

行政院及所屬各機關出國報告  
(出國類別：國際會議)

102年出席「第8屆健康促進全球會議前會」(Pre-conference on the 8th Global Conference on Health Promotion)、「第38屆世界醫院大會」(38th World Hospital Congress)及「第20屆國際老年學和老年醫學協會大會」(International Association of Gerontology and Geriatrics)出國報告

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：邱淑媿署長(女)、陳妙心研究員(女)、  
葉曉文科長(女)、郭貞吟技正(女)、邱  
凱毓職務代理(女)

派赴國家：芬蘭、挪威、韓國

出國期間：102年06月7日至102年6月25日

報告日期：102年8月23日

## 摘要

世界衛生組織第 8 屆全球健康促進大會(GCHP)於 2013 年 6 月 10 日-6 月 14 日在芬蘭赫爾辛基召開，主題為“Health in All Policies”，本署特與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心合作於 102 年 6 月 9 日於場內舉行會前會，主題為 Health in Healthcare Policy – Strengthening Partnership between Public Health & Health Care。承辦此次 GCHP 之芬蘭衛生福利部健康促進司司長 Ms. Taru Koivisto 特別到場致詞，並簡報芬蘭經驗。本會前會安排來自丹麥、瑞典之專家分享健康照護部門推廣健康促進之實證及政策、歐洲健康促進醫院推動經驗及婦幼健康促進政策，邱淑媿署長與另兩位臺灣醫院講者分別報告政策於公共衛生及醫療系統間夥伴關係之支持、推動高齡友善健康照護以及環境友善健康照護之經驗。本署已於會後參採本次會議歐洲專家所提芬蘭之兒童預防性健康照護計畫，將規劃於 103 年度試辦國內弱勢家庭之「育嬰寶盒」實物補助。

第 38 屆世界醫院大會(IHF)於今(102)年 6 月 18 日至 20 日在挪威奧斯陸舉行，主題為 Future Healthcare，來自全球 42 個國家，超過 1,000 多人與會，本署及我國醫務管理專家學者及醫院工作者約 50 多人與會，臺灣醫院協會在會中申辦一場平行會議。本署與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心、國際醫院聯盟合作於 6 月 17 日辦理一場會前會，主題為「Innovative Value-adding Hospital Management in an NCD Era: Act NOW!」，講者包括邱淑媿署長、世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心主任 Prof. Hanne Tønnesen、國際醫院聯盟秘書長 Dr. Erich de Roodenbeke、臺灣醫院代表彰化基督教醫院張東浩主任，分別報告以高齡友善醫院架構闡述朝向活躍健康老化、健康促進醫院使照護的提供具更好的健康獲益、醫院面對高齡化及財政緊縮的時代執行健康促進、臺灣醫院提供癌症整合性預防來增加生命價值。邱署長另以健康促進醫院國際網絡理事長身分，受邀出席國際醫院聯盟會員大會簡短致詞介紹該網絡。WHO Director-General Dr. Margaret Chan 擔任大會開幕演講貴賓，邱署長首先提出評論，強調預防醫學之重要性，獲其回應表達認同。在國內各界支持下，臺灣醫院協會爭取到 2017 年第 41 屆世界醫院大會主辦權，將在高雄義大世界舉辦。

第 20 屆國際老年學和老年醫學協會(IAGG)國際研討會於 2013 年 6 月 23 日至 27 日於南韓首爾舉行，主題為 Digital Ageing: A New Horizon for Health Care and Active Ageing，探討數位老化下，健康照護與活躍老化的新視野。大會講者由不同角度探討，包含如何以數位科技提升長者生活品質、活躍老化政策、長壽的因素、長期照護制度規劃及人力需求、長者照護的特殊需求等。本署與加拿大 University of Alberta 於會中合辦一場高齡友善健康照護工作坊，講者為全球推動高齡友善醫學之先驅者，來自加拿大、美國、荷蘭、臺灣四國，邱淑媿署長演講介紹臺灣高齡友善健康照護架構之發展與成果，以及「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作委員會」之國際發展合作，獲得各國專家學者廣大迴響；並主持臺灣申辦之老人戒菸工作坊，由臺灣、日本、南韓專家分享各國老人戒菸研究。研討會期間並與 IAGG 新、卸任理事長進行聯誼。

## 內容目錄

第一部分：出席第 8 屆健康促進全球會議會前會（PRE-CONFERENCE ON THE 8TH GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION） .....	5
壹、目的 .....	7
貳、過程 .....	7
參、會議重點 .....	8
肆、心得及建議 .....	16
附件 .....	17
第二部分：出席第 38 屆世界醫院大會（38TH WORLD HOSPITAL CONGRESS） .....	19
壹、目的 .....	21
貳、過程 .....	21
參、會議重點 .....	21
肆、心得與建議 .....	43
附件 .....	45
第三部分：第 20 屆國際老年學和老年醫學協會國際研討會（THE 20TH IAGG WORLD CONGRESS OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS） .....	47
壹、目的 .....	49
貳、過程 .....	49
參、會議重點 .....	49
肆、心得與建議 .....	64
附件 .....	65

## 行程表

出國期間：102 年 6 月 7 日至 6 月 25 日（19 日，含例假日 7 天）

日期	行程
6/7-6/8（五、六）	搭機前往芬蘭出席第 8 屆健康促進全球會議會前會（邱署長）
6/9（日）	出席第 8 屆健康促進全球會議會前會並演講（邱署長）
6/10-6/14（一-五）	「102 年選送行政院簡任第 12 職等以上高階公務人員短期研習」赴英國研習健康不平等（進行國際文獻探討及撰擬我國健康不平等資料分析架構）（邱署長）
6/15（六）	搭機前往挪威出席第 38 屆世界醫院大會會前會演講及出席大會（邱署長）
6/16（日）	準備第 38 屆世界醫院大會會前會演講資料（邱署長）
6/15-6/16（六、日）	搭機前往挪威辦理第 38 屆世界醫院大會會前會及出席大會（陳妙心、葉曉文）
6/17（一）	辦理第 38 屆世界醫院大會會前會本署申辦場次
6/18-6/20（二-四）	出席第 38 屆世界醫院大會
6/20-6/21（四-五）	搭機返臺
6/22（六）	搭機前往韓國首爾（邱署長）
6/23-6/25（日-二）	出席第 20 屆國際老年學和老年醫學協會國際研討會，並辦理高齡友善醫院工作坊（邱署長、郭貞吟、邱凱毓）
6/25（二）	搭機返臺

備註：邱署長英國研習報告納入研習課程全部完成後提報

第一部分：出席第 8 屆健康促進全球  
會議會前會（Pre-conference on the  
8th Global Conference on Health  
Promotion）

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：邱淑媿 署長(女)

派赴國家：芬蘭

出國期間：民國 102 年 6 月 7 日－102 年 6 月 10 日

報告日期：民國 102 年 8 月 23 日

## 摘要

世界衛生組織第 8 屆全球健康促進大會(GCHP)於 2013 年 6 月 10 日-6 月 14 日在芬蘭赫爾辛基召開，主題為” Health in All Policies” ，本署特與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心合作於 102 年 6 月 9 日於場內舉行會前會，主題為 Health in Healthcare Policy - Strengthening Partnership between Public Health & Health Care。承辦此次 GCHP 之芬蘭衛生福利部健康促進司司長 Ms. Taru Koivisto 特別到場致詞，並簡報芬蘭經驗。本會前會安排來自丹麥、瑞典之專家分享健康照護部門推廣健康促進之實證及政策、歐洲健康促進醫院推動經驗及婦幼健康促進政策，邱淑媿署長與另兩位臺灣醫院講者分別報告政策於公共衛生及醫療系統間夥伴關係之支持、推動高齡友善健康照護以及環境友善健康照護之經驗。本署已於會後參採本次會議歐洲專家所提芬蘭之兒童預防性健康照護計畫，將規劃於 103 年度試辦國內弱勢家庭之「育嬰寶盒」實物補助。

## 壹、目的

本署與健康促進醫院國際網絡合作辦理一場會前會，針對強化公共衛生及健康照護之夥伴關係進行交流，透過邱署長及臺灣講者分享臺灣醫界推動高齡友善及環境友善之重要成果，期提高台灣國際能見度，並與國際交流相關健康促進政策，以利未來政策研擬參考。

## 貳、過程

### 行程表

日期：102年6月7日（五）至6月10日（一），4天

日期	行程
6/7 (五)	搭機前往芬蘭赫爾辛基
6/8 (六)	抵達芬蘭赫爾辛基
6/9 (日)	辦理第8屆GCHP會議之會前會
6/10 (一)	轉往英國倫敦

## 參、會議重點

### 一、 全球健康促進會議簡介

全球健康促進會議 (Global Conference on Health Promotion, 簡稱 GCHP), 由世界衛生組織 (WHO) 主辦, 自 1986 年開辦至今, 今年為第 8 屆辦理, 其議題廣泛、有各國家之官員代表及衛生組織專家出席, 針對全球人民生活條件趨勢走向, 擬定大會議題, 並研究探討以及針對相關政策經驗進行交流, 形成建議, 以利各國政府研議未來健康促進政策方針。

歷屆 GCHP 大會主題如下:

1986—The Ottawa Charter for Health Promotion (*17-21 November 1986*)

1988—Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (*5-9 April 1988*)

1991—Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health (*9-15 June 1991*)

1997—Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (*21-25 July 1997*)

2000—Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action (*5-9 June 2000*)

2005—The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (*7-11 August 2005*)

2009—Kenya Report on Promoting health and development: closing the implementation gap (*26-30 October 2009*)

今年度第 8 屆 GCHP 會議於 102 年 6 月 10 日—14 日舉辦, 共有近 900 位世界各國代表一同參與, 共同研議健康促進之衛生政策。本次 GCHP 大會也邀請 WHO Director-General, Dr Margaret Chan 致詞, 提到“預防”必須成為全球應對疾病的基石。自本世紀開始以來, 慢性非傳染病(NCD)的發病率和死亡率已超過傳染疾病, 此轉變在疾病負擔上已遠超出衛生部門並影響經濟。國家內部和國家之間於收入水平、機會、和健康程度間的不平等也是一令人擔憂的趨勢, 而 NCD 會進一步擴大這些差距。此外, NCD 之根源多半在非衛生部門, 因此多部門之間的合作是必要的, 故 2013 年之大會主題為: Health in All Policies (HiAP)。



## 二、 本署申辦會前會之說明

為提昇我國健康促進政策成果之國際能見度，本署原擬於本次第 8 屆全球健康促進會議（Global Conference on Health Promotion，簡稱 GCHP）中辦理平行會議，但本屆 GCHP 大會未開放申請平行會議，經健康促進醫院國際網絡秘書處協助溝通獲通過，特於 GCHP 大會前（102 年 6 月 9 日），假同一會場（芬蘭赫爾辛基 the Finlandia Hall）與健康促進醫院國際網絡合辦一場會前會。

## 三、 會前會重點

### （一）10:00-10:05 Official Welcome

由芬蘭衛生福利部健康促進司司長Ms. Taru Koivisto開幕致詞。自 2006年起，芬蘭政府採“Health in all policies”措施，領先將政策對於健康的影響納入考量，因長久以來公共健康一直是政策結果的接收端。芬蘭有著不同於其他國家的系統，有超過300個部門各負責不同的任務，如：醫療保健、社會服務、教育、交通等，也因此，各部門間的相互合作更為重要，此也為本次第 8 屆全球健康促進會議之主題，主要強調三大措施：公共衛生措施、健康照護服務、Health in All Policies (HiAP)。HiAP 強調推動能使部門間相互合作之政策擬定，並將人民健康納入政策擬定的結果考量之一。在進行HiAP時，我們將需要所有醫療照護專家、一個資料庫記錄影響人民健康之決定因子，以及分析政策、健康成果和決定因子之間的相互關係，如此一來，才能確切了解政策如何影響健康決定因子，此外，這些數據雖不易取得，但也將成為與政府官員交涉的有力證據。最後，我們也需要健康知識（Health Literacy），不僅僅專家、政府官員、媒體，一般大眾也需具有健康知識，雖然不容易，但有效的措施及機制能幫助我們達到這些目標。

### （二）10:13-10:15－禮品致贈、合影

由邱署長致贈講者及官員紀念品並合影。

### （三）10:15-10:50－Promoting Health Promotion in Clinical Sector: Evidence & Policy Implication（健康照護部門推廣健康促進之實證及政策）

世界衛生組織健康促進醫院國際網絡秘書處秘書長Prof. Hanne Tonnesen表示，目前全球已有超過950家醫療機構加入健康促進網絡，主要期改善病患、員工、社區、及環境之健康情況。最佳實證健康促進定義包

含三大面向：最佳實證、專業員工，及病患喜好。現今80%病患幾乎皆因不健康的生活方式而就醫，或因不正確的飲食習慣、缺乏運動而引起併發疾病。醫療機構的介入可以改善病患因不良生活作息所引起的傷害，也能改善病情及預防其他疾病產生。因此，健康促進不應該只被限制於醫療場所，我們應從家庭，學校，工作場所等就開始實行健康促進，這樣才能從根本達到改善。此外，單單政策擬定並不能達到任何成果，我們必須同時計劃確切的具體行動來執行，健康促進醫院在此擔任了推動以及執行任務的角色。研究顯示，採行健康促進之醫院與未執行醫院相較下，間質性膀胱炎治療之死亡率下降5%，因酒精、菸草和運動等因素所導致手術後併發症，以及術後復原情況，都較未採行HPH之醫院進步。為此，WHO所擬之2013-2015全球健康促進策略，有四大方向：1. 實行WHO-HPH標準及指標（WHO-HPH標準涵蓋：健康促進管理政策、病患評估、病患治療及資訊、推動健康工作場域，以及延續性和合作）；2. 訓練及教育（提供學習機會，如：E-learning、國際健康促進學校等）；3. 溝通及推廣健康促進（各網絡間必須有良好的溝通，如此一來才能將全球健康促進策略，及重要文件或工具有效推廣）；4. 推動臨床健康促進研究（研究結果可評估現政策或醫療系統之優缺點）。為推動並協助各院政策擬定，加拿大HPH健康促進網絡特擬“Guide to Develop a HP Policy”，其步驟為：1. 名稱、2. 前言、3. 目標和範圍、4. 責任、5. 定義、6. 方法、7. 與其他內部方針的連結。國際網絡秘書處也積極推動研究計畫，並於2013年設立「臨床健康促進」期刊(Clinical Health Promotion)，期刊目的是為透過整合健康促進醫院和醫療服務之組織結構和文化來達到更佳的健康收益，同時也鼓勵各國網絡加入。

(四) 10:50-11:25—Policy and Support to Strengthen Partnership between Public Health & Clinical Sector (政策於公共衛生及醫療系統間夥伴關係之支持)

本署邱署長指出全球非傳染病的負擔越來越重，每年造成360萬人死亡（佔全部死因的3分之2），其中主要有4大危險因子：菸草使用、不當酒精使用、不健康飲食、運動缺乏。在本地、地區、國家、全球層面上都必須採取“Health in all policies (HiAP)”來改善現況。醫療系統是HiAP中的重要關鍵，有健康的社會發展才能讓人民達到最佳生活環境。臺灣採取「生命歷程措施」(Life course approach)，擬定全方面政策，在人生不同階段提供相應照護，其包括5大方向：策略性財政(Strategic

financing)、加強非傳染病的監控和研究、重新定位醫療系統和服務、創造健康促進環境，以及擬定健康的公共政策。在「策略性財政」部分，臺灣早在2002年實施菸捐，將每年約1.1億美元稅金分別使用在健保、低收入戶補助、非傳染病防治及控管、以及優良醫療品質計畫等；在「加強非傳染病的監控和研究」部分，利用國民健康訪問調查制度、國民營養健康狀況變遷調查等，來為國民健康做把關；「重新定位醫療系統和服務」部分，則有世界上獨一無二的健保、疾病篩檢、慢性病治療，和醫療機構改革轉型；臺灣也致力於健康促進，推動健康促進醫院、學校、社區、工作環境、高齡友善、環境友善醫院等，並擬定各項健康促進政策。而政府在“Health in all policies” 中扮演了倡導者、媒介者、推動者之角色，支持及支援計畫的推動和經驗的分享和傳播。

#### (五) 11:25-12:00—HPH example from Europe (歐洲健康促進案例分享)

由瑞典斯堪尼省健康促進醫療機構地區協調人(Regional coordinator, Health promoting health care in Region Skåne) Ms. Anna Friberg 分享瑞典健康促進案例。瑞典共有 957 萬人口，人民平均壽命為男性 79 年，女性 83 年，雖與亞洲國家相較之下人口並不多，但其行政架構卻是有相當的規模，分別有國家政府(national government)、21 個省政府(regional government)，以及 290 個地方政府(local government)。在 21 個省政府中又包含 17 個縣議會和 4 個地方議會，分別負責健康醫療服務以及發展國家建設。斯堪尼省位於瑞典最南端，約有 130 萬人口，稅收為 10.39%，每年總經費 3 千 8 百萬歐元，其中經費分配為：公共交通(5%)，省發展(4%)，文化(1%)，其餘 90%都投入於公共醫療衛生部門。對於推廣健康促進及疾病防治衛生醫療系統，著重於以下八大面向：關注人群健康、追蹤與評估、健康促進干預補助措施、藉由健康促進網絡協調各項活動、文檔紀錄、教育、資訊，以及規範性文件。斯堪尼省於 1982 年提出衛生醫療服務法，並早在 2004 年就已提出斯堪尼省未來醫療產業的政策方向。其中，斯堪尼省採用經費獎助模式(Economic Incentive model) 提倡健康促進服務，鼓勵醫療機構加入健康促進醫院的行列。獎助內容包含兩種模式：架構獎助(Pay for structure) 及成果獎助(Pay for performance)。在架構獎助部分，基層醫療機構只需提出現有之健康促進服務，或即將實施之健康促進架構即可獲得獎助，如，在 2011 年時，針對 157 家基層醫療機構進行調查，其中有 120 家獲得獎助；同樣地，在 2012 年也進行深度調查，且有

121 家參與並獲得獎助；2013 年此措施也將繼續執行。在成果獎助部分則針對醫院及心理照護機構，補助每位門診病患 50 歐元，但這些機構必須實施健康促進服務，需紀錄病患健康狀況、幫助病患改變生活型態，這些紀錄放入病患病歷和行政系統中，如此才可獲得獎助。目前補助醫院及心理照護機構補助金額已由 2010 年 8000 歐元增加為 2012 年 3 萬 7 歐元。

(六) 13:00-13:35—Healthcare Organizations’ Adaptation to Population Aging: Age-friendly Healthcare Initiative (健康照護機構因應人口老化：高齡友善計畫)

由榮民總醫院家庭醫學部老年醫學科主任兼高齡醫學中心陳亮恭主任分享臺灣針對高齡化社會所採行之高齡友善措施。現今社會面臨全球高齡化的影響，更估計於2050年，約35%人口將為65歲以上。年齡與疾病之間成正相關，高齡族群的總醫療支出隨著年齡增加，但其中實際就醫費用支出卻是下降的，反而是在療養照護支出上增加，此數據表現出的是，高齡族群需要的是物理上的治療，而不是實際的醫療治療。為了提供更友善的高齡醫療服務，歐美各國在政府部門有相當多策略，包括成立“老人部”或是定期發表“國家老人照護的服務架構”等文件，而許多其他國家，包括臺灣也推動成立高齡友善醫院或是其他各種方式來提供優質的老年醫療照護，高齡友善醫院主要包括三個部分：體系的建置、硬體環境改善、以及照護流程改善。2005年研究顯示，針對八十歲以上的病患分別在出院3、6、12個月後持續追蹤，發現沒有接受照護服務的病患在出院後的結果非常的不理想，其中有36%在一年內死亡，每一個追蹤時間點也有四分之一再次住院，而這些生存者在一年當中身體功能持續的退化，進而造成照顧服務高度負擔，甚至過早進入長期照護機構，因此，老年病患需要妥善的服務規劃。在臺灣，於2011年已有9家高齡友善醫院，在2012年也增加到38家，未來也將持續推廣高齡友善健康照護計畫。

(七) 13:35-14:10 Clinical Sector’ s Role in Promoting Family & Child Health- Experiences from Europe (健康促進之角色－歐洲經驗分享)

由歐洲講者，隆德大學兒科護理教授Dr. Inger Hallström分享歐洲國家之婦幼健康促進政策。歐洲的孩童發病率和死亡率正面臨變化，主要死因由傳染疾病、呼吸道疾病等，轉為非傳染病（79%），如，憂

鬱症、先天性異常等。孩童健康狀況和國內生產總值有明確的關聯，這種關聯與人民取得資源難易度，以及權益的分布相關，在這些健康上的不平等容易影響孩童成長過程（如社交困難、經濟困難等），也增加家長經濟負擔、特殊照護需求等。歐洲有1.3%的瑞典孩童生活在貧困環境、葡萄牙也有24.4%孩童生長於負擔不起三餐的貧困家庭，這些情形又因歐洲經濟海嘯的影響更加嚴重。「NordicChild」為針對家庭健康之研究，研究分別在1984、1996、2011年實施，含丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典5個國家2-17歲之兒童，結果顯示，研究中3分之1的兒童有至少一種殘疾；殘疾兒童面臨許多生活困難，也通常有較差的健康；而殘疾兒童的家長也較容易得到心理相關疾病及壓力相關症狀。因此，家庭及孩童健康的照護是必要的，芬蘭及瑞典政府分別實施「兒童預防性健康照護」（Preventive Child Health Care）。1930年芬蘭嬰兒死亡率高達65%，為此，芬蘭兒童預防性健康照護計畫中於1938年實施「媽媽禮盒」，禮盒中包含服飾、毛巾、床墊等各種嬰兒用品，幫助貧困家庭照顧嬰兒。自1949年起，禮盒開放給所有家庭，此外，為推動健康促進，該政策再次修正，所有孕婦必須在懷孕4個月前進行產檢，經醫師檢測後才可申請「媽媽禮盒」，如此一來政府便能更確切掌握胎兒健康，降低嬰兒死亡率，而產婦也能得到相同物資，創造一個雙贏的局面。瑞典之兒童預防性健康照護計畫則是自1752年起，將追蹤人口、病因、死因之變化列入法令；同時有其他照護措施，如提供國民免費護士家庭探訪、家長教育等。此外，瑞典也提供父母保險計畫，父母可停職並獲得80%薪水補助，父親可請10天產假，每年更有60天假期可照顧小孩。

(八) 14:10-14:45 Environment-friendly Healthcare (環境友善健康照護系統)

由長庚醫療財團法人行政中心營建專案組林威廷副組長分享臺灣環境友善施。長庚醫療財團法人於1976年成立，在30年中從0床增加到10,000病床，在臺灣共有9個院區，這些可能在亞洲不算大，但對歐州來說是一個可觀的規模。單就林口院區而言，院區包括32間餐廳、商店，3萬3000個停車位，每日超過1萬臺車流量，276輛公車以及120輛接駁車提供服務。每天共有5萬門診次、供餐2萬5000人、300手術次等，如果能於各面向減少1%的能源使用，單一個院區就能節省可觀的能源。「空間規劃」不僅僅是一個數字，更是一個醫療程序，錯誤的規劃可能造成花費龐大的費用，也造成員工的不便，縮減在醫院「等待」的時間便是增加

效率，因此「空間規劃」是成爲永續發展院區的關鍵。減量、再利用、回收等已經是基本的知識了，如何將這些理念與相關工作結合才是最重要的。有許多措施能減少能源使用，如，減少部門間的阻隔，如此一來便能迅速的針對現況應變或擴展，減少建造新建築的需要、將部門依運作時間及項目分區，加速行政作業。此外，推行E-醫院，使用電腦作業，減低紙本文件儲藏的需求。員工教育、空間規劃、科技產品、效率管理，綜合各項措施便能減低碳足跡，創造永續發展的環境。

#### 四、 會議影像



圖 1 芬蘭衛生福利部健康促進司司  
長 Ms. Taru Koivisto



圖 2 邱署長致贈講者紀念品



圖 3 健康促進醫院國際網絡秘書處  
Prof. Hanne Tonnesen 演講



圖 4 邱署長演講



圖 5 Ms. Anna Friberg  
演講



圖 6 所有講者合影



圖 7 長庚醫院林威廷副組長演講



圖 8 隆德大學 Dr. Inger  
Hallstrom 演講



圖 9 臺北榮民總醫院陳亮恭主任演  
講

## 肆、心得及建議

- 一、透過芬蘭衛生福利部健康促進司司長 Ms. Taru Koivisto 致詞及演講，學習芬蘭推動 HiAP 的經驗，為履行 HiAP，在擬訂政策時應將對健康的影響納入考量，並以強調政策透通性，設立評估機制且訓練相關人員，確保各部門皆能清楚了解政策對本身及其他部門之影響。未來將透過橫向跨部會會議，縱向縣市政府至各局處，經由跨部間合作，本署提供相關健康實証資料來宣導提示各層級政府單位都應於政策擬定時將對健康可能產生的影響納入評估。
- 二、芬蘭為降低嬰兒死亡率，提供「媽媽禮盒」給貧困家庭照顧嬰兒，之後為能提升孕婦產檢率，如孕婦在懷孕前 4 個月接受產檢也提供該禮盒。目前臺灣已提供孕婦 10 次產檢，對於孕產期健康已提供預防服務，然而有些經濟弱勢家庭因為工作等因素未能善加利用，或許未來可提供鼓勵弱勢孕婦接受完整之產前照護經濟誘因。另外，本署目前已參採芬蘭之兒童預防性健康照護計畫，規劃於 103 年度施行國內弱勢家庭之「育嬰寶盒」實物補助。



附件



*Pre-conference on 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion*  
Health in Healthcare Policy – Strengthening Partnership between  
Public Health & Health Care

Agenda

**Date:** June 9<sup>th</sup>, 2013

**Venue:** Room No. 23, the Congress Wing of the Finlandia Hall, Helsinki,  
Finland

**Organizer:** International HPH Network & Bureau of Health Promotion,  
Taiwan

10:00-10:05 (5min)	<b>Official Welcome</b> Ms. Taru Koivisto, Director, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
10:05-10:08 (3min)	<b>Opening remark</b> Dr. Shu-Ti Chiou, Chair of Governance Board International Network of Health Promoting Hospitals and Healthcare Services; Director-General, Bureau of Health Promotion, Taiwan
10:08-10:13 (5min)	Prof. Hanne Tonnesen, CEO, International HPH Network Secretariat Director, WHO Collaborating Centre for Evidence-based Health Promotion
10:13-10:15 (2min)	<b>Souvenir Presentation &amp; Group Photo</b>
10:15-10:50 (35min)	<b>Promoting Health Promotion in Clinical Sector: Evidence &amp; Policy Implication</b> Prof. Hanne Tonnesen, CEO, International HPH Network Secretariat Director, WHO Collaborating Centre for Evidence-based Health Promotion

10:50-11:25 (35min)	<b>Policy and Support to Strengthen Partnership between Public Health &amp; Clinical Sector</b> Dr. Shu-Ti Chiou, Chair of Governance Board International Network of Health Promoting Hospitals and Healthcare Services; Director-General, Bureau of Health Promotion, Taiwan
11:25-12:00 (35min)	<b>HPH example from Europe</b> Ms. Anna Friberg - from region Skåna in Sweden
12:00 - 13:00 (60min)	<b>Lunch Break</b>
13:00-13:35 (35min)	<b>Healthcare Organizations' Adaptation to Population Aging: Age-friendly Healthcare Initiative</b> Dr. Liang-Kung Chen, Associate Professor, Aging and Health Research Center, National Yang Ming University School of Medicine, Taiwan
13:35-14:10 (35min)	<b>Clinical Sector' s Role in Promoting Family &amp; Child Health-Experiences from Europe</b> Dr. Inger Hallström, Professor, Paediatric Nursing at Lund University, Sweden
14:10-14:45 (35min)	<b>Environment-friendly Healthcare</b> Mr. Wei-Ting Lin, Deputy Director of construction projects, Administration, Taoyuan Chang Gung Memorial Hospital, Taiwan
14:45-14:55 (10min)	<b>Discussion</b>
14:55-15:00 (5min)	<b>Closing remark</b> Dr. Shu-Ti Chiou, Chair of Governance Board International Network of Health Promoting Hospitals and Healthcare Services; Director-General, Bureau of Health Promotion, Taiwan  Prof. Hanne Tonnesen, CEO, International HPH Network Secretariat Director, WHO Collaborating Centre for Evidence-based Health Promotion

## 第二部分：出席第 38 屆世界醫院大會（38th World Hospital Congress）

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：邱淑媿署長（女）、陳妙心研究員（女）、  
葉曉文科長（女）

派赴國家：挪威

出國期間：102 年 6 月 15 日至 102 年 6 月 21 日

報告日期：102 年 8 月 23 日

## 摘要

第 38 屆世界醫院大會(IHF)於今(102)年 6 月 18 日至 20 日在挪威奧斯陸舉行，主題為 Future Healthcare，來自全球 42 個國家，超過 1,000 多人與會，本署及我國醫務管理專家學者及醫院工作者約 50 多人與會，臺灣醫院協會在會中申辦一場平行會議。本署與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心、國際醫院聯盟合作於 6 月 17 日辦理一場會前會，主題為「 Innovative Value-adding Hospital Management in an NCD Era: Act NOW! 」，講者包括邱淑媿署長、世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心主任 Prof. Hanne Tønnesen、國際醫院聯盟秘書長 Dr. Erich de Roodenbeke、臺灣醫院代表彰化基督教醫院張東浩主任，分別報告以高齡友善醫院架構闡述朝向活躍健康老化、健康促進醫院使照護的提供具更好的健康獲益、醫院面對高齡化及財政緊縮的時代執行健康促進、臺灣醫院提供癌症整合性預防來增加生命價值。邱署長另以健康促進醫院國際網絡理事長身分，受邀出席國際醫院聯盟會員大會簡短致詞介紹該網絡。WHO Director-General Dr. Margaret Chan 擔任大會開幕演講貴賓，邱署長首先提出評論，強調預防醫學之重要性，獲其回應表達認同。在國內各界支持下，臺灣醫院協會爭取到 2017 年第 41 屆世界醫院大會主辦權，將在高雄義大世界舉辦。

## 壹、目的

- 一、本署於 6 月 17 日與健康促進醫院國際網絡、國際醫院聯盟及健康促進醫院挪威網絡合作辦理一場會前會，針對非傳染病時代的醫院因應對策與實例進行探討，邱署長擔任主持人及講者，期將臺灣醫界推動高齡友善健康照護及癌症防治的重要成果展現予參加世界醫院大會之國外與會者，提高國際能見度。
- 二、於會前會發送將於 11 月在臺灣辦理之 Global Health Forum 訊息，邀請國外人士來臺與會。
- 三、了解國際醫療體系的發展趨勢，俾為本國未來推動健康促進相關政策之參考。

## 貳、過程

### 行程表

日期	行程
6/15-6/16 (六、日)	搭機前往挪威
6/17 (一)	本署辦理一場會前會，主題為「Innovative Value-adding Hospital Management in an NCD Era: Act NOW!」
6/18 (二)	參加 IHF 大會
6/19 (三)	參加 IHF 大會
	邱署長受邀出席會員大會
6/20 (四)	參加 IHF 大會
	搭機返臺

## 參、會議重點

### 一、世界醫院大會 (38th World Hospital Congress) 簡介

國際醫院聯盟 (International Hospital Federation, IHF) 創立於 1929 年，目前總部設立於瑞士日內瓦，會員包含美國、英國、荷蘭、西班牙、法國、德國、澳洲等 100 多個國家，為世界衛生組織 (WHO) 支持的重要國際性非政府組織，國際醫院大會 (World Hospital Congress) 每 2 年於會員國舉辦，並預計從 2015 年開始改為每年舉辦一次。臺灣醫院協會為其正式會員 (full member)，2017 年大會將由臺灣舉辦。

第 38 屆世界醫院大會於今(102)年 6 月 18 日至 20 日在挪威奧斯陸(Oslo, Norway) 舉行，本屆大會主題為「Future Health care」，共規劃有 5 個專題演講及多達 31 場分場講座，含會前會共 44 場次演講，並安排 2 家大學醫院參訪。來自全球 42 個國家，超過 1,000 多人與會，臺灣出席人員尚包括衛生福利部醫事司李偉強司長、臺灣醫院協會楊漢淙理事長及國內醫務管理專家學者(如彰化基督教醫院郭守仁院長等)。本屆會議並邀請 WHO 之 Director-General Dr. Margaret Chan 及挪威衛生部長 Jonas Gahr Støre 蒞會演講。

## 二、會議內容

### (一) 6 月 17 日辦理會前會

6 月 17 日中午，本署與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心及國際醫院聯盟合作辦理一場會前會，主題為「Innovative Value-adding Hospital Management in an NCD Era: Act NOW!」，針對非傳染病時代的醫院因應對策與實例進行分享，由邱署長擔任主持人及講者，講題為「Towards active and healthy ageing: a Framework of Age-friendly Hospitals」，與國際分享臺灣推動高齡友善醫院的重要成果，其他講者包括健康促進醫院國際網絡秘書長 Hanne Tonnesen 教授、Dr. Eric de Roodenbeke、彰化基督教醫院張東浩主任，並邀請到挪威 Ida Bukholm 教授 (Akershus University Hospital) 致詞及參與討論，聽眾包括比利時醫院協會秘書長、澳洲醫院協會代表、巴西醫院協會國際委員會主委、臺灣醫院協會代表團，及我國駐挪威代表處秘書。會中亦發放臺灣將於 11 月辦理之 Global Health Forum 宣傳單予與會者。

首先由邱署長及挪威健康促進醫院網絡代表 Ida Bukholm 教授開幕致詞。並依序進行演講及討論。

1. 國際醫院聯盟秘書長 Dr. Eric de Roodenbeke 演講，講題為「Health Promotion in an Era of Aging and Austerity: Threats and Opportunities for Hospitals. 在高齡化及財政緊縮的時代執行健康促進對醫院是威脅或機會」。大多數國家的醫院在執行健康促進計畫遇到許多挑戰。自 2008 年金融危機，許多國家考量到經濟現況，健康支出不再像過去 10 年中持續增長。當需求不斷地增加，但資源沒有跟上，健康照護模式的需求將有戲劇性的轉變。據估計，5 個主要原因將顯著地改變健康照護模式，分別是人口高齡化導致的多種慢性疾病增加；基因醫學和預防醫學的發展；透過電子化之健康紀錄，資訊的獲得變的可近；賦權病人使之更健康；全民健康照護普及化為社會契約的重要原則。如果醫院充分利用這些進展，有足夠的公共政策支持，那麼醫院將成為健康的重要樞紐，以及將在健康促進中發揮越來越大的作用。
2. 健康促進醫院國際網絡秘書長 Hanne Tønnesen 教授演講，講題「Better Health Gain When Providing Care: the WHO initiated Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. 世界衛生組織倡導健康促進醫院與健康照

護，使照護的提供具更好的健康獲益」。世界衛生組織發起健康促進醫院網絡是擁有明確目標、策略和組織的全球網絡，積極發展與執行以健康促進為實證基礎的標準和指標的平臺，其核心精神是以全人健康為目標。國際健康促進醫院網絡是由來自 40 個國家或區域 HPH 網絡(如臺灣 HPH 網絡)，各大洲會員超過 950 家醫院和健康照護機構共同組成。目前國際健康促進醫院網絡大約有 100 萬的工作人員和幾百萬的患者。根據研究顯示，在術前進行健康促進介入措施，相較於未進行健康促進介入措施的人，顯著地降低術後併發症的影響。這些研究的重要成果指出，在醫院和健康照護機構投入健康促進介入措施，不僅有較佳的治療效果，且提升病人滿意度，可以得到更多的附加價值。

3. 邱署長演講，講題「Towards Active and Healthy Aging: a Framework of Age-friendly Hospitals. 朝向活躍健康老化：高齡友善醫院架構」。由於老年人口快速增加，且高齡長者疾病型態以慢性病為主，根據研究顯示，八成以上(88.7%)老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性疾病，而擁有三項慢性疾病的高齡長者超過半數(51.3%)。再加上高齡長者為醫療院所主要使用者，故綜整 WHO 高齡友善照護三大原則和 WHO 健康促進醫院標準，以提昇長者健康、尊嚴與參與為願景，訂出涵蓋管理政策、溝通與服務、物理環境、照護流程四大面向的臺灣高齡友善照護導入架構，協助健康照護機構及早邁向高齡友善，能依高齡長者的需求，營造符合長者特殊需求的友善、支持、尊重與可近的療癒環境。目前已輔導 38 家健康照護機構通過高齡友善醫院認證，未來持續廣邀機構加入提供長者友善健康照護的行列。
4. 彰化基督教醫院張東浩主任演講，講題「Adding Value and Saving Lives: Integrating Cancer Prevention and Control in Hospital Services. 醫院提供癌症整合性預防及控制，可增加生命價值及拯救生命」。彰化基督教醫院是臺灣最好的健康促進醫院之一，不僅在 2008 年與 2012 年均通過癌症診療品質認證獲得衛生福利部的肯定，更於今年榮獲第 2 屆「健康促進醫院全球典範獎」。因此，彰化基督教醫院帶著使命和責任更願意投入在癌症的預防和控制，其特色有：1) 由癌症防治中心統籌規劃，2) 資訊系統廣泛運用在日常工作中，3) 高品質的個案管理，此外將癌症篩檢、防治和登記整合到同一個執行單位，故在推展品質改善的過程中沒有阻礙，並且設置癌症防治流程圖，以及每個門診或每項健康檢查，一旦病人符合篩檢條件，將被邀請參加健康加值服務。過去 3 年中，每年篩檢人數超過 3 萬 9,000 位個案，且每年發現超過 230 位癌症新個案。彰化基督教醫院為民眾健康加碼，提供病人全方位的健康照護，建立癌症篩檢主動提醒機制，設立專責癌症篩檢窗口及專任個案管理師，輔導病人早期發現，早期治療，挽救無數生命免於癌症威脅。

## 5. 綜合討論問答摘要：

(1) 來自南非衛生部 Dr. Terence Charter 副部長提問：爲什麼我們不採取建設性的方法，來處理非傳染性疾病？以及爲什麼我們不早點培訓醫療專業人員？

Prof. Hanne Tønnesen 回應：教導和培訓員工是很重要的部份，不僅在工作人員畢業前，我們提供完全免費的護理課程，而且在工作人員畢業後，我們在這領域提供 3 天的時間培訓護士或醫師。另外，我們需要一些關鍵人物，他知道如何在實際生活中進行健康促進管理，以及能夠發現什麼是好的計畫，能夠進行品質管理、監測與評估、持續追蹤等。事實上，這就是爲什麼我們於 2004 年成立團隊。今日我們在 HPH 網絡成員有兩個部份，一個部份是醫院的臨床醫師，另一部分是公共衛生人員。未來我們需要經營這兩部份，而能勝任這個工作的人需來有這兩個領域的背景，能在實際生活中結合實證以及操作執行計畫。

邱署長回應：我認爲醫學教育需求的改變是相當巨大的，而且是非常重要的。不僅是關於非傳染性疾病的知識，而且也包括訓練的態度和方式。對非傳染性疾病來說，我認爲已經有了 AIDS 和 TB 的經驗，其實操作模式是相似的。舉例來說，我們需要實踐實證醫學，不僅是根據病人需求或過去的經驗來執行，而且基於實證我們需要提供主動式健康照護，不再是舊有被動的方式。此外團隊合作也是非常重要的，特別是醫師，他必須帶領團隊。再者檢視成效，並嘗試改善，這是非常困難的一件事，然而當你看到張東浩醫師的報告，其中一張簡報顯示他們醫院的表現與其他臺灣教學醫院的比較，身爲一位醫師，要去使用、監測品質並進行報告這是相當困難的，所以我認爲非傳染性疾病的防治，醫事人員除了要有健康促進行爲科學的能力，也須具品質監測改善的能力。

Dr. Eric de Roodenbeke 回應：除了能力這一部份外，也需要明確地重新設計課程。像在美國，約翰霍普金斯大學他們重新設計醫學生的課程，一方面關注在基因體，其他方面則是關注不同疾病之間的關係。另外一方面，這肯定是一個挑戰，因爲知識越來越多，也越來越複雜，所以需要更有效率，人們必須整合高技能和知識，並持續延伸往更深的知識領域，由於有太多我們必須要管理，所以全力支持資訊系統的整合。此外在歐洲教育也起了重要變化，特別著重在醫師的教育水平。像在比利時第一線課程設計就是一個很好的例子，對全科醫師來說，所在的醫療環境擁有全面性和團隊合作的方式，這意味著他們有能力分配任務給其他醫療專業人員。

Prof. Ida Bukholm 回應：在挪威，我們與大專院校和醫學院關係非常密切，因爲我覺得 next position 非常重要。我是一位外科醫師，當一位肥胖病患前來就診，



若我沒有了解它的生活習慣是如何影響這個人，我會認為我沒有做好我該做的工作。挪威的醫學課程中，有 4 堂課關於心臟疾病的診斷，但是卻沒有關於健康促進、生活習慣如何影響疾病。從醫院的角度來看，我們可能做不到初級預防，但是我們可以做次級預防，甚至是第三級預防。在初級預防，如果有一位乳癌婦人在你面前，你可以跟她談生活習慣，你可以告訴她該怎麼做，當然你也可以做一些事情，讓她獲得疾病相關的衛教知識，因為她有女兒，也可能有孫女，透過這樣，我們實際上也可以執行初級預防。我想這就是護理人員和醫學生必須去思考的。我大部分在研究基因體，所以我一直在尋找 30-40 年前的癌細胞。因為你思考的就是你所反映的，如果你仔細想想癌症、肥胖和身體活動，我們可以從學校教育開始，不僅在大學教育，而且從小學教育開始。

(2) 芬蘭 KUOPIO 大學附設醫院執行長及 IHF 理事會代表 Dr.Risto Miettunen 提問：老年人往往有多種病症，如果你使用系統性的方法，就整合醫療照護系統來說，有多少初級健康照護與健康促進醫院有關？

Prof. Hanne Tønnesen 回應：我們與初級健康照護密切合作，事實上我們在 2007 年已經更改名稱，從只涉及到醫院，拓展到健康服務機構，其中包含初級健康照護。一些醫院像是瑞典，他們所有的醫院和初級健康照護機構都是網絡的成員。關於健康促進，我們與其它的 WHO 網絡和醫療機構和醫學院密切合作。我們設置 WHO 健康促進網絡，負責相關會議及其他的辦理事項，但我認為我們需要再投入更多到初級健康照護。越來越多複雜的疾病，我們有越來越多複雜的治療方式。但是在這些慢性病如心臟疾病、肺部疾病和糖尿病的復健計畫中加上戒菸、戒酒、飲食、營養、身體活動、病人衛教、社會支持等簡單健康促進介入加上藥物與其他治療，可得到更好的結果。

邱署長回應：我們談了很多醫院的健康促進，不代表我們相信醫院是主要的關鍵角色，或是醫院是這一領域的唯一角色。我們發現大醫院的慢性疾病病患，他們往往將大醫院視為是健康照護的提供者，因此醫院是非常強大的健康促進合作夥伴，我們希望醫院執行癌症篩檢和戒菸。在臺灣醫院也提供初級健康照護，但對於大型組織來說，整合和協調是非常困難的，這也是為什麼我們需要全面推動新的作法。

Prof. Ida Bukholm 回應：健康照護和醫院應該是非常密切的合作，但在挪威幾 10 年來我們一直嘗試初級健康照護和健康促進醫院結合會發生什麼？我們越做越大，所以我認為健康促進網絡著重在醫院這是非常重要的，因為病患大多聽從醫院醫療人員的指示。我們將焦點放在醫院以及醫院在疾病預防的角色，我認為這是一件好事。

## 6. 會前會影像

	
<p>邱署長演講</p>	<p>Dr. Eric de Roodenbeke 演講</p>
	
<p>Prof. Hanne Tønnesen 演講</p>	<p>Dr. 張東浩演講</p>
	
<p>綜合討論時間</p>	<p>與會者熱烈參與</p>

(二) 6月18日

### 1. 上午開幕演講

6月18日上午大會開幕式在磅礴的音樂聲與挪威的自然風景與人文的影帶介紹中展開，首先由曾任挪威7年外交部長，2年紅十字會秘書長的現任挪威衛生部長 Jonas Gahr Støre, Norwegian Minister of Health and Care Services 進行大會開幕專題演講，講題為「Paving the way for global healthcare, the Norwegian

experience, past gains, the current agenda and aspirations for the future 以挪威經驗為全球健康照護鋪路：過去獲益、當前議題，及未來展望」。提到從 1990 年至 2010 年全球醫療體系面臨了四項挑戰，一是人口結構改變，如老年人口增多；二是疾病型態改變由傳染病轉到非傳染病(epidemiological transition from communicable to NCD)，改變了對健康照護體系的負荷，並舉例挪威有 80%死因來自非傳染病的早期致死，而衛生系統為了因應這些改變的改革是緩慢的；三是疾病危險因子由 poverty 相關轉移到 lifestyle 生活型態，但是健康不平等與社會差異 (inequity and social differences in health)也是衛生系統所面臨的挑戰；第四項是人口長壽化下所伴隨著更多失能(disability)的比例，壽命延長，但是生活品質並無改善或是惡化。

醫療體系如何面對上述的轉變(transition)所帶來的挑戰呢?他提到衛生部長的主要角色應是聚焦社會資源投入在預防服務及公共衛生上，也認為人口變化、危險因子及 NCD 防治等改變不應只在醫院中進行，必須要動員社會的力量將公共衛生議題延伸出去(extend public health agenda beyond government)，不只是限於政府。他以當日所要主持的 obesity 研討會為例，表示該議題涉及 civil society, employer organization, NGO, business, culture 等，而不只是政府法條。他也舉出歷史上該國以政治力量來解決公共衛生問題的案例，如提供乾淨用水與安全住屋等，也提到經濟社會不平等終究會影響到衛生。以目前的政策為例，該國保證所有孩童都可進幼兒園，以避免有不好的人生開始，而這也會有長遠的健康影響。Støre 部長進而以挪威的經驗，為與會者提供以下想法：

- (1) 朝地方性協調的改革(Coordination Reform toward the local level)：醫療體系中每個環節都必相互連結及保持良好溝通，並且分攤責任；與基礎照護部門協調，使其成為第一線的防線。將改革方向調整至地方層級，強調社區賦權及社會資本。不像經濟資本可以計算，社會資本較廣泛，涵蓋網絡關係、社會歸屬感及信賴的建立。
- (2) 醫院要適時將服務內容做集中化(centralize)與分散(decentralize)：某些服務可以從大醫院分散至較地方化的保健中心，並提高早期診斷的頻率。
- (3) Empowerment of the patient: 提高病患參與度(patient involvement)，不僅是維護病人公民權，但也是提高健康照護對病人的產出結果(outcome)。

最後建議未來應思考的幾個方向 (direction)給與會者：

- (1) 增加以病人為中心的健康服務：加強醫護人員與病人間的溝通，如何將病患拉進來參與(involve)，需要文化的改變(culture shift)。
- (2) 如何處理創新與科技：面對經濟問題，如在科技研發下，人的壽命可以延長，但代價花費很高，面對人口老化帶來財政負荷與醫療保險惡化的問題，決策者必須慎思如何取得平衡。
- (3) 如何以資訊科技為保健系統增值：以資訊科技加強醫院與病人間的溝通，並投入資源及立法改變人們獲得醫療資訊的情形(如建立醫療專業人員可自由取用的醫療資訊平臺、改善掛號服務等)。
- (4) 尋求新的夥伴關係(new partnership)：為因應人口變化所帶來的問題(如老人痴呆與阿茲海默症的人口將於 2040 年加倍)，應與 NGO、公民團體納入投資發展福祉科技，並與私部門、產業及大學院校合作，進行策略性結盟，以發展新研究及創造更多就業與投資的機會。部長同時也提醒政府應謹慎考慮私部門與公共衛生的合作關係將會帶來什麼樣的影響。
- (5) 醫療機構每個層級的領導力(Leadership at every level of healthcare institution)：醫院是非常複雜的場域，如何適當的管理醫院將是每個領導者的挑戰，不只 empower 每個層級的管理者，最重要的是基層第一線與民眾接觸者也要被 empower，方能因應複雜的多方挑戰。另外醫院設定 priority 也很重要，尤其在回應病患的需求時。Leadership 與 setting priority 等同重要，而且必須靠政治面鞏固其架構，不受執政黨派影響。

開幕專題演講第 2 位為世界衛生組織幹事長陳馮富珍(WHO Director-General Dr. Margaret Chan)，講題為「Maintaining the momentum of better health globally for the 21st century - Are innovation and technology game changers for the future? 保持 21 世紀全球更健康之動力--創新與科技是未來必然的選項嗎?」，提到我們處在一個充斥著強烈對比的世界：雖然大部分國家享有富裕的生活、個人財富的累積，及迅速的通訊科技，但同時也有數億人居住在沒有可靠醫療費用給付及沒有電力支持的健康照護的國家；現今窮國與富國同時面對的問題：急速失效的抗微生物藥物、非傳染病的崛起、人口的急速老化，及越來越多老人多重併發症。本大會是關於如何解決健康照護中的不平等，及臨床醫師如何在面臨先進

科技帶來道德兩難問題下做出正確決策。醫療領域的進步往往跟隨著新醫療科技或藥物的發展，這些進步常常伴隨著高額的健康照護支出。在某些國家中，醫院支出佔健康照護經費多達 70%，有研究指出，自 1960 年以來，近半數的醫療費用增長是基於開發用於醫院的新醫療科技。

科技創新也不一定能提升健康照護的品質；如近年來高額的癌症照護花費使得病人被迫接受痛苦的療程，卻不一定能達成療效(2011 年 Lancet Oncology Commission 所作的研究)。政治上的因素常常興建無實質使用價值的醫療中心；醫院也因現存健康照護制度的缺失而導致於工作超量(如基層照護的缺乏，使得人們因小症狀而擠破急診服務)。基層照護及醫院服務應該是相輔相成而互惠的。

在現今提倡全民健康保險的世代，醫院服務的取用可作為重要的健康照護涵蓋率指標。聯合國非傳染病政治宣言指出，有效的防治(prevention)應是全球 NCD 因應的基礎；但是在如何處理常見的 NCD 臨床管理及併發症(如心臟疾病、癌症與糖尿病)，醫院仍扮演著重要的角色。她提到全球替弱勢族群打造高品質健康照護及醫院的案例：一所於非洲盧安達由當地人及當地資源打造的現代化病院，及由國際 NGO 為缺乏電力資源的婦產診所打造小型、可攜行的太陽能發電裝置，提供這些診所極需的照明及電力供給。

病人安全應是極為重要的議題；估計有約 100 萬病人因手術的失誤而死亡。有鑒於此，WHO 於 2008 年打造了一系列的手術安全守則，讓醫護人員能逐項檢查手術程序，減少手術疏失及提高病人安全。WHO 同時也發表安全分娩守則，可大幅減少因困難分娩而造成的產婦及新生兒的死亡。其它重要議題包括減少醫療感染、手術安全、醫院廢棄物管理及藥物安全等。

最後她再次提到科技創新確能為健康照護與醫院帶來決定性的改變，新科技可以拯救生命，但是它必須是便宜的，可供大眾使用，而不只是少數富有族群的專屬特權。我們應朝向提供高品質、低花費與全民效益的整合性醫療服務前進。

開放提問時，邱署長首先發言回應，對話摘錄如下：

邱署長:感謝陳執行長精闢的演講，我是臺灣國民健康署署長。我非常贊同您的觀點，但我亦想在此提出一個對於醫院創新的看法：管理層面的創新。我認為此舉應能促使醫院共同來達成 WHO 所設定的 25 by 25 目標(至 2025 年減少 25%因 NCD 所造成的早發性死亡)，例如在能提供高水準心臟移植或冠狀動脈繞道術的醫院，亦應該為這些病人提供預防性的處方，例如戒菸、運動及健康飲食等。這樣病人才不致於因為第二次心肌梗塞而再度入院。這種“軟體”上的創新(非僅是更多器材、機

器等)，可以實現「以人為中心」的健康照護。我認為即使在大型的醫療機構，這些服務亦應與尖端的醫療技術整合在一起；管理面的創新可以帶來更好的健康效益。雖然這可能是極大的挑戰，但是我相信醫院可以與大家一起努力，以達成 25 by 25 的目標。這些是我的看法，也非常感謝您同時關注到基層照護及醫院服務，謝謝！

陳馮富珍：非常感謝您的意見。我個人認為健康照護的持續性(從公衛、基層醫療、醫院到社區照護)是非常重要的。當你檢視世界上的疾病負擔，約 40~80%的死因是肇於非傳染慢性疾病，造成早發性死亡，包括心臟疾病、呼吸疾病、癌症及糖尿病等，還沒有國家能提出有效的解決措施。而且我也同意您的看法，絕大多數這些病症與生活型態是極為相關的。因此，我們必須回到基本面。從個人、社區、政府、民間組織到企業都有責任，我認為在討論及辯論這些議題上，各相關者，都有在注意利益衝突的條件下，不應該被排除在外。我們應共同努力找出解決這些的公共衛生方法。至於有關創新，我個人認為「為全球人類的健康做一個有道德的忠僕」就是創新，包括政治上的領導者、醫院管理者，乃至於第一線的服務人員，我們應該如何一起合作來找出適於社區性的解決方案，這是未來需要克服的挑戰。雖然不容易，但可以做到。世衛組織有 194 個會員國，其中已有相當亮眼的成功案例。

此段演講主持人挪威健康處處長 Jonas Gahr Store 也回應非常同意邱署長的看法。並表示這是一個很大的契機，住院的病人會有最大的動機改變，因為這樣可以救他們的生命，我們應好好把握這樣的機會。

## 2. 下午平行會議，參與的場次與會議摘要如下

(1) 由美國醫院協會(American Hospital Association)申辦「Equity in Care :Eliminating Healthcare Disparities and Promoting Diversity in Healthcare 健康照護均等：消除健康照護機會的差異及推動健康照護的多元化」場次：

Dr. Rich Umbdenstock 提到美國非白種人族群從 2010 年占 35%到 2050 年將達到 54%，因此該協會 2013 至 2020 年的優先目標為：加強收集及運用種族、血緣及語言偏好有關之資料、加強訓練 辨識文化特性之能力、強化多元治理與領導的能力。並透過資訊分享平臺 [www.equityofcare.org](http://www.equityofcare.org)，提供最佳案例分享、每月電子報、個案研究、指引、線上討論會及教育機會。

接下來由路易斯安那州 Woman' s Hospital 的總裁 Teri G. Fontenot 演講 Equity in care，提到醫護人員應對病人權利、病人照護的公平性與安全性有敏感度，藉由了解及尊重病人在文化、心理社會及心靈價值的差異，較能提

供滿足病人的照護需求。該院非使用英語的病人由 2007 年 2%到 2013 年已增為 5.5%(含西班牙、越南、華人等)，因此面對文化多樣的族群，照護上需要語言協助(包括關鍵病人資訊應有不同語言的單張資料、以電話或專人對醫療專業用語提供其了解的說明)，及給予員工教育訓練(包括認知病人權利、讓不同背景的員工分享其個人故事、信念與價值，提供語言學習課程，及增強部門與員工會議的重要性)，而住院協助包括：了解會影響其留院的文化與心靈因素、特殊飲食、使用母語、特殊需求、較喜歡的學習方式、最高教育程度、教育障礙、克服障礙的方法等。她以西班牙裔婦女懷孕的信念為例：眼神直接接觸是需要避免的、傳統核心家庭、傾向不抱怨生產的疼痛、相信孕前照護是不需要的，而懷孕是自然的情況、傾向自然分娩、多數哺餵母乳。而來自越南的婦女，也是避免眼神直接接觸，點頭表示有聽到，但可能不了解或不同意所聽到的，而哺餵母乳一年則是其傳統。非洲裔婦女相較其他種族哺餵母乳率較低，其原因為缺乏了解及家人朋友的支持，因此該院提供教育並在鄰近地區之教堂及社區中心提供支持性活動。

接續為 Dr. Benjamin K. Chu, President, Kaiser Permanente Southern California 演講「Diversity and Equity of Care at Kaiser Permanente」，該組織是美國最早創立之以群體模式的健康維護組織，在美國八大業務分區共服務九百萬人，該組織的論人計酬之支付制度，對保持民眾健康和提供疾病照護是一樣重視的。Kaiser Permanente Programwide 已成立 67 年，有 9 百萬會員，37 家醫院，611 棟醫療辦公建築，16,658 醫師、172,997 員工、年收入 \$500 億美元，健康資訊系統投資達 40 億美元、著眼於全人健康。影響健康的因素很多且彼此間緊密連結，醫療照護是其中之一(健康的決定因素中，環境因素占 20%，個人行為占 40%，家族史與基因占 20%，醫療照護占 10%)，而全人健康的策略對所有影響健康之因素提供了一個總體性的解決方式。講者提到一個成功的計畫應包括以下要項：資料收集(包括病人之臨床表現與種族血緣差異之關係)、可以因應不同文化的臨床指引及用藥管理技術、辨識文化差異能力的訓練(接觸病人時的辨識力)、語言溝通的調和性(醫師用語的精準度、可否提供不同的語言服務)、職場招募具雙語能力的員工。另外醫療人員執行業務時應有對不同文化的敏感度，如：語言的調和性(對英語能力有限之病人有無對其母語精通之醫師來提供服務)、醫師教育(在地之 Rosetta Stone 學院提供之鑄爐計畫)、藥品西班牙文標示、多種語言的教育素材、多樣化之衛教影帶。而解決社區的重大健康照護需要，聚焦在基層照護與初級預防，及解決較大層面之社區議題有關之慢性病；行為因子與特定治療一樣重要，健康飲食、菸害

控制、減低肥胖率、鼓勵運動都是很重要的；給成人及孩童的社區教育，使其認識不利健康的習慣，並能採取促進健康之行動。該組織在南加州有 HEAL 及 Operation Splash 計畫，HEAL(Healthy Eating, Active Living)提倡健康飲食，活力生活，HEAL 基金贊助著重健康有關政策與環境之改變。而 Operation Splash 計畫補助游泳課程、延長泳池使用季節及其有關之器材。

(2) 挪威醫院及健康照護協會 (Norwegian Hospital and Health Service Association-NSH) 申辦「Healthcare in transition,the Norwegian coordination reform. 健康照護改變：挪威網絡改革」場次

講者有來自 Oslo University Hospital 的 Bjorn Erikstein、Bent Hoie(The Standing Committee on Health and Care Services.)、Sigrun Vageng(The Norwegian Association of Local and Regional Authorities, KS)、Trond Brattland(Municipality of Tromsø)、Guro Birkeland(The Norwegian Patient Association)及世界衛生組織的 Bente Mikkelsen。

挪威有著由國家資助，涵蓋全民的健康照護系統。因當地人口老化快速，許多人，像非傳染病患，需要長時間的看護；而專門健康照護的需求也急速增加中。該國所進行的改革，其重點在於將原先集中化、專門的健康照護服務，分配照護工作給屬於社區性的健康服務提供者，以期提供更方便的醫療服務給當地社區裡的病患。專業的醫療照護服務必須支持和教導初級醫療照護，並確保對公眾提供的服務能跟專業醫療一樣好或是更好。改革的主要目的為提升品質、病人滿意度、賦能，同時減少醫療照護支出的成長。

(3) 世界衛生組織申辦「Progress and Challenges on Integrated care Around the World” 全球整合性照顧的進展和挑戰」場次

首先由 Dr. Nick Goodwin,(CEO, International Foundation for Integrated Care)演講「Integrated Care in Europe: Challenges, Progress and the Future Agenda」。歐洲健康照護所面臨的挑戰在缺乏良好的整合性醫療照護服務、導致不佳的慢性及複雜病症及缺乏可實踐與應用臨床整合性照護的識能。所以要建立整合、符合成本效益及以病人為中心的健康照護服務，為當前的重要工作。提出以下策略迎接挑戰：

- (1) 提供具實證之經驗，面對各個層面的挑戰，較有效的策略含人口資料管理、全人健康照護為基礎，非僅止於疾病、針對危險因子進行組織性的介入與管理
- (2) 集結資源、建立共同領導機制、制定革新的財務管理、資訊共享、建立



可衡量的目標等，因應系統及組織面的挑戰。

- (3) 透過健康促進、提升社區民眾健康意識及參與度、施行品質改進機制、全人性健康照護評估、照護者與服務使用者間資訊交流、支持自我健康照護等，因應臨床、服務及個人面的挑戰。
- (4) 各層級的整合性健康照護須含括所有面向，從宏觀的人口族群(系統、組織)，到微觀的個人面(服務)。

Sjoerd Postma(Team Leader, Health Services Development, WHO Office for the Western Pacific Region), 演講主題「Barriers to Integrated Service Delivery in the Western Pacific Region」。西太平洋地區所面臨的挑戰包括人口老化、NCD、疾病負擔的轉變(由傳染至非傳染性)、天災頻繁、不良的衛生管理、不平等經濟發展、健康照護人力品質參差不齊等。取得良好品質的健康介入服務是所有人的權利；人們不應支付健康照護服務而加重本身的經濟負擔。全民健康照護(universal healthcare)的挑戰在於給付族群差異過大、保險給付範圍差異過高、自付費用過高、品質不佳(缺乏統一標準)、無整合性服務。健康照護服務的 4 大障礙為服務取得可近性(service location/transport cost), 可用性(衛生人力資源、藥物、衛教資訊)、可負擔性(成本與價格)及可接受性(如衛生工作人員的態度、服務情況、服務管理、地方民情與習俗等)。改進衛生健康服務的整合度及取得，無單一有效方法、須從供需面(supply and demand) 採取多重策略如從需求面(社區動員、經濟障礙)及供應面(服務提供、組織管理)來做，需求面的策略可包括提倡生活習慣改革、提高社區領導參與度、建立社會健康保險、減免給付等；供應面的策略包括提升服務量與人力、改變健康照護人力運用模式、提升服務品質、建立管理機制、提供獎勵制度(例如酬勞成效)等。併提出一些亞洲地區整合性服務成功案例有菲律賓健康保險、中國地區藥價下降等。服務整合最好可包括公私部門、健康與健康相關領域(如教育、農業)、辨認出服務的障礙、投入策略與資源、並且分想成功案例。

Dr. Tsuyoshi Ogata(Director, Chikusei Public Health Center; Director, Japanese Association of Public Health Center Directors)演講主題為「Inter-provider Clinical Paths and Integrated Care in Japan.」。日本面臨著急速老化的時代：2010 年，約 23%為老年人口(65 歲以上)，預計將於 2055 年達到 39%。慢性疾病如癌症與心臟病的死亡人口正在上升中。針對心血管疾病發作的病人照護途徑有急性醫院照護(如溶血栓治療及腦內手術)→復健性醫院→長期照護機構→居家照護。日本 Regional Health Planning, 以疾病為主的臨床照護途徑，目前有心血管疾病、癌症、急性心肌梗塞、糖尿病等，開放給 Public Health centers 參與，針對各疾病提供專屬性醫療服務。介紹以心血管疾病(CVA) 照護為例的 National Uniform fee schedule, CVA 疾病照護服務提供者付費方式：急性醫院 90 美元(退院時)、復健醫院 60 美元(退院

時)，長照機構 30 美元，CVA 病患資訊表單，與各服務機構中共用，資訊包括病人基本資料、疾病情形、生活指標、危險因子等。運用資訊通訊科技(ICT)居家護理，以行動裝置及雲端運算服務收集居家醫療資訊，包括生命跡象等，資訊分享運用於建立支持性網絡。鼓勵健康服務提供機構間的合作，並提升照護品質與改善 CVA 病人照護成果。為推動居家照護，在地化的人際網絡是很重要的，可運用 ICT 來協助分享。

Dr. Reynaldo Holder(WHO Regional Office for the Americas, Washington D.C,U.S) 演講主題「Progress and Challenges: Building a Regional Agenda for Hospitals in Integrated Healthcare Delivery Networks」。Pan American Health Organization, PAHO 泛美洲衛生組織(WHO 中南美洲)之區域性健康照護網絡整合(IHSDN)，加強照護機構間的合作，並促進醫院的轉型，此為 PAHO 持續提倡的重要健康服務改革之一，由 PAHO 會員國間進行共識凝聚。IHSDN 的各項階段為辨識出醫院轉型為 IHSDN 所可能面臨的挑戰、區域間共識凝聚、集結實證以建立 IHSDN agenda，最後提交文件至 PAHO 主任監理會(Directing Council)。過程：1. 系統性文獻回顧(找出健康照護中心所面臨的挑戰與調整(機構間或機構內部)。2. 現況分析(於 10 個會員國間蒐集案例報告)。3. 會員國間辦理會議，討論 IHSDN 轉型的挑戰、及分析 IHSDN 的臆測(若醫院組織文化現況不能改變，則 IHSDN 並不可行)。PAHO 會員國醫院當前所面臨的挑戰包括耗用大量健康照護資源、管理不當、過多政治介入、過度分散化等。IHSDN 的願景為財務永續、完善的科技與基礎設施以支持 IHSDN，有彈性的可應付改變與進步、透明化、為病人與員工的安全負責任、期許醫院能轉型為活耀的，以人為中心的組織。

Dr. Irad Potter(Chief Medical Officer, Ministry of Health & Social Development, Government of the Virgin Islands.) 演講主題：「Efforts Towards Integrated health Services In The English-Speaking Caribbean」。加勒比海人口結構的改變為平均壽命延長、新生兒死亡率下降等，但是人口成長也趨近緩慢。預計 2025 年約 17%人口為 60 歲以上。過去 20 年來，非傳染性疾病的死亡率不斷上升(如四大疾病，癌症、心臟、腦血管、糖尿病等)。區域照護的整合源自於早先居高的傳染病死亡率(1900 年代)。Caribbean Cooperation in Health Initiative (加勒比海健康照護合作行動)含加強該地區健康照護體系、人力資源發展、家庭與社區健康發展、糧食營養、非傳染/傳染病、心理與環境健康等。因該地人口不多，且受到預算限制，基礎建設不發達，有較一致性的疾病流行學與疾病特性，爰提供共同服務。透過建立區域性的健康保險機制，因應高額的健康服務支出，並提供健康給付給會員國間往來頻繁的民眾。只有透過社會與政治的支持，才可邁向高品質的健康照護，一同分擔風險與經費支出，才能強化區域間的整合行動。

Hans Kluge( Director, Division of Health Systems and Public Health,

WHO Regional Office for Europe) 演講「Integrated Care in Europe: Challenges, Progress and the Future Agenda」。WHO 歐洲區所推行的 Health 2020 政策與策略架構是以人生命歷程為基礎，推行以人為本的健康維護，支持人們追求自身的健康福祉。CIHSD: coordination/integration of health services delivery (提供整合化/協調的健康服務)，歐洲 CIHSD 所面臨的挑戰包含加強區域性的疾病專一行動(如不平均的疾病專家分配)、解決健康照護系統的瓶頸(如不良健康資訊流通與給付)、如何於經濟困頓間倡議 CIHSD(缺乏整合性照護的長期效益實證等)。CIHSD 策略含建立一共同的平臺，可供經驗與政策交流，相關執行步驟為集結知識(研究 CIHSD 概念)→蒐集實證→制訂政策(架構、現場實證、改革指引)。Framework 替會員國帶來的附加價值含技術能力提升(系統化 CIHSD)，實證基礎的 CIHSD 工具，提升領導力與管理能力，以及促進會員間交流(以 WHO 為主要協調機構)。預計至 2016 年提出 Framework Action，向會員國爭取背書支持。

(4) 由香港醫院管理局(Hospital Authority)所申辦之 Developing clinical information technology for public hospitals healthcare institutes 場次

首先由 Dr. NT Cheung 演講「Building clinical IT to support high quality efficient care for the entire population of Hong Kong 使用臨床資訊技術來支持所有香港人的高效率高品質的健康服務」，該醫院管理局管理香港所有的公立醫院，其資訊科技發展是其主要的創新計劃之一來提升高品質的病人安全與效率健康照護服務。過去 20 年，醫院管理局一直對發展臨床資訊科技有穩定投資，此項發展主要聚焦在提升各項照護服務品質和服務效能，目前香港病人都有一套整合性的電子病歷，同時在臨床管理系統有各類的病人安全和品質促進的資訊應用，以支持每日的例行照護。

而後由 Dr. CB Law 演講「Electronic prescribing in an acute hospital ward - challenges and solutions 急性照護醫院的電子處方系統挑戰與解決策略」，該局發展了一個本土的資訊系統來管理住院病人的電子處方、調劑、遞送及給藥，主要特色包括提升病人安全、改善流程及以臨床智慧系統協助處方的精確性。發展過程有很多挑戰，包括調和使用者不同需求，增加臨床醫師參與及發展相關子系統及改善給藥流程及技術和執行層面的議題、住院病人用藥的醫令系統等。

Dr. CP Wong 演講「Reducing hospital readmissions by leveraging risk prediction analytics with a call center service」。以高風險預測分析看

電話服務中心來降低在住院率」，提到該局已發展出精確的風險預測模式來找出從急性醫院出院的老年人再入院的可能性，這是以 960 萬個病人的中央資料庫為基礎。用此預測公式，於電話服務中心受過訓練的護理人員可以在病人出院後，主動追蹤有再入院之高風險病人，這樣可以減少 25-27%的門急診、住院及非預期性再入院的使用率。

#### (5) 國際醫院聯盟大學醫院(IHF University Hospital Chapter)申辦之

「Perspectives on shared challenges and opportunities to improve healthcare around the world.如何提高世界各地的醫療保健服務共同面臨的挑戰和機會」場次

本場次檢視大學醫院如何於某些地區的醫療保健系統裡發揮獨特作用。大學醫院管理者和醫生分享他們的經驗與觀點，其中包括大學附屬醫院面臨的關鍵問題，如管理、品質及安全、與社區服務提供者的關係、培訓和教育等。講者成員提供範例和案例研究，並分享如何解決這些問題，促進大學醫院的使命，及展示領導層如何提供最優質的照護服務。

Richard Lofgren (Senior Vice President and Chief Clinical Officer, University Health System Consortium) 演講「Shared Challenges and Opportunities for complex health care organizations」。美國學術醫療中心(US academic medical centers)於 1984 年成立，是一個由公共及私人機構所組成的中心，主要致力於教育、研究及醫療照護，其資金來源 50%以上來自於醫療學術機構之收入。美國學術醫療中心及其會員的核心任務為：降低醫療費用、提升效率、與各部門及各機構做結合、最佳化科技之使用。但不同民眾族群有不同的醫療需求，因此”民眾健康(population health)”不等於”公共衛生(public health)”，如，20-40 歲的民眾並沒有像其他族群一樣的醫療需求；反而是特定族群消耗較多的醫療資源。重症病患族群( population of very sick patients) 將會持續增加，雖預防措施聽起來像是最佳答案，但降低醫療負擔才是現今最重要的議題。

Milliman Health Administrative Database 是一個針對新診斷病情的資料庫；其中，以肺癌作為範例，針對病患情形作出 4 種分類，並標準化醫療服務之花費，分析使用率及資源管理之淨花費的不同；其中，也針對病患隊列 (patient cohort) 五種最高及最低花費市場進行分析，結果顯示，平均醫療花費如下：接受手術但不含放射性治療 (\$54,832/人)、接受手術與放射性治療 (\$31,746/人)、組織切片檢查/無手術/無放射性治療 (\$16,309/人)、組織切

片檢查/手術/放射性治療(\$30,050/人)，接受手術與放射性治療隊列為最高花費之醫療服務，且有第二高的費用變化率(variation)，組織切片檢查/手術/放射性治療隊列則為最低花費之醫療服務，但具有最高的費用變化率(69%)。造成這些變化的因素可能有：實際醫療花費的不同、病患相關因素(如，與社會經濟相關因子)、醫療變化(如，醫師的決策、醫療系統)，此外，醫師在第三期肺癌的治療措施，有相當大的差異(手術 vs 化療)。由這些分析發現，33%-50%接受手術的醫療花費差異因治療的不同，在病患臨終前一個月為最高的，如能降低不必要的費用差異，且發展臨終照護的專家便能提供一個全民皆可負擔的醫療照護系統。

Dr. Risto Miettunen(MD CEO Kuopio University Hospital Finland) 演講「University hospitals - perspectives on shared challenges and opportunities to improve health care」。北歐國家的醫院生產率以芬蘭為最高，其中又以奧庫皮庫大學醫院(kuopio university hospital)為最高(1.11)，但接受醫療照護服務花費也最高。地區政府具有結合醫院及其他產業之權力，若將醫院各部門依型態分類，便可有系統地將資源及結果做出分析，並針對需求據以調整。

彰化基督教醫院郭守正院長演講「share experiences of Changhua christen hospital, Taiwan」。臺灣約有 99.5%民眾加入全民健保，並享有高醫療資源涵蓋率，全臺共有 19 家醫學中心，同時也為實行教育、研究、訓練的醫院。臺灣的醫療系統造成特殊的醫療特色，每人平均一年接受 15 次門診，且偏好醫療中心。彰化基督教醫院自 1896 年設立以來，規模不停的成長，以跨部門會議來達到醫院整體管理的共識，並強調全面性的醫療服務，注重於個人(多樣化諮詢服務、員工健康促進措施、病患照護)、家庭(全面性高齡照護、整合式團隊合作、門診整合健康諮詢服務)、社區(社區交流活動、社區醫療照護、提供弱勢團體醫療服務、持續性居家醫療看護)、過程(接受轉診新生兒、持續性醫療照護、出院規劃服務)、團隊間的照護(團隊交流討論、跨領域團隊、領域專門團隊)。為提升病患安全性，則設有用藥安全回報機制，並以電腦化的資料建立檢視錯誤並在偵測到錯誤時發出警示；此外，提供迅速的多元化資訊及個人化藥袋(雙語、視障專用藥袋)也大大增加了用藥安全。彰化基督教醫院也相當注重於環境安全，以三座發電機以備停電的不時之需，並使用核可的地下水資源，且安裝銅及銀離子的淨水系統。對於弱勢團體也提供醫療照護服務及資源。

(三) 6月19日

## 1. 上午大會專題演講

Dr. Lydia Kapiriri (Ass. Prof. McMaster University, Canada) 演講「Ethical dilemmas healthcare professionals face making just and fair choices in the age of technology: Experiences from low and middle income countries. 健康照護人員如何在科技時代做出公平及正確的倫理選擇：中低收入國家的經驗」。面臨著快速變遷的醫療照護環境和眾多的新科技及創新，健康照護人員和病人必須面對倫理困境(ethical dilemmas)做出正確和公平的選擇。中低收入國家對於做出公平的決策須要考慮自身的狀況，如：社會經濟狀況、人口結構、新流行或再流行病、新型醫療科技與現有健康照護體系等。公平決策的要點為規範、需求平等、花費、性別、年齡、對病人最好的事情、社會經濟地位等。低收入國家的最大挑戰，在於長期的醫療資源分配不均，如藥物與醫療器材缺乏等。各利益相關者所面臨的倫理難題包括：(1) 病患/照護使用者-缺乏識能、不當使用/要求、自我利益優先於公眾利益。(2) 臨床醫療工作者-自我利益優先、來自管理部門/業界/政策的壓力、道德上的困境。(3) 管理者-如何平均分配有限資源、缺乏院內技術評估、對流行病與人口結構轉變的了解、來自於政策/產業界/管理的壓力、於無知/恐懼下所做出的不當決策。醫療技術的公平，必須從全球研發的層面往下延伸至國家層面；政治家必須學習如何制定公平、公正與道德的決定。

Prof. Sissel Rogen (Director General in The Norwegian Biotechnology Advisory Board) 演講「Rapidly growing, easily accessible and inexpensive technology. 成長快速、取得容易及便宜的科技」。基因定序適用於疾病診療、個人化醫學與健康風險評估(預防性與症狀前期)、產前診療、母親血液篩檢、癌症治療等。崛起的個人化醫學基於目前在生物科技方面的進展，胎兒篩檢與基因檢測用於診療可預防疾病、潛在性重大或治療昂貴的疾病。病人應有權利拒絕接受自己的基因檢測資料用於其他非醫療用途、有選擇退出的權利、及享有個資隱私。健康照護上的道德考量應如何避免造成社會不平等?挪威的生物科技規範在確保醫療生物科技能用於整體社會中所有人的利益，並且尊重人權、尊嚴與個人誠信，並且消除遺傳歧視。

## 2. 上午平行會議，參與的場次與會議摘要如下

(1) 臺灣醫院協會申辦之「Healthcare in Taiwan--an affordable and efficient system 臺灣醫療照護：一個實惠又高效率的系統」場次：

講者包括臺灣醫院協會楊漢泉理事長、衛生福利部醫事司李偉強司長、中央研究院經濟研究所羅紀琮副所長。報告內容包括介紹臺灣全民健康保險制度下所提供的疾病醫療與預防保健服務，說明何以健康照護支出僅占 GDP 6.5%，

但全民滿意度超過八成，及全民健保對健康照護系統的影響、資訊科技所扮演的角色、醫療系統如何在快速老化的社會中永續經營、臺灣醫院評鑑在健康照護品質及病人安全的角色。

參與的國際友人法國醫院協會理事長 Dr.Vincent（前國際醫院聯盟理事長）及國際醫院聯盟會長 Dr.Kim（同韓國醫院協會理事長）等。外國代表對於臺灣醫療資訊系統管理作業、醫院資訊系統、全民健康保險管理系統、醫院評鑑等問題進行提問。

(2) 挪威醫院與健康服務協會(Norwegian Hospitals and Health Service Association)申辦之「The challenge of new technology 新技術的挑戰」場次：

由Bard Lilleeng(Stavanger University Hospital)、Erik M.Hansen(Helse Vest IKT)、Magne Nylenna(The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services)、Erik Fosse(Oslo University Hospital)及Eimund Nygaard(Lyse Energi)講者進行演講。

我們正面臨著新型醫藥科技的挑戰下，大部分的國家對其財務資源與職業技能的需求，遠超過其成長的速率。所以許多國家以找尋新的醫療照護服務提供方法，來因應此挑戰。在開發中國家，導入新技術可視為於某偏遠區域或較差基礎設施地區中，成立一個完整醫療照護系統的解決方案之一。此外，醫學的新發展也可開啓夢幻般的新的可能性，用於治療以前無法治癒的疾病，延長非傳染病患者的生命，並且改進所有疾病階段患者的生活品質。而當前的挑戰，在於如何將這些嶄新的技術，適時的導入現有的療程中。

2.下午平行會議，參與的場次與會議摘要如下

(1) HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) 申辦之「Relationships between IT adoption, patient safety and performance」場次

本場次有四位演講者和一位主席：Uwe 分享連結 EMR Adoption Model(電子病歷)與 IT 導入、病患安全及成效之間的關係；Luke 分享他於醫院推動 HIT(健康資訊科技)策略的經驗，特別針對成功及失敗點；Rudi 教授提供運用 EMR 於病人照護品質與安全提升的挑戰；來自首爾國立大學的 Baek 醫生(為亞洲目前第一個 HIMSS Analytic Stage 7 的醫院)分享他對於跨越 Stage 7 次世代電子

健康紀錄(Electronic Health Record, HER)發展的看法。

Dr. Uwe Buddrus(HIMSS Analytics Europe)演講「The EMR adoption model: relationships between IT adoption, patient safety and performance」。HIMSS 是一個為推廣 IT 於醫療照護服務中之行動，其含四大步驟：數據：針對 18 個歐洲國家之 1900 所急症醫院進行數據收集；資料：數據統計分析，並利用 EMRAM 工具設立標竿；智慧：與國家政府機構、醫療院所、顧問中心等機構合作，擬定實行策略；採納：成功採納 IT。

歐洲 EMR 模型指出，為改善醫療照護服務及病患安全等，將採行 EMR 之過程分為 7 個層級(EMRAM stages)Stage 0 到 Stage 7，7 為最高級，表示完全電子化之臨床決策之支持及較高之醫療安全。而在採納 HIMSS 之後，歐洲國家醫院主要分布於為 stage 1 (18.8%)及 stage 2 (27.2%)，美國醫院則主要分布於 stage 3(36.3%)及 stage 5(16.3%)。在做出醫療決策時，分有三層級之錯誤檢測路徑：開立處方籤時之衝突檢查(系統需求:低；人員需求:低)、於開立處方籤時，啟動規則搜索引擎以降低人為錯誤(系統需求:中；人員需求:中)及啟動規則搜索引擎，且提供臨床文件參考(系統需求:高；人員需求:高)。雖於採納 EMR 模型的同時，在各階段會有相對的支出:Stage 0(1.69%)，Stage 1(2.34%)，Stage 2(2.42%)，Stage 3(2.61%)，Stage 4(3.24%)，Stage 5(2.72%)，Stage 6(3.40%)，Stage 7(3.33%)，但其投資報酬率也相對可觀，stage 6 是報酬的開始，在 stage7 時已可達到 4.91%的投資報酬率；而 EMR 模型最大效益於可避免重複開立處方籤或建立病歷、縮短病患停留於醫院的時間、降低人為錯誤、避免藥物不良事件，促進工作流程順暢度。

為確保 EMR 模型的使用滿意度，另採問卷主要針對醫療人員之使用 EMR 模型於醫療照護品質、醫療執行容意度，及與高層合作、溝通滿意度之情形進行調查，其中超過半數項目得到滿意的分數；醫療人員針對醫院使用 EMR 模型的管理之滿意度在 stage 3 時明顯下降，對於病患資訊的存取容易度則在 stage 3 時明顯上升。若以美國 Value-based Purchasing (VBP) Program 內的整體表現分數(total performance score)來評量醫療服務表現(70%)及病患的滿意度(30%)，發現，雖在起步(stage 0 & 1)時，整體表現分數較平均值低，但從 stage 2 開始，分數則超越平均值，且在 stage 7 時，遠超過平均值分數(64.2% vs 32.2%)。

Rong-Min Bank, MD(Seoul National University Bundang Hospital)演講「Beyond HIMSS EMRAM stage 7: Development of Next Generation HIS」。



首爾國立大學-bundang hospital 爲一所完全數位化的醫院，自 2003 年開始發展並採納 IT，在 2007 年就已達到 EMRAM stage 7，是在北美國家之外第一所 stage7 的醫院，並同時在 2013 年引進 next generation HIS 系統(HIS 2.0)。HIS 2.0 主要特色有嶄新的 EMR 使用者介面、智能電腦、標準格式化、融合臨床及觀察數據、嵌入式病患醫療照護系統(PACS)、統一化溝通交流格式。同時，實證病患醫療照護系統爲維護病患安全、品質管理、及建構標準化流程，主要設有三大管控面向：醫療決策支援系統(clinical decision support system, CDSS)、醫療路徑(clinical pathway, CP)、臨床指標(clinical indicator, CI)。數位醫院也採用 N-設備策略(N-device strategy)，包括 1. 桌面虛擬化 2. 行動 EMR 3. 數位儀錶板 4. 動畫病患教育課程 5. 行動式同意書。next generation HIS 最大特色爲友善的使用者介面及個人化設定，與 N-設備策略同時施行能更提供加以病患爲中心的醫療照護服務。

## 2. IHF 會員大會

邱署長以健康促進醫院國際網絡理事長身分，受邀出席 IHF 會員大會簡短致詞介紹該網絡。臺灣醫院協會楊漢泉理事長成功連任亞太區理事，並於次日國際醫院聯盟理事會議中，完成申辦 2017 年第 41 屆國際醫院聯盟世界醫院大會在臺灣高雄義大世界舉辦之簽約程序，原國際醫院聯盟世界醫院大會爲每 2 年舉辦乙次，爲擴大參與，於 2015 年第 39 屆起改爲每年辦理，2015 年世界醫院大會謹訂於美國芝加哥舉辦，2016 年於南非舉辦。

(四) 6 月 20 日

### 1. 上午大會演講

Seth Berkley, M.D. (CEO, GAVI Alliance) 演講「Equal access to lifesaving technology-the power of vaccine. 公平取用的救人技術-疫苗」。GAVI (Global Alliance for Vaccine and Immunisation) Alliance 其目標爲透過提升貧窮國家對疫苗的取得，解救兒童生命與保護人們的健康。目前自 2000 年起，已有 3.7 億多兒童接受疫苗接種；至少避免了 5 百多萬死亡。於世界貧窮的國家（非洲、中東亞、中南美、北韓）推行五價疫苗(pentavalent)的施打。致力於消除疫苗施打不平等的情形，疫苗包括腦膜炎、肺炎、白喉、破傷風、百日咳三合一疫苗(DTP)等，未來將推行 HPV 疫苗的施打，預計 2020 年全球 40 國家將有 3,000 萬女孩因此受惠，預防子宮頸癌。GAVI Alliance 促使開發中國家政府、WHO、UNICEF、世界銀行、疫苗企業、技術機構、民間團體、慈善組織如 Bill & Melinda Gate Foundation 和其他私人夥伴等合作，降低疫苗的生產價格。目前最新五價疫苗的最低價格(2013 年 4 月)：每株 1.19 美金。目前面臨的挑戰爲全球尚有 2,200 萬名兒童還未接種疫

苗，如印度與奈及利亞等，一些目前尚未有疫苗開發（或疫苗效果不佳）的重要病症，如登革熱、愛滋、霍亂、瘧疾及肺結核等，將會是未來 GAVI 要達成其目標的挑戰。希望於 2030 年 50% 的貧窮國家兒童能完全接受疫苗接種。

另一講者 Dr. Manuel Carballo(International Centre for Migration, Health and Development)演講「Changing world demography and implications for access to healthcare. 世界人口的改變對健康照護取得的影響」。人口結構所面臨的幾項重要改變為：1. 人口以倍數化成長的同時也帶來許多問題，如健康照護的分配與取得。2. 差別性的人口成長：在歐洲，生育率持續下降，而須仰賴工作人口撫養的“年金”人口則持續上升中。3. 持續老年化的世界，歐洲區的人口不平衡，能填補稅金與健康照護資源需求的工作人口或出生率，其填補速度趕不上老化的人口，使得歐洲正逐漸成為“垂死的大陸”。4. 流動人口逐漸增加，人們從偏遠地區如鄉下往都市集結，找尋工作，但也增加許多問題（如衛生、乾淨水源、疾病等）。5. 健康照護取得的問題：語文隔閡（如新移民）、被忽略的人口（如難民、流浪人口、流動居民等）、老年人等。依照 1978 年 Alma Ata 宣言，基礎健康照護是全民健康的關鍵。應把高品質的醫院照護做為社區基礎健康照護的輔助，而不是當作唯一替代方案。

2. 上午平行會議，參與 French Hospital Federation and Unicancer 申辦之「Promoting healthcare through innovative best practices」場次

Sandrine Boucher(Unicancer)演講主題「Payment for Performance in French Acute Care Hospitals」。法國急性照護醫院，大部分由健保支付(80%)，而主要給付標準(約 85% in 2013)是以 payment by activity(論量計酬)方式。法國服務項目計酬(論量計酬)的優缺點：對服務提供者較公平、針對高服務效率提供較多資源等；缺點為不鼓勵醫療服務合作、缺乏提升照護品質的誘因、容易造成高額健康照護支出(資源濫用)、大幅減少住院日、以利益為主的偏差病患選擇(biased patient selection based on profitability)等。如何降低支出提升品質?法國政府於 2012 年開始試驗論質計酬(pay for performance)，約 200 家急性照護醫院加入實驗，約投入 1,200 萬歐元。試驗是否真能提升醫療價值?經費是否足夠促使醫院改變習慣?給付方式是否過於複雜?論質計酬是否有指標可循?是否有足夠的經費，講者認為試驗所撥的經費不足以誘使醫院改變診療習慣；平均付給參與試驗醫院的經費將只有不到原論量計酬可收到的 0.2%。法國是否有可運用於論質計酬的指標?雖然法國大部分的急性照護醫院有組織相關的指標(如認證)及一些標準化照護流程，但是針對大部分的診療方式並無特定指標，也無病人滿意度、病人健康調查，及成效指標(如病患死亡率、重新住院率、院內感染等)。論質計酬的機制是否簡易易懂?試驗計畫包括大量的指標(15 項)，計分為 2 部分(改善分數與達成分數)。結語：論質計酬是法國政府為因應論量計酬而提出的改革辦法，但是(依講者看法)目前試驗給付經費過低，不足以形成誘因，且機制過於複雜，給付標準並無特定指標，法國需要加強它的健康照護品質評估。

Dr. Bernard Gouget(Member Committee Health Care Section, COFRAC; Treasurer, International Federation of Clinical Chemistry and Lab Medicine; Federation Hospitaliere de France) 演講「Quality Management and Accreditation of Medical Laboratories in France」醫療照護的革新(P4 medicine: personalized (個人化)、predictive (預測)、preventive(預防性)及 participatory(參與))是藉由嶄新的診療方式與個人化醫學的成果。醫療檢驗實驗室所面臨的改變：實證醫學、個人醫學、自動化程序、數據電子化、整合性解決方案、法條規範等。如何確保檢驗品質?多重要點如專業度、時程、準確度、人員訓練、組織、環境、設備、成本效益。3 大執行重點：檢驗室品質提升、成本效益與效率的提升、臨床結果的提升。醫療診斷器材市場：全球市場值約 440 億歐元、有眾多公司企業投入資金開發市場。檢驗實驗室持續與病患照護做整合：因應持續增加的需求(程序透明化、問責制、患者預後、客戶滿意度、專業度等)，促成品質管理機制與評鑑系統的發展(及外部審核機制)。法國 HPST 法條(July 2009): modernize hospital (提供更多資源)、promote research and education、guarantee better access to care、reorganize provision of care、promote public health。Cofrac(法國檢驗實驗室國家評鑑機構)施行強制評鑑制度(以 ISO 15189 與 ISO 22870 標準為基礎)，確保醫學生物學家(medical biologists)能在最佳化的組織領導下，有能力完成檢驗項目；2020 年，所有醫療檢驗項目(100%)必須通過評鑑，採同儕評鑑(peer)方式，評鑑者本身必須在已通過評鑑機構任職(或是已申請評鑑)。評鑑程序：Initial (初始評估)、surveillance visit(外部審查)+ext evaluation(資格展延評鑑)、re-evaluation(複審)；從初始評鑑到複審間約 4 年。評鑑資料會送至數個公家單位；如病人健康因檢驗結果遭受重大威脅，立即通知當地衛生機關。在法國實施的這項改革，確保檢驗學科的轉型，納入所有醫療與技術上的創新；確保公私單位間的作業基準統一協調化；促使公家機構間的合作；為未來的強制評鑑機制試水溫(關係到病人安全、財務及照護品質)。英文評鑑一字包含“credit”(信用)，評鑑即是要“加強信用”，並且也反映出病患對公共健康照護的期望。

3.大會最後一個場次為 FOR (Operating Room of the Future)，線上直播 St. Olav 醫院的神經外科手術現場狀況。

## 肆、心得與建議

一、此會係本署首次與國際醫院聯盟合作於其所主辦之世界醫院大會中辦理健康促進醫院會前會，原本希望合作場次能安排在主會議之平行會議中，但因接洽合作時，所有平行會議已定，僅能以會前會方式在大會前一天辦理，而因大會多數與會者在前一天方抵達挪威，故會前會與會人數不若其他平行會議人數，較為可惜，未來如欲申辦平行會議，將提早規劃申請，以將臺灣推動健康促進的成果與更多國際與會者分享。

- 二、各國均重視老年人口增多及疾病型態的改變(由傳染病轉到非傳染病)未來將帶來健康照護體系的龐大負荷，因此，為減少來自非傳染病的早期致死及延緩失能的發生，健康照護體系須轉型，重視健康促進介入，倡議民眾採行健康生活，透過資訊科技協助，提供民眾可取得、可負擔及公平的健康照護服務機會，而本署近年積極推動的健康促進醫院強調管理面創新，給予全人健康的預防性服務特色，也獲得國外與會者的認同，未來將持續於國內推動健康促進醫院並呈現成果於國際。
- 三、資訊科技應用於健康照護為大會重點之一，而臺灣因健保制度及先進資訊科技，讓醫療資訊系統開發較其他國家為早，近年本署積極將健康促進醫院模式導入相關健康促進議題，特別是補助醫院建置資訊系統提示功能，協助醫療人員主動提醒民眾接受政府提供的各項免費預防保健服務，這些資訊科技的運用如能在臺灣醫院協會申辦的場中有更多呈現，將有助國際對臺灣醫界注重預防保健有更多的了解。未來國內參與此大會，如能由全民健保醫療服務加上預防保健與健康促進服務來規劃國際交流，將可貢獻臺灣在公共衛生與臨床照護的卓越成果於國際。
- 四、本大會特色是各會場均是階梯設計，但多數階梯場地陡峭，必須小心避免下階梯跌倒，對高齡或肢體膝關節不便者甚不友善；另外燈光過強，臺上主席或講者無法清楚看到聽眾席舉手發言；飲食區規劃於不同區塊供應不同內容，但卻未在手冊說明；將海報區與飲食區整合，讓與會者於會議中場休息時集中於一區；以上相關觀察學習有助未來本署辦理國際研討會之借鏡。
- 五、邱署長以國民健康署署長身份於大會發言，表示醫院應與公衛部門及基層醫療共同努力，達成 25 by 25 的目標，獲得 Dr. Margaret Chan 之認同，也為臺灣做了最好的宣傳，本署申辦之會前會，獲得與會者之好評，也為本署即將於 11 月辦理之 Global Health Forum 開啓好的宣傳，與會者積極詢問議程、網頁等參與訊息。臺灣醫界的努力，我國持續保有國際醫院聯盟亞太地區之理事席次，而臺灣醫院協會將於 2017 年在臺灣主辦第 41 屆世界醫院大會，屆時國內醫界、公衛界、學界相關領域都應動員支持，來展現臺灣在臨床醫學、公衛及健康促進之豐碩成果。

附件



Bureau of Health Promotion,  
Department of Health, Taiwan



International Network of  
Health  
Promoting  
Hospitals & Health Services



## Pre-congress in The 38<sup>th</sup> World Hospital Congress HPH Session Agenda

**Date :** June 17, 2013

**Time :** 12 : 45 – 14:45 ( 120 min )

**Venue :** Oslo Spektrum, Oslo, Norway

**Chair :** Dr. Shu-Ti Chiou, Chair, Governance Board, International Network of Health Promoting Hospitals and Health Service/ Director-General, Bureau of Health Promotion, Department of Health, Taiwan/ Chair and Coordinator, International Task Force on Health Promoting Hospitals and Environment/ Chair and Coordinator, International Working Group on Health Promoting Hospitals and Age-friendly Health Care/ Coordinator, Taiwan Network of Health Promoting Hospitals and Health Services

### Agenda:

Innovative Value-adding Hospital Management in an NCD Era: Act NOW!:

Time	Topic	Speaker
12:45-12:55 ( 10 min )	Opening remarks	Dr. Shu-Ti Chiou
		Professor Ida Bukholm
12:55-13:15 ( 20 min )	Delivering healthcare in an era of aging and austerity: threats and opportunities for hospitals.	Dr. Eric de Roodenbeke
13:15-13:35 ( 20 min )	Better health gain when providing care: the WHO model of Health Promoting Hospitals and Health Services.	Prof. Hanne Tønnesen
13:35-13:55 ( 20 min )	Towards active and healthy aging: a Framework of Age-friendly Hospitals.	Dr. Shu-Ti Chiou
13:55-14:15 ( 20 min )	Adding value and saving lives: integrating cancer prevention and control in hospital services.	Dr. Tung-Hao Chang
14:15-14:45 ( 30 min )	Panel discussion	Dr. Shu-Ti Chiou, Dr. Eric de Roodenbeke, Prof. Hanne Tønnesen, Dr. Tung-Hao Chang, Professor Ida Bukholm

**Abstract :**

The world's population of persons aged 60 and over is expected to reach 2 billion by 2050. Older persons have higher needs of healthcare utilization. The Health Promoting Hospitals (HPH) incorporates the concepts, values and principles of health promotion into the culture and daily operations of hospitals. Health promotion, disease management and patient safety interventions delivered in and by hospitals have been shown to improve older persons' health outcomes. The session will showcase strategies and projects from the International Network of HPH, International Hospital Federation and experience sharing from Taiwan on what hospitals can do to cope with the era of non-communicable disease.

第三部分：第 20 屆國際老年學和老年  
醫學協會國際研討會(The 20th IAGG  
World Congress of Gerontology and  
Geriatrics)

服務機關：衛生福利部國民健康署

出國人員：邱淑媿署長（女）、郭貞吟技正（女）、  
邱凱毓約聘技術員（女）

派赴國家：南韓（首爾）

出國期間：民國 102 年 6 月 22 日至 25 日

報告日期：102 年 9 月 25 日

## 摘要

第 20 屆國際老年學和老年醫學協會(IAGG)國際研討會於 2013 年 6 月 23 日至 27 日於南韓首爾舉行，主題為 Digital Ageing: A New Horizon for Health Care and Active Ageing，探討數位老化下，健康照護與活躍老化的新視野。研討會主軸在數位老化下，再分 4 大領域：生物科學 (Biological Science)、臨床醫學 (Clinical Medicine)、社會與行為科學 (Social and Behavioral Sciences) 及研究、政策與實踐 (Research, Policy and Practice)。本次研討會共 4,289 人與會，來自 86 個國家，我國專家學者出席 194 位。大會講者由不同角度探討，包含如何以數位科技提升長者生活品質、活躍老化政策、長壽的因素、長期照護制度規劃及人力需求、長者照護的特殊需求等。

本署與加拿大 University of Alberta 於會中合辦一場高齡友善健康照護工作坊，講者為全球推動高齡友善醫學之先驅者，來自加拿大、美國、荷蘭、臺灣四國，邱淑媿署長演講介紹臺灣高齡友善健康照護架構之發展與成果，以及「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作委員會」之國際發展合作，獲得各國專家學者廣大迴響；並主持臺灣申辦之老人戒菸工作坊，由臺灣、日本、南韓專家分享各國老人戒菸研究。研討會期間並與 IAGG 新、卸任理事長進行聯誼。



## 壹、目的

高齡化社會已成爲全球面臨的嚴峻挑戰，我國於 1993 年時，65 歲以上人口占總人口比率已超過 7%，成爲高齡化社會，2012 年老年人口占總人口比率爲 11.2%，推計於 2018 年此比率將超過 14%，成爲「高齡社會」(aged society)，2025 年此比率將再超過 20%，我國將成爲「超高齡社會」(superaged society)。藉由參與每 4 年舉辦一次的 IAGG 世界大會，並與加拿大 University of Alberta 合辦工作坊，與各國專家學者交流，除瞭解各國老年學及老年醫學政策及研究趨勢，也分享我國政策成果，提昇我國衛生專業之國際能見度。

## 貳、過程

出國期間：102 年 6 月 23 日至 6 月 25 日

日期	行程
6 月 22 日 (六)	搭機前往南韓首爾
6 月 23 日 (日)	出席開幕式、演講及歡迎晚會
6 月 24 日 (一)	出席第 20 屆國際老年學和老年醫學協會國際研討會 與加拿大 University of Alberta 合辦高齡友善醫院工作坊
6 月 25 日 (二)	出席第 20 屆國際老年學和老年醫學協會國際研討會、搭機自南韓首爾返回臺北

## 參、會議重點

### 一、國際老年學和老年醫學協會 (The International Association of Gerontology and Geriatrics, IAGG) 簡介

國際老年學和老年醫學協會爲國際性組織，協會三大宗旨爲科學研究、教育訓練及保障長者權益。組織目標爲促進更多高層次的老年學研究及訓練。該協會在全球 65 個國家中有 73 個組織成員，全球會員數超過 45,100 人。我國「臺灣老年學暨老年醫學會」亦爲其學會成員之一，共有 1550 名會員，會員人數於全球排名第 11，前十名國家及人數依序爲：美國 (5,500 人)、日本 (4,100 人)、法國 (4,000 人)、英國 (3 個學會，計 3,064 人)、西班牙 (2 個學會，計 2,565 人)、俄羅斯 (2,540 人)、南韓 (1,827 人)、阿根廷 (2 個學會，計 1,754 人)、瑞士 (1,704 人)、義大利 (1,595 人)。依協會慣例，自 1985 年起，世界大會每 4 年舉辦一次。在世界大會之外，IAGG 區域會議也定期每 4 年在 6 大洲進行。

## 二、第 20 屆國際研討會介紹

研討會主題為數位老化：健康照護與活躍老化的新視野「Digital Ageing: A New Horizon for Health Care and Active Ageing」，對資訊及新知的可近性，可提升老年人的健康及生活品質，並降低世代差距，在全球化的社會環境下讓全世界的溝通更容易。研討會主軸在數位老化下，再分 4 大領域：生物科學 (Biological Science)、臨床醫學 (Clinical Medicine)、社會與行為科學 (Social and Behavioral Sciences) 及研究、政策與實踐 (Research, Policy and Practice)。本次研討會共 4,289 人與會，來自 86 個國家，我國專家學者出席 194 位。研討會包含 6 場會前會，8 場專題演講、41 場大會主辦會議、14 場特別會議、560 場工作坊，總計發表論文 3,479 篇，茲就參與之部分摘要報告。

### 一、6 月 23 日

#### (一) 4:30-6:30 Opening Ceremony & Lectures

首先由 IAGG 前任理事長 Prof. Bruno Vellas 報告其任內四年 (2009-2013 年) 之成果，提到 IAGG 已成立 IAGG-GSIA(Global Social Initiative on Ageing) 及 IAGG-GARN(Global Ageing Research Network) 以推展科學研究，鼓勵多進行護理之家的臨床及社會學相關研究，其並呼籲與會者，相較於醫治嚴重失能的老人，防治孱弱更能有效預防失能，應發展創新治療方法，針對老化的前兆：孱弱及肌無力積極介入。接著 Prof. Bruno Vellas 公布 2013 年理事長獎予 10 位特殊貢獻人士，得獎名單為 Dr. Isabella ABODERIN (Kenya)、Dr. Sung Jae CHOI (Korea)、Dr. Bernard FORETTE (France)、Dr. Renato Maia GUIMARAES (Brazil)、Dr. Luis Miguel GUIERREE-ROBLEDO (Mexico)、Ms. Laura MELLO MACHADO (Brazil)、Prof. Jean-Pierre MICHEL (Switzerland)、Prof. John MORLEY (US)、Dr. Antoni SALVA (Spain)、Prof. Alan SINCLAIR (UK)。並與下任理事長車興奉教授進行授旗交接儀式。接著有聯合國秘書長潘基文以錄影方式致賀，南韓國務總理鄭烘原親臨致詞。

世界衛生組織西太平洋區署之區署長 WPRO Director Dr. Shin Yoon Su 親臨會場演講，指出西太平洋地區 60 歲以上老人已達 235 百萬人，佔總人口的 13%，全球人口老化的速度正在加速當中。這透露了三個重要訊息，一、人口老化是一個好消息，二、時間緊迫，必須馬上採取行動，三、對於老化與健康，我們所知已足夠採取行動。

拜健康保險之賜，現代人比過去長壽，這雖然會導致政府、社區及家庭的花費，但與其將人口老化視為一個問題，不如視其為公共衛生的成功案例，雖然人口老化對全民健保及醫療體系帶來挑戰，但不可諱言，如果我們能確保長者維持健康和生活環境，以促使他們主動參與，則長者的經驗、技能和智慧將會繼續成為社會良好的資源。

世界衛生組織的西太平洋地區涵蓋亞洲東部、Osmania 及太平洋島嶼國

家，範圍大且多元。有像日本，20 多年前 60 歲以上的人口數就已超過 14 歲以下人口，也有人口仍然年輕的國家如柬埔寨、菲律賓，但這些國家並沒有想像中那麼充裕的時間為人口老化做準備。過去，老年人口比例增加一倍需花上一世紀的時間，像澳洲和紐西蘭 60 歲以上的人口比例經過 50 多年才增加一倍。現在，各國老年人口比例可能經過一代就增加一倍。以韓國為例，其預估 60 歲以上人口將在 20 年內增加一倍（從 2010 年 16% 上升至 2030 年的 31%）。因此我們預估中低收入國家，其人口老化速度將更為迅速，因應時間更少。

Dr. Shin Yoon Su 強調，如何人民活得長壽又健康，是刻不容緩的議題，高齡化與健康並非嶄新的議題，我們所知的解決方案已足夠於行動。對每個國家來說，最重要的是訂定因應人口老化的完整政策，包含下列關鍵領域：健康、就業、社會安全、環境及居住，有關健康的部分，世界衛生組織提出四大行動。首先，透過跨部門合作營造高齡友善環境，確保長者有足夠的身體活動開放空間及營養飲食。透過與交通，住房，社會安全和金融等部門合作，以創造真正支持高齡友善的環境。高齡友善城市與社區的全球網絡即為一例。

第二是，透過生命歷程視角預防疾病，以促進健康老化。大部分長者患有非傳染病，是導致殘疾、生病及死亡的主要原因，世界衛生組織倡議藉由生命歷程方法，以運動，飲食健康，不吸菸，盡量降低非傳染病的危險因子以維持健康。

第三，將人口老化議題納入國家健康計畫與政策，調整衛生服務的方向，因應長者需求，建立綜合衛生服務的理論模型，提供長者從健康促進、到預防、治療、復健，緩和醫療及臨終關懷的持續性照護。人口老化也將影響衛生人力資源分配，以確保在正式（健康照護機構）及非正式場域（家庭及社區）中，皆有足夠且適當的人力，並且支持長者參與。

本次研討會主題是科技與創新，特別是創新的醫療和輔助設備與長者生活息息相關，如助聽器。我們必須以公平的方式納入這些創新的解決方案，另一方面要重新審視醫療保險和社會保障制度，公平擴大健康照護涵蓋面。長者與其他年齡層一樣，也會面臨社會和經濟上的不平等。舉例而言，女性比較長壽，但卻因為教育機會的不平等，使其在年老時更貧窮，生活品質更差。因此，因應人口老化需要審慎的規劃。

第四個行動是強化人口老化與健康的實證基礎。並且著重高齡研究和分析的公平性，深入分析長者年齡，性別，收入、農村或城市位置等因素，有助於了解並滿足每個人的健康需求，作為制訂政策的有力實證。

我們所面臨的議題複雜且具挑戰性，需要政府和社會共同重視，長遠來看，未來需要政治承諾，倡議並增強夥伴關係，人口老化與健康議題無法由

單一機構或團隊來處理，需要政府、非政府組織的合作及長者自己的貢獻。世界衛生組織六個區署中已有三個區署提出人口老化與健康的策略，西太平洋區署的策略即為前述四個關鍵領域行動。

人口老化不是一個問題，而是一個機會，我們共同合作尋找創新的方法和解決方案，長者將享受更健康更充實的生活，社會及經濟將受益於良好政策的成果。我們也必須鼓勵其他的改變，改變我們對老年人的思維，我們需要挑戰既有的刻板印象，並排除負面想法，投資長者健康可以帶來許多好處。最後播放世界衛生組織在去年的世界健康日的老齡化和健康影片，並強調人口老化與健康議題為世界健康組織和成員國的首要議題。



世界衛生組織西太平洋區署之區署長 WPRO Director Dr. Shin Yoon Su

(二) 下午 6:30-8:00 Welcome Reception，有首爾市長蒞臨致歡迎詞。

二、6月24日

(一) 上午 09:50-10:30 Keynote Lecture 1: Digital Ageing: Why, What and How?

Prof. Sang Chul Park 為韓國三星高等科技研究院 (Samsung Advanced Institute of Technology) 健康老化研究中心 (Well Aging Research Center) 副董事長，其指出在科技創新的今日，數位老化為意指長者可以在科技與創新打造的新環境下老化的新概念。可從三個領域分析：個人老化、生活方式改變及社會影響。個人老化屬數位基因體學 (Digital Genomics) 的範疇、在科技創新的新世界中，生活方式改變則屬數位無所不在 (Digital Ubiquitous) 的領域，社會影響則是數位落差 (Digital Divide) 的範圍。因為「數位基因體學」與「數位無所不在」是科技創新的結果，預測在不久的將來，老年的生活品質與人性尊嚴都能被提昇。但事實上，「數位落差」將伴隨發生，這會影響人們所渴望的結果。因此，發展一個在三方面都能達到平衡的策略，以克服全球的新老化問題將是迫在眉睫的議題。

(二) 10:50-12:20 Submitted Symposium: Meeting the Challenges of Population Ageing Through Capacity Building: International Perspectives

1. 杜鵬教授 (中國人民大學)：「Meeting the challenges of population ageing

through capacity building in Asia/Oceania region」

亞洲與大洋洲的老年人口數佔世界多數，此區域的已發展國家與發展中國家面臨急遽的人口老化，相較起來也較缺乏政策制定、提供長者服務的專業人員與研究學者。本研究綜整區域內「能力建設」(Capacity building) 的努力與經驗，尤其是國際合作的部分。研究發現，自 2011 年起，IAGG 發展許多老年學與老年醫學的訓練計畫。過去幾年皆在本區域內與區域外，辦理多場密集課程，期訓練更多專業人士。然而，已發展國家與發展中國家、以及城鄉間的巨大差距仍然存在，未來仍需更多的努力投入。

2. Dr. John Beard (Department of Ageing and Life Course, WHO) : 「Meeting the challenges of population ageing through capacity building : the role of WHO」

WHO 近來已將人口老化列為優先議題，並使用「Whole of Organization」途徑協助會員國準備面對老化的轉變。WHO 的計畫包括：建立並強化研究網絡與實踐社區、在中低收入國家，發展實證基礎的政策建立模式、建立可帶領優良實作的準則與標準。

3. Dr. Mark Robert Gorman (Strategic Development Director, HelpAge International, United Kingdom) : 「Meeting the challenge of global ageing through capacity building: the role of HelpAge International」

已有 30 年歷史的 HelpAge International 長期支持長者建立組織以處理其所面對的挑戰。在 30 年間，HelpAge International 經歷「能力建設」的不同階段。第一個 10 年奠定 HelpAge International 的基礎；第二個 10 年向外發展並提供更多服務；第三個 10 年則以其運作模式，協助長者建立更強大的組織運動。在這樣的運作之下，長者能透過正式與非正式的管道為自己發聲。

4. Prof. Joseph Troisi (European Center for Gerontology, University of Malta, Malta) : 「Capacity building and manpower training in the field of ageing: The International Institute on Ageing, United Nations-Malta (INIA)」

即使在「第一屆老年問題世界大會」(First World Assembly on Ageing) 召開 31 年後的今天，「維也納國際老化行動計畫」(Vienna International Plan of Action on Aging) 所建議的建置與行動仍未達到預期的結果。20 年後，「馬德里國際老化行動計畫」(Madrid International Plan of Action on

Aging) 與聯合國數次會員大會提出的行動計畫，所要求的兩個面向在本質上是相關的：「國家能力建設」(national capacity building) 與「老化議題納入國家發展政策並正視老化計畫」(mainstreaming of ageing into national development policies and programmes on ageing)。研究發現，應提供不同功能的各層級專業訓練，包括居家、社區或院所照護長者的人員，不論是志工、家庭成員或長者本身。老化領域的教育的本質應是多部門的，含專業人士、與長者接觸的第一線人員、及長者本身。

(三) 下午 2:10-3:40 Korea-China Forum: Population Ageing and Longevity

1. Prof. Wuyi Wang: 「Effects of environmental factors on the longevous people in China」－健康長壽與環境條件有關

在中國，不同年齡的長者族群會被不同的因素影響。65 歲以上的長者較易受經濟因素影響。然而，利用長壽指標 (longevity index, LI%) 及 centenarity 指標 (CI%) 來比較不同地區的長壽程度，則發現 90 歲以上長者較易受環境因素影響。較多百歲人瑞住在中國南部氣候較適宜的地區，包括沿海地區、合適的年均溫、足夠的降雨量、較高的濕度與較低的風速，都可能與長壽有關。不過，攝取足夠的營養與環境中較少污染亦會對健康與長壽有益。

2. Prof. Ye Yuan: 「Regional longevity study of China」

1999 年時，超過 60 以上的人口已達到總人口數的 10%。2010 年，中國的高齡人口數為 1 億 7 千 7 百餘萬，並占總人口數的 13.31%，其中 2 千餘萬人口超過 80 歲，占老年人口的 11.81%。根據人口調查，長壽人口較集中在淮河以南的區域，尤以廣西、廣東為多，江蘇亦有些區域有許多高齡長者。

3. Prof. Jeaaah Jung (Department of General Education, Dongguk University, Korea): 「LONGEVITY」

2010 年時，南韓男性平均餘命為 77 歲，女性為 84 歲，在 WHO194 個會員國中的排名第 17。從 1970 年平均餘命的 61.9 歲，到 1992 年的 72 歲，過去 40 年間平均增加了 20 歲。2010 年的平均餘命已高於 OECD 會員國的平均 79.8 歲。這得歸功於嬰兒死亡率的降低，比其他亞洲國家顯著更低，平均餘命也快速增加。但南韓同樣面臨高齡社會問題，2000 年開始步入高齡化社會，2016 年將成為高齡社會，南韓可能沒有足夠

時間為人口轉型作全方面的準備，尤其是老年人口依賴比的議題，已成為達到經濟成長過程中需要克服的任務。

4. Prof. Yousung Park：「Life and health life expectancies for the quality of life in Korea」

Lee 與 Carter 的方法 (LC) 被用來評估南韓死亡率之預測。而 Li 與 Lee 於 2005 年提出的方法經檢測並不適用於預測韓國的死亡率。我們提出一個新的 LC 模式，稱為 VECM-LC。過去 30 年中，南韓平均餘命成長速度之快為歷史之最，但生命品質如何，是重要的關鍵－增加的餘命是活在健康或是不健康的身體裡？增加的餘命，是因為我們讓病人或失能的人活得更久嗎？研究中，使用 2002 年到 2010 年之間，南韓國家健保資料中的醫療資訊，呈現健康的平均餘命情形。

#### (四) 下午 4:00-5:30 Smoking Cessation in Elderly 工作坊

由臺北榮民總醫院高齡醫學中心陳亮恭主任申辦，邀請臺灣、日本、韓國三國學者分享其國內推動長者戒菸之策略與成效，並邀請國民健康署署長邱淑媿擔任主持人，講者報告重點如下：

1. 許志成主任 (國家衛生研究院)：「Cigarette smoking may not be associated with mortality risk for those older than 75 years: a 20-year prospective cohort study」

儘管吸菸與死亡風險有關，但是 75 歲以上老年人吸菸或戒菸對健康的影響仍不清楚。此研究目的主要描述吸菸狀況對臺灣老年人死亡率的影響。從臺灣老人長期追蹤研究(TLSA)挑選 1344 位 65 歲以上的男性，並追蹤這個世代直到 2008 年年底，其中 1028 人死亡。結果顯示目前吸菸者與非吸菸者相比，65-69 歲和 70-74 歲有較高的全死因死亡率，但在 75 歲以上的年齡層看不出來，且癌症死亡率也發現相似的趨勢。研究指出吸菸與 75 歲以上老年人的死亡風險無關。需要更多的研究進一步探討吸菸是否會造成 75 歲以上老年人身體和認知功能惡化。

2. 蔡憶文教授 (陽明大學)：「Smoking and smoking cessation among the elderly in Taiwan」

2009 年臺灣政府施行菸害防制修正案，不僅擴大禁菸場所範圍和徵收菸品健康福利捐，也在菸盒上增列警示圖像的標示。為評估 2009 年菸害防制修正案對老年人吸菸行為，包含吸菸盛行率和強度的影響，以

及確認老年吸菸的高危險族群，作者從 2007-2011 年臺灣成人吸菸行為調查中，分析 65 歲以上的年長者(n=12479)的資料。研究發現，2009 年菸害防制修正案實施後，顯著降低吸菸盛行率和提升老年人戒菸率。未婚和教育程度較低的老年人為吸菸的高風險族群。未來臨床診療和政策設計上應該將此研究結果納入考慮，以減少吸菸對老年人的健康危害。

3. Dr. Yuko Takahashi : 「Smoking cessation in Japanese elderly smokers」

在日本，吸菸被視為是公共衛生重要議題。自 1970 年以來，日本成年男性的吸菸率逐漸下降，2011 年降到 29.8%以及 60 歲以上老年人吸菸率則降到 25%以下。自 1994 年以臨床為基礎的戒菸計畫已被發展。1994 年尼古丁口香糖在日本上市，1999 年尼古丁貼片也允許在醫師處方下的醫療行為使用。在 2006 年此計畫一年後的戒菸成功率為 29.7%，而 70 歲以上老年人戒菸成功率為 36.4%。雖然以臨床為基礎的戒菸計畫對老人吸菸者是有效的，但仍然存在許多問題，像是老年吸菸者往往要忍受尼古丁貼片和 varenicline 不舒服的副作用，因此應建立對老年吸菸者更好的計畫。此外很多老年吸菸者對於改變自己的生活方式感到恐懼，故堅持吸菸。也因此除了推廣社會教育外，全面禁止吸菸和提高菸品價格是必要的。

4. Dr. Seung-Kwon Myung : 「Smoking cessation interventions in the elderly」

吸菸會導致癌症、心血管疾病、呼吸系統疾病以及很多其他疾病等健康危害眾所皆知。特別的是，老年人吸菸是過早死亡的首要因素。本次研究介紹中老年人的戒菸介入措施以及兩個主要由韓國政府運作的戒菸計畫，分別是社區健康中心的戒菸門診和戒菸服務專線。總結來說，有效的戒菸介入措施，包含醫生的簡要建議，行為諮詢輔導，和藥物治療，像是尼古丁置換療法(nicotine replacement therapy,NRT)、bupropion 和 varenicline。這些介入措施被用在韓國私立或公立醫院的戒菸門診，尤其是家庭醫學門診。





邱淑媿署長擔任主持人



左起申辦人陳亮恭主任、南韓講者 Dr. Seung-Kwon Myung、日本講者 Dr. Yuko Takahashi、主持人邱淑媿署長、臺灣講者許志成主任、蔡憶文教授

(五) 下午 5:50-7:20 The Elderly Friendly Hospital 工作坊

由國民健康署與加拿大 University of Alberta 合辦，邀請加拿大、美國、臺灣、荷蘭等專家學者擔任講者，聽眾出席踴躍，獲得許多與會者的肯定與回應，各講者摘要重點分述如下：

1. Dr. Belinda Parke：「Building a National Agenda for Elder Friendly Hospitals in Canada」

加拿大高齡友善醫院自 1999 年起開始發展，那時加拿大各地許多組織已採用了適合老年人就醫環境的原則。為建立國家建置高齡友善醫院標準的共識，加拿大採用下列方法，以多階段進行：設立諮詢委員會、文獻回顧醫院可修正因素、舉辦三場國際網絡專題討論會、與臨床專家和利害關係者召開圓桌會議，並以 Delphi 方法投票，最後共同擬訂五個國家標準和其相對應的描述說明，每項標準說明中的相關臨床議題亦被涵括在內，藉由推動建立高齡友善醫院國家標準，不僅促進適合長者的醫療環境，也縮短健康照護的差距，共同為朝向創新的高齡友善醫院而努力。

2. Dr. Marie Boltz：「Building Senior-friendly Care Hospitals in the United States: Where Are We and Where Do We Need to Go?」

老人護理品質促進研究(Nurses Improving Care for Healthsystem Elders, NICHE)是紐約大學護理學院的計劃，提供超過 350 家醫院辦理員工高齡友善教育訓練、臨床計畫、計畫管理以及評估工具，和單位間的合作，創造有制度的環境，並提供長者正向積極的醫院服務。重要關係人（如醫生、管理人員、消費者、教育工作者和研究人員等）確認長者品質照

護和服務的需求與多樣性，並建立架構給 NICHE 會員使用。NICHE 架構有 8 大面向和 40 個標準，其涵蓋指導原則(guiding principles)、組織架構(organizational structures)、領導(designated leadership)、老人醫學教育和培訓(gerontological education/training)、跨部門的協議和做法(interdisciplinary protocols and practices)、以病人和其家庭為中心的實踐(patient and family- centered practices)、物理環境和評估(the physical environment, and evaluation)。NICHE 計畫是以經驗為基礎的自我評估工具，會員每年使用兩次 NICHE 架構來規劃以及追蹤高齡友善醫院的發展狀況和執行進度。研究中收集 176 個樣本進行分析，發現改善的重點在創造增能的物理環境，以及使用一套全面性的品質指標來評估長者的照護情形。NICHE 架構提供一個藍圖，指導不同醫院營造高齡友善的就醫環境。

3. Dr. Herbert Habets：「Adopting the Senior Friendly Hospital Framework in the Netherlands: Caring for Frail Older Patients in the Orbis Medical Centre」

Orbis Medical Centre 位在荷蘭南部的一間醫院，為使老年病患朝向更好的健康結果，因此建構高齡友善醫院架構，也稱作 5-C 模型，分別是物理環境(Construction: the physical environment)、溝通和態度(Communication and Attitude)、指導和家庭：家屬參與照護過程(Coach and Family: family engagement in care processes)、持續照護：入院、出院和過渡(Continuity of care: admission, discharge and transition)、預防併發症(Complication prevention)。該院正積極打造高齡友善的環境，不僅開發創新的物理環境，像是單人病房提供家屬參與和預防謔妄和溝通方面的新選擇，也特別針對高齡長者進行跨科的諮詢團隊評估、篩檢與介入措施和後續照護、制定並且實施出院準備服務的模式等廣泛應用在醫院中。

4. 邱淑媿署長：「Development and Application of a Framework of Age-friendly Health Care in Taiwan」

長者為健康照護最主要的使用者，臺灣政府積極制定高齡友善健康照護機構導入架構，並推動高齡友善健康照護認證，協助健康照護機構提供更適合長者的健康照護服務，以滿足長者的需求和期望。此導入架構結合了 WHO 高齡友善健康照護原則、WHO 健康促進醫院標準，以及加拿大高齡友善醫院原則。導入架構包括管理政策、溝通和服務、照護流程、物理環境四大標準、11 個子標準和 60 個自評項目。截至 2012

年底已有 38 家醫院通過認證，根據委員審查結果顯示，通過認證的醫院在推行高齡友善照護上有很高的高層支持度、很好的高齡友善照護資源分配，以及正向樂觀的未來發展。然而，管理政策和照護流程則是未來須持續改善的加強重點。

		
<p>邱淑媿署長介紹臺灣推動高齡友善健康照護策略與成果，並分享目前國際推動現況。</p>	<p>左起：邱淑媿署長、荷蘭講者Mr. Herbert Habets、加拿大講者Dr. Belinda Parke、美國講者Dr. Marie Boltz。</p>	<p>工作坊出席情形踴躍</p>

三、6月25日

(一) 上午09:50-10:30 Keynote Lecture 「Active Ageing: A Policy for All Ages?」

Prof. Alan Walker, Director of the New Dynamics of Ageing Program (UK)演講主題為活躍老化，其倡議在個生命歷程中維持身體功能的重要性，即使每個老人間存在個體差異，但皆可透過身體活動來降低疾病風險，一個70歲老人有54%的機率可以活到90歲，但下列情形會讓活到90歲的機率降低，包含：靜態生活，降至44%；高血壓，降至36%；肥胖，降至26%；吸菸，降至22%；若同時有三種情形（靜態生活、肥胖、糖尿病），則機率降至14%；同時有五種情形（靜態生活、肥胖、高血壓、糖尿病、吸菸），則活到90歲的機率只剩4%。

要活得長壽又健康，需滿足下列條件：

- 1.預防：生活型態（教育、知識、機會、誘因），公共衛生及醫療照護。
- 2.支持性環境：建築、交通、教育；工作條件、文化、運動、安全及義肢（物理輔助及科技）。
- 3.降低失能的介入措施。

活躍老化應為完整的政策，目的在擴大參與及福祉，並應落實在三層次，包含個體(生命歷程角度)、組織(管理角度)及社會(政策層次)。包含下列意涵：

- 1.挑戰老化
- 2.老化管理

- 3.克服不平等（健康、飲食、醫療可近性、收入、居住環境、社會參與）
- 4.生命歷程的健康促進
- 5.以心理衛生及福祉為目標
- 6.活躍的公民及社會參與
- 7.將資源重分配，由治療到預防
- 8.加強社會照護及支持（例如：透過電話）
- 9.居家照護的活動
- 10.親子活動，例如騎腳踏車、散步、游泳
- 11.政策設計提高各年齡層的可近性

活躍老化策略的原則包含：

- 1.心理與生理活動都要對福祉有益
- 2.以生命歷程的視角，維護並重新獲取心理與生理健康
- 3.強調初級與次級預防
- 4.運用所有政策槓桿，包含上下游
- 5.需包含各年齡層
- 6.認知到老化的不平等
- 7.具性別意識
- 8.賦權
- 9.尊重文化差異性

其提醒，活躍老化政策的挑戰有二：一為完整周延(考量年齡、活動及政策)，且為包容的( Bottom-up及Top-down)，才能預防人口老化的負面效應。另一挑戰則為須著重於生命歷程的預防保健，並包含高齡化的新願景，以大幅增進晚年生活的福祉，延長健康餘命。

活躍老化的研究應透過生命歷程角度，包含下列面向：健康老化(active ageing)、家庭與社區(family and community)、生物老年學(bio-gerontology)、老化的不平等(unequal ageing)、社會保障(social protection)、包容與社會參與(inclusion and social participation)、心理資本(mental capital)。

(二) 上午10:50-12:20 Presidential Symposium「Governmental Responses to Global ageing: Lessons from Six Nation」，主持人為Prof. Fernando Torres-Gil (USA)，本場因故只有四場演講，茲摘述如下：

1. Prof. Fernando M. TORRES-GIL (Social Welfare and Public Policy, University of California, Los Angeles (UCLA), USA)：「Comprehensive National Policy Planning For Ageing Societies」

世界人口正急速老化中，各國政府已體認到規劃與準備因應高齡化社會的迫切需求，並正以各種不同的方式，以符合長者的需求，以下各國將提供其國家經驗，特別是成功的，失敗的，調整與創新，供大家參

考。在如何回應老年人口複雜的需要及要求，以及逐漸減少的年輕族群。沒有一個國家的解決方案是完美無暇的，但至少可作為各國在因應無可避免的高齡化趨勢下，政策規劃的靈感。

2. Prof. Sara CARMEL (Center for Multidisciplinary Research in Aging, Ben-Gurion University of the Negev, Israel)：「Ageing In Israel: Needs, Achievements And Challenges」

2009年以色列總人口760萬，為1955年的4.2倍，但2009年老年人口74萬2000，為1955年的8.7倍，老年人口比率由1948年的4%上升到2001年的9.8%，生育率則由1960-1964年的3.85%，降至2011年的3%。人口學變化與大量移民有關，因為以色列對移民採取open door policy，造成逆選擇，65歲以上老人佔新移民17%，遠高於本國人（9.8%），而65歲以上老人平均餘命亦存在性別差異，男性為18.4年，女性為20.5年，失能人年：男性7.5年，女性10.2年。

以色列所面臨的挑戰為延長其國民健康且獨立有意義的生命，因此訂定在地老化政策，包含：

- 1.社會保障：基本退休金、低收入戶經濟支持、弱勢族群經濟支持
- 2.全民健康保險
- 3.社區長期照護保險
- 4.日間照護機構
- 5.社區支持
- 6.送餐服務
- 7.福利服務
- 8.健康檢查
- 9.志工服務：居家訪視、法律服務、住宅修繕
- 10.復健治療
- 11.機構式長期照護
- 12.護理之家

並在大學及研究所提供教育訓練課程，包含在四所主要醫學院教授老年學，並且將其整合入護理、社工及物理治療學系課程中，醫師畢業後的繼續教育，以及對護理之家主任、護佐及日間照護機構的員工及志工提供訓練課程。

此套系統的優勢為：全民健保、強而有力的家庭支持、以國家力量提供失能者居機照護保險、日間照護網絡、發展良善的衛生及社會服務基礎建設，造就了老人低機構率，全國老人有96%住在社區，只有4%住在機構中。且65歲以上老人在生活各方面的滿意度（家庭95%、鄰居86%、居住環境88%、經濟64%、個人安全75%）皆高於20歲以上人口。

但以色列也面臨挑戰，包括intensive長期照護由不同部門提供，導致資源重置與不連貫，部門間缺乏整合，效率低落，基層照護機構及醫學中心缺乏老年學及老年醫學教育，家庭照護者負擔重，各專科及居家照護人力缺乏，對家庭照護者欠缺支持性的教育訓練課程，居家照護者必修課程亦短缺，這些都是未來要克服的議題。

3. Prof. Noriko TSUKADA (Graduate School of Business, Nihon University, Japan)：「National Responses To The Challenges Of Ageing Society With Declining Fertility Rates: Japan's Current Status」

日本是全球老化最快的國家，2011年老年人口比率已達23.3%，預計在2035年將達到33.4%，其面臨三大挑戰，高額的社會保障費用、高齡者就業問題、長期照護人力缺乏。日本統計退休金、醫療費用、長期照護費用及其他相關費用合計佔GDP比率將由1970年的不到5%，預估2015年將佔28%。日本政府規定企業將退休年齡由60歲提高到65歲，並允許企業有三種作法：超過年齡仍繼續聘僱、聘僱可勝任工作的退休人員、去除退休年齡限制。

因應高齡化社會，政府的基本原則為：

1. 去除對長者的傳統刻板印象
2. 鞏固社會安全體系，以確保晚年生活品質
3. 運用長者的智慧
4. 強化地區及社區的力量
5. 實現安全可靠的生活環境
6. 實現跨世代團結

日本預估，15-64歲工作人口在2025年將較2007年降低15%，衛生人力降幅為5-13%，但長照人力需求將由每萬人117人提高到212-255人。而長照訓練機構之產能在2011年僅有19,908人，因此日本透過Economic Partnership Agreement(EPA)，引進印尼、菲律賓及越南之長照人力，但有許多問題仍待解決，包括文化及價值觀差異，日文溝通能力等，導致通過證照考試比率低，因此長照人力供應仍有大幅落差。

4. Dr. Gregor RAE (Business Lab, United Kingdom) : 「The United Kingdom: The Policies of Successive Post-War Governments In Legislating, Leveraging and Liberating Resources to Meet the Demands of An Ageing Society 」

英國社會從2010年到2030年將發生下列變化，65歲人口將增加50%，85歲以上人口將增加一倍，會有關節炎、冠狀動脈心臟病、中風的人口將增加50%、患有失智症人口將增加80%，近200萬人。

2012年英國政府推出The Health and Social Care Act 2012，為近年來針對醫療照護（NHS）最大規模的制度重組，旨在減少醫療浪費，透過去除NHS primary care trusts (PCTs) and Strategic Health Authorities (SHAs)，讓600-800億英鎊的價差直接轉入數百個基層照護單位。Dr. Gregor RAE呼籲新建立的系統應該著重人民的福祉，提高可近性，提供更好的資訊供病人做決定，給人們更多自主權，促進不同服務的整合。

其認為目前英國照護體系對老人的服務品質仍不足，無法因應高齡化社會，建議英國政府應讓聘僱政策更彈性，改善退休金政策，整合各專業照護資源，並且中央與地方政府應共同規劃老年人的居住問題，並應針對高齡化社會規劃白皮書。

## 肆、心得與建議

- 一、 高齡化社會的來臨，衝擊政府的各個部門，長者所關心者首重健康，我國推動健康老化，係奠基於世界衛生組織活躍老化的原則，強調以生命歷程的視角，維護並重新獲取心理與生理健康，並積極整合政策上下游，考慮老化也有不平等的問題，同時尊重性別及文化的差異，訂定對身心都有福祉的政策。
- 二、 參與第 20 屆老年學和老年醫學國際研討會，親自體會老化議題的多面向及複雜性，以及各國政府、官方或非官方組織、學術界等對高齡社會所進行的各種研究與發展的策略與推動之成果，不僅健康照護部門必須制訂因應政策，為達到世界衛生組織訂定的活躍老化目標，包括交通運輸部門、教育部門、勞動部門、經濟部門、內政部門、社福部門等皆須有因應配套。而本署於 2010 年開始除推動高齡友善健康照護外，亦推動高齡友善城市，目前 22 縣市首長皆已響應推動，期各地方政府部門於政策規劃時均能考量高齡者的需求，顯見本署重視高齡化所採取之政策係與國際趨勢相符。
- 三、 因臺灣各界努力，我國在 IAGG 保有正式會籍，國內加入 IAGG 會員數有 1550 名，未來若政府、民間組織與學界能戮力同心，應可在此協會發揮更大的影響力，爾後本署將持續與各局處共同加強與民間之伙伴關係，透過參與會議、論文發展、申辦平行會議，促進臺灣之國際參與，展現我國在面對高齡社會的承擔與實力，提升我國公共衛生專業的實質影響力與國際地位。
- 四、 本署在本次 IAGG 大會中與加拿大 University of Alberta 合辦一場工作坊，將我國訂定高齡友善健康照護架構之推動成果與國際分享，獲得廣大迴響，未來將持續在國內招募更多健康照護機構參加高齡友善健康照護機構認證，並朝發展國際適用之高齡友善健康照護架構持續努力，將臺灣認證經驗與其他國家分享。



## 附件

### 一、Smoking Cessation in the Elderly Symposium 議程

Time: 16:00-17:30 (90min), 24<sup>rd</sup> June, 2013

Venue: Auditorium Room 1, Coex, Seoul

Chair: Dr. Shu-Ti Chiou

Time	Program	Speaker
16:00-16:05	Opening Remarks by the Chair	Chair (Dr. Shu-Ti Chiou)
<b>Presentation (60 minutes, 15 min presentation for each part)</b>		
16:05-16:20	Cigarette smoking may not be associated with mortality risk for those older than 75 years: a 20-year prospective cohort study.	<b>Dr. Chih-Cheng Hsu</b> (Director, Institute of Population Health Sciences, National Health Research Institutes, Taiwan.)
16:20-16:35	Smoking and smoking cessation among the elderly in Taiwan.	<b>Dr. Yi-Wen Tsai</b> (Professor, Institute of Health and Welfare Policy, National Yang Ming University, Taiwan.)
16:35-16:50	Smoking cessation in Japanese elderly smokers.	<b>Dr. Yuko Takahashi</b> (Professor, Health Administration Center, Nara Women's University, Japan)
16:50-17:05	Smoking cessation interventions in the elderly.	<b>Dr. Seung-Kwon Myung</b> (Chief, Department of Family Medicine, National Cancer Center, Korea)
17:05-17:25	Discussion	<b>Dr. Shu-Ti Chiou</b>
17:25-17:30	Closing (致紀念品)	<b>Dr. Shu-Ti Chiou</b>

二、The Elder Friendly Hospital: An International Response to the Aging Imperative  
Symposium 議程

Time: 17:50-19:20 (90min), 24<sup>th</sup> June, 2013

Venue: 317B, Coex, Seoul, Korea

Moderator: Dr. Belinda Parke

Time	Program	Speaker
17:50-17:55 (5 min)	Opening Comments	Dr. Belinda Parke
<b>Part I: Presentations (75 min)</b>		
17:55-18:10 (15 min)	Building a National Agenda for Elder Friendly Hospitals in Canada	<b>Dr. Belinda Parke</b> Assistant Professor of Faculty of Nursing, University of Alberta
18:10-18:25 (15 min)	Building Senior-friendly Care Hospitals in the United States: Where Are We and Where Do We Need to Go?	<b>Dr. Marie Boltz</b> Director of Practice Initiatives at the Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University; Associate Director for Research, NICHE
18:25-18:40 (15 min)	Adopting the Senior Friendly Hospital Framework in the Netherlands: Caring for Frail Older Patients in the Orbis Medical Centre	<b>Mr. Herbert Habets</b> Geriatric clinical nurse specialist and nurse researcher of Orbis Medical Centre , Sittard – Geleen / Senior lecturer of Zuyd University, Heerlen, the Netherlands
18:40-18:55 (15 min)	Development and Application of a Framework of Age-friendly Health Care in Taiwan	<b>Dr. Shu-Ti Chiou</b> Director General, Bureau of Health Promotion, DOH, Taiwan / Chair of the Task Force on Health Promoting Hospitals and Age-friendly Health Care
18:55-19:05 (10 min)	Introduction to the Task Force on Health Promoting Hospitals and Age-friendly Health Care	
<b>Part II: Discussion, question and answer period (15 min)</b>		