

安寧緩和品質計畫的現況與未來

花蓮慈濟醫院 緩和醫學中心主任

慈濟大學人文醫學科教授

王英偉





21世紀緩和醫療觀念上的改變

	從傳統	改變到
觀念	末期疾病	嚴重進行性疾病
	預後只有數週到數月	有限生命 (不限定只有近期死亡)
	癌症	所有進行性疾病或狀況
	進行性惡化	進行中的病程但常有偶發性惡化
	死亡率	盛行率

Building Integrated Palliative Care Programs and Services WHPCA 2017

<http://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>

21世紀緩和醫療觀念上的改變

	從傳統	改變到
照護 模式 及組 織	治癒性或緩和治療選擇其一	同時進行
	專科治療或緩和醫療	兩者視需要可同時接受
	「預後」作為專科服務的準則	「複雜或嚴重度」作為服務需求準則
	在專科服務中很晚才界定	在社區或各種場域早期界定
	固定單一方向介入	較有彈性的介入
	病人是一個被動角色	預立醫療自主計畫
	片斷式的照護	整合式照護

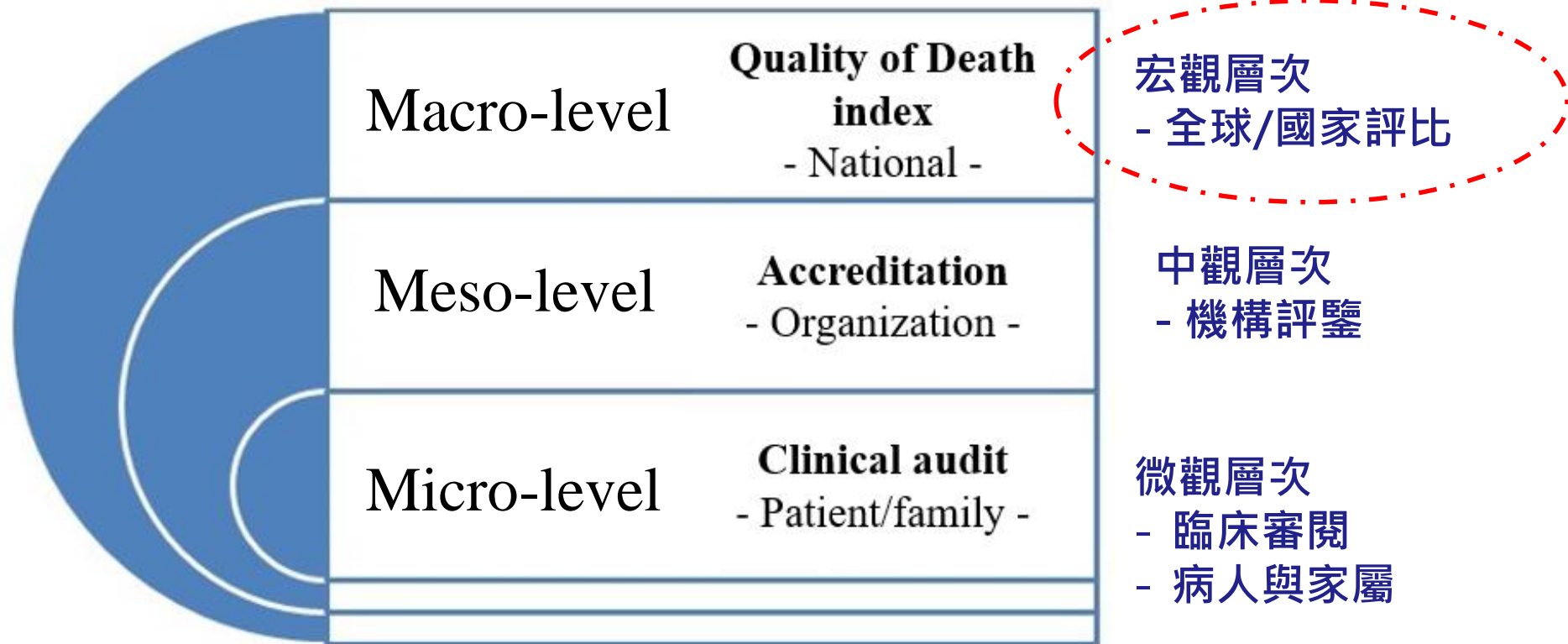
21世紀緩和醫療觀念上的改變

	從傳統	改變到
前瞻式的計畫	緩和醫療服務	各種場域都可提供不同的緩和照顧
	專業服務	在各種不同場域的健康照護
	機構中進行	社區中進行
	以服務為取向	以群眾為取向
	個人服務	系統性服務

Building Integrated Palliative Care Programs and Services WHPCA 2017

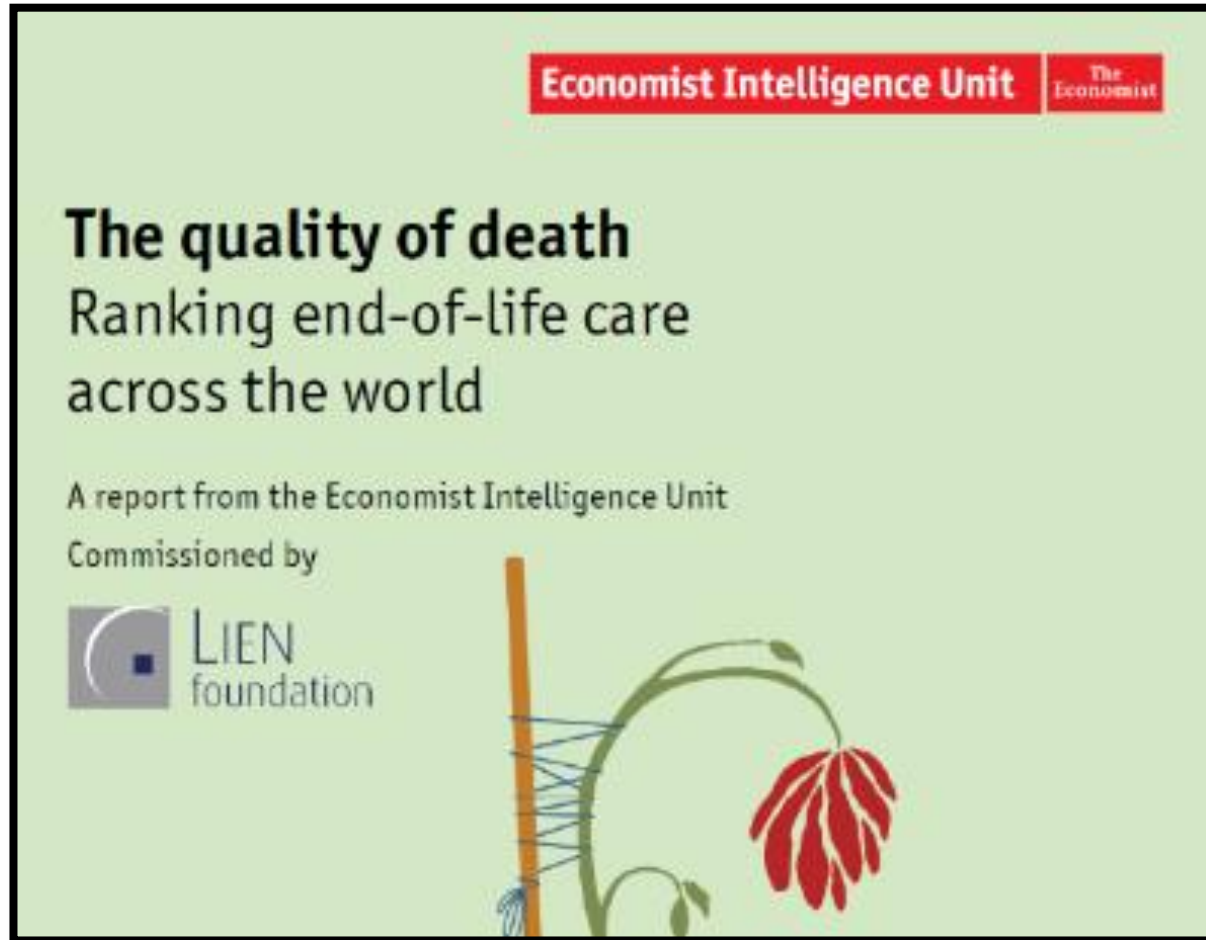
<http://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>

緩和安寧照護的監測與評估



Ranking End of Life Care across the world 2010

全球末期照護品質評比 2010



Overall score

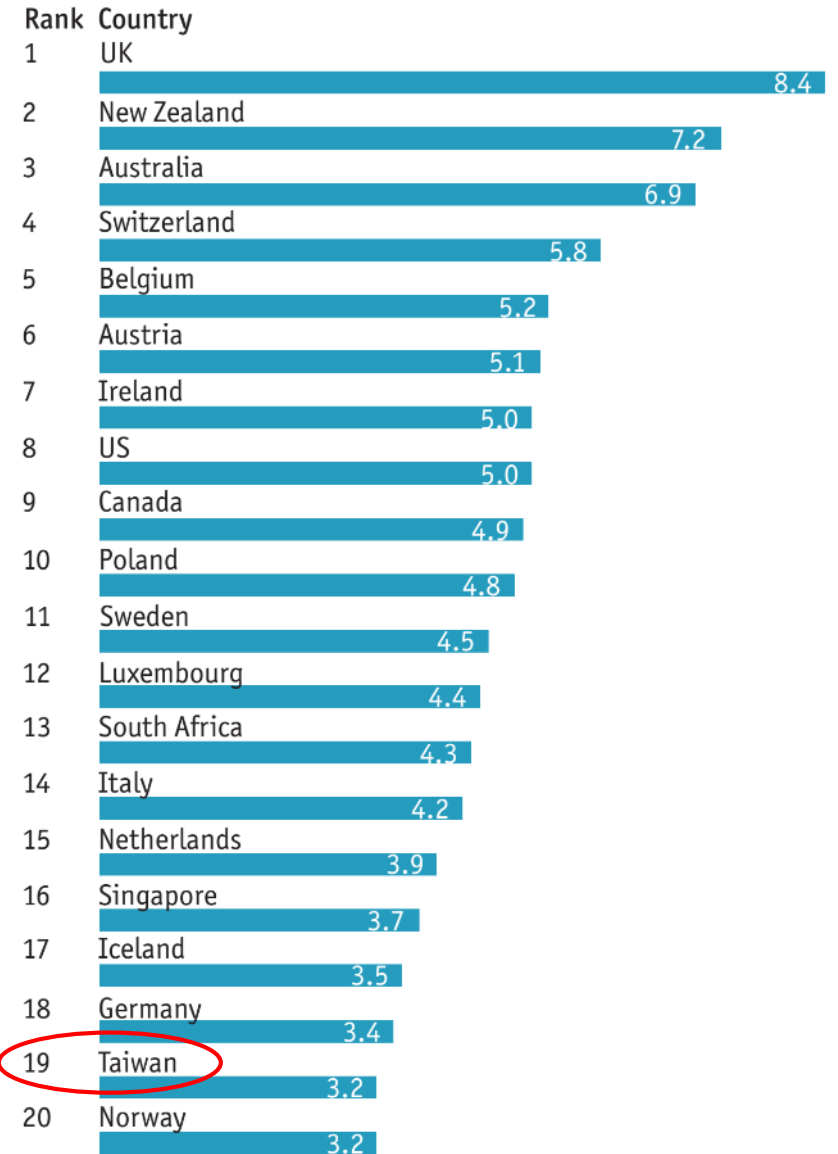
Rank	Country	Overall score
1	UK	7.9
2	Australia	7.9
3	New Zealand	7.7
4	Ireland	6.8
5	Belgium	6.8
6	Austria	6.6
7	Netherlands	6.3
8	Germany	6.2
=9	Canada	6.2
=9	US	6.2
11	Hungary	6.1
12	France	6.1
13	Norway	6.0
14	Taiwan	6.0
15	Poland	6.0
16	Sweden	5.9
17	Luxembourg	5.7
18	Singapore	5.5
19	Switzerland	5.4
20	Hong Kong	5.3

Index but its rapid progress is examined in a box on page 22.)

Taiwan is also noteworthy among the top 15 overall in the Index at position 14 (it scores very well on Quality but not so well on Availability). Its strong



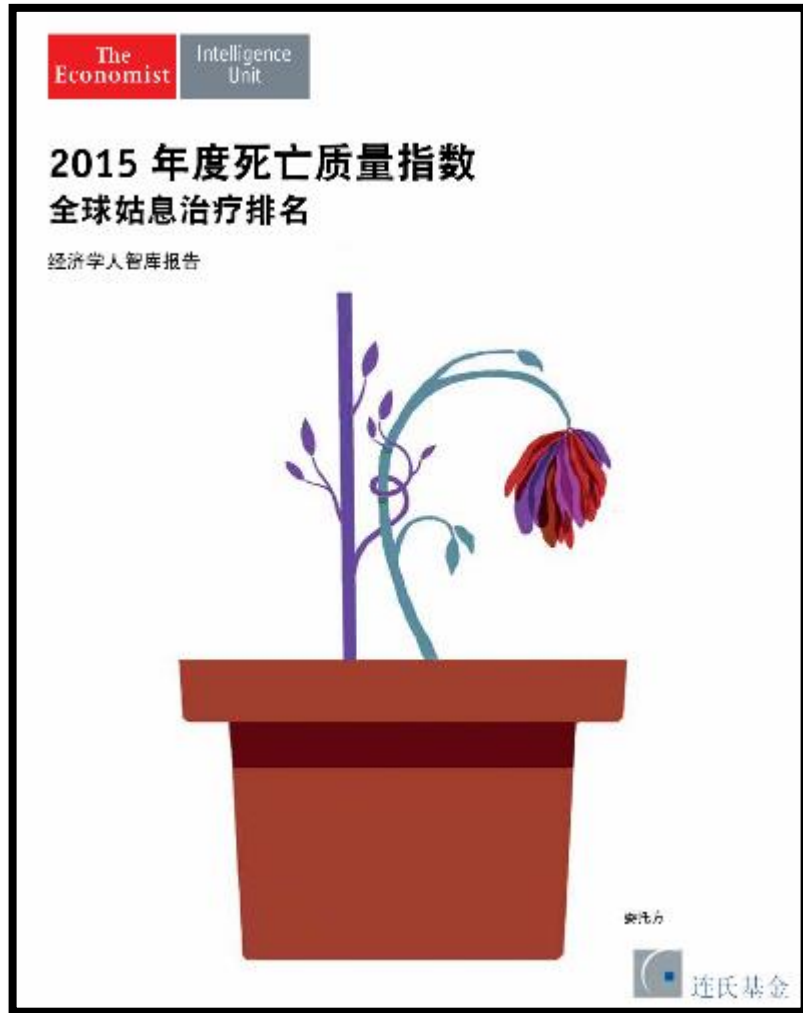
Figure 4
Availability of end-of-life care (25% weighting)



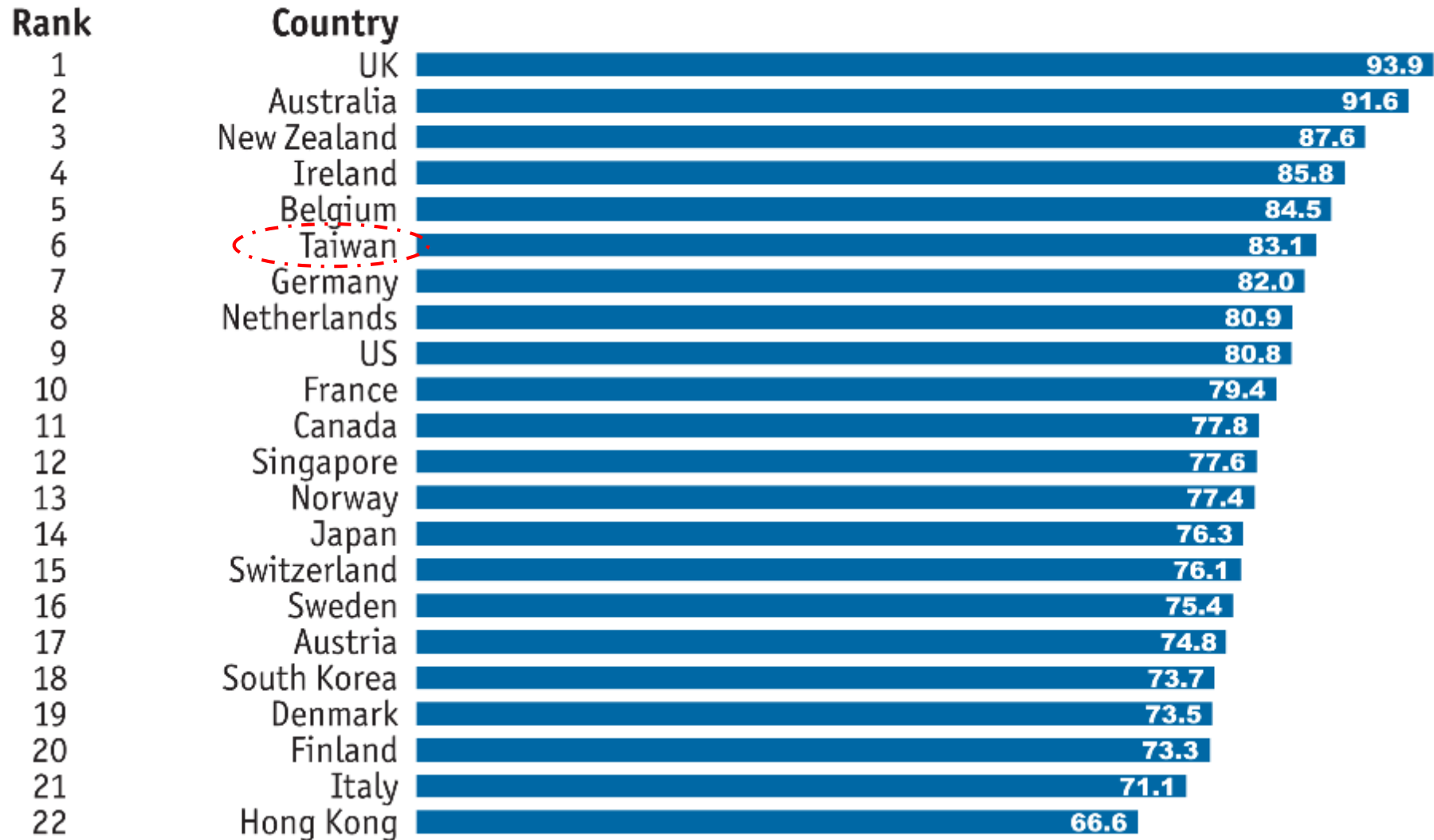
2015 評估指標

指數由 20 項定性和定量指標的得分構成，涵蓋五大類別：

- 安寧與醫療環境（ 權重 20%， 含 4 項指標 ）
- 人力資源（ 權重 20%， 含 5 項指標 ）
- 醫療照護的可負擔程度（ 權重20%， 含 3 項指標
- 照護質量（ 權重 30%， 含 6 項指標 ）
- 公眾參與（ 權重 10%， 含 2 項指標 ）



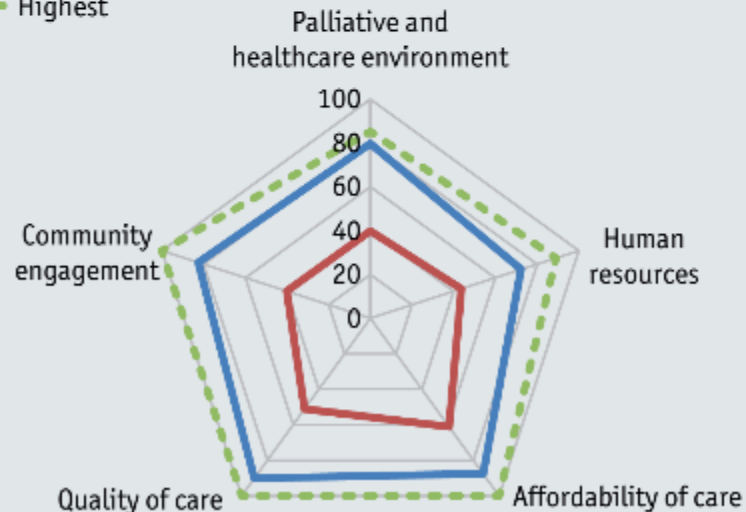
2015 Quality of Death Index—Overall scores



Case study: Taiwan—Leading the way

	Rank/80	Score/100
Quality of Death overall score (supply)	6	83.1
Palliative and healthcare environment	5	79.6
Human resources	9	72.2
Affordability of care	=6	87.5
Quality of care	=8	90.0
Community engagement	=5	82.5

— Taiwan
 — Average
 - - - Highest



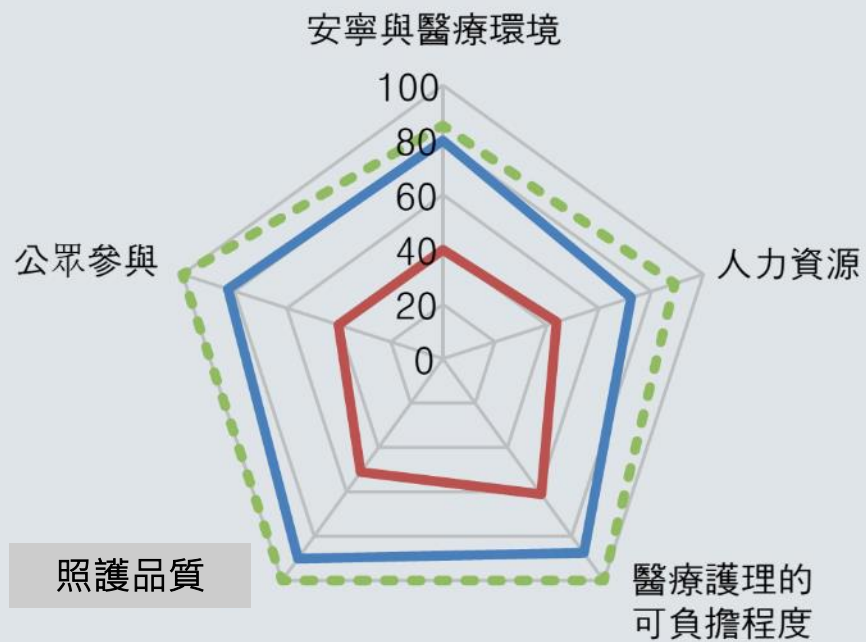
The quality of palliative care in Taiwan is high (it is tied for eighth place in this category), with a focus on improving the quality of a patient's last days. Major steps have been made in recent years: Dr Siew Tzuh Tang, a professor at Chang Gung University School of Nursing, reports substantial improvement in several end-of-life indicators between her team's national surveys in 2003/4 and 2011/12. For example, while less than half of terminally ill cancer patients were aware of their prognosis in the first survey, this number increased to 74% by 2012. Use of aggressive medical treatments for cancer patients in the last month of life, such as CPR and intubation, also declined over this period.

Community engagement, in particular to break down cultural taboos against discussing death, has also been a focus. Such taboos are still widespread, but proponents of palliative care are attempting to change that by introducing discussions of life and death into the education system from primary school through university, and by changing the mindset of patients.

"Family members feel that for the patient to die without CPR is not filial," says Dr Rongchi Chen, chairman of the Lotus Hospice Care Foundation. "But we are trying to teach people that filial duty and love should find its expression in being with the family member at the end of his or her life, and in encouraging acceptance of disease and peaceful passing."

	排名/80	得分/100
死亡質量綜合得分（供應）	6	83.1
安寧與醫療環境	5	79.6
人力資源	9	72.2
醫療護理的可負擔程度	=6	87.5
照護品質	=8	90.0
公眾參與	=5	82.5

- 臺灣
- 平均分
- ... 最高分



Modest Score (scores 33-66)

Modest Score (scores 33-66)

- 1.1) Healthcare spending
- 1.4) Capacity to deliver palliative care
- 2.4) Number of doctors per 1,000 PC-related deaths
- 2.5) Number of nurses per 1,000 PC-related deaths
- 4.5) Shared decisionmaking

台灣可進步的項目

- 國家用於醫療支出太低 46/80
- 民眾參與決定 25/80
- 照顧末期病人的醫師數 24/80
- 提供安寧療護的能力 12/80
- 照顧末期病人照護的護理人員數 11/80

死亡品質較高的國家共同特點。

- 強大且得到有效實施的國家安寧療護政策框架；
- 在醫療保健服務方面保持高水準的公共開支
- 為**一般和專業醫療工作者**提供廣泛的安寧療護培訓資源
- 提供慷慨的補貼，以減輕病人接受安寧療護的財務負擔
- 阿片類鎮痛劑的廣泛供應
- **公眾對安寧療護的高度認識**

監察委員新聞稿

列印
內容

醫院評鑑未能確實評價醫院安寧療護品質真貌、取得乙類社區安寧訓練資格人員未必有能力照顧病情嚴重且複雜的末期病人，以及安寧療護之服務對象與安寧緩和醫療條例及病人自主權利法規定不符，監察院糾正衛福部、健保署

日期：108-11-22

監察院 安寧療護品質調查案 糾正案文

審議日期:2016.5.5 公告日期:2016.5.9

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案由：衛生福利部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，以降低訓練時數之方式實施乙類社區安寧療護，恐使病患及家屬未能獲得良好之照護，甚或使有心從事社區安寧療護之醫事人員放棄參與社區安寧療護之志向，斷傷我國社區安寧療護制度之推動；又該部未建構整合性安寧緩和醫療照護體系，而社區醫院及基層診所照護末期病人之能力未獲信任，且與甲類醫療機構間未能建立完整之連續性安寧照護銜接，不但未達成社區安寧療護服務普及之目的，甚造成社區安寧療護品質無以確保之疑慮，均核有失當，爰依法提案糾正。



趙可式說，成大可能是全台硬體設備最弱的安寧病房，譬如能幫病人洗澡的超音波按摩機就只有1台，所幸軟體設備最佳，指的就是非常專業的醫護團隊。

採訪時，她待我們極其真誠溫暖，但話題光譜愈往死亡一端靠近，她的氣

及格的安寧病房不到10家

妳在

英國時看到的標準？」她說：「差太多了。台灣現在有66家安寧病房，一百多家居家照顧機構，一百多家共同照護機構，以我的標準來說，及格的不到十家。」

安寧服務亂象多 / 安寧病房缺監督 末期病患難善終

2019-08-10 23:53 聯合報 記者修瑞瑩/即時報導

國內推動安寧緩和醫療多年，根據統計，台灣每年過世的人當中，約四分之一利用過安寧療護服務，但很多醫院設立安寧病房後缺乏監督，服務走樣，相關投訴層出不窮，有安寧病房裡的洗澡機被塞在角落，志工專業不足導致病患洗澡時腿骨撞斷，甚至有護理人員丟下紙尿布叫家屬「自己看著辦」。

「安寧」變調 投訴層出不窮

高雄一名孫先生父親年邁過世，家人希望轉到安寧病房卻遍尋不著，最後問出某醫院有15床，但平常只開3床，老父親生前大小便失禁，全身臭氣難聞，家人只想讓父親洗個澡，走得舒舒服服，但父親過世前，都沒能排進安寧病房用按摩浴缸洗澡。

修瑞瑩

北部某家醫院設有安寧病房，按規定應設有洗澡機，但有末期病人住進去後，家屬想讓病人洗掉滿身屎尿髒汗，找了半天才發現洗澡機被塞在角落間置，也有家屬申請宅服務的安寧居家照護，希望減輕長輩痛苦，但護理師沒有協助處理，只會說「這是人死前必經過程，就順其自然吧」，家屬悲痛不已。

安寧之母看國內安寧品質 坦言「非常失望」

安寧服務亂象多 / 安寧品質低落 監委要查

2019-08-10 23:54 聯合報 記者修瑞瑩/即時報導

國內安寧療護品質低落，引起監委重視，目前已在開案調查中，監委江綺雯建議，安寧服務應恢復原有專業評鑑，而不是現行納入醫院評鑑中，才能落實監督，安寧之母趙可式則表示，應棒子與蘿蔔雙管齊下，有懲處也有獎勵，才能鼓勵醫院精進照護品質。

江綺雯擔任立委時，與趙可式共同推動安寧緩和醫療條例立法，擔任監委後收到許多投訴陳情，3年前就曾調查並對衛生福利部提出糾正，去年因為又發生傅達仁安樂死，還有瓊瑤與丈夫平鑫濤子女插管爭議，再提出安寧品質全面調查。

修瑞瑩

江綺雯認為，衛福部確有監督失職之處，使得安寧品質低落，許多家庭因家人走得痛苦惶惶不安，她也感慨立委未能夠預預算審查，為安寧品質把關，「每年有十七萬人死亡，立委們是不是應該除了去拈香外，多關注安寧？」

根據監察院調查，2017年全年曾利用過安寧服務約有4萬0533人，推估全年需要安寧療護至少有6萬人，但到去年底統計，全台有74家醫院設有804床安寧病床，但全年平均占床率只有56.96%，各家醫院落差相當大，有的達到百分百，有的卻不到1%，各家醫院投注的人力差別也很大，像成大安寧居家療護團隊有16名專任護理師，但台北某醫院病床數是成大的3倍，安寧居家護理師卻只有1人。

聯合新聞網

聯合新聞網

安寧服務亂象多 / 安寧品質名列前茅 排名是假象？

2019-08-10 23:53 聯合報 記者修瑞瑩/即時報導

國內的安寧療護品質在國際排名上，連年都是名列前茅，但安寧之母趙可式揭露「其實是假象」，過去都是她帶領調查人員「只看好的樣版」，排名當然高，她表示明年又有調查，「這一次絕對不再協助只看樣版」，讓台灣安寧全面的真實樣貌攤在陽光下，排名一定往下掉。

國健署長王英偉表示，趙可式對個人式安寧照護有較高的期許，衛福部未來也會加強照護品質，他深信明年評比不會如趙預估的難看，國際安寧品質評比出爐後，台灣也逐步調整，加強個人照護部分，包含增加老人與兒童安寧照護、安寧居家照顧、長照機構安寧等，新一年度安寧療護計畫將於明年展開，今年下半年也將輔導、訪查各醫院，把提升安寧品質列為重點。

修瑞瑩

新加坡連氏基金會2010年調查全球40個國家的死亡品質調查，台灣排名第十四名，亞洲第一，2015年調查擴大到80個國家參與，台灣進步到第六名。

趙可式表示，連氏基金會調查時都會找她，她帶著調查人員到做得好的醫院參訪，但後來發現很多做得很糟的醫院，若不列入調查，只會讓這些醫院跟著「自我感覺良好」，不思改進，她認為若能全面性地普查，明年台灣的排名一定會降低。

聯合新聞網

聯合新聞網

安寧療護 / 「都沒能好好洗個澡」安寧照護想求善終 徒留遺憾

2019-08-10 23:44 聯合報 記者修瑞瑩/台南報導



成人醫院安寧居家護理師傅達仁(右)到病患家中，為他洗個澡，讓家屬舒適。 記者修瑞瑩/攝影

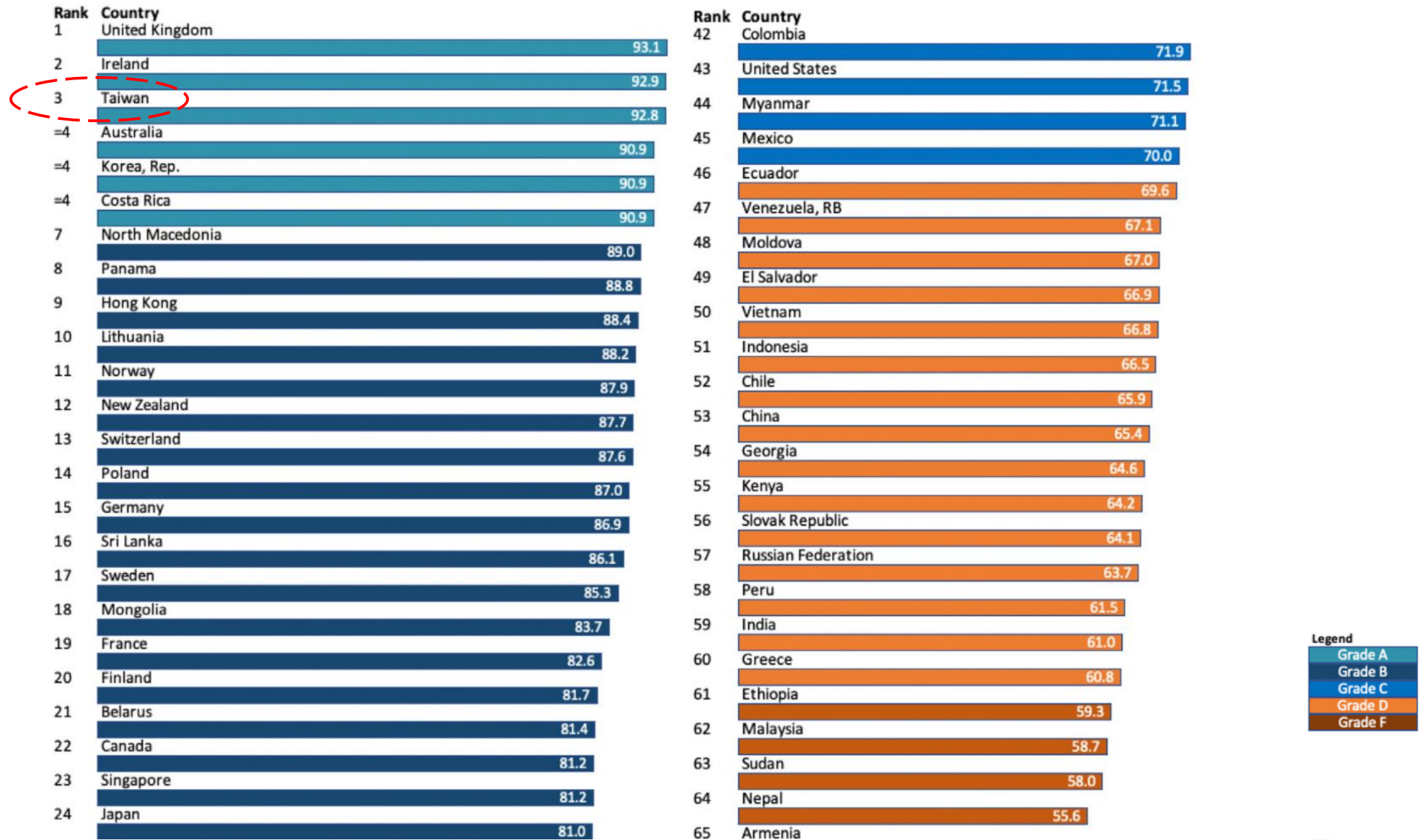
國內推動安寧緩和醫療多年，但亂象層出不窮，不僅病患無法「善終」，家屬也空留遺憾；許多醫院甚至因為「缺工」，只提供部分床位，甚至「關床」，讓安寧服務變調。

Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021

[ABOUT THIS EFFORT](#)[RANKINGS](#)[COUNTRY REPORTS](#)[METHODOLOGY](#)[OUR TEAM](#)

<https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-of-death/rankings>

Rankings of countries based on input from country experts



Review Article

Identifying Core Domains to Assess the “Quality of Death”: A Scoping Review



Afsan Bhadelia, MS, PhD, Leslie E. Oldfield, MSc, Jennifer L. Cruz, MPH, Ratna Singh, MA, and Eric A. Finkelstein, PhD

Department of Global Health and Population (A.B.), Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA; Princess Margaret Cancer Centre (L.E.O.), Toronto, Ontario, Canada; Department of Social and Behavioral Sciences (J.L.C.), Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA; Lien Centre for Palliative Care (R.S., E.A.F.), Duke-NUS Medical School, Singapore, Singapore

Results. A total of 309 eligible articles were identified out of 2728 discrete results. The articles represent perspectives from the broader health system (11), patients (70), family and informal caregivers (65), healthcare professionals (43), multiple viewpoints (110), and others (10). The most common condition of focus was cancer (103) and the majority (245) of the studies concentrated on high-income country contexts. The review identified **five domains and 11 subdomains focused on structural factors relevant to end-of-life care at the broader health system level, and two domains and 22 subdomains focused on experiential aspects of end-of-life care from the patient and family perspectives.** The structural health system domains were: 1) stewardship and governance, 2) resource generation, 3) financing and financial protection, 4) service provision, and 5) access to care. The **experiential domains were: 1) quality of care, and 2) quality of communication.**

Conclusion. The review affirms the **need for a people-centered approach to managing the delicate process and period of accepting and preparing for the end of life.** The identified structural and experiential factors pertinent to the “quality of death” will prove invaluable for future efforts aimed to quantify health system performance in the end-of-life period. *J Pain Symptom Manage* 2022;63:e365–e386. © 2021 The Authors. Published by Elsevier Inc. on behalf of American Academy of Hospice and Palliative Medicine. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Identified Domains and Subdomains for EoLC

-structural health system domains- 結構與健康系統構面

Domain	Sub-Domain(s)
政策與管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stewardship and Governance
資源：人材、知識、硬體	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priority-setting and strategic planning of EoLC system 2. Laws, regulations, and standards 3. Public awareness and death education
經濟/給付	<ol style="list-style-type: none"> 1. Training (of competent and multidisciplinary care teams) 2. HCP staffing, benefits, compensation, and access to essential resources 3. HCP-centered support 4. Environment 5. Knowledge and evidence for policy and practice
服務的提供	<ol style="list-style-type: none"> 1. Financial distress and fragility 2. EoLC financing and affordability of care
照護的可近性	<ol style="list-style-type: none"> 1. Availability of facility-based, home-based, and community-based EoLC 2. Administration of symptom management 3. Care integration 4. Responsiveness
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Access to medicines 2. Access to physical care 3. Access to psychological care 4. Access to spiritual care 5. Access to social care 6. Access to bereavement care for grief management 7. Access to care navigation 8. Equity in access

Identified Domains and Subdomains EoLC

-experiential domains- 經驗構面

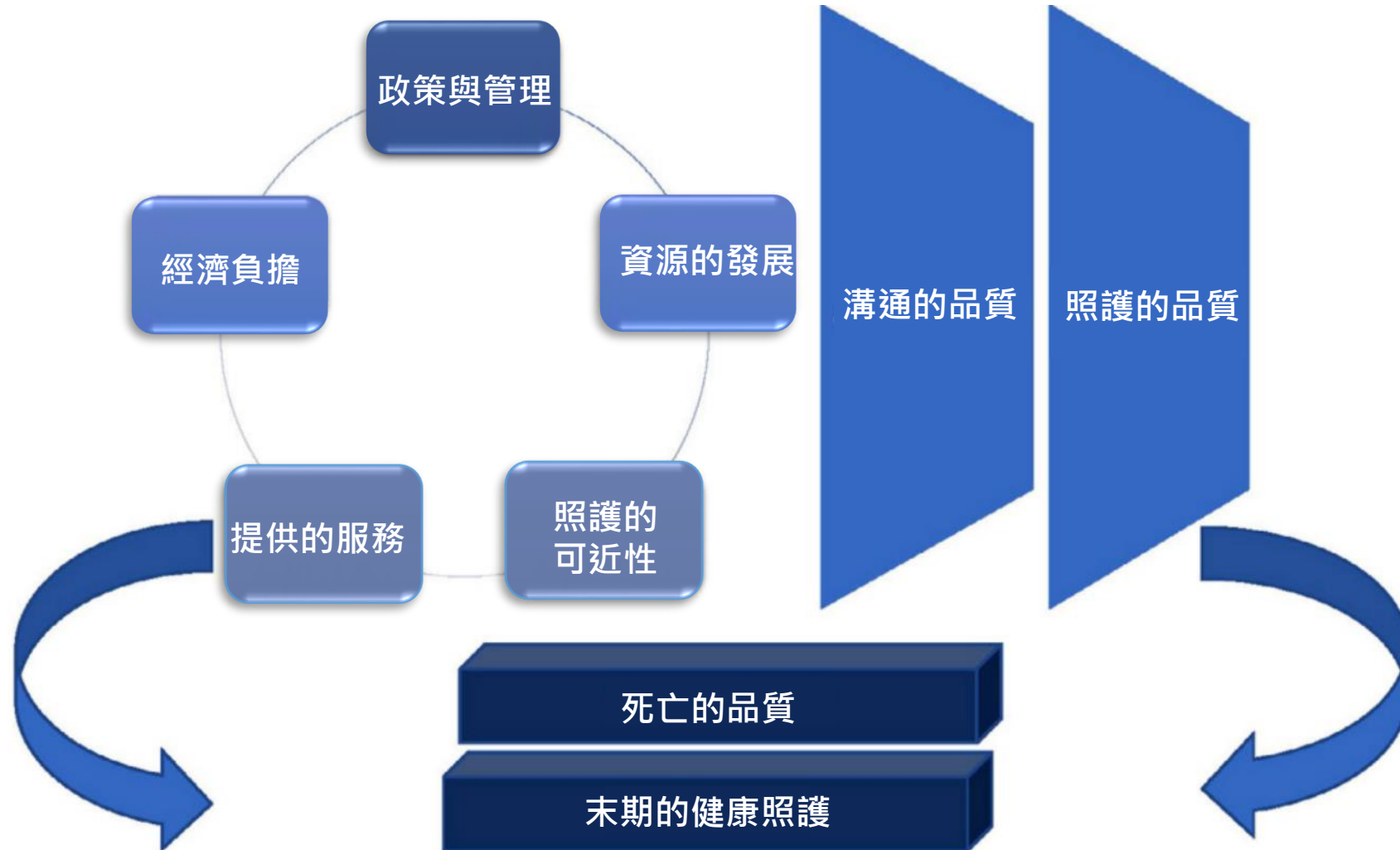
Domain	Sub-Domain(s)
6. Quality of Care	<ol style="list-style-type: none">1. Safety2. Appropriateness (of care)3. Coordination and continuity of care and support across phases/stages/transitions in EoLC4. Health-related quality of life and alleviation of serious health-related suffering5. Life continuity6. Dignity7. Empowerment8. Hope9. Caregiver-centered support (to manage caregiver burden)
7. Quality of Communication (within system and with patients/caregivers)	<ol style="list-style-type: none">1. Effective interpersonal interactions and relations2. Effective communication

照護品質

溝通品質

末期照護的系統性結構

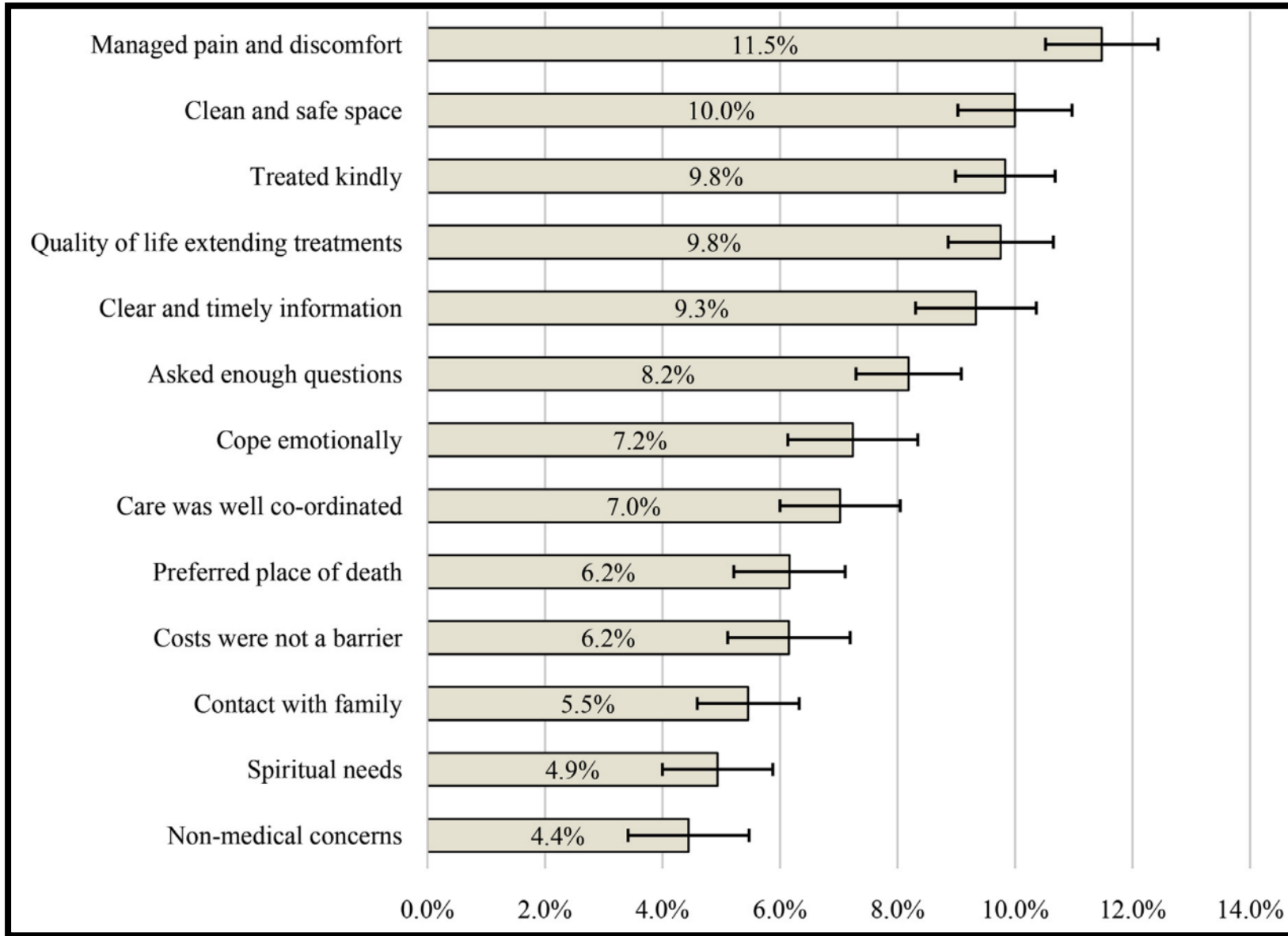
病人/照顧者對末期照護的經驗



生命末期照護品質的13 個指標 (2021)

1. 醫護人員收治患者的場所乾淨、安全、舒適
2. 患者能夠在選擇的地方得到照顧和死亡
3. 醫療服務提供者能提供適當水準和品質的延長生命治療
4. 醫療專業人員支持患者的靈性、宗教和文化需求
5. 不同醫療服務提供者之間的照護得到很好的協調
6. 醫療服務提供者將患者的疼痛和不適，控制在患者期望的範圍
7. 醫療服務提供者能協助患者情緒的調適
8. 醫療服務提供者鼓勵與朋友和家人聯繫
9. 醫療服務提供者協助解決患者的非醫療問題
10. 醫療服務提供者提供清晰及時的資訊，以便患者做出明智的決定
11. 醫療服務提供者能詳細問問題，以瞭解患者的需求
12. 醫療服務提供者大多以友善和同情的態度對待患者
13. 費用不是患者獲得適當照護的障礙

Relative importance for each indicator



CONCEPTUAL MODEL OF PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT



WHO Sep 2021 报告



什麼是品質？

- 醫療品質是指為個人和民眾所提供衛生服務提高**預期衛生結果**的可能性, 與**循證專業知識**保持一致的程度。醫療品質的這一定義涵蓋促進、預防、治療、康復和緩和治療，醫療品質是可衡量且通過提供循證醫療持續改善，而循證醫療考慮到服務對象（**患者、家庭和社區**）的需求和偏好。

優質的衛生服務應該是：

- 為有需求者提供循證的衛生服務服務，**做到有效**；
- 避免傷害擬對其提供醫療的人，**做到安全**；
- 在圍繞民眾需求安排的衛生服務內提供顧及到個人偏好、需求和價值觀的醫療，**做到以人為本**；
- 縮短候診時間，減少有時對醫療接收者和提供者均造成傷害的延遲，**做到及時**；
- 不分年齡、性取向、性別、種族、族裔、地理位置、宗教、社會經濟地位、語言或政治派別，提供相同品質的醫療，**做到公平**；
- 提供在各個層面和所有提供者之間得到協調的醫療，並提供整個生命歷程所需的全部衛生服務，**做到綜合統一**；
- 最大限度利用現有資源並避免浪費，**做到高效**。
- 上述許多品質領域與**道德原則**密切相關。



WHO 4 October 2021

QUALITY HEALTH SERVICES AND PALLIATIVE CARE

Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice



EFFECTIVE

I'm often breathless, but my doctor has prescribed me morphine and that really helps to settle my breathing.

SAFE

My family and I have been taught how to measure out the right dose of morphine I need to take. We've been taught how much extra medicine I can take safely when my pain gets bad and when we need to talk to a nurse about increasing my dose.

PERSON CENTRED

I feel listened to. A doctor explained my diagnosis and gave me a chance to ask questions compassionately. I know now I have a say in my own care. I want to spend the life I have left at home with my family, not in hospital. I know my wishes will be respected.

TIMELY

I got a call from a palliative care team the same day I received my diagnosis. She explained to me that even while I am having my chemotherapy, managing my pain would be a priority of treatment.

Exploring quality palliative care: a patient's perspective

EQUITABLE

I've been able to access the care I need even though I have limited finances. I find it comforting to know that my family will not be left in significant debt because of my illness.

INTEGRATED

I don't always have to attend the hospital that diagnosed me for my appointments because my community clinic provides most of the care I need. I am grateful because care is close to my home and can draw on hospital expertise as required.

EFFICIENT

I feel reassured that as my family and I learn more about self-care, the nurses that support me can have more time to provide palliative care for others like me.

FAMILY PERSPECTIVE

It's challenging caring for my wife as she becomes more unwell, but it's made easier by the fact we have been shown how to administer all her treatment and we understand her condition. I feel empowered to help her with her pain relief when she's really suffering. The doctors and nurses are working together so we don't have to attend so many appointments, which means I can keep working to support the family. I am prepared for what may come next and we have started to settle her affairs.

醫療品質

- Donabedian 曾將品質分為三個構面，即品質之「構造面」(structure)、「過程面」(process)與「結果面」(outcome)。
- 根據此定義，舉凡醫療服務的結構(如醫院硬體設備及醫護人員素質、數目)、過程及結果(如疾病治癒與否及付出金錢等)等品質構面均可包含於醫療品質之範圍

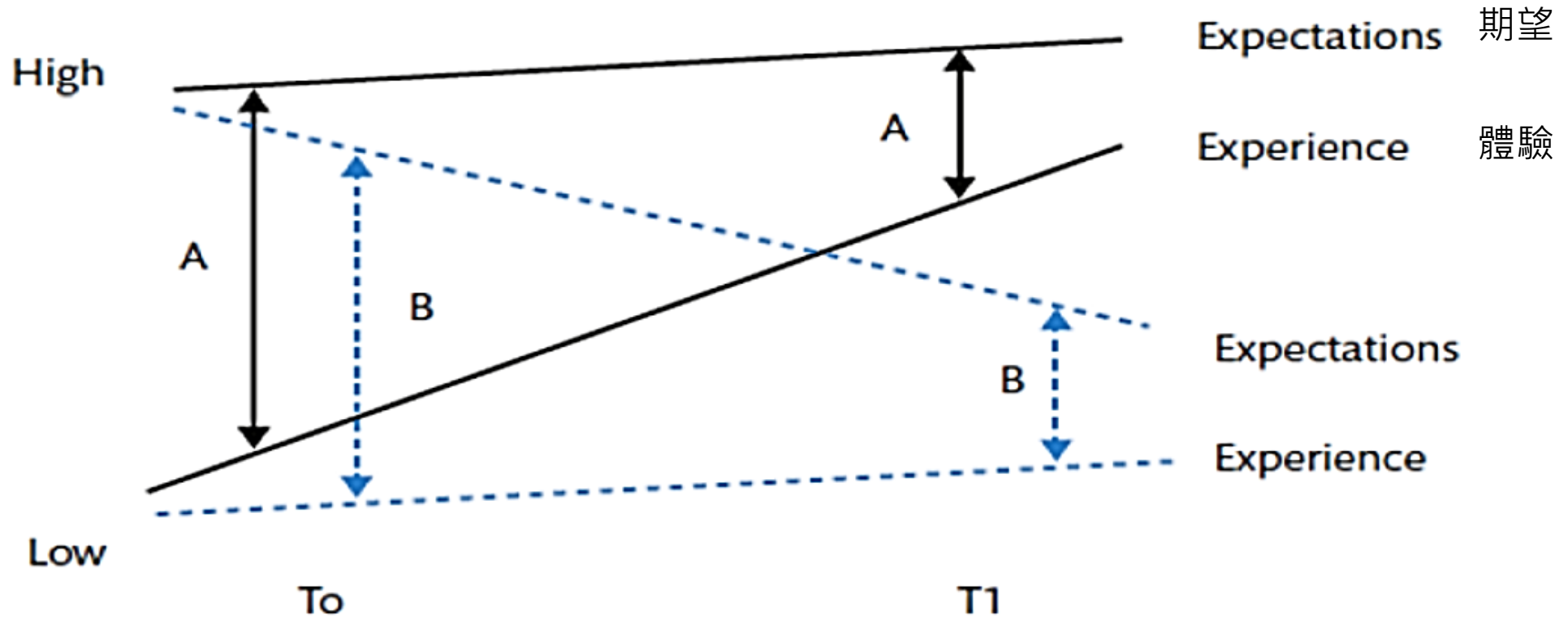


A palliative care example regarding the sequence involved in outcome measurement (adapted from Higginson and Harding 2007 2)

Patient-reported outcome (PRO) 病人自行報告結果

- A PRO can be measured by self-report (PRO instrument) or by interview provided that the interviewer records only the patient's response.

Gap theory of Calman (1984) 差距理論



生活質量是期望和實際體驗之間的差距

Quality of life as the gap between expectations and experience.

什麼是末期病人的期待

- ✓ 疼痛與其他症狀的控制
- ✓ 避免不必要的延長死亡
- ✓ 有可以控制的感覺
- ✓ 減少家人的負擔
- ✓ 加強與家人的關係

Singer et al. *JAMA* 1999;281(2):163-168.

台灣安寧緩和療護 政策白皮書

White Paper for Palliative Care in Taiwan



 國家衛生研究院


2019年9月

經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

台灣安寧緩和療護 政策綱領暨行動方案

Policy Statement and Action Plan
for Palliative Care in Taiwan



 國家衛生研究院

2020年3月

經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

台灣安寧緩和療護發展願景

三大願景

1

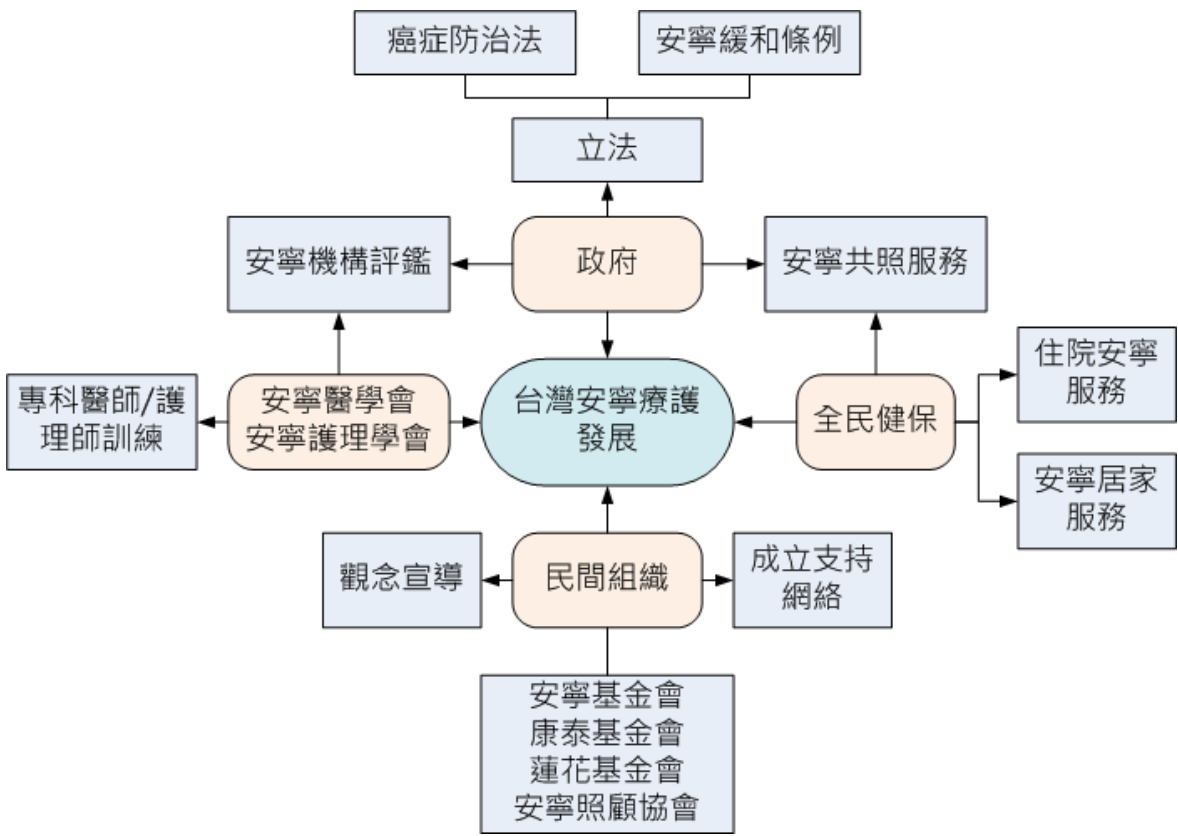
尊重個人獨特性與價值觀
所有人皆有機會善生與善終

2

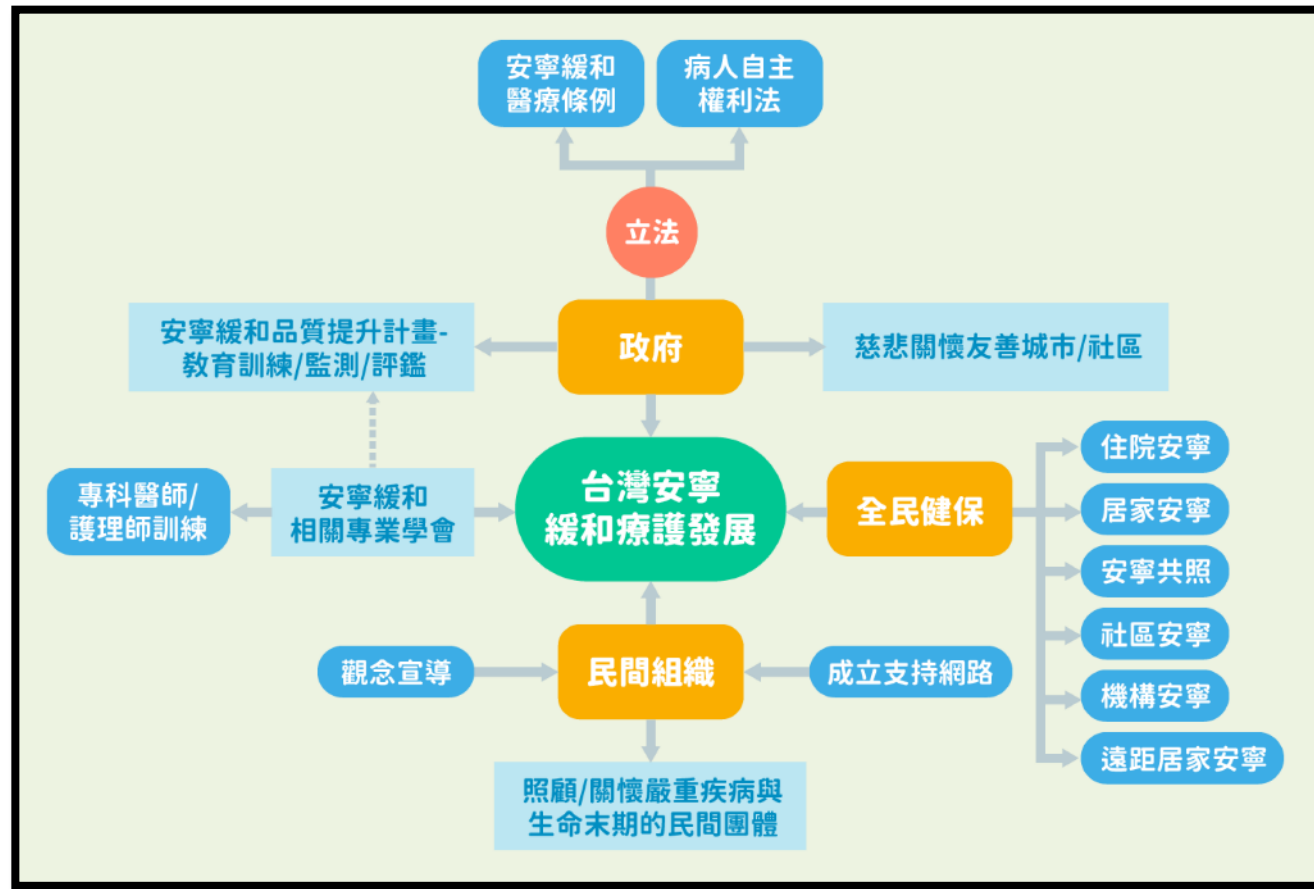
提供整合性的五全療護
讓舒適與照護品質最佳化

3

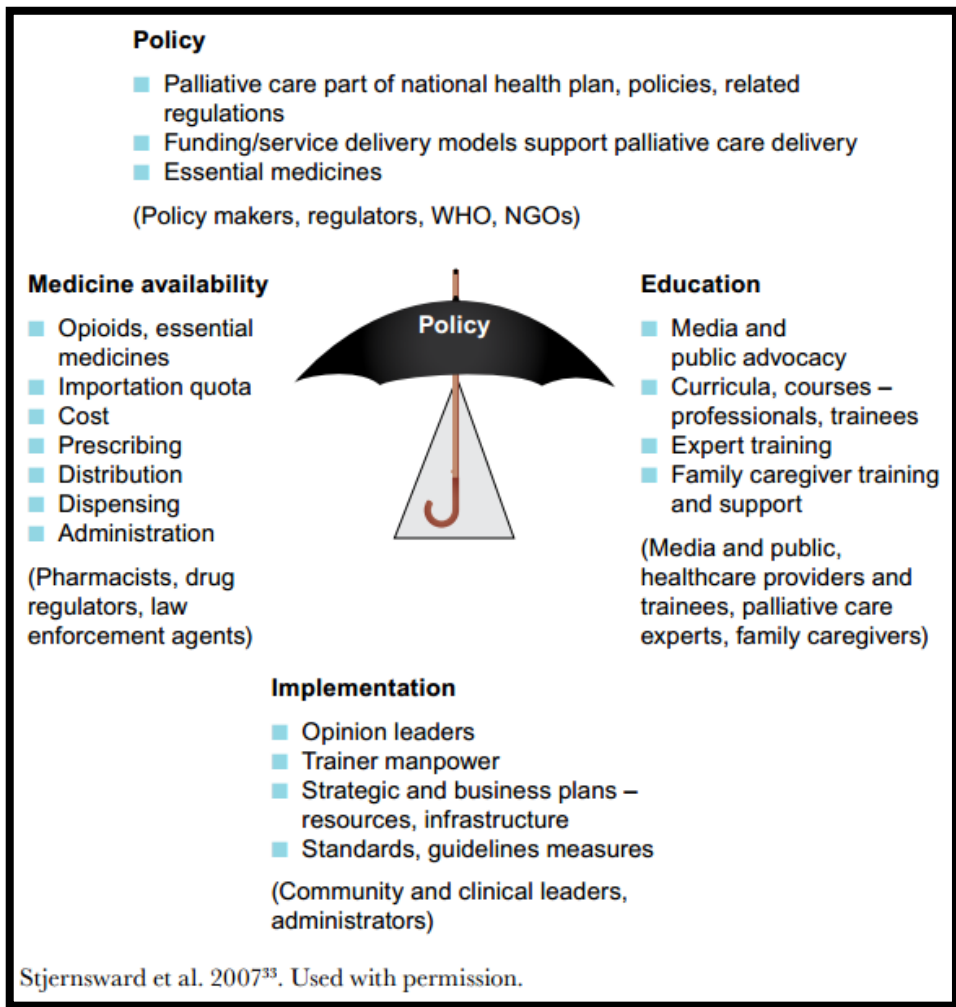
確保療護團隊的專業知識、態度與技能
提供協調性療護



早期台灣安寧緩和療護政策發展過程



2020台灣安寧緩和療護政策綱領



Public health model for palliative care development



台灣安寧緩和療護之發展基石

台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

1995-2005年 政府主導推動安寧緩和療護

第一波運動

- 引進安寧緩和療護的概念
- 制度建立、立法保障善終
- NGO、專業學會成立
- 以癌症為主
- 發展住院、共照、居家安寧緩和療護

2006-2015年 第二波運動

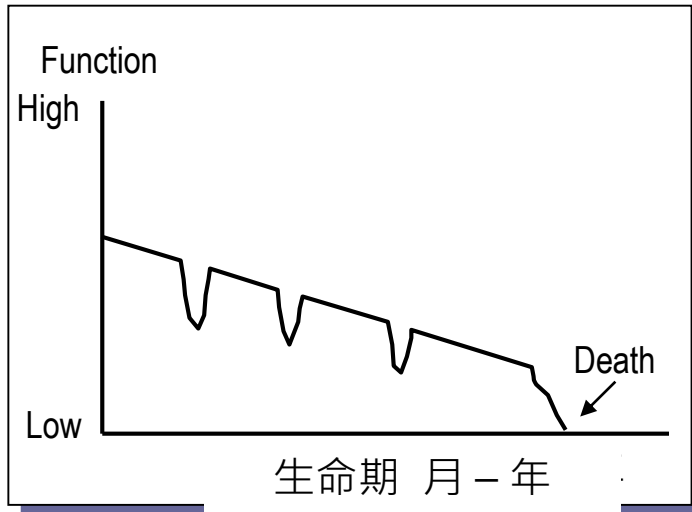
- 八大非癌症安寧緩和療護
- 預立醫療照護諮商(ACP)
/醫病共享決策(SDM)
- 急重症安寧緩和療護

2016-2025年 第三波運動

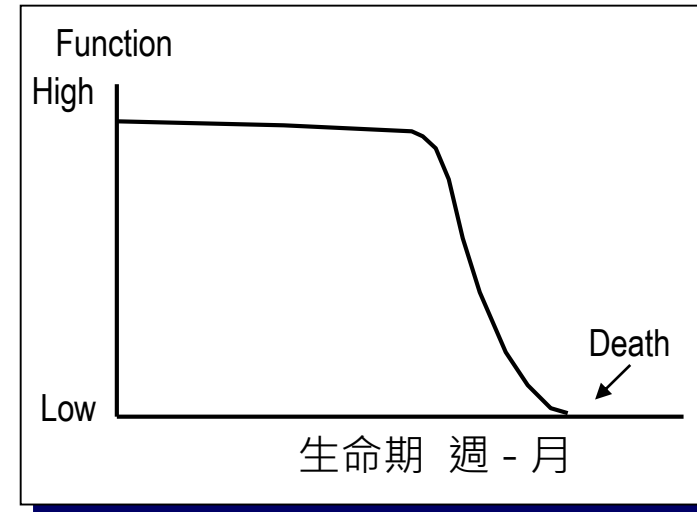
- 不分疾病安寧緩和療護
- 全齡人口安寧緩和療護
- 早期介入安寧緩和療護
- 社區與長照安寧緩和療護
- 新科技與AI人工智慧醫療
- 病人自主權利法
- 關懷社區/城市



癌症、器官衰竭與衰弱長者之末期照顧

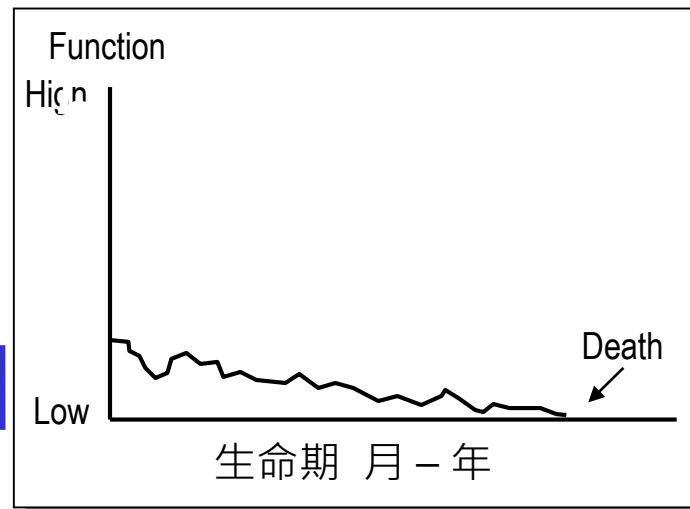


器官衰竭



癌症

失智,日漸衰弱長者



**Report of the *Lancet* Commission on the Value of Death:
bringing death back into life**

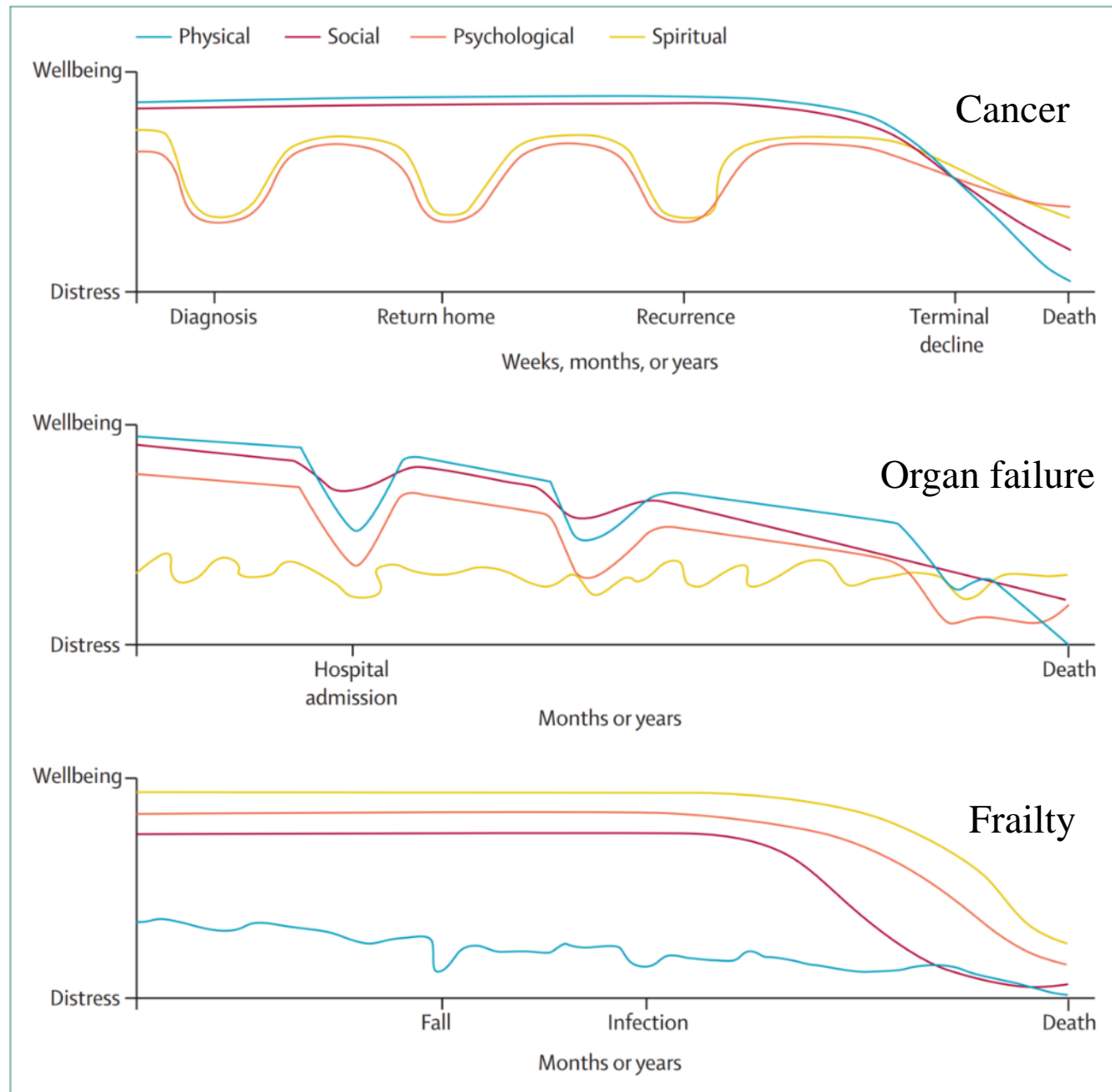


*Libby Sallnow, Richard Smith, Sam H Ahmedzai, Afsan Bhadelia, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Doble, Luckson Dullie, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Guglani, Melanie Hodson, Bettina S Husebø, Allan Kellehear, Celia Kitzinger, Felicia Marie Knaul, Scott A Murray, Julia Neuberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Eriko Sase, Katherine E Sleeman, Sheldon Solomon, Ros Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death**

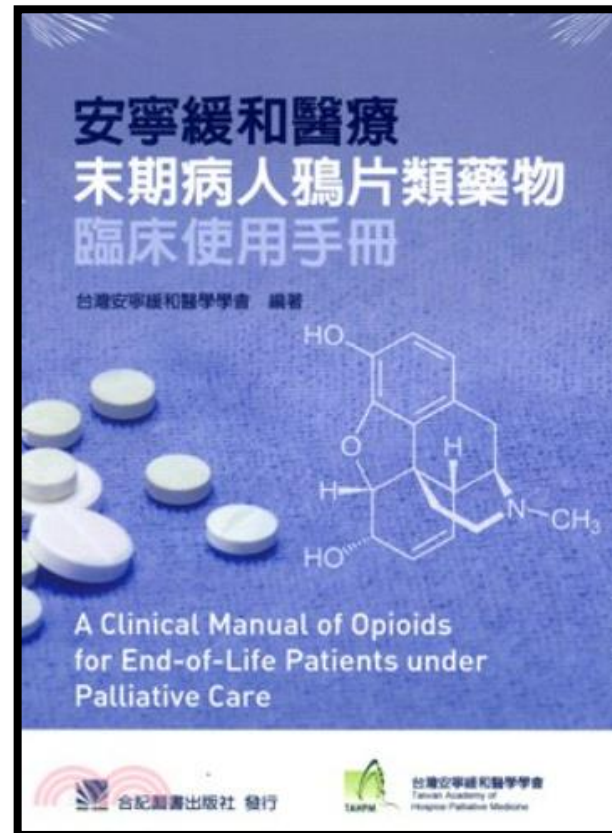
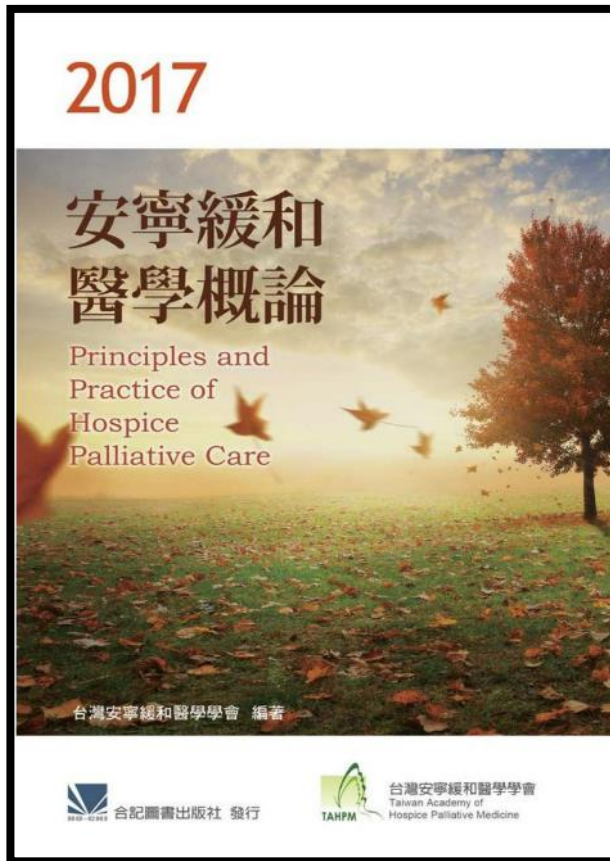
The Value of Death has set out the five principles of a realistic utopia:

1. The social determinants of death, dying, and grieving are tackled;
2. Dying is understood to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event;
3. Networks of care lead support for people dying, caring, and grieving;
4. Conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common
5. Death is recognized as having value.

Trajectories of dying with cancer, organ failure and frailty



不分疾病的安寧緩和照護



不分疾病的安寧緩和照護





生命末期腎臟病人 安寧緩和醫療評估指引

總策畫 洪冠予

主編 黃政文·蔡宏斌

指導 衛生福利部

發行 國立臺灣大學醫學院附設醫院



06

特殊群體之處理

452	第十五章 兒童與青少年腎臟病
452	第一節 總論
453	第二節 流行病學
455	第三節 定義、診斷、分期
458	第四節 偵測、篩檢與高危險群
460	第五節 營養及預防接種
474	第六節 合併症之處理
484	第七節 慢性腎臟病各期治療綜述

544	第十六章 老年人慢性腎臟病
544	第一節 老化對腎臟的影響
547	第二節 老年人慢性腎臟病的特色與診斷
550	第三節 慢性腎臟病老年人的周全性評估
557	第四節 慢性腎臟病老年人的照護

584	第十七章 懷孕婦女慢性腎臟病
584	第一節 懷孕婦女慢性腎臟病篩選及評估
586	第二節 妊娠與慢性腎臟病的互相影響
588	第三節 透析婦女妊娠
590	第四節 孕婦有慢性腎臟病合併高血壓之藥物治療
590	第五節 孕婦有慢性腎臟病之飲食
590	第六節 腎移植與懷孕

07

慢性腎臟病轉介與照護

604	第十八章 慢性腎臟病之轉介準則與照護團隊
604	第一節 慢性腎臟病之轉介準則
607	第二節 慢性腎臟病之照護團隊
611	第十九章 慢性腎臟病病人接受腎替代療法的時機、準備與選擇
611	第一節 透析治療的時機與準備
615	第二節 腎臟替代療法
626	第二十章 慢性腎臟病的保守性治療 (包含緩和醫療)
626	第一節 慢性腎臟病保守性治療適用條件
636	第二節 預立醫療自主計畫
640	第三節 腎病緩和醫療的症狀控制
646	第四節 緩和透析治療
653	第五節 跨團隊協調與醫病溝通

不分疾病的安寧緩和照護 - 國民健康署相關計畫 -

安寧緩和療護的靈性關懷實務指引

Practical Guideline of Spiritual Care in Hospice Palliative Care-First Version

4/20 第一次靈性推動委員會修正
8/24 第二次靈性推動委員會修正
8/31 第三次靈性推動委員會修正

第一章節 對病人及家屬的靈性關懷

- 指引一、評估
- 指引二、提供靈性關懷
- 指引三、資訊的取得和靈性關懷的記錄
- 指引四、團隊合作
- 指引五、符合倫理規範
- 指引六、保密
- 指引七、尊重差異

第二章節 對機構及其同仁的靈性關懷

- 指引八、對機構的靈性關懷
- 指引九、對機構同仁的靈性關懷
- 指引十、靈性關懷人員(師)應負責機構

第三章節 精進靈性關懷的知能

- 指引十一、持續地提升靈性關懷品質
- 指引十二、研究
- 指引十三、持續地教育訓練

承辦編輯單位：台灣心理腫瘤醫學學會
指導補助單位：衛生福利部國民健康署

心理腫瘤醫學照護指引 <簡明版>

2018年11月 第一版



衛生福利部國民健康署委託辦理

整合性安寧全人照護培訓與宣導推廣計畫(106-108年)

-108年

期末計畫成果報告

年 度：108年度

計畫名稱：長期照護人員安寧照護培訓推廣計畫(106-108年)-108年

執行機構：財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會

總計畫主持人：蔡芳文

簽名：

填報日期：108年11月26日

衛生福利部國民健康署委託辦理

整合性安寧全人照護培訓與宣導推廣計畫(106-108年)

108年第3期成果報告

計畫名稱

安寧社會關懷專業人員培訓推廣計畫(106-108)

委託單位：社團法人中華民國醫務社會工作協會

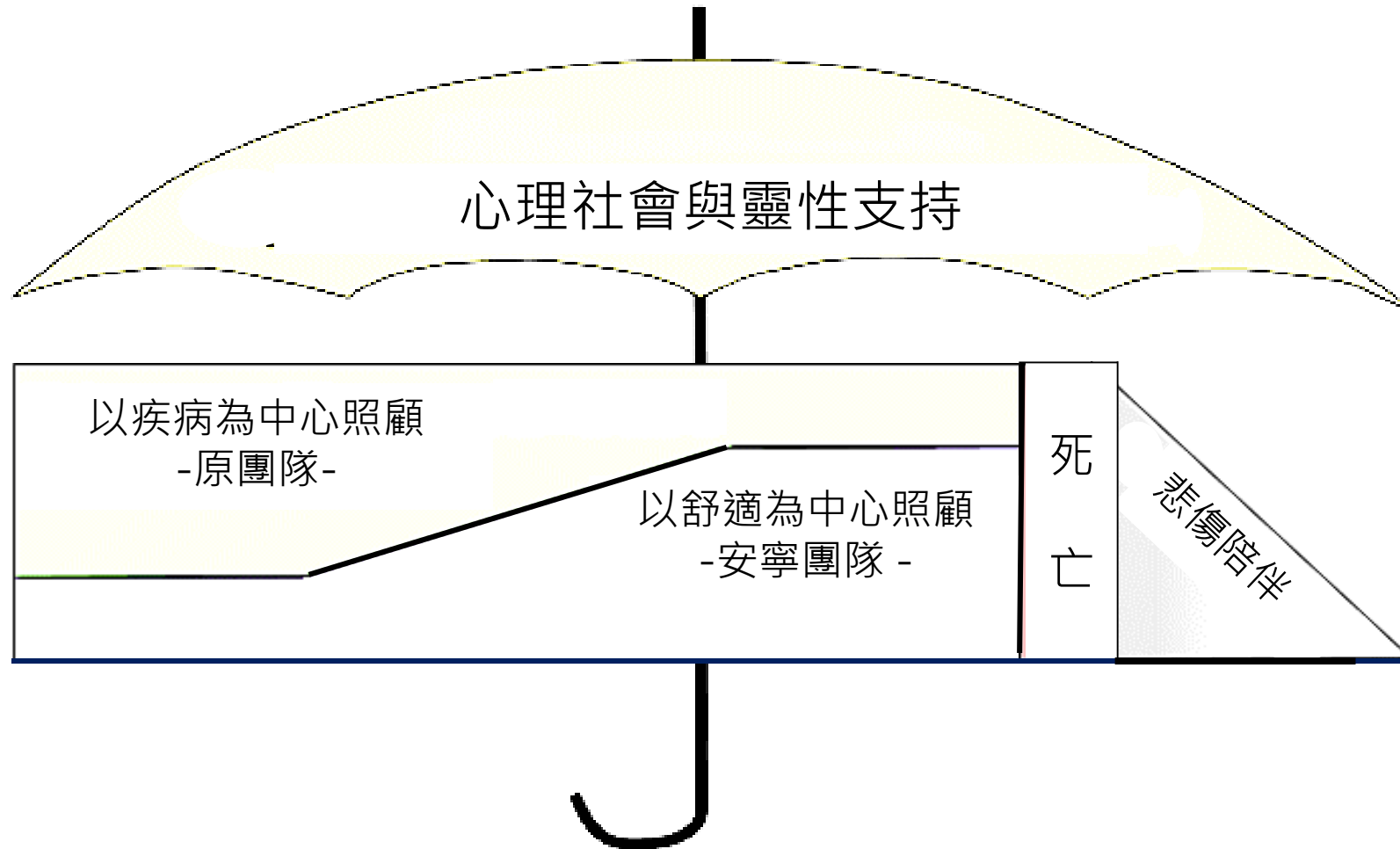
計畫主持人：游靜宜

地址：台北市松山區南京東路二段162號2樓

全齡人口的安寧緩和照護



非癌症末期照顧模式



“It is easier to die of Cancer than Heart or Renal failure”
John Hinton (Medical Attending Physician) 1963

台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

1995-2005年 政府主導推動安寧緩和療護

第一波運動

- 引進安寧緩和療護的概念
- 制度建立、立法保障善終
- NGO、專業學會成立
- 以癌症為主
- 發展住院、共照、居家安寧緩和療護

2006-2015年 第二波運動

- 八大非癌症安寧緩和療護
- 預立醫療照護諮商(ACP)
~~/醫病共享決策(SDM)~~
- 急重症安寧緩和療護

2016-2025年 第三波運動

- 不分疾病安寧緩和療護
- 全齡人口安寧緩和療護
- 早期介入安寧緩和療護
- 社區與長照安寧緩和療護
- 新科技與AI人工智慧醫療
- 病人自主權利法
- 關懷社區/城市



加護病房/急診與安寧療護



American College of Emergency Physicians 5 件事急診醫師與病人必須注意的

1. 避免不必要的腦部電腦斷層檢查
2. 避免不必要的的導尿管
3. 不要延緩安寧療護的照會
4. 避免沒有併發性病人使用抗生素與傷口細菌培養
5. 沒有併發症輕度脫水的小孩應先試以口服補充水分，不必馬上以靜脈注射。



An initiative of the ABIM Foundation

急診安寧照會與住院日之相關

Palliative care consultation in ES on inpatient length of stay

- 提供急診醫師與護理人員有關安寧的教育
- 安寧會診
- 結果：
 - 1435 會診次數, 50 次的急診安寧會診 2006-2010
 - 明顯住院日期較短 **shorter LOS 3.6 days** ($p < 0.01$).

Wu, F. M., et al. (2013). "Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department on inpatient length of stay." J Palliat Med **16**(11): 1362-1367.



An initiative of the ABIM Foundation

Critical Care Societies Collaborative - Critical Care



We help the world breathe
PULMONARY • CRITICAL CARE • SLEEP



Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't order diagnostic tests at regular intervals (such as every day), but rather in response to specific clinical questions.

Many diagnostic studies (including chest radiographs, arterial blood gases, blood chemistries and counts and electrocardiograms) are ordered at regular intervals (e.g., daily). Compared with a practice of ordering tests only to help answer clinical questions, or when doing so will affect management, the routine ordering of tests increases health care costs, does not benefit patients and may in fact harm them. Potential harms include anemia due to unnecessary phlebotomy, which may necessitate risky and costly transfusion, and the aggressive work-up of incidental and non-pathological results found on routine studies.

2

Don't transfuse red blood cells in hemodynamically stable, non-bleeding ICU patients with a hemoglobin concentration greater than 7 g/dL.

Most red blood cell transfusions in the ICU are for benign anemia rather than acute bleeding that causes hemodynamic compromise. For all patient populations in which it has been studied, transfusing red blood cells at a threshold of 7 g/dL is associated with similar or improved survival, fewer complications and reduced costs compared to higher transfusion triggers. More aggressive transfusion may also limit the availability of a scarce resource. It is possible that different thresholds may be appropriate in patients with acute coronary syndromes, although most observational studies suggest harms of aggressive transfusion even among such patients.

3

Don't use parenteral nutrition in adequately nourished critically ill patients within the first seven days of an ICU stay.

For patients who are adequately nourished prior to ICU admission, parenteral nutrition initiated within the first seven days of an ICU stay has been associated with harm, or at best no benefit, in terms of survival and length of stay in the ICU. Early parenteral nutrition is also associated with unnecessary costs. These findings are true even among patients who cannot tolerate enteral nutrition. Evidence is mixed regarding the effects of early parenteral nutrition on nosocomial infections. For patients who are severely malnourished directly prior to their ICU admission, there may be benefits to earlier parenteral nutrition.

4

Don't deeply sedate mechanically ventilated patients without a specific indication and without daily attempts to lighten sedation.

Many mechanically ventilated ICU patients are deeply sedated as a routine practice despite evidence that using less sedation reduces the duration of mechanical ventilation and ICU and hospital length of stay. Several protocol-based approaches can safely limit deep sedation, including the explicit titration of sedation to the lightest effective level, the preferential administration of analgesic medications prior to initiating anxiolytics and the performance of daily interruptions of sedation in appropriately selected patients receiving continuous sedative infusions. Although combining these approaches may not improve outcomes compared to one approach alone, each has been shown to improve patient outcomes compared with approaches that provide deeper sedation for ventilated patients.

5

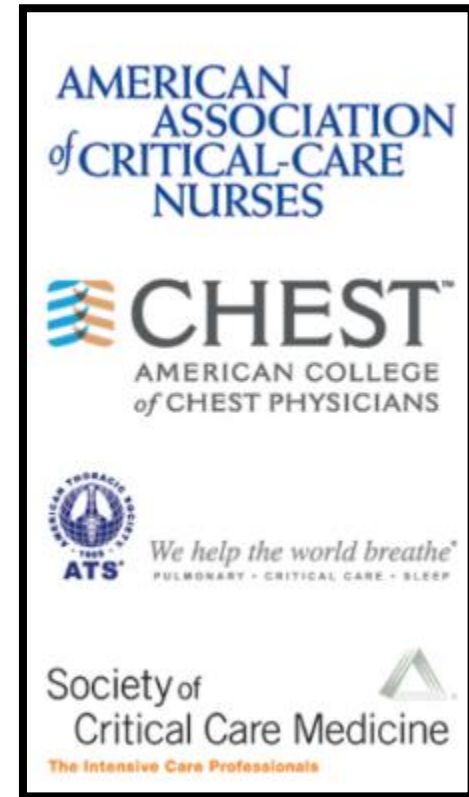
Don't continue life support for patients at high risk for death or severely impaired functional recovery without offering patients and their families the alternative of care focused entirely on comfort.

Patients and their families often value the avoidance of prolonged dependence on life support. However, many of these patients receive aggressive life-sustaining therapies, in part due to clinicians' failures to elicit patients' values and goals, and to provide patient-centered recommendations. Routinely engaging high-risk patients and their surrogate decision makers in discussions about the option of foregoing life-sustaining therapies may promote patients' and families' values, improve the quality of dying and reduce family distress and bereavement. Even among patients pursuing life-sustaining therapy, initiating palliative care simultaneously with ongoing disease-focused therapy may be beneficial.

美國重症照護聯盟

Critical Care Societies Collaborative – Critical Care 5 件事加護病房醫師與病人必須注意的

1. 不要定期作診斷性的檢查 Don't order diagnostic tests at regular intervals.
2. 血流動力穩定病人不一定要輸血 (Hb > 7 g/dL)
3. 加護病房住院一週內營養足夠病人不一定要靜脈補充營養
4. 不要常規對使用呼吸器病人進行深度麻醉
5. 對恢復機會渺小或快要死亡病人，沒有給予病人家屬舒適的療法或其他的選擇的建議



加護病房會診安寧之成效指標

Screening Criteria for Palliative Care Consultation in the ICU: A Report From the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU)

Author/Design	條件	結果
Norton et al (11), prospective pre-post study	住院10天後轉入ICU Age > 80 yr 加上 ≥2 危及生命之 共病 癌症第四期 心跳停止後之狀態 Status—post cardiac arrest 腦內出血同時使用呼吸器	ICU 住院日期下降 住院日不變 內科 MICU 轉介安寧緩和增 加 啟動安寧會診縮短

Crit Care Med, 2013, 41(10):2318-27

Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, et al: Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. Crit Care Med 2007; 35:1530–1535

台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

1995-2005年 政府主導推動安寧緩和療護

第一波運動

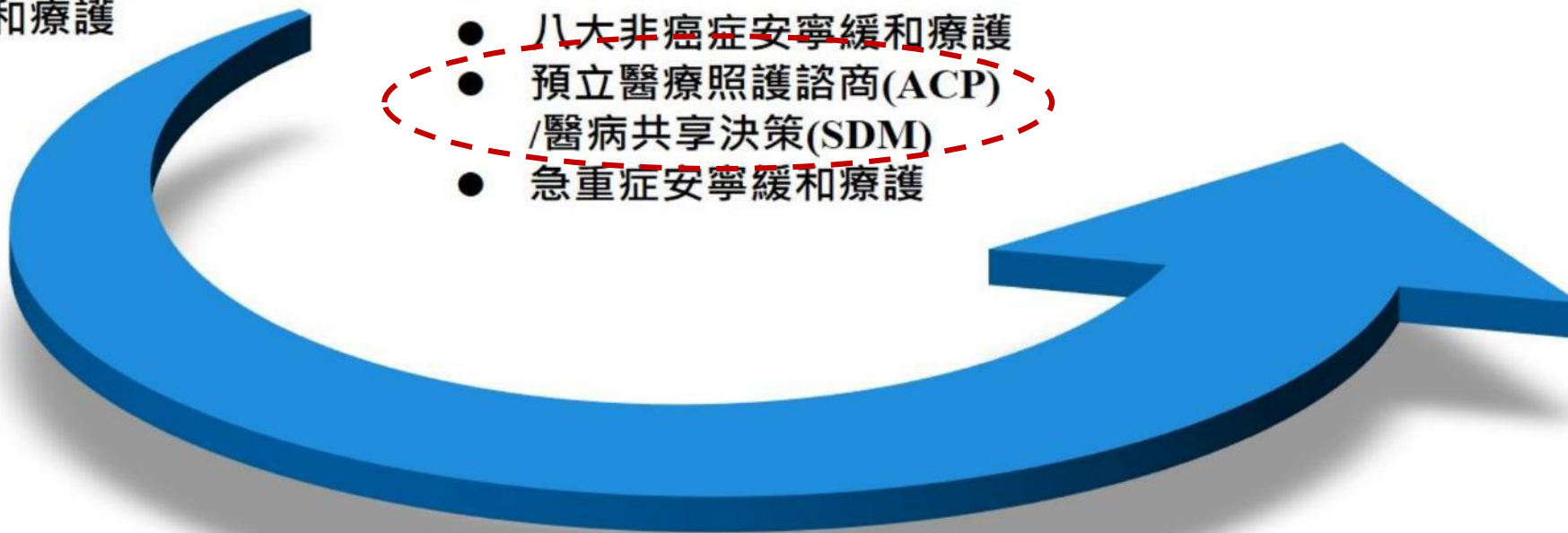
- 引進安寧緩和療護的概念
- 制度建立、立法保障善終
- NGO、專業學會成立
- 以癌症為主
- 發展住院、共照、居家安寧緩和療護

2006-2015年 第二波運動

- 八大非癌症安寧緩和療護
- 預立醫療照護諮商(ACP)
/醫病共享決策(SDM)
- 急重症安寧緩和療護

2016-2025年 第三波運動

- 不分疾病安寧緩和療護
- 全齡人口安寧緩和療護
- 早期介入安寧緩和療護
- 社區與長照安寧緩和療護
- 新科技與AI人工智慧醫療
- 病人自主權利法
- 關懷社區/城市



台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

1995-2005年 政府主導推動安寧緩和療護

第一波運動

- 引進安寧緩和療護的概念
- 制度建立、立法保障善終
- NGO、專業學會成立
- 以癌症為主
- 發展住院、共照、居家安寧緩和療護

2006-2015年 第二波運動

- 八大非癌症安寧緩和療護
- 預立醫療照護諮商(ACP)
/醫病共享決策(SDM)
- 急重症安寧緩和療護

2016-2025年 第三波運動

- 不分疾病安寧緩和療護
- 全齡人口安寧緩和療護
- 早期介入安寧緩和療護
- 社區與長照安寧緩和療護
- 新科技與AI人工智慧醫療
- 病人自主權利法
- 關懷社區/城市



緩和療護整合在癌症的標準照護指引

VOLUME 35 · NUMBER 1 · JANUARY 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith

Author affiliations appear at the end of this article.

†Deceased.

Published at ascopubs.org/journal/jco on October 31, 2016.

Clinical Practice Guideline Committee approved: August 15, 2016.

A B S T R A C T

Purpose

To provide evidence-based recommendations to oncology clinicians, patients, family and friend caregivers, and palliative care specialists to update the 2012 American Society of Clinical Oncology (ASCO) provisional clinical opinion (PCO) on the integration of palliative care into standard oncology care for all patients diagnosed with cancer.

晚期癌症適時/早期緩和醫療

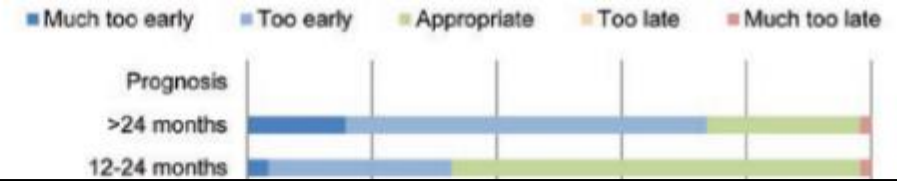
- 107 年列入癌症診療品質認證指標加分項目及醫院補助計畫
- 108年晚期癌症適時/早期緩和醫療工作坊
Timely Palliative Care for Patients with Advanced Cancer Workshop

「晚期癌症適時緩和醫療工作坊」

108年10月18日&19日舉辦北南兩場
Speaker: Dr. David Hui
The University of Texas
[MD Anderson Cancer](#)



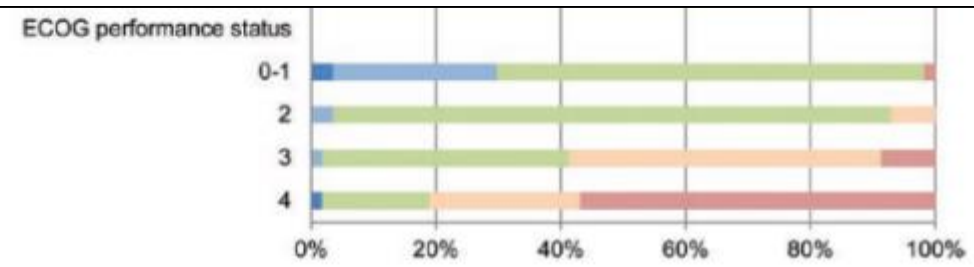
門診緩和照護轉介之適時性評估 Timing for Outpatient Palliative Care Referral



In a Delphi study, a panel of 60 international oncologists was asked to rate the timing of outpatient referral for advanced cancer patients as "much too early," "too early," "appropriate," "too late," or "much too late."

轉介至緩和照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。



緩和照護是預防性照護

Palliative Care Is Preventive 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 D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018 Sep;68(5):356–76.

Need-Based Models

Solo Practice Model

Pros

- Continuity of care
- Timely management



Cons

- Limited time
- Difficulty keeping up with the literature
- Under-diagnosis results in under-treatment
- Lack of an inter-professional team

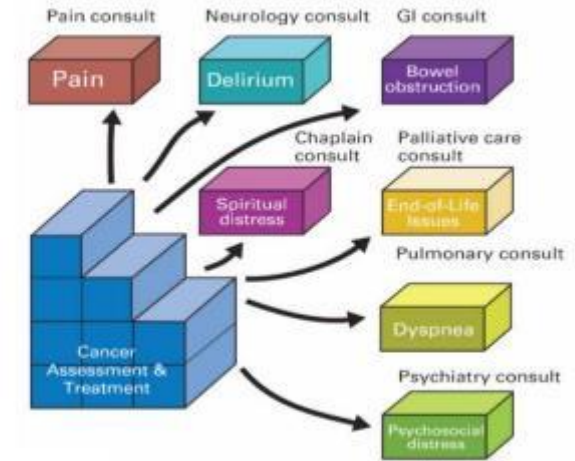
Congress Model

Pros

- Expert input

Cons

- Under-diagnosis results in under-treatment
- Loss in transition
- Potential team conflicts
- Financial burden



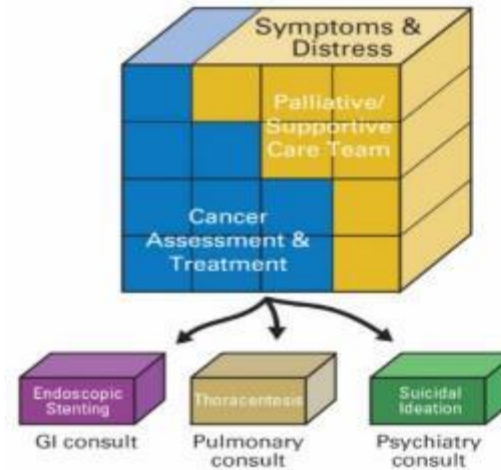
Bruera and Hui. *J Clin Oncol* 2010

Presented by David Hui, MD © 2019

Integrated Care Model 整合照護模式

Pros

- Continuity of care
- Timely management
- Comprehensive care



Presented by David Hui, MD © 2019

Bruera and Hui. *J Clin Oncol* 2010

整合照護

- 緩和安寧團隊於腫瘤科(或其他科)門診開始門診
- 早期接受病人共同照護

台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

1995-2005年 政府主導推動安寧緩和療護

第一波運動

- 引進安寧緩和療護的概念
- 制度建立、立法保障善終
- NGO、專業學會成立
- 以癌症為主
- 發展住院、共照、居家安寧緩和療護

2006-2015年 第二波運動

- 八大非癌症安寧緩和療護
- 預立醫療照護諮商(ACP)
/醫病共享決策(SDM)
- 急重症安寧緩和療護

2016-2025年 第三波運動

- 不分疾病安寧緩和療護
- 全齡人口安寧緩和療護
- 早期介入安寧緩和療護
- 社區與長照安寧緩和療護
- 新科技與AI人工智慧醫療
- 病人自主權利法
- 關懷社區/城市





長照機構將取代醫院成為死亡最常發生的場域。

Care homes could overtake hospitals as the most common place to die

Key findings

- If the recent decline in hospital deaths is sustained, by 2040 deaths in care homes and at home will double, and care homes will become the most common place to die.
- If there is no expansion of bed-capacity and end-of-life care training for staff in care homes and in home care services, people are likely to seek help from hospitals, putting pressure on an already strained system.

Policy recommendations

- We urgently need a policy response that strategically plans for the future increased need for end-of-life care across all care settings.
- If we are to continue enabling people to die in their preferred place, it is essential to invest more in care homes and community health services.
- The development of innovative models of care to support increasing numbers of people in their preferred setting at the end of life is imperative.

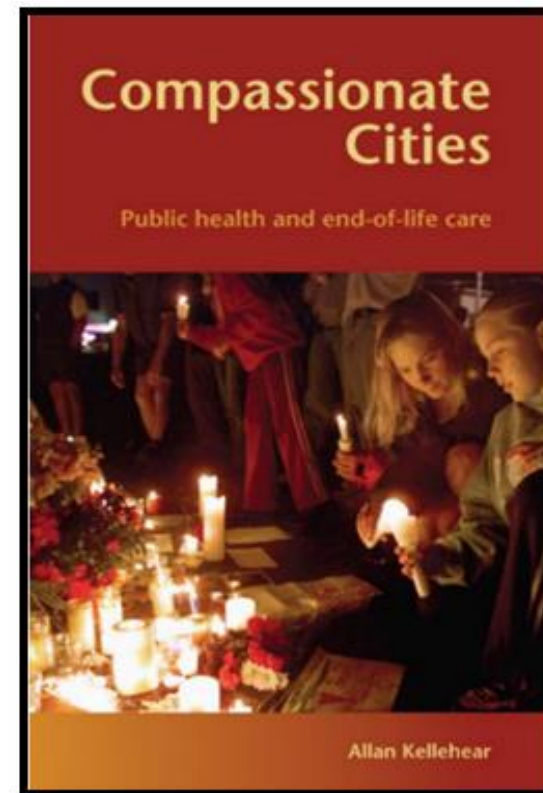
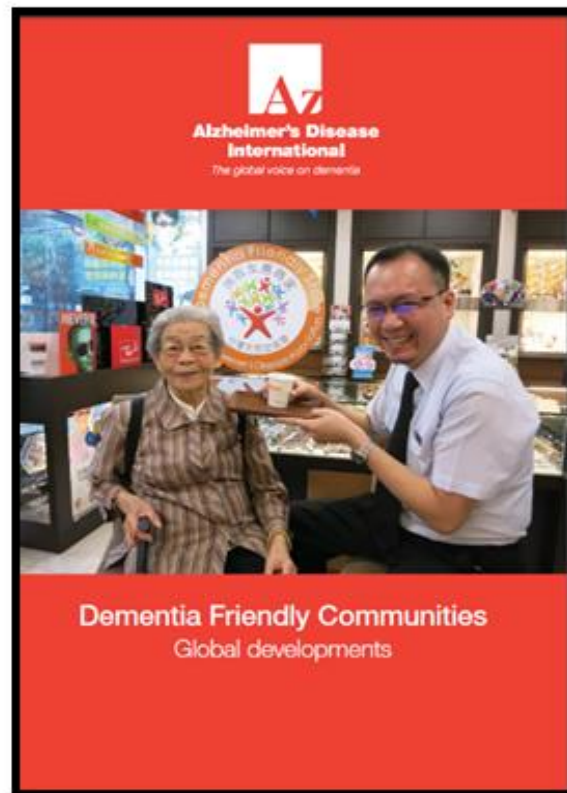
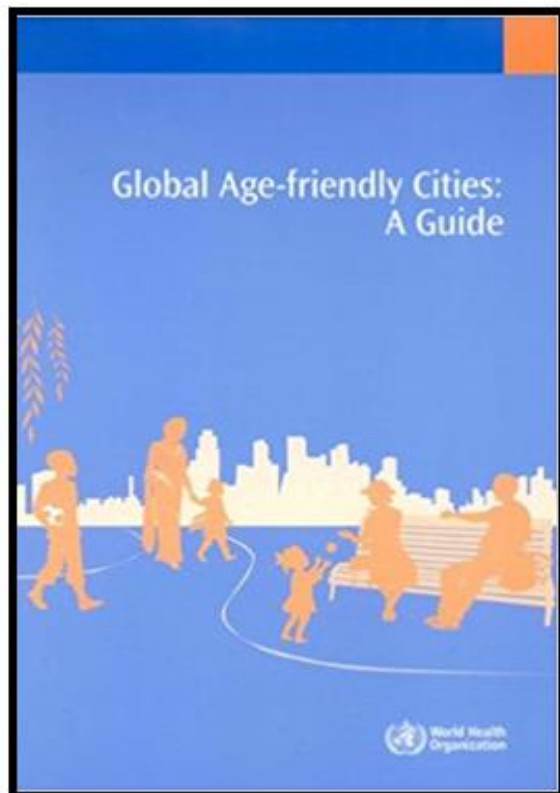
高年友善社區

+

失智友善社區

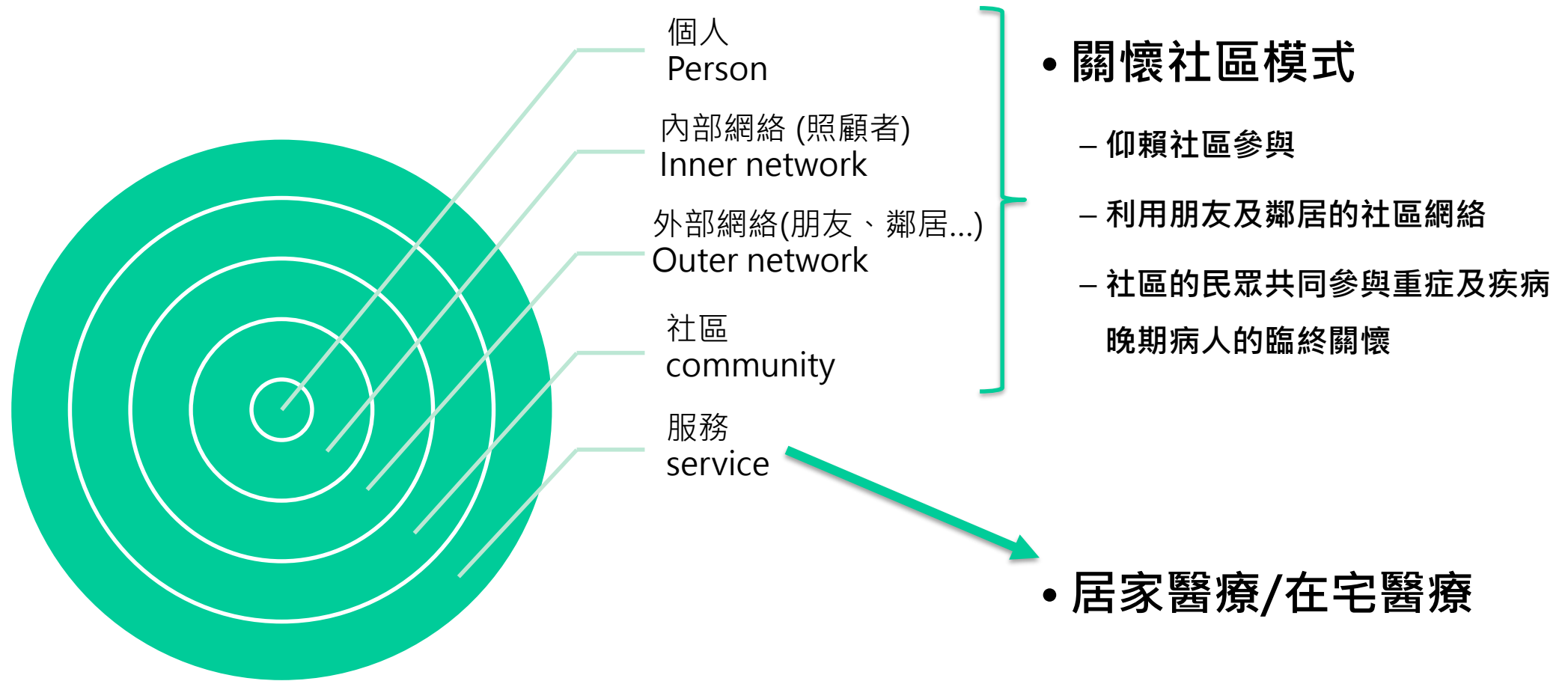
+

關懷友善社區

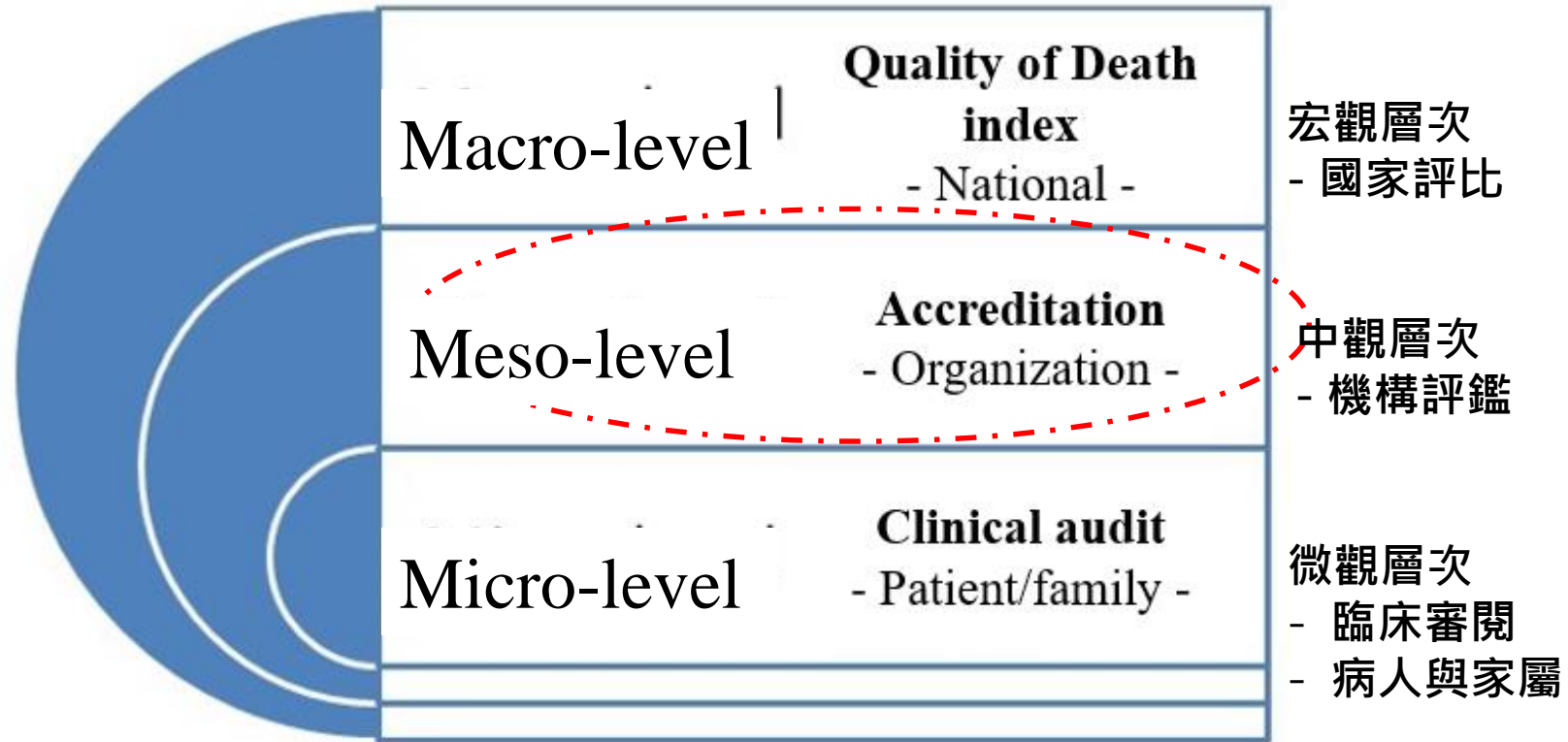


社區照顧的兩種模式

Community responses to EOL (Kumar, 2005)



緩和安寧療護的評比



孟子早就說：

評鑑不能移！

醫療品質雜誌2013年5月號 | 第7卷第3期



評鑑專欄

醫院評鑑-安寧療護的整合與發展

王英偉^{1,2}

¹慈濟大學副教授²財團法人佛教慈濟綜合醫院

前言

世界衛生組織於1990年^[1]對緩和醫療 (palliative medicine) 所下的定義為：「對治療性治療已無法獲益的末期病人之整體積極的照顧。此時給予病人疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理、社會、及靈性層面之照顧，目標是協助病人及家屬獲得最佳的生活品質」。並於2002年定義安寧緩和照顧為針對面對威脅生命之疾病的病人與家屬的一種照顧方式，其目標是藉由早期偵測及評估，治療疼痛及其他身、心、靈的問題，以達提升生活品質之目標。此定義中強調，安寧緩和照顧以團隊照顧的方式滿足病人及家屬的需求；提供病人疼痛及其他身、心、靈痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病人的臨終期及病人死亡後哀傷期的調適。

安寧療護自英國1967年創立第一家聖克里斯多福安寧院 (St. Christopher's Hospice) 以來，至今已四十年，受英國影響，近年安寧療護運動在歐、美各國及澳洲也相當蓬勃發展，提供安寧照顧的方式包括：(1)附設於醫院的安寧病房，主要提供急性照顧；(2)以長期照顧為主的獨立式安寧院；(3)在護理之家

內提供安寧療護；(4)以護理訪視為主安寧居家護理；(5)白天提供照顧的安寧日間照顧；(6)以會診及共同照顧的安寧小組。臺灣的安寧療護起源於1983年，由天主教康泰文教基金會所創辦的「癌症末期病患居家照顧」，經醫護人員及受過訓練的義工前往病人家中提供照顧，1990年淡水馬偕紀念醫院成立了國內首座安寧病房，此後陸續在其他醫院成立了院內的安寧病房，其後安寧居家服務及安寧共同照顧亦由全民健康保險（以下簡稱健保）正式給付，以符合病人在不同場域照顧的期望，安寧住院、居家及共照可說是臺灣目前安寧療護的三大主軸。

臺灣101年的衛生統計，前十大死因依序為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病（慢性阻塞性肺病、支氣管炎、氣喘）、慢性肝病及肝硬化、自殺、腎病（腎炎、腎病症候群及腎病變），因慢性病惡化而死亡仍占多數，WHO早期針對癌末疼痛提供安寧緩和療護，近期已發展到所有嚴重進行性的疾病，包括呼吸衰竭、心臟衰竭、腎臟衰竭、運動神經元、愛滋病等，已不再侷限於癌症末期；臺

醫療品質

- Donabedian 曾將品質分為三個構面，即品質之「構造面」(structure)、
「過程面」(process)與「結果面」(outcome)。
- 根據此定義，舉凡醫療服務的結構(如醫院硬體設備及醫護人員素質、數目)、
過程及結果(如疾病治癒與否及付出金錢等)等品質構面均可包含於醫療品質
之範圍

1. 早期由安寧緩和醫學會進行的評核

緩和醫療從構造面、過程面、結果面的評估

評估層面	項目
構造面 Structure	1.療護的目的
	2.財務來源
	3.居家照顧/醫院/安寧療護
	4.日間安寧療護
	5.每一癌症病人之照顧人員
	6.照顧人員等級
	7.藥物與設備
	8.建築設計
	9.週遭環境
過程面 Process	1.訪視病人次數
	2.住院次數
	3.處置步驟
	4.文件檔案
	5.就醫時間
	6.員工之訓練計劃
	7.抱怨之處理方式
	8.倫理與法律之合適
	9.支持系統

輸出面 Output	
	1.出院率
	2.完成會診次數
	3.流通率
	4.設備淘汰率
	5.正確藥物給予
	6.後紙照顧
	7.後紙藥物給予
	8.病例管理
	9.提早出院準備
	10.轉介人員之滿意度

結果面 Outcome	
	1.症狀減輕
	2.增進病人及醫護人員心理健康
	3.病人及醫護人員滿意
	4.照護場所之滿意
	5.和病人公開誠意討論其希望
	6.解除溝通、恐懼、悲傷及憤怒
	7.解決對未來之計劃
	8.填充心靈之需要
	9.減少家屬之壓力
	10.增進家屬之健康
	11.解除家屬於病人死亡後之悲傷

早期安寧學會各類審查項目及配分表

項 目	安寧住院 配分	居家書面 配分	居家實訪 配分	共同照護 (無配分)
壹、服務理念	2		2	
貳、組織及一般管理	2	2	2	有
參、整合照護系統計畫	2	2	2	
肆、臨床管理	6		6	
伍、團隊整合	4		4	有
陸、病人/家屬之照護	8		8	有
柒、人力配置	6	6	6	有
捌、人員素質	4	4	4	列入人力 配置 2.
玖、安寧療護教育及訓練	2	2	2	有
拾、環境空間	3			
(居實)拾、環境安全與儀器設備			4	
拾壹、儀器設備	3			
拾貳、品質促進措施	4		4	有
總 分	46	16	44	

3. 醫策會規劃獨立安寧評鑑 (102年)

安寧療護評鑑基準預估施行期程

2012年
試評

- 徵求醫院進行試評
- 年底公佈安寧療護評鑑基準及評量項目（草案）

2013年
試評

- 徵求醫院進行試評
- 行政院衛生署公告安寧療護評鑑基準

2014年
試辦

- 申請醫院評鑑之醫院，試辦安寧療護評鑑基準及評量項目之實地評量

2015年
施行

- 將安寧療護評鑑基準整合至醫院評鑑基準，並正式施行

102年安寧療護評鑑試評基準及評量項目研修結果（草案）

1.有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧病房照護服務							
受評醫院家數	NA	A	B	C	D	E	達 C 以上比例(%)
10	0	0	10	0	0	0	100.00
2.安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理							
受評醫院家數	NA	A	B	C	D	E	達 C 以上比例(%)
10	0	7	3	0	0	0	100.00
3.適當的安寧病房管理、收案評估、照護品質與紀錄							
受評醫院家數	NA	A	B	C	D	E	達 C 以上比例(%)
10	0	2	7	1	0	0	100.00

第一年試評結果

最後並沒有如預估期程進行獨立評鑑！

「安寧緩和療護標竿醫院訪視暨品質指標建置先導計畫」(109)

指導單位：衛生福利部醫事司

執行單位：台灣安寧緩和醫學學會

訪視進行方式(一)

- 訪視對象：
 - ✓ 醫學中心
 - ✓ 區域醫院
 - ✓ 地區醫院
 - ✓ 以上三類醫院均包含安寧療護住院、居家及共同照護服務，共25家
- 學會於訪視前一週，分別EMAIL通知受訪醫院及訪視委員行前通知：
 - ✓ 受訪醫院：確認訪視日期與流程、訪視委員人數、提供住院及共照病人名單、病人受訪同意書、其他相關行政事項..等
 - ✓ 訪視委員：確認訪視日期、訪視醫院、訪視集合時間、訪視相關資料（含訪視流程、醫事機構基本資料、品質評核表樣張...等）
- 訪視期間：109年6月下旬至8月

安寧緩和療護品質評核面向

面向		題數
面向1	病程進展	3
面向2	清潔舒適	2
面向3	症狀整體評估	4
面向4	症狀控制(含面向4.1至4.8)	33
面向5	醫病溝通	5
面向6	社心靈照護	4
面向7	倫理	3
面向8	善終照護	7
面向9	專業轉介	2
面向10	出院準備	3
面向11	安寧居家照護	3
面向12	安寧共同照護	3

總計72題

109年醫學中心版評鑑基準(草案) 安寧療護相關基準

條文: 2.1.4

- 醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益

評量項目

目的：

- 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。

符合項目：

- 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。
- 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。
- 3.工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。

優良項目：

- 1.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關**規範或標準作業程序**，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，**落實執行並有紀錄**，以維護病人醫療自主權利。
- 2.對病人、家屬在面對**生命醫療自主抉擇時**，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保IC卡註記。
- 3.推動安寧緩和醫療於非癌症末期病人，卓有成效
- 4.推動預立醫療照護諮商(Advanced Care Planning)，醫療團隊與接受諮商的意願人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。

109年醫學中心版評鑑基準(草案) 安寧療護相關基準

條文: 2.1.4

- 醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益

評量方法及建議佐證資料

- 1.訪談工作人員宣導的方式。(符合)
- 2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。(符合)
- 3.工作人員實地操作讀取IC卡註記資料。(符合)
- 4.安寧緩和家庭會議紀錄。(符合)
- 5.檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良)
- 6.查閱諮詢服務紀錄。(優良)
- 7.推動安寧緩和醫療的成效實例。(優良)
- 8.推動預立醫療照護的實例。(優良)

108年區域、地區醫院版評鑑基準(124條版)安寧療護相關基準

條文: 2.1.4

醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題

評量方法及建議佐證資料：

- 1.訪談工作人員宣導的方式。
- 2.相關工作人員教育訓練的紀錄。
- 3.工作人員實地操作讀取IC卡註記資料。
- 4.相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(可)
- 5.醫學倫理委員會諮詢紀錄。(可)

評量項目

目的：

- 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。

符合項目：

- 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。
- 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。
- 3.工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。
- 4.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。
- 5.檢討院內實際案例或他院之教案案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。

108年區域、地區醫院版評鑑基準(124條版)安寧療護相關基準

條文: 2.3.15

- 有提供安寧照護服務

評量項目

目的：

- 對有安寧緩和醫療需要的病人，有適當之專業團隊，提供多元化、高品質的安寧照護服務。

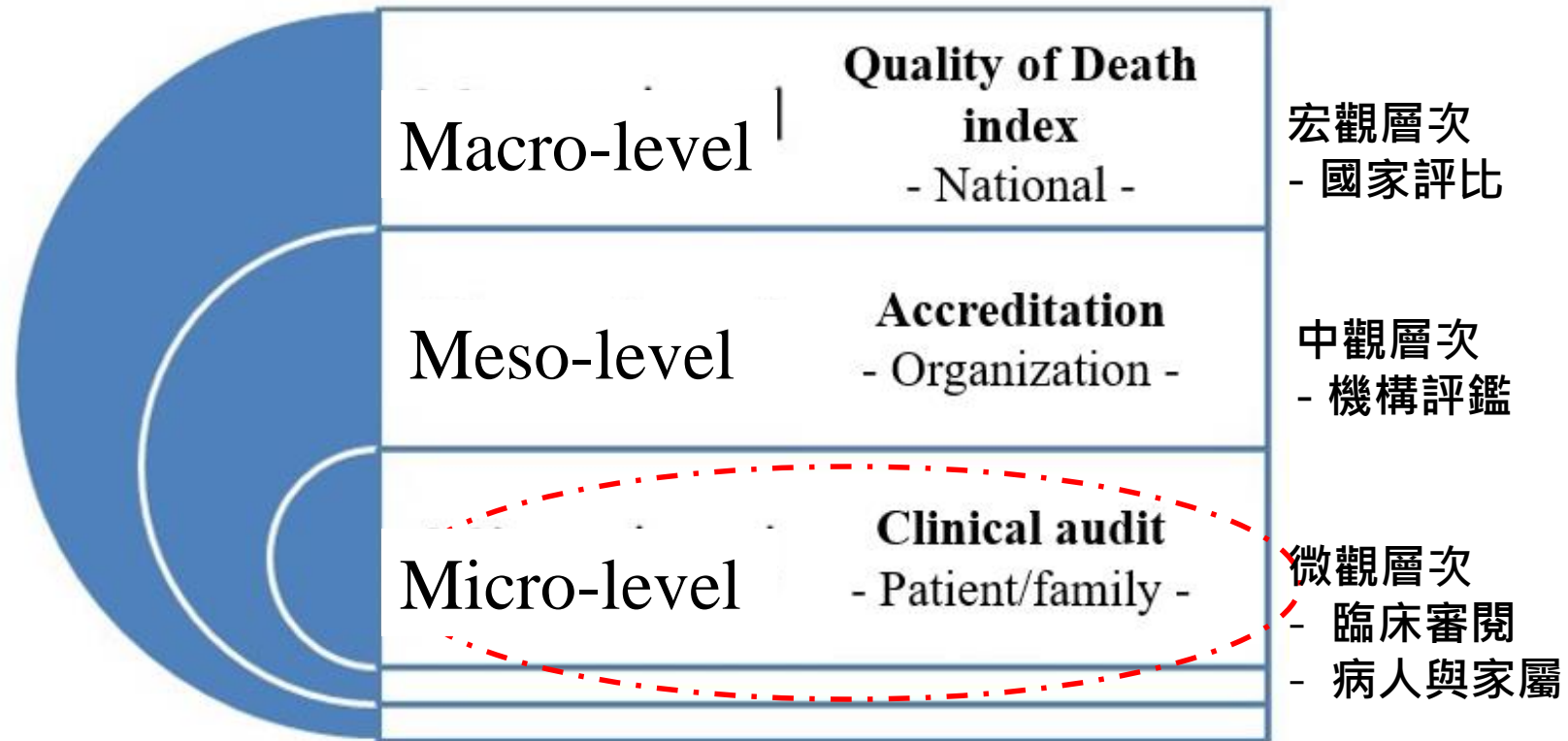
符合項目：

- 1.醫院訂有提供需要安寧照護服務需求病人的作業流程或標準規範。
- 2.能依病人個別性之需求，提供社會、心理、靈性需求評估與處置照顧計畫或提供靈性關懷人員服務，如心理師、志工或宗教師等。
- 3.必要時，召開家庭會議，協助提供出院病人準備計畫，如：病危自願返家病人家屬衛教。
- 4.提供全院醫療人員安寧療護相關諮詢服務。
- 5.提供安寧療護服務專業人員需受過安寧療護教育訓練。

評量方法及建議佐證資料：

- 1.安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。
- 2.家庭會議紀錄。
- 3.病歷或電子病歷。

緩和安寧療護的評比



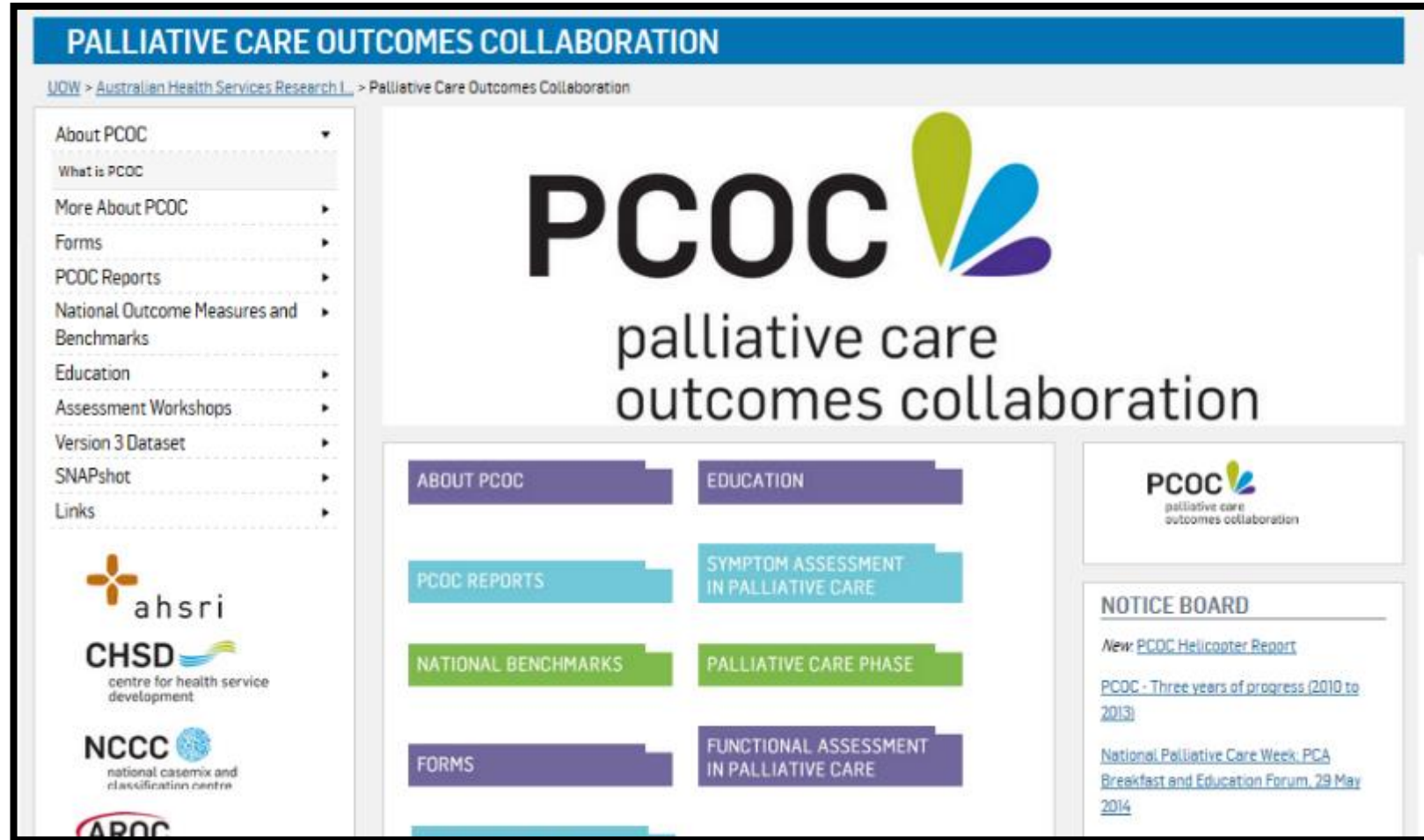
臨床稽核(clinical audit)

- 臨床醫療照護品質的一種系統性分析。內容包含診斷及治療之過程，資源之運用並涵蓋病患生活品質的最終結果。
- 英國以聖克里斯多福安寧院為首，發展出(The Support Team Assessment Schedule，簡稱STAS)。改善醫療品質匯集而成十七項，對照護之過程面及最終結果面之品質稽核指標。
- 其後英國皇家學院發展簡易版的 Palliative outcome score POS

英國兩種臨床稽核工具的比較

	STAS	POS
回顧天數	7天內	3天內
項目	9項 如：疼痛、症狀控制；病人/家屬焦慮、覺查；病人家屬與專業人員溝通等	10項 如：疼痛、症狀控制；病人/家屬焦慮；病人家屬與專業人員溝通；靈性和實際狀況等
對象	病人	病人/家屬及醫護人員雙軌同時進行
項目敘述	抽象 如：病人和專業人員「有溝通」	明確 如：提供「多少資料」給病人及家屬
項目種類	封閉式	二題開放式問題，可多得資料

與澳洲合作 緩和安寧照護結果共同評估計畫 PCOC



The image shows a screenshot of the Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) website. The page has a blue header with the text "PALLIATIVE CARE OUTCOMES COLLABORATION". Below the header, there is a navigation menu on the left with items like "About PCOC", "What is PCOC", "More About PCOC", "Forms", "PCOC Reports", "National Outcome Measures and Benchmarks", "Education", "Assessment Workshops", "Version 3 Dataset", "SNAPshot", and "Links". The main content area features the PCOC logo, which consists of the letters "PCOC" in a large, bold, black font, followed by a stylized graphic of three overlapping teardrop shapes in green, blue, and purple. Below the logo, the text "palliative care outcomes collaboration" is written in a smaller, lowercase font. The page is divided into several sections: a central grid of colored buttons for "ABOUT PCOC", "EDUCATION", "PCOC REPORTS", "SYMPTOM ASSESSMENT IN PALLIATIVE CARE", "NATIONAL BENCHMARKS", "PALLIATIVE CARE PHASE", "FORMS", and "FUNCTIONAL ASSESSMENT IN PALLIATIVE CARE"; a right-hand sidebar with the PCOC logo and a "NOTICE BOARD" section containing links to "New: PCOC Helicopter Report", "PCOC - Three years of progress (2010 to 2013)", and "National Palliative Care Week, PCA Breakfast and Education Forum, 29 May 2014"; and a footer area with logos for "ahsri", "CHSD centre for health service development", "NCCC national casemix and classification centre", and "AROC".

<https://ahsri.uow.edu.au/pcoc/index.html>

參加澳洲為台灣辦理的PCOC 工作坊 2014.04



PCOC介紹

- 核心是在澳洲的跨專科之間的緩和照護服務 (政府、私人機構與非營利組織)
- 逐漸擴展：在澳洲的基礎照護、高齡照護與其他專科照護
- 四所大學合作
 - 伍倫貢大學University of Wollongong (Prof Kathy Eagar)
 - 雪梨科技大學University of Technology Sydney (Prof David Currow)
 - 西澳大學University of Western Australia (Prof Claire Johnson)
 - 昆士蘭科技大學Queensland University of Technology (Prof Patsy Yates)

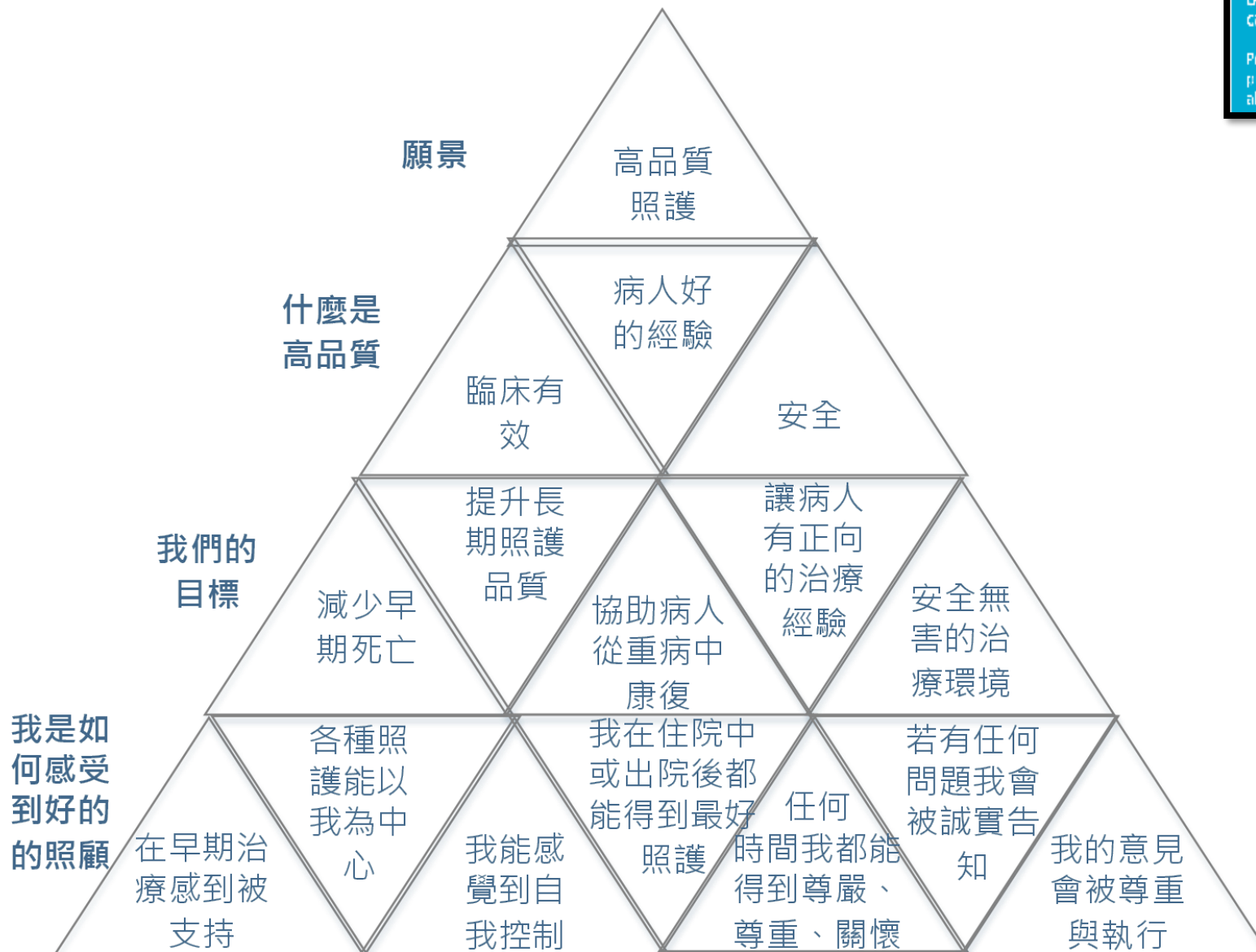




臺灣癌症與非癌症安寧緩和照護品質 (PCOC) 監測試辦計畫(109-110年)

臺灣安寧緩和護理學會

高品質的照護最好的指標：是病人的感受



“我在人生中及工作中，漸漸發現有那麼多的無力感，最重要的是不要害怕，不要因而退縮，垂死的病人知道我們不是神，他唯一的要求是我們不要把他放棄。

Slowly I learn about the importance of powerlessness. I experience it in my own life and I live with it in my work. The secret is not to be afraid of it - not to run away. The dying know we are not God...All they ask is that we do not desert them”

