

衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」人力資源分組 第二次會議紀錄

時間：105 年 7 月 14 日（星期四）下午 2 時

地點：本部 209 會議室

主席：張分組召集人上淳

紀錄：劉淑銘

出席單位及人員：詳見簽到單

壹、主席致詞（略）

貳、討論事項：有關醫療輔助人力之規劃一案，提請討論

與會代表發言摘要

一、主席

大家午安。謝謝大家參加人力資源分組第二次會議。今天提出來討論的議題，基本上是延續上次的會議。有關今天的討論事項，請業務單位向大家說明。

二、主席

上次會議有委員提到專科護理師或 hospitalist，衛福部已在執行和推動中，執行或推動的狀況如何？有關專科護理師部分已把目前的狀況，包括受到的限制或困難點向大家報告跟說明。此外，第二部分是，期待我們這個分組對於醫師臨床助理進行討論。這個部分上次有委員提到過往有推動，可是在立法過程並不順利，沒辦法繼續推動。今天衛福部提出來，顯然希望在我們這個分組對此議題再多做討論，看是否有共識繼續推動醫師臨床助理制度。

三、儲寧璋委員

在討論前，先提一個程序問題，就是我們已開了幾次會議，別的分組我參加過，原則上衛福部已朝向醫師納入勞基法規劃，而且暫定 109 年。但是在其他分組的討論，好像沒有共識，甚

至對於醫師納入勞基法有些疑慮。所以，我想討論這個問題之前，在場人資組的委員，贊不贊成納入勞基法，我想先提問，表決後下面要討論的配套措施才有意義。

四、主席

在這個分組恐怕很難就這個議題由大家舉手表決贊不贊成，衛福部有沒有補充說明？

五、商東福副司長

對於本部所提出的問題，希望藉由各位委員的經驗或建議，讓本部的規劃的措施能較順利或較合理。

六、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 三個分組的會議本人全部參加過，參與其他分組會議時，並沒委員說不同意，大家都是朝醫師納入勞基法進行配套措施的討論，只是配套的過程要如何處理，比如昨天在醫療政策分組，有談到如果納入勞基法，人力怎麼辦？這部分是我們今天要討論的範圍。上禮拜在談法規時，法制調適組也認為應該等到政策定案後，他們再考慮法規該做如何配套。大家都針對如何幫助衛福部解決納入勞基法後，讓台灣醫療能持續的、順暢的進行。
- (2) 第二點，因於各分組討論並非反對，且我們所被交付的任務是納入勞基法的研議，所以本人不贊成投票表決，因為這不是我們被賦予的權責，我們被賦予的權責是討論在納入勞基法後，人力不足部分，我們有何建議或提出配套措施。

七、台灣醫院協會吳志雄常務理事

- (1) 今天討論的主要是醫療輔助人力，而醫療輔助人力的需求，有兩個情況。第一個，若醫師納入勞基法，未來不論是住院醫師的納入，還是主治醫師也納入，帶給整個醫療環境非常大的壓力。第二個，實施 RRC 的目的是期望讓住院醫師集中在醫學中心受到更好的訓練。如此，中小型醫院缺乏醫療輔助人力的情形比醫學中心更嚴重。未來區域醫院或地區醫院大概沒有住院

醫師，他們醫院醫療照護如何運行，衛福部應嚴肅看待這件事情。

- (2) 有關 NP 部分，在美國因可獨立開業，所以需要碩士學歷，而台灣對 NP 的定位為何？應該要釐清，是能夠獨立開業，還是要留在醫院當輔助人力？

八、儲寧璋委員

謝謝朱委員說明，大家既已朝醫師納入勞基法這個方向規劃配套措施，即撤回表決是否贊成納入勞基法的提案。

九、熊昭委員

- (1) 醫師納入勞基法已是既定的政策，目前有聽到三個時程，一個是 106 年 9 月 1 日，再來是 107 年 9 月 1 日公告、108 年 3 月 1 日實施，最後是 108 年 9 月 1 日實施。所以，本分組原則應針對相關配套措施進行討論。我們國衛院在做「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」時，發現對於住院醫師來說，他們的工作量確實是 over loading，無論納不納入勞基法都應該解決工時的問題。
- (2) 目前看起來醫師對於專科護理師期待最多，因為專科護理師可協助的業務項目最多。衛福部於 104 年 10 月 19 日頒布「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，明定 NP 於醫師監督下得執行的醫療業務範圍，對於醫師來說，NP 可協助的業務項目應不止該辦法所訂的範圍。所以，NP 得執行的醫療業務範圍可再擴大。
- (3) 另外，醫師的文書工作如由行政人員協助，可減少他們的 loading，這部分衛福部已辦理簡化醫院評鑑流程，免除不必要評鑑文書工作，並列為配套措施之一。

十、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 有關專科護理師是可利用這次機會做檢討，但是否要獨立執業，因醫師公會全聯會當初討論獨立執業時是反對，醫師公會全聯

會可能有一些不同的聲音。藉此機會可討論比較宏觀的專科護理師問題，但是中間的爭議與阻礙很多。專科護理師一開始設置時有很多的聲音，包括護理界一直爭取能夠獨立執業，但最後還是 under 護理人員法第 24 條的規範之下，也就是必須要有醫囑，才能執行醫療業務，其執業範疇目前已由醫事司做行政解釋放寬，把原本醫師做的放寬專科護理師於醫囑下可執行，若要再跳脫醫師監督，會是不可行的。

- (2) 第二點，本人認為需較急迫討論的議題，當時討論是先以住院醫師納入，上次開會有提到工時，到底是 80 工時、88 工時，還是 70、78 工時。這部分上次開會本人曾提出，住院醫師工時於醫院評鑑已列入必要項目，醫事司應提供其評鑑結果，說明有那些醫院達不到這個標準。如果現況 88 工時不是大問題，每家醫學中心都可做到，住院醫師就算明天納入勞基法就不是大問題。如果 under 在 88 工時，執行還有困難，本分組應該考慮，是否要放寬，當然也需看勞動部的上限或願意放寬到什麼程度。
- (3) 現在所有的醫學中心幾乎都可達 88 工時，如果只有少部分區域醫院做不到，可請區域醫院協會說明，碰到那些問題，區域醫院的住院醫師，工時一定要 90 小時、100 小時的原因等等，大家再一起來討論。
- (4) 至於專科護理師，會議資料應呈現專科護理師分布的狀況，如果大部分都集中在大型醫院，大型醫院如果人力還是不夠就有問題。另外，小型的地區醫院跟區域醫院又該如何因應？所以如何讓專科護理師能均勻分布，本人認為應該要檢討，而不是檢討要不要獨立執業、專科護理師學歷。本人認為較急迫的是如何讓專科護理師人力較均分布，且專科護理師考照合格率應有所調整，訓練醫院的規定也要處理，以讓每家醫院有足夠的人力。

十一、中華民國護理師護士公會全國聯合會

- (1) 就這個議題，代表護理界發表一點看法。專科護理師已實施 10 年，經過訓練、考試、認證，已經制度化。所以，不瞭解為何今天再提臨床醫師助理這件事，當然住院醫師納入勞基法所缺人力，需有人補足，既然住院醫師不足，為何不增加醫學生招生名額。但我們也知道，從招生到訓練需要 6-7 年，短期內無法解決住院醫師納入勞基法的人力缺口。回頭來看，專科護理師目前有證照的是 5,700 多位，依據專科護理師學會的資料，預估今年約有 700 多人會考取。因為這些人的工作是介於醫師跟護理師之間，我們還是希望提升訓練的素質，來協助住院醫師做非醫療核心的工作。
- (2) 因此，在這樣的前提下，應該考慮讓專科護理師執業範圍擴大，將住院醫師要做的核心醫療以外的業務，把它做個區隔，由專科護理師來做。過去很多工作很難讓專科護理師執行，是因為容易觸及醫師法相關規定。所以，我們一直希望給專科護理師一個專法。再者，雖然專科護理師目前 5,700 多位是有證書，但無法辦理執登，故未能掌握實際在執行專科護理師業務的人數。
- (3) 一般住院醫師都集中在大型醫院，甚至醫學中心，地區或區域醫院長期都缺住院醫師。根據瞭解，醫師納入勞基法，大約只有醫學中心有人力缺口，地區跟區域醫院本來就沒住院醫師，故沒有影響。所以，護理界認為應把現有專科護理師的角色擴張，而不是再創造一個臨床醫師助理，否則未來的執業範圍如何跟專科護理師區分？醫院是否要區分那些是專科護理師要做的、那些是臨床醫師助理要做的，不是造成更大的混亂？希望衛福部深思，這是我們護理界的意見。

十二、儲寧璋委員

國衛院辦理的「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」結果顯示，主治醫師工時沒有比住院

醫院高，現在區域級以下醫院，住院醫師都很少，以我服務的區域醫院來說，萬年住院醫師不看門診也不開刀，專職在夜間值班，他們的工時較長，一個月 20 個班左右，工時約 330 個小時，是稍微高。但納入勞基法後，醫院可能要再增聘這類醫師，可是增加有限。另外，NP 也是一個輔助人力。

十三、蔡秀男委員

- (1) 現在醫療護理實務上，專科護理師制度受到很大的重視與關注，尤其，醫師勞動權益改革上，人力發展專科專科護理師制度已經成為重要的政策配套！
- (2) 衛福部與專科護理師相關學會，應把握這次改革的時機，好好發展與改革專科護理師制度，其實，多年來，很多中小型醫院，早就沒有住院醫師了，專科護理師早已成為醫師的好夥伴，可彌補住院醫師的缺口，一起提升醫療品質照顧病人安全。然而，截至目前，專科護理師的權利與義務，並還沒有專法來保護與規範，如何推動修法，需要立法委員跟衛福部的積極支持，大力發展專科護理師制度。現在專科護理師之執業範圍，受護理人員法第 24 條規範，其實，實務跟法規存在很大的 gap，如何培養醫療輔助人力？臨床助理或專科護理師？幾個方案，都值得研究發展，但實務上，早就有很多專科護理師，取代了住院醫師執行醫療輔助業務，照顧更多的病人。本次會議有很多委員支持專科護理師，至於 PA，也有委員的支持，無論如何，相關立法、教育訓練，也要考慮法律經濟分析。

十四、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 有關專科護理師制度的爭議，第一個，專科護理師是不是要在醫師監督之下執行醫療業務，這個問題，護理界希望像美國，可以獨立執業；而醫師則希望是在醫師的指示之下執行，擔心如果開放專科護理師獨立執業，是否衍生所謂的密醫，不用醫師的 order 可獨立處方。事實上，美國是可獨立處方，可做一

些診斷，所以取代了醫師主要的核心業務。這就是為什麼專科護理師執行醫療業務，一直 under 在護理人員法第 24 條之下，也就是限縮在醫師的指導之下去發展所謂的專科護理師。

- (2) 第二點，現在專科護理師人數到底有多少確實不知，所以我也希望專科護理師能夠執登，讓國家知道專科護理師在那裡、做什麼事情。如果專科護理師執登列入今天會議結論，可在晚上的小組會議建議衛福部執行。
- (3) 據我瞭解現在專科護理師的分布是極度不均，醫學中心有住院醫師，又吸收大部分的專科護理師。為什麼如此說？因為專科護理師訓練醫院大部分是大型醫院跟醫學中心。小型醫院派院內的護理師至大型醫院受訓並考上執照後，即至該家訓練醫院執業，這是很大的問題。
- (4) 第二個問題，舉例來說，護理師是外科的，考外科的專科護理師，考試內容為心臟移植的外科處置？在地區醫院的護理師根本碰不到這些 case，可能大型醫院實習的時候看過幾台 open heart，考試當然考不過。所以專科護理師教育跟考核的這部分也是有問題的。專科護理師到底分布在那裡？如果都在醫學中心 50%，區域醫院 30%，剩下的 10%到 20%是地區，培育專科護理師有何用？
- (5) 另外，專科護理師合格率只有 40%的問題是可以處理的，目前出題單位是護理師公會，衛福部應該介入，否則如同本人剛剛說社區醫院護理師派至院外受訓，結果考 open heart，心臟移植手術，回到地區醫院服務，根本也用不到，純粹是為考試。所以本人認為這是有問題的訓練制度。醫師納入勞基法社區醫院也有一部分需要專科護理師人力。所以考試部分衛福部應掌握。

十五、護理及健康照護司

- (1) 有關於大家想要知道專科護理師的人數，在報告裡面有提到，到 104 年為止約是 5,700 多人，今年筆試通過約有 600 多人，

考照率提高了，約有 5 成 2。至於口試還沒開始考，所以 total 合格人數還不知道。但以目前 5,700 多人來說，分布在醫中佔 32.1%，有 1,831 人、區域醫院佔 56.3%，約 3,210 人、地區醫院是佔 9.3%，約 530 人，其他類約佔 2.3% 是 131 人。整體而言，區域醫院約分布一半以上，沒有如委員說的全部集中在醫中，這是第一點。

- (2) 至於命題部分，衛福部雖然將考試命題部分委託專科護理學會，不過是透過採購的程序辦理委託。在命題部分，2/3 以上的命題委員是醫師，護理委員不到 1/3。故以往過去經驗及我們的分析，醫師之命題難易度是偏高的。所以我們這一兩年也一直在檢討及格率，從去年開始規劃做過去十年有效題庫的建置，並在今年委託專業單位進行有效題庫的建置，並參照考選部的做法。但因為有效題庫建置並不是半年、1 年就可完成，所以，今年專師筆試先從有效題庫篩選一定比例放入考題(約佔 2-3 成)。很顯見的，可以看到今年的筆試，從原來的 3-4 成提高到 5 成，這是第二點的說明。
- (3) 第三點，執登部分，現在的困難點，就是專科護理師是 under 在護理人員法第 24 條，不是我們 14 類、15 類的醫事人員。就像專科醫師一樣，專科護理師是護理師的進階。所以，在執登制度，目前是一套法令，沒辦法為專科護理師執登。照護司曾評估有沒有辦法用特別註記的方式，跟地方衛生局單位溝通過，他們在執行面有困難，皆不同意特別為護理人員在這個部分做註記。這是目前我們遇到的一個困難。我們能做的是從本部的醫事管理系統，找出同時具護理師及專科護理師資格者，透過問卷的方式瞭解實際的執業率。根據統計，實際執業約 5,700 多人，執業率有 9 成 2。
- (4) 根據近 1、2 年的調查，除考上證照的 5,700 多人外，還有 3,000 多人沒有考上執照，也就是實際上約有 9,000 多人。如果

要讓 3,000 多人通過考試，一年平均要通過約 600 至 800 人，就如我們現在大概的目標，一年希望能夠通過 600 人以上，也希望透過更適合專科護理師的命題方式，還有命題委員醫師與護理背景比例調整及專師的口試考試設計，能夠更符合臨床的實際需要，在這幾方面著手，能夠提高考照率。

- (5) 因為住院醫師納入勞基法之後，專科護理師的角色也備受矚目，其實在我們這一、兩年推動專科護理師獨立的執業辦法部分，遇到很大的阻力跟困難。就像剛剛委員特別提到的，不管是醫界或護理界其實每次討論兩派有很不同的強烈意見。醫師多希望還是在醫師的監督下執行，而目前醫師法對於醫療業務的解釋就是個大帽子，醫療行為就是只有醫師能做，除了幾項重要的核心業務，一定要由醫師親自執行外，其餘醫療輔助行為仍須在其指示下才能予其他醫事人員執行。在這個前提之下，即便我們很希望成立專科護理師法，目前為止是沒有辦法突破的。這和護理界原來的期待是不一樣，因為醫療業務全部都是醫療行為，是屬於醫師的業務。

十六、主席

有關專科護理師至今，於醫界、護理界都難以完全達到共識，所以是在妥協當中發展成現在的制度。

十七、郭耿南委員

- (1) 在美國的專科護理師制度，每州的法律不同，它的醫療制度由州政府決定，所以每州的決定可能不一樣，因為美國每州的醫師分布也不平均。另外，專科護理師教育方面，應提升到碩士的學程，但是台灣的護理研究所，過於注重研究，而我們較需要臨床執業的專科護理師的訓練。
- (2) 至於今天討論的兩個替代人力方案中，其中醫師臨床助理需要規劃訓練辦法並經立法程序。目前專科護理師的訓練制度，是本人於國衛院衛政研發中心服務時，與余玉眉教授共同訂定，

但因各種因素，訓練執行並未臻完善。國衛院曾規劃開刀房助理制度，和現在所建議的醫師臨床助理形式相似，也是大學相關科系畢業後，再做訓練。為什麼開刀房助理重要？因為開刀時原則上以教學為主，不需要那麼多住院醫師作助理而耗費住院醫師的工時，而且專科護理師大部分是女性，擔任開刀房助理意願就不高，所以我建議設立開刀房助理師。

十八、張聖原委員

- (1) 在此還是提出一個根本的問題，衛福部是不是有明確答案，現在是住院醫師和受聘醫師同時納入勞基法，還是其他委員所說的，住院醫師先納入，接著是受雇醫師，這中間是有 gap 的。
- (2) 第二點，想請教的是，工時制度部分是否確定為 88 小時？因為和人力需求到底有多大的缺口，有非常大的關係。
- (3) 第三點，近幾年所聽的教學醫院評鑑 1.6.1 這個章節，對於工時的規定是必要項目，大部分的醫院內科系的科別達到 88 小時的困難度很低，外科系的科別有 6、7 個科很勉強，而且大部分是醫學中心，其他小型醫院，住院醫師本來就很少，就沒有夠不夠的問題，這些可能要釐清。反而臨床助理，要不要思考協助做手術是重要的，如果在 88 小時規範下，最有困難的是外科系的科別，手術助理師是很值得思考的構想，因為內科系的科別本來沒問題。現在的專科護理師，如果功能更提升、教育更提升，內科系的科別則沒有問題，即使需立法都應該去做。
- (4) 對於專科護理師部分，有幾個困難點。第一個，只有內科及外科二組，培育科別過少，建議除落實提升教育水準，是否往較大的科目去分科思考。第二個，是管理問題，在醫院護理部認為專科護理師是護理人員，但專科護理師是跟著醫生執行醫療行為，中間的矛盾始終解決不了。本人認為如要修法，執行醫療行為，建議在醫生的監督之下，但管理的權責要明定清楚。第三個問題，即專科護理師不能值班的問題，專科護理師現在

法律上不能值班。所以，專科護理師能不能在某些情況之下值班？本人認為在辦法中要說明清楚。

十九、護理及健康照護司

- (1) 針對委員提出的問題，做以下說明。第一點，是不是比較大的組別就成立另外一個科？像婦產科這些。我們曾提報專科護理師的諮詢委員會討論，但大家在幾年前有個共識，就是要成立另一個分科或組別必須要有合理充分的理由，其必要性及迫切性需要被檢驗，並須提供相關數據或佐證資料，讓諮詢委員會的委員能夠瞭解其必要性。每次有單位提案本司均會列入諮詢委員會提安，但前提必須提供上述資料，如果提不出來就無法討論，所以不是無疾而終，而是相關提案單位都未能提出進一步資料故無法討論。現在也有一些團體與本司接觸想提出另創一科或一組，例如洗腎專科或麻醉專科護理師，我們均安排先與其溝通讓其了解法令及新增一科或一組的優缺點，再讓提案團體去思考評估其真正方向，以進一步準備較充分資料討論。
- (2) 第二點，現在專科護理師必須符合勞基法，因為他是護理師，並沒有說專科護理師不能做值班，只是在勞基法的約束下，仍需符合相關的規定。至於專師管理問題，其在醫院的腳色確實較不明，當專科護理師的業務是需要醫師監督時，醫界希望由醫師管理，這兩年我們修法時，也希望在管理的層次訂定清楚，讓專科護理師有更多的權利保障，但醫界及護理界有不同意見，在沒有共識之下，就沒有把它放在法規中。依據目前的調查，在醫院專科護理師多數由醫療科與護理部門共管，故對專師而言，她們覺得在醫院的角色定位上會覺得不受到保障或重視，這也是調查報告所提到的一個問題。
- (3) 至於值班問題，實務上需看可不可做一些克服，因為一旦值班，就會受限勞基法時間上的限制，即便未來醫師納入勞基法後，專科護理師取代人力，一樣有這些問題。

二十、儲寧璋委員

- (1) 目前在醫院的制度，麻醉技術人員，大部分是護理師出身，在麻醉科經過另外的訓練，且大部分在醫學中心訓練，訓練期間一般至少 2 年。訓練後才能值班，值夜班時執行醫療業務都是在醫師指導之下，不是獨立執行。
- (2) 至於麻醉護理師訓練後，也會核發證照，但當要由小型的醫院轉換到大型醫院服務時，小型醫院訓練品質會遭質疑，大概沒有辦法再到更大型醫院服務，所以目前大部分在醫學中心接受訓練。以本人服務的醫院來看，麻醉科的技術人員，平均年齡是最高的，平均在職年資也是最高的。他們在這個工作上可以做到退休，這種模式可做為參考。

二十一、台灣醫院協會吳志雄常務理事

- (1) 目前開刀房所謂的助理大部分是護理師，所以在醫院的助理不是問題，但如要接受訓練，可能要另外立法，才能真正被授權執行醫療業務。另外，談到設立 PA 的原因，就是 NP 不夠，既然 NP 不夠，應先想辦法增加 NP 人數，例如，輔導考不過證照的人，讓他能夠通過考試。或增加考試次數，如醫、護一年兩次。
- (2) 住院醫師如真的納入勞基法，剛剛提到專科護理師醫學中心佔 32%，很快就超過 50%，因為醫學中心住院醫師的工時需減少時，醫院人力就是由 NP 補充，將使地區醫院和區域醫院雪上加霜，因為薪資問題會讓 NP 到醫學中心服務，這才是急需解決的問題。

二十二、主席

- (1) 從上次到今天的會議，大家都同意，必須要有醫療輔助人力，雖然沒有把 hospitalist 等制度討論的很清楚，而每家醫院對於 hospitalist 的概念也許不盡然相同，可是很多醫院也都有提到有專門負責值班的主治醫師，此種也就是類似 hospitalist 制度。除醫師方面有這樣的配套措施，其他所謂的醫療輔助人

力，也包括 NP 制度，此部分大概大家也都認同。只是目前 NP 執業範圍到底夠不夠？是否需再擴大？這部分委員們有提出可讓 NP 做更多的事情，並且在符合勞基法狀況下，有機會值班；如此，對於主治醫師，包括 hospitalist 可減輕很多負擔。目前 NP 每年約培訓 600-700 人，培訓人數或許還是不太夠。

- (2) 至於 PA 制度，委員們較少就這部分表達意見，吳院長有提出如培訓 NP 來不及因應醫師納入勞基法，而 PA 訓練人員的背景可不僅限於護理背景，可讓其他類醫事人員接受 PA 訓練，並成為輔助人力，請大家就衛福部提出的議題，表達意見。

二十三、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 對於醫師助理部分，本人附議張委員及郭委員看法，認為在開刀房有其必要性，目前開刀房常規是有刷手護理人員及專科護理師，除開刀房外，專科護理師承接大部分的工作，包括寫病例，甚至獨立執行一些醫療行為。所以，經由合法的教育訓練，讓醫師助理取得在開刀房協助，我個人認為是應該是好的，因為專科護理師人數是不夠的，我個人包括台灣社區醫院協會也支持設立醫師助理。
- (2) 另外，值班部分，醫療法第 59 條規定，醫師必須值班，而且是在醫院。所以，如果專科護理師業務範圍擴大，能取代部分醫師值班的工作，讓醫師退到第二線值班，對於醫師納入勞基法有很大的幫助。

二十四、 主席

如此，專科護理師可 cover 的範圍更大了。

二十五、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 有關專科護理師值班可和勞動部協商，如此，醫療法第 59 條也須同步修正。
- (2) 對於專科護理師的分布，照護司提到地區醫院只有 9%，這樣的分布是極度不平均的，所以本人認為照護司，應該讓專科護理

師更平均，更有效地分布，否則專科護理師的資源集中在醫學中心，而財團型的醫學中心連診所都要開設，變成酷斯拉也不是大家所樂見。對於讓專科護理師的人力能夠回到社區醫院，希望各位予以支持並列入結論，讓更多小型醫院能夠使用到專科護理師這樣的人力資源。

二十六、 中華民國醫師公會全國聯合會劉榮森理事

我們在討論 NP 和 PA 制度的同時，應考慮到市場機制。為什麼會產生這些輔助人力？是因為醫院的需求。所以，本人認為目前要做的應該是立法管理。而 NP 一年培訓 600-700 位，遲早可解決不足的問題，至於分布的問題，還是回歸市場機制。

二十七、 儲寧璋委員

- (1) NP 選擇在地區醫院或區域醫院服務，取決於薪資問題，但最終回歸健保給付。護理師在臨床的照護費用今年已經調升過一次，至於調升費用是否有讓他們加薪，還是增加的費用由醫院做分配，健保給付醫事人力的費用，是否真正回饋予醫事人員，需要探討。
- (2) 醫院人事費用平均約佔醫護成本 45%，包括醫中、區域醫院、地區醫院。如果健保增加的給付項目全部運用在藥材等方面，等於不斷地在促進醫療行為，最後，所有的費用卻沒真正回饋予醫事人員。

二十八、 主席

有關財務問題，上次會議已提過，這部分是健保給付的問題，或許財務問題可在我們整個推動小組的大會上進行相關的政策討論。

二十九、 蔡秀男委員

- (1) 有關專科護理師制度，照護司有提出制度困難點，就是還沒有獨立的法律規範。所以，這次因應這次醫師納入勞基法配套措施。不論 PA 或是 NP 也好，都應該一起好好研究改革，將法律

保障、管理、值班等相關問題，好好透過法制改革根本解決問題。

- (2) 總之，歸納目前多數共識，第一，贊成住院醫師和主治醫師一起納入勞基法。第二，工時問題，依勞基法第 84 條之 1 尊重專業議定工時原則，第三，支持大力發展專科護理師等人力配套政策。

三十、醫師勞動條件改革小組陳宥任醫師

針對醫師助理部分，本人認為在內科系的科別，專科護理師目前就可發揮足夠的效果。但如果談醫師助理等於在談刀助時，恐怕不應該朝向讓目前違法的刀助就地合法化的修法。長期來看，我們應該要訓練有足夠品質的開刀房助理人員，可以維持醫療品質的開刀房助理。

三十一、台灣醫院協會吳志雄常務理事

- (1) 住院醫師納入勞基法後，工時影響最大，未來到底是 88 工時、78 工時、68 工時，還是說要到 40 工時？這個每一個工時都會造成人力的缺口，衛福部如何讓醫院能夠運營下去，這是個問題。需經詳細計算各種工時下造成的人力缺口，以及醫療輔助人力的替補。
- (2) 我們是不是有什麼方法，讓受過訓練的相關醫事人力，再透過另外一個管道增加醫師輔助人力，因為 NP 現在一年約培訓 600-700 位。究竟我們的人力缺口是多少？有數字才能決定是否朝 PA 規劃，如果是，才討論 PA 的執業範圍。

三十二、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

最後，本人想補充三點。第一點，就是在上次會議我有提出醫學中心減量是必須的配套，此段應挪請他組討論。第二點，建議 hospitalist 不要走專科化。第三個，是專科護理師如果回歸市場機制，是不可行的，因為市場是失靈的，所以專科護理師分布不可市場決定，專科護理師是屬稀有人力與資源，呼籲

衛福部與照護司能介入專科護理科人力資源的分布。

三十三、 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟姜冠宇醫師

台灣很多的照護人力的缺口，其實有一部分是來自於很多人因為勞動人力不足，離開自己原有專長所待的單位。所以，在 NP 的訓練機制，如果給他一些誘因，讓已經離開原本單位的護理師，願意回到重症醫療單位當專科護理師，這是一個可思考的方向。

三十四、 護理及健康照護司

- (1) 有關朱委員希望照護司能正視專科護理師三個層級的分析，在此要強調我們在應考資格，或者培訓制度都沒有特別限定考專科護理師層級上的限制。地區醫院只要符合訓練醫院規定都可自行辦理專師訓練，只是有些地區醫院考慮成本，即使已經是符合訓練醫院資格還是不想辦。所以，把人送到區域或醫中訓練，如果經完訓後，地區醫院無法留住這些護理師、專科護理師，反過來希望照護司能夠建立嚴格的機制或比例，要求他們須回到地區醫院，恐不太合理。基本上醫院仍應思考相關福利條件或執業環境才是根本，而非用法律手段強制要求人員流動意願。
- (2) 另外，我們在應考上亦沒有限制三個層級醫院報考人數或比例，本來在報考上地區醫院人數較少，最後三層級專師的考照通過率，所反映就是表現目前醫院三層級的樣態與佔比，地區醫院就是比較低。最後強調，如今日多數委員共識希望仍有已具有制度及醫定專業之專科護理師擔任住院醫師之輔助人力方式，還是要落實管理面，應該針對未來住院醫師納入工時後，不論是 68、78、88 工時，如果大家如果期待專科護理師能夠 cover 更多的話，醫事司應該先將輔助人力需求合理規推估或計算出來，及有無內、外科或三層級醫院差異，後續才有辦法進一步規劃專師培訓，共同把人力制度規劃建立起來，以階段性補足

人力。畢竟專師人力需求成長亦對一般護理師人力有重大影響。

(3) 另外，專科護理師實施 10 年，目前雖已有相關執業範圍等相關法規，但其權益應更受重視，如將來醫師跟專科護理師之間的比例，或專科護理師跟病人照護的比例，應比照住院醫師在醫院評鑑中要求。這也是目前監察委員一直在關切的議題。

三十五、 主席

本次會議顯然各位並不反對，甚至可適度的支持 PA 制度，至於 PA 的執業範圍為何?如何完成訓練?後續有機會再繼續討論。基本上人力組是贊成由 NP、PA 等做為醫療輔助人力，謝謝大家的參與。

參、 散會：下午 16 時 50 分

〈本會議紀錄經委員確認後公開，每段發言具名與否則依個別委員之意願標註〉