

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：國際會議)

參加「第 12 屆亞洲及太平洋區安寧療護 會議」及參訪新加坡健康促進局與新加 坡大學

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：王英偉 署長

徐翠霞 薦任技正

馮馨瑩 專業助理

派赴國家：新加坡

出國期間：106 年 7 月 25 日至 7 月 30 日

報告日期：106 年 9 月 25 日

經費由國民健康署菸品健康福利捐支應

關鍵詞：

關懷城市/社區(Compassionate City/ Community)、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)、社區緩和療護服務(Community Palliative care Service)、緩和療護政策(Policy on Palliative care)、溝通 (Communication)、悲傷與喪親(Grief & Bereavement)、疼痛與症狀管理(Pain and Symptom Management)、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)、健康促進(Health Promotion)、健康促進學校(Health Promoting School)、健康促進職場(Health Promoting Workplace)

內容摘要：

亞洲及太平洋區安寧療護會議 (Asia Pacific Hospice Conference, APHC) 源自於 1995 年新加坡所舉辦之國際性安寧療護會議，因體認到國際性會議對安寧緩和醫療前瞻性發展的重要性，遂於 1996 年首度針對亞太地區舉辦安寧療護國際性會議，並奠定每二年由亞洲及太平洋區各國輪流舉辦的基礎。此次第 12 屆亞洲及太平洋區安寧療護會議(12th Asia Pacific Hospice Conference 2017)於 106 年 7 月 26 日至 7 月 29 日假新加坡 SUNTEC 會議展示中心舉辦，會議主題為「Greater Than the Sum of Its Parts」，計有來自 30 多個國家逾 1,600 人參與，臺灣約 200 人與會，為主辦國以外與會人數最多的國家。會中除邀集 80 多位來自不同地區的專家學者分享安寧緩和醫療推動經驗外，並進一步從非傳染性疾病之社區關懷的角度，探討建構關懷城市/社區 (Compassionate Cities / communities) 與協助民眾正視死亡議題的重要性。

此次會議國民健康署王署長英偉率兩位同仁參加，參加會議的目的，除了因王署長受邀於會中擔任某場次的主持人及演講「台灣民眾死亡概念的推廣(Changing Public Attitudes Towards Death and Dying)」及「台灣安寧緩和醫療推動經驗(Hospice and Palliative Care in Taiwan)」議題，分享我國為尊重生命，透過多元管道，行銷死亡概念及營造相關議題討論，以協助民眾正視死亡；以及我國在面對人口老化社會推動安寧緩和醫療之相關政策與實務成果外，亦率同仁於會中以海報方式發表「The effect of accreditation and pay for performance program in utilization of palliative care among cancer patients in Taiwan」文章，以提升台灣於國際間的能見度。至於其他與會國家，在會中也透過演說及海報展示的形式分享了他們於推動安寧緩和醫療的相關經驗，而新加坡更分享了新國如何藉由推動「死都要講」(Die Die Must Say)的運動，倡議民眾重視生命關懷，並鼓勵民眾以豁達態度，認真思考和談論死亡的經驗，值得參考。

另，會議期間更善用時間於 7 月 27 日與台灣健康促進醫院 3 位專家(花蓮慈濟醫院謝至鏗醫師、大林慈濟醫院陳采汎醫師及北市聯合醫院施至遠醫師)參訪新加坡大學(Saw Swee Hock School of Public Health, NUS)，該校辦理新加坡全職場安全及健康促進(Total Workplace Safety and Health, TWSH)，並具職場健康促進設施及環境，學習到新加坡大學如何與人力部合作推動職場健康促進；及於 7 月 28 日邀請立法委員邱泰源一同參訪新加坡健康促進局(Health Promotion Board)，該局推動健康促進學校，並設有 School Dental Centre、Student Health Centre 及 Health Zone，藉此瞭解新加坡推動健康促進學校，運用繽紛色彩圖案營造友善健康促進環境，以及創意性的互動式設計，如：衛教宣導教材、模型與遊戲等，經由實際操作，讓參觀者快速了解及加深對健康促進內容的認知，不僅如此也分享台灣推動健康促進學校及職場之成果，也進一步邀請這兩部門後續來臺參加健康促進相關活動，以強化彼此間健康促進的交流與經驗學習。

內容目錄

壹、出國目的	5
一、參加「第12屆亞洲及太平洋區安寧療護會議」	5
二、健康促進單位參訪	5
貳、行程表	6
參、內容簡介	7
一、會議過程	7
二、會議的議題內容	7
1.主題：Compassionate Cities	7
2.主題：The Economics of Palliative Care in the Asia Pacific	14
3. 主題：Integrating the Needs of the Older Person at the End of Life.....	16
4.主題：Centre for Medical Psychology & Evidence-based Decision-Making.....	17
5.主題：Greater than the sum of its parts: relevance to modern palliative care for the next 50 years	20
6.主題：All Aboard! Engaging Bystanders to Broaden the Network of Care.....	22
7.主題：Visionary Leadership and Strategy	24
三、參訪	34
(一) 新加坡健康促進學校-新加坡國立大學公共衛生學院	34
(二) 新加坡健康促進局	37
肆、心得與建議	40
伍、附件	42

壹、出國目的

一、參加「第12屆亞洲及太平洋區安寧療護會議」

- (一) 王署長受邀於會中擔任「Visionary Leadership and Strategy」場次的主持人。
- (二) 王署長受邀演講「台灣民眾死亡概念的推廣(Changing Public Attitudes Towards Death and Dying)」及「台灣安寧緩和醫療推動經驗(Hospice and Palliative Care in Taiwan)」議題，分享我國協助民眾正視死亡議題及推動安寧緩和醫療的策略作法。
- (三) 以海報方式發表「The Effect of Accreditation and Pay for Performance Program in Utilization of Palliative Care among Cancer Patients in Taiwan」。
- (四) 因應國際交流及與世界接軌之需要，提升我國安寧療護於國際舞台的能見度。
- (五) 學習及擷取他國相關推動經驗及研究成果，作為日後強化國內安寧緩和醫療照護之實證基礎。

二、健康促進單位參訪

- (一) 參訪新加坡健康促進學校(Saw Swee Hock School of Public Health, NUS)，觀摩及瞭解職場推動健康促進情形，以利未來我國推動教職員健康促進策之參考。
- (二) 參訪新加坡健康促進局(Health Promotion Board)，透過實質的交流，深入瞭解新加坡健康促進推動策略與實務作法，以做為我國健康促進業務推動參考。

貳、行程表

出國期間：106年7月25日-7月30日

日期	行程
7月25日	啟程至新加坡
7月26日	1. 2017 APHC_會前研討會 2. 「亞太區域安寧新知」演講
7月27日	1. 2017 APHC_「Concurrent Session: Visionary Leadership and Strategy」擔任主持人 2. 參訪新加坡大學(Saw Swee Hock School of Public Health, NUS)
7月28日	1. 2017 APHC_「Special Session at the Asia Pacific」演講 2. 參訪新加坡健康促進局(Health Promotion Board)
7月29日	出席 2017 APHC
7月30日	啟程返台

參、內容簡介

一、會議過程

「第 12 屆亞洲及太平洋區安寧療護會議 (The 12th APHC)」，於 106 年 7 月 26 日至 106 年 7 月 29 日為期 4 天，計有逾 1600 位來自亞太地區 30 多個國家的專家、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 200 人，為主辦國以外與會人數最多的國家。此次會議邀集了 80 多位來自不同地區的專家學者分享安寧緩和醫療推動經驗外，大會特別邀請了英國 Bradford 大學醫療公共衛生社會學家 Allan Kellehear 教授，從非傳染性疾病之社區關懷的角度，探討建構關懷城市/社區 (Compassionate Cities / communities) 與協助民眾正視死亡議題的重要性。

此會議進行方式分成：會前工作坊、歡迎大會、開幕式、研習、專題演講、海報展示及閉幕式等。其中 7 月 26 日「會前工作坊」(Workshop) 共 5 場，主要為針對安寧緩和照護人員所舉辦的實務課程，包括：老人、兒童、建構關懷城市、建構以實證為基礎的照護、亞太地區安寧緩和照護新展望。至於 7 月 27 日至 29 日為大會研習及專題演講，重點主題包括：亞太緩和照護之永續-經濟學、營造關懷社區、整合老人臨終照護、臨終照護議題的溝通、安寧緩和協力合作的效應、強化安寧緩和照護網絡等；其類型含括：第一類型全體會議 (Plenary) 共 10 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 21 場；第三類型口頭發表 (Oral Presentation) 共 3 場及第四類型海報展示共計 566 篇等；台灣受邀演講及獲選海報展示之研究成果佔 1/3，本署以海報展示發表「The Effect of Accreditation and Pay for Performance Program in Utilization of Palliative Care among Cancer Patients in Taiwan」(如附件)。

二、會議的議題內容

1. 主題：Compassionate Cities:

From Healthcare to Civic care 及 A Public Health Approach to

Palliative Care - Creating Compassionate Community

大會分別在 7 月 26 日的會前工作坊及 7 月 27 日 Plenary 會議皆安排了關懷城市/社區議題。7 月 26 日的會前工作坊開始係由新加坡 Tan Tock Seng 醫院資深社工師 Dr. Ivan Woo (Tan Tock Seng Hospital, TTSH) 先以自身經驗，簡介新加坡需要打造關懷社會的原因，不僅是為了死亡與人口老化因素，而是還有對當前新加坡社會的反思；之後由來自英國布拉德福德(Bradford)大學醫療公共衛生社會學家 Allan Kellehear 教授介紹關懷城市的概念與實務的應用；最後再由 Dr. Ivan Woo 邀請 Dr. Allan，以及新加坡之社區發展委員會 Ms. Denise Phua 會長、衛生福利部發展中心 Ms. Teoh Zsin Woon 副秘書長、健促進學校政策研究機構 Dr. Gillian Koh 副執行長、Joseph's 居家護理所執行長 Geraldine Tan 修女等社會賢達們，共同分享推動關懷社區的經驗。

(1) Dr. Ivan Woo 簡介此次會議探討關懷城市的目的

Dr. Woo 表示新加坡是重視效率的國家，存在「怕輸」與「崇尚菁英」的競爭性社會，人與人之間沒有因為地理上的緊密而變得更親近。鄰避效應(Not In My Back Yard ; NIMBY)使得大部分的人對於社區事務還是抱持著自掃門前雪的心態，雖然社區中包含有積極性的地方組織、宗教人士、社會福利機構、商業團體、學生社團等，這些可以涵蓋社區許多面向的照護，但卻鮮少付出行動。所以要改變社區民眾的想法，促成「我是社區一份子」的責任心態，以捷運讓座為例，許多新加坡人會主動讓座給孕婦、照顧者與被照顧者，友善、共享的行為是會逐漸感染他人、擴散範圍，讓更多人願意協助，社會媒體也有推波助瀾的效果，但需出於自願才能成功，讓社會能邁向合理與老有所終的理想。

新加坡的社區機能充足，但不夠關懷，主要是因為：(1)過度依賴法律與商業去解決問題，鮮少關注到社會既有資源的投入(2)「任人唯才」的意識形態，阻斷了透過交流而學習到彼此不同的「專業」。

Dr. Woo 另以印度例子說明關懷社會帶來的好處。去年他受邀請而前往 Bangalore

參訪，看見居民與機構合作無間，有著高度信任感與默契。在地的資源不多，資金挹注也不穩定，醫院機能沒有效率，但他們的服務系統源自於人群需求而非資源的有無，因此，健康照護系統在嚴峻的狀況下仍可運作，充分以自發力量形塑出關懷社會該有的樣態，相對於資源豐厚卻不夠溫暖的新加坡社會，是個很好的參考範例。

(2) Allan Kellehear 介紹健康城市理論基礎、政策性與社會特徵與關懷城市的關係：從健康照護到市民照護；以及如何從公共衛生中落實臨終關懷

關懷城市與關懷社區的緣起與對抗社會不平等的運動有關，Kellehear 教授表示推廣關懷城市與社區已有 20 餘年，20 年前他試圖在自己的國家澳洲推廣但未得到政府的支持，因此僅在一些認同他理念的地區推廣(如昆士蘭)，澳洲失敗的經驗讓他理解到區域的差異。之後移居加拿大，加拿大政府卻高度重視關懷城市的建構，目前加拿大已有四個大城市與數百個社區推動關懷城市。Kellehear 教授表示他發覺亞洲也很有發展的潛力，縱使華人或日本社會，死亡是禁忌的話題，但還是會談論死亡、瀕死及失落，只是用字、談的對象，會因情境而有所差異。

Kellehear 教授認為關懷城市/社區之所以重要可以從「安寧緩和照護的有限性」、「WHO 傳統公共衛生的有限性」及「現狀考量」三方面來討論：

◇ 安寧緩和照護的有限性

安寧緩和照護是健康服務體系的一部分，然而傳統醫療體系中並無法事先預防哀傷，而關懷城市能事先且持續處理喪親之痛的問題。由於安寧緩和照護尚未普及全球，所以建構臨終關懷的目的是希望給予面臨各種死因的人，即使在沒有進到安寧緩和照護機構也能經由社區或家人得到專門照護。現行臨終關懷或緩和照護的做法仍以制度化的專家為取向，推廣社區心靈層面的緩和照護，並不是要把醫院與社區脫鉤，將此視為緩和照護的起點。

◇ WHO 公共衛生的有限性

臨終關懷運動是要做大家能負擔的事，這些事包括：死亡、瀕死、失落與照顧(Death, Dying, Loss and Care；DDLC)。過去傳統的公共衛生是以醫療救援為最重要的任務，把死亡視為醫療的終點，然而公共衛生本身的有限性應該被思考，生命狀態難以用幾個健康條件就能一概而論，人的生理狀態是變動的，健康情形亦然，死亡與喪失感所帶出來的相關議題需要練習，才能讓悲傷減緩並大方的談論它。關懷城市/社區其實與公共衛生一樣，是用熱情在做健康促進的事，需敞開心胸去了解民眾需求，並將臨終關懷與安寧緩和照護在地化，與當地民眾協力合作，並與他們發展健康服務的夥伴關係及組織行動。

◇ 現狀考量

或許我們對死亡束手無策，但仍可在那之前，對照護者給予肯定並整理好離別的心情。世界各國對於醫療照顧的預算趨於平緩，甚至衰退，從經濟現狀來看，許多醫療服務，包括緩和照護都將受到限制，我們應該鼓勵健康的事務或活動，話題不再只是圍繞在疾病與不適，將注意力轉移到整體社區的發展。關懷城市/社區也是從這樣的角度去處理死亡，所以推動社區關懷照護，公共衛生知識理論很重要，包括：公眾教育、社區發展、健康促進、社區參與社會生態學等方法的結合才能予以進行。

健康城市與關懷城市之核心概念的差異在於健康城市為健康是積極性、整體性及平等性，所以縱然身體有所缺陷，也都該享有健康。但這樣並不夠全面，健康不只是服務，而是一種參與；針對傷患、酒癮人士、求職者等社會政策的議題，關懷才是這社會對於健康的倫理基礎（ethical imperative）；關懷城市/社區的政策使命就是：

- (1) 將「關懷」視為倫理基礎並分擔照護責任，人人都需參與其中，不然關懷社會就無法運作。
- (2) 即使是在疾病、殘疾、死亡或失落的狀態下，積極關懷的態度仍無所不在。

- (3) 重視全人生態觀，分享與分擔麻煩，充分認識並善用自己所屬的社會生活中的任何一個空間或狀態（如：學校、社團、商店等），無論個人面臨任何改變，這些地方都能讓個人健康的活動無需任何顧慮。
- (4) 關注關失落感的普遍性，喪失社會身分、喪失國家、喪失能力、喪失工作、喪失夢想等，這些所帶來的哀慟不亞於喪親之痛。

推動關懷城市/社區需將社區視為照護的對象、有志工來源、籌募資金及營造公眾意識等配套措施，並將社區視為真正的合作夥伴，將從直接服務、臨床的面對面、床邊的照護、急性的照護或制度的方法轉向建構社區能力、行銷健康與福祉及發展夥伴關係；特徵包括：

- (1) 將關懷視為當地健康政策的倫理基礎
- (2) 滿足老年人，生命危及生命者和失落者的特殊需要
- (3) 重視多元文化，納入少數族群的願景
- (4) 與地方政府協力合作致力於死亡與瀕死之關懷
- (5) 為居民提供各式各樣的支持經驗，互動和交流
- (6) 促進和鼓勵個別及不同社區失落經驗的分享，增加理解及同理
- (7) 提供易獲得的悲傷和緩和照護服務
- (8) 辨識經濟和族群弱勢
- (9) 保護和促進社區傳統信仰和故事講述人：透過信仰與社區故事的傳遞方式對人性關懷的影響力強。

關懷城市/社區的行動綱領是運用社會生態的方法來引導公眾參與，確保系統性的涵蓋整個社區範圍，是指導社會行動的主要原則，在各種場域、地點及管道被落實，如：學校、職場、工商團體，信仰活動、藝文活動等；相關推動策略包括：（1）由下而上的社區發展（2）透過公眾教育（如：故事比賽、會議論壇、表演、展覽、節慶活動、電

影欣賞等各種形式及各類型活動的倡議)串聯整個社區對此的重視(3)由上而下的社區改造(如: 拆除危險的障礙設置、設置友善座椅等); 必須從這三種不同向度齊心並進才行。Kellehear 教授會中分享澳洲墨爾本 Geelong 郊區針對居民過度飲酒所做的社區改造行動案例, 該地區係透過與地方政府、服務機關、健康部門及貿易商會的合作, 將 Geelong 分幾區域來執行, 作法包括: (1) 給警方酗酒名冊, 讓這些人不再有酗酒行為 (2) 在巴士與酒吧放置食物 (3) 禁止酒吧狂歡時段 (4) 改變酒吧與俱樂部的音樂曲風 (5) 改變酒吧及俱樂部的設置, 如: 移除桌椅。在短短六個月的時間就見到效果, 減少了三分之二的公共設施損毀, 以及民眾受傷案件, 這就是為了達到特定目的而去設計社會關係中的物理情境。此外, 社區發展的樣貌可依循社區成員自由發展外, 也需制度面(政府單位)的支持投入, 以確保整個系統能完善運作。

推動關懷城市/社區的行動其實可能會面臨著(1)病人與公民的身份(2)健康服務與社會資本(3)家庭與社區(3)緩和醫療的整體性與公共衛生的整體體性(4)專業與社區能力的建構等之間的衝突與矛盾。因此要在社區中拓展緩和照護, 首先先打破以疾病為視野的臨終關懷照護, 老人、疾病和福祉、家人和照顧者、學校、職場、休閒場所、團體和護理之家等都是關懷服務的對象和場域, 換言之關懷行動無所不在; 而且還需強化預防、減少危害、健康和死亡教育、參與式關係、社區發展、發展服務夥伴關係、強調生態/設置、永續發展等的概念及實務; 為了實踐關懷城市/社區, 更須從下述著手:

- (1) 死亡教育與全民識能
- (2) 關懷社區內、外的發展
- (3) 服務夥伴關係(促進了解平等)
- (4) 賦予志願者權力和多元化(重新定位和賦權)
- (5) 從床邊到公共衛生(學習做好這兩部份)
- (6) 公共衛生工作者的興起(結交新夥伴)
- (7) 從鄰里到公民參與

(8) 非制約化的領導模式

雖然目前全球已有多處國家在推動關懷社區或城市的運動，包括：英國、愛爾蘭、奧地利、德國、瑞士、瑞典、加拿大、西班牙及澳洲等；期中英國 Bradford 還特別發展了一個工具包(Toolkit)，以利關懷社區或城市的推動；不僅如此，後續接踵而來的效應還包括：健康服務評估、經費申請、地區試辦、文章投稿、從事相關研究的研究人員及政策倡議等都不斷地擴增中。不過關懷社區或城市的品質確保、所面臨挑戰的評價、共同創造和規劃的挑戰、數位化課程及知識的實踐、斷絕對傳統服務的依賴等都是未來的重要工作。

(3) 社會賢達們的對話

社區發展委員會 Ms.Denise Phua 會長表示打造關懷城市，各方興趣、投入強度、行動方向與資源限制都需審慎考慮；沒人知道關懷城市的全貌，但透過不斷地對話與行動，整體的願景會愈趨完整。從自己的經驗出發，她提出建議 3A 方案：

- (1) 建立理解與共識 (Awareness)：尊重及理解基層的想法與正在做的事情，唯有理解彼此，知識才會轉化成中性的理念。
- (2) 建立歸屬 (Affiliation)：價值是來自社區與家庭無私地投入，建立中性的集體知識特別重要、加強人們的參與、積極性的宣傳、訴說這故事和進步的成果，才能延續社區力量與凝聚力。
- (3) 起身行動 (Action)：投身其中本身，賦予社區居民思考彼此、傳達關懷的勇氣，讓服務能量擴展到更多志願者及需照護者。

衛生福利部發展中心 Ms.Teoh Zsin Woon 副秘書長也表示「沒有人該孤獨終老」，建立關懷城市需要集結有熱情投入照護工作的人並設定議題，讓民眾有侃侃而談的主題，反思自己能對社區內的臨終照顧貢獻些什麼，用「自己的語言」來討論。Joseph's

居家護理所執行長 **Geraldine Tan** 修女分享聖若瑟之家的經驗表示，聖若瑟之家有兩個重要資產：一個是空間設備、一個是專業團隊；臨終服務不是臨時性的存在，而是社會的長期現象，所以將空間弄得舒適宜人，讓各種需求人士感到愉悅。健促進學校政策研究機構 **Dr. Gillian Koh** 副執行長表示讓告別走得漂亮是人生重要的考量，她提出討論臨終要「讓所有人知道、早規劃、早準備」，讓自己在生命盡頭還有主權，不只需要專業人士協助，還需聯合社會一起完成，規劃過程思考設立臨終友善的社會生態。**Kellehear** 教授針對前述的分享回應，關懷城市的行動綱領(憲章)及生態學路徑，這兩者講的是政策與制度面的建構，不單純只想著對人友善是就能行遍全世界。社區發展的時候，大家總是會以自己群體的最大利益來努力，但總是會遇到反對聲浪，所以需要政策制定，讓大家都在規範下共同行動。

2. 主題：The Economics of Palliative Care in the Asia Pacific

- A Matter of Sustainability

在資源有限的條件下，任何措施的介入，如服務、方案、或政策等都需要審慎評估其效益、可否負擔、能否永續、是否符合成本效益等問題。由於慢性疾病對生命威脅的負擔日益增加，社會對於安寧緩和照護的需求也快速成長，全球各地都想發展新的照顧模式，如在地終老。但何種介入符合成本效益？是否適合各種不同群體？這需從全面性來看，包含：其他健康層面、社會照護、還有照顧者的成本等。通常政策決策者，在推動新的政策需要經濟學家解決幾個問題：（一）整體成本是什麼、那些成本該如何分配（二）介入措施的成本為何，是否較其他替代方案便宜（三）介入措施的成本和它所創造價值比較起來是否值得（四）經濟誘因是否改變醫療的行為模式等。為了釐清前述問題，經濟學家常利用增量成本效益比（the Incremental Cost-Effectiveness Ratio；ICER）來計算新的方案預期達到一定成果之增加成本，公式如下：

$$ICER = \frac{C_2 - C_1}{E_2 - E_1}$$

一般利用效益與成本畫成四個象限如圖一；新、舊成效分別位於右、左側，而成本高、低則是以上、下來分。醫院最不希望結果發生在左上角（第二象限），表示施行了昂貴的介入措施卻未改善病患狀況，是無效且浪費資源的做法；相反的右下角（第四象限）則是最理想的狀態，不昂貴又有效的介入措施。左下角（第三象限）屬於較棘手的狀況，因措施不太有效但也不昂貴，這樣不具成本效益的方案，通常在醫院決策群的反應是五五波，而最常發生的事情會是右上角（第一象限），有效的介入措施但成本很高，所以決策者很難下定論。

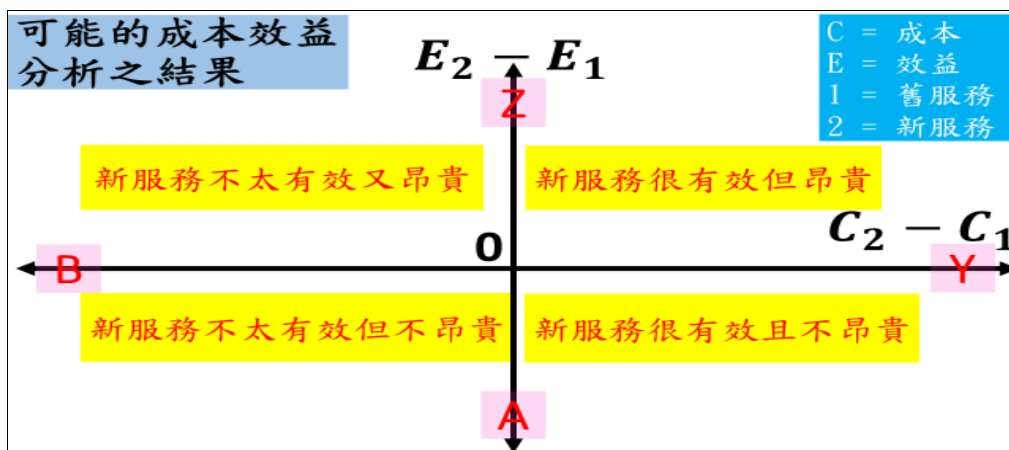


圖 1-效益與成本畫四象限

在健康醫療照護的眾多指標中，另一個最常被使用的是 QALY（生活品質調整後之生命年數），用以評估癌症患者對於接受治療與否的一個判斷基準，這指標不僅會兼顧質與量、病症的差異與特殊性考量，還會納入，如社會體系運作、護理系統、公共醫療，及社區資源等如何支持到患者的需要，還有整體社會發展的趨勢。

安寧緩和照護成本效益的研究並不多，雖有越來越多的安寧緩和照護經濟學的研究，但存在的困境是沒有成本的數據，所以只能以狹隘的方式去定義成本，但這些成果並無法做跨國比較，所以呼籲更多經濟學者加入這議題的探討。

3. 主題：Integrating the Needs of the Older Person at the End of Life

- Whose Responsibility Is It?。

2015 年全球約有 4680 萬的人患有失智症，到 2050 年時預估患者將達 1 億 3150 萬人。透過馬斯洛的人類需求模型（Maslow Pyramid of Needs），可以知道大致上人的需求有三個層次：基本需求（生理及安全）、心理需求（愛與被愛、與自信／成就／聲望等）、與自我實現需求（發揮潛力及創造力），如圖二。對於失智症患者，也想被看作常人對待。從第一層需求，許多失智症患者因口渴感低、失禁、失語症會有嚴重脫水問題；從安全方面，因失智症嚴重程度不同，安全議題有所差異；若狀況輕微，需小心生活起居的安全（受傷、走失、醫囑、開車等），到了中度或重度程度，就需精神治療並配合制度性的限制。第二層心理需求是自尊心，老人照顧的首要目標就是要承認它們很脆弱，但仍要維持、保護並加強它們的尊嚴。機構人員透過活動或工作後的感激，能建立失智者尊嚴（dignity）—自覺有身為人的價值、同時也被它人認可。另外預立醫囑（Advanced Directives）也是強化病人尊嚴的照護工具，但可惜的是，鮮少被重視。終極自我實現需求，主要是創造力與自發性的表現，因此建議失智症應早期診斷，讓患者盡早接受並且開始規劃與管理疾病對生活所將帶來的影響。

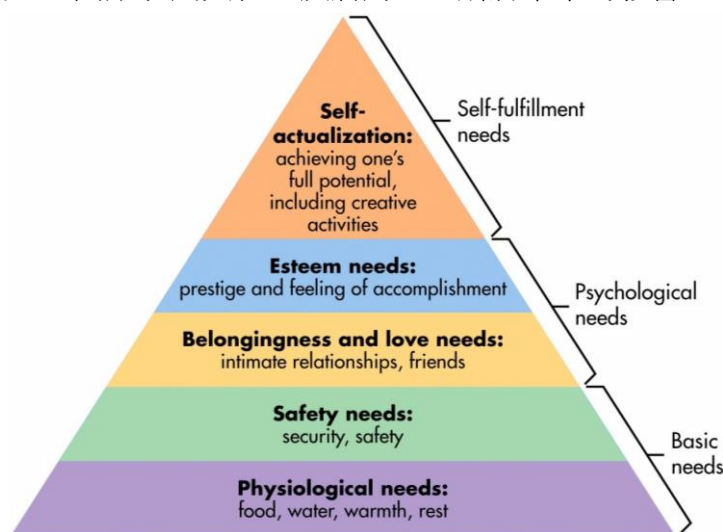


圖 2-馬斯洛的人類需求模型

對於末期失智患者的醫療照護與規劃，有三個任務：延長壽命、維持身體機能、還有舒適感最大化，如圖 3。優先順序會因病情而有所調整：輕度患者著重在壽命的延長及維持身體機能；中重度患者則減緩不適是首要目標。失智症患者不一定適合住院，因為許多時候很多身體機能會隨著入住安養院而消失，健康狀態反而更惡化。此外，即使是無行為能力的患者，都有權拒絕任何侵入性醫療的權利，所以就算照護者無法接受，也應以病人的意願為主。

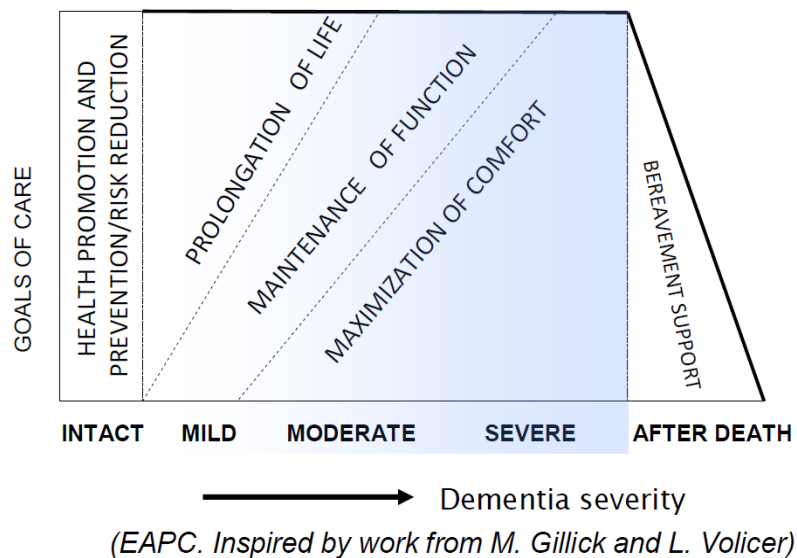


圖 3-失智症進程與照護建議的目標

4.主題：Centre for Medical Psychology & Evidence-based

Decision-Making (CeMPED)

對醫護人員而言，討論末期病人的未來並不容易，若能病患事先知道自己的病況，便能面對身體的病痛，調整好討論的心態，若能得到親友或宗教的支持，就能事先進行後事的準備。

討論預後是非常有挑戰性的事情，須力求不會讓病人失志，日本一項研究指出，106位癌症末期患者在治療前一週才被告知療程，其中 63%的病患表示想知道自己的剩餘

壽命以作準備；澳洲一項調查顯示，59%的癌症患者在被診斷時，想要知道自己的預後。實際上，許多病人都是自己主動提問時才被告知。給予病患希望也是醫療人員的責任，以輕鬆的方式鼓勵並回答病人問題，帶給病人正向支持。對於臨終病情的溝通，患者意願是最重要，醫療團隊要給足夠訊息，對未來不確定的事件做預測與討論。

Kiely 與 Stockler 研究提到有意義的傳遞預後資訊最好的方式是給予存活率數據，包括：最佳、最糟與一般的存活率皆須提供。從圖四存活率百分位分布情形；位於第 90 個百分位是最糟的情況，最佳情況是在第 10 個百分位。如果測量 100 位情況相似的病人，若存活率的中位數落在 3-12 個月，那最糟糕的情形可能是 6 週後去世，最佳的情形則是存活超過 18 個月。這樣的預後訊息，囊括最好、最壞、及最一般的情形對病人很有幫助。

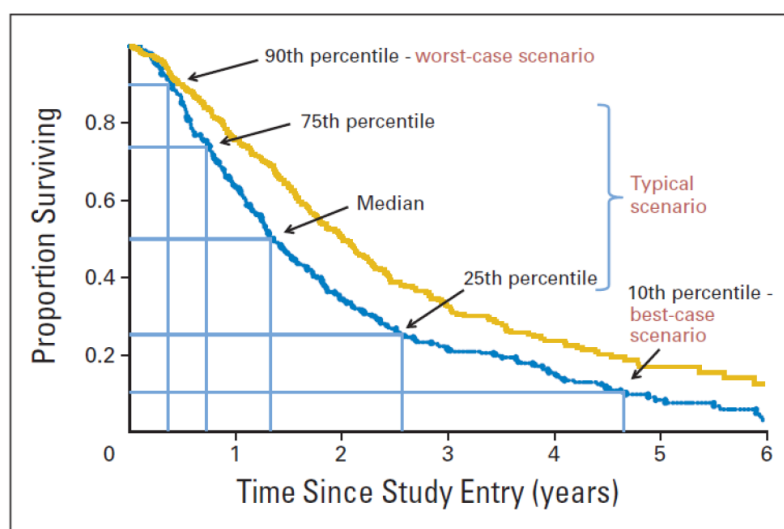


圖 4-存活率曲線圖

許多國家的預立醫療自主計畫 (Advanced Care Planning) 政策目的是要確保臨終病人能接受到此項服務。評估預立醫療自主計畫之推動，要注意是否因此讓更多人出院及離開重症病房；此外，醫病關係也很重要，因為預立醫療自主計畫可能造成病人恐懼與害怕；另病人家屬的想法也需被理解，否則很難討論自主計畫的細節；醫護人員若能獲得病人的信賴，與病患討論預立醫療自主計畫就容易許多。溝通最是重要，因此澳洲

Sydney 大學 Clayton 教授發展了指引，目前很多安寧緩和照護的專業機構都在參考；此外還設計了一個如何與患者交談預後的溝通培訓課程 **PREPARE**

Prepare for the discussion	為討論做準備
Relate to the person	與病人聯絡
Elicit patient and caregiver preferences	了解病人與照護者的偏好
Provide information	提供資訊
Acknowledge emotions and concerns	認可病人的情緒與擔憂
Realistic hope (foster)	給予現實的希望
Encourage questions	鼓勵發問
Document	資料紀錄

要讓醫病溝通過程更加順暢的措施，包括:(1)給病人更多權力去主導對話與介入措施(2)討論過程的錄音資訊，病人若分享給家人聽，也有助於促進患者、家人、醫護人員的溝通(3)在家庭會議中讓大家理解照護者的需求與價值 (VAULE)，協助照護者在陪伴病患的過程中能較輕鬆度過，分擔其擔憂並鼓勵提問，促進照顧者的社會心理健康。

Value and appreciate what family members said	珍視並感激家人的發言
Acknowledge family members' emotions	承認到家人的情緒
Listen	傾聽
Understand who the patient was as a person	理解到病人也是人

對於提專業人員的溝通技巧，促進討論臨終照護的對話品質，並給予病人及家屬支持，從而改變醫病雙方的行為，這些未來仍需繼續努力。對於臨終溝通的議題，目前國際上的共識中，有以下幾個面向尚待深耕：（1）溝通品質的評量方式（2）溝通機制：臨床專業人員及病人都該坦承並有慈悲心（3）強化重大疾病的溝通品質，而非表單填寫（4）教學並宣傳溝通技巧（5）改變臨床醫師溝通方式。

5.主題：Greater than the sum of its parts: relevance to modern palliative care for the next 50 years

亞太地區地緩和照護服務自九十年代發展至今，特別是對於在緩和照護服務不普遍的地區，身為緩和照護發展的先驅者，要建立專業訓練制度、籌措資源和資金，以及獲得負擔得起的疼痛藥物，這旅程一直是寂寞而艱鉅。Cicely Saunders 在 1967 年於聖克里斯多福推動臨終關懷的願景便包括了整併各部分整合的概念，包括了心靈和身體的全人整合、整體痛、整體呼吸、多科團隊整合、願景和落實的整合、個人衛生和公共衛生措施的整合、教育、臨床和研究的整合、整合現行的照護服務、各階段及不同地方照護的延續、多重疾病照護、多重聲音(含國內和國際上的工作者)等各部分的整合，才能使安寧緩和照護的整體落實大於各部分的總和。

自 1967 年以來，在這 50 年間全球疾病發生了很大變化，過去傳染性疾病為主逐漸轉變為以慢性病為主。由於慢性疾病延續性的治療，延長了存活期，如癡呆症疾病，迫切需要更好的照顧及生活品質，但同時也因此導致痛苦需要被緩解的時期變得更為冗長。以英國為例，健康照護幾乎集中在慢性疾病的照護，有 20%的醫療資源是耗用於個案死前一年的醫療照護，其中超過 80%的患者是死於疾病惡化，預計到了 2040 年每年將有超過 25%的患者是死於 85 歲以上，且疾病症狀極為複雜的人將超過 42%。然而這樣

的結果可能促使醫療照護資源日益受到限制、助長單一專業，而不是全面發展、目前策略可能無法達成改善多重照護問題的目標、集中單一疾病的照護。為了因應這樣的挑戰，Cicely Saunders 研究機構的宗旨是在成為一個卓越的研究中心，使倫理和健康議題的研究能夠快速地投入照顧實務中，改善安寧緩和照護，使人們獲得更好的生活，有尊嚴和減少痛苦。該中心的使命是希冀透過整合以開創最好的緩和照護：

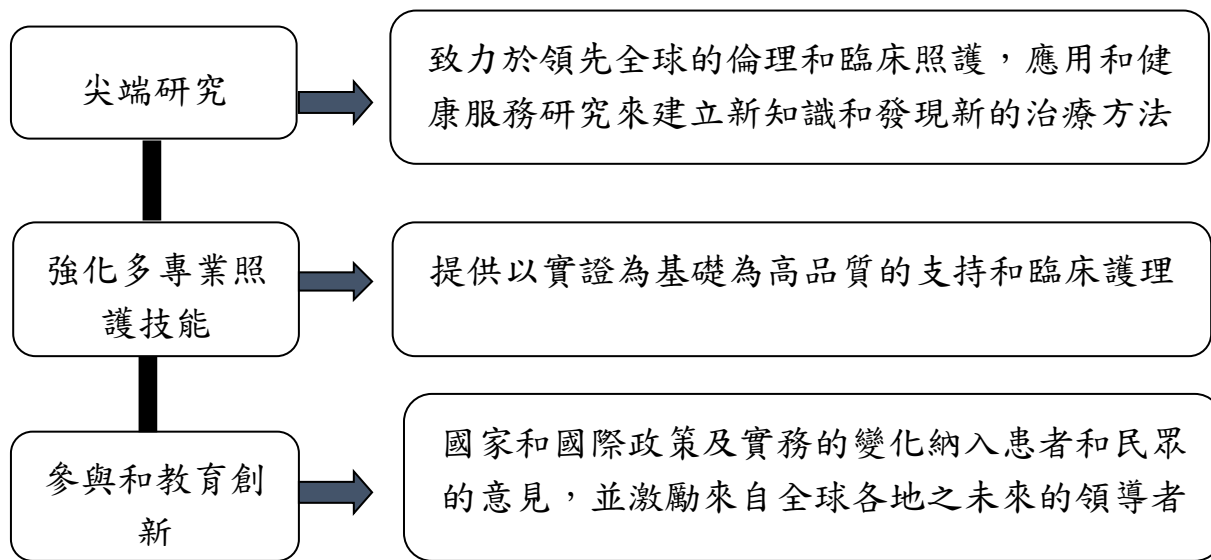


圖 5-Cicely Saunders 宗旨

Irene Higginson 教授並以 Cicely Saunders 研究機構針對 105 例的癌症、慢性阻塞性肺病和間質性肺病患者，以隨機分派試驗方式探討整合早期緩和照護與呼吸照護服務介入措施的結果，發現兩組在成本耗費並無差異，但早期緩和照護組的患者存活時間較長並達顯著差異且對生活品質的滿意度也較高為例，來說明整合性研究的貢獻。同時也闡述了 Cicely Saunders 研究所之幾大面向的研究重點：

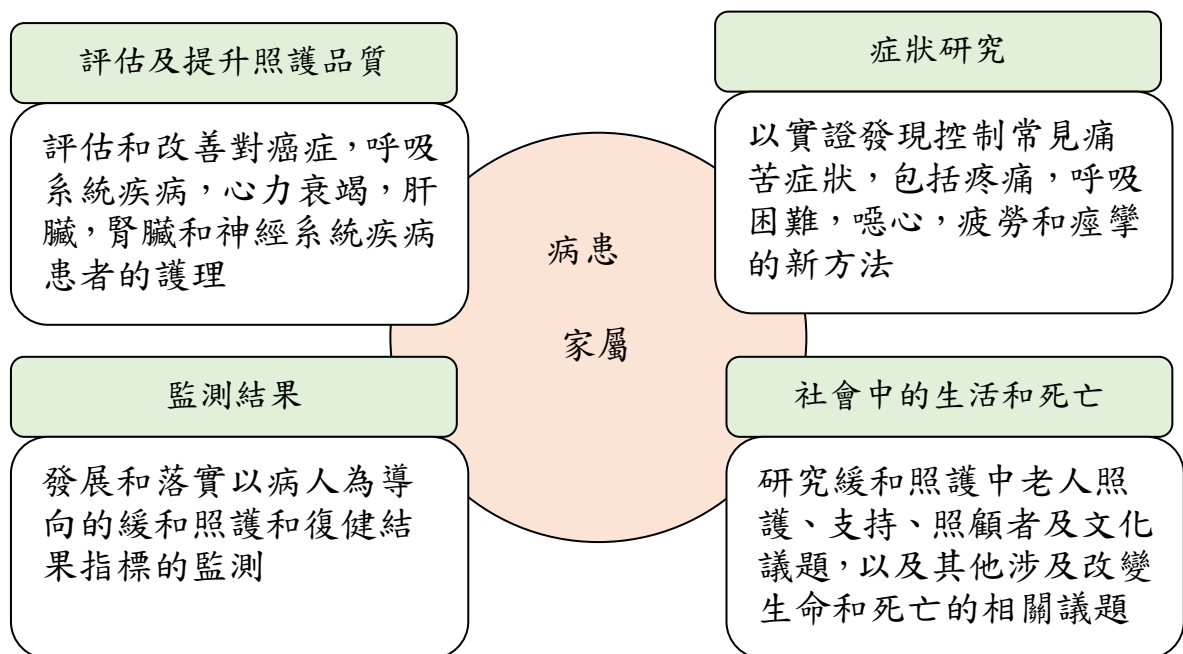


圖 6-Cicely Saunders 研究所之研究重點

Irene Higginson 教授最後再次強調「團結力量大」，這次大會大家共同分享所面臨的挑戰，相互支持和鼓勵，從分享彼此不同做事方式的想法，瞭解到每個國家的獨特之處及其共同點，同時她表示要達到一加一大於二的效果必須：

- 一、 瞭解知識全面性的影響力
- 二、 理解我們的能力能做什麼，限制在哪
- 三、 勇於面對
- 四、 崇尚柏拉圖式的理想社會：在理想的社會中，資源和機會、工作和責任是共享的，領導者應兼具智慧、勇敢、仁慈、節制、公正和有勇氣為他人帶來真理，讓每個人的基本需求都能得到滿足。

許多國家在建立緩和照護服務並將其納入醫療體系方面已有長足進展，但仍有許多工作要做，未來我們更需協同合作，形成新思維，以因應未來的挑戰。

6.主題：All Aboard! Engaging Bystanders to Broaden the Network of

Care

目前這個會議組織成立了許多部門，與會者也來自許多不同的科別及部門，包括老人醫學科，也加入了此項服務的行列。為了擴大安寧緩和照護的網絡，以讓更多人參與這行列，應該設法使非涉此領域的人也加入服務，如：志工。但要如何促使這些邊緣者的加入呢？新加坡亞歷山大社區醫院有個參考英國”別讓人孤獨死去(No One Dies Alone, NODA)”作法的計畫或許是個很好的做法。因此這醫院在設置了”Lily Room”，是一個非常人性化、舒適及溫馨的空間，有優美的環境及明朗視野的設計，是個能供家屬或志工陪伴臨終病人至往生的專屬地方。在”Lily Room”陪伴即將往生的患者一般是家屬或志工，沒有家屬的患者將由院方安排 24 小時輪班的志工，這些陪伴志工，院方會提供他們相關關懷陪伴所需的安寧緩和知識，同時醫院也設置網站，供這些照護陪伴臨終者的志工分享他們的經驗。

另外，考量社區中每天都有許多患者往生，為了社區重視及落實「不讓人孤獨死去」，連氏慈善基金會（Lien Foundation）設計一些活動，營造社區內討論關懷死亡的議題，思考自己想要怎樣的死亡，還有棺木要怎麼設計，能有別於傳統有創意等。同時，連氏慈善基金會與洪茂基金會（ACM Foundation）還聯合推出「死都要講(Die-Die Must say)」運動，透過歌唱活動，以歡樂、輕鬆的方式，倡議「善終、關懷、留愛、善活」四大臨終關懷重點，鼓勵社區民眾以豁達態度，認真思考和談論死亡，並於生前就將後事準備好，這節目至少觸及 2000 多人，是一個非官方的單位發起的活動，因此貼近民眾，也促使他們從不願談論死亡到很輕鬆、主動地談論死亡。

 <p>Lily Room: moments with caregivers</p>  	<p>Happy Coffins [2010]</p>    
<p>LiLi Room</p>	<p>棺木創意設計</p>
<p>Die Die Must Say [2014]</p>   	
<p>死都要講(Die-Die Must say) ” 運動</p>	

7.主題： Visionary Leadership and Strategy

(一) Creating a Sustainable NGO - A Single Centre's Experience

本演講由 Ednin Hamzah 馬來西亞安寧中心 (Hospice Malaysia) 執行長分享馬來西亞安寧中心的發展經驗。馬來西亞的安寧療護在 1989 年從新加坡引薦而來，但當時不知如何發展，直至 1991 年才著手進行推動。安寧中心主要是想彌補醫療照護不足之處，期能照顧到每一個人，不因費用而遭排斥；初期並沒有組織架構，護理工作與居家照顧是憑靠志工協助；到了 1995 年開始朝專業化發展，1997 年始有專職醫師進駐，目前配置有 80 位護理人員(其中 18 位為安寧專職護理師)、5 位醫生、13 位行政人員，平均一天就有 5-6 人入住，年服務量超過 2000 人；此中心除了設有診療提供直接服務外，也扮演教育、訓練、研究及宣導的角色。每年預算約為 140 萬美元，但用於兒童相關業務的支出相對低，安寧緩和服務除了門診外，有全日照顧與日托照顧兩種，現在同時也

提供失能者的訓練及復健；這 25 年來此中心的運作憑靠的是病友、國內的支持與捐贈。

馬來西亞安寧中心創立之初，中心就一直思考著機構的本質與核心思想、預期做到什麼程度、優勢與劣勢及面對的挑戰、願景與抱負等問題，依據 WHO 的公共衛生緩和照護架構(圖七)來思考中心的發展發現，雖有完善的醫療環境，卻沒有教育；此外，中心雖有非常好的行政團隊，但照護服務多半仰賴對健康資訊認識不多，卻常要面對複雜醫療狀況的志工，因此於 2002 年開始從事安寧緩和培訓，2010 年開始民眾知識的推廣。

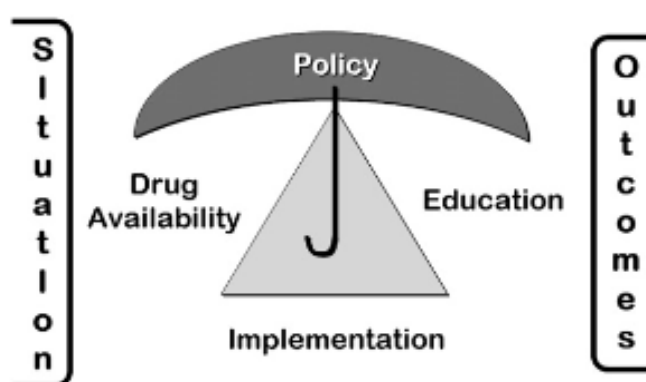


圖 7-WHO 的公共衛生模型

該中心的組織歷經多年變革，目前已設定一個五年計畫並每年檢視進度，策略性地規劃預計達成的目標，並清楚定位為社會服務的提供者，服務範圍是全國，而專業團隊的組合成為中心現在的品牌，財務與募款對中心而言也很重要任務，所以中心的做法是專業團隊搭配健康照護議題來行銷。永續經營不僅是維持現狀，在各方面都要不斷的提升與進步，如(1)讓專業人員到澳洲接受訓練、(2)善用媒體(包括社群媒體)行銷管道並舉辦活動與其它單位結緣(募款)、(3)最好的宣傳管道是將病友照顧好。

機構內的專業團隊與社區志工都無法單獨滿足病人、家屬與照護人員的所有需求，因此讓照護團隊學習如何與社區中的成員合作，並提供 24 小時全年無休的支援服務。至於對安寧緩和照護理念的推廣，該中心認為當媒體有相關的消息時，大多是伴隨死亡、瀕死模樣，直指這些人正走向生命盡頭，這些景象讓人不忍觸目，所以該中心想

做的事是希望建立「死亡」的正面形象並打破現有安寧的面貌，營造正確的公共知覺，好讓民眾認同及支持中心的所作所為。

Ednin 執行長表示，為了讓於馬來西亞安寧中心的經營順利運轉，多年來他的策略包括：(1)發展與激勵團隊(2)尊重團隊成員每個人所珍視的價值信念，那麼他們便會全力以赴(3)與政府部門維持友好關係，得到有力的支持(4)獎勵表現優良的人員(5)強化照護服務的品質，贏得口碑，資金就會慕名而來(6)管理所接觸到的所有人，並讓機構的表現透過口耳相傳而成為佳話(7)慎選工作夥伴，選擇志同道合的夥伴，組織的使命與願景才能順利實現。

(二) Creating a Sustainable NGO – A Single Centre's Experience

非洲是一個超過 10 億人口、內含 54 個國家、護病比低於全球平均。有非常嚴重的疾病負擔，每年 80 萬新發癌症個案，佔全球 60%的愛滋病患者及超過百萬的難民，醫療資源很貧乏，安寧緩和照護涵蓋範圍不到 15%，許多國家沒有減緩疼痛的口服嗎啡，甚至沒有安寧服務。為了讓非洲地區的民眾能享有安寧服務，非洲安寧照顧協會在 2004 年正式在坦桑尼亞(Tanzania)正式成立(African Palliative Care Association; APCA)是一個泛非洲的組織，理事會是來自不同國家和地區的多元化的專家組成，服務範圍橫跨整個非洲大陸；現有超過 1500 名個人會員以及超過 380 個組織會員，成員來自世界各國，不限非洲現有的 54 個國家。

- 宗旨：安寧照護能被廣泛理解，將其揉合進入健康體系的各個層面，並在實證基礎減少全非洲的疼痛與苦難。
- 願景：讓安寧照顧都能觸及到非洲的每一個人。
- 目標：(1) 建立民眾認知(2) 透過安寧療護的推動，強化健康體系(3) 實證研究(4) 永續發展。

目前與 APCA 協力合作做的夥伴有來自全球性的組織，如：世界安寧照護聯盟

(Worldwide Hospice Palliative Care Alliance)、國際安寧照顧協會(International Association for Hospice & Palliative Care)、人權監督者(Human Right Watch)、世界衛生組織(WHO);區域性的有世界衛生組織的非洲辦事處(WHO Regional Office for Africa)、國際原子能會底下的癌症治療行動計畫(International Atomic Energy Agency - Programme of Action for Cancer Therapy);區域內部則有東非社群(East Africa Community)、南部非洲發展社群(Southern African Development Community)、西非國家經濟社群(Economic Community of West African States)等;在國家層級,則包含:健康相關部門、各癌症醫院與機構、醫藥相關公部門、醫療管制理事會、人權委員會等。在國內層級的照護網絡形成,則由各國境內的服務、教育訓練及研究主導單位,以及災難或傷病倖存者及病友親人等相關組織,來與上述國家層級的機構或部門一起合作。在推動安寧的主要做法有:(1)協助健康部門政策制定與評估(2)學術/訓練機構的課程發展與執行(3)補助經費(4)研究安寧療護相關議題(5)提供獎學金,以深耕專業知識(6)強化非洲境內的合作、理解與共識(7)建立聯盟,串連南北夥伴關係(8)定期舉辦會議,討論研究與實務。此外,舉辦跨區域的高峰會,2016年9月所舉辦的高峰會談中,與會者並共同提出坎帕拉宣言(Kampala Declaration),指出現今非洲所面對的挑戰及須關注:投資安寧服務基礎科技、將安寧服務領導權提升至最高層級,以確保順利執行。此宣言的目的是要以促使各國家推動積極推動安寧緩和照護的業務。

(三) The World Health Assembly Resolution on Palliative Care Progress Report from the Asia Pacific Region

此議題為使全球安寧緩和照護推動更臻完善,WHO與世界安寧緩和照護聯盟(Worldwide Hospice Palliative Care Alliance,簡稱WHPCA)共同出版〈臨終安寧的全球圖像(Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life)〉探討全球安寧的現況,指出

推估每年全球約有 5600 萬人死亡，66%是死於非傳染性疾病，但接受安寧緩和照護的末期病人不到一半。若將親友納入服務對象，那全球有將近 1 億的人須要安寧療護服務，但卻不到 10%人有得到安寧服務，這表示有相當高比例的人死於痛苦之中；其中（1）2/3 是 60 歲以上長者（2）6%是兒童（3）近八成發生在中低收入的國家(中高收入：41%、中低收入：29%：低收入：8%)（4）九成(93.5%)以上是非傳染性疾病（5）有 3/4 的國安寧緩和照護是低度發展或是完全沒有（6）8%的國家(20 個國家)有好的資源整合（7）17%的人口使用九成以上（92%）的嗎啡；由此可知，安寧緩和照護資源的分配算相當不平均。

WHPCA 指出現行安寧主要使命包括：（1）執行世界衛生組織衛生大會第 67.19 號決議內容（2）為中低收入國家的安寧工作建立模式與方案（3）提升全球 75%地區口服嗎啡的可近性（4）提升兒童的安寧緩和照護可近性（5）確保所有醫護專業人員能在職業養成過程中納入安寧教育（6）提升安寧緩和照護的發展（7）讓安寧服務被視為一種專業（8）安寧納入全民健康服務的一環（9）提升安寧照顧社區發展（10）初級預防納入緩和照護。

2014 年世界衛生組織第 67 屆衛生大會（World Health Assembly，WHA）第 67.19 號決議，概述如下：

1. 安寧緩和照護是全人照顧的元素之一，須納入重症病人照護中，才算全人照顧。
2. 安寧緩和照護必須在「整個生命歷程中」都能觸及。
3. 安寧緩和照護的基本醫療包含鴉片類止痛劑的使用，以實現人權、給予身心靈可達之最高程度的舒適。
4. 安寧緩和照護是一種健康系統的道德責任。
5. 安寧緩和照護是醫療專業人員的倫理任務，無論疾病或病況能否被治癒都需去緩和疼痛與苦難，
6. 將安寧緩和照護整合至初期照顧，至關重要。
7. 在醫療控制下，能將擴散危機最小化，正是安寧療護的效果；而這個非正當目的必

須「不會導致不適當的規範性障礙，阻礙療程的進行」。

8. 提供醫院與社區健康照護單位、照顧人員及非政府組織工作者與家庭成員者適當的安寧緩和照護訓練，包含也在內。」
9. 健全用於安寧緩和照護的基金有其必要，特別是在發展中國家。

對於安寧緩和照護的推動，世界衛生大呼籲會員國（1）要發展、強化及執行安寧緩和照護，跨越所有層級，並加強初級照顧、社區照顧與居家照顧（2）給醫學及護理專科學生，初級安寧緩和照護訓練，給照顧重症患者的醫護人員中級安寧緩和照護訓練（3）要設立安寧緩和照護的專科訓練課程。

亞太區域國家安寧緩和報告

- ◇ 馬來西亞 Dr Ednin Hamzah：馬來西亞安寧中心（Hospis Malaysia）執行長；亞太安寧緩和醫療網絡（Asia Pacific Hospice Palliative Care Network）副主席
- ◇ 印度 Dr Priyadarshini Kulkarni：印度 Pune Cipla 安寧療護與訓練中心醫學主任
- ◇ 菲律賓 Dr Agnes Bausa：菲律賓遠東大學所屬 Nicanor Reyes 醫學基金會（FEU-NRMF）社區家庭醫學科醫師
- ◇ 台灣 A/Prof Wang Yingwei 王英偉：台灣衛生福利部國民健康署署長

■ 馬來西亞

馬來西亞的安寧緩和照護始於 1990 年非政府組織的社區服務，1995 年首度於健康部門設立安寧緩和照護小組，官方的制度則起於 2000 年，並於 2006 年開始建立次專科醫師的制度，2016 年開始進行需求分析，目前整體性的安寧緩和照護策略是在癌症防治計畫中。

馬來西亞的安寧緩和照護，有兩種不同的樣貌；醫院端的照護服務由政府部門全力支持，同時結合與學校建立教學合作；社區端是以非政府組織的服務為主，但會與醫院資源串聯。因應世界衛生大會決議，有兩個層面的改變：在教育方面，有安寧緩和照護專科進階文憑、專科安寧醫學及小兒安寧醫學的設立。在服務方面，則在社區試辦服務計畫，以提升安寧緩和照護的知能。由於安寧緩和照護的重要性現在已經確立，後續的

策略是要協同產、官、學等方面，並將推廣重點聚焦於社區安寧緩和照護。

■ 印度

印度有 13 億人口，人口密度位居全球第二的國家，但曾受過安寧緩和照護訓練的專業人員僅 2000 人，95%安寧服務是由非政府組織來提供，但接受到安寧緩和照護的人不到 2%。根據世界衛生組織東南亞區域辦事處（Regional Office for South-East Asia, SEARO）2015 年統計，嗎啡的全球用量平均為每顆 5.42 毫克、東南亞地區則是每顆 0.195 毫克，印度卻僅有每顆 0.153 毫克，低於亞洲許多國家，顯見印度嗎啡的使用量很低。所以當前政策，從醫療近用權的角度：修訂麻醉品與精神藥物管理法，在 2014 年新增（1）制定全國嗎啡與其它麻醉藥品統一規範（2）制定保存與使用麻醉藥品許可清單（3）統一由國家藥品管理處核發證照並管理持有單位。在政府方面：部會設立安寧緩和照護專家小組，並以印度的安寧策略報告為基礎，提供各行政區獨立預算去執行安寧事務。在教育層面：2012 年印度醫療委員會將安寧緩和照護列為醫學專科，並將訓練課程列為內外科醫學士課程之中，另一方面，衛生福利部擬定認證訓練中心及醫療機構標準化訓練的流程。在執行面：將安寧服務願景融入各照護層次（從初期到末期），及貫徹麻醉品與精神藥物管理法。下一步政策推行重點為：（1）提供健全、獨立的基金，以有效執行 2012 年衛生福利部研擬的國家安寧療護計畫（2）：透過國家癌症聯繫會議宣導癌症醫院支持安寧服務與培養其知能。

■ 菲律賓

菲律賓國家安寧緩和醫療諮詢委員會（National Hospices and Palliative Care Council of the Philippines，簡稱 Hospices Philippines）從 2010 年開始致力於在各參議會舉辦公聽會，推動安寧緩和醫療法案（Palliative and Hospice Care Act），要求將安寧緩和醫療整合至菲律賓醫療照護體系，並預算編列。2015 年 12 月 21 日健康部發布國家安寧療護政策的行政命令，確立健康部的角色功能，以及醫院、健康促進

部門、社區及居家單位安寧服務的規範。

針對嗎啡的管理，2010年3月1日菲律賓總統頒布 No. 2016 文中宣告：「Hospices Philippines 為國家健康部負責嗎啡分配的仲介單位」。2016年12月 Hospices Philippines、藥物管理局及藥物執法署共同訂定安寧服務嗎啡使用獨立規範，特許醫護人員在安寧居家服務時可攜帶嗎啡藥物及其可攜帶的量，並在2017年4月擴大舉辦相關諮詢會議，強調安寧止痛藥的重要性。在宣導方面，每年菲律賓癌症學會都會召集社會賢達參與安寧高峰會，取得認同與支持。目前安寧緩和醫療在公私立醫院都廣為發展，也各自有教學訓練。在科技輔助下，醫護人員使用 Viber 通訊軟體透過社群隨時互通有無，持續更新實務知識與技能給所有專業同仁。另在經由世界衛生組織全球資料庫協作中心（Global database of WHO Collaborating Center）的引介，Hospices Philippines 有與韓國基督教大學護理學院共同籌劃安寧緩和照護訓練課程，培訓公立醫院及社區安寧機構的醫護人員。

■ 台灣

台灣安寧緩和照護的發展分三個階段：過去、現在、與未來。第一個階段是從1983年安寧的概念開始萌芽，並聚焦於國人十大死因首位-癌症之安寧照護的推廣，1995年起衛生福利部開始將把安寧列入政策業務，2000年通過安寧緩和醫療條例並因應實務持續修法，安寧住院、居家及共同照護的方案也逐漸成型；2009年安寧推廣進入第二階段，安寧服務的數目持續成長中且服務對象擴大到非癌症病患外，並推動預立醫療自主計畫、醫病共享決策及改變急重症照護的模式。

安寧緩和照護發展的基石，仰賴政府政策、全民健保體系、民間機構、學術等單位相互支持。據經濟學人（The Economist Intelligence Unit）2015年全球死亡品質報告指出，台灣死亡品質表現位居第六，無論是在照護品質、可近性、人力資源、醫療環境、社區參與等地表現優異(如圖六)，相關臨終關懷照護的訓練，無論是醫護人員、社工、靈性及志工團體，政府都大力的支持，除了癌症外，許多非癌之慢性疾病的安寧緩

和照護指引都在建立中。

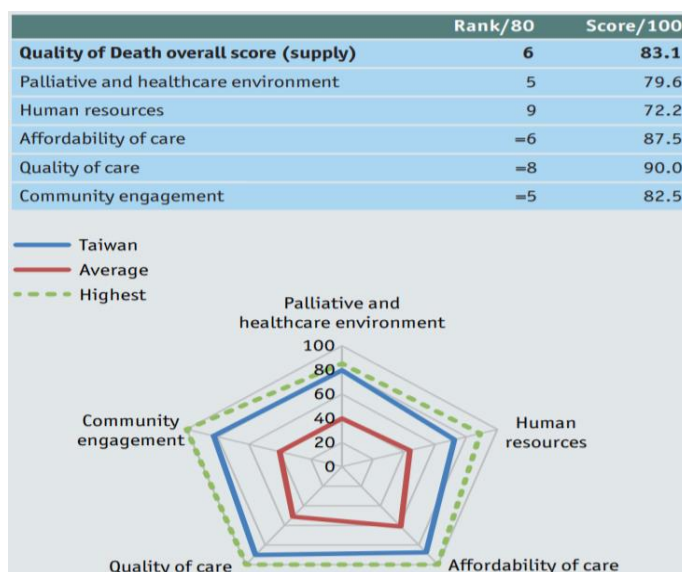


圖 8- 台灣的死亡品質

第三階段也就是未來重點，將針對衰弱與失智老人進行早期安寧服務，並結合體制化的長期照顧，運用科技輔助在地安寧，充實社會對安寧及死亡的正確認識，倡議尊重病人自主權，以促成關懷社會的實現。台灣由於人口老化速度非常快，預估在 2040 年老年人口將會占社會的三分之一，根據這現象，WHO 2015 年出版的〈老化與健康全球報告〉中提出公共衛生行動框架(如圖七)，值得參考。隨著身體的衰老，無論內或外的生理機能都會逐漸退化與喪失，針對生命的維持，現行在醫療服務、長期照顧以及社會環境都已有健全設施；要延長健全的身心機能，當前該做的是在長照過程給予尊嚴的晚年生活並移除會阻礙社會參與的環境因素及失能補償性機制。所以接下來的目標是要達到高齡友善城市、失智友善城市及關懷城市三合一的社會環境。另外，提升民眾安寧識能也應特別重視；除了透過手冊、宣導影片、媒體傳播，讓民眾了解生與死的權利外，建立醫病共享決策亦極為重要。身為國民健康署，除力求健康促進、疾病預防及安全防護，像安寧這樣的事務極需要政府與人民的共同參與，才能達成真正的醫療友善社會；而這方向還在持續努力中。

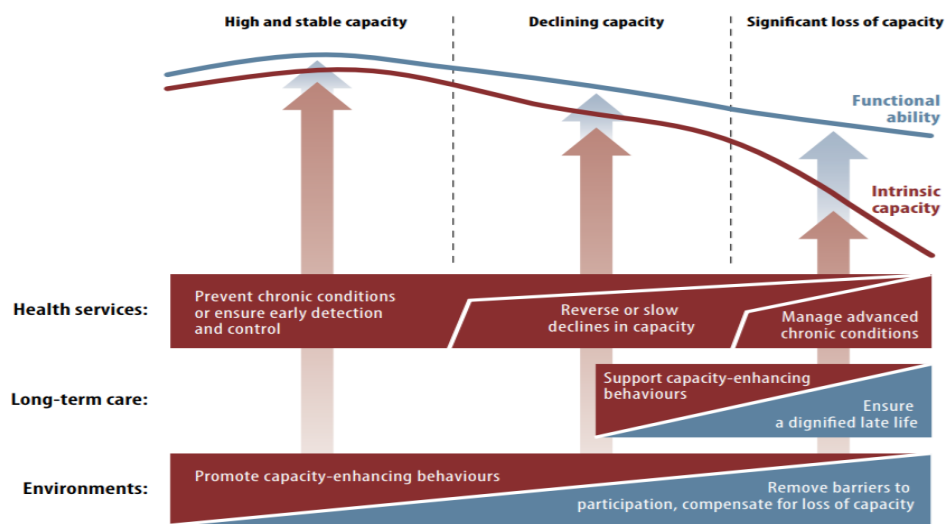


圖 9-健康老化的公共衛生架構：整體生命歷程中，公共衛生行動的機會

三、參訪

(一) 新加坡健康促進學校-新加坡國立大學公共衛生學院(Saw Swee Hock School of Public Health, NUS)

新加坡國立大學公共衛生學院於 2011 年 10 月 1 日建立，學院宗旨係「將所有發現轉化成更健康的社區」(Turning Discovery into Healthier Communities)，2020 年前願景為將知識做跨學科整合，發展能增進國家健康的方法。學院組織小無學系區分，僅按學門領域(流行病學、生物統計學、健康體系與行為科學)作分組，達成 top-down 管理模式。

學院與政府及學術間成立良好合作夥伴關係，如衛生部-每季一次研究會議(非傳染性疾病、傳染性疾病、健康體系議題)、資助成立公共衛生議題轉譯小組(闢謠/釐清議題)、年度管理研討會；人力部-三方督導委員會、全職場安全及健康促進執行辦公室；國防部-資助成立傳染性疾病流行病學研究中心等。

本次參訪學院目的為該學院辦理新加坡全職場安全及健康促進(Total Workplace Safety and Health, TWSH)，可作本署推動職場健康促進之參考。工作及健康間的交互作用可從心理社會工作環境、物理工作環境及個人健康三者間作探討：(心理社會工作環境-物理工作環境)壓力大且不快樂員工更傾向發生事故及工作相關的肌肉骨骼症狀；(心理社會工作環境-個人健康)壓力大員工較易抽菸飲酒；(物理工作環境-個人健康)化學暴露易致更高的風險；(心理社會工作環境-物理工作環境-個人健康)面臨工作壓力的吸菸者易有心臟病發情形。全職場安全及健康促進(TWSH)藉由評估、建議及介入、評價三階段，使政府、管理階層及工作者共同重視職場安全、健康及安適。

1. 階段一、評估工具：

- (1) 職場視察評估
- (2) 職場安全及健康服務問卷(WSHQ)
- (3) 職場安全及健康 360 度問卷(WSH360)
- (4) 基本健康調查(BHS)
- 2. 階段二、建議及介入:
 針對職場層級提出能改善組織及管理系統的建議，員工層級則依員工需求訂定職場健康促進計畫
- 3. 階段三、評價:
 - (1) 針對職場層級評價:
 - A. 介入計畫之成本效益比
 - B. 介入計畫後提高多少生產力
 - C. 介入計畫後缺勤狀況的改善
 - (2) 針對員工層級評價:
 - A. 參與及完成介入計畫的員工比例
 - B. 介入計畫後員工知識及認知提升的比例
 - C. 介入計畫後員工健康結果改善的比例
 - D. 介入計畫後職場滿意度提升的員工比例

參訪時程(106 年 7 月 27 日)：

時間	內容
14:30~16:00	業務簡報及雙方交流(院長 Prof Chia Kee Seng 及 Dr Judy Sng, Senior Lecturer)
16:00~16:30	參觀職場健康促進設施及環境

參訪照片：



Prof Chia Kee Seng(左)、Dr. Judy Sng(右) 交流座談



本署王英偉署長(中)、偕專家、同仁及新加坡國立大學公共衛生學院人員合影。 職場生活化健康促進宣傳單張



職場身高體重量測角落

職場升降桌椅

(二) 新加坡健康促進局(Health Promotion Board)

基於 HPB 法制定，於 2001 年 4 月 1 日創立新加坡健康促進局(HPB)，願景係創造「健康人民的國度」 ”A nation of healthy people”，任務為「增能個體使具有健康自主權」 ”Empowering individuals to take ownership of their health”，並按場域社區、學校及職場推廣健康促進。

HPB 常用健康行銷策略「Nudge(推力)」，將自身角色調整為選擇設計師(choice architect)，不同於傳統衛生教育(直接告訴民眾)，而是「選擇提醒」。Nudge 用於對民眾(消費者)作產品/行為選擇時(如健康認證食品置於水平視線位置、健康食品優惠等)；亦用於生產者/提供者/銷售者(如分享具健康食品標示產品銷量成長率)；另用於社會(公園原視為散步休憩地方，便請體能教練至公園帶動運動氛圍)來影響民眾做出健康決策。

新加坡推動兒童及青少年健康議題包括肥胖、吸菸、心理健康、口腔保健、視力、疫苗接種等，3 大策略要點如下：

策略 1:透過教育、支持性文化及環境灌輸健康習慣

- (1) 創造意識
- (2) 改變習慣

策略 2:早期發現與介入取代不良習慣

- (1) 健康檢查
- (2) 專業評估
- (3) 體重管理

策略 3:建立家長能力增強健康習慣

增進家長意識、促進正向家長技能：

- (1) 傳遞訊息給家長：
 - A. 校園外只有家長能扮演推動者角色
 - B. 家長永遠是最佳示範
 - C. 孩童習慣是經家長建立與內化
- (2) 傳遞管道：
 - A. 營養:健康飲食計畫

B. 身體活動:假日公園日、社區活躍孩童計畫、全國健走挑戰

C. 心理健康:家長工作坊、親子玩樂活動、健康管理網站

D. 睡眠:睡眠公共媒體競賽

本次參觀時程(106年7月28日):

時間	內容
14:00~14:40	業務簡報及雙方交流
14:40~15:00	參觀 School Dental Centre
15:00~15:20	參觀 Student Health Centre
15:20~16:00	參觀 Health Zone

參訪照片:

	
本署王英偉署長(中)、同仁、專家及新加坡健康促進局 HPB 合影。	School Dental Centre
	
School Dental Centre	School Dental Centre



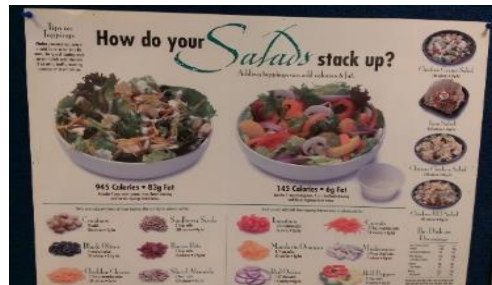
School Dental Centre



Student Health Centre



Student Health Centre



Student Health Centre



參觀 Health Zone

肆、心得與建議

一、會議部分

為強化安寧緩和醫療的推展及因應國際交流之需要，此次會中並與亞太安寧療護組織委員會主席 Cynthia Goh 教授、Akhileswaran 教授、全球安寧緩和照護聯盟主席 Stephen Connor 及國際公共衛生緩和照護主席 Allan Kellehear 教授、其他國際學者及新加坡當地與會者進行交流，促進國際友誼與建立合作契機，達成與國際接軌及提升我國參與國際社會之實質影響力。同時也進一步邀請了公共衛生緩和照護主席 Allan Kellehear 教授後續來臺交流，希冀藉由進一步的交流，學習及擷取其推動關懷城市/社區之相關經驗與知識，協助台灣打造一個更有溫度的環境。

台灣政府推動安寧緩和醫療已達22年之久，但安寧緩和照護尚未全面普及所需之照護對象，欲持續維繫我國臨終照護品質，及與死亡品質名列前茅的國家並駕齊驅，後續亟待強化：

(一) 安寧緩和照護服務普及化

相關統計資料顯示，癌症病人死前一年安寧緩和照護涵蓋率已逾五成，但非癌慢性疾病患者接受照護的比率卻不及1成；顯見安寧緩和照護服務的普及性尚不足。為普及安寧緩和照護服務，亟待：

1. 廣泛強化推廣安寧緩和醫療及生命教育，以提升民眾及醫療專業人員之安寧識能。
2. 培訓相關領域之安寧服務專業人員，進而提升專業照護的人力資源。

(二) 推動老人及兒童安寧緩和照護

兒童及老人在醫療照護有其特殊性，許多先進國家已有分別針對這兩種對象提供不同的安寧緩和照護策略；但這兩部分台灣在尚缺虞。

(三) 持續推動醫病共享決策，尊重病人之自主權利

台灣推動醫病共享決策相較許多國家起步較晚，為落實以病人為中心的醫療過

程，應讓病患瞭解接受治療的選擇有哪些；特別是，台灣人口老化極為快速，高齡的重大慢性病患居多，由於他們社會參與及與人互動的較不足，常常被忽視、邊緣化。因此我們應持續加強專業人員的知識、技巧、態度與行為，為讓醫療人員和病人能夠共同享有實證的醫療照護結果，並讓晚期重症患者能及早接受緩和照護。

(四) 推動關懷社區/城市

死亡、瀕死、失落與照顧，這些事不僅發生在臨床，也發生在社區中，因此著手推動關懷社區/城市刻不容緩，不僅需啟動相關倡議活動，讓社會大眾重視社區生命關懷議題，體認「健康促進緩和照護」是每個人的責任外，並需透過推廣教育及策略性的行動讓大眾參與生命關懷照護的事情，以共同促成高齡友善城市、失智友善城市及關懷城市三合一的社會環境。

二、參訪

- (一) 新加坡國立大學 Saw Swee Hock 公共衛生學院善於營造職場健康促進環境，如運用生活化健康促進照片佈置環境、辦公桌椅調整為升降式以減少久坐時間，以及新加坡全職場安全及健康促進(TWSH)之三大實施步驟等，作為未來職場健康促進參考。
- (二) 新加坡健康促進局(HPB)設置 School Dental Centre、Student Health Centre 及 Health Zone，運用繽紛色彩圖案營造友善健康促進環境；而 Health Zone 為東南亞首創標榜，館內展現許多具創意性健康促進議題之衛教宣導教材、模型、軟體與遊戲等，透過互動式及實際操作，讓參觀者能快速對各類健康主題有所瞭解，十分值得借鏡。

伍、附件



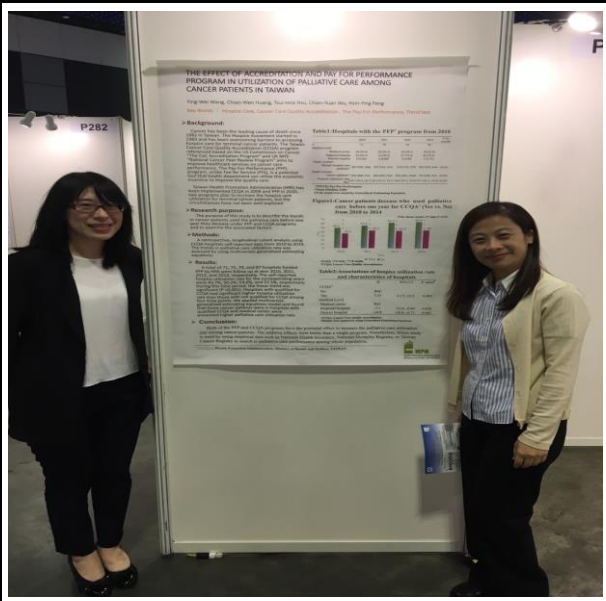
7月26日會前會演講



7月27日「Concurrent Session: Visionary Leadership and Strategy」擔任主持人



與Allan Kellehear 教授合影



海報展示：The effect of accreditation and pay for performance program in utilization of palliative care among cancer patients in Taiwan