

出國報告（出國類別：開會）

參加第十五屆亞太安寧療護會議(APHC)

服務機關：臺中榮民總醫院家庭醫學部

姓名職稱：李隆軍醫師

派赴國家/地區：韓國仁川

出國期間：2023 年 10 月 3 日至 2023 年 10 月 7 日

報告日期：2023 年 10 月 30 日

摘 要

本次會議主題為安寧緩和照護的未來新的拓展方向。從華人會前研討會中各國雖然對現狀的安寧緩和仍不滿足，不論是政府給付、服務量、可及性仍有努力的空間，但大家依然在安寧緩和持續努力服務病人。

大會上講者們提到 Primary palliative care 及 Specialty palliative care 的不同，目前癌症診療品質認證正推行的目標之一。建置標準化的轉介評估及常規篩檢，也是多位專家提出的建議。David Hui 教授的 Timely Palliative Care 理論建置癌症病人明確的轉介標準，常規篩檢症狀需求轉介，提供門診轉介的需求。透過資訊化方式能提供更好的緩和療護，例如建置程式方便指引詢問癌症治療常見問題或了解安寧緩和的目標，或是填寫治療後的症狀讓團隊了解目前狀況等等，並且讓醫療團隊減少反覆詢問病患狀況以及系統化的評估症狀。

非癌症的安寧緩和過去的服務時機大多較晚，可建置完善的轉介流程，提供緩和療護及居家醫療減少照顧壓力以及討論醫療決策。

關鍵字：安寧緩和、緩和照護

目 次

一、 目的.....	1
二、 過程.....	1
三、 心得.....	7
四、 建議事項.....	8
五、 附錄.....	8

一、目的

亞太安寧療護會議（Asia Palliative & Hospice Conference）每隔兩年會在亞太地區不同的國家舉辦一次活動，參與者涵蓋了安寧療護臨床醫師、護理師、社工、牧靈人員、心理師、志工，以及其他相關安寧療護議題的專業人員，而這次活動的主題為「Expanding Horizons of Palliative Care in the New Era」。本次會議以海報方式發表本人的研究成果，題目為「Machine Learning Model For Predicting 30-Day Mortality Among Patients With Terminal Non-Cancer Disease」及「Perspectives Regarding Patient Right To Autonomy Act Among Family Members Of Terminally Ill Patients」，透過參與會議方式與他國學者討論研究成果，並吸取優秀學者研究內容及方向，作為日後改善安寧服務及研究技巧的實證架構。

二、過程

(一) 正式會議前參加一場 Workshop: 華人安寧療護高峰論壇會前研討會(Mandarin Hospice Summit)。華語安寧療護高峰論壇邀請來自世界各地使用華語的安寧專家，討論安寧療護於社區發展策略及方向(圖 1)。本次主題為「從醫院到居家療護：提供高品質的安寧療護並確保合理的醫療給付」。

1. 第一場由馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心方俊凱主任開場介紹今年的主題的原由: 提供高品質的安寧療護並確保合理的醫療給付(圖 2)。方教授介紹華人各國的健保給付，他認為高品質的服務與醫療給付有關，特別是新加坡為了改善安寧服務而即將調高安寧給付金額，並且根據 2021 Quality of death index 評比的定義，Cost 是其中一個指標。因此建議各國應審視建保給付的對象及內容，以利增加安寧服務品質。
2. 第二場演講由香港靈實醫院內科顧問醫生林偉民醫生主講: 家居舒緩治療在香港。香港過去約 90% 的病人在醫院過世，但有 40% 病人希望在家過世，因此香港提供公立醫院支持病人居家過世計畫，每位護士平均照顧 55 位病人，按病人需要而訂探訪次數。家訪護士為個案經理(case manager)，服務晚期癌症及非癌症病人。加入此計畫有其規範: 病人清楚表示希望在過世、家人支持病人意願、最少一名全時間照顧者、症狀能夠在家處理。這樣的服務狀況為: 有 60% 在家中過世，平均服務天數為 12 天，有 56% 的病人每周至少一次醫師訪視，有 60% 至少五次護理師訪視。但這樣的計畫需要基層醫師及社區的合作才能達到更高的效果。
3. 第三場演講由臺大醫院家庭醫學部程劭儀部主任主講: 亞洲人尋求善終之路。根據亞洲中日韓三國的研究不同國家對於善終有不同的看法: 台灣人對於給與少量點滴及改善 Delirium 症狀可增加善終的提升。病人也希望越早討論預立醫療決定越好，以及亞洲人的預立醫療照護諮商會與家人討論後再來做諮商。
4. 第四場演講由臺大醫院家庭醫學部施至遠醫師主講: 高價值的安寧居家療護: 台灣經驗。安寧居家照護有六個階段: 篩選收案對象(不要來者不拒)、安排居家訪視、穩定期(可召開家庭會議討論預後、計畫目標及期待死亡地點)、不穩定期

(增加訪視頻率、死亡準備)、瀕死期及悲傷期(要注意外籍看護的悲傷輔導)。高價值的安寧居家療護需要: 奠基於醫病之間的信任、信任的建立來自於溝通、溝通需要時間、信任的建立來自於團隊對病人的承諾與承擔。安寧居家的未來展望: 與一般居家醫療團隊分工合作、擴大機構安寧、結合遠距醫療、配合健保 Hospital at home 計畫推動。

5. 第五場演講由馬來西亞安寧關懷中心安寧療護葉麗萍專業護士主講: 如何提升高品質的安寧療護。因為長期做居家護理, 因此很了解病人的痛苦。社區安寧療護的角色為強調以人為本, 並增加病人最後在家死亡的機會。但是快速的出院造成家人的焦慮、症狀管理的教育不足、急於教育的壓力大。因此應以病患為中心提供優質的護理, 透過指標工具監測及改善安寧療護, 以及將安寧療護納入長期照顧及標準化護理中。
6. 第六場演講由北京市海淀醫院安寧療護科秦苑主任主講: 北京市安寧療護發展的政策規劃和現實挑戰。秦主任曾到台灣受訓安寧療護, 也曾到臺中榮總短期受訓安寧療護(圖 3)。北京強調居家養老, 因此透過政策佈局由政府將六家機構設定為安寧療護中心, 並培育安寧人才。但是目前才剛起步仍有許多不足地方, 例如: 醫院並沒有社工, 需要 NGO 支援、資金匱乏, 收費標準並不涵蓋心理支持、缺乏協調轉診機制。
7. 第七場演講由新加坡國立癌症中心支援及慈懷療護部門梁淑慧主任及 Vickycare 慈懷療護高級顧問余俊明醫生共同主講: 新加坡慈懷療護之過去, 現在及未來。在新加坡, 緩和療護 (palliative care) 和安寧照護 (hospice care) 是通用的, 並統稱為「慈懷療護」。由於新加坡在 2010 年經濟學人智庫全球死亡品質排行第 18, 因此制訂了國家慈懷療護政策 2011, 分析各區域的優勢及不足並提供建議、制訂國家級指引、將服務組織與英國與澳洲進行比較、成立改進小組每兩年審查自我評估及每年收集數據及看護者調查。根據 2021 年的調查結果: 僅 32% 的死亡案例接受安寧療護、病患在晚期才接受安寧療護(中位數為 22 天, 癌症病患為 33 天, 非癌症病患為 9 天)。因此又制訂了國家慈懷療護戰略 2023~2027: 提升慈懷療護的臨終出院程序(加強可及性, 減少居家及病房的等待期)、提升醫護人員過度期的照護、建立全國性儀錶板、以價值趨動醫療模式 (Value Driven Care EOL)。

(二) 正式會議第一天

1. Keynote Speech 由 Dr. Rosalie Shaw 主講: Reflecting on the development of palliative care in Asia and the Pacific。Dr. Rosalie Shaw 曾是亞太安寧緩和醫療網(Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN) 執行長, 致力於推動亞太地區安寧療護的發展。此次會議提到過去的發展及改變的地方, 例如口服鴉片類藥物已經較容易獲得、已經輔導超過 16 個國家(1999 年也曾輔導台灣馬偕紀念醫院安寧團隊), 並且特別提到 2000 年台灣安寧療護法案: 安寧緩和醫療條例, 是第一個自然死亡法案賦予病患簽署 DNR 的權利。然而仍然有許多挑戰: 有些地區衛生服務資源匱乏或貧窮、太晚診斷或是緩和的介入、恐懼使用鴉片類藥物、避免談

論死亡和臨終。因此 APHN 的工作目標在於賦予並支持致力於減輕危及生命的疾病痛苦，持續推動安寧緩和照顧，就像 APHN 的 logo 一樣：一桿稻代表穩定的糧食，而稻莖彎曲成圓圈，代表生命的循環(隨著我們患者的生活被打破，這個循環也被打破了)；許多穀物都來自這一莖，因為有許多安寧療護計畫正在興起(圖 4)。Dr. Rosalie Shaw 期許我們繼續努力，因為許多人仍在痛苦中死去、許多家庭照顧者得不到支持、他們仍然非常需要安寧療護。

2. 第二場演講由韓國 Patient-Centered Clinical Research Coordinating Center 主任 Dae Seog Heo 教授主講: Hospice-Palliative Medicine as a Model of Value-Based Healthcare。他提出安寧緩和醫療是一種 Value based Healthcare(VBHC): 當面臨為末期病人要選擇提供維持生命的治療或提供舒適的安寧緩和照護時，應優先選擇考量其價值(圖 5)。VBHC 應考慮到四個層面:
 - (1) Personal value: 若末期病人因肺炎出現缺氧、呼吸困難，應轉入加護病房，並使用呼吸器治療。然而，這個決定可能會受到批評，因為它只是延長了痛苦的時間，而不是有意義的生存時間。相反地，若將患者轉移到安寧病房可能更合適，以最大程度地減少他們的痛苦，讓他們與家人以有意義的方式度過生命的最後時刻。然而僅憑科學證據很難確定哪種選擇對臨終患者更好，但是反映患者基於價值的決策往往是合理的。
 - (2) Technical value: 儘管藥物對患者有幫助，但它們的副作用有時會大於好處。抗癌藥物的毒性會增加住院治療以及增加在醫院死亡的可能性。
 - (3) Allocative value: 根據研究死亡前使用安寧療護愈長，至少可節省 12% 的醫療支出。並且韓國的研究也發現 57.2% 的患者希望在家中去世，19.5% 希望死在安寧病房，只有 16.3% 希望死在醫院。然而大多數死在醫院的病人並不是因為他們想在那裡，而是因為他們的家人無法照顧他們。因此，將有限的醫療資源分配給以照護(care)為導向的服務是適當的。
 - (4) Societal values: Share decision making 是重要的。這樣的溝通方式也發生了變化，在安寧緩和及維持生命治療之間的選擇需要以病人為中心的共同決定，而不再是以醫師為主的決定。
 - (5) 因此，VBHC 和實證醫學並不是矛盾的概念，而是相輔相成。科學證據和價值觀是醫療決策的兩個重要軸心，並提高病人和家屬的滿意度。
3. 由於今年投稿的海報很多(共 444 篇)，大會將海報張貼分為五個時段，而我被分配到第一天上午的時段與其他專家學者分享研究成果(圖 6~8)。利用 machine learning 方式的研究較少在安寧領域出現，而且我的研究也是本次投稿海報唯一利用 machine learning 方法，在場的學者對於此方法感到非常新奇。雖然沒有被評選為 Best poster(只有 14 篇入選)，下次繼續努力。
4. 第三場演講由美國 University of Texas MD Anderson Cancer Center Palliative Care, Rehabilitation and Integrative Medicine 主任 David Hui 教授主講: Integration of Palliative Care to Improve Patient Outcomes: Oncology and Beyond。他的團隊研究結果非常卓越，他的演講內容幾乎是他的研究內容，可見他的研究內容非常深入。他提到早期安寧緩和介入(介入超過三個月)的效果：減少急診的使用率、減少急

性住院的比率、增加往生地點在家的機率。然而轉介的時機，一般來說較難預測，但他建議最佳的轉介安寧緩和為：嚴重的身體或情緒症狀、要求安樂死或精神存在危機、需要協助決策或照護計劃、患者要求、譫妄症狀、腦或腦膜轉移、脊髓壓迫、存活期 1 年或更短的患者在診斷為晚期/無法治癒的癌症後 3 個月內、儘管接受二線全身性治療仍疾病惡化的晚期癌症。因此他提出一個 Timely Palliative Care 理論：識別出具有高度支持性需求的患者並根據標準化轉診標準，及時將這些人轉診轉介至專業安寧療護的系統過程(圖 9)。這樣的過程是一種齒輪共同運轉的，需要透過明確的轉診標準、常規篩檢病人、自動化驅動、提供安寧緩和門診資源。

5. 第四場演講由香港大學社會工作及社會行政學系 Amy Chow 教授主講: A Multi-Dimensional Need-Based Bereavement Intervention: The Adapts Model 3.0(圖 10)。她提出有關喪親後的悲傷輔導適應模組 3.0 版，有六大領域：與喪親之痛相關的異常情緒、與喪親之痛相關的認知功能障礙、與喪親之痛相關的調適挑戰、與喪親之痛相關的身體症狀、與喪親之痛相關的創傷反應、分離苦惱。Adapts Model 3.0 的評估過程為當死亡告知後→應評估其是否為高風險→探索其需求與參與狀況→透過應對方去了解其做了什麼來處理這種喪親經驗？給予其力量：你擅長什麼？別人認為你的優點是什麼？探索其資源：在這段喪親經驗中，誰一直在支持你？收到了什麼？→透過諮商或訪談或講故事方式評估其狀況→透過諮商過程評估其是哪六大領域→提供適合的介入處置。她特別提到當家屬喪親後需要時間適應新的生活，她希望大家能像一個出國必需攜帶的變壓器一樣協助喪親的家屬度過悲傷期。
6. 第五場演講由 Duke University Arif Kamal 副教授主講: Improving Palliative Care Quality and Outcomes through IT。預估因癌症死亡的病人數會逐年上升，當病人的行動狀況開始下降時，其症狀負擔也跟提高，然而醫師人數卻無法有效提高，因此需要透過資訊系統協助安寧緩和醫師監控及改善病人的品質，例如，透過影片的介紹講解緩和治療及安寧療護的差異性，可減少病人的焦慮感。當病人剛診斷癌症時，不知道如何詢問醫師或是不知道後續要做那些檢查，可以透過資訊軟體及設計常見問題，導引病患學習及提供給病患想問的問題，這可以減少門診醫師看診的時間(圖 11)。對於末期病患可以設計互動式視訊和遊戲化導引來教育病患和照顧者了解安寧療護的好處，該工具可將點選的內容產生一頁 -Hope Care Plan- 作為患者期待未來照顧目標的摘要文件，提供給患者與醫療團隊討論他們的偏好及看法。

(三) 正式會議第二天

1. 第一場演講由國健署前署長王英偉教授主講: Palliative Care in the Community - Including Compassionate Communities。他提到病人在生命最後一年的照顧，醫療人員只佔 5%，其他的 95%都是由其他非專業人員的協助照顧，如家人、朋友、社區人員、志工、鄰居等。而且大多數的研究都發現超過半數的癌症病人都傾向在家中過世，因此創建一個富有同情心的社區是非常重要的，並支持人們度過健康狀況惡化、死亡和喪親之痛等困難時期。但整合這樣的社區並不容易，

需要有互相支持的團體 (如在地的基金會、宗教團體)、需要有人領導社區去發展、需要團隊之間互相連結與支持、需要有重點人士當作之間的橋樑(圖 12)。因此，我們需要提供賦能(Empowerment)給社區民眾/團體，以及提供居家照護(Home health service)，以增進安寧緩和技能與知識在社區裡成長。

2. 第二場演講由 Dr. Daniel Munday 主講: Primary Palliative Care, its First 60 Years: The long Road to Universal Health Coverage。Dr. Daniel Munday 是來自英國的全科醫生和安寧療護專家，他研究發展初級安寧療護模式 (Primary palliative care)，這是一種使基層醫療人員能夠提供安寧療護的方法。初級安寧療護定義為是由初級安寧療護實施的醫療工作者是醫療保健的主要提供者，為當地社區人民提供全面醫療保健(圖 13)。它包括早期識別和促使安寧療護作為整體的慢性病管理，並與專家合作現有的安寧療護服務，並加強初級保健的基礎專業能力。Primary palliative care(PPC)能提供基本的疼痛及症狀控制、處理基本的焦慮與憂鬱症狀、與病人討論基本的治療計畫/照顧目標/預後等，而 Specialty palliative care(SPC)能提供更專業照顧及處理更棘手的症狀。但病人仍可以接受基層醫師的 Primary palliative care，是因為基層醫師能提供可近性照顧、願意花時間傾聽、願意讓病人及照顧者表達其感受、願意努力緩解症狀，並且若與 SPC 團隊合作更可以改善其結果，特別是患者的滿意度。因此「全民健康覆蓋(UHC)」是世界衛生組織(WHO)的核心使命，其中 palliative care 已被納入其核心內容裡。他在另外一場的平行會議也提到他在尼泊爾地區如何落實 PPC，有三個步驟: 有效的辨識、整體性評估以及提供照護計畫與協調資源。如何有效辨識，他建議醫療人員使用英國的 SPICT 工具去評估，以及可以訓練當地的團體或志工協助辨識出有安寧需求的病患(圖 14)。
3. 第三場演講由 Seockhoon Chung 教授主講: How to Manage Insomnia During Cancer Treatment。根據研究約有 30~40%的癌症病人有輕度的憂鬱、焦慮或失眠的問題，而且失眠及憂鬱會導致疲倦症狀。他建議應使用 sleep index 方式去評估失眠的狀況，而不是直接開立藥物，例如: 幾點上床睡覺、幾點睡著、幾點醒來、幾點離開床邊。他也提出他們研究的成果，發現建議延遲服用安眠藥以及縮短服藥與起床之間的時間間隔可能會增加患者對催眠藥的主觀滿意度，因此他建議醫生可建議患者在通常起床時間前約 7 小時服用安眠藥，而不是用睡前 30 分鐘的標準，主要的原因是大多數失眠患者通常在想睡前 30 分鐘服用安眠藥，而不是根據睡眠-醒來週期而應該上床睡覺的時間，因此患者服用安眠藥的確切時間可能會影響這些安眠藥的功效(這是 Seockhoon Chung 教授主要研究的主題之一 AMC 7 hours Sleep Study Series)(圖 15)。
4. 第四場演講由 Takashi Yamaguchi 教授主講: Pharmacological Management of Cancer Dyspnea。在晚期癌症病人，呼吸困難是一個高盛行率的症狀，約 54~76%，而且跟生活品質量表分數差有很大的關連性，以及跟預後差有關。因此治療上以 Morphine 為優先使用的藥物，Oxycodone 也是建議使用的藥物，而 hydromorphone 及 fentanyl 則不建議使用。BZD 藥物也可以使用在呼吸困難的病人，主要是因為呼吸困難與焦慮、恐慌相關聯，利用 BZD 藥物可以阻

斷 ” Dyspnea-Anxiety-Dyspnea” 循環，但不建議單獨使用，應與 opioid 藥物合併使用(圖 16)。

(四) 正式會議第三天

1. 第一場演講由 Yoshiyuki Kizawa 教授主講: Challenges of Establishing Non Cancer Palliative Care Focusing on Chronic Heart Failure。根據日本的統計，因心臟疾病死亡佔死亡原因的第二位，而且其死亡的軌跡跟癌症類似。末期心臟疾病的症狀也如同癌症病人一樣有疲倦(42~82%)、呼吸困難(18~88%)、疼痛(14~78%)、譫妄(15~48%)等症狀，並且當進入 StageD 也不會回復到初期的狀態，因此需要安寧緩和的介入(圖 17)。依據過去的研究，對於晚期心臟衰竭的病人若有緩和團隊的介入不會增加死亡率，反而可增加病人的生活品質以及簽署預立醫療諮商文件。雖然轉介給安寧緩和專科醫師的 guideline 尚未建立，但各單位可依照需求建議自己單位的指引，例如 NYHA IV 級、嚴重的合併症、進行性衰弱、當面臨重大干預措施的醫療決定時（例如，中風、出血、感染及其他併發症的風險較高）、溝通困難或有倫理問題等狀況時是轉介的時機點。另外，許多的心臟衰竭的病人大多不清楚自己的預後及期別，因此對於自己狀況期待度較大，然而有 80%的病人願意及希望與醫療人員討論其預後及生命末期照護。教授也提出如何實施非癌症的安寧緩和：系統性篩選及評估病人症狀(讓住院病人填寫問卷，可先從單一病房開始在進展到所有病房)、緩和療護的教育訓練、醫療倫理/預立醫療諮商(Advance Care Planning, ACP)的教育訓練、與政府單位溝通增加給付條件(台灣已將心臟衰竭末期納入安寧療護健保給付)(圖 18)。
2. 第二場演講由 Dr. Justin Baker 主講: Translating Evidence across Different Cultures - How Should Pediatric Palliative Care Providers Respond? 對於兒科安寧療護來說溝通本身就是一個重要的處置：積極傾聽並回答孩子的問題，誠實地回答適合孩子的發展年齡，可以透過開放和分享資訊可以減少焦慮、困惑和誤解。另外，對痛苦的感知有助於決策隨著疾病的進展，生活品質成為決策中更重要的因素價值觀、恐懼和希望影響決策。由於對未來的不確定性等於是痛苦的一大根源，所以可以用同理心的方式去詢問，例如：您和您的孩子生病後感覺怎麼樣？”、“這段時間你和你的家人經歷過的最困難的事情是什麼？” 。Decision making 是重要的，能與病童和家人共同制定照護目標並提供目標導向的治療。然而我們常常這樣做是因為我們可以，但卻不一定要，反而是要充分考慮自己是否應該。因此目標應該是要考量到預後、生活品質、病童的意願、病童的期待/價值觀等(圖 19)。另外的議題是當孩子過世後，父母可能會決定後悔：選擇最後一個化療療程、不與孩子談論死亡、沒有選擇「最佳」死亡地點、沒有機會適當地說“再見”、沒有適當的途徑獲得社會心理和安寧療護服務，因此我們應盡一切努力讓病人/家屬做好應對末期、疾病進展和死亡的可能性的準備，防止患者死亡前做出後悔的決定並提供有效的預期指導(圖 20)。如果父母有遺憾：其焦慮程度較高和憂鬱症、可能無法工作、生活品質較差、死亡率較高。所以辨識出悲傷和喪親支持是醫療照護中重要的課題，我們要知道可以做些什麼來提供支持，因為醫療團隊就是家人悲傷和喪親的重要組成之一。另外他也

提到醫療團隊應該要照顧好自己，因為我們是患者和家人生活中最重要的部分之一，確保我們能夠全心投入並與患者一起工作謙虛的好奇心，同時全面提供富有同情心的照護，並長期從事這項工作。

3. 最後一場演講由 Dr. Seong Hoon Shin 主講: Supportive Treatment for Complications of New Anti-Cancer Treatment。與其他抗癌藥物一樣，免疫治療也會引起各種不良反應。與免疫療法相關的不良反應幾乎會影響體內的每個器官，包括皮膚、結腸、肺、內分泌系統、肝臟、心臟、肌肉骨骼系統、中樞神經系統和血球等造成損害(圖 21)。因此必須儘早發現發生免疫治療相關併發症的高風險族群，這也包括急診室的第一線醫護人員必須對免疫療法的副作用有廣泛的了解。而副作用的頻率取決於藥物類型、暴露時間和給藥劑量，以及患者的內在危險因子。如果最近開發的 electronic patient-reported outcome (ePRO)應用得當，可以更早發現新藥引起的不良反應並在適當的時候進行治療，從而改善治療結果並最大限度地提高患者的生活品質。例如，透過 ePRO 及穿戴裝置收集醫療數據方法可以幫助確定 opioid 藥物用於癌症疼痛治療的有效給藥方法、時間和劑量。還可以預測何時需要增加或減少劑量(圖 22)。

三、心得

二年舉辦一次的華人安寧療護高峰論壇會前研討會及亞太安寧療護會議 APHC 是亞太安寧緩和重要的國際會議，此會議中大會邀請大師級學者演講安寧緩和照護的未來新的拓展方向。從華人會前研討會中學習到各國之間雖然對於現狀的安寧緩和仍然不滿足，不論是政府給付、實際服務量、安寧居家醫療的可及性仍有努力的空間，但大家仍依然在安寧緩和領域持續努力及提供服務病人。因此，雖然台灣在亞洲的安寧死亡品質排行第一，但我們仍需持續努力。

今年大會多國的講者多次提到 Primary palliative care 及 Specialty palliative care 的不同，這也是目前癌症診療品質認證正在推行的目標之一：挑選兩個癌症或病房做緩和療護，並且要與安寧療護作出區隔。目前中榮已挑選出六種癌症別推動緩和療護，提供晚期緩和療護早期介入，以利協助晚期癌症病人身心靈上的受苦以及家屬照顧上的壓力。

此外，建置標準化的轉介評估及常規篩檢，也是多位專家提出的建議。例如，David Hui 教授提出的 Timely Palliative Care 理論目前在中榮已建置癌症病人明確的轉介標準，但沒有定義常規篩檢病人的症狀需求轉介，這部份可以做未來改善的地方。另外教授也多次提到門診癌症病人轉介的需求，因此這部份也是未來改善的地方。再者，透過資訊化方式或設備也能提供更好的緩和療護，例如建置網站或 APP 程式方便指引病患詢問癌症治療常見問題或了解安寧緩和的目標，或是讓病患填寫治療後的症狀讓醫療團隊了解目前狀況等等，並且讓醫療團隊減少反覆詢問病患狀況以及可以系統化的評估症狀。

非癌症的安寧緩和過去的服務時機大多較晚，這是目前大家努力的方向，希望能建置更好及更完善的轉介流程。目前台灣的非癌安寧已有收案條件，但大家仍不容易辨識轉介，因此可先從門診轉介開始，提供緩和療護及居家醫療開始，減少家屬的照顧壓力以及提供一個時機討論醫療決策及預立醫療決定。

各國學者演講的內容多為自己的研究，並且是帶狀性研究，就像台大醫院家庭醫學部程

主任說的研究是為了服務有理論基礎，方便去解決問題，畢竟有些的研究結果並無法完全套用在自己的國家。

這次活動地點辦在韓國仁川，此地點並非如首爾那樣方便到達，大會網站及機場網站並沒有提供詳細的大眾運輸交通方式，導致很多人搭較遠的地鐵過來。所以辦理會議時需要提供明確交通指引，方便各國與會者抵達。

最後，感謝院方提供這個機會能參加國際會議學習新知識並投稿論文海報，未來將利用所學繼續服務病人已及增進服務品質。

四、 建議事項

- (一) 為增進早期轉介癌症安寧緩和，應建置住院病人的 Timely Palliative Care，透過系統化篩檢症狀及標準化轉介流程，以利及時性轉介。
- (二) 目前安寧轉介多從住院中會診開始，應增加安寧療護門診的服務量，提供早期緩和療護、居家醫療以及遠距醫療服務，減少家屬的照顧壓力以及提供一個時機討論醫療決策及預立醫療決定。
- (三) 機器學習的研究在安寧療護領域雖是較少去研究的，但仍值得繼續努力，因此未來除了將原本的海報內容投稿外，可再研究利用機器學習預測突發性疼痛症狀。
- (四) 由於這次搭機場交通車的經驗不佳，因此想到中榮的地理位置也跟仁川松島國際會議中心一樣需要轉乘其它交通工具。中榮網頁上有明確的交通指引，並提供班次名稱。因此建議未來辦理會議時應以此網頁為範本，提供明確交通指引，方便各國與會者抵達。

五、 附錄

圖 1. 華人安寧療護高峰論壇會前研討會與會人員



圖 2. 方俊凱主任開場介紹今年的主題的原由



圖 3. 與秦苑主任合影



圖 4. Dr. Rosalie Shaw 介紹 APHN Logo

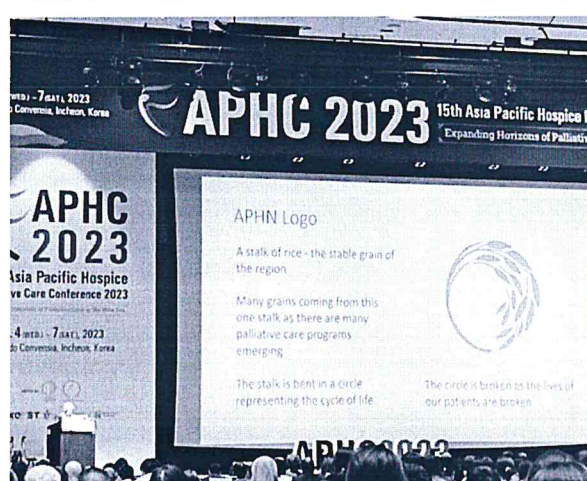


圖 5. Value based Healthcare

	Conventional medicine	Value-based healthcare
1) Direction	technology-centered	patient-centered
2) Resource utilization	segmental	coordination / integration (healthcare + social welfare)
3) Medical decision	Paternalistic	shared decision
4) Specialization	vertical	horizontal
5) Performance indicator	quantity	quality
6) Payment system	fee-for-service	performance-based payment

圖 6. 海報展示與討論

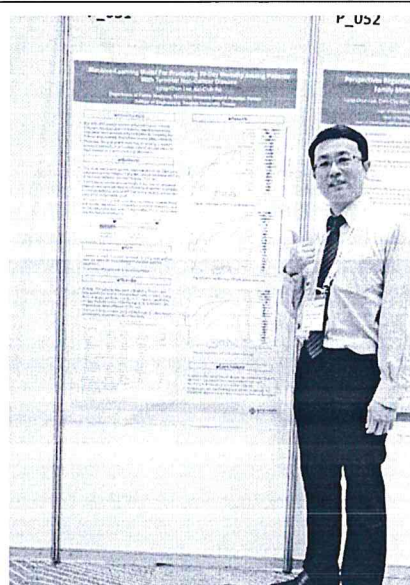


圖 7. 海報展示與討論

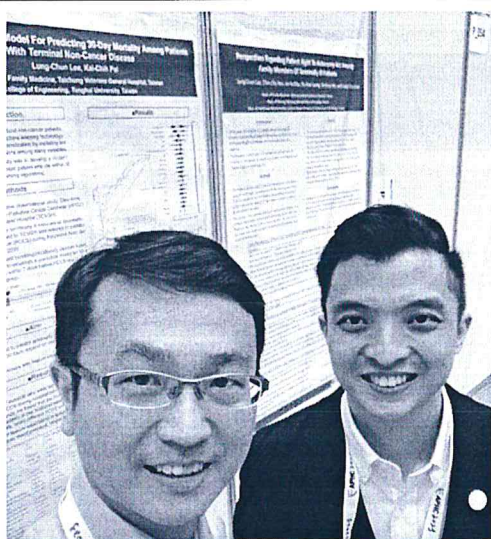


圖 8. 海報展示與討論

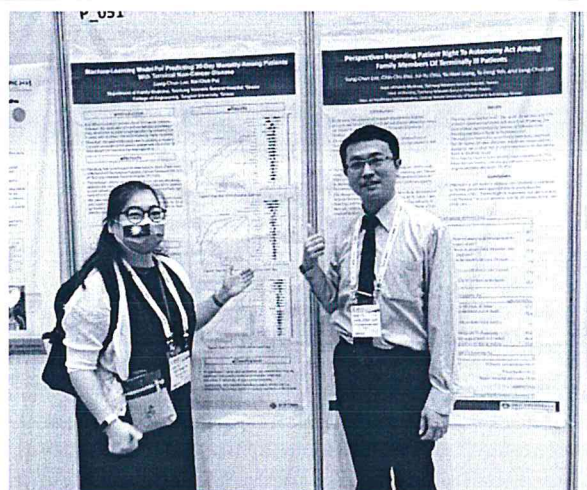


圖 9. Timely Palliative Care

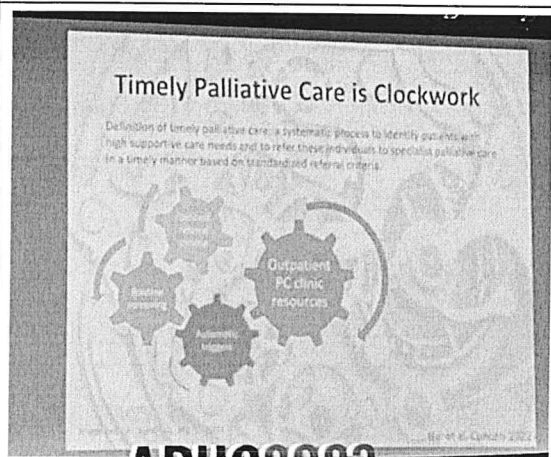


圖 10. The Adapts Model 3.0

The ADAPTS Model V.3.0 (Process)

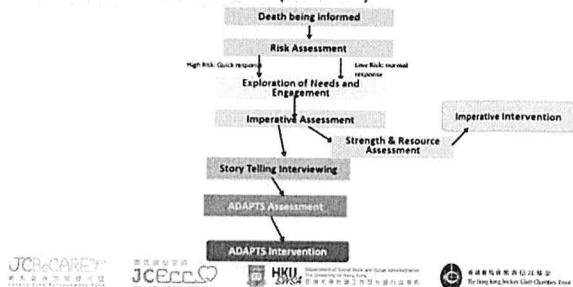


圖 11. 透過資訊軟體及設計常見問題



圖 12. Integration of Key roles

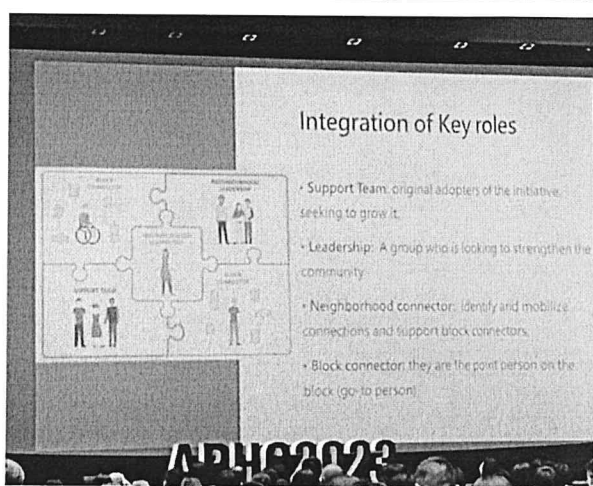


圖 13. Primary palliative care 定義

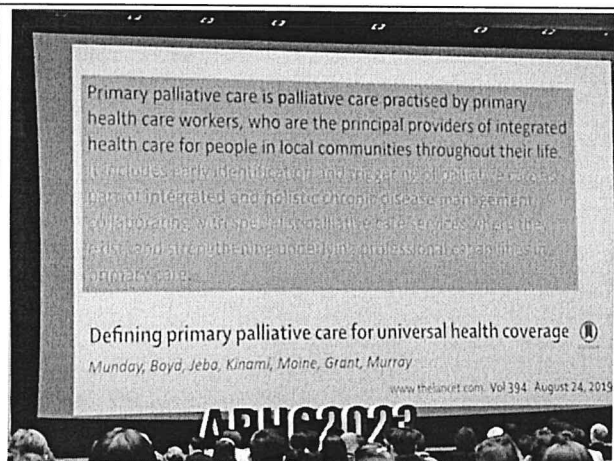


圖 14. 3 Core skills in primary palliative care

3 Core skills in primary palliative care

1. Identification of patients for a palliative care approach
2. Holistic assessment
3. Care planning and co-ordination

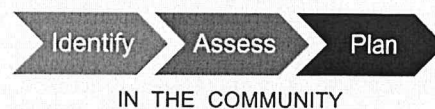


圖 15. 起床時間前約 7 小時服用安眠藥

圖 16. Dyspnea-Anxiety-Dyspnea cycle

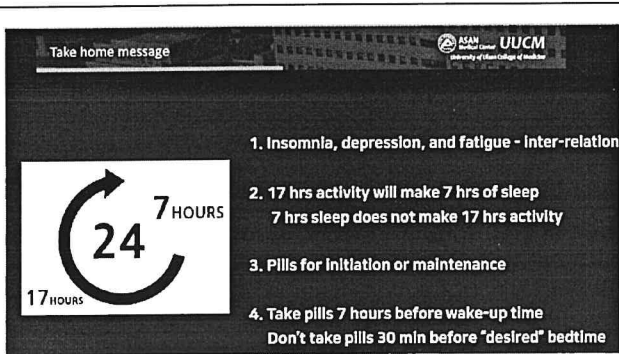


圖 17. 末期心臟疾病的症狀

Frequency of Symptoms by Disease

	Cancer	COPD	Heart Disease	Renal Failure	Dementia
Fatigue	23-100 %	32-96 %	42-82 %	13-100 %	22 %
Appetite loss	76-95 %	64-67 %	n.a.	38-64 %	n.a.
Pain	30-94 %	21-77 %	14-78 %	11-83 %	14-63 %
Nausea & Vomiting	2-78 %	4 %	2-48 %	8-52 %	8 %
Dyspnea	16-77 %	56-98 %	18-88 %	11-82 %	12-52 %
Insomnia	3-67 %	15-77 %	36-48 %	1-83 %	14 %
Delirium	2-68 %	14-33 %	15-48 %	35-70 %	n.a.
Constipation	4-64 %	12-44 %	12-42 %	8-65 %	40 %
Diarrhea	1-25 %	n.a.	12 %	8-36 %	n.a.
Depression	4-80 %	17-77 %	6-59 %	2-61 %	46 %
Anxiety	3-74 %	23-53 %	2-49 %	7-52 %	8-72 %

Moenis K, Higginson IL. *J Pain Symptom Manage* 2014

圖 19. Decision-Making - Goals of Care

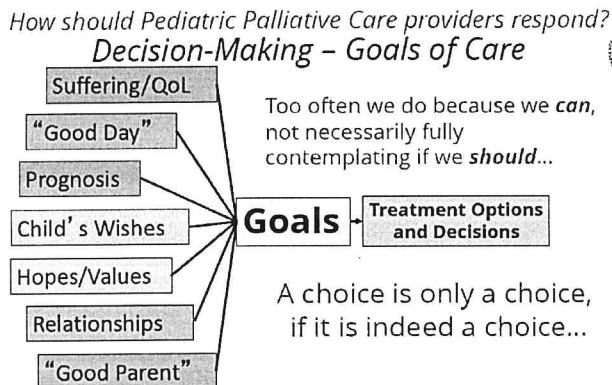


圖 21. 免疫治療的副作用

ICI related AE (irAEs)

- The common irAEs - skin, colon, endocrine organs, liver and lungs
- Clinical trials have reported that 30%-70% of patients receiving PD-1/PD-L1 inhibitors were reported to experience toxicities of any grade.
- Grade 3/4 irAEs can be life-threatening
- The irAEs rate in clinical trials could be underestimated
- The frequency of irAEs is dependent on the agents type, exposure time and the administered dose, as well as the patient's intrinsic risk factors
- Almost any new symptom could be immune related toxicity
- Lack of clear time relation to treatment
- Late onset AEs diagnosis is sometimes a challenge

Martins F, et al. *Nat Rev Clin Oncol*. 2019;16(9):563-580.
Tang S, et al. *Cells*. 2022;11(3):320.

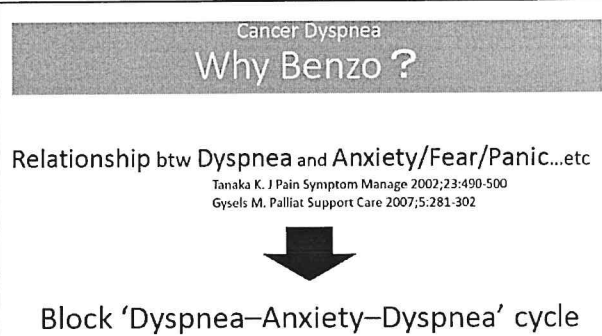


圖 18. 如何實施非癌症的安寧緩和

How to implement non-cancer palliative care?

- Systematic distress screening
- Primary palliative education
- Education for medical ethics
- Communication with the government
- Reimbursement from public health insurance

圖 20. The issue of regret

End of Life Decision Making

The issue of regret

After the death of a child parents may have decisional regret about:

- Choosing the last course of chemotherapy
- Not talking with their child about death
- Not choosing the "best" location of death
- Not getting a chance to appropriately say "farewell"
- Not having appropriate access to psychosocial and palliative care services

圖 22. 利用 ePRO 預測疼痛

