

醫院急性病床護理人力配置及運用指引

第一版



中華民國護理師護士公會全國聯合會
護理人力政策小組

2022 年 1 月

校閱：朱宗藍召集人

總編輯：陳幼梅副召集人

編輯委員：傅玲、張嘉蘋、賀倫惠、滕安娜、陳綉琴、劉憶萍、張志明

醫院急性病床護理人力配置及運用指引(第一版)

目錄

一、	前言	1
二、	依據現行法規（評鑑基準、護病比、勞基法）之護理人力配置原則...	3
	（一）評鑑基準：護理人力配置（人床比）	3
	（二）評鑑基準：適當的護理照護負荷（護病比）	3
	（三）各層級醫院人力配置建議：以 50 床的急性一般病房為例	4
三、	依據疾病特性之護理人力調整原則	7
	（一）內科病房特性	7
	（二）外科病房特性	8
	（三）婦產科病房特性	9
	（四）兒科病房特性	12
	（五）隔離病房特性	13
四、	友善職場之護理人力配置調整原則	15
	（一）排班工時友善制度	15
	（二）照護模式友善制度	16
五、	護理人力彈性運用策略之建議	19
	（一）職能彈性	20
	（二）數量彈性	21
	（三）區隔彈性	22
	（四）時間彈性	23
	（五）薪資彈性	23
	（六）領導彈性	24
六、	結論與建議	25
七、	參考資料:	28

一、前言

研究指出護病比與病人住院死亡率、併發症具有絕對的關連性(Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; Aiken et al., 2014)，因為護理人員過度負荷容易造成給藥錯誤、院內跌倒等病安事件(Cuadros et al., 2017; Magalhães et al., 2017)，多項研究亦指出增加護理人力可減少住院病人出現不良照護結果(Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007; McHugh et al., 2016; Oliveira¹, Garcia, & Nogueira, 2016)，可見充足的護病比攸關能否提供病人安全的照護。

衛生福利部為了改善醫院護理人員執業環境，減輕工作負荷，自 2015 年起將「住院病人護病比」納入醫院評鑑正式項目、連動全民健保住院保險診療給付報酬，於 2016 年起公開護病比資訊，於 2017 年建立以護病比連動加成護理費給付的制度，於 2018 年更擴大護理費加成的級距，逐年以政策方案鼓勵各級醫院改善住院病人護病比。同時，也積極推動法制化，於 2018 年將全日平均護病比條文增訂於「醫療機構設置標準」規範，於 2019 年 2 月 1 日公告，同年 5 月 1 日施行，該條文是護理人員與照顧住院病人比例之最低標準，屬於強制性規定，醫院如不符規定且未依限期改善，主管機關將予以裁罰，最重可處停業處分(護理全聯會，2019)。

依據健保署公開資料顯示，目前不同層級醫院急性病房的全日平均護病比均已符合法規要求，唯此法所訂定的護病比為「全日三班平均護病比」，未考量不同班別、不同科別、病人嚴重度、轉床率、住院天數等因素調整護理人力之配置(Royal College of Nursing, 2010)。有鑑於國內醫院以「不同科別借床」方式收治病人住院已成常態，病房很難維持單一科別，與目前以專科別作為照護人力配置的思考方向差異甚大，故單純以科別配置護理人力之作法，顯已不符合臨床之現況。承上所述，探討如何針對不同病人特性、疾病嚴重度等因素，擬定配置及彈性調整護理人力之策略，以均衡護理師工作負擔，提供安全的護理照護，實為各級醫院護理決策者當前的重要議題。

台灣各級醫院的護理主管不但須安排足夠的臨床人力照護病人，尚須承擔醫院的各項專案任務，以 2020 年爆發的新冠病毒疫情為例，舉凡檢疫、篩檢、疫苗接種等，均須額外耗費大量護理人力支援相關業務。再者，依據中華民國護理師護士公會全國聯合會 2021 年 12 月 1 日的統計資料顯示，96.2% 的台閩地區護理執業人員為女性，約 31% 介於 20 至 30 歲之間，30% 介於 30 至 40 歲之間，屬於生育期婦女，依據勞動基準法鼓勵生育的安胎、產假與育嬰留停等政策，也會影響護理人力調配。

有鑑於此，中華民國護理師護士公會全國聯合會護理人力政策小組決議制作急性病床護理人力配置及運用指引醫院護理人力配置指引(草案)，目的在於彙整法規、實務、友善幸福職場等多元層面之考量及具體作法，提供各級醫院護理人力配置及運用的建議，主題包括：

- (一) 依據現行法規（勞基法、評鑑基準、護病比）之護理人力配置原則
- (二) 依據疾病特性之護理人力調整原則
- (三) 友善職場之護理人力配置調整原則
- (四) 護理人力彈性運用策略之建議

二、依據現行法規（評鑑基準、護病比、勞基法）之護理人力配置原則

根據 2017 年及 2019 年醫院評鑑條文，護理人力配置計算原則如下：

（一）評鑑基準：護理人力配置（人床比）

醫院評鑑等級	人床比評鑑基準（急性一般病床）
醫學中心	每 2 床應有 1 人以上（每床至少 0.5 名護理人力）。
區域醫院	每 2.5 床應有 1 人以上（每床至少 0.4 名護理人力）。
地區醫院	49 床以下者：每 4 床應有 1 人以上（每床至少 0.25 名護理人力）； 50 床以上者：每 3 床應有 1 人以上（每床至少 0.33 名護理人力）。

備註：人床比計算原則（急性一般病床含精神科急性床）

1. 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。
2. 若人力計算結果高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。

（二）評鑑基準：適當的護理照護負荷（護病比）

醫院評鑑等級	護病比評鑑基準（急性一般病床）
醫學中心	全日平均護病比 ≤ 9 人，且白班平均護病比須 ≤ 7 人。
區域醫院	全日平均護病比 ≤ 12 人。
地區醫院	全日平均護病比 ≤ 15 人。

備註：護病比計算原則（急性一般病床含精神科急性床）

1. 單位「全日平均護病比」計算公式：單位「床位數」乘以「佔床率」乘以 3，再除以「全日三班護理師人數(不含專師、護理長及實習護士)」。
2. 全院「全日平均護病比」計算方式：醫院「當月急性一般病房開放床數」乘以「月平均佔床率」乘以 3，再除以「當月每日平均上班之三班護理人員總數(不含護理長、專科護理師及實習護士)」。
3. 例如：某醫院 A 病房開放 30 床，佔床率 80%，每日平均 5 位護產人員上班；B 病房開放 40 床，佔床率 82%，每日平均 7 位護產人員上班，計算全院「全日平均護病比」計算式為 $(30 \times 80\% \times 3) + (40 \times 82\% \times 3) \div (5 + 7) = 14.2$ 。

（三）各層級醫院人力配置建議：以 50 床的急性一般病房為例

依前述(一)「人床比」及(二)「護病比」之評鑑基準，可估算最低應配置護理人力數、三班排班人數、護理師平均照顧病人數、及護理師平均月休天數。如表一所示，以二種佔床率(100%及 85%)試算的「人床比」及「護病比」數據，雖然符合評鑑基準，然以每位護理師的照顧病人數而言，大夜班護理師在大型醫學中心需照顧 12-15 人、區域醫院 14-17 人、地區醫院 21-25 人；小夜班護理師在醫學中心需照顧 8-10 人、區域醫院 12-15 人、地區醫院 14-17 人。這種人力配置及排班會造成護理照護負荷過重，影響病人安全。

目前各醫院已採行降低護病比，以減少護理人員負荷，根據健保署公告之各層級醫院護病比，2019 年醫學中心護病比小於 8 以下已高達 80%，區域醫院護病比小於 10.5 以下已達 75.1%，地區醫院護病比小於 12.5 以下已達 87.6%（護理師護士公會全聯會第十一屆第十次理監事聯席會紀錄，P15）。因此，各醫院估算護理人力配置實應採行優於評鑑基準的計算方式，同時考量護理師照護病人數及休假天數，平衡勞務與休假，使護理師獲得足夠的休息。不過要提醒醫院設置基準的人力配置及護病比之計算，是不可將其他非護理單位人力充抵急性一般病房照護病人之人力，例如將檢查室護理人員或個案管理師、衛教師等充抵。此外，育嬰假的替代人力應以正職人力遞補，因為各醫院的護理人力流動率已有既定的常模，人力資源單位應以常模估算正職缺額，做為遞補人力的依據，較能提供招募誘因，也有助於病房人力之派班運作。

估算護理師合理的休假天數可從勞動基準法之基本規定，第 36 條勞工每七日應有 2 日之休息，故每月基本放假日為 8 天；第 38 條勞工特別休假日可依年資給予 3-30 日不等；第 43 條勞工可依法申請婚、喪、疾病或事假，依勞工請假規則給予核給請假日數。因此以工作滿三年之員工 A 為例，依勞基法應給予特別休假 14 天、依行政院人事行政總處發布 2022 年度全年休假共計 115 日（勞工 116 日），在不含事、病、婚、喪等假時，員工 A 至少每月應休

10 天【計算公式：(116 勞工休假日數+14 特別休假日數)/12 個月=10.83 天】。

由於第一線護理照護工作的「三班連續性」及「不可空缺性」，醫院估算全院護理人力員額時，應考慮「代班係數」或是「休假係數」，方能有足夠的人力遞補休假人員。護理師護士公會全聯會第十一屆第二次理監事聯席會曾針對休假係數討論，因應勞基法工時修訂，建議將過去慣用的休假係數 1.52 調整至 1.65（會議紀錄 P.46）。因此，表一各級醫院護理人力配置人數應考慮休假係數，納入各種因素的休假日數，以聘僱足夠的護理人力，在人員因休假或各種事故請假時，有足夠代班人力遞補排班。

休假係數及護理人力配置員額的計算公式如下：

【 $\text{休假係數} = \text{全年總日數}(365 \text{ 或 } 366) \div \text{實際工作天數}$ 】；

【 $\text{實際工作天數} =$

$\text{全年總日數} - 52 \text{ 週} \times 2 (\text{週休二日}) - \text{國定假日} - \text{特別休假數} - \text{婚喪事病等假}$ 】

【 $\text{護理人力配置員額} = \text{依評鑑基準人床比計算之護理人力配置數} \times \text{休假係數}$ 】

表一、急性一般病房 50 床人力配置相關指標及計算方式（依據醫院評鑑基準）

	指標項目	占床率 100% (50 床/班)	占床率 85% (約 43 床/班)
醫學中心	護理人力配置 (人床比)	配置 25 名護理師 =50 床* 100%占床率*0.5 人/床	配置 21 名護理師(21.25 四捨五入) =50 床* 85%占床率*0.5 人/床
	護理照護負荷 (護病比)	三班人力 17 人： 白班 8 小夜班 5 大夜班 4 照顧病人數： 白班 6-7 小夜班 10 大夜班 12-13 護病比：8.8 = (50 床×100%占床率×3)÷17	三班人力 15 人： 白班 7 小夜班 5 大夜班 3 照顧病人數： 白班 6-7 小夜班 8-9 大夜班 14-15 護病比：8.5 = (50 床×85%占床率×3)÷15
	平均月休天數 (以 30 天估算)	每人平均月休天數 9-10 天 =(25-17)*30/25=9.6 天	每人平均月休天數 8-9 天 =(21-15)*30/21=8.6 天
區域醫院	護理人力配置 (人床比)	配置 20 名護理師 =50 床* 100%占床率*0.4 人/床	配置 17 名護理師 =50 床* 85%占床率*0.4 人/床
	護理照護負荷 (護病比)	三班人力 13 人： 白班 6 小夜班 4 大夜班 3 照顧病人數： 白班 8-9 小夜班 12-13 大夜班 16-17 護病比：11.5 = (50 床×100%占床率×3)÷13	三班人力 11 人： 白班 5 小夜班 3 大夜班 3 照顧病人數： 白班 8-9 小夜班 14-15 大夜班 14-15 護病比：11.6 = (50 床×85%占床率×3)÷11
	平均月休天數 (以 30 天估算)	每人平均月休天數 10-11 天 =(20-13)*30/20=10.5 天	每人平均月休天數 10-11 天 =(17-11)*30/17=10.6 天
地區醫院	護理人力配置 (人床比)	配置 17 名護理師(16.5 四捨五入) =50 床* 100%占床率*0.33 人/床	配置 14 名護理師(14.03 四捨五入) =50 床* 85%占床率*0.33 人/床
	護理照護負荷 (護病比)	三班人力 10 人： 白班 5 小夜班 3 大夜班 2 照顧病人數： 白班 10 小夜班 16-17 大夜班 25 護病比：15 = (50 床×100%占床率×3)÷10	三班人力 9 人： 白班 4 小夜班 3 大夜班 2 照顧病人數： 白班 9-10 小夜班 14-15 大夜班 21-22 護病比：14.2 = (50 床×85%占床率×3)÷9
	平均月休天數 (以 30 天估算)	每人平均月休天數 12-13 天 =(17-10)*30/17=12.4 天	每人平均月休天數 10-11 天 =(14-9)*30/14=10.7 天

2021 年 12 月製表

三、依據疾病特性之護理人力調整原則

護理人力配置除了考慮現行法規之外，臨床情境可能影響護理人力之調派與運用，首先是病人疾病特性造成其所需的照護服務項目差異甚大，其次是台灣社會高齡人口逐年增加，台灣醫療陪病文化及老老照顧問題，越來越多的病人住院醫療不再有陪病家屬，完全仰賴臨床護理師提供醫療及日常生活照護，如翻身、餵食、擦澡、換床單。國外醫院常設輔助性人力/護理助理員(nurse aids)協助病人身體清潔、灌食、翻身等庶務性照護工作。反觀在台灣，醫院非專業性的照護工作沒有輔助性人力/護理助理員協助之下，臨床護理師的工作負荷相對增加。此外，國外醫院的專業分工也異於台灣現況，例如外科傷口照護交由專人執行，不似台灣由病房護理師包辦所有照護工作，因此，有必要針對專科疾病特性調整護理人力配置。

為了解各病房臨床實務特性的差異，本小組委員實地訪談某體系醫院內外科病房護理師，包括醫學中心(2家)、區域醫院(2家)及地區醫院(1家)，收集工作內容與負荷程度，分別將調查結果列表比較及說明。

(一) 內科病房特性

訪談大內科病房護理師工作內容和負荷程度，包括醫學中心(2家共12個病房)、區域醫院(2家共6個病房)及地區醫院(1家共2個病房)，結果發現內科病房每日病人照護花費在管路照護、檢查前後照護及重度依賴病人照護的比率甚高，此外每日突發之病危病人照護和急救事件更是照護重點，也最花費照護人力，彙總照護分類之佔比資料如下表二。參考美國、比利時、韓國及印度等國家文獻建議護理照護人力配置為1:4~1:6，文獻顯示，較高的工作負荷增加給藥錯誤、醫源性併發症、住院發病率、住院時間延長和危及病人安全的風險。建議各級醫院須調查各內科病房照護項目分類及其發生頻率，以便依病人照護特性彈性增派護理人力因應病人照護需求。

表二、內科病房每日照護項目分類及占比

照護分類（每日）	醫學中心	區域醫院	地區醫院
三管照護	49.0%	43.0%	12.5%
檢查前後照護	36.2%	32.8%	29.4%
重度依賴病人照護	41.3%	39.3%	28.5%
病危病人照護	8.7%	7.5%	4.7%
急救事件救護	0.4 件	0.3 件	0.04 件

資料來源：蔡美菊副主任，調查長庚體系醫院共 20 個內科病房，期間為 2012 年 9 月 13 至 19 日。

（二）外科病房特性

訪談大外科病房護理師工作內容和負荷程度，包括醫學中心(2 家共 10 個病房)、區域醫院(2 家共 6 個病房)及地區醫院(1 家共 2 個病房)，結果發現，外科病房每日病人照護花費在傷口照護、引流管照護、輸出排出量監測的比率甚高，如表三所示。部分病人屬於複雜性傷口，需要更多人力及時間處置；手術及檢查前後照護也是外科病房照護重點，術後更需密集生命徵象監測與巡視，及時提供急救事件救護。由於醫療科技進步，醫療常規鼓勵術後及早下床活動；且因為管理式給付制度使病人住院天數縮短，臨床常規業務緊湊，病床周轉率高，建議各級醫院須針對外科病房病人照護特性增派機動性護理人力支援，以便提早發現風險因子，提供及時處置及照護，維護病人術後照護之安全及品質。雖然內外科照護活動類別明顯有差異，工作負荷應當相當，故國外文獻對於內外科病房的人力配置建議雷同，並無明顯差別性的建議。

表三、外科病房每日照護項目分類及占比

照護分類（每日）	醫學中心	區域醫院	地區醫院
單一傷口照護	75.0%	63.2%	42.7%
複雜性傷口處置	20.0%	11.9%	6.2%
引流管路留置照護	60.0%	33.1%	19.3%
輸入排出量監測	53.0%	19.5%	12.7%
手術前後照護	13.0%	5.7%	3.4%
檢查前後照護	29.3%	12.6%	8.2%
急救事件救護	1.0 件	0.2 件	0.05 件

資料來源：林秋子副主任，調查長庚體系醫院共 18 個外科病房，期間為 2012 年 9 月 13 至 19 日。

（三）婦產科病房特性

國內婦產科病房照護範圍包括婦科、待產室、產房、產後病房等，因照護內容及特性不同，差異甚大。表四臚列各服務區域之業務內容及作業特性：婦科病房照護與內外科病房照護特性相似，照護人力應可比照前述調整。而產科照護特性則有別於一般成人照護，因為母子一體且相互影響，看似照顧 1 位孕婦實則同時照顧母嬰 2 位個案，且待產到生產過程情境變化多端，須要密集監測與因應突發緊急狀況因應。因此人力配置的特點在於需有足夠人力隨時待命。產房個案則多樣而複雜，包含孕婦進行無壓力試驗檢查、產科急症處置、高危險妊娠安胎、待產、自然/剖腹產、產後恢復照護等；部分醫院若承接地方緊急醫療任務，負責高危險妊娠轉診責任，須有人力隨時待命迎接重症轉診之產科個案，針對高危險妊娠、一般待產與產後照護、安胎觀察等三區的照護特性，分別描述如下。

1. 高危險妊娠之照護特性

隨國人生育率下降、生產年齡高齡化，台灣高危險妊娠孕婦平均約 10%，醫學中心收治比率更可高達 30%，高危險妊娠包含：妊娠高血壓、妊娠糖尿病、母親或胎兒有其它合併症等樣態，待產期間此類個案之處置增加，如：針對母親給藥、測量生命徵象頻率、測量血糖、減痛分娩、氧氣治療、觀察妊娠併發症等，且需隨時關注並處理胎兒狀況，如：胎心音變異性差、胎心音減速、胎兒窘迫等。一旦母親及胎兒發生緊急剖腹產、新生兒急救及母親轉重症單位照顧比例上升，醫療照護處置則更加密集。然而，目前國內未針對高危險妊娠之孕婦護病比規劃適當的人力配置方案，若以孕、產、兒之病人安全為整體考量，參考國外之設置基準，建議高危險妊娠待產護病比應設定為 1：1。

2. 一般待產與產後之照護特性

一般待產與產後照顧係處於生產第一到第三產程，此期間母親生理及心理變化迅速劇烈，胎兒面臨生產壓力可能隨時需要緊急處置，平均

每 30-60 分鐘需監測一次母、胎狀況，協助家庭提供生產支持、減痛措施、指導生產過程、進行新生兒護理與即刻評估、產後母嬰皮膚接觸指導與安全維護、預防及處理產後出血等併發症，故參考國外設置基準建議一般妊娠、產後恢復照顧護病比 1：2。

3. 安胎觀察區之照護特性

安胎觀察區個案之照護，係指產檢門診孕婦於產房進行無壓力試驗檢查及因高危險妊娠病情不穩定，隨時可能早產或母親病情惡化而住院觀察。此類母親、胎兒狀況變化及嚴重度界於一般妊娠待產與產科病房孕產婦之間，故參考國外設置基準建議護病比 1：4。

由於國內醫療機構設置標準於產房的人力配置僅有「每產台應有二人以上」規定，實不足以因應實際的病人照護及臨床業務需求。參考文獻與國外標準後，考量孕產照護之臨床作業需求，並依業務內容特性彈性調整護理人力配置，各服務區域之護理人力配置建議於表四。

表四、產房/婦產科病房之業務特性、作業內容及人力配置建議

服務區域	業務特性	作業內容	護理人力配置建議
產房產台	1.產科急症 2.自然產/剖腹產 3.新生兒照護	1.自然產流動護理 2.剖腹產流動護理 3.新生兒護理、急救、轉送 4.生產過程 緊急處置(輸血、血管栓塞術、子宮切除術、產婦急救...) 5.跨團隊聯繫(麻醉科、新生兒科、X 光科...) 6.母嬰皮膚接觸指導、安全維護	照護人數 護理師：孕婦= 1：0.5
待產及產後恢復區	4.高危險妊娠待產	1.待產期間密切監測母、胎變化(每 30 分鐘) 2.母親待產中併發症緊急處理 3.胎兒窘迫緊急處理 4.緊急自然產、緊急剖腹產準備 5.包含業務特性第 5 點之「一般妊娠待產」照顧作業內容	照護人數 護理師：孕婦= 1：1

服務區域	業務特性	作業內容	護理人力配置建議
	5.一般妊娠待產 6.產後恢復照顧	1.入院護理(含評估、抽血檢查) 2.提供生產支持、減痛分娩措施、指導生產過程 3.密切監測母、胎安全(每30分鐘監測胎心音變化、產程進展)，給予待產藥物並評估副作用 4.緊急自然產、剖腹產前準備 5.母嬰皮膚接觸指導、安全維護 6.產後併發症預防與處置(產後子宮收縮不良、產後出血...)	照護人數 護理師：孕婦 =1：2
安胎觀察區	7.產前無壓力試驗檢查 8.高危險妊娠安胎	1.門診產檢常規、特殊症狀產前無壓力檢查 2.高危險妊娠住院前處置與觀察(如：急診婦產科作業) 3.不穩定高危險妊娠母、胎照顧(每30分鐘監測、藥物治療、超音波檢查、早產徵兆觀察) 4.胎兒窘迫緊急處理 5.緊急自然產、剖腹產準備、跨團隊聯繫(麻醉科、新生兒科、社服課...)	照護人數 護理師：孕婦 =1：4
產科病房	9.產後照護 10.安胎	1.高危險妊娠產前照顧：母、胎產前評估、藥物治療、早產症狀觀察 2.一般及高危險妊娠產後照顧：母乳哺餵指導、產後復舊指導、親子同室照顧與安全維護 3.剖腹產、婦科手術前後護理 4.一般婦科疾病照顧	護病比 • 醫學中心全日 平均 $\leq 1:9$ ； 白班 $\leq 1:7$ • 區域醫院全日 平均 $\leq 1:12$ • 地區醫院全日 平均 $\leq 1:15$
婦科病房	11.婦科疾病住院照顧	1.入院護理 2.手術前準備、後術後護理 3.疾病相關檢查(抽血、超音波、斷層掃描...) 4.疾病相關治療(抗生素、化學治療、放射線治療、免疫治療...) 5.一般婦科疾病、婦癌疾病照顧 6.癌症末期症狀護理、安寧療護	

資料來源：參考資料編號 6,7,8,16,21,29,32,34,39,40。

(四) 兒科病房特性

國內醫療機構設置標準及醫院評鑑基準的規定條文中，對於兒科一般病房及加護病房的護理人力配置「人床比」、「護病比」與其他成人病房並無差異；兒科病房及嬰兒室人力配置標準也沒有因為醫院等級而有差異。兒科護理師須具備兒童及家庭評估、遊戲式溝通能力與指導照護技巧，以照護不同發展期別的病人(一個月到十八歲)；執行兒童的靜脈注射與侵入性處置前、中、後的過程，需要至少二名的護理人員協同肢體固定、安撫下才能執行，藥物劑量的計算也比成人困難及複雜。

兒科護理的照護服務區域依年齡生長特性，包括兒科急性一般病房、兒科加護病房、新生兒加護病房、嬰兒病房、嬰兒室等，現有國內文獻資料對於各服務區域照護特性的護理人力配置相關數據仍十分不足。由國外文獻資料顯示，兒科單位可依兒童年齡、疾病嚴重程度、是否使用呼吸輔助設備、依賴度高低、特殊照護需求及疾病穩定度等臨床情境，彈性調整護理人力配置。國外研究也指出一般病房兒科護理師的照護病人數比率與兒童再入院率有顯著相關，因此美國學者建議兒科護理師照護病人數限制在 4 名(參考資料編號 35,41)；兒童血液腫瘤科照護的住院病童又有別於一般住院病童，包括診斷性檢查與化學治療、幹細胞移植及各種侵入性處置(如：port-A、髓鞘注射、脊髓穿刺檢查... 等)皆較一般住院病童複雜，許多處置須經二位護理師共同核對執行，另有癌末病童的安寧療護所需的護理時數更多，依美國腫瘤護理學會勞動力調查之建議，護理師與照護病人比率應設為 1:5。

從國外研究及人力配置建議看來，國內學者專家也應積極投入兒科單位人力配置研究，考量國內民情、陪病文化、健康保險給付制度的差異，綜合提出合適的人力配置建議，並依住院病人年齡做適度調整，以提供本土化實證數據做為訂定評鑑法規的參考。表五臚列兒科病房所有的服務區域、依現行評鑑基準所規定之護理人力配置、及國外研究的人力配置建議。

表五、兒科病房各服務區域之護理人力配置建議

服務區域	評鑑基準規定之護理人力配置	國外研究之護理人力配置建議
兒科急性一般病房	同急性一般病房「人床比」及「護病比」之規範 - 人床比：醫學中心 0.5 人/床 區域醫院 0.4/床 地區醫院 0.33/床 - 護病比：醫學中心全日平均$\leq 1:9$； 白班$\leq 1:7$ 區域醫院全日平均$\leq 1:12$ 地區醫院全日平均$\leq 1:15$	照護人數 護理師：病人= 1:4 考量台灣陪病文化建議調整為 1:6
兒童血液腫瘤科	同急性一般病房「人床比」及「護病比」之規範	照護人數 護理師：病人= 1:5
兒科加護病房/ 新生兒加護病房	同加護病房「人床比」及「護病比」之規範	
嬰兒病房	每床應有 1 人以上（不分醫院等級）	
嬰兒室	每床應有 0.4 人以上（不分醫院等級）	

資料來源：參考資料編號 22,25,35,37,41。

（五）隔離病房特性

國內醫療機構設置標準及醫院評鑑基準的規定條文中，並未針對隔離病房設置提供具體護病比或人床比之建議。僅於 2021 年 6 月 26 日衛部醫字第 1101664219 號函修正「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護之醫事人員及相關人員津貼申請作業須知」第六條中明訂「(2)隔離病房、專責病房，每日平均每名護理人員以照護五床為原則」及「(3)專責加護病房、加護病房，每日平均每名護理人員以照護二床為原則」。

隔離病人除了提供一般急性照護外，臨床上為保護低抵抗力病人或避免傳染病的傳播，需額外增加感染控制的預防措施，包括：單獨的病房、穿戴防護用具、清消作業及限制陪病等。此外，病人需要頻繁的檢體收集送檢、定時探視提供日常生活照顧協助、心理社會關懷與照護、身體各系統功能及健康問題的照護與處置；COVID 確認病人更需要密切監測生命徵象，在症狀

嚴重時及時給予急救及重症照護。環境及設備的感染管制措施更是重點工作。

由國外文獻得知，美國加州及馬薩諸塞分別明訂隔離病房(other specialty care 或是 In units not otherwise listed above)，護理師與病人的照護比例應至少為 1:4。英國則指出 COVID 重症護理人力調配，具加護訓練護理師與病人的比例為 1:2，具一般執照護理師與病人的比例則建議為 1:1。因此，國內雖然無評鑑基準提供明確規定，醫院在配置隔離病房之護理人力時，應以病人臨床照護需求及安全性為優先考量。表六臚列隔離病房各服務區域之業務內容特性及護理人力配置建議。

表六、隔離病房各服務區域之業務內容特性及護理人力配置建議

服務區域	業務內容特性	護理人力配置建議
• 普通隔離病房(多重泛抗藥性菌種、疥瘡、水痘...等) • 負壓隔離病床(開放性肺結核) • 正壓隔離病床(移植術後、白血球低下) • COVID 專責隔離病床(COVID 確診輕、中症)	1. 環境及設備的感染管制 2. 隔離防護措施 3. 採檢及檢體複檢 4. 心理社會關懷與照護 5. 定時探視、日常生活協助 6. 各系統功能及健康問題照護 7. 密切監測生命徵象	照護人數 護理師：病人= 1:5
• COVID 專責隔離加護病床(COVID 確診重症)	8. 重症照護 9. 急救照護	照護人數 護理師：病人= 1:2

資料來源：行政院衛生福利部（2021，6 月 26 日），執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護之醫事人員及相關人員津貼申請作業須知。

四、友善職場之護理人力配置調整原則

國際護理協會(International council of Nurses, ICN)定義正向執業環境為：可培養、吸引並留任優秀護理人才的職場。職場友善是指營造一個尊重員工與支持員工的工作場所，提供員工所需之協助，以促進職場中的正向能量與氛圍，即是正向執業環境。友善職場不但有助提升員工組織承諾與工作績效，亦能降低員工流動率，提升組織的競爭力。

(一) 排班工時友善制度

首先，工作排班應有彈性，使護理師得以兼顧家庭需求及個人情況，建議彈性調整目前醫院固有的排班時段及工作週期，增加多元彈性方案，具體作法建議如表七：

表七、友善職場之調整方案與具體作法建議

調整方案	具體作法建議
彈性工時制度	增加彈性工時制度策略，以鼓勵護理人員投入臨床業務 1. 原有三班制：白班 8:00-16:00、小夜班 16:00-24:00、大夜班 0:00-8:00 2. 增加彈性工作時段，協助白班及小夜班業務尖峰時段 • 彈性半日班 08:00-12:00、10:00-14:00、12:00-16:00、16:00-20:00 • 6 小時日班 12:00-1800 • 延後全日班 10:00-1800
彈性工作天數	依個人情況及病房需求，彈性安排可工作天數 1. 週工作日數 3 天或 4 天 2. 月工作日數 10 天、12 天或 15 天
彈性排班制度	提供可兼顧家庭及工作的職缺，鼓勵重返職場及提升留任率 1. 固定班別制，同一週期內盡量減少班別變動 2. 建立多元班別制，例如：常日班工作職務 3. 護理人員自我排班
多元學習制度	專科多元化培訓，協助不同科別護理人力支援及學習，擴大工作範圍之彈性 1. 同質性科別互相支援 2. 不同專科間交叉訓練及在職訓練

(二) 照護模式友善制度

台灣人口快速老化，病人罹患多重慢性疾病狀況增加，失能程度和依賴程度也偏高，臨床上可依據病房情況及病人特性，推動彈性人力資源管理策略，運用各種護理照護模式，提供臨床適切及完整的照護。依據護理全聯會「2017 年推廣優質護理職場計畫成果報告」，因應病房特性變動，調整臨床照護模式，可提高護理人員工作滿意度和護理專業價值，病人及家屬亦可因此獲得優質的護理照護品質。

臨床實務情境變化多，病人的照護需求及家屬的照顧能力各異，且護理人力的執業異動已是常態。因此，病房人力時而充足穩定、時而不足，須向其他單位尋求人力支援，支援人力對病房常規作業熟悉度有限；護理師年資深淺不一，若有新進人員更需假以時日熟悉臨床作業常規及熟練護理技術。病人住院期間的生活照顧，若無家屬陪同協助，必定增加照護時數及工作負荷。臨床照護工作由護理師執行專業性照護工作，護理評估、護理諮詢與指導、技術性之醫療輔助活動；由輔助人力（護理佐理員或照顧服務員）協助非專業性庶務性之病房工作，如：病人身高、體重測量、鋪床等，非護理專業工作及病房庶務性工作，護理師與護理佐理員（以下簡稱護佐員）可以分擔及減輕病房護理人員的工作負荷及壓力。

由於護理人員法第一章第 1 條明訂護理人員資格取得條件及考試方法：

(1)中華民國人民經護理人員考試及格，並依本法領有護理人員證書者，得充護理人員。(2)前項考試得以檢覈行之；其檢覈辦法，由考試院會同行政院定之。護理人員法第四章第 24 條有關護理人員之業務範疇規範包括：(1)健康問題之護理評估。(2)預防保健之護理措施。(3)護理指導及諮詢。(4)醫療輔助行為。而有關「照顧服務員」的工作規定，依據衛生福利部護理及健康照護司 2018 年公告「醫院照顧服務員管理要點修正規定」，照顧服務員(以下簡稱照服員)的工作項目及工作內容包括：(1)一般事務工作。(2)一般性技術工作(非專業)例如：協助病人及家屬環境介紹、協助遺體清潔與更衣...等。(3)身體清

潔與舒適照護。(4)排泄照護。(5)膳食與給藥，例如：協助用餐或餵食。(6)舒適與活動。(7)安全維護。(8)其他：如餵食/灌食器清潔。

因此，不論是護佐員或照服員，輔助人力之工作範疇及其角色功能皆不能替代護理師的專業照護角色功能。急性一般病房考量護理人力配置時，可運用各種組合的護理照護模式，依照臨床實際情境彈性調整照護模式，其搭配組合及工作內容說明及建議如表八：

表八、急性一般病房情境之護理照護模式組合及工作內容建議

急性一般病房情境	護理照護模式/工作內容
病房人力充足/護理平均年資穩定 由護理佐理員或照顧服務員分擔護理師的工作負荷及壓力	主護護理+技術混合照顧模式 - 護理師：執行專業性照護工作，護理評估、護理諮詢與指導、技術性之醫療輔助活動 - 護佐員：協助非專業性庶務性之病房工作，如：病人身高、體重測量、鋪床等
病房人力不足/新進人員較多 - 由資深護理師帶領新進或資淺人員 - 人力不足時由其他病房支援人力 - 由護理佐理員或照顧服務員分擔護理師的工作負荷及壓力	主護護理+功能性護理+技術混合照顧模式 - 資深護理師+護佐員：如上 - 資淺或新進人員：執行某些技術性護理工作，以熟練護理常規及技術，漸進式適應臨床工作 - 支援人力：技術性護理工作(功能性)
家屬無法陪病/照顧者能力不足 - 高齡照顧者 - 家屬上班無法陪病	主護護理+技術混合照顧模式+全責照顧模式 - 護理師+護佐員：如上 - 聘僱/共聘照顧服務員(輔助人力)：提供病人生活照顧，包括：執行擦澡、翻身、拍背、晨間護理等

台灣受到人口老化及少子化等因素的影響，出現社會人口結構改變，在醫院中常會見到高齡長者照顧高齡長者的「老老照顧」問題、家中無人可以陪病照顧住院的親人、或是家中無經濟能力聘請一對一的照顧服務員等各種類型的照顧人力問題，造成醫院管理及住院照護的困擾。因此，衛生福利部於2017年推動「醫院推動住院病人友善照護模式輔導計畫」，鼓勵醫院「因

地制宜、因院創新」在財務平衡下，發展「友善照護模式」，期待以共同推動方式達到「五好政策」：(1)提升照顧品質(對被照顧者好)，病人能獲得更專業的照護、(2)減輕照顧負擔(對家屬好)、(3)減輕工作負荷(對護理人員好)、(4)減少院內感染(對醫院好)、(5)促進照顧人力更有效率地運用(對長照制度好)。

2018 年有 34 家醫院參與首波推動計畫，2019 年依據衛生福利部護理及健康照護司調查結果，全台已有 93 家醫院推動並實施照服員共聘「友善照護模式」。因此，建議各醫院可以依據住院病人疾病類別及照護需求，選擇適合的共聘照護模式；各醫院亦可依實際推行的情況，延伸應用調整實施作法，採用使用者付費和集中照顧的原則。例如精神科病人住到一般病房，會增加護理人員的照護壓力，某醫院的因應策略：將特殊病人集中到特定病房，且於入住前與家屬充分溝通達成共識，予收取每日 500 元的共聘照顧費用，醫院則使用這筆費用聘僱正職的輔助人力負責照顧，有效減輕護理工作負荷，此醫院之實務作法十分值得借鏡。

五、護理人力彈性運用策略之建議

Atkinson 於 1984 年提出彈性企業概念，是指企業組織可以依循生產活動的工作特性，將員工進行區分，包含核心和周邊人力。而人力資源彈性運用，是指在人力資源管理中，透過彈性調整人力結構，來符合企業對不同層次、不同水平和不同模式的人力資源需求的管理方式；彈性人力運用應包括職能彈性、數量彈性、區隔彈性、時間彈性、薪資彈性和領導彈性六種構面（黃仲毅、盧美秀，2013）。依據研究顯示：彈性護理人力資源管理策略的導入，與護理人員留任意願呈顯著的正相關(施麗香、黃心樹，2017)；在職能彈性、數量彈性、區隔彈性和領導彈性各策略及滿意度也呈現顯著差異(黃仲毅、盧美秀，2017)。

護理人力不足已是全球性的議題，台灣近年雖積極執行護理改革，建構優質護理職場，滿足護理人員的工作與生活需求，而提升護理人員工作滿意度與專業承諾，進而提高留任率，並延長護理服務年資，期望解決護理人力短缺問題。然而，世界衛生組織(WHO)在 2020 年報告，全球護理人力短缺約近 600 萬人，COVID-19 疫情蔓延下更是惡化，並凸顯護理人力短缺之問題，台灣近五年護理人員空缺率約 5%，不足約 5000 人，也是社會大眾關注的公共議題。

因此，藉由彈性人力資源管理策略，運用職能彈性、數量彈性、區隔彈性、時間彈性、薪資彈性、以及領導彈性等制度，提供解決台灣護理人力短缺的狀況。各項護理人力彈性運用策略及具體做法之建議如表九，各項彈性策略的意涵及實行原則分述於後。

表九、護理人力彈性運用之策略及具體作法建議

彈性策略	具體作法建議
職能彈性	1. 護理照護模式：考量人力配置、專業成熟度、病人嚴重度 2. 工作多樣化：依護理師職涯發展需求提供有計畫性訓練 3. 整合跨領域照護：結合跨領域照護團隊分工，如檢驗師、藥師等
數量彈性	1. 合理三班人力配置：考慮疾病嚴重度、照護時數、輔助人力 2. 採用部分工時與班別：暫時替代人力不足或留職停薪人力 3. 建構機動人力庫：預估病產事假之人力需求，定期聘僱
區隔彈性	1. 聘僱輔助人力執行非專業性工作或庶務性工作 2. 核心護理業務應加強教育訓練，提供合理報償
時間彈性	1. 彈性輪班制：二班或三班制 2. 固定班別制：依員工需要採固定作息排班 3. 彈性排班：按臨床作業尖峰時段彈性排班 4. 延長工時或假日出勤：依專案任務調整，但須符合勞動基準法 5. 建立臨時召回機制：因應急迫、緊急或臨時且不可預期的狀況，依勞動基準法第 32、40 條之規定，可臨時召回輪休人員，建議制定合理的工時採計及薪資補償辦法
薪資彈性	1. 多元薪資制度：須衡量業務性質、工作量、及市場水準 2. 激勵薪資制度：依業務量及工作性質設計獎勵辦法 3. 優渥福利制度：薪資以外的福利與津貼補助
領導彈性	1. 真誠領導：親切、傾聽、代言 2. 促進團隊合作：尊重、結盟、溝通 3. 促進專業成長：激勵動機、提供機會 4. 尋求院方支持：向上溝通

（一）職能彈性

職能彈性是指員工執行工作範圍或任務時的可移動性(mobility)、適應性(adaptability)、或技能多樣性(versatility)。妥善且彈性人力運用策略，可使員工在面對工作需求或技術要求改變時，能及時反應且快速適應工作內容。護理工作的臨床情境變化大，有必要針對護理照護模式、工作多樣性、及跨領域合作層面介入彈性策略。

1. 護理照護模式：依照護理人力配置、護理人員的成熟度與病人嚴重程度彈性調整護理照護模式，如功能性護理，可適用於新進護理人員，因應護理人員臨時請假，或護理人力短缺時。
2. 工作多樣化：瞭解護理人員個人職涯發展需求，有計畫性工作輪調或交叉訓練等策略，讓護理工作可擴大化與豐富化，並建立護理職能彈性之基礎，提升跨單位支援之意願，與提升護理人員工作滿意度。
3. 整合跨領域照護：護理需與照護團隊分工，但更須合作，降低執業風險與工作量，提升留任意願，如與檢驗師合作抽血業務、藥師合作藥物衛教，或與專科護理師合作病人共同照護等臨床業務。

（二）數量彈性

數量彈性是指組織在投入及產出過程出現變化，因而在人力需求的數量及種類也會因而改變，醫院需要能迅速調節人力安排，以符合臨床情境實際所需的人力和能力。彈性作法包括配置合理的人力、採用部分工時及彈性班別因應、建立機動人力等，以便快速因應各種情境的人力需求。

1. 合理三班人力配置：三班護病比除可參考中央健康保險局公告各層基醫院之配置基準，但各醫院仍須考量病例組合指標(Case Mix Index,CMI)，也就是病人嚴重程度，應列入人力配置時重要參考指標，病人嚴重程度與護理照護時數高者，應合理增加護理人力配置，或可使用輔助人力協助臨床業務，減少護理人員事務性之工作與病人日常生活照顧，減輕其工作負荷與壓力。
2. 採用部分工時與班別：對於招募困難醫院或單位，可以考慮聘用部分工時不訂契約護理人員，使原來因生產後須請育嬰假留職停薪人員縮短期間，採部分工時不訂契約聘僱，可以配合家庭與嬰兒照顧，可減少訓練成本與適應期之困擾，降低育嬰留停對單位立即性衝擊，有關部分工時薪資與福利可依照勞基法部分工時之規定辦理。各班人力配置亦可依單位顛離峰階段安排人力。

3. 建構常態性浮動人力庫：護理部門應可依過去人力資源統計與趨勢，計算或預估每年可能病假、產假、事假等人力缺編，先行補足人力，作為浮動人力因應臨時請假或病、產、事假等人力之不足，讓單位人力隨時可以支援排班人力；倘若浮動人力以定期契約月薪聘僱，依勞基法規規定，建議聘僱期不可超過一年，過程中若適應良好，且有缺編可轉為不定期契約人員，同時，可減少訓練成本，並可提升其留任率。另外，考量護理人員離職，常出現人力交接空窗期的問題：因為在人力出缺時才招募，會造成人力缺口，建議在離職者送出離職申請時，就開始招募人力，以減少人力缺口的時間與機會，以便無縫接軌的交接。
4. 改善跨科支援意願與能力：為增加護理人員調度支援的彈性，可以於招募面試時，即明確告知需要配合各病房收治病人狀況，依佔床率調整出勤人力，機動進行各單位間的支援調動。醫院若能規劃教育訓練，以足夠訓練時數，培育跨科別的專業能力，應可提高護理人員接受調動的意願。護理主任亦應以屬性類似的單位為分組，授權護理部督導長在管轄單位之間彈性調度人力。適當的屬性分群調派運用人力較不複雜，且進行交叉訓練也較為方便，應有助於單位之間的人力支援，。

（三）區隔彈性

區隔彈性是將工作依專業程度進行區隔，招募適切職能人員負責執行任務，具專業技能的任務交由專業技術人員執行，非專業性工作則由輔助人員執行，使人力運用得以適才適所，善用人力資源管理，此區隔彈性，可彰顯護理的專業性，並肯定護理的價值與貢獻。

1. 適度聘用周邊人力，協助執行例行性專業工作或非專業性工作，亦可聘僱固定之兼職或短期人力，但護理照護涉及法規與生命安全之特殊性，因此，護理核心業務不建議亦無法採用人力外包或派遣方式。
2. 護理核心業務應透過教育訓練，提升專業知能，並給予合理與合適的職位及對等的薪資報酬，以提升護理人員留任率。

（四）時間彈性

時間彈性必須在遵守勞動相關法規的前提下，配合臨床業務需要、醫院經營方針改變、或是員工家庭情況需要，而彈性調整工作時間的作法。

1. 依醫院或單位特性與需求，可採取三班或二班輪班制、固定班別、並可依單位特性彈性排班，如 12:00-20:00 之班別，以因應術後回病房病人與下午住院新病人等狀況。
2. 定期進行各病房人力需求變化的統計分析，例如：某些科別的住院人數會有季節性的變化，在病人數減少的月份，減少人力安排；或可建立配套機制，減少常規排班人力，改採臨時召回機制(詳見本節第 4 點)，提供交通費用及合理的出勤報酬。
3. 專案性質護理任務，護理人力需求增加時，如流感疫苗注射或 COVID-19 疫苗注射，可利用時間與薪資彈性，在符合勞基法休假規定，給予比平時延長工時薪資計算更優渥之報償，鼓勵休假護理人員出勤，可減輕當人力不足時之排班與休假壓力。
4. 建立臨時召回機制，因事件急迫、緊急、或臨時且不可預期之狀況，依勞動基準第 32、40 條之規定，經護理人員同意，事後報備工會(無工會向主管機關報備)，可依休息日或國定假日出勤核發薪資。雖然勞基法並無明確規範交通津貼，但從法院判例來看，受到資方指揮監督要求提供勞務的時間屬於工時，故為了提高護理人員接受緊急召回的意願，醫院建立臨時召回機制應考慮交通時間、通勤安全、合理的出勤工時和工資津貼之計算方案。

（五）薪資彈性

薪資彈性是指在傳統固定的薪資制度結構之外，改以多樣化的方式支付工資，包括以個人績效為基礎，並結合利潤分享制度的概念，使員工感受到付出與回饋相等或是感受到個人工作表現得到組織提供等價酬賞肯定，因而

提高工作士氣及工作滿意度。

1. 多元薪資制度：設計部分工時薪資制度，護理人員時薪制度應衡量服務單位性質與業務量，薪資應符合市場機制。例如：部份醫院因護理人員招募不易，護理部可與醫院討論提升部分工時的時薪，增加招募誘因。特別是醫院承接的非常規工作，如：疫情期間支援疫苗注射、社區支援服務等，對人力有限的地區醫院，是相當大的人力成本負擔，可以提供較為優渥的出勤費支應，善用部分工時人員，以避免壓縮病房的排班人力。
2. 激勵薪資制度：對於工作負荷量大之單位，依業務量設計薪資制度，使護理人員獲得與付出相對等之報償；對於願意固定上夜班護理人員，提高夜班津貼，並對延長工時之護理人員應依勞基法發給加班費。設計護理人員晉升制度並與薪資結合，給予實質鼓勵，如專業能力進階，只要能力與條件符合，進階名額不受總額管制。
3. 優渥福利制度：除合理薪資，應包括婚喪喜慶、員工旅遊與健檢補助，團體保險、急難救助、傷殘慰問、教育成長機會、提供制服與清洗、伙食等津貼，在醫院足夠空間許可下提供育嬰或托兒服務，或可簽屬特約機構提供員工優惠價；更重要是提供護理人員即時慰問與關懷，如受職場醫療暴力，因公務受傷、或因重大醫療事故(司法案件之醫療爭議)與意外事故(病人自殺)發生時，高階主管即時關懷與慰問，並由主管陪伴司法程序。甚至提供護理人員私人法律諮詢，協助解決私人問題，避免影響公務，甚至離職。

(六) 領導彈性

護理主管應作為護理人員的代言人，秉持真誠領導，做一個可以接近員工，願意傾聽、走動式管理、與會說故事的主管，護理領導者應促進團隊的合作，專業間互相尊重，善用智慧多結交朋友少樹立敵人，營造良好工作氣

氛，鼓勵員工提出意見並可包容不同看法，善用雙向溝通，幫助員工成長與激勵工作動機，促進專業成長與發展。

只要對員工好、病人好的政策都應向上溝通，尋求院方支持，與人力資源單位建立良善且互信的關係，讓醫院經營者清楚瞭解理人力配置之計算與運用，才能在人力需求上與院方達成共識，給予足夠的護理人力，以創造更優質的護理環境為目標。

六、結論與建議

護理人員在醫療照護機構中佔勞動人口比率最高的一群，同時也具有舉足輕重的角色，然而每家醫院依據評鑑結果，區分地區、區域與醫學中心不同等級外，同時也存在各樣不同的主、客觀條件，因此，對於護理人力的配置有著不同考量。但如何在醫院經營管理與改善護理人員的執業環境，減輕工作負荷取得平衡，是近幾年不論在民間相關護理團體或是政府主管部門都是一項重要的議題。

中華民國護理師護士公會全國聯合會護理人力政策小組在第十一屆第八次護理人力配置小組會議上，為能就三班護病比與分科人力配置議題上提供建議，在會議中達成「建立護理人力配置指引」的共識。其目的是希望經由各臨床專家相關文獻蒐集、彙整並討論，齊心合力起擬「醫療機構護理人力配置指引草案」，為能符合臨床實際人力配置，進一步就草案內容與醫學中心、區域醫院、地區醫院護理專家進行座談，彙整專家會議上重要結論進行修訂，該指引重要結論如下：

一、衛生福利部於民國 2020 年 12 月 01 日公告之「醫療機構設置標準」，已將護病比納入條文，各層級醫院人力配置雖然符合評鑑基準，但對每位護理師的照顧病人數而言，大夜班護理師在大型醫學中心需照顧 12-15 人、區域醫院 14-17 人、地區醫院 21-25 人；小夜班護理師在醫學中心需照顧 8-10 人、區域醫院 12-15 人、地區醫院 14-17 人。這樣的人力配置及

排班，易造成護理照護負荷過重，影響病人安全。因此，各醫院估算護理人力配置實應採行優於評鑑基準的計算方式，並考量護理師照護病人數及休假天數，以平衡勞務與休假。醫院設置基準的人力配置及護病比之計算，強調不可將其他非護理單位人力，如檢查室護理人員或個案管理師、衛教師等充抵急性一般病房照護病人之人力。另因應勞基法工時修訂，建議將過去慣用的休假係數 1.52 調整至 1.65。

二、本指引除依據評鑑基準、護病比及勞基法等重要法規配置護理人力外，並參著各國在急性病床不同科別護理人力之配置，再加上考量我國目前臨床實際現況，給予在內、外、婦、兒、急診、加護病房及隔離病房等單位，提出護理人力調整之依據。

三、協助醫院管理者建立友善職場，在排班工時友善制度建議彈性調整目前醫院固有的排班時段及工作週期，增加多元彈性方案；建置專業性照護工作由護理師執行；非專業性庶務性之病房工作由護理助理員（或照顧服務員）協助執行的照護模式友善制度。而輔助人力的照顧服務員，其工作範疇及其角色功能，皆不能替代護理師的專業照護角色功能。另因國內人口老化及少子化問題，無人可以照護住院中的病人，或是經濟能力無法聘請一對一的照顧服務員時，建議各醫院可依據住院病人疾病類別及照護需求，選擇適合的共聘照護模式。

四、世界衛生組織(WHO)在 2020 年的一份報告指出，全球護理人力短缺近 600 萬人，在 COVID-19 疫情的延燒下更是惡化並突顯了這個狀況，管理者藉由彈性人力資源管理策略，運用職能彈性、數量彈性、區隔彈性、時間彈性、薪資彈性、以及領導彈性等制度，提供解決台灣護理人力短缺的狀況。

護理人員的工作多元。過去護理時數分為直接護理、間接護理、相關護理等類別，經過數十年的發展，目前的臨床實務情況十分多元，如何將護理工作時數進行歸類，在護理資訊系統快速發展以及大數據應用

日新月異的未來，希望能據此發展出更具實證基礎的護理時數需求、合理的計算適當的護理人力配置。

護理人力配置與病人安全息息相關，更攸關護理人員留任與執業率。為維護病人照護品質與安全，仍待全體護理人員、學者、政府官員共同努力，透過人力「輸入（input）—過程（process）—產出（output）」的概念，建置完善的人力系統，期許在不久的將來，台灣能塑造更優質的工作環境，使臨床護理人力運用更具彈性及效益，同時也能與國際護理人力資源的趨勢接軌，創造護理專業的榮耀與幸福感。



七、參考資料:

1. 中華民國護理師護士公會全國聯合會(2021)．*中華民國護理師護士公會全聯會第十一屆第二次理監事聯席會紀錄*．台北市：中華民國護理師護士公會全國聯合會，P46。
2. 中華民國護理師護士公會全國聯合會(2021)．*中華民國護理師護士公會全聯會第十一屆第十次理監事聯席會紀錄*．台北市：中華民國護理師護士公會全國聯合會，P15。
3. 中華民國護理師護士公會全國聯合會(2019)．*30周年紀念專刊*．台北市：中華民國護理師護士公會全國聯合會。
4. 世界衛生組織(WHO)(2020)(待補)
5. 盧美秀、高靖秋(2017)．*推廣優質護理職場計畫成果報告(衛生福利部補助研究計畫)*．台北：中華民國護理師護士公會全國聯合會，P.18-21。
6. 全國法規資料庫(2020，12月1日)，中央法之醫療機構設置標準醫院設置基準表。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020025>
7. 林雅娟.(2009). 產房護理人力介紹. *助產雜誌*, (51), 7-12.(二手文獻)
8. 梁亞文、黃立琪、尹裕君、陳文意、莊家綾 & 李卓倫.(2010). 護理人力對病患結果影響之文獻探討. *護理雜誌*, 57(5), 77-82. (二手文獻)
9. 黃仲義、盧美秀(2013)．運用彈性人力資源管理解決護理人力短缺問題．*領導護理*，14(2)：10-21。
10. 施麗香，黃心樹(2017)．人力資源彈性運用對護理人員留任意願之影響．*澄清醫護管理雜誌*，11(2)：15-23。
11. 黃仲義、盧美秀(2017)．運用彈性護理人力資源管理策略於醫院之成效初探．*護理雜誌*，64(6)：56-66。
12. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
doi:10.1001/jama.288.16.1987
13. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational

- study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
14. 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, 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
 15. Bridges, J., Griffiths, P., Oliver, E., Pickering, R.M.(2019). Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study. *BMJ Qual Saf*, 28(9), 706-713. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008948>.
 16. California Nurse-to-Patient Ratios(2021) <https://unacuhcp.org/california-nurse-to-patient-ratios/>
 17. Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International journal of nursing practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
 18. Cuadros, K. C., Padilha, K. G., Toffoletto, M. C., Henriquez-Roldán, C., & Canales, M. A. (2017). Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. Apr 6;25:e2841
 19. Gale Healthcare Solutions.(2021,January 14). Nurse-to-Patient Ratios: A State-by-State Guide. <https://galehealthcaresolutions.com/nurse-to-patient-ratios-a-state-by-state-guide/>
 20. Health.(2018). The importance of the optimal nurse-to-patient ratio. [https:// www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/the-importance-of-the-optimal-nursetopatients-ratio](https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/the-importance-of-the-optimal-nursetopatients-ratio)
 21. It's time to Count the Babies 2021.<https://www.qnmua.org.au/Count The Babies>
 22. Jung, M., Park, H., Kang, D., Park, E., Jeon, K., Chung, C. R., Yang, J. H., Suh, G. Y., Guallar, E., Cho, J., & Cho, J. (2020). The effect of bed-to-nurse ratio on hospital mortality of critically ill children on mechanical ventilation: a nationwide population-based study. *Annals of intensive care*, 10(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00780-7>
 23. Juh, H. S., Jungeun, K., Ha, E. K., Ha, J. L. and Seoungyeon, S.(2018). Current Status of Nursing Law in the United States and Implications. *Health Syst Policy Res*, 5 No.1:67. DOI: 10.21767/2254-9137.100086

24. Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204. doi:10.1097/MLR.0b013e3181468ca3
25. Lamkin, L., Rosiak, J., Buerhaus, P., Mallory, G., & Williams, M. (2002, January). Oncology Nursing Society workforce survey. Part II: Perceptions of the nursing workforce environment and adequacy of nurse staffing in outpatient and inpatient oncology settings. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 29, No. 1, pp. 93-100).
26. Magalhães, A. M. M., Costa, D. G. D., Riboldi, C. O., Mergen, T., Barbosa, A. D. S., & Moura, G. M. S. S. (2017). Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 51:e03255. doi: 10.1590/s1980-220x2016021203255
27. McHugh, M. D., Aiken, L. H., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2020). Case for hospital nurse-to-patient ratio legislation in Queensland, Australia, hospitals: an observational study. *BMJ open*, 10(9), e036264. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036264>
28. McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M., . . . Aiken, L. H. (2016). Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients. *Medical Care*, 54(1), 74-80. doi:10.1097/mlr.0000000000000456
29. New York state department of health.(2020). Study of Nurse Caregiver Minimum Staffing Levels and Other Staffing Enhancement Strategies and Patient Quality Improvement Initiatives. https://health.ny.gov/press/reports/docs/2020-08_staffing_report.pdf
30. Oliveira, A. C., Garcia, P. C., & Nogueira, L. S.(2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):679-689. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
31. Patterson, J.,(2011). The effects of nurse to patient ratios. *Nursing Times*, 107(2). <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/the-effects->

of-nurse-to-patient-ratios-17-01-2011/

32. Raby, C. C., Hazlitt, G., Lahr, D., Brako, J., Wilson, M., & Ariano, R. (2005). Obstetric Staffing Challenges: An Advanced Classification System for Childbearing Patients. *AWHONN lifelines*, 9(2), 134-139.
33. Rahman, H. A., & Shamsudin, A. S. (2015). The impact of patient to nurse ratio on quality of care and patient safety in the medical and surgical wards in Malaysian private hospitals: a cross-sectional study. *Asian Social Science*, 11(9), 326. <https://doi.org/10.5539/ass.v11n9p326>
34. Royal College of Nursing (2010). *Guidance on safe staffing levels in the UK*. (RCN Publication code: 003860).
<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-003860>
35. Sharma, S. K., & Rani, R. (2020). Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India:A critical analysis of national benchmarks. *Journal of family medicine and primary care*,9(6),2631-2637.https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_248_20
36. Shin, S., Park, J. D., & Shin, J. H. (2020). Improvement Plan of Nurse Staffing Standards in Korea. *Asian nursing research*, 14(2), 57–65.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.03.004>
37. Sullivan, C. E., Morrissey, L., Day, S. W., Chen, Y., Shirey, M., & Landier, W. (2020). Predictors of Hospitals' Nonachievement of Baseline Nursing Standards for Pediatric Oncology. *Cancer nursing*, 43(4), E197-E206.
38. Simpson, K. R., Lyndon, A., Spetz, J., Gay, C. L., & Landstrom, G. L. (2020). Missed Nursing Care During Labor and Birth and Exclusive Breast Milk Feeding During Hospitalization for Childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45(5), 280-288.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000644>
39. Tabatabaee, S.S., & Daghighbin,E.(2020). Estimating of the required midwife in maternity ward in hospital using Workload Indicator of Staffing Need Method. <https://assets.researchsquare.com/files/rs-17278/v1/6846fd2a-484a-4e55-a1f1-0bfc90854941.pdf?c=1631831892>
40. Turner, L. Y., Griffiths, P., & Kitson-Reynolds, E. (2021). Midwifery

and nurse staffing of inpatient maternity services: a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. *medRxiv*, 1-32. <https://doi.org/10.1101/2021.03.27.21254457>

41. Tubbs-Cooley, H. L., Cimiotti, J. P., Silber, J. H., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2013). An observational study of nurse staffing ratios and hospital readmission among children admitted for common conditions. *BMJ quality & safety*, 22(9), 735–742. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001610>
42. Wynendaele, H., Willems, R., & Trybou, J. (2019). Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. *Journal of nursing management*, 27(5), 896–917. <https://doi.org/10.1111/jonm.12764>

