

出國報告（出國類別：會議）

出席 2016 年第十七屆「ICN 亞洲護理人力論壇」 暨 第十三屆「亞洲護理學會聯盟」 會議報告

- 服務機關：臺北榮民總醫院護理部
姓名職稱：王桂芸部主任
派赴國家：大陸北京
出國期間：105 年 11 月 15 日至 11 月 17 日
報告日期：105 年 12 月 23 日

摘要（含關鍵字）

第十七屆「ICN 亞洲護理人力論壇；the 17th ICN Asia Workforce Forum (AWFF)」與第十三屆「亞洲護理學會聯盟會議；the 13th Alliance of Asian Nurses Association (AANA)」先後於11月15日~17日，假大陸北京五洲大酒店舉行。本人代表台灣護理學會與學會黃璉華副理事長、蔣立琦副理事長及陳淑芬秘書長出席此項會議，會議內容重點報告於後，以分享國際會議相關資訊與目前全球所重視之重要護理議題。

關鍵字: ICN 亞洲護理人力論壇、亞洲護理學會聯盟

一、目的

第十七屆「ICN 亞洲護理人力論壇」與第十三屆「亞洲護理學會聯盟會議」先後於 11 月 15 日~17 日，假北京五洲大酒店舉行，本人代表台灣護理學會與學會黃璉華副理事長、蔣立琦副理事長及陳淑芬秘書長出席此項會議，其中本人與黃璉華副理事長為本會正式代表，蔣立琦副理事長與陳秘書長為觀察員。此次會議出席國家包含：台灣、中國、新加坡、香港、印尼、韓國、澳門、馬來西亞、日本與泰國等 10 國理事長與學會代表共三十餘人。ICN 出席代表為護理與衛生政策主任 Howard Catton。

「ICN 亞洲護理人力論壇」自 2000 年起每年舉行，由亞洲各會員國輪流主辦，此次由 ICN 與中華護理學會(Chinese Nursing Association，以下簡稱 CNA)負責辦理，Howard Catton 與 CNA 副理事長劉華平及副秘書長吳瑛聯合主持，此工作論壇為亞洲地區具 ICN 會員國代表參與，會議中除檢視各國與護理相關之內外在環境、人力結構與薪資之工作條件現況，各國護理學會並針對當今護理重要議題，如護理領導、護理學會角色發展、社群媒體時代與會員溝通模式、安全護理人力全球策略等，分享因應之道與成功經驗，促進交流與學習。由於此會議定期每年舉行，與會代表彼此熟稔、交流熱絡，因此會議過程相當順利和諧。

亞洲護理學會聯盟（簡稱 AANA）於 2003 年由亞洲八個國家代表於韓國首爾市共同連署下起草成立，成立目的在藉由每年舉辦亞洲國家（非限定 ICN 會員國）之護理學會理事長聯席會議中相互學習、汲取經驗，共同解決各國與國際間之護理專業議題。此屆會議主題在探討與護理人員健康福祉相關議題。

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

二、過程

（一）ICN 亞洲護理人力論壇

此次會議主題包括 ICN 最新活動訊息、各國環境檢視、護理領導、現今環境下各國護理學會角色發展、檢視各國護理工作狀況、在社群媒體時代如何與會員溝通、經由訓練課程了解北京故宮博物院(紫禁城)之文物保存，並從中得到啟發及安全護理人力配置全球策略。

1. ICN 最新活動訊息

論壇開始前，首先由 Howard Catton 代表 ICN 致詞，感謝各會員國熱情參與，

中華護理學會 CNA 精心安排策畫，並介紹共同主持人：CNA 劉華平副理事長與吳瑛副秘書長。接著李秀華理事長以承辦方身分致歡迎詞，除歡迎各 NNAs 代表們，並感謝 ICN 理事長 Judith Shamian 蒞臨會場，及恭賀她獲邀擔任聯合國健康人力就業與經濟成長高階委員會委員，發揮護理專業影響力。

Shamian 理事長致詞時首先感謝 CNA 為此次會議所付出的努力，並介紹 Howard Catton，強調其雖為 ICN 新人，但之前在 UK 服務，參與過許多 ICN 會議，對於社經議題相當熟悉，具備豐富之衛生政策實務經驗。Shamian 理事長並表示很榮幸能擔任健康人力就業與經濟成長高階委員會委員，讓護理有機會成為改變者(Changer)，不僅改變護理專業內，也改變護理專業以外，包括政府政策相關議題。她特別強調經濟會影響醫療保健投資，但衛生保健業可以促進國家經濟成長與發展。各國投資健康專業人力，也就是投資國家人民福祉與經濟成長。雇用健康專業人力，國家可以得到經濟回報，因此是項投資而非成本。研究結果顯示每投資 1 美元於僱用健康專業人力可以得到 9 倍回報。以糖尿病患者為例，若能藉由充足健康專業人力提供照護，使其活得更久，投入人力市場時間更長，將為國家創造更高 GDP。已開發國家，每 10 個工作就有 1 個是醫療保健業，德國每 7 人中就有 1 人於醫療保健業服務，因此醫療保健業是最大雇主，不要再說健康專業人力耗費太多成本。醫療保健及社福從業人員女性佔 67%，比一般行業(41%)為高，然而女性在各行業中並沒有得到平等對待，因此我們也要為女性、弱勢族群及性別不平等發聲。鼓勵雇用年輕人，營造磁性職場，吸引年輕人投入護理工作，以解決失業及護理人力老化之問題。Shamian 理事長分享她參與高階委員會之過程，強調制定政策必須將所有關係人納入其中，尤其要有專業團體代表參與，才能真正解決實務問題。並分享她爭取以 WHO 高階委員身分參加 Global health services research meeting，將護理元素帶入議題討論中。鼓勵各 NNAs 提供護理所帶來的經濟價值之相關實證資料，以便向政府發聲及建言。最後期勉各國代表，身為護理領導者肩負社會責任，應該將高階委員會做出之報告建議重要訊息傳遞給政治人物、立法者、決策者、公私立部門、勞工部門、政府以及服務機構，以期能獲得重視，並發揮影響作用。

Howard Catton 簡報時指出，全球正面臨氣候變遷、人口老化、非傳染性疾病、抗微生物抗藥性、疫苗、衝突及災難、社會解體、不平等及心理衛生等挑戰，為落實聯合國永續發展目標(SDGs)，世界衛生組織提出強化 2016-2020 年護產專業發展全球策略，以及 WHO 健康專業人力資源(HRH)全球策略：2030 年全球人力規劃。聯合國秘書長召開健康人力就業與經濟成長高階委員會，針對 2030 年健康專業人力資源全球策略 (Workforce 2030: The WHO Global Strategy on Human Resources for Health)提出行動方案，指引建置健康專業及社會部門之就業方案，以增進具包容性的經濟成長，並確保投資在健康專業對達成 SDGs 目標確實有所助益。該委員會於今年 9 月提交報告，並提出 10 項建議，其中前 6 項是針對健康專業人力雇用、教育及服務輸送等需要改變之建議，後面 4 項則是針對如何達成改變所提出之建議，包括(1)創造工作機會(Job creation)：鼓勵投資，在適當的地方以適當的人數，創造衛生部門正職的工作機會，特別為女性及青年提供工作機會。(2)性別平等及賦予女性權利(Gender and

Women's right)：透過將女性領導力制度化，擴大女性經濟參與並加速賦予權力。解決教育及健康勞動市場上的性別偏見及性別不平等問題，並在健康改革議程中處理性別議題。(3)教育、培訓及技能(Education, training and skills)：擴大轉型、高品質的教育及終身學習，使所有的衛生工作人力具備符合民眾照顧健康需求的技能，並能充分發揮其潛能。(4)健康服務體系(Health service delivery and organization)：改革服務模式從集中在醫院照護上，而轉向側重於預防，有效提供高品質、可負擔的、整合式、以社區為基礎、以人為本的初級及移動式照護，尤其需特別重視偏遠地區的民眾。(5)科技(Technology)：利用具成本效益的資訊及通訊科技的力量，加強健康教育，提供以人為本的健康服務及健康資訊系統。(6)危機與人道救援(Crises and humanitarian settings)：確保為“國際衛生條例”所要求的核心能力進行投資，包括開發國內和國際照護工作者的技能發展，增進其於人道救援及緊急的、長期的公共衛生事故事件之相關技能。確保在任何環境下，所有健康工作者及衛生設施的安全。(7)財務與籌資空間(Financing and fiscal space)：在國內外酌情籌措足夠的公共或私人資金，考慮展開廣泛的健康募資改革，為提供具備適當技能、良好工作條件及適當數量的健康工作者進行投資。(8)夥伴與合作關係(Partnership and cooperation)：促進國家、區域級國際各級部門間合作；推動民間團體、公會及其他健康工作者組織與私營部門跨領域合作；根據國家衛生和教育戰略及計劃，調整國際合作，支持健康人力的投資。(9)國際技術移民(International migration)：推動健康工作者資格受國際社會認可，以便優化技能之運用，提高效益，同時還需降低健康工作者移民時造成的負面影響，並保障其權利。(10)數據、資訊及當責(Data, information and accountability)：採用統一指標及方法，進行嚴密之研究及分析健康勞動力市場，以強化實證、責任與行動。此次會議代表將就上述 10 項建議列出優先順序，並共同擬出一份公報。此外護理專業共同關注之議題包括安全護理人力配置(Safe staffing)、身心俱疲(Burnout)及壓力(Stress)、職涯發展(Career professional development, CPD)、合理薪資福利、充足設備、霸凌及暴力、尊重與價值感、不公平待遇、發聲與參政。

2. 各國環境檢視

此次人力論壇由劉華平副理事長引導各國代表作環境檢視報告(Environmental scan)，分析目前各國影響護理專業發展的內、外在因素及所採取的策略。各國代表說明影響職場工作環境與專業發展的主要因素，包括護理人員與護理專業、健康、社會、政府與治理、全國性護理學會等層面。由以上環境檢視中，顯示亞洲各國重視的議題如下：

- (1) 各國人口高齡化、慢性病盛行、醫療照護需求俱增，護理人力短缺、執業環境不佳等問題持續存在。
- (2) 因應護理人力不足，一些國家採取混合式照護模式，聘用助理護士(護佐)協助分攤護理人員的工作，以減輕負荷。
- (3) 營造正向執業環境是多數國家護理學會積極與政府合作之目標，並提出具體策略，包括減少護病比、提高薪資福利、培訓人員及護理主管、規劃護理職涯發

展、運用輔助人力、彈性工作以及立法保障勞工權益等。

- (4) 各國健康服務模式從集中在醫院照護上，轉向以社區為基礎、以人為中心的初級照護，並側重於預防，以有效提供高品質、可負擔的、整合式照護。

3. 護理領導

11/15 下午由 CNA 吳瑛副秘書長主持，首先由日本護理學會(JNA)執行長 Hamako Katsumata 報告該學會推動之「護理行政者認證制度」(Certified Nurse Administrator System)，此認證制度之目的，是藉由培養護理行政者符合一定標準，維護及改善護理行政品質及專業程度，以提供高品質護理服務。認證護理行政者(Certified Nurse Administrator)之定義為，通過認證評估，擁有極佳行政者特質，且被認可具備創新地發展組織之能力者。申請認證者需具備護理證照、5 年以上臨床實務經驗、完成 JNA 舉辦之認證護理行政者培訓課程(510 小時，其中 Level 1-150 小時、Level 2-180 小時、Level 3-180 小時，培訓期間約 6 個月)或具備護理碩士學位、通過認證評估(文件審查及筆試)，始能登記成為認證護理行政者並發給證書。每 5 年重新認證評估並換照。通過認證者在服務機構大多擔任較高職務，例如副院長、護理部主任、居家護理所主任等，並發揮極大功能，致力提升病人安全及照護品質、投入人力資源管理及勞動議題。每年約有 150 位通過認證，自 1999 年實施至 2016 年 11 月止全國已有 2,991 位認證護理行政者。此制度與健保給付有關，醫院必須有一定比率之認證護理行政者，例如感控護理、傷口護理、病房護理等，健保才會給付。分 3 個 Level，Level 1 只要完成 150 小時培訓即可，Level 2 及 Level 3 除需完成 180 小時培訓，亦須提交報告，通過 60 分才可晉升至上 1 級。

4. 現今環境下各國護理學會角色發展

本人受邀分享台灣護理學會角色發展經驗，首先介紹台灣護理學會沿革、宗旨、任務，並分三個階段-輝煌的過去、永續的現今及創新的未來，分享各時期學會發展之重點及成果，由於學會積極提升護理專業水準、學術研究發展、出版優質期刊、參與國際社會、發揮政策影響力，並提供多元化會員服務，使得會員人數不斷成長，並成為具有影響力的護理團體。與會代表對於本會會員人數持續成長，且能提供會員獎學金、論文發表、研究計畫補助及免費參加研習會，相當感興趣，本會代表說明學會收入大多來自會員所繳納之會費，因學會有百年歷史，累積相當資金可以回饋給會員，故提供會員福利。且學會推展能力進階、認證、論文期刊發表等，均有助於吸引護理人員加入學會。

5. 檢視各國護理工作狀況

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

- 護理人員類別：韓國、澳門、菲律賓只有註冊護理師 RN；其他國家除註冊護理

RN 之外，還有執業護士 LPN(印尼、日本、台灣)、社區護士 CN(Community Nurse 馬來西亞)、技術護士 TN(Technical Nurse, 泰國)、助理護士 NA (Nurse Assistant, 印尼、馬來西亞)、登記護士 EN(Enrolled Nurse, 新加坡、香港)、公衛護理師 PHN(Public Health Nurse, 日本)、助產士 MW(Midwife, 日本)、助產師 RMW(Registered Midwife, 新加坡)等類別。

- 進入護理學校前之教育年限：除了台灣、大陸之部份 RN、印尼之 NA、日本之 LPN、馬來西亞之 CN 及 NA 只需 9 年教育外，半數以上國家均須完成 12 年以上之高中教育後才能就讀護理科系，其他國家至少也要 10-11 年。
- 護理教育修業年限：RN：3-5 年(大多數 4 年)、LPN：2-3 年、NA：2-3 年，其中台灣及中國之護理學制比其他國家更多元且複雜。
- 護理人員年齡分布：執業護理人員平均年齡、護理生涯年資。
 - (1)執業護理人員平均年齡：年齡最輕為馬來西亞 (21 歲)，最高為新加坡(48 歲)，台灣為 35 歲。
 - (2)平均護理執業年資：大部分國家以退休年齡減去就業年齡，約 30~43 年；而日本及韓國則是以護理人員實際服務之年資計算，韓國 5.4 年、日本 17.5 年。
- 預估護理人力的供需狀況：大部分國家認為未來護理人力依然短缺，唯菲律賓及印尼則認為護理人力供應過剩。
- 改變對護理人力需求的原因：所有國家均認為人口組成、健康需求、病人照護需求、科技及政府政策均為影響護理人力需求之原因。
- 護理人員 1 年內之異動率：韓國 (12.6%)，其次為日本(10.8%)，澳門因公私立醫院不同，公立醫院 4%，但私立醫院則為 5~40%。
- 薪資比較
 - (1)各國護理人員薪資比較，以購買力平價指數(Purchasing Power Parity；PPP) 換算，目的係在衡量同一時間點下，各國購買相同物品所需支付價格之變化情形。通常開發中國家的經濟體規模以 PPP 衡量，比用 GDP 衡量準確，因相同物品在開發中國家的售價常比已開發國家低，相同金額可購買的數量較大。經 PPP 換算後，各國護理人員平均薪資以澳門最高，比當地警察還高。
 - (2)護理人員與其他專業平均起薪之比較
醫師 > 會計師 > 教師 > 警察 > 護理師 > 物理治療師 > 護士 > 助理護士(護佐)
顯示護理師平均起薪比老師、警察及會計師為低，只比物理治療師、護士及助理護士(護佐)高，如何提升護理人員之專業價值值得各國重視。

6. 在社群媒體時代如何與會員溝通

首先由吳瑛副秘書長代表 CNA 報告，大陸有 51.7%人口使用網路，92.5%使用手機。在眾多社群媒體中，WeChat 異軍突起，使用者越來越多，因此 CNA 運用 WeChat 與會員聯繫溝通。有 2 個帳號，1 個是官方公共帳號，內容包括最新消息、中華護理學會介紹、部門連結、下載；另 1 個是 The journal house of CNA，內容包括最新消息、迷你書店、研討會(註冊)、投稿及查詢，以上必須是會員才能登入官方帳號看到內容。

CNA 亦運用 WeChat 進行問卷調查。

接著由馬來西亞(MNA)代表 Chew Hong Leng 報告，MNA 主要透過 e-mail 傳遞護理最新消息、國際及國內研討會及研習會，並於學會網站上更新消息、新聞與通訊。運用 whatsapp 與 FB 與會員溝通，必須是會員才能登入使用。

7. 訓練課程

11 月 16 日上午由吳瑛副秘書長主持，邀請北京故宮博物院副院長 Ji Li 介紹北京故宮，主要著重於如何保護故宮文物。

8. 安全護理人力配置全球策略

11 月 16 日下午分別由吳瑛及 Howard 分享澳洲及紐西蘭護理學會在國際護理人力論壇(IWFF)報告之內容。

澳洲：白班、晚班護病比 1:4(管理職除外)，夜班是 1:7，兒科每班 1:3，各區域的護病比略有不同。Victoria 是最早實施護病比(2000 年)，並有立法規範的。本次以 Victoria(維多利亞省)為例，因為他們成功立法規定各班護病比，在 2000 年之前，Victoria 每天關閉 400 張病床，缺 1,300 名全職護理人員，造成護理人員超時工作，甚至上 2 個班，導致 burnout 及離職，使護理人力短缺更加嚴重，醫療機構只好尋求外籍護理人員或不合資格之護理人員。有鑑於此，澳洲護理學會倡議推動合理護病比，以改善照護品質及保障病人及護理人員之安全。由於當時正值該省省長選舉，因此接觸某一候選人，他承諾當選後實施護病比，亦即白班、晚班 1:4，夜班 1:7，因此護理人員都投票支持他並順利當選。護病比實施後增加招募 3,400 名護理人員，政府也進行重要宣傳活動。然而因未正式立法規範，他們必須每 3 至 4 年抗爭一次，每次都會訂一個主題，例如 2004 年舉辦“5-4-20”活動，代表每 20 位病人需有 5 名護理人員照顧；2007 年活動名稱“Fund Nursing Properly for a Better State of Health”，直至 2011 年，政府打算取消實施護病比，護理團體認為應該立法規範，以保護護理人員，因此再次發起一個“Respect Our Work”運動。然而抗爭活動是非常危險的事情，發起人可能會因此被起訴，因此，護理人員又發起募款，以支持她並保護她的安全，甚至必要時聘請律師。護理人員再次團結起來，利用 FB、Twitter 號召所有民眾支持那位承諾當選後立法規範護病比之省長候選人，最後他成功當選，因此，最後順利通過護病比立法。

紐西蘭：護病比較為複雜，不像澳洲那麼簡單，他們運用 Care Capacity Demand Management (CCDM)，來決定護病比。當初與其他國家一樣面臨護理人力短缺、招募困難、高離職率之問題，因此獲得政府同意設立 Safe Staffing Health Workforce (SSHW) unit，第 1 年由衛生部資助，之後就由各地區衛生部門負責，此 unit 主要任務在於促進及協調最佳實務，發展 CCDM 計畫並支持變革，評估各區域推動安全健康照護人力配置之成效。CCDM 以系統性思考，逐一建構解決問題的方法策略，包含 3 個重要元素，首先是人力計算方法(Staffing methodology)，他們運用 Service delivery accurate staffing models，先作工作分析，再以 FTE 計算病人照護究竟需要多少護理人力，其

中包含病人嚴重度、休息及處理非預期工作之時間、及病人數等，經過複雜的計算工程，建立“正確人力模式”；其次，以 VRM (Variance response management) 工具有效計算各種複雜變異狀況。最後建立 Core data set，提出正確的規畫資源設計方案 (Accurate planning resource design)，以確保病人照護品質，有效運用健康資源，提升有品質的工作環境。CCDM 需要強大資訊科技支持。

中國：目前官方規定白班是 1:8，但是許多醫院無法達到這個標準。然而澳洲因為護理人員不夠，政府就規定醫院將病房關閉，許多醫院依據護病比關閉病床與病房，護理人員有同樣的權利可以因人力不足而關病床。醫師們也支持，因為護病比關係著病人的安全與治療成效。

新加坡：已經完成護病比規範，目前是沒有問題，為了因應多元文化之社會組成，不同種族文化照護之需求，足夠的護理人員是大家的共識。

日本：護病比 1:7 是保險公司給付之標準，醫院必須符合 1:7 的護病比才能獲得保險給付，醫院管理階層必須聘請足夠的護理人員。之前未將病人嚴重度列入考量，但近年日本經濟衰退，因此目前是依據病人嚴重度計算護病比。護理人員必須呈報每天照顧之病人類別(病人嚴重度)建立 nurses-need 的公式。將病人需要輸入計算護理人員人數，醫院彙整資料，每三個月必須呈報衛生部門，保險公司才依據醫院呈報的人數是否符合，給付醫療費用。

台灣：全日平均護病比標準：醫學中心 1:9，區域醫院 1:12，地區醫院 1:15，目前已經納入醫院評鑑基準，並且與健保給付連動，如果護病比優於評鑑標準，將得到額外 9-11% 加成的住院護理費。要達到合理護病比，是需要護理團體及政府共同合作，自從 2012 年推動護理改革，護理人員數增加，留任率提升，有效緩解我國護理人力短缺之問題。護理人員儘管非常忙碌，護病比仍高的情況之下，仍堅持崗位。自從護理人力短缺問題持續浮現後，醫師擔心，社會重視，讓護理團體覺知，我們必須團結一致，爭取降低護病比、加薪才能留住護理人員，提供安全、高品質的照護。由於改革政策的實施，許多護理人員回流繼續工作。從澳洲的故事讓我們學習到，不要一味地服從，我們必須學習改變，為自己爭取福利。

馬來西亞：公立醫院、教育醫院、私立醫院，以有無 specialist 決定不同的護病比規範，私人醫院 ICU 1:1，一般病房 1:5，有時候以護理實習生協助。

泰國：護病比是 1:6-1:8，因為目前有些醫院已通過 JCI 評鑑，符合 1:7 標準。國內病人越來越多，政府發現護理人員 overload，如果可以 1:4 的話真是太棒了。護理人員工作 2-3 年即離職比率偏高是泰國目前面臨的另一問題，薪資也是護理人員離職原因之一。

中華護理學會吳瑛副秘書長建議 UN 高階委員會向 WHO 提出建議將護病比作為各國照護品質指標。日本老年人口增加，佔床比率高，且失智症者增多，老人照護需求相對提高，因此，期望 ICN 建議國際護病比指標，尤其是急性單位。老人照護機構除了需要資深護理人員擔任團隊 leader 外，也需要更多護理人員與護佐。

二、 亞洲護理學會聯盟會議

11月17日進行第十三屆亞洲護理學會聯盟會議，大會主席為中華護理學會吳瑛副秘書長，亞洲護理學會聯盟成立的主要目的，在於維持亞洲國家/區域間更緊密的網絡連結，並分享意見與資訊。此次會議主要討論護理人員的健康與福祉，並分享各國政府及護理學會如何保障護理人員的權益。先由各國針對護理人員健康與福祉作5分鐘之報告後再進行討論。各國報告內容摘要如下：

1. 台灣：根據研究顯示，護理人員骨骼肌肉疾病(Musculoskeletal disease, MSD)之發生率有逐年增加趨勢，護理人員對非護理人員之風險比為1.46，69.8%護理人員有下背痛。在心理健康問題方面，臨床護理人員常感到心情不佳(65.9%)、焦慮(65.4%)、社交活動減少(64.5%)、睡眠品質差(73.1%)。各醫療機構藉由提供充足之人力、支持、諮商以及心理介入措施，以有效處理其心理健康問題。職場暴力方面，49.6%護理人員過去一年曾遭受至少一次職場暴力，46.3%為言語暴力，19.1%為身體暴力。為有效遏止醫療職場暴力，政府修改醫療法第24條及第106條，對施暴者予以法律制裁，各醫院並採取各項暴力防範措施。根據全聯會會員傷亡事故補助統計分析，癌症比率最高，其中護理人員罹患乳癌及肺癌之年齡比一般人來得年輕。為預防針扎事件，政府於2012年修改醫療法第56條，規定醫療機構5年內逐步使用安全針具，預計至2017年全面使用。為了解決護理人力短缺問題，衛福部自2009年起額外挹注8.35~20億專款，鼓勵醫院調高護理人員薪資及夜班費，並增聘護理人員。2012年起推動護理改革短中程計畫後，護理人員薪資福利增加、執業環境改善、護理人員回流、執業人數增加。

2. 日本：護理人員之身體危害包括：生理時鐘紊亂、下背痛、眼睛痠痛、暴露於化學及輻射物質、感染風險。精神危害包括：暴力、職場騷擾、心理衛生問題。日本護理學會JNA致力發展及推動“Guideline for occupational health and safety of nurses”、“護理人員夜班及輪班工作指引”，並隨時於學會網站更新最新資訊，提醒護理人員與護生自我保護，以減少職業傷害。未來將修訂“Guideline for occupational health and safety of nurses”，加入health promotion of nurses，希望透過個人、主管及機構之努力，提升護理人員之健康。另日本護理學會提到與日本醫學會共同致力檢討改善醫事人員工作環境。日本護理人員薪水不高，是根據法規規範護理薪資，因此JNA提出護理薪資制度建議方案，分為三類：一般護理人員、管理者、specialist，JNA亦分享該國2015年通過一個法案，規定護理人員只要大學畢業，經過培訓，且與醫師簽訂合約，即可執行38項醫療工作，包括開立處方。泰國各醫院因經濟因素考量，各級醫院給付不同，護理人員薪資結構不同，大夜班費普遍較高，另因為跨文化病人多，能講第二種語言之護理人員能獲得獎金，所以薪水較高。

3. 馬來西亞：研究顯示超過2/3護理人員有肌肉骨骼系統之問題，該國政府規定醫院必須遵守MSQH (Malaysian Society of Quality in Health)有關安全職場之評鑑標準，以建立健康之工作環境。研究發現，執業第一年工作滿意度最高，之後逐年下降，至第8-11年間達到平穩。護理人員最滿意工作之內在因素，最不滿意外在因素，護理

人員不再是首選工作。研究顯示心理社會支持可以降低壓力，但不會增加滿意度。許多馬國護理人員移民到英國、澳洲、沙烏地工作，因為收入較高。學會繼續要求政府MSQH 注重護理人員短缺問題，並強調 Healthy nurse provide quality care for healthy nation。

4. 泰國：根據研究顯示，2/3 護理人員有健康問題，48.3% 有 MSD、50% 下背痛 20% 仍抱病上班。在心理健康問題方面，45.5% 感到壓力、1/3 有失眠、8-10% 需服用安眠藥、38.3% 感到焦慮及憂鬱。護理人員時常超時工作，罹患高血壓、高血脂人數持續增加。罹患病毒性肝炎、肺結核及其他肺部疾病亦時有所聞。2014 年有 1305 名護理人員早發性死亡，39.2% 死於癌症，其中 22.9% 為乳癌。醫療暴力及騷擾事件時常發生，最常發生在急診室，因為政府對舉報人之保護不足，因此只有 20% 有通報遭受身體及語言暴力。為了改善護理人員健康與福祉，泰國護理學會、護理局以及公衛部門共同推動正向執業環境活動(PPE campaign)，並提出口號“healthy works, healthy nurses, healthier people”，要求政府提供應屆畢業護理人員公職職缺、規劃公平職涯路徑、讓護理人員參與規畫及決策，衛生部接受上述建議，學會將持續追蹤推動進度。

5. 香港：香港護理人員較常見身體問題是下背痛、肩痛、手臂痛、以及瘀傷(工作環境太擁擠)，甚至因為抬重物而導致骨折。心理健康問題則因工作壓力大、需輪值夜班的關係而導致失眠問題。此外，焦慮是新進人員常見問題，也會因轉換工作環境而產生焦慮。攻擊行為也是護理人員壓力來源之一。護理人員對於在工作環境中受到管理者與醫師的重視，得到同仁、上司認同及病人家屬讚賞感到滿意，因此某些醫院會提供感謝卡給病人填寫，以提升護理人員之士氣。相對的某些人會因為沒有得到認同及讚賞、暴力問題(包括同事間霸凌、顧客言語暴力)、工時過長、缺乏輪調、訓練、晉升及職涯發展機會，以及缺乏同事間的支持而感到不滿意。公立醫院實施 Nurse career model，進階順序是從新進護理師(Beginner)，兩年內必須輪調三個單位，學習通科，然後再進階到準專科註冊護理師(Pre-Specialty)、專科註冊護理師(Specialty Nurse)、進階護理師(APN，病房單位主管)、護理顧問(Nurse consultant，部門主管)。目前仍在討論公私立醫院間工作職稱相互認定之議題。政府非常重視護理人員之工作條件，2012 年起正式討論專業人力議題，護理人員亦參與其中。2014 年醫院主管機關成立專業諮詢委員會，支持專業發展，其中有兩位護理代表。NNA 積極參與護理諮詢委員會，定期與不同利害關係人開會，共同討論相關議題，並遞送建議書及提出立場聲明，目前已經完成三項立場聲明上呈衛生當局，亦公告在網站上。

6. 韓國：工作負荷過重、高壓力、情緒勞務、與輪班有關之健康問題(例如疲倦、失眠、憂鬱)、暴露於危害物質，造成護理人員身心健康出現問題。學會自2013年起進行一項護理人員健康之長期追蹤研究，這是第一次、大範圍、前瞻性、針對女性之世代研究。研究經費由政府補助，第一期(2013-2015)80萬美金，第二期(2016-2018)120萬美金。研究對象為在醫院工作之女性護理師，年齡20-45歲。採線上問卷，第一次填答後間隔6個月再用相同方式填答。問卷內容是依據美國所發展之 Nurses' Health Study 第3版(NHS 3)問卷修改而成。研究目的是調查育嬰年齡女性護理人員之健康狀況、生活型態、與疾病有關之特質、疾病盛行率，以找出護理人員主要健康問題，提

供實證，作為政策制定之參考，以提升護理人員健康，改善工作條件。研究團隊包括學者、營養師、流行病學專家、統計學專家、政府研究員，另外還有諮詢委員會成員。第一期研究結果顯示，輪班護理人員有1.519倍勝算比歷經嚴重度較高之憂鬱症狀。5.7%護理人員有夜食症，夜食症之護理人員有1.65倍可能罹患嚴重度較高之憂鬱症狀。第二期將繼續進行追蹤調查，並採集生物標本(尿液)及臨床檢驗。

7. 澳門：研究發現急診及內科病房護理人員 80%有下背痛、主因是太緊急以致未穿著束腹帶。病房護理人員之心理健康狀況比一般民眾差。年資未滿1年及超過10年之護理人員明顯有較大壓力。為解決上述問題，一些公私立醫院成立職業衛生與安全委員會，制定相關指引，提供專業人員支持與協助，以提升執業安全。今年初勞工局舉辦研習會，以提升職業衛生與安全。職場暴力部分，80%護理人員在1年內經歷過職場暴力，語言暴力最常見，56.8-93.7%澳門護理人員至少經歷過1次；一份針對私立醫院之調查顯示，13%醫師及護理人員經歷過身體暴力，該院採取相關措施及制定安全執業政策。2015年底，一名護理人員被病人家屬霸凌，公開上傳護理人員照片及ID至網路社群平台，抱怨護理人員技術差。該護理人員之雇主採取安全執業政策，保護此護理人員。澳門護士學會嚴正看待此事件，決定透過媒體喚起民眾重視，在報紙上表達憂心及關切，並呼籲民眾要信任護理專業人員，若有任何意見或抱怨請循正常管道表達，暴力絕對不是解決問題的方法。

8. 新加坡：研究顯示護理人員重大傷害比率有些微增加，從2014年6.9%，上升至2015年10%，原因包括滑倒、跌倒、絆倒、被撞。輕微傷害比率則有增加趨勢，原因為過度使力及費力地移動。護理人員時常遭遇語言及身體暴力、感到壓力及憂鬱。因此各醫療機構採取相關措施，減少職業傷害，包括確認風險、改善職場環境安全、健康促進以及人員教育。例如實施“*No lift policy*”，提供設備取代人工抬重物；建置員工支持輔導系統，當護理人員面臨壓力事件時，給予情緒支持；由醫療社工負責培訓護理及其他醫療人員諮商技巧；培養正向處理壓力之因應機制，例如正念。2014年通過暴力及性騷擾防治法，以保護醫療人員工作時免於被騷擾。當然最重要的是護理管理者必須能支持與協助護理師面對這些困境。

9. 印尼：該國勞動條件比菲律賓差，護理人員不滿意薪資及工作環境，護理人員大部份集中在爪哇及峇厘島(Java/Bali)，因其薪資較高。其他地區則因交通與溝通問題，欠缺基礎與社會建設、薪資低、無其他津貼補償，工作條件較差。護理人員身體健康問題包括因沈重工作負擔無法充分休息，導致疲倦、肩痛、下背痛(11%)。心理健康方面，護理人員有許多壓力源，包括角色衝突、工作負荷過重、與專業內外之關係等。

10. 中國：護理人員數在過去十年大量增加，2015年已增加至324萬名，預估2020年即將達到445萬名。目前每千人口護理人員數為2.36名，低於全球標準，護理人力仍然短缺。全國面臨人口老化、非傳染性疾病增加、住院病人病情更嚴重，80%死亡原因為慢性疾病，居家與社區護理需求增加。2009年政府開始推動醫療衛生改革，2010年全國推動高品質護理服務計畫(High Quality Nursing Services)。由於護理工時過高，對護理人員健康產生不良影響，為了評估高品質護理服務計畫實施成效，CNA

進行全國性調查，包括護理人員績效以及工作狀況，其中最重要的是了解護理人員之健康及工作滿意度。運用 Sub-health Measurement Scale (SHMS)測量護理人員健康狀況，100 分代表健康，69~40 分顯示亞健康狀況，調查結果顯示，護理人員普遍健康狀況得分為 49.97 ± 12.37 ，為亞健康狀況(介於健康與疾病之間)，所有次量表得分均低於 70 分，表示護理人員在社會、心理、身體方面均處於亞健康狀況。尤其心理健康方面，護理人員有許多嚴重精神症狀，包括焦慮、憂鬱、失眠、注意力不集中以及食慾改變。在身體健康方面，MSD 盛行率為 89.5%，其中下背痛佔多數，肩頸問題其次，工作常需彎腰、翻身，尤其 OR、ER 及 ICU 護理人員問題更嚴重。MSD 保護因子包括環境設施、工作滿意度、職業安全衛生知識等。在工作滿意度方面，採用 Mueller & McCloskey Satisfaction Scale (MMSS)測量護理人員滿意度。結果顯示護理人員滿意度得分為 3.1 ± 0.6 ，僅中等滿意。滿意部分包括同事間相處、合作、主管讚美、與其他同事互動、控制及責任感；不滿意部分包括排班、工作與家庭平衡、外在報酬。政府非常重視 CNA，因此 CNA 與政府緊密合作，持續為護理人員發聲，監測護理人員之健康狀況，提出保護護理人員健康，增加護理人數，減少工作負荷、增加薪資福利等相關策略建議，推動立法反霸凌，以保護護理人員安全，並積極推動護理法立法。

綜言之，亞洲各國均面臨人口老化、慢性病照護需求增加、護理人力不足之問題。由於工作負荷重、輪班且工時長，使護理人員普遍出現下背痛、罹癌風險高(尤其是乳癌)、精神壓力大、焦慮、憂鬱、失眠等健康問題，並時常遭受職場暴力威脅。有效解決策略包括提供正向執業環境，安全的環境設備，充足人力，建置員工支持輔導機制，員工及主管教育訓練，立法保障護理人員權益及遏止暴力行為，護理人員積極參與政策制定、發揮影響力。

三、心得

亞洲護理人力論壇會議重點主要針對護理人力資源，因此各國延續往年議題，如人力、薪資、正向執業環境(安全護病比)、護理領導、護理學會角色發展等，報告這一年來之進展。從他國成功經驗分享及交流過程中，深感為引領護理專業發展，維護護理人員健康與福祉，護理專業團體須扮演領航者角色，尤其在政治及政策參與上永遠不能缺席，才能發揮影響力。

四、建議事項（包括改進作法）

針對未來護理職場環境之改善及護理政策之參與，提出以下建議：

1. 持續推動安全護病比立法。
2. 持續辦理護理領導人才培訓，培養未來領袖人才。
3. 建議政府提供研究經費，進行全國護理人員健康及福祉相關調查，以提供實證結

果作為政策擬定之參考。

4. 積極推動進階護理師認證，並進行相關研究，以提供實證，倡議立法推動護理分級制度。
5. 明年輪由本會承辦 AWFF，預定於 2017 年 11 月 14-16 日，在圓山大飯店舉辦。AANA 主題為護理人員繼續教育。



本會正式代表



與 ICN 理事長、護理與衛生政策主任合影



本會代表手持出席證書
與 Howard 合影



中華護理學會李秀華理事
長致贈禮物