

行政院所屬各機關出國報告  
(出國類別：其他)

2021 年第 14 屆亞洲及太平洋區安寧  
緩和療護視訊會議報告(The 14th Asia  
Pacific Hospice Palliative Care  
Conference, 2021)

服務機關：衛生福利部國民健康署(癌症防治組)

姓名職稱：黃巧文科長、陳嘉鴻研發替代役

派赴國家/地區：臺灣，中華民國

開會期間：110 年 11 月 13 日至 11 月 14 日

報告日期：111 年 1 月 18 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緩和療護會議 (Asia Pacific Hospice Conference, APHC)，以下簡稱亞太安寧緩和療護會議，源自於 1995 年新加坡所舉辦之國際性安寧緩和療護會議，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緩和療護國際性會議，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 14 屆亞太安寧緩和療護 (14th Asia Pacific Hospice Conference 2021) 由日本安寧緩和療護(Hospice Palliative Care Japan)與亞洲及太平洋區安寧緩和療護網絡(Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN)共同舉辦，於 110 年 11 月 13 日至 11 月 14 日採線上視訊方式辦理，會議主題「Building Bridges Hospice Palliative Care Beyond Borders」，會中除邀集來自不同地區的專家學者分享 Covid-19 照顧、社會心理靈性問題、安寧品質監測、早期緩和療護、預立醫療決策、安寧服務及教育發展推動經驗外，並探討在 COVID-19 疫情衝擊下分享各國安寧緩和療護的經驗。

此次會議國民健康署黃科長巧文及陳研發替代役嘉鴻線上參加，參加會議的目的，除於會中以電子海報方式發表「The integration of Age-Friendly, Dementia-Friendly and Compassionate Community Policy – The new compassionate community (ComCom) movement in Taiwan」文章，分享我國「慈悲關懷友善社區 (Compassionate Community) 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療護之實證基礎。

# 內容目錄

|    |  |    |
|----|--|----|
| 壹、 | 目的.....  | 3  |
| 貳、 | 會議重點摘錄.....  | 4  |
| 一、 | 大會主要場次.....  | 4  |
|    | (一) 主題 1：搭建橋樑：超越國界的安寧緩和療護(Building Bridges:<br>Hospice Palliative Care Beyond Borders) .....           | 4  |
|    | (二) 主題 2：評估國家安寧品質照護計畫 PCOC(National project to<br>evaluate the quality of palliative care: PCOC) ..... | 5  |
|    | (三) 主題 3：早期安寧緩和療護(Early Palliative Care).....  | 9  |
|    | (四) 其他.....  | 11 |
|    | 平行主題 1：疫情下的安寧緩和療護 (Palliative care in the COVID-19<br>era).....  | 11 |
|    | 平行主題 5：安寧緩和照護品質的共識 Consensus in quality palliative<br>care.....  | 14 |
| 參、 | 心得及建議.....   | 17 |
| 肆、 | 附錄.....  | 18 |
|    | 電子海報發表.....  | 18 |

## 壹、 目的

- 一、以電子海報方式發表「The integration of Age-Friendly, Dementia-Friendly and Compassionate Community Policy – The new compassionate community (ComCom) movement in Taiwan」，分享台灣近 4 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，如家中有重大疾病或末期病人、失能或失智的長者等，慈悲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療護之實證基礎。

## 貳、 會議重點摘錄

### 一、 大會主要場次

本次大會的主題是：搭建橋樑：超越國界的安寧緩和療護(Building Bridges Hospice Palliative Care Beyond Borders)。與本署相關 3 個大會主題及 2 個平行場次說明如下：

#### (一)主題 1：搭建橋樑：超越國界的安寧緩和療護(Building Bridges: Hospice Palliative Care Beyond Borders)

由澳洲 Frank Brennan 醫師所主講的「搭建橋樑：超越國界的安寧緩和療護(Building Bridges: Hospice Palliative Care Beyond Borders)」，由於 Frank 醫師長期致力於照護腎臟末期及運動神經元末期的安寧緩和療護，加上除了是醫師外還具有律師的背景，演講從人類對安寧緩和療護需求存在的根源來闡述，充滿人文的關懷的情操。

內容首先引用三個重要文獻：(1)The Lancet Commission report on palliative care and pain relief (2)Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition (3)International Narcotics Control Board Annual Report，並提到在國際麻醉品管制局的年報指出，全球 8 成的藥用嗎啡集中在 13%的人口群，也就是 87%的人無法取得藥用嗎啡緩解疼痛的健康不平等，前述另 2 篇的文獻也同時指出醫療可近性不足的健康不平等問題，安寧緩和療護的健康不平等是當前全球公共衛生的重要議題。

Frank 醫師進一步說明，安寧緩和療護發展的歷史是認識到對癌症病人治療無力、症狀嚴重、瀕臨死亡的事實而誕生的，是否應該對非癌症提供在安寧醫療曾有過爭論，直至隨着非洲 HIV/AIDS 大流行，這一爭論迅速落幕，非癌包括腎臟、心臟、肺臟等疾病末期甚至是 Covid-19 肺炎急速惡化等，末期安寧緩和療護急速在全球崛起。

最後，Frank 醫師提出依據 WHA 2014 年決議文，應強化生命各階段的緩和療護服務，建議思考跨越臨終關懷和緩和療護的邊境時，安寧緩和專業人員必須注意我們的邊界不是我們自己造成的，應該永遠努力做到讓工作更出色、善待後輩、開放與其他專業的聯盟，以傾聽、理解、好奇心做橋梁持續擴大與所有醫療領域結盟推動安寧緩和療護的發展。

## (二)主題 2：評估國家安寧品質照護計畫 PCOC(National project to evaluate the quality of palliative care: PCOC)

針對評估國家安寧品質照護，會議專家提出包含公平可近性、能提供即時且全程的服務和增加病人及照顧者的能力與資訊等，建議可以用宏觀（國家）、中觀（機構評鑑）與微觀（病人與家屬）的層次來評估，並輔助一些指標來對我們安寧緩和照護的品質進行評核，例如英國的 POS (Palliative Outcome Scale) 與澳洲的 PCOC (Palliative Care Outcomes Collaboration)，透過這些量化的數據可以有效進行品質面上的分析。此主題分別邀請到英國赫爾約克醫學院安寧緩和療護教授 Fliss Murtagh 分享 IPOS 推動經驗、澳洲澳龍岡大學 PCOC 計畫經理 Barbara Davison 博士分享 PCOC、以及印度德里大學 Tushti Bhardwaj 助理教授分享引進 IPOS 之經驗分享。

英國的安寧緩和品質提升情形：Fliss 教授提到在英國安寧緩和療護照護體系發展品質過程中，時常思考如何量測個體間的安寧緩和療護數值，當分析這些數值時，發現有 2 個問題，其一是透過現在的數據無法保證可以提供高品質的安寧緩和照護，其二為這些數值不能反應每間醫院或是個體間的安寧緩和照護品質狀況。

對於家屬以及病人，最重要的安寧緩和療護不外乎包含：

1. 良好的疼痛和症狀控制
2. 可支持家庭和減輕家庭負擔
3. 願意傾聽以及配合的醫療團隊
4. 提供支持以及平靜（時間以及身、心、靈）
5. 好的安寧緩和療護整合以及持續性的照護。

目前英國主要的 3 大品質測工具包含：

1. 疾病之安寧緩和階段(Palliative Phase of illness)：此紀錄的內容採用澳洲定義為主，主要表達當前安寧緩和療護照護計畫之急迫性，提供安寧緩和療護人員判定病人狀況；階段分別為穩定期(Stable)、不穩定期(Unstable)、惡化期(Deteriorating)、垂死期或臨終期(Dying or Terminal)、已故的(Deceased(Bereaved))。
2. 日常體能狀態(Functional status)：此紀錄主要以 AKPS(Australian modified Karnofsky Performance Scale)為主，能使用於癌症與非癌症病人，比 ECOG 或 WHO 更有辨別性；每個單獨的項目評量病人的日常體能狀態，共有 11 個項目。
3. 病人症狀困擾程度(Problem severity)：英國以 IPOS 為工具，數據可清楚判定病人狀況；使用 IPOS 時，醫病溝通也是很重要的，以下項目是在使用時需要注意的：
  - (1) 確保病人對於“是”的答案不用太疑慮。
  - (2) 確保在一個開放式的對話中進行填表（不是病人單獨填表）。
  - (3) 確保對於每項分數做出適當的回應（對於高的數值要討論解決方法）。

(4) 如果病人太累或病得太重，避免使用病人版表格(patient-report version)。

如何使用 IPOS 表格於不同情況，Fliss 教授整理出以下表格：

|  | 個體病人數值   | 群體數值  |
|--|--|---|
| 使用於病人<br>(Used with patients)  | 評估<br>篩檢<br>監測<br>提升以病人為中心之照護                        | 世代研究之篩檢<br>使用於決策輔助項目  |
| 使用於安寧緩和療<br>護團隊/機構討論<br>(Used away from<br>patient interface,<br>with team and/or<br>organization) | 促進安寧緩和團隊內部溝通<br>和團隊合作，<br>與其他機構提供一病人轉<br>介、醫護交接、出院訊息 | 年度報告<br>評估和改善護理品質<br>開發新的服務項目<br>新的/持續的服務資源的商業<br>和商業案例<br>人口監測—獲得醫療服務<br>財政資源/關稅 |

IPOS 在實證醫學上獲得強的證據力在於：

- (1) 促進醫病溝通
- (2) 更好地察覺未被識別的症狀
- (3) 加強對症狀和其他問題的監測
- (4) 對於生活品質數據可採取更多的行動
- (5) 提高安寧緩和療護病人滿意度
- (6) 較高的評分項目可以獲得較快速的臨床處置
- (7) 追蹤病人時的身體症狀較少。

Fliss 教授最後總結在安寧緩和療護品質的提升上，要注意個案層面的結果測量可以增強病人護理並客觀地展示服務影響、成果數據收集的基礎建置是不可或缺的元素；另外，需要加強更多以人為本的個人化安寧緩和療護照護，以提升安寧緩和療護品質，而整個安寧緩和療護團隊也需要積極參與、討論及使用數據以獲得最佳的品質提升。

印度的安寧緩和療護品質提升情形：延續前面英國 Fliss 教授的演講內容，印度德里大學 Tushti Bhardwaj 博士在此主題中探討印度在標竿英國 IPOS 制度後，如何參考 IPOS 以發展印度本土化的 IPOS。

印度在過去使用了許多安寧緩和療護模式，但是缺乏本土化實證醫學來應證所置入的介入措施。印度使用的評量工具包含 EORTC QLQ, WHO BREF, 以及特定症狀所使用的 VAS(疼痛, 呼吸短淺)，然而，印度需要更需要一個有效的工具來量測安寧緩和療護服務，因此決定學習英國 IPOS 並且納入印度安寧緩和療護服務中，其跨文化之方法學包含：

1. 建立等效的監測模式(Equivalence setting)：針對英國-印度文化來逐一確認安寧緩和療護的監測模式與工具。

2. 直向翻譯(Forward translation)：透過 3 名獨立翻譯人員翻譯出一版 IPOS。
3. 反向盲翻(Blind Backward translation)：由另 3 位獨立翻譯人員將印地語版本 IPOS 翻譯回英文。
4. 專家評審(Expert review)：與原團隊討論印地語最終版本，並且討論工具支信效度(reliability and validity)，其目標與內容如下表：

|         |  |
|---------|--|
| 目標      | 印地語 IPOS 信效度測試   |
| 地點(設定)  | 社區安寧緩和療護慈善團體-CanSupport  |
| 對象(樣本數) | 240 為病人在 Delhi NCR<br>超過 18 歲願意參與的成人，並且有能力獲得及理解相關資訊                              |
| 方法(過程)  | — 24 位諮詢專家拜訪病人(每 1 位諮詢專家拜訪 10 位病人)<br>— 訪談病人需使用設計之工具問卷<br>— 每位諮詢專家使用特定代號核定每個完成問卷 |

5. 概念澄清(Cognitive debriefing)：預前與病人測試工具內容以確保雙方對內容文字有醫病共識。

Tushti 博士也提到由於發展過程中疫情干擾，IPOS 安寧緩和團隊皆透過 Skype 來會議討論以及解決問題，在團隊努力後，安寧緩和照護人員回饋皆積極參與研究過程以及建立使用此工具之學習能力，儘管疫情影響醫病雙方也很願意使用電話隨時掌握病人狀況。

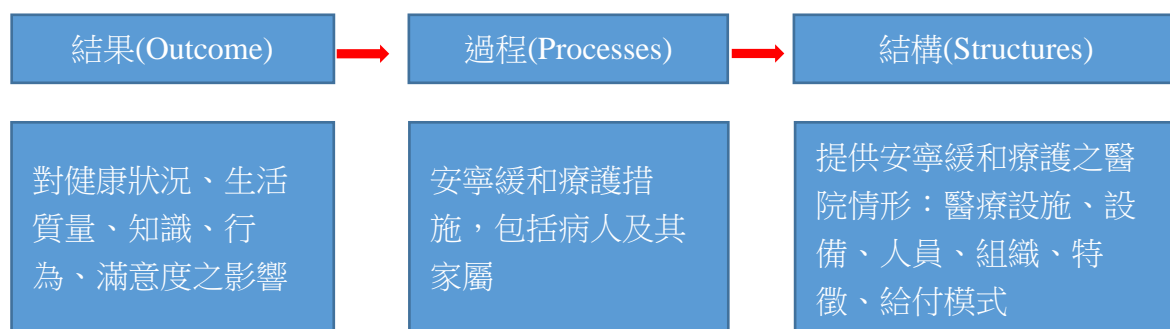
澳洲的安寧緩和療護品質提升情形：該主題最後由澳洲臥龍崗大學 PCOC 計畫經理 Barbara Davison 博士來分享澳洲如何發展系統性的評估及提升品質之 PCOC 模式。澳洲 PCOC 為澳洲政府衛生部門資助之安寧緩和療護照護之模式，建立於 2005 年，在 2009 年時逐漸透過澳洲各地區之共識建立安寧緩和標竿(Benchmarks)，並且持續性的依各項安寧緩和療護評值狀況來修改各項標竿內容。澳洲 PCOC 發展到今日，成功地將全國標準化的臨床評估和即時測量結果融入到安寧緩和療護之護理常規照護中，並受到國際公認的安寧緩和照護模式。

為了提升品質以及數據，PCOC 模式主要有 3 項特點：

1. 對於個案建立反饋循環(with a feedback loop to individual services)
2. 確認如何改善服務(identifying service improvement opportunities)
3. 促進各項安寧緩和服務之標竿(Facilitating service-to-service benchmarking)

Barbara 博士表示澳洲 PCOC 重視結果數據可增進安寧緩和療護醫療品質(Outcomes drive process improvement)，而這些結果數據(Outcome)主要需要透過：改變(Change)、歸因分析(attribution)、介入措施(intervention)三大要素來增進品質。





澳洲 PCOC 主要分為 5 項工具來評量：包含期別(Phase)、二個功能狀態 ((RUG ADL, AKPS) )、及二個症狀，包含疼痛和其他症狀 (PCPSS, SAS)

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| 安寧緩和療護情境 (Phase)       | 病人/照護者之急迫需求 |
| 病人身體症狀困擾評估表 (SAS)      | 症狀困擾        |
| 緩和醫療對病人問題處理評估表 (PCPSS) | 症狀嚴重程度      |
| 澳洲病人功能狀態評估表 (AKPS)     | 功能狀態評量      |
| 日常生活照顧需求評估表 (RUG-ADL)  | 功能性依賴度      |

澳洲 PCOC 安寧緩和療護團隊可收集以上表單工具之病人回饋後，歸納出 20 個基準：

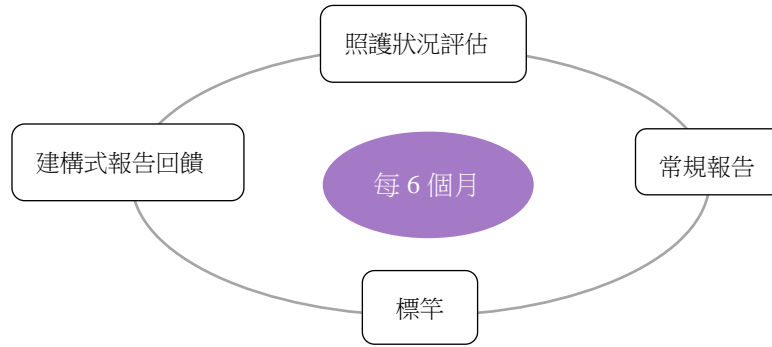
1. 即時照護 (timeliness of care) 1 個基準
2. 回應到緊急回應到緊急 1 個基準
3. 疼痛處置 6 個基準
4. 症狀處置 9 個基準
5. 家屬/照顧者 3 個基準

PCOC 的報告呈現資料包含：

1. 病人接受過一個或以上的緩和照護區間 (episodes：以照護地點為主要定義) 醫院或居家。
2. 照護區間包含一個或超過一個緩和照護期 (palliative care phases)(stage of illness): stable, unstable, deteriorating, terminal。
3. 從開始到結束每一期的測量 成果 的改變對照病人可以比較的成果。

澳洲對於回饋之報告，發展出品質管控計畫，其中包含：

1. 品質教育計畫(Quality & Education program(QEP))：QEP 包含基礎課程、品質引導師之工作坊以及國家標竿服務工作坊
2. 報告週期(Report Cycle)：每六個月報告一次，整個澳洲各州、各領地皆須提出相關之服務回饋。



Barbara 博士最後總結了整個 PCOC 計畫，在實證醫學上，澳洲 PCOC 計畫為澳洲整體安寧緩和療護數據提供了統計上以及臨床上的顯著意義，結果也不僅僅是數字呈現，更體現出澳洲在安寧緩和照護之醫療常規上攜手合作的成果。選擇一項量測工具式簡單的，然而一個有效率的團隊以及如何著手整合收集的數據更是提升安寧緩和療護品質的重要關鍵點。

### (三)主題 3：早期安寧緩和療護(Early Palliative Care)

此主題由杜克大學醫學系血液腫瘤組助理教授 Thomas Leblanc 主講，講題「腫瘤與安寧緩和醫療照護的整合：我們可以從何處著手(Integrated Palliative Care in Oncology: Where do we go from here)」。學習重點主要包含：

1. 認識在晚期癌症病人中合併早期安寧緩和療護的優點，如多項隨機對照試驗所示。
2. 描述當癌症、幹細胞移植治療病人接受安寧緩和療護照護的情形

Thomas 教授首先定義了在 21 世紀的安寧緩和療護：安寧緩和療護是一項專業的醫療照護，提供正面臨嚴重病症的病人得到緩解，其目標是提升病人和其家屬的生活品質，透過受過專業培訓的醫生、護理師和其他專業團隊一同合作，為病人提供額外的支持。最後提到，安寧緩和療護是適用於任何年齡和嚴重疾病的任何階段，並且可以與治愈性療程共同提供服務。



以美國的安寧緩和療護狀況來說，依據美國醫學專業委員會 (ABMS) 於 2006 年將

“hospice and palliative medicine” 認定為經過認證的專科。共 7,500 位註冊為專科醫師，超過 90% 的醫院含有安寧緩和服務，大多數癌症病人的安寧緩和療護是由癌症醫療團隊提供。

以美國醫師的角度而言，安寧緩和療護分為初級 (Primary) 與專業 (Specialty) 安寧緩和療護：

1. 初級安寧緩和療護：包含疼痛管理、化學治療引起的噁心嘔吐之預防及治療 (CINV Prevention/tx)、症狀管理及處置、心理支持、預後討論、護理目標。
2. 專科安寧緩和療護：包含複雜、難治的症狀、持續心理困難、複雜溝通、

對預後缺乏了解、預立醫囑、遺產規劃、家庭/照顧者支持等專業。

透過這樣的照護區分，癌症病人也可對於不同的醫療團隊訴說不同的需求以及支持，而在美國癌症醫學中心，安寧緩和療護專科之訪視主要有 3 個重點：

- (1) 症狀管理
- (2) 讓病人參與
- (3) 充當溝通橋樑

儘管醫學的環境漸漸覺察安寧緩和療護的重要性以及不可替代性，然而根據實證文獻表示癌症病人還沒能接受安寧緩和服務，數據顯示血癌病人更多的是寧願在臨終前 14 天仍接受化學療程以及在臨終前 30 天前在加護病房中度過，而較少的病人接受安寧，這部份顯示現今醫學服務還未進展到全人照護。

Thomas 教授接著指出在美國在血液腫瘤科推行安寧緩和療護的 3 大困難點：

1. 臨終照護時的特殊阻力(Unique barriers to EOL care)：血液腫瘤科的預後情形常常差別很大，有些可以完全透過化療治療，而有些會像慢性疾病持續困擾著病人，後者病人會很需要安寧緩和療護來照護病人身、心、靈的部分，然而病人一旦得知他們將要接受到安寧療程，會以為只是醫療團隊不想再給予其他的醫療服務，使得醫病溝通上會有困難。這狀況顯示病人的安寧緩和識能需要再加強。
2. 臨床人員不同(Clinicians are different)：在歐美國家部分的血液腫瘤科專科醫師會選擇較為積極的治療病人，而安寧緩和療護照護不符合他們照護的原則，且該機構血液腫瘤科僅一位專科醫師負責病人，沒有相對的多專科團隊的幫忙，因此醫師在醫療心態上會盡量投入更多的積極醫療，而不選擇安寧緩和療護介入，教授認為安寧緩和療護在血液腫瘤科中仍屬於較為避而不談的話題。
3. 血液腫瘤科尚未能在安寧緩和療護上運作良好(Hospice doesn't work well in hematology)：這部分提到血液腫瘤科的病人會有輸血(Transfusion)的問題，有研究調查 349 位血液腫瘤專科醫師，部分醫師(46%)認為居家安寧緩和療護不符合血癌病人的需求，並且超過 50%的醫師有提供輸血項目的安寧緩和療護團隊，才願意轉介過去。

儘管以上的一些挑戰需要克服，Thomas 教授透過實證醫學的研究文獻來肯定安寧緩和療護在腫瘤醫學科的地位，其中也包含了血液腫瘤科專科醫師研究，從 2009 年到 2020 年的文獻中彙整指出安寧緩和療護可以提升相關病人數據結果，包含生活品質、症狀處置、憂鬱情形、預後認知、照顧者、使用/價格、滿意度、臨終生活、存活率等，並且獲得各個美國醫學學會及護理學會的支持。最後，Thomas 教授總結表示安寧緩和療護也是可以提升血液腫瘤科的病人數據結果，但是需要更多的實證，並且需要位臨床人員進行安寧緩和療護之教育；另外，對於隨著更多的照護模式介入會需要更多的政策改變，例如輸血

服務、化學療程等等都會影響專科醫師考慮病人安寧緩和療護的因素。

#### (四)其他

這次在平行場次的內容中，有兩個平行主題值得參考。

#### 平行主題 1：疫情下的安寧緩和療護 (Palliative care in the COVID-19 era)

本主題邀請到日本國際疾病傳染預防中心 Shinichiro Morioka 醫師、澳洲皇家墨爾本醫院安寧緩和療護科 Brian Le 醫師、菲律賓亞洲醫院及醫療中心支持及整合醫療科 Rumaie A. Corvera 醫師以及印度卡斯圖爾巴醫學院 Naveen Sallins 教授，分享各國疫情下之安寧緩和療護情形。

日本在疫情下的安寧緩和療護情形：Shinichiro Morioka 醫師以個案為例來講述 COVID-19 病人的安寧緩和療護狀況。當時的 COVID-19 病人在照護時若是在超過 7-10 天之後，症狀會在短時間內惡化，造成與家屬及病人的醫病溝通時間比一般疾病還短。COVID-19 的病人另外有一個狀況稱為隱性低血氧 Silent hypoxia，病人會在沒有呼吸困難的狀態下隱藏危險的低血氧情形，發生率約為 20-40%，可造成後續在照護上使病人健康數據下降。

一篇 2021 年 JAMA Network Open 的文獻指出由於 COVID-19 疫情，嚴峻的防疫規定下醫療人員以及病人/家屬的心理變化，其中包含：

1. 加護病房之臨床人員難以建立信任關係以及增添孤獨感
2. 病人在 ICU 隔離的隱憂
3. 臨終的儀式遭到打亂，以及感受到”被偷走的時刻(Stolen Moment)”伴隨著逝世的傷感

為了突破防疫規定下造成的心理因素，Shinichiro Morioka 醫師表示我們皆需要找到一套良好的溝通方式來解決遠距的問題，並且提到預立醫囑以及醫病共享決策是相當重要的。

最後，總結表示在疫情下，COVID-19 病人之照護是相當有挑戰的，在有限及防疫規定下，預立醫囑是重要的，而機構審查委員會(Institutional ethical committees)也應確保醫病共決策過程要適當，以減輕一線醫護人員的心理負擔，並且肯定發展遠距醫療之必要性，提供醫療人員-病人-家屬三方的聯繫不會因為疫情而減少理解與溝通。

澳洲在疫情下的安寧緩和療護：Brian 醫師分別以社區、安寧緩和病房、護理之家不同角度來描述：

1. 以社區為基礎的安寧緩和療護：盡量減少對 COVID-19 病人直接的照護以及常規護理，家訪也受到嚴格限制；此時在院外的機構，都已遠距醫療途徑來聯繫，包含 FaceTime, Skype, Phone 等。
2. 醫院的安寧緩和病房：目前安寧緩和病房中尚未訂定給予 COVID-19 臨終病人之照護，當病人入院後有發熱或呼吸困難的情形入院流程會較為複

雜，不同醫院的訪視政策更是充滿危險和多變性，尤其是來自海外的訪客，需要隨時與州政府討論與合作；另外，某些病房的醫療行為嚴重減少。

3. 護理之家：困難之處不是擔心請誰來協助安寧緩和專科護理或醫療服務，而是誰協助幫忙基本的護理服務，尤其是那些無法自理洗澡/清潔和餵食的病人，而互相共用的空間及用具包含藥品推車、浴室和共用房間是個隱憂，而部分行政可能是異地辦公，造成溝通協調性的不足。

Brian 醫師認為，在疫情下身為安寧緩和療護醫療人員的我們，需要的是更快地適應變化，並且需要更多的團隊相互支持，最後結論表示在疫情之下，造成原本提供的照護與現今的很不同，沒有任何指引或經驗告訴我們如何做是最好的決策，因此，如何在安寧緩和照護人員之健康安全與病人家屬間需求的平衡常常是難以衡量的，鼓勵身為醫療第一線的人員要隨時保持小心，不過也要隨時紓解疫情心理上的壓力，

菲律賓在疫情下的安寧緩和療護情形：疫情之下，政府對於菲律賓安寧緩和療護團隊 PSHPM(Philippine Society of Hospice and Palliative Medicine Members Survey)進行相關調查問卷，Rumaie 醫師將調查結果整理後，得出以下討論與結論：

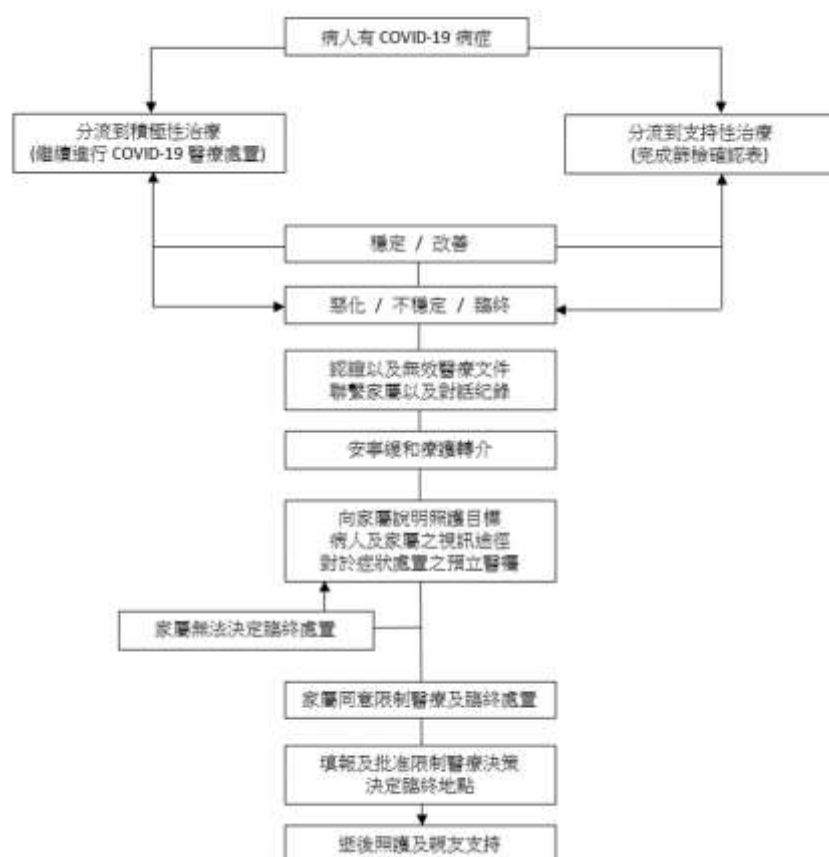
1. 疫情下，安寧緩和療護團隊所面臨之議題及困難：
  - (1) 著重家庭照護在安寧緩和療護病人
  - (2) 須發展相關文件證明讓政府及初級照護人員得以進到社區照護安寧緩和病人
  - (3) 遠距醫療之發展
  - (4) 如何取得安寧緩和療護藥物之途徑資訊
  - (5) 預立醫囑以及臨終醫療處置之指引
  - (6) 止痛類藥物之取得
  - (7) 統整性的指引包含處置 COVID-19 病人及道德&合法性問題(從支持性處置到逝後服務)
  - (8) 促進相關安寧緩和療護機制以保護病人及安寧緩和醫療人員暴露於 COVID-19
  - (9) 正式整合安寧緩和療護及 COVID 的數據
  - (10) 提供病人及其家屬安寧緩和療護及支持
2. 在防疫規定之加強社區隔離 ECP (enhanced community quarantine)下給予安寧緩和團隊的建議
  - (1) 隨時透過社交網絡來彼此交換經驗、互相砥礪
  - (2) 持續在社會中推廣安寧緩和療護，增加相關醫療人員之參與
  - (3) 使用電話及社群媒體之媒介來做為病人、家屬之聯繫
  - (4) 持續教育醫療人員在疫情下的安寧緩和療護，需要提供 COVID 指引
  - (5) 需要有藥物指引在安寧緩和療護重要藥品中，包含嗎啡類藥物

(6) 需要有轉借指引提供安寧緩和療護團隊。

對於現今疫情下的安寧緩和療護，菲律賓醫院及醫療機構已完成相關之努力及成果，Rumaie 醫師列出了目前的因應措施：

1. 發展安寧緩和療護之醫院指引及流程：發展單位包含菲律賓總醫院家醫科安寧緩和療護支持科、南菲律賓醫療中心家醫科。
2. 研發出對於 COVID-19 病人的創新安寧緩和療護模式：菲律賓亞洲醫院及醫療中心研發出的”TechCARE”模式，包含提供 ipad 提供家屬視訊會議、或是提供病人心靈及信仰上支持。
3. 發展 COVID-19 醫院照護之道德指引(Ethics Guidelines on COVID-19 Hospital Care)
4. 與社區及社群媒體合作做推廣：”Palliative Co. Lab”菲律賓創立的安寧緩和療護平台之網路推廣平台，”KULAY”為兒童醫院合作之計畫提供兒童病人透過畫圖抒發情感。
5. 增進安寧緩和療護之推廣計畫：安寧緩和療護應更多的受到其他醫療人員重視，國家政策之推廣面也需要納入居家照護，並透過創新及合作式的方法強化與推廣關懷社區。

印度在疫情下的安寧緩和療護情形：Naveen 教授主要引用一篇研究”COVID-19 Palliative and End-of Life Care Plan: Development and Audit of Outcomes”，研究中發展了一套印度疫情下之安寧緩和療護病人流程”COVID Palliative and End of Life Care Plan”(以下簡稱 COPE-CP)。



Naveen 教授說明透過轉診至安寧緩和療護，病人能夠獲得良好的症狀管理，並助於維生治療之限制，儘管跨團隊專家制定了醫院 COVID-19 病人轉介至安寧緩和療護之流程，但仍觀察到危重 COVID-19 病人轉診比例很低，且急性症狀病人未充分的獲得安寧緩和療護資源。最後，教授總結 COPE-CP 的流程可做到提早分流及區分安寧緩和療護之嚴重危急之病人，可避免醫療之濫用；另外，需再教育重症醫師及醫療人員區分危急的 COVID-19 病人。未來將需要進一步的研究來探討實施 COPE-CP 的挑戰和執行狀況。

## 平行主題 5：安寧緩和照護品質的共識 **Consensus in quality palliative care**

這個場次由澳洲、台灣和日本分享推動安寧緩和療護品質的現狀，分述如下：

澳洲臥龍崗大學 Barbara Daveson 博士主講「安寧緩和照護品質成果監測：澳洲安寧緩和療護系統改善安寧緩和療護品質之反思(The Palliative Care outcomes Collaboration: Driving systematic improvements in the quality of palliative care-reflections from Australia)」，演講內容分為三個段落：品質的測量、PCOC 發展、數據顯示品質改進的重點。從公共和社會層面協調者來看，需要理解對安寧緩和療護有一定的了解、從政府機構取得可用的訊息、在社區有安寧緩和療護服務、增進慈悲關懷社區的推動，但在社會層面仍有部分的人認為討論臨終關懷會使周圍的人感到不安，然而不幸的是，安寧緩和療護在澳洲是等同於末期治療。

PCOC 發展主要目的是改善結果，目標是導入全國標準化臨床評估工具，將照護點結果評量融入每日常規，需要自願性參與。澳洲 PCOC 安寧緩和療護團隊可收集以上表單工具之病人回饋後，歸納出 20 個基準，並將其融入在每個照護的過程，以推動住院環境品質改善。數據顯示品質的改進中提到回應式照護(Responsive care)，為有中度或重度症狀的病人提供照護，且結果顯示有實質性的改進，在計畫和服務的臨床和統計都有進步。PCOC 計畫需求達成的共識是很重要，最困難的部分是研究如何協助服務提高品質，並發展複雜的介入措施，也就是我們稱為的 PCOC 模型或 PCOC 計畫。Barbara 教授非常感謝澳洲衛生部贊助、所有計畫執行團隊、消費者、實施 PCOC 醫療機構的醫療工作團隊和各個試辦該計畫的其他國家，以及 PCOC 創始專家群，此計畫國際化的成功推動來自大家的合力。

台灣花蓮慈濟大學王英偉教授所主講「在台灣如何執行 PCOC (Implementation PCOC in Taiwan)」，演講內容分為四個段落：台灣死亡指數品質水準、剖析不足之處、如何推動 PCOC、推動 PCOC 過程的重點。王教授先講台灣的死亡指數品質於 2010 年排行到第 14 名，於 2015 年提升至第 6 名，雖然名次有提升，但注意英國、澳洲、紐西蘭等國家一直遙遙領先在前，分析從何不足之處來推動 PCOC，所以在「public health model for palliative care

development」中共分為 4 個方面：

- (1) policy 政策
- (2) medicine availability 藥物供應
- (3) education 教育
- (4) implementation 執行

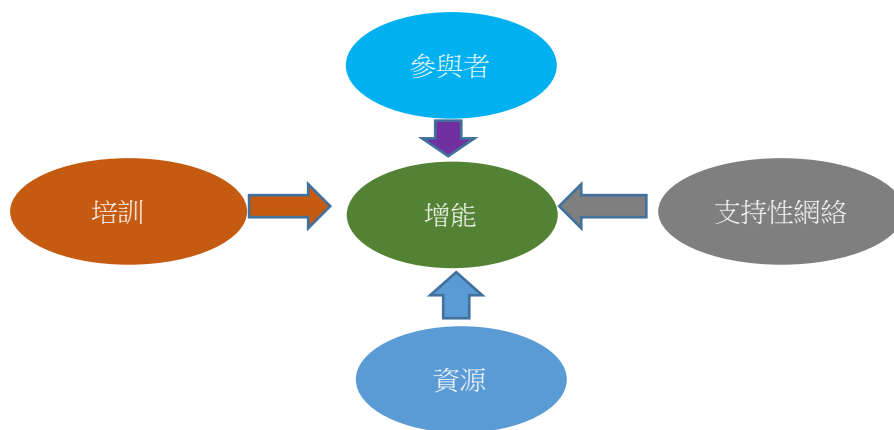
台灣有良好的政策推動，以及有良好的藥物供應以減緩疼痛，且也有在本科系畢業前及畢業後皆有良好的教育訓練，但在執行層面就需要改進。

在「The Quality of Hospice Palliative care in Taiwan 在台灣的安寧緩和療護品質照護」中共分為 3 個層面：Macro level 宏觀、Meso level 中觀、Micro level 微觀層面，宏觀層面有國家政策、標準去制定死亡品質的指標，且政策亦支持安寧緩和療護的發展。在中觀層面我們有遠見的組織，許多組織提供安寧緩和療護的平等性，在此層面仍有許多品質需要去改善。在微觀層面有臨床審核、病人及家屬，在此層面仍須有很多地方值得改進。所以就回了所有論文，發現澳洲的 PCOC 是可以引入至台灣的好工具。

王教授接下來提到 PCOC 發展的里程碑是從 2014 年心蓮病房開始做起，5 年之後認為該把 PCOC 相關資訊傳遞至其他各院的時候，在那時也剛好進入在政府裡，2019 年大力支持及執行 PCOC，同年那時候有在雪梨舉辦「The Palliative Care Outcome Collaboration Outcomes & Benchmarking Conference」，並加入此計畫。在 2020 年 1 月 20 日的時候，在台灣舉辦「Palliative Care Outcomes Collaboration Workshop in Taiwan」，之後就開始 5 家醫院參與試辦，希望能成為種子醫院並帶領其他間醫院，開始培訓規劃、政府資助他們，後來因 COVID-19 有所改變，因此到 2021 年增加至 37 家醫院參與試辦。

推動 PCOC 過程中，王教授提到用增能框架模型(empowerment framework model)，不只培訓，還有支持性網絡、資源和參與者，共 4 個面向。支持性網絡中澳洲是最重要的，他們有很多經驗在 PCOC，所以使用了線上培訓計畫，做了很多個案討論和做線上系統給 5 家試辦醫院，希望後續能發展台灣本土指標。資源發展中有當地衛生專業人員、普通人群以及 web-based 資源，將其資源翻譯為中文，使員工、同事更能容易理解，亦將培訓製作成手冊、影片、評估工具、會議記錄等等，讓大家都能夠下載使用此資源。培訓計畫中有提到有 quality improvement training、web-based self learning module、Team-based learning for online training 這些基本培訓能夠使協調員、同事更多的了解並改進品質。





王教授最後提到 PCOC 在台灣未來的展望，期望建立本土品質指標、培訓本土協調員、融入醫療保健系統、依據品質成效增加健保負擔、以及建立本土支持性網絡和資源中心，最後非常感謝澳洲臥龍崗大學 Barbara Daveson 博士和她的同事，及澳洲 PCOC 團隊花很多時間將經驗分享給台灣發展台灣本土 PCOC。

日本東北大學醫學院的 Mitsunori Miyashita 教授主講「發展以醫院安寧緩和團隊為基礎的病人自我報告監測：日本多中心可行性試辦研究 (Development of patient-reported outcomes measures collection system in the hospital-based palliative care team: A multicenter pilot feasibility study in Japan)」，Mitsunori Miyashita 教授分享日本的專科安寧緩和療護(Specialized Palliative Care, SPC)現況，包括從 1990 年開始推動，共計 453 個安寧緩和療護病房(Palliative Care Unit, PCU)，於 2002 年開始推動安寧緩和療護團隊(Palliative Care Team, PCT)，目前有 700 家認證的安寧居護所(Home Hospice)。有 70% 癌症病人死於醫院、有 13% 癌症病人死於安寧緩和療護單位，日本安寧緩和醫學學會發展病人註冊系統，係以病人報告結果(Patient-reported outcomes, PROs)監測，使用的模型是澳洲 PCOC，而病人報告結果在日本並不常見。

本研究的設計是多中心觀察研究，執行期間為 2021 年 2 月至 7 月，包括 1 家國家癌症中心、3 家大學附設醫院、3 家癌症中心、1 家國家兒童健康與發展中心，共計 8 家醫院，參與者為所有參與安寧緩和療護團隊、任何疾病、任何年齡層和每個安寧緩和階段的疾病，排除病人有要求安寧團隊介入但沒有醫療紀錄、以及病人或家屬拒絕。測量方法是用英國 IPOS 量表(Integrated Palliative Care Outcome Scale)、愛德蒙頓症狀評估量表(Edmonton Symptom Assessment System, ESAS)，收集個案共有 318 位，資料分析顯示癌症占 86%、非癌症占 14%，日本自行開發的安寧緩和療護團隊系統，藉由登錄病人報告結果監測，可以辨別各醫療機構的安寧緩和照護品質，然而開發全國通用的系統尚有很多困難，將繼續這項試驗與增加醫療機構的參與。

## 參、心得及建議

今年亞太安寧緩和療護會議的主題「搭建橋樑：超越國界的安寧緩和療護」(Building Bridges Hospice Palliative Care Beyond Borders)，為近代的安寧緩和療護制度的發展又邁向了另一個里程碑，從發展初期的癌末病人之安寧緩和照護到現今非癌症病人之照護模式，可以看到全球對生命的看法正在逐漸改變當中，透過以人為本的照護服務，建立橋樑跨越各項醫療領域，使民眾皆能得到完整的身、心、靈之關懷與醫療，安詳走完人生最後一程。

今年因受疫情影響，大會以視訊方式辦理，少了地點及時間的侷限性，大會增加了更多場次及豐富的主題，以不同面向探討安寧緩和療護，而身為參與者的我們也可以更有彈性的選擇喜歡的場次參與。本次大會主題內容包含疫情下的安寧緩和療護、各國安寧緩和療護品質照護監測計畫、腫瘤與早期緩和醫療結合之實務做法等。如同本次大會主題「搭建橋樑」，各國專家及與會者透過網絡平台，搭建了跨國的安寧緩和療護橋樑來分享經驗，並且激盪出不一樣的創新思維，共同整合出更全面性的安寧緩和療護之照護模式。

台灣在安寧緩和療護自 1980 年走到現今，已從醫院走向社區，從癌末病人擴大至非癌症病人，在政府與 NGO 倡議下，安寧緩和療護也成為推廣善終理想之社會運動。身為亞太安寧緩和醫療網絡創始會員的台灣，在 2021 年發表於《Journal of Pain and Symptom Management》的研究「世界死亡與瀕死品質調查」"Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying"中，台灣在 81 個國家受評比國家中排名第 3，在安寧緩和療護領域的努力與成就是各國有目共睹的，在線上會議中，我國專家透過演講與海報分享台灣經驗，充分表現我國醫療外交的實力。

此次會議後，我們的建議如下：

- (一) 第一場主題中提到之安寧緩和療護 3 大經典文獻，內容將可作為未來推廣安寧緩和療護政策之參考。
- (二) 持續標竿澳洲發展的安寧緩和照護品質監測計畫(PCOC)，完成台灣本土 PCOC 之臨床照護手冊，期望能在國際上分享我國推動之成果。
- (三) 本次大會電子海報以簡報格式上傳，讓網頁上的瀏覽有提綱契領的重點，還蠻容易理解，減少了實體分享的距離感，這種以簡報格式辦理電子海報的做法，可作為未來本署辦理國際會議之參考。

# 肆、 附錄

## 電子海報發表

主題：The integration of Age-Friendly, Dementia-Friendly and Compassionate Community Policy – The new compassionate community (ComCom) movement in Taiwan

P17-10

The integration of Age-Friendly, Dementia-Friendly and Compassionate Community Policy – The new compassionate community (ComCom) movement in Taiwan

Chiao-Wen Huang  
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare Section Chief, Cancer Prevention and Control

Close

**The integration of Age-Friendly, Dementia-Friendly and Compassionate Community Policy – The new compassionate community (ComCom) movement in Taiwan**

Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare  
Chiao-Wen Huang, Top Meeting, 8/25/20, 10/16/20, 11/17/20, 12/16/20

**Introduction**

Aging population: from 7.0% (1970) to 14.1% (2025)

70 year 80 year 90 year 20 year 25 year

Steady "super-aged society" in 25 years, from 10% to 25% (2025)

**Chronological Table of Hospice development in Taiwan**

| Year | Event   |
|------|---|
| 1984 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1985 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1986 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1987 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1988 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1989 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1990 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1991 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1992 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1993 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1994 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1995 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1996 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1997 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1998 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 1999 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2000 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2001 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2002 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2003 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2004 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2005 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2006 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2007 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2008 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2009 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2010 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2011 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2012 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2013 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2014 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2015 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2016 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2017 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2018 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2019 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |
| 2020 | Compassionate Community (ComCom) movement in Taiwan |

**New Policy by Integrating the Triad (AFCs, DFCs and CCs)**

Age-Friendly Cities (AFCs)  
Dementia-Friendly Communities (DFCs)  
Compassionate Cities (CCs)

4 pillar approach to end of life care in the community and helping someone facing prognosis and end-of-life issues: someone would like to live, someone who lives

**Materials-1**

4 pillar engagement approaches

**Materials-2**

1st  
2nd  
3rd

**Results-1**

- More than 33 Workshops and Forum
- More than 25 teleconferences

**Results-2**

- Three models ( community, school, and religious groups)
- 28 NGOs and 126 community health centers

**Results-3**

- 2020/10/30: HFAs held the Compassionate City First Conference with NGOs/Three religious groups: Catholic, Christian, and Buddhist

**Results-4**

- Compassionate Community Toolkit

**Results-5**

- Compassionate Community Board Game Design Contest

**Results-6**

- Intensive Coloring Book Design Contest

**Results-7**

- More than 40,000 participants including healthcare professionals, medical care workers, caregivers, volunteers and local residents

**Results-8**

- Compassionate Community professional culture

**Conclusion**

- Applying the four pillar engagement model is a key for successful implementation.
- In COVID-19 pandemic, civic engagement was still working well.
- The central government, local government and NGO vital initiated a new mindset change and overcome the stigma of dementia and death in the community.

I have no COI with regard to our presentation.

18