

第六章 護理人員國際勞動基準之實踐-我國經驗

第一節 概說

一、護理教育

台灣教育體制的分類，一向將「職業學校」與「專科學校」層級，歸屬於教育部的「技職教育體系」，而將「大學」層級歸屬於「高等教育體系」。不過於1995年，因教育部提出增訂「專科學校法」第三條之一條文「為提昇實用專業人才素質，增進技術職業教育品質，教育部得遴選符合大學設立標準之專科學校，改制為技術學院，其遴選程序由教育部訂立。專科學校改制為技術學院者，教育部得核准其專科部，其條件、資格、申請及審核程序，由教育部定之」。使得一向「技職教育體系」與「高等教育體系」相當有區隔的台灣護理教育體制，界限越來越模糊。以致台灣護理人力的教育程度，從以專科畢業程度為主，逐漸往具備學士學位的方向提昇（詳表 6.1）⁸⁷。

表 6.1 台灣基層護理人力之教育程度的變遷

年代	職業學校	專科學校	學士學位班
1960	68%	20%	12%
1980	48%	46%	3.8%
1995	44.5%	51%	4.5%
2005	11%	60%	29%

資料來源：行政院衛生署，〈護理，台灣〉，2008年。

依據2006年的資料，台灣辦理基礎護理教育的「護理科」與「護理學系」的學校數共有39所。其中，隸屬教育部「高等教育司」之大學，設置有護理學系的學校共有12所，若加上設立於「國防部」的國防醫學院護理學系的話，則總共有13所。至於隸屬教育部「技術與職業教育司」之校院的「護理科」與「護理學系」的校院，總數則共有26所。以致全台灣辦理護理系（科）的學校總數共達39所（表二），使得護理系（科）居台灣各醫事專科教育中，學校數量最多

⁸⁷行政院衛生署，〈護理，台灣〉，2008年，頁26-27。

的一門。⁸⁸

表 6.2 台灣護理教育層級的種類與數量 (2005 年)

		高等教育體系 (共 13 *所學校)	技術及職業教育體系 (共 26 所學校)
大學部	博士班	6所	1所
	碩士班	14所 **	5所
	學士班	13所	12所
五專部	五年制		24所 ◎
	二年制		
	日間部		17所
	夜間部		15所
	在職專班		25所

* 包括隸屬國防部的國防醫學院護理系

** 國立陽明大學護理學院開辦2種護理碩士班，私立義守大學尚未開辦護理碩士班

◎ 技職教育體系的國立台北護理學院、亞東技術學院未辦理「五專」學制

資料來源：行政院衛生署，〈護理，台灣〉，2008年。

二、執業政策

台灣護理人力之供給來源主要是本國大專院校護理科系的畢業生。屬於養成教育的護理畢業生依年的數量，在2006年大約為8,000-9,000人，其中大學畢業的約佔十分之一，專科畢業者佔65%，職校畢業者佔25%⁸⁹。

護理畢業生在成為護理人力之前必須先通過國家舉辦的專業人員考試，這種考試每年舉辦兩次，通過考試的比率依各個學校不同而不同，差異非常大，平均通過率約為30%-40%⁹⁰。行政院衛生最近五年來核准頒發的護理師職業證書每年約為7,000至12,000張，護士職業證書每年約為5,000至9,000張⁹¹。

在台灣，護理人員的工作需要受護理人員法的規範，助產人員的工作也須受

⁸⁸ 同註87，頁28。

⁸⁹ 教育部統計，教育統計資料，取自<http://www.edu.tw>於2007年8月1日

⁹⁰ 考選部，專技考試統計，取自

<http://www.moex.gov.tw/lp.asp?CtNode=2398&CtUnit=358&BaseDSD=2>，於2007年10月1日

⁹¹ 行政院衛生署，衛生統計系列(三)公務統計：民國95年衛生統計系列(三)公務統計年報。取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/統計年報/95.htm>。於2007年10月1日

助產人員法的規範，依法，所有護理師、護士或助產師/助產士在開業或執業前應向工作廠所所在地的衛生主管機關提出職業證書及申請執業登記，由衛生機關發給執業執照。

第二節 勞動市場背景

我國醫療法中護理人員被歸類為之「醫事人員⁹²」。而在民國 81 年 4 月 29 日公佈施行的護理人員法第一條、第二條及第三條規定，所謂護理人員，指護理師及護士。即中華民國人民經護理人員考試及格，並依法領有護理人員證書者，得為護理人員⁹³。

根據衛生署「護理人力資源管理資訊系統資料庫」，至 2006 年 9 月為止，台灣領有護理師執業證書者約為 13 萬 7,000 多人，領有護士證書者約有 18 萬 4,000 多人⁹⁴，因為有些人領有兩種證書，所以實際上具有至少一種證書的護理專業人員約接近 20 萬人。談到護理人力常常會同時想到助產人員的人力，到目前為止，台灣領有助產士執業證書的約 5 萬 3,000 多人⁹⁵，其中大多數也同時具備護理師或護士證書，領有助產師職業證書的僅有 300 多人⁹⁶。

一、護理人力現況

依據 2006 年衛生署公務統計資料，開業/執業的護理及助產人員佔所有醫事人員人力的 53% (如圖 6.1)。長久以來護理/助產人員人數一直是各類醫師人員中人數最多的。2006 年護理/助產人員人口比例是每位護理/助產人員需服務 209 人。換言之，每十萬人口有 479 位護理/助產人員。護理/助產人員與醫師的比率是 2.76 : 1。

依據中華民國護理師護士公會聯合會 2008 年的統計資料，台灣護理人員及助產人員執業者的總人數是 122,270 人，其中護理師佔了 96,154 人，護士有

⁹² 醫療法第十條中所稱醫事人員，係指領有中央主管機關核發之醫師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士及其他醫事專門職業證書之人員。

⁹³ 護理人員法規詳細內容可參見附件二

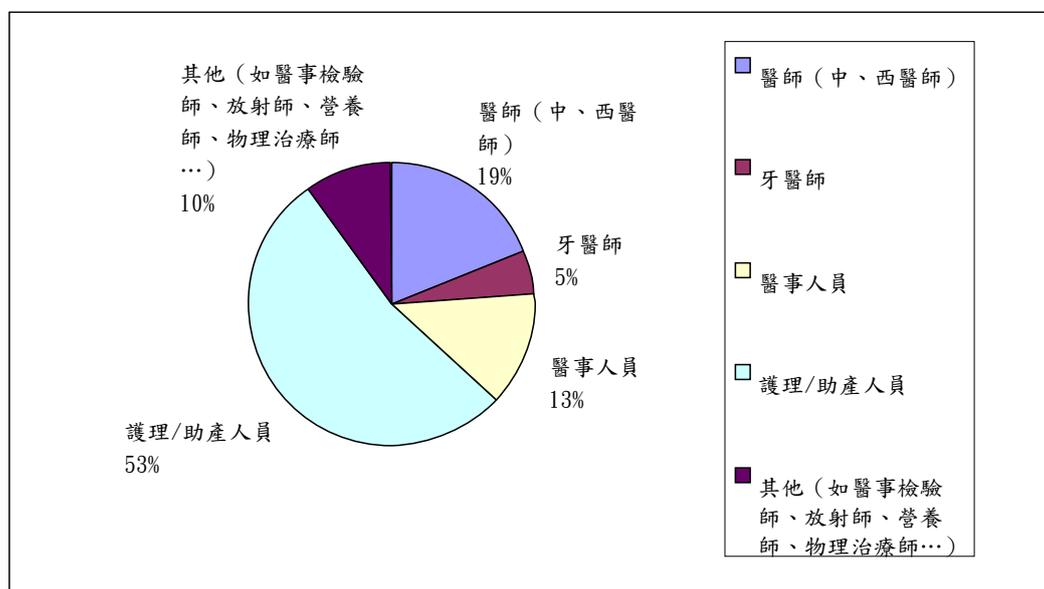
⁹⁴ 行政院衛生署護理及健康照護處，「護理人力資源管理資訊系統資料庫」資料庫，南投:行政院衛生署護理級健康照護處)，2006 年 9 月 30 日。

⁹⁵ 同註 94。

⁹⁶ 同註 94。

26,116 人，助產士 314 人。⁹⁷

圖 6.1 台灣醫事人員人數分佈圖



資料來源：行政院衛生署，〈護理，台灣〉，2008 年。

在年齡的分布，大約半數 (54%) 的護理/助產人員的年齡集中在 25-34 歲，其次多的是在 22-24 歲 (10%) 及 35-39 歲 (13%)，40 歲以上者約佔五分之一⁹⁸。從這樣的年齡結構看來，台灣職業的護理/助產人力是一群年輕的人力。

在性別方面，台灣的護理/助產人員絕大多數 (99% 以上) 為女性，開業/執業的男性護理/助產人員僅有 765 位⁹⁹。社會上對男性從事護理行業的接受度不高，不僅就讀護理男性只佔護理學收的少數，畢業後投入護理工作更少。

在工作場所方面，其主要場所集中在醫院 (72%) 及診所 (13%)，共佔了所有人力的 85%。護產機構 (護理及產後機構的簡稱) 佔 3%，護產機構包括居家護理所、護理之家、日間照護、助產所及產後機構。其他地區中的機構佔 12%，這些機構包括衛生所、學校及事業單位醫務室、社會福利機構等¹⁰⁰。

⁹⁷ 中華民國護理師護士公會聯合會統計，護理人員統計資料，取自 <http://www.nurse.org.tw/DataSearch/Manpower.aspx> 於 2008 年 11 月。

⁹⁸ 同註 94。

⁹⁹ 同註 94。

¹⁰⁰ 同註 94 與行政院衛生署，衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計:民國 95 年醫療機構現況及醫療服務量統計，取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/統計年報/95.htm>，於 2007 年

最近 10 年來，台灣護理/助產人力需求影響最明顯的因素是急性醫療的服務量，從上述開業/執業之護理/助產人員的現況資料可以看出台灣的護理/助產人員大部分受僱於醫院診所，因此，醫院診所的發展與服務量就密切影響到護理/助產人員的需求。台灣在未實施全民健保前僅有 57% 民眾有健康保險¹⁰¹，自 1995 全民健保之後，95% 以上民眾享有健康保險，大幅提升民眾就醫的可進性及可負擔性，對醫療服務的需求隨之增加。這十年來，醫院的病床數、住院及門診的服務量逐年持續增加，從 1996 年的 56,458 人增加至 2006 年的 92,729 人¹⁰²。不過，醫院基於成本的考量，雇用的護理人力常趕不上實際的需求。

二、薪酬

臨床護理人員薪資結構計算一般可分為三部分：(一)、底薪；(二)、各種加給、津貼，如主管加給、專業加給、執照津貼、職務津貼、單位津貼、進階津貼、特殊證照津貼、績效獎金、獎勵金、全勤獎金、門診津貼、住院津貼、伙食津貼、交通津貼等；及(三)、年終獎金。

在台灣，護理人員的薪資差異的主要影響因素包括年資、職位（一般可分為護士、護理師、專科護理師、副護理長、護理長、督導、副主任、主任）、與機構權屬（可分公立與私立）、及機構層級（醫院可分為醫學中心、區域醫院、與地區醫院的不同）。

由表 6.3 可看出不同職位與不同機構權屬、層級護理人員的薪資結構，平均而言，公立機構的護理人員薪資高於私立機構，除專科護理師外，其差距在 10,000~35,000 元間，醫院層級越高、薪資也越高，因此醫學中心高於區域醫院、地區醫院，排除職務上的加級，其薪資差距從 4,000 到 10,000 元不等，此外護理人員職位越高、薪資也越高，擔任管理職務，每上升一級，其薪資約調高 4,000 元到 20,000 元不等¹⁰³。護理人員之經常性薪資為 34,000~35,000 元。

10 月 1 日。

¹⁰¹ 楊志良，〈健康保險〉，台北：巨流圖書公司，1996 年。

¹⁰² 同註 94。

¹⁰³ 尹祚芊，〈護理薪資結構及績效福利制度對勞動供給之影響〉，行政院衛生署九十六年度委託研究計畫期中成果報告，台北：行政院衛生署，2007。

依據行政院勞工委員會統計資料顯示，受僱之護理人員平均每人月薪資約為 38,000 元。根據部分醫學大學附設醫院專家和 104 資訊科技公司的統計資料顯示，新進人員在一般病房工作的薪資約為 30,000 元至 32,000 元左右，在特殊單位工作如加護病房、開刀房、急診室、麻醉科護理人員、感染科病房等額外加給約為 3,000 元至 5,000 元不等，另外擔任主管會有不同層級的加給；診所助理的薪資則約為 25,000 元。一般而言，薪資的調整會隨著年資及依護理部進階等級升高而調整。護理人員平均每人月薪相較於其他職業待遇較高，主要原因為工作內容較辛苦，工作時間也不像一般職業朝九晚五，並承擔較高的風險，故在報酬上會較為優渥¹⁰⁴。

表 6.3 台灣公、私立醫學中心、區域醫院、地區醫院各級護理人員薪資狀況

分類		護士	護理師	專科護理師	副護理長	護理長	督導	副主任	主任
公立	醫學中心	49,610	57,134	61,983	67,229	77,384	86,485	104,960	125,079
	區域醫院	44,678	51,746		69,039	62,931	66,110	72,378	86,066
	地區醫院	36,504	41,528			54,394	61,567	70,884	76,102
私立	醫學中心	35,146	38,240	60,355	43,510	55,005	60,800	69,367	88,445
	區域醫院	31,766	34,534		38,905	45,387	53,995	62,294	81,388
	地區醫院	26,115	28,832		34,381	38,162	47,947	58,050	54,06

資料來源：行政院衛生署，〈護理，台灣〉，2008 年。

三、工作時間

在台灣，護理人員屬於醫療保健服務業，平均規定每日工作時數從（2003 年）7.59 小時、（2004 年）7.20 小時、（2005 年）7.65 小時、調整至（2006 年）7.34 小時。每週平均工作時數為 41.75 小時（2003 年）、40.53 小時（2004 年）、43.36 小時（2005 年）、41.17 小時（2006 年）¹⁰⁵。

¹⁰⁴ 行政院勞工委員會行業職業就業指南 e 網。取自：
http://statdb.cla.gov.tw/careerguide/ind/ind_detail.asp?id_no=20231§ion_id=2&index_1=%C5%40%B2z。於 2008 年 2 月 9 日。

¹⁰⁵ 同註 103。

四、職業衛生

護理人員常見的職業傷害包括肌肉骨骼不適、針扎與血液體液暴觸、皮膚炎、生殖功能障礙、睡眠障礙、工作壓力大等等¹⁰⁶。其中又以因生物性危害（如針扎或血液體液暴觸後感染到經血液傳染之病原、照護嚴重性呼吸道症候群的病人等）之相關健康影響最受到護理人員的關切¹⁰⁷。此外，我國政府這幾年相當重視針扎防治問題，並在勞工安全衛生研究所的指導與支持下建立全世界第一個採用網路版（Web-based EPINet reporting system）的繁體中文 EPINet（Exposure Prevention Information Network）供醫院志願性地通報針扎與血液體液暴觸事件的國家¹⁰⁸。

以下僅摘取台灣國內近年來針對護理人員職業健康相關問題的研究做一簡述。

（一）、生物危害與疾病

如針扎、接觸病菌病毒或其他生物性物質，倒置的傳染性疾病¹⁰⁹。針扎一向是醫療工作環境中相當常見、且是最可能因工作而導致感染血液傳染疾病的重要途徑；台灣自 1996 年起便進行一系列的回溯性調查，並分析不同工作內容與場域之相關問題¹¹⁰；並且建立住院病人常見之血清性感染病原陽性之盛行率資料，以台灣本土的數據估算出針針後之感染率¹¹¹。

此外，台灣在 2003 年初爆發嚴重性急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS）時，國內曾進行一向亞洲國家跨國合作研

¹⁰⁶ 郭育良等，〈職業病概論：第 1，4，7-9，23，27 章〉，二版，台北：華杏：2005。

¹⁰⁷ Shiao JSC, H Lo Oh, Lim MK, et al., 2007, "Factors predicting nurses' consideration of leaving their job during the SARS outbreak in Taiwan." ,Nursing Ethics; 14:5-17.

¹⁰⁸ Shiao JSC, Lin M-S, Shih T-S, et al.,2007, "National Incidence of Percutaneous Injury in Taiwan Healthcare Workers-Estimated Using EPINet Surveillance Data." , Research in Nursing and Health,Accepted for publication.

¹⁰⁹ 同註 106。

¹¹⁰ Guo YL, Shiao JSC, Chuang Y-C, et al., 1999, "Needlestick and sharps injuries among health care workers in Taiwan" ,Epidemiology & Infection; 122(2): 259-265.

¹¹¹ Shiao JSC, Guo YL, ML McLaws.,2002, " Estimation of the risk of bloodborne pathogens to health care workers after a needlestick injury in Taiwan." ,Am J Infect Control; 30(1): 15-20.

究¹¹²，針對台灣的報告指出受訪護理人員中 7.6% (N=753) 很慎重地考慮要離職或改行並且認為在缺乏適當的保護工具與疾病治療方法下她們不應該照顧這些病患，顯示醫療場域中生物性危害的影響層面可能不止於生理層面，其他心理及社會層面的影響亦是不容忽視的。面對未來其他可能的生物性危害或疾病的威脅，建立一套標準的醫療工作程序與防護指引已是急不容緩。

(二)、肌肉骨骼疾病

包括下背痛、頸肩症候群、腕道症候群等¹¹³。一項針對國內臨床護理人員 (N=5,269) 肌肉骨骼不適的研究發現其盛行率相當高 (91.6%)，且疼痛部位與工作內容有關。最容易發生肌肉骨骼疼痛的部位為下背痛、腿、肩膀和脖子；若以「行動受限」為肌肉骨骼不適之嚴重度的指標，則最常發生的部位依序為下背與肩膀。因此，有效防範之道應為進一步地分析醫療環境中引起肌肉骨骼不適的人體工學因素¹¹⁴。

(三)、工作壓力問題

工作負荷與精神壓力所造成的健康影響，以及其他慢性壓力相關的疾病，是越來越重要的職場健康問題。最近一項針對臨床護理人員工作壓力對月經週期的影響之研究發現自覺工作壓力大的護理人員其月經週期出現紊亂的情況且月經出血時間亦延長 (大於七天)¹¹⁵。

第三節 勞僱關係與勞動條件

一、護理組織

依據我國目前的「人民團體法」的規定，人民團體共分為：「職業團體」、「社會團體」和「政治團體」三種。「職業團體」以協調同業關係，增進共同利益，促進社會經濟建設為目的，由同一行業之單位、團體或同一職業之從業人員

¹¹² 同註 107。

¹¹³ 同註 106。

¹¹⁴ Hou JY, Shino JSC. ,2006, "Risk Factors for Musculoskeletal Discomforts in Nurses." ,The Journal of Nursing Research.; 14(3): 228-236.

¹¹⁵ Lin HT, Lin LC, Shiao JSC. , 2007, "Impact of High Level of Self-Perceive Job Stress on Menstrual Patterns in Nursing Staff. " ,Industrial Health.; 45(5):709-714.

組成之團體；「社會團體」則以推展文化、學術、醫療、衛生、宗教、慈善、體育、聯誼、社會服務或其他以公益為目的，由個人或團體組成之團體；而「政治團體」係以共同民主政治理念，協助形成國民政治意識，促進國民政治參與為目的，由中華民國國民組成之團體。

而台灣的護理組織有：中華民國護理師護士公會全國聯合會和各地方護理師護士公會，為「職業團體」，其以協助推展全民健康及社會福利，以及維護及增進護理人員共同權益為目標。以護理人員為對象的各學術文化、醫療衛生或社會服務及慈善組織則為「社會團體」，其以滿足個人對護理專業的興趣或理想之實現為目的。台灣目前並沒有以護理人員為對象的「職業工會」的組織。

至 2008 年 4 月，我國護理人員經正式立案的「職業團體」共有 23 個（如附件四），而「社會團體」則共有 27 個（如附件三）。我國的護理「職業團體」為各縣市護理師護士公會為起始點而組成，故從 1949 年陸續成立各地方公會，台灣省護士公會也於 1949 年，由當時的台北市、台南市、台中市、高雄市、屏東市、嘉義市、新竹市、及基隆市之 8 個護士公會聯合組織成立，之後，其他縣市也一一組成。

最後，於 1989 年將 23 個縣市公會加以聯盟，而成立了「中華民國護理師護士公會全國聯合會」。至於 27 個護理專業的「社會團體」中，以隨國民政府退居台灣的徐藹諸校長等少數護理前輩，於 1950 年在台灣向內政部登記的「中華民國護士學會」為最早。隨著護理專業的分工，台灣的護理專業從 1991 年後，開始紛紛成立各護理專科學會或協會。其中 1988 年成立了國際護理榮譽學會中華民國分會，為第一個國際性護理組織之分會。

各縣市護理師護士公會的主要任務在於：

1. 維護及增進護理人員共同權益；
2. 協助推展全民健康及社會福利事項；
3. 促進與有關團體之聯繫合作；
4. 會員之聯誼與會訊之發行；

5. 協助政府推行政令以維護國民健康與社會福利；
6. 辦理政府及社會各界委辦事項；
7. 協助會員之就業輔導；
8. 發揚護理倫理，提升護理服務之品質；
9. 促進會員親睦、互助及福利事項等。

由於各護理團體的共同努力，也讓台灣在 1991 年正式通過專屬護理人員「護理人員法」，對護理人員的法定權利義務有了明確的規範和保障。

二、勞動問題

中華民國護理師護士公會全國聯合會在 2004 所做的調查發現，台灣各醫院護理人員白班平均每名護理人員照護病人 7 - 13 人，夜班照護 12 - 30 人，而美國每名護理人員只照護 4 - 6 名患者。根據美國國家護理研究中心研究發現，病患死亡率與護士照護病患人數的多寡息息相關，若 1 名護士照顧病患數從 4 人增加到 6 人，病患死亡率高於 14%，如果增加至 8 人，患者死亡率會攀升到 31%，亦即每增加 1 個病患，病人死亡率就上升 7%。

然而，工作吃重，健保給付卻偏低，各醫院因此緊縮護理人力，使護士負荷超重。目前全國 16 萬人領有護士執照，真正願意從事護理工作的只有 10 萬人。

此外，公立醫院護理人員出缺只進用約聘人員，造成目前公立醫院約聘護理人員占編制的 20 - 50%，某些醫院甚至超過 70%，而約聘人員薪資又無法比照正式人員薪資，甚至更少，又沒有公保、休假制度、退休金等福利，但卻需要負擔相同的工作量，如此同工不同酬，使得護理人員流動率大，影響照護品質。

衛生署與中華民國護理師護士公會全國聯合會 2006 年召開的「護理人力問題與對策論壇」指出，台灣每年畢業的護生是足夠的，但是投身職場的就業率偏低，以致臨床上呈現「護士不患寡，臨床人力卻吃緊」的現況。2001 - 2004 年新進護理人員平均做不到一年就放棄的高達 57%。

以護理人力緊縮為例，台灣每位白班護士至多需照顧 7 - 13 位病人，大夜

班甚至達 12 - 30 人，是先進國家的 2 - 4 倍。人力被壓榨的後果，我們看到工作量超過負荷的醫事人員，因勞累而失去正確敏銳的判斷力，造成職業傷害的發生機率增加，醫療錯誤或爭議提高，令許多護理人才怯步不前，更犧牲了病人醫療品質（參見表 6.4）¹¹⁶。

由衛生署衛生統計資訊網所得資料，以醫學中心一般病床為例：

1. 若以醫院一般病床評鑑每 2-4 床 1 名護理人員的標準，則依 95 年一般病床總數推估全台醫院共需要 87,201 位護理人員。
2. 95 年全台在院執業之護理人員總人數為 68,807 人，若假設將此人力全投入在一般病床，忽略門診及特殊病床的狀況下，仍與依評鑑標準推所需的人力數差距達 18,394 人，顯示在院執業護理人力確實匱乏。

表 6.4 台灣實際在院執業之護理人員數與依現行評鑑標準計算所需人員數之比較（以民國 95 年為例）

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
95 醫院一般病床總數	23,571 床	27,408 床	25,272 床
實際在院執業之護理人員數	27,200 人	24,678 人	16,929 人
醫院評鑑標準	2 床/人	2.5 床/人	4 床/人
假設將實際執業護理人員數全投入在一般病床，則平均一人負責床數（病床總數÷實際在院執業之護理人員數 X3 班制）	2.6 床/人	3.3 床/人	4.5 床/人
依評鑑標準計算所需護理人員數（病床總數÷評鑑標準 X3 班制）	35,357 人	32,890 人	18,954 人
實際在院護理人員數－依評鑑標準計算所需護理人員數	-8,157 人	-8,212 人	-2,025 人

資料來源：行政院衛生署，〈護理，台灣〉，2008 年。

原本在民國 96 年 1 月「新制醫院評鑑護理人力標準之訂定」遠低於舊有之評鑑標準，而為維護病人安全和護理人員合理工作環境，中華民國護理師護士公會全國聯合會積極爭取將各層級醫院舊有標準訂為及格標準。在「病房護理人力配置」部分，也爭取到將各層級醫院舊有原標準訂為及格標準，在「合理護

¹¹⁶ 財團法人台灣醫療改革基金會：http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=710

理時數」部分，則首度出現與國際接軌之「護病比（即每位護理人員每班照護病人數）」規範。（如表 6.5）¹¹⁷。

表 6.5 96 年台灣新制醫院評鑑評分說明修訂

評鑑基準	評分說明
依據病房特性配置適當護產人力	C ¹ ：應有專任護理人員每 4 床至少 1 名 C ² ：應有專任護理人員每 2.5 床至少 1 名 C ³ ：應有專任護理人員每 2 床至少 1 名
護理時數合理	C ¹ ：白班每位護理人員照顧病人數≤11 人 C ² ：白班每位護理人員照顧病人數≤10 人 C ³ ：復健科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科等病房之白班每位護理人員照顧病人數≤9 人 神經外科、一般外科、一般內科、而科、婦產科、神經內科、泌尿科、心臟外科、腦中風（CVA）、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數≤8 人

備註：

C¹：申請地區醫院給付者之及格標準

C²：申請區域醫院給付者之及格標準

C³：申請醫學中心給付者之及格標準

資料來源：中華民國護理師護士公會全國聯合會，新制醫院評鑑護理人力標準之訂定，〈全聯會訊〉，第 56 期，2007 年 3 月。

在台灣，護理人員適用勞動基準法保護，但普遍護理人員不瞭解勞基法對於受雇者之工時、休假、及職業安全等均訂定有保護條款，而任由醫院為以壓縮人力及安排不合理輪班制度等，不當管理手段剝削受雇者，導致醫護過勞憂鬱及資深人員離職率過高等新聞層出不窮。部分約聘僱、兼職支援的醫護人員，也是經常面臨輪值支援超時，卻無同等的勞動權益與職安保障，常成為勞基法保障的專業邊緣人。

¹¹⁷ 中華民國護理師護士公會全國聯合會，新制醫院評鑑護理人力標準之訂定，〈全聯會訊〉，第 56 期，2007 年 3 月。

在職業衛生方面，面對長時間處在醫護人員，缺乏工作權保障的規定；另外，醫院也不重視工作環境對於醫事人員安全的威脅（如污染、針扎、病患暴力）。因此自 2003 年起更推動「醫療人員針扎與血液體液暴觸監控系統」，進一步地以前瞻性資料為估算全國醫療工作者的年針扎率，期以做為預防之依據，建立更安全的工作環境¹¹⁸。

另外根據國際勞工組織安全衛生報告指出，醫療工作場所是最常發生的職業危害的場所。而我國的「醫療保健服務業安全衛生規則」等此類具體的勞安規範還未訂定，以致於醫事人員因氣體、輻射、感染或暴力傷害所引起的職災與工傷，無法獲合理認定與賠償¹¹⁹。鑑於此，行政院勞工安全衛生委員會目前積極地準備一項攸關醫療業職場安全衛生權益的法規：「醫療保健服務安全衛生法規草案」，以進一步保障醫療人員的工作安全及權益。相信這幾年來政府與學界在為護理人員工作安全衛生權益上的努力都將在不久後開花結果。

第四節 小結

雖然我國護理人力不像及其他國家（如美國、澳洲）供給不足，但是在我國，合格的護理人員願意投入就業市場的人力一直在流動減少中，造成另一種臨床人力短缺的窘境，檢視國內護理人力流動因素，當然是因為勞動條件問題尚未解決，研究報告就指出¹²⁰：如福利待遇不如預期或是同工不同酬現象；工作人力不足和過高壓力；職業安全未受到保護；無適切之升遷管道和繼續教育，缺乏學術研究資源等問題。在國外已有很多文獻報告證明，人力配置不足是造成醫療疏失，影響病人安全的主要原因，國內護理人力配置向來落後先進國家許多；健保實施後，醫療機構紛紛以緊縮護理人力來因應經營成本，致使護理工作環境更是惡化。

¹¹⁸ 同註 108。

¹¹⁹ J. Claybrook, 2004, "Public Citizen, New Harvard Study Shows that Limiting Physicians' Work Hours Can grammatically Reduce Medical Errors."

¹²⁰ 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