

成果報告
封面式樣

計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015

行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及
未來進階護理工作模式之建構計畫

研究報告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：林綽娟

研究人員：黃玉珠、馬金足、許智皓、李采娟

全程計畫：自 96 年 03 月 01 日至 98 年 02 月 28 日止

本年度計畫：自 97 年 03 月 01 日至 98 年 02 月 28 日止

*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對
媒體發布研究成果應事先徵求本署同意*

章 節 目 錄

摘要	頁數
第一章、前言	
壹、研究問題之背景與現況	(11)
貳、研究目的	(24)
第二章、實施方法與步驟	
壹、研究方法	(25)
貳、資料收集過程	(26)
參、資料分析	(27)
第三章、結果與討論	
壹、照護模式方面	(30)
貳、公共衛生護理人員的進階制度草案	(37)
第四章、結論與建議	
壹、結論	(57)
貳、建議	(69)
第五章、參考文獻	(71)
九十七年度計畫執行成果報告表	(78)
九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議	(79)

附 件 目 錄

附件	頁數
附件一、說明會草案說明講義	(81)
附件二、離島偏遠進階護理工作模式暨進階護理人員培訓計劃 草案問卷調查表	(88)
附件三、專家名單	(94)
附件四、三次專家會議紀錄	(95)
附件五、專家提供之資料	(132)
附件六、第一次修訂之草案	(142)
附件七、四場草案說明會之議程	(151)
附件八、問卷填寫同意書	(152)
附件九、台灣社區衛生護理學會規劃之衛生所新進護理人員 繼續教育課程	(153)
附件十、日本公共衛生護理人員訓練計劃	(162)
附件十一、英國的專業健康照護組織分級	(172)
附件十二、全國軍公教員工待遇支給要點	(177)
附件十三、各機關師級醫事職務級別員額配置準則	(179)
附件十四、各機關學校公教員工地域加給表	(180)

圖 表 目 錄

目 錄	頁 數
圖	
圖 1-1 公共衛生護理人員的業務	(23)
圖 1-2 三層級的照護模式	(23)
圖 3-1 偏遠地區衛生所護理人員進階等級制度	(35)
圖 3-2 護理工作模式	(35)
表	
表 2-1 問卷調查之研究對象統計表	(25)
表 3-1 說明會出席者人口學資料	(29)
表 3-2 研究對象人口學資料	(30)
表 3-3 衛生所護理人員之專長群組及其主辦業務範圍與訓練 課程建議表	(34)
表 3-4 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員護理工作模式 統計表	(36)
表 3-5 護理工作模式之建議	(36)
表 3-6 山地離島偏遠地區衛生所護理人員的三級能力區分表	(38)
表 3-7 基層偏遠地區衛生所護理人員層階分級三級統計表	(38)
表 3-8 偏地地區衛生所護理人員層階分級三級之建議表	(38)
表 3-9 山地離島偏遠地區衛生所護理人員 PHN 三級的 名詞界定表	(39)
表 3-10 衛生所護理人員對進階制度(名詞界定)統計表	(39)
表 3-11 名詞界定(PHN1、PHN2、PHN3)之建議	(39)
表 3-12 山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇統計表	(40)
表 3-13 偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇	(40)
表 3-14 山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇之建議	(41)

表 3-15 偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標	
— 基礎能力	(43)
表 3-16 偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標	
— 專業能力	(44)
表 3-17 偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標	
— 管理能力	(45)
表 3-18 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階 訓練目標統計表	(46)
表 3-19 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練 目標之建議	(46)
表 3-20 山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練 重點(課程大綱)	(47)
表 3-21 山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練 重點(課程大綱)統計表	(48)
表 3-22 山地離島偏遠地區基層護理人員能力訓練重點 (課程大綱)之建議	(48)
表 3-23 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力 進階制度晉陞指標	(51)
表 3-24 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力 進階晉陞指標統計表	(52)
表 3-25 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力 進階制度晉陞指標之建議	(52)
表 3-26 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之 建議聘任	(52)
表 3-27 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階 之建議考核指標	(53)

表 3-28 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階 建議聘任統計表	(53)
表 3-29 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之 建議聘任之建議	(53)
表 3-30 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之 建議考核指標之其它建議	(54)
表 3-31 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員對進階制度統計表	(55)

摘要

研究目的：

1. 以專家座談規劃離島偏遠衛生所的護理工作模式及各層級護理人員培訓課，具體建議核心課程、課程方式等「離島偏遠衛生所護理人員護理工作模式及培訓規劃草案」。
2. 並舉辦四場次的草案說明會以修正本草案。

研究方法：

1. 專家座談：邀請二位學者、四位衛生所護理長及四位衛生局/署等相關專家學者，組成 10 人小組會議，以研議離島偏遠衛生所護理工作模式及護理人員培訓計劃。其討論次數三次。
2. 草案說明會：在中部、東部、南部與離島各舉辦一次，邀請偏遠地區衛生所護理人員。共計 78 名。
3. 問卷調查：以南投縣及台東縣之衛生所護理人員共 237 人為調查對象。包括南投縣 123 人及台東縣 117 人，與出席說明會者合計 318 人。問卷寄回並填寫完整者共有 278 人（回收率為 87.3%）

主要發現：

1. 衛生所護理工作模式：衛生所在衛生局指導下，並結合區域內資源，如地區醫療診所或護理診所(專科護理師所開設的)及 IDS 醫療機構(其護理人員以專科護理師為主)區域外資源如學術/研究機構及學會等提升衛生所護理人員專業能力及衛生所照護品質。而衛生所內護理人員可分為三等級，並分別以個案、團體、社區為重，只是比例上有所不同。
2. 原則上大部份偏遠地區衛生所護理人員是贊同此草案的，只有少數須修改，及推動應注意的事項，故經研究小組第二次修訂(p.135)。
3. 偏遠地區設置專科護理師是非常可行的，此可與 IDS 結合或另外設置。最重要的是偏遠地區民眾的就醫權與健康權是否被關心與照護是否具有品質。

結論及建議：

1. 制定行政命令或修法等要求衛生所護理人員資格及參與在職進修教育。
2. 本研究結果，建議進階制度與工作模式可委由有意願之學會與學校一起在某一縣市試辦。
3. 遠距學習是必要的，故遠距學習的軟硬體設施應及早設置。
4. 培育在地資源，尤其有醫護背景之專業人員培育成師資群。
5. 對目前現職人員應有落日條款：建議由同儕(2位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團。
6. 建議行政人員以跨衛生所方式兼辦將可提升行政效率與品質。

關鍵詞：衛生所、公共衛生護理工作模式、偏遠離島地區

Abstract

PURPOSE

1. To develop a public health nursing model and an advanced continuing education program for public health nurses in the remote area. The education program should include core courses, course methods, et al.
2. To develop the public health nursing model and advanced continuing education program by advisory group and conference.

METHODS

1. Advisor group: The 15 experts were invited to form an advisor group which included four central governors, five public health administrator, three academics, and three public health practitioners. Their specialty included medical, public health, and nursing. Three focus group meetings were taken place to develop public health nursing model and advanced continuing education program protocol.
2. Conferences: Four conferences were taken place for announcing the protocol to public health nurses. Four conferences were taken place in middle, east, south, and Pon-Ho island. All public health nurses who work in the remote area were invited, but only 78 PHNs attended.
3. Survey: The questionnaire was given to the public health nurses in Non-To County and Tai-Don County. The 237 PHNs received which included 123 in Non-To County ad 117 in Tai-Don County. Also, it plus 78 PHNs from the conference. The total participants were 318, but only 278 PHNs completed the questionnaires. The return rate was 87.3%

RESULTS

1. Public health nursing model: public health station has to coordinate intra-community and inter-community resources to develop care model. Senior PHNs can be an advisor to new or junior PHNs in the community or outside of the community. The three-level continuing education program was developed. The three-level PHNs have different-level concerns in clients, family, group, and community.
2. The second revised protocol was presented in the report.

3. It is necessary to have public health nursing specialist in the remote area. This can be developed with nurses who work for IDS. It is importance that we need to concern health rights of people who live in the remote area.

CONCLUSION & SUGGESTION

1. It is necessary to develop regulations or standards to encourage PHNs to participate in the education program. Also PHN's qualification should be asked in the regulation.
2. The model and advanced continuing education program can be tested in a county by a education institution or association.
3. It is necessary to set up e-learning for PHNs who work in the remote area. Therefore, the soft-ware and hard-ware for e-learning should be concerned in the near future.
4. The senior PHNs should be trained to be the tutors in the local area.
5. This protocol developed by this project is for new nurses who will work in public health station in remote area. It is necessary to develop an article for nurses who work in public health stations now. It establish an advisor group to evaluate PHNs who are qualify in which levels of advanced PHNs. The five-people advisor group included two peers, head nurse and director of public health stations, and administrator from health care bureau.
6. It is suggested that administration jobs should do by professional administrators, not do by PHNs.

Keywords : health station, public health nursing model, rural area, remote area

第一章 前言

壹、研究問題之背景與現況

隨著時代變遷與公共衛生型態的多元化，新興傳染病的產生，公共衛生護理人員所面對的工作負荷日益增加，平地的衛生所及偏遠地區的衛生所有共同的項目業務範疇，但中央健保局自 1999 年起實施「偏遠地區整合型醫療服務經營模式(IDS)」，使偏遠地區公共衛生護理人員除了原本的預防保健業務外，還須兼顧 IDS 的執行。

台灣地區有 371 所鄉鎮市區衛生所，護理人員在基層保健醫療系統是人數最多的一群(行政院衛生署，2004)；以現行官方衛生體制而言，於衛生所服務之公共衛生護理人員可以說是社區基層醫療保健之主要成員，所承辦的業務種類多樣，責任重大(李，2004)。公共衛生護理角色與功能逐漸擴展，而公共衛生護士之工作亦隨之進入高自主權及獨立性與專業化之境界(張、林、郭、鄧、李，1995)。衛生所護理人員負責基層的預防保健與醫療照護的政策責任，其服務項目龐多與民眾的服務接觸最為頻繁，護理人員工作目標除需兼顧政策執行外，仍需了解社區民眾多元的需求，個別衛生所必須針對當地民眾加以調整，例如：部份鄉、鎮地區因交通不便，或因人口稀少且分散等因素，往往當地的衛生所(室)就是唯一的醫療院所，護理人員也就成為第一線的醫療人員，其角色功能是非常重要的地位。

事實上，公共衛生護理人員在偏遠與平地的的工作內容是有所差異最大的不同應是醫療門診的部份。其內容比較如下：

1.平地地區：

基層的公共衛生護士除了需家庭訪視、個案管理外，另需執行繁雜的保健業務，如複合式及癌症篩檢、異常個案轉介、預防接種、傳染病防治(腸病毒、登革熱、肺結核、SARS 等)、居家護理、行政工作等業務。更常利用假日、夜間時段，辦理預防保健篩檢及宣導活動(李、張、賴、李，2008)。也因應健康問題越來越多元化，護理業務內容也相對增加，例如：獨居老人照顧、早期療育、口腔癌篩檢、健康營造等。另衛生所中有 17.8%的護理人員需兼任單位內一般行政工作如主計、總務、人事、出納等(洪，1997)。

在衛生所每位護理人員都有被分配各自主辦的業務，而每項業務都訂有考核目標，主辦人需事先計畫、聯繫相關人員或單位，然後再與所有同仁團隊合作之下達成任務(李，2004)。若未能達到目標，則會影響整體衛生所競賽排名，這是工作上一大壓力源。其次，現在由於社區民眾白天多外出工作不在家，因此部分活動或是家庭訪視考慮民眾的方便及效果而在晚上或假日舉辦，連帶影響到休閒時與家人相處的時間，這亦是另一工作壓力源(李，2004；張等，1995)。

2. 偏遠地區：

政府自民國四十年以來陸續制定提昇山地醫療保健服務相關政策，為普及醫療保健服務，全台灣地區於每一鄉鎮設立衛生所外，偏遠村落亦設立衛生室以提供一般門診及保健服務(黃、陳、洪，2005)。

偏遠地區衛生所護士原本只需負責所內預防保健業務，居家護理等訪視則由支援醫院或公衛護士進行之，但現在因 IDS 模式已漸走向 24 小時全年無休的方式後，護理人員需長時間額外隨同醫師看診、巡診、夜診、急診(譚、曾，2005)。在更偏遠的地方則實行通訊醫療，由衛生所室護理人員先將患者基本資料及主訴症狀，詳載於病歷上，以通訊或傳真方式告知醫師，醫師經由通訊方式或詢問患者病情，進行診療並開立處方，傳回衛生所室，由護理人員依據醫師處方治療患者(譚、曾、蕭，2003)。

在山地鄉服務的公共衛生護理人員負責的人口地段及工作量雖然比平地較少，但由於山地鄉地形較遼闊，家庭訪視時要耗費許多路程，上班時間需要通勤一個小時(單程)，身心易疲乏，雖然在山地鄉每個月多三仟多元的山地加級福利(李、張、賴、李，2008)。但現在油價高漲，不足以應付每個月的交通油費，這是山地服務工作者的壓力源。

我國平地的衛生所及偏遠地區的衛生所有共同的項目業務範疇外，平地的衛生所多以保健業務為主，較少醫療門診業務，因為衛生所所服務的民眾醫療服務選擇性多，但偏遠地區的衛生所，大多醫療資源不足，當地居民就醫時，就醫的最近地點就是衛生所、室，所以偏遠地區的衛生所常有比較多的醫療門診業務。偏遠地區衛生所的業務包括文士樂(Winslow)的三段五級，包含初段、次段及末段預防。初段預防是針對健康問題未發生前之活動，主要目的為促進健康和特

殊保護；次段預防是針對疾病早期之護理活動，其目的在於早期診斷、早期治療；末段預防在於矯正病況已預防疾病和殘障的繼續惡化，主要是限制殘障及復健。不似平地衛生所僅須提供保健(初段預防)服務。

而美國的衛生所主要工作內容有生命統計資料的收集與分析、衛生教育、傳染病個案的管理與研究、保護環境及減少有害健康因子、找出公共衛生相關危險因子及高危險群、針對特殊個案提供直接照護(Fisher, 2002)。與我國公衛護理人員提供保健業務相似，但直接服務提供較少。而且其偏遠地區尚有其他服務型態即專科護理師(nurse practitioner)所提供的診所。而我國偏遠地區公共衛生護理人員不僅有保健業務的業積壓力也有醫療門診的業務。且由於人口數少護理人員的編制常也不多，故其承擔主辦的業務項目也是較多，可以是多到7~8項，不似平地衛生所2~3項，其業務的熟悉度是非常挑戰的。

衛生署於民國 89 年訂定「縣市衛生局所屬衛生所員額設置參考基準」，供各縣市衛生局訂定所屬衛生所員額設置參考規範。其將衛生所屬性，大致分為3類：都市地區衛生所、一般鄉鎮衛生所、偏遠地區(含山地、離島)衛生所。以偏遠地區之南投縣信義鄉衛生所組織編制為例，其人員配置，包含醫師、護理長、醫事檢驗師、醫事放射師、藥師、護理人員、保健員、課員、衛生稽查員及工友等，衛生所設置主任一人，由師級醫事人員兼任。而護理長則由護理人員兼任。

以美國為例其管理人口數於2000年每一個公共衛生護理人員平均為6896人(Gebbie, 2003)。以日本為例，一個公共衛生護理人員管理人口數為5000-8000人(Murashima, 1999)。然而，本人於九十四年執行之「公共衛生護理人員能力提升計劃」中，依照衛生署於民國89年訂定「縣市衛生局所屬衛生所員額設置參考基準」，再依內政部統計資訊服務網獲得94年各鄉鎮人口數及衛生局所提供各鄉鎮衛生所護理人員數計算，得到衛生所護理人員管理人口數，顯示衛生所護理人員的管理人口數非常高，尤其有八個縣市衛生所護理人員管理的人口數超過萬人，少至千人以下的僅有嘉義市，各縣市的懸殊相當大。若以山地離島與非山地離島統計其管理人員數有明顯不同。山地離島衛生所護理人員平均管理人口數是1476人/每位護理人員。非山地離島的平均管理人口數是7407人/每位護理人員，可能是因山地離島衛生所地

廣人稀，雖然管理的人口數少，但有時家訪一個個案來回交通就須花較平地數倍的交通時間。且山地離島衛生所常要負擔當地居民的醫療需求，故衛生所護理人員相對也花許多人力在這些門診業務。

我國衛生所，公衛護理人員業務包羅萬象，包括地段管理、資訊業務、糖尿病、癩病防治、防火管理、公寓大廈聯繫管理、醫療廢棄物、門診排班、婦幼衛生、優生保健、兒童保健、新健兒門診、中老年病防治、精神衛生、家庭計畫、民防、婦癌防治、出納、學校衛生、學校預防注、預防注射、流感預防注、菸害防制、結核病防治、口腔癌防治、保健志工、社區健康營造、國民營養、性病愛滋病防治、死因統計等。再看屬於台灣山地離島鄉鎮之衛生所之業務內容，除包含大部分一般鄉鎮衛生所業務外，還有藥政、藥房管理、醫政〔門診醫療、健保申報、疾病統計〕、藥品稽查、山地衛生、緊急醫療、公文收發、檔案管理、婦幼衛生、規費等。公共衛生護理實務內容相當繁瑣，包含專業與非專業，如同中老年病防治、婦幼衛生等，使公共衛生護理之專業，然而，公衛護理人員之業務內容竟也包含防火管理、公寓大廈聯繫管理、藥房管理、醫政等，顯然這並非公衛護理人員之專業，但公衛護理人員仍須對這些業務負責。另外，業務內容亦包含心理、生理、社會及環境議題，舉凡心理之精神衛生、生理之慢性病防治、服務對象小自個人，大至社區間，執行的措施也從最基本的照護，邁向社區組織，甚至參與政策發展。另外，也由於國內衛生所/健康服務中心屬於公務機關，常需因上級政策之計畫或政策的不同，其主管單位可能是社會局、教育局、國健局、衛生局...等，衛生所不但須對這些業務內容負責，還需面對不同業務之主管。而使每年有新的工作目標，因此，面對多變的實務內容，公共衛生護理人員如何適當的扮演好自己的角色功能將是一大課題。由於其主管單位可能是社會局、教育局、國健局、衛生局...等，衛生所不但須對這些業務內容負責，還需面對不同業務之主管。除了業務內容，服務對象涵蓋層級也非單一的。衛生所護理人員服務對象，除了個人/家庭，還包括群體、社區(Clark, 2003; Greene & Kelsey, 1998; Sakamoto, & Avila, 2004; Smith, & Barakat, 2003)，甚至社區間之連繫，其工作之複雜可見而知。

因此，公衛護理人員常身兼數十種業務，如精神衛生、預防注射、社區健康營造、中老年病防治、兩性教育、總務、團體衛生教育、志工

培訓、家庭訪視、自殺防治及醫療機構之聯繫...等(林, 2005a), 業務內容包含生理與心理、專業及非專業, 業務層級也從個人、家庭、群體到社區, 卻又必須背負著大家所預期擁有的專業能力, 因此, 龐大的業務壓力下, 護理人員的專業能力值得探討。衛生所隸屬於行政院衛生署, 常需因應國家政策而有不同的業務挑戰, 而衛生所的專業人員中, 除了主任、醫師、稽查員...外, 以護理人員占大多數, 因此, 護理人員在這過程中, 是影響最大的一群專業人員。而依衛生局課室分類工作統計如下:

課/室	項 目
保健課	1.社區整合式健康篩檢 2.衛生教育 3.健康體適能、健康促進 4.成人及中老年病防治 5.菸害防治 6.癌症防治 7.婦幼及優生保健 8.兒童保健及青少年保健 9.家庭計畫 10.學校衛生 11.個案管理
醫政課	1.長期照護、居家護理 2.巡迴醫療、視訊遠距醫療 3.醫療門診 4.醫療健保申報 5.緊急醫療救護 6.部落社區健康營造 7.IDS 業務 8.精神及心理衛生 9.原住民交通補助費業務 10.自殺防治 11.家暴及性侵害防治
疾管課	1.傳染病防治及疫調 2.居家環境衛生指導 3.預防注射 4.結核病防治
食品課	1.國民營養
企劃課	1.志工管理 2.研考
總務室	1.兼辦出納 2.兼辦事務管理 3.收、發文及公文檔案管理
會計室	1.兼辦會計

社區的需求與資源

事實上，我國衛生政策隨著民眾健康需求的改變及世界衛生組織「全民均健」的倡導等有所調整。衛生所的業務內容也因應衛生署的政策有所變動。以衛生所公衛護理人員為例，由二十年前著重於提供個案直接照護的角色，也轉為強化社區健康管理及特殊個案健康管理，目前已被要求擴展為以社區整體健康為導向(于、金，1996)。公衛護理人員過去執行社區健康評估多僅由衛生所(室)單方面之資料收集及評估，社區甚少參與，轉變為目前重視社區健康營造，並以加強社區自主自發的力量為主(台灣護理學會，2005)。為因應社會民眾的健康需求及醫療環境的改變，公衛護理人員之角色從早期的治療邁向初級預防，服務對象也由個人、家庭延伸至整個社區。且配合民眾的需求新的業務持續增加，例如社區健康營造、長期照護、早期療育、新興傳染病等，這些因素都影響著每個基層衛生所工作者其職掌，工作執掌合理化分配影響著人力配置，而其所執掌之業務內容也考驗著其專業能力。

不同的社區資源及社區民眾的健康照護需求影響衛生所工作人員的業務內容，進而影響人力的配置。而目前我國衛生所人力配置亦有考量當地人口數及社區性質(一般、都市、偏遠等三個型態)，但幅地、社區民眾的需求等因素並未有明確的規範。尤其在偏遠地區有相當大量的醫療門診並未將其納入正式的人力配置考量，故在此造成許多的不合理的現象。護理人員常須在醫療門診花 1/2 到 2/3 的上班時間，很明顯的其在預防保健能花費的時間是很有限的。若能將醫療門診所需人力納入正式的人力配置應可提高預防保健的業務成效。

衛生所護理人員的角色與功能

由於衛生所的重要性，故衛生所護理人員的專業能力就備受矚目。無論是東方或西方公共衛生護理人員都致力於提升個人、家庭、群體、社區中的健康(Yoshioka-Maeda et al, 2006 & Abrams, 2004)。依 2005 年台灣護理學會討論的衛生所(室)護理人員的專業能力包括：照護能力、管理能力、教學能力、協調能力、自我及專業成長能力、研究能力共六大能力。專業角色則包括教育訓練者、諮詢、資訊提供者、諮商者、環境監控者、預防接種者、健康監控者、健康篩檢者、照顧提供者、緊急照

護者、復健者、行政者、執行者、管理者、協調者、研究者。Quad council 美國四個有關公共衛生護理學聯合會，在 2004 年提出公共衛生護理有八大能力包括：分析評估能力、政策發展及規劃能力、溝通能力、文化能力、社區照護能力、基本公共衛生護理學能力、財政規劃能力、領導能力(Swider et al, 2006 & Downing, 2008)。Fisher 在 2002 年提出美國公共衛生專業角色有倡導者、個案管理者、資源整合者、評價者、角色扮演者、顧問、初級護理者、擴大服務者。加拿大認為公共衛生護理人員的角色與功能有教育者、諮商者、健康傳播與促進者、社區發展與合作者、研究者及評價者(Chambers, Halbert & Heale, 1994)。在日本公共衛生護理人員的角色與功能有社區評估者、健康計畫與評價者、民眾支持者、教育與啟發工作者、協調與聯繫溝通者、政策發展者(Yoshioka-Maeda et al., 2006)。在南澳大利亞農村護士角色有教育者、良師益友、經理者、研究者、專業自主者等角色(Bagg, 2004)。綜合以上各國對公共衛生護理人員的專業角色與能力呈現多元化、多樣性的全面性社區護理。

由於公共衛生業務日益複雜，保健業務不斷在增加新工作，衛生所護理人員的角色功能被期待重新定位及工作業務增加，其在某些能力與技巧上，尚需有適當的指引、補強與轉化，以因應其工作中受到的衝擊(林，2000)，因此衛生所各級護理人員應要有系統性提升能力訓練，加強在職教育訓練，以提升其專業能力因應社會需求的改變。公共衛生護理人員除了本身的公共衛生業務外，仍需花費許多時間兼辦其他非護理的行政工作，對公共衛生護理人員造成很大的負擔與壓力，因此研擬適當的措施，如工作再設計、分配，依興趣、專長能力以做為業務調配的原則；另對沒有參加在職進修的護理人員加強在職訓練，提昇護理人員的專業能力與技能，以利護理人員提供民眾最佳的業務服務(李、張、賴、李，2008)。未來公共衛生護理人員升遷管道，對行政職有興趣者，可朝護理長職位發展，對專業有興趣者可拓展服務領域，扮演專科護理師角色。澳、韓國專科護理師在偏遠、醫療資源缺乏地區，可彌補部分不足的醫療保健服務，對民眾健康有莫大貢獻(李、謝、邱，2001 & Bagg, 2004)。而在澳大利亞農村在醫師缺乏的地區，都是藉由專科護理師的護理評估、診斷及治療來陪伴病患渡過最危急的時間。在緊急及意外發生時，專科護理師是被授權可以直接為病患評估及治療的(Bagg, 2004)。

能力可用來描述個人的知識和技能足以完成一個或多個任務(Miller,

Flynn, & Umadac, 1998)。當專業能力有所不足，可能影響其工作表現(job performance)進而影響照護的品質(quality)及健康成果(health outcome)。專業能力不足易造成工作的壓力，並影響當事者的工作滿意度。Zhang, Luk, Arthur, & Thomas (2001)研究結果指出個人的技能和護理工作表現有關。Mayer (2003)亦認為能力(competency)可預測個人是否能提供適當的健康服務。Tzeng(2004)的研究顯示專業能力和工作表現是有高度相關的，為了要提供高品質的護理服務，專業能力的要求是必要的。因此，面對多變的實務內容，衛生所工作人員專業能力需求評估將是一大課題。

公共衛生護理人員專業能力與繼續教育

在公衛護理專業能力分類方面，於美國公共衛生護理組織聯合會議(Council on Linkages, COL)，這個會議組織認為公共衛生專業之核心能力分為八個領域，包含分析及評估技能、政策發展及專案規劃化技能、溝通技巧、文化能力技巧、社區實務技能、基本公共衛生實務技能、財務規劃及管理技能、領導力及系統性思考能力(Quad council of public health nursing organization, 2004)，公共衛生護理組織聯合會議也提及，公共衛生護理保持以群體為焦點，公共衛生護理獨特的貢獻之一是在持以群體為焦點實務的脈絡裡，應用個人和家庭的原則。

加拿大公共衛生學會(1990)確立公衛護理人員所應具備的技能，包括個人及家庭的健康評估、篩檢與診斷、護理技術、研究分析和發表、整體性的社區評估、教學、確認並營造個人與社區的能力、支持性諮商與危機諮商、諮詢、營造多部門共同合作關係、主持團體會議、書面溝通、和個人與團體的溝通、主動傾聽、磋商與妥協、調適能力、使用護理過程做決策並融入倫理層面、容納不同文化、宗教、種族、生活型態的服務與計畫、連結個人與社區做決定、行政管理、方案規劃、發展、執行和評值、對社區、個人和家庭的支持，包括參與社區發展、社區組織，以符合社區健康目標、指引健康和健康相關議題的政策發展等能力。

Nickel, Pituch, Holton, Didion, Perzynski, Wise & McVey (1995)也發展公衛護理部門的 47 個能力量表，用來評值社區護理人員專業能力，分為個人、群體及社區三個層級，個人層級包含基本的溝通技能、健康評估、資料收集與應用、整體觀、自我照顧、與病人互動、幾本的知識與技能、健康照護倫理、資源物質的使用、居家照護、慢性病照護、危

機處理、預防的層級、健康保護與促進、營養評估、持續性照護、出院計畫、品質保證、傳染病控制、恢復期照護；群體層級包含文化能力、群聚、個案發現、家庭評估、公共/社區護理角色、家庭個案管理、團體領導力；社區層級則包含公共衛生病理生理學、以群體為基礎的照護、相互合作、社區評估、立法、環境議題、流行病學、消費者保護立場、熟悉公共衛生議題、了解公共/社區護理史、發展健康計畫、參與政治過程、公共衛生法律與規範、護理研究、統計、公共衛生行政及成本控制。Loos (1995)經由公共衛生專業持續的對話，將公衛護理能力分成九個公共衛生領域：流行病學、生物統計學、行政管理、行為科學、環境衛生、婦幼衛生、營養、衛生教育、老人學及各自的一般能力；每個領域記載所需具備的技能：分析技巧、溝通技巧、政策與規劃技能、文化能力技巧、基本公共衛生學科技能及財政及行政管理技能。而 Keller et al.(1998)提出的模式分為個人/家庭、社區及系統層級，在個人/家庭層級，包括個案管理、諮商/代言、授權醫療治療/觀察判斷、疾病調查、個案發現、篩檢；社區層級則包括社區組織、諮商/代言、疾病調查、衛生教育、政策發展、篩檢、監測，而系統層級，則包括營造結盟、諮商/代言、個案發現，政策發展、社會行銷及監測。而很多專業能力的應用並非單一層級，可能包含個人、群體，甚至社區間的層級。

Bruno (1999)認為能力(competency)指受過專業化訓練，且能以熟練的方式來符合實務的標準，公衛護理人員最重要的實務標準是批判性思考、溝通和相互合作。Kristine, Gebbie, & Hwang (2000)認為公衛護理人員所必備技能，包括評估/護理過程技能、溝通/諮商技能、團體技能、批判性思考/問題解決技能、管理/領導技能、學術/臨床技能、服務需求層面的瞭解，另外，對於分析資料大部分被認為所需具備的技能為流行病學實務、測量健康狀態及組織改變、連結人至組織中、在組織中帶來改變、在不同點創造優勢、指引以人群為基礎的介入、創造結盟、加強環境衛生、發展跨部門團隊、發展和代言政策、計畫評估、設計品質提升的方式。Clark (2003)認為公衛護理人員需要有以群體為基礎技能，包括社區評估與發展技能、領導能力及改變的媒介、授與書寫(grant-writing)能力、財政及課程管理的技能。另外，有效的社區健康護理實務，則需要有資料收集、資料分析和課程評估的能力。Abrams (2004)亦認為公衛護理人員對於社區健康方案的規劃也是一個被延伸的角色，他們有義務

從事對流行病學研究、田野調查及篩選人口群體之檢視，他被期望在資料分析成記錄和與方案發展的相關統計有足夠的技能，對於評價方案有監督者的技能，且強調人力和資源的服務和經濟合作和社區共同工作，增加社區居民參與。國內學者盧(1994)認為公衛護理人員以社區健康為目標，以大多數人的福祉為努力的方向，因此與以個人為對象的護理措施截然不同，社區評估、社區診斷、社區發展計劃等，都是公共衛生護理人員所需特殊專長，而這些專長須以公共衛生護理理論為基礎。邱(1998)也認為社區衛生護理的服務是以「社區為整體」，運用「護理過程」於服務的方法中，因此社區健康評估、診斷、計劃、執行、評價，是社區衛生護理人員在日常工作中，應具備的能力。

未來，對於未來健康照護提供者，群體群健康管理(population health management)是相信是很必要的能力(Robertson, 2004)。石(2000)認為應著重執行社區健康管理的任務、醫療健康資訊的整合與民眾整體健康的改善...等，以使公共衛生護理人員成為社區健康個案管理師。劉(2003)對社區護理人員的能力提出了更高的要求，要求社區護理人員不僅要具備一般社區護理人員所應具備的護理基本能力，而且還要特別加強以下幾種能力的培養，包括人際交往、溝通能力的培養、綜合護理能力的培養、獨立判斷，解決問題能力的培養、預見能力的培養、組織、管理能力的培養、科學研究能力的培養、自我防護能力的培養。林(2005)也認為社區衛生護理人員需再學習足夠的衛生護理工作者的能力，例如：流行病學、生物統計學、護理理論、管理理論、社區評估...等，公共衛生護理人員應透過繼續教育以提升專業照護能力，使其具有執行其專業角色的能力。

綜合上述，公衛護理專業能力的應用並非單一層級，可能包含個人、家庭、群體、社區，甚至系統層級。而其專業能力可分為基本之照護能力、社區健康管理能力、行政管理能力、教學能力...等。

公共衛生護理模式

近年國內外亦不少學者、專業組織發表關於公共衛生護理之實務內容。美國公共衛生護理學會有和其他的公衛學會有描述基本的公衛服務，使用三個核心功能：評估、政策發展及品質保證為起始點，確立十

個必要的服務。在美國，醫療學會(Institute of Medicine(IOM), 1988)為提升美國之公共衛生，確立了公共衛生機構必要的三個核心功能，包括評估、政策發展及品質保證。華盛頓衛生部門(Washington Department of Health, WDOH)於1993年也在核心功能內公共衛生護理也建立了公衛護理人員的角色與活動。評估是在一個社區定期的收集、分析、和分享關於健康狀況、危險因子和資源的資訊。政策發展是使用評估期間收集的資訊來發展當地和州的健康政策及對於這些政策的直接資源。保證指在社區內必要的健康服務的有效性，它包含公共衛生機構及私人提供者的能力來管理每日的運作，此外有能力回應緊急狀況(Allender & Spradley, 2001; Kuss, Girouard, Lovitt, Katz, & Kennelly, 1997)。美國1994年公共衛生功能委員會(Public Health Functions Steering Committee, 1994)從三個核心功能提出公共衛生護理十個必要的服務，包括監測健康狀態、診斷與探索、動員社區、發展政策與計劃、倡導、教育與賦能、執行法律、聯結且提供照護、確保有能力的勞動、評價服務及研究。美國公共衛生護理組織聯合會議(Quad Council of Public Health Nursing Organization, 1999)於1999年亦訂定公共衛生護理實務範圍與標準，其實務過程包含評估、診斷、成果界定、計畫、保證及評價的領域，並遵守幾個準則：照護的品質、工作情況的評價、教育、同事的夥伴關係、倫理原則、相互合作、研究、資源的有效運用(Clark, 2003)。

2000年明尼蘇答(Minnesota)公共衛生部們提出十七個公共衛生護理措施模式：定義公共衛生護理實務之形式和介入的標準(個人/家庭、社區及系統)之架構，其護理介入措施包含：代言(advocacy)、個案管理(case management)、營造結盟(coalition building)、共同合作(collaboration)、社區組織(community organizing)、諮詢(consultation)、顧問(counseling)、協助醫療治療和觀察(delegated medical treatment and observations)、疾病探測(disease investigation)、衛生教育(health teaching)、發現個案(outreach/case finding)、政策發展(policy development)、教育提供者(provider education)、轉介與追蹤(referral and follow-up)、篩檢(screening)、社會行銷(social marketing)及監督(surveillance) (Kellor, Strohschein, Schaffer, Lia- Hoagberg & Schaffer, 1998; Minnesota department of health, public health nursing section, 1996)。

2003年洛杉磯郡公共衛生護理部門(Los Angeles County Department

of Health Service Public Health Nursing, LAC PHN)發展洛杉磯郡公共衛生護理模式(Los Angeles County public health nursing Practice Model)，此模式結合公共衛生護理實務範圍與標準、美國公共衛生功能委員會三個核心功能及十個必要的公共衛生服務。洛杉磯郡公共衛生護理模式以群體為基礎，運用公共衛生護理實務標準，應用這個標準到所有層級的群體、個人及家庭、社區和系統組織(system)，來提供必要的服務。並鼓勵公衛護士考量護理過程的每個步驟，在每個層級的評估至評價(Smith, & Barakat, 2003)。此模式並發展成公共衛生護理實務手冊，作為公共衛生護理人員之表現評值及作業標準之有效工具(Sakamoto, & Avila, 2004)。

以衛生所護理人員而言，Kuehnert 曾提出「以社區為服務對象的模式」。由圖 1-1 顯示公共衛生護理人員的業務包含三部份，以個人/家庭、團體及以整個社區等三層級為中心的照護對象。每一層級的照護包括評估(assessment)、診斷(diagnosis)、計劃(plan)、措施(intervention)、評值(evaluation)。而以社區為中心的照護層級，其照護措施是透過個人/家庭(individual/family)及團體(aggregate)執行。Kuehnert 更進一步指出各層級的衛生所工作人員在此三層級的照護模式應有不同的比例。最基層的工作人員較多比例以個人/家庭為重，越高層級如主任則較多比例以社區為重(圖 1-2)。換言之，衛生所工作人員的業務應涵蓋此三層級的業務內容，且不同層級的工作人員其比例應有所不同，然而我國衛生所在此較欠缺如此的規劃。依護理人員為例，僅有護士及護理長，雖有護理師的職稱，但護士及護理師的業務內容並無不同。事實上，一個衛生所僅有約 10 位的護理人員的編制，如何做如此的分級，並進而有不同的職掌，在在挑戰主管單位。然而，雖有許多挑戰，為提升工作效率、照護品質實有必要做進一步檢討的各級人員工作職掌，以鼓舞士氣，留任優秀人才(陳、石，1984；黃、陳、林，1996；張、余、陳、田，2005)。

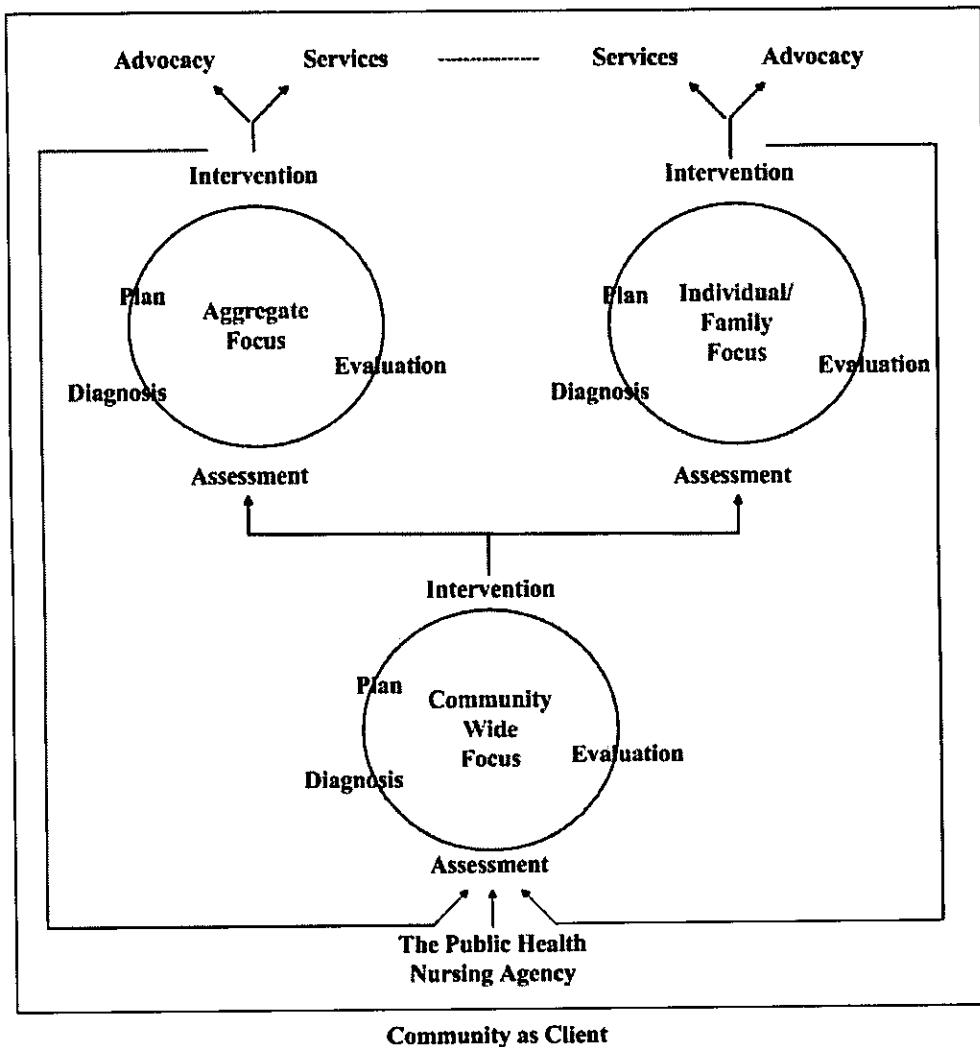


图 1-1 The Interactive and Organizational Model of Community as Client.(Adapted with permission from: Kuehnert, P. L. Community health nursing and the AIDS pandemic: Case report of one community's response. Journal of Community Health Nursing, Summer 1991. © 1991, Lawrence Erlbaum Associates.)

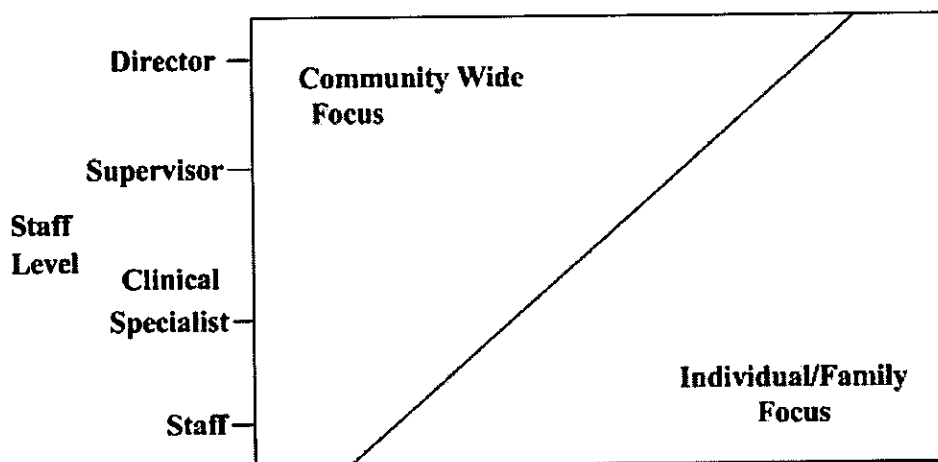


图 1-2 Primary Focus of Practice

故本研究依第一年的研究結果，並參考國外文獻，如國外之偏遠地區社區護理模式和社區護理進階訓練課程等，草擬離島偏遠衛生所的進階護理工作模式及各層級護理人員培訓課程。由於目前衛生所護理工作的分配，大致概分為地段管理與主辦業務，多以公平為著眼點抽籤為工作分配的方式(林，2004)。且很少從專業的角度分配工作，多是護理長依據經驗分配。衛生所護理人員二年輪換一次主辦業務，已是常規。護理人員在這樣的現況下是無法深入掌握業務，更難建立其專業形象。而這些業務所需的知識與理論更難在一朝一夕養成，護理人員亦無心學習，只要達成目標數，因為二年就要換了！如此工作模式確實急需思考改革，以創造一個合適的體制與工作模式，引導衛生所護理人員養成專業能力。若能將衛生所護理人員工作模式以專長為重。例如婦幼專長、老人專長、慢性病專長、傳染病專長等。不僅依此建立衛生所工作模式與培育課程，並提升護理人員工作成就感，降低工作無力感，期能進而提升社區健康照護的品質。故本研究確認業務內容，角色功能，再將其歸類並建立工作模式，以提出進階培育計劃草書。

貳、 研究目的

- (一) 以專家座談規劃離島偏遠衛生所的護理工作模式及各層級護理人員培訓課程，具體建議核心課程、課程方式等「離島偏遠衛生所護理人員護理工作模式及培訓規劃草案」。
- (二) 並舉辦四場次的草案說明會以修正本草案。

第二章 實施方法與步驟

壹、研究方法

研究對象

二部份的研究對象，敘述如下：

- (一)專家座談：邀請二位學者、四位衛生所護理長及四位衛生局/署等相關專家學者，組成 10 人小組會議，以研議離島偏遠衛生所護理工作模式及護理人員培訓計劃。其討論次數三次。
- (二)草案說明會：在中部、東部、南部與離島各舉辦一次，邀請偏遠地區衛生所護理人員。共計 78 名。
- (三)問卷調查：以南投縣及台東縣之衛生所護理人員共 237 人為調查對象。

包括南投縣 123 人及台東縣 114 人。其詳細人員數見下表。與出席說明會者合計 318 人。問卷寄回並填寫完整者共有 278 人(回收率為 87.3%)。

表 2-1 問卷調查之研究對象統計表

台東縣				南投縣			
衛生所	類型	發出數	回收數	衛生所	類型	發出數	回收數
延平鄉	偏遠	7	7	水里鄉	一般	5	6
達仁鄉	偏遠	9	9	國姓鄉	一般	6	7
金峰鄉	偏遠	7	0	魚池鄉	一般	6	7
蘭嶼鄉	偏遠	7	0	埔里鎮	一般	10	5
綠島鄉	偏遠	4	4	鹿谷鄉	一般	6	6
海端鄉	偏遠	3	0	草屯鎮	一般	12	7
卑南鄉	一般	10	8	竹山鎮	一般	8	7
太麻里	一般	7	5	中寮鄉	一般	7	6
鹿野鄉	一般	11	9	集集鎮	一般	5	6
關山鎮	一般	5	5	名間鄉	一般	6	7
池上鄉	一般	6	5	仁愛鄉	偏遠	19	17
大武鄉	一般	7	7	信義鄉	偏遠	21	19
東河鄉	一般	7	6	南投市	一般	12	11
成功鎮	一般	11	8				
長濱鄉	一般	6	6				
台東市	一般	10	10				
小計		117 人	89 人	小計		123 人	111 人
合計			240 人			回收	200 人

研究工具

研究工具包括二部份：專家座談及量表，茲敘述如下：

- (一)專家座談：由研究團隊收集各國偏遠地區護理工作模式，彙整成果以提供專家座談會參考。初步擬定所需的衛生所護理工作模式及進階護理人員工作職掌、資格、所需培訓課程等。再由十位專家及研究團隊共同討論，以第一次修定「離島偏遠進階護理工作模式暨進階護理人員培訓計劃」草案。草案的內容包括護理工作模式，各進階人員工作職掌、資格、培訓課程、經費、權利與義務、配套措施等。
- (二)草案說明會：說明專家學者所擬定的草案。針對所擬定的草案進行了解，將依據草案擬定問卷，使護理人員之後填寫問卷。草案說明會中將包括三個活動：1.主持人說明草案內容(1小時)(附件一) 2.開放討論(2小時) 3.填寫問卷(30分鐘)。
- (三)問卷調查：依據草案訂定「離島偏遠進階護理工作模式暨進階護理人員培訓計劃草案問卷調查表」，並經研究小組討論後定稿。問卷的每一題以 Likert scale 方式為勾選的選項。並以開放性問題請研究對象提供不適合的原因、改善建議及可能的配套措施(附件二)。研究團隊依此分析草案每一項措施的可行性，及其可能面臨的挑戰與研擬配套措施，以利第2次修定草案。

貳、資料收集過程

(一)專家座談部份：

- 1.組成「十人專家團」：此十位專家係由衛生署行政主管及本研究小組共同擬定建議名單。經研究小組邀請最後名單如附件三。專家共包括官界4位、公共衛生行政5位、實務界3位、學界3位，且專家領域亦包括醫學、公共衛生、護理等15位，均是碩士層級或在此相關工作經至少五年以上。
- 2.聯絡專家說明本研究目的及其必須出席3次會議，取得專家首肯後發函。
- 3.於97年6月27日、7月17日、7月31日等舉辦3次會議，會議

記錄如附件四。部份專家所提供的資料亦列於附件五。

4.草案第一次修定（附件六）。

(二)草案說明會：

- 1.於 97 年 9 月 3 日(台中)、9 月 4 日(高雄)、10 月 9 日(澎湖)、98 年 1 月 16 日(台東)等舉辦四場次的草案說明會，其議程亦列於附件七。會議中說明偏遠照護模式的可行方案與進階教育，並收發問卷。
- 2.與會人員的現場提問與提出建議內容以修改修正草案。

(三)邀請二個衛生局衛生所護理人員參與本計劃，向保健課主管說明本研究計畫目的及所需填寫的量表。並請護理長協助發出及收回問卷。寄發問卷的內容包括問卷填寫同意書(附件八)、草案山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育計劃草案(附件六)、問卷(附件二)等三部份。

參、資料分析

以歸納法將所收集的資料依照大綱分類並整體呈述，以初步擬定草案內容。將草案給 10 位專家，事先研讀，並於專家座談會中討論，並均將討論的內容做為草案修定的依據。經過 3 次的仔細討論，能完成第二次草案修定稿。最後將此草案發給出席草案說明會的護理人員，並加以說明解釋，並開放討論及填寫問卷。討論內容將以質性資料分析歸納，量性資料即問卷的部份，將以 SPSS/PC 統計軟體分析草案的可行性。

第三章 結果與討論

本研究所規劃的公共衛生照護模式及公共衛生護理人員的進階制度，包括能力區分角色範疇、訓練目標、訓練重點、進階指標及配套措施等。本草案並未包括新進人員、專科護理師、護理長的訓練內容。由於新進人員的規劃應是全國衛生所護理人員相同的訓練，此規劃在另一計劃及台灣社區衛生護理學會已有規劃(附件九)，故本研究未納入新進人員。另一部份專科護理師牽涉較多法規的問題，專家會議認為不是現階段可以規劃，雖然第一年已有初步的涉略。事實上，偏遠地區設置專科護理師是非常可行的，因為許多國家都是如此，美國、英國、日本等先進國家均有法規，使專科護理師在偏遠地區開業，是否隸屬於衛生所是可以再商議的，主要是專科護理師必須有某一部份的處方權，而此在我國是需要努力突破。事實上，護理法規範護理人員可以開業，但只有「護理之家」或「產後護理機構」。而醫師法規範僅有醫師有「處方籤」。事實上，對於無醫村或三級離島、偏遠山地村等僅有衛生室(其內只有一名衛生所護理人員)，都是適合設置專科護理師或將此衛生所護理人員訓練成專科護理師。此可與 IDS 結合或另外設置，均可商議。最重要的是偏遠地區民眾的就醫權與健康權是否被關心與照護是否具有品質。另一方面，護理長的訓練牽涉較多行政與管理，應另外規劃。故本研究規劃衛生所護理人員的進階制度，透過提升衛生所護理人員專業能力，形成所規劃的照護模式。

本研究依據問卷所得修正工作模式與進階制度。由表 3-1 顯示出席說明會的衛生所護理人員以已婚者居多占 76%，學歷以大學居多(51.9%)，專科次之(27.3%)。出席者也以護理長居多占 32.9%及護士占 34.2%，其它的部份則衛生局主管衛生所的相關人員為主。從事公衛護理年資平均為 14 年，而以 11~20 年居多占 36.4%。經濟狀況以尚可居多占 32.5%。因「興趣」從事衛生所工作的仍算少數，僅占 28%。表 3-2 顯示，所有研究對象包括說明會的 78 位及二個較偏遠地區的縣市—南投與台東縣全縣。研究對象除山地離島型占 48.5%外，均是一般型態之衛生所。研究對象以已婚居多(73.4%)，學歷以專科最多(48.5%)及大學次之(34.6%)。職稱以護士及護理師合計約八成，而護理師及衛

生局長官約 18.2%。年資平均為 12 年，本研究對象很平均的分散在四個年齡層。經濟狀況以「尚可」最多(51.5%)，「滿意」次之(34.9%)。以興趣進入衛生所服務的僅占 27%。

項 目	n	(%)
婚姻 (n 78)		
未婚	16	(21.3)
已婚	57	(76.0)
離婚	2	(2.7)
最高畢業學歷 (n 77)		
高中職	7	(9.1)
專科(含二、三、五專)	21	(27.3)
大學(含二技、四年制護理學系)	40	(51.9)
碩士以上(含碩士)	9	(11.7)
衛生所正式職稱 (n 76)		
護士	29	(38.1)
護理師	9	(11.8)
護理長	25	(32.9)
其他	13	(17.1)
從事公共衛生護理工作年資 (n 71) 14.01±8.70 (Means±SD)		
1-5 年	13	(18.2)
6-10 年	15	(21.0)
11-20 年	26	(36.4)
21 年以上	17	(23.8)
經濟狀況 (n 77)		
非常不滿意	3	(3.9)
不滿意	9	(11.7)
尚可	39	(50.6)
滿意	25	(32.5)
非常滿意	1	(1.3)
從事衛生所護理工作是因為 (複選) (n 120)		
興趣	21	(28.0)
其他	99	(72.0)

表 3-2.研究對象人口學資料

(N 274)

項目	n	%
婚姻 (n 271)		
未婚	60	(22.1)
已婚	199	(73.4)
離婚	11	(4.1)
喪偶	1	(0.4)
最高畢業學歷 (n 272)		
高中職	31	(11.4)
專科(含二、三、五專)	132	(48.5)
大學(含二技、四年制護理學系)	94	(34.6)
碩士以上(含碩士)	15	(5.5)
衛生所正式職稱 (n 269)		
護士	191	(71.0)
護理師	29	(10.8)
護理長	35	(13.0)
其他	14	(5.2)
從事公共衛生護理工作年資 (n 261) 12.39± 9.22		
	Means± SD	
1-5 年	78	(29.9)
6-10 年	58	(22.2)
11-20 年	66	(25.3)
21 年以上	59	(22.6)
經濟狀況 (n 272)		
非常不滿意	6	(2.2)
不滿意	25	(9.2)
尚可	140	(51.5)
滿意	95	(34.9)
非常滿意	6	(2.2)
從事衛生所護理工作是因為 (複選)		
興趣 (n 270)	73	(27.0)
其他	325	(120.4)

壹、 照護工作模式方面

目前衛生所護理工作模式，以主辦業務及地段管理為主，並加以抽籤方式，約每二年工作分配調整一次為原則。護理長少有指派，部份原因係很難公平，以致於造成護理人員間的不合。且多數護理長係

以護理師兼任，她們多數也須主辦業務及地段管理。故本研究仍建議以衛生所護理人員專長為主要訓練原則(如表 3-3)，培養衛生所護理人員專長，每位衛生所護理人員可培育 2 項以上的專長，而其主辦業務的工作範圍建議。公共衛生護理人員業務以性質歸類為群組，建議分為六個專長群組。各專長群組及其業務範圍建議(如表 3-3)。由於山地離島偏遠地與平地一般衛生所是不同的，其最大的不同在於大部份都會區衛生所並未執行醫療門診或緊急救護。而在偏遠地區衛生所這是必要的角色功能。故專長中公共衛生基礎照護專長課程內容以表 3-3 為主及其工作建議以列於表 3-3 為優先，尤其 PHN1 應以此為優先分派。除此，緊急救護專長亦是偏遠地區較不同的工作，這也是建議偏遠地區衛生所護理人員要有臨床經驗的原因。因以主辦業務而言，項目多如牛毛。除公衛護基礎照護專長應是必修外，其它均可參考個人興趣及衛生所業務所需以接受訓練課程。對於如何具體工作分配清楚及責任工作範圍是依目前工作分配，只是不以抽籤，而是以專長分配，並建議每 3 年輪換工作，如此才能建立衛生所護理人員的專長。

另外，建議衛生所護理人員分三個進階等級(圖 3-1)與工作模式依專長相互支援(圖 3-2)。專家們建議以諮詢、分享方式進行衛生所內及縣市衛生所間專長諮詢。事實上，資深衛生所護理人員具有許多專長經驗，可縮短資淺人員的摸索。這種專長諮詢可透過電子郵件、電話或面對面等，可透過護理長個人轉介，亦可邀請至衛生所同仁分享。同意這種模式的占 47.7%，尚可的占 43.9%，不同意僅占 8.3%(表 3-4)。

大致上，衛生所護理人員能接受此工作模式，唯在行政業務辦太多的情況下，專業工作的推展大打折扣，故建議行政業務應以具備專長者，如會計、總務等人員跨衛生所的兼任(表 3-5)。表 3-5 係由衛生所護理人員在說明會或問卷的開放性問題的建議而成。換言之，各縣市在衛生所的人力配置均約有數個行政人員擔任總務、會計等業務，無法每個衛生所有一個專職會計或總務。故建議行政人員不僅擔任一個衛生所的總務，而是數個衛生所，以實際工作量決定兼辦衛生所數。如此行政業務由行政專業人員擔任。事實上，在執行總務、會計、人事時有許多法規須注意，但護理人員在不知情的情況下，常觸法而不自知，故行政工作回歸行政人員，以跨衛生所方式兼辦將可提升行政

效率與品質。

提供專長諮詢應可列入 PHN2 或 PHN3 的訓練課程內，如此亦可提升衛生所護理人員執行的意願。衛生所在衛生局指導下，並結合區域內資源，如地區醫療診所或護理診所(專科護理師所開設的)及 IDS 醫療機構(其護理人員以專科護理師為主)區域外資源如學術/研究機構及學會等提升衛生所護理人員專業能力及衛生所照護品質。而衛生所內護理人員可分為三等級，並分別以個案、團體、社區為重，只是比例上有所不同(圖 3-2)。但此並不是做為工作分配惟一的根據，也不是說 PHN3 就不照顧個案。而是說 PHN3 除個案照護，能以更廣的層面評估問題。也不是說 PHN1 在工作分配上就不用以「社區」的角度或層面思考或評估，而是執行上 PHN1 可能是需要督導或協助的，而其比例在「社區」的層級上宜較少。但事實上護理主管應可依據原則靈活運用。

工作模式必須搭配衛生所護理人員的進階制度及專長訓練，才能提升衛生所護理人員的專長能力進而能提供具有專長能力的照護。過去我國建立衛生所的「綜合保健」做為衛生所工作模式，也行之有年，美中不足是衛生所護理人員的專長未培養。對衛生所護理人員而言只是負責的主辦業務，並無法確認自己在此業務或領域是專家，以致於在民眾面前或專業團隊無法樹立 specialist 的角色功能，即使是 generalist 也很難樹立。故建議衛生所護理人員長程培育計劃應朝此方向。也讓我們衛生所護理人員可與世界同步。我國雖然早在 83 年即由台灣護理學與衛生署共同制訂「華民國公共衛生護理實作標準」(台灣護理學會社區護理委員會，1994)，近期也有台灣護理學會的「社區衛生護理人員標準與工作範疇」(台灣護理學會，2005)。可惜的是應用也不夠廣泛，其內涵也未提及工作模式與進階教育制度，但其能力指標也有多處可應用。

此模式對現行制度稍加提升是較容易執行的，而衛生所護理人員也相當能接受(表 3-5)，可以提升衛生所護理人員的價值。當然也有一些反對的聲音，不過在新制度的建置過程中難免會有反對聲浪，而這些可能與本身利益受損或自己的資格不符有關，例如：教育程度(大學

畢)、臨床經驗的要求(本身沒有臨床經驗)等，故如何讓現職人員達到此要求，應有銜接的措施。銜接措施亦有人稱為落日條款。表 3-14, 3-30 中所提落日條款，對目前現職人員應有較易執行的方法，例如以年資及主管的建議直接接受該等級的訓練課程後，例如十五年者也許直接接受 PHN3 訓練課程後審核，通過者即 PHN3。另外，應可在教育程度與臨床經驗上加強，例如所有的衛生所護理人員在民國 100 年前一定要完成進階制度。對於現職人員由同儕(2 位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團，共同確認申請者目前可申請的等級，即與確認，並提供建議應須接受何種訓練。由初步核定後，即由此階(PHN2 或 PHN3)開始進階。而本計畫所規範的應是對所有新進人員，建議由中央行文或制定「偏遠地區衛生所護理人員任用條例」等方式要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢業與臨床經驗 2 年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。如此無論是採何種方式進入衛生所工作均應須具備同樣的資格。

表 3-3 衛生所護理人員之專長群組及其主辦業務範圍與訓練課程建議表

名稱	建議主辦業務範圍	課程內容
公衛基礎照護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生教育(以個案為主) 2. 中老年及慢性病防治 3. 巡迴醫療 4. 醫療門診 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公共衛生護理相關法規與政策(2) 2. 衛生教育理論與實務(6) 3. 生命統計與流行病學(6) 4. 健康計畫之規劃、執行與評價(6)
婦幼專長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 優生保健 2. 幼兒保健 3. 青少年保健 4. 聽力篩檢 5. 學校衛生 6. 新家計個案管理 7. 早期療育 8. 視力保健 9. 口腔保健 10. 更年期保健 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 婦幼衛生相關法規(2) 2. 婦幼個案管理(4) 3. 婦幼衛生(4) 4. 婦幼篩檢與照護(4) 5. 多元文化(2)
傳染病照護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 預防注射 2. 傳染病防治及疫調 3. 性病、愛滋病防治 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病防治相關法規(2) 2. 傳染病患者個案管理(2) 3. 傳染病照護需求(4) 4. 疫情爆發管理(2) 5. 預防注射原理技能(6)
社區專長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整合式健康篩檢 2. 社區健康評估 3. 社區健康營造 4. 乳癌防治 5. 直腸癌防治 6. 口腔癌防治 7. 子宮頸癌防治 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區的健康問題與需求(2) 2. 群體健康診斷排列執行優先次序(2) 3. 健康計畫與評值成效的指標(4) 4. 健康計畫的技能(4) 5. 高危險群體的篩檢策略(4)
緊急救護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急醫療救護後送 2. IDS 業務 3. 長期照護業務 4. 在宅醫護及居家護理服務 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急救護相關法規(2) 2. 緊急救護政策與執行現況(2) 3. 急救護團隊角色與功能及其相關資源(4) 4. 居家護理技術、個案管理(4)
精神照護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1. 精神及心理衛生個案管理 2. 自殺防治 3. 家暴及性侵害防治 4. 職業衛生業務 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 精神照護的法規、政策(2) 2. 社區精神病患個案管理(4) 3. 社區常見精神病患的照護(6) 4. 社區民眾心理衛生(4)

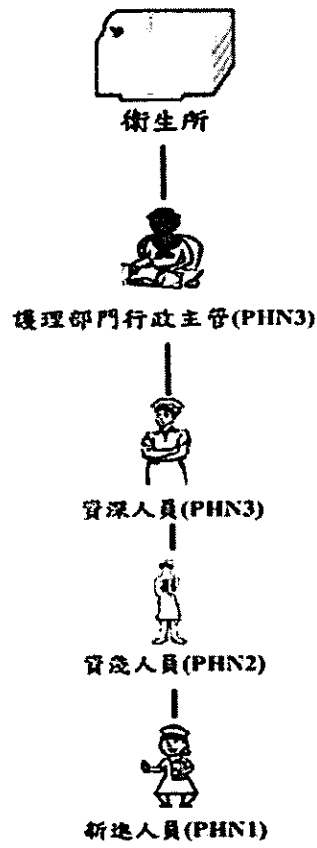


圖3-1. 偏遠地區衛生所護理人員進階制度

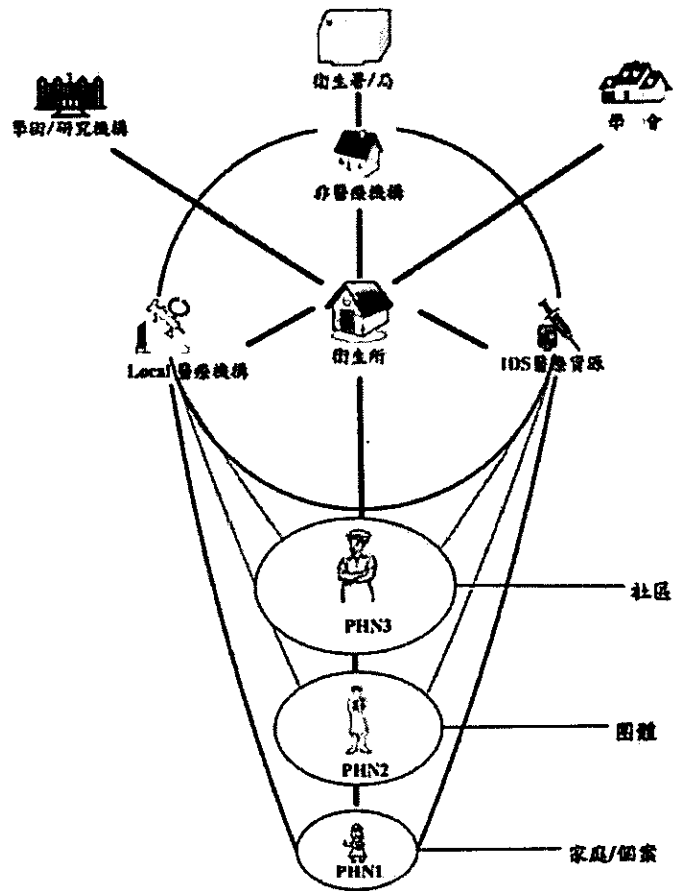


圖3-2. 護理工作模式

表 3-4 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員護理工作模式統計表 (N 264)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
護理工作模式	17 (6.4)	109 (41.3)	116 (43.9)	19 (7.2)	3 (1.1)

1-5-1	公共衛生工作為一複雜的專業工作，因此所需的護理人員所需具備的專業知識是更多面性的在此條件下應強調護理人員基本的知能及技術，是應該再轉任公衛護理人員前要具備(應有地區或區域醫院以上的工作經驗)【102】
1-5-2	目前是以主辦業務加地段管理(綜合護理)為主的工作模式，要如何劃分成社區、團體、家庭/個案?會不會有重疊處，很多護理人員在意的是工作分配清楚、有具體的責任工作範圍。【115】
1-5-3	希望在現有的工作業務範圍內，做出可以送審的資料，不需額外準備，這樣可以節省重複做功，亦可以交辦事項的效率提升。【308】
1-5-4	進入公衛必須具臨床護理實務一年以上、台灣學歷已提升大學，因此大學學歷是必須大學畢業、公共衛生護理由證照制改由考試制避免。【405】
1-5-5	公共衛生的專業度需要更提升，讓民眾認知中的專業能力更清楚、更清晰。【116】
3-3-1	提升大家的一個價值啦!
3-3-2	就是說護理人員的能力進階是好事，因為對自己的能力是一種認證，在職業上面，也是一種對病人也是一種服務品質的保證。
3-3-3	我相信在座的很多學姐他們一定對他們自己執業的內容到底什麼可行、什麼不可行...沒有一定的依據，甚至於說工作手冊來做標準，所以剛才大家講說~自主性在哪裡?我們的專業性在哪?我覺得這個才是最大的問題耶!
3-2-6	看到老師的計畫時候，覺得希望就在眼前，已經服務 30 多年，公衛跟臨床一比，我們一定是在下面，人家的看法是這樣。
3-2-7	基本上很認同進階，我剛進去衛生所好像打雜的，好像衛教什麼都是免費的，一點專業也沒有，花了一年多的時間問到底公共衛生護理人員的的價值是什麼?
1-5-6	(1)在衛生所護士如何加強本身的專業能力，職級永遠比別的同仁低，同樣有師級的證照，但卻無法升師三級。(2)衛生所的護士真的要什麼都會，檢驗師請假我們可以職代，代抽血，藥師請假，我們可以職代，在醫師監督下可以包藥，但我們請假，他們卻不能職代，因不會打針。但我們是士生級，他們是師級。(3)做再多被重視的感覺都沒有。地方、政府為省經費犧牲我們，無力、無成就感，規訓很好，但在不重視我們的情況下，難執行。【408】
1-5-7	所有進階都建議具備臨床經驗，無非是抹殺了從一畢業就踏進公衛領域的我們，進而給現在任職於醫院的護理人員更大的發展空間。頗有乞丐(將要)趕廟公的意味!【301】
1-5-8	公衛護士 cover 太多行政工作，現在的工作模式反而是本末倒置，若有新的工作模式以護理工作為主是好的，但適用於現況嗎?會不會反而增加公衛護士額外的工作量?【103】
1-5-9	考核制度由誰主管，中央? 衛生局? 科室? 衛生所主考人員? 主任? 護理長? 門檻升高，錄用人員縱然是來自各大醫院臨床優秀人員，但缺乏在地性，新進人員不斷進修人力缺乏之下，如何推動業務?【113】
1-5-9	行政工作如主計、出納、總務應有專責行政人員辦理。【55107】
1-5-10	業務需減量【96102】
1-5-11	因地制宜，每個環境與地區所有的資源分配與專業提升不同，齊頭式要求與評比，對鄉下不公平。【95005】

貳、公共衛生護理人員的進階制度草案

草案 PHN 三級能力區分內容明列於表 3-6，在問卷上，衛生所護理人員同意分成三級進階制度者超過五成，三成的衛生所護理人員是「尚可」，僅有一成五表示不同意(表 3-7)，而在意見表達上(表 3-8)研究對象提供許多建議，對於執行上須注意的事宜，例如缺額的問題。事實上，進階制度是否與工作分配直接劃上等號是有待商榷。目前現階段不宜，建議進階制度執行有成效時，再視實際現況調整。

Donabedian 的評價模式中包括評價三種指標即結構(structure)、過程(process)及成果(outcome)。若考核/評價只注重成果，而不考慮執行者的執行過程，是如何執行是危險的。三種指標也許成果是重要的，但亦需有適當的結構與過程評價才能獲得好的品質管理(表 3-8)。故建議應深入了解考核指標在結構面與過程面的適當性。

草案 PHN 三級的名詞定義明列於表 3-9，在問卷上，衛生所護理人員同意者約占六成，尚可者占二成五，僅有約一成五反對(表 3-10)，而在意見表達上(表 3-11)研究對象衛生所護理人員在資格上有人建議嚴格、有人建議年資縮短，故草案也許可考慮 1 年、2 年、3 年或不限制年資只要能修完課程完成審查即須可進階資格。另一方面，新進人員任用，應可由中央建議任用標準(例如：具臨床經驗二年以上及大學畢)，並列入衛生局考核指標，以建議縣市政府尊重專業。以台北縣而言，即是很好的範例有一定的人員進用標準與升遷辦法。臨床能力對偏遠地區尤其有執行醫療門診業務的衛生所而言是非常重要的，不僅衛生所護理人員本身較能執行急救業務，對個案而言也是較能提供適當的照護(表 3-12)。雖有反對，但基本上多數贊同。

表 3-13 呈現本草案所規劃之偏遠地區衛生所護理人員角色範疇，包括角色功能、資格、建議工作範圍。表 3-12 顯示約六成衛生所護理人員贊同也是二成半左右表示尚可，不到一成半是反對的。而在意見表達上(表 3-14)，衛生所護理人員關心的是臨床經驗及教育程度，另一方面，落日條款也是關心重點之一。

表 3-6 山地離島偏遠地區衛生所護理人員的三級能力區分表

職級	能力區分
PHN1	衛生所的基礎公共衛生護理 個案管理以家庭為基礎 主辦業務的落實執行
PHN2	以團體為基礎的健康照護。 結合社區居民健康需求執行主辦業務 指導護生
PHN3	以社區為基礎的健康照護 連結社區資源執行主辦業務的創新 指導新進人員與 PHN

表 3-7 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
PHN1 (n 265)	20 (7.5)	125 (47.2)	74 (27.9)	32 (12.1)	14 (5.3)
PHN2 (n 263)	21 (8.0)	121 (46.0)	74 (28.1)	32 (12.2)	15 (5.7)
PHN3 (n 265)	20 (7.5)	122 (46.0)	76 (28.7)	32 (12.1)	15 (5.7)

表 3-8 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三階之建議表

2-3-1	公共衛生工作一直強調可將健康觀念行為帶入社區，但現今工作除各衛生單位臨時交辦事項陸續增加外，尚有額外的行政工作，如此一來就更加重護理人員的工作，建議能規定工作內容，做有效分配。【102】
2-3-2	進階制度很不錯，可是若護理師沒缺額，即使考到 PHN2、PHN3，職稱上仍是護士。如果能把行政工作給行政人員做，我想應該會有很多人會參加 PHN 進階制度，否則只是增加 loading 痛苦罷了！【103】
2-3-3	能力與職稱津貼不相等，無法公平待遇。【107】
2-3-4	雖層級分級，但實質業務量卻是沒有區別，造成薪資高低明顯，工作量卻是沒有分別呀？那是否變相成錢多的工作也要增加呢？【112】
2-3-5	通常衛生局在意要求的是任務目標數達成，至於所內職責如何劃分 don't care。【115】
2-3-6	與實際任用人數之基本要件不符，比如語言溝通、文化背景，故同意但都不適用於目前縣市長的任用人員條件。【205】
2-3-7	適合由未來新進人員開始適用條例。【303】
2-3-8	若公衛護理人員進階可對我們現職人員角色定位有幫助。【319】
2-3-9	NI 就應大學畢業。【405】
2-3-10	採進階分成三級，但目前衛生所未實施分級進階制度。【55618】
2-3-11	因衛生所人員流動性大且業務量大層階分得太清楚易推卸工作及不易掌握反而無法完成衛生署、國健局、衛生局交辦工作。【95604】
2-3-12	工作之餘，進修是好的，但此草案對護理人員(偏遠)非常困難，資格也不易取得，而很多計畫均是上級在寫，但實行是下層單位，都沒想過對下層單位的可行性。【95302】

表 3-9 山地離島偏遠地區衛生所護理人員 PHN 三級的名詞界定表

基礎人員(PHN1)	衛生所工作滿一年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理者。
進階人員(PHN2)	衛生所工作滿三年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
資深人員(PHN3)	衛生所工作滿六年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

表 3-10 衛生所護人員對進階制度(名詞界定)統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
PHN1 (n 265)	26 (9.8)	136 (51.3)	61 (23.0)	31 (11.7)	11 (4.2)
PHN2 (n 265)	27 (10.2)	128 (48.3)	68 (25.7)	32 (12.1)	10 (3.8)
PHN3 (n 266)	29 (10.9)	127 (47.7)	67 (25.2)	33 (12.4)	10 (3.8)

表 3-11 名詞界定(PHN1、PHN2、PH3)之建議

2-6-1	PHN2 一定要具護理師證書。【107】
2-6-2	PHN 的臨床能力必須在進入衛生所時就要擁有。【409】
2-6-3	PHN1 升 PHN2 能否依其臨床經驗及工作表現替代衛生所年資，例如急重症病房年資五年換一年衛生所年資，讓有能力的人可以儘早升遷為護理師帶領同仁往前邁進。【213】
2-6-4	應縮短年資，但具備資格可從嚴。【405】
2-6-5	衛生所護理人力不要採現行進用模式，改為高普考進用，以現行須動用人力背景才能進來，進而影響素質及政治力介入，強烈影響工作士氣。【407】
2-6-6	同在船上，只有船長之分，其他名詞應該無意義呢？【112】
3-2-8	完全沒有經驗進到衛生所會覺得很累，特別是像山地鄉有 IDS，沒有經驗會很累。
2-6-7	分級制度願能因地制宜，能力分級在接辦業務上，是否導致有能力的所有重擔將落在特定人的身上。【55610】
2-6-8	護理工作也依 PHN3 實際職稱來分配公衛工作，非以抽籤分配。【54405】
2-6-9	PHN2：六年以上；PHN3 十年以上。【95005】
2-6-10	有基本能力、專業素養對工作有品質、能力。【96302】

表 3-12 山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇統計表

(N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
角色功能(n 266)	27 (10.2)	132 (49.6)	70 (26.3)	29 (10.9)	8 (3.0)
資格 (n 266)	23 (8.6)	126 (47.4)	74 (27.8)	32 (12.0)	11 (4.1)
工作範圍(n 267)	25 (9.4)	127 (47.6)	75 (28.1)	32 (12.0)	8 (3.0)

表 3-13 山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇

職稱	角色功能	資格	建議工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護	1.通過 PHN1 課程認證。 2.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。	1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救援，並支援(指導)聯結衛生室(地段)共同執行健康計畫	1.通過 PHN2 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書， 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。	1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務。 3.與其它地段(或其他衛生室)聯結，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4.協助擔任 PHN1 的 mentor
PHN3	能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救護之規劃與執行，及資源聯結(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務	1.通過 PHN3 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年	1.協助或承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救護、預防保健等業務。 3.與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 4.擔任 PHN 的 mentor

2-11-1	若日後新進的 PHN，可否直接強制規定一定要有臨床工作經驗才能達到公衛領域，因為在山地離島區緊急醫療的能力是必須的，而不是到公衛再來學緊急醫能力。因為很多公衛前輩是沒有臨床經驗，先把自己準備好再進入公衛，否則先進也是教的 2266。【103】
2-11-2	請問如何落實?落日條款十分重要，一個新制度的推出希望帶來的是美意是幫助，切勿變成公衛護理人員的負擔及困擾。【115】
2-11-3	目前公共衛生護理人員兼辦太多業務，是否可先將總務、人事、會計等業務先排除，再來訂定工作範疇。【301】
2-11-4	資格：直接寫為須大學畢，以提升社區護理人力品質。【407】
2-11-5	定期急救訓練即可，不須具 2 年急重症經驗，因急救知識會經常更新，學最有效的急救方法才是上策。【55617】
2-11-6	應規定在山地離島偏遠地區應工作多久才可調動，否則淪為新生訓練所。【54405】
2-11-7	資格認定不一定需在醫院服務，醫院專業與實地基層方向同，但目標不同，基礎課程在學校已修過。【95008】
2-11-8	衛生所工作無法以此類分法執行，因工作多且人力不足。【96103】
2-11-9	日後山地離島偏遠衛生所護理人員晉用資格，納入參加公務人員考試，嚴選考試資格並接受進階制度才有可能達成。【95604】

表 3-15 到表 3-17 呈現本草案所規劃各級護理人員在基礎能力、專業能力、管理能力上所具備與達成的訓練目標，在基礎能力方面，訓練目標包括文化知覺、溝通與合作、倫理素養、責任感與判斷力等五項對各級人員(PHN1~PHN3) 均有層次上要求的不同。在專業能力方面，則以問題解決的步驟為訓練目標，其內容包括評估與分析、規劃、執行與指導、評價與品質保證等四項。許多文獻均呈現 PHN 在此方面應加強，而我國 PHN 也是可以多加強的。第三項是管理能力，包括業務的管理與推展、資源管理與連結、健康危機管理、災難護理及諮詢與輔導等五項。其規劃的方向參考較多的是日本的公共衛生所護理人員訓練計畫(附件九)及美國並加入我國特殊的文化性。其在三個衛生所護理人員層級的深度與專業性是越高等級(PHN3)要求越細，其照護範圍也亦以社區為主。基礎能力係指衛生所護理人員基本應具備的素養。專業能力係指衛生所護理人員的直接照護能力，無論對象是個案、家庭或社區，管理能力係因無論哪一層級的衛生所護理人員均多少涉及管理及偏遠地區特有的業務等，故在管理能力上期能訓練衛生所護理人員，有較佳的業

務、資源、健康管理的能力。表 3-18 顯示同意者約有七成以上，尚可的約二成半，不意的不到一成。表 3-19 顯示，研究對象所呈現的建議，表 3-19 鼓勵在地人回鄉服務故應優先錄用。在三個能力的訓練目標研究對象較少表達意見。在地人回鄉服務方面，應可搭配原住民及離島地區醫事人員養成計畫，公費生的訓練，在護理人員方面，建議可增加名額，考試資格上在語言方面可考慮列為科目之一，以提升未來返鄉服務當地居民的服務深度上是較有優勢的。

表 3-19 顯示自殺個案對衛生所護理人員是需要諮商專業人員輔導，也許可進一步探討。衛生所護理人員在照護自殺與精神病患是比較薄弱的。事實上，目前也有一些精神科臨床護士轉任公共衛生護理人員，這些護理人才均是很好的具有專長的公共衛生護理人員，他們也可提供其他衛生所護理人員適當的諮詢，各縣市衛生局所只要有少數的公共衛生護理人員具有此資格，在專長的相互資源，應可協助減輕公共衛生護理人員在照護自殺或精神病患時的壓力。

表 3-20、3-21 呈現衛生所護理人員訓練重點包括演講式/座談的課程大綱、實作課程、衛生所特色課程的內容。換言之，每一層級的衛生所護理人員均涵蓋此三大部份，授課的內容須可達成訓練目標(表 3-15~表 3-17 的內容)，也均包括公共衛生的基礎課程，例如基礎衛生統計、流行病學、法規、衛生教育、行為理論等，期衛生所護理人員能具備這些核心知識與技能。

在表 3-22 顯示進階教育的執行建議函授與實作並重，對於衛生所護理人員確實一再表達目前交辦業務繁雜的，實需調整並明定工作內容，並由中央主管機構的單一窗口管理，確實目前是承接許多單位的業務，例如：國健局、疾管局等最後均由衛生所護理人員執行，到最後就是衛生所護理人員無法釐清自己的角色功能，這是非常可惜的。

表 3-15. 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標－基礎能力

等級	文化知覺	溝通與合作	倫理素養	責任感	判斷力
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區個案健康 -理解公共衛生護理的使命 (我願意) -尊重文化的多元性及其重要性 -理解當地語言能做初步溝通 -能對尊重當地文化並依此進行健康評估 	<ul style="list-style-type: none"> -以書面和口頭的有效溝通&清楚說明 -有效的傾聽 -與個案形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重個案隱私 -擁有工作倫理觀 -主動配合業務之執行 	<ul style="list-style-type: none"> -對工作有責任感、對自我業務盡責執行 -執行個人在團隊的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -主動搜尋資料解決問題 -確認資料之正確性 -能對不清楚的業務發生質疑 -能對個案健康照護事宜思考最適策略 -能正確辨別業務/個案的異常情形，並能報告主管做適當的處理
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -關懷團體的健康 -公共衛生護理使命的內化 -能以當地語言並落實於當地文化情境進行健康行銷 -推動各項健康議題均能考量當地居民的文化差異 	<ul style="list-style-type: none"> -能參加團體並帶領小組討論 -與團體形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -各項資料使用的倫理觀 -能發覺倫理異常議題 	<ul style="list-style-type: none"> -能有效率與有品質的在限期內完成業務的目標 	<ul style="list-style-type: none"> -能搜尋實證的最佳健康促進策略 -能對團體健康問題分析可能原因，並創新改善策略 -能提早辨別業務/團體的異常情形，並能報告主管做適當的預防措施
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區的健康，並領導實踐公共衛生護理的使命 -對社區內不同文化群體發展合適健康計畫 -發展具當地文化特色的健康計畫與評價指標 -指導 PHN1& PHN2 尊重當地文化的策略 	<ul style="list-style-type: none"> -倡導公共衛生計畫 -與社區形成夥伴關係並充能夥伴 -發展談判與協商的技巧 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -能指導 PHN 倫理異常事宜的因應 	<ul style="list-style-type: none"> -確實理解衛生所護理業務的職責並能帶領 PHN 執行 	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證資料發展本土化健康策略 -能對社區健康問題分析可能原因並帶領提出改善策略 -能快速正確辨別業務/社區的異常情形，並能做適當的處理

表 3-16. 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標－專業能力

進階等級	評估&分析	規劃	執行&指導	評價與品質保證
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練家庭評估 -依所收集的質、量性資料分析個案健康問題 -評價並正確使用所收集的資料 -能知覺社區健康評估 -能理解主辦業務對當地居民的健康影響 	<ul style="list-style-type: none"> -具健康方案規劃的概念 -規劃個案健康計畫 -搜尋實證的個案照護新知 -發展合宜的策略：如健康教育、健康促進等 -以實證基礎初步檢視個案照護計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -決定適當的行動與時機 -有計畫的、有效的執行健康計畫 -與個案分析健康計畫的適當性與成效 	<ul style="list-style-type: none"> -識別過程與成效指標 -能設定個案照護的評價指標與成效 -能理解與執行社區健康計畫 -能如期完成主辦業務的推動
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練團體需求評估 -依所收集的資料分析團體健康問題 -生物統計 	<ul style="list-style-type: none"> -能規畫團體的健康計畫 -能明列健康計畫時程 -能將主辦業務融入地段/團體健康的需求 -能以實證基礎檢視團體照護計畫，並給予改善建議 -能評價計畫成效 -能提供諮詢：有效行銷 -成本效益分析 -能參與研究調查 	<ul style="list-style-type: none"> -積極執行團體健康計畫與評價指標 -能執行突發緊急應變計畫 -能將團體健康計畫的執行策略與主辦業務連結 -發展照護團體的健康教育與健康促進的策略 -能透過主辦業務，解決居民健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展團體健康計畫的評價指標 -能評估團體健康計畫的成效 -與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。 -能有效管理各項業務的推動 -能訂定各項計畫的管理指標與時程
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練社區評估 -依所收集的資料分析社區健康問題 -選擇公衛議題以改善社區區民健康狀況 	<ul style="list-style-type: none"> -將政策轉換成衛生所的計畫與方案 -能提出符合當地需求的社區健康計畫 -能以實證基礎檢視社區照護計畫 -能領導 PHN1 & PHN2 共同以實證 	<ul style="list-style-type: none"> -發展行政政策的計畫並能輔導執行 -發展主辦業務的創新策略 -將主辦業務與社區健康需求結合提出社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -持續檢討與修正 -評值社區健康計畫對社區居民健康的改善成效 -持續評值以提出創新策略健康計畫 -能有效管理社區各項業務的推動

	-設定排序之標準	步驟發展健康計畫 -參與政策的形成:瞭解現行的社會與健康政策 -能主導研究調查以建立社區健康需求	-能輔導 PHN1 & PHN2 具體執行主辦業務且符合社區民眾需求的健康計畫	-能輔導 PHN1 並訂定各項計畫的管理指標與時程 -能輔導 PHN1 進行主辦業務的創新
--	----------	--	---	--

表 3-17. 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標—管理能力

等級	業務的管理與推展	資源管理與連結	健康危機管理	災難護理	諮詢/輔導
PHN1	-深入理解主辦業務的學理依據 -完成主辦業務的執行	-地、段、資源的搜尋與建置 -評價地段資源的可利用性 -主動支援社區資源 -連結地段資源	-具個案健康危機管理的評估技能 -能具體提出改善策略	-能參與災難救護訓練課程 -能配合執行緊急救護 -能評估個案與地段的健康危機 -具健康危險識別知能	-負責個案的諮詢與輔導
PHN2	-協助指導 PHN1 的主辦業務 -主辦業務融入地段/社區健康需求	-社區資源的建置與連結 -與社區資源共同執行健康計畫 -資源活化與整合	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以減輕危機所造成的傷害	-能參與規劃災難救護訓練課程 -能執行緊急救護行為 -能敏感評估團體與地段的健康危機	-負責團體個案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜
PHN3	-主動規劃社區健康需求的主辦業務 -主動建議/建立適合的主辦業務評價指標	-開發與充能社區資源 -參與健康議題 -連結/協助社區資源 -發展社區健康計畫	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以預防健康危機的發生	-能負責規劃災難救護行動與訓練課程 -能領導執行緊急救護行動 -能敏感評估社區的健康危機並提出改善計畫以減輕傷害的發生	-負責社區方案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 & PHN2 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜

表 3-18.山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
基礎能力 (n 267)					
文化知覺	45 (16.9)	140 (52.4)	62 (23.2)	18 (6.7)	2 (0.7)
溝通與合作	50 (18.7)	138 (51.7)	62 (23.2)	15 (5.6)	2 (0.7)
倫理素養	49 (18.4)	142 (53.2)	60 (22.5)	14 (5.2)	2 (0.7)
責任感	57 (21.3)	135 (50.6)	61 (22.8)	12 (4.5)	2 (0.7)
判斷力	52 (19.5)	140 (52.4)	61 (22.8)	12 (4.5)	2 (0.7)
專業能力					
評估與分析 (n 266)	51 (19.2)	124 (46.6)	75 (28.2)	14 (5.3)	2 (0.8)
規劃(n 267)	51 (19.1)	122 (45.7)	76 (28.5)	16 (6.0)	2 (0.7)
執行與指導(n 267)	49 (18.4)	127 (47.6)	74 (27.7)	15 (5.6)	2 (0.7)
評價與品質保證(n 267)	47 (17.6)	128 (47.9)	74 (27.7)	16 (6.0)	2 (0.7)
管理能力					
業務的管理與推展 (n 267)	49 (18.4)	135 (50.6)	68 (25.5)	13 (4.9)	2 (0.7)
資源管理與連結(n 267)	49 (18.4)	133 (49.8)	68 (25.5)	15 (5.6)	2 (0.7)
健康危機管理(n 267)	51 (19.1)	132 (49.4)	68 (25.5)	14 (5.2)	2 (0.7)
災難護理(n 265)	44 (16.6)	133 (50.2)	68 (25.7)	18 (6.8)	2 (0.8)
諮詢/輔導(n 264)	44 (16.7)	135 (51.1)	65 (24.6)	18 (6.8)	2 (0.8)

表 3-19.山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標之建議	
基礎能力	
2-14-1	加強人文素養及職場倫理素養。【114】
2-14-2	最好在地人能有名額在地服務。【413】
2-14-3	有的目標不具體，不易執行【55617】
3-2-3	要認識文化第一個語言沒法溝通的話無法進入文化，在工作的執行上就會有阻隔，希望有母語上的認證。
管理能力	
2-14-4	諮詢/輔導能覺得應由專業人員擔任，例如：輔導自殺病人。【103】
2-14-5	有些護理長在基礎能力、管理能力各方面表現的很差，但她們就能獨享這樣的雙重福利(護理長加級及師二級加級)，對於其他有師級的同仁，很不公平。【96601】

表 3-20.山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練重點(課程大綱)

職級	演講式/座談	實作	衛生所特色課程
PHN0 ↓ PHN1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 個案管理、家庭評估及照護策略 3. 社區健康評估概論(夥伴關係、充能) 4. 有效的溝通，資料搜尋技巧 5. 當地社區資源 6. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境)。 7. 緊急救護概論&危機管理概論 8. 健康照護品質概念介紹(實證概念)、健康計畫管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 9. 家庭健康問題分析與處理。 10. 主辦業務的問題分析與處理。 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等)
PHN1 ↓ PHN2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 以團體為基礎的健康計畫與執行 3. 社區健康評估概論 4. 溝通與協商，實證資料的搜尋 5. 社區資源的連結 6. 護理與法律、倫理議題(醫療糾紛案例討論、常見法律問題解析)。 7. 緊急救護的執行技巧&危機管理 8. 製定照護標準的技巧、健康計畫管理。 9. 流行病學的應用 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 高危險個案群的團體照護(以理論評估團體各層面的需求)。 11. 主辦業務的創新與計畫。 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康議題等)
PHN2 ↓ PHN3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資深公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 社區資料的分析與問題的確立，健康計畫的規劃與評價，並評價指標的設立與執行 3. 發展健康政策的技巧 4. 資源的開發與運用。 5. 健康危機管理的規劃與執行。 6. 衛生所護理業務的目標與運作 7. 談判、協商與調整、決策力 8. 緊急救護的醫療團隊觀 9. 護理與法律、倫理議題(提出醫療糾紛案例討論並發掘解決方案) 10. 持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 以社區或地段執行社區健康評估與問題確立 12. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務) 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康計畫等)

Ps. 實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳並以案例分析、PBL 等以學習者為中心的教學方式進行。

表 3-21 山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)統計表 (N 268)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
演講式/座談	32 (11.9)	143 (53.4)	76 (28.4)	15 (5.6)	2 (0.7)
實作	54 (20.1)	133 (49.6)	63 (23.5)	15 (5.6)	3 (1.1)
衛生所特色課程	57 (21.3)	135 (50.4)	61 (22.8)	13 (4.9)	2 (0.7)

表 3-22. 山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)之建議

2-17-1	請增修誘因，對於交辦事項已達負荷。【308】
2-17-2	是否考慮函授課程+實作。【414】
2-17-3	主辦業務的創新、發展健康政策在現今政府的政策應該執行及主管機關交辦的工作下，業務繁雜，相信實作的部份是有其困難的。【116】
3-2-4	衛生署沒有幫我們爭取編制
3-2-5	目前衛生所的狀況，醫療占 70%，這個制度實施後，如何平衡保健業務跟醫療怎麼拿捏？
2-17-4	希望實作課程以外的資料可放在網路線上學習，可學分認證且多次複習。【55617】
2-17-5	案例分析、寫作(計畫撰寫、提稿)很好。【55618】

表 3-23 呈現衛生所護理人員進階的晉陞指標，包括訓練時數及在基礎能力、專業能力與管理能力所應具備的能力指標。另外亦說明審查的文件及方式。期望能以實作培育衛生所護理人員問題解決的能力。三個進階的訓練時數是 150 小時係搭配護理人員繼續教育學分要求。審查文件以社區實務作業為主。

表 3-24 顯示在晉陞指標方面，同意者約占七成，尚可者約二成半，不同意者未超過一成。其中審查與審查方式反對的較多各占 12.4%及 11.9%。在意見的表達上(表 3-25)，護理人員對於上課費用與認證費用有較多的擔憂。另一方面是離島方面上課機會不多，故建議整合資源與學會或學術機構等合作，共同舉辦課程，以利學習者節省交通時間。事實上，當地資深人員培育成師資也是可以努力的策略之一。對於受訓課程經費補助是有其必要性，尤其在初期鼓勵階段，針對偏遠離島地區更有其必要性。並且多元授課方式，也是應注意。受訓課程 40%是理論，60%是實務，這是相當不錯的意見，關於資格審

查均可由衛生署指定且符合資格的學會承擔。配套措施是相當必要的，只是如何突破現況，應有更積極的做法(表 3-25)，護理師全面占缺也是可行的方案，需再思考落實的技術問題。

表 3-26 是配套措施也是鼓勵護理人員參與進階制度的誘因，目前增加的應是津貼如何分等級，而不是全部一樣的補貼，由於是公務人員津貼受法規的規範，職等也受法規的規範(附件十二~十四)，要突破實有很大的挑戰。但若沒有誘因，衛生所護理人員主動參與進階的可能性很低。除非，有法規規範參與進階是衛生所護理人員必要任務。表 3-27 即從考核方面進行要求不只個人，也將此列入衛生局、所的考核項目。

表 3-28 顯示，衛生所護理人員贊同者約占六成，尚可者約三成，不同意者約占一成。從意見的表達上(表 3-29、3-30)。有贊成、有反對，表 3-30 提到臨床醫療放入考核指標。事實上，與臨床醫療相關的課程已融入課程，而考核指標並不分醫療或其它。主題的選定應由當事者決定。至於訓練課程是否能延長居民的平均餘命(表 3-30 中 2-25-5 小項)是非常好的建議，未來評價此模式時，可放入的成果指標(outcome indicator)，然而平均餘命受很多因素的影響，如何評量是須進一步探討的。未來應可將成果指標列入執行評價的策略。

考核制度如何搭配工作模式與進階制度應可仔細研擬。例如衛生所護理人員搭配進階制度努力完成受訓項目，應可列入考核指標之一。考核應由同儕，主管包括衛生所主任與護理長，均須占一定的比例。而對於政策推展的業務搭配情形也列加分範圍，將有助引起衛生所護理人員推展該項業務的動力，考核不僅考核目標數的完成率，更須由衛生所護理人員示範過程並列為考評。

表 3-31 是呈現每一草案內容的平均數，其中以護理工作模式的眾數是 3(最低)，其餘均是 4，大部份的研究對象同意此草案。在工作模式也許須做部份修改，依據建議與參考文獻做更改。在訓練目標方面，平均得分較高。也顯示衛生所護理人員多贊同此計畫。

本研究期望在目前忙碌的業務下如何充能衛生所護理人員，使其具備較佳的能力。依據評估所得結果擬定適合地方所需的策略，以解

決社區健康問題並達成衛生署所交辦的業務是需衛生所護理人員有較強的整合能力，若每一項業務均單獨能完成是很困難，結果無法達成目標數也沒有提升品質，也沒有解決當地社區的健康問題。

表 3-23 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力進階制度晉陞指標

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1.參加 PHN1 在職訓練 30 小時 2.參加衛生所(組織/機構)的讀書報告與案例討論 6 小時	1.參加 PHN2 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內之學術活動 10 小時	1.參加 PHN3 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內學術活動 12 小時
基礎能力	1. 以民眾(個案家庭)健康為使命。 2. 能有效、積極的在期限內完成任務 3. 能合諧溝通以達團隊工作。	1.能主動發掘民眾(團體)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成。 3.能注意弱勢團體的健康需求。	1.能主動發掘民眾(社區)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的評價民眾健康指標。 3.能為弱勢團體的健康需求代言並連結適當資源以解決其健康問題。
專業能力	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程。 2.家庭評估與照護	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，並協助 PHN1 熟習地段與主辦業務。 2.團體評估與照護。 3.主辦業務的推展。 4.分析所收集的資料並提出團體的健康問題	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，主持社區評估與計劃執行。 2.擔任 PHN1, PHN2 教育課程及輔導。 3. 連結地區資源與民眾健康需求，發展主辦業務的創新推動計畫。
管理能力	1.個案管理的運用 2.能創新達成上級主管的目標。	1.能協助指導護生。 2.能將上級目標(目標數)轉換於本身的業務。	1.獨立指導新進人員及護生 2.創新健康計畫，以解決社區民眾健康問題。
審查	通過家庭護理報告審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」報告審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」報告審查合格
審查方式	1. 以隨堂繳交，授課老師指導方式進行。 2. 學員以資料夾整理舉証資料備審		

表 3-24 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標

項目	統計表 (N 267)				
	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
在職教育	49 (18.4)	137 (51.3)	57 (21.3)	20 (7.5)	4 (1.5)
基礎能力	47 (17.6)	134 (50.2)	64 (24.0)	18 (6.7)	4 (1.5)
專業能力	50 (18.7)	133 (49.8)	62 (23.2)	18 (6.7)	4 (1.5)
管理能力	45 (16.9)	130 (48.7)	68 (25.5)	20 (7.5)	4 (1.5)
審查	32 (12.0)	126 (47.2)	76 (28.5)	28 (10.5)	5 (1.9)
審查方式	30 (11.2)	126 (47.2)	79 (29.6)	26 (9.7)	6 (2.2)

表 3-25 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標之建議

2-20-1	離島澎湖可上課的機會不多，請協助。【308】
2-20-2	認證行政費用，建議有優惠方法。【404】
2-20-3	PHN3 由學會審查。【405】
2-20-4	受訓課程內容 40%、理論 60%~70%，實務課程(含技巧、方法)較有助於業務推展。【115】
2-20-5	在職訓練請網路化，因路程遙遠及有時業務繁忙，網路化平時有時間就可閱讀。【55617】

表 3-26. 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

p.s. 聘任護理長須具備 PHN3 的資格，護理人員的職等視衛生局的職缺調整。

表 3-27 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標
衛生所方面： 1.衛生所護理人員須逐年增加進階人員 2.公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入衛生所的考核。
個人方面： 1.公衛護理人員的參與進階情形列入個人考核與記功等個人考績。

表 3-28 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階建議聘任統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
職等(n 263)	48 (18.3)	118 (44.9)	71 (27.0)	24 (9.1)	2 (0.8)
聘任(n 262)	38 (14.5)	109 (41.6)	83 (31.7)	29 (11.1)	3 (1.1)
其它津貼(n 262)	48 (18.3)	111 (42.4)	73 (27.9)	27 (10.3)	3 (1.1)

表 3-29 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任之建議	
2-24-1	可是公家單位的薪資是固定的，如何給額外的津貼，似乎不太容易。【103】
2-24-2	為鼓勵山地離島偏遠地區公共衛生護理人員積極進階，希望護理師能全面占缺。【117】
2-24-3	其之執行需由地方政府配合，不然執行上會有極大困難。【322】
2-24-4	若各縣市因各種因素無法改變職等，是否會流於形式或建議而已？【406】
2-24-5	具有護理師資格者，即可用師級的職等提高職等(衛生所其他醫專人員皆是師級如：藥師、檢驗師、放射線師)。只有護理人員有”士級”與”師級”之差別，不公平。政府以”人數”多而有 1/2 薦任的限定，但是也不該是”護理人員”吧。請上級多加重視，不要在做個”士級”綁死自己吧，應該要提升才對。【55107】
2-24-6	審視方式以東部而言並不普遍，最大的醫院只有教學醫院，畢業返鄉服務無法結合計畫之進階，需在外大都市服務才可回鄉，不符合期待。【95008】

表 3-30 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標之其它建議

2-25-1	此進階制度很好，但要與現在地方執政特色有所不同，會畫地自限，若要執行時間進階範圍要長，不在幾年內即可執行。【107】
2-25-2	因偏各專業所需來評比，將地段護士可改為例如：居家專業護理師等。【112】
2-25-3	GOOD，建議請給考核者(主管)教育訓練，例如：人事法規說產假不列入考績，事實上是一定有的。【115】
2-25-4	希望能考量現職人員進階訓練瓶頸，困難點落日條款(但書)。【117】
2-25-5	如果進階訓練是提昇護理人員照護品質，讓部落照護者延長平均餘命，讓部落更健康，我同意支持此項計畫劃，如果不是而是只為了增加專業能力，我的建議是暫且不談。【206】
2-25-6	或許所上的所有課程，加在考核內更可激勵護理人員參與課程。【207】
2-25-7	太難了，達不到，讀書費用太高。【305】
2-25-8	現階段已執業之公共衛生護理人員沒有臨床經驗，請問有其他配套措施嗎？還是永遠只能留在 PHN。【309】
2-25-9	因兼有臨床醫療，應把臨床實務納入考核指標。【322】
3-2-2	在考績部分，護理長打考績比例要提升，謝謝！
3-2-1	重點在於待遇，就是誘因，醫生有不開業獎金，護理師既然具備專業能力，為什麼護理師沒有不開業獎金？這是最現實的沒有機會發聲，醫師有不開業獎金，護理師是否可提出不開業獎金這個措施？
2-25-10	已領有台灣護理學會認可的 N3 證書，是否能轉換相同職等。【55607】
2-25-11	納入衛生所考核【55618】
2-25-12	開始聘用應為護理，不應降為士生級，受過一次課即要執行工作會有誤差。【54207】
2-25-13	護理人員兼辦行政的工作(如主計、總務、出納、文書等)會影響其專業護理的推展。建議上級單位能有專任人員來辦理，可以比照學校可 2-3 衛生所共用 1 人辦理。【55107】
2-25-14	作績效、專業學識。【95801】
2-25-15	可否以個人個方面的能力去評比，而不是用”交情、印象好壞去做評比，這樣對其他同仁很不公平。【96601】
2-25-16	護士升遷管道有限，可否增加師二級或師三級名額，同樣的專業領域對於有護理師證照、年資久的同仁，永遠無法升遷，那我們考護理師有何意義?對沒有通過公職考試的同仁，這樣的待遇真的很不公平(所以護理師主管加級後師二級的名額卻由護理長去佔名額)懇請相關單位能夠重視這樣的問題，謝謝! 【96604】

表 3-31 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員對進階制度統計表 (N 274)

項目	平均數 (標準差)	眾數	排序
護理工作模式	3.45 (0.77)	3.00	32
基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級-PHN1	3.40 (0.98)	4.00	34
基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級-PHN2	3.38 (0.99)	4.00	35
基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級-PHN3	3.38 (0.99)	4.00	35
山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇-工作範圍	3.48 (0.93)	4.00	31
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-文化知覺	3.78 (0.83)	4.00	10
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-溝通與合作	3.82 (0.83)	4.00	5
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-倫理素養	3.83 (0.81)	4.00	4
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-責任感	3.87 (0.82)	4.00	1
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-判斷力	3.85 (0.81)	4.00	3
名詞界定-PHN1	3.51 (0.97)	4.00	28
名詞界定-PHN2	3.49 (0.96)	4.00	30
名詞界定-PHN3	3.50 (0.97)	4.00	29
山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇-角色功能	3.53 (0.92)	4.00	27
山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇-資格	3.44 (0.95)	4.00	33
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-評估與分析	3.78 (0.84)	4.00	10
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-規劃	3.76 (0.85)	4.00	15
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-執行與指導	3.77 (0.84)	4.00	14
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-評價與品質保證	3.76 (0.84)	4.00	15
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-業務的管理與推展	3.81 (0.82)	4.00	7
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-資源管理與連結	3.79 (0.83)	4.00	9
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-健康危機管理	3.81 (0.83)	4.00	7

山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-災難護理	3.75 (0.84)	4.00	19
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-諮詢/輔導	3.76 (0.84)	4.00	15
山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)-演講式/座談	3.70 (0.78)	4.00	22
山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)-實作	3.82 (0.86)	4.00	5
山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)-衛生所特色課程	3.87 (0.83)	4.00	1
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-在職教育	3.78 (0.89)	4.00	10
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-基礎能力	3.76 (0.87)	4.00	15
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-專業能力	3.78 (0.88)	4.00	10
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-管理能力	3.72 (0.88)	4.00	20
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-審查	3.57 (0.90)	4.00	24
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-審查方式	3.55 (0.90)	4.00	26
山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任-職等	3.71 (0.90)	4.00	21
山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任-聘任	3.57 (0.91)	4.00	24
山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任-其它津貼	3.66 (0.93)	4.00	23

第四章、結論與建議

壹、結論

鼓勵衛生所護理人員持續接受繼續教育以維持專業人員應是主管機關的職責，然而繼續教育的內涵應有完整規劃則需由主管機關、學術團體及實務人員共同規劃，目標是建置衛生所護理人員的照護能力，以提供較好的照護(better care)。進而民眾獲得較佳的健康(better health)。主管機關應有一套鼓勵措施。

衛生所護理人員的照護模式應以疾病管理的家庭照護為社區健康照護的基礎。換言之，目前衛生所護理人員多以疾病導向的個案管理，例如：糖尿病、高血壓等。當篩檢到三高等目標數列管的疾病，衛生所護理人員即開始追蹤。事實上，對高危險群的加強照護是必要的。只是若能關心其家人並列為必要的照護步驟，則能落實家庭照護。但在目前力有限、業務無限增加的情況下，仍應仔細評估。事實上，家庭護理的若實是否能達成「全民均健」的目標，實值得進一步的探討。在偏遠離島地區，家戶並不是太多人口群較少，是很能落實家戶評估、執行照護措施，只要電腦平台做得好，是較易執行，使地段護理強化成家戶護理。故建議基層衛生所護理人員工作應強調在家庭照護。

英國現行社區護理人員有七種之多，相對我國以衛生所護理人員為主的照護模式，實難發展以社區為導向的照護。建議我國以衛生所護理人員為基層人員，以進階而言，應是 PHN1 和 PHN2 為通才訓練到 PHN3 應以專科訓練為主。而專科護理師應以諮詢方式協助各衛生所(2~3 個)未來應進行到以衛生局為主聘依服務量決定服務人員數，以提供特殊複雜性社區病患直接照護。

英國衛生部在社區護理的規範非常複雜也非常完整，主要是因 90%的護理人力是在社區(DOH, 2003; DOH, 2006; DOH, 2007)。與我國的情況正好相反，實值為借鏡。英國的專業健康照護組織分級共分九級。英國的地段護士(district nurse)是有處方權，但 Cook(2008)及 Hall, Noyce & Centrill (2008)均指出持續追蹤護士開處方的情形是非常重要的。如何充能衛生所護理人員是提振衛生所護理人員士氣及工作產能的因素之一(Chang & Liu, 2008)，繼續教育是充能方法之一。美國 Belcher (2008)所提出的衛生所護理人員 Mentorship 非常有助於新

衛生所護理人員在業務執行上的適應與工作職掌與標準更落實執行。

另一方面，建構數位學習平台，製作衛生所人員數位學習教材，提供衛生所人員核心知識能力的數位化學習環境，即時、就近獲取在職與職前訓練課程，不受時間、空間限制，且具經濟效益方式，增進衛生所人員工作知能，提升服務品質。故本研究整理研究結果臚列如下：

1. 衛生所護理工作模式：衛生所在衛生局指導下，並結合區域內資源，如地區醫療診所或護理診所(專科護理師所開設的)及IDS 醫療機構(其護理人員以專科護理師為主)區域外資源如學術/研究機構及學會等提升衛生所護理人員專業能力及衛生所照護品質。而衛生所內護理人員可分為三等級，並分別以個案、團體、社區為重，只是比例上有所不同。
2. 而本計畫所規範的應是對所有新進人員，建議由中央行文或制定「衛生所護理人員任用條例」等方式，要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢業與臨床經驗2年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。
3. 偏遠地區設置專科護理師是非常可行的，因為許多國家都是如此，美國、英國、日本等先進國家均有法規，使專科護理師在偏遠地區開業，是否隸屬於衛生所是可以再商議的，主要是專科護理師必須有某一部份的處方權，而此在我國是需要努力突破。事實上，護理法規範護理人員可以開業，但只有「護理之家」或「產後護理機構」。而醫師法規範僅有醫師有「處方籤」。事實上，對於無醫村或三級離島、偏遠山僅有衛生室(其內只有一名衛生所護理人員)，都是適合設置專科護理師或將此衛生所護理人員訓練成專科護理師。此可與IDS 結合或另外設置，均可商議。最重要的是偏遠地區民眾的就醫權與健康權是否被關心與照護是否具有品質。
4. 原則上大部份偏遠地區衛生所護理人員是贊同此計畫的，只有少數須修改，及推動應注意的事項，故經研究小組第二次修訂。以下為第二次定稿的內容，劃底線為更改的部份。

山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育計劃草案 第二次修正稿 2009.02

壹、 護理工作模式

本草案以六專長訓練課程提供衛生所護理人員在職教育參考，未來可以專長做為主辦業務優先分配工作原則，資深人員可跨衛生所的提供資淺護理人員諮詢之功能(如圖 1)。此模式須與進階教育做搭配。

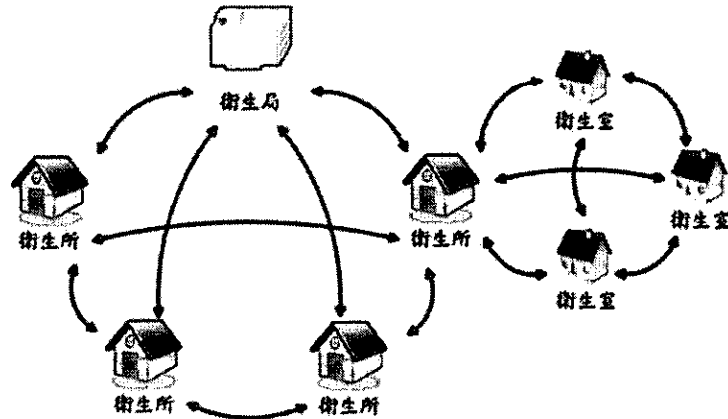


圖1. 特殊專長護理師相互支援

貳、 山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度規劃草案

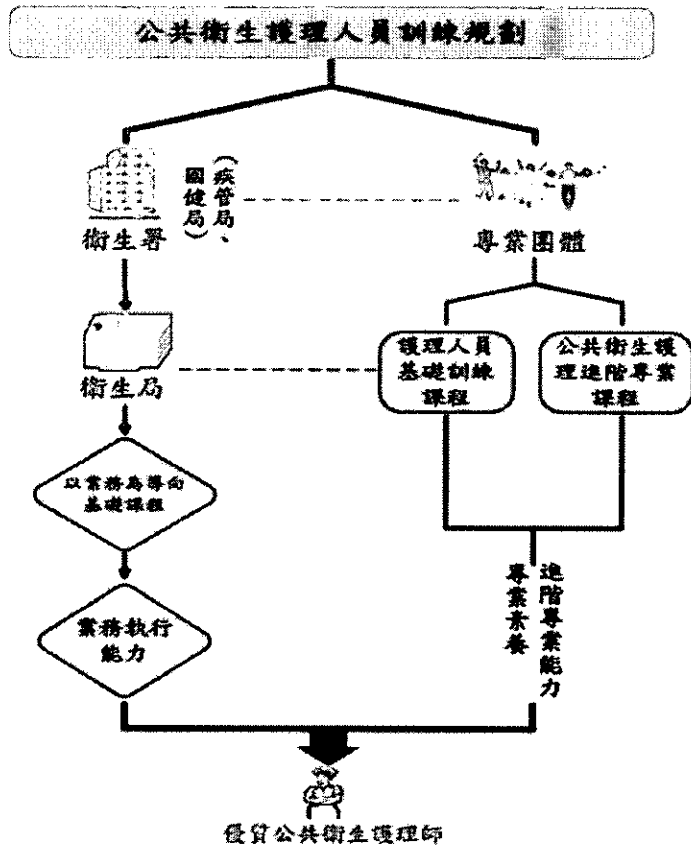


圖2. 公共衛生護理人員訓練規劃

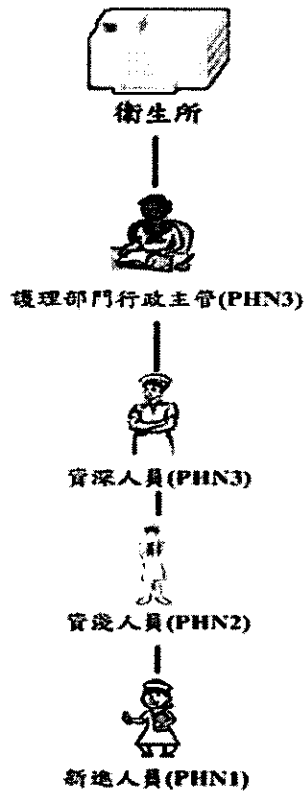


圖3. 偏遠地區衛生所護理人員進階制度

一、基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級，其能力區分如下表：

職級	能力區分
PHN1	衛生所的基礎公共衛生護理 以疾病管理為導向的家庭護理 主辦業務的落實執行
PHN2	以團體為基礎的健康照護 結合社區居民健康需求執行主辦業務 指導護生
PHN3	以社區為基礎的健康照護 連結社區資源執行主辦業務的創新 指導新進人員與 PHN

一、名詞界定

基礎人員(PHN1)	衛生所工作滿二年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理的家庭護理者。
進階人員(PHN2)	衛生所工作滿二年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
資深人員(PHN3)	衛生所工作滿三年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

二、山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇

職稱	角色功能	資格	工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護	1.通過 PHN1 課程認證。 2.大學畢，具護理師。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。	1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救援，並支援(指導)聯結衛生室(地段)共同執行健康計畫	1.通過 PHN2 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。	1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務。 3.與其它地段(或其他衛生室)聯結，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4.協助擔任 PHN1 的 mentor

<p>PHN3</p>	<p>能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救護之規劃與執行，及資源聯結(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務</p>	<p>1.通過 PHN3 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年</p>	<p>1.協助或承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救護、預防保健等業務。 3.與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 4.擔任 PHN 的 mentor</p>
-------------	--	--	---

三、 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標

1. 基礎能力

等級	文化知覺	溝通與合作	倫理素養	責任感	判斷力
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區個案家庭健康的使命(我願意) -尊重文化的多元性及其重要性 -理解當地語言能做初步溝通 -能尊重當地文化並依此進行健康評估 	<ul style="list-style-type: none"> -以書面和口頭的有效溝通&清楚說明 -有效的傾聽 -與個案形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重個案隱私 -擁有工作倫理觀 -主動配合業務之執行 	<ul style="list-style-type: none"> -對工作有責任感、對自我業務盡責執行 -執行個人在團隊的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -主動搜尋資料解決問題 -確認資料之正確性 -能對不清楚的業務發生質疑 -能對個案健康照護事宜思考最適策略 -能正確辨別業務/個案的異常情形，並能報告主管做適當的處理
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -關懷團體的健康 -公共衛生護理使命的內化 -能以當地語言並落實於當地文化情境進行健康行銷 -推動各項健康議題均能考量當地居民的文化差異 	<ul style="list-style-type: none"> -能參加團體並帶領小組討論 -與團體形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -各項資料使用的倫理觀 -能發覺倫理異常議題 	<ul style="list-style-type: none"> -能有效率與有品質的在限定期內完成業務的目標 	<ul style="list-style-type: none"> -能搜尋實證的最佳健康促進策略 -能對團體健康問題分析可能原因，並創新改善策略 -能提早辨別業務/團體的異常情形，並能報告主管做適當的預防措施
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區的健康，並領導實踐公共衛生護理的使命 -對社區內不同文化群體發展合適健康計畫 -發展具當地文化特色的健康計畫與評價指標 -指導 PHN1& PHN2 尊重當地文化的策略 	<ul style="list-style-type: none"> -倡導公共衛生計畫 -與社區形成夥伴關係並充能夥伴 -發展談判與協商的技巧 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -能指導 PHN 倫理異常事宜的因應 	<ul style="list-style-type: none"> -確實理解衛生所護理業務的職責並能帶領 PHN 執行 	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證資料發展本土化健康策略 -能對社區健康問題分析可能原因並帶領提出改善策略 -能快速正確辨別業務/社區的異常情形，並能做適當的處理

2. 專業能力

進階等級	評估&分析	規劃	執行&指導	評價與品質保證
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練家庭評估 -依所收集的質、量性資料分析個案健康問題(基礎統計) -評價並正確使用所收集的資料 -能知覺社區健康評估 -能理解主辦業務對當地居民的健康影響 	<ul style="list-style-type: none"> -具健康方案規劃的概念 -運用行為理論規劃個案健康計畫 -搜尋實證的個案照護新知 -發展合宜的策略：如健康教育、健康促進等 -以實證基礎初步檢視個案照護計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -決定適當的行動與時機 -有計畫的、有效的執行健康計畫 -與個案分析健康計畫的適當性與成效 -以適當衛生教育策略改善個案與家庭的<u>健康行為</u> 	<ul style="list-style-type: none"> -識別過程與成效指標 -能設定個案照護的評價指標與成效 -能理解與執行社區健康計畫 -能如期完成主辦業務的推動
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練團體需求評估 -依所收集的資料分析團體健康問題 -<u>生物統計的解讀與運用</u> -<u>初步流行病學的概念</u> 	<ul style="list-style-type: none"> -能規劃團體的健康計畫 -能明列健康計畫時程 -能將主辦業務融入地段/團體健康的需求 -能以實證基礎檢視團體照護計畫，並給予改善建議 -能評價計畫成效 -能提供諮詢：有效行銷 -成本效益分析 -能參與研究調查 	<ul style="list-style-type: none"> -積極執行團體健康計畫與評價指標 -能執行突發緊急應變計畫 -能將團體健康計畫的執行策略與主辦業務連結 -發展照護團體的健康教育與健康促進的策略 -能透過主辦業務，解決居民健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展團體健康計畫的評價指標 -能評價團體健康計畫的成效 -與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。 -能有效管理各項業務的推動 -能訂定各項計畫的管理指標與時程
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -熟練社區評估 -依所收集的資料分析社區健康問題 -選擇公衛議題以改善社區居民健康狀況 	<ul style="list-style-type: none"> -將政策轉換成衛生所需的計畫與方案 -能提出符合當地需求的社區健康計畫 -能以實證基礎檢視社區照護計畫 -能領導PHN1 & PHN2 共同以實證 	<ul style="list-style-type: none"> -發展執行政策的計畫並能輔導執行 -發展主辦業務的創新策略 -將主辦業務與社區健康需求結合提出社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -持續檢討與修正 -評價社區健康計畫對社區居民健康的改善成效 -持續評價以提出創新策略健康計畫 -能有效管理社區各項業務的推動

	-設定排序之標準	步驟發展健康計畫 -參與政策的形成:瞭解現行的社會與健康政策 -能主導研究調查以建立社區健康需求	-能輔導 PHN1 & PHN2 具體執行主辨業務且符合社區民眾需求的健康計畫	-能輔導 PHN1 並訂定各項計畫的管理指標與時程 -能輔導 PHN1 進行主辨業務的創新
--	----------	--	---	--

3. 管理能力

等級	業務的管理與推展	資源管理與連結	健康危機管理	災難護理	諮詢/輔導
PHN1	-深入理解主辨業務的執行依據 -完成主辨業務的執行	-地段的搜尋與建置 -評價地段的資源的可 -主動支援社區活動 -連結地段資源	-具個案健康危機管理的評估技能 -能具體提出改善策略	-能參與災難救護訓練課程 -能配合執行緊急救護 -能評估個案與地段的健康危機 -具健康危險識別知能	-負責個案的諮詢與輔導
PHN2	-協助指導 PHN1 的主辨業務 -主辨業務融入地段/社區健康需求	-社區資源的建置與連結 -與社區資源共同執行健康計畫 -資源活化與整合	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以減輕危機所造成的傷害	-能參與規劃災難救護訓練課程 -能執行緊急救護行為 -能敏感評估團體與地段的健康危機	-負責團體個案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜
PHN3	-主動規劃社區健康需求的主辨業務 -主動建議/建立適合的主辨業務評價指標	-開發與充能社區資源 -連結/協助社區資源發展社區健康計畫	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以預防健康危機的發生	-能負責規劃災難救護行動與訓練課程 -能領導執行緊急救護行動 -能敏感評估社區的健康傷害並提出改善計畫以減輕傷害的發生	-負責社區方案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 & PHN2 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜

四、 山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練方式與內容

職級	演講式/座談(或網路課程)	實作	衛生所特色課程
PHN0 ↓ PHN1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 個案管理、家庭評估及照護策略 3. 社區健康評估概論(夥伴關係、充能)與當地社區資源 4. 有效的溝通，資料搜尋技巧 5. 衛生教育與行為理論 6. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境)。 7. 緊急救護概論&危機管理概論 8. 健康照護品質概念介紹(實證概念)、健康計畫管理。 9. 基礎生物統計學 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 家庭健康問題分析與處理。 11. 主辦業務的問題分析與處理。 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等)
PHN1 ↓ PHN2	<ol style="list-style-type: none"> 5. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義 6. 以團體為基礎的健康計畫與執行 7. 社區健康評估概論 8. 溝通與協商，實證資料的搜尋 9. 社區資源的連結 10. 護理與法律、倫理議題(醫療糾紛案例討論、常見法律問題解析) 11. 緊急救護的執行技巧&危機管理 12. 製定照護標準的技巧、健康計畫管理。 13. 流行病學的應用 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 高危險個案群的團體照護(以理論評估團體各層面的需求)。 11. 主辦業務的創新與計畫。 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康議題等)
PHN2 ↓ PHN3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資深公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 社區資料的分析與問題的確立，健康計畫的規劃與評價，並評價指標的設立與執行 3. 發展健康政策的技巧 4. 資源的開發與運用。 5. 健康危機管理的規劃與執行。 6. 衛生所護理業務的目標與運作 7. 談判、協商與調整、決策力 8. 緊急救護的醫療團隊觀 9. 護理與法律、倫理議題(提出醫療糾紛案例討論並發掘解決方案) 10. 持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 以社區或地段執行社區健康評估與問題確立 12. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務) 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康計畫等)

Ps. 實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳，並以案例分析、PBL 等以學習者為中心的教學方式進行。

五、 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力進階制度晉陞指標

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1.參加 PHN1 在職訓練 30 小時 2.參加衛生所(組織/機構)的讀書報告與案例討論 6 小時	1.參加 PHN2 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內之學術活動 10 小時	1.參加 PHN3 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內學術活動 12 小時
基礎能力	1. 以民眾(個案家庭)健康為使命。 2. 能有效的、積極的在期限內完成任務。 3. 能合諧溝通以達團隊工作。	1.能主動發掘民眾(團體)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成。 3.能注意弱勢團體的健康需求。	1.能主動發掘民眾(社區)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的評價民眾健康指標。 3.能為弱勢團體的健康需求代言並連結適當資源以解決其健康問題。
專業能力	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程。 2.家庭評估與照護	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，並協助 PHN1 熟習地段與主辦業務。 2.團體評估與照護。 3.主辦業務的推展。 4.分析所收集的資料並提出團體的健康問題	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，主持社區評估與計劃執行。 2.擔任 PHN1, PHN2 教育課程及輔導。 3. 連結地區資源與民眾健康需求，發展主辦業務的創新推動計畫。
管理能力	1.個案管理的運用 2.能創新達成上級主管的目標。	1.能協助指導護生。 2.能將上級目標(目標數)轉換於本身的業務。	1.獨立指導新進人員及護生。 2.創新健康計畫，以解決社區民眾健康問題。
審查	通過家庭護理報告審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」報告審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」報告審查合格
審查方式	1. 以隨堂繳交，授課老師指導方式進行。 2. 學員以資料夾整理舉証資料備審		

六、 配套措施

(一)山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

p.s. 聘任護理長須具備 PHN3 的資格，護理人員的職等視衛生局的職缺調整。

(二)山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標

衛生所方面：

1. 衛生所護理人員須逐年增加進階人員
2. 公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入衛生所的考核。

個人方面：

1. 公衛護理人員的參與進階情形建議列入個人考核與記功等個人考績。

貳、建議

偏遠地區衛生所公共衛生護理人員的工作模式與進階教育制度與平地者除地區迥然不同。經此深入調查與規劃較能適合所需，然後由於衛生所護理人員均是公務人員，其薪資、晉級、升遷等均受到法律的規範。如何在法規內或修法調整以增加衛生所護理人員對進階或在職教育的誘因。若要實施進階教育，進而改變工作模式，是需要有誘因或以行政命令要求才能落實。在各國均有對公共衛生人員能力的要求時，衛生所護理人員實無法漠視。故本研究建議：

- (一) 制定行政命令或修法等要求衛生所護理人員資格及參與在職進修教育。其教育內容仍應詳細規劃。本研究結果可提供參考。另一方面，建議由中央行文或制定「偏遠地區衛生所護理人員任用條例」等方式要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢業與臨床經驗 2 年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。如此無論是採何種方式進入衛生所工作均應須具備同樣的資格。
- (二) 本研究結果需與衛生所其他專業人員等共同研議，以全面提升偏遠離島地區衛生所照護品質。事實上，在衛生所工作的專業人員不只護士，尚有醫師、藥劑師、物理治療師、醫檢師等，均是在衛生所從事公共衛生相關工作，也應一併思考公共衛生的訓練。而衛生所護理人員還須加強護理的部份，如此才能整體提升衛生所的照護品質。
- (三) 本研究結果，建議進階制度與工作模式可委由有意願之學會與學校一起在某一縣市試辦。但相對縣市政府要有相當經費，並提供誘因與認同衛生所護理人員在工作上努力進修，以維護照護品質的貢獻。事實上須等人員培育後，工作模式才能初步落實。試行時應納入居民健康成果指標的評價。
- (四) 遠距學習是必要的：由於本研究係偏遠地區衛生所，在交通上是非常不便利，故遠距學習是必須顧及的。尤其在資訊如此發展的情況下，應多使用遠距教學設備。其設備應及早設置。另外，在地資源應不可忽視，尤其有醫護背景之專業人員若能提供經驗或學識，將使進階能更加落實。

- (五)對目前現職人員應有落日條款：建議由同儕(2位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團，共同確認現職人員目前可申請的等級，即與確認並提供建議應須接受何種訓練。由初步核定後，即由此階(PHN2或PHN3)開始進階。以年資及主管的建議直接接受該等級的訓練課程後。
- (六)衛生所護理人員不兼總務、會計等業務：各縣市在衛生所的人力配置均約有數個行政人員擔任總務、會計等業務，無法每個衛生所有一個專職會計或總務。故建議行政人員不僅擔任一個衛生所的總務，而是數個衛生所，以實際工作量決定兼辦衛生所數。如此行政業務由行政專業人員擔任。事實上，在執行總務、會計等時有許多法規須注意，但護理人員在不知情的情況下，常觸法而不自知，故行政工作回歸行政人員，以跨衛生所方式兼辦將可提升行政效率與品質。
- (七)一般型衛生所亦可適用，事實上，對於一般型衛生所尤其在交通不便的鄉鎮如南投縣與台東縣應可適用。由於本研究亦有涵蓋此二縣市所有衛生所護理人員，而結果呈現大部份同意，故本草案應可做部份修正後適用於一般型衛生所。

第五章、參考文獻

- Abrams, S. E. (2007). The report of the conference on redesigning nursing education for public health. *Public Health Nursing, 24*(2), 198-201.
- Abrams, S.E.(2004). From function to competency in public health nursing, 1931 to 2003. *Public Health Nursing, 21*(5),507-510
- Akhter, M. N.(2001). Professionalizing the public health workforce: the case for certification. *Journal public health management practice,7*(4),46-49.
- Alexander, L. K., Dail, K., Horney, J. A., Davis, M. V., Wallace, J. W., Maillard, J. M, et al. (2008). *Public Health Reports, 123* Suppl 2, 36-43.
- Andrew, C., McCall, D., & Shannon, M. (2008). Health & learning. Canadian Journal of Public Health. *Revue Canadienne de Sante Publique, 99*(1), 4 p following 40.
- Arimoto, A. & Miyazaki, T. & Sato, N. & Sakai, T. & Oomori, J. & Magilvy, Bagg J. (2004).Rural nurse practitioners in South Australia: recognition for registered nurses already fulfilling the role. *Australian Journal Of Rural Health, 12*(1), 3-5.
- Belcher, A. S. (2008). Legacy leadership: the Beverly Flynn Public Health Nursing Mentorship: tribute to a nursing mentor. *Public Health Nursing, 25*(5), 498-500.
- Chambers,L.M.& Halbert, T. & Heale, J. (1994). 1992 Ontario survey of public health nurse : perceptions of role and activities. *Canadian Journal Of Public Health, 85*(3), 175-179.
- Chang, L. C., & Liu, C. H. (2008). Employee empowerment, innovative behavior and job productivity of public health nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 45*(10), 1442-1448.
- Chen, I. J., Yang, K. F., Tang, F. I., Huang, C. H., & Yu, S. (2008). Applying the technology acceptance model to explore public health nurses' intentions towards web-based learning: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies. 45*(6). 869-878.
- Cioff, J. P.,& Lichtveld, M. Y.,& Thielen, L.,& Miner, K.(2003).

- Credentialing the public health workforce: an idea whose time has come. *Journal health management practice*, 451-458.
- Cook, R. (2008). Nurse prescribing has come of age. *British Journal of Community Nursing*, 13(11), 531.
- Department of health in United Kingdom. (2007). Nurse prescribing training and preparation.
http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Supplementaryprescribing/DH_4123027
- Department of health in United Kingdom. (27, June 2005). Evaluation of extended formulary independent nurse prescribing: executive summary.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4114084
- Department of Health United Kingdom. (2006). Extending independent nurse prescribing within the NHS in England: a guide for implementation,
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006775
- develop the Japanese Purpose-Focused Public Health Nursing Model.
Journal
- Downing, D.V. (2008). Public health nursing at local, state, and national levels. Stanhope, M. & Lancaster, J, *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care In The Community*(1055-1070). St.Louis,MI: Mosby.
- Ervin, N. E. (2007). Clinical specialist in community health nursing: advanced practice fit or misfit? *Public Health Nursing*, 24(5), 458-464.
- Ervin, N. E. (2008). Public health nursing education: looking back while moving forward. *Public Health Nursing*, 25(6), 502-504.
- Fahrenwald, N. L., Taylor, J. Y., Kneipp, S. M., & Canales, M. K. (2007). Academic freedom and academic duty to teach social justice: a perspective and pedagogy for public health nursing faculty. *Public Health Nursing*, 24(2), 190-197.
- Fisher, M. E.(2002). Community health nursing in the local health department.
 編著者姓名 , *Community Health Nurse : Role And Functions*(439-447).

出版地：出版公司。

- Fottler, M. D., & Hernandez, S. R., & Joiner, C. L. (1994). Strategic management of human resources. Second Edition . Canada : Delmar.
- Gebbie, K. M.,& Hwang, I.(2000). Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system. *American journal of public health, 90(5)*,716-721.
- Gebbie, K. M.,& Merrill, J. (2001). Enumeration of the public health workforce: developing a system. *Journal public health management practice, 7(4)*,8-16.
- Gebbie, K.,& Merrill, J.,& Hwang, I.,& Gebbie, E. N.,& Gupta, M.(2003). The public health workforce in the Year2000. *Journal public health management practice, 9(1)*,79-86.
- Georgia Department of Human Resources-Division of Public Health (2008, August). *Competencies for Public Health Nursing Practice*. from <http://health.state.ga.us/pdfs/nursing/Competencies%20for%20PHNP.pdf>
- Hajat, A.,& Stewart, K.,& Hayes, K. L.(2003). The local public health workforce in rural communities. *Journal health management practice,9(6)*,481-488.
- Hall, J., Noyce, P., & Cantrill, J. (2008). Why do district nurse prescribers alter their prescribing patterns? *British Journal of Community Nursing, 13(11)*, 507-513.
- Hall, T. L.,& Mejia, A.(1978). Health manpower planning. Geneva : World health organization.
- Hansen, C., Carryer, J., & Budge, C. (2007). Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nursing Praxis in New Zealand, 23(2)*, 14-26.
- Howse, C. (2007). "The ultimate destination of all nursing": the development of district nursing in England, 1880-1925. *Nursing History Review, 15*, 65-94. <http://www.skillsforhealth.org.uk/page/>
- J.K.(2006). Function and practice of public health nursing in Japan: a trial to
- Jakeway, C. C., Cantrell, E. E., Cason, J. B., & Talley, B. S (2006). Developing population health competencies among public health nurses in georgia. *Public Health Nursing, 23(2)*, 161-167.

- Kuntz, S. W., Frable, P., Qureshi, K., & Strong, L. L. (2008). Association of Community Health Nursing Educators: disaster preparedness white paper for community/public health nursing educators. *Public Health Nursing, 25*(4), 362-369.
- Lee, J. M. (2008). Articulation of undergraduate and graduate education in public health. *Public Health Reports, 123* Suppl 2, 12-17.
- Levin, P.F., Cary, A. H., Kulbok, P., Leffers, J., Molle, M., & Polivka, B. J. et al. (2008). Graduate education for advanced practice public health nursing: at the crossroads. *Public Health Nursing, 25*(2), 176-193.
- Lichtveld, M. Y., & Cioffi, J. P. (2003). Public health workforce development: progress, challenges, and opportunities. *Journal health management practice, 9*(6), 443-450.
- Macario, E., Benton, L. D., Yuen, J., Torres, M., Macias-Reynolds, V., & Holsclaw, P. et al. (2007). Preparing public health nurses for pandemic influenza through distance learning. *Public Health Nursing, 24*(1), 66-72.
- Merrill, J., & Btoush, R., & Gupta, M., & Gebbie, K. (2003). A history of public health workforce enumeration. *Journal public health management practice, 9*(6), 459-470.
- Miller, L. C., Devaney, S. W., Kelly, G. L., & Kuehn, A. F. (2008). E-mentoring in public health nursing practice. *Journal of Continuing Education in Nursing, 39*(9), 394-399.
- Murashima, S., & Hatono, Y., & Whyte, N., & Asahara, K. (1999). Public health nursing in Japan: new opportunities for health promotion. *Public health nursing, 16*(2), 133-139.
- National Prescribing Centre. (2003). Nurse prescribing: Maintaining competency in prescribing. http://www.npc.co.uk/nurse_prescribing/pdfs/nurse_update_framework.pdf
- Of Nursing Management, 14*(6), 483-489.
- Ogolla, C., & Cioffi, J. P. (2007). Concerns in workforce development: linking certification and credentialing to outcomes. *Public Health Nursing, 24*(5), 429-438.
- O'Hara, A., Byron, S., & Moriarty, D. (2007). Macmillan nurse facilitators:

- conducting a training needs assessment for district nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(12), 598-604.
- Peddecord, K. M., Holsclaw, P., Jacobson, I. G., Kwizera, L., Rose, K., & Gersberg, R. et al. (2007). Nationwide satellite training for public health professionals: Web-based follow-up. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(2), 111-117.
- Potter, M. A. (2001). A twenty-first century call for public health workforce development. Aspen publishers.
- Poulton, B., & McCammon, V. (2007). Measuring self-perceived public health nursing competencies using a quantitative approach. *Nurse Education Today*, 27(3), 238-246.
- Poulton, B., Lyons, A., & O'Callaghan, A. (2008). A comparative study of self-perceived public health competencies: practice teachers and qualifying SCPHNs. *Community Practitioner*, 81(9), 31-34.
- Public health foundation. (2009). *Core competencies for public health professionals*. from <https://www.train.org/Competencies/corecompetencies.aspx?tabid=94>
- Public Health Foundation. (2009). National Public Health Performance Standards Program, <http://www.phf.org/nphpsp/>
- Quad council PHN competencies. (2004)
- Robertson, J. F., & Baldwin, K. B. (2007). Advanced practice role characteristics of the community/public health nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 21(5), 250-254.
- Rosenblatt, R. A., & Casey, S., & Richardson, M. (2002). Rural-urban differences in the public health workforce: local health department in 3 rural western states. *American journal of public health*, 92(1), 1102-1105.
- Saeki, K., Izumi, H., Uza, M., & Murashima, S. (2007). Factors associated with the professional competencies of public health nurses employed by local government agencies in Japan. *Public Health Nursing*, 24(5), 449-457.
- Sistrom, M. G. (2008). Teaching epidemiology: the role of the public health nurse. *Journal of Nursing Education*. 47(5):227-230.

- Skill for Health. (). Key elements of the career framework.
<http://www.skillsforhealth.org.uk/js/uploaded/uploadablefile3.pdf>
- Sloand, E., Bower, K., & Groves, S. (2008). Challenges and benefits of international clinical placements in public health nursing. *Nurse Educator*, 33(1), 35-38.
- Stanley, S. A., Polivka, B. J., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, S. M. (2008). The ExploreSurge Trail Guide and Hiking Workshop: discipline-specific education for public health nurses. *Public Health Nursing*, 25(2), 166-175.
- Stewart, M. J., & Arklie, M.(1994). Work satisfaction, stressor and support experienced by community health nurse. *Canadian journal of public health*, 85(3), 180-184.
- Swider , S.,& Levin, P.,& Ailey,S., & Breakwell,S.,& Cowell, J.,& Mcnaughton, D., & O’rourke, M.(2006).Matching a graduate curriculum in public/community health nursing to practice competencies: the Rush university experience. *Public health nursing*, 23(2),190-195.
- The Floyd County Health Department(n. d.). *Community health nurses*. Retrieved April 3, 2006, from <http://www.floydcountyhealthdept-in.com/>
- Tilson, H.,& Gebbie, K. M. (2004). The public health workforce. *Public health*, 25,341-356.
- Walcott-mcquigg, J. A.,&Ervin, N. E.(1992).Stressors in the workplace community health nurse. *Public health nursing*, 9(1),65-71.
- Weierbach, F. M. (2007). Public health nursing competencies 1953-1966: effective and efficient. *Public Health Nursing*, 24(5), 480-487.
- Winters, L., Gordon, U., Atherton, J., & Scott-Samuel, A. (2007). Developing public health nursing: barriers perceived by community nurses. *Public Health*, 121(8), 623-633.
- Yoshioka-Maeda, K. ,& Taguchi, A. & Murashima, S. & Asahara, K. & Anzai, Y. & Yu, S., Chen, I. J., Yang, K. F., Wang, T. F., & Yen, L. L. (2007). A feasibility study on the adoption of e-learning for public health nurse continuing education in Taiwan. *Nurse Education Today*, 27(7), 755-761.

- 于淑、金蓓莉(1996)·公共衛生護理人員在不同型態衛生所的角色探討和比較·公共衛生，23(1)，17-25。
- 王國裕(1977)·衛生所業務之成本效果調查分析研究報告·臺灣省公共衛生教學實驗院，19。
- 台灣護理學會(2005，8月)·社區衛生護理專業範疇與專業人員職責規範手冊·2005年12月10日取自
http://www.twna.org.tw/Uploadfile/web_data/1207.pdf
- 吳美連、林俊毅(2000)·人力資源管理·台北：智勝。
- 南投縣信義鄉衛生所(無日期)·衛生所組織編制·2006年4月10日取自
http://shy-nth.doh.gov.tw/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid_0&catid_1829&ctxid_1838&single_Y
- 南投縣集集鎮衛生所(無日期)·組織架構、功能·2006年4月10日取自
http://jjj-nth.doh.gov.tw/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid_0&catid_1829&ctxid_1837&single_Y
- 姚克明(1987)·基層保健服務之人力需求·台灣：台灣省公共衛生研究所。姚克明(1987)·基層保健服務之人力需求·公共衛生，14(1)，30-41。
- 張淑芬、張美惠、周金章(1989)·基層醫療保健整體發展可行性之研究，七十六、七十七年度基層醫療保健研究計畫報告彙刊·行政院衛生署。
- 張媚、余玉眉、陳月枝、田聖芳(2005)·台灣護理人力規劃研究·台灣醫學，9(2)，149-156。
- 陳麗美、石曜堂(1984)·臺灣地區衛生所功能分析·公共衛生，11(2)，115-139。
- 黃明珠、陳延芳、林金玉(1996)·衛生所人力配置模式之探討·公共衛生，22(4)，231-243。
- 盧華艷、劉成英(2000)·公共衛生護理實務工作評估之分析·護理雜誌，47(3)，71-76。

九十七年度計畫執行成果報告表

計畫名稱	「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階護理工作模式之建構計畫		
計畫編號	DOH97-TD-M-113-96015	填寫日期	98.2.24
執行機構	中國醫藥大學	計畫主持人	林綽娟
計畫期程	<input type="checkbox"/> 一年期計畫； <input checked="" type="checkbox"/> 多年期計畫，共 <u> 2 </u> 年，本年度為第 <u> 2 </u> 年		
原計畫書擬達成目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 收集並整理我國偏遠地區的衛生政策資料。 2. 收集世界(美國、英國、日本等三國)偏遠地區護理執業模式及進階護理課程之資料。 3. 彙整文獻：(1)我國離島偏遠地區衛生政策及(2)收集美、英、日三國偏遠地區護理執業模式並匯集成冊。並第一年的研究成果初步發展草案 4. 規劃山地離島衛生所護理工作模式草案及護理人員進階培訓計劃草案。 5. 擬定專家座談名單，並發文邀請。 6. 印製草案初稿。 7. 舉辦3次的專家座談。 8. 第一次修定「離島偏遠地區護理人員工作模式及進階培訓課程規劃草案」。 9. 發文邀請150名公衛護理人員及50名護理行政主管，預估170名出席草案說明會，並聯絡及安排出席地點。 10. 舉辦二場次的草案說明會。 11. 完成170份問卷資料的收回，並登錄及統計分析。 12. 完成第二次修定「離島偏遠地區護理人員工作模式及進階培訓課程規劃草案」 13. 繕寫研究成果報告。 		
已達成目標及其他成果	<p>本研究均已達到目標，並增加草案說明會2場及2縣市對工作模式與進階制度的問卷調查。依目標敘述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已完成，在第一年成果報告呈現 2. 已完成，在第一年成果報告呈現 3. 已完成，在第一年成果報告呈現 4. 已完成，如附件十五 5. 已完成，專家名單如附件三 6. 已完成，如附件六 7. 已完成，舉辦三次，日期為97年6月27日、7月17日、7月31日，地點均在中國醫藥大學。(如附件四~五)。 8. 已修定(如附件六)草案第一次修定。 9. 已舉辦四次，地點在台中、高雄、澎湖及台東等(如附件七)。 10. 發文邀請出席78位。基層護理人員較少，故再次邀請台東及南投基層護理人員填寫問卷。共完成274份問卷。 11. 已完成 12. 已修定第二次修定草案(如附件七)。 13. 已完成 		

九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議

計畫名稱：「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階
護理工作模式之建構計畫

主持人：林綽娟 計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015

1.本計畫之新發現或新發明

規劃偏遠離島山地地區衛生所護理人員工作模式與進階教育制度草案，此草案經專家會議的專家及參與說明會的衛生所護理人員的認同。

2.本計畫對民眾具教育宣導之成果

無，本研究第二年未進行民眾宣導。

3.本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

偏遠地區衛生所公共衛生護理人員的工作模式與進階教育制度與平地者除地區迥然不同。經此深入調查與規劃較能適合所需，然後由於衛生所護理人員均是公務人員，其薪資、晉級、升遷等均受到法律的規範。如何在法規內或修法調整以增加衛生所護理人員對進階或在職教育的誘因。若要實施進階教育，進而改變工作模式，是需要有誘因或以行政命令要求才能落實。在各國均有對公共衛生人員能力的要求時，衛生所護理人員實無法漠視。故本研究建議：

(一)制定行政命令或修法等要求衛生所護理人員資格及參與在職進修教育。其教育內容仍應詳細規劃。本研究結果可提供參考。另一方面，建議由中央行文或制定「偏遠地區衛生所護理人員任用條例」等方式要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢業與臨床經驗2年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。如此無論是採何種方式進入衛生所工作均應須具備同樣的資格。

(二)本研究結果仍應與公共衛生專業人員等專業人員研議，為提升偏遠離島地區衛生所照護品質。事實上，在衛生所工作的專業人員不只護士，尚有醫師、藥劑師、物理治療師、醫檢師等，均是在衛生所從事公共衛生

相關工作，也應一併思考公共衛生的訓練。而衛生所護理人員還須加強護理的部份，如此才能整體提升衛生所的照護品質。

(三)本研究結果，建議進階制度與工作模式可委由有意願之學會與學校一起在某一縣市試辦。但相對縣市政府要有相當經費，並提供誘因與認同衛生所護理人員在工作上努力進修，以維護照護品質的貢獻。事實上須等人員培育後，工作模式才能初步落實。試行時應納入居民健康成果指標的評價。

(四)遠距學習是必要的：由於本研究係偏遠地區衛生所，在交通上是非常不便利，故遠距學習是必須顧及的。尤其在資訊如此發展的情況下，應多使用遠距教學設備。其設備應及早設置。另外，在地資源應不可忽視，尤其有醫護背景之專業人員若能提供經驗或學識，將使進階能更加落實。

(五)對目前現職人員應有落日條款：建議由同儕(2位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團，共同確認現職人員目前可申請的等級，即與確認並提供建議應須接受何種訓練。由初步核定後，即由此階(PHN2或 PHN3)開始進階。以年資及主管的建議直接接受該等級的訓練課程後。

(六)衛生所護理人員不兼總務、會計等業務：各縣市在衛生所的人力配置均約有數個行政人員擔任總務、會計等業務，無法每個衛生所有一個專職會計或總務。故建議行政人員不僅擔任一個衛生所的總務，而是數個衛生所，以實際工作量決定兼辦衛生所數。如此行政業務由行政專業人員擔任。事實上，在執行總務、會計等時有許多法規須注意，但護理人員在不知情的情況下，常觸法而不自知，故行政工作回歸行政人員，以跨衛生所方式兼辦將可提升行政效率與品質。

(七)一般型衛生所亦可適用，事實上，對於一般型衛生所尤其在交通不便的鄉鎮如南投縣與台東縣應可適用。由於本研究亦有涵蓋此二縣市所有衛生所護理人員，而結果呈現大部份同意，故本草案應可做部份修正後適用於一般型衛生所。

衛生署委託計畫

山地離島及偏遠地進階護理工作之建構

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及
未來進階護理工作模式之建構計畫(2/2)

計畫編號：DOH96-TD-M-113-055

計畫主持人：林緯嫻副教授

2009/1/16

輝煌的過去

無力感的今日

PHN的自我描述

- 包山包海
- 千手觀音
- 煮雜菜麵
- 總管

PHN職掌

- 地段管理
- 主辦業務
- 醫療門診、緊急救護
- 臨時交辦

他山之石

美國的公共衛生照護模式

- Washington State framework
- Virginia framework
- Minnesota Department of Health framework

英國、美國、日本等三國 公共衛生護理進階制度

美國公共衛生護理人員的能力進階

- Quad Council於1999年發展公共衛生護理人員的能力進階，不同能力層級有其不同的主要核心能力。其能力層級分為

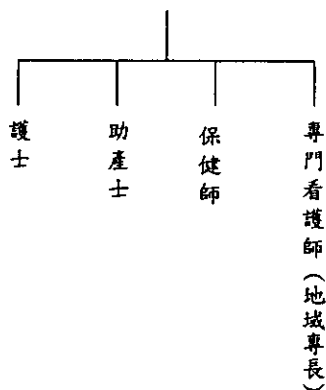
- 資淺人員：覺醒 (awareness)
- 資深人員：知識 (knowledge)
- 行政督導人員：熟練 (proficiency)。

美國PHN的核心能力

- 分析/評估
- 政策的發展/計畫
- 溝通
- 文化能力
- 社區領域的實務
- 基礎公共衛生服務
- 經費的規劃與管理
- 領導及有系統的思考能力

(Council on Linkage, 2001)

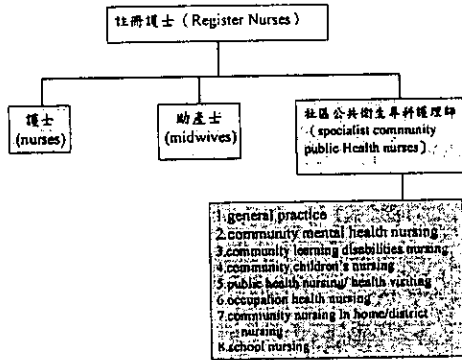
日本偏遠地區社區護理執業人員



日本社區護理的模式

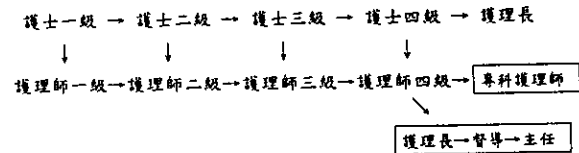
- 日本的保健師，RN須修有六個月保健課程。
- 地域看護領域的專門看護師(Certified Nurse Specialist)：5年實務經驗+3年專科、26單位的課程(碩士)，碩士後一年實務經驗始可考試。

英國社區護理人員執業情形



台灣護理學會護理人員進階制度

(二) 基層護理人員臨床專業能力進階制度層級規劃如下圖：



社區衛生護理專業範疇與專業人員職責規範手冊 (1)

- 社區衛生護理的哲學基礎與概念架構
- 社區衛生護理的基本信念
- 社區衛生護理人員的工作倫理
- 社區衛生護理的執業準則
- 社區衛生護理的專業能力
 - 照護能力
 - 教學能力
 - 研究能力
 - 管理能力
 - 協調能力
 - 自我與專業成長能力

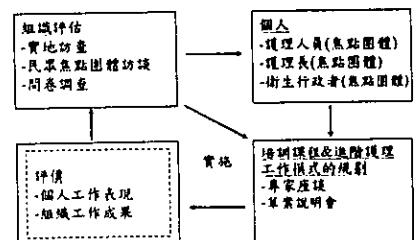
護理次專科的發展現況

- 衛生署推動的內外科專科護理師
- 精神衛生護理師
- 長期照護進階護理師
- 中醫進階護理師
- 助產師
- 麻醉護理師
- AIDS進階護理師?
- 糖尿病衛教師



發展一套適合的工作模式 & PHN的進階模式 in 偏遠地區

研究架構

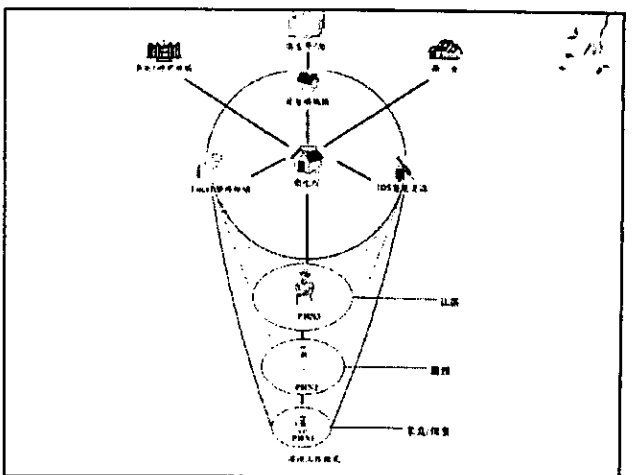
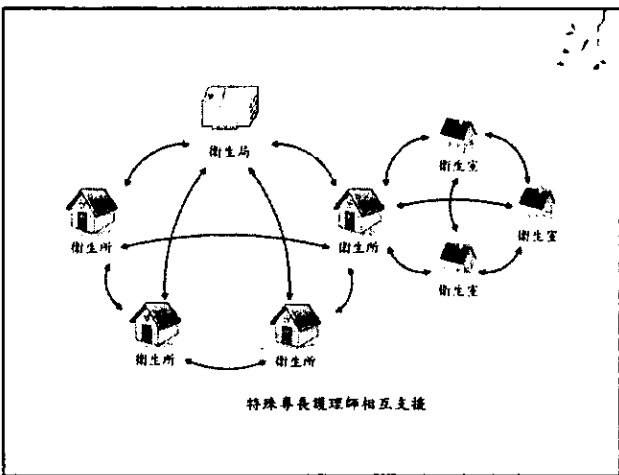
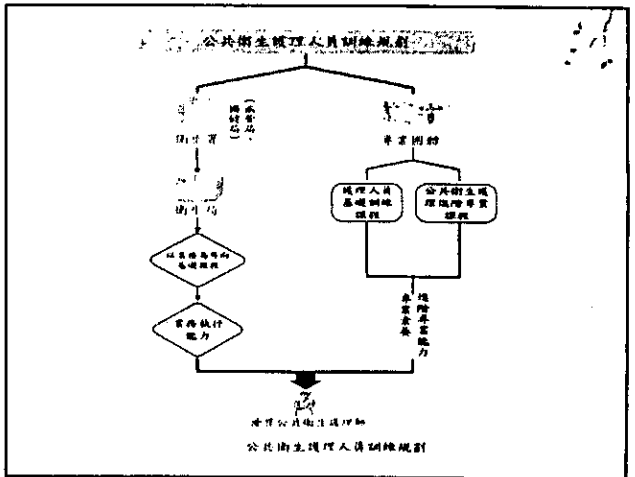


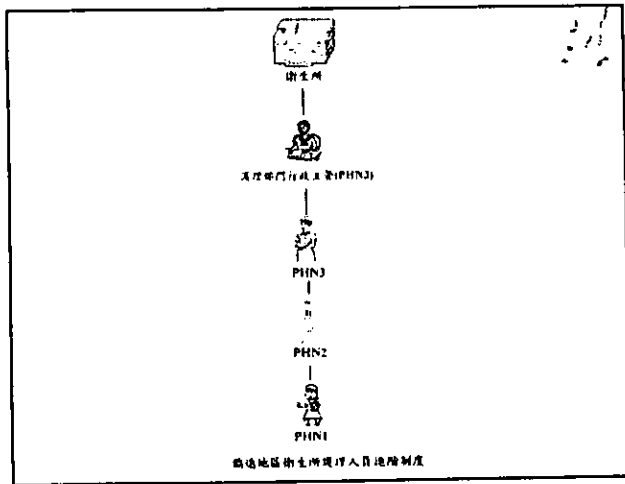
pS虛線未在本研究範圍內

- 以專家座談規劃離島偏遠衛生所的護理工作模式及各層級護理人員培訓課程
- 具體建議核心課程、課程方式等

- ### 專家座談
- 四位衛生署的專家
 - 四位衛生局的專家
 - 二位衛生所護理長
 - 四位學者
 - 討論三次

山地離島偏遠地區衛生所 護理工作模式之規劃





山地離島偏遠地區衛生所護理人員 進階制度規劃草案

基層山地離島偏遠地區PHN 能力區分

職級	
PHN1	衛生所的基礎公共衛生護理 以家庭為基礎的個案管理 主辦業務的落實執行
PHN2	以團體為基礎的健康照護、 結合社區居民健康需求執行主辦業務 指導護士
PHN3	以社區為基礎的健康照護 連結社區資源執行主辦業務的創新 指導新進人員與PHN

名詞界定

基礎人員 (PHN1)	衛生所工作滿一年，完成PHN1基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過PHN1審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理者。
進階人員 (PHN2)	衛生所工作滿三年以上，完成PHN2公共衛生護理專業能力訓練且通過PHN2審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
資深人員 (PHN3)	衛生所工作滿六年以上，完成PHN3公共衛生護理專業能力訓練且通過PHN3審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護，並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

山地離島偏遠地區PHN的 角色範疇 1/2

職務	角色功能	資格	工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護。	1. 通過PHN1課程認證 2. 建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。	1. 承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2. 承擔地段內病患與家庭的基礎照護、預防保健等業務 3. 以家庭為中心的個案管理 4. 運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救援，並支援(指導)聯絡衛生室(地段)共同執行健康計畫。	1. 通過PHN2課程認證 2. 大學畢，具護理師與ACLS證書。 3. 建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。	1. 承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2. 承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務 3. 與其它地段(或其他衛生室)聯絡，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4. 協助擔任PHN1的mentor

山地離島偏遠地區PHN 角色範疇 2/2

職務	角色功能	資格	工作範圍
PHN3	能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救援之規劃與執行，及資源聯絡(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務。	1. 通過PHN3課程認證 2. 大學畢，具護理師與ACLS證書。 3. 建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年。	1. 協助或承擔衛生所的行政工作。 2. 承擔轄區內的社區基本照護、緊急救援、預防保健等業務。 3. 與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯絡，以提供優質健康服務。 4. 擔任PHN的mentor

山地離島偏遠地PHN能力進階訓練目標

- 基礎能力
- 專業能力
- 管理能力

山地離島偏遠地區PHN專業能力訓練重點1/3

職級	PHN0	PHN1	實作
	1. 公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 個案管理、家庭評估及照護策略 3. 社區健康評估概論(夥伴關係、功能)	4. 有效的溝通、資料搜尋技巧 5. 當地社區資源 6. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境) 7. 緊急照護概論及危機管理概論 8. 健康照護品質概念介紹(管理概念)、健康計畫管理。	9. 家庭健康問題分析與處理。 10. 主辦業務的問題分析與處理。 11. 鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等)

山地離島偏遠地區PHN專業能力訓練重點2/3

職級	PHN1	PHN2	實作
	1. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 以團體為基礎的健康計畫與執行 3. 社區健康評估概論 4. 溝通與協商、實踐資料的搜尋 5. 社區資源的連結 6. 護理與法律、倫理議題(醫藥糾紛案例討論、常見法律問題解析) 7. 緊急照護的執行技巧及危機管理 8. 制定照護標準的技巧、健康計畫管理 9. 流行病學的應用	10. 高危險個體的團體照護(以理論、實務、團體各層面的需求) 11. 上開業務的創新與計畫	12. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例、個案分析、健康議題等)

山地離島偏遠地區PHN專業能力訓練重點3/3

職級	PHN2	PHN3	實作
	1. 深入公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 社區資料的分析與問題的確立、健康計畫的規劃與評估、並評價指標的設立與執行。 3. 發展健康政策的技巧 4. 資源的開發與運用。 5. 健康危機管理的規劃與執行。 6. 衛生所護理業務的目標與運作 7. 規劃、編布與調整、決策力。 8. 緊急照護的緊急團隊運作 9. 護理與法律、倫理議題(提出醫藥糾紛案例討論並指指解決方案) 10. 持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。	11. 以社區或地區執行社區健康評估與問題確立。 12. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務)。 13. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例、個案分析、健康計畫等)	

PHN實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳並以案例討論、PBL等以學習者為中心的教學方式進行。

PHN能力進階制度晉陞指標1/2

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1. 參加PHN0在職訓練30小時 2. 參加衛生所(組/機構)的讀書報告與案例討論6小時	1. 參加PHN2在職訓練60小時 2. 參加主管機關內之學術活動10小時	1. 參加PHN3在職訓練60小時 2. 參加主管機關內之學術活動12小時
基礎能力	1. 以民本(個案家庭)健康為使命。 2. 能有有效的、積極的在職內完成任務 3. 能合體溝通以達團隊工作	1. 能主動發現民眾(團體)健康問題，以民健康為使命。 2. 能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成 3. 能針對弱勢團體的現象提出	1. 能主動發現民眾(社區)健康問題，以民健康為使命。 2. 能積極有效的發現民眾健康需求。 3. 能為弱勢團體的現象提出
專業能力	1. 熟悉衛生所、地區環境及主管業務工作過程。 2. 家庭評估與照護	1. 熟悉衛生所、地區環境及主管業務工作過程，並協助PHN1熟習地區衛生專業業務。 2. 團體評估與照護。 3. 上開業務的擴展。 4. 分析所執業的資料並提出團體的健康問題	1. 熟悉衛生所、地區環境及主管業務工作過程，主持社區評估與計劃執行。 2. 擔任PHN1、PHN2教育課程及輔導。 3. 預防地區弱勢民眾健康需求，發展主辦業務的創新推動計畫

PHN專業能力進階制度晉陞指標2/2

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1. 參加PHN0在職訓練30小時 2. 參加衛生所(組/機構)的讀書報告與案例討論6小時	1. 參加PHN2在職訓練60小時 2. 參加主管機關內之學術活動10小時	1. 參加PHN3在職訓練60小時 2. 參加主管機關內學術活動12小時
審查	通過家庭護理報告審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」報告審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」報告審查合格
審查方式	1. 以隨堂繳交、授課老師指導方式完成審查報告。 2. 學員以資料夾整理學程資料備查		

配套措施

山地離島偏遠地區PHN各級進階 之建議聘任

	職等		其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

p.s. 聘任護理長須具備PHN3的資格，護理人員的職等視衛生局的職缺調整。

山地離島偏遠地區PHN各級進階 之建議考核指標

- 衛生所方面：
 - 衛生所護理人員須逐年增加進階人員
 - 公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入個人與衛生所的考核。
- 個人方面：
 - 公衛護理人員的參與進階情形建議列入個人考核與記功等個人考績。

感謝聆聽
敬請指教



衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表

衛生署 96 年度委託科技研究計畫
計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015
計畫主持人：林綽娟副教授
聯絡地址：40402 台中市北區學士路 91 號
聯絡電話：04-22053366-7102 傳真電話：04-22071112
電子信箱：cjlin@mail.cmu.edu.tw

親愛的護理伙伴：您好！

這份調查問卷的目的，在於想了解您對衛生所公共衛生護理人員工作模式與進階護理制度規劃的建議。請您配合閱讀山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育計劃草案說明填答本問卷，本調查採不記名方式，因此，當您填妥問卷，將問卷直接交給護理長。本問卷對外絕對保密，對您個人不會有任何的影響，請您安心填答。謝謝您的支持與合作。

人口學資料

1. 年齡：民國_____年_____月出生
2. 婚姻狀態：①未婚 ②已婚 ③離婚 ④分居 ⑤喪偶
3. 最高畢業學歷：
①高中職 ②專科（含二、三、五專） ③大學（含二技、四年制護理學系） ④碩士以上（含碩士）
4. 您在衛生所的正式職稱：
①護理佐理員 ②保健員 ③助產士 ④約聘/僱護士 ⑤派駐護士 ⑥護士 ⑦護理師 ⑧護理長
⑨其他，請說明_____。
5. 您從事衛生所公共衛生護理工作年資：_____年
6. 您對您的經濟狀況
①非常不滿意 ②不滿意 ③尚可 ④滿意 ⑤非常滿意
7. 您選擇從事衛生所護理工作是因為？(可複選)
①興趣 ②因正常班別 ③機緣 ④考試分發
⑤其它，請說明原因_____

壹、護理工作模式

非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議_____

貳、山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度規劃草案

一、基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
PHN1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

二、名詞界定

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
PHN1：衛生所工作滿一年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN2：衛生所工作滿三年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN3：衛生所工作滿六年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

三、山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
角色功能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工作範圍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

四、山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標

(1)基礎能力

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
文化知覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
溝通與合作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倫理素養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
責任感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
判斷力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

(2)專業能力

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
評估與分析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
規劃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
執行與指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評價與品質保證	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

(3)管理能力

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
業務的管理與推展	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資源管理與連結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健康危機管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
災難護理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
諮詢/輔導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

五、山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
演講式/座談	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
實作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生所特色課程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

六、山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
在職教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基礎能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
專業能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
審查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
審查方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

參、配套措施

一、山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
職等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聘任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其它津貼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

二、山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標

其他建議

親愛的護理長：您好！

衛生所護理人員經常忙碌於各項交辦業務，無法獲得適當的回饋也無暇思考，為此設計「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」，問卷的目的係探討公共衛生護理人員對進階制度的看法，研究成果提供衛生署制定適當政策的參考，改善衛生所護理人員的工作環境，進而提供能民眾更適當的照顧，使社區居民更健康，間接的使公共衛生護理更專業。因此，請您撥冗協助發出並寄回貴所護理人員的問卷。

本問卷之填寫對象包括衛生所護理長及衛生所之護理人員，「衛生所之護理人員」指的是 1. 領有護理師或護士執照 2. 在衛生所執行公共衛生護理業務者（包含行政院衛生署國民健康局及疾病管制局等派駐之護理人員或約聘護理人員）。因此，當您收到此份問卷，請您將每份問卷及信封交給單位內符合以上條件之護理人員；本問卷採自願作答，以不強迫護理人員作答為原則。但期望您能鼓勵護理人員填寫問卷，以使本研究結果更能代表衛生所護理人員的全體意見。

如護理人員同意參與填寫問卷，請填寫表一「問卷填寫同意書」，以利發送問卷填寫費。請護理長協助配對號碼（人名與信封上的號碼須是一致的），以利事後核對問卷填寫的完整性。護理人員填寫問卷係以個人意見填答，不須討論，每個人均可以有不同的答案。本調查採不記名方式，因此，當護理人員完成作答，請護理人員將問卷放入信封並彌封後交給護理長，請護理長您在 2/16 前寄回問卷。

護理長不須審閱問卷，但須核對人名與號碼確認是一致的，另外收集彌封的問卷並計算份數，將完成及未完成問卷之護理人員數計算後登錄於表二「問卷填寫登錄表」。之後連同未作答之問卷一併放入大信封袋後，貼上郵票後寄回。

每位護理人員資料填寫費 100 元禮卷，護理長您協助收集資料的將會獲得禮卷 500 元。所有的問卷填寫費及郵資費事後將一併寄達，此費用不會扣任何稅款。

本問卷所得資料對外絕對保密，對您及單位不會有任何的影響，請大家安心填答。謝謝您的支持與合作。

敬 祝 平 安 與 喜 樂

中國醫藥大學

副教授 林緯娟 敬上

聯絡人：蕭小姐 電話:04-22053366 轉 7102 傳真:04-22071112

e-mail：sulin399@hotmail.com

表一、「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」

問卷填寫同意書

本問卷的目的，在於想了解衛生所公共衛生護理人員業務在各項項目執行情形。研究成果將提供衛生署制定適當的政策，以改善衛生所護理人員的工作環境。我們期待您的參與，才能讓研究結果更能代表衛生所護理人員的全體意見，因此，若您同意參與，請在下表簽名，並填寫問卷，完成後請彌封後交給護理長；若您不同意參與此計畫，也請將問卷歸還給護理長。 謝謝您的合作！

中國醫藥大學

副教授 林綽娟 敬上

我同意參與此計畫，填寫「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」問卷									
簽名欄：									
編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名

表二、問卷填寫登錄表

單位名稱	貴單位護理人員數	完成問卷之護理人員數	郵資費用	護理長簽名
衛生所				
HN 聯絡電話：		HN e-mail：		

96 衛生署計畫「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估
及未來進階護理工作之建構-專家一覽表

編號	姓名	工作機構/職稱	代表	備註
1	蔡淑鳳	衛生署照護處/副處長	制度面/官	
2	陳妙青	衛生署照護處護理科/科長	護理/官	
3	羅文敏	衛生署照護處山地科/科長	山地/官	
4	蕭淑真	國健局社區健康科/組長	社區健康 、衛生所管 理/官	
5	蕭春櫻	台中縣衛生局秘書	護理/行政	
6	馬金足	澎湖縣衛生局食品課/課長	護理/行政	前保健課課長
7	張淑真	南投縣保健課/課長	護理/行政	
8	史萬秋	信義鄉衛生所/護理長	護理/實務	
9	顏婉娟	烏來鄉衛生所/護理長	護理/實務	
10	李素華	台灣社區衛生護理學會/理事長	護理/實務	前衛生所主任
11	許國敏	中國醫藥大學附設醫院/顧問	醫療/行政	前衛生處副處長
12	羅財彰	苗栗縣衛生局局長	醫療/行政	
13	邱啟潤	高雄醫藥大學/教授	護理/學	教授社區護理
14	黃玉珠	輔仁大學/系主任	護理/學	教授社區護理
15	許智皓	台北護理學院 /助理教授	護理/學	教授社區護理
16	林綽娟	中國醫藥大學/副教授	護理/學	教授社區護理

行政院衛生署 96 年度研究計畫

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階
護理工作之建構計畫(2/2)

第一次專家會議資料

(本研究未結案前不宜轉用，懇請配合，感謝您！)

計畫編號：DOH96-TD-M-113-055

主持人：林綽娟副教授

協同主持人：黃玉珠副教授、馬金足課長、許智皓助理教授

2008/6/27

中國醫藥大學

目 錄

	頁碼
壹、計畫概要	(3)
貳、英國公共衛生進階護理制度	(7)
參、美國公共衛生進階護理制度	(11)
肆、日本公共衛生進階護理制度	(15)
伍、草擬衛生所護理工作模式與進階課程	(24)

練課程與資格明列於表 4-1。各衛生所的衛生室目前多由新進護理人員承擔，尤其距離衛生所越遠的衛生室。目的亦是訓練新進公共衛生護理人員儘快熟習公共衛生護理的業務，然而大部份的公共衛生護理人員表明壓力非常大，且困難提供優質的照護。故在人才難求的情況下，應逐年訓練公共衛生護理人員使其逐漸朝向衛生室進階護理師的目標邁進。由於護理人員的晉升呈現金字塔型，一個衛生所僅有一個護理長缺，許多優秀資深的公共衛生護理人員並未獲得適當的晉升，故宜鼓勵這群公共衛生護理人員只要稍加努力就可獲得衛生室進階護理師的晉升。當然這樣的制度是須要鼓勵的配套措施，才能吸引公共衛生護理人員做此努力。日本所規劃的地域專門看護師的設立，初期能通過認證的僅是少數，故也許「衛生室進階護理師」可以是改善公共衛生護理人員的能力，訓練上是可列於長程目標。

偏遠地區衛生所護理工作模式，除設置二種進階護理師外，其他護理人員應有適當的進階制度，以維持公共衛生護理人員的專業能力。表 4-1 建議將衛生所除 IDS 進階護理師與衛生室進階護理師外，公共衛生護理人員進階分為：新進、資淺、資深及護理長等四個分級訓練。其工作內容有所不同，明列於表 4-1。至於訓練課程，由於公共衛生護理人員的業務性質非常廣博，護理人員非常困難對各項業務具深入了解且成為專長，然而偏遠地區不似都會區，民眾可以不到衛生所，仍有其他醫療資源可以解決民眾健康問題。偏遠地區衛生所常常是民眾醫療資源的唯一選擇，故公共衛生護理人員的能力就非常需要更進階，對某些項目更須具專長，以協助解決民眾健康問題。依據社區領袖的焦點團體訪談結果，非常強調資源整合的重要性，也期望衛生所能承擔資源整合的平台。無論山地或離島都有共同的心聲。另一方面，在個案管理，也是社區領袖一致的期望，如何加強護理人員個管的能力，其訓練課程在各個層級應包括哪些課程是需要詳細規劃的。事實上，健康資訊行銷也是社區領袖關心的重點之一，健康資訊

行銷也就是個案的衛生教育。事實上，在護理人員的焦點團體訪談中，公共衛生護理人員認為他們做太多的衛生教育場次，但不知成效如何或認為成效不彰。故公共衛生護理人員實應具備更強的健康行為養成理論與技能，才能針對不同個案或群體提供有效的衛生教育，以達到服務對象的健康行為改變。所以整體而言，資源整合、個案管理、行為改變理論與技巧等是各及級護理人員應具備的能力，只是可能各級護理人員在執行上、層次上與範圍上的有所不同。故這些均應放入各級公共衛生護理人員的訓練課程，只是各級公共衛生護理人員的內容應有階段性要求的不同和授課內容在層次上的不同。

四、偏遠地區公共衛生護理人員專長訓練規劃

本研究建議偏遠地區公共衛生護理人員應有專長訓練(圖 4-4)，此專長訓練課程搭配進階制度，將可適當提升偏遠地區照護品質。基本上，此模式的公共衛生護理人員需具備「基礎公共衛生專長」，換言之，有預防保健及個案管理的訓練。另一方面，還需有「婦幼專長」，也是新進人員應接受的訓練課程。新進公共衛生護理人員的訓練需求或是職前教育是公共衛生護理人員需求最高的，其它的研究調查亦有相似的研究結果。台灣社區衛生護理學會目前也是積極籌劃新進公共衛生護理人員的 30 小時職前教育課程，以協助新進公共衛生護理人員儘快進入公共衛生護理的職場，能發揮最大化的功能。職前教育中最大部份的課程內容就是基礎公共衛生專長的課程內容。故偏遠地區新進公共衛生護理人員應以「基礎公共衛生專長」的課程為優先。另外，資淺與資深公共衛生護理人員所需接受的 C 課程中，應以緊急救護及傳染病訓練課程優先開始，因社區領袖關心的重點以此居多。而護理長的訓練課程則以社區專長訓練優先推動。在不同層級的公共衛生護理人員訓練課程中都應包含到資源整合、個案管理的概念及行為改變的理論與實務等，使公共衛生護理人員的訓練課程在其實務課程中可發揮最大的實用效果。

事實上，四項專長則是公共衛生護理人員依個人興趣與意願及單位需求應逐年安排接受的課程，以提升專業能力。四項專長包括：精神照護專長、緊急救護專長(含居家護理)、社區專長、傳染病專長等。各項專長的訓練課程詳述於表 4-2。偏遠地區衛生所在此模式下，應可涵蓋到醫療輔助工作及預防保健、復健等三段五級的業務，且不僅提升公共衛生護理人員的專業能力也可適時提升護理照護品質。

五、工作模式與專長訓練規劃的配套措施

然而此模式要能執行，必須搭配薪資結構及職等的聘任。若無任何配套措施則此模式是無法執行，即使執行也很難成功。薪資結構及職等建議於表 4-3。除薪資與職等的配套措施，尚需有政策法規的支持，須擬定偏遠地區公共衛生護理人員聘任與進階實行細則，並列入個人考核與機關考核的規範。例如：偏遠地區公共衛生護理人員聘任前或半年內須接受公衛基礎訓練(A 課程)，公共衛生護理人員個人有執行進階訓練課程列入考核甲等的參考指標，衛生所公共衛生護理人員的進階情形列入衛生所整體績效考評的指標之一。此工作模式的推展才能鼓勵公共衛生護理人員個人的參與以及機關主管願意實質鼓勵所屬公共衛生護理人員進行進階，以有助於提升偏遠地區照護品質。事實上，此模式尚須經產官學界的溝通、對談，才能擬定更適合且真正提升偏遠地區公共衛生護理人員的照護品質，也才能體現政府對偏遠地區居民健康權的重視。

表 4-1. 衛生所護理人員進階制度(草案)

職稱	職掌(工作描述)	學歷(資格)	證書	訓練要求
IDS 專科護理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承擔衛生所四小時班別。 2. 協助衛生所醫療門診的工作。 3. 協助轄區內慢性病個案管理的照護工作。 4. 能負責居家護理的業務及建置工作流程。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 大學畢業 2. 須具備五年臨床經驗，其中需具備醫學中心急管、重症經驗 3. 最好具備個別管師經驗 4. 須具備專科護理師證照 5. 須具備管理師 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 護理師 2. 專科護理師 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具備內、外專科護理師證書。 2. 接受基礎公衛照護及社區專長訓練。 3. 具備專科護理師實務工作滿三年。 4. 須修習疾病管理或個案管理課程二十小時。
衛生室 專科護理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承擔衛生室的行政工作。 2. 承擔轄區內的病患基本照護、預防保健等業務。 3. 與其他衛生所(室)做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所實務經驗滿五年 2. 具備資深人員之資格 3. 最好具備碩士資格或社區專科護理師訓練 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 護理師 2. 急重症護理師 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 至少四項 C 專長通過三項專長認證，且緊急救護專長是必修課程。 2. 具備護理師證書。 3. 公衛工作年資滿三年。
衛生所 護理主管	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承擔衛生所的行政工作。 2. 承擔轄區內的病患基本照護、預防保健等業務。 3. 與其他衛生所(室)做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所實務經驗滿五年 2. 具備資深人員之資格 3. 具備護理行政主管訓練課程 4. 最好具備碩士資格 	護理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 至少四項 C 專長通過三項專長認證，且社區專長是必修課程。 2. 具備護理師證書。 3. 公衛工作年資滿三年。
資深 公衛護理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承擔衛生所業務上行政工作。 2. 承擔地段內的病患基本照護、預防保健等業務。 3. 與其他衛生所(室)做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所實務經驗滿三年 2. 具備資深人員之資格 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 護理師 2. 急重症護理師 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 至少 C 專長訓練課程通過二項專長認證。 2. 具備護理師證書。 3. 公衛工作年資滿一年。
資深 公衛護士	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承擔衛生所業務上行政工作。 2. 承擔地段內的病患基本照護、預防保健等業務。 3. 熟習衛生所基礎公共衛生護理業務。 4. 提供以家庭為中心的個案管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生所實務經驗滿一年 2. 具備新進人員之資格 	護理師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 至少通過婦幼專長課程認證。 2. 公衛工作年資滿 6 個月。

<p>新進 公衛護士</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.承擔衛生所內的業務上行政工作。 2.承擔地段保健業務。 3.熟習衛生所業務。 4.熟習婦幼業務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.大學畢業 2.最好具備中心急症個案管理課程 20 小時。 3.最好具備醫學個案管理課程 20 小時。 	<p>護理師</p>	<p>至少通過基礎公共衛生基礎的護理認證</p>
--------------------	---	--	------------	--------------------------

表 4-2. 衛生所各專長護理長訓練課程

名稱	教學目標	課程內容	時數	業務負責範圍	修課資格	備註
公衛基礎專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.能熟習公共衛生護理相關法規、發展史與政策 2.能具備健康傳播之知能。 3.能具備了解生命統計與流行病學初步技能。 4.能具備慢性病個案管理之技能。 5.能具備資源連結之知能。 6.能初步了解健康計畫之規劃、執行與評價。 7.能運用溝通與協調技能 	<ol style="list-style-type: none"> 1.公共衛生護理相關法規與政策(2) 2.健康傳播(6) 3.生命統計與流行病學(6) 4.慢性病個案管理(6) 5.資源連結(2) 6.健康計畫之規劃、執行與評價(6) 7.溝通與協調(2) 	30	<ol style="list-style-type: none"> 1.衛生教育(以個案為主) 2.中老年及慢性病防治 3.國民營養 4.居家環境衛生指導 5.巡迴醫療 6.醫療門診 	大學	護理系碩士班畢者免修
婦幼專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.深入了解婦幼衛生相關法規。 2.能執行以家庭為中心的婦幼個案管理。 3.能熟習婦幼衛生照護技能。 4.能執行常見婦幼篩檢與照護技能。 5.能具備多元文化的敏感度與尊重態度與技能。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.婦幼衛生相關法規(2) 2.婦幼個案管理(4) 3.婦幼衛生(4) 4.婦幼篩檢與照護(4) 5.多元文化(2) 	16	<ol style="list-style-type: none"> 1.優生保健 2.幼兒保健 3.青少年保健 4.聽力篩檢 5.學校衛生 6.新家庭個案管理 7.早期療育 8.視力保健 9.口腔保健 10.更年期保健 	<ol style="list-style-type: none"> 1.大學畢 2.衛生所實務經驗6個月 	
傳染病專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.深入了解傳染病防治相關法規。 2.能執行傳染病患者個案管理。 3.能熟習常見傳染病的病情與照護需求。 4.能熟習與操作疫情爆發的社區管理。 5.能熟習預防注射原理並能執行良好技能 	<ol style="list-style-type: none"> 1.傳染病防治相關法規(2) 2.傳染病患者個案管理(2) 3.傳染病照護需求(4) 4.疫情爆發管理(2) 5.預防注射原理技能(6) 	16	<ol style="list-style-type: none"> 1.預防注射 2.傳染病防治及疫調 3.性病、愛滋病防治 	<ol style="list-style-type: none"> 1.大學畢 2.衛生所實務經驗1年 	

社區專長	<p>1.能正確評估社區的健康問題與需求。</p> <p>2.能確立群體健康診斷並排列執行優先次序。</p> <p>3.能提出健康計畫與評價成效的指標。</p> <p>4.能具備執行健康計畫的技能。</p> <p>5.能執行並提出高危險群體的篩檢策略。</p>	<p>1.社區的健康問題與需求(2)</p> <p>2.群體健康診斷排列執行優先次序(2)</p> <p>3.健康計畫與評價成效的指標(4)</p> <p>4.健康計畫的技能(4)</p> <p>5.高危險群體的篩檢策略(4)</p>	16	<p>1.整合式健康篩檢</p> <p>2.社區健康評估</p> <p>3.社區健康營造</p> <p>4.乳癌防治</p> <p>5.直腸癌防治</p> <p>6.口腔癌防治</p> <p>7.子宮頸癌防治</p>	<p>1.大學畢業</p> <p>2.衛生所實務經驗1年</p>	護理系社區碩士班免修
緊急救護專長	<p>1.能熟習緊急救護相關法規。</p> <p>2.能深入了解我國緊急救護政策與執行現況。</p> <p>3.能深入了解緊急救護團隊角色與功能及其相關資源。</p> <p>4.能執行緊急救護指揮的技能。</p> <p>5.能執行護理技術之個案管理。</p>	<p>1.緊急救護相關法規(2)</p> <p>2.緊急救護政策與執行現況(2)</p> <p>3.緊急救護團隊角色與功能及其相關資源(4)</p> <p>4.居家護理技術、個案管理(4)</p>	16	<p>1.緊急醫療救護後送</p> <p>2.IDS 業務</p> <p>3.長期照護業務</p> <p>4.在宅醫護及居家護理服務</p>	<p>1.大學畢業</p> <p>2.衛生所實務經驗1年</p> <p>3.具急重症訓練證書。</p> <p>4.具 ACLS 與 EMT 證書</p>	
精神照護專長	<p>1.能深入了解社區精神照護的法規、政策與現況。</p> <p>2.能執行社區精神病患者的個案管理。</p> <p>3.能熟習社區常見精神病患的照護技能。</p> <p>4.能評估社區民眾心理衛生之需求，並規劃與執行適當的相關策略。</p>	<p>1.精神照護的法規、政策(2)</p> <p>2.社區精神病患個案管理(4)</p> <p>3.社區常見精神病患的照護(6)</p> <p>4.社區民眾心理衛生(4)</p>	16	<p>1.精神及心理衛生個案管理</p> <p>2.自殺防治</p> <p>3.家暴及性侵害防治</p> <p>4.職業衛生業務</p>	<p>1.大學畢業</p> <p>2.衛生所實務經驗1年</p> <p>3.具精神科照護經驗二年。</p>	護理學系精神科碩士班畢業考試認證即可

表 4-3. 偏遠地區公共衛生護理人員進階制度的配套措施

職稱	職等	聘任	其他津貼
衛生所護理行政主管	相當師二級	護理師	專業加級 主管加級
IDS 專科護理師	相當師三級	專科護理師	專業加級 專科護理師證照津貼
衛生室專科護理師	相當師三級	專科護理師	專業加級 專科護理師證照津貼
資深人員公衛護理師	相當師三級	護理師	專業加級 進階津貼
資淺人員公衛護士	相當士級	護士	專業加級 進階津貼
新進人員公衛護士	相當士級	護士	專業加級 進階津貼

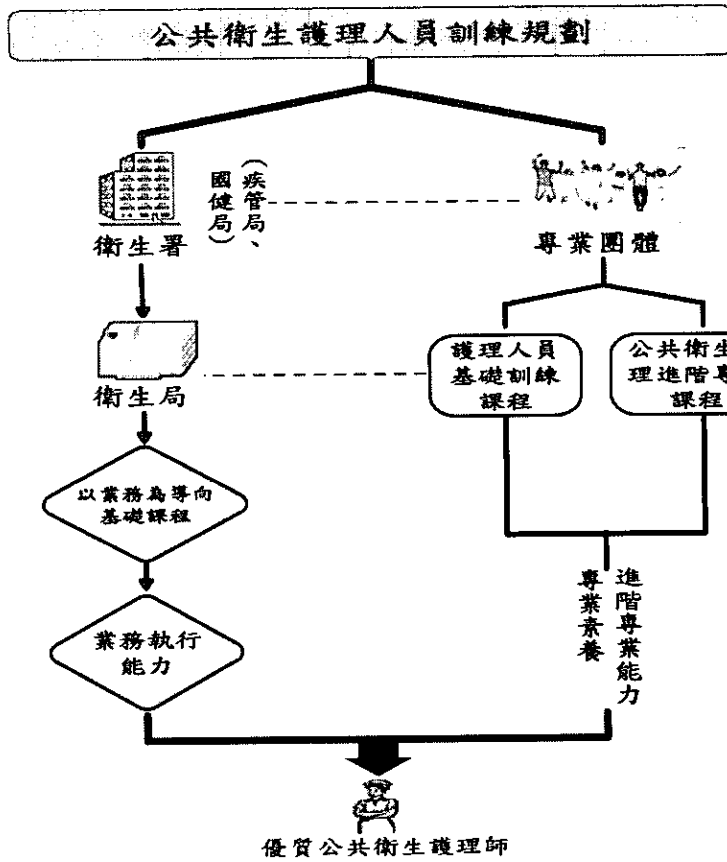


圖4-1. 公共衛生護理人員訓練規劃

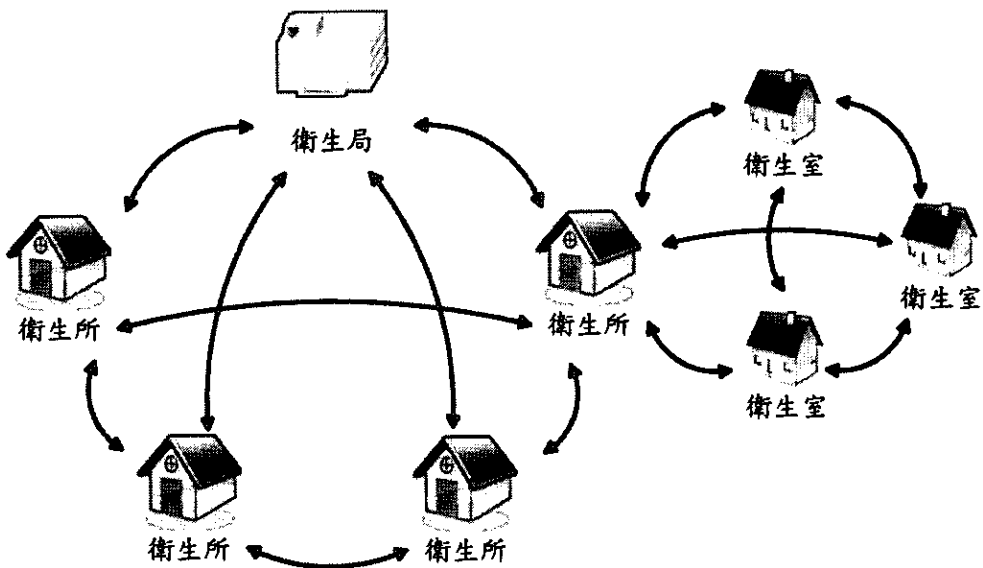


圖4-2. 特殊專長護理師相互支援

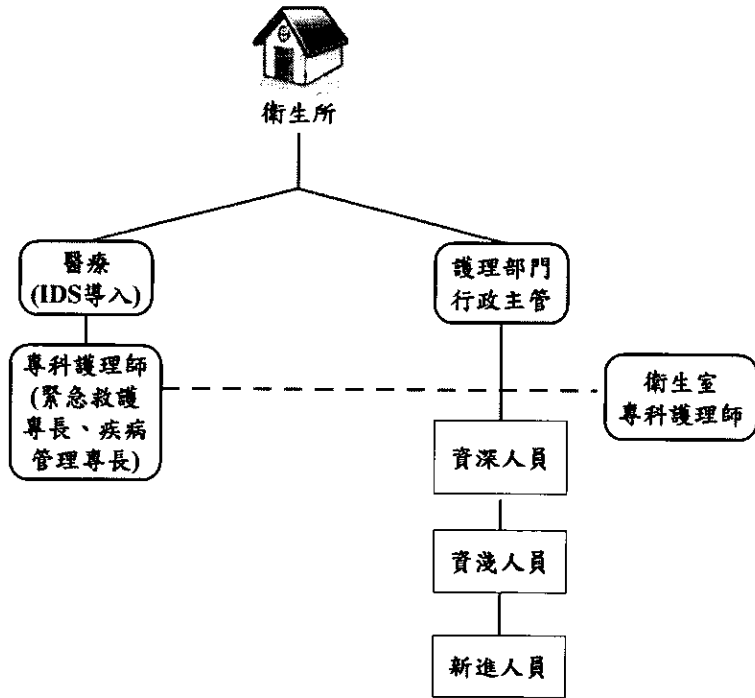


圖4-3.偏遠地區衛生所護理人員進階制度

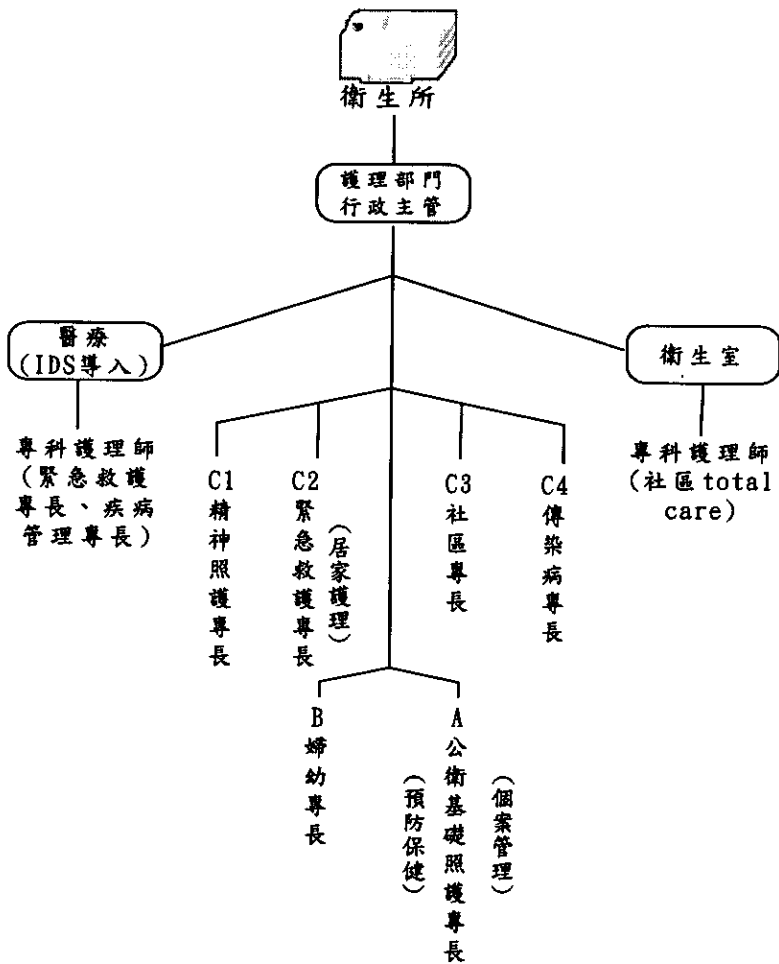


圖4-4.偏遠地區衛生所護理工作模式(草案)

行政院衛生署 96 年度研究計畫

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階
護理工作之建構計畫(2/2)

第二次專家會議資料

(本研究未結案前不宜轉用，懇請配合，感謝您！)

計畫編號：DOH97-TD-M-113-055

主持人：林綽娟副教授

協同主持人：黃玉珠副教授、馬金足課長、許智皓助理教授

2008/7/17

中國醫藥大學

目 錄

	頁碼
一、 第一次專家會議紀錄	01
二、 第二次專家會議議程	03
三、 表 1-1 衛生所新進公衛護理人員工作職掌與訓練 課程規劃(草案)	04
四、 表 1-2 衛生所資淺公衛護士工作職掌與訓練 課程規劃(草案)	05
五、 表 1-3 衛生所資深公衛護理師工作職掌與訓練 課程規劃(草案)	06
六、 表 1-4 衛生所護理長工作職掌與訓練課程規劃(草案)	07
七、 表 2-1 偏遠地區公共衛生護理人員進階制度的 配套措施(草案)	08
八、 台灣護理學會—醫院基層護理人員臨床專業能力進階 制度規劃指引	09
九、 台灣護理學會—個案報告送審作業	14
十、 台灣護理學會—護理專案送審作業	17
十一、 「基礎急重症護理師證書」認證辦法	19
十二、 長期照護護理人員基礎訓練-核心課程	24
十三、 「精神衛生護理師」甄審辦法	27
十四、 美國護士學會公共衛生護理執業標準	30
十五、 台灣護理學會社區衛生護理專業範疇-公共衛生護理	31
十六、 社區健康照護基礎課程單元(初稿)	37

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階 護理工作之建構計畫第一次專家會議紀錄

- 一、時間：97年7月3日 星期四 14:00
- 二、地點：中國醫藥大學(台中市北區學士路91號10樓 討論室一)
- 三、出席人員：蔡淑鳳副處長、許國敏顧問、陳妙青科長、張淑真課長、
蕭春櫻秘書、黃玉珠副教授、顏婉娟護理長、史萬秋護理長
- 四、書面答覆人員：許國敏顧問、邱啟潤教授、羅文敏科長
- 五、請假人員：蕭淑珍組長、羅財彰局長、馬金足課長、李素華理事長
- 六、主持人：林緯娟 副教授 紀錄：魏毓勵
- 七、提案討論

案由一：偏遠地區衛生所護理工作模式草案

決議：保留圖 4-1 與圖 4-2，圖 4-3 修改為圖 4-5。

1. 本研究以「山地離島地區衛生所護理人員」為研究對象。依醫政處定義為原則，30 個山地衛生所 18 個離島衛生所。
2. 本研究建議需立法修改衛生所組織章程與角色功能(可參考日本「地域保健法」)才能打破行政區域，達到資源整合的目的，也才能提升衛生所護理人員相互支援的可行性。
3. 資深人員須以專長跨衛生所的支援，以諮詢或共同執行專案方式進行，至少支援 3-4 個衛生所，此並列為資深人員的工作職掌。
4. 加強離島公共衛生護理人員的緊急救護能力，如：持有 ACLS 證書及資源聯絡能力，至於實際救護過程應涵蓋 IDS 計畫所有人員的參與。
5. 本研究以進階為主，「專科化」之衛生室專科護理師另案討論。IDS 專科護理師為外包業務，不宜在本研究討論，建議當地衛生所自行列為外包業務中的要求事項。
6. 衛生室專科護理師應強調離島衛生室護理人員能力問題，也需強調急重症遠距醫療社區健康照護等的的能力。當交通中斷，在三級離島衛生所，護理人員是唯一可提供醫療服務的來源，其能力是有需要被提升。
7. 建議衛生署可用鼓勵措施，以執行優秀的縣市當作典範帶領整個各縣市改變。
- 8.

案由二：偏遠地區公共衛生護理人員進階訓練規劃

決議：取消表 4-2 及圖 4-4，修改表 4-1。

1. 本研究所提的照護模式及進階制度以通盤規劃，少數離島或山地特有項

- 目，列為衛生所個別需求課程，護理人員可列為個人學習項目。
2. 公共衛生護理人員的訓練以通才(generalist)為目前首要目標，各項專才列為未來規劃事宜。
 3. 訓練課程中應需較實務較實做方式，可用案例、PBL 等方式。例如案例方面，新進公共衛生護理人員包括：慢性病、婦幼案例，資淺公共衛生護理人員、傳染病，資深公共衛生護理人員包括：長期照護(居家)案例。
 4. 訓練課程中應涵蓋個人、家庭、社區等層面。
 5. 護理人員核心能力以護理過程為基礎建置，其內容應涵蓋教學、溝通協調、研究、自我專業成長、管理能力、轉換的能力等。
 6. 訓練課程中應加入老人長期照護、全人醫療與保健等新衛生政策。
 7. 訓練課程中應涵蓋職業倫理，其中包括使命感，人文等課程。
 8. 整體公共衛生護理人員訓練，應結合公會、學會、學校與國健局的資源，共同擬定與說明各自在訓練課程所扮演的角色。

案由三：工作模式與專長訓練規劃的配套措施

決議：表 4-3 增加附註說明，刪除專科護理師。

1. 衛生所護理人員參與進階的成果列為個人及衛生所考核指標之一，以提升護理人員參與進階制度的意願。

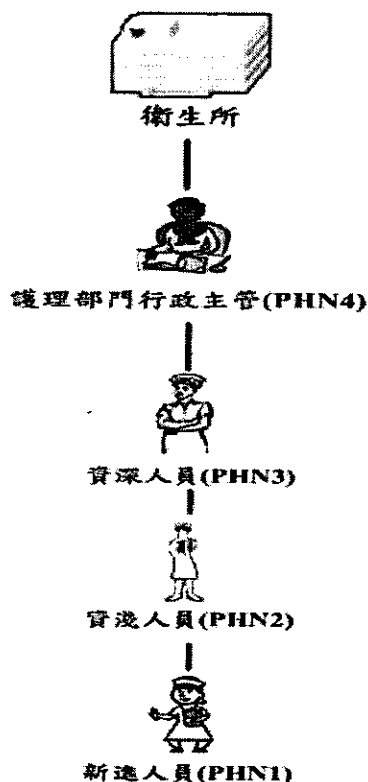


圖4-5. 偏遠地區衛生所護理人員進階制度

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階
護理工作之建構計畫第二次專家會議議程

一、時間：97年7月17日 星期四 下午2點整

二、地點：中國醫藥大學

(台中市北區學士路91號立夫教學大樓11樓討論室II)

三、出席專家：蔡淑鳳副處長、許國敏顧問、陳妙青科長、
羅文敏科長、蕭淑珍組長、羅財彰局長、蕭春櫻秘書、
張淑真課長、馬金足課長、李素華理事長、
顏婉娟護理長、史萬秋護理長、邱啟潤教授、
黃玉珠副教授、許智皓助理教授

四、主持人：林綽娟 副教授

紀錄：魏毓勵

五、討論議題

1. 公共衛生進階護理制度規劃

說明：參考表 1-1 至 1-4、表 2-1

2. 訓練經費的籌措

說明：擬建議以衛生署部份補助方式委託學會(機構)辦理

3. 受訓人員的權利與義務

p.s. 若您未能出席，請依討論議題給與建議於 7/16 前寄回給綽娟，
感謝您撥冗協助使本計畫更加完整。

表 1-1. 衛生所新進公衛護理人員工作職掌與訓練課程規劃(草案)

職稱	職掌(工作描述)	學歷(資格)			角色功能		具備能力
新進公衛護士 (PHNI)	1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.運用社區健康照護技能執行主辦業務。	1.大學畢，具護理師至少通過基礎公共衛生護理課程認證 2.最好具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。			執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護		個案管理(家庭照護)能力 T, M, C, R, S,
核心能力	課程內涵	時數	T	M	C	R	S
評估	1. 家庭評估 2. 社區評估 3. 問題解決 4. 文化能力 5. 執業倫理 6. 夥伴關係						
群體健康診斷與優先排序	1.流行病學 2.排序設定之標準 3.生物統計 4.環境健康						
確立成效指標	1. 危險識別 2. 指標設定 3. 需求評估						
計畫	1.目標設定 2.資源整合						
執行	1.協調 2.發展合宜的策略：健康教育、健康促進與普查 3.諮詢：有效行銷 4.成本效益分析 5.參與政策:瞭解現行社會與健康政策						
評價	1.識別過程與成效指標 2.反思與修正						
考核							
考試 作業考核							
備註	1. 訓練方式：課程講授(L)、遠距(E)、通訊(T)、案例分析(C)。比例→2：1：1：2。 2. T：教學能力；M：管理能力；C：溝通協調能力；R：研究能力；S：自我專業成長的能力						

表 1-2. 衛生所資淺公衛護士工作職掌與訓練課程規劃(草案)

職稱	職掌(工作描述)	學歷(資格)			角色功能		具備能力
資淺公衛護士(PHN2)	1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.執行以團體為基礎的個案管理。 5.衛生室(或其它地段)聯結	1.大學畢，具護理師，至少通過資淺公衛照護課程認證 2.最好具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿二年。			執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護與執行急救技術，並支援(指導)聯結其他衛生室(地段)共同執行健康計畫		家庭, 社區, T, M, C, R, S,
核心能力	課程內涵	時數	T	M	C	R	S
評估	1. 家庭評估 2. 社區評估 3. 問題解決 4. 文化能力 5. 執業倫理 6. 夥伴關係						
群體健康診斷與優先排序	1. 流行病學 2. 排序設定之標準 3. 生物統計 4. 環境健康						
確立成效指標	1. 危險識別 2. 指標設定 3. 需求評估						
計畫	1. 目標設定 2. 資源整合 (Resources Relocation)						
執行	1. 協調 2. 發展合宜的策略：健康教育、健康促進與普查 3. 諮詢：有效行銷 4. 成本效益分析 5. 參與政策：瞭解現行社會與健康政策						
評價	1. 識別過程與成效指標 2. 反思與修正						
考核							
考試 作業考核							
備註	1. 訓練方式：課程講授(L)、遠距(E)、通訊(T)、案例分析(C)。比例→2：1：1：2。 2. T：教學能力；M：管理能力；C：溝通協調能力；R：研究能力；S：自我專業成長的能力。						

表 1-3. 衛生所資深公衛護理師工作職掌與訓練課程規劃(草案)

職稱	職掌(工作描述)	學歷(資格)			角色功能			具備能力
資深公衛護理師 (PHN3)	1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患基本照護、緊急救護、預防保健等業務。以社區為基礎提供預防保健業務。 3.與其他衛生所做適當的資源聯結，並支援 2~3 個衛生所專長業務，以提供優質健康服務。 4.執行以地段或社區的健康計畫	1.大學畢，具護理師與 ACLS 證書，至少通過資深公衛照護課程認證 2.最好具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿五年。			執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護與執行急救技術，並以專長支援其它衛生所，且共同執行健康計畫			社區， 家庭， T, M, C, R, S,
核心能力	課程內涵	時數	T	M	C	R	S	
評估	1. 家庭評估 2. 社區評估 3. 問題解決 4. 文化能力 5. 執業倫理 6. 夥伴關係							
群體健康診斷與優先排序	1. 流行病學 2. 排序設定之標準 3. 生物統計 4. 環境健康							
確立成效指標	1. 危險識別 2. 指標設定 3. 需求評估							
計畫	1. 目標設定 2. 資源整合(Resources Relocation)							
執行	1. 協調 2. 發展合宜的策略：健康教育、健康促進與普查 3. 諮詢：有效行銷 4. 成本效益分析 5. 參與政策：瞭解現行社會與健康政策							
評價	1. 識別過程與成效指標 2. 反思與修正							
考核								
考試 作業考核								
備註	1. 訓練方式：課程講授(L)、遠距(E)、通訊(T)、案例分析(C)。比例→2：1：1：2。 2. T：教學能力；M：管理能力；C：溝通協調能力；R：研究能力；S：自我專業成長的能力。							

表 1-4. 衛生所護理長工作職掌與訓練課程規劃(草案)

職稱	職掌(工作描述)	學歷(資格)		角色功能				具備能力
衛生所護理主管 (PHN4)	1.承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救護、預防保健等業務。 3.與其他衛生所做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。	1.大學畢(最好具備碩士資格)，具護理師與 ACLS 證書，資深公衛護理師認證。具備護理行政主管訓練課程認證。 2.最好具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿五年		能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行急救技術及緊急救護之資源聯結(跨團隊、跨區域)				社區、系統 T, M, C, R, S,
核心能力	課程內涵	時數	T	M	C	R	S	
評估	1. 家庭評估 2. 社區評估 3. 問題解決 4. 文化能力 5. 執業倫理 6. 夥伴關係							
群體健康診斷與優先排序	1. 流行病學 2. 排序設定之標準 3. 生物統計 4. 環境健康							
確立成效指標	1. 危險識別 2. 指標設定 3. 需求評估							
計畫	1. 目標設定 2. 資源整合(Resources Relocation)							
執行	1. 協調 2. 發展合宜的策略：健康教育、健康促進與普查 3. 諮詢：有效行銷 4. 成本效益分析 5. 參與政策：瞭解現行社會與健康政策							
評價	1. 識別過程與成效指標 2. 反思與修正							
考核								
考試 作業考核								
備註	1. 訓練方式：課程講授(L)、遠距(E)、通訊(T)、案例分析(C)。 比例→2：1：1：2。 2. T：教學能力；M：管理能力；C：溝通協調能力；R：研究能力； S：自我專業成長的能力。							

表 2-1. 偏遠地區公共衛生護理人員進階制度的配套措施

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN4 (護理長或儲備護理長)	相當師二級	護理師	專業加級 主管加級
PHN3 (資深公衛護理師)	相當師三級	護理師	專業加級 進階津貼
PHN2 (資淺公衛護士)	相當士級	護士	專業加級 進階津貼
PHN1 (新進公衛護士)	相當士級	護士	專業加級 進階津貼
備註：以下列為衛生所考核指標			
2. 衛生所護理人員須逐年增加進階人員比例，第一年：20%；第二年：50%；第三年：80%；第四年：100%。			
3. 衛生所各級人員的比例建議：PHN1: 20%，PHN2: 30%，PHN3: 30%，PHN4: 20%。			
4. 公衛護理師的各類專科進修認證以加分方式列入考核。			

社區健康照護基礎課程

單 元	課程內容主要概念
健康的概念與理論 健康促進	<ol style="list-style-type: none"> 1. 何謂健康？如何促進健康？ 2. 何謂健康促進及健康維護？ 3. 如何落實健康促進及健康維護於社區護理中？
社區衛生護士之重要性及功能	<ol style="list-style-type: none"> 1. 試敘 Advanced CHN practitioner 之職責與功能
社區評估之概念及重要性 社區評估的理念及架構	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區評估之目的 2. 如何運用社區評估結果 3. 社區評估之工具介紹 4. 社區評估之架構及發展過程 5. 各種架構之優缺點比較
民眾參與及充能過程	<ol style="list-style-type: none"> 1. 何謂民眾參與及充能 2. 民眾參與及充能的重要性 3. 如何促進民眾參與及充能
社區資料之收集與整合	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資料之種類與資料收集來源 2. 各種不同資料種類之優缺點 3. 資料分類的方法與信效度
社區組織	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區組織的種類與性質 2. 社區組織的招募與運作方式
社區健康資料彙整、分析與運用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 如何運用資料作有效溝通 2. 資料彙整、分析的方法
社區健康診斷	<ol style="list-style-type: none"> 1. 如何確立社區健康診斷 2. 確立社區健康診斷的原則與考量 3. 社區健康診斷之內涵
如何確立社區健康問題優先排序	<p>排序健康問題優先次序之重要性與方法</p> <p>各種排序健康問題優先次序方法的優缺點比較</p>
社區健康營造及社區總體營造之理論與策略	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區健康營造及社區總體營造的異同與現況 2. 兩者如何相輔相成
Overview of Planning	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計劃與改變 2. 計劃的過程 3. 影響計劃的因素

Targeted assessment for planning	1. 分析目標群體的需要 2. 目標群體需要的必要性與價值 3. 健康問題的原因分析
Models of program planning	-健康計劃的理論架構與模式 -比較不同模式的優缺點
Process of program planning	-健康計劃的步驟 -各項步驟的重要性
1. Goals and objectives of health program 2. Resources management & budget	-宗旨與目標的區別 -宗旨與目標的設立 -資源管理與預算編列的方法 -影響管理預算編列的因素
Strategies of intervention	-創意策略的方法 -影響策略執行的因素
Process of implementation	-執行過程的合適性 -執行過程障礙的克服
Models of Evaluation	-評值模式的介紹與比較
Overview of evaluation and processes of evaluation	-評值過程實施方法與注意事項 -計劃成效的執行與完成
Indicators and measurements of Evaluation	-評值指標的種類與品質 -指標的信效度
Organizations and power on health program	-社區政治力/組織對健康計劃的影響 -助力與阻力
Data collection strategies and analysis of evaluation	-評值的分析架構與方法並比較其相異點
Social & political context of health policies on community health nursing	-社會/政治對社區護理工作的影響 -發展良性影響力的策略
Role and function of community health nurses on issues of health policies	-CHN 在衛生政策的參與及影響 -衛生政策參與的策略 -健康政策

其他建議單元：

1. case management
2. management & leadership
3. program management
4. quality management
5. health education and group process
6. evidence-based practice
7. cultural diversity in the community

行政院衛生署 96 年度研究計畫

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來
進階護理工作之建構計畫(2/2)

第三次專家會議資料

(本研究未結案前不宜轉用，懇請配合，感謝您！)

計畫編號：DOH97-TD-M-113-960155

主持人：林綽娟副教授

協同主持人：黃玉珠副教授、馬金足課長、許智皓助理教授

2008/7/31

中國醫藥大學

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階護理工作
之建構計畫第二次專家座談會記錄

一、時間：97年7月17日 星期四 下午2點整

二、地點：中國醫藥大學

(台中市北區學士路91號立夫教學大樓11樓討論室II)

三、出席專家：蔡淑鳳副處長、許國敏顧問、陳妙青科長、蕭淑珍組
長、蕭春櫻秘書、張淑真課長、馬金足課長、顏婉娟護理
長、史萬秋護理長、許智皓助理教授

四、主持人：林綽娟 副教授

紀錄：魏毓勵

五、討論議題

案由一

1. 3~4級離島的醫療，由於欠缺醫師，基於人民有醫療權，應安排資深護理人員在當地提供全人照護。此位資深護理人員可透過遠距醫療執行醫師醫囑，緊急時可提供生命維生技能。由於3~4級離島資深護理人員負擔當地健康照護是唯一的健康照護專業人員，故在薪資上應有特殊保障，以吸引符合資格的護理人員長時間待在3~4級離島。資深護理人員資格為具有內、外專科護理師執照並接受40小時公共衛生照護課程具公共衛生照護精神。其薪資應於應有一定的保障。
2. 進階制度的照護模式，可像健保局分區醫療區域內建置進階護理人員相互支援系統，此支援以諮詢，共同執行計畫等。山地鄉IDS經費也許可協助做此輔導機制。
3. 進階制度應考慮評價指標的測量。
4. 居民的健康狀況列入評價指標。
5. 篩檢個案後的疾病管理透過各項資源(如IDS)、團體(如病友會)，同時也可呈現社區民眾的健康問題。
6. 公共衛生護理人員具備社區評估的技能，此可協助公共衛生護理人員具備較強的邏輯思考，亦可協助護理人員如何以評估資料說明社區需求，公共衛生護理人員應學習如何以此說明目標數的項目及量是否合理及達成率的可行性。
7. 進階課程大致分為lecture、實作及當地特殊需求課程等三種方式訓練，但lecture仍需以各項業務為範例為宜。部份lecture可印製成光碟以使偏遠地區nurses可自我學習。遠距或通訊亦可考量，透過考核使訓練品質有一致標準。訓練課程宜集中上課，並確實督促簽到。並給予公假(由衛生署發函)受訓。
8. 訓練課程應分北、中、南、東地區舉辦以利公共衛生護理人員出席，減少

交通往返。

9. 課程應較活潑、有趣且多以案例為主，尤其學員本身地段或業務的案例。
10. 訓練課程師資亦多培養資深實務的公共衛生護理人員。
11. 護理人員在業務相互支援可設定議題，由外地專家諮詢(如災難等)。
12. know how 是訓練課程的重點，符合當地情境的 know how。
13. 建議衛生署以委托或補助計畫方式獎勵衛生局舉辦山地鄉進階課程，辦的優的訓練經費高，以茲鼓勵。
14. 衛生局記嘉獎或小功以鼓勵公共衛生護理人員參與進階制度。

案由二

1. 建議培訓經費在初步鼓勵公共衛生護理人員參與的情況下，宜由衛生署編列預算執行。公共衛生護理人員是公務人員，負擔執行國家政策之基層人員。

案由三

1. 應逐年鼓勵，規劃最後參與進階是公共衛生護理人員的義務，使能獲得晉升。

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階護理工作之
建構計畫第三次專家會議議程

時間：97年7月31日 下午2點整

地點：立夫教學大樓 11樓討論室 II

討論議題

- 一、 山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度的課程規劃、
課程方式及考核辦法
說明：如附件

p.s. 若您未能出席，請依討論議題給與建議於 7/28 前寄回給綽娟，
感謝您撥冗協助使本計畫更加完整。

山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度規劃草案

2008/7/31

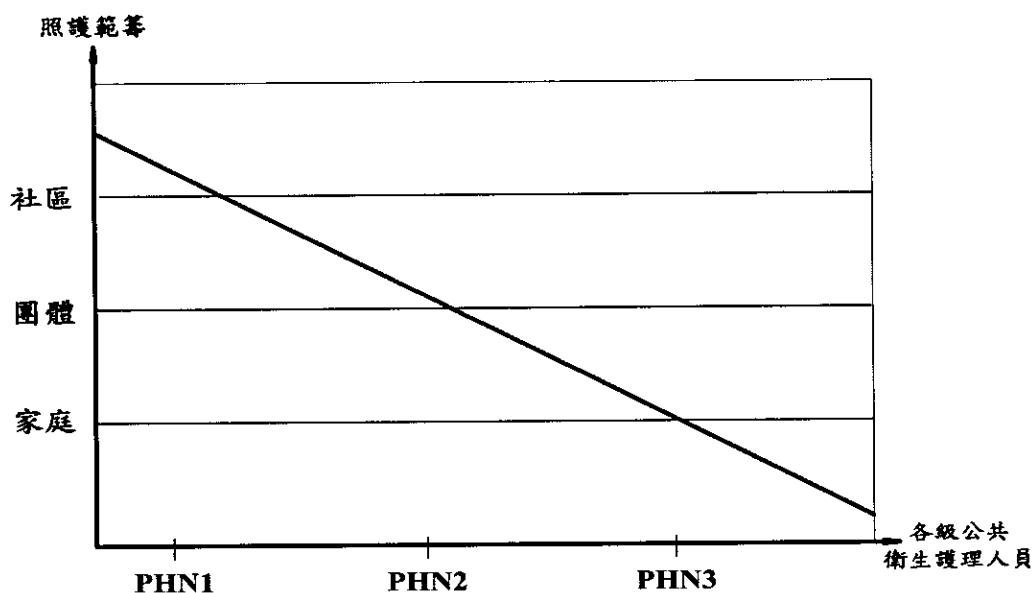
一、 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階區隔分成三級，其能力區分如下表：

職級	能力區分
PHN1	1.衛生所的基礎公共衛生護理 2.個案管理
PHN2	1.以團體為基礎的照護。 2.護生指導
PHN3	1.以社區為基礎的照護 2.主辦業務的創新 3.衛生所照護問題專案處理 4.協助健康研究調查之設計 5.新進人員指導

二、 名詞界定

新進人員 (PHN1)	衛生所工作滿一年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護者。
在職護理人員 (PHN2)	衛生所工作滿三年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
進階護理人員 (PHN3)	衛生所工作滿六年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

三、 各級護理人員工作範疇



四、山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇

表 3-1 進階 PHN 護理人員的角色範疇

職稱	角色功能	資格	工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過 PHN1 課程認證。 2.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救護，並支援(指導)聯結衛生室(地段)共同執行健康計畫。	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過 PHN2 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書， 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務。 3.與其它地段(或其他衛生室)聯結，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4. 協助擔任 PHN1 的 mentor
PHN3	能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救護之規劃與執行，及資源聯結(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過 PHN3 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年 	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助或承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救護、預防保健等業務。 3.與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 4. 擔任 PHN 的 mentor

五、山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練重點(課程大綱)

職級	Lecture(演講式)	實作	衛生所特色課程
PHN ↓ PHN1	12. 公衛護理人員角色功能的時代意義 13. 個案管理、家庭評估及照護策略。 14. 社區健康評估概論(夥伴關係、充能) 15. 有效的溝通，資料搜尋技巧。 16. 社區資源。 17. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境)。 18. 緊急救護概論&危機管理 19. 品質保證(I):健康照護品質概念介紹(實證概念)、健康計畫管理。	20. 家庭健康問題分析與處理:如 PBL 方式。 21. 主辦業務的問題分析與處理:如 PBL 方式。	鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等,如 PBL 方式)
PHN1 ↓ PHN2	13. 在職公衛護理人員角色功能的時代意義。 14. 以團體為基礎的健康計畫與執行。 15. 社區健康評估概論。 16. 溝通與協商,實證資料的搜尋。 17. 社區資源的連結。 18. 護理與法律、倫理議題(醫療糾紛案例討論、常見法律問題解析)。 19. 緊急救護的執行技巧&危機管理。 20. 品質保證(II):製定照護標準的技巧、健康計畫管理。 21. 流行病學的應用。	22. 高危險個案群的團體照護(以理論評估團體各層面的需求):如 PBL 方式。 23. 主辦業務的創新與計畫:如 PBL 方式。	24. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康議題等,如 PBL 方式)。
PHN2 ↓ PHN3	14. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義。 15. 社區資料的分析與問題的確立,健康計畫的規劃與評價,並評價指標的設立與執行。 16. 發展健康政策的技巧。 17. 資源的開發與運用。 18. 健康危機管理的規劃與執行。 19. 衛生所護理業務的目標與運作。 20. 談判、協商與調整、決策力。 21. 緊急救護的醫療團隊觀。 22. 護理與法律、倫理議題(提出醫療糾紛案例討論並發掘解決方案)。 23. 品質保證(III):持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。	24. 以社區或地段執行社區健康評估與問題確立:如 PBL 方式 25. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務):如 PBL 方式	26. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康計畫等,如 PBL 方式)。

Ps. 實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳

六、山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力進階制度晉陞要求

	PHN → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1.參加 PHN1 在職訓練 30 小時 2.參加衛生所(組織/機構)的讀書報告與案例討論 6 小時	1.參加 PHN2 在職訓練 60 小時。 2.參加主管機關內之學術活動 10 小時。	1.參加 PHN3 在職訓練 60 小時。 2.參加主管機關內學術活動 12 小時。
基礎能力	1.以民眾(個案家庭)健康為使命。 2.能有效的、積極的在期限內完成任務 3.能合諧溝通以達團隊工作。	1.能主動發掘民眾(團體)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成。 3.能注意弱勢團體的健康需求。	1.能主動發掘民眾(社區)健康問題，以其健康為使命 2.能積極有效的評價民眾健康指標。 3.能為弱勢團體的健康需求代言並連結適當資源以解決其健康問題。
專業能力	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程。 2.家庭評估與照護	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，並協助 PHN1 熟習地段與主辦業務。 2.團體評估與照護。 3.主辦業務的創新。 4.分析所收集的資料並提出團體的健康問題	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，主持社區評估與計劃執行。 2.擔任 PHN1, PHN2 教育課程及輔導。 3.連結地區資源與民眾健康需求，發展主辦業務的推動計畫。
應用能力	1.個案管理的運用 2.能創新達成上級主管的目標。	1.能協助指導護生與新進人員 2.能將上級目標(目標數)轉換於本身的業務。	1.獨立指導新進人員及護生 2.創新健康計畫，以解決社區民眾健康問題。
作業	通過家庭護理報告審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」審查合格

七、山地離島偏遠地區衛生所護理人員各級進階訓練評價指標

4. 基礎能力

進階等級	關愛/使命	溝通與合作	倫理素養	克盡職責	終身學習	批判性思考	判斷力	文化知覺
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區個案健康。 -理解公共衛生護理的使命感(我願意)。 	<ul style="list-style-type: none"> -以書面和口頭的有效溝通&清楚說明。 -有效的傾聽 -與個案形成夥伴關係並充能夥伴。 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重個案隱私。 -擁有工作倫理觀。 -主動配合業務之執行。 	<ul style="list-style-type: none"> -對工作有責任感、對自我業務盡責執行 -執行個人在團隊的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -勇於挑戰新業務 -主動搜尋資料解決問題 -確認資料之正確性 	<ul style="list-style-type: none"> -能對不清楚的業務發生質疑。 -能對個案健康照護理事宜思考最適策略。 	<ul style="list-style-type: none"> -能正確辨別業務/個案的異常情形，並能報告適當的處理 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重文化的多元性及其重要性
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -關懷團體的健康 -公共衛生護理使命的內化 	<ul style="list-style-type: none"> -能參加團體並帶領小組討論 -與團體形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -主辨業務之創新與執行 -各項資料使用的倫理觀 -能發覺倫理異常議題 	<ul style="list-style-type: none"> -有效率與有品質的在限期內完成業務的目標 	<ul style="list-style-type: none"> -能搜尋實踐的最佳健康促進策略 	<ul style="list-style-type: none"> -能對團體健康問題分析可能原因，並創新改善策略 	<ul style="list-style-type: none"> -能提早辨別業務/團體的異常情形，並能報告適當的預防措施 	<ul style="list-style-type: none"> -能定義文化對團體成員的影響 -健康行銷能落實於當地文化情境
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區的健康並視為個人專業的使命 -領導實踐公共衛生護理的使命感 	<ul style="list-style-type: none"> -倡導公共衛生計畫 -與社區型成夥伴關係並充能夥伴 -尊重對方的談判協商能力 	<ul style="list-style-type: none"> -主辨業務之創新與執行 -能指導倫理異常事宜 	<ul style="list-style-type: none"> -確實理解衛生所護理業務的職責並能帶領PHN執行 	<ul style="list-style-type: none"> -能以實踐資料發展本土化健康策略 	<ul style="list-style-type: none"> -能對社區健康問題分析可能原因並帶領提出改善策略 	<ul style="list-style-type: none"> -能快速正確辨別業務/社區的異常情形，並能做出適當的處理 	<ul style="list-style-type: none"> -對社區內不同文化群體發展合適健康計畫

5. 專業能力

進階等級	評估&分析	規劃	執行&指導	評價與品質保證	計畫的管理	主辦業務	緊急救護
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練家庭評估。 -依所收集的質量性資料分析個案健康問題。 -評價並正確使用所收集的資料。 -能知覺社區健康評估。 	<ul style="list-style-type: none"> -具健康計畫規劃的概念。 -規劃個案健康計畫。 	<ul style="list-style-type: none"> -決定適當的行動與時機。 -執行健康計畫並與個案分析適當性與成效。 -有計畫的、有效的執行健康計畫。 	<ul style="list-style-type: none"> -識別過程與成效指標。 -能設定個案照護的評價指標與評質成效。 -能理解與執行社區健康計畫的評價指標。 	<ul style="list-style-type: none"> -能有效管理主辦業務的推動。 -能訂定個案照護的管理指標與時程 	<ul style="list-style-type: none"> -能理解主辦業務對當地居民的健康影響。 -能如期完成主辦業務的推動 	<ul style="list-style-type: none"> -能參與災難救護訓練課程。 -能配合執行緊急救護。 -能評估個案與地段的健康危機 -具危險識別知能。
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練團體需求評估。 -依所收集的資料分析團體健康問題。 -生物統計。 	<ul style="list-style-type: none"> -能規畫團體的健康計畫。 -能明列健康計畫時程。 -能將主辦業務融入地段/團體健康的需求健康計畫。 	<ul style="list-style-type: none"> -積極執行健康計畫與評價指標。 -能執行突發緊急應變計畫。 -能與主辦業務連結並發展創新計畫。 -健康教育與健康促進。 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展團體健康計畫的評價指標。 -能評質計畫的成效。 -能依理論提出創新策略以達評質目的。 -與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。 	<ul style="list-style-type: none"> -有效管理各項業務的推動。 -能訂定各項計畫的管理指標與時程 -能進行主辦業務的創新管理策略。 	<ul style="list-style-type: none"> -能透過主辦業務，解決居民健康問題。 -發展主辦業務的創新策略與計畫，以符合民眾健康需求 	<ul style="list-style-type: none"> -能參與規劃災難救護訓練課程 -能執行緊急救護行為。 -能敏感評估團體與地段的健康危機。

PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練社區評估 -依所收集的資料分析社區健康問題 -選擇公衛議題以改善社區區民健康狀況 -設定排序之標準 	<ul style="list-style-type: none"> -將政策轉換成衛生所的方案 -能提出符合當地需求社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -發展執行政策的計畫並能輔導執行 -發展主辦業務的創新計畫，及執行計畫的策略與時程 	<ul style="list-style-type: none"> -持續檢討與修正 -評質計畫對社區居民的健康改善成效 -持續評價以提出創新策略健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -有效管理社區各項業務的推動 -能輔導PHNI並訂定各項計畫的管理指標與時程 -能輔導PHNI 進行主辦業務的創新 	<ul style="list-style-type: none"> -將主辦業務與社區健康需求結合提出社區健康計畫 -能輔導 PHNI & PHN2 具體執行主辦業務且符合社區民眾需求的健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -能負責規劃災難救護行動與訓練課程 -能領導執行緊急救護行動 -能敏感評估社區的健康危機並提出改善計畫以減輕傷害的發生
------	--	---	--	---	---	--	---

6. 應用能力

進階等級	實證基礎的方案規劃與執行	主辦業務的創新	資源開發與連結	健康危機管理	當地特性的實務應用	諮詢/輔導
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -具搜尋能力以理解實證的個案照護。 -發展合宜的策略：健康教育、健康促進。 -能以實證基礎初步檢視個案照護計畫。 	<ul style="list-style-type: none"> -深入理解主辦業務的學理依據 -創新主辦業務的執行方法。 	<ul style="list-style-type: none"> -地產資源的搜尋與建置。 -評價地段資源的可用性。 -主動支援社區活動。 -連結地段資源。 	<ul style="list-style-type: none"> -具個案健康危機管理的評估技能。 -能具體提出改善策略。 	<ul style="list-style-type: none"> -理解當地語言能做初步溝通。 -能以當地交通工具有推展業務。 -能對尊重當地文化並依此進行健康評估。 	<ul style="list-style-type: none"> -負責個案的諮詢與輔導。
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證基礎檢視個案照護計畫，並給予改善建議 -能評價計畫成效 -能提供諮詢：有效行銷 -成本效益分析 -能參與研究調查 	<ul style="list-style-type: none"> -協助指導 PHN1 的主辦業務 -主辦業務融入地段/社區健康需求 	<ul style="list-style-type: none"> -社區資源的建置與連結 -與社區資源共同執行健康計畫 -資源活化與整合 	<ul style="list-style-type: none"> -具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以減輕危機所造成的傷害 	<ul style="list-style-type: none"> -能以當地語言進行健康行銷 -各項健康議題的推動均能考量當地居民的文化差異 	<ul style="list-style-type: none"> -負責團體個案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生事宜
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證基礎檢視社區照護計畫 -能領導 PHN1 & PHN2 共同計畫 -參與政策的形成：瞭解現行社會與健康政策 -能主導研究調查以建立社區健康需求 	<ul style="list-style-type: none"> -主動規劃社區健康需求的主辦業務 -主動建議/建立適合的主辦業務評價指標 	<ul style="list-style-type: none"> -開發與允允能社區資源參與健康議題 -連結/協助社區資源發展社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以預防健康危機的發生 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展具當地文化特色的健康計畫與評價指標 -能指導 PHN1 & PHN2 尊重當地文化的策略 	<ul style="list-style-type: none"> -負責社區方案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 & PHN2 業務的進行 -指導護生學習公共衛生事宜

八、山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

15. 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標衛生所方面：

1. 衛生所護理人員須逐年增加進階人員比例，第一年：20%；第二年：50%；第三年：80%；第四年：100%。
2. 衛生所各級人員的比例建議：PHN1: 20%，PHN2: 30%，PHN3: 30%，PHN4: 20%。
3. 公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入個人與衛生所的考核。

個人方面：

五、公衛護理人員的參與進階情形建議列入個人考核與記功等個人考績。

16. 其他

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及
未來進階護理工作之建構計畫」

蕭淑珍

- 一、 上次會議決議第2點：「建議需立法修改衛生所組織章程與角色功能」乙節，衛生所依現行「地方制度法」及「地方行政機關組織準則」規定，衛生所組織規程及員額設置及任用，係屬地方政府權責；經查目前各縣市政府所訂衛生所組織規程中並無「衛生室」此名稱。
- 二、 本計畫以護理工作模式，規劃資深、資淺、新進人員工作職掌及訓練課程，惟 p4~7 頁之課程內涵一樣，無法瞭解其差異性。另因衛生所同仁，承辦業務種類繁多，並有業務輪調之情形，建議對於資深、資淺、新進等之定義說明更清楚一些。
- 三、 目前本局為加強衛生所新進醫、護人員訓練，提升工作知能，強化基層衛生所照護團隊功能，自 98 年起至 101 年規劃辦理數位學習教材，放置於衛生署台灣醫學院乙案，已納入「精進全人健康照護計畫」（草案），97 年度將進行衛生所人員數位學習課程意見調查，以（1）應用工具（如：衛生教育、溝通技巧、基礎流病等）及（2）各項公衛衛生議題（如婦幼衛生、婦女健康），瞭解縣市衛生局業務科長、衛生所主管及新進人員之意見等，使用者之需求。
- 四、 另目前其他數位學習網站，如：e 等公務園，已提供時間管理、領導激勵.. 等有關「促進其工作及服務意願」相關課程，為避免造成資源的重疊育浪費，本局將不重複開發。

綽娟老師：

佩服您的認真，這個研究計畫真是個理想，就如同 P.26 您所提的，若在衛生署不能配合時，一切都會落空。我的疑問如下：

一、

- 1.在目前現況的離島及偏遠地區衛生所工作人員的學歷分佈如何?(因為 P28 提到的新進公衛護士是大學畢業，所以 P.27 的各種職稱者也都應該是大學畢業，甚或更高)。
- 2.表 4-1 的呈現，在學歷/資格，可以加經歷，並分別列出，且最好直接在該項職稱寫出需具備的資格，而非「具備新進人員之資格」等。是否會較為清楚?
- 3.圖 4-2、4-3 支援與進階：這牽涉到民眾的健康問題、需求與有特殊專長護理師人數的搭配(即她是要管理多少案?自己轄區或支援助地區的個案比率如何分配?或他只做諮詢，如 case conference 時，提供指導)真的要管個案，我覺得不太容易，因為距離是個問題。進階制度目前在臨床最大的問題，不同層級的護理人員工作都一樣，薪水差異亦不大，在社區推行時，每個層級的護理人員還是都有自己的地段個案要管，或是她可以外加作諮詢。所以我覺得無論是支援或進階似乎只有諮詢較可行。

二、

- 1.各專長的訓練內容缺慢性病照護、長期照護的大項，而緊急救護項，偏遠地區的人口是較都市更為老化的。感覺只有 6 小時，較婦幼是 14 小時少很多，且他不像婦幼是一個大類。
2. p.29 的公衛.....專長之 6，與 p.30 社區專長之 3，似乎有重疊之處。
3. 這些訓練只有上課或是有實作?像評估、計畫、執行與評價在早年高醫曾協助屏東縣衛生所做評估，就都哇哇叫，因為流病、統計基本的底子皆不行！這項四個重點，我們的研究生都要訓練一年，是隨時要與指導老師討論的，光有理論沒有實務實習，絕對聽完不到一個月全部還給老師了，而且在實務單位的工作中的確每年或...要完成這些內容，否則很快就夭折，所以 Nursing process 運用在 community-based 是件重要的能力，但多年的訓練經驗，感覺上級沒要求，她們似乎不會主動有興趣培養此能力的。

三、工作的考核與工作的實務內容要環環相扣

沒有考核或分數很少，都引不起同仁的 mastication，加給津貼也是重要的 incentive 的措施。

邱啟潤敬上

中華民國公共衛生護理
實作標準

(草案)

行政院衛生署保健處
中華民國護理學會公共衛生護理委員會

印製

離島及偏遠地區護理工作模式之現況評估 及未來進階護理工作之建構計畫

第一次專家會議討論議題書面意見

一、名詞定義：

本計劃中使用「離島及偏遠地區」、「偏遠離島地區」、「離島偏遠」、「偏遠地區」、「山地離島」等多種不同稱呼法，但皆係指山地、離島的所謂偏遠地區；過去省府在習慣上用「山地離島」或「山地離島偏遠地區」。若有須要區分山地、或離島地區時始分別以「山地」、或「離島」分稱。

本計劃名稱為「離島及偏遠地區」為範圍、但內容又有「山地」或擴及整體衛生所，究係整體性或局限性應先定義清楚，或在文中說明清楚：如標題伍、草擬衛生所護理工作模式與進階課程中，其二、為偏遠地區衛生所護理工作模式草案、其三、則為衛生所護理人員進階制度之規劃、其四、又為偏遠地區公共衛生護理人員專長訓練規劃，所使用之對象、範圍未見統一，似宜將對象限定為「山地離島偏遠地區衛生所護理人員」或「偏遠地區(含山地、離島)衛生的護理人員」而與平地一般鄉鎮衛生所、及都市型衛生所區隔。

二、進階與專科化：

標題肆所列「日本公共衛生進階護理制度」其內容並非公共衛生之進階，亦非公共衛生護理人員進階制度，而是護理專科化、專科認證制度之介紹，似與公共衛生護理人員之進階制度無關。

已通過「地域看護(社區護理)專門看護師(專科護理師)」的八位就職機構來看只有高知縣和田昌子一人在村公所任職之公務員，其他七人多為法人機構從事居家訪視(訪問看護)之工作，有一人在大學從事教學及研究；顯然專門看護師僅為專科之資格，並非進階制之資階等級；依規定專科認證有效期限為五年，五年後必須再申請複審，複審通過始續有此資格；與進階制之永續持有不同。

資料13頁中云：1948年日本政府頒布(保健師、助產士和護士法)應修正為(保健婦助產婦看護婦法)；另日本正式認可專業護理資格包含保健師、(助產士和註冊護士)，括弧內部份應修正為(助產師看護師)因日本政府係於該年

將「保健婦助產婦看護婦法」修訂為「保健師助產師看護師法」日本並無註冊護士之名稱。2003年前習慣上將男護士稱為看護士、女性稱為看護婦，保健婦為女性、保健士為男性保健工作人員、(士)係用於男性之字，如武士、勇士；至2003年配合2001年修法一律通稱看護師、保健師、助產師，廢除看護婦(士)、保健婦(士)之用詞。

保健師與助產師在2006年修訂必須取得看護師國家考試及格之資格，由而在日本國看護師為最基本的資格，若朝公衛保健則有保健師之資格考、若朝婦產則有助產師之資格考；若欲得專科護理師認證則有十種專門科目(癌症、精神、社區、老人、小兒、婦女、慢性疾病、急重症、感染染症、家庭健康)。專業技術的認證則有急救護理等19領域之認證資格，但此皆須五年重審認證，似與一級、二級之進階制不同。

三、通案與個案：

本計畫雖訂為「離島及偏遠地區」，然論及衛生所公務機構及人員之組織及編制，必涉整體衛生所、乃至衛生局之組織編制，其牽涉之廣、工程之複雜與困難為顯而易見；若欲限制特定地區範圍內實施則需另訂特別法，如72年之「群體醫療執業中心」的開辦作為先驅性實驗，先行在醫療資源不足之鄉衛生所試辦因阻力較小開始尚稱順利，但開辦後因利益之爭奪、政治力之介入而使原為偏遠無醫村解決醫療資源不足之美意，最後竟成為醫師為爭利競向在非必要開設之衛生所，利用政治力開設之狀況出現。同樣，如果在特定之衛生所以特案，實施部份護理人員經某項專科資格，即可享有薪俸加給亦會造成未能享有此福利地區護理人員之反彈。

如果跳脫「離島及偏遠地區」，以及「進階制度」這兩個層面，單純以護理專科制度化之角度去探討專科培育必要課程、學時及認證制度較易探討，且付諸執行之可行性亦大。然就離島地區衛生室之民眾需求，勢需限定範圍、特定專業培訓的護理人員駐島始可達成。

四、泛濫的NSP制度：

目前台灣醫護界，因制度之不完善未經統一教育、訓練認證或考試之NSP佔據極大比例之醫療診治業務，其品質優劣差距頗巨，且因未獲國家或專業團體正式之認可，其職位及待遇並未獲得相對於工作的報酬、保障；為此似可考慮儘速予以統合建制，將目前由各醫院或各專科醫學會各自認證之亂象予以統一化。

日本在醫師的專科化、次專科化遠遠落後於我國，護理教育亦見多樣化（高職、短期大學（二專）、大學）等，不如我國護理基礎教育已皆提昇至大學；但護理專科化的腳步卻比我國超前，其實我國更有實施專科護理師之條件，應該說是因放任亂跑在前如脫韁之野馬、至護理界已無能力控制的超前境界？

日本護理界在1994年通過「專門看護婦資格認定制度」時為資格認定必要之學科因當時護理大學（學院）較少，曾計劃由護理公會開辦，[註：第一所護理大學設立於1952年，1992年增至14所，2000年增至87所，2001年大增至91所]後因大學日增遂與「日本看護系大學協議會」協商專科護理師之教育課程由大學協議會研訂、資格認定則由看護協會負責，此課程皆為碩士課程。（如附件一）。

至於認證護理師（Certified Nurse）之六個月的專技訓練課程則護理師公會及大學等經過認可之機構皆可辦理，2008年5月之資料共有31所（附件二）。以感控護理2001年開始認證，目前登錄有資格者582人、今年預定招收學員數為220人，憶及台灣曾因某學會之控制（或人力受限），使評鑑基本要求之感控護士成為搶手人物，若有護理師公會與相關學校、機構合辦則此現象不易產生。

我國已有護理研究所開設臨床科或社區照護相關之碩士課程，但此似與醫院實務並未產生直接關係，醫院仍偏好臨床自我培育的NSP。如何將醫院、各專科學會把持操控的「護理專科化」回歸護理教育、認證之統一體制內應為目前亟須解決之課題。

五、規劃進階制度三類人員：

本計畫將衛生所護理人員劃分為（1）IDS進階護理師、（2）衛生室進階護理師、（3）衛生所護理人員等三類；依愚見此分類法似有商榷之處，概所有衛生所從業人員必須以公共衛生、保健預防為其首要任務、基本之緊急救護業務亦為每一醫護人員必備必修之基本課程。至於醫療領域係開設門診、辦理巡迴醫療之衛生所護理人員所須修習之課程，山地離島偏遠地區之衛生所護理人員，仍需基本的臨床護理技能。

衛生所人員編制何時增加IDS護理師（士）之職稱本人未悉，是否為約聘人員？若為IDS計畫內之約聘人員似不宜納入正式編制內之進階制度，宜另以約聘計畫內訂定聘用資格、條件。

緊急救護與醫療係山地離島先天性存在之問題，也是整體醫療網、緊急醫療網共同面臨的問題，並非單只護理人員專科化即可解決者。日後宜以充

實IDS計畫之資源分配、加強空中緊急救護體制應為優先可考量之政策課題。

提昇離島衛生室護理人員的工作能力及俸給應是有效改善離島醫療保健效益可行方法之一，既使在蘇聯、美國偏遠地區的醫療仍有賴護理人員補完醫師之不足(或不願下鄉)，給予資深護理人員進一步醫療訓練即可代為執行。但應考量(三)、個案或通案所言需以特別法(個案)妥為處理；長久以來行政院對衛生所功能再造始終未見大刀闊斧的組織及功能再造，日本國政府於1994年將保健所(衛生所)法修訂為「地域保健法」，大幅度改變保健所(衛生所)之角色功能；同時也打破市町村之行政區域，將之擴及二次診療圈。

本研究報告(完整版)第53頁、(摘要版)第16頁「日本公衛護士的角色與功能」第二行「而現在公衛護士的工作對象則是以社區整體為主」其改變之因即「地域保健法」之修定而致。這種打破行政區域、整合可用資源以提昇、擴大服務之概念與本計畫所提之「偏遠地區衛生所護理工作模式草案」有異曲同工之思維。

六．山地鄉衛生所護理人力資源的結合：

偏遠地區衛生所護理工作模式草案中之圖4之2，特殊專長護理師相互支援的模式，實際上就是人力資源的整合；然而這種人力資源的整合必須有兩個條件：1．需要有起碼的人才與人力可供共同使用，2．需要有適時靈活調配的機制。以目前大多數鄰近偏遠地區衛生所的一般鄉鎮衛生所，其人力與人才皆無法達到可支援的情況，既使以南投、臺東、花蓮、或澎湖縣全縣的衛生局所人力及人才也未必能達到支援的目的，畢竟衛生局所有太多公婆交辦的事項要辦理，1個蘿蔔1個坑，加上朝九晚五的公務員生活習性以現有人力編制想達到如上相互支援是有些困難，除非如日本大幅修法。

七．偏遠地區公共衛生護理人員專長訓練規劃：

計劃中所列的A. 公共衛生基礎照護專長(個案管理、預防保健)及B. 婦幼專長的確是最基本的專長訓練。然而以現代人口老化、IDS計畫引進醫療人力資源及部份保健資源的情況下，老人長期照護(含居家照護、在宅醫療)、按人計酬的所謂全人醫療與保健(健康管理)將是日後可能在山地離島實施IDS計畫的衛生所人員將會面臨到的新的挑戰；另外社區專長也是推展新公共衛生必要的素養。

在尚未廢省之前公共衛生人員的訓練由公共衛生研究所統合實

施，廢省後國健局合併公共衛生研究所、保健處、家庭計畫研究所等單位因併合的事項太多，而無法如前公共衛生研究單一任務的功能那麼顯著。日後但望國健局能與大學、護理師公會等合作有計畫的實施公衛護理人員專長教育訓練。

以上淺見惠請參酌！

許國敏 書
2008.07.03

10/10/2008

認定看護師 (Certified Nurse) への道

本会認定看護師に必要となる特定の種類分野において、熟練した専門技術と知識を有し、水準の高い看護業務に従事していることにより、看護の向上を図ることに貢献する。認定看護師は、看護現場において実務・指導・相談・相談の3つの役割を担うことにより、看護の質の向上を図ることに貢献する。

認定看護師分野(定額) 小児科看護 在宅看護 看護科ケア がん化学療法看護 がん性疼痛看護 がん性嘔吐看護 がん性便秘看護 がん性浮腫看護 がん性脱毛看護 がん性皮膚病看護 がん性栄養管理 がん性呼吸器看護 がん性循環器看護 がん性泌尿器看護 がん性消化器看護 がん性泌尿器看護 がん性皮膚病看護 がん性栄養管理 がん性呼吸器看護 がん性循環器看護 がん性泌尿器看護 がん性消化器看護

教育および認定システム 日本国の医師法、助産師法及び看護師法のいずれかの免許を有すること 実務研修5年以上(うち3年以上は認定看護師分野の実務研修)

認定看護師の資格取得の条件 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込)

分野名	50名枠	がん化学療法看護	がん性疼痛看護	がん性嘔吐看護	がん性便秘看護	がん性浮腫看護	がん性皮膚病看護	がん性栄養管理	がん性呼吸器看護	がん性循環器看護	がん性泌尿器看護	がん性消化器看護	認定看護師登録料	実務研修5年以上(うち3年以上は認定看護師分野の実務研修)	認定看護師登録料	認定看護師登録料	認定看護師登録料	認定看護師登録料	認定看護師登録料	認定看護師登録料	認定看護師登録料	認定看護師登録料		
がん化学療法看護	203	265	582	470	207	376	FK	35	17	41	54	54	146	51	35	55	1983/1987	FCO/7071	1967/2004	35				
がん性疼痛看護	1997/2001	1987/1999	15/21/2001	1996/1998	1995/1997	1987/1999	2003/7/25	2004/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25	2003/2/25
がん性嘔吐看護	150	75	220	190	10	30	30	30	30	30	45	20	30	30	30	20								
がん性便秘看護																								
がん性浮腫看護																								
がん性皮膚病看護																								
がん性栄養管理																								
がん性呼吸器看護																								
がん性循環器看護																								
がん性泌尿器看護																								
がん性消化器看護																								

更新制度：認定看護師のレベル維持のため、認定後5年ごとに更新審査実施(看護実務の業績と自己評価の更新等)

認定看護師の資格取得の条件 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込)

認定看護師の資格取得の条件 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込)

認定看護師の資格取得の条件 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込)

認定看護師の資格取得の条件 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込) 認定看護師登録料 30,000円(税込)

離島偏遠地區護理人員工作模式及進階培訓課程規劃草案
(第一次修訂)

貳、護理工作模式

目前衛生所護理人員以主辦業務與地段管理的工作模式進行工作分工，本計畫期能為偏遠離島地區護理人員加以專長訓練，以達到提供資淺護理人員諮詢之功能(如圖1)。並做為未來進階教育的基礎。

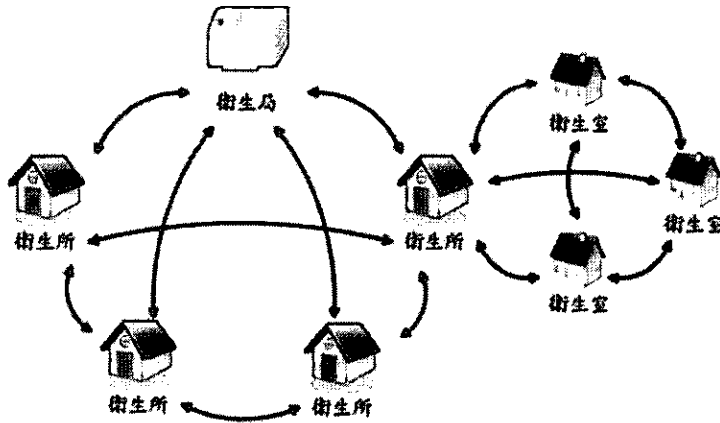


圖1. 特殊專長護理師相互支援

貳、山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度規劃草案

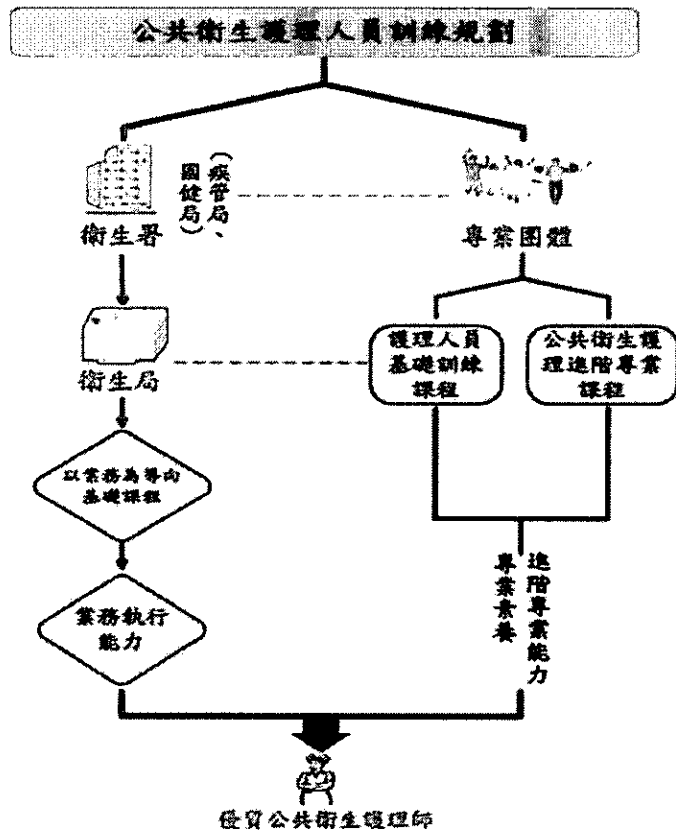


圖2. 公共衛生護理人員訓練規劃

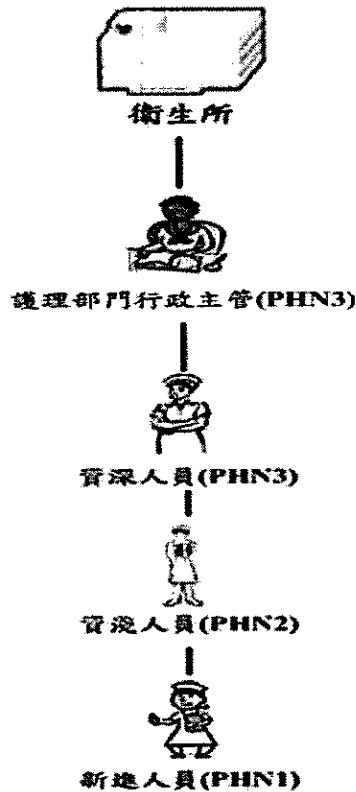


圖3. 偏遠地區衛生所護理人員進階制度

一、基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級，其能力區分如下表：

職級	能力區分
PHN1	衛生所的基礎公共衛生護理 以家庭為基礎的個案管理 主辦業務的落實執行
PHN2	以團體為基礎的健康照護。 結合社區居民健康需求執行主辦業務 指導護生
PHN3	以社區為基礎的健康照護 連結社區資源執行主辦業務的創新 指導新進人員與 PHN

二、名詞界定

基礎人員(PHN1)	衛生所工作滿一年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理者。
進階人員(PHN2)	衛生所工作滿三年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
資深人員(PHN3)	衛生所工作滿六年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

三、 山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇

職稱	角色功能	資格	工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護	1.通過 PHN1 課程認證。 2.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。	1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救援，並支援(指導)聯結衛生室(地段)共同執行健康計畫	1.通過 PHN2 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書， 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。	1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務。 3.與其它地段(或其他衛生室)聯結，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4.協助擔任 PHN1 的 mentor
PHN3	能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救援之規劃與執行，及資源聯結(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務	1.通過 PHN3 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年	1.協助或承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救援、預防保健等業務。 3.與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 4.擔任 PHN 的 mentor

四、 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標
甲、 基礎能力

等級	文化知覺	溝通與合作	倫理素養	責任感	判斷力
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區個案健康 -理解公共衛生護理的使命(我願意) -尊重文化的多元性及其重要性 -理解當地語言能做初步溝通 -能對尊重當地文化並依此進行健康評估 	<ul style="list-style-type: none"> -以書面和口頭的有效溝通&清楚說明 -有效的傾聽 -與個案形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重個案隱私權 -擁有工作倫理觀 -主動配合業務之執行 	<ul style="list-style-type: none"> -對工作有責任感、對自我業務盡責執行 -執行個人在團隊的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -主動搜尋資料解決問題 -確認資料之正確性 -能對不清楚的業務發生質疑 -能對個案健康照護事宜思考最適策略 -能正確辨別業務/個案的異常情形，並能報告主管做適當的處理
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -關懷團體的健康 -公共衛生護理使命的內化 -能以當地語言並落實於當地文化情境進行健康行銷 -推動各項健康議題均能考量當地居民的文化差異 	<ul style="list-style-type: none"> -能參加團體並帶領小組討論 -與團體形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -各項資料使用的倫理觀 -能發覺倫理異常議題 	<ul style="list-style-type: none"> -能有效率與有品質的在限定期內完成業務的目標 	<ul style="list-style-type: none"> -能搜尋實證的最佳健康促進策略 -能對團體健康問題分析可能原因，並創新改善策略 -能提早辨別業務/團體的異常情形，並能報告主管做適當的預防措施
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區的健康，並領導實踐公共衛生護理的使命 -對社區內不同文化群體發展合適健康計畫 -發展具當地文化特色的健康計畫與評價指標 -指導 PHN1& PHN2 尊重當地文化的策略 	<ul style="list-style-type: none"> -倡導公共衛生計畫 -與社區形成夥伴關係並充能夥伴 -發展談判與協商的技巧 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -能指導 PHN 倫理異常事宜的因應 	<ul style="list-style-type: none"> -確實理解衛生所護理業務的職責並能帶領 PHN 執行的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證資料發展本土化健康策略 -能對社區健康問題分析可能原因並帶領提出改善策略 -能快速正確辨別業務/社區的異常情形，並能做適當的處理

乙、專業能力

進階等級	評估&分析	規劃	執行&指導	評價與品質保證
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練家庭評估 -依所收集的質、量性資料分析個案健康問題 -評價並正確使用所收集的資料 -能知覺社區健康評估 -能理解主辦業務對當地居民的健康影響 	<ul style="list-style-type: none"> -具健康方案規劃的概念 -規劃個案健康計畫 -搜尋實證的個案照護新知 -發展合宜的策略：如健康教育、健康促進等 -以實證基礎初步檢視個案照護計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -決定適當的行動與時機 -有計畫的、有效的執行健康計畫 -與個案分析健康計畫的適當性與成效 	<ul style="list-style-type: none"> -識別過程與成效指標 -能設定個案照護的評價指標與成效 -能理解與執行社區健康計畫 -能如期完成主辦業務的推動
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練團體需求評估 -依所收集的資料分析團體健康問題 -生物統計 	<ul style="list-style-type: none"> -能規劃團體的健康計畫 -能明列健康計畫時程 -能將主辦業務融入地段/團體健康的需求 -能以實證基礎檢視團體照護計畫，並給予改善建議 -能評價計畫成效 -能提供諮詢：有效行銷 -成本效益分析 -能參與研究調查 	<ul style="list-style-type: none"> -積極執行團體健康計畫與評價指標 -能執行突發緊急應變計畫 -能將團體健康計畫的執行策略與主辦業務連結 -發展照護團體的健康教育與健康促進的策略 -能透過主辦業務，解決居民健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展團體健康計畫的評價指標 -能評價團體健康計畫的成效 -與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。 -能有效管理各項業務的推動 -能訂定各項計畫的管理指標與時程
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練社區評估 -依所收集的資料分析社區健康問題 -選擇公衛議題以改善社區居民健康狀況 	<ul style="list-style-type: none"> -將政策轉換成衛生所的計畫與方案 -能提出符合當地需求的社區健康計畫 -能以實證基礎檢視社區照護計畫 -能領導 PHN1 & PHN2 共同以實證 	<ul style="list-style-type: none"> -發展執行政策的計畫並能輔導執行 -發展主辦業務的創新策略 -將主辦業務與社區健康需求結合提出社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -持續檢討與修正 -評價社區健康計畫對社區居民健康的改善成效 -持續評價以提出創新策略健康計畫 -能有效管理社區各項業務的推動

<p>-設定排序之標準</p>	<p>步驟發展健康計畫 -參與政策的形成:瞭解現行的社會與健康政策 -能主導研究調查以建立社區健康需求</p>	<p>-能輔導 PHN1 & PHN2 具體執行主辦業務且符合社區民眾需求的健康計畫</p>	<p>-能輔導 PHN1 並訂定各項計畫的管理指標與時程 -能輔導 PHN1 進行主辦業務的創新</p>
-----------------	---	--	--

丙、管理能力

等級	業務的管理與推展	資源管理與連結	健康危機管理	災難護理	諮詢/輔導
PHN1	<p>-深入理解主辦業務的學理依據 -完成主辦業務的執行</p>	<p>-地段資源的搜尋與建置 -評價地段資源的可動支 -主動支援社區活動 -連結地段資源</p>	<p>-具個案健康危機管理的評估技能 -能具體提出改善策略</p>	<p>-參與災難救護訓練課程 -能配合執行緊急救護 -能評估個案與地段的健康危機 -具健康危險識別知能</p>	<p>-負責個案的諮詢輔導 -負責團體個案的諮詢輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜</p>
PHN2	<p>-協助指導 PHN1 的主辦業務 -主辦業務融入地段/社區健康需求</p>	<p>-社區資源的建置與連結 -與社區資源共同執行健康計畫 -資源活化與整合</p>	<p>-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以減輕危機所造成的傷害</p>	<p>-參與規劃災難救護訓練課程 -能執行緊急救護行為 -能敏感評估團體與地段的健康危機</p>	<p>-負責團體個案的諮詢輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜</p>
PHN3	<p>-主動規劃社區健康需求的主辦業務 -主動建議/建立適合的主辦業務評價指標</p>	<p>-開發與充能社區資源 -連結/協助社區資源發展社區健康計畫</p>	<p>-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以預防健康危機的發生</p>	<p>-負責規劃災難救護行動與訓練課程 -能領導執行緊急救護行動 -能敏感評估社區的健康危機並提出改善計畫以減輕傷害的發生</p>	<p>-負責社區方案的諮詢輔導 -指導 PHN1 & PHN2 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜</p>

五、 山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練重點(課程大綱)

職級	演講式/座談	實作	衛生所特色課程
PHN0 ↓ PHN1	22. 公衛護理人員角色功能的時代意義 23. 個案管理、家庭評估及照護策略 24. 社區健康評估概論(夥伴關係、充能) 25. 有效的溝通，資料搜尋技巧 26. 當地社區資源 27. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境)。 28. 緊急救護概論&危機管理概論 29. 健康照護品質概念介紹(實證概念)、健康計畫管理。	30. 家庭健康問題分析與處理。 31. 主辦業務的問題分析與處理。	11. 鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等)
PHN1 ↓ PHN2	25. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義 26. 以團體為基礎的健康計畫與執行 27. 社區健康評估概論 28. 溝通與協商，實證資料的搜尋 29. 社區資源的連結 30. 護理與法律、倫理議題(醫療糾紛案例討論、常見法律問題解析)。 31. 緊急救護的執行技巧&危機管理 32. 製定照護標準的技巧、健康計畫管理。 33. 流行病學的應用	34. 高危險個案群的團體照護(以理論評估團體各層面的需求)。 35. 主辦業務的創新與計畫。	36. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康議題等)
PHN2 ↓ PHN3	27. 資深公衛護理人員角色功能的時代意義 28. 社區資料的分析與問題的確立，健康計畫的規劃與評價，並評價指標的設立與執行 29. 發展健康政策的技巧 30. 資源的開發與運用。 31. 健康危機管理的規劃與執行。 32. 衛生所護理業務的目標與運作 33. 談判、協商與調整、決策力 34. 緊急救護的醫療團隊觀 35. 護理與法律、倫理議題(提出醫療糾紛案例討論並發掘解決方案) 36. 持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。	37. 以社區或地段執行社區健康評估與問題確立 38. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務)	39. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康計畫等)

Ps. 實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳並以案例分析、PBL 等以學習者為中心的教學方式進行。

六、 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力進階制度晉陞指標

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1.參加 PHN1 在職訓練 30 小時 2.參加衛生所(組織/機構)的讀書報告與案例討論 6 小時	1.參加 PHN2 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內之學術活動 10 小時	1.參加 PHN3 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內學術活動 12 小時
基礎能力	1. 以民眾(個案家庭)健康為使命。 2. 能有效的、積極的在期限內完成任務。 3. 能合諧溝通以達團隊工作。	1.能主動發掘民眾(團體)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成。 3.能注意弱勢團體的健康需求。	1.能主動發掘民眾(社區)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的評價民眾健康指標。 3.能為弱勢團體的健康需求代言並連結適當資源以解決其健康問題。
專業能力	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程。 2.家庭評估與照護 3.	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，並協助 PHN1 熟習地段與主辦業務。 2.團體評估與照護。 3.主辦業務的推展。 4.分析所收集的資料並提出團體的健康問題	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，主持社區評估與計劃執行。 2.擔任 PHN1,PHN2 教育課程及輔導。 3. 連結地區資源與民眾健康需求，發展主辦業務的創新推動計畫。
管理能力	1.個案管理的運用 2.能創新達成上級主管的目標。	1.能協助指導護生。 2.能將上級目標(目標數)轉換於本身的業務。	1.獨立指導新進人員及護生。 2.創新健康計畫，以解決社區民眾健康問題。
審查	通過家庭護理報告 審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」報告審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」報告審查合格
審查方式	1.以隨堂繳交，授課老師指導方式進行。 2.學員以資料夾整理舉証資料備審		

七、配套措施

甲、 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

p.s. 聘任護理長須具備 PHN3 的資格，護理人員的職等視衛生局的職缺調整。

(二) 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標

衛生所方面：

甲、衛生所護理人員須逐年增加進階人員列入衛生所的考核。

個人方面：

1. 公衛護理人員的參與進階情形建議列入個人考核與記功等個人考績。
2. 公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入個人考核。

山地離島及偏遠地區進階護理工作規畫草案說明會(範例)

一、日期時間：97年9月5日 星期五

二、會議地點：中國醫藥大學互助大樓 10樓 10A02

三、主辦單位：行政院衛生署

承辦單位：中國醫藥大學護理學系

時間	主題	主講人
9:30~10:00	報到	
10:10~11:10	山地離島及偏遠地區進階護理工作之建構	林綽娟副教授
11:10~12:10	公共衛生護理人員繼續教育認證簡介	陳妙青科長
12:10~13:10	午餐時間	
13:10~15:00	綜合討論	
15:00	歸 賦	

四、講座簡介

林綽娟 中國醫藥大學護理學系 副教授

陳妙青 行政院衛生署照護處 護理科科長

山地離島及偏遠地區進階護理工作規畫草案說明會報名表

(台中場)

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
服務機關：	職稱：
E-mail：	傳真：()
聯絡電話：()	行動電話：
*中餐 <input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食	

一、報名費：免費參加 (午餐由本單位提供)

二、報名方式：請將報名表填妥傳真至 04-22053748 或 mail 至 sulin399@hotmail.com

三、報名截止日：97年9月2日 星期二

四、若有任何疑問請電 0937-751894 蕭小姐

表一、「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」

問卷填寫同意書

本問卷的目的，在於想了解衛生所公共衛生護理人員業務在各項項目執行情形。研究成果將提供衛生署制定適當的政策，以改善衛生所護理人員的工作環境。我們期待您的參與，才能讓研究結果更能代表衛生所護理人員的全體意見，因此，若您同意參與，請在下表簽名，並填寫問卷，完成後請彌封後交給護理長；若您不同意參與此計畫，也請將問卷歸還給護理長。 謝謝您的合作！

中國醫藥大學
副教授 林綽娟 敬上

我同意參與此計畫，填寫「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」問卷									
簽名欄：									
編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名

表二、問卷填寫登錄表

單位名稱	貴單位 護理人員數	完成問卷之 護理人員數	郵資費 用	護理長簽名
衛生所				
HN 聯絡電話：		HN e-mail：		

提昇公共衛生護理人員執業核心能力

主辦單位：台灣社區護理學會

在全球化與本土化之衝擊下，台灣社區衛生護理專業發展面臨反思與重新定位，台灣社會人口結構之改變，包括少子化、老化、及流動，醫療體系之改變等等，影響我們服務之對象，對於過去提供服務之模式也是極大挑戰。我們面臨的挑戰是以現在的知識，投入未來的工作，期待能應用尚未發明的科技，解決從未想像過的問題。台灣社區衛生護理課程設計上未能有「群體基礎之照護」概念架構為主軸，也未能培訓學生「群體基礎之照護」實務能力。例如課程都停留在三十年前的架構，婦幼衛生、衛生教育、預防注射等等，呈現片段且破碎之單元，無法發展與社會政治脈動合宜之照護模式。再者目前公共衛生從業護理人員，在其進入公共衛生護理工作之前，對於其執業核心能力也缺乏相關教育訓練，使得公衛護理工作呈現事倍功半的窘境。

本專案旨在建構公共衛生護理人員執業核心課程，藉由分析目前影響社區衛生護理實務內涵及相關健康政策，討論社區衛生護理之哲學基礎與概念架構，以確認公共衛生護理人員基礎核心執業能力，並提出具體教育訓練課程與內涵，期能協助新進公共衛生執業護理人員養成核心執業能力，以完成責無旁貸的社區群體基礎照護重要使命與社會責任。本專案以衛生所室為執業場所的公共衛生護理人員為對象，進行後續教育訓練之規劃。

由社經發展看社區衛生護理實務

社區衛生護理是一門結合公共衛生與護理專業的藝術與科學，近年來，社區衛生護理實務工作內涵由於全球化（Globalization）、社會結構、政治經濟、衛生政策等因素，產生急遽變化(International Council of Nurses [ICN], 2003)，例如：民國92年3-6月間新興傳染病嚴重急性呼吸道症候群(Sever Acute Respiratory Syndrome, SARS)橫掃全球，衝擊台灣社會甚深，撼動台灣醫療及公共衛生體系，突顯社區概念絕不只限於一國或單一區域而擴大到地球村，也正是社區衛生護理人員重新檢討與反思社區衛生護理專業角色定位之契機。社區衛生護理人員應擔任的角色為何？如何提昇社區衛生護理人員對社會的貢獻？在給予定位之前，實應先觀察並充分了結社會結構的改變及所需，以下茲就我國社會人口變遷及衛生政策部分討論之。

一、人口結構變化之影響

老年人口增加、長期照護需求增加、慢性疾病盛行、出生率下降、外籍新移民人口的逐年提升與新興傳染病的出現，是當今社區衛生護理人員面臨的重要議題與挑戰。社區衛生護理人員之服務對象雖包括各年齡層的社區民眾，但由於台灣社會人口結構之改變，其重心由婦幼群體轉為罹患慢性病及中老年人口。自民

國71年起台灣地區人口老化指數逐年倍增，國民平均餘命延長，人口年齡結構逐漸趨於高齡化，截至95年底台灣地區65歲以上老年人口已佔總人口的10.00%（內政部內政統計資訊服務網，2008年1月7日）。相反的，0-14歲人口為19.65%，幼年人口依賴比由民國71年之48.66%逐年下降至93年底之27.16%，依賴人口(0-14歲及65歲以上者)對工作年齡人口(15-64歲者)之扶養比為40.48%，亦續呈降低趨勢(內政部內政統計資訊服務網，2005年2月3日)。國民罹患疾病的型態也隨之轉變，如：惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病等慢性疾病的型態也隨之轉變，如：惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病等慢性疾病，取代各種傳染病如霍亂、天花、鼠疫、痢疾、傷寒、白喉、瘧疾等跳升為十大死因(行政院衛生署統計處，無日期)。由此得知人口高齡化與疾病慢性化將是未來的趨勢。

自民國84年起因全球經濟型態的轉變，使得大量鄉村年輕人口流向都市集中，都市化程度日趨頻繁，而增添人與人間之疏離感。居住及活動空間縮小，擁擠髒亂也成為日常生活之一部分，此時傳染病藉由交通工具及旅遊商務的頻繁，跨越國界，也加速了各種傳染病傳播速度危害公眾健康。新興傳染病SARS風暴震撼台灣社會，不僅個人生命受威脅，經濟重創，人與人之疏離隔閡加劇，國與國的防堵增加，益顯環境監測、境外移入個案追蹤管理等等都成為社區衛生護理實務之工作內涵及未來之重點。

人口逐漸高齡化所帶來老人照護的需求，是長期照護服務發展的重點。民國80年政府訂定護理人員法，其中規範了護理機構之類別有三種：居家護理機構、護理之家機構及產後護理機構。自民國76年政府亦積極展開長期照護人員培訓，並自86年設置長期照護管理中心，以便民單一窗口之服務，提供民眾有關社福及衛生的諮詢、服務及資源整合。目前長期照護服務主要透過社政與衛政兩大行政體系主管之體系提供服務，為了符合老人期望能居住在原來地方，安養終年，達到“在地老化”(aging in place)之理想，我國政府於民國86年衛生署所出版的衛生白皮書-跨世紀衛生建設，即提及並積極規劃「社區式照護服務為主，機構式照護服務為輔」之策略，加強普及社區化之居家照護、日間照護、在宅服務等，以及照護資源之整合(行政院衛生署，無日期)。不論是機構式照護或是社區式照護，護理人員都是最大的人力資源，護理機構或老人福利機構的經營亦成為社區衛生護理的另一職場。

相對的，由於現代婦女生育意願降低，婦幼比也逐年降低，新生兒出生人數逐年減少，政府為提高人口素質，達到生得少又生得好的目標，政府於民國76年起即加強推動婚前健康檢查、產前遺傳診斷、新生兒先天代謝疾病篩檢、優生健康檢查、遺傳諮詢、優生保健服務補助等整體優生保健服務，使整體優生保健服務成為社區衛生護理工作之重點。另外年輕族群中其性行為及未婚懷孕現象日趨顯著，臺灣地區高中、高職及五專在校18歲的學生婚前約會經驗中，曾發生性行為者，在女性方面，已由民國84年的21.3%劇增到民國89年的34.0%，在男性

方面，也由31.1%增至37.1%，可見青少年婚前性行為比率已有增加趨勢。研究也發現，臺灣地區青少年發生第一次性行為未採取任何避孕措施者高達49%，顯示青少年性態度及行為日漸開放。使得未婚懷孕及青少年生育率逐漸增加，於民國90年15-19歲有偶婦女之生育率平均為924‰，高出20-24歲之459‰，25-29歲之240‰適合生育年齡群甚多，顯示青少年可能以結婚作為解決懷孕的方法。因此如何透過社區組織實施社區親職性教育，及如何透過學校推展學生性教育都挑戰社區衛生護理人員之創意。

後工業革命加速改變帶來全球化，使我們經驗時空的壓縮，由於時間、空間的轉化與昇華，社會網絡擴展為全球性，形成了“虛擬文化”(Virtual culture)，這樣錯綜複雜的過程，往往產生衝突與失序。全球化趨勢促使國際間人口快速流動，台灣於民國88年底滿十五歲以上的勞動力人口中，共有30多萬人是外籍勞工(男性為15萬多人，女性為14萬多人)，佔外僑居留人數88.49%(男性為85.26%，女性為92.41%)。而且中外聯姻越來越普遍，目前本國人與外國人結婚者有14,988人，並佔結婚對數達12.55%；其中男性12,936人佔86.31%，女性2,052人佔13.69% (內政部內政統計資訊服務網，2005年2月3日)，而且至民國93年9月底100位出生新生兒中就有8位來自跨國婚姻所生。調查顯示，台北縣外僑居留人數最多，桃園縣次之，這個特殊族群面臨文化震撼、語言隔閡，另一方面又在沒有足夠外語醫療服務資源環境下懷孕生子，跨國婚姻婦女之種種生育保健議題是社區衛生護理人員面臨之新挑戰。

二、衛生政策之影響

因應社會變遷而更新之衛生政策是影響社區衛生護理實務工作之重要因素。為讓國內、外人士瞭解我國當前的重要衛生政策與推動情形，行政院衛生署於民國82年6月，首次發表第一本衛生白皮書，揭示未來十年，國內衛生醫療業務的努力重點與追求目標，包括創造健康環境，延長國民平均餘命，穩健發展全民健康保險，提供全民醫療保健照顧，均衡醫療資源分布，普及醫療保健照顧，建置公共衛生監視系統，掌控各種傳染性疾病之發生，推展老年醫學，增強老人生活自主能力等。為架構一個全民均健的醫療保健體系，政府於民國84年3月1日實施全民健康保險。行政院衛生署86年因應全民健康保險法的實施，調整政策方向，於90年出版衛生指標白皮書，以作為衛生政策之指引。

自84年全民健保開辦以來納保率已高達99%(中央健康保險局，96年12月28日)，然而由於醫療費用支出增加速度高於保險費收入增加速度，因此如何控制醫療費用作合理成長，便成為一項重要課題。其實施的不同支付制度如論病例計酬、論量計酬、論人計酬等，都促使社區衛生護理工作模式之更新與轉化，如出院準備服務及社區式糖尿病、冠心病個案管理模式之發展，一方面強化預防保健服務，另一方面銜接持續性、照顧性的長期照護服務。社區個案管理工作模式之發展已經成為控制成本、減少醫療資源重疊浪費、整合創造連續性整體醫療服務資源等等之最佳工具，藉由核定健康醫療服務及費用之機轉系統，去除不必要

的醫療服務濫用。因此成本效益、結果指標(outcome indicators)、實證導向措施(evidence-based interventions)等概念都應融入社區衛生護理實務內涵。

行政院衛生署為加強處理國民健康問題，近年來，進行組織架構之整編，以加強組織效能，疾病管制局及國民健康局相繼成立。於民國88年7月1日將檢疫總所及防疫處整併為疾病管制局，強化防疫組織，整合防疫工作、疫情監測、檢驗研究，及政策制定等業務。同時，整併保健處、婦幼衛生研究所、家庭計畫研究所及公共衛生研究所，於90年7月正式成立國民健康局，該局並依據國民生命週期及健康需求而規劃促進國民健康工作目標及策略，在93年以「許給全民健康安全的人生」為願景，訂定94-97年的中程施政計畫期目標為「全方位健康照護，確保全民健康」。在這政府組織再造及施政方向的轉變過程中，衛生所(室)公共衛生護理人員之角色也轉為強化社區健康管理及特殊個案健康管理(蔡，2002)，即將過去社區健康評估僅由衛生所(室)單方面之資料收集及評估，社區甚少參與之狀況，轉變為重視社區健康營造，加強社區自主自發之力量。然有感於護理業務之推展一直缺乏專責單位的管理與行銷，在護理先進們多年的努力奔走下，終於在93年6月8日於立法院三讀通過的「衛生署組織法部份條文修正案」中，除增設一位護理背景之政務副署長外，亦在衛生署增設「護理及健康照護處」，該處掌理下列護理業務：1.關於護理產業之輔導、獎勵及擬定事項，2.關於長期照護及早期療育之規劃、推動事項，3.關於照護人力發展、進修與培養策劃事項，4.關於山地離島地區健康照護制度之規劃、推動事項，及5.其他有關護理及健康照護發展之事項。由上可期，健康照護的重心逐漸轉向初級照護、移向社區，特殊群體或地區民眾的健康照護，及有關護理產業的發展。護理人員角色將快速擴展，社區衛生護理更將日趨重要。

各縣市衛生所社區護理人員角色功能會依當地特性、資源及時空背景不同而有差異，現階段的衛生所社區護理人員除了傳統的公共衛生業務外也增加了慢性病「個案的管理」以及「後續照顧服務」；以台北市為例，12區衛生所於94年更名為「健康服務中心」，社區護理人員執業範疇以「健康促進」及「個案管理」為主，將預防疾病的業務則委由市立醫院辦理。因此，社區護理的業務範疇會隨著時代的變遷以及地域醫療資源充分程度不同，都會區與非都會區間健康照顧資源的落差，產生相當明顯的質變，更會隨著社會變遷所衍生之公共衛生議題而產生質與量的改變，再再都挑戰著公共衛生護理人員的專業能力。

總而言之，社區衛生護理專業處於快速轉型的大環境下，亟需培養對社會議題的敏感度，具備社區健康評估、健康計畫、執行及評值之知識與技能，能進行規劃、行銷、執行及運用或動員社區資源的能力等等，以能深入理解全球化、社會文化、政治經濟脈絡、與健康相關政策之趨勢，促使社區衛生護理專業與社會脈動結合，貢獻於社會健康需求。

社區衛生護理的基本信念

社區衛生護理是基於以下的基本的信念

1. 基層保健照護(primary Health Care)是實施社區衛生護理實務工作的策略

(strategy)。

2. 社區衛生護理應以社會正義 (social justice) 而非以市場正義 (market justice) 來決定服務群體的最大利益之措施。
3. 社區衛生護理提供社區、家庭和個人可負擔的、可及的、多元的、整體的、持續的和參與式的健康照護。
4. (1) 社區衛生護理強調健康促進、疾病和傷害預防 (初級、次級和三級預防; primary, secondary, tertiary prevention) 及健康保護。
(2) 社區衛生護理人員應與社區建立夥伴關係, 扮演家庭和個人健康促進、疾病和傷害預防、健康保護者的角色; 同時成為建構健康、衛生公共政策和社區充能的領導者。
5. (1) 社區衛生護理工作範疇含蓋所有影響社區、家庭及個人健康的環境因素, 包括經濟處境、政治風氣、社會、文化和宗教信仰、生活型態、健康和社區資源、環境安全和職業傷害等。
(2) 舉凡影響社區、家庭或個人健康的環境因素, 包括經濟處境、政治風氣、社會、文化和宗教信仰、生活型態、健康和社區資源、環境安全和職業傷害等。都是社區護理的工作範疇。
6. 社區、家庭和個人健康會受到遺傳、信仰、文化、社會、經濟和物理環境影響。此健康理念觀點, 將成為研訂社區衛生護理計畫和執行健康促進的公共政策的基礎。
7. 為了達到促進特殊族群及整體社區之健康, 應實施社區導向的護理策略, 且應由社區、家庭和個人共同參與執行。
8. 家庭和個人與社區衛生護理人員建立夥伴關係, 一起為促進、維護和恢復健康而努力。
9. 社區、家庭和個人的文化信念會影響其對健康的尋求、健康維護、健康資源利用及疾病與調適的模式。因此, 社區衛生護理人員應增進個人對於各種族群之知識及了解, 並提供適當地文化之服務。
10. 社區、家庭和個人有權利取得決定健康生活型態之必要資訊, 以便促進及管理自己的健康。所以, 社區衛生護理人員應協助社區個案提升自我照顧、自我協助和互助的技巧。
11. 社區健康營造強調由下而上, 民眾參與、凝聚社區意識、培養地方認同感與光榮感, 建立自主性的社區照顧機制。

依據 Stanhope & Lancaster (2008) 社區衛生護理執業 (Community health nursing practice) 是指綜合護理與公共衛生的理論, 並應用於促進、保持和維護群體的健康, 透過提供個人化健康照護服務於個人、家庭和團體。其執業的重點是由下到上的個人、家庭、團體以致於社區整體的健康。而公共衛生護理執業焦點, 則為由上到下的, 透過促進社區整體的健康, 進而達成團體、家庭與個人的健康。不論由下而上或由上而下的切入角度, 其基本的理念均包含五 “P”, 即群體 (population)、預防 (prevention)、促進 (promotion)、政策 (policy) 和夥伴關係 (partnership)。奠基於上述的基本信念, 先進各國的護理專業團體均描述了社區 (公

共)衛生護理人員的執業標準，以規範並保障其執業的品質，因美國護理學會 (American Nurses Association, ANA) 長久以來對護理各次專業執業標準著力最深，完整性與時效性也最佳，故描述該學會之公共衛生護理執業標準如下。

公共衛生護理執業標準

American Nurses Association (ANA)在 2006 年對於基礎的公共衛生執業標準提出的最新版本如下：

1. 評估(Assessment)：公共衛生護理人員能蒐集與族群健康狀態相關的完整資料
2. 群體健康診斷與優先次序的排列(Population diagnosis and priorities)：公共衛生護理人員能分析所收集的評估資料以確認群體的健康需求及其優先次序。
3. 識別成效 (Outcome identification)：公共衛生護理人員能識別依據群體健康診斷與優先需求所制定計畫的預期成效。
4. 計畫(Planning)：公共衛生護理人員能發展一個可以反應最佳執業成效的計畫，藉由識別策略、執行計畫，以及可行的替代方案以達成預期成效。
5. 執行(Implementation)：公共衛生護理人員能與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。
 - 5a. 協調合作 (Coordination)：公共衛生護理人員能協調專案計畫、服務、與其他活動共同執行已確認的計畫。
 - 5b. 健康教育與健康促進 (Health education and health promotion)：公共衛生護理人員能運用複合性策略以促進健康、預防疾病，並能確保社區族群的環境安全。
 - 5c. 諮詢 (Consultation)：公共衛生護理人員能提供諮詢給不同的社區團體和官方人員以促進計畫與服務的落實。
 - 5d. 政策相關活動 (Regulatory activities)：公共衛生護理人員能識別、詮釋、與應用公共衛生相關政策法令。
6. 評價(Evaluation)：公共衛生護理人員能評價群體的健康狀況。

本專案將以 ANA(2006)的公共衛生護理人員基礎執業標準為依據，進行我國公共衛生護理人員執業核心課程之設計。ANA 的執業標準依據護理過程，雖詳述了公共衛生護理人員在其特有的執業場域中應具備的基礎能力，但台灣目前公共衛生護理實務界卻因行政區域不同主管機關各異，而使得目前教育訓練的形式和實質分歧極大，其反映的結果是各行政區下的公共衛生護理人員對工作內涵和應具備執業能力認知各異，所提供的服務內涵難以具體呈現公共衛生護理的特色，實是現階段亟待解決的問題。

我國公共衛生護理人員教育訓練概況

台灣在 2005 年完成「公共衛生護理人員專業範疇與職業職責規範手冊」，其中明列社區公共衛生護理人員的專業能力包括：照護能力、管理能力、教學能力、協調能力、自我及專業成長能力、研究能力等六大能力，其角色功能涵蓋了三段五級的健康促進、健康保護、治療性的照護、疾病傷害殘障的預防以及行政管理、研究等多元的角色及專業能力的拓展 (林, 2005)。綜觀目前台灣各縣市衛生局對新近之公共衛生護理人員訓練多以業務介紹為導向，依各縣市之需求予

以一天半到兩週的業務介紹為主。對於公共衛生護理人員應有之執業能力並無評估與評值的標準，對於從緊急醫療照護單位轉任公共衛生工作者會造成相當大的業務休克，除了照護的對象有極大的差異，業務的範圍更是包羅萬象，再加上急重症的照護文化並無賦權（Empowerment）、流行病資料統整判讀、社區評估與資源整合的概念。往往需要三到六個月的時間才能對業務有所了解。但也因公共衛生業務涵蓋龐大，往往一個新的業務才熟悉又要接管別的業務，因此公共衛生護理人員的訓練在國內目前只有做量的呈現而無法具體了解其執業品質。

公共衛生護理人員執業核心課程

本執業核心課程的設計是以 ANA 在 2006 年提出最新的公共衛生護理人員基礎執業標準為架構，輔以盧華艷、劉成英(2000)所提出六大項社區護理專業能力，包括：健康計畫、群體保健服務、個案保健服務、個案評估、專業成長與研究、社區健康統計調查，進行相關課程的設計。

本課程的授課對象為公共衛生護理工作年資未達 5 年以上(含 5 年)之公共衛生護理執業護理人員，考量知能與技能並重，以及實務操作能力的養成需求，本課程共計 40 小時，含 26 小時課室講授與 14 小時案例分析與實作課程。其養成能力與課程內涵及課程時數部分如下表：

表一、公共衛生護理人員執業核心能力、課程內涵、時數及講師人才庫一覽表

執業標準與核心能力	課程重要內涵	課程時數	講師人才庫
評估 Assessment	1. 家庭評估 (Family Assessment) 2. 社區評估 (Community Assessment) 3. 問題解決 (Problem-Solving) 4. 文化能力 (Culture Diversity) 5. 執業倫理 (Ethic) 6. 夥伴關係 (Partnership)	8hrs 課程講授 6hrs 案例分析與實作	1. Family(2+2)： 陳靜敏 (王子芳、林綽娟、黃璉華) 2. Community(3+2 實例)： 李怡娟(劉影梅、陳秋芳、楊舒琴) Partnership Culture Ethic(5)：黃玉珠(盧華艷、楊舒琴)
群體健康診斷與優先排序 (Population diagnosis & priority)	1. 流行病學 (Epidemiology) 2. 排序設定之標準 (Criteria for Setting Priority) 3. 生物統計 (Biostatistics) 4. 環境健康 (Environmental Health)	2hrs 課程講授	劉影梅 (王瑞霞、王琪珍、于漱)

成效識別 (Outcome identification)	1. 危險識別(Risk Identification) 2. 指標設定(Setting Indicators) 3. 需求評估(Needs Assessment)	3hrs 課程講授 2hrs 案例分析與實作	王琪珍(盧華艷、葉莉莉、邱啟潤)
計畫(Planning)	1. 目標設定(Setting Goals and Objectives) 2. 資源整合(Resources Relocation)	3hrs 課程講授 2hrs 案例分析與實作	陳秋芳(許志皓、林佩芬)
執行 (Implementation)	1. 協調(Coordination) : a. 資源活化與整合 (Mobilize & Integrate Resources) b. 賦權(Empowerment) c. 跨領域合作 (Multidisciplinary Cooperation) d. 建立共識 (Consensus building) 2. 發展合宜的策略：健康教育、健康促進與普查 (Develop Appropriate Strategies: health education, health promotion or surveillance) 3. 諮詢：有效行銷 (Consultation : Effective Marketing) 4. 成本效益分析 (Cost-Effectiveness Analysis) 5. 參與政策：瞭解現行社會與健康政策 (Regulatory Activities : aware of current social and public policy)	6hrs 課程講授 3hrs 案例分析與實作	葉莉莉(蕭淑銖、施文儀、蔡娟秀、彭少貞、葉莉莉、邱啟潤、陳惠姿、汪婷婷)
評價(Evaluation)	1. 識別過程與成效指標 (Identify Process and Outcome Indicators) 2. 反思與修正 (Reflection and Revision)	4hrs 課程講授 6hrs 案例分析與實作	盧華艷(王瑞霞、劉影梅、李怡娟、張媚)

課程實施原則

本專案擬由台灣社區護理學會主辦，並聯合各縣市衛生局與國民健康局共同協辦。本課程實施方式為考量課程內容學習與內化過程需求、執業護理人員的進修時間安排，與因工作年資之不同需求，其實施原則如下：

1. 本課程為基礎課程，學員須修畢 40 小時課程並完成課程要求，方能取得修畢證明。
2. 課程安排以每週 1-2 天上課，持續 1 個月或 5 週方式完成。
3. 公共衛生護理人員可依個別需求選擇課程主題，並取得時數與課程主題證明。
4. 學員須取得基礎班修畢證明，方得參加進階班課程。
5. 本課程視需求狀況以循環課程方式於台灣各地舉辦。
6. 本課程將在實施中與實施後進行過程與成果的評價，以做為課程修正改進之依據。

References:

- 盧華艷、劉成英(2000)。公共衛生護理實務工作評估之分析。護理雜誌，47(3)，71-76。
- 林壽惠(2005)。社區護理專業範疇與專業人員職責規範手冊。台灣護理學會編印。
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2008). *Public Health Nursing: population-centered health care in the community* (7th ed). St. Louis: Mosby Elsevier.

第5章 地域保健作者的人材培養的方向性

1 人材培養的基本的想法

地域保健活動，從以前開始被進行的母子保健，感染症對策，精神保健，老人保健，健康增進等的活動之外又加上，需要使之充實健康製作，看護預防，癡呆對策，育兒支援，虐待防止，精神障礙者的支援，健康危機管理等對策。同時，需要健康推銷的理念沿革，作為基於居民需要的健康政策開展這些的對策進行為了為了，在各自的行政機關中，緊握需要的保健事業和調查研究，地域的健康課題的assessment，進行而且基於的事業的規劃籌劃，保健事業的進行管理，評價。

另一方面，地域保健作者到現在為止把重點放在保健服務的提供去了一下活動，不過，行政改革，根據地方分權的推進，地方自治體的作用變化，即使是專門技術職務從事行政營運的事變成必要。從這樣的事地域保健作者，對居民的心和善之外又加上，兼備作為有關地域保健的專業的知識·技術及政策籌劃等的行政職員的能力的人材被要求。可是，地域保健作者，在基礎教育中，學會各自的專業領域的知識及技術，有資格的人是大部分，不過，是有關行政營運的教育幾乎沒受到的狀況。為此，地域保健作者，需要不僅僅提高專業性的能力，掌握作為在行政機關工作的職員的基本的能力及行政職員的能力的事。

開發地域保健作者的基本的方向，在各自的地方自治體中，受到了首領的意向的人材培養部門表示人材培養指針及目標，而且系統地進行具體的能力開發的事是基本。

人材培養的目標沿革，地域保健作者，以那個資質的提高作為目標的，不過，從很強地有這個情況，個人做carrier up 這樣的熱情，經常進行自我啟發的姿勢重要的事，需要有個人的能力和對經歷著眼的個別性的人材培養計劃。

"有關這樣的人才育成對策實行，與人事評價關聯是必要的"

2 地域保健作者被要求的能力

(1) 基本的能力

地域保健作者，根據地方分權的推進，立在居民的視點，積極地致力於地域的健康課題的事被要求，作為基本的能力能考慮以下的東西。

- 1) 責任感—自我的職務有責任，有誠意能對應
- 2) 協調性
 - 有作為組織的一員的自覺，一邊保持合作一邊能業務
 - 能構築從生活者的視點考慮，地域居民對等的共同關係
- 3) 積極性
 - 有對存在問題有認識積極地對業務能專心致力
 - 能持(有)自我啟發熱情，使之提高專業性
- 4) 效率性
 - 的業務的內容，形成以能設法手法的柔軟的姿勢，機敏的對應
- 5) 理解力
 - 能理解持(有)緊握按照業務目的，事實恰當的信息收集和問題的分析能的寬廣的視點，預測的課題和解決的方針性
- 6) 判斷力
 - 能具有寬廣的視野，平衡感覺，時代感覺，預料將來能判斷的·業務的重要性·方針性

(2)作為行政職員的能力

作為地方自治體的行政職員，對行政營運必要的能力是以下的大街。

- 1)企畫・計畫能力
 - 看穿問題和課題的本質，籌劃面向了解決的獨創的且現實的方策，理解具體化(預算化)做的能力。
 - 對策的體系，條例作成和建議能為對種種的行政計劃制定能參與計劃的能力法令的理解下的能力

2) 情報收集・活用能力

- ・對職務必要的信息，把能廣泛地收集居民需要，行政需要的能力收集的信息做為業務有效能有效的利用，再提供到關聯工作崗位等的能力

3) 意思決定能力

- ・緊握了現狀和重要性之後，引導合理的，恰當的結論按照能出的能力・知識和經驗，引導從大局性的視點正確的結論能出的能力

4) 說明・調整能力

- ・對上司，首領，議員，居民等恰當的在能採用用語，方法合乎邏輯地正確的說明的能力新的對策等的規劃・實施時，關係工作崗位等和適當聯合，調整複雜的對立，能構築合作關係的能力擔當業務・對策

5) 談判・交涉能力

- ・有自己的方針，尊重了對方之後進行談判，交涉，一邊建立合作・聯合・信賴關係一邊達成組織目的的能力

6) 組織運營能力

- ・為了為了圓滑的業務營運的面向能處理狀況的把握，進行管理，指導，指導，支援的能力組織的目標成就，提高職員的幹勁，最大限度使之發揮監督能力業務的成就度和能行政評價的能力

7) 育成・指導能力

- ・能看清晚輩和職員的能力，與個人的能力對應了的培養的能力

(3) 作為專門技術職務員的能力

是作為規劃・籌劃・估價科學的 assessment 緊握作為行政職員的能力之外又加上，居民需要，地域的健康課題做，那個原因，創造性地找到，跟關係機關的調整和行政對策沿著了的事業和對策的專門技術職務員的能力被要求，專門技術職務員共通的能力以下的大街。

1) 企画・立案能力

- ・籌劃做明確化做保健活動的理念和目標的能力

- 地域的健康課題 assessment 的能力
- 保健事業計劃的能力
- 地域保健福利計劃等的籌劃參與計劃的能力
- 2) 情報收集・調查研究能力
 - 能為了發現地域的健康問題，為了解釋的信息收集解決能的能力
 - 健康問題的調查，研究計劃的籌劃，數據收集，解釋的能力
- 3) 保健事業運營能力
 - 能保健事業的實踐，進行管理的能力
 - 地區的需要相合的事業的重新評估能的能力
- 4) 對個人・家族的支持能力
 - 評價籌劃做健康課題 assessment 的能力、諮詢能力、支援計劃的能力、支援的能力、評價支援的能力
- 5) 健康危機管理能力
 - 與疾病的集體發生對應的能力
 - 健康危機管理發生的時候對應的能力
- 6) 聯合・調整・社會資源開發能力
 - 與關係機關的調整，其他工作的種類合作・聯合的能力
 - 通過跟與其他工作的工作的種類合作・聯合的能力關係機關的聯合構築服務提供體制的能力
 - 地區的社會資源(殘疾人的工作所等)的能力
- 7) 事業評估能力
 - 評價保健事業和對策的能力

3 人材培養的過程和能力開發

「能力」，明確的作為地域保健作者應該開發能力「作為行政職員的能力」，「作為專門技術職務員的能力」分開應該到達能力基本，不過，為了開發這樣的能力，根據經驗年數和職位等，應該到達能力的水平不同，明確那個過程(階段)的事重要。

在本討論會，每3個分開了的能力作為首次任期、中堅期、管理期分開了 carrier up 的過程之後，研究了各自的時期沿著了的能力開發的目標的矩陣表。現在，這樣的矩陣表，在用公務員制度改革表明了的能力等級制度的想法中被表示，同時，有製作與這個類似的矩陣表的自治團體幾個。本討論會，把這樣的既存的例子的例子做為參考，作為人材培養過程的矩陣表的例示製作了表面5～表面7。

關於這樣的應該開發能力和 carrier up 過程的區分，從根據各自治團體不同的東西和能考慮的事，在本討論會製作的矩陣表最終還是作為例示。同時，從根據工作的種類作的業務不同的事，能考慮需要關於人材培養過程，對工作的種類表現那個階段，特別關於專業能力每工作的種類製作矩陣表的事適當。

同時，是少人數配置工作的種類的情況，關於專業能力，即使是首次任期也有被要求完成中堅期，管理期被要求的能力的一部分的事，關於這樣的矩陣的有效的利用，需要柔軟的對應。

每這樣的 carrier up 的過程作為進行能力開發的手段，有工作崗位外進修，工作崗位內進修，多功能培訓，自我啟發，不過，需要有效地組合各自的方法進行人材培養的事。

再者，參考之前，參考資料2-作為(1)(2)(3)(4)添加自本討論會委員被提交了的人材培養過程的矩陣表。

表 5 地域保健作者被要求的能力(1)：基本的能力(例示)

基本的能力						
	責任感	協調性	積極性	効率性	理解力	判断力
初任期	<p>理解自治團體的政策方針，確實理解擔當工作崗位的使命，對業務有誠意有取組氣概完成。</p>	<p>能持(有)作為組織的一員的自覺，為了職務圓滑的完成，上司的排同事，上意的志溝通，聯合。</p>	<p>理解擔當業務的目的，有對存在問題有認識專心致力向前方。</p>	<p>能考慮業務的經過和優先名次，效率性。</p>	<p>按照擔當業務，能正確理解，能正確整理事實</p>	<p>關於事實的內容和影響等，很快，勝正確上司報告，能商量。而且，關於以自己的責任應該判斷處理東西，適當能應對。</p>
5年未滿			<p>致力於自我啟發，致力於職務知識的學會和技藝的提高</p>	<p>能按照業務設法方法，計劃地手法很好地完成業務。</p>	<p>按照擔當業務，正確收集信息，能分析。</p>	
中堅期	<p>踏自治團體的政策方針，確實理解所屬組織的使命，目標，柔軟對應業務完成和問題解決，有誠意和氣概全盡自己的立場和責任。</p>	<p>上求司被要，對正確理解事，對部下應該指示，取應該周圍和合事，能完成職務。</p>	<p>謙虛認識自我，有提高心致力於職務知識的學會和技藝的擴大</p>	<p>按照業務手段和方法設法，計劃地完成的同時，同事和部下手法也很好地，象沒有浪費地業務前進一樣地能指導。</p>	<p>其他領域象關聯一樣的業務的必須要應對，確實理解業務目的，積極的且適當收集信息，處理，能理解。</p>	<p>能看清事實的內容和影響等，整理問題點定為了對上司的商量等，業務的完成的方向性。</p>

管理期	<p>確實理解所屬自治團體全體的重要課題，帶頭有取等結果責任，誠意和氣概全盡自己的立場和責任</p>	<p>認識自我的立場和責任，關係工作崗位和關係機關的意志溝通，聯合能圖謀。</p>	<p>能表示得平衡與培養地域的信息的收集努力，見地的同時，明確的信息柔軟性很好地有，周圍的信賴模範。</p>	<p>按照業務手段和方法完成的時候，對象工作崗位內的業務效率很好地進展一樣地恰當的指示能出。</p>	<p>正確理解廣泛的領域的多種多樣的信息，正確理解問題的本質，被預測的課題，解決的方向性等。</p>	<p>快速地緊握形勢的變化和有關人員等的意見，能用自己的判斷恰當的應對。</p>
-----	--	---	--	--	--	--

表 6 地域保健作者被要求的能力(2)：行政能力 (例示)

行政能力							
	企画・計畫	情報收集・活用	意思決定	説明・調整	談判・交涉	組織運營	育成・指導
初任期	<p>能確實理解法令用語，按照必要使用。</p>	<p>對職務必要的緊握著信息和知識，居民的需要概要。</p>	<p>處理從收集了的信息必要的東西，選擇能嚴重的決定。</p>	<p>為使對方能理解能直率地正確的説明。</p>	<p>能把握按照自治團體內的配置工作崗位，自己應該有方針。</p>	<p>理解著組織的方針，想法。</p>	
5年未滿	<p>一邊接受上司的指導一邊能課題的設定，解決方法的籌劃</p>	<p>處理從收集了的信息必要的東西，能選擇。</p>		<p>對上司和同事能適宜地進行報告和商量。</p>	<p>一邊接受上司的指導與其他工作崗位一邊能談判，交涉。</p>		

<p>中堅期</p>	<p>在被課了的期限內為使問題解決能團謀檢當的能履行計劃，次序</p>	<p>設置在關係工作崗位內共有整理了的信息的場所，業務有效活用著。</p>	<p>處理從收集了的信息必要的東西，能選擇，弄活了經驗和知識的決定。</p>	<p>能正確聽部下和晚輩的報告。</p>	<p>關係部局，為使關係機關的意志溝通機構關係。</p>	<p>緊握其他的職員的個性和能力，致力於圓滑的組織營運，得到著信賴。</p>	<p>能正確估價部下的能力，做嚴重的指導。</p>
<p>管理期</p>	<p>問題解決的過程，按照必要方法細小的修正能。</p>	<p>能把整理了的信息做為原來，立場不相同的人建設的議論。</p>	<p>收集了的信息之外又加上，鑑於自治團體的對策全體，能大局性的判斷。</p>	<p>明示調整目的和週知的範圍，按照必要關係機關和信息的交換能。</p>	<p>按照必要，能其他機關有效的談判。</p>	<p>對策事業和業務體制的重新評估能取組，發出有效具體的指示。</p>	<p>能按照部下的能力，分配業務。</p>
<p>管理期</p>	<p>能關於籌劃了的計劃，給予恰當的指導，按照必要指示計劃的修正。</p>	<p>收集對策化和保健計劃制定必要的信息，能有效的利用。能表示從中長期性理解廣泛的領域的信息，行政給予的將來性的影響的視點緊握見解。</p>	<p>收集了的信息之外又加上，鑑於自治團體的對策全體，能大局性的判斷。</p>	<p>明示調整目的和週知的範圍，按照必要關係機關和信息的交換能。</p>	<p>按照必要，能其他機關有效的談判。</p>	<p>對策事業和業務體制的重新評估能取組，發出有效具體的指示。</p>	<p>能正確估價部下的能力，在提高部下的能力的方向，能分配業務。</p>
<p>在提高部下的能力的方向，能分配業務。</p>							

表 7 地域保健作者被要求的能力(3)：專門能力 (例示)

		專門能力							事業評估
企畫・立案	情報收集・調查研究	保健事業運營	個人・家族支援	集團支援	健康危機管理	聯合・調整・社會資源開發			
能理解事業計劃的想法(舉行)地域的健康課題。	能收集和對保健活動有用的事能理解。	能編入日常的健康事業中社會資源。	能理解對一般人服務的一般提供方法。	能理解對集體的服務提供方法。	能理解危機管理手冊	能理解各種類的工作的專業性，與日常的社會資源的作用	能理解對策和事業的背景和目的		
5年未滿	能從健康課題必要的對策的規畫起草案的作成	能對保健事業用調查研究等能得到的流逝。	能關於個別支援自立判斷，完成	能對集體的支援自立判斷，完成。	能理解災害手冊，能行動為指示下。	能理解在司和關係者的人際關係構築	能緊握對策和事業的實施狀況，提高問題點和成果		

中 堅 期	資料化做事業計劃的內容，在組織內提供信息	從擔當地區的信息，能抽出血域水平的健康問題。	能從屬於的目標，沿著了保健事業的實踐。	形成對應為困難事例。	能支援地域的self help 小組活動。	健康危機管理發生的時候，組織內有效的指示系統，進行信息的把握和報告，對部下恰當的指示能出	地域的社會資源的利用為使屬機關內的調整能	能出不對策和事業的評價。
管 理 期	原來，上司和有關人員和事業能調整計劃的資料	能進行調查研究	能反映在事業的計劃，實踐上各個的服務評價。	編成對個別事例的支援必要對應。	支援居民團體的，營運的supabaizu	健康危機發生的時候取得跟關係適當處理的信息，正確且迅速的指示能出	按照必要，與其他機關和其他工作的種類聯合能	在跟各事業的關聯中能各個的事業的評價。
	策對自治團體必要的計劃，能與具體的建議	策對自治團體必要的計劃，能有效的利用	能反映在地域的保健計劃上事業的重新評估	能對保健活動必要的培養。	團體的，營運的supabaizu	健康危機發生的時候取得跟關係適當處理的信息，正確且迅速的指示能出	地域的社會資源的利用為使屬機關內的調整能	在各事業的關聯中自治團體的保健活動的評價
	能調查研究和研究的計劃的指導	能調查研究和研究的計劃的指導	能在自治團體的保健計劃裡(上)弄活地域的健康問題	對編成了的關懷，supabaizu			為使按照必要其他機關和其他工作的種類能聯合，從平時開始能調整。	能反映在自治團體的保健計劃上對策的評價

英國專業健康照護組織分級制度

資料提供：黃玉珠主任

英國的衛生部(DOH, 2004a)以及英國的國家健康服務 (National Healthcare Service),提出改變議題(DOH, 2004b)透過制定參與健康工作之專業人員知識與技能架構建置參與國家健康服務者(除了醫生跟牙醫師以外)的分級結構系統,並依據這項的分級制度給予薪資或工作項目內容,及制定應具備的能力。由於它是針對所有的健康工作者,因此並沒有依照公共衛生護理人員特定的分級工作內容。由於英國具有相當嚴謹的各項立法規定,且透過民眾與所有專業照顧者的持續不斷會議和評價進而建立共識極高的遵循標準原則,故下面的三項表格即在說明英國衛生部專業健康照護組織系統,類同我國在醫院的護理分級制度,更重要的它能夠根據不同的工作分項來給予不同的工作內容的細項分別的制定,以下三個圖表分別為:

表一、NHS 專業健康照護組織 (National Health Service Career framework for health)

表二、NHS 工作分級準則要點

表三、Royal Free Hospital 是擁有一千一百床之教學醫院,約有一千六百位護理人員,在教育方面採分級制度,即將護理人員依職等分為 A、B、C、D、E、F、G、H 及 I 等九級,分級標準及內容大概說明如下

表一、NHS 專業健康照護組織
(National Health Service Career framework for health)

級別	職稱	工作內容
1	初階工作者	如「幫傭」或「見習生」層級的工作人員,提供支持性健康照護但其未必有太多的制式學歷、先備知識、技巧或經驗。
2	協同性工作者	常被稱為「健康照護助理」或「健康照護技師」,可能正在學習或已獲得 NVQ 等級二之資格。
3	資深健康照護助理/技師	比協同性工作者擔負較多的職責,可能正在學習或已獲得 NVQ (National Vocational Qualification) 國家進修教育認證等級三或 APEL (Assessment of Prior Experiential Learning) 關鍵學習經驗評估合格者之資格。
4	執業助理/準執業助理	正在學習基礎的學位,如高階的 BTEC (Business & Technician Education Council) 或 HND (Higher National Diplomas) 國家高階文憑。在州立登記執業的情況下,具有可抵免或減免部分的臨床照護執業內容。
5	執業者(含註冊護理人員)	最常見的註冊護理人員,依其首次或進階的職業登錄註冊後/專業資格之工作。
6	資深執業者/特殊執業者	在臨床環境中具有比註冊護理人員更高的自主權及職責,或在非臨床環境中管理 1~2 服務區域。
7	進階執業者	具有相當臨床經驗的專家,其技巧與理論知識已達一定境界。被賦能於下達臨床決策並負擔一定的業務量。非臨床專家要負擔數個服務區域。
8	顧問執業者	工作屬於非常高階臨床專門知識的專家,並具有計畫服務的職責。
9	高階的專家	對臨床業務量決策裁定和值班時能直接全權負責。

表二 NHS 工作分級準則要點(僅列相當於註冊護士 Level 5 及以上的準則)

級別	分級要點
知識、技能、訓練和經驗	
5	能使用廣泛性理論及技能相關的知識在應用於執業範圍，且能展現相關的能力。並將理論及實務操作的知識轉移問題的解決或者是應用廣泛性的理論以及操作性的相關知識於專業領域，採取創新思維發展計畫給予具體的問題解決方法。
6	在特定的專業領域精密地應用理論及技術知識，且具批判性的了解與認知而採前瞻性的作為應證，並應用理論的統整處理方法而解決問題。或者在特定的專業領域精密地應用理論及技術知識，並能綜合使用方法、使用工具及工作模式，採整合型方式而解決相關的問題。
7	能使用高度發展專科化的知識運用系列的工作流程，將相關的經驗、基礎技能合併而發展出新的技能並能實際應用於相關的情境。或運用高度專業分科理論並有前瞻性的看法。且從既有的學問基礎發展知識以外，亦能將思考及新想法有所應用，發展新知能。或在專業領域性示範批判性思考的延展，發展以研究為主的模式，反應在新的問題解決方法及技能。
8	發展高度分化的專業知能或具有關鍵性的分析評價，及整合新思呈現其前瞻性。並能擴展原有的知識技能到研究、設計、介入措施以及應用新的計畫而產生新的問題解決流程，並能將進階的相關知識跨領域應用且能持續的追蹤，而產生具有深度的進階專業知能經驗及能力。
9	能將實務及理論的相關知識運用在臨床、科學、技術或管理層面，並確認所有的職工能了解相關領域的過程且能達到內容高標準，最後也能夠發展具有實證性且高品質技術確認。
監督	
5	能個別管理工作並給予必要的問題解決，即便是在無法預測的情境改變下，仍能適度地反應其應有的專業程度或呈現創造力，整體而言其工作是以自我管理非監督的模式。
6	在無法預測的環境下能管理一組人員，適度解決複雜的問題或在某一工作領域能展示其領導風格；或發展相關計畫及團體互動時能呈現創新思維並能管理整個過程。
7	尤其是在不熟悉、複雜且無法預測的情境中，仍能解決相關的問題展現領導風格與創新思維。 或呈現策略回顧的影響及團隊工作結果。
8	在互相影響的因素下創新解決的問題且展現重要的領導、創新和獨立工作的能力，。
9	承擔確保服務領域、保護目標、財政及品質水準的達成。 或能了解國家級政策和達成目標的策略及標準並擔負責任。提供領導工作領域的方向、創新及工作施行的影響。
專業及職業的權限	
5	評價自身的業務及確認發展、有系統的回應抽象及具體的問題、展示

	操作上和工作領域的互動之經驗以及做出基於社會和倫理的議題之判斷。
6	持續地評價自身的業務及確認發展之需求。收集及說明工作領域解決問題之相關的資或能做出在實務或研究上基於社會和倫理的新興議題之判斷。並能展示複雜情境中和工作領域的互動之經驗。
7	展現獨立執行實習及高階發展過程的了解，並回應社會/科學、臨床/倫理在實務或研究上的衝突，努力改變複雜的情境。或能運用整合的知識解決不熟悉之問題。
8	承諾以發展新思或高階理解的過程，並藉由行動來促進社會/倫理提升。或能以批判性的分析、評價及結合想法並確認決策皆能基於高階理解的程序。或能提出對複雜情境操作決策訂定能力的影響並藉由行動來促進社會/倫理提升。
9	承擔服務領域、部門、財政及管理責任的臨床途徑之全面性責任，以批判性分析、評價及綜合新思，確認決策。 或能展現複雜情境中操作上和工作領域的互動之經驗，並承擔政策規劃決定的責任與超越組織的合作。
分析/臨床技巧及照護病人	
5	依據分析、解釋及選擇的比較做出判斷。或能展現於臨床、技術或特殊程序的安全範圍。
6	提供臨床特殊技術或經嚴格訓練的的服務建議。或能展現依事實複雜的程度、選擇、分析及解釋來做出判斷。
7	提供高階的特殊臨床技術或經嚴格訓練的的服務建議，並做出複雜的判斷。或在工作領域中提供臨床特殊技術或經嚴格訓練的的服務或建議，做出整合判斷。或能依說明提供服務並做出整合判斷。
8	在工作領域中提供高階的臨床特殊技術或經嚴格訓練的的服務建議，並像專家可在多重服務領域中做出反應。或能做出整合且複雜的判斷。
9	能在國家級或國際級階層提供專門臨床技術及知識的領導能力。或能負起全面責任提供領導臨床技術或特殊程序的服務甚至能延伸至雇用的組織造成影響。
組織能力及自主性/行動自由度	
5	可自主計畫、組織和並擬工作優先權次序及處理複雜的作業。
6	可獨立作業及直接領導一團隊工作。
7	可承擔工作領域及臨床路徑專家級的服務或直接提供負責的部分服務。
8	直接影響委託或供應服務。或能負責成為直接提供服務者。
9	負責解盡責解釋和國家重要的政策例如政策服務、目標設定、標準及管理。
計劃、政策和服務發展	
5	發展程序及改變工作業務或所屬工作領域程序。
6	為目的執行政策/改變工作業務或程序。 或計畫複雜的活動擔任聯繫平台。
7	能更改目的或影響工作領域的程序。 或計畫或組織主要的複雜活動或計畫構想策略。

8	發展並執行政策及服務，並能超越組織負責。
9	在服務部門或組織系統負責完成政策執行及政策發展。包括超越組織規畫長期重要的計畫。
金融、行政、物質和人力資源	
5	在工作組織過程和人力資源部門訓練他人並發展執行團隊。或以管理者回顧自身和他人的技能。 或能給予管理和行政工作者相關貢獻。
6	掌握授權的預算或擔任採買。 或擔任資產維護 或擔任監督及擔任教導或訓練工作。
7	策劃訓練或發展計畫。 或規劃工作領域的預算。 或管理職員分配系統/服務範圍內系統化及分工。
8	負責全面教育及訓練計畫的傳承 或控管 1~多個服務或物質資產預算。
9	負責傳承地方和國家品質、金融和成果。
研究與發展	
5	從事簡單或複雜的審核或促進臨床試驗或研究計畫。
6	提出研究與發展並規律的從事臨床試驗或研究計畫。
7	創新並發展研究與發展計畫。
8	執行研究與發展計畫或創新發展與外部產生影響的計畫。
9	承擔協調研究與發展計畫的責任。

表三 Royal Free Hospital 分級制度 (20081219 取自慈濟大學護理系網頁)

等級	說明
A	未接受正式護理學校訓練的人員，能執行基本護理工作，如擦澡、翻身等技術
B	未接受正式護理學校訓練的人員，除執行基本護理工作，可執行量血壓、體溫等 工作
C	為正式護士，多半為早期醫院自行訓練，領有文憑 (Diploma) 的註冊護士 (Enrolled Nurse)，可執行一般護理工作
D	現代護理學校正式訓練的護士，可執行一般護理工作。
E	D 級經過一年半 (十八個月) 臨床實務技術訓練後成為有經驗的護士 (Experience Nurse)，可執行一般及重症加護護理工作。
F	E 級經過二年高級臨床實務訓練成為資深護士 (Senior Nurse) 或行政護士 (Junior Management Nurse)，能執行護理、教學及行政工作。
G	F 級經過一年行政訓練可成為病室經理 (Ward Manager)，能執行護理、教學及行政工作。
H	G 級經過行政、研究訓練可成為教師、執業護理師或各科專科護理師 (Specialist)。
I	H 級經過特殊專科訓練後可成為高級經理 (Senior Unit Manager)，如在加護單位、急診、心臟及重症單位工作之資深經理。

參考資料

Department of Health (2004a) Agenda for change: final agreement. London: DoH

Department of Health (2004b) The NHS knowledge and skills framework and the development review process. London: DoH.

Department of Health (2005a) The implementation and impact of hospital at night pilot projects: an evaluation report. London: DoH.

National Health Service Executive (NHSE) (1999) Agenda for Change: Modernising the NHS pay system. London: HMOS.

<http://www.nlhsu.tcu.edu.tw/news8.htm> (20081219 取自慈濟大學護理系網頁)

<http://www.skillsforhealth.org.uk/page/career-frameworks> (accessed 04/04/08)

全國軍公教員工待遇支給要點

90年1月9日修正

94年1月10日台人(三)字第0940002479號修正

94年1月24日院授人給字第09400001001號修正

96年2月27日院授人給字第0960060929號函修正

- 一、為支給軍公教員工待遇，依據公務人員俸給法及公務人員加給給與辦法等有關規定，訂定本要點。
- 二、本要點適用範圍，指下列各類人員：
 - (一) 政務人員（含特任、特派人員及其相當職務人員、各部政務次長及其相當職務人員暨比照簡任第十二職等以上職務之人員）。
 - (二) 各機關公務人員、雇員及技工、工友。
 - (三) 各級公立學校教職員工。
 - (四) 國軍官兵。
- 三、政務人員之給與，照附表一所訂數額支給。
- 四、各機關學校公教員工薪俸、加給及生活津貼，依下列規定支給之：
 - (一)薪俸部分：
 - 1.公務人員俸額，照附表二所訂數額支給。
 - 2.各級公立學校教職員薪額及警察人員俸額，比照附表二公務人員俸額數額支給。
 - 3.雇員薪額，照附表三所訂數額支給。
 - 4.技工、工友工餉，照附表四所訂數額支給。
 - (二)加給部分：
 - 1.主管職務加給：
 - (1) 公務人員主管職務加給，照附表五所訂數額支給。
 - (2) 支領主管職務加給人員，以各機關組織法規規定並實際負領導責任之主管人員為準。所稱組織法規，係指組織法、組織條例、組織通則、組織規程、組織準則及組織自治條例。
 - (3) 各機關依組織法規以外之其他法律規定應置專責承辦業務人員並授權訂定組織規程，其擔任組織規程內所列主管職務，並實際負領導責任者，得支領主管職務加給。
 - (4) 各機關組織法規未規定，由各機關首長命令指派或權責機關核准成立任務編組之主管職務，不得支領主管職務加給。但在公務人員加給給與辦法發布施行前，經行政院核定支給有案之職務，不在此限。
 - (5) 簡任（派）非主管人員職責繁重，得由機關首長衡酌職責程度，比照主管人員核給主管職務加給。其支給人數扣除兼任或代理主管職務之簡任（派）非主管人數後，不得超過該機關簡任（派）非主管人員預算員額二分之一。但機關簡任（派）非主管人員預算員額僅一人，且職責繁重經機關首長核准者，不在此限。
 - (6) 公立各級學校主管職務加給之支給，其單位之設置以經教育部、直轄市政府及縣（市）政府核准有案者為限。
 - (7) 凡依法令規定兼任其他主管職務之各級人員，以支領一職之主管職務加給為限，不得兼領或重領。
 - 2.其他職務加給另訂之。

- 3.一般公務人員專業加給，照附表六所訂數額支給。其他人員專業或技術加給照核定之數額支給。
- 4.地域加給，照附表七規定支給。
- 5.職務加給、技術或專業加給均依其銓敘審定職等支給。但權理人員，依權理之職務在職務列等表上所列最低職等支給。
- 6.經權責機關依法令規定核派兼任機關組織法規規定之主管職務，如列有官等、職等者，其主管職務加給應在該兼任主管職務列等範圍內依本職銓敘審定職等支給。但本職所銓敘審定之職等高於或低於該主管職務列等範圍時，應依該主管職務之最高或最低職等支給；至兼任之主管職務未列有官等、職等者，按相當職務之職等比照上述規定辦理。

(三)生活津貼部分：

- 1.婚、喪、生育及子女教育補助之請領，以支領一般公教待遇之各級行政機關、公立學校預算員額內之人員為限；編制內技工、工友比照辦理；軍職人員得參照辦理。其標準如下：
 - (1)婚、喪、生育補助，照附表八規定支給。
 - (2)子女教育補助，照附表九規定支給。
 - 2.房租津貼項目已在79年度待遇調整數額之外另行併入專業加給或學術研究費或公費內支給，居住公有房舍之現職軍公教員工，應由服務機關學校按月將所併入之房租津貼數額扣繳公庫。但眷屬如未居住公有房舍，而本人因業務實際需要經機關首長核准居住單房間職務宿舍者，不在此限。
- 五、國軍官兵之給與照核定數額支給。
 - 六、依本要點支給之專業加給、主管職務加給，除法令另有規定外，對於經常不到公不服勤人員不予支給。
 - 七、各機關學校有關員工待遇、福利、獎金或其他給與事項，應由行政院配合年度預算通案核定實施，非經專案報院核准，絕對不得於年度進行中自訂標準先行支給。
 - 八、實施用費率事業機構員工待遇，在行政院訂定之「公營事業機構員工待遇授權訂定基本原則」下，除主持人待遇應報行政院備查外，其餘員工待遇授權由各事業機構主管機關核定實施。

附表一 政務人員給與表

附表二 公務人員俸額表

附表三 雇員薪額表

附表四 技工工友工餉表

附表五 公務人員主管職務加給表

附表六 公務人員專業加給表一

附表七 各機關學校公教員工地域加給表

附表八 公教人員婚喪生育補助表

附表九 子女教育補助表

現行公務人員給與簡明表(一)

現行公務人員給與簡明表(二)

<http://www.ncu.edu.tw/~ncu7060/law/ch13-1.htm>

各機關師級醫事職務級別員額配置準則

中華民國 95 年 8 月 3 日考試院考臺組貳一字第 09500059892 號、行政院院授人力字第 09500205603 號令訂定

- 第一 條 本準則依醫事人員人事條例（以下簡稱本條例）第三條第三項規定訂定之。
- 第二 條 適用本條例之公立醫療機構、政府機關及公立學校（以下簡稱各機關）之組織，除以法律定其職稱、級別及員額者外，其師級醫事職務級別及員額配置事項，依本準則規定辦理。
- 第三 條 各級公立醫療機構師級醫事職務之配置比例如下：
一、教育部所屬大學或學院附設醫院及行政院國軍退除役官兵輔導委員會各榮民總醫院：
（一）醫師、中醫師及牙醫師合計，師（一）級人員之員額不得高於 30%，師（三）級人員之員額不得低於 20%。
（二）其他師級醫事人員合計，師（一）級人員之員額不得高於 2%，師（三）級人員之員額不得低於百分之七十五。
二、教育部所屬大學或學院附設醫院之分院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會各榮民醫院、行政院衛生署所屬醫療機構、直轄市政府衛生局所屬醫院：
（一）醫師、中醫師及牙醫師合計，師（一）級人員之員額不得高於百分之十，師（三）級人員之員額不得低於 25%。
（二）其他師級醫事人員合計，師（二）級人員之員額不得高於 20%，其餘均為師（三）級。
三、行政院衛生署所屬醫療機構之分院、直轄市政府衛生局所屬中醫醫院、防治院（所、中心）、各區衛生所（健康中心）、各縣（市）立醫院、防治所及各鄉（鎮、市、區）衛生所：
（一）醫師、中醫師及牙醫師合計，師（一）級人員之員額不得高於 1%，不足 1 人時，得以 1 人計；師（三）級人員之員額不得低於 35%。但各衛生所（健康中心）及各縣（市）防治所，不置師（一）級人員，師（二）級員額不足 1 人時，得以 1 人計。
（二）其他師級醫事人員合計，師（二）級人員之員額不得高於 15%，其餘均為師（三）級；師（二）級員額不足 1 人時，得以 1 人計。
- 第四 條 各政府機關及公立學校應適用本條例之師級醫事職務，其級別配置基準如下：
一、主管職務（護理長、護士長、護理主任除外），列師（二）級。
二、前款以外之領有醫師、中醫師或牙醫師證書之師級醫事人員合計，每滿三人得列師（二）級一人；其餘人員均列師（三）級。
三、前二款以外之其他師級醫事人員合計，每滿七人得列師（二）級一人；其餘人員均列師（三）級。
- 第五 條 政府機關得適用本條例之師級醫事職務，除職務列等為簡任第十職等以上者，列師（一）級外，其餘人員均列師（二）級。
- 第六 條 本準則發布施行後，各機關之師級醫事職務級別員額配置不符本準則規定者，應於三年內修正其組織法規或編制表；如有特殊原因者，得由各機關敘明理由，報經核定機關函請銓敘部延長其修正期間。
- 第七 條 本準則自中華民國九十五年八月一日施行。

銓敘部 http://www.mocs.gov.tw/law/main_law_list_a.aspx?ln_id_nam06080800000

各機關學校公教員工地域加給表												
服務級	地區別	山 地 僻 區				地 區				支 給 對 象	基 本 數 額	年 資 加 成 (服務山僻、離島地區年資加 成，每 服務滿一年按俸額 加2%計給，最高 以左列比例為限)
		第一級	第二級	第三級	第四級	第一級	第二級	第三級	第四級			
	山 地 僻 區	第一級	服務於山地或平地偏遠地區，由服務處所至最近公共汽車招呼站或火車站須步行路程，山地地區未滿十五公里者或平地偏遠地區在五公里以上而未滿十五公里者。							3,000	10%	
		第二級	服務於山地或平地偏遠地區，由服務處所至最近公共汽車招呼站或火車站須步行路程，在十五公里以上而未滿卅五公里者。						4,000	20%		
		第三級	服務於山地或平地偏遠地區，由服務處所至最近公共汽車招呼站或火車站須步行路程，在卅五公里以上者。						6,000	30%		
		第四級	服務於海拔一、〇〇〇公尺至二、〇〇〇公尺地區之人員。						1,000	10%		
	地 區	第一級	服務於海拔二、〇〇一公尺至二、五〇〇公尺地區之人員。							2,000	10%	
		第二級	服務於海拔二、五〇一公尺至三、〇〇〇公尺地區之人員。							4,000	20%	
		第三級	服務於海拔三、〇〇一公尺以上地區之人員(中央氣象局玉山氣象站)。							8,000	30%	
		第四級	服務於馬公、湖西、白沙、西嶼(漁翁島)、小門等離島地區之人員。							4,500	10%	
	島 地 區	第一級	服務於虎井、桶盤、吉貝、烏嶼、貝貝、大倉、望安、七美、龜山島、琉球鄉等離島地區之人員。							5,500	10%	
		第二級	服務於東吉、花嶼、東嶼坪、西嶼坪、綠島、西吉、蘭嶼等離島地區之人員。							7,500	20%	
		第三級	服務於東沙、南沙、彭佳嶼、目斗嶼、大小金門、馬祖、東引島、烏坵嶼、東莪島、北莪島、東莒島等離島地區之人員。							9,500	30%	
		第四級										

公教人員婚喪生育補助表

<p>備考</p>	<p>項 目</p> <p>補助標準(以事實發生日期當月薪俸額為準)</p>					
<p>一、單位：新台幣元。 二、本表支給對象以各機關、學校暨台灣省、金門、馬祖地區公營事業機構之編制內員工為準。 三、本表各地區之基本數額僅能擇一支給，惟山僻地區之偏遠地區與高山地區競合時，其基本數額得合併支給，但年資加成分，僅能擇優支給；另改支後基本數額如有差額，准予補足。 四、本表自民國七十九年七月一日起算，每服務當地時間滿一年，按俸額加百分之二計給，最高以本表所列各級最高比例為限；其服務於本表各山僻、離島地區之年資得合併採計。</p>	<p>結 婚 補 助</p> <p>二個月薪俸額</p>	<p>生 育 補 助</p> <p>二個月薪俸額</p>				
<p>五、花蓮、台東地區人員原支東台加給每月六三〇元，予以凍結，爾後不再調整。已支山僻地區、離島地區基本數額及年資加成者，不得再支給東台加給。</p>	<p>喪 葬 補 助</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="816 1081 920 1517"> <p>父 母 死 亡</p> </td> <td data-bbox="920 1081 1172 1517"> <p>五個月薪俸額</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="816 1517 920 1969"> <p>子 女 死 亡</p> </td> <td data-bbox="920 1517 1172 1969"> <p>三個月薪俸額</p> </td> </tr> </table>	<p>父 母 死 亡</p>	<p>五個月薪俸額</p>	<p>子 女 死 亡</p>	<p>三個月薪俸額</p>
<p>父 母 死 亡</p>	<p>五個月薪俸額</p>					
<p>子 女 死 亡</p>	<p>三個月薪俸額</p>					
<p>六、表列基本數額係視地理環境、交通狀況、艱苦程度、氣候條件等因素訂定，如上述因素變動時，得由行政院修訂之。 七、原「戰地加給」已納入地域加給離島地區第四級內支給。</p>	<p>說明：</p> <p>一、表列各項補助必須在結婚、生育或死亡事實發生後三個月內向本機關或學校申請，逾期不予補發。但申請居住大陸地區眷屬之喪葬補助者，其申請期限為六個月。 二、請領表列各項補助，應依規定填具申請表、繳驗戶口名簿，並分別繳驗結婚證書、出生證明書或死亡證明書。各項證明文件如屬大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。</p>					

	<p>限制</p>
	<p>離婚後再與原配偶結婚者，不得申請結婚補助。</p>
	<p>一、以配偶或本人分娩者為限。 二、夫妻同為公教人員者，以報領一份為限。 三、未滿六個月流產者，不得申請生育補助。 四、配偶於國外生育，如在國內辦妥戶籍登記，得依規定申請生育補助。</p>
	<p>一、父母、配偶以未擔任公職者為限。 二、夫妻或其他親屬同為公教人員者，對同一死亡事實，以報領一份為限。 三、子女以二十歲以下、未婚且無職業者為限。但未婚子女超過二十歲以上在校肄業而確無職業或受禁治產之宣告尚未撤銷或確實殘廢不能自謀生活，需仰賴申請人扶養並經機關學校查證屬實者，不在此限。</p>

子女教育補助表

類	數	給	支	分	區	
					公	私
	13,600			立	公	院學立獨暨學大
	35,800			立	私	
	14,300			部	間	夜
	10,000			立	公	
	28,000			立	私	專三、二、年二 後 專 五
	14,300			部	間	夜
	7,700			立	公	
	20,800			立	私	年三前專五
	3,800			立	公	
	13,500			立	私	中
	3,200			立	公	
	18,900			立	私	高
	7,300			班	自給自	足

說明：

- 一、單位：新台幣元。
- 二、公教人員子女隨在台澎金馬地區居住，就讀政府立案之公私立大專以下小學以上學校肄業正式生，可按規定申請子女教育補助。
- 三、申請期限：註冊日起三個月內向本機關或學校申請，逾期不予補發。
- 四、繳驗證件：填具申請表、繳驗戶口名簿、學生證（國中、國小除學生證外，亦得以收費單據代之）。
- 五、子女以未婚且無職業需仰賴申請人扶養者為限。
- 六、未具學籍之學校或補習班學生，或就讀公私立中等以上學校之選讀生，或就讀公私立高中（職）以上學校，已依軍公教遺族就學費用優待條例減免學雜費或其他享有公費或全免學雜費待遇，或已取得其他高於子女教育補助標準之獎助者，不得申請補助。但領取優秀學生獎學金、清寒獎學金及民間團體所舉辦之獎學金，不在此限。
- 七、公教人員請領子女教育補助，應以在職期間其子女已完成當學期註冊手續為要件。其申請以各級學校所規定之修業年限為準。如有轉學、轉系或重考就讀情形，均依轉（考）入之年級起依規定之修業年限，發給子女教育補助至應屆畢業年級為止。但留級或重修者，不得重複請領。
- 八、夫妻同為公教人員者，其子女教育補助應自行協調由一方申領。
- 九、因案停職人員，在停職期間發生可請領子女教育補助之事實，得於復職後三個月內依規定向本機關或學校申請補發。其數額應依事實發生時之規定標準計算。
- 十、公教人員子女就讀公私立綜合高中之綜合高中班級及普通班 非綜合高中班級之職業類科者，其子女教育補助應按公私立高中高職標準支給。
- 十一、公教人員子女就讀公私立高級職業學校（含綜合高中）實用技能班第二、三年段者，子女教育補助按高職自給自足班一般私立高職標準支給；一年段仍依原實用技能班標準支給。

1,500	班能技用費		
500	立私公	中	國
500	立私公	小	國

<http://www.hlips.hc.edu.tw/hlips08/%C5v%AFq%AA%ED.doc> 新竹市教育網站