

# 2015 年 ICN 國際認證暨法規論壇 ICN Credentialing and Regulators Forum



出席人員：黃璉華副理事長、曾雯琦常務理事  
開會地點：阿拉伯聯合大公國 杜拜  
Gloria Hotels & Resorts, Dubai Media City, UAE  
開會時間：104 年 11 月 1-3 日

## 前言

本次國際護理協會(International Council of Nurses, ICN)認證及法規論壇(Credentialing and Regulators Forum)共有 24 個國家，62 位國家代表，以及三位 ICN 代表(分別是 ICN 代理執行長 Pierre Theraulaz，本次會議主要規劃者 ICN 護理及衛生政策顧問 Jean Barry，以及 ICN 專案顧問 Sandra MacDonald-Rencz)。會議時間從 11 月 1 日到 11 月 3 日，我國出席代表包括本會黃璉華副理事長、曾雯琦常務理事，還有衛生福利部代表蔡閻閻副司長、黃玉微科長。



## 會議過程

### 一、ICN 認證及法規會務報告

由 ICN 護理及衛生政策顧問 Jean Barry 簡要報告 ICN 在過去一年內在認證及法規上的努力。首先是說明 2014 年 5 月 14-15 日於瑞士日內瓦召開認證及法規會議的討論主題，接著是 5 月 16-17 日的三方會議(Triad Meeting)繼續聚焦於藉由強化全球護理與助產人力，支持全民健康覆蓋(Universal Health Coverage, UHC)，做為達到全球健康目標的方法。然後是參加由護理師、藥師、物理治療師、牙醫師及醫師組成的全球健康專業人員聯盟(Global Health Workforce Alliance, GHWA)舉辦之世界健康專業人員法規會議(World Health Professions Regulation Conference)。最後，ICN 將上述三場會議中所討論的重要議題帶回，由理事長邀請專家組成執照及法規觀察台(Observatory in Licensure and Regulation)，規劃成 ICN 的重要方針。



ICN 又於今(2015)年在韓國舉辦的大會中召開法規網絡會議(regulation network meeting)，討論健康專業人力資源全球策略及其對護理法規的影響。接著在今年 9 月 5-11 日的全球護理領袖培訓營(Global Nursing Leadership Institute)中繼續討論，並且思考如何在發展國家個別化的法規及發展區域性的法規間取得平衡。

### 二、環境檢視及國家報告

在本次會議前，ICN 共收到包括台灣在內的 22 個國家提供的環境檢視報告，內容包括法規(regulation)、健康與護理(health and nursing)、政治與政府(political/government)、社會(society)以及科技(technology)等五個層面。Jean Barry 再依據各國的報告，整理出整體性的議題為：(1)改變執業環境、照顧模式和任務轉變；(2)擴展執業能力與範圍；(3)護理師處方(nurse prescribing)；(4)醫院過度擁

塞/護病比問題；(5)慢性疾病負擔日益加重；(6)老年人口。最後綜合各國在以上五個層面中提到的議題有：

#### (一)法規

1. 審查評鑑指引、能力標準和教育體系。
2. 進階執業、專科化、擴展範圍。
3. 護理師處方。
4. 國家法規的改變。

#### (二)健康與護理

1. 健康專業人力資源。
2. 醫院過度壅塞/護病比。
3. 工作環境。
4. 照護模式和任務轉變。
5. 專家(specialist)認證。

#### (三)政治與政府

1. 人力議題和人力規劃。
2. 政局改變。
3. 立法改變。
4. 照護公平性和可近性。

#### (四)社會

1. 高齡社會和人口結構改變。
2. 慢性疾病增加。
3. 病人是健康照護的消費者。

#### (五)科技

1. 健康資訊和電子化病歷。
2. 線上課程和專業人員繼續教育。
3. 遠距醫療。
4. 病人和消費者的隱私和保密。

### 三、區域合作(regional collaboration)—資源和流動性

本場次分別邀請中東、非洲和歐洲的區域性法規合作進行報告，分享他們在各區域合作中成功的經驗、挑戰及未來規劃。

由阿拉伯聯合大公國衛生福利部護理顧問 Fatima Al Rifai 報告"Regional Collaboration: Middle East Experience"。東地中海區域是世界衛生組織(World Health Organization, WHO)中一個區域劃分，由 22 個國家組成，分佈在中東、北非、非洲之角、以及中亞，主要成員是阿拉伯語系國家。從 1989 年開始成立護理暨助產區域諮詢小組，2002 年成立阿拉伯護理諮詢委員會，2013 年成立阿拉伯護理科學會。區域合作的目的主要是在統一該區域護理策略方向；統一護理實務、教育和法規標準；分享經驗；提供教育和訓練機會；培訓護理領導人才；建立對新興議題的共識等。至今，各國大學間開始互相認可，共同舉辦變革領袖培訓營(LFC)，培養年輕的護理領袖。然而中東地區因部份國家戰爭、資源和時間因素，帶來難民和伴隨的健康議題，使得區域合作的發展受到限制。



肯亞護理學會執行長 Edna Tallam 報告 "African Health Profession Regulatory Collaborative for Nurses and Midwives (ARC)"。非洲區域合作已有四年的歷史，主要是由位於東非、中非、南非等國家的護理暨助產領袖組成。除了每年舉辦一次大會外，還提供研究經費進行法規的改善。同時也與美國 CDC 及 Emory 大學、東非/中非/南非衛生共同體、英聯邦護理暨助產協會等合作，使各國護理師和助產師得以立法，收集和分析各國執業登記的資料，讓該區域的國家有執照制度、執業範疇、繼續教育、職前認證、以及對不當行為有紀律處分的權力。這四年來已讓各國強化健康照護體系法規，使 HIV 照顧得以持續；東非/中非/南非各國護理師/助產師的交流；以 ESCACON 線上圖書館進行訊息和知識共享；以及讓各國的認證、執照、繼續教育、執業範疇得以和全球及區域標準同步。然而各國政府對護理的支持度不同，以及對法規問題處理的優先次序不一，是目前該區域合作發展的挑戰。



愛爾蘭護理暨助產學會專業發展理事 Elizabeth Adams 報告"Regional Collaborations: European Perspective"。歐洲區域有 28 個國家，1,660 萬名健康專業人員，平均每 1,000 人就有 18.9 名健康專業人員；其中 70% 屬於直接照顧者，30% 為管理者。然而健康專業人員已呈現老化的情形，尤其以丹麥、法國、冰島、挪威和瑞典等國家最為嚴重，護理師平均年齡都在 41~45 歲。因此各國透過政策驅動、專業人員卡認證、以及 Evidence Based Guidelines for Nurses and Social Care Workers for the deployment of eHealth services(ENS4Care)計畫進行合作。由於歐盟國家必須藉由人口的遷徙帶動經濟進步，所以有賴各國間承認彼此的專業資格，因此簡化專業資格認證流程，才能讓歐盟公民自由流動於各國間。然而該區域中有不同的教育體系、護理政策和文化，要讓各國護理師能在不同國家工作也是一大挑戰。因此透過區域合作，目前各國一致同意在護理教育中必須具備文化；倫理和價值觀；健康

促進和預防；指引和教導；決策；溝通和團隊合作；研究、發展和領導；以及護理照顧等八項基本素養的訓練。預計自 2016 年起，歐盟國家的護理師就可以透過網路申請各國專業資格認證。此外為了提升全球競爭力，歐盟委員會提供 700 億歐元進行 ENS4Care 研究計畫，讓護理師得以推動以實證為基礎的遠距照護，截至目前為止，已發展出預防、臨床照護、進階角色、整體性照護、以及護理師 e 化處方等臨床指引。

#### 四、推動進階護理

本主題由美國和加拿大分別介紹兩國在發展進階護理(advanced practice nursing, APN)的歷史與現況，繼而分享執行過程中的成功經驗與挑戰。

美國護理學會理事長 Pamela Cipriano 報告"Advancing Advanced Practice Nursing in the United States"。美國自 Dr. Margretta Styles 擔任理事長就開始推動各專科護理的認證，直到 2008 年才對進階護理師有明確的定義，並且在進階護理師法規上有一致性的共識。進階護理師必須具有獨立執行護理業務的能力，在法規上符合 LACE 四項基本條件：執照(Licensure)、認證(Accreditation)、證書(Certification)及教育(Education)，並且具備進階護理師的相關領域專長。目前共有四類進階護理師：專科護理師(約 205,000 人)、臨床護理專家(約 75,500 人)、麻醉護理師(約 48,000 人)、和助產師(約 11,200 人)。然而截至目前為止，每一州對這四類進階護理師的規範不一，尤其是在進階護理師是否可以獨立執業上就有很大的分歧。因此，美國必須加強護理聯盟，與其他醫事人員合作，從立法和法規層面來解決問題，以及鼓勵消費者倡議進階護理師是勝任的健康照顧者等方面來繼續推動進階護理師。



加拿大護理學會理事長 Anne Sutherland Boal 報告"Advanced Nursing Practice in Canada"。加拿大共有 11 個省，13.5 萬名護理人員。因為人口老化、醫療可近性不足等問題，聯邦政府自 2004 年起重視基層保健醫療(primary health care)，在各省建立專科護理師角色。截至目前為止，加拿大有臨床護理專家和專科護理師兩類進階護理師，分別有 514 人和 3,786 人。進階護理師除了在醫院執業外，也在社區和長照機構執業。然而和美國一樣，加拿大在不同的省份對進階護理師的需求和管理方式也不同。有些省份可以讓專科護理師轉介病人，完成醫療檢查，或是開立處方，有些省份則是不允許。因此，加拿大在 2015-2020 年的策略是訓練進階護理師具有基層保健醫療的能力，以符合群體健康的需求，才能讓民眾看見進階護理師的重要性。



## 五、從東地中海區域經驗展望護理的未來

這是由來自巴林的前 WHO 東地中海區域護理和助產顧問 Fariba Al Darazi 進行演講，主題為"Envisioning the Future of Nursing: Experiences from the Eastern Mediterranean Region"。東地中海區域是由 7 個非洲國家和 15 個亞洲國家組成，人口有 6.2 億，依據各國的社經、人口和政治情形區分成三組。在這個區域中，60% 的人口介於 15-59 歲，並且 1/3 是在 15 歲以下。有九個國家是聯合國千禧年發展目標(Millennium Development Goals, MDGs)第四和第五目標的重點改善國家。在資源缺乏且政局不穩的第三組國家(如索馬利亞、阿富汗等)，每 1,000 人口的健康照護人力少於 2 人；然而在經濟成長且為高所得的第一組國家(如阿拉伯聯合大公國、科威特等)，護理暨助產人力則不斷成長。在管理層面，40% 的國家有法規來監督護理標準；在教育程度上，以職校居多(占 41%)，然而研究所以上也占了 11%。由此可見，這個區域的國家在基本條件上有很大的差異性，尤其是難民和醫療資源可近性的問題都是該區域護理最大的挑戰。最後她指出各國政府應由衛生福利部門，建立跨部門的論壇來強化護理暨助產，並且將區域合作的行動方案轉化為各國發展護理暨助產的政策。



## 六、健康專業人力資源(Human Resources for Health)全球策略

本場是由 ICN 健康專業人力資源專案顧問 Sandra MacDonald-Rencz 演講，主題為"ICN Project WHO Human Resources for Health (HRH) Global Strategy: Workforce 2030"。主要是說明 WHO 提出健康專業人力資源全球策略的緣由，以及 ICN 在推動過程中應主動參與及貢獻。

聯合國千禧年發展目標是聯合國 191 個會員國的共識，到 2015 年以前努力實現的八個目標。在 2012 年 6 月，各國又繼續為下一個階段(2016-2030 年)努力，並且在 2015 年 9 月發展後 2015 年代的永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)，包括消弭貧困和飢餓，改善健康和教育，永續城市發展，面對氣候變遷，保護海洋和森林等 17 個目標，169 個指標。然而 WHO 指出沒有健康的專業人員，就沒有全民健康，因此開始規劃「健康專業人力資源全球策略」。因此在 2014 年 GHWA 中建立共識，並透過 WHO 各會員國間的對話、舉辦政策論壇、線上諮詢、年度區域會議等方式撰寫「健康專業人力資源全球策略：2030 健康專業人力」，預計於 2016 年 5 月在世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)正式公告。



護理是健康專業團隊中重要的成員！自 1948 年起，ICN 就是 WHO 的一員，不僅要對 WHO 提出護理人力策略建言，並且要在 WHA 中讓世界各國重視護理人力。因此 ICN 從 2014 年起就積極投入 GHWA 草擬策略報告。今年在韓國舉行的

國家代表會議中，更決定以下重要的訊息：(1)確認護理在 SDGs 的關鍵角色；(2)UHC 仰賴有能力且合格的護理人力；(3) HRH 必須投資教育、法規、研究和政策；(4)建立以實證為基礎的 HRH 政策；(5) 永續培育護理人力；(6)對護理人力的投資不是只有經常性的支出，而是會看到投資報酬的結果。她舉世界助產學會所提供的數據為例，對助產教育的投資，讓助產師至社區後降低死亡率和剖腹產率，結果獲得 16 倍的報酬率。

ICN 目前在 HRH 上的目標是：(1)積極投入 WHO 的全球策略發展；(2)鼓勵各國護理學會(National Nursing Associations, NNAs)參與 WHO 諮詢過程；(3)ICN 及 NNAs 投入發展政策簡報(policy briefs)和護理人力資源研究；(4)讓 ICN 與 NNAs 一起合作，在 WHA 會議和全球策略議題上擁有主導權。

另一方面，ICN 在本部也成立三個工作小組：(1)ICN 內部工作小組，主要是確認 WHO 規劃的重點，也是 ICN 與 WHO 連繫的窗口；(2)諮詢小組，由不同區域的代表組成(在亞洲被邀請的國家有日本、韓國和泰國)；(3)政策小組，邀請來自不同國家，不同專業領域(如社會經濟學家等)的專家組成。ICN 將繼續追蹤 GHWA 所草擬的政策簡報，並於明年 1 月提供進一步的訊息給 NNAs，讓 NNAs 可以和衛生部門合作。此外 ICN 正在草擬「WHO 護理暨助產發展策略方向 2016~2030」，目前已在網站公告，並徵詢大家的意見，讓 WHO 可以將護理議題放入全球策略中。

當 Ms. MacDonald-Rencz 報告完後，引起眾多的迴響，尤其很多國家都參與在工作小組中，因此黃副理事長也表達台灣有意參與，故提出如何能成為制訂策略的一員？代理執行長 Pierre Theraulaz 表示每一個 NNA 都可以和他們的政府對話，討論護理人力議題，尤其是使用網站上已經公告的政策簡報草案來和政府部門討論，並回饋給 ICN 做為修訂報告的參考。在場也有代表提議 ICN 應主動將訊息傳遞給 NNAs，而代理執行長也回應他們在會後不僅會將訊息寄給 NNAs，目前也已經在網站上公告。

## 七、國際教育的護理師(internationally educated nurses)法規

本主題由澳洲和加拿大分別報告兩國在評估接受國際教育的護理師之方法與現況。

澳洲護理暨助產學會主席 Lynette Cusack 報告"Regulation and Internationally Qualified Nurses and Midwives"。澳洲暨助產護理學會(NMBA)有 22 名負責註冊的人員，均受聘於政府的衛生部門，因此發展全國性的註冊標準和核准專業守則及指引等是 NMBA 主要的任務。過去在評估國際教育的護理師中，最被詬病的是審查耗時，與國家法律標準不一致，以及沒有考量國際教育的護理師之經驗。目前已將評估模式制訂為申請者必須符合澳洲護理師或助產師的執業條件，並且律定最低的學歷。申請者可以從網站上就能獲得國際教育的護理師在澳洲註冊時的標準，包括英文、良民證、近期執業情形、醫療爭議保險，以及八個資格條件(如：在原受教育國家中符合護理師的資格；畢業的學校通過評鑑；就學的護理學程通過評鑑；符

合澳洲大學護理學系的資格；至少有 800 小時的工作經驗；主修護理/助產；修業及格；課程內容能確保護理師獨立給藥。

加拿大護理學會執行長 Mary-Anne Robinson 報告"National Nursing Assessment Services (NNAS): Canada"。在加拿大，每年申請註冊之國際教育的護理師約為 5,000 人左右。目前加拿大護理學會中有 21 名工作人員負責九個省護理師的註冊。有別於過去是由九個省各自辦理，目前是由加拿大護理學會單一窗口負責。對國際教育的護理師而言，目前只需申請一次，全國皆適用，滿意度都在 92% 以上。對負責註冊的工作人員而言，不僅減少重複性工作，也更認識各省間政策和流程上的異同，並且還可以對國際教育的護理師背景進行分析。自 2014 年以來，到加拿大之國際教育的護理師大部份來自菲律賓(49%)，其次為印度(31%)；年齡分佈以 18~34 歲居多(72%)；其次為 35~49 歲(26%)。

## 八、執業範疇演變—任務分工(task sharing)

本主題由阿曼、牙買加以及波黎納分別從各國護理發展的現況說明各國護理師的執業範疇演變。

阿曼衛生部護理顧問 Sharifa Al Jabri 報告"Professional Self Regulation"。阿曼是一個 410 萬人的國家；25% 為外國人；雖然男性平均餘命為 72 歲，女性為 75 歲，但 42% 的人口為 < 15 歲，15~49 歲為 50%。全國護理師暨助產師的總數為 1.2 萬人。雖然阿曼復興始於 1970 年，但至今仍沒有統一的護理教育制度，例如高科技公司自行發展護理課程，訓練符合他們需求的護理師；軍護教育和一般學校的課程內容也不同。而在醫療體系中，雖然有全國一般性的護理原則，但每家醫院會因各自醫療團隊組成的專業人員背景不同，或是醫師願意授權的內容等因素，導致每家醫院提供的護理照護內容及方式都不盡相同。此外大部份的醫院是屬於大型醫院，因此缺乏符合慢性病人需求的照護機構，並且截至目前為止，沒有專科護理師的設置。

牙買加護理協會主席 Pearline Cooper Sharpe 報告"Task Sharing in Jamaica"。牙買加是加勒比海上的一個島國，人口有 290 萬人，醫院等級分為 A(綜合性的醫學中心)、B(都會型醫院)、C(地區醫院)、以及精神科、復健、腫瘤等專科醫院。除了護理師和助產師是證照制外，護佐也是證照制，但尚未將進階護理師納入證照制。目前進階護理師有家庭專科護理師、兒科專科護理師、精神科專科護理師和麻醉護理師等四類。有感於護理師是牙買加醫療體系中的基石，但由於公共衛生護理師短缺，因此自 1967 年起訓練社區護佐來協助護理師，也開始了護佐的證照制度。

由波黎納護理助產委員會 Khumo Modisaeman 報告。波黎納原是英國殖民地之一，1966 年成為一個獨立國家，位於非洲，人口將近 200 萬人。整個醫療體系是以公共衛生照顧模式為主，有 3 家轉介醫院、14 家地區醫院、17 家初級照護醫院、104 家有產科的診所、173 家沒有產科的診所、338 個衛生站、844 個流動衛生站、6 家私立醫院及 167 家私人診所。護理是人民的主要健康照護者，但至今仍沒有護理人員法，並且與醫師、藥師、醫檢師的執業範疇劃分不清。

## 九、災難和衝突對法規的影響

本主題由約旦和日本分別報告難民健康、淪為難民的護理師之資格與認證、以及護理學會對災難處置的回應。

約旦護理學會祕書長 Muntaha Gharaibeh 報告"Impact of Refugees on the Health Care System in Jordan: Implications for Health"。約旦是中東的一個內陸國家，緊臨近五年來內戰不斷的敘利亞、常有衝突發生的以色列與巴基斯坦、以及也有零星戰爭的伊拉克。約旦的人口約有 682.3 萬人，一直以擁有中東地區先進醫療照護體系、健全醫學與護理教育、以及完善護理暨助產師法規自豪。然而鄰近國家的衝突不斷，使得多達 250 萬大批難民自伊拉克、利比亞、葉門和敘利亞湧入。以敘利亞難民為例，人數高達 150 萬人，佔約旦總人口數的四分之一。大部份的難民住在難民營外，並且未被衛生單位列管。由於 50% 以上的難民是 17 歲以下的小孩，造成約旦人口結構的改變。原本不常見的傳染病(如肺結核、麻疹和利甚曼原蟲等)卻出現在敘利亞難民中，並且這些流離失所的難民有嚴重的情緒障礙及行為問題。



以上現象帶來醫療需求量的增加，使得醫院占床率上升，尤其是約旦北部的醫院幾乎都是滿床；醫療設備、衛材及藥品需求量上升，不僅影響約旦人民就醫的方便性，更造成護理師工作的負荷。約旦政府雖然啟動國家復原計畫，提供難民免費就醫，但卻造成醫療品質指標變差、整個國家出現負向的財務後果。除此之外，對護理的衝擊還包括：(1)難民帶來新興疾病、情緒障礙等，因此如何確保護理師工作上的安全？(2)日益增加的工作量及照顧病人數，護理人力明顯不足；(3)缺乏精神科、小兒科、產科護理師。至於在法規議題，大部份的國際組織均已聘用在約旦執登的護理師，目前只有非常少數的私立醫療機構願意聘用來自敘利亞，且無任何文件證明的護理師或助產師。難民問題極需人道救援，漫長的隧道看不到光線，令人不勝唏噓。

日本護理學會執行主任 Aiko Ko 報告"Disaster Relief Nurse System in Japan"。在報告前，她先播放一段 2011 年日本護理學會(JNA)投入救災的影片，令人動容。接著說明日本每隔 6~7 年就有一次大地震，尤其是 1923 年 9 月 1 日的關東大地震，對東京、橫濱兩大城造成毀滅性的破壞，死亡人數超過 10 萬人，因此讓日本將每年九月一日訂為國家預防災難日，以提升全民對天然災害的警覺性，做好災難整備和減災。醫療人員也參與每年的災難演習，在醫院端則是進行檢傷、病人傳送、以及不同種類(如核生化等)受傷病人來診的演練。

1995 年的阪神大地震引發日本護理學會以有系統的方式來訓練救災護理師。因此規範救災護理師的必要條件有：(1)是各縣護理學會的會員；(2)具有 5 年的護理經驗；(3)獲得服務機構最高主管同意其擔任救災護理師；(4)完成災難護理訓練課程。除此之外，救災護理師在被派遣至災區前，必須能：(1)參加例行的聯合災難演習，或是參加每年由 JNA 或縣護理學會舉辦的災難護理訓練；(2)對參加救災

工作進行投保；(3)參與縣護理學會舉辦的救災行前說明會。護理學會舉辦的災難護理訓練是一個兩天的課程，透過演講和團隊演練的方式幫助救災護理師在到達災難現場後，就能立即發揮護理處置的技能，並且能知曉協調合作和自主性的重要性，提供災區護理師最佳的協助。2011年東日本大地震發生後的57天內，日本全國共有3,770位救災護理師被派到災區，提供災民緊急醫療照顧、預防傳染病、以及提供心理衛生照顧。

至今年為止，日本全國已培訓7,771名救災護理師，並且人數持續增加中。因此JNA將派遣救災護理師的條件區分為以下三個層面：

- (一)當災難發生後，由災區護理學會自行派遣救災護理師前往災區。
- (二)倘若災區需要的護理活動已超過災區護理學會能調度足夠的人員時，將由JNA負責指派鄰近縣市的救災護理師跨縣市前往救災。
- (三)當災區及其鄰近護理學會都無法滿足災區護理的需求，或是預判可能需要長期救災時，將由JNA負責派遣各縣救災護理師前往支援。

JNA每年編列每名救災護理師4,000日幣的預算，因此當救災護理師跨縣市救災時，JNA將依制訂的標準提供交通費和日支費，並且也為救災護理師進行投保，倘若他們在救災中發生意外，JNA將依傷亡、住院、門診等不同情形提供保險保障。目前在日本大部份的救災護理師都沒有實際參與救災的經驗，因此當務之急還是先確定有誰可以受訓成為救災護理師，以及建立跨專業領域合作機制，才能讓救災護理師到達災區後，能與當地政府協調合作。

## 十、科技和數位學習對法規和認證的影響

本主題由丹麥和美國分別報告遠距照護和模擬教學的法規議題。

丹麥護理學會護理教育主委Birgitte Grube報告"Technology and e-Learning Regulatory and Credentialing Implications"。丹麥有74,000位護理師，自2013年開始執行歐盟支持的ENS4care計畫，主要是根據以實證為基礎的護理指引提供COPD、DM、失智症、精神疾病、傷口等病人遠距照護。接受遠距照護的病人必須有能力在家自行監測和記錄各項生理指標，如心跳、血壓、血糖、血氧濃度及體重等，然後使用科技產品，將資料傳輸給醫院、家庭醫師或初級照護中心。因此病人必須具有健康素養，對掌控自己的數據和操作數位系統感到有信心，而遠距照護護理師也必須具備臨床決策技巧、確認轉診的適應症、溝通技巧、會談技巧、提供病人意見、病人衛教等核心能力。此外，在遠距照護過程中，護理師必須注重病人隱私及資安問題，同時以使用者友善的界面來設計資訊系統，更重要的是能與原有的系統進行介接。然而在目前的護理課程中，缺少科技素養的培養，護理師無法使用資訊工程師理解的語言進行溝通，更重要的是護理課程只重視護理師應學什麼，而缺少對病人居家生活環境的瞭解。因此在結合科技的遠距照護中，應朝向設計易懂且好操作(user friendly)的系統，並且在護理課程中增加護理師遠距照護的核心技能。

美國護理證照委員會(National Council of State Boards of Nursing, NCSBN)理事長 Shirley Brekken 報告"The NCSBN National Simulation Study"。美國因為臨床指導教師的短缺，以及模擬教學的盛行，使得 NCSBN 想瞭解是否模擬教學可以取代傳統至醫院的臨床教學？以及可以取代學生多少時數的臨床實習？因此他們以 2011 年秋季班入學，且於 2013 年春季班畢業的學生為對象，依參與學校使用模擬教學的比例區分為控制組、25% 模擬教學組、50% 模擬教學組。結果發現：(1)三組學生在畢業前的知識、臨床能力、批判性思考上並無顯著性差異；(2)50% 模擬教學組學生在進階內外科護理學、產科護理學、兒科護理學及精神衛生護理學的知識上顯著高於其他兩組；(3)三組學生在第一次參加執照考試的通過率無顯著性差異；(4)畢業後六個月的追蹤中，三組學生在臨床知識、技能、批判性思考、溝通、責任感、確認問題、臨床決策、優先次序、臨床實作及反思上均無顯著性差異；(5)50% 模擬教學組的學生在畢業後第三個月的專業角色認同最高，但三組學生到第六個月時無顯著性差異；(6)三組學生在就業後六個月內離職上無顯著性差異；(7)三組學生在就業後第六個月照護病人數上無顯著性差異；(8)三組學生在工作壓力上無顯著性差異。然而教師是否接受模擬教學訓練、系上是否有足夠的模擬教學教師、是否有足夠的模擬教學設備等，都會影響模擬教學的品質和成果。

## 心得

1. 在杜拜開會，真是個文化洗禮，中東特有的文化在「衣」的部分一覽無遺。男士一身白衣、女士一襲黑衣，長袍的標準服飾伴隨著些許的神祕感。
2. 參加人員突破以往，不僅國家數增加、人數也增加，參加成員有以往未曾參加的非洲國家，報告的內容也更為多元。
3. 今年新的主題「健康專業人力資源全球策略」，闡述 2030 以前的人力規畫，成為世界各國的重要策略，建議以後相關會議要持續積極參與，俾能與國際同步。
4. 約旦的難民潮對醫療保健服務之影響，和日本大海嘯對護理工作的挑戰都發人深省，護理的執業範疇需要更多的知識與技能。
5. 在教師人力亦不足的情形下，以科技替代臨場實體教學固然解決一時的困境，然其成效應能經得起長時間的考驗。
6. 美國發展 APN 以偏遠地區為主，加拿大的 APN 占率為 1%，此二現象均與我國 NP 發展大不相同，也值得深思。

