

行政院所屬各機關出國報告

(出國類別：國際會議)

出席韓國「第49屆亞太國際公共衛生聯盟大會」、美國「健康促進醫院國際交流會議」、馬來西亞「2017年健康照護品質與安全國際研討會」

服務機關：衛生福利部國民健康署¹

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會²

衛生福利部桃園醫院³

姓名職稱：王英偉署長(男)¹、徐永年執行長(男)²、賈

淑麗組長(女)¹、劉家秀研究員(女)¹、陳厚

全主任(男)³、江玉琴技正(女)¹

派赴國家：韓國、美國、馬來西亞

出國期間：106年8月15日至8月27日

報告日期：106年11月1日

摘 要

2017 年第 49 屆亞太公共衛生學術聯盟國際研討會 (The 49th Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Conference, 簡稱為 APACPH 研討會), 本次大會由韓國延世大學舉辦, 大會主題為「The Age of Shifting Paradigm—SDGs, New Approach for Public Health」(典範轉移-公共衛生新途徑)。會議主要內容包括重要衛生議題, 如醫療衛生人員之人力、能力訓練, 非傳染病防治、肥胖防治, 健康社會決定因素, SDGs 與全民健康覆蓋, 公共衛生傳播與溝通、傳染病防治等。

本次為本署繼去年 5 月成為 APACPH 正式會員後, 第二次以會員身份出席其理監事會議(General Assembly, 簡稱 GA)及大會, 署長亦應邀在其大會之 Plenary Symposium 2 演講, 此外國內有來自國立臺灣大學、臺北醫學大學、高雄醫學大學、中山醫學大學等多位學者出席發表論文, 大家在會場以公衛及醫療成果行銷臺灣, 是專業外交的實踐。

美國 Planetree 組織主席 Susan B, Frampton 於 106 年 6 月 15 日邀請王署長出席「健康促進醫院國際交流會議」, 針對以病人為中心之健康促進模式進行交流。本署為提供醫院更適切整體健康促進推動模式, 於 106 年配合國際新版評核基準, 整合健康促進醫院、無菸醫院、高齡友善等相關標準, 從精簡評鑑條文、整併各類訪查與優化查證方式三大面向進行改革, 運用 Patient Focus Method, 由認證委員實地進行評量, 及以病人為中心之具體作為, 並加入健康識能、醫病共享決策及病人家屬參與等評量項目, 發展健康醫院認證。所以此次行程包括參加美國 Planetree 組織及其代表醫院國際交流會議, 交流該組織針對以病人為中心之健康促進模式及如何營造以病人為中心的照護環境; 參加美國梅約醫學中心國際交流會議, 汲取梅約醫學中心其醫病共享決策(Shared decision making, 下稱 SDM)推動, 及醫院以病人為中心之健康促進模式之發展經驗; 參加紐約西奈山醫院國

際交流會議，雙方對於智慧醫療與醫病共享決策(SDM)推動以及病人參與等經驗進行交流分享。藉由交流會議，實際觀摩醫病共享決策(SDM)推動、病人家屬參與以及醫院經營管理等經驗進行交流分享，以發展國內以病人為中心的健康促進照護模式。

王署長於 106 年 8 月 26 日獲英國醫學期刊(British Medical Journal,BJM)執行長 Derek Feeley 與主編 Fiona Godlee 邀請參加於馬來西亞吉隆坡舉行健康照護品質與安全國際研討會(International Forum on Quality & Safety in Healthcare, IFQSH)，並於 106 年 8 月 26 日演講「何謂善終(What is a Good Death)」，針對臺灣安寧照護分享經驗，介紹台灣安寧運動、傳統中華文化對於死亡的認知、慎終與善終、善終的測量、台灣民眾對死亡的態度、生死教育的重要性、在不同的國家傳遞善終等演講內容，本次會議共計來自 35 個國家的 1,000 名醫療人員和領導者。

目 錄

壹、摘要.....	1
貳、行程表.....	4
第一部份、出席韓國「第49屆亞太公共衛生學術聯盟國際研討會」.....	5
壹、目的.....	7
貳、過程.....	8
參、會議重點.....	9
肆、心得與建議.....	18
附錄-大會議程.....	19
第二部份、出席美國「健康促進醫院國際交流會議」.....	21
壹、目的.....	23
貳、過程.....	24
參、會議重點.....	25
肆、心得與建議.....	42
第三部份、出席馬來西亞「2017年健康照護品質與安全國際研討會」.....	44
壹、目的.....	46
貳、過程.....	47
參、會議重點.....	48
肆、心得與建議.....	56

貳、行程表

日期	行程
106年8月15日(二)	啟程至韓國(王署長)
106年8月16日(三)至 月19日(六)	出席韓國「第49屆亞太公共衛生學術聯盟國際研討會」(王署長)
106年8月20日(日)	搭機至美國
106年8月21日(一)至 月22日(二)	出席美國「健康促進醫院國際交流會議」 1.planetree 組織總部 2.Griffin Hospital
106年8月23日(三)	出席美國「健康促進醫院國際交流會議」(梅約醫學中心)
106年8月24日(四)	出席美國「健康促進醫院國際交流會議」(紐約西奈山醫院，病人為中心之照護模式)
106年8月25日(五)	1.出席馬來西亞「2017年健康照護品質與安全國際研討會」 2.出席美國「健康促進醫院國際交流會議」(紐約西奈山醫院，智慧醫療之照護模式)
106年8月26日(六)	出席馬來西亞「2017年健康照護品質與安全國際研討會」
106年8月27日(日)	返程回臺灣

第一部份、出席韓國第 49 屆亞太公共衛生學術聯盟國際研
討會

(the 49th Asia Pacific Academic Consortium for Public Health
(APACPH) Conference)

服務機關：衛生福利部國民健康署

報告人：王英偉署長、劉家秀研究員

派赴國家：韓國

出國期間：106 年 8 月 15 日至 20 日

摘 要

2017年第49屆亞太公共衛生學術聯盟國際研討會（The 49th Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Conference，簡稱為APACPH研討會），本次大會由韓國延世大學舉辦，大會主題為「The Age of Shifting Paradigm—SDGs, New Approach for Public Health」（典範轉移-公共衛生新途徑）。會議主要內容包括重要衛生議題如醫療衛生人員之人力、能力訓練，非傳染病防治、肥胖防治，健康社會決定因素，SDGs與全民健康覆蓋，公共衛生傳播與溝通、傳染病防治等。

本次為本署去去年5月成為APACPH正式會員後，第二次以會員身份出席其理監事會議(General Assembly, 簡稱GA)及大會，署長亦應邀在其大會之Plenary Symposium 2 演講，此外國內有來自國立臺灣大學、臺北醫學大學、高雄醫學大學、中山醫學大學等多位學者出席發表論文，大家在會場以公衛及醫療成果行銷臺灣，是專業外交的實踐。

由於APACPH是亞太地區公共衛生學術界的區域組織，其在亞太地區及東南亞公共衛生界有相當的影響力，目前配合我國南向政策的規劃希望多發展與東南亞國家的合作，以及我國北醫在此聯盟長久經營亦有擔任重要幹部(財務長)有主導的優勢，再加上本署為其少數的政府官方機構，故藉由建置健康促進核心能力建構協作中心（Collaborating Centres for Health Promotion, CCHP），可將此聯盟做為我國與亞太國家或組織在公共衛生訓練合作的平台，增加我國及本署在國際衛生議題合作的主導性。

壹、目的

本次為本署於去年5月成為APACPH正式會員後，第二次以會員身份出席其理監事會議(General Assembly, 簡稱GA)及大會，另會中集合亞太地區、以及全球公共衛生相關議題的學者，就亞太地區公共衛生相關議題進行交流，同時藉此機會掌握有關參與國際間重大疾病的研究與趨勢發展，並分享台灣推動公共衛生之預防之經驗，建立國際伙伴關係。

貳、過程

一、出國日期：106 年8月15 日至8 月19 日

二、日期行程

日期	行程內容
8月15 日(二)	出發(台北-韓國仁川)
8月16日(三)	上午出席APACPH理監事會議(GA)
8月17-19 日(四-六)	全日出席APACPH大會
8月20日(六)	返程 (韓國仁川-台北)

參、會議重點

一、第49屆亞太公共衛生學術聯盟國際研討會簡介

亞太公共衛生學術聯盟（Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health，APACPH）是一個自1984年設立於美國夏威夷檀香山的國際性非營利組織，由美、澳、日、韓等20餘國之70餘所大學公共衛生學院所組成，該聯盟致力於促進公共衛生的專業教育，我國臺灣大學、臺北醫學大學、高雄醫學大學及慈濟大學皆為其會員，衛生福利部邱文達前部長也曾擔任過該聯盟之會長，目前我國臺北醫學大學邱弘毅副校長係擔任該聯盟之財務長。亞太公共衛生學術聯盟國際研討會為亞太地區重要的衛生領袖會議與衛生相關領域專家會議，與會人士多為亞太地區衛生領域專家、學者、衛生部門官員及非政府組織等專業人士。

亞太公共衛生聯盟(APACPH)歷年來推動跨國性研究、救援與教育活動，深受國際醫學及公共衛生界重視。長期以來該組織著力於國際間健康照護事務之交流、研究以及落後國家之醫療照護等事務。亞太國際公共衛生大會為APACPH最重要的年度會議，會中集合亞太地區、以及全球公共衛生相關議題的學者，就亞太地區公共衛生相關議題進行交流，同時藉此機會探討有關參與國際間重大災難與疾病的研究與調查。目前APACPH 主導並贊助許多大型跨國研究計劃，如跨國菸害研究、口腔癌檳榔防制、事故傷害防制計劃等，結合國際學術研究力量，以改善亞太地區國家民眾之健康。該組織從1984年的5個會員開始，成長至今已包括亞太地區23個國家或地區的85個會員（我國的會員包括臺灣大學、臺北醫學大學、高雄醫學大學及慈濟大學，以及去年新加入之中國醫葯大學及本署）。

為因應世界目前面臨的挑戰，包括新出現的傳染病，慢性病的負擔，環境污染和行為風險，以國家內部和國家之間衛生方面的巨大差距和不平等，全世界

的衛生系統正在努力跟上，因為它們更複雜與涉及不只醫療衛生部門，需要更宏觀的目標、策略並跨部門的合作來因應我們面臨的挑戰，故本年大會主題訂為「The Age of Shifting Paradigm—SDGs, New Approach for Public Health」(典範轉移-公共衛生新途徑)。

二、APACPH理監事會議(8月16日上午 9:00-12:30)

(一)會議主席： SOHN Myongsei 會長

(二)會議議程：如附錄

(三)出席人員：Executive Board Members, 秘書處人員及會員代表約計60人。

(四)重點內容

- 1.會長報告：首先請與會人員確認上次(去年9月)召開GA會議之會議紀錄(見附錄一)並感謝此次大會主辦單位：延世大學，之後說明APACPH聯盟將協助其會員致力配合國際的重大衛生政策如推動全民健康涵蓋(UHC)，以及在國際間扮演更積極的角色。此外亦非常愉悅的宣佈APACPH出版的學術刊物APJPH (Asia Pacific Journal of Public Health)近年來其Impact Factor大幅上升，此外目前已有印尼大學、泰國Mahidol University 及馬來西亞馬來亞大學已通過評鑑認證作業，而區署代表們亦努力的拓展各自的合作計畫與活動，最後在ICUH (international cyber University for health) 也有很好的進展與提供多項實用的課程，感謝這一年來大家的努力。
- 2.秘書處報告：秘書長報告由於有很多會員反應希望能有多一點與先進國家的研究合作機會，故已有與英國學術機構洽談可能之合作，包括1.5bn英鎊global challenges research fund(GCRF)等，目前馬來亞大學已有計畫申請，若通過可望於2018年開始執行。
- 3.各區署代表工作報告：共有來自馬來西亞、南亞(斯里蘭卡代表)、台灣、東京、

澳洲及韓國等六個區署報告各自的進展與活動。

4.歡迎新會員：本次歡迎新會員共二個機構，一是來自台灣的桃園縣衛生局，另一個新會員是韓國首爾市Sahmyook University 。

5.申請中之新會員：目前已有5個機構申請，分別為Islamic Univ.of Indonesia, Public Health Faculty, Universitas Jember, Unviversitas Muhammadiyah Prof. DR.HAMKA(UHAMKA), University of Sumatera Utara.，這5個機構目前都正等待實地訪查程序。

6.宣布第50屆APACPH大會將由馬來西亞沙巴大學接辦，並預訂於明(2018)年9月17-20日辦理，而GA會議則於9月16日辦理。

7.選舉下屆新任會長及副會長

會長：Prof. Wah-Yun Low, 1st Vice President, APACPH

Head, Research Management, Centre, Faculty of Medicine,
University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia

副會長：Dr. Kee-Seng CHIA, M.B.B.S., MSc(OM), MD

Dean and Professor,Saw Swee Hock School of Public Health,National
University of Singapore

8.APACPH 相關法規修訂及條文草案進度。



理監事會議合照



王署長與APACPH會長及我國區域辦公室代表合照

三、APACPH大會(8月17-19日)

(一)大會開幕(8月17日下午13:00-14:00)

17日下午大會開幕典禮由APACPH 會長 Myongsei Sohn、主辦單位延世大學校長Kim Yong-Hak、韓國仁川市市長Yoo Jeong-bok等重要貴賓向大家致歡迎詞，並邀請聯合國前秘書長潘基文做開幕演講，今年亦逢延世大學創校132週年，校長表示延世大學以培育優秀的人才為己任，並期待該校下一個階段目標是成為世界的延世大學。聯合國前秘書長潘基文以Age of shifting Paradigm-MDGs to SDGs為題發表演講，說明對SDG制定的背景及未來大家共同參與的期許。本年大會參加人數超過800人，二天之大會，除plenary sessions之外，共舉辦14場的parallel symposium sessions，18場的oral session 以及450 篇的posters，參與非常踴躍。

(二) Plenary Session

本年大會有四場Plenary Symposium，主題分別如下：

- Plenary Symposium 1 - GHSA, From Parallel Approaches toward Integral Mission

- Plenary Symposium 2 - From Millenium Development Goals to Sustainable Development Goals
- Plenary Symposium 3 - UHC, From Selective Fragmented Approaches toward Inclusive Alliances
- Plenary Symposium 4 - From Analogue toward wave of the 4th Industrial Digital Revolution

1.Plenary Symposium 1 - GHSA, From Parallel Approaches toward Integral Mission

主要是討論傳染病防治的準備與疫苗相關的研發進展，與本署業務較無相關。

2.Plenary Symposium 2 邀請多位講者共同如何達到聯合國所訂之SDG目標進行研討，其中亦邀請世界衛生組織亞太區署辦公室的Vivian Lin, Director,

Health Systems, WHO Regional Office for the Western Pacific，就 Universal

Health Coverage as the path to Sustainable Development Goals 進行演講，Vivian

Lin 提出亞太區域推動UHC的主要5項挑戰如下:

	Challenges
Quality	Infrastructure – facilities, supplies, equipment Regulation – standards Engagement – patient and community
Efficiency	System architecture – primary health care, public health Resource allocation – payment incentives Management – systems and capacities
Equity	Financial burden – impoverishment Access – financial, geographical, disability Exclusion – discrimination

Accountability	Leadership and coordination – within and outside health sector Implementation – rule of law, participation Information – access, reliability, currency
Sustainability and resilience	Public health capacity – preparedness Community capacity Resource deployment flexibility – rigidities and fragmentation

此外，她也提出公共衛生人員可積極扮演以下三項角色，以促進UHC的準備與實施

Informing	Understand: <ul style="list-style-type: none"> a) Needs of communities b) Social determinants of health equity c) Priorities of other sectors
Influencing	Strengthen capability to: <ul style="list-style-type: none"> a) Engage other sectors b) Mobilize political and financial support c) Use policy levers effectively
Institutionalising	<ul style="list-style-type: none"> a) Raise the priority of health b) Establish rules for improving performance c) Train health workforce as champions for health equity

3.王署長也在Plenary Symposium 2 受邀演講 Health Policy and Paradigm Shift，王署長以我國的非傳染病健康照護體系如何從醫院的醫療照護轉型到以健康促進預防疾病為主的照護模式，並在高齡化的社會人口趨勢下推動全人全程的各場域健康促進，包括高齡友善健康照護機構、高齡友善城市等以達到未來SDGs的目標。



王署長演講現場

四、善用APACPH平台，本署提出建置健康促進核心能力建構協作中心

(Collaborating Centres for Health Promotion, CCHP)

(一)背景

為減輕非傳染性疾病（NCD）與人口老化等廣泛問題的負擔，需透過區域合作與經驗交流，以倡導與促進健康的生活方式，故於亞太國際公共衛生學術聯盟（APACPH）下，成立健康促進核心能力建構協作中心（CCHP），為一長期合作平台。

(二)目的

該中心旨在結合APACPH各會員國資源及建立夥伴關係，促進預防保健及非傳染病領域資源共享及合作交流，並藉此與亞太地區國家共同發展合作，推動未來健康促進人才培育計畫，提升健康促進核心能力。

(三)於今年大會期間召開之ECM會議由台灣區域辦公室提案建置健康促進核心能力建構協作中心（Collaborating Centres for Health promotion, CCHP），並獲通過。

(四)於GA會議中宣傳台灣將於106年9月7日至9日在台北召開亞太健康促進核心能力建構論壇（Asia Pacific Health Promotion Capacity Building Forum，並邀請日本、新加坡、馬來西亞、泰國、印尼、斯里蘭卡及澳洲等7國9位學者及4位政府官員共同與會。

(五) 於亞太健康促進核心能力建構論壇中簽署臺北宣言（Taipei Statement），內容為健康促進核心能力建構，包含了需求評估(assessment)、計畫擬定(planning)、執行(implementation)與評值(evaluation)及研究發展(research)，另外橫向連結的溝通(communication)領導統御能力(leadership)、夥伴關係建立(partnership)及了解健康議題的全面相互關聯性探討等能力。此外本宣言更進一步強調健康促進專業工作人員需培養文化的敏感度(cultural sensitivity)、計畫執行的落實(implementation ability)及組織參與(organizational engagement)。



亞太健康促進核心能力建構論壇開幕典禮及台北宣言合照

肆、心得與建議

- 一、此次本署以正式會員身份參加第49屆亞太公共衛生學術聯盟國際研討會及其理監事會，熟悉其組織運作模式，並與來自20多個亞洲地區國家及學術機構之專家共聚一堂，在非傳染病防治及公共衛生領域共同交流，由於此研討會性質較屬於學術會議，大部分演講參與者也多為學校代表，臺灣的臺北醫學大學、臺灣大學等多位學者多有論述及發表，也有多位學生發表口頭及論文報告。未來應該可以鼓勵台灣學生與本署同仁多應用這樣的研討會發表更多論文。
- 二、由於APACPH是亞太地區公共衛生學術界的區域組織，其在亞太地區及東南亞公共衛生界有相當的影響力，目前配合我國南向政策的規劃希望多發展與東南亞國家的合作，以及我國北醫在此聯盟長久經營亦有擔任重要幹部(財務長)有主導的優勢，再加上本署為其少數的政府官方機構，通過建置健康促進核心能力建構協作中心（Collaborating Centres for Health Promotion, CCHP），可將此聯盟做為我國與其他國家或組織在公共衛生訓練合作的平台，增加我國及本署在國際衛生議題合作的主導性。

附錄:Program at a Glance

Poster Presentation Oral Presentation Presentation Schedule	15 Aug (Tues.)	16 Aug (Wed.)		17 Aug (Thur.)	18 Aug (Fri.)	19 Aug (Sat.)
08:00~09:00		Registration (8:00~17:00)		Registration (8:00~18:00)	Registration (8:00~18:00)	Registration (8:00~10:00)
09:00~09:30		General Assembly		Plenary Symposium 1 Subject : Selective to Inclusive : GHSA <ul style="list-style-type: none"> Emerging Infectious Disease Tuberculosis & AIDS control Why Alliance From Curative to Preventative or even Promotive 	Plenary Symposium 3 Subject : Parallel to integral : UHC <ul style="list-style-type: none"> Accessibility Quality of Service Financial Protection 	Plenary Symposium 4 Subject : From Analogue to Digital: 4th Industrial Revolution <ul style="list-style-type: none"> Artificial Intelligence, changing to the way we work Diagnostic accuracy Remote Access; Friendly Environment
09:30~10:00						
10:00~10:30						
10:30~11:00						
11:00~11:30						
11:30~12:00						Closing Ceremony
12:00~12:30				Lunch	Lunch	
12:30~13:00						
13:00~13:30	Executive Committee Meeting	Dean's Meeting	Pre Workshop	Opening ceremony	Oral Presentation 1	
13:30~14:00						
14:00~14:30				Keynote Speech (14:00-14:15) Photo Shoot / Break (14:15-14:30)		
14:30~15:00				Plenary Symposium 2 Subject: From MDG to SDG <ul style="list-style-type: none"> From Project to Person 		
15:00~15:30						Coffee Break

Poster Presentation Oral Presentation Schedule	15 Aug (Tues.)	16 Aug (Wed.)		17 Aug (Thur.)	18 Aug (Fri.)	19 Aug (Sat.)
15:30~16:00				<ul style="list-style-type: none"> From North2South to Global 	Oral Presentation 2	
16:00~16:30			Break (16:00-16:30)			
16:30~17:00			Parallel Symposium (16:30-18:30)			
17:00~17:30		Break				
17:30~18:00		Welcome Reception (17:30~19:00)			Poster Presentation	
18:00~18:30						
18:30~19:00	Executive Committee Meeting Dinner		Break			
19:00~19:30						
19:30~20:00			Gala Dinner (19:00~21:00)			
20:00~20:30						
20:30~21:00						

第二部分、美國「健康促進醫院國際交流會議」

服務機關：衛生福利部國民健康署¹

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會²

衛生福利部桃園醫院³

姓名職稱：王英偉署長(男)¹、徐永年執行長(男)²、賈淑麗組

長(女)¹、陳厚全主任(男)³、江玉琴技正(女)¹

派赴國家：美國

出國期間：106年8月20日至8月27日

摘 要

本署為提供醫院更適切整體健康促進推動模式，本署於 106 年配合新版評核基準，整合健康促進醫院、無菸醫院、高齡友善等相關標準，從精簡評鑑條文、整併各類訪查與優化查證方式三大面向進行改革，運用 Patient Focus Method，由認證委員實地進行評量，及以病人為中心之具體作為，並加入健康識能、醫病共享決策及病人家屬參與等評量項目，發展健康醫院認證。

美國「健康促進醫院國際交流會議」，包括參加美國 planetree 組織及其代表醫院國際交流會議，交流該組織針對以病人為中心之健康促進模式及如何營造以病人為中心的照護環境；參加美國梅約醫學中心國際交流會議，汲取梅約醫學中心其醫病共享決策(Shared decision making，下稱 SDM)推動，及醫院以病人為中心之健康促進模式之發展經驗；參加紐約西奈山醫院國際交流會議，雙方對於智慧醫療與醫病共享決策(SDM)推動以及病人參與等經驗進行交流分享。

藉由此次國際交流會議，實際觀摩醫病共享決策(SDM)推動、病人家屬參與以及醫院經營管理等經驗進行交流分享，以發展國內以病人為中心的健康促進照護模式。

壹、目的

- 一、參加美國 planetree 組織及其會員醫院之國際交流會議，了解該組織如何以病人為中心之健康促進模式，及如何營造以病人為中心的照護環境，以瞭解健康促進國際發展現況及趨勢。
- 二、參加美國梅約醫學中心國際交流會議，了解梅約醫學中心其醫病共享決策(SDM)推動模式，及醫院以病人為中心之健康促進模式之發展經驗。
- 三、參加紐約西奈山醫院國際交流會議，如何應用智慧醫療提高醫療決策效能，及如何導入醫病共享決策(SDM)，提高病人照護品質。

貳、過程

國民健康署近幾年來積極參與健康促進醫院及健康照護機構相關國際研討會，此次由王英偉署長領隊，成員包括衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會徐永年執行長、衛生福利部桃園醫院陳厚全主任、本署慢性疾病防治組賈淑麗組長及江玉琴技正共 5 人，自 8 月 20 日啟程前往美國紐約，並於 8 月 27 日返抵臺灣，主要工作內容包含參加康乃狄克州 planetree 總部和 Griffin Hospital 國際交流會議，由王英偉署長發表台灣健康醫院認證經驗及參加 Planetree 認證、徐永年執行長發表臺灣醫院管理及 SDM 介紹，以病人為中心發展研討；參加梅約醫學中心國際交流會議，由王英偉署長發表健康機構 SDM 應用及發展重點研討；參加紐約西奈山醫院國際交流會議，由賈淑麗組長發表台灣健康醫院推動經驗，陳厚全主任發表台灣醫院智慧醫療發展及參加智慧醫療發展研討等，行程重點說明如下：

日期	行程
8/20(日)	搭機離開桃園機場，晚上抵達紐約機場
8/21(一)	1. 參加康乃狄克州 planetree 總部和 Griffin Hospital 國際交流會議 2. 王英偉署長發表台灣健康醫院認證經驗 3. 徐永年執行長發表臺灣醫院管理發展方向介紹 4. 參加 Planetree 認證經驗、以病人為中心經驗交流及綜合討論
8/22(二)- 8/23(三)	1. 參加明尼蘇達州梅約醫學中心國際交流會議 2. 王英偉署長發表台灣健康機構 SDM 應用經驗 3. 徐永年執行長發表臺灣醫院管理及 SDM 介紹 4. 參加梅約醫學中心 SDM 及綜合討論 5. 王署長搭機離開紐約
8/24(四)- 8/25(五)	1. 參加紐約西奈山醫院國際交流會議 2. 賈淑麗組長發表台灣發表台灣健康醫院推動經驗 3. 陳厚全主任發表台灣醫院智慧醫療發展 4. 參加紐約西奈山醫院智慧醫療發展及綜合討論

日期	行程
8/26(六)	搭機離開紐約
8/27(日)	抵達桃園機場

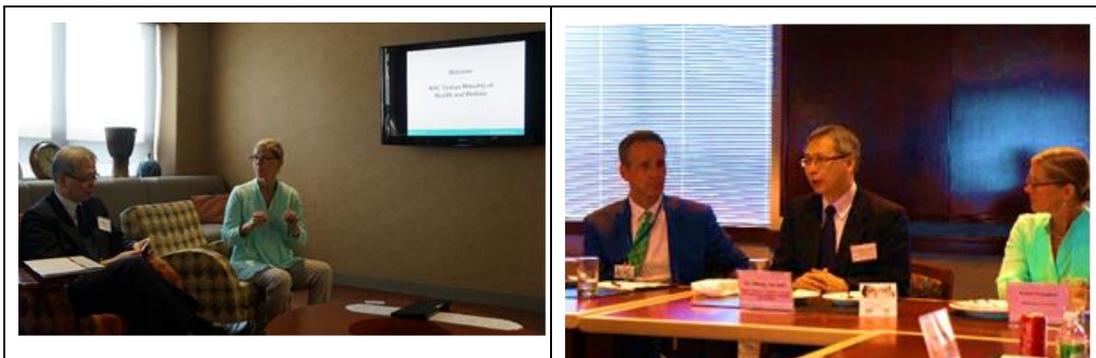
參、會議重點

一、美國 planetree 總部和 Griffin Hospital 國際交流會議

(一) Planetree 介紹

美國 planetree 是因其創辦人：Angelica Thieriot 女士，因為感染罕見病毒住院時，深感醫院環境冷漠、缺乏人性，醫療人員匆忙進出，很少與她交談或說明，大部分的時間她只能面對著蒼白的病房牆壁，覺得孤單又害怕。故於 1978 年成立了非營利性組織 Planetree，希望能協助改善醫院環境，從以醫療人員方便為主的設計，轉變為以病人為中心，且能兼顧病人身心靈需求的全人照護環境。

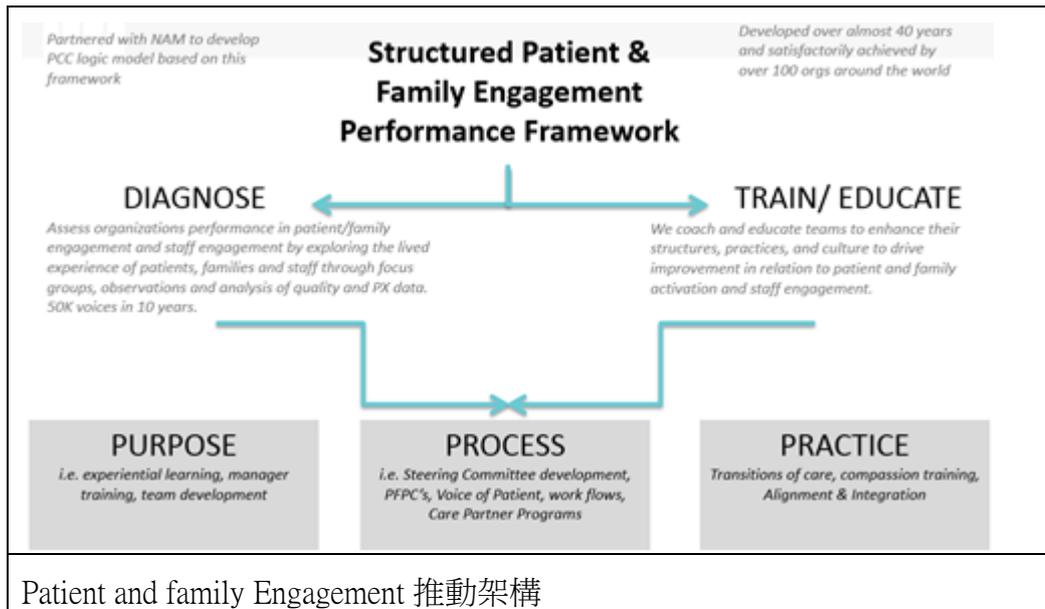
該組織發展的 Planetree 模式有十大重點，強調以病人為中心的設計，例如（1）調整護理站位置，讓醫療人員更接近病人，且可加強雙方溝通。（2）提供病人隨時參閱病歷機制，鼓勵病人住院期間查閱自己的病歷，並提出自己的問題或意見。（3）建立照護夥伴計畫（care partner programs），鼓勵及指導病人家屬參與照護。（4）設計家屬專用休息室、小廚房，且在病房規劃供家屬使用的空間，讓他們能更舒適的陪伴病人。（5）鼓勵病人及家屬參與照護決策，以及協助醫院改善政策與程序等，本次透過與 Planetree 組織國際交流會議，了解及分享國內健康促進計畫，提供未來國內健康促進機構以病人為中心照護模式參考。



Planetree 組織主席 Susan B, Frampton 介紹 Planetree 模式與文化。	Griffin 醫院團隊交流會議，President/CEO, Patrick Charmel 介紹醫院執行模式。
--	---

(一)Patient and family Engagement 推動架構，如下圖

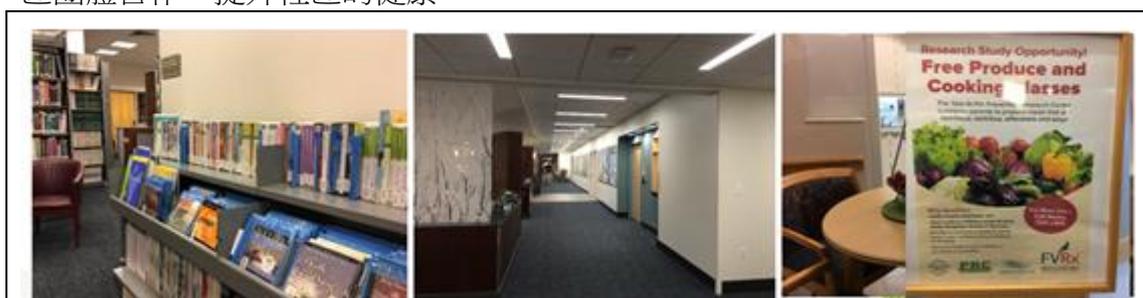
- 1.該組織首先建立系統化 Patient and family Engagement 推動架構，並針對病人、家屬及醫護所有工作人員等，透過不斷焦點訪談、觀察及資料分析，評估需求；及加強機構醫護相關人員訓練及教育，強化機構促進病人、家屬及員工參與所有照護流程。
- 2.發展重要核心：傾聽來自病人、家屬、員工聲音及意見
 - (1)傾聽病人照護經驗，希望照護方式，同時整合不同照護需求。
 - (2)加強員工溝通，強調照護病人時應聆聽病人照護經驗及需求，了解病人及家屬參與對健康照護結果之助益及重要性。
 - (3)新進員工進行 2 天訓練，包括病人經驗體驗，體驗當一個病人的真實感受 (有點類似模擬病人)，增強對以病人為中心照護理念，找回所有專業團隊成員對於照護的熱誠。
 - (4)整合跨專業領域照護計畫。
 - (5)透過例行性調查，了解病人及員工的意見，包括照護經驗、員工意見，調查也包括醫院主管層級，全面的不斷了解醫院各層面的想法。
 - (6)在醫院建立一個 council team(council as a volunteer、worker 等等)，透過完整的教育，讓 council 成為醫病溝通橋樑。



(二)Putting Patient's First -以病人為優先-Planetree 模式的十大重點

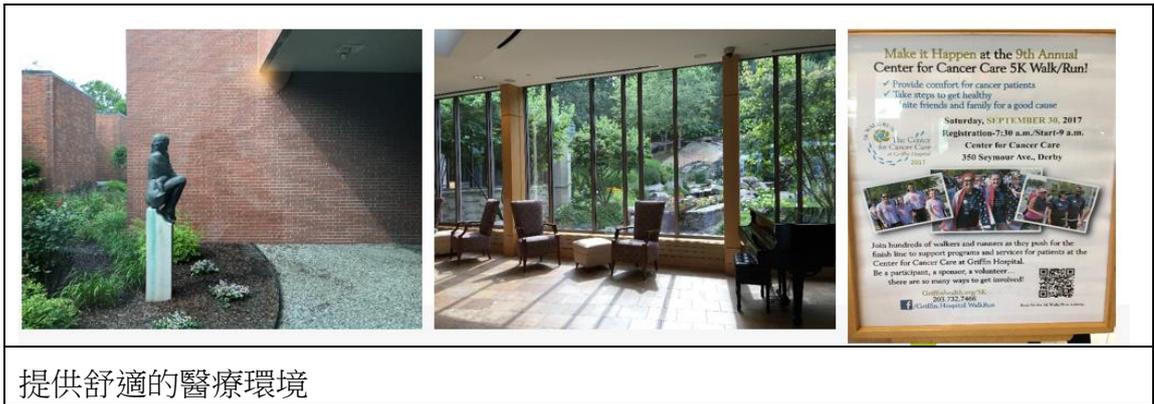
- 1.人的互動 (Human Interactions)：創造一個讓病人、家屬與醫療人員互動時，能彼此關懷、體貼及尊重的組織文化。
- 2.家人、朋友與社會支持 (Family, Friends, and Social Support)：在情況允許時，鼓勵家屬與朋友擔任夥伴參與病人照護；以病人需求為主的探病規定。
- 3.獲取資訊 (Access to Information)：提供資訊與教育資源給病人，讓他們可以積極參與自己的醫療照護；病人可以閱讀自己的病歷，參與合作式照護 (collaborative care) 討論 (病人、家屬、醫師與護士一起在病房討論)，病人可以到圖書館或 Planetree 醫學資源中心 (Planetree Health Resource Centers) 獲取健康與醫療資訊。
- 4.藉由良好建築設計，建立舒適的醫療環境 (Healing Environments Through Architectural Design)：利用基於實證的建築設計理念 (evidence-based design principles)，為病人、家屬與醫療人員建立安靜舒適的醫療環境。

- 5.食物與營養 (Food and Nutrition)：為病人、家屬與醫療人員提供美味、健康且有多樣選擇的飲食，且 24 小時都有供應。
- 6.藝術與娛樂 (Arts and Entertainment)：在病房與診療區放置藝術品來創造平靜愉快的氣氛，邀請志工與病人一起進行藝術創作，及邀請藝術家與音樂家表演。
- 7.靈性 (Spirituality)：支持與協助病人、家屬與醫療人員獲得精神靈性上的資源，包括提供接觸宗教神職人員的管道，提供祈禱室、靜思場所、花園等場地。
- 8.人的碰觸 (Human Touch)：利用關懷觸摸 (caring touch) 與按摩，來降低病人、家屬與醫療人員的焦慮、疼痛與壓力。
- 9.輔助療法 (Complementary Therapies)：提供病人其他選擇，例如協助轉介至芳香療法、自然療法、針灸、整脊、太極、瑜珈等輔助與另類療法。
- 10.健康社區 (Healthy Communities)：藉由與學校、老人中心、教會與其他社區團體合作，提升社區的健康。



提供充分資訊環境





提供舒適的醫療環境

(三) 以病人為中心照護之實踐

1.3 practical steps 三個實施步驟

- (1)目標連結 Reconnect to purpose
- (2)強化架構 Enhance structures
- (3)發展新技術 Develop new skills

2.個人化的病人教育 Personalized Health Information

- (1)護理人員透過影片或網站、書面資料、示範及說明衛教病人，並請病人重述或重做一次，並鼓勵病人家人一起參與。
- (2)開放病歷讓病人及被授權的人全面閱讀,入院提供 PAD-Open Medical Records。
- (3)提供病人完整照護資訊，如透過 SDM 方式。
- (4)設立病人圖書館（Patient Library），且有衛教師隨時提供所需衛教資訊。



病人衛教室及圖書室

3.病人家屬成為照護夥伴 Partnering with Patients' Families

(1)鼓勵並指導病人家屬參與照護，護理人員透過影片或網站、書面資料、示範及說明衛教家屬，並請家屬重述或重做，並紀錄，鼓勵家屬參與照護。

(2)成立病人諮詢機制，收集了解病人或家屬對照護意見，如衛教教材相關意見。

(3)設計家屬專用休息室、廚房，供家屬休息及製作病人食物。

(4)護理站設置於 2 個病房中間，縮短與病人溝通距離。

(5)住院時提供飲食清單及適合病人飲食及提供彈性探病時間。

(四)實施成效：提升各項照護指標，如住院率、環境標示、醫護溝通、疼痛管理、醫護人員反應等。



調整護理站位置及提供家屬舒適等候空間



以病人為中心的彈性探病時間 The Patient Will See You Now



工作環境：安靜而不呆版；對於工作有高度的信心、熱忱



PLANETREE

130 DIVISION STREET • DERBY, CONNECTICUT 06418 • 203-732-1365
WWW.PLANETREE.ORG

June 15, 2017

Ying-Wei Wang, M.D., Dr. P.H.,
Director-General, Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

Letter of invitation

Dear Mr. Ying-Wei Wang:

This letter serves as an invitation for you and your colleague, Hsu, Yuan-Nian, to visit Griffin Hospital, a person-centered Planetree designated award-winning hospital located in Derby, CT.

Griffin Hospital (*Planetree's Flagship Hospital) is a 160-bed acute care community hospital serving more than 130,000 residents of the Lower Naugatuck Valley Region. Griffin Hospital also serves as the flagship hospital for Planetree, an international leader in patient-centered care and has received national recognition for creating a facility and approach to patient care that is responsive to the needs of patients. Many healthcare facilities around the world send visitors to Griffin Hospital and incorporate its concepts into their healthcare models. Griffin Hospital is a not-for-profit, tax-exempt subsidiary of the Griffin Health Services Corporation.

Griffin Hospital is affiliated with the Yale School of Medicine, The Frank H. Netter MD School of Medicine at Quinnipiac University, and accredited by The Joint Commission.

Griffin Hospital is recognized for having industry-leading patient satisfaction ratings and has received numerous quality and clinical excellence awards. It is the only hospital to be named to FORTUNE Magazine's "100 Best Companies to Work For" list for ten consecutive years, and was the only Connecticut hospital to be recognized three times by the Joint Commission as a "Top Quality Performer" on key quality measures. <http://www.griffinhealth.org>

This invitation is not related to any financial support for the invited person.

With Kind Regards,

Susan B. Frampton
President, Planetree

Plantree 邀請王署長信件。

二、梅約國際交流會議

(一) 梅約簡介

梅約的標誌由三個盾牌組成，分別代表照顧病人、研究、教學，因為照顧病人需要研究、教學的支持；醫院的服務精神落實以病人為中心。照顧病患-以病人為中心，研究與教育是因著病人需要而進行；醫學研究-病因的探討、診斷技術與診療程序的改進等，是醫院研究的功能-醫師提供固定薪資制-吸引認同理念醫師；醫學教育-醫學知識的傳承，醫護人員的臨床訓練，是醫院教學的功能與責任。本身擁有相關醫學養成學校-理念從醫學生養成。透過梅約國際交流會議，了解梅約特殊文化及如何進行 SDM。

1.梅約文化-為領導而合作

- (1)固定薪資之文化：以如何做對病患照護最好是唯一誘因、避免衝量、相互支援與推薦、專注病患需求。
- (2)同工同酬（新進醫師五年內會調到最高薪資/資深員工休假較多），學術地位與薪資等級無關。
- (3)沒有特別閃亮的星星，而是閃爍耀眼的群星，不提倡明星醫師。
- (3)固定薪的考量點：對部分服務意願較低的醫師而言難以避免同酬不同工，目的是吸引擁有相同價值觀的醫師，認同於該院服務是充滿榮譽與理想實現。

2.梅約健康照護體系 Mayo Clinic Health System

- (1)1992 年開始擴展， 成為梅約醫學中心的一部分。

- (2)目前位於南明尼蘇達州 (Minnesota)、北愛阿華州 (Iowa) 和西威斯康辛州 (Wisconsin) 以及東南喬治亞州 (Georgia)，已超過 70 個社區有特約醫院和診所。
- (3)社區醫院遇到複雜病例需要專家會診或大手術時，會把患者即時轉至更高一級的梅約醫學中心，完成主要治療後，再轉診回梅約社區醫院，繼續後期照顧。
- (4)此「醫療樹」的模式中，分支醫院不僅可以和總部醫院的醫師保持密切聯絡，為患者提供醫療服務，而且其分支醫院也可享用梅約先進的實驗室和醫療檢測設備等資源。在全梅約系統內共享資源，儘可能地降低運營成本，減少醫療失誤。

3.服務理念

- (1)心靈：兼顧信仰、傳統、儀式等，針對不同信仰提供服務地點，緊密連結信仰與疾病鬥志。

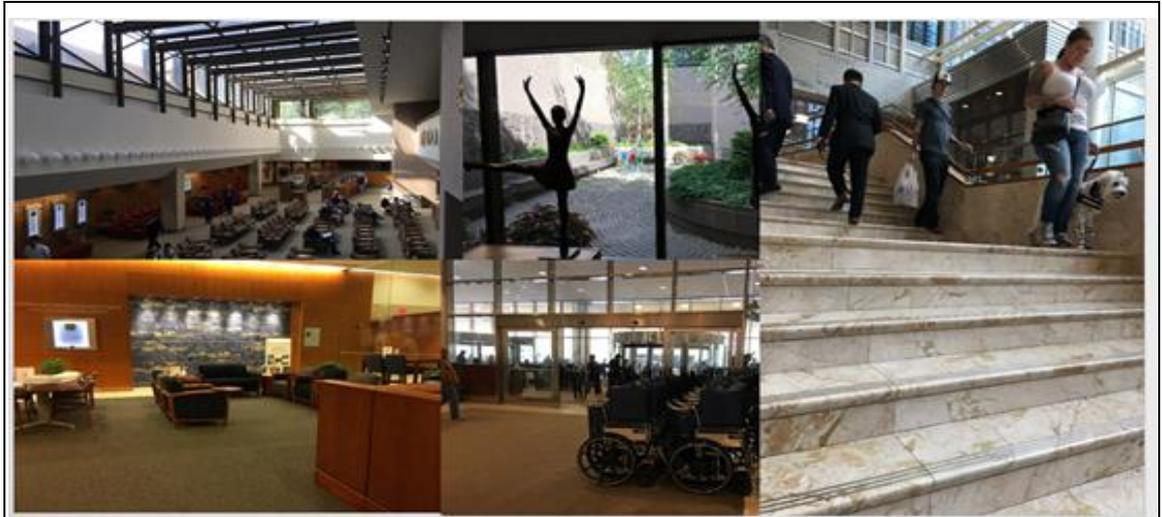


(2)全人醫療：包含整個就醫過程。



(3)完善醫療：充足醫療人員及設備。

(4)舒適環境：空間氛圍，建築設計，強調以病人為中心思考的環境設計。





(二)梅約共享決策發展 Mayo Clinic Shared Decision Making

1.基本概念

- (1) 以病人需要為唯一考量"The best interest of the patient is the only interest to be considered"。
- (2)提供溝通互動工具非資訊交換 Conversation Not Information- “We design to support the interaction of people not the transfer of information”。
- (3)SDM 內涵- Context、Biology、Patient values and preference + EVIDENCE-SDM 必須基於主要議題內容、醫學基礎、病人價值及喜好，並建立於臨床實證基礎下。
- (4)過程先了解病人期待，強調溝通及傾聽，由醫師或護理師提供具以實證 (evidence)為基礎設計的工具(手冊、單張等)，與病人充分討論，討論過程中會加入彼此經驗(experience) 。強調驅動(trigger) 病人對自己醫療進行決策，而非 push 或引導。

2.成立 Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Center

由約 20 幾位跨域專家組成，發展 SDM 執行簡單卡片，並透過臨床評估及試驗發展不同 SDM，目前已上網發布 8 項 SDM 工具及提供示範教學影片。



3. 決策輔助工具開發重點 Development of decision aids

- (1) 由科學文獻奠定正確的背景基礎(科學實證)。
- (2) 檢視現有的對話過程，及患者如何參與決策過程。
- (3) 實地觀測診間會面，分析對話過程及找出重點。
- (4) 開發原型工具，進行實地驗證，繼續完善與改進。
- (5) 利用隨機分派臨床試驗進行工具檢測，於各種環境下嚴格的測試工具，由不同醫師進行；於不同年齡及診間環境進行測試。
- (6) SDM 工具也許不能減少醫療照護費用(反而因最善處置而可能增加)，但是能改善照護的品質。

4. 共享決策工具應用 Shared Decision Making

- (1) 工具將風險視覺化，讓患者能清楚明白自身風險，做出決定。
- (2) 工具並不是衛教用；患者所缺之照護並不是因缺乏相關病情知識而造成。工具是在交談的情況下使用，而不是教導用。
- (3) 個人化照護決策；工具將所有選項納入，包括那些不具有治療性質等處置。

(4)SDM 工具在於與患者共同進行決策對話，而非試圖說服患者採取某種選項。

(5)衛教工具與 SDM 工具之差異：衛教工具在於告知患者有關病情相關資訊及醫療選項；SDM 工具讓患者與醫護人員一同參與照護決策，試圖解決問題。利用工具觸發與患者的對話，一同解決問題。

(6)引導機制並非聚焦於 SDM 工具。

(7)工具是創造病人與醫師開放討論機會。

(8)工具使用不是代表代替照護過程，它是補充並支持照護過程所有選擇工具。

(9)於醫院網頁提供各種執行 SDM 工具範例，方便線上學習

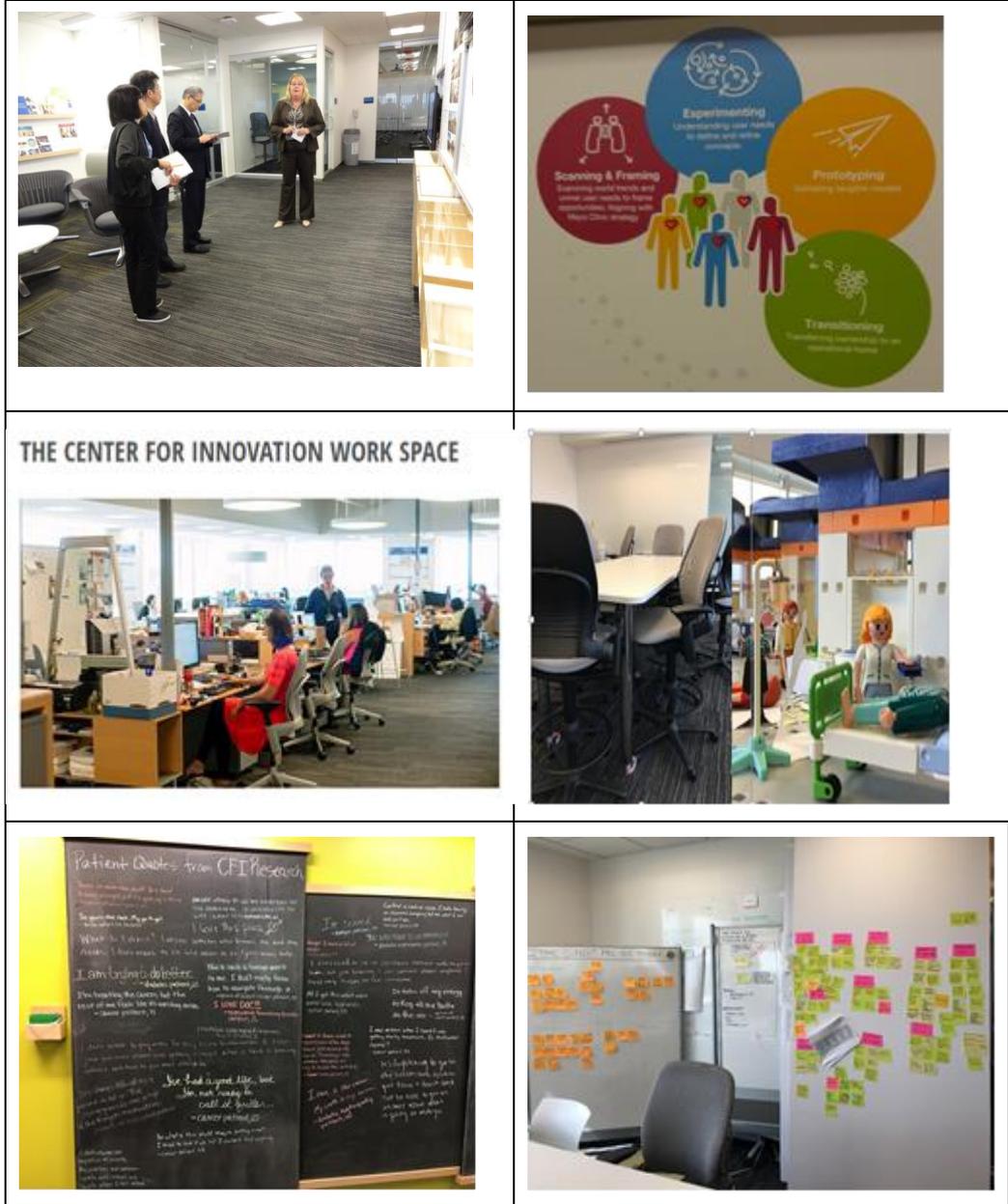


醫師在診間與病人討論，醫師手上持有控制疾病的各種介入措施單張，會先就病人他最需要的部分請病人選擇，病人選擇控制體重，醫師則就手上控制體重單張中內容(此內容具實證)加以解釋。

(三) 梅約創新中心-THINK BIG ,start small, MOVE FAST

梅約為整合及提供更優質醫療照護服務，成立了創新中心，提供員工創新發想空間，同時成立創新團隊，成員包括不同領域專家、人員(醫師、資訊、護理等)，針對照護流程提出創新方案，提供更優照護服務。透過不

斷蒐尋、試驗、設計雛型及轉置等嚴謹過程，創新照護流程，提升照護生活品質。



三、西奈山醫院國際交流會議

(一) 西奈山(Mount Sinai)醫院簡介

西奈山醫院始建於 1852 年，是美國歷史最悠久和最大的教學醫院之一，全美排名第 17，醫院以其在臨床治療、教學和科研方面的傑出成績而聞名於世，在臨床治療領域的成就廣受國際讚譽。目前醫院有病床 1,171 張，醫護人員 1,800 多名，患者提供臨床和住院治療。西奈山健康體系包括西奈山 Icahn 醫學院和 7 所醫院校區，為紐約大都會地區居民提供最高水準的醫療保健服務，目前整合資源和專業技能，新建的醫療體系床位數增至 3,535 張。本次交流會議透過此次我們拜訪了醫院的 innovation center，由中心主任 Dr.Ashish Atreja 介紹醫院各種創新發展，包括 big data、APP 及資訊處理與臨床應用等。

(二)西奈山(Mount Sinai)醫院智慧健康醫療發展及創新服務

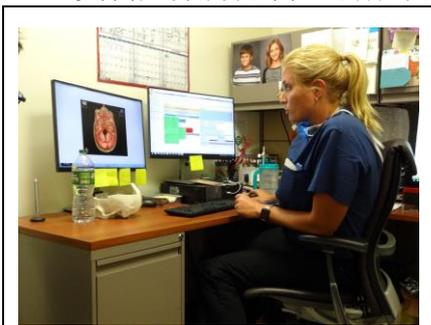
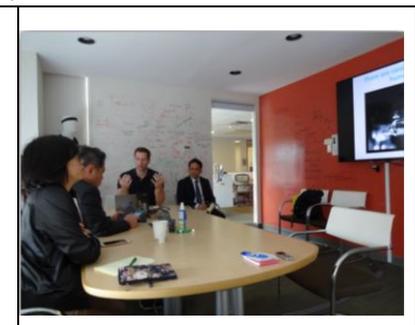
1. Virtual Reality 技術之病人衛教應用

西奈山醫院透過與 HTC 合作 VR 影像系統，這個系統是將病人在醫院接受的所有影像資料加以彙整、合併，包括 MRI、CT、血管攝影、CTA、MRA 等影像，除了可以精準重建 3D 影像外，更可以將這些不同的內容同時疊加，以 VR 的方式呈現，可以快速校正神經外科醫師腦中個人化解剖構造，並建立空間感，透過互動機制，模擬動脈瘤等手術過程。該系統提供醫師一個完整虛擬實境(Virtual Reality)，醫師可透過會診確認手術進行方式，並透過系統預判手術中如何避開血管、神經等重要組織，避免合併症。當手術進行過程會因為出血等狀況無法以肉眼判斷時，影像系統可以立即提供資訊，引導醫師安全手術方式。神經外科主任 Dr.Bedson 當天進行三個腦瘤病人手術，我們很幸運的直接進手術房實際觀看手術過程，了解對於高科技結合醫療程序。

神外專科護理並應用此一影像系統在術前對病人及其家屬進行病情說明，增加病人對自己病情的完全了解，提升病人健康識能，同時減少了治療的恐懼與不安，增進醫病關係。

2.創新中心(Innovation center)-創新從照護病人的細節做起

創新中心主任 Dr.Ashish Atreja 介紹醫院各種創新發展，包括 big data、APP 及資訊處理與臨床應用，包括心臟衰竭的 APP，病人從住院起到出院回家後，透過血液資料、血壓等 vital sign 上傳，由醫師及護理人員等於病人看診時進行資料分析。住院時，針對高風險狀況病人，發展提醒護理人員藥物使用的對講機(體積約 5 公分，具有提醒及及時回報督導病情功能)，如心臟病人於住院使用鉀離子時，當病人鉀離子異常，實驗室人員會依據病人檢驗數據，透對講機對主護護士進行提醒，再由護士向督導及醫師進行反映，提升病人照護安全；另該院於 2016 年 9 月成立 Institute for Next Generation Healthcare，主任 Dr. Joel Dudley 是 Precision Medicine 的專家，透過院內病人資料大數據分析，研擬改善醫療措施及提升照護品質。

		
<p>西奈山醫院護理師運用 VR 技術於術前進行病人衛教。</p>	<p>西奈山醫院創新中心主任 Dr.Ashish Atreja 介紹醫院各種創新發展</p>	<p>Institute for Next Generation Healthcare 主任 Dr. Joel Dudley 介紹如何透過院內病人資料大數據分析改善醫療品質。</p>

肆、心得與建議

- 一、Planetree 著重在組織同仁需要不斷學習，強調專業人員是需要不斷的被鼓勵，在邀請病人及家屬參與時，必須隨時聆聽病人對治療的相關訊息，聆聽是 planetree 重要精神，創造一個會「聽話」的環境。Empowerment everyone, anytime, anywhere.讓病人及照護者告訴我們如何改善。Susan Frampton 執行長表示，有一個團隊隨時與醫護人員溝通，了解他們的困難，適時引導他們，這些都值得國內機構照護學習。
- 二、Planetree 強調在推動 SDM 上，所有醫療工作人員都需要接受完整訓練，在執行 SDM 前病人的分流非常重要，需視病人需要來決定，SDM 是提供病人選擇機會，工具要越簡單越好。
- 三、Griffin 醫院在醫院建立一個 council team(council as a volunteer、worker 等等), 透過完整的教育，讓 council 成為醫病溝通橋樑。醫護人員從病人回應中得到肯定、工作價值及從事醫護的助人熱忱。且整個醫院環境都具有療育性，且具有教育性。開放 24 小時探訪(包括 ICU)，smile and music everywhere, like Disney,顛覆醫院冰冷及過分專業的形象。
- 四、Mayo clinic 提供我們一個思考，SDM 可以從就醫前、中、後三個階段，如何依病人需要加以設計。重點是「病人的期待；expectation」。未來 SDM 計劃將可重於發掘病人及家屬期待，就其需要項目融入 SDM 過程。
- 五、西奈山醫院的創新科技和目前部立醫院正在推動的智慧醫院方向一致，應可繼續與他們學習與合作。

六、經過此次國際交流活動，建議國內可建立一個學習平台，吸取國外經驗及相關訓練與服務機制，提供醫院或相關 NGO 參與。

七、參與國際訓練合作(Training Program)可行性，可評估參與 Planetree 會員的合適性，短期以計畫性質開始，透過訓練及教育平台，讓醫院了解 Planetree 精神進而願意全院推行。

第三部分、出席馬來西亞
「2017 年健康照護品質與安全國際研討會」

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：王英偉署長

派赴國家：馬來西亞

出國期間：民國 106 年 8 月 25 日至 8 月 27 日

摘 要

於 106 年 8 月 26 日獲英國醫學期刊(British Medical Journal,BJM)執行長 Derek Feeley 與主編 Fiona Godlee 邀請參加於馬來西亞吉隆坡舉行健康照護品質與安全國際研討會(International Forum on Quality & Safety in Healthcare, IFQSH)，並於 106 年 8 月 26 日演講主題為「何謂善終(What is a Good Death)」，將針對臺灣安寧照護分享經驗，介紹台灣安寧運動、傳統中華文化對於死亡的認知、慎終與善終、善終的測量、台灣民眾對死亡的態度、生死教育的重要性、在不同的國家傳遞善終等演講內容，本次會議共計來自 35 個國家的 1,000 名醫療人員和領導者。

壹、目的

健康照護品質與安全國際研討會今年已邁入第 22 屆，此研討會目的是結合各國健康照護領導者與實踐者的實務經驗，彼此分享交流如何提升健康照護品質及病人安全，解決區域的問題，共同提升健康照護環境。此會議將邀請世界各國公共衛生領域的專家，專業團體與會代表馬來西亞衛生品質協會(MSQH)、臺灣醫策會(JCT)、日本醫療衛生品質安全協會(JSQSH)等，該會議匯聚亞太地區的合作夥伴，分享相關經驗。

貳、行程

日期	行程
106年8月25日(五)	啟程至馬來西亞
106年8月26日(六)	1. 出席「2017年健康照護品質與安全國際研討會」 2. 演講「What is a good death?」
106年8月27日(日)	啟程返台

參、會議重點演講-What is a good death?

臺灣在 2010 年時安寧照護臨終病人死亡品質 (Quality of Death) 排名全球第 13，2015 年排名即大幅躍升到第 6。臺灣評鑑優異的原因，主要的原因為政策面，如：通過安寧緩和醫療條例、病人自主權利法；實施全民健保，讓藥物取得不成為負擔，給付的照護模式包括：安寧住院、居家、共照及社區服務；癌症死亡前 1 年接受安寧療護之比率已達 55.6%；另外很多民間基金會，推動教育訓練、零星照護，也都是加分條件。

臺灣安寧緩和照護的發展一開始是由民間團體發起，而後由政府開始挹注資源，與民間團體結盟，共同推動立法、健保制度及一系列的相關政策。

一、介紹台灣安寧緩和照護運動 (Hospice movement)

(一) 第一波安寧運動(過去)

- 引進安寧療護的概念
- 以癌症為主
- 發展安寧病房、共照、居家安寧

(二) 第二波運動(現在)

- 非癌症安寧
- ACP / Shared decision making SDM
- ICU, ES 照護

(三) 第三波運動(未來)

- 老人安寧 Elderly palliative care (dementia/fragility)
- 兒童安寧
- 癌症早期的緩和照護
- 社區與長照安寧

- 新科技引入安寧照護
- 病人自主權法
- 慈悲關懷社區/城市 Compassionate cities/compassionate community

二、傳統中華文化對於死亡的認知

- (一) 二元論 (dualism)：認為世界是由兩種力量統治(心靈與物質、善與惡、天空與地球)，這兩種力量對抗著，共同支配世界(如魂魄.天地.陰陽.氣形.神鬼)。
- (二) 三層式宇宙觀(Levels of Universe)：上有天庭，中間有人間，下有陰間。
- (三) 三魂七魄之歸宿(Where the soul live)：將人分成魂跟魄，魂是精神，魄是肉體，魄死後歸土，魂死後歸天。
- (四) 對死者的敬畏(The respect and awesome toward death)：
 - 未知的恐懼
 - 失落及分離的恐懼
 - 死亡的形貌及死亡過程的恐懼
 - 未了心願的遺憾及對人生過程的悔恨，來不及補救之恐懼

三、慎終與善終(A good death)

不同的宗教對於生死的看法也不同，基督教認為宇宙萬物都是由神所創造，人是由神的形象所塑，只有人能與神交流，死亡不單指肉身死亡，人因獲罪而離開，但信奉神的人得以進入天國得永生；佛教認為世間的一切皆由因緣而生，世間種種無非因與緣的離合，人死後進入輪迴轉世，今生今時所作的業，將會成為來世的果。

台灣人擁有七七追思方法是很好的習俗，每隔七天家人團聚，經歷及表達哀思，是健康的哀傷歷程。但也有個別差異，需視個人的需要而定。

在台灣的風俗中，如果自己的親人因事故而突然死亡，或者還有什麼事沒有交待清楚就已死亡，這時陽間的子女就會找位乩童或靈媒來「牽亡魂」；而「觀落陰」的方法與牽亡魂正好相反，道士以符咒施法，帶領亡者陽間親人的魂魄，下地府去會親人，不管是「牽亡」、「觀落陰」都是喪親者想再見亡者一面，哀傷撫慰的歷程。

四、善終的測量

(一) 善終量表(Good Death Scale)：分為 5 個指標(Awareness、

Acceptance、Propriety、Timeliness、Comfort)每個指標有 0-3 分(0

=Complete ignorance、1 = Ignorance、2 = Partial awareness、3 =

Complete awareness)

Indicator	Score
<i>Awareness</i>	0 = Complete ignorance 1 = Ignorance 2 = Partial awareness 3 = Complete awareness
<i>Acceptance</i>	0 = Complete unacceptance 1 = Unacceptance 2 = Acceptance 3 = Complete acceptance
<i>Propriety</i>	0 = No reference to the patient's will, 1 = Following the family's will alone 2 = Following the patient's will alone 3 = Following the will of both the patient and family
<i>Timeliness</i>	0 = No preparation, 1 = The family alone had prepared 2 = The patient alone had prepared 3 = Both the patient and their family had prepared
<i>Comfort</i>	0 = A lot of suffering 1 = Suffering 2 = A little suffering 3 = No suffering

(圖 1-Good Death Scale)

(二) 臨終與死亡品質表(Quality of Dying and Death)：使用於生命末期

病人、家屬與醫療人員，內容與末期生命照顧品質有關，分為六

個層面：症狀與個人照護、死亡準備、死亡場所的選擇、家屬(配

偶或小孩)陪伴、末期的醫療偏好、全人的關懷。

1. Having pain under control.
2. Having control of event.
3. Being able to feed oneself.
4. Having control of bladder, bowels.
5. Being able to breathe comfortably.
6. Having energy to do things one wants to do.
7. Spend time with your children as much as you want. (*or I have no children*)
8. Spend time with your friends and other family as much as you want.
9. Spend time alone.
10. Be touched and hugged by loved ones.
11. Say goodbye to your loved ones.
12. Have the means to end your life if you need to.
13. Discuss your wishes for end-of-life care with your doctor and others.
14. Feel at peace with dying.
15. Avoid worry about strain on your loved ones.
16. Be unafraid of dying.
17. Find meaning and purpose in your life.
18. Die with dignity and respect.
19. Laugh and smile.
20. Avoid being on dialysis or mechanical ventilation.
21. Location of death (home, hospice, hospital).
22. Die with/without loved ones present.
23. State at moment of death (awake, asleep).
24. Have a visit from a religious or spiritual advisor.
25. Have a spiritual service or ceremony.
26. Have health care costs provided.
27. Have funeral arrangements in order.
28. Spend time with spouse, partner. (*or I have no spouse, partner*)
29. Spend time with pets. (*or I have no pets*)
30. Clear up bad feelings. (*or there were no bad feelings to clear up*)
31. Attend important events. (*or there were no important events to attend*)

(圖 2-Quality of Dying and Death)

(三) Good Death Inventory(GDI)：總共有 18 個面向(57 題)

I. Physical and psychological comfort

- Patient was free from pain.
- Patient was free from physical distress.
- Patient was free from emotional distress.

II. Dying in a favorite place

- Patient was able to stay at his or her favorite place.
- Patient was able to die at his or her favorite place.
- The place of death met the preference of the patient.

III. Maintaining hope and pleasure

- Patient lived positively.
- Patient had some pleasure in daily life.
- Patient lived in hope.

IV. Good relationship with medical staff

- Patient trusted the physician.
- Patient had a professional nurse with whom he or she felt comfortable.
- Patient had people who listened.

V. Not being a burden to others

- Patient was not being a burden to others (*).
- Patient was not being a burden to family members (*).
- Patient had no financial worries (*).

VI. Good relationship with family

- Patient had family support.
- Patient spent enough time with his or her family.
- Patient had family to whom he or she could express feelings.

VII. Independence

- Patient was independent in moving or waking up.
- Patient was independent in daily activities.
- Patient was not troubled with excretion.

VIII. Environmental comfort

- Patient lived in quiet circumstances.
- Patient lived in calm circumstances.
- Patient was not troubled by other people.

IX. Being respected as an individual

- Patient was not treated as an object or a child.
- Patient was respected for his or her values.
- Patient was valued as a person.

X. Life completion

- Patient had no regrets.
- Patient felt that his or her life was completed.
- Patient felt that his or her life was fulfilling.

(圖 3-1: Good Death Inventory1-10 面向)

- | | |
|---|---|
| <p>XI. Receiving enough treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient received enough treatment. ■ Patient believed that all available treatments were used. ■ Patient fought against disease until the last moment. <p>XII. Natural death</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient was not connected to medical instruments or tubes. ■ Patient did not receive excessive treatment. ■ Patient died a natural death. <p>XIII. Preparation for death</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient met people whom he or she wanted to see. ■ Patient felt thankful to people. ■ Patient was able to say what he or she wanted to dear people. <p>XIV. Control over the future</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient knew how long he or she was expected to live. ■ Patient knew what to expect about his or her condition in the future. ■ Patient participated in decisions about treatment strategy. | <p>XV. Unawareness of death</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient died without awareness that he or she was dying. ■ Patient lived as usual without thinking about death. ■ Patient was not informed of bad news. <p>XVI. Pride and beauty</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient felt burden of a change in his or her appearance (*). ■ Patient felt burden of receiving pity from others (*). ■ Patient felt burden of exposing his or her physical and mental weakness to family (*). <p>XVII. Feeling that one's life is worth living</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient felt that he or she could contribute to others. ■ Patient felt that his or her life is worth living. ■ Patient maintained his or her role in family or occupation. <p>XVIII. Religious and spiritual comfort</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient was supported by religion. ■ Patient had faith. ■ Patient felt that he or she was protected by a higher power. |
|---|---|

(圖 3-2: Good Death Inventory11-18 面向)

五、台灣民眾對死亡的態度

由於台灣深受傳統文化的影響，在當家中的老人得到絕症(如癌症)時，大多的親屬為了避免老人喪失求生欲望，選擇隱瞞病情，而在 Cheng SY(2008)等人的研究指出，台灣大多數癌症末期的老年人不知道自己的病情，告訴病人病情是影響善終的主要因素，應強調對老年病人說實話，不讓他們自主權受到損害。

近年名作家為了自己的丈夫是否該插鼻胃管，與丈夫的兒女意見相左，彼此都在臉書上發表聲明、形同撕破臉。臨床不少案例都是病人已經準備好，但家屬仍然無法放手，導致病人在加護病房插管告終，不只過程痛苦，病人更遺憾的是未能完成在家終老的心願。因此，醫護人員應讓家屬了解安寧非放棄治療，而是協助病人緩和疼痛與不適，有尊嚴地自然走向生命的終點。

我們都希望在人生的終點能夠好好離開，透過「預立醫療自主計

畫」，協助您作出最適合自己在生命末期的醫療措施與照護方式。當有一天您不再能為自己作決定時，醫療人員與家人可以把「預立醫療自主計畫」當成您的意願，遵守它，並完成您所要求的各項囑咐。

「預立醫療自主計畫」包含以下項目：

1. 急救意願表達：（安寧緩和意願書／健保 IC 卡註記）：這是當面臨生命盡頭或是生命徵象消失時，表達要或不要施以氣管內插、體外心臟按壓，急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
2. 維生醫療抉擇：末期病人對用以維持生命象徵，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施之選擇。
3. 預立醫療委任代理人：當您因疾病嚴重而無法表達意願之際，您可以選擇一位代理人，由他代為表達您的意願。
4. 預立醫囑：您在健康或是意識清楚之際，與醫師共同討論後，包括您與醫師共同簽署的文件，說明當疾病無法治癒或臨終前，若您已無法表達意願，由醫師根據您原來的意願簽署的醫囑。

六、生死教育的重要性

1. 協助人們坦然面對死亡，藉由檢視死亡，發展出理解、欣賞與尊重生命的態度。
2. 讓人有機會去省思死亡對人類的意義，釐清自己的價值觀，幫助個人以熱忱的態度追求生命。
3. 協助個人知覺日常生活中的死亡事件，承認其內在對死亡的情感
4. 協助自己為死亡欲做妥善準備：預立遺囑、希望接受何種臨終照護方式、喪禮的方式、遺體處理等

七、不同的國家傳遞善終

(一) 西方國家與東方國家推廣影片比較

截至 2012 年底，總共有 127 部宣導影片，西方國家有 50 部，東方國家有 36 部影片。另外，Edward T. Hall 在 1976 年於 *Beyond Culture* 一書提及「高情境和低情境文化 (High- and low-context cultures)」理論，在高情境文化中，容易被關係、集體主義所導向，少數幾個詞就能很有效地傳達複雜的含意；而在低情境文化中，進行溝通者需要開門見山，讓對方馬上明白自己的意思，明確地傳達詞意。

(二) 善終的共同主題

- Comfort
- Dignity
- Under self control
- Not a burden to others
- Good relationship
- Complete/ prepare

(陳亭儒、胡文郁。善終之概念分析。長庚護理 2011；22(1)：45-52)

(三) 關懷城市的實踐意義

- Death education/literacy for all (home and away)
- Compassionate Community development (home and away)
- Service partnerships (learning about equality)
- Empowerment and diversification of volunteers (re-orientation and

empowerment)

- From bedside to public health (learning to do both)
- Rise of public health workers (making new friends)
- From the neighborhood to shared civic involvement
- Providing leadership not control

參、心得與建議

一、持續推動醫病共享決策，尊重病人之自主權利

「說再見」真的不是一件容易的事情，面對生死的必然，我們應該選擇「要聽、要說、要看」。傾聽自己內心的聲音，聽聽家人的看法，聆聽醫療團隊專業的建議，確實溝通、討論、了解後再做規劃。試著「說出自己的選擇」，告訴家人我的意願為何，或當我無法做出醫療決定時，希望由誰代理。我們要根據自己的健康情況、醫療知識、價值觀及宗教信仰等，花些時間去看相關的資訊，讓自己及家人都能充分做好準備，讓「說再見」不再困難。

二、加強「預立醫療自主計畫」，讓生死兩相安。

透過「預立醫療自主計畫」，讓家人清楚病人的想法。了解生命末期有那些可能發生的狀況，以及能夠從醫療團隊得到何種的協助，為自己決定合適的醫療措施，並提升生病時的生活品質。更重要的是，如果有一天，因為意外或是疾病變化之故，無法表達自己的意見，可透過「預立醫療自主計畫」讓醫療委任代理人及醫療人員，做出最符合病人意願的醫療處置，而我們的家人也不再為了替您做出適當抉擇而感到痛苦、茫然與掙扎。

三、將啟動安寧第三波運動-「關懷城市」 強化老後生活品質

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，希望透過政策支持面，在台灣啟動安寧第三波運動：「關懷城市 Compassionate Cities」，係參考 WHO「健康城市」模式，把安寧療護的實踐視為城市「健康促進」計畫重要的一環，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)串聯整個社區使其重視(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),從這三種不同方向齊心並進才行。

生老病死原是人生必經之過程,但如何能夠安享晚年於在生之時健康快樂無痛楚,往生之時能安詳壽終正寢應是基本人權。要提倡「保持健康,是每個人的責任」,更強調如何讓老者能享有高品質緩和醫療和臨終照顧,才是完整生命周期的健康促進;「關懷城市」所強調的,正是普及「享有緩和醫療臨終照顧,是每個人權益」的觀念與保障。期待透過官方與民間共同努力,讓國人不只活得老,更能有品質活到人生的最後。

後續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,協助台灣營造更有溫度的環境。