

長期照護立法的倫理基礎

蔣欽堯*

壹、前言

二十世紀進步的科學，不只改善了人類生活環境，也改變了人類生活方式；人類的營養得到更好供應，醫藥技術也不斷得到更新，人類生存的能力和人類的預期壽命也不斷增加；這些進步造成地球人口越來越多，平均年齡越來越大，而需要接受照護的老年人口以及各種心智失能的障礙者也越來越多。隨著科學進步和生活品質提升，醫學關注的焦點除了急性疾病的治療，也開始注意到長期疾病的照護，因為發達的醫學技術，使上一個世代的絕症患者（例如無腦症），有了治療或延長生命的機會，相對地，這些重大的長期性疾病的照護需求就越來越廣泛。

Callahan 和 Wallack 指出了長期照護的五個主要目標：1. 即使在活動受限與官能

受損的情況下，也要儘可能使個人在任何時間，官能上的獨立達到最大化（maximum possible functional independence of an individual at all times）；2. 對個人進行復健，使他/她的官能回復到之前的某個階段，並能持續行使這些官能（例如：原來可以跑步的雙腳在中風後無法行動，經由復健回復到可以走路的階段）；3. 對於官能無法獨立或者永遠無法獨立者，提供人道的照護；4. 提供最不受到限制的環境；5. 在死亡的過程中能夠有尊嚴的死亡。（註一）

為了達到這些長期照護的目標，就會耗費龐大的人力和龐大的醫療資源。傳統上，大部分受到長期照護的對象是老人，而肩擔照護工作的通常是家庭中的女性或者孩童。但是隨著社會型態的轉變和醫藥技術的進步以及特殊疾病（如愛滋病的出現）和生活方式的改變，需要長期照護的

* 作者為國立中央大學哲學研究所碩士生。

不只是老人，也包含車禍受傷的植物人、感染愛滋病的患者、因醫學技術而存活的罹患先天性疾病的孩童。另外，由於家庭型態的改變，以及在經濟壓力下單薪家庭轉向雙薪家庭，使肩擔照護工作的不再是婦女與孩童，再加上獨居老人的不斷出現，也使長期照護的問題越來越突出。為長期照護尋求法律上的保護就成為現實的社會問題。雖然公共財政也許無法負荷越來越多的長期照護的需求，但是要求長期照護立法的呼聲並未消退，長期照護是否應該得到立法的保護就成為倫理學應該探討的議題。

貳、長期照護的立法議題

台灣的《長期照護雜誌》在 2007 年 3 月的專欄中，由十二位專家學者署名的文章指出：長期照護的立法目的是 1. 以宣示性的條文來保障國民接受長期照護的權益；明訂立法目的以預防及照護失能者、保障失能者權益、促進失能者福利，以增進失能者身、心、靈的健康。2. 在照護與管理體系方面，可以爰我國醫療法，或比照德國與英國之機構基準法，將機構整合成由單一法律與法規命令規範彙整成單一專法，來規範長期照護服務與管理，以保障全民的長期照護。3. 在財源籌措方面參考我國全民健康保險法，將公保、勞保、福保、農保等十幾種身分別的保險

法，匯整成全體國民皆被保障的保險法，例如長期照護保險法，以全民納保的方式，提供長期照護的給付。（註二）

在醫學技術大幅進步後，無論歐美與台灣，都面臨人類生命延長與人口老化所帶來的問題，慢性疾病以及行動不便的長期照護成為各國衛生組織所必須面對的難題。最近世界衛生組織的研究估計，下一個世代中，在許多發展中的國家裏，這個需求將增加 400%。（註三）行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組召集人國立臺灣大學衛生政策與管理研究所教授吳淑瓊指出：台灣老年人口於 1993 年突破 7%，台灣正式進入「老人國」的行列，在 2005 年，台灣的老年人口已經達到 9.6%，根據行政院經建會的推估，在 2025 年會成為 20%，2050 年則成為 35%。（註四）如何因應即將到來的普遍的長期照護問題，如何建立可持續的長期照護體系，就成為政府的挑戰，而為了讓長期照護體系能得到健全、持續的運作，就不能不在法律上予以明確的規範。這種法律的規範必須涵蓋當事人、當事人的家庭成員（隨著社會型態的轉變，越來越多夫婦不願生育，一旦他們老年後，也許沒有任何其他的年輕家庭成員可以提供協助）、社區、以及政府的總體規劃和財政上的協助。對此，Dorothy 指出：長期照護醫療服務和社會服務的結合必須 1. 建立在社區的接受與當事人的參與；2. 由互相支援的有效率的系統所支持；3. 維持照護的持續進行；4. 應用整

體論的觀點來提供服務；5. 具有濃厚的援助成份；6. 穩定的財務基礎。（註五）

長期照護不論是針對老人、植物人、殘疾兒童或者其他病患，所需要消耗的人力資源和財務資源都是非常的龐大。長期照護不只是提供接受照護者基本生理功能的維持，也必須從道德上去尊重人的價值，對接受照護者及其家人提供更多經濟上的協助與精神上的協助。整體式長期照護體系的建立、維持與管理，不是個人、或慈善團體所能勝任，必須依靠政府來積極執行；為了要求政府能持續性、長期性、全面性地落實長期照護的工作，為長期照護進行立法就是社會不能迴避的責任。如果立法機關不對長期照護做出回應，那麼在面對長期照護的龐大支出，行政機關可能會基於經濟發展的考慮，犧牲需要接受長期照護者的需求，因為畢竟比起會上街頭抗議罷工的健康人，需要接受長期照護者往往是安靜地蜷縮在病床的一角，更可悲的是，有些還會被家屬遺棄，默默地死亡。

但是長期照護的立法也會引來爭議，因為長期照護所需要的龐大醫療資源會排擠其它的醫療資源或者社會資源。對於這種資源的爭奪，Calabresi 和 Bobbit 在《悲劇性選擇》中指出：「對於某些稀缺物品的分配會帶來巨大的災難乃至死亡。當人們關注於這類分配時，就會引發同情、憤怒和恐懼等情感。那裏出現了赤裸裸的價值衝突；一方面是社會據以決定分配的受

益者的價值標準即畫定了稀缺的邊界，另一方面則是許以人們幸福生活的人道主義的道德標準。」（註六）

長期照護所需面對的問題，除了照護如何實施外，最主要的疑慮就是來自財政上的考量。根據民生報記者鍾蓮芳指出，長庚大學醫務管理研究所教授楊靜俐推估，對健康老人、中重度失能老人及極重度失能老人的基本生活與照護，到了 2025 年，一年約需 1 兆 1000 億元，逼近國家總預算的 1 兆 6000 餘億元。到 2050 年，全國會有超過 700 萬的老年人口，占總人口數 34.6%，屆時年約需 2 兆元，這種推算方式是依照全國指標中的平均製造業薪資水準，及勞委會訂定的外籍監護工基本薪資所進行推估，在健康老人方面，每月維持一個老年人基本生活水準約需 11875 元，至於失能老人部分，依失能程度而不同。極重度失能老人每月入住機構接受照護約需 35000 元，中重度失能老人每月聘僱外籍監護工照護日常生活需要 19666 元。到 2050 年間，65 歲以上老年人口所需總基本生活費用，不管健康老人，或中重度失能老人、極重度失能老人的長期照護費用，都呈現逐年遞增情形。其中，基本生活費用，在 50 年間，可能從每年 3000 億元攀升到 1 兆元。（註七）

這些龐大的長期照護費用不可能由國家來完全支付，也不可能由國家來完全照顧每一個需要長期照護的國民。但是國家不可能置身事外，畢竟，並非每一個國民

都有能力來支付長期照護的費用，就算是有能力支付，在社會型態改變下，獨居老人的數量逐年增加，這些獨居老人也需要社區、政府來給予妥善的照顧。因此，在法律上完備長期照護體系的建立，全面落實長期照護體系的正常運作，就必須透過法律，在個人、家庭、社區、政府，以及財政、醫療、保險制度各方面予以明確地規劃。

長期照護不僅包含老年人，也包含植物人以及各類身心障礙者，這些都是我們的同類，我們的同胞；不管是從功利主義的最大幸福原則、最小苦難原則，或者是基於普遍義務的原則，我們都不可能對這些苦難視若無睹。為長期照護立法，並提供資源上的協助，雖然會排擠其他正常預算的支出，或者必須透過加稅、增加人民的負擔來達成，但是如果我們的社會願意以道德作為社會的支柱，願意承認我們是有倫理道德的社會，那麼為長期照護立法就是社會責無旁貸的責任。就如 Calabresi 和 Bobbit 在《悲劇性選擇》中所說：

「我們無法獲知苦難何以降臨於人類，但可確知人類本身是如何使一些人蒙受苦難，而使另一些人得以豁免。並由此使一些更為寶貴的東西存留下來，其價值高於受難者之痛苦，甚至亦高於人類欲求之滿足。在此選擇過程中，持存的社會得以取捨那些苦難與背後所凸顯的價值。一個社會的輪廓亦通過這種方式被勾勒出來，而觀

照此社會費力堅持的價值，正如考量那些先前消亡的價值一樣，皆使得我們知曉一個社會的特徵。」（註八）
如果政治程序拒絕為老年人這樣的群體提供血液透析治療，這就等於表明他們的生命不值得去拯救。由於我們的生活與制度規範都建立在生命無價的觀念之上，因此這種拒絕搶救生命的行為會造成可怕的損失。（註九）

對長期照護的立法就是對社會生活和制度規範的維護，透過這種維護才使得社會的價值和結構得以保存。社會的價值和結構的保存並不是可以廉價取得，不論是建構社會的價值和建立社會的結構，或者維繫這種社會價值和結構都必須耗費廣大的心力和龐大的資源，而在資源互相爭奪時代，耗費在長期照護上的龐大資源也勢必引起廣大的爭議。

參、對長期照護立法的挑戰

長期照護立法雖然有著倫理與道德的正當性，但是也面臨來自另一種倫理道德觀點的挑戰。畢竟，整體的醫療資源是有限，把大部份寶貴的醫療資源、社會資源都投入在長期照護中，對其它的基礎建設、兒童教育、社會福利以及眾人賴以維生的經濟發展就會產生排擠效應。Lamm 指出：「你不能從『成本不是考慮的因素』這種觀點去為大眾集資的共同基金建立倫理準則，而且道德關懷應該只是個人

的責任。大部分的醫療照護是由眾人共同集資的基金來繳納，不是稅負就是保險，你不能一次就把這些共同的基金只分配給一個病人。共同集資的基金必須最大化共同的健康。成本永遠必須予以考慮……公共財政預算的建立就是交易過程的進行以及優先順序的排定，忽略了成本，就是對公共財政政策的破壞……對於醫生而言，『道德單元』就是病人，而對於公共政策，『道德單元』則是所有的公民。」（註十）Martha Nussbaum 也指出這種倫理上的困境：「長期照護必須提供給那些有需求的人，但不能因此把提供照護的人剝削殆盡。基於眾人平等的標準，所有的人都有自尊，也都有過體面生活的機會。目前，在世界的所有國家中，這個困難的社會問題還沒得到解決。」（註十一）

在政府負債日益增加，社會福利支出日益擴大，如果要耗費龐大資金來從事長期照護，勢必會嚴重影響公共建設的預算，而公共建設正是許多民間企業維生的來源。沒有公共建設，許多大小營造公司、水泥工、板模工、大小卡車司機，以及許多的從業人員都將面臨嚴重的生計問題。這些工人是技術水平簡單的勞工，沒有了各種基礎建設的工作，就會面臨轉業的挑戰。如果不縮減各類建設的經費預算，就必須增加課稅，但是增稅又會增加每個家庭的負擔，對於那些沒有長期照護需求的家庭而言，他們會提出質疑：為什麼要扣我的稅去補貼一個我不認識的老

人，或者為什麼隔壁鄰居晚上酒醉開車回家時，撞到電線桿變成植物人後，卻必須要我出錢替他的家庭分擔長期照護的費用。我們不可能立法要求政府為每個人都購置賓士汽車，那為什麼比賓士更為昂貴的長期照護就要透過立法來提供？如果無法籌措新的財源，那我們為何要犧牲一些重大的建設來進行長期醫療照護，而把對學童午餐的補助，大規模科技產業研究的經費都予以刪減？難道政府不應該投資未來，不應該為下一個世代提供更良好的醫藥保健（新的藥品研發、新的疫苗研發、新的醫學技術改進），難道政府可以只顧長期照護者的需求，而忽略不需長期照護者的需求嗎？難道長期照護可以無限制地吞噬我們的珍貴的健保資源、社會資源嗎？

對於醫療的限量供應，Peter A Ubel and Susan Dorr Goold 認為最好的定義方式應該是把基於仁慈的醫療照護排除在外。他們指出醫療資源嚴重不足而必須進行醫療資源的限量分配時，並不是不提供醫療資源，而是進行分配，有些人會因此受益，而有些人不會。（註十二）所以醫療資源不應集中在長期照護方面，對於那些需要醫療資源以重新回到工作場所，繼續為社會創造經濟成果的病患而言，向他們提供充足的醫療協助，不只對這些患者也對整個社會，創造出更大的幸福。就像在評估醫療資源分配時所用到 QALY（quality for adjusted life）評估法中，一種治療也許會延長病患十年的生命，但是在這十年

中，病人如果是活在極端痛苦中和處於諸多身體能力的喪失，也許按照 QALY 的標準，這種治療等於只帶來五年的壽命；而相同的醫療資源用在不同的病人身上，也同樣可以延長十年的生命，但是病人十年中卻處於昏迷狀態，按照 QALY 的計算方式，這樣的醫療也許延長的壽命不到一年。（註十三）也許對於仍有工作能力的病患提供最適當的醫療服務才是最恰當的醫學倫理判斷。所以在進行腎臟移植時，我們會排除老年人，如果一個腦傷的病人需要腎臟移植，而一個四十歲正在努力工作的人也需要，醫療資源應該分配給誰？Beauchamp and Childress 就指出：「在英國不言而喻的醫療分配政策就把年老的、末期的腎臟病人排除在洗腎和腎臟移植之外，這是因為他們的年齡和對生命品質的期望。」（註十四）

如果醫療的公共基金是由大眾共同集資而來，個人不合理的、不合比例地使用這些共同的基金就不是正義。在有限的政府收入下，要承擔長期的龐大的照護支出，對政府是非常不利，也對整體社會不利。雖然大部分的醫學倫理都假定，資源是無限的，而唯一的關心議題就是個別病人的利益。雖然醫學倫理關心的是病人的生與死，關心的是有血有肉的問題，然而對於抽象的財政問題，理性選擇問題，難道就不應該一併納入考慮嗎？醫院或者醫生有義務治療病人，但是沒有超義務去免費治療。財政問題也是真實人生的問題，

如果醫生不拿診金，那醫生也無法維生。如果長期照護的醫護需要耗用龐大的資源，那麼其他的基本醫療又該如何去供應？在政府沒有充足財源的情況下，當越來越多的學童繳不出午餐的便當費時，政府還能把資金抽出來，去從事長期醫護嗎？就如同 Lamm 指出：「在沒有充足的基礎建設時，以及孩童沒有免費疫苗時，政府還能把公共的資金拿去維持無腦症嬰幼兒的長期照護嗎？」（註十五）

肆、為長期照護立法符合道德的普遍原則

雖然龐大的長期照護資源不易籌措，但是並不表示社會中就不存在長期照護的問題。長期照護必須提供適合的、莊重的、合宜的、適合人類生活方式的照顧，尊重受照護者的權利和尊嚴，並且必須考慮到照顧的品質、方式、成本，長期照護的範圍涵蓋了家庭、白日照顧場所、社區長期醫療照護服務，護理之家和其他更多的有系統性的組織，長期照護也必須顧及提供長期照護者的負擔，以及它對照護提供者發展機會的影響，和這些被照護者的狀況。如同 Nussbaum 所言：「對於每一個社會，照護的問題是一個複雜的後勤支援的問題。很明顯的，它也是一個倫理問題。這一個倫理問題不僅必須由分配資源的政策來解決，也必須透過我們能所能找

出的最好的規範性的思考來解決。」（註十六）世界衛生組織 2002 年出版的《長期照護的倫理選擇》（*Ethical Choices In Long-term Care*）也指出：「這個負擔是如此地巨大而資源是如此地稀少——不是每個人都有能力提供照護，也不是每個人都 有家庭成員願意來提供照護。而市場也不會自動介入來填補這個空缺。」（註十七）因此，為長期照護立法不僅有倫理上的依據，也有實際的需求。雖然我們無法預測自己是否需要接受照護，或者何時需要接受照護；但是人生總有某段時間，需要接受別人照護，例如在嬰幼兒時期、老年時期、生病的時期。人總是有段時間必須依賴別人，如果沒有親人可以就近照顧、方便照顧，難道就能任憑無助的老人、植物人、各種生理心理失能的人，在無助中消逝嗎？難道不應該立法來為長期照護提供協助嗎？

康德說：「一個原則之易於應用以及其表面的足用性（適當性）並不給出它的健全性（正確性、極成性）之十分確定的證明，但卻無寧只引發某種偏陂，此偏陂足以阻 我們嚴格地單就其自身而考察之與評估而不必注意其後果。」（註十八）雖然從經濟因素考慮，採取成本效益分析的評估方法，可以快速地否決長期照護的立法需求，因為接受長期照護者向社會所提供的貢獻遠低於社會為長期照護所投入的成本。可是人的生命、生存、尊嚴，是可以適用於成本效益的分析嗎？如果人的

生命、生存、尊嚴是可以 用成本效益來進行分析，那生命、生存、尊嚴又該價值多少？如果這些是有一定的價格，是否就可以在市場上進行交易，甚至可以在網路上把腎臟、心臟、眼角膜都搬出來拍賣競標？雖然在每一次飛航失事後，航空公司都必須拿出巨額的理賠金，但是這並不是表示航空公司只要付得起錢，就可以任意結束旅客的生命。經濟的成本效益計算是不能得到道德普遍原則的認可。康德說：「每一理性存有必須把他自己以及一切別人不只看作工具，但須在任何情形中，同時亦看做其自身即是目的。」（註十九）所以人的生命、生存和尊嚴必須得到絕對的尊重，這種絕對的尊重才是道德的普遍原則。也許長期照護的立法會引起財政上的危機，或者加重中高收入者的負擔，但是這些經濟的考慮因素不應成為阻卻長期照護立法的依據。依據道德的普遍原則，我們必須立法為長期照護提供規劃、保障和協助，至於長期照護可以達到何種等級、品質，這是立法的細節問題，而不是不該立法的原因。

在人類的道德世界中，是不容許出現朱門酒肉臭，路有凍死骨。一個生活富裕的社會，如果任憑無助的老人、植物人、心智失能的障礙者在寒天中受寒挨凍，得不到任何的協助，這樣的社會只是光有富裕的假象，卻處處充滿危機，因為災難的降臨不一定有跡可循，而且也不一定每個人都能得到豁免。我們必須向弱勢者、患難者提供協助，這是基於道德上的義務，

也是基於對自身幸福的最大保障。長期照護的立法不僅考驗著社會的團結力量，也考驗著社會的道德反思能力。康德說：「一個人若不曾以一純粹而良善的意志之特徵來認識其自己，但他卻享受無止境的榮華，這樣一個人底風貌絕不能給一個公正有理性的旁觀者（觀賞者）以愉快之感。這樣說來，一善的意志似是構成幸福之不可缺少的條件，甚至構成『吾人之值得有幸福』之不可缺少的條件。」（註二十）「如果自然不曾特別地使他適合於一個慈善家，難道他終不會在他自己身上找到一個根源由之以給他自己更高的價值，即比一天生好性情的氣質所能做成者之價值遠為更高的價值嗎？這毫無問題是能的。恰正在這裏，品格底道德價值被現出，這種價值無可比地是一切價值中最高的價值，即是說，他不是從性好而施惠，但只從義務而施惠。」（註二十一）所以具有反思能力，能認識「純粹而良善的意志」的理性存有者，必然會基於義務不僅為自己也為別人的幸福來進行考慮。所以，認為不應該以我交的稅金來負擔我植物人鄰居的照護費用，只是自私的想法，不是道德的表現，不應該成為否決立法的原因。

長期照護的立法是對他人幸福的促進，也是普遍道德原則的實踐。康德說：「我應當努力地去促進他人底幸福，這並非因為別人底幸福底實現好像與我的幸福有甚麼關係似的，（這有關不管事因著直接的性好而有關，抑或是因著通過理性而

間接得到的任何滿足而有關），但只因為一個『排除別人底幸福』的格準不能當作一個普遍法則而被含具於（或被呈現於）同一決意中。」（註二十二）康德也說：「由義務而作成的行動並不是從那『為它所達到』的目的而引生出它的道德價值，但只是從那『它由之以被決定』的格準引生出它的道德價值，因此，它並不依靠於這行動底對象（目的）之實現，但只依靠於『行動所由之而發生（而作成）』的『決意之原則』，而不顧及慾望底任何對象。」（註二十三）雖然，在醫療資源有限的情況下，也許長期照護會奪走寶貴的醫療資源，但是考慮到接受長期照護者以及長期照護者的家人仍然有權利享有應得的生活機會，以及來自社會的尊重、關心和照顧，我們就不能不對長期照護予以立法保障，這既是對人類幸福的促進，也是對道德義務的實踐。我們不會因為一個熟睡的嬰兒正在睡覺，而否定他有各種生活的權利，同樣對於老人、植物人、身心失能者，我們也不能不予以同等的尊重。現有的全部醫療資源也許無法滿足全部的需求（隨著醫學技術進步以及人類對生命品質的更高追求，也許醫療資源永遠也無法滿足人類的需要），但是我們不能因此而把某些特定對象完全排除在外，我們的道德原則要求我們必須去善盡義務，至於善盡義務後是否能帶來更好的結果，就不是我們這些無法預測未來的凡人所應該考慮。

伍、結論

如果必須接受照護者的家庭無法提供適當的照護，或者因為提供照護而使家庭生活無法正常維持，在安樂死或者有尊嚴的死亡方式又不被政府允許的同時，難道政府不應立法保障，提供協助嗎？傳統的長期照護都是由婦女和孩童來承擔，但是在現代的工商業社會中，婦女和孩童各自有繁重的工作，婦女常需要外出工作，而孩童則須接受教育，現代社會中的婦女和孩童很難抽空出來提供照護。要婦女犧牲工作，犧牲社會的人際關係互動，要小孩犧牲學業、犧牲未來以從事長期照護的工作，也不合現代社會的情理。家庭成員也需要機會和時間來過自己的生活，他們有自己的人生計劃要思考，有自己的夢想要實現，剝奪家庭成員的生活機會和發展機會也是不道德的。家庭成員應該負起責任來從事長期照護，但不應該是完全地承擔，這對家庭成員而言是不公正的。

沒有單一解決長期照護的方法，也沒有最正確的方法，但是這不意味著，社會就不必負起責任。長期照護必須透過立法來予以保障，雖然這是家庭成員的責任，但是家庭成員也有權利去獲得正常生活的機會，而且並不是每一個家庭的財力都足以承擔長期照護，所以社會必須透過立法來予以保障。對長期照護立法是基於義務原則，不因需要照護者無法對社會付出貢獻，就不予以照顧。長期照護的需求者，往往由於身體健康情況的影響，欠缺和政

府談判討價還價的能力，以他們薄弱的力量是無法和其他利益團體抗衡，這就是長期照護的問題始終被隱蔽在社會陰暗的角落，無法得到立法的原因之一。可是，如果人類的社會發展是向著道德發展的方向前進，那長期照護的立法，就不能不成為倫理與政治關注的焦點。

如果社會的正義與政治的正義無法為長期照護提供穩定的保護和保障，這樣的政治、社會就是有缺失的社會，不是應該得到修改，就是應該被揚棄。長期照護應得到立法的保護，因為這是基於倫理上的義務。Calabressi 和 Bobbitt 說：「當某些價值受到先前措施的貶損並且情況進一步惡化時，如若社會並不願放棄任何一種價值，就會急切地變換手段，重申這些被危及的基本價值，因為保證這些價值是一個社會得以可能的基石。」（註二十四）如果長期照護沒有得到立法者在對錯的道德判斷上予以確立，並在法律上賦予一定的實踐程序，那麼我們的道德社會的完整性，就會面臨嚴重的衝突和挑戰。當需要長期照護的家庭面臨家庭收入遽減，家庭負擔劇增，如果我們還能吃得好，睡得著，那這樣的社會，離人吃人的地步會還會遠嗎？

註釋：

註一：轉引自 Dorothy P. Rice, “Long-term care of the elderly and disabled” in

- International Social Security Review* 36 (3), (Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 1983), p. 308.
- 註二：吳肖琪等，〈我國長期照護相關法規之探討〉，刊於《長期照護雜誌》第 11 卷 1 期（台北：中華民國長期照護專業協會，2007 年 3 月），頁 48。
- 註三：World Health Organization, *Ethical choices in long-term care: what does justice require?* (Geneva: World Health Organization, 2002), p. viii.
- 註四：吳淑瓊，〈人口老化與長期照護政策〉，刊於《國家政策季刊》第 4 卷第 4 期（台北：行政院研究發展考核委員會，2005 年 12 月），頁 8。
- 註五：Dorothy P. Rice, “Long-term care of the elderly and disabled” in *International Social Security Review* 36 (3), (Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 1983), p. 318.
- 註六：蓋多·卡拉布雷西 (Guido Calabresi) & 菲利浦·伯比特 (Philip Bobbitt) (著)，徐品飛·張玉華·肖逸爾 (譯)，《悲劇性選擇》 (*Tragic Choices*)，(北京：北京大學出版社，2005，一版一刷)，頁 3。
- 註七：鍾蓮芳，〈老人長期照護費用 學者籲及早規畫〉，《民生報》2005 年 3 月 5 日。
- 註八：《悲劇性選擇》，頁 1。
- 註九：《悲劇性選擇》，頁 25。
- 註十：Richard D. Lamm, “Redrawing the Ethics Map” in *The Hastings Center Report*, Vol. 29, No. 2. (Mar.-Apr., 1999), (Garrison NY: The Hastings Center, 1999), p. 28.
- 註十一：Martha C. Nussbaum, “A Challenge to Conventional Ideas of the Social Contract” in *Ethical choices in long-term care: what does justice require? Appendices*, ed. World Health Organization, (Geneva: World Health Organization, 2002), p. 39.
- 註十二：Peter A Ubel and Susan Dorr Goold, “Rationing Health Care: Not All Definitions Are Created Equal” in *Contemporary Issues In Bioethics*, eds. Tom Beauchamp L. & LeRoy Walters, (Belmont, CA: Wadsworth-Thomson Learning), p. 92.
- 註十三：Mark A. Hall and Ira Mark Ellman and Daniel S. Strouse, *Health Care Law And Ethics* (St. Paul, Minn.: West Group, 1999), p. 38.
- 註十四：Tom L Beauchamp. and James F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, (New York: Oxford University Press, 2001), p. 259.
- 註十五：“Redrawing the Ethics Map”, p. 29.
- 註十六：“A Challenge to Conventional Ideas of the Social Contract”, p. 35.
- 註十七：*Ethical choices in long-term care : what does justice require?* P. 1-2.
- 註十八：康德 (著)，牟宗三 (譯)，《康德的道德哲學》，(台北：學生書局，2000，再版四刷)，頁 13。

- 註十九：《康德的道德哲學》，頁 74。
註二十：《康德的道德哲學》，頁 16。
註廿一：《康德的道德哲學》，頁 23。
註廿二：《康德的道德哲學》，頁 87。
註廿三：《康德的道德哲學》，頁 24。
註廿四：蓋多·卡拉布雷西 (Guido Calabressi) & 菲利浦·伯比特 (Philip Bobbitt) (著)，徐品飛·張玉華·肖逸爾 (譯)，《悲劇性選擇》(*Tragic Choices*)，(北京：北京大學出版社，2005，一版一刷)，頁 216。

參考文獻

- 吳肖琪等，〈我國長期照護相關法規之探討〉，《長期照護雜誌》第 11 卷 1 期 (台北：中華民國長期照護專業協會，2007 年 3 月)，頁 35-50。
- 吳淑瓊，〈人口老化與長期照護政策〉，《國家政策季刊》第 4 卷第 4 期 (台北：行政院研究發展考核委員會，2005 年 12 月)，頁 5-24。
- 康德 (著)，牟宗三 (譯)，2000，《康德的道德哲學》，台北：學生書局，再版四刷。
- 蓋多·卡拉布雷西 (Guido Calabressi) & 菲利浦·伯比特 (Philip Bobbitt) (著)，徐品飛·張玉華·肖逸爾 (譯)，2005，《悲劇性選擇》(*Tragic Choices*)，北京：北京大學出版社，一版一刷。
- 鍾蓮芳，〈老人長期照護費用 學者籲及早規畫〉，《民生報》2005 年 3 月 5 日。
- Hall, A. Mark and Ira Mark Ellman and Daniel S. Strouse, 1999, *Health Care Law And Ethics* St. Paul, Minn.: West Group.
- Beauchamp, Tom L. and James F. Childress, 2001, *Principles of biomedical ethics*, New York: Oxford University Press.
- Lamm, Richard D., 1999, "Redrawing the Ethics Map" in *The Hastings Center Report, Vol. 29, No. 2. (Mar.-Apr., 1999)*, Garrison NY: The Hastings Center, p. 28-29.
- Nussbaum, Martha C., 2002, "A Challenge to Conventional Ideas of the Social Contract" in *Ethical choices in long-term care : what does justice require? Appendices*, ed. World Health Organization, Geneva: World Health Organization, p. 1-31.
- Rice, Dorothy P., 1983, "Long-term care of the elderly and disabled" in *International Social Security Review 36 (3)*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd, p. 299-326.
- Ubel, Peter A and Susan Dorr Goold, 2003, "Rationing Health Care: Not All Definitions Are Created Equal" in *Contemporary Issues In Bioethics*, eds. Tom Beauchamp L. & LeRoy Walters, Belmont, CA : Wadsworth-Thomson Learning, p. 91-3.
- World Health Organization, 2002, *Ethical choices in long-term care : what does justice require?* Geneva: World Health Organization.