

臺灣護理人力政策再設計：護佐與照顧服員制度之可行性分析

紀育君*、葉一璋**

摘要

在 AI 與數位治理快速發展下，公共服務正面臨人力重組與專業再分工的挑戰。臺灣醫療照護體系長期存在護理人力不足與流動率偏高問題。教育部自 2024 年起提高護理人力培育員額，預計 2030 年增加約 10,000 名，但在少子化與高齡化趨勢下，單純擴增招生已難以應對需求。國家發展委員會（2023）推估 2024 至 2070 年間工作年齡人口將大幅下降，顯示照護體系亟需進行結構性調整。

本研究採文獻分析法，檢視護理支援型人力、照顧服務員制度及人力分工治理之相關研究，並以美國與日本之護理人力分層制度為例。研究發現，美國透過進階執業護理師、註冊護理師、執業護士與護士助理等人力配置，建構明確專業互補之照護體系（American Nurses Association, 2021；陳雅雯，2005）；日本則以看護師、准看護師及專科護理師等制度回應高齡化需求（Ministry of Health, Labour and Welfare, 2021）。相較臺灣護理人力結構僅區分護理人員與專科護理師，缺乏制度化臨床支援人力，致使專業人力長期承擔基礎任務，影響照護品質與留任意願。

基此，本文建議建立護佐與照顧服務員制度，透過職能分級、照護分層與教育培訓，建構「生活照護—臨床支援—專業護理」之分層照護架構，補足護理人力結構性缺口，實現「用才、育才、留才」之政策目標，以促進醫療與照護體系之永續發展（陳幼梅等，2016）。

關鍵字：護理人力政策、支援型照護人力、分層照護、人力治理、照顧服務員

* 世新大學行政管理學系博士生，E-mail：d113820006@mail.shu.edu.tw

** 世新大學企業管理學系特聘教授、台灣透明組織協會理事長，E-mail：jjyeh@mail.shu.edu.tw
本論文經兩位雙向匿名審查通過。收件：2026/3/21。同意刊登：2026/4/27。（本論文發表於 2025 年 12 月 16 日《2025 Talent X 公共服務與人才未來論壇》）

壹、前言

在全球醫療與長照體系轉型的脈絡下，「照護人力如何被定義、如何被使用、如何被培育」已成為各國政府面臨的核心治理課題（World Health Organization, 2022）。尤其在 AI、大數據與數位治理逐漸進入醫療照護現場後，照護工作不再被視為單純的勞動投入，而是涉及人力功能的重新定位、任務分配的重新設計，以及專業規範的重新協商。換言之，照護體系不僅需要更多人，而是需要更適任的人、被正確使用的人，以及被制度化支持的人，因此，照護的人力議題已從「人力短缺問題」轉向「人力治理與制度設計問題」（public workforce governance）。

臺灣在全球趨勢中面臨雙重挑戰，一方面是高齡化提高照護需求；另一方面護理人力雖在數量上持續增加，但臨床人力仍然不足、執業率低及留任困難的問題始終未獲改善。依據國家發展委員會人口推估資料，臺灣老年人口依賴比已由 2016 年約 18%，上升至 2022 年約 25%，預估 2030 年將突破 40%，高齡族群依賴人口數持續增加，高齡照護負擔也將日益加重。檢視衛生福利部 2016 年至 2022 年護理人員職業資料，雖然每年新領照護理師約有 7,500 至 8,500 人，實際投入臨床執業者僅約 4,500 至 5,500 人，執業率僅約 61% 至 63%；同時，每年約有 9,300 名護理人員流失離開臨床工作，流失規模甚至高於新進人數，顯示臨床護理人力問題核心並非「人力不足」，而是呈現「大量存在但無法有效被使用與留任」與「補充速率落後於流失速率」的惡性循環（衛生福利部，2023b）。現行護理人力體系在角色分工與人力運用方面，亦存在結構性斷層。目前制度僅有護理人員與專科護理師兩個專業層級，缺乏定位明確的臨床輔助與支援層人員（Hailey & Harstall, 2002），導致醫療臨床現場出現「人力功能使用失衡」現象，護理人員同時承擔生活照護、健康監測、臨床行政與溝通協調等多重任務，不僅造成專業功能被稀釋，也使人力效率、臨床品質與留任動機同步下降。

相較之下，美國與日本則透過 Skill-Mix 人力分層設計，形成醫療照護體系的人力配置，美國透過明確的執業範疇與職能界定，建立進階執業護理師（Nurse Practitioner, NP）、註冊護理師（Registered Nurse, RN）、執業護士（Licensed Practical/Vocational Nurse, LPN/LVN）與護士助理（Certified Nursing Assistant, CNA）四級照護分層模式（陳雅雯，2005）；日本則以看護師（Registered Nurse, RN）與准看護師（Practical Nurse）及推動註冊專科護理師（Certified Nurse Specialist, CNS）及認定看護師（Certified Nurse, CN）等職務來建構醫療照護的分工架構，並逐步加入慢性病與社區照護角色，以支撐未來長期照護需求。與此同時，臺灣在照護

人力政策設計上卻尚未能建立支援型與中階型照護角色，使臨床照護任務與人力結構呈現「單峰式」集中與失衡狀態。

因此，本研究以制度面的人力重構視角，提出三個核心提問：第一、臺灣是否需要建立「臨床支援型照護人力」？第二、護佐與照顧服務員（以下簡稱照服員）是否可作為醫療照護與生活照護的雙軌支援系統？第三、如何讓護理人員「從照顧工作者回到專業照護者」？更重要的是，在公共人才治理框架下，護理人力的政策思維，應由人力補缺導向（shortage-oriented supply expansion），逐步轉型為制度治理導向（systemic and regulatory governance）、角色創新導向（role-based workforce redesign）與專業價值導向（profession-centered capacity enhancement）的人力發展模式，以回應高齡化、慢性照護與跨域整合的長期人力需求。本文即在此脈絡下透過國際制度比較與臺灣現行人力治理分析，探討護佐與照服員制度的定位可能性與政策設計方向，並釐清其在專業分工、臨床任務重整與人才治理中的角色價值，期能為臺灣未來照護體系的人力設計與政策創新提供參考。

貳、政策背景與人口趨勢分析

一、高齡化社會與照護需求的長期變遷

臺灣自 2018 年進入高齡社會（65 歲以上人口占比達 14%），並於 2025 年邁入超高齡社會（65 歲以上人口大於 20%）（國家發展委員會，2023）。依據國發會《中華民國人口推估（2024 年 - 2070 年）》，出生人數將由 2024 年的 13.2 萬人銳減至 2070 年的 5.4 萬人，工作年齡人口將由 1,654 萬人下降至 783 萬人，減幅逾 50%，形成典型之「高齡化、少子化與照護需求同步攀升」的三重壓力情境。此一人口結構變遷不僅提升醫療服務與長期照護支出，更改變照護需求型態：由急性醫療轉向慢性照護、功能支持、失智照護與社區整合照護。

高齡長者多具有共病性、慢性疾病與功能退化的特徵，需長期且連續的照護支持。實務觀察長照機構與社區照護場所發現，失能或極高齡長者往往需同時需要醫療照護、長期照護、復健服務、日間照護以及居家或社區照護支持等多元服務，呈現極高度跨領域與跨場所的照護需求。然而，目前我國照護工作人員仍以護理人員為主要支柱，臨床與社區照護角色之間的任務分工尚未充分發展，難以對應多層次、連續性的照護型態。

二、 照護體系政策演進與人力治理策略

在高齡人口與照護需求成長下，臺灣逐步推動制度性照護政策，包括長照 2.0 計畫（2017）、社區整合型服務模式（2021）、失智症照護政策綱領（2022）、及居家醫療照護整合計畫（2023）等。政策推動顯示，照護模式已由「醫院導向」轉向「社區連結、跨域整合、輕醫療重照護」的新治理模式。

然而，制度革新並未同步帶動人力政策轉型。雖然政策強調整合照護與跨專業合作，但人力設計仍落在以護理人員為核心的單峰式模式，缺乏臨床支援層、中階層與社區照護連結層角色。結果導致高階護理人員投入大量低階護理或生活照護工作，產生人力錯置與專業功能稀釋現象。此也導致政策在「服務整合」與「人力配置」之間始終存在落差。

三、 住院整合照護試辦計畫與 Skill-Mix 嘗試

近期衛生福利部推動之「住院整合照護服務試辦計畫」透過健保給付與公務預算支應，要求醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度，配置適當護理與照護輔佐人力，以建構病房團隊形式的 Skill-Mix 人力組合，期能達成照護分級與品質提升之政策目標（衛生福利部，2023a）。試辦醫院多已引入照服員與支援人力，並規劃基本教育訓練，但在執業範疇、授權任務與責任界線等面向仍缺乏明確法制基礎，未能形成具法律效力與可治理的人力定位架構。照護輔佐人員多仍停留於生活照護與後勤支援角色，尚未被制度化納入臨床照護流程（Kagonya et al., 2023）。換言之，住院整合照護試辦雖為照護人力制度化的起點，但距離建構「臨床支援型人力層級」仍有顯著距離。

四、 護理人力危機：從人力不足走向功能性短缺

臺灣護理人力長期被定義為「短缺問題」，但研究指出，真正困境並非單純「人力不足」，而是「人力使用不當」及「制度設計缺陷」（胡芮萍，2023）。根據《醫事人員人力短缺問題分析》，2023 年 8 月實際投入臨床工作的護理人員僅占領有護理師證照人數的約 58.6%，呈現「人力在位，意願缺席」的制度性斷鏈現象（胡芮萍，2023）。其主要原因包括：護理人員長期承擔病人照護陪伴、紀錄、生活照護等非專業技術性工作；缺乏制度化臨床支援角色（如護佐）以分擔可委派任務（Potter & Grant, 2004）；照服員制度未能有效納入臨床照護流程；薪資與職涯制度未能反映臨床專業度與照護風險；以及留任誘因與轉銜管道不足

等。在此背景下，引入護佐與重整照服員定位，並非單純填補人手，而是重新設計照護任務分層與人力治理架構的重要契機。

參、臺灣護理人力發展困境分析

一、量足質不足：人力供給的結構性矛盾

臺灣護理人力問題長期被定義為「人力不足」，然而近年研究指出關鍵並非教育培育量不足，而是培育結果無法有效轉化為穩定的臨床人力(胡芮萍, 2023)。根據衛生福利部資料，每年護理系畢業人數約 9,300 人，但實際投入臨床者僅約 5 成；且新進人員一年內離職率高達 58%。此現象並非教育培育不足所致，而是護理教育、臨床工作與制度設計之間存在銜接斷層現象。第一，教育課程雖強調專業知識與技術訓練，但在情境式學習、任務導向與跨專業協作能力培養上相對不足，使新進護理人員進入臨床後，常出現「職能落差」、「專業無法發揮」與「高度適應焦慮」。第二，「執照人數高、執業人數低」顯示制度未能有效將潛在人力轉化為實際人力，反應出臨床工作環境與制度支持的不足(衛生福利部, 2023b)。第三，缺乏具體支援層與中介層角色，使新手護理人員過早承擔高壓、高責任工作，導致離職意願升高，形成「大量培育、快速流失、難以留任」的循環，反映臺灣護理人力困境並非量的不足，而是質的未被正確使用與制度缺乏承載能力。

二、角色模糊與工作錯置：專業功能的失衡與稀釋

現行護理制度僅設護理人員與專科護理師兩層，缺乏支援型與中階型臨床人力，使人力結構呈現「單峰式」配置，導致護理人員需一人承擔生活照護、臨床行政、健康紀錄與病情觀察等多重任務。研究顯示，護理師每日工作中約有 40 - 60%屬可委派的非核心專業任務(Huang et al., 2011)，形成高階人力執行低階任務的制度性浪費，也造成專業價值稀釋與身心耗竭。這種現象並非人員不足，而是「角色設計錯置」、「任務分層缺失」與「功能治理失衡」。

在國際護理人力治理概念中，此問題被定義為「專業功能使用失衡」(functional misalignment of professional roles)。其核心含義是：護理專業所需投入應以評估、判斷、照護設計、跨專業協作等，而非長期被綁在後勤性、基礎性或可委派的照護工作上。相較之下，美國透過 NP、RN、LPN/LVN 與 CNA 的多層次角色架構，日本則透過准看護師、看護師與專科護理師之制度設計，提供明確的臨床支援層與中介層人力，使高階護理師得以集中於臨床判斷與照護設計。臺

灣在此方面明顯欠缺，致使護理人員角色高度模糊、工作內容難以聚焦於核心專業，若無制度性臨床支援層介入，護理人員難以回歸專業，照護品質亦難以提升。此外，缺乏明確的角色界定也可能影響護理團隊的滿意度與跨專業合作成效 (Jenkins & Joyner, 2013)。

因此，臺灣護理人力發展困境除了「人力不夠」，此外「角色設計不合理、人力錯置使用、專業無法發揮」。這正是國際護理人力治理中所強調的 *role-based workforce redesign* 核心議題。

三、留不住的專業：護理人員留任困境的制度成因

臺灣護理人力問題在「人力留不住」上，進一步表現為「人力不願進入臨床、不願長期留任」。衛生福利部護理人力研究指出，護理人員執業率長期徘徊於 58% 至 63% 之間，即代表每十位具有護理證照者，僅約六位實際投入臨床照護工作，而五年後仍留在臨床服務者不到三人 (衛生福利部, 2023b)。此一現象顯示人力困境，其成因已非單純待遇不足，而是深層制度設計問題。

(一) 制度未提供護理人員清晰的專業角色定位，使其在臨床現場經常執行大量非專業性或可委派性工作，例如：生活照護協助、行政紀錄、跨部門聯繫與庶務性支持，導致其專業判斷、臨床評估與照護設計等核心專業能力無法充分發揮。這不僅削弱護理人員的專業認同，也造成技能萎縮 (*skill dilution*) 與工作倦怠 (*professional burnout*)。研究指出，護理人員倦怠的主要原因並非工作量過大，而是「工作內容與專業訓練不符」與「專業無法發揮」所造成的制度性剝奪感 (*professional deprivation*)。

(二) 護理人員的進階制度雖已經存在，卻缺乏全國一致且具法定效力的職涯階梯。臺灣護理學會自 113 年修訂「基層護理人員臨床專業能力進階制度規劃指引」，設計 N、N1 至 N4 之臨床能力進階層級，並透過個案報告、臨床教學、品質管理與問題分析等能力要求，建立院內能力晉級認證機制 (臺灣護理學會, 2024)。然而，此制度採「榮譽制」，僅由各醫院自主採行，欠缺全國統一認證與與薪資連動之正式制度，難以成為護理師職涯發展的制度性基礎。其結果是，護理師雖可在院內累積能力與經驗，卻難以轉換為正式職稱、薪資或專業資格，造成進階制度與臨床職涯發展之間存在「制度性斷裂」。此外，此進階制度僅限於護理師內部的能力層級提升，並未形成如美國或日本等國「跨層級角色遞增型晉升階梯」。

整體而言，臺灣護理人力體系在助理型支援人力與專業護理人力之間，缺乏制度化之中階角色與轉銜設計，致使人力配置呈現基層支撐不足而專業人力負荷集中的結構性失衡，不利於人力培育與職涯分化之長期發展。

(三) 護理工作環境缺乏制度性支持，導致長期高壓與高消耗的職場生態。根據 114 年住院整合照護試辦醫院資料顯示，多數醫院雖引入照服員，但其工作內容仍偏向生活照護與後勤支援，未能有效分擔護理人員在健康監測、病情觀察與臨床協作等可委派任務範疇。使照服員制度未真正納入臨床照護任務分層與 Skill-Mix 政策框架（衛生福利部, 2023a）。仍停留於補充勞力而非重構照護工作流程的層次。換言之，臺灣「有照服員，卻沒有臨床支援層」。

(四) 衛生福利部近年推動「護理人力政策整備 12 項策略計畫」，雖對改善待遇與工作環境具有短期效果，但缺乏臨床支援層與明確角色分工機制，無法改變護理人員「高專業、低使用」的結構性問題。因此，政策雖能「留住個別人力」，卻未能「提升制度的留才能力」。此突顯臺灣護理人力的核心問題，不在於「沒有人力」，而在於「人力未被妥適運用，亦難以形成穩定的專業投入意願」。

綜合以上，護理人員留任困境本質上不是「個人選擇問題」，而是「制度設計問題」；不是單純「待遇不足」，而是「專業無法被正確使用」。若護理人力政策若仍僅採取補貼、招募或津貼強化等短期策略，只能短期挽留人力，若仍未能觸及角色設計與任務治理層面的制度調整，即無法真正提升護理工作的吸引力與專業承諾。

肆、國際護理人力制度比較

一、美國：多層次授權與職涯階梯

美國護理人力制度的最大特色在於其完整的分層照護架構與明確的執業授權設計，透過制度化的人力分類，使照護工作得以依照任務屬性進行功能排序與角色分工。其制度設計涵蓋四個主要層級，包括進階執業護理師(Nurse Practitioner, NP)、註冊護理師(Registered Nurse, RN)、執業護士(Licensed Practical/Vocational Nurse, LPN/LVN)以及護士助理(Certified Nursing Assistant, CNA)，形成由高階臨床決策到基礎照護支持的人力階梯(American Nurses Association, 2021; 陳雅雯, 2005)。美國不僅為各層人力建立明確的法律授權與執業範疇，更透過執照制度

與任務委派原則區分各層級人員可執行的技術與責任範圍，確保高度專業的臨床決策與評估不被低階工作所稀釋，同時讓基礎照護工作能由支援型人力安全承接（Potter & Grant, 2004）。值得注意的是，美國制度重視縱向職涯發展，設計從 CNA 到 LPN/LVN 再至 RN 與 NP 的進階管道，使人力不僅被使用，更能持續發展與轉銜，呈現高度流動與累積性的職涯結構。此外，Skill-Mix 模型亦透過任務分層與授權治理，減少高階專業被低階任務耗用的情況，強化照護品質與專業永續（Hailey & Harstall, 2002）。

二、 日本：雙層架構下的角色延伸與社區連結

日本的護理人力制度雖採雙層架構為基礎，但其特色在於透過制度延伸與角色擴充，逐步形成兼具臨床支援與社區照護功能的多層次照護人力模型。日本的核心照護人力區分為看護師（Registered Nurse）與准看護師（Practical Nurse），前者需完成三年以上護理教育並通過國家考試，具備完整的臨床判斷與照護設計能力；後者則由地方政府發照，教育年限較短，可在醫師或看護師指示下執行生命徵象測量、基本臨床技術操作及住院協助工作，扮演臨床支援與醫療端輔助角色，具有中介型人力的制度定位。為因應高齡化與慢性病照護需求，日本亦發展認定看護師（Certified Nurse, CN）、專科看護師（Certified Nurse Specialist, CNS）、認定看護管理者（Certified Nurse Administrator, CNA）等多元角色（Ministry of Health, Labour and Welfare, 2021），強化其在社區照護、慢性病管理、居家照護、安寧療護及跨專業協作等領域的臨床決策與協調角色，使護理專業能擴展至非醫院場所並深化服務功能。此外，日本在人力治理上強調跨場所流動與區域整合照護，讓護理人員可於醫療院所、長照機構、社區、居家與安寧照護等場所跨域執業，進而形成多功能、可延展且具備制度支援的照護人力網絡。

三、 臺灣：單峰結構與支援層缺乏

臺灣現行護理人力制度呈現高度集中且角色設計不足的特徵，以護理人員與專科護理師兩層專業角色為主，缺乏支援型與中階型臨床照護人力，使臨床現場形成「單峰式人力結構」，高度依賴護理人員承擔承擔從生活照護到高階臨床決策的全任務範圍。雖然照服員已納入長照體系並具法律定位（衛生福利部，2023c），但其角色並未納入醫療體系之臨床協作工作，也缺乏技術授權與職能轉銜機制，因此無法成為像美國 CNA 或日本准看護師式的「臨床支援型人力」。此外，臺灣雖在醫院內部推動 N、N1 至 N4 之能力進階制度（臺灣護理學會，2024），但此制

度屬院內自主管理，未形成國家層級之正式職稱、薪資加給或執業身份認定，因此無法成為制度化的職涯發展階梯，更難以成為護理人員的專業承諾與留任動機。

綜合前述分析可知，影響護理人力運用效能與照護品質之關鍵，並非僅在於人力數量之擴充或薪資待遇之調整，而在於是否能建構一套以制度授權為基礎、具備治理可行性、任務分工明確，並能形成職涯銜接機制之照護人力體系。透過職能授權、任務分層與角色定位之制度化設計，作為照護人力治理之核心原則，方能有效建置臨床運作之穩定性，並促進專業體系之長期發展與制度永續。臺灣若欲推動永續性之照護人力發展，其政策重心不宜僅停留於招募人數之增加，而應進一步回歸整體照護制度設計層次，系統性檢視不同照護角色之功能定位、授權範圍、人力運用方式，以及培育與留任機制之整體規劃。

伍、建立臺灣護佐與照服員制度：從補充人力走向制度重構

臺灣護理人力問題的核心不在於培育不夠多的護理人員，而在於醫療體系缺乏具有授權性與臨床支援功能的人力層級。在現行制度下，照護任務幾乎全數落在護理人員身上，這意味著護理師並非不足，而是「被大量使用」，更準確地說，是「被錯誤使用」。若要紓解護理師人力流失、過勞與專業無法聚焦等問題，關鍵不在於招募更多護理人員，而是引入具有授權性、可監督、具臨床功能的支援型照護角色，藉以重構任務分層與專業治理制度（陳幼梅等人，2016）。

在此脈絡下，護佐與照服員的制度建構不應以「替代護理人員」為定位，而應視為重整臨床任務與支援護理專業的中階型與基層照護角色。照服員的角色應被明確定位於生活照護與安全支持層面，包括陪伴、翻身、日常協助、基礎衛生照護、飲食與活動協助，並透過進階訓練承擔初階健康觀察、紀錄提醒與照護流程支援（衛生福利部，2023c）。在醫院端，照服員不應僅是「病房助理」或「護理幫手」，而應被制度化為「生活照護與風險警覺型人力」，協助維持病人功能性穩定與住院安全。

護佐則應定位為臨床支援型人力，是現行制度中最重要但尚未建立的角色。其核心不是執行高階專業護理，而是承接護理人員日常工作中大量可委派的臨床任務，如生命徵象測量、紀錄整理、檢查準備、病患轉運與簡易操作等工作，並在護理人員監督下執行具安全性的技術協助（Naruse et al., 2013）。這類人力必須具備訓練、授權邊界及責任界定，是醫療機構中任務重整與護理專業聚焦的重要

支援層，目的在「釋放護理人員的專業時間」，讓護理人員回到臨床核心，進行評估、判斷、照護計畫與跨專業協作等工作。因此，建立護佐與照服員制度，並非只是新增兩種職務名稱，而是要透過制度設計重整臨床照護任務分配。政策重點在於如何設計角色、如何授權、如何監督及如何銜接，形成一個具備功能分層、職能遞進與可流動性的人力治理架構。照服員、護佐、護理人員與專科護理師，應依其專業訓練與執業範疇，形成自生活照護、臨床支援、專業護理至高階臨床決策之連續性人力配置架構，使醫院照護作業得以由多元角色共同承擔，避免過度集中於單一專業人力，並逐步建構以分工明確與功能互補為基礎之分層人力治理體系。

陸、政策建議與制度推動策略

臺灣護理人力政策再設計的核心，不在於增加多少人，而在於建立一套能合理配置、有效授權、具角色分化與可長期運作的人力制度。支援型人力（護佐與照服員）若要正式成為照護體系的一環，關鍵在於法制定位、角色設計、任務治理與制度化培育，而非僅作為替代性勞務輸入。政策推動可從以下策略著手：

一、建立具制度的臨床人力層級

建議將照護人力明確區分為生活照護層（照服員）、臨床支援層（護佐）、專業護理層（護理人員）與高階臨床決策層（專科護理師），並釐清各層級之執業範疇、授權任務範圍與臨床責任界線（American Nurses Association, 2021; 陳幼梅等人，2016）。照服員專注於生活照護與安全協助，護佐承接基本健康觀察、紀錄與流程協作，護理人員執行評估與照護計畫，專科護理師則聚焦於複雜照護決策與跨專業整合。此人力階層設計應與職涯進階與薪資制度連動，形成具制度支撐的人力架構。

二、從護病比轉向任務治理

傳統的護病比計算方式僅建立在病床數與護理人員照護比例，無法反應實際照護負荷與病人複雜度。未來人力配置應以「照護強度」（care intensity）、「臨床任務介入層級」（level of intervention）、「任務可委派性」（task delegability）與「風險敏感度」（risk sensitivity）為核心依據，採取任務屬性導向的人力分層配置模式（Hailey & Harstall, 2002）。

任務屬性治理，是以病人分級、照護任務分類及人力分層配置三項為核心要素。在病人分級方面，依不同醫療服務醫療場域特性採取適切之分類工具，以提升資源配置：在急診場域可運用檢傷分類制度（如五級檢傷）進行病情急迫性與醫療介入優先順序之判斷；住院及長期照護場域，則應依病人依賴程度、疾病嚴重度或臨床分類系統（如 DRGs）進行多面向分級，以具體反應個別病人之照護強度（care intensity）與人力資源消耗程度。其次，在照護任務標準化方面，應將護理相關工作依其專業屬性區分為臨床評估、專業技術性照護、基本生活照護及行政紀錄等類別，並依據「臨床介入層級」(level of intervention)、「任務可委派性」(task delegability)及「疾病風險敏感度」(risk sensitivity)等指標進行分類與量化，關鍵在於將原本難以量化之照護活動，轉化為具時間成本與風險權重之標準化，使照護需求得以呈現為可衡量之工作負荷，以提升人力配置之可預測性。最後，在人力配置層面，應依任務性質與專業需求，導入不同層級之照護人力（如護理人員、護佐及照顧服務員），透過明確分工與責任界定，建構以任務為導向之分層協作模式（Hailey & Harstall, 2002）。綜合而言，任務導向之護理人力配置模式，係透過病人分級與任務標準化之整合，將傳統以人數比例為基礎之配置邏輯，轉化為以照護需求與工作負荷為核心之動態配置機制。

三、以試辦推動制度化證據

支援型照護角色的導入推行，可考慮採行「實證導向試辦模式」(evidence-based implementation)，在急診、住院整合照護（IPC）、呼吸照護病房及長照機構試行護佐與照服員協作模式，以量化證據與質性工作觀察驗證其成效，包括：

- (一) 護理師工作負荷下降與任務轉移比例；
- (二) 病人照護品質、安全性與滿意度提升情形；
- (三) 護理人員專業角色聚焦程度與留任意願變化；
- (四) 醫院管理成本效率及人力使用效益分析。

試辦結果應作為後續法規修正、認證制度與教育銜接的政策依據。

四、將人力治理納入醫療品質與風險管理

護理人力不應僅被視為成本，而應被納入醫療品質管理（quality governance）、病人安全（patient safety）與風險治理（risk governance）架構中。當支援型人力協助執行基礎照護、紀錄與監控等工作時，護理人員得以將時間重新分配至臨床評估、風險辨識、跨專業團隊協調整合與照護計畫上規劃與管理，進而提升整體照

護安全與品質 (Potter & Grant, 2004)，並使專業人力之運用更能符合其專業角色與職責定位。

五、完善法規與監管框架

護佐與照服員若要成為正式照護人力角色，仍須具備明確之法制定位，而非僅存在於長照制度或醫院內部輔助性職務安排。爰此，建議衛生福利部檢討現行相關法規，研議制定「臨床照護支援人員管理條例」或修正既有《護理人員法》、《長照服務法》中的人力分工與分層架構之規範，以制度化方式明確界定護佐與照服員之執業範疇、授權原則、責任歸屬、監督制度及跨機構之認證標準。唯有透過角色之法制化與制度化設計，支援型照護人力才可能納入正式人力治理體系，成為可長期運作且具制度穩定性的照護配置，而非僅作為短期補充或權宜性的人力調整措施。

六、強化支援型照護人力之教育培育機制

為提升護佐與照服員制度之穩定性與專業可信度，相關政策推動宜以照護相關科系人力培育管道之制度化建構為核心。建議由教育部與衛生福利部共同檢討並整合現行權責，於技職教育體系中規劃設立以臨床支援與照護實務為導向之培育路徑，透過高職或專科層級之照護相關科系，作為支援型照護人力之主要養成管道。該培育機制以高職或專科畢業生為主要對象，透過能力導向之課程設計，系統性培養其基礎醫護知識、臨床支援技能、醫療溝通及病人安全等專業素養，使其得以在明確之授權與監督架構下，協助執行部分非專屬於護理師之照護與行政支持工作。課程內容應結合理論教學、臨床實習與情境模擬，並與職能標準、執業範疇及後續認證制度相互銜接，以確保教育培育成果能有效轉化為臨床實務能力。另宜同步建構照服員、護佐與護理人員之分級培育與進階銜接機制，使支援型人力得以納入長期人力治理架構，避免僅被視為短期補充性人力，進而提升整體照護體系之人力韌性與制度承載能力。

柒、結論

本文以臺灣護理人力發展再設計為切入點，結合人口結構變遷、照護政策演進與國際制度比較，指出當前護理人力問題關鍵，並非單純來自「護理人員數量不夠」，而在於公共服務人力在制度中如何被界定、如何被配置，以及是否獲得

相應的制度性支持 (World Health Organization, 2022)。長期以來，臺灣將護理人力問題視為典型的「人力短缺」議題，政策回應多集中擴大招生名額、提供留任津貼或加發獎勵措施等策略，然而護理人員執業率持續偏低、流動率居高不下的現象，已清楚反映此類以數量為導向的政策工具，難以回應結構性困境。實際問題在於人力結構配置失衡、角色分工設計不完整，以及制度層面缺乏足以承接基礎與支援性任務的中介層級，使專業人力長期處於高耗損狀態。護理師在臨床現場同時承擔生活照護、紀錄填寫、行政協調與專業評估等多重任務，高度專業訓練所培養的判斷與決策能力，卻大量消耗於可經制度授權與分工處理的工作內容，形成典型的「功能性短缺」(functional shortage)，此一短缺並非來自人數不足，而是源於制度未能有效配置不同層級人力，使得高階專業角色無法專注於其核心職能，進而削弱專業價值感、增加工作倦怠，並對整體照護品質與病人安全造成潛在風險。

透過美國與日本制度比較可以看出，健全的照護人力體系並非單靠增加單一專業人數，而是建構具分層、授權與職涯流動性的人力架構，來回應複雜且多元的照護需求 (Hailey & Harstall, 2002)。透過美國的 CNA - LPN/LVN - RN - NP，或日本由准看護師、看護師延伸至各類認定與專科角色，我們看到其共同特徵皆在於：將照護任務依其風險程度、專業複雜度與專業性分層清楚配置，並以明確的執業範疇、認證制度與職涯階梯支撐人力的長期培育與留任。反觀臺灣，目前雖已有照服員與護理師、專科護理師等角色，卻缺乏制度化的臨床支援層（如護佐），也尚未形成從生活照護、臨床支援到專業護理與高階決策的完整角色鏈，使得照護任務無法與人力層級有效對應。

在公共服務人才治理的視角下，護佐與照服員制度的建構，不應僅被理解為「補充勞力」的權宜措施，而應被視為重構「選才、用才、育才、留才」的關鍵政策工具。就選才而言，引入護佐與強化照服員定位，有助於打開照護體系的職務光譜，吸引不同背景與專長的人力依其能力與興趣進入合適層級，而非一律朝護理師單一路徑集中。就用才而言，藉由 Skill-Mix 與任務分層設計，讓照服員承擔生活照護與安全維護，護佐承擔標準化臨床支援任務，護理師與專科護理師專注於評估、決策與照護設計，才能真正實現「對的人做對的事」，避免高階人力長期被綁在低階工作，提升整體照護效率與專業貢獻 (Naruse et al., 2013)。就育才而言，若能將照服員、護佐、護理師與專科護理師連結為可轉銜、可進階的職

涯階梯，並配合職能本位的教育與專業認證設計，則照護人力培育不再只是「訓練更多護理師」，而是「培養一個有層次與流動性的人力系統」，讓不同階段的人在體系內持續成長。就留才而言，當專業角色被清楚界定、臨床支援層得以承接可委派任務、進階制度具有法定效力且與薪資與職稱連動，護理師與其他照護人力才可能感受到專業被尊重、能力有發揮空間（Jenkins & Joyner, 2013），進而提高長期留任意願，形成穩定而具吸引力的公共服務職涯。

綜合而言，臺灣護理與照護人力政策應從「補充人力」的數量思維，轉向「設計制度」與「角色重構」的人才治理思維。護佐與照服員制度之所以重要，不僅在於補上目前人力結構中的斷層，更在於提供一套可讓照護專業任務分層、人力角色清楚分化、職涯路徑具可預期性的制度框架。未來政策若能從法規設計、試辦驗證、教育銜接與支付制度等層面同步推進，使支援型人力正式納入公共治理架構，則護理師得以回歸臨床專業核心，照護體系亦有機會從單峰、耗損式的人力運作模式，轉向多層次、可進階且具長期穩定運作能力的公共服務人才體系。此一轉型不僅關乎護理專業的永續發展，更是臺灣在高齡與少子化時代，能否透過制度創新回應公共服務人力挑戰的關鍵考驗（陳幼梅 et al., 2016）。

參考文獻

- 胡芮萍（2023）。醫事人員人力短缺問題——美國與臺灣問題分析。**醫事新知／月旦醫事法**，84，89–97。
- 國家發展委員會（2022）。**中華民國人口推估（2022–2070）**。國家發展委員會。
- 陳幼梅、王秀紅、高靖秋、張淑真、張澤芸、曾惠珍、黃怡靜（2016）。臺灣護理照護分級制度之規劃與推動。**臺灣專科護理師學會雜誌**，2(1)，5–18。
- 陳雅雯（2005）。美國護理執業師的角色。**慈濟護理雜誌**，4(3)，8–13。
- 臺灣護理學會（2024）。**基層護理人員臨床專業能力進階制度規劃指引（修訂版）**。臺灣護理學會。
- 衛生福利部（2023a）。**114 年度醫院辦理住院整合照護服務實施計畫**。衛生福利部。
- 衛生福利部（2023b）。**護理人力統計與分析報告（2016–2022）**。衛生福利部。
- 衛生福利部（2023c）。**醫院照顧服務員管理要點**。衛生福利部。
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th

- ed.). ANA Publishing.
- Hailey, D., & Harstall, C. (2002). *Nursing workforce models in health care*. Health Technology Assessment.
- Huang, C. J., et al. (2011). Workload and delegation in nursing. *Journal of Nursing Research, 19*(3), 181–190.
- Jenkins, S., & Joyner, J. (2013). Role clarity and satisfaction in nursing teams. *Nursing Management, 44*(5), 23–29.
- 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*(1), Article 28.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2021). *Japan nursing white paper*.
- Naruse, T., Sakai, M., & Watai, I. (2013). Care worker support and nurse productivity. *International Journal of Nursing Studies, 50*(11), 1473–1482.
- Potter, P., & Grant, E. (2004). Delegation and care quality. *Journal of Advanced Nursing, 47*(5), 501–510.
- Naruse, T., Sakai, M., & Watai, I. (2013). Care worker support and nurse productivity. *International Journal of Nursing Studies, 50*(11), 1473–1482.
- World Health Organization. (2022). *State of the world's nursing report*. World Health Organization.

Redesigning Taiwan's Nursing Human Resources Policy: Feasibility of the Nurse Assistant and Caregiver Systems

Yu-Chun Chi*、Yi-Chang Yeh**

Abstract

Under the rapid advancement of AI and digital governance, public services face challenges in workforce restructuring and professional redistribution. Taiwan's healthcare system has long struggled with nursing shortages and high turnover. Although the Ministry of Education has increased nursing enrollment since 2024—aiming for 10,000 additional personnel by 2030—expanding recruitment alone cannot meet future demands amidst declining birthrates. The National Development Council (2023), projects a sharp decrease in the working-age population from 2024 to 2070, highlighting the urgent need for structural adjustments in the care system.

Using literature analysis, this study examines nursing support staff, caregiver systems, and labor division governance, using U.S. and Japanese tiered nursing models as benchmarks. Research shows that the U.S. utilizes a complementary system ranging from Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) to Nursing Assistants (American Nurses Association, 2021). Japan addresses aging society needs through Registered and Associate Nurses (MHLW, 2021). Conversely, Taiwan's structure lacks institutionalized clinical support staff, forcing professionals to perform basic tasks, which undermines care quality and retention.

Accordingly, this paper proposes establishing a nursing assistant (nursing aide) and caregiver system. By implementing competency-based grading and educational training, Taiwan can construct a "Daily Care—Clinical Support—Professional Nursing" tiered framework. This would fill structural gaps and achieve policy goals of talent utilization, cultivation, and retention, ensuring the sustainable development of the healthcare system (Chen et al., 2016).

Keywords: Nursing workforce policy; Supportive care workforce; Tiered care; Workforce governance; Care assistants

* Ph.D. Student, Department of Public Administration, Shih Hsin University, E-mail: d113820006@mail.shu.edu.tw

** Distinguished Professor, Department of Business Administration, Shih Hsin University; Chairman, Taiwan Transparency Organization, E-mail: ijyeh@mail.shu.edu.tw

The paper was published under two double-blind reviews.

Received: March 21, 2026. Accepted: April 27, 2026.