《科際整合月刊》，2026 年 11 月，11(11)，186-202。
Interdisciplinary Research Monthly. November 2026

護理師授權照顧服務員執行部分基本照護工作之現況與可行性探討

陳姚伶*、林淑娟**、邱若寧***、楊淑雲****

摘要

面對護理人力短缺與住院照護需求增加，本文採敘述性綜論，整合國際研究、授權準則及臺灣政策與法規，探討照顧服務員參與基本照護的制度脈絡與可行條件。本文以既有參考文獻為基底，補充官方來源查證，依制度範圍、人員資格、專業界線及治理條件分析，並區分研究結果、政策內容與作者建議。國際研究支持保留足夠護理師配置；照顧服務員的參與須具明確範圍、能力確認、指示與監督。臺灣住院整合照護已由健保試辦轉為公務預算支持，但政策擴展與服務滿意度尚不能證明安全成效。美國指派與授權概念可供流程設計參考，不能直接作為臺灣執業權限的依據。本文提出條件式任務範例與閉環回報格式，供機構審議及試行。由於未採系統性檢索與標準化品質評讀，且本土直接實證有限，本文不代表全臺現況調查，所提流程仍需驗證。

關鍵詞：護理授權、照顧服務員、混合式照護、工作負荷、病人安全

* 東元醫療社團法人東元綜合醫院外科病房護理長、中山醫學大學護理研究所研究生
** 通訊作者，東元醫療社團法人東元綜合醫院外科專科護理師
*** 臺中市立老人復健綜合醫院（委託財團法人中國醫藥大學興建經營）外科加護病房護理師、中山醫學大學護理研究所研究生
**** 彰化基督教醫院內科專科護理師、中山醫學大學護理研究所研究生
本論文經兩位雙向匿名審查通過。收件：2026/9/19。同意刊登：2026/10/24。

壹、前言

人口高齡化、慢性病盛行及住院病人照護複雜度提升，使護理人力不足成為影響醫療品質與醫療體系韌性的重要議題。世界衛生組織指出，全球護理人力雖持續增加，但不同國家與地區間仍存在明顯的人力缺口與分布不均（World Health Organization, 2025）。相關研究亦顯示，護理師照護負荷增加與未完成護理照護、照護品質下降及較差病人結果具有相關性；當病人監測、活動協助、衛教及情緒支持等必要照護未能及時完成時，可能進一步增加病人安全風險（Ball et al., 2014, 2018；Recio-Saucedo et al., 2018）。因此，護理人力不足不只是人數問題，亦涉及有限專業人力是否配置於最需要護理評估、臨床判斷及專業處置的照護工作。

混合式照護（skill mix）係依團隊成員的教育背景、能力、職責及工作風險重新配置照護任務，使不同人員在明確角色範圍內共同提供照護，目的在於依專業性與風險程度進行工作分層，由護理師負責評估、決策、複雜照護及結果評值，再由接受適當訓練的人員協助執行部分流程明確的基本照護。既有研究顯示，增加護理輔助人力時若缺乏清楚的工作界線、能力標準、溝通及監督機制，可能造成角色模糊、資訊中斷與照護責任不清，亦不能完全減少護理師人力不足所產生的風險（Aiken et al., 2017；Griffiths et al., 2019；Kagonya et al., 2023）。因此，混合式照護應被視為團隊工作與照護流程的重整，而非護理人力的等比例替代模式。

臺灣自 2022 年推動全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，由護理人員與照護輔佐人員共同提供住院照護，期望減輕家屬陪病及經濟負擔，並改善醫院照護人力運用（衛生福利部中央健康保險署，2024）。後續政策已發展為「醫院辦理住院整合照護服務實施計畫」；本文補充參照 115 年度計畫之 114 年 11 月 5 日公告版本，討論其工作範圍與執行條件（衛生福利部，2025）。本文聚焦其中具照顧服務員背景者，不將不同資格或職級之照護輔佐人員視為具有相同職能。在此模式下，照顧服務員主要協助日常生活照護；但基本照護不必然等同低風險照護，其風險會隨病人的意識、吞嚥功能、活動限制與病況而改變。因此，工作交付須同時考量病人狀況、任務特性、人員能力及可提供的監督程度（National Council of State Boards of Nursing [NCSBN], 2016；Kagonya et al., 2023）。

目前國內相關政策與實務討論多著重於人力配置、服務內容及教育訓練，對於護理師如何判斷可交付工作、哪些工作涉及不可取代的護理專業判斷、如

何依病人風險調整監督程度，以及異常事件發生時如何完成通報與責任銜接，仍缺乏整合且具操作性的原則。若僅以固定工作清單區分可執行與不可執行事項，可能忽略病人狀況與照護風險會隨時間改變；安全授權除了需要明確工作範圍，亦應包含交付前評估、執行者能力確認、執行中監督、異常通報及執行後結果評值。

本文以國際文獻與臺灣制度脈絡為範圍，回答兩項問題：臺灣醫院基本照護分工受到哪些政策、資格及專業界線約束；在上述約束下，安全交付需要哪些臨床與組織條件。前者依制度發展、人員資格及業務規範整理，後者依病人風險、任務、人員能力、溝通監督及成效監測分析。本文所稱「授權」為工作交付與風險管理的操作性用語，不代表臺灣法律已授予護理師將其法定業務轉交無資格人員的概括權限，亦不將本文建議視為已驗證之臨床標準。

在國際概念上，NCSBN（2016）及 NCSBN 與 American Nurses Association（ANA）之聯合準則（2019）區分指派（assignment）與授權（delegation）：指派係安排執行者既有合法職務及基礎教育涵蓋的例行工作；授權則涉及交付超出其傳統例行角色的特定照護活動，須在當地法規容許下，經額外訓練與能力驗證後執行。護理師仍須對授權判斷、監督及病人照護結果負專業責任，執行者亦須對所承接活動之正確執行與回報負責。因此，臺灣照顧服務員例行生活照護的分工，依國際定義可能較接近指派；本文沿用「授權」作為涵蓋工作交付、風險判斷與監督的本土討論用語，並不主張每項生活照護皆屬嚴格意義的 delegation，亦不以此名詞擴張法定業務範圍。

貳、文獻查證

本文採敘述性綜論，以原稿所列 2011 至 2025 年中英文文獻為基底，並於 2026 年 10 月 21 日補充查證臺灣官方政策與法規。原稿記載 2026 年 10 月 10 日曾參照 PubMed、華藝線上圖書館公開書目及摘要，以及 NCSBN、衛生福利部、中央健康保險署與全國法規資料庫；因未提供當時逐次檢索與篩選紀錄，本文不將該敘述視為可重現的完整檢索。此次修訂透過公開網頁搜尋及官方文件核對，中文詞包括「住院整合照護」、「照顧服務員資格訓練」、「護理人員法」「三班護病比」及「115 年度醫院評鑑基準」；原稿英文主題詞包括 nursing delegation、assignment、skill mix、missed nursing care、nursing assistants、care assistants 及 nurse staffing。未新增宣稱已完成 CINAHL 等訂閱資料庫檢索。

選取範圍以醫院住院照護分工、人力組成、病人安全、授權準則及臺灣現行制度為主；保留 2011 至 2015 年具背景價值之研究，並納入截至 2026 年 10 月 21 日可查得之相關官方規範。排除無可核對來源、重複內容，以及僅適用居家或長照而不能直接說明醫院分工的規範。本文未進行雙人篩選、標準化品質評讀或統合分析；參考文獻數僅描述本文引用來源，不是系統性檢索之納入數。原稿 19 筆來源包括 12 篇研究或回顧、2 份國際授權準則、4 份臺灣法規或政策文件及 1 份 WHO 資料；本次另增 5 份臺灣官方資料，合計 24 筆。國內研究之解讀仍以原稿所引用的公開摘要內容為限，不推稱已完成全文品質評讀。

一、護理人力短缺與混合式照護

護理人力配置與病人治療及照護結果密切相關。研究顯示，當護理師照護病人數增加，或團隊中專業護理師所占比例降低時，護理師可投入病情監測、衛教、活動協助與情緒支持等照護工作的時間可能受到壓縮，進而增加照護延遲或未完成的情形。未完成護理照護可能是連結護理人力配置與病人不良結果的重要機制，除與住院及術後死亡風險增加具有相關性外，亦可能影響病人滿意度，並與給藥錯誤、跌倒、壓力性損傷、感染及其他不良照護結果相關。因此，護理人力問題不宜僅以護理師人數或護病比衡量，尚須同時考量護理師教育程度、團隊專業人力組成、病人照護複雜度，以及必要照護能否及時且完整地提供（Aiken et al., 2014, 2017；Ball et al., 2014, 2018；Recio-Saucedo et al., 2018）。

混合式照護的核心在於依各項照護工作所需的知識、技術、臨床判斷與風險程度，配置具備相應能力的人員，而非以輔助人力等比例替代專業護理師。研究顯示，當護理團隊中專業護理師比例降低時，病人死亡、照護品質及安全評價可能受到不利影響；單純增加護理輔助人力，亦無法完全抵銷專業護理人力不足所產生的風險。若照護輔助人員能正式納入照護團隊，並具備明確的工作範圍、標準化訓練、有效溝通、適當監督及組織治理機制，仍可協助執行部分生活照護，提升基本照護的可近性與完整性，維持病房日常運作。由於目前相關證據多來自觀察性研究，其結果可能受到病人嚴重度、醫院規模、人力配置及工作環境等因素影響，尚無法直接確認因果關係；然而，不同國家及研究結果大致一致，均指出混合式照護的安全性取決於專業護理人力是否充足，以及人員能力、角色界線、溝通與監督機制是否健全。因此，混合式照護應以維持足夠的專業護理人力為前提，將輔助人力定位為護理團隊的支持者，而非專

業護理師的替代者（Aiken et al., 2014, 2017；Griffiths et al., 2019；Kagonya et al., 2023；Cermak et al., 2024）。

二、照顧服務員的基本照護角色

照顧服務員在醫院的主要功能，是依照護計畫及護理人員指示，協助病人完成身體清潔、更衣、進食、排泄、翻身、姿位調整、移位、簡易活動及環境整理等日常生活照護，並在執行過程中維持病人基本安全。由於各國的醫療制度、人員訓練及照護模式不同，醫院照護輔助人員的工作內容並不完全一致，但多以生活照護、活動協助、環境維護、基本觀察及資訊回報為主。其角色能否安全發揮，除取決於工作範圍是否明確，亦與教育訓練、能力確認、團隊溝通及護理人員監督密切相關（陳麗津、林昱宏，2011；楊佩瑄等人，2025；Kagonya et al., 2023）。

然基本照護不應被視為固定不變的低風險工作，其風險會隨病人意識狀態、吞嚥功能、生命徵象穩定度、跌倒風險、管路留置、術後限制及病情變化而改變。例如，協助病況穩定且吞嚥功能正常的病人進食，與協助意識不清或有吞嚥障礙者進食，所需能力、監督程度及可能後果並不相同。因此，工作是否適合交由照顧服務員執行，不能僅依工作名稱或固定清單判定，而應同時評估病人狀況、任務複雜度、可能後果、執行者能力及可提供的監督程度。照顧服務員可透過頻繁接觸協助發現病人活動能力、進食量、排泄、皮膚完整性、意識或行為等變化，但其角色應限於依既定指示進行觀察與即時回報，不宜自行解釋資料、判斷病情或調整照護計畫。涉及健康問題評估、護理診斷、照護計畫擬定、用藥判斷、侵入性專業處置及照護成效評值等工作，仍應由具法定資格與專業能力的醫事人員執行。對政策已列明之條件式協助項目，應另核對其適用資格、教育訓練、標準作業流程與監督要求，不能將技術協助與專業判斷概括視為同一層次。醫療機構亦應建立職前訓練、能力確認、工作規範、異常通報及監督機制，使照顧服務員能在清楚的角色範圍內參與照護，並降低責任模糊、資訊中斷及病人安全風險（衛生福利部，2018；NCSBN, 2016；Kagonya et al., 2023）。

三、護理授權的專業與法律界線

依我國《護理人員法》第 24 條（護理人員法，2023），護理人員業務包括健康問題之護理評估、預防保健之護理措施、護理指導與諮詢，以及醫療輔助行為。由此可見，病人評估、臨床判斷、護理計畫擬定及照護成效評值等工作，

需具備專業判斷與法定業務屬性，不宜因人力不足而交由照顧服務員獨立執行。護理授權的目的，是在不削弱護理專業功能與病人安全的前提下，由護理師依病人狀況、任務特性、可能風險及執行者能力，決定哪些工作可由適當人員協助完成。因此，授權並非單純的工作分派，也不代表護理專業責任的移轉，而是一項需要持續評估與調整的專業決策。

安全授權應同時符合適當任務、適當情境、適當人員、明確指示與溝通，以及適當監督與評值等原則。護理師在交付工作前，應確認病人狀況相對穩定、工作步驟明確、預期結果可以預測，且執行過程中的異常能被及時辨識與回報；同時應確認照顧服務員已接受相應訓練，並具備在特定病人與照護情境中執行該項工作的能力。若任務涉及持續性專業評估、用藥決策、侵入性專業處置，或須隨病況變化即時作成臨床判斷，則不適合交由照顧服務員獨立執行；政策容許的技術協助亦不能取代上述專業判斷。即使原先可授權的工作，若病人病況惡化、任務超出原有指示、執行者無法辨識異常，或現場無法提供所需監督，亦應暫停或撤回授權（NCSBN, 2016）。

授權後，各角色仍須依其實際決策與行為承擔相應責任。護理師應對病人評估、任務與人員選擇、指示內容、監督方式及結果評值負責，並清楚說明工作內容、執行方法、注意事項、停止條件及異常通報時機；照顧服務員則應在既定能力與工作範圍內依指示執行，遵守停止條件，並於無法完成、超出能力或發現異常時立即回報。工作完成後，護理師仍應確認執行結果，重新評估病人反應，並處理所發現的異常。此種責任配置並非將護理師的專業責任概括移轉，也不代表所有執行結果均由護理師單獨承擔，而是由雙方依各自可控制的決策、行為與職責範圍負責。

此外，授權能否安全執行亦受到團隊關係與組織環境影響。當護理師與照顧服務員具有清楚的角色認知、相互尊重、即時溝通及明確的異常回報機制時，較能支持以病人為中心之照護與安全文化；反之，若角色界線不清、溝通過度階層化，或照顧服務員因擔心被責備而不敢提出疑問及回報異常，可能延誤病情變化的辨識與處置（Campbell et al., 2021；Baek et al., 2023）。因此，醫療機構除應建立授權規範與能力認證制度外，亦須營造允許提問、拒絕超出能力之工作及立即通報異常的安全文化。整體而言，安全授權應被視為一項包含病人評估、任務選擇、人員確認、明確溝通、持續監督、異常處理與結果評值的連續歷程，而非一次性的工作交付。

四、臺灣制度脈絡與國際框架的適用條件

住院整合照護以病房團隊共同提供服務，並非一對一自聘看護模式。官方資料顯示，2023 年核定 84 家醫院、4,414 床，2024 年擴為 109 家、5,287 床（衛生福利部，2023、2024b）。115 年度實施計畫所載背景另記錄 114 年已有 110 家醫院辦理，並說明自 114 年起改以公務預算支應（衛生福利部，2025）。上述數字各有統計時間與口徑，僅用於交代制度演進，不視為 2026 年 10 月的即時服務總量；核定床數亦不能替代實際開放床數、使用率與成效評估。

照顧服務員資格訓練計畫已於 2022 年公告修正，主要規定自 2023 年生效，故不宜僅以 2018 年版本代表目前訓練制度。其課程包括核心 50 小時、實作 8 小時、綜合討論與評量 2 小時及臨床實習 30 小時，共 90 小時（衛生福利部，2022）。資格訓練結業、技術士證及其他符合計畫之資格途徑，應依醫院適用之聘用規範逐一查驗，不能把所有照護輔佐職級視為同一資格。不同受訓途徑與既往場域經驗不等於相同的病房能力，仍須補充院內感染管制、術後限制、病人辨識及異常回報訓練。

《護理人員法》第 24 條界定護理業務，第 25 條規定執行業務應製作紀錄，第 37 條對未取得資格而執行護理業務設有規範（護理人員法，2023）。本文核對之條文未提供護理師將法定業務概括轉授照顧服務員的明文權限。因此，NCSBN 與 ANA 之準則只能作為風險評估、溝通與監督的參考，須經臺灣法規及適用政策調整後使用；不能以美國制度中的 delegation 直接推導本土合法範圍。個別爭議仍須核對行為內容、場域及主管機關解釋，機構內部規範不得擴張法定權限。人力政策亦須區分公告標準、支付獎勵、評鑑要求與法律義務。2024 年三班護病比公告採獎勵先行、逐步推動，例如區域醫院白班、小夜及大夜標準分別為 1：7、1：11 及 1：13（衛生福利部，2024a），不能僅憑該公告即稱全面完成強制入法。115 年度區域、地區醫院評鑑基準 2.3.3 涉及團隊資訊交接，2.3.4 要求護理過程與照護計畫完整，2.3.5 則為適當護病比之重點條文（衛生福利部，2026）；其管理要求不等於允許照顧服務員執行特定護理業務。本文據此建議，機構分別檢核護理師配置、照顧服務員能力及監督時間，不以輔佐人力補足護理師配置的名額。

國內直接比較照顧服務員分工與安全結果之證據，在本文引用來源中仍有限。楊佩瑄等人（2025）可提供單一醫學中心初步經驗，惟不代表全臺醫院推行情形；陳麗津與林昱宏（2011）的角色能力描述亦不能直接回答現行急性病

房分工之因果效果。故本文以制度條件與證據缺口為討論重點，不將政策宣示、滿意度或作者流程建議混同為已確立的成效。

參、論述觀點

一、安全授權的判斷單位是病人情境而非任務名稱

NCSBN（2016）之適當情境原則直接支持將病人狀況納入交付決策。本文進一步將此原則轉化為「每次交付前確認、狀況改變後重評」的實務建議；此操作方式尚非本土比較研究證實之最佳流程。以進食、翻身與移位為例，同名任務會因吞嚥風險、術後活動限制及管路而改變所需協助。故本文主張以個別病人情境補充任務清單，避免將清單上的項目視為對所有病人均適用。

此判斷須先通過臺灣適用規範，再依人員能力與現場監督條件決定能否執行。亦即，能力訓練是安全條件，並非業務合法性的充分條件；病況穩定也不能使原本不具依據的工作自動成為可交付項目。

二、授權決策須整合任務風險與執行能力

Kagonya 等人（2023）之範疇性回顧指出，各地醫院輔助人員的名稱、訓練及職責存在差異。因此，本文不以國外 care assistant 職稱直接對應臺灣照顧服務員，也不由完成基礎資格訓練推定已具備所有急性病房技能。實務上須分開確認資格符合、特定任務能力及對該病人當下是否適用。

能力確認應直接對應受交付的工作與臨床情境，內容可包括知識測驗、技術回覆示教、直接觀察、情境演練及異常通報能力。對新進人員、跨單位支援、長期未執行特定工作者，或發生照護事件後，均應重新評估能力。護理師下達指示時，需說明對象、工作內容、執行方式、預期結果、觀察重點、停止條件、回報時點及緊急聯絡方式；照顧服務員則應在不理解、無把握或病況改變時主動提出。由此可見，授權並非單向派工，而是護理師與照顧服務員共同確認任務與能力是否相符的臨床溝通過程。

三、專業責任應依角色分層而非隨工作轉移

工作交付不等同於專業責任移轉。護理師應對病人評估、授權決策、指示內容、監督方式及結果評值負責；照顧服務員則對依指示執行、遵守能力與職務界線、觀察過程及即時回報負責；醫療機構亦須對人力配置、職務規範、教育訓練、通報系統與品質治理負起組織責任。若僅以「護理師仍負最終責任」概括所有情況，容易掩蓋執行者與機構應承擔的責任，也可能使護理師在缺乏

人力與制度支持下承受不合理風險。較適當的做法，是依各角色可控制的決策與行為範圍，明定相應責任及紀錄要求。

責任分層也有助於事件分析。當工作未完成或發生異常時，不應只追究最後執行者，而應依序檢視病人評估是否完整、任務是否適合交付、執行者能力是否經確認、指示是否清楚、工作量是否合理、異常是否即時回報，以及護理師是否完成後續評值。Campbell 等人（2021）發現護理師與護理輔助人員的關係品質與病人安全文化相關；Baek 等人（2023）亦指出團隊合作與病人中心照護密切相關。這些結果顯示，授權安全不僅取決於個人技能，也受到團隊互信、發言安全與組織支持影響。

四、基本照護品質是病人安全的重要基礎

基本照護雖不一定需要高度技術，卻直接影響營養、水分、活動、皮膚完整性、舒適與尊嚴。護理人力不足時，翻身、口腔照護、協助進食、活動與衛教等工作較可能延遲或未完成；未完成照護又與病人結果惡化相關（Ball et al., 2014；Ball et al., 2018；Recio-Saucedo et al., 2018）。因此，將部分基本照護交由照顧服務員的目的，應是提高照護可近性與完整性，同時保留護理師對病情變化的評估與整合，而不是把被低估或容易延後的工作移出護理專業視野。

照顧服務員與病人接觸時間長，可能最早發現食量下降、活動能力改變、皮膚異常、疼痛加劇或精神狀態變化，但其觀察只有在能迅速傳遞並獲得護理師回應時，才會轉化為安全效益。授權流程應建立完整溝通：護理師提出清楚指示，照顧服務員覆述重點後執行，完成時回報結果，出現停止條件時立即中止並通知，護理師再評估及處置。若缺少回報與確認，照顧服務員增加的接觸時間反而可能形成資訊停留點，延誤專業判斷。

五、混合式照護的效果取決於整體系統治理

混合式照護不能被簡化為增加照顧服務員人數。Aiken 等人（2014、2017）及 Griffiths 等人（2019）的研究顯示，病人治療結果與護理師配置及團隊技能組合有關，增加輔助人力不能抵銷專業護理人力不足所造成的風險。當護理師同時負責更多病人、更多交付決策及更多監督工作時，若未將協調與查核時間納入工作量，表面上的分工可能轉化為隱性的管理負荷。故機構評估成效時，不能只計算照顧服務員承接多少工作或節省多少直接照護時間，亦須檢視護理師的評估、溝通、監督與補救時間。

Cermak 等人（2024）指出，技能組合照護模式的評估指標多元，尚難以單一結果判定何種配置最佳。較完整的治理架構應同時監測結構、過程與結果：結構面包括護理師配置、照顧服務員比例、能力認證與督導可近性；過程面包括適當授權、指示完整性、回報時效、照護完成率及護理師複核；結果面則包括跌倒、壓傷、嗆咳、管路事件、病人經驗、未完成照護、員工負荷及離職傾向。只有在安全與照護完整性未受損的前提下，效率改善才具有臨床意義。

肆、討論與建議

本綜論顯示，護理師授權照顧服務員執行部分基本照護具有條件性可行性，但其成效不是由「是否授權」單一決策決定，而是取決於專業護理人力、病人風險分層、照顧服務員能力、溝通方式、監督強度及組織治理能否相互配合。國際研究已較一致地指出護理師配置、技能組合與未完成照護均和病人結果相關（Aiken et al., 2014；Aiken et al., 2017；Ball et al., 2018；Griffiths et al., 2019），但現有文獻多為觀察性研究、範疇性回顧或不同制度下的經驗，尚不足以直接推論某一照顧服務員比例、工作清單或授權模式可普遍適用於臺灣所有醫院。因此，制度設計宜採風險導向與循序導入，避免把人力短缺轉化為沒有配套的工作下放。

一、建立可重複使用的臨床授權流程

臨床單位可將授權流程分為交付前、執行中及完成後三個階段。交付前由護理師確認病人狀況、任務風險、照顧服務員能力及可提供的監督；執行中由照顧服務員依指示觀察，遇到停止條件立即終止並回報；完成後由護理師確認結果，必要時重新評估與修正照護計畫。此流程應在病人轉床、術後返室、意識或生命徵象改變、管路新增、跌倒或嗆咳事件後重新啟動，而不能沿用先前授權。

各單位可依病人族群建立分層任務原則，但清單需同時列出適用條件、排除條件、最低能力、監督方式及異常處置。例如，進食協助除記載可執行內容外，亦應排除吞嚥風險未評估、意識改變或呼吸狀況不穩者；移位照護則須納入負重限制、跌倒風險、管路與所需人力。這種條件式規範可讓第一線人員知道何時可以執行，也明確指出何時必須停止並由護理師接手。

表 1

條件式基本照護任務範例

任務	交付前確認	停止與回報條件	能力及監督
口進食協助	護理師已確認可口進食、食物質地與姿勢；吞嚥風險已評估	嗆咳、呼吸改變、意識改變或與指示不符時停止並通知護理師	通過進食協助與回報能力確認；護理師可即時介入
翻身與移位	確認活動與負重限制、管路、輔具及所需協助人數	新發頭暈、疼痛加劇、無力或管路牽拉時停止並求助	完成個案適用之操作確認；按計畫配置協助人力
身體清潔與排泄協助	確認隱私、皮膚風險、活動限制及安全設備	發現皮膚破損、出血、意識或活動改變時回報	具基本照護能力；護理師確認異常並調整計畫

註：本表為作者依授權原則與病房風險整合之設計範例，並非經驗證工具或法定可執行清單；使用前須由機構依適用規範核定。各項判斷由護理師負責，照顧服務員不自行評估吞嚥安全、解除活動限制或調整照護計畫。

二、以職能治理取代一次性訓練

醫療機構應依單位特性建立照顧服務員職能架構，將能力分為基礎照護、單位特定技能與異常辨識通報，並以直接觀察或情境演練確認，而非只以修課證明判定。新進、跨單位調動、工作中斷後復任及事件發生後，均應視需要複評。護理師也需要接受授權判斷、標準化溝通、監督回饋與事件分析訓練，因為具有臨床能力並不代表自然具備有效授權與督導能力。

人力配置必須把監督成本納入。病人依賴程度高、病況變化快或新進照顧服務員比例較高的班別，需要較高的護理師可近性與直接監督；若護理師工作量已無法支持即時評估與回應，即使工作本身屬基本照護，也不宜繼續擴大交付。管理者應定期檢視護理師花費於指示、查核、補救與紀錄的時間，避免以床數或照顧服務員人數作為唯一排班依據。

三、強化溝通紀錄與事件學習

單位應建立一致的指示與回報格式，至少涵蓋病人辨識、工作內容、注意事項、停止條件、完成時限及回報對象。對意識改變、呼吸困難、嗆咳、跌倒、出血、疼痛明顯增加、皮膚破損及管路異常等情況，應明定立即停止工作、確保病人安全並通知護理師的原則。紀錄設計宜簡潔，能辨識授權者、執行者、完成情形及異常處理即可，避免繁複表單反而減少床邊照護時間。

建議交付紀錄格式為：「病人辨識／日期時間／交付護理師／執行者／任務與完成時點／姿勢、限制及觀察重點／停止條件／回報對象與聯絡方式／執行者覆述確認」。完成或異常回報格式為：「執行時間／完成或未完成內容及原因／觀察到的具體變化／已停止或採取的安全措施／通知時間與接收者／護理師確認及後續處置」。此為作者提出的欄位範例，院內得整合既有紀錄，避免重複登載；如主要聯絡者無法回應，依機構急救與升級通報流程求助。

安全文化是通報制度能否運作的前提。照顧服務員必須能在無把握或發現異常時拒絕或暫停任務，而不因擔心被視為能力不足而延遲求助；護理師也應能因病況與工作量改變而調整授權。事件檢討應從系統角度分析任務選擇、能力配置、指示、工作量、監督與回應是否出現缺口，並將結果回饋至清單、訓練及排班制度，而非僅處理個人疏失。

四、以品質指標及分階段方式導入

建議機構先選擇病況相對穩定、流程較明確的單位或工作進行小規模試行，建立基準值後再評估擴大。成效指標應同時涵蓋結構、過程與結果，並比較導入前後的照護完成率、異常通報、跌倒、壓傷、嗆咳、管路事件、病人與家屬經驗、護理師及照顧服務員工作負荷，以及額外監督時間。若效率改善卻伴隨安全事件、未完成照護或員工負荷上升，應視為模式尚未成熟，而不是以平均時間節省掩蓋風險。

品質監測結果宜由護理、醫療品質、人力資源及第一線照顧服務員共同檢視。對高風險事件應回溯個別案例；對趨勢性問題則調整教育、工作範圍、監督層級或人力配置。國內初步成效與其限制應一併納入判斷，而不以服務使用率或滿意度作為唯一依據。分階段導入與持續回饋可降低制度一次全面推行所造成的不可預期風險。

五、臺灣住院整合照護的工作界線與實務爭議

臺灣實務上的爭議常集中於抽痰、管灌食與指尖血糖量測，因為這些工作可能被視為日常照顧的一部分，卻同時涉及病人風險與專業處置。依 115 年度實施計畫之 114 年 11 月 5 日公告版本，附件 1 將護理人員指導下之管灌食列為工作內容，並要求標示項目提供教育訓練及標準作業流程；同時列有護理人員指導下之餵藥或灌藥協助。因此，對「藥物給予」不宜概括排除所有協助，應區分技術協助與不可交付之用藥決策（衛生福利部，2025）。本文據此建議，管灌食交付前由護理師確認病況、管路安全與餵食適切性，訂明操作內容、監

督及停止條件；遇管路異常、嗆咳或呼吸狀況改變時，停止並回報，不能由照顧服務員自行判斷恢復灌食或調整處方。

抽痰與指尖血糖量測未明列於上述版本附件1，不能據「其他非專業性臨時交辦事項」或一般生命徵象資料收集逕行推定可執行。抽痰須區分口腔分泌物協助與深入呼吸道之抽吸，後者涉及氣道、氧合及即時處置判斷；血糖量測亦須區分採血與儀器操作，以及結果判讀、治療決策與後續追蹤。本文建議，對未獲明確規範支持之項目，由機構先釐清當期政策、主管機關函釋、人員資格與適用場域，並完成正式職務審議；在依據尚未釐清前，由具資格之醫事人員執行。完成訓練不能單獨構成擴張業務範圍的依據，居家或長照制度中的特定條件亦不能直接移植至急性住院病房。上述分析是依所查得版本提出的治理建議，不將未列事項逕行判定為一律合法或違法。

國內成效證據亦須分別解讀。楊佩瑄等人（2025）以單一醫學中心回溯資料分析 135 位參與者，比較 2024 年第一季與 2023 年第四季結果，護理人員「有較多時間能為病人規劃照護計畫」之感受由 3.51 分增至 3.96 分（$p = .0437$），但病人／家屬及護理人員整體滿意度之差異未達統計顯著。此結果支持照護分工可能釋出部分專業規劃時間，尚不能直接證明總工作負荷下降或病人安全提升；其單中心、回溯設計及分期比較亦可能受個案組成、人員穩定度與制度成熟程度影響。機構應將這類初步經驗與本院基準人力、監督時間、照護完成率及安全結果併同評估，避免由單一滿意度或時間感受推論整體成效。

六、政策發展研究方向與本文限制

政策層面宜進一步釐清醫院照顧服務員的職能分級、教育標準、可執行範圍與責任界線，並建立跨機構可比較的最低品質指標。規範應保留護理師依病況撤回授權的專業裁量，且不得以配置照顧服務員作為降低必要護理師人力的理由。支付制度若只獎勵人數或服務量，可能促使機構追求工作移轉；較合宜的設計應同時納入能力認證、照護完成、安全事件與病人經驗。

未來研究應採多中心、前瞻性或準實驗設計，比較不同單位、護理師與照顧服務員配置、授權流程及監督強度對病人結果與員工結果的影響，並報告病人嚴重度、照護依賴程度與基準人力，以降低混雜偏差。亦可透過質性研究了解病人、家屬、護理師及照顧服務員對角色界線與安全感受。本文為敘述性綜論，本文雖補充公開來源查證與選取原則，仍未採完整資料庫系統性檢索、雙人獨立篩選及標準化證據品質評讀；部分本土研究僅能核對公開摘要，可能存

在選取與出版偏差。本文之政策分析以明示公告版本為依據，後續制度或職能分級修訂仍須重新核對。國內直接探討醫院授權模式的研究仍有限，因此所提出的流程與指標屬依現有文獻整合之實務建議，仍需在不同醫院情境中進一步驗證。

伍、結論

本文以國際文獻及臺灣制度脈絡指出，照顧服務員參與基本照護須同時符合適用規範、人員資格與病人情境，不能僅憑任務名稱決定可否交付。國際研究支持保留足夠專業護理人力，但不足以直接證明臺灣某一分工模式之安全性；國際授權原則宜轉化為本土風險管理參考，而非擴張執業權限的依據。

本文建議機構將條件式任務規範、能力確認、閉環溝通、監督與異常升級整合至既有作業；護理師負責專業判斷與監督，執行者依核定範圍操作及回報，機構提供人力與制度支持。此責任分層屬治理建議，個案法律責任仍依具體事實及適用法規判斷。

由於本綜論未採系統性檢索，亦缺乏足夠本土比較研究，所提任務範例與紀錄欄位應先經機構審議並小規模試行，同時追蹤照護完成、安全事件與雙方工作負荷。後續宜以多中心前瞻研究驗證，避免將政策規模成長或滿意度改善直接推論為病人安全提升。

參考文獻

陳麗津、林昱宏（2011）。照顧服務員之工作能力初探。**崇仁學報**，（5），2–24。https://doi.org/10.6485/JCJJCNHSM.201112.0008

楊佩瑄、陳怡靜、厲佩如、石宜諠、廖玉美、蔡明儒、蔡璧光、吳羽溱、涂馨文、顏明珠（2025）。南台灣某醫學中心推動住院整合照護模式之成效分析。**醫療品質**，**14**（2），9–25。https://doi.org/10.29759/THQA.202508_14(2).0001

衛生福利部（2018）。**照顧服務員訓練實施計畫**。https://www.mohw.gov.tw/cp-18-41215-1.html

衛生福利部（2022，8 月 24 日）。**照顧服務員資格訓練計畫**。https://www.mohw.gov.tw/cp-18-71164-1.html

衛生福利部（2023）。**112 年住院整合照護計畫核定結果出爐核定 84 家，共 4,414 床試辦**。https://www.mohw.gov.tw/fp-16-75851-1.html

衛生福利部（2024a，1 月 26 日）。**醫院三班護病比標準公告同步啟動 40 億投資三班輪值夜班護理人員直接獎勵**。https://www.mohw.gov.tw/cp-2704-77368-1.html

衛生福利部（2024b）。**健保提升住院整合照護計畫 8 月 1 日起全國 109 家醫療單位提供服務 床位逾 5 千床**。https://www.mohw.gov.tw/cp-6648-79569-1.html

衛生福利部（2025，11 月 5 日）。**衛生福利部 115 年度醫院辦理住院整合照護服務實施計畫**。https://www.nhi.gov.tw/ch/dl-97771-921ac67d4d144d3db3bbe6640773f9a6-1.pdf

衛生福利部（2026，4 月 20 日）。**115 年度醫院評鑑基準（區域醫院、地區醫院適用）**。https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-948-86173-106.html

衛生福利部中央健康保險署（2024，4 月 12 日）。**全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫**。https://www.nhi.gov.tw/ch/np-2902-1.html

護理人員法（2023 年 6 月 21 日修正）。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020166

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet, 383*(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety, 26*(7), 559–568. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567

Baek, H., Han, K., Cho, H., & Ju, J. (2023). Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 22*, Article 433. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01592-3

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety, 23*(2), 116–125. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767

Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., & Griffiths, P. (2018). Post-operative mortality,

missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 78*, 10–15. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004

Campbell, A., Layne, D., & Scott, E. (2021). Relational quality of registered nurses and nursing assistants: Influence on patient safety culture. *Healthcare, 9*(2), Article 189. https://doi.org/10.3390/healthcare9020189

Cermak, C. A., Bruno, F., & Jeffs, L. (2024). Evaluating skill-mix models of care: A rapid scoping review of measures and outcomes. *The Journal of Nursing Administration, 54*(1), 25–34. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001373

Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety, 28*(8), 609–617. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043

Kagonya, V. A., Onyango, O. O., Maina, M., Gathara, D., English, M., & Imam, A. (2023). Characterising support and care assistants in formal hospital settings: A scoping review. *Human Resources for Health, 21*, Article 90. https://doi.org/10.1186/s12960-023-00877-7

National Council of State Boards of Nursing. (2016). National guidelines for nursing delegation. *Journal of Nursing Regulation, 7*(1), 5–14. https://doi.org/10.1016/S2155-8256(16)31035-3

National Council of State Boards of Nursing, & American Nurses Association. (2019). National guidelines for nursing delegation. https://www.ncsbn.org/public-files/NGND-PosPaper_06.pdf

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 27*(11–12), 2248–2259. https://doi.org/10.1111/jocn.14058

World Health Organization. (2025). *Nursing and midwifery*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery

Current Practice and Feasibility of Nurse Delegation of Selected Basic Care Tasks to Care Assistants

Yao-Ling Chen*, Shu-Juan Lin**, Jo-Ning Chiu ***, Shu-Yun Yang ****

Abstract

This narrative review examines international evidence and the Taiwanese institutional context for nurses transferring basic care tasks to care assistants. Existing references were supplemented by verification of official Taiwanese policy and legal sources on October 21, 2026. The analysis distinguishes research findings, policy provisions, and author recommendations, addressing institutional scope, staff qualifications, professional boundaries, and implementation conditions. International evidence supports maintaining adequate registered nurse staffing. Care assistant participation requires defined tasks, verified competence, clear instructions, and appropriate supervision. Taiwan has expanded integrated inpatient care and transitioned from a National Health Insurance pilot to public budget support; expansion and satisfaction findings do not establish improved patient safety. US assignment and delegation principles can inform local risk management but do not confer legal authority under Taiwanese law. Conditional task examples and closed-loop reporting fields are proposed for institutional review and pilot implementation. The review did not involve systematic database searching or standardized quality appraisal, and direct Taiwanese comparative evidence remains limited. It is not a nationwide practice survey, and the proposed workflow requires local validation.

Keywords: nursing delegation, care assistants, skill mix, workload, patient safety

* Head Nurse, Surgical Ward, Ton-Yen General Hospital; Graduate Student, Institute of Nursing, Chung Shan Medical University
** Corresponding author , Surgical Nurse Practitioner, Ton-Yen General Hospital
*** Surgical Intensive Care Unit Nurse, Taichung Municipal Geriatric Rehabilitation General Hospital - Managed by China Medical University; Graduate Student, Institute of Nursing, Chung Shan Medical University
**** Internal Medicine Nurse Practitioner, Changhua Christian Hospital; Graduate Student, Institute of Nursing, Chung Shan Medical University
The paper was published under two double-blind reviews. Received: September 19, 2026. Accepted: October 24, 2026.