



全聯護訊

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌字第1633號

第一六三期

中華民國一一四年二月出版

發行人：紀淑靜 總編輯：周繡玲 主編：王維芳 編輯：曾修儀、梁淑媛、潘碧雲、吳香頻

發行所：中華民國護理師護士公會全國聯合會 Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

健康台灣 全國護理健走活動

護理同行 健康隨行



由左自右：陳菁徽立法委員、紀淑靜理事長、蕭淑代理事長、蔣萬安市長、黃建華局長、高靖秋監事長

為促進全國20萬會員的身心健康及壓力調適，本會發起於2月23日舉辦「健康台灣 全國護理健走日」，獲得全國25個縣市護理師護士公會熱烈響應，共同規劃這場全國性的護理健康盛會。

台北市護理公會的活動於上午9時30分在花博公園正式展開，蔣萬安市長、陳菁徽立法委員特別撥冗出席致詞，為活動增添光彩。本會紀淑靜理事長、高靖秋監事長亦共襄盛舉，與主辦單位台北市護理師護士公會蕭淑代理事長攜手敲鑼揭幕。各地護理公會同步響應，分別舉辦健走活動。林綉珠副理事長參與新北市護理師護士公會，馬淑清副理事長則加入大台南護理師護士公會健走行列。來自全國護理人員在所屬公會理事長的帶領下，實踐健康承諾不僅關懷自身健康，更展現守護國人健康的決心，攜手邁向更健康的未來。

自民國105年起，本會會員福祉委員會進行護理人員健康促進生活型態調查。分析結果顯

示，護理人員健康生活中最缺乏的是運動，而人際支持得分最高。為此，從110年起，全聯會每年舉辦「護理人員健康促進研討會」，涵蓋健康識能、正念減壓、運動燃脂等課程，場場座無虛席，滿意度屢創新高。然而，申請傷殘補助的會員逐年增加，113年已超過300件，突顯護理人員健康亟待關注。

賴清德總統提出「健康台灣」國政願景，強調健康為國家基石。護理人員作為健康照護的第一線，無論在社區、急性醫療或長照機構，均扮演關鍵角色。然而，護理人力不足與工作壓力過大，已對醫療體系運作造成挑戰。紀淑靜理事長表示：「護理人員是健康守護者，護理人員的健康將由全聯會及地方公會全力守護。」

「健康台灣 全國護理健走日」不僅是健康促進的盛會，更象徵護理對健康的自覺與實踐。紀淑靜理事長感謝全體會員對健康照護的奉獻，並將持續爭取福祉、改善執業環境，吸引更多人才投入護理職場。同時呼籲全民提升健康識能，給予護理人員更多尊重與肯定，齊心實現「健康台灣」的美好願景。



本期目錄

健康台灣 全國護理健走活動.....	1	各縣市公會訊息.....	9
衛生福利部中央健保署公告.....	2	【通訊課程1】細胞治療之個案管理.....	11
「護理機構重點趨勢主題培訓課程研發補助計畫」3		【通訊課程2】一日工時總時數之認定法律議題	15
實施技術混合照護模式成效發表會論壇有感....	5	小品文.....	19

「在宅急症照護試辦計畫」每日護理費修正新增假日及天然災害加成

中央健保署於114年2月3日公告修正「在宅急症照護試辦計畫」，已於1月1日施行，本會於相關會議上爭取每日護理費，假日及天然災害宣佈停班停課，護理人員出勤應有加成獎勵獲通過，本次修正與護理相關重點如下：

1. 醫療服務提供者資格：刪除訪視人員每年4小時繼續教育訓練規定、調整照護小組內護理人員接受長期照顧專業訓練比例(每10名至少1名接受Level 2訓練)。
2. 收案對象：收案對象增列「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴氏量表<60分)個案。
3. 給付項目及支付標準：
 - (1)調整肺炎及軟組織感染之目標(上限)照護天數(肺炎：由10天調至14天、軟組織感染：由7天調至9天)，逾目標天數且未達上限天數者之折付成數，每日醫療費及護理費自50%調升至75%。
 - (2)每日護理費於例假日加計20%、天然災害臨時宣布停止上班期間加計50%；

P8420c	目標照護天數外之每日護理費 (肺炎第 十一 至 十四 天、尿路感染第 七 八至 九 天、軟組織感染第 七 八至 八 九天) 註： 1.每日護理費所訂點數含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 護理人員於下列期間提供實地訪視者，加成方式如下： (1)例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十。 (2)天然災害臨時宣布停止上班期間加計百分之五十。	877 1316
--------	--	----------

「全日平均護病比」等護理項目移出健保總額

衛福部於114年1月9日公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，其中與護理相關之預算，包括全日平均護病比25億、住院整合照護服務試辦計畫5.6億元及因應護理人力需求，強化住院護理照護量能40億之夜班津貼等自健保總額移出，改列公務預算。

本會反對「全日平均護病比」從健保預算移出，自113年9月衛生福利部全民健保會召開總額協商會議，從而知悉「全日平均護病比」25億將自醫院總額一般費用移自公務預算，深感震驚。獲悉此消息後，本會立即在會中說明經費之由來及成效，以及此舉對護理人力配置可能帶來的影響，並在部長核定總額期間，持續爭取將此經費留在健保總額內，以確護理資源的穩定性與可持續性，可惜公告內容未如本會期望。

該筆預算源自本會於98年至103年間爭取之「提升住院護理照護品質專案」健保專款，用以改善護理人力短缺且提升病人照護品質。自104年至113年，該計畫轉型為全日平均護病比與健保給付連動機制，各層級醫院只要護病比下降達到特定範圍，即可獲得2%至20%不等的住院護理費加成獎勵。此獎勵機制促使醫院重視護理人員的照護負荷，並透過住院護理費加成及「全日平均護病比」立法的雙重推動，逐步降低護病比。然而，與健保預算相比，公務

預算的穩定性較低，且無法隨基期成長，恐影響未來護理人力政策的長遠發展，實屬可惜。

因此，本會仍將持續爭取115年以健保預算推動三班護病比達標之住院護理費加成獎勵，以有效改善護理人力配置，降低護理人員負擔，提升病人安全與照護品質。適當的護病比可減少護理人員過勞，降低離職率，確保醫療服務穩定，並提升護理專業價值，對整體健康醫療體系之永續發展至關重要。並建請衛生福利部繼續爭取公務預算推動護理友善職場、建立符合護理臨床照護之照護模式(如skill-mixed care model)，以增加護理人員留任及提升護理畢業生進入護理職場意願，進而擴大急性醫療之照護量能。

(相關內容詳見本會官網/最新消息/其他單位消息/政府公告)

衛生福利部112-113年度「護理機構重點趨勢主題培訓課程研發補助計畫」 因應護理機構人力留任之創新彈性班別所需之知能準備培訓 計畫執行 成果分享

計畫主持人：盧美秀教授／協同主持人：黃仲毅主任、馬淑清部長、紀淑靜顧問

世界衛生組織(WHO)2020年預估在2030年全球護理人力將短缺600萬人，2023年因應COVID-19疫情期間，護理人員承受高壓力高風險，導致提早退休及離職大增，重新預估短缺人數將增至1,300萬人。台灣各層級醫院護理人力依照衛福部統計，在2022年12月底總空缺率6.53%，總離職率11.73%。護理機構之護理人力短缺亦頗為嚴重。為此，衛生福利部特推出「護理機構重點趨勢主題培訓課程研發補助計畫」。

護理公會全聯會承接此計畫，並因應護理機構人力留任之創新彈性班別所需之知能準備做主題培訓課程模組研發，採實務應用為導向和以實證為基礎的教學設計，課程規劃除了參考WHO全球醫療保健人力資源及政策研究專家Buchan教授對各國未來護理人力政策藍圖外，並引用智庫百科的推拉理論(push and pull theory)和麥肯錫(Mckinsey)的不同世代職場六大拉力排序，進行設計五項培訓課程。

本計畫師資團隊除計畫主持人和3位協同主持人，另聘請與五項主題專長相符的實務專家與學者11人，總計15人。每項課程各由3位負責規劃，至少經過三回合的討論共識完成，再由計畫主持人逐項審閱修正定案，並製作「主題培訓模組之課程教材專輯」，包括1.世代差異研究：不同世代人格特質與工作價值觀；2.彈性人力資源管理；3.高效能領導；4.員工激勵；5.適用勞基法之創新彈性班別等五項培訓課程模組。

為檢視所規劃課程之實用性和有效性，特舉辦主題培訓課程研討會(臺北實體場和臺南同步視訊場)，邀請護理機構和住宿型長照機構各層級主管和各領域工作人員報名參加，參加人數220人，課程整體滿意度4.8(96分)。

為驗證以主題培訓課程為介入措施，導入護理機構運用之成效，採類實驗研究法(Quasi-experimental study)，通過IRB審查後，徵求39家護理機構(包括一般護理之家、產後護理之家及精神護理之家與住宿式長照機構)同意，進行導入前後機構護理人員和照服員於112年7-12月和113年7-12月之總離職率和空缺率及工作滿三個月以上護理人員和本國籍照顧服務員之工作滿意度和幸福指數問卷調查。

(離職率與空缺率--採用衛生福利部照護司公告之計算方式；工作滿意度量表--採用護理公會全聯會提供經費，由曾等人共同研發完成的護理人員工作滿意度量表；幸福指數量表--採用



財團法人精神健康基金會之「幸福指數量表」，已取得授權使用。）

結果顯示

1. 離職率：護理人員和照顧服務員合併統計分析，結果顯示一般護理之家和100床以下機構都有顯著降低($P<.05$)。分別統計分析，顯示後測都比前測降低，但只有照顧服務員前後測有顯著差異($P<.05$)。
2. 空缺率：護理人員和照顧服務員合併統計分析，結果顯示一般護理之家和100床以下機構都呈現顯著降低($P<.0007$)；分別進行統計分析，亦呈現護理人員和照顧服務員之空缺率皆呈現顯著降低($P<.05$)，皆具統計上顯著差異。
3. 工作滿意度：一般護理之家(32家)的護理人員和照顧服務員分別統計分析之後測總得分都提高，呈現統計上顯著差異；但其他(包括產後護理之家、精神護理之家和住宿型機構共7家)，則無顯著差異；若依出生世代分別統計，嬰兒潮世代和X世代後測總得分提高，但無統計上顯著差異，而Y世代和I世代則有統計上顯著差異($P=.0109$)。
4. 幸福指數：一般護理之家護理人員和照顧服務員分別統計分析之幸福指數得分，後測都比前測高，兩者且具統計上顯著差異；依出生世代分別統計，嬰兒潮世代和X世代護理人員和照顧服務員前後測雖無顯著，但後測得分都在80分以上，已達高幸福狀態；Y世代和I世代護理人員得分雖有提高，但無統計上顯著差異，但照顧服務員則有顯著差異，得分高達84.4，處於高幸福狀態。

結論與應用

本計畫所研發的五項主題培訓課程，在舉辦培訓研討會後，調查參與者對課程內容和實用性，都具高度滿意度，而且39家機構將課程內容應用於機構後，在離職率和空缺率皆有顯著下降，工作滿意度和幸福感也高度提升。

上述工作滿意度提升、幸福感提高和離職率及空缺率的下降，應該是政府政策和護理機構共同努力的結果，也是衛生福利部護理及健康照護司推出補助計畫，讓護理公會全聯會有機會承接本計畫，除了研發主題培訓課程，並舉辦主題課程培訓研討會，同時鼓勵參加研討會機構，將這五項「護理機構人力留任所需具備之創新彈性知能」導入機構應用，經驗證證實可以降低護理人員和照顧服務員的離職率、空缺率並提高其工作滿意度和幸福感。

為加強計畫成果推廣與應用，本計畫已將這五項課程錄製成教材專輯和放置於衛福部「長照人員數位學習平台格式」之線上數位學習課程；114年2月台灣長照護理學會會員大會，邀請執行成效卓越之典範護理機構－麻豆新樓護理之家黃桂香督導，進行「打造不同世代投入和留任護理職場的拉力」經驗分享；護理之家協會也邀請馬淑清協同主持人進行主題課程演講；此外，「以實證為基礎的創新彈性自主排班」亦刊登於護理公會全聯會 全聯護訊

第162期作為繼續教育通訊課程，至114年2月27日已有41,000人獲得專業課程2積分。

期望本計畫所規劃之創新彈性思維模式之培訓課程，能廣為推廣於各護理機構和醫療機構，改變機構各層級主管之領導與管理思維，打造人力留任的創新策略，以吸引不同世代投入和留任之護理職場。

致謝

本計畫得以順利完成，要特別感謝衛生福利部護理及健康照護司提供經費和指導，和參與主題培訓課程研發的所有專家與學者，還有參與導入機構運用的39家機構主管、護理人員和照服員，提供寶貴的資料和參與問卷調查。謝謝奇美醫學中心統計專家何宗翰博士協助進行資料處理和統計分析。

實施技術混合照護模式成效發表會論壇有感

陳淑芬委員 郭憲華副召集人／中華民國護理師護士公會全國聯合會人力政策小組

一、前言

台灣醫療體系面臨護理人力短缺的嚴峻挑戰。人口老化、慢性病患增加導致醫療需求上升，然而護理人力供應卻未能滿足。過重的工作負荷、過長工時以及薪資與勞累程度不成比例，導致護理人員身心俱疲，離職率居高不下。新進人員填補速度遠不及流失速度，形成惡性循環。

為應對此困境，衛生福利部於111年啟動「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，目的是為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使病人能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔。中華民國護理師護士公會全國聯合會護理人力政策小組(下稱本會、本小組)於113年4月起研議推動技術混合照護模式(skill-mixed care model)，此模式的核心概念是在團隊中加入輔助人力(護理佐理員)與護理人力混合排班，在護理師授權下完成低技術性照護工作，讓護理師能專注於核心專業職責，從而提升護理品質並保障病人安全。此模式策略與衛生福利部的計畫不同，除了提升病人照護品質，更能降低護理工作的負荷。

本會邀請本小組委員所屬醫院進行試辦，成效良好，特辦理「實施技術混合照護模式成效發表會與論壇」，將成果分享給其他醫院，期望共同為解決護理人力短缺問題提供有效解方。

二、論壇內容

於113年11月26日假臺北榮民總醫院舉辦「技術混合照護模式成效發表會與論壇」，共164位醫院推薦之護理長層級(含)以上主管出席。論壇匯聚產、官、學界專家學者，內容豐富多元：

- (一) 健保署石崇良署長：闡述台灣面臨的人口結構挑戰，指出勞動人口下降、高齡人口上升是必然趨勢，護理需求上升但人力減少。因此，必須強化專業人力做專業的事，非專業事務交由次一階人力分攤。後疫情時代，台灣住院照護生態轉型，健保署推動住院整合照護服務試辦計畫，透過醫院安排住院照護人力，最初有40家醫院加入試辦，113年預算新台幣5.6億元，核定109家醫院試辦，床位從2847床增到5287床，病床使用率逐年上升，113年1至7月已達37.2%，計畫面臨最大瓶頸就是住院照護人力招募困難，現行法規僅有長照機構與醫院慢性病床可聘請外籍移工協助生活照護，未來待與勞動部研議相關修法，討論開放外籍看護工加入急性病床住院整合照護可行性。
- (二) 中華民國護理師護士公會全國聯合會紀淑靜理事長長期勉護理主管要能學習台灣棒球隊奪得世界冠軍的精神，不管環境如何艱難，只要堅持與努力，夢想總有實現的一天；更提及護理職場要能吸引新人入職場與留住資深護理人員，需要政府建立完善制度、提升薪資、醫療團隊專業肯定與支持，病人與家屬尊重與關懷與機構經營者提升勞動條件，營造友善工作職場和護理執業前景，才能讓護理人員有足夠之激勵與熱誠持續留在臨床繼續工作。護理師正在離開病人床邊(bedside)，護理人力短缺形同國安問題，期待政府與全民的重視及努力。
- (三) 台灣護理管理學會李作英理事長介紹技術混合照護模式推廣處方，強調該模式透過在護

理人力中加入護理輔助人力，解決護理人力不足問題，是全球醫院管理趨勢。她介紹輔助人力為不限於取得照服員資格的角色(licensed assistive personnel, LAP)，在經過訓練及專業人員監督下，提供病人直接或間接的低技術性基本照護工作(例如環境介紹、量體溫體重、鋪床、接聽電話、I/O、翻身、整理工作車、點班、處理紅燈、身體基本護理、訪客資料處理、物品補充等等)，並比較各國輔助人力工作範疇與護理師、護理輔助人員人力配比，最後論及實施技術混合照護模式的預期成果，包括減輕護理工作負荷、增加護理人員留任意願、維持/提升照護品質、提升護理工作滿意度，以及吸引流失之護理人員回流。

- (四) 邀請台灣醫院協會李飛鵬理事長、台灣醫務管理學會洪子仁理事長、衛生福利部健康照護司何美秀科長等重量級嘉賓，透過共同討論技術混合照護模式的SWOT與未來努力方向，讓此政策能加速落實。
- (五) 實施技術混合照護模式成效經驗分享：國立陽明交通大學附設醫院、臺北榮民總醫院、奇美醫院、大林慈濟醫院及三軍總醫院等五所公私立試行醫院展示了近半年的實施成果，成效顯著，例如護理人員準時下班比例明顯增加、工作滿意度大幅提升、離職率顯著降低、病人與家屬的滿意度顯著提高、照護品質提升等等(如表二)。

全天的活動，與會代表及主講者熱烈互動交流，參與夥伴及來賓均對本次的活動給予極高的評價。課程滿意度4.9分(滿分5分)幾近非常滿意，對於「採用技術混合照護模式在醫院提供照護」的贊成程度為4.87分，介於贊成與非常贊成之間。

表一 技術混合照護v. s住院照護整合計畫之異同 (引述本小組委員討論整理)

	技術混合照護模式	住院整合照護服務試辦計畫
1.目的	分擔護理庶務工作，降低人力負擔	為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使病人能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率
2.名稱使用	全球通用	台灣特有模式—健保試辦計畫
3.職稱	護理佐理員	照顧服務員/照護輔佐人力
4.資格	(1)高中(職)以上學校護理相關科(組)畢業，尚未取得護理證照。 (2)高中(職)以上學校照顧相關科(組)畢業。 (3)領有經衛生福利部核定之醫院照護輔佐訓練結業證明。	應具備以下任一資格： (1)領有照顧服務員訓練結業證明書。 (2)領有照顧服務員職類技術士證。 (3)高中(職)以上學校護理相關科(組)畢業，尚未取得護理證照。 (4)高中(職)以上學校照顧相關科(組)畢業。 (5)領有經衛生福利部核定之醫院照護輔佐訓練結業證明。
5.混合視角/詮釋/定義	範圍擴及護理組織視角：工作分層、人力分級、混合排班	範圍侷限病人視角：受照服員與護理師共同照護
6.照顧模式	執行全病房低技術性之功能性工作	一位照服員對多位病人
7.工作內容	病房所有庶務性工作，如點班、量身高體重及病人基本護理工作為主	僅限病人床旁之照護工作為主，如翻身、拍背、餵食、協助下床、清潔等等

8.給付模式	醫院人事成本	健保給付(750點)及病人付費
9.照顧範圍	無限制(可以在急診、加護病房及一般病房等)	以一般病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使民眾於住院期間，醫院能讓家屬可以不用全時在醫院照顧病人(或自聘看護)有申請計畫的病床
10.人力來源	自聘或特約方式	自聘，採委外或特約方式
11.工作時間	8小時或12小時	12小時為主
12.需求之自主性	病房自主、全面提供服務	以病人自主需求為主

表二 施行醫院成果綜整(依講義內容)

院名\項目	陽明交大附醫	臺北榮總	奇美醫院	大林慈濟醫院	三軍總醫院
實施年月	91年	94年	112年10月	113年7月	92年
人力來源	多元方式如自聘、契約外包、與人力仲介公司合作(目前75人)	多元方式，如自聘團陪(護理佐理員)目前30人	護理學校推薦，Skill- mix Model 技術混和佐理員16人	多元方式(工讀生或佐理員共12人)	多元方式(112年有61人)
病人付費	不須付費	不須付費	不須付費	不須付費	不須付費
護理人員離職率	全病房、ICU、ER皆導入多年，無法比較	有護理佐理員單位6.91%，優於無護佐單位	5.39%	導入前5%，導入後0.9%	護理佐理員缺班率高，護理師離職率高
準時下班率	63%的護理師認為可減少護理師延遲下班	NA	92.4%	交班延遲超過30分鐘下班由80.0%降至20.0%	NA
出院清床進度或入住等候	NA	顯著進步(p<0.05)	NA	入住等候由52.5分降為32.5分	有護理佐理員單位優於無護佐單位
護理師對實施本制度之滿意度	95.6%	92.7%	98.6%	90.14%	93.57%
護理品質指標	1.病人辨識執行正確率 2.手部衛生執行正確率 3.防疫措施執行正確率 4.跌倒照護安全執行正確率 5.約束執行正確率 6.執行生命徵象量測正確率 7.PP care 執行正確率 8.鼻胃管灌食技術正確率	1.不預期急救 2.傷害行為 3.其他事件 4.治安事件 5.跌倒事件 6.醫療照護事件 7.藥物事件	NA	1.跌倒發生率 2.等候入住病房時間 3.病房平均住院日數 4.就醫經驗調查病人整體滿意度	1.異常事件發生 2.跌倒發生率 3.病房平均住院日數 4.每季病人/護理師/護理主管滿意度

護理師質性意見	認為照服員對護理師幫助最多的前五項是1. 身體清潔；2. 協助移位、上下床坐輪椅、輔具使用、下床走動、如廁；3. 鼻胃管照護 (灌食、清潔) 及排泄照護、I/O；4. 新病人環境介紹；5. 撥補耗材及整理	認為照服員對護理師幫助最多的前五項是更換排泄物、身體清潔、翻身擺位、協助進食、協助上下床	1. 基本照護最有感；2. 有輔佐人力上班的時候，自覺工作負荷可以緩解7~8分(滿分10)	1. 降低護理員走動與負荷；2. 希望穩定聘用	病房雜事多，沒護佐不知如何上班
---------	--	--	---	-------------------------	-----------------

三、結論

護理人員與病人都需要安全與友善的照護環境，本次論壇提供豐富的經驗交流平台，來自全台的主管們能交流學習他院經驗，藉此可主動向法院方提案爭取推動機會與經費，盤點Skill-Mixed高需求單位，評估提供人力資源模式，並制定輔佐人力訓練計畫，幫助護理人員深入了解技術混合照護模式的應用價值，並清楚界定護理助理員(護佐)與照顧服務員工作範疇。未來期盼政府擴大補助金額、醫院積極投資，攜手打造友善工作環境，吸引更多護理人員留任，提升照護品質，維護國人健康。

技術混合照護v.s住院照護整合計畫，兩者均為改善護理環境與人力不足之多元方案，但護理繁雜的臨床工作中還是有許多低技術性的工作增加護理人員負擔，降低病人直接護理的時數，在護理人力短缺情況下應該將低技術性的工作移出，重新做工作設計，值此關鍵契機，本會鼓勵期勉各院護理主管深度分享學習，自助天助，激發創意投入護理職場環境再造專業自主的新紀元。



護理之光 人美心也美

【文/翁淑芳整理】

竹山秀傳醫院/台中榮民總醫院 黃馨慧護理師/楊佳晏護理師

1月29日大年初一，全家人外出拜拜祈福；發現有人癲癇發作，馨慧護理師(母親)與佳晏護理師(女兒)立刻前往現場查看，呼喊病人無反應，評估頸動脈有搏動，有呼吸，予以疼痛刺激亦有反應，旁人協助有無聯繫救護車及家屬，不久家屬出現，詢問家人相關病史為首次發作，因家屬無意願送醫，當下警察亦前來關心，後續病人情況緩解。



彰化基督教醫院 急診室/蘇奕帆護理師、郭芸亘護理師

2月13日台中新光三越百貨發生氣爆案，造成4人死亡、34人受傷，彰化基督教醫院急診室蘇奕帆護理師、郭芸亘護理師正值休假在百貨大樓，現場氣爆發生時，只聽到一聲巨響，樓層震動，但見門外已有救護車趕來及眾多傷患，兩人並未選擇逃離，而是本能地衝向災難現場，立刻開始協助救援。他們先後為澳門籍的鄧姓老夫婦進行心肺復甦術(CPR)，並對其他傷者進行評估、包紮及施打點滴等急救處置。即使在情況危急、瓦礫四散的情形下，兩人幾乎未曾停歇，直到專業救護人員到達現場接手。彰基總院長陳穆寬特發放10萬元百貨公司禮券予以嘉勉，肯定醫護人員在第一時間發揮救人天職。

員榮醫院 急診室/黃雯歆護理師、劉曉玫護理師、張珞鈴護理師

2月15日彰化縣一名老翁突然昏倒在人行道上，恰巧員榮醫院的陳醫師路過，馬上施以哈姆立克法後仍昏迷不醒，改為向病人進行CPR，此時家屬立即奔往就近的員榮醫院急診室呼救，劉曉玫護理師、黃雯歆護理師、張珞鈴護理師等三位立即衝向現場接手齊力搶救，幸運挽回一命。

台北市護理師護士公會 訊息

第20屆理監事當選名單

理事長：蕭淑代

常務理事：沈青青、尹玆、吳孟嬪、鈕淑芬、黃嗣棻、陳美容

理事：詹靜媛、陳姝年、洪世欣、李慶玫、王采芷、許麗珠、張秉宜、蔡榮美、蘇碧玉
蔡衣帆、林麗華、劉錦蓉、蔡銀、潘景月、鄭慧娟、陳淑芬

常務監事：林慧玲

監事：張澤芸、朱怡蓁、趙慧玲、明金蓮、劉淑芬、李作英

- ◎114年度護師節紀念品—【Oi Chan女王不鏽鋼微壓鍋】，將委由廠商分送至會員所執業之醫療機構院所，預定於5月12日分送完畢。產品若有問題請於5月30日前直接與包裝盒上之商家連絡更換。
- ◎5月12日(星期一)下午本會與臺北市政府衛生局假「公務人力發展學院卓越堂」合辦「114年臺北市國際護師節慶祝大會」，會中亦將表揚績優護理人員。
- ◎敬請會員繳納114年度常年會費壹仟元，以利會務推展。

【繳費方式】：1. 公會網站首頁→會員登入→會員專區→匯款轉帳或超商繳費單。

匯款轉帳：10分鐘後即可產生繳費紀錄。

超商繳費：繳款後一星期才可產生繳費紀錄。

2. 郵政劃撥帳號05160805；戶名：社團法人台北市護理師護士公會。

【查詢繳費紀錄】：公會網站首頁→會員登入→會員專區→繳費紀錄。

新北市護理師護士公會 訊息

- ◎本會研習活動，詳情與報名請上新北市公會網頁查詢

日期	合辦單位	主題
3/6	亞東紀念醫院	急症外傷實務研習會
3/13	新北市立土城醫院	「高齡與失智照護論壇」研習會
3/20	新北市立聯合醫院	新世代領導與護理管理研習會
3/24	恩主公醫院	114年度師資培育研習會「如何成為一位護理臨床老師」

桃園市護理師護士公會 訊息

- ◎3月21日及4月11日分別於怡仁綜合醫院及桃園長庚紀念醫院辦理「中醫照護2.0研習會」，請會員踴躍報名參加。
- ◎4月12日「鼻頭角步道海天一線+鐵馬遊舊草嶺一日遊」，請會員踴躍報名參加。
- ◎5月3日辦理「114年度護師節慶祝大會」，地點：皇家薇庭（桃園區莊敬路二段369號）。
- ◎敬請繳納114年度常年會費1,000元，凡114年5月31日前於本會繳納1,000元常年會費者，發給護師節紀念品(NINORIVA 透氣輕巧高背折疊椅)一組。公會網站可產生繳費單(網站會員專區→匯款轉帳或超商繳費單、郵政劃撥繳費單)。

新竹市護理師護士公會 訊息

第14屆理監事當選名單

理 事 長：張慧蘭

常務理事：陳慶怡、周佩君、羅月英、劉稚華

理 事：鄭竹珮、黃美鑾、王美惠、鄧夢蘭、鄭秀璫、黃淑麗、黃欣萍、黃百后、林心怡
謝宜蓁

常務監事：李芳珊 監事：林嘉玲、周宜靜、李芷萍、鄭如芬

臺中市護理師護士公會 訊息

第28屆理監事當選名單

理 事 長：徐逸民

常務理事：張美玉、吳姿蓉、林麗英、呂郁芳

理 事：許原山、張惠美、蔡岑瑋、鄭雅靜、黃麗玲、彭素貞、張碧華、趙麗玫、林文綾
吳玉萍

常務監事：李秋香 監事：曾雅玲、林紹雯、朱彥紅、林霏儀

臺中市大臺中護理師護士公會 訊息

第20屆理監事當選名單

理 事 長：黃瑞芬

常務理事：胡靜文、于素珍、張梅芳、陳雅紅

理 事：蔡麗珍、陳美玲、李玉茹、張苑真、陳雅惠、楊惠菁、朱莉螢、江郁汝、許琦珍
李燕婷

常務監事：莊淑婷 監事：胡瑛麒、江蕙娟、李琳琳、胡憶芳

台南市護理師護士公會 訊息

第33屆理監事當選名單

理 事 長：王維芳

常務理事：高尤娜、陳麗芳、楊惠琳、謝秀梅

理 事：莊孟蓉、陸乃甄、陳小芳、王春妍、張鳳儀、鐘苡菱、蔡嬉燕、徐華吟、梁露珍
吳倩宜

常務監事：張嘉蘋 監事：蘇睿寧、吳淑芳、古秋雲、呂旻芬

高雄市護理師護士公會 訊息

第17屆理監事當選名單

理 事 長：陳麗琴

常務理事：廖玉美、周學智、曾惠珍、馬秀玲

理 事：伍麗珠、吳莉喻、賴秀君、孫麗珍、楊佩瑄、朱惠瑛、葉美杞、鄭淑芬、陳淑惠
吳秀悅

常務監事：周汎濤 監事：陳怡蓀、陳碧嬌、武香君、陳柑伴

細胞療法是指使用「自體(autologous)細胞」，或是「同種異體(allogeneic)細胞」，透過醫療技術分離出所需要T細胞、幹細胞等，再經過培養、增殖或病毒基因修飾等方式使細胞具有特定功能或具有專一性個體化程序後，再行回輸療以進行腫瘤毒殺或是細胞修復再生，以期達到治療疾病之目的。下文將聚焦我國現行常見細胞治療包括：自體免疫細胞、間質幹細胞、嵌合抗原受體T細胞(基因改造細胞)等三類進行說明(殷等，2021)。

臺灣於107年9月6日發布「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」(簡稱特管辦法)開放6項自體使用、風險性低、安全性高之細胞治療品項，截至2023年底，共有114家醫療機構通過申請，其中229件正在執行中(衛生福利部，2023)。執行細胞治療的醫師必須通過「施行細胞治療技術醫師訓練課程」審核通過，此外，細胞製備實驗室必須通過人體細胞組織優良操作規範認證合格，並確保細胞的品質以及運送和醫院端均有專責人員負責接收；雙方必須確認細胞活性及安全性等資料，才可進行細胞治療(顏，2023)。

細胞治療主要區分為癌症全身性自體免疫細胞治療、局部退化性關節炎、脊髓損傷或困難治癒傷口幹細胞治療，臨床醫師評估病情依照細胞屬性可治療疾病與病人進行詳細療程溝通達成共識，才可展開完整性細胞治療療程。癌症全身性自體免疫細胞主要以細胞激素激活殺手細胞(cytokine-induced killer cells, CIK)、自然殺手細胞(nature killer cells, NK)、樹突細胞(dendritic cells, DC)、DC-CIK、腫瘤浸潤性淋巴細胞(TIL)及自體免疫細胞(gamma-delta T)等6項，其中以CIK、NK、DC等於台灣醫療機構最常選擇治療，治療適應症以實體腫瘤為主，搭配全身性抗腫瘤藥物治療細胞種類，以下簡單介紹：

- 一、CIK及NK：這兩種細胞先收集全血球收集，再進行主要標的細胞CD3、CD56、CD8等細胞分離後，進行細胞激素活化和倍增，以提升對腫瘤攻擊性，採靜脈點滴方式進行治療，每次療程大約4~6次回輸(趙，2019；Zhang & Schmidt-Wolf, 2020；Mata-Molanes et al., 2017)。
- 二、DC：樹突細胞本身具有吞噬和呈現抗原的能力，如身體防禦系統的指揮官，當樹突細胞辨識到外來病原或癌細胞後，會開始進行吞噬作用並且將這些癌細胞分解，後續再將癌細胞的抗原呈現在樹突細胞表面上，使得體內T細胞可以辨識這些癌細胞，以達到利用T細胞針對癌細胞進行準確有效攻擊的目的。此治療目前必須藉由血球分離術得到病人的單核球後，再加入腫瘤抗原(例如：WT1 和MUC1)，腫瘤抗原也可來自病人手術取得腫瘤組織或是實驗室合成，腫瘤抗原刺激單核球後讓其具有辨識腫瘤標誌的能力後再加以倍增後於腋下或是腹股溝淋巴結部位採皮內注射將細胞帶入體內開始進行免疫反應與並與藥物治療搭配達到抗腫瘤目的(張，2019；Del Prete et al., 2023)。

幹細胞主要區分為：造血幹細胞、間質幹細胞、誘導型多功能間質幹細胞，下列簡述其功能：

- 一、造血幹細胞(hematopoietic stem cells, HSCs)：多由骨髓產生，具有自我更新和修補受損的功能，用於治療急性性白血病進行移植治療。

- 二、間質幹細胞 (mesenchymal stem cell, MSC) : 從骨髓、臍帶、胎盤、脂肪等不同組織取得，具備營養、分化、增生及歸巢作用通過旁分泌作用將間質幹細胞帶到受損組織進行微環境細胞修復，具有細胞修復和再生的潛力，治療於腦中風後修復、神經損傷、免疫疾病及退化性膝關節或是關節受損等疾病(王、李，2017；Carp & Liang, 2022)。
- 三、誘導型多功能間質幹細胞(induced pluripotent stem cells, iPSCs) : 日本京都大學的山中伸彌教授利用 Oct3/4、Sox2、Klf4 與 c-Myc 等 4 種基因進行轉染，即可將體細胞基因分化潛能提升至相當於胚胎幹細胞層級(embryonic stem cells, ESCs)，具有多能性，可以分化為各種細胞類型。這項技術應用於心臟血管受損、帕金森氏症等疾病的治療，目前正處於臨床試驗階段。

基因修飾的過繼性細胞療法(adoptive cell therapy, ACT)包括: 嵌合抗原受體T細胞療法(chimeric antigen receptor-T cell therapy, CAR-T therapy及基因修改T細胞受體(T cell receptor-engineered T cells, TCR-T) 療法，是一種自體細胞的免疫療法，旨在利用病人自身的T細胞來對抗癌細胞。CAR-T治療中，首先必須利用血球分離術採集血液中的T細胞，然後透過基因工程對其進行改造、修飾，使其能夠辨識並攻擊癌細胞表面的特定蛋白質，改造後的T細胞被大量繁殖，然後再注入回到病人體內。CAR-T治療已於2023年11月通過健保給付，臨床藥物名為tisagenlecleucel適應症為特定的血液癌症：「25歲以下，難治型、移植後復發、第二次或二次以上B細胞急性淋巴性白血病」及「經二線或二線以上全身性治療後復發瀰漫性大B細胞淋巴瘤」，目前僅台大醫院、台大癌症醫院、長庚醫院、臺中榮總、中國醫藥大學附設醫院、高雄醫學大學附設醫院及花蓮慈濟醫院等7家醫學中心設有完善CAR-T細胞處理實驗室及符合規定治療流程才可提供符合適應症病人治療。相較之下，TCR-T治療主要應用於實體腫瘤細胞的治療，不同於CAR-T治療之處，TCR-T治療需要有適當的主要組織相容性複合基因呈現和腫瘤抗原標誌才有辦法進行病人細胞改造，現仍於臨床試驗的階段，但其未來的發展將是醫學治療領域的一個重要突破。

任何一項細胞治療都可能會有副作用，自體細胞雖沒有排斥問題但是部分病人還是會對細胞激素敏感度高可能會有噁心、嘔吐、發燒等不適現象；異體間質幹細胞內成份人類白血球抗原(human leukocyte antigen, HLA)必須符合國際標準<2%才可進行治療，雖排斥現象小但仍是需要觀察有無紅疹、發燒等現象。無論是CAR-T還是TCR-T治療，過程中都會面臨細胞激素釋放症候群(cytokine release syndrome, CRS)及免疫細胞相關神經毒性症候群(immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome, ICANS) 腫瘤溶解症候群(tumor lysis syndrome)、免疫球蛋白低下(hypogammaglobulinemia)與B細胞發育不全(B-cell aplasia)等合併症，其中以細胞激素釋放症候群及免疫細胞相關神經毒性症候群常見，尤其細胞激素釋放症候群可能於細胞回輸後1~2天就會出現發燒、血氧、血壓下降等現象，從細胞回輸前開始進行病人生命徵象監測及免疫效應細胞相關腦病變量表(immune effector cell-associated encephalopathy score, ICE score)評估，此時護理師要隨時監測並且與醫師溝通病況變化，避免錯失治療黃金時期。醫師、護理師、藥師等均會接受專業CAR-T治療教育訓練取得認證，治療前專科病房醫護同仁會行專業教育訓練、療程討論，與病人家屬行病情說明會取得治療共識。(Taylor et al., 2019).

細胞治療與常規藥物治療是同時進行，過程中護理師不僅提供病人所需的護理，更是病人和家屬的支持者和教育者。在治療中，護理師必須細心觀察病人的狀況，並及時應對可

能的併發症，確保治療的順利進行。並且支持病人在整個過程中感到安心和舒適。此外，也需要向進行治療過程中可能出現的各種挑戰說明，並提供情感上的支持。在細胞治療領域護理師的工作是充滿挑戰但同時充滿成就感的，努力為病人提供最優質的護理和支持。

個案管理是一種評估、診斷、計劃、執行與評值的連續性照護的過程，對病人疾病治療需先有完整性的理解，判斷合適細胞治療療程規劃屬於個人化的治療流程，於每次治療過程均需要多次評估病人身心狀況是否可以接受治療，若有異常狀況需立即與醫師通報討論，另一方面也需立即通知細胞製備實驗室妥善處理細胞，最後在整個細胞治療療程結束後進行治療療效評估(包括檢驗檢查數據或是生活品質量表等)。個案管理護理師具有諮詢、協調、衛教指導、病人照護、病人代言、危機處理、全人照護提供、品質管理等多面向十分重要角色功能(郭、徐，2002；王，2010；Cesta & Falter, 1999)。

臺中榮民總醫院積極發展新興治療，針對急、重、難、罕的疾病提供突破性治療方法，利用間質幹細胞拯救到院腦死病童、車禍後重度頸椎損傷病人使得壞死細胞得以修復。目前病童和同齡孩子能一起上學，長期臥床病人也可以坐起自行活動，我們不僅治療病人也同時讓他們的家庭恢復穩定生活；臨床醫療除了藥物、手術、放射線治療。以外，細胞治療的發展與應用讓困難疾病治療有了新的進展甚至有機會達到治癒，將個案管理照護模式運用於細胞治療每一階段，可以為醫療團隊、病人創造出完美好療程。個案管理師在此領域中不斷學習新興治療提升更卓越護理角色，才能與國際接軌，使護理角色更多元化。

參考文獻

- 王秋雯 (2010) · 腫瘤個案管理模式實務介紹。《腫瘤護理雜誌》，10(S)，31-38。
- 王楨軫、李佳榮 (2017) · 間質幹細胞的生物特性與應用。《秀傳醫學雜誌》，16(2)，98-104。
- 張金堅 (2019) · 細胞治療於二十一世紀癌症治療的角色。《臺灣醫界》，62(12)，13-22。
- 股本惠等，(2021) · 人類細胞治療製劑臨床試驗 GTP 訪查現況調查。《食品藥物研究年報》，12，358-367。
- 郭鳳霞、徐南麗 (2002) · 個案管理師的角色與必備能力。《志為護理-慈濟護理雜誌》，1(3)，22-27。
- 趙榮杰 (2019) · 免疫細胞療法治癌新進展。《臺灣醫界》，62(4)，32-38。
- 顏毓秀 (2023) · 關於細胞治療。《健康世界》，554，22-26。
- 衛生福利部 (n.d.) · 衛生福利部細胞治療公告。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html> & https://celltherapy.mohw.gov.tw/announcement_page.htm?id=111
- Carp, D. M., & Liang, Y. (2022). Universal or personalized mesenchymal stem cell therapies: Impact of age, sex, and biological source. *Cells*, 11(13), 2077.
- Cesta, T. G., & Falter, E. J. (1999). Case management: Its value for staff nurses. *The American Journal of Nursing*, 99(5), 48-51.
- Del Prete, A., Salvi, V., Soriani, A., Laffranchi, M., Sozio, F., Bosisio, D., & Sozzani, S. (2023). Dendritic cell subsets in cancer immunity and tumor antigen sensing. *Cellular & Molecular Immunology*, 20(5), 432-447.

- Mata-Molanes, J. J., Sureda González, M., Valenzuela Jiménez, B., Martínez Navarro, E. M., & Brugarolas Masllorens, A. (2017). Cancer immunotherapy with cytokine-induced killer cells. *Targeted Oncology*, 12(3), 289–299.
- Taylor, L., Rodriguez, E. S., Reese, A., & Anderson, K. (2019). Building a program: Implications for infrastructure, nursing education, and training for CAR T-cell therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(2), 20–26.
- Zhang, Y., & Schmidt-Wolf, I. G. H. (2020). Ten-year update of the international registry on cytokine-induced killer cells in cancer immunotherapy. *Journal of Cellular Physiology*, 235(12), 9291–9303.



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「專業課程」積分2點，請於考完試次月月底後上衛生福利部「護助e起來」查詢。



通訊考題 (是非題，共10題)：

1. 細胞療法是指使用「自體(autologous)細胞」，或是「同種異體(allogeneic) 細胞」。
2. 衛福部已於107年9月6日發布「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」(簡稱特管辦法)開放6項自體免疫細胞治療項目。
3. 每一位醫師都可以執行細胞治療。
4. 細胞製作機構必須通過人體細胞組織優良操作規範(GTP)認可，並確保細胞製品以及運送過程的品質。
5. 癌症全身性自體免疫細胞主要以CIK、NK、DC、DC-CIK、TIL、gamma-delta T等6項。
6. 樹突細胞本身具有吞噬和呈現抗原的能力，如身體防禦系統的指揮官。
7. DC-CIK細胞是利用DC和CIK細胞聯合應用治療腫瘤，將DC和CIK細胞分別培養、擴增後，再將活化後的免疫細胞回輸於病人體內。
8. CAR-T治療後可能會面臨細胞因子風暴及免疫細胞相關神經毒性症候群等合併症。
9. 個案管理是一個評估、診斷、計劃、執行與評值的連續性的過程，對病人疾病治療必須有完整性的理解。
10. 個案管理師的角色功能包括；諮詢、協調、衛教指導、病人照護、病人代言、危機處理、全人照護提供、品質管理等多面。

一、前言

依勞動基準法（下稱勞基法）第32條第2項規定，勞工之延長工時連同正常工時，一日不得超過12小時，雇主若違反此規定，主管機關則依勞基法第79條第1項第1款規定對雇主處以2萬元以上100萬元以下罰鍰。

如何認定勞工之延長工時連同正常工時一日未超過12小時？勞基法第30條第5項規定「雇主應置備勞工出勤紀錄，並保存5年。」，與同條第6項規定「前項出勤紀錄，應逐日記載勞工出勤情形至分鐘為止。」，從而勞工之延長工時連同正常工時一日是否超過12小時，可依「出勤紀錄」認定，惟依勞動事件法第38條規定，「出勤紀錄內記載之勞工出勤時間」僅可「推定」為勞工之工作時間，雇主若不認同，得舉「反證」推翻之。

此外，勞基法第35條規定「勞工繼續工作4小時，至少應有30分鐘之休息。」，從而於計算勞工之延長工時連同正常工時一日是否超過12小時，應扣除勞基法第35條規定之休息時間。惟有疑義者，「待命時間」是否應扣除？有法院認為「勞工在雇主指揮監督下處於隨時提供勞務狀態的『待命時間』，亦應屬工作時間。」（參照臺灣新北地方法院105年重勞簡字第15號民事判決意旨），從而待命時間既屬於工作時間，於計算勞工之延長工時連同正常工時一日是否超過12小時，自不應扣除待命時間。

上述勞基法相關規定是否適用於公立醫院護理人員？依行政院勞工委員會（現今之勞動部）之行政函釋規定，公立醫院非依「聘用人員聘用條例」及「行政院暨所屬機關約僱人員僱用辦法」所聘用之護理人員，則有勞基法之適用（參照行政院勞工委員會93年10月11日（93）勞動一字第0930050332號函釋）。

本文擬介紹一則「公立醫院使其護理人員延長工時，該護理人員之延長工時連同正常工時一日已逾12小時，該公立醫院遂遭主管機關處以罰鍰」之案例，惟該公立醫院主張該護理人員一日工作時間總時數之認定，應自「上午8點」起算，而非自「出勤紀錄之打卡時間」起算，又主張於計算勞工之延長工時連同正常工時一日是否超過12小時，應扣除勞基法第35條規定之休息時間，此外，亦應扣除「長達1時50分之因用膳而休息之時間」，此段長達1時50分之時間經該公立醫院認定為休息時間，而主管機關卻認其為待命時間，而非休息時間。綜上，本件之爭點涉及：（1）公立醫院護理人員是否有勞基法之適用？（2）一日工作時間總時數如何認定？係以「出勤紀錄之打卡時間」為認定方式或尚有其他方式？（3）一日工作時間總時數之認定，是否應扣除勞基法第35條規定之休息時間？（4）「長達1時50分之因用膳而休息之時間」，究為公立醫院所認定之休息時間而應自一日工作時間總時數扣除或主管機關所認定之待命時間而毋庸扣除？為協助護理人員了解一日工作時間總時數之認定的法律議題，本文茲介紹此案例之案例事實與法院之法律見解如下。

二、案例介紹—臺灣雲林地方法院103年簡字第26號行政判決

（一）案例事實

Y市政府至X醫院實施勞動檢查，發現以下情形：甲、乙與丙於102年6月28日分別自上午7時32分上班至20時40分下班、6時49分上班至21時8分下班、7時21分上班至22時7分下班，該三人工作時數均逾12小時，X醫院因違反勞基法第32條第2項關於延長工時連同正常工時一日不得超過12小時之規定，遭Y市政府依勞基法第79條第1項第1款規定裁處罰鍰2萬元（下稱原處分）。X醫院對原處分不服，向勞動部提起訴願，惟勞動部以訴願決定駁回訴願，X醫院不服，向法院提起行政訴訟，茲就X醫院與Y市政府之主張說明如下。

1. X醫院之主張

X醫院主張甲、乙與丙班表之上班時間為上午8時，一日工作時間總時數之認定，應自上午8點起算，並主張乙下班後因沐浴完畢後始打卡離開醫院而導致其工作時間超過12小時，至於丙，其於上午8時上班，接病人手術至上午11時40分，之後即用膳並休息至下午13時30分，而此段長達1時50分之時間為休息時間，準此，甲、乙與丙之一日工作時間總時數之認定，應自上午8點起算，換言之，應扣除「提前上班時間」，並應扣除勞基法第35條規定之休息時間；此外，一日工作時間總時數之認定，就乙之情形，應再扣除「下班後未即時打下班卡之時間」，就丙之情形，應再扣除「長達1時50分之因用膳而休息之時間」，該三人實際上班時間分別為11時10分、11時38分與11時47分，從而其未違反勞基法第32條第2項關於延長工時連同正常工時一日不得超過12小時之規定，惟Y市政府認其違反之，而為原處分之裁處，實有違誤，訴願決定未予糾正，亦有未合，並聲明：原處分及訴願決定均撤銷。

2. Y市政府之主張

甲、乙與丙之一日工作總時數，應依出勤紀錄認定，從而該三人之一日工作總時數已逾12小時。再者，所謂工作時間，應包括待命時間，依丙當日實際工作內容觀之，其服務數名病患，而病患與病患間之手術時間間距約為20至25分鐘，從而於此段「長達1時50分之因用膳而休息之時間」，丙雖有用膳與休息，實際上係處於在雇主指揮監督下隨時提供勞務之狀態，該時段性質上為待命時間，應屬工作時間，而非休息時間，不應自丙之一日工作時數總時數扣除，其依法裁處X醫院罰鍰2萬，並無違法，並聲明：原告之訴駁回。

（二）法院判決

1. 本件是否有勞基法之適用？

甲、乙與丙為「院聘護理師」，與X醫院簽立「院聘護理師工作契約」，經查X醫院之「院聘護理師」並非依「聘用人員聘用條例」及「行政院暨所屬機關約僱人員僱用辦法」所聘用，從而甲、乙與丙係屬公立醫院所進用之臨時人員，應適用勞基法相關規定。

2. 一日工作時間總時數之認定

（1）工作時間之起點

經查甲、乙與丙102年6月之班表，該三人6月28日之排班時段均為「8-4」（即上午8時至下午16時）。甲、乙與丙於6月28日進入手術室開始工作之時間分別係上午8時16分、8時10分與8時16分，對照甲、乙與丙班表與其實際上班時間，該三人之工作時間應以上午8時起算，不得以該三人當日個人打卡記錄記載之7時32分、6時49分及7時21分起算，Y市政府復無提出其他任何證據證明甲、乙與丙係因X醫院之要求而提前到班，X醫院主張該三人之工作時間應以上午8時起算，自屬可採。

(2) 工作時間之終點

勞基法第30條第5項規定之立法目的在於使勞工工作時間之紀錄明確化，以作為勞資爭議之佐證，除非有證據足認勞工並未於出勤紀錄所載之簽退時間內提供勞務，否則即應認勞工有於出勤記錄所示簽退時間內提供勞務。準此，乙之下班打卡時間為21時8分，其工作時間自應依其打卡紀錄認定，再者，依X醫院所提之證據（即手術室護理紀錄表），乙於手術室工作至21時，適與乙之下班打卡時間為21時8分大致相符，乙提供勞務時間至21時8分，自屬可採，X醫院主張乙下班後因沐浴完畢後始打卡離開醫院而導致其工作時間超過12小時，自難採信。

3. 休息時間應自一日工作時間總時數扣除？

甲、乙與丙屬輪班人員，依勞基法第35條規定，勞工繼續工作4小時，至少應有30分鐘之休息，該三人均上班滿8小時，應扣除共1小時之休息時間，從而X醫院主張休息時間應自工作時間扣除，即屬有理。甲、乙與丙下班打卡時間分別為20時40分、21時8分及22時7分，該三人之上班時間均以上午8時起算，故甲、乙與丙之一日工作總時數分別為12時40分、13時8分與14時7分，此外，再應扣除共1小時之休息時間，從而該三人之一日工時間總時數分別為11時40分、12時8分及13時7分，X醫院主張乙、丙一日工作時間總時數未逾12小時，自難採納。

4. 「長達1時50分之因用膳而休息之時間」屬休息時間或待命時間？

勞工在雇主指揮監督下處於隨時提供勞務狀態的待命時間，亦屬工作時間，X醫院雖主張丙於上午8時上班，接病人手術至上午11時40分，之後即用膳並休息至下午13時30分，而此段長達1時50分之時間為休息時間等語，惟X醫院所提之證據（手術護理紀錄表），僅能證明丙於下午13時30分進入手術室工作，無法證明丙在上午11時40分至下午13時30分間未提供勞務而處於休息狀態，從而該時段應非屬休息時間，性質上應較接近待命時間，退步言之，縱如X醫院所言，上午11時40分至下午13時30分此時段為丙之休息時間，然丙之一日工作時間總時數為14時7分，再扣除1小時50分，工作時數為12時17分，仍違反勞基法第32條第2項關於延長工時連同正常工時一日不得超過12小時之規定。

5. 小結

於甲部分，X醫院無違反勞基法第32條第2項規定，於乙與丙部分，X醫院則違反之，惟X醫院仍屬違反勞基法第32條第2項規定之情形，故原處分關於認定X醫院違反勞基法第32條第2項規定及所為裁處，核無違誤，從而，X醫院訴請撤銷原處分及訴願決定，核屬無據，應予駁回。

三、結論

關於工作時間起點之認定，本案法院之見解，有一處值得評論，即：依勞動事件法第38條規定，「出勤紀錄內記載之勞工出勤時間」僅可「推定」為勞工之工作時間，雇主若不認同，得舉「反證」推翻之。弔詭的是，「出勤紀錄內記載之勞工出勤時間」，就甲、乙與丙而言，分別為7時32分、6時49分與7時21分，此三時間點分別「推定」為甲、乙與丙之工作時間，醫院雇主若不認同，得舉「反證」推翻之，X醫院主張甲、乙與丙班表之上班時間為上午8時，工作時間應自上午8點起算，X醫院所舉之「反證」即為班表，惟關於「反證」，應嚴格認定之，以班表作為反證並非嚴謹，茲舉一例，某護理人員之班表排定其上「8-4班」，而其

遲到半小時即8點30分才來上班，其上班時間若以「班表上的8點」作為判斷依據，似非合理，X醫院所舉之「反證」（班表），其證據力極為薄弱，而法院竟採納之，並非合理。

一日工作時間總時數之認定，涉及勞基法第30條關於出勤紀錄之規定與勞動事件法第38條規定、勞基法第35條關於休息時間之規定與待命時間之法律概念，希望本文可協助護理人員了解此等法律議題。

參考資料

行政院勞工委員會93年10月11日（93）勞動一字第0930050332 號函釋。
臺灣新北地方法院105年重勞簡字第15號民事判決。



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「法規課程」積分2點，請於考完試次月月底後上衛生福利部「[護助e起來](#)」查詢。



通訊考題 (是非題，共10題)：

1. 依勞基法第32條第2項規定，勞工之延長工時連同正常工時，一日不得超過12小時。
2. 承上題，雇主若違反勞基法第32條第2項規定，主管機關則依勞基法第79條第1項第1款規定對雇主處以2萬元以上100萬元以下罰鍰。
3. 依勞基法第30條第5項規定，雇主應置備勞工出勤紀錄，並保存1年。
4. 依勞動事件法第38條規定，「出勤紀錄內記載之勞工出勤時間」僅可「推定」為勞工之工作時間，雇主若不認同，得舉「反證」推翻之。
5. 依勞基法第35條規定，勞工繼續工作2小時，至少應有30分鐘之休息。
6. 於計算勞工之延長工時連同正常工時一日是否超過12小時，應扣除勞基法第35條規定之休息時間。
7. 有法院認為「勞工在雇主指揮監督下處於隨時提供勞務狀態的待命時間，亦應屬工作時間。」
8. 於本案，於甲部分，X醫院違反勞基法第32條第2項關於延長工時連同正常工時一日不得超過12小時之規定。
9. 於本案，於乙與丙部分，X醫院無違反勞基法第32條第2項關於延長工時連同正常工時一日不得超過12小時之規定。
10. 於本案，法院認為Y市政府以原處分裁處X醫院罰鍰2萬元為無理由。

朱小妹的急診人生~歷練、堅持與成長

朱珊蓉 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院前急診室護理師

工作佔去一個人生命很重要的比例，使人挫折、卓越，每個階段的經歷與成長，砥礪著我的心智，工作之餘偶爾會問問自己，你還好嗎？一直待在同個地方使我安逸，就在某天有一個階段性的想法，我想：到外面的世界，受點傷也好、得到經驗也好、一無所獲也無妨。

急診一年，默默的做事是大家對我的印象，有天獨立做來診數破百主護，前面坐著治療節奏快速的洪醫師，那時緊張又慌亂，在頭昏腦脹中熬到下班，洪醫師微笑的說：「你今天表現不錯！」並且給了我一把巧克力，這份鼓勵對於非常挫折的我，是振奮且安慰的鼓勵，這是我吃過最好吃的巧克力。急診部主任當時告訴我，他看到我的成長，並且在我的主管面前肯定我的進步。

急診二年，獨立照顧重症，急診的大家稱我朱小妹，這年在單位接受檢傷訓練，並且接觸毒化災，因為沒有概念，所以常常找時間練習，勤能補拙使我變得熟練，後來操作穩定又快速，2021年指派拍攝穿脫C級防護衣示範影片，這是我心裡小小的驕傲。

急診三年，獨立檢傷的無助、挫折，如今歷歷在目，成長需要經歷困難，我在錯誤中學習，在衝動中反省，在挫折中獨當一面，在不知道該怎麼辦的時候，動動腦想辦法克服，慢慢地累積經驗和能力，得到學姊及醫師的信任，已然成為可以託付的檢傷。這年我也成為學姊，開始有學妹叫我珊蓉姐，我將學姊教導予我，以及自己的經驗再教給學妹，成為學姊的第一件事和自己約定，要保護好學弟妹，就像我被學姊們保護那樣，用行動實踐，不論做事有沒有得到回饋，都要堅持做對的事情，是我急診工作原則。

急診四年，工作相對成熟的階段，某天初次見面的吳醫師告訴我：「你是急診優秀的護理師，檢傷檢得很好。」聽完後心裡非常的感動與雀躍。

急診五年，學妹下班會對著我比讚說：「珊蓉姐今天好帥！」，並且經由同事的轉述消防EMT學長姐們，對我工作上的肯定。

回顧這五年又八個月，有許多緊張的記憶，例如：一位臉發黑的孩子、一位滿臉血異物梗塞的孩子，看到病人當下，動作流暢沒有半點停頓，抱在懷裡直入急救室、IHCA奮不顧身CPR、冷氣爆炸失去五官，坐在床上摳著自己傷口的病人，冷靜的向前處置、轉頭發現AMI變VF立即去顫電擊等等的案例，從沒想過有天能不猶豫、不慌亂，做出判斷給予治療。救下一個人和失去一條生命，至今仍會撼動身心，我記得每次失去的無能為力，努力後的筋疲力盡，感受著所謂生死有命。急診使我的內心逐漸強大，很感謝如此照顧朱小妹的急診，上有學姊保護、下有學妹擁護，也謝謝自己的努力，要永遠記得為什麼來到這裡，還有怎麼走到今天，就會更感謝身邊曾幫助自己的人；「謹記得那個善良的自己，做對的事情，未來的路會一直寬廣」。生命有盡頭，急診總是站在盡頭守著，這段在區域教學醫院急診經驗，深刻也無可取代，疫情之下大家真的辛苦了。我向急診的夥伴說：在這個正好的世界裡，我們正好在這裡，很感謝能夠與你相識，謝謝你們給我的愛，是我最治癒的依靠，我有一群超勇的夥伴，我以身在其中為榮。

疫情間清潔大作戰-醫院保淨小尖兵

呂依珊 國立臺灣大學附設醫院工友管理中心護理師

在疫情期間的深夜，當大多數人已沉睡，仍有一群人穿梭於醫院之中，在某個角落，一位清潔人員俐落地清理確診 COVID-19 個案的出院病房。她身穿全套防護衣，仔細調配漂白水，毫不馬虎地清潔每一個角落，標準流程落實執行，動作順暢且令人安心。然而，回顧 2019 年 COVID-19 疫情爆發初期，情況卻並非如此。儘管多數專責醫院已設有清潔人員，卻未具備專責病房清潔的經驗與標準作業流程。這不僅是一項挑戰，更是一場必須即刻應對的危機。

2019 年底，工友管理中心突然接獲醫院感染管制中心通知，警示中國武漢出現不明原因肺炎群聚，疫情來勢洶洶，需立即教育清潔團隊相關感控知識，尤其是個人防護裝備（Personal Protective Equipment, PPE）的穿脫訓練。然而，當時適逢農曆新年，面對人手吃緊、時間緊迫的雙重壓力，除了擔心清潔作業不慎成為防疫破口，更憂慮人員因缺乏防護觀念而染疫。清潔人員多為 40 歲以上，且大多未具備醫學背景，如何在最短時間內讓所有人理解並掌握防疫概念，成為當下最迫切的挑戰。為此，我們徹夜整理並簡化繁雜的疫情防治資訊，設計簡易版課程，並拍攝「隔離衣穿脫教學」、「進出隔離病房垃圾處理」及「清潔步驟」等標準作業影片，使清潔人員能透過視覺學習，加速吸收課堂教學內容，並透過反覆演練降低恐懼與焦慮。

2020 年 1 月 24 日（除夕當天），醫院接獲第一位確診病人入住專責病房，清潔團隊氣氛瞬間緊繃。我立即趕往病房，確認清潔人員狀態，並再次複習防疫事項及清潔原則，確保每個環節落實無誤。交班前，特別叮囑值班工友隨時關注狀況，任何時間皆可聯繫，以確保第一線人員能安心執行任務。回家後，忐忑的心情未曾平復，整個農曆新年幾乎無法放鬆，手機不離身，深怕錯過任何一通緊急電話或訊息。雖然期間陸續發生一些小插曲，所幸最終皆能順利解決，確保醫院環境安全無虞。

2021 年 5 月，因萬華區群聚感染事件，確診及疑似病人大量湧入醫院，清潔人力迅速告急。同時，院內陸續發生科室人員確診，導致部分公區清潔人員被隔離，進而影響病房清潔工作的正常運行。不久後，病房內亦發生病人及清潔人員確診的情況，進一步加劇了人力短缺問題，導致病房區的清潔人員壓力倍增，甚至部分人員因恐懼而降低進入 COVID-19 病房執行清潔工作之意願。

為因應人力短缺，我們迅速成立「專責清潔人員小組」，召集院內工友支援專責病房清潔工作，包括健檢中心、開刀房、供應室及產房等單位之護理長也協助調派人力。然而，雖然疫情期間各單位皆曾加強演練，且員工每年皆接受 PPE 訓練，但多數支援人員皆未曾實際進入病房執行清潔作業，面對突如其來的任務，如何讓他們在最短時間內適應並安全執行工作，成為我們當下最迫切的課題。

為解決此困境，我們立即規劃「實戰訓練」，由資深專責清潔人員親自帶領新進人員進入隔離病房，採取「手把手教學」模式，逐步指導清潔標準程序，確保所有人員能安全且正確地執行清潔工作。此外，我們也關注人員心理狀況，理解他們對自身及家人的擔憂，透過持續溝通與支持，降低其焦慮感，使團隊能夠穩定運作。

這場疫情不僅對醫護人員是場考驗，對清潔團隊更是一次極限挑戰。每當巡視病房，看到他們從隔離衣下脫下早已濕透的衣物、拖著疲憊的身軀堅守崗位，我都深感不捨。許多人累到話都說不出來，甚至因為疲憊而食不知味，卻仍保持高度警覺，仔細落實每一個清潔細節。這份敬業態度，讓我為他們感到驕傲與敬佩。

2024年，疫情趨緩，支援人力陸續回歸原單位，醫院的日常運作也逐漸恢復正常。然而，過去三年多的抗疫歷程，讓我們建立了一套完整的清潔標準作業流程，使清潔團隊能夠有條不紊地應對未來的任何挑戰。儘管至今仍有零星確診個案與疑似案例，但我們的清潔人員已能從容應對，確保醫院環境安全。

這場疫情讓我們更加深刻體會，醫療體系中的每一環節都不可或缺，每一位堅守崗位的工作者都至關重要。清潔人員雖然不在第一線診療病患，但他們與醫護人員一樣，是醫院防疫的核心戰力。我們深知，唯有「人人克盡己責」，才能真正守護醫療安全，讓每位病人都能獲得最安心的照護。

清潔阿姨：常常耶，有時候出入床一多，就會有人一直來催，說快一點、快一點，但我們需要時間好好的清潔，不能隨便，這樣下一個病人及家屬才能安心。

清潔大哥：為了仔細清潔，東跑西跑，常常一天下來腰酸背痛，但聽到清潔採檢測試通過，真的很有成就感！

