

2025 護理界訴求(二會共識)

1140825 綜整

訴求主題	議題	政策建言
<p>一、投資護理教育-提升護理人員教育程度及護理專業素質，保障病人安全</p>	<p>一、提升醫院執業護理人員具學士學位以上之比率。</p> <p>(一)中程(2025年~2030年)目標： 由2023年的75.5%，提升至85%。</p> <p>(二)長程(2030年~2035年)目標： 由85%，提升至90%以上。</p> <p>二、提升護理養成教育畢業生中，就讀高中職後四年護理系(含學士後護理系)之比率。</p> <p>(一)中程(2025年~2030年)目標： 由2023年的42%，提升至50%。</p> <p>(二)長程(2030年~2035年)目標： 由50%，提升至70%。</p> <p>三、支持台灣護理認證中心(TNCC)為全國護理認證機構，以促進護理專業發展。</p>	<p>一、建請教育部積極提升護理教育品質：</p> <p>(一)支持辦學績優的專科學校改制為技術學院。</p> <p>(二)針對設有護理科系之私立技專校院提高「教育部獎勵補助款」，並專款專用，用於改善師資結構及教學設施與學習資源等，以確保教學品質。</p> <p>(三)停止各級學校增設五專護理科/護理助產科，並逐年減少其招生名額，同步增加四年制護理系招生名額。</p> <p>(四)建立護理專業教育評鑑機制，以確保護理教育品質與學習成效。</p> <p>二、建請衛福部、教育部及考選部支持與協力推動台灣護理專業認證及進階發展：</p> <p>(一)支持台灣護理認證中心作為全國護理專業認證專責機構，並提供經費辦理護理師國考命審題及護理校院評鑑人才培訓，納入國家人才庫。</p> <p>(二)鼓勵護理人員或教師取得專業認證，並將其納入醫療機構及學校評鑑基準。</p> <p>(三)將臨床護理專家職稱與執業範疇納入護理人員法，據以推動及落實護理分級與進階發展。</p>
<p>二、投資護理職場-提供友善職場，吸引新人投入，留任護理人力，維護全民健康</p>	<p>一、爭取政府編列預算與合理健保護理費給付，提升護理人員薪資</p>	<p>一、檢討修正中央健保署「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第八條修法，醫事服務機構應設置專職醫事人員合理薪資標準，其全民健康保險月投保金額，醫院為基本工資至少2.5倍；診所為基本工資至少1.5倍，以改善醫事人員薪資，反映其專業與勞動價值。</p> <p>二、調整健保支付制度，合理反映護理貢獻：</p> <p>(一)逐年編列預算調高健保給付之住院護理費、居家護理/安寧居家療護訪視費及正視支付項目的合理性，並建立機制確保醫院持續提高護理人員薪資及福利。</p> <p>(二)檢討「全民健保醫療費用支付標準」，若以護理投入為主之支付標準，應移列第九部專章，使護理勞務與支付歸屬明確。</p> <p>(三)爭取超高齡病人之健保住院護理費予以加成給付。</p>

訴求主題	議題	政策建言
	<p>二、預防醫療暴力，確保護理人員的職場安全與病人照護品質</p>	<p>一、修訂醫療法第二十四條及一百零六條，加強對醫療機構及從業人員之保護機制，明定醫療暴力之法律責任與處罰標準，遏止醫療暴力。</p>
	<p>三、建立友善職場環境</p>	<p>一、降低護理人員工作負荷，建請推動於 2026 年將三班護病比入法，並建置以醫事人員卡上傳中央健保署之機制，以加強護病比申報正確性，並增加醫院投資相關資訊設備的補助。</p> <p>二、擴大「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」經費，讓更多醫院參與增聘護理輔助人力協助病人生活照護。</p> <p>三、導入護理輔佐人力制度，建構住院整合照護流程及人力組合模式指引。</p> <p>四、推動「護理職場幸福文化指標」，由政府導入績效補助與評鑑誘因，強化醫院落實正向護理工作環境的動能。</p>
	<p>四、培養專業核心能力，確保醫療服務品質</p>	<p>一、建請政府提高「臨床醫事人員培訓計畫」補助款，點值計算方式透明化、保障 1 點 1 元，並調升醫事職類補助款的點數至 25,000 點或以上，確保護理人才獲得適當的培訓支持。</p>
<p>三、投資護理領導-制定醫療照護政策，推動跨域合作，促進民眾健康</p>	<p>一、保障政府機關應有護理人員出任行政官員/政務人員。</p> <p>二、鼓勵醫療機構應設置護理背景的副院長。</p>	<p>一、保障中央及地方政府應有護理背景的行政官員。</p> <p>(一)中央層級</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛福部：部長、次長。 2. 衛福部所屬單位，包括護理及健康照護司、長期照顧司：司長、副司長或專門委員。 3. 衛福部所屬機關，包括中央健康保險署、國民健康署、疾病管制署：署長、副署長。 <p>(二)地方政府</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生局：局長、副局長。 2. 社會局：局長、副局長。 <p>二、建請每屆總統任期內中央政府機關至少應有一位護理背景之立法院(立法委員)、考試院(考試委員)、監察院(監察委員)、總統府(國策顧問)及行政院(政務委員或政務顧問)。</p> <p>三、鼓勵醫療機構應設置護理背景的副院長。</p> <p>四、修改《醫療法》第 43 條及第 50 條，醫療財團法人及社團法人董事會組成中，應有具護理師背景者至少一人，以保障護理權益。</p>
<p>四、投資護理服務-護理角色的拓展</p>	<p>一、修訂護理人員法，包括明訂各層級護理專業職稱與護理業務。</p>	<p>一、建請衛福部修訂護理人員法名稱，明訂各層級護理專業職稱及護理業務範疇：</p> <p>(一)將「護理人員法」名稱修改為「護理師法」。</p> <p>(二)修訂護理人員法第 24 條(護理人員之業務)，擴展護</p>

訴求主題	議題	政策建言
	<p>二、支持擴展護理師執業範疇與獨立執業功能。</p> <p>(一)中程(2025年~2030年)目標：</p> <p>1. 完成修訂護理人員法名稱為「護理師法」。</p> <p>2. 完成修訂護理人員法第24條，明訂護理執業範圍及拓展獨立執業功能。</p> <p>(二)長程(2030年~2035年)目標：</p> <p>護理人員法明定各層級護理專業職稱及執業範疇。</p> <p>三、支持與推動進階護理角色發展。</p> <p>(一)中程(2025年~2030年)目標：</p> <p>發展臨床護理專家(Clinical Nurse Specialist, CNS)制度。</p> <p>(二)長程(2030年~2035年)目標：</p> <p>臨床護理專家職稱與執業範疇納入護理人員法。</p>	<p>理執業範疇及獨立功能。</p> <p>(三)護理人員法納入臨床護理專家職稱及執業範疇。</p> <p>二、建請衛福部支持與鼓勵進階護理角色發展：</p> <p>(一)鼓勵各醫院發展臨床護理專家制度。</p> <p>(二)推動「臨床護理專家制度」，針對設有臨床護理專家職位並提供相對應津貼的醫院，納入醫院評鑑加分項目。</p> <p>(三)授權台灣護理學會台灣護理認證中心辦理 CNS 認證。</p>

訴求一、投資護理教育：提升護理人員教育程度及護理專業素質，保障病人安全

壹、政策建言

一、建請教育部積極提升護理教育品質：

- (一) 支持辦學績優的專科學校改制為技術學院。
- (二) 針對設有護理科系之私立技專校院提高「教育部獎勵補助款」，並專款專用，用於改善師資結構及教學設施與學習資源等，以確保教學品質。
- (三) 停止各級學校增設五專護理科/護理助產科，並逐年減少其招生名額，同步增加四年制護理系招生名額。
- (四) 建立護理專業教育評鑑機制，以確保護理教育品質與學習成效。

二、建請衛福部、教育部及考選部支持與協力推動台灣護理專業認證及進階發展：

- (一) 支持台灣護理認證中心作為全國護理專業認證專責機構，並提供經費辦理護理師國考命審題及護理校院評鑑人才培訓，納入國家人才庫。
- (二) 鼓勵護理人員或教師取得專業認證，並將其納入醫療機構及學校評鑑基準。
- (三) 將臨床護理專家職稱與執業範疇納入護理人員法，據以推動及落實護理分級與進階發展。

貳、說明

一、學士護理人力與病人安全息息相關

實證研究指出，醫院中具學士學位以上護理人員的比例越高，病人住院天數與再入院率顯著下降；具學士學歷的護理人員每增 10%，可降低住院病人 7% 的死亡率；當比例增加到 80%，醫院每年可節省約 560 萬美元。另有研究指出，護理人員每多照顧一位病人，外科病人住院 30 天內死亡風險增加 7%；反之，增加 10% 護理人力可降低搶救失敗率達 4%。顯示有品質的護理教育與足夠的護理人力會直接影響病人的照護成效和存活率。依據衛福部護理及健康照護司 2023 年「醫院護理服務量調查」結果顯示，醫院執業護理人員具學士學位以上之比率，自 2021 年 73.01% 緩步提升至 2022 年 74.56%、2023 年 75.52%，亟需加速投資護理教育，期望 2030 年能達到 85% 之目標。

二、全球趨勢與社會需求

醫療科技日新月異，疾病複雜度越來越高，照護型態趨向跨專業團隊合作，迫切需要更高專業素養的護理人員。國際上多數國家護理養成教育為大學程度，我國教育部自 2014 年全面實施 12 年國教，民眾教育程度普遍提升，醫療消費者意識抬頭，將護理教育提升至大學層級，已是符合現今社會需求及國際趨勢。

三、護理教育現況與挑戰

目前台灣培育護理人才管道相當多元，113 學年度全國設有護理相關系所的校院共有 45 所，其中隸屬高教體系共有 21 所，隸屬技職體系共有 24 所。護理養成教育學制多元且複雜，包括五專、四技、大學及學士後護理(學)系。目前每年新生人數仍以五專居多，約占 58.1%。護理養成教育畢業生中，就讀高中／職後四年護理(學)系(含學士後護理(學)系)之比率從 2019 年 39.68%，微幅提升至 2024 年 41.91%，五專畢業生仍高達近六成。但五專畢業生進入護理職場比例僅約 19.97% (111 學年度)，遠低於其他學制的 68%-79%。

為有效運用教育資源，提升護理人員素質及照護品質，護理專業團體共同主張：護理養成教育應為高中/職畢業後之四年護理系教育。建議教育部支持辦學績優專科學校改制為技術學院；各級學校停止增設五專護理科及護理助產科，並逐年減少相關科別之招生人數，同時擴大四年制護理系之招生，以培育更多具備專業素養的護理人力。

四、師資與經費不足影響教育品質

每年全國約有 1.4 萬名護理畢業生，其中 88.6%由私立護理科系所養成，但護理教育成本高(以護理學士學位為例，每位學生的成本介於 64 萬-109.6 萬元)，遠超過學雜費的 1.5~3 倍(包含基本教學成本+設備儀器的更新，護理實習至少 1,016 小時，以及臨床實習和實習指導老師費用)。另依據教育部 2023 年度的資料顯示，台灣大專院校護理專任教師共 1,795 人，若含臨床實習教師計算，助理教授以上師資比例僅 56.04%(1,006 人)，低於醫藥衛生學門平均 95.92%，顯示護理高階師資明顯不足。建請政府加大經費挹注，針對設有護理科系之私立技專校院提高「教育部獎勵補助款」，並專款專用，以支持護理大專院校改善師資結構及教學設施等，確保教學品質。

五、教育品質監管機制缺失

台灣護理人員的教考用分屬教育部、考選部、衛福部管轄。有關護理教育重大政策興革事項，乃由教育部醫學教育會(其下設有護理教育組)負責審議及諮詢。在多元護理教育體制下，各校學生數、素質、教育目標、課程設計、教學方法、課程內容深淺度、師資與教學資源皆有差異，教學品質與學習成效差距大，以上落差反映於辦學品質、學生整體表現、考照及格率(約五成)與職場工作穩定度上。

自從台灣護理教育評鑑委員會(Taiwan Nursing Accreditation. Council，簡稱 TNAC)廢止後，缺乏全國統一的護理教育評鑑制度，以監督護理教育品質。雖然台灣護理學會已與教育部合作，進行「全國護理教育人力概況調查」，監測各校之辦學成效。並協助台灣評鑑協會培訓評鑑人才，將護理教育核心能力納入護理專業教育評鑑要項。惟為確保護理教育品質，培養質優量足的護理師，以供臨床所用，建議建立國家級護理專業教育評鑑機制。

六、推動護理專業認證制度

護理是高度專業化的領域，關乎民眾生命安全與健康。透過護理專業認證，可確保護理人員的資格和能力達到一定標準，並提高護理專業的整體品質。台灣護理學會於 2023 年成立台灣護理認證中心 (Taiwan Nurses Credentialing Center, TNCC)，其目的是建立及推動各專業領域護理師認證制度，培訓護理命審題與評鑑專業人才。希望獲得政府認可與政策支持，授權台灣護理專業認證中心為全國護理專業認證專責機構，推動護理專業認證制度；並提供經費辦理護理師國考命審題及護理校院評鑑人才培訓，納入國家人才庫；鼓勵護理人員或教師取得認證，納入醫療機構及學校評鑑基準。如此，不僅有助於提升優質護理、確保病人獲得良好的照護成效，同時提升護理人員的專業地位和價值，裨益於吸引更多的人投身護理專業，提供更好的職涯發展和晉升機會，促進正向執業環境，保障民眾健康與安全。

訴求二、投資護理職場--提供友善職場，吸引新人投入，留任護理人力，維護全民健康

壹、議題

- 一、爭取政府編列預算與合理健保護理費給付，提升護理人員薪資
- 二、預防醫療暴力，確保護理人員的職場安全與病人照護品質
- 三、建立友善職場環境
- 四、培養專業核心能力，確保醫療服務品質

貳、政策建言

- 一、檢討修正中央健保署「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第八條修法，醫事服務機構應設置專職醫事人員合理薪資標準，其全民健康保險月投保金額，醫院為基本工資至少 2.5 倍；診所為基本工資至少 1.5 倍，以改善醫事人員薪資，反映其專業與勞動價值。
- 二、調整健保支付制度，合理反映護理貢獻：
 - (一) 逐年編列預算調高健保給付之住院護理費、居家護理/安寧居家療護訪視費及正視支付項目的合理性，並建立機制確保醫院持續提高護理人員薪資及福利。
 - (二) 檢討「全民健保醫療費用支付標準」，若以護理投入為主之支付標準，應移列第九部專章，使護理勞務與支付歸屬明確。
 - (三) 爭取超高齡病人之健保住院護理費予以加成給付。
- 三、修訂醫療法第二十四條及一百零六條，加強對醫療機構及從業人員之保護機制，明定醫療暴力之法律責任與處罰標準，遏止醫療暴力。
- 四、降低護理人員工作負荷，建請推動於 2026 年將三班護病比入法，並建置以醫事人員卡上傳中央健保署之機制，以加強護病比申報正確性，以及增加醫院投資相關資訊設備的補助。
- 五、擴大「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」經費，讓更多醫院參與增聘護理輔助人力協助病人生活照護。
- 六、導入護理輔佐人力制度，建構住院整合照護流程及人力組合模式指引。
- 七、推動「護理職場幸福文化指標」，由政府導入績效補助與評鑑誘因，強化醫院落實正向護理工作環境的動能。
- 八、建請政府提高「臨床醫事人員培訓計畫」補助款，點值計算方式透明化、保障 1 點 1 元，並調升醫事職類補助款的點數至 25,000 點或以上，確保護理人才能獲得適當的培訓支持。

參、說明

- 一、護理人力短缺致急診壅塞，影響國人健康，已是國安問題
台灣護理人力面臨嚴重短缺危機，高齡化社會導致醫療需求增加，但缺乏

友善惡劣的工作環境、低薪資、工時過長及輪班制度，讓許多護理人員選擇離開醫院轉往診所或長照機構，甚至出國執業，尤其資深護理師流失情況明顯，導致醫院關閉病床、限縮手術時間，並加劇急診壅塞。2025年5月止，全台雖有30.9萬人持有護理證書，實際從事臨床者僅19萬人，執業率僅62%。離職率年年攀升，自2021年10.13%增至2023年12.61%，空缺率亦翻倍成長。尤其資深護理師流失情況明顯，加重臨床負擔。離職原因包括過勞、高壓長工時、薪資待遇偏低、遭遇不理性對待等。結果造成醫院關閉病床、急診壅塞及醫療品質下降，嚴重衝擊病人安全與醫療體系運作。衛生福利部與醫療院所刻正透過加薪、改善職場福利及推動住院整合照護等方式來留住人力，但健保支付護理費不足，也被視為薪資無法提高的根本原因。

二、護理費給付偏低，專業價值未獲合理反映，連帶薪資提升受限

(一) 依護理公會全聯會於2011年承接中央健保署委託研究計畫，推估出合理護理費給付標準為：醫學中心1,647點、區域醫院1,194點，較當時急性一般病床醫學中心護理費支付點數643點，區域醫院568點，高出2.1至2.56倍顯示當時的給付就已嚴重偏低。

急性一般病床住院護理費自93年由病床費獨立列出以來，健保總額至2025年已成長了2.4倍，而住院護理費給付點數卻僅成長了約1.4倍(以第二天計)，顯示住院護理費的成長幅度遠遠跟不上健保總額的成長。而政府為解決護理人力短缺，推動實施護病比，醫院為符合法規要求，不斷增聘護理人力，使得護理人力成本大幅增加，換算下來，護理人力成本早已超過2,000點/床以上，健保給付遠低於護理專業所應得的勞動價值。

住院護理費的給付標準長期偏低，與實際護理人力成本之間的差額長年由醫療機構和護理人員共同承擔，不僅造成醫院營運壓力，也直接衝擊護理人員的薪資與勞動條件，讓「血汗醫院」的惡名揮之不去。

(二) 根據勞動部「各職業人數與薪資－職類別薪資調查動態查詢」網站資料顯示，至113年7月，護理人員平均薪資為51,391元，雖較過往有所提升，但在醫事人員各職類中仍屬偏低。對比同屬醫療專業人員的藥師(平均薪資約63,000元)與物理治療師(約55,000元)等職類，護理人員薪資顯現落差，反映出其相對低薪的不利處境。考量護理工作高強度、高風險及高勞務特性，此薪資水準難以對應其實際勞動負荷，亦不利於吸引與留任人才。

此外，護理人員不僅面對繁重的臨床工作，亦常需處理病患家屬溝通、行政記錄與醫療配合等多重任務，工時長、輪班頻繁，加上薪資報酬無法相對反映其專業價值，導致職場倦怠與離職率偏高。若未能有效

改善薪資結構與職場條件，將加劇護理人力流失，進一步衝擊醫療體系穩定與病人照護品質。為提升護理職場吸引力與永續發展，建議政府及醫療機構應檢視薪資制度，強化薪酬誘因與職涯支持機制，以穩定護理人力供給。

為從根本改善護理人力留任率，必須正視「薪資待遇不足」為關鍵主因。根據中央健保署檢討修正《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》第八條之方向，未來將要求醫事服務機構應設置合理薪資標準，例如醫院應達基本工資至少 2.5 倍、診所至少為 1.5 倍，以保障醫事人員的專業報酬與勞動價值。對照此一標準，1111 人力銀行於 2025 年「護理人才缺工現況調查」顯示，護理人員平均月薪為 46,894 元，但期望合理薪資為 62,287 元，兩者落差超過三成。若以此期望水準估算，年薪應達約 85 萬元（含夜班費約 10 萬元），亦即為基本工資的 2.5 倍，才能真正反映護理工作的專業負荷與責任風險。

（註：工資定義依勞動基準法第 2 條規定，工資指勞工因工作而獲得之報酬，包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之。）

三、明定醫療暴力之法律責任與處罰標準，遏止醫療暴力。

為確保醫事人員在執行醫療業務時的安全，立法院於 103 年 1 月 14 日三讀通過被外界稱為「王貴芬條款」的《醫療法》修正案。該修正案明確規定，對於任何人以強暴、脅迫等方式妨礙醫事人員執行業務者，除行政罰鍰外，並可構成刑事責任，涉及刑責者應移送檢察官偵辦。同時，新增毀損醫療設備之刑罰，包括處三年以下有期徒刑、拘役或 30 萬元以下罰金。

隨後，於 106 年 5 月 10 日，《醫療法》第 24 條再次修訂，新增「恐嚇、公然侮辱」等行為類型，擴大保障對象，並明定中央主管機關應建立醫療暴力通報機制，定期公布案件內容及最終處理結果。此外，強化警察處置權責，對涉及刑責者應主動移送司法機關偵辦，不再僅限於「協助移送」。

然而，根據衛福部公告之「醫療機構受醫療法第 24 條第 2 項所列妨礙醫療業務執行案件」統計資料顯示，近年醫療暴力通報案件數量仍高且未見明顯下降：

年度	通報案件數
2013 (102 年)	231 件
2014 (103 年)	207 件
2015 (104 年)	214 件

2016 (105 年)	無資料
2017 (106 年)	250 件
2018 (107 年)	399 件
2019 (108 年)	353 件
2020 (109 年)	252 件
2021 (110 年)	284 件
2022 (111 年)	260 件
2023 (112 年)	331 件

近年來，醫療暴力事件仍不時發生，護理師經常在值勤期間遭受辱罵、威脅、甚至肢體攻擊，嚴重者導致重傷。近半年內，媒體報導多起驚人事件，包括苗栗為恭紀念醫院急診室內女性病人持剪刀攻擊醫師、三軍總醫院護理師遭病人以遙控器攻擊等案例。

此類暴力不僅嚴重侵害醫護人員人身安全，更破壞醫病關係，影響急救作業流程，導致醫療品質下降及專業人力流失。儘管《醫療法》第 24 條與第 106 條已有相關規定，但現行法條內容過於籠統，缺乏實際威懾力。例如：

- 罰鍰僅 3 萬至 5 萬元，對加害者無足夠嚇阻力。
- 刑責量刑平均僅約 2.3 個月，導致輕判成常態。
- 未將「公然侮辱」明確納入刑責範圍，難以有效處理羞辱言語暴力。
- 缺乏警察即時介入與強制通報機制，執法落實困難。

護理師護士公會全國聯合會自 112 年起，多次向第 10 屆及第 11 屆立法委員提案修法，期望強化法律保障，但均僅止於立法院會一讀階段，尚未完成修正。

醫療人員是守護國人健康與生命安全的重要守護者。醫療暴力不能容許成為常態。唯有賦予法律實質而明確的力量，才能讓每位在急診室、病房、手術室堅守崗位的醫事人員，真正感受到國家的保護。

期盼主管機關衛福部與護理公會全聯會共同攜手修訂《醫療法》第 24 條與 106 條，以保障醫護人員安全、重建民眾對醫療體系的信任、維護全民健康。

四、改善護理職場環境，落實三班護病比與提升資訊申報正確性

- (一) 隨著高齡化社會加劇與醫療照護需求上升，護理人力長期處於緊繃狀態，過高的工作負荷不僅影響護理人員身心健康，也直接衝擊臨床照護品質與病人安全。為改善護理職場並提升整體照護品質，建議於 **2026 年將三班護病比正式入法**，以制度化方式保障合理人力配置，並藉此穩定護理人力供需。
- (二) 確保三班護病比的落實與申報正確性，同步推動以醫事人員卡刷卡上班

的機制，增加醫院投資相關資訊設備的補助，藉由將護理人員實際上下班時間即時上傳中央健保署，建立客觀、可追溯的護病比申報依據，避免虛報或低估人力數據，強化政策執行效能與公信力。

五、擴大「全民健保住院整合照護服務試辦計畫」，導入護理輔佐人力制度

衛生福利部因應住院照護服務及醫院感染控制需求，透過全民健康保險推動住院整合照護服務試辦計畫，由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度之照護需求，安排適當護理及照護輔佐人員分級分工共同照護病人，除減輕病人家屬負擔，亦可分擔護理人員非專業性工作負荷，立意良善，自 111 年起健保總額編列預算 3 億元至 5.6 億元，114 年 5.6 億元則改由公務預算編列。經調查顯示，護理人員與照護輔佐人員滿意度達 8 成 5；病患/家屬及醫院管理者滿意度更高達 9 成以上，建請政府增加預算，鼓勵更多醫院加入試辦計畫。同步導入護理輔佐人力制度，建構住院整合照護流程及人力組合模式指引，協助護理師聚焦專業照護，提升照護品質與專業價值，降低離職率，穩定人力供給。

六、推動「護理職場幸福文化指標」，強化醫院落實正向護理工作環境的動能

護理工作長期被視為高壓力、高風險及高流動率的職業。根據 2023 年北部某地方公會的調查顯示，超過七成護理人員表示職場中缺乏情緒支持系統，近六成反映工作環境「職場氣氛不友善」或「缺乏互信與尊重」。部分機構也未將護理核心價值（如關懷、尊重、專業責任與病人中心）融入組織文化，導致護理人員對工作缺乏認同感與歸屬感，影響長期投入的意願。

同時，護理人員面臨工時長、負荷重的情況，難以兼顧家庭與生活，造成離職率高，人力嚴重不足。其次，職場支持、專業發展資源也明顯不足。此外，近年來暴力事件與傳染病風險增加，加上薪資待遇與專業付出不對等，皆使護理人員處於不利的工作條件。

WHO 與 ICN 均指出：「職場文化與價值觀會直接影響護理人員的留任意願與照護品質」。在此背景下，若不改善護理職場環境，將嚴重影響整體醫療品質，進而威脅民眾的健康安全。

因此，推動「護理職場幸福文化指標」，落實友善與支持性的工作文化，不僅有助於改善護理人力困境，更是提升整體醫療體系韌性與永續發展的關鍵策略。

七、調升醫事職類補助款的點數並保障點值，確保護理人才能獲得適當的培訓支持。

依據「衛生福利部臨床醫事人員培訓計畫申請作業要點」第九條，目前對於臨床訓練醫事人員的補助方式係以點數方式核算。然目前補助

點數設計明顯失衡，其中西醫師每人每月核給 45,000 點，其他醫事人員則僅核給 5,000 點，差距高達 9 倍，顯然未能反映其他醫事人員，特別是護理人員在臨床訓練中所投入的人力、時間與指導資源。

此外，實務上實際核撥金額與申報點數常有落差，目前之點值僅約 0.22 元/點，未能達到「1 點 1 元」之保障，進一步影響醫院投入培訓的誘因與護理人員受訓的實質支持。

為有助提升新進護理人員訓練品質，減少臨床落差與離職率，強化基層醫療照護能量，回應護理人力荒現況與彰顯政府對護理專業培育的重視與實質支持。

(一) 點值計算方式透明化，讓各醫事職類清楚了解

(二) 提高護理人員之每月訓練補助點數 25,000 點或以上

現行 5,000 點之設計明顯不足，難以支應指導人力、行政支持與訓練資源投入，建議比照專業投入比例調整至合理倍數，與西醫師點數差距不得差異 2 倍以上，如 25,000 點或以上，以實質強化護理人員之臨床訓練品質。

(三) 落實保障「1 點=1 元」補助原則

建議明文訂定並落實「1 點即為 1 元」之核撥原則，避免點值隨年度預算或登錄人數而下修，確保補助金額穩定，提升各院所訓練意願與品質。

訴求三、投資護理領導-制定醫療照護政策，推動跨域合作，促進民眾健康。

壹、議題

- 一、保障政府機關應有護理人員出任行政官員/政務人員。
- 二、鼓勵醫療機構應設置護理背景的副院長。

貳、政策建言

- 一、保障中央及地方政府應有護理背景的行政官員。

(一) 中央層級

- 1、衛福部：部長、次長。
- 2、衛福部所屬單位，包括護理及健康照護司、長期照顧司：司長、副司長或專門委員。
- 3、衛福部所屬機關，包括中央健康保險署、國民健康署、疾病管制署：署長、副署長。

(二) 地方政府

- 1、衛生局：局長、副局長。
 - 2、社會局：局長、副局長。
- 二、建請每屆總統任期內中央政府機關至少應有一位護理背景之立法院(立法委員)、考試院(考試委員)、監察院(監察委員)、總統府(國策顧問)及行政院(政務委員或政務顧問)。
 - 三、鼓勵醫療機構應設置護理背景的副院長
 - 四、修改《醫療法》第 43 條及第 50 條，醫療財團法人及社團法人董事會組成中，應有具護理師背景者至少一人，以保障護理權益。

參、說明

- 一、**投資護理領導的重要性**：投資護理領導讓護理參與政治決策的核心，守護民眾健康，是當前全球關注重要議題，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於「2030 健康專業人力資源全球策略」研究報告中指出”護理師應參與健康照護政策的制定、實施及評估，他們的參與將是實現全民健康覆蓋最關鍵的力量。護理人員占有所有健康專業人力半數以上，約 59%(WHO,2020)，不僅是醫療照護體系中人數比率最高的醫事人員，也是健康照護的關鍵人物，於健康促進、疾病預防、急性與急性後期照護以及長期照護中，在醫院的健康政策與經營決策具有至關重要的影響力。WHO 發布的「2020 年世界護理狀況的報告」呼籲全球各國未來十年護理專業的發展，應從投資發展護理教育、就業和護理領導開始。投資護理領導，在多變的醫療工作環境，對提供最佳的醫療保健服務至關重要。

二、護理領導者對健康照護政策的影響力：國際護理協會（International Council of Nurses [ICN], 2008）倡議「堅信成功的健康照護政策制定，必需有護理師共同參與」，主張各國都應設置政府層級的首席護理官(CNO)，直屬國家最高行政管理單位，參與健康照護政策之決策與倡議，透過集體參與公共事務與政策的力量與發聲，促使媒體及政府正視護理的議題，並促進專業發展及護理於社會與醫療體系的能見度及影響力。而護理領導者對台灣健康照護政策推動的重要影響之實例：

- (一) 王秀紅教授於衛生署政務副署長任內，2005 年委託國家衛生研究院規劃「台灣護理政策白皮書」，促使護理政策的規劃與國家衛生體系密切配合，並符合國際發展方向，2006 年完成第一個動態、即時性「護理人力資源管理資訊系統」，創造台灣護理專業新里程碑；2005 年完成台灣專科護理師甄試，2006 年首度產生 582 位國家認證的專科護理師；遴選優秀護理人員至世界衛生組織基層保健護理協作中心訓練，藉以培訓國際人才並建立與世界衛生組織之合作網絡。
- (二) 衛生福利部護理及健康照護司蔡淑鳳司長在 COVID-19 疫情初期發起“Nightingale Challenge Call Center”行動，召集護理志工協助電話關懷隔離檢疫者，以強化落實隔離政策。“World Health Day”喚起大眾對護理專業的覺察、“Taiwan Can Healp”鼓勵護理與世界連結，使我國優質與進步的護理專業讓世界看見。
- (三) 立法院陳靜敏委員在擔任第 9 屆及第 10 屆立法委員期間，參與多項法案推動及政治改革，如爭取護理回歸專業、消弭不平等、捍衛醫事權益、拓展護理專業角色、推動護理教育改革、重視醫療照顧場域性騷擾防治等，為全國大眾爭取權益。其院會出席率、委員會出席率及質詢率皆高達百分之 90 以上，並經公民國會聯盟評鑑為優秀立委。

三、護理領導者參與健康照護政策制定之優勢

- (一) 護理師的觀點有助於衛生政策的制定：以病人為中心直接照護提供者，確保安全、有效、及時和公平的關鍵見解，對於健康政策制定是無價的。
- (二) 護理師可協助縮小政策制定者與醫療保健提供者間的差距：為健康政策制定者和醫療保健提供者間最佳聯繫，確保健康政策以病人照顧為基礎。
- (三) 護理師瞭解基於證據決策的重要性：護理是病人最佳代言人，且擅長以實證基礎為政策決策最佳證據，對建立有效的醫療系統至關重要。
- (四) 護理師影響健康照護品質的關鍵：醫院政策缺乏護理人員的參與，無法改善健康照護的品質。

四、醫療機構配置護理背景副院長或董事會/決策中心成員之優勢

- (一) 護理人員為醫院醫療人力配置最多的醫事人員，且為第一線提供醫療服

務，護理副院長可更考量護理師及其他員工的觀點，有助醫院政策制定與推展。

- (二) 以實證為基礎的決策文化：護理重視以實證為決策基礎，有助於醫療機構發展健康照護相關政策的決策。
- (三) 改善跨部門間的合作：照護需與病人、家屬及醫療、行政單位間溝通，護理副院長可促進照護團隊間的跨科跨職類合作，確保醫院決策時，考慮利益相關者的需求。
- (四) 確保病人安全：護理會將病人安全置於決策的優先。
- (五) 促進跨學科跨部門的決策：護理對醫院作業流程與整合照護最了解，可促進所有利害關係者獲得所需的照顧。
- (六) 能強化護理專業：確保護理在醫院決策中的地位，有助專業的發展。
- (七) 現今，私立醫院的經營績效屢屢能有突破性的成長，特別是新冠疫情期間，護理領導者立於第一線提供照護，以病人安全為前提下，協調醫院的物資、制定相關的政策，讓醫院可以安然度過疫情，功不可沒。建議醫療機構應設置護理背景副院長，或為機構董事會/決策中心之成員，為全民的健康福祉作出更效率的決策，改善經營管理成效。
- (八) 經調查：
 - 1、現行中央政府具有護理背景的行政官員包括：衛生福利部護理及健康照護司蔡淑鳳司長、陳青梅副司長、曾淑芬專門委員及國民健康署賈淑麗副署長；於地方政府則有 3 位衛生局局長具有護理背景，包括：新竹縣殷東成局長、嘉義縣趙紋華局長、屏東縣張秀君局長。
 - 2、目前中央政府機關具護理背景之政務人員有考試院王秀紅考試委員、總統府廖美南國策顧問及行政院紀淑靜政務顧問、陳靜敏政務顧問。
 - 3、現行醫療院所具護理背景之副院長或決策中心之高階主管共有 24 位，包括公立 1 家，私立 23 家，其中醫學中心 4 家、區域醫院 9 家、地區醫院 9 家及精神科醫院 2 家。

訴求四、投資護理服務：拓展護理角色

壹、政策建言

一、建請衛福部修訂護理人員法名稱，明訂各層級護理專業職稱及護理業務範疇：

- (一) 將「護理人員法」名稱修改為「護理師法」。
- (二) 修訂護理人員法第 24 條 (護理人員之業務)，擴展護理執業範疇及獨立功能。
- (三) 護理人員法納入臨床護理專家職稱及執業範疇。

二、建請衛福部支持與鼓勵進階護理角色發展：

- (一) 鼓勵各醫院發展臨床護理專家制度。
- (二) 推動「臨床護理專家制度」，針對設有臨床護理專家職位並提供相對應津貼的醫院，納入醫院評鑑加分項目。
- (三) 授權台灣護理學會台灣護理認證中心辦理 CNS 認證。

貳、說明

一、進階護理角色的必要性

隨著社會經濟與醫療體系的變遷、疾病複雜度增加、對高品質及高效率的護理服務需求持續增加，促使護理專業必須朝向多元且精緻照護邁進，進階護理角色的發展已經是必然趨勢。實證研究顯示，相較於醫師，受過專業訓練的護理師在基層健康照護上，可提供更高品質的服務及更好的照護成效。拓展進階護理角色，例如家庭專科護理師、臨床護理專家，有助於提供更多基層健康照護服務和非傳染性疾病照護，包括開立藥物處方和診斷檢驗申請。然而現行法規限制護理師的執業範圍，無法有效發揮進階護理師專業角色功能。

二、法規與實務落差

法規制度必須根據教育及臨床實務角色與時俱進，才能有效招募到合資護理師，符合臨床所用。提供良好的工作環境，給予足夠的資源、培訓及設備，確保護理師和助產師能在安全及支持性的環境中，充分運用所學(教育及培訓)執行工作，並制定相關政策維護工作人員健康及權益。

現行「護理人員法」自 1991 年制定公布至今，歷經 34 年，其中第 24 條護理人員之業務內容：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(應在醫師之指示下行之)，僅於 2014 年因應專科護理師制度，而修法增列專科護理師執業範圍。由於護理人員法第 24 條所列業務內容定義模糊，導致醫療業務與醫療輔助行為之範圍迭有爭議，須以行政函釋補足。相較於其他醫事職類法規(如藥師法、物理治療師法、心理師法等)皆明定業務範圍。隨著醫療科技進步，護理人員執業規範與實際執行不一，有病安與職安風險，造成護理人力留任困境；且現行規範與未來需求有落差，

限制護理人力發展，故有必要重新檢視修訂護理人員法第 24 條。

三、法規名稱調整

我國自 2005 年起廢除護理職校，2013 年起停辦護士專技考試迄今，護士執登人數逐年下降，僅占有所有護理執登人數之 8.3%(2025 年 6 月)，建議比照物理治療師法及職能治療師法，將「護理人員法」修改為「護理師法」，更符合現況。

四、台灣進階護理現況與挑戰

國際護理協會於 2020 年發布之 *Guidelines on Advanced Practice Nursing*，將進階護理師(Advanced Practice Nurse, APN) 定義為「通過研究所教育(至少碩士以上)，具備進階護理執業之專業知識、複雜決策技能與臨床核心職能的通才或專家，其種類或特性依各國執業認證方式而定」(ICN, 2008)。國外將臨床護理專家 (Clinical Nurse Specialist, 以下簡稱 CNS)、專科護理師 (Nurse Practitioner, 以下簡稱 NP)、護理助產師 (Certified Nurse Midwife, 以下簡稱 CNM) 及麻醉護理師 (Certified Registered Nurse Anesthetist, 以下簡稱 CRNA) 等四大進階護理師角色，統稱為「進階護理師」，實務上最常見的進階護理角色是臨床護理專家(CNS)和專科護理師(NP)。

專科護理師主要整合護理和醫學臨床知識與技能，於急性醫療與基層健康照護場域，提供評估、診斷與處置等直接照護與部分醫療業務。台灣專科護理師制度於 2006 年正式上路，並納入護理人員法。依專科護理師分科及甄審辦法，專科護理師分內科、精神科、兒科、外科、婦產科、麻醉科及家庭科等 7 科。護理師只要具學士以上學位、3 年以上工作年資，且完成專科護理師訓練，即可參加甄審。至 2024 年底共有 15082 位領有專科護理師證書；2024 年有 12242 位具有專科護理師證照之專科護理師於醫院執業，其工作業務主要與醫師共同提供連續性、整合性的醫療和護理服務。

臨床護理專家是進階護理師之一，是指完成碩士學位，具有某種特殊領域的專長，能以進階專業知識，關注病人經驗，透過判斷與決策，藉參與跨專業會議，整合實務與管理，與醫療團隊合作管理個案、群體的醫療保健服務，協助解決臨床病人複雜照顧，並提供廣泛的服務 (Cannaby, Carter, Rolland, Finn, & Owen, 2020; Hughes et al., 2019)。臨床護理專家是具有高度專業自主性，扮演直接照護、諮詢，教育、研究、溝通、協調、領導等角色，引導醫生、護理人員和其他醫療保健提供者密切合作，提供連續性及整合性醫療照護，確保獲得高品質的照護。在歐美地區，臨床護理專家已廣泛應用於管理複雜病例，提供臨床諮詢及領導基層護理人員。研究顯示：臨床護理專家的介入能提升病人安全及促進醫療團隊的照護整合，成為全球醫療趨勢中的重要角色。

台灣自 1979 年開始設置護理碩士課程，每年護理碩士畢業生約 450 人，主要培育進階護理師中的臨床護理專家。雖然許多醫院因應機構發展、認證或評鑑，設置個案管理師、照護管理師、研究護理師、高階護理師等，其角色功能如同臨床護理專家，但資格條件不一，且無清楚定位。目前國內對臨床護理專家之定義、角色功能、培訓方案、執業範疇、資格條件、認證等尚缺乏共識，亦缺乏法源基礎，故職場上並沒有對應的專業職稱、執業範疇和角色定位。研究結果發現，近一半(44.7%)碩士畢業生於拿到學位後，仍從事原本的工作，臨床並沒有提供適切的職位與職稱，導致許多護理碩士畢業後，仍擔任臨床護理師或晉升為護理主管職務，並未因獲得碩士學歷後，對職涯規畫有所改變，產生學用落差的情況。

為強化護理師的角色功能，滿足民眾健康需求，台灣護理學會長期支持與鼓勵進階護理角色發展。於 2012 年成立進階護理委員會，2016 年 3 月開始辦理認證。於 2023 年設置台灣護理專業認證中心，以制度化推動認證作業。另為落實進階護理實務之推動，並與國際接軌，台灣護理學會委託執行 2 件政策型研究計畫—「臨床護理專家之培育現況、發展與前瞻」及「分析國內臨床護理專家(CNS)現階段執行方式成效與政策建言」。結果發現，推動臨床護理專家制度，可提升病人安全與照護品質。

研究建議 1. 為「臨床護理專家(Clinical Nurse Specialist, CNS)」正名；2. 醫療機構增設 CNS 正式職位及建立適當之薪資福利制度；3. 授權台灣護理學會辦理臨床護理專家資格認證，以發揮 CNS 之專業能力。

在上述計畫的實證支持下，目前台灣已有四家醫學中心設「臨床護理專家」職稱及員額，包含國立臺灣大學附設醫院、林口長庚醫院、台南奇美醫院及彰化基督教醫院。建請衛生福利部鼓勵各醫院發展臨床護理專家制度；對於已推動「臨床護理專家制度」或設有臨床護理專家職務與職位之機構，納入醫院評鑑加分項目；以及增設由臨床護理專家所提供之護理處置的健保給付項目；並授權台灣護理學會辦理臨床護理專家資格認證。

五、結論

為因應人口健康需求與國際趨勢，台灣必須加速推動《護理師法》修訂，明確規範各層級護理專業職稱與執業範疇，同時制度化臨床護理專家進階護理角色，發揮專業價值、提升民眾健康和照護品質，並鞏固護理專業在醫療體系中的關鍵地位。