



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

病人安全 通報事件管理

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

詹碧端 113.08.12



一、台灣病人安全通報系統

TPR (**T**aiwan **P**atient-safety **R**eporting system)

二、「生產事故救濟條例」

三、醫療事故預防及爭議處理法

一、台灣病人安全通報系統



TPR (T aiwan P atient-safety R eporting system)

TPR在臨床上代表體溫、脈搏及呼吸，為人類最重要的生命徵象，
以此命名含有通報系統在病人安全中的不可或缺性

- 2003年11月起由衛生福利部補助醫策會辦理『全國性通報制度之建制與意外事件分析之可行模式評估』；2005年上線。
- 宗旨：保密、匿名、自願、無懲罰、共同學習
- 目的
 - 協助醫院建立院內通報制度，建置全國性病人安全外部通報系統
 - 發展我國通報事件分類架構與分析模式
 - 依據通報事件進行趨勢分析及提出警示訊息及學習案例
 - 建構異常事件學習與資訊分享的平台
 - 風險預測與管理

通報類別

1

跌倒事件

9

管路事件

2

藥物事件

10

院內不預期心跳事件

3

手術事件

11

麻醉事件

4

輸血事件

12

檢查 / 檢驗 / 病理切片事件

5

醫療照護事件

13

其他事件

6

公共意外事件

7

治安事件

8

傷害行為事件

TPR表單內容

- A. 事件資料 (時間、地點..等)
- B. 事件類別 (發生階段)
- C. 事件發生後的立即處理
- D. 預防此類事件再發生的措施或方法
- E. 事件再發生的可能情形
- F. 通報者身分別

通報管道

web通報

含醫院、診所與民眾

軟體上傳

(本會免費提供)

資料庫匯入

範圍

- Near miss event(跡近過失)
- No harm event
- Adverse event:輕→死亡

注意事項



- 強化資料正確性：

確認事件類別與事件嚴重度判定正確。

- 強化資料完整性：

為確保資料之完整性，於通報表單若未正確勾選相關欄位，且事件描述中也未提及，致無法協助校正之案件，將予以退件。

- 資料去辨識：

若事件說明欄位中含有當事者基本資料，會將所有可辨識資料刪除，以維護通報系統的保密原則。

去辨識原則



- **去辨識**：將具辨識度之機構名稱、人員姓名身分等相關資料，以代號替代或刪除部分文字，以至不具辨識度。
- **去辨識原則**：包括人員姓名、身分證字號、電話、地址、病歷號、床號、醫院或單位名稱等可辨識資料，予以刪除或以A、B等代號呈現，以無法推測原始可辨識資料為原則。針對系統直接收案但未去辨識之案例，於運用資料時會再次進行去辨識確認。

不符格式



- **超過該年度資料統計截止時間**：超過規定之通報時間
- **ADR (藥、醫材不良) 案件**：通報「全國藥物不良反應通報系統」
- **事件描述不全**：事件經過描寫不完整，以致無法理解事件發生經過並判斷各項欄位勾選是否正確
- **其他非TPR案件**：非TPR收案範圍之事件，如：繳費或計價相關、一般行政管理相關、DNR倫理問題等
- **重複案件**：通報一筆以上相同之事件
- **空白事件**：事件描述欄位為空白或多項欄位未填者
- **壓力性損傷(壓瘡)案件**：皮膚因壓力造成局部損傷，建議院內監測
- **抱怨事件**：抱怨院內同仁或病人之事件
- **員工針扎**：院內同仁不慎被針扎，建議院內監測
- **測試事件**：系統測試之事件



- 建議每月定期通報至TPR
- 病人安全事件通報期限：2024年起，將以事件發生日為準，最後通報期限為事件發生日當季結束後第二個月的最後一日
 - 第一季：5月31日
 - 第二季：8月31日
 - 第三季：11月30日
 - 第四季：隔年2月28日



• 量性資料：季報/年度報表

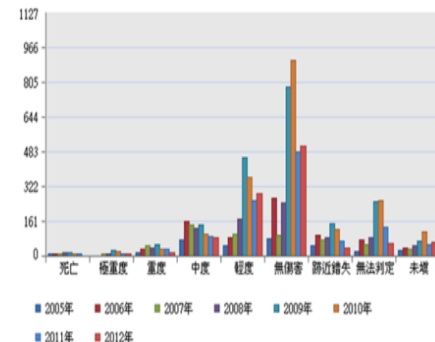
- 內容包含整體事件描述、各類事件相關統計、病人相關統計、通報者相關統計，以及各類事件相關統計等

質性資料：警示訊息與學習案例

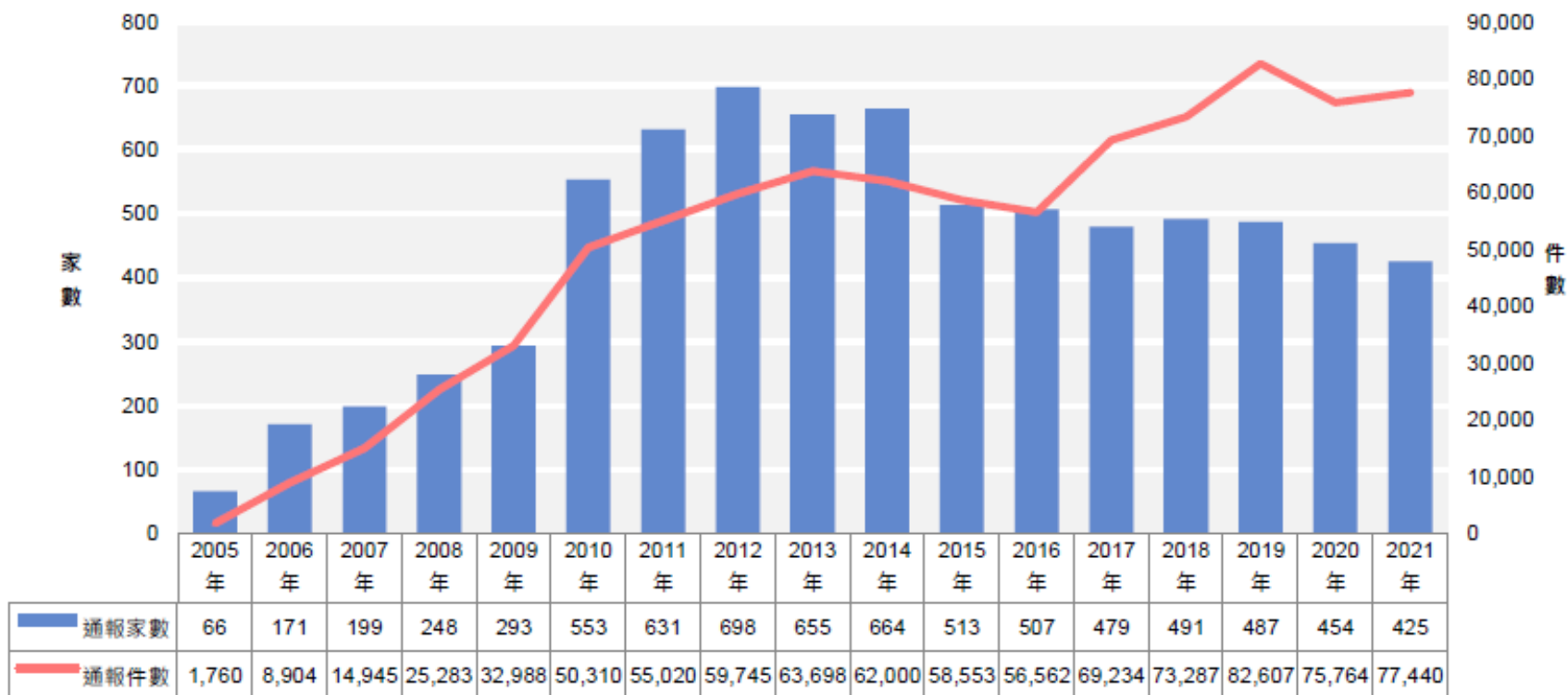
- 挑選嚴重度高、頻率高的案例，邀請專家針對案例的情境發展可供同儕學習之警示訊息與學習案例
- 已發布182則警示訊息與學習案例



跌倒事件發生於何項活動過程 (N=401為事件數)
※本數據呈現趨勢可用於未來進行異常事件風險管理之參考，感謝貴單位所提供之通報案件。



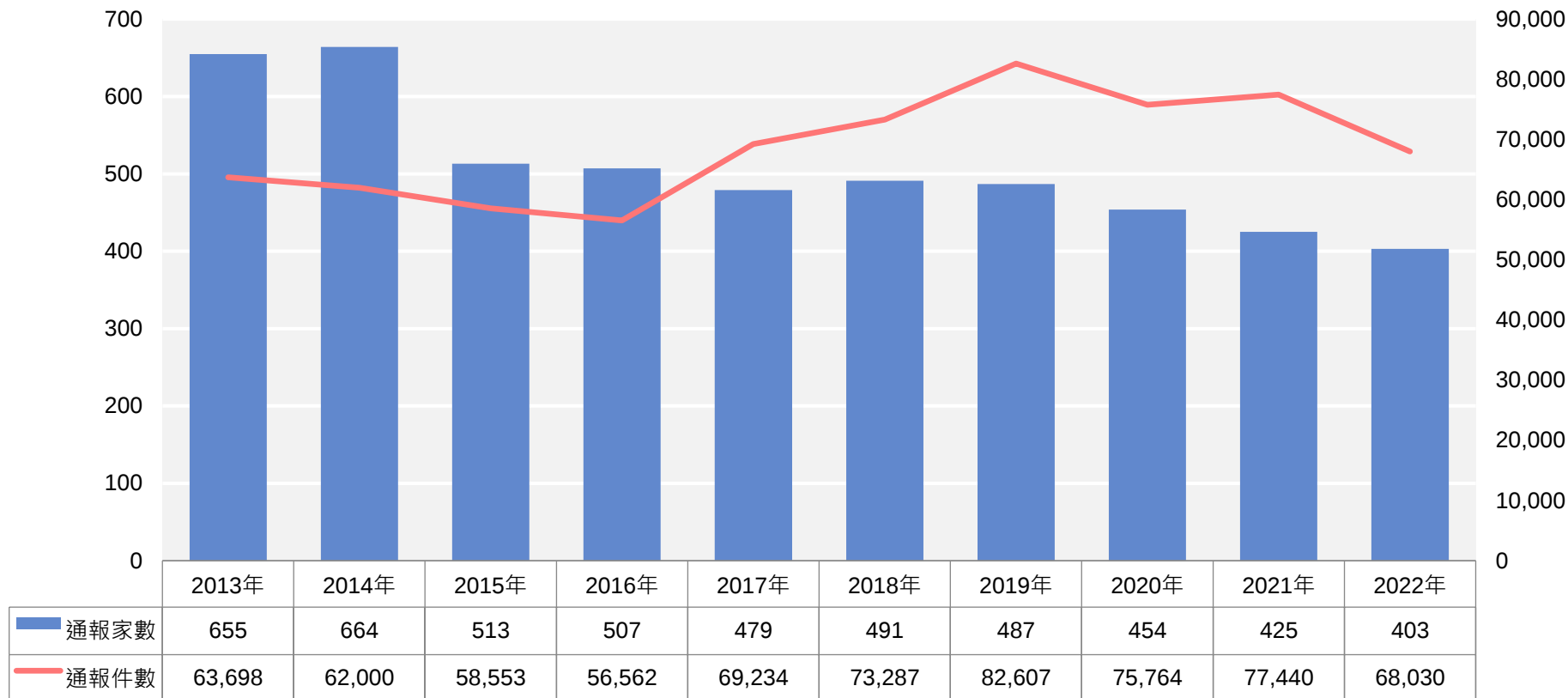
2005-2021年通報家數及件數統計 (依通報日期)



經人工校正修改
之案件約佔45%

- ✓ 欄位勾選正確性及完整性
- ✓ 事件說明去辨識：如姓名、ID、病歷號、地址、電話，或可辨識出機構、單位、人員等

2013-2022年通報家數及件數統計 (依通報日期)



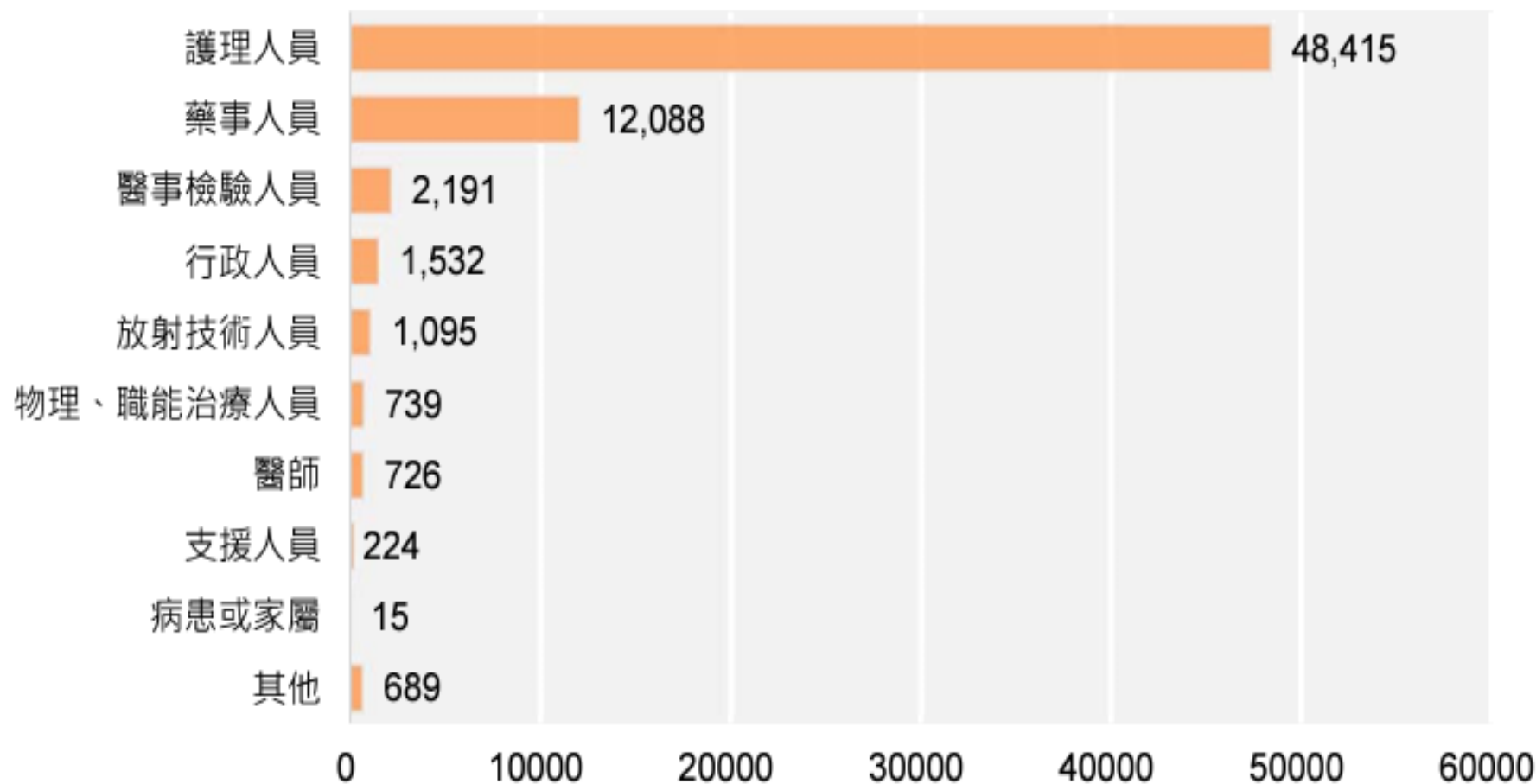
經人工校正修改
之案件約佔45%

- ✓ 欄位勾選正確性及完整性
- ✓ 事件說明去辨識：如姓名、ID、病歷號、地址、電話，或可辨識出機構、單位、人員等

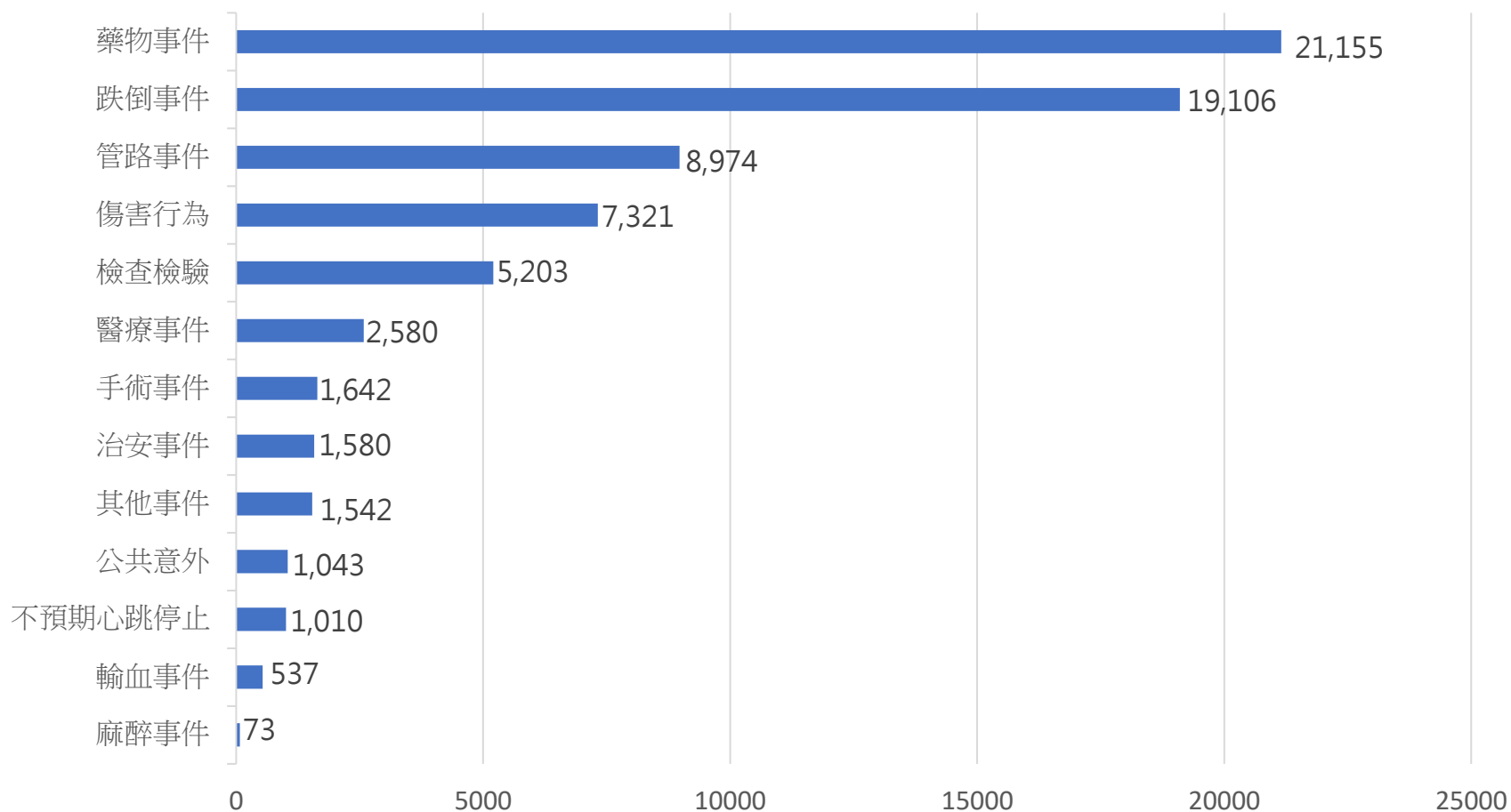
歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢 (2013-2022年)



通報者職類 (2022年)



通報事件數-依類別 (2022年)



藥物事件-注意事項



說明：與給藥過程相關之異常事件

- 調劑藥師未依醫囑調劑，覆核藥師發現後及時改正
→ 內部QC即可，不須通報TPR
- 承上，若覆核藥師未發現，將此調劑藥物發出，護理人員給藥前核對出此錯誤
→ 須通報TPR，錯誤階段為「藥局調劑錯誤」
- 遺漏給藥與未依時間給藥差異
 - 遺漏給藥：未於給藥時間給藥，發現後無法補給或無需補給
 - 未依時間給藥：未於給藥時間給藥，發現後再次詢問醫囑，依醫囑可立即補給予藥物



跌倒事件-注意事項



說明：因意外跌落至地面或導致身體接觸其他平面(含家俱)

- 病人於起身時，突然步態不穩而擦撞到旁邊椅子
- 物理治療師將個案放在椅子上，個案因躁動跌落
- 病人於檢查/檢驗或手術過程因搬運造成病人掉落



跌倒事件嚴重度判定-注意事項



Q：病人在浴室滑倒，X光發現左側脛骨骨折

A：病人跌倒後經醫師探視評估需額外接受X-ray檢查，即使無骨折情形，對病人健康影響程度仍為中度傷害

若X-ray檢查發現骨折情形需再次開刀延長住院時間，無論家屬是否考量病人年紀等因素拒絕開刀，傷害程度皆為重度傷害



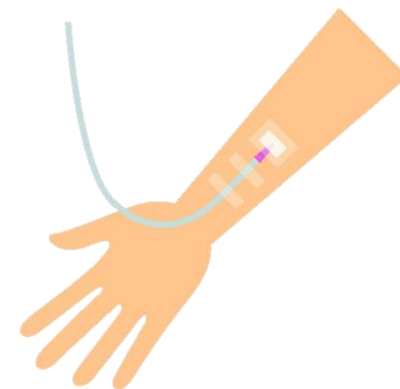
管路事件-注意事項



說明：任何管路置放部位錯誤、滑脫、自拔、錯接、阻塞及未開啟事件

- 管路插錯位置

→ 錯誤類型可勾選『其他：技術失當』



- Endo管路往外移位，如何判定？

→ Endo管路移位（不在固定位置上）即為滑脫，若確認功能正常，即時固定即可，屬於跡近錯失；反之，若確認為功能喪失，則依實際影響判定傷害程度

公共意外事件-注意事項



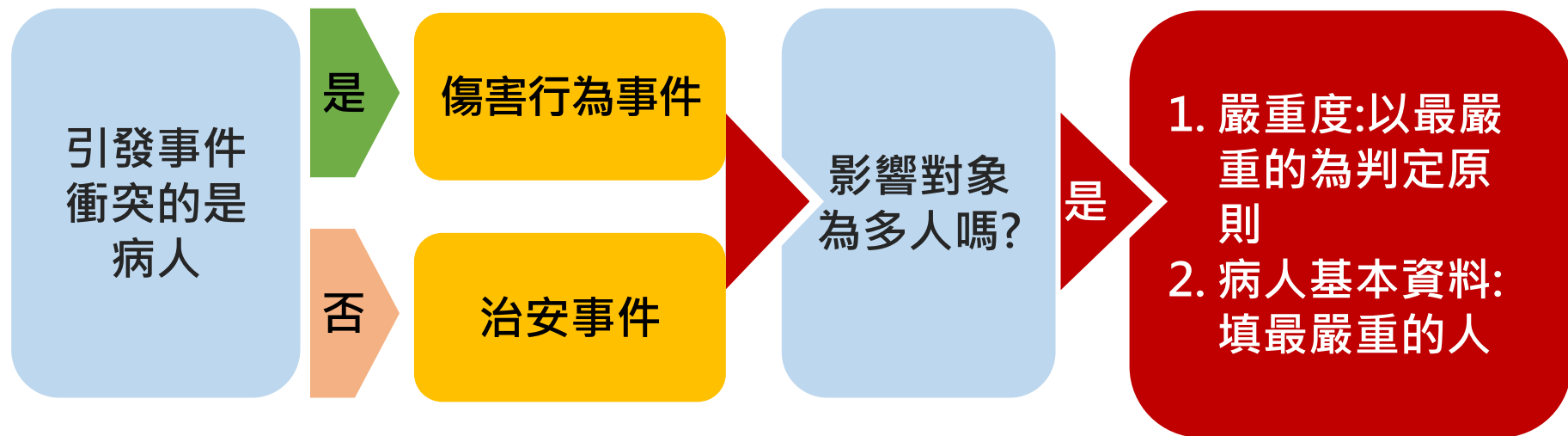
說明：建築物、通道、工作物、天災、有害物質外洩等事件

- 於醫院停車場下車時，臉部被停車場公告鐵牌割傷
→ 錯誤類型可勾選公共設施意外
- 病人坐救護車轉院途中發生車禍
- 病人於院區散步時被車輛撞到
- 高樓層停車場之車輛摔落
→ 錯誤類型可勾選『其他：交通意外』



治安事件 傷害行為事件

- 注意事項



- 精神病人因疾病症狀予以藥物治療及處置，不屬於有傷害；若攻擊他人出現疼痛症狀，另外予止痛劑則屬中度。
- 病人企圖自殺；醫護人員因此更加頻繁探視病人，屬中度傷害。

其他事件-注意事項

- 此事件無法歸類到12類別嗎？
 - 此事件會影響到病人安全嗎？
- 以上皆是，才歸為其他事件

- 其他事件類型：

- | |
|-----------------|
| 1. 非醫療照護過程之意外傷害 |
| 2. 病人辨識-冒用身分 |
| 3. 病人辨識 |
| 4. 感染管制 |
| 5. 病歷管理 |
| 6. 餐點 |
| 7. 其他 |



餐點-注意事項



醫療照護事件

給錯醫囑開立之特殊飲食，如:Soft Diet、低普林餐、新生兒母乳餵錯

手術事件

因病人需禁食，餐點送至病人單位，**病人還沒吃**

檢查/檢驗/病理切片事件

其他事件

餐點**有異物**、與病人要求不同：素/葷、牛奶/豆漿、牛肉/豬肉...等



影響程度：
跡近錯失

化療藥物滲漏-注意事項



藥物事件

滴注化療藥物滲漏侷限於皮膚組織內
→事件發生階段-給藥階段-藥物滲漏

公共意外事件

漏於皮膚外、掉落地面或其他平面以致藥物潑灑情形
→類型-化學物質外洩



事件可能發生原因

機構探討



- 各類事件可能發生原因前三名：
 1. 病人生理及行為因素
 2. 人員個人因素
 3. 工作狀態/流程設計因素
- 年報僅對於第四名溝通因素，進行細項分析。

溝通相關問題 明細	照護團隊間					照護團隊與病人間			病人與家屬/病友		其他溝 通因素	溝通 事件數
	醫護團 隊間溝 通不足	未清楚 交班	口頭醫 囑交代 不清楚	對縮寫 認知不 一致	書寫潦 草/標示 不清	團隊與 病人或 家屬間	衛教不 足或衛 教不當	未告知 病人完 整資訊	病人與家 屬缺乏溝 通	病友間 溝通不 良		
事件類別	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	N
藥物事件	69.3	12.0	2.7	0.7	2.2	22.1	3.1	4.4	-	-	3.2	1,500
跌倒事件	5.0	-	-	-	-	60.6	51.5	4.6	-	-	5.4	1,692
手術事件	63.2	-	-	-	0.4	28.4	11.7	23.0	3.3	-	3.1	486
輸血事件	95.2	-	-	-	2.9	3.8	0.0	1.0	-	-	0.0	104
醫療照護	73.1	-	-	-	-	31.5	13.9	6.1	1.6	-	0.4	1,004
公共意外	56.0	-	-	-	-	30.0	14.0	0.0	-	-	8.0	50
治安事件	11.4	-	-	-	-	65.3	23.6	5.3	-	-	8.4	475
傷害行為	1.4	-	-	-	-	16.9	1.6	0.6	7.3	76.0	0.9	1,677
管路事件	23.3	-	-	-	-	67.5	60.3	40.8	23.1	-	2.5	3,137
不預期 心跳停止	16.0	6.0	-	-	-	46.0	30.0	20.0	-	-	2.0	50
麻醉事件	57.1	14.3	14.3	-	-	35.7	7.1	0.0	-	-	0.0	14
檢查檢驗	81.3	-	-	-	-	20.3	2.8	5.9	-	-	1.0	774
總計	34.2	1.7	0.4	0.1	0.3	43.1	29.1	15.4	8.0	11.6	2.8	10,963



- 事件發生後的立即處理

***C. 此事件發生後的立即處理（可複選）**

☐ 無介入→

☐ 不需任何處理

☐ 病人拒絕處置

☐ 其他，請說明：_____

☐ 醫療介入→

☐ 持續觀察

☐ 加強照護防範

☐ 監測生命徵象

☐ 給予額外的藥物治療或醫療處置

☐ 傷口照護

☐ 停止與事件有關的用藥或治療

☐ 轉診或轉院治療

☐ 急救

☐ 其他，請說明：_____

☐ 其他介入→

☐ 予以病人家屬慰問及支持

☐ 移除與危害相關之設備或環境運作

☐ 通報警政機關

☐ 通報衛生主管機關

☐ 醫療團隊進行溝通

☐ 其他，請說明：_____

☐ 不知道

- 通報者是否為行政主管職

是否為行政主管職：○是 ○否



- 事件發生階段-傳送過程

☐傳送過程→↵

☐時間延遲 ☐地點錯誤 ☐藥物遺失 ☐藥物損毀 ☐藥品保存問題↵

- 應給藥物劑型

二、應給藥物劑型（可複選）→↵

☐口服藥 ☐注射劑 ☐外用藥（包括眼藥、藥膏、耳滴劑、栓劑） ☐吸入劑↵
☐化學治療針劑 ☐不知道 ☐其他，請說明：_____↵

- 藥物名稱

三、藥物名稱 ↵

應給藥名（劑型）：_____；↵

給錯藥名（劑型）：_____。↵



事件發生階段

B. 事件內容—藥物事件

**一、事件發生階段（可複選）：

☐醫囑開立與輸入

- ☐藥名錯誤 ☐途徑錯誤 ☐劑量錯誤 ☐頻率錯誤 ☐病人辨識錯誤 ☐劑型錯誤
- ☐數量錯誤 ☐天數錯誤 ☐多種藥品組合問題（藥品可能產生交互作用）
- ☐開立不適用病人病情藥物（如開立造成病人過敏的藥物、藥物不符病情或具有禁忌症）
- ☐稀釋錯誤 ☐重複用藥 ☐遺漏醫囑 ☐其他，請說明：

☐上述疏失屬於

需有上述發生事實再勾選發生的屬性。

- ☐與醫師用藥認知有關
- ☐本人（醫師）抄錄、輸入錯誤
- ☐他人抄錄、輸入錯誤

醫療機構可分析
隨醫療科技改變
行為模式也會改變

警示訊息與學習案例 - 質性資料



- 挑選嚴重度高、頻率高的案例，邀請專家針對案例的情境發展可供同儕學習之警示訊息與學習案例 已發布182則警示訊息與學習案例

台灣病人安全資訊網：<https://www.patientsafety.mohw.gov.tw>

序號	標題	檔案下載
1.	高危險妊娠併發子宮內胎兒死亡的風險評估-No.175	1002KB
2.	重大手術伴隨高風險－探討如何運用風險管理於手術全期照護-No.174	1MB
3.	手術前停用或手術後加回抗凝血劑 抗血小板製劑之時機-No.173	1MB

NO.175 台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例 2022-L-03



發佈日期：2022年05月
適用對象：所有醫療機構/婦產科醫護人員
撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

高危險妊娠併發子宮內胎兒死亡的風險評估

案例描述

42歲女性，身高 155公分，懷孕前體重為85公斤，BMI為35.4 kg/m²。
本胎次為第三胎，前二胎為陰道生產，無明顯併發症，此胎於診所進行規則產檢，獨自產檢無家人陪同。
妊娠26週接受75g妊娠糖尿病篩檢，血糖值（空腹時/飯後1小時/飯後2小時）分別為115、195、158mg/dL，確診為妊娠糖尿病，病患被告知需作飲食控制，並無接受相關飲食衛教，亦沒有常態性血糖監測。
妊娠32週血壓檢查為150/100mmHg，合併尿蛋白2價，診斷有子癰前症，經醫師建議給予降血壓藥物Methyldopa早晚服用，惟病人自覺身體狀況良好，沒有定期服用藥物控制血糖及血壓。
最近一次產檢為妊娠37週，血壓160/100 mmHg，飯後2小時血糖為180 mg/dL，胎兒預估體重僅1980公克，有明顯胎兒生長遲緩現象。
今日起床後，整天都沒有感受到胎動；傍晚到診所檢查，發現胎兒已無心跳，隨後轉診至醫院進行引產，分娩時發現胎盤有大量血塊，懷疑有胎盤早期剝離之現象，產婦於產後3天出院。

二、生產事故救濟條例

105年6月正式施行



生產事故救濟條例之精神



第 22 條

為預防及降低生產事故風險之發生，醫療機構及助產機構應建立機構內**風險事件管控**與**通報**機制，並針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

第 25 條

醫療機構及助產機構違反第二十二條第一項規定，有下列情事之一者，各處新臺幣**二萬元以上十萬元以下**罰鍰：

- 一、**未建立機構內風險事件管控與通報機制**。
- 二、未針對**重大生產事故事件**分析根本原因、提出改善方案。
- 三、**未配合中央主管機關**要求進行**通報及接受查察**。

通報資料運用與學習- 警示訊息/學習案例

-質性資料



- 由專家運用生產事故事件通報資料、實地輔導案例，由專家撰寫
- 累積發布18篇，內容與產婦、胎兒、新生兒相關



NO.175

台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例

2022-L-03



發佈日期：2022 年 05 月

適用對象：所有醫療機構/婦產科醫護人員

撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

高危險妊娠併發子宮內胎兒死亡的風險評估

案例描述

42歲女性，身高 155公分，懷孕前體重為85公斤，BMI為35.4 kg/m²。

本胎次為第三胎，前二胎為陰道生產，無明顯併發症，此胎於診所進行規則產檢，獨自產檢無家人陪同。

妊娠26週接受75g妊娠糖尿病篩檢，血糖值（空腹時/飯後1小時/飯後2小時）分別為115、195、158mg/dL，確診為妊娠糖尿病，病患被告知需作飲食控制，並無接受相關飲食衛教，亦沒有常態性血糖監測。

妊娠32週血壓檢查為150/100mmHg，合併尿蛋白2價，診斷有子癲前症，經醫師建議給予降血壓藥物治療，目前服用一級降血壓藥，無副作用，目前無併發症。



相關訊息，可上衛福部

「台灣病人安全資訊網-警示訊息/學習案例」

婦產科六大風險管控重點



由歷年通報資料中歸納婦產科常見的六大風險

產後大出血

羊水栓塞/
靜脈栓塞

妊娠高血壓
/子癲前症

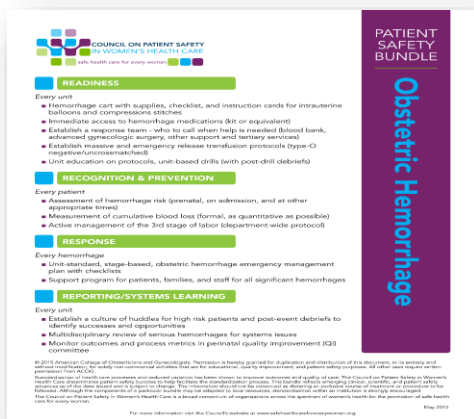
植入性胎盤
/前置胎盤

胎盤早期剝離

胎兒窘迫

發展國內婦產科六大風險管控

藉由美國Alliance for Innovation on Maternal Health (AIM) 孕產婦安全組合式照護 (maternal safety bundles) 中四大領域 (domains) , 發展本國六大風險管控重點。



AIM為有效降低孕產婦發病率
(morbidity) 及死亡率
(mortality) 發展此四大領域。

及時準備

(Readiness)

- 有多專科團隊、風險評估、演練、標準程序、準備特定緊急應變工具車。

辨識及預防

(Recognition
&Prevention)

- 訂有辨識早期徵象 (early warning sign) 的機制。

緊急應變

(Response)

- 有呼叫緊急應變小組的程序。

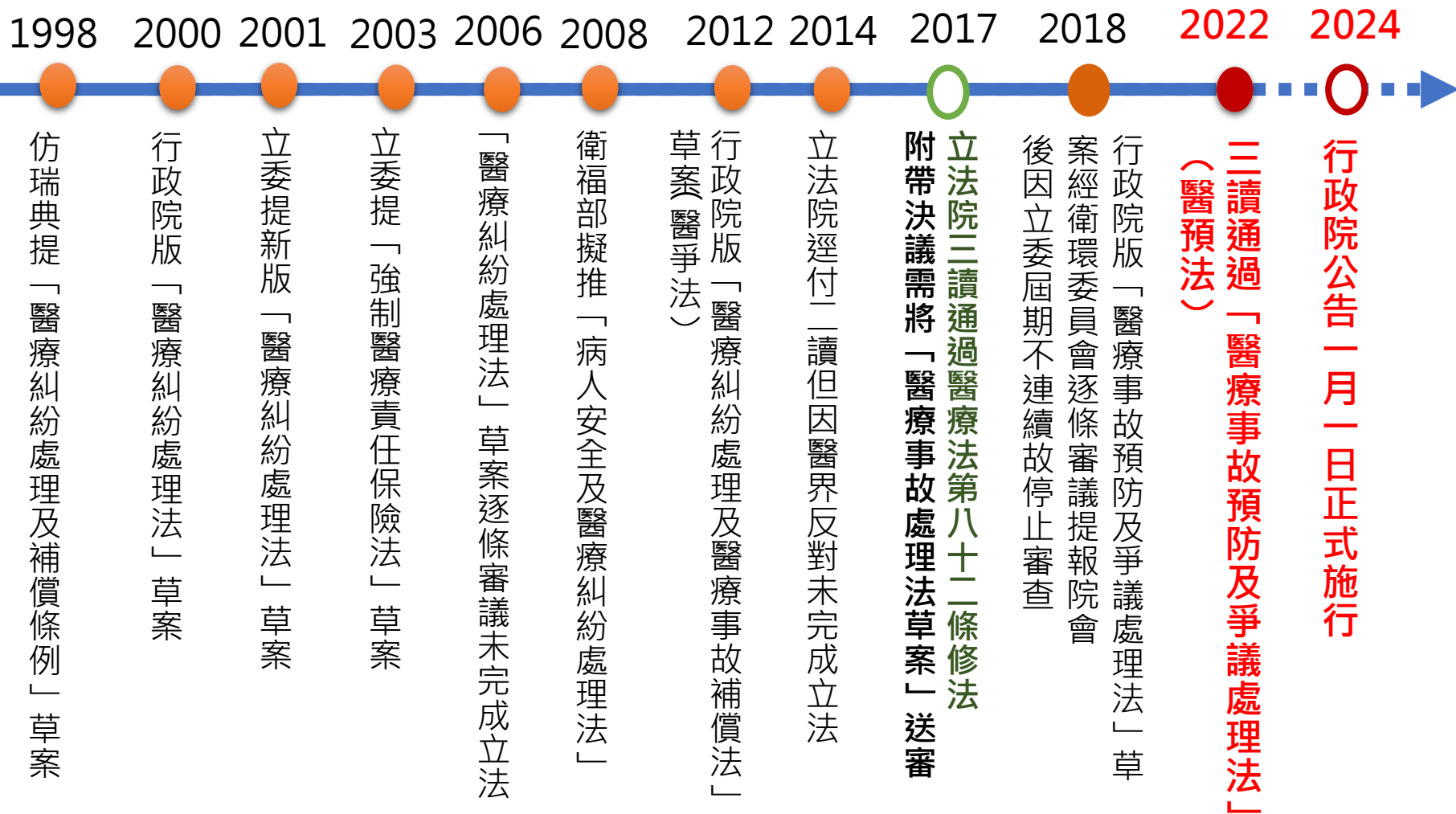
檢討與學習

(Reporting/
Systems learning)

- 跨專科委員會對嚴重相關案例進行病例討論、事後檢討與學習改善。

三、醫療事故預防及爭議處理法

強制性通報



三、醫療事故預防及爭議處理法



第一章

總則

第二章

說明、溝通及關懷

第三章

醫療爭議調解

第四章

醫療事故預防

第五章

罰則

第六章

附則

§33 醫院建立病安管理機制

§34 重大醫療事故RCA及改善方案通報

§35 中央啟動調查機制並公布調查結果

§36 民眾自主通報管道

§37 主動通報配合調查得以減刑

「重大醫療事故」通報程序



一、醫療機構內部通報及外部通報流程

- 依據醫預法第33條：醫院應建立病人安全管理制度、訂定推動計畫，加強內部人員通報病人安全事件，並就醫療事故風險進行分析、預防與管控，提升醫療品質及保障病人安全。
- 依據醫預法第41條第八項：有下列情形之一者，由直轄市、縣（市）主管機關令其限期改善；屆期未改善者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並得按次處罰：醫療機構違反第三十四條第一項規定，未就重大醫療事故分析其根本原因、提出改善方案，或未通報主管機關。

「重大醫療事故」通報程序



二、醫療機構RCA報告繳交與查察流程

- 依據醫預法第34條：醫療機構應就重大醫療事故，分析其根本原因、提出改善方案，並通報主管機關。
- 透過系統通報 強制性通報事件，而重大醫療事故通報程序，醫療機構應於事件「發現後」7個工作日完成通報，45日內繳交根本原因報告及改善措施計畫。
- 查察流程：醫療機構繳交RCA報告，當事件調查完整度不足以支持其根本原因且擬定的行動改善計畫無法改善已發生的事件，會請醫療機構補充內容報告；後將委員審查意見回饋給機構並同時副知衛福部，依事件嚴重程度續辦理查察作業。

生產事故通報與醫療事故通報比較



生產事故通報

- 通報：**產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害(身心障礙中度↑、子宮切除)或死亡結果**
- 檢討改善：
 - § 22 應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對**重大生產事故事件(剖腹產異物滯留、不相容輸血、錯誤藥物)**分析根本原因、提出改善方案
 - § 24 中央對發生**生產事故糾紛或生產事故**之機構，得視需要分析發生原因，並命其檢討及提出改善方案

重大醫療事故通報

- 通報：醫療機構應就**重大醫療事故(重大傷害或死亡)**通報主管機關並分析根本原因、提出改善方案
- 檢討改善：
 - 通報子法§3 **實施手術或侵入性檢查/治療之病人錯誤、部位錯誤、術式錯誤、人工植入物錯置、誤遺留異物於體內；不相容血型輸血、藥物錯誤、醫療設備使用錯誤**
 - 母法§35 同機構反覆發生、跨機構/縣市、危害公衛安全，由**中央組成專案小組調查提出報告後公布**



如發生符合通報定義情事，兩個系統皆需進行通報！





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

通報注意事項 RCA參考範本





- 事故發生經過

- 請清楚描述：

- 1.時間、地點

- 2.病人診斷及病情描述

- 3.醫療行為

- 4.人為失誤之問題點

- 範例：

- 病人於x月x日（發生時間），因為xx病情（病人病人診斷及病情描述）進入急診治療（發生地點）。進行xxx手術後（醫療行為），轉送xxx病房。x日後傷口惡化，經檢查後發現，x月x日於急診進行的處置疑似有異物留置於體內（失誤或問題點）。



- 事故處理結果

- 請清楚描述：

1. 時序

2. 處置方式

3. 事件結果造成病人之嚴重度

4. 處置結果

- 範例：

- X月X日會診XX科後，經主治醫師評估後隔日進行手術取出（符合定義之重度以上，且明示處置方式），於ICU觀察。手術後復原良好（處置結果），病人於X月O日轉至XXX病房，持續追蹤監測病人情況。



RCA參考內容範例



預計下載項目位置

RCA參考內容



一.事件相關背景資料

- 與本事件相關之病人病史資料、相關人員年資及受訓經歷、環境配置等。

二.事件發生經過 說明事件發生經過

三.時間序列及差異分析

1. 時間序列表

- 「事件內容」的描述應為與異常事件發生結果有關的「關鍵點(Critical events)」

2. 差異分析表

- 闡述「原有常規或原有作法」、「實際發生」、「是否存在差異(Y/N)」、「問題點」



四.原因分析

1. 近端原因

- 依據上述內容蒐集資料，分析事件發生之可能原因，可參考工具：人為因素分析(HFACS)和分類系統說明（附件一）及魚骨圖（附件二）等工具輔助。一個問題或風險點建議以一個魚骨圖呈現。

2. 根本原因

- 依據上述內容，分析事件發生之根本原因，可參考工具：原因樹分析（附件三）。一個問題或風險點建議以一個原因樹呈現。

RCA參考內容



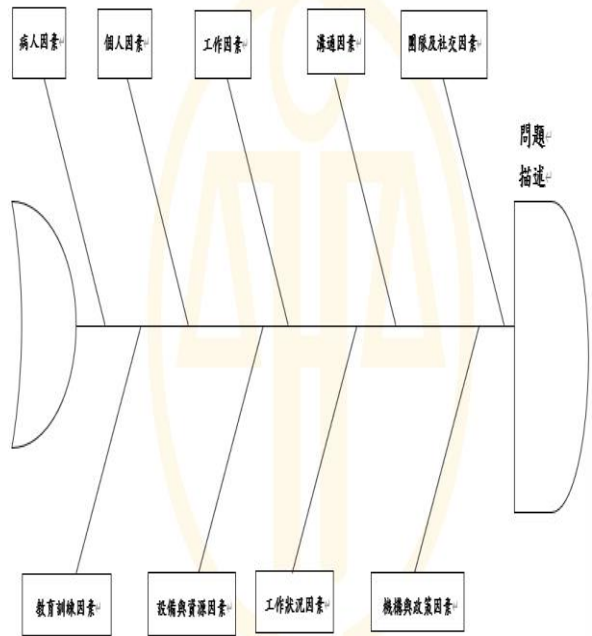
• 附件一、人為因素分析(HFACS)和分類系統說明

分類	敘述
L1 不安全行為	
1.1 錯誤	
1.1.1 決策錯誤	通常發生在需要有意識地找出問題或解決問題的行為時產生的錯誤。 - 訊息收集不當 - 狀況評估不當 - 選擇的行動/反應不當
1.1.2 技能性的錯誤	通常發生在執行很熟練(很頻繁)而不需要太多專注力的行為時。 - 不正確的行為 - 遺漏(或忽略)的行為 - 不當的技術
1.1.3 感知錯誤	通常發生在需高度依賴感官來偵測/解釋環境中刺激的行為時。 - 因視覺而導致的問題 - 因聽覺而導致的問題 - 因觸覺而導致的問題
1.2 違規	
1.2.1 常態性違規	習慣性偏離規則。 - 走捷徑 - 工具/技術使用不當 - 忽視指令/說明
1.2.2 脫序違規	偶發性偏離規則。 - 不合格的行為 - 破壞性行為 - 過度危險行為
L2 不安全行為的前置條件	
2.1 情境因素	
2.1.1 物理環境	指個人或團隊的工作環境。 - 光線、溫度不佳、噪音、地震 - 不理想的工作場所設計 - 環境雜亂無章、不乾淨
2.1.2 工具/技術	指個人和團隊用於執行其工作的材料，軟體和文件。 - 設計不良 - 過期、維護不善、功能不良
2.1.3 任務	指個人和團隊執行的活動的本質。 - 複雜性—簡單 VS. 困難，單一 VS. 多重任務 - 關鍵性—必要的 VS. 可自行決定，順序有關的 VS. 無關順序的 - 一致性—標準化 VS. 非標準化，常規 VS. 非常規

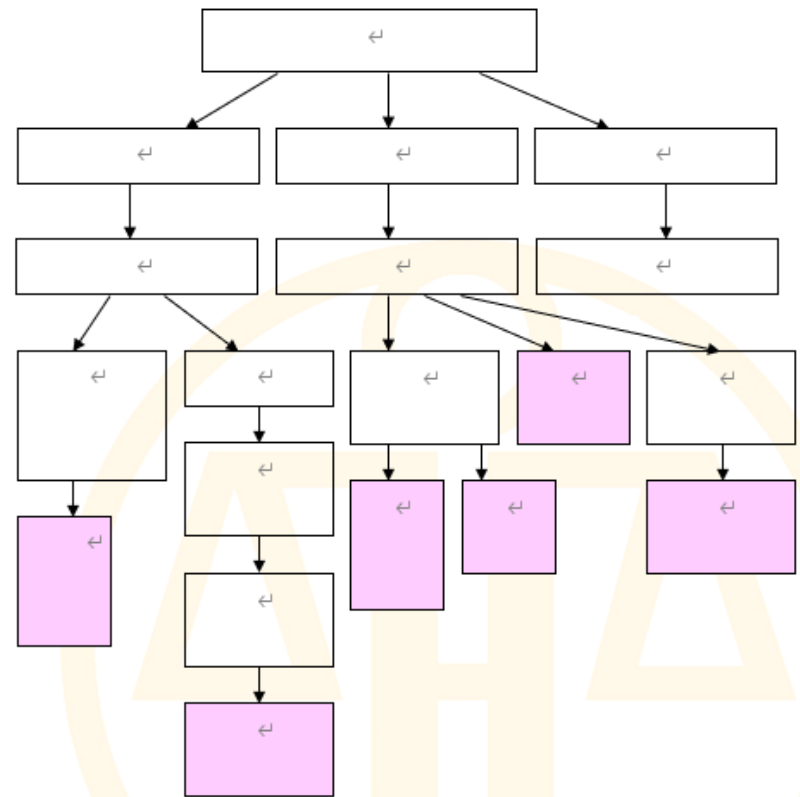
分類	敘述
2.2 個人因素	
2.2.1 心理狀態	指事件發生時個人的心理狀態。 - 認知因素—注意力/記憶錯誤，混亂 - 動機—自滿，匆忙，過度自信，沮喪，疲倦 - 心理限制—缺乏知識，經驗，能力
2.2.2 生理狀態	指事件發生時個人的身體狀況。 - 生理因素—疾病 - 身體因素—肌肉疲勞，不適當的力量、敏捷度 - 身體限制—肥胖，受傷，殘疾，感覺缺損
2.2.3 適任	工作外的活動影響了該員能安全進行工作的能力。 - 不良飲食/健康習慣 - 沒有得到足夠的休息
2.3 團隊因素	
2.3.1 溝通	指團隊成員之間的訊息共享。 - 未能提供或要求訊息 - 確認訊息的失效
2.3.2 協調	指團隊成員活動之間的相互關係。 - 規劃不當 - 監控或支援不足
2.3.3 領導	指團隊的領導者履行其職責。 - 未能發揮領導功能 - 未能塑造或強化團隊合作
L3 監督因素	
3.1 監督不當	指基本監督活動的執行狀況。 - 未能提供適當的指引 - 未能提供充分的現場指導 - 未能提供適當的訓練
3.2 計畫的不當進行	指如何管理員工和工作活動。 - 人員或工作排程不適當 - 工作分配不適當
3.3 未能糾正已知存在	指主管對已知存在缺失的糾正。 - 未能糾正不當行為 - 未能糾正工作場所問題
3.4 監督違規	指主管故意無視規則。 准許不合規範的行為
L4 組織影響	
4.1 組織文化	安全性的考量優先於其他組織目標/措施。 - 價值觀 - 承諾 - 透明度



• 附件二、魚骨圖



• 附件三、原因樹





五.改善方案

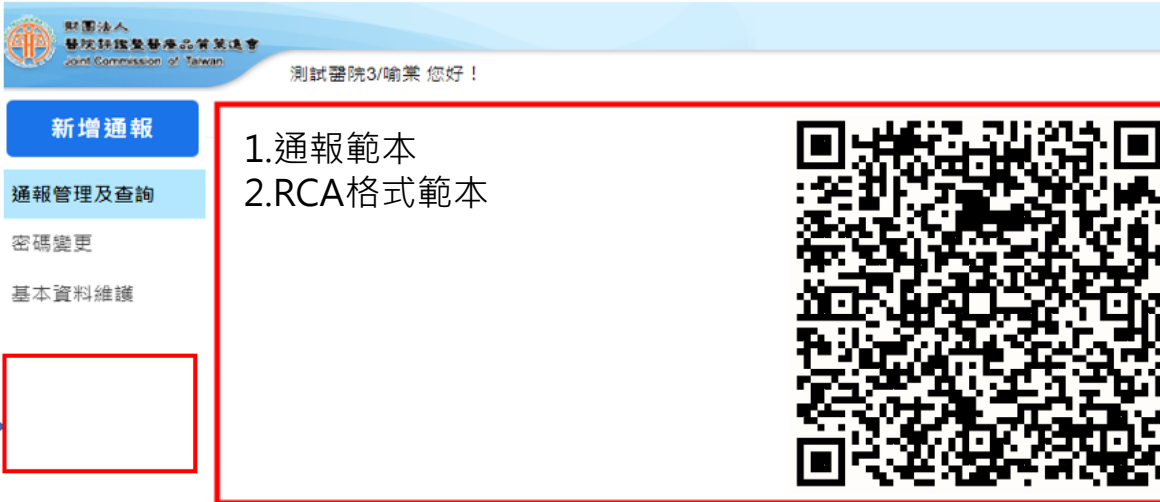
- 依據事件發生之原因提出具體之改善措施

根本原因	改善行動	成效評估	部門/ 執行者	完成日期

六.學習重點

- 依據事件發生之改善方案，羅列預防系統性錯誤及再發生之學習點

預計下載項目位置



The screenshot shows the website of the Joint Commission of Taiwan. The header includes the logo and name in Chinese and English. A navigation menu on the left contains the following items: 新增通報 (New Report), 通報管理及查詢 (Report Management and Query), 密碼變更 (Change Password), and 基本資料維護 (Basic Information Maintenance). The main content area displays a list of items to be downloaded: 1. 通報範本 (Report Template) and 2. RCA格式範本 (RCA Format Template). A large QR code is positioned to the right of this list. A blue callout box on the left, containing the text 「下載項目」設置於左側選單下方 (Download items are set in the left sidebar), has a blue arrow pointing to a red rectangular box that highlights the '新增通報' (New Report) menu item. Another red rectangular box highlights the download list and the QR code.

「下載項目」設置於左側選單下方

新增通報

通報管理及查詢

密碼變更

基本資料維護

1.通報範本
2.RCA格式範本



此功能建置完畢後，將會統一發信通知各機構聯絡人。
目前兩種範本可以掃描上方QR code進行下載。

醫療事故通報說明會



醫預法【醫療事故通報】說明影片已上架於病人安全資訊網，歡迎觀看

議題大綱



1. 醫預法第四章條文及其子法說明

- §34 通報流程及機構配合事項
- 國際強制性通報施行狀況與警訊事件定義
- 重大醫療事故定義及排除條件
- §35 專案小組啟動流程及機構配合事項
- §36 民眾通報原則及機構配合事項

2. 醫療事故通報平台系統介紹

3. 意見交流



日期	對象	參與數/	滿意度
112/12/28	醫中、學協會	105人(56家)	90%
113/1/22	中區機構	123人(73家)	97.1%
113/3/28	南區機構	182人(130家)	98.3%
113/5/28	東區機構	47人(21家)	100%

9-11月再辦理2場（含視訊）！
增加實務案例如何判定
機構分享院內作法～
歡迎踴躍參加

113年度下半年RCA相關課程預計 辦理日期



根本原因分析 (RCA) 工作坊

- 參與對象：需要參與或負責院內RCA事件分析之人員
、單位主管、品管中心同仁。

北部場 (已額滿)

- 辦理日期：9月4日
- 辦理地點：醫策會901會議室

南部場

- 預計辦理日期：11月22日
- 預計辦理地點：高雄。

根本原因分析 (RCA 2.0/ HFACS) 高階分析師培訓班-南部場

- 參與對象：接受過根本原因分析訓練，具備根本原因分析調查經驗者。
- 預計辦理日期：11月1日及11月27日，共二日。
- 預計辦理地點：高雄。



醫療品質學院
JCT Quality Academy

課程資訊



RCA2.0 手冊近期即將出版，敬請期待！

- ↻ 上述實際開課日期及地點以正式公文通知為主。
- ↻ 詳細資訊請洽本會窗口 8964-3000#3340、3341



感謝聆聽

醫策會品質組 病人安全團隊

電子郵件

病人安全

ps@jct.org.tw

生產事故通報

ob.gyn@jct.org.tw

醫療事故通報

mars@jct.org.tw

病人安全文化調查

PSC@jct.org.tw

