

講師	簡介	課程	摘要
Prof. R. Sean Morrison	Professor and Chair, Department of Geriatrics and Palliative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai Director, National Palliative Care Research Center, USA	Building a Geriatric-Palliative Care Model for a Super-Aged Society	In 2022, for the first time since humans lived on the Island of Taiwan, the number of persons over the age of 65 years became greater than those under the age of 21. Older adults in Taiwan now account for over 20% of the population. In the United States, this shift is projected in 2030. For most people, the years after the age of 65 are a time of good health, independence, and integration of a life's work and experience. Eventually, most adults will have one or more chronic illnesses with which they will live for years before they die. These years are often characterized by physical and psychological distress, progressive functional dependence and frailty, and increased needs for family and external support. Studies suggest that medical care for patients with serious and advanced illnesses is characterized by the undertreatment of symptoms, conflict about who should make decisions about the patient's care, impairments in caregivers' physical and psychological health, and depletion of family resources. Palliative care offers a solution to low value care for older adults with serious illness and studies have consistently shown that palliative care both improves quality and reduces costs. This talk will review the evidence for the value of palliative care and discuss how palliative care can be scaled and integrated into existing health care infrastructures.

講師	簡介	課程	摘要
Prof. Jun Miyashita	Professor, Department of General Medicine, Satellite for Teaching And Research (STAR), Fukushima Medical University, Fukushima, Japan	Enhancing Advance Care Planning in a Super-Aged Society: From Individual Decisions to Relational, Team-Based, and Routine Practice	Japan is the world's most aged society and has responded to rapid population ageing through the Community-Based Integrated Care System, which aims to help older adults remain in their familiar communities until the end of life. As end-of-life care increasingly shifts beyond hospitals, the challenge is no longer only where people die, but how their values can be understood and reflected across care settings. This keynote examines how advance care planning (ACP) should be reframed for super-aged societies. In Japan, ACP takes place in a context of strong family involvement, indirect communication, and increasing numbers of older adults living with frailty, dementia, multimorbidity, or social isolation. In this context, relational autonomy provides an important conceptual foundation for culturally adapted ACP. The presentation will also consider how ACP can move from individual conversations to team-based and routine practice. Asian implementation examples will illustrate culturally adapted approaches, multidisciplinary collaboration, and system-level support. Particular attention will be given to feasible, low-burden strategies for eliciting and sharing patient values in everyday care, including an ongoing implementation framework for multidisciplinary case conferences. The keynote proposes that ACP should move beyond the prediction and documentation of future treatment preferences toward relational, team-based, and routinely embedded practices that support care aligned with what matters most to patients.

講師	簡介	課程	摘要
蔡兆勳院長	臺大醫院金山分院院長 台灣老年學暨老年醫學會理事長	從健康老化到善終照護：臺灣老年醫學與安寧緩和療護整合的實踐與願景	隨著臺灣正式邁入超高齡社會，高齡者多重慢性病、衰弱、失能、認知障礙及嚴重疾病的照護需求快速增加，醫療照護模式亦由以疾病治療為中心，逐漸轉向以功能維持、生活品質及個人價值為核心的全人照護。老人醫學與安寧緩和療護雖起源不同，卻同樣強調以病人為中心、跨專業合作、共享決策及提升生命品質，兩者的整合已成為高齡社會健康照護發展的重要方向。 從生命歷程（Life Course）與照護連續性（Continuity of care）的觀點，探討如何建構從健康老化、衰弱預防、完整老人評估（Comprehensive Geriatric Assessment, CGA）、慢性病整合照護、嚴重疾病照護（Serious Illness Care）、預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP），到安寧緩和療護及善終照護的整合模式，實現兼顧健康促進、疾病照護與生命尊嚴的全程照護。 回顧臺灣老人醫學與安寧緩和療護的重要發展歷程，包括老人醫學專科制度、完整老人評估、衰弱照護、高齡友善醫療、居家醫療、社區整合照護、安寧緩和醫療、病人自主權利法及預立醫療照護諮商等制度與政策的推動。分享臺灣在醫療、長照與社區照護整合方面的在地經驗，並與國際老年緩和醫療發展趨勢相互對話。 「Taiwan Integrated Geriatric Palliative Care Model」是台灣發展老年照顧的願景，應以跨專業團隊合作、醫療與長照整合、社區支持網絡及智慧醫療科技為基礎，建立從健康老化到善終照護的完整照護體系，讓每一位長者都能活得健康、病得有尊嚴、善終有品質，並為超高齡社會提供兼具實證基礎與人文關懷的臺灣經驗。

講師	簡介	課程	摘要
Prof. Jun Hamano	Associate Professor, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Hospital Professor / Clinical Professor, University of Tsukuba Hospital	New Evidence for Prophylactic Naldemedine : From OIC Prevention to the Potential for OINV Management	鴉片類藥物被廣泛使用於癌症中度及嚴重疼痛治療，然而其使用也伴隨許多副作用，其中以鴉片類藥物誘發性便秘（Opioid-induced constipation, OIC）最為常見，且幾乎不會產生耐受性。目前臨床上治療 OIC 主要使用傳統緩瀉劑，但緩瀉劑並無法針對鴉片類藥物作用引起便秘的根本原因。適秘效（naldemedine）為台灣目前唯一上市的末梢性 μ 型鴉片類受體拮抗劑（Peripherally Acting μ -Opioid Receptor Antagonists, PAMORA），能專一阻斷鴉片類藥物在胃腸道的作用，針對疾病根本原因治療。癌症 OIC 病患使用 naldemedine 治療兩週後，自發排便即有顯著改善，且不影響鴉片類藥物止痛效果或造成戒斷症候群，不良事件則為輕度且短暫。 最新臨床研究更顯示，在癌症疼痛患者開始規律口服強效鴉片類藥物時，預防性投與 naldemedine 不僅能顯著降低 OIC 的發生率，亦可緩解鴉片類藥物誘發之噁心與嘔吐（opioid-induced nausea and vomiting, OINV），展現獨特的雙重臨床價值。 全新機轉的 naldemedine 提供癌症患者一個安全、僅需每日一次口服的新治療選擇，能同時改善 OIC 並預防 OINV，提升患者依從性與癌症疼痛整體管理品質。

講師	簡介	課程	摘要
連加恩董事長	宏基智醫股份有限公司董事長 國立陽明交通大學兼任助理教授	智慧醫療在超高齡社會之應用	台灣與全球諸多國家已正式邁入「超高齡社會」，高齡化帶來的多重慢性病、失能風險以及醫療人力短缺，正對傳統醫療體系帶來前所未有的考驗。面對這項結構性挑戰，如何透過前瞻科技打造具備「系統級影響力」的健康照護模式，已成為當代醫療轉型的關鍵課題。 本場演講將由連加恩醫師主講，結合其過去在西非與南非推動國際醫療外交、人道援助，以及擔任疾管署防疫醫師的豐富公衛實務經驗。連醫師將從跨國界資源匱乏環境的洞察出發，分享如何將「以人為本」的公共衛生思維，轉化為推動數位醫療轉型的戰略視野。 演講核心將聚焦於 AI 技術如何賦能高齡照護與預防醫學。以宏基智醫（Acer Medical）在智慧醫療領域的落實經驗為例，探討如何運用 AI 輔助診斷軟體（如眼底篩檢、骨質疏鬆風險評估等）進行早期精準篩檢，將臨床見解（Clinical Insight）標準化與規模化。透過 AI 工具的輔助，不僅能大幅提升診斷效率與照護流程，更能有效將醫療資源下沉至社區與基層，減輕醫療體系負擔，落實普惠醫療。從國際外交見解到在地高齡實務，本演講將為建構更具韌性、包容性且永續的超高齡健康照護模式，提供宏觀且具體的操作藍圖。

講師	簡介	課程	摘要
陳如意主任	高雄榮民總醫院家庭醫學部主治醫師	末期衰弱老人的安寧共同照護預後分析	台灣高齡化速度居全球前列，2025 年已邁入超高齡社會。隨著失能與慢性病人口急遽成長，照護壓力沉重引發諸多「長照悲歌」之社會議題，使末期老人的善終品質與照護轉銜需求受到高度重視。由於高齡善終意識抬頭，「斷食善終」的倫理與法律爭議也備受討論。該作法在臨床實務上存在非自主決定之「被善終」疑慮，且目前在法律與倫理上仍屬灰色地帶。與依據《病人自主權利法》保障病人自主並回歸自然病程的自然善終存在本質上的差異。 為保障高齡長者生命末期尊嚴，健保署自民國 111 年起將「末期衰弱老人」納入安寧療護給付對象；並於 114 年擴大預立醫療照護諮商之健保給付，針對符合特定臨床條件者（如 65 歲以上重大傷病、輕度失智或居家醫療整合個案）提供給付，期能早期啟動善終對話。 依據南部某醫學中心分析 2023 至 2025 年共 1,257 例接受安寧共照之非癌末期病人數據，老衰組死亡風險顯著低於其他非癌組，且功能狀態（PPS）較佳者死亡風險亦較低，存活出院率顯著高於其他非癌組（42.1%對 28.5%，$p<.001$）。 末期衰弱老人多具複雜共病與社經背景。雖然病人及家屬多期待安寧療護是生命終站，但因其存活出院率仍高，安寧團隊未來除致力於末期決策促進與早期辨識外，更應積極與長期照顧、在宅醫療團隊合作，為存活出院者妥善規劃連續性的未來照護方案。
黃馨葆主任	中山醫學大學附設醫院家庭暨社區醫學部主治醫師 中山醫學大學醫學系醫學人文科主任	AI 在緩和醫療的教育實踐與未竟之需	AI 正在改變醫療，但它是否也能幫助我們成為更好的醫療者？緩和醫療所面對的溝通、同理、倫理與價值抉擇，往往無法只靠知識傳授而習得。本演講將從 AI 帶來的教育轉變出發，結合 MEDIALOGUE 的實踐，思考如何運用科技創造更多練習、回饋與反思的可能；同時追問更重要的問題：AI 所促成的學習，能否真正轉化為臨床能力與更好的照護？在超高齡社會中，我們需要的不只是更聰明的科技，而是更有能力理解人、陪伴人的醫療者。

講師	簡介	課程	摘要
蔡甫昌教授	臺大醫學院醫學教育暨生醫倫理學科暨研究所教授	衰弱長者末期照護之倫理議題~探討永久植物人與微小意識狀態病人之終止水分與營養	當前台灣社會逐漸步入高齡化，與長期照護及生命末期相關之倫理法律問題受到重視。過去安寧緩和醫療運動與相關立法之推進，使得我國在死亡與臨終品質國際調查報告中，有不錯的名次表現。然而有關安樂死與醫助死亡的立法訴求卻不曾間斷，引起相關立法單位與主管機關之關注。本演講探討現行我國法律制度下，做為國民於面臨生命末期時可能選擇之各種選項、並進行分析，包括法律所許可之三種情境，包括：(一)依據安寧緩和醫療於生命末期時拒絕維生醫療；(二)依據病人自主權利法藉由「預立醫療決定」於五種法定醫療情境下拒絕維持生命治療與人工營養及水分；(三)具充分決定能力者選擇自主停止飲食(VSED)。以及法律上尚未許可之兩種情境，包括：(一)安樂死與醫師協助死亡；(二)未被判定為末期之植物人於無意願表達，也未獲法院許可下，被終止維生醫療與人工營養。 本演講將聚焦探討我國末期病人照護之未竟之需之二：永久植物人與微小意識狀態病人終止水分與營養之倫理議題，分析西方經典案例、以及我國可能採取之方向。

講師	簡介	課程	摘要
吳建誼醫師	高雄醫學大學附設中和紀念醫院家庭醫學科主治醫師	Hydration at the End of Life：從臨床倫理困境到實務決策	人工水分補充（artificial hydration, AH）是安寧緩和療護中最具爭議的臨床議題之一。生命末期癌症病人常因疾病進展而無法經口攝取足夠水分與營養，現有研究亦顯示，人工水分通常無法延長病人存活、顯著改善臨床症狀或提升生活品質，過度輸液甚至可能增加水腫、胸腹水及呼吸道分泌物等不良影響。然而，在東亞文化脈絡下，人工水分往往被病人及家屬視為照顧、關懷與「不放棄治療」的重要象徵，因此臨床人員經常面臨實證醫學、倫理原則、文化價值與家庭期待之間的兩難，使人工水分補充成為生命末期照護中最具挑戰性的決策之一。 講者以自身近年發表的三項研究成果為主軸，從實證醫學逐步延伸至臨床倫理與決策實務。首先，透過前瞻性研究探討人工水分補充對末期癌症病人存活、症狀改善及善終品質（quality of dying）的影響，提出臨終照護應超越單純延長生命，更應重視善終品質。其次，介紹台、日、韓跨國 EASED 研究成果，發現每日約 250–499 mL 人工水分補充與較佳善終品質具有顯著相關，提供臨床上「並非愈多愈好，也非完全不給」的重要實證依據。最後，分享全國性安寧專科醫師調查結果，說明醫師對人工水分補充並非僅有「持續」或「停止」的二元選擇，而是依病情、預後、病人自主、善行、不傷害、文化因素及家庭情感等多重倫理面向，形成情境依賴且具彈性的決策模式。 藉由整合最新研究證據、倫理分析與臨床案例討論，引導與會者重新思考人工水分補充於生命末期照護中的角色，建立兼顧實證醫學、倫理原則、文化敏感度與共享決策（shared decision-making）的臨床實務架構，協助醫療人員在複雜的臨床情境中，做出更符合病人最佳利益與價值的照護決策。

講師	簡介	課程	摘要
陳炳仁副教授	高雄醫學大學附設中和紀念醫院家庭醫學科/老年醫學科主治醫師 高雄醫學大學醫學系副教授	安寧緩和療護第四波運動的政策願景：從專科服務到公共衛生安寧	台灣安寧緩和療護歷經三十餘年的發展，已逐步建立安寧病房、共同照護、居家安寧、健保給付與病人自主等制度。然而，面對超高齡社會中的多重共病、失智、衰弱及長期疾病軌跡，現行以末期診斷、預後判斷與專科轉介為核心的模式，仍可能使許多正在受苦的病人與家庭未被及時看見。第四波運動所追求的，不只是擴充既有安寧服務，而是從「以疾病與死亡為中心」轉向「以人的受苦與價值為中心」，並從專科服務走向跨專業、跨場域及社區共同承擔的公共衛生安寧。 本演講將從社區與居家照護現場出發，探討如何將政策願景轉化為可實踐的照護路徑，包括及早辨識嚴重健康相關受苦、建立一般緩和照護與專科安寧的分層共照、強化醫院、基層、居家醫療、長照機構與社區資源間的連結，並透過共享資訊與品質監測，減少疾病、地區及社會處境所造成的照護不平等。 公共衛生安寧並非以社區取代專業，而是由專科團隊處理複雜受苦並提供後援、一般照護團隊具備基本緩和能力和社區網絡回應陪伴與生活支持，共同建立能看見需求、支持照顧者並維持照護連續性的社區生態系，使善終成為每個社區都具備的公共能力。

講師	簡介	課程	摘要
朱為民主任	臺中榮民總醫院家庭醫學部家庭醫學科主任	安寧緩和醫療在非癌末期病人的使用：台灣與國際實證	隨著人口高齡化與慢性疾病盛行，非癌末期病人（如心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、失智症、末期腎臟病、肝硬化及神經退化性疾病）已逐漸成為安寧緩和醫療的重要照護對象。然而，相較於癌症病人，非癌病人因疾病軌跡較難預測、轉介時機不明確、醫療人員認知不足及照護制度限制等因素，接受安寧緩和醫療的比例仍偏低，導致生命末期常伴隨過度侵入性治療、反覆住院及照護品質不佳等問題。 本演講將回顧近年國際重要研究及臨床指引，包括世界衛生組織（WHO）、歐洲安寧緩和醫學會（EAPC）及美國相關學會的最新建議，說明安寧緩和醫療已由癌症照護逐步擴展至各類非癌慢性疾病，並強調早期介入、症狀控制、預立醫療照護規劃（Advance Care Planning, ACP）、跨專業團隊合作及照護轉銜的重要性。大量研究已證實，及早導入安寧緩和醫療可改善症狀負擔、提升病人與家屬生活品質、降低照顧者壓力，並減少急診就醫、加護病房入住及無效醫療的發生。 此外，本演講將分享台灣近年的實證研究成果，包括健保資料庫及醫學中心研究，探討不同非癌疾病接受安寧共同照護或安寧住院照護後，對醫療利用、侵入性處置、住院天數、醫療費用及善終品質的影響。亦將介紹臺灣《病人自主權利法》與安寧療護制度推動後，如何促進預立醫療決定及以病人價值為核心的照護模式，並分析目前仍面臨的挑戰，如轉介時機、醫療資源分布不均、醫療人員教育及民眾認知不足等議題。 最後，本演講將展望未來非癌安寧緩和醫療的發展方向，包括結合在宅醫療、Hospital at Home、遠距醫療及社區整合照護模式，建立跨醫院、社區與居家的連續性照護體系，讓更多非癌末期病人能及早獲得符合需求的全人照護，提升生命末期照護品質，實現以病人及家庭為中心的健康照護目標。

講師	簡介	課程	摘要
謝宛婷主任	孚璐緩和美學中心社長 奇美醫院家庭醫學部 顧問醫師	安寧緩和療護第四波運動的社區實踐：推動具文化適切性的安寧緩和照護	台灣安寧緩和療護的第四波運動的核心主張，是打破安寧照護僅限於大型醫院的框架，將安寧緩和的精神全面植入社區與家庭環境。透過整合在地診所、居家照護團隊、社區長照據點與在地文化資產網絡，建立起在地支持體系，讓重症與臨終病人能在熟悉的社區環境中，尊嚴且平靜地渡過生命最後階段。 具文化適切性的安寧緩和照護旨在打破醫療標準化模型，將個人的文化背景、信仰脈絡、家庭結構與在地價值融入臨終照顧中，核心能力包括：Cultural Humility & Self-Awareness, Cultural Competence, 從個體轉向關係來引導跨文化對話，資訊告知與疾病理解的文化解釋等。同時善用社群與系統契合度，如靈性與在地資源的整合、靈性與禮俗的在地化並將之納入照護計畫，且在醫療場域或居家營造符合文化習慣的環境。也必須培養跨專業與社區夥伴關係，結合在地長者、宗教領袖、社區志工與文化翻譯員，橋接醫療體系與在地居民之間的信任鴻溝，營造文化安全環境。如此方能確保醫療照護不脫離病人的生命脈絡，使「好死（Good Death）」的定義回歸在地人本身的文化價值。透過推動具文化適切性的安寧緩和照護，我們能建構出兼具專業品質與在地溫度的社區照護網，實踐真正尊嚴、安詳的在地老死願景。

講師	簡介	課程	摘要
張曉婷主任	臺北榮民總醫院家庭醫學部家庭醫學科主任 國立陽明交通大學醫學院醫學系家庭醫學科兼任副教授	長照機構線上安寧緩和教育成效與安寧緩和照護品質	長期照護機構住民常罹患多重慢性病，欠缺完全獨立自我照顧之能力。而因為多重慢性病的影響，身體機能整體狀況逐漸退化，也可能因為急性疾病需住院治療，產生漸漸退化的趨勢。我國已於 114 年底成為超高齡社會，面對社會人口高齡化，失能人口的增加，長期照護需求隨之增加，長期照護機構中照護人員的訓練與照護品質的提昇，以維繫照護品質，瞭解機構住民的需求以提升住民的生活品質、生命末期照護品質，更是刻不容緩。本團隊發展長照機構專業工作人員安寧緩和照護基礎教育、衛教資料與測驗題，進行長照機構專業工作人員安寧緩和照護基礎教育訓練，並以測驗題進行教育前後之比較，後續並評估機構住民之安寧緩和照護需求，調查機構對於有安寧緩和醫療照護需求住民之安寧照護與轉介情形，並分析機構住民安寧緩和照護之相關因子，以及比較接受安寧照護以及一般照護之照護品質。結果顯示接受線上教育後，知識總分從 96.8 ± 6.1 顯著提高至 98.6 ± 4.5 ($p < 0.001$)。工作人員在《安寧緩和醫療條例》相關知識（校正後 $p < 0.001$）及終末期疾病常見症狀相關知識（校正後 $p < 0.001$）方面均表現出顯著進步。進一步分析顯示，此線上教育訓練項目在性別、職業、教育程度、工作年資或宗教信仰等不同群體間的成效並無顯著差異，顯示可運用於不同職類與背景之工作人員。機構住民最常見的 serious health-related suffering 相關病症包括失智症（53.3%）、動脈粥狀硬化性疾病（42.9%）和心血管疾病（41.9%）。71.4%機構住民呈現嚴重衰弱（CFS 評分 7-8 分）。整體而言，87.6%入住者符合中央健保署安寧療護納入標準；然而，與非癌症病人相比，癌症患者接受安寧療護的可能性顯著較高。此外，接受安寧療護的機構住民在多項症狀控制與以家庭為中心的支持指標上顯著較佳。