

**2014 年第十五屆「ICN 亞洲護理人力論壇」暨
第十一屆「亞洲護理學會聯盟」會議報告**

**The Report on
the 15th ICN Asia Workforce Forum (AWFF) &
11th Alliance of Asia Nurses Association (AANA)**

台灣護理學會

王桂芸理事長、廖美南副理事長

王秀紅副理事長、陳淑芬秘書長

2014.11.17-19

2014 年第十五屆「ICN 亞洲護理人力論壇」與 第十一屆「亞洲護理學會聯盟」會議報告

The Report on the 15th ICN Asia Workforce Forum (AWFF) & 11th Alliance of Asia Nurses Association (AANA)

壹、前言

第十五屆「ICN 亞洲護理人力論壇」與第十一屆「亞洲護理學會聯盟會議」先後於 11 月 17 日~19 日舉行，由 ICN 與日本護理學會聯合主辦，會議地點在日本東京的 Keio Plaza Hotel，本會由王桂芸理事長領軍，廖美南副理事長、王秀紅副理事長與陳淑芬秘書長出席。其中，王理事長與廖副理事長為本會正式代表，王副理事長與陳秘書長為觀察員。此次會議出席國家包含：日本、中國、香港、印尼、韓國、澳門、馬來西亞、菲律賓、新加坡、泰國與台灣等 11 國理事長與學會代表共計 32 人。ICN 出席代表有第一副理事長 Masako Kanai-Pak 及護理與衛生政策顧問 Lesley Bell。「ICN 亞洲護理人力論壇」由 Lesley Bell 與日本護理學會執行官 Midori Matsuzuki 聯合主持，會場極為美觀舒適，會議過程順利和諧，會員間之交流熱絡，毫無語言隔閡。此工作論壇為亞洲地區具 ICN 會員國代表參與，會議中除檢測各國與護理相關之內外在環境、人力結構與薪資之工作條件現況，並探討護理人員角色及執業範疇變遷之議題，及職場上多世代護理人員所帶來之衝擊，各國護理學會因應之道與成功經驗的分享，促進正向執業環境，且探討災難及護理人員之健康與安全等議題。

亞洲護理學會聯盟（簡稱 AANA）於 2003 年在亞洲八個國家代表於韓國首爾市共同連署下起草成立，成立目的在藉由每年舉辦亞洲國家（非限定 ICN 會員國）之護理學會理事長聯席會議中相互學習、汲取經驗，共同解決各國與國際間之護理專業議題。此屆亞洲護理學會聯盟會議，在探討亞洲聯盟各國護理學會共同面臨之人口老化議題，以及護理學會在培養及強化護理人員之專業職能上之努力。

出席會議除可瞭解亞洲各國護理專業人員的社會經濟福利現況及面臨之問題，吸取他國成功經驗，更新因應策略與解決之道，以作為改善護理人員職場安全及福利等參考依據，且可將台灣的成功經驗行銷他國，爭取台灣護理學會的國際聲望，茲將論壇重點摘述之。

貳、ICN 亞洲護理人力論壇

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舉行，此次由 ICN 與日本護理學會主辦，論壇宗旨與目標如下：

1. 藉由各國環境檢視，由政府、社會、健康、護理及專業組織不同觀點，探討與分享各國之現況。
2. 更新各國護理人員工作與社經福利（SEW）條件之資料庫。
3. 探討護理人員角色及變動中的執業範圍。
4. 探討多世代護理人力之衝擊。
5. 了解 ICN 策略計劃--政策影響力與衝擊。
6. 探討正向執業環境及職場健康與安全相關議題。
7. 經由訓練課程了解職業健康與安全-護理勞動科學及災難應變與準備。

一、環境檢視

論壇開始前，Lesley Bell 先報告這一年她代表 ICN 所參與之活動，其中特別提到明年在韓國首爾舉辦之 ICN 護理研討會，共收到近 3400 篇論文投稿，其中台灣佔 1000 篇以上，居所有國家之冠，特別讚揚我國之熱情參與。另外也提到研究顯示醫療暴力持續增加，尤其是霸凌，大部分是來自於護理人員，其次是病人家屬及醫師，剛畢業之新進護理人員往往因為職場霸凌而離開職場，使得護理人力短缺更加惡化，值得護理主管深入探討與處理。並說明針對目前全球所發生及關注之議題，ICN 均積極參與貢獻，展現 ICN 的影響力與執行力。如：西非伊波拉疫情發生後，ICN 即與其他團體共同呼籲疫區政府應提供第一線醫療工作人員完整之裝備，以保障醫療人員生命安全，並確保病人得到應有之照護。並要求各國政府在討論應變計畫或各項政策時，一定要將護理人員納入決策系統，參與政策討論。

此次人力論壇由 Lesley Bell 引導各國代表作環境檢視(Environmental scan)，分析目前各國影響護理專業發展的內、外在因素及所採取的策略。各國代表說明影響職場工作環境與專業發展的主要因素，包括護理、健康、政府、社會、全國性護理學會等層面。茲將各國代表所提出的護理職場內外環境改變重點列舉於下：

國家	環境檢視重點
中國	<ol style="list-style-type: none"> 1.人口結構改變、生育率降低、人口老化、遷入工作人口增加，2013年 60 歲以上人口佔 14.9%，預估至 2030 年老年人口將達 24%，慢性疾病也隨之盛行。 2.為因應民眾醫療健康需求增加，護理人員數量也不斷增加，中國政府對於護理專業之發展能符合民眾基本健康服務需求給予高度評價。 3.該國在健康服務發展上推動第十二個五年計劃，其目標為健全城鄉居民的基礎醫療保健系統、醫療保險和公衛服務之覆蓋率，促進醫療及健康服務之可近性、品質與效率，增加民眾滿意度。 4.過去 20 年來，每年健康醫療支出從 74.74 億人民幣（1990 年）增加至 3166.15 億(2013 年)，成長超過 30 倍以上。人均醫療費用支出為 2056.6 元，但城鄉仍有很大差距。
馬來西亞	<ol style="list-style-type: none"> 1.該國護理人員組成包括註冊護士(RN)、社區護士(CN)及助理護士(AN)，其中 CN 及 AN 只要國中畢業受訓 2-2.5 年即可在醫療服務業工作，但其專業知識與技能並不被認可，無法取得專科認證，為了提升護理人員教育層級和專業成熟度，促進與其他專業間之合作，衛生部護理部門與護理學會共同提案，以建立護理人員職涯路徑、促進護理專業發展、重新界定護理人員在臨床、行政管理及社區服務上之角色、提升護理教育。 2.為提升健康照護品質，提供全民可及之服務，以保障人民健康與福祉，該國政府提出改革健康照護輸送系統，增加健康照護設施之品質、數量及涵蓋率，服務重點從治療轉向福祉及預防疾病，提升健康人力資源之品質。 3.助產士法及護理人員法是分開兩個法，目前正在討論是否合併。
韓國	<ol style="list-style-type: none"> 1.護理教育：2014 年共有 201 所護理教育機構 <ol style="list-style-type: none"> (1)116 所大學：4 年制學士學位 (2)45 所學院：提供 4 年制護理課程 (3)40 所護理學校：提供 3 年護理課程 <p>所有護理教育機構需於 2016 年前接受政府評鑑。</p> 2.2012 年修訂醫療服務法，規定所有醫療服務專業人員每三年要向衛福部報告個人證照及就業情況，以利護理人力規劃。 3.“不需照顧者醫院”試辦計畫 <p>此試辦計畫由國家健保局推行，目的在於發展醫院模式，於急性病房配置足夠護理人力，讓病人家屬不需 24 小時陪伴照顧，即可享有無微不至高品質之護理照護。政府提供 13 億韓元給試辦醫院，資助其額外人力之工資及訓練成本，以及硬體設施之改善，確保病</p>

	<p>人安全，計畫執行後各級醫院護病比已有明顯改善，達到三級醫院 1:8、綜合醫院 1:10、醫院 1:12。</p>
菲律賓	<p>1.該國 2013 年每萬人口僅 2.3 名健康照護人力(0.2 名醫師、0.4 名護士、1.7 名助產士)，遠低於世界衛生組織(WHO)建議人數(24 名)之 1/10。衛生部額外招募 6000 名新進護理人員以補充人力。</p> <p>2.與護理教育與護理實務相關之法案正送交國會審議。</p>
台灣	<p>1.護理人力短缺問題經過衛福部與護理專業團體共同努力下，護理執業人數增加，離職率降低。然為因應民眾健康照護需求隨著人口結構及社會環境改變而不斷增加，護理人力需求也相對增加。為營造正向執業環境，吸引更多護理人員加入醫療行業，目前積極推動三班合理護病比、護病比與健保給付連動、混合式照護模式及偏鄉護理精英計畫。</p> <p>2.國健署致力於肥胖防治。</p>
日本	<p>1.因應人口老化，社區老人慢性疾病增加，該國致力提供居家照護服務及招募留任健康照護人力。日本國會於 2014 年 6 月通過“Act for comprehensively promoting regional health and long-term care”，其中與護理相關的有：培訓護理人員執行特定醫療處置；護理註冊系統，規定護理人員必須向各縣護理中心回報個人受雇(含未受雇)情形，以便提供就業服務，招募足夠護理人員。</p> <p>2.外籍護士人數持續成長</p> <p>2014 年有 176 名外籍護士通過日本國家考試(通過率 78.6%)。透過經濟合作協議(Economic Partnership Agreement, EPA)，有 32 名印尼、菲律賓護理人員通過證照考試(通過率 10.6%)。國際護士人數不斷增加。</p> <p>3.修訂醫療服務法條文，提供地區民眾從急性期、康復期、復健期乃至居家照護階段，無接縫之健康照護服務。地區各健康照護機構需分工合作，並隨時回報他們的照護功能給地方政府。</p> <p>4.建立促進更好工作環境之勞工管理系統，提升從事健康照護工作人員之健康、福利及安全</p>
泰國	<p>1.該國致力提升護理執業環境，營造正向執業環境之策略計畫已推展至全國，包含鼓勵全國護理人員及護生提出創新作法或研究。然而全國護理人力短缺、工作負荷過重、人力質量不均之問題依然存在，短期內仍無法改善。</p> <p>2.泰國護理及助產局與泰國護理學會(NAT)合辦變革領導培訓營(LFC)，共 30 人參訓。</p> <p>3.泰國政府為了國內經濟發展及貿易自由化，已申請貿易協商，希望簽立國際自由貿易協定，但其內涵不僅限於降低關稅、貨物及服務、智財保護及投資，也包括人員遷移及資格認定，尤其針對醫療</p>

	服務產業之相關議題仍面臨許多挑戰。醫療專業人員之培育須藉由能力培訓課程，以達到各國一致標準。
新加坡	<ol style="list-style-type: none"> 1.成立國家護理工作小組進行護理改革，向衛福部提出 15 項建議且獲得接受，改革內容包含護理職涯發展、自主性、認同及教育等 4 個重點，簡稱為 CARE 計畫(Career Development, Autonomy, Recognition and Education of nurses)，透過系統性的方法，以改善護理執業環境、提升護理教育、界定進階護理角色與自主性，並重新建構護理職涯發展。 2.因應人口老化，成立老化部長級委員會(Ministerial Committee on Ageing, MCA)，投注資源於擴展老人照護設施及人力，包括提供土地蓋護理之家、增設床位、培訓專業及一般照護人員等。
澳門	<ol style="list-style-type: none"> 1.澳門護士學會兩位理事自去年起被任命為澳門醫療委員會委員，並指派為護理專門小組成員，負責研擬護理法規。 2.澳門行政長官在健康照護方面之施政目標為完備健康照護供給，優先預防疾病。承諾加速完成建造澳門第二家公立醫院，提供健康照護人員培訓及研究中心。
香港	<ol style="list-style-type: none"> 1.香港公立醫院發展一套病房工作量評估模式，並依據病人依賴程度，以估算病房護理人力需求。 2.該國進行多項改善護理人力短缺之措施，包括政府提供經費招募更多護理人員、支持護理進階及職涯發展。 3.為因應人口老化、與生活形態相關之疾病增加，香港政府進行多項醫療改革措施，包括提升初級照護服務，促進公私立機構在醫療照護服務方面之合作，發展電子病歷分享系統，促進以實證為基礎之中醫照護。
印尼	<ol style="list-style-type: none"> 1.為提升護理執業環境品質，印尼護理學會於今年提出護理執業環境之政策聲明，作為護理人員執業時之指引。 2.有關護理之法規，經過 11 年之努力終於在今年 10 月通過並公告，涵蓋護理服務、臨床實務及執業條件等相關法規。 3.印尼護理學會與衛福部護理部門主管共同合作發展臨床護理人員及護理管理者之職涯階梯，藉由建構清楚之護理職涯路徑，以營造好的執業環境。

由以上環境檢視中，顯示亞洲各國重視的議題如下：

1. 各國人口高齡化、慢性病盛行、醫療照護需求俱增，護理人力短缺、執業環境不佳等問題持續存在。
2. 針對人口老化所衍生之健康照護問題，各國均列為重要施政重點，包括政策、服務輸送

系統、人員及設施等。

3. 營造正向執業環境是多數國家護理學會積極與政府合作之目標，並提出具體策略，包括減少護病比、培訓護理主管、規劃護理職涯發展、立法保障勞工權益等。
4. 各國護理教育與實務工作間仍存在落差，需要弭平。

二、檢視各國護理工作狀況

ICN 在召開論壇前已先藉由問卷調查各國護理工作狀況，將資料彙整及分析作為論壇的基本資料，會議進行時，由 Lesley 將 ICN 分析各國護理工作狀況進行討論與資料澄清，各國狀況之比較包括：

1. 一般基本資料：含護理人員類別、護理人員修業年限、男性及女性護理人員數與執業人數等。
 - (1)護理類別：韓國、澳門、菲律賓只有 RN；其他國家除 RN(依學位來分)之外，還有 LPN(印尼、日本、台灣)、CN(Community Nurse, 馬來西亞)、TN(Technical Nurse, 泰國)、AN(Assistant Nurse, 印尼、馬來西亞)、EN(Enrolled Nurse, 新加坡、香港)、PHN(Public Health Nurse, 日本)、MW(Midwife, 日本)、RMW(Registered Midwife, 新加坡)等類別。
 - (2)進入護理學校前之教育年限：除了台灣及大陸之 RN、印尼之 AN、日本之 LPN、馬來西亞之 CN 及 AN 只需 9 年教育外，半數以上國家均須完成 12 年以上之教育後才能就讀護理科系，其他國家至少也要 10-11 年。
 - (3)護理教育修業年限：RN：3-5 年(大多數 4 年)、LPN：2-3 年、AN：2-3 年，其中台灣之護理學制比其他國家更多元且複雜。
2. 護理人員年齡分布：執業護理人員平均年齡、護理生涯年資。
 - (1)執業護理人員平均年齡：年齡最輕為馬來西亞 (28 歲)，最高為日本(40 歲)。
 - (2)平均護理執業年資：大部分國家以退休年齡減去就業年齡，約 33~40 年；而我國、日本及韓國則是以護理人員實際服務之年資計算，我國 6-7 年、韓國 8 年、日本 15.7 年。
3. 預估護理人力的供需狀況：大部分國家認為未來護理人力依然短缺，只有菲律賓護理人力過剩。

4. 改變對護理人力需求的原因：所有國家均認為人口組成、健康需求、病人照護需求、科技及政府政策均為影響護理人力需求之原因。
5. 護理人員 1 年內之異動率：台灣最高(18.44%)，其次為韓國 (16.9%)，最低為澳門(小於 5%)。
6. 薪資比較：

(1)各國護理人員薪資比較，以購買力平價指數(Purchasing Power Parity；PPP) 換算，目的係在衡量同一時間點下，各國購買相同物品所需支付價格之變化情形。通常開發中國家的經濟體規模以 PPP 衡量，比用 GDP 衡量準確，因相同物品在開發中國家的售價常比已開發國家低，相同金額可購買的數量較大。經 PPP 換算後，各國護理人員平均薪資以澳門最高，比當地警察還高。

(2)護理人員與其他專業平均起薪之比較：

醫師 > 會計師 > 警察 > 教師 > 護理師 = 物理治療師 > LPN > 護理輔助人員

顯示護理人員平均起薪比老師、警察及會計師為低，只比 LPN 及輔助人員高，如何提升護理人員之專業價值值得各國重視。

三、護理人員角色及變動中的執業範圍 (Role of nurses and changing scopes of practice)

各國針對此議題的討論，主要著重在 Task shift，尤其是進階護理師(APN)之資格條件與準備度：

1. 日本：認證護理師(21 個專科領域)及認證專科護理師(11 個專科領域)可以接受進階護理實務訓練，日本護理學會(JNA)負責界定進階專科護理領域，執行認證考試與證照更新審查。日本政府修法引進「培訓護理人員執行特定醫療處置」，護理人員完成指定之訓練後，即可依據標準程序執行特定醫療處置，在現今醫療專業人力有限之情況下，可提升團隊照護品質。日本護理學會自 2011 年起開始討論如何展現及促進專業護理實務能力，2012 年提出助產士臨床進階制度，並依據不同層級發展護理教育課程。目前 JNA 致力發展可適用於任何機構之標準臨床進階制度。

2. 泰國：該國進階護理師(APN,包括 NP)須具備碩士學位，及 1-10 年臨床實務經驗，目前由進階護理學院負責 7 個專科進階護理師認證。NPs 主要提供偏遠地區民眾初級醫療照護，全國 APNs 及 NPs 均有人力短缺情形。護理人員可以經營診所、日間照護、安寧照護、助產所、護理之家及老人機構。另外 APN 完成 3 年 92 學分之訓練課程，即能成為 DNP。
3. 韓國：韓國醫療服務法明定進階執業護理師(Advanced Practice Nurse, APN)之分類、資格及認證，並針對 APN 培訓及課程訂有相關辦法。目前共有 13 類 APN，包括家醫科、感染科、老人科、麻醉科、公共衛生、職業衛生、小兒科、急診、臨床醫學科、精神科、腫瘤科、重症科、安寧緩和醫學等。護理人員必須有 3 年相關臨床經驗，完成 APN 碩士學位，通過 APN 認證考試後才能取得證書。韓國護理學會(KNA)與衛福部及健保局共同合作，培訓失智症照顧者，並提供失智症居家護理師訓練課程，以提升居家失智症病人之照護品質。該國自 2009 年起推動肺結核防治計畫，各醫療機構設置 TB 護理師，提供衛教、諮詢、監督服藥遵從性，以提升治癒率，目前全國共有 117 個機構、180 名 TB 護理師提供服務。在首爾市政府之贊助下，KNA 今年推動「兒童照護機構訪視護士計畫」，定期訪視機構內兒童之發展及健康情形，教導急救技術及如何預防嬰兒猝死症。
4. 台灣之 NP 需有 3 年臨床護理經驗，經過培訓，通過衛福部之考試(筆試及 OSCE 術科考試)，即可取得證書，培訓方式有兩種(1)碩士學程(2)NP 訓練醫院提供 600 小時以上課室及臨床實務訓練。目前國內因住院醫師短缺，需要 NP 協助執行業務及值班，由於其執業內容缺乏法律之保障，因此於今年正式通過修訂護理人員法，以保障其執業合法性。
5. 新加坡之 APN 須完成碩士課程(包含 500 小時以上臨床實務訓練)，並通過認證面試。

綜合以上可知，大部分國家進階護理師之教育程度要求為碩士，且須具備足夠之臨床實務經驗，才能勝任此工作。Lesley 表示護理人員除臨床專業角色外，更應與政府建立緊密關係，以參與政策討論，發揮影響力。由於本會王理事長在分享台灣經驗時，特別提到王秀紅副理事長曾擔任衛生署副署長，因此 Lesley 特地邀請王副理事長分享其擔任政府首長經驗，王副理事長除報告她在副署長任內推動護理相關政策，例如長期照護、專科護理師等，並強調政策與政治參與的重要性，護理團體必須共同合作、凝聚共識，對外只能有一致的聲音，才能得到重視與回應，在溝通協商時要追求雙贏，才有成功的機會。

四、多世代護理人力之衝擊(Impact of multiple generations in the workforce)

全球護理人力共分 4 個世代：(1) 榮民世代(1922-1945 年出生)(2) 嬰兒潮世代(1946-1964 年出生)(3) X 世代(1965-1979 年出生)(4) 千禧或 Y 世代(1980-2000 年出生)，世代間最大差異在於溝通方式，如何搭建橋樑使不同世代護理人員能和諧相處共同合作，是領導者必須學習之課題。各國分享如下：

1. 菲律賓：新世代護理人員在意工作環境及排班。
2. 台灣：研究結果顯示每一世代對護理工作認知、價值觀及需求皆不同，藉由領導者培訓、輔導員制度、臨床教師制度、彈性人力資源管理制度等策略，除可使新進人員適應職場環境，並能招募留任更多護理人員。
3. 新加坡：指派不同單位之輔導員，關心新進人員遭遇之問題並協助解決。
4. 澳門：澳門護理人員共分三種：資淺、資深及顧問護士(退休後擔任)。
5. 韓國：和台灣一樣，新進人員離職率高，採取輔導員、臨床教師制度以協助新進人員適應、留任職場。
6. 印尼：每月定期與新進人員開會，關心其工作及適應狀況。
7. 香港：新進人員進入職場後前三年安排至各科工作及學習，之後再依據其能力及興趣固定科別。醫院提供員工多元溝通管道。
8. 日本：除提供新進人員訓練外，也提供師資培育，訓練其成為適任之教師。引進護士助理(NA)，減少世代間之衝突、減輕工作負荷、降低離職率，對執業環境產生正面效果。

五、政策影響力與衝擊- ICN 策略計劃 (Policy influence and impact-ICN Strategic plan)

由 ICN 第一副理事長 Masako Kanai-Pak 向與會代表說明 ICN 2014-2018 年之策略計劃，共有 4 大主題：全球護理發聲(The global voice)、策略性領導(Strategic leadership)、政策影響力(Policy impact)及多元化(Diversification)，每個主題都有對應之目標及涵蓋 ICN 三大支柱(專業實務、法規及社經福利)之行動方案，可供各會員國參考應用。

六、訓練課程--

職業健康與安全-護理勞動學(Occupational Health and Safety: the Science of Labourin Nursing)

主題(一)：日本護理學會針對護理人力及勞工之調查

(主講者：日本護理學會副理事長 Reiko Kikuchi)

報告內容包括日本醫療照護體系、護理人員數及受聘情形、教育系統、目前勞動狀況。日本每十萬人口有 1236.3 張病床，每 100 床配置 124.1 名醫療專業人員，其中包括 RN 46 名、AN 9.4 名、醫師 12.9 名，平均住院日 17.5 天。日本老年人口逐年攀升，年輕族群比率持續下降，執業護理人員數也不斷增加，現今護士人數比 50 年前增加 6 倍，執業場所 61.4% 在醫院、20.9% 在診所。護士平均年齡 41 歲，離職原因包含個人因素（懷孕、生產、結婚、育兒）及執業環境（工時過長、超時、夜班負荷過重、責任過重、擔心醫療過失）。目前勞動狀況包括夜班工時過長、工作量過重，由於無適當法規規範夜班及輪班工作，包括夜班工時上限、夜班天數、轉換不同班別之合理休息時間以及夜班強制休息時間等，全由醫院自行規範，因此常發生夜班連續上班 15-16 小時之情況。雖然健保給付住院護理費有要求病房護理人員每月夜班時數不得超過 72 小時，但此乃平均值，還是有些人會超過此時數。雖然目前有兩班制（08:30-17:00、16:30-09:00）及三班制，但多數單位仍以兩班制為主，因為連續上三班制，無法得到充足休息，違反人體生理時鐘，且每月夜班天數 8.1 天，若遇同仁懷孕、生產、育兒，則夜班天數更多；但兩班制之夜班往往工時超長（85% 超過 15 小時、32.6% 超過 16 小時）且缺乏短暫休息。日本護理學會為致力改善護理人員執業環境，舉辦「工作生活平衡(WLB)工作坊」，並協助全國各分會及醫院推動工作生活平衡計畫，制定相關指標進行評估調查；制定夜班及輪班工作指引，提出 11 項建議標準，包括工時上限、班與班間合理休息時間、連續夜班及上班天數、輪班方式等，以減輕夜班及輪班護理人員之負荷，維護其健康、安全及生活品質。

主題(二)：護理職場健康及安全之科學知識(Scientific Knowledge of Occupational

Health and Safety in Nursing)

(主講者：日本勞動學研究所所長 Dr.Kazuhiro Sakai)

日本護理學會於 2013 年參考勞動學相關文獻並依據 Rutenfranz 九項原則，制定出夜班輪班工作指引共 11 項，如下：

1. 兩班之間至少間隔 11 小時。
2. 每班工作時數不超過 13 小時。
3. 每月夜班天數不得超過 8 天(三班制)，如果是其他輪班制，則須依據每班工時，制定夜班天數上限。
4. 連續夜班天數不得超過 2 天。
5. 連續工作天數不得超過 5 天。
6. 夜班中間至少提供 1 小時的休息，日班則視工作時數及工作量提供適當休息時間。
7. 確保提供夜班護理師不受干擾之小睡。
8. 連續兩天夜班後至少休息 48 小時，上一天夜班後要休息 24 小時。
9. 排班制度至少包括一個前後都沒有夜班的完整周末。
10. 持續排班制應採取順時鐘排班法。
11. 對於夜班及輪班工作者，日班上班時間不要在上午 7 點以前。

日本勞動學研究所所長以實證科學角度分析護理人員夜班及輪班制度，提出五項勞動學知識，以呼應日本護理學會所提之夜班輪班工作指引，說明如下：

1. 勞動學知識一：人類不擅於夜間工作。

勞動學注重生理時鐘(circadian rhythm)，夜間工作違反人體生理節律，尤其當工作特性具備高壓力、工時長及工作負荷量大時，夜間工作更加辛苦，因此呼應工作指引第 3 條。另由於長期上夜班，日常作息顛倒，容易導致身心疲累，且不易恢復，在社交方面也減少與家人相處時間，導致社交隔絕，因此應避免常規上夜班，呼應工作指引第 4 條。

2. 勞動學知識二：人類在工作中需要短暫休息以重獲能量繼續工作。

疲憊具備兩種特性，是漸進性、持續累積，且是可逆的。短暫休息可以終止疲憊，

回到最初狀態，如果持續工作不休息，疲憊感會持續累積惡化，加上過度工作，最後將導致生病，因此呼應工作指引第 5、6 條。

3. 勞動學知識三：睡覺是治療疲憊的靈丹妙藥。

睡眠時間至少 6 小時以上，起床時間盡量固定，避免相差 2 小時以上，呼應工作指引第 11 條。白天睡覺時間短、淺眠、容易被干擾，因此很難從疲憊中恢復，呼應工作指引第 8 條。夜間小睡 2 小時可趕走疲憊，小睡 20 分鐘可趕走睡意。呼應工作指引第 7 條。

4. 勞動學知識四：順時鐘輪班方式符合人體生理。

順時鐘輪班方式(每一循環：日班、晚班、夜班、休息一天)，班與班之間休息時間至少 24 小時；逆時鐘輪班方式(每一循環：晚班、日班、夜班、休息一天)，班與班之間休息時間僅 8 小時，呼應工作指引第 10 條。。

5. 勞動學知識五：兩班之間至少間隔 11 小時。

呼應工作指引第 1、2 條。但如何利用兩班之間隔時間？講者建議以睡眠優先，以掃除疲憊、恢復體力，同時建議彈性工時，以解決不同人生階段所要面臨的工作生活平衡之課題，呼應工作指引第 9 條。

講者表示日本護理勞動制度正持續改善中，他將持續與 JNA 及政府合作，持續為護理勞動條件而努力。

主題(三)：日本政府在改善健康照護專業人員勞動條件之努力(Government Efforts to Improve“Quality of Employment”for Healthcare Workforce in Japan)

(主講者：日本厚生勞動省勞動標準局資深規畫官員 Kenji Sak Ishikawa)

日本政府今年通過修訂醫療法，將「健康照護專業人員之勞動條件改善計畫」制度化，並自 10 月起生效，改善勞動條件將有助於保障及留任健康專業人員，並達到工作生活平衡。厚生省制訂健康專業人員勞動條件指引、手冊給醫療機構參考遵循，並作為各縣健康政策局之後盾，提供調查研究及各項資訊；各縣健康政策局成立支援中心，與相關專業團體及縣勞動局共同合作，提供醫療機構支持(包括提供資訊、諮詢服務、舉辦工作坊)以改善勞動條件；醫療機構管理者則依據指引及手冊提供專業人員良好勞動條件，包括合理工時及休息、注重

員工健康、營造良好工作環境、提升工作滿意度，並運用 PDCA 循環不斷改進。藉由此改善計畫可使健康專業人員工作負荷減少，提升工作滿意度；病人得到高品質照護；醫療機構管理者可控制成本提升管理效能，達到三贏局面。

七、正向執業環境(Promoting Positive Practice Environment)

ICN 為提升全球護理人員工作環境及維護病人安全，自 2007 年起持續重視正向執業環境 (Positive Practice Environment) 之議題，由於護理人員工作負荷量重，導致超時、過勞與健康受損等議題已是各國普遍面臨的問題，醫院為了降低人事成本，迫使護理主管難以爭取到合理的護理人力，唯有促成政府、衛生主管機關與護理領導人重視此議題，訂定合理的政策與強化共識，才能保障病人照護品質及減低護理人員的工作壓力。今年延續討論各國對正向執業環境維護的創新作法。

泰國護理學會(NAT)持續推動正向執業環境(PPE)，並進行相關研究，提出“Healthy work, Healthy Nurses, Healthier People”標語口號，並進行全國宣導活動，以喚起社會大眾對護理人員之健康及安全的重視。NAT 提出改善執業環境之主要策略(3S)包括：人力(Staffing)、安全職場(Safety workplace)及提升滿意度(Satisfaction)。舉辦 PPE 創意競賽發表會，並補助會員進行 PPE 相關研究。推動 Staff-mixed care model(Practical nurse & NA)。本國代表分享國內為減輕護理人員工作負荷，正進行混合式照護模式計畫。印尼目前醫療政策著重在病人安全，在護理方面則致力規劃護理人員職涯發展。香港政府提供經費補助招募護理人員，醫療機構改善設施設備，增購電動床及轉移床，以減輕護理人員工作負荷及職業傷害。中華護理學會提出護理人床比及護病比建議案，已送交政府審閱中。韓國推動許多支持計畫，以改善執業環境。該國法律規定企業女性員工超過 300 人以上，或員工超過 500 人以上必須設置托兒所，因此越來越多醫院內設有托兒所，或與鄰近托兒所合作，並提供員工育兒津貼，以促進女性員工工作生活平衡，降低離職。日本護理學會舉辦「工作生活平衡(WLB)工作坊」，並協助全國各分會及醫院推動工作生活平衡計畫，制定夜班及輪班工作指引，以改善勞動條件及執業環境。

八、職場員工健康與安全(Workforce Health and Safety)

印尼著重在預防院內感染，尤其是「洗手」，也致力減少醫療過失。韓國醫院設立員工健康管理中心，提供定期體檢、心理衛生管理服務，並針對夜班人員提供特殊健康檢查。澳門政府組成輻射及化學安全小組，制定相關作業標準，以避免職場員工暴露於輻射及化學物質之危害。另針對院內感染及針扎事件，亦提供相關預防措施。健康局為關心第一線醫療人員心理健康，於公部門設立情緒支持部，所有護理人員每年身體檢查必須接受「壓力」及「憂鬱」評估，以了解他們精神負荷之程度。目前馬來西亞主要針對醫療職場常見之職業傷害事件(骨骼肌肉受傷、跌倒、職場暴力)作預防措施。台灣護理學會分享台灣推動安全針具以防止針扎，以及目前醫院暴力頻傳，政府已修法保護醫療人員，防止員工遭受暴力攻擊，期望能營造正向執業環境，改善目前高流失率的問題。中國政府頒佈醫療機構非法暴力行為者之處罰公告，以保障醫療人員執行業務時之安全。日本厚生省於今年呼籲各醫療機構注意員工使用化學治療藥物時之安全措施，以避免暴露。腰痛、焦慮及壓力、受到職場霸凌與騷擾等，都是護理人員常遭遇之問題，因此建議醫療機構購置輔助設備減少腰痛產生；修法規定定期檢查醫療人員之壓力指數，以瞭解員工心理健康問題，護理學會則設有諮詢機構，並給予職場暴力保險之協助，避免護理人員因受暴力或騷擾，造成身心傷害而離職。

九、災難應變與準備 (Disaster response and preparedness: current actions)

由 JNA 執行官 Ikumi Nakaita 報告「2011 年東日本地震後，福島居民健康危害及長期支援活動」，報告指出地震過後災區因缺水限電，兒童不再保持良好刷牙習慣，救援物資包含許多含糖食物，兒童藉由甜食獲得撫慰，導致蛀牙人數增加；肥胖兒童持續上升；25% 學齡前兒童由於失去朋友、家裡殘破不堪、目睹海嘯災難、與父母分開等因素而出現問題行為，包括時常哭泣、趴在大人身上、依賴、咬手指頭及隨處大便等，因此對於災區兒童之身心支持須持續關注。兒童虐待事件、酗酒情形持續上升，更多老年人出現廢用症候群，長照需求越來越高。一篇針對三個受災縣居民所做之自覺健康狀況研究調查，結果顯示工作環境改變、女性、老人及在避難所待很長時間之居民，其自覺健康狀況在災難發生後顯著變差。護理人員在災難事件中扮演相當重要角色，尤其社區衛生護理師在平時就要做好萬全準備，對於整

個社區要有全盤了解，在災難發生後可能要重新做社區診斷。日本護理人員在災難發生後，積極做預防性活動，針對出現廢用症候群之民眾提供交通、陪同服務及運動課程。針對看不見的傷害，例如寂寞，提供一個讓人有歸屬感、給予婦幼支持及正確資訊的地方。另外為爸爸們開辦烹飪課程、老人開辦運動課程等。藉由社區衛生護理師平日與社區之網絡連結及對社區資源之開發，在災難發生後，能及時發現、診斷災民之健康問題，並提供相關健康服務活動。由此可見，護理人員在災難發生前後除需做好萬全準備、提供即時應變支援外，對於後續災民之健康議題亦應予以追蹤及處理。今年中華民國紅十字會特別捐助 500 萬元支持日本紅十字會對福島青年和學童們的心理支持計劃。

十、未來會議

2015 年之會議將在新加坡舉行，日期在 11 月 17-18 日，2016 年之會議將在中國舉行，2017 年將在台灣舉行。建議 2015 年討論議題為：

1. 環境檢視與護理人員的工作條件。
2. 進階護理師。
3. 護病比：如何爭取合理護病比或護理時數。
4. 混合式照護模式(Skilled-Mixed Model)。
5. 護理人員健康議題。
6. 災難護理。

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

11 月 19 日進行第十一屆亞洲護理學會聯盟會議，大會主席為日本護理學會執行官 Ikumi Nakaita，亞洲護理學會聯盟成立的主要目的有三：(1) 增加各國護理學會的相互瞭解；(2) 強化各國護理專業的發展；(3) 增加護理人員之福祉。此次會議之目的：(1) 瞭解與分享各國面對人口老化問題之因應策略與護理所扮演之角色；(2) 檢討亞洲護理學會聯盟執行方式；(3) 學會在培養及強化護理人員一般實務能力上之努力及相關議題。茲將討論重點略述於下：

一、老化&護理：護理人員在老人照護扮演之角色，未來須面對之議題及準備度

人口老化是亞洲各國共同面臨之問題，此次論壇先由各國作 5 分鐘之報告後再進行討論。各國報告內容摘要如下：

1. 台灣：65 歲以上老人佔 11.75%，預估 2025 年將超過 20%，進入超高齡社會。我國自 1980 年老人福利法正式公布實施開始，衛福部與經建會開始共同推動多項長期照護服務計畫。1998 年推動「老人長期照護三年計畫」，開始開辦「長期照護管理示範中心」，以整合長期照護資源。並於 2007 年推出十年計畫，以建構一個符合多元化、社區化(普及化)、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照護制度。衛福部草擬之長期照護服務法已送請立法院審議中，未來將規畫長期照護保險，確保民眾均能獲得平等及有效率之長期照護服務。此外國健署亦推動健康老化。護理人員在老人照護上扮演健康維護者、健康促進者、個案管理者、照護支持者以及督導管理者之角色，投入長期照護護理人員數近 8400 名，未來因照護需求增加，護理人員需求數將增加至 1 萬人。護理團體除推薦護理人員參與長期照護政策制定，並共商護理人員在長期照護服務上之角色、功能及培訓制度，加強長照專業人才培育，且發表立場聲明，提供政府建言，促使長照服務法及長照保險法儘速立法通過。
2. 日本：65 歲以上老人佔 25.1%，預估 2025 年將達到 30.3%。日本自 2000 年實施長照保險，使用者自負額 10%，近年政府將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、長照服務及健康促進與疾病預防。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。由於居家護理訪視需求增加，除了增加居家護理師人數並加強培訓外，並結合長照服務系統，增加居護之功能，針對高度需求者或臨終個案提供 24 小時服務。今年立法通過居家護理師經培訓後，可執行特殊醫療處置，例如調整胰島素劑量、更換胃造瘻管、暫時投藥(例如有感染症狀時)、根據臨床狀況調整持續滴注之藥物(例如抗高血壓)，以增加專業自主性、及早回應個案之狀況，避免惡化。
3. 馬來西亞：65 歲以上老人佔 6.2%(2000 年)，預估 2020 年將達到 9.5%。該國有關老人福

利是由社福部督導管理。政府各部會推動老人相關政策，正式社會保護系統包括就業基金、社會福利金、軍人公務人員退撫金、私人機構退休金等，其他民眾則需自行負擔老人照護相關費用，但醫療服務是免費的，且可領取老人津貼。馬國政府雖設立許多老人之家，但使用率不高，且城鄉分布不均；該國文化仍以在家照顧老人為主，但隨著家庭結構改變，社區式照護需求增加，尤其是家事服務、居家訪視及日間照護等。護理人員工作場域有醫院、診所、社區及機構，並負責轉介工作。

4. 泰國：65歲以上老人佔13.2%(2010年)，預估2040年將達到32.1%。泰國老人依賴子女照顧，但家庭規模漸漸縮小，具備老人照護相關知識之護理人員不足，社區中老人進階護理師之職缺不足，因此該學會致力提升護理人員在老人照護方面之能力，及社區與家庭照顧者之照護能力。在大學課程中加入2學分之老人照護。發表立場聲明，強調護理人員在老人照護之角色，並建議有效能、效率之老人照護系統。
5. 香港：65歲以上老人佔14.2%。政府成立安老事務委員會，統籌各項安老服務計劃。提供老人生活津貼，社福署推動「廣東計畫」（移居廣東，同樣受惠於高齡津貼），「長者社區照顧服務券試驗計劃」。老人服務方面包括發行「長者卡」，凡持卡者，均可以享有政府部門、公共機構及商號所提供的優先服務、折扣和優惠；長者及殘疾人士公共交通票價優惠計劃；社區支援服務及到宅服務等。護理人員在老人照護上扮演居家照護專家、個案管理者、協調者及代言人之角色。
6. 韓國：65歲以上老人佔12.7%，預估2034年將達到27.6%。老人醫療費用支出逐年增加，平均每位老人3210美元(人均醫療支出為1020美元)。老人機構需求越來越多，護理人力需求也隨之增加。針對未來老化社會，需要培育更多居家護理師，及推動慢性病防治工作。隨著失智人口增加，該國積極培育具備失智症照護專業之護理師。韓國護理學會提供居家護理師培訓課程，並獲得政府補助辦理失智症護理照護培訓班，另提供護理人員有關老人護理之繼續教育。在研究所開辦老人專科護理師(Gerontological Nurses Practitioner, GNP)培訓課程，至今共培育1743位GNPs，以提供老人高品質照護。
7. 澳門：65歲以上老人佔8.0%，預估2036年將達到20.7%。護理人員在老人照護之角色主要是照護提供者。工作場所所以日照中心、老人之家、康復中心、醫院、社區及居家為主。

部份護理領導者亦參與政府政策制定。未來會面臨護理人力不足及社福成本支出增加之問題，因此正加速培育長照人力、完善社會福利制度、促進健康生活型態、預防慢性疾病，邁向積極老齡化及在地老化之目標。

8. 菲律賓：60 歲以上老人佔 4.1%。該國政府提供老人食衣住行育樂及醫療上許多優惠，免費疫苗注射。未來將加強老年人口學之調查研究，以了解現況與需求，提出可行方案，並預估未來照護人力之需求量，以及早規劃培訓。
9. 印尼：政府提出健康老化服務計畫，包括提供老人宗教、靈性、醫療及公共服務，例如高齡友善健康中心，提供健康檢查、醫療服務、身體運動、居家照護、靈性照護及職能治療。護理人員在老人照護之角色為照護提供者、教育者、諮詢者、支持者及代言人。目前正進行培育及強化護理人員老人照護之專業能力，發展老人護理教育課程標準。
10. 新加坡：65 歲以上老人佔 10.5%，預估 2030 年將達到 20%。老人就醫比率為年輕人之 4 倍，醫院面臨佔床率高、待床時間延長等問題。政府提供有中期及長期照護(ILTC)需求之民眾補助，包括社區醫院、慢性病院、護理之家、老人照護中心及居家均可提供 ILTC 服務。此外亦依據家戶所得提供就醫、牙科及慢性病管理之補助。政府推動與終身學習、終身雇用、高齡友善居家、城市及交通、社會參與、健康與福祉、老人照護與研究等相關行動計畫。老人照護護理師具備多元角色，須接受廣泛的專業培訓，才能勝任此工作，在機構內必須設置老人健康領航員，以協調整合跨領域專業人員及有效運用資源，協助老人及慢性病人得到良好照顧，而進階護理師(APN)即可扮演此角色，甚至參與老人照護政策與指引之制定。未來將培訓更多老人進階護理師，除於社區健康中心、診所管理慢性病外，更可於 ILTC 機構帶領社區及居家照護團隊。為使失智症病人之照顧者能具備照顧能力及獲得支持，除在醫院中提供照護指導外，出院準備護理師亦會在病人出院返家後，定期居家訪視，提供評估、指導與協助。

綜合以上可知，亞洲各國均面臨老年人口、非傳染性疾病增加，照護成本提高之問題，各國均致力健康老化、強化以社區為基礎之老人照護，且提升從醫院(急性)、社區到家庭(中期及長期照護)無接縫之服務。並強化長照護理人才培育(包含進階護理師、失智症照護護理師等)，以因應老年及失智人口增加，提供整合性、持續性之照護。

二、檢視亞洲護理學會聯盟執行方式

Dr.Ikumi Nakaita 帶領各國代表討論 AANA 執行方式，討論決議如下：

1. AANA 之目標：

- (1)討論 NNAs 共同面臨議題之即時問題。
- (2)分享各 NNAs 之努力與成就。
- (3)採取有效率及效能之討論方式。

2. 會議主題：

- (1)按照此次作法，設定一個主題做討論，下次會議主題於此次會議中決定。
- (2)下次會議主題：面對失智症議題，NNAs 扮演之角色，以及護理人員努力之成果。

3. 會議方式：

- (1)每個 NNAs 先針對主題做報告，之後再共同討論。
- (2)由主辦國決定執行細節。

4. 會議資訊分享：下次會議將利用 IT 作會議資料之分享，會議中各會員國只會拿到一份完整紙本資料，以達到節能減碳之目的。

三、學會在培養及強化護理人員一般實務能力上之努力及相關議題

泰國護理學會因應人口老化，辦理培訓課程，加強護理人員在老人照護上之專業能力，並提升家庭及社區老人照護提供者之照護能力。發表立場聲明，強調護理人員在老人照護之角色。本會代表分享學會在「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」、「護理人員二年期教學費用補助計畫」以及能力進階制度上之參與與成效。新加坡護理學會(SNA)與新加坡護士管理委員會及衛福部三方共同合作規劃培養護理人員職能，並提供領導及發展方向。SNA 提供全國護理人員繼續教育訓練平台，辦理課程、工作坊，並參與發展專業認證課程。菲律賓目前護理培訓重點在強化護士及護理學生在老人、慢性病、居家照護、護理之家及社區之照護能力。馬來西亞正致力提升公衛及社區護士之養成教育至大學程度，護理學會持續辦理訓練課程，以提升護理人員知識與技能，並累積繼續教育積分以便更新執照。澳門護理學會辦理

繼續教育課程、工作坊及研習會，以提升護理人員專業能力。並致力推動能力進階制度，尤其是專科護理師之培訓，以提供護理人員除了管理職外，另一個職涯發展路徑，但面臨政府方面之阻力，擔心專科護理師越多，基層護理人力短缺之問題將更惡化，目前正努力說服中。2013年韓國護理學會接受政府委託辦理「失智症護理培訓班」、為因應長照保險新增第五級失智症照護給付項目，今年特別針對居家護理師辦理培訓班，共400名完訓。此外亦持續辦理護理領袖培訓。印尼護理人員每年需完成25個繼續教育積分，全國共22個分會辦理繼續教育課程。香港護士每三年須取得繼續教育積分(RN 45積分、EN 30積分)，護理職涯進階分三階段：RN(新進RN、專科前期RN、專科RN)、進階護理師(APN)、護理顧問(Nurse consultant)。並持續辦理變革領導培訓。日本藉由推動能力進階制度以培養護理人員專業能力，護理學會正致力發展一套標準化之進階制度，以適用於各類機構之護理人員，藉此培養及強化其能力。

肆、心得與建議

亞洲護理人力論壇會議重點主要針對護理人力資源，因此各國延續往年議題，如人力、薪資、正向執業環境、員工健康與安全、護理角色與執業範圍等報告這一年來之進展。各國與會者對於此次會議新增「多世代護理人力之衝擊」之議題，以及由JNA、勞動學代表及政府官員分享日本在職業健康與安全上之研究及努力成果，印象非常深刻，並引發熱烈之討論，實為此次最大收穫。從他國成功經驗分享及交流過程中，深感為引領護理專業發展，護理專業團體須扮演領航者之角色，尤其在政治及政策參與上永遠不能缺席，才能發揮影響力。

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. 持續推動正向護理執業環境。
2. 學會可以針對不同世代護理人員的溝通與合作關係，辦理座談會並提出相關策略。
3. 建議衛福部與勞動部共同研議，針對護理人員排班及夜班輪班制訂工作指引，並提出有關排班及夜班輪班對護理人員健康及病人安全的相關研究計畫。
4. 積極建議衛福部推動或試辦混合式照護模式並提出推動成效。

5. 學會積極推動進階護理師認證。

伍、影片集錦



全體與會代表合影



台灣護理學會代表團



與 ICN 第一副理事長 Masako Kanai-Pak 合影



參觀日本護理學會