

護理人力政策整備中長程計畫  
(114-117 年度)  
(核定版)



衛生福利部  
中華民國 113 年 7 月

# 目 錄

<b>壹、 計畫緣起.....</b>	<b>1</b>
一、 依據.....	2
二、 未來環境預測.....	2
三、 問題評析.....	7
四、 社會參與及政策溝通情形.....	15
<b>貳、 計畫目標.....</b>	<b>18</b>
一、 目標說明.....	18
二、 達成目標之限制.....	19
三、 預期績效指標、評估基準及目標值.....	22
<b>參、 現行相關政策及方案之檢討 .....</b>	<b>24</b>
一、 護理相關政策及方案.....	24
二、 護理相關執行績效及檢討.....	26
<b>肆、 執行策略主要方法 .....</b>	<b>29</b>
一、 主要工作項目.....	29
二、 分年執行策略與分工.....	31
三、 計畫執行步驟與方法.....	33
(一) 三班護病比填報.....	33
(二) 三班護病比標準.....	32
(三) 三班輪值夜班護理人員直接獎勵.....	35
(四) 三班護病比達標醫院獎勵.....	37
(五) 公職護理師比例調升.....	39
(六) 友善護理職場典範獎勵.....	40
(七) 智慧科技減輕護理負荷.....	40
(八) 護理新手臨床教師制度.....	44
(九) 擴大住院整合照護計畫.....	46
(十) 國考增次、題數減少.....	49
(十一) 教考用之人力監測平台 .....	50
(十二) 投資護理人力培育 .....	51
<b>伍、 期程及資源需求 .....</b>	<b>53</b>
一、 計畫期程.....	53

二、 經費來源及計算基準.....	53
三、 經費需求(含分年經費)及與中程歲出概算額度分配情形.....	55
四、 分年經費表.....	55
<b>陸、 預算效果及影響 .....</b>	<b>56</b>
<b>柒、 財務計畫與效益分析 .....</b>	<b>57</b>
<b>捌、 附則 .....</b>	<b>58</b>

## 壹、計畫緣起

107年我國老年人口比例已達14.5%，社會已正式邁入高齡社會，推估將於114年邁入超高齡社會，而高齡化社會面臨對整體健康照護需求之增加，而護理人員是健康照護系統中重要核心的角色，至112年底執業護理人數共19萬24人，執業率63%，每萬人口護理人員數81.1人，每年總執業護理人數持續增加，但健康照護需求也相對地增加，在執業場域中醫院護理人力約占63%，但在醫院護理職位歷年來有常態性空缺，加上受到COVID-19疫情影響，致空缺率及離職率皆較疫情前高，空缺率及離職率分別為6.5%及11.7%。

美國醫學研究院 (Institute of Medicine, IOM) 委員會關於醫院針對護理人力的報告指出，「護理人員是決定醫院照護品質及病人治療效果的關鍵因素」<sup>1</sup>，國際護理協會 (ICN) 提出護理人力不足及高離職率不只造成醫院經營的困難，也會影響醫療照護品質<sup>2</sup>。護理人力是各國及我國重要議題，世界各國都正面臨人力短缺的棘手挑戰，如何緩解護理短缺問題，因應未來照護需求，為現階段至關重要的任務。

有鑑於我國面臨人口高齡化、工作年齡人口占比下降、照護需求增加、職場環境的挑戰益加嚴峻，以及COVID-19疫情等因素影響，讓護理人員的工作量及壓力大幅提升，導致護理人力流失加大，人力供需產生問題，如何有效投資護理人力培育，積極改善護理人員職場環境，充實護理人力，穩定臺灣醫療照護體系，維護國人健康，實為當務之急，亟需因應整備。

<sup>1</sup> S. G, Wunderlich, Frank Sloan, Davis CK. Nursing is a critical factor in determining the quality of care in hospitals and the nature of patient outcomes. In: Wunderlich GS, Sloan F, Davis CK, eds. *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* Washington (DC) : National Academies Press (US) ; 1996.

<sup>2</sup> 護理人員離職率與護病比對住院病患照護品質之影響期末報告 2014 年-2015 年. 科技部. <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=8356385>. Published 2015. Accessed Aug 24, 2022.

## 一、依據

112年9月28日行政院第3873次會議通過衛生福利部（以下簡稱本部）「臺灣護理人力供需分析與政策整備」報告案，其中12項策略計畫，包括：推動(1)投資護理人力培育、(2)國考次數增加、題數減少、(3)教考用協力平臺、(4)三班護病比填報、(5)三班護病比標準公告、(6)三班輪值夜班護理人員直接獎勵、(7)三班護病比達標醫院獎勵、(8)公職護理師比例調升、(9)護理友善職場典範獎勵、(10)擴大住院整合照護計畫、(11)智慧科技減輕護理負荷、(12)護理新手臨床教師制度。

## 二、未來環境預測

### （一）全球護理人力分析及影響

依據世界衛生組織（WHO）2020年<sup>3</sup>、2021年<sup>4</sup>報告，2018年全球護理人力短缺了590萬人，並預測至2030年時，除非每年護理畢業生能以8%速度成長，若未能達到此速度，護理人力的短缺仍將維持570萬人。

護理人力短缺反映了護理職業本身的特殊性，國際護理協會（ICN）<sup>5</sup>報告及相關研究<sup>6</sup>顯示：

1、巨觀層面：人口、勞動力雙重老齡化是供需不平衡的大環境背景，各國邁向高齡化，人口生存時間越長，預防性、慢性及多重疾病照護需求增加；但同時，嬰兒潮末班車的勞動力（包含護理人力）正要退休，導致護理需求增加、有經驗資深的護理人力供給卻在減少。

2、微觀層面：護理是女性為主的職業，需在凌晨、清晨、週末等時段輪班，工作需身心體力的投入。當女性面對生命歷程可能經歷的懷孕、

<sup>3</sup> World Health Organization. (2020, April 6). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. World Health Organization . <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

<sup>4</sup> World Health Organization. (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/344562>

<sup>5</sup> International Council of Nurse. (2020, December). Ageing Well? Policies to support older nurses at work. International Council of Nurse. <https://www.icn.ch/node/1294>

<sup>6</sup> Lisa, M. H., Pavan, A., Tammy J. T. (2023, February 13). Nursing Shortage. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/>

育嬰、或年齡較長後的體力負擔，都可能造成護理人員選擇離開，而損失經驗豐富的資深護理人力，可能進一步導致護理質與量下降，是護理人力短缺上須關注的重要面向。

國際護理協會（ICN）2023年<sup>7</sup>的報告彙整逾百份研究，進一步指出：COVID-19疫情加劇了護理人力短缺，疫情期間增加的工作負荷及身心壓力，在疫情後引發因過度疲勞（burn out）的離職潮。此影響是全球性的，如：英國NHS資料顯示護理職位空缺率由2021年10.5%上升至2022年11.9%（4.7萬個空缺），並預測2024-2025年必須增加6.9萬護理人力；瑞士預估若不採取行動，2030年將面臨6.5萬護理人員短缺；德國預估到2025年需要再新增15萬名護理人力；美國則預估2021-2031年間平均每年有20.3萬個護理人員職位空缺，而在2021年一年內護理人力就減少超過10萬人，面臨40年來最大減幅。

台灣至112年底約有19萬執業護理人力，與全球趨勢相似，台灣每年總執業護理人力雖增加，但在高齡化與慢性病的驅動下，整體健康照護需求持續提升，在醫院護理職位有常態性的空缺率，又受到疫情影響，第一線的護理人員身體及心理壓力負荷過大，導致倦怠、離職等情形，更加劇護理人員的流失，使得空缺率由疫情前約4.5%攀升至疫情後約6.5%，離職率亦由疫情前約11.1%提升至疫情後約11.7%。

根據國際護理人力2030供需預估原則，美國至2030年護理人力需求數為330萬人，以2023年護理執業數310萬人計算，需新增20萬護理人力；加拿大至2030年護理人力需求數為57萬人，以2023年護理執業數45萬人計算，需新增12萬護理人力；英國至2030年護理人力需求數為87萬人，以2023年護理執業數73萬人計算，需新增14萬護理人力；日本至2030年護理人力需求數為196-206萬人，以2023年護理執業數130萬人計算，需新增66至76萬護理人力；新加坡至2030年護理人力需求數為8.2萬人，以2023年護理執業數5.8萬人，需新增2.4萬護理人力；台灣至2030年護理人力需求數約為24.1

<sup>7</sup> International Council of Nurse. (2023, March 20). ICN report says shortage of nurses is a global health emergency. International Council of Nurse. <https://www.icn.ch/news/icn-report-says-shortage-nurses-global-health-emergency>

至26萬人，以2023年護理執業數18.6萬人計算，需新增5.5至7.4萬護理人力。

護理人力	美國	加拿大	英國	日本	新加坡	臺灣	
2023執業數	310萬	45萬	73萬	130萬	5.8萬	18.6萬	
2030需求數	330萬	57萬	87萬	196~206萬	8.2萬	24.1萬-26萬	
需求倍數	1.1倍	1.3倍	1.2倍	1.5-1.6倍	1.4倍	1.3倍-1.4倍	
至2030年需增加數	20萬	12萬	14萬	66萬至76萬	2.4萬	5.5萬-7.4萬	

圖一 國際護理人力2030供需預估

“*Shortage of nurses is a global health emergency*” – ICN<sup>8</sup>

國際護理協會（ICN）的一份新報告稱，全球護理人員短缺應被視為全球衛生緊急情況。因此若要護理人員成功地在全球衛生系統的恢復中發揮核心作用，就必須緊急解決護理人力短缺的問題。在報告中亦明確指出依靠個別護理人員的復原力不是一種好的選擇，應由政府承擔責任，並彌補其規劃和政策應對措施的不足，對護理人員和他們工作的醫療保健系統所做的投資，將有助於實現全民健康覆蓋，從而帶來健康的全民、健康安全和經濟安全。

## （二）社會人口及護理人力雙重老齡化

依據國家發展委員會「中華民國人口推估(2022年至2070年)」<sup>9</sup>資料顯示我國已於1993年成為高齡化社會(65歲以上人口占總人口比率達7%)，2018年轉為高齡社會(65歲以上人口占總人口比率達14%)，推估將於2025年邁入超高齡社會(65歲以上人口占總人口比率達20%)。老年人口占總人口比率將持續提高，預估於2039年突破30%，至2070年將達43.6%。

此外，工作年齡人口(即15-64歲人口數)逐漸減少，且漸呈高齡化，依

<sup>8</sup> 同 7

<sup>9</sup> 國家發展委員會（2022年8月22日）。中華民國人口推估(2022年至2070年)報告。國家發展委員會人口推估查詢系統。<https://pop-proj.ndc.gov.tw/>

中推估結果，45-64歲占工作年齡人口比重預估由2021年之43%，上升至2070年之49%，國內工作年齡人口相對充沛的人口紅利將於2028年結束。

面對人口及勞動力的雙重老齡化，對護理環境帶來了一系列的挑戰。首先，人口老化意味著社會中老年人口的增加，這對醫療照護服務提出了更高的需求，在護理環境中，需要提供更多支援系統協助護理服務。

其次，勞動力的老化也給護理行業帶來了新的挑戰。隨著護理人員逐漸年老退休，新一代的護理人才如未足夠填補缺口，將導致照護需求的斷層。護理勞動力的緊缺，將使得醫療體系難以保持足夠的人力水平。

總體而言，人口和勞動力雙重老化對護理環境產生了複雜的影響，通過提高護理人員的專業知識與技能、優化工作環境以及投資護理政策，才能積極應對勞動力老化的挑戰，來確保照護體系的可持續發展。

### **(三) 慢性及多重疾病照護需求增加**

人口老化、生活方式變化和疾病模式轉變等多重因素的交互影響，使慢性及多重疾病的照護需求逐漸增加，慢性疾病的盛行對護理環境提出了更高的持續照護和管理需求。因此，醫療照護體系需要調整其服務模式，提供更全面、個別化的長期照護計劃，以滿足民眾的需求。

另一方面，多重疾病將使病患的治療變得更加複雜。護理人員需要具備跨專業領域的知識和技能，與醫療團隊協同合作的能力，以確保患者的整體性照護。

慢性及多重疾病照護需求的提高，將使對護理人力的需求上升，在目前護理人力已短缺下，若不及時解決護理人力荒問題，勢必無法因應未來的照護需求。

### **(四) 智慧科技發展快速，科技輔助照護效能提升**

智慧科技於近年快速發展，且技術日新月異，面對未來高齡社會型態，使用人工智慧與大數據資料於臨床照護上已逐漸形成，近期國內多家醫療院所與科技業者，發展相關應用工具系統，藉由生理數據蒐集與醫療資訊

整合平台，串接醫療及照護相關的智慧系統模組，重新設計並建立新的臨床流程與管理系統。提高醫護人員照護效率，降低照護錯誤的發生，使病患獲得較佳的照護體驗及照護品質。

未來世代為智慧科技時代，如何透過科技減輕護理人力照顧負荷，利用物聯網、智慧化裝置及遠距技術輔助照護人員，可無線存取並蓋動態蒐集病患資料，以促成行動化護理，甚至能依據測量結果，提出護理診斷和照護建議，以改善護理人力負擔，提升照護品質。

### 三、問題評析

由上述可見，護理人力並非單一領域或部門之議題，大環境、供需因素亦環節相扣，對護理人力需求更為殷切，爰茲就人力問題分析如下：

#### （一）護理人力從培育到考照到執業層層流失，執業率僅6成

台灣護理人力的供需流動結構，包括學校的招生及應屆畢業生數、專門職業及技術人員高等考試之報考及領照數、職場的執業數以及進入職場後之異動情形，前述各階段環節相扣會影響到護理人員執業情形，為重塑護理人力健全體系的三個關鍵問題需要面對：培育人力是否足夠（畢業端）？考試命題範圍標準篩選是否符合臨床能力應用（考照端）？執業後職場環境能否能讓人留任（執業端）？



圖二 台灣護理人力養成及流向

##### 1、護理培育面：

台灣護理學制有專科、大學、四技、二技、碩士、博士，扣除二技、碩士與博士為已完成護理教育繼續升學進修人數，實際新培育之護理應屆畢業生每年約9,000人。

##### 2、護理考照面：

在台灣，就讀完大專院校護理相關科系所（含專科、大學、四技、二技、研究所）畢業後，可參加專門職業及技術人員高等考試，通過後即可領取護理師證書，因每年畢業生並不相同，以應屆畢業生主要應試的7-8月考試來看，以110年為例，護理師應屆及格率為80.88%（同時間其他類科醫事人員應屆及格率舉例：醫師96.56%、藥師97.08%），

且護理師應屆與非應屆及格率相差亦大，分別為81%與15%。

108-112年全國護理師考試統計

年度	應屆			非應屆			總計		
	到考人數	及格人數	及格率(%)	到考人數	及格人數	及格率(%)	到考人數	及格人數	及格率(%)
108(1)	338	153	45.27	6,278	638	10.16	6,616	791	11.96
108(2)	8,390	6,460	77.00	5,645	428	7.58	14,035	6,888	49.08
109(1)	492	189	38.41	5,673	621	10.95	6,165	810	13.14
109(2)	8,675	6,966	80.30	5,649	816	14.45	14,324	7,782	54.33
110(1)	506	233	46.05	5,537	847	15.30	6,043	1,080	17.87
110(2)	8,487	6,864	80.88	5,187	777	14.98	13,674	7,641	55.88
111(1)	546	256	46.89	5,127	775	15.12	5,673	1,031	18.17
111(2)	8,133	5,790	71.19	5,148	228	4.43	13,281	6,018	45.31
112(1)	538	208	38.66	5,668	1,059	18.68	6,206	1,267	20.42
112(2)	7,466	5,388	72.17	5,126	370	7.22	12,592	5,758	45.73
112(3)							7,157	2,760	38.56

資料來源：考選部

圖三 108-112年全國護理師考試統計

護理考照率相對低於醫師、藥師，宜再檢視專技高考應試科目內容及考試命題方向應與臨床實務之切合度，多數科目題目過多（60分鐘需作答80題，平均每題45秒），缺乏思考時間，也與護理臨床實務需謹慎判斷並做決定的實際情境有落差，護理師培育是教考訓用連結的長期過程，應檢討教考用合一，提升試題品質與效度。

依據考選部統計數據，歷年非應屆者考照率較應屆者低，為避免與臨床脫節並提升是類人員護理師國考及格率，本部提供擔任醫院照顧輔佐人力資格，以精進醫院臨床實務技術與學理，並鼓勵醫院輔導其提升知識應用及實務技能，順利考取護理師證書。

為強化護理師國家考試試題品質與臨床應用一致性，自111年起考試院就護理師考試精進議題召開5場跨機關、團體會議及1場行政院院會（包含2場護理師國考及教考用工作圈會議，分別於112年9月26日及11月1日召開），召集考選部、本部、教育部、專家學者及相關護理團體進行討論，逐步提升試題的品質和效度，精進改革內容包含：111年7月起基礎醫學科目題數由80題減至50題；112年11月起增辦第3次

專技高考護理師考試，並將護理師考試各科試題由80題減為50題，以符合護理師臨床實務所需的核心職能及須審慎判斷並做決定的實際情境；112年10月16日考試院召開「護理師國家考試精進諮詢會議」，決議調整應試科目占分比重，將基礎醫學相關知識與概念融入各護理專業應試科目，強化護理專業職能。

### 3、護理執業及留任面：

通過專門職業及技術人員高等考試即可領取護理師證書，唯有已領證者才能到執業所在縣市衛生局辦理執業登記，以護理人員身分開始工作。因為經考試篩選、且護理科系所畢業不等同有意願以護理師執業，以107至110年間來說，每年約有9,000人畢業、約8,000人通過專技高考領證、最後有執業、實際成為當年度護理新力者約4,500-5,500人（執業率六成餘）；111年通過專技高考領證人數降至7,049人，112年起增加辦理第三次護理師專技高考，通過考試領證人數上升至9,785人，每年實際執業人數維持約4,500人（112年第三次護理師專技高考於112年12月12日放榜，放榜至領證需一段時間，未能於112年底反應到總執業人數增加，惟至113年1月份護理人員執業異動月差異為增加235人）。護理人員進入職場後，可能因多元原因離職，屬於職場人力流失，但同時，每年亦有護理人員選擇回流職場，包含有執業經驗者回流、原畢業領證後未執業者回流，而流失、回流人數介於4,500-5,500人，加總相抵後，過往每年總執業人數約增加4,500-5,500人，111年至112年僅增加約2,500人。

探討護理人員流失與回流之「量」與「質」，從「量」看，流失與回流人數差距不大；但從「質」看，兩者的年齡組成有別，造成實質護理職場負擔增加：

- (1) 流失：以年資10年以上、30-40歲已有豐富經驗的護理人員離職為主。
- (2) 回流：以年資未滿10年為主，其中亦包含專科學校畢業後已領證但未執業、繼續就讀二技的畢業生，雖歸類為回流實為職場新手。

另根據本部統計顯示，113年2月男性護理人員執業人數8,170人（占比4%），女性護理人員執業人數18萬1,802人（占比96%）；110至112年當年度取得證書並執業之護理人員數，男性分別為547人、512人及479人，女性為5,358人、4,472人及4,517人。

台灣護理人員每年總執業人數持續增加，但增幅在疫情後下滑，須關注

新投入、回流、流失各面向的變化趨勢。

## (二) 照護負荷重，勞動條件待友善

護病比是衡量護理人員照顧負荷指標，合理護病比是護理人員執業影響因素，也是照護品質關鍵指標。衛福部自108年將全日平均護病比納入醫療機構設置標準（醫學中心1：9、區域醫院1：12、地區醫院1：15），醫院未符合規定，將依醫療法規定處以行政處分。惟全日平均護病比尚難了解各班別（白班、小夜及大夜）工作負荷，亦有夜班照顧二十位病患以上，惟全日平均護病比仍符合規定。為訂定合理工作負荷，掌握實證數據，自113年8起衛福部中央健康保險署健保資訊網服務平台服務系統（VPN），醫院增列三班護病比填報，經統計112年7至113年2月三班護病比資料顯示，以第80百分位分析，每位護理人員照顧病人數，白班介於5.6-9.2人，小夜班介於9.1-12.3人，大夜班介於12.4-14.5人，夜班相對人力缺乏，照護病人數高，相關數值如表。

表一 醫院三班護病比統計表

三班護病比		醫學中心	區域醫院	地區醫院
平均數	白班	5.3	7.0	6.7
	小夜	8.5	10.9	8.6
	大夜	11.3	13.2	10.0
第80百分位數	白班	5.6	7.7	9.2
	小夜	9.1	12.1	12.3
	大夜	12.4	14.7	14.5

資料來源：健保資訊網服務系統（VPN）112年7月至113年2月各層級醫院回填資料

另為保障護理勞動權益，本部於107年2月建置「護理職場爭議通報平臺」，作為基層護理人員通報不合理排班等職場爭議案件之管道，截至113

年3月底止，護理人員共通報2,993件，涉勞基法計1,501件（約50.2%），常見爭議案件多為：假日上班（休假爭議）、工時過長、花花班及更換班次間隔未達11小時…問題，涉及護病比相關照護負荷案件為332件（約22%），裁罰率達17%。

落實勞基法規定係維護護理人員勞動條件是最基本要求，訂定合理三班護病比，係改善護理職場工作負荷關鍵因素。

### （三）疫情後護理人員的職業疲潰(burnout)嚴重加據

職業疲潰(burnout)的概念定義<sup>10</sup>為：因為未妥善處理的職場壓力及不當的社會支持，產生了負向的反應。這是一種身體、情緒及社會上的精疲力竭的狀態。疲潰會造成對工作興趣與動機的減少，也會影響照顧品質，及對護理師個人、病患及其工作的負向態度。

護理師職業疲潰現象的產生是複雜且動態的，不論疫情前、疫情後，醫院護理人員皆呈現短缺狀態（醫院有開缺，但未能招滿），尤其在疫情之後，醫院護理人員空缺狀態，由疫情前整體醫院空缺率約4.5%，攀升至6.5%左右。

研究<sup>11</sup>指出護理人員在工作中經常經歷職業疲潰(burnout)，且護理師的健康狀況與病假次數，和疲潰具高相關。其他的預測疲潰的因素有：人力安排不足或不適當、輪班時工作大於12小時、排班缺乏彈性、時間壓力高、工作及心理上需求、工作缺乏多樣性、角色衝突、自主性低、醫病關係不良、領導力差及工作不安全等。疲潰會影響工作成效、照顧品質、病人安全、意外事件、醫療錯誤、感染、病人跌倒及離職率高。

當護理學生畢業後開始工作，會從職場環境及工作經驗中，確認護理職業是不是他們想像的樣子，若護理職場符合護理人員的期待，留任的意願會提高，反之，則可能造成離職。因此，護理職場的友善程度與護理人

<sup>10</sup> 穆佩芬（2023年10月13日）。共創健康快樂護理師，一起做有意義的事。護助 e 起來。<https://nurse.mohw.gov.tw/cp-218-1923-b01a8-2.html>

<sup>11</sup> Nabizadeh-Gharghozar, Z., Adib-Hajbaghery, M., & Bolandianbafghi, S. (2020). Nurses' Job Burnout: A Hybrid Concept Analysis. *Journal of caring sciences*, 9(3), 154–161. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.023>

員職業的疲饑存在密切關係，研究指出護理職場中的支持體系、尊重和認可、工作彈性、培訓和發展機會以及工作氛圍，都能夠減輕護理人員的工作負擔，提供支持與鼓勵可降低職業疲憊的風險，因此，護理友善職場是降低護理人員職業疲憊的有效策略。

#### (四) 輪班制度造成護理人員社交及家庭生活不平衡

護理是女性為主的職業，需在凌晨、清晨、週末等時段輪班，工作需身心體力的投入，依據勞動部勞動及職業安全衛生研究所<sup>12</sup>的資料顯示，輪值夜班不僅對個人健康及睡眠造成影響，亦干擾其家庭及社交生活。依實證研究結果，影響護理人員離職的前三項原因為不被機構重視、不適當的薪資福利、工作與生活間之不平衡<sup>13</sup>。當女性面對生命歷程可能經歷的懷孕育嬰、或年齡較長後的體力負擔，輪值夜班為造成護理人員選擇離開主因之一，而損失經驗豐富的資深護理人力，可能進一步導致護理質與量下降，是護理人力短缺上須關注的重要面向。

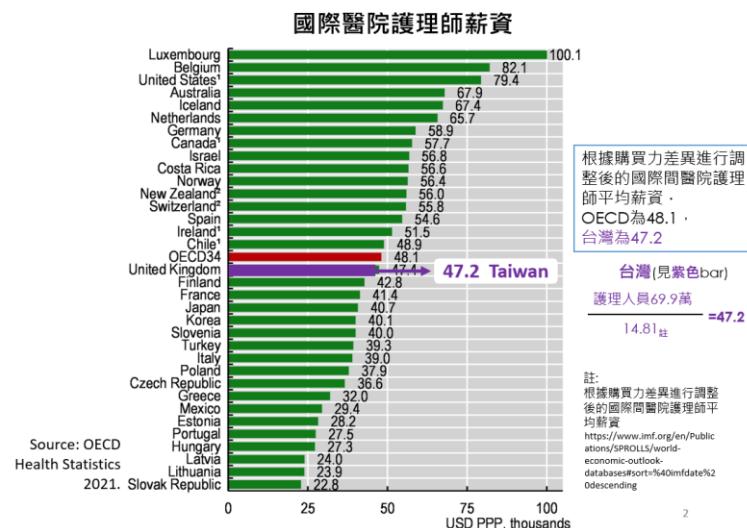
#### (五) 薪資待遇與護理人力留任

勞動部職類別薪資調查顯示111年護理人員經常性月薪為4萬7,716元(111年7月)，全年薪資所得為69萬9千元，此外，本部111年度醫院護理服務量調查護理人員年薪為69萬6,855元，兩者年薪調查結果差異不大，再以年薪69.9萬相較於國際間醫院護理師的薪資，依據購買力差異進行調整後，略低於OECD(Organisation for Economic Co-operation and Development)，略高於日韓等國家(如圖四)。112年8月本部針對第一線護理人員進行「三班護病比及夜班費調整留任意願」之調查，有87%認為提升夜班費有助於護理人員留任。另本部112年度醫院護理服務量調查，離職率與護理師薪資呈現明顯負相關，即薪水越低、離職率越高。承上，不適當的薪資待遇，為影響護理人員離職原因之一，且據本部調

<sup>12</sup> 勞工安全衛生研究所(2020年1月1日)。輪班作業危害預防手冊。勞動部勞動及職業安全衛生研究所研究成果。<https://criteria.ilosh.gov.tw/iLosh/wSite/ct?xItem=37263&ctNode=327&mp=3>

<sup>13</sup> Bae, S. H. (2023). Association of work schedules with nurse turnover: a cross-sectional national study. *Int J Public Health*, 24; 68.

查離職率與薪資呈現負相關、以及夜班費調整有助於留任，爰改善護理人員薪資條件是提升護理人員留任的關鍵因素之一。



圖四 國際醫院護理師薪資

## 四、社會參與及政策溝通情形

為因應前述護理人力短缺議題，改善護理職場環境，本部自112年起就護理人力議題向總統面報2次、行政院會議9場次、本部高階跨司署會議18場次、健保改革會議5場次、跨機關跨團體會議(含座談演講)91場次與記者會3場，以有效進行政策研擬及溝通，社會參與及溝通情形如下：

(一) 本部、教育部、考選部、國防部、退輔會等5部會協調會議前後達32場次，擬定護理人力政策整合之策略項目包括：醫院全日平均護病比改三班護病比填報、增加護理師國考次數及應試科目之題數改為50題、建立跨部會護理教考用協力整合平台、護理人員夜班費獎勵、公職護理師比例調升、教育部投資護理人力培育以及逐步全面推動住院整合照護計畫，期能透過跨部會政策擬定，共同改善國內護理人員人才培育、勞動條件及工作環境。

(二) 為留任醫院護理人力，建立合理三班護病比，本部多次召開醫院三班護病比標準共識會議，包括兩次會議33個單位代表、四次各層級醫院相關團體代表出席會議討論醫院三班護病比標準的討論，過程歷經7個版本研議、近6個月連續健保VPN各醫院三班護病比現行實際狀況填報分析。

1. 112年1月11日與7月27日本部業召開三班護病比討論會議，邀請護理團體、護理工會、醫院代表及關切護病比議題之立法委員等代表與會，均支持以實證數據訂定合理三班護病比標準，並自112年8月1日起，醫院於健保資訊網服務系統（簡稱VPN系統）通報全日平均護病比填報，增列三班護理人力填報。
2. 112年10月17日、10月18日、10月24日及113年1月9日分別召開「研商區域醫院三班護病比標準共識討論會議」、「研商醫學中心三班護病比標準共識討論會議」、「研商地區醫院三班護病比標準共識討論會議」及「醫院三班護病比標準共識會議」。

3. 經本部行政程序核定於 113 年 1 月 26 日公告各層級醫院三班護病比標準，並透過記者會及新聞稿進行對外溝通。

(三) 112 年 9 月 8 日透過行政院召開跨部會議與行政院人事行政總處針對公職護理人員等議題進行討論，9 月 14 日本部函請四大公醫體系提升所轄醫院公職護理人員員額編制，協力改善護理職場與留任。

(四) 113 年 3 月在北中南東各地分別舉辦 7 場次「醫院護理人力政策論壇」，進行護理人力政策整備 12 項策略計畫說明，廣邀基層護理人員參與，與基層對談，收納各界建言。

(五) 線上問卷調查：

除進行實體會議、論壇及說明會等方式與外界溝通，同時也在本部護助 E 起來平台，進行問卷調查溝通：

1. 112 年 5 月針對醫院進行「各層級醫院進行護病比可行性」之調查：調查結果為醫院認為「可行」者佔 47%，認為「不可行」佔 53%。不可行原因包括：入法時程緊湊、人事成本增加、地區醫院生存困難、健保給付與護理薪資低、缺乏護理人力等。

2. 112 年 8 月針對第一線護理人員進行「三班護病比及夜班費調整留任意願」之調查：

調查結果為 80% 認為三班護病比有助護理人員留任，及 87% 認為提升夜班費有助於護理人員留任。

3. 112 年 9 月針對醫院進行「醫院護理人員夜班費問卷調查」：調查結果為有夜班津貼醫院計 461 家，掌握各醫院護理夜班費發放情形，並公開在護助 E 起來平台。

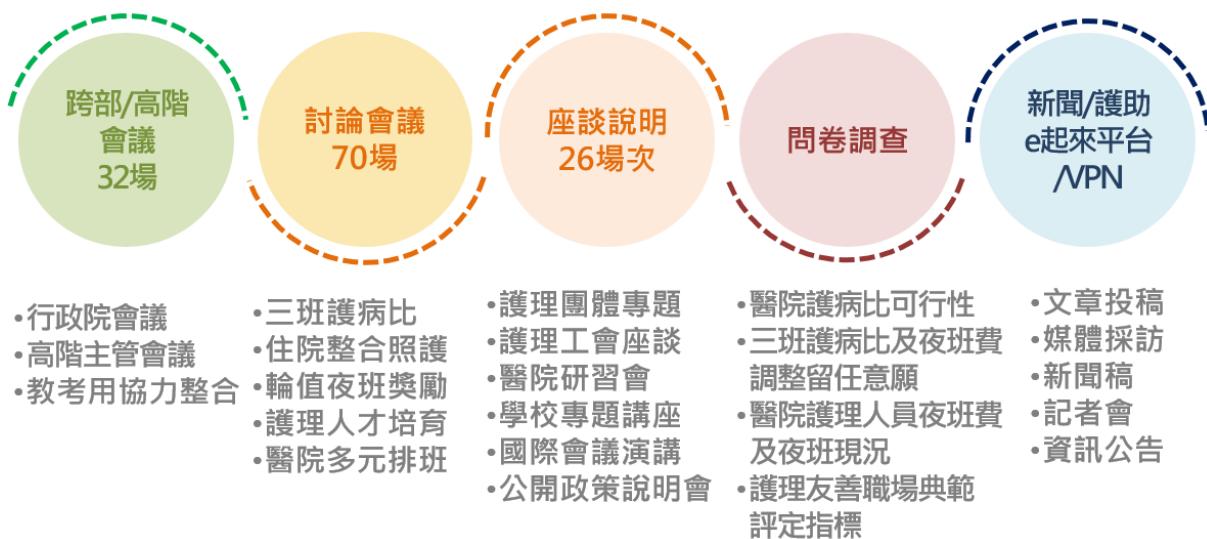
4. 112 年 10 月針對醫院進行「醫院護理人員夜班現況調查」：調查結果為現行急性一般病房臨床全職護理人員 80% 以上常態採輪班制。

5. 針對健保 VPN 系統 112 年 7 月至 11 月各層級醫院三班護病比結果

進行分析，作為三班護理病比訂定與團體溝通之參考。

6. 113 年 3 月針對護理人員及護理主管進行「護理友善職場典範評定指標」之調查：

- (1) 6 場護理人力政策論壇問卷調查回填問卷共 417 份〔護理長以上主管佔 48%、一般護理人員（含專科護理師）佔 46%、其他 6% 〕
- (2) 各項草擬指標調查結果一致（評分落於 8 分-10 分 $>70\%$ ），均認為重要指標。



圖五 政策形成過程溝通

## 貳、計畫目標

### 一、目標說明

從出生到臨終，護理人員是健康照護系統中重要核心的角色，112年底護理人數執業數19萬餘人，執業率僅63%，又執業場域中護理執業人數占63%的醫院，歷年來一直有常態性護理職位空缺，加上受到COVID-19疫情影響，致空缺率及離職率皆較疫情前高。

台灣每千人執業護理人員數及薪資在OECD ( Organisation for Economic Co-operation and Development ) 國家中，屬中段班，惟近年因高齡化社會來臨、醫療需求增加、職場環境的挑戰益加嚴峻，以及疫情等因素影響；世界各國都正面臨護理人力短缺的棘手挑戰，國際護理協會（ICN）呼籲<sup>14</sup>，各國必需正視護理人力短缺並投入計畫性的政策行動和經費投資，積極改善護理人員職場環境，培育護理人力，充實護理人力。

因此，為減緩現有護理人力短缺及因應未來需短缺，需兼顧人力培育與留任原則下，積極改善護理人員職場環境，建構更合理、更安全的護理執業環境，充實護理人力，穩定臺灣醫療照護體系，維護國人健康。

本計畫執行之整體目標：

- 一、 建立醫院友善護理職場環境及勞動條件，資訊公開透明引領標準學習，勞資協力帶動正向環境循環，有效留任醫院護理人力，降低空缺率及離職率。
- 二、 鼓勵醫院建立因院創新解決問題能力平台，有效解決在地護理人員問題。
- 三、 建構完善教、考、訓、用之護理人力培育，提升護理執業率，厚植醫院人力。

---

<sup>14</sup> International Council of Nurse. (2023, March 20). ICN report says shortage of nurses is a global health emergency. International Council of Nurse. <https://www.icn.ch/news/icn-report-says-shortage-nurses-global-health-emergency>

## 二、達成目標之限制

### (一) 正向護理職場環境再建需要各醫院共同努力

影響醫院護理師職離因素的前三名：不被醫院尊重、不適當薪資、工作與生活不平衡；而會留任前三名因素是：有意義的工作、正向互動及信任團隊<sup>15</sup>。現階段護理職場環境與氛圍較不友善、薪資福利相對低、護病比較高、輪值大小夜班合理津貼檢討等負向職場環境，加速了護理人力的流失，故目前的護理職場環境需再建構成正向友善，其改善情形將成為本計畫達成目標之限制。

因此，醫院管理者在護理職場扮演重要角色，改變護理人員執業環境，鼓勵醫院重視護理第一線的聲音，協助工作與生活平衡，如：增加因應女性因生命歷程改變需要的執業多元選擇，認可護理專業價值，營造正向醫院護理執業環境。

### (二) 強化尊重護理專業

護理工作極具專業性及挑戰性，是醫療體系中重要的一環，護理是一份有尊嚴，需要被尊重的工作，長期以來，醫院主管會指派護理人員做一些非關護理專業的事，民眾端也會使喚護理人員做雜事，這些會讓護理人員覺得不受尊重，「尊重與自主」<sup>16</sup>是預測護理人員離開護理專業的重要因素。實證研究指出，護理尊嚴包兩大內涵：人的特質及職場因素。人的特質內涵包括：個人的自我價值、自我反思，及專業能力與認可。職場因素的內涵包括：專業間的互動與認可、良好護病關係，及組織的平權與適合薪資與工作職責與負擔。醫院可由院長帶頭在公開場合宣示尊重護理人員的重要性，強化專業護理的社會形象。此外，以護理師主體出發的政策制訂，例如：逐步建立自主排班文化、適當的護病比、建立薪資結構等。

<sup>15</sup> Bae, S. H. (2023). Association of work schedules with nurse turnover: a cross-sectional national study. *Int J Public Health*, 24; 68.

<sup>16</sup> 李雅文（2023年10月13日）。護理人力荒：臨床觀點與具體作為。護助 e 起來。  
<https://nurse.mohw.gov.tw/cp-218-1924-d5925-2.html>

### (三) 社會大眾的護理形象

正面的護理形象會吸引求職者進入護理職場，然而離開護理職業的傾向則與護理的負面形象呈正相關，研究<sup>17</sup>顯示護理存在負面形象，無法將護理職業提升為有吸引力的職業選擇。公眾對護理人員對護理工作的真誠尊重，但也與護理多為女性所從事，形成護理身份與女性的性別。社會大眾對護理師的形象帶有刻板印象，這些刻板印象源於作為護理師理所當然的女性性別，護理被塑造成母性的、細心的和富有同情心以及服從性較高，限縮自主空間的社會形象，性別的差異及想法會影響男性進入護理領域，因此性別角色刻板印象影響發展。

一般民眾將護理人員描述為專業人士，溫暖且有愛心，但仍有些是負面的公眾形象，其主要因素是社會文化障礙，包括：血汗醫院的刻板印象、工作條件辛苦、充滿病菌及暴力的工作環境、護理職業對社會生活的負面影響，使護理專業被視為相當辛苦的工作。由於，社會大眾對護理的負向看法可能會阻止一些人選擇護理作為職業，因此良好的護理公眾形象很重要，因為它可以促進或阻礙實現護理人力資源的充足供應。健康需要護理照護，護理專業也需要社會支持，讓護理人員發揮並肯定專業價值。

### (四) 大環境少子化衝擊護理科系招生率

依據內政部發布的112年人口統計資料<sup>18</sup>顯示，112年出生人數為13萬5,571人，較前年再減2.5%，連續八年創新低；而全年死亡數為205,368人，生死差距擴大至69,797人，已連續整整三年「生不如死」，折合年自然增加率為千分

- 
- <sup>17</sup> Ndirangu, E. W., Sarki, A. M., Mbekenga, C., & Edwards, G. (2021). Professional image of nursing and midwifery in East Africa: an exploratory analysis. *BMC nursing*, 20(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00531-w>
- Seago, J. A., Spetz, J., Alvarado, A., Keane, D., & Grumbach, K. (2006). The nursing shortage: is it really about image?. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 51(2), 96–110.
- Varaei, S., Vaismoradi, M., Jasper, M., & Faghihzadeh, S. (2012). Iranian nurses self-perception -- factors influencing nursing image. *Journal of nursing management*, 20(4), 551–560. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01397.x>
- De Silva Pincha Baduge, M. S., Garth, B., Boyd, L., Ward, K., Joseph, K., Proimos, J., & Teede, H. J. (2023). Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: A systematic review and meta-synthesis. *EClinicalMedicine*, 11(67), 102354. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102354>
- <sup>18</sup> 中華民國內政部 (2024年1月10日)。民國2023年12月戶口統計資料分析。行政公告。  
[https://www.moi.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=312388](https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=312388)

之-2.99，再創歷史新低。

教育部112學年度業核定大專校院五專護理科5,870名、二年制護理系4,890名、四年制護理系4,298名、碩士班715名、博士班67名，計15,840名護理招生名額。但根據教育部數據統計<sup>19</sup>，112學年全國護理新生（五專及大學制）註冊率約只有85.03%。

護理人才荒除科系培育不足外，大環境少子女化影響甚鉅，尤其我國醫療院所護理人才大部分來自技職體系，少子化使學生來源受到很大的影響。

#### （五）護理師國考考照率及執業率影響醫院護理人員數

國內目前每年由教育部培育約9,300位畢業生，在考照、領照階段每年約為7,500-8,500位，到執業階段(當年度領證並執業)數約4,500-5,500位，新領證執業率61%~63%，護理人力每年約可增加4,500-5,500位；換言之，學校之招生數、畢業數、護理師國考報考數及通過數，及進入職場之執業數，將影響到進入醫院護理人員數，其將成為本計畫達成目標之限制。

---

<sup>19</sup> 大專院校校務資訊公開平台（2024年3月26日）。醫藥衛生學門。護理及助產細學類。  
<https://udb.moe.edu.tw/udata/>

### 三、預期績效指標、評估基準及目標值

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值			
			114年	115年	116年	117年
三班護病比填報	醫院自主填報三班護病比	醫院三班護病比填報比率	80%	85%	90%	95%
三班護病比標準訂定	推動三班護病比資訊公開	完成三班護病比資訊公開化	100%	100%	100%	100%
公職護理師比例調升	醫院公職護理師員額增加	醫院公職護理師比例(衛福部、教育部、國防部、退輔會)	30%	33%	37%	40%
友善護理職場典範獎勵	建立護理友善職場典範	護理友善職場典範醫院家數	20	20	20	20
智慧科技減輕護理負荷	醫院於護理照顧上使用智慧科技提升效率降低負荷	應用智慧科技輔助護理照顧醫院家數	20	20	20	20
護理新手臨床教師制度	參與本部護理新手臨床教師制度醫院家次	實際補助護理新手臨床教師醫院家次	200	200	200	200
擴大住院整合照護計畫	完善醫院照護輔佐人力制度	取得醫院照護輔佐人員認證之人數	800	1,000	2,000	3,000
教考用之人力監測平台	建立教考用協力整合平台	教考用工作圈會議次數	2	2	2	2

策略目標	績效指標	衡量基準	年度目標值			
			114年	115年	116年	117年
投資護理 人力培育	增加護理畢業 生人數	護理畢業生人 數	9,300	9,300	9,500	9,500
提升護理 人員執業 量能	增加護理人員 執業人數	每年增加護理 人員執業人數	3,000	3,500	4,000	4,000
	男性護理人員 執業比率	男性護理人員 執業佔全國執 業護理人員比 率	4.4%	4.6%	4.8%	5%

## 參、現行相關政策及方案之檢討

### 一、護理相關政策及方案

#### (一) 護理職場改善

##### 1. 我國護病比相關政策推動之重要事記

- (1) 護病比納入醫院評鑑：104 年護病比納入醫院評鑑正式項目，且列為重點條文。
- (2) 護病比連動住院保險診療報酬：104 年正式推動，106 年及 107 年擴大護病比連動加成級距及偏鄉地區醫院加成，鼓勵醫院改善護病比，提升護理勞動條件。
- (3) 護病比資訊定期公開：自 105 年 7 月起定期於健保署網站公開各醫院全日平均護病比資料，於 106 年 5 月改為按月公開，達全民監督目的。
- (4) 護病比入法：108 年 2 月 1 日公告全日平均護病比條文增訂於「醫療機構設置標準」規範，自同年 5 月 1 日施行。
- (5) 112 年 8 月 1 日啟動每月健保 VPN 系統三班護病比填報。

##### 2. 全日平均護病比入法及獎勵連動

###### (1) 全日護病比入法後續人力監測

參照醫院評鑑基準及評量項目有關急性一般病床數全日平均護病比之規定，108 年 2 月 1 日公告修正醫療機構設置標準第 12 條之 1，明確規範醫院及精神科醫院，應依住院病人人數，配置適當之護產人員；其急性一般病床之全日平均配置比例，按每一護產人員照護之病人人數，自 108 年 5 月 1 日施行，規定如下：

- ① 醫學中心：九人以下。
- ② 區域醫院及精神科教學醫院：十二人以下。
- ③ 地區醫院及精神科醫院：十五人以下。

###### (2) 護病比與護理費給付連動

全民健康保險自 104 年 1 月起挹注 12 億元用於推動「護病比

與健保支付連動」，當醫院全日平均護病比達特定範圍時，其住院護理費可獲得 9% 至 11% 之加成。為鼓勵醫院重視護理人員工作環境，將資源挹注於全日平均護病比表現較佳之醫院，106 年 5 月調整護病比加成級距，由 3 級調整為 5 級，加成率調整為 3% 至 14%；更投入 6.14 億元預算用於調整護病比加成，自 107 年 12 月 1 日起住院護理費之「全日平均加成率」將調整為 2% 至 20%（調整對照表如下表一）。

表二 全日平均護病比加成率調整對照表

全日平均護病比範圍			加成率		
醫學中心	區域醫院	地區醫院	104年1月至 106年4月	106年5月至 107年11月	107年12月 起
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	9%	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		12%	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0		14%	20%

資料來源：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節病房費通則。

### 3. 全民健保挹注資源用於提升護理照護品質

自 104 年全民健康保險將「提升住院護理照護品質」20 億元由醫院醫療給付費用總額（下稱醫院總額）專款移列至一般服務，並陸續於醫院總額一般服務中編列預算用於調整護理費，該預算隨每年醫院總額一般服務成長率逐年成長，用於調升(整)住院與病床(加護、急性一般病床、隔離病床、經濟病床等)護理費、住院護理費偏鄉醫院加成、調升住院首日護理費。

### 4. 全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫

為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率，故本部及中央健康保險署自 111 年起全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款項下支應，111 年預算 3 億元，112 年預算 5.6 億元。

## (二) 護理薪資改善

### 1. 公立機構護理師(三)級任用

為解決醫事人員高資低用問題，依考試院 100 年 12 月 8 日第 11 屆第 166 次會議決議，有關具師類醫事證書者以師(三)級任用，並得搭配其他醫事職務師級與士(生)級公用員額方案，以逐年漸進方式解決。本所屬部立醫院已於 106 年起均改以師(三)級任用，並於衛政及社政首長聯繫會議中向各衛生局長再次倡議，請積極爭取充足人事預算及員額編制，讓具有護理師資格者均能以師級來聘用，以對護理人員之公平。

### 2. 調漲公立醫院護理(助產)人員夜班費支給

行政院於 105 年 1 月 27 日核定本部函報「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給」調漲方案，依各類夜班制/班別調高上下限支給標準，調幅最高 20%。夜班費修正從 105 年 2 月 1 日起施行，以提升公立醫療機構護理(助產)人力攬才與留才，確保病患獲得連續完整照護。

## 二、護理相關執行績效及檢討

### (一) 護病比

良好的護病比對病患的治療與照顧成效是極其重要的。因為 COVID 疫情，全世界均面對護理人力短缺問題。美國眾議院也重新引入立法「the Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act；醫院病患安全護理人員配置標準」和品質護理法。強調護理人員應獲得更多的支持以確保他們在工作場所享有的尊嚴，並將病人的安全放在第一位。美國護理學會也倡議支持此法案。一篇大型的護病比政策改善的研究指出<sup>20</sup>，病人的死亡率、再入院率，及醫院留住時間的改善都有統計上意義。

<sup>20</sup> McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet*, 397(10288), 1905–1913. doi:10.1016/s0140-6736(21)00768-6

於美國的經驗中<sup>21</sup>，護病比的協商入法需要多年才能實現，例如：加利福尼亞州護病比立法從提出到實施花費了五年的時間，而有些州在尚未入法前則以護病比的資訊披露代替。我國在護病比的執行績效及檢討如下：

1. 108 年 2 月 1 日公告修正醫療機構設置標準，將急性一般病床數全日平均護病比之規定，增訂第 12 之 1 條，於法規中明確規範醫院護產人員與住院病人之照護比例。全日護病比入法且鼓勵醫院填報，惟全日護病比非三班護病比，於臨床執行上可能造成班別護病比相互挪用，而形成某些班別的護理人員負荷過重，三班護病比是減少護理人力流失、增加人力回流的關鍵，合理醫院護理工作負荷及病人安全，故於 112 年 8 月 1 日啟動每月健保 VPN 系統三班護病比填報，並收集 112 年 7 月至 11 月各層級醫院三班護病比結果進行分析，作為三班護理病比訂定與團體溝通之參考。
  2. 全民健康保險自 104 年 1 月起推動「護病比與健保支付連動」，自 107 年 12 月起住院護理費之「全日平均加成率」依醫院分級調整加成率 2% 至 20%，連動經費自 104 年的 12 億成長至 2018 年的 21 億；針對落實全日護病比之醫院給予額外加成獎勵，係以健保支付連動補助，以醫院為主體，推估調整後，全日平均護病比加成點數占住院護理費比率約 9.2%，仍有成長空間。
- (二) 104 年「提升住院護理照護品質」預算金額為 20 億，至 112 年已提升到 102.23 億，104 年到 112 年住院護理照護品質預算總計達 592.18 億元，健保挹注資源雖逐年提高，但其經費係補助於醫院，由醫院向下實際用於護理人員之情形，應要讓第一線護理人員有感受到實際薪資調漲，仍有改善空間，使護理人員有感。
- (三) 住院整合照護服務試辦計畫，111 至 112 年預算 8.6 億元，112 年共核定 84 家醫院，4,414 床，較 111 年增加 44 家，增加 1,567 床。112 年服務約

---

<sup>21</sup> NurseJournal. ( March 21, 2023). Nurse-to-patient staffing ratio laws and regulations by state. Retrieved from <https://nursejournal.org/articles/nurse-to-patient-staffing-ratio-laws-by-state/>

36 萬人日（3.8 萬人次），住院整合照護病床使用率 30%，滿意度調查結果皆為正向滿意，病人及家屬平均 89.7%、護理人員平均 82.8%、照護輔佐人員平均 83.3%；醫院管理者滿意度 89%。整合照護服務試辦畫雖獲得高度正向滿意，亦每年擴大辦理，惟加入醫院之涵蓋比率及病床數仍有待提升，方能減輕護理人員照顧負荷，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔。

#### （四）護理薪資改善

1. 公立機構護理師師（三）級任用，原地方政府醫事人員進用，得搭配士（生）級公用員額，召聘具師類醫事證書者，為解決醫事人員高資低用問題，讓具有護理師資格者均能以師級來聘用，本部積極倡議，地方政府應爭取充足人事預算及員額編制，讓具有護理師資格者均能以師級來聘用，以對護理人員之公平。本部於 106 年至 113 年定期調查各地方政府、中央機關及本部所屬單位公職護理師「回歸專業證照任用情形。調查結果以「士」級任用之護理師人數逐年下降，自 107 年 2,226 人降至 113 年 3 月 159 人，降幅有 92.9%，近 7 成地方政府已完成以「師」級任用，尚有部分單位因組織編修、人員留職停薪及陸續辦理陞遷等原因，無法於現階段完成回歸證照任用，基於保障護理人員權益，落實「回歸專業證照任用」，未來將持續積極爭取充足人事預算及員額編制。
2. 調漲公立醫院護理(助產)人員夜班費支給，111 年 1 月 27 日核定調漲公立醫院護理(助產)人員夜班費支給，參照經濟成長率、消費物價指數、外部市場行情，依各類夜班制/班別調高上下限支給標準，支給標準上下限均調高 20%（例如採三班制之非固定夜班，由現行每班 400-700 元，調整至 480 元-840 元，增加 80-140 元）。惟部分私立醫院未能跟進，對整體護理薪資改善有限，將持續倡議護理薪資對應護理價值，以提高留任、留才。

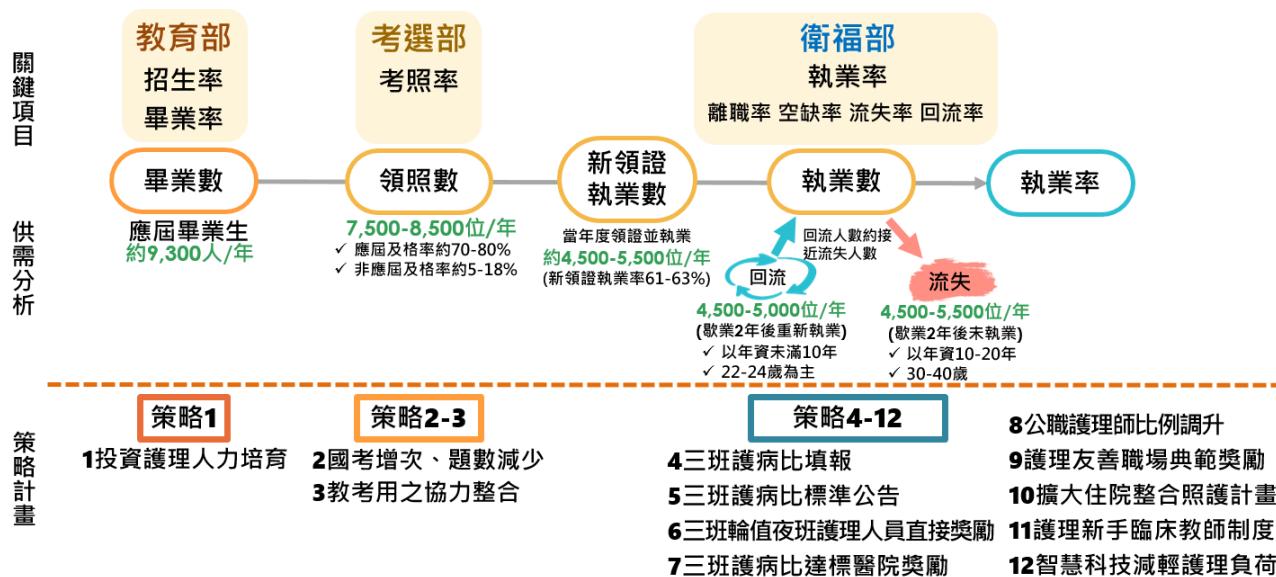
## 肆、執行策略主要方法

### 一、主要工作項目

#### (一) 供需分析與精進策略計畫

我國護理人力整備需培育與留任雙管齊下，目前推動之護理人力政策整備整合本部、教育部、考選部、國防部、退輔會等 5 部會之力，運用教考用之協力，預期 119 年至少達成 24.1 萬護理人力目標，使未來護理人力能自給自足，本部規劃加倍培育護理人力、提升新領照率以及提升新領照執業率，以因應未來護理人力需求。

本計畫共擬定 12 項策略工作，由本部主責護理薪資改善及護理職場改善共計 7 項策略，結合前端的投資護理人力培育（教）、國考增次、題數減少（考），形成教考用之整合，共有 12 個策略計畫，其策略計畫架構如下圖所示。



圖六 護理人力 12 項策略計畫架構

## (二) 主要工作項目

依據關鍵項目與整體人力供需分析，列出以下 12 項主要工作項目：

1. 投資護理人力培育
2. 國考增次、題數減少
3. 教考用之協力整合
4. 三班護病比填報
5. 三班護病比標準公告
6. 三班輪值夜班護理人員直接獎勵
7. 三班護病比達標醫院獎勵
8. 公職護理師比例調升
9. 護理友善職場典範獎勵
10. 擴大住院整合照護計畫
11. 護理新手臨床教師制度
12. 智慧科技減輕護理負荷

上述 12 項計畫中 6.三班輪值夜班護理人員直接獎勵 7.三班護病比達標醫院獎勵、9 護理友善職場典範獎勵、11 護理新手臨床教師制度。為本計畫爭取公務預算支應。

## 二、 分年執行策略與分工

項目 年度	114 年	115 年	116 年	117 年	執行 單位
三班護病比填報	1. 醫院每月至健保資訊網服務系統（簡稱 VPN 系統）填報三班護病比。 2. 定期公開護病比相關資訊，供一般民眾就醫選擇參考及護理人員執業衡量。 3. 持續監測與收集醫院三班護病比情形，作為三班護病比政策研擬推動之參考。				健保署
三班護病比標準	1. 於 113 年 1 月 26 日公告各層級醫院急性一般病床（不含精神急性一般病床）三班護病比標準。 2. 持續監測掌握各層級醫執行情形。 3. 訂定各層級醫院精神急性一般病床等三班護病比標準。				照護司 健保署
三班輪值夜班護理人員直接獎勵	1. 辦理「護理人員輪值夜班直接獎勵」方案。 2. 持續密切監測護理人力異動及獎勵方案執行影響，滾動管理護理獎勵政策。 3. 建立護理人員夜班獎勵相關爭議申訴平臺。				照護司 健保署
三班護病比達標醫院獎勵	1. 推估三班護病比之護理人力缺口。 2. 以「獎勵先行」、「逐步推動」及「引領標竿」原則推動三班護病比達標獎勵。				照護司
公職護理師比例調升	1. 逐年檢討並提升醫院公職護理師比例達 40%。 2. 定期收集教育部、國防部、本部、國軍退除役官兵輔導委員會、地方政府(台北市、新北市、高雄市)所屬公立醫院之公職護理人員比例及護理人員留任措施。				附屬醫療及社會福利機構管理會、教育部、國防部、退輔會、台北市、新北市及高雄市政府、照護司
友善護理職場典範獎勵	1. 公告友善護理職場典範指標並公開徵求醫院參加，於每年 5 月公告典範醫院予以表				照護司

項目 \ 年度	114 年	115 年	116 年	117 年	執行單位
	揚。 2. 每年檢討護理友善職場典範獎勵方案之執行及滾動調整。 3. 建立護理公開資訊平台-護助 e 起來 4. 建置護理職場環境資訊透明化。				
智慧科技減輕護理負荷	1. 委託智慧科技相關研究計畫。 2. 提升醫院導入科技應用於護理工作流程及文書作業。				照護司 資訊處
護理新手臨床教師制度	1. 訂定護理新手臨床教師制度之補助條件。 2. 公告本部護理新手臨床教師補助計畫，並審核補助計畫，核定補助醫院等。 3. 訂定成果衡量與監測指標。				照護司
擴大住院整合照護計畫	1. 持續推動「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。 2. 建立我國照護輔佐 (Nurse aide, NA) 制度。				照護司 健保署
國考增次、題數減少	1. 自 112 年起辦理每年 3 次專技高考護理師考試。 2. 未來將進行減題後應配合核心職能逐步提升試題品質與效度。 3. 持續由考試院、本部、考選部及教育部共同成立護理師國家考試及教考用工作圈，檢討護理教、考、用一致等議題。				考選部
教考用之人力監測平台	1. 建立護理人力教考用常態監測機制，提供護理人力教考用決策參考。 2. 持續由考試院、本部、考選部及教育部共同成立護理師國家考試及教考用工作圈，檢討護理教、考、用一致等議題。				照護司 教育部 考選部
投資護理人力培育	1. 鼓勵大學校院四年制日間部護理系擴充 10%名額增加投資護理人力培育員額。 2. 鼓勵大學校院護理系申辦學士後護理系，增加培育人數。				教育部

### 三、 計畫執行步驟與方法

#### (一) 三班護病比填報

醫院全日平均護病比改三班護病比填報，本項已於 112 年 8 月開始實施，有助於各醫院自我檢視人力及進一步準備達成三班護病比目標。113 年三班護病比公告後，利用護病比的持續填報，除能讓醫院管理階層了解醫院內部的護理職場現狀，亦能透過資訊的公開、透明，提供護理人員及社會大眾選擇醫院的考量因素。

##### 1. 策略作法

- (1) 醫院每月至健保資訊網服務系統（簡稱 VPN 系統）填報三班護病比。
  - ① VPN 系統「護理結構性資料」填報項目，次月 20 日前完成上個月全月數據填寫，急性一般病床填報資料包含病床數、占床率、三班護理人員數等，三班護病比由系統算出。
  - ② 增加特殊病床三班護病比填報，以了解醫院護理人力工作負荷情形。
- (2) 定期於健保署統計專區公開護病比相關資訊，以供一般民眾就醫選擇參考及護理人員執業衡量。未來將增加本部「護助 e 起來平台」露出護病比相關資訊。
- (3) 持續監測與收集醫院三班護病比情形，作為三班護病比政策研擬推動之參考。

##### 2. 預期效益

透過醫院填報三班護病，可監測與收集醫院三班護病比情形，以瞭解護理人員工作負荷情形，作為三班護病比政策研擬推動之參考。

##### 3. 預算：由各單位自行編列預算執行。

## （二）三班護病比標準

現行《醫療機構設置標準》明訂全日平均護病比並連動健保給付，為使醫院三班護理人力照護病患有合理工作負荷，訂定三班護病比標準為減少護理人力流失、增加回流的關鍵，減輕護理職場過於沉重的工作負擔重要方法。

### 1. 策略作法

- (1) 於 113 年 1 月 26 日公告各層級醫院急性一般病床（不含精神急性一般病床）三班護病比標準，醫學中心：白班 1:6、小夜 1:9、大夜 1:11；區域醫院：白班 1:7、小夜 1:11、大夜 1:13；地區醫院：白班 1:10、小夜 1:13、大夜 1:15。
- (2) 三班護病比的標準推動原則以「獎勵先行」、「逐步推動」及「引領標竿」三原則，同步啟動三班輪值夜班護理人員直接獎勵並規劃醫院達標獎勵，落實三班護病比。
- (3) 持續監測掌握各層級醫院執行情形。
- (4) 訂定精神急性一般病床、精神專科醫院等三班護病比標準。

### 2. 預期效益

- (1) 三班護病比的訂定，可使護理人員的工作負荷在合理範圍內，降低目前護理業務繁重情形，保障病人安全。
- (2) 可使護理人力負荷轉成正向循環，即增聘人員、工作負荷降低、離職率降低、留任率提高。

### 3. 預算：由各單位自行編列預算執行。

### (三) 三班輪值夜班護理人員直接獎勵

目前各醫院病房護理人員 80% 以上需輪值三班，三班輪值也是醫院護理人員離職的主因之一，推動三班護病比，創造醫院護理人員可選擇多元彈性或固定班別，鼓勵醫院護理人員留任並提升輪值夜班之意願，提升住院護理照護品質，強化醫院夜班護理照護量能。

#### 1. 策略作法

##### (1) 評估護理人員輪值大小夜班需求：

- A. 急性一般病床：以 108 年佔床率（醫學中心 80%、區域醫院 70%、地區醫院 60%）計算，醫院急性一般病床為 8 萬 1,124 床，再依各層級護病比配置計算所需配置護理人力推估，醫學中心小夜班 71,633 人次數/月、大夜班 57,306 人次數/月；區域醫院小夜班 77,751 人次數/月、大夜班 64,793 人次數/月；地區醫院小夜班 32,368 人次數/月、大夜班 25,894 人次數/月。
- B. 其他特殊病床：以醫療機構設置標準（人床比）推估，其他特殊病床 5 萬 7,040 床（包含慢性一般病床、加護病床、急性觀察病床等），推估大小夜班所需護理人力。

##### (2) 辦理「護理人員輪值夜班直接獎勵方案」：

- A. 醫院透過健保署 VPN 系統登錄「護理人員夜班排班資料」資料作為發放獎勵基礎。
- B. 撥付夜班獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向全民健康保險保險人（下稱保險人）各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。
- C. 醫院應保存每月「護理人員夜班排班資料」及本案獎勵

撥付護理人員清單備查。

- (3) 建置護理人員輪值夜班獎勵試算平台供護理人員試算。
- (4) 為保障護理人員能確實領取三班輪值夜班獎勵金，明定倘醫院未如實將夜班獎勵撥付予護理人員，違反者將依相關法規嚴處。
- (5) 定期監測款項執行情形，並得不定期進行稽核，如查有未如實款項應用，將予以追扣獎勵款項。
- (6) 訂定相關監測指標，持續密切監測護理人力異動及獎勵方案執行影響，滾動管理護理獎勵政策。
- (7) 建立護理人員夜班獎勵相關爭議申訴平台，可透過本部「護理職場爭議通報平台」反映問題，暢通申訴及陳情管道。
- (8) 透過本部「護助 e 起來平台」宣導三班輪值夜班護理人員直接獎勵作法，讓民眾及護理人員能知悉政府挹注經費之政策作為。
- (9) 撥付方式：委託中央健康保險署代撥付醫院轉發護理人員。

## 2. 預期效益

提高護理人員上大小夜班之意願，以充實醫院夜班護理照護量能，並提供護理人員自主選擇班別之彈性，整體護理人員平均薪資提升。

## 3. 預算

依急性一般病床、其他特殊病床總床數、大小夜上班護理人次數及小大夜班獎勵費用計算，每年預算約需 4,000,000 千元，4 年編列預算 16,000,000 千元。

#### (四) 三班護病比達標醫院獎勵

因應醫院達成三班護病比所需再多聘護理人力，獎勵採先達標先獎勵，以促進三班護病比政策推動，合理醫院護理工作負荷及病人安全。

##### 1. 策略作法

###### (1) 推估現行與合理三班護病比之護理人力缺口

推估現有護理人力(以 112 年 5 月健保 VPN 全日平均護病比資料，排除有精神專科醫院註記之醫院，依 5:3:2 比例推估三班護理人員數)與 113 年 1 月 26 日公告的三班護病比之護理人力缺口計需 7,582 人(包括總醫學中心缺口 3,545 人、區域醫院缺口 3,455 人、地區醫院缺口 582 人)。

###### (2) 推動三班護病比達標獎勵

- ① 目的:鼓勵醫院增聘護理人力，採取先達標先獎勵。
- ② 自 113 年 3 月 1 日標準開始實施，114 年開始獎勵。
- ③ 資料收集：監測現行健保 VPN 系統之全日平均護病比、三班護病比(112.8 起)、護理人員數與病床數。
- ④ 延續現行全日平均護病比達標獎勵規劃，由醫院每月健保 VPN 系統三班護病比填報，三班都達標(符合本部公告三班護病比標準)再給予獎勵，並以醫院各月份填報三班護病比實際情形，作為三班護病比達標獎勵審核標準。
- ⑤ 依三班護病比標準及需配置護理人力缺口差異，作為達標獎勵金分配。
- ⑥ 為協助醫院落實三班護病比標準，提升護理留任意願與協助醫院充實夜班護理人力，本部已於 113 年 1 月 26 日公告實施「113 年全民健康保險強化住院護理照護量能方案」40 億元，優先推動三班輪值夜班護理人員直接獎勵(實施期間自 113 年 1 月 1 日起算)，並透過健保 VPN 系統監測各層級醫院三班護病比達標情形，113 年 3-5 月地區醫院已逾

80%三班護病比整體達到標準；另本部全面啟動護理人力中長程整備計畫，透過人力培育、正向職場與薪資改善三大方向 12 項策略以持續護理人力發展，預估可補足 7,582 名護理人力缺口，達到穩定人力之目的。

⑦ 摘付方式：委託中央健康保險署代撥付達標醫院。

### (3) 調升住院護理費支付標準

考量住院護理費支付標準歷久未調、臨床護理照護工作付出的勞動力與報酬不對等，擬以全日平均護病比連動住院護理費加成機制融入調升住院護理費支付點值。

## 2. 預期效益

採取「先達標先獎勵」方式落實三班護病比，獎勵規範醫院運用原則包括護理人員聘任與留任、白班獎勵留任、醫院其他創新護理留任方案，使醫院管理者有動機及意願增聘護理人力，讓護理人員有合理的工作負荷，且可預期三班實際照護病人數，減輕工作負荷，留任護理人員，增加護理人力回流，並保障病人安全。

## 3. 預算

以醫院聘任新進護理人員一年所需成本約為 660 千元，以護理人力缺口推估為 7,582 人，所需成本需 50.04 億元 (7,582 人\*660 千元)，以所需成本 50% 作為補助推估經費估算，每年預算約需 25 億元，4 年編列預算 100 億元。

## (五) 公職護理師比例調升

相較於私立醫院，由於公務人員薪資較高及福利制度較好，過往在公立醫院中公職護理師留任狀態較佳，目前占院內護理人力比例約在 20-30%。為改善護理人員薪資待遇，故鼓勵公醫體系提升公職護理師比例，期望扮演護理職場標竿示範角色，帶動整體市場給予護理人員合理待遇與環境。

### 1. 策略作法

- (1) 本部於 113 年 5 月 1 日調查具公立醫院之中央部會及縣市政府其院內公職護理人員比例情形、現階段辦理情形及期程規劃，依回復結果分析，全國公立醫院公職護理人員平均比例約為 30%。將逐年檢討並提升醫院公職護理師比例達 40%。
- (2) 盤點本部所屬公立醫療機構現有公職護理師任用情形及空缺率，先輔導補實空缺，並就現有契僱護理人力擇優納編。
- (3) 定期收集教育部、國防部、本部、國軍退除役官兵輔導委員會、地方政府(台北市、新北市、高雄市)所屬公立醫院之公職護理人員比例、護理人員留任措施及福利薪資等，作為各醫院標竿學習。

### 2. 預期效益

- (1) 公醫體系之公職護理師比例提高下，引領護理職場薪資待遇，帶動私立醫院給予護理人員合理待遇與環境。
- (2) 公醫體系增聘護理員額及較高的留任率，可以提升整體護理人力整備。

### 3. 預算：由各機關自行編列預算執行。

## (六) 友善護理職場典範獎勵

為改善護理友善職場環境，啟動護理友善職場典範獎勵機制，發展讓第一線護理人員有感的典範指標，並建立護理資訊平台，將各醫院護理職場環境資訊公開，依循標竿學習精神，建構護理友善職場典範，讓各家醫院相互學習，帶動整體友善職場環境正向循環。

### 1. 策略作法

#### (1) 友善指標意見收集：

於 113 年 3 月辦理護理人力政策論壇進行友善護理職場敏感性指標問卷調查：共計 417 位護理人員回饋意見，結果：醫院成立幸福職場委員會、醫院提供彈性多元上班方案、醫院提供護理人員協助計畫、薪資增加創新方案、鼓勵照護創新改變及人力結構指標一致認為重要指標。本部亦將另邀集護理相關團體進一步研訂定指標細節及獎勵追蹤機制，發展敏感性指標（如：提升護理人員工作成就感、強化尊重護理專業性及自主排班等）。

#### (2) 友善護理職場典範指標：

- ① 醫院成立職場委員會(20%)：組成包括 60% 基層護理人員、30% 護理長以上主管、10% 醫院副院以上代表。
- ② 醫院留任創新方案(50%)：包括醫院提供彈性多元上班方案、醫院提供護理人員協助方案、創新薪資增加方案、創新有效照護方案等。
- ③ 建立院內爭議通報平台(30%)：包括建立院內意見反映機制與流程、針對反映問題進行討論與改善、定期追蹤改善情形與結果資訊公開等。

#### (3) 推動「彈性多元自主執業模式」：為應女性生命歷程可能經歷的懷孕孕育或照顧負擔而離職，推動彈性多元自主執業模式，以護理人員角度出發，依照護理人員自身需求及意願選擇班別，自行安排工作時數，彈性運用時間，創造不同的職涯選擇。

- ① 固定班別：由醫院招聘專責白班、小夜班或大夜班之護理人員，避免因輪班工作制而面臨的壓力或家庭無法兼顧之情形。
  - ② 彈性班別：如每周 2-3 天或四小時班、六小時班，護理人員自行安排上班時間及上班場域。
- (3) 公告友善護理職場典範指標並公開徵求醫院參加，針對參加醫院進行指標評定，預計每年評定 20 家，每年 5 月國際護理師節於行政院公開頒獎予以表揚、頒發獎金（不連續年度入選為原則）。
- (4) 建立護理公開資訊平台-護助 e 起來(<https://nurse.mohw.gov.tw>)，透過平台建立學習專區、社群專區、正向職場專區、爭議通報專區、雙向互動專區，每個專區對護理人員的職涯發展及職場友善提供相應服務。
- (5) 利用護理職場環境資訊透明化，讓醫院能透過護助 e 起來平台公開醫院的薪資福利及職場友善環境程度，達成各醫院護理友善環境建構的良性競爭，亦透過資訊公開方式將職場職業選擇權還給護理人員。

## 2. 預期效益

建立醫院護理友善職場典範，預計每年評選 20 家友善職場典範之醫院，至 117 年至少 80 家。

## 3. 預算

友善護理職場典範獎勵每年預算約需 25,000 千元，4 年編列預算 100,000 千元。

## (七) 智慧科技減輕護理負荷

智慧科技有助於減輕護理人員的負荷，本部於近年起開始與全國醫護團隊合作，補助相關智慧應用科技系統、設備、課程，期望透過智慧科技的推廣應用，使智慧科技落實於臨床照護上，協助護理人員減輕照護負荷，且提升照護品質。

### 1. 策略做法

(1) 持續委託智慧科技相關研究計畫於臨床照護中。未來本部推動臨床護理照護計畫，可結合智慧科技之面向如下：

- ① 行動護理車透過數據自動化整合、提供特定場域語言/語音輸入智慧化功能，協助人員減輕作業負擔。
- ② 護理資訊系統透過次世代數位醫療資訊標準規格，協助醫院醫療資料流通。

(2) 提升醫院導入科技應用於護理工作流程及文書作業，透過醫院導入科技應用於護理工作流程及文書作業，將改善醫療紀錄的方式，簡化流程，實現醫護人員間零差距溝通，節省大量的行政作業時間。推動項目如下：

- ① 病床邊：如生理數據收集(IoT)、觀察資訊收集與輸入(慣用語、智慧型輸入補全與校正、語音輸入等輔助)、病患主訴資訊(病患或照護者描述與問題自動收集，串接至護理師/醫師巡房介面，並提供相關回覆輔助)等。
- ② 病房走道：如彙整、確認、整理、查詢等功能；總結上一床病患相關資訊(量測、主訴、護理/醫囑執行活動後反應紀錄等)；查詢確認下一床病患資訊(給藥資訊、護理/醫囑執行項目、檢驗數據等確認)等。
- ③ 護理站：如即時串接整合行動護理系統資訊(護理車)，不同於傳統護理系統功能。

(3) 提升護理人員資訊科技培力：醫院提供護理人員智慧科技教育課程或培訓，使其適應智慧科技導入之工作環境，提升資訊科技培力。

## 2. 預期效益

應用智慧科技協助簡化行政流程，將使護理人員減輕照顧負荷，更能專注於護理專業照護，同時提升個案照護品質及整體照護感受。

## 3. 預算：各單位自行編列預算施行。

## (八) 護理新手臨床教師制度

建立新手臨床教師(mentor)陪(伴)訓(練)護理新手(指應屆畢業生或離開職場2年再回流)，留任新人，緩減新任護理人員的離職率，減緩現有第一線臨床護理師帶護理新手的負荷及壓力。

### 1. 策略作法

#### (1) 訂定護理新手臨床教師制度之補助條件：

##### ① 醫院建立護理臨床教師人力資料庫

- A. 鼓勵各醫院護理部門盤點離職及現有護理人力，建立護理人才庫。
- B. 優先獎勵資深護理師回流，成為全職或兼職護理臨床教師；護理臨床教師為專職制，不列入臨床護理人力計算。

##### ② 醫院訂有護理新手臨床教師計畫（Mentorship Program）

- A. 訂定護理臨床教師儲備計畫
- B. 訂有新手陪(伴)訓(練)模式
- C. 發展臨床教師教與學評值機制

#### (2) 公告本部護理新手臨床教師補助計畫，全國醫院皆可申請，經審核通過之計畫，本部核定補助醫院等。

#### (3) 訂定成果衡量與監測指標

- ① 新進人員未滿3個月離職率。
- ② 1年內護理人員離職率。
- ③ 3年內護理人員離職率。

### 2. 預期效益

預計每年補助護理新手臨床教師醫院家次200家，至117年計補助800家次。

### 3. 預算

護理新手臨床教師制度（預計）預算約需360,000千元，4年編列預算1,440,000千元（每年新領證執業及離開職場2年以上回流的護

理人員至少 5,000 位，約需 1,000 位護理新手臨床指導教師訓練費\*3 萬元\*12 個月=3.6 億/年)。

## (九) 擴大住院整合照護計畫

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」醫院病房採病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，將照護輔佐人員(Nurse aide, NA)納入病房團隊，依疾病嚴重度及需求配置不同護理及照護輔佐人力安排，照護工作分級分工，例如：照護輔佐人員可在護理人員指導下，協助病人住院的身體清潔與舒適照護、排泄照護、膳食等，使民眾於住院期間，醫院能讓家屬可以不用全時在醫院照顧病患（或自聘看護），且病患也能獲得連續性及完整性的照護，對病人及家屬而言，可減輕家屬照顧負擔並提升病人照護品質；對護理人員而言，可降低護理人員非技術性照護及庶務工作負荷，回歸護理專業，強化其專業能力正面效益；對醫院而言，可降低護理人員的流失；對照護輔佐人員而言，能有穩定的收入及團隊合作降低照護壓力。

本策略（擴大住院整合照護計畫）是未來臺灣醫院全面推動全責照護及永續醫院醫療服務量能的基石，期望透過本計畫策略逐步達成全民住院由醫院照護的願景，以因應未來人口老化、勞動人口的下降。

本部每年持續透過健保協商爭取經費辦理，以提供試辦醫院穩定經費發展我國住院照護分級分工模式，未來同步考量各種財源可能，依試辦成效及財源擴大規模推動，為社會的健康福祉帶來實質貢獻，創造多贏局面。以下就試辦計畫策略執行重點說明：

### 1. 策略作法

#### (1) 持續推動「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」：

##### ① 推動模式

A. 因應民眾因疾病住院期間伴隨之必要健康照護需求，由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度安排照護輔佐人力納入病房團隊，與護理人員共同照護。

B. 採健保給付與民眾分擔機制，由健保支付「住院整合照護管理費（P7201B）」每人日 750 點，醫院收取「住院整合照護輔佐服務費」：每人日 0-1,050 元，較民眾自聘看

護費用，經濟負擔可降低 6 成（從每日 2,600 元降低至 0-1,050 元）。

C. 提供家屬選擇權，可不參與條件：

- a. 家屬自行照顧。
- b. 家中原聘請之外籍看護工連續照顧。
- c. 自我照顧獨立之病人（日常生活活動 ADL 滿分者）。
- d. 病人特殊狀況，需要 1 對 1 照顧服務。

② 人力配置

醫院依病人照護需求項目估算所時數，規劃住院整合照護人力最適組合（Skill -Mixed Model），以照護輔佐人員每日 2 班或 3 班工時計算並配合床數計算照護比，可採固定人員於病房服務但院方得視特性及病人疾嚴重程度，規劃人力配置及支援等彈性調度機制由病房統合運用。

③ 醫院照護輔佐人員管理與業務範圍

- A. 醫院應訂定照護輔佐人員臨床照護之管理、監督與查核機制（含操作技術稽核），且有專責人員負責其招募、排班調度、工時、訓練、留用、品質制度等管理作業。
- B. 醫院照護輔佐人員應至少具備照護服務員資格，醫院應依照護需求與人力現況，依本部鎖定業務範圍自訂適當工作內容，並視需要提供補強、進階訓練。

④ 品質監控機制

- A. 訂定品質監控指標計 4 項，包括：全院推動住院整合照護涵蓋率、住院整合照護病床使用率、住院整合照護病人總人次數、住院整合照護病人平均住院天數。
- B. 每季填報：含健保資料庫統計（服務涵蓋率、病床使用率及平均住院天數）及醫院填報醫院管理者、病人、家屬及照護人員滿意度。

(2) 建立我國照護輔佐（Nurse aide, NA）制度：因應未來全面推動之照護輔佐人力需求（推估 25,000 人-36,000 人）及人力管理整備，需發展醫院照護輔佐人力制度，現行試辦計畫，已將照顧服務員及學校護理或照顧相關科（組）畢業者納入照護輔佐人力來源，鼓勵試辦醫院自訓自用；並於 112 年配合行政院「留用外國中階技術人力計畫」政策，與國家發展委員會、勞動部研議新增中階技術醫院照護輔佐工作，充實國內照護人力資源；同時，為擴大人力運用，建立我國照護輔佐（護佐）制度，開放醫院自訓自用。護佐由已完成護理教育惟尚未通過國考之護理畢業生擔任，其角色定位得在護理人員指導下輔助護理業務，減少護理畢業即轉職的流失；為確保核心能力及照護品質，將透過專家會議研訂醫院進用資格、教育訓練課程指引及工作範圍等，透過業務、職級、薪資分級，帶動產學人力運用；同時建立輔導與訓練單位認證機制，加速建立完整護佐人力體系，發展因地制宜、因院創新之照護人力。

## 2. 預期效益

- (1) 落實醫院全責照護責任與制度，提升住院照護品質，強化醫院感染控制機制。
- (2) 高齡社會醫院體系照護人力的超前整備。
- (3) 完善我國住院照護分級分工制度，永續醫院照護服務量能。

## 3. 預算

由全民健康保險醫療費用、公務預算及民眾分擔費用支應，評估各種財源可能，擴大規模推動。

## (十) 國考增次、題數減少

考照率影響護理人力之來源，由考試院偕同本部、考選部、教育部共同檢討研商專技高考護理師考試檢討，期望透過增加考試次數、減少考試題目以及增聘實務專家命題方式，使符合護理師臨床實務所需的核心職能及需謹慎判斷並做決定的實際情境。

### 1. 策略作法

- (1) 自112年起辦理每年3次專技高考護理師考試。
- (2) 調減試題題數由80題減為50題，並自112年第3次考試開始實施；未來將進行減題後應配合核心職能逐步提升試題品質與效度。
- (3) 持續由考試院、本部、考選部及教育部共同成立護理師國家考試及教考用工作圈，檢討護理教、考、用一致等議題。

### 2. 預期效益

考選出用人機關及醫療產業所需的稱職護理師，及增加進入職場執業之護理師。

### 3. 預算：由考選部編列預算執行。

## (十一) 教考用之人力監測平台

護理師培育是教考用連結的長期過程，需於教育端、考試端、用人端三個階段之資訊能整合應用於臨床工作上，透過常態監測機制，利用數據分析提供護理人力教考用決策參考。

### 1. 策略作法

(1) 建立護理人力教考用常態監測機制，提供護理人力教考用決策參考

① 完成護理人力相關指標建立及政府資料資訊(考選部、教育部、衛福部)常態性台灣護理人力供需監測之試作方案及資料庫規劃專案。

② 完成資料庫建立：以人串接教考用資料，使護理人力監測智慧化，自動產出 BI 視覺化圖表。

(2) 持續由考試院、本部、考選部及教育部共同成立護理師國家考試及教考用工作圈，檢討護理教、考、用一致等議題。

### 2. 預期效益

護理人力相關指標建立及常態性台灣護理人力供需監測智慧化，有助護理人力教考用決策參考。

3. 預算：由科技計畫預算支應，建置教考用之人力監測平台。

## (十二) 投資護理人力培育

畢業生是護理人力庫的源頭，衡酌各國經驗及因應人口老化之中長程護理人力需求，擴大護理教育體系的培育人數有其必要，教育部計畫擴充四年制及學士後的護理培育人數，自 113 年起增加投資 10% 護理人力培育員額。

### 1. 策略作法

- (1) 鼓勵大學院校四年制日間部護理系擴充 10% 名額：教育部業以 112 年 9 月 11 日臺教技通字第 1122302587 號通函，函請大學院校擴充 113 學年度四年制日間部護理系 10%（以四捨五入計算招生名額，以提升具報考護理師國家考試資格之學生。
- (2) 鼓勵大學院校護理系申辦學士後護理系，增加培育人數。
- (3) 改善護理職場環境留任男性護理人力並鼓勵男性投入護理行業，本部持續推動措施，如下：
  - ① 與護理團體共同推動護理專業形象宣導，辦理男性護理職場工作現況與優勢宣導，藉由男性護理人員之現身說法或相關活動露出，鼓勵男性進入護理科系就讀，並加強男性護理角色招募、宣傳用語和圖像。
  - ② 推動護理人員性別工作平等在職教育課程。
  - ③ 鼓勵及協助安排男性護理人員參與專業團體活動、擔任團體代表(如專業學協會理監事、政府機關之專家代表等)與政策參與，強化專業地位與自我認同。
  - ④ 建置「護理職場爭議通報平台」，提供職場性別不友善案件通報管道，改善職場困境。

### 2. 預期效益

114 年至 117 年預計培育畢業生人數 9,300 人、9,300 人、9,500 人、9,500 人。

### 3. 預算：由教育部及本部自行編列預算執行。

## 伍、期程及資源需求

### 一、計畫期程

本計畫為 4 年期中長程計畫，執行期程自民國 114 年起至 117 年。

### 二、經費來源及計算基準

(一) 本計畫由衛福部主責推動，依執行業務需求估算，經費來源由公務預算支應，計畫期程為 114 至 117 年，所需經費為 27,540,000 千元（每年 6,885,000 千元）。

#### (二) 計算基準

##### 1. 三班輪值夜班護理人員直接獎勵：

###### (1) 計算公式：

夜班獎勵經費 = 大小夜上班護理人次數 \* 小大夜夜班獎勵費用 \* 30 日 \* 12 個月。

(2) 以 108 年佔床率（醫學中心 80%、區域醫院 70%、地區醫院 60%）計算，醫院急性一般病床為 8 萬 1,124 床，再依各層級護病比配置計算所需配置護理人力推估，醫學中心小夜班 71,633 人次數/月、大夜班 57,306 人次數/月；區域醫院小夜班 77,751 人次數/月、大夜班 64,793 人次數/月；地區醫院小夜班 32,368 人次數/月、大夜班 25,894 人次數/月。

(3) 以醫療機構設置標準（人床比）推估，其他特殊病床 5 萬 7,040 床（包含慢性一般病床、加護病床、急性觀察病床等），推估所需護理人力。

2. 護理友善職場典範：每年頒發 20 家醫院，每家 1,250 千元護理人員專用獎金，每年所需經費 25,000 千元。

3. 護理新手臨床教師制度

(1) 臨床教師每人每月訓練費 30 千元，12 個月共 360 千元。

(2) 預估每年新領證執業及離開職場 2 年後再回流人員共計至少

5,000 位以上，至少需 1,000 位臨床指導教師，每年所需預算約 360,000 千元。

#### 4. 三班護病比達標醫院獎勵

- (1) 護理人員薪資年成本：每人每年約 660 千元。
- (2) 以護理時數、工作量計算合理三班護病比標準，護理人力缺口推估為 7,582 人。
- (3) 以醫院聘任新進護理人員平均一年所需成本約為 660 千元，以護理人力缺口推估為 7,582 人，所需成本需 50.04 億元 (7,582 人 \*660 千元)，以所需成本 50% 作為補助推估經費估算，每年預算約需 25 億元，4 年編列預算 100 億元。

表三 各項經費編列一覽表

單位：千元

項目 年度	114 年	115 年	116 年	117 年	合計
1.三班輪值夜班護理人員直接獎勵	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	16,000,000
2.三班護病比達標醫院獎勵	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
3.護理友善職場典範	25,000	25,000	25,000	25,000	100,000
4.護理新手臨床教師制度	360,000	360,000	360,000	360,000	1,440,000
總計	6,885,000	6,885,000	6,885,000	6,885,000	27,540,000

表四 12 項策略其他策略預算來源一覽表

項目 年度	114 年	115 年	116 年	117 年
1.三班護病比填報			-	
2.三班護病比標準訂定			-	
3.公職護理師比例調升	教育部、國防部、退輔會、衛福部醫福會與縣市政府自行編列預算施行			
4.智慧科技減輕護理負荷	各單位自行編列預算施行。			
5.擴大住院整合照護計畫	(1) 111 年起於全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」111 年 3 億元，112 年及 113 年 5.6 億 (2) 試辦結果建立照護模式後，評估各種財源可能，擴大規模推動			
6.國考增次、題數減少	考選部自行編列預算施行			
7.教考用之人力監測平臺	科技計畫預算支應			
8.投資護理人力培育	教育部自行編列預算施行			

### 三、經費需求(含分年經費)及與中程歲出概算額度分配情形

執行本計畫所需總經費約為新臺幣(下同) 27,540,000 仟元整，經常門 27,500,000 仟元整、資本門 40,000 仟元整。於 114 年至 117 年各年度經費預算編列金額皆為 6,885,000 仟元整，分年經費詳如表。另本計畫配合中程歲出概算規劃額度控管機制，依行政院核定之年度主管機關「中程歲出概算規劃額度」內據以編列歲出概算，以賡續實施中程計畫預算作業制度。如於年度中有修正「中程歲出概算規劃表」之需求，將調整各項計畫優先順序及經費安排，並敘明修正理由，復報請國家發展委員會備查。

### 四、分年經費表

表五 各年度大項經費一覽表

單位：千元

年度項目	114 年	115 年	116 年	117 年	合計
經常門	6,875,000	6,875,000	6,875,000	6,875,000	27,500,000
資本門	10,000	10,000	10,000	10,000	40,000
總 計	6,885,000	6,885,000	6,885,000	6,885,000	27,540,000

## 陸、預期效果及影響

因應少子化、人口老化、疫後護理人員離職增加及戰後嬰兒潮出生的護理人員面臨退休時期，護理人力短缺是全世界各國共同的挑戰，然護理人力問題並非單一領域議題，與大環境、供需因素環節相扣，因此行政院 112 年 9 月 28 日通過護理人力政策整備 12 項策略計畫(112-119 年)，整合本部、教育部、考選部、國防部、退輔會等 5 部會之力，從職場改善、薪資改善及人才培育三個面向 12 項策略，改善護理人員之執業困境，建立合理工作負荷、薪資福利與制度創新並增加投資護理教育，讓考試更符合臨床實務，除讓新進及資深護理人有感，發揮及肯定自身專業價值，全面提升畢業數、考照率、執業率，強化台灣護理人力體系，提升人民健康覆蓋率，並精進我國醫療照護之韌性，以達到減緩現有護理人力短缺，及因應台灣至 2030 年護理人力需求數需新增 5.5 萬護理人力(需求約 24 萬人)之目標。

## 柒、財務計畫與效益分析

一、本計畫為中央主辦計畫，預算以公務預算為主要經費來源，無自籌經費，均依目前可掌握之單價數量等資訊估算，執行本計畫所需經費約為 275 億 4,000 萬元。(詳見本計畫「伍、期程與資源需求」)

### 二、不可資金化之經濟效益分析

(一) 降低醫院營運成本：研究指出一位護理人員，需再補充一位同能力護理師，所需要的成本大約為一位護理師薪資的 3 倍；在護理職場改善後，護理執業人數將增加，離職率降低；各級護理校院新生人數也顯著上升，醫療機構並未因提高護理人力而導致財務緊縮或惡性倒閉，反而因護理人力充沛，各項感染發生率下降，而降低醫院營運成本。查勞動部最新 112 年公告之護理人員年薪約 72.2 萬元，又查健保署公開 111 年醫事服務機構住院費用申報狀況，以醫學中心為例：住院費用申報平均每日點數 12,653，換算平均年點數 4,618,345，再以現行公告之三班護病比標準，白班為 1 位護理人員照護 6 床病人觀之，爰聘足 1 位護理人員所帶來的營運效益遠高於人事成本付出，亦可降低醫院營運成本。

(二) 照護品質提升：友善醫院執業環境，吸引護理人員投入健康照護體系，增加護理人員工作滿意度及健康，提升病人照護和醫療品質，並透過醫院每月至健保資訊網服務系統(VPN)填報之「品質報告」監測成果情形（包含：急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標）。

(三) 護理人力彈性運用：本計畫補助醫院因院創新建立護理人力庫，提供無法輪值三班的護理人員多元選擇職涯發展，有助於人才運用，擴大醫院的人力量能，有助於應對醫院突發事件或服務需求，確保病患能夠得到適時和充足的護理服務，同時也有利於提升護理工作的效率和滿意度，透過護理人員離職率變動情形掌握本項效益的成果分析。

## 捌、附則

### 一、風險管理

依據「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業原則」之規範，針對「風險管理」掌握可能影響機關施政目標無法達成之內、外部風險，透過風險辨識、分析及評量，降低各機關施政目標無法達成之風險，並採取相關管控及危機處理：

- (一) 風險辨識：本計畫未來受到護理培育人力、護理師國考通過考照、進入職場執業留任情形、照護負荷重及勞動條件等護理職場環境改善情形等因素影響，而無法順利推展。
- (二)風險分析：參考「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」(詳如表1)及「風險影響程度分類表」(詳如表2)。

表1：風險發生機率分類表—機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
機率之描述	發生機率0%-40%；只會在特殊的情況下發生	發生機率41%-60%；有些情況下會發生	發生機率61%以上；在大部分的情況下會發生

表2：風險影響程度分類表-影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象受損	要求追究衛生福利部行政責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

(三)風險評量：經上述風險分析，參考上列表1「風險發生機率分類表」及表2「風險影響程度分類表」進行評量，風險項目影響程度皆屬「嚴重」，發生機率屬「可能發生」，有關風險圖像如下圖一，風險值之計算方式為影響程度及發生機率之乘積(風險值=影響程度\*發生機率)。

圖一：風險圖像

影響程度	風險分布		
非常嚴重 (3)	3 (high risk) 高度危險的風險	6 (high risk) 高度危險的風險	9 (extreme risk) 極度危險的風險
嚴重 (2)	2 (moderate risk) 中度危險的風險	4 (high risk) 高度危險的風險  護理培育人力、 護理師國考通過 考照人數低。	6 (high risk) 高度危險的風險
輕微 (1)	1 (low risk) 低度危險的風險	2 (moderate risk) 中度危險的風險	3 (high risk) 高度危險的風險
	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
	發生機率		

極度風險 (R=9) 需要立即採取行動。

高度風險 (R=6) 管理階層需要督導所屬研擬計畫並提供資源，予以處理。

中度風險 (R=3~4) 需明定管理階層的責任範圍，做必要監視。

低度風險 (R=1~2) 予以容忍，依現行步驟處理。

(四)風險處理：為減少風險對本計畫之影響，擬具風險對策，進而建立下表3「風險評估處理彙總表」及表4「殘餘風險圖象」，降低風險等級。

表 3 風險評估處理彙總表					
風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性x影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性x影響程度)
護理培育人 力、護理師 國考通過考 照人數低	環境少子女化 及社會大眾對 護理形象影響 護理科系學校 招生數及培育 人數（畢業 端）；應屆畢 業生及非應屆畢 業生數影響到 及格率，考試 命題方向有無 符合臨床實務 之切合度、科 目題目數合理 性（考照端） 等影響及格人 數。	1. 護理人才培育措施：持 續鼓勵大學校院護理 系申辦學士後護理系、 高等教育深耕計畫、獎 勵補助私立技專校院 整體發展經費計畫、優 化技職教院實作環境 計畫及建置區域產業 人才及技術培育基地 計畫、產學攜手合作計 畫 2.0、五專展翅計畫 等，增加培育人數。  2. 護理師國考：112 年起 增辦第 3 次專技高考 護理師考試、112 年第 3 次考試開始實施調 減護理師所有應試科 目試題題數為 50 題試 題題數（原 80 題）、修 正護理師職業核心職 能、檢視修正核心職能 與應試科目連結合宜 性及各科目占分比重 妥適性、增進護理師考 試試題品質等，符合護 理師臨床實務所需的。	4 (2x2)	1. 國考增 次、題數 減少。  2. 教考用 之人力 監測平 台。  3. 投資護 理人 力 培育。	2 (2x1)
照護負荷重 及勞動條件 等護理職場 環境改善情 形不符護理 人員期待	負向職場環 境、人員的職 業疲憊、社交 及家庭生活不 平衡等會影響 護理人員離職 流失。	為改善職場環境，持續推 動多項措施：全日平均護 病比入法、護病比與護理 費給付連動、全民健保挹 注資源用於提升護理照 護品質、全民健康保險住 院整合照護服務試辦計 畫、公立機構護理師師	4 (2x2)	1. 三班護 病比填 報。  2. 三班護 病比標 準。  3. 三班輪 值夜班 護理人 員直接 獎勵。	2 (2x1)

表 3 風險評估處理彙總表					
風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性×影響程度)
		(三) 級任用、調漲公立醫院護理(助產)人員夜班費支給、建置護理職場爭議通報平台等。		4. 三班護病比達標醫院獎勵。 5. 公職護理師比例調升 6. 護理友善職場典範獎勵。 7. 智慧科技減輕護理負荷。 8. 護理新手臨床教師制度。 9. 擴大住院整合照護計畫。	
年度預算無法滿足計畫編列及執行所需經費	計畫所需經費與實際分配到可使用之經費有落差，影響計畫執行內容或難以達成預期目標。	依據實際分配到之經費調整計畫執行項目，籌措單位內其他計畫結餘款。	4 (2x2)	積極爭取預算。	2 (2x1)

表 4 殘餘風險圖象

發生機率 影響程度	幾乎不可能 (1)	可能 (2)	幾乎確定 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	<p><b>中度風險 R=2</b></p> <p>護理培育人力、 護理師國考通過 考照人數低。</p> <p>照護負荷重及勞 動條件等護理職 場環境改善情形 不符護理人員期 待。</p> <p>年度預算無法滿 足計畫編列及執 行所需經費</p>	高度風險 R=3

## 二、相關機關配合事項

### (一) 教育部：

1. 增加投資護理人力培育員額。
2. 配合辦理護理人力教考用常態監測機制，提供護理人力教考用決策參考。

### (二) 考選部：

1. 自112年起辦理每年3次專技高考護理師考試。
2. 未來將進行減題後應配合核心職能逐步提升試題品質與效度。
3. 配合辦理護理人力教考用常態監測機制，提供護理人力教考用決策參考。

### (三) 教育部、國防部、退輔會、醫福會：

依各公立機關需求，鼓勵逐步提升公職護理師比例。

### (四) 本部中央健康保險署：

1. 持續啟動醫院每月健保VPN系統三班護病比填報。
2. 監測與收集醫院三班護病比情形，作為三班護病比政策研擬推動之參考。
3. 持續推動「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。

### 三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表

表1、中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	✓				非延續性計畫
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)		✓			
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓			
2、民間參與可行性評估	(1)是否評估民間參與之可行性，並撰擬評估說明(編審要點第4點)		✓			無民間參與
	(2)是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		✓			無民間參與
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)		✓			(1)無替選方案
	(2)是否研提完整財務計畫	✓				
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓				(2)本計畫無自償性質，不適用。
	(2)資金籌措：本於提高自償之精神，將影響區域進行整合規劃，並將外部效益內部化		✓			
	(3)經費負擔原則： a.中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b.補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓				
	(4)年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	✓				
	(5)經資比1：2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		✓			
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		✓			
	(1)能否運用現有人力辦理	✓				
5、人力運用	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則	✓				為執行本計畫，需本增加對全國醫院獎勵及補助相關計畫之推

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源					動、執行、核銷及監測等業務，故請增預算員額5位，將另案簽陳。
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商 (2)是否檢附相關協商文書資料	✓ ✓				依照112年9月28日行政院第3873次會議決議辦理。
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍 (2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定（中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條） (3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地 (4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定 (5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理	✓ ✓ ✓ ✓ ✓				不適用(未涉及土地取得)。
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓				
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓				
10、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓			無須辦理。
11、淨零轉型通案評估	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標 (2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施 (3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標 (4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫 (5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件	✓ ✓ ✓ ✓ ✓				不適用(未涉及淨零轉型相關事項)。
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓			不適用(未涉及空間規劃)。
13、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓			不適用(未涉及政府辦公廳舍興建購置)。
14、落實公共工程或房屋建築	是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共		✓			不適用(未涉及公共工程或房

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
全生命週期各階段建造標準	工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行					屋建築)。
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		✓			不適用。
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		✓			
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓			不適用(未涉及無障礙環境設計議題)。
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		✓			不適用(未涉及高齡友善設施)。
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)		✓			不適用(未涉及營運管理)。
19、房屋建築朝近零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理		✓			不適用(未涉及房屋建築)。
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理		✓			不適用(未涉及開發建設)。
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓				由機關內部統一管制辦理。

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

表2、中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分—機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

- (一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少1人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。
- (二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：

1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。

2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

- (一) 請填寫完成【第一部分—機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分—程序參與】，宜至少預留1週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。
- (二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分—機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：護理人力12項策略工作計畫（114-117年）

主管機關	衛生福利部	主辦機關（單位）	護理及健康照護司第二科
------	-------	----------	-------------

**壹、看見性別：**檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。

評估項目	評估結果
<b>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</b> 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）可參考行政院性別平等會網站（ <a href="https://gec.ey.gov.tw">https://gec.ey.gov.tw</a> ）。	本計畫落實性別平等政策綱領健康、醫療與照顧領域之精神與內涵，建構性別友善的健康、醫療與照顧的職場環境，改善勞動條件及性別隔離。

評估項目	評估結果
<b>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析（含前期或相關計畫之執行結果），並分析性別落差情形及原因】</b> 請依下列說明填寫評估結果： a.歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」（ <a href="https://www.gender.ey.gov.tw/research/">https://www.gender.ey.gov.tw/research/</a> ）、「重要性別統計資料庫」（ <a href="https://www.gender.ey.gov.tw/gecdb/">https://www.gender.ey.gov.tw/gecdb/</a> ）（含性別分析專區）、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」（ <a href="https://gec.ey.gov.tw">https://gec.ey.gov.tw</a> ）。 b.性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：	1. 依據護理人員暨機構管理資訊系統113年2月統計，男性護理人員執業人數8,170人(占比4%)，女性護理人員執業人數18萬1,802人(占比96%)。 2. 護理執業場域因其養成教育及文化背景之特殊性，以女性居多，本計畫係為增加護理培育員額、精進執照考試並改善護理人員薪資及勞動條件，未來

<p>①政策規劃者（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。</p> <p>②服務提供者（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。</p> <p>③受益者（或使用者）。</p> <p>c.前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析（例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性），探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3 找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d.未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如 2-1 之 f）。</p>	<p>建立護產人員之性別、年齡等相關資料並進行統計分析。</p>
<p><b>評估項目</b></p>	<p><b>評估結果</b></p>
<p><b>1-3【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</b></p> <p>性別議題舉例如次：</p>	<p>依欄位 1-2 性別統計及計畫本文問題評析，本計畫性別議題如下：</p>
<p><b>a.參與人員</b></p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p><b>b.受益情形</b></p> <p>①受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>②受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p><b>c.公共空間</b></p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>①使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>②安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>③友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p><b>d.展覽、演出或傳播內容</b></p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p><b>e.研究類計畫</b></p> <p>研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注</p>	<p>1. 護理人員執業環境之工作與生活平等。</p> <p>2. 破除護理人員之性別刻板印象，鼓勵男性進入護理領域改善性別隔離。</p>

不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。	
<b>貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。</b>	
<b>評估項目</b>	<b>評估結果</b>
<p><b>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</b></p> <p>請針對 1-3 的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p><b>a.參與人員</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。</li> <li>②加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。</li> <li>③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。</li> </ul> <p><b>b.受益情形</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。</li> <li>②增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。</li> <li>③增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。</li> </ul> <p><b>c.公共空間</b></p> <p>回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p><b>d.展覽、演出或傳播內容</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。</li> <li>②提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。</li> </ul> <p><b>e.研究類計畫</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①產出具性別觀點之研究報告。</li> <li>②加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</li> </ul> <p><b>f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</b></p> <p><b>g.其他有助促進性別平等之效益。</b></p>	<p>■有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼 P.23。</p> <p>□未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p>
<b>評估項目</b>	<b>評估結果</b>
<p><b>2-2【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</b></p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p><b>a.參與人員</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。</li> </ul>	<p>■有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：P.51</p> <p>□未訂定執行策略者，請說明原因及改善方法：</p>

②前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。

#### b.宣導傳播

①針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。

②宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。

③與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。

#### c.促進弱勢性別參與公共事務

①計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。

②規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。

③辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。

④培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

#### d.培育專業人才

①規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。

②辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。

③培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。

④辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

#### e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

①規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。

②製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。

③規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。

#### f.建構性別友善之職場環境

委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別

<p>友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。</p> <p><b>g.具性別觀點之研究類計畫</b></p> <p>①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。</p> <p>②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。</p>	
<p><b>評估項目</b></p> <p><b>2-3【請根據 2-2 本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】</b></p> <p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p><b>評估結果</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：本計畫未來在改善護理勞動條件、推動護理人員工作與生活平衡職場環境、改善性別隔離等工作，所需經費將根據計畫實施進程，依性別預算作業原則及注意事項，於實支年度納入計畫預算編列。</p> <p><input type="checkbox"/>未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫並無特定性別，故亦無依性別編列經費。</p>

**【注意】**填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分－程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。

<p><b>參、評估結果</b></p> <p>請機關填表人依據【第二部分－程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。</p>		
<p><b>3-1 綜合說明</b></p>	<p>有關性別影響評估檢視表經性別平等委員檢視後建議「未來可善用教考用協力平台，透過人才培育的教育端，鼓勵大專校院招收更多的男性進入護理科系就讀」，以及未來持續追蹤各項計畫執行成效，以及持續建立護產人員之性別、年齡等相關資料並進行統計分析。」事項，本司將列入參酌。</p>	
<p><b>3-2 參採情形</b></p>	<p>3-2-1 說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）</p>	<p>已參採委員意見，將於計畫執行過程中，持續進行相關成效追蹤及資料分析，並強化教考用平台教育端男性護理科系學生之招收。</p>
	<p>3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃</p>	<p>已參採委員意見。</p>
<p><b>3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：</b></p> <p>已於 年 月 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。</p>		

- 填表人姓名：練睿慈 職稱：科員 電話：(02)8590-7127 填表日期：113 年 3 月 26 日
- 本案已於計畫研擬初期徵詢性別諮詢員之意見，或提報各部會性別平等專案小組（會議日期：\_\_\_\_\_）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

- 性別諮詢員姓名：\_\_\_\_\_ 服務單位及職稱：\_\_\_\_\_ 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第\_\_\_\_款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）  
(請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案)

## 【第二部分－程序參與】：由性別平等專家學者填寫

程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：

- 1. 現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：<http://www.taiwanwomencenter.org.tw/>）。
- 2. 現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
- 3. 現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。

### (一) 基本資料

1.程序參與期程或時間	113 年 3 月 29 日 至 113 年 3 月 29 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	1.姓名職稱：王秀紅考試委員/教授 2.服務單位：考試院/高雄醫學大學 3.專長領域：護理教育、婦女健康、高齡長期照護、社區衛生、健康促進、健康新政策、性別主流化政策、領導與管理
3.參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見

### (二) 主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填 4 至 10 欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）

4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	未訂定性別目標
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜
10.綜合性檢視意見	一、本案為「護理人力 12 項策略工作計畫(114-117 年)」草案，主要目的為有效留任醫院護理人力，降低空缺率及離職率，以解決全國醫院護理人力問題。計畫研擬過程，廣泛收集各種利益關係人的意見，包括基層護理人員、護理專業團體、醫療專業團體、政府相關部門等。 二、本計畫內容依據護產人員暨機構管理資訊系統 113 年 2 月統計，男性護理人員執業人數 8,170 人(占比 4%)，女性護理人員執業人數 18 萬 1,802 人(占比 96%)。顯示，護理是一種女性多數的職業。護理人力在養成的

	<p>教育端，即以女性居多，而造成執業端性別比率的懸殊。建議：未來可善用教考用協力平台，透過人才培育的教育端，鼓勵大專校院招收更多的男性進入護理科系就讀。</p> <p>三、本計畫提出 12 項策略，其中，推動三班護病比、輪值夜班護理人員的獎勵、護理友善職場典範獎勵、住院整合照護計畫、利用智慧科技減輕護理負荷等，即在建立友善及正向的護理職場環境與勞動條件，尤其是提升護理人員的薪資福利、減輕工作負荷工作以及工作與生活平衡的需求，是重要的政策發展方向。建議：未來持續追蹤各項計畫執行成效，以及持續建立護產人員之性別、年齡等相關資料並進行統計分析。</p>
(三) 參與時機及方式之合宜性	合宜
	<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。</p> <p>(簽章，簽名或打字皆可) <u>王秀紅</u></p>

表3、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
<b>本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫 (請檢視填寫下列事項)</b>						
「十二項關鍵戰略」歸屬	屬「十二項關鍵戰略」之那一項： _____。 _____。		✓			本計畫不是適用於本表。
1、計畫緣起	(1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益		✓			
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		✓			
2、計畫目標(含績效指標、衡量標準及目標值等)	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓			
	(2)績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等		✓			
3、現行相關政策及方案之檢討	(1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告		✓			
	(2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效		✓			
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓			
	(2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦理公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等； ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。		✓			
	(3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型		✓			

5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓			
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓			
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式		✓			

### 三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表

表1、中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	✓		✓		非延續性計畫
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)		✓		✓	
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓		✓	
2、民間參與可行性評估	(1)是否評估民間參與之可行性，並撰擬評估說明(編審要點第4點)		✓		✓	無民間參與
	(2)是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		✓		✓	無民間參與
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)		✓		✓	(1)無替選方案
	(2)是否研提完整財務計畫	✓		✓		
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓		✓		(2)本計畫無自償性質，不適用。
	(2)資金籌措：本於提高自償之精神，將影響區域進行整合規劃，並將外部效益內部化		✓		✓	
	(3)經費負擔原則： a.中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b.補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓		✓		
	(4)年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	✓		✓		
	(5)經資比1：2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)	✓		✓		
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度	✓		✓		
	(1)能否運用現有人力辦理 (2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則	✓		✓		
5、人力運用		✓		✓		為執行本計畫，需本增加對全國醫院獎勵及補助相關計畫之推

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則擬定)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	c.請增人力之類別及運用方式 d.請增人力之經費來源					動、執行、核銷及監測等業務，故請增預算員額5位，將另案簽陳。
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商 (2)是否檢附相關協商文書資料	✓		✓		依照112年9月28日行政院第3873次會議決議辦理。
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍 (2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定 (中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條) (3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地 (4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定 (5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理	✓		✓		不適用(未涉及土地取得)。
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓		✓		
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓		✓		
10、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓		✓	無須辦理。
11、淨零轉型通案評估	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標 (2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施 (3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標 (4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫 (5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件	✓		✓		不適用(未涉及淨零轉型相關事項)。
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓		✓	不適用(未涉及空間規劃)。
13、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓		✓	不適用(未涉及政府辦公廳舍興建購置)。
14、落實公共工程或房屋建築	是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共		✓		✓	不適用(未涉及公共工程或房

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關	備註
		是	否		
全生命週期各階段建造標準	工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行				屋建築)。
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		✓	✓	不適用。
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		✓	✓	
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理	✓		✓	不適用(未涉及無障礙環境設計議題)。
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理	✓		✓	不適用(未涉及高齡友善設施)。
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)	✓		✓	不適用(未涉及營運管理)。
19、房屋建築朝近零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理	✓		✓	不適用(未涉及房屋建築)。
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理	✓		✓	不適用(未涉及開發建設)。
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓		✓	由機關內部統一管制辦理。

主辦機關核章：承辦人

萬任練睿慈

單位主管

管理及健康照護司  
蔡淑鳳

首長

部長薛瑞元

主管部會核章：研考主管

綜合規劃司  
廖富崑

會計主管

會計處  
張育珍

首長

部長薛瑞元

表3、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則擬定)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫（請檢視填寫下列事項）						
「十二項關鍵戰略」歸屬	屬「十二項關鍵戰略」之哪一項： _____。 _____。		✓		✓	本計畫不是適用於本表。
1、計畫緣起	(1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益		✓		✓	
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		✓		✓	
2、計畫目標(含績效指標、衡量標準及目標值等)	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等		✓		✓	
3、現行相關政策及方案之檢討	(1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告		✓		✓	
	(2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效		✓		✓	
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		✓		✓	
	(2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦理公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等； ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。		✓		✓	
	(3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型		✓		✓	

5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容	✓		✓	
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容	✓		✓	
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式	✓		✓	