

台灣護理政策 白皮書

委託單位：行政院衛生署

承辦單位：國家衛生研究院

計畫主持人：余玉眉 研究員

計畫期程：中華民國 94 年 8 月 29 日至 94 年 12 月 20 日

台灣護理政策白皮書

目錄

壹、前言	6
貳、方案分析及策略規劃	8
一、建立我國護理基本資料	11
(一) 目前護理相關資料的現況	12
1. 我國護理人力供給的資料	
2. 我國護理人力應用的資料	
(二) 國際上建立相關資料的情形	16
1. 日本	
2. 美國	
3. 加拿大	
4. 國際護理協會 (International Council of Nurses, ICN)	
5. 國際世界衛生組織 (World Health Organization, WHO)	
(三) 本政策規劃之建議	22
1. 預期達成的目標	
2. 制度面的考量	
3. 執行面的考量	
(1) 我國護理人員「供給」的基本資料	
(2) 我國護理人員「應用」的基本資料	
1) 醫院	
2) 社區衛生/公共衛生	
3) 護理之家與安養等機構	

4) 助產師/士

5) 其他

(四) 參考文獻..... 48

(五) 附錄..... 50

1. 教育部護理教育體制——

圖一：我國的護理教育體制（1983 年以前）

圖二：我國的護理教育體制的現況（2004 年 8 月）

圖三：我國的護理教育體制（2005 年 8 月以後）

2. 台閩地區護理人員統計表，各縣市人員分佈狀況表

3. 臺北市政府衛生局『醫事人員』執業登錄、歇業及變更申請書

4. 日本：《平成年 17 年看護白書》（日本看護協會, 2005）

5. 美國 National Sample Survey of Registered Nurses, 1997

6. ICN Nursing workforce Profile, 2004

二、確認我國護理專業的執業範圍..... 88

(一) 我國過去、目前的護理專業之執業範圍..... 89

1. 過去、目前「急性照護」護理專業執業範圍

2. 過去、目前「以醫院為基礎之持續性照護」護理專業執業範圍

3. 過去、目前「社區/公共衛生」護理專業執業範圍

4. 新發展的「安寧療護」護理專業的執業範圍

(二) 國際上護理專業執業範圍的演變..... 99

(三) 本政策規劃之建議..... 103

1. 預期達成的目標

2. 制度面的考量

3. 執行面的考量

(四) 參考文獻..... 105

(五) 附錄..... 107

1. 美國護理協會 American nursing association (ANA) 對於各護理專業標準設置各類書籍和準則指引。

三、提升我國護理專業能力..... 109

(一) 我國目前護理專業能力的一般狀況與困境... 110

1. 以醫院為基礎的「急性照護」之護理專業能力的一般狀況與困境
2. 「社區照護」之護理專業能力的一般狀況與困境
3. 衛生所(室)「公共衛生護理人員」的專業能力
4. 「安寧療護」的護理專業能力的一般狀況與困境

(二) 國際上的努力與演變..... 125

1. 國際護理學會訂定之一般護理人員專業能力
 - (1) 美國護理協會 (ANA)
 - (2) 紐西蘭護理協會 (NNA) 註冊護理師的專業能力
 - (3) 紐西蘭護理協會 (NNA) 專科護理師專業能力
 - (4) 美國社區護理指導者協會之公共衛生護理人員的專業能力
 - (5) 國際上對「安寧療護」護理能力的改進

(三) 本政策規劃之建議..... 140

1. 預期達成的目標
2. 制度面的考量
3. 執行面的考量

(四) 參考文獻..... 143

(五) 附錄..... 145

1. ICN framework of competencies for the generalist nurse

2. ICN framework of competencies for the family nurse

3. Core Competencies of nurse Educators

(美國 National League for Nursing, NLN ,2005)

四、增進我國護理專業服務的成效、品質.....148

(一) 我國過去、目前護理服務之成效與困境.....149

1. 我國過去、目前護理服務之成效

(1) 國際合作的護理研究對改進兒童癌症照護的成效

(2) 從實證研究推展「居家照護」模式

(3) 從居家護理服務的研究到「全民健康保險之給付」

(4) 從護理的現象學研究到落實「安寧療護」之照護

2. 我國過去、目前護理成效未能彰顯之困境

(二) 國際上證明護理服務之成效(就)的實證研究...152

(三) 本政策規劃之建議..... 154

1. 預期達成的目標

2. 制度面的考量

3. 執行面的考量

(四) 參考文獻.....155

五、強化我國護理專業服務與我國重要衛生政策的銜接與融合.. 160

(一) 衛生政策的理念..... 161

1. 政策的定義

(1) 衛生政策的定義

(2) 衛生或公共衛生的定義

(二) 我國現行四項主要衛生政策的概要..... 164

1. 癌症防治法	
2. 全人健康照護計畫	
3. 婦女親善服務	
4. 病人安全	
(三) 我國現行四項主要衛生政策的問題分析·····	169
1. 癌症防治法	
2. 全人健康照護計畫	
3. 婦女親善服務	
4. 病人安全	
(四) 國外經驗的參考——·····	172
以 Patient Safety in U. S. A. 為例	
(五) 本政策規劃之建議·····	173
1. 預期達成的目標	
2. 制度面的考量	
3. 執行面的考量	
(六) 參考文獻·····	174
(七) 附錄·····	175
貳、 綜合建言·····	179
肆、 結論·····	187

壹、前言

隨著社會變遷，近二十年來我國國內整體人口、疾病型態與醫療生態產生相大的變化，因此，政府部門在醫療政策上也紛紛提出相關建言；而有關護理的政策探討，行政院於 1988 年，在第十次科技顧問會議中曾就提升護理人員在醫療保健系統之角色與功能進行討論；2001 年國家衛生研究院提出「我國醫事人力規劃與預測研討會政策建言書」(石等人)在內容中也針對護理人力部分提出推測之資料；2001 年，教育部亦邀集相關醫、護以及衛生政策相關學者研商護理人力規劃；2002 年，中華民國護理師護士公會全國聯合會研擬規劃一份護理政策……但這些規劃與建議並未受到相關單位與專業組織之重視並加以推廣與落實。

另外，我國自 1995 年實施全民健康保險後，醫療生態及醫療制度均面臨轉型及遽變，而護理專業領域亦受到相當程度的衝擊。首當其衝的包括護理人力被縮減，新進人員被約僱化，照護負荷日益沉重，相對的，對於護理照護品質引發嚴重打擊，致使護理人員的工作滿意度更是越來越低。因此，衛生體系及照護體制中的護理專業在現行遽變醫療體制下將如何重新定位？重新檢視專業的新方向？均為刻不容緩的課題。

護理政策的規劃不僅需與國家衛生體系密切配合，在全球化的趨勢下，我們更是不能閉門造車，亦需參考國際上發展的方向。近年來國際上為了能強化護理專業品質，各國紛紛提出護理政策及聲明，並對於國家層級或全球各項重要健康議題都有實質之貢獻。有鑒於此，為提升我國護理專業水準及護理照護服務品質，行政院衛生署特規劃並委託本院企劃辦理「台灣護理政策白皮書計畫」，擬邀集相關專家學者進行深入探討。

本案主要目標為：1) 分析我國護理專業面臨之困境與優勢；2) 確立我國護理發展之重要順序；3) 統整護理專業未來發展之方向藍圖；4) 重新界定護理服務之範圍，進而強化護理專業功能及護理照護服務之議題及策略。本計畫的執行係依據計畫政策子題包括：1) 建立我國護理基本資料；2) 確認我國護理專業的執業範圍；3) 提升我國護理專業能力；4) 增進我國護理專業服務的成效、品質；5) 強化我國護理專業服務與我國重要衛生政策的銜接與融合等五大政策子題。

本案計畫執行經由各政策子題小組分別研討和撰寫初稿外，進一步也邀請相關專家學者進行深入審查，為力求本計畫案力求完善且符合實務，邀請產官學界參與「草案」座談會，在會中提出進一步對草案相關政策建言，作為白皮書修訂之參考，使相關政策建言更具代表性。

本報告謹依計畫的各政策子提議題：建立我國護理基本資料、確認我國護理專業的執業範圍、提升我國護理專業能力、增進我國護理專業服務的成效和品質、以及強化我國護理專業服務和我國重要衛生政策的銜接和融合等主題，分別依列提出：目前護理相關資料的現況、國際上建立相關資料的情形、本政策規劃之建議（含「預期達成的目標、制度面的考量、執行面的考量」、參考文獻和附錄的政策建言書。期共同研擬制定具前瞻性之護理專業政策，作為政府更完善之規劃護理政策的藍圖，以及未來討論與匡助施策之重要參考。希冀加強護理權利及義務、強化護理專業能力、提升護理品質及水準，促進全民之健康福祉。

最後，謹在此敬致最誠摯的感謝所有參與台灣護理政策白皮書之參與研擬撰寫之臨床資深護理專家及學者和工作人員如下所示，在短短四個月時間，參與的每位都是用盡心思協力策劃目前國內護理急迫切需要改革之護理要項，期望藉此草案所擬之綱要，喚醒全體護理界之改革醒思。此外，對於所有參與本「草案」座談會之國內醫療護理界代表、醫療護理主管和衛生行政主管代表，凝聚共識和擬定政策，深感致謝熱情參與，促使本白皮書更臻完善，更強化未來推動落實施策之動力。

研議成員（依姓名筆畫序）——

余玉眉研究員 國家衛生研究院衛生政策研發中心（計畫主持人）

杜敏世副教授 獎卿護理展望基金會

金繼春副教授 高雄醫學大學護理學院

陳小蓮主任 國泰醫院護理部

陳月枝教授 台灣大學醫學院護理學學系

陳惠姿副教授 輔仁大學護理系

章淑娟主任 花蓮慈濟醫院護理部

張淑貞主任 彰化基督教醫院護理部護理部

趙可式教授 成功大學醫學院護理學學系

趙正芬主任 台北市立聯合醫院陽明院區護理部

盧孳豔主任 中國醫藥大學護理學系

工作人員——

張華君管理師 國家衛生研究院衛生政策研發中心

楊雅馨研究助理 國家衛生研究院衛生政策研發中心

貳、方案分析及策略規劃

隨著國內整體人口及疾病型態改變，醫療生態亦隨之產生很大變化，數十年來政府衛生主管機關為使醫療制度落實，極力研訂相關醫療管理法規及推行醫療網制度，為提供民眾健康之生活環境以及提供全人照護之整合之醫療保健服務，而護理健康照護服務在醫療及公共衛生領域中亦扮演不可或缺之一環，護理政策勢必深深影響健康照護服務品質，亦代表國家護理領域進步的指標。然而長期以來國內健康照護相關政策多以「醫療」為主，反之護理相關政策竟乏善可陳，突顯出需要研擬我國全面性護理政策之急迫性。

護理健康服務層面廣，且是全年持續不斷提供照護，所面對的照護者不只單純是個人需求，其服務範圍已由傳統的臨床照護、擴展至居家、社區、職業衛生、學校及人群聚集等場所，還包括如何與人互動，關愛人，進而達到『全人照護』為理念¹。護理專業則展現在護理照護服務之品質上，而護理人員的養成過程及護理制度塑造了護理專業的表現。因此，護理人員專業能力的培育的系統化和持續化，必能強化護理專業及妥善規劃護理照護服務，進而能減少不必要的醫療資源浪費，降低國家經濟負擔，提升全體民眾之健康。故，我們必須檢視國內護理人員的養成過程及護理的藍圖制度，並透過政策之研擬來加強護理照護所提供的服務品質。

然而，台灣護理專業發展立場，已面臨必需突破瓶頸?重要關鍵，一方面，護理專業發展正因面臨大環境的需要必需向進階護理能力發展，而另一方面因要繼續維持高品質的專業服務與落實全人照護的方針，到底護理人力的配置護理專業人員的專業能力培養，是否仍能依過去模式因應？此時此刻，正是分析與檢討的最佳時機。

現把國內台灣護理專業所處狀況分以優勢、劣勢、機會和威脅（strengths, weaknesses, opportunities, and threats. SWOT）做四大角度分析。優勢方面：受到國內教育普及影響，護理教育制度多元化且教育環境完整，每年護理學系科畢業生約近 18,000 人（教育部統計處,2005）。而在國內日益高漲醫療成本壓力下，我國醫療體制急需護理專業人員協助提供高效率及高品質之照護服務。而在有關於護理行政體系編制中，衛生署克服種種困難於 2004 年成立「護理及健康照護處」，專司全國護理專業服務政策規劃，以改善十年來護理專業業務主管不明之狀況。過去幾十年來，在許多護理前輩和精英們努力下，台灣護理團體與個人在國際間學術交流日

¹ Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.

益頻繁，促使台灣護理專業能力更能展現在國際舞台。**劣勢方面**：我國護理教育學制層級太多（學制多五專、二專、二技、四技）；護理人員（護士、護理師）之臨床執業角色定位職責未明顯區分；而相關評鑑制度僅重視量之評量，而缺乏質性評鑑；以致於護理照護服務品質備受質疑。再加上畢業後專業能力和繼續教育的標準規範未取得共識，而使得護理能力評鑑，莫衷缺一。另外一劣勢是護理教育人力和實際臨床執業人力未有長期規劃政策，將影響未來供需的失衡。護理專業的相關政策雖有零星研究計畫，因大部分政策建議的重要性與體制性上的相關性不明，以致實施上仍有障礙和困難。**機會方面**：我國正面臨衛生政策、醫療生態以及專業教育評鑑制度之轉型期，護理專業可把握此時期進行除弊求新。加上我國人口老化、慢性病人口增加，過去醫院主導的醫療照護型態，已漸漸由社區化慢性病醫療照護服務取代。而在護理人才中居年齡於四十至五十歲層都深具高等護理學養和各類專精領域（如愛滋病、菸害防治衛教、長期照護等等）均比過去提高甚多，對整合專業智慧，為未來專業發展規劃出一個願景。**威脅方面**：我國護理專業教、考、用嚴重脫節，嚴重影響畢業生參與及留任職場的可能性。國內目前對於執業護理人員之臨床繼續教育的方針，缺乏統籌規劃及無認定標準。而在護理學術研究方面與臨床實務脫節，致使有效應用於臨床領域之實用價值一直未能影響，反觀，國外護理臨床執業和研究環境，都比國內條件佔居優勢。此外，對於護理主管因參與國家政策規劃之各類機會非常少，以致，其種種決策與國家政策的新方向無法有所銜接。以上所述，是將國內急迫必須改革之相關要項列出。

國際上，為了能引領全球護理人員繼續全民健康的貢獻，近二十年來，持續的提供相關性政策建言，例如世界衛生組織（WHO）長久以來亦針對許多健康議題提出護理政策建言，如：1988年 Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health For All 即提出，要達到 Health for All 政府急須改變護理的角色及價值²。1993年在馬尼拉提出後天性免疫缺乏症候群（HIV）預防及照護之護理政策參考³。2000年 WHO 則於慕尼黑發表了 Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health，提出加強護理及助產士之政策建言⁴ 等。此外，WHO 於 2003 年亦建議歐美各國對於護理人員短缺情形所應採取之相關護理政策⁵。

至於國際上對於提升護理的角色功能的努力，也不餘遺力，有關護理相關政策及白皮書不勝枚舉，如日本看護協會每年皆出版看護白書⁶，Institute of Medicine 於

² Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health For All, 1988

³ WHO. Developing the nursing component in a national AIDS prevention control programme. 1993. Manila

⁴ WHO. Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000

⁵ WHO. International nurse mobility-Trends and policy implications. 2003

⁶ 日本看護協會。2005年。看護白書：新卒看護師・保健師・助產師必須的能力基準解說。東京：日本看護

2003 年針對護理人員的專業核心能力出版相關建議書⁷，國際護理協會（International Council of Nurses, ICN）從 1971 年迄今針對護理人員的權利與義務發表了一系列的立場聲明（Position Statement）⁸，等等，都是持續不斷修訂內容以符合心的社會需求。這些白皮書或是政策建議所涉及的議題包括護理在健康照護服務中的角色、護理專業服務、護理人員的社經福利、健康照護系統及社會議題等。

影響所及，先進國家的政府及護理學/協會/專業團體無不紛紛群起效法，作為研擬護理政策之參考。而我國已晉升為已開發國家之列，護理專業的水準理當應能追趕上國際標準與先進國家之水準並駕齊驅。

綜合以上所述，本案因衛生署核定本案的規劃時間相當有限（於 94 年 8 月底簽約而於 12 月 20 日交稿），故僅將針對台灣護理專業最主要的發展要件，作出規劃與建言。本規劃案將依序分為五大子題進行分析和策略和規劃。每一子題均分別從：一、分析我國目前的相關情形差異；二、進而參考先進國際先進國家的作法；而到三、對我國的護理專業未來發展方向提出具體的規劃建議等等三大部分。本案五大子題如下：

- 一、「建立我國護理基本資料」。
- 二、「確認我國護理專業的執業範圍」。
- 三、「提升我國護理專業能力」。
- 四、「增進我國護理專業服務的成效、品質」。
- 五、「強化我國護理專業服務與我國重要衛生政策的銜接與融合」。

協會出版。

⁷ Institute of Medicine. 2003. Health Performance Education: a bridge to quality. Washington DC: The National Academies Press(www.nap.edu)

⁸ 國際護理協會·立場聲明(ICN Position Statement)。中華民國護理學會編譯。1995 年。台北。

一、建立我國護理基本資料

一、建立我國護理基本資料 (Nursing Minimum Data)

台灣地區自 1945 年以來，在國民疾病型態與傳染病慢慢轉變為慢性疾病或退化性病變的情況下，醫療照護一直朝向以醫院提供急性醫療照護為主，護理人員也一直以醫院為主要的就業市場；1980 年急性醫療機構醫療網計畫逐漸擴增，之後更因為衛生署醫院評鑑制度之逐漸擴展，對於醫療服務品質要求提升，造成醫院對於合格護理人員之大量需求，成為當時護理人員嚴重短缺的重要因素之一，但是自 1995 年起，國內開始實施全民健康保險制度，各醫療機構或單位在成本效益的壓力下，開始減縮護理人力與成本加重護理工作負荷護理人員的工作環境越來越惡化，以致於人力留任相當嚴重，反映出護理人力的『供』與『需』之相異日漸拉大；如此下去，將引發我國護理人力「供」的失衡。因此，對我國護理人力相關資料與建立是未雨綢繆的第一要務。

(一) 目前護理相關資料的現況

長期以來國內健康照護相關政策資料的性質多以『醫療』為主，反之『護理』相關和基本資料竟乏善可陳，或是零散片段毫無統整檔。例如護理人力供求之探討——估計未來十年護理人力之供求（余玉眉、楊志良, 1985），配合全民健康保險實施之護理人力供需規劃（陳月枝等人, 1990），台灣地區公元 2000 年護理人力供給之推估（張媚, 1995），我國醫事人力規劃政策建言書總摘要（石曜堂等人, 2001），護理人力規劃評估報告（余玉眉、陳月枝, 2002）。但長久以來，衛生署或是護理專業團體一直欠缺我國護理人力的基本資料，導致在執行護理人力研究分析，其資料往往都是短期性的或是片段性所彙整相關資料，而無法作為長期性的推估依據。為此，初步檢視現今護理資料是規劃政策最基礎要項，以作為未來規劃之基本資料架構。

不可諱言，護理人力是我國推動醫療團隊工作不可或缺的主力，以臨床執業人力來看，依據行政院衛生署醫療資訊網醫事人員管理系統，截至 2000 年，台閩地區醫事人員執業統計表，醫師執業共計 33,360 人；護理師執業共計 70,519 人；護士執業共計 30,946 人；藥師執業共計 18,938 人；牙醫師執業共計 9,868 人，而護理人員（即含護理師和護士）人力是整體醫療組織編制人員佔最大比例者。對於不適當護理人力配置是必嚴重造成醫療照護品質呈現出負面影響（ICN, 2004），故反映出資料的建立，應是確保我國醫療體系的水準與服務品質的重要依據。

就此子題分別將我國護理人力供給資料和我國護理人力運用資料進行探討。

1.我國護理人力供給資料：(主責單位→行政院教育部)

台灣護理教育體制自 1983 年以後積極進行調整與改制，調整的方向乃朝著提高學制的目標進行(見附錄一)，發展至 2005 年，台灣護理科系學校共計有 49 所，學制種類可分為二大類別，即包括大學制：含 a. 四年制大學護理系以及二技和四技的護理學系；b. 五專、二專之專科(94 年教育部停辦高技職學校制及職業學校)。而依據 2004 年畢業生人數來看，約計 18,000 人左右(教育部統計處，2005)。

至於全國護理師執照考的資料來看，依據 2003 年全國護理師執照考的平均及格率為 41.42%，護士執照考平均及格率則為 49.72%，佔當年護理畢業生約 50~60%。若依據 1985 年和 2003 年的護理人力研究所示於領有合格護理執照的人力中，只僅有 60~70% 的人力實際投入健康、醫療與護理的就業職場，對於我國對護理教育的投資，是否是一項教育資源的浪費？往往是我國護理人力規劃中的一大影響。

職場將如何應用這些新的護理人力？職場的工作要求與運作，是否能將這些新進護理人員，經過護理實務的一再磨練，與嚴謹的在職教育與訓練，使其從一位護理新手(novice)，培育成長而成為一位經驗豐富的護理專家(expert)？如此，也才能使得我國的護理專業人才，能傳接繼承，專業發展或是才能延續。

2.我國護理人力運用資料：(主責單位→行政院衛生署)

依據行政院衛生署醫療資訊網醫事人員管理系統，截至 2005 年 8 月 31 日止，台閩地區護理人員統計表，全國護理人員領照人數 185,395 人，執業人數 109,236 人，其中護理師 77,343 人，護士 31,893 人，執業率 58.92%，其各縣市人數分布如附錄二所示。

對於整體醫事團隊人員數來說，醫師人力規劃和統籌部分，衛生署、和各專科醫學會每年定時共商擬定人力配置，而中華民國醫師公會全聯會定時更新執業人力數和執業機構類別，並在該會之網頁上公佈最新資料其統計資料項目：執業醫師年齡及性別統計、執業醫師籍貫統計、執業醫師學歷統計、近年來死亡醫師執業及性別統計、近年來首次入會人數統計、各級醫師公會近十年會員統計、台灣地區近年來人口統計、台灣地區人口和醫師公會會員近十年來動態統計、和台灣地區執業科別分佈情形。

相反的，護理人員人力是整體醫療組織編制人員佔最大比例者，設有公會聯合會作為該會類似功能，但卻不見其彰顯其效益，而目前只針對職業人數統合資料，

但目前執業登記之資料（詳見附錄三）不夠足以做為人力政策分析之供需評估的依據，對於整體護理人力分配和執業分析來說是一大缺失。因此，如何設置護理人力資源管理系統和服務網進行資訊化和網路化，並能公開化、透明化向社會大眾提供護理照護資源等各項亦具有可近性和持續性之完整性服務系統，藉此供民眾和相關互理專業團體和行政機關溝通管道分享和利用，益助於提高護理專業服務形象；同時，藉由該提供該系統執行，可培育相關法律保險與資訊之相關專才之護理人員，方能促使整體護理趨向更專業制度。

另外，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會規定 2005 年度醫院評鑑之護理人力和床配置標準，一般病房（床）其護理人員配置依不同醫院層級有所不同規定：醫學中心是 1:0.5，區域醫院是 1:0.4，地區醫院：1:0.33，加護病房（床）：1:2.5，手術室（每班）：1:0.5，但根據「由陪病工問題談護理人力結構與配置」調查報告顯示（林月桂、潘純媚，2004），醫學中心和區域醫院一般病房和加護病房護理人床比均未達醫院評鑑準，醫學中心部分一般病房現況調查為 1:0.48，評鑑標準卻是 1:0.5；區域醫院現況是 1:0.36，仍不及評鑑標準的 1:0.4。然而這些評鑑配置指標並無法提供用來做為規劃人力供需或監測醫療品質之用，更無法做為長期吃緊人力和留任裝況之依據，更無法長期訓練人力供需的依據。

而在另一「台灣地區各醫療院所護理人力現況調查」發現（林月桂、潘純媚，2004），醫學中心約聘雇人員在各級醫院中最少，佔 15.3%，署立和市立醫院內的聘雇護理人員達 47.6%；若以薪資結構分析，公立區域醫院中的署、市立醫院，一位正式護士月薪為 42,027 元，約雇人員月薪只有 29,027 元，相差了 13,000 元，聘越多聘雇人員省越多，有些劣質醫院連聘雇人員捨棄取而帶之是以用工時計之僱用員，甚至僱用非持有護理執照之人力協助提供醫療照護。目前中央健康保險局對於住院病人的護理費，以一般病床支付金額來說醫學中心約 512 元，區域醫院約 456 元，地區醫院約 395 元，面對著沉重估作負荷卻只有杯水車薪，對不住院的病人服務，難道就不需要給予支付護理費嗎？

近年來礙於健保制度改變，護理工作負擔增加，以及薪資和福利逐漸減少，導致護理人員流動率高以及招收不到新進人員困境。相關研究如北市醫學中心新進護理人員工作價值觀、專業社會化與工作滿意度相關因素之探討（莊淑娟，2004）針對北市兩所醫學中心，擔任現職工作六個月以上不滿兩年，且無其他臨床工作經驗的新進護理人員 544 人為研究樣本，進行全面性的問卷調查，但因近年來經濟不景氣，離職率已大幅下降，由 20~32% 降至 10~20%，但新進護理人員的離職率卻偏高，服務未滿一年即離職者占 22.37%，兩年離職者更佔 40%，過高的護理人員

流動率，不僅會浪費社會資源造成損失機構本身訓練成本，漸而影響護理業務的運作、團體凝聚力、工作士氣與病人照護品質，更是提升護理品質的一大障礙。

由上述有關國內臨床執業護理人力配置和工作量計畫報告顯示，其計畫研究資料大多是片段性和小規模性之抽樣調查，對於其資料之是否具有可靠性、延續性和長久性之評估機制，不難發現國內護理人力資料建檔和該資料公開性，仍需待進一步努力。

依據教育部技職司專案研究計畫之護理人力之評估報告（余玉眉等人,2002），其中針對依據經濟合作暨發展組織（Organization for economic co-operation and development, OECD）衛生署 2000 年衛生統計、經建會未來十年人口推計、我國醫事人力規劃政策建言（P.76）等所發表之相關統計資料顯示各國平均每人國內生產毛額、醫師及護理人員及其醫療服務情形一覽表詳見如下：

國別 項目	台灣	南韓	紐西蘭	英國	新加坡	美國	日本
1999 年 GDP (美元)	13114	8684	17700 (2000)	24549	21837	34047	35567
1998 年 每千人口病床 數	5.1	5.1	6.2	4.2	3.6	3.7	16.5
每十萬人口護 理人員	357.9 (2000)	600 (1999)	771 (1997)	724 (2000)	492.1 (1998)	782 (2000)	763.8 (1996)
每十萬人口醫 事人力	132.8 (2000)	130 (1998)	230 (1998)	170 (1996)	140 (1998)	270 (1997)	193.2 (1996)
每一名醫師與 護理人員比	1:2.7	1:4.6	1:3.4	1:4.3	1:3.5	1:2.9	1:4
1998 年住院平 均日	8.41	13	7.3	10	-	7	41
醫院護理時數* 註	5.44	-	-	-	-	6.1-11. 9 (1997)	-
護理人員在社 區工作之比率	12.43% (2000 年)	-	-	-	-	40% (1996 年)	-

*註：護理時數指每位住院人平均每日實際應分配到的護理時間，其計算公式如下：

$$\text{護理時數} = \frac{\text{護理人員數} \times \text{每日工作時數} \times \text{一年內實際工作日數}}{\text{病床數} \times \text{佔床率} \times 365 \text{ 日}}$$

病床數×佔床率×365 日

對於上列表所示，國內對於每十萬人口護理人員之比例和每一名醫師與護理人員比跟其他鄰近日本韓國和新加坡相比比例甚低，足以顯示出國內護理人員臨床執業人數和實際臨床照護需求相甚差距很大。然而對於此類分析比較報告，先提要項，莫過於需要定時和持續性建立我國醫療人力相關資料建檔，以利於資料分析結果是具有真實性而非是假設性。

同時在此評估報告中（余玉眉等人,2002）提出，因缺乏長期異動資料做為評估的依據，故對於做為人力規劃報告中建議提出幾點要項例如「每十萬人口護理人員數」、「醫師與護理人員比」及「護理時數」以作為未來十年護理人力「需求」推估的主要依據指標。然而，此報告已於 2002 年提出次建言，卻遲遲未見護理人力資料建檔有所改善。對於相關衛生行政單位對於落實執行策略之動力仍有進步之空間，期望此本案所提建議，相信未來能看見具體執行作業，而非只是紙上建議。

國內有關護理法規之「護理人員法」第七條之一第三項修正案，我國護理人員的法定名稱，分為「專科護理師」與「護理師」、「護士」三類型，此一修正案業已於 2000 年 11 月，經總統公告。而現行護理人員法實行細則，並未明確地對其各專業執業內容、專業能力加以區分？另外，檢視國內護理人力流動因素，研究報告指出⁹：福利待遇不如預期和工作人力不足和過高壓力、無適切之升遷管道和繼續教育、學術研究資源等。反觀國外護理臨床執業和研究環境，都比國內條件佔居優勢。最近一期的 U.S. News & World Report 指出全美目前至少有 12 萬 6 千個護士缺待補，隨著戰後嬰兒潮進入老年，預估到 2020 年的時候，護士的短缺情況將達到 40 萬人，另一方面美國護士本身的年齡也偏高，目前全美現職護士的平均年齡是 43.3 歲，為何護理人員執業年齡會如此高？值得本國醫療機構深思國內現況護理人力狀況。

從上述所研究推展和報告顯示臨床護理人力利用情形漸漸將會嚴重影響整體之人力新陳代謝與人才接替。我國護理人力基本資料是相當殘缺零散和陳舊，因此，對於提升整體護理專業範疇和專業能力，改革建立護理人力資料應列為第一優先工作。

（二）國際上建立相關資料的情形

在國外一些先進國家缺乏護理人力的情況日趨嚴重，也將衝擊我國護理人力供需平衡；因此，建立我國護理人力基本資料機制是相當重要一環，除了能確保專業

⁹ Yin, J. C., & Yang, K. P. (2001). Nursing turnover in Taiwan: A meta-analysis of related factors. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 573-581.

能力持續提升之外，更強調護理執照重新認證之重要性。

在建立結構面，發現許多先進國家的護理人力基本資料建立確實是非常仔細和用心，所建立之資料庫包含人口比、醫師比、年齡比、教育程度、護理時數比等等，強調建立以本土性正確相關資料，做為策劃整體護理品質最基礎之資料，以利後續分析專研規劃護理專業業務和國際間相互作比較和探討全球護理人力狀況。

以下將分別探討我國之鄰近國家日本、先進國家如美國、加拿大以及來自國際組織如國際護理協會 (International Council of Nurses, ICN)、國際世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 等國家和專業組織對於有關護理人力資料建構層面探討和學習，藉此觀摩國際間對於護理人力資料建構執行方式，以作為國內未來在此方面之借鏡。

1. 日本

「日本」的護理學制與台灣的差異不大，分為技術職校，短期大學（二、三年制）、四年制大學和研究所（碩士和博士班）。日本看護協會出版會，出版《平成 17 年版看護白書》乙冊（日本看護協會編，2005 年 4 月），其內容帶涵蓋所謂護理人員（護士、助產士）之能力基準，從看護基礎教育和畢業生第一年應需修得課程、大學護學系科養成培育準則等等。

對於日本護理政策規劃例如：各學制招生護理學生人數（2000～2004 年）、各類醫事人員執業狀況（1995～2003 年）、與其他職業薪資比較（2003 年）、護理人員年度離職率（2003 年）、以及對於目前各國對於護理人員重新認證制度和其標準作分類比較（詳見附錄四）。就日本護理人力資料分析來看，其護理基本資料建立似乎非常完整。而在這些資料中發現，先進國家如美國、加拿大甚至是中國大陸和泰國對其護理重新認證期間大致分別在 1～3 年間需更換，且必需符合和通過更新證照之標準，反視我國之護理專業認照制度，其護理證照似乎是持『終生奉』，對於我國護理專業備受國際專業肯定同時，或許是這一點應是急需改進我國護理專業服務品質要求。

2. 美國

自 1974 年起，美國護理學會（American Nurses Association）透過有系統登記制度，每四到六年便進行一次護理人力供給的總調查，稱之為美國護理學會註冊護士的存量調查（ANA Inventory of Registered Nurses）。其整個調查內容分為五大項：教

育背景、執業場所、職稱（含若不在臨床護理執業，其所執業工作內容為何）、過去執業狀況和基本資料等等大項。（其調查內容詳見附錄五）。另外，在 Honor Society of Nursing, Signa Theta Tau International 也設計會員基本資料調查，可定時更新會員資料，其內容含婚姻狀態、子女數、執業機構、專長、年收入等等以供分析會員執業現況。

反觀，國內護理相關行政單位或是學協會來說，似乎沒有這樣統整和持續性調查作更新護理人員之基本資料系統，該制度實施是值得國內相關單位學習和務必落實執行之藍圖模式。

在 1985 年行政院經濟建設委員會人力規劃處提出「針對護理人力供求之探討-估計未來十年護理人力之供需第六頁」中提到對於護理界來說，以全工時制（full-time equivalent, FTE）來推計護理人力的供需以是一項公認最切實也被廣用的方式（Ellistt and Kearns, 1978; James, 1981; Levine and Moses, 1982）。而根據美國國家護理研究中心統計（????），護理人員照護病人的個案數，每增加一位，病人在 30 天之內的死亡率就會增加 7%，如果醫院將護理人員平均照顧的病人數由 4 位增加到 6 位病人會出現大於 14% 死亡的機會，若再增加到照顧 8 位病人時，病人的死亡率更增加到 31%，研究認為，護理人員過高的工作負荷是造成美國境內一年 2 萬名不必要死亡病人的原因，這等於證實護理人員照顧病人數與造成病人傷害的直接關係。護理人力規劃與建立，與消費者（病人）所得到護理服務量有關，故護理時數一直被歐美先進國家用來說明護理人力是否足夠的基本分析依據（unit of analysis）。

3. 加拿大

2000 年 10 月由 Advisory committee on health human Resources 提出 The Nursing strategy for Canada 對於護理人員人力資料分析中針對年齡、教育、執照類別、工作型態、單位和職稱、工作時數等等，個別區域作護理人力資料庫分析，詳見如下圖表所示：

TABLE ONE

Registered Nurses Employed in Nursing by Selected Factors, 1990 and 1997

Part A (includes Quebec) ¹	1990		1997		Percent Change in Number ¹	Annualized Percent Change in Ratio ¹
	Number ¹	(Percent) ¹	Number ¹	(Percent) ¹		
Population of Canada ²	27700856	--	29987214	--	8.25	--
RNs employed in nursing (% of total RNs) ^{3,4}	223964	(87.44)	240173	(86.63)	7.24	-0.13
Number of RNs employed in nursing per 10,000 population	80.85	--	80.09	--	--	-0.13
RNs employed in nursing in Prov/Terr (% of total RNs) ^{3,4}	223964	(87.44)	229838	(82.90)	2.62	-0.76
RNs with basic diploma education (% of RNs employed in nursing in Prov/Terr) ³	207081	(92.46)	206964	(90.05)	-0.06	-0.38
RNs with basic baccalaureate education (% of RNs employed in nursing in Prov/Terr) ³	16820	(7.51)	22795	(9.92)	35.52	4.05
RNs whose place of graduation was outside Canada (% of RNs employed in nursing in Prov/Terr) ³	19144	(8.55)	17767	(7.73)	-7.19	-1.43
All RNs employed in nursing aged < 35 years (% of RNs employed in nursing in Prov/Terr) ³	74134	(33.10)	54842	(23.86)	-26.02	-4.57
All RNs employed in nursing aged > 45 years (% of RNs employed in nursing in Prov/Terr) ³	69240	(30.92)	97625	(42.48)	41.00	4.64

¹ These data include Quebec as data were available for Quebec in both 1990 and 1997.

² Source: Statistics Canada, Population by Age by Sex Canada, CANSIM series C892268, January 25, 2000.

³ Source: Project B Tables 1, 2, 3, 4, 12, and 13, *Nursing Workforce Study*, Kazanjian et al.

⁴ Detailed information on the number of RNs employed out of Prov/Terr were available in 1997, but not in 1990, thus the 1997 data

For 'RN's employed in nursing' and 'RN's employed in nursing in Prov/Terr' differ while the 1990 data are the same.

Part B (excludes Quebec) ^{1,2}	1990		1997		Percent Change in Number (excluding Quebec) ^{1,2}	Annualized Percent Change in Ratio (excluding Quebec) ^{1,2}	1997 Total Number (including Quebec)
	Number (excluding Quebec) ¹	(Percent excluding Quebec) ¹	Number (excluding Quebec) ²	(Percent excluding Quebec) ²			
RNs employed in nursing where residence and employment status is known (% of total RNs) ³	166463	(84.39)	170608	(81.14)	2.49	-0.56	229838
RNs working in regular full-time positions (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	93234	(56.01)	85315	(50.01)	-8.49	-1.61	114338
RNs working in regular part-time positions (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	48146	(28.92)	52832	(30.97)	9.73	0.98	73168
RNs working casual (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	23419	(14.07)	32197	(18.87)	37.48	4.29	42068
RNs working in hospitals (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	120087	(72.14)	105211	(61.67)	-12.39	-2.22	140676
RNs working in nursing home/lc (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	11777	(7.07)	18504	(10.85)	57.12	6.29	27865
RNs working in community settings (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	15050	(9.04)	20714	(12.14)	37.63	4.30	29479
RNs working in direct patient care (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	143094	(85.96)	148004	(86.75)	3.43	0.13	189897
RNs working in administration (% of RNs employed in nursing where residence and employment status is known) ³	10811	(6.49)	7327	(4.29)	-32.23	-5.74	14964

¹ Quebec is excluded from the 1990 data as detailed data on employment were not available for Quebec in 1990.

² Quebec is excluded from the 1997 data so that comparisons can be made to the 1990 data.

³ Source: Project B Tables 1, 2, 5, 6, 7, and 8, *Nursing Workforce Study*, Kazanjian et al.

4. 國際護理協會 (International Council of Nurses, ICN)

全球最大一個的護理專業團體是國際護理協會 (International Council of Nurses, ICN), 從 1971 年迄今針對護理人員的權利與義務發表了一系列的立場聲明 (Position Statement)¹⁰, 並不斷修訂內容以符合現況所需, 議題包括護理在健康照護服務中

¹⁰ 國際護理協會・立場聲明 (ICN Position Statement)。中華民國護理學會編譯。1995 年。台北。

的角色、護理專業服務、護理人員的社經福利、健康照護系統及社會議題等，透過這些議題 ICN 提出建議及立場聲明，而先進國家的政府及護理學/協會無不紛紛群起效法，作為研擬護理政策之參考。

2005 年第 22 屆國際護理協會會員大會 (23rd ICN Congress) 在台灣舉辦，其中也針對全球『健康照護人力問題』等議題，期藉由會中各界多方溝通討論有關老人護理、年齡分佈等等，以達提升全球護理專業與護理品質及水準，進而促進全球人民之健康福祉。

在以護理人員任職之年紀分配來說 (如下表所示)，亞洲地區代表日本國其護理人員任職平均年齡不到 40 歲，而其他歐美國家則是高出於 40 歲以上。這對於整個人口老化，相對的護理人力之年齡層級而言，日漸被各國政府相當重視和關切。相較我國目前處於護理人力短缺和無法吸引護理畢業生從事護理臨床工作而言，以及長期缺乏評估護理人力資料分析，對於臨床上護理人員年齡層分佈是值得我國相關單位深慮和警惕。

Table 3: Developed countries: average age of nurses

	Canada	Denmark	Germany	Iceland	Ireland	Japan	New Zealand	Norway	Sweden	USA
Average age of employed nurse	43.7	43	39.5	44	41.4	M 36 F 38.9	42.6	43.4	44.7	43.3

Source: ICN, 2004*

對於 ICN 每年彙整各國/會員國/護理人力資料分析各分以國際性和區域性國家作比較分析，如 2004 年國際性和亞洲地區之各國護理人力分析總表，將類別大致分為：一般資料/學經歷/性別/、僱用狀況、年齡、雇主機構屬性、未執業人數、外籍護理人員站比數等等詳見 (附錄六)。反觀在國內對這些資料未公告，甚至衛生署網站未列出，取的國內護理人力資料是參差不齊，這對於偕同提升國內護理人力和相關研究能力是一大障礙。

5. 國際世界衛生組織 (World Health Organization, WHO)

世界衛生組織 (WHO) 長久以來亦針對許多健康議題提出護理政策建言。2000 年 WHO 則於慕尼黑發表了 Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for

Health，提出加強護理及助產士之政策建言¹¹等。此外，WHO 於 2003 年亦建議歐美各國對於護士短缺情形所應採取之相關護理政策¹²。而我國已晉升為已開發國家之列，護理專業的水準理當應能追趕上國際標準與先進國家之水準並駕齊驅，因此對於建立護理人力資料是不怠慢和輕視其重要性。

2004 年國際世界衛生組織針對依據各區域/國家的醫事人員數和每 10 萬人口數之比例分析，如下圖所示之表一，其東南亞國家區域之醫師和護理人員之比例相較之下顯的非常低。

Region	Physicians	Nurses	Midwives
Africa	17	71	20
Americas	212	414	n/a
South East Asia	45	59	3
Europe	327	663	42
Eastern Mediterranean	96	159	n/a
Western Pacific	157	186	13

Source: WHO, 2004*

就單以護理人員數來說，歐洲國家之護理人員數比醫師幾乎是兩倍，而東南亞國家之比例顯得相當的接近。而在南亞國家中，屬於開發中國家之泰國和印尼等，對於醫師、護理師/士和助產士對人口數都有做調查和分析。反觀對於醫療服務之專業品質提升，如何規劃醫護人力資料進而分析探討則是第一項優先要件，以利後續訂定相關醫事人員比例配置措施。

(三) 本政策規劃之建議——

以上分別從我國護理人力供給面和護理人力利用面作分析和探討，可發現有關國內護理人力規劃有行政院教育部、行政院衛生署等行政單位外，其護理專業團體似乎對於策劃和建立整體之護理人力資料應亦是責無旁貸，況且護理人力資料建立是基本之策略規劃中最不可或缺之一。

1. 預期達到目標：

- (1) 建立我國護理人力『供給』和『應用』資料之機制。
- (2) 分析護理人力（護理師和護士）與護理時數之關聯性。

¹¹ WHO. Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000

¹² WHO. International nurse mobility-Trends and policy implications. 2003

- (3) 了解護理人員（護理師和護士）各年齡層分布、性別之重要性。
- (4) 重視醫師和護理人員（護理師和護士）之比例及其重要性。
- (5) 保障合理的護理人力配置。
- (6) 提升我國護理人力之有效應用

2 制度面的方向：

- (1) 中央補助經費成立一護理資料庫中心，資料應用包括護理學科系畢業生、護理人員證照、就業、進階、各類繼續教育之現況資料，每年檢討分析教、考、用是否適當，並彙整分析我國預測護理人力的發展，以作為每年度衛生署改善護理政策之參考。
- (2) 此一護理資料庫中心應負責其所彙整和分析資料應據實以報，不可作假，隨時抽查以確保真實性。

3 執行面的方向：

- (1) 每年衛生署委由學術機構進行全國護理人力調查和更新資料乙次。並彙集成冊，分發給相關單位及護理人員。
- (2) 每年彙集護理人力『供給』資料：

A. 每年收集各校分別就不同畢業生類別：博士班、碩士班、學士班（大學、二技、四技）、副學士班（二專、五專）、職校等建立基本資料，其內容如下表所示：

例如：學校：_____， 年度 _____

※博士班畢業生：

年齡（足歲）	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

※碩士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20 歲以下				
21~24 歲				
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

※學士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20 歲以下				
21~24 歲				
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

※副學士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20 歲以下				
21~24 歲				
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

※職校畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20歲以下				
21~24歲				
25~30歲				
31~40歲				
41~50歲				
51歲以上				

B. 每年並持續統計我國護理人員執照人數和分佈。如護理師和護士證照人數。每年度全國護理執業人數：

年度：_____

	本國籍護理人員									外國籍護理人員								
	護理師			護士			助產士			護理師			護士			助產士		
地區別	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計

(3) 每年定期彙集護理人員『應用』資料其執業場如醫院、公共衛生、護理之家與安養等機構、助產士/產所、其他(廠護、校護)共五大項。例如，有關醫院的護理基本資料和格式，其各類資料調查細項請詳見『臨床醫療機構護理人力運用資料』。

(4) 每年出版我國護理人力『供給』和『應用』資料手冊，以作為規劃護理人力之參考。

我國護理人力『供給』基本資料
資料表格

壹. 護理人力供給資料：

➤ 學校：_____， 年度 _____

一 博士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

二 碩士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20 歲以下				
21~24 歲				
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

三 學士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20 歲以下				
21~24 歲				
25~30 歲				
31~40 歲				
41~50 歲				
51 歲以上				

四 副學士班畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20歲以下				
21~24歲				
25~30歲				
31~40歲				
41~50歲				
51歲以上				

五 職校畢業生：

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
20歲以下				
21~24歲				
25~30歲				
31~40歲				
41~50歲				
51歲以上				

➤ 每年度全國護理執業人數：

年度：_____

地區別	本國籍護理人員									外國籍護理人員								
	護理師			護士			助產士			護理師			護士			助產士		
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計

我國臨床醫療機構護理人力應用資料
各執業單位類別表格

A、醫院利用護理人力方面：越來越多證據顯示，不當醫事人力配置與日益激增的各項醫療糾紛（如：病人跌倒、打錯針、褥瘡、醫療疏失、院內感染……）等事件不斷地發生有著密不可分的關係。因此，積極地投入更多的資源以從事人力相關之研究有其必要性。

目前最急需確認其護理人員即護理師和護士，至於專科護理師人力，將視衛生署訂定相關辦法其同納入整體護理人力資料之建立。

機構名稱：_____，年度：_____，填寫者：_____

各類別資料如下：

1. 醫院護理人員（護理師和護士）數——

1-1 護理師人數

1-2 護士人數

2. 工作性質——

2-1 全職護理人員（護理師和護士）：含正職&約聘僱護理人員

2-2 兼職護理人員（護理師和護士）

3. 全職護理人員職務分類——

2-1 一般護理人員：如一般護士、臨床護理導師、個案管理師等等。

2-2 進階護理人員：如專科護理師、糖尿病護理專家、安寧護理專家等等。

2-3 護理行政人員：如主任、督導、護理長等等。

2-4 其他：書記等等。

4. 全職護理人員年齡分佈狀況——

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
22歲以下				
23~25歲				
26~30歲				
31~40歲				
41~50歲				
51歲以上				

5A. 全職護理人員最高教育程度（護理科系畢業）

5A-1 職校：_____人

5A-2 專科：二專_____人、三專_____人、五專_____人

5A-3 學士：二技&四技_____人、大學四年制_____人

5A-4 碩士：_____人

5A-5 博士：_____人

5B 全職護理人員最高教育程度（非護理科系畢業，如醫管、公衛……；請註明其科系）

5B-1 學士：二技_____系. _____人、四技_____系. _____人、
插大_____系. _____人

5B-2 碩士：_____系. _____人

5B-3 博士：_____系. _____人

6. 全職護理人員工作年資

年資（含試用期間）	人數	佔百分比
6 個月以下		
6 個月～1 年		
1 年～2 年		
2 年～3 年		
3 年～5 年		
5 年～10 年		
10 年～20 年		
20 年以上		

7. 各單位醫師與全職護理人員比【註 1-1 至 1-5】

7-1 住院醫師與護理人員比

7-2 主治醫師與護理人員比

【註 1-1】：94 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序，在醫院管理組醫學中心醫院評鑑基準之「醫院應有適當的人力資源運用與財務管理方面」，有詳細的規定「主治醫師人數至少每 8 床 1 名」。

【註 1-2】：94 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序，在內科組醫學中心醫院評鑑基準之「內科系加護病房醫師人力配置適當」，有詳細的規定，「每 10 床至少應有 1 名專責主治醫師、應設有資深住院醫師 24 小時值班」。

【註 1-3】：94 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序，在護理組醫學中心醫院評鑑基準之「護理人力配置適當」有詳細的規定，「每 2 床至少應有 1 名專任護理人

員」，下列單位人員另計：加護病房→每床 2.5 名；手術室→每班每台 2.5 名；手術恢復室→每班每床 0.5 名；嬰兒室→每床 0.4 名；急診室觀察床→每床 0.5 名、急診室診療室→每 12 人次一名；門診→每班每診療室 0.5 名；血液透析室→每 4 人次 1 名。

【註 1-4】：94 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序，精神組醫學中心醫院評鑑基準之「醫師人員配置」有詳細的規定，「急性治療床每 10 床至少應有 1 名專任醫師」、「慢性復健或日間病房每 50 床至少應有 1 名專任醫師」；「護理人員配置」有詳細的規定，「急性病房，每 2.5 床至少 1 名護理人員且每病房每班至少有 1 名輔助人員以男性為宜」、「非急性之日間病房，每 15 位病人至少 1 名護理人員」。

【註 1-5】：94 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序，在地區醫院精神部門鑑基準之「醫師人員配置」有詳細規定，「急性治療床每 20 床應有 1 名專任醫師，慢性復健或日間病房每 50 床應有 1 名專任醫師」、「護理人員配置」有詳細的規定，「急性治療床每 3 床應有 1 名護理人員，慢性復健病床每 15 床應有 1 名護理人員，日間病房每 20 人應有 1 名護理人員」。

8. 護理時數【註 2】

8-1 加護病房（急診單位除外）

8-2 一般病房

護理人員數×每年實際工作天數×每日工作時數

【註 2】：護理時數 = $\frac{\text{護理人員數} \times \text{每年實際工作天數} \times \text{每日工作時數}}{\text{床位數} \times \text{佔床率} \times 365}$

9. 薪資（夜班費除外，含其他各項津貼）

薪資	台幣	人數	佔百分比
24000 元以下			
24001 元～30000 元			
30001 元～35000 元			
35001 元～40000 元			
40001 元～50000 元			
50001 元以上			

B、公共衛生方面（指衛生局（所）或健康服務中心之護理人員）：2003 年春天 SARS 疫情爆發，暴露出台灣防疫醫療體系的千瘡百孔。事實上，不僅 SARS 對台灣的公共衛生體系是一個重大的考驗，外籍新娘、家庭暴力、獨居老人、兒童虐待、自殺、憂鬱症、慢性病患……日益增加，在在的顯示公共衛生的重要。

➤ 年度： ，單位： 衛生局（所），填寫者：

1. 公共衛生（衛生局（所））或健康服務中心之護理人員與當地人口比：

年齡分佈	當地人口數	人
1 歲以下		
1~14 歲		
15~44 歲		
45~64 歲		
65 歲以上		

2. 工作性質——

2-1 護理工作：

2-2 行政工作：

2-3 其他：

常見的業務項目（以花最多時間計算，列舉 5 項）：

業務項目		
防疫保健（如預防針注射……）		
營業衛生及職業衛生暨管理（如外勞健康檢查……）		
醫政管理		
緊急醫療救護		
精神衛生管理		
心理衛生管理		
藥政管理		
婦女及中老年健康維護		
衛生檢驗		
衛生教育		
菸害防制		
篩檢（子宮頸抹片、糖尿病、癌症、高血壓……）		

居家照護		
身體檢查（評估）		
訪視（異常個案追蹤……）		
病患之雙向轉介		
其他（請說明）		

3. 護理人員年齡分佈狀況

年齡（足歲）	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
25 歲以下				
25~30 歲				
30~40 歲				
40 歲以上				

4 A. 最高教育程度（護理科系畢業）

4A-1 職校：_____人

4A-2 專科：二專_____人、三專_____人、五專_____人

4A-3 學士：二技&四技_____人、大學四年制_____人

4A-4 碩士：_____人

4A-5 博士：_____人

4B 最高教育程度（非護理科系畢業，如醫管、公衛……；請註明其科系）

4 B-1 學士：二技_____系. _____人、四技_____系. _____人、
插大_____系. _____人

4 B-2 碩士：_____系. _____人

4 B-3 博士：_____系. _____人

5 工作年資

年資（含試用期間）	人數	佔百分比
2 年以下		

2年~5年		
5年~10年		
10年以上		

6. 薪資（含其他各項津貼）

薪資 台幣	人數	佔百分比
30000元以下		
30001元~35000元		
35001元~40000元		
40001元以上		

7. 專業證書

護士證書	人數	佔百分比
護理師證書	人數	佔百分比
其他證書（請註明其證書）	人數	佔百分比

C、護理之家與安養等機構：近年來老年人口指數不斷向上攀升，隨之而來的社會衝擊、疾病型態改變，慢性病患、癌症人口等增加，造成社會整體因應壓力倍增，而居家護理正是因應社會需求之下，成為快速成長的專業之一。

1. 執業類別——

護理之家：醫療院所附設、獨立型護理之家

居家護理：醫療院所附設、獨立型護理之家

日間照護：醫療院所附設、獨立型護理之家

2. 護理人員人力比

護理之家					居家護理			日間照護					
床數	入住機構人數	新入住機構人數	入住機構估床率	護理人員數	訪視人次	新收案人數	護理人員數	可收治人數	照護人日數	新接受護理人數	使用照人	使用率	護理人員數

3. 護理人員年齡分佈狀況

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
25歲以下				
25~30歲				
30~40歲				
40歲以上				

4 A. 最高教育程度(護理科系畢業)

4 A-1 職校：_____人

4 A-2 專科：二專_____人、三專_____人、五專_____人

4 A-3 學士：二技&四技_____人、大學四年制_____人

4 A-4 碩士：_____人

4 A-5 博士：_____人

4B 最高教育程度（非護理科系畢業，如醫管、公衛……；請註明其科系）

4 B-1 學士：二技_____系. _____人、四技_____系. _____人、
插大_____系. _____人

4 B-2 碩士：_____系. _____人

4 B-3 博士：_____系. _____人

5 工作年資

年資（含試用期間）	人數	佔百分比
6 個月以下		
6 個月～1 年		
1 年～2 年		
2 年～3 年		
3 年～5 年		
5 年～10 年		
10 年～20 年		
20 年以上		

6. 薪資（含其他各項津貼）

薪資 台幣	人數	佔百分比
25000 以下		
25000～30000 元		
30001 元～35000 元		
35001 元～40000 元		
40001 元以上		

夜班津貼 ——

- 小夜/天/_____元
- 大夜/天/_____元

7. 專業證書

護士證書	人數	佔百分比
護理師證書	人數	佔百分比
其他證書(請註明其證書)	人數	佔百分比

D、助產士：目前在國內領有助產士執照有 50,093 人，實際執業人數有 588 人。在家裏生產在一些先進國家漸成風氣，選擇「居家自然生產」，孕婦可以自由走動、自由進食，生產時也可自由變換動作，完全自主的生產，讓孕婦絲毫不感覺緊張，也許在未來選擇「助產士」生產將是另一股趨勢。

機構名稱：_____，年度：_____，填寫者：_____

1. 護理人員年齡分佈狀況

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
30歲以下				
30~35歲				
35~40歲				
40~50歲				
50歲以上				

2 A. 最高教育程度(護理科系畢業)

2 A-1 職校：_____人

2 A-2 專科：二專_____人、三專_____人、五專_____人

2 A-3 學士：二技&四技_____人、大學四年制_____人

2 A-4 碩士：_____人

2 A-5 博士：_____人

2B 最高教育程度(非護理科系畢業，如醫管、公衛……；請註明其科系)

2B-1 學士：二技_____系. _____人、四技_____系. _____人、
插大_____系. _____人

2B-2 碩士：_____系. _____人

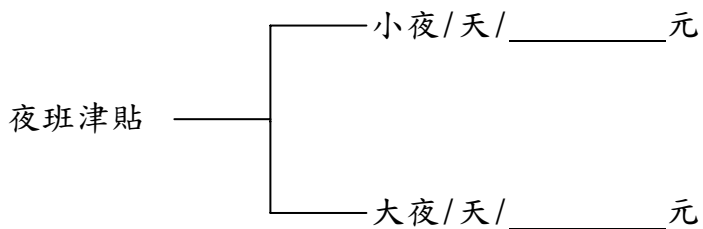
2B-3 博士：_____系. _____人

3. 工作年資

年資(含試用期間)	人數	佔百分比
2年以下		
2年~3年		
3年~5年		
5年~10年		
10年~20年		
20年以上		

4. 薪資（含其他各項津貼）

薪資	台幣	人數	佔百分比
30000 元以下			
30001 元~35000 元			
35001 元~40000 元			
40001 元以上			



5. 專業證書

護士證書	人數	佔百分比
護理師證書	人數	佔百分比
其他證書(請註明其證書)	人數	佔百分比

E、其他：如廠護、校護……護理人員角色多元化，除了上述的常見護理人員角色外，廠護、校護等也佔有相同的重要位置。

1. 人力配置：

類別	人數	護理人員數	權責單位
職業環境/工廠	勞資雙方 人	人【註1】	行政院勞工委員會勞工保險局
學校	學校師生 人	人【註2】	教育部

【註1】：「勞工健康保護規則」第3條規定→僱用勞工人數300人以上未1000人或從事特別危害健康作業勞工100人以上，應聘專任護士1人以上；1000人以上未滿3000人專任護士2人以上；3000人以上尚未滿6000人，專任護士3人以上；6000人以上專任護士4人以上（每增勞工6000人應增專任1人）。

【註2】：「學校衛生法」第7條規定→高級中等以下學校班級數未達40班者，應置護理人員1人；40班以上者，至少應置護理人員2人。專科以上學校得比照前項規定置護理人員。

機構名稱：_____，年度：_____，填寫者：_____

2. 護理人員年齡分佈狀況

年齡(足歲)	男性 人	女性 人	婚姻狀況	佔百分比
30歲以下				
30~35歲				
35~40歲				
40~50歲				
50歲以上				

3A. 最高教育程度(護理科系畢業)

3A-1 職校：_____人

3 A-2 專科：二專_____人、三專_____人、五專_____人

3 A-3 學士：二技&四技_____人、大學四年制_____人

3 A-4 碩士：_____人

3 A-5 博士：_____人

3B 最高教育程度(非護理科系畢業，如醫管、公衛……；請註明其科系)

3B-1 學士：二技_____系. _____人、四技_____系. _____人、
插大_____系. _____人

3B-2 碩士：_____系. _____人

3B-3 博士：_____系. _____人

4. 工作年資

年資(含試用期間)	人數	佔百分比
1年以下		
1年~2年		
2年~3年		
3年~5年		
5年~10年		
10年~20年		
20年以上		

5. 薪資（含其他各項津貼）

薪資	台幣	人數	佔百分比
30000 元以下			
30001 元~35000 元			
35001 元~40000 元			
40001 元以上			

6. 專業證書

護士證書	人數	佔百分比
護理師證書	人數	佔百分比
其他證書（請註明其證書）	人數	佔百分比

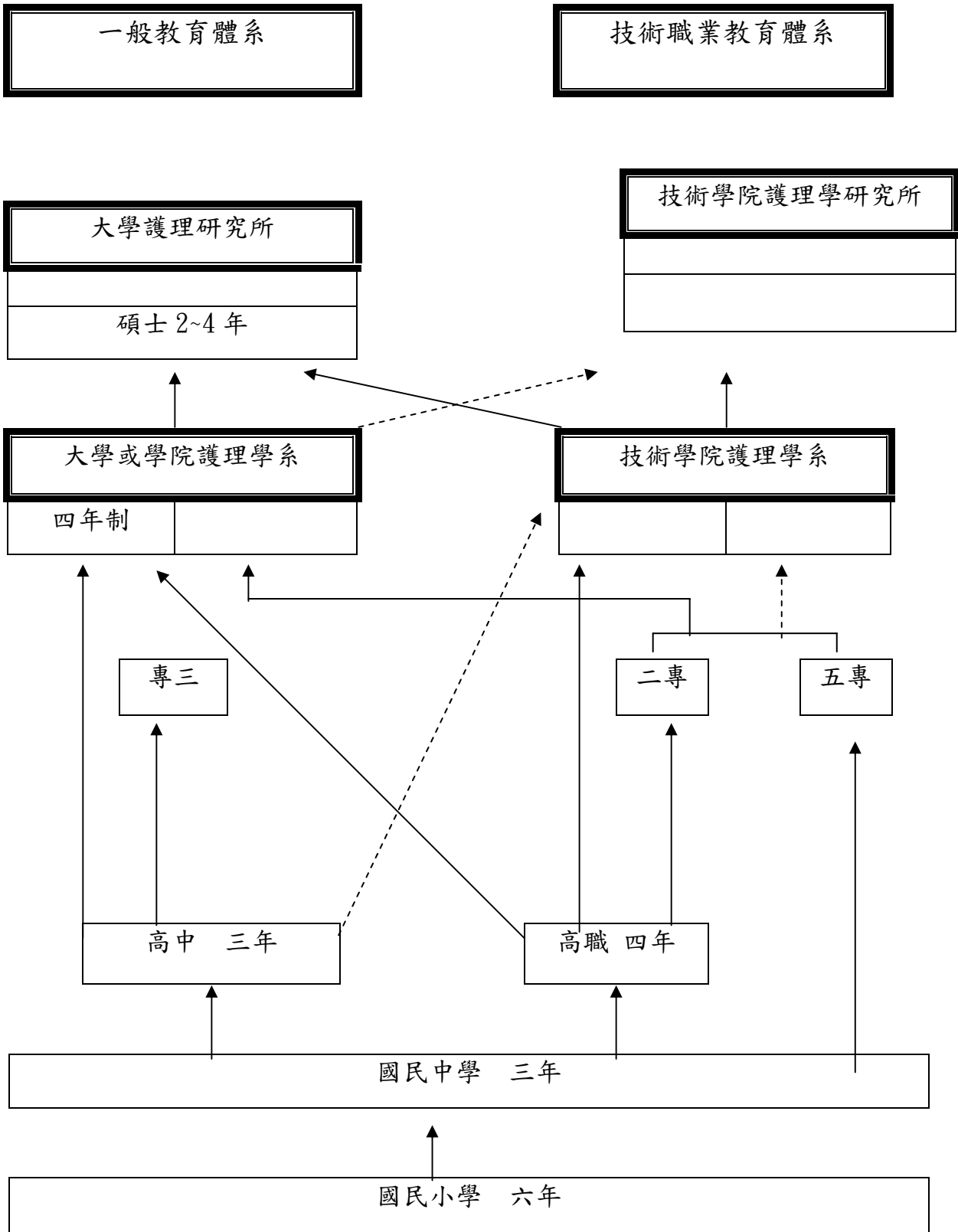
(四)、參考文獻

1. 林月桂、潘純媚 (2004). 由陪病工問題談護理人力結構與配置. 全聯護訊 47: 3
2. 林月桂、潘純媚 (2004). 台灣地區各醫療院所護理人力現況調查. 全聯護訊 47: 3
3. 台灣大學醫學院護理學系 (2003). SARS 療傷、省思、再出發：基層護理人員政策建言，台北：台灣大學醫學院護理學系、所。
4. 日本看護協會。2005年。看護白書：新卒看護師・保健師・助産師必須的能力基準解説。東京：日本看護協會出版。
5. 石曜堂 (2001). 我國醫事人力規劃政策建言書總摘要. 台北. 財團法人國家衛生研究院。
6. 余玉眉、陳月枝、張媚、林仲慧、田聖芳 (2002). 護理人力規劃評估報告，教育部技職司 專案研究計畫。
7. 余玉眉、楊志良 (1985). 護理人力供求之探討估計未來十年護理人力之供求，行政院經濟建設委員會人力規劃處委託國立台灣大學醫學院研究。
8. 余玉眉、趙可式、陳月枝、戴玉慈 (2004). 規劃大學護理學系評鑑計畫成果報告，教育部醫教會報告書。
9. 余玉眉、張媚、胡文郁 (主編) (2003): 「SARS 後 療傷、省思、再出發：基層護理人員政策建言」，衛生署 醫事處依 2003. 08. 16-17 研討會討論內容與資料。
10. 陳月枝、余玉眉、江東亮、陳耕心、張丹蓉、林玉娟、程子芸 (1990). 配合全民將康保險實施之護理人力供需規劃. 台北：行政院經濟建設委員會。
11. 張媚 (1995). 台灣地區公元兩千年護理人力供給之推估. 行政院衛生署八十四年度委託研究計畫報告。
12. 莊淑娟 (2004), 北市醫學中心新進護理人員工作價值觀、專業社會化與工作滿意度相關因素之探討。
13. 國家衛生研究院 (2003). 全國衛生醫療政策會議：總結報告書，台北：國家衛生研究院 台北院區 www.nhri.org.tw。
14. Active Ageing A Policy Framework. (2002). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
15. Advisory committee on health human resource (2000). The nursing Strategy for Canada.
16. Goodin, H. J. (2003). The Nursing Shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 43 (4), 335-343.
17. International Council of Nurses. (2004). The Global Shortage of Registered Nurses : An Overview of Issues and Actions
18. James Buchan, L. C. (2004). The Global Stortage of registered nurses : an overview of issues and actions: International Council of Nurses.

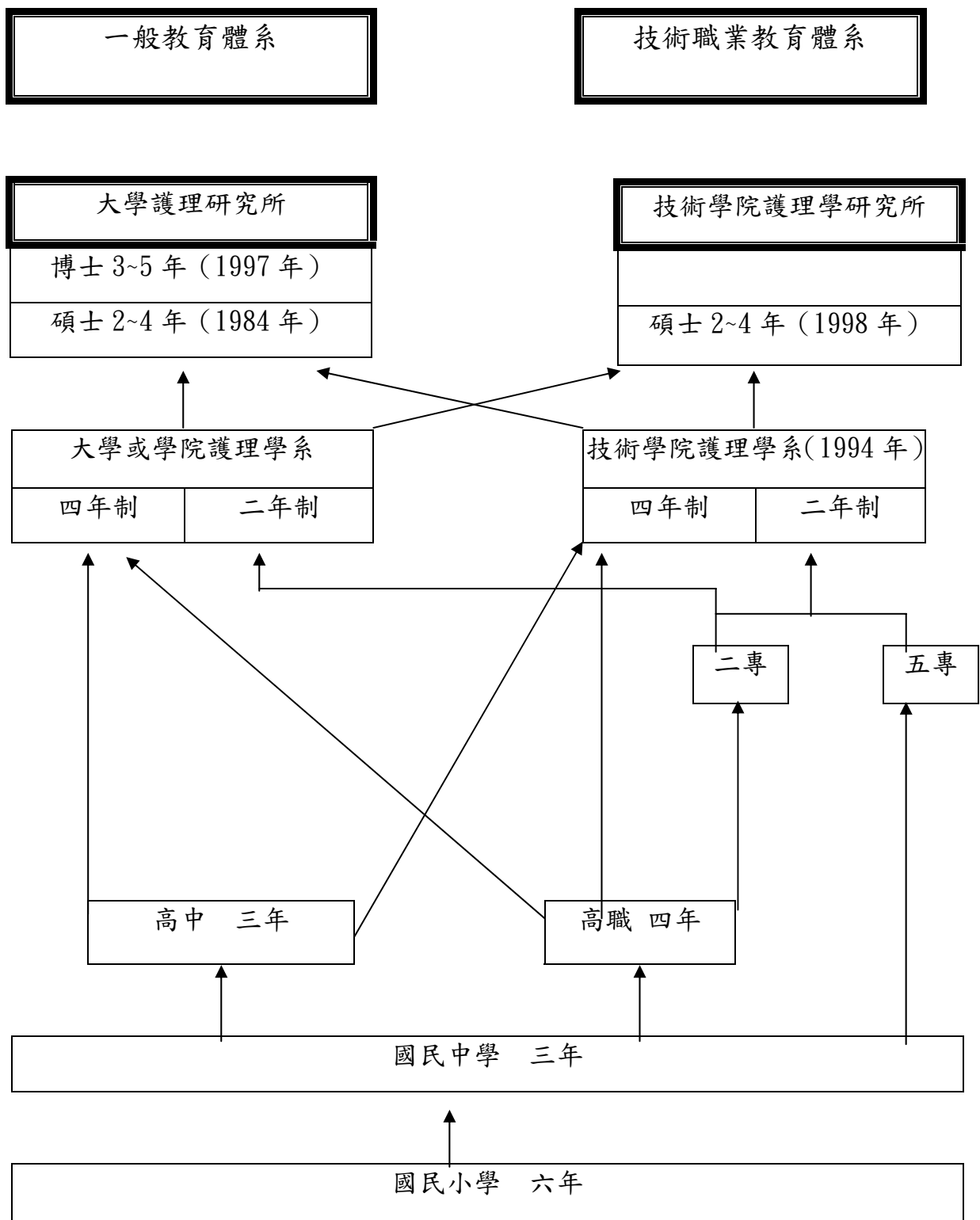
19. Margaret L. McClure, A. S. H. (2002). Magnet hospitals revisited. Washington, D.C.. American academy of nursing.
20. Marking Nursing Political Power. (1986). Chicago, ILL: Midwest Alliance in Nursing Inc.
21. Nursing' s agenda for the future: A call to the nation. (2002). Washington DC: Nursing World.
22. WHO. 2003. International nurse mobility-Trends and policy implications.
23. Yang, K. P. (2003). Relationships between nurses staffing and patient outcomes *Journal of Nursing Research* 11 (31), 149-158.
24. Yin, J. C., & Yang, K. P. (2001). Nursing turnover in Taiwan: A meta-analysis of related factors. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (6), 573-581.
25. Zimmermann, P. G. (2000). The Nursing Shortage: What Can We Do *Journal of Emergency Nursing*, 26 (6), 579-582.

(五)、附錄

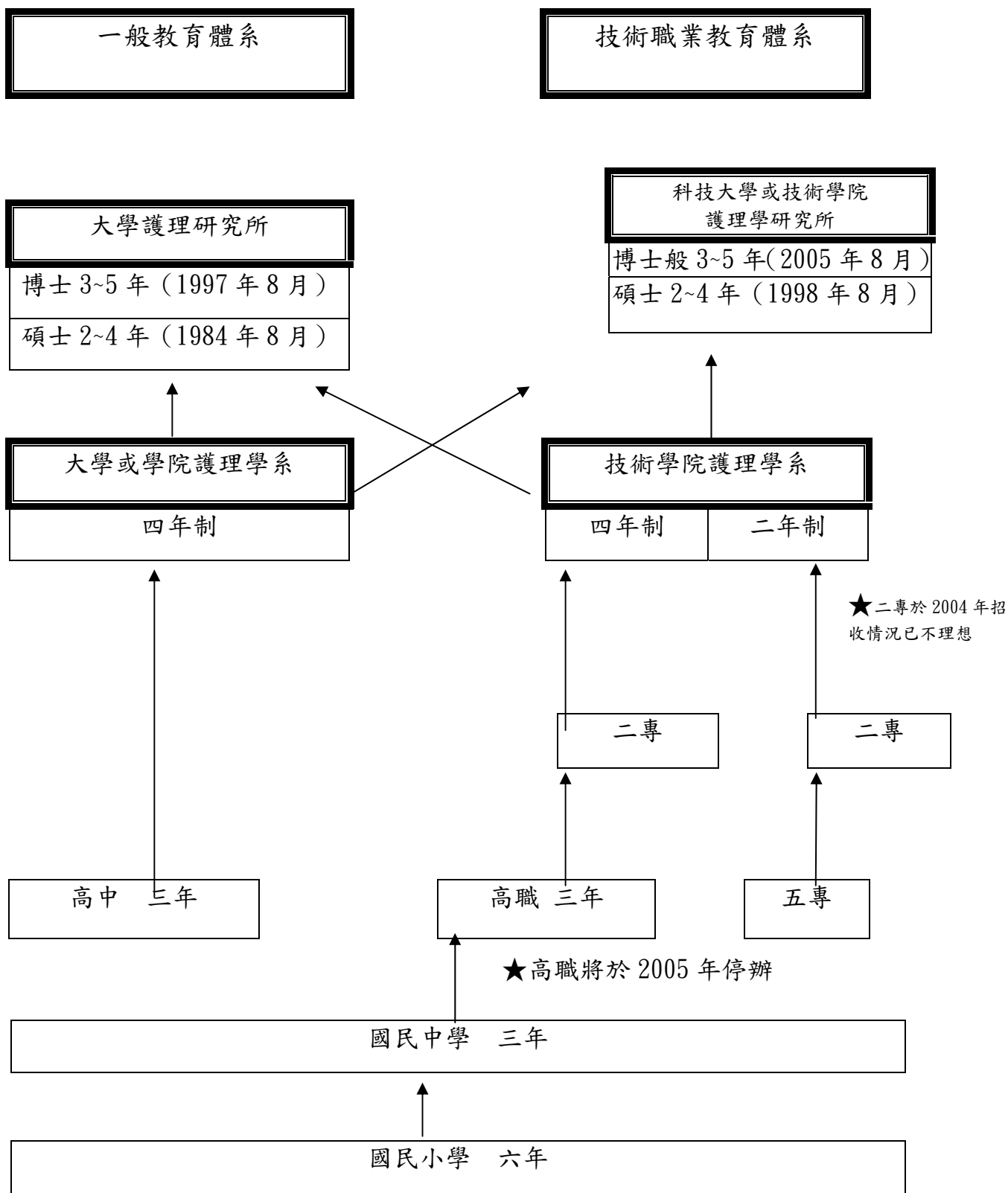
1 教育部護理教育體制--



圖一、我國的護理教育體制 (1983 年以前)



圖二、我國的護理教育體制的現況 (2004 年 8 月)



圖三、我國的護理教育體制（2005 年 8 月以後）

附錄：2 台閩地區護理人員統計表，各縣市人員分佈狀況--

地區別	本國籍護理人員									外國籍護理人員								
	護理師			護士			助產士			護理師			護士			助產士		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
台北市	145	16188	16333	17	4603	4620	0	21	21	2	5	7	0	0	0	0	0	0
高雄市	31	6354	6385	1	2632	2633	0	55	55	0	1	1	0	0	0	0	0	0
基隆市	5	1075	1080	1	548	549	0	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新竹市	7	1525	1532	4	560	564	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中市	64	6171	6235	21	1798	1819	0	15	15	0	0	0	0	3	3	0	0	0
台南市	13	2758	2771	2	990	992	0	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嘉義市	10	1711	1721	0	742	742	0	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台北縣	37	5628	5665	10	3404	3414	1	52	53	0	6	6	0	0	0	0	0	0
桃園縣	26	7100	7126	5	3044	3049	0	32	32	0	0	0	0	2	2	0	0	0
新竹縣	3	944	947	12	602	614	0	8	8	0	0	0	0	1	1	0	0	0
宜蘭縣	5	1459	1464	7	921	928	0	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
苗栗縣	8	1002	1010	19	871	890	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台中縣	42	3730	3772	19	1583	1602	0	30	30	0	1	1	0	0	0	0	0	0
彰化縣	23	3629	3652	11	1379	1390	0	29	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南投縣	17	1277	1294	6	586	592	0	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲林縣	7	1267	1274	3	837	840	0	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嘉義縣	8	1753	1761	2	545	547	0	24	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
台南縣	22	3543	3565	4	1509	1513	0	22	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高雄縣	11	4274	4285	0	1825	1825	0	46	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0
屏東縣	4	2631	2635	7	1483	1490	0	33	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0
澎湖縣	8	156	164	1	164	165	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
花蓮縣	23	1746	1769	9	607	616	0	16	16	0	2	2	0	0	0	0	0	0
台東縣	0	735	735	0	377	377	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
金門縣	2	56	58	0	70	70	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
連江縣	2	10	12	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不詳縣	1	97	98	0	42	42	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	524	76819	77343	161	31732	31893	1	511	512	2	15	17	0	6	6	0	0	0
最大證書	874	117152		403	66966		3	5798		3	18		0	14		0	0	
實發證書	874	117152		1007	171433		8	53123		3	18		3	28		0	2	

附錄：3. 臺北市政府衛生局『醫事人員』執業登錄、歇業及變更申請書--

檔號：
保存年限：

表單編號： FM-CS-03-04
核准日期：93年03月01日

臺北市政府衛生局『醫事人員』執業登錄、歇業及變更申請書（藥事、營養師不適用本表）

姓名：_____電話：_____傳真：_____

歇業機構名稱：_____執業機構名稱：_____

醫事人員證書字號：_____字第_____號

執業執照字號：北市衛_____執字第_____號（新登錄者免填）

執業科別：_____科_____科_____科_____科

專科醫師證書字號：_____專醫字第_____號（有效期限：自___/___/___至___/___/___）

_____專醫字第_____號（有效期限：自___/___/___至___/___/___）

_____專醫字第_____號（有效期限：自___/___/___至___/___/___）

類別：醫師 中醫師 牙醫師 醫事檢驗師（生） 物理治療師（生）

職能治療師（生） 醫事放射師（士） 呼吸治療師 臨床心理師

諮商心理師 護理師（士） 其他_____

=====【請依申請類別勾選填寫】=====

執業登記

停業登記 自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

復業登記 自_____年_____月_____日起

歇業（註銷） 離職日期：_____年_____月_____日

變更登記 科別變更：_____科變更為_____科

其他：_____

補發

換發

取件方式： 自行取件

郵寄（備註：執業執照需三個工作天完成）

申請人：_____申請日期：_____年_____月_____日

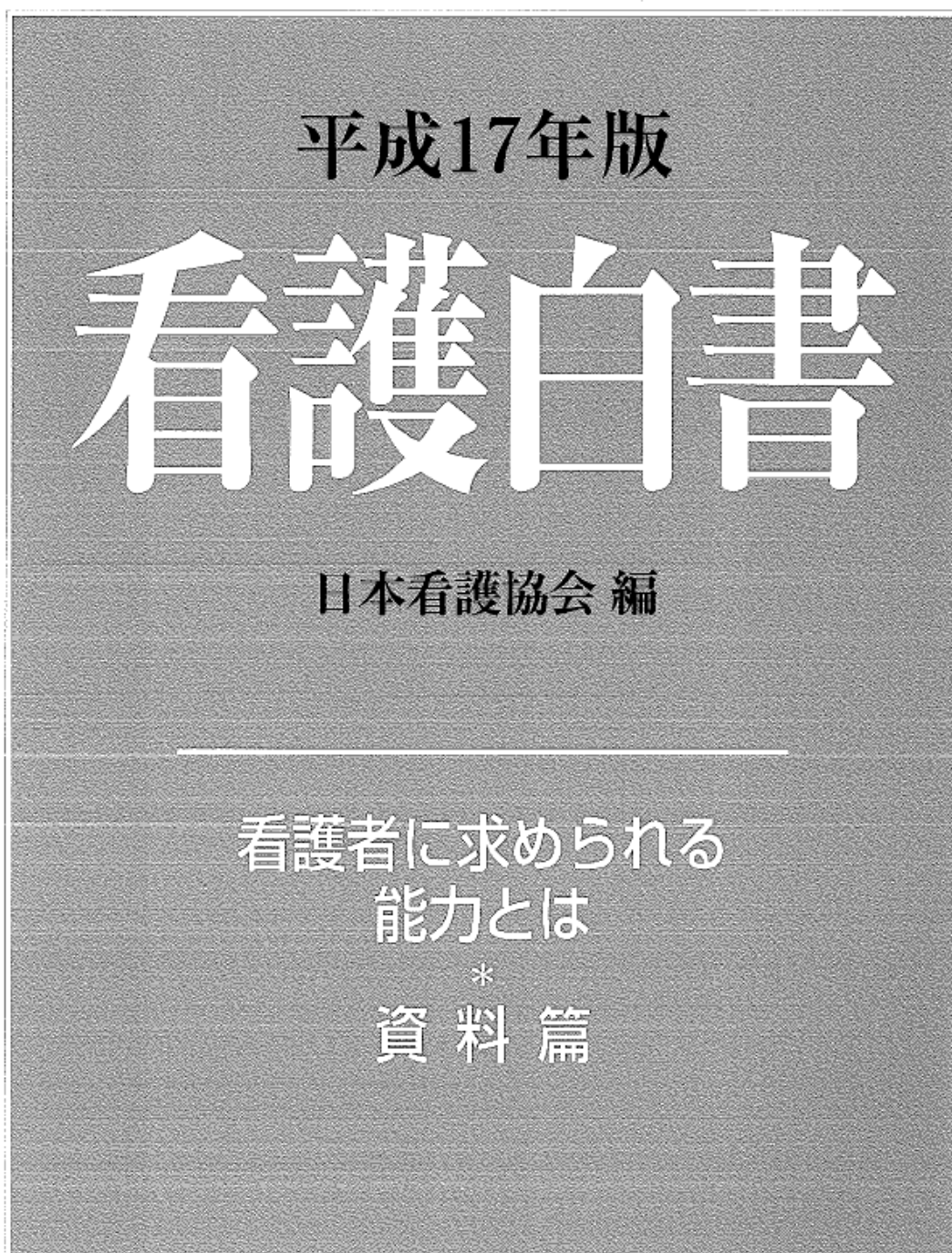
代理人簽章_____代理人身分證字號_____

批示：擬辦： 經查符合規定，准予登記

不符合規定，檢還原件

加蓋收件日期及
收件人章戳

附録：4. 日本：【平成年17年看護白書】（日本看護協会，2005）部分資料



日本看護協会出版会

- 在國際間，對於執行護理人員重新認證制度之國家：

表 1 諸外国における看護師等の免許更新制度

免許更新制度を有する国		免許更新制度のない国	
米国	英国	スイス	ニュージーランド
オランダ	カナダ	オーストリア	ドイツ
オーストラリア	中国	フィンランド	フランス
フィリピン	アイルランド	台湾	ベトナム
シンガポール	タイ	韓国	スウェーデン
		ノルウェー	デンマーク
		スペイン	ベルギー

出典：1) 山本あい子編 (2002)：諸外国における看護師の業務と役割に関する研究，平成 13 年度生科学研究費補助金，厚生科学特別研究事業。

2) 国際看護交流協会 (2000)：Nursing in the world 4th Edition 2000 年版，メヂカルフレンド社。

- 翻譯如下：

有執照更新制度的國家		無執照更新制度的國家	
美國	英國	瑞士	紐西蘭
荷蘭	加拿大	奧地利	德國
澳洲	中國	芬蘭	法國
菲律賓	愛爾蘭	台灣	越南
新加坡	泰國	韓國	瑞典
		挪威	丹麥
		西班牙	比利時

➤ 各國對其護理人員重新認證之必要條件如下：

表2 免許更新制度の概要

国名	期間	更新に必要な条件
米国	1年～3年ごと	いくつかの州については継続教育と臨床経験。 教育要件がない州もある。
英国	3年ごと	更新には最低5日(35時間)の継続教育または同等の学習が必要。
オランダ	5年ごと	
カナダ	毎年	
オーストラリア	毎年	5年以上就業していない場合はNB*に認められた再教育課程を修了後、再登録。州外への移動の場合は、移動先の州で再登録が必要。
中国	2年ごと	更新には実践と継続教育が必要。①刑事機関の者、②健康問題のある者、③中華人民共和国護士管理法に違反した者は更新できない。
フィリピン	3年ごと	10年以上臨床を離れた場合は3カ月間の研修プログラムの受講が必要。
アイルランド	毎年	
シンガポール	2年ごと	
タイ	5年ごと	資格更新試験の受験と5年間の研究や実習指導などによる規定単位(50単位)の取得が必要。

出典：1) 山本あい子編(2002)：諸外国における看護師の業務と役割に関する研究、平成13年度厚生科学研究費補助金、厚生科学特別研究事業。
 2) 国際看護交流協会(2000)：Nursing in the world 4th Edition 2000年版、メヂカルフレンド社。
 3) 高田谷久美子、他(2003)：タイ王立ポロマラジョナニノパラートバジラ看護大学を訪問して、山梨大学看護学会誌、1(2)、p.39-43。
 * NB：Board of Nursing (看護課)

➤ 翻譯如下：

國名	期間	更新所要の條件
美國	每1～3年	某些州規定要有持續接受教育與臨床經驗。 有些州並沒有列出教育的條件。
英國	每3年	更新時必須要有最少5天(35小時)的持續教育，或同等的學習。
荷蘭	每5年	
加拿大	每年	
澳洲	每年	5年以上未接觸此行業者，必須修完NB*所認定的再教育課程後才能登記。外移到其他州的時候，必須在前往的州再次登記。
中國	每2年	更新時必須實踐與持續教育。①刑事機關的人員、②有健康問題的人、③違反中華人民共和國護士管理法的人不得更新。
菲律賓	每3年	離開臨床10年以上者必須接受為期3個月的研修計劃。

附錄：5 美國 NATIONAL SAMPLE SURVERYOFREGISTERED NURSES, 1997

OMB No. 0915-0192

Expiration Date : June 30, 1997

NATIONAL SAMPLE SURVERYOFREGISTERED NURSES

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Bureau of Health Professions	Public Health Service
Division of Nursing	Health Resources and Services Administration Rockville, MD 20857

Dear Colleague :

We are writing to request your participation in an important study of the nurse population in the United States. This survey is being conducted for the Division of Nursing, Bureau of Health Professions, Health Resources and Services Administration, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services by the Research Triangle Institute. The information is for statistical purposes only and will not be connected with your name. Individually identifiable information will be used for sample definition and for preventing data duplication. Once this process is completed. Individual identifiers will be destroyed.

Participation is voluntary. and there are no penalties for failure to answer any question; however, each unanswered question substantially reduces the accuracy of the data.

This study is being carried out to assist in fulfilling congressional requirements stated in Section 951 of P.L. 94-63 (42 USC 296 note) , which specifies that information be obtained, on a continuing basis. On the number and distribution of nurses; and in Section 792 of Title VII of the Public Health Service Act (42 USC 295k) which calls for the collection and analysis of data on health professionals. These public laws require the preparation and submission of reports to Congress. In addition. These data are a primary resource throughout the health care arena as studies are made assessing the number and characteristics of the registered nurse supply.

The questionnaire has been divided into five sections. These sections are designed to gather information on (a) your educational background, (b) your employment in nursing, (c) your employment status if you are not currently employed in nursing, (d) prior nursing employment status, and (e) general information.

Please read and follow all instructions carefully and answer all questions unless otherwise instructed. It should take about 20 minutes of your time to complete. Return the completed questionnaire in the postage-paid envelope enclosed in this package at your earliest convenience. All RNs who have received the questionnaire are requested to complete it regardless of their retirement or working status. If possible, we suggest you complete it now.

Thank you for your cooperation, Your efforts are greatly appreciated.

Sincerely,

Marla E. Salmon, ScD, RN, FAAN
Director

IF YOU HAVE RECEIVED MORE THAN ONE COPY OF THE QUESTIONNAIRE, PLEASE RETURN THE EXTRA COPY (IES) ALONG WITH THE COMPLETED QUESTIONNAIRE,

NATIONAL SAMPLE SURVEY OF REGISTERED NURSES

Instructions

Everyone receiving this questionnaire is requested to complete it. This includes persons who are;

- Retired
- Not presently working
- Employed but not as an RN
- Employed as an RN

If you receive more than one questionnaire, please complete only one copy and return it and all extra copies of the questionnaire to the Research Triangle institute. Do not give extra questionnaires to another nurse to complete.

Please read and carefully follow all instructions and answer all questions unless otherwise instructed.

Many questions request you to “Circle only one number.” Please circle the number in front of the correct response and not the response.

EXAMPLE :

The correct way to answer a question is to (Circle only one number) :

1. Circle the number in front of the response.
2. Circle the response.

Please return your completed questionnaire in the enclosed postage · paid envelope at your earliest convenience.

PUBLIC BURDEN STATEMENT

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 20 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to DHHS Reports Clearance Officer; Paperwork Reduction Project (0915-0192) ; Room 531-H; Hubert H. Humphrey Bldg., 200 Independence Ave., SW; Washington, DC 20201.

SECTION A : EDUCATION

CIRCLE THE APPROPRIATE NUMBER CORRESPONDING TO YOUR ANSWER IN EACH QUESTION OR SUPPLY
REOUESTED INFORMATON

1a. In what type of basic nursing education program were you prepared to become a registered nurse?

(Circle only one number)

1. Diploma
2. Associate Degree
3. Baccalaureate Degree
4. Master' s Degree
5. Doctorate (N.D.)

1b. In what month and year did you graduate from this program?

_____ _____
Month Year

1c. In which State or foreign country was this basic nursing education program located?

For office use

--	--	--

2a. IMMEDIATELY PRIOR TO STARTING THE BASIC NURSING EDUCATION PROGRAM described in Question 1, were you employed in a health occupation?

1. Yes
2. No → (Sip to 3a)

2b. Were you employed as a
(Circle only one number)

1. Nursing Aide
2. Licensed Practical/Vocational Nurse
3. Other (Specify) _____

3a. BEFORE STARTING THE BASIC NURSING EDUCATION PROGRAM described in Question 1. were you ever licensed to practice as a licensed practical or vocational nurse?

1. Yes
2. No

3b. BEFORE STARTING THE BASIC NURSING EDUCATION PROGRAM DESCRIBED IN Question 1, did you receive a degree from any other formal postsecondary education program?

1. Yes
2. No → (Skip to 4a)

3c. What was the highest degree you received before starting your basic nursing education program?

(Circle only one number)

1. Associate Degree
2. Baccalaureate Degree
3. Master' s Degree
4. Doctorate Degree

3d. Was this degree in a health-related field?

1. Yes → (Skip to 4a)
2. No

3e. What was your major field of study?

(Circle only one number)

1. Biological or Physical Science
2. Business or Management
3. Education
4. Liberal Arts
5. Social Science
6. Other (Specify) _____

4a. SINCE GRADUATING FROM THE BASIC NURSING EDUCATION PROGRAM YOU DESCRIBED IN QUESTION 1, have you earned any additional degrees?

1. Yes
 2. No (Skip to 6)

4b. For each academic degree you have received since graduation from your basic nursing education program, please indicate (i) the type of degree; (ii) whether or not the degree is related to your nursing career; and (iii) the year the degree was received.

Type of Degree	(i)	(ii)	(iii)
	Received degree (CHECK ALL THAT APPLY)	Related to nursing career (CIRCLE YES OR NO)	Year in which you received your degree
Associate degree in nursing	1 <input type="checkbox"/>		19_____
Associate degree in another field	2 <input type="checkbox"/>	Yes No	19_____
Baccalaureate in nursing	3 <input type="checkbox"/>		19_____
Baccalaureate in another field	4 <input type="checkbox"/>	Yes No	19_____
Master' s in nursing	5 <input type="checkbox"/>		19_____
Master' s in another field	6 <input type="checkbox"/>	Yes No	19_____
Doctorate in nursing	7 <input type="checkbox"/>		19_____
Doctorate in another field	8 <input type="checkbox"/>	Yes No	19_____

IF YOU HAVE LISTED A MASTER' S OR DOCTORATE DEGREE IN QUESTION 4b, CONTINUE WITH QUESTION 5, WTHERWISE SKIP TO QUESTION 6.

5. What was the one primary focus of your master' s and/or doctorate degree (s) ?

(Circle only one number for each relevant degree)

5a. Master' s

1. Clinical Practice
2. Education
3. Supervision/Administration
4. Other (Specify) _____

5b. Doctorate

1. Clinical Practice
2. Education
3. Supervision/Administration
4. Research
5. Other (Specify) _____

6a. SINCE GRADUATING FROM THE BASIC NURSING EDUCATION PROGRAM YOU DESCRIBED IN QUESTION 1, have you completed a formal educational program preparing you for advanced practice as a clinical nurse specialist, nurse anesthetist, nurse-midwife, or nurse practitioner?

1. Yes
 2. No → (Skip to 7a)

	A Clinical Nurse Specialist	B Nurse Anesthetist	C Nurse- Midwife	D Nurse Practitioner
6b. Please check the advanced practice nurse category (ies) for which you have been prepared.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For items 6c–6h, the first column on the left contains the description of the response items for each question. In the column for the advanced practice category (ies) which you checked, please circle the number corresponding to the number of the appropriate response item.

6c. Length of Program (Please circle appropriate response)				
1. Less than 3 months	1	1	1	1
2. 3 through 8 months	2	2	2	2
3. 9 months or more	3	3	3	3
6d. Award Received (Please circle appropriate response)				
1. Certificate	1	1	1	1
2. Master's Degree	2	2	2	2
3. Post-Master's Certificate	3	3	3	3
4. Other Degree	4	4	4	4
(Specify in appropriate column)	(Specify) _____	(Specify) _____	(Specify) _____	(Specify) _____
6e. Specialty Studied (Please circle appropriate response)				

1. Adult health/medical surgical	1	1	1	1
2. Anesthesia	2	2	2	2
3. Community health/public health	3	3	3	3
4. Critical care	4	4	4	4
5. Family	5	5	5	5
6. Geriatric/gerontology	6	6	6	6
7. Maternal-child health	7	7	7	7
8. Neonatal	8	8	8	8
9. Nurse-midwifery	9	9	9	9
10. Obstetric/gynecology	10	10	10	10
11. Occupational health	11	11	11	11
12. Oncology	12	12	12	12
13. Pediatric	13	13	13	13
14. Psychiatric/mental health	14	14	14	14
15. Rehabilitation	15	15	15	15
16. School health	16	16	16	16
17. Women's health	17	17	17	17
18. Other	18	18	18	18
(Specify in appropriate column)	(Specify) _____	(Specify) _____	(Specify) _____	(Specify) _____

(continued)

(question 8 continued)

	A Clinical Nurse Specialist	B Nurse Anesthetist	C Nurse- Midwife	D Nurse Practitioner
6t. Currently Certified by a National Certifying Body (Please circle appropriate response)				
1. Yes	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2
(If you do not have any certifications, go to 7a)				
6g. National Certifying Body (Please circle appropriate response)				
1. American Academy of Nurse Practitioners	1	1	1	1
2. American Association of Nurse Anesthetists	2	2	2	2
3. American College of Nurse-Midwives	3	3	3	3
4. American Nurses Credentialing Center (ANCC)	4	4	4	4
5. National Certification Board of Pediatric Nurse Practitioners and Nurses (NCPNP/N)	5	5	5	5
6. National Certification Corporation for the Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing Specialties (NCC)	6	6	6	6
7. Other	7	7	7	7
(Specify in appropriate column)	(Specify)	(Specify)	(Specify)	(Specify)
6h. Type of Certification (Please circle appropriate response) CS – clinical specialist NP – nurse practitioner				
1. Adult NP	1	1	1	1
2. Certified registered nurse anesthetist (CRNA)	2	2	2	2
3. Certified nurse-midwife (CNM)	3	3	3	3
4. Community Health CS	4	4	4	4
5. Family NP	5	5	5	5
6. Gerontological CS	6	6	6	6
7. Gerontological NP	7	7	7	7
8. Medical-surgical CS	8	8	8	8
9. Neonatal NP	9	9	9	9
10. Pediatric NP	10	10	10	10
11. Psychiatric & mental health	11	11	11	11

CS - Adult				
12. Psychiatric & mental health CS - Child & Adolescent	12	12	12	12
13. School NP	13	13	13	13
14. Women' s Health Care NP (Ob-Gyn NP)	14	14	14	14
15. Other	15	15	15	15
(Specify in appropriate column)	(Specify) _____	(Specify) _____	(Specify) _____	(Specify) _____

7a. Are you currently enrolled in a formal education program leading to an academic degree with a nursing or nursing-related major?

- 1. Yes
- 2. No → (Skip to 8)

7b. Are you considered a full-time or part-time student?

- 1. Full-time student
- 2. Part-time student

7e. What degree are you currently working toward in this program?
(Circle only one number)

- 1. Associate Degree
- 2. Baccalaureate
- 3. Master's
- 4. Doctorate
- 5. Other (Specify)

7d. How are your tuition and fees being financed?

(Circle all that apply)

- 1. Personal and family resources
- 2. Employer tuition reimbursement plan (including Veterans Administration employer tuition plan)
- 3. Federal traineeship, scholarship, or grant
- 4. Federally assisted loan
- 5. State or local government loan or scholarship
- 6. Non-government scholarship, loan, or grant
- 7. University teaching or research fellowship
- 8. Other resources (Specify)

SECTION B : EMPLOYMENT STATUS

8. Were you employed in nursing as of March 20, 1996? (SEE NOTE BELOW)

NOTE : Employment also includes: being on a temporary leave of absence from your nursing position: on vacation: on sick leave: of a nurse doing private duty or working through a temporary employment service and not on a case at the moment.

- 1. Yes
- 2. No → (Skip to 20)

Questions 9 through 18 refer to your principal employment setting and nursing position as of March 20, 1996. If you held more than one position in nursing. Provide your answers in terms of what you consider your principal nursing position during your regular work year.

For example, If you hold more than one nursing position (e.g., day/night or winter/summer). consider the principal nursing position as the one at which you spend the greater amount of time.

9. What was the location of employment on March 20, 1996? (SEE NOTE BELOW)

NOTE : If you were not employed in a fixed location (e.g., you were a private duty nurse or worked through a temporary employment service), consider the area where you spend most of your working time as your location of employment.

City: _____

County: _____

State (or country if not U. S. A.) : _____

ZIP Code:

--	--	--	--	--

10. In your principal nursing position are you: (Circle only one number)

1. An employee of the facility for which you are working?

2. Employed through a temporary employment service agency?

3. Self employed?

11. Which one of the following settings best describes the TYPE OF SETTING in which you were working on March 20, 1996 in your principal nursing position? (If your employment is that of a private duty nurse or you work through a temporary employment service, CIRCLE THE ONE SETTING in which you spend most of your working time.)

CIRCLE ONLY ONE NUMBER ON PAGE

<p><u>Hospital</u> (Exclude nursing home units and all off-site units of hospitals but include all on-site clinics and other services of the hospitals)</p> <p>110 Non-Federal, short-term hospital, except psychiatric (for example, acute care hospital)</p> <p>120 Non-Federal, long-term hospital, except psychiatric</p> <p>130 Non-Federal psychiatric hospital</p> <p>140 Federal Government hospital</p> <p>150 Other type of hospital (Specify) _____</p>	<p><u>School Health Service</u></p> <p>510 Public school system</p> <p>520 Private or parochial elementary or secondary school</p> <p>530 College or university</p> <p>540 Other (Specify) _____</p> <p><u>Occupational Health (Employee Health Service)</u></p> <p>610 Private Industry</p> <p>620 Government</p> <p>630 Other (Specify) _____</p>
<p><u>Nursing Home/Extended Care Facility</u></p> <p>210 Nursing home unit in hospital</p> <p>220 Other nursing home</p> <p>230 Facility for mentally retarded</p> <p>240 Other type of extended care facility (Specify) _____</p>	<p><u>Ambulatory Care Setting</u></p> <p>710 Solo practice (physician)</p> <p>715 Solo practice (nurse)</p> <p>720 Partnership (physicians)</p> <p>725 Partnership (nurses)</p> <p>730 Group practice (physicians)</p> <p>735 Group practice (nurses)</p> <p>740 Partnership or group practice (mixed group of professionals)</p> <p>750 Freestanding clinic (physicians)</p> <p>755 Freestanding clinic (nurses)</p> <p>760 Ambulatory surgical center (non-hospital based)</p> <p>770 Dental practice</p> <p>780 Health Maintenance Organization (HMO)</p> <p>790 Other (Specify) _____</p>
<p><u>Nursing Education Program</u></p> <p>310 LPN/LVN program</p> <p>320 Diploma program (RN)</p> <p>330 Associate degree program (RN)</p> <p>340 Baccalaureate and/or higher degree nursing program</p> <p>350 Other program (Specify) _____</p>	<p><u>Other</u></p> <p>910 Central or regional Federal agency</p> <p>920 State Board of Nursing</p> <p>930 Nursing or health professional membership</p>
<p><u>Public Health/Community Health Setting</u></p> <p>400 Official State Health Department</p> <p>405 Official State Mental Health Agency</p> <p>410 Official City or County Health Department</p> <p>415 Combination (official/voluntary) nursing service</p> <p>420 Visiting nurse service (VNS/NA)</p> <p>425 Other home health agency (non-hospital based)</p>	

430 Community mental health facility (including freestanding sychiatric outpatient clinics)	association
435 Community/neighborhood health center	940 Health planning agency
440 Planned Parenthood/family planning center	950 Prison or jail
445 Day care center	960 Insurance company (review claims)
450 Rural health care center	970 Other (Specify) _____
455 Retirement community center	
460 Hospice	
465 Other (Specify) _____	

12. Which one of the following titles best corresponds to the position title for your principal nursing position ?
(Circle only one number)
1. Administrator of facility/agency or assistant
 2. Administrator of nursing or assistant (e.g., vice president for nursing, director/assistant director of nursing service)
 3. Case manager
 4. Certified nurse anesthetist (CRNA)
 5. Charge nurse
 6. Clinical nurse specialist
 7. Consultant
 8. Dean, director, or assistant/associate director of nursing education
 9. Discharge planner
 10. Head nurse or assistant head nurse
 11. Infection control nurse
 12. In-service education director
 13. Instructor
 14. Insurance reviewer
 15. Nurse clinician
 16. Nurse coordinator
 17. Nurse manager
 18. Nurse-midwife
 19. Nurse practitioner
 20. Outcomes manager
 21. Patient care coordinator
 22. Private duty nurse
 23. Professor or assistant/associate professor
 24. Public health nurse
 25. Quality assurance nurse
 26. Researcher
 27. School nurse
 28. Staff nurse
 29. Supervisor or assistant supervisor
 30. Team leader
 31. No position title

13b. Does your principal nursing position involve direct patient care in a hospital setting during a usual work week ?

1. Yes
2. No → (Skip to 15)

14a. In what type of unit do you work more than half of your patient care time during a usual work week ? (Circle only one number)

1. Intensive care bed unit
2. Step-down, transitional bed unit
3. General/specialty (Go to 14b) (other than intensive care or step-down) bed unit
4. Outpatient department
5. Operating room
6. Post anesthesia recovery unit
7. Labor/delivery room
8. Emergency department
9. Home health care (Skip to 15)
10. Hospice unit
11. Other specific area (Specify)
12. No specific assigned type of area

14b. What type of patients are primarily treated in the hospital unit in which you work ?

1. Chronic care
2. Coronary care
3. Neurological
4. Newborn
5. Obstetrics/gynecologic
6. Orthopedic
7. Pediatric
8. Psychiatric

32. Other (Specify)

13a. For your principal nursing position, approximately what percentage of your time is spent in the following areas during a usual work week?

Please make sure the total equals 100%.

Percent

- A. Administration _____ %
- B. Consultation with agencies _____ %
- C. Direct patient care, not including Staff supervision _____ %
- D. Research _____ %
- E. Supervision _____ %
- F. Teaching nursing or other students In health care occupations (include All class preparation time) _____ %
- G. Other (Specify) _____ %

TOTAL MUST EQUAL _____ 100%

9. Rehabilitation

10. Basic medical/surgical (or specialty areas not specified above)

11. Work in multiple units not specifically specialized

15. If you were EMPLOYED BY AN INSTITUTION OR AGENCY and were scheduled to work for the normal "full" work week throughout the normal work year, as defined by the agency, circle category "1" , If you worked less than the normal "full" work week and/or less than the normal work year, circle either "2" or "3" , whichever is applicable. If you were SELF-EMPLOYED and are generally available for work throughout the year during what would constitute a normal "full" work week, circle category "1" . If you restrict yourself to work only a segment of the work week and/or year, circle either "2" or "3" , whichever is applicable.

Do you:

1. Work an entire calendar year or school or academic year on a full-time basis?
2. Work an entire calendar year or school or academic year on a part-time basis?
3. Work only part of the normal work year on either a full or part-time basis?

16a. Approximately how many hours are you usually scheduled to work during a normal work week (as defined by the agency) at your principal nursing position? If you do not work on a routine schedule, how many hours do you usually work during a week at your principal nursing position?
 _____hours

19a. Do you hold more than one position in nursing for pay?
 1. Yes
 2. No → (Skip to 23a)

19b. In your other nursing position (s) for pay. Do you: (Circle all that apply)

1. Work as an employee of the facility?
2. Work through a temporary employment service agency?
3. Work in a self-employed capacity?

19c. What type of work do you do in your other nursing position (s) for pay? (Circle all that apply)

1. Home health
2. Hospital staff
3. Nursing home staff
4. Private duty nursing
5. Teaching
6. Patient consultation
7. Consultation
8. Research
9. Other (Specify)

19d. What is the average number of hours per week you spend in your other nursing position (s) ? Please also provide an estimate of the total number of weeks in 1996 that you will spend in this other nursing position (s) . Note: If you are self-employed or do not work a routine schedule, report the estimated number of weeks you expect to work in 1996.

Average hours per week _____
 Weeks in 1996 _____

19e. How many hours did you actually

16b. How many hours did you actually work during the week beginning on March 18, 1996? (Include overtime but exclude holidays, sick leave, vacation time not worked.)

_____ hours

17. Approximately how many weeks are there in your normal work year for your principal nursing position (include in your work year paid vacation, etc.) Note; If you are self-employed or do not work a routine schedule, report the estimated number of weeks you expect to work in 1995.

_____ Weeks

18. PLEASE SPECIFY THE ANNUAL EARNINGS FOR YOUR PRINCIPAL POSITION ONLY.

What is your gross annual salary before deductions for taxes, social security, etc, ? If you do not have a set annual salary (for example, you are part-time, private duty, or self-employed) , provide an estimate of your annual earnings for 1996.

Annual earnings: \$ _____/year

work in your other nursing position during the week beginning on March 18, 1995? If you did not work in your other nursing position (s) during that week, please enter "0" .

_____ hours

19f. For your other nursing position (s) , please provide an estimate of the total annual earnings for 1996. Note: If you are self-employed or do not work a routine schedule, report the estimated amount you expect to earn in 1996.

Estimated annual earnings \$ ____/year

SKIP TO QUESTION 23a

SECTION C: EMPLOYMENT STATUS OF RNS
NOT EMPLOYED IN NURSING

20. How long has it been since you last worked for pay as a registered nurse?

1. Never worked as a registered nurse
2. Less than a year
3. One year or more

Indicate number of years _____

21a. Are you employed in an occupation other than nursing?

1. Yes
2. No → (Skip to 22a)

21b. Are you considered a full-time or part-time employee?

1. Full-time
2. Part-time

21c. Are you employed in a health-related agency or position?

1. Yes
2. No

21d. What is the reason (s) you are not working in a nursing position?

(Circle all that apply)

1. Difficult to find a nursing position
2. Hours more convenient in other position
3. Better salaries available in current type of position
4. Concern about safety in health care environment
5. Inability to practice nursing on a professional level
6. Find current position more

22b. How many weeks have you been actively seeking a nursing position?

1. Less than a week
2. One week or more

Indicate number of weeks _____

22c. Are you looking for a full-time or part-time nursing position?

1. Full-time
2. Part-time
3. Either

SECTION D: PRIOR NURSING
EMPLOYMENT STATUS

23a. Were you employed in nursing one year ago on March 20, 1995?

1. Yes
2. No → (Skip to 24)

23b. In your principal nursing position at that time, If you were EMPLOYED BY AN INSTITUTION OR AGENCY and were scheduled to work for the normal "full" work week throughout the normal work year, as defined by the agency, circle category "1". If you worked less than the normal "work year, circle either "2" or "3", whichever is applicable.

If you were SELF-EMPLOYED and were generally available for work throughout the year during what would constitute a normal "full" work week, circle category "1". If you restricted yourself to work only a segment of the work week and/or year, circle either "2" or "3", whichever is applicable.

rewarding professionally

- 7. My nursing skills are out-of-date
- 8. Other (Specify)

22a. Are you actively seeking employment as a registered nurse (e.g., making inquiries as to availability of employment, answering advertisements. Having interviews) ?

- 1. Yes
- 2. No → (Skip to 23a)



In your nursing position of one year ago did you:

- 1. Work an entire calendar year or school or academic year on a full-time basis ?
- 2. Work an entire calendar year or school or academic year on a part-time basis ?
- 3. Work only part of the normal work year on either a full-or part-time basis ?

23c. What was the location of your principal position on March 20, 1995 ? If you were not employed in a fixed location (e.g., you were a private duty nurse) , consider the area where you spent most of your working time as your location of employment.

City : _____

County : _____

State (or country if not U. S. A.) : _____

ZIP Code :

--	--	--	--	--

23d. Which one of the following settings best describes the type of employment setting of your principal position in which you worked a year ago on March 20, 1995 ?

CIRCLE ONLY ONE NUMBER ON PAGE

<p><u>Hospital</u> (Exclude nursing home units and all off-site units of hospitals but include all on-site clinics and other services of the hospitals)</p> <p>110 Non-Federal, short-term hospital, except psychiatric (for example, acute care hospital)</p> <p>120 Non-Federal, long-term hospital, except psychiatric</p> <p>130 Non-Federal psychiatric hospital</p> <p>140 Federal Government hospital</p> <p>150 Other type of hospital (Specify)</p> <hr/>	<p><u>School Health Service</u></p> <p>510 Public school system</p> <p>520 Private or parochial elementary or secondary school</p> <p>530 College or university</p> <p>540 Other (Specify)</p> <hr/>
<p><u>Nursing Home/Extended Care Facility</u></p> <p>210 Nursing home unit in hospital</p> <p>220 Other nursing home</p> <p>230 Facility for mentally retarded</p> <p>240 Other type of extended care facility (Specify)</p> <hr/>	<p><u>Occupational Health (Employee Health Service)</u></p> <p>610 Private Industry</p> <p>620 Government</p> <p>630 Other (Specify)</p> <hr/>
<p><u>Nursing Education Program</u></p> <p>310 LPN/LVN program</p> <p>320 Diploma program (RN)</p> <p>330 Associate degree program (RN)</p> <p>340 Baccalaureate and/or higher degree nursing program</p> <p>350 Other program (Specify)</p> <hr/>	<p><u>Ambulatory Care Setting</u></p> <p>710 Solo practice (physician)</p> <p>715 Solo practice (nurse)</p> <p>720 Partnership (physicians)</p> <p>725 Partnership (nurses)</p> <p>730 Group practice (physicians)</p> <p>735 Group practice (nurses)</p> <p>740 Partnership or group practice (mixed group of professionals)</p> <p>750 Freestanding clinic (physicians)</p> <p>755 Freestanding clinic (nurses)</p> <p>760 Ambulatory surgical center (non-hospital based)</p> <p>770 Dental practice</p> <p>780 Health Maintenance Organization (HMO)</p> <p>790 Other (Specify)</p> <hr/>
<p><u>Public Health/Community Health Setting</u></p> <p>400 Official State Health Department</p> <p>405 Official State Mental Health Agency</p> <p>410 Official City or County Health Department</p> <p>415 Combination (official/voluntary) nursing service</p> <p>420 Visiting nurse service (VNS/NA)</p> <p>425 Other home health agency</p>	<p><u>Other</u></p> <p>910 Central or regional Federal agency</p> <p>920 State Board of Nursing</p> <p>930 Nursing or health professional</p>

<p>(non-hospital based)</p> <p>430 Community mental health facility (including freestanding psychiatric outpatient clinics)</p> <p>435 Community/neighborhood health center</p> <p>440 Planned Parenthood/family planning center</p> <p>445 Day care center</p> <p>450 Rural health care center</p> <p>455 Rural health care center</p> <p>460 Hospice</p> <p>465 Other (Specify) _____</p>	<p>membership association</p> <p>940 Health planning agency</p> <p>950 Prison or jail</p> <p>960 Insurance company(review claims)</p> <p>970 Other (Specify)</p> <p>_____</p>
---	---

23c. One year ago, on March 20, 1995, were you employed by your current employer?

- 1. Yes, in same position as current one (Skip to 24)
- 2. Yes, in different position
- 3. No

23f. If answer to above question is 2 or 3, provide the principal reason for the change (Circle only one number)

- 1. Received a promotion
- 2. Was laid off
- 3. Employer shifted positions due to reorganization
- 4. Was more interested in another position/job
- 5. Offered better pay/benefits
- 6. Relocated to a different geographic area
- 7. Employer reduced the number of registered nurses on staff
- 8. Better opportunity to do the kind of nursing that I like
- 9. Employer planned to reduce salaries/benefits
- 10. Changes in organization/unit made work more stressful
- 11. Other (Specify)

SECTION E : GENERAL INFORMATION

We would like you to answer some additional questions for use in the statistical interpretation of your responses.

24. What is your sex?

28. How old are the children who live at home with you? (include all children who live with you 6months of the year of more)

(Circle only one number)

- 1. No children at home
- 2. All less than 6 years old
- 3. All 6 years old or older
- 4. Some less than 6 and some 5 or over

29. Which category best describes how much income you or, If you are currently married, you and your spouse together anticipate earning during 1996? (Include your annual employment earnings before deductions, your spouse's annual employment earnings before deductions, if married; and all other income, including alimony, child support, dividends, royalties, interest, social security, retirement, etc.)

- 1. \$15,000 or less
- 2. 15,001 to 25,000
- 3. 25,001 to 35,000
- 4. 35,001 to 50,000
- 5. 50,001 to 75,000
- 6. 75,001 to 100,000
- 7. 100,001 to 150,000
- 8. More than \$150,000

30. Where were you living on March 20, 1996?

City : _____
County : _____
State (or country, if not U.S.A.) : _____

ZIP Code :

--	--	--	--	--

31a. Did you reside in the same city on March 20, 1996, and on March 20,

1. Female
2. Male

25. What is your year of birth?

--	--	--	--

26. What is your racial/ethnic background?

(Circle only one number)

1. Hispanic
2. American Indian or Alaskan Native
3. Asian or Pacific islander
4. Black. not of Hispanic origin
5. White. not of Hispanic origin

27. What is your current marital status?

1. Now married
2. Widowed, divorced, separated
3. Never married

1995 ?

1. Yes → (Skip to 32)

2. No

31b. Where were you living on March 20, 1995 ?

City : _____

County : _____

State (or country, if not U.S.A.) : _____

ZIP Code :

--	--	--	--	--

32. Please indicate below when and where you were issued your first U.S. license (by one of the 50 States or the District of Columbia) to practice as a registered nurse.

32a. In what year did you receive your first U.S. license?

(Circle appropriate year)

1996 1993 1990 1987 1984 1981
 1995 1992 1989 1986 1983 1980
 1994 1991 1988 1985 1982 Prior
 to 1980

32b. What State issued you your first license?

For office use	

Please note that the following question (Q. 33) is very important in order to determine how many nurses in the country your answers may represent. As soon as this determination is calculated and the proper statistical cede assigned, your name (s) and registration number (s) will no longer be associated with the other information in this questionnaire.

33. In the space provided below, please provide the following information :
 Column A – List all states in which you are now actively licensed
 Column B – List the permanent number of your certificate of registration or license for each state you listed.
 Column C – List your complete name as it appears on each license. or circle “same” if it is the same as on questionnaire label.

A. State of Licensure	B. Permanent number on certificate of registration or license	C. Name as it appears on the registration or license, or <u>circle “same”</u> at right of name line if same as on address label on back cover	FOR OFFICE USE	
			D.	E.
1.		Last First Mi same		
2.		same		
3.		same		
4.		same		
5.		same		
6.		same		
7.		same		
8.		same		

9.		same		
10.		same		

AS SOON AS YOUR ANSWERS HAVE BEEN PROCESSED, THIS INFORMATION WILL NO LONGER BE ASSOCIATED WITH ANY OTHER INFORMATION ON THIS QUESTIONNAIRE.

34. If we should need to contact you regarding the questionnaire, what is the best time to call?

35. What is your telephone number?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Area Code			Number								

36. Are your name and address, as they appear on the label of this questionnaire, correct?
(Circle only one number)

1. Yes
2. No (Please indicate correct name and address)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Last First

Mi

Box number or street address _____

City _____

State _____ ZIP Code _____

37. Use this space for any special comments you wish to make about any of your responses to the questions or any additional remarks you may have.

THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR HELP.
PLEASE RETURN THE QUESTIONNAIRE IN THE ENCLOSED SELF-ADDRESSED ENVELOPE.

IF YOU HAVE RECEIVED MORE THAN ONE COPY OF THE QUESTIONNAIRE, PLEASE RETURN THE EXTRA COPY (IES) ALONG WITH THE COMPLETED QUESTIONNAIRE.

Research Triangle Institute ATTN: Ilona Johnson P. O. Box 12194 Research Triangle Park, NC 27709-2194
--

DEPARTMENT OF
HEALTH & HUMAN SERVICES

Health Resources and Services Administration
Bureau of Health Professions
Division of Nursing
Rockville MD 20857

U. S. Department of Health and Human Services
Health Resources and Services Administration

The Registered Nurse Population
March 1996

PUBLISHED SEPT 1997

附錄：6 ICN Nursing workforce Profile, 2004

1. General Information	Category of Nurse Years pre-Nursing education per category
	Years nursing basic education per category
	Number of nurses in country per category male / female
	Number of nurses in workforce per category male / female
	Number of new graduates from preceding year per category male/ female

2. Employment status	Employed full-time (35 hours or more per week)	RN%
		Other Nurses%
		Comments
	Employed part-time (less than 35 hours per week)	RN%
		Other Nurses%
		Comments
	Employed on casual basis	RN%
		Other Nurses%
		Comments
	Average hours overtime per month (hospital)	
The great majority of new graduates (75% or more) are generally employed in nursing within:	3 months after graduate	
	6 months after graduation	
	more than 6months	

3. Age profile	Average age of employed nurse	
	Retirement age-	by contact
		by law in practice
		comments
	Early retirement age	
Average professional life in nursing		

4. Principal Employer	Total % Nurses	
	Private sector	RN%
		Other%
	Public sector	RN%
		Other%
	Hospital	RN%
		Other%
	Nursing home-Convalescent home-Rehabilitation centre	RN%
Other%		
Home/Community care	RN%	

		Other%
	Physician's office (GP)	RN%
		Other%
	Other	

5. Nurse unemployment	National unempl. Rate for the public at large	
	National unempl. Rate: Nursing	
	Estimated number of nurses a) seeking employment	low
		moderate
		high
	Estimated number of nurses b) seeking more working hours	low
moderate		
high		

6. Projected nurse supply	in balance	in 1 year
		in 5 years
		in 10 years
		in 1 year
		in 5 years
		in 10 years
		in 1 year
		in 5 years
		in 10 years
	why	
other		

7. Reasons for changes in demand for nurses	Demography
	Health needs
	Patients care
	Technology
	Government policy
	Other Comments

8. Turnover rate (nurses terminating employment during 1 year	%
	comments

9. Migration: main sources of foreign nurses	Country/Estimated number of nurses recruited annually
--	---

10.	a) Number of nurses:	i) leaving country annually
-----	-----------------------	------------------------------

Migration		ii) entering country annually
	b) Average years a nurses works out of the country	i) barriers for recruitment to your country
		ii) why nurses leaves your country

二、確認我國護理專業的 執業範圍

二、確認我國護理專業的執業範圍

依據衛生署衛生資料統計顯示，2001 年台灣地區男女平均餘命分別達到 72.8 歲和 78.5 歲，未來人口年齡結構勢必趨向高齡化。在老年人口中所佔之比率經由 2000 年的 8.5% 將增至 2011（民國 100 年）年的 34.8%。而未滿 15 歲的幼齡人口則將略減。另一項由經建會報告所示：幼齡人口與老年人口的相對比則因此，將從 2000 年的 1:0.4 變為 2011 年的 1:0.5，若再進一步推估至 2036 年（民國 125 年），我國的幼齡人口與老年人口的相對比將轉變成為 1:1.2。

從以上資料看來，未來人口數方面增加速度呈現趨緩，因應人口年齡結構趨向高齡化，也使得國人的疾病型態從急性疾病漸轉為患有退化性慢性疾病的比率提高，因此，整體醫療保健所提供之服務範圍也需要逐漸調整和擴展。此外，近年來國內的護理專業經歷北城施打錯針劑事件所引起社會震驚；以及 SARS 風暴數名醫護人員犧牲之傷痛經驗，更暴露出臨床護理人員面對病人安全的維護、新興傳染病的出現、處於高危險工作環境等新要求，已呈現專業能力上的捉襟見肘，也更指出各醫療機構投注於臨床護理人員的種種「在職繼續教育」，已漸漸失去其實用性，故進一步檢討我國臨床護理人員的「在職繼續教育」之規劃與成果，應是強化我國臨床護理人員之專業能力的第一要務。

由於，護理人力是我國整體醫療團隊人員中佔最大比例，在急速變遷的社會和醫療保健體系中，護理專業如何重新界定專業的執業範圍，以提供有效能而安全的專業服務？已是刻不容緩之要務了。何況，國民醫療照護的成效與品質的提高，不僅需要發展多元化之護理專業執業模式和重新調配人力供需政策，更應強調護理人員與其他醫事人員、行政人員等等（含專業人員與非專業人員間）的相關合作。因此，將「不同能力功能混合執業」（skill-mixed practice）的概念，落實於我國的護理實務體系，將是本護理政策規劃的精神。

以下就針對國內過去、現況與國際上之護理專業執業範圍，進行比較與分析，並進一步提出我國未來護理專業執業範圍的建議，以供政府做法令規劃與政策釐訂之參考。

（一）我國過去、目前的護理專業執業範圍

依據 1991 年 5 月 17 日由總統頒佈之「護理人員法」，我國之護理人員分為：「護士」（registered nurse）、「護理師」（registered professional nurse）與繼而於 2000 年新增「專科護理師」（nurse practitioner）等三種法定職稱。而有關「護士」、「護

理師」的執業範疇，則於「護理人員法」的第四章第二十四條明訂出業務與責任有四項：一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。由於護理人員可以說佔我國所有醫事人力之五分之二，為預防保健與疾病照護中之主力，也一直扮演著基層醫療保健之骨幹人物，也是最直接接觸民眾及服務民眾者，扮演著不可忽視的角色，其執業範圍須要隨著整體大環境的變遷而有了多面向的改變及擴展。不過，我國相關政府單位及護理專業團體，對護理專業的執業範圍一直未有檢視或監測的機制，就以目前仍在規劃中的「專科護理師」的制度為例，各方即對「專科護理師」的定位及執業範圍一直有所爭論，故需要從法規上加以定位而耗時。不過，即使醫療法中第五十八條明文規定：醫療機構不得置臨床助理執行醫療業務，但是有些醫院依舊進用具有護理背景人員執行「醫療」工作，並稱之為醫師助理（Physician assistant）。為確保醫療照護品質和國人的就醫權益，極需就我國護理專業的不同執業範圍的規劃與認定，謀求對策。

因此，實際上如何規劃和推動「護士」、「護理師」和「專科護理師」的執業標準與執業範圍？及其各角色功能在醫院或是社區性之醫療機構的將如何定位？如何將過去從提供急性治療照護服務調整為慢性病照護服務，並提供所謂的持續性之出院後醫療管理服務？而甚至將護理的服務延伸至安寧照護，進而落實所謂「全人健康照護」之照護理念？尤其是如何重整和調整「專科護理師」與醫師的權責分工？兩者應如何合作？臨床醫療機構對此新的醫護作業模式應有那些規範？而整體醫療相關法律上又該如何制約？如何規劃及建立一套適用於全國的「專科護理師」的培育制度？均為極待解決的議題，亦是為提升我國護理專業和品質之重要決策優先討論擬定之首要項目。

以下將分別針對過去及現在之護理執業範圍從「急性照護」、「以醫院為基礎之持續性照護」、「安寧療護」與「社區照護」等五個服務範籌與面向，分別探討和分析我國過去、現在護理專業的執業範圍：

1. 我國過去、目前「急性照護」護理專業的執業範圍

以往在提供急性醫療照護中之臨床護理人員主要的職責為提供病患直接疾病照護，依據1988年（民國77年）行政院衛生署第十次科技顧問會議中，曾將我國臨床護理人員的工作與職責，明示為提供病患：

- (1). 執行護理評估與活動。
- (2). 依醫囑協助及執行各項醫療活動。

- (3). 協助醫師維護病人生命安全。
- (4). 預防及控制感染。
- (5). 協助無法自我照顧之病人的日常生活。
- (6). 協助病人疾病過程之適應。
- (7). 提供病人與家屬有關健康之諮詢。

護理人員依以上職責提供病患的照顧，但隨著大環境之改變，在醫療機構中單純臨床護理人員的角色已無法滿足病患整體性及連續性之照護需求，而我國各縣市、鄉鎮過去在我國公共衛生上，一直值得喧耀的 300 多個衛生所，30 多年來，無視於人口的大幅增加，社區健康議題的複雜化，公共衛生護理人員的員額，卻一直未曾增加過。然而，各社區醫療與照護的重擔，卻因人口老化、新移民的增加、疾病慢性化、新興傳染病的盛行、以及病人住院日數的縮短等因素，而使得社區民眾的健康維護、慢性病照護、傳染病的控制與病人的復健等服務需求，越來越形複雜，也越來越沉重。

由於人口年齡結構、疾病類別之改變，以及全民健保制度之實施，護理之角色及執業範圍必須加以擴展才能符合民眾健康照護之需求，因此在醫療機構中為顧及病人之整體性及持續性照護，因而需要發展出有別於臨床護理人員之多種不同角色。

到目前為止，在我國醫療機構中，護理人員因業務所需而執行不同角色與功能之內容，主要可分為：「臨床護理人員」、「個案管理師」及「專科護理師」等三種具有不同執業範圍的「不同功能混合執業」(skill-mixed practice) 的人力配置。茲就各種護理專業人員之職責分述如下：

(1). 「臨床護理人員」：

「臨床護理人員」的執業範圍主要是提供病人臨床上的預防性及治療性的照護。但是臨床上，各醫院在成本效率的壓力下，對護理人力加以縮減，以致臨床工作的負荷越來越重，護理人員尤其新進臨床之應屆畢業生，在臨床工作適應上往往面臨嚴重的困難，此與目前我國護理教育體制所培育的專業能力與實務工作上所需求的專業能力之間，有嚴重之落差有關。而且應屆畢業生進入臨床後給予之適應時間不僅較短，況且許多醫院並無如先進國家的醫院一樣，均設置有專

人(如:nurse educator)負責教導及輔導新進人員進入繁瑣之臨床工作,故新進人員常因適應不良、能力不足而離職,離職率高達 30~70%(朱,2005),此情形致使臨床工作人力不易補足,對仍在臨床工作的護理人員造成沉重之負擔,也相對的影響病人的照護安全及品質。

依據我國的「護理人員法」,目前的「護理師」及「護士」雖領有不同之證照,但在工作範圍上並無區別,即使有許多醫院推行「臨床專業能力進階制度」,而將臨床護理人員依能力分為一至四級,但因此一制度的進階標準和臨床能力的鑑定,主要以通過案例分析或個案報告為評量重點,對於其臨床照護之專業技能與專業態度,並未加以統一認定,何況,能力進階的師資標準,更是闕如,以致各醫院對於其他醫院所認定之進階能力,並不加以認可,造成護理人員對「臨床專業能力進階制度」的功效,往往有所質疑,也徒增其轉職時之憂心。

(2).「個案管理師」:

目前發展之「個案管理師」的角色主要是因我國實施全民健康保險制度下,為了推動整合性醫療照護服務,如:IDS、論質計酬計畫等政策而應運而生。「個案管理師」的角色首重於長期慢性疾病病人之照護管理,如糖尿病個案管理師、結核病個案管理師及各種癌症之個案管理師等,其主要之功能為:因長期疾病之特性,自發現病人後,除於治療過程中依病人病程給予所需之護理指導外,亦負起追蹤及協助病人持續完成應有治療療程之責任,更重要的是與其他專業同仁如醫師、社會工作師、心理師、營養師……,共同合作解決病人面臨的醫療、健康、身心與社會等問題,所以在醫療團隊中「個案管理師」是佔重要的聯繫和策劃角色。

若以「結核病個案」為例,當個案管理師接收到新個案時即會進行病人的評估,在了解病人的治療計劃後,個案管理師即會針對病人之個別及治療計劃需求,給予病人合宜之指導,並將病人之資料建檔追蹤,在適合之時機提醒病人回診,以完成應有之療程,提升完治率。

(3).規劃中的「專科護理師」:

台灣自 1945 年至今,近四十年來所發展的各層級護理教育,都是在培育我國的一般科護士或護理師,通稱為護理人員(nurse generalist),我國「專科護理師」制度的推動,經過各方的努力,因立法院於 2000 年通過「護理人員法」第七條之一第三項修正案,而將「專科護理師」與「護理師」、「護士」一起,成

為護理人員之法定名稱之一。不過，國內醫療界對「專科護理師」的定位及執業範圍一直未取得共識。經過多次的協商與彙整，目前衛生署已依據國家衛生研究院論壇所提出的「專科護理師培育計畫暨執業規範建議書」(國家衛生研究院，2003年07月)，將我國的「專科護理師」的角色初步定位為：**專科護理師係由機構聘請之執業進階護理師 (nurse practitioner)**，其主要的任務在於與醫師共同提供連續性及整合性的護理與醫療照護。並業於2004年11月01日公告「專科護理師分科及甄審辦法」，更於2005年12月06日公告「95年度內、外科專科護理師指導者遴選標準、名額分配及訓練內容」。今後，俟衛生署於近期進一步公告完成「95年度內、外科專科護理師培訓醫院遴選標準與訓練內容」後，培育我國「專科護理師」的國家標準，才得以建立，也才能使我國護理人員的執業範圍，得以進一步擴展 (expanded role)。不過，制度與執業模式建立後，如何真正確保「專科護理師」的執業範圍？而能與目前諸多醫院所推動「醫師助理」的工作範圍，有所區隔與區分？仍有待我國的醫護專業團體與衛生署一起繼續努力，以能力求國民的健康與權益的保障。

至於所謂一般護理執業 (general nursing practice) 或是進階護理執業 (advanced nursing practice) 來說，國內確實面臨缺乏明確的相關法規以及執業標準 (standard of practice)，來對各護理角色功能、專業執照及繼續教育的內容建立規範與制度，尤其，我國護理專業自1991年擁有一部自己的「護理人員法」以來，並未建立「重新認證」(re-licensure) 的制度，故策劃具有整體性、時效性、指標性的政策來控管整體護理專業執業發展和擴展，以避免醫療機構鑽法律漏洞，遊走法律邊緣，甚至違法，使醫療機構、醫療人員及社會大眾對護理人員之專業職稱和其角色功能更清楚，進一步確保其所提供之照護品質，實是當務之急。

2. 過去、目前以「醫院為基礎之持續性照護」護理專業執業範圍

國內的醫院，傳統上一直以疾病診斷與治療為作業主體，故護理人員的執業範圍，在醫院之住院部與門診部，往往侷限於以達成醫療服務為主，業務範圍則側重以「重建健康」(restoring health) 與「減輕苦痛」(alleviating suffering) 為主。隨著國人壽命之延長、醫療科技之進步、疾病型態的改變，慢性病症 (chronic condition) 逐年盛行，而且國人隨著年齡增加在生活功能方面所造成的限制日趨明顯。為因應社會大環境的改變，我國1990年代以來，包括醫學中心、區域醫院與地區醫院，絕大多數都設有「公共衛生護理室」或「社區護理室」等相關單位 (部分醫院的社區護理歸屬在社區醫學部門)，不僅提供病人與家屬的保健服

務，也提供出院病人的持續性照護。隨著全民健康保險將「居家護理」服務納入醫療支付的項目以後，多數醫院也因此逐步發展「居家護理」與「出院準備服務」，甚至是「護理之家」等後續性的照護方案。

「持續性照護」主要是提供慢性病人從急性照護回到社區生活所需的醫療與保健服務，一般可分為：「出院準備服務」及「居家護理」兩部分。茲將分別從「出院準備服務護理師」與「居家護理師」的執業範圍探討如下：

(1). 「出院準備服務護理師」：

依據行政院衛生署所推出之出院準備服務試辦計畫，為了使住院病人在急性醫療及所需後續照護得到適當的連結，並使急性醫療資源獲得妥善的運用，以提升醫院服務品質，增加病人的滿意度，並加強慢性病人及家屬的自我照顧能力，乃推動鼓勵地區教學以上的醫院，陸續加入出院準備服務試辦計畫，並於機構內增設「出院準備服務護理師」，以提供此項服務，初期由於護理人員仍在嘗試摸索階段，以致於一直未明確訂定其適用於全國的護理作業標準及其執業範圍。

隨著出院準備服務考評制度的成立，醫療機構紛紛辦理「出院準備服務」，2004年底共有137家醫院參與出院準備服務考業務，有關「出院準備服務護理師」的工作職責漸趨明確，不過，各醫院「出院準備服務護理師」的執業標準與執業範圍仍有待護理界進一步加以釐清，並提出執業指引，以作為臨床「出院準備服務護理師」的參考，期盼未來能更進一步確保出院病人醫療服務的安全與品質以及病人與其家屬的權益。

(2). 「居家護理師」：

而居家護理師之執業範圍亦然，涵蓋慢性病居家護理、安寧居家護理，在比例上以慢性病居家護理居多。台灣居家護理的發展是起源於1971年，當時此種居家護理是屬於以醫院為基礎的型態，政府在1993年頒布施行「護理機構設置標準」後，1995年全民健康保險實施，並將居家護理納入給付範圍，因而更促成居家護理服務的發展。居家護理機構、護理之家，在1994~1995年間除了醫院附設型態（hospital-based mode）外，獨立型態（free-standing mode）居家護理機構也逐漸設立，這兩類以護理人員為負責人的機構有別於「醫院臨床護理」的執業模式，也不同於社區的「公共衛生護理」的執業模式。而這種「居家護理」的執業模式是以「慢性病症的後續照顧（after care of chronic conditions）」為主，是一項被歸類為社區護理的另一執業場域之長期照護。我國於2004年底共有431家居家護理機構，其中

約有 2/3 是以醫院為基礎的居家護理服務型態。

依據衛生署現行的規定，「居家護理師」的主要工作職責包括：

- (I). 評估個案對於健康照護服務的需求。
- (II). 發展符合個案需要的整合性照護計畫，以維持或恢復個案獨立性的功能；在生命的末期的病人，以提升病人及家生活的品質，並使生死兩相安，兩無憾，進而讓病人在家安寧地死亡。
- (III). 安排適當的資源與轉介，以提供個案完整性服務。
- (IV). 提供監測及協調各項健康服務，並作為病人的代言人。
- (V). 從個案的進展與反應，來評值照護計畫的有效性。

由於慢性疾病的增加，病人於醫療機構中完成急性治療後，為了協助病人回到自己熟悉的居家環境，以提升其生活品質及增加急性病床之利用率，醫療機構有責任且必要提供由「居家護理師」全方位協助病人返家後之持續照護。

病人在醫院治療告一段落後，「居家護理師」會協助家屬規劃病患居家照護之準備，包括居家環境之調整、必要醫療設備之準備、居家照護人力之能力的準備等，當病人返家後，「居家護理師」會到病人家中訪視，實際了解病人之居家照護狀況，並依病人實際需要，於家中提供護理照護活動，必要時也會將病人的新問題回報醫院的相關專業人員並為病人與其家屬尋求相關的諮詢，甚或調整其醫療照護計劃，再與其他醫療團隊成員共同訪視，一起合作解決病人的問題。

近來，由於「臨終照護」的觀念越來越深入民心，「居家護理師」所服務的範圍與對象，似乎也就隨之擴展至癌症末期之病人的趨勢，協助癌症病人能利用最後的日子，在最熟悉的家人及環境之下生活，「居家護理師」協助緩解病人之生理不適外，亦協助其家屬對病人的支持及協助，以求「生死兩相安」，病人得以「尊嚴的過世」。

「居家護理師」所面對的工作環境，依病人而有不同，必須具備比臨床護理人員其他更多的能力，例如指導照顧者照護技巧、配合其經濟狀況採用不同的衛材，於照護過程兼顧倫理的考量。對這類專業人員，國內確實缺乏相關法令規範其角色、繼續教育、及認證，僅藉由健保審查其服務之頻率及適切性，無法確實把關其照護品質。不過，在各醫院緊縮護理人力的壓力下，各醫院到底提供了那些病人的居家護理服務？「居家護理師」執業範圍在各醫院間是否有統一的標準？「居家護理師」的培訓是否有一定的標準？隨著「居家護理師」服務對象的擴大，服務內容的擴展，「居家護理師」應具備有那些進一步的專業新知與技能？在在均有待進一

步釐清、探討與規範。

3. 過去、目前「社區護理」護理專業的執業範圍

依據美國護理學會（ANA, 1999）的說法，社區護理和其他護理的分野並不在於服務地點是醫院內或醫院外的差別，而在於護理照護的對象的不同。一般急性醫療的護理工作強調個人健康取向，是針對個人及家庭進行評估與護理照護，而「社區護理」則是以服務群眾的健康為導向，「社區護理人員」與服務對象建立夥伴關係，透過與其他專業人員合作，達成專業責任：促進健康（promoting health）、預防疾病（preventing health）、重建健康（restoring health）以及減輕苦痛（alleviating suffering）等（ICN, 1995）。

「社區」之所以有別於「個人」，不僅是人數上差別的意義，也不只是統計上個體的總和。「社區護理」之對象可以是個人、家庭或群體（aggregates）、聚落或村莊（neighborhood），群體是指擁有共同特性之一群人；過去社區的概念常侷限於地理領域的思維，2003年春夏間 SARS 橫掃全球，突顯「社區」概念絕不只限於一國或單一社會而擴大到地球村。

社區護理的執業場域與執業範圍，近年來由於全球化、社會結構、政治經濟、健康政策等因素，工作內涵發生急遽變化（ICN, 2003）；早期台灣的社區護理執業場域主要以衛生所（室）及學校為主體，目前除了這兩個場域以外，在職場、醫療院所、長期照護機構也成為社區護理人員相當重要的執業場域。

我國「社區護理」服務最早以「公共衛生護理」服務為發展重點，這與受到日本殖民的影響有關，透過其戶口制度的建立，奠立落實公衛政策的基礎。原則上，「公共衛生護理學」是指運用護理學、社會學以及公共衛生學的知識促進人口群的健康以及預防疾病，其業務重點並不以提供社區中個體個案的直接照顧為重點（American Public Health Association, APHA, 1996）。在台灣於 1950 年代衛生所室設立之初，護產人員即為「公共衛生」業務的主要人力。超過了半個世紀，護理專業在此領域隨著政治、經濟、社會的變遷與衝擊，因著不同階段的健康議題以及健康政策而其執業內容與模式不斷演進，但是整體的重點都是以促進健康（Promoting Health）以及預防疾病（Preventing Illness）為主軸。

根據一份國民健康局（2004 年）的資料，衛生所公共衛生護理的業務包括：

- (1). 保健工作：中老年病（高血壓、糖尿病）管理、優生保健、孕產婦管理、

嬰幼兒管理、家庭計畫、婦女癌症防治、托兒所兒童健康檢查與管理、學童健康檢查與管理等；以孕產婦管理為例，過去以第一胎之孕產婦為主，現已轉變為 20 歲以下未成年產婦以及外籍配偶為管理重點；嬰幼兒早期以預防接種完成率為重點，轉變成發展遲緩兒的早期篩檢與早期療育為重點。

- (2). 傳染病防治:包括預防接種、案例通報、追蹤與管理；早期以瘧疾、霍亂為防治重點，逐漸轉變為登革熱、性病、結核病、肝炎等防治，新近則以腸病毒、SARS 以及禽流感為重點、預防接種以及個案管理。
- (3). 精神疾病防治：隨著社區化照顧理念的演進，慢性精神疾患者大量回到社區，公共衛生護理人員在接獲出院轉介單後，需要定期追蹤返家療養個案的用藥以及照顧。
- (4). 醫療門診：除台北市以外，大多數的衛生所仍負有責任提供醫療門診。
- (5). 長期照護：多數的衛生所需要提供民眾有關長期照護的諮詢服務以及轉介服務，約有 110 所所謂的偏遠地區的衛生所則同時得提供居家護理服務。
- (6). 健康促進相關業務健康講座：疾病防治講座（心血管、肝炎、癌症、中老年病……）、傳染病防治講座（腸病毒、健康促進講座（體重控制、體適能促進、心理衛生……）急救訓練
- (7). 社區健康營造
- (8). 健康檢查（嬰幼兒、學童、勞工……）
- (9). 健康維護與疾病預防
 - 1). 疫苗接種（嬰幼兒、老人流感……）
 - 2). 兒童發展遲緩篩檢
 - 3). 社區健康篩檢（成人三高、子宮頸抹片……）

以上對衛生所「公共衛生護理」業務之內容是以各縣市衛生所為主，依各縣市的醫療衛生資源的不同，可以發現有些縣的衛生所，除了負責「公共衛生護理」的業務以外，慢性病「個案的管理」以及「後續照顧服務」也都成為衛生所「公共衛生護理」的業務範圍；就以台北市為例，台北市政府於 2005 年，將所有的衛生所更名為「健康服務中心」，其中疾病預防為主的預防接種以及醫療門診全數委託由各市立醫院承辦，「健康服務中心」分為「健康促進組」以及「個案管理組」，護理人員的執業範疇以『健康促進』為主要的業務內容，「個

案管理組」則對轄區內慢性病個案如精神疾患者、結核病個案提供個案管理服務。至於預防疾病（Preventing illness）的業務則委由市立醫院辦理；衛生所公共衛生護理業務範疇隨著時代的變遷以及轄區醫療資源充分程度不同，產生相當明顯的質變。

由以上所敘述的過去與現況來看，我國衛生所從事「公共衛生護理」的「公共衛生護理人員」的執業範圍不僅一直在發生變化，並且於各縣市間，也會受到各縣市政府領導者的決策選擇而發生變化。而各縣市衛生所的「公共衛生護理人員」，處於量變與質變的社區大環境下，到底應具備哪些核心專業能力？才能發揮專業所賦與的功能，哪些核心專業能力與「臨床急性照護的護理人員」的核心能力有所區別？在如此快速轉型的社區發展的趨勢下，我國「公共衛生護理人員」的專業核心範圍應包括哪些內容？而其在職繼續教育的內容應如何規劃？應是好好進行全面總檢討、全面總分析與重新規劃的時候了。

4. 我國新發展的「安寧療護」護理專業的執業範圍

我國過去的護理專業執業範圍從促進健康、預防疾病、恢復健康（急性醫療的主要執業範圍）到復健服務（慢性醫療的主要執業範圍）。對於緩和醫療（palliative care）與末期照顧（end of life care）這一大塊領域著墨不多。然而從台灣每年十大死因來看，扣除「意外事故」與「自殺」，其他八位皆是慢性疾病，一年總計約有十二萬人口死亡（衛生署，2005）。這十二萬的慢性病人與其家庭，在生命的末期，都受到身心劇烈的打擊與摧殘，急需專業護理人員高品質的照顧，以提升病人/家生活的品質，並使生死兩相安、兩無憾。

台灣雖自 1990 年代開始推展安寧療護，但每年能接受安寧療護服務的病人不到六千人，與每年死於慢性疾病的十二萬人相較，真如杯水車薪。因此，強化推動安寧療護，並對有需要的病人/家適時提供安寧療護，為一迫切需求。

衛生署國民健康局為使分散在醫院各科病房及社區中的病人亦有機會享有安寧療護服務，自 2004 年開始推動「安寧療護照護團隊與原診治醫療團隊共同照護計畫」，目的是透過安寧共同照護模式，使末期病人皆有機會享有安寧療護。同時可提高醫護人員、病人/家對安寧療護的認知，進而增進醫護人員的照護技能與品質（國健局，2004，12）。

「安寧療護」護理人員的職業範圍為：

- (1) 與其他醫療團隊人員合作發展照顧計畫。

- (2) 提供病人及家屬生理、心理、社會、及靈性的照顧。
- (3) 促進答覆病人及家屬因著末期疾病而產生的多層面之需要。
- (4) 促進病人的自主權，選擇他所願意的照顧方式及優先次序。
- (5) 給予病人及家屬護理指導，提供增進病人福祉的教育措施。

「安寧療護」護理在台灣的快速發展，可以說是近十年的事，在社會需求殷切的條件下，對我國護理專業可以說是一項執業範圍的新的擴增，在相關護理界先驅（趙可式教授）的領導之下，已漸漸規劃出「安寧療護」護理師的執業範圍與培訓內容，不過，如何將基本的「安寧療護」進一步統合於一般護理師與護士的執業範圍內容？而如何將高深的「安寧療護」的執業範圍融入我國護理專業的進階制度？均有待各專業領域，繼續研擬與規劃。

（二）國際上護理專業執業範圍的演變

國際上護理專業執業範圍受到科技進步、社經及醫療環境演變的影響，也有不同層面的改變，再者病人及社區民眾的需求亦隨之不同，使得護理專業的分工愈趨明顯，衍生不同角色功能的職稱，以美國為例，其護理人員分為「職業護士」(licensed vocational nurse, LVN) 和「註冊護士」(registered nurse, RN) 兩大類，因不同場域業務的需求及專業認證的結果，又可分出：「一般護理人員」(generalist) 如：「臨床護理人員」、「資訊護士」(informatics nurse)、「公共衛生護士」、「個案管理師」、「居家護理師」；及「進階護理人員」(advanced practice nurses) 如：專科護理師 (nurse practitioner)、臨床護理專家 (clinical nurse specialist) 如安寧療護護理專家等 (American Nurses Credentialing Center, ANCC, 2005)。

在美國，「執業護理人員」(nurse practitioner, NP, 即相當於我國規劃中專科護理師) 及「臨床護理專家」(clinical nurse specialist, CNS) 均需受護理碩士學位研究所的訓練，以具備專精之專業知識，畢業後需考取國家執照方可執業，以提供病人更優質的照護服務，其工作場域極為寬廣，從社區、學校、機構、診所、長期照護、居家至醫院，視其所接受訓練的科別與領域而有不同之頭銜/職稱，例如「專科護理師」就因科別而有不同的頭銜/職稱，其中如：「成人專科護理師」、「兒科專科護理師」、「老人專科護理師」、「精神專科護理師」等；至於「臨床護理專家」則有：「社區臨床護理專家」、「老人臨床護理專家」、「糖尿病臨床護理專家等」。而兩者間之執業範圍也略有差異。「臨床護理專家」之角色涵蓋：照護提供者、諮詢者、教育者、行政者及研究者，而「專科護理師」主要負有診斷、開立醫囑處方等指示性的

醫療功能。

近年來，歐美許多學者都在提倡推動證據醫學的應用，並且為確保病人的照護品質與安全，在美國，多數醫療機構均極力鼓勵臨床醫護人員，努力發展「臨床照護指引」(clinical practice guidelines)，不僅可減少醫療錯誤之發生，並且維護照護的一定水準與一致性，推行以來，發現對提升照護品質及降低醫療成本有顯著的貢獻。Rapu (2005) 建議臨床護理人員應積極參與跨專業臨床照護指引的發展，會有助於專業能力及形象的提升。

運用「臨床照護指引」將有助於降低醫療人員照護的差異性，節省醫療成本，廣受管理者的肯定，這已蔚為風潮。另外，許多醫療機構受到管理式醫療制度 (managed care) 注重醫療成本的影響，為有效降低住院日數以節省醫療成本，增加急性病床的周轉及利用，紛紛設立「出院計畫護理師」(discharge planner)，運用個案管理的概念，從病人入院當天，即開始訪視病人及家屬，評估其住院前的身體功能、居家環境、輔具使用情形及疾病狀態，並依其住院病程的發展、學習能力及自我照顧能力，預期其出院後可能需要的服務等級 (level of care)，出院前充分準備病人家屬之後續照護能力，或視其需求情形，連結適當資源進行轉介。

美國護理協會 (ANA, 1988) 建議「出院計畫護理師」之主要職責如下：

1. 盡早篩選病人以發現危險群個案。
2. 運用完整的評估，確定病患的照護需求。
3. 擬定照護計畫，執行相關照護措施。
4. 服務安排並運用社區資源。
5. 追蹤病患了解轉介成效。

部分醫療機構將「出院計畫護理師」的角色擴大為「個案管理師」，取消出院計畫護理師的名稱，統一以「個案管理師」來稱呼，隨著「個案管理師」的角色及功能備受肯定，個案管理協會 (Case Management Society of America) 進而開始「個案管理師」的認證工作，確定其主要職業範圍為：評估、協調、計畫、監測、執行、評值、熟悉社區資源、提供服務、社會心理介入等，一般而言，「個案管理師」通常有數年之臨床經驗，具護理師資格，屬「一般護理人員」(nurse generalist)。

美國「居家護理」起源於一百年前，隨著醫療環境及社經變遷，「居家護理」的成長是快速的，「居家護理人員」的需求量明顯增加，而在其服務的特性上，著重於技術性護理的提供。「居家護理師」所面對的工作環境是複雜且多變的，屬於高獨立自主性的作業，「居家護理師」更必須具備高度整合性的專業概念與技能，才能完善地勝任「居家護理師」的工作。依據專業能力的高低，美國將從事「居家護

理」工作者分為兩類：「居家護理師」(home health nurse)及「居家護理專家」(home care clinical nurse specialist, advanced practice home care)，兩者的其教育準備程度就有所不同，「居家護理師」通常具備專科以上學歷，而「居家護理專家」則必須是碩士研究所培訓出來的，其執業範圍則有所區別。

歐美國家將「社區衛生護理」的發展分為三個時期：於1860~1900年間所發展的為「地段護理」(district nursing)，主要在推動以預防為主的社區服務；於1900~1970年間所發展的為「公共衛生護理」(public health nursing)，主要推展重視預防疾病的服務；而1970~迄今所發展的為「社區衛生護理」，主要以推動促進健康為主，預防疾病為輔的服務。「社區護理」為著重群體、社區導向的護理實務工作，旨在促進、維持群體的健康，使群體免於疾病和殘疾，環境得以提供服務對象維持最佳健康狀況 (APHA, 1996)，因此須具備社區健康評估、健康計畫、執行及評值之知識與技能。

根據 ANA (1999)，社區護理的信念包括：

1. 以群體為基礎的健康評估，政策制定和確認群體健康促進和保障群體健康的過程具有系統性和完整性。
2. 在服務過程中能回應服務對象的觀點、及其對健康的重要排序和價值，與服務對象是夥伴性的關係。
3. 在提供服務的整體過程強調健康促進和群體之健康維護。
4. 運用創造健康環境、社會或經濟狀況之有效策略。
5. 藉由便民措施，將服務提供給特別有需要卻不容易得到服務的民眾。
6. 服務時對於群體益處的考量勝過個人的考量。
7. 將資源有效的管理與妥善的分配，使最多人受益。
8. 連結其他專業人員和社會組織，使民眾健康很有效的得到保障，也因著一併實踐以上八項信念，社區護理有別於其他護理次專業，能達成促進群體健康、維持群體健康、開拓健康環境的整體目標。

由加州大學舊金山分校一群學者(2002)對加州五個郡之公共衛生護理人力所做的研究顯示，公共衛生護理是以提供民眾為主的服務，且優先著重於個人或家庭層次的介入，以個案為主的介入最為常見，且預期普遍的護理人力短缺會影響未來公衛護士的招募。因此，建議護理系加強公衛護士的訓練，在加州的公衛護士必須具備學士學位，且為使服務重點導向以公衛模式注重社區或系統層級的介入，考量改變教育內容，適度結合公共衛生學碩士課程及強化繼續教育，並呼籲公共衛生主管機關酌增經費補助，評值公衛護士的功能及提升公衛護士價值的策略。

最近一項由 Association of State and Territorial Health Officials & the Council of State Governments (2005) 所做的調查報告指出，未來美國公衛護士人力短缺的情形會更嚴重，主要是因為有些州之公衛護士退休比率高達 45%，部分州之職缺達到 20%，仍在職場的公衛人力面臨快速老化的情形，其平均年齡是 46.6 歲，上述兩個研究均預測未來公衛護士的供應面會有不足的現象。這將會影響到公務體系公衛業務的持續發展，因而無法因應未來大環境變化，以應付新興傳染病、嬰兒潮民眾的健康需求、外來移民的健康服務和衛生指導等等問題，進而影響到疾病預防及健康促進之服務成果，間接提高醫療成本。

國際上，對安寧療護的推動比國內起步較早，在護理學校教育就安排安寧相關課程，引入安寧療護的概念，並實際至安寧療護機構見實習，了解其實務運作。一般急性醫院之出院計畫護理師，會仔細評估病人是否符合安寧轉介的資格，並與病人和其家屬深度訪談，配合其想法和保險相關規定，做適當轉介，可能是醫院附設的安寧機構、社區獨立型態的安寧機構、或居家安寧，並連結安寧護理師或護理專家，進行評估、計畫、介入以提供病人最完善的臨終照護。

按 Center to Advance Palliative Care, 2004, 安寧療護的執業內容有：

1. 安寧療護的團隊包括醫師、護理人員、社工及宗教關懷師。
2. 設計立即性及長程的照顧計畫。
3. 提供最佳的症狀控制。
4. 使病人及家屬了解疾病的過程。
5. 促進提升最佳的生活品質。
6. 教導病人及家屬了解疾病的過程。
7. 促進並提升舒適及療癒 (healing) 的環境。
8. 提供出院計畫及適宜的社區照顧。
9. 協助臨終病人及其家屬作最完善的準備。

比較國內外之護理專業執業範圍之差異後，我們發現的確有許多地方有改善的空間，譬如，應確立護理人員之各類專業頭銜/職稱的標準，並清楚規範其角色功能，所需接受之繼續教育，建立認證制度，使護理人員能不斷更新知識，創新服務方式，提升照護品質。此外，也應規劃出能反映護理人員專業能力的進階制度，將我國的護理人員分為兩大類：「一般護理人員」(nurse generalist) 及「進階護理師」(advanced practice nurse)，「一般護理人員」可再細分為：「臨床護理人員」、「出院計畫護理師」、「個案管理師」、「居家護理師」、「社區護理師」、「安寧療護護理師」等；而「進階護理師」則分為：各科「專科護理師」(nurse practitioner)、「臨床護

理專家」(clinical nurse specialist)。這種區分將有助於更明確擴展執業範圍，增加護理人員的多元性，更能將多功能護理人員混合作業 (nurse mix) 的概念，加以落實於護理實務上，以促進各類臨床護理人員間在實務上相互支援與互為學習的模範。若再進一步將「急性照護」護理人員及「居家照護」護理人員的角色定位於主要是在「減輕病人苦痛」(alleviating suffering) 及重建其健康 (restoring health)；而將「公衛護士/師」的角色定位於「促進健康」(promoting health) 和「預防疾病」(preventing illness) 為主，才能讓我國護理人員能依照不同領域的需求，於各自的就業場所，繼續強化其執業能力，回歸我們專業責任的本質。

(三) 本政策規劃之建議

1. 預期達到的目標：

- (1.) 擬定護理人員各專業功能執業範疇。
- (2.) 強化國內護理人員之進階制度 (含專科護理師、安寧照護)。
- (3.) 配合國家健康照護政策擴展護理專業執業範圍。
- (4.) 提升護理人員對國家健康照護政策的認知和參與。

2. 制度面的考量：

- (1.) 重新擬定衛生署護理諮詢委員會的任務及定位，並研發成立我國護理專業證照認證及再認證機制。
- (2.) 依據不同護理執業範圍擬訂不同薪資結構標準
- (3.) 護理教育的評鑑和醫院評鑑應加重對執業範圍內容執行成效之評核。
- (4.) 由衛生署規劃成立——專責小組負責全國性之護理人員繼續教育標準及執業指引，並每年編列經費。

3. 執行面的考量：

- (1) 護理產官學界共同合作制定國內護理專業執業範圍。
- (2) 學界應主動就社會脈動或國家政策提供教育訓練課程，其中如新住民的照顧措施 (外籍配偶)、長期照顧的照顧管理趨勢等新議題。
- (3) 發展並規劃護理人員進階制度能力分級之評估工具。
- (4) 護理專業證照考試與任用一致化，並且必須經過繼續教育和維持一定期間的臨床經驗才能延展有效證照。
- (5) 成立護理人員培訓教育中心，提供實務課程予護理人員完成進階訓

練。

- (6) 護理界可接任一學術機構或專業團體設置專責人員，收集彙報國家的政策，協助護理人員對新訂或修正的政策能有資訊來源，例如有關過去歷經的 SARS、新近的禽流感防治，衛生署推動的病人安全 (patient safety)、全人健康照護 (holistic health care)，或規劃中的長期照護政策等。
- (7) 依據各地不同醫療資源，其衛生所公共衛生護理人員之執業範圍應隨著轄區內健康照顧發展和人口組成的變化提供不同服務模式。
- (8) 推動醫療機構建立完善的安寧轉介服務，並培育安寧療護護理人才，護理人員是最貼近病人/家的醫療專業人員，藉著護理人員的專業素養，可協助病人/家、醫師、及醫療團隊作安寧療護的適當轉介，協調照顧計畫及治療方針。轉介服務可有下列三種角色：
 - A. 對病人/家或原照顧醫療團隊提供建議。
 - B. 將病人轉到安寧療護的服務體系。
 - C. 病人留在原醫療團隊，而安寧療護護理人員參與「共同照護」。

(四) 參考文獻

1. 李麗傳 (1999)·個案管理師角色與功能·護理雜誌, 46 (5), 55-60。
2. 沈宴姿 (2000)·護理人員的角色功能·於沈宴姿、陳敏麗總校訂, 護理學導論 (pp.145-176)·臺北: 永大。
3. 秦慧珍、黃和美、田聖芳、趙炳華 (1998)·護理業務現況、問題及未來趨勢·於顧乃平總校閱, 護理專業導論 (第二版, pp.175-195)·臺北: 匯華。
4. 國家衛生研究院論壇 (2003)·專科護理師培育計畫暨執業規範建議書。
5. 行政院衛生署 (2005/06/03)·93 年國人主要死因統計結果·<http://www.doh.gov.tw/>, 取自:
http://www.doh.gov.tw/cht/content.aspx?doc_no=41228。
6. Canadian Hospice Palliative Care Association. (2004, February). *2005 Advocacy Strategy* [Announcement]. Canadian: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web:
http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/2004_advocacy_strategy.htm.
7. Canadian Hospice Palliative Care Association. (2004, February). *Quebec end-of-life palliative care policy*. [Announcement]. Canadian: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web:
http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/Quebec_policy.pdf
8. Center to Advance Palliative Care. (2004, February 18). *2004 Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care - with PC Policies, Procedures and Assessment Tools* [Announcement]. USA. October 13, 2005, from the World Wide Web: <http://www.capc.org/jcaho-crosswalk>.
9. National Consensus Project. (2004, May). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. [Announcement]. U. S. A.: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web: www.nationalconsensusproject.org.
10. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. (2000, June - September). *Draft National Plan and Strategic Framework for Palliative Care*. [Announcement]. London: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web: www.hospice-spc-council.org.uk.
11. Saunders, C. & Kastenbaum, R. (eds) (1997. Hospice care on the international scene. NY: Springer Publishing Company.)

12. The National Palliative Care program. (2004, December) . *Overview Of National Palliative Care Program Initiatives–Funded by the Australian Government Department of Health and Ageing*. [Announcement]. Australian: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web:
<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/palliativecare-program.htm>
13. World Health Organization. (2003, December) . *Integrated management of adolescent and adult illness*. [Announcement]. Author. October 13, 2005, from the World Wide Web:
<http://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/>.

(伍) 附錄：

一、美國護理協會 American nursing association (ANA) 對於各護理專業標準設置各類書籍和準則指引詳見如下：October 13, 2005, from the World Wide Web:
<http://nursingworld.org/books/PHREV>

- [ANA Community Health Certification Resource Package](#) (PHREV)
- [ANA Diabetes Nursing Management Certification Resource Package](#) (DNREV)
- [ANA Gerontological Certification Resource Package](#) (GNPREV)
- [ANA Home Health Certification Resource Package](#) (HHREV)
- [ANA Hospice and Palliative Nursing Certification Resource Package](#) (HPNREV)
- [ANA Nurse Administration Certification Resource Package](#) (NAREV)
- [ANA Nursing Informatics Certification Resource Package](#) (NIREV)
- [ANA Nursing Professional Development Certification Resource Package](#) (NPDREV)
- [ANA Nursing Standards Package](#) (PKG)
- [ANA Pain Management Certification Resource Package](#) (PMREV)
- [ANA Pediatrics Certification Resource Package](#) (PEDREV)
- [ANA Psychiatric Mental Health Certification Resource Package](#) (PMHREV)
- [ANA's Foundations of Nursing Package](#) (03FNDN)
- [Bookmark Nursing: Scope and Standards Of Practice](#) (04SSBKCS)
- [Faith Community Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (05SSFC)
- [Intellectual and Developmental Disabilities Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (04SSID)
- [Neonatal Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (04SSNN)
- [Nursing Scope & Standards Package](#) (04SSPK)
- [Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (03SSNP)
- [Pain Management Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (05SSPM)
- [Pediatrics Package](#) (SPN23)
- [Plastic Surgery Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (05SSPS)
- [School Nursing: Scope and Standards of Practice](#) (05SSSN)
- [Scope and Standards for Nurse Administrators, Second Edition](#) (03SSNA)
- [Scope and Standards of Addictions Nursing Practice](#) (04SSAN)
- [Scope and Standards of College Health Nursing Practice](#) (ST-1)
- [Scope and Standards of Diabetes Nursing Practice \(2nd Edition\)](#) (DNP23)
- [Scope and Standards of Gerontological Nursing Practice, 2nd Edition](#) (GNP21)
- [Scope and Standards of Home Health Nursing Practice](#) (9905HH)
- [Scope and Standards of Hospice and Palliative Nursing Practice](#) (HPN22)
- [Scope and Standards of Neuroscience Nursing Practice](#) (NNS22)
- [Scope and Standards of Nursing Informatics Practice](#) (NIP21)
- [Scope and Standards of Pediatric Nursing Practice](#) (PNP23)
- [Scope and Standards of Pediatric Oncology Nursing](#) (PONP20)

- Scope and Standards of Practice for Nursing Professional Development (NPD-20)
- Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice (PMH-20)
- Scope and Standards of Public Health Nursing Practice (9910PH)
- Scope and Standards Of Vascular Nursing Practice (04SSVN)
- Standards of Addictions Nursing Practice with Selected Diagnoses and Criteria (PMH-10)

三、提升我國護理專業 能力

三、提升我國護理專業能力

在不斷轉變中的醫療照護服務需求和護理學制層級之提升，其學生畢業時所具備之核心專業能力/素質是否依然遲滯不前、或是能成為社會上所需要之克盡職責（accountability）和可信認（trust）之護理人員，這種現象，不僅影響我國護理教育朝向以社區照護為重點的未來發展，更影響護理畢業生的就業機會。更是導致醫護專業發生教、考、用，無法銜接嚴重結果，也導致我國護理人力，呈現培育過多的「假象」，此將相當影響未來護理人力供需的規劃。而這些環環相扣的社區、醫院照護問題，實在值得政府相關單位，深入探討。

目前教育部醫學教育委員會對於整體護理教育體制改革計畫中，已於 2005 年 3 月起開始著手策劃『台灣護理教育評鑑規劃書草案』乙案，其藉由規劃一系列教育評鑑之模式、評鑑準則作業程序，促進護理學系（科）教學品質的改進為社會培育所需要之稱職的護理人員，期許藉由護理教育體系改革，進而達到教、考、訓用之理念，同時持續提升我國護理教育，並達保障民眾福祉的目的。

要提升護理品質和效能，最基本改革要項必須從強化護理人員的專業能力做起。到底護理專業能力應該呈現何種面貌？臨床護理人員又是如何認為？護理專業團體的認定呢？或許彼此對護理專業能力的認知都不一致。國際護理學會（2003）對護理有非常明確清楚的定義：「護理是指對處於各種場所各種年齡層的所有家庭、團體、社區之生病或健康之個人提供自主性和合作性的照護，護理涵蓋健康促進、疾病預防及對生病、殘障、瀕臨死亡者之照護，除此之外，其它主要之護理角色還包括擔任病人之代言者、促進安全之環境、研究、參與健康政策制定與病人及健康系統之管理、教育等。而專業能力所指的是能夠有效的呈現運用知識、技能和判斷等表現之程度。」

而如何訂定一般護理人員及進階人員之專業能力標準，除參考國際護理學會所訂之護理能力標準以外，亦需搭配國內社會文化和醫療服務體系，進而策劃擬訂一套護理專業能力標準，不但做為臨床護理人員依循之用，也可以作為護理學校和臨床在職教育之基本準則和規範。

反觀，國內護理專業能力之鑑定規範和標準一直處於待商榷中，除從護理學校畢業之後，參加國家專門職業及技術人員考試外，對於畢業後之護理專業能力鑑定或是培訓，都是依各執業機構規定，其護理專業能力參差不齊，值得衛生行政單位和醫療主管審思和改革。

（一）我國目前護理專業能力的一般狀況與困境

以下將略述護理專業其發展專業能力之困境，分為以醫院為基礎的照護、社區護理、公共衛生及安寧照護：

1. 以醫院為基礎的照護其護理專業能力的一般狀況與困境

自從 1995 年健保制度開創以來，國內的醫療環境變化快速，所謂「上有政策，下有對策」，各醫療機構之管理者莫不絞盡腦汁，想盡辦法要開源節流，開源在法令及其他諸多因素影響之下，受到限制，於是轉而節流，最快且立即的辦法就是縮減人事成本。護理人力佔醫院人力的 1/2~1/3，影響之鉅，超出想像，這股風潮快速蔓延，公私立機構皆然，公立醫院縮減正職員額數，開始進用約用護理人員，私人機構則祭出遇缺不補的法寶，導致臨床護理人員一片哀號，因為工作量加大，部分人員萌起離職念頭，造成離職人數持續偏高，臨床人力不穩定，新進人員初進入臨床，遇到如此困境，更是雪上加霜，很容易因不適應而離職，如此惡性循環，嚴重打擊臨床照護品質。護理人力被嚴重刪減，固然是受到健保總額給付點值降低的影響，另一部分是護理主任們不夠堅持，對醫療機構管理者的要求唯命是從，漠視臨床護理人員的困境。

國內臨床上，護理照護人力主要包括護理師、護士及專科護理師或醫師助理，其專業能力參差不齊，人員的異動頻繁，對照護品質的衝擊極大，若能參考國外模式，建立不同能力層級混合的護理人力（skilled mix），譬如有專科護理師、臨床護理專家、護理師、照顧服務員，依其執業特色及專業能力，藉由團隊合作的模式，共同照護病人，以提升照護品質。

近來，眾多醫療機構之新進人員在三個月內的離職率高達 30%~70%，令人瞠目結舌！人力緊縮造成資深護理人員的負擔及心理壓力加重，大多數人在高壓下，情緒較不穩定，很難維持其正常工作表現，遑論還要有耐心仔細指導新進人員，這時候就看運氣而定，導致新進人員經常抱怨臨床步調過快，壓力太大，決定離職。而順利留下的人員，其適應過程及能力養成，也面臨極大的挑戰，有些基本護理技術以前從未執行過，對藥物也不熟悉，甚至一班要照顧十個或更多病人，無法適當安排護理活動的優先次序，紀錄不完整，或者交班遺漏重要事情，經常忙過頭，不是誤餐就是下班後再吃飯。當病人情況變差，家屬也跟著緊張焦急，頻頻探詢病情，護理人員要是回答不慎，或顯不耐，動作較慢，甚至語氣不悅，非常容易和家屬擦槍走火，引發一場可避免的糾紛。

資深護理人員的專業能力是否比較好？其實也不然，以提升病人之自我照顧能力為例，臨床上，許多「慢性阻塞性肺炎」的病人經常重複住院，醫師會開噴霧型吸入劑使用，護理人員認為病人「應該」會使用，而不特別指導病人如何正確使用噴霧型吸入劑，事實上，很多病人經常使用錯誤，影響到藥物的療效。另一種情形是病人開完刀，傷口仍未拆線，也貼著紗布，出院回到家，病人或家屬不知道該怎麼處理傷口？可不可以洗澡？經常照顧不慎，造成傷口感染，必須再入院接受治療。再舉個例子，膝蓋開刀，回到家後，該如何上下車？穿褲子？穿襪子？病人若沒有於住院期間被充分指導，出院後經常無法立即適應身體功能損傷帶來的不適，這些或許因護理人員忘了指導，或不知道要指導，直接影響到照護品質。

臨床上，雖然在推動護理人員專業能力進階制度，護理人員除達到各機構所訂之要求外，尚須繳交一份案例分析（N1-N2）或個案報告（N2-N3），這是否能確實提升護理人員之專業能力？令人質疑，這些報告或許可以看出護理過程的適切性及完整性，但難以評定其他之專業能力如溝通和人際關係，普遍上，絕大多數護理部門主管將此制度奉為圭臬，極力督促推動，許多臨床人員卻頗為排斥，覺得是被主管逼著寫報告，極度無奈。臨床之在職教育比較著重在技能的指導，大多數以傳統的授課方式進行，是否真正吸收其內容？並未有一套客觀的評量標準，實際之教育成效未必反映於臨床能力上，人員間的學習差異是存在著，儘管醫療科技一直在進步，但取的合適的教學模型或電腦模擬的情境，是非常困難的。

消費意識的抬頭，病人越來越注重其就醫及照護相關權益，但是我們的護理教育課程對護理倫理相關的知識卻著墨不多，今年新制醫院評鑑基準將護理倫理之臨床運用列為考評重點，督促醫療機構開始將護理倫理議題規劃為常態的在職教育之一，但仍然無法深入，多數之臨床人員在這方面的思考及推動仍是被動無知的，未來需要更具體的教學方式，引導臨床人員重視此一議題。國際上，普遍將護理倫理概念及實行列為護理人員之基本專業能力，並成為工作職責的一部分，反觀，國內鮮少將此列入，這如何能向護理人員傳遞重視護理倫理之重要訊息。

許多護理人員普遍反映其工作滿意度低落，為什麼？這或許需要進一步探討。難道護理人員覺得對病人及專業毫無貢獻嗎？除繁重的臨床照護工作外，其均被期待參與其他業務如臨床研究，我們臨床護理人員的教育背景組成複雜，有各種不同學制，一般醫院護理人員，專科大約佔 40%~60%，大學佔 30%~50%，研究所 10% 以下或更低，這說明了絕大多數的人未接觸或受過完整的研究訓練，而少數有研究經驗的主管們，又被臨床業務操勞，導致臨床上，鮮少能以具體之研究結果呈現護理成效或護理問題，藉此尋求來自管理階層或政策層面的支持，以開創護理專業的

生路。近年來，醫院評鑑制度要求教學醫院呈現具體研究成果，許多基層主管及人員被迫參與/從事研究，試想他們的能力可以嗎？這種政策導致許多護理人員的痛苦指數急遽上升，我們有必要逼迫未經適當訓練的人員接受如此磨練？這值得護理主任們好好思考。沒有快樂的臨床護理人員如何能提供「好」的照護品質？

臨床的現況是如此！而我們的護理專業團體對護理人員專業能力，仍未明確訂定之。盧（2003）等學者採用焦點團體座談法和 Delphi 專家預測法，建立本土版的護理能力標準，並與國際護理學會所提版本做比較，發展成一般護理人員的護理能力標準，仍需進一步取得產官學界的共識。沒有建立一套護理能力標準，會繼續讓目前的亂象繼續存在，護理人員無從依循且明確知道其應具備何種專業能力才算稱職，更無法達到民眾對照護品質的期待。

2. 社區衛生護理專業能力的一般狀況與困境

而國內在社區衛生護理這方面，又是如何？在健保制度之前的年代，我們的公共衛生發展已建立不錯的基礎，行之有年的制度不勝枚舉，公共衛生護士以行政區域劃分執業範圍，提供從產前照護、嬰幼兒保健、疫苗注射、學校衛生、職場衛生至社區老人訪視等服務，不同於現今的服務主要有：篩檢業務、健康促進/營造、居家護理、居家安寧及長期照護。但在健保制度成立之後，受到給付方式及醫院為創造最大之利潤空間的雙重影響下，原本紮實的公衛業務開始產生質變，眾多私人醫院根本沒有提供公衛服務，就連許許多多的公家醫療機構也變的不太重視其重要性，在 SARS 期間，終於暴露出我們的公衛系統已嚴重瓦解的事實。

以目前而言，我們的社區護士在推動業務上仍維持非常傳統的被動角色，大都由衛生主管機關在主導相關的業務，簡而言之，就是以「政策」為導向，政府必須透過所謂的試辦計畫，提供適當的補助款以激勵醫院參與推動疾病預防或健康促進計畫的動機，例如子宮頸抹片篩檢、菸害防治、檳榔防治等等，否則大家就選擇對自己最有利的業務為優先。

這些因素當然會影響我們社區護士對其專業的認知和發展，普遍而言，他們在綜合醫院內的員額編置數極低，在一項對國內區域型以上醫院的電話調查，發現大多數醫院社區護理人力的編置數是個位數，少數教會醫院除外，通常其能見度不高，也不是很受其他護理同儕的重視或肯定，一般缺乏評估整體社區的能力，只是被動地接受業務，並非全面性且主動去推出活動以滿足民眾健康之需求，即使配合國家政策執行眾多的篩檢活動，但對於社區民眾的健康需求仍無法主動且具體地確認其優先次序，種種服務均以供應面為出發點作思考，因為背後有衛生機關在督

考，卻極少反思社區民眾真正的健康需求是什麼？

此外，隨著外來移民的增多，他們的健康需求會和本國民眾的有些差異，我們的社區護士真的具備了解來自不同文化之民眾的健康需求的能力（cultural competence）？答案是不確定的，或許有區域上的差異。政府這幾年來，漸漸注意到外來移民的就醫需求，有提供一些婦女補助；反之，本國婦女就沒有類似的補助。而在精神心理諮商與轉介的服務，受限於醫療資源分布不均的影響，許多地方根本沒有醫院或醫療機構提供其社區民眾此項服務。

對於社區衛生護理人員之專業能力，台灣護理學會社區衛生護理委員會（2005）參考美國護理學會所定之標準，而發展本土版的社區衛生護理執業準則及專業能力表現，並將專業能力再細分成五大執業場域專業能力：以醫療院所為基礎的社區護理、衛生所、學校衛生、職業衛生及長期照護，內容完整且具體，堪稱國內護理專業能力最完善的版本。簡述如下：

2.1 以醫療院所為基礎的社區護理人員的角色與職責

在人口老化、慢性病盛行下，衛生署將推展慢性病患出院準備服務及轉介制度列為重要政策，且由於健保財務緊縮以及醫療資源有限，在醫療院所的護理人員依個案照護上之需求是需要與社區衛生照護服務相銜，其所扮演的角色儼然為個案的健康照護管理者，以整體性、全面性的角度，來爭取個案/家庭個別性的最大的照護利益。

在功能上重視聯繫、協調與整合，包括在各醫療團隊間、社區資源間，甚至保險財務之間，都是個案/家庭的最佳健康照護管理者。在從事此工作的人選規劃上，各醫院多以護理人員為主，少數則以社工師介入。

在持續性照護部分，醫院有各種慢性疾病的個案管理師，如糖尿病衛教師、癌症個案管理師，在協助順利出院返家或轉介機構部分，醫院有專任出院準備服務護理師（出院準備服務個案管理師）提供協助，或者委由醫院的居家護理師介入，也有醫院以護理長或資深護理人員兼任協助之，醫院與社區的藩籬，不復存在。

其角色職責如下：

項目	角色	職責	
第一段	健康促進	教育者	與社區服務網路連結，宣導持續性照護概念與功能。
		資訊提供者	運用家庭評估與社區評估，掌握最新的健康照顧政策、資源，提供給個案/家庭/醫療團隊。
		諮詢者	依個案/家庭個別需求，提供持續性健康照護服務與健康促進的資訊。
		健康代言人	參與各項持續性健康照護服務與健康促進的議題，爭取個案/家庭最適宜的照護與權益。
		協調者	聯繫與協調社區資源，提供符合個案/家庭需求的持續性健康照護服務資源。
		管理者	運用家庭評估與社區評估，提供個案/家庭最大的持續性健康照護服務。
	健康保護	評估者	運用家庭評估與社區評估，危害個案/家庭健康照護之環境與健康照護的管理型態。
環境監控者		協助個案/家庭選擇或調整合宜的健康照護環境。	
第二段	治療性的照護	照顧提供者	參與病患的照護計畫，依業務要求或必要時，親自指導協助提升病患/家庭自我照護能力。
		協調者	協調醫療團隊，提供個案/家庭整體性的持續性健康照護服務資源。
第三段	疾病傷害殘障的	評估者 個案發現者	辨識高危險群，即早協助出院準備服務。
		領導者	主動引導個案/家庭/醫療團隊持續性照護的執行與安排。
		協調者	協調整合各項個案/家庭所需的社區持續性健康照護資源。
		健康代言人	為個案/家庭爭取並促成所需的持續性健康照護服務。

預防	個案管理者	為個案選擇與決定最合適的持續性健康照護服務。
行政管理	成效管理者	彙整並監測個案管理相關報表。
	評值者	分析相關報表與成效。
	資源管理者	建構與檢討醫療院所與社區持續性健康照護服務資源聯繫網路的合作模式與成效。
	報告者 教育者	能整理資料，以口頭或書面報告，進行經驗傳承。
研究	研究者	能根據現況與數據，提出研究計畫與改善策略，並將研究成果回饋於病患持續照護服務的實務中。

2.2 以醫療院所為基礎的社區護理人員的專業能力

根據台灣護理學會社區護理委員會新進完成的「社區護理人員專業範疇與專業職責規範手冊」(2005)，以醫療院所為基礎的社區護理人員的專業能力包括：

(1) 照護能力

A. 評估：

- (a) 能經由對個案整體家庭、醫療與使用的社會福利資源之了解，綜合評估醫院中有長期照護需求個案及家庭之健康狀況、相關服務的需求與改善的潛能。
- (b) 能運用團體相關理論，評估醫療團隊合作的困境與問題。
- (c) 能與其他專業合作，依據醫學、科學與護理學知識、民眾之健康信念、社區資源，社會福利制度現況，有系統及組織性之收集資料。
- (d) 能確認並開創社區資源。

B. 診斷

- (a) 能應用相關之學理分析及確認醫院中有長期照護需求個案的健康狀況與持續性照護問題。
- (b) 能運用團體相關理論，確認團隊共同目標。
- (c) 所作的診斷具時效性、正確性及可近性。

C. 計劃與執行

- (a) 能提出適合醫院中有長期照護需求個案及家庭之持續性照護計畫。
- (b) 能運用持續性護理之相關理論的概念，提供醫院中有長期照護需求個案及家庭健康諮詢、疾病照護、復健、資源連結使用等服務。
- (c) 能與其他健康照護提供者與健康照護提供機構，整合資源及協調合作，提供醫院中有長期照護需求個案及家庭最迫切，符合成本效益且適切的照護。

D. 評價

- (a) 能依據計畫目標評價護理效果，完成有時效性的評價。
- (b) 能分析影響持續性照護效果與團隊合作的各項因素。
- (c) 能依評價之結果修改持續性照護計畫並督促執行。
- (d) 依評價結果能適時為有長期照護需求之個案與照顧者，爭取最佳權益。

E. 管理能力

- (a) 呈現銜接不同層次長期照護服務的規劃與安排能力，如：優先次序、時效性、人性化。
- (b) 能提出健康照護行政與資源管理的業務問題。
- (c) 能應用行政原理和團體動力等技術，解決個案長期照護服務的規劃與安排之問題。
- (d) 能分析影響個案長期照護服務的規劃與安排的因素，並執行改進措施。
- (e) 在業務上具有成本控制及品質改進的觀念。

F. 教學能力

- (a) 能依據個案及家屬的心性發展和認知的程度，提供相關資訊。
- (b) 能應用教學理論與方法，對個案及家屬提供個別化的健康管理指導與諮

詢。

- (c) 能應用教學原理與方法，協助醫療團隊了解個案後續照護計畫。
- (d) 能評價教學的成效。
- (e) 對同仁作經驗分享。
- (f) 對護生及新進人員提供適當支持性之實習環境。

G. 協調能力

- (a) 能運用團體理論主動與醫院相關部門和社區相關長期照護團隊協調合作。
- (b) 能與社區相關醫療及社區資源的機構和人員，建立良好人際關係與協同合作。
- (c) 能主持服務單位內或社區小型會議，如個案管理人員小組討論會、醫療團隊討論會或後續照護機構座談會。
- (d) 能有組織、有系統的報告及作工作紀錄。
- (e) 能掌握與整合社區資源。

H. 自我及專業成長能力

- (a) 能掌握社會政策與脈動，主動提出學習需要，並持續學習。
- (b) 能觀察照護個案、家庭的感受及社區反應，並作自我調整。
- (c) 能尊重個案，保護其隱私權。
- (d) 能將協助個案接受持續照護服務的經驗發表與分享。
- (e) 能主動發覺新知，並運用於臨床情境中。
- (f) 能藉著參與護理研究，以協調護理專業與社區衛生護理之間的聯繫與發展。
- (g) 能參加護理專業組織，成為有影響力的會員。
- (h) 能運用批判性思考及護理過程於工作實務中。

I. 研究能力

- (a) 能在有效輔導下，執行研究及完成之。
- (b) 能應用研究成果於個案後續照護指導、照護服務的銜接與照護資源管理的工作中。

醫院護理人員從事社區護理，不論是社區健康營照的健康促進或是後續照顧，

許多都是在健康照顧政策下轉型而來，在醫院中，是屬於少數的幾個人或幾十個人，規模不大但是卻向醫院對外的行銷或公關形象的代表，這些護理人員最常要做也是最感頭痛的事，包括他們不是決策者但是卻是各項方案的規劃者與推動者，就像蒙著眼睛摸大象，揣測計畫方向時有許多的困惑，卻缺乏支持系統與夥伴，多靠自己去探索，這種現象可以在各醫院的社區健康營造計畫或出院準備服務方案，幾乎完全相同的規劃書或計畫案，相當缺乏各自醫院的特色，略見一二，這類護理人員的能力困境包括：

1. 角色與職責並不明確
2. 規劃寫作能力不夠充分
3. 運用資源能力常受限於對社會脈動與政策的敏感性

截至目前，不論在社區營造或續照護領域執業的護理人員，幾乎都是該項方案的主要人力，護理專業在此領域堪稱具有一定的優勢競爭力；就專業能力而言，在以醫院為基礎的服務模式中，由醫院護理人員轉任此領域工作在照顧能力上自然已有很好基礎，惟慢性病照顧或長期照顧的照顧理念與急症照顧仍有分野，在照顧能力方面需要建構以病人需求、以家庭為中心、開發個案/案家內在資源為主體的照顧理念，此外如教學、管理、協調、自我發展、及研究等方面的能力需要也是要植基於個案/案家為主體的方向，護理專業在這個領域中才能持續保持優勢。

由前述醫院中社區護理業務的範疇，可以了解社區化照顧的發展方向以儼然成型，除了健康社區營造計畫或後續照顧方案以外，健保局近幾年所倡導的糖尿病共同照護網、慢性腎臟疾病照顧網（CKD）、社區醫療網或總額給付制度，或衛生署推動的公衛群、醫事醫療群等計畫，除了要思索護理專業的利益與尊嚴，更重要的是護理專業在整個社區化照顧中的貢獻，以醫院為基礎的社區護理人員的角色/職責與專業能力，需要得到較多的資助。

除此之外，台灣護理學會社區護理委員會參考美國與加拿大的文獻，新近完成的「社區護理人員專業範疇與專業職責規範手冊」（2005）中也提出衛生所（室）護理在公共衛生護理人員的角色/職責以及專業能力，本文將引述如下：

3. 衛生所（室）公共衛生護理人員的角色與職責

衛生所（室）護理在公共衛生護理人員的實務上，著重於第一級的預防和健康促進，為了達成此目的，衛生所（室）護理人員與各種專業人員組成團隊，推動和執行工作和計畫，共同服務團體、家庭和個人。確認某些疾病、殘障或早夭等危險群，並尋求對這些團體直接的資源，作最有效的措施。以民眾的參與，特別是有共

同健康危險因子的團體，和其他社區內健康計畫和自助活動的團體，來有效的減除危險因子和促進社區健康。

項目	角色	職 責	
第一 段 預 防	健康促進	教育者 訓練者	增進民眾、家庭、社區發展處理健康問題之能力。
		諮詢者	提供民眾、家庭、社區促進健康資訊。
		資訊提供者	增進民眾、家庭、社區發展處理健康問題的能力。 確認及提供民眾、家庭、社區健康需要訊息。
		諮商者	協助民眾、家庭、社區了解及接受其健康問題。 評估及發現民眾、家庭、社區健康問題。
	特殊保護	環境監控者	監控社區及家庭環境安全。
		預防接種者	提供民眾預防接種。
第二 段 預 防	健康監控者	評估及發現民眾、家庭、社區健康問題。	
	早期診斷和治療 健康篩檢者	提供民眾健康篩檢—兒童健康檢查、三高篩檢、子宮頸抹片檢查。	
第三 段 預 防	限制殘障	照顧提供者	提供家庭所需之護理及督導相關醫療院所提供所需的醫療保健服務，督導相關醫療院所需醫療保健服務。
	復健		緊急照顧者
			復健者

行政管理	行政者	領導統御、政策、計畫與行政。 成本控制及品質改進。
	執行者	擬定與辦理衛生所（室）人員的訓練與教育。
	管理者	管理社區健康資源。
	協調者	協調及整合各種資源服務。
研究	研究者	參與社區研究，收集及分析社區之健康需求。

衛生所（室）公共衛生護理人員的專業能力包括以下六項：

（I）照護能力

（1.）評估

- A. 能經由對個人、家庭、群體及社區健康史及病史的收集，綜合運用身體評估技巧及對健康的發展問題的界定方式，完整評估個人及家庭之身心社會的健康狀況與潛能。
- B. 運用社區評估理論，評估社區之健康問題，確認社會資源。
- C. 能與其他專業合作，依據流行病學原則、科學知識之健康信念、社區資源，有系統及組織性之收集資料。

（2.）診斷

- A. 應用相關之學理分析來確認個案、群體、社區的健康問題。
- B. 能應用相關之學理分析與社區代表及專家共同來完成社區健康診斷。
- C. 護理診斷具時效性、正確性及可近性。

（3.）計畫與執行

- A. 能提出適合個案及家庭之護理計畫。
- B. 能運用護理及相關理論的概念，執行個案及家庭之健康促進、健康諮詢、疾病照護、及復健等服務。
- C. 能應用護理及相關理論完成社區健康計畫。
- D. 能整合其他健康照護提供者與健康照護提供機構之資源及協調其合作，提供個人、家庭、團體最迫切的照護。
- E. 提供社區疾病預防及篩檢服務。

（4.）評價

- A. 能依據計畫目標評價護理效果，完成有時效性的評價。
- B. 能分析影響護理成效之因素。
- C. 能依評價之結果修改護理計畫並執行。
- D. 能依評價結果適時為個案爭取最佳權益。
- E. 依執行結果，提供衛生局修改相關促進健康、維護健康的衛生政策。

(II) 管理能力

- 1. 能呈現不同個案管理特質，如：優先次序、時效性、人性化。
- 2. 能提出護理行政的業務問題。
- 3. 能應用行政原理和技能，解決護理業務的問題。
- 4. 能分析影響護理業務推行之因素，並執行改進措施。
- 5. 在業務上具有成本控制及品質促進的觀念。

(III) 教學能力

- 1. 能依據個案及家屬的發展和認知的程度執行護理教學計畫。
- 2. 能應用教學原理與方法，對個案及家屬提供個別化的護理指導與諮詢。
- 3. 能應用教學原理與方法，執行團體衛教。
- 4. 能評價教學的成效。
- 5. 對同仁作經驗分享。
- 6. 對護生及新進人員提供適當支持性之實習環境。

(IV) 協調能力

- 1. 能運用團體理論主動與公私部門及相關人員協調合作。
- 2. 能與社區醫療相關單位建立良好人際關係及協調合作。
- 3. 能主持服務單位內或社區小型會議，如護理人員小組討論會、社區媽媽教室。
- 4. 能有組織的完成具有時效性的報告及工作紀錄。
- 5. 能整合社區資源。

(V) 自我及專業成長能力

- 1. 能掌握社會政策及脈動，主動提出學習需要，並持續學習。
- 2. 能觀察護理之個案、家庭的感受及社區反應，並作自我調整。
- 3. 能尊重個案，並保護其隱私權。
- 4. 能主動發覺新知，並運用於社區情境中。

5. 能藉著參與護理研究，以協調護理專業的發展。
6. 能參加護理專業團隊，成為有影響力的會員。
7. 能運用批判性思考及護理過程於社區衛生護理工作實務中。

(VI) 研究能力

1. 能在有效輔導下執行研究及完成之。
2. 能應用研究成果於護理工作中。

隨著社會變遷公共衛生議題也不斷衍生，業務重點隨之轉變，都會區與非都會區間健康照顧資源的落差，衛生所（室）公共衛生護理業務的質變與量變，挑戰著公共衛生護理人員的專業能力，現階段的困境包括：

(1.) 角色職務與教育準備度之落差影響專業能力：

整體護理課程以醫院護理為主軸，絕大多數畢業生從事醫院中臨床護理服務的護理人員，雖然多數公共衛生護理人員也是由臨床護理人員轉任，但是公共衛生護理人在社區中需要對社會議題的敏感度；在業務的規劃與評值能力以及認識、運用或動員社區資源的能力等，需要經過適當的在職教育方能勝任。

許多新的公共衛生議題也需要在繼續教育中提供，過去國內曾有公共衛生護理人員的培訓計畫與機構，例如早期 CMB 社區護理訓練班、台北市公共衛生教學示範中心、台灣省公共衛生教學實驗院、台灣省公共衛生研究所等都曾發揮公共衛生護理人員培育搖籃的功能，至今這類機構或組織已都轉型。

(2.) 人力不夠充分：

隨著公共衛生業務之轉型增加，公共衛生護理人員之數量多年來並未有所增加，全國 372 所衛生所中，公共衛生護理人員數約為 2,500 人，都會區如台北市、高雄市、台中市、台南市、新竹市、台北縣等平均每一位公共衛生護理人員需照顧 15,000~22,000 人，其餘縣市則在 5,500~10,000 人之間（衛生署，2005）。

4. 安寧療護護理專業能力的一般狀況與困境

- (1.) 以往的「照會制度」只有照會「專科醫師」，但安療的共同照護主要是照會護理人員，將安寧的理念(philosophy)及實務(practice)推及(out reach)

其他科別。

以下是兩個實例說明「共同照護」的好處，及目前我國一般護理人員的能力情況：

A. 痛到「麻木不仁」(apathy) 的 83 歲老阿伯：

王老伯是前列腺癌轉移到肺、骨、肝。因骨痛及腹痛未受到適當的控制，長期煎熬下阿伯雖意識清楚，但不睜眼不看人不說話，只緊咬牙根忍痛。泌尿科醫師照會安療護護理人員來作共同照護。安寧護士作了疼痛評估，並教會當科護理人員如何做連續 24 小時的評估，評估資料供醫師作為開處方依據，改掉藥物及滴定藥物劑量，三天後阿伯笑了，並起床吃喝，病人家屬幾乎要向安寧護士下跪道謝。

B. 腹瀉到肛門潰爛的張先生：

張先生肝癌末期，因 Amonia 過高，造成肝昏迷，住進肝 膽內科病房，醫師處方 Lactulose 使病人大量腹瀉，病人雖然甦醒了，但肛門卻因長期大量腹瀉而潰爛，張先生因此不肯吃喝，不肯下床。照會安寧護士後，請家屬購買 30 元一個的陰道沖洗器，每次排便後用溫水沖洗，並用吹風機吹乾，絕不用衛生紙擦拭。清潔肛門後塗上「氧化鋅軟膏」造成皮膚與腹瀉物之間的障壁。每天 2 次換葯時用橄欖油拭去舊的污染氧化鋅軟膏再塗上新的。三天後肛門傷口癒合，病人肯吃肯喝並下床行動。該病房護理人員也學到護理的功能與貢獻。

(2)「病人安全」(patient safety) 的機制建立，首重護理人員的關懷、倫理、及負責 (caring, ethics, 及 accountability) 的態度與人生哲學。目前我國護理人員普遍缺乏此種核心素養：護理人員在學習「基本護理學」時，都會要求給藥時要「三讀五對」，考試時若未遵守此原則，該門課可能會不及格。但學生一出學校，或旁邊沒有老師守著，便會疏忽了「三讀五對」。若要建立「病人安全」的制度，外在處罰的制度是不夠的，出了事寫份報告，或「官官相護」下就掩蓋過去了，最釜底抽薪的方法是改變護理人員的態度，提升其「民胞物與」的關懷精神及負責任的態度。

以下兩個實例說明態度及人生哲學建立的重要性：

A. 被自己女兒弄斷腰椎的李阿姨：

李阿姨患乳癌，轉移到全身骨頭，住醫院中由 18 歲的小女兒照顧。護理人員在發藥時隨口對女兒說：「妳媽媽整天臥床，肌肉與關節都會僵硬，妳要給他作運動！」於是小女兒就給媽媽作床上運動，卻不知已有癌細胞轉移的腰椎不小心就折斷了，從此李阿姨就半身癱瘓、

大小便失禁。小女兒跪在病人床前痛哭，罵自己不是人，媽媽這麼辛苦，還給媽媽的骨頭折斷！護理人員只有口唇服務（lip service）並不犯法，也無法告她過失傷人，他自己不親自動手照護，又不教導家屬作，是目前我國護理人員普遍缺乏核心素養的狀態。

B. 被護士耽誤的林奶奶：

林奶奶因高血壓及糖尿病血糖控制不好而住院，每天會測四次血糖。住院一周後有天護士來量體溫（TPR），量完林奶奶後女兒問：「小姐，請問體溫多少？」護士回答：「37.5°C，沒有發燒。」林小姐說：「我媽媽的體溫一向只有36°C左右，37.5°C為她已經發燒了，可否請你告訴醫師？」護士說：「笑死了！37.5°C哪裏算發燒？我們是38.5°C以上給冰枕，39°C才通知醫師給藥。」說完就走了。結果第二天林奶奶因敗血性休克（septic shock）轉加護病房（ICU），前一天37.5°C時就已經發生敗血症了！

「倫理式微，法律才興起」，那些沒有倫理的人只好靠法律制裁。醫療界已因邱小妹事件開始覺醒倫理的重要。但護理界還未覺醒，關懷、倫理、負責（caring, ethics, accountability）等是最重要的核心價值。「病人安全」應是建立在「將心比心，立場對調」的修為上，對於每一位病人/家都能想到「若是我自己，或是我的親人，我有什麼感覺？」這樣的風氣及引導需要被領導階層重視。

（二）國際上的努力與演變

國際護理學會於1995年即揭櫫護理人員的專業責任包括促進健康（promoting health）、預防疾病（preventing illness）、重建健康（restoring health）、和減輕苦痛（alleviating suffering）。護理人員會在不同的職場執行這四項專業責任，依前述之護理人員專業執業範圍，參與急性照護之護理人員含居家護理師應以重建健康（restoring health）和減輕苦痛（alleviating suffering）為要，公共衛生護士則著重在促進健康（promoting health）及預防疾病（preventing illness）。國際上的護理專業團體這些年來一直致力於發展護理人員之專業能力標準，以供護理人員有所依循，並進而更新提升其專業能力，奠立專業地位。首先，國際護理學會針對一般護理人員（the generalist nurse）之專業角色做極明確的說明，涵蓋急性照護至社區護理：

1. 對社區中所有家庭各年齡層之個人提供健康促進和疾病預防
2. 對社區或機構內身體或心理生病者、殘障有復健需求者之照護的計畫與管理

3. 對臨終者的照護

國際護理學會訂定之一般護理人員專業能力

(International Competencies for The Generalist Nurse)

主要的能力 (competencies)		能力描述
一、專業、倫理和守法	(1) -1 負責任	(1) 對自己專業的判斷和行動負責。 (2) 了解自己專業角色和能力的限制。 (3) 當護理照護已超過自己的能力或職業範圍需專家介入時，需提出諮詢。 (4) 當病人之需求超出護理專業執業範圍，諮詢其他醫療業人員。
	(1) -2 倫理	(1) 有效地參與倫理決定。 (2) 擁護病人權益保護其人權。 (3) 尊重病人獲取資訊的權利。 (4) 確保病人之書面和口頭訊息的隱私及安全。 (5) 了解病人有選擇健康照護的權利。 (6) 依從病人對其護理照護有自我決定的機會。 (7) 確保病人隱私權。 (8) 了解自我的信念和價值。 (9) 尊重個人和團體的價值、習慣、靈性信仰。 (10) 提供適合病人文化的照護。 (11) 適度地挑戰可能會對病人安全、隱私或尊嚴造成危害的照護方式。 (12) 辨識不安全的照護活動及適當因應以確保安全的照護結果。

	(1) -3 守法	<ul style="list-style-type: none"> (1) 了解護理和健康照護相關的法令和立法。 (2) 依據相關法令執業。 (3) 依據國家的政策和程序規範執業。 (4) 了解違反專業執業規範時須採取行動。
<p style="text-align: center;">二、 照護之 提供與 管理</p>	(2) -1 健康促進	<ul style="list-style-type: none"> (1) 了解國家健康和社會政策。 (2) 擁護參與健康政策發展的權利。 (3) 和其他專業及社區合作。 (4) 從全人照護的角度來看個人、家庭和社區及考量影響健康之多重相關因素。 (5) 執行完整系統性的健康評估。 (6) 參與健康促進和疾病預防的活動及努力於其成果評值。 (7) 了解健康促進和健康教育所需資源。 (8) 鼓勵並授權個人、家庭和社區採取健康的生活型態。 (9) 提供個人、家庭和社區合適的健康資訊以協助達到最佳的健康狀態。 (10) 支持發展或維護獨立生活技能的教育。 (11) 了解執行護理介入時提供護理指導的可行性。 (12) 運用不同的指導和學習策略等知識於臨床上。 (13) 評值學習成果和了解健康行為。

<p>(2) -2 提供照護</p>	<p>(1) 運用適當的知識於臨床照護。 (2) 整合正確和適當的研究發現於臨床上。 (3) 使用和討論創新護理及健康照護之變化。 (4) 具批判性思考和問題解決之技能。 (5) 展現建全的臨床判斷和據此做出臨床決定。 (6) 排訂護理活動之優先次序和有效管理時間。 (7) 了解幫病人代言的過程。 (8) 協助個人和家庭面對健康的變化、殘障和死亡。 (9) 言簡意賅地呈現訊息。 (10) 正確解讀數字資料及其與安全健康照護的重要性。</p>
<p>(2)-2-1 評估</p>	<p>(1) 執行完整和系統的護理評估。 (2) 正確地分析、記錄和解讀資料。</p>
<p>(2)-2-2 計畫</p>	<p>(1) 和病人家屬或照顧者合作共同擬定照護計畫。 (2) 諮詢適當的醫療團隊成員。 (3) 確定病人家屬和照顧者取得足夠的資訊下做成照護決定。 (4) 當病人/家屬要求或有限制/困難做成決定為其找代言人。 (5) 建立照護的優先次序。 (6) 辨識預期的照護結果和達成此結果所需的時間。 (7) 定期檢視和修訂照護計畫。 (8) 紀錄照護計畫。</p>
<p>(2)-2-3 執行</p>	<p>(1)執行有計畫的護理照護達到辨認的結果。 (2)和病人家屬建立夥伴關係。 (3)有效的回應緊急和災害情況。 (4)在非預期和快速變化的環境有效地因應。</p>

	(2)-2-4 評值	(1)評值並紀錄朝向預期結果的進展。 (2)和病人家屬照顧者合作審視朝向計畫結果的進步情形。
	(2)-2-5 治療性的 溝通和人 際關係	(1)透過適當的溝通和人際技巧之運用，開始、發展和結束治療性關係。 (2)以口頭、書面形式，一致性地溝通有關病人適當、正確、完整的健康情形。 (3)確定給病人的訊息是被適當且清楚的表達。 (4)適當回答病人的問題、要求和困難。
	(2)-3 照護管理 (2)-3-1 危機管理	(1)利用品質保證和風險管理策略，創造及維持一個安全的照護環境。 (2)使用適當的風險評估工具找出真實及潛在的危險。 (3)利用適當的原則確保安全的給予治療性物質。 (4)執行感染管制措施。 (5)向主管機關溝通有關病人安全的憂慮並紀錄之。
	(2)-3-2 專業間健 康照護	(1)呈現與其他專業共事之知識與能力。 (2)建立並維持與護理同仁之建設性的工作關係。 (3)維持合作關係促成有效的跨專業團隊。 (4)重視所有醫療團隊成員的角色和技能。 (5)和其他醫療團隊成員參與病人照護的決策。 (6)和其他醫療團隊成員檢視和評值照護活動。
	(2)-3-3 授權	(1)授權他人執行屬自己的專業責任範圍之照護活動時，應追蹤其結果。
三、 專業發展	(3)-1 專業提升	(1)促進和維持護理專業形象。 (2)致力於護理專業的發展。 (3)重視對護理發展和改善照護標準有貢獻的研究。 (4)擔任角色模範。 (5)呈現提供護理和健康照護的領導角色。

	(3) -2 品質促進	(1)利用證據於照護品質之評值。 (2)參與品質保證程序。
	(3) -3 持續教育	(1)了解定期檢視自我能力的必要性。 (2)採取行動達到繼續教育的要求。 (3)負起終生學習的責任。 (4)努力於護生和同儕的教育及專業發展。

以負責任 (accountability) 為例說明國內外護理人員專業能力之差異，在美國，臨床護理人員經常要執行電話醫囑，通常在接獲電話時，會仔細報告其所評估病人之情形，接受醫囑並執行之，遇有質疑之處，即向主治醫師請教或討論。我們的護士一直被老師教導要求百分百遵從醫囑，有時候即使不對的醫囑，也去執行，事後就責怪是醫囑開立錯誤，而忽略了護理專業人員仍應對醫囑內容判斷，並對其護理措施負責任，這也是在護理養成教育過程，值得提出來討論的核心能力之一。

美國護理學會 (The American Nurses Association, ANA) 自 1960 年代後期就積極參與護理執業標準的發展，在 1973 年出版第一版的護理執業標準，這些標準屬一般性的，適用於所有臨床護理並著重在基本之護理過程。爾後 ANA 繼續努力修訂，陸續將護理專業執業範圍和能力之說明更新再版 (ANA, 2004)，將臨床護理人員分為兩類：一般護理人員 (professional registered nurse) 和進階護理人員 (advanced practice registered nurses)，並對兩者之專業能力有具體之規範說明。ANA 一致認為一般護理人員最好是大學護理系訓練出來的，具備以下基本護理過程的專業能力標準：

1. 評估 (assessment)。
2. 診斷 (diagnosis)。
3. 確認照護結果 (outcomes identification)。
4. 計畫 (planning)。
5. 執行 (implementation)。
 - (1.) 協調照護活動 (coordination of care)。
 - (2.) 健康指導和健康促進 (health teaching and health promotion)。
 - (3.) 諮詢 (consultation)。
6. 評值 (evaluation)。

護理過程是臨床護理人員照護活動的基礎，是最基本的也是最重要的，此外，ANA 也列出其他九項專業能力標準：

1. 臨床品質 (quality of practice)。
2. 教育 (education)。
3. 臨床專業評值 (professional practice evaluation)。
4. 同事愛 (collegiality)。
5. 合作 (collaboration)。
6. 倫理 (ethics)。
7. 研究 (research)。
8. 資源利用 (resource utilization)。
9. 領導 (leadership)。

以上這 15 項的護理專業能力均有評量標準，每項能力標準有不同的主要指標 (indicators) 為其判定勝任與否之依據。

進階護理人員是指具有碩士以上學歷之護理人員，擁有更專精的臨床知識和技能，能統整分析複雜的臨床資料，適時作出判斷及處置。這些進階護理人員包括專科護理師 (nurse practitioner) 和臨床護理專家 (clinical nurse specialist)，專科護理師可在急性和長期照護機構等不同職場提供健康照護和醫療服務，執行疾病診斷、開立藥物、處置、檢查、檢驗，並隨時評估治療效果，適時調整醫囑，提供病人直接的醫療服務。臨床護理專家是依其專業訓練科別不同而發展出類似次專科醫師科別的特色，如腫瘤護理專家、老人護理專家、社區護理專家、居家護理專家等角色，提供服務給個人、家庭或社區，運用專業知識並融合疾病發展和治療過程，深入評估個案的問題，擬訂護理計畫並連結適當資源，解決病人/家屬的問題。

在亞洲，與我們鄰近的國家，如香港和紐西蘭，也致力於提升護理專業能力，香港在 2000 年即全面終止大學以下之護理學制的存在，往後進入臨床的護理人員都具備大學學歷。紐西蘭護理學會 (2005) 依法建立其護理人員的證照及再認證制度，對其註冊護士和專科護理師均擬定一套明確的專業能力標準。

簡述如下表：

紐西蘭護理學會註冊護士專業能力(Nursing Council of New Zealand, Competencies for the registered nurse scope of practice)

主要的能力 (competencies)	能力描述
----------------------	------

專業責任	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對個人行為及提供給病人的臨床護理負責任，且符合護理專業、倫理及法令的要求。 2. 有能力運用 Waitangi 條約的原則於臨床護理。 3. 對指導、監督及評值護佐、新進人員和其他人所提供的護理服務負責。 4. 營造提供病人安全、獨立、具生活品質和健康的環境。 5. 提供適合病人文化且安全的護理。
護理照護之管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供有計畫的護理照護達到辨認的結果 (identified outcomes)。 2. 對在不同環境的病人執行完整且正確的護理評估。 3. 確保護理紀錄是正確的且維護其隱私。 4. 向病人充分說明所建議的治療方式之效果、結果和取代方案。 5. 當面對病人非預期的反應、衝突、威脅或其他危機情境，採取適當行動保護病人。 6. 和病人建立夥伴關係並評值其朝向預期結果的進展。 7. 提供適合病人需要的護理指導。 8. 向同儕及有經驗的護理人員請教、反思、評值照護的效果。 9. 維持專業成長。
人際關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能夠和病人建立、維持和結束

	<p>治療性人際關係。</p> <p>2. 和病人建立協商性的夥伴關係（negotiated partnership）。</p> <p>3. 和病人及醫療團隊成員有效溝通。</p>
專業間之健康照護和品質促進	<p>1. 和醫療團隊成員合作協調病人的照護。</p> <p>2. 了解並重視醫療團隊成員的角色和技能。</p> <p>3. 參與品質促進活動以監測和改善護理標準。</p>

紐西蘭護理學會專科護理師專業能力

(Nursing Council of New Zealand, Nurse Practitioner Competencies)

主要的能力 (competencies)	能力描述
清楚說明護理執業範圍	<p>1. 能定義專科護理師在健康促進、健康維護、健康恢復、預防照護、復健及安寧療護之獨立性和合作性執業範圍。</p> <p>2. 描述診斷過程，對特定群體之真實和潛在的健康需求及問題適時反應。</p> <p>3. 運用進階護理知識、證據護理提供持續性的照護改善病人健康結果。</p> <p>4. 用新方法延伸對不同環境之病人所提供的護理專業知識和照護。</p>
透過跨專業和場域的合作展現專業	<p>1. 提供適合病人文化且安全的照護。</p> <p>2. 運用專業判斷評估病人的健康情況、確立診斷、執行治療和護理介入、及轉介病人給其他</p>

	<p>醫療專業人員。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 發展創新的臨床照護方法 4. 處理複雜情況。 5. 快速預期情況。 6. 在專業領域採用專家技巧。 7. 運用批判性辯理（critical reasoning）於臨床決定。 8. 了解自己能力的限制，適時諮詢他人使病人得到適當的處置和治療。 9. 運用和解讀診斷性的檢驗檢查結果。 10. 正確記錄和執行評估、診斷、處置治療及追蹤。 11. 評值病人治療效果，必要時轉介。 12. 和病人、家屬及其他醫療人員合作並提供正確相關的處置和治療訊息。
<p>呈現有效的護理領導和諮詢</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在複雜的情形下，負起跨領域專業間領導的角色。 2. 能提供指導。 3. 帶領個案討論和進行簡報活動。 4. 引導改變並預先對變化中的系統適時回應。 5. 有效的護理資源者。 6. 參與專業的監督。
<p>發展及影響地方性和全國性的健康、社經政策之制定與推動</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評值健康結果及依此回應塑造護理專業。 2. 透過學術和臨床決定提供以證據為基礎的照護。 3. 反省和批判自己及他人的臨床照護。

	4. 運用以證據為基礎的研究發現影響採購及資源分配。
--	----------------------------

在社區護理方面，美國社區護理指導者學會（Association of Community Health Nursing Educators）提出社區護士在提供基本公衛服務需具備的專業能力，訂定十項最基本的公衛服務：

1. 監測民眾健康情形以找出社區健康問題。
2. 診斷及調查社區的健康問題與健康風險（health hazards）。
3. 告知、教育及授權民眾有關的健康議題。
4. 動員社區的夥伴關係找出和解決健康問題。
5. 發展支持民眾及社區為追求健康而努力的政策及計畫。
6. 落實保護健康及確保安全的法令規章。
7. 聯結健康服務予有需要健康服務的民眾，並確保提供健康照護。
8. 確保有勝任的公衛及健康照護人力。
9. 評值以個人及民眾為基礎的健康服務之效益、可近性與品質。
10. 研究找出解決健康問題的新想法與方法。

每項基本服務皆有具體之主要能力項目，所有幾乎是一致的，惟各基本服務所對應之能力描述會略有不同，以下就以第一項基本公衛服務簡述之。這與我國護理學會社區護理委員會所制定之護理能力標準不分軒輊，掌握絕大多數的核心能力，足供公衛護士參考及依循。

美國社區護理指導者學會之公衛護理人員專業能力

（Association of Community Health Nursing Educators, Competencies for Providing Essential Public Health Services）

主要的能力（competencies）	能力描述
分析和評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定義問題。 2. 適當使用量性和質性的資料。 3. 選擇和定義與公共衛生問題相關的變項。 4. 辨認相關與適當的資料訊息來源。 5. 評估資料的完整性和比較性及確認資料來源的差異。

	<ol style="list-style-type: none"> 6. 運用倫理原則於資料資訊之收集、維護、使用和傳播。 7. 依據量性和質性的資料作適當的推論。 8. 取得和解讀有關對社區之風險及好處的訊息。 9. 運用電腦系統和資料收集過程儲存及調出所需之資訊。 10. 了解資料與倫理、政治、科學、經濟及整個公衛議題的相關性。
政策發展/活動計劃	<ol style="list-style-type: none"> 1. 收集、整理及解讀與議題相關的訊息。 2. 決定採取適當的行動方式。
溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以任何形式進行有效的溝通。 2. 從個人及團體取得意見。 3. 為公衛計畫和資源代言。 4. 領導社區團體表達特殊議題。 5. 利用媒體、先進科技、和社區網絡溝通訊息。 6. 對專業人士及一般民眾能有效地提供正確的人口學、統計、科學及計畫相關的訊息。 7. 無偏見仔細凝聽他人意見，尊重別人的看法，鼓勵表達不同意見與見解。
了解文化 (cultural competency)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用適當的方法與各年齡層、各種生活型態喜好，來自不同文化、社經、教育、種族及專業背景的人敏銳地、有效地且專業地互動。 2. 了解對文化多樣性有貢獻的動力。
社區服務層面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發展、執行和評量社區民眾健

	康評估。
基本公共衛生學	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定義、評估和了解民眾的健康情形、健康及疾病因子、健康促進及疾病預防致因、及影響使用健康服務的因素。 2. 應用基本公衛知識如：行為和社會科學、生物統計學、流行病學、環境科學、慢性及傳染性疾病與傷害的預防。
財務計畫和管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 編列預算。 2. 在預算內執行計畫。 3. 使用預算的程序。 4. 發展決定預算優先次序的策略。 5. 監測計畫執行情況；提計畫案從其他外部來源申請補助；運用基本人際技巧於組織管理、激勵人員及解決衝突；利用資訊系統於資料的收集和回饋作為決策參考。
領導及系統思考	<ol style="list-style-type: none"> 1. 創造符合組織及社區內倫理標準的文化。 2. 辨認影響基本公衛服務之外在及內在議題。

國際上對安寧療護護理能力的努力與演變

安寧療護於 1967 年源於英國，後迅速發展至歐、美各地先進國家。在亞洲也隨著國家的發展程度而逐漸推展；日本是亞洲國家中最先推展安寧療護的國家。1967~1980 年代，歐美各國的安寧療護護理專業類似學徒制，護理人員大約須先受 6 個月的職前訓練，在安寧病房跟隨資深護理人員學習。最資深及能力強者，可派至作「居家護理」。因居家護理更需要獨立判斷及處理的能力。1980 年代之後漸漸發展出安寧療護專科的標準課程 (Palliative/ Hospice care curriculum for nurses)，及碩、博士的研究所規劃，使得安寧療護護理的能力更為提升(Saunders & Kastenbaune,

1997)。以下為 Center to Advance Palliative Care (2004) 所描述的安寧療護護理專業核心能力 (Description of care competencies in palliative care)。

安寧療護護理專業核心能力

(Description of care competencies in palliative care)

主要的能力焦點 competency focus	能力描述 Description of competency
疼痛及其他症狀的處理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 症狀的評估及達到病人/家可接受的處理結果。 2. 支持病人自己的抉擇使用其他輔助療法。
身體照顧及舒適護理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供一切所需的身體及生理護理。 2. 有能力促進病人的舒適。
情緒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 會積極傾聽 (listen actively) 。 2. 會同感 (理) 病人/家 (empathy) 3. 能支持病人/家所表達的情緒需要。
心理層面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有足夠的敏感度辨識病人/家的心理需要。 2. 能提供高品質的陪伴 (being with) 及答覆其需要的滿足 (doing for) 。
靈性層面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 促進病人/家尋找意義。 2. 促進病人/家靈性的成長。 3. 協助病人有意義地活到最後。 4. 可以轉介合適的靈性照顧人員。
文化層面	<ol style="list-style-type: none"> 1. 尊重病人/家的不同文化及表達方式。 2. 答覆病人/家的文化喜好及需要。
關係層面-家庭及社區	<ol style="list-style-type: none"> 1. 了解病人及家屬的需要並成為溝通橋樑。

	<ol style="list-style-type: none"> 2. 協助病人/家預期性哀傷之中的關係調和。 3. 協助病人及家屬處理過去恩怨，以達生死兩無憾的護理措施。
瀕死與死亡階段	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能夠辨認病人瀕死的徵兆。 2. 協助病人及家屬善加利用最後時光。 3. 協助病人在自己喜愛的地點死亡。 4. 協助家屬允許病人的死亡，並能恰當地道謝、道歉、與道別，縫補以往人際關係上的瑕疵。 5. 妥善執行遺體護理，並能為家屬提供善終的服務。
死亡之後	<p>準備家屬面對病人死亡後立即會發生的情況，並協助處理。例如：死亡診斷書，喪葬的安排，保險的給付，遺產的處理，工作及家庭的安排等。</p>
哀傷輔導	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人去世之前就開始了病人/家的預期性哀傷，應了解並提供適當的協助。 2. 提供傷慟者的支持與照顧。 3. 視需要作適當的轉介。
護理人員與病人/家的關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與病人及家屬建立信任與親善的關係（trusting & rapport relationship）。 2. 主動積極地表達關懷。
溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與病人/家溝通時保持生理與心理專注 2. 傳遞不好的訊息時（如疾病惡化，死亡在即等），須以高度敏感及不傷害的態度。

	3. 維持病人/家合理的希望
護理指導	1. 評估病人/家對疾病及照顧的知識、技能及疑問。 2. 提供對於疾病、照護、治療、及健康照顧體系所需要的諮訊。 3. 提供適當的轉介其他專業人員或資源。
團隊合作	1. 有團隊合作能力。 2. 團隊也包括病人本身及家屬，他們有權參與自己的照顧計畫。
倫理與法律	1. 遵守倫理的要求與法律的規範。

由前述之國內外所制定護理能力標準比較，可看出，國內護理界必須急起直追，結合產官學代表，制定本土版的護理能力標準，供臨床及教學使用。目前的許多現況，充分呈現護理人員的專業能力需全面提升，包括解決護理人力質量不均的問題，改善臨床人員的繼續教育或在職教育，增加對病人文化及醫療政策的敏感度，重視護理倫理及病人安全等議題，沒有回歸護理專業本質，做好臨床照護，就會失去專業的定位及發展，這些是刻不容緩的，責無旁貸的。

(三) 本政策規劃之建議

1. 預期達到的目標：

- (1.) 持續提升護理人員之執業能力。
- (2.) 建立一般及進階護理人員之專業能力標準。
- (3.) 協助新進護理人員之專業護理能力，進而提高續任臨床工作意願。
- (4.) 繼續強化安寧療護執業能力的發展。
- (5.) 提升護理主管領的能力。
- (6.) 強化護理主管有效應用護理人力和培育護理人力之能力
- (7.) 配合國家健康照護政策擴展護理專業執業範圍。
- (8.) 社區護理人員對國家健康照護政策的認知。
- (9.) 發展和擬定臨床護理照護指引。

2. 制度面的考量：

- (1.) 醫院設置護理人員在職訓練中心。
- (2.) 恢復全國護理人員研修中心之設置。
- (3.) 建議醫院設置臨床護理導師 (nurse educator)，負責規劃新進人員之教育訓練，並與各工作單位人員進行協助，盡量讓新進人員能於一個規劃週全及友善之環境下培養其整體護理專業能力。

3. 執行面的考量：

- (1.) 護理教育和醫院評鑑內容加重對執業能力和品質成效之評核。
- (2.) 檢討各醫院行之多年之護理人員臨床進階制度，設計出真正能反應出臨床專業能力之進階課程，可作為評估、考核臨床人員真正能力之依據。
- (3.) 產官學界代表研擬一般及進階護理人員之專業能力標準，並訂定評量工具與方法。
- (4.) 由衛生署和護理專業團體共同邀請國內權威性護理專家，期同規劃整體護理師資之培訓課程，以作為提升國內護理師資品質。
- (5.) 護理學界應設置一機制，將所有國家醫療政策和社會人口變化之資料及時納入繼續教育課程，例如新住民的照顧措施 (外籍配偶)、長期照顧的照顧管理趨勢等，促使社區護理人員在專業能力上同時提高。
- (6.) 由衛生署邀集產官學界代表，選出臨床最迫切常見的議題，透過文獻查證，凝聚共識，建立本土版的照護指引，並確保護理進階護理人員實際參與發展過程，回饋使用成效，如此，可透過研究設計了解其臨床效益。
- (7.) 擬定我國「護理臨床執業指引」，此指引之基本內涵應包括 (baseline assumptions) 如下所示「安寧療護照護品質之臨床執業指南」(Clinical practice guidelines for quality palliative care)：
 - A. 指南的目的。
 - B. 安寧療護的品質標準 (quality standards)。
 - C. 倫理規範 (codes of ethics)。
 - D. 持續性地修正 (ongoing revision)。
 - E. 同儕共識 (peer-defined guidelines)。
 - F. 專業照顧 (specialty care)。
 - G. 持續的專業教育 (continuing professional education)。

H. 指南的應用 (applicability of guidelines)。

(8.) 建議我國護理碩士班的學程與臨床護理的進階執業 (advanced practice) 銜接，以利擴展未來我國進階護理的發展。

(9.) 擴大我國專科護理師分科之類別例如：安寧照護。

(四) 參考文獻

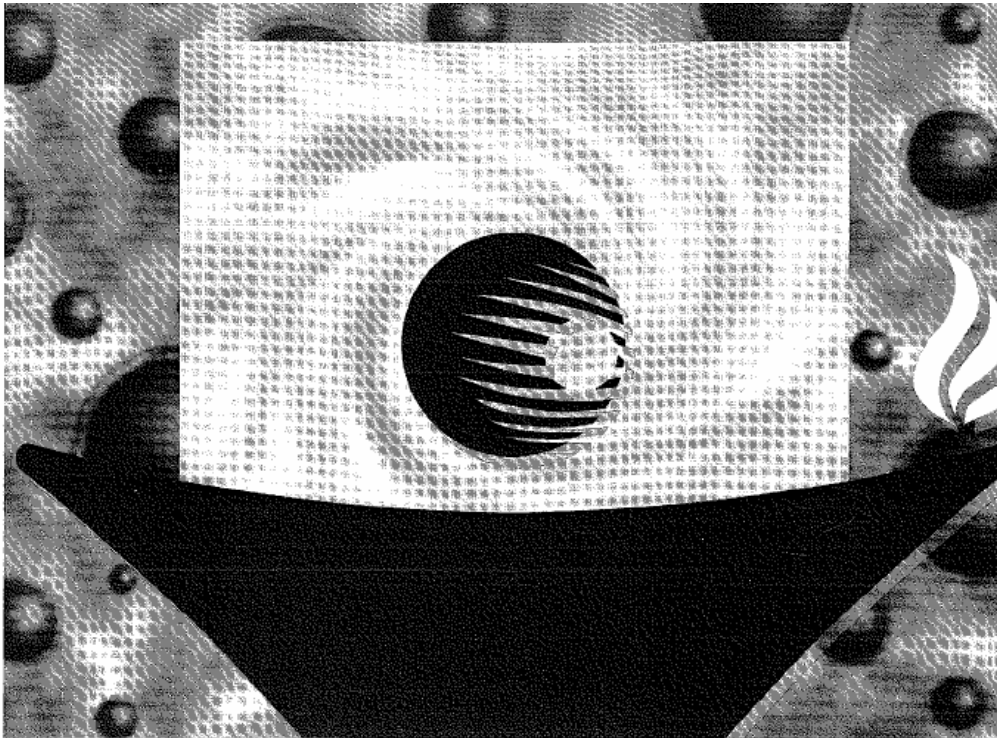
1. 行政院衛生署(2005/06/03) • 93 年國人主要死因統計結果 • <http://www.doh.gov.tw/> , 取自 : http://www.doh.gov.tw/cht/content.aspx?doc_no=41228 。
2. 林秋芬、盧美秀、康偉玲(2005) • 護理能力標準：國際版與台灣版之比較 • 台北：台北醫學大學護理系。
3. American Nurses Association. (2004). *Scope and standards of nursing practice*. Washington: The Author.
4. Association of Community Health Nursing Educators. (2005). *Competencies Project*. USA: author, from the World Wide Web: <http://www.trainingfinder.org>.
5. Canadian Hospice Palliative Care Association. (2004, February). *2005 Advocacy Strategy* [Announcement]. Canadian: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web: http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/2004_advocacy_strategy.htm.
6. Canadian Hospice Palliative Care Association. (2004, February). *Quebec end-of-life palliative care policy*. [Announcement]. Canadian: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web: http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/Quebec_policy.pdf
7. Center to Advance Palliative Care. (2004, February 18). *2004 Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care - with PC Policies, Procedures and Assessment Tools* [Announcement]. USA. October 13, 2005, from the World Wide Web: <http://www.capc.org/jcaho-crosswalk>.
8. International Council of Nurses. (1997a). *Approach to identifying competencies for the family nurse*. Geneva: ICN.
9. International Council of Nurses. (1997b). *The framework of competencies*. Geneva: ICN.
10. Miller, J., Grumbach, K., & Mertz, E. (2002). Nursing for the public's health: A profile of public health nurses in five California counties. *Center for California Health Workforce Studies*, USA: San Francisco.
11. National Consensus Project. (2004, May). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. [Announcement]. U. S. A.: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web: www.nationalconsensusproject.org.
12. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. (2000, June - September). *Draft National Plan and Strategic Framework for Palliative Care*. [Announcement]. London: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web: www.hospice-spc-council.org.uk.
13. Nursing Council of New Zealand. (2002). *Nurse Practitioner Endorsement*. New Zealand: The Author.
14. Nursing Council of New Zealand. (2005a). *Competencies for the registered nurse scope of practice*. New Zealand: The Author.
15. Nursing Council of New Zealand. (2005b). *Framework for the approval*

- of professional development and recognition programmes to meet the continuing competence requirements for nurse.* New Zealand: The Author.
16. Saunders, C. & Kastenbaum, R. (eds) (1997. Hospice care on the international scene. NY: Springer Publishing Company.)
 17. The National Palliative Care program. (2004, December) . *Overview Of National Palliative Care Program Initiatives-Funded by the Australian Government Department of Health and Ageing.* [Announcement]. Australian: Author. October 13, 2005, from the World Wide Web:
<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/palliativecare-program.htm>
 18. World Health Organization. (2003, December) . *Integrated management of adolescent and adult illness.* [Announcement]. Author. October 13, 2005, from the World Wide Web:
<http://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/>.

(五) 附錄：

1. The ICN framework of competencies for the generalist Nurse, 2003

STANDARDS AND COMPETENCIES SERIES



Standards and Competencies
Series

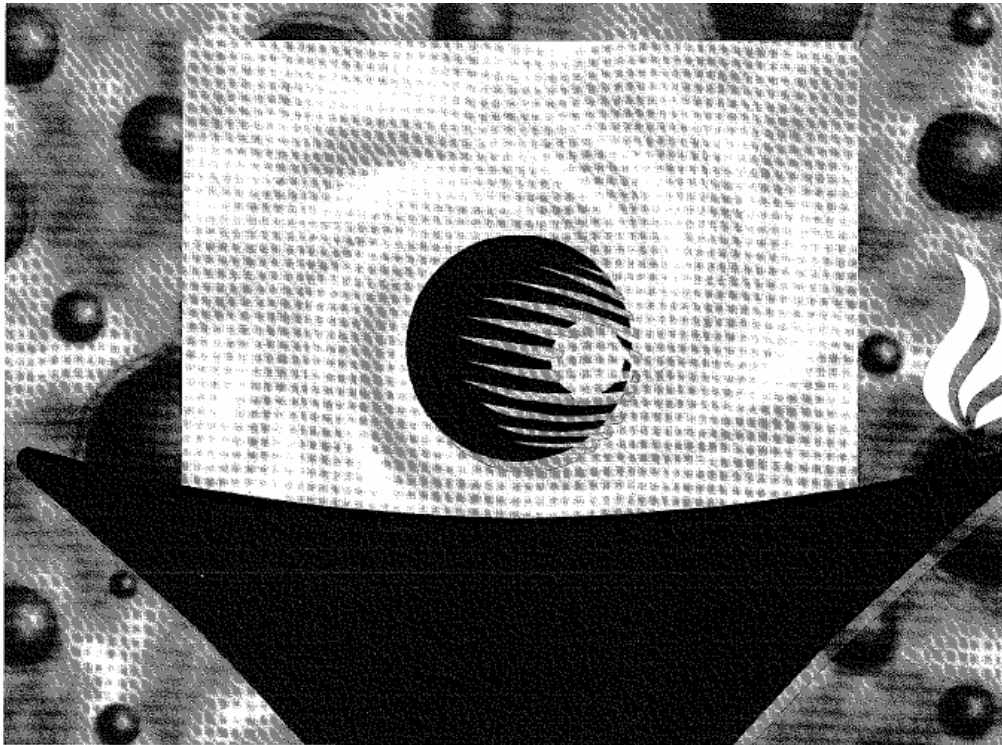
ICN Framework of Competencies
for the Generalist Nurse



INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

2. ICN framework and core competencies for the family nurse,2003

STANDARDS AND COMPETENCIES SERIES



Standards and Competencies
Series

ICN Framework and Core Competencies for the Family Nurse



INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

3. Core Competencies of nurse Educators

(美國 National League for Nursing, NLN , 2005)

Nurse Educators are responsible for creating an environment in classroom, laboratory, and clinical settings that facilitates student learning and the achievement of desired cognitive, affective, and psychomotor outcomes.

competency 1 – facilitate learning

competency 2 – facilitate learner development and socialization

competency 3 – use assessment and evaluation strategies

competency 4 – participate in curriculum design and evaluation of program
outcomes

competency 5 – function as a change agent and leader

competency 6 – pursue continuous quality Improvement in the nurse educator role

competency 7 – engage in scholarship

competency 8 – function within educational environment

四、增進我國護理專業
服務
的成就、品質

四、我國護理專業服務的成效及品質的增進

護理服務旨在促進人類的健康，護理服務的品質以提供能滿足民眾期待與需求的健康服務為目標。隨著醫療服務市場的蓬勃發展，護理服務成效和品質的提升也日益受到重視。服務品質的認知乃是消費者對服務的期望與實際感受過程之比較，在與顧客接觸的「關鍵時刻」，服務人員的表現直接影響顧客對服務品質好壞、滿意與否的認知。健康照護中的消費者，就像所有的消費者一樣，他們想要好的服務品質，若所提供的服務能提升民眾的健康滿意度，也必能強化護理服務之成效與品質。

(一)、我國過去、目前護理服務之成效與困境

1. 我國過去、目前護理服務之成效

護理服務之成效可以經由研究顯示，我國過去護理研究結果對政策影響的實例如下：

(1) 實例一：國際合作的護理研究對改進兒童癌症照護的成效

1981年台大醫學院與國防醫學院合聘美國明尼蘇達大學馬丁遜教授(Dr. Ida M. Martinson)為兩校護理學系之課座教授，並負責主持由國科會資助的研究——兒童罹患癌症對中國家庭的影響，結果發現兒童罹患癌症對中國家庭在經濟、就醫及家庭運作等方面有很大的影響。經當時台大醫學院小兒科主任林國信教授、台北市衛生局李鍾祥副局長、台大護理學系余玉眉主任、陳月枝副教授等發起成立籌備委員會，並推李鍾祥擔任主任委員，在李教授大力推展拜訪社會人士後，得社會人士之傾力贊助及支持，中華民國兒童癌症基金會乃於1982年九月正式成立。

其主要貢獻包括 (1) 建立癌症兒童之有關資料以了解兒童癌症之發生率、治療成效、分佈地區以及醫療照護上之需求。(2) 提供醫療費用及藥物之補助，以減輕癌症兒童家庭之經濟負擔。(3) 提供持續性照護，包括電話追蹤，病房、門診訪視以及居家照護，使得癌症兒童在醫院及家庭均能得到適當之照護。(4) 建立完善的醫療網，使得癌症兒童在不同的治療中心能得到相同的醫療照護。(5) 提供醫療研究以了解並確保癌症兒童得到適當的醫療照護。

1991年與2001年再次以問卷探討兒童罹患癌症對中國家庭的影響，發現(1) 醫療支出減少：

每個家庭平均花費自60.5萬(1991年)降至27.4萬(2001年)。(2)

診斷花費時間減少：一週內確定診斷的比例自 13%(1981 年)升高到 35%(1991 年)及 48.3%(2001 年)。(3) 病童死亡前仍有疼痛問題的比例降低：自 68%(1981 年)降低到 30%(1991 年)及 25%(2001 年)(陳、駱、曾、余及 Martinson, 2001)。

(2) 實例二：從實證研究推展「居家照護」模式

為了解決慢性病病人佔用醫院急性病床，有必要推展社區專業照護服務。1987 年在勞工局同意及衛生署補助下，由台北市護士公會執行第一個居家照護實驗計劃。醫療諮詢網內地區診所或醫院的醫師，將符合 Karnofsky 量表第三級的病人轉介到獨立服務的居家照護機構，由已受特別訓練的護士執行到府服務。以 1989 年 11 月到 1990 年 2 月的個案控制研究顯示有 5 至 8.9% 的住院病人可接受居家照護。自 1987 年至 1995 年共成立了 75 個以醫院為基礎的居家照護單位，及 9 個獨立服務的居家照護機構。病人及家屬不只對此新的服務有正向的反應，且發現其原先住院的花費是居家服務的九倍以上。根據此研究結果，衛生署決定自 1995 年三月將居家照護納入健保。

2005 年蔡、陳及尹對 80 位精神疾病病人做居家照護與門診追蹤成本效果分析，發現居家照護成本效果比值為 4.3，傳統門診追蹤成本效果比值為 13.5，且居家照護組的病人在疾病維持行為方面不只比傳統門診追蹤組的病人有較高的固定性、服藥遵從性，且精神症狀較輕、社會功能較佳及對服務有較高的滿意度 (Tsai, Chen, & Yin, 2005)。

(3) 實例三：從居家護理服務的研究到落實「全民健康保險之給付」給付

杜敏世與李鍾祥於 1990 年以 2 所台北市市立醫院作居家護理服務模式之成本分析，顯示居家護理服務與住院照顧兩者在花費上有統計上的差別。住院病人每月除了住院費外，其他各項費用皆為居家照顧的 2.6 至 20 倍；若每月有 8 次訪視，每次收費 400 元計，住院之支出仍為居家照顧的 4.7 倍。此研究之成果後來成為全民健保在規劃居家護理給付標準時之依據 (杜、李, 1990)。

(4) 實例四：從護理的現象學研究到落實「安寧療護」之照護

台灣安寧療護之母--趙可式博士，於 1993 年取得美國 Case Western Reserve University 哲學博士學位，堅持以博士身分回到照護第一線，進入康泰醫療教育基金會，以癌症末期病人居家護理為起步，將安寧療護 (Hospice) 的善終理念落實於國內臨終照護。1990 年淡水馬偕醫院設立第一所「安寧病

房」之後，在天主教耕莘醫院院長陸幼琴修女的支持下，於 1994 年 3 月在該院成立「聖若瑟病房」的安寧病房。1995 年行政院衛生署大力主導發展「安寧療護」，隨後台大醫院緩和醫療病房、台北市立忠孝醫院之癌痛控制安寧照護病房、嘉義基督教醫院戴德森紀念病房相繼於 1995 年成立。衛生署自 1996 年 7 月於全國十家醫院試辦「安寧居家療護」，並於 1997 年 1 月開放申請，高雄天主教聖功醫院聖方濟之家、花蓮佛教慈濟醫院心蓮病房、雲林天主教若瑟醫院安寧病房，台中大里佛教菩提醫院安寧病房、台北榮民總醫院大德病房、省立桃園醫院安寧病房相繼成立，且持續發展中。

趙博士也推廣預立「生前遺囑」(living will)，希望死亡也可以透過練習和妥切的準備，讓人生結局不必然都是悲傷或手足無措的。終於在 2002 年通過「安寧緩和醫療條例」後，台灣成為亞太地區唯一立法保障人民「善終權」的國家。台灣目前有 26 個居家護理服務單位，5 個推廣的基金會及學會，在 17 縣市，計有 25 家醫院辦理安寧緩和醫療照護，約 250 張住院病床，但是利用率不到一成，只有 5.5% 的患者接受安寧療護。

中研院經研所研究員羅紀瓊研究指出，安寧療護住院耗用少，每日費用平均低於 3400 元，病人在疼痛緩解後可以重回社會，也可降低整體醫療負擔。國外的研究報告亦證實，安寧緩和醫療可以降低 40% 的總體醫療支出。如今安寧療護已完成立法，成為健保給付、合法臨床醫療照顧的方式，全國已有五、六十所醫院提供住院或居家安寧療服務；這樣正向積極「好死」的觀念可以在忌諱死亡的東方文化中存在，趙可式博士在臨床實務工作的無私投身與實踐，是推動安寧療護最重要的動力因素，更是展現護理專業服務成效良好的典範。

2. 我國過去、目前護理成效未能彰顯之困境

全球化發展時代，科技日新月異資訊快速流通，民眾意識高漲，強烈訴求服務品質及成效，這些改變衝擊著醫療產業服務型態。當今健康照護議題包括社會壓力衍生出的憂鬱症與自殺、罕見疾病及新興傳染病如 SARS 與 AIDS、生醫科技的發展衍生的倫理問題，以及人口結構改變。從婦女總生育率降低、國人平均壽命延長(男 72.8 歲;女 78.5 歲)、老年人口增加(9.4%)，到疾病型態改變，如癌症、慢性病與失能人口增加，可推論醫療照護服務重點已從花費昂貴的急性照護轉為健康促進及預防照護。然而醫療服務商品化或過於重視營運績效與盈餘，往往忽視病患、家屬與醫護人員之安全。

自 1995 年 3 月 1 日實施全民健保起，台灣護理服務受到全民健保制度

很大的衝擊。在論病例計酬制度下，醫療照護服務人口量增加 48%，執業護產人數成長率由 6.49% 增加到 13.14%，醫療費用支出成長 16.10%（護理人力規劃評估報告，2002）。健保實施配合醫療環境、民意取向及營運考量，採取邊走邊改策略，因此醫療審核制度、基本醫療程序、臨床路徑、院內電腦申報系統應運而生，導致護理作業行為標準化、項目化、文書化，此種制式化護理作業行為，衝擊到人性化個別照護具體展現，更潛在威脅護理人員的批判思考與反思。

1998 年開始施行總額預算（global budget），醫院經營採取控制服務量、縮短住院日數以及擴增門診設施以確保收入，病床增加率至民國 90 年呈現負成長（- 9.36%），然而護理人力的需求被動配合醫療市場的變化，執業護產人數成長率為 4.45%，衝擊一直以來護理人員執業場所 79.5% 集中在醫院的就業機會（護理人力規劃評估報告，2002）。且醫療營運為了降低人事成本，正式員額受壓縮，非專業護理人力充斥，嚴重打擊護理專業士氣。

在病人及家屬眼中，有品質的照顧（quality care）意指由有能力的護理人員所提供的照護，有能力的護士才能提供持續及協調性的照顧（Hamblet, 2000; Wallace, et al., 1999）。研究文獻顯示護理人力不足降低員工動機及工作滿意度（Aiken, 2002; Buchan, 1997; Clark, 2002; Williams, 1998）。且當護理人員士氣低落產生無力感，專業功能不彰不信任雇主，將嚴重影響病人照顧品質（Clark, 2002; Buchan, 1997; Zimmermann, 2000），如醫院錯誤機率和再住院率（Zimmermann, 2000）、感染機率（Yang, 2003; Zimmermann, 2000）、死亡率（Parish, 2003）的升高，病人跌倒、壓瘡以及病人和家屬抱怨（Yang, 2003）的增加。在高度強調服務品質與成效之時，由於護理人力不足、工作負荷沉重、工作保障低，加上工作環境安全亮紅燈如：工作風險大、壓力大、職業傷害、夜間工作、工作中遭受暴力及騷擾等，目前護理服務之最大困境是護理人員普遍成就感低落，離職意願提高。

（二）、國際上證明護理服務之成效（就）的實證研究

合格的護士（qualified nurse）在臨床照護情境時，能夠以關懷的態度回答病人的問題，並依據理論執行護理行為，且於工作時保持心情愉快，樂於工作（Lindstrom, 1995）。同時能做到持續及協調性的照顧，包括提供住院及出院治療、及時出院轉介、處理病人爭吵、履行諾言、提供病人與家屬一致的訊息、藥物治療、出院計畫（Wallace, et al., 1999）。Williams（1998）的研究顯示，護士愈是以病人或品質為中心愈能滿意其工作，當護士給予病人的

時間是足夠或豐富及以病人焦點或品質焦點時，護士能滿意其工作。

Pejlert, Norberg 及 Asplund (2000)整理護理文獻指出，護理品質(quality of care)與臨床情境中結構、方向及程序的互動有關，並決定護理結果的產出。監測照護品質端賴能敏感監測品質的指標，然而品質的指標會因醫療費用給付者、照顧提供者及消費者，關注於結構、過程及照護結果之不同而有不同的品質指標，高品質健康照護需要有可近性、適當性及可被接受性的照護計畫；足夠及合格的護理人力；以及一致性的健康照護品質指標 (Brooten, Youngblut, & Bobo, 2004)。

在護理人力缺乏時，醫院往往增加護士照顧病人的數目。Aiken 與其同事。(2000, 2002)從1998年四月至1999年十一月在賓州168家醫院收集10184位護士及232342位骨科及心血管外科出院病人的資料做分析，發現在調整病人及醫院特性後，當護士照顧的病人數增加一人，則入院30天內病患的死亡可能性增加7%的比率，也就是說有增加7%的急救失敗比率。同時發現在調整護士及醫院特性後，當護士照顧的病人數增加一人，則護士耗盡感(burnout)增加23%的比率，工作不滿意度曾增加15%的比率(Aiken, Clarke, Sloane, Sochalske, & Silber, 2002)。其他有關護理服務成效的研究，如壓瘡的增加與護士減少有關(Unruh,2003)、加護病房病人的合併症與護士數量有關(Pronovost,2001)、有經驗的護士越多則給藥錯誤與病人跌落越少(Blegen et al., 2004)。

另外未來護理服務可以努力的方向之一是『磁力醫院(magnet hospital)』。美國的護理研究者Margaret McClure強調醫院要建構一個可以「吸引(attract)及留住」護理人員的護理工作環境，以使護理人員能夠提供更好的照護品質，提高護理服務成效。McClure於1983年提出，『磁力醫院(magnet hospital)』的概念，經過其研究調查，提出磁力醫院須具備九項特色：

1. 護理人員要有自主能力 (Nurses had autonomy)；
2. 對護理工作環境具備充份掌控能力 (Control over nursing practice setting)；
3. 與團隊工作人員維持良好的關係 (Good relationships with their colleagues)；
4. 適當的支持服務 (Adequate support services)；
5. 有足夠的護理人員提供高品質的照護 (Enough staff to provide high quality care)；
6. 有時間與同事討論病人的問題 (Time to discuss patient problems with their colleagues)；

7. 有機會參與政策的制定 (The opportunity to participate in policy decision) ;
8. 能擁有一位能力強的領導者 (A powerful nursing leader) ;
9. 一個認同護理工作價值性的環境 (An environment that recognized the value of their work)

(三)、本政策規劃之建議

我國護理服務成效與品質的未來願景是要因應時代變遷調整服務模式，提供滿足急性醫療照護與長期照護服務需求的整合性健康照護，除了醫院加強留住優秀護理人才措施外，每一位護理人員要有專業使命感，積極投入工作角色，以追求護理服務成效與品質為職志，重視整合科學與人性觀點的護理模式，提供以病人為中心，合乎病人需求的高品質護理。

落實終身學習要能配合證照更新制度，建立標準化專業能力評估工具，讓專業知識更新、執業能力更新，提供可近性、可用性、可接受性及持續性照護，以確保病人照護安全。

1. 預期達到的目標：

- (1.) 強化護理研究的成效。
- (2.) 落實護理研究之臨床應用機制。
- (3.) 建立審定護理研究對於提高人民健康和社會福祉有所貢獻之指標及機制。

2. 制度面的考量：

- (1.) 劃我國護理臨床研究在短、中、長程之各階段之發展重點和方向。
- (2.) 確保護理研究的未來方向與我國醫療政策密切銜接。

3. 執行面的考量：

- (1.) 結合我國護理醫療研究資源。
- (2.) 護理學會或護理學術機構應持續性的彙整護理論文摘要，並定時出版資料，以供學界和產界作策劃之參考，並遴選優秀之研究計畫給予更多研究經費獎勵，以協助其發展。

(四) 參考文獻

1. [尹祚芊](#)、[林小玲](#)、[馮容莊](#)、[蔡欣玲](#) (2002)·個案管理師與醫師臨床實務合作之分析·[榮總護理](#)，19 (2)，113-124
2. 王淑芳 (2004)·母乳哺育諮詢課程對哺育率之影響·[慈濟技術學院學報](#)·6，277-292。
3. 台灣護理學會 (2004)·「21世紀護理專業的挑戰與省思」護理論壇 油產官學界之合作出發談一夥伴關係·護理倫理·領導統御·[護理雜誌](#)，51 (6)，5-19。
4. 李選、尹裕君 (2004)·第四屆東亞護理論壇與 ICN 亞洲護理工作論壇報告「亞洲護理學會聯盟」的誕生·[護理雜誌](#)，51 (1)，5-8。
5. 杜敏世、李鍾祥 (1990)·台北市某市立醫院居家護理服務模式之成本分析·[公共衛生](#)，17 (2)，181-194。
6. 周守民、陳彩鳳、Woodard、顏妙芬 (2005)·Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 13 (2), 75-84.
7. 高美玲 (2004)·營造職場友善的哺乳環境—雇主與專業人員訓練計畫·行政院衛生署國民健康局委託研究計畫。
8. 邱啟潤、呂淑宜、劉蘭英、朱陳宜珍、許玉雲 (1988)·居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素探討。
9. 邱飄逸、郭素娥、李青燁 (2002)·南部某醫學中心內科病房住院病患對護理服務滿意度之調查研究·[醫院](#)，35 (4)，33-40。
10. 兒癌基金會網路資料 <http://ccf.wingnet.com.tw/>
11. 教育部技職司 (2002)·[護理人力規劃評估報告](#)。
12. 黃淳霞、陳怡如、于湫 (2005)·校園慢性病學生的個案管理現況與未來方向·[護理雜誌](#)，52 (2)，15-20。
13. 黃郁蘋、蔡瑞貞 (1999)·以家屬座談會改善加護病房護理服務品質·[護理新象](#)，9 (2)，8-24。
14. 陳月枝、駱麗華、曾紀瑩、余玉眉、Martinson, I.M. (2001)·兒童罹患癌症對台灣家庭之影響—二十年追蹤調查報告·亞太地區跨世紀癌症兒童照護研討會論文集，台灣，131-151。
15. 陳麗美、黃春雄、謝邦昌、高森永 (1997)·台灣地區嬰兒死亡率、新生兒死亡率、周產期死亡率之流行病學調查研究·行政院衛生署八

十五~八十六年度科技研究計劃報告書·台北：行政院衛生署。

16. 楊馥美、王金蓮、湯玉萍、張蘇鈺 (2002)·應用個案管理提升骨科出院準備服務方案·*慈濟護理雜誌*, 1 (4), 73-82。
17. 鄒海月 (1998)·全面品質管理於護理服務之應用·*領導護理*, 2 (2), 1-10。
18. 葉莉莉 (1998)·居家護理服務的再思考-本質、概念架構及角色能力的期待·*長期照護雜誌*, 2 (1), 21-27。
19. 楊勤榮、陳鈺培 (1997)·臺北醫學院附設醫院住院病人對護理服務滿意度之調查·*北醫學報*, 26 (1), 18-25。
20. 趙可式 (2000)·安樂死、自然死與安寧療護·於戴正德、李文濱編著, *醫學倫理導論* (pp. 109-123)·台北：教育部。
21. 錢端蘭、劉長安 (1994)·探討臨床護理服務之滿意度·*榮總護理*, 11 (3), 295-302。
22. 謝家如、林麗嬋 (2003)·結核病與個案管理模式·*護理雜誌*, 50 (2), 77-81。
23. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalske, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288 (16), 1987-1993.
24. Brooten, D., Youngblut, J. M., Kutcher, J., & Bobo, C. (2004). Quality and the nursing workforce: APNs patient outcomes and health care costs. *Nursing outlook*, 52, 45-52.
25. Buchan, J. (1997). The Cost of Understaffing. *Nursing Standard*, 11 (35), 27.
26. Clark, C. S. (2002). The nursing shortage as community transformational opportunity. *Journal of Advanced in Nursing Science*, 25 (1), 18-31.
27. Castle, N. G., Degenholtz, H., & Engberg, J. (2005). State variability in indicators of quality of care in nursing facilities, *Journal of gerontology: Medical Sciences*, 60A (9), 1173-1179.
28. Chao, C. S. (1993). *The meaning of good dying of Chinese terminally ill cancer patients in Taiwan*. Doctoral dissertation, Case Western Reserve University. Cleveland.
29. Chao, Y. M., Wu, K. S., Chen, S. G. et al. (1991). A feasibility study on incorporating home health services into national health insurance scheme, 35th Commemorative Research Reports of the School of Nursing,

- College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, pp.1-12.
30. Cheng, B. W., Chang, C. L., & Liu, I. S. (2005). [Enhancing care services quality of nursing homes using data mining.](#) *Total Quality Management & Business Excellence*, 16 (5), 575-596.
 31. Chou, S.M. (2004). [Evaluating the service quality of undergraduate nursing education in Taiwan--using quality function deployment.](#) *Nurse Education Today*, 24 (4), 310-318.
 32. Dawson, I. J., & Lindsay, C. (1992). Community hospital partnerships: The quick-response team. *Journal of Nursing Administration*, 22 (11), 33-39
 33. Duffin, C. (2000). US survey finds link between patient recovery and nurses numbers. *Nursing Manage*, 7 (3), 4.
 34. Frich, L.M.H. (2003). Nursing intervention for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 137-153.
 35. Grant, S. M., Wild, L. & Vincent, J. (2004). Process and outcome measures using nursing sensitive indicators. *Nurse Leader*, 46-49.
 36. Guise, J. M., Palda, V., Westhoff, C., Chan, B.K.S., Helfand, M., & Lieu, T.A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*, 1, 70-80.
 37. Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salanterä, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (2), 212-223.
 38. Lai, H. L., & Hsieh, M. L. (2003). Alternative nursing interventions for facilitating holistic nursing based on Eastern philosophy. *TZU CHI Nursing Journal*, 2 (1), 13-19.
 39. McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., & Wandelt, M. A. (). Magnet Hospitals: Attraction and retention of professional nurse (The Original Study)
 40. Nicklin, W., & Graves, E. (2005). Nursing and patient outcomes: It's

time for healthcare leadership to respond, *Healthcare Management Forum*, 18 (1), 9–13.

41. Parasuraman, A., Zeithaml V. A., & Berry L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49 (3), 41–50.
42. Parish, C. (2003). Employ more nurses and stop thousands of deaths. *Nursing Standard*, 17 (42), 5.
43. Pejler, A., Norberg, A., & Asplund, K. (2000). From a psychiatric ward to a home-like setting: the meaning of caring as narrated by nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 9 (5), 689–700.
44. Peters, R.M. (1999). The effectiveness of therapeutic touch: A meta-analytic review. *Nursing Science Quarterly*, 12 (1), 52–61.
45. Sindhu, F. (1996). Are non-pharmacological nursing interventions for the management of pain effective?—A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1152–1159.
46. Taylor, S. J. C., Candy, B., Bryar, R. M., Ramsay, J., Vrijhoef, H. J. M, Esmond, G., Wedzicha, J. A., Griffiths, C.J. (2005). Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with COPD: Systematic review of evidence. *BMJ*, 331, 485–492.
47. Taylor-Piliae, R. E. (1998). Establishing evidence-based practice: Issues and implications in critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 30–37.
48. Tsai, S. L., Chen, M. B., & Yin, J. C. (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. *The Journal of Nursing Research*, 13 (3), 165–173.
49. Wallace, T., Robertson, E., Millar, C., & Frisch, S. (1999). Perceptions of care services by the clients and families: A personal experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1144–1153.
50. Williams, A. (1998). The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), 808–816.

51. Yang, K. P. (2003) . Relationships between nurses staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11 (3) , 149-158.
52. Zimmermann, P. G. (2000) . The Nursing Shortage: What can we do? *Journal of Emergency Nursing*, 26 (6) , 579-582.

五、強化我國護理專業服務
與我國重要衛生政策
的銜接與融合

五、強化我國護理專業服務與我國重要衛生政策的銜接與融合

(一) 衛生政策的理念

1. 政策的定義

政策 (policy) 是一個有目標、價值與實踐的計畫綱領。政策也是一種原則性的描述或說明，或者說，是一種比較高層次的基於目標的一般性宣示(李，2004)。

(1) 衛生政策的定義：

當政策之焦點著重於衛生方面時，即有所謂的衛生政策，何謂衛生政策？依據 Litman, & Robins 所提的定義：Health policy is the public decisions that seek primarily to affect health or principal actors, both professional and institutional, in their roles in the health arena(Litman, & Robins, 1997)，簡單的說，與衛生相關、可以影響民眾「健康」的政策，都可稱為衛生政策。因此，為了保障人民的健康，政府必須提出各種與衛生相關的政策並付之實施，以讓全國民眾均能達到世界衛生組織 (World Health Organization) 所定義的「健康」境界：

「健康 (health) 不僅是沒有疾病或虛弱而已，健康是指一個人在其生理上、心理上和社會上都是處於一種完全安寧的狀態 (Health is a state of complete physical, mental, and social well being, not merely the absence of disease or infirmity)」。

(2) 衛生或公共衛生的定義：

公共衛生是一種預防疾病、延長壽命、促進身心健康與效能的科學與藝術。因此，癌症防制法、全人健康照護、婦女健康政策及其就醫環境、病人安全等議題均屬於公共衛生的範圍。

依照三段五級的預防性觀點而言，公共衛生可以分為下列幾各階段：

1. 初段預防——

(1) 健康促進、(2) 特殊性保護。

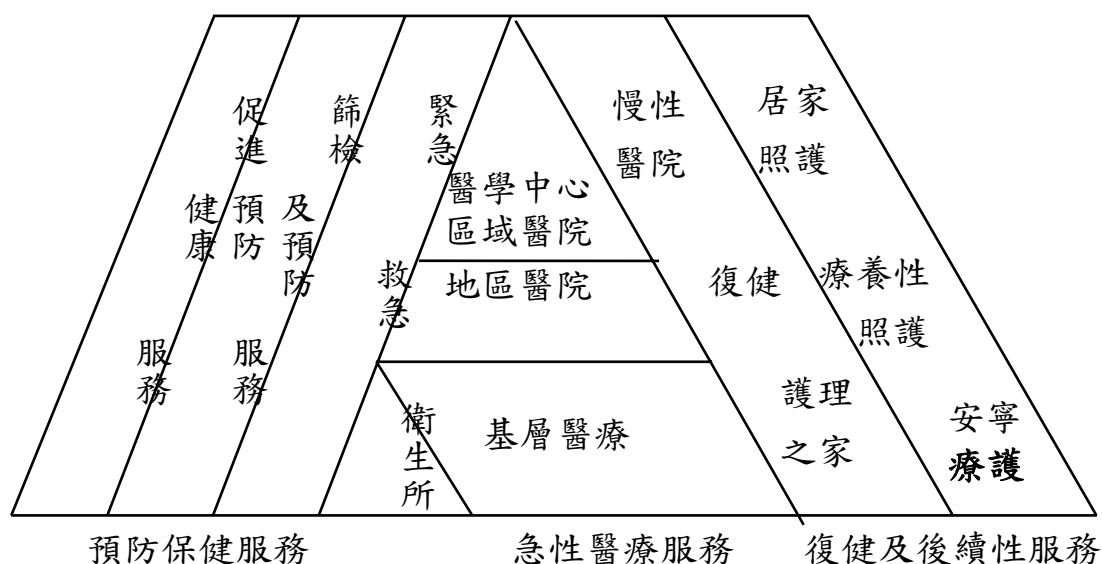
2. 次段預防——

(3) 早期診斷、早期治療。

3. 三段預防——

- (4) 限制失能 (Limitation of disability)、(5) 復健 (rehabilitation)、
 (6) 安寧療護、 (7) 長期照護 等等。

我國護理人員一直以來即參與公共衛生體系之中，早在 1964 年以前，各地衛生所即聘用護理人員執行地段護理的工作，1964 年，省立臺北護專開始招收二年制公共衛生護理科，並於 1965 年教育部規定正式將公共衛生護理的課程及實習納入各級護理教育之中。民國 77 年 (1988) 為落實社區的概念及澄清公共衛生護理的角色，行政院衛生署於第十次科技顧問會議中，更針對國內外醫護專家之意見，規劃出醫療體系的藍圖以及護理人員的角色與功能及應加強的部分。



我國醫療體系藍圖 (1988)

表 公共衛生護理人員在醫療保健系統之角色與功能及提升之具體方法 (1988)

	衛生所(室)護理	學校衛生護理	職業衛生護理
角 色 與 功 能	<ul style="list-style-type: none"> □ 評估及發現家庭健康問題。 □ 協助家庭了解及接受健康問題。 □ 提供家庭所需之護理服務。 □ 提供家庭促進健康之資訊。 □ 增進個人與家庭發展處理健康問題的能力。 □ 評估及確立社區護理需要。 	<ul style="list-style-type: none"> □ 學校師生健康問題之篩檢與追蹤。 □ 學校師生意外傷害之緊急處理。 □ 負責學校師生預防接種工作。 □ 協助學校衛生工作之推廣。 	<p>職業傷病及一般傷病之緊急處理與追蹤。</p> <p>負責勞工預防接種及保健有關事項。</p> <p>負責勞工健康檢查有關事項。</p> <p>協助勞工衛生教育之策畫與實施。</p> <p>提供勞工健康問題之諮詢。</p>
應 提 升 之 具 體 方 法	<p>加強提供民眾慢性病及一般健康篩檢之護理服務。</p> <p>由分項式護理服務方式，重整以家庭為單位之綜合性護理服務。</p> <p>減少非護理專業之工作。</p> <p>加強規劃社區護理問題之能力。</p> <p>協助辦理有關護理業務之研究發展。</p>	<p>增進健康問題之評估與管理能力。</p> <p>加強計劃與協調能力。</p>	<p>全面加強並著重預防及篩檢的功能。</p>

(二) 我國近期四項主要衛生政策的概要

如前節所述，為了保障人民的健康，政府必須提出各種與衛生相關的政策並付之實施，現僅就我國現行四種衛生政策：癌症防治法、全人健康照護計畫、婦女健康政策及病人安全之大要加以說明：

1. 癌症防治法（如附件（一））

公佈日期：中華民國九十二年五月二十一日修正（2003年5月21日）

目的：癌症歷年來為我國成人死亡原因之第一位，政府為整合運用醫療保健資源，有效推動防治工作、減少癌症威脅、維護國民健康，特制定本法。

重點：第四條，本法所稱癌症防治包括下列事項：

- 一、推動防癌宣導教育與預防措施。
- 二、提供符合經濟效益之癌症篩檢。
- 三、提供以癌症病人為中心之正確醫療、適切照護，以及後續追蹤計畫。
- 四、提供癌症末期病人安寧療護。
- 五、辦理癌症防治相關研究。
- 六、建立癌症相關資料庫。
- 七、癌症防治醫事人員之教育訓練。
- 八、其他有關癌症之預防、診斷、治療、照護事項。

2. 全人健康照護計畫

公佈日期：2003年2月27日上稿，2005年元月核定。

實施日期：2005年元月至2008年12月31日，共計四年。

依據：依據醫療法第八十六條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立醫療分級制度，訂定醫療網計畫。

重點：「全人照護」(Holistic Health Care) 係指不僅強調生病後，以病人為中心的醫療照護，也要在生病前提供正確有效的預防方法。「全人健康照護體系」指提供全人（包括生物、心理、社會及心靈層面）、全民（每一個人都可得到）、基本保健醫療（包括預防保健、疾病診

治、長期照護及安寧照護)的照護系統(從基層至二、三級醫療的整合)。

目的：

- 一、促進醫療資源合理分布，提供民眾適切、可近性之醫療服務。
- 二、建置社區醫療衛生體系，強化基層醫療服務，提供民眾周全性與持續性之醫療保健服務。
- 三、因應人口老化及關懷弱勢族群之特殊醫療照護需求，強化特殊醫療照護體系，積極培育各特殊照護體系之專業人力與醫事服務機構，健全各體系之發展，以全面提升醫療照護品質。
- 四、建構以病人安全、病人為中心之醫療作業與環境，全面提升醫事機構照護品質。
- 五、推展一般醫學訓練與健全專科醫師訓練制度，及藉由各類醫療品質提升方案之促進，期以提供全人醫療照護服務。

3. 婦女健康政策

公佈日期：民國九十二年2月廿七日，行政院婦女權益促進委員會通過。民國八十八年一月七日行政院第二六一一次會議通過”婦女人身安全政策及實施方案”計畫，分三期進行，為期十年，第三期計畫之方案7，為”推動設立統籌全國婦女權益及福利的專責機構”。行政院婦女權益促進委員會終於成立，並於92年2月26日通過婦女健康政策，共列出十項工作重點，作為爾後3-6年的施政依據(92-98年)。

實施日期：自九十二年至九十八年

婦女健康政策之十二大重點：

一、 嬰幼兒及兒童期女性健康

- (一)、 兒童受虐及性侵害問題。
- (二)、 嬰幼兒及兒童期健康問題。

二、 青少年期女性健康

- (一)、 青少年性態度開放，未成年婦女生育率高。

(二)、 青春期特殊生理及心理需求。

三、育齡期女性健康

(一)、 產前檢查品質提升及醫療資源分部問題。

(二)、 有偶婦女之避孕需求。

(三)、 不孕夫婦之生育需求及衍生之人工協助生殖技術管理問題。

(四)、 外籍新娘之生育保健問題。

(五)、 性病及生殖器官感染問題。

(六)、 母乳哺育率偏低。

四、中老年期女性健康

(一)、 成年女性肥胖盛行率高。

(二)、 中老年慢性病為婦女健康的主要威脅。

(三)、 年長婦女的長期照護需求問題。

(四)、 更年期障礙及骨質疏鬆問題。

五、婦女乳癌及子宮頸癌死亡率偏高問題

六、婦女心理健康問題

七、婦女受性侵害及家庭暴力問題

八、婦女職場健康維護問題

九、婦女吸菸及藥物濫用問題

(一)、 女性吸菸人口增加及年輕化

(二)、 婦女藥物濫用問題

十、改善女性就醫環境及安全

十一、提升婦女自我健康管理觀念（詳見國民保健三年計畫-衛生所功能再造與社區健康營造）

十二、其他

其中針對第十大重點為改善女性就醫環境及安全；其內容說明如下：依據民國 83 年衛生署委託研究調查指出，大約 5.6%接受調查的女性病患曾於就醫時遭受性騷擾，絕大部分為假藉幽默之名的黃色笑話。另，許多婦女害怕婦科檢查，除了婦科檢查可能使婦女感到不適與不好意思外，也可能與婦女

過去有不好的婦科檢查經驗有關，由於女性權益日受重視，保障婦女就醫時的安全與隱私，以及營造親善的婦女就醫環境，倍顯重要。

當時的權責單位為國民健康局及醫政處，工作策略及實施方式如下：

工作策略及實施方式	衛生署	相關部會
十、改善女性就醫環境及安全		
1. 鼓勵醫療機構規劃親善的婦女就醫環境，提供優質的醫療服務	保健處（國民健康局）	
2. 將婦女就醫環境納入醫療院所評鑑範圍。	醫政處	
3. 訂定醫療專業人員之作業原則，以保障婦女就醫安全及權益。	醫政處	

2004年9月，衛生署護理及健康照護處成立，有關婦女建康議題的部分不論是由何機構處理，均宜依照計劃進行，並定期週知護理人員及民眾。

4. 病人安全

政策制定過程：2004年由衛生署委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（醫策會）參考美國JCAHO及其他資料，訂定病人安全工作目標及執行策略。

2005年持續2004年的計畫訂定病人安全的六十工作目標。

目的：為提升醫療照護品質。

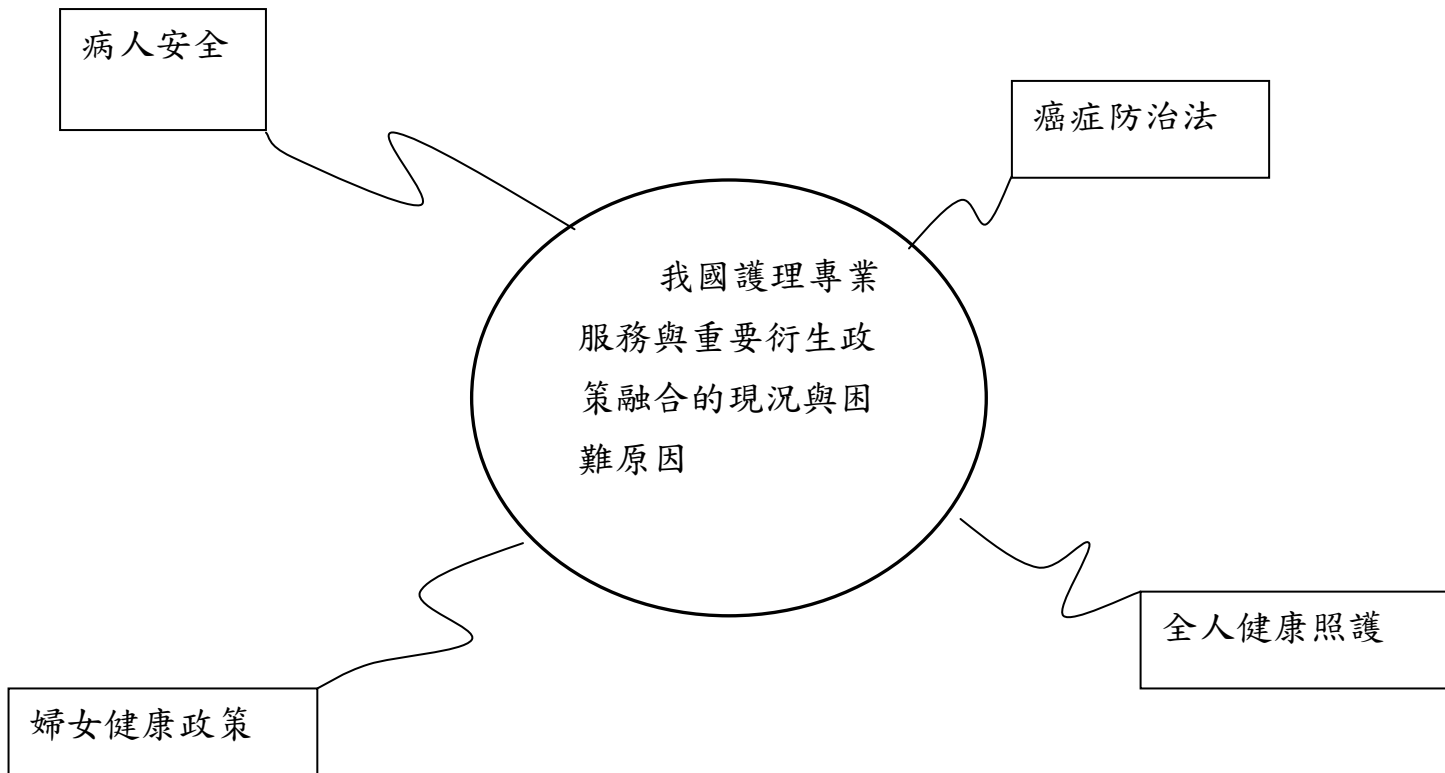
重點：訂定2004年之主題為「病人安全、我關心」、2005年為「病人安全、我參與」、2006年為「病人安全、我放心」。

2004年的目標面向為：(1) 普遍性；(2) 可行性；(3) 階段性；(4) 重點性；(5) 系統性。

2005年的目標面向為：(1) 提升用藥安全；(2) 落實院內感染控制；(3) 提升手術正確性；(4) 提升病人辨識的正確性；(5) 預防病人跌倒；(6)

鼓勵異常事件通報。

(三) 我國現行四項衛生政策的問題分析



1. 癌症防治法

依據癌症防治法第八條規定，癌症防治政策委員會以行政院衛生署長為召集人，置委員 18~24 人。

應包括下列人士：

- 一、 國家衛生研究院院長。
- 二、 國家科學委員會代表。
- 三、 醫學院代表。
- 四、 公共衛生學者、癌症研究者、病理、腫瘤科及放射腫瘤科醫師與相關專家學者。

問題分析：依照癌症防治法的目的，預防癌症的發生很重要，以目前的狀況來說，尚有下列幾項問題及建議：

- 甲、缺乏醫療團隊合作的精神，希望在委員會成員中確保護理人員、營養師、復健師等名額。

乙、加強宣導，讓護理人員、護理團體能夠瞭解相關之國家衛生保健政策。

丙、應加強相關醫事人員的培育及在職教育。

2. 全人健康照護計畫

「全人照護計畫」中所提之「工作重點」如下：

從體系面探討，係為建構全人健康照護體系，其工作重點包括：

- 1.)健全一般醫療體系。
- 2.)公立醫療體系資源整合與功能再造。
- 3.)健全緊急醫療救護體系功能。
- 4.)強化特殊族群健康照護體系。

從機構面探討，係為推展病人安全及全面提升醫事機構照護品質，其工作重點為：

- 1.)推展以病人安全、病人為中心之醫療作業。
- 2.)提升住院病人照護品質與落實陪病管理。
- 3.)持續提升與監督醫療機構醫療品質。
- 4.)其他加強醫療與醫事機構品質及服務事項。

從人力面探討，係為規劃醫事人力，推展全人照護訓練制度及發展國際醫療衛生交流事務，其工作重點為：

- 1.)強化醫事人力規劃與繼續教育。
- 2.)推展全人照護與健全專科醫師訓練制度。
- 3.)健全公費醫師培訓制度。
- 4.)強化護理人力培育、任用及功能提升。
- 5.)發展國際醫療衛生交流事務。

問題分析：全人健康照顧計畫可自公共衛生三段五級概念，並將「人」視為整體來思考健康政策，有別於過去偏重於疾病導向及醫療資源分配不均的體系，但就其工作重點尚有下列幾項問題及建議：

甲、於第十章第四節人力面：「針對強化護理人力培育、任用及功能提升」部分，謹針對專科護理師培育計作強化規劃，對整體醫療網（基層醫療）施政策劃中，未規劃護理人員之角色功能。

- 乙、人力面中提及「發展國際醫療衛生交流事務」，但對專業人員間之合作及交流確未建機制。
- 丙、對於護理專業服務模式和提升護理品質慎少納入考量。
- 丁、全人健康照護計劃所提出之照護系統規劃含蓋了基層至二、三級醫療體系，在各層級的照護體系中，護理人員均扮演團隊中重要一員，但此計畫確未對護理人員訓練及經費加以編算，實有增加之必要以落實計劃之實施。

3. 婦女健康政策

問題分析：行政院婦女權益促進委員會 92 年所提之婦女健康政策確實能掌握婦女健康的需要。在回應此政策需求方面，相信以女性成員佔絕大多數的護理人員，定更能適合在此政策中扮演重要角色，提供婦女更多健康照護，然就其工作重點尚有下列幾項問題及建議：

- 甲、「護理及健康照護處」於此方案之後方成立，因此在政策相關的負責單位中宜增列護理及健康照護處，並將政策定期週知護理人員。
- 乙、婦女健康相關政策含蓋範圍廣大，且在社會體系中直至近年來方逐獲重視，六年的計畫亦恐未能完全達成有效的目標，更積極及延續不斷推行實有其必要。
- 丙、不論是由何機構負責之工作，均宜依照計劃進行，定期週知民眾以使民眾，尤其是婦女，以使其能維護自身的健康權利。

4. 病人安全

問題分析：針對病人安全政策方面有下列幾項問題及建議：

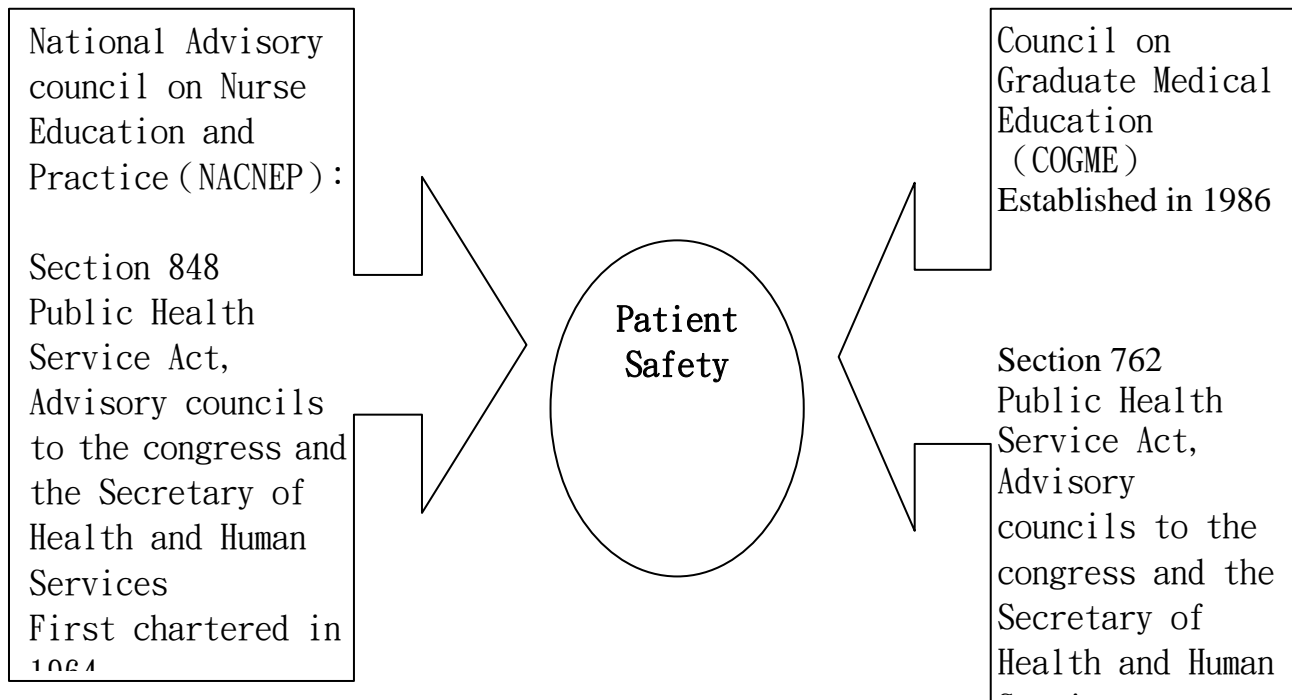
- 甲、“病人安全”宜有清楚的指標。
- 乙、應給予護理人員足夠的培育及訓練，而非只一味要求護理人員配合。
- 丙、“異常事件報告”方面，除了指出「醫院宜營造一個非懲罰性的環境…」及「重大異常事件或警訊事件宜成立專責小組…」，平時即應設有為所有醫療人員信任的專責單位，以提供專業的協助處理事件的後續及人員的輔導。

(四)、國外經驗的參考

綜合相關資料，國外制定政策的過程大都由醫學會及護理相關學會共同討論、共同制定，反觀國內，護理人員參與規劃的機會仍較少。此僅以美國在病人安全的規劃為例，說明護理人員參與之狀況。

Patient Safety in U. S. A.

Collaboration between Physicians & Nurse to enhance patient safety



~5 years ago (1990)

Joint meetings between national Advisory Council in Medicine and Nursing on Collaboration between physicians and nurses to enhance patient safety.

Interdisciplinary primary care workforce, leading to development of an analytic approach to:

1. Establishing requirement for primary care providers and
2. Recommending further work toward eliminating barriers and
3. Facilitating collaboration

The results were published in December 1995 in the Report on Primary Care Workforce Projection

(五) 未來展望、政策規劃的建議

依據目前正在執行的政策及未來的政策規劃，提出下列的建議：

1. 預期達成的目標：

- (1) 強化護理人員的政策參與與規劃。
- (2) 改進護理人員的政策規劃能力。
- (3) 提升我國護理人員落實我國衛生政策的能力。

2. 機構面的考量：

- (1) 衛生署護理諮詢委員會現隸屬於健康照護處，建議應改為直屬於衛生署署長之下之委員會，方能使護理相關之業務提升為『跨處級』。
- (2) 宜成立『全國護理人員研修中心』，以培育護理人員，增加護理人員的新知，並積極配合政府推動政策。
- (3) 護理專業團體應主動凝結共識，推出合理的策略方案，提供政府做參考。
- (4) 醫療機構應以病人安全為考量之首：由醫護人員共同合作以維護病人安全並加強教育。

3. 執行面的考量：

- (1) 推動專業證照更新制度：護士、護理師證照更換，每六年一次。
- (2) 強化護理人員培育，任用及功能提升。

4. 執行面的考量：

- (1) 推動專業證照更新制度：護士、護理師證照更換，每六年一次。
- (2) 強化護理人員培育，任用及功能提升。
- (3) 護理專業團體如「全聯會」應建立類似『台灣醫界』的期刊，以加強護理人員吸收新知的能力。
- (4) 配合衛生政策的推行積極培育護理人才，以順利推動我國的衛生政策的實施。
- (5) 中央的衛生政策的實施需要護理人員時，要確保編列足夠的教育訓練經費，確實做到護理人員之教育訓練。
- (6) 國內護理專業團體之專業能力及行政功能需強化，並能協助全國護理人員了解及掌握現今護理執業環境及相關政策。
- (7) 提升臨床護理人員研究能力，並鼓勵參與研究。

(六) 參考文獻

1. 行政院衛婦女權益促進委員會(2003, 2月26日)·**婦女健康政策**·2005年12月12日取自 http://cwrp.moi.gov.tw/WRPCMain/Project_Show.asp?Project_ID=8
2. 行政院(n.d.)·**婦女人身安全政及實施方案**·2005年12月12日取自 http://www.ey.gov.tw/planning_old/pa880107-1.htm
3. 行政院衛生署國民健康局(2005, 12月7日)·**婦女親善服務**·2005年12月12日取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/>
4. 行政院衛生署(2005年1月)·**全人健康照護計畫**·2005年12月12日取自 <http://www.gov.tw/PUBLIC/view.php3?id=87477%E2%8A%82=52&main=GOVNEWS>
5. 全國法規資料庫(n.d.)·**癌症防治法**·2005年12月12日取自 <http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4A.asp?FullDoc=all&Fcode=L0070008>
6. 李龍騰(2004)·**衛生行政與衛生政策—理論與實務**·台北：藝軒。
7. 病人安全網址 <ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/nursing>
8. 財團法人醫策會(n.d.)·**九十四年度醫院執行病人安全工作目標之建議參考手冊**·2005年12月12日取自 <http://www.tjcha.org.tw>
9. 教育部(2001)·**大學教育政策白皮書**·2005年12月12日取自 http://www.high.edu.tw/white_paper/indexc.htm
10. 國立台灣大學醫學院護理學系所(2004)·**基層護理人員政策建言：SARS療傷、省思、再出發**·台北：國立台灣大學護理學系。
11. 劉淑娟(2005年9月)·**新禧護理人員離職—學界與業界之落差**·於台北市護理師護士公會主辦，護理人力資源及護理專業能力—學界與業界之對話研討會·台北：萬芳醫院。
12. Litman, T. J., & Robins, L. S., (1997). *Health Politics and Policy*(3rd ed.), New York: Delmar Publishers.

(七) 附錄

【附件一】法規名稱：癌症防治法（民國 92 年 05 月 21 日修正）

第一條 為整合運用醫療保健資源，有效推動癌症防治工作，減少癌症威脅，維護國民健康，特制定本法。

第二條 本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

第三條 本法用辭定義如下：

一、癌症：係指經由病理切片證實，或經其他檢查、檢驗有效推定診斷，在臨床上具有再發或轉移現象之惡性腫瘤。

二、癌症篩檢：係指利用檢查、檢驗或其他方法，辨別可能罹患癌症或可能未罹患癌症之過程。

第四條 ，本法所稱癌症防治包括下列事項：

- 一、 推動防癌宣導教育與預防措施
- 二、 提供符合經濟效益之癌症篩檢
- 三、 提供以癌症病人為中心之正確醫療、適切照護，以及後續追蹤計畫
- 四、 提供癌症末期病人安寧療護
- 五、 辦理癌症防治相關研究
- 六、 建立癌症相關資料庫
- 七、 癌症防治醫事人員之教育訓練
- 八、其他有關癌症之預防、診斷、治療、照護事項

第五條 國家應提供充分資源，並整合政府及民間力量，致力研究開發尖端醫學技術，協助推展臨床試驗，推動癌症防治工作，並應將防癌知識與癌症病人就醫之正確知識納入國民義務教育，致力於避免或減少國民暴露於可能致癌因子。

第六條 行政院為執行癌症防治政策，應設中央癌症防治會報。

中央癌症防治會報置召集人一人，由行政院院長兼任；委員若干人，由

行政院院長就政務委員、有關機關首長及具有癌症防治經驗之專家學者派兼或聘兼之。

中央癌症防治會報每年至少開會一次。

第七條 為落實國家癌症防治政策，中央主管機關應設立癌症防治政策委員會，其任務如下：

- 一、研訂癌症防治政策。
- 二、評估癌症防治預算。
- 三、評估癌症防治中心執行之成效。
- 四、訂定醫療院所癌症防治醫療品質指標。
- 五、審議癌症防治相關醫事人力、設備與癌症防治方案。
- 六、審議癌症診斷治療指引。
- 七、審查癌症篩檢方案。
- 八、其他有關癌症防治事項。

委員會執行前項任務，應徵詢其他相關專家學者、產業、癌症病人與家屬代表之意見。

第八條 癌症防治政策委員會以行政院衛生署署長為召集人，置委員十八人至二十四人，均為無給職。應包含下列人士：

- 五、 國家衛生研究院院長。
- 六、 國家科學委員會代表。
- 七、 醫學院校代表。
- 八、 公共衛生學者、癌症研究者、病理、腫瘤科及放射腫瘤科醫師與相關專家學者。

前項第三款及第四款之委員，由召集人遴聘，任期二年，期滿得連任。

第四款人數不得少於委員總人數二分之一。

癌症防治政策委員會每季至少應開會一次，必要時，得召開臨時會議，均由召集人召集之。

第九條 中央主管機關得整合癌症篩檢及診斷治療機構，建立完整之區域癌症篩檢及治療服務網，並得視需要獎助設立癌症防治中心及獎助醫療機構辦理癌症防治有關服務措施。

癌症防治中心應依據癌症防治政策委員會議之決議，辦理下列事項：

- 一、推廣癌症宣導教育及癌症篩檢。
- 二、參照癌症診斷治療指引診治癌症病人。
- 三、提供癌症病人治療後續計畫。
- 四、整合可平緩病人與家屬心靈之安寧療護服務。
- 五、建立癌症防治相關資料庫。
- 六、建立轉介服務網路。
- 七、癌症防治相關醫療人員之訓練。
- 八、實施癌症診療品質保證計畫。
- 九、結合社區資源，積極推動社區癌症防治方案。

第十條 財團法人國家衛生研究院應設癌症研究中心，辦理並整合與癌症有關之各項研究與治療方法、診斷技術、治療藥品等之開發及臨床試驗。

第十一條 為建立癌症防治相關資料庫，癌症防治醫療機構應向中央主管機關所委託之學術研究機構，提報下列資料：

- 一、新發生之癌症個案與期別等相關診斷及治療資料。
- 二、癌症篩檢陽性個案之後續確診及治療資料。
- 三、經由病理切片證實及經其他檢查、檢驗有效推定診斷為癌症之個案資料。
- 四、癌症死亡資料。
- 五、其他因推廣癌症防治業務所需資料。

前項資料提報之期限、格式、給付癌症防治醫療機構之費用及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第十二條 受理第十一條資料提報之機構，應指定專人依相關法令辦理安全維護事項，防止個人資料被竊取、竄改、毀損或滅失。

第十三條 主管機關得視需要，辦理人民癌症篩檢。

第十四條 癌症篩檢醫療機構應主動催促其篩檢之癌前期及癌症陽性個案回院確診，或提供轉診資訊。

第十五條 癌症防治醫療機構應於內部成立癌症醫療品質小組，以確保其癌症篩檢及診斷治療之品質。

前項品質保證相關措施之準則，由中央主管機關會商相關專家學者定之。

第十六條 國家應寬列人力與經費，確保有效推動癌症防治工作。

第十七條 違反第十一條第一項規定，經主管機關限期提報逾期未提報者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

違反第十二條規定者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰。

前二項所定之罰鍰，由中央主管機關處罰之。

第十八條 本法自公布日施行。

參、綜合建言

參、綜合建言

本報告謹針對我國護理過去專業發展和臨床執行現況，策劃目前國內護理急迫需要改革之護理要項，並依計畫的各政策子題：一、建立我國護理基本資料、二、確認我國護理專業的執業範圍、三、提升我國護理專業能力、四、增進我國護理專業服務的成效和品質、以及伍、強化我國護理專業服務和我國重要衛生政策的銜接和融合等主題，分別進行方案分析和策略規劃後，對我國未來護理專業發展方向提出具體的規劃建議。

以下僅摘列各子題建言：

一、建立我國護理基本資料

(一)預期達到的目標——

1. 建立我國護理人力『供給』和『應用』資料之機制。
1. 分析護理人力（護理師和護士）與護理時數之關聯性。
2. 了解護理人員（護理師和護士）各年齡層分布、性別之重要性。
3. 重視醫師和護理人員（護理師和護士）之比例及其重要性。
4. 保障合理的護理人力配置。
5. 提升我國護理人力之有效應用
6. 達到我國與國際護理人力分析與規劃之銜接。

(二)制度面的考量：

1. 中央補助經費成立一護理資料庫中心，資料應用包括護理學科系畢業生、護理人員證照、就業、進階、各類繼續教育之現況資料，每年檢討分析教、考、用是否適當，並彙整分析我國預測護理人力的發展，以作為每年度衛生署改善護理政策之參考。
2. 此一護理資料中心應負責其所彙整和分析資料應據實以報，不可作假，隨時抽查以確保真實性。

(三)執行面的考量：

1. 每年衛生署委由學術機構進行全國護理人力調查和更新資料乙次。並彙集成冊，分發給相關單位及護理人員。
2. 每年收集各校分別就不同畢業生類別：博士班、碩士班、學士班（大學、二技、四技）、副學士班（二專、五專）、職校等建立基本資料。

例如：學校：_____， 年度 _____

年齡(足歲)	男性	女性	人數	婚姻狀況	佔百分比
20歲以下					
21~24歲					
25~30歲					
31~40歲					
41~50歲					
51歲以上					

3. 每年並持續統計我國護理人員執照人數和分佈。如護理師和護士證照人數。
4. 每年定期彙集護理人員的執業場所資料，如醫院、公共衛生、護理之家與安養等機構、助產士/產所、其他共五大項。例如有關醫院的護理基本資料和格式如下，

各醫療院所建立護理基本資料

類別	各醫院			
護理人員數	男性			
	女性			
工作性質	全職			
	兼職			
護理人員年齡	22歲以下			
	23~25歲			
	26~30歲			
	31~40歲			
	41~50歲			
	51歲以上			
最高教育程度 (護理系畢)	職校			
	專科			
	學士			
	碩士			
最高教育程度	博士			
最高教育程度	學士			

(非護理系) (註明科系)	— 碩士 — 博士			
工作年資 (該院)	<ul style="list-style-type: none"> — 6個月以下 — 6個月~1年 — 1年~2年 — 2年~3年 — 3年~5年 — 5年~10年 — 10年~20年 — 20年以上 			
醫師與護士比 (該單位)	<ul style="list-style-type: none"> — 住院醫師&護士 — 主治醫師&護士 			
護理時數 (註)	<ul style="list-style-type: none"> — 加護病房 — 一般病房 			
薪資 (台幣)	<ul style="list-style-type: none"> — 24000元以下 — 24001~30000元 — 30001~35000元 — 35001~40000元 — 40001~50000元 — 50001元以上 			
專業證書	<ul style="list-style-type: none"> — 護士 人 — 護理師 人 — 專科護理師 人 — 其他證書 人 			

護理人員數×每年實際工作天數×每日工作時數

註：護理時數 = $\frac{\text{護理人員數} \times \text{每年實際工作天數} \times \text{每日工作時數}}{\text{床位數} \times \text{佔床率} \times 365}$

床位數×佔床率×365

其各類資料調查細項請詳見『臨床醫療機構護理人力運用資料』。

5. 每年出版我國護理人力『供給』和『運用』資料手冊，以作為規劃護理人力之參考。

二、確認我國護理專業的執業範圍

(一) 預期達到的目標：

1. 擬定護理人員各專業功能執業範疇。
2. 強化國內護理人員之進階制度（含專科護理師、安寧照護）。
3. 配合國家健康照護政策擴展護理專業執業範圍。
4. 提升護理人員對國家健康照護政策的認知和參與。

（二）制度面的考量：

1. 重新擬定衛生署護理諮詢委員會的任務及定位，並研發成立我國護理專業證照認證及再認證機制。
2. 依據不同護理執業範圍擬訂不同薪資結構標準
3. 護理教育的評鑑和醫院評鑑應加重對執業範圍內容執行成效之評核。
4. 由衛生署規劃成立-專責小組負責全國性之護理人員繼續教育標準及執業指引，並每年編列經費。

（三）執行面的考量：

1. 護理產官學界共同合作制定國內護理專業執業範圍。
2. 學界應主動就社會脈動或國家政策提供教育訓練課程，其中如新住民的照顧措施（外籍配偶）、長期照顧的照顧管理趨勢等新議題。
3. 發展並規劃護理人員進階制度能力分級之評估工具。
4. 護理專業證照考試與任用一致化，並且必須經過繼續教育和維持一定期間的臨床經驗才能延展有效證照。
5. 成立護理人員培訓教育中心，提供實務課程予護理人員完成進階訓練。
6. 護理界可接任-學術機構或專業團體設置專責人員，收集彙報國家的政策，協助護理人員對新訂或修正的政策能有資訊來源，例如有關過去歷經的 SARS、新近的禽流感防治，衛生署推動的病人安全（patient safety）、全人健康照護（holistic health care），或規劃中的長期照護政策等。
7. 依據各地不同醫療資源，其衛生所公共衛生護理人員之執業範圍應隨著轄區內健康照顧發展和人口組成的變化提供不同服務模式。
8. 推動醫療機構建立完善的安寧轉介服務，並培育安寧療護護理人才，護理人員是最貼近病人/家的醫療專業人員，藉著護理人員的專業素養，可協助病人/家、醫師、及醫療團隊作安寧療護的適當轉介，協調照顧計畫及治療方針。轉介服務可有下列三種角色：
 - （1.）對病人/家或原照顧醫療團隊提供建議。
 - （2.）將病人轉到安寧療護的服務體系。

(3.) 病人留在原醫療團隊，而安寧療護護理人員參與「共同照護」。

三、提升我國護理專業能力

(一) 預期達到的目標：

1. 持續提升護理人員之執業能力。
2. 建立一般及進階護理人員之專業能力標準。
3. 協助新進護理人員之專業護理能力，進而提高續任臨床工作意願。
4. 繼續強化安寧療護執業能力的發展。
5. 提升護理主管領導的能力。
6. 強化護理主管應用護理人力和培育護理人力之能力
7. 配合國家健康照護政策擴展護理專業執業範圍。
8. 社區護理人員對國家健康照護政策的認知。
9. 發展和擬定臨床護理照護指引。

(二) 制度面的考量：

1. 醫院設置護理人員在職訓練中心。
2. 恢復全國護理人員研修中心之設置。
3. 建議醫院設置臨床護理導師 (nurse educator)，負責規劃新進人員之教育訓練，並與各工作單位人員進行協助，盡量讓新進人員能於一個規劃週全及友善之環境下培養其整體護理專業能力。

(三) 執行面的考量：

1. 護理教育和醫院評鑑內容加重對執業能力和品質成效之評核。
2. 檢討各醫院行之多年之護理人員臨床進階制度，設計出真正能反應出臨床專業能力之進階課程，可作為評估、考核臨床人員真正能力之依據。
3. 產官學界代表研擬一般及進階護理人員之專業能力標準，並訂定評量工具與方法
4. 由衛生署和護理專業團體共同邀請國內權威性護理專家，期同規劃整體護理師資之培訓課程，以作為提升國內護理師資品質。
5. 護理學界應設置一機制，將所有國家醫療政策和社會人口變化之資料及時納入繼續教育課程，例如新住民的照顧措施（外籍配偶）、長期照顧的照顧管理趨勢等，促使社區護理人員在專業能力上同時提高。
6. 由衛生署邀集產官學界代表，選出臨床最迫切常見的議題，透過文獻查證，凝聚共識，建立本土版的照護指引，並確保護理進階護理人員

實際參與發展過程，回饋使用成效，如此，可透過研究設計了解其臨床效益。

7. 擬定我國「護理臨床執業指引」，此指引之基本內涵應包括 (baseline assumptions) 如下所示「安寧療護照護品質之臨床執業指南」(Clinical practice guidelines for quality palliative care):
 - (1.) 指南的目的
 - (2.) 安寧療護的品質標準 (quality standards)
 - (3.) 倫理規範 (codes of ethics)
 - (4.) 持續性地修正 (ongoing revision)
 - (5.) 同儕共識 (peer-defined guidelines)
 - (6.) 專業照顧 (specialty care)
 - (7.) 持續的專業教育 (continuing professional education)
 - (8.) 指南的應用 (applicability of guidelines)
8. 建議我國護理碩士班的學程與臨床護理的進階執業 (advanced practice) 銜接，以利擴展未來我國進階護理的發展。
9. 擴大我國專科護理師分科之類別例如：安寧照護。

四、增進我國護理專業服務的成效、品質

(一) 預期達到的目標：

1. 強化護理研究的成效。
2. 落實護理研究之臨床應用機制。
3. 建立審定護理研究對於提高人民健康和社會福祉有所貢獻之指標及機制。

(二) 制度面的考量：

1. 規劃我國護理臨床研究在短、中、長程之各階段之發展重點和方向。
2. 確保護理研究的未來方向與我國醫療政策密切銜接。

(三) 執行面的考量：

1. 結合我國護理醫療研究資源。
2. 護理學會或護理學術機構應持續性的彙整護理論文摘要，並定時出版資料，以供學界和產界作策劃之參考，並遴選優秀之研究計畫給予更多研究經費獎勵，以協助其發展。

五、強化我國護理專業服務與我國重要衛生政策的銜接與融合

依據目前正在執行的政策及未來的政策規劃，提出下列的建議：

(一) 預期達成的目標：

1. 強化護理人員的政策參與與規劃。
2. 改進護理人員的政策規劃能力。
3. 提升我國護理人員落實我國衛生政策的能力。

(二) 機構面的考量：

1. 衛生署護理諮詢委員會現隸屬於健康照護處，建議應改為直屬於衛生署署長之下之委員會，方能使護理相關之業務提升為『跨處級』。
2. 宜成立『全國護理人員研修中心』，以培育護理人員，增加護理人員的新知，並積極配合政府推動政策。
3. 護理專業團體應主動凝結共識，推出合理的策略方案，提供政府做參考。
4. 醫療機構應以病人安全為考量之首：由醫護人員共同合作以維護病人安全病加強教育。

(三) 執行面的考量：

1. 推動專業證照更新制度：護士、護理師證照更換，每六年一次。
2. 強化護理人員培育，任用及功能提升。
3. 護理專業團體如「全聯會」應建立類似『台灣醫界』的期刊，以加強護理人員吸收新知的能力。
4. 配合衛生政策的推行積極培育護理人才，以順利推動我國的衛生政策的實施。
5. 中央的衛生政策的實施需要護理人員時，要確保編列足夠的教育訓練經費，確實做到護理人員之教育訓練。
6. 國內護理專業團體之專業能力及行政功能需強化，並能協助全國護理人員了解及掌握現今護理執業環境及相關政策。
7. 提升臨床護理人員研究能力，並鼓勵參與研究。

肆、結論

肆、結論：

近三十年來，我國有關護理政策的白皮書可以說非常少，再加上過去十年，我國的衛生行政機構並未設置一專責單位，來統籌全國護理人員負責執行的所有各項衛生與醫療業務，以致於國內護理基本資料都是片段凌亂，既就是護理界本身對我國護理相關基本資料，均無從有一共同的基本認識；而在護理執業上，為因應醫療生態的劇變，新的執業模式或新的護理投銜或職稱，一一出現，但其執業範圍（scope of practice）或執業指引（practice guidelines）的發展，則依各護理團體或是各醫療機構自行擬定，加上衛生行政機構在規劃我國整體醫療政策時，甚少將護理專業的投注與價值納入考量，使得我國護理人員一直處於多頭馬車，自行其事的工作環境下，也因而影響到我國衛生政策的落實與確實執行。極有待衛生行政機構重視此一問題與現象。到底，我國醫療衛生業務的推動，如果缺少護理人員的參與的話，最終受到波及的還是我國廣大的民眾。

本案係衛生署於 2005 年 7 月公開甄選執行的「台灣護理政策白皮書計畫」，經過競標與審查的過程，本院於 8 月 17 日接受委託執行。歷經近四個月緊鑼密鼓研討，共舉辦四次籌備和各子題交叉座談會，並再透過各子題研議成員的小組對話，進而達到初步共識，以完成此一報告書初稿。

由於本案規劃的時間相當短，而我國有關護理專業體制與政策議題，有待進行「檢視與分析」，甚至需要進行重新規劃與開發的議題相當多範圍也相當廣，故在極限的時間內，本計畫經過籌備小組的建議，將此一「護理政策白皮書」的規劃，僅先侷限目前我國護理專業最迫切的五個政策子議題之範圍。本案進行探討的五個政策子題為：「建立我國護理基本資料」、「確認我國護理專業的執業範圍」、「提升我國護理專業能力」、「增進我國護理專業服務的成效與品質」以及「強化護理專業服務與我國衛生政策的銜接與融合」。期望經過此一「護理政策白皮書」的初步規劃，可作為今後「衛生署健康及照護處」及衛生署各相關處局，規劃衛生政策時之參採，以確保我國衛生政策的執行，強化護理專業的貢獻，為全民的健康謀求有成效而且高品質的健康服務。

本案所提出的綜合政策建言，係本案研議成員的初步構思與建言，為了能進一步擴大採納更多護理實務界與衛生署各相關處局或地方行政主管單位的參與，建議今後「衛生署健康及照護處」能針對本「護理政策白皮書」的初步規劃內容，繼續舉辦研討會、座談會、公聽會，以促進此一「政策白皮書」的各政策建言是被護理專業界、是被我各國醫事團體、是被我國衛生行政單位、是被我國的健康消費者所共同認同的，進而確實落實執行，並隨時檢測執行計畫後之成效，以達到照護國民之健康福祉和迎合國際護理專業的水準。