶ 此內容於長者照顧護理紀錄中呈現。

根據中國的工作人員專長，定期每周執行在職教育培訓。¹⁶⁷

(一)首先成立體驗營，讓工作人員體驗當老人

1. 進行工作人員之自身體驗，「活動前先喝 500ml 的水，開始臥床、被約束、包尿片，坐輪椅」連四小時。
2. 活動結束後，工作同仁進行體驗分享：這其中有人提到：「包尿片怎麼尿啊，林老師我可不可以放棄？」、「在床上吃飯吞不下去，我寧可坐起來」、「我的手被綁著，好像犯人，連喝杯水都要叫人多不自由」、「我不想活這麼老，老了多沒有尊嚴，還像個孩子一樣包尿片」，這以上內容是體驗後分享經驗，由此得知，當一位老人難，若不幸是位失能長者更難。
3. 每個月進行新進人員體驗「當老人之體驗營」之分享。

(二)制定自立支援之工作標準流程方案

1. 創新方案自立支援計畫輔導活動記錄表
2. 自立支援照護模式每日評估量表
3. 步行訓練紀錄表
4. 康復肌力訓練紀錄表

分享一位長者的心得，他說：

「若沒有護理部林主任這麼關心大陸人，支持康復師¹⁶⁸替我每天不要錢的按摩復健，護理員扶著我走路，¹⁶⁹ 我可能這輩子都不會下床走路了，看到外面天空，聽聽豫劇¹⁷⁰好難得」。

由這段對話得知，長輩的需求並不多，他只想看看外面，不要一直躺床，不

¹⁶⁷ 養老公寓的工作人員並非都有證照之專業人員。

¹⁶⁸ 大陸康復師稱謂等於台灣復健師。

¹⁶⁹ 大陸護理員稱謂等於台灣照服員。

¹⁷⁰ 豫劇是河南省最有名戲曲，相當於台灣歌仔戲，對當地人來說，梨園春劇團相當於楊麗花劇團。

用花錢可以有康復服務，所以由步行到廁所，再移位到戶外是他這輩想都不敢想的事情，所以反思若沒有台灣團隊進入輔導，這些長者可能就一輩子如此臥床的生活，仰望天空是一件非常奢侈物件。

另一位需要被約束固定的 74 歲失能長者回應分享，此位長者有痛風、高血壓病史，因為中風導致右側偏癱且影響大腦認知行為，平時注意力差又嗜睡，無法理解簡單指令，全身虛弱無法翻身抬臀，坐輪椅容易下滑因此需要約束固定。經過半年的照顧，目前這位爺爺有了簡單對話，由一開始兩到三個字回答，現在已經進步到可以句子回應，使用健側肢體利用輔具吃飯，也慢慢地與其他長輩及工作人員交談，他漸漸有了笑容，可以自己移位穿脫衣服，臉上看到了他的自信的生活獨立功能有顯著進步，吃飯從完全需要他人餵食，到可以部分自行進食、可以自行翻身、可以坐在一般的手扶椅上 10 分鐘。因為改變了照顧方法—導入日本自立支援照顧，短期間長者們身上發生令人難以想像的能力回復，他們並非個案。「維持生活獨立、延緩失能、減少照顧支出」是各國長照政策的核心目標。但到底該如何達標？透過日常生活盡可能協助長者維持或恢復身體機能。提升「飲食」、「喝水」、「運動」、「排便」四大基本照顧進行照顧、醫護、營養、社工、家屬參與等跨專業團隊合作修正生活照顧計畫落實自立支援原則尊嚴的介護-自立支援，每個人對生命的最深沉渴望，不僅僅是日復一日地活著，而是期待發揮能力，過著有尊嚴、有意義的生活。

第六章 結論

本節主要就本論文所進行的研究結果作綜合整理說明，並針對未能達成現況作一一檢視；最後，亦提出在本文完成的研究基礎上，未來可進一步研究的方向，或有可行的研究及實務上的建議。

第一節 高齡化問題解決現況

本文回應高齡化問題解決現況，問題討論內容為：醫保分配不均涉及社會弱勢族群、老人醫療照護不當而產生廢用症候群等合併症問題。對於研究目的之達成，主要表現如下，探求中國長期照護政策之醫療保險不均問題的形成因素：本文研究中發現，中國長期照護政策存在的醫療保險不均問題，分配不合理，肇始無醫保之階層農民，須完全付醫藥費，導致供需失衡，嚴苛而不當的社會救助法規，直接排除長期照護需求者應有權益等等。這樣的結果即是社會正義不公問題，期待政府施政單位(中國衛生計畫生育委員會，簡稱衛計委；人力資源社會保障部，簡稱人社部)，在擬定長期照護政策時，能針對醫保不均問題研擬對策。再者，長期照護單位實施「自立支援」照顧模式，提升身體功能與免疫能力，進而降低失能者就醫頻率，減少慢性疾病之醫療支出。如此一來，誠如納斯邦所言，人類能力進路清單缺一不可，但可重新思考定位優先順序，最終目的獲得人性尊嚴平等。

對長期照護之自立需求，實質提升失能者之生命存在價值感及尊嚴感(第五章第二節中長者已回應)，降低廢用症候群之發生，依據納斯邦「能力進路」道德論述之架構，得以對每一人於照護之要求上，有一公平平等之道德考量，以人性尊嚴為最高宗旨，切合當代西方民主社會之公平平等的要求。根據能力途徑在長期照護倫理分析，證成正義之餘，也提供了另一種理解與衡量生命尊嚴的途徑，相較羅爾斯的社會基本善以自由的工具作為正義的資訊基礎，納斯邦的能力途徑直接將焦點著力於失能者及殘障者等公民本身，關注長者或弱勢團體實現其所珍視的作為與狀態的實質機會。

第二節 研究建議

面對高齡化社會的來臨，一方面技術教育培養，另一方面人才隊伍培訓，要如何將照護關懷的理念，融合在短期的教育訓練中？依目前人才缺乏現況下，塑造關懷理念的養成，是需要相當時間來培育；可是，中國目前現實的情況是，必須需要大量的人力為長者服務，實為緩不濟急。究竟在短時間內要如何培養大量的人力從事服務？依據本研究之發現，讓服務人員有同理老人的心態，實施體驗式的培訓可以讓工作人員感受憐憫之心，進而提供合宜之關懷服務。何謂體驗式培訓？簡言之，就是模擬老人的行為態樣（樣態），及以外力加諸在老人身上的各種約束！體驗穿包尿濕的尿片，體驗手腳被約束帶綁著長時間躺在床上，體驗一個人孤零零坐在輪椅上沒人理又無法自主行動的絕望...一旦接受過這些類老人的體驗，官員在制定政策時，就會多點人性，而不是冷冰冰的教條；護理員就會以同理心，感同身受的去面對所照顧的老人，我們常說要以人文關懷的心去照顧長者，如果沒有親身去揣摩長者生活的種種不便，又怎麼會知道長者需要的是什麼？想接受什麼樣的服務？我們做的是服務的工作，服務的物件是者者；短時間內要讓新進人員有初步對人文關懷理念的認識，體驗式教育訓練，絕對是給人心靈震撼的方法。

第三節 實務建議

養老機構開設，護理與醫治結合，不僅可以養，而且可以治；社區辦養老，亦配置專業的護理人員專門照顧，同時社區醫療也可以就近解決失能長者的難題，減輕醫療費用負擔，故失能長者不能僅靠養老機構，還應實行醫院和社區養老機構方式共同結合之，更能深入解決問題。養老的重要組成部分，也是重大的民生議題，中國財政部門應該著力扶持，多設點，多投入人力，從資金上、護理人員上予以保障，故實質建議應於各種養老機構中(日照中心、社區養老、長期照護機構養老)，皆致力於自力支援推動，解決失能長者的自主尊嚴問題，不僅有利於家庭的穩定，而且也有利於社會對失能者有更進一步尊嚴照護。

納斯邦的能力進路，直接影響到一個國家優勢衡量與比較途徑的健全性（robustness）與完整性，上述的研究發現，表述了能力進路在理論層面的可行性

與實踐性，可以提供未來研究發展的方向，特別是當能力進路已在許多國際與全球層面獲得實踐的當下，若要充分回應相關主客觀殊異因素的挑戰，對於上述議題的補充與解決更是有其必要性，在這方面，能力進路更是有發展與努力的空間。



參考資料

中文書目

- 王萱茹，正義、社會契約論與動物——從修正「能力進路」(capabilities approach) 觀點談起《應用倫理評論》，2013，第55期，P 51-64。
- 王淑容、王芳梅·皮膚完整性的維持·國防醫學，第30卷，第5期，2000，P416-422。
- 米爾恩著，《人的權利與人的多樣性——人權者哲學》，中國大百科全書出版社，2016年，P158。
- 竹內教授著，雷若立、賴彥於編譯，《竹內失智照證護指南》，臺北：原水文化，2015，P 11。
- 阿馬蒂亞·森《以自由看待發展》，北京，中國人民大學出版社，2013，P3-10。
- 亞伯拉罕·哈羅德·馬斯洛 (Abraham Harold Maslow)《動機與人格》，台北：水源，2001，P60。
- 西維亞·安·休利特著，楊丹丹譯《存在感》，江蘇：文藝出版社，2016，P37。
- 林火旺著，《倫理學》，台北：五南，2005，P248-253。
- 林建成〈荷蘭長期照護保險制度的啟示〉，《全民健康保險(雙月刊)》，(台北)，2014年，9月號，P35。
- 菊池馨実，社會保障法における人間像，法律時報，第 80 卷，第 11 号，2008年 1 月，P 71。
- 菊池馨実，〈社會保障の法理念〉，2004，P 140。
- 馬克思恩格斯列寧史達林著作，馬克思編譯：1844 年經濟學哲學手傳，北京，人民出版社，2007，P7。
- 約翰·羅爾斯著，何懷宏等譯，《正義論》，北京：中國出版社，2104，頁 60。

約翰·羅爾斯著，何懷宏等譯，《正義論》，北京：中國出版社，2104，頁83。

高淑芬等編著，新編老人護理學，台北，永大書局，2000，第二章，P11。

葉淑惠教授，《老人照護指引—長期照護醫療健康小組適用》，台北，華都文化，2010，第一章～第二章，P3-29。

葉淑惠等編著，《老人照護指引》，台北：華都，2014，P261-263。

雷若莉，〈自立支援執行意義與目的〉，《頤養彰老半年月刊》，2016，P56。

瑪莎·納斯鮑姆《尋求有尊嚴的生活：正義能力理論》中國人民大學出版社，2006，P20。

劉淑娟、葉玲玲、蔡淑鳳等編著，《長期照護》，2016年，台北：華杏，2016，P4-5及P379-410。

McFarland, G. K., & McFarland, E. A. (2002). 新臨床護理診斷 (周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁慧譯). 台北：華杏，P982-986。

Robert Paul Wolff著，黃藹譯《哲學概論》，台北：學富出版社，2006，P77-93。

Martha C. Nussbaum著，《正義的界線：殘障、全球正義與動物正義》，徐子婷、楊雅婷、何景榮譯，台北：瑋柏文化國際出版，2008。

中文期刊、論文

王淑容、王芳梅，〈皮膚完整性的維持〉，《國防醫學》，2000，第30卷，第5期，P416-422。

中國第六次全國人口普查數據中，〈國老年人口失能率及失能規模分析〉，《南京人口管理幹部學院學報》，2012年10月，第28期，P4。

王信賢，〈中國大陸高齡化衝擊及養老服務業發展〉，《展望與探索》，2013年，第11卷，第10期，P28-30。

- 王俊斌，〈論M. Nussbaum「能力取向」的正義觀與教育發展〉，《教育研究集刊》，2010，56輯，第2期，P45。
- 田昭容，〈大陸社會醫療保險政策體系及現況評析〉，《展望與探索》，2010年12月，P44 - 45。
- 朱圖陵、範佳進，深圳市殘疾人全面康復與無障礙環境殘疾人輔助器具資源中心，中國殘疾人康復協會第五屆學術報告會論文彙編，2016，P505-508。
- 胡乃軍，〈中國人口老齡化與老年人口醫療費用研究〉，北京清華大學公共管理學院論文集，2014年1月2日。
- 李秀春碩士論文，〈論護病的關懷關係以Noddings關懷關係概念為核心〉，嘉義，南華大學，2007，P65-67。
- 林汶儀、楊舒琴，〈預防臥床老人產生新壓瘡及潛在危險廢用症候群之居家護理經驗〉，《長期照護雜誌》，2007，第11卷，第三期，P275-284。
- 姜向群，〈失能老年人的生活狀況和社區照護服務需求研究〉，《老齡科學研究》，2014年7月，第2卷，第7期，P30-34。
- 孫小玉，〈卡蘿的疾病誌：失能主體的思辯〉，《文化研究》，2012，第15期，P43-86。
- 馬寧，〈河南省醫養結合型長期照護模式實踐及倫理問題探討〉，《中國醫學倫理學》，2016年8月，第29卷，第4期，P669。
- 景躍軍、李元〈中國失能老年人構成及長期護理需求分析〉，《人口學刊》2014年2月，36期，P55-57。
- 賈雲竹，〈北京市城市老年人對社區助老服務的需求研究〉，《人口研究》，2012年2月，P44- 48。
- 魯元春，〈中國醫療保險制度改革的現狀、成效及前景分析〉，收錄於北京大學校長基金論文集，2003，P3-4。

趙迎旭，〈城市社區養老的需求與供給現狀調查〉，廈門大學，2007。

蕭玉霜博士論文〈長期護理倫理基礎-以差異原則分析老人之需求〉，國立中央大學，
2016， P128。

謝美娥，〈失能老人與成年子女照顧者對失能老人遷居的歷程與解釋〉，《從家庭到機構社會政策與社會工作學刊》，2002，第6卷，第2期，P60-63。

英文資料

American Nurses Association (1995) Nursing social policy statement, Washington D.C, The Association。

Course program, Second United Nations World Assembly on Ageing Press.

Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985). Quality of life index : Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24。

Hale, B. (2007). Justice and equality in mental health law : the European experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, P18-28。

Hale, B. (2007). Justice and equality in mental health law : the European Experience。

Kenney J M. Academic Press Encyclopedia of Gerontology. Home Care San Diego, 1996 : 667- 678。

Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice : Disability, Nationality, Species Membership*. pp. 9, 74, 161-162.

Martha C. Nussbaum, "Compassion : The Basic Social Emotion." *Social Philosophy & Policy*. 13(1)(1996), pp.27-58.

Martha C. Nussbaum, *Frontiers of Justice : Disability, Nationality, Species Membership*. pp. 76-81。

Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development : The capabilities*

approach. Cambridge : Cambridge University Press.

Nussbaum, 2000 : 11-15, 71-74; 2006 : 69-71 。

Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities : The Human development approach*.
Cambridge, MA : The Belknap Press of Harvard University Pressp34 。

Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development : The capabilities
approach*. Cambridge : Cambridge University Press , p129 。

Waterlow, J. (1998) . Prevention is cheaper than cure. *Nursing Times* , 84 , P69-70.

WHO (2002) *Active Ageing : A Policy Framework*. Madrid, Spain : Ageing and
Life.

Zhan, L. (1992) . Quality of life : *Conceptual and measurement issues*. *Journal of
Advanced Nursing*,17(7),795-800.

網路資料

2018/02/08行政院內政部社會司,《我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案
之旗艦計畫(核定本)》,摘要頁 II。檔案下載:URL =
[http : //sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm](http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm) 。

中華人民共和國國家統計局人口總數,取自於

[http : //www.sohu.com/a/217586779_611014](http://www.sohu.com/a/217586779_611014), (2018/02/01瀏覽)