

護理專業團體
「總統與立委選舉之護理界訴求」

104.08.26

- 議題一、立法規範合理護理人力配置，建立「護病比與住院護理費給付連動制度」，依護病比給付足額住院護理費，並規範專科護理師合理照顧病人數。
- 議題二、推動護理分級制度和混合式照護模式，以滿足住院病人照護需求，並減輕護理人員的工作負擔。
- 議題三、護理養成教育全面提升至大學程度，並推動專科護理師培育回歸正規護理教育體制，以提升專業照護品質。
- 議題四、推動長期照護產業的發展，提升失能、失智者照護品質
- 議題五、國衛院設置護理政策研究專責單位，以執行護理相關政策研究。

議題一、立法規範合理護理人力配置，建立「護病比與住院護理費給付連動制度」，依護病比給付足額住院護理費，並規範專科護理師合理照顧病人數。

說明	策略
一、護理人員照護病人數與病人安全息息相關： (一)根據醫學期刊的大型研究發現，護理人力精簡和醫院病患死亡率較高有直接關連 Aiken, L.H., et al,(2002)指出以一位護理人員平均照護 4 位病人數為基準，每增加照護一位病人，30 天之內死亡風險將增加 7%。反觀我國醫院白班平均一位護理師要照顧 6-10 位病人，小夜班 9-15 人，大夜班 11-18 人，照顧病人數已為國外護理人員的 2-3 倍，嚴重影響病人照護的安全。 (二)醫院護理人力精簡與醫療給付有關 國內健保對護理費給付低，醫院經營困難，只能壓縮護理人力以有效控制成本，而護理人力不足，工作壓力大，致無法留任護理人員，也招不到畢業生進入職場，人力更為短缺之惡性循環。日本亦曾面臨與我國類似問題，在2006年改善勞動條件及修正國家健康保險診療報酬辦法，實施「1對7護病比之健保給付加乘制度」凡是醫院護理人力配置多，醫療給付就高，人力不足現象明顯獲得改善。因此建議參考日本立法規範。 (三)護理人力不足有多嚴重 依據衛福部台閩地區護理人員統計資料顯示，至2015 年 7 月初，台灣護理領照人數 254,486 人，護理執業者 147,992 人，扣除 65 歲以上領照 8,716 人，執業率僅 60.2%，相較於加拿大 2010 年執業率 86.6%，美國 2009 年 84%，台灣明顯偏低(張媚、余玉眉，	一、比照歐美先進國家，推動立法規範合理護病比，維護病人安全。 二、持續推動護病比與住院護理費給付連動案，提高醫院聘請足夠護理人力的誘因，減輕工作負荷，確保病人安全照護，才能吸引護理人員留任願意或重回職場，讓護理就業人數增加，維護民眾就醫權益。 (一)中央健保署於 105 年持續編列護病比與住院護理費給付連動預算，並且逐年增加，以達依護病比給付足額住院護理費之目標。 (二)期望在 3~4 年內完備相關配套措施並達到 1:7 護病比健保給付加乘之目標。 三、參考衛生福利部教學醫

說明	策略
2010)。 各層級醫院護理人員離職率偏高，2009 - 2014 年分別為 10.44%、11.59%、12.56%、13.14%、11.20%、11.15%（衛生福利部,2015），另對未來三年留任護理職場的可能性，91-100%會留任的只佔 25.7%，81-90%留任的佔 18.9%（全聯會,2010）。有研究指出進入護理職場五年才能真正達到專業的成熟，但護理人員離開職場主要發生在執業的最初五年，換言之，我國許多護理人員在達到專業成熟之前就已經離開護理職場（張、余,2010）。 衛福部也調查，2011 年至 2014 年全國醫院護理人員總空缺數為 7,223 人、7,384 人、5,607 人及 5,521 人；另依據全聯會的調查，2012 年有 90%醫院招募困難，其中 60%表示招募非常困難，2014 年仍有 87.92%醫院出現護理人力招募困難，其中 39%表示招募非常困難，依目前領照人數中有執業者僅占六成，顯示未在執業護理人員從事護理工作意願不高，因此極需改善護理執業環境。 部分醫院因人力不足只好暫時關閉病床，但又會影響民眾就醫的權利，也不符合社會期待，因此關閉床位不是最終目標，而是應該正本清源改善執業環境，補足人力。 (四)為什麼醫院招不到護理人員或留任困難 1.護理人員工作滿意度低 顏妙芬(2011 年)針對護理人員對工作滿意度調查結果為 60 分，全聯會 2010 年至 2013 年調查結果為 61.2 分、67.17 分及 70 分。會影響護理人員離開護理工作的三大因素有「薪資福利與獎勵不足」、「工	院評鑑基準及評量項目內對住院醫師照顧病人數以 15 人為上限之規範，推動醫院評鑑內規範專科護理師照顧病人數上限為 15 人，同時，醫院依據病人之嚴重度、複雜度、危急度及專科護理師之角色、年資、薪資與能力調整照護病人數，以確保病人照護品質與安全。

說明	策略
作量大」、「作息生活無法兼顧」。 2.護理畢業生不執業的前三大原因： 人力配置不足或太過緊縮、薪資不隨工作量改變而調整、薪資與工作負擔不成比例。 3.護理人員不再從事護理工作的前三大原因為：薪資與工作負荷不成比例、醫院評鑑和各項訪查工作繁雜壓力大、休假安排困難。 從上述調查顯示工作負荷及薪資問題，導致滿意度低，醫院護理工作職場的不友善，不能吸引護理人員進入職場。 (五)階段性的改善仍未達理想 護理團體多年努力爭取之下，終於衛生福利部在104年醫院評鑑基準規範適當的護病比(每位護理人員照顧病人數)，醫學中心全日平均護病比為1比9、區域醫院為1比12、地區醫院為1比15，且規範醫學中心白班平均護病比應達1比7。 全聯會自98年起爭取健保每年編列「提升住院護理照護品質方案」經費，並專款專用，以鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。在護理團體的堅持及衛生福利部的支持下，將103年提升住院護理照護品質方案之其中4億元及104年方案編列20億元之其中12億，用以推動「護病比與住院護理費給付連動制度」。配合醫院評鑑基準之全日護病比規範，規畫健保護理費給付方式，急性一般病房護病比越好的單位，即可申請越高的護理費加成給付。由此可鼓勵醫院增加護理人力配置，降低護理工作負荷，亦保障病人就醫安全。惟連動政策非短時間可見成效，需長時	

說明	策略
間投入經費及監測成效。 二、台灣專科護理師的發展狀況 (一)台灣專科護理師制度於 2006 年正式上路，目前已有 5,026 位具有專科護理師證照之專科護理師於醫院執業。其工作業務主要與醫師共同提供連續性、整合性的醫療和護理服務，因此許多醫院在營運成本和利潤的考量下，大量的聘請專科護理師，在醫師的監督之下執行部分的醫療業務。 (二)衛生福利部 104 年度教學醫院評鑑基準及評量項目嚴格規範住院醫師的照顧病人數，第 1 年住院醫師照顧 9~12 位病人，第 2 至 3 年照顧 15 位病人為上限，而照顧的病人數會隨病人之困難度、複雜度、危急度和年資進行調整。依據台灣專科護理師學會之調查，部分醫院的專科護理師 1 天照顧病人數高達 45 人，使得專科護理師往往處在高工作壓力和高工作負荷，需延長上班時間才能完成工作。	

議題二、推動護理分級制度和混合式照護模式，以滿足住院病人照護需求，並減輕護理人員的工作負擔。

說明	策略
社會結構改變與工作環境惡化是台灣護理人力短缺問題的主因，下列現象應運而生，分別提出可行策略如右。 一、人口老化造成照護需求不斷增加； 二、護理費長期給付不足，促使護理工作環境惡化； 三、護理教育程度大量提升，高等教育人才在醫療機構無法發揮所長。	一、革新護理照護模式，區分生活照顧、醫療照護、進階照護，由不同訓練人員提供分級照護服務。 二、落實醫療照護分層分級，確保照護人力接受適切的實務訓練。例如急性

說明	策略
護理分級制度  (王秀紅, 2014) 1  (王秀紅, 2014) 2	醫療、中期照護、長期照護、居家安養等。 (一)全面檢討護理費給付辦法，全額給付護理服務，認可其貢獻與重要性。 (二)醫療業務重新分工調整，區分庶務性或一般性照護工作、技術性照護工作，分級給付。 三、積極推動進階護理認證制度，由國家發給進階護理證書。 (一)建構進階護理照護範圍，系統性培育臨床實務進階照護人才。 (二)規劃進階護理照護服務給付及執業保險辦法，認可進階護理人員之專業性與貢獻。 (三)推動混合式照護模式，由進階/高階護理師(碩/博士) 領導護理團隊提供實證照護

議題三、護理養成教育全面提升至大學程度，並推動專科護理師培育回歸正規護理教育體制，以提升專業照護品質。

說明	策略
一、目前台灣培育基層護理人才的教育管道相當多元，分屬高等教育與技職教育體系，104 學年度全國共有 43 所大學、技專校院設有護理科、系、所。其中隸屬高教體系共有 17 所，隸屬技職體系共有 26 所。學制分為二專、五專、二技、四技、學士、碩士及博士，其中護理養成教育學制為五專、四技及學士。103 學年度護理招生名額，五專 6,654 人、四技 1,643 人、學士 1,050 人。101 年底應屆護理畢業生投入護理工作比率以大學最高(94.39%)，四技(55.26%)次之，專科(26.66%)最低。護理專科畢業生就業率低、傾向升學之主因包括薪資差異及醫院要求(評鑑考量)。 二、現今醫療科技日新月異，疾病複雜度越來越高，醫療照護趨向跨專業合作的團隊照護，加以民眾教育程度提升，醫療消費者意識抬頭，更迫切需要護理人員具備更高的專業知識及準備度。全球護理養成教育絕大多數為大學程度，我國教育部也已開始推展 12 年國教，為使我國護理教育符合現今社會需求及國際趨勢，有必要將護理養成教育全面提升至大學程度。 三、一篇發表在知名醫學期刊 Lancet 的研究指出，受過良好教育的護理人員可降低醫院病人的死亡率，此項由 Linda Aiken 教授所主持，以歐洲九個國家作為研究對象的研究發現，具有學士學歷的護理人員每增加 10%，病人的死亡風險	一、2024 年台灣護理養成教育全面提升至大學程度。在此期間： (一)專科學校不得增設護理科，現有護理科不得增班或增加招生人數。 (二)技術學院及科技大學的五專護理科應逐年減少招生人數，將其名額轉至四技護理系。 (三)建請教育部取消專科學校不得改制為技術學院的但書，應鼓勵且支持辦學績優的專科學校得改制為技術學院，或轉型設立附屬照護機構或護理輔助人力訓練機構。 二、請考選部重新審議「專門職業及技術人員高等考試醫事人員考試」護理師類科之學歷資格提升至大學程度。 三、「專科護理師」人才培

說明	策略
則降低 7%；護理人員每多照顧一位病人，外科病人於入院 30 天內死亡機率增加 7%，此研究整合了來自世界各地日益增加的證據，就是有品質之護理教育與足夠的護理人力會直接影響病患的存活率。 四、護理專業團體共同主張：護理養成教育應為高中/職畢業後的 4 年大學護理教育，並期望 2024 年台灣護理養成教育能全面提升至大學程度，以提升護理專業水準及照護品質。 五、台灣專科護理師制度於 2006 年正式上路，其工作業務主要與醫師共同提供連續性、整合性的醫療和護理服務，其所需具備之專業知能為較一般護理服務更進階的層級。目前培訓專科護理師之機構為衛生福利部核准之教學醫院及部分大學校院，然依據文獻資料，先進國家如美國、加拿大、南非等國，專科護理師之培育全部在大學校院護理研究所之碩士班或博士班培育。因此專科護理師的人才培育應回歸正規護理教育體制，以提升專業照護品質，並與國際專業接軌。	育回歸護理教育體制，由大學校院護理研究所碩士班或博士班培育。

議題四、推動長期照護產業的發展，提升失能、失智者照護品質

說明	策略
一、為快速因應高齡社會所帶來的需要及挑戰，政府應將長期照護服務的定位由社會福利進一步延伸至照護服務產業層次，規劃產業發展策略，引進民間各業界的參與，讓國民福祉保障與社會經濟發展相結合，進而使長期照護服務的輸送體	一、長照產業多元發展，政府提供需求者基本服務品項，適度引進民間資源，帶動長照產業發展，促進其可近性，確

說明	策略
系更臻完善，達到永續發展。 二、照護人力不足嚴重影響照護服務的提供及產業化的發展，針對目前長期照護人力之嚴重缺乏，政府應有長遠的長照人力政策規劃與具體的配套措施。 三、為確保長期照護品質與產業化的永續發展，政府應支持以實證為基礎的照護模式，並定期檢視與調整長期照護政策與保險制度。	保民眾基本優質的照護服務。建請政府透過政策支持、鼓勵民間資源、資金挹注與投入，尤其是小規模的民間企業投入照顧服務業，開放商業登記，促進長期照護產業化的發展。 二、人才培育及提供正向執業環境，鼓勵民眾投入照顧服務業，以提供受照顧者優質的照護服務。(1)宜盡速推動長照學程，建立長照實習制度，加速培訓長照人力。(2)在相關長照法規中充分保障長照人員的權益與福祉，降低因照顧服務引發之爭議與糾紛，以鼓勵本國民眾投入照顧服務業。 三、為確保長期照護品質與產業化的永續發展，於實施長期照顧服務法及長照保險支付制度後需定期檢視並透過實證研究方式進行檢討與調整。

議題五、國衛院設置護理政策研究專責單位，以執行護理相關政策研究。

說明	策略
一、台灣隨著醫療科技進步、社會型態及人口結構改變，老年人口、慢性病及新興傳染病增加，健康問題愈趨複雜，民眾健康照護需求從原先偏重急性醫療轉變為健康促進、疾病預防及長期照護。護理人力是所有醫事人力之首，與病人接觸時間最長，最能了解其健康需求，為提供身心靈社會全人及全家照護的重要專業人員。在民眾整個生命歷程中無論是一級預防、急性照護、三級復健，甚至長期照護，護理人員都是最重要的專業服務提供者，也是民眾健康之守護者。 二、全國健康照護體系及健康政策必須要有護理專業的參與才能真正滿足全民健康需求。而攸關民眾健康及照護品質之護理政策，須要有實證基礎才能有效的推動，以促進民眾健康與福祉。因此，台灣需要一個國家級護理政策研究機構，可以主導與健康、疾病有關之臨床和基礎研究，整合及分享實證護理知識，提供研究人才培育，並利用護理科學之強項，啟動重要研究議題，以符合現今及未來健康照護需求，並預測未來衛生系統面臨之挑戰及設定優先議題。 三、目前台灣護理博士共 514 位，教授超過 110 位，護理學術研究成果豐碩，除成功推動國內外護理專業發展，並屢屢獲得國際肯定，例如多位學者在國際護理組織擔任要職或核心成員，或獲選為全美護理學術界最高榮耀-美國護理科學院院士及代表學術研究成就之護理名人堂。雖然護理臨床及政策研究人才輩出，然而，我國國家級衛生	一、國家衛生研究院群體健康科學研究所增設「護理政策研究」專責單位。 二、國家衛生研究院設置護理專任研究員。 三、國家衛生研究院諮詢委員會增聘護理代表。

說明	策略
研究機構-國家衛生研究院自 1996 年成立至今，僅余玉眉教授一位護理專家於 2005 年獲聘為「衛生政策研發中心」研究員。此後，國衛院組織、成員（包括諮詢委員）均無護理專業人員參與，亦無相關研究人才培育。 四、建議參考美國國家衛生研究院(National Institutes of Health, NIH)，除網羅護理專家參與各領域研究，並設立國家護理研究所(National Institute of Nursing Research, NINR)，成為國家級統合性護理研究機構，於國衛院設置護理政策研究專責單位並設置護理專任研究員、以及聘任護理代表擔任諮詢委員，以整合生物行為科學研究資源，將實證護理知識轉譯至臨床實務，以提升照護品質；發展及推動博士後研究訓練課程，以培育未來護理科學家。	