

**2018 年第十九屆「ICN 亞洲護理人力論壇」暨
第十五屆「亞洲護理學會聯盟」會議報告**

**The Report on
the 19th ICN Asia Workforce Forum (AWFF) &
15th Alliance of Asian Nurses Association (AANA)**



**台灣護理學會
王秀紅理事長、黃璉華副理事長
江惠英常務理事、朱宗藍理事
陳淑芬秘書長
2018.11.15-17**

壹、前言

國際護理協會(International Council of Nurses, ICN)第19屆「亞洲護理人力論壇」(ICN Asia Workforce Forum, AWFF)與第15屆「亞洲護理學會聯盟會議」(Alliance of Asian Nurses Association, AANA)先後於11月15日—17日期間，由香港護理學院(College of Nursing, Hong Kong, 以下簡稱CNHK)承辦，並於香港護理學院會館舉行。本會王秀紅理事長與黃璉華副理事長為本會正式代表，江惠英常務理事、朱宗藍理事及陳淑芬秘書長擔任觀察員，一行5人出席會議。ICN出席代表為護理與衛生政策主任Howard Catton，以及由本會推薦、外交部補助赴日內瓦ICN總部實習的謝曉燕博士(安南醫院護理部副主任)。此外，澳洲雪梨科技大學世界衛生組織合作中心兼任教授、醫療保健人力資源及政策研究專家Professor James Buchan亦共同出席。此次會議出席國家包括臺灣、中國、香港、日本、韓國、澳門、馬來西亞、菲律賓、新加坡及泰國共10個國家理事長與30多位代表與會。

「ICN 亞洲護理人力論壇」自2000年起每年舉行，由亞洲各會員國輪流主辦，此次由ICN與香港護理學院(CNHK)負責辦理，Howard Catton與CNHK理事長Ellen Ku聯合主持。會議開始首先由Howard Catton致歡迎詞，請各國代表一一自我介紹，並特別提到明年6月27日-7月1日於新加坡舉行的ICN護理大會，感謝ICN理事黃璉華教授協助此次大會投稿論文摘要審查事宜，同時肯定與感謝台灣護理學會薦送謝曉燕博士至ICN總部見習；另也轉達正在非洲參加會議而未能親臨的ICN執行長Dr. Isabelle Skinner對各國的問候和心意。此屆論壇主題包括：「護理人力未來挑戰」、「護理人員留任-主要問題與成功策略」、「基層健康照護、全民健康覆蓋與護理人力」及「病人安全與ICN最新政策發展及立場」。議程中也特別邀請WHO全球健康照護人力顧問James Buchan教授演講，主題：Human Resource for Global Health: An Overview。各國就上述主題提出報告，從中分享亞洲各國護理人力現況發展與全球健康政策脈動，從政策面、經濟面、社會面探究護理專業的影響力，更重要的是全球各區域的護理學會(National Nurses Association)應策略性地執行2018-2020 Nursing Now活動，護理領導人善用媒體例如：專欄記者、社群傳媒平台，將護理議題與民眾健康散播於大眾，同時參與政策與政治，共同努力一致發聲。

由於AWFF及AANA會議每年定期舉行，與會代表均彼此熟稔、交流熱絡，因此會議過程相當順利，大大地提升本會在亞洲地區的國際聲望。茲分別將兩項會議重點摘述如下。

貳、亞洲護理人力論壇AWFF

此次會議主題有：ICN最新活動訊息、各國環境檢視報告、各國護理人力簡報、WHO全球護理人力資料、護理人員留任策略、全民健康覆蓋、基層健康照護與護理人力，以及病人安全與ICN最新策略發展，最後再形成本次論壇公報等。

一、 ICN最新活動訊息

Howard Catton首先依據WHO針對2019-2023全球健康議題草案(Global Health Priorities Draft)提到三大任務與六大主軸，其任務是促進健康、維護全球安全、幫助易受傷害族群；六大主軸分別為全民健康覆蓋(UHC)、永續發展目標(SDGs)、公共衛生與健康風險、人道與

災難、聯合國健康人力資源高階委員會、整合性及以人為中心照護。其中欲達成全民健康覆蓋之重要因素，包括有效的健康照護系統、足夠且有能力的健康照護人力、可負擔的健康照護系統及服務、可近的健康服務及以解決影響健康之社會因素為導向的健康政策。

當今護理專業需更加關注這六大主軸，且與SDGs目標3(確保健康及促進各年齡層的福祉)、4(確保有教無類、公平以及高品質的教育，及提倡終身學習)、8(促進包容且永續的經濟成長，達到全面且有生產力的就業，讓每一個人都有一份好工作)、10(減少國內及國家間不平等)及16(促進和平且包容的社會，以落實永續發展)產生關聯，護理專業形象與價值要在全民健康覆蓋上成功地被突顯出來，而這也是實現全民健康覆蓋的關鍵因素。他特別提到2週前在世界衛生組織看到一張海報，內容左邊是“Universal Health Coverage, Everyone, Everywhere”，右邊則是以護理師為主要人物之照片，彰顯護理師在實現全民健康覆蓋之重要角色。

聯合國在SDGs目標中致力於非傳染性疾病(NCD)管理，至2030應可達成，現任聯合國秘書長更是極力呼籲各個會員國以國家層級執行，以達到全民健康覆蓋目標。護理師在NCD防治上扮演重要角色，許多工作皆由護理師主導。2018年國際護師節(IND)主題“Nurses: A voice to lead; Health is a human right”，他分享IND收錄的案例，例如美國沃爾瑪護理診所(Walmart Care Clinics)、澳洲「成果健康 (Outcome Health)」中心(提供民眾專業的心理衛生服務)。說明由護理師主導(Nurse-lead)提供的健康服務，可以提升健康照護可近性，且民眾花費更低，但成效更佳。

WHO護理最高長官(Chief Nursing Officer, CNO)與ICN共同表述基層保健照護(Primary health care)應強化增加健康照護人力，支持創新的疾病預防與照護模式，讓健康專業人員發揮其執業範疇，致力預防和管理非傳染性疾病(NCDs)；護理在健康促進、健康識能、NCDs管理和預防上扮演重要的角色，因為護理提供高品質、具成本效益的健康照護，例如：澳洲的電訪護理提供心理衛生照護，非洲的利馬國家建構社區護理，提供村民基層健康照護服務等。WHO最新修訂的基層保健照護宣言(Alma Ata Declaration)已經在三週前出爐了。

氣候變遷及全球暖化導致世界各地遭受洪水、颶風侵襲，環境改變對健康之影響(呼吸及心血管疾病、傳染病、營養不良、受傷或死亡、遷徙、心理疾病)也是ICN所關切的議題，今年特別提出立場聲明。

護理在人口遷徙與人道危機(難民)衍生的健康問題上扮演代言者的角色，為「健康是人權」發聲，護理重視人類尊嚴、社會正義，唯一缺乏的是政治性領導和勇氣。

ICN更以主動角色參與保護健康專業人員免遭暴力，執行的做法有：

1. 參與「危險中的醫療保健倡議活動 (Health Care in Danger Initiative, HCID)」。
2. 出面譴責對健康專業人員的暴力，特別是敘利亞和其他國家。
3. 補助對於增進人道與人類權利，健康安全守護的夥伴。
4. 主導國際性有關醫療暴力與衝突委員會與學術性會議。
5. 提出國際護師節主題「Nurses: A voice to lead」達成永續發展目標。

ICN也再次審視更新護理倫理守則(Code of Ethics for Nurses；2012版)，更新範圍與下述有關：護理責任和當責、跨文化工作、護理代言者的責任、維持中立與工作環境的任務、護理在社會正義相關議題的角色、護理在維持永續發展目標的角色、在大眾網路平台上的健康訊息、與資訊科技相關議題、社會期待及增加護理在基因健康領域的角色。

全球健康照護人力需求推估，以2013為基點至2030年，除了非洲地區照護人力增加45%

，全球各區皆呈現人力不足的困境，特別是西太平洋地區缺乏高達64%，東南亞地區32%、美洲地區17%。另以每千人口護理助產密度比為指標，全球護理助產低密度區域也是母嬰死亡率高的地區，此以非洲與中南美洲地區屬之，這兩個皆是WHO重要指標。

ICN收集2006-2016亞洲地區護理薪資資料發現，此期間執業護理人員(醫療機構與社區)的起薪逐年上升，至2013年開始醫療機構護理人員起薪高出社區護理人員，然而到2016年二者薪資卻出現下滑的現象，ICN將繼續收集資料並了解薪資的趨勢和問題，作為WHO與WHA全球健康照護人力策略的參考，請各國NNA與自己國家的衛生福利部門合作，確實了解他們提供給WHO的護理薪酬、人力數據正確性。

護理人力配置(Nurse staffing)攸關病人及護理人員安全，例如病人死亡率、藥物錯誤率、院內感染率、病人跌倒、急救成功率；護理人員的工作壓力、缺勤率、留任及疲潰等。這些涉及病人和護理人員安全的事件等同金錢價值，護理人力配置的意涵就是金錢！故此，ICN提出以實證為基礎的護理人力配置立場聲明書，此聲明書是根據25篇實證文獻與專家編修而成的，強調重點有病人安全、優質照護及病人成果，運用及時性資料作為實證工具和系統，重視護理人員健康與安適，並強調護理最高長官之位階應等同於機構高層主管職位，不能以護理助理員取代護理師等。

日前，ICN代表也出席第71屆世界衛生大會(WHA)會議，會中為全球護理發聲並針對9項議題提供相關措施：

- WHO's 第13次工作計畫案 (2019-2023)
- 公共衛生整備與應變
- 健康、環境與氣候變遷
- 籌畫NCDs防治第三次高階會議
- 籌畫終止結核病高階會議
- 身體健康活動
- 婦女、兒童及青少年健康全球性策略(2016-2030)：兒童早期發展
- 風濕熱和風濕性心臟病
- 全球疫苗行動計畫

最後，Nursing Now Campaign 是ICN最感驕傲的一件事，年初邀請到劍橋公爵夫人-凱特王妃一起聲援支持，此活動是要改變社區民眾、領導人、政府對護理專業的看法，活動目的有1.增進護理影響力和發展護理領導力；2.提出護理具效益影響力的實證；3.支持護理專業是提供婦女賦能的途徑；4.展現護理在各項政策的影響力。幾週之前在WHO日內瓦總部，由WHO General Director- Dr. Tedros Ghebreyesus、ICN與Nursing Now Campaign共同簽署備忘錄，支持與促進護理專業，Dr. Tedros承諾強化護理專業，這對全球護理專業是一個重要的里程碑，護理專業是健康照護系統的骨幹，社區信賴我們依賴我們，這個備忘錄會讓護理被更多人聽到，知道護理工作的重要性。目前已經有60多國國家加入Nursing Now Campaign活動，期待有更多國家加入；WHO將2020訂為護理年“The Year of Nurses”，若是如此我們需要盡早做準備。台灣護理學會在Nursing Now Campaign活動上早已啟動，在2020年會有相當豐碩的成果，密切掌握ICN與WHA的訊息，策略性、計畫性把台灣護理實力展現在國際舞台上！

二、 各國環境檢視報告

依照議程，各國以5分鐘簡報最新護理人力現況，報告內容摘要簡述如下表。

國家	護理人力現況
中華護理學會 CNA	● 政府於2016年推行2個孩子家庭計畫，對護理人力造成衝擊，生產率(數)增加，公立醫院產兒科病床及護理人力需求激增，加上護理人員產假，使得護理人力缺口增大。2016年每千人口護理人員是2.74人，遠低於美英的9.82和10.3。 ● 擴展護理執業範疇至社區衛生和基層醫療，居家訪視護理普遍在各地區推行，訪視護理人員的安全問題、交通意外令人擔心；此外居家護理服務的環境不似醫療機構，增加感染危險性、急救設備藥物不完備、醫療照護團隊合作性較差，另因護理人員無法久留病人家中，故影響後續病情觀察。 ● 2017年護理人員數是380萬名，2020年將增加至445萬名；2018年6月，因著建造「健康中國」目標而提出「促進護理改革發展指引公告(Notice on the Guiding Opinions on Promoting the Reform and Development of the Nursing Service)」，護理專業發展因循生命歷程提供護理服務，包括老人護理、急慢性醫療、安寧療護等，加速護理服務轉型和發展，提供足夠護理人力以切合健康需求。 ● 護理薪酬平均是偏低的，調升的速度緩慢，在所有健康專業人員薪酬排序上是第7-9位。薪酬結構並不合理，基本薪資低，薪資收入主要來自績效與獎金，且年資津貼更低。 ● 專科學位護理人員已提升到62.5%，大學以上14.6%，離職率與台灣、香港等其他國家相當。 ● 加強護理輔助人力/助理訓練，以充實照護人力，並將建立法源制度與標準化管理系統，需在護理人員監督下執行非專業性病人照顧工作。
日本護理學會 JNA	● 依據JNA 2017年調查報告，有52.8%受訪者表示於過去一年曾遭受到職場暴力與騷擾。故JNA於2018年3月修訂2004年版「護理人員職業衛生和安全指引」，宣達「健康和安全工作環境」行動方針，於JNA網頁上刊登指引內容及海報供下載。 ● 依照2018新通過“Work Style Reform Legislation”，要求雇主須確保護理人員兩班之間有足夠的休息，且須將夜班次數納入勞資協商中。此外，也須落實執行支薪年假、加班時數上限與罰則。 ● 在護理人員留任策略上，JNA呼籲工作生活平衡的重要性，護理人員若能在工作職責、育兒、長期照護、不同工作型態間取得平衡，即能持續保有工作。日本護理師平均年齡43歲，30-40歲護理師離職率已下降，60歲以上佔9%。 ● 目前與政府積極討論議題有：進行長照職場騷擾調查、降低夜班工作負荷、提高長照護理師薪資、兩班間隔11小時、採取三班制、每月夜班數不超過8班。

韓國護理學會 KNA	● 修訂醫療法，包括明訂護理助理員(Nursing Aides)角色和職責以及管理系統；修訂護理人員角色職責，將護理評估與診斷納入臨床判斷的職責；修訂進階護理師的角色。 ● 新進護理師離職仍是個問題，KNA改善策略有建立良性的機構文化與工作環境，增加到職訓練時間。 ● 由於政府正視醫療職場暴力，KNA設置通報專線，提供會員諮詢，辦理相關遏制暴力、霸凌課程；促進醫療法修法。 ● 由於醫師工時法案限縮醫師工時(住院醫師80小時/週)，護理人員工時因而延長，為此，KNA重新檢視護理工作職責和內容，更新護理作業標準。 ● KNA積極倡議制定護理法。
澳門護理學會 NAOM	● 新立法條規定護理畢業生必須完成考試和6個月實習後才能取得執業執照，這對護理人力是一大衝擊。 ● 公立與私立機構護理人員起薪和福利差異甚巨，公立是私立的1.82倍，社區醫療照護體系例如老人院、養護所，護理人員薪資最低，這些機構大都由NGO團體設立，因此普遍有護理人力短缺問題。 ● 目前和政府相關部門溝通議題有：醫療專業人員證照及執登立法、未來5-10年護理專業(專科)發展學程計畫。 ● 現今護理人力挑戰包括吸引新世代投入護理專業、提升正面護理形象；珠港澳大橋開通後，將面臨人口與醫療生態改變的衝擊；在路氹發展的新島嶼醫療中心將於2019年完成，預計增加1100床所需的護理與醫療照護人力。
馬來西亞護理學會 MNA	● 目前護理人員與人口數比為1:309，遠低於ICN建議值1:200，因此護理人力缺乏的困境仍待改善。工作上護理人員參與許多事務，例如品管活動、醫院評鑑及臨床研究，過多的文書作業加重護理人員工作負荷，導致沒有足夠時間照顧病人。 ● 護理人員更新證照需完成每年25學分繼續教育課程。 ● 為解決護理人力困境與低薪酬，提升護理工作滿意度和降低護理人力遷徙現象，目前MNA與政府護理局合作提出計畫書，內容包括護理職涯發展、提升護理專業、優化護理教育及重新定義護理在臨床專科、護理管理與社區服務的角色和工作職責。
菲律賓護理學會PNA	● 2016 RA 10912法案明訂護理人員需接受繼續教育，3年內須至少14學分，每3年換照，此法案亦稱作繼續教育法案(CPD Law)，2017開辦護理人員線上繼續教育學習計畫。 ● 為遏止護理人員外移國外造成國內護理人力短缺困境，政治性遊說改善護理工作環境與薪酬，依據參議院法案(RA 9173)保障私立機構護理人員薪酬底線為15薪級。 ● 關於護理人力遷移研究顯示，目前面臨問題有：全國各區護理人力短缺分佈不均、護理領導與護理角色定位、暴力與病人安全、人力老化等。另一嚴重的問題是缺乏安全公平的工作環境和薪酬、護理形象不

	佳、缺乏獎勵制度，政府衛生部門尚未設立護理最高行政長官等，這些問題都有待努力克服。 ● 菲律賓護理學會繼續為CPD Law 之推行而努力，辦理公聽會，並提出立場聲明書(Position Paper)宣示支持該法案。 ● 接下來會與ICN合作，加入線上繼續教育聯盟系統平台 (World Continuing Education Alliance (ICN-WCEA)，讓護理人員享有繼續教育管道。
新加坡護理學會 SNA	● 至2030年，將有1/4人口是65歲以上的老人，醫療照護人力需求缺口增大，護理人力外移的問題更顯重要，照護系統與健康觀念隨之改變，新的政策是「越過醫院到社區、越過醫療照護到健康、越過品質到價值」。因此，SNA擬定的重點有：促進工作滿意度和工作價值、認同健康照護轉型、強化護理職涯與專業發展。 ● 護理專業致力NCD疾病預防和管理，拓展創新護理照護模式，合格進階護理師開立處方與檢驗，提昇醫療服務品質和效率。 ● 提供具競爭性的工作條件給護理人員，以改善護理人員選擇其他醫療相關的工作，例如個案管理師、醫療業務人員。此外還有工作-生活平衡方案、薪資、工作安全保障等。
台灣護理學會 TWNA	● 2018年提出全日護病比立法(草案)：醫學中心$\leq 1:9$、區域醫院$\leq 1:12$、地區醫院$\leq 1:15$ ● 相較於2012年，2017年護理人員空缺率降低至6.73%，離職率降低至9.98%，約70%護理人員在醫院工作，每年約有6000名人力短缺。 ● 近年來主要的留任策略有正向執業環境與能力進階制度；提供安全工作環境做法，例如全面使用安全針具、明訂醫療暴力為公訴罪。許多醫院將能力進階制度與薪資獎金結合，提升留任率。 ● 政府與護理學會、護理全聯會共同支持Nursing Now Campaign 活動，並且提出口號「護理躍動•政府起動•民眾感動」，並辦理系列性活動。 ● 支持護理參政，TWNA副理事長陳靜敏教授擔任不分區立法委員，為護理專業和民眾健康發聲。
香港護理學院 CNHK	● 目前執登之護理人員分為一般(General RN)有37774人(服務於急性機構)，另有精神科護理人員2780人 (僅接受80小時短期培訓，服務於精神機構)。 ● 由於人口老化、人口稠密以及交通便利，使得香港醫療衛生體系以及護理人力面臨許多挑戰，包括季節性流感、登革熱、移動人口增加使得感染管制負擔加重、新設立2所大學附設醫院使護理人力需求大增、以及護理人力老化。 ● 政府在季節流感期間提供額外經費，補助護理人員超時津貼、聘請兼職或機構護理師(Agency nurse)。 ● CNHK與政府共同致力發展進階專科護理實務(Advanced Specialized Nursing Practice)，並規劃臨床培訓課程，使新進畢業生能具備臨床實務能力。
泰國護理學會	● 政府提供教育經費給公立學校護理科系，讓許多高中畢業生就讀護理

NAT	；由於Skill-mix模式普遍受到認同，因此有很多護理學校開設1年期護理課程，導致護理教師不足，這個問題亟待解決。 ● 私立機構護理人員起薪已調升35%，優於公立機構的薪資。公立機構護理人員多非正式職缺，在工作一年後因仍無法順利轉為正式而離職，面臨人力短缺問題。 ● 最近調查資料顯示護理平均執業年限22.5年，每年有18%護理人員離開護理專業，26%年齡大於50歲且2年內會退休，28%護理人員表示想要離職，由此推估護理人力將短缺30000名。 ● 從許多研究結果綜整研擬的護理人力策略有：公私立機構要明訂護理工作書、管理指引與績效評估指標，護理分級津貼、外語能力津貼、新進3個月教育訓練、E-learning 繼續教育及工作福利等。 ● 未來計畫：爭取合理公平薪資與專業地位、高風險護理工作人員的生命意外保險與福利、護理人員開立處方權之立法。
-----	--

由各國報告的資料可以發現，護理人力短缺的問題仍然存在，人口老化衍生的健康照護需求，對健康照護人力和護理人力有相當大的衝擊，當今護理專業面臨挑戰有人力質量的準備、照護模式改變、工作職場安全、合理公平薪酬及專業職涯發展。雖然台灣並無護理人力外移其他國家的問題，但人口老化、氣候變遷、執業環境及相關法規，在在牽動我們護理專業發展與人力策略。

三、WHO 全球護理人力資料

11/15 下午首先由 Professor James Buchan 演講，主題：「全球健康人力資源之綜觀 (Human Resource for Global Health: An Overview)」。其表示從上午的會議他得到重要訊息，從現在到 2020 年對護理專業及 NNA 都是個很好的機會，透過合作，影響各國或全球重要健康政策議題。他先簡要介紹永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)及全民健康覆蓋(Universal Health Coverage, UHC)、2030 年健康專業人力資源全球策略(Workforce 2030: The WHO Global Strategy on Human Resources for Health)、聯合國健康人力與經濟成長高階委員會 (UN High Level commission on Health Employment and Economic Growth)。

其中永續發展目標 17 個目標中，與護理最直接相關與投入的有目標 3(確保健康及促進各年齡層的福祉)、目標 4(確保有教無類、公平以及高品質的教育，及提倡終身學習)、目標 5(實現性別平等，並賦予婦女權力)、目標 8(促進包容且永續的經濟成長，達到全面且有生產力的就業，讓每一個人都有一份好工作)及目標 10(減少國內及國家間不平等)。

他特別強調運用實證影響政策，以及護理學會如何推動政策發展。其表示從上午各 NNA 的分享，可以看到大家都致力於改變政策或立法。要達到全民健康覆蓋，必須有健康服務系統、健康人力資源、藥品採購及分銷機制、健康資訊系統以及管理。在健康人力資源中，護理師尤為重要，不僅數量要充足，訓練要足夠，且分布要均衡，希望處處都有護理師提供服務。WHO 預估健康專業人力短缺最嚴重的區域是非洲地區(610 萬名)，其次是東南亞地區(470 萬名)。2030 年健康專業人力資源全球策略(Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030)，詳述 WHO 各會員國政策綱要，並提出以下建議：1.優化現有人

力，例如提供持續專業發展(CPD)、保障就業與留任，以加速邁向 UHC 及 SDGs；2.預估 2030 年未來人力需求，並規劃必要之改變，以符合民眾需要(例如人口老化、慢性病增加)，尤其要投資基層健康照護人力，並培訓強化其知能，以面對非傳染性疾病之挑戰；3.強化個人與機構處理健康人力資源政策、規劃與執行之能力(例如遷移及法規)；4.強化健康專業人力相關數據、實證與知識，以支持具成本效益之政策決策，例如建立國家健康專業人力帳戶(National Health Workforce Accounts, NHWA)，透過監測一系列指標來支持實現 UHC 及 SDGs。聯合國健康人力與經濟成長委員會完成一份報告「為健康和經濟成長而努力：投資於健康人力資源(Working for Health and Growth: Investing in the health workforce)」，提供實證，證明健康專業人力是項投資而非成本，投資健康專業人力，可促進民眾健康、經濟成長及性別平等。護理是實現全民健康覆蓋的解決辦法，但護理人力缺乏，必須透過創造工作機會、促進性別平等及婦女賦權、教育培訓、科技運用、財務及資金挹注、夥伴關係與合作、及透過實證知識，顯示護理的價值，運用正向成果與政策決策者對話，引導出雙贏局面。

至於護理學會如何做出改變？首先要了解影響健康專業人力創新方案的促成因子，包括參與政府決策、政治決心、健康專業人員遊說組織、與公民社會(病人團體)合作、永續的資金財源、科技、教育及培訓、有創新者展現影響力等，其中提到科技的確可以使工作更有效率，但不能取代護理人員。健康人力創新方案的成功條件，包括個人或團隊在處理民眾迫切之需要時，先進行小型試辦計畫，展現更多具正向結果之實例後，就能引起注意，逐漸擴大實施範圍；與病人代言者或消費者網絡合作；投資及運用資通科技與社群媒體；支持能在 1 年內就看到成果之護理創新方案；符合國家或地區重視的議題，並展現護理的貢獻；建立國內夥伴關係，尋求外部利害關係人的背書。基層保健照護(Primary Health Care, PHC) 從以往由醫師主導，逐漸移轉至護理師(專科護理師，NP)，有許多國家(例如美國、紐西蘭、澳洲、英國、法國、芬蘭、荷蘭、愛爾蘭等)PHC 專科護理師具有處方權，主要原因是該國護理學會積極倡議推動，運用實證證明 NP 主導之 PHC 具成本效益，且照護成效更好。雖然證據是必要的，但往往不足，還要慎防假新聞(fake news)。我們要了解，政治人物要的是以政策為基礎的實證，而非以實證為基礎的政策(what politicians want is policy based evidence, not evidence based policy)。

NNAs 要做出改變必須做到以下 3 件事：1.護理創新、教育及研究必須能夠連結成本、人力創新以及成果測量，以凸顯護理的價值，不能只談增加人力，而不談成本及照護結果；2.必須有政治敏感度，連結利害關係人及有力人士，以政策為導向，向外參與政策決策；3.積極參與“Nursing Now”活動，並著重以下議題的創新與實證：基層照護團隊與 NCD、以結果為導向的政策、符合民眾健康需求的專業教育、婦女角色與職涯機會，以上不僅要產生更多實證，且要提升資料品質，最後強調 NNAs 要與內外部關係人合作、協調、溝通、傳播及網絡連結。Howard 以“no pressure, no progress”，鼓勵各 NNAs 善用實證，將複雜問題簡單化，以利改變及推動政策。

接著由 Howard 報告“WHO state of the world’s nursing and workforce data”，WHO 將在 2020 年發表全球護理現況報告(The State of the World’s Nursing Report 2020)，主要凸顯護理人力在實現 UHC 及 SDGs 上的貢獻與價值，並提出未來 3-5 年政策發展之重點。ICN 目前積極廣納各國創新案例(case study)，即是展現護理的貢獻對照護成效的影響。此一個全球性護理人力的調查計畫，需要全球 170 多國家透過 WHO 的國家健康照護人力帳戶(National health workforce accounts, NHWA, 系統內容簡介: <https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>)

提供資料，每個國家需要選取一位做為人力帳戶的代表，該名代表將會收到 WHO 所寄發的問卷，並負責完成填寫及繳回 WHO。問卷資料內容包括：基本的護理人口統計、教育程度、於各機構或區域服務人數(例如：社區、城市、鄉鎮)、各護理職位人數(例如：註冊護理師、專科護理師)等數個項目。但在問卷繳交前，須經過政府單位及當地護理學會確認資料正確性。完成資料蒐集後，將會由 Governmental Chief Nursing and Midwifery office network (GCNMO, 單位介紹網頁: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/networks/en/) 統籌，且 WHO 將會委任世界有名的大學來參與計畫分析及報告撰寫。整個計畫預計時程將會於 2019 年上半年蒐集相關資料，下半年分析資料、政策對話及撰寫報告，期望能於明年新加坡舉辦之 ICN 大會上分享報告內容。此次會議結束後的 2-3 週內，將會寄發第一次問卷調查，調查主題為護理領導。

王理事長發言分享學會為呼應 ICN 推動實證為基礎的政策，將於明年補助政策型研究計畫，探討護理人力對經濟及社會的影響力，希望藉由實證引導政策方向，並請教 James 是否有社會學或經濟學方面的指標可供運用？James 表示聯合國健康人力與經濟成長高階委員會的報告，以及 ICN 發展的策略文件或工具書皆可參考，最好能有標準化及定期的指標收集，才能相互比較。

馬來西亞代表表示，由於護理人員在臨床工作上已經處理很多文書作業，這次計畫所收集的資料會不會變相地增加護理人員的工作量？Howard 及 James 回應，此次計畫資料是由政府主管機關提供，並不會請臨床護理人員蒐集。但文書作業導致臨床護理人員工作量增加、延遲下班的現象，可以做深入探討並加以改善，例如：瞭解護理人員每天花多少時間在文書處理上？甚麼類型的文書資料？是誰要收集資料？能否運用科技來改善？透過這些量化的資料來分析這個現象，進而改善這個問題。

四、護理人員留任—關鍵問題與成功策略

首先分別邀請馬來西亞、菲律賓及泰國分享，重點如下：

馬來西亞主要宗教為遜尼派伊斯蘭教(Sunni Islam)，雖然護理人員於健康照顧人力中為最大勞動力來源，但因有女性象徵的護理職業，於國內受到相對壓迫與不自主性，透過一連串的爭取及努力，這個現象有逐漸好轉中，但仍面臨護理人力缺乏。馬來西亞護理人口比率(population ratio)雖從 1:329 提升到現今 1:309，但離 ICN 建議的 1:200 還有一段距離。一般病房護病比為 1:8-10、急重症為 1:1-2、其他高照護需求的病房(High Dependency Unit, HDU)為 1:1-4，有些醫院因不符上述護病比，而出現照護品質不佳的問題。人員的流動率高來自於缺乏認同、工作量大、缺乏設備、臨床自主性受限(limited clinical autonomy)、缺乏護理管理單位的支持及低薪，這樣的環境導致留下來的人員工作量倍增等惡性循環。目前馬來西亞衛生部的護理局(The Nursing Division in the Malaysian Health Ministry) 和馬來西亞護理學會致力於推展 1.護理職涯發展；2.護理進階(Advancement of Nursing)；3.重新定義臨床、行政管理、和社區護理的護理角色；4.優化護理教育。此外，馬來西亞護理學會同時著手建立馬來西亞護理議會，希望藉此機構來制訂護理相關的政策及規範。

菲律賓雖然為全球護理人力第一大供應國，但在國內依舊有人力缺乏的問題，而導致國內部分醫院因為缺乏人力而失能、關掉醫院部分科別、需從其他國家招募護理人力。護理人力缺乏的問題，在鄉間醫院特別嚴重，甚至出現 1 位護理人員照顧 70 名病人的情況。雖然在政策上有明訂工時及護病比，但菲律賓的護理人員依舊遠遠超過法定時數及比率。菲律賓

在教育的銜接上(K to 12, 高中到大學)有段落差。工時長、壓力大、低薪、護病比高及人力外移的困擾，讓菲律賓的護理人力缺乏更加嚴峻。兩年前，透過菲律賓護理學會及其他護理團體的努力使總統簽署提高護理人力薪資的法令，以增加政府機關營運醫院的護理人力。目前菲律賓護理人力 73%為資深年長的，27%為年輕剛畢業的。政府機關營運的醫院護理人員多半為年長、資深且薪資較高，而私人醫院的護理人員多為年輕且不具技術及經驗的，因此薪資較低。菲律賓護理學會將支持推動繼續專業發展(CPD)，期望能夠持續加強且優化國內及全世界護理人力的品質。同時也將透過 Nursing Now 活動，鼓勵護理人員站出來，為專業及政策發聲。

泰國也面臨護理人力短缺問題。目前泰國有 20%護理人員每天工作超過 12 小時，半數以上每週工作超過 56 小時，護理人員工作壓力大到 23%護理人員有睡眠問題，其中有 20%反映處於暴力危險的工作環境；23%護理人員反映沒辦法入眠，其中 10%有服用安眠藥；28.3%護理人員有焦慮症，其中 45%的人反映壓力大、48%有背痛問題。此外，泰國護理人員罹患癌症機率也很高，29%罹患淋巴瘤、22.9%罹患乳癌，因為這些因子，護理人員離開職場。此外，護理人員低薪也造成人力缺乏的主因，泰國護理人員薪資比其他醫療人員還要低，甚至低於其他職類薪資，護理教育者也面臨一樣問題。泰國護理學會持續和政府共同致力擬定人員招募及留任策略，推動正向執業環境(PPE)及護理工作生活平衡(Work Life Balance)計劃，改善護理人員的健康及生活品質，以緩解護理人力缺乏造成之負面影響，例如：清楚的工作指引、提升薪酬、擁有多國語言能力薪資相對提高、增加專業發展機會並提供相關補助(如進修獎學金及研討會費用補助等)、員工免費健康檢查(提供員工家人優惠)、交通上的福利、文化節日活動及補助(如聖誕節晚會、慶生會)、提供繼續教育(e 化學習)、運用資訊科技、新人導師制度(mentorship program)等。

James 於上述國家代表分享後，對於提升留任率提出幾個重點。首先是「為何護理留任這麼重要?」，因為護理師離職會造成醫院更大成本損失(至少好幾個月的薪資)，影響照護品質，增加工作負荷，以及使工作條件變差。其次是，「實證告訴我們那些訊息?」，影響護理師留任的因素是複雜且多面向的，其中組織及個人/人口學因素是最常見的，許多組織因素對護理人員滿意度、離職或留任產生負面影響。接著是「決策者及 NNAs 的挑戰」，如何運用策略減少非必要的離職。最後是「形成策略」，留任策略形成過程包括 1.進行問題診斷分析，了解離職趨勢並做比較，運用問卷、焦點團體及訪談以了解成因，確認出工作環境對護理師的影響，分析病人滿意度、照護品質與成效、及離職造成成本損失的資料，以凸顯離職對組織及病人照護之影響；2.了解護理勞動人力市場環境；3.形成留任策略架構；4.運用組合式政策(policy bundles)以達到最大效果，且能永續推動，特別要清楚了解護理師的工作經驗與動機。

討論時段，泰國代表分享該國針對提早退休或是已退休的護理人員，由地方衛生行政團隊(local administration team)重新聘任為當地醫療照護中心的護理管理人員，這群退休的護理人員並非提供實際醫療照護，而是管理者，可以在社區老人機構，監督管理照服員，或以資深從業人員的經驗提出相關建議與規劃。

對於如何解決學校教育與職場期待的落差，王理事長分享台灣護理 PGYN 制度。泰國則於醫院內部規劃了一個部門「護理教育部(Nursing education department)」，於該部門內有 3-4 位具護理碩士資格的職員，提供新進人員於臨床及心理相關的指導。中國於 2016 年開始一項計畫，畢業生進入職場後，須先完成一個月的課室理論教學，再經過兩年的實務輪訓，

在這段期間給予正職的薪資。

五、基層健康照護、全民健康覆蓋與護理人力

由 Howard 主持，首先分別由中國、日本及新加坡報告各國基層健康照護發展現況，分述如下：

中國基層健康照護於 1950 年開始發展，由赤腳醫生(全科醫師)提供疾病預防與基本醫療服務，並結合中西醫。21 世紀初，中國推動基層健康照護改革，投入龐大經費於基層健康照護，至 2017 年，基層衛生保健機構共有 914832 個，然而健康照護人力不足，基層健康照護服務使用率不高等問題仍待加強。2011-2015 年護理在基層健康照護之發展包括：基層保健機構護理人數達 646000 人，延伸服務範圍從醫院到社區及家庭，試辦長期照護服務，培訓高齡照護專科護理師。該國面臨人口老化、醫療供需不平衡、疾病型態改變、生態環境改變、健康照護不平等(城鄉差距)等問題。基層健康照護資源集中在東邊中間省分。該國 2014 年醫療支出佔 5.5% GDP，政府於 2016 年針對醫療衛生發展提出『健康中國 2030』國家策略，希望在 2050 年完成建立健康的中國，與先進國家並駕齊驅。國家衛生及家庭計畫委員會提出 2016-2020 年基層健康照護之護理專業發展國家策略，包括促進老人照護、加速護理照護之發展、拓展護理照護服務、建立護理輔助團隊以因應護理人力短缺。2018 年國家衛計委與其他部會共同提出「促進護理產業改革與發展指引意見」，目標希望能於 2020 年提升護理服務體系(建立以社區及家庭為基礎的護理服務體系)、大幅增加護理人力團隊(希望基層衛生機構護理人力達 1 百萬)、提升護理服務之取得性(增加健康照護機構)、提升復健、老人、居家、安寧療護之服務量能。

日本面臨人口超高齡化及少子化的問題，65 歲以上人口佔 27.5%，由於老年人口增加(居亞洲之冠)，使失智症病人亦隨之增加。60 歲以上老人獨居比率為 15.5%，與配偶同住佔 35.8%，比鄰近其他國家之比率還高。近年政府將健康照護與長照服務重點從機構轉移到社區，建構以社區為基礎之整合性照護系統，包括醫療服務、長照服務及預防性長照支持及生活支持。護理人員在此系統內除提供醫療照護、服務諮詢與協調外，並作為醫療與長照服務、跨專業間溝通協調之角色，並協助社區民眾活得健康且有尊嚴。日本護理學會於 2015 年發行「護理專業未來之願景」，擘劃日本護理專業之未來發展，以供政府制訂政策之參考，提出護理專業以健康照護及生活品質兩大方面，支持並維護民眾生命、生活及尊嚴，希望民眾能依自己的價值活得健康。由於社區民眾多元化且複雜，護理人員之間與跨專業間均需成為夥伴關係且密切合作。為強化護理專業在社區中之網絡連結，促進以社區為基礎之整合性照護系統之推動，除定期開會、舉辦聯誼活動，並辦理研討會、分享會、工作坊及社區活動。例如 JNA 發起一項試辦計畫，舉辦喚起社區民眾對失智症之覺知(awareness)活動，共有 20 個地方護理學會配合辦理。JNA 致力發展護理專業在社區之重要角色，以協助民眾獲得持續性之照護。日本護理師約 60%在醫院服務，其中 2%擔任居家訪視護理師，日本各縣設有護理站，必須確保社區有足夠護理人力，為了讓醫院護理師順利轉職從事社區護理工作，辦理研習會及居家護理實習課程。JNA 除協助辦理研習會及實習課程，為居家護理所護理師辦理行政主管培訓，並向政府爭取提高社區護理師之薪資福利。Howard 建議 JNA 能將其在基層健康照護上的具體作為與貢獻整理成 case study 與國際分享。

新加坡公共健康照護體系共分 4 類：1.基層照護：20%是聯合診所，80%全科醫師診所；2.二級/三級照護(醫院)：80%公立、20%私立；3.持續照護：70%公立、30%私立，包括

社區醫院、護理之家；4. Wellness care。因應人口老化，星國政府將醫療照護重心從急性醫院轉移到社區醫院和基層健康照護。衛生部提出「超越醫療保健(Beyond healthcare to health)」，主張一個更健康的國家需要更少的醫療保健系統，故著重於慢性病防治，尤其是糖尿病，當局針對糖尿病發起了一場“戰爭”，行動之一包括健康餐飲計畫、校園禁售含糖飲料。其中護理人員扮演重要角色。該國鼓勵退休之資深護理人員留在職場服務，有些醫院提供即將退休資深護理主管3年以上合約，希望能繼續留下來傳承經驗。新加坡衛生部提出「醫療保健2020」，總體規劃目標：提高民眾醫療保健的可及性、品質和可負擔性。行動策略包括：增加服務量能、提供有品質照護、提升基層健康照護、提供更便宜的門診服務及藥物、減少自費、提供終身健保計畫、建國一代配套(Pioneer generation package)，以減輕醫藥費負擔，使合資民眾終身受惠。星國醫療支出僅佔2% GDP。鼓勵退休護理師轉職到社區服務，提供相關培訓。社區護理師可以經營診所，與醫療團隊密切合作，提供健康篩檢、慢性疾病衛教、跌倒評估、出院後照護、居家訪視、照顧者訓練、居家安寧療護等，有效降低病人再入院率。衛生部致力為高齡者建構以社區及家庭為基礎之整合性照護，期望達到在家照護(care at home)，2018年目標是促進3C (Capacity, Comprehensive and Caregiver support)：拓展服務量能、使居家照護更完整、提升照顧者支持。由於基層照護是醫療照護體系的基石，因此該國政府提出3個超越(Beyonds)：“Beyond healthcare to health, Beyond hospital to community, Beyond quality to value”。為了吸引更多護理人員投入職場，結合Nursing Now，製作影片在電視台播放，提升護理專業形象，使民眾對護理改觀，從而願意鼓勵小孩就讀護理科系，學校護理學生明顯增加；另為超過5年未從事護理工作之護理人員提供再培訓課程，使有能力及信心重回職場；提供其他領域的民眾就讀護理系，增加護理畢業生。拓展護理師在社區的角色，其中專科護理師(NP)在基層健康照護上是全科專家，以因應醫師短缺；進階護理師(APN)則是著重在健康促進、疾病預防與安寧照護；單一疾病專科護理師提供慢性疾病管理。

Howard 報告 WHO 全球健康政策中有關基層健康照護。基層健康照護是通往全民健康覆蓋的方法。必須投資更多護理師以提升基層健康照護之可取得性。他提出一些實證支持，例如2010-2015年有14個國家立法通過社區護理師具處方權；護理師可以安全地執行慢性病管理，其成效有時比醫師更好，病人滿意度更高，照護效率更好，成本更低，減少住院率。ICN與Nursing Now提出共同聲明，主張公共衛生與基層照護是全民健康覆蓋之核心，護理在基層健康照護工作上有重要貢獻，包括社區民眾、家庭賦能，為健康而倡議，確保將健康納入各項政策，以解決影響健康之社會決定因子，提供民眾生命全程的公共衛生與基層照護。

六、病人安全與 ICN 最新政策發展及立場

由在 ICN 總部實習的謝曉燕博士報告「病人安全與護理」，介紹病人安全之定義，並強調不同層級的照護場域會發生不同類型的不良事件，但共同原因都是缺乏溝通、資訊、技能與知識，以及不好的組織文化與缺乏誘因。欲達到全民健康覆蓋首要確保病人安全，WHO 於2018年提出10個病安實證，包括病人傷害是造成全球疾病負擔原因第14名；醫院每10個病人中就有1人受到傷害；每年有百萬人因不安全用藥而受害，造成10億萬元的損失；15%醫療支出浪費在處理不良事件所造成的結果；投資在降低病安事件可以節省財務；每100名住院病人有14名受到院內感染；每年有超過100萬人死於手術合併症；在所有照護

場域都曾發生誤診，且許多人受害；使用醫療放射線會造成健康及安全上的顧慮；在基層照護，半數以上的用藥錯誤是管理上的疏失。殘疾調整生命年(Disability-Adjusted Life Year, DALY)是從死亡和罹病去量化疾病負擔，其定義是一個 DALY 可以被認為是「健康」生活中失去的一年。因疾病或健康狀況的 DALY，其計算方式為人口過早死亡導致的生命年損失(Year of Life Loss, YLL)和因健康狀況或其後果而造成殘疾(Year Loss due to Disability, YLD)所導致年數損失的總和。在 2006-2010 英格蘭全國醫院每年前六名不良事件導致健康生命年損失，相當於肺結核及子宮頸癌造成之生命年損失。各國醫院因不良事件造成整體財務損失，平均佔醫療支出 15%(1.8%-32%)，其中不良藥物事件(42.3%)佔第一位，壓瘡(23.2%)第二位，導管相關泌尿道感染(15.2%)第三位；美國長期照護有 2%醫療照護支出與治療不良事件有關。美國 2010-2015 年間，病安事件減少 21%，省下醫療成本約 280 億美金。WHO 針對全球病安挑戰，邀集專家發展介入措施，並提供各國參考執行，於 2005 年提出“Clean care is safer care”，強調洗手的重要性；2009 年提出“Safe surgery saves lives”，強調手術安全，預防手術錯誤及術後合併症；2017 年在東京高峰會則提出“Medication without harm”。全球每年因藥物錯誤造成約 420 億美元財務損失，幾乎佔全球健康照護支出 1%。藥物錯誤導因於系統不良及或人為因素，例如疲憊、執業環境不良或人力短缺。護理人員在病人用藥指導、確保安全的藥物處方、調劑、給藥上扮演重要角色。國外文獻指出，護理人員教育程度及照護病人數(工作負荷)與病人死亡率相關，因此護理人力配置、病人安全及護理人員安全三者息息相關。WHO 病安全全球行動包括 1.提供指引，並發展策略、計畫及工具；2.確保人力資源充足；3.監測資料之品質；4.促進及支持研究；5.改善包裝及標籤；6.病人賦能。ICN 參與全球病安挑戰專家諮詢會議，共同簽署東京宣言，承諾提升病人安全，降低所有可避免之傷害及傷害風險。ICN 呼籲各國政府給予足夠經費提供病人所需之護理人力，並支持護理人員充分發揮其執業範疇，提升病人安全及品質；強調跨專業團隊合作之重要性；各專業間及場域間的溝通和資料分享；以病人為中心之照護，並協助病人健康識能。ICN 亦提出「病人安全」立場聲明，強調全球護理人員在提升醫療照護品質、病人安全、降低風險上扮演重要角色，必須賦予領導職務；支持認同護理專業的知識、經驗與專家，在提升病人安全和健康體系上的貢獻；提供正向執業環境，包括適當人力配置以及標準化的政策與處置過程；倡議病人、家屬及社區參與品質提升和照護；建立互相尊重、共享決策的安全工作環境，強調專業間的團隊合作與溝通。ICN 並鼓勵各 NNA 和政府共同致力推動標準化治療政策與規範；足夠人力配置、技術混合及設備資源；提供護理人員醫療品質教育；參與不良事件通報之政策規劃與執行，以分享案例，減少再次發生。至於國家層級在病安議題的倡議，應包括在教育及臨床實務上，各專業間互相學習；運用標準化溝通工具(例如 SBAR tool)；建立國內通報系統，紀錄、分析與學習，並分享於國際。為鼓勵通報，必須建立非責難病安文化(no-blame culture)。ICN 參與 WHO 病安課程指引之發展，提供各醫療專業人員參考。

討論時段，首先由本會王理事長分享 TWNA 與各護理團體向教育部倡議全面提升護理養成教育至大學程度；三班護病比已納入醫院評鑑條文；為提升護理臨床能力，本會提供會員免費的繼續教育課程；國內有公開透明的病安通報系統，並已建立非責難病安文化。黃副理事長補充說明，為鼓勵通報，有些醫院提供誘因(例如通報獎金)；針對嚴重不良事件進行根本原因分析(RCA)，以改善系統性問題；另分享某些醫院在預防給藥錯誤之作法，例如在進行備藥、給藥時，護理人員穿上寫有「給藥中，請勿打擾」的背心或臂章。泰國代表分享該國已將醫療品質及病人安全納入專業人員養成教育之課程中。大部分國家均已建立國內

通報系統以及非責難文化。韓國代表分享自 2015 年 MERS 爆發後，該國政府規定醫院須配置更多感控護理師，並推動電子病歷，使資訊更公開透明。香港代表分享自 2003 年 SARS 之後，香港政府即非常重視感控，全國推動洗手運動，連幼稚園小朋友都知道如何洗手；規定醫院每 270 床需配置 1 名感控護理師，各病房亦設有感控種子護理師，隨時監測同仁有無落實洗手，有效降低院內感染。全香港各醫院使用同一套電子病歷系統，可以促進彼此溝通與分享資訊。各醫院設有醫品病安部門，負責監測與建議。日本代表分享為擴大不良事件分析範圍，各醫院將病人及家屬納入病安委員會成員；在東京病安高峰會上，JNA 亦代表 ICN 提出應將病人納入病安委員會內參與討論。該國從過去分析不良事件(analysis of incidence)，到目前鼓勵分析表現好的臨床實務(analysis of good practice)，以鼓勵分享。

James 提到病安是系統問題，不同組織有不同特性，基層健康照護與醫院有不同的病安問題，病安作法應符合組織特性才可行。強調安全人力配置之重要性“You cannot have safe patients without safe staffing”。主講人最後總結要達到病人安全，必須有公開透明的通報系統、投資教育、運用科技、培養領導力、建立病安文化，並希望亞洲區能進行病安實證研究，與國際分享資訊。

七、討論論壇公報及 2019、2020 年主辦國

針對本次論壇主題及討論內容形成論壇公報(如附件)，強調安全人力配置、正向執業環境、充足護理人力、投資護理專業、提供護理領導職位、進行更多實證研究，將有助提升照護品質與病人安全，強固基層健康照護，達成全民健康覆蓋及永續發展目標。

明年輪由韓國護理學會承辦 AWFF，預定於 2019 年 11 月 21-23 日在首爾舉辦。2020 年馬來西亞、2021 年澳門。

參、亞洲護理學會聯盟會議 (Alliance of Asian Nurses Association)

第 15 屆「亞洲護理學會聯盟會議」(Alliance of Asian Nurses' Association, AANA)接著在 11 月 17 日於香港護理學院會館舉行，大會主席為香港護理學會顧慧賢會長，亞洲護理學會聯盟成立的主要目的，在於維持亞洲國家/區域間更緊密的網絡連結，並分享意見與資訊。本屆會議著重於護理相關法規的討論。會議開始前，日本護理學會理事長特別向本會王理事長致意，感謝本會在日本遭遇嚴重水災時提供賑助。會議首先由英國皇家醫學院院士，同時也是香港執業律師的何銘泰醫師(Dr. Ho Ming-Tai)演講：「護理實務中的法規意識(Legal Awareness in Nursing Practice)」，與會代表對此議題特別感興趣，針對專業保險(professional insurance)及預防給藥錯誤(medication error)，各 NNA 都熱烈分享與討論。接著各護理學會依序報告各國護理專業及實務相關法規。理事長於綜合討論中分享台灣專科護理師(nurse practitioner, NP)與進階護理師(advanced practice nurse, APN)發展現況。當天下午由 Mr. William Kong 分享香港通過不久的「Apology Ordinance (道歉條例)」，其目的是提倡和鼓勵作出道歉，以期防止爭端惡化，及促進和睦排解爭端。最後由香港護理學院顧慧賢會長頒發出席證明，並議決 2019 年會議主題為“Nursing Now”，茲將討論重點略述於下：

一、護理實務中的法規意識(Legal Awareness in Nursing Practice)

主講人何銘泰醫師於英國習醫，在香港學習法律。對於護理照護不專業的行為，以香港最近一個例子來說明：3 名護理人員被指控犯有不專業的行為，他們被指控未能提供安全和自信的護理，如果確定視為不專業的行為，香港的護理管理局有權廢止他們的執業登記。於聽證會上，護理人員辯護「我只是單純的複製交班後的醫囑」、「目前沒有此疾病照護的標準作業流程」，但護理管理局表示，護理人員應有獨立判斷的能力，而不是單純複製醫囑，跟機器人一樣照做。根據香港護理管理局的規定：不專業行為(unprofessional conduct)指註冊護理師或登記護士的一項作為或不作為，而該項作為或不作為可被聲譽良好並適任的註冊護理師或登記護士合理地視為不名譽或敗壞名譽者。

講者提出防止不專業行為的建議如下：

1. 在護理處置程序(nursing procedure)上，必須不斷更新專業知識與技能，依據標準規範及流程執行，運用個人專業判斷。
2. 文件記錄非常重要，須明確記錄所有護理活動，不要偽造。有異常狀況要立即報告及記錄，包括異常狀況及處置。為保護自己，記錄所有對話及溝通內容。沒有紀錄就無法為自己辯駁。
3. 溝通 (communication)：清楚交班所有與病人相關之重要資訊。
4. 代理(delegation)：必須評估代理者的能力與知識是否能勝任工作，並密切監測代理者的照護品質。
5. 知情同意程序：獲得有效的知情同意，以確保病人已被告知醫療程序的相關訊息。具行為能力及法律能力的病人，在知道/理解程序後，自願地簽署知情同意書，此一過程為有效的知情同意。必須確保病人有足夠的時間閱讀同意書。在告知病人推薦的治療方法時，須同時說明其他替代治療、併發症、副作用及材料風險(material risk)，讓病人得以比較並做出決定。一個英國的例子：一個身為父親的醫師，其女兒也是醫生，因為父親亟欲想要教導自己女兒，所以直接請女兒進診間協助父親幫病人做檢查。父親最後被起

訴且成立。女兒雖在當時沒被起訴，但在程序上女兒可被指控為攻擊病人，因為在沒有知情同意情況下所做的檢查及治療可被視為一種攻擊。

6. 保密：確實保護存在於醫生及病人之間，或護理人員與病人家屬之間的資訊秘密。

7. 專業保險：最好能有法律代表及專業保險(賠償金)。

討論時段，主講者回覆泰國代表提出之問題，認為病人住院時就會簽署一般知情同意書(general consent)，涵蓋了一些小的、非侵入性的檢查。但是，如果要進行手術或侵入性檢查，必須在手術前簽署「知情同意書」，並解釋潛在的併發症。菲律賓代表認為手術同意書的內容包括併發症、副作用、替代性選擇，因此應由醫生進行說明。香港代表分享，在香港，醫療流程說明主要由醫師執行，而護理人員則必須在旁邊做為見證人。但有時候緊急情況會由醫師在沒有護理人員做證人的情況下完成，但此時資深的護理人員會立即請一位護理人員進去做為證人。講者補充，根據香港的法規，取得病人的知情同意是醫師的責任，若護理人員替醫師做了知情同意，該名醫師仍被視為未取得病人的知情同意。

香港代表提出另一問題，當資深護理師將備好的藥物轉交給實習護士發藥，會有不法的行為存在嗎？講者回覆，首先要確認醫師開立醫囑是否正確，因為醫師是唯一在病人用藥醫囑上簽名的人；再來，資深護理師必須確認她所準備藥物與醫囑上的用藥是一致的。至於實習護士的責任則是在於確認所給予的藥物劑量是否正確。每個環節及角色都有須要負責的對象。若實習護士給予的劑量錯誤，資深護理師會因沒有給予實習護士正確的用藥指示而受到權責單位的起訴。菲律賓代表表示根據該國法律，準備藥物的人必須同時確認醫生的醫囑並做發藥動作，所以不會因為某一個人某個環節出錯，而讓自己也受到權責單位的起訴。結論：越多人參與備藥給藥流程，越容易出錯。但如果個人工作負荷過重、過於忙碌，亦可能發生給藥錯誤。馬來西亞代表表示，該國允許實習護士做給藥動作，但必須在臨床教師(Clinical instructor)的監督下執行。另為了保障用藥安全，醫院藥局要求給藥的人以及見證給藥過程的人都要在病人病歷(medical chart)上共同簽名，雖然立意很好，但實務上很難完全遵從這個確認機制。講者回覆此確認給藥的系統很完美，只是政府端必須提供更好的薪資，使更多人願意成為護理人員。

本會王理事長請教各國與會代表有否提供護理人員專業保險？香港、新加坡醫院為醫療專業人員投保專業保險；日本護理學會則幫會員購買保險。香港護理執業是在一般法律(common law)監管下執行，所謂的一般法律(common law)意指兩件事情，第一、代表政府有頒發相關的法令(statute)規定，其次是可以為其案件(case) 提出陳述辯護，而不是單看案件來做判決。大多數國家都有民法和刑法，若護理人員的行為是有意圖的傷害，則適用於刑法，反之，則適於民法。菲律賓代表表示該國護理執業在數個法令保障下執行，在菲律賓的憲法下，有民法跟刑法的保障，在醫院機構下，也有相關的制度來保障護士執業的安全。所以一個護理人員若被投訴，該名護理人員並不會馬上被判為有罪或有過失，而是會經過數個審議流程來判定。菲律賓護理學會也會提供被起訴的護理人員法律上的協助，並免費幫忙聘僱律師為其辯護。韓國護理學會成立一個諮詢中心，提供法律上的協助。韓國的護理學校必須保護學生，所以在護生至單位實習前，會為護生投保意外險。另外，考慮醫院臨床教師必須在繁忙工作之餘，還要花時間教導實習護士，韓國政府於今年撥出 77 億元經費給各醫療機構，使臨床教師可於工作外的時間專心從事臨床教學工作，由韓國政府來支付其教學薪資。新加坡代表分享該國護理人員在執業前，都會通過完整的訓練及實習。至於護理人員的專業保險，在過去這筆費用是由醫生支付，但現在已全部由聘僱單位承擔這筆費用。有關正確給

藥，新加坡代表認為應該從系統上檢視，最重要的是護理能力(nursing competency)，要有獨立判斷的專業能力。澳門同樣地，在發藥前須要護理人員做確認，部分醫院已運用電子科技設備來取代人工藥物確認。菲律賓代表分享，當護理人員被投訴後，醫院聘僱的律師通常會準備很多問題來做答辯，其中最重要的幾個問題是目前的工作量、工時、護病比、護理人員本身的能力 (nursing competency level)等，透過律師的協助，完整的準備這些問題，到法庭都是很有力的答辯。香港代表分享，部分醫院於病房安置一個新角色-藥物護理師(medication nurse)，由大家輪流擔任，每次為期一個月，其職務內容是跟各個病房的護理人員宣達藥物新知、新研究、新療法以及新舊藥物的比較，自從引進藥物護理師角色後，減少很多給藥疏失。在香港，護理人員遇到法律訴訟時，必須面對兩場聽證會，一場為法院的判決，另一場則為護理管理局為專業行為所做的判決(和執業執照相關)，通常護理管理局的聽證會會在法院之後，因為有時法院判定為無罪時，護理管理局會以護理專業行為等相關準則做最後判定。若法院判定有罪，則護理管理局可能會給予更嚴厲的懲戒。日本代表分享該國政府為了降低醫療成本，修訂藥物法，在藥物使用上須優先使用日本自製藥品，對於護理人員來說很難掌握所有自製藥品的種類，所以根據藥物法的修訂內容，日本政府將藥局分別設立在各個科別，並將藥師納入病房，目前的問題是如何促進科別藥局藥師和護理人員之間的合作。香港致力提升護理教育，期盼以良好的護理教育提升護照護品質及安全，且須與跨專業領域合作，擴展護理的角色，因此學習法律和謹守職業道德是非常重要的。

二、護理專業及實務相關法規(Laws relate to nursing/nurses practice)

此次論壇先由各國作 5 分鐘之報告後再進行討論。

各國報告內容詳述如下：

1. 日本：日本憲法規定政府有責任維護和促進健康，改善社會保障和公共衛生。目前已制定各種有關健康、醫療和護理的法律，以執行上述這些具體政策。透過日本護理學會(JNA)努力向政府提議，推行與護理相關的法律，包括「公共衛生護士、助產士和護士法」和「護理人員和醫事人員保障法」。護理專業根據這些法律、相關法規及其自我規範進行執業。日本護理學會表示其使命是提高護理素質，創造能夠讓護理人員永續工作和發展，及擴大護理專業領域的工作環境。作為一個專業學會，JNA採取各種措施，以確保護理專業的高品質和安全的執業。以下為相關法令的介紹：

(1)公共衛生護士、助產士和護士法 (Act on Public Health Nurses, Midwives and Nurses): 創立於1948年，是護理執業的基礎。該法案提供護理專業的定義、考試、保密責任、職稱保護(protection of the titles)、執業執照(occupational licensing)、相關醫療活動的限制(prohibition of medical activities) 和其他要求。該法案規定，護理人員參與「為受傷、疾病或產後婦女提供護理或協助醫療行為」(第5條)，在從事任何醫療活動時，護理人員需要獲得醫生的指示，並且這些活動應在醫療救助的範圍內進行，除護理人員外，任何人不得從事第5條規定的服務。2015年修訂該法，為護理人員建立特定醫療處置行為的培訓系統。完成培訓的護理人員可以按照程序手冊(醫生的指示形式之一)進行特定的醫療處置行為，而無需醫生的指示及決策。

(2)護理人員和醫事人員保障法(Act on Assurance of Work Forces of Nurses and Other Medical Experts): 該法案創立於1992年，原因是護理政治家和JNA共同合作，並獲得強力的支持及推動。該法案目的是透過教育、治療的改善、提高專業素質、促進就業機會等方

式保障護理人員。該法案不僅規定國家政府、地方政府、醫院管理階層和護理人員的責任，還規範了一般大眾的責任。該法促進了護理人員的安全。此外，於2009年增訂有關新進護理人員的臨床訓練。

(3)醫療照護法(Medical Care Act): 該法案於1948年通過，為了促進民眾的健康。該法案旨在保護接受醫療護理的民眾的利益，並確保有效提供醫療服務的制度。該法案規定了醫院、診所和分娩中心的設立和管理，確保醫療照護安全、醫療照護提供系統以及其他事項，包含護理執業。

(4)勞工基準法(Labor Standards Act): 該法案規定工資、工作時間、休假、事故賠償和其他最低工作條件標準。勞工基準法也適用於護理人員。

(5)護理倫理規範(Code of Ethics for Nurses): JNA於1988年初制定此自我規範(self-regulation)。現今的護理倫理規範是於2003年修訂完成。該規範提供護理人員在醫院、社區、學校、教育、研究機構和行政機關的護理執業行為準則，並包含向社會闡明護理專業職責範圍。

(6)護理服務標準(Standards of Nursing Service): JNA於1995年制訂該標準，2016年修訂，闡明護理專業的核心、職責及從事護理專業能力的需求水平。

2.韓國：2015年醫療服務(Medical Service Acts)通過修訂，由當時國家議員Shin Kyung Rim（現任KNA理事長）主導修訂1951年所制定之醫療服務法。此次修訂為64年來護理執業規則的第一次修訂，視為韓國護理界共同努力所取得的重大成就，修訂重點如下：

(1)改善護理人員的法律地位：修訂後的法案除原有護理職責「護理照護、為病人或婦女提供治療介入或生產等醫療協助、和相關醫療保健活動」之外，新增了「為滿足病人需求而獨立執行的觀察、資料收集及臨床判斷」、「規劃並執行相關教育訓練及提供建議以增進護理照護品質」，此規範奠定了護理人員的獨立決策權。

(2)清楚定義護理師及護理助理員的角色並賦予護理師監督護理助理員的權力：由於舊有法案並未清楚定義護理助理員的職掌範圍，以致在過去有護理助理員越權代理護理師的情況出現，所以修訂後明文界定了兩者的角色。

(3)規範護理助理員的教育訓練機構及品質管控：此修訂法也規範了護理助理員的教學機構，例如；職業高中、私立學院和終身教育中心，必須接受衛生福利部的評估，以防止證書氾濫及寬鬆的認證管制，進而提高教育和培訓的品質。

2018年修訂進階護理師(Advanced Practice Nurses)的角色：雖然進階護理師職稱已被衛福部認可，但醫療服務法並未界定或說明APN職責範圍，至2018年在韓國護理學會的努力下，修訂第78條，確立進階護理師職責範圍的法律依據。在為期兩年的寬限期內，韓國政府將製定附屬立法，以執行新條文，新條文將於2020年3月生效。

其他議題與挑戰：

(1)進階護理師在醫療方面的角色與協助：在韓國，13個專業領域進階護理師的教育系統已存在很長一段時間，但沒有明確的職責定義或相應機制。隨著今年年初修訂的法律將於2020年3月生效，政府正在制定附屬立法。在健康照護機構中，進階護理師在需要專業醫療技術的領域工作，但進階護理師依舊有不同的名稱，如進階護理師、專職護理師(dedicated nurse)、醫師助理(physician assistant)、和協調師(coordinator)，這些進階護理師甚至執行沒有清楚法律規範的工作。此外，繼2017年12月實施的「改善住院醫師培訓環境及地位法(Act on Improving the Training Environment and Status of Resident Doctors)」

後，因該法案限制住院醫師的工時必須在每週80小時以下，間接導致護理人員和醫學院教授工作時間更長。

- (2)護理佐理員：儘管2015年修訂了MSA，但缺乏執法的行政命令，因此，護理師和護理佐理員的職責界線仍然模糊不清，包括老人長照保險法和老人福利法都有一樣的問題。這種缺乏明確界限會導致不同職業團體成員之間的爭議，以及護理照護的惡化，進而損害病人本身的權益。
- (3)缺乏護理專屬的法律：目前護理執業及工作職責歸醫療服務法，另有10幾個護理相關法律規範護理執業，韓國護理學會認為，韓國迫切需要一個專屬於護理的法律，以便在邁向高齡社會時，能夠有效且系統地管理護理工作者，並為護理創造一個安全的工作環境。護理法草案在國家大會已討論2次，但因缺乏共識而沒有進展。韓國護理學會的目標如下：
- A.管理醫療機構和社區醫療所提供醫療照護服務的綜合立法。
 - B.完整的護理照護系統，含括認證流程與種類、工作職掌的界定等，以明確界定不同護理領域的責任以及不同類型的角色。
 - C.建立護理議題決策機構。
 - D.改善護理地位和工作條件的法律依據：在健全的法律框架支持下，需要改善護理人員薪酬、其他補償和工作條件，以留住護理師並促進長照服務。
 - E.護理人力資源中心：中央和地方政府都應建立一個人力資源中心，以促進招聘，並幫助護理人員找到工作，以解決供需之間的落差，並在適當的法律支持下，減少韓國各地區之間護理照護品質的落差。

3.澳門：澳門沒有單一護理法規來保障護理人員的工作權益。在公共部門服務的護理人員和在私營部門工作的護理人員分別受到不同法令規範。在公共部門工作的護理人員被視為公務員，受公共服務法的約束，並遵守衛生局的特定護理人員條例。另一方面，在私營機構工作的護理人員受衛生局私營醫療服務發照單位(the Private Health Care Services Licensing Section of the Health Bureau)監管，視為註冊護理師(Registered Nurses, RNs)，同時也需遵從澳門特區政府勞工法令的規範。但註冊護理師(Registered Nurses)於私營機構工作離職後，其執照無法保存或得到換發。簡言之，澳門沒有護理執業法律。澳門衛生當局為醫護人員特立的法令分別為「醫療事故法(Medical Malpractice Law)」，以及即將實施的「澳門衛生醫療專業人員資格和執業登記法(Legislation on qualification and registration of health professionals in Macau)」，為澳門護理人員的執業提供標準化規範與保障。上述二法詳述如下：

- (1)澳門醫療事故法(Macau Medical Malpractice Law)：於2017年2月起實施，其目的在於減少醫療人員與病人之間的衝突，從而改善醫病關係。因為醫護人員的工作環境潛藏危險，故此法要求所有醫療人員都需要購買至少一種保險，以保障自己，必要時透過保險進行相關賠償。根據「澳門醫療事故法」，病患權利要求檢視自己的醫療紀錄文件，因此將所有醫療文件格式統一，以便病人及醫護人員查閱，進而減少醫療糾紛。於執法後，由於學校並非澳門衛生局所認定的醫療工作場所，以致於學校護理師間接被迫退出護理執業或轉換至衛生局認可的醫療場所工作。
- (2)澳門衛生醫療專業人員資格和執業登記法：此法案草案分別在澳門特別行政區執行理事會和立法會議上提出，於2018年10月18日獲得批准通過。目的在規範澳門15個職類

醫療專業人員的資格(Qualification) 和執業登記(Registration)。護理師是受此法案規範的職業之一。根據新規定，新畢業生於進入職場前，需通過筆試和6個月的實習，此法適用於澳門當地的畢業生和外國畢業生。另外，關於註冊護理師(Registered Nurses)執照，規範為三類：A.完整執照(Complete License)：對象為具資格證書的澳門居民所認證的執照；B.實習執照(Practice License)：於實習期間(Internship) 所認證的執照；C.限制性執照(Limited License)：具特殊資格的醫療人員所認證的執照，例如外國專家。此有限制的執照間接限制外國護理人員移民至澳門，即使澳門境內仍然缺乏護理人員，依舊用此法保障澳門境內護理人員工作權益。此外，繼續專業發展(Continuing Professional Development, CPD)計劃也是未來幾年將實施的重要政策，旨在讓醫護專業人員持續進修以提高他們的專業知識和技能。

澳門護理的現況討論：

澳門仍缺乏一個特定法律制度來規範護理執業，以致於無法預測澳門護理服務的品質。此外，值得注意的是，國際勞工辦事處有關護理執業公約(the conventions of the International Labour Office concerning nursing practice)，即1977年護理人員公約 (the Nursing Personnel Convention) (C149)和1977年護理人員建議書 (the Nursing Personnel Recommendation)(R157)至今仍未受到澳門特別行政區的批准。這意味著澳門護理人員的就業、工作條件、職業安全和醫療相關法規等問題得不到充分支持。雖然不斷的與政府溝通，目前澳門仍未成立護理委員會 (Nurse Council)。澳門護理學會 (NAOM) 是政府與護理界之間的協調角色。由於社會的變遷，學會加強了護理界和政府的交流與合作。與政府合作推動相關行政改革，建立高效率的護理團隊。同時，還及時諮詢和反映了成員的意見和建議，以便通過修改，制定和完善相關法律，促進更好、更合理的護理執業環境。由於NAOM的一名成員同時也是醫學委員會的成員之一，代表護理專業在醫學界發聲。澳門護士學會的另一名成員是現任立法會議員，這兩名成員一直在不斷收集護理人員的聲音，為澳門的護理人員持續不懈地爭取護理專業的立法和福利的保障。

- 4.馬來西亞：馬來西亞護士受「護士法」、「職業行為準則」、「馬來西亞法律」以及所服務機構之規章制度的保護。馬來西亞的護理起源於1800年，東印度公司 (East India Company)於檳城和新加坡兩處建立了醫院。這些醫院起初由天主教修女管理，後來被英國的護理人員所取代。馬來西亞戰前時期的護理工作由這些接收的護理人員負責，這些護理人員同時也接受相關的職業訓練以及外籍專業人士的講座，例如歐洲修女、護理長(matrons)和醫生。由於地理位置的因素，馬來西亞的各州或城市，建立各自的護理服務制度、培訓及考試，導致各州擁有不同的護理服務品質及標準。當時護理的重點在於治療照護方面而非現今的健康照顧。最初護理相關法令源自於1923年制定的助產士執業立法和海峽殖民地及其後馬來半島其他州的助產士培訓後，開啟了一系列的護理相關法令的制定：1950年頒布了「護士法(The Nurses Act 1950)」，1966年頒布「助產士法1966(The Midwives Act 1966)」且建立了助產委員會，用以規範護士和助產士的登記及執業。1971年制定了「助產士（登記）規範 (The Midwives (Registration)Regulation)」，規定所有助產士均須申請登記，且傳統助產士(Traditional Birth Attendants, TBA) 的登記申請可開放登記至1972年8月1日。1985年頒布及修訂「護士登記法規(The Nurses Registration Regulation 1985)」和實施每年換發執業證書的規範(The Annual Practicing Certificate)。1990年進行「助產士法(The Midwives Act 1966)」的修訂。該法規重新開放，允許傳統助產士

(Traditional Birth Attendants, TBA)在未來10年進行登記。

隨著「護士法(The Nurses Act 1950)」和「護士登記法規(The Nurses Registration Regulation 1985)」的頒布，護理委員會(The Nursing Board)得以建立，主要負責護理教育和護士執業登記及相關活動的推展，例如：(1)制定基礎護理教育訓練之教學大綱和培訓課程；(2)執行登記申請的考試(The final examination for registration)；(3)頒發護士培訓證書；(4)制定相關法規以監管護理人員執業；(5)護士登記法規的發展；(6)將護士法(The Nurses Act 1950) 擴展至砂拉越 (Sarawak) 和沙巴 (Sabah)執行。

馬來西亞護理執業受以下政策法令規範：護士法、護士登記法規以及護理專業行為守則 (Code of professional conduct for nurses 2009, 2nd edition)。

政策、指南和標準作業程序(Policies, Guidelines and Standard Operating Procedures)：

馬來西亞護理人員也受到其機構的政策、指南和標準作業程序的保護，即使可能因組織不同而異，也不會有爭議。這些政策、指南和標準作業程序的重要性，在於提供日常護理活動標準化，特別是在處理病人護理照護及安全、法律責任和法規要求等問題和活動時，這些政策、指南和標準作業程序是不可少的，有助提升效率、品質和照顧一致性，同時減少錯誤傳達和違規行為。

職業安全與健康法案 ACT 514 (ACT 514 - Occupational Safety And Health Act 1994)：

目的在於進一步規範及確保工作人員的安全、健康和福祉，並保護工作人員免於遭受因工作活動造成的相關安全上或健康上的風險。此法案確保工作場所的安全，馬來西亞所有機構都必須遵守該法案。

2018年制定的勞動法、1955年就業法(Labour Law 2018: Employment Act 1955)：

勞動法目的是保護勞工個體和雇主的權利，並促進具生產力且安全的工作場所。該法案包括以下內容：服務合約、支付工資、婦女就業、生育保障、工作時間、休息日、年假、公共假期、病假、投訴權、合約終止和解僱福利等項目。

投訴及違法行為的處理流程：

接到投訴案件時，先交由服務機構辨別是一般投訴案件或是具違法行為投訴案件，若為一般投訴案件，例如：醫療疏失(Medical Negligence)或醫療事故(Medical Malpractice)則由該機構內部的權責單位進行調查，並依疏失的嚴重程度來進行懲戒，最嚴重可予以解聘並吊銷執業執照；若辨別為具違法行為的投訴案件，則會上呈至馬來西亞政府，由馬來西亞相關法律依情節嚴重程度進行懲戒。

護理人員應該認識在提供護理照護時所伴隨的法律風險，這有助於降低護理人員因醫療事故被起訴的風險。通常在馬來西亞執業的護理人員不會直接被起訴，訴訟對象大多針對機構或醫生，因為涉及金錢賠償。馬來西亞護理學會在會員因疏忽或其他原因被起訴，並被告上法庭時，會協助聘請律師作為法律顧問，以確保公平且公正的聽證會。

5. **菲律賓：**菲律賓護理在執業方面有法律依據，以確保護理人員能夠提供安全和高品質的護理照護。護理執業受刑法或民法管制。護理執業法令為護士法案ACT 1973 (The Republic ACT 1973, the Philippine Nurse Act)，於2002年制定，此法案定義了護理執業範圍(Scope of nursing practice)和護理功能類型(types of nursing function)，如獨立護理功能(Independent nursing function)和協同護理功能(Collaborative nursing function)。此外，由菲律賓護理學會和其他護理團體合作制定的菲律賓護理執業標準(Philippine Nursing Practice Standard)，將標準分為四個領域，如下所示：(1)以價值為基礎的護理實務(Value-based

nursing practice)：著重於以病人為中心的護理照護；(2)以知識驅導(Knowledge-driven)的護理實務：強力從事研究或實證護理的實務；(3)以結果為導向的護理實務(Outcome-based nursing practice)：強調溝通的重要性，並著重與其他成員或醫療團隊的合作；(4)領導和治理的能力：在領導和治理能力方面，強調正向執業環境，透過護理領導和治理能力，以確保每一個工作場所都是正向執業環境。上述四個領域都是一種能力，也都是績效指標。菲律賓護理執業標準可應用在：(1)個別護理人員(Individual Nurses)：使他們在提供護理照顧服務時奉為主臬；(2) 雇主(Employer)：不論在醫院、學校、或診所的雇主，使他們能夠清楚且詳細的規範護理人員的工作職掌及範疇；(3)社會大眾(Publics)：使民眾能夠瞭解護理所能提供的護理照護品質及範疇；(4)其他利益關係人(Other stakeholders)：例如教育者，使他們理解此標準，並將此納入護理教育課程；(5)護理相關團體：例如護理委員會(the Board of Nursing)，以確保所提供的護理照護符合此標準。

6.新加坡：新加坡於2014年護理人員人數與人口比例為每萬人口69人。2017年，新加坡有41,440名護士及助產士，其中，有32,672名註冊護理師(RNs)，8631名登記護士(ENs)和137名登記助產士。

新加坡的醫療照護系統：衛生部負責新加坡醫療保健服務總體責任，衛生部(Ministry of Health, MOH)確保提供所有民眾優質且價格合理的基本醫療服務。衛生部及其法定委員會負責監管該國醫療保健系統。新加坡護理委員會(Singapore Nursing Board, SNB)是新加坡護士和助產士的管理機構，旨在透過執照發放、護理/助產教育以及執業管理以保護一般大眾。新加坡有雙重醫療保健服務系統：(1)基層照護(primary care): 80%由私人執業者提供，而20%為政府管理的綜合診所提供，其提供的服務包含治療性門診醫療、健康檢查、為學齡兒童提供預防性健康計劃、家庭護理、老年人日托和康復服務、健康教育和宣導；(2)醫院照護(Hospital care)：公營部門佔80%，私營部門佔20%。

護理執業的法律規範及相關政策(Legal Regulation of Nursing Practice and Policy)：

(1)護士及助產士法案(Nurses and Midwives ACT)：新加坡國家議會於1999年11月24日通過「護士和助產士法」，並於1999年11月30日由總統同意執行。該法案旨在建立新加坡護理委員會(SNB)，以提供護理人員登記(registration)和登錄(enrolment)，助產士登記(registration)、進階護理師(Advanced Practice Nurses) 認證以及其他相關事宜。

(2)護士和助產士準則(The Code for Nurses and Midwives)：此準則補充了「護士和助產士法」的要求。它統整了所有專業行為和執業的標準，規定每位護士和助產士必須遵守和維護的職業行為、道德價值觀和執業標準。該準則可作為協助護士/助產士面臨道德決策的指南，並為新加坡護理/助產執業的管理策略提供架構及方向。如果出現專業不端行為，新加坡護理委員會可依此準則對護士/助產士採取紀律處分。

7.台灣：法規和政策的制定是用來保護一般大眾及病人，這在台灣也不例外，為了確保以病人為中心的健康照護系統，並維護和保護醫護人員在安全健康的工作環境中提供服務。政府、醫療護理相關組織和利益相關人共同努力完成制定和修定護理相關法規和政策：

(1)護理人員法(Nursing Personnel Act)：明確定義註冊護理師(Registered Nurse, RN) 及專科護理師(Nurse Practitioner, NP) 職稱、工作範疇及繼續教育及換證等。台灣專科護理師主要由醫院培訓，培訓時間必須為六個月以上至一年以下。在培訓之前，護理師必須擁有護理師(Registered Nurses)執照和至少3年工作經驗(持有碩士的護理師為2年)。

第一次專科護理師考試於2006年舉行。截至2017年底，目前共有6,962名專科護理師通

過國家考試並獲得專科護理師證書。透過爭取，台灣專科護理師已經可以在醫生監督下，執行部分侵入性醫療行為。「護理人員法」規定「護理人員應向其所在地區的市，縣（市）主管部門申請登記執業」，只有取得執業執照後才能執業，執業中的護理人員應每六年接受一定時數的繼續教育，才能換發新的執業執照。

(2)勞動基準法(Labor Standards Act): 台灣勞基法在薪酬、工作時間、休息時間以及執業安全方面提供勞工相關的保障。台灣護理人員適用勞基法，為保護護理師的勞工權益，自2014年1月1日起，勞基法第84條之1不再適用於護理人員。衛生福利部委託全聯會根據修訂後的勞基法，對輪班護理師的任務及住院病人照護模式提出新的規則-「勞動基準法下護理排班問答暨合理護理排班指引與範例手冊」。

(3)醫療法(Medical Care Act): 為遏止醫院暴力及降低針扎發生率，先後修訂醫療法第56條(安全針具)、第24條和第106條(醫療暴力)。

(4)性別平等工作法(Act of Gender Equality in Employment): 旨在保護工作中的性別平等，徹底執行消除性別歧視的憲法授權，並促進實質性別平等的精神。規定無論在進用、薪資、晉升或職涯發展方面都不能有性別差異。近年來，台灣男護理師比例穩定成長(2018年為2.7%、2013年為1.47%)。

(5)護理改革政策(Policy on Nursing Reform): 為了改善護理師工作環境，解決人力短缺問題，在護理團體的共同倡議下，衛福部於2012年5月提出「護理改革短程和中程計畫」，共有6項目標和10大策略，在政府各機關、護理專業團體及醫療機構共同努力下，無論在護理執業人數、離職率、空缺率、工作量、薪資福利等，都有顯著進步。

8.泰國: 泰國制定了第一個重要的護理專業法律，稱為「專業20，護理助產法（PNM法案）」。透過泰國護理學會的努力，根據該法案的皇家法令，泰國護理助產管理局(Nursing and Midwifery Council of Thailand, TNMC)於1985年9月5日成立。該管理局成員每四年遴選一次。PNM法案執行12年後，於1997年12月23日通過修訂並發布第2版。TNMC在法律上有責任執行PNM法案。

PNM法案含括六大章節，分別介紹如下：

前言：簡介PNM法案本身

第一章：介紹TNMC的宗旨、權利及義務、以及經費和預算。

第二章：定義護理人員與助產士的角色及工作規範、會員資格申請程序。一般會員資格需要每五年更新一次，若無法如期更新將會取消其證照資格，該員證照須於取消資格後15天內將證照寄回。

第三章：簡介TNMC的角色。目前有22位成員，每位成員遴選自泰國境內不同城市。

第四章：介紹TNMC的功能，例如舉行會議及同意或覆議權。

第五章：護理人員及助產士的管理。例如(1)禁止其他專業參與護理與助產的執業和特殊條例，此條例是用來保護泰國境內護理及助產人員的工作權；(2)登記註冊及認證流程；(3)違反職業道德及規範的處理條例。

9.香港: 由於過去香港長期在英國的殖民下，香港護理的發展有英國系統的影子。香港護士管理局(The Nursing Council of Hong Kong)之前稱護士管理委員會。護士管理委員會在1931年《護士註冊條例》首次制定時被命名。《1997年護士註冊(修訂)條例》把護士管理委員會改名為護士管理局，並擴大其代表性，鼓勵同業更積極參與業界事務。護士管理局於1999年5月3日成立。根據香港《護士註冊條例》所賦予的職務及權力，香港護士管理局

通過建立及執行註冊制度，訂定指引以及監察執業護士之專業操守，保證香港護理服務的質素能切合不斷轉變的社會對醫護服務的需求。管理局設有註冊委員會、附設四個考試小組的教育委員會、初步調查小組、專業發展委員會及評審委員會，協助執行其四個主要職責，以及制訂政策和策略，因應護理專業的未來發展。

香港護士管理局的主要職責是(1)負責為具有任何護士專業學科資格而有意註冊或登記的人士進行註冊或登記；(2)根據《條例》規定，就註冊或登記目的而認可護理訓練課程；(3)釐定根據《條例》所舉行的執業資格試及所有護理訓練考試的標準，並負責舉辦該等考試；(4)根據《條例》規定，對護士行使規範及紀律處分權力。

與護理相關的重點條例如下：

- (1)醫院管理局條例 (Hospital Authority Ordinance)：於1991年制定，原稱公共醫療管理條例(Public Hospital Authority Ordinance)，但在之後設立獨立委員會(independent board)，此獨立委員會的運作不受政府管制，但該委員會針對醫院所制定的規章(discipline)或作業程序(operation)仍受政府的監督。爾後，則改為現在的條例，管理公共醫院的規範。目前90%香港人口皆使用公立醫院所提供的醫療服務。
- (2)醫院、養護院、留產院註冊條例(Hospitals, Nursing Homes and Maternity homes Registration Ordinance)：此為規範公立醫院以外的相關醫療機構。目前香港留產院非常受50歲以下香港人的歡迎。因為香港有獨立助產士，只有該助產士有執照，且通過此條例的審核就可以開設留產院營業。但據統計50歲以上的人皆使用公立醫院所提供的生產相關醫療服務。
- (3)護士登記註冊條例(Nursing Registration Ordinance)：此條例於1931年初制定，管理護士申請登記或註冊的流程、須具備的能力及工作職掌、在學教育及在職教育訓練內容。在香港有兩種護士，分別為註冊護理師(Registered Nurse)和2護士(Enrolled Nurse)。
- (4)護士就業條例(Nursing Employment Ordinance)：所有勞工都在勞動法(Labor regulation)的規範下，包括護士的聘僱定義及相關流程、薪資保障、休息日及假日給薪規範等。其他重點條例有員工賠償條例(Employee Compensation Ordinance)、職業安全與健康條例(Occupation Safety and Health Ordinance)、月薪給付條例(Billing Month Wage Ordinance)、精神健康條例(Mental Health Ordinance)。

此外，因為香港由很多種族及文化組成，故在平等機會委員會(Equal Opportunity Commission)推動下，於1996年制定了性別歧視條例(Sex Discrimination Ordinance)、種族歧視條例(Race Discrimination Ordinance)、殘疾歧視條例(Disability Discrimination Ordinance)、家庭狀態歧視條例(Family Status Discrimination Ordinance)。

三、香港道歉條例(Apology Ordinance)

Mr. William Kong 分享香港於2017年通過的「道歉條例(Apology Ordinance)」，是亞洲首例，其目的在於規定道歉在某些程序及法律事宜中的效果，從而提倡和鼓勵爭端各方按意願適時作出道歉，以和睦方式排解爭端，防止爭端惡化。所謂道歉，是單純承認造成他人不便之情況。適用的「道歉」包括以口頭、書面(電子郵件、簡訊、或社群媒體)或行為動作(送花、鞠躬致意、代付醫療費用)，表達歉意、懊悔、遺憾、同情或善意。但道歉的事實陳述不構成承認過失或法律責任，在裁斷過失或法律責任時，不得將道歉列為考慮因素或證據，並規定保險保障不會因道歉而失效或受到影響。換言之，道歉不代表道歉的人錯了，要

追究責任還須舉證。道歉有可能防止爭議升級或有助達成友善和解，減少訴訟。道歉的元素包括表達遺憾、解釋哪裡出錯、宣示悔改、提供修復、要求原諒。爭議事件發生後，一開始先道歉、並促進調解，才能減少衝突及訴訟事件。

肆、心得與建議

亞洲護理人力論壇今年會議重點主要針對全球健康人力資源、護理人員留任策略、基層健康照護、病人安全等議題，進行報告及分享，其中特別強調投資護理、安全人力配置(護病比)、正向執業環境、護理教育、專業職能、多元創新角色、領導力以及實證研究等，都會影響照護品質及全民健康覆蓋的實現，呼應 Nursing Now 之倡議重點。透過此次亞洲各國的分享及交流，深感護理專業團體須扮演領航者角色，引領護理專業發展，維護護理人員健康與福祉，尤其在政治及政策參與上永遠不能缺席，才能發揮影響力，促進全民健康與福祉。

針對未來護理職場環境之改善及護理政策之參與，提出以下建議：

1. 持續推動台灣 Nursing Now。
2. 持續推動安全護病比立法。
3. 持續推動護理養成教育全面提升至大學程度(或提升執業護理師大學學歷之比例)。
4. 護理團體共同合作，進行護理人力發展相關研究。

伍、影片集錦



本會代表和 ICN 護理與衛生政策主任合影



各國家學會理事長與 ICN 代表合影



理事長於 AWFF 作國家報告



理事長於 AANA 會議中分享台灣經驗



與中華、香港、澳門護理學會理事長合影



與日本護理學會理事長合影



本會代表手持 AWFF 出席證書與 Howard 合影



本會代表手持 AANA 出席證書與會議主席及 Mr. William Kong 合影

International Council of Nurses
The 19th Asia Workforce Forum,
November 15-16, 2018

ICN AWFF Communiqué

1. Asian nurse leaders representing approximately 6 million nurses from ten Nurses Associations from across Asia participated in the 19th Asia Workforce Forum (AWFF) of the International Council of Nurses (ICN), cohosted by the College of Nursing Hong Kong and held in Hong Kong, November 15-16, 2018.
2. Participants reported that whilst there had been some slight overall increase in nurse staffing levels in some, but not all countries or regions since last year, that this did not meet demand for health care, and that all countries and regions were still facing the challenge of nurse shortages caused by increasing demand, driven by population growth and ageing. Nurse leaders from the 10 countries and regions are in strong agreement that there is an urgent need to increase nurse staffing in order to achieve safe levels for patients and the population, and that nurse retention must also be improved.
3. Participants support the recent Astana Declaration¹ which was agreed by all W.H.O member states, on the need to sustain primary health care as the priority for efficient and effective health care services and population health. Political will and sustainable financial resources will be vital underpinnings to delivering on these necessary improvements. It is also the case that effective health services cannot function without sufficient well motivated and skilled nurses. Nurses pay and conditions of employment must be both fair and competitive, in comparison to other career options if optimal staffing levels are to be achieved and sustained in the countries and regions of Asia. Positive and supportive working environments, manageable workloads, and safe staffing levels will also enhance nurse retention and facilitate the delivery of high quality patient care.
4. Nurse leaders also agreed that nursing education and clinical practice must be fully aligned so that nurses are prepared for delivery of safe and quality nursing practice

and the realities of fast paced, and often stressful and demanding roles. Governments and employers in Asia must also invest in continuous professional development of nurses, to keep their skills up to date, and to maintain their motivations at a high level; this will support change and innovation in health care delivery, and demonstrated the value placed in the nursing workforce.

5. Accurate, complete and up-to- date workforce staffing, costs and outcomes data must be made available to nursing leaders and other policy makers who are focused on sustaining an effective nursing workforce and addressing the critical issue of nurse shortages and safe working environment. Strong evidence, including economic analysis and key measures of nurse impact and care outcome. are required to support rational policy decision.
6. Nurse leaders fully endorsed the global Nursing Now campaign² which is advocating and providing the evidence for nurse to be fully involved in policy making on nursing and care issues. Nurses have a central and critical role in delivering Universal Health Coverage (UHC) and in driving the achievement of the Sustainable Development Goals (SDGs). The evidence of their contribution must be more completely recorded and made accessible, so as to inform effective policy decisions. This will require collaborative efforts of stakeholders including governments [notably ministries of health, education and finance] and other stakeholders such as ICN, WHO and NNAs. Each country/region must ensure the availability, adequacy, and accuracy of the data for policy development. This standardized information will be crucial to the full development of the global report of the State of the Worlds Nursing which is scheduled for completion in 2020, with the full engagement of WHO, ICN and Nursing Now. We call on all NNAs to be fully engaged and support the development of this critical report.
7. We call on all nations and National Nurses Associations to firmly support, and require their governments to implement, the key recommendations of the UN Commission on Health Employment and Economic Growth ³, which highlighted that investment in nursing and other health sector employment is an economic driver, can improve social inclusion, and can provide “decent work” and career opportunities to many more women.
8. Nurses are the principal group of health personnel providing health care at all levels, and sustaining effective links between individuals, families, communities and the rest of the health care system. Nurses should be empowered and supported to take

- on collaborative leadership roles in interprofessional health care teams. All countries/regions should have a Chief Nursing Officer role at the executive level which provides expert input on nursing to government, advice and direction on health policy, and works with other nurse leaders to develop the nursing profession.
9. The nurse leaders at the Forum strongly supported the need for all countries to give full consideration to the growing evidence base on the cost effectiveness of nurses working in advanced roles, and work to ensure that there are no barriers to nurses working at the full extent of the scope of their practice. This is notably the case in primary health care (PHC) where evidence highlights that nurses in advanced roles, and nurse led services, can provide effective care, achieve positive health outcomes for patients and improve self-management. The participants also strongly endorsed that a collaborative multidisciplinary care team is essential for effective PHC and agreed that they will advocate for governance and funding models that support nurse-led and team-based care.
 10. Nurses work in all care environments and are central to ensure patient safety. Nurses are positioned to the advance the level of healthcare quality and safety. We draw attention on all nations and NNAs to implement the WHO Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm⁴. Other safety issues including reducing healthcare acquired infection, patient's falls, and surgical safety are also crucial. We advocate that there must be a "no blame" culture when examining patient safety and risk issues- evidence supports this approach as the best way to achieve long term improvements in patient safety continuous quality care improvement.

References:

1. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
2. <https://www.nursingnow.org/vision/>
3. <https://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>
4. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>