

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：開會)

參加「第九屆亞太地區安寧療護會議」

(The 9th Asia Pacific Hospice Conference ； The 9th APHC)

出 國 報 告 書

出國人員職稱姓名：行政院衛生署國民健康局 薦任技士 徐翠霞

出國地區：馬來西亞（檳城）

出國期間：中華民國100年7月14日～100年7月17日

報告日期：100年9月26日

行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：

參加「第九屆亞太地區安寧療護會議」

(The 9th Asia Pacific Hospice Conference)

頁數： 59

含附件：☐是 ☒否

出國人員姓名/ 服務機關/ 單位/ 職稱/ 電話

姓 名	服 務 機 關	單 位	職 稱	電 話
徐翠霞	衛生署國民健康局	癌症防治組	薦任技士	29978616轉334

出國類別：☒1開會 ☐2進修 ☐3研究 ☐4實習 ☐5其他

出國期間：100年7月14日至100年7月17日

出國地區：馬來西亞（檳城）

報告日期：100年9月26日

關鍵詞：

安寧療護(Hospice)、緩和醫療(Palliative Care)、安寧緩和醫療(Hospice Palliative Care)、緩和護理(Palliative Nursing)、臨終照護 (End-of-life Care)、社區緩和療護(Palliative care in Community)、緩和療護政策(Policy on Palliative care)、撤除及維持維生系統(Withdrawing / Withholding Life Support)、倫理與法律(Ethics and Law)、希望與意義(Hope & Meaning)、悲傷與喪親(Grief & Bereavement)、非癌疾病之緩和療護(Non-Cancer Palliative Care)、主流醫學安寧療護 (Palliative Care in Mainstream Medicine)、亞太地區安寧療護會議(The Asia Pacific Hospice Conference, APHC)

內容摘要：

癌症自1982年起，即躍居國人死因首位，台灣每年有4 萬多人會死於癌症，為尊重末期病人的生命及其醫療自主權，衛生署自85年起開始推動安寧療護服務，並於89年立法通過安寧緩和醫療條例，同年健保將癌症病人安寧住院與安寧居家納入給付試辦計畫；本局於90年7月成立後，亦致力於癌症病人安寧療護推廣，並建立及推動癌末病人安寧共同照護服務。

至今，雖然台灣癌症病人死前安寧療護服務利用率，已由2000年的7%提升至2010年的39%，然據國內一項研究調查發現，三分之二癌末病人未被告知疾病預後，九成五不知可活多久，顯示台灣安寧療護服務之推動尚有待強化之處，特別是癌症病人病情告知的情形尚須努力。

為強化安寧療護業務之推展及因應國際安寧療護交流之需要，本局出席亞太安寧緩和醫療網絡（Asia Pacific Hospice Palliative Care Network）於2011年7月14日至17日在馬來西亞檳城所舉辦之「第9屆亞太地區安寧療護會議（The 9th Asia Pacific Hospice Conference，The 9th APHC）」；並於此次會議，以海報方式發表「台灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果（The results to Implement Hospice Care for Terminal Cancer Patients in Taiwan）」與亞太地區國家分享台灣政府安寧療護推動情形。希冀透過此會議，學習、進行實質的互動與相關經驗的交流，瞭解與我國文化背景相近之亞太地區各國家推動安寧療護的狀況，進而擷取其推動安寧療護的經驗，作為日後我國安寧療護業務推動之參考。

這次會議主軸議題為「主流醫學-安寧療護（Palliative Care in Mainstream Medicine）」。會中探討如何將安寧療護視為良好的醫療照護，形成跨專業、地區和組織的合作，以促進合作關係及相互學習；對於未來國內安寧療護服務之推動，與國際建立專業合作與交流實有助益。

此次與會成員，除了主要為來自於亞太地區國家的安寧療護推動單位的專家學者及實務從業人員外，亦有部分成員來自歐美國家安寧療護的專家學者。參與此次會議的過程中不僅聽取來自各國相關研究的口頭發表及海報展示外，更於會中以海報方式展示台灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果，以讓他國進一步瞭解我國安寧療護推動推展的情形。

台灣推動癌症病人安寧療護長達16年之久，但安寧療護理念尚未全面普及，台灣如欲與各國並駕齊驅，未來應持續結合民間團體推廣安寧療護理念並強化醫療專業人員安寧療護相關專業之知能。

目 次

壹、出國目的.....	1
貳、開會內容簡介.....	2
參、出國心得.....	46
肆、建議事項.....	52
伍、成果照片.....	53

壹、出國目的

參與「第 9 屆亞太地區安寧療護會議 (The 9th Asia Pacific Hospice Conference, The 9th APHC)」的主要目的為：

- 一、 以海報方式發表「台灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果」，與各國分享台灣癌症病人安寧療護服務推動成果。
- 二、 瞭解亞太地區國家安寧療護發展趨勢及現況，進而與世界接軌。
- 三、 因應國際交流需要，以提昇台灣安寧療護服於國際舞台的能見度。
- 四、 學習及擷取他國相關經驗，以利國內安寧療護業務推動參考。
- 五、 藉由會議管道，增加與他國互動機會，透過此橋樑認識彼此，俾利未來能有合作或進一步交流的機會。

貳、開會內容簡介

「**第9屆亞太地區安寧療護會議 (The 9th APHC)**」，從100年7月14日開始至100年7月17日共4天，計有逾600位來自亞太地區國家的專家、學者、臨床實務人員及相關行政人員與會，其中來自台灣專家學者約達90人。會議進行方式主要分成：會前工作坊、歡迎大會、開幕儀式、研習及專題報告、專題研究、海報展示及閉幕儀式等。其中7月14日的「會前工作坊」(Workshop)的內容，主要為針對安寧療護從業人員所舉辦的實務培訓課程，故僅參加7月15-17日研討課程，但依大會規定時間於7月14日17時30分向大會報到，張貼台灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果的海報並參加 The 9th APHC 大會開幕式的歡迎晚會。

此次會議7月15日-17日之研習及專題報告等類型則含括：第一類型主題演講 (Keynote address) 及全體會議 (Plenary)，共6場，為所有與會人員共同參與議題；第二類型為分組議題 (Concurrent Session)，共5場；第三類型海報展示，共計186篇等；台灣獲選口頭報告及海報展示之研究成果約有90篇 (佔50%)。

此3天會議的研習、海報展示及研究專題等部分，其內容涵蓋：主流醫學-安寧療護、亞太地區安寧療護的發展、安寧療護通路、教育訓練、世界安寧療護協會的策略與規劃、哀傷輔導、臨終照護壓力與影響、疾病的正向意義、癌症病人臨終的期望、無效措施造成的痛苦、希望與生命意義、安寧療護的理想價值、慢性疾病與緩和醫療的連結、臨終護理的評值、撤除與維生、醫療代理人 DNR 的決策、非癌症的安寧療護、倫理與法律、緩和護理人員的角色、臨床實務的挑戰....等議

題；會議議程如附件1，本局在此次會議中則以海報展示發表「台灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果（The results to Implement Hospice Care for Terminal Cancer Patients in Taiwan）」如附件2。

一、本次會議共同參與的議題內容簡介如下：

主題：From Pathways to Paradigms

享有尊嚴的死亡是每位病人應有的權利。安寧療護，不僅是當代醫療照護的核心，更是當下的主流醫學，其理念宗旨便是希望讓病人能得以善終。在英國每年將近有50萬人死亡，其中2/3是75歲以上的老年人，主要死因為慢性疾病，如心臟病、癌症、中風、慢性呼吸系統疾病、神經系統疾病或癡呆等。大多數的病人（58%）死於National Health Service(NHS)醫院，18%死於家中，17%死於護理之家，4%的人死於安寧療護機構，3%死於其他收容所。英國政府為了讓在每個場域的病人最終能得以善終，因此在社會中營造談論死亡議題的氛圍，喚起民眾對死亡的重視，並提供善終經驗的案例，讓民眾去思索將來想要怎樣的臨終照護外，同時更將安寧療護/臨終照護品質，列為醫療照護品質的一項重要指標。

「臨終照護品質」應為政府和所有負責績效管理之行政組織的績效指標，臨床照護路徑(Care Pathway, PC)便是為了讓病人獲得較好的照護品質而存在的。其目的乃是為了讓病人得到較好的照護，而透過照護過程中所需各種專業團隊，經共同決策後提供複雜照護措施的一個過程。

臨終病人利物浦照護路徑（Liverpool Care Pathway, LCP）為英國約翰 Ellershaw 教授於 Marie Curie palliative Care Institute 針對臨終照護所研發出來的臨床照護路徑，是個整合照護的路徑。它發展最初的目的

便是為了將安寧療護的理念由安寧療護機構引入醫院內及其它所有醫療衛生機構的臨終照護工作中，以讓病人能獲得優質的臨終照護；是現階段國際上公認最能落實讓患者獲得有尊嚴的死亡及提供患者親屬/照顧者支持的路徑。

Ellershaw 教授發展此臨床路徑具有多重目標，除了提升病人臨終照護品質外，還包括降低成本和增加健康照顧的需求、維持以病人為中心的高品質照顧、和持續提升住院品質。

LCP 被應用在提供支援照護病人死前最後幾天或最後幾個小時的醫療照護人員身上；是一個含有多專科的指引，提供實務從業人員一個以實證為基礎的架構，以強化其專業與技術。它適用於任一種安寧療護設置（例如：醫院、安寧療護機構、社區、安寧居家）。LCP 除了被用於安寧療護機構外，目前也被用在其他的醫療照護機構。在英國，就有超過1800個組織為了提供臨終病人優質的照護成為 Marie Curie palliative Care Institute Liverpool (MCPCIL) 的成員。此外，LCP 有很多種不同語言的版本，可供不同族群使用，因此有很多國家的安寧療護組織也有在運用 LCP 提供病人照護；目前全球約有20個國家的安寧療護組織是 MCPCIL 的註冊會員。

LCP 其實是一種照護藍圖（care map），也是一項病人管理的工具，它不是絕對的標準，而是一種可以導引醫療團隊成員知道病人照護進程的指引，更是提供大部分臨終病人可接受優質照護的一個過程。它的功能有支持連續性品質改善、有效資源的利用和提高病人照護品質，是成果管理（outcome management）的工具之一。

目前英國正積極倡導確保病人、家屬及其照顧者，在病人死前最後幾天或最後幾個小時能得到高標準的照護；因此英國在制定國家癌症臨終照護計畫時，非常強調 LCP，並認為 LCP 是最能落實最佳照護品質的

模式。

LCP 具有五個重要的特徵:(1)透過實證或好的實務基礎所設立的明確目標(2)病人、家屬及團隊成員之間有便利的溝通管道(3)照護過程是透過協調者、照護者、病人及多科專業人員共同協調的最佳模式(4)具有監測、評值變異與結果的相關文件表單(5)界定合適的資源。

通常優秀的醫療照護團隊組合會運用 LCP 來照護病人，且會持續透過教育訓練計畫來維繫它的運作；LCP 如同所有的臨床指引一樣，僅是扮演支援的角色而不會取代臨床照護的決策。LCP 其有十項重要訊息及主要文件表單：

➤ 十項重要訊息

1. 唯有運用 LCP，便能得到好的照護。
2. LCP 不會被用在沒有教育訓練支持的場域中。
3. 好的溝通是 LCP 成功的關鍵。
4. LCP 不主張加速死亡過程。
5. 臨終應該是透過多科專業團隊(Multiple disciplinary team ,MDP)共識的診斷結果。
6. LCP 不建議在照護過程中採用深度鎮靜(Deep Sedation)的處置。
7. LCP 不排除在照護過程中使用人工水合(Artificial Hydration)處置。
8. LCP 重視持續反覆的評估機制。
9. LCP 重視反映、監測、測量及學習。
10. LCP 重視停止、思考、評估、改變。

➤ 主要表單/文件範圍包括：

- | | |
|---------------|-------------|
| 1. 親屬與照護者的資訊。 | 2. 照護決策的流程。 |
| 3. 接受照護時的評估。 | 4. 照護期間的評估。 |

5. 往生後的護理。
6. 變異分析。
7. 親屬與照護者的指導。
8. 醫療專業資訊。
9. 醫療照護指引。
10. 照護設施簡介單張。
11. 瀕死調適單張。
12. 哀傷輔導單張。
13. 可用的文獻來源。

LCP 這個臨終照護品質提升計畫的特色，如下：

1. 目的：改善生命終了前幾天或幾小時的臨終照護。
2. 主要議題：(1)提升死亡相關的知識(2) 提升臨終前幾天或幾小時的生命品質。
3. 主要程序：(1)潛在評估(2)持續評估(3)死後護理。
4. 照護範疇：生理、心理、社會及靈性。
5. 政府組織的角色：(1)臨床決策(2)管理與督導(3)教育與訓練(4)研究與發展(5)政治與風險。
6. 界定合適的資源。

LCP 透過四個階段十個步驟的實施過程，來持續改善照護品質。

其十個品質提升改善步驟如下：

階段	步驟	內容
第一期(引導)	第 1 步	建立計畫
第二期(執行)	第 2 步	發展相關文件及表單
	第 3 步	文獻查證 / 回顧及檢視目前的文件資料
	第 4 步	宣導/教育計畫的測試
	第 5 步	臨床實施 LCP 的測試
第三期(宣傳)	第 6 步	維持和提高競爭力落實於實務，並反應於使用路徑後的分析結果
	第 7 步	評值及繼續培訓
	第 8 步	持續發展能力，並落實於 LCP 臨床實務的架構中
第四期(維持)	第 9 步	培訓策略/教育及訓練組織內的全體員工，以

		讓病人及家屬能得到適切的臨終照護
	第 10 步	建立機構組織內的 LCP/組織章程、績效指標

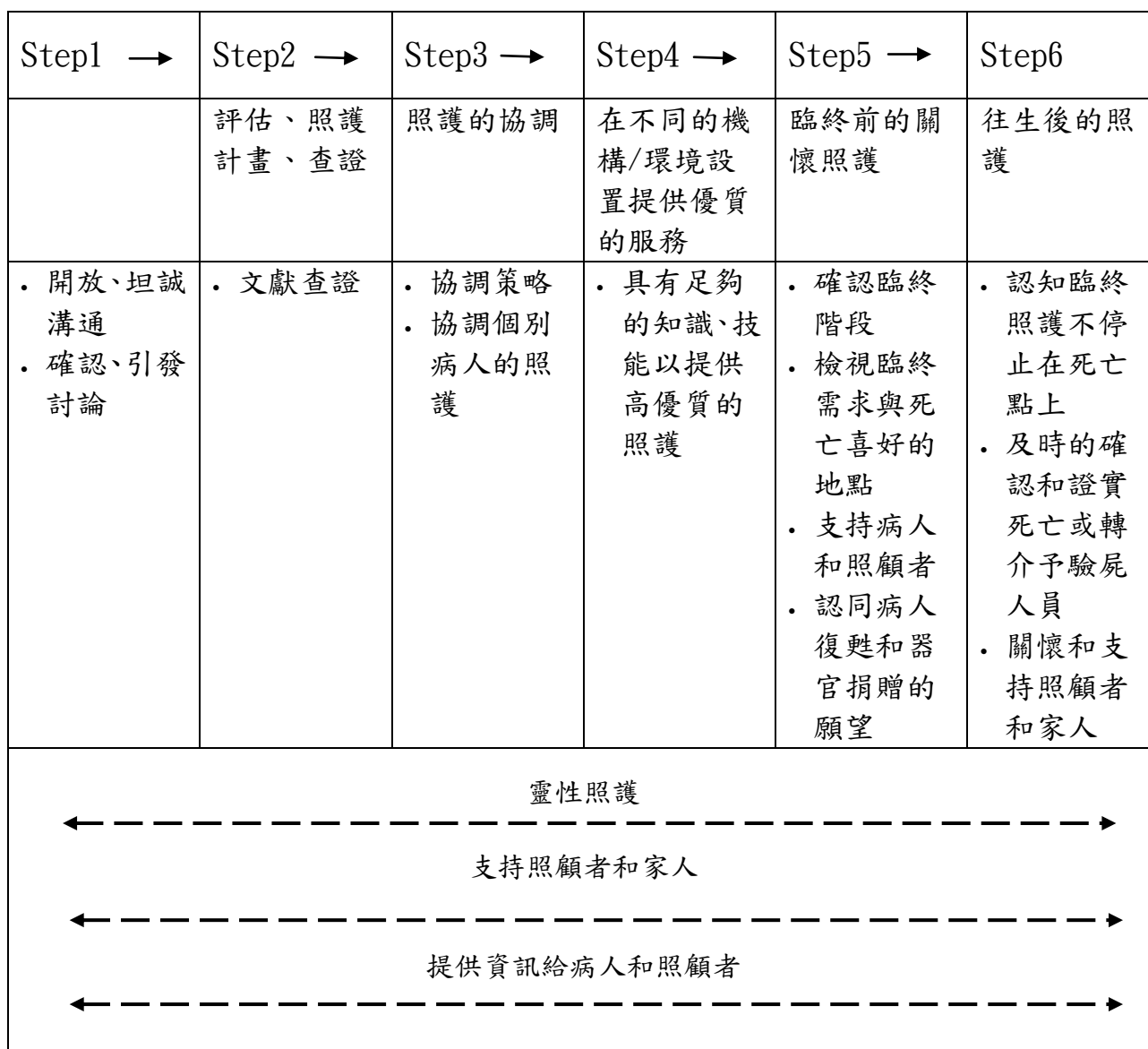
運用 LCP 來提供醫療照護，首要尊重每位病人的權利，因此須顧及他們的價值、信仰、文化、宗教、社會和種族的差異。雖然每個人的想法不同，但他們對善終定義的共通點是：(1)具有尊嚴和被受尊重的個體(2)無疼痛及其他症狀(3)在熟悉的環境接受照護(4)與家人及朋友成為關係密切的夥伴。根據2008年英國國家衛生服務部安寧療護/臨終照護的主要策略，包含三要素：

1. 社會層面:提升民眾對臨終及死亡的覺知，進而改變他們的態度。
2. 個人層面:依據照護路徑整合服務資源。
3. 基礎建設:醫療照護專業的發展、監測與研究、資助、及國家的支持與重視。

其臨終照護模式與路徑，如下：



【圖一 英國國家衛生服務部臨終照護模式】



【圖二 英國國家衛生服務部臨終照護路徑】

臨終照護的人力發展，其關鍵在於確保各層級的衛生和社會衛生工作者，都具備必要的知識，技能和態度；而臨終照護之態度和行為的轉變亦必須落實於健康與社會關懷之中。在英國，臨終照護的人力大致可分為三類：

A 組：專門照護臨終病人的技術人員

B 組：經常處理臨終病人的照護人員

C 組：偶爾處理臨終病人的照護人員。

英國政府認為臨終照護專業人員應具有的能力包括：(1) 溝通技巧 (2) 評估及照護計畫擬訂 (3) 症狀管理 (4) 訂定進階照護計畫等；因此為了臨終照護人力的發展，政府除了提供經費資助外，亦提供健康照護者便利的學習管道（例如：e 化學習），以及辦理溝通技巧培訓。此外，為強化臨終照護品質提升，英國政府也依據 LCP 的十個步驟，推動臨終照護 LCP 執行計畫，規劃執行時間約1年，內容措施如下：

時 程	內 容 措 施
1月	● 建立臨終照護計畫 ● 發展臨終照護相關文件表單 ● 回顧及監測現行照護的文件
2-5月	● 規劃臨終照護教育訓練計畫 ● 實施臨終照護教育訓練計畫 ● 將教育訓練結果落實於臨終照護實務
5-6月	● 教育訓練需求分析與評估
7-9月	● 持續教育訓練計畫
10-12月	● 講師訓練 ● 持續回饋資料分析結果 ● 建立標竿

LCP 可以說是管理臨終醫療照護品質與效率的主要工具，也是反映各種醫療專業人員對臨終病患照護活動的主要方法；醫院導入 LCP 的動機，不外乎有經濟效益、保證醫療品質、提昇病人及相關工作專業人員的滿意度；透過個案管理與臨床路徑的推行，醫院便可確定能達成照護品質及成本的目的。一個完整的醫療照護醫囑包含許多項目，以往這些內容都需要醫護人員依照學理與經驗在適當的時機作適當的處置，實施 LCP 後，藉由書面的提醒、使用及文書工作的執行，可減少醫護人員個人的主觀意識及疏漏；由於整體的治療計畫早已擬定，所以會增進其他

醫療相關人員與行政工作人員的配合度，原本常常需要仰賴電話聯絡詢問所花費的時間亦會減少，讓整體醫療的流程更順暢、效率好。

主題：Doing Good, Better

(一) Quality and Standards in Palliative Care

依據 WHO 2011 年年報顯示，2008 年全球死亡的個案，其死因 CVD 佔 30.5%、癌症佔 13.3%、其他慢性病佔 17.5%、其他感染佔 20.6%、HIV/AIDS 佔 3.1%、損傷佔 9% 等；安寧療護服務單位約有 1 萬 6000 個，服務 3 百萬個病人及 6 百萬個家屬，僅滿足了 20% 需要安寧療護服務的病人需求。

臨終照護品質不好可能與不能談論對死亡過程不滿的經驗、疼痛問題沒有被報告、缺乏鴉片類藥物、缺乏同情與支持、缺乏足夠資訊以供判斷決策，導致治療不足或過度、不良的溝通與合作等因素有關。為了提升臨終照護品質，有許多國家皆訂定符合自己國家文化的安寧療護指標，而這指標應是所有提供照護服務的人公認需達到的重要標準；因此指標必須：(1)適當、明確且可達成(2)可解釋且可落實(3)能塑立標竿。

依據一項全球臨終照護品質調查的報告(「The quality of death Ranking end-of life care across the world」)指出，死亡品質最好的國家是英國，其次依序為澳洲、紐西蘭、愛爾蘭、比利時、澳大利亞、荷蘭、德國，而加拿大及美國則並列第 9 名；另亞洲地區則以台灣排名第一(全球第 14 名)、其次依序為新加坡(全球第 18 名)、香港(全球第 20 名)、日本(全球第 23 名)、韓國(全球第 32 名)、馬來西亞(全球第 33 名)、中國(全球第 37 名)。該報告之評分指標共 24 項，分為 4 類：

1. 臨終醫療照護的環境 (Basic end-of-life healthcare environment) : 10 項
2. 臨終照護可近性(Availability of end-of-life care)：4 項

3. 臨終照護成本(Cost of end-of-life care¹)：3 項

4. 臨終照護品質(Quality of end-of-life care)：7 項

(二) Moving Hearts and Changing Minds

早期醫療人員面對病人的治療態度，是積極以治癒疾病為主要目標的治療，但隨著病情的進展，傳統治療藥物所造成病人身體的負擔可能會開始超過其好處；因此漸漸的，病人和醫生在治療目標彼此可能開始出現不同的主張。

照顧生命受到疾病限制的病人，從傳統治療轉型以安寧療護為主流的醫療照護，這個過渡期是一個非常困難的階段。然而，當治癒是不可能的時候，適當改變治療目標，強調重視生命，症狀控制和生活品質是必要的。有了安寧療護，病人在整個疾病的過程才有可能保持舒適。我們知道醫療照護都有它的底線，但可以肯定的真理是”沒有人喜歡處在疼痛的狀態”，這個簡單的假設便是安寧療護背後的關鍵原則。

安寧療護重點是在緩解病人疼痛及其他症狀的程度和管理惡化的疾病，而不是把焦點擺在治癒疾病。正如許多人所提出，安寧療護是關懷、是愛心，不是固化，更不是墨守成規，是以全人為本的醫療照護，有時透過藥物治療，有時透過溝通和個人的支持，幫助患者感覺更好。

儘管，近幾年對於生命受到疾病限制的醫療照護已有所改善，社會增加了對臨終照護議題的關注，但卻沒有明確表明的跡象，因此需更加重視安寧緩和醫學教育。在許多地區，醫生、居民和醫學生獲得的宣導和教育是零星的，由於非標準化的培訓，因此提供的照護受到智能的限制。

安寧療護與主流醫學被視為是一個過期的合作。安寧療護能成為主流醫學的要件就在於(1)讓所有人認知安寧療護(2)政策必須支持(3)整合

所有層面的資源及經費資源。隨著全球人口老化，我們將持續面臨更大量的晚期疾病患者，醫護人員也將看到一群越來越需要提供最佳的照顧這些病人。因此針對安寧療護成為主流醫學，有一些相關領域的研究提供了一些建議，包括：(1) 對於致命疾病的晚期病人，應該提供他們所期望、可接收和可靠的技術與支持治療。(2) 醫療專業人員必須致力於改善照顧臨終病人，並利用現有的知識有效地防止和減輕疼痛等症狀。(3) 衛生專業人員和教育者，應主動強化這領域的專業知能並接受繼續教育，及培訓醫學生和研究生，以確保從業人員具備相關的態度、知識和技能，以提供臨終病人適當的照顧。(4) 應明確界定安寧療護的專業、教育和研究領域。

由於安寧療護這個主流醫學，促使我們將面臨一些挑戰，包括：

1. 發展安寧療護醫學教育

針對專業負責醫師、住院醫師、醫學院學生等的教育。

2. 病人面臨的困境

病人與家屬的期望、醫師的志向、安寧療護醫師的介入，如：何時介入、如何介入、由誰來介入等。

3. 安寧療護是誰的工作

不同的情境需要不同的技術、並非所有人都認同，也並非所有的人都適合，安寧療護應由適合的人，做適當的事。

Jim Collins 指出「我們需要有一個"對的桌子"，然後坐在"對的位置"，與"對的人"，做"對的對談"」。那什麼是"對的桌子"？這個"對的桌子"就是國家衛生署，因為在那裡能（1）做重要的決定及制訂政策（2）討論經費分配及得到經費（3）重新檢視與發展安寧療護的教育（4）發展病人照護計畫等。那麼什麼是"對的對談"？有兩個是一定要討論的議

題：(1) 要談論什麼？

- 前瞻性：我們需要將主流的安寧療護納入醫學中。
- 我們需要資助安寧療護。
- 我們需要安寧療護政策。

(2) 要如何去談？

- 我們需要定義安寧療護。
- 所有的人都需瞭解安寧療護。
- 我們自己需要面對的衝突。

目前全球安寧療護領域通用的語言包括有：Palliative care、Hospice care、End of life care、Comprehensive care、Good quality care、Care and Support 等。在推行安寧療護時，我們需要抓住幾項要點：(1)評鑑與完整的評估：高標準(2)緩解疼痛最重要：適當的疼痛控制(3)治療其他症狀：腹瀉、噁心、心理支持、害怕死亡及罪惡(4)支持家屬及照顧者：支持者的照護(5)定義安寧療護的出發點及建立共識：僅有支持照護，而沒有緩解疼痛及症狀控制不能算是安寧療護；僅有緩解疼痛及症狀控制，而沒有支持照護不能算是安寧療護。

由於現行全球面臨的問題，包括(1)疾病負擔：全球每年約有1,000萬人新診斷為癌症，600萬人死於癌症，及估計全球目前約有3,300萬人為 HIV/AIDS 帶原者，其中非洲國家 HIV/AIDS 帶原者就佔了2,250萬人(2)疾病發展：到了西元2050年，罹癌人數將增加50%，而 HIV/AIDS 帶原者亦將增加(2)疾病分佈：全球將新增50%的癌症病人且有80%的病人發現癌症時已為晚期，不可治癒，而95%的 HIV/AIDS 帶原者集中在非洲國家。這些問題都是我們不容小覷，因此我們也必須確認：(1)疾病造成的負擔(2)將安寧療護整合入健康照護系統(3)政策支持(4)可近性、可

負擔、符合文化特性(5)基礎結構(6)藥物及其他資源的可及性(7)兒童的需求等幾項問題。同時，我們必須要求政府：(1)國家應有所主張：包括將安寧療護納入國家健康照護、HIV/AIDS 政策(2)提供建議重新檢視政策的參考指引(3)病人照護計畫(4)政府可以解釋說明的政策(5)主張政府重新檢視鴉片類藥物法律的限制(6)檢視相關文獻。

推動安寧療護工作，媒體傳播是有用的，但困難。我們可以運用媒體遊戲媒介(例如：Facebook、Youtube)，讓安寧療護成為頭條新聞，但有些資訊是必須用”說”的，而無法透過媒體傳達。運用媒體不僅是如何透過媒體去宣傳，而是如何透過媒體獲得你想要的宣傳結果。運用社交傳媒，藉由社群散播的力量，需要符合需求且需要專業人員積極的參與。

主題：Managing Transitions

(一)The Interface between Chronic Disease & Palliative Care

安寧療護最初發展的目的是為了幫助癌症患者面對疾病的影響和癌症治療的副作用，但今日由於人們的存活時間越來越長，罹患慢性病，如心臟疾病，慢性阻塞性肺病和癡呆等的人數增加，因此安寧療護，也開始用於許多慢性病的照護。全球約有60%的人口是死於慢性病，慢性病並造成全球43%的負擔，預計2020年死於慢性病的人口將提升至73%，並造成全球60%的負擔。

由於許多慢性疾病的病情惡化不像癌症明顯，因此對於非癌之慢性疾病病人轉介安寧療護的時機掌握是非常困難的；下面幾項可以作為評估轉介時機的參考：(1)病人生命存活期僅剩12個月(2)照護團隊一致認知到病人有安寧療護的需求(3)照護團隊與病人及家屬有效的溝通後(4)能確保對病人而言，安寧療護是臨終照護較好的選擇。

由於對於探討病情進展、預立遺囑、臨終照護選擇、安寧療護方

式、及安寧療護專科化等方面的文獻較少，但對於安寧療護品質提升而言，”實證基礎”是必要的。在此提供1個實證案例與大家分享，這研究是分別在英國2家及紐西蘭1家急性醫院所作的調查，研究結果顯示有針對符合安寧療護服務的住院慢性疾病的病人，並依其需求提供安寧療護的，英國有36%(n=185)及紐西蘭僅為22%(n=110)；研究並顯示這些接受調查的病人中，英國有50%的病人或家屬有被臨床醫師告知病情惡化的進展，紐西蘭則僅有28%被告知。由此研究分析可知，臨床上仍有許多醫師未在合宜時機提供病人病情進展的資訊，致使病人及家屬無法及時針對臨終照護做出適當的選擇，因此錯過了安寧療護轉介的時機。

該研究同時也發現，阻礙安寧療護轉介的因素包括有：(1)無法明確掌握病人疾病變化的軌跡(2)安寧療護尚未全面普及，轉介有困難(3)與原設立的照護目標有衝突(4)病人缺乏安寧療護的認知(5)醫療專業人員視老化為正常的現象，因此未認知到病人有此需求(6)無法面對死亡的文化等。因此，顯見解決阻礙安寧療護轉介因素的策略，至少應從：教育/認知、政策/宣導、工具/資源、評量/結果、文化等面向著手，所以在安寧療護的轉介議題，未來我們應致力於更多的研究探索，發展評估工具、並訂定轉介指引、標準、流程、及教育訓練與提升認知的策略，來改善錯失安寧療護轉介的時機。

(二) Palliative Care in the Intensive Care Unit

十年前，安寧療護與加護單位的醫療照護是無法並存的，但由於醫療技術的發展、健保的支付、人權平等等因素，這兩種南轅北轍的照護理念漸漸成為加護醫療團隊在照護病人過程中不得不重視的議題，因此提升加護單位醫療團隊的知能，是當前的重要課題。

美國一項針對412位慢性疾病死亡病例的研究調查發現：40%的病人死前遭受嚴重疼痛之苦，60%的病人出現複雜難以處理的症狀，11%的病人應該無須使用心肺復甦術及25%無需使用呼吸器。慢性疾病病人常在治療期間承受高度痛苦與疼痛問題，因此高度痛苦與高死亡率應該獲得我們更多的關注，且應予以緩解病人疼痛及評估治療所帶來的負擔與效益。在這研究之後，參與該研究的5家醫院，便共同提出一個提升臨終照護品質的策略，包括：訓練、討論、照護角色與模式等。同時，他們認為，在加護單位提供病人安寧療護就必須考慮到：確認病人/家屬的需求、醫師的共識及護理人員的共識。

在醫療照護過程中，病人往往相信及依賴著醫師，因此當生命延長無望時，他們期待醫師給予足夠的資訊，好讓他們事先做好臨終準備。由於病人往往在病情嚴重惡化或瀕臨死亡時，會喪失決策能力；因此，欲讓病人能及時且在適當時機做出最佳選擇，便是提前瞭解病人臨終照護模式的意願，以隨時協助病人做好準備。

持續的疼痛控制是很重要的疼痛管理，特別是如果有長期或慢性疼痛問題，長期抗戰疼痛是特別重要。疼痛控制的基礎是"評估"，藉由疼痛評估，醫生可以開立止痛藥處方或施以其他疼痛的治療處置，以幫助病人緩解疼痛。有時候，醫療團隊也可能運用心理治療，來對付慢性疼痛。隨著醫療環境的改變，醫病關係已不再像以前是由醫師說了算，任何人都可以提前計畫自己臨終時的照護方式。醫療團隊如要讓病人能適時做出最佳選擇，便必須遵循：(1)尊重生命與臨終關懷(2)知情和選擇權(3)適當的維生和撤除維生的治療(4)合作的照顧方式(5)透明度資訊和責任(6)公平的醫療照護(7)醫護人員的權利和義務(8)持續改善照護品質等原則。而隨著事前的討論和規劃，病人的

喜好和價值便能被列為臨終照護決策的優先考量。

主題：Pain and Symptom Management

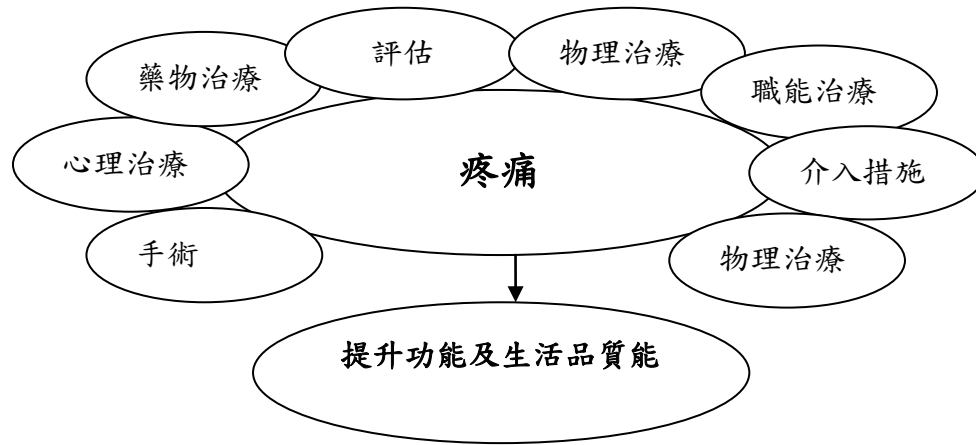
(一) Rational Use of Opioids in Pain Management

安寧療護病人常發生的生理及心理症狀包括有 Pain(Mild to Moderate、Moderate to Severe、Bone、Neuropathic、Visceral)、Dyspnea、Terminal Respiratory Congestion、Dry mouth、Hiccups、Anorexia-cachexia、Constipation、Diarrhea、Nausea、Vomiting、Fatigue、Anxiety、Depression、Delirium、Insomnia、Terminal Restlessness、Sweating。其中疼痛(Pain)是癌症末期病人最常見的症狀問題，常困擾著病人，影響末期病人的生活品質。

免於疼痛應是基本人權，忍痛並不會解決疾病問題，反而可能使病情加劇，甚至引發心理反應，因此忍痛不如做好疼痛管理。癌症疼痛的管理一般包括：知識、應用、結果等三個階段。其中疼痛基本知識至少應含：(1) 疼痛的生理 (2) 壓片藥物的反應機轉 (3) 藥物代謝動力學 (劑量、反應、作用效期) (4) 疼痛與副作用管理。臨床應用，則包括 (1) 疼痛評估 (認識不同型態的疼痛) (2) 不同型態之疼痛管理，壓片類藥物所扮演的角色 (3) 對疼痛的態度、偏見、害怕等。至於結果/治療目標，則需包括 (1) 是可行的方式 (能兼顧生活功能/品質) (2) 與病人及家屬的溝通討論 (3) 視疾病變化調整疼痛管理的目標 (4) 疾病進展等面向。

疼痛型態一般可分為"急性"及"慢性"疼痛，而慢性疼痛又分為「癌因性疼痛」及「非癌因性疼痛」。癌因性疼痛是一個非常棘手的問題，令許多團隊醫師感到苦惱，因此現行的疼痛管理乃採用多科團隊合作模式，從多面向的角度介入，來緩解疼痛造成的不適。多面向緩解疼

痛的措施如下圖：



【圖三 Multidisciplinary management of pain】

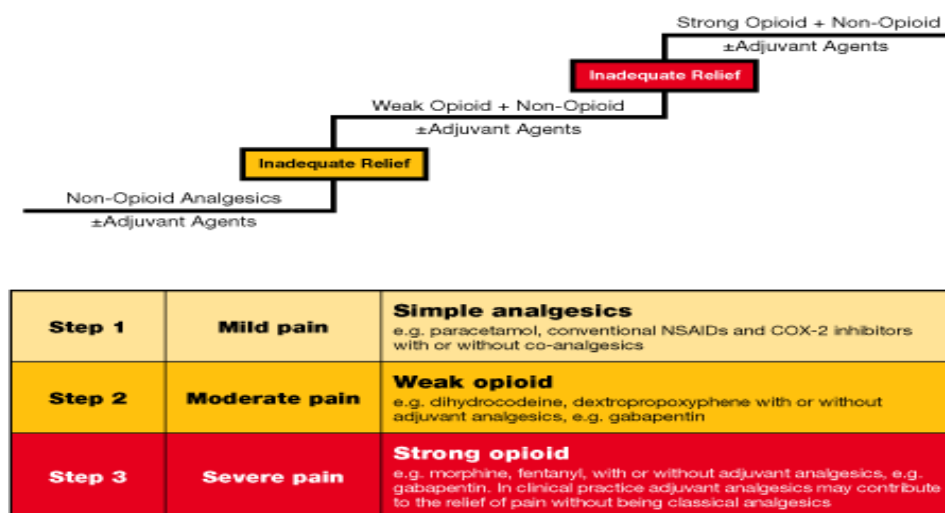
急性疼痛常見原因為術後痛、創傷痛(發炎)、醫療性傷痛(生產)等，而慢性疼痛則主要導因為疾病本身所引起；無論急性或慢性疼痛，皆常使用鴉片類藥物來緩解。急性疼痛所使用之鴉片類藥物與途徑，如(1)Morphine：注射 (IV、PCA、SC、IM)、口服 (2) Pethidine：注射 (PCA、Epidural)(3)Fentanyl：注射 (Epidural)(2) Tramadol、Codeine、Oxycodone：口服。鴉片類藥物在慢性疼痛所扮演的角色，一般是常規性給予，必要時常規中間還會施予輔助劑量；但使用上也常會受到一些副作用（例如：便秘、耐受性）的限制。

適當治療疼痛是一個重要的公共衛生問題。全球約有百萬人受到嚴重急性和慢性疼痛的影響，因為醫療專業人士缺乏足夠知識和缺乏科學規範，因此世界衛生組織 (WHO) 致力於推動適當及合理的使用鴉片類鎮痛藥物來治療疼痛。歷經一段時間的努力，目前世界各國在面對疼痛問題，多半已遵循世界衛生組織鎮痛階梯(WHO Analgesic ladder)來緩解疼痛(圖四)。這個階梯主張使用組合式的止痛藥來終結

疼痛：

- 簡單的止痛劑：如 paracetamol and non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)
- 輕度鴉片類藥物：如 tramadol, codeine
- 強效鴉片類藥物：如 morphine, fentanyl, oxycodone, pethidine
- 輔助性藥物：此類藥物原本不是為了鎮痛目的而發展的，但被認為對於難以控制的疼痛管理，特別是神經性疼痛，是有效的。這類藥物包括抗抑鬱藥，抗癲癇藥等。

Figure 1. **WHO Analgesic Ladder**



【圖四 世界衛生組織鎮痛階梯】

(二) Tools of the trade：Essential Medicines in Palliative Care

馬來西亞雖是一個醫療便利的國家，但安寧療護發展得並不好。政府調查顯示，鴉片類藥物在馬來西亞的耗用低於全球平均很多，這顯示，身患絕症病人的疼痛控制所需要的藥物劑量是不足的。根據政資料，馬來西亞只有24%的癌症疼痛病人有接受規律的鴉片類藥物來

鎮痛，其主要障礙為醫生和病人對使用鴉片類藥物的態度。約46%的醫生認為他們自己缺乏重度癌痛的知識與管理，64%的醫生擔心鴉片類藥物副作用的影響，如呼吸抑制；至於病人則是害怕成癮。其他障礙包括：沒有針對醫學生辦理安寧療護培訓、診所往往缺乏放置保管嗎啡藥物的設備和嗎啡。

為了改善這些情形，目前已有一些措施在執行，包括建立醫院推動實施安寧療護和研究生培訓計畫的部門，及利用社會運動，以提高公眾需求的意識，預計將可讓部分癌症疼痛患者能獲得有足夠的藥物，以緩解疼痛。

每日劑量 (Defined daily dose, DDD)是目前最常被用來測量藥物耗用的基準，當然 DDD 不能100%的反映臨床鴉片藥物耗用的實際狀況。DDD 為 WHO 所界定的統計標準，其定義是：“假設用於未特定對象的成年人，平均每天應維持的藥物劑量。這個標準可以用來比較在不同醫療環境(例如：不同的國家、性別、族群、醫療機構、醫療設置等)中嗎啡藥物所使用的情形，不過在使用這個標準時，必須考量不同藥物種類是可以有不同的效力。目前世界衛生組織便是以「每一千人口每日界定劑量」(Defined Daily Doses, DDD)指標，評值嗎啡使用量之多寡，來作為比較各國癌症疼痛控制得好還是不好之指標。

主題：Narratives in Palliative Care

The Story of APHN (Asia Pacific Hospice Palliative Care Network) & Healing through

亞太安寧緩和醫療網絡(APHN)的由來，係源自日本 Nippon 財團 The Life Planning Center 的一位熱心有遠見的 Shigeaki Hinohara 博士，他期待能在亞洲各國文化背景較相似的情形下尋找安寧療護共

同的方向，因此於1995年首次邀請來自澳大利亞、香港、印尼、馬來西亞、紐西蘭、新加坡和台灣等國家的安寧療護代表，參加在日本東京所舉行的論壇，其目的是提供一個讓各國分享安寧療護之推動經驗、挫折、知識和憂慮未來方向的機會。由於來自各國的代表在此次論壇中皆有收穫且大家對此論壇亦感興趣，因此決定再次召開這樣的會議並命名為亞太安寧家庭會議（APHCs），同時決定未來能定期召開。

此聯盟，後續於1997年在日本召開第二次會議，同時正式命名為亞太安寧緩和醫療網絡（Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN）並分1998年、1999年及2000年舉辦會議，地點及討論議題如下：

- 1997年 2月-日本：Declaration on Euthanasia
- 1997年11月-香港：Decision on legal registration
- 1998年10月-日本
- 1999年 5月-香港：Decision to form secretariat
- 2000年10月-新加坡

APHN 這個網絡聯盟最初成立時經費主要來源為日本、台灣、香港及新加坡（佔50%）等4個國家，目前經費資助的來源，除前述4個國家外，另包括有：澳洲、印度、印尼、韓國、馬來西亞、紐西蘭、緬甸、菲律賓、泰國及越南等14個國家的安寧療護組織，這些組織來自各個國家不同的地區，因此有超過14個組織在支持 APHN 的運作。APHN 正式立案於2001年，第1屆委員會共有20個委員，秘書處設於新加坡，日本的 Tetsuo Kashiwagi 醫師是第1屆 APHN 主席，第2屆主席是台灣的賴允亮醫師，第3屆主席是日本的 Hong Young Seon 醫師，目前的主席是新加坡的 Cynthia Goh。

在亞太地區最早的安寧療護國際交流會議，為1989年在新加坡舉行，當時吸引來自 10個國家的安寧療護學者、專家、從業人員及推動者共計250人參與；他們友善的分享了在他們自己的國家推動安寧療護的經驗。後來因為 APHN 設置後期望透過進一步的會議交流，促使各國安寧療護組織的發展，因此於1996年開始辦理 APHC (Asia Pacific Hospice Conference) 會議，並決定之後定期每隔二年一次在不同地區舉辦交流會議。歷屆 APHC 辦理的地點如下：

- 1996年 Singapore
- 1997年 Hong Kong
- 1999年 Hong Kong
- 2001年 Taipei, Taiwan
- 2003年 Osaka, Japan
- 2005年 Seoul, Korea
- 2007年 Manila, Philippine
- 2009年 Perth, Australia
- 2011年 Penang, Malaysia

亞太地區為甚麼要成立 APHN 這樣一個重要的組織？形成一個這樣的網絡聯盟不僅可以提供安寧療護服務者及專業人員支持，並促使他們提供優質的照護服務，也可以提供他們一個可以共享工作資源。它同時更是安寧療護專業人員在醫療保健領域中的代言者，無論是在你的城市、國家或區域，這個聯盟可以是：

- 臨床卓越促進者：界定安寧療護準則和品質標準。
- 公共政策和宣傳者：代表政府和民眾關注安寧療護的問題。
- 教育者：指導安寧療護的領袖、專業及其他人員。

- 安寧療護品質藍圖規劃者：追求使病人接受優質照護的目標。

亞太安寧緩和醫療網絡的成立，不僅是為了強化和支持在亞洲與太平洋地區致力於減輕患有危及生命疾病痛苦的個人和組織的各項活動和計畫；同時制定方案，以鼓勵和協助經驗不足的夥伴們能獨立運作。自2001年以來至目前，已有超過來自31個國家的1200多個成員。其價值信念、目標與活動是：

1. 價值信念

- 尊重每個人，不論性別、年齡、種族、智力或社會經濟地位。
- 重視每一刻的生活，不支持以任何行動刻意縮短個人的生命。
- 認識到個人和家庭都有權針對照顧作出明智的決定。
- 尊重保密所有接受照護病人資訊的規定。
- 相信個人、家庭和社區的能力。
- 尊重每個人的信念、信仰和文化。
- 尊重每個國家法治，在其法律範圍內執行工作。

2. 目標

- 促進安寧療護發展計畫（包括服務提供者和推動機構）和其他相關措施。
- 提升專業人員及民眾安寧療護之教育。
- 強化溝通和訊息的傳播。
- 促進研究和合作活動。
- 鼓勵與地方、區域及國際之專業與公共機構合作。

3. 目標

- 與教育機構和組織合作課程、研討會、會議，及其他教育和技

能開發活動。

- 推薦安寧療護工作經驗豐富的教師課堂授課及床邊帶教。
- 提供發展安寧療護計畫之諮詢管理。
- 定期更新相關活動。
- 發布及維護所有已知的安寧療護組織和服務單位的資料庫。
- 維護 APHN 網站 (www.aphn.org)
- 連結安寧療護服務單位與醫生、患者及家屬。

二、本次會議本組參與之分組議題與海報內容簡介如下：

主題：WPCA Seminar Series：Governance

(一) Strategic Planning for national Palliative care Association: Lessons from Regions of the World

世界安寧緩和醫療聯盟(Worldwide Palliative Care Alliance ,WPCA) 是一個全球性的安寧療護行動網絡，發展『全球安寧療護』是此聯盟唯一的任務，其設立的目標與使命，是普及全球臨終關懷和安寧療護，並促進、推動和影響在合理價格中提供具一定品質的安寧療護服務。

WPCA 總秘書處目前分設在英國和美國二個地方，其會員有來自國家或地區的安寧緩和醫療機構及其支持臨終關懷和安寧療護的附屬機構；透過在不同國家的安寧療護組織的工作小組(會員)，在世界各地運作的管道，來達成推廣及普及安寧療護。

WPCA 認為，在世界上的每一個人應該享有獲得高品質的安寧療護服務。因此他們正積極的在發展我們的策略計畫，以支持各區域和各國家安寧緩和醫療機構推動安寧療護。WPCA 工作的原則是：

- 增進安寧療護的認知
- 支持國家和區域組織制定和實施有品質的安寧療護方案

- 立法保障安寧療護的推行
- 加強安寧緩和醫療
- 支持國際、國家、區域、地方等各個層級，倡導安寧療護。

為促使安寧全球化，WPCA 的因應措施，除了宣傳、政策、教育和訓練、品質和標準的研究外，並推動世界安寧日，以喚起全球對安寧療護的重視；工作內容任務包括：

1. 宣傳

缺乏認知是阻礙安寧療護發展的主要因素之一；目前尚有許多國家，由於中央和地方政府主要決策者缺乏安寧療護的認知，以致該國家或該地方並無發展安寧療護的推動政策。因此 WPCA 積極尋求國際間和國家中具有影響力的組織機構，增加他們的知識、改變他們的健康照護政策及所提供的照護服務。並推動世界安寧日，由世界各地的安寧療護機構與組織，在這一天以各種形式的活動共同為安寧療護發聲，宣揚安寧療護理念。每年約70個國家共襄盛舉，他們匯集了患者、家庭、衛生專業人員、政策制訂者和資助者等，一起支持臨終關懷和安寧療護。

2. 諮詢服務

提供世界各地安寧療護發展所需的相關資訊、知識和技能、可實施的方案、募款、宣傳、品質標準、監測和評值等諮詢。

3. 教育和訓練

缺乏訓練有素的衛生專業人員是阻礙安寧療護發展的另一項重要關鍵因素。由於安寧療護是一個專業照護的整合，因此 WPCA 教育和培訓的目的是在促使每一位健康照護的專業人員都能接受安寧療護的培訓。培訓工作包括：

- 發展線上專業培訓課程。
- 發展民眾版的安寧療護簡介課程。
- 發展安寧療護培訓手冊與教材。

4. 活動或事件

舉辦相關活動或高峰會議，促進經驗交流與分享、知識傳授等。

5. 建立國際兒童安寧療護網絡(International Children's Palliative Care Network, ICPCN)

ICPCN 是兒童安寧療護的代言人，倡導應認知當生命有限時，兒童與其他人的需要，並爭取發展全球專屬兒童的安寧療護服務。

6. 發展組織和協會

目的是提供支持，協助各個國家安寧療護組織或協會制定自己的安寧療護推動的目標與提升推動能力。

7. 政策制訂

目的在於制訂安寧療護全球化推動的策略。

8. 品質和標準研究

WPCA 品質和標準工作小組的總體目標是引導全球安寧療護聯盟實現“世界各地都能獲得高優質的安寧療護”的目標，透過培訓、影響和促進國際安寧療護協會的發展、品質監測計畫、發展安寧療護服務標準，及國際合作方式，引發聯動效應，促進其他國際安寧療護相關組織的發展，落實全球化品質提升。

9. 全球安寧療護電子報(Worldwide Hospice and Palliative Care Online, WHPCO)

WHPCO 是由 WPCA 主動發送的資訊，以雙月刊方式發送，目前發送對象分布在100多個國家逾 3000多名接受輔助的組織機構。

(二)Developing a national Strategy for Palliative care in India

目前在 WPCA 的輔助下有許多國家安寧療護的發展，已可以見到一些成效，下面將介紹在亞洲地區的印度及澳洲這二個國家的例子，供大家參考。首先以印度為例；印度這個國家由於 WPCA 的協助，與印度安寧療護協會(Indian Association of Palliative Care, IAPC)合作，在印度國內推展安寧療護一段時間後，目前無論在社會、相關組織及政府皆已造成一些改變，而這些改變後續當然將會持續造成影響，包括民眾的意識、政府經費資源的分配、健康醫療服務的範疇與品質等。

印度有11億6千6百多萬人口，腹地約3,287,590平方公里，計有28個州，約有500萬人需要安寧療護服務，目前僅有250個安寧療護機構，且多數隸屬於民間組織所附設。由於供不應求，因此全國安寧療護涵蓋率平均僅約2-3%。此外，這些安寧療護機構的資源分布不均，且在多數地區政府提供的援助也非常有限，以致各州安寧療護的涵蓋率落差非常大(0-80%)。

印度安寧療護協會(IAPC)成立於1993，是屬於國家安寧療護的組織。IAPC 在印度內的東、西、南、北和東北等5個區域設有分會，分會的任務便是在各自的領域裡促進安寧療護發展及提升服務品質。IAPC 的工作內容包括支援教育訓練、發展安寧療護服務、收集與分享資訊、提升品質與建立標準。

IAPC 為發展國家安寧療護其策略，首先是在2005年6月召開 IAPC 中央委員會會議，其議程包括：強化討論未來安寧療護推動計畫及制定國家安寧療護策略。會議主要目的如下：

1. 影響國家安寧療護的政策

(1) 訂定安寧療護推動的政策架構與標準指引

- (2) 促使每個州都有安寧療護服務
 - (3) 提供嗎啡藥物
 - (4) 整合安寧療護服務並將其落實到醫療服務中
 - (5) 將安寧療護服務對象擴展至癌症以外的疾病
 - (6) 將安寧療護之推動與國家衛生政策連結
 - (7) 影響健康預算撥付的優先順序
- 2. 針對參與安寧療護服務的人員，開發、推廣被認可的教育訓練**
- (1) 建立標準化的培訓課程
 - (2) 因應地區差異 IAPC 所認可的培訓計畫
 - (3) 培訓專業和非專業人士
 - (4) 將安寧療護理念納入所有相關的培訓計畫
- 3. 促使每一個州都有安寧療護服務**
- 4. 提供嗎啡藥物**
- (1) 整合安寧療護服務並將其落實到醫療服務中
 - (2) 將安寧療護服務對象擴展至癌症以外的疾病
 - (3) 將安寧療護之推動與國家衛生政策連結
 - (4) 改變健康預算撥付的優先順序
 - (5) 促進社會大眾安寧療護的價值觀
 - (6) 提升社會大眾的認知
 - (7) 連結相關的健康服務與組織機構
- 5. 將 IAPC 建構成一個可靠的專業組織**
- (1) 多科專業的服務
 - (2) 相關資訊的服務
 - (3) 培育和發展研究計畫

(4) 定期召開會議與出版刊物

由於 IAPC 上述的策略，安寧療護推動在印度有了一些變化，包括：為了達到目標啟動一連串的活動、改變了 IAPC 關注的焦點、引發更多的相關活動，並有更多的人參與、國家有了安寧療護的政策、成立了安寧療護培訓中心、開放鴉片類藥物的供應(雖然開放步伐仍處於緩慢的階段)、制定品質標準、促使更多專業人士接受培訓、針對非惡性的疾病也開始提供安寧療護服務、建立了醫師與護理人員的安寧療護基礎培訓課程、制定了國家安寧療護推動的方向與路徑、討論和規劃，進而針對學士後醫師發展安寧療護培訓計畫、培訓志工、媒體宣傳、與相關組織建立合作，促進安寧療護的發展、提升政府的經費援助、目前 IAPC 超過1/3的成員都是非專業人士、回顧 IAPC 政策和法規、更多非專業的人士從事安寧療護的相關行政工作、在國內出現了安寧療護推動較好的標竿地區、建立了國家資訊服務辦公室、籌備年會，並定期舉辦研習營、出版安寧療護期刊及線上刊物。

在印度這個國家，IAPC 扮演著安寧療護服務與訓練的推手角色，只有在安寧療護服務資源較不足的國家，才需要透過像 IAPC 這種國家層級的組織，扮演多元化的角色並採取有效的領導，發展安寧療護服務，並創建一個永續的環境。

(三) Strategic Planning : Palliative Care Austria

澳洲這個國家有2,200萬人口，健康照護系統主要仰賴政府，其管道有醫藥、預防保健、醫院及社區老人照護等，因此全國83%健康照護服務的費用是由政府負擔的。依據2009年的統計，澳洲共計有14萬800人死亡，估計其中約有10萬人接受安寧療護服務，澳洲人大多期望死在家裡，但絕大多數卻是死於醫院。因此，在健康照護系統裡有

幾個議題是值必須重視的，包括：(1)公私立的健康照護系統的分布(2)城市、鄉村及偏遠地區的人口數(3)文化與基本需求的差異(4)老化人口與慢性病問題(5)人力短缺等。

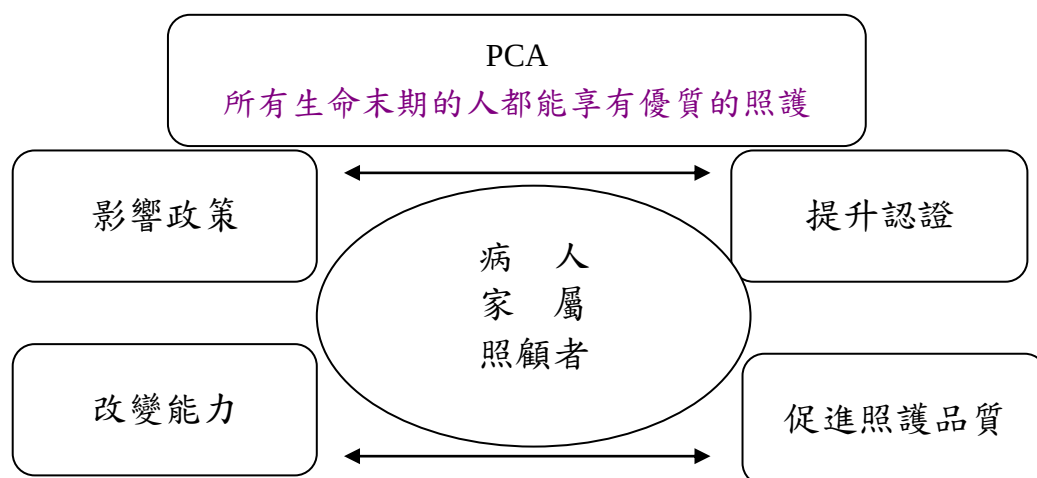
澳洲安寧療護組織(Palliative Care Austria, PCA) 成立於1990年，是一個屬於國家高峰層級的法人機構，代表臨終前想要獲得安寧療護服務的所有者的心願與權益。其主要成員來自6個州及2個區域的安寧療護協會及紐西蘭緩和醫學學會。這些協會的成員包括：安寧療護服務提供者、醫生、專職醫療人員、學者、接受服務者和廣大的社會成員。

PCA 的願景是讓所有生命末期的人都能享有優質的照護，其宗旨為影響、促進及提升所有臨終照護的品質，政策方向如圖三。PCA 不僅與國際的安寧療護組織合作非常密切，發展國家安寧療護的政策，並建立標準和提出改善服務的措施。同時更與澳洲政府合作，鞏固及實施國家安寧療護政策與計畫；其策略包括支持改善知識網絡，以提高民眾的認知，並鼓勵討論，讓大眾了解國家安寧療護服務的情形。此外，它也是全國性安寧療護論壇的平台，鼓勵專業護理人員透過教育和社區宣導傳播安寧理念給民眾，依政府及衛生部門的需求提供諮詢服務，同時與其他健康福利機構合作，增強衛生部門及和社區民眾對安寧療護的認知。

PCA 最終的目標是希望讓民眾能接受安寧療護，勇於面對死亡，因此它的主要任務包括：

- 盡可能免除（身體、心理或靈性）不必要的痛苦
- 維護病人的尊嚴
- 認同及處理病人的悲痛與需要

- 確保病人及其家屬的需求都能得到滿足



【圖五 Palliative Care Austria Strategic Directions】

PCA 業務推動的原則，包括：(1)與相關組織建立夥伴關係(2)與相關組織建立合作機制，以促使目標達成(3)領導及整合政治資源(4)給予推動成員支持，並賦予能力與價值觀。為提供病人優質的照護，PCA 訂定的標準如下：

1. 照護決策和規劃的基礎：尊重每位病人的個別性，及其照顧者與家屬。肯定病人、照顧者和家屬的需求、意願，和照護計畫的決策。
2. 整合病人、照顧者和家屬的需要，評估病程、規劃和發展照護策略，以符合他們的意願，滿足需求。
3. 持續和全面的評估，及落實照護計畫。
4. 協調照護，以盡量減少對病人、照顧者和家屬的負擔。
5. 依據病人和照顧者的需求與意願，支持、指導及提供資訊予主要照顧者。
6. 讓臨終病人能在最舒適的狀態下，有尊嚴的往生。

7. 提供符合病人的理念、價值觀和文化的安寧療護服務環境。
8. 明確的機制，以確保病人，照顧者及家屬能夠獲得相關訊息和支持。
9. 與社區建立有效的合作和夥伴關係，並提升社區的照護能力，以滿足生命受限制的病人、照顧者及家屬在社區內亦能得到優質的照護。
10. 依據個別病人之診斷、年齡、文化背景、地理和臨床需求，提供安寧療護。
11. 執行管理和提升臨床照護品質的研究。
12. 提供相關工作參與者和志工持續性的專業發展。
13. 有效的策略以維持工作人員和志工自我保健。

PCA 運用各種策略去影響、促進及提升所有臨終照護的品質，他們經由安寧療護原則的促進、發展以需求為基礎的服務模式、建立工作人員的能力、提升民眾認知與社區照護能力，及適當的經費與資源的援助，因此看到澳洲已建立了公平、符合需求的優質臨終照護。

主題：Education & Training

(一) APHN diploma graduate certificate in palliative

在1990年晚期，有一群安寧療護從業人員提出，他們有可近性、經濟實惠、相關文化、多科專業、及國際認可的安寧療護專業培訓的需求；因此在1994年 Finders 大學首度規劃並實施遠距教學的學士後安寧療護培訓計畫。當時有許多來自不同國家的學生參與該培訓，但對於許多來自資源較差的國家而言，這是一項成本較高的培訓課程。故2003年 APHN（亞太安寧緩和醫療學會）的理監事 Dr. Cynthia Goh 規劃了一年的遠距學士後安寧療護專業培訓計畫，目的是為了提供一個學習交流的機會

給醫師、護理人員和健康護理專業人員，加深他們相關的知識與技能。

此課程係由新加坡 Finders 大學與國家癌症中心共同合作，在過去的5年期間共計訓練10位新加坡醫師、20位護理人員及20位來自其他國家的醫師，APHN 針對培訓完成的學員並授予證書。課程規劃，雖為遠距教學，但培訓期間另安排有2週在新加坡互動的教室課程與4週的實習課程；完成所有培訓課程後，便由 Finders 大學或其他大學的授予 APHN 碩士學位。

參與 APHN 的這個培訓課程，雖不要求學員安寧療護的工作年資，也不限制安寧護理人員的層級，惟須具備英文語言能力，能聽、能說及能寫等溝通能力；如：英文 General Certificate of Education(GCE) 得分需達 C 級、TOEFL 成績需高於550分、IELTS 成績需高於6級。整個培訓課程每位學員需花費1萬元新幣，APHN 的會員將提供2000元美金的獎學金。2006年至2010年間 APHN 共培訓了來自15個國家的91位學員(醫師66位、護理人員24位及行政人員1位)，其中新加坡佔25名、印度19名、馬來西亞11名。

想要參與 APHN 課程的人員很多，然而此課程係屬精緻的實務課程，因此除了英文語言能力的考量外，參訓學員的選擇，上必須考量學員能否支付得起培訓費用、學員的經驗、程授教學的挑戰、學員所屬區域之安寧療護發展的需求、具有發展成為領導者的潛力、可以完成所有訓練課程、學員個人對安寧療護的熱情等。

此培訓課程，透過不同層級學員的技術與實務知識交流，及臨床照護臨化需求的強度(例如：病人自主性)，來刺激學員的學習，學員完成階段培訓後，後續仍需繼續參與不同照護模式的實務訓練，以鞏固其專業能力。

(二)Evaluating Outcomes in palliative Education

安寧療護教育訓練的目的，在建立對安寧療護的正確觀念及態度，形成強烈的歸屬與責任感，及改變行為及提升能力。Kirkpatrick 四層級教育訓練評值模式 (Four-Level Training Evaluations Model) 是人力訓練與發展實務最常用的理論架構(如圖六)。：

1. 第一級：反應

這層面是在評量學習者的訓練需求及接受訓練後的認知態度。學習者通常會知道他們自己接受培訓所需要完成的任務及欲達成的學習目標，如果訓練計畫未能滿足他們的需要，則往往會在評量培訓的成效時作出裁定。

2. 第二級：學習

這層面是在評量學習者在參與學習的過程中態度有何種改變，及知識與技能提高的情形。學習結果的評量在培訓計畫中是很重要的，為了驗證學習目標，評量學習的問題通常集中在下面三方面：

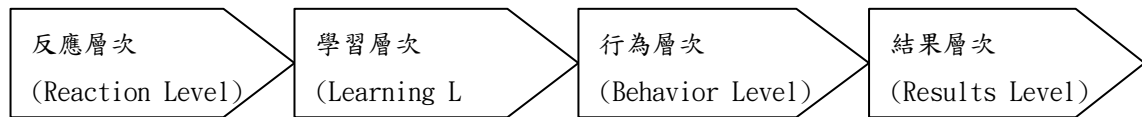
- (1) 學習到什麼知識？
- (2) 學會了哪些技能或哪些技能提升了？
- (3) 態度產生什麼變化？

3. 第三級：行為

這層面為評量學習者的行為變化及學後的執行能力。「行為」是執行的動作，而最終結果的行為是表現。培訓的主要目的之一是希望讓學習者獲得新的技能和知識，然後應用到實務工作上。然而學習新的技能和知識，需要透過有效的組織，才能實際應用於學習者的工作活動。

4. 第四級：結果

這層面為評量學習的有效性，即“訓練成果有什麼影響”？這些影響可以包括：效率、道德感、團隊精神等。



【圖六 Kirkpatrick 四個教育訓練評鑑階段之進行步驟】

針對安寧療護的培訓，其評值的工作任務，應包括：評值培訓結果、發展評量工具、評量學習者學後的內化程度、訓練後的組織與影響等。安寧療護教育訓練的評值並非僅在培訓課程結束後才進行，而是在培訓前、中、後等三個階段都需進行。培訓前評值(反應層次)：即為了解學員對安寧療護訓練的需求與接受程度；培訓中評值(學習層次和行為層次)：主要是在評量學員在培訓過程中學習的反應及學後反應；培訓後評值(結果層次)：則是在評量培訓課程是否對學員在知識、行為與態度上有所提升，且能應用於安寧療護的實務工作中。

主題：WPCA Seminar Series：Advocacy and Fundraising

國際上與各國推動安寧療護的民間組織(NGO)之所以能持續維持運作，主要一項重要原因便是要有一定的經費來源。多數安寧療護的民間組織與機構，其經費來源主要仰賴社區民眾與企業財團的資助、募款、及政府的資金，但多數民間組織從政府那邊得到的經費都很有限。

推動安寧療護的民間組織為了永續經營，一般必須以提送年度相關工作或研究的企劃案及成果，向政府單位或企業組織申請經費的支持，但由於依賴計畫所申請而得到的經費十分有限，因此多半會以透過各種形式的宣傳，包括；舉辦活動、平面及電子之大眾媒體、網路等，爭取民眾的善款。

但由於全球經濟衰退，捐款者紛紛傾向保守，所捐助的金額變少，

安寧療護之民間組織的募款工作日益困難，以英國為例，最新資料顯示，目前在英國約有86個獨立的安寧療護慈善機構，其有1/3的機構正面臨經濟短缺的問題，因此都十分的努力在設法籌集足夠的資金。根據英國一項針對獨立的民間安寧療護機構所作的調查指出，多數的安寧療護機構，由政府或 NHS 那裡得到的經費僅佔3成左右，且在各地的每個機構實際從政府或 NHS 那裡得到的金額差異也很大。這項調查同時還發現，目前所有機構的收入幾乎都有短缺的情形，今年預計會短缺36%，明年則會短缺37%，有16%的機構都在思考，當機構無法支撐下去時，最終的手段便是縮減服務。

對於善用社會資源的非營利組織或機構，募款本來就是他們賴以維生的經營活動，因此設法提高組織或機構的知名度、建構及提升募款能力，才能爭取到生存、發展的空間。因此，宣傳(行銷)與強化組織的募款功能，是許多安寧療護民間組織不得不重視的課題。

非營利組織的募款機制，是一個週期性的循環過程：個案需求的滿足 → NGO → 需求的策略會議 → 資源需求 → 募款策略
執行募款 → 監督 → 評估。募款到底是甚麼？募款是一種符合特定目的的藝術，是捐獻者捐給需求者所期望的東西；是一種雙方獲益的公共關係；捐助人付出金錢、物品、服務等，支持受捐助人進行的特定目的、活動等項目。由於受到捐助，使某些有意義的事項及心願，由原來可能無法實現，而成為可以實現，捐助是一種透過以慈善為目的的行為，而獲得有形及無形的收益。

人們為何要捐獻？捐獻這種善舉是一種「心」、「靈」及「理智」組合的行為，其動機通常是為了(1)緩解他人的苦難(2)創造較好的居住社區(3)成為可信的企業(4)為解決問題而伸出援手 (5)減稅(6)回饋社會(7)宗

教信仰等。安寧療護組織在執行募款時應掌握幾項原則，方能讓募款：

- （一）籌款的目的不是只是為了籌集資金，而是為了滿足需要和實現改變。
- （二）設定明確的目標，並明確的向捐助者表達募款目的。
- （三）募款的策略是交友在先，籌款在後；將這些捐助者視為朋友。
- （四）募到的錢，是人因特定原因而要把這筆錢給人，而不是要給組織。
- （五）現有的支援，是你最佳的資源。
- （六）不要索取，超出募款所需要的。
- （七）鼓勵親朋好友的求援。
- （八）敞開捐助者的心，然後再打通他們思維，之後再打通他們的支票。
- （九）需要溝通，將問題帶給捐助者。
- （十）提供捐款的管道。
- （十一）不要忘記向捐助者說聲”謝謝”，鼓勵捐助者認同你的組織，並給予捐助者最大的殊榮。
- （十二）誠實公布善款明細，並回饋成果予捐助者，讓捐助者清楚明白善款的流向與執行成效。

安寧療護組織要永續運作，不能僅依賴政府的扶植，因此募款工作執行成功與否便成為安寧療護民間組織永續經營的重要指標。而募款成功與否，行銷策略的運用則為能否增加組織收入的關鍵。宣傳安寧療護理念與組織的核心價值是行銷策略中必要的，因此每位宣傳(行銷)者，必須先思索我們的安寧療護組織：

- （一）形象為何？

- (二) 知名度如何？
- (三) 主張的理念是否特別吸引某些對象？
- (四) 服務的對象是否特別吸引某些企業？
- (五) 所關心的社會問題是否與一般大眾一致？
- (六) 所服務的對象對哪一群人具有特別的影響力？
- (七) 服務的範疇是地區性、全國性或國際性？

常見安寧療護行銷的手法有(1)形象行銷：運用組織在社會中所獲得的公益形象，致使社會大眾除了認同組織外，更認同組織所推行的理念，甚至願意成為安寧療護的代言者(2)事件行銷：利用單一安寧療護事件的擴大性，創造組織環境的優勢，進而取得社會公眾的利益與認同(3)專案行銷：運用具體可行的企劃案，執行後可帶給社會大眾深刻印象，而形成後續影響的效益。

安寧療護的宣導，是以實踐安寧療護理念為核心，宣導的目的是希望透過一個訊息傳遞的過程，來告知具有影響力的群體，使他們聚焦問題，並影響他們的意識，以進而期望能對公共政策造成影響；例如：重視臨終病人的自主權益、國家開放嗎啡使用於安寧療護疼痛病人、民眾與企業的捐款行為等。宣導的形式一般有三種型式：(1)遊說：透過與決策者的直接通訊，以直接影響決策者(2)競爭：公開論壇，以期引起公眾產生反應(3)教育：建構議題，以提供更容易接受變革的環境。

安寧療護是一種社會運動，要在極短的時間內改變公共衛生領域的決策者及社會大眾的觀點，甚至改變他們的行為並非容易，面對安寧療護不僅我們自己需要談論，更要引發社論，喚起大眾的關注。

主題：Ethics and Law

隨著醫學知識和技術的增加，所選擇的醫療服務項目也增多，然而

病人臨終時，這些選項的選擇便顯得複雜，也許會需要作出是否允許病人生命結束前終止無效治療的決定。這些決定，對醫療團隊而言是困難的。倫理與法律是不同的，倫理可以形成法律，也可以改變不好的法律。臨床上，醫療團隊在病人臨終生命時，常受到醫療技術的限制、治癒與舒適、家庭、社會及宗教支持減少等困境而面臨法律與安寧療護的倫理衝突；是應該強調病人的自主權還是應該以治癒為意圖？倫理原則支持了臨床醫師困難的臨床決策，提供專業人員行為判斷準則，並提升臨終照護的溝通。

近年來，緩解疼痛及接受安寧療護成為世界各國都相當重視的人權，為因應這些人權(1)應該針對晚期疾病發展進階照護方針(2)運用資訊預立遺囑(3)有責任與病人家屬及照顧者討論(4)多數國家至今仍無相關法規保障這些人權，應該有所覺知。對於這些人權，醫師的責任是(1)評估病人醫療決策能力(2)提供適當且足夠的資訊(3)消除不一致的，不合理的信念(4)終止錯誤的訊息及莫名的害怕(5)教育病人(6)提供以病人意願為主的照護，非以家屬意願為主。同時應相信病人(1)有權決定自己的醫療照護(2)有權拒絕任何及所有的侵入性醫療(3)有權拒絕受虐(4)也有權拒絕接受安寧療護及症狀控制。

針對醫療倫理，醫學界早已聲明：作為這個行業的醫生必須體認到，由於他們的專業知識，無論病人是否處於疾病弱勢的狀態，醫生有責任改善和維持病人的健康。醫病關係本身就是一種基於醫生和病人相互尊重和合作的夥伴關係。澳洲醫學協會(Australian Medical Association, AMA)為保障病人權益，於2004年訂定醫學倫理準則，依據該協會2006年修訂2004年所訂定之醫學倫理準則如下：

(一) 醫生應該是致力於提供醫療，同理和尊重人的尊嚴和權利。

- (二) 醫生應該堅持職業的標準，說實話，在所有專業的互動，力求以適當的實體反應自己性格、或能力的不足。
- (三) 醫生應該尊重法律，也須認知有責任尋求變化，這些背道而馳的變化對病人而言是最佳的利益。
- (四) 醫生應該尊重患者、同事和其他衛生專業人員的權利，並應在法律的約束下保障病人的隱私。
- (五) 醫生應該從事研究，應用科學知識，保持承諾，並繼續接受醫療教育，提供相關資訊給患者、同事和民眾，及使用其他衛生專業人員提供的資訊。
- (六) 醫生應該提供病人適當的照護，除緊急情況外，可以自由選擇服務對象和環境，提供醫療服務。
- (七) 醫生應該認知自己有責任參加有助於改善社會和改善民眾健康的活動。
- (八) 醫生應該照顧病人，而不是把所有責任推給患者。
- (九) 醫生應該支持病人獲得所有的醫療照顧。

當我們在探討重視病人權利的時候，同時應瞭解醫療專業人員也有他們的權利，例如：個人及專業的道德與倫理、專業的安全、維持個人及其專業服務時間與承諾的平衡、專業人員的社區期望、有權拒絕提供違背道德良知的治療、無權拒絕提供病人基本照護等；雙方的權利都需同時列入考量以取得平衡，如此醫療團隊便能在安全的職場環境下，讓病人的權利獲得最大的保障。對於末期病人的救治，為何醫療專業團隊總是棄而不捨？因為專業人員認為他們有不放棄的權利、有道德義務、放棄等於挫敗、缺乏臨終照護的技術、缺乏臨終照護溝通技巧、不知道要怎麼關心家屬或能為他們做些什麼。

就醫學的觀點，認為一切的醫療行為皆為造福於病人，但一旦發生訴訟，便造成醫師的傷害，導致心灰意冷，因此在醫生的眼裡，往往認為”醫學”與”法律”是為一種敵對的關係。目前醫學碰到的最大問題是，現行各國對於臨終照護的相關法規並無一致性，而且對於臨終病人應該提供何種醫療照護，法規無法給予臨床醫師明確的答案。維持或撤除維生治療，在倫理與法律上並無不同，但在無效治療與安樂死的倫理與法律議題上便不同。從法律的觀點，法律有責尊重病人，尊重病人選擇放棄，堅持病人所拒絕或接受的治療及任何醫療措施，無責任提供病人所拒絕的醫療服務，不管病人這樣的選擇結果是否會造成自己的傷害。但這樣的觀點卻常常讓醫療團隊感到為難，所以在面臨這樣的兩難情境時，醫療團隊堅守的原則為：

- 緩和醫療與症狀控制
 1. 明確的醫療目標
 2. 所有病人有權得到高品質的服務
 3. 相信症狀造成的累積負擔
 4. 維護病人臨終照護的意願與喜好
 5. 病人有權在積極治療期間接受緩和醫療

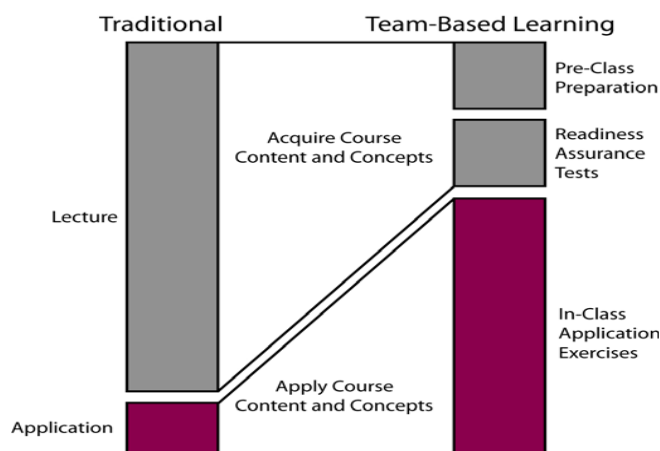
過去病人面臨治療抉擇時，多半是醫師來幫助病人和家屬處理，但現代醫療過程中，往往發生許多醫師、病人、家屬、護士及其他醫療成員等彼此間意見不一致，特別是在臨終治療上，意見參與者越多，發生爭議和衝突的情況也越多，然而這些衝突如果透過事先的”知情同意”及”持續的溝通說明”，便可減少衝突的發生。

主題：IT in Palliative Care

由於網際網路世代的來臨，開啟了知識學習的新格局，網路跨越了

區域與距離的學習限制，致使「e 化學習」成為終身教育的重要管道之一。安寧療護的教育訓練除了傳統教學方式外，也開始採用 e 化管道提供交流及學習的機會。目前 e 化學習常運用「虛擬學習環境(Virtual Learning Environments, VLE)」來進行教學。虛擬學習環境是將教學和管理工具置在同一個系統中，透過網路平台塑造與現實類似的學習環境(包括人、事、物、情境)，運用類似的情境操作以減少實地操作錯誤所造成的損失，因此 VLE 是需要規劃和支持方能有效實施。

另外，網路 VLE 也可以結合面對面教學方式，即稱為混合學習(Blended Learning)，混合式學習最重要的關鍵是不知道哪些課程可以經由 VLE、或面對面、或其他途徑的支援而得到最好學習效果。目前在台灣已有許多大學將臨終照護的醫學教育納入人文科學及社區護理實務課程並採用 e 化混合訓練模式教學；在針對醫護人員的臨終照護的訓練也多半施以團隊工作坊(Team-Based Learning, TBL Workshop) 的培訓方式來取代傳統講座方式，主要目的是想改變學習者受限在講授課程的框架下獲取課程內容和概念的經驗，希望透過團隊概念讓學習者在課程學習過程中不是簡單地獲取知識與技能，運用經驗教材而內化成自己可用的知識與技能(傳統講座與 TBL 培訓方式的差異如圖)。



【圖七 傳統講座與 TBL 培訓方式的差異】

團隊工作坊培訓內容的優點即是著重以工作職場所為基礎的實務訓練，通常醫師正式與非正式的學習便是透過他的職業生涯、工作職場及持續的專業發展的機會學習(Continue Professional Development, CPD)而來的。

我們都知道照護者的服務經驗是提供病人及家屬高品質安寧療護的重要關鍵因素之一，” 案例討論” 與” 反應自我經驗”，這兩者都是提升照護經驗非常有用的方式。台灣安寧療護的推動已有20年之久，過去15年間台灣安寧療護單位快速增加，因此針對醫師、護理人員、健康工作者的訓練計畫也因應而生，其中採用案例討論分享照護經驗，是訓練醫療人員最常使用的方式。

為了快速分享末期病人照護經驗，台灣已執行逾13年的安寧療護視訊會議計畫，這個視訊會議計畫歷經三個階段；第一階段自1997年起，當時僅有3家安寧療護單位加入此計畫，每位安寧療護成員每個月透過電話會議方式，會晤1次，每個單位呈現分享他們照護的案例並討論他們所面臨的照護問題。當時由於使用 ISDN 電話系統，受限於技術上的限制，使得每一區參與案例討論的時間最多僅有10分鐘。第二階段自2008年起，為 Web base 的視訊會議平台計畫，這個階段參與的單位增加至50個安寧療護單位，來自全國各地共有200多名與會，會議每2週舉行1次，每次1小時。第三階段則自2010年起，香港與中國也加入此階段計畫，共同參與案例討論，討論內容包含症狀控制及其他心理靈性問題。

運用視訊方式分享照護經驗是一種有用的安寧療護教學工具，能不受國界限制，未來亞洲地區的國家也能採用此方式進行交流。

主題：The needs of Hospice Care among Family Members of Cancer Inpatients

本研究目的是希望藉由調查，以瞭解在醫院中接受安寧療護服務病人的家屬他們的需求。因此研究對象鎖定2010年在醫院中有接受安寧療護服務病人的家屬，總共調查97位來自南韓四所大學附設醫院的癌症病人家屬，資料收集的測量工具係採用安寧療護重要需求評分量表(以Likert Scale 4分計分)。

本研究使用 SPSS/WIN15.0軟體進行描述性、Chi-square、T-test 及 ANOVA 統計分析，結果顯示：

1. 癌症家屬針對安寧療護需求的得分為3.3分，其中家屬成員認為‘情緒支持’是最重要的需求，其次是”家屬支持”與”靈性支持”；另病人生理症狀控制被滿足的得分最低。
2. 不同的職業、教育水準、家庭關係及涵蓋癌症治療與安寧療護的私人保險等，安寧療護的需求有顯著差異。
3. 家屬認為疼痛是癌症病人最常見的症狀問題(61.9%)。
4. 多數家屬瞭解安寧療護的理念(86.6%)，但接受病人是處在疾病末期的事實僅佔26.8%。
5. 會接受安寧療護服務，主要是來自於醫師(41.2%)與護理人員(36.1%)的建議。

經由研究結果，建議癌症病人接受安寧療護期間需要給予家屬情緒支持及於病人臨終過程提供積極的疼痛控制。此外，未來政府應提升國家健康保險給付的涵蓋範圍及強化民眾的認知，同時應將研究結果落實於實務照護及延續未來的相關研究。

主題：Current Status of Palliative Consultation Teams in Japan : a nation-wide survey

安寧療護是癌症綜合治療很重要的一部分，為了改善日本的安寧療護，政府於2002年在全國各地的許多癌症治療機構推動安寧療護諮詢小組(Palliative Consultation Teams, PCT) 並與予以健保支付，提供癌症治療團隊安寧療護諮詢服務。本研究主要目的是要釐清目前日本在醫院及社區安寧療護小組服務的情形，包括：病人特質、諮詢的理由、使用 PCT 的成員及使用此項服務資源的人數。

此研究於2010年10月採用郵寄問卷方式調查了836個安寧療護機構人員，這些機構含(1)有通過認證的安寧療護單位(2)政府認證的區域癌症醫院(3)隸屬於健保體系下，有通過認證的安寧療護小組的健康照護機構(4)經日本安寧醫學協會認證的教學機構(Japanese Society for Palliative Medicine, JPSM) (5)雇用經日本安寧醫學協會認證合格有文憑或臨時醫療顧問(6)聘用以日本安寧醫學協會或國家癌症中心安寧療護教育為發展基礎之學院的學士。

此研究回收率為70.2%，將近有30%沒有回復，因此研究者又以電話訪問方式進行瞭解，結果顯示30%的機構並不知道他們機構內 PCT 執行的情形，更不知道他們機構內有 PCT。這訊息顯示未來日本政府須強化國家安寧療護的政策發展，以讓這1/3的機構能清楚明白 PCT 存在重要性及其所扮演的角色與服務內容。

參、出國心得

此次參加「第9屆亞太地區安寧療護會議」主要除了為發表「台灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果」文章，提升台灣能見度外，更重要的是要瞭解目前亞太地區國家安寧療護推動的策略、情形及趨勢，並汲取他國經驗與研究成果，針對這次參加 APHC 之心得摘述如下：

一、APHC 是亞太地區最具代表性的安寧療護國際會議

APHC 提供了一個國際平台，讓亞洲國家得以展現國家安寧療護發展的成果，每二年在不同的國家舉辦一次，由 APHN 委員會之委員針對有意願爭取主辦權的安寧療護組織，以投票方式決定。台灣安寧照顧基金會為 APHN 的主要會員之一，曾於2001年主辦過第4屆 APHC，之後相繼於日本、韓國、菲律賓、澳洲，及今年的馬來西亞等國辦理。

這次與會成員不僅有亞太地區的安寧療護推動者與從業人員，也有來自世界安寧緩和醫療聯盟(WPCA)的歐美專家學者。會議中不但與與會的國內臨床實務人員有深度的對談，從對談中進一步瞭解國內安寧療護實務面臨的問題及他們對政府相關政策的期許，有助於後續國內政策改善參考；同時也見識到世界安寧緩和醫療聯盟在全球安寧療護推動扮演著極重要的角色，瞭解到目前亞洲各國安寧療護推動的情形及他們對相關議題探討與研究的熱忱。

此次藉由會議管道，結識 WPCA 的秘書及來自澳洲與馬來西亞檳城等的安寧療護從業人員，透過此橋樑有了互動機會，希冀

未來能有再進行交流的機會。

二、安寧療護守望病人尊嚴---(當代醫療不以治癒疾病掛帥，安寧療護儼然為主流醫療)

醫學是為謀人類之生命福祉而存在，因此醫師必須有智慧判斷什麼醫療才能為病人謀取最大的福祉。由於醫學科技的進步，讓人誤以為醫學是萬能的，殊不知醫療科技也有其極限。安寧療護，除主張以同理、關懷及靈性等柔性照護外，更強調以實證與科學驗證發展相關專業，來達到全人照護、緩解痛苦。因此安寧療護對於末期疾病患者而言，是一大福音，倘若用盡十八般醫療科技，只能讓病人多幾分鐘的呼吸與心跳，卻無法挽救病人生命，反而徒增病人痛苦，最終病人仍難免一死，那麼我們還是要堅持救到底？死亡是生命自然法則，並非醫療的失敗，針對末期疾病患者，醫療界需打破以治癒疾病掛帥的迷思，仔細思考斟酌，如何增進病人生活品質及身心靈的平安，保持人性尊嚴，活出生命意義。

三、利物浦照護路徑（LCP）是照護臨終病人的最佳藍圖

LCP 是一個多專科的臨終照護指引，提供臨床實務人員以實證為基處的照護架構，適用於任一種醫療照護設置。先進國家英國在制定國家癌症臨終照護計畫時，非常強調 LCP 並認為 LCP 是最能落實最佳照護品質的模式。

LCP 之應用除能提升臨終病人照護品質外，還能在降低醫療照護成本下增加健康照顧的需求；其發展雖源自英國，但目前除歐、美國家外，亞洲國家-澳洲也已採用 LCP 照護臨終病人；它可以是一種將善終照護運動移轉到其他臨床領域，使各個場

域的臨終病人都可以得到公平的照顧模式。

過去台灣安寧療護服務多局限於安寧療護(住院與居家)單位，但由於安寧療護單位資源有限，為了拓展服務，政府自94年推動癌症病人安寧共同照護，雖然癌症病人安寧療護利用率提升了，但是照護品質卻尚未標準化。此外，縱使政府推動了安寧共同照護，但優質的臨終照護仍無法涵蓋所有病人，或許我們可思考未來是否發展符合本土文化的台灣臨終照護路徑，供各場域的醫療照護人員使用，促使所有病人能不受安寧療護專業及場域限制，享有一致品質標準的臨終照護服務。

四、正夯的學習管道-安寧知識e點靈

網路世代的來臨，安寧療護的培訓方式開始有別傳統講座方式，針對已有基礎、已有經驗之實務人員，傳統教條式的課程，無法發揮實質的幫助。此外，受限於場地與地域因素，傳統講座方式限制了許多有意願參與之學習者，因此跨越區域與距離限制的「e化學習」已貴為時下風行的潮流。

國內透過台灣安寧照顧協會推行安寧 e 化視訊學習已有13年之久，這段期間為了提供更便利及符合實務需求，國內安寧 e 化學習亦不斷轉型，不僅透過 e 化平台結合「虛擬學習環境(VLE)」，更以團隊工作坊(TBL Workshop)及結合視訊以面對面(混合學習)方式來進行教學，藉由”案例討論”與”反應自我經驗”將他人好的相關經驗與建議內化成自己可用的知識與技能。

此次我國某位專家在會中特別介紹了台灣 e 化安寧療護教育訓練的成功經驗與轉型，對於這個能不受國界限制的教學交流管道，或許在台灣2015年舉辦亞太安寧療護會議時，對於亞洲許多

經濟收入困難而無法前往與會的國家，這種低成本的交流方式便能派上用場，提供這些國家安寧療護推動者學習及交流的機會。

五、普及安寧療護服務，會診諮詢模式是快速有效的方式

安寧療護會診諮詢服務歐美有些國家也有提供這種模式的服務，這次日本在會中以海報發表的研究結果，提及日本政府為了改善日本的安寧療護，近10年在全國各地的許多癌症治療機構推動安寧療護諮詢小組(PCT)，依據一項統計資料顯示，2006年日本有169個安寧療護單位(3,253床)，但癌症病人安寧療護利用率未達10%，因此日本亟欲以 PCT 模式的拓展安寧療護服務範疇。

雖然目前日本尚無最新的統計資料可得知目前的利用率，但依文化相近的我國經驗來看，2000年台灣癌症病人死前安寧護服務利用率僅為7%，但自從政府於94年推動安寧共同照護模式後，瞬間將安寧療護利用率提升至17%，至2010年癌症病人死前安寧護服務利用率已達39%，雖然台灣所推動的安寧共同照護模式與日本的安寧療護諮詢小組名稱有所不同，但兩者所提供的服務內容相似，皆有間接及直接的服務。因此由我國的經驗顯示，以易取易得為出發的會診諮詢服務模式，對於拓展安寧療護服務的涵蓋範圍應是有效的。

六、台灣爭取到2015 第11屆 APHC 主辦權，為一大榮耀

鑒於我國安寧療護之推動已長達20年，距離台灣前一次於2001年所舉辦的 APHC 也已有10年之久，這段期間台灣的安寧療護已有很大的變革，包括：社會大眾對安寧療護的認知與臨終關懷的重視有別以往、臨床安寧共同照護模式的推展，大幅提升台灣安寧療護利用率、安寧療護健保給付擴大至八大非癌末期疾

病、因應世代變遷，修訂安寧緩和醫療條例，以符合實務、重視質化的安寧療護服務、及預立醫療自主計畫的推動...等，顯示出台灣安寧療護的發展已不能同日而語。

因此，台灣安寧照顧基金會認為該是時候再次將台灣安寧療護推動成功的經驗與豐碩的成果，藉由亞太安寧療護會議這個國際平台與亞洲國家分享；故台灣安寧照顧基金會在前往參與此次 APHC 前便商議並籌組2015 APHC 申辦工作小組，同時也尋求政府的支持，取得國民健康局同意擔任指導單位，向 APHN 提出申請2015亞太安寧療護會議主辦權。

雖然這次台灣安寧照顧基金會對2015 APHC 主辦權展現了強烈的企圖心，但是這次與會的我們都認為台灣勝算不大，因為角逐者除了澳洲外，還有新加坡。新加坡不僅挾帶地理位置之便，經濟的奧援更勝台灣，此外，最重要的因素即是 APHN 現任的理事主席 Dr. Cynthia Goh 便是來自新加坡。但最終結果，台灣獲得這群來自不同國家的 APHN 委員過半數以上的認同，取得這不可能的任務「APHC2015在台灣」，這對我們而言，可說是莫大的鼓舞與榮耀。當然，為了迎接「APHC2015在台灣」，接下來台灣所有的安寧療護推動者(產、官、學)必須持續並更緊密的合作。

七、未來台灣應有更多相關人員共襄盛舉參與安寧國際會議

APHC 大會安排的專題研討與研究內容非常的豐富與廣泛，特別是分組與海報的議題，網羅了安寧療護教育訓練、撤除與維生之倫理與法律、希望與意義、疼痛控制、中低收入國家安寧療護的發展、臨終照護品質及關於臨床實務應用部分等議題之相關研究成果。雖然大會已事先將議題加以歸類，便於與會者選擇參

與，但限於一個時段只能參與一個議題，且觀賞研究成果之海報展示的時間也有限，因此就只僅能選擇較感興趣或是與業務直接相關的重要議題來參加。

未來如有相關國際會議參與的機會，希望國內能有更多專業伙伴或衛生署所屬單位相關安寧療護承辦業務的同仁參加，以便廣泛的參與及擷取不同議題的研究或推動成果，並進行分享。

肆、建議事項

台灣推動癌症病人安寧療護長達16年之久，但安寧療護理念尚未全面普及，依最新資料顯示2009年台灣癌症病人死前安寧療護利用率為39%，相較於亞太地區，其涵蓋率仍低於新加坡及澳洲，如欲與各國並駕齊驅，後續發展策略之建議如下：

(一) 持續與民間團體合作辦理安寧療護/臨終關懷理念宣導

1. 民間團體為安寧療護推動之基石，政府應與相關民間團體維持良好合作關係，宣揚安寧療護理念，並引發社會大眾對此議題感興趣，願意看、願意聽、願意說。
2. 現代醫療強調”知情同意”病人自主權須受到完全的尊重，為守護病人尊嚴，歐美國家已紛紛推動「預立醫療自主計畫(Advance Care Planning, ACP)」，近2年衛生署也開始補助安寧相關民間團體推動預立醫療自主計畫，後續應持續與民間團體合作推動尊重病人自主權利。

(二) 繼續教育以強化專業人員安寧療護/臨終關懷/病情告知與溝通的專業知能

1. 持續針對非安寧的癌症專業醫師辦理以工作坊安寧療護、醫學倫理、病情告知、溝通技巧等課程。
2. 辦理安寧療護的專業人員之教續教育，強調以深化實務技能為主的深度課程。

(三) 持續推動癌症病人安寧共同照護服務，以提升癌症病人安寧療護利用率

伍、成果照片：

