



醫療事故專案小組

醫療事故專案調查報告

中華民國 113 年 4 月 4 日
高雄市立民生醫院手術對象錯誤事件

報告編號：MOHW-MAR-24-04-01

報告日期：中華民國 113 年 8 月

依據醫療事故預防及爭議處理法及醫療事故專案小組組織及運作辦法，本調查報告之內容，以發現事實真相、共同學習為目的，內容應包括事實、分析、結論及改善建議。

醫療事故預防及爭議處理法第 35 條：

醫事機構發生醫療事故或有發生之虞，且有下列情形之一者，中央主管機關應自行或委託政府捐助設立之財團法人組成專案小組進行調查，並提出報告後公布之：

- 一、於一定期間內，反覆於同一醫事機構發生或有發生之虞。
- 二、跨醫事機構或跨直轄市、縣（市）發生或有發生之虞。
- 三、危害公共衛生及安全或有危害之虞。
- 四、其他經中央主管機關認定之情形。

前項專案調查，得通知醫療事故有關人員到場說明及提供資料，被調查之醫事機構、法人、團體及有關人員，不得規避、妨礙或拒絕。

第一項調查報告之內容，以發現事實真相、共同學習為目的，而非究責個人，且不得作為有罪判決判斷之唯一依據。

第一項專案小組之組織與運作、調查程序、報告及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

醫療事故專案小組組織及運作辦法第 6 條：

專案小組進行醫療事故專案調查時，召集人得聘請專家三人以上成立調查小組進行調查，並提出初步調查意見，送專案小組會議審議後作成調查報告。

前項調查，得視需要至實地調查，並通知醫療事故有關人員到場說明及提供相關文件、資料。

第一項調查報告，應包括事實、分析、結論及改善建議。

醫療事故專案小組組織及運作辦法第 9 條：

受託法人應於醫療事故專案調查結束，向中央主管機關報告調查結果，並公布調查報告；中央主管機關自行調查者，亦同。

中央主管機關或受託法人公布前項調查報告時，不得包括下列事項：

- 一、調查過程中取得之證據、錄音檔案及其他相關資料。
- 二、與醫療事故有關人員間之通訊紀錄。
- 三、與醫療事故有關人員之體檢紀錄。
- 四、涉及該事故相關人員之個人資料或醫療紀錄。

摘要報告

壹、事實

高雄市立民生醫院病人甲預訂中華民國 113 年（以下均同）4 月 4 日上午 08:30 第一台刀進行胸腔鏡引流手術。當日約 08:04 主刀醫師至病房探視病人甲，病人甲狀態穩定，主刀醫師即催促護理師先行送刀，隨後護理師聯繫手術室及工友。約 08:14 工友於大夜班護理師與白班護理師交接班時，獨自推送同病室中意識不清無手術計畫之病人乙離開。於離開病房前護理師並未進行手術前準備核對亦未與工友共同確認病人身份。工友將病人乙推送至手術室等候區報到後，手術室等候區人員並未進行病人身份辨識。進入手術房間後，於麻醉誘導前及劃刀前，手術團隊均無進行病人身份辨識及手術部位劃記之確認。約 08:25 開始進行手術，手術於 09:30 結束，病人送往恢復室，亦無進行病人身份確認。09:33 病房白班主責護理師至病室發藥時，發現原預定手術之病人甲仍在病室內並未送手術，聯繫手術室確認病人身份後，發現手術對象錯誤。後續該醫院立即以重大異常事件進行通報及相關處理。原預定手術之病人甲於當日 11:00 送入手術室進行手術，13:00 完成手術轉至加護病房治療。病人甲及病人乙術後情況皆穩定，分別於 5 月 11 日與 5 月 3 日出院。

貳、分析

導致本事件發生之重要關鍵作業，經調查與彙整專家意見分析問題點如下表：

表 1. 重要作業及問題

113 年 4 月 4 日 (大約時間)	作業	問題點
07:55-08:04	病房白班與大夜班護理人員進行交接班期間，主刀醫師要求護理師轉送病人至手術室。	主刀醫師未依醫院規定待手術室通知，即要求病房護理師轉送病人。
08:10	病房與手術室護理師進行電話交班	病房護理師未依標準作業流程陪同病人至手術室當面交班，直接以電話交班。
08:13	工友至病房接病人之身份確認	工友未依據標準作業流程進行病人身份確認，並將無手術計畫的病人推離病室。
08:14	病人送出病房護理站前之身份確認	工友及護理師於病人送出病房護理站時，未共同進行確認病人身份。
08:15-08:25	病人抵達手術室之身份確認	手術室報到區之護理師未依據標準作業流程進行病人報到核對。
08:25-09:30	麻醉及手術開始前及手術送出病人前之身份確認	手術團隊未依據標準作業流程執行麻醉誘導前 (Sign in)、劃刀前 (Time out) 及病人送出手術房前 (Sign out) 進行病人核對。

參、結論

本事件發生原因，直接影響因素為工友、病房護理師、主刀醫師、麻醉醫師及手術團隊，於執行病人接送與手術時，皆未落實病人辨識及確認。間接影響因素，包括組織層級、領導監督之影響，致全院標準作業規範制度未臻完善、病歷紀錄完整性及詳實性不足、病室床位與床號配置不當產生辨識風險之問題，以及團隊合作亟需加強等。總結系統性因素，為組織及個人缺乏病人安全文化意識。

肆、改善建議

一、病房及手術團隊應落實病人辨識及確認：

- (一) 重新審視/修正在照護過程中需進行病人辨識的時機與做法（例如：交接班、病人運送、手術前後等時機），訂定適當的標準作業規範。
- (二) 針對病人辨識及確認相關標準作業，應有完善的員工教育訓練。
- (三) 針對病人辨識及確認相關標準作業，應有定期臨床稽核制度，並依稽核結果進行檢討改善。

二、手術團隊應落實執行麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)之核對：

- (一) 重新審視/修訂手術麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)的病人辨識、手術部位註記、手術程序等相關作業。
- (二) 針對手術麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)相關標準作業規範，應有適當的人員教育訓練。
- (三) 針對手術麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)相關標準作業規範，應有定期臨床稽核制度，並依稽核結果進行檢討改善。

三、醫院應就組織及個人，加強病人安全文化意識：

(一) 組織層級

1. 醫院應重新審視與建立權責分明的管理架構與體制。
2. 醫院應強化主管對員工進行監督與管理的責任。
3. 醫院應重新審視手術室管理委員會及醫品病安委員會成員的合適性，建議高階主管應發揮實質的監督與管理。
4. 醫院企劃室之醫療品質與病人安全業務應設有臨床主管，實際督導與執行病安相關業務。
5. 醫院應強化全院員工對於醫療品質與病人安全的認知與重視，建立通報文化。

(二) 監督管理

1. 醫院應制訂全院性的文件管理作業，指派專人管理並推動全員說寫作一致。
2. 醫院應重新檢視及修正或新訂適當的作業規範，並訂定內部控制及稽核作業制度，並辦理相關教育訓練。
3. 醫院對於常態性違規及脫序違規，應積極處理與改善。

(三) 工作管理

1. 可運用科技輔助病人辨識：例如運用條碼（barcode）進行手術病人辨識，包括從病室接送病人、離開護理站、到達手術室報到、進到手術房內等時機，全程皆運用條碼（barcode）掃描病人手圈核對，以減少病人辨識錯誤的發生。
2. 進行病室空間配置的優化及標準化：包含病室內床位擺設順序的一致性、床號的標示、床頭卡規劃（包含內容資訊、易讀性、字體大小、位置）等。
3. 應建立工友執勤的監督機制並確保適任性：依個人能力與身心狀態，適度授權與調整工作內容。

4. 醫院管理階層應提供團隊合作訓練，鼓勵全體員工發揮團隊合作技巧，以達良好的溝通、相互監測與支援，並站在病人安全的立場適度表達主張。

四、高雄市立民生醫院已完成或進行之改善措施：於 113 年 7 月 19 日提供該醫院針對本事件已完成或進行之改善措施，惟該等資料尚未經醫療事故專案小組驗證。其內容如下。

(一) 針對未確實執行「手術病患辨識及手術部位、手術程序標準作業」、未有持續稽核機制，以及標準作業規範不健全之問題，擬定以下改善方案：

1. 修訂「AAOA-016 高雄市立民生醫院手術病患辨識及手術部位、手術程序確認作業標準」，明確規範手術團隊病人辨識、部位及程序確認作業，並制定手術安全查核表。
2. 修訂「AAOA-024 高雄市立民生醫院手術病人辨識作業標準」，明確規範病人辨識作業、稽核頻率與稽核表。

(二) 針對缺乏資訊防呆系統、缺乏規則一致的病室環境及標示，擬定以下改善方案：

1. 5 月 13 日開始建置病房病人送檢、送手術之離開病室前之資訊核對關卡；5 月 30 日建置檢查及手術室接收病人之資訊核對關卡，6 月 11 日開始病房區試行，6 月 15 日擴展到急診、門診住院中心。
2. 5 月 1 日全面檢視病室內床號標示及原則，統一 2 人房（進門之 1；靠窗之 2）、4 人房（進門左側起之 1；順時針之 2、3、4 排序），並將標示放大置於床頭統一位置。

(三) 針對無隨機查核機制、獎勵或罰則，以及雙向監督提醒的互助文化，擬定以下改善方案：

1. 醫療領域中的不當權威通報管道。

2. 修訂「EOAA-007 高雄市立民生醫院異常事件通報獎勵要點」，提高異常事件通報獎勵至 100 元/件，並訂定獎勵單位主管方案。

(四) 針對未制定強力中斷違規機制，以及職場不法案例未被正向宣導，擬定以下改善方案：

1. 組織改編，提高病安異常通報至院層級。
2. 鼓勵病安異常事件通報，修訂「EOAA-007 高雄市立民生醫院異常事件通報獎勵要點」，提高異常事件通報獎勵至 100 元/件，並訂定獎勵單位主管方案。
3. 宣導職場霸凌通報管道及處理流程。

(五) 針對未被全面教育 SOP 各角色職責，擬定以下改善方案：

1. 於通訊軟體群組記事本公告標準作業流程。
2. 病房、科會及全院性會議室宣導標準作業流程。
3. 6 月 13 至 21 日依情境製作傳送病人辨識教學影片（共三項）於數位學習網。

目 錄

摘要報告.....	I
目錄.....	VII
圖目錄.....	IX
表目錄.....	X
中英文專有名詞對照表.....	XI
第一章 事實	
1.1 事件經過.....	1
1.1.1 本事件相關人員代稱.....	1
1.1.2 事件經過.....	1
1.1.3 院方內部調查.....	1
1.1.4 院方後續追蹤處理結果.....	2
1.2 相關人員資料.....	2
1.3 實地調查資料.....	3
1.3.1 背景說明.....	3
1.3.2 現場查證地點.....	5
1.3.3 相關文件表單.....	6
1.3.4 相關訪查資料.....	7
1.4 訪談資料.....	8
1.5 其他資料.....	15
1.5.1 事故調查作業時程.....	15
1.5.2 事後相關單位處置.....	16
1.5.3 調查之其他發現.....	16
1.5.4 實地查證問題.....	17

第二章 分析

2.1 作業流程分析.....	19
2.2 差異分析.....	24

第三章 結論

3.1 直接影響因素.....	30
3.2 相關影響因素.....	30
3.3 間接影響因素.....	31
3.4 系統性因素.....	32

第四章 改善建議

4.1 改善建議.....	33
4.1.1 病房及手術團隊應落實病人辨識及確認.....	33
4.1.2 手術團隊應落實執行麻醉誘導前 (Sign in)、劃刀前 (Time out) 及病人送出手術房前 (Sign out) 之核對.....	33
4.1.3 醫院應就組織及個人，加強病人安全文化意識.....	34
4.2 高雄市立民生醫院已完成或進行中之改善措施.....	35

圖目錄

圖 1. 手術事件作業流程分析圖.....	20
圖 2. 醫院組織架構圖.....	37
圖 3. 手術室平面圖與動線示意圖.....	37
圖 4. 手術部位標記方式示意圖.....	38
圖 5. 病房護理站.....	39
圖 6. 病房出入口環境.....	39
圖 7. 4A 病房護理站環境.....	40
圖 8. 4A 病房護理站監視器位置.....	40
圖 9. 4A 病房監視器相對位置示意圖.....	41
圖 10. 4A 病房 419 病室入口.....	42
圖 11. 4A 病房 419 病室床位配置.....	42
圖 12. 4A 病房床頭卡示意圖.....	43
圖 13. 4A 病房床號標示示意圖.....	43
圖 14. 病人手圈標示示意圖.....	44
圖 15. 6B 病房床位順序示意圖.....	44
圖 16. 6B 病房床頭卡設置位置示意圖.....	45

表目錄

表 1. 重要作業及問題.....	II
表 2. 相關人員資料.....	2
表 3. 文件及表單.....	6
表 4. 訪查資料.....	7
表 5. 事故調查作業時程.....	15
表 6. 差異分析表.....	24

中英文專有名詞對照表

英文	中文
Barcode	條碼
Blood Oxygen Saturation Levels, SpO2	血氧飽和度
Computed Tomography, CT	電腦斷層攝影
Intensive Care Unit, ICU	加護病房
Pre-operative, pre-OP	手術前
Post-operative, post-OP	手術後
Plan-Do-Check-Action, PDCA	品質改善管理循環
Root Cause Analysis, RCA	根本原因分析
Sign in	麻醉誘導前
Sign out	病人送出手術房前
Standard Operation Procedure, SOP	標準作業程序
Time out	手術劃刀前，手術靜止作業期
Vital sign	生命徵象

註：依英文字母排序

第一章 事實

1.1 事件經過

1.1.1 本事件相關人員代稱

1. 原計畫接受手術之病人，代稱病人甲。
2. 原無手術計畫但遭手術之病人，代稱病人乙。
3. 醫院工作人員以職務代稱。

1.1.2 事件經過

病人甲預訂於中華民國 113 年 4 月 4 日上午進行胸腔鏡引流手術。因病房護理師與工友未能確實辨識病人身份，以致誤將同病室中鄰床神智不清、無法言語溝通之無手術計畫病人乙送至手術室。工友獨自送病人抵達手術室報到時，手術室報到區之護理人員亦未確認病人身份。於麻醉與手術劃刀前，主刀醫師、麻醉醫師及手術團隊亦未依照規定進行手術前病人辨識即進行引流手術。手術後病人送往恢復室，亦無進行身份確認。術後護理人員發覺手術病人錯誤，隨即通報醫院主管，醫院立即以重大事件進行相關處理。

1.1.3 院方內部調查

醫院在獲知異常事件發生後，立即啟動院內調查，並依規定進行通報病安、重大異常事件處理流程：

1. 4 月 5 日至 4 月 8 日相關人員訪談及現場實地訪視；進行病人病情追蹤。
2. 4 月 9 日經醫療品質暨病人安全委員會調查與檢討相關病安機制後，確認本事件有人為疏失，相關人員未確實依照標準作業流程進行病人辨識。

3. 4 月 10 日人事審議會議對相關人員（工友、病房護理師、手術室護理師、麻醉科醫師及外科主治醫師）進行責任追究及懲處。

1.1.4 院方後續追蹤處理結果

1. 手術事件錯誤病人乙：術後於 4 月 5 日生命徵象穩定轉一般病房，4 月 9 日胸管拔除，於 5 月 3 日出院。
2. 原計畫手術病人甲：術後生命徵象穩定，於 5 月 11 日出院。
3. 醫院檢討訂並修訂病人識別標準作業及手術病人辨識及手術部位、手術程序確認作業標準、工友安全運送病人、檢體標準作業、及護理人員交班標準作業，醫護人員須按標準作業流程進行病人辨識及執行醫療行為，醫院會持續加強內部病人安全教育訓練，以杜絕事件再次發生。

1.2 相關人員資料

事件相關人員資料如下表，經專案小組完成訪談人員共計 24 名。

表 2. 相關人員資料

職務	該機構服務年資	單位服務年資
地方衛生主管機關－ 高雄市衛生局醫政事務科科长	—	—
主刀醫師	3 年 8 個月	3 年 8 個月
醫院現任院長 (事發後於 4 月 11 日起擔任機構負責人)	7 年	4 年
醫院前任院長 (事件發生當時機構負責人)	11 年	7 年
前任醫療副院長	1 年 3 個月	1 年 3 個月
前任手術室管理委員會召集人 (麻醉科主任)	26 年 9 個月	2 年多
手術室管理委員會執行秘書 (手術室護理長)	22 年 11 個月	20 年 5 個月
前任企劃室主任 (醫品單位主管)	2 年 10 個月	2 年 10 個月
現任企劃室代理主任 (醫品單位主管)	—	—

職務	該機構服務年資	單位服務年資
醫品病安委員會執行秘書	2 年	2 年
外科部長	20 年 8 個月	11 年 10 個月
事件麻醉醫師	9 年 5 個月	9 年 5 個月
事件麻醉護理師	1 年 5 個月	1 年 5 個月
麻醉資深護理師	24 年	24 年
事件手術室刷手護理師	3 年	3 年
事件手術室流動護理師	15 年 2 個月	15 年 2 個月
護理部主任	2 年 9 個月	2 年 9 個月
護理部外科督導	29 年 7 個月	3 年 2 個月
事件病人甲、乙的大夜班主責護理師	2 年 7 個月	2 年 7 個月
事件病人甲、乙的白班主責護理師	1 年 6 個月 (於其他醫院服務近 10 年)	1 年 6 個月 (於該病房服務約 2 個月，之前在加護病房)
策盟個管護理師	1 年 6 個月	1 年 6 個月
工友直屬主管護理長	8 年 8 個月	8 年 8 個月
事件護理科工友	前一份工作是工人	3 年多
護理科工友甲	11 年	11 年
護理科工友乙	1 年	1 年

1.3 實地調查資料

1.3.1 背景說明

1. 病人基本資料

- (1) 病人甲：82 歲，A 護理之家住民。診斷為膿胸，於 113 年 4 月 3 日住院，預計於 4 月 4 日上午 08:30 進行雙側胸腔引流手術。

- (2) 病人乙：73 歲，B 護理之家之住民，離異、無子女，弟弟失聯。診斷為發燒，於 113 年 4 月 3 日住院，內科治療。
- (3) 甲、乙兩位病人皆為事件發生前一天（4 月 3 日）由個別原機構送醫經急診入住，皆為男性、有氣切、意識不清、雙手攣縮，外觀及體型相似。

2. 醫院簡介

- (1) 醫院屬綜合醫院，醫療部門設置科別為：家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、復健科、麻醉科、放射診斷科、解剖病理科、急診醫學科、職業醫學科、牙科一般科。醫院組織架構圖如圖 2，其中內科部包含一般內科、心臟血管內科、胸腔內科...等 9 科；外科部包含一般外科、消化外科、胸腔外科...等 8 科。
- (2) 登記床數包含急性一般病床 308 床(其中外科病床 50 床)、負壓隔離病床 10 床、加護病床 48 床、急診觀察床 5 床、手術恢復床 5 床、血液透析床 21 床、安寧病床 7 床、手術台 7 台、門診診療室 29 間、牙醫治療台 3 台。
- (3) 全院護產人員共計 305 人、西醫師共計 70 人（外科系醫師共計 25 人，包含外科部 11 人、牙科 2 人、泌尿科 3 人、骨科 4 人、眼科 2 人、麻醉科 3 人）。

3. 與本事件相關之組織單位

- (1) 手術室管理委員會：委員會成員有內外科部長，護理主任等，主席是麻醉科主任，每季召開會議。委員會例行由護理長報告手術時間及手術量、手術房間利用率等業務數據和品質指標。
- (2) 醫品病安委員會：每季召開，執行幹事由企劃室人員擔任，例行報告異常事件統計分析結果。

- (3) 企劃室：負責醫品病安、危機處理、媒體公關、為民服務、市長信箱等業務。
- (4) 工友派工：由護理科主管工友事務。工友每天在不同單位工作，上班配帶當日值勤單位的公務手機。由各病房直接打公務手機找負責該病房的工友，經電話告知派送的任務內容，工友憑電話指示執行工作。午休時段須支援其他工友的單位。

4. 與本事件相關之病房配置

事發單位 4A 病房原為護理之家，於 112 年 4 月改為病房，中間曾關閉，於 113 年 1-2 月重新開放為內外科綜合病房。收治的病人多為安養機構後送病人，病徵及外觀體型相似度高。該病房設有共聘照服員，一位照服員照護 8-9 位病人。

1.3.2 現場查證地點

包含病人手術之三樓手術室、病人住院之四樓 4A 病房。另為評估硬體配置是否具系統性問題，故選擇與 4A 病房相似之六樓 6B 病房進行對照查證，現場收集相關資料如下：

1. 三樓手術室

- (1) 手術室平面圖與動線示意圖（圖 3）
- (2) 手術部位標記方式示意圖（圖 4）
- (3) 手術前準備紀錄查核表系統畫面及列印紙本
- (4) 手術室報到登錄作業系統畫面

2. 四樓 4A 病房

- (1) 4A 病房護理站（圖 5）
- (2) 4A 病房出入口環境（圖 6）
- (3) 4A 病房護理站環境（圖 7）
- (4) 4A 病房護理站監視器位置（圖 8）
- (5) 4A 病房監視器相對位置示意圖（圖 9）
- (6) 4A 病房 419 病室入口（圖 10）

- (7) 4A 病房 419 病室床位配置 (圖 11)
- (8) 4A 病房床頭卡示意圖 (圖 12)
- (9) 4A 病房床號標示示意圖 (圖 13)
- (10) 病人手圈標示示意圖 (圖 14)
- (11) 事件當日工友至 4A 病房運送病人監視錄影帶

3. 六樓 6B 病房，現場收集相關資料如下

- (1) 6B 病房床位順序示意圖 (圖 15)
- (2) 6B 病房床頭卡設置位置示意圖 (圖 16)

1.3.3 相關文件表單

表 3. 文件及表單

文件編碼	文件名稱 (日期)	本文代號
BCAA-001	高雄市立民生醫院護理人員交班標準作業 (112.07.06) 包含附件一、護理人員單位間交接病人標準作業審核單；附件二、護理人員單位內交接病人標準作業審核單；附件三、護理科病人院內送檢交班單；附件四、血液透析中心返病室交班單	SOP-01
BCAA-006	高雄市立民生醫院病人辨識標準作業 (112.04.06) 包含病人辨識標準作業審核單	SOP-02
BCAA-013	高雄市立民生醫院護理科工友安全運送病人、檢體標準作業 (112.05.03) 包含附件一、護理科工友安全運送病人、檢體標準作業審核單	SOP-03
AAOA-016	高雄市立民生醫院手術病人辨識及手術部位、手術程序確認作業標準 (106.03.27) 包含手術室手術病人辨識及手術部位程序確認審核單 (113.04.17)	SOP-04
EOAA-001	高雄市立民生醫院異常事件通報作業標準 (112.06.14)	SOP-05
無編碼	高雄市立民生醫院手術部位註記標準作業流程 (108.07.01)	SOP-06

文件編碼	文件名稱 (日期)	本文代號
無編碼	手術室接送病患流程-流動護理師接病人 (113.04.15)	SOP-07
無編碼	手術室接送病患流程-等候室接病人 (113.04.15)	SOP-08
無編碼	住院病患送檢查檢表 (未標示日期)	SOP-09
BCAA-012	高雄市立民生醫院不穩定病人輸送安全標準作業 (112.11.28、113.04.25) 包含附件一、不穩定病人 (危急、重症) 院內輸送安全查檢表；附件二、不穩定病人輸送安全審核單	-
AAOA-024	高雄市立民生醫院病人辨識標準作業 (113.04.25)	-
AAOA-025	高雄市立民生醫院院內安全運送病人、檢體標準作業 (113.04.25) 包含附件一、不穩定病人 (危急、重症) 院內輸送安全查檢表；附件二、病人院內送檢交班單；附件三、安全運送病人、檢體標準作業稽核單	-
無編碼	高雄市立民生醫院手術前標示作業查核表 (113.04.26)	-

1.3.4 相關訪查資料

表 4. 訪查資料

紀錄名稱
高雄市立民生醫院重大醫療事故根本原因分析調查報告
113 年第一季醫品病安委員會紀錄
113 年第一季手術室管理委員會紀錄
113 年 2 月 15 日手術室會議紀錄
病人甲病歷－病程紀錄
病人甲病歷－4 月 3 日至 4 月 4 日護理紀錄
病人乙病歷－急診轉病房之單位間交班單
病人乙病歷－手術紀錄摘要
病人乙病歷－手術護理紀錄單
病人乙病歷－4 月 4 日護理紀錄

1.4 訪談資料

專案小組調查及訪談相關人員之重要事實，依時間序彙整如下：

事件發生前一日

113 年 4 月 3 日 11:30-12:45

主刀醫師於急診會診：病人甲診斷雙側膿胸，判斷需要儘快手術，故於 4 月 4 日（假日）排刀。12:30 左右，麻醉科醫師、麻醉護理師與主刀醫師排定 4 月 4 日上午 08:30 病人甲為當日第一台刀，須待麻醉人員準備好再請病房送病人至手術室，主刀醫師表示同意。

113 年 4 月 3 日 18:30

值班麻醉護理師電話提醒主刀醫師，需等手術室或麻醉科人員通知才可送病人至手術室，不可以自行要求病房提前送病人至手術室。主刀醫師表示同意。

事件當天

113 年 4 月 4 日 07:55

主刀醫師 07:55 打電話至病房，請大夜班主責護理師 8:00 送刀。

113 年 4 月 4 日 08:04

主刀醫師表示「當日術前有先探視病人甲，病人外觀狀態 OK」。主刀醫師於探視完病人後，至護理站詢問為什麼病人還沒有送，當時適逢大夜班及白班護理師交接時段，且尚未達送病人至手術室時間，但主刀醫師仍要求大夜班主責護理師打電話給工友送病人至手術室，並請大夜班主責護理師打電話跟手術室交班。於是大夜班主責護理師遂中斷與白班護理師的交班，並打電話給手術室和工友安排運送病人準備送刀。此時白班主責護理師則去探視病人甲狀況。白班主責護理師表示「當天照顧 16-17 位病人，自己剛休假一週回來上班，休假前

是照顧前段病室的病人，多為單人床，休假後換照顧後段病室病人，完全不熟悉。」另，大夜班主責護理師表示「該主刀醫師很常在護理人員交接班的時候催刀。」

113 年 4 月 4 日 08:05

大夜班主責護理師致電手術室流動護理師，轉達主刀醫師要求盡速送病人。流動護理師於電話中向主刀醫師表示「假日時一定要等麻醉科人員到院，準備妥後才送病人，這樣對病人比較安全。」另流動護理師亦表示，於電話中聽到主刀醫師在咆哮病房護理師，因此就接受病房護理師交班，讓病人趕快送下來。

113 年 4 月 4 日 08:10

大夜班主責護理師與手術室刷手護理師電話中交班，手術室刷手護理師表示「一定要現在送病人嗎？麻醉科人員還沒有到。」大夜班主責護理師表示「主刀醫師一直在旁邊叫。」手術室刷手護理師表示「那妳先交班。」

113 年 4 月 4 日 08:13

大夜班主責護理師依常規已先備妥病人甲之病歷(含標註送手術室的紙條、健保卡)，置於護理站檯面上。工友接到公務手機通知要送病人開刀後，至 4A 病房護理站(當時白班及大夜班護理師共 5 人在護理站內進行交接班)(圖 7)，拿取護理站檯面上病人甲的病歷後，獨自進入 4A19 病室接病人(圖 10)。

依走廊監視影帶顯示(僅有影像無聲音)，此時工友手上拿病歷進入病室，獨自將病人乙推出 4A19 病室。但因無病室內之監視影像，故無從知悉工友有無確認病人身份。另詢問工友進入病室後的情形，以及當時照服員是否在病室內，工友表示「不記得了。」

病人甲及病人乙，皆為前一天個別由原住護理之家經急診入住 4A 病房，且均為男性、有氣切、意識不清、雙手攣縮，外觀相似，兩床位相互面對面（圖 11）。

據工友直屬主管護理長、同事及本事件相關之病房護理師表示，該位工友曾於 110 年 11 月發生車禍傷及頭部及肋骨，當時住院約兩週。之後常有注意力不集中「少一根筋」的情形，體力及工作靈活度不好，對訊息的接收及理解慢，常常忘記自己要做什麼。

工友的同事工友甲、工友乙表示平常例行性接病人手術作業，會自行先至護理站拿取病歷後（抵達護理站可能會知會護理師，但因人而異），即到病室內接病人（同時拿病歷核對病人），再將病人送至護理站與護理師核對（拿時給病人戴口罩及髮帽），確認後才送病人離開。

113 年 4 月 4 日 約 08:14

依據走廊監視影帶顯示（僅有影像無聲音）（圖 8）及訪談護理師、工友表示，工友推送病人乙經過護理站前曾短暫停留（圖 6），對護理站內人員要病人的髮帽。當時大夜與白班主責護理師正坐在護理站內交班（圖 7），所有在場的護理師都知道工友來接病人，由其中一位護理師（非事件大夜或白班主責護理師）協助拿髮帽給工友，且有看到工友將病人推出病房（圖 6）。大夜及白班主責護理師並無起身確認病人狀態並與工友共同確認病人。另查閱護理紀錄，於工友推送病人至手術室前，並無護理師檢查病人甲生命徵象之紀錄。

護理科主任、副主任表示，工友及護理人員應共同確認並完成住院病患送檢查檢表（SOP-09）。此表為 110 年制定，非正式表單，故完成送檢後即可丟棄，因此該病人無保存此單張。但大夜及白班主責護理師皆表示，住院病患送檢查檢表（SOP-09）為本事件發生後才新制訂的改善措施。

白班主責護理師及工友表示，除非病人不穩定（如有需用氧氣）才會由護理人員送，一般都由工友獨自送病人，另外的情況是護理人員因為趕時間等不到工友來，才會自己送。故本事件實際狀況，並非依標準規範（SOP-03）所訂由工友與護理師共同將病人送往手術室，且大夜班及白班主責護理師也未完成手術前準備紀錄查核表和確認準備進度之交班。

113 年 4 月 4 日 08:15-08:25

約 08:15 麻醉醫師到達手術室門口，看到主刀醫師正在按門鈴。麻醉醫師上前幫忙開門後，主刀醫師隨即進入等候室，麻醉醫師走往更衣室。

同時間工友與病人亦抵達手術室門口，工友將病人送入手術室。當時刷手護理師到等候室取物，看到主刀醫師在等候室，工友正將病人乙推入等候室。

當時主刀醫師在等候室未確認病人，直接請刷手護理師先去電腦系統執行報到紀錄，刷手護理師也未確認病人，亦未執行手術部位劃記確認（病人乙身上無手術部位劃記），此時主刀醫師、刷手護理師皆誤認此病人為病人甲，遂於電腦上逕行完成病人甲之報到程序。麻醉護理師在此時走進等候室，問主刀醫師「不是八點半才接病人嗎？」（連續問了 2 次），但主刀醫師站在病人床旁，沒有回答。麻醉護理師看到主刀醫師及刷手護理師皆在等候室，以為已完成病人辨識。接著麻醉護理師綁上壓脈帶測量病人乙之生命徵象，並告訴刷手護理師「幫我記錄第一次的 vital sign，我先去抽藥、開麻機。」隨即離開進去手術室準備。

113 年 4 月 4 日 08:25-08:35

刷手護理師發現病人乙血壓 56/32mmHg，予以再次測量血壓，同時呼叫麻醉護理師，並告知病人血壓低。麻醉醫師與麻醉護理師一起趕至等候室，再次測量病人的血壓低於 50，麻醉醫師拍病人肩膀並馬上呼叫病人（病人無反應，且皮膚濕冷蒼白）。麻醉醫師指示再次測量血壓並詢問主刀醫師去向（主刀醫師當時不在等候室現場，不清楚何時離開）。

113 年 4 月 4 日 08:30-08:40

此時在 4A 病房，大夜班主責護理師與白班主責護理師交接完畢。大夜班主責護理師問白班主責護理師「學姊，妳要看病人嗎？」白班主責護理師「沒關係，我再自己看就好。」

有關病人之交接班作業方式，大夜班主責護理師表示「依護理師個別差異而有不同做法，有的人會先看完病人才交班，有的則是先交完班才去看病人。」但白班主責護理師則表示「這家醫院交接完班時不需要兩人去看病人。」

白班主責護理師交完班後，從照護區的前端（4A 病房靠近護理站的區域）開始從 4A18、4A20、4A22、4A24 的病室依序執行治療，而 4A19 病室（病人甲與病人乙所入住之四人病室，位於 4A 病房距離護理站最遠端處）為主責護理師照顧的與執行治療的最後一間病室（圖 9）。

113 年 4 月 4 日 08:35-08:40

此時手術等候室中病人乙持續低血壓，第三次測量血壓 65/35mmHg，SpO₂ 低於 90，病人有氣切，痰液濃稠，呼吸喘，麻醉科醫師評估請護理師打電話給主刀醫師。麻醉醫師於電話中告知主刀醫師「vital sign 不穩定，不建議手術麻醉。」主刀醫師表示「我立刻下去。」

主刀醫師至等候室後，麻醉醫師告知主刀醫師「病人到手術室後測量的三次血壓都低於 60，不適合麻醉，可能一麻上去就沒有了。」主刀醫師認為病人甲有雙側膿胸，應立即進行引流手術，術後血壓及血氧即可改善。麻醉科醫師向主刀醫師表示「我先和你說明一聲，在手術當中任何時候我說停，你就要停。病人狀況有任何變化或是不穩定，請你立即停止手術，要盡速將病人送至 ICU。」主刀醫師表示「我會快進快出。」主刀醫師同時將病人乙推往手術房間。

113 年 4 月 4 日 08:40-08:45

到手術室後，病人乙點滴不滴，經護理師分別找尋兩三處部位後，重新打上留置針，以生理食鹽水點滴全速滴注。主刀醫師要求在场人員協助擺位採左側臥。擺位完成後主刀醫師即去刷手。過程當中，在场醫護人員無人發現病人身份錯誤。主刀醫師表示「麻醉誘導前的確認工作，是由病房、手術室護理人員、麻醉醫師主導並應確認病人身份。」麻醉醫師、流動護理師表示，此次麻醉誘導前，主刀醫師與在场醫護人員均未共同進行確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序與手術方式。但依手術護理紀錄記載，08:39 進入手術房前、08:44 麻醉誘導前、08:59 劃刀前三個時間點的核對項目（核對內容包括：病人身份、病人資料、手術部位、術式、作業流程）皆有主刀醫師、麻醉護理師、流動護理師等人完成核對之簽名，此手術護理紀錄與事實不符。

113 年 4 月 4 日 09:00

手術開始進行劃刀前，在场醫護人員仍未發現病人身份錯誤。麻醉科醫師、流動護理師表示，劃刀前手術團隊並未共同進行確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序、手術方式。主刀醫師則僅表示「劃刀前應先由手術室流動護理人員唸出需確認的資訊，再由主刀醫師說

出需確認的資訊。流動護理人員再次確認手術醫師說出之資料與病歷上之資料無差異，完成 Time out 確認程序。」但並未說明此事件於劃刀前手術團隊是否有進行確認病人身份之程序。

另麻醉醫師、刷手護理師表示，手術過程中主刀醫師曾指出病人胸腔內的積水狀況和片子不太一樣，但手術仍繼續進行，並放置胸管引流。主刀醫師表示「手術過程中，經胸腔鏡檢查，在病人右胸打一個 1 公分小洞，看到氣胸及肋膜積液約 500c.c.，引流出的量少，覺得奇怪，與印象中病人應該是雙側膿胸積水量不一致，且病人身形較瘦，看影像雙側積水是多的，詢問團隊，當下團隊無人回應。心裡一直納悶，早上看病人還好好的，怎麼突然病情變化要急救，接到麻醉科通知時腦中一片空白，好不容易才剛把病人的情況穩定下來，還是先趕緊完成手術。」、「假日只有一位主治醫師，病人血壓低才緊急處理過，我頭昏昏的，事後仔細想，病人不太對，兩個病人外觀一個稍微瘦一點，因為整個過程團隊都說是病人甲，我就以為是病人甲。」

113 年 4 月 4 日約 09:30

完成病人乙之胸管置入與傷口縫合，主刀醫師隨即離開手術室，由刷手護理師覆蓋傷口。由麻醉科人員與手術室二位護理師一同將病人由左側臥翻向仰臥。麻醉科醫師表示「手術過程中，病人生命徵象起伏，不穩定。」此時醫護團隊仍未發現病人身份錯誤。

113 年 4 月 4 日 09:33

病房白班主責護理師至 4A19 病室發藥時，發現病人甲仍在病房，致電手術室詢問「病人是否取消開刀？」手術室流動護理師回覆「病人在我這裡，已經開好要準備送回加護病房了，學妹妳要不要再去病房確認妳的病人？」白班主責護理師因擔心自己剛剛看錯病人，再次回到 4A19 房核對病人手圈確認病人甲確實在病房內，沒有送至手術

室。再次致電流動護理師表示確認病人甲仍在病房內。流動護理師接完電話後看到剛完成手術的病人腳圈是病人乙的姓名，立即電話通知主刀醫師及值班護理長，並廣播麻醉醫師入手術室。

113 年 4 月 4 日 11:00-13:00

病人甲至手術室接受手術（雙側胸管置入引流），由主刀醫師完成手術後，於 13:00 轉入加護病房後續照護。

113 年 4 月 5 日後

病人甲及病人乙術後病況穩定。病人乙於 4 月 9 日移除胸管，病況穩定於 5 月 3 日出院。病人甲於 5 月 11 日出院。

1.5 其他資料

1.5.1 事故調查作業時程

表 5.事故調查作業時程

日期	說明
113/4/11	衛福部依據醫療事故預防及爭議處理法第 35 條規定，通知受託法人啟動外部專案調查。民生醫院接獲受託法人之通知後，同日完成重大醫療事故線上通報。
113/4/23	召開調查小組共識會議。
113/4/26	通知醫院訪查行程。
113/4/30	實地調查（一） ：調查小組、受託法人及衛福部代表至醫療機構進行實地調查，完成 18 名人員訪談（受訪人員基本資料如表 2）。
113/5/2	實地調查（二） ：調查小組及受託法人代表至醫療機構進行實地調查，完成 4 名人員訪談（受訪人員基本資料如表 2）。
113/5/7-13	調查小組召開會議，彙整調查報告初稿。
113/5/17	召開專案小組會議，報告本事件初步調查報告。
113/5/22	召開專案小組會議，討論調查報告內容。

日期	說明
113/5/28	實地調查（三）： 調查小組及受託法人代表與相關人員訪談，完成 2 名人員訪談（受訪人員基本資料如表 2）。
113/6/4	召開專案小組會議，確認初步調查意見、改善行動建議及調查報告。
113/8/22	調查報告呈送衛福部。

1.5.2 事後相關單位處置

1. 高雄市政府衛生局依醫療法第 108 條規定：「醫療機構有下列情事之一者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，...一、屬醫療業務管理之明顯疏失，致造成病患傷亡者。...」，於 113 年 4 月 15 日處高雄市立民生醫院新臺幣五十萬元罰鍰。
2. 高雄市政府衛生局依醫師法第 25 條第 1 款及第 4 款規定，將主刀醫師移付懲戒，經醫師懲戒委員會 113 年 5 月 16 日決議，依同法第 25 條之 1 規定，處主刀醫師警告、1 年內接受法律相關繼續教育課程 24 小時及停業 1 年處分（停業期間自 113 年 6 月 1 日起至 114 年 5 月 31 日止），並且 1 年內於高雄市偏遠地區從事衛教宣導等非屬醫療業務之公益內容時數 300 小時。
3. 醫院人事異動：前任院長解除代理、前任醫療副院長免兼副院長、前任麻醉科主任解除代理、主刀醫師記二大過免職、前任企劃室主任指派支援高雄市政府衛生局企劃室業務，並派高雄市政府衛生局專員支援醫院企劃業務（代理主任）。

1.5.3 調查之其他發現

1. 依據 113 年第一季手術室管理委員會紀錄記載，於會議中檢討該主刀醫師曾發生強行推病人至手術室插刀之異常事件。
2. 依據人員訪談表示，醫品病安委員會的角色較被動，都是例行性的收集資料及開會、長官交辦事項。異常事件由醫療科自行檢討，造成病人影響中重度案件會請單位提供品質改善管理循

環 (PDCA)，嚴重的會請單位做根本原因分析 (RCA) (去年小於 5 件) 並在委員會報告。印象中過去沒有什麼手術異常事件。

3. 依據人員訪談表示，全院醫品病安是 1-2 位企劃室行政人員兼著做，由醫療副院長督導醫品病安業務。企劃室人員無臨床背景，異常事件會請護理科主管協助審視內容，由醫品病安委員會主委裁示後續要做什麼。
4. 依據人員訪談表示，4A 病房滿床 34 床，護理師大夜 2 人、白班 3-4 人。配合護理支援及調度，常需調派加護病房人力至病房支援，病房的護理人員亦時常在不同病房輪調支援，支援的人力對個別病房的常規不熟悉。
5. 院內於 113 年 2 月 15 日 08:05 在手術室由醫療副院長主持召開手術室會議。依據會議紀錄及訪談人員表示，2 月 10 日曾因為該主刀醫師未接獲手術室通知即自行要求病房將病人送至手術室，而造成科室間的糾紛。此協調會議中，麻醉科會後檢討及改善措施：假日急診刀，需等待手術室同仁通知病房送病人，才可將病人送至手術室。此項規定已經與護理部主任當面溝通協調，護理部主任同意於護理長會議上宣導，請病房護理同仁配合。也經由麻醉護理師當面告知該主刀醫師，不可再自行要求病房送病人至手術室。

1.5.4 實地查證問題

1. 實際訪視 4A 及 6B 病房之病室床位配置

每間病室之床位編排順序不統一 (圖 15)；床頭卡僅以約 A6 大小白紙 (105x148mm) 標示，內容基本資料字體小，不易辨識，且擺放位置不固定，可能在床頭或床尾 (圖 12、圖 13、圖 16)。病室內床號標示僅以數字號碼呈現 (1, 2, 3, 4)，而非完整床號 (圖 13)，字體小不易於辨識。

2. 手術病人辨識的日常作業

實地訪查手術室人員表示，於等候室無須確認手術前準備記錄查核表（電腦系統）。麻醉科主任兼術委會主委表示「同仁通常習慣不會對手圈，通常以病歷來做病人核對。」此與所訂規範（SOP-02）不符。

3. 手術部位劃記的日常作業

依據手術部位註記標準作業流程（SOP-09）

- (1) 麻醉護理師表示「無法確認 100%執行，查核沒標記的話會通知醫師補，主刀醫師不習慣標示，提醒多次也不會改。」
- (2) 主刀醫師表示「若病人身上無法註記的時候，才會在病歷上記錄。」
- (3) 外科部長表示「劃記一般在病房由專科護理師標記，醫師會解釋說明。沒劃記手術室不見得會擋，有的醫師比較兇就不會擋，大部分應該有做。胸腔科內視鏡手術劃記照理說劃在刀口。之前有討論過標側別，術委會沒通過。」
- (4) 麻醉科主任兼術委會主委表示「我們沒做的話護理人員會提醒，但護理人員不敢挑戰該主刀醫師（講了也不會改）。」
- (5) 前院長表示「骨科劃記會以圈或 X+主刀醫師的英文姓的字母（圖 4）。」

綜上可知，各單位執行人員未落實（SOP-09）規範之規定，且認知不一。

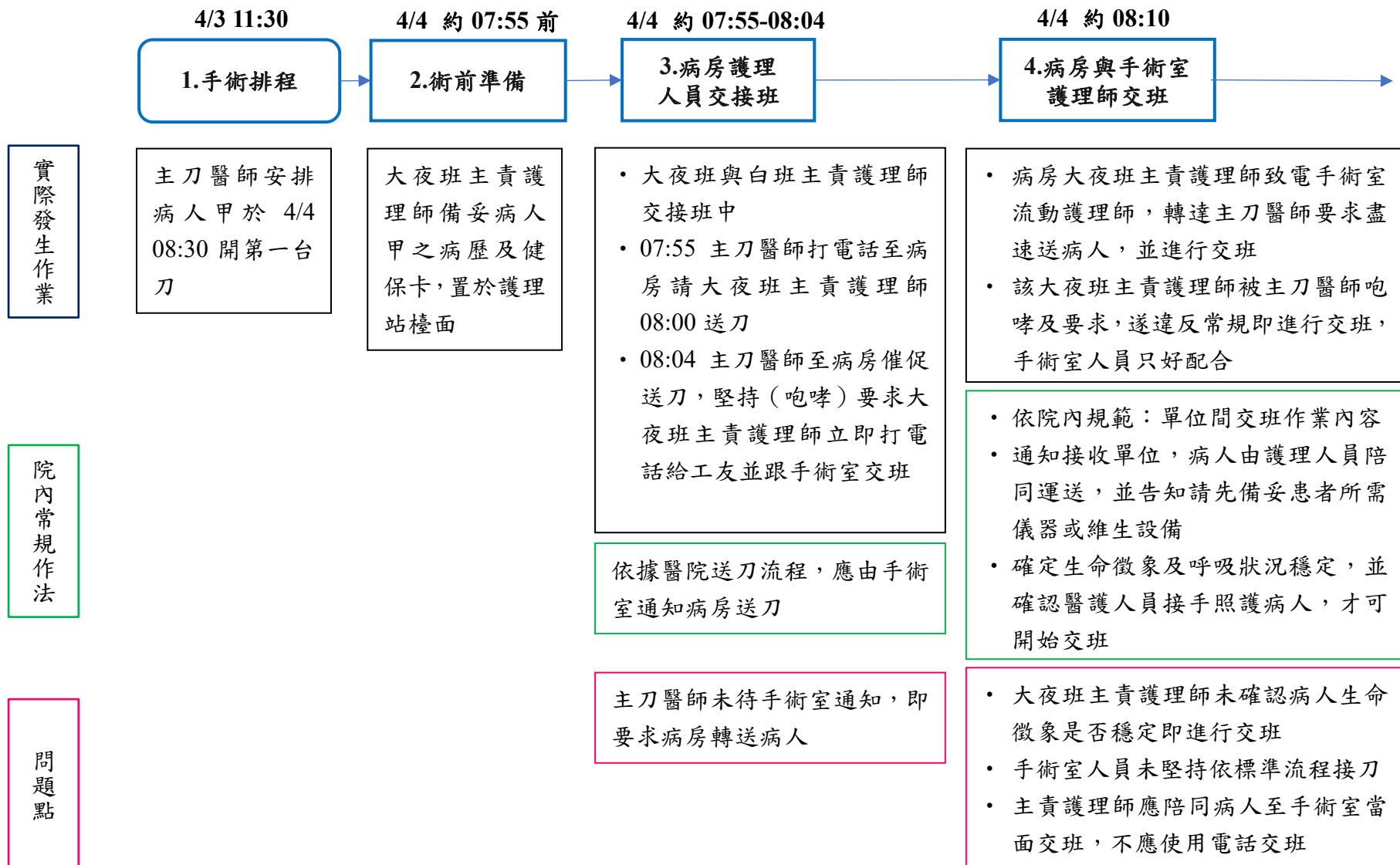
4. 依據病人甲病歷病程紀錄，入院診斷為雙側膿胸，CT 顯示為雙側肋膜積水，pre-OP 及 post-OP 記載為右側膿胸，主刀醫師表示以水性筆（院方提供）劃記在病人甲之左側鎖骨處，而該手術其他團隊成員均未進行確認，故無從知悉是否病人甲身上有手術部位劃記。以上相關病歷紀錄、部位劃記與實際狀況及院內規範（SOP-09）均不一致。

第二章 分析

2.1 作業流程分析

依照本事件病人手術前、中、後作業流程，呈現事件當時之實際發生作業、院內常規作法與問題點，如圖 1.手術事件作業流程分析（P.20-P.23）。

圖 1.手術事件作業流程分析圖



4/4 約 08:13

5.工友至病房接病人

4/4 約 08:14

6.病人送出前確認

實際發生作業

- 工友（憑電話中口頭指示）至護理站拿病人甲病歷資料後，獨自進入病室接病人
- 工友自行前往病室接病人，將病人乙推出至護理站時，未與護理師進行病人及文件確認

院內常規作法

- 工友應告知護理站人員要接送病人與傳送病人資料
- 依據（SOP-03）護理科工友安全運送病人、檢體標準作業，工友運送病人手術：
 - (1) 護理人員先確認開刀項目、備妥病歷及報告文件
 - (2) 護理人員明確告訴工友病人床號、姓名及欲開刀之項目
 - (3) 工友確認病人（核對手圈、病歷）
 - (4) 工友與護理人員再度確認病人、病歷等文件正確，並帶健保卡
 - (5) 工友與護理人員一同帶病人至手術室交班

問題點

- 工友未依據標準作業流程與主責護理師共同核對，即將病人推走

- 大夜班及白班主責護理師交接班中，工友推病人經過護理站時向護理師索取髮帽，在場護理師都有看一眼且看到病人被推出病房。（交班到病人甲時認定病人已送出病房，故未有此病人交班，護理紀錄亦未記載病人甲手術準備的交接內容及進度）
- 大夜班及白班主責護理師未完成電腦上的手術前準備紀錄查核表，也未進行核對和交班

主責護理師應完成電腦上的手術前準備紀錄查核表及進行核對

- 大夜班及白班主責護理師知道工友將預定手術之病人送走，未與工友核對確認，故未發現病人錯誤
- 病人送出時未由主責護理師陪同至手術室當面交班

4/4 約 08:15-08:25

7.工友送病人抵達
手術室

實際發生作業

- 08:15 工友將病人送抵達手術室
- 主刀醫師未確認病人，直接請刷手護理師先去電腦系統按報到，刷手護理師也未確認病人，逕行完成病人甲之報到
- 麻醉護理師看到主刀醫師及刷手護理師皆在等候室，以為已執行病人辨識
- 流動護理師當時尚未抵達，故由刷手護理師執行報到動作

院內常規作法

- 依據（SOP-04）手術病人辨識及手術部位、手術程序確認作業標準內容：
 - 一、病人至手術室報到時護理人員先確實檢視病人身份與病歷、手圍資料符合
 - 二、檢視病人身上手術部位註記
 - 三、無法溝通之病人，向家屬或照護人員或病人照片確認病人身份
 - 六、手術前護理記錄單 Check 完整並有簽名
 - 七、進入手術房前、麻醉誘導前、劃刀前，負責手術之醫師、麻醉醫師、流動護士共同核對病歷與排程，確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序、手術方式正確並於手術室護理記錄單簽名
- 依據（SOP-07）手術室接送病患流程-流動護理師接病人，及（SOP-08）手術室接送病患流程-等候室接病人執行

問題點

未依據標準作業流程進行

4/4 約 08:25-09:00

4/4 約 09:33-

8.病人由等候室進入手術室
擺位及手術病人及部位、術式確認，手術開始

9.發現手術病人錯誤，
進行通報

實際發生作業

- 病人乙身上未有手術部位標記
- 醫療團隊未共同於進入手術房前、麻醉誘導前、劃刀前執行病人確認及手術部位確認

院內常規作法

- 依據（SOP-06）手術部位註記標準作業流程，手術前應以黑色油性筆，在開刀部位標示
- 依據（SOP-04）手術病人辨識及手術部位、手術程序確認作業標準，於進入手術房前、麻醉誘導前、劃刀前執行病人確認及手術部位確認，並紀錄

問題點

未依據標準作業流程進行

- 病房白班主責護理師至病房發藥，發現原預定手術之病人甲仍在病房
- 白班主責護理師致電手術室流動護理師，流動護理師發現並確認手術病人是病人乙，通知值班護理長及主刀醫師
- 主刀醫師請病人乙的法定代理人簽署手術同意書
- 依據（SOP-05）進行院內異常事件通報
- 召開會議進行事件調查及檢討改善
- 召開人審會議及向衛生局通報
- 接受外部調查

2.2 差異分析

彙整作業規範與實際發生之差異點，如表 6.差異分析表（P.24-P.29）。

表 6.差異分析表

序號	原有常規或作法	實際發生	差異產生之問題
1	依據113年2月15日之手術室會議紀錄，醫院送刀流程須由手術室通知病房單位將病人送至手術室，並非由主刀醫師直接通知病房單位，將病人送至手術室。	1. 主刀醫師於07:55打電話至病房請主責護理師08:00送刀。 2. 主刀醫師於08:04至4A病房催促送刀與交班，堅持（咆哮）請主護立即打電話給工友及並跟手術室交班。 3. 護理師表示該主刀醫師很常在護理人員交接班的時候催刀。	主刀醫師習慣性違反院內規定，打斷護理人員交班。
2	依據(SOP-01)護理人員交班標準作業，單位間交班作業內容： 1. 通知接收單位，病人由護理人員陪同運送，並告知請先備妥患者所需儀器或維生設備。 2. 確定生命徵象及呼吸狀況穩定，並確認醫護人員接手照護病人，才可開始交班。	1. 病房大夜班主責護理師致電手術室流動護理師，轉達主刀醫師要求盡速送病人，並進行交班。 2. 主責護理師未確認病人交班前的生命徵象及呼吸狀況是否穩定即進行交班。 3. 手術室人員未堅持依標準流程接刀。	主責護理師被主刀醫師咆哮及要求，遂違反常規即進行交班，手術室人員只好配合。

序號	原有常規或作法	實際發生	差異產生之問題
3	1. 工友進入病室接病人應進行身份確認。	1. 工友接到公務手機通知要送病人開刀後，至4A護理站拿4A19-1病人甲之病歷後，獨自進入病室接病人。	1. 無人知曉照服員當時在何處，故病室內無人協助工友確認。
	2. 依據（SOP-03）護理科工友安全運送病人、檢體標準作業，工友運送病人手術標準為： (1) 護理人員先確認開刀項目、備妥病歷及報告文件。 (2) 護理人員明確告訴工友病人床號、姓名及欲開刀之項目。 (3) 工友確認病人(核對手圈、病歷)。 (4) 工友與護理人員再度確認病人、病歷等文件正確，並帶健保卡。 (5) 工友與護理人員一同帶病人至手術室交班。	2-1 無法得知工友進入病室後的情形，以及當時照服員是否在病室或其他地方。 2-2 對於工友進入病室後的情形，工友表示「不記得了」，無法得知是否有核對病人。工友自行前往病室接病人，推出至護理站時，護理師未與工友共同進行病人及資料確認。	2. 當時白班及大夜班主責護理師交接班中，知道工友來接送預定手術的病人，並未起身與工友進行核對，故未發現病人錯誤。
	3. 工友及護理人員應共同確認並完成（SOP-09）住院病患送檢查檢表	3. 大夜班主責護理師及工友未完成住院送檢查檢表。	3. 工友推病人至護理站前停留時，大夜班主責護理師沒有與工友做核對確認。

序號	原有常規或作法	實際發生	差異產生之問題
	4. 主護應完成手術前準備紀錄查核表（電腦系統）及進行核對	4-1 大夜及白班主責護理師於護理站內交接班中，當時未進行送出前再確認。 4-2 大夜及白班主責護理師未完成手術前準備紀錄查核表（電腦系統）及進行核對和交班（確認準備進度） 4-3 查閱護理紀錄並未記載，不確定病人甲手術準備的交接內容及進度。	4. 護理紀錄記載與實況不符（病人甲已被送至手術室，實際為病人乙被送走）。且未完成手術前準備紀錄查核表紀錄。
	5. 依據（SOP-01）護理人員交班標準作業：三、單位內交班作業內容：（一）交接病人應至病人單位實際檢視病患，確認生命徵象。	5. 醫院未規範而依護理師各別差異而有不同做法，有的人會先看完病人才交班，有的則是先交完班才去看病人。	5. 白班主責護理師未於交完班後立即去巡房探視病人，未能及時發現工友送錯病人。
4	1. 依據（SOP-04）手術病人辨識及手術部位、手術程序確認作業標準： 一、病人至手術室報到時護理人員先確實檢視病人身份與病歷、手圈資料符合。 四、檢視病人身上手術部位註記。 五、無法溝通或溝通不易之病人，向家屬或照護人員或病人照片確認病人身份。 六、手術前護理記錄單 Check 完整並有簽名。	1-1 08:15工友將病人送抵達手術室。 1-2 主刀醫師未確認病人，直接請刷手護理師先去電腦系統按報到，刷手護理師也未確認病人，逕行完成病人甲之報到。 1-3 麻醉護理師看到主刀醫師及刷手護理師皆在等候室，以為已執行病人辨識。	1-1 非等手術室通知而提早將病人送達手術室，手術團隊成員準備不及（未到齊、手忙腳亂）。 1-2 僅電腦系統註記報到，未核對病人未發現對象錯誤。 1-3 團隊成員（主刀醫師、麻醉醫師、麻醉護理師、流動及刷手護理師）皆以為對方已完成病人辨識。

序號	原有常規或作法	實際發生	差異產生之問題
	七、進入手術房前、麻醉誘導前、劃刀前，負責手術之醫師、麻醉醫師、流動護士共同核對病歷與Schedule，確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序、手術方式正確並於手術室護理記錄單簽名。		
	2. 依據(SOP-07)手術室接送病患流程-流動護理師接病人，及(SOP-08)手術室接送病患流程-等候室接病人執行	2-1 流動護理師當時尚未抵達，故由刷手護理師執行報到動作。 2-2 同仁習慣不會對手圈，通常以病歷來做病人核對。	2-1 規章未明訂假日等候室報到作業之負責人員，刷手、流動或麻醉人員皆可執行。 2-2 主責護理師未與工友共同送病人，故未能與主責護理師做核對。 2-3 組織文化平常無核對手圈的習慣。
5	依據(SOP-06)手術部位註記標準作業流程： 一、以黑色油性筆，在開刀側(明顯標示出手術器官位置)，繪出2-3公分「○」圖形，並在病歷上簽名及登記時間。	1. 手術相關病歷紀錄、部位劃記與實際狀況及院內規範均不一致。 病歷查閱：依據病人甲病歷病程紀錄，入院診斷為雙側膿胸，CT顯示為雙側肋膜積水，pre-OP及post-OP記載為右側膿胸，主刀醫師表示以水性筆(院方提供)劃記在左側鎖骨處，手術實際執行雙側的胸腔引流。	1. SOP不夠具體明確、且各部門相關主管對手術部位劃記作業規範認知不一，導致做法不一。

序號	原有常規或作法	實際發生	差異產生之問題
		2. 手術部位劃記的日常作業 2-1 無法確認100%執行，查核沒標記的話會通知醫師補，有的醫師比較兇就不會擋。 2-2 該主刀醫師不習慣標示，提醒多次也不會改。 2-3 主刀醫師、外科部長、麻醉科主任兼術委會主委、前院長對於手術部位劃記規範及作法說法不一。	2. 組織文化對於不執行手術部位劃記之醫師無監督及強制約束力，故無法落實執行把關。
6	病歷應詳細記載	病人乙於等候室病況改變，團隊人員予以緊急處置，並未呈現於病歷紀錄中。手術護理紀錄僅記錄量測的最後一筆生命徵象。	未記錄病況改變之處置過程，以致無依據且無法證實過程真實性。
7	依據(SOP-04)手術病人辨識及手術部位、手術程序確認作業標準內容： 七、麻醉誘導前、劃刀前，負責手術之醫師、麻醉醫師、流動護士共同核對病歷與Schedule，確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序、手術方式正確並於手術室護理記錄單簽名。	1-1 麻醉誘導前手術團隊未共同進行確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序、手術方式。 1-2 手術護理紀錄：08:39進入手術房前、08:44麻醉誘導前、08:59劃刀前三個時間點的核對項目(核對內容包括：病人身份、病人資料、手術部位、術式、作業流程對)皆有主刀醫師、麻醉護理師、流動護理師等人完成核對之簽名。	1-1 未確實執行Sign in，未發現病人錯誤。 1-2 未執行核對卻有簽名紀錄。

序號	原有常規或作法	實際發生	差異產生之問題
		2-1 劃刀前未共同進行確認及覆誦病人正確、部位正確、手術程序、手術方式。 2-2 手術過程中主刀醫師有指出病人胸腔內的積水狀況和片子不太一樣，詢問團隊無人回應，手術仍繼續進行，並放置胸管引流。	2-1 未確實執行Time out，未發現病人錯誤。 2-2 當團隊成員有疑慮時未能進一步確認，導致錯誤。

第三章 結論

經調查與彙整專家意見分析結果，本事件發生之原因就直接影響因素、相關影響因素、間接影響因素與系統性因素，分述如下。

3.1 直接影響因素

工友、病房護理師、主刀醫師、麻醉醫師及手術團隊皆未落實病人辨識及確認。

1. 工友獨自將手術病人推離病房，護理人員未與工友確認。
2. 術前病人病況突發改變，團隊緊急處理，未再進行病人辨識與確認。
3. 術中主刀醫師提出疑慮時，未獲團隊成員回應及再確認，即繼續手術。
4. 手術團隊未落實執行麻醉誘導前（Sign in）、劃刀前（Time out）及病人送出手術房前（Sign out）核對。

3.2 相關影響因素

1. 主刀醫師違反應由手術室通知送刀之規定，催促護理師送刀。
2. 護理師於交班之忙碌時段被催促送刀，同時處理多項事務，造成術前準備作業不完整。
3. 本事件兩位病人性別相同，身型外觀及病徵相似，易造成混淆。
4. 白班主責護理師於交班後未立即巡視病人，且依床號順序進行病人治療，因當事病人床號屬末段順序，致未能第一時間發現病人錯誤。
5. 病人於非正常第一台刀時間（08:30）就送到手術室，手術團隊匆忙抵達，準備倉促。

3.3 間接影響因素

1. 組織層級

- (1) 手術室管理委員會：會議內容流於例行報告，缺乏實質監督與管理。
- (2) 醫品病安委員會：由醫療副院長擔任主委，全權決策會議內容，對病安事件各科室間的討論參與不足。會議內容流於例行報告，缺乏實質監督與管理。
- (3) 病安專責單位（企劃室）：主管及成員皆非醫品病安背景，對醫品病安業務規劃、推動及執行之廣度及深度有限。
- (4) 重要幹部主管派任：民生醫院主要幹部為公務人員，事件發生後院長、副院長及部分行政主管即調任至衛生局或其他市立體系醫院，造成缺乏事件檢討改善之延續性。

2. 領導監督

- (1) 醫院雖設有外科部，但對於各分科督導授權不清，難以整合管理並落實院方政策。
- (2) 工友派任及適任評估問題：該位工友車禍後，處理事務能力明顯改變，卻仍執行一般工友勤務，未適度調整。
- (3) 管理制度
 - a. 漠視員工常態性違規（如：手術部位劃記不確實、術前核對不確實、假日排常規刀等）與脫序違規（如：非經手術室通知逕行送刀）。
 - b. 主管漠視職場破壞行為：醫療科主任、護理科主管等。

3. 全院標準作業規範制度不完善

- (1) 無全院 SOP 管理機制（SOP 的制定/修訂、廢止的規範與執行）。
- (2) 未有完善的標準作業制定、宣導、落實執行及稽核的機制：標準作業規範內容不完整、版別格式雜亂、重複、不統一。

(3) 員工不了解標準作業規範，說寫作不一致。

4. 病歷紀錄完整性及詳實性問題

此事件相關之病歷紀錄多處不盡詳實，如：護理紀錄與實況不符、未核對病人但手術紀錄卻有簽名、病人乙術前緊急處置紀錄不完整等。

5. 病室床號配置辨識風險之問題

床位順序在不同病房、病室間皆不一致，床頭卡設計及內容不易辨識及擺放位置不一致，易造成工作人員混淆，不易辨識。

6. 團隊合作

(1) 手術團隊不了解麻醉誘導前 (Sign in)、劃刀前 (Time out) 及病人送出手術房前 (Sign out) 之內容，未落實執行。

(2) 手術團隊成員 (主刀醫師、麻醉醫師、麻醉護理師、流動及刷手護理師) 皆誤以為對方已完成病人辨識。

(3) 團隊成員未能適時表達病人安全之立場與主張。

3.4 系統性因素

組織及個人缺乏病人安全文化意識。

第四章 改善建議

本醫療事故專案小組依調查結果提出相關之病人安全改善建議，條列於 4.1 節。另，高雄市立民生醫院於 113 年 7 月 19 日提供針對本事件已完成或進行中之改善措施，列於第 4.2 節，惟該等資料尚未經醫療事故專案小組進行驗證。

4.1 改善建議

4.1.1 病房及手術團隊應落實病人辨識及確認

1. 重新審視/修正在照護過程中需進行病人辨識的時機與做法（例如：交接班、病人運送、手術前後等時機），訂定適當的標準作業規範。
2. 針對病人辨識及確認相關標準作業，應有完善的員工教育訓練。
3. 針對病人辨識及確認相關標準作業，應有定期臨床稽核制度，並依稽核結果進行檢討改善。

4.1.2 手術團隊應落實執行麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)之核對

1. 重新審視/修訂手術麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)的病人辨識、手術部位註記、手術程序等相關作業。
2. 針對手術麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)相關標準作業規範，應有適當的人員教育訓練。
3. 針對手術麻醉誘導前(Sign in)、劃刀前(Time out)及病人送出手術房前(Sign out)相關標準作業規範，應有定期臨床稽核制度，並依稽核結果進行檢討改善。

4.1.3 醫院應就組織及個人，加強病人安全文化意識

1.組織層級

- (1) 醫院應重新審視與建立權責分明的管理架構與體制。
- (2) 醫院應強化主管對員工進行監督與管理的責任。
- (3) 醫院應重新審視手術室管理委員會及醫品病安委員會成員的合適性，建議高階主管應發揮實質的監督與管理。
- (4) 醫院企劃室之醫療品質與病人安全業務應設有臨床主管，實際督導與執行病安相關業務。
- (5) 醫院應強化全院員工對於醫療品質與病人安全的認知與重視，建立通報文化。

2.監督管理

- (1) 醫院應制訂全院性的文件管理作業，指派專人管理並推動全員說寫作一致。
- (2) 醫院應重新檢視及修正或新訂適當的作業規範，並訂定內部控制及稽核作業制度，並辦理相關教育訓練。
- (3) 醫院對於常態性違規及脫序違規，應積極處理與改善。

3.工作管理

- (1) 可運用科技輔助病人辨識：例如運用條碼（barcode）進行手術病人辨識，包括從病室接送病人、離開護理站、到達手術室報到、進到手術房內等時機，全程皆運用條碼（barcode）掃描病人手圈核對，以減少病人辨識錯誤的發生。
- (2) 進行病室空間配置的優化及標準化：包含病室內床位擺設順序的一致性、床號的標示、床頭卡規劃（包含內容資訊、易讀性、字體大小、位置）等。
- (3) 應建立工友執勤的監督機制並確保適任性：依個人能力與身心狀態，適度授權與調整工作內容。
- (4) 醫院管理階層應提供團隊合作訓練，鼓勵全體員工發揮團

隊合作技巧，以達良好的溝通、相互監測與支援，並站在病人安全的立場適度表達主張。

4.2 高雄市立民生醫院已完成或進行中之改善措施

1. 針對未確實執行「手術病患辨識及手術部位、手術程序標準作業」、未有持續稽核機制，以及標準作業規範不健全之問題，擬定以下改善方案：
 - (1) 修訂「AAOA-016 高雄市立民生醫院手術病患辨識及手術部位、手術程序確認作業標準」，明確規範手術團隊病人辨識、部位及程序確認作業，並制定手術安全查核表。
 - (2) 修訂「AAOA-024 高雄市立民生醫院手術病人辨識作業標準」，明確規範病人辨識作業、稽核頻率與稽核表。
2. 針對缺乏資訊防呆系統、缺乏規則一致的病室環境及標示，擬定以下改善方案：
 - (1) 5 月 13 日開始建置病房病人送檢、送手術之離開病室前之資訊核對關卡；5 月 30 日建置檢查及手術室接收病人之資訊核對關卡，6 月 11 日開始病房區試行，6 月 15 日擴展到急診、門診住院中心。
 - (2) 5 月 1 日全面檢視病室內床號標示及原則，統一 2 人房（進門之 1；靠窗之 2）、4 人房（進門左側起之 1；順時針之 2、3、4 排序），並將標示放大置於床頭統一位置。
3. 針對無隨機查核機制、獎勵或罰則，以及雙向監督提醒的互助文化，擬定以下改善方案：
 - (1) 醫療領域中的不當權威通報管道。
 - (2) 修訂「EOAA-007 高雄市立民生醫院異常事件通報獎勵要點」，提高異常事件通報獎勵至 100 元/件，並訂定獎勵單位主管方案。

4. 針對未制定強力中斷違規機制，以及職場不法案例未被正向宣導，擬定以下改善方案：

- (1) 組織改編，提高病安異常通報至院層級。
- (2) 鼓勵病安異常事件通報，修訂「EOAA-007 高雄市立民生醫院異常事件通報獎勵要點」，提高異常事件通報獎勵至 100 元/件，並訂定獎勵單位主管方案。
- (3) 宣導職場霸凌通報管道及處理流程。

5. 針對未被全面教育 SOP 各角色職責，擬定以下改善方案：

- (1) 於通訊軟體群組記事本公告標準作業流程。
- (2) 病房、科會及全院性會議室宣導標準作業流程。
- (3) 6 月 13 至 21 日依情境製作傳送病人辨識教學影片(共三項)於數位學習網。

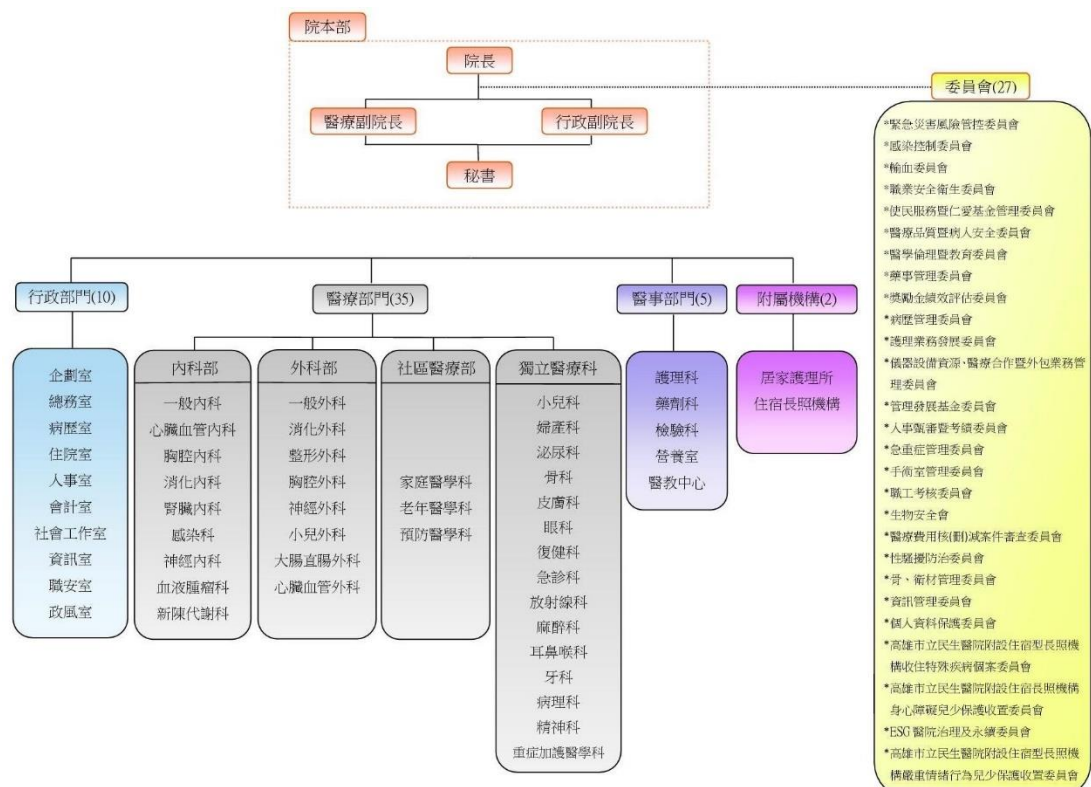


圖 2. 醫院組織架構圖

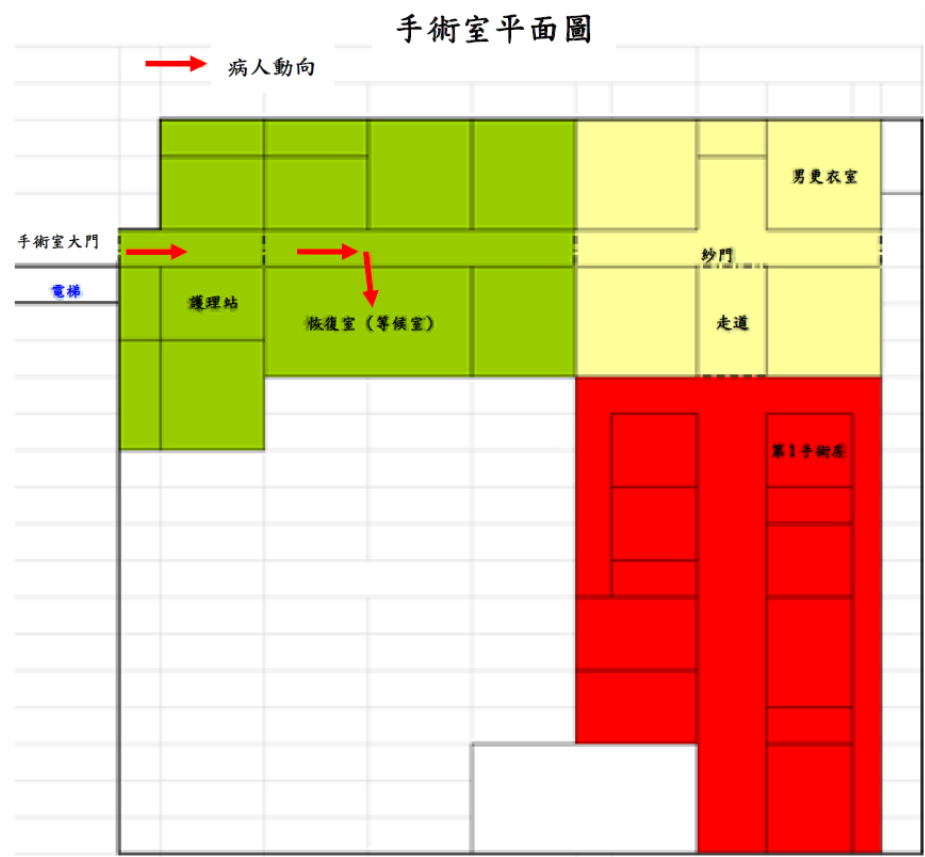


圖 3. 手術室平面圖與動線示意圖



圖 4. 手術部位標記方式示意圖（非當事人）



圖 5. 病房護理站（工友推病床至護理站停留點以箭頭處表示）



圖 6. 病房出入口環境（工友推病床離開病房動線以箭頭處表示）

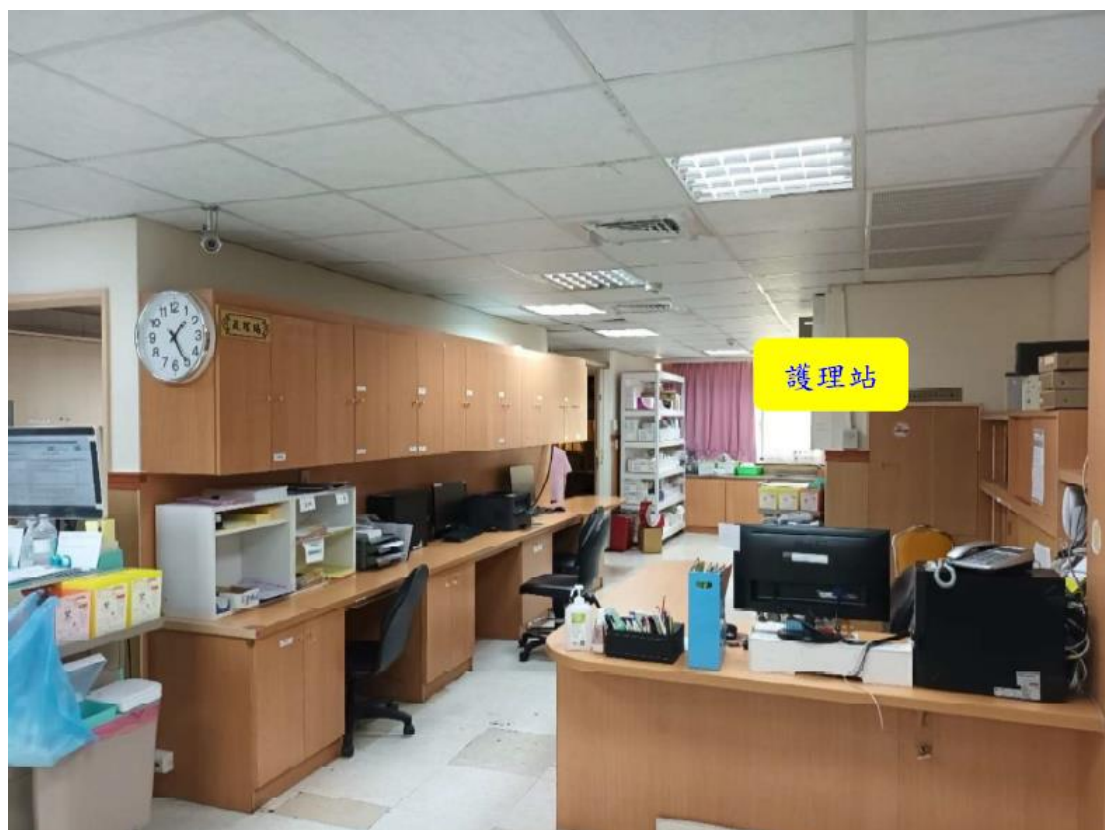


圖 7. 病房護理站環境（白班及大夜班主責護理師於護理站內交接班）



圖 8. 病房護理站監視器位置



圖 9. 病房監視器相對位置示意圖



圖 10. 病房 419 病室入口



圖 11. 病房 419 病室床位配置（非當事人）

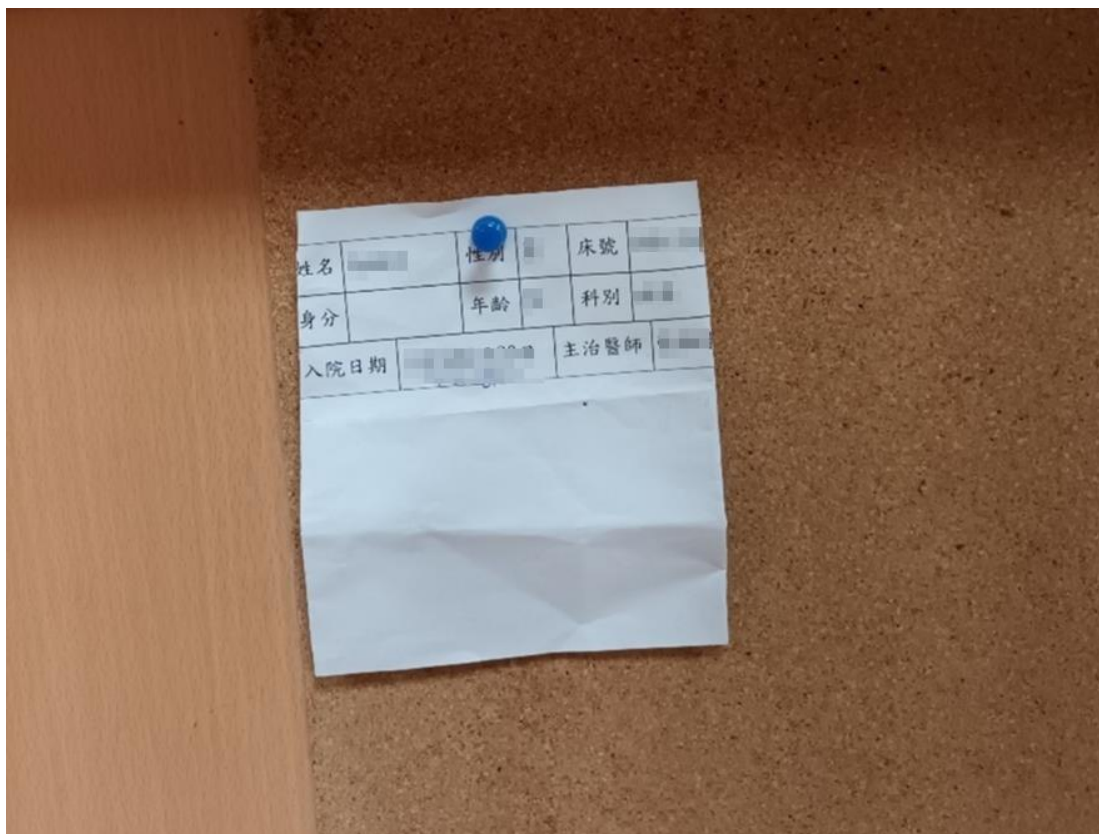


圖 12. 病房床頭卡示意圖（非當事人）



圖 13.4A 病房床號標示示意圖（非當事人），僅以數字號碼呈現（藍色圈的位置），字體小不易辨識。床頭卡以 A6 紙列印釘於床頭軟木板（紅色箭頭的位置），字體小不易辨識。



圖 14. 病人手圈標示示意圖（非當事人），呈現病歷號、姓名、身份證字號、性別、出生年月日、條碼等資訊，無難以辨識情形。

病床配置圖

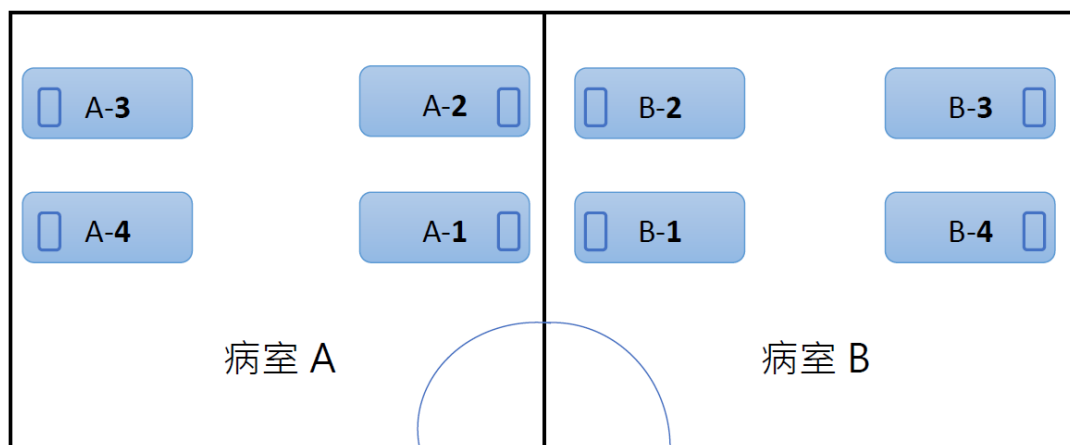


圖 15. 病房床位順序示意圖（每間病室床號編排順序不一致，易造成工作人員混淆）



圖 16. 病房床頭卡設置位置示意圖（6B 病房置於床尾箭頭標示處，4A 病房置於床頭，不統一）