

行政院所屬各機關出國報告
(出國類別：開會)

出席「第 13 屆亞洲及太平洋區安寧
療護研討會」

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：王英偉 署長 (男)

癌症組蕭淑純 簡任技正(女)

癌症組黃巧文科長(女)

派赴國家/地區：印尼/泗水

出國期間： 108 年 7 月 31 日至 8 月 5 日

報告日期： 108 年 10 月 24 日

本出國經費由菸品健康福利捐支應

摘要

亞洲及太平洋區安寧療護會議 (Asia Pacific Hospice Conference, APHC)，以下簡稱亞太安寧療護會議，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 13 屆亞太安寧療護(13th Asia Pacific Hospice Conference 2019)由印尼緩和醫學會(Indonesian Palliative Society, MPI)與亞洲及太平洋區安寧療護網絡(Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN)共同舉辦，於 108 年 7 月 31 日至 8 月 4 日假印尼泗水城(Indonesia, Surabaya) Grand City 會議展示中心舉辦，會議主題為「給絕望的人帶來希望」(**Bringing Hope to Those in Despair**)，計有來自 30 多個國家逾 1,600 人參與，臺灣約 80 人與會。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療護推動經驗外，並聚焦在以實證為基礎，探討如何從醫療照護品質的提升，給絕望的病人及家屬帶來希望。

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，除於會中以海報方式發表「**Developing Compassionate Communities in Taiwan**」文章，分享我國「關懷城市/社區 (Compassionate Cities / communities) 推廣外，透過參與會議學習及擷取他國安寧緩和療護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。

內容目錄

壹、	目的	3
貳、	行程	4
參、	會議重點摘錄	5
一、	會前會工作坊	5
二、	大會各主要場次	9
	(一) 主題 1：給絕望的人帶來希望：病人預立醫療自主的溝通 (Bringing Hope to Those in Despair: Communication in Advance Care Palnning).....	9
	(二) 主題 2：生命最後三天緩和醫療照顧的最後守護(Palliative Care in the Last 3 Days of Life: The Final Frontier)	10
	(三) 主題 3：慢性呼吸困難的最新實證(Chronic Breathlessness: an Evidence-Based Update)	12
	(四) 主題 4：當你又老又衰弱的時候，照護的指望(Care to Count on when You are Old and Frial)	13
	(五) 主題 5：癌症與非癌症病人的早期緩和醫療：過去、現在 及未來(Early Palliative in Cancer and Non-cancer patients: Past, Present, and Future).....	16
	(六) 其他	18
肆、	心得及建議	20
伍、	附錄	21
一、	照片	21
二、	海報.....	23

壹、 目的

- 一、以海報方式發表「Developing Compassionate Communities in Taiwan」，分享台灣近 3 年來發展慈悲關懷社區的歷程，透過與公私部門合力推動資產為本社區發展（Asset Based Community Development, ABCD），結合社區內外資源，在社區內建構互相支持的照護系統。當鄰里間面臨重大生活問題時，如家中有重大傷病或末期病人、失能或失智的長者等，關懷社區網絡能讓病人與家屬安心獨立、自主的生活。
- 二、與亞太地區及世界安寧緩和發展接軌，提升我國安寧緩和療護於國際舞台的能見度。
- 三、分享、學習及擷取他國安寧緩和療護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。

貳、行程

日期	行程
7/31(三)	前往印尼泗水城
8/1(四)	會前會 1830 與國內學者專家及泗水辦事處餐敘交流
8/2(五)	0830-1730 大會開幕(Opening Ceremony)及第一天演講
8/3(六)	0830-1730 第二天演講
8/4(日)	0830-1400 第三天演講 1400-1500 Closing Reception for all delegate in the Global Village
8/5(一)	返國

參、 會議重點摘錄

一、 會前會工作坊

腫瘤與緩和安寧醫療照護的整合(Integration & Standard of Palliative Care in Clinical Oncology)

工作坊首先由來自美國德州大學安德森癌症中心（University of Texas MD Anderson Cancer Center）副教授 David Hui 主講，題目是「腫瘤照護與緩和安寧醫療照護的整合：最新醫學實證(Integration of Oncology and Palliative Care(IOP): An Evidence-Based Update)」，以 RCT 等較高等級實證的研究方式，從癌症病人罹病的歷程探討安寧緩和適時性介入的模式。有些人癌症診斷即末期無法治療，直接提供安寧療護，有些人隨著疾病的進程逐漸將緩和的照護放入腫瘤的治療中，舒緩病人的身心靈社各層面的不適症狀，到末期提供安寧及死亡後的照顧者悲傷輔導，說明引用原文如下圖。

Annals of Palliative Medicine, Vol 4, No 3 July 2015

91

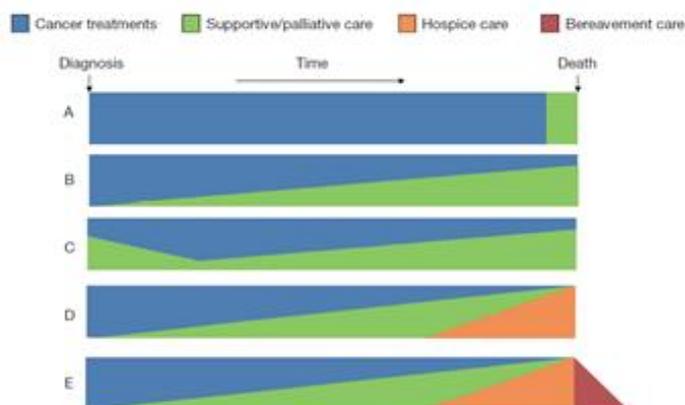
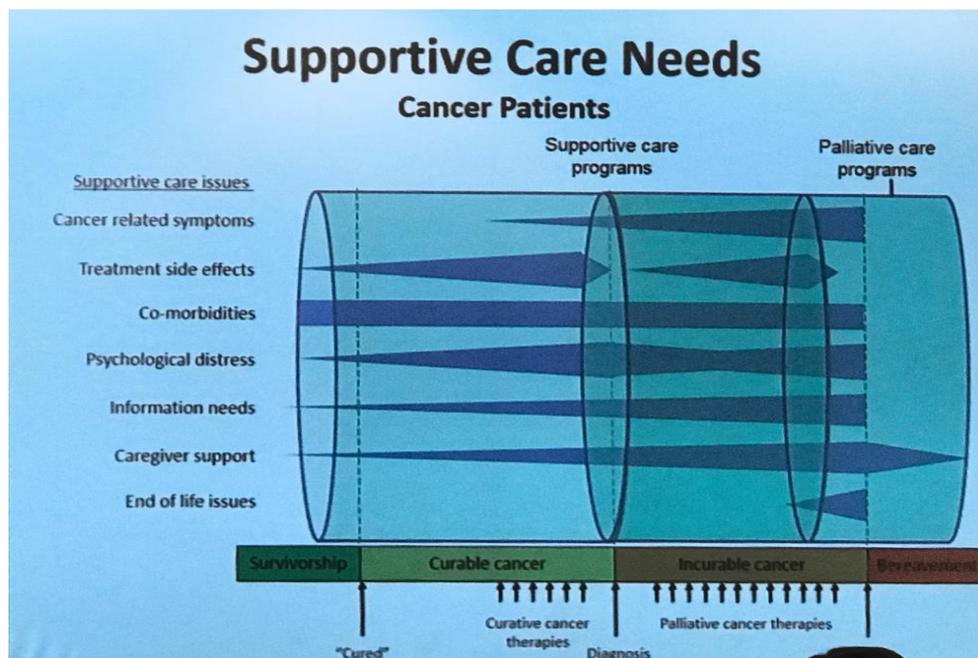


Figure 1 Time based model. (A) Palliative care is introduced only when no more treatments are possible; (B) palliative care is introduced from time of diagnosis and increases its involvement over time; (C) the level of palliative care involvement fluctuates over time; (D) in addition to palliative care, this model includes hospice care introduced in the last months/weeks of life; (E) bereavement care is added.

透過上述的歷程，整合成如下癌症病人支持性照護各層面需求的變動，包括因癌症引起的不適症狀、治療引起的副作用、其他共病因子、心理的困擾、資訊的需求、照顧者的支持、末期照護決策等議題。Hui 教授透過實證的研究方式，提出以下的模型，及安寧緩和療護應以預防照護的方式提供，預期病人需求，適時轉介病人，適時藉由教育及追蹤監測，提供有效介入。



Timely Palliative Care is Preventative Care

Components of preventative care	Key Aspects	Example 1 Symptom prevention	Example 2 Advance care plan
Insight into illness	<ul style="list-style-type: none"> Natural history Prognostication 	Stage IV pancreatic cancer = symptoms	Stage IV lung cancer = short prognosis
Foresight for individual	<ul style="list-style-type: none"> Anticipate concerns Risk factors 	Mild pain now can get worse	Patient will deteriorate
Interventions Available	<ul style="list-style-type: none"> Risk reduction Evidence-based 	Opioids can be useful	Serious illness conversations
Introduce intervention	<ul style="list-style-type: none"> Timely initiation Longitudinal followup 	Start scheduled opioids Educate and monitor	Prognostic discussions Advance care planning
Crisis Prevention	<ul style="list-style-type: none"> Improved outcomes Preparations in place 	Better quality of life Avoid pain crisis	Better quality of EOL Avoid ICU visit

Hui et al. CA: Cancer J Clin 2018

以下將 Hui 副教授的實證研究重點整理成三項：

1. 建立自動轉診制度，促進適時緩和醫療，腫瘤科醫師對臨終照護的態度會影響其提供照護，腫瘤科醫師在末期照護認知得分總分愈高者，所轉介病人的比例愈高，加強腫瘤科醫師在緩和照護的識能，有助於提升病人適時緩和醫療。
2. 轉介至安寧療護專科的最佳時機並無明確標準，端視個別病人狀況及所處健康照護系統而定。但研究顯示在臨終 6 個月之前就接受轉介者其結果比較晚才轉介者好:在臨終前 30 天內較少送急診及住院及 ICU; 較少

侵入性治療、瀕死化療。根據對 60 位國際專家使用 Delphi 研究結果，轉介時機應從病人預後、診斷後的時間、治療軌跡及功能狀態來決定。一般認為確診末期病患後 6-24 個月的預後期間。一項末期病患調查結果轉介時機的中位數為 8.5 個月。而對存活時間中位數僅剩一年者應在確診 3 個月轉介。

3. 跨域專科安寧療護獨立診所 仍是門診整合安寧照護的最佳模式。但龕入式(於腫瘤門診)專科安寧療護已經愈來愈普遍，尚待更多研究評估。

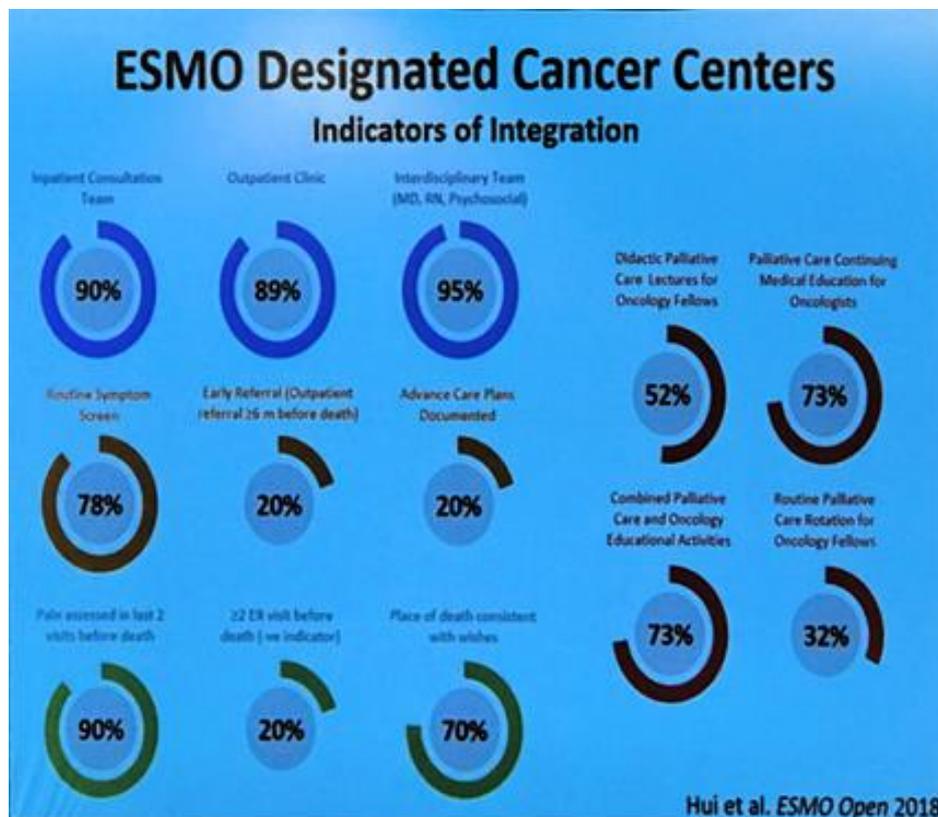


Summary

- Delivery of high quality palliative care is highly complex
 - Expertise/training matters
 - Teamwork matters
 - Timing matters
 - Resources matter
- Specialist palliative care
 - Timely referral
 - Outpatient setting
 - Need to triage because of resource limitation
 - Targeted referral may further improve access for those in need
- Primary palliative care
 - Important role to provide front line care and sometimes may be only way to provide palliative care
 - Cannot expect same level of benefit as specialist palliative care
 - Plays a critical role to facilitate targeted palliative care referrals
- More high quality research is needed

第二位由來自日本 Teine Keijinkai Hospital 的 Takashi Yamaguchi 醫師主講，題目「亞太地區緩和照護現況：亞洲及太平洋區安寧療護網絡會員國國際調查報告(Current Status of Palliative care in the Asia-Pacific region: the Result from An international Survey of APHN members)」，這個報告原來想比較 4 個區域，東亞為香港、日本、南韓及台灣，東南亞為印尼、馬來西亞、緬甸、菲律賓、新加坡、泰國及越南，南亞是印度，太平洋是澳洲及紐西蘭，最後緬甸和印尼沒有列入，共計 12 國參加。評比項目主要是緩和照護的結構面，包括提供緩和照護病房、安寧院、緩和照護團隊、門診、居家、日間照護、兒童安寧、緩和照護人床比、緩和專科醫師的數量、止痛藥的種類及嗎啡止痛藥物的開立法規等，台灣在緩和專科醫師的數量是最多的，其他部分我國與澳洲、日本與南韓相近，這個比較可以做為未來編纂亞洲及太平洋區安寧療護地圖之參考。

第三個主題為「亞洲國家腫瘤與緩和安寧醫療照護整合的範疇、挑戰與機會(Scope, Challenges and Opportunities of IOP in Asia Counties) 由來自中國、印尼、日本、新加坡、泰國及台灣 6 個國家作個別分享，我國與日本的發展比較接近，惟部分日本機構與新加坡則採用歐洲腫瘤學學會(European Society for Medical Oncology，簡稱 ESMO)的評鑑(ESMO Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care)，這個部分值得作為我國未來發展認證指標的參考。



二、 大會各主要場次

本次大會的主題是：在絕望的人身邊，我們陪伴身旁注入希望(Bringing hope to those in despair)，開幕典禮其中一個節目係由當地兒童癌症基金會的兒癌病友組成的合唱團，演唱數首歌曲，其中 1 首「You Raise me up」令人非常感動，表演結束時許多國家的與會代表都起立致敬，是一個很棒的表演設計。

大會各場次主題說明如下：

(一)主題 1：給絕望的人帶來希望：病人預立醫療自主的溝通 (Bringing Hope to Those in Despair: Communication in Advance Care Palnning)

是由澳洲雪梨大學 Josephine Clayton 教授所主講的「給絕望者帶來希望：預立醫療計畫中的溝通(Bringing Hope to Those in Despair: Communication in Advance Care Planning(ACP))」，演講內容主要分為三個段落：何謂 ACP? 為什麼要推動及討論 ACP? 以及 ACP 討論中需要注意的重點。

Josephine 教授首先先定義何謂 Advance Care Plan(ACP)，並引述一段 2017 年由 Sudore RL. 教授等人所發表的一篇論文(Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel.)來定義 ACP，論文中指出預立醫療決定是一個過程，支持任何年齡或健康階段的成年人理解和分享他們的個人價值觀、生活目標以及未來醫療保健的偏好。目標是幫助確保人們在嚴重和慢性疾病期間接受符合其價值觀，目標和偏好的醫療護理。教授並指出病人、關鍵家屬與醫療提供者之間持續不斷且動態的討論是 ACP 中重要的組成元素，家屬的參與有助於增加溝通的效率。

後續 Josephine 教授提到數個有關 ACP 的研究，在追蹤性研究與隨機對照實驗中發現到 ACP 能增加臨終照護(End of Life(EoL))時遵照患者意願的比率，改善患者與家屬的滿足感，更好的臨終照護品質與降低患者與家屬的壓力，並能減少瀕死患者的侵略性醫療照顧，而在定性研究中，研究也指出 ACP 能幫助病患與家屬能更坦然地談論死亡的話題。

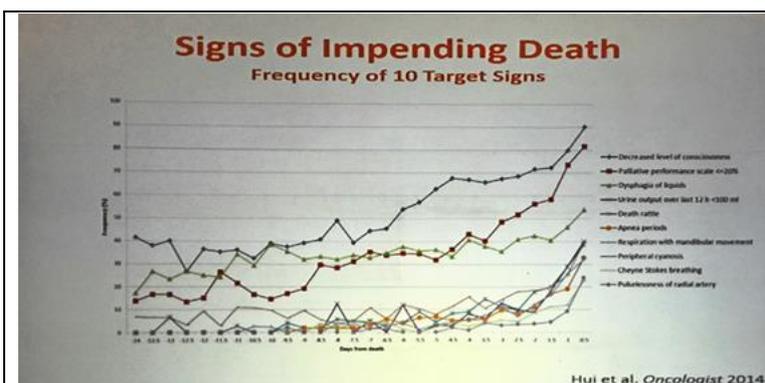
在第二段落中，Josephine 教授開始提到為何要討論 ACP? 教授指出 ACP 是一個在病人仍有自主做決定的能力時所建立的決策，並且可以在未來做變更，避免未來病人無法自主表達自己意見時無人可以做決定。而上面所提到的實驗主要都是在西方、英語系的國家所做，在其他語系、文化上的效果並不明確，因為西方人較注重個人意志，而亞太其他地區的文化則是較注重家庭與社會。ACP 的推動將對診斷為慢性侵襲性疾病、被醫師評估將在 1 年內死亡的病患、大於 75 歲的老年者、需要老年護理的人以及主動尋求 ACP 的人提供助

益。而在推動上，由亞太安寧緩和學會(APHN)辦理的「亞太預立醫療照護計畫共識－台北論壇 (Asia-Pacific Region on Advance Care Planning Consensus Taipei Forum)」中招集了 6 個國家的安寧療護專家與會，並在會後簽署了 2019 年「預立醫療照護計畫台北宣言：生命末期照顧與在地文化綜合討論 (The 2019 Taipei Declaration on Advance Care Planning: A Cultural Adaptation of End of Life Care Discussion)」，期望藉由這個宣言敦促 6 國的政府將安寧療護以及 ACP 作為政策推動的重點。而在日本，2017 年的全國調查中，有 75% 的人從未聽過什麼是 ACP，因此 ACP 在亞太地區的推動是刻不容緩的。

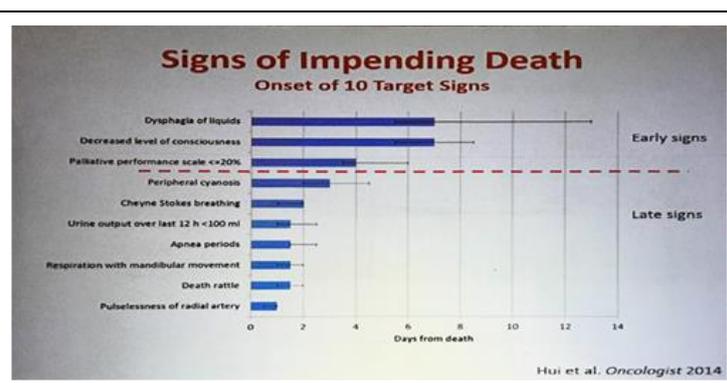
演講的第三段落為 ACP 討論中需要注意的重點，Josephine 教授提出了一個假設案例，Colin 是一位 76 歲的老人，最近因肺炎而住院，主要照顧人是他的妻子但最近因跌倒也住院了，而她的兒子住得很遠，Josephine 教授提了三個問題供台下的人思考：你該如何與 Colin 開啟 ACP 的討論呢？你是否曾經與 Colin 相似的人討論過 ACP 呢？你覺得 Colin 會從 ACP 的討論中得到什麼樣的助益呢？最後，Josephine 教授提出了一些建議，在病人變得無法表達意志之前，應該主動去了解病人的恐懼、願望、價值觀以及想要進行的護理方式的討論，讓病人的家屬也了解其醫療的決定，並在病人不想再需要任何的治療時執行病人的決定。

(二)主題 2：生命最後三天緩和醫療照顧的最後守護(Palliative Care in the Last 3 Days of Life: The Final Frontier)

這場由美國德州大學安德森癌症中心 David Hui 副教授主講，針對生命最後三天緩和醫療照顧的最新實證研究報告提出如何提供瀕死病人有效的照護，包括常見的躁動(agitation)、呼吸困難 (dyspnea)、瀕死嘎嘎聲 (death rattle)脫水 (hydration)及營養 (nutrition)，這部分偏重臨床醫學實證，當器官持續衰竭，瀕死期症狀會更加明顯，或是再有以下這些現象出現，此時病人的生命可能是以日或以時來計，嚴重地虛弱，越來越嗜睡或躁動不安，由口攝食越來越困難、注意力愈來愈差、方向感漸失皮膚顏色變化、肢體溫度改變、盜汗、意識呈現嗜睡至昏迷狀態不正常的呼吸型態、有噪雜的呼吸音(death rattle:死前喉音)、血壓和脈搏會越來越難測量、肢體愈來愈冰冷及發紺、對外界的刺激反應會愈來愈慢、眼睛顯得呆滯沒有焦點。以下根據 Hui 副教授實證研究做幾個整理如下：



瀕死病人死前的 10 個常見徵兆



瀕死病人死前的 10 個常見徵兆出現的時間

Signs of Impending Death

Diagnostic Performance of 10 Target Signs

Physical signs	Missing data, n (%) ^a	Sensitivity ^b (95% CI)	Specificity ^b (95% CI)	Negative LR ^b (95% CI)	Positive LR ^b (95% CI)
PPS \leq 20%	120 (2.1)	64 (63.4–64.7)	81.3 (80.9–81.7)	0.44 (0.43–0.45)	3.5 (3.4–3.6)
RASS \leq 2 or lower	90 (1.6)	50.5 (49.9–51.1)	89.3 (88.9–89.7)	0.6 (0.5–0.6)	4.9 (4.7–5)
Dysphagia of liquids	652 (11.7)	40.9 (40.1–41.7)	78.8 (78.3–79.2)	0.75 (0.74–0.76)	1.9 (1.9–2)
Urine output over last 12 hours $<$ 100 ml	3262 (58)	24.2 (23.2–25.1)	98.2 (98–98.5)	0.77 (0.76–0.78)	15.2 (13.4–17.1)
Death rattle	101 (1.8)	22.4 (21.8–22.9)	97.1 (96.9–97.3)	0.8 (0.79–0.81)	9 (8.1–9.8)
Apnea periods	85 (1.5)	17.6 (17.1–18)	95.3 (95.1–95.6)	0.86 (0.86–0.87)	4.5 (3.7–5.2)
Respiration with mandibular movement	86 (1.5)	22 (21.5–22.4)	97.5 (97.3–97.6)	0.8 (0.8–0.81)	10 (9.1–10.9)
Peripheral cyanosis	90 (1.6)	26.7 (26.1–27.3)	94.9 (94.7–95.2)	0.77 (0.77–0.78)	5.7 (5.4–6.1)
Cheyne-Stokes breathing	83 (1.5)	14.1 (13.6–14.5)	98.5 (98.4–98.7)	0.9 (0.9–0.9)	12.4 (10.8–13.9)
Pulselessness of radial artery	94 (1.7)	11.3 (10.9–11.8)	99.3 (99.2–99.5)	0.89 (0.89–0.9)	15.6 (13.7–17.4)

Hui et al. *Oncologist* 2014

瀕死病人死前常見徵兆預測死亡的實證研究



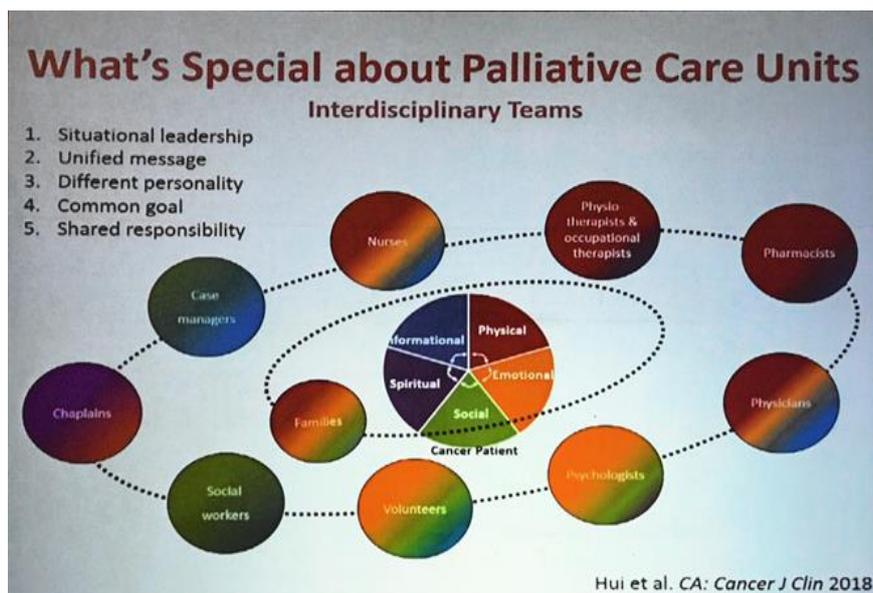
瀕死病人死前徵兆出現的重要表徵

安寧緩和醫療團隊應該熟悉瀕死病人死亡前 3 天常見的徵兆，預測死亡將至，提供病人及照顧者預先準備。

Signs of Impending Death

Summary

- The ability to diagnose impending death has important implications for decision making at the end of life
- Specific physical signs are associated with impending death in 3 days
 - Early signs (more sensitive)
 - Late signs (highly specific) – presence suggests death is likely; absence cannot rule out death
 - Vital signs (BP and O₂ saturation) are only moderately predictive – BUT drastic drops are still useful!
- Physical examination is still important!

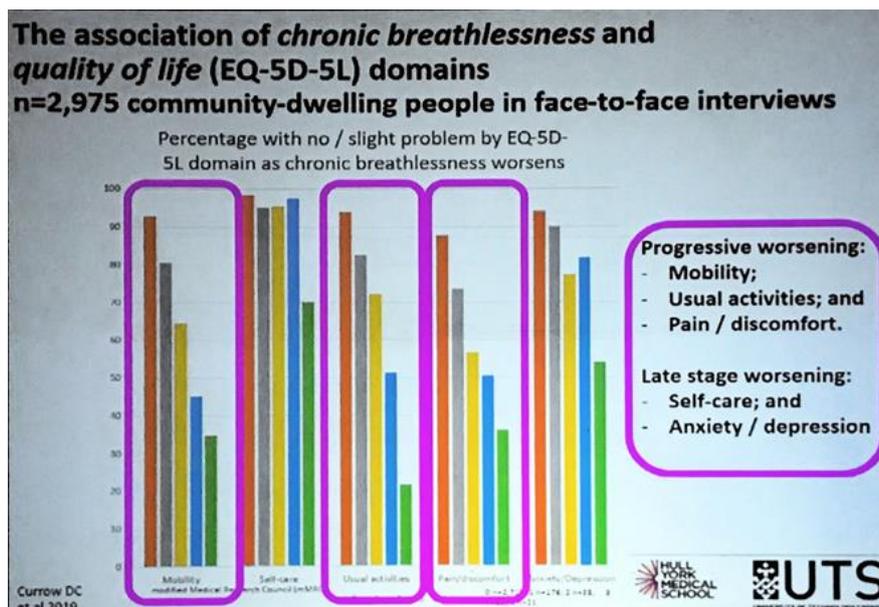


Summary

- **Important to recognize "impending death"**
 - Characteristic physiologic changes in the last days of life
 - Tell-tale signs may inform the diagnosis of impending death
 - May facilitate communication and decision making
- **Unique symptoms in the last days of life can be highly distressing**
 - Agitated delirium
 - Dyspnea
 - Hydration and nutrition
- **Models of care**
 - For hospitalized patients, palliative care units > palliative care consults > usual care
 - Highly skilled interdisciplinary teams are needed to address the complex care needs of patients and caregivers
- **More high quality research is needed to inform clinical practice**

(三)主題 3：慢性呼吸困難的最新實證(Chronic Breathlessness: an Evidence-Based Update)

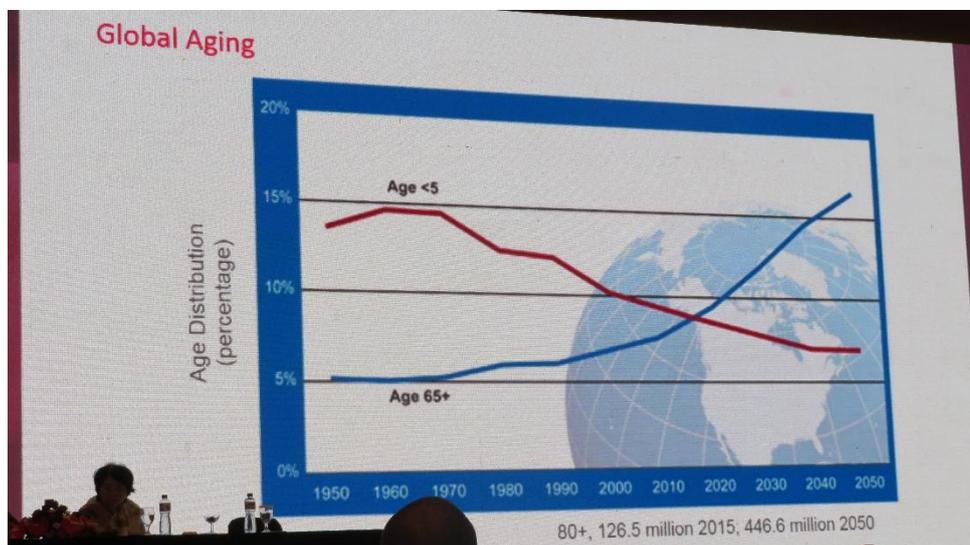
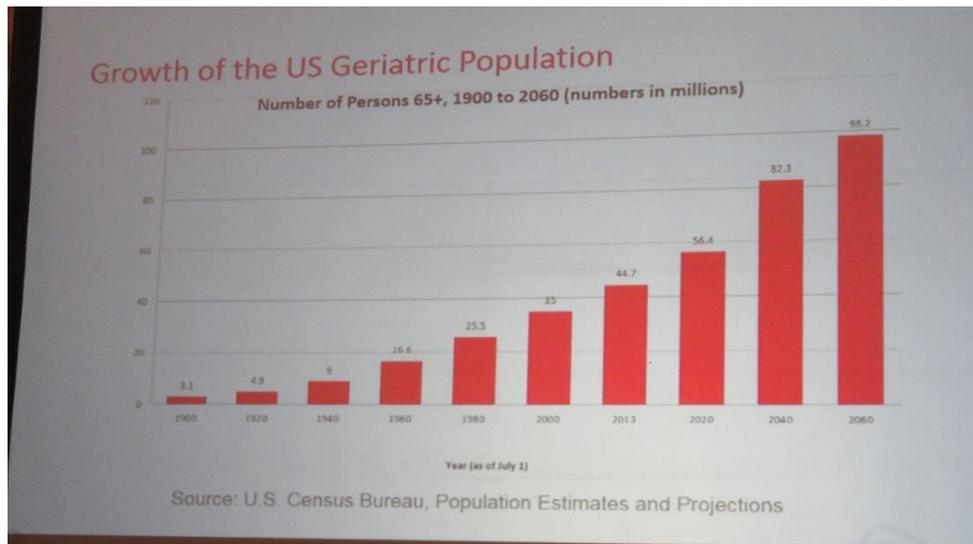
這個主題由澳洲新南威爾士州政府癌症防治機構（Cancer Institute NSW）首席執行長 Prof. David Currow 主講，偏向臨床的照護實證，值得注意的是他提出社區民眾慢性呼吸困難影響民眾的生活品質，包括惡化時造成無法活動、疼痛不適，到晚期無法自我照顧及焦慮/憂鬱等，是值得重視的健康議題。



(四)主題 4：當你又老又衰弱的時候，照護的指望(Care to Count on when You are Old and Frail)

由美國的 Dr. Joanne Lynn 所主講的 Care to Count on when You are Old and Frail，Lynn 教授開場先提到了美國目前的重症護理正由許多的不利因素彙集而成(退休者的儲蓄少，大量的體弱長者，服務供應不足，缺乏護理人員以及不恰當的醫療，整體經濟環境疲軟且債務高)，並且是可以透過老年醫學、對老年人的照護計畫、持續投入金錢以及加強支持服務來做得更好。

Lynn 教授先提出了一個概念：瀕死。人們在癌症末期的時候，長則數年，短則幾個月內就會死亡，而在這個過程中患者在治療中受到不佳的患者體驗、無法被緩解的疼痛、可預測的死亡期間造成心理的恐懼從而導致了大家開始注意癌症患者的安寧緩和與臨終照護，但是非癌症病人也會遇到類似的困境，並且有些會遇到比癌症患者更大的挑戰。而這些在生命階段末期的人會逐漸衰弱、越來越多需要照護的情況、且盼望社區與家庭的幫助，以衰弱以及痴呆症的患者為例，從被診斷出病情開始直到死亡經常需要 6-8 年的時間，而根據美國人口普查局統計的數據顯示，美國超過 65 歲的老年人口數逐年增加，預計從 2020 年的 5 千 6 百萬人在 2060 年達到 9 千 8 百萬人，此外這個問題不僅僅在美國發生，Lynn 教授另外提出了一份數據指出，全球性的高齡化正在發生，低於五歲與高於 65 歲的人口比例將於 2020 年左右交叉，並預期於 2050 年時全球將會有約 4 億 5 千萬人為 80 歲以上的老年人。

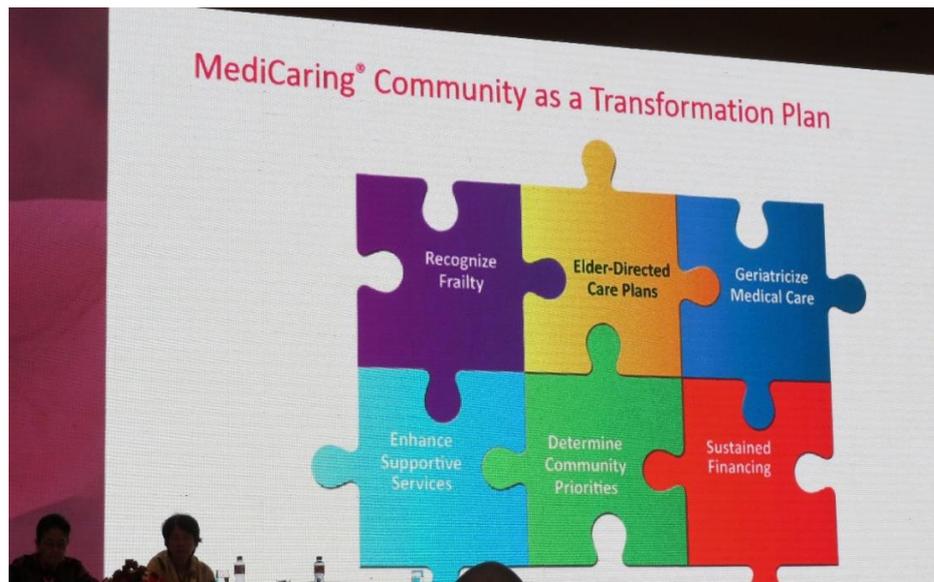


Lynn 教授接下來指出，當我們老年時，我們想要什麼樣的生活呢？理想中是陪著伴侶一同寧靜度日或是完成夢想，但是實際上我們常常會受到衰弱而面臨生活上的挑戰，Lynn 教授指出目前我們的目標是建立具監控與管理功能的集成性系統、全面性並且面向未來的護理計畫、關注於生活意義與舒適的家庭觀點指引系統、充足的支持供應、一周每天 24 小時都能提供服務的醫療、以及穩定的對家庭、社區提供的服務，然而，這就是安寧療護嗎？以現狀來看，美國在推行上所遇到的障礙有溝通障礙、醫療人員避免長期支持性治療、有安寧緩和醫療的需求但缺乏初級照護、缺乏全日型的照護與支持、醫療與生活脫節等等問題，而長照的花費在經常性花費上十分的高昂，這導致了更多問題即將發生：高齡化造成需要照顧的人顯著增加、高昂的花費造成貧困惡化、社區支持的資金不足、沉重的公共債務負擔、長此以往造成對安寧以及複雜的初級照護的熱情衰退等不良影響。

因此，為了避免遇到上述的困境，美國目前實行了數個計畫，如華盛頓州的針對保險以及長照的融資方案，夏威夷州推動的針對照護者的支持計畫，協

助健康幫助的社區計畫，針對老年人的公共衛生計畫等，此外並將這些議題從州的層面拉升到聯邦的層面，例如將長照議題拉到 2020 年選舉的公共政策討論中，政府鼓勵儲蓄並由聯邦層面建立一個後台保險，使老年者可以得到終身的經費給予，訓練更多的志工作為照顧提供者，並且公平的付給照顧者金錢，給予這些照顧者與志工更多的政治權力，建立更佳的醫療保健模式等。

Lynn 教授提出了一個社區的轉型計畫，由六個面向組成：認知衰老、對老年人的照護計畫、老年醫學、加強支持服務、確定社區優先事項及持續投入經濟支持。



在認知衰老方面，Lynn 教授提到 65 歲以上老人若是有 2 種以上的日常生活活動缺失、或是需要隨時有人監督的狀況，就符合衰老的定義。並提及衰老的人經常會需要面對老年症候群（衰老，功能狀態下降、認知能力下降，行為問題，個人護理，抑鬱，譫妄，跌倒，害怕跌倒、財務挑戰，家庭功能障礙，忽視和濫用、感覺喪失，壓力性潰瘍，牙科系統功能下降）的問題，Lynn 教授引用一篇 2015 年的論文指出，在獨立家庭示範法案下，醫療中心將會在家中提供全面性的初級保健服務，並且得到了第一年的醫療花費平均節省 3 千美元的成果。

接下來 Lynn 教授引述前面提過的資料，若以 2004 年作為基準，美國 65 歲以上的人口將在 2020 年成長 54%，在醫療照顧保險上的花費將會增長 186%，但美國老年人法案(Older American Act)的經費卻只增加了 7%，因此如何去減低花費也是需要去思考的事情，其中一個方式是運用社區的力量，為什麼選擇社區呢？因為身體虛弱和殘疾的老年人大部分需要所住的位子周邊的人的協助，然而美國在這個地方一級的權力或資金很少，為了使當地社區參與改善老年人護理，社區需要有實證證據去提升衰老照護的質量，可靠性和成本。

在最後，Lynn 教授總結目前遇到的挑戰：1.有一些有用的指標來管理整個系統、2.能夠在有需求時快速的動作、3.解決對隱私和數據安全的擔憂、4.改變

醫生的行為；資助團隊；把護理轉移到家裡。並指出以下的作法可能對於面對挑戰有幫助：1.納入患者/家庭的觀點、2.跨站點和國家的協作、3.學習什麼是可能做到的並如何去做到這一點、4.構建用於生成和使用數據的本地功能、5.思考如何將初級照護與安寧療護結合。

此外亦提到其他先進的國家地區目前的現況－新加坡要求所有住宅建築都要採用通用元素、日本投資於年輕人的生產力、泗水開發了非專業緩和治療團隊。而仍在發展中的地區，需要思考一下：

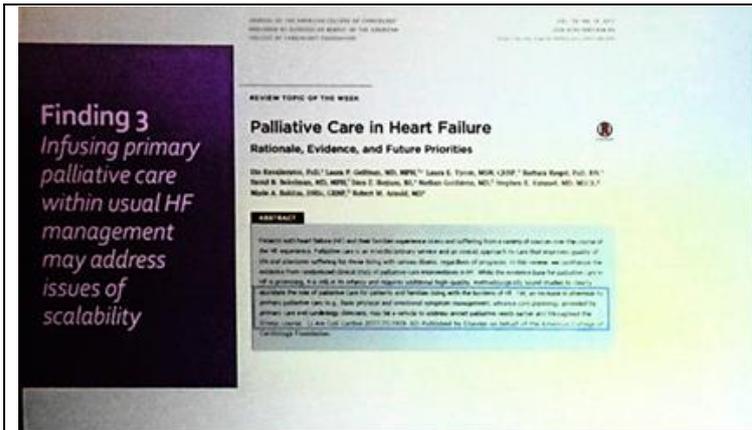
- 1.你是如何為殘疾老人的崛起做準備的？
- 2.您如何確保適當的住房和個人護理？
- 3.你的國家如何準備支持沒有家庭的體弱長者？
- 4.是否有公開討論？
- 5.有沒有辦法分散風險並確保私人儲蓄？
- 6.臨終關懷和緩和治療如何適合您所在國家的未來願景？

並且後續將會有更多的問題需要審慎思考(例如：臨終關懷通常會保持相當全面的 24/7 隨叫隨到，住院設施和家庭護理服務，並針對目標和症狀做處理，是否能提供安寧療護人員專業的訓練及足夠的時數訓練等)。

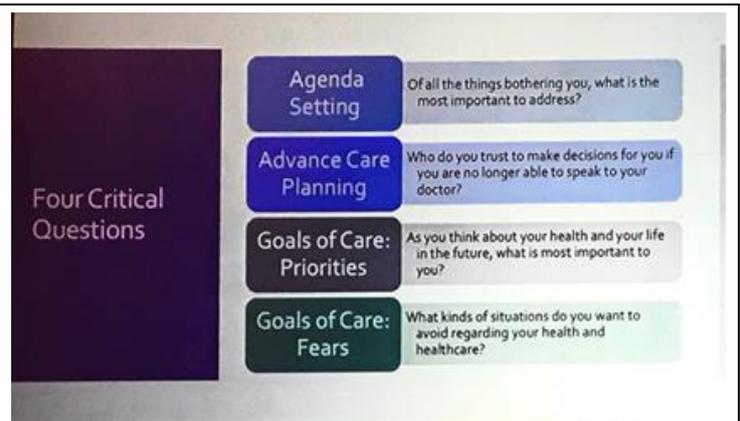
(五)主題 5：癌症與非癌症病人的早期緩和醫療：過去、現在及未來 (Early Palliative in Cancer and Non-cancer patients: Past, Present, and Future)

這個主題由美國阿拉巴馬大學(University of Alabama at Birmingham)Marie Bakitas 教授主講，針對癌症與非癌症病人的早期緩和醫療從過去、現在及未來作了 4 個重點歸納：

<p>Finding 1</p> <p><i>The evidence for palliative care is largely oncology-driven & derivative</i></p> <p>Source: Bannan MJ, et al. J Palliat Med. 2011</p>	<p>Finding 2</p> <p><i>Traditional physiological triggers for PC may not reveal true unmet palliative needs</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Of 9 symptoms measured, FEV₁ is only associated with 2<ul style="list-style-type: none">• Breathlessness• Fatigue• FEV₁ not associated with other symptoms, such as:<ul style="list-style-type: none">• Quality of life, pain, depression, anxiety
<p>癌症占緩和照護的一半，仍是未來照護的最大宗</p>	<p>傳統的生理上緩和照護是否真的滿足需求，尚須再努力以實證醫學來證明</p>

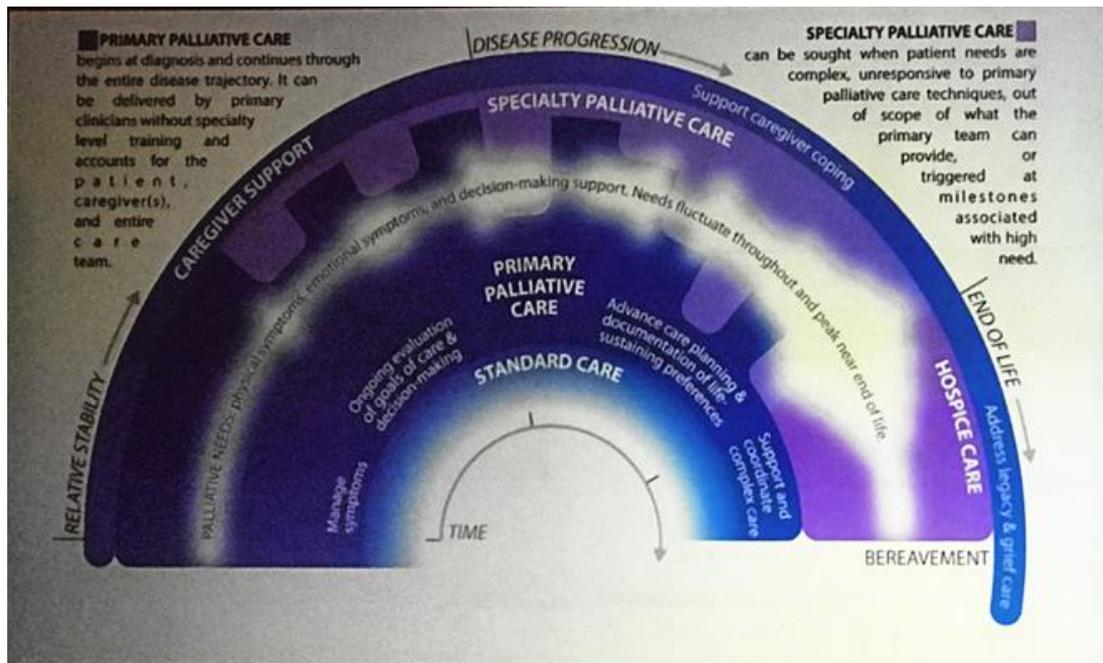


心臟衰竭病人緩和照護議題未來將受到更大的關注



對病人關注議題的設定、ACP、照顧目標優先順序的設定及避免害怕的情境出現的目標設定等，是未來關鍵的議題

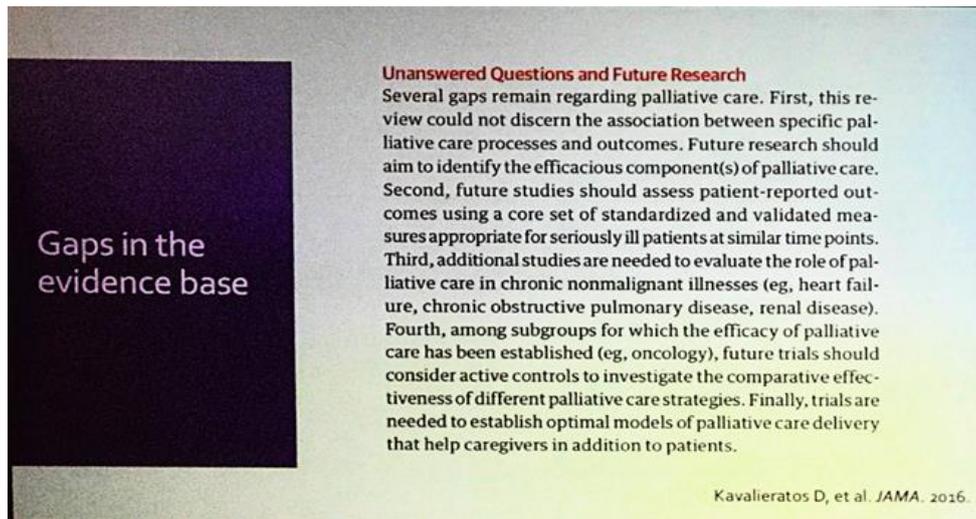
安寧緩和從基層醫療到專業團隊，如以下疾病進程的圖示，應該無縫接軌，提供民眾優質的照護。



依據 2016 年美國醫學會雜誌(JAMA)，緩和醫療的研究還尚需努力以下幾個面向：

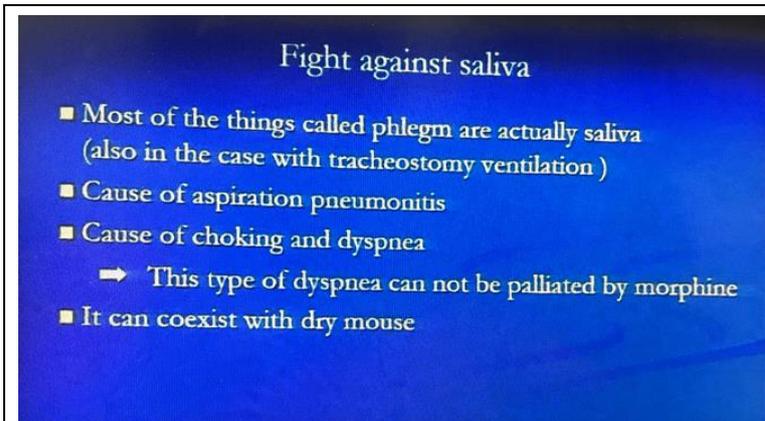
1. 辨識各種不同緩和照護模式的效益與成果。
2. 以病人自述結果 (Patient-Reported Outcomes; PROs) 為核心，嚴謹驗證重症病人介入的效益。
3. 強化對慢性非癌病人的研究。
4. 不同緩和照護策略介入後成效的比較。

5. 建立病人與照顧者最佳的緩和照護模式。

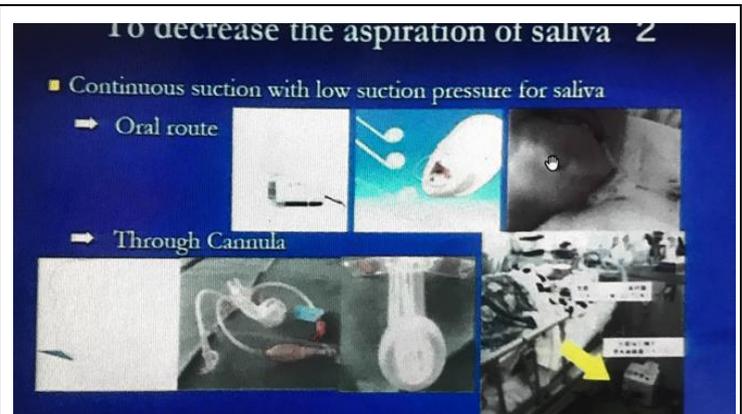


(六)其他

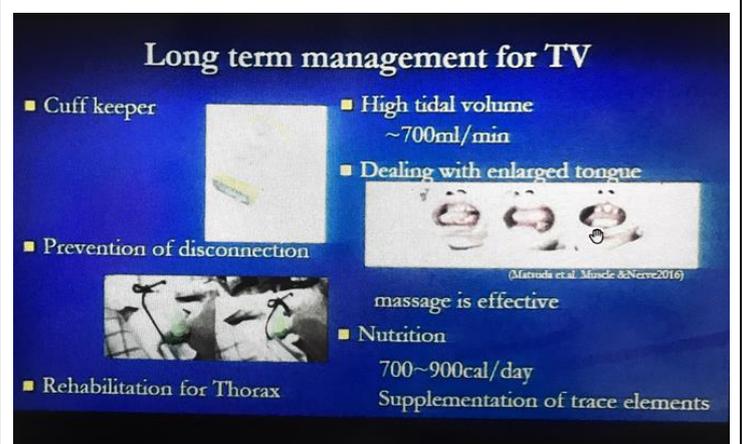
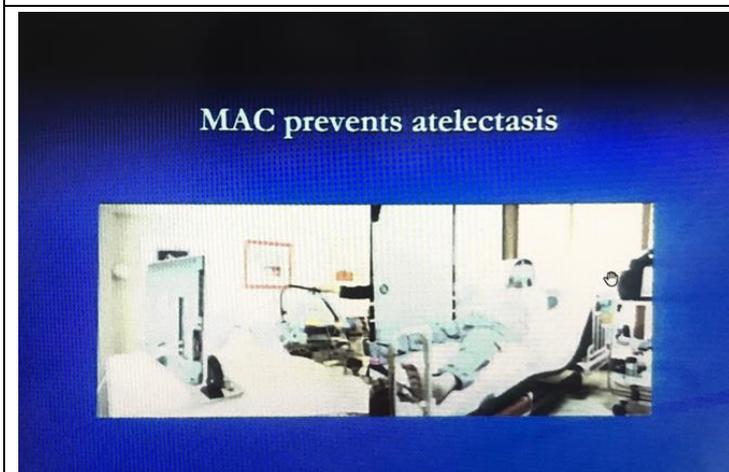
這次在平行場次的內容中，比較值得一提的是日本在醫療照護的許多細緻的做法，以預防中風和漸凍人的口水吸入性肺炎的預防為例，包括以下 4 個圖示說明，可提供我國第一線緩和照護的醫療人員作為提升照護品質的參考。



口水造成吸入性肺炎的預防



發明持續低壓抽吸口水的套管



利用監護麻醉管理 Monitored anesthesia care (MAC)
的技巧來預防肺擴張不全

對病人呼吸的潮氣容積量做長期的管理

肆、心得及建議

今年亞太安寧療護會議的主題「給絕望的人帶來希望」(Bringing Hope to Those in Despair)，會議內容特別強化在全球病人預立醫療自主的做法、腫瘤與緩和安寧醫療照護的整合、死前症狀控制的最新實證作法及癌症與非癌症病人的早期緩和醫療的概念與實務做法，透過各國的經驗分享，提出啟發性的意見和做法，的確傳遞了一些創新的訊息，已摘要於前述的重點，不再贅述。

整體而言，我國在亞太安寧療護會議的角色，除了我們是創始的會員國外，王署長英偉此次獲選為亞洲及太平洋區安寧療護網絡的教育委員，我國除了汲取網絡國家的優點外，更應將台灣的經驗分享給亞洲各國，發揮我國醫療外交的實力。

此次會議後，我們的建議如下：

- (一) 發展癌症安寧緩和適時介入的作法，可以邀請 David Hui 副教授來台辦理工作坊，透過與專家的交流與討論引導我國的發展。
- (二) 建置我國癌症緩和醫療適時介入的指標：可仿 ESMO 的評鑑(ESMO Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care)，發展我國癌症認證的指標。
- (三) 以我國擅長的癌症緩和醫療與政策推動為主題，於下次會議中發表。
- (四) 發展亞太安寧緩和地圖：建立亞洲及太平洋區安寧療護地圖，可以從跨國比較後學習國與國政策推動的良痞，亦是重要的標竿學習推動。
- (五) 癌症照護與社區健康營造部門共同推動和倡議慈悲關懷社區：全世界在安寧緩和推動已與社區健康營造部門推動連結，面對未來快速老化及少子化的問題，透過慈悲關懷社區的推動，才能創造更高的效益。
- (六) 國際會議的節目可以設計具有本國特色及令人感動的橋段，展現我國人文與生命關懷的內涵。

伍、 附錄

一、 照片



108年7月31日泗水辦事處林鼎翔處長偕王秘書麗芳於泗水機場接待台灣出席會議的代表



108年8月1日泗水辦事處林鼎翔處長夫婦偕王秘書麗芳等當地華人代表與台灣出席會議的代表合影



108年8月1日台灣出席會議的代表於會前會的大會議程看板合影



108年8月2日王署長英偉於會議中場休息，親自邀請美國德州大學安德森癌症中心副教授 David Hui 前來台灣辦理工作坊



108年8月3日台灣出席會議的代表於大會展場安寧照顧基金會攤位前合影



108年8月3日王署長英偉於會議展板前與台灣講者合影

二、海報



Developing Compassionate Communities in Taiwan

Ying-Wei Wang, Jeng-Fong Chiou, Jun-Hua Lee, Chiao-Wen Huang, Shu-Li Chia, Chien-Yuan Wu, Li-Ju Lin, Shu-Chun Hsiao, Tan-Shiang Chen, Ping-Zun Liu
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare

Introduction & objectives

Taiwan Hospice Palliative Care Act was enacted in 2000 and Patient Right to Autonomy Act passed in 2015. Based on this achievement, palliative care in Taiwan serves more than just terminally ill patients, but also for people pursuing better quality of life at their chronic illness. Compassionate communities (CC), promoted by Prof. Allan Kellehear since 2005, care and support patients and their families, as well as caregivers, while facing the end of life. After the forum "Compassionate Communities and Cities in 2017", keynote by Prof. Kellehear, Health Promotion Administration (HPA), Ministry of Health & Welfare, aims to develop a better compassionate country. We'd like to promote palliative care to every corners on this country and create a better life for everyone in Taiwan.



Prof. Allan Kellehear and Prof. Amy Y.M. Chow at Compassionate City/Community Workshop in 2017.

Materials & methods

HPA launched a 3-year project, cooperated with Taipei Medical University Hospital (TMUH), and applied empowerment model (education and training, participation, resources, supportive network) to establish CC in Taiwan. We gave CC and asset-based community development education and training for professionals, medical staff in various fields and local governments and non-governmental organizations (NGOs) and subsidized them to create compassionate communities. We also incorporated hospital-based care groups, community health empowerment hubs and organizations from different fields to help promote CC model. The activities focused on helping clinical practitioners, interested caregivers and volunteers create a friendly CC from their environments. We invited Bonnie Tompkins, CC lead of Pallium Canada, to hold CC workshops in Taiwan. Developed CC guideline and toolkits of CC.



Promoting Your Health
Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare

Results

After more than 2-year progress, we have connected 126 community health hubs and 22 NGOs (15 religious communities, 5 volunteer groups, 1 hospital-based group and 1 art foundation), conducted 7 group meetings, 5 workshops, and held 184 educational and activities in 687 community care stations. There were 12,000 participants including physicians, nurses, social workers, psychologists, pastoral care workers, caregivers, volunteers and even local residents. Comparing their pre- and post-curricular evaluation, the training course did help them understand more about CC and how to apply into daily practice. We also completed the CC guideline, toolkits and training curriculum.



Compassionate City Workshop in 2018. Empowerment of vulnerable groups at St. Theresa opportunity center in 2018.

Conclusion

HPA is helping communities across Taiwan understand and adopt the CC model, through leadership, education and training, participation, resources, supportive network and project facilitation. Facing a growing number of aging population in Taiwan, we recognize CC capacity building is vital to palliative care for all, apart from the healthcare resource. We also recognize the feasibility of empowerment model for CC establishment.



Bonnie Tompkins, CC lead of Pallium Canada at HPA CC workshop in 2019.