

出國報告(出國類別：考察)

史國醫護人員糖尿病技能培訓計畫

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院

姓名職稱：余忠仁 院長

黃崧溪 國際長

范綱志 主任

劉敏芝 醫師

林岳欣 營養師

李岱貞 管理師

楊書瑜 護理師

派赴國家：史瓦帝尼

出國期間：2024.11.30-12.9

報告日期：2025.2.5

摘要

本院自 2024 年至 2027 年執行「史瓦帝尼代謝性慢性病防治體系強化計畫」，與史瓦帝尼衛生部、財團法人國際合作發展基金會合作，投入史瓦帝尼慢性病防治。本院在計畫中肩負人員訓練、短期醫事人員駐紮、跨科別考察等項目。今年度本院已完成兩梯次史國種子教師訓練，本次考察任務主要目的為訪視計畫合作之醫療機構慢性病門診運作、計畫執行之社區篩檢模式、基層民眾生活與飲食狀況調查，參與種子教師開設之駐地訓練班，並與相關國際非營利組織交流史國慢性病防治推動現況，藉以評估計畫執行情形、規劃後續計畫改善。

此行拜會史瓦帝尼衛生部及六間計畫合作醫療院所、參與代訓種子人員返國開設的駐地訓練班、地方廣播電台等，並就最新發布的史國慢性病流行病學統計資料，與史國衛生部及國合會駐地團隊共同討論慢性病計畫研究與史國慢性病政策推動方針。

任務發現史國於慢性非傳染性疾病遇到的挑戰包括：政策層面－人力與藥物短缺、HbA1c 檢測及數據管理不足、管理層支持有限、數據整合及政策執行需改進等；醫療場域－軟硬體層面－眼底攝影和足部檢查推行困難、人力配置與醫師對於慢性病處置熟悉度不足、營養師與衛教資源有限等問題。

未來建議從不同層面調整，政策端包括授權護理師開立長效處方、醫療資訊系統慢性病模組增設 HbA1c 欄位、推動示範中心、營造健康環境、持續 STEPS 數據分析等；醫療人員則可加強護理師技能、醫師訓練，加強飲食介入培訓、高脂血症訓練、開發衛教材料等。

根據考察結果，本院將配合計畫推展，持續投入史國 STEPS 以及醫療資訊系統 CMIS 之數據分析；同時鼓勵種子教師以及本院短駐醫事人員積極辦理機構內在職培訓與相關議題之工作坊，以便將慢性病防治知能推展給更多醫療提供者；在種子講師訓練課程中加強飲食教育和眼底攝影技能；通過研討會或地方訓練課程延伸醫師的慢性非傳染性疾病照護訓練；促進創建新衛教素材，推廣健康生活方式。本院將與國合會合作持續對計畫內容進行調整與優化，期望建構在地醫護人員能力，使史國慢性病治療發展具備永續性，符合永續發展目標(SDGs) 3「確保及促進各年齡層健康生活與福祉」的推動。

目 錄

壹、前言-----	P.1
貳、考察目的-----	P.2
參、行前準備及過程-----	P.2
肆、考察成果及心得-----	P.6
伍、計畫建議-----	P.16
陸、結語-----	P.17

壹、前言

2024 年開始至 2027 年，國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院(以下簡稱本院)與財團法人國際合作發展基金會(以下簡稱國合會)、史瓦帝尼王國衛生部合作，執行「史瓦帝尼代謝性慢性病防治能力建構計畫」(以下簡稱史慢計畫)，如圖 1 計劃架構之分工，共同投入於史瓦帝尼代謝性慢性病防治。

本院在計劃中協助 14 位史國護理師培訓、4 位史國健康促進員訓練官培訓，並且於計劃期間每年派遣跨科別考察團至當地進行訪視評估與進行進階教育，同時參與慢性病相關研究資料分析，作為對於史國慢性病政策調整建議基礎；此外本院每年派醫護人員至史瓦帝尼短駐 12 週，輔導代訓種子人員返國執行駐地訓練班課程，並輔導合作醫療機構慢性病門診設立。

國合會聘僱駐地計畫經理於史瓦帝尼執行計畫項目，並由駐地團隊偕同代訓種子人員辦理駐地訓練班、設備採購、組織社區篩檢隊、辦理社區宣傳活動。

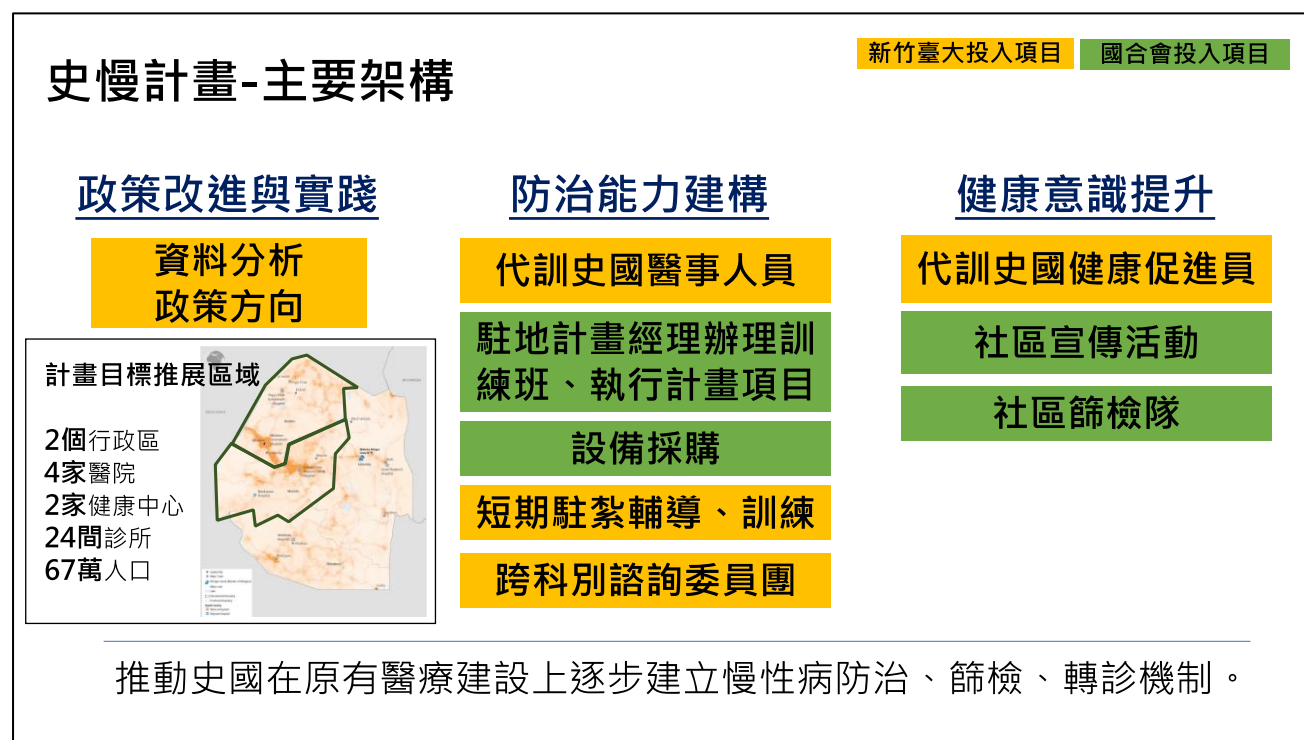


圖 2. 史慢計畫之主要架構。

2024 年為計劃執行首年，3 至 5 月及 6 至 7 月本院已分別完成兩梯次、共 12 位史瓦帝尼種子教師的代訓。代訓課程長度橫跨 1.5 個月至 2 個月，包含高血壓、慢性病之基礎照護能力建構、

案例討論、照護場域見習、教師能力培訓、衛教宣傳能力培養等不同領域之培訓，本院動員超過 60 位講師投入，來自新代科、家醫科、藥劑部、營養室、復健部、護理部等科別，依照史瓦帝尼需求提供完整的課堂訓練。

貳、考察目的

延續本院今年計畫執行進展，此次考察旨在瞭解代訓種子教師返國後於其服務之醫療機構進行機構內訓練、駐地訓練班開辦情形，並邀集不同科別之專家至現場了解史國慢性病防治現況、目前計畫與其餘國際組織合作模式、社區篩檢隊及衛教推廣情形及觀察當地民眾的生活與飲食習慣。以下條列此次考察目的：

- 一、訪視計畫合作醫療機構，瞭解目前史國三種層級醫療機構內慢性病照護服務情形。
- 二、訪視計畫社區篩檢活動，瞭解計畫辦理社篩模式。
- 三、訪視史國社區，瞭解基層民眾生活與飲食情形。
- 四、參與社區衛教推廣訓練班，瞭解計畫辦理訓練班情形。
- 五、與史國衛生部，柯林頓健康倡議組織，以及其他計畫合作夥伴交流，瞭解各組織推動慢性病防治相關計畫現況。

參、行前準備及過程

一、行前準備以確認計畫架構

此次考察任務延伸於計劃第一年本院執行目標，包含上半年的代訓種子教師、社區篩檢內容建議修正、史國慢性病相關政策研究。在考察任務進行前，本院即針對考察目的以及考察團各專家擅長領域，邀請團員預先準備關於本院慢性病照護模式及教育社區臨床人員模式與此行拜訪之機構分享；並多次與駐地召開會議，釐清計畫執行現況，包含駐地訓練班執行情形、合作醫療機構慢性病門診開設情形，據此預先初擬下一梯課程訓練調整方向以及此行觀察重點。

同時因應 113 年 11 月中旬史瓦帝尼衛生部次長訪台行程，其於訪視過程強調增加史國營養師人數、加強史國護理師衛教訓練等計畫調整建議，本院團隊亦協請相關領域團員準備相關考察要點以及台灣經驗。

此外，因應榮邦計畫需求，本院亦事前調查本院合作開發之台灣智慧醫療生技產品導入史瓦帝尼應用之可能性與建置需求；同時確認史瓦帝尼醫療系統對於智慧醫療之需求，綜上作為此行評估智慧醫療產品切入評估。

二、行程概要及說明

日期	任務
11/30(六)	搭機離台
12/1(日)	抵達史國
12/2(一)	1. 拜會衛生部次長，簡報任務目的。 2. 與 MGH 院方座談，參訪 MGH 門診、洗腎中心、醫檢室(圖 3)。 3. 與史國衛生部次長會面 4. 返回計畫辦公室，由楊經理簡報計畫進度及任務行程說明(圖 4)
12/3(二)	1. 與 Piggs Peak 院方座談，參訪慢性病門診、洗腎中心、醫檢室(圖 5) 2. 與 Dvokolwako Health Center 院方座談並參訪門診與醫檢中心(圖 6)
12/4(三)	1. 參訪 Bhudla Clinic(圖 7) 2. 與 RFM 院方座談，參訪慢性病門診、洗腎中心、醫檢室(圖 8) 3. 在 Gables 商場訪視社篩隊工作狀況(圖 9) 4. 參訪 Lobamba Clinic(圖 10)
12/5(四)	1. 拜會柯林頓健康倡議組織(CHAI)(圖 11) 2. 參與社區衛教推廣訓練班結訓(圖 12) 3. 與 RHM 人員會合，前往擇定社區參訪，瞭解當地偏鄉民眾生活與健康狀況(圖 13)。
12/6(五)	1. 院長及隨行人員赴 Manzini 廣播電台參與 VOC，講大概 5-10 分鐘介紹醫院、參與合作目的以及慢性病防治的重要性，搭配主持人史語翻譯(圖 14)。 2. 向衛生部報告考察結論(圖 15) 3. 向大使報告考察結論(圖 16)
12/7(六)~12/8(日)	搭機離史
12/9(一)	抵達桃園機場



圖 3. MGH 院方座談合影



圖 4. 計畫辦公室簡報計畫進度及任務行程說明



圖 5.參訪 Piggs Peak Hospital



圖 6.參訪 Dvokolwako Health Center



圖 7.參訪 Bhudla Clinic



圖 8.與 RFM 院方座談合影



圖 9.在 Gables 商場訪視社篩隊工作狀況



圖 10.參訪 Lobamba Clinic



圖 11.拜會柯林頓健康倡議組織(CHAD)



圖 12.參與社區衛教推廣訓練班結訓



圖 13.社區參訪，瞭解當地偏鄉民眾生活與健康狀況



圖 14.院長赴 Manzini 廣播電台參與 VOC



圖 15.致史國衛生部向衛生部報告考察結論

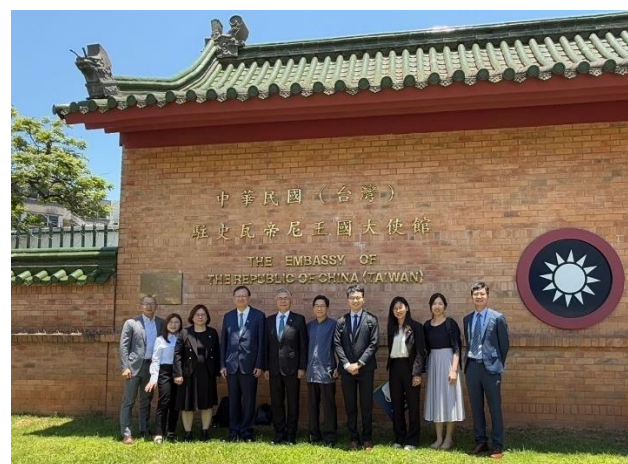


圖 16.至大使館向大使報告考察結論

肆、考察成果及心得

茲將調查結果分為以下五個面向進行分析：整體慢性非傳染性疾病服務、慢性非傳染性疾病個案管理、人力資源能力建構、生活型態、數據與政策，並對於史國提出相應的調整建議。

一、整體慢性非傳染性疾病服務

(一) 史國慢性病門診就醫流程

綜合本院考察之數間設有慢性病門診之合作醫療機構，史國慢性病門診就醫流程(圖 17)：

1. 機構大門報到並篩檢：HIV、TB、Covid 19 等
2. 機構內櫃檯註冊(圖 18)、繳費
3. 機構入口(圖 19)或檢查室(圖 20)測量身體數值(測量身高、體重、血壓、視需要測量血糖及 HbA1C(圖 21))
4. 護理師諮詢室，由護理師進行初步看診
5. 視醫囑需要至檢驗室、檢查室完成醫囑
6. 返回護理師諮詢室看報告，完成看診
7. 若有醫師，視需要至醫師諮詢室進行諮詢看診
8. 若有醫療機構配有營養師，醫師視需要轉介，至營養師辦公室進行諮詢與衛教
9. 返回註冊室完成看診，視需要繳費

10. 視需要至藥局、藥庫(圖 22)領藥

(二) 合作醫療機構新設慢性病門診

考察發現幾乎所有拜訪的合作醫療機構，在本計畫的支持下都設有慢性非傳染性疾病門診，並且在六個指定機構中納入了即時一站式 HbA1c 檢測作為糖尿病照護的一部分。部分機構開始發展品質指標概念，持續彙整院內慢性非傳染性疾病相關數據、定期召開會議來檢討並據此調整慢性病門診流程與照護標準。

(三) 慢性病門診的挑戰

然而，慢性病門診的運作仍面臨挑戰，主要受限於人力和藥物短缺，另外部分醫療機構的管理層對慢性病照護的支持較為有限。在部分合作醫院如 Mbabane Government Hospital 裡，已受訓之護理師僅被授權開立 7 天的慢性病藥物處方，致使無法延長控制穩定病人回診時間，導致用藥不規律或是門診病人數上升；或是如 Lobamba Clinic 等診所，雖有醫師開立藥物，醫療院所卻沒有藥品及衛材庫存可發予病人。另也發現 RFM 醫院的 HbA1c 新獲贈的一站式檢測設備疑似因室內溫度高而經常故障。

(四) 史國醫療資訊系統挑戰

現行史國採用的醫療資訊系統—CMIS 是以模組形式應用於不同門診，在考察當中發現對於糖尿病控制極為重要的指標—HbA1c 數值，並未建置於慢性病模組中，慢性病門診的醫護人員無法登錄或據此判讀糖尿病控制情形。該欄位僅放置在實驗室模組，並且系統設計無法輕易新增或刪除欄位，導致病人若須檢測，需要額外開立醫囑再由檢驗科填寫數據，增加了資料處理的時間成本。

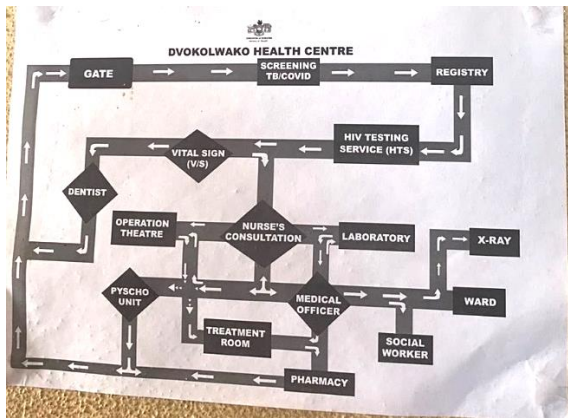


圖 17 Dvokolwako 健康中心 patient flow



圖 18 Lobamba 診所註冊報到處



圖 19 Dvokolwako 健康中心入口測量身體數值



圖 20 MGH 檢查室測量身體數值



圖 21 Dvokolwako 健康中心辦公室進行 Hba1C 測量



圖 22 Bhudla 診所藥庫藥品擺放及記錄

二、慢性病個案管理

史國衛生部設計有慢性病手冊(小黃本)作為糖尿病個案管理工具，病人就診時帶著，由護理人員協助登錄檢驗數值，若有健康促進員家訪，亦可記載相關數字以便長期追蹤，目前導入至各醫療機構使用(圖 23)，然而在此次考察中發現，不同醫療機構採行不同做法。部分醫療機構因為醫療資訊系統—CMIS 的導入而減少使用小黃本，致使病人手中的小黃本難以持續紀錄；部分機構則是大多使用小黃本，CMIS 的紀錄則不齊全(圖 24)。

此外如 RFM、MGH 等機構已經制定了單絲檢測和足部護理規範，調整動線，在有限的就診空間為慢性病人進行足部篩檢及護理；同時也有部分醫療機構足部檢查尚未常態化。

在合作醫療機構中，本計劃駐地經理持續推廣導入國合會與柯林頓健康倡議基金會共同開發之短信系統(SMS)，與史國電信公司合作建立短信預約提醒機制(圖 25)，在就診前一日發出簡訊提醒患者隔日就診，增加慢性病人回診率。

去年度柯林頓健康倡議基金會捐贈本計畫六間合作醫療機構各一手持式眼底鏡(圖 26)，希望改善慢性病人眼病變追蹤情形，並且提供本院訓練之種子教師眼底鏡影像攝影操作培訓。然而，此次考察結果發現眼底攝影機的使用和眼底圖像解讀仍面臨挑戰，並未完全整合至慢性病個案管理流程，並且缺乏具備判讀能力之醫護人員，導致拍攝的眼底照片未能充分發揮效用。綜上可看出史國的慢性病照護強化仍處於過渡期，許多併發症預防措施尚未完全執行，如定期的足部篩檢、眼底檢查等，導致病患因周邊血管壞死而需要截肢。據此，建議在第三梯代訓課程當中增加眼底攝影判讀相關課程，並且進行眼底攝影、併發症辨認處理等加強訓練。

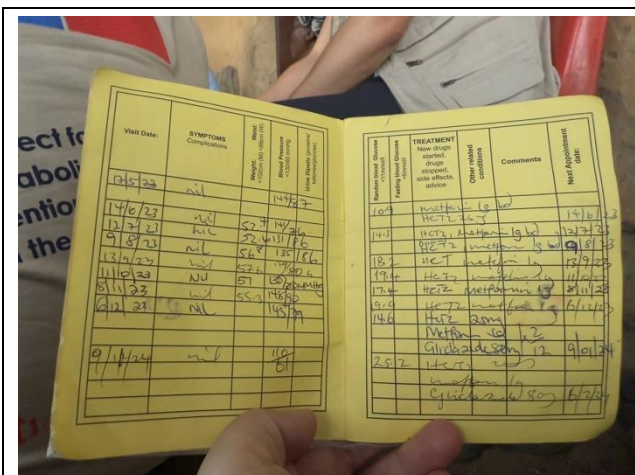


圖 23. 慢性病手冊紀錄每次測量數值及下次回診日期



圖 24. RFM 醫院進行病患看診及資料登打

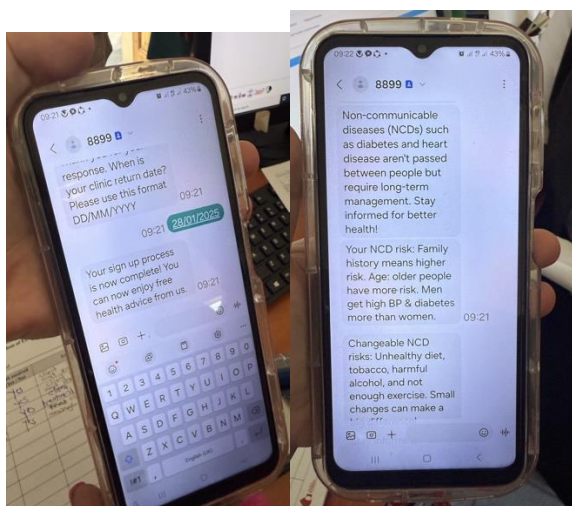


圖 25. Bhudla 診所示範如何透過 SMS 提醒病人回診日期



圖 26. 種子教師 Sonto 示範操作眼底鏡攝影

三、人力資源建構

(一) 本院培訓種子學員均已開始投入當地訓練

本院培訓之種子教師不論是護理師或是和健康促進員訓練官，回國後在推動慢性病照護改善方面發均揮積極作用。與國合會駐地團隊合作，截至考察期間，種子教師已辦理 2 梯次護理師駐地訓練班、1 梯次健康促進人員駐地訓練班，並且護理種子人員會在自身工作醫療機構辦理在職培訓，多元管道教授慢性病照護內容，將在台所學複製擴散給更多史國醫療提供人員，建構慢性病照護去中心化基礎。

(二) 護理人力不足 影響慢性病門診運作

史瓦帝尼同樣面臨護理人力不足、醫師人力不足、受訓完成之優良醫護人員學成後轉往外國就業等困境。人力的缺乏造成單一家醫院慢性病門診開診診次受限，又因診次有限、單一診次病人過多等因素，無法妥善書寫及登打病歷、傳送回診提醒簡訊、花時間妥善完成病人就醫紀錄等，造成病人個案資料不齊全(圖 27)。或是病人需等待一整天甚或要到隔天才能就醫，史國交通不便，並有許多低社經地位病人居住於偏遠地區需舟車勞頓來就診，人力資源問題對於慢性病門診的開設與品質具有直接的影響(圖 28)。

(三)公立醫院營養師不足 且缺少共通標準

本次考察的六間醫療院所中，僅有 MGH、Piggspeak 兩間醫院配有營養師(圖 29)，全國營養師不足 10 位。且史國營養師營養觀念參差不齊，目前尚未發展出因地制宜的史國營養照護衛教資料，也並未訂定慢性病人轉介接受營養諮詢之標準，因此營養師對於慢性病人的照顧極為有限。

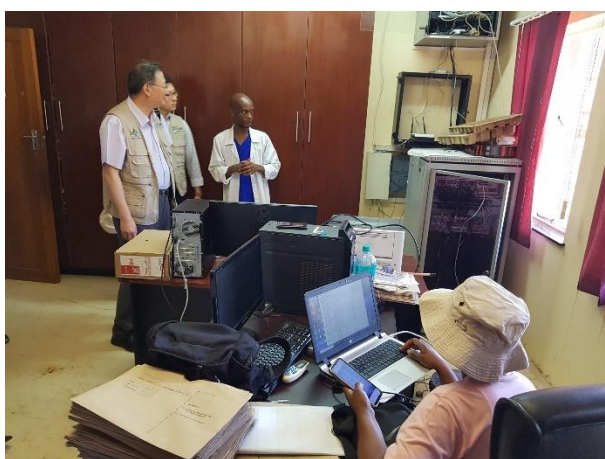


圖 27.Dvokolwako Health Center 資料整理室，右一進行紙本

資料登打



圖 28. Lombamba clinic 病患於走廊等候看診或檢查

 圖 29. Piggsspeak 醫院唯一一位營養師與團員交流，並由林岳欣營養師送上食物模型卡片幫助衛教進行	 Piggsspeak Hospital 具有史國少數可執行雷射治療之眼科醫師 (右二)
---	---

四、飲食型態

(一)整體飲食環境蔬菜量不足、精製糖與鈉攝取過多

史瓦帝尼國家位處高地，全國有相當比例地形為山地，素有非洲小瑞士之稱。飲食型態除了傳統飲食，也有不少西化的餐廳。社會結構差異甚大、貧富不均，大多數民眾生活於貧窮線以下，平時活動方式以步行為主，汽車、腳踏車、機車等均無法負擔。

此次本團團員林岳欣營養師於各參訪機構，均會主動參訪膳食廚房以及觀察營養師衛教場域。她觀察史國部分醫療機構提供之膳食蔬菜量不足(圖 30、31)，另外並非全部機構都有中央廚房，部分機構之供餐外包給團膳廠商提供。

不僅是醫療機構內，蔬菜水果攝取不足之問題普遍存在於史國社會環境中，並依據不同社會階層而有不同的肇因。史國有平價的非洲傳統蔬菜，但是民眾普遍認為傳統蔬菜是餵食動物使用，而非食材；超市內販售有進口蔬菜，如：高麗菜、萵苣、菠菜等，對一般民眾價格偏高，購買者少。

考察中並發現史國普遍有精製糖攝取過多之問題，正餐通常都會搭配含糖飲料，且餐間有喝茶習慣，亦會加入很多糖調味；另外民眾會購買或自製玉米粉飲料，作為能量來源。

同時因常吃加工食品，例如香腸、培根、吐司麵包等，經常喝軟性飲料以及日常飲食調味偏重，因此也面臨鈉攝取過多的狀況。

史國民眾經濟條件佳者每日可有三餐，其中組成高糖高油食物較多，蛋白質比例亦偏多，蛋白質來源主要為雞肉、牛肉或少量海鮮，此外白領階層通常有較大的工作壓力以及長工時，運動習慣與機會相對必須走路通勤的中低收入族群更少；而社經地位較低之民眾生活條件較為困難，家中沒有冰箱且交通不便利，生鮮食材保存不便，正餐以澱粉為主，如玉米粉、馬鈴薯、米飯或是吐司麵包，有收入時會優先採買澱粉、肉類及含糖飲料；從社福或 NGO 機構贈送的救濟品亦通常是米或是玉米粉。

本次考察發現史國公眾對健康生活方式的認識有限，且營養衛教材料仍不足。雖有 WHO 出版之衛教單張，但應依據民眾需求給予因地制宜之衛教素材，並須注意不同經濟狀況族群有不同的生活型態，因此針對不同群體，衛教內容需要更具個別性。

(二)貧困家庭訪視情形

此次考察團跟隨健康促進員深入首都附近貧窮村落進行家訪(圖 32)，史國因為部族文化，非首度地區尚有家族領地分封情形，此個案家居住於山坡地，有一座紅磚泥土搭建之建築物，屋內雖有電線電燈，但並沒有通電；屋外有一棵大樹，可供三到四台車停放之黃土空地，旁邊有鄰居種植玉米作為經濟作物。

個案為 55 歲罹患糖尿病的奶奶，家中成員共有 5 人，包括個案與 3 名成年孩子(1 男 2 女)、1 名嬰兒共同生活。家中婦女均無經濟能力，主要經濟來源為兒子 1 人。訪視時，健康促進員帶著慢性病的衛教宣傳文案到訪，依照內容逐步給予血糖控制、飲食的衛教，並且針對足部健康情況給予檢視與建議。可見個案家中一廳二室，空曠幾乎無家具，也沒有冰箱，桌面上只可見糖一罐及已開封的玉米澱粉一袋(圖 33)，並有數個臉盆放置於地上，每隔幾天會打水至家中洗澡。

廚房位在屋外，以地上柴燒爐火為中心，四周搭建鐵皮而成。個案家中整日燉煮一鍋澱粉，分兩至三餐吃；若有錢，才偶爾購買蔬菜進食。土壤條件應可種植蔬菜自給自足，但灌溉水源不完備。



圖 30. RFM 醫院的員工餐廳菜色



圖 31. 健康中心的病人餐菜色



圖 32. 社區訪視個案的山上的家外觀，路途遙遠與顛簸，
周圍被田地包圍



圖 33. 社區訪視個案家中桌上只放有玉米澱粉和糖

五、數據與政策

慢性病治療指引政策層面，此次考察發現史國衛生部已經制定了慢性病指導方針，但心血管疾病的管理尚未與慢性病照護原則充分整合。此外由於藥物以及檢測耗材的供應鏈並不穩定，導致醫療院所通常並未能在有需求時及時為病人進行血脂檢測，而 Statin 類藥物的使用仍然有限。

在病人統計數據蒐集處理層面，雖然前述第一點第四項提到 CMIS 醫療資訊系統在慢性病門診應用須先解決部份問題，包括 HbA1c 欄位調整、與病人慢性病手冊(小黃本)之間的數據連

動等，始可發揮更大效用；史國仍然致力於推廣 CMIS 系統功能，近期並與美方資源合作，預計進行系統的更新；考察時發現部分醫療機構已有 NCD treatment Dashboard，透過連動於本身資料庫的儀表板，可幫助機構快速了解個案管理狀況，其中 Bhudla Clinic 診所已開始定期以儀表板審視作為診所管理政策輔助工具。

同時，本計畫亦設立社區篩檢站，一週五天的時間至民眾聚集熱點如商場、大型公司行號等邀集民眾進行慢性病相關篩檢。在訓練完備的志工協助之下，加上可以免費檢測血壓血糖等誘因，2024 年已搜集超過 3800 份樣本，後續將持續搜集並作為本計畫相關研究使用。

此外考察時間遇上 2024 年 STEPS 調查結果公布，本團團員內分泌新陳代謝科范綱志主任前往參與，該調查是世界衛生組織制定之非傳染性疾病風險因子監測逐步方法 (STEPS)，用於收集、分析和傳播各國主要非傳染性疾病風險因素的數據，史國 2024 年 STEPS 調查結果還需進行二次分析，以便轉化為衛生政策調整制定依據。

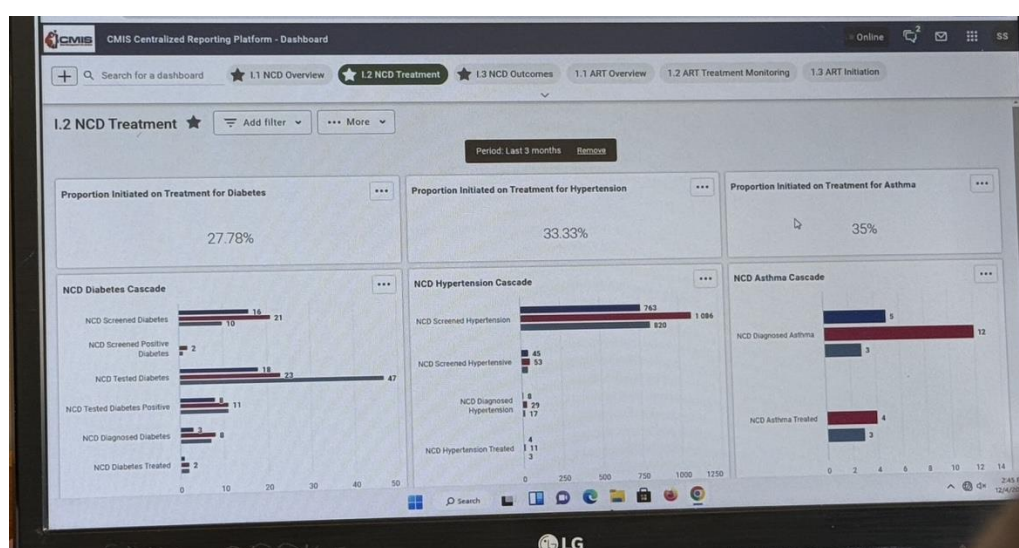


圖 CMIS NCD 的 Dashboard

等教育訓練。

本院醫護人員在短期駐地期間，將進行慢性非傳染性疾病相關知識與技能的提升訓練，包括納入更多個案管理及團隊照護的觀念、特殊群體的共病相關知能培養、心血管疾病預防觀念（含高脂血症的診斷與治療）、眼底攝影機的使用及影像解讀技巧，以及營養介入方面的訓練，輔導當地醫師更新對於慢性非傳染性疾病及全人照護的認識與提升敏感度。

三、持續協助發展衛教相關工具、推動公共健康識能

建議本計畫與史國衛生部持續合作，推出因地制宜、因族群而異之衛教單張、影音、廣播稿等，可建置在候診區，使民眾可於候診時接受衛教，或沈浸於衛教環境，彌補人力不足的困境。

目前台灣農業部主導之友計劃臺灣非洲蔬菜倡議(TAVI)已推動餐車計畫下鄉推廣傳統蔬菜，並出版食譜教導史國民眾料理傳統蔬菜或是給予民眾蔬菜種籽，鼓勵自行種植，以提升民眾的蔬菜攝取量。

為了創造更健康的環境，建議史國衛生部推動健康倡議，例如公立學校及公家醫院不提供含糖飲料等，並在學校加強均衡飲食的健康教育，主動提供健康環境，給予民眾健康選擇。

四、慢性病防治相關政策整合 提供更多資源

建議加強各項指引、照護政策的協調與推進，尤其是心血管疾病與慢性病照護的整合，並提升公共衛生的資源配置。同時針對 CMIS 系統進行優化，調整慢性非傳染性疾病（NCD）模組，新增 HbA1c 欄位；並且投入 STEPS 數據二次分析，以提供更有針對性的數據支持。

陸、結語

建構慢性病防治體系需長期耕耘，短期內難以顯現成效，但計畫的啟動便是一個好的開始。

史國過去於慢性病防治領域較少外來資源投入，本計畫旨在提升慢性病檢驗的覆蓋率，並訓練第一線醫療人員在代謝性慢性病的診治能力。同時，將加強社區健康促進員對代謝性慢性病的識能，透過篩檢和衛教活動，期望提高民眾對此類疾病的認知。最終目標是實現「預防勝於治療」，促使當地社會在慢性病防治方面邁出穩健的步伐，為未來的健康照護系統奠定堅實基礎。

經由此次考察，本院對史慢計畫及國合會執行計畫的現況有了更深入的了解。在此基礎上，我們將加強下一梯次種子教師人員的訓練，確保第一線人員能夠在當地有效推動慢性病照護工作。同時，本院將派駐醫護人員於史國持續進行評估，根據不同科別需要進行介入，確保計劃的順利進行。

此外，我們也將配合國合會駐地經理加強應用於當地新的衛教材料設計，推動健康生活方式的普及教育，期待針對不同社會群體提供有效的健康衛教資訊。為了進一步優化慢性病管理，我們將深入分析 STEPS 和 CMIS 數據，評估現有資料的實際應用，並根據分析結果進行相應的調整與改進。未來，本院將持續投入資源，推動史國慢性病照護計畫，期望能提高當地居民的健康水準，並實現健康照護系統的可持續發展。