

台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting system

2013 年年報

Annual Report 2013



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (TAIWAN)

委託辦理



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation

編 印



2013 年台灣病人安全通報系統年度報表

台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting system

2013 年年報

Annual Report 2013

目
錄

壹、前言	001
貳、歷年統計描述 (2005 年 ~ 2013 年)	002
參、年度通報事件統計分析 (2013 年)	012
一、整體事件統計	012
二、事件相關統計	014
三、病人/住民相關統計	018
四、通報人員相關統計	024
五、發生可能原因與改善措施統計	026
肆、各類機構事件分析	030
一、醫院	030
(一) 醫院-藥物事件	037
(二) 醫院-跌倒事件	045
(三) 醫院-管路事件	054
(四) 醫院-檢查/檢驗/病理切片事件	063
(五) 醫院-醫療照護事件	069
(六) 醫院-傷害行為事件	072
(七) 醫院-治安事件	075
(八) 醫院-手術事件	080
(九) 醫院-公共意外	083
(十) 醫院-輸血事件	088
(十一) 醫院-院內不預期心跳停止事件	091
(十二) 醫院-麻醉事件	096
(十三) 醫院-其他事件	099
二、精神專科醫院	102
(一) 精神專科醫院-傷害行為事件	107
(二) 精神專科醫院-跌倒事件	110
(三) 精神專科醫院-藥物事件	115



(四) 精神專科醫院-治安事件	122
三、護理之家	125
(一) 護理之家-跌倒事件	132
(二) 護理之家-管路事件	137
(三) 護理之家-傷害行為事件	146
四、精神復健機構	149
(一) 精神復健機構-跌倒事件	154
(二) 精神復健機構-傷害行為事件	158
五、基層醫療(綜合分析)	161
<hr/>	
伍、資料正確性與完整性分析	164
<hr/>	
陸、回饋學習	170
一、警示訊息及學習案例歷年發展成果	170
二、警示訊息與學習案例	175
<hr/>	
附錄一、何謂病人安全事件	210
附錄二、台灣病人安全通報系統沿革	211
附錄三、病人安全通報系統流程圖	212
附錄四、通報事件類別說明	213
附錄五、異常事件風險矩陣 (SAC)	214
 致 謝	 215



圖目錄

目錄

圖 2-0-0-1	歷年通報家數及件數統計	002
圖 2-0-0-2	歷年三種通報方式件數統計	003
圖 2-0-0-3	歷年醫事機構層級通報件數統計	003
圖 2-0-0-4	歷年醫事機構層級通報家數統計	004
圖 2-0-0-5	2005~2013 年整體事件發生醫事機構統計	004
圖 2-0-0-6	2005~2013 年整體事件發生時段分布	005
圖 2-0-0-7	2005~2013 年各類事件發生時段分布	006
圖 2-0-0-8	2005~2013 年整體事件受影響對象年齡層分布	007
圖 2-0-0-9	2005~2013 年整體事件受影響對象性別分布	007
圖 2-0-0-10	2005~2013 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布	008
圖 2-0-0-11	歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢	008
圖 2-0-0-12	歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度	009
圖 2-0-0-13	歷年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度	009
圖 2-0-0-14	歷年藥物事件數與有傷害事件比例趨勢	010
圖 2-0-0-15	歷年跌倒事件數與有傷害事件比例趨勢	010
圖 2-0-0-16	歷年管路事件數與有傷害事件比例趨勢	010
圖 2-0-0-17	歷年通報人員身份別趨勢	011
圖 3-1-0-1	各類型醫事機構發生件數分布	012



圖 3-4-0-5	所有機構通報者進入現職機構年資分布	025
圖 3-5-0-1	預防事件再發生的措施或方法	028
圖 4-1-0-1	醫院通報各類事件數	030
圖 4-1-0-2	醫院發生時段與病人健康影響程度分析	031
圖 4-1-0-3	醫院發生地點相對次數百分比	031
圖 4-1-0-4	醫院事件發生後對病人健康的影響程度	032
圖 4-1-0-5	通報者身分別	033
圖 4-1-0-6	通報者總年資	034
圖 4-1-0-7	通報者現職年資	034
圖 4-1-0-8	預防事件再發生的措施或方法相對次數百分比	035
圖 4-1-1-1	醫院藥物事件發生時段分布	037
圖 4-1-1-2	醫院藥物事件發生地點相對次數百分比	037
圖 4-1-1-3	醫院藥物事件對病人健康的影響程度	038
圖 4-1-1-4	醫院藥物事件錯誤發生階段	039
圖 4-1-1-5	醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段錯誤項目明細	040
圖 4-1-1-6	醫院藥物事件給藥錯誤階段錯誤項目明細	040
圖 4-1-1-7	醫院藥物事件藥局調劑錯誤項目明細	041
圖 4-1-1-8	醫院藥物事件錯誤項目明細與錯誤階段交叉分析	041
圖 4-1-1-9	醫院藥物事件發生時段與錯誤發生階段之交叉分析	042





圖 4-1-2-14	醫院跌倒事件可能原因為病人因素相對次數百分比	052
圖 4-1-2-15	醫院跌倒事件可能原因為藥物因素相對次數百分比	053
圖 4-1-2-16	醫院跌倒事件可能原因為環境因素相對次數百分比	053
圖 4-1-3-1	醫院管路事件發生時段分布	054
圖 4-1-3-2	醫院管路事件發生管路種類	054
圖 4-1-3-3	醫院管路事件發生於何項活動過程	055
圖 4-1-3-4	醫院管路事件對病人/住民健康的影響程度	056
圖 4-1-3-5	醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析	056
圖 4-1-3-6	管路事件之錯誤類型	057
圖 4-1-3-7	管路脫落類型	057
圖 4-1-3-8	發生三班時段與管路脫落類型	058
圖 4-1-3-9	自拔管路事件對最近一星期病人自拔管路次數之交叉分析	058
圖 4-1-3-10	病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析	059
圖 4-1-3-11	病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析	059
圖 4-1-3-12	病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析	059
圖 4-1-3-13	單一管路種類與是否重新插管之交叉分析	060
圖 4-1-3-14	單一管路種類與管路脫落 (自拔、意外滑脫) 之交叉分析	060
圖 4-1-3-15	單一鼻胃管其管路脫落與是否使用鎮靜藥物及約束之交叉分析	061
圖 4-1-3-16	單一氣管內管 (口管、鼻管) 脫落與是否使用鎮靜藥物及約束之交叉分析	061



圖 4-1-6-1	醫院傷害事件發生時段分布	072
圖 4-1-6-2	醫院傷害事件發生地點	072
圖 4-1-6-3	醫院傷害事件類型	073
圖 4-1-6-4	醫院傷害事件對病人/住民健康的影響程度	073
圖 4-1-6-5	醫院傷害事件類型對病人/住民健康的影響程度交叉分析	074
圖 4-1-6-6	醫院傷害事件發生可能原因相對次數百分比	074
圖 4-1-7-1	醫院治安事件發生時段	075
圖 4-1-7-2	醫院治安事件發生地點相對次數百分比	075
圖 4-1-7-3	醫院治安事件類型相對次數百分比	077
圖 4-1-7-4	醫院治安事件發生後影響對象相對次數百分比	077
圖 4-1-7-5	醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布	078
圖 4-1-7-6	醫院治安事件發生事件類型對病人/住民健康的影響程度分布	078
圖 4-1-7-7	醫院治安事件對病人/住民有傷害的影響程度分布	079
圖 4-1-8-1	醫院手術事件對病人健康的影響程度	080
圖 4-1-8-2	醫院手術事件錯誤發生階段	081
圖 4-1-8-3	醫院手術事件錯誤發生階段與病人健康影響程度之交叉分析	081
圖 4-1-8-4	醫院手術事件錯誤類型	082
圖 4-1-8-5	醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比	082
圖 4-1-9-1	醫院公共意外事件發生時段	083





目錄

圖 4-1-11-7	醫院的院內不預期心跳停止事件急救開始時最先被紀錄到的心臟節	093
圖 4-1-11-8	醫院的院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因與對健康 影響程度交叉分析	094
圖 4-1-11-9	醫院的院內不預期心跳停止事件急救開始時最先被紀錄到的心臟節律 與對健康影響程度交叉分析	094
圖 4-1-11-10	醫院的院內不預期心跳停止事件急救時最先紀錄到的心臟節律與是否 恢復自發性循環交叉分析	095
圖 4-1-11-11	醫院的院內不預期心跳停止事件發生可能原因	095
圖 4-1-12-1	醫院麻醉事件病人就醫科別	096
圖 4-1-12-2	醫院麻醉事件對病人健康的影響程度	096
圖 4-1-12-3	醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級與病人健康影響程度之 交叉分析	097
圖 4-1-12-4	醫院麻醉事件病人採取麻醉方式與病人健康影響程度之交叉分析	097
圖 4-1-12-5	醫院麻醉事件發生期間與病人健康影響程度之交叉分析	097
圖 4-1-12-6	醫院麻醉事件發生類型	098
圖 4-1-12-7	醫院麻醉事件發生可能原因相對次數百分比	098
圖 4-1-13-1	醫院其他事件發生時段	099
圖 4-1-13-2	醫院其他事件對病人/住民健康的影響程度	099
圖 4-1-13-3	醫院其他事件發生地點相對次數百分比	100



圖 4-2-2-5	精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比	112
圖 4-2-2-6	精神科醫院病人跌倒事件可能原因為病人因素之項目明細	113
圖 4-2-2-7	精神科醫院病人跌倒事件可能原因為環境因素之項目明細	113
圖 4-2-2-8	精神科醫院病人跌倒事件可能原因為藥物因素之項目明細	114
圖 4-2-3-1	精神專科醫院藥物事件發生時段分布	115
圖 4-2-3-2	精神專科醫院藥物事件發生地點相對次數百分比	115
圖 4-2-3-3	精神專科醫院藥物事件對病人健康的影響程度	116
圖 4-2-3-4	精神專科醫院藥物事件錯誤階段	117
圖 4-2-3-5	精神專科醫院藥物事件藥局調劑項目明細	117
圖 4-2-3-6	精神專科醫院藥物事件給藥階段項目明細	118
圖 4-2-3-7	精神專科醫院藥物事件醫囑開立項目明細	118
圖 4-2-3-8	精神專科醫院藥物事件發生時段與發生階段之交叉分析	119
圖 4-2-3-9	精神專科醫院藥物事件錯誤階段發生件數與各階段未擋下件數	119
圖 4-2-3-10	精神專科醫院藥物事件發生階段與對病人健康影響程度之交叉分析	120
圖 4-2-3-11	精神專科醫院藥物事件應給藥物劑型	120
圖 4-2-3-12	精神專科醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比	121
圖 4-2-4-1	精神科醫院治安事件發生時段	122
圖 4-2-4-2	精神科醫院治安事件發生地點相對次數百分比	122
圖 4-2-4-3	精神科醫院治安事件類型相對次數百分比	123
圖 4-2-4-4	精神科醫院治安事件發生後影響對象相對次數百分比	124
圖 4-2-4-5	精神科醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布	124
圖 4-3-0-1	護理之家各類事件	125
圖 4-3-0-2	護理之家整體事件發生時段	125
圖 4-3-0-3	護理之家病人發生時段與事件發生後對病人健康影響	126
圖 4-3-0-4	護理之家整體事件對病人健康的影響程度	127
圖 4-3-0-5	護理之家通報者身分別	129
圖 4-3-0-6	護理之家通報者進入現職機構年資	129
圖 4-3-0-7	護理之家通報者認為再發生的措施或方法	130
圖 4-3-1-1	護理之家病人/住民跌倒之發生時段分佈	132
圖 4-3-1-2	護理之家病人/住民跌倒事件發生地點相對百分比	132
圖 4-3-1-3	護理之家跌倒事件對病人/住民健康的影響程度	133
圖 4-3-1-4	護理之家跌倒病人/住民是否為高危險群與最近一年跌倒次數	134
圖 4-3-1-5	護理之家病人/住民跌倒事件發生時從事何項活動過程	134

目
錄

圖 4-3-2-6	管路脫落類型	140
圖 4-3-2-7	發生三班時段與管路脫落類型	140
圖 4-3-2-8	滑脫前病人是否使用鎮靜藥物對管路脫落類型之交叉分析	141
圖 4-3-2-9	滑脫前病人是否有約束對管路脫落類型	141
圖 4-3-2-10	自拔管路事件對最近一星期病人自拔管路次數之交叉分析	142
圖 4-3-2-11	病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析	142
圖 4-3-2-12	病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析	143
圖 4-3-2-13	病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析	143
圖 4-3-2-14	單一管路種類與是否重新插管之交叉分析	144
圖 4-3-2-15	單一管路種類與管路脫落(自拔、意外滑脫)之交叉分析	144
圖 4-3-2-16	護理之家管路事件發生可能原因相對次數百分比	145
圖 4-3-3-1	護理之家傷害事件發生時段分布	146
圖 4-3-3-2	護理之家傷害事件發生地點	146
圖 4-3-3-3	護理之家傷害事件類型	147
圖 4-3-3-4	護理之家傷害事件對病人/住民健康的影響程度	147
圖 4-3-3-5	護理之家傷害事件類型對病人健康影響程度交叉分析	148
圖 4-3-3-6	護理之家傷害事件發生可能原因相對次數百分比	148
圖 4-4-0-1	精神復健機構各類事件數	149
圖 4-4-0-2	精神復健機構通報事件發生時段分布	149
圖 4-4-0-3	精神復健機構事件發生後對病人/住民健康的影響程度	150
圖 4-4-0-4	精神復健機構通報者身分別	151
圖 4-4-0-5	精神復健機構通報者年資	151
圖 4-4-0-6	精神復健機構通報者現職年資	151
圖 4-4-1-1	精神復健機構跌倒事件發生時段分布	154
圖 4-4-1-2	精神復健機構跌倒事件發生地點相對百分比	154
圖 4-4-1-3	精神復健機構跌倒事件度病人健康的影響程度	155
圖 4-4-1-4	精神復健機構跌倒對象是否為高危險群與最近一年跌倒次數	156
圖 4-4-1-5	精神復健機構跌倒事件發生時從事何項活動過程	156
圖 4-4-1-6	精神復健機構跌倒事件發生可能原因相對次數百分比	157
圖 4-4-1-7	精神復健機構跌倒事件可能原因為病人因素相對次數百分比	157
圖 4-4-1-8	精神復健機構跌倒事件可能原因為環境因素相對次數百分比	157
圖 4-4-2-1	精神復健機構傷害事件發生時段分布	158
圖 4-4-2-2	精神復健機構傷害事件發生地點	158
圖 4-4-2-3	精神復健機構傷害事件類型	159
圖 4-4-2-4	精神復健機構傷害事件對病人/住民健康的影響程度	159
圖 4-4-2-5	精神復健機構傷害事件類型對病人健康影響程度交叉分析	160
圖 4-4-2-6	精神復健機構傷害事件發生可能原因相對次數百分比	160
圖 4-5-0-1	基層醫療各類事件	161
圖 4-5-0-2	基層醫療整體事件發生時段	161
圖 4-5-0-3	基層醫療整體事件對病人健康的影響程度	162
圖 5-0-0-1	通報事件經校正後轉歸他種類別比率分析	168
圖 5-0-0-2	其他事件校正後轉歸類別分佈統計	168
圖 5-0-0-3	醫療照護事件校正後轉歸類別分佈統計	169



表目錄

表 2-0-0-1	歷年事件類別排行榜	005
表 3-2-0-1	各類機構發生事件類型	014
表 3-2-0-2	各類機構發生時段情形	015
表 3-2-0-3	事件發生地點相對次數百分比	017
表 3-3-0-1	各類機構年齡層	019
表 3-3-0-2	各類機構異常事件風險矩陣 SAC 統計	023
表 3-3-0-3	各類事件發生後對病人/住民健康的影響程度	023
表 3-5-0-1	整體各類事件可能原因統計	026
表 3-5-0-2	整體各類事件可能原因與溝通相關統計	027
表 3-5-0-3	整體各類事件預防方法統計	027
表 3-5-0-4	整體各類事件預防方法與溝通相關統計	029
表 4-1-0-1	病人/住民之年齡層與性別	032
表 4-1-0-2	各類事件發生後對病人/住民健康影響程度	033
表 4-1-0-3	事件發生可能原因	036
表 4-1-0-4	各類事件預防事件再發生的措施或方法	036
表 4-1-0-5	醫院別各類事件 SAC 分布	036
表 4-1-1-1	醫院發生藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	038
表 4-1-2-1	醫院跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析	046
表 4-1-3-1	醫院發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	055
表 4-2-0-1	精神科醫院各類事件發生後對病人健康的影響程度	103
表 4-2-0-2	精神科醫院各類事件可能原因統計	105
表 4-2-0-3	精神科醫院各類事件預防方法統計	105
表 4-2-0-4	精神科醫院各類事件 SAC 分布	106
表 4-2-2-1	精神科醫院跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析	110
表 4-2-3-1	精神專科醫院發生藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	116
表 4-3-0-1	護理之家發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	126
表 4-3-0-2	護理之家各類事件對病人健康的影響程度	128
表 4-3-0-3	護理之家各類事件 SAC 分布	128
表 4-3-0-4	各類事件預防事件再發生的措施或方法	130
表 4-3-0-5	護理之家各類事件之可能原因統計	131
表 4-3-1-1	護理之家跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析	133
表 4-3-2-1	護理之家發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	138
表 4-4-0-1	精神復健機構各類事件發生後對病人/住民健康影響程度	150
表 4-4-0-2	精神復健機構事件發生可能原因	152
表 4-4-0-3	精神復健機構各類事件預防方法統計	152
表 4-4-0-4	精神復健機構各類事件 SAC 分布	153
表 4-4-1-1	精神復健機構跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析	155
表 4-5-0-1	基層診所各類事件發生後受影響層面	163
表 5-0-0-1	2012 年與 2013 年通報事件資料欄位未填比例比較表	164
表 6-1-0-1	歷年警示訊息及學習案例一覽表	170



壹、前言

台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient safety Reporting system ; TPR) 為自願性匿名通報系統，自 2004 年建置迄今已逾 10 年，在衛生福利部積極鼓勵推行之下，參與機構數及通報案件數均逐年增加，至 2013 年參與機構已達 5,694 家，累積通報案件量達 312,653 件，2013 年當年內所接受之通報件數達 60,739 件。TPR 通報系統歷經近 10 年來的努力，尤其藉由醫療機構的回饋使系統逐步穩定，讓本系統成為國際間少數全國性通報且持續不斷發展進步之外部通報系統。

2013 年延續 2012 年除仍以長期照護機構及診所為重點推廣對象外，另針對地區醫院參與進行加強推廣，發現除護理之家外，地區醫院及診所之參與家數及通報件數皆有所成長。未來仍將持續鼓勵該類機構，踴躍參與並積極通報，以俾分析、研擬提升安全之改進策略。

本年 (2013) 年度報表內容涵蓋了六大部分，其中「各類機構事件分析」乃依醫院、精神科醫院及護理之家等醫事機構型態不同而分別呈現所屬事件分析，其中「醫院別」針對 13 類事件作描述統計，其餘機構別則就主要事件別分析，部分事件因案件數較少不適合進行細部統計。

由於每年新參與通報機構的快速成長，為讓新加入 TPR 通報系統的夥伴能盡快釐清相關問題並進一步維持通報資料的品質，按例於文後收錄有關病人安全事件相關定義、可通報事件類別、異常事件嚴重度評估矩陣(SAC)、通報案件處理流程等資料，希望透過一些簡單的名詞定義、流程圖、表格，在第一時間能解決"新手上路"的焦慮與疑惑。

另外，從 2005 年開始運用通報資料所發行的警示訊息及學習案例至 2013 年已經分別累計為 91 篇及 29 篇，其中又以藥物事件、醫療照護事件及管路事件的建議做法為大宗，期許大家都能從中攫取適合自己機構改善異常事件的做法，如此一來才不違背 TPR 通報系統希望扮演資訊平台共同分享的初衷。

※本年報中，若分析之選項為複選者，其文字敘述以^件/_{百件}表示，圖表單位則以每百件事件數 (相對次數百分比) 計算，^件/_{百件}及百分比 (%) 之數字以四捨五入法計算至小數第一位。

※台灣病人安全通報系統為自願性匿名通報系統，本報表呈現之數據及圖文僅代表 2013 年收案資料之情況，數據與比例無法代表目前醫療院所之醫療現況，然而數據呈現之趨勢可用於未來進行異常事件風險管理之參考，感謝參與醫院所提供之通報案件。



貳、歷年統計描述 (2005 年 ~ 2013 年)

自 2005 年 1 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日止，參與台灣病人安全通報系統的醫療機構共計 5,694 家 (2013 年新增 1,083 家)，累計通報系統共收 312,653 件通報案件，期間普通報機構家數共 1,013 家，各年通報件數呈現逐漸成長趨勢，而 2013 年通報家數相較 2012 年則下降約 6 個百分點 (圖 2-0-0-1)。

台灣病人安全通報系統提供線上 (網路) 通報、軟體通報及資料庫匯入三種通報管道，歷年事件通報管道以軟體通報件數為最多，佔 41.4% (129,308 件)，其次為資料庫匯入則佔 33.7% (105,453 件)，第三則為透過網路介面通報，佔 24.9% (77,892 件)，由歷年三種通報管道通報件數統計趨勢可發現，自 2008 年起資料庫匯入的件數顯著增加，並於 2012 年超越軟體通報成為通報資料來源最多的方式，而累計至 2013 年通報件數仍以軟體通報最多，線上通報比例則於 2011 年後逐漸下降，顯示愈來愈多機構選擇以資料庫匯入及軟體通報做為主要通報方式 (圖 2-0-0-2)。若以通報機構類型通報事件量之分布，歷年總案件量通報來源以區域醫院為最多，佔 35.8%，醫學中心居次，佔 29.1%，地區醫院，佔 23.0%，精神專科醫院，則佔 10.7% (圖 2-0-0-3)。

就通報家數分布而言，以地區醫院為最多，平均每年約有 202 家通報，其次為區域醫院，平均每年約有 58 家通報 (圖 2-0-0-4)。歷年事件發生之醫療機構類別則以「醫院」為主，佔 83.3%，其次為精神科醫院 10.0% (圖 2-0-0-5)。

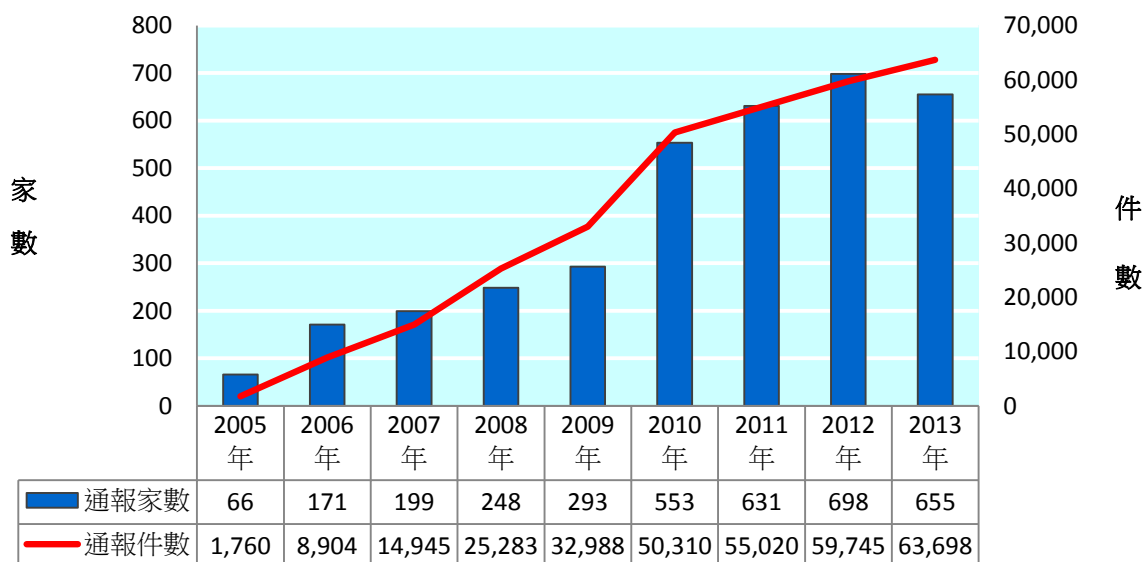


圖 2-0-0-1 歷年通報家數及件數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年 ~ 2013 年)

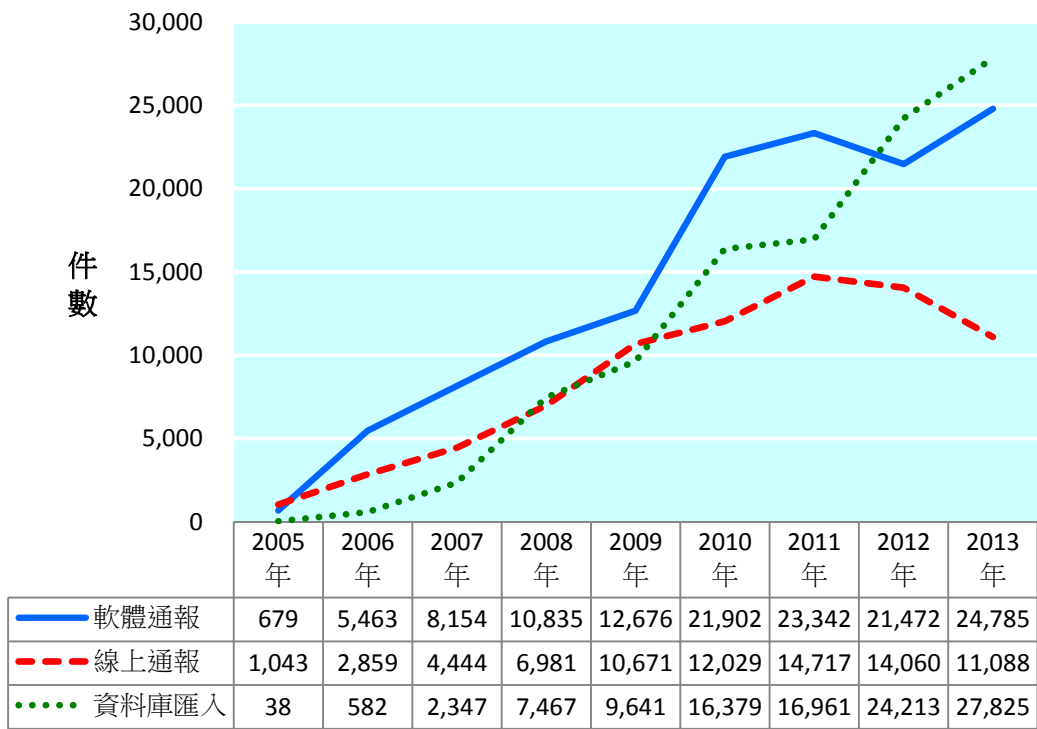


圖 2-0-0-2 歷年三種通報方式件數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年至 2013 年)

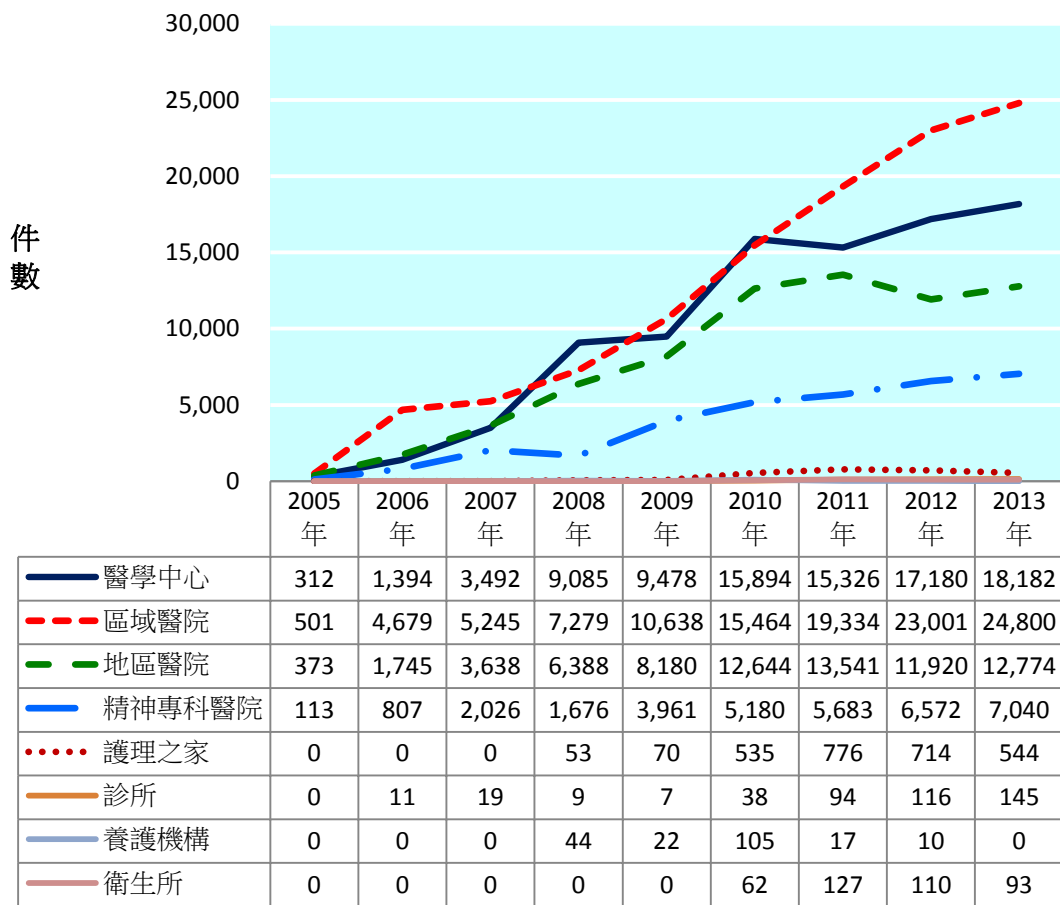


圖 2-0-0-3 歷年醫事機構層級通報件數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年 ~ 2013 年)

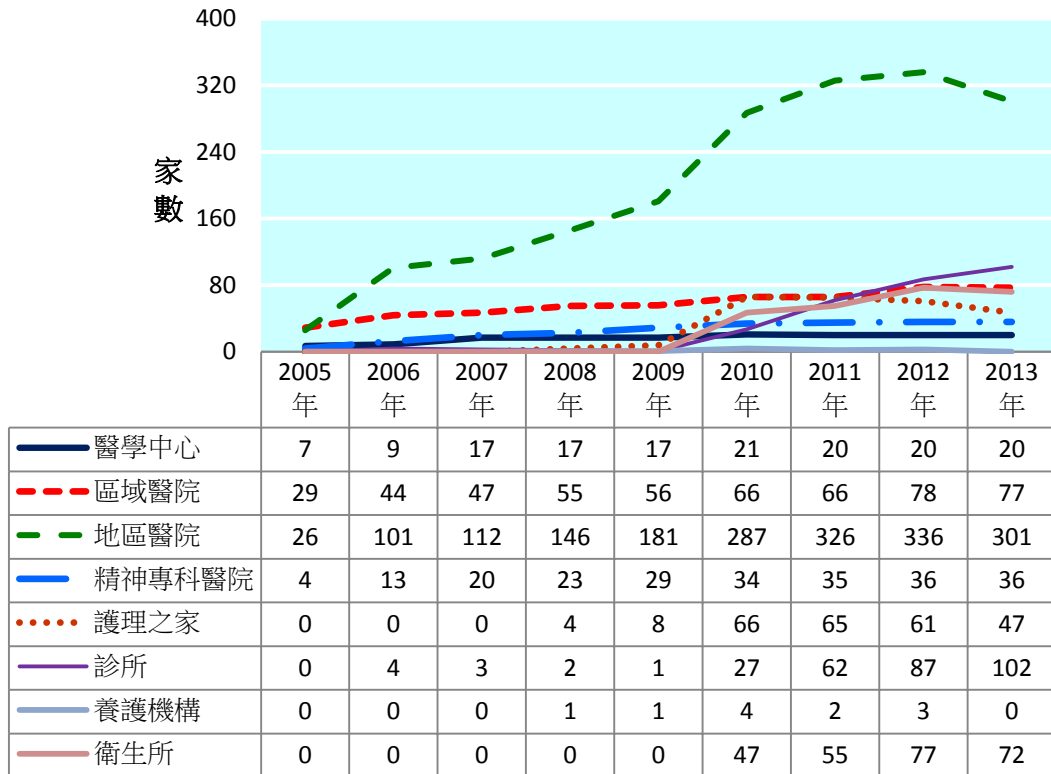


圖 2-0-0-4 歷年醫事機構層級通報家數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年~2013 年)

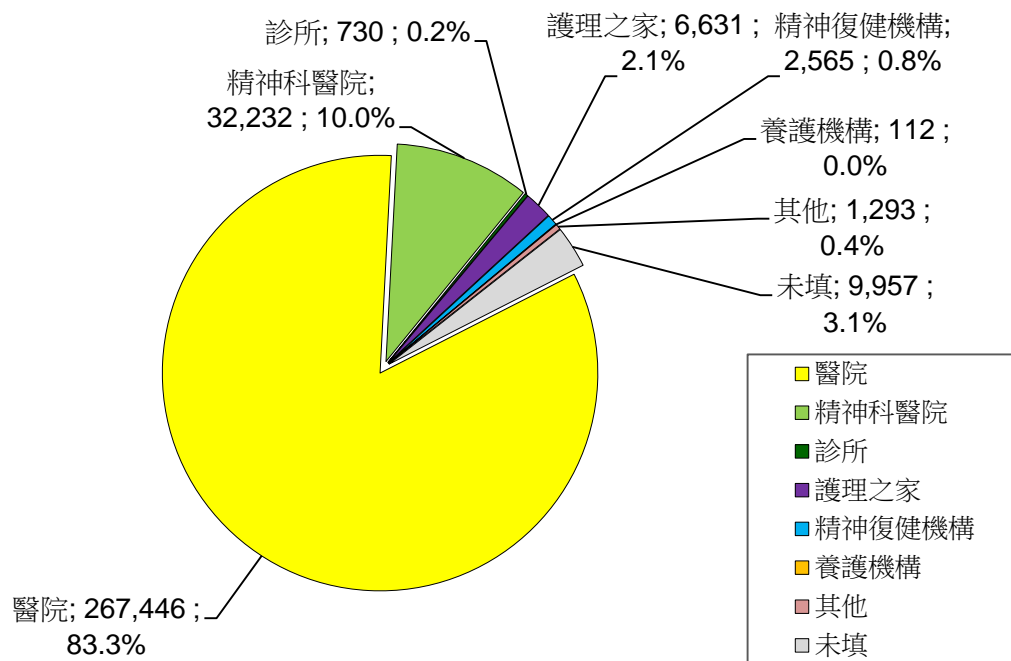


圖 2-0-0-5 2005~2013 年整體事件發生醫事機構統計 (N=320,966)

事件類別分布情形，按發生件數排行前 5 名事件類別依序為藥物事件、跌倒事件、管路事件、傷害行為事件及檢查檢驗事件，若以各年事件類別來看，2009 年後 Top 5 均為此 5 類事件，排序亦無特別變化 (表 2-0-0-1)。整體而言，事件類別仍以藥物事件、跌倒事件、管路事件及傷害行為事件所佔比例較高。



表 2-0-0-1：歷年事件類別排行榜 (%係指該類事件佔當年度事件數之比例)

年度	2005年		2006年		2007年		2008年		2009年		2010年		2011年		2012年		2013年	
序位	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)
1	跌倒事件	747 (31.0)	跌倒事件	3,105 (29.3)	跌倒事件	4,595 (28.0)	藥物事件	7,618 (31.1)	藥物事件	10,569 (29.0)	藥物事件	15,569 (31.3)	藥物事件	16,774 (29.3)	藥物事件	19,474 (30.9)	藥物事件	18,747 (30.9)
2	藥物事件	418 (17.3)	藥物事件	2,722 (25.7)	藥物事件	3,845 (23.4)	跌倒事件	6,462 (26.4)	跌倒事件	10,094 (27.7)	跌倒事件	13,581 (27.3)	跌倒事件	15,207 (26.6)	跌倒事件	16,586 (26.3)	跌倒事件	16,173 (26.6)
3	醫療照護	328 (13.6)	管路事件	1,130 (10.7)	管路事件	2,767 (16.9)	管路事件	3,663 (14.9)	管路事件	6,138 (16.8)	管路事件	8,099 (16.3)	管路事件	9,672 (16.9)	管路事件	9,781 (15.5)	管路事件	9,558 (15.7)
4	傷害行為	244 (10.1)	傷害行為	1,116 (10.5)	醫療照護	1,715 (10.4)	醫療照護	2,038 (8.3)	傷害行為	2,598 (7.1)	檢查檢驗	3,323 (6.7)	傷害行為	4,185 (7.3)	傷害行為	4,511 (7.2)	傷害行為	4,467 (7.4)
5	管路事件	204 (8.5)	醫療照護	1,005 (9.5)	傷害行為	1,575 (9.6)	傷害行為	1,613 (6.6)	檢查檢驗	2,409 (6.6)	傷害行為	3,159 (6.4)	檢查檢驗	3,917 (6.8)	檢查檢驗	4,422 (7.0)	檢查檢驗	3,841 (6.3)
6	其他事件	183 (7.6)	治安事件	517 (4.9)	治安事件	766 (4.7)	治安事件	961 (3.9)	治安事件	1,517 (4.2)	治安事件	1,862 (3.7)	治安事件	2,779 (4.9)	治安事件	2,452 (3.9)	醫療照護	1,956 (3.2)
7	治安事件	156 (6.5)	其他事件	505 (4.8)	其他事件	335 (2.0)	檢查檢驗	940 (3.8)	醫療照護	1,227 (3.4)	醫療照護	1,543 (3.1)	醫療照護	1,618 (2.8)	醫療照護	2,056 (3.3)	治安事件	1,946 (3.2)

歷年發生時間整體而言在 08:01-12:00 及 14:01-16:00 兩個時段出現高峰(圖 2-0-0-6)，若以各類事件發生時段分析，以藥物事件、醫療照護事件及檢查檢驗事件較明顯於該兩個時段出現高峰；跌倒事件於 06:01-08:00 時段為高峰；傷害事件則普遍發生於下午至晚上 14:00-22:00 時段(圖 2-0-0-7)。

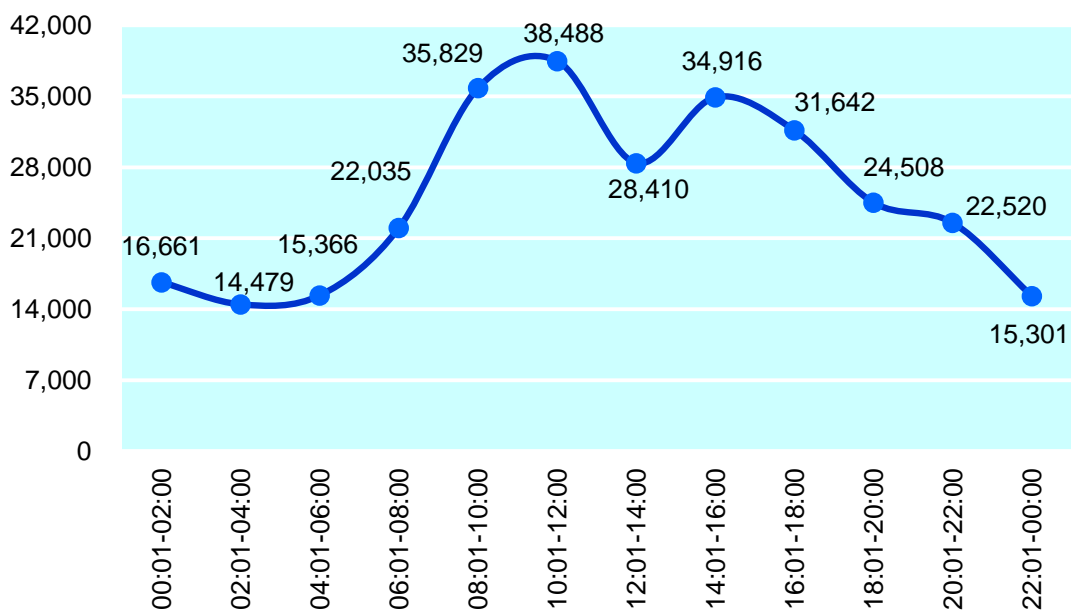




圖 2-0-0-6 2005~2013 年整體事件發生時段分布

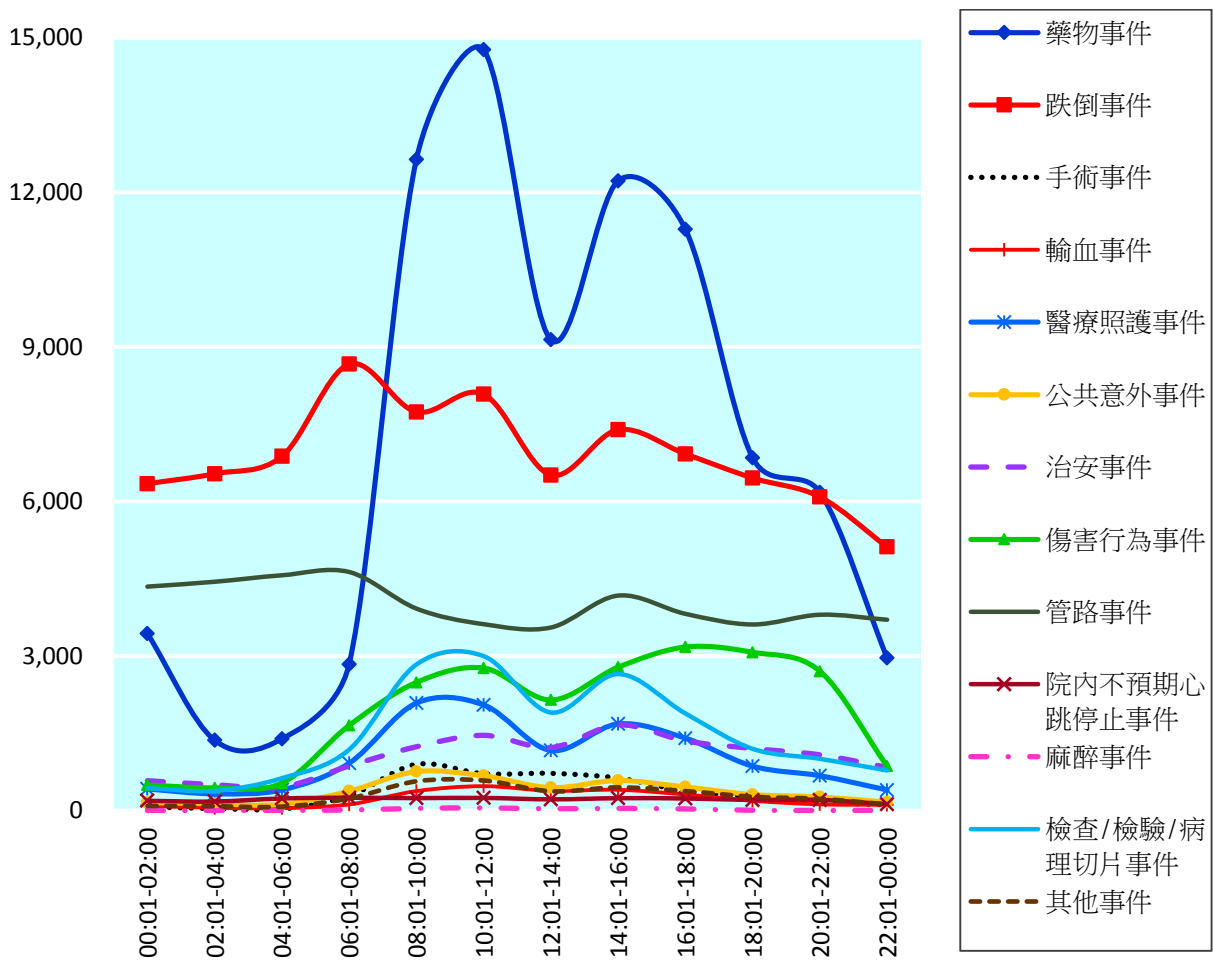


圖 2-0-0-7 2005~2013 年各類事件發生時段分布

在受影響對象為病人的相關統計分析方面，年齡以 16-64 歲佔大多數，達 43.6%，其次為 65 歲以上老人佔 35.1%，0-18 歲則佔 6.8% (圖 2-0-0-8)。性別分布扣除未填及不知道的事件後，男性佔 56.0%，女性佔 44.0%，男性高於女性 (圖 2-0-0-9)。而在事件對病人健康的影響程度部分，以無傷害為較多，佔 36.0%，有傷者則佔 34.4%，其他依序為跡近錯失、無法判定與未填，分別佔 24.7%、4.2%及 0.6%，傷害程度在重度以上的案件佔 2.8%，中度傷害案件佔 13.5%，輕度案件佔 18.2% (圖 2-0-0-10)。進一步以各年通報事件對病人/住民健康影響程度來看，隨通報量逐年增加，所有健康影響程度事件量均有上升。在扣除健康影響程度為未填及不知道之事件，觀察各影響程度佔當年度事件數比例，影響程度 Level 1 (死亡+極重度+重度) 事件與 Level 2 (中度+輕度) 比例逐年下降。跡近錯失事件數比例則逐年上升，其趨勢與藥物事件所佔當年度事件比例相同，其原因可能與藥物事件健康影響程度多為跡近錯失有關 (圖 2-0-0-11)。觀察歷年整體事件對病人/住民健康影響程度，可發現通報事件數已由



逐年增加趨勢轉趨穩定 (圖 2-0-0-12), 其中通報病人/住民受傷害事件數雖逐年增加, 不過多為輕度、中度傷害事件, 重度以上案件則於 2013 年減少 (圖 2-0-0-13)。進一步分析歷年通報事件數前三名 (藥物、跌倒與管路事件) 之事件嚴重度趨勢, 藥物事件有傷害事件百分比有下降之趨勢, 跌倒事件則於 2013 年增加 1.5 百分點, 管路事件於 2011~2013 年逐年增加; 若看重度傷害以上之事件百分比, 至 2013 年藥物、跌倒與管路事件皆呈逐年降低趨勢 (圖 2-0-0-14~16)。

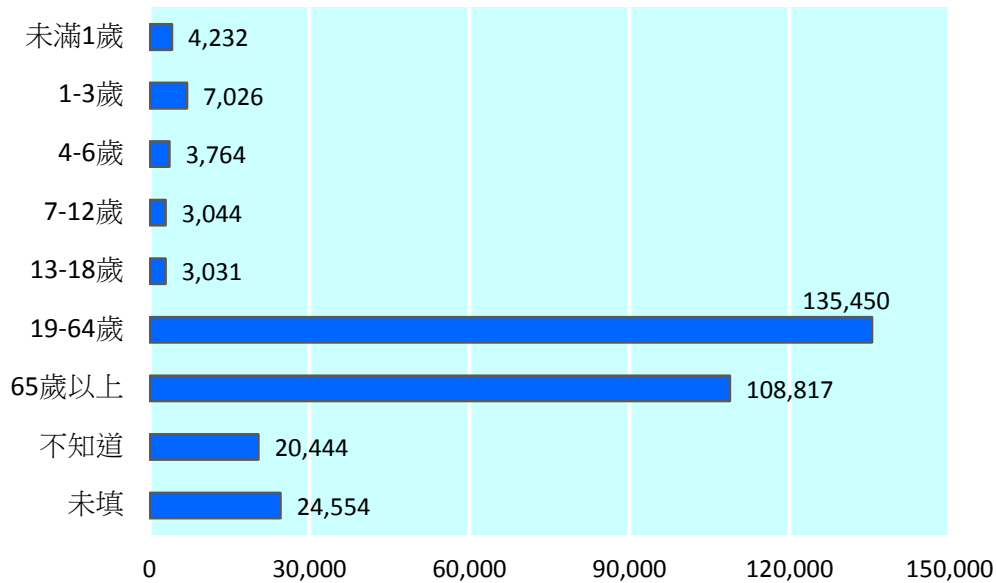


圖 2-0-0-8 2005~2013 年整體事件受影響對象年齡層分布

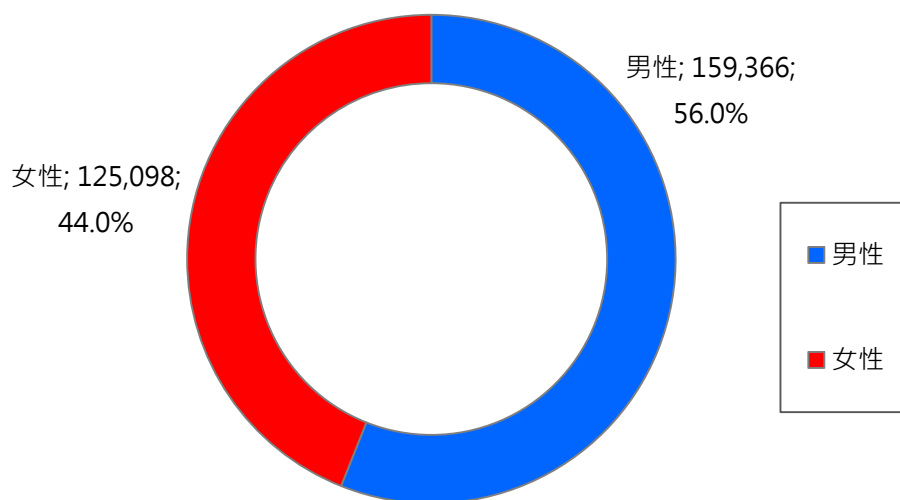


圖 2-0-0-9 2005~2013 年整體事件受影響對象性別分布

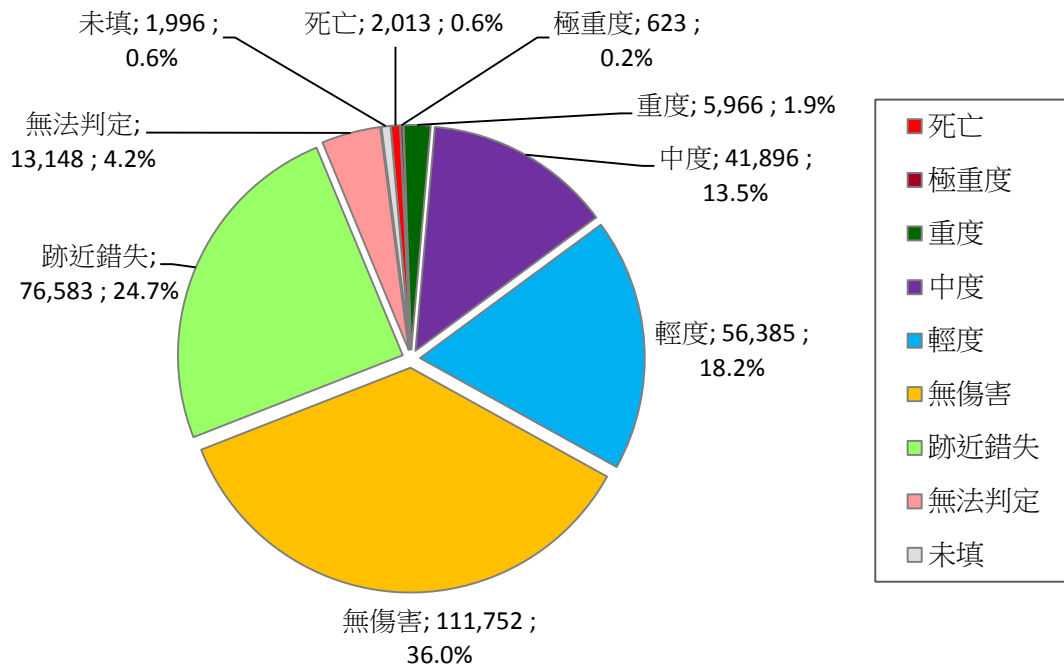


圖 2-0-0-10 2005~2013 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布

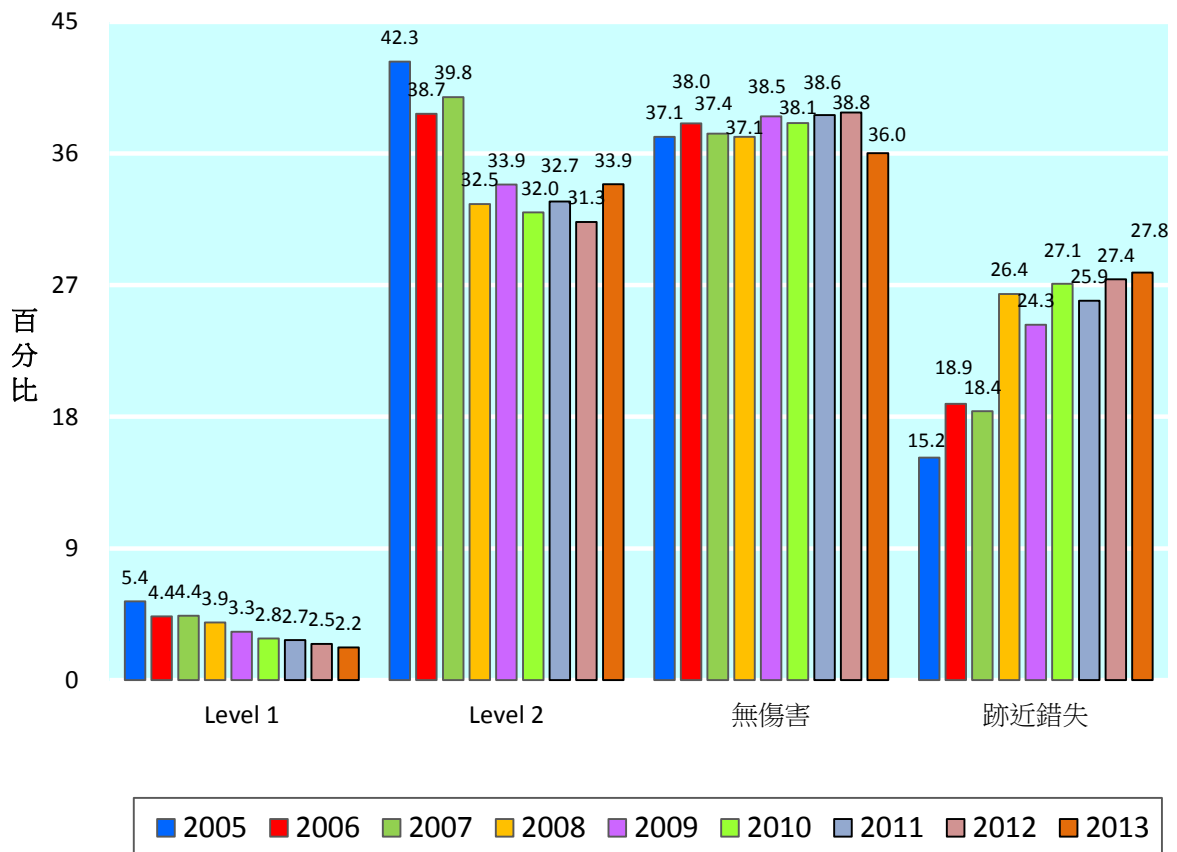


圖 2-0-0-11 歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢

(Level 1=死亡+極重度+重度 ; Level 2=中度+輕度)



(百分比為該影響程度事件數佔當年度受影響對象為病人/住民事件數總和之比例)

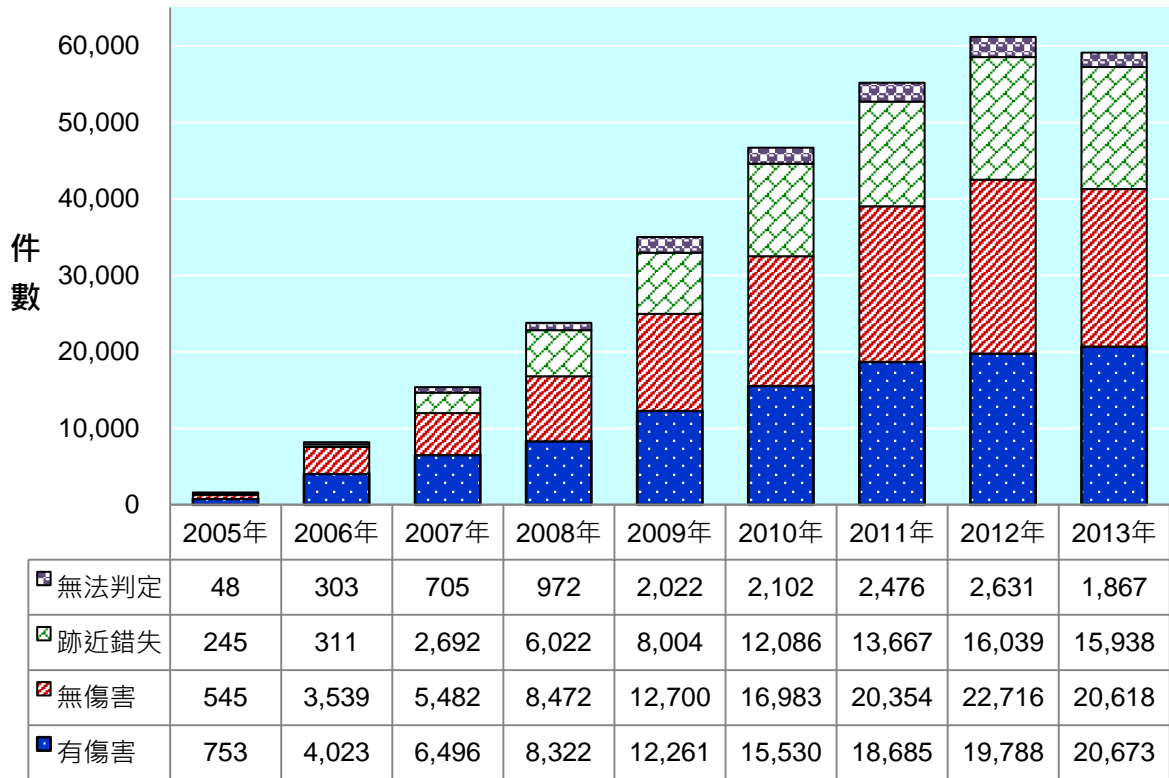


圖 2-0-0-12 歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度

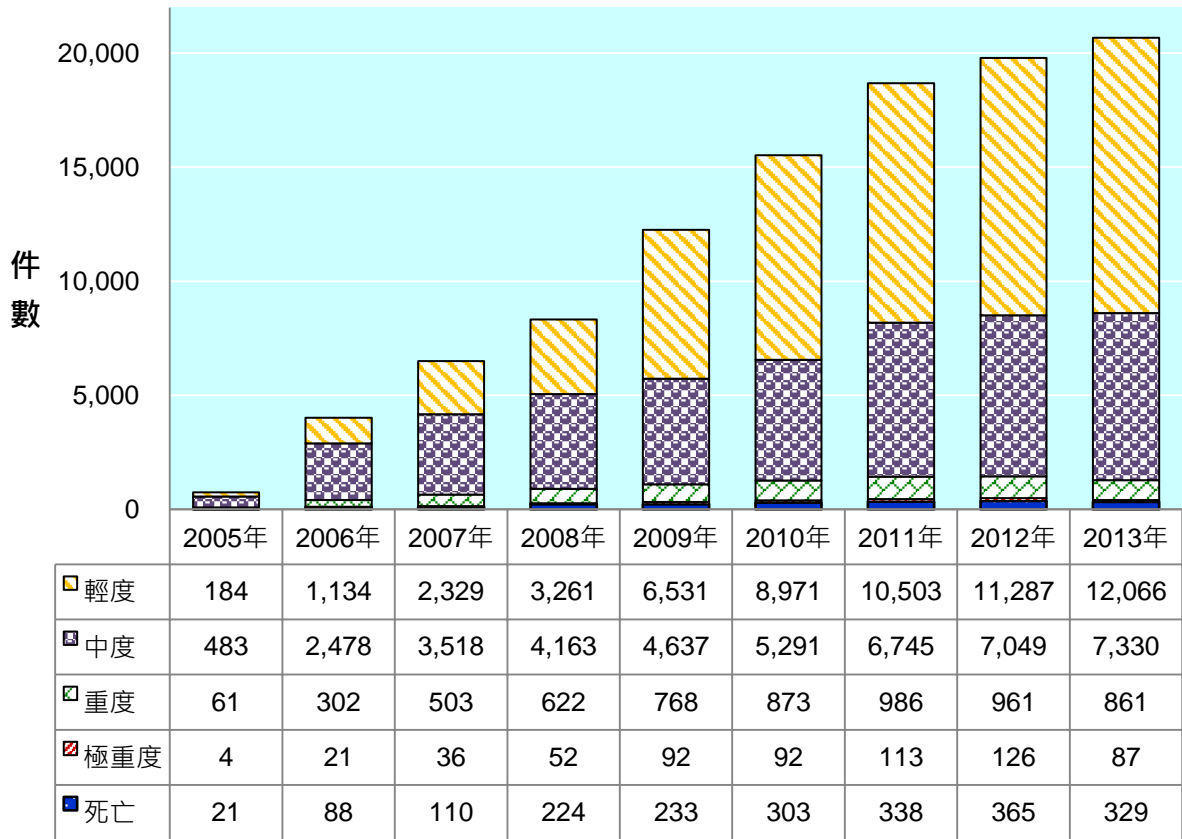


圖 2-0-0-13 歷年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度

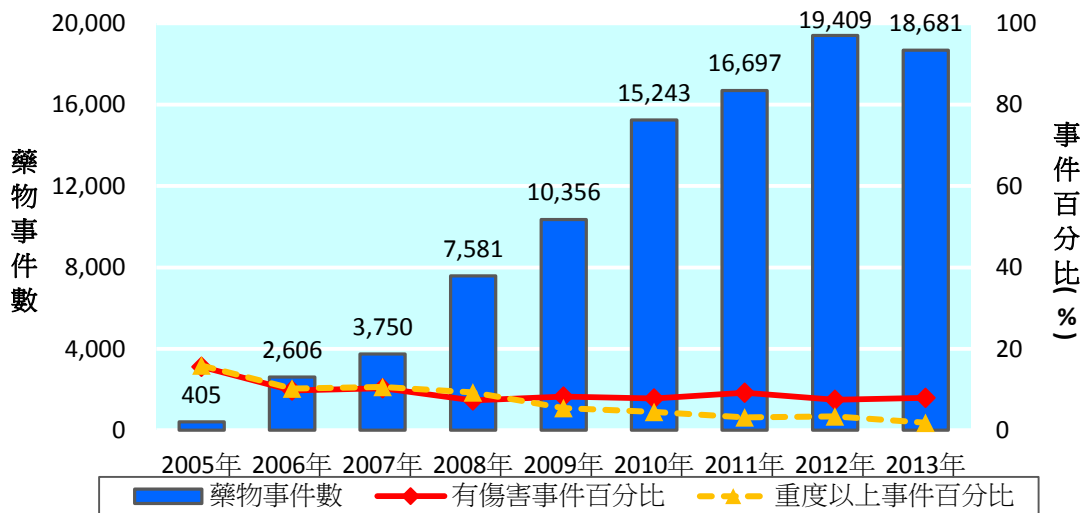


圖 2-0-0-14 歷年藥物事件數與有傷害事件比例趨勢

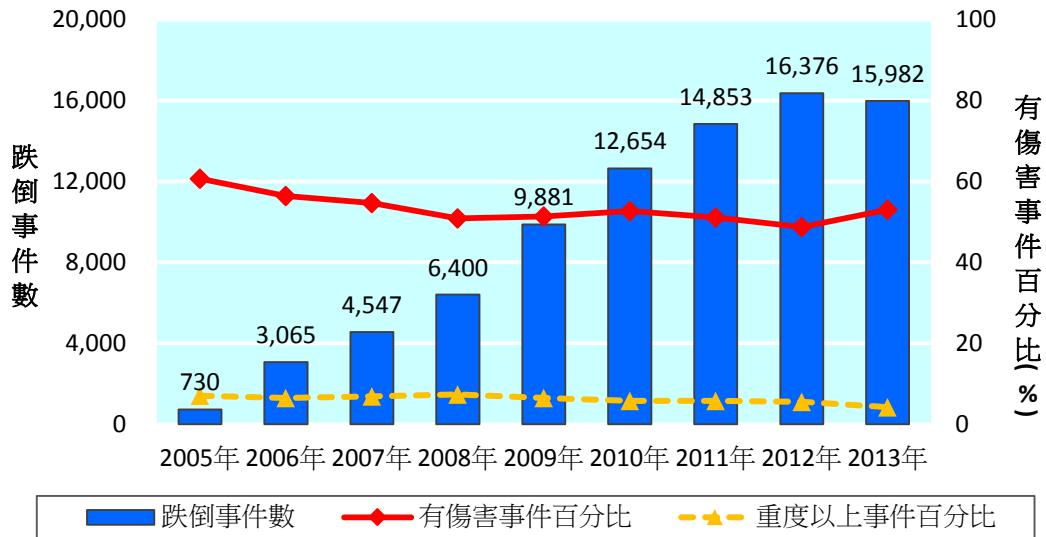


圖 2-0-0-15 歷年跌倒事件數與有傷害事件比例趨勢

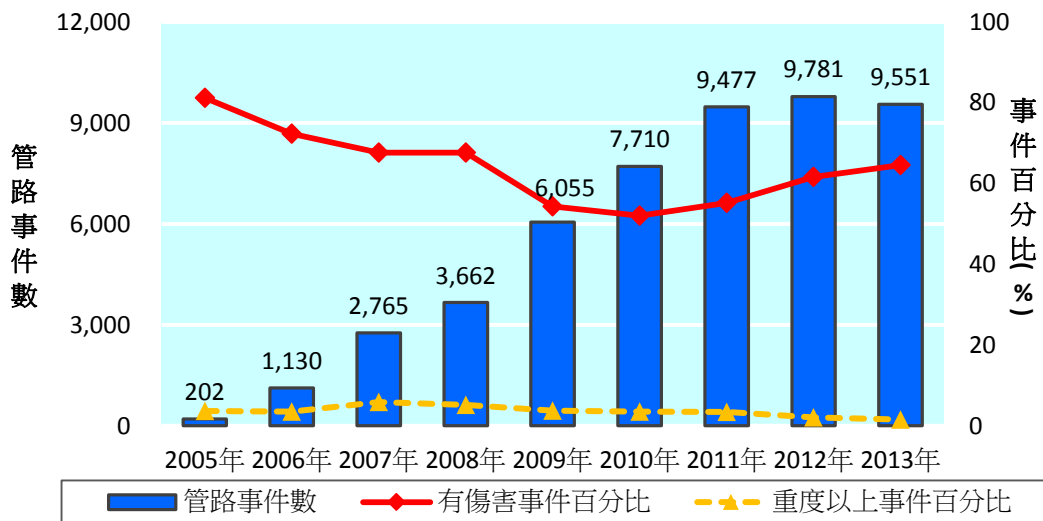


圖 2-0-0-16 歷年管路事件數與有傷害事件比例趨勢

在通報人員身份別的趨勢分析方面，扣除歷年通報人員最多的護理人員、藥事人員以及行政人員後，從圖 2-0-0-17 可見，醫事檢驗人員自 2007 年之後通報事件數有明顯上升趨勢，2008 年後幅度趨緩，2013 年下降；支援人員在 2008 年後通報量超越放射技術人員，並於 2010 年後，位居第二；醫師通報的件數逐年增加。

註：此章節之資料係以「發生日期」於 2005 年至 2013 年間之案件為分析來源，若以該期間

之「通報日期」為資料來源者，則另加註說明於圖表標題之後。

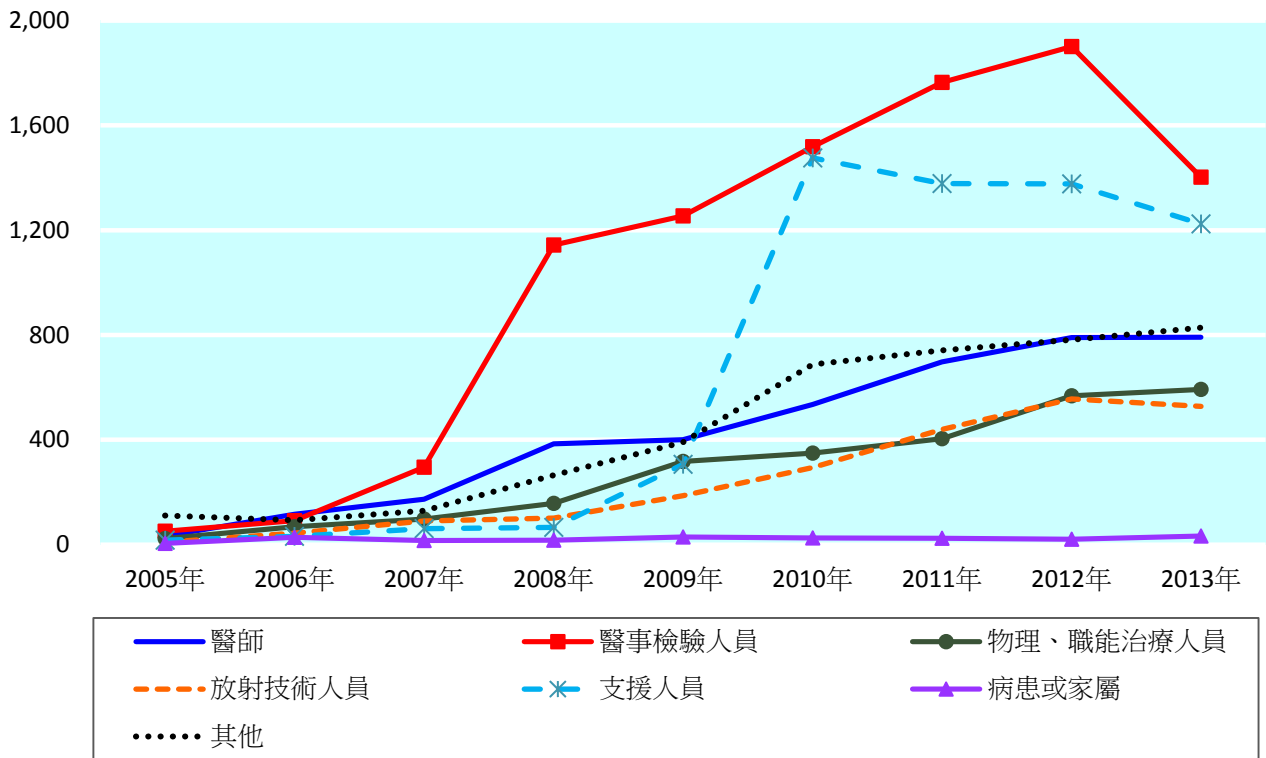


圖 2-0-0-17 歷年通報人員身份別趨勢 (不含護理人員、行政人員以及藥事人員)



參、年度通報事件統計分析 (2013 年)

一、整體事件統計

以發生日期計算，2013 年之事件為 60,739 件，較 2012 年減少 2,222 件(2012 年為 62,961 件)；而以通報日期計算，2013 年之事件數為 63,698 件，約為 2012 年的 1.1 倍 (2012 年通報件數為 59,745 件)。以事件發生之醫療機構類別來看，2013 年發生於醫院的事件為最多，佔 86.3% (52,401 件)，其次為精神科醫院，佔 10.0%，此兩類機構通報之事件數佔所有事件數之 96.3% (圖 3-1-0-1)。

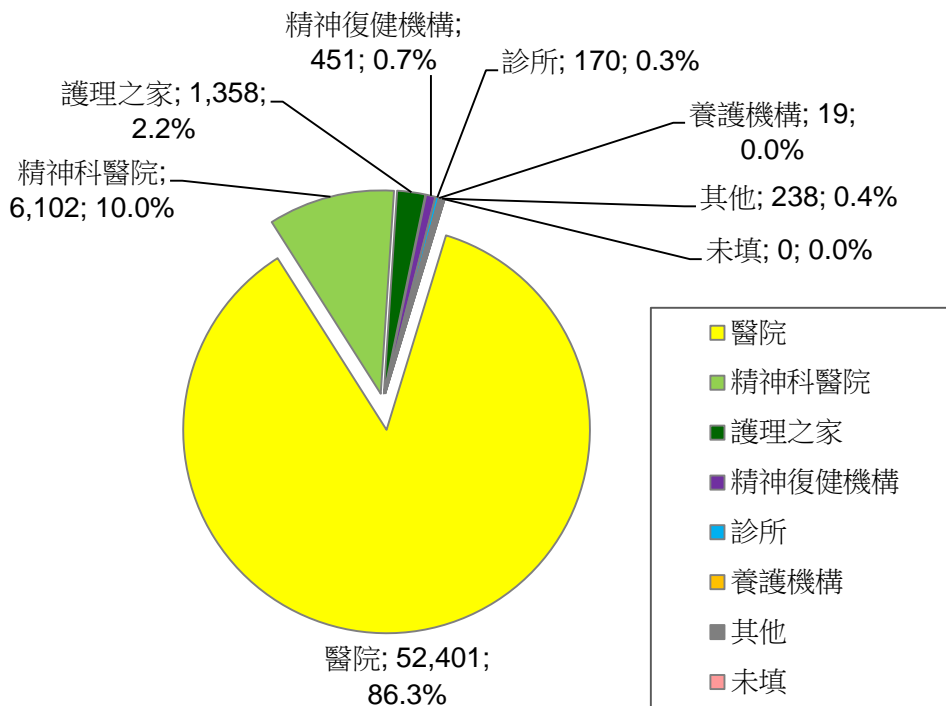


圖 3-1-0-1 各類型醫事機構發生件數分布 (N=60,739)

通報來源與管道相關統計部分，2013 年共有 655 家機構曾參與通報，通報率 (通報機構 / 參與機構) 為 11.5%，較 2012 年低 (15.1%)，此原因與診所/衛生所加入但尚未有通報案件有關，若排除診所/衛生所通報率為 67.7%。各縣市機構通報率除金門縣(僅 1 家加入與通報) 外，通報率呈 3.8%至 87.0%分布 (圖 3-1-0-2)，通報率較低之原因為參與家數多 (含診所/衛生所) 但實際通報家數比例較少 (可能為無案件或未通報) 所致。

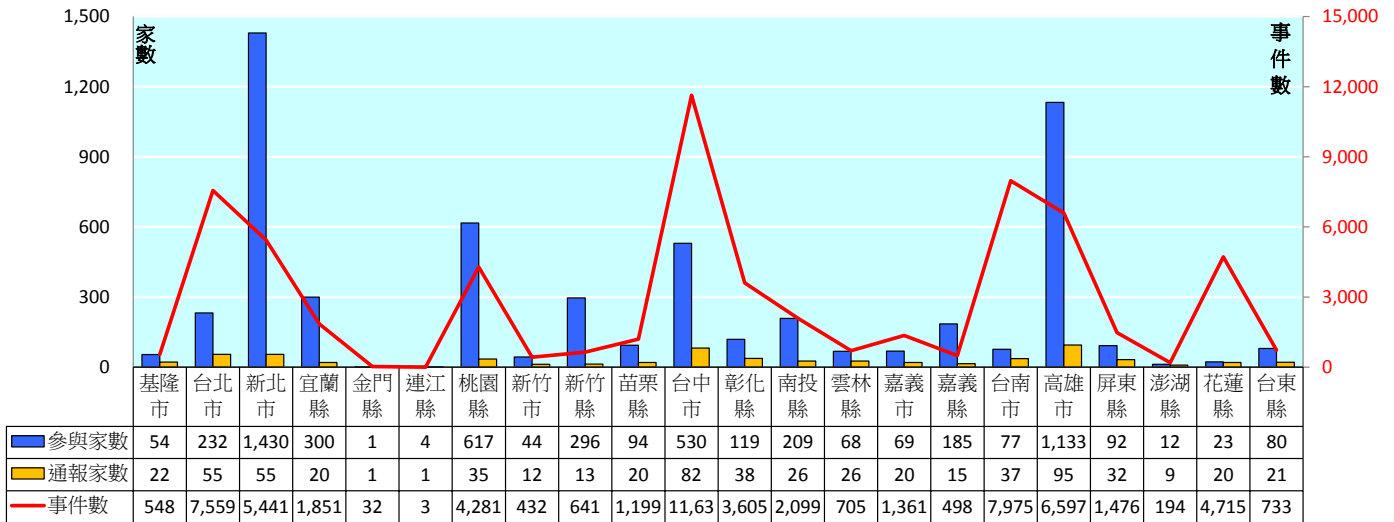


圖 3-1-0-2 所有機構各縣市通報家數/件數分布 (N=63,578)

(資料範圍：通報日期 2013 年，不含個人通報報及無法辨識機構來源 120 件)

以通報月份進行分析，分別在 2 月最高(圖 3-1-0-3)。以通報管道分析，資料庫匯入 43.7% 最多，其次為軟體通報佔 38.9%，線上通報佔 17.4% 最少，相較於 2012 年，使用資料庫匯入及軟體通報之比例增加，線上通報比例減少。

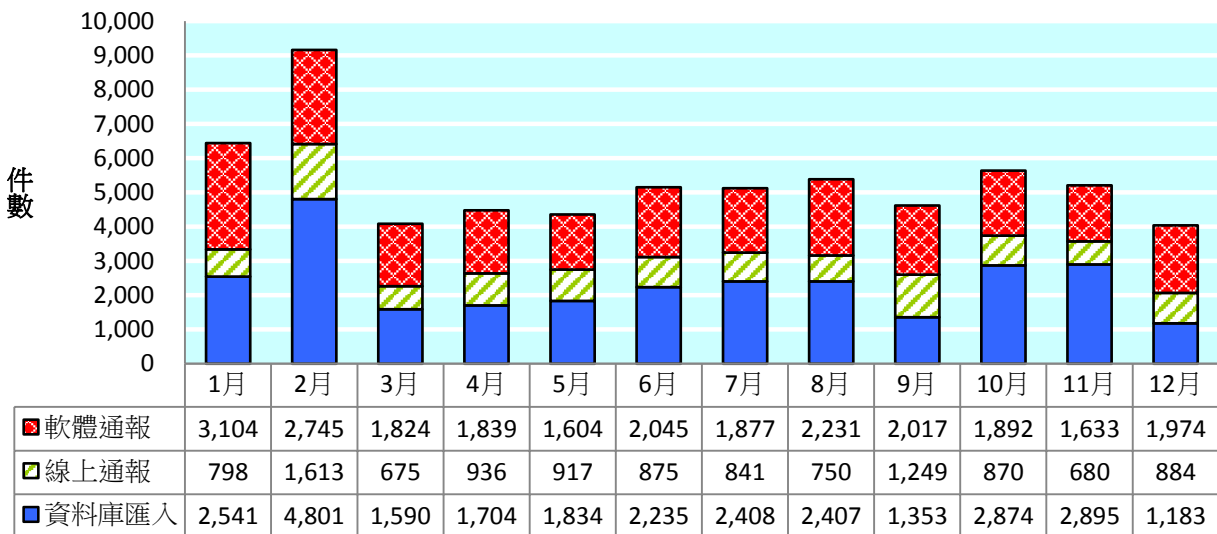


圖 3-1-0-3 所有機構每月通報方式統計 (N=63,698)

(資料範圍：通報日期 2013 年)



二、事件相關統計

針對各類事件相關統計，將整年度發生之通報事件依件數排序後，依序為藥物事件、跌倒事件、管路事件、傷害行為事件以及檢查檢驗事件等(表 3-2-0-1)。進一步依事件發生之醫療機構類別分析，發生於醫院之事件，藥物、跌倒及管路事件分居前三位，共佔 76.2%；發生於精神科醫院之事件，最多者為傷害事件(佔 41.5%)，其次為跌倒事件(佔 39.2%)及藥物事件(佔 8.3%)。發生於護理之家之事件共 1,358 件，其中仍以跌倒事件 844 件為最多，其次為管路事件 173 件，再其次為傷害行為事件，共 128 件。精神復健機構計有 451 件通報事件，跌倒事件及傷害行為事件分別為 202 件及 169 件。發生於診所共 170 件，其中以跌倒事件 57 件為最多，其次為 29 件之藥物事件。

表 3-2-0-1 各類機構發生事件類型 (N= 60,739)

	醫院	精神科醫院	護理之家	精神復健機構	養護機構	診所	其他	總計
藥物事件	18,116	506	54	14	1	29	27	18,747
跌倒事件	12,607	2,391	844	202	13	57	59	16,173
手術事件	1,091	1	2	0	0	2	0	1,096
輸血事件	550	1	0	0	0	1	0	552
醫療照護	1,773	73	69	19	1	11	10	1,956
公共意外	800	28	10	3	0	22	12	875
治安事件	1,518	358	40	21	0	2	7	1,946
傷害事件	1,603	2,534	128	169	3	9	21	4,467
管路事件	9,205	66	173	6	1	21	86	9,558
不預期心跳停止事件	430	25	10	7	0	1	0	473
麻醉事件	27	0	0	0	0	0	0	27
檢查檢驗	3,794	22	6	1	0	9	9	3,841
其他事件	887	97	22	9	0	6	7	1,028
總計	52,401	6,102	1,358	451	19	170	238	60,739



在事件發生時段分布方面，醫院與精神科醫院皆有兩個高峰上午之高峰皆為 10:01 ~ 12:00，下午醫院 14:01 ~ 16:00 為最高峰，而精神科醫院則為 16:01 ~ 18:00 為最高峰。護理之家之最高峰時段為 08:01 ~ 10:00，診所之高峰時段為 10:01 ~ 12:00 (表 3-2-0-2)。

表 3-2-0-2 各類機構發生時段情形 (N=58,452，不含時段未填 2,287 件)

	醫院	精神科醫院	護理之家	精神復健機構	養護機構	診所	其他	總計
00:01-02:00	2,997	189	63	13	0	0	6	3,268
02:01-04:00	2,364	172	67	10	1	1	8	2,623
04:01-06:00	2,548	188	75	23	1	1	8	2,844
06:01-08:00	3,321	537	143	59	5	3	13	4,081
08:01-10:00	6,016	703	165	57	1	29	46	7,017
10:01-12:00	6,664	766	143	52	5	47	43	7,720
12:01-14:00	4,920	563	127	41	2	9	25	5,687
14:01-16:00	5,914	753	159	33	0	20	21	6,900
16:01-18:00	5,269	782	129	56	2	16	20	6,274
18:01-20:00	3,958	638	114	53	1	12	10	4,786
20:01-22:00	3,604	564	74	40	1	13	11	4,307
22:01-00:00	2,645	211	73	9	0	2	5	2,945
總計	50,220	6,066	1,332	446	19	153	216	58,452

在每月發生事件數部分，以 3 月份 5,721 件為最多；若進一步以各類事件發生月份來看，藥物事件發生在 5 月之事件數最多，2 月最少；跌倒事件以 1 月發生最多，2 月最少；管路事件以 1 月最多，12 月最少；傷害行為事件以 3 月最多、11 月最少；檢查檢驗事件則以 5 月份最高；醫療事件則以 3 月最高 (圖 3-2-0-1)。

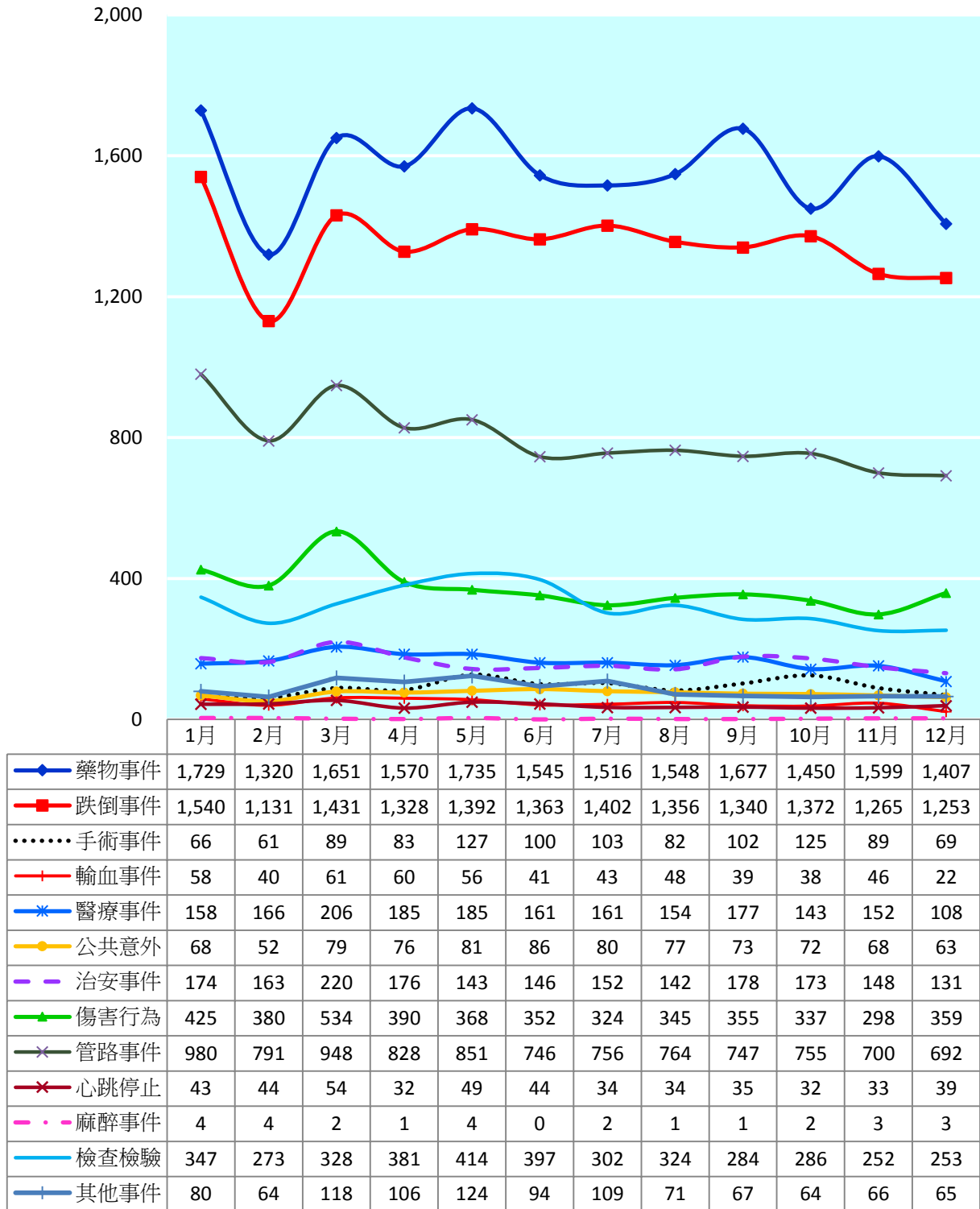


圖 3-2-0-1 所有機構各類事件每月發生件數分布 (N=60,739)

事件發生地點方面，醫院事件以發生於一般病房居多（相對次數百分比 52.8 件/百件），其次為特殊醫療照護區 14.9 件/百件及藥局 9.4 件/百件；精神科醫院則與護理之家、精神復健機構相同，事件發生地點皆集中發生於一般病房，其次則於公共區域。



表 3-2-0-3 事件發生地點相對次數百分比 (N= 60,739 · 本項目為複選)

	醫院	精神科醫院	護理之家	精神復健機構	養護機構
一般病房	52.8	88.7	80.9	88.9	68.4
藥局	9.4	2.0	0.2	0.0	0.0
急診室	6.7	1.0	0.1	0.0	5.3
門診	7.7	1.2	0.1	0.2	0.0
公共區域	2.0	4.4	7.7	9.1	5.3
功能檢查室 ¹	2.4	0.1	0.0	0.0	0.0
特殊醫療照護區 ²	14.9	1.1	1.8	0.4	0.0
不知道	0.1	0.0	0.1	0.2	0.0
其他	4.4	10.4	13.3	42.1	26.3
事件數	52,401	6,102	1,358	451	19

備註：1.功能檢查室：X光室、超音波室、電腦斷層室、血管攝影室、放射診斷科、
內視鏡室、心電圖室、肺功能室、核磁共振室

2.特殊醫療照護區：加護病房、開刀房、產房、安寧病房、復健部門、日間照護、
RCC/RCW 呼吸治療單位、透析中心



三、病人/住民相關統計

2013 年通報事件影響對象為病人/住民之總發生事件數為 59,157 件。在發生事件與病人/住民相關統計部分，分別以性別、年齡及對健康影響程度進行分析。病人/住民性別分布以男性居多，若扣除「未填」以及「不知道」的通報事件，受影響對象為男性的比例為 58.0%，女性則為 42.0%；按機構排序男性比例依序為養護機構 (72.2%)、精神復健機構 (62.0%)、精神科醫院 (58.8%)、醫院 (57.9%)、護理之家 (54.9%) 及診所 (51.5%) (圖 3-3-1-1)。如以各類事件呈現性別分布，男性比例超過 60% 的事件類別有治安事件、管路事件、傷害行為事件，而公共意外事件因受影響對象範圍大且人數多，故通報時病人基本資料未填或不知道之件數較其他類別高 (圖 3-3-1-2)。

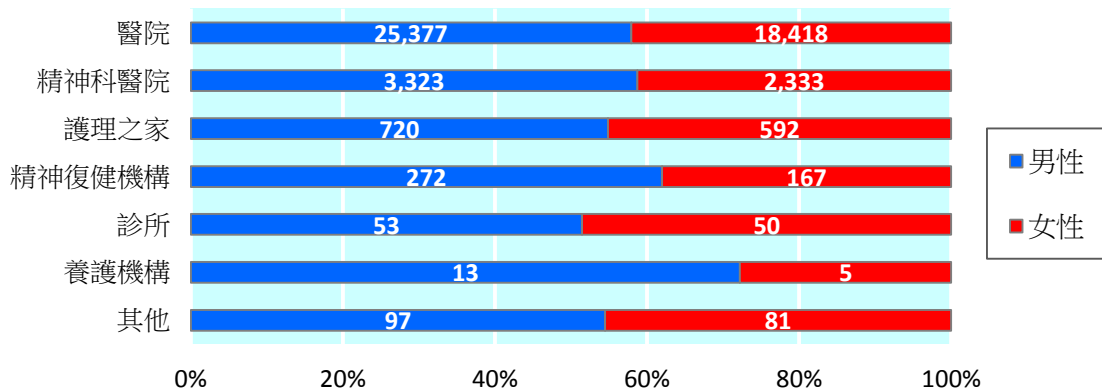


圖 3-3-1-1 機構別之受影響對象之性別分布 (N=51,501，不含未填、不知道 7,656 件)

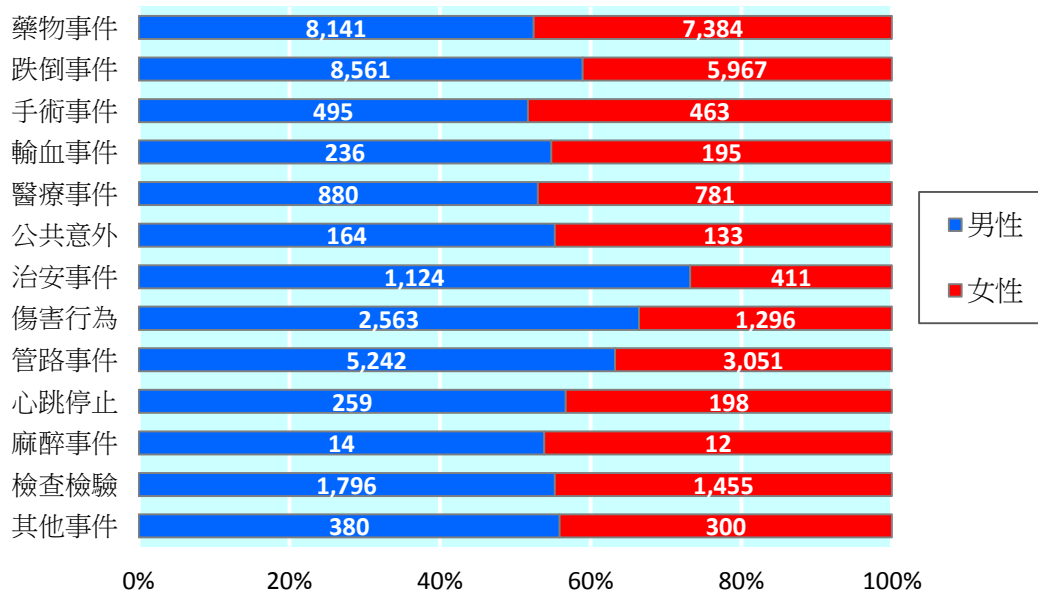


圖 3-3-1-2 各類別通報事件受影響對象之性別分布(N=51,501，不含未填、不知道 7,656 件)



年齡分布部分，以 19 歲至 64 歲之成年人居多，佔所有病人/住民的 44.4%，而 65 歲以上之老年人次之，佔所有受影響對象的 33.9%；醫院病人/住民年齡分布以 19 歲至 64 歲之成年人居多，其次為 65 歲以上之老年人；精神科醫院受影響對象主要為 19 歲至 64 歲之成年人，佔；護理之家受影響對象主要為 65 歲之老年（表 3-3-0-1）。若分析各年齡層發生事件類別，學齡前（6 歲以下）與學齡期（7~18 歲）病人/住民發生事件均以藥物事件為主，成年人以藥物事件及跌倒事件為多，65 歲以上者發生事件以跌倒事件、藥物事件及管路事件最多（圖 3-3-2-1）。

表 3-3-0-1 各類機構年齡層 (N=59,157)

	醫院	精神科醫院	護理之家	精神復健機構	診所	養護機構	其他	總計
嬰兒	509	3	1	0	1	0	0	514
幼兒	1,222	4	2	0	7	0	5	1,240
學齡前期	587	2	1	0	5	0	2	597
學齡期	482	7	3	0	3	0	0	495
青少年	450	88	2	0	1	0	0	541
成年	20,535	4,910	420	311	35	2	53	26,266
老年	18,327	611	846	125	42	14	111	20,076
不知道	3,912	54	31	6	11	3	9	4,026
未填	5,116	173	32	1	43	0	37	5,402
總計	51,140	5,852	1,338	443	148	19	217	59,157

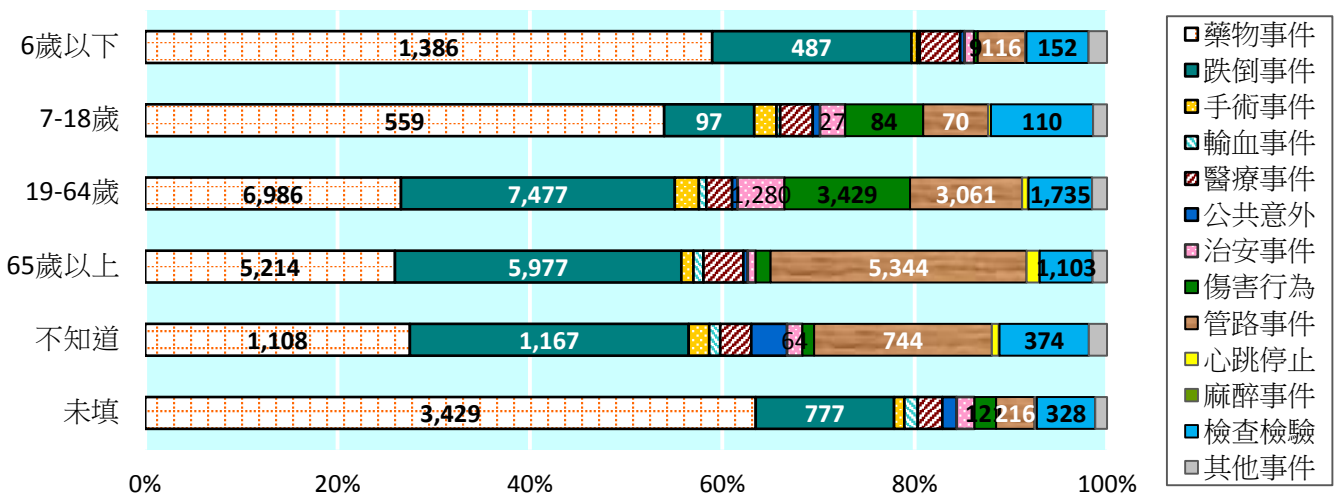


圖 3-3-2-1 各類別通報事件受影響對象年齡層分布 (N=59,157)



對病人/住民健康的影響程度的分析部分，整體事件以無傷害為最多，佔 34.9%，其次為跡近錯失，佔 26.9% (圖 3-3-3-1)。醫院事件對健康影響程度與整體事件分布相近，以無傷害 49.9% 最多，輕度傷害 27.8% 次之 (圖 3-3-3-2)。在精神科醫院方面，健康影響程度以無傷害的比例最高，佔 32.9%，其次則為跡近錯失，佔 30.4% (圖 3-3-3-3)。護理之家發生事件對健康影響程度亦以無傷害為多，佔 45.7%，其次為輕度傷害 29.6% (圖 3-3-3-4)；精神復健機構發生事件對健康影響程度則以輕度傷害最多，佔 36.8%，其次為無傷害 27.5% (圖 3-3-3-5)；診所事件以無傷害最多，佔 29.1%，輕度傷害次之 (27.7%) (圖 3-3-3-6)。以上顯示不同醫療機構發生事件型態不同，對健康影響程度之分布也各不相同，精神科醫院、護理之家與精神科復健機構之跡近錯失事件數之比例較醫院為低，主要與藥物事件較集中發生於醫院有關。



對病人/住民健康的影響程度

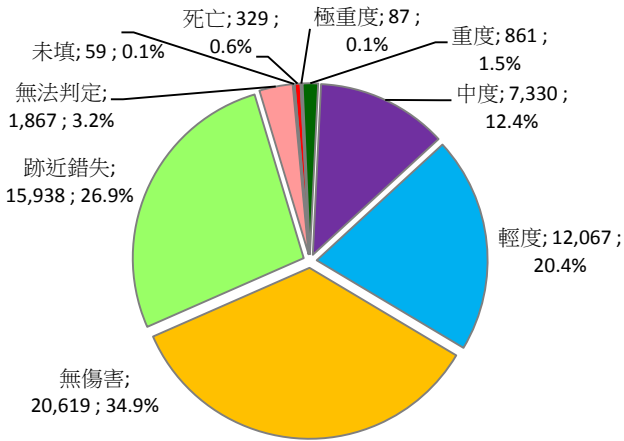


圖 3-3-3-1 所有機構 (N=59,157)

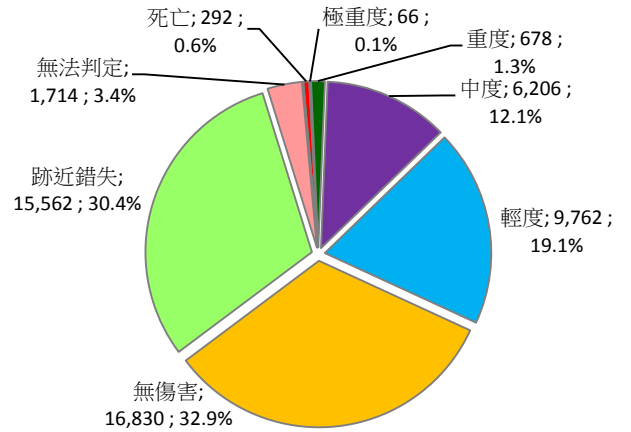


圖 3-3-3-2 醫院 (N=51,140)

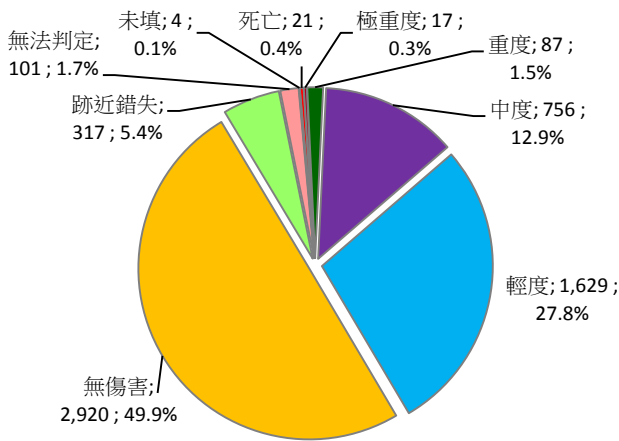


圖 3-3-3-3 精神科醫院 (N=5,852)

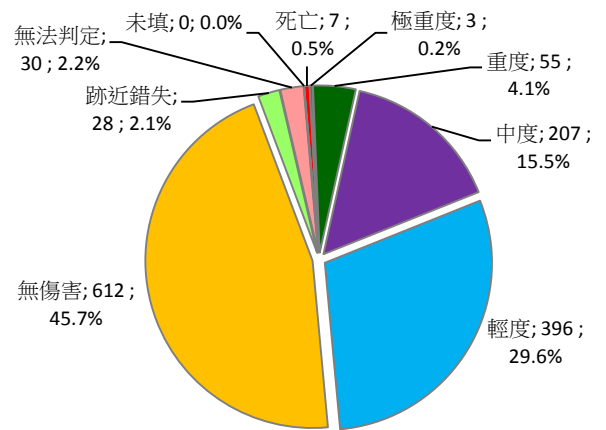


圖 3-3-3-4 護理之家 (N=1,338)

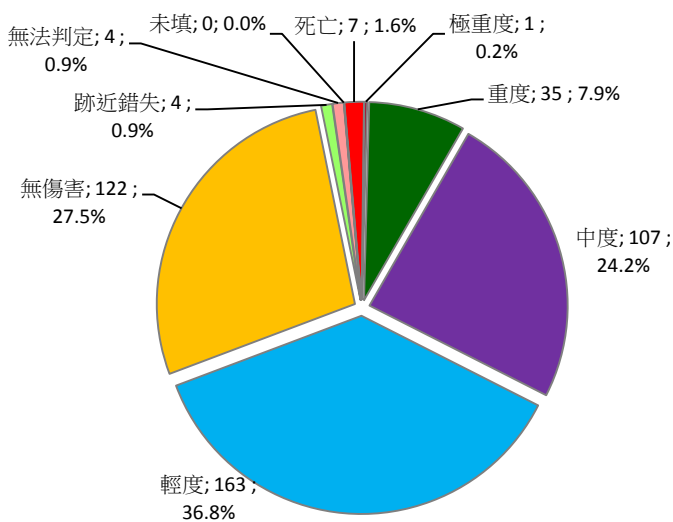


圖 3-3-3-5 精神復健機構 (N=443)

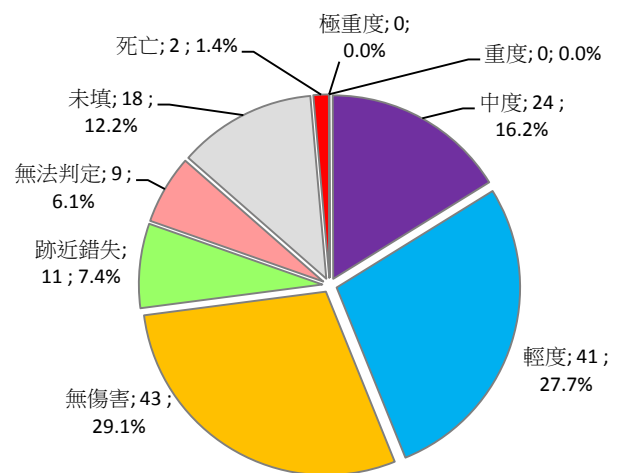


圖 3-3-3-6 診所 (N=148)





若分析病人與住民於事件發生後之健康影響程度，受影響對象為病人之事件跡近錯失的比例較住民高，佔 27.9%，住民則為 6.8%，而住民於事件發生後屬輕度傷害之事件比例為 28.9%，較病人之 20.0% 為高（圖 3-3-4-1、圖 3-3-4-2）。

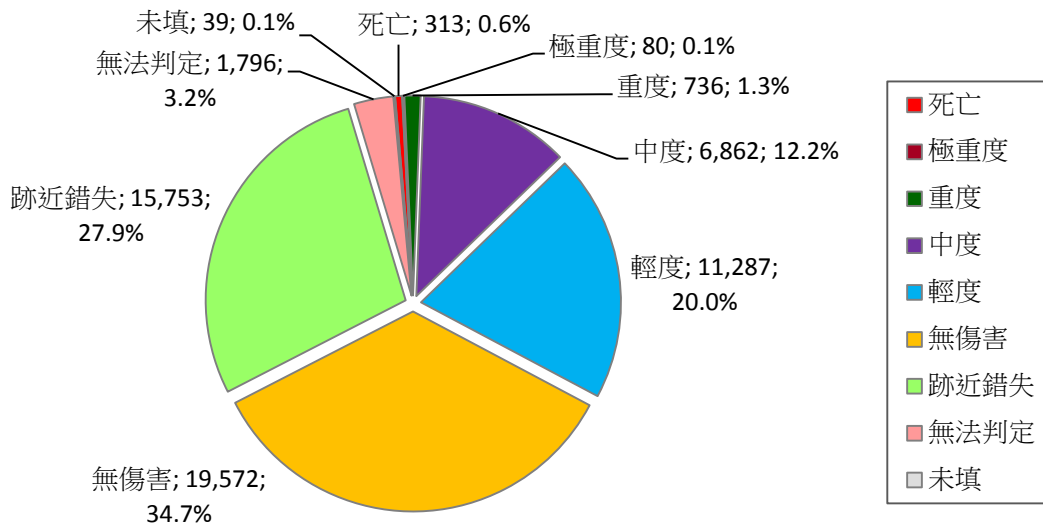


圖 3-3-4-1 所有機構事件發生對病人健康的影響程度分布 (N=56,483)

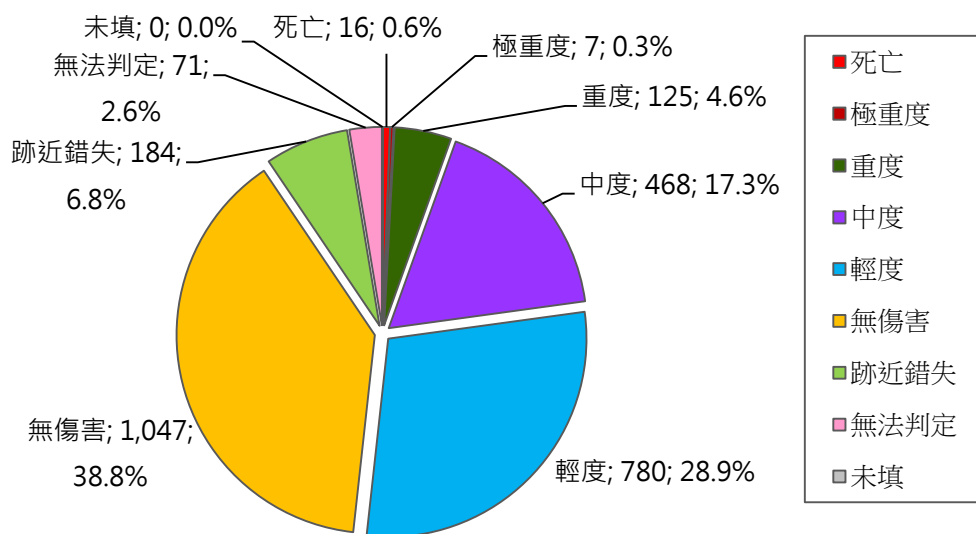


圖 3-3-4-2 所有機構事件發生對住民健康的影響程度分布 (N=2,698)

進一步分析可計算的 SAC 級數，排除事件發生後嚴重程度為跡近錯失與無法判定嚴重度外，整體而言以 SAC=4 最多，佔 44.9%，其次為 SAC=3，佔 16.2%；無法計算的比例則為 37.2%；醫院事件 SAC 級數分布與整體相似；各類型機構亦以 SAC=4 為最多（表 3-3-0-2）。



表 3-3-0-2 各類機構異常事件風險矩陣 SAC 統計 (N=59,157 · 包含跡近錯失與無法判定嚴重度之案件)

SAC	所有機構		醫院		精神科醫院		護理之家		精神復健		診所	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SAC=1	363	0.6	321	0.6	25	0.4	8	0.6	7	1.6	2	1.4
SAC=2	659	1.1	516	1.0	65	1.1	41	3.1	32	7.2	0	0.0
SAC=3	9,583	16.2	8,022	15.7	1,120	19.1	269	20.1	125	28.2	18	12.2
SAC=4	26,538	44.9	21,700	42.4	3,618	61.8	780	58.3	224	50.6	81	54.7
無法計算*	22,014	37.2	20,581	40.2	1,024	17.5	240	17.9	55	12.4	47	31.8
總計	59,157	100.0	51,140	100.0	5,852	100.0	1,338	100.0	443	100.0	148	100.0

*註：無法計算包括事件發生後對病人健康的影響程度為跡近錯失、無法判定、未填；事件再發生的機會為不知道或未填者。

進一步分析各類事件對病人/住民之健康影響程度，重度以上事件所佔比例在院內不預期心跳停止事件（急救事件）（90.8%）最高，醫療照護事件（9.7%）次之，中度及輕度事件比例在管路事件、麻醉事件較高，跡近錯失事件則在藥物事件較高，其次為檢查檢驗事件及輸血事件（表 3-3-0-3）。醫院趨勢與整體事件相近（表 4-1-0-2）。精神科醫院部分，重度以上事件亦在院內不預期心跳停止事件比例較其他類事件高（佔 96.0%），而中度與輕度傷害事件在跌倒、管路、醫療照護事件及其他事件有較高的比例，跡近錯失事件則集中於藥物事件（表 4-2-0-1）。護理之家發生重度以上事件同樣以院內不預期心跳停止事件為最高（100%），而中度與輕度傷害事件在醫療、跌倒及傷害事件有較高的比例（表 4-3-0-2）。

表 3-3-0-3 各類事件發生後對病人/住民健康的影響程度 (N=59,157 ; N 為病人及住民件數)

事件類別	死亡		極重度		重度		中度		輕度		無傷害		跡近錯失		無法判定		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	1	0.0	0	0.0	26	0.1	541	2.9	917	4.9	4,717	25.2	12,185	65.2	291	1.6	4	0.0	18,682	100.0
跌倒事件	1	0.0	9	0.1	346	2.2	2,477	15.5	5,638	35.3	7,306	45.7	34	0.2	155	1.0	16	0.1	15,982	100.0
手術事件	3	0.3	0	0.0	14	1.3	82	7.5	117	10.7	231	21.2	573	52.5	71	6.5	1	0.1	1,092	100.0
輸血事件	0	0.0	2	0.4	3	0.6	12	2.2	43	7.9	148	27.2	301	55.2	35	6.4	1	0.2	545	100.0
醫療照護	16	0.8	13	0.7	158	8.2	377	19.5	471	24.3	518	26.8	186	9.6	197	10.2	0	0.0	1,936	100.0
公共意外	1	0.2	0	0.0	3	0.6	42	8.5	57	11.5	220	44.5	66	13.4	94	19.0	11	2.2	494	100.0
治安事件	3	0.2	3	0.2	10	0.6	44	2.7	55	3.3	1,082	65.2	83	5.0	378	22.8	1	0.1	1,659	100.0
傷害事件	10	0.2	8	0.2	69	1.7	517	12.9	1,198	29.9	2,078	51.9	49	1.2	64	1.6	10	0.2	4,003	100.0
管路事件	9	0.1	10	0.1	77	0.8	3,081	32.3	2,986	31.3	3,158	33.1	11	0.1	215	2.3	4	0.0	9,551	100.0
不預期心跳停止	280	59.3	36	7.6	113	23.9	11	2.3	3	0.6	2	0.4	0	0.0	26	5.5	1	0.2	472	100.0
麻醉事件	1	3.7	0	0.0	1	3.7	7	25.9	9	33.3	9	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	100.0
檢查檢驗	1	0.0	0	0.0	17	0.4	44	1.2	455	12.0	817	21.5	2,194	57.7	272	7.2	2	0.1	3,802	100.0
其他事件	3	0.3	6	0.7	24	2.6	95	10.4	118	12.9	333	36.5	256	28.1	69	7.6	8	0.9	912	100.0
總計	329	0.6	87	0.1	861	1.5	7,330	12.4	12,067	20.4	20,619	34.9	15,938	26.9	1,867	3.2	59	0.1	59,157	100.0



四、通報人員相關統計

在與通報者有關之統計方面，分析其身分及年資，通報者以護理人員為多數，佔 70.5%，其次為藥事人員以及行政人員，分別佔 15.2% 以及 3.0% (圖 3-4-0-1)。分析通報者身份別，護理人員以勾選護理人員最多 (佔 95.3%)，其次為專科護理師 (圖 3-4-0-2)；醫師別身分則以主治醫師最多 (佔 58.6%)，其次為住院醫師 (圖 3-4-0-3)。年資方面，以工作 1 至 5 年為最多，佔 30.3%，其次為 6 至 10 年，佔 16.9% (圖 3-4-0-4)。在現職機構年資方面，多數通報者為 0 至 5 年，佔 50.1%，其次為 6 至 10 年，佔 17.3% (圖 3-4-0-5)。

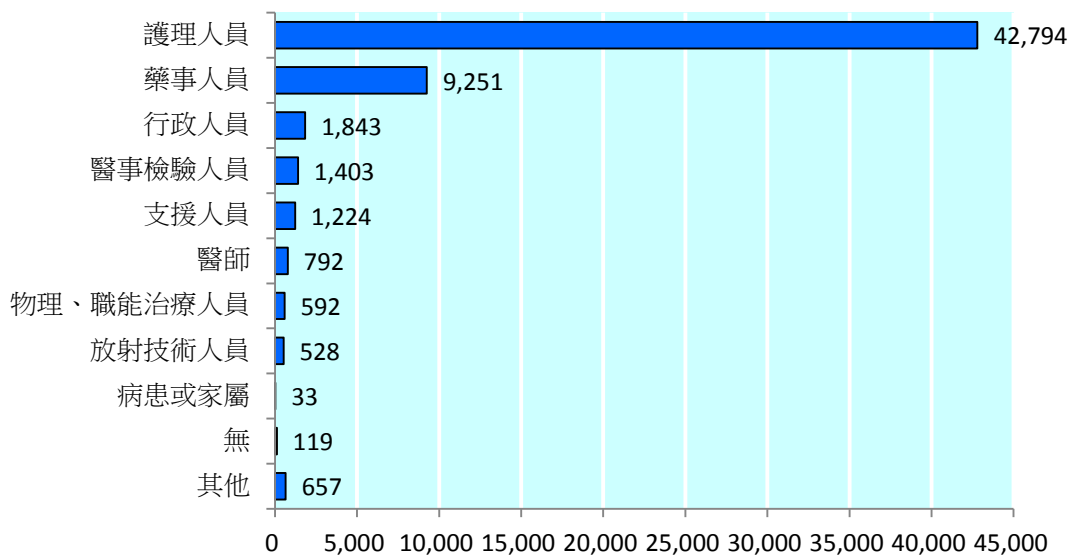


圖 3-4-0-1 所有機構通報者身分分布 (N=60,739)

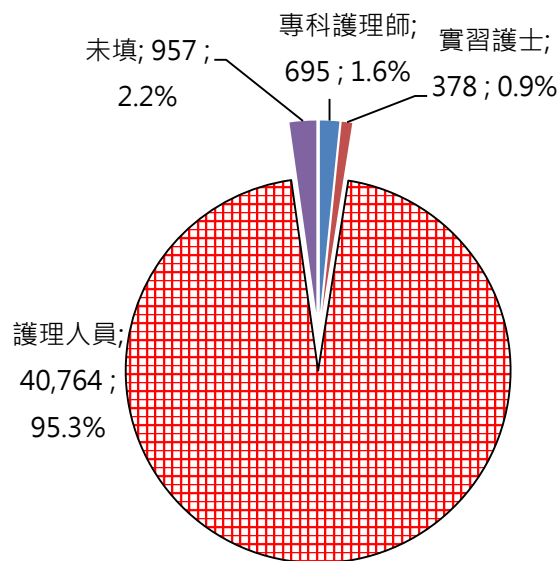


圖 3-4-0-2 通報者為護理人員身分別分布 (N=42,794)

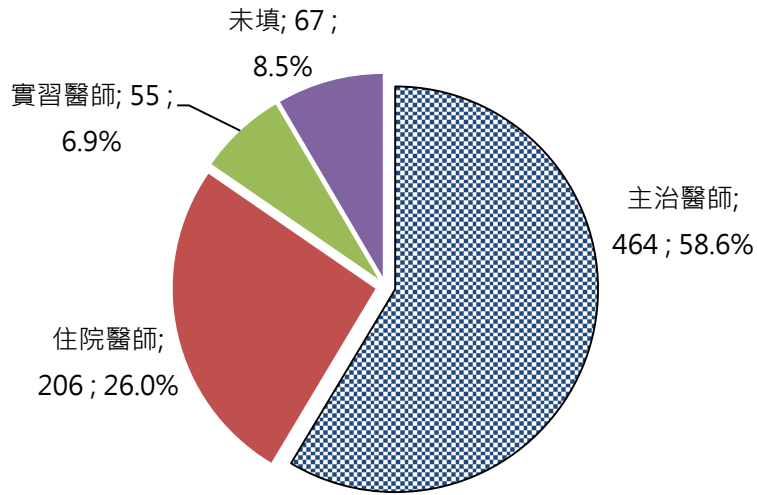


圖 3-4-0-3 通報者為醫師身分別分布 (N=792)

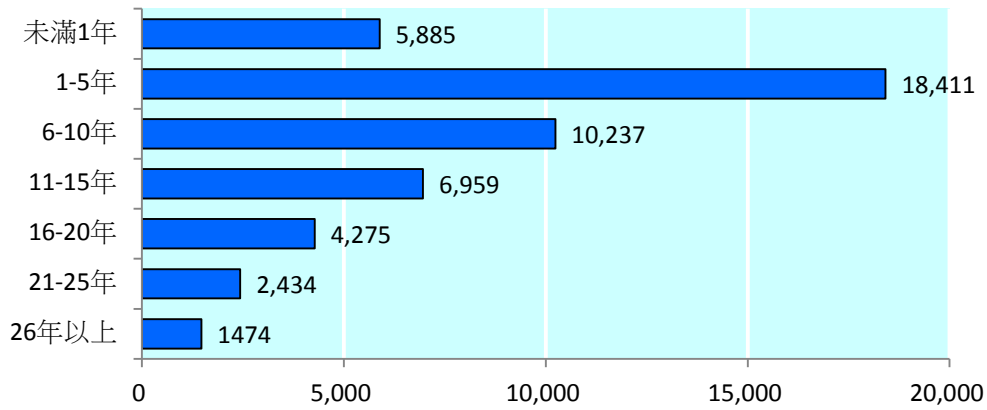


圖 3-4-0-4 所有機構通報者年資分布 (N=60,739)

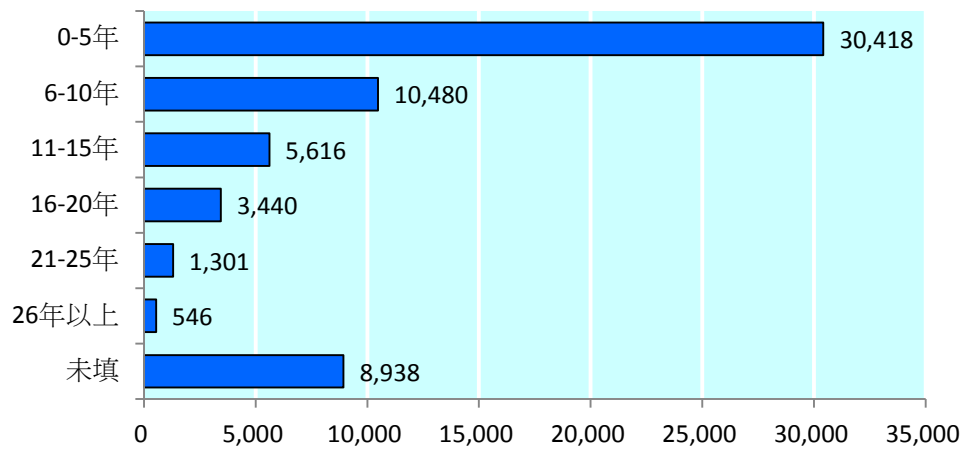


圖 3-4-0-5 所有機構通報者進入現職機構年資分布 (N=60,739)



五、發生可能原因與改善措施統計

事件發生可能原因之統計，整體事件發生可能原因以「病人生理及行為因素(以下簡稱病人因素)」次數最多，其次為「與人員個人因素(以下簡稱人為因素)」，再其次則為「與工作狀態/流程設計因素(以下簡稱系統因素)」。

以各類事件分析，跌倒事件(82.9 件/百件)、傷害行為(88.7 件/百件)、管路事件(66.1 件/百件)、院內不預期心跳停止事件(75.9 件/百件)皆以「病人因素」所佔比例最高，而藥物事件(64.3 件/百件)、手術事件(74.5 件/百件)、輸血事件(77.4 件/百件)、醫療照護事件(57.3 件/百件)、麻醉事件(63.0 件/百件)及檢查/檢驗/病理切片事件(79.5 件/百件)則以「人為因素」為最常被通報者歸因為事件發生主要原因，公共意外事件則以器材設備因素(63.9 件/百件)為主(表 3-5-0-1)。

隨著跨領域合作及團隊合作之推廣，提升溝通的有效性亦受到各醫療機構重視。針對 2013 年發生事件分析發生可能原因與「溝通因素」相關之 6,051 件案例中，相對次數比例最高者為「團隊與病人或家屬間溝通不良」佔 33.6 件/百件，其次為「醫護團隊間溝通不足」佔 30.8 件/百件；發生「團隊與病人或家屬間溝通不良」事件中，又以管路事件及院內不預期心跳停止事件發生比例較高，分別佔 53.1 件/百件及 52.3 件/百件，顯示此二事件別應多加強醫護與病人或家屬間溝通有助預防此類事件；而醫護團隊間溝通不足問題則顯見於各類事件中，其中又以輸血事件(76.8 件/百件)及檢查檢驗事件(77.6 件/百件)所佔比例較高(表 3-5-0-2)。

在預防此類事件再發生的措施或方法上，除公共意外事件以「改變行政管理」為最高外，整體而言通報者認為預防措施或方法仍以「加強教育訓練」最高(表 3-5-0-3)，每 100 件事件有 71.2 件通報者認為可採加強教育訓練來預防，其次依序為加強溝通方式(30.9 件/百件)、改變醫療照護方式(22.9 件/百件)以及改變行政管理(7.9 件/百件)(圖 3-5-0-1)。

表 3-5-0-1：整體各類事件可能原因統計 (N=57,765；N 為事件數；可能原因為複選，不含治安事件及其他事件；標記底線者為該類事件中件數最多者)

可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	用藥	手術	其他	不知道	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	413	<u>12,062</u>	7,636	834	1,479	—	—	—	2,340	424	189	18,747
跌倒事件	<u>13,403</u>	1,523	505	—	882	2,657	2,640	—	759	135	11	16,173
手術事件	—	<u>817</u>	525	300	72	—	—	—	41	29	1	1,096
輸血事件	—	<u>427</u>	325	82	—	—	—	—	24	34	0	552
醫療照護	444	<u>1,121</u>	995	483	219	—	—	—	42	103	2	1,956
公共意外	—	—	—	—	<u>559</u>	177	—	—	136	78	5	875



可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	用藥	手術	其他	不知道	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
傷害行為	<u>3,964</u>	74	—	1,429	—	—	—	—	45	23	1	4,467
管路事件	<u>6,316</u>	3,036	2,229	2,455	—	—	—	—	549	277	23	9,558
不預期心跳停止	<u>359</u>	27	27	17	5	—	—	—	16	46	24	473
麻醉事件	13	<u>17</u>	12	4	4	—	1	2	0	0	0	27
檢查檢驗	44	<u>3,054</u>	1,702	447	170	14	—	—	75	159	64	3,841
總計	24,956	22,158	13,956	6,051	3,390	2,848	2,641	2	4,027	1,308	322	57,765

表 3-5-0-2：整體各類事件可能原因與溝通相關統計 (N=6,051 ; N 為事件數 ; 可能原因為複選 · 不含治安事件及其他事件 ; 標記底線者為該類事件中件數最多者)

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	不清楚交班	口頭醫囑交代不清楚	對縮寫認知不一致	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
藥物事件	<u>475</u>	238	58	24	117	52	—	—	—	69	834
手術事件	<u>171</u>	—	—	—	—	93	126	15	—	10	300
輸血事件	<u>63</u>	—	—	—	7	4	—	—	—	6	82
醫療照護	<u>297</u>	—	—	—	137	94	58	18	—	15	483
傷害行為	28	—	—	—	276	47	—	249	<u>942</u>	36	1,429
管路事件	235	—	—	—	<u>1,303</u>	984	—	549	—	207	2,455
不預期心跳停止	4	—	—	—	<u>9</u>	—	—	—	—	3	17
麻醉事件	<u>2</u>	1	0	—	0	—	1	—	—	0	4
檢查檢驗	<u>347</u>	—	—	—	95	—	87	—	—	15	447
總計	1,864	239	58	24	2,033	1,327	313	845	942	391	6,051

表 3-5-0-3：整體各類事件預防方法統計 (N=60,507 ; N 為不含基層通報 232 件事件數 ; 預防方法為複選 ; 標記底線者為該類事件中件數最多者)

預防方法	加強教育訓練	改變醫療照護方式	改變行政管理	加強溝通方式	不知道	其他	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	<u>13,476</u>	6,821	1,245	5,192	568	504	615	18,712



預防方法	加強 教育訓練	改變醫療照 護方式	改變 行政管理	加強 溝通方式	不知道	其他	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N
跌倒事件	11,975	1,931	960	4,997	457	1,280	333	16,078
手術事件	760	272	97	396	27	28	19	1,094
輸血事件	385	158	76	111	27	19	23	551
醫療事件	1,392	619	261	554	34	96	41	1,940
公共意外	221	57	390	111	102	203	30	846
治安事件	1,018	193	281	743	191	157	60	1,945
傷害行為	2,977	610	289	1,615	286	150	100	4,456
管路事件	7,358	2,116	517	3,672	203	254	121	9,536
不預期 心跳停止	258	80	33	71	106	34	24	473
麻醉事件	14	11	7	7	0	1	0	27
檢查檢驗	2,742	842	386	965	148	123	87	3,829
其他事件	523	168	268	275	66	102	36	1,020
總計	43,099	13,878	4,810	18,709	2,215	2,951	1,489	60,507

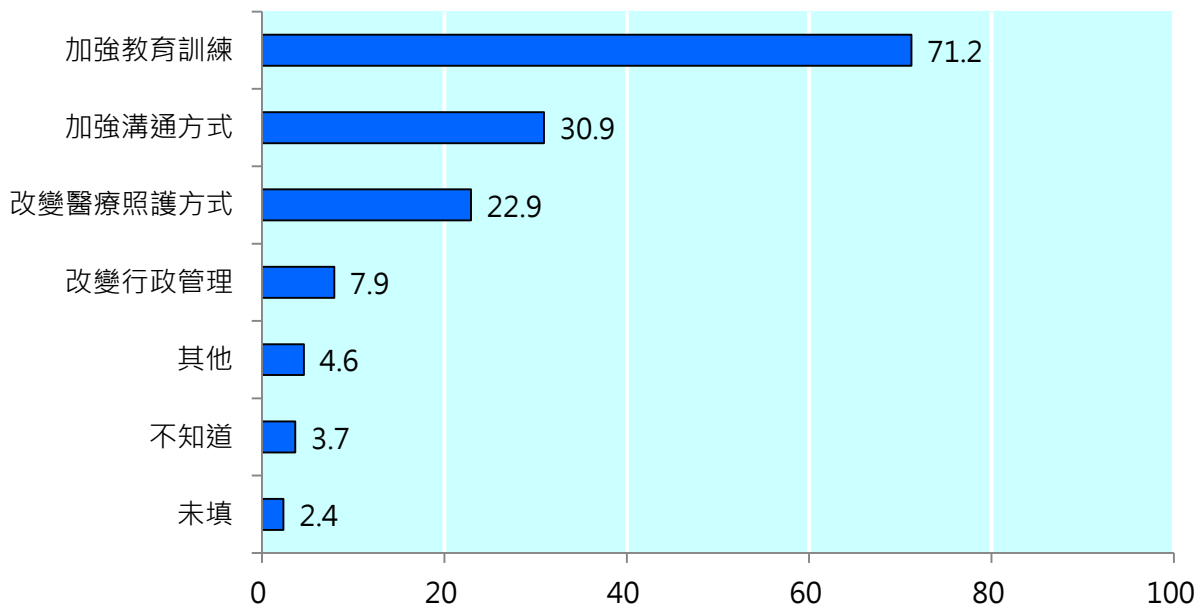


圖 3-5-0-1 預防事件再發生的措施或方法

(N=60,507 ; N 為不含基層通報 232 件事件數 ; 預防方法為複選)

分析以加強溝通方式為預防措施或方法的 18,790 件事件中，以改變與病人溝通模式最高，相對次數百分比為 52.7 件/百件，其次依序為增加醫療人員間溝通 (49.1 件/百件)、改變行政上溝通系統 (5.1 件/百件) 及其他加強溝通方式 (4.5 件/百件)，其中改變與病人溝通模式以



跌倒、治安、傷害、管路事件次數較高，顯示這幾類事件特別需要重視與病人溝通過程，並可由增加與病人溝通和改善病人溝通方式獲得預防，而對於藥物、手術、輸血、醫療照護、院內不預期心跳停止及檢查檢驗幾類事件，則需額外著重於改善醫療人員間溝通，因從各類事件觀察，藥物、手術、輸血、醫療照護、院內不預期心跳停止及檢查檢驗病理切片事件，均以增加醫療團隊間之溝通為最重要的加強溝通項目，此分布與 2010~2012 年資料相同(表 3-5-0-4)。

表 3-5-0-4 整體各類事件預防方法與溝通相關統計 (N=18,709; N 為事件數; 預防方法為複選; 標記*者為該類事件中次數最高者; 標記底線者為該預防方法中件數最多者)

加強溝通方 式明細項目	增加醫療人員間 溝通		改變行政上溝通 系統		改變與病人溝通 模式		其他加強溝通 方式		加強溝通各 類事件數
事 件 類 別	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N
藥 物 事 件	4,889	(94.2)*	223	(4.3)	218	(4.2)	48	(0.9)	5,192
跌 倒 事 件	880	(17.6)	151	(3.0)	<u>4,353</u>	(87.1)*	<u>382</u>	(7.6)	4,997
手 術 事 件	327	(82.6)*	30	(7.6)	80	(20.2)	6	(1.5)	396
輸 血 事 件	98	(88.3)*	15	(13.5)	4	(3.6)	3	(2.7)	111
醫 療 照 護	420	(75.8)*	52	(9.4)	138	(24.9)	30	(5.4)	554
公 共 意 外	31	(27.9)	52	(46.8)*	30	(27.0)	17	(15.3)	111
治 安 事 件	148	(19.9)	60	(8.1)	585	(78.7)*	59	(7.9)	743
傷 害 行 為	269	(16.7)	59	(3.7)	1,439	(89.1)*	50	(3.1)	1,615
管 路 事 件	1,056	(28.8)	100	(2.7)	2,790	(76.0)*	196	(5.3)	3,672
不 預 期 心 跳 停 止	50	(70.4)*	12	(16.9)	26	(36.6)	4	(5.6)	71
麻 醉 事 件	4	(57.1)*	3	(42.9)	1	(14.3)	1	(14.3)	7
檢 查 檢 驗	845	(87.6)*	128	(13.3)	126	(13.1)	24	(2.5)	965
其 他 事 件	174	(63.3)*	69	(25.1)	62	(22.5)	14	(5.1)	275
小 計	9,191	(49.1)	954	(5.1)	9,852	(52.7)	834	(4.5)	18,709

註 1：此章節之資料係以「發生日期」於 2013 年間且「通報日期」介於 2013 年~2014 年 2 月 28 日之案件為分析來源，若以該期間之「通報日期」為資料來源者，則另加註說明於圖表標題之後。

註 2：本年報醫事機構類型，區分為醫院、精神科醫院、診所、護理之家、精神復健機構及其他，上述醫院泛指醫療機構設置標準中之醫院及綜合醫院



肆、各類機構事件分析

一、醫院

2013 年發生於醫院的通報事件計 52,401 筆，以藥物事件 18,116 例(34.6%)、跌倒事件 12,607 例(24.1%)、管路事件 9,205 例(17.6%)分佔前三名，三者共佔所有事件類別的 76.3%，如圖 4-1-0-1。事件發生時段高峰共分佈於兩個區段，分別為:08:01~12:00 及 14:01~18:00，進一步分析事件發生時段與對病人健康影響程度的關係，資料顯示在 08:01~18:00 時段所發生的事件以跡近錯失為最多，而在 18:01~00:00 及 02:01~08:00 兩個時段區間發生的事件對病人造成的影響是「有傷害」多於「無傷害」；其他時段則是「無傷害」多於「有傷害」，如圖 4-1-0-2。事件發生地點以一般病房 52.8 件/百件最多，其次為特殊醫療照護區 14.9 件/百件，如圖 4-1-0-3。

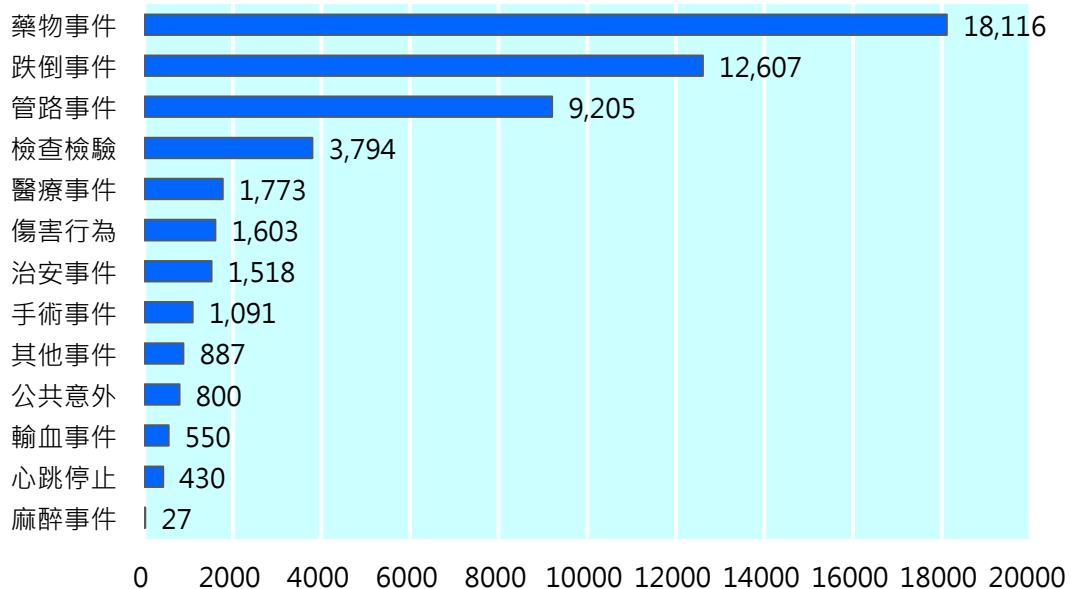


圖 4-1-0-1 醫院通報各類事件數(N=52,401)

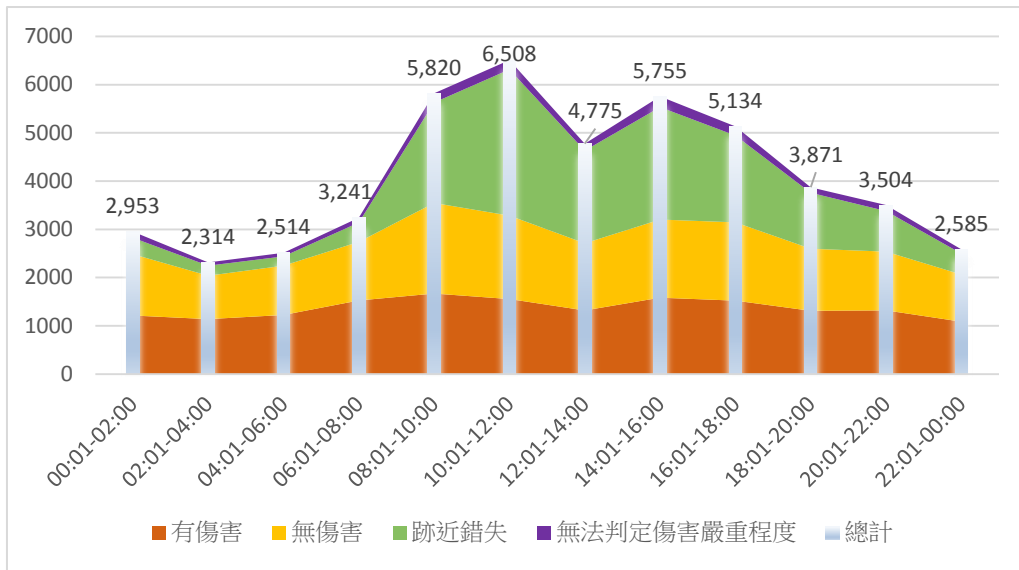


圖 4-1-0-2 醫院發生時段與病人健康影響程度分析(N=48,974 · 不含未填 2,166)

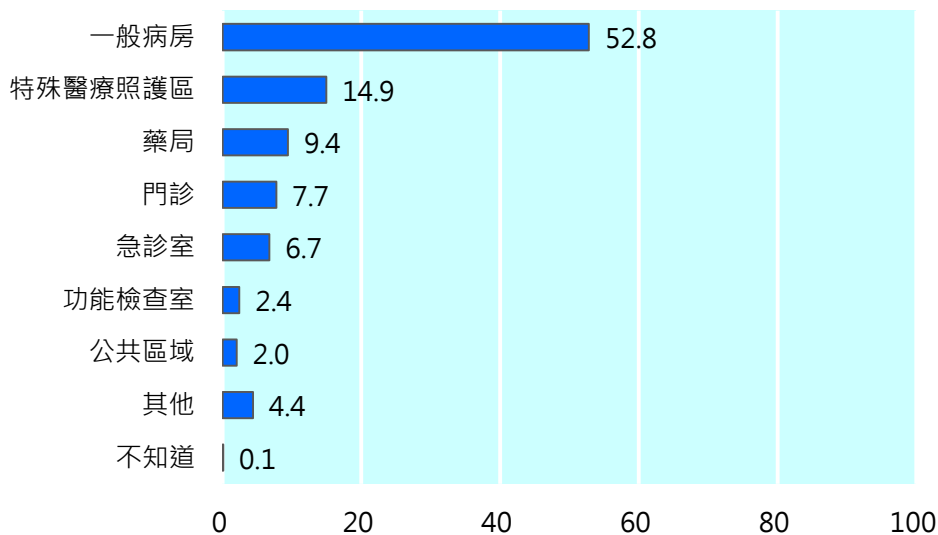


圖 4-1-0-3 醫院發生地點相對次數百分比(N=52,401 · 本項為複選)

事件發生後受影響對象為病人/住民者計 51,140 例，男、女性別分別為 25,377 例(49.6%) 及 18,418 例(36.0%)，未填及不知道者共 7,345 例(14.4%)，而不論發生於任何年齡層，性別分佈皆以男性居多。若以年齡層的分佈觀之，則發生於成年的案件數為最多(20,535 例 · 40.2%)，老年(18,327 例，35.8%)次之，如表 4-1-0-1。事件發生後對病人健康的影響程度以無傷害 16,830(32.9%)、跡近錯失 15,562(30.4%)居多，共佔 63.3%，其次為輕度 9,761(19.1%)、中度傷害 6,206(12.1%)，如圖 4-1-0-4。



表 4-1-0-1 病人/住民之年齡層與性別(N=51,140)

年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	278	1.1	223	1.2	1	0.1	7	0.1	509	1.0
幼兒	586	2.3	434	2.4	3	0.2	199	3.3	1,222	2.4
學齡前期	293	1.2	254	1.4	5	0.4	35	0.6	587	1.1
學齡期	268	1.1	188	1.0	0	0.0	26	0.4	482	0.9
青少年	242	1.0	166	0.9	3	0.2	39	0.6	450	0.9
成年	11,051	43.5	7,406	40.2	83	6.3	1,995	33.1	20,535	40.2
老年	9,147	36.0	6,902	37.5	74	5.6	2,204	36.6	18,327	35.8
不知道	1,578	6.2	1,205	6.5	1,121	85.2	8	0.1	3,912	7.6
未填	1,934	7.6	1,640	8.9	25	1.9	1,517	25.2	5,116	10.0
總計	25,377	100.0	18,418	100.0	1,315	100.0	6,030	100.0	51,140	100.0

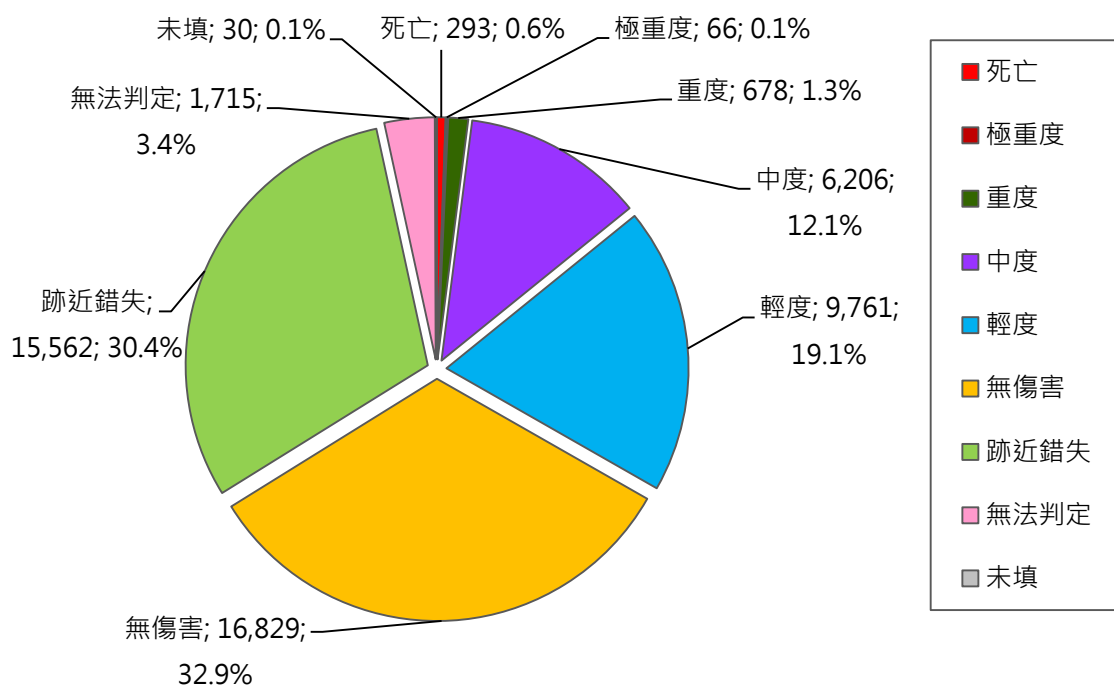


圖 4-1-0-4 醫院事件發生後對病人健康的影響程度(N=51,140)

分析各類事件發生後對病人/住民健康影響程度，造成死亡比例較高的為院內不預期心跳停止事件(85.3%)及醫療照護事件(5.1%)，極重度比例較高的為院內不預期心跳停止事件(48.5%)及管路事件(15.2%)，重度比例較高的為跌倒事件(37.6%)及醫療照護事件(19.0%)，中度影響比例較高的為管路事件(48.4%)與跌倒事件(30.0%)，而造成跡近錯失比例最高的則分別為藥物事件(76.4%)及檢查/檢驗/病理切片事件(14.0%)，如表 4-1-0-2。



表 4-1-0-2 各類事件發生後對病人/住民健康影響程度(N=51,140)

影響程度	死亡		極重度		重度		中度		輕度		無傷害		跡近錯失		無法判定		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	1	0.3	0	0.0	24	3.5	514	8.3	878	9.0	4,484	26.6	11,894	76.4	259	15.1	0	0.0	18,054	35.3
跌倒事件	1	0.3	5	7.6	255	37.6	1,863	30.0	4,329	44.3	5,822	34.6	29	0.2	121	7.1	10	33.3	12,435	24.3
手術事件	3	1.0	0	0.0	14	2.1	82	1.3	117	1.2	229	1.4	572	3.7	69	4.0	1	3.3	1,087	2.1
輸血事件	0	0.0	2	3.0	3	0.4	12	0.2	43	0.4	148	0.9	299	1.9	35	2.0	1	3.3	543	1.1
醫療事件	15	5.1	9	13.6	129	19.0	323	5.2	423	4.3	485	2.9	182	1.2	191	11.1	0	0.0	1,757	3.4
公共意外	1	0.3	0	0.0	3	0.4	39	0.6	50	0.5	207	1.2	61	0.4	89	5.2	4	13.3	454	0.9
治安事件	3	1.0	2	3.0	5	0.7	37	0.6	42	0.4	758	4.5	54	0.3	343	20.0	1	3.3	1,245	2.4
傷害行為	7	2.4	3	4.5	32	4.7	206	3.3	443	4.5	594	3.5	37	0.2	45	2.6	1	3.3	1,368	2.7
管路事件	9	3.1	10	15.2	72	10.6	3,004	48.4	2,888	29.6	2,997	17.8	9	0.1	207	12.1	3	10.0	9,199	18.0
不預期心跳停止	249	85.3	32	48.5	107	15.8	11	0.2	2	0.0	0	0.0	0	0.0	27	1.6	1	3.3	429	0.8
麻醉事件	1	0.3	0	0.0	1	0.1	7	0.1	9	0.1	9	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	0.1
檢查檢驗	1	0.3	0	0.0	17	2.5	44	0.7	443	4.5	803	4.8	2,178	14.0	269	15.7	2	6.7	3,757	7.3
其他事件	2	0.7	3	4.5	16	2.4	64	1.0	94	1.0	293	1.7	247	1.6	60	3.5	6	20.0	785	1.5
總計	293	100	66	100	678	100	6,206	100	9,761	100	16,829	100	15,562	100	1,715	100	30	100	51,140	100

通報者以護理人員佔 67.9% 最多，其次為藥事人員 17.4% 及行政人員 3.2%，如圖 4-1-0-5；
 通報者總年資以 1-5 年佔 30.0% 最多，其次是 6-10 年(16.7%)，如圖 4-1-0-6；通報者現職年
 資以 0-5 年佔 49.3% 最多，其次為 6-10 年(17.4%)，如圖 4-1-0-7。

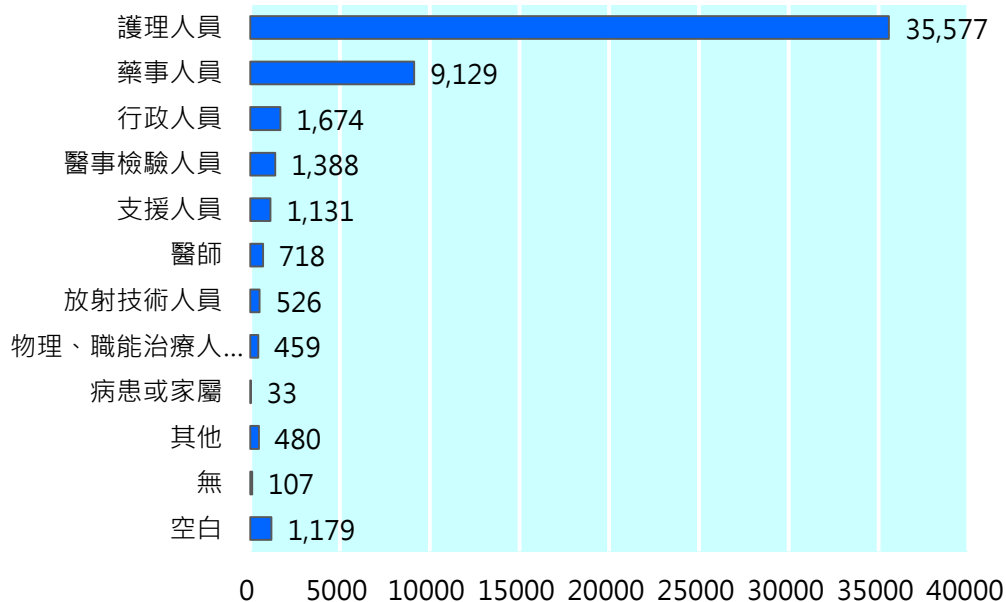


圖 4-1-0-5 通報者身分別(N=52,401)

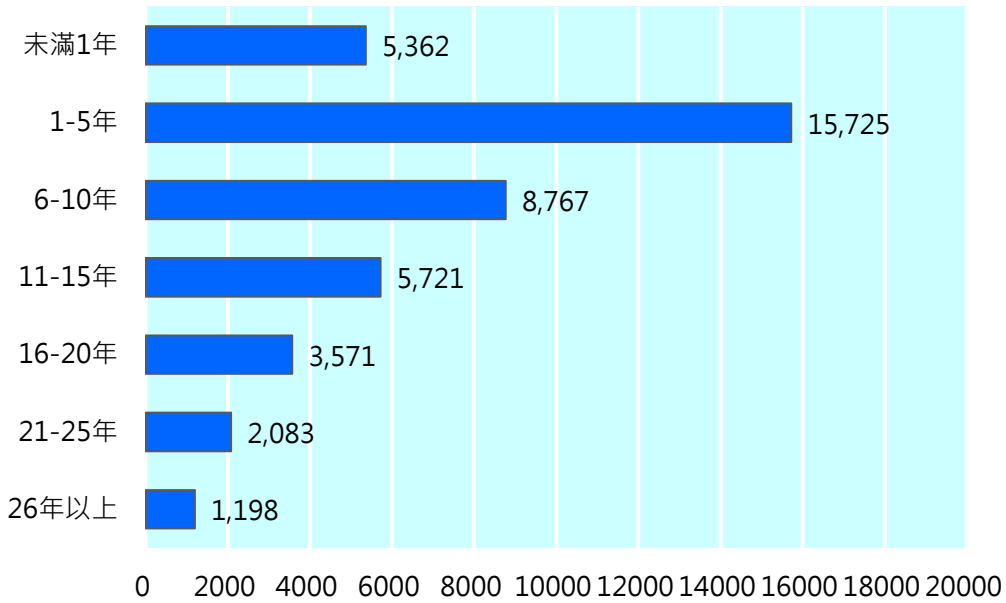


圖 4-1-0-6 通報者總年資(N=42,427，不含未填 9,974)

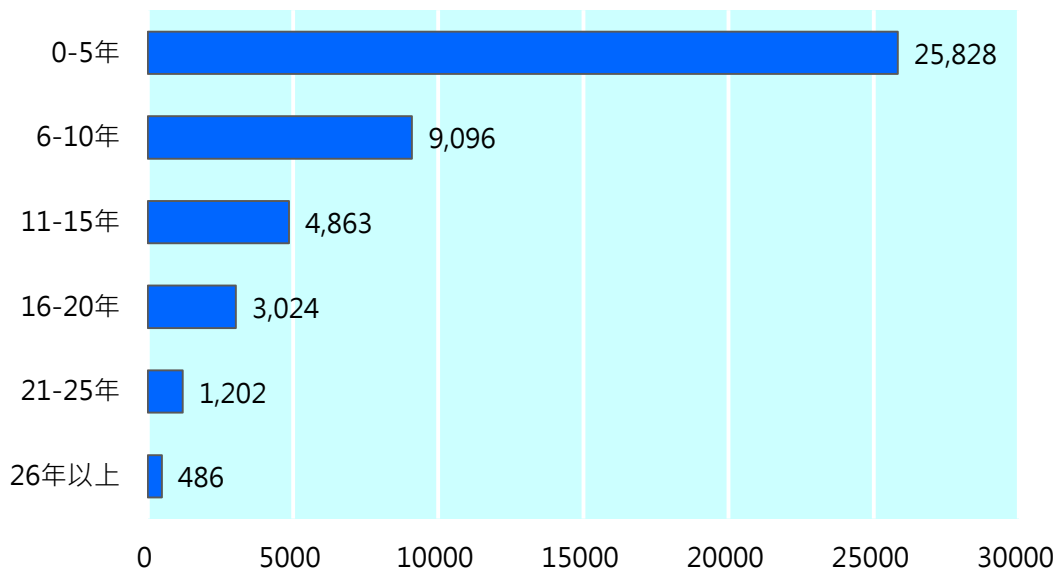


圖 4-1-0-7 通報者現職年資(N=44,499，不含未填 7,902)

事件發生可能原因，以人員個人(人為)因素最多(21,155 次)，其次為病人生理及行為(病人)因素(19,332 次)及工作狀態/流程設計(系統)因素(13,415 次)，如表 4-1-0-3。預防事件再發生的措施或方法，以加強教育訓練(70.6 件/百件)最多，其次為加強溝通方式(31.6 件/百件)及改變醫療照護方式(24.2 件/百件)，如圖 4-1-0-8、表 4-1-0-4。



表 4-1-0-3 事件發生可能原因(N=49,996，本項複選，不含治安事件及其他事件 2,405)

可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	用藥	手術	其他	不知道	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	371	11,575	7,353	804	1,424	—	—	—	2,329	421	187	18,116
跌倒事件	10,701	1,294	429	—	722	1,989	2,260	—	634	101	8	12,607
手術事件	—	815	523	297	70	—	—	—	41	29	0	1,091
輸血事件	—	425	323	82	—	—	—	—	24	34	0	550
醫療照護	352	1,034	930	451	211	—	—	—	40	89	1	1,773
公共意外	—	—	—	—	513	159	—	—	131	72	0	800
傷害行為	1,452	53	—	532	—	—	—	—	24	20	0	1,603
管路事件	6,074	2,904	2,148	2,374	—	—	—	—	534	272	23	9,205
不預期心跳停止	327	23	23	17	5	—	—	—	15	37	23	430
麻醉事件	13	17	12	4	4	—	1	3	0	0	2	27
檢查檢驗	42	3,015	1,674	442	168	14	—	—	75	159	64	3,794
總計	19,332	21,155	13,415	5,003	3,117	2,162	2,261	3	3,847	1,234	308	49,996

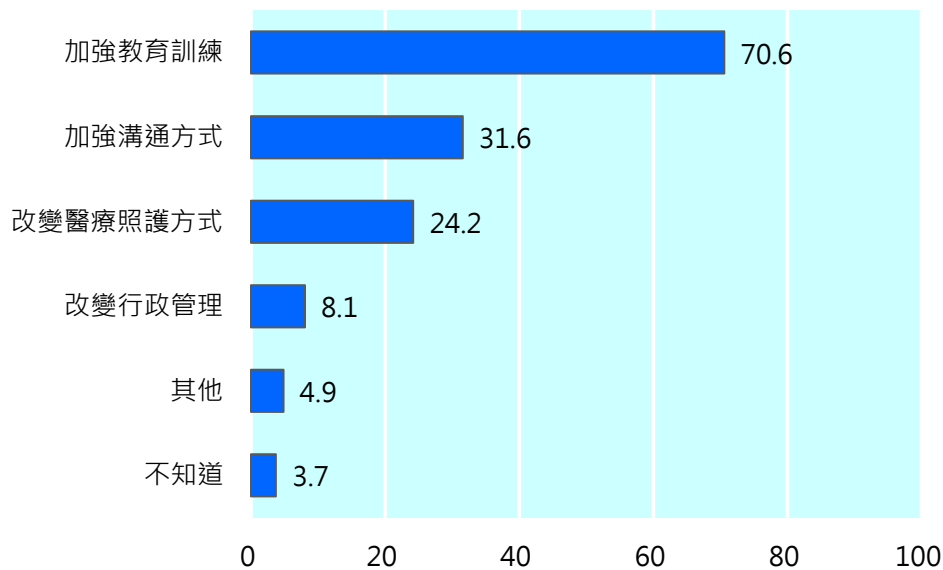


圖 4-1-0-8 預防事件再發生的措施或方法相對次數百分比(N=52,401，本項複選)



表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法(N=52,401 · 本項複選)

預防方法	加強教育訓練	改變醫療照護方式	改變行政管理	加強溝通方式	不知道	其他	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	13,009	6,660	1,152	5,107	555	454	18,116
跌倒事件	9,163	1,465	757	4,198	385	1,122	12,607
手術事件	760	271	96	394	27	26	1,091
輸血事件	384	158	76	111	27	18	550
醫療照護	1,248	576	249	521	31	77	1,773
公共意外	217	57	364	108	96	183	800
治安事件	711	135	233	629	189	142	1,518
傷害行為	1,002	286	137	653	136	75	1,603
管路事件	7,090	2,016	509	3,566	198	224	9,205
不預期心跳停止	228	69	26	63	103	33	430
麻醉事件	14	11	7	7	0	1	27
檢查檢驗	2,720	834	377	955	148	109	3,794
其他事件	450	152	236	244	61	84	887
總計	36,996	12,690	4,219	16,556	1,956	2,548	52,401

醫院別 SAC 級數分析，發現各事件類別 SAC=1 者共有 322 件，其中以院內非預期心跳停止事件 268 件(佔 83.2%)為最高，其次為醫療照護事件 20 件(佔 6.2%)；SAC=2 者共有 516 件，最高者為跌倒事件 214 件(佔 41.5%)，其次為心跳停止事件 109 件(佔 21.1%)；無法計算 *SAC 者共有 3,305 件，如表 4-1-0-5。

表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布

SAC 事件類別	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	無法計算*
藥物事件	1	21	537	5,034	308
跌倒事件	4	214	2,965	7,831	1,271
手術事件	2	9	85	309	41
輸血事件	1	2	13	179	14
醫療事件	20	84	355	759	166
公共意外	0	2	33	233	36
治安事件	2	5	36	785	20
傷害行為	8	8	288	814	168
管路事件	11	43	3,461	4,368	1,100
不預期心跳停止	268	109	15	1	9
麻醉事件	1	1	6	18	1
檢查檢驗	1	8	153	1,019	129
其他事件	3	10	75	348	42
總計	322	516	8,022	21,698	3,305

*註：無法計算包括「事件發生後對病人健康的影響程度」為未填或「事件可能再發生的機會」為不知道或未填。



(一)醫院-藥物事件

醫院發生藥物事件共 18,116 件，受影響為病人/住民共 18,054 件。醫院藥物事件之發生時段分布趨勢呈現兩波高峰，分別在 08：01～12：00 及 14：01～18：00，與一般開藥、調劑、給藥動作密集之時段相符，如圖 4-1-1-1。藥物事件發生地點以一般病房為主（35.3 件/百件），含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域；其次是發生在藥局（26.9 件/百件），如圖 4-1-1-2。

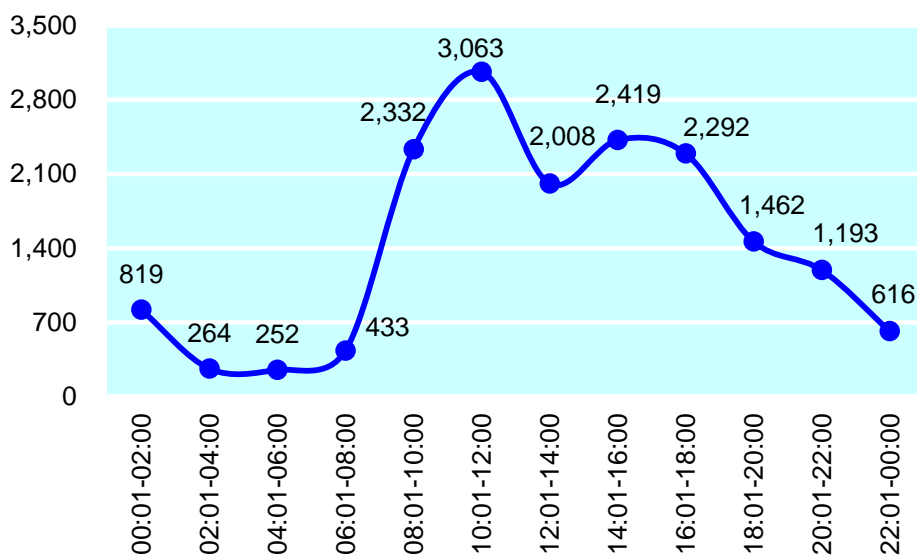


圖 4-1-1-1 醫院藥物事件發生時段分布 (N=17,153，不含未填 963 件)

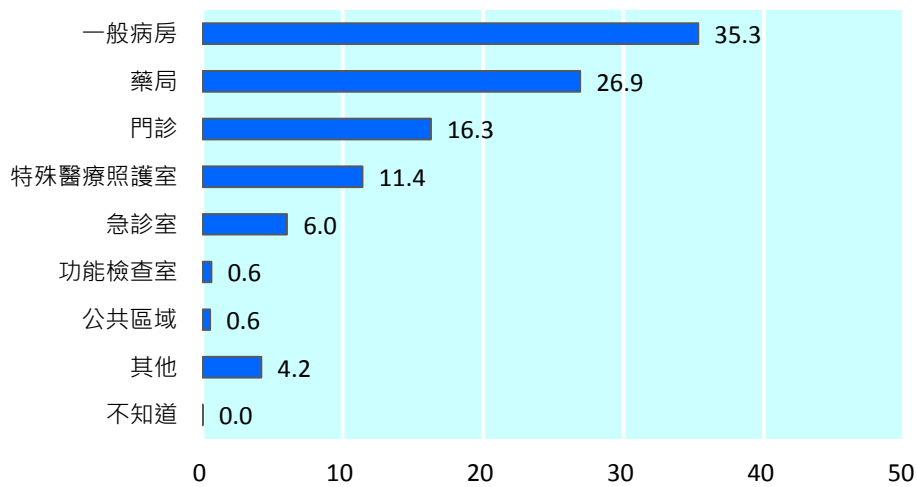


圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比 (N=18,116；N 為事件數；此項目為複選)



發生藥物事件之病人/住民其性別以男性為主，共 7,830 件(佔 43.4%)；年齡以 19-64 歲為最多，共 6,534 件(佔 36.2%)。若以藥物事件之病人/住民其性別與年齡層進行交叉分析發現，男性仍以 19-64 歲為最多，共 2,801 件(佔 35.8%)；女性亦是以 19-64 歲為最多，共 2,612 件(佔 36.7%)，如表 4-1-1-1。

表 4-1-1-1 醫院發生藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析 (N=18,054) (標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別 \ 年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-3 歲	442*	5.6	370	5.2	2	0.6	123	4.4	937	5.2
4-6 歲	217*	2.8	192	2.7	1	0.3	32	1.1	442	2.4
7-12 歲	188*	2.4	129	1.8	0	0.0	21	0.8	338	1.9
13-18 歲	100*	1.3	77	1.1	2	0.6	28	1.0	207	1.1
19-64 歲	2,801*	<u>35.8</u>	2,612	<u>36.7</u>	22	6.7	1,099	<u>39.5</u>	6,534	36.2
65 歲以上	2,124*	27.1	1,999	28.1	22	6.7	966	34.7	5,111	28.3
不知道	447*	5.7	370	5.2	270	<u>82.8</u>	7	0.3	1,094	6.1
未填	1,511*	19.3	1,364	19.2	7	2.1	509	18.3	3,391	18.8
總計	7,830	43.4	7,113	39.4	326	1.8	2,785	15.4	18,054	100.0

由藥物事件對病人/住民的健康影響程度來看，藥物事件大多未對病人健康造成影響 (65.9%為跡近錯失，24.8%為無傷害)；而有傷害的事件以輕度為最多 (4.9%)，其次為中度 (2.8%)、無法判定 (1.4%)、及重度 (0.1%)，如圖 4-1-1-3。

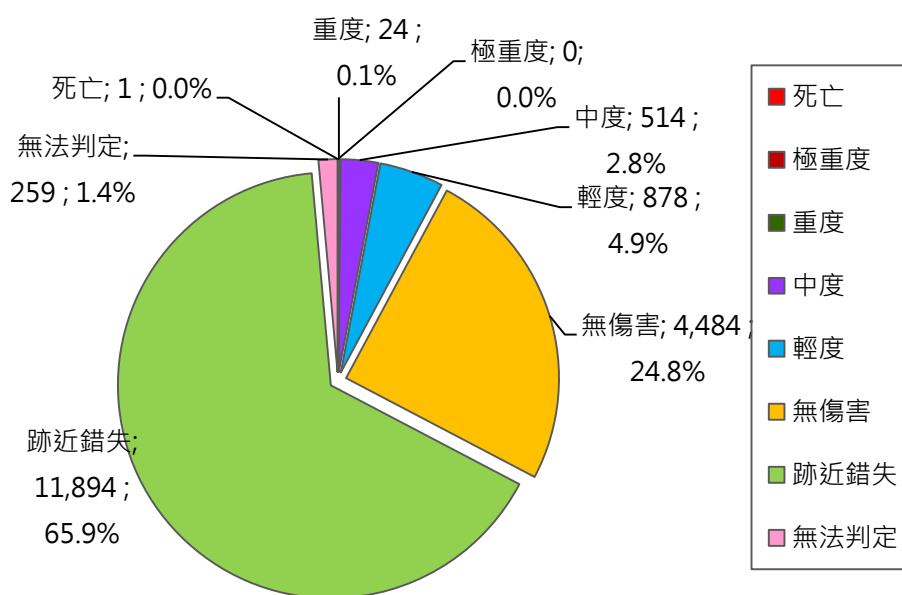


圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度 (N=18,054)



藥物事件發生階段是以醫囑開立階段 (43.9 件/百件) 為最多，其次是給藥階段 (27.7 件/百件)、藥局調劑階段 (16.1 件/百件)，如圖 4-1-1-4。

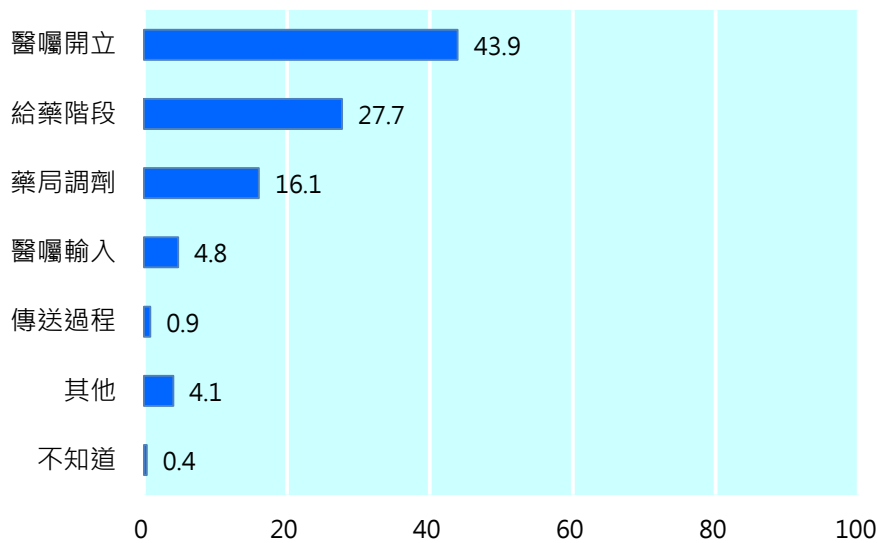


圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段
(N=18,116，N 為事件數；此項目為複選)

進一步分析這三項之錯誤階段細項，發現醫囑開立錯誤階段細項是以劑量錯誤最多 (19.8 件/百件)，其次為重複用藥 (18.5 件/百件)、開立不適用病人病情藥物 (10.4 件/百件)、數量錯誤 (10.0 件/百件)，如圖 4-1-1-5。而給藥錯誤階段細項是以劑量錯誤最多 (19.4 件/百件)，其次為藥名錯誤 (16.4 件/百件)、遺漏給藥 (13.2 件/百件)，如圖 4-1-1-6。另外，在藥局調劑階段錯誤細項是以藥名錯誤最多 (47.8 件/百件)，其次為數量錯誤 (14.4 件/百件)、劑量錯誤 (13.0 件/百件)，如圖 4-1-1-7。

針對醫囑開立階段及給藥錯誤階段兩項與 2012 年年報數據相較，在「醫囑開立階段」排序與 2012 年年報雷同，惟，依「開立不適用病人病情的藥物」跟排序有向前提。另外，「重複用藥」的數據有增加。而在「給藥階段」排序下降為「遺漏給藥」，而排序上提為「藥名錯誤」、「病人辨識錯誤」、「數量錯誤」等。

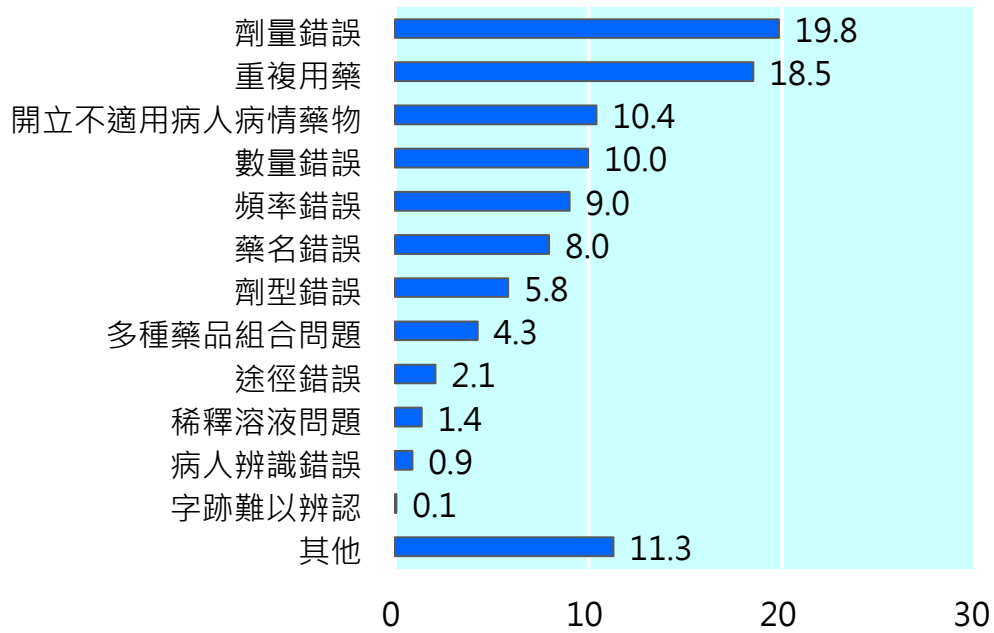


圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段錯誤項目明細

(N=7,949 ; N 為醫囑開立錯誤通報件數 ; 錯誤發生階段明細為複選)

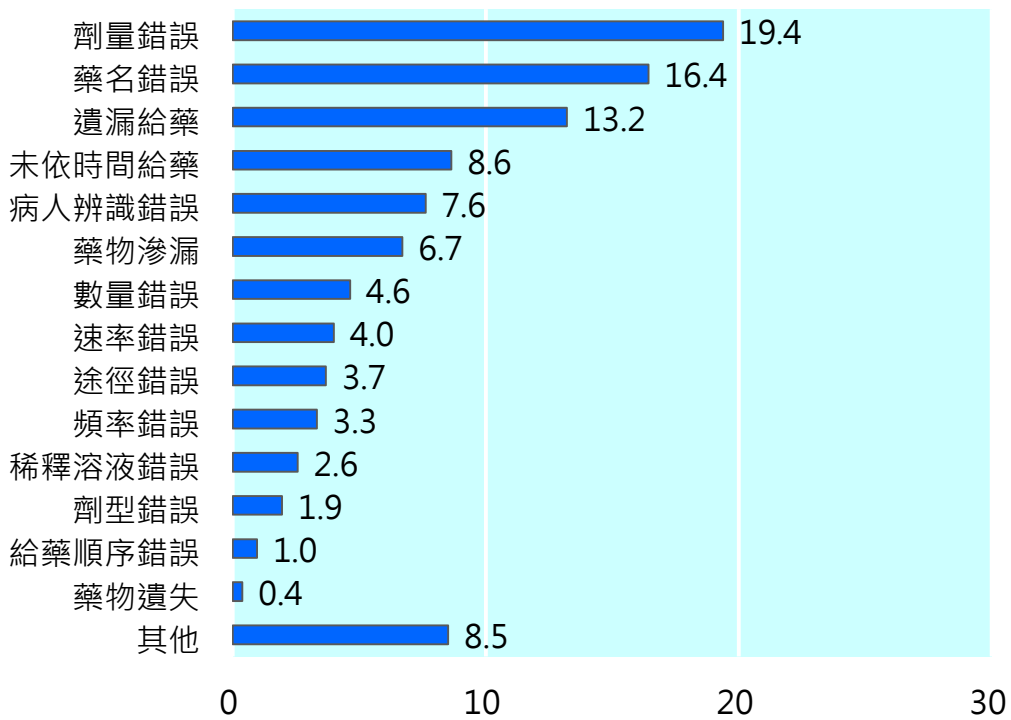


圖 4-1-1-6 醫院藥物事件給藥錯誤階段錯誤項目明細

(N=5,027 ; N 為給藥錯誤通報件數 ; 錯誤發生階段明細為複選)

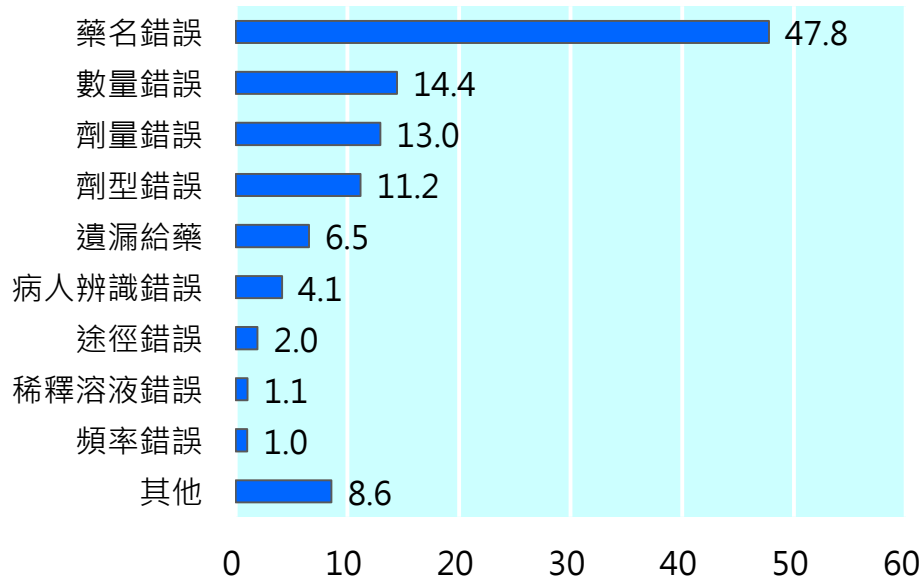


圖 4-1-1-7 醫院藥物事件藥局調劑錯誤項目明細

(N=2,917 ; N 為藥局調劑錯誤通報件數 ; 錯誤發生階段明細為複選)

另外，以醫囑開立、給藥階段與藥局調劑階段其發生階段與其各階段之共同的錯誤細項分析發現，頻率錯誤有超過 60% 以上是發生在醫囑開立階段，病人辨識錯誤多發生於給藥階段錯誤，藥名錯誤多發生於藥局調劑階段，如圖 4-1-1-8。

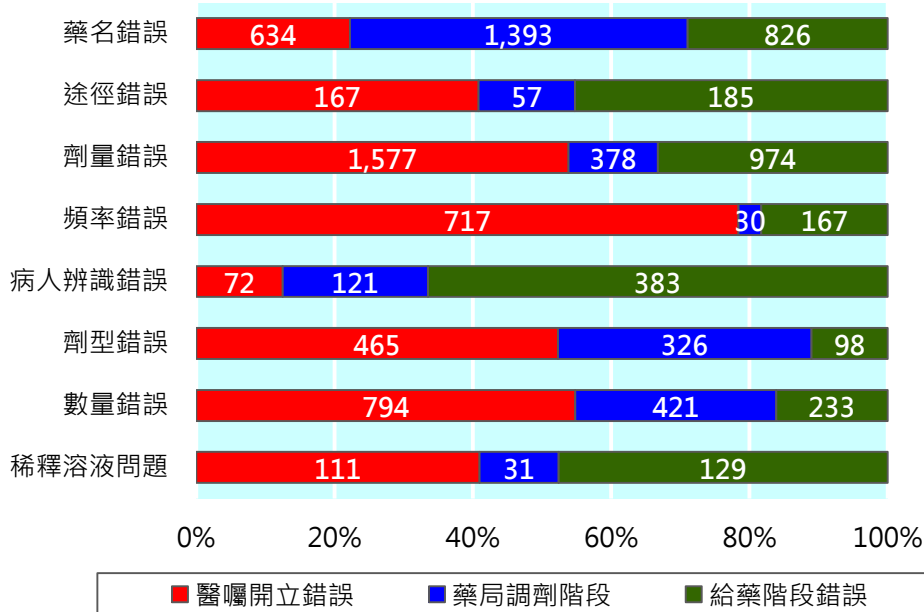


圖 4-1-1-8 醫院藥物事件錯誤項目明細與錯誤階段交叉分析

(N=10,558 ; N 為通報次數 ; 錯誤項目為複選)

若以一天三班制 (白班 08 : 01 ~ 16 : 00、小夜班 16 : 01 ~ 00 : 00 及大夜班 00 : 01 ~ 08 : 00) 與錯誤發生階段進行交叉分析，白班 (49.1 件/百件) 以醫囑開立錯誤為最高，而在大夜班 (55.1 件/百件) 則以給藥錯誤較高，如圖 4-1-1-9。

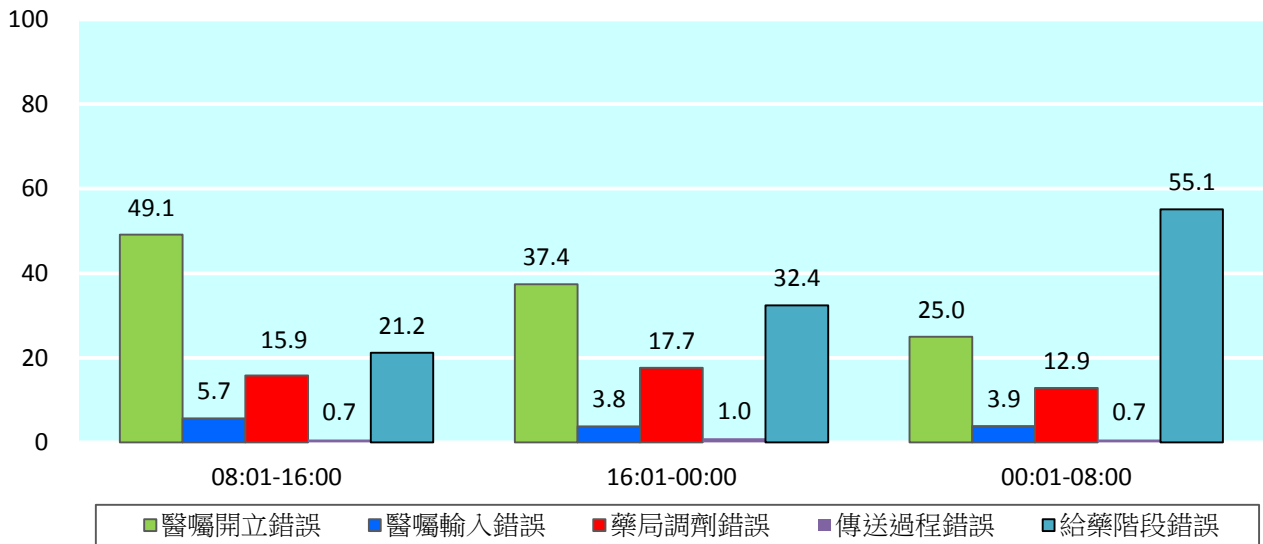


圖 4-1-1-9 醫院藥物事件發生時段與錯誤發生階段之交叉分析

(N=17,153 ; N 為事件數，不含時段未填 963 件；錯誤發生階段為複選)

依照醫院藥物錯誤階段發生順序 (醫囑開立與輸入錯誤階段、藥局調劑錯誤階段、給藥錯誤階段) 計算單純發生各自單一階段的錯誤件數，發現單純發生在「醫囑開立與輸入錯誤階段」約佔總件數 96.5%，其次是「給藥錯誤階段」約佔總件數 90.1%，第三是「藥局調劑錯誤階段」約佔總件數 89.4%。由圖 4-1-1-10 來看，單一醫囑開立與輸入錯誤階段 8,310 件，其中發生第二階段「藥局調劑階段」計 42 件，發生第三階段「給藥錯誤階段」計 28 件；換言之，發生在「醫囑開立與輸入錯誤階段」僅 0.5% 尚未被「藥局調劑」攔截，0.3% 未被「給藥階段」攔截。「藥局調劑階段」發生錯誤有 2,607 件其中有 9.2% 尚未被攔截發生在「給藥階段」中。因此，各自發生錯誤階段多數均在該階段發現與攔截成功。

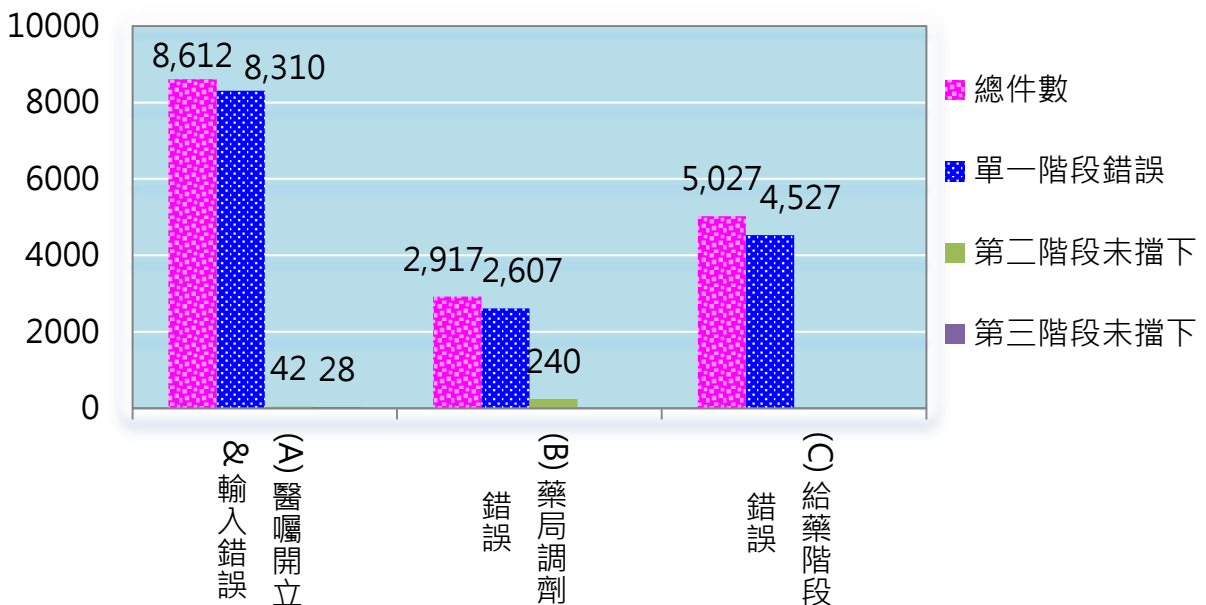


圖 4-1-1-10 醫院藥物事件錯誤階段發生件數與各階段未擋下件數



另外，針對病人/住民健康的影響程度與事件錯誤發生階段進行交叉分析，大部分事件多為跡近錯失與無傷害，而對健康有造成傷害之事件在給藥階段發生較多，主要為輕度(715 件)、中度傷害(382 件)及重度傷害(17 件)。30 件重度以上事件以發生於給藥階段最多(17 件)，其次為醫囑開立階段(6 件)；而跡近錯失事件在醫囑開立(7,213 件)、藥局調劑(2,186 件)與醫囑輸入階段(610 件)均佔較大比例，此應因醫囑開立、藥局調劑與醫囑輸入階段發生之錯誤可於後續流程中防堵，而給藥階段常為流程中最後一環，若錯誤發生，較難即時阻止，故對健康影響程度為有傷害的情形較其他階段多，如圖 4-1-1-11。

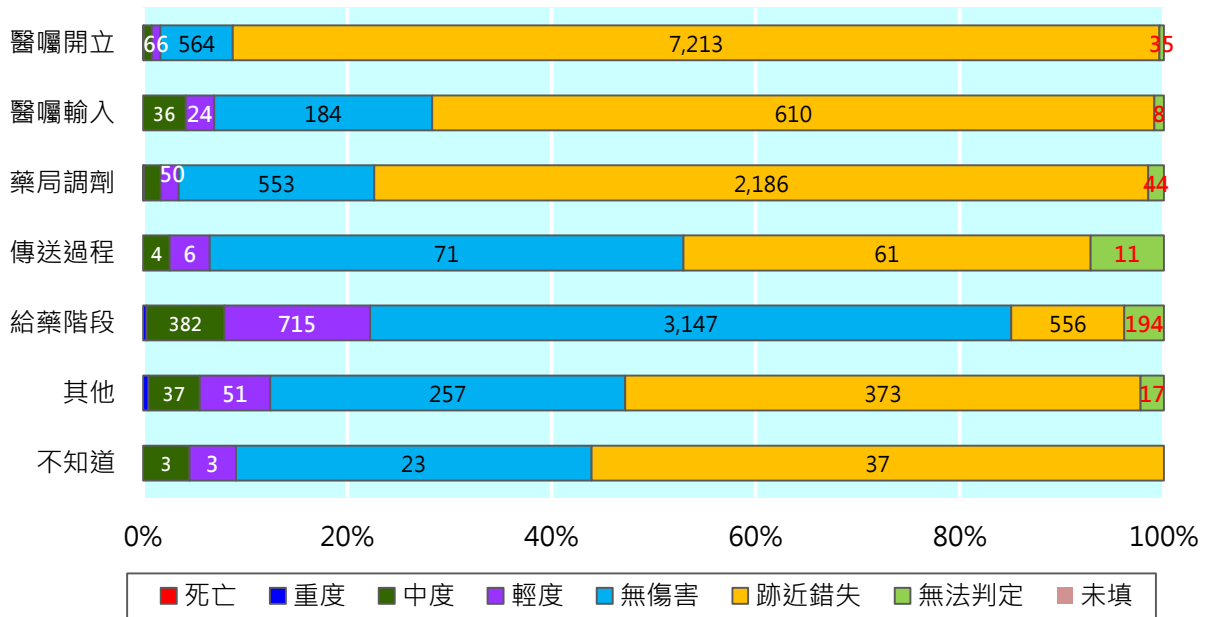


圖 4-1-1-11 醫院藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度之交叉分析
(N=18,054；錯誤發生階段為複選)

就事件之應給藥物劑型以口服藥(47.7 件/百件)最高，其次為注射劑(31.9 件/百件)，如圖 4-1-1-12。與 2008~2012 各年醫院通報資料分布情形相同。而就事件發生可能原因部分，以「與人員個人因素相關(人為因素)」最高(63.9 件/百件)，其次為「與工作狀態/流程設計因素相關(系統因素)」(40.6 件/百件)，如圖 4-1-1-13。

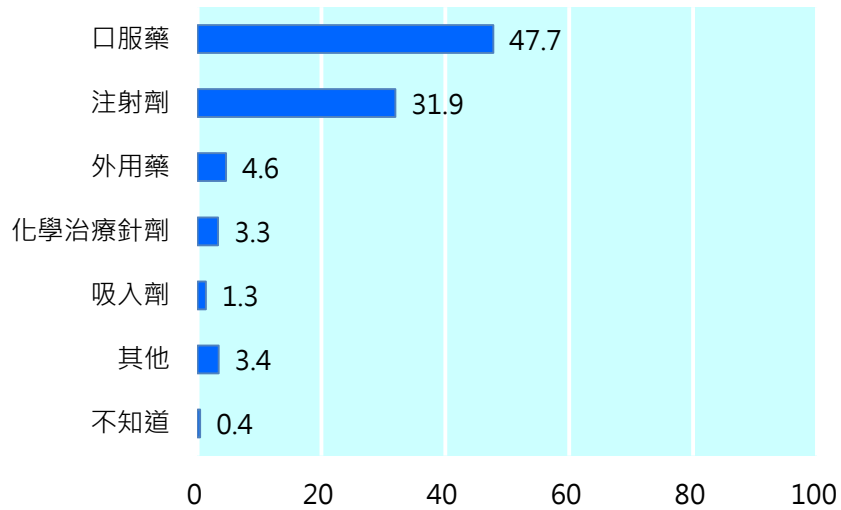


圖 4-1-1-12 醫院藥物事件應給藥物劑型
(N=18,116 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

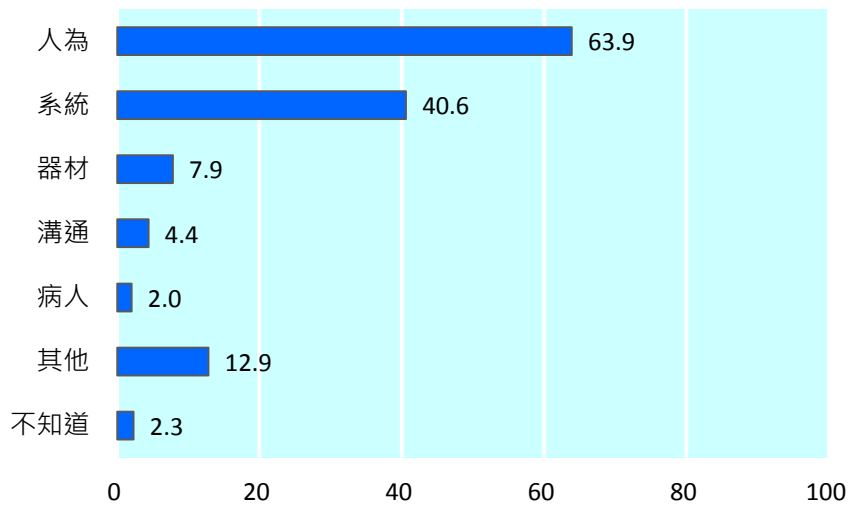


圖 4-1-1-13 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比
(N=18,116 ; N 為事件數; 此項目為複選)

醫院藥物事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 1 件，SAC = 2 者有 21 件，SAC = 3 有 537 件，SAC = 4 有 5,034 件，NA 值 (含跡近錯失、無法判定者) 有 12,153 件，無法計算 SAC 者 (影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 有 308 件。(表 4-1-0-5)



(二) 醫院-跌倒事件

TPR 通報系統蒐集在機構內發生的跌倒事件，對象包含病人/住民、員工、家屬或訪客。2013 年醫院之跌倒事件共 12,607 件，而事件發生後受影響對象為病人/住民者有 12,435 件，因佔多數，故本章節僅以受影響對象為病人/住民者之通報事件進行資料分析。

醫院發生跌倒時段集中於 04:01~12:00 (共 4,574 件，佔 36.3%)，發生時段以 06:01~08:00 (共 1,202 件，佔 9.5%) 為最多，22:01~00:00 較少 (787 件，佔 6.2%) (圖 4-1-2-1)。

跌倒發生地點主要為一般病房 (含病房走廊、浴室等病房涵蓋之區域)，約每百件跌倒通報事件就有 83.6 件發生在一般病房 (圖 4-1-2-2)，但與發生時間交叉分析結果，在一般病房發生跌倒次數之時間集中在凌晨 02:01 至早上 08:00，與醫院不分類別之時段發生跌倒趨勢略有不同，但發生次數的時段仍以上午 06:01~08:00 為最多。若以三班時段進行分析，一般病房跌倒好發時段依序為大夜班 (38.1%)、白班 (31.4%) 及小夜班 (30.5%)。(圖 4-1-2-1)。

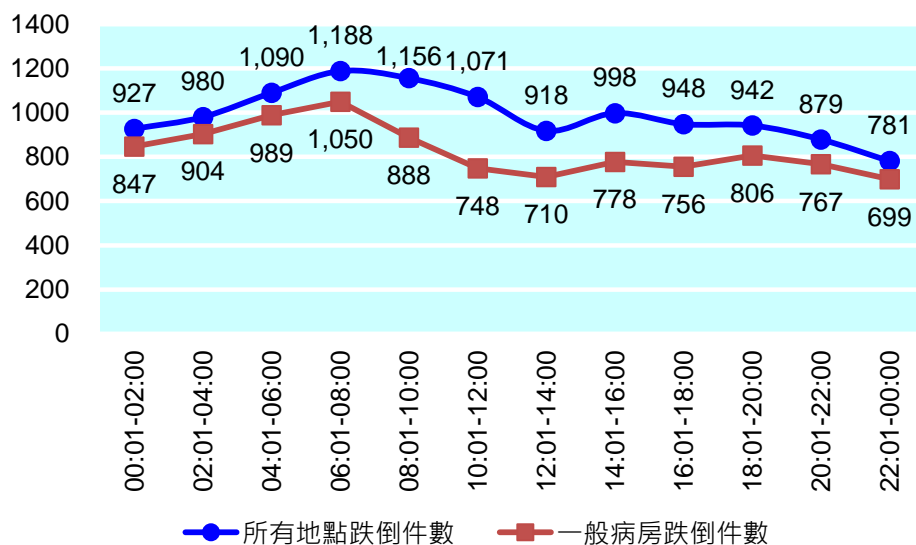


圖 4-1-2-1 醫院病人跌倒之發生時段分佈

(所有地點跌倒件數 N=11,878，不含未填 557 件；
一般病房跌倒件數 N=9,942，不含未填 457 件)

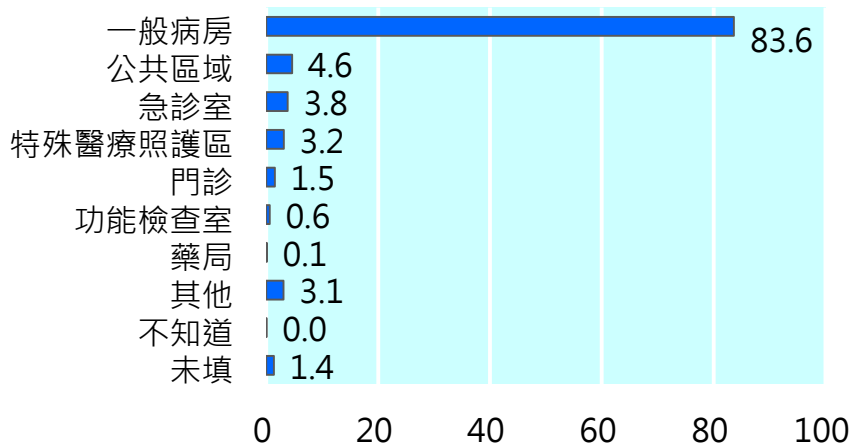


圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒事件發生地點相對百分比

(N=12,435 ; N 為病人數 ; 此項目為複選)

發生跌倒的病人/住民性別以男性為主，共 6,757 件，佔 54.3%，年齡以 19-64 歲之成年人為多，共 5,208 件，佔 41.9%，若同時觀察年齡與性別，醫院發生跌倒者以 19-64 歲成年人男性為最多，共 3,041 件，佔 24.5%，其次為 65 歲以上老年人男性，共 2,757 件，佔 22.2%，再其次為 19-64 歲之成年人女性，共 1,869 件，佔 15.0% (表 4-1-2-1)。

表 4-1-2-1 醫院跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析 (N=12,435)(標記*者為該年齡層中比例最高者；標記底線者為該性別中件數最多者)

性別	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-3 歲	227	1.8*	149	1.2	1	0.0	29	0.2	406	3.3
4-12 歲	63	0.5*	40	0.3	1	0.0	2	0.0	106	0.9
13-18 歲	23	0.2*	17	0.1	0	0.0	0	0.0	40	0.3
19-64 歲	<u>3,041</u>	24.5*	<u>1,869</u>	15.0	20	0.2	278	2.2	5,208	41.9
65 歲以上	2,757	22.2*	1,826	14.7	14	0.1	274	2.2	4,871	39.2
不知道	469	3.8*	316	2.5	340	2.7	0	0.0	1,125	9.0
未填	177	1.4	102	0.8	3	0.0	397	3.2*	679	5.5
總計	6,757	54.3	4,319	34.7	379	3.0	980	7.9	12,435	100.0

進一步分析各年齡層於各時段跌倒之趨勢，19-64 歲成人及 65 歲以上老人跌倒發生時段與整體趨勢類似 (集中於上午 06 : 01 ~ 12 : 00)，其餘各年齡層之跌倒發生時段分佈皆略有不同；0-3 歲嬰幼兒之跌倒發生時段由多至寡依序為 10 : 01 ~ 12:00、16 : 01 ~ 18 : 00 及 18 : 01 ~ 20 : 00；4-12 歲兒童之跌倒發生時段由多至寡依序為 20 : 01 ~ 22 : 00、18 : 01 ~ 20 : 00 及 14 : 01 ~ 16 : 00；13-18 歲青少年跌倒次數最多時段為 16 : 01 ~ 18 : 00。



事件發生後對病人/住民健康影響以無傷害為多 (5,822 件 · 佔 46.8%) · 其次為輕度傷害 (4,329 件 · 34.8%) (圖 4-1-2-3) · 發生於活動過程之前三名依序是上下床移位時、進出洗手間時、行進時 (圖 4-1-2-4) ; 而嚴重度程度以上的案件發生的前三名活動過程依序是行進時、上下床移位時、進出洗手間時 · 與所有病人跌倒案件的前三個階段相同 · 只是順序略有差異。 (圖 4-1-2-5)。

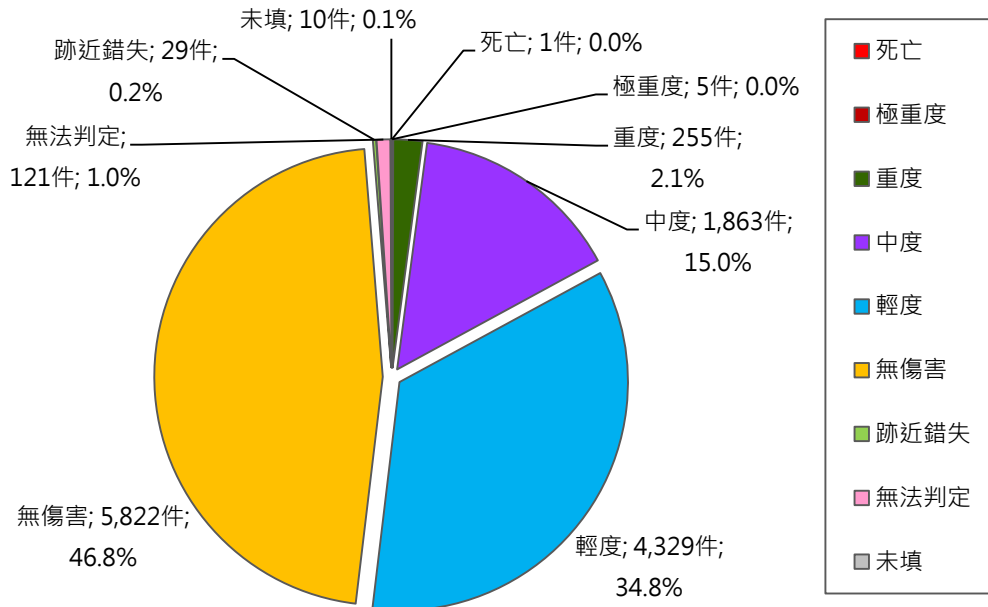


圖 4-1-2-3 醫院跌倒事件對病人健康的影響程度 (N=12,435)

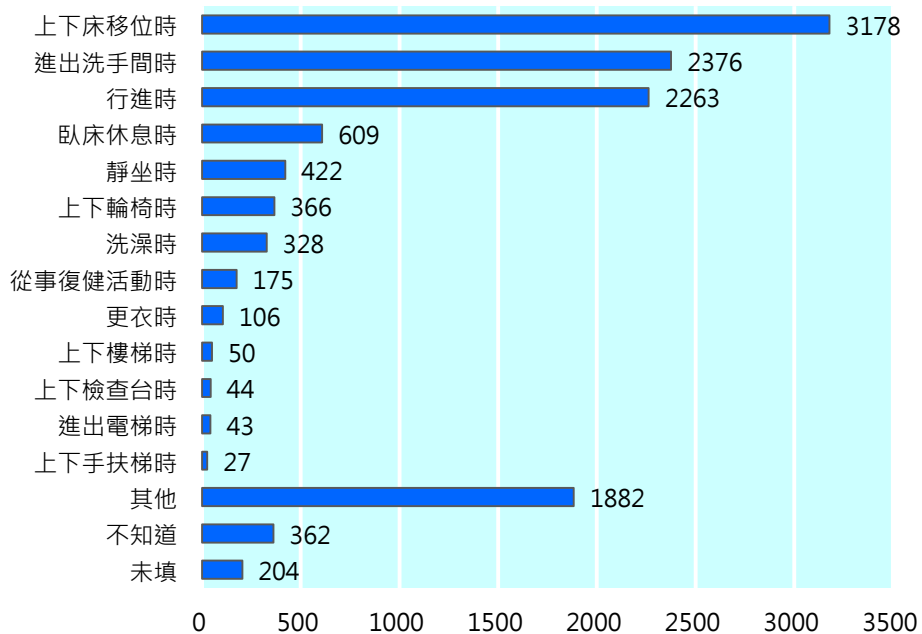


圖 4-1-2-4 醫院病人跌倒事件發生時從事何項活動過程 (N=12,435)

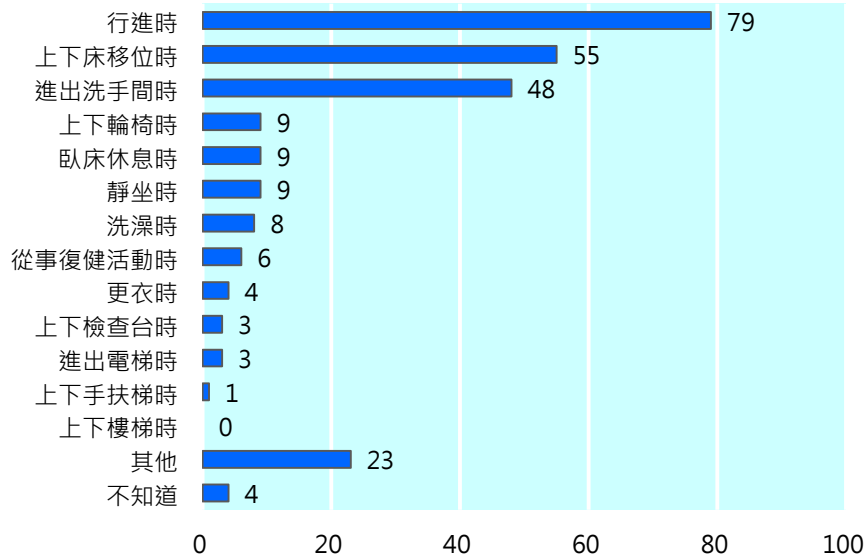


圖 4-1-2-5 醫院跌倒事件嚴重度為重度以上事件發生於何項活動過程之交叉分析 (N=261)

資料分析顯示有 57.2% 的跌倒案例其最近一年沒有跌倒的記錄 (7,111 件)，而跌倒次數超過一次以上的案例佔 25.7% (3,192 件)；發生跌倒事件之病人有 69.0% (8,583 件) 於發生前已被評估為跌倒高危險群，且高危險群病人中最近一年跌倒超過一次者，佔所有高危險群病人的 31.4% (圖 4-1-2-6)。

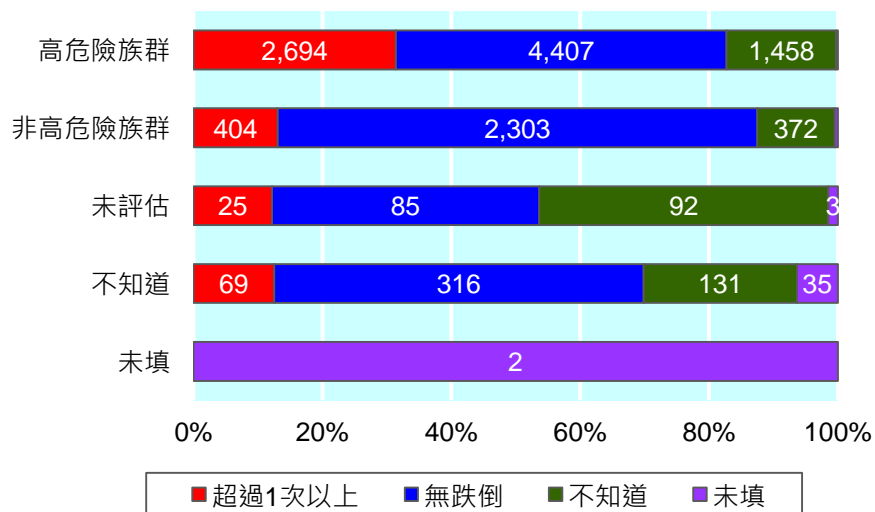


圖 4-1-2-6 醫院跌倒對象是否為高危險群與最近一年跌倒次數 (N=12,435)

以病人/住民在跌倒前的獨立活動能力分析其跌倒時從事何種活動過程，可看出跌倒前活動「獨立」與「需協助」之病人/住民，容易跌倒的前三項階段為上下床移位時 (2,884 件，佔 23.2%)、進出洗手間時 (2,248 件，佔 18.1%)、行進時 (2,137 件，佔 17.2%)；值得注意的



是在跌倒前活動能力為完全依賴者，跌倒時發生的階段以上下床移位 (203 件，佔完全依賴病人/住民之 23.5%) 及臥床休息時 (180 件，佔完全依賴/病人之 1.4%) 為主，顯示對於完全依賴的病人/住民在上下床及臥床休息的照顧及輔助需要更注意 (圖 4-1-2-7)。

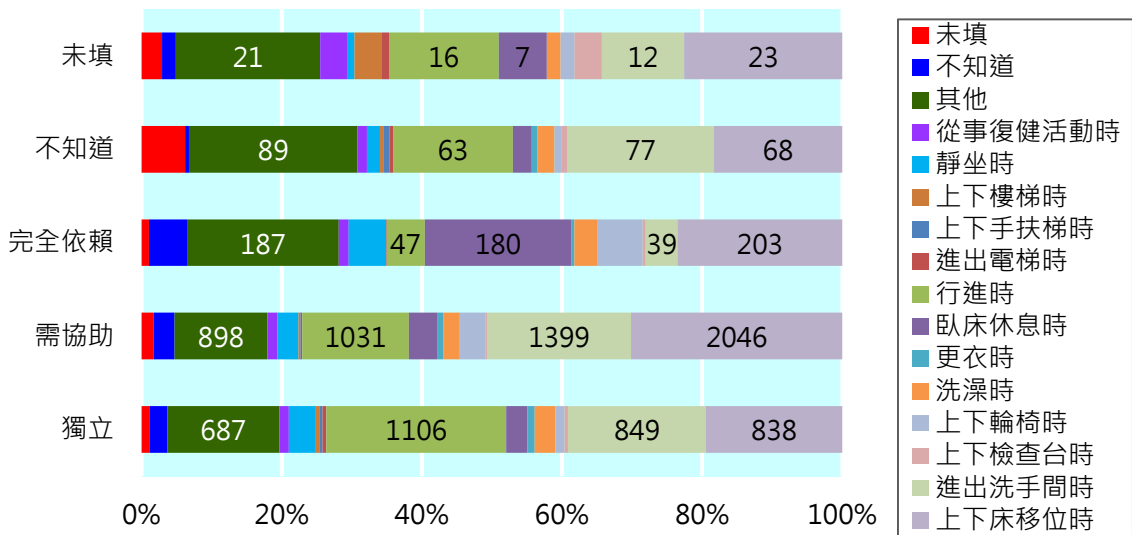


圖 4-1-2-7 醫院跌倒事件發生時從事何項活動過程與跌倒發生前的獨立活動能力之交叉分析 (N=12,231)

針對跌倒事件發生時有無陪伴者與跌倒嚴重度之分析，無陪伴者的狀態下發生有傷害的跌倒件數較有陪伴者多 (分別為 6,343 件與 5,337 件)，而有無陪伴者對於跌倒後病人/住民健康影響並無明顯差異 (圖 4-1-2-8)。

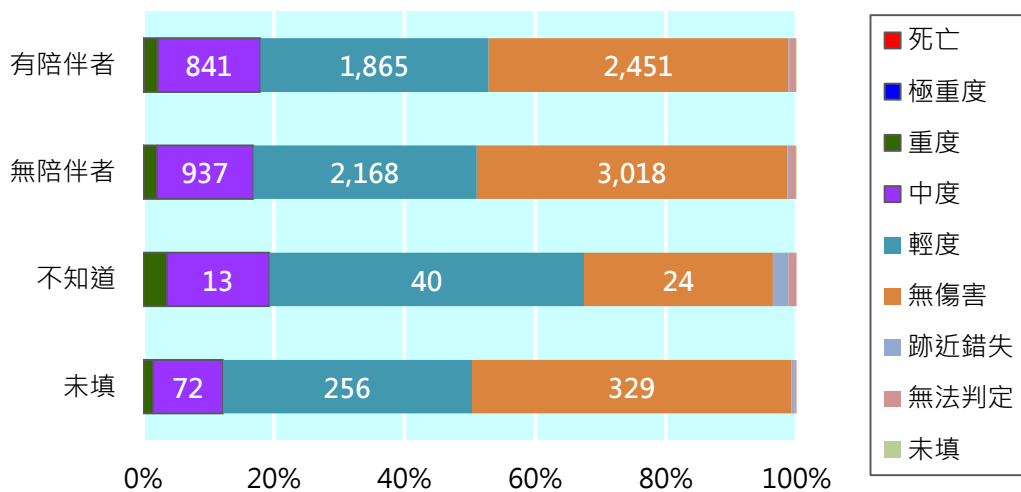


圖 4-1-2-8 醫院跌倒事件有無陪伴者與對健康影響程度之交叉分析 (N=12,435)



針對跌倒發生時有無陪伴者情形與跌倒發生時段分析發現，無陪伴者(6,343 件·佔 51.0%) 在清晨 06：01～12：00 跌倒次數較高 (1803 件·佔 14.5%)，夜間 22：01～凌晨 04：00 較低；有陪伴者 (5,337 件·佔 42.9%) 在上午 06：01～12：00 跌倒件數較高，在凌晨 00：01～06：00 時，較無陪伴者發生跌倒之次數高，其餘時段之發生次數多較無陪伴者為少，可能與病人凌晨時想活動但不想喚醒休息中的陪伴者有關 (圖 4-1-2-9)。

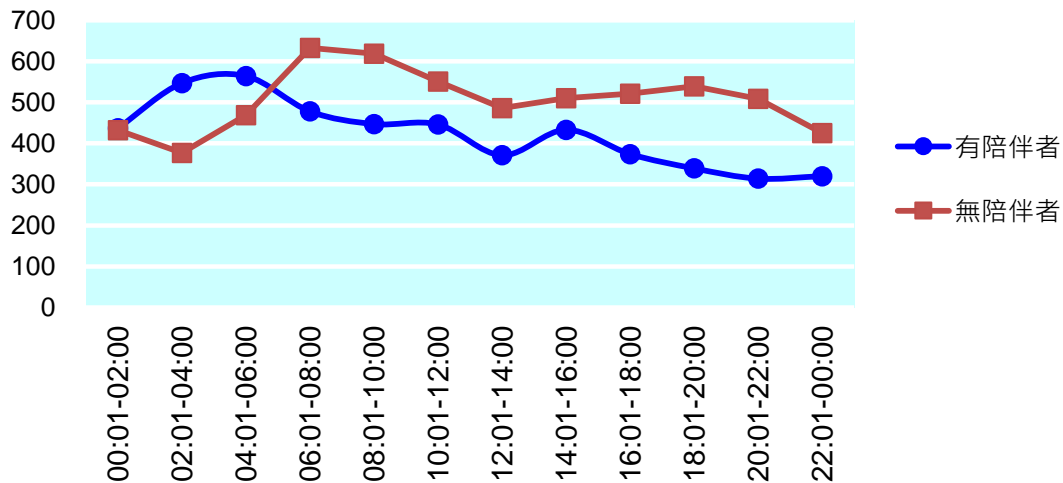


圖 4-1-2-9 醫院跌倒發生時段與有無陪伴者交叉分析

(N=11,141 · 不含不知道及未填共 1294 件)

跌倒事件發生時從事之活動過程，以上下床移位時居多，共 3,178 件 (佔 25.6%)，其次為於進出洗手間時，共 2,376 件 (佔 19.1%)，行進時跌倒居第三高，共 2,263 件 (佔 18.2%) (圖 4-1-2-4)。針對發生跌倒較多之前六項活動與發生時段交叉分析，上下床移位、進出洗手間及臥床休息跌倒較常發生於凌晨至清晨時段 (02：01～08：00)，行進時、靜坐時及上下輪椅時主要發生於白天活動時段 (圖 4-1-2-10)。

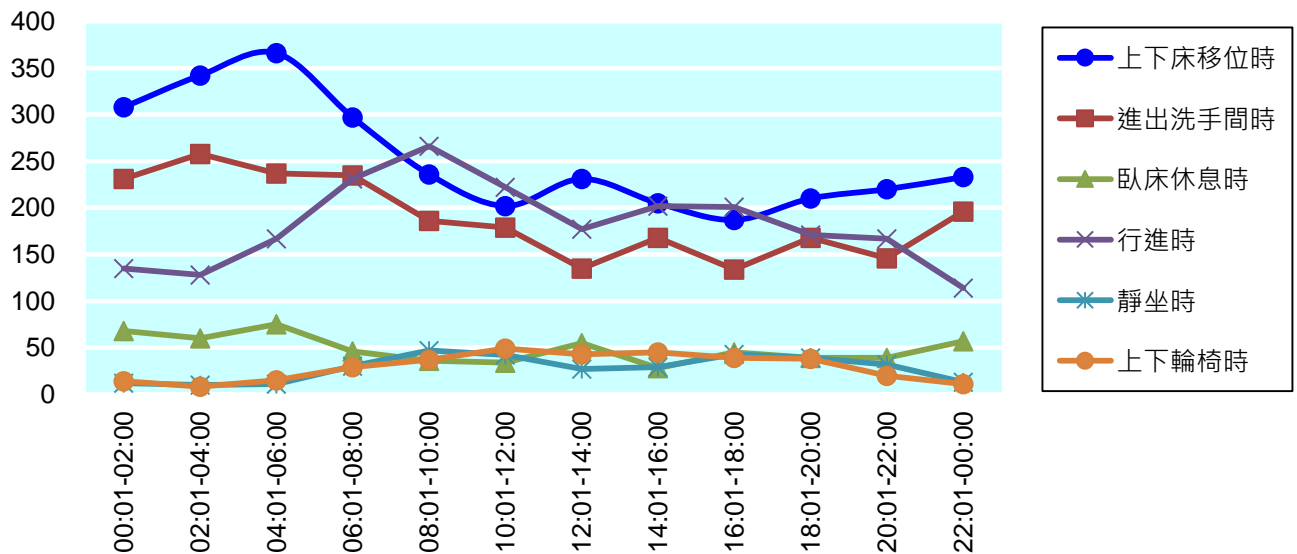


圖 4-1-2-10 醫院跌倒發生時段與主要活動過程交叉分析 (N=8,756 · 不含未填 458 件)



跌倒發生時輔具使用部分，以無使用輔具者為多，共 9,041 件（佔 72.7%）；無使用輔具之傷害程度為重度傷害以上者有 183 件（佔 1.5%）；有使用輔具之傷害程度為重度傷害以上者有 50 件，佔 0.4%（圖 4-1-2-11）。

分析臥床休息發生時發生跌倒事件的床欄使用情形與跌倒嚴重度之相關性，無床欄或床欄未拉上造成病人傷害（輕度以上）的比例較床欄單側或部分拉上與兩側全拉上略高（圖 4-1-2-12）。

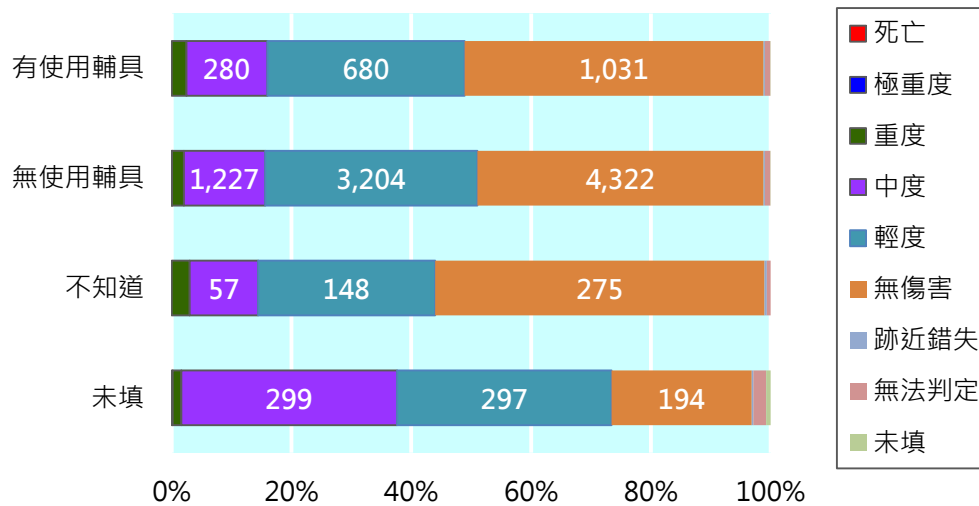


圖 4-1-2-11 醫院跌倒事件有無使用輔具與對健康影響程度之交叉分析 (N=12,435)

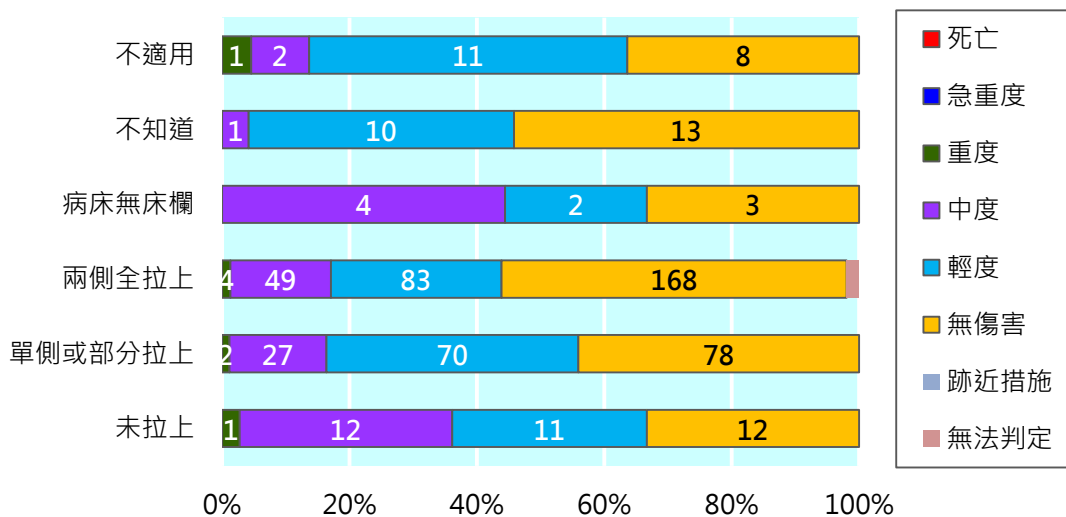


圖 4-1-2-12 醫院跌倒事件發生於臥床休息時床欄使用情形與對健康影響程度之交叉分析 (N=578, 不含未填 31 件)

跌倒事件發生可能原因分析結果如圖 4-1-2-13，以「與病人生理及行為因素相關(病人)」為主(10,701 件，佔 84.9 件/百件)，其次為「與使用藥物相關(用藥)」(2,260 件，佔 17.9 件/百件)，再其次為「與環境因素相關」(1,989 件，佔 15.8 件/百件)。



發生可能原因為「病人因素」之細項目分析，發生件數較多者為步態不穩(51.1 件/百件)、高危險群病人執意自行下床活動 (32.9 件/百件)、身體虛弱 (26.0 件/百件) 及肢體行動障礙 (25.6 件/百件)；與「使用藥物相關因素」部分，使用之藥物種類以鎮靜安眠藥為最多 (60.5 件/百件)，其次為降壓藥 (22.6 件/百件) 與輕瀉劑 (17.7 件/百件)；「環境因素」部分則以地面濕滑為主 (38.2 件/百件)，其次為找不到人協助 (18.7 件/百件)、無支撐物 (12.8 件/百件) 及燈光昏暗 (9.2 件/百件) (圖 4-1-2-14 ~ 4-1-2-16)。

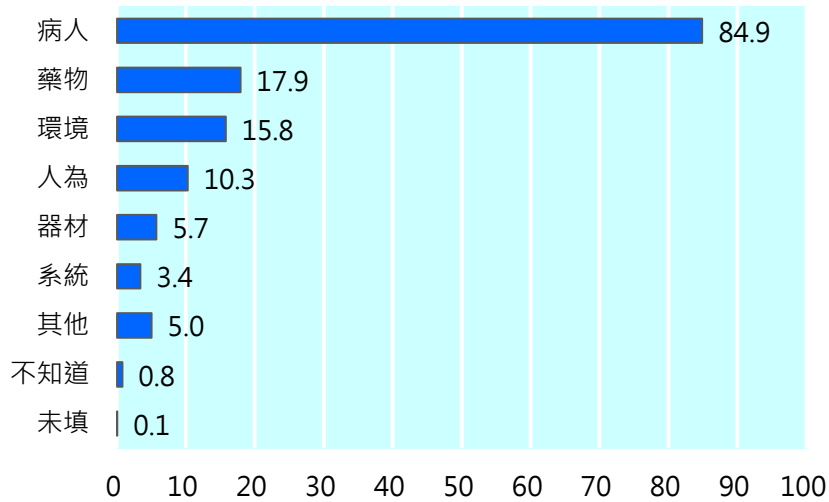


圖 4-1-2-13 醫院跌倒事件發生可能原因相對次數百分比
(N=12,607 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

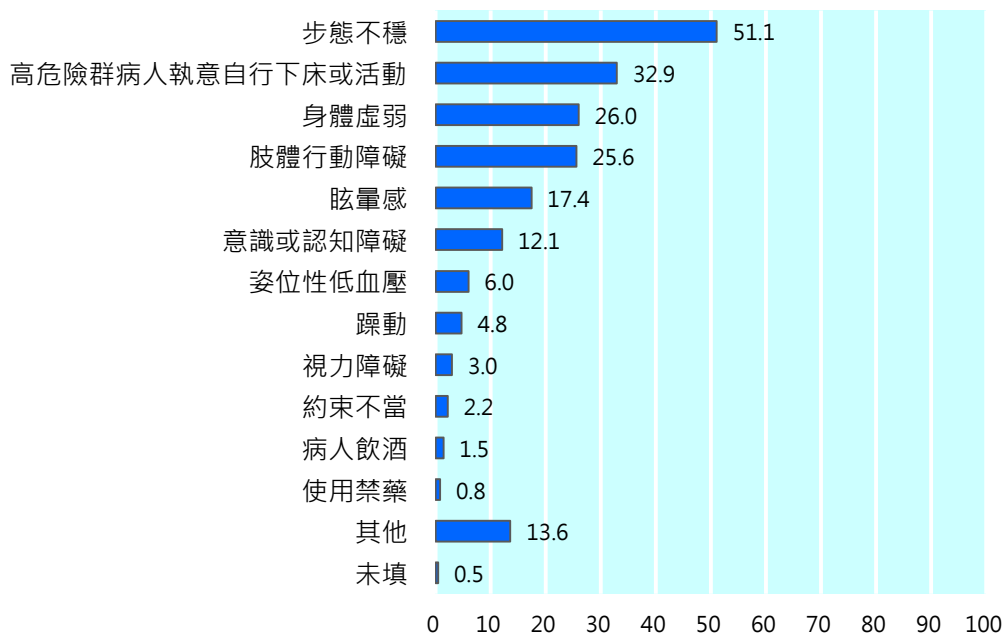


圖 4-1-2-14 醫院跌倒事件可能原因為病人因素相對次數百分比
(N=10,701 ; N 為病人因素事件數 ; 此項目為複選)

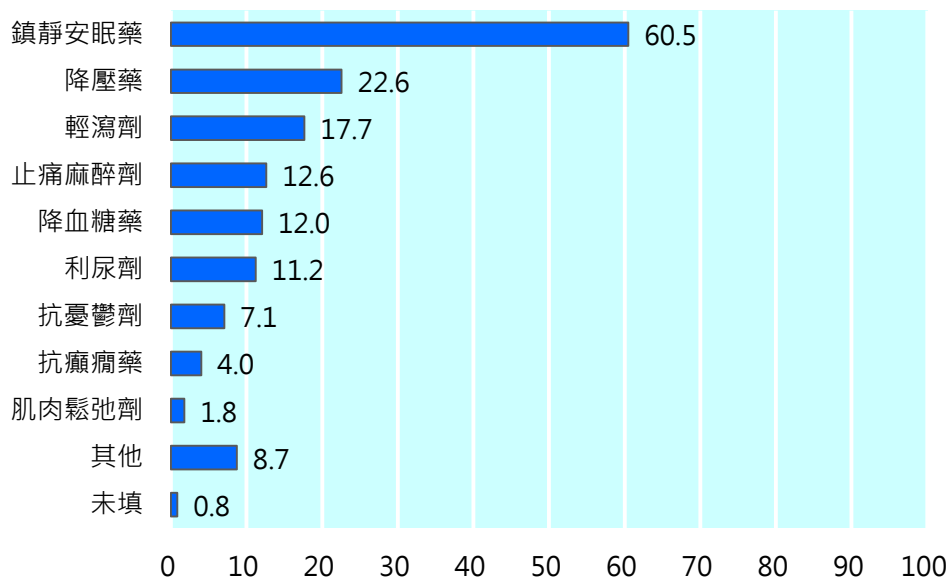


圖 4-1-2-15 醫院跌倒事件可能原因為藥物因素相對次數百分比
(N=2,260 ; N 為藥物因素事件數 ; 此項目為複選)

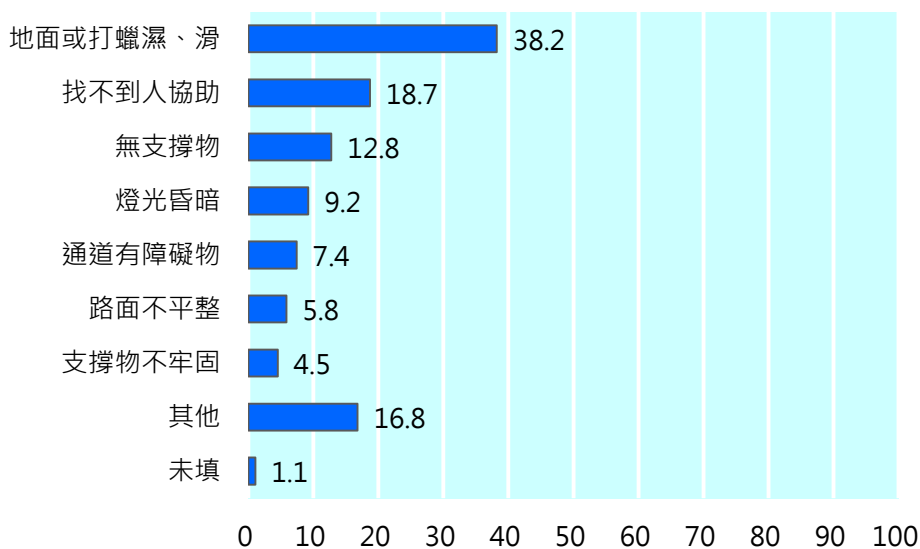


圖 4-1-2-16 醫院跌倒事件可能原因為環境因素相對次數百分比
(N=1,989 ; N 為環境因素事件數 ; 此項目為複選)

醫院跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 4 件，SAC=2 者有 214 件(佔 1.7%)，SAC=3 者有 2,965 件 (佔 23.8%)，SAC=4 者有 7,831 件 (佔 63.0%)，未計算 SAC 者 (影響程度為跡近錯失、無法判定、未填；事件再發生的機會為不知道、未填者) 有 1,421 件(佔 11.4%)。
(表 4-1-0-5)



(三)醫院-管路事件

醫院管路事件共 9,205 件，最常發生的時段 06:01~08:00，共 884 件；其次發生在 04:01~06:00，共 847 件；若以三班發生時段進行分析(白班 08:01-04:00、小夜班 04:01-00:00、大夜班 00:01-08:00)，最多發生於大夜班有 3,333 件 (圖 4-1-3-1)。而發生管路事件之種類以鼻胃管為最多，共 3,873 件 (42.1 件/百件)，其次為氣管內管口管 1,968 件 (21.4 件/百件)，第三是中心靜脈導管 869 件 (9.4 件/百件)，圖 4-1-3-2。管路事件最常發生在臥床休息時，有 6,174 件 (佔 67.1%)；其次是處置、照護時，有 683 件 (佔 7.4%)；第三是翻身時，有 577 件 (佔 6.3%)，圖 4-1-3-3。

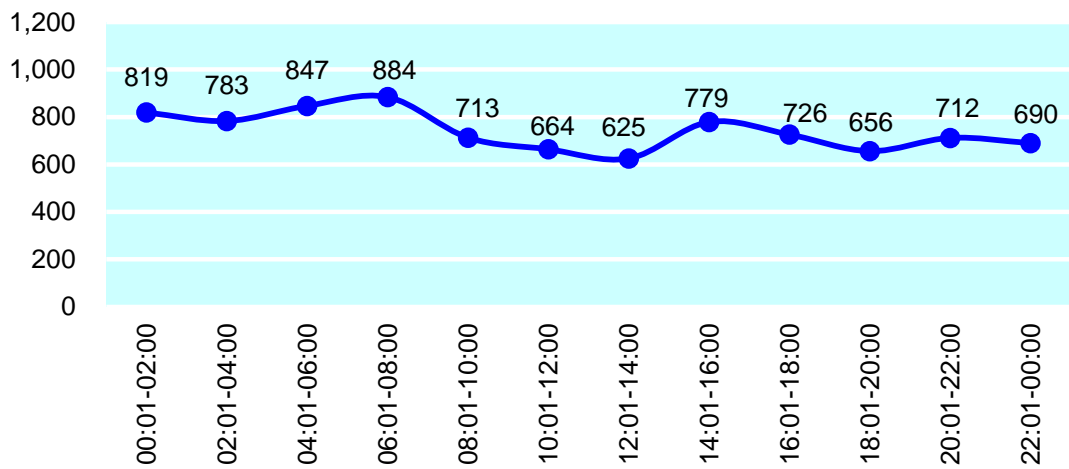


圖 4-1-3-1 醫院管路事件發生時段分布(N=8,898，含未填 307 件)

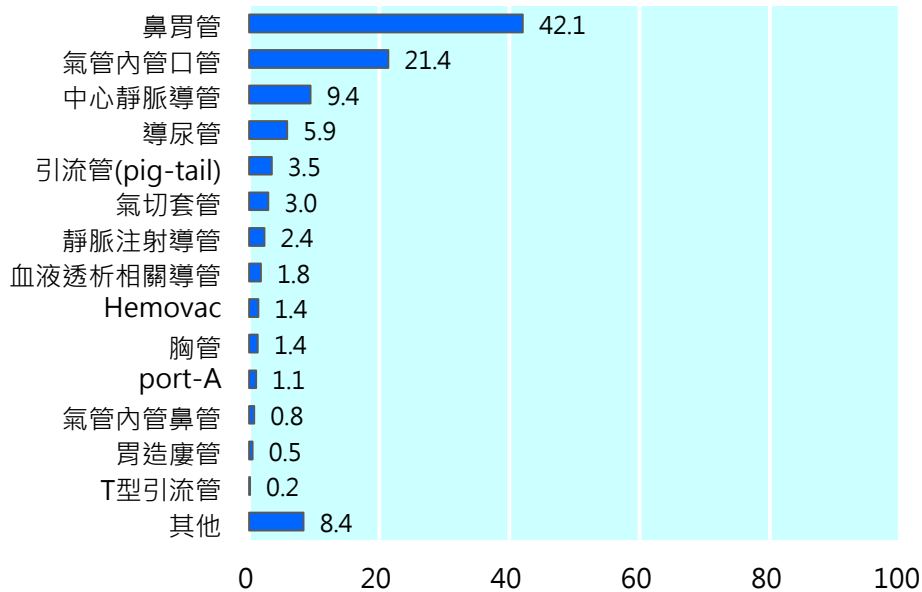


圖 4-1-3-2 醫院管路事件發生管路種類(N=9,205，本項為複選)

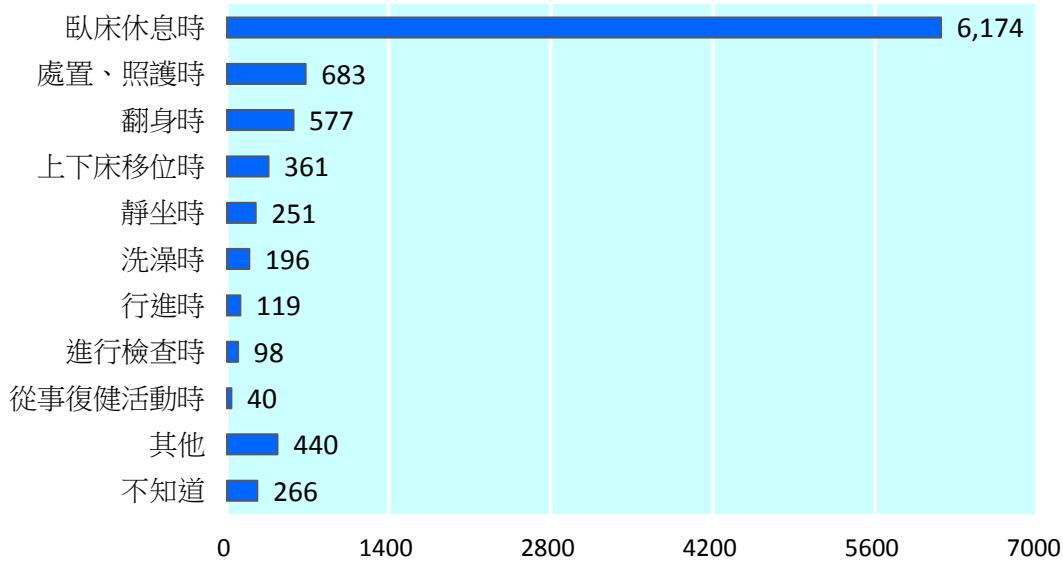


圖 4-1-3-3 醫院管路事件發生於何項活動過程(N=9,205)

發生管路事件影響到病人/住民共有 9,199 件。其性別以男性為主，共 5,049 件(佔 54.9%)；年齡以 65 歲以上為最多，共 5,114 件(佔 55.6%)。若以管路事件之病人/住民其性別與年齡層進行交叉分析發現，男性仍以 65 歲以上為最多，共 2,674 件(佔 53.0%)；女性亦是以 65 歲以上為最多，共 1,815 件(佔 62.3%)，如表 4-1-3-1。

表 4-1-3-1 醫院發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析 (N=9,199)

(標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別 \ 年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-3 歲	59*	1.2	40	1.4	0	0.0	5	0.5	104	0.8
4-6 歲	2	0.0	9*	0.3	0	0.0	1	0.1	12	0.3
7-12 歲	8*	0.2	6	0.2	0	0.0	0	0.0	14	1.1
13-18 歲	33*	0.7	17	0.6	0	0.0	3	0.3	53	0.1
19-64 歲	1,925*	38.1	786	27.0	9	3.1	246	26.0	2,966	0.2
65 歲以上	2,674*	<u>53.0</u>	1,815	<u>62.3</u>	20	6.8	605	<u>64.0</u>	5,114	0.6
不知道	283*	5.6	189	6.5	263	<u>90.1</u>	0	0.0	735	32.2
未填	65*	1.3	50	1.7	0	0.0	86	9.1	201	55.6
總計	5,049	54.9	2,912	31.7	292	3.2	946	10.3	9,199	100.00

管路事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 65.1%，其中造成死亡者 9 件 (0.1%)，極重度或重度者 82 件 (0.9%)，中度傷患者 3,004 件 (32.7%)，輕度傷害 2,888 件 (31.4%)，如圖 4-1-3-4。



各類管路事件發生後有造成傷害比例，最高是氣管內管鼻管案件 (96.9%)，其次是氣管內管口管 (96.2%)、血液透析相關導管 (87.6%)、胃造瘻管 (86.7%)，如圖 4-1-3-5。

分析管路種類與病人健康的影響程度交叉分析發現，對健康影響程度為重度以上之比例，較高為氣切套管 (5.7%)；其次為胸管 (3.3%)。9 件死亡案件中，最多以氣管內管口管有 4 件。

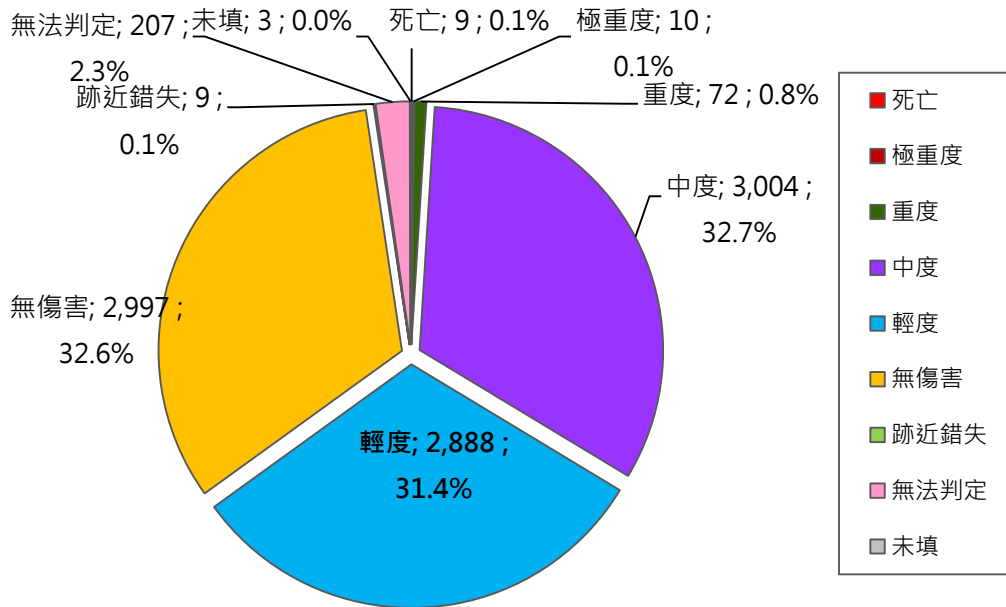


圖 4-1-3-4 醫院管路事件對病人/住民健康的影響程度(N=9,199)

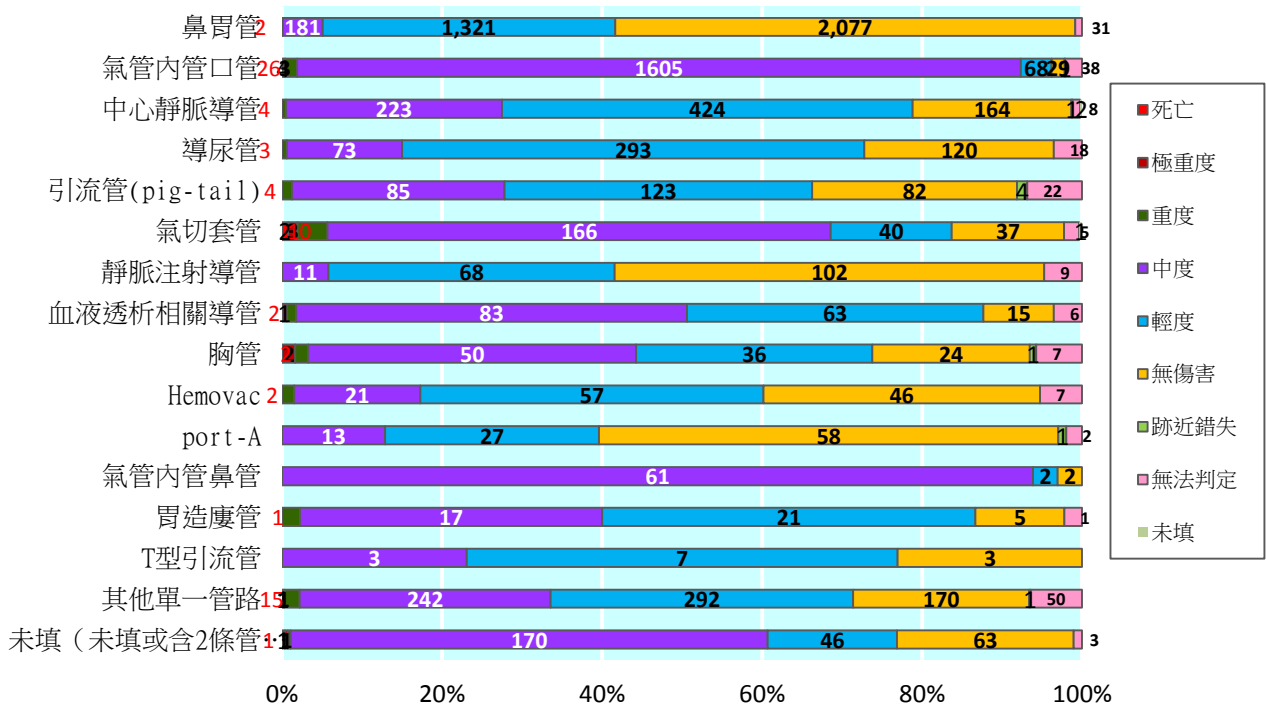


圖 4-1-3-5 醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析

(N=9,199，本項以單一管路種類為主，未填包含 2 條以上管路種類或未填)



在 9,205 件醫院管路錯誤事件中，以管路脫落事件最多，共 8,638 件 (圖 4-1-3-6)。管路脫落類型以管路自拔 6,256 件為主，佔 72.4%，意外滑脫則有 2,333 件，佔 27.0% (圖 4-1-3-7)。

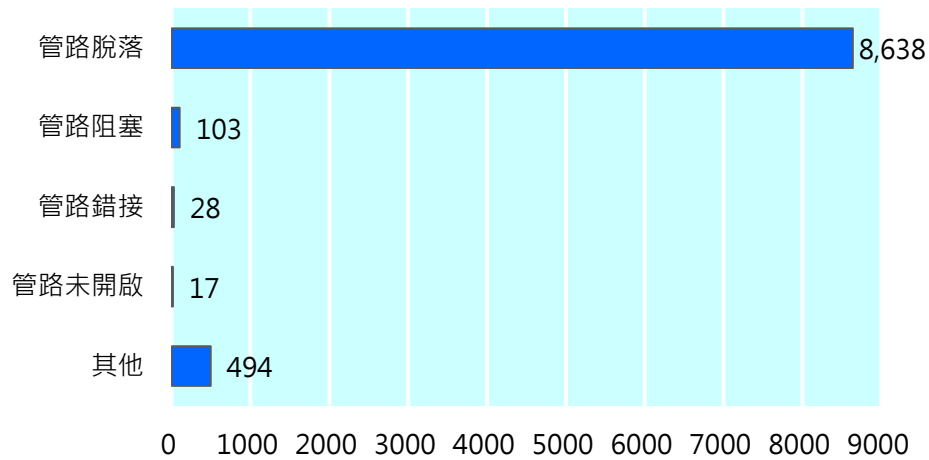


圖 4-1-3-6 管路事件之錯誤類型(N=9,205)

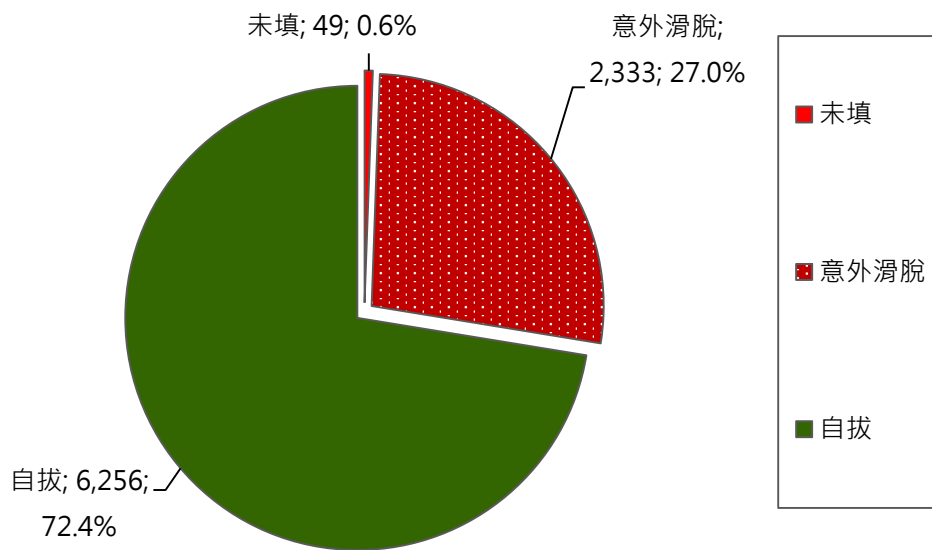


圖 4-1-3-7 管路脫落類型(N=8,638)

下述針對管路脫落類型與相關變項 (8,638 件) 進行交叉分析。

就三班發生時段與管路脫落類型進行交叉分析，發現白班之意外滑脫以上案件有 852 件 (佔 34.2%)，小夜班之意外滑脫以上案件有 749 件 (佔 28.3%)，大夜班之意外滑脫以上案件有 705 件 (佔 21.9%)，圖 4-1-3-8。

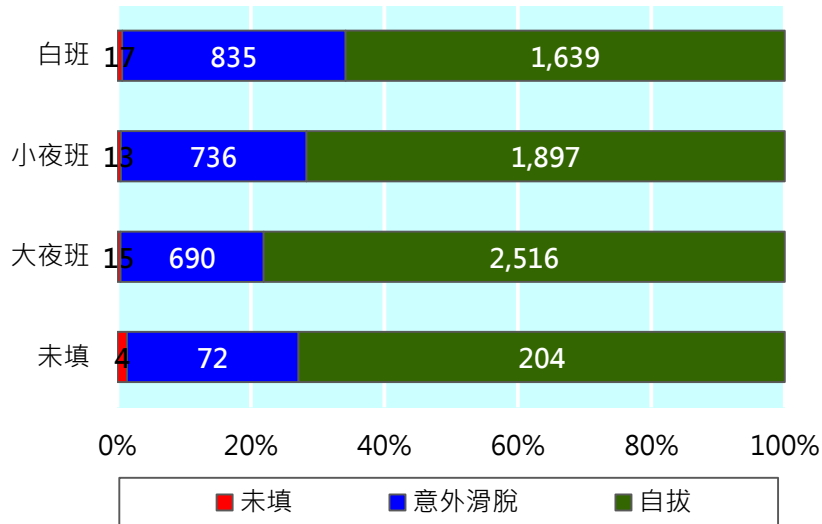


圖 4-1-3-8 發生三班時段與管路脫落類型 (N=8,638)

圖 4-1-3-9 進一步針對自拔案件 (6,256 件) 與最近一星期病人自拔管路次數進行交叉分析，最近一星期無自拔有 4,863 件 (佔 77.7%)，其次是超過 1 次以上有 915 件 (佔 14.6%)。

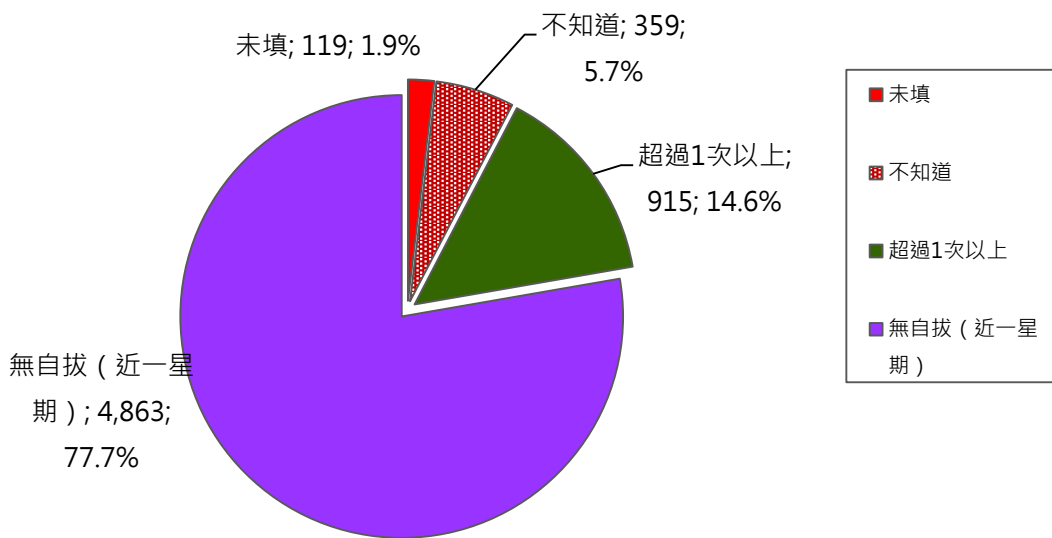


圖 4-1-3-9 自拔管路事件對最近一星期病人自拔管路次數之交叉分析(N=6,256)

下述針對管路事件與對病人/住民之健康影響程度 (9,199 件) 進行分析。

管路事件發生時，有造成病人傷害的事件 5,983 件，佔 65.0%。病人意識狀態 (清醒 5,490 件、意識混亂 2,890 件、嗜睡 483 件、昏迷 207 件) 與對健康的影響程度發現，病人昏迷發生有傷害以上有 170 件 (佔 82.1%)，病人嗜睡發生有傷害以上有 292 件 (佔 60.5%)，意識混亂發生有傷害以上有 1,830 件 (佔 63.3%)，病人清醒發生有傷害以上有 3,622 件 (佔 66.0%)。(圖 4-1-3-10)。



圖 4-1-3-11 則針對事件發生時是否有約束與對健康影響程度進行交叉分析，管路事件有使用約束有 2,926 件，其中病人/住民之健康影響有傷害以上 2,170 件 (佔 74.2%)；而未使用約束有 4,889 件，其中病人/住民之健康影響有傷害 2,906 件 (佔 59.4%)。

圖 4-1-3-12 為病人是否有使用鎮靜藥物與對健康的影響程度之交叉分析，結果顯示有使用鎮靜藥物的比例較低，共有 1,185 件 (佔 12.9%)，而未使用鎮靜藥物的案件為 6,446 件 (佔 70.1%)，其中有使用鎮靜藥物情況下病人/住民之健康影響有傷害以上共 855 件 (佔 72.2%)，而未使用鎮靜藥物情況下有傷害以上共 4,111 件 (佔 63.8%)。

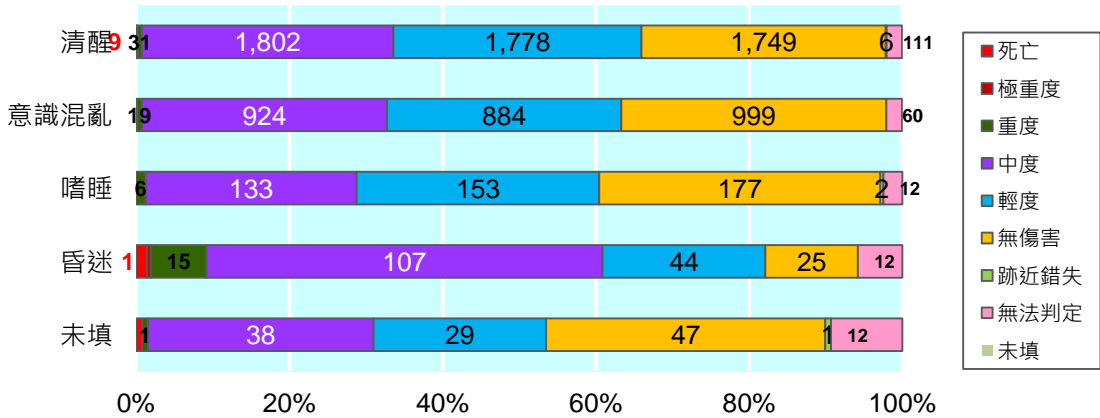


圖 4-1-3-10 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析(N=9,199)

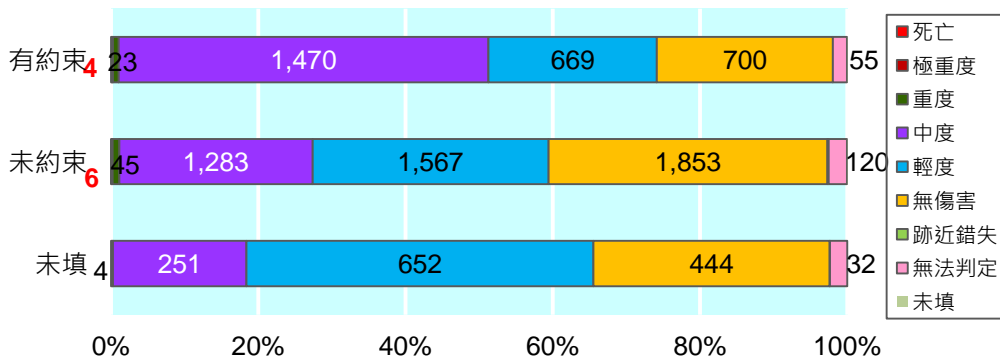


圖 4-1-3-11 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析(N=9,199)

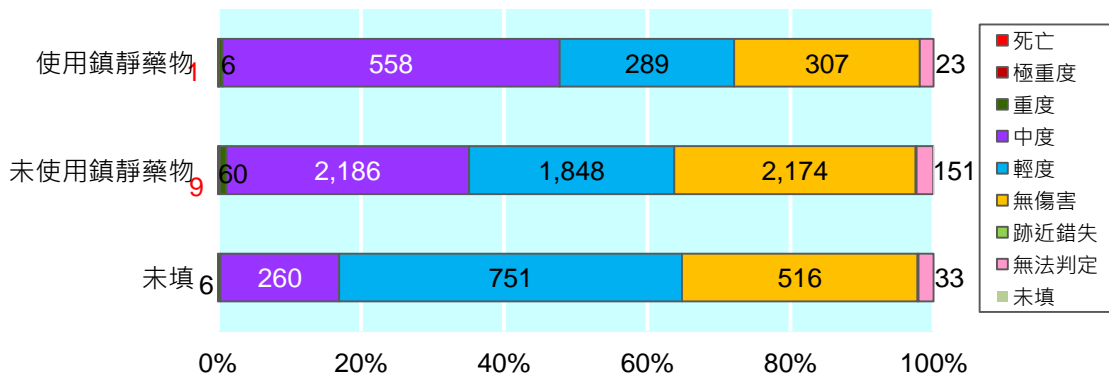


圖 4-1-3-12 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析(N=9,199)



若以單一管路事件 (8,920) 進行相關變項分析，圖 4-1-3-15 單一管路事件需要重新插管 4,448 件 (佔 49.9%)，重新插管比率將近一半，未重新插管者 3,843 件 (含無重插 2,897 件與不需要重插 946 件) 佔 43.1%。分析各類管路事件其重新插管率，重插率大於 50% 的管路種類依序為氣切套管 (佔 89.0%)、胃造瘻管 (佔 80.0%)、鼻胃管 (佔 66.9%)、靜脈注射導管 (佔 51.8%)，圖 4-1-3-13。

圖 4-1-3-14 針對單一管路與管路脫落種類分析，單一管路自拔有 5,994 件 (佔 67.2%)，意外滑脫有 2,321 件 (佔 26.0%)。分析各類管路事件其自拔率，自拔率大於 50% 的管路種類依序為鼻胃管 (佔 81.7%)、氣管內管口管 (佔 75.5%)、血液透析相關導管 (佔 74.7%)、氣管內管鼻管 (佔 73.8%)、中心靜脈導管 (佔 63.5%)、導尿管 (佔 58.8%)。

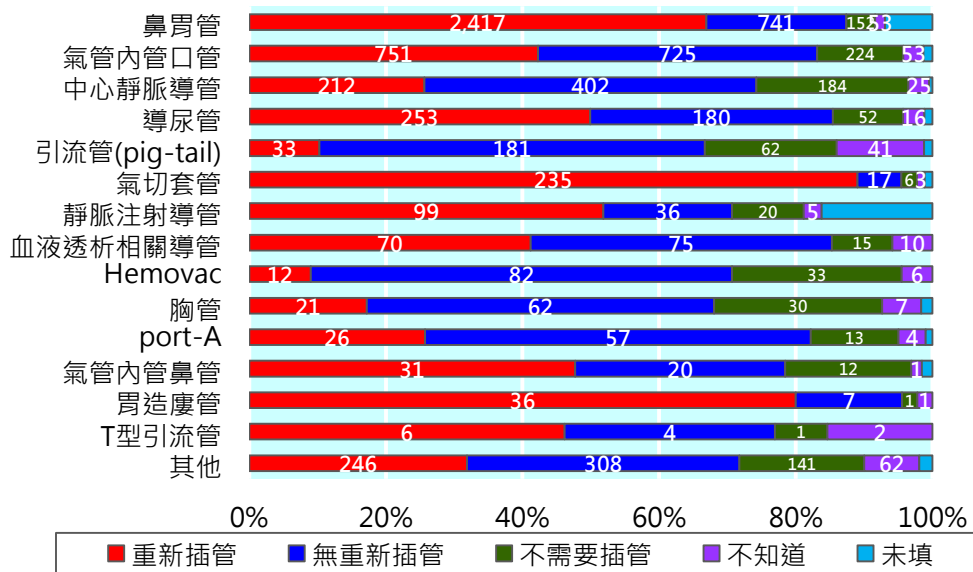


圖 4-1-3-13 單一管路種類與是否重新插管之交叉分析(N=8,920)

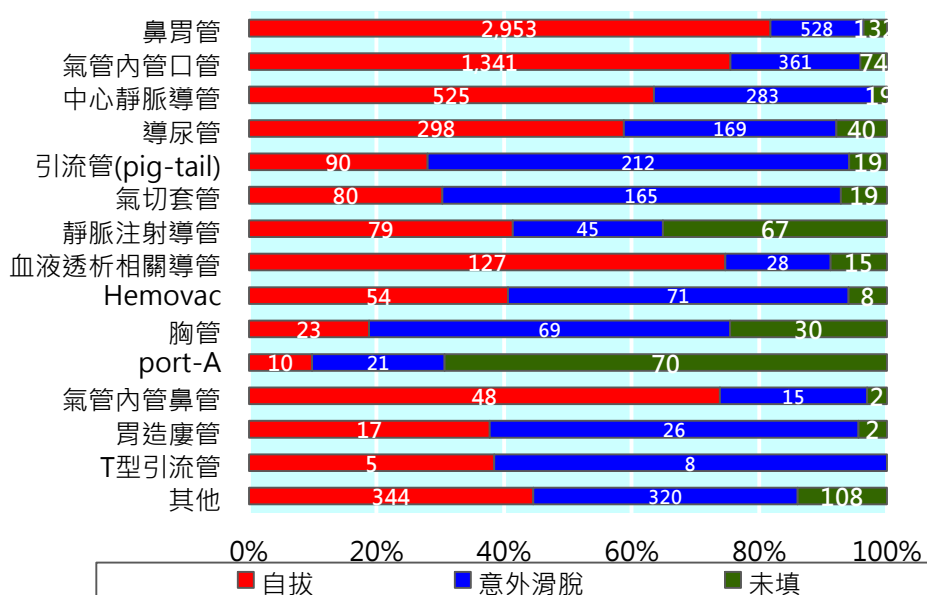


圖 4-1-3-14 單一管路種類與管路脫落 (自拔、意外滑脫) 之交叉分析(N=8,920)



圖 4-1-3-15 ~ 17 分別就單一管路鼻胃管、氣管內管 (含口管與鼻管) 及中心靜脈導管等 3 種管路分析其管路脫落種類與是否使用鎮靜藥物及約束情形。可觀察到 3 類管路滑脫類型皆以自拔比例較高 (鼻胃管自拔率 81.7%、口鼻氣管內管 75.4%、中心靜脈導管 63.4%)，其中無使用鎮靜藥物發生件數較多，有約束病人其發生自拔比例較無約束高。上述三者在發生自拔後，鼻胃管重新插管率高於氣管內管、中心靜脈導管。

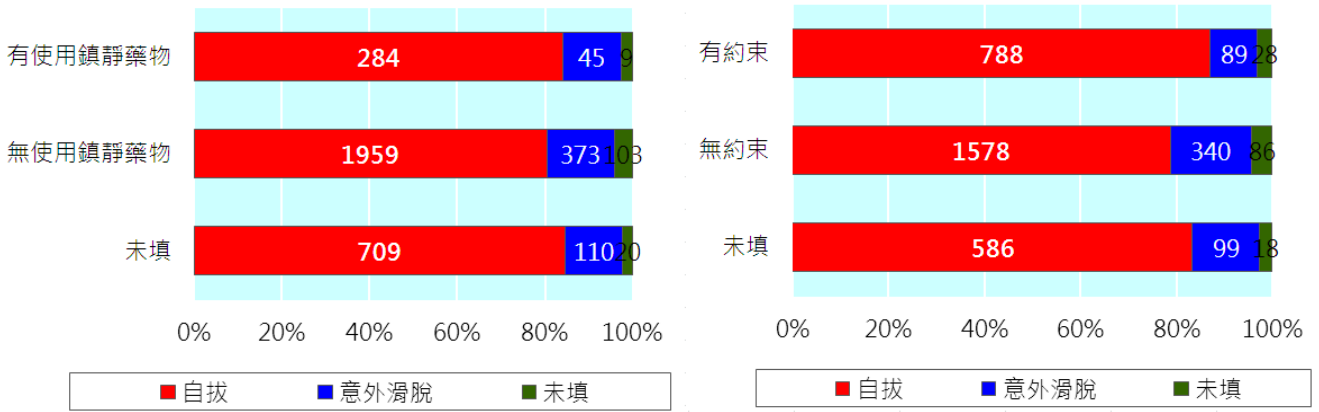


圖 4-1-3-15 單一鼻胃管其管路脫落與是否使用鎮靜藥物及約束之交叉分析(N=3,612)

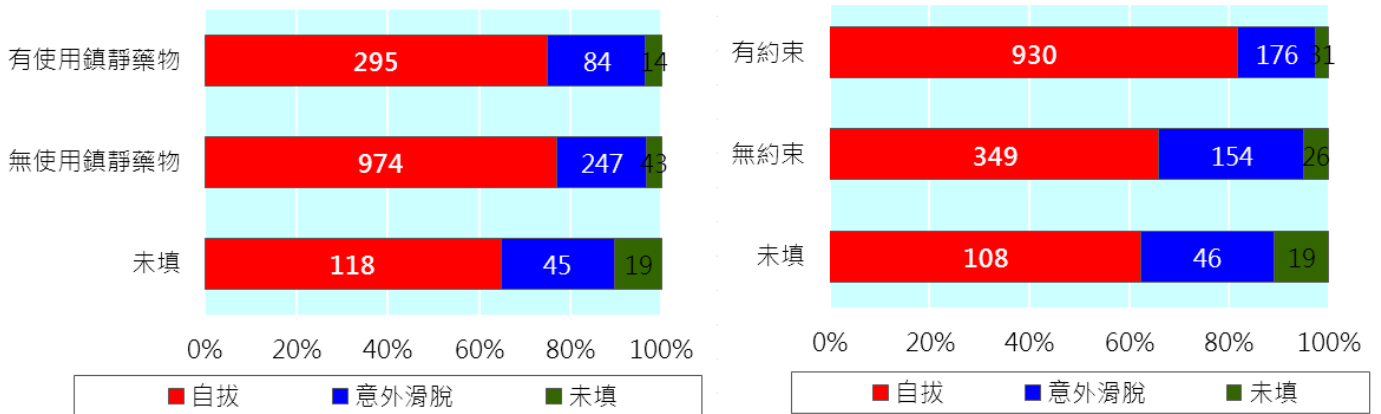


圖 4-1-3-16 單一氣管內管(口管、鼻管)脫落與是否使用鎮靜藥物及約束之交叉分析(N=1,839)

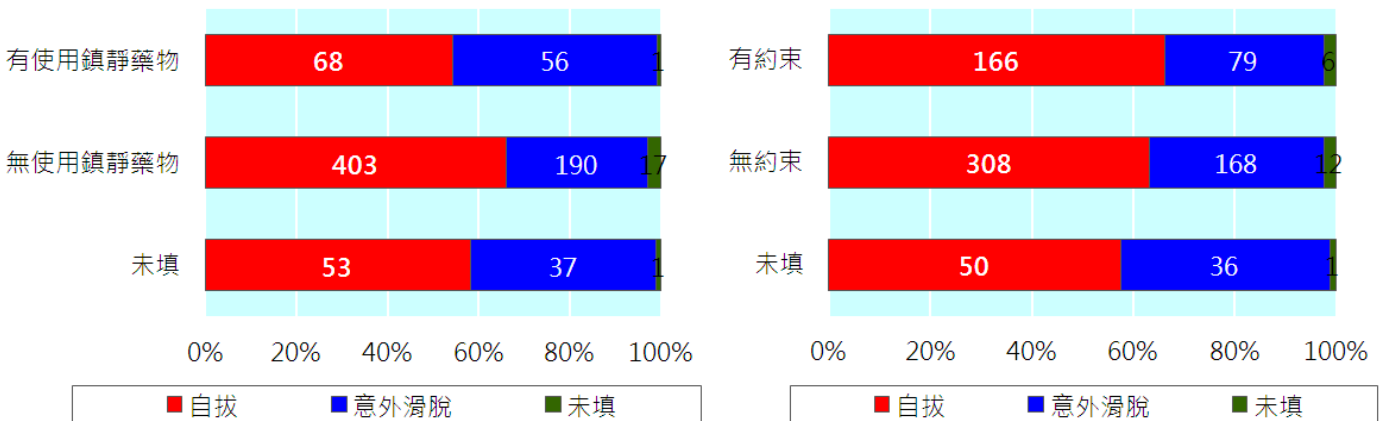


圖 4-1-3-17 單一中心靜脈導管脫落與是否使用鎮靜藥物及約束之交叉分析(N=826)



圖 4-1-3-18 就醫院管路事件發生可能原因分析，以「與病人生理及行為 (病人) 因素」之比率最高，佔 66.0 件/百件，其次為「與人員個人 (人為) 因素」，佔 31.5 件/百件，「與溝通因素相關」則佔 25.8 件/百件，「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」佔 23.3 件/百件。就與病人因素相關原因之內容，以「病人躁動」2,213 件最多，其次為「其他」2,112 件；人為因素以「因注意力轉移造成疏忽」982 件最多，其次為「約束技術不適當」761 件。

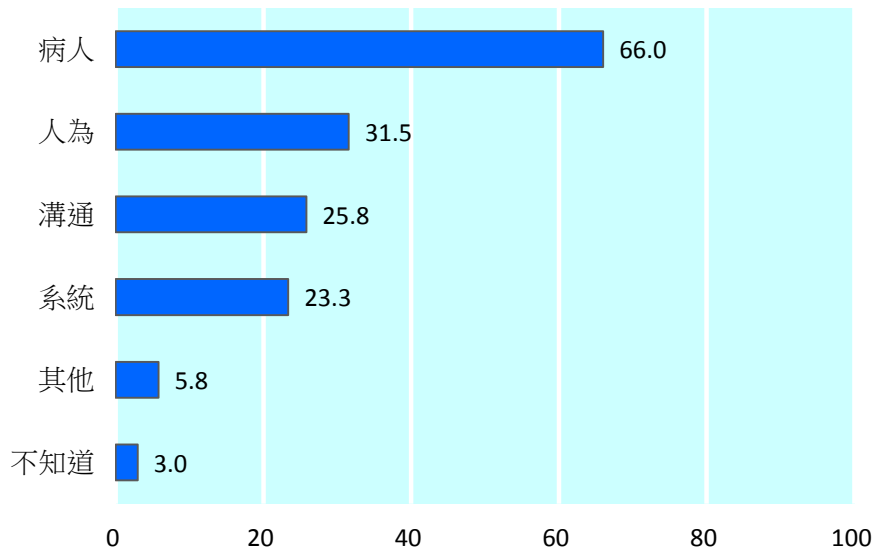


圖 4-1-3-18 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比
(N=9,205 · N 為事件數 · 此項目為複選)

醫院管路事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 11 件，SAC = 2 者有 43 件，SAC = 3 有 3,461 件，SAC = 4 有 4,368 件，無法計算 SAC 者 (影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 有 1,100 件。(表 4-1-0-5)



(四) 醫院—檢查/檢驗/病理切片事件

發生於醫院之通報檢查/檢驗/病理切片事件共 3,794 件，事件發生時段以白班最高 (57.6%)，小夜時段次之 (25.8%)，如圖 4-1-4-1。

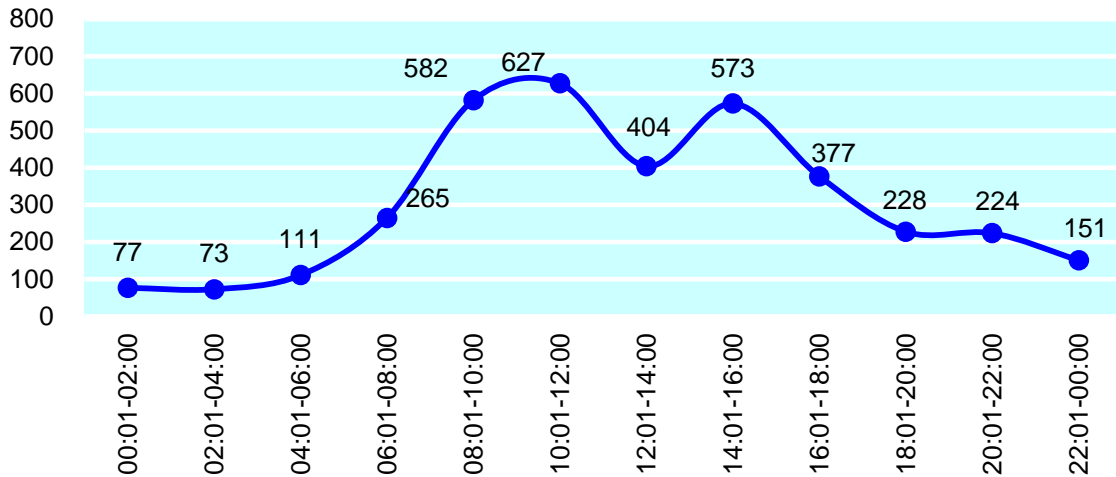


圖 4-1-4-1 醫院檢查檢驗事件發生時段(N=3,692，不含未填 102 件)

「哪類醫療檢查」選項雖為複選題型式，但大部分事件只有單一醫療檢查類別錯誤，而無論是單、複選，皆以「檢驗類」最多，其次則為「放射檢查類」。醫療檢查類別以「檢驗類」最多(66.9 件/百件)，其次是「放射檢查類」(24.6 件/百件)，如圖 4-1-4-2。錯誤發生階段以「採檢/送檢階段」居多佔 59.6 件/百件，其次為「檢查單位報告階段」佔 15.8 件/百件，如圖 4-1-4-3。以「醫囑開立階段」舉例來說，此階段錯誤事件總數為 550 件(錯誤發生階段為複選，表示除了勾選「醫囑開立階段」也同時併有其他階段錯誤)，「醫囑開立階段」單一錯誤者共 488 件，而 488 件「醫囑開立階段」錯誤中有 40 件未被成功擋下來，以至於在「採檢/送檢階段」仍發生錯誤，如圖 4-1-4-4。進一步分析「採檢/送檢階段」錯誤項目，大多數與標籤有關(45.2 件/百件)，包括檢體未貼標籤(23.6 件/百件)，及標籤錯誤(21.6 件/百件)，如圖 4-1-4-5。「檢查單位報告階段」常見的錯誤則依序為：報告延遲(24.8 件/百件)、判讀錯誤(19.6 件/百件)及轉錄錯誤(19.1 件/百件)，如圖 4-1-4-6。與 2012 年的數據相較，「採檢/送檢階段」錯誤項目排序與今年大致雷同(2013 年「檢體錯誤」與「檢體保存方式錯誤」排序與 2012 年相反)；然而在「檢查單位報告階段」，判讀錯誤由 2012 年的 13.0 件/百件提高到 19.6 件/百件。

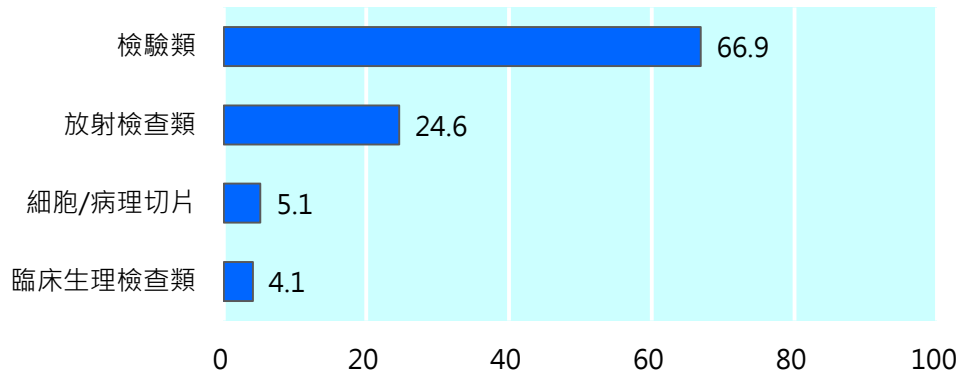


圖 4-1-4-2 醫院檢查檢驗事件為哪類醫療檢查(N=3,794，本項為複選)

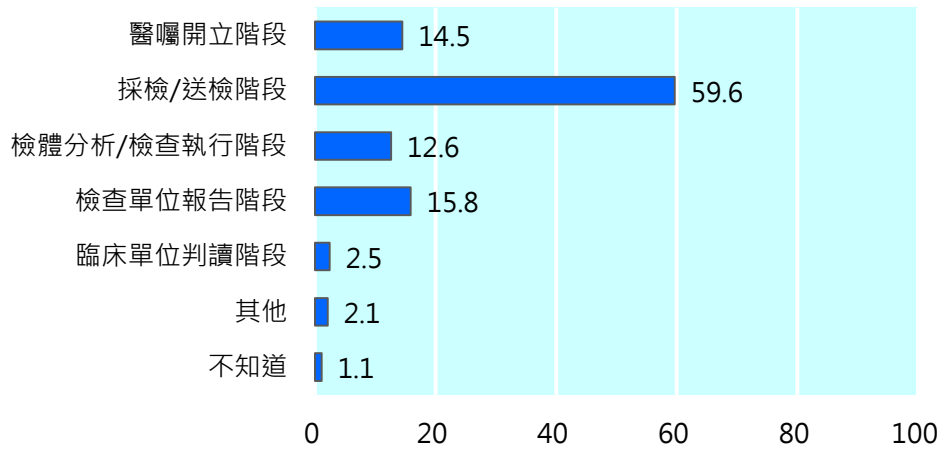


圖 4-1-4-3 醫院檢驗事件錯誤發生階段(N=3,794，本項為複選)

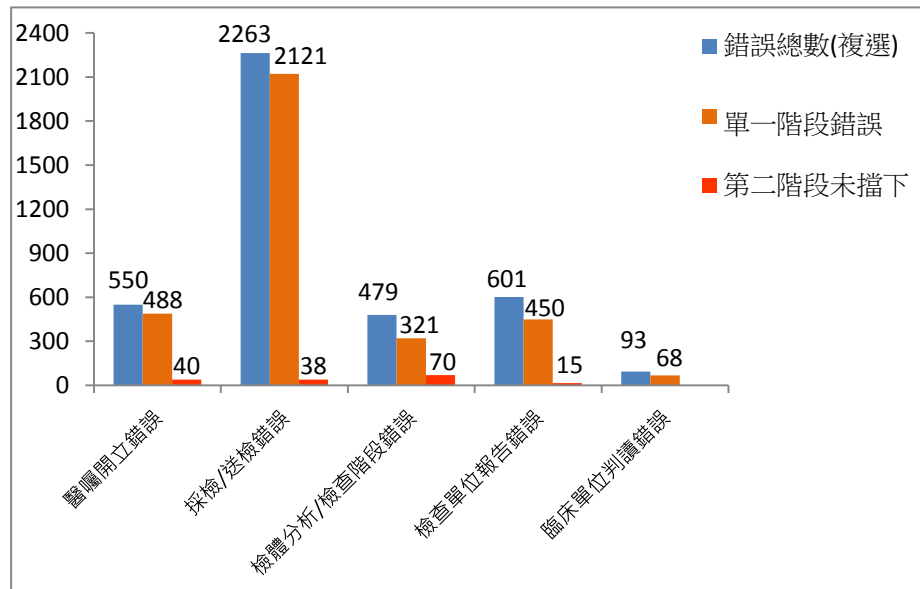


圖 4-1-4-4 醫院檢查檢驗事件錯誤發生階段成功擋下件數(N=3,794，本項為複選)

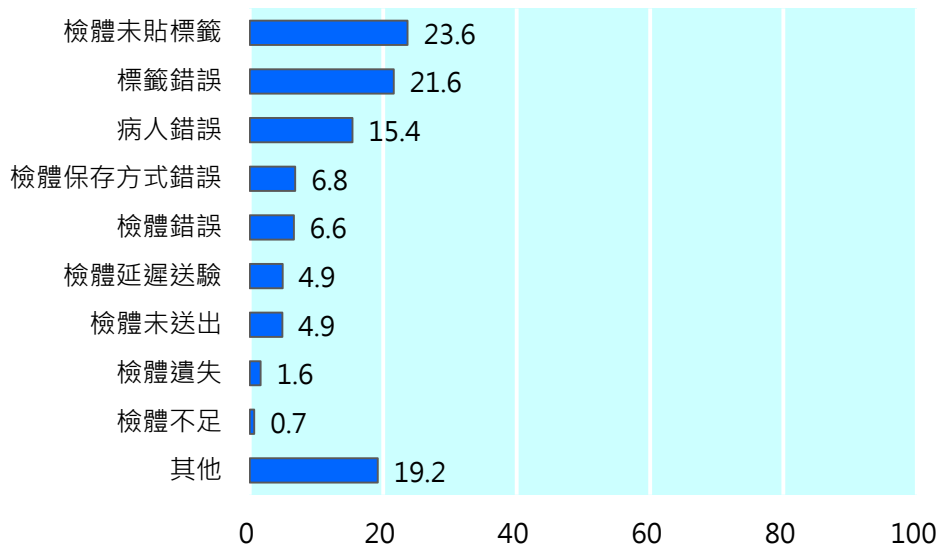


圖 4-1-4-5 醫院檢查檢驗事件採檢送檢階段明細
(N=2,263 · N 為採檢送檢階段有誤之通報件數 · 本項為複選)

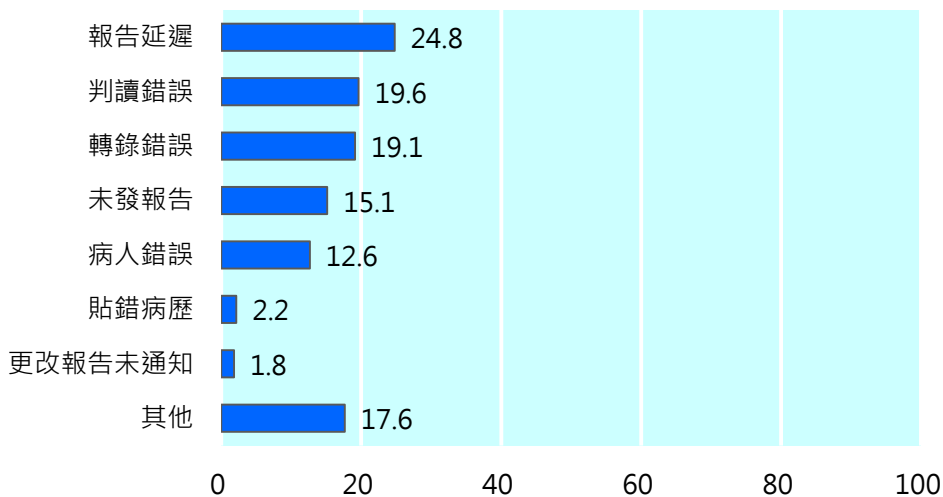


圖 4-1-4-6 醫院檢查檢驗事件檢查單位報告階段明細
(N=601 · N 為檢查單位報告階段有誤之通報件數 · 本項為複選)

事件發生後對病人/住民健康影響程度約有 79.4% 的事件未對病人健康造成影響(跡近錯失 58.0% · 無傷害 21.4%) · 如圖 4-1-4-7。而唯一一件死亡案例與報告延遲以致臨床單位無法及時針對病人異常檢查值做醫療處置有關。

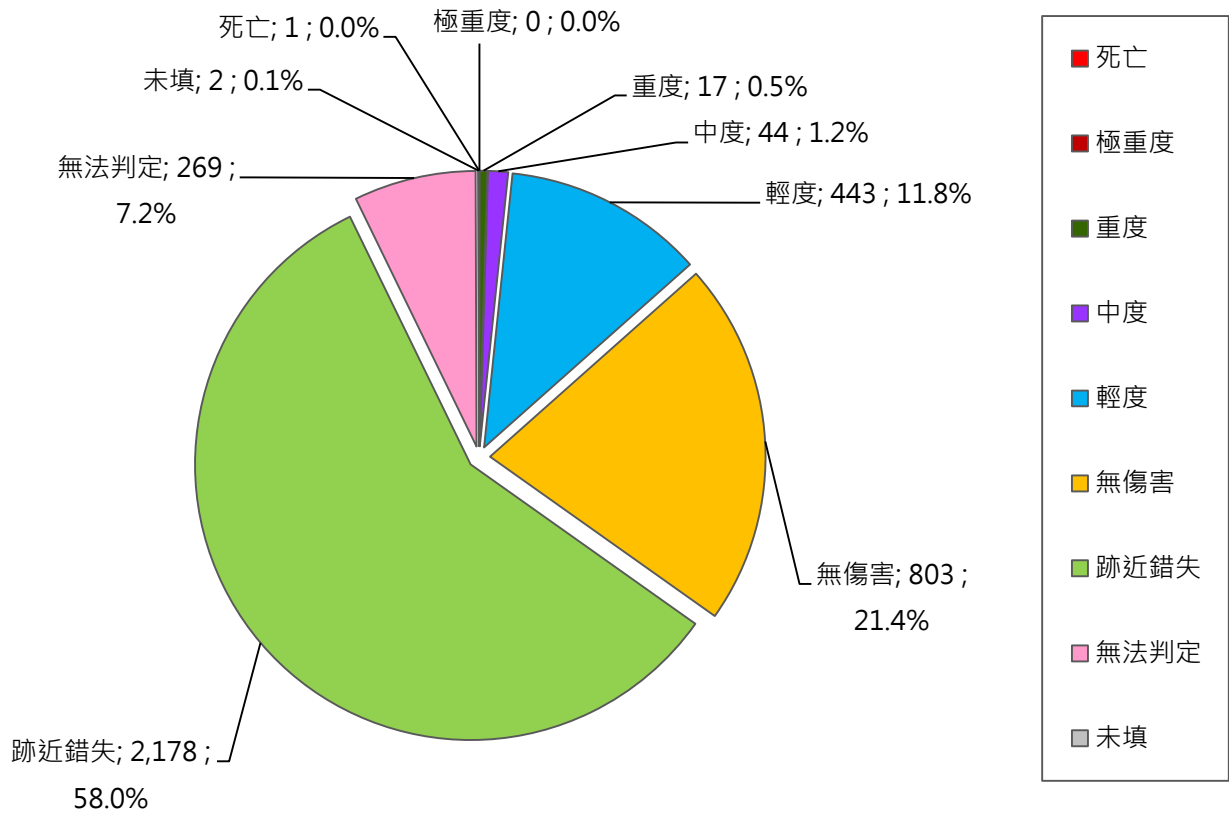


圖 4-1-4-7 醫院檢查檢驗事件對病人健康的影響程度之交叉分析(N=3,757)

將只有單一醫療檢查類別錯誤之事件與病人健康影響程度作交叉分析後，「檢驗類」中有傷害者為 374 件 (15.1%) ; 「放射檢查類」有傷害者為 108 件 (11.8%) ; 「臨床生理檢查類」有傷害者 9 件 (6.4%) ; 「細胞/病理切片」有傷害者 9 件 (4.9%) ，如圖 4-1-4-8 。

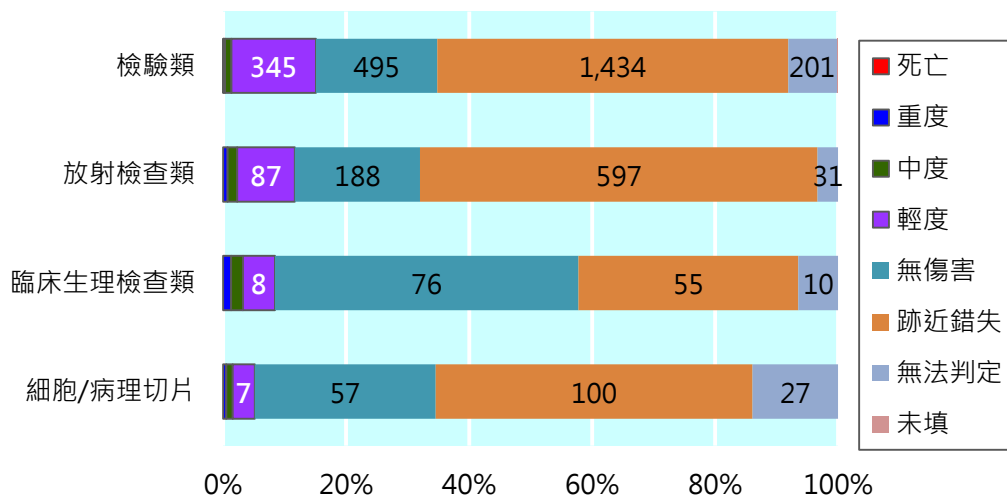


圖 4-1-4-8 醫院檢查檢驗事件醫療檢查類型與病人健康影響程度之交叉分析 (N=3,757，本項為複選)



同樣地，將錯誤發生階段與病人健康影響程度作交叉分析後，對病人有傷害的件數依序排列為：「採檢/送檢階段」(302 件)、「檢體分析/檢查執行階段」(146 件)及「檢查單位報告階段」(105 件)；傷害比例則以「檢體分析/檢查執行階段」(30.7 件/百件)及「檢查單位報告階段」(17.8 件/百件)相對較高，如圖 4-1-4-9。

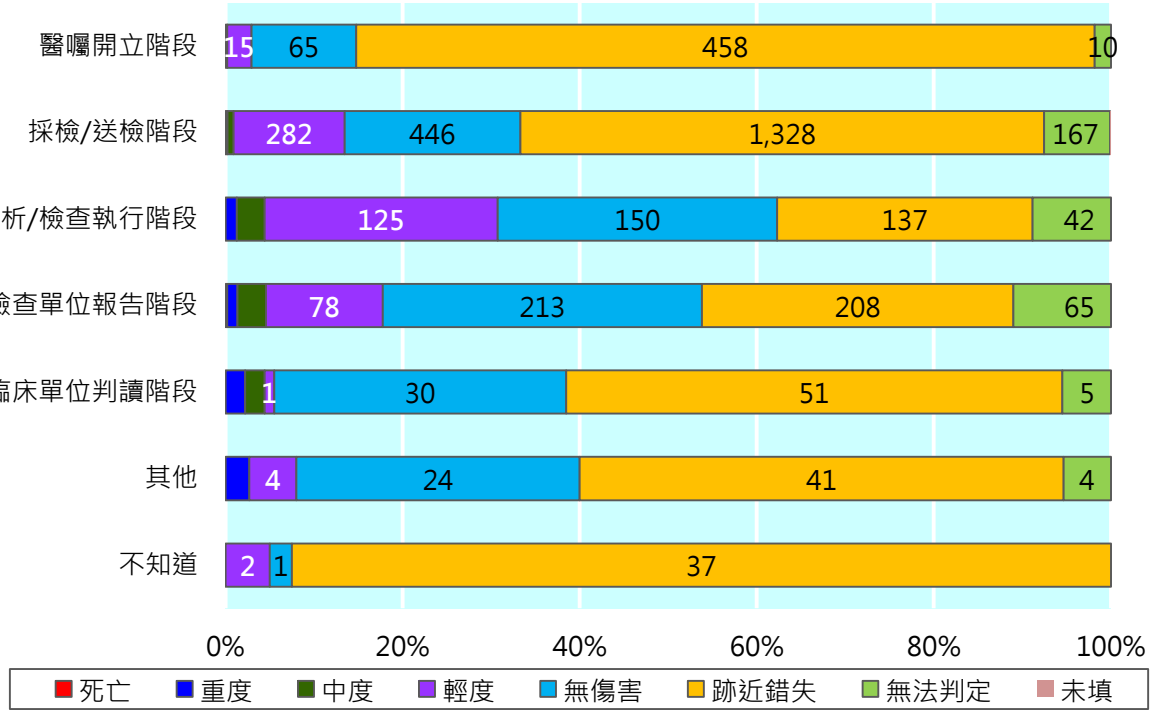


圖 4-1-4-9 醫院檢查檢驗事件錯誤階段與病人健康影響程度之交叉分析
(N=3,757，本項為複選)

侵入性作業與否對病人健康程度的影響分析中呈現 1,299 件侵入性作業有 295 件造成傷害 (22.7%)，1,692 件非侵入性作業中有傷害的事件為 120 件 (7.1%)，如圖 4-1-4-10。檢查/檢驗/病理切片事件發生的可能原因，主要以「與人員個人(人為)因素相關」最多(79.5 件/百件)；「與工作狀態/流程設計(系統)因素相關」次之(44.1 件/百件)，如圖 4-1-4-11。

檢查/檢驗/病理切片事件 SAC 級數分析，在 3,757 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者有 1 件，SAC=2 者有 8 件，SAC=3 者有 153 件，SAC=4 者有 1,019 件，NA 值(含跡近錯失、無法判定者)有 2,447 件，無法計算 SAC 者(影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 129 件，如表 4-1-0-5。

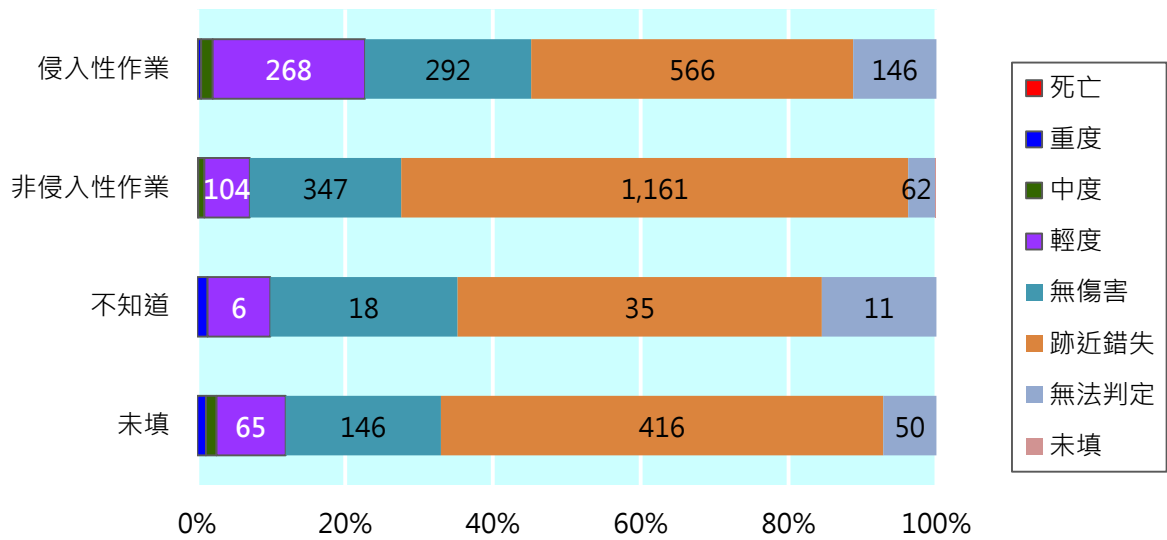


圖 4-1-4-10 醫院檢查檢驗事件是否為侵入性作業與病人健康影響程度之交叉分析(N=3,757)

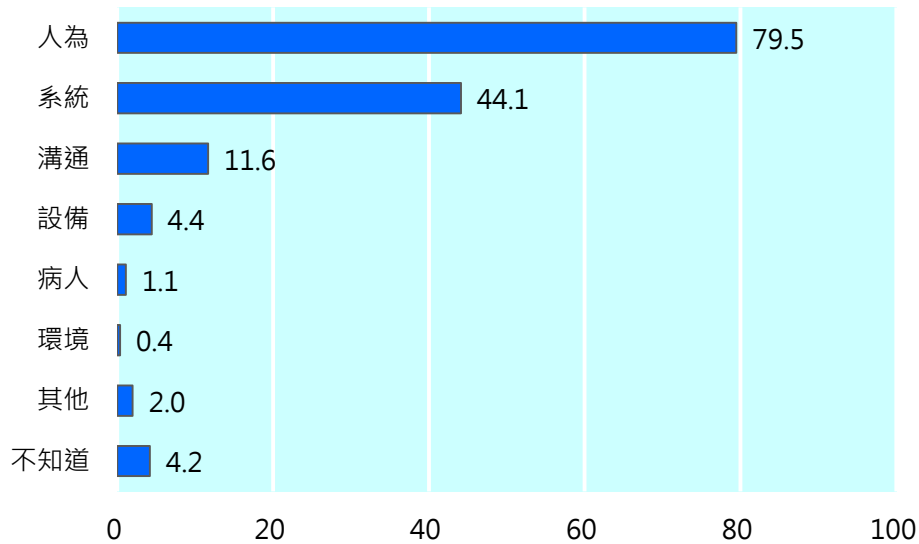


圖 4-1-4-11 醫院檢查檢驗事件發生可能原因相對次數百分比(N=3,794 · 本項為複選)



(五) 醫院-醫療照護事件

醫院的醫療照護事件共有 1,773 件，發生時段以白班(08:01-16:00)最多(942 件，53.1%)，其次為小夜班(16:01-00:00)488 件(27.5%)，大夜班(00:01-08:00)261 件(14.7%)，如圖 4-1-5-1。

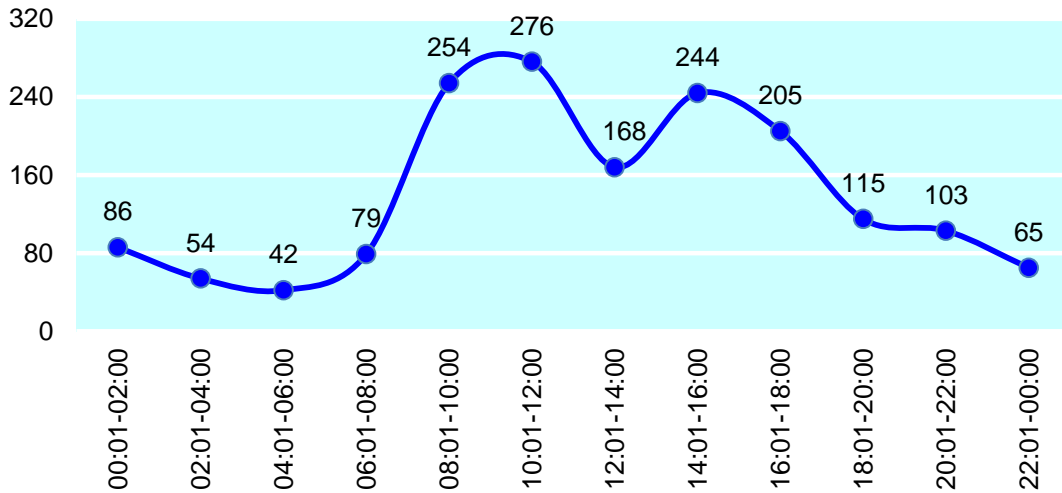


圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段(N=1,691，不含未填 82)

分析事件發生後對病人/住家的影響超過半數為有傷害(51.2%)，中度以上傷害佔 27.1%，包括中度 18.4%、重度 7.3%，極重度 0.5%及死亡 0.9%；跡近錯失及無法判定各佔 10.4%及 10.9%，如圖 4-1-5-2。

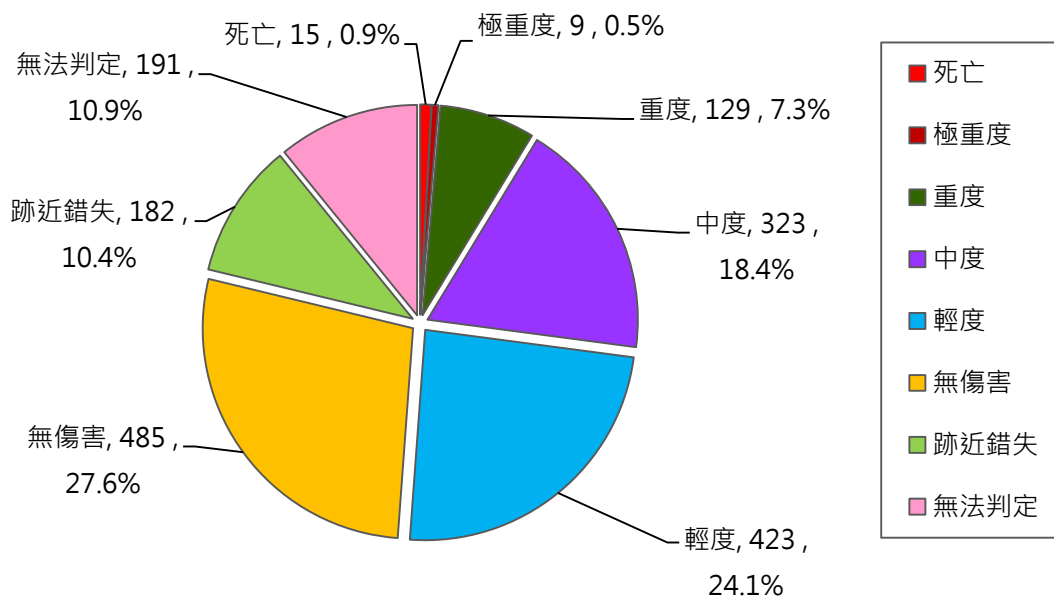


圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度(N=1,757)



錯誤類型以「處置問題」最多(848 件，47.8 件/百件)，「技術錯誤」次之(477 件，26.9 件/百件)，其他佔 25.5 件/百件，做更進一步分析，有將近六成(59.3%)是作為前項類型的補述說明，如圖 4-1-5-3。

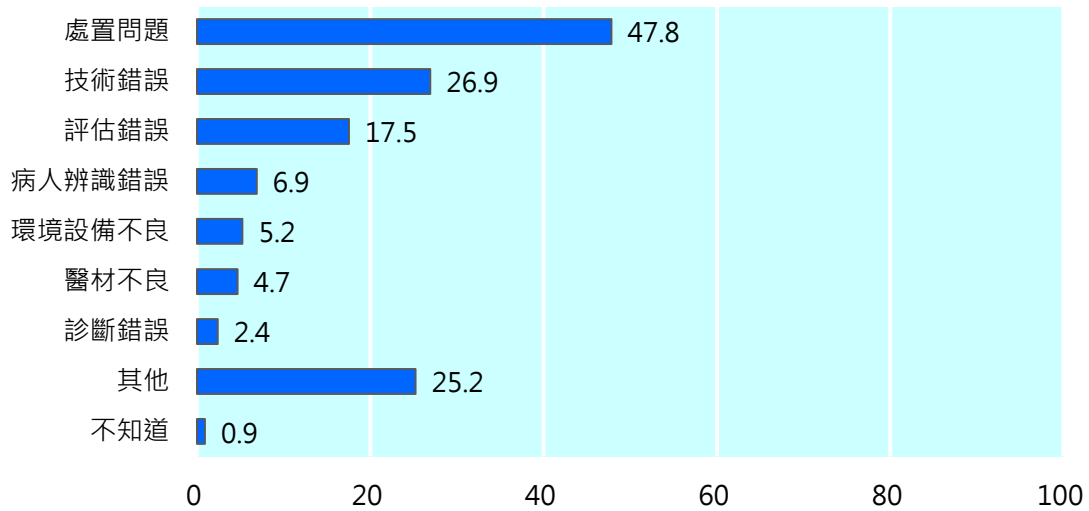


圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤類型(N=1,773，本項複選)

將「錯誤類型」與「對病人健康的影響程度」交叉分析：造成中、重度傷害者，以「處置問題」居多(32.3%)；導致極重度傷害或死亡者，以「處置問題」為主(44.7%)；無傷害與跡近錯失以「處置問題」34.2%最多。就重度傷害以上事件佔該錯誤類型比率而言，「處置問題」為最高(32.9%)，「技術錯誤」次之(21.5%)及「評估錯誤」再次之(19.3%)，如圖 4-1-5-4。醫療照護作業是否為侵入性作業，有五成(50.1%)是為非侵入性。而醫療照護作業造成病人有傷害的「侵入性作業」佔 51.1%，「非侵入性作業」則有 53.1%，如圖 4-1-5-5。

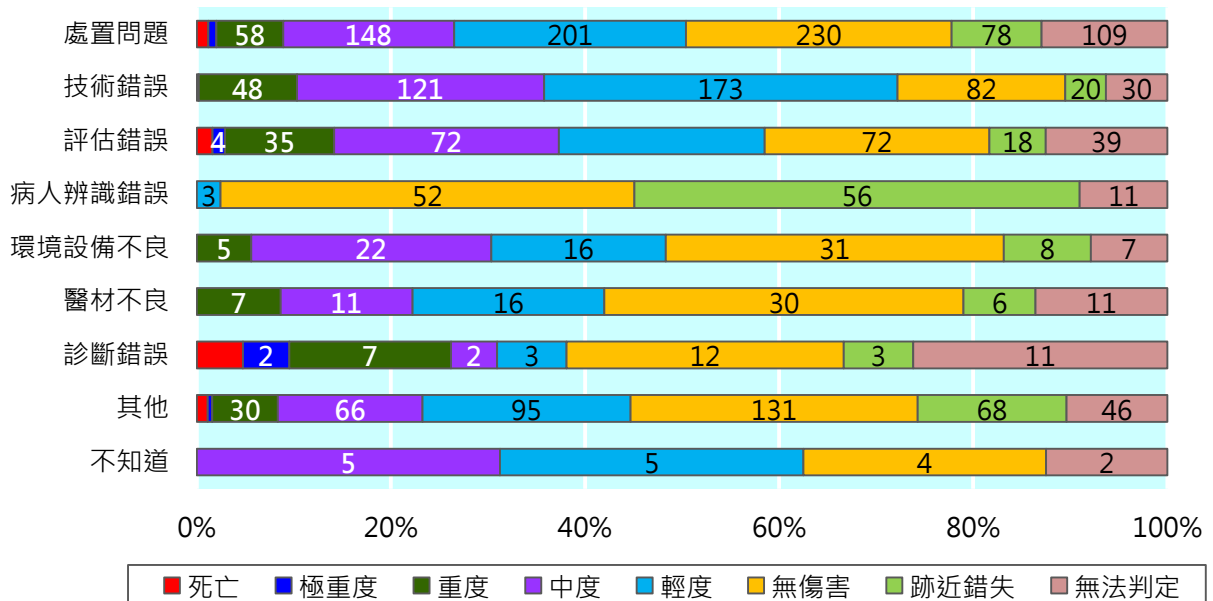


圖 4-1-5-4 醫院醫療照護事件錯誤類型對病人健康的影響程度之交叉分析 (N=1,757，本項複選)

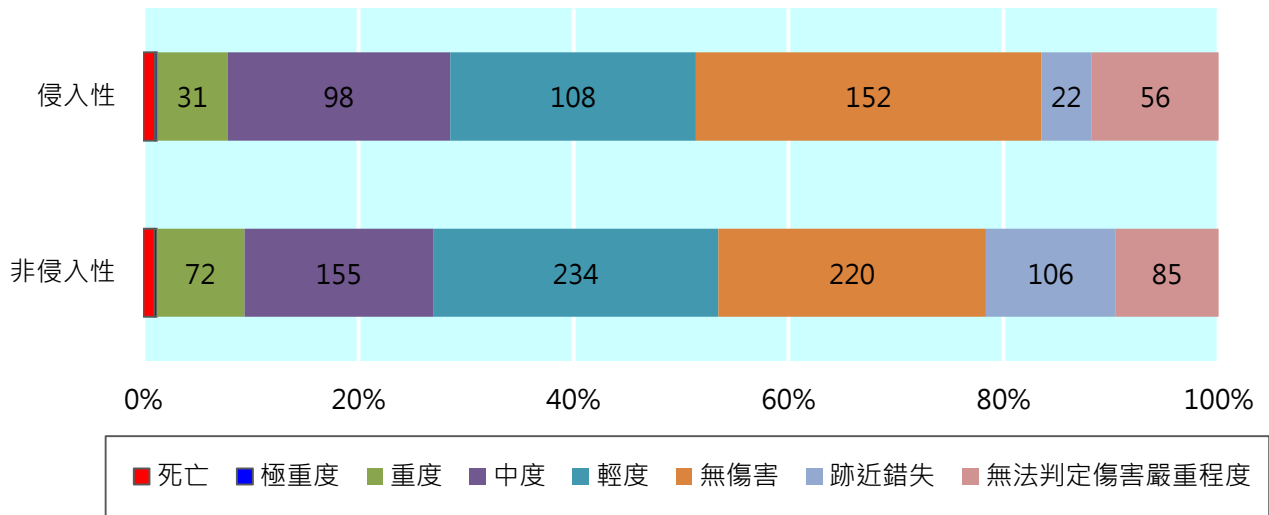


圖 4-1-5-5 醫院醫療照護事件是否為侵入性作業與健康的影響程度之交叉分析
(N=1,365，不包含不知道 38 件與未填 370 件)

發生可能原因以「人員個人(人為)因素相關」最多(58.3 件/百件)，「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」次之(52.5 件/百件)，其後依序為「與溝通相關因素」(25.4 件/百件)、「與病人生理及行為(病人)因素相關」(19.9 件/百件)及「器材設備因素相關」(11.9 件/百件)，如圖 4-1-5-6。

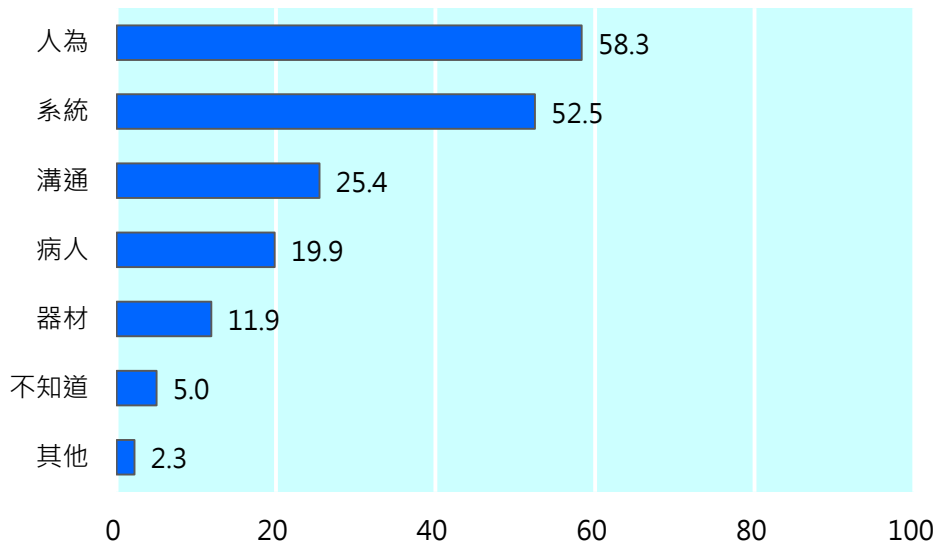


圖 4-1-5-6 醫院醫療照護事件發生可能原因(N=1,773，本項複選)

SAC=4 者有 759 件(43.2%)，SAC=3 者有 355 件(20.2%)，SAC=2 者有 84 件(4.8%)，SAC=1 者有 20 件(1.1%)；尚有 21.2%受影響對象非病人、影響程度勾選無法判定或跡近錯失而未計算 SAC，9.4%因嚴重度或發生頻率任一欄位資料缺漏而無法計算 SAC。(圖 4-1-0-5)



(六) 醫院-傷害行為事件

2013 年醫院的傷害行為事件總共有 1,603 件，造成病人傷害的傷害行為事件共有 1,368 件。針對事件內容進行分析：發生時段在白天活動(08:01~12:00)及下午活動(14:01~18:00) 的時段為發生高峰，如圖 4-1-6-1。發生地點多是發生在一般病房，含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域 (69.2 件/百件)，如圖 4-1-6-2。傷害事件類型以身體攻擊 (59.8 件/百件) 最多，其次是言語衝突 (21.6 件/百件)，事件類型前三項的排序與 2012 年相比，前兩項與去年相同為「身體攻擊」及「言語衝突」，而「自殺及企圖自殺」前進至第三項，自傷後退至第四項，如圖 4-1-6-3。傷害行為事件對病人健康的影響程度多為無傷害 (43.4%)，有造成傷害的事件中，約有 47.5% 的病人健康的影響程度為中度以下，如圖 4-1-6-4。

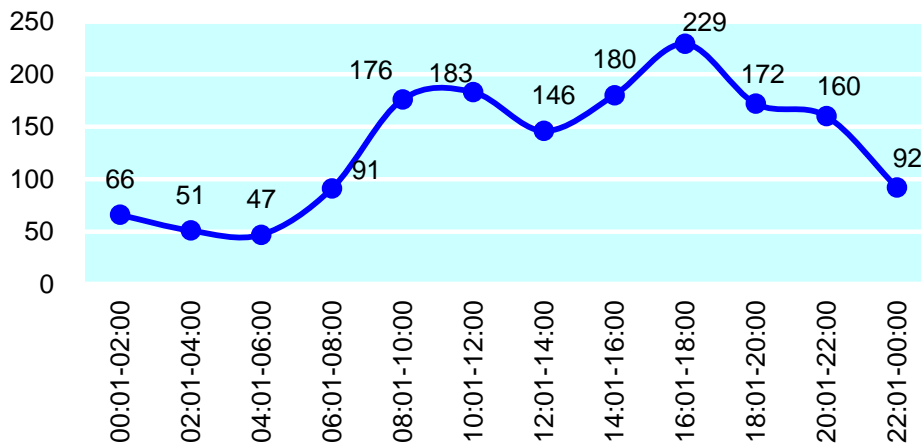


圖 4-1-6-1 醫院傷害事件發生時段分布 (N=1,593，不含未填 10 件)

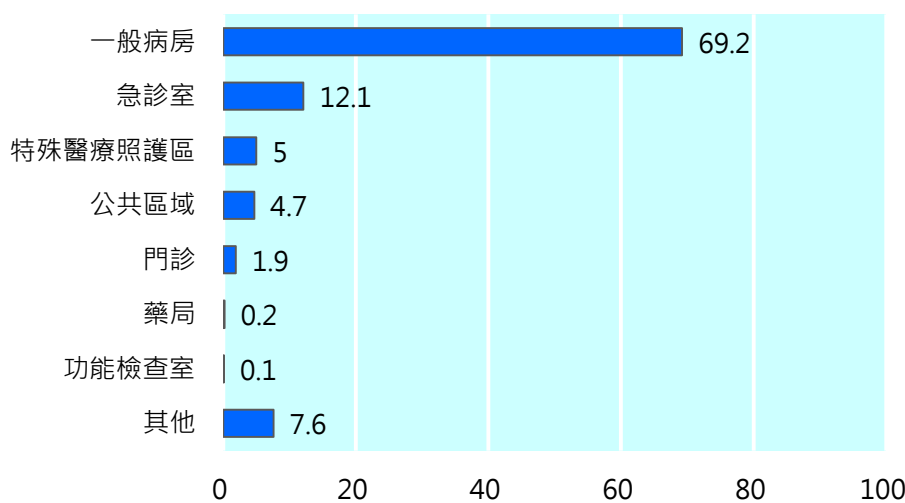


圖 4-1-6-2 醫院傷害事件發生地點 (N=1,603;N 為事件數，此項目為複選)

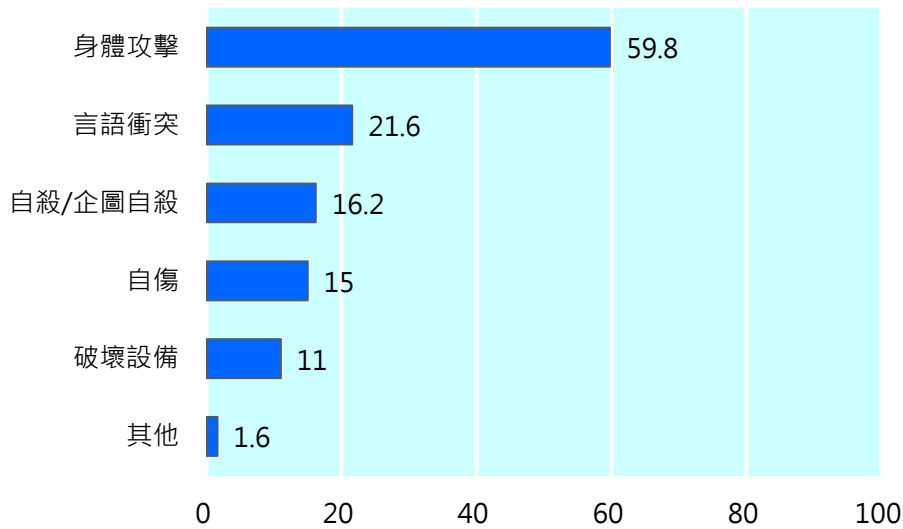


圖 4-1-6-3 醫院傷害事件類型 (N=1,603;N 為事件數，此項目為複選)

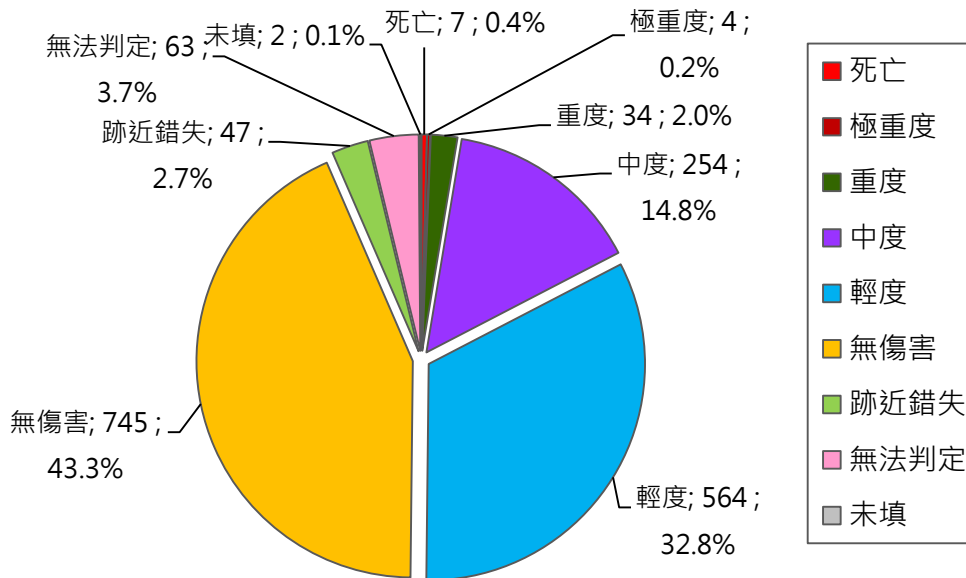


圖 4-1-6-4 醫院傷害事件對病人/住民健康的影響程度 (N=1,368)

進一步交叉分析事件傷害類型與對病人健康的影響程度，其自傷行為有較高的受傷率 (傷害程度為輕度以上)，其次依序為身體攻擊、自殺/企圖自殺。然而，針對病人健康造成影響程度為重度以上的案例分析，在傷害行為中有 7 件造成病人死亡之案件皆為自殺/企圖自殺，而造成病人為極重度或重度傷害的事件數共有 38 件，其中有 19 件為自殺/企圖自殺，有 10 件為身體攻擊，有 6 件為自傷，有 3 件為言語衝突。如圖 4-1-6-5。

探討導致傷害行為事件發生的可能原因，主要與病人生理及行為 (病人) 因素相關 (90.6 件/百件) 以及與溝通相關因素 (33.2 件/百件)，如圖 4-1-6-6。

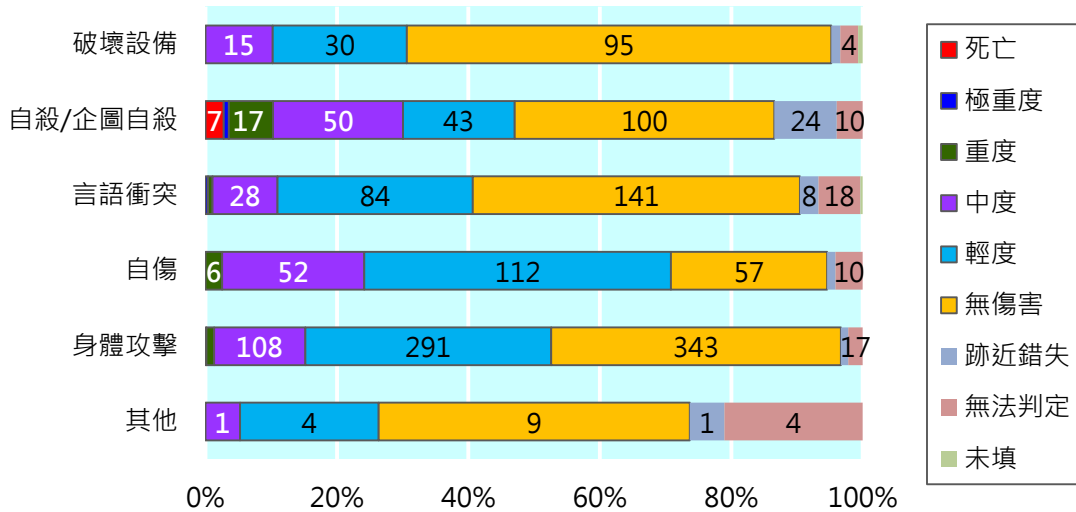


圖 4-1-6-5 醫院傷害事件類型對病人/住民健康的影響程度交叉分析(N=1,720;N 為事件數，此項目為複選)

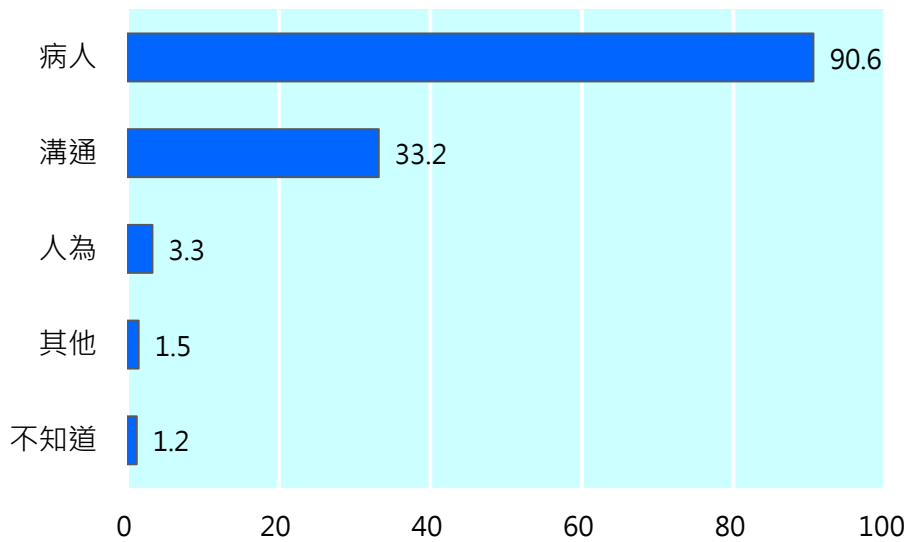


圖 4-1-6-6 醫院傷害事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,603;N 為事件數，此項目為複選)

醫院傷害行為事件 SAC 級數分析，SAC=1 者與 SAC=2 者各為 8 件 (0.6%)，SAC=3 者 288 件 (21.1%)，SAC=4 者為 814 件 (59.5%)。尚有 18.3% 受影響對象非病人、影響程度勾選無法判定或跡近錯失而未計算 SAC (表 4-1-0-5)。



(七)醫院-治安事件

2013 年醫院之治安事件共 1,518 件。發生時段以 14 : 01 ~ 16 : 00 事件數最多，整體而言事件主要發生於白班時間 08 : 01 ~ 16 : 00 (圖 4-1-7-1) ; 發生治安事件的地點則以一般病房佔大多數(928 件 · 61.1 件/百件) , 其次為急診室(351 件 · 23.1 件/百件) (圖 4-1-7-2) ; 發生在病房的事件類型前三類為：病人失蹤 (含私自離院) 、偷竊及使用違禁品；發生在急診室的治安事件類型前三類為病人失蹤 (含私自離院) 、肢體衝突及恐嚇。

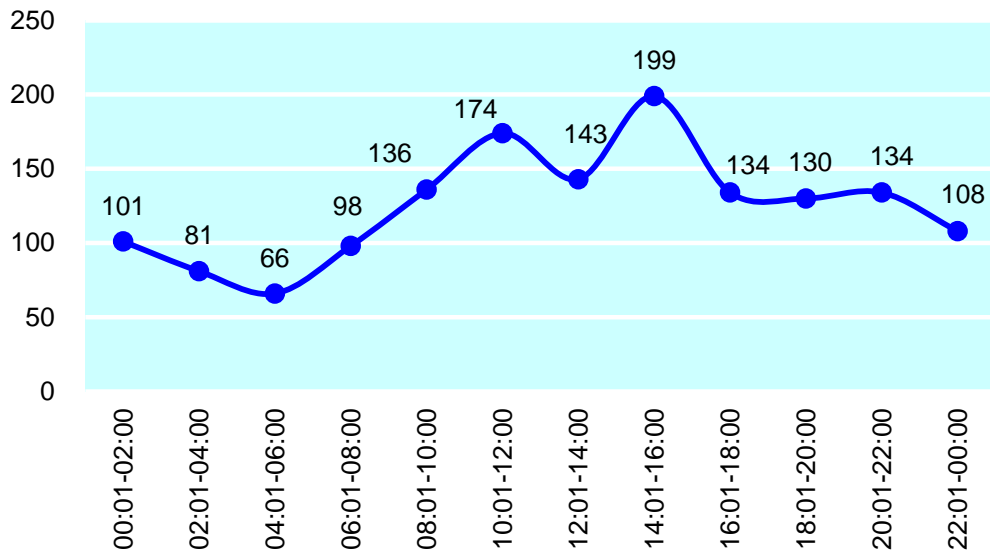


圖 4-1-7-1 醫院治安事件發生時段 (N=1,504 , 不含未填 14 件)

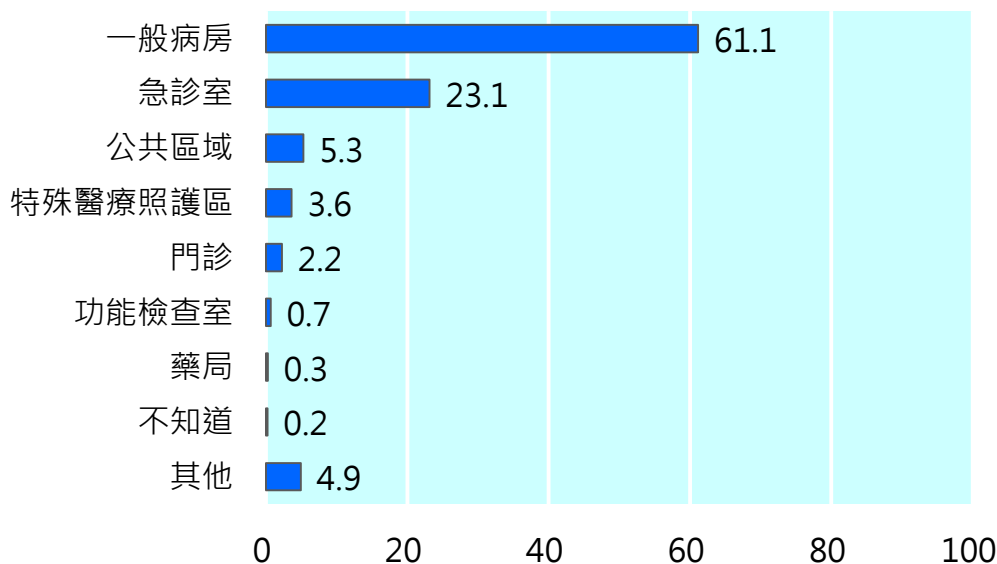


圖 4-1-7-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比 (N=1,518 , 本項為複選)

醫院治安事件發生類型以病人失蹤 (含私自離院) 為最多 (675 件 · 44.5 件/百件) , 其



次為偷竊 (287 件 · 18.9 件/百件) · 其他治安事件類型依序為：病人使用違禁品 (13.7 件/百件) · 肢體衝突 (9.2 件/百件) · 恐嚇 (6.9 件/百件) · 騷擾 (6.7 件/百件) (圖 4-1-7-3) 。事件類型排序與 2012 年醫院通報結果雷同 · 惟每通報 100 件治安事件中 · 與病人使用違禁品 · 肢體衝突 · 恐嚇與騷擾的比例略微增加 · 而病人失蹤與偷竊行為比例略為下降。

事件影響對象以病人/住民最高 (82 件/百件) · 其次為員工 (20.6 件/百件) 與訪客/家屬 (19.6 件/百件) (圖 4-1-7-4) ; 影響對象為病人/住民之主要事件類型為病人失蹤 (53.3 件/百件) · 影響對象為員工之主要事件類型為肢體衝突 (24.6 件/百件) · 影響對象為訪客/家屬主要事件類型則為偷竊 (31.1 件/百件) 。探究 2013 年醫院最常見的治安事件類別「病人失蹤 (含私自離院) 」 · 其發生時段 · 較集中在 14 : 01 ~ 16 : 00 · 影響對象以病人/住民為主 · 發生地點則最常出現於一般病房。

醫院通報的治安事件中 · 有影響到病人/住民者為 1,245 件 · 性別以男性為主 (佔 67.8%) ; 年齡層主要為成人 (19 ~ 64 歲) · 佔 74.2% 。病人就醫科別部分 · 以內科病人發生治安事件通報數為最多 (共 320 件 · 佔 25.7%) · 其次為精神科 (224 件 · 佔 17.9%) 及外科 (110 件 · 佔 8.8%) 。

事件發生對病人/住民健康影響程度以無傷害為最多 (758 件 · 60.9%) · 無法判定嚴重程度者 (佔 27.6%) 次之 · 可能因為事件異常類型多為病人失蹤 (含私自離院) 或偷竊 · 通報者未確認失蹤 (含私自離院) 病人最終狀況 · 或因偷竊為財物損失 · 非生理傷害之故 · 因此無傷害及無法判定嚴重程度的比例較高 · 惟傷害嚴重程度為病安事件之重要參考資訊 · 為提高病人失蹤 (含私自離院) 對相關病安事件後續改善之參考價值 · 仍建議需追蹤後再通報 (圖 4-1-7-5) 。以發生事件類別分析 · 發生病人失蹤事件數最多 664 件 · 其中造成傷害者 48 件 (圖 4-1-7-6) ; 而分析有傷害的事件數 89 件 · 在所有醫院治安事件佔 7.1% · 其中嚴重度為重度以上的事件數為 10 件 · 事件類型包含病人失蹤 (含私自離院) 及縱火 (圖 4-1-7-7) 。綜合上述分析資料可知醫院治安事件最常發生事件類型為病人失蹤 (含私自離院) · 又因無法掌握病人動向 · 若失蹤病人為年長者或精神科病人等高風險族群 · 很可能因跌倒或車禍等意外事故造成較嚴重的傷害 · 故應特別留意。除此之外 · 從事件影響對象為員工之資料分析 · 可發現治安事件對員工的影響比重最主要者為肢體衝突 (家屬-家屬、家屬-工作人員、家屬-訪客) (24.6 件/百件) 其次為恐嚇 (22.0 件/百件) · 雖無評估對員工的傷害程度 · 不過從通報案件量觀察或許可反映目前醫療照護人員的工作安全疑慮。

治安事件使用異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析 · SAC=4 者有 785 件 (63.1%) · SAC=3 者有 36 件 (2.9%) · SAC=2 者有 5 件 (0.4%) · SAC=1 者有 2 件 (0.1%) ; 其中 33.5%



因影響程度勾選無法判定或跡近錯失或因嚴重度或發生頻率任一欄位資料缺漏而無法計算 SAC。(表 4-1-0-5)

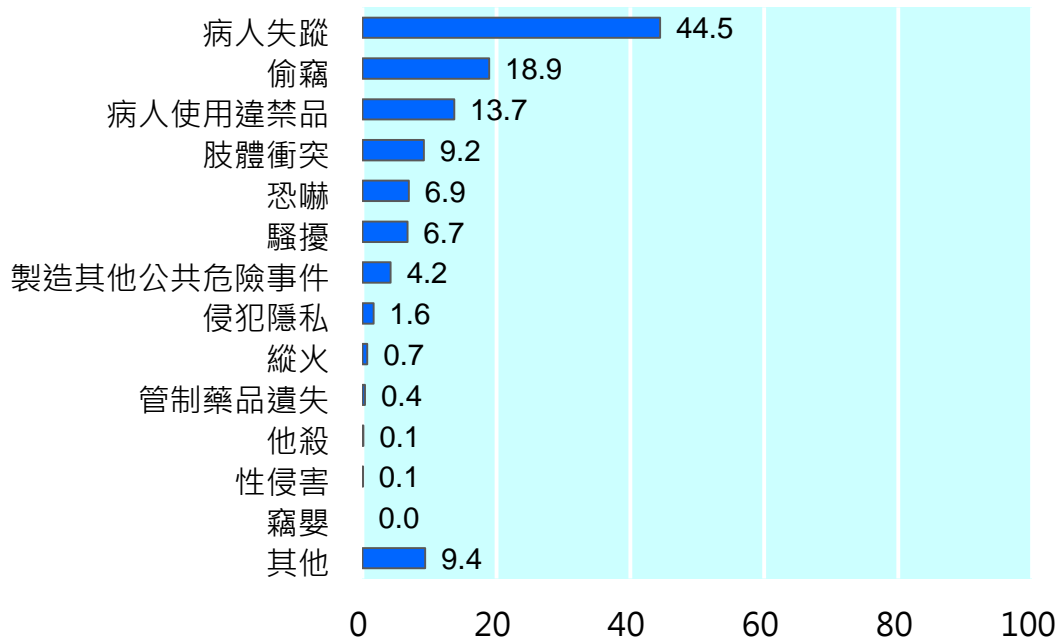


圖 4-1-7-3 醫院治安事件類型相對次數百分比 (N=1,518 · 本項為複選)

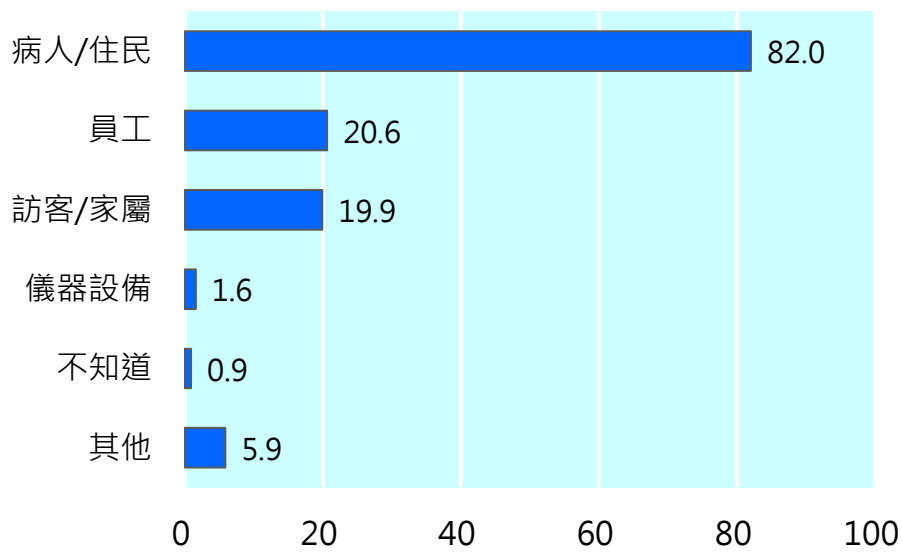


圖 4-1-7-4 醫院治安事件發生後影響對象相對次數百分比

(N=1,518 · 本項為複選)

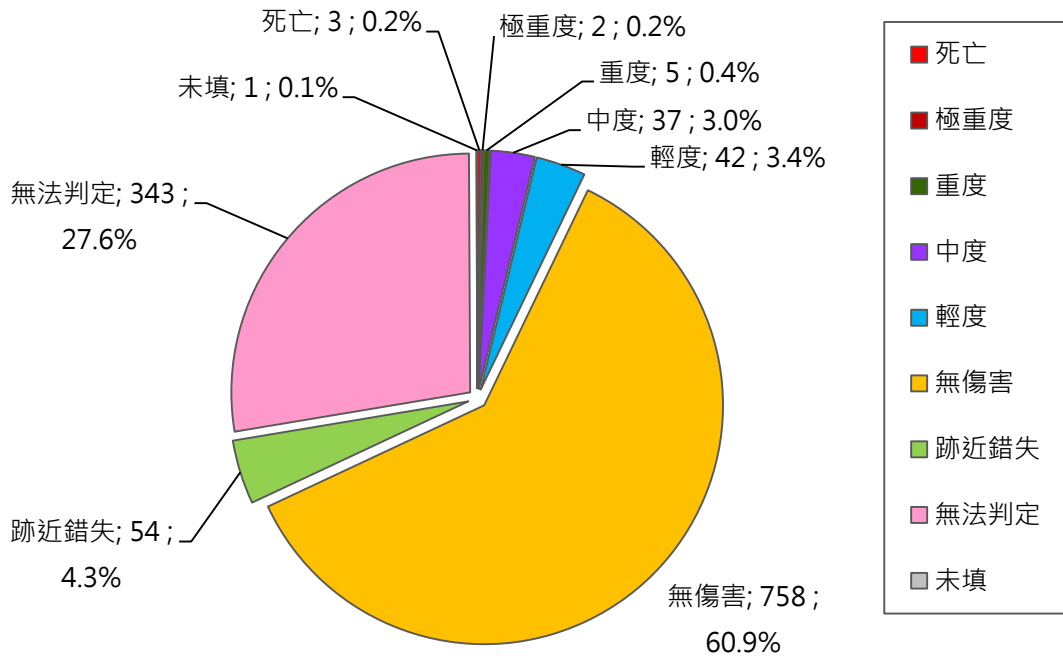


圖 4-1-7-5 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布
(N=1,245 · N 為病人/住民數)

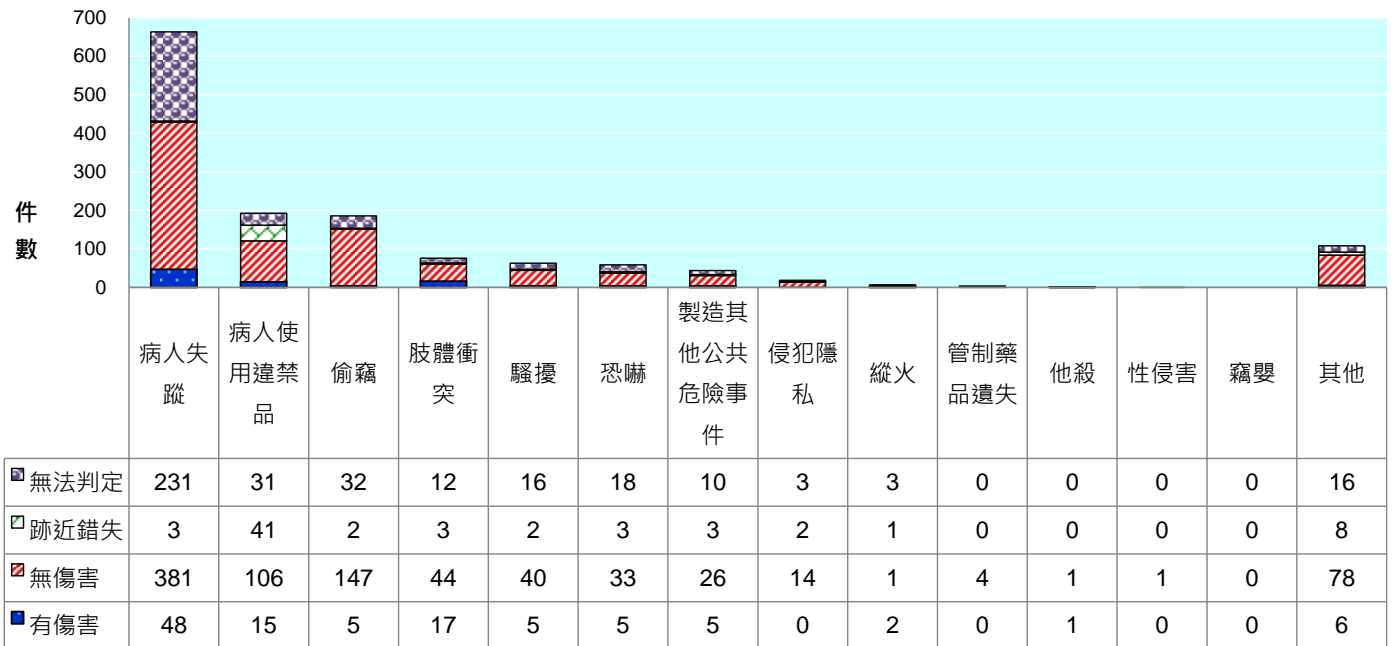


圖 4-1-7-6 醫院治安事件發生事件類型對病人/住民健康的影響程度分布
(N=1,245 · N 為病人數 · 本項為複選)

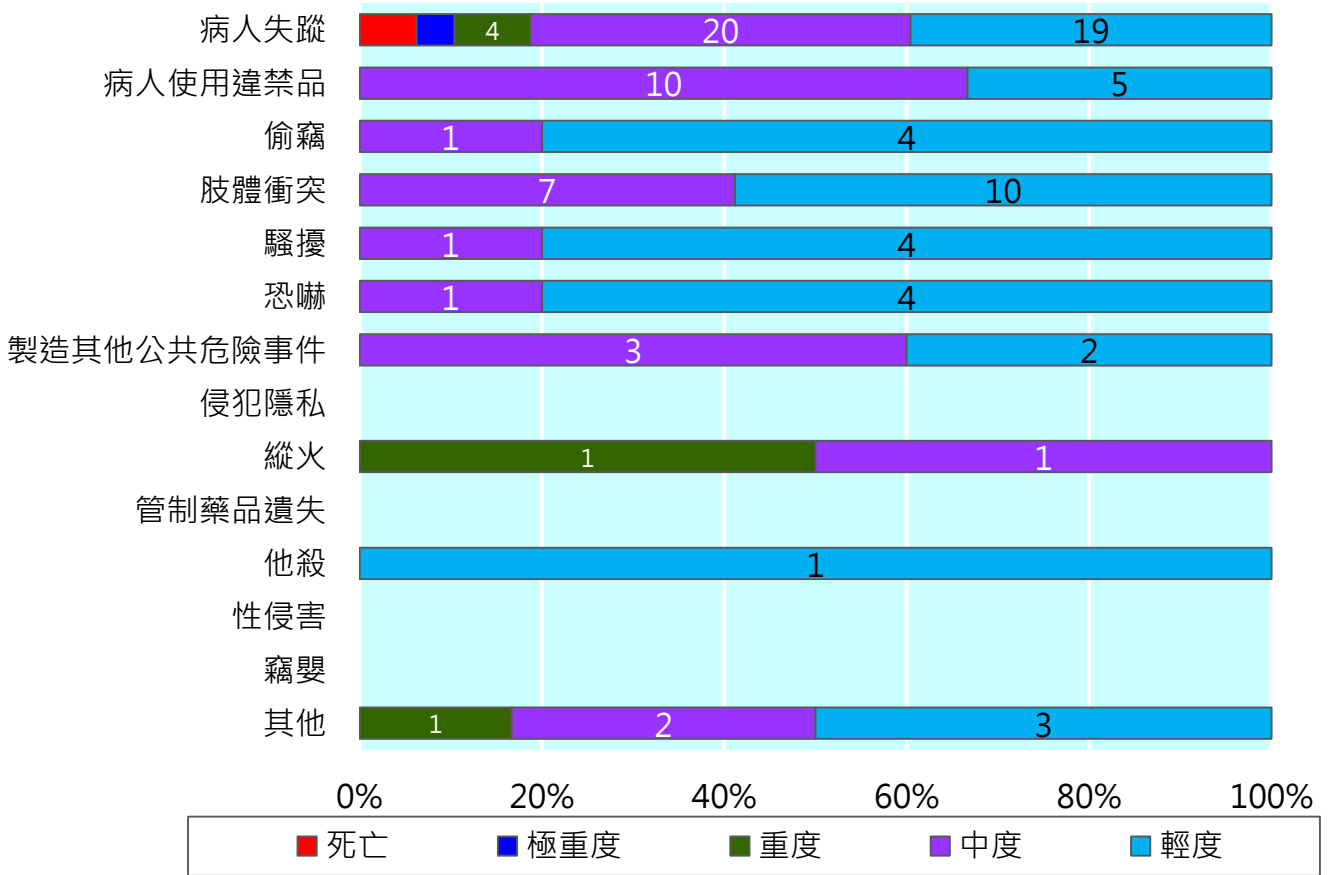


圖 4-1-7-7 醫院治安事件對病人/住民有傷害的影響程度分布

(N=89 · N 為有傷害病人數 · 本項為複選)



(八) 醫院-手術事件

發生於醫院的手術事件共 1,091 件，受影響對象為病人/住民者有 1,087 件，以跡近錯失最多(52.6%)，其次為無傷害(21.1%)，有傷患者共 216 件 (19.9%)，如圖 4-1-8-1。值得注意的是，在死亡及重度傷害中有因手術傷口感染致死、異物滯留體內致術後需重返手術室取出、用電傷害致病人皮膚完整性受損而須進一步整形外科治療或技術、術式操作錯誤而造成其他器官(非手術部位)傷害等案例，建議機構應依 SAC 分級指標評估處理優先順序，藉由根本原因分析找出事情根因以避免重複發生進而影響病人就醫安全的權益。

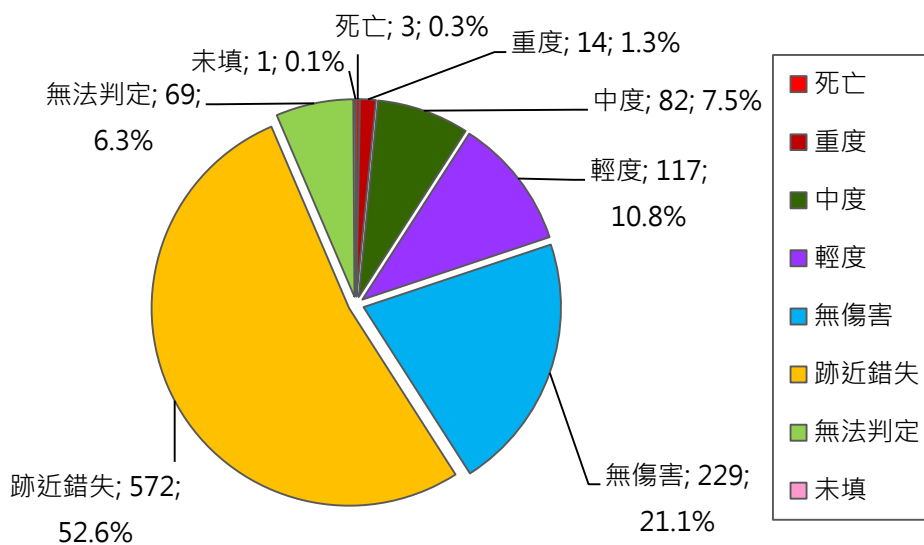


圖 4-1-8-1 醫院手術事件對病人健康的影響程度(N=1,087)

錯誤發生階段以「術前準備」最多(70.6 件/百件)，其次為「手術過程」(24.2 件/百件)、「術後處置」(6.6 件/百件) 如圖 4-1-8-2。進一步將「錯誤發生階段」與「對病人健康的影響程度」交叉分析，「術前準備」中有傷患者為 43 件 (5.6 件/百件)；「手術過程」中有傷患者為 164 件 (62.1 件/百件)；「術後處置」有傷患者 21 件 (29.6 件/百件)，如圖 4-1-8-3。

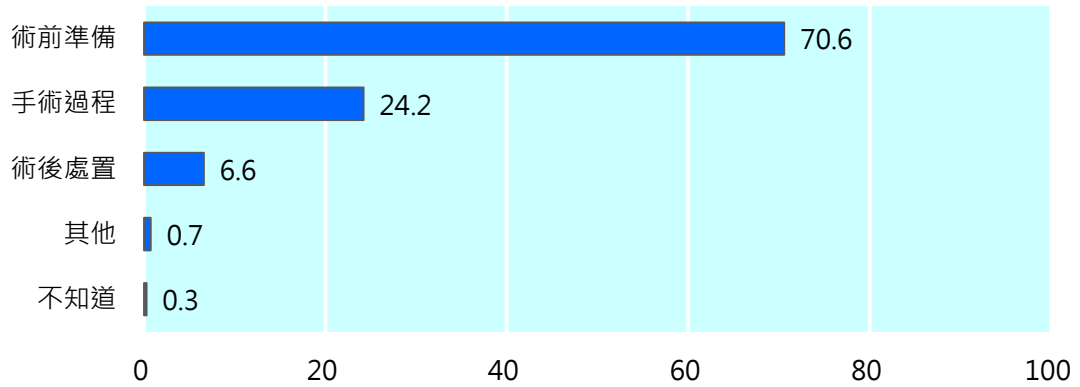


圖 4-1-8-2 醫院手術事件錯誤發生階段 (N=1,091, 本項複選)

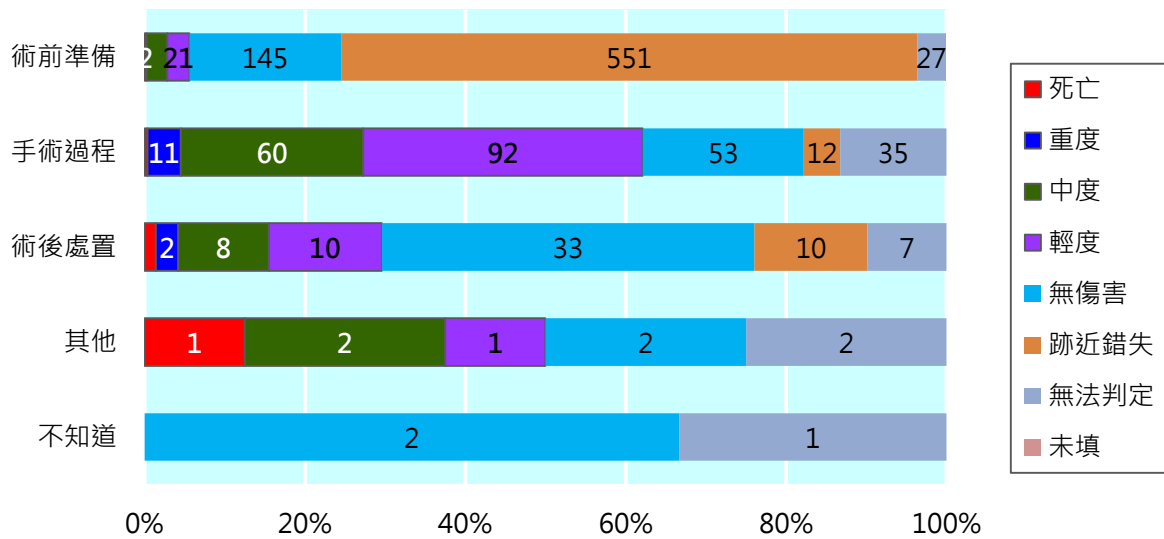


圖 4-1-8-3 醫院手術事件錯誤發生階段與病人健康影響程度之交叉分析(N=1,087, 本項複選)

錯誤類型以「術前行政程序不完善」(58.9 件/百件)居多，而「其他」32.3 件/百件中有 25% 與病人皮膚完整性受損相關(含：手術過程壓瘡、器械夾傷、移除膠布時傷害)，9.4% 為縫針、紗布、棉花、器械計數異常(含：遺失、斷裂)，2.6% 為術後醫囑未執行(含：未 Follow up X-Ray)，如圖 4-1-8-4。

手術事件發生的可能原因前三名以「人員個人(人為)因素」最多(74.7 件/百件)，其次為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」(47.9 件/百件)，溝通相關因素(27.2 件/百件)，如圖 4-1-8-5。

手術事件 SAC 級數分析，在 1,087 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 為 2 件，SAC=2 者 9 件，SAC=3 者 85 件，SAC=4 者 309 件，NA 值(含跡近錯失、無法判定者)有 641 件，無法計算 SAC 者(影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 41 件，如表 4-1-0-5。

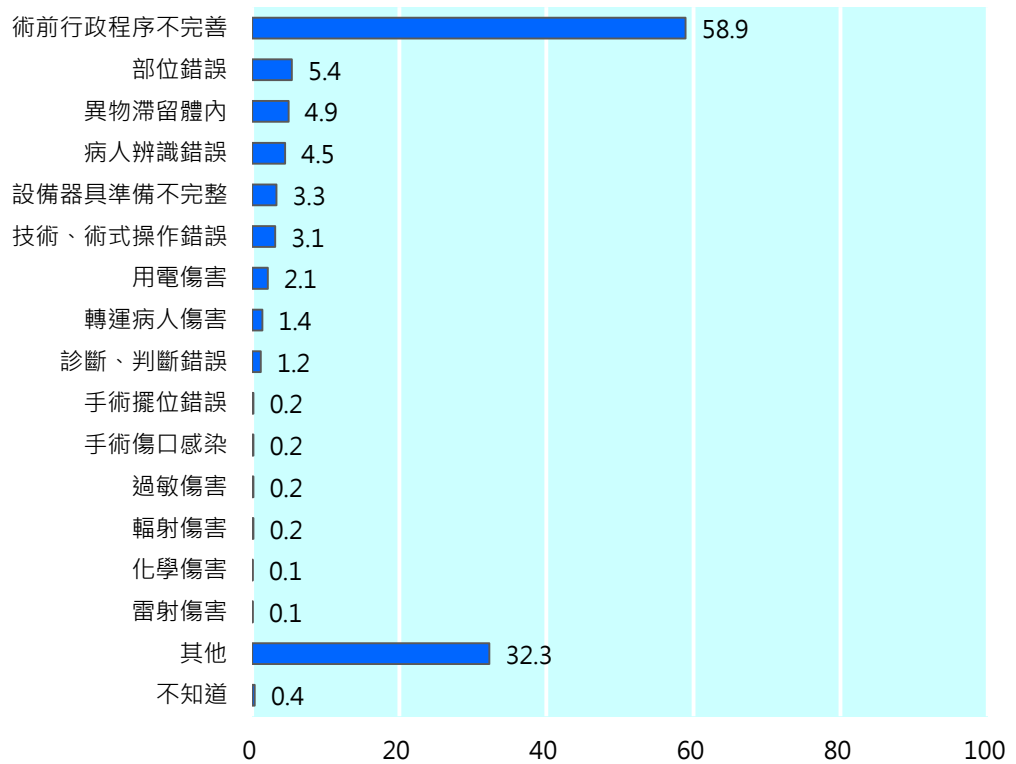


圖 4-1-8-4 醫院手術事件錯誤類型 (N=1,091，本項複選)

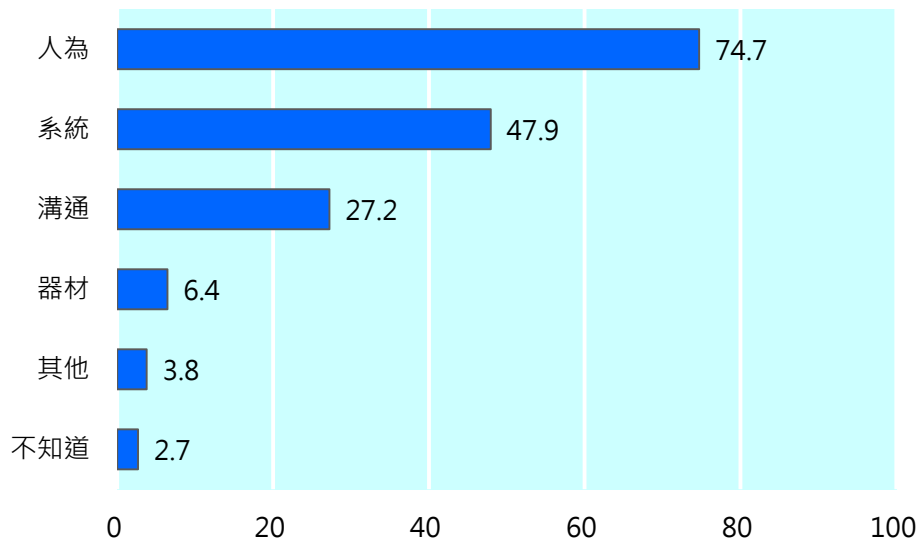


圖 4-1-8-5 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比(N=1,091，本項複選)



(九) 醫院-公共意外

2013 年醫院公共意外事件共 800 件，事件發生高峰時間集中於 08：01～10：00。若就以三班時段進行分析，以白班時段（08：01～16：00）發生公共意外比例最高，佔 55.6%，這與醫療服務與設備使用頻繁時段相符（圖 4-1-9-1）。事件發生地點為複選，以一般病房發生頻率最高（28.9 件/百件），其次為公共區域（20.1 件/百件），如圖 4-1-9-2。

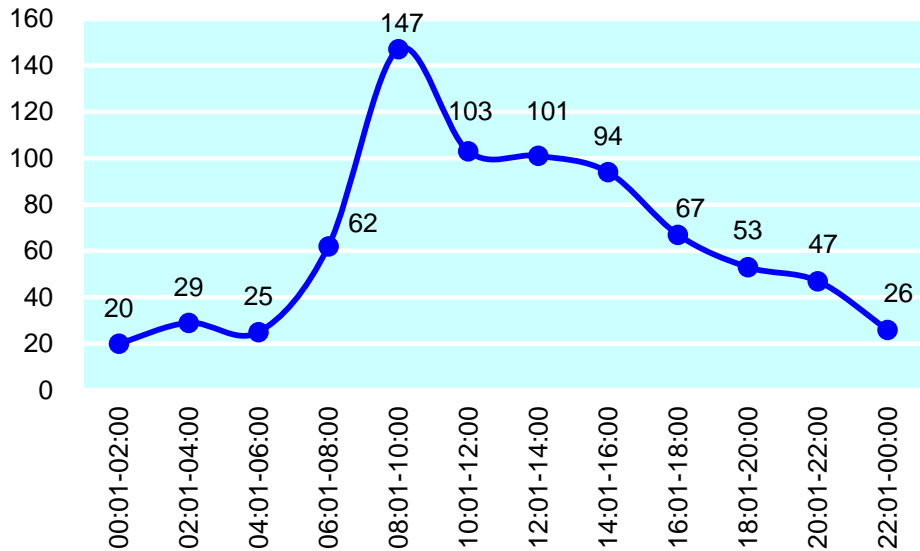


圖 4-1-9-1 醫院公共意外事件發生時段 (N=774, 不含未填 26 件)

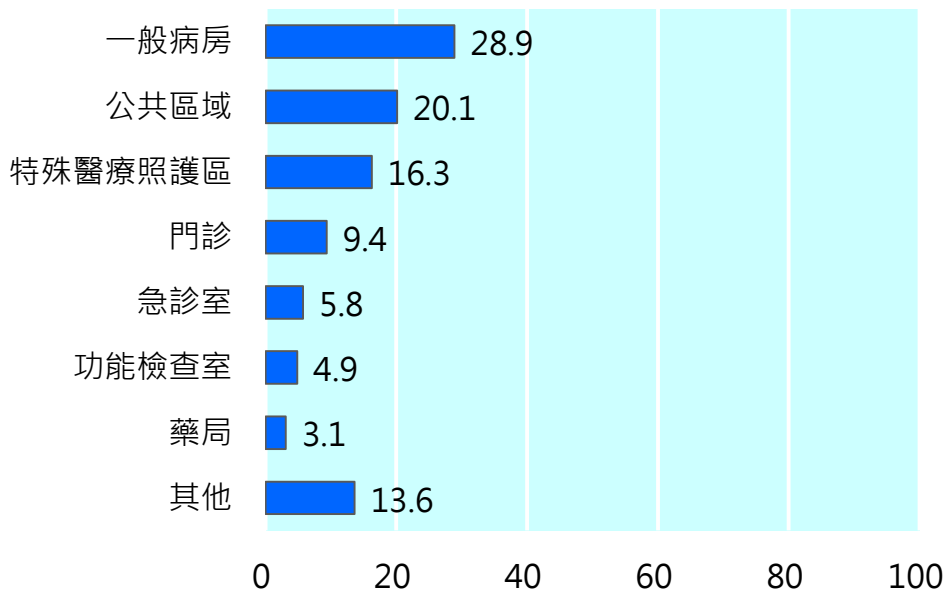


圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比 (N=800, N 為事件數, 本項為複選)



發生事件類型為複選，以公共設施故障通報 220 件最多(27.5 件/百件)，除其他類型外，其次依序為水電空調、醫療氣體供應異常 142 件(17.8 件/百件)、火災 104 件(13.0 件/百件)、資訊系統當機 76 件 (9.5 件/百件) 及化學物質外洩 72 件 (9.0 件/百件)，如圖 4-1-9-3。事件類型分布與 2012 年相較，除公共設施故障、停電及機構建築物毀損發生相對次數百分比下降外，其他事件的相對次數百分比均呈現增加情形。

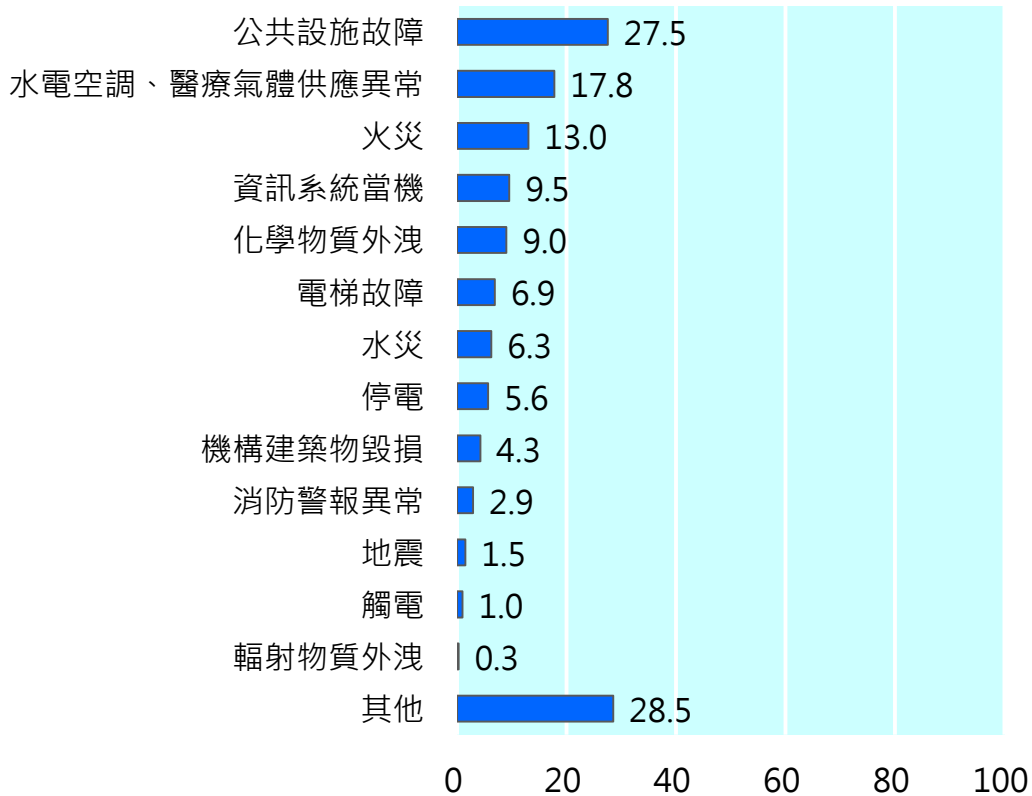


圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比(N=800, N 為事件數, 本項為複選)

公共意外事件屬於較大範圍的意外事件，凡醫療機構有管理及使用範圍之場所，例如：醫療機構之建築物、通道、機器、電梯、停車場(含委外經營)、其他工作物...等造成病人傷害皆屬之，受影響對象涵蓋較廣，如圖 4-1-9-4，受影響對象包含病人/住民 454 件，員工 292 件、儀器設備 214 件，訪客/家屬 169 件。以對病人/住民傷害程度來看，事件發生後以無傷害 207 件 (45.6%) 為最多，有傷害事件有 93 件 (佔 20.5%)，較 2012 年度 (118 件，13.9%) 比例為高，其中重度傷害以上者有 4 件 (圖 4-1-9-5)，分析該 4 例傷害程度重度以上案件，有 2 例事故類型歸屬其他，1 例為電梯故障造成，另 1 例死亡案例則為院內交通車事故致死 (圖 4-1-9-6)。



分析醫院公共意外事件發生可能原因，以器材設備相關因素所造成件數較高共 513 件，相對次數百分比為 64.1 件/百件，其次為環境因素相關者 (19.9 件/百件) (圖 4-1-9-7)。進一步分析所佔比例最高者器材設備因素，可發現最常發生因素為器材設備故障 (61.6 件/百件)，其次為器材設備未定期保養 (18.1 件/百件)，再其次則為器材設備操作不當 (17.0 件/百件) (圖 4-1-9-8)。

使用異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析，SAC=4 者有 233 件 (51.3%)，SAC=3 者有 33 件 (7.3%)，SAC=2 者有 2 件 (0.4%)；其中 41.0% 因影響程度勾選無法判定或跡近錯失或因嚴重度或發生頻率任一欄位資料缺漏而無法計算 SAC (表 4-1-0-5)。

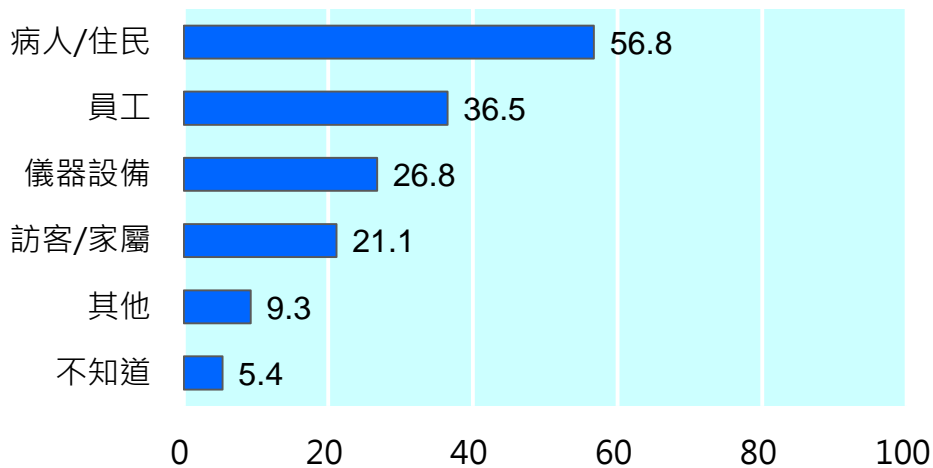


圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件受影響對象分布 (N=800，N 為事件數，本項為複選)

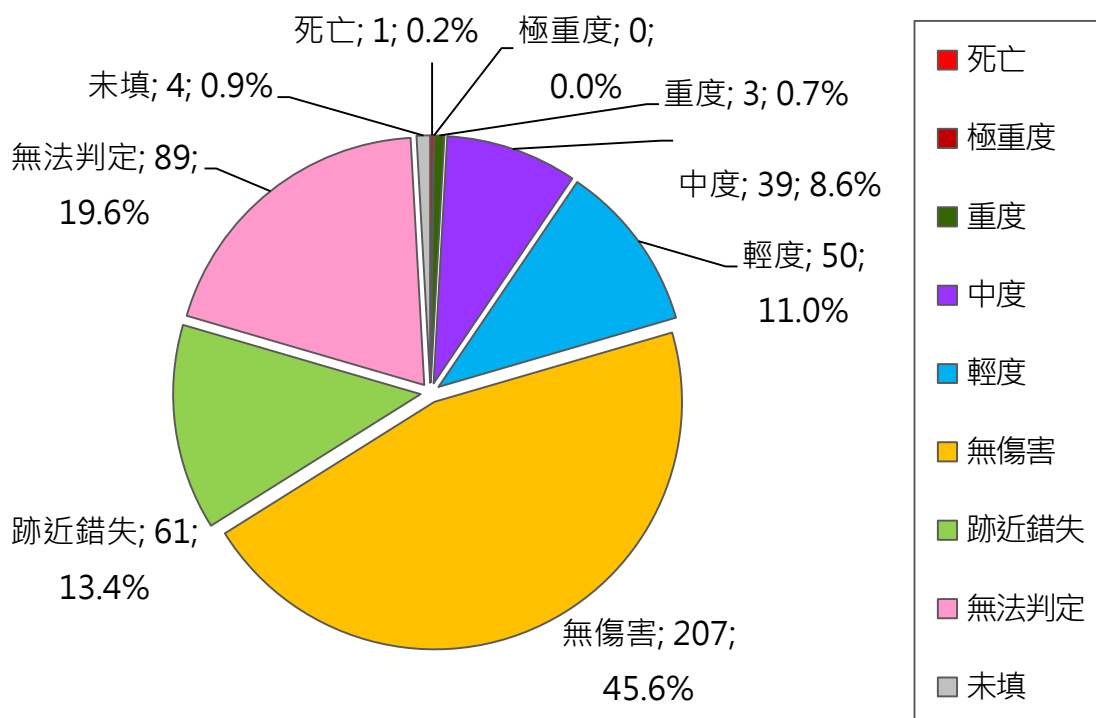




圖 4-1-9-5 醫院公共意外事件對健康影響程度(N=454 , N 為病人/住民數, 本項為複選)

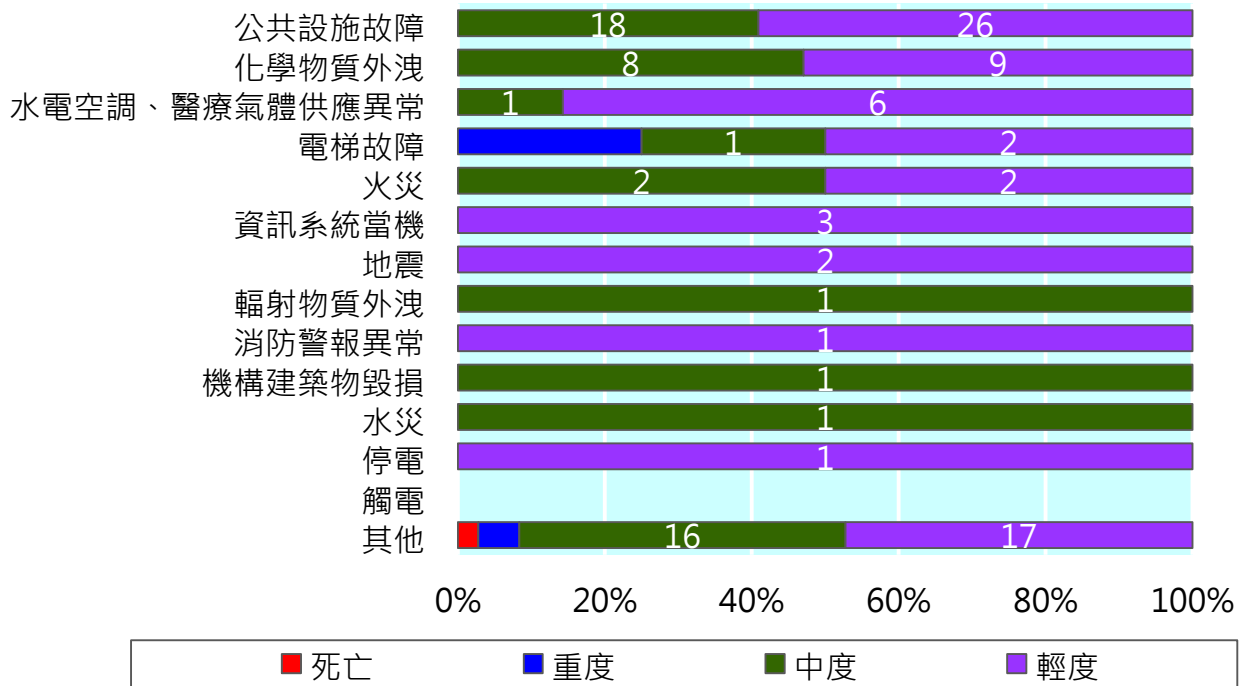
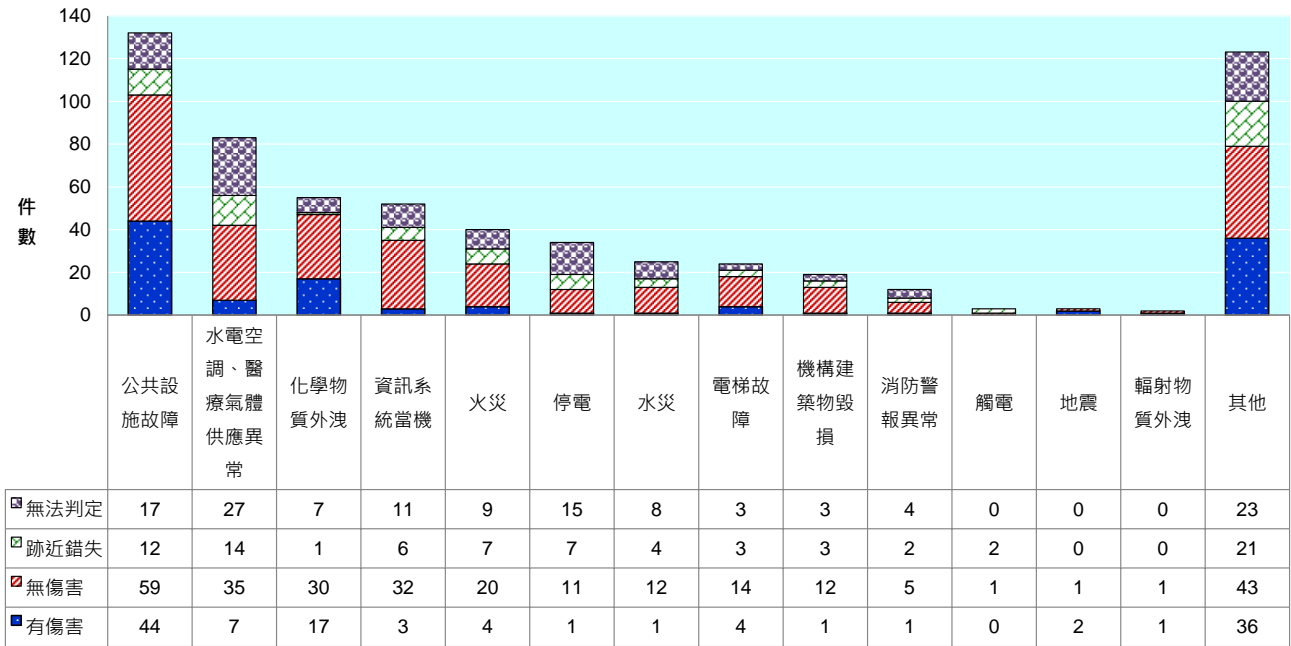


圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件類型對病人/住民健康影響程度 (N=454 , N 為影響對象病人/住民數, 本項為複選)

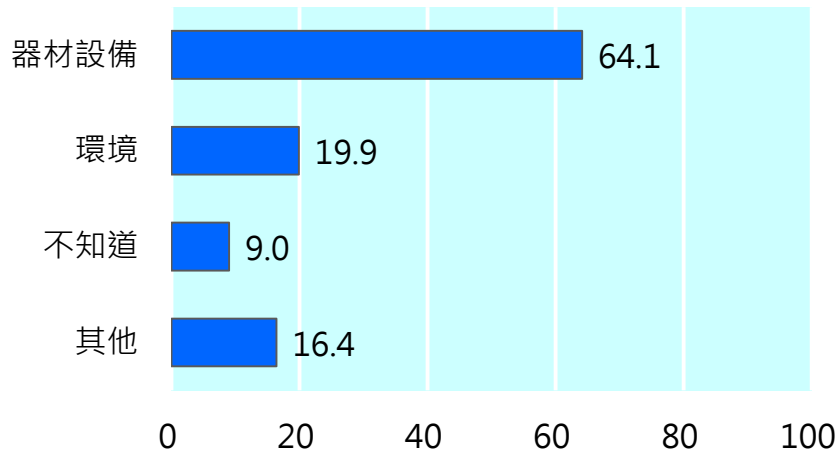


圖 4-1-9-7 醫院公共意外事件發生可能原因相對次數百分比

(N=800 , N 為事件數 , 本項為複選)

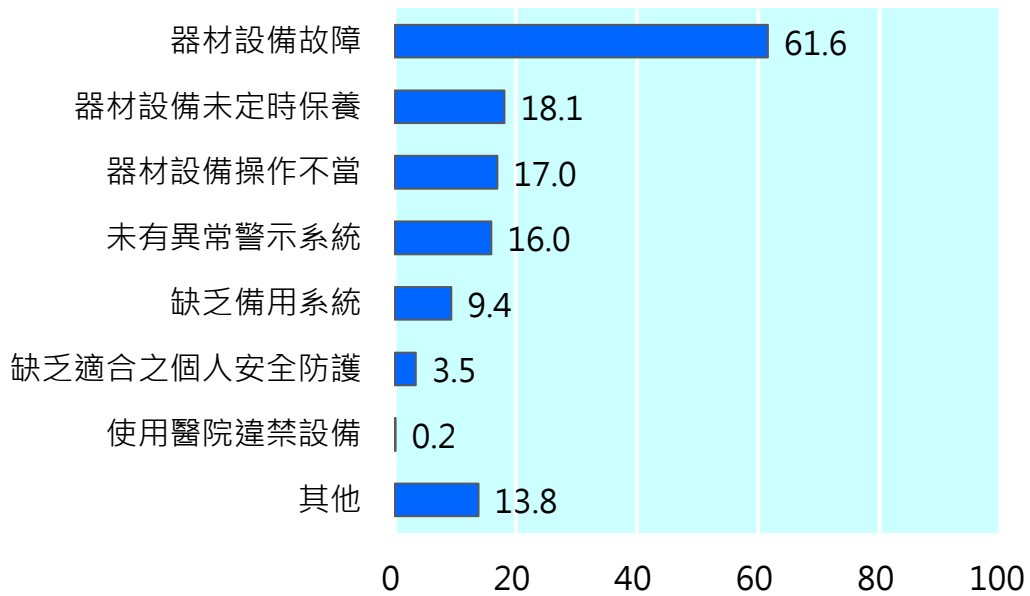


圖 4-1-9-8 醫院公共意外事件可能原因為器材設備因素之項目明細

(N=513 , N 為可能原因為器材設備因素事件數 , 本項為複選)



(十) 醫院-輸血事件

醫院輸血事件共有 550 件，事件發生時段以白班時段 (上午八時至下午四時) 最多 (332 件，佔 60.4%)，如圖 4-1-10-1。通報的輸血事件對病人健康有所影響的有 543 件，其中有 82.3% 事件對病人的影響程度屬無傷害或跡近錯失 (即未發生於病人身上)，如圖 4-1-10-2。

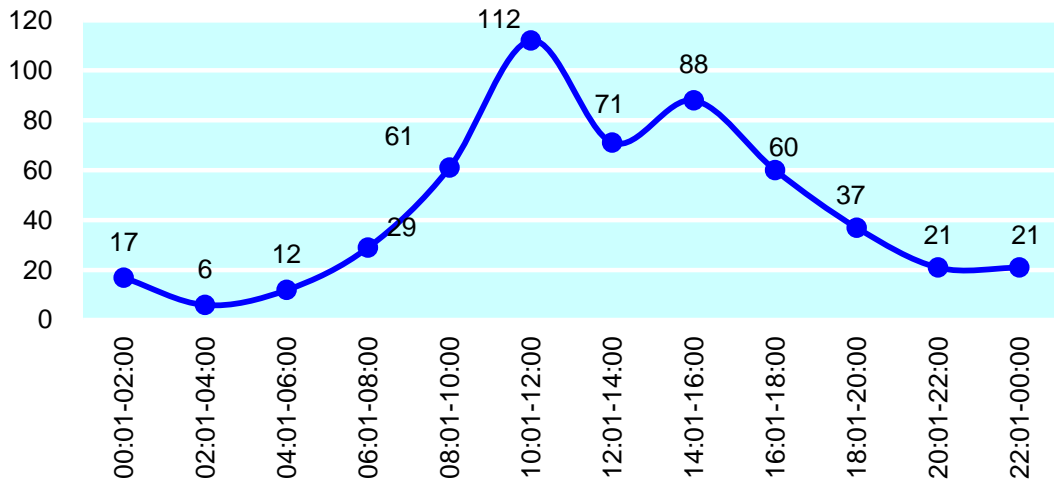


圖 4-1-10-1 醫院輸血事件發生時段(N=535，不含未填 15 件)

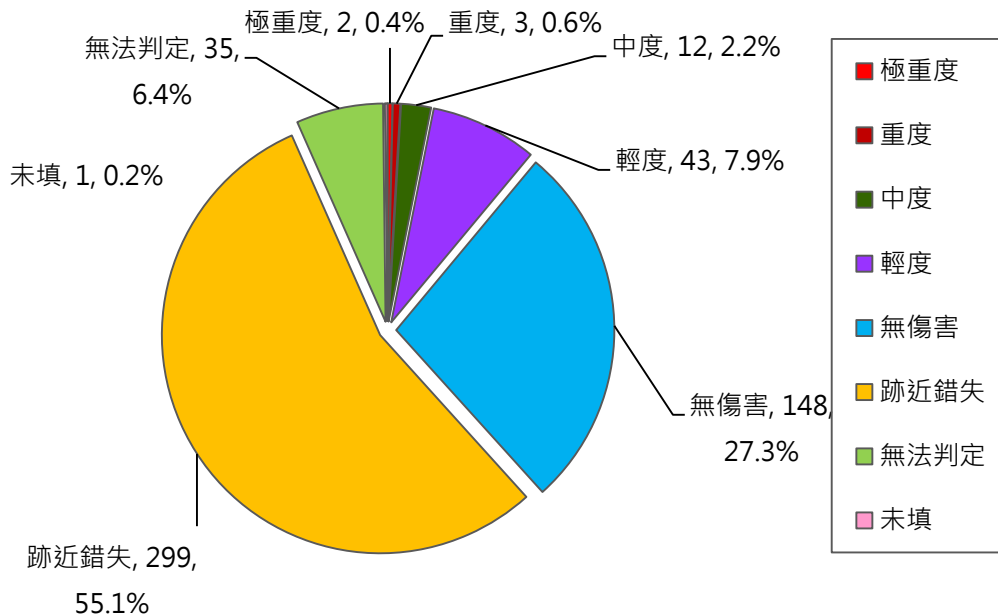


圖 4-1-10-2 醫院輸血事件對病人健康的影響程度(N=543)

事件發生異常的階段以「備血錯誤」居多 (51.6 件/百件)，其中亦包含醫囑開立階段，「輸血錯誤」(22.5 件/百件) 次之，接著為「傳送錯誤」(18.2 件/百件) 及「驗血錯誤」(13.6 件



/百件)，如圖 4-1-10-3。進一步分析各階段細項，「驗血錯誤階段」以「採錯病人」(7.5 件/百件)佔第一位，「備血錯誤階段」以「檢體病人標籤貼錯」(12.0 件/百件)最多，其次為「電腦輸入錯誤」與「醫囑開立錯誤」(5.5 件/百件、5.1 件/百件)，「傳送錯誤階段」細項前三名分別為「時間延遲」(5.1 件/百件)、「地點錯誤」與「病人辨識錯誤」(3.8 件/百件、2.4 件/百件)，「輸血錯誤階段」以「數量錯誤」佔第一位(5.8 件/百件)最多，其次為「技術錯誤」與「血品錯誤」(4.7 件/百件、2.2 件/百件)。

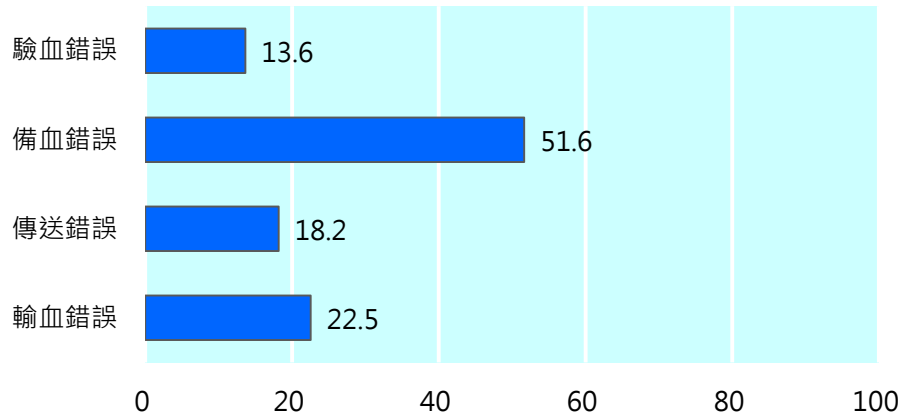


圖 4-1-10-3 醫院輸血事件錯誤發生階段(N=550，本項複選)

有七成的事件發生後並沒有引起輸血反應，這與事件大部分屬驗血、備血與傳送階段有關，對於病人健康影響分布在跡近過失或對病人沒有造成傷害的資料樣態相符如圖 4-1-10-4。

事件發生可能原因以「人員個人(人為)因素相關」最多(76.7 件/百件)，其次為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」(58.0 件/百件)，如圖 4-1-10-5。進一步分析「人員個人(人為)因素相關」的細項因素則以「人員疏忽」(70.0 件/百件)最多。「工作狀態/流程設計」的細項因素則以「未依照標準作業程序」(42.0 件/百件)與「未覆核」(34.2 件/百件)最多。

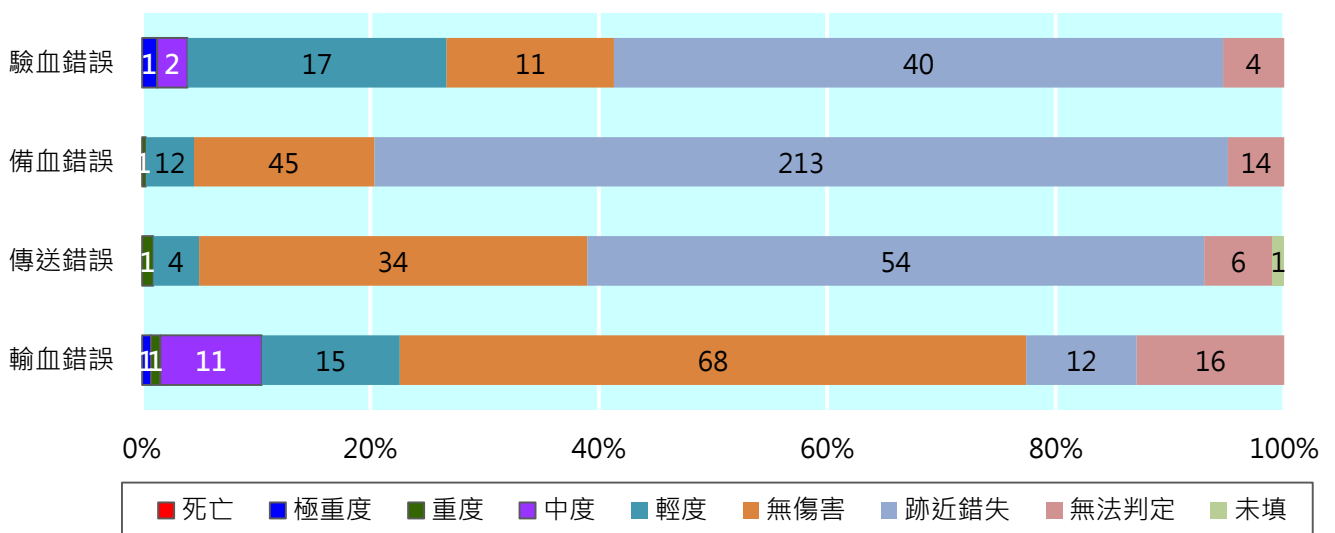


圖 4-1-10-4 醫院輸血事件錯誤發生階段與對健康影響程度交叉分析(N=543，本項為複選)

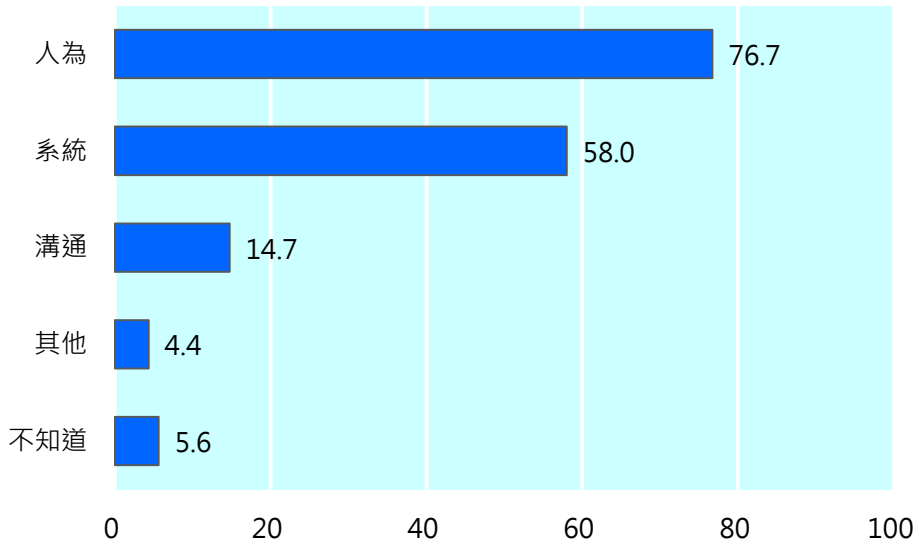


圖 4-1-10-5 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比(N=550，本項複選)

醫院輸血事件 SAC 級數分布情況，僅呈現對發生於病人身上的 209 件事件 (即排除跡近過失與無法判定)，SAC=1 有 1 件，SAC=2 有 2 件，SAC=3 有 13 件，可計算部分以 SAC=4 較多 (179 件)。



(十一) 醫院-院內不預期心跳停止事件

不預期心跳停止收案原則為發生在醫療院所內非原疾病病程可預期之心跳停止(包含急救開始時最先被紀錄到的心律為心搏過緩,但是急救過程當中曾發生心跳停止事件)。2013 年接獲醫院院內不預期心跳停止事件共 429 件,發生時段以白班(08:01-16:00)居多(157 件,36.6%),其次依序為大夜班(00:01-08:00)142 件(33.0%),小夜班(16:01-00:00) 128 件(29.8%),如圖 4-1-11-1。發生地點以一般病房 314 件(73.2%)最多,其次依序為特殊醫療照護區 55 件(12.8%)和急診室 28 件(6.5%),如圖 4-1-11-2。

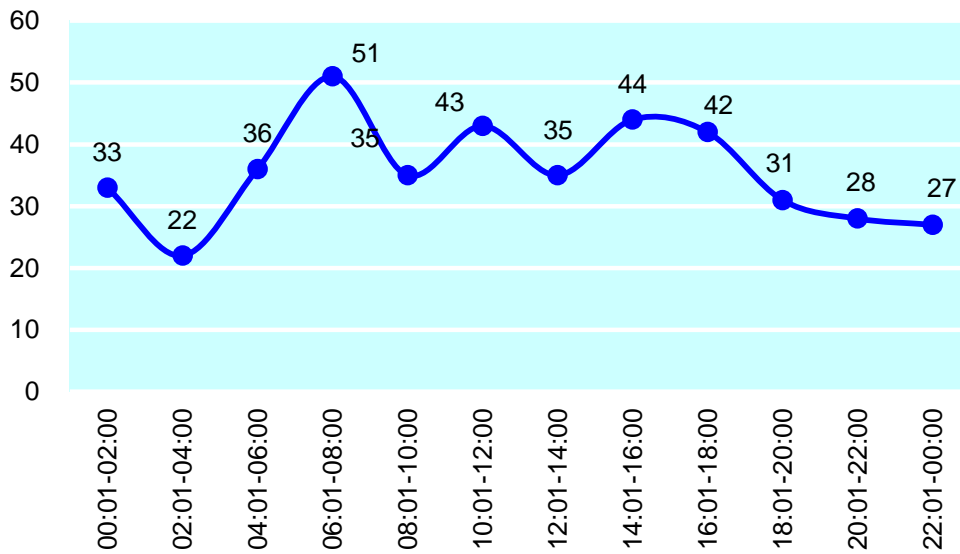


圖 4-1-11-1 醫院的院內不預期心跳停止事件發生時段(N=427, 不含未填 2 件)

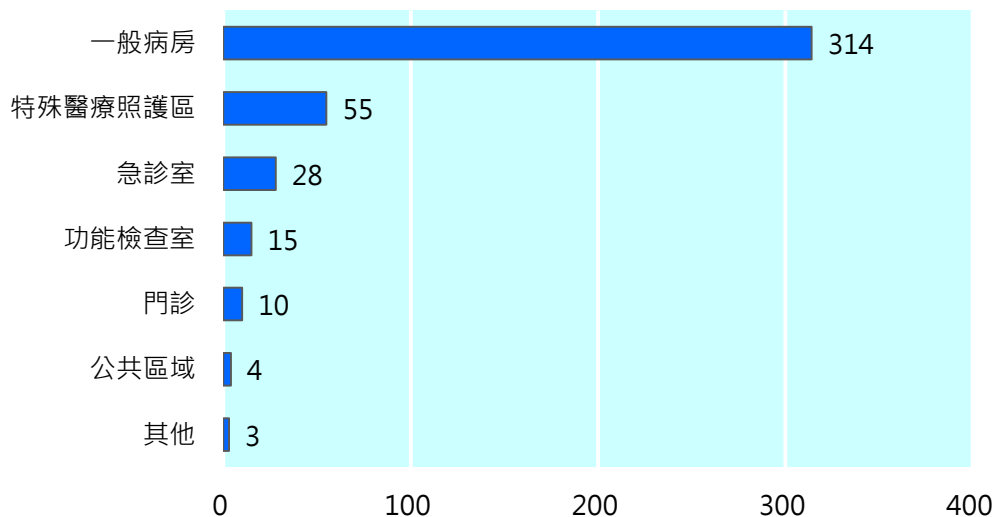


圖 4-1-11-2 醫院的院內不預期心跳停止事件發生地點(N=429, 本項單選)

病人以男性最多(54.3%),年齡層以 65 歲以上居首(57.6%), 19~64 歲者(31.9%)次之,如



圖 4-1-11-3。進一步分析就醫科別前二名為內科(54.5%)與外科(9.3%)。對病人健康影響程度，有 58.0%病人死亡，重度或極重度有 32.4%，輕度或中度 3.1%，無法判定佔 6.3%，如圖 4-1-11-4。

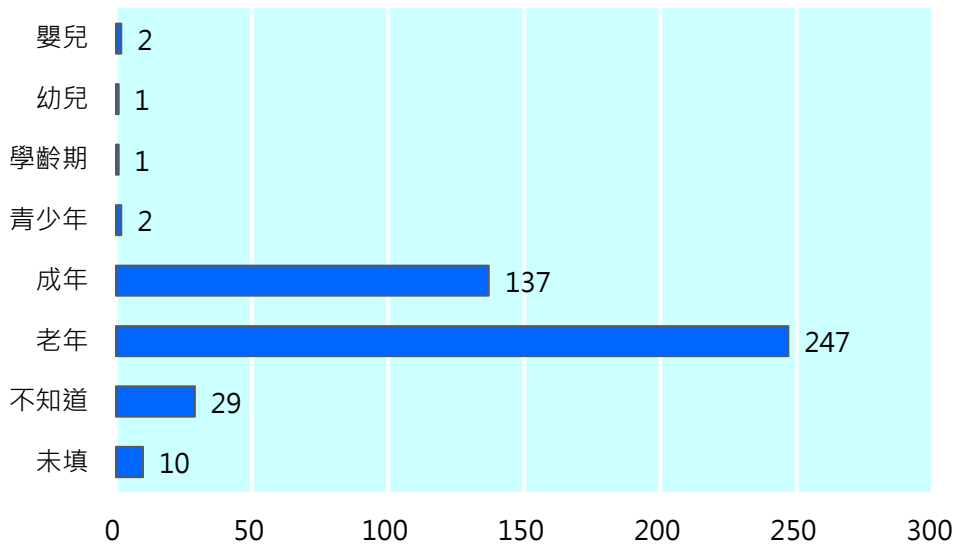


圖 4-1-11-3 醫院的院內不預期心跳停止事件病人年齡分布(N=429)

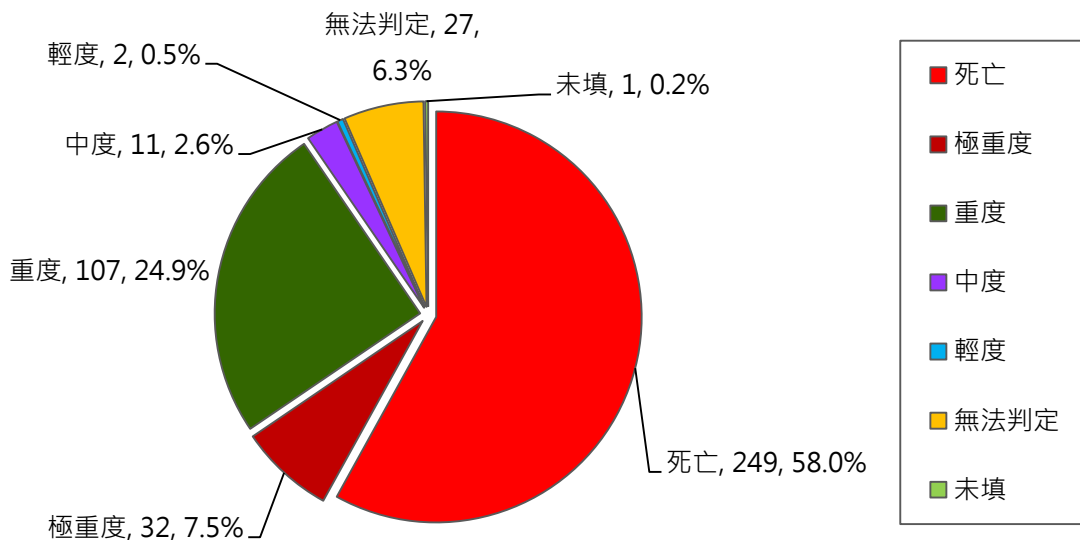


圖 4-1-11-4 醫院的院內不預期心跳停止事件對病人健康的影響程度(N=429)

病人原有慢性疾病及危險因子之前三名，依序為高血壓(47.4 件/百件)、心臟疾病(39.3 件/百件)及糖尿病(35.6 件/百件)，如圖 4-1-11-5。發生急救事故的直接原因以呼吸衰竭 (24.2 件/百件) 最多，致命性心律不整則次之 (22.6 件/百件)，如圖 4-1-11-6。

急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律以 Asystole(42.2%)居多，PEA(26.1%)次之，如圖 4-1-11-7。

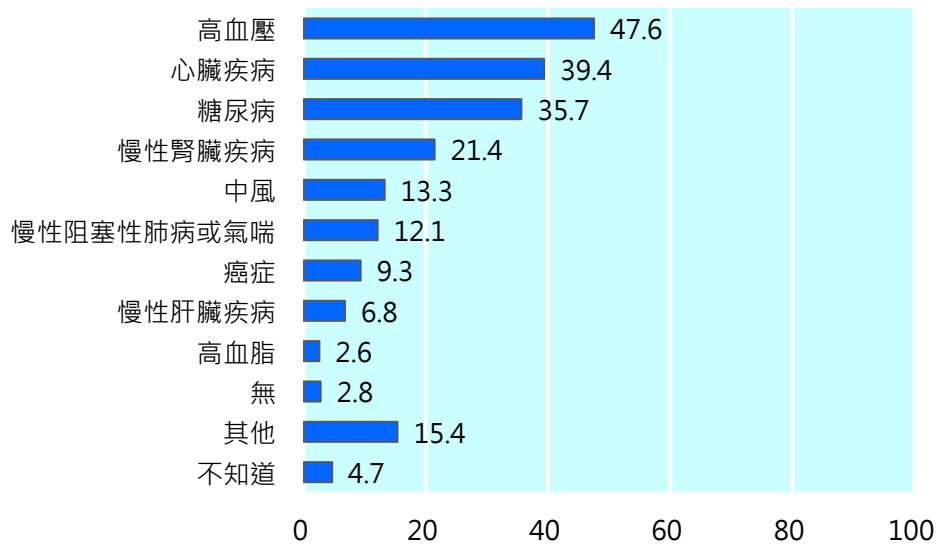


圖 4-1-11-5 醫院的院內不預期心跳停止事件病人原有之慢性疾病及危險因子 (N=429 · 本項複選)

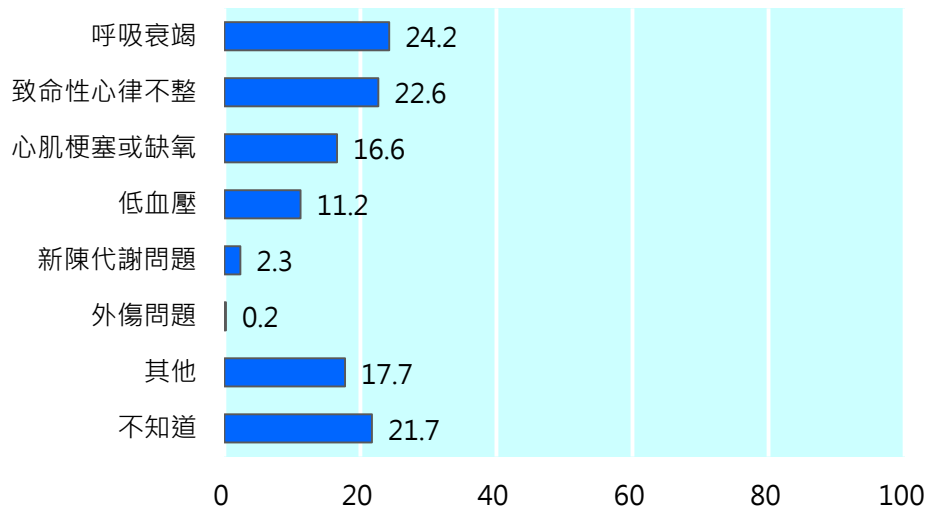


圖 4-1-11-6 醫院的院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因 (N=429 · 本項複選)

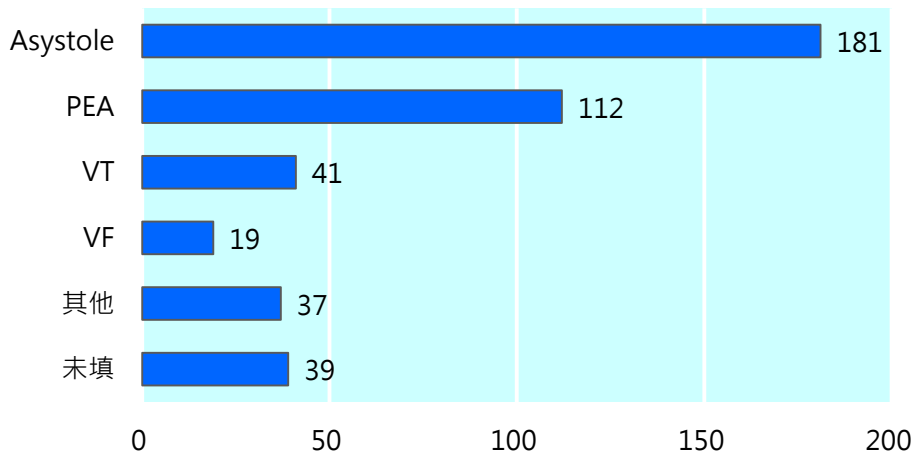


圖 4-1-11-7 醫院的院內不預期心跳停止事件急救開始時最先被紀錄到的心臟節(N=429)



將「發生急救事故的直接原因」、「急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律」分別與「對病人健康的影響程度」交叉分析，新陳代謝、心肌梗塞或缺氧、低血壓傷害程度重度以上佔 9 成以上，呼吸衰竭、致命性心律不整佔八成以上(87.6%~88.5%)，如圖 4-1-11-8。

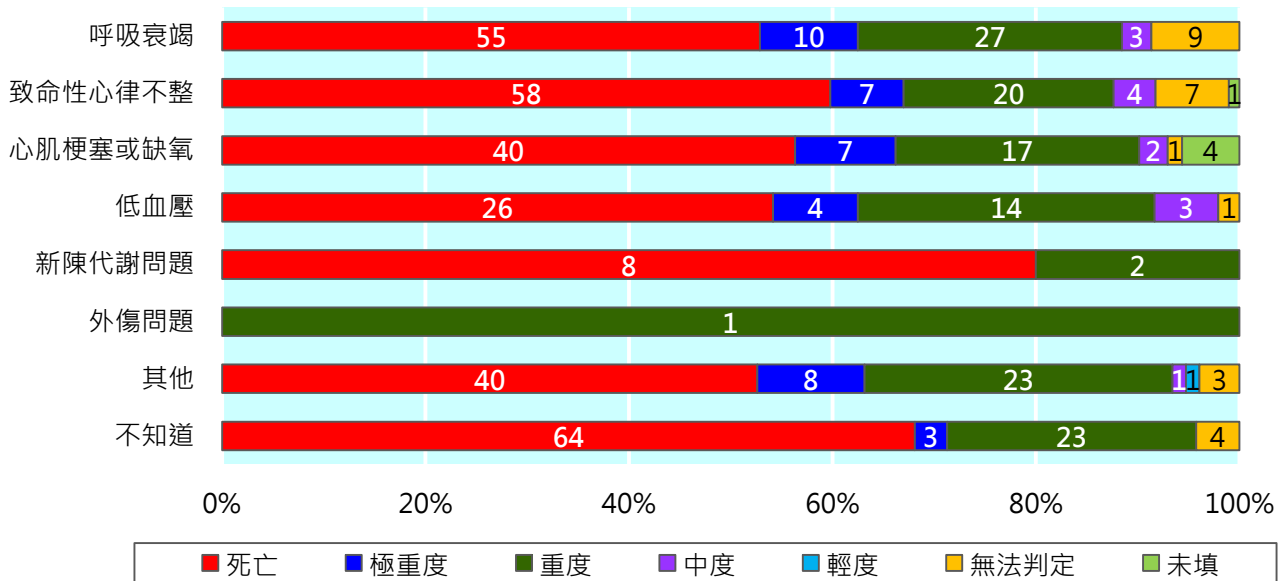


圖 4-1-11-8 醫院的院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因與對健康影響程度交叉分析(N=429，本項複選)

病人急救開始時最先被紀錄到的心臟節律為 Asystole 及 PEA 其導致重度以上傷患者分別佔 93.4%及 91.1%，如圖 4-1-11-9。而無恢復自發性循環者有 56.4%屬急救開始時最先被紀錄到 Asystole 的病人，恢復自發性循環者則有 81.1%為其他，73.7%為 VF，65.9%為 VT，如圖 4-1-11-10。另外進一步分析「其他」有 20 件的急救開始時最先被紀錄到的心律為心搏過緩，填「不知道」的有 17 件。

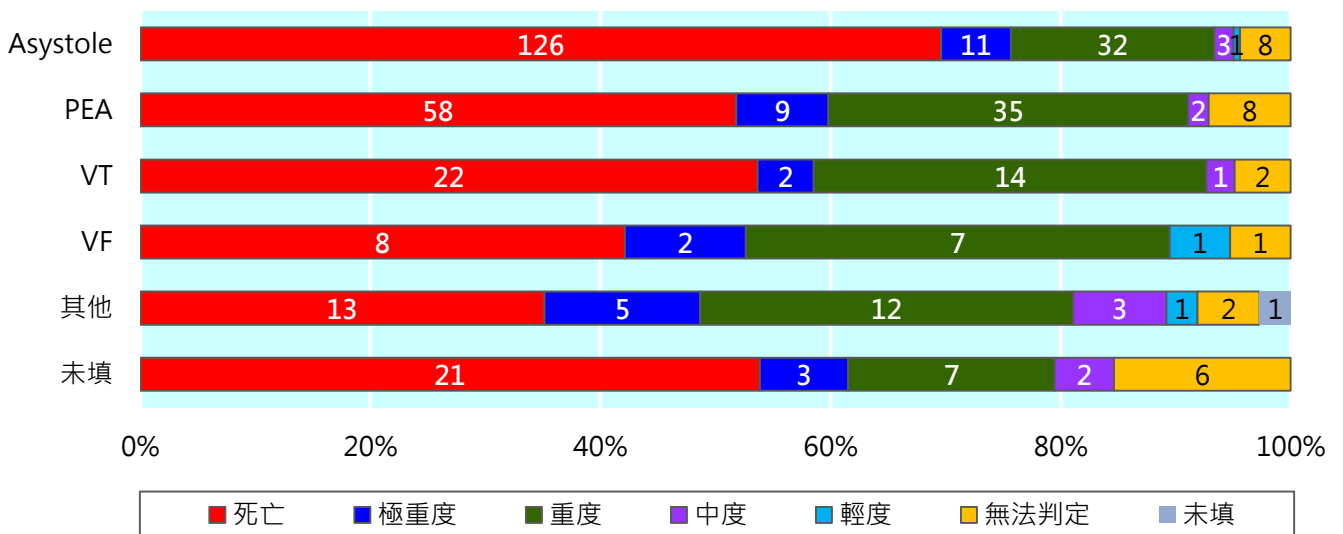


圖 4-1-11-9 醫院的院內不預期心跳停止事件急救開始時最先被紀錄到的心臟節律與對健康影響程度交叉分析(N=429)

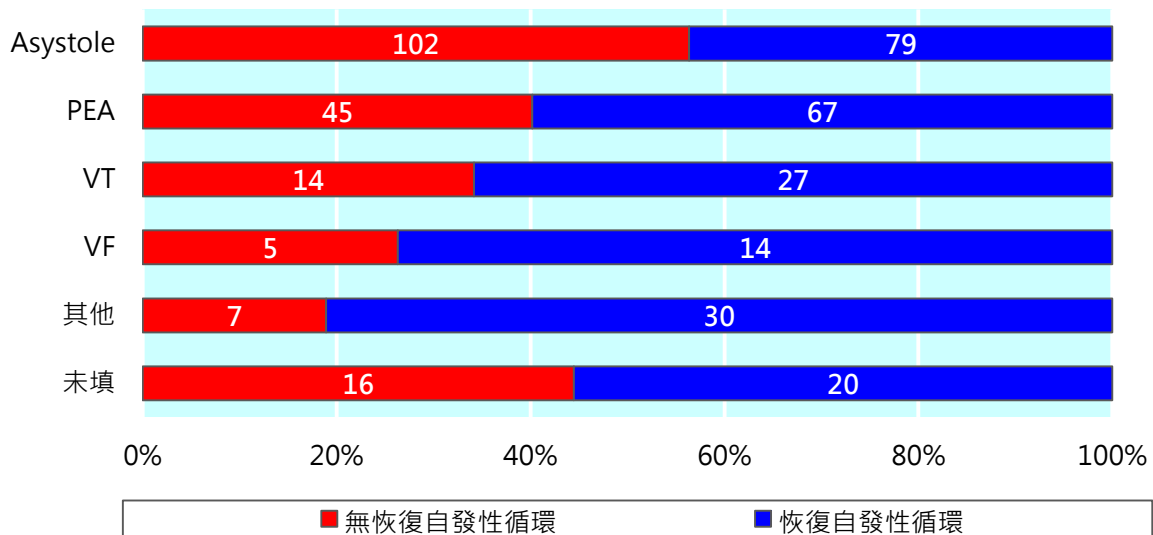


圖 4-1-11-10 醫院的院內不預期心跳停止事件急救時最先紀錄到的心臟節律與是否恢復自發性循環交叉分析(N=429)

不預期心跳停止事件發生可能原因，76.2 件/百件「與病人生理及行為(病人)因素相關」，今年填報「不知道」者(8.6 件/百件)超過「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」與「人員個人(人為)因素相關」(5.4 件/百件、4.9 件/百件)，如圖 4-1-11-11。

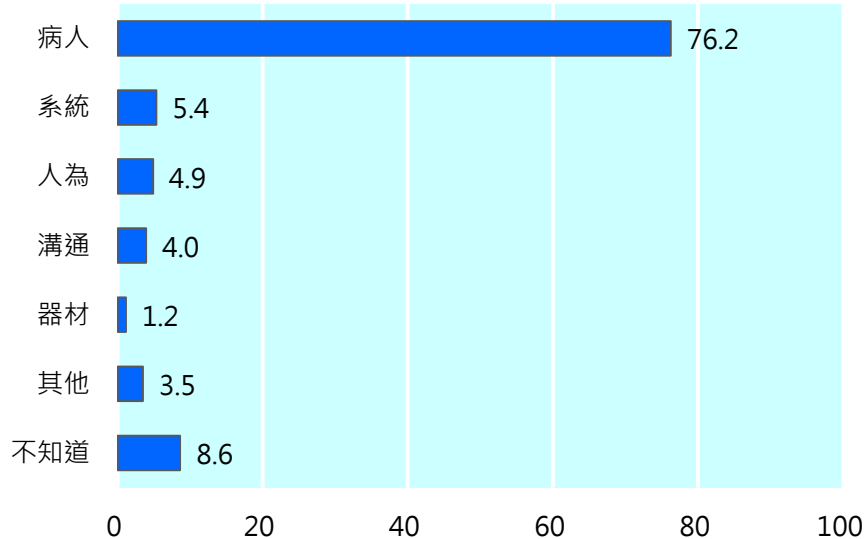


圖 4-1-11-11 醫院的院內不預期心跳停止事件發生可能原因 (N=429，本項複選)

事件 SAC 級數分析，SAC=1 者 268 件(62.5%)，SAC=2 者 109 件(25.4%)，SAC=3 與 4 分別為 15 件(3.5%)及 1 件(0.2%)。(表 4-1-0-5)



(十二) 醫院-麻醉事件

麻醉事件通報件數共計 27 件，就醫類別以住院病人最多(22 件)，其次為門診(4 件)。所在科別前三名為外科(7 件)、骨科(7 件)、婦產科(3 件)，如圖 4-1-12-1。事件發生後對病人健康影響程度，有傷患者佔 66.7%，無傷患者佔 33.3%，如圖 4-1-12-2。

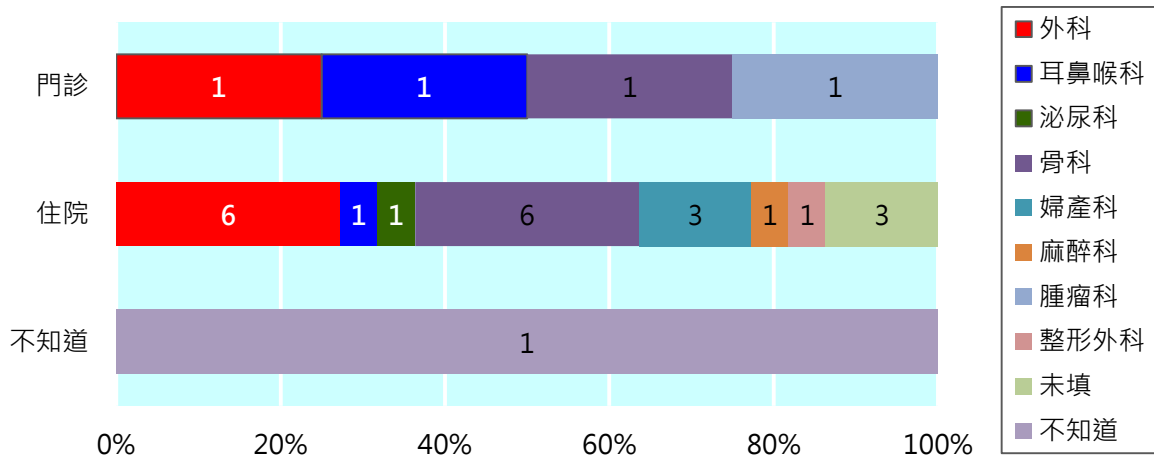


圖 4-1-12-1 醫院麻醉事件病人就醫科別 (N=27)

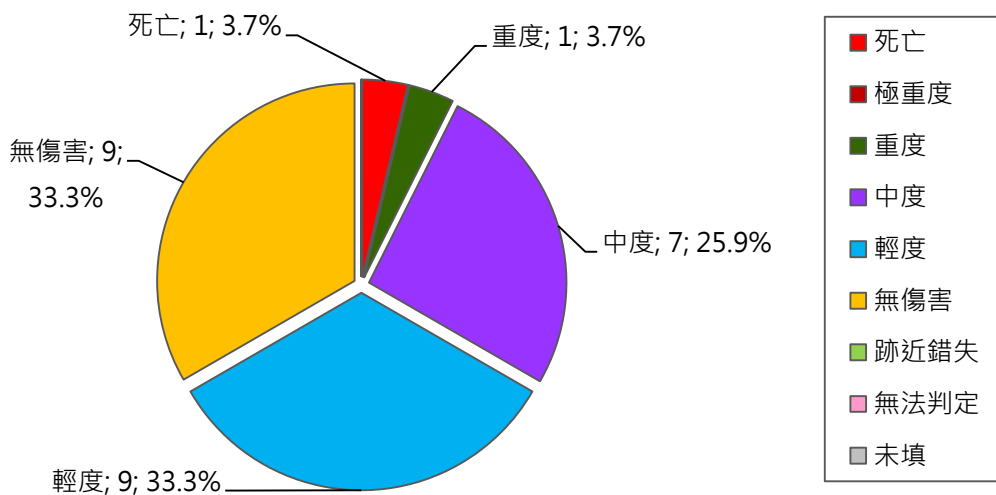


圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度 (N=27)

病人麻醉前的 ASA 生理狀態分級 P2 及 P3 各有 10 件，造成傷害的件數各佔 70%，P1 有 6 件，造成傷害的件數則佔 66.7%，如圖 4-1-12-3。手術類型除了 2 件勾選不知道，其餘 25 件皆為常規手術，常規手術中有傷害比率佔 68.0%。麻醉方式以「全身麻醉」15 件最多，其分別為氣管內管全身麻醉 10 件、喉頭罩(LMA)吸入全身麻醉 3 件及靜脈注射全身麻醉 2 件；



「區域麻醉」之「脊椎麻醉」則只有 1 件。將病人採取之麻醉方式與健康影響程度交叉分析，有傷害比率分別為氣管內管全身麻醉 70.0%、喉頭罩(LMA)吸入全身麻醉 66.7%、靜脈注射全身麻醉 50.0%，如圖 4-1-12-4。

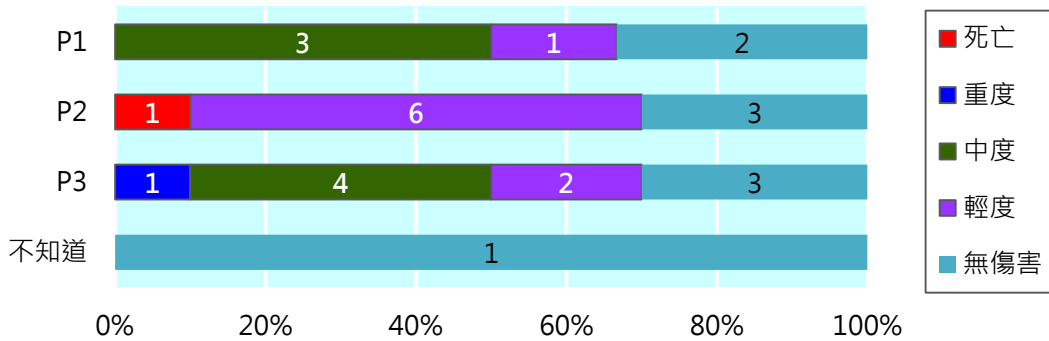


圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級與病人健康影響程度之交叉分析 (N=27)

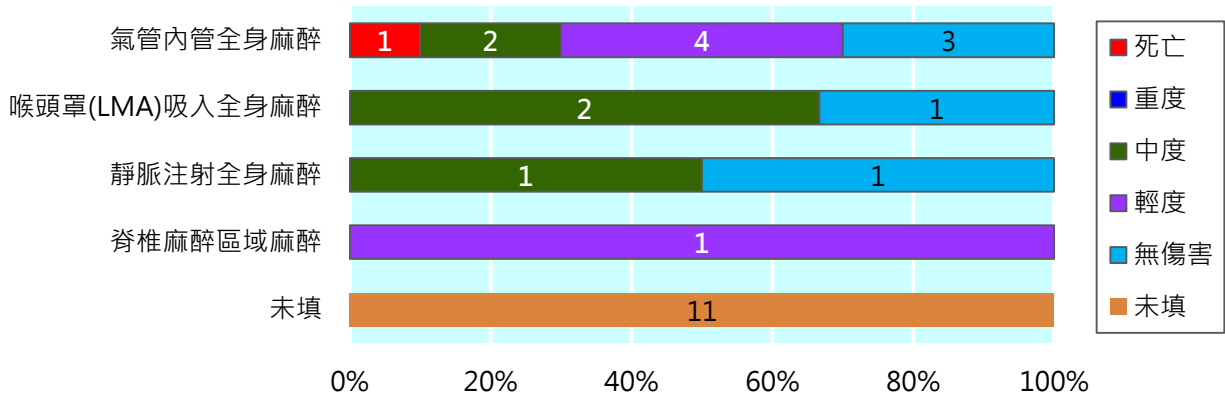


圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取麻醉方式與病人健康影響程度之交叉分析 (N=27)

事件發生期間，以「麻醉誘導期」佔 29.6%(8 件)最多，「麻醉恢復期」及「手術麻醉結束後 24 小時內」佔 25.9%(7 件)次之。將事件發生期間與對病人健康影響程度交叉分析，有傷害比例以「麻醉誘導期」最高(75%)，「麻醉恢復期」及「手術麻醉結束後 24 小時內」次之(71.4%)，如圖 4-1-12-5。

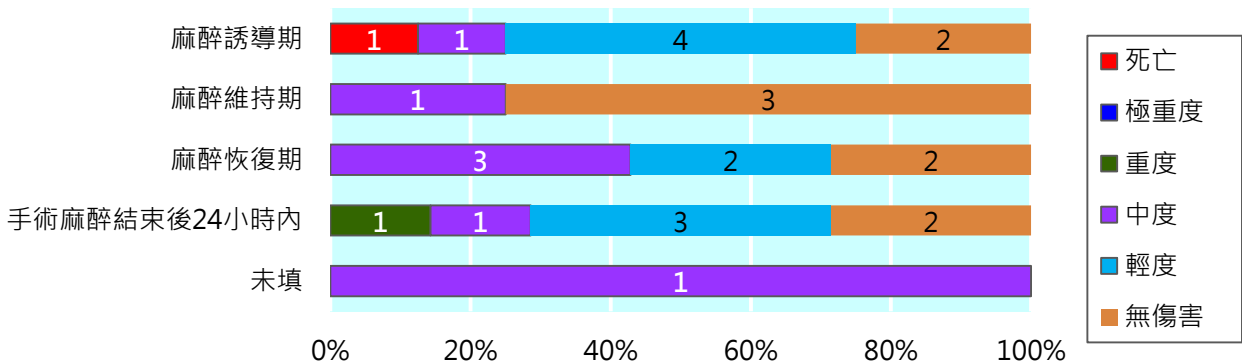


圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件發生期間與病人健康影響程度之交叉分析 (N=27)



事件發生類型，以「插管相關」10 件最多(37.0 件/百件)，「手術後不適當之通氣/給氧」3 件次之(11.1 件/百件)，至於勾選「其他」的 11 件(40.7 件/百件)案例裏，則包含：因麻醉插管導致病人牙齒掉落、麻醉誘導後距離下刀超過 1 小時、術中無麻醉醫師醫囑擅自給藥(Fentanyl)、術後病人角膜糜爛、術後麻醉止痛藥(PCA)給錯病人等事件，如圖 4-1-12-6。事件發生可能原因，以「與人員個人(人為)因素」最高(63.0 件/百件)，「與病人生理及行為(病人)因素」次之(48.1 件/百件)，「與工作狀態/流程設計(系統)因素相關」再次之(44.4 件/百件)，如圖 4-1-12-7。

麻醉事件 SAC 級數分析，在 27 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 為 1 件，SAC=2 者 1 件，SAC=3 者 6 件，最多者為 SAC=4 共 18 件，無法計算 SAC 者(影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 1 件，如表 4-1-0-5。

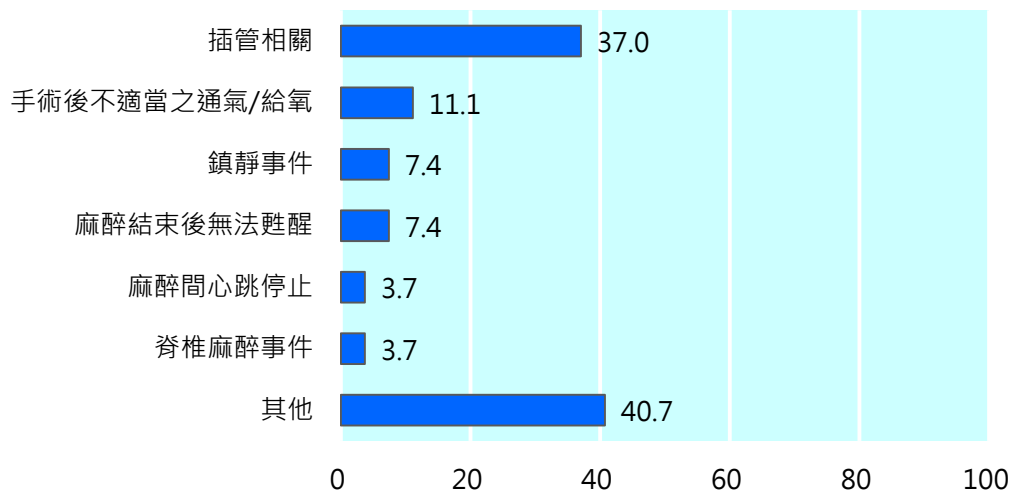


圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生類型(N=27，本項複選)

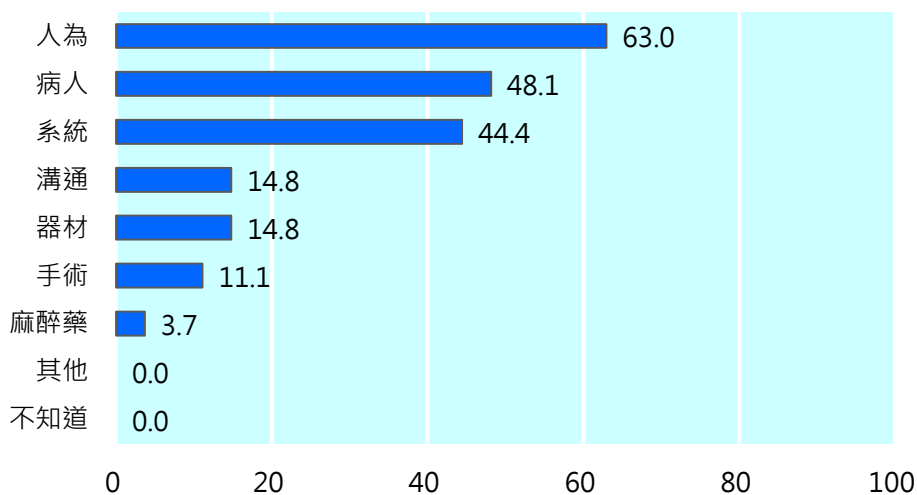


圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生可能原因相對次數百分比 (N=27，本項複選)



(十三) 醫院-其他事件

發生於醫院的其他事件共 887 件，以白班時段(08:01-16:00)57.5%佔多數，其次分別為小夜班(16:01-00:00)的 25.6%及大夜班的 11.2%，如圖 4-1-13-1。785 起受影響對象為病人/住民的事件中，傷害程度為無傷害及跡近錯失共佔 68.8%，有傷害事件佔 22.8%，無法判定及未填則佔 8.4%，在死亡及重度傷害中有因病人自推儀器撞傷、自行進食致哽塞、外傭執行翻身致病人骨折、被門夾傷致骨折等案例，建議加強對於病人吞嚥功能的評估及主要照護者(家屬或外傭)的教育以免相同的事件重複發生，如圖 4-1-13-2。

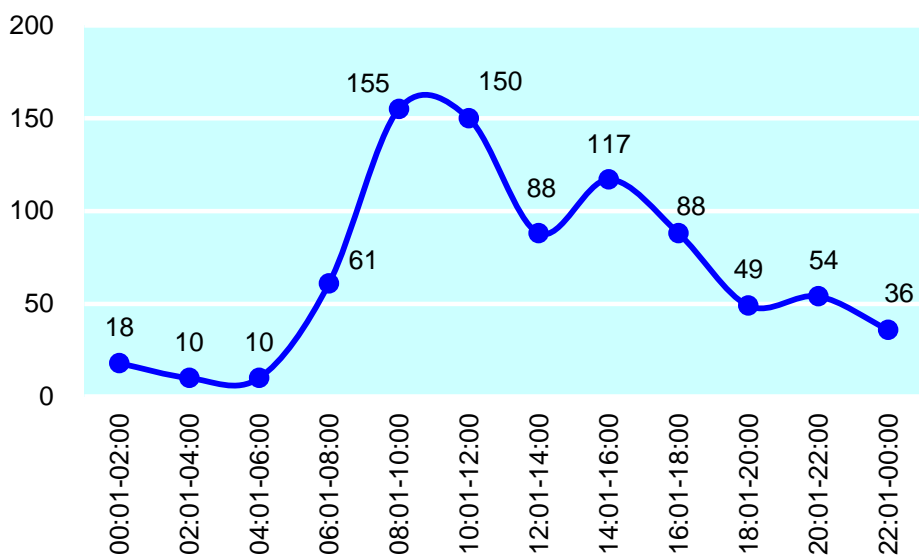


圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段 (N=836，不含未填 51 件)

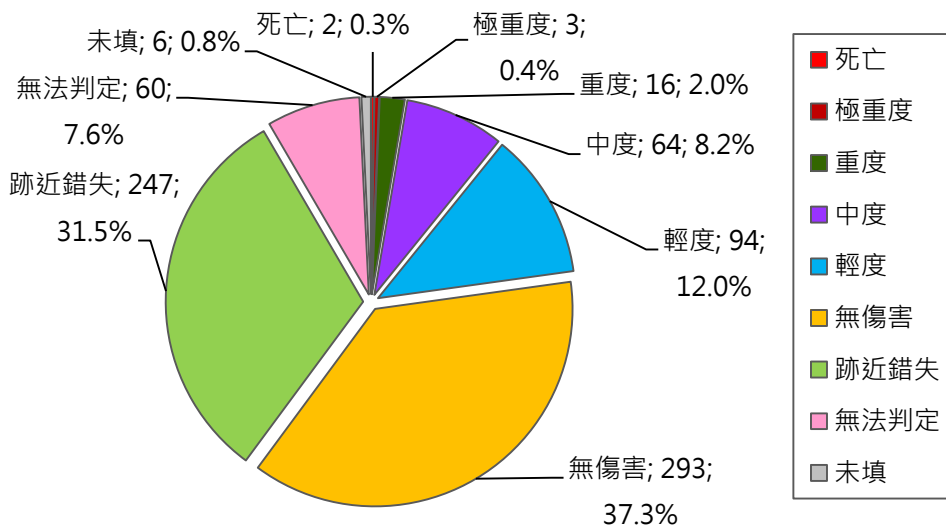


圖 4-1-13-2 醫院其他事件對病人/住民健康的影響程度(N=785)



事件發生地點以一般病房 36.0 件/百件居多，門診 16.1 件/百件、急診 14.9 件/百件及特殊醫療照護區 14.1 件/百件次之，如圖 4-1-13-3。受影響對象 785 件為病人/住民，員工 145 件，訪客家屬 79 件，如圖 4-1-13-4。依事件發生敘述內容可將其約略分類為病人辨識、非醫療照護過程之意外傷害、病歷管理、餐點、感控或環境衛生相關，如圖 4-1-13-5。

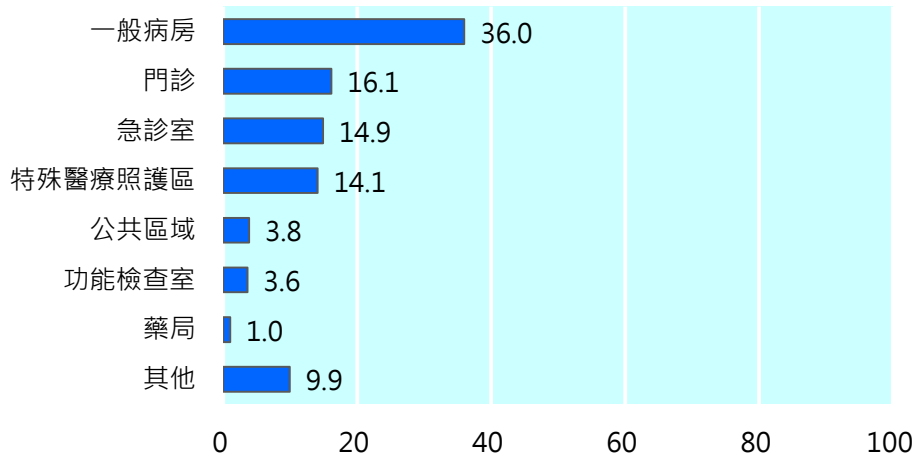


圖 4-1-13-3 醫院其他事件發生地點相對次數百分比(N=887；N 為事件數；此項目為複選)

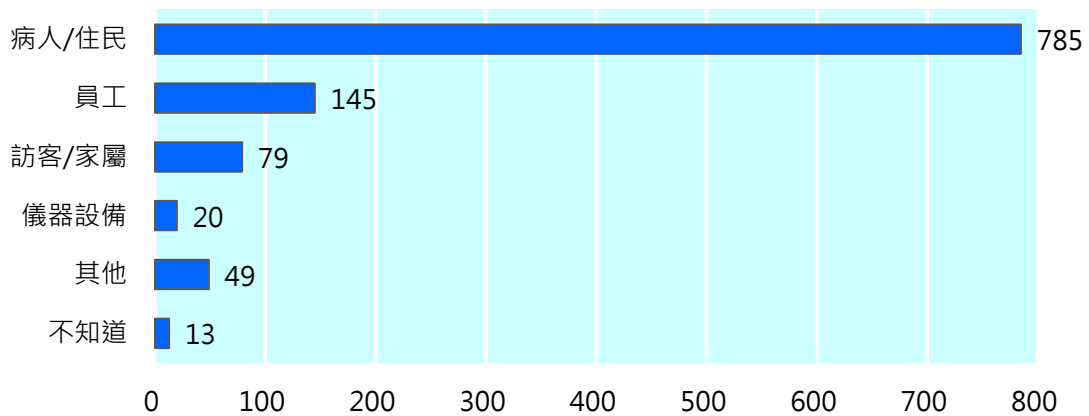


圖 4-1-13-4 醫院其他事件受影響對象(N=887；N 為事件數；此項目為複選)

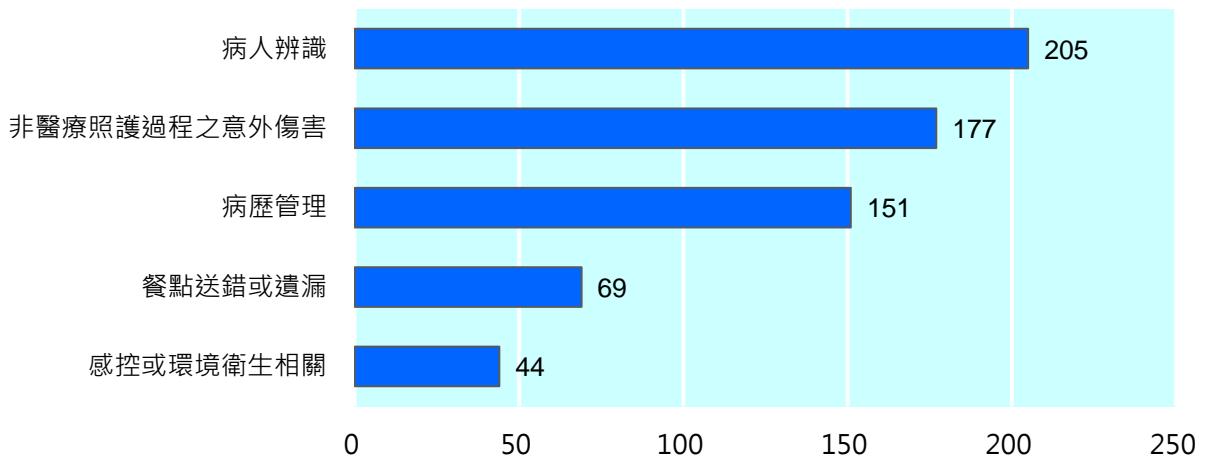


圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類(N=785)



與病人辨識有關的包含：冒用身分、床頭卡錯誤、未配戴手圈、文書作業單張給錯；與非醫療照護過程之意外傷害有關的包含：裝熱水燙傷、關門夾傷、自推儀器撞傷、流浪狗咬傷、虎頭蜂螫傷；與病歷管理有關的包含：病歷號重複建檔、傳遞錯誤、資訊傳輸太慢、病歷內有他人資料、病歷遺失；與餐點有關的事件包含：餐點送錯或遺漏(不含特殊飲食，如:糖尿病飲食)、餐盒內有異物(如玻璃、鐵絲)、奶瓶消毒不完全；與感控或環境衛生有關的包含：病室內發現跳蚤、蒼蠅、蛇出沒、醫護人員感染疥瘡、高度傳染力疾病之隔離、交班、通報、病室消毒等問題。

其他事件 SAC 級數分析，在 785 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 的事件 3 件，SAC=2 者 10 件，SAC=3 者 75 件，SAC=4 有 348 件，NA 值 (含跡近錯失、無法判定者) 有 307 件，無法計算 SAC 者 (影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 有 42 件，如表 4-1-0-5。



二、精神專科醫院

2013 年精神科醫院通報案例共 6,102 件，依事件類別來看，前三名依序為傷害事件 2,534 件(佔 41.5%)、跌倒事件 2,391 件(佔 39.2%)以及藥物事件 506 件(佔 8.3%)，圖 4-2-0-1。

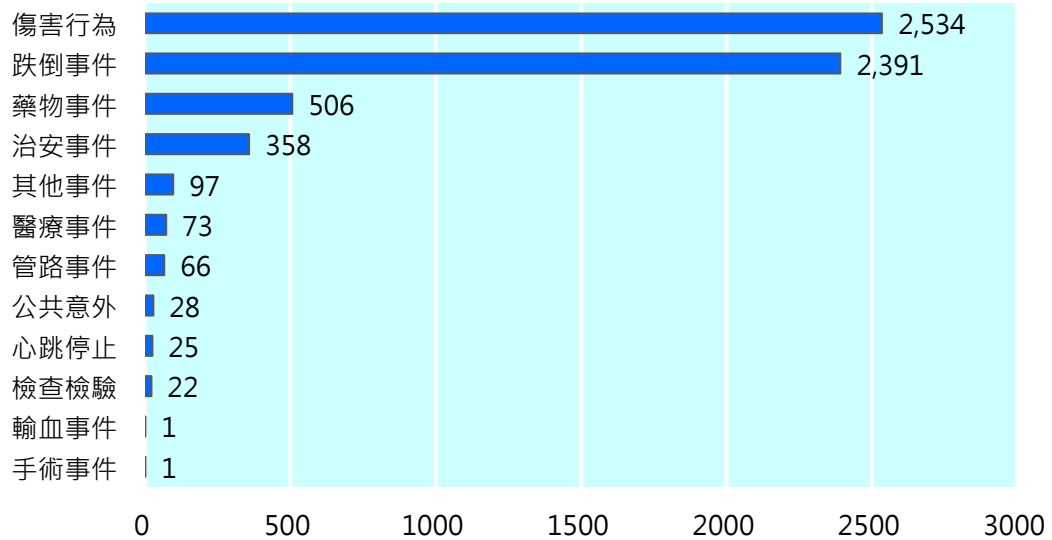


圖 4-2-0-1 精神科醫院通報各類事件數(N=6,102)

事件發生時段集中於白班(08:01-16:00)，佔 45.6%；其次是小夜班(16:01-00:00)，佔 36.0%。就各時段來看，有兩個高峰期分別為 16:01-18:00(782 件)與 10:01-12:00(766 件)，圖 4-2-0-2。進一步分析此高峰期以跌倒與傷害事件為主。

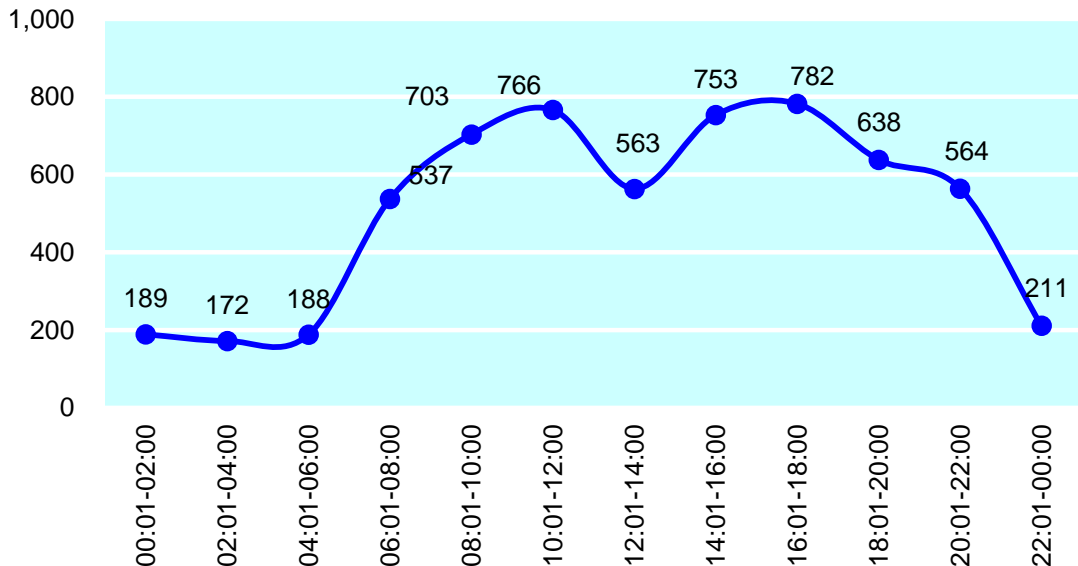


圖 4-2-0-2 精神科醫院通報事件發生時段分布(N=6,066，不含未填 36 件)

事件發生後對病人/住民健康的影響程度以無傷害最多有 2,920 件(49.9%)，有傷害為 2510 件(佔 42.9%)，發生重度以上有 125 件(2.2%)，圖 4-2-0-3。

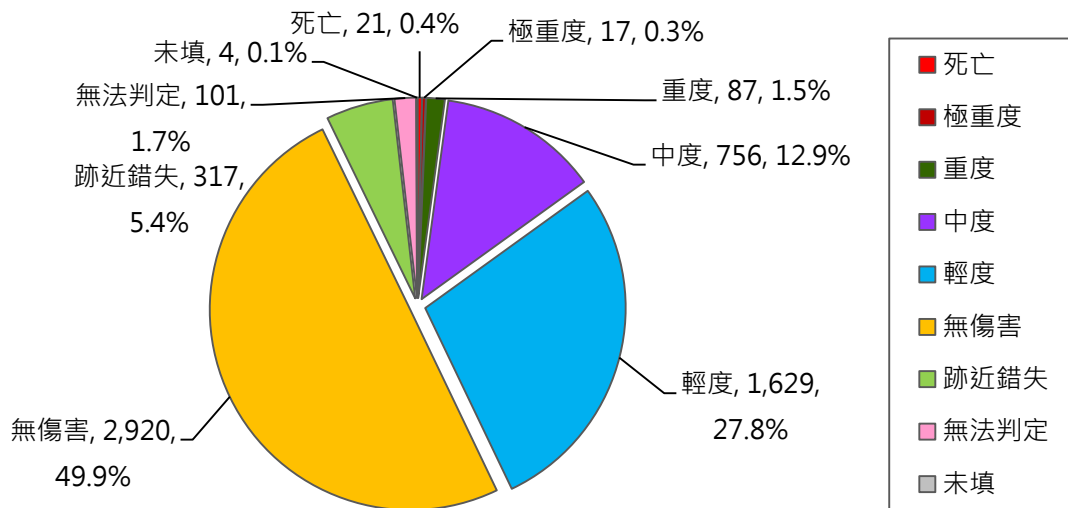


圖 4-2-0-3 精神科醫院事件發生後對病人健康的影響程度(N=5,852)

各類事件發生後對病人健康的影響程度，有傷害的事件計有 2,510 件，以跌倒事件最高，其次是傷害事件，表 4-2-0-1。

表 4-2-0-1 精神科醫院各類事件發生後對病人健康的影響程度(N=5,852)

影響程度	死亡		極重度		重度		中度		輕度		無傷害		跡近錯失		無法判定		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	0.2	24	0.4	180	3.1	262	4.5	27	0.5	0	0.0	504	8.6
跌倒事件	0	0.0	3	0.1	40	0.7	429	7.3	893	15.3	1002	17.1	1	0.0	21	0.4	0	0.0	2,389	40.8
手術事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
輸血事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
醫療事件	1	0.0	3	0.1	9	0.2	20	0.3	19	0.3	19	0.3	1	0.0	0	0.0	0	0.0	72	1.2
公共意外	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	3	0.1	6	0.1	3	0.1	2	0.0	0	0.0	15	0.3
治安事件	0	0.0	1	0.0	3	0.1	4	0.1	10	0.2	273	4.7	29	0.5	25	0.4	0	0.0	345	5.9
傷害行為	1	0.0	5	0.1	28	0.5	250	4.3	639	10.9	1373	23.5	4	0.1	18	0.3	4	0.1	2,322	39.7
管路事件	0	0.0	0	0.0	1	0.0	16	0.3	20	0.3	28	0.5	0	0.0	1	0.0	0	0.0	66	1.1
不預期心跳停止	19	0.3	2	0.0	3	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	0.4
檢查檢驗	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	0.1	5	0.1	7	0.1	3	0.1	0	0.0	22	0.4
其他事件	0	0.0	3	0.1	3	0.1	25	0.4	14	0.2	32	0.5	9	0.2	4	0.1	0	0.0	90	1.5
總計	21	0.4	17	0.3	87	1.5	756	12.9	1,629	27.8	2,920	49.9	317	5.4	101	1.7	4	0.1	5,852	100.0

通報者以護理人員為最多，佔 86.3%，其次為藥事人員，佔 1.8%，圖 4-2-0-4。年資方面，以工作 1-5 年為居首，佔 36.5%，其次為 6-10 年，佔 17.9%，圖 4-2-0-5。在現職機構年資通報者以 0-5 年，佔 56.3% 第一位，其次為 6-10 年，佔 16.0%，圖 4-2-0-6。

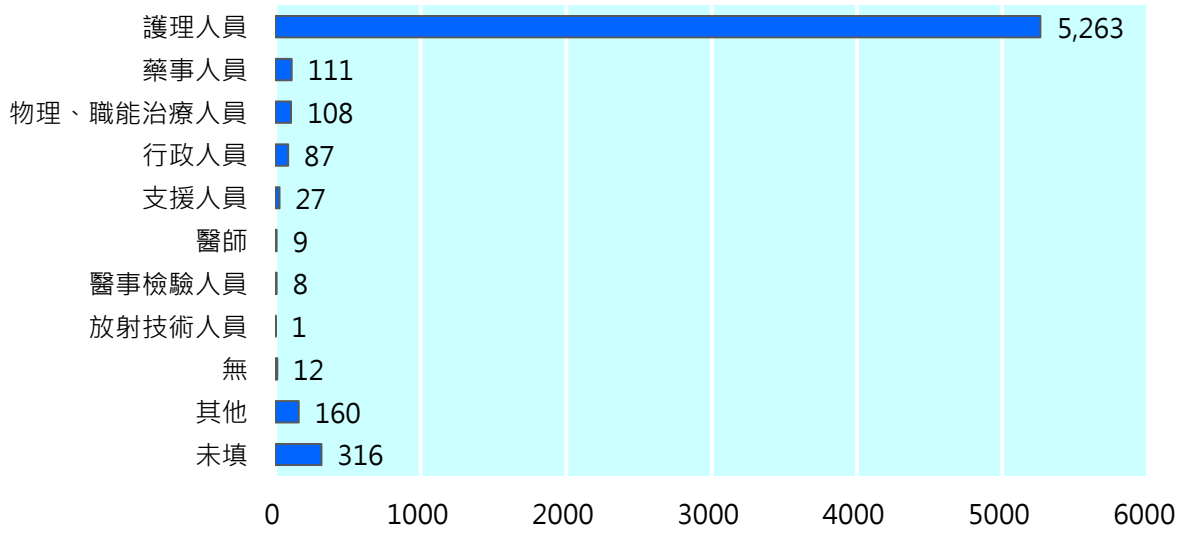


圖 4-2-0-4 精神科醫院通報者身分別 (N=6,102)

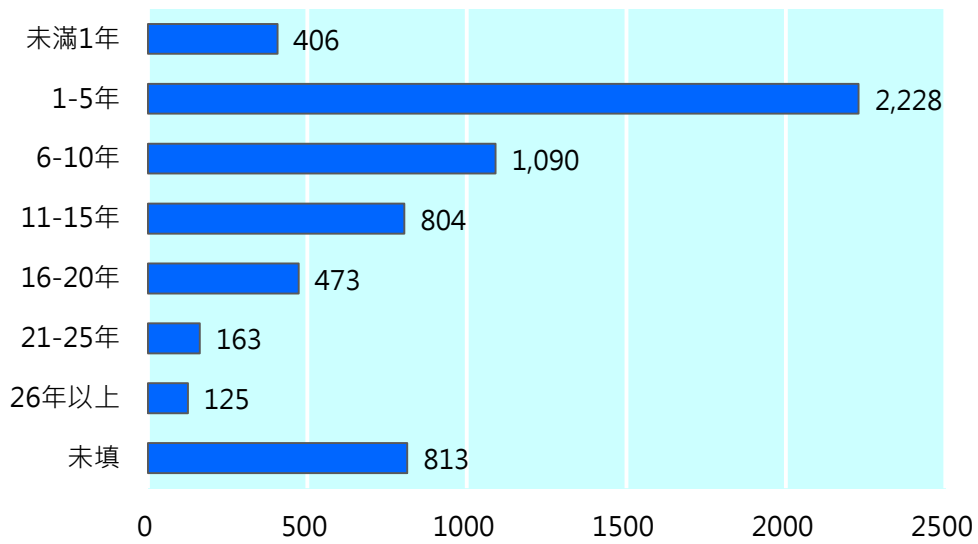


圖 4-2-0-5 精神科醫院通報者年資 (N=6,102)

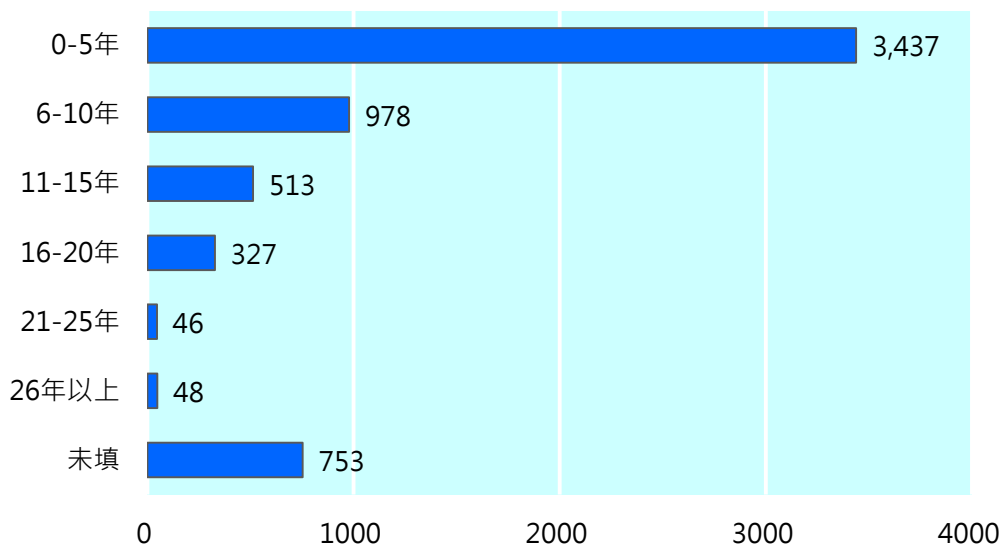


圖 4-2-0-6 精神科醫院通報者現職年資 (N=6,102)



事件類別與事件發生可能原因進一步分析，整體事件發生可能原因以「病人生理及行為因素相關(以下簡稱病人因素)」次數最多(4,169 件)，其次為「與溝通相關因素(以下簡稱溝通因素)」(813 件)，再其次為「與人員個人因素(以下簡稱人為因素)」(562 件)，如表 4-2-0-2。

表 4-2-0-2 精神科醫院各類事件可能原因統計 (N=5,647 · N 為事件數 · 本項複選，不包含治安事件及其他事件)

可能原因	病人	系統	人為	器材	溝通	環境	用藥	不知道	其他	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	16	216	409	47	21	-	-	1	9	0	506
跌倒事件	1777	22	65	92	-	459	317	23	99	2	2,391
手術事件	0	0	1	-	0	-	-	0	0	0	1
輸血事件	-	1	1	-	0	-	-	0	0	0	1
醫療照護	46	22	22	1	12	-	-	12	1	0	73
公共意外	-	-	-	18	-	6	-	3	3	0	28
傷害行為	2264	-	19	-	762	-	-	1	18	0	2,534
管路事件	49	18	26	-	18	-	-	2	1	0	66
不預期	17	1	0	0	0	-	-	6	1	1	25
心跳停止	0	17	19	1	0	0	-	0	0	0	22
檢查檢驗	0	17	19	1	0	0	-	0	0	0	22
總計	4,169	297	562	159	813	465	317	48	132	3	5,647

預防事件再發生的措施或方法，整體而言通報者認為預防措施或方法以「加強教育訓練」最高(73.2 件/百件)，其次依序為加強溝通方式 (24.1 件/百件)、改變醫療照護方式 (13.8 件/百件) 以及改變行政管理 (7.3 件/百件)，如表 4-2-0-3。

表 4-2-0-3 精神科醫院各類事件預防方法統計 (N=6,102 · N 為事件數 · 本項複選)

預防方法	加強教育訓練	改變醫療照護方式	改變行政管理	加強溝通方式	不知道	其他	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	393	143	90	72	11	14	506
跌倒事件	1,909	305	137	429	58	66	2,391
手術事件	0	0	1	0	0	0	1
輸血事件	1	0	0	0	0	0	1
醫療照護	59	13	7	14	2	3	73
公共意外	2	0	16	2	3	5	28
治安事件	252	49	32	84	2	10	358
傷害行為	1,720	288	133	822	147	70	2,534
管路事件	51	25	2	23	0	2	66
不預期	14	6	5	4	2	1	25
心跳停止	16	3	4	4	0	0	22
檢查檢驗	16	3	4	4	0	0	22
其他事件	50	9	21	14	5	11	97
總計	4,467	841	448	1,468	230	182	6,102



精神科醫院 SAC 級數分析，發現各事件類別 SAC=1 者共有 25 件，其中院內不預期心跳停止事件數最高，有 18 件(佔 72.0%)，其次為醫療事件有 3 件(佔 12.0%)；SAC=2 者共有 65 件，最多者為跌倒事件，有 29 件(佔 44.6%)，其次為傷害行為事件，有 21 件(佔 32.3%)；另通報資料之影響程度為跡近錯失、無法判定、事件再發生的機會為不知道及未填致無法計算 SAC 者共有 606 件，如表 4-2-0-4。對於 SAC=1、SAC=2 等嚴重程度較高事件建議以根本原因分析(RCA)手法找出問題點，加以改善。

表 4-2-0-4 精神科醫院各類事件 SAC 分布

事件類別	SAC				
	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	無法計算
藥物事件	0	0	7	194	14
跌倒事件	2	29	642	1,383	311
手術事件	0	0	0	1	0
輸血事件	0	0	0	0	0
醫療事件	3	6	20	31	11
公共意外	0	0	1	8	1
治安事件	0	3	5	279	4
傷害行為	2	21	401	1,635	241
管路事件	0	1	23	31	10
不預期心跳停止	18	2	1	1	3
麻醉事件	0	0	0	0	0
檢查檢驗	0	0	0	11	1
其他事件	0	3	20	44	10
總計	25	65	1,120	3,618	606



(一)精神專科—傷害行為事件

2013 年發生於精神科醫院的傷害行為事件有 2,534 件，對病人造成影響的傷害事件有 2,322 件。趨勢圖分析發生時段在 08:01-12:00 及 14:01~20:00 的時段為發生高峰，如圖 4-2-1-1。發生地點多發生在一般病房(93.1 件/百件)，如圖 4-2-1-2。傷害事件類型以身體攻擊(76.5 件/百件)最多，其次是自傷(13.9 件/百件)，如圖 4-2-1-3。對病人健康影響程度以無傷害居多(59.1%)，有造成傷害的事件則以輕度傷害較多(27.5%)，其次為中度傷害 (10.8%)，如圖 4-2-1-4。

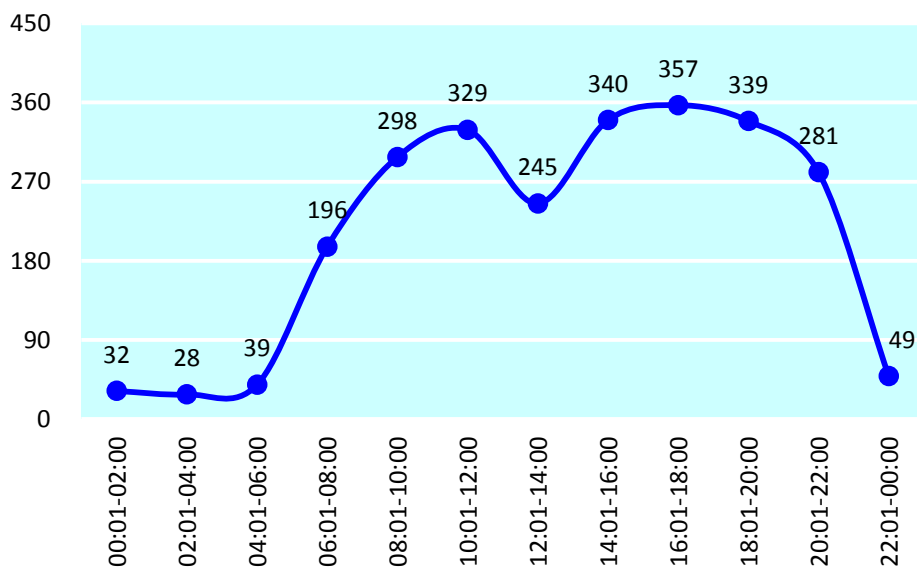


圖 4-2-1-1 精神科醫院傷害事件發生時段分布(N=2,533，不含未填 1 件)

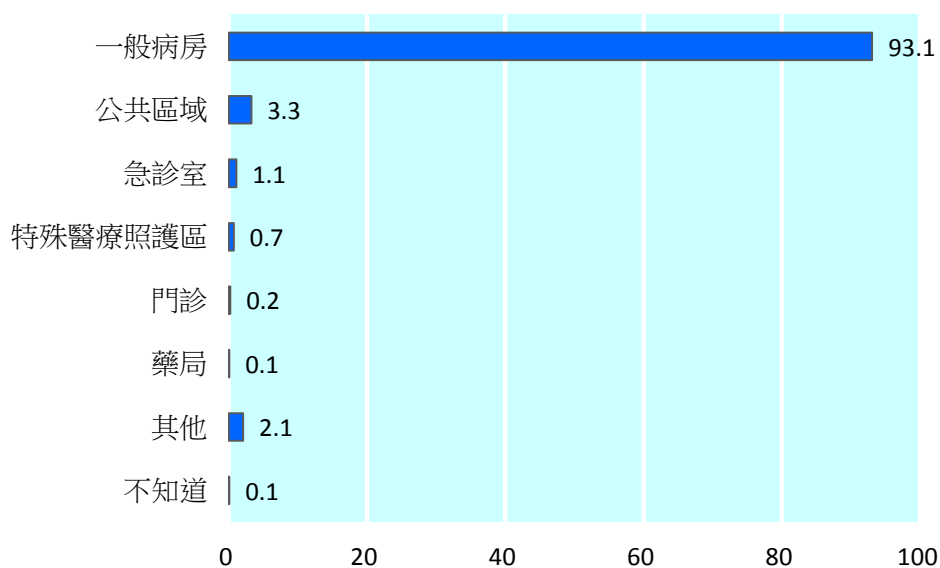


圖 4-2-1-2 精神科醫院傷害事件發生地點(N=2,534，本項為複選)

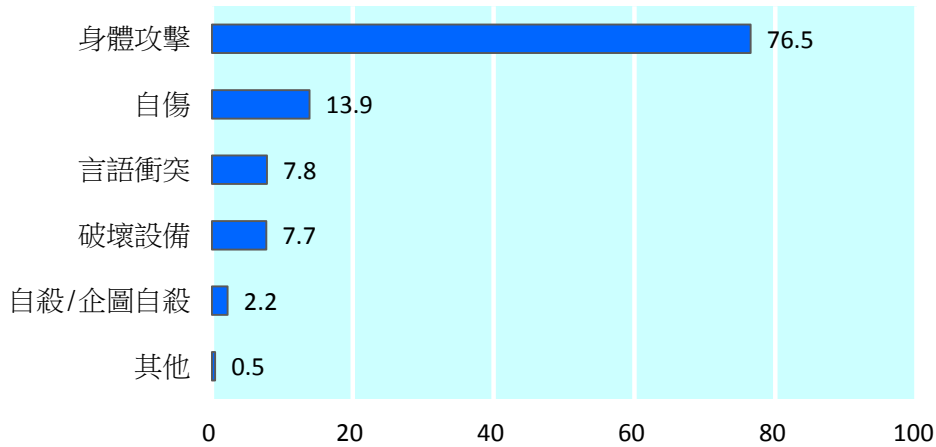


圖 4-2-1-3 精神科醫院傷害事件類型(N=2,534;N 為事件數，此項目為複選)

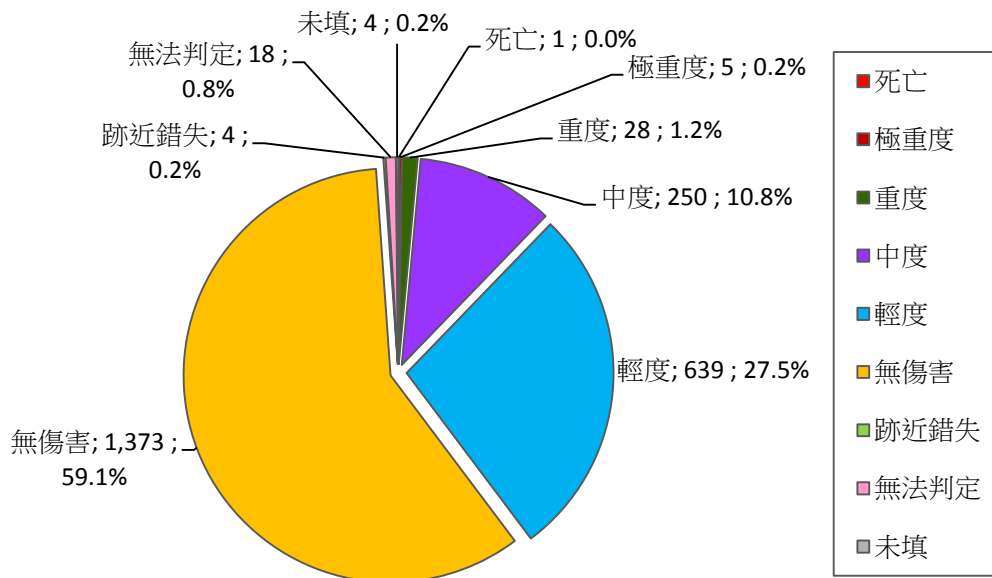


圖 4-2-1-4 精神科醫院傷害事件對病人/住民健康的影響程度(N=2,322)

進一步分析傷害類型與對病人健康的影響，自殺/企圖自殺有較高的受傷率(傷害程度為輕度以上，佔 70.2%)，其次依序為自傷行為及身體攻擊。針對病人健康影響程度為極重度以上的案例分析，有 1 件死亡案例發生於精神科門診就診後等待領藥時，於院內跳樓自殺不治身亡，以及傷害嚴重度為極重度有 5 件案例，其中 3 件為病人/住民自傷所造成的傷害，另 2 件為病人/住民相互攻擊導致的傷害事件，如圖 4-2-1-5。

探討導致傷害行為事件發生的可能原因，主要多與病人生理及行為(病人)因素相關(89.3 件/百件)，以及與溝通相關因素(30.1 件/百件)，如圖 4-2-1-6。

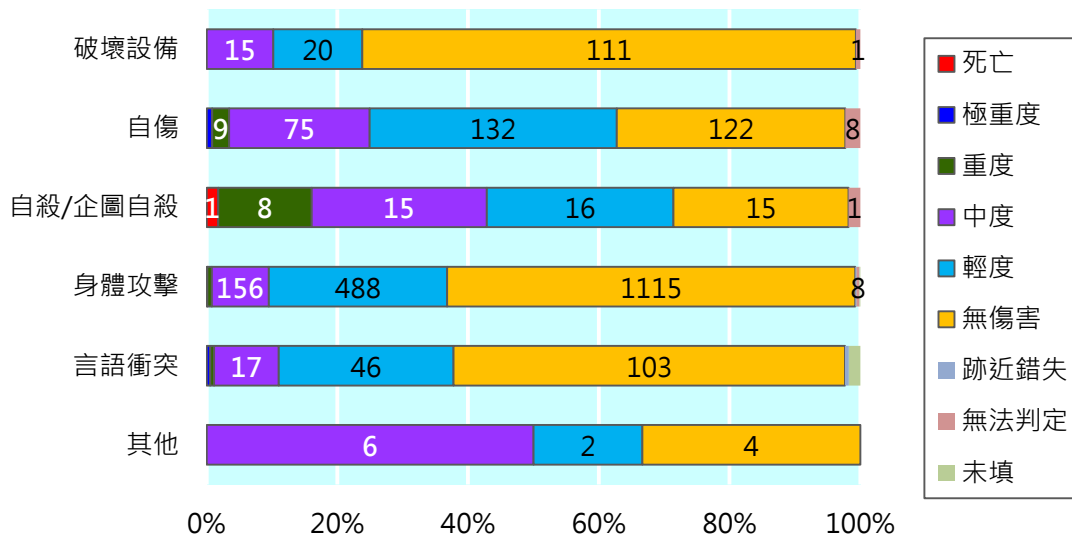


圖 4-2-1-5 精神科醫院傷害事件類型對病人健康影響程度交叉分析(N=2,322)

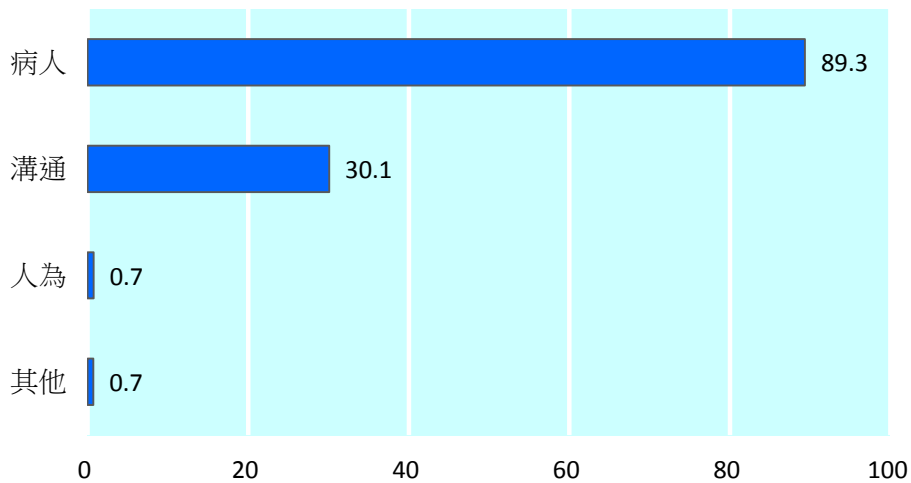


圖 4-2-1-6 精神科醫院傷害事件發生可能原因相對次數百分比 (N=2,534 · 本項為複選)

醫院傷害行為事件 SAC 級數分析，SAC=1 者為 2 件(0.1%)，SAC=2 者為 21 件(0.9%)，SAC=3 者 401 件(17.4%)，SAC=4 者為 1,635 件(71.1%)。尚有 10.5% 的事件因病人受影響影響程度而未計算 SAC。(表 4-2-0-4)



(二)精神專科—跌倒事件

2013 年精神科醫院跌倒事件共 2,391 件，而事件發生後受影響對象為病人/住民者有 2,389 件，以下僅以受影響對象為病人/住民者進行資料分析。

精神科醫院發生跌倒時段集中於 06：01～12：00（共 797 件，佔 33.4%），其中以 06：01～08：00（共 275 件，佔 11.5%）最多，以三班制來看，集中發生於白班時段（圖 4-2-2-1）。跌倒發生地點主要為一般病房（含病房走廊、浴室等病房涵蓋之區域），即每百件於精神專科醫院的跌倒通報事件有 91.3 件發生於一般病房。

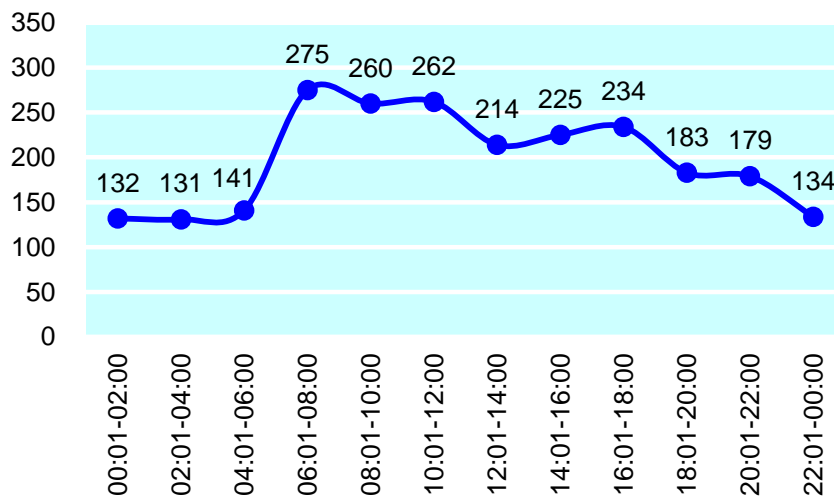


圖 4-2-2-1 精神科醫院病人跌倒事件發生時段分布
(N=2,370；N 為病人數；不含未填 19 件)

跌倒之病人/住民年齡以 19-64 歲成年人為多（佔 81.0%），性別以男性為主，男性佔所有跌倒病人/住民的 51.2%（表 4-2-2-1）。跌倒事件發生後對病人/住民健康影響程度以無傷害為多（1,002 件，佔 41.9%），其次為輕度傷害（893 件，37.4%），嚴重度為重度以上的案件有 43 件（佔 1.8%）（圖 4-2-2-2）。

表 4-2-2-1 精神科醫院跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析（N=2,389）（標記*者為該年齡層中比例最高者；標記底線者為該性別中件數最多者）

性別	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4-12 歲	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
13-18 歲	8	0.3*	2	0.1	0	0.0	0	0.0	10	0.4
19-64 歲	<u>996</u>	41.7*	<u>927</u>	38.8	9	0.4	4	0.2	1,936	81.0
65 歲以上	200	8.4*	160	6.7	0	0.0	0	0.0	360	15.1
不知道	8	0.3	12	0.5*	4	0.2	0	0.0	24	1.0
未填	11	0.5	9	0.4	0	0.0	38	1.6*	58	2.4
總計	1,224	51.2	1,110	46.5	13	0.5	42	1.8	2,389	100.0

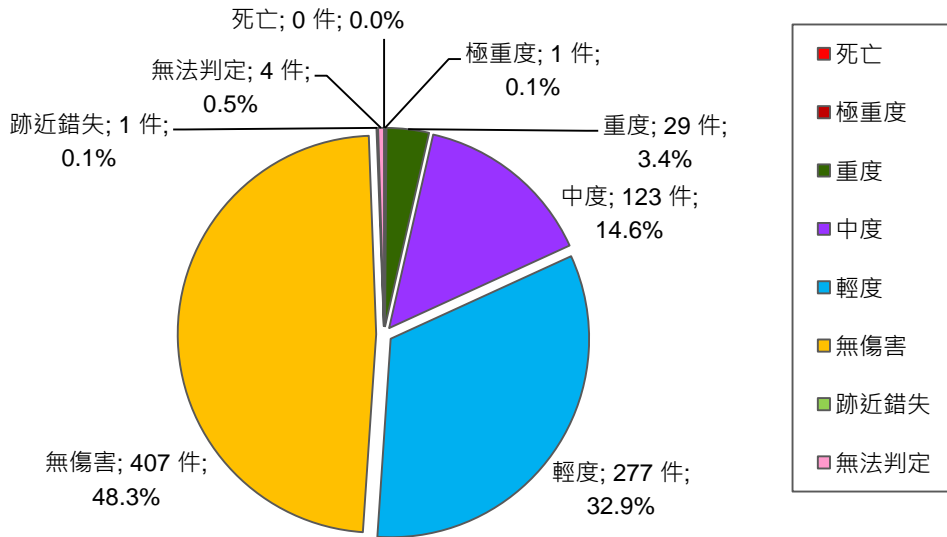


圖 4-2-2-2 精神科醫院跌倒事件度病人健康的影響程度 (N=2,389)

以跌倒次數分析，有 48.1% 的跌倒個案最近一年跌倒次數超過一次以上 (1,148 件)，36.5% 的個案最近一年沒有跌倒紀錄 (871 件)；跌倒對象於事件發生前，有 49% 的個案被評估為高危險群者 (1,171 件)；而評估為高危險群且最近一年跌倒超過一次以上的案例有 865 件，佔高危險族群病人的 73.9% (圖 4-2-2-3)。因此，仍宜針對跌倒高危險群，尤其是過去一年曾有跌倒紀錄之病人加強跌倒防護與相關衛教，以降低發生跌倒事件。

精神科醫院跌倒事件多發生於行進時 (1,074 件，佔 45.0%)，其次為進出洗手間時 (313 件，佔 13.1%)，再其次為上下床移位時 (283 件，佔 11.8%) (圖 4-2-2-4)。

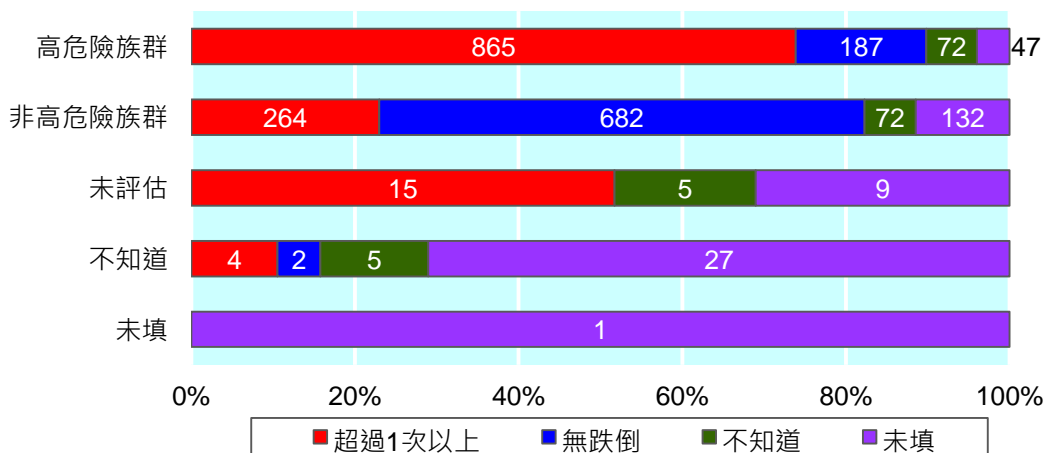


圖 4-2-2-3 精神科醫院跌倒對象是否為高危險群與最近一年跌倒次數 (N=2,389)

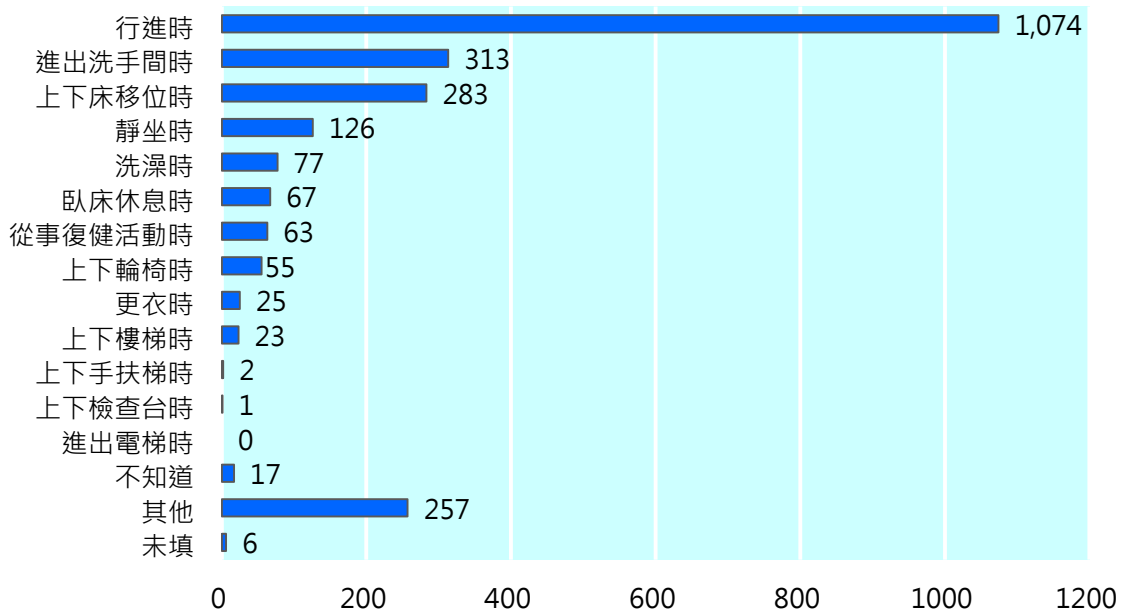


圖 4-2-2-4 精神科醫院病人跌倒事件發生時從事何項活動過程 (N=2,389)

分析事件發生可能原因，以「與病人生理及行為因素相關(病人)」為主(74.3 件/百件)，其次為「與環境因素相關(環境)」(19.2 件/百件)，再其次為「與使用藥物相關(藥物)」(佔13.3 件/百件)(圖 4-2-2-5)。發生可能原因為病人因素之細項目分析，以步態不穩(53.7 件/百件)較多；環境因素部分則以地面濕滑(55.8 件/百件)較多；藥物相關因素部分，使用之藥物種類以鎮靜安眠藥為最多(79.8 件/百件)(圖 4-2-2-6 ~ 4-2-2-8)。

精神科專科醫院跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 2 件(佔 0.1%)，SAC=2 者有 29 件(佔 1.2%)，SAC=3 者有 642 件(佔 26.9%)，SAC=4 者有 1,383 件(佔 57.9%)，未計算 SAC 者(影響程度為跡近錯失、無法判定、未填；事件再發生的機會為不知道、未填者)有 333 件(佔 13.9%)。(表 4-1-0-5)

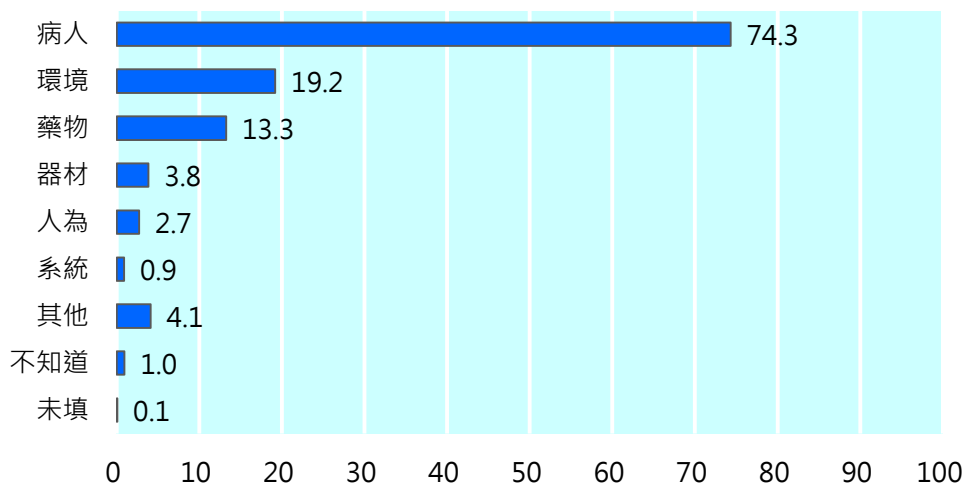


圖 4-2-2-5 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比 (N=2,391 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

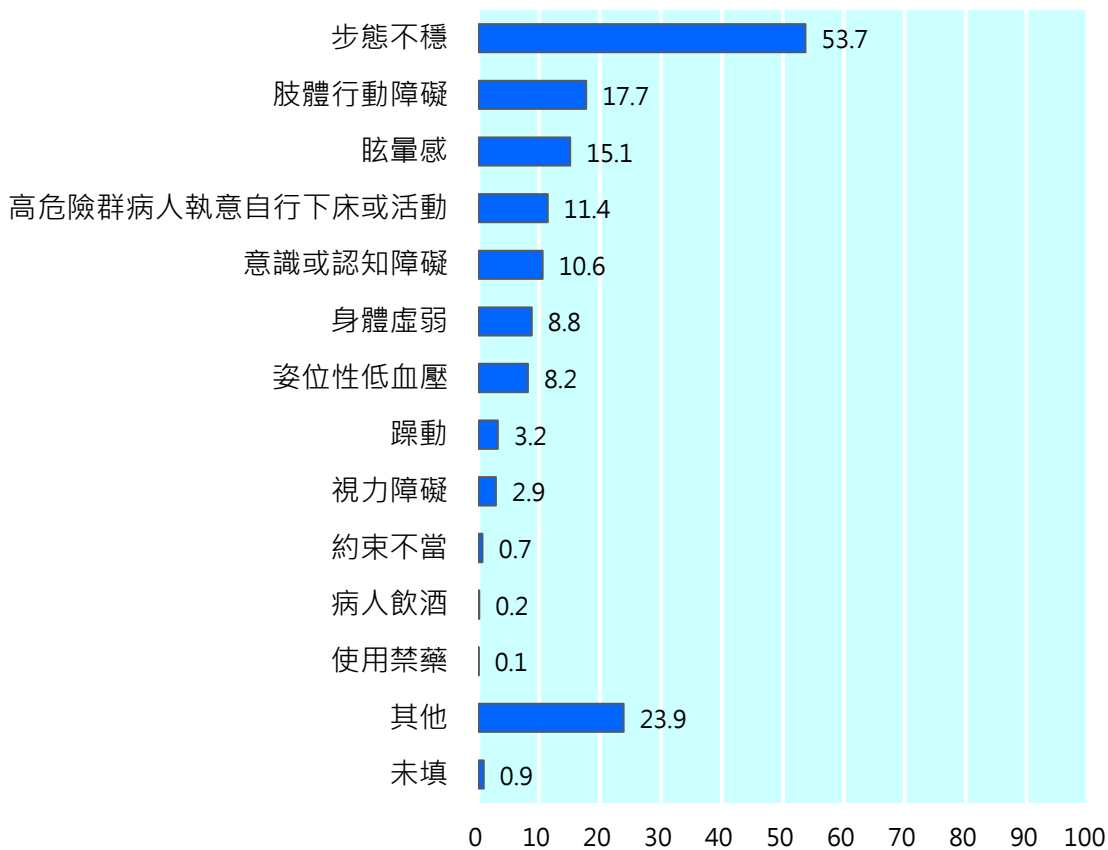


圖 4-2-2-6 精神科醫院病人跌倒事件可能原因為病人因素之項目明細
(N=1,777 ; N 為病人因素事件數 ; 此項目為複選)

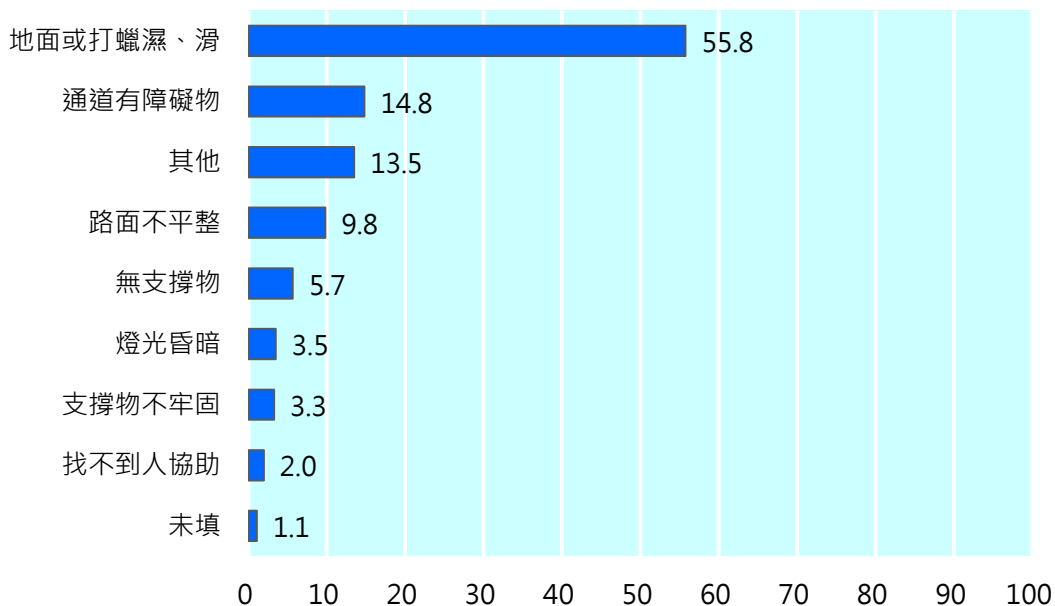


圖 4-2-2-7 精神科醫院病人跌倒事件可能原因為環境因素之項目明細
(N=459 ; N 為環境因素事件數 ; 此項目為複選)

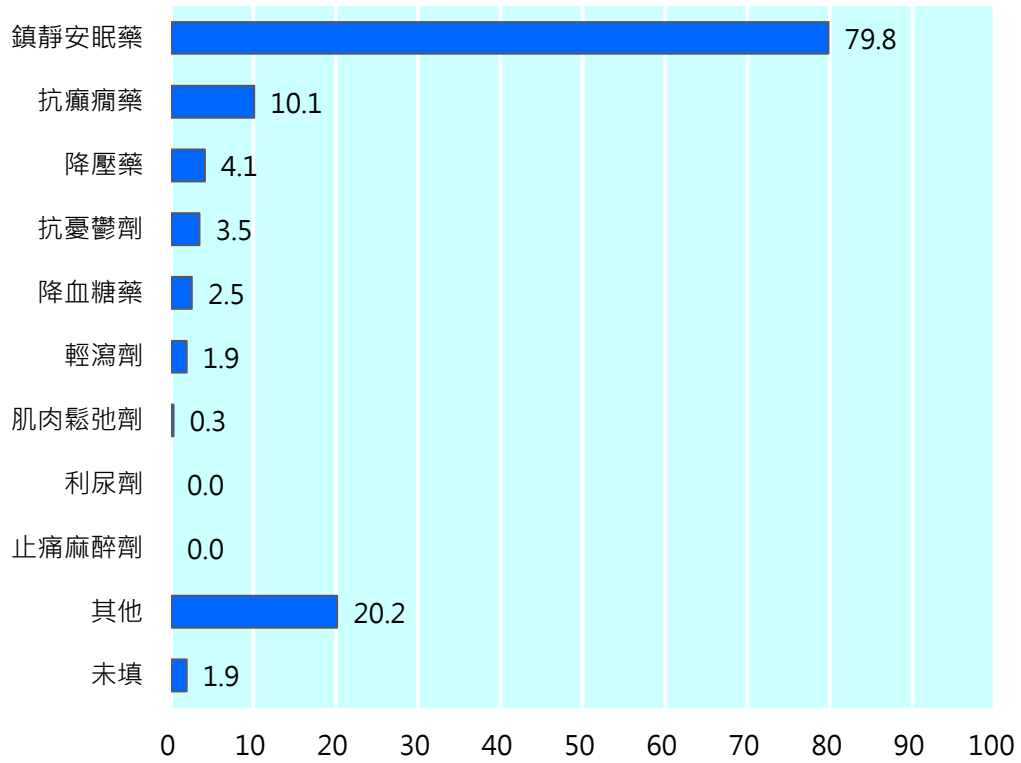


圖 4-2-2-8 精神科醫院病人跌倒事件可能原因為藥物因素之項目明細
(N=394 ; N 為藥物因素事件數 ; 此項目為複選)



(三)精神專科—藥物事件

精神專科醫院發生藥物事件共 506 件，通報受影響為病人 / 住民共 504 件。精神專科醫院其發生藥物事件時段分布趨勢呈現兩波高峰，分別在 08:01~12:00 及 14:01~18:00，與接受醫療照護之開立醫囑、藥局調劑、給藥時間相符，如圖 4-2-3-1。藥物事件發生地點以一般病房為主 (68.4 件/百件)，含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域；其次是發生在藥局 (22.7 件/百件)，如圖 4-2-3-2。

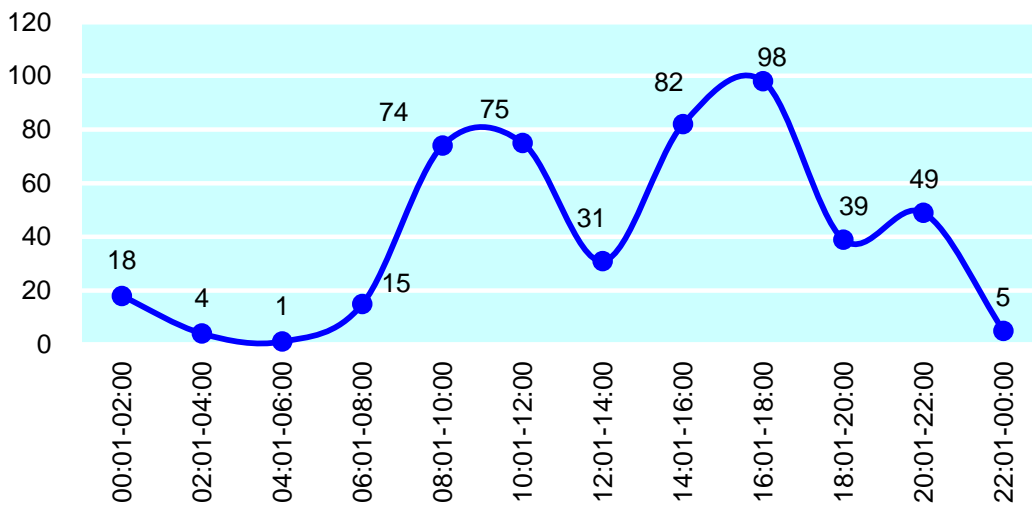


圖 4-2-3-1 精神專科醫院藥物事件發生時段分布 (N=491，不含 15 件未填)

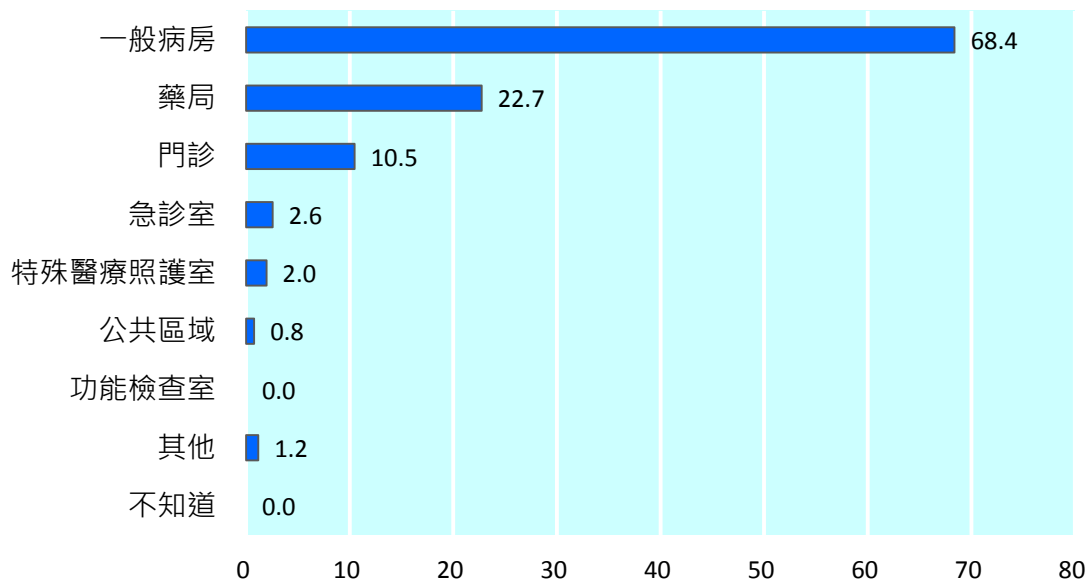


圖 4-2-3-2 精神專科醫院藥物事件發生地點相對次數百分比
(N=506; N 為事件數; 此項目為複選)

精神專科醫院發生藥物事件之病人 / 住民其性別以男性為主，共 261 件(佔 51.8%)；年齡以 19-64



歲為最多，共 406 件(佔 80.6%)。若以藥物事件之病人 / 住民其性別與年齡層進行交叉分析發現，男性仍以 19-64 歲為最多，共 218 件(佔 83.5%)；女性亦是以 19-64 歲為最多，共 178 件(佔 80.9%)，如表 4-2-3-1。

由藥物事件對精神專科醫院之病人 / 住民的健康影響程度來看，藥物事件大多未對病人健康造成影響 (52.0% 為跡近錯失，35.7% 為無傷害)；而有傷害的事件以無法判定傷害程度為最多 (5.4%)，其次為輕度 (4.8%)、中度 (2.2%)，如圖 4-2-3-3。

表 4-2-3-1 精神專科醫院發生藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析 (N=504) (標記 * 者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別 \ 年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13-18 歲	9*	3.4	4	1.8	0	0.0	0	0.0	13	2.6
19-64 歲	218*	<u>83.5</u>	178	<u>80.9</u>	10	<u>100.0</u>	0	0.0	406	80.6
65 歲以上	28	10.7	32*	14.5	0	0.0	0	0.0	60	11.9
不知道	4*	1.5	2	0.9	0	0.0	0	0.0	6	1.2
未填	2	0.8	4	1.8	0	0.0	13*	<u>100.0</u>	19	3.8
總計	261	51.8	220	43.7	10	2.0	13	2.6	504	100.0

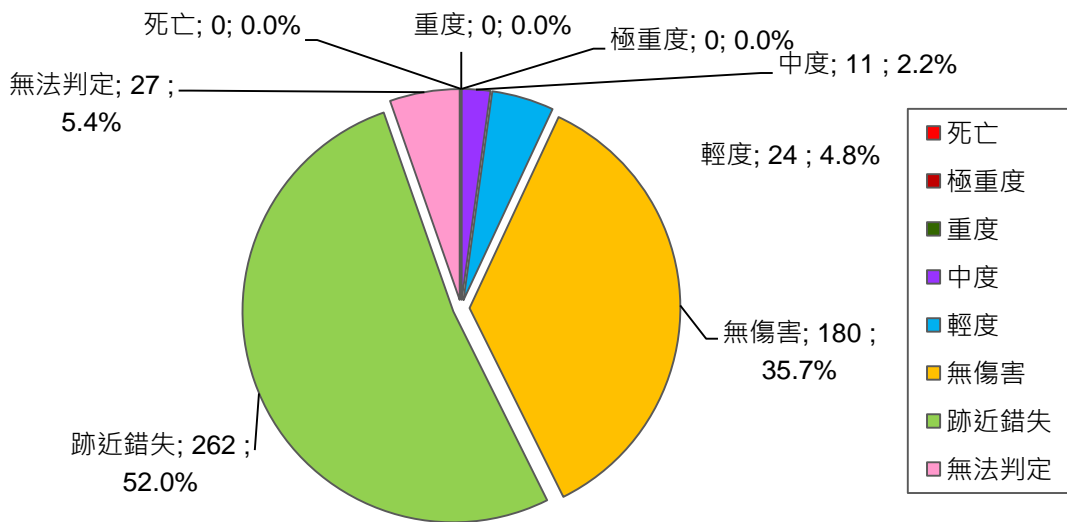


圖 4-2-3-3 精神專科醫院藥物事件對病人健康的影響程度 (N=504)

藥物事件發生階段分析之分布，以藥局調劑階段為最多 (33.2 件/百件)，其次為給藥階段 (29.2 件/百件) 與醫囑開立階段 (22.5 件/百件)。如圖 4-2-3-4。

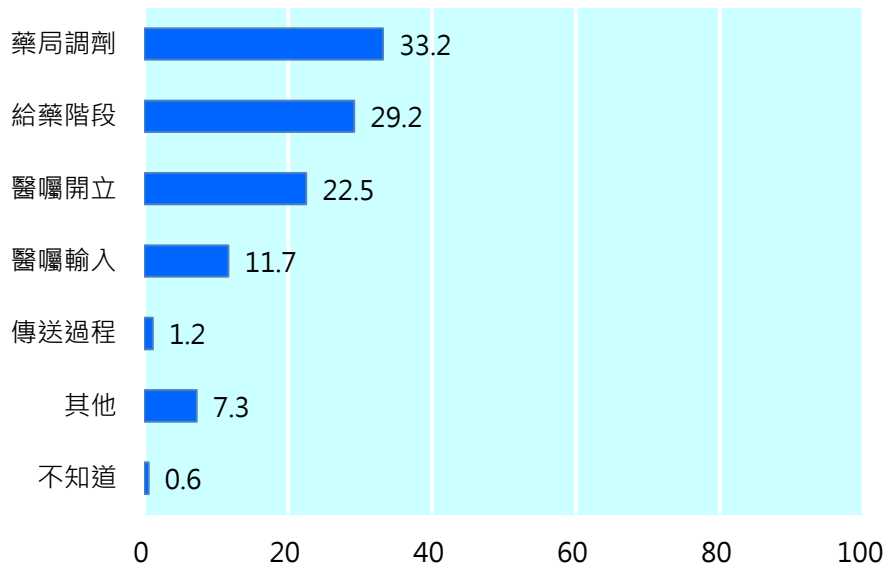


圖 4-2-3-4 精神專科醫院藥物事件錯誤階段
(N=506 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

進一步分析各藥物事件階段細項，發現藥局調劑階段細項是以藥名錯誤最多 (35.7 件/百件)，其次為劑量錯誤 (20.8 件/百件)、數量錯誤 (16.7 件/百件)，如圖 4-2-3-5；而給藥階段細項是以病人辨識錯誤最多 (26.4 件/百件)，其次為遺漏給藥 (23.0 件/百件)、未依時間給藥 (16.2 件/百件)，如圖 4-2-3-6。另外，在醫囑開立階段細項是以數量錯誤最多 (38.6 件/百件)，如圖 4-2-3-7。

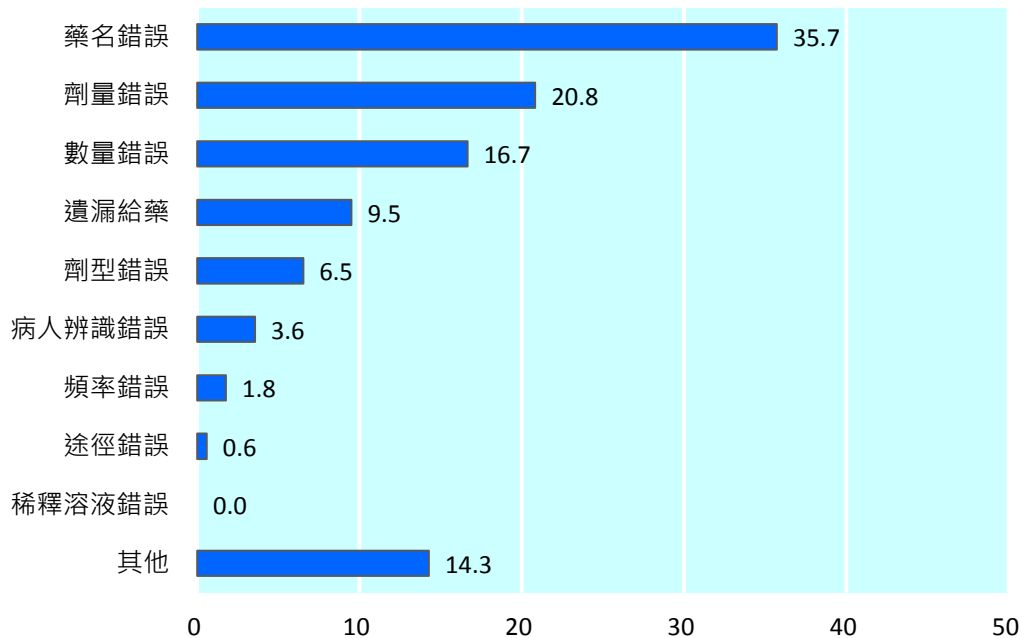


圖 4-2-3-5 精神專科醫院藥物事件通報藥局調劑階段項目明細
(N=168 ; N 為藥局調劑階段通報件數 ; 此階段項目明細為複選)

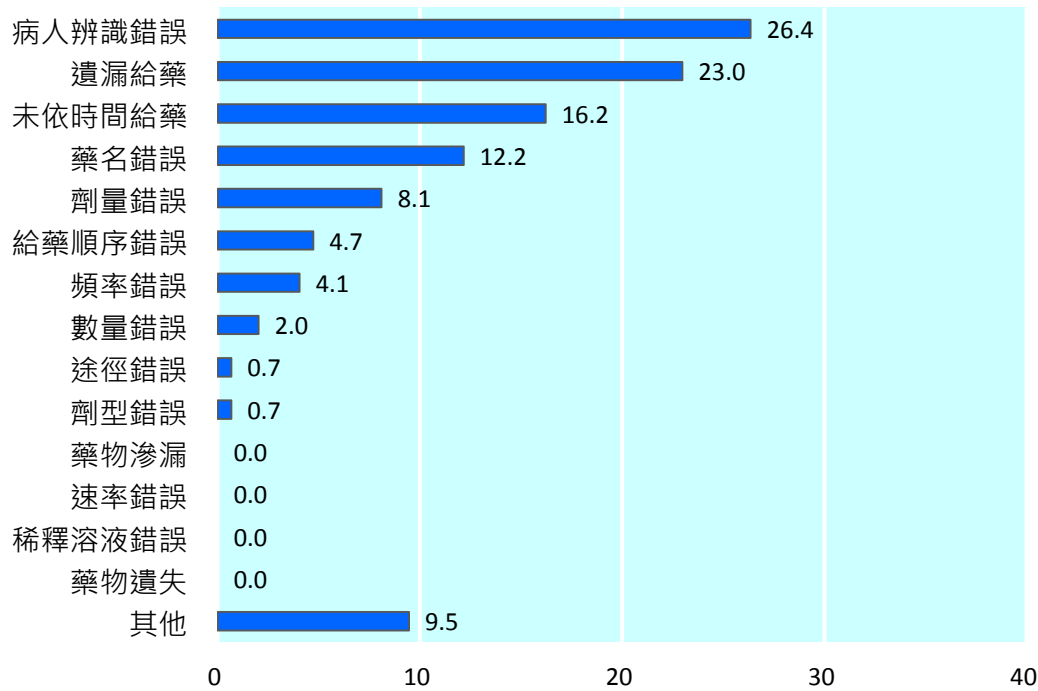


圖 4-2-3-6 精神專科醫院藥物事件通報給藥階段項目明細
(N=148 ; N 為給藥階段通報件數 ; 此階段項目明細為複選)

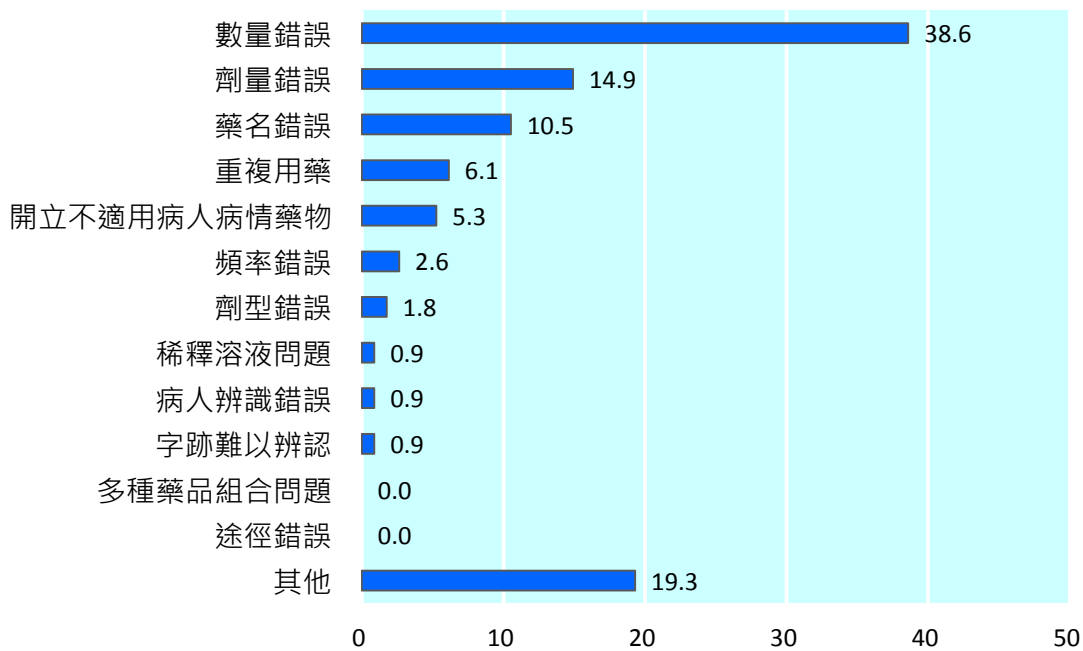


圖 4-2-3-7 精神專科醫院藥物事件通報醫囑開立階段項目明細
(N=114 ; N 為醫囑開立錯誤通報件數 ; 此階段項目明細為複選)

若以一天三班制 (白班 08 : 01 ~ 16 : 00、小夜班 16 : 01 ~ 00 : 00 及大夜班 00 : 01 ~ 08 : 00) 與藥物事件發生階段進行分析，可發現白班以醫囑開立、藥局調劑錯誤最高，小夜班以給藥階段錯誤較高，大夜班以藥局調劑較高，圖 4-2-3-8)。

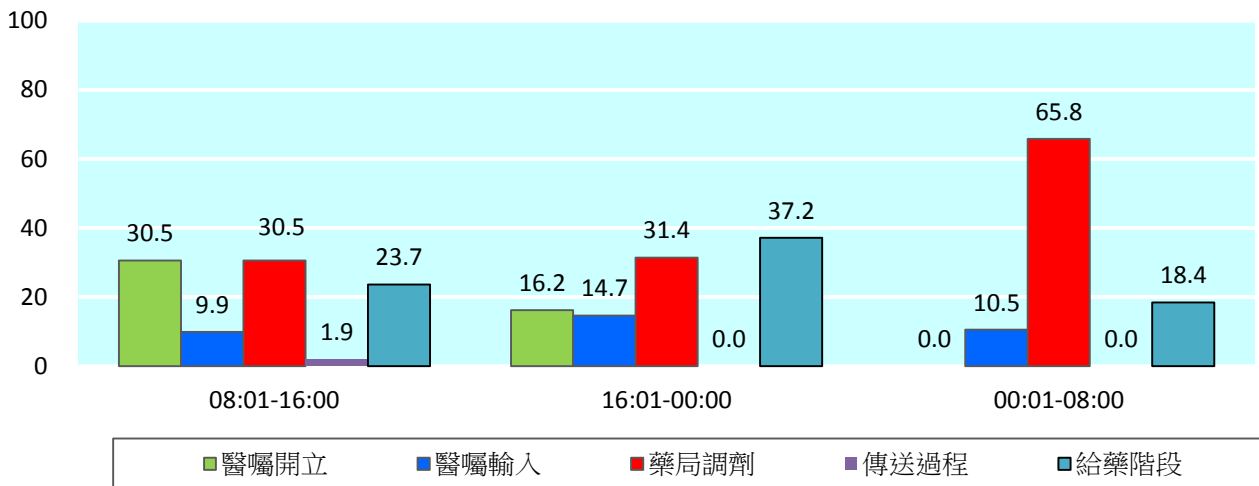


圖 4-2-3-8 精神專科醫院藥物事件發生時段與發生階段之交叉分析

(N=491 ; N 為事件數，不含時段未填 15 件；藥物事件發生階段為複選)

依照精神專科醫院藥物事件發生順序(醫囑開立與輸入階段、藥局調劑階段、給藥階段)計算單純發生各自單一階段的藥物件數，發現單純發生在「醫囑開立與輸入階段」約佔總件數 97.0%，其次是「藥局調劑階段」約佔總件數 92.9%，第三是「給藥階段」約佔總件數 89.2%。由圖 4-2-3-9 來看，單一「醫囑開立與輸入階段」163 件，其中發生第二階段「藥局調劑階段」計 0 件，發生第三階段「給藥階段」計 1 件；換言之，發生在「醫囑開立與輸入階段」約 99.4% 有被攔截成功。

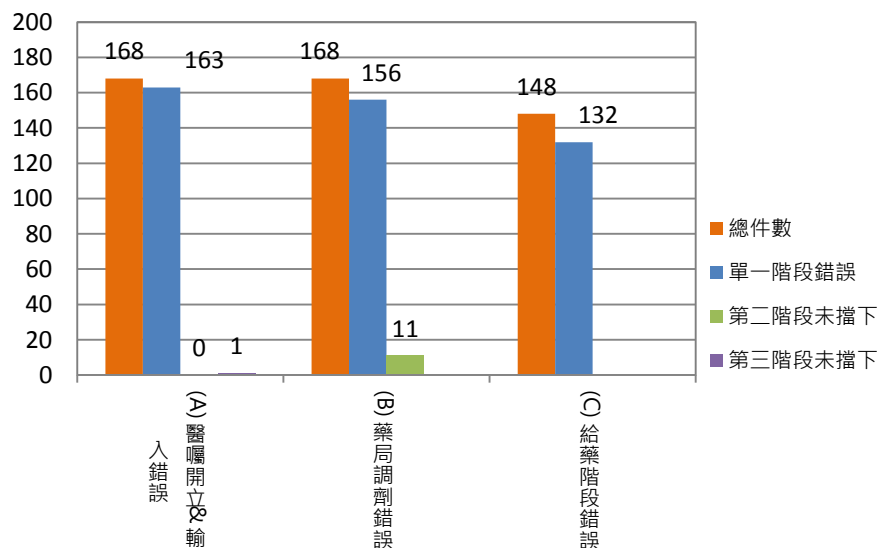


圖 4-2-3-9 精神專科醫院藥物事件錯誤階段發生件數與各階段未擋下件數

藥物事件發生階段與對健康影響程度，醫囑開立、醫囑輸入及藥局調劑階段以發生跡近錯失事件相對較高，而對病人 / 住民健康有造成傷害之事件多發生於給藥階段 (37 件有傷害事件中，有 30 件發生於給藥階段)，如圖 4-2-3-10。

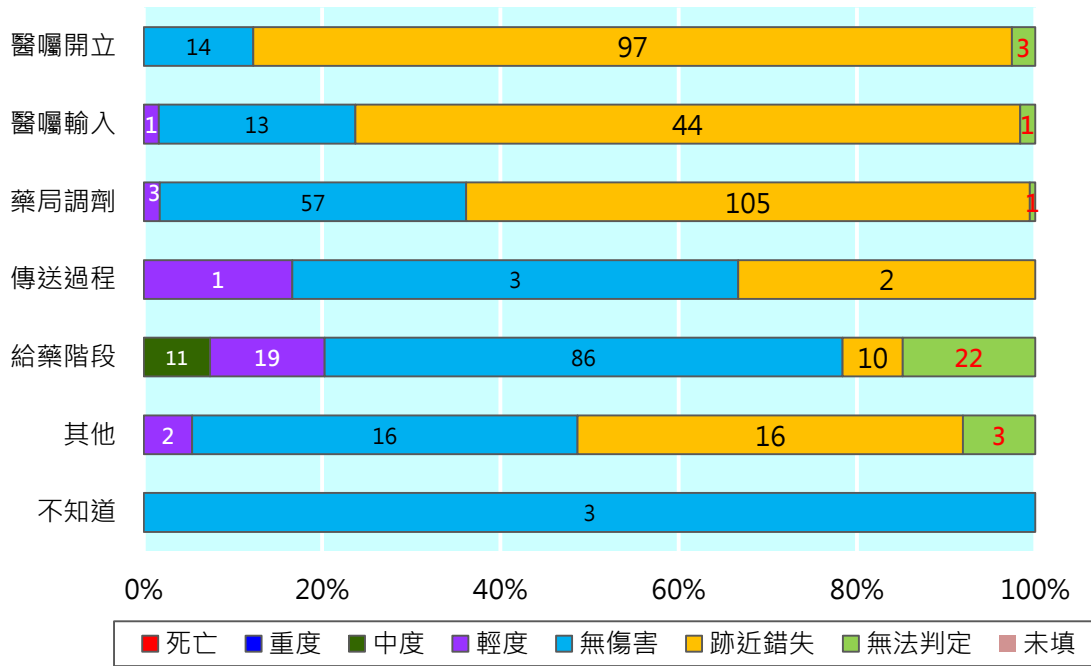


圖 4-2-3-10 精神專科醫院藥物事件發生階段與對病人健康影響程度之交叉分析 (N=504 ; 藥物事件發生階段為複選)

就事件之應給藥物劑型以口服藥 (72.7 件/百件) 最高，其次為注射劑 (10.7 件/百件)，如圖 4-2-3-11。就事件發生可能原因部分，以「與人員個人因素相關 (人為)」最高 (80.8 件/百件)，其次為「與工作狀態/流程設計因素相關(系統)」(42.7 件/百件)，如圖 4-2-3-12。

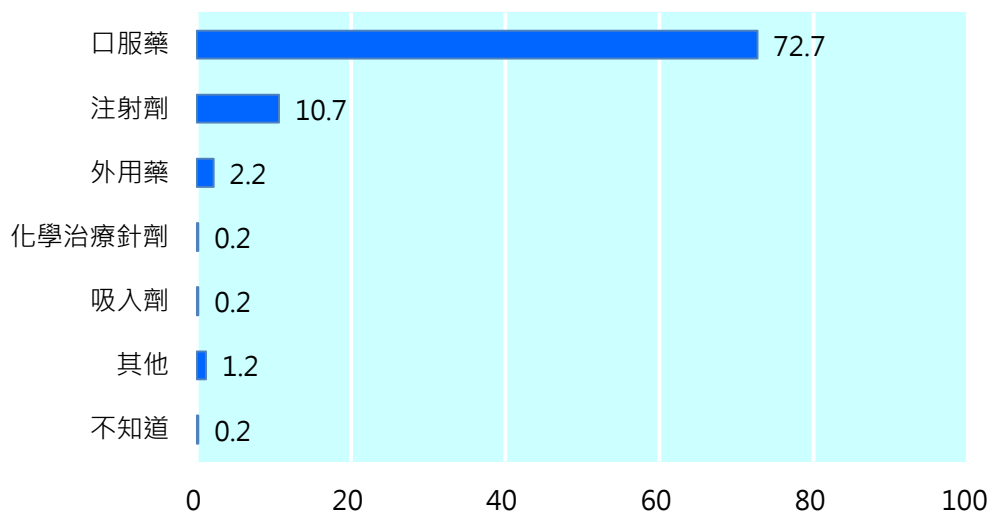


圖 4-2-3-11 精神專科醫院藥物事件應給藥物劑型 (N=506 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

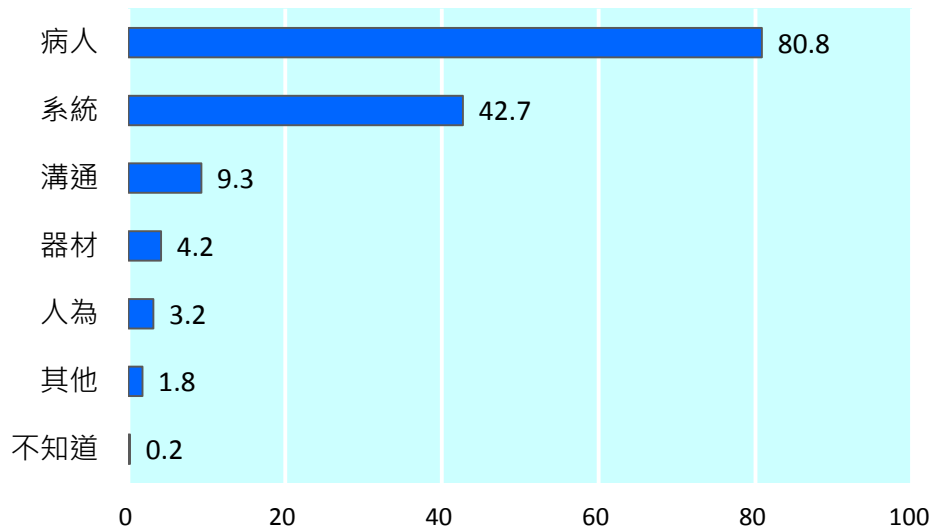


圖 4-2-3-12 精神專科醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比
(N=506 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

精神專科醫院藥物事件 SAC 級數分析，SAC = 1~2 者 0 件，SAC = 3 有 7 件，SAC = 4 有 194 件，NA 值 (含跡近錯失、無法判定者) 有 289 件，另有通報資料之影響程度未填、事件再發生的機會為不知道致無法計算 SAC 者有 14 件。(表 4-2-0-4)



(四)精神專科—治安事件

2013 年發生於精神科醫院之治安事件共 358 件。發生時段以 14:01~16:00 事件數最多，整體而言事件主要發生於白班時間 08:01~16:00，與一般活動時間相符(圖 4-2-4-1)；發生治安事件的地點以一般病房佔大多數(276 件，10.6 件/百件)，其次為公共區域(27 件，7.5 件/百件)(圖 4-2-4-2)。

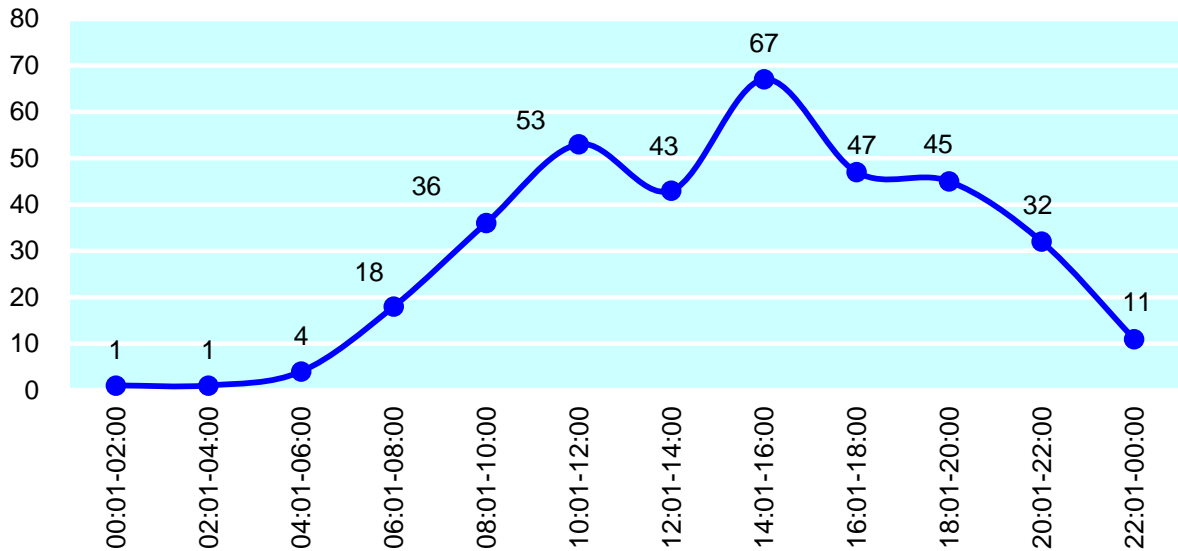


圖 4-2-4-1 精神科醫院治安事件發生時段 (N=358，N 為事件數)

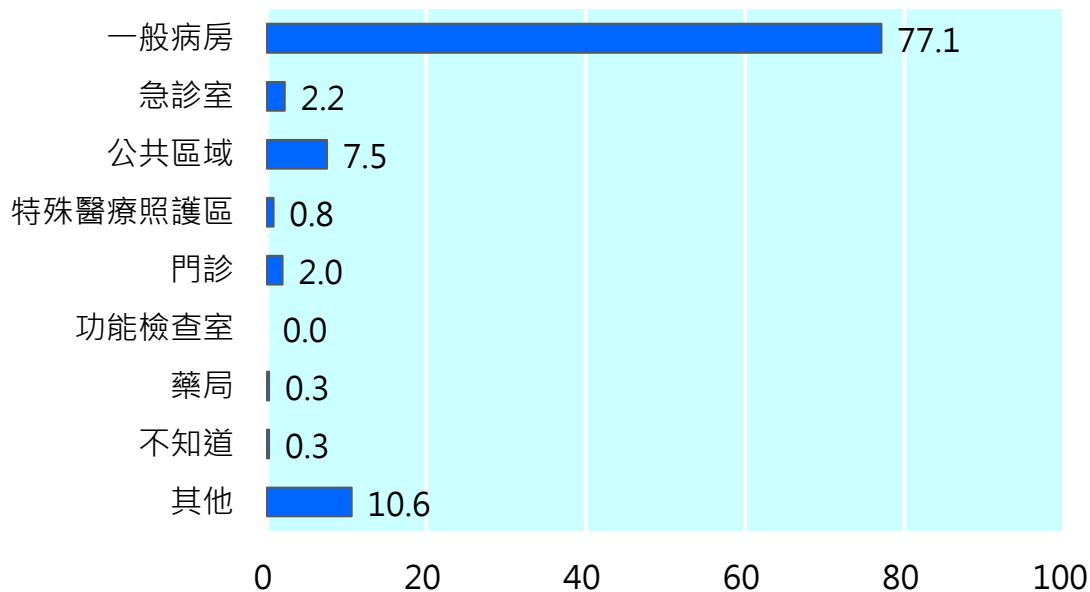


圖 4-2-4-2 精神科醫院治安事件發生地點相對次數百分比 (N=358，本項為複選)

精神科醫院治安事件發生類型以病人使用違禁品為最多(177 件，49.4 件/百件)，其次



為病人失蹤 (含私自離院) (117 件, 32.7 件/百件), 其他治安事件類型依序為: 騷擾 (6.7 件/百件)、肢體衝突 (4.2 件/百件)、性侵害 (2.2 件/百件)、偷竊 (2.2 件/百件) (圖 4-2-4-3)。

事件影響對象以病人/住民最高 (96.4 件/百件), 其次為訪客/家屬 (8.4 件/百件) 與員工 (5.9 件/百件) (圖 4-2-4-4); 精神科醫院發生的治安事件中受影響對象為病人/住民者有 345 件, 性別以男性為主 (佔 63.8%), 年齡層主要為成人 (19~64 歲), 佔 90.1%。

事件發生後對病人/住民健康影響程度以無傷害為最多 (273 件, 79.1%), 跡近錯失次之 (佔 8.4%), 有傷害的事件數共 18 件 (佔 5.2%), 其中嚴重度為極重度者有 1 件, 原因為遭外人以鐵棍攻擊受傷, 而嚴重度為重度者則有 3 件, 情境皆與私自離院有關, 其中 2 件與逃院跳樓致受傷有關, 1 件則為病人不假外出車禍受傷。(圖 4-2-4-5)

精神科醫院發生治安事件使用異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析, SAC=1 者有 0 件, SAC=2 者有 3 件, SAC=3 者有 5 件, SAC=4 者有 279 件, 另通報資料之影響程度未填、事件再發生的機會為不知道致無法計算 SAC 者有 4 件。(表 4-1-0-4)

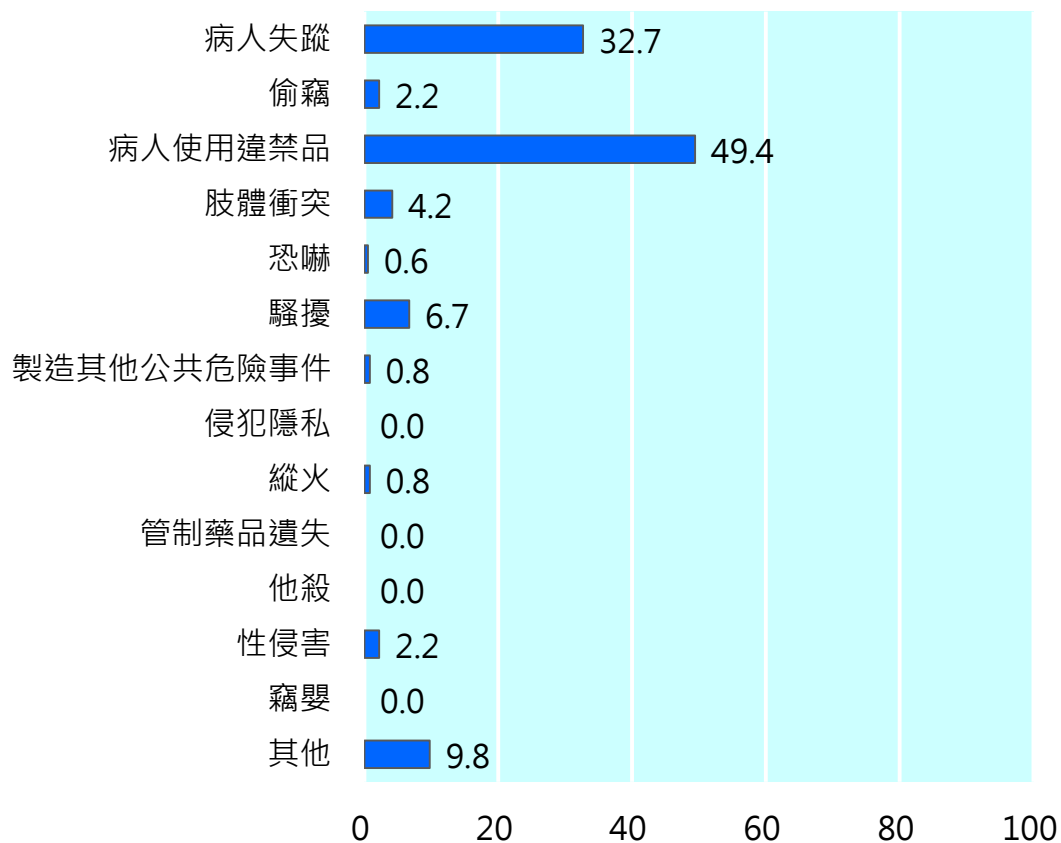


圖 4-2-4-3 精神科醫院治安事件類型相對次數百分比(N=358, 本項為複選)

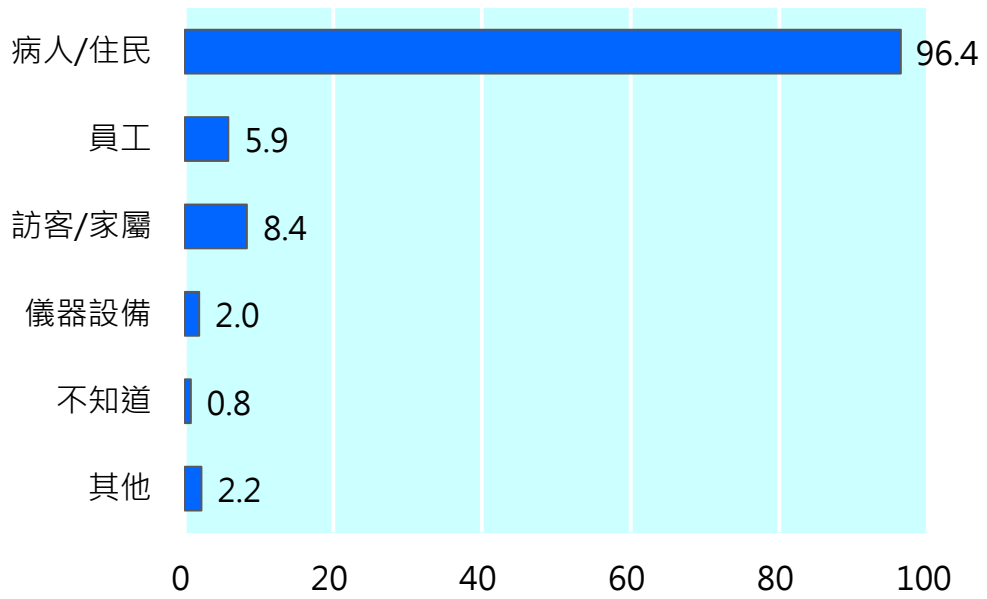


圖 4-2-4-4 精神科醫院治安事件發生後影響對象相對次數百分比
(N=358 · 本項為複選)

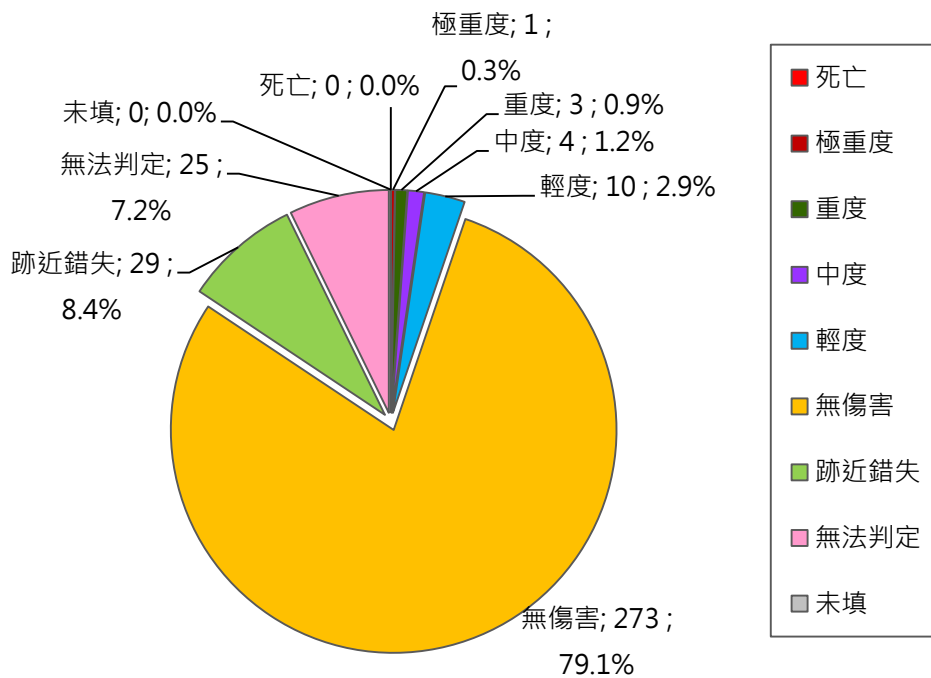


圖 4-2-4-5 精神科醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布
(N=345 · N 為病人/住民數 · 本項為複選)



三、護理之家

2013 年護理之家通報事件數 1,358 件，在 13 類事件類別中前三名以跌倒事件居首為 844 件(62.2%)，其次為管路事件 173 件(12.7%)，第三為傷害事件 128 件(9.4%)，如圖 4-3-0-1。發生地點主要是以一般病房(含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域) 共 1,099 件，每百件事件中有 80.9 件發生在一般病房，其次每百件有 13.3 件發生在其他區域(餐廳、廁所、福利社... 等)。整體事件發生時段以白班(08:01-16:00)最多為 594 件，其中以 08:01-10:00 時段最高，如圖 4-3-0-2。

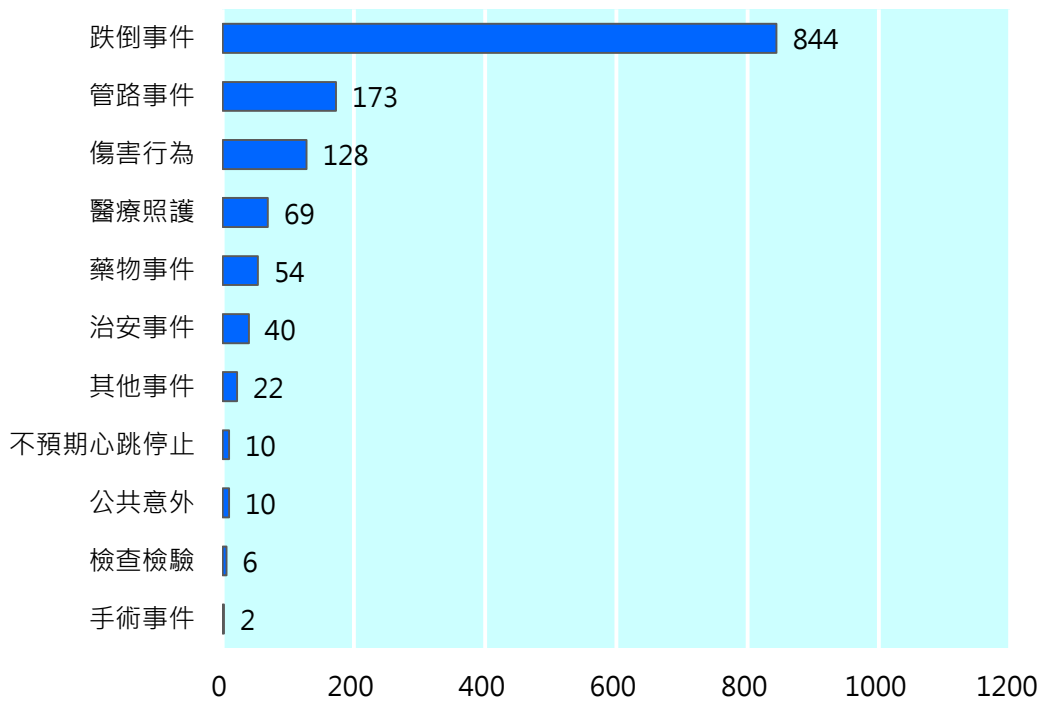


圖 4-3-0-1 護理之家各類事件(N=1,358)

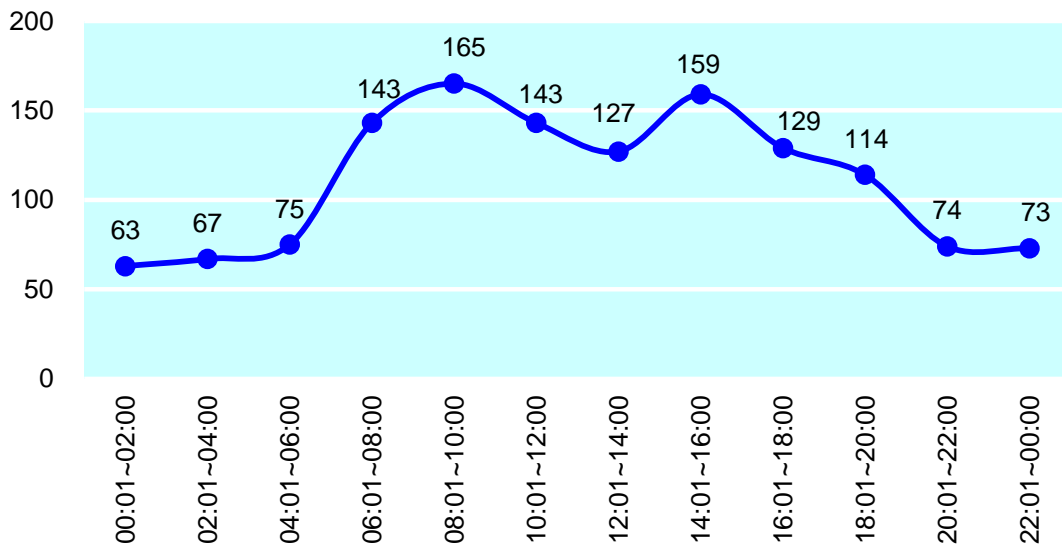


圖 4-3-0-2 護理之家整體事件發生時段(N=1,332，不包含未填 25 件)



護理之家整體事件影響到病人/住民共有 1,338 件。藉由病人發生時段與對病人健康影響程度來看，多數時段之「有傷害」病人數多於「無傷害」病人數，除在 12：01～18：00 時段「無傷害」病人數多於「有傷害」病人數。

另外，護理之家整體事件影響到病人/住民之性別以男性為主，共 720 件(佔 53.8%)；年齡以 65 歲以上之老年為最多，共 846 件(佔 63.2%)。若以護理之家病人/住民其性別與年齡層進行交叉分析發現，男性仍以 65 歲以上老年為最多，共 397 件(佔 55.1%)；女性亦是以 65 歲以上老年為最多，共 445 件(佔 75.2%)，如表 4-3-0-1。

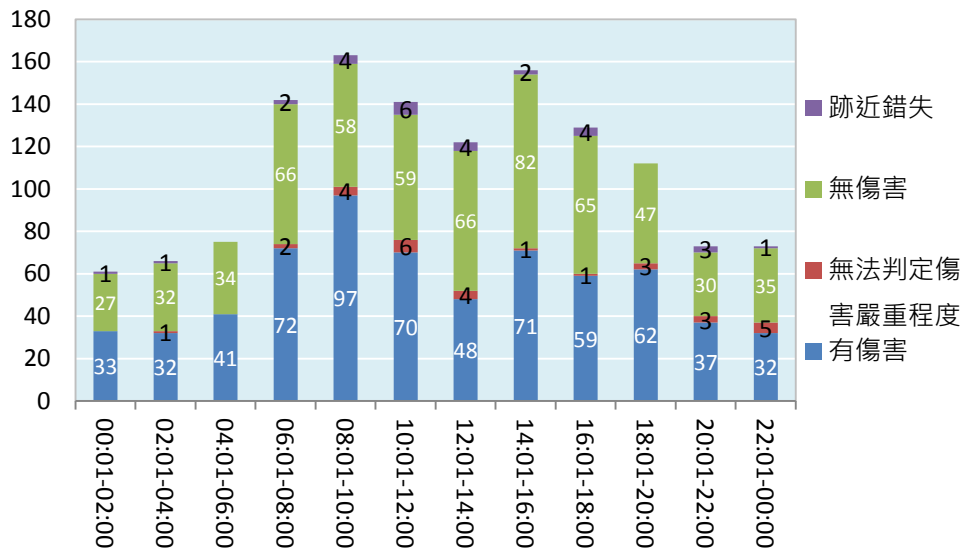


圖 4-3-0-3 護理之家病人發生時段與事件發生後對病人健康影響 (病人數 N=1,313，不包含未填 25 件)

表 4-3-0-1 護理之家發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析 (N=1,338) (標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別 \ 年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
幼兒	2*	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
學齡前期	0	0.0	1*	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.1
學齡期	3*	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.2
青少年	2*	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
成年	292*	40.6	126	21.3	1	14.3	1	5.3	420	31.4
老年	397	<u>55.1</u>	445*	<u>75.2</u>	3	<u>42.9</u>	1	5.3	846	63.2
不知道	13	1.8	15*	2.5	3	<u>42.9</u>	0	0.0	31	2.3
未填	10	1.4	5	0.8	0	0.0	17*	<u>89.5</u>	32	2.4
總計	720	53.8	592	44.2	7	0.5	19	1.4	1,338	100.0



整體事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對病人健康有造成傷害者共 668 件比率約 49.9%，其中造成死亡者 7 件 (0.5%)，極重度或重度者 58 件 (4.3%)，中度傷害者 207 件 (15.2%)，輕度傷害 396 件 (29.2%)，如圖 4-3-0-4。從圖 4-3-0-4 可知跡近錯失者僅 28 件 (2.1%)，相較於醫院、精神科醫院等通報病人的影響程度比例甚低；但對照於 2012 年護理之家病人/住民健康的影響程度跡近錯失者有 12 件(0.9%)略微增加。

表 4-3-0-2 進一步分析各類事件對病人/住民健康的影響程度，造成病人/住民死亡其居首事件為院內不預期心跳停止事件計 7 件，造成極重度或重度者分別為跌倒事件、醫療照護。

表 4-3-0-3 針對護理之家 SAC 級數分布，發現各類別事件類別 SAC=1 者共 8 件，以院內不預期心跳停止事件計 7 件、跌倒事件 1 件；SAC=2 者共 41 件，以跌倒事件有 24 件、其次醫療照護 7 件。SAC 無法計算的事件有 182 件，其中對於「事件可能再發生的機會」評估勾選「不知道」者有 150 件 (佔 11.2%)，無法提供資料的正確性與完整性，提醒通報者加強評估再次發生風險，以協助醫院評估事件優先處理順序及評估個案介入的必要性。

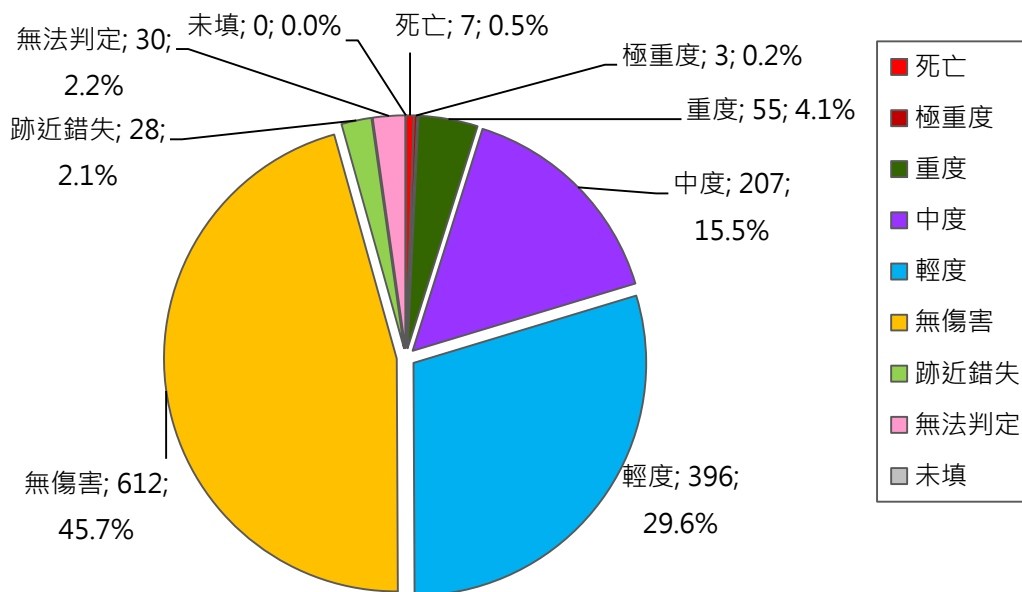


圖 4-3-0-4 護理之家整體事件對病人健康的影響程度(N=1,338)



表 4-3-0-2 護理之家各類事件對病人健康的影響程度(N=1,338)

影響程度	死亡		極重度		重度		中度		輕度		無傷害		跡近錯失		無法判定		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	0	0.0	0	0.0	1	1.9	3	5.6	1	1.9	29	53.7	18	33.3	2	3.7	0	0.0	54	4.0
跌倒事件	0	0.0	1	0.1	29	3.4	123	14.6	277	32.8	407	48.2	1	0.1	4	0.5	0	0.0	842	62.9
手術事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	0.1
輸血事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
醫療照護	0	0.0	1	1.4	14	20.3	20	29.0	19	27.5	6	8.7	3	4.3	6	8.7	0	0.0	69	5.2
公共意外	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	2	0.1
治安事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.0	31	77.5	0	0.0	6	15.0	0	0.0	39	2.9
傷害行為	0	0.0	0	0.0	4	3.1	18	14.1	51	39.8	47	36.7	2	1.6	1	0.8	0	0.0	123	9.2
管路事件	0	0.0	0	0.0	3	1.7	41	23.7	40	23.1	83	48.0	1	0.6	5	2.9	0	0.0	173	12.9
不預期 心跳停止	7	70.0	1	10.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	0.7
麻醉事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
檢查檢驗	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	3	50.0	0	0.0	0	0.0	5	0.4
其他事件	0	0.0	0	0.0	2	9.1	2	9.1	6	27.3	5	22.7	0	0.0	4	18.2	0	0.0	19	1.4
總計	7	0.5	3	0.2	55	4.1	207	15.5	396	29.6	612	45.7	28	2.1	30	2.2	0	0.0	1,338	100.0

表 4-3-0-3 護理之家各類事件 SAC 分布 (N=1,338)

SAC 事件類別	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	NA	無法計算	總計
藥物事件	0	1	2	31	20	0	54
跌倒事件	1	24	164	530	5	118	842
手術事件	0	0	0	1	1	0	2
輸血事件	0	0	0	0	0	0	0
醫療照護	0	7	15	12	9	26	69
公共意外	0	0	0	1	1	0	2
治安事件	0	0	1	32	6	0	39
傷害行為	0	3	40	64	3	13	123
管路事件	0	1	44	99	6	23	173
不預期 心跳停止	7	3	0	0	0	0	10
麻醉事件	0	0	0	0	0	0	0
檢查檢驗	0	0	0	2	3	0	5
其它事件	0	2	3	8	4	2	19
總計	8	41	269	780	58	182	1,338



護理之家通報者身份以護理人員最多 (92.4%)，如圖 4-3-0-5。其現職年資分布以 0-5 年最多，有 841 人 (61.9%)；其次是現職工作 6-10 年，有 234 人 (17.2%)，如圖 4-3-0-6。整體事件其通報者認為再發生的措施或方法之相對百分比最多以加強教育訓練 80.9 件/百件，其次是加強溝通方式 37.3 件/百件，如圖 4-3-0-7、表 4-3-0-4。

護理之家整體事件可能原因之統計，整體事件發生原因以「病人生理及行為因素 (病人因素)」，其次為「與人員個人因素 (人為因素)」，再其次是則為「與工作狀態/流程設計 (系統因素)」。以各類事件來看，「病人因素」在跌倒事件、傷害事件、管路事件及不預期心跳停止事件為通報者最常通報歸因於事件可能原因 (表 4-3-0-5)。

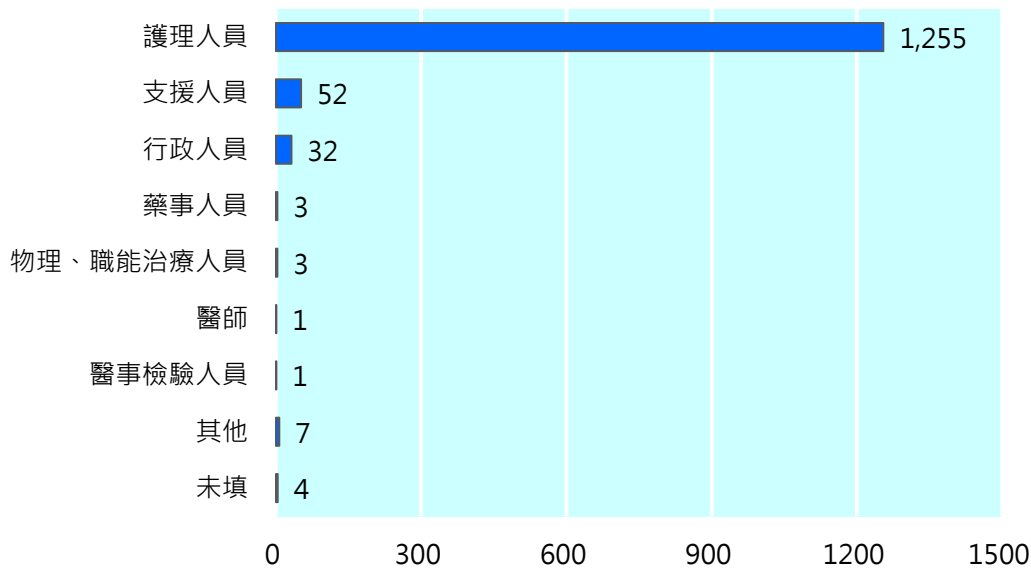


圖 4-3-0-5 護理之家通報者身分別 (N=1,358)

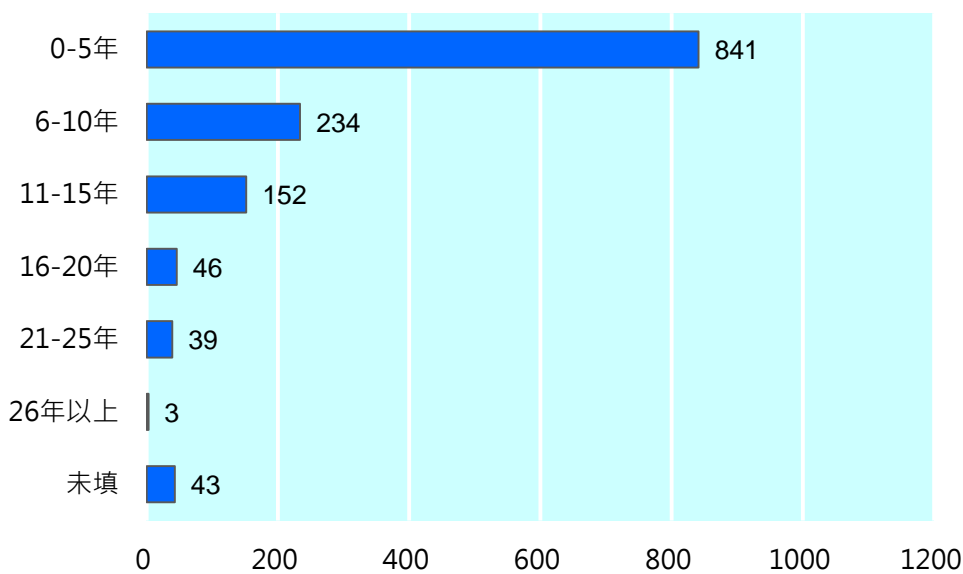


圖 4-3-0-6 護理之家通報者進入現職機構年資(N=1,358)

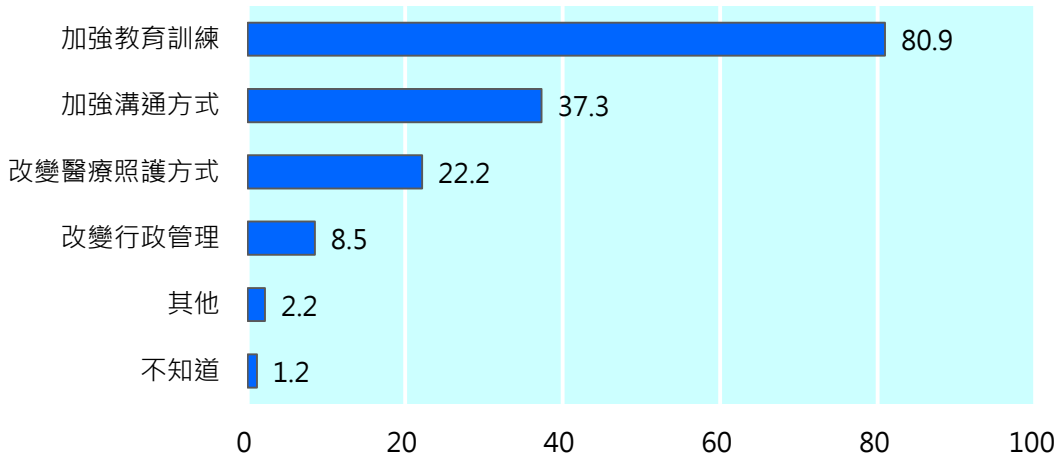


圖 4-3-0-7 護理之家通報者認為再發生的措施或方法(事件數 N=1,358 · 此項為複選題)

表 4-3-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法(事件數 N=1,358 · 本項為複選)

預防方法	加強教育訓練	改變醫療照護方式	改變行政管理	加強溝通方式	不知道	其他	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	49	11	3	11	0	0	74
跌倒事件	692	150	60	315	11	15	1,243
手術事件	0	1	0	2	0	0	3
輸血事件	0	0	0	0	0	0	0
醫療照護	60	25	3	14	1	1	104
公共意外	1	0	7	0	2	1	11
治安事件	34	8	11	23	0	1	77
傷害行為	97	29	17	67	1	1	212
管路事件	140	65	4	62	1	8	280
不預期	9	3	1	2	0	0	15
心跳停止	0	0	0	0	0	0	0
麻醉事件	0	0	0	0	0	0	0
檢查檢驗	4	3	2	3	0	1	13
其他事件	13	6	8	8	0	2	37
總計	1,099	301	116	507	16	30	2,069



表 4-3-0-5 護理之家各類事件之可能原因統計

(事件數 N=1,296 ; 可能原因為複選題，不含治安及其它事件)

可能原因 事件類別	病人 N	人為 N	系統 N	溝通 N	器材 N	環境 N	用藥 N	其他 N	不知道 N	未填 N	事件數 N
藥物事件	1	45	32	3	3	-	-	0	1	0	54
跌倒事件	715	143	49	-	55	108	49	18	3	1	844
手術事件	-	1	2	2	0	-	-	0	0	0	2
輸血事件	-	0	0	0	-	-	-	0	0	0	0
醫療照護	25	44	30	13	5	-	-	1	2	0	69
公共意外	-	-	-	-	6	2	-	0	2	0	10
傷害行為	108	0	-	39	-	-	-	0	1	0	128
管路事件	119	74	49	37	-	-	-	9	2	0	173
不預期	9	3	2	0	0	-	-	0	1	0	10
心跳停止	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0
麻醉事件	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0
檢查檢驗	1	5	5	2	0	0	-	0	0	0	6
總計	978	315	169	96	69	110	49	28	12	1	1,296



(一)護理之家-跌倒事件

2013 年護理之家跌倒事件共 844 件，事件發生後受影響對象為病人/住民的有 842 件，以下僅以受影響對象為病人/住民者進行資料分析。

跌倒發生時段最高峰為 14：01～16：00（共 99 件，佔 11.8%），其次為 08：01～10：00（共 96 件，佔 11.4%）（圖 4-3-1-1）。跌倒發生地點主要為一般病房（含病房走廊、浴室等病房涵蓋之區域），每百件護理之家通報的跌倒事件有 83.8 件發生於一般病房（圖 4-3-1-2）。

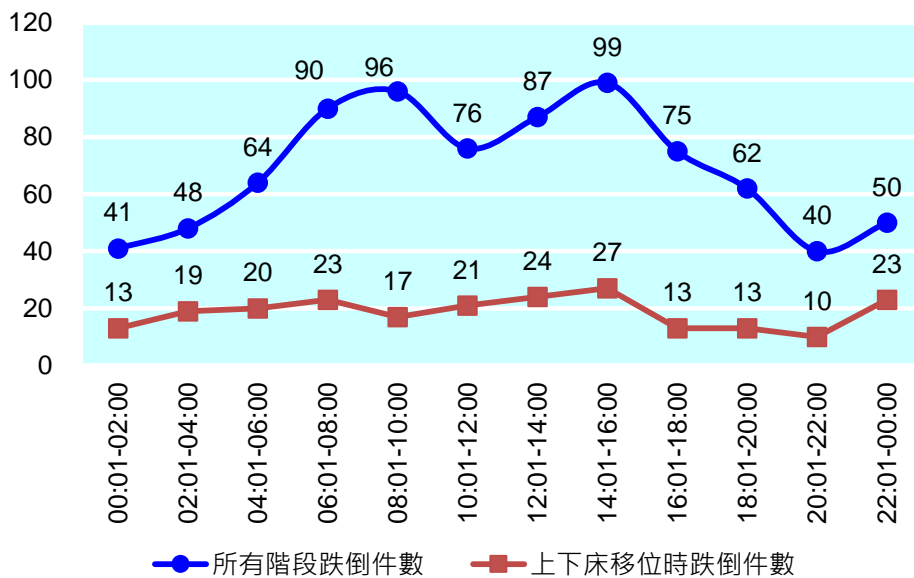


圖 4-3-1-1 護理之家病人/住民跌倒之發生時段分佈（所有階段跌倒件數 N=828，不含未填 14 件；上下床移位時跌倒件數 N=223，不含未填 2 件）

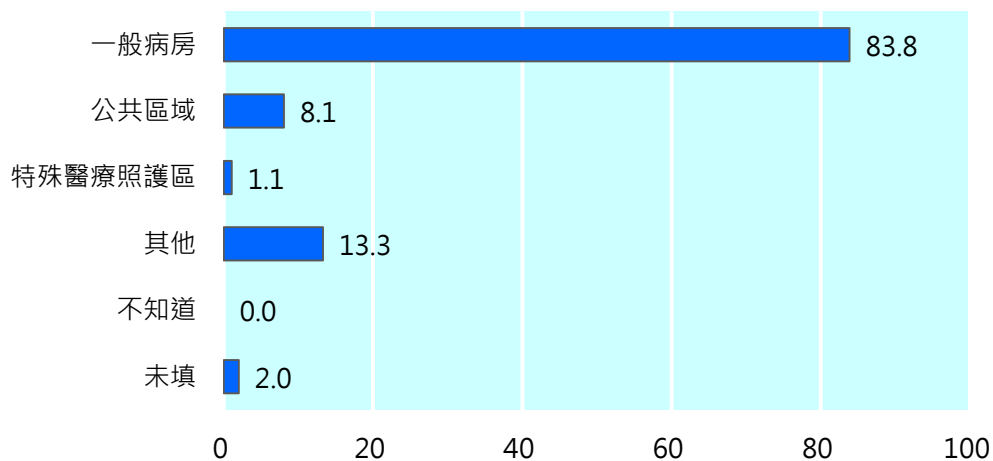


圖 4-3-1-2 護理之家病人/住民跌倒事件發生地點相對百分比
（N=842；N 為病人數；此項目為複選）

發生跌倒的病人/住民性別以男性為主（佔 50.4%），年齡以 65 歲以上之老年人為多（佔 71.9%）（表 4-3-1-1）。在對病人/住民健康影響程度部分，事件發生後以無傷害為多（407 件，



佔 48.3%)，其次為輕度傷害 (277 件，32.9%)，嚴重度為重度以上的案件有 30 件 (佔 3.5%) (圖 4-3-1-3)。

表 4-3-1-1 護理之家跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析 (N=842) (標記*者為該年齡層中比例最高者；標記底線者為該性別中件數最多者)

性別	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
19-64 歲	131	15.6*	68	8.1	1	0.1	1	0.1	201	23.9
65 歲以上	<u>274</u>	32.5	<u>328</u>	39.0*	2	0.2	1	0.1	605	71.9
不知道	8	1.0*	7	0.8	0	0.0	0	0.0	15	1.8
未填	11	1.3*	6	0.7	0	0.0	4	0.5	21	2.5
總計	424	50.4	409	48.6	3	0.4	6	0.7	842	100.0

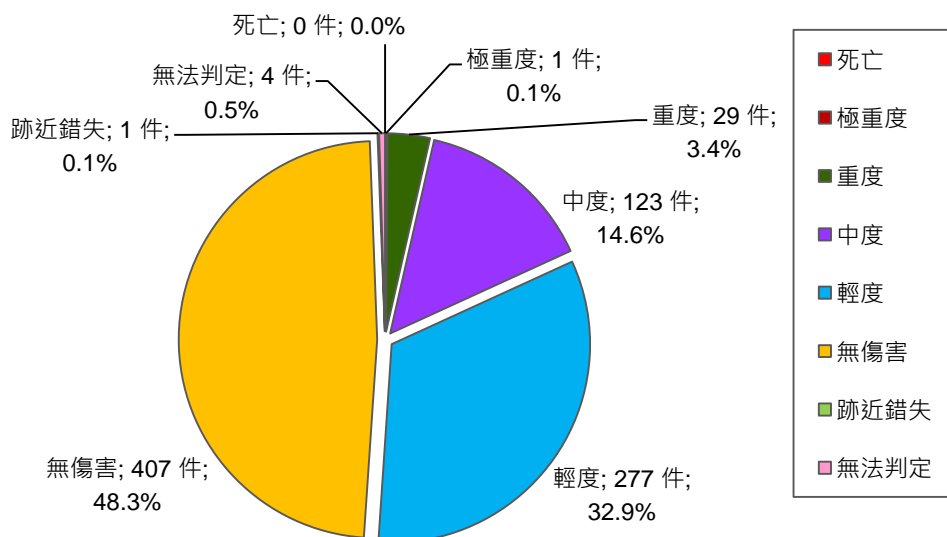


圖 4-3-1-3 護理之家跌倒事件對病人/住民健康的影響程度 (N=842)

進一步分析病人/住民相關資料顯示，有 48.6% (409 件) 的跌倒事件，跌倒者最近一年跌倒次數超過一次以上，有 40.0% 的跌倒事件 (337 件) 跌倒者最近一年沒有跌倒紀錄；跌倒個案在事件發生前被評估為高危險群者有 721 件 (佔 85.6%)，而評估為高危險群且最近一年跌倒超過一次以上的案例有 393 件 (佔高危險族群病人的 54.5%) (圖 4-3-1-4)。

護理之家跌倒事件多發生於上下床移位時 (225 件，佔 26.7%)，其次為行進時 (203 件，佔 24.1%) 及上下輪椅時 (95 件，佔 11.3%) (圖 4-3-1-5)。與 2012 年資料相比較，護理之家通報的跌倒事件發生於「上下床位移」及「上下輪椅」過程中的比率有略為增加。

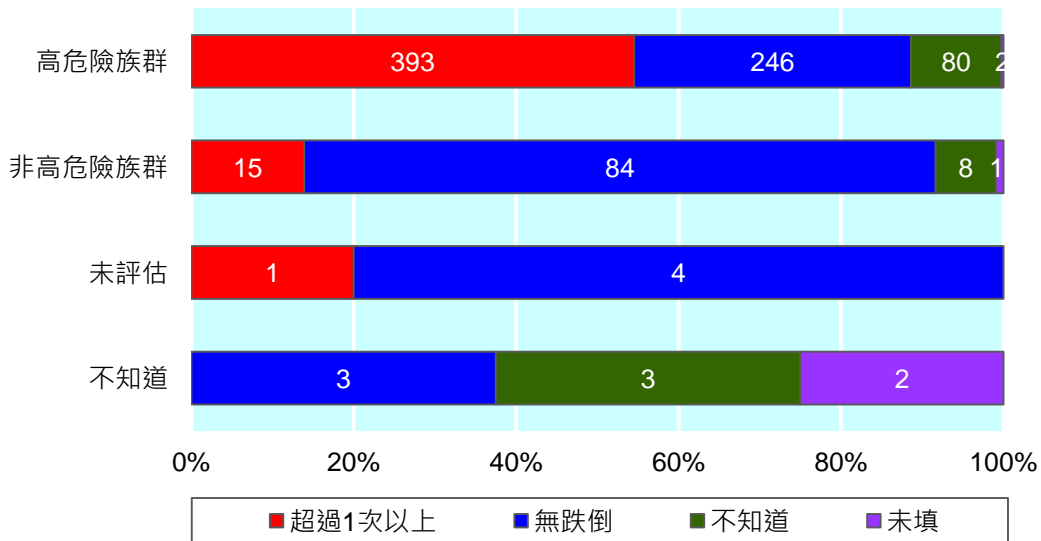


圖 4-3-1-4 護理之家跌倒病人/住民是否為高危險群與最近一年跌倒次數 (N=842)

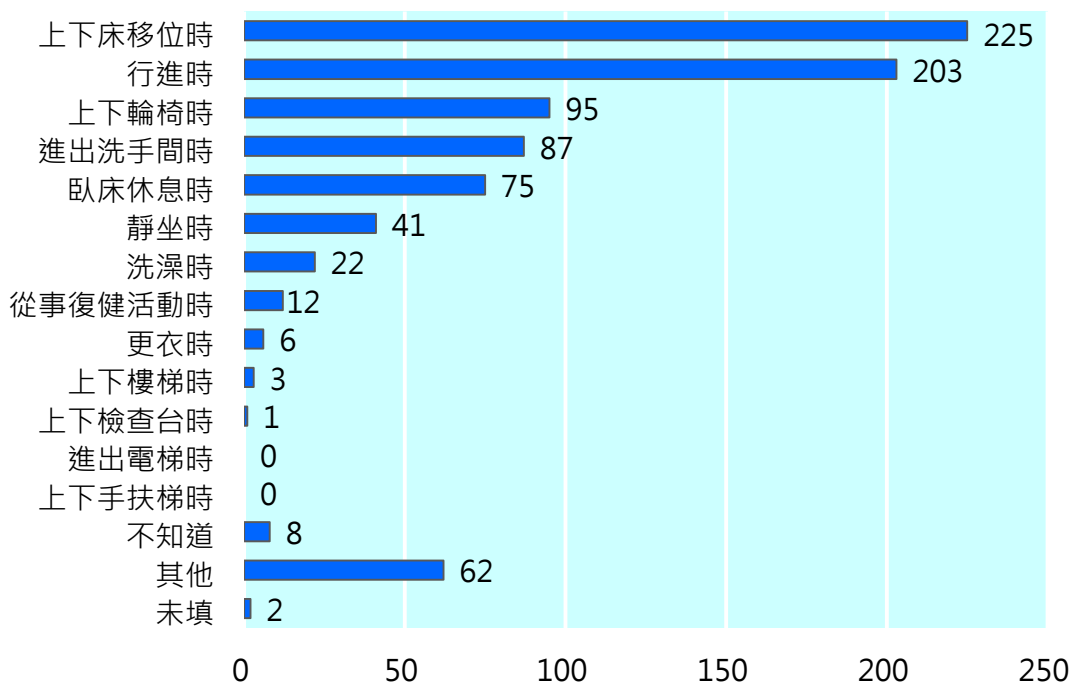


圖 4-3-1-5 護理之家病人/住民跌倒事件發生時從事何項活動過程 (N=842)

事件發生可能原因分析結果，以「與病人生理及行為 (病人) 因素相關」為主 (715 件，佔 84.7 件/百件)，其次為「與人員個人 (人為) 因素相關」(16.9 件/百件) 及「與環境因素相關」(佔 12.8 件/百件) (如圖 4-3-1-6)。發生可能原因為病人因素之細項目分析，以步態不穩 (54.7 件/百件) 較多；人為因素部分則以人員疏忽 (86.7 件/百件) 較多；環境因素部分，以地面濕滑最多 (33.3 件/百件) (圖 4-3-1-7 ~ 4-3-1-9)。



護理之家跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 1 件 (0.1%)，SAC=2 者有 24 件 (佔 2.9%)，SAC=3 者有 164 件 (佔 19.5%)，SAC=4 者有 530 件 (佔 62.9%)，未計算 SAC 者 (影響程度為跡近錯失、無法判定、未填；事件再發生的機會為不知道、未填者) 有 123 件 (佔 14.6%)。(表 4-1-0-5)

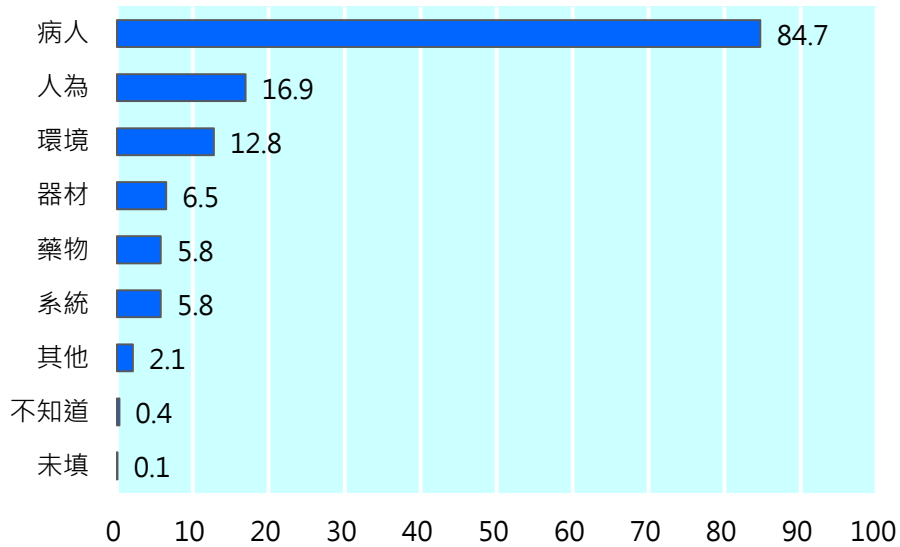


圖 4-3-1-6 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因之明細項目
(N=844 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

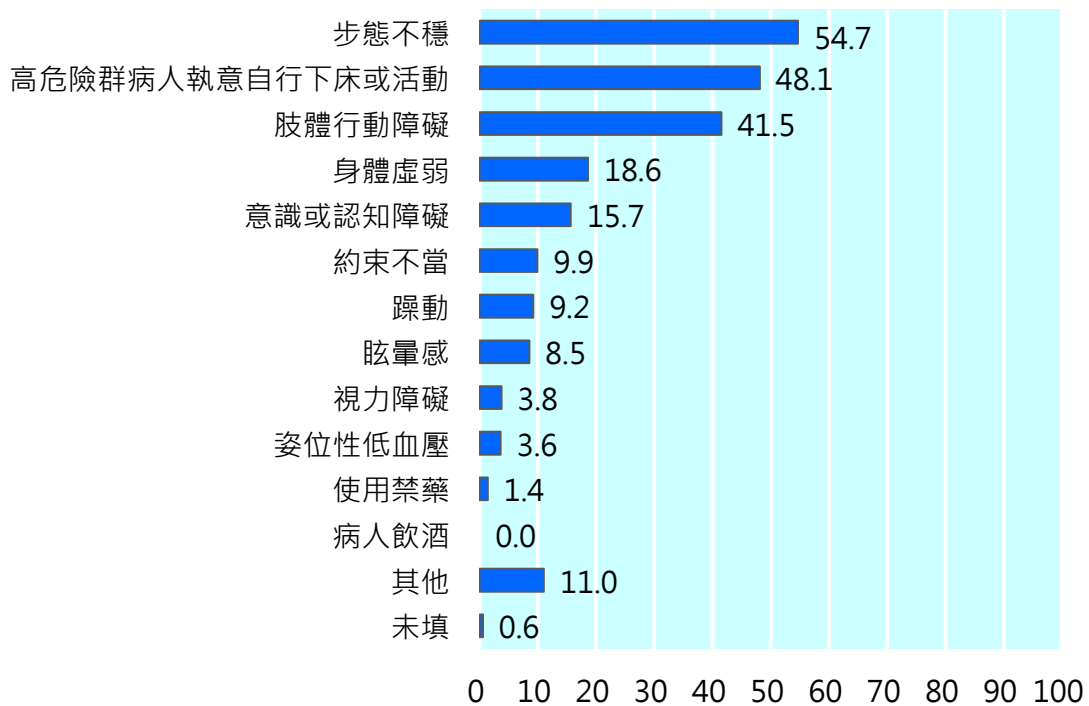


圖 4-3-1-7 護理之家病人/住民跌倒事件可能原因為病人因素之明細項目
(N=715 ; N 為病人因素事件數 ; 此項目為複選)

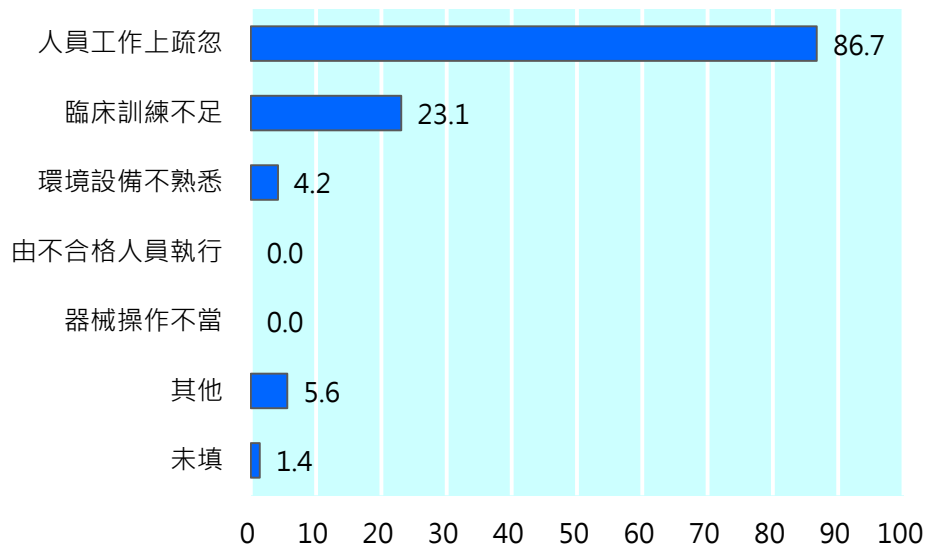


圖 4-3-1-8 護理之家病人/住民跌倒事件可能原因為人為因素之明細項目
(N=142 ; N 為人為因素事件數 ; 此項目為複選)

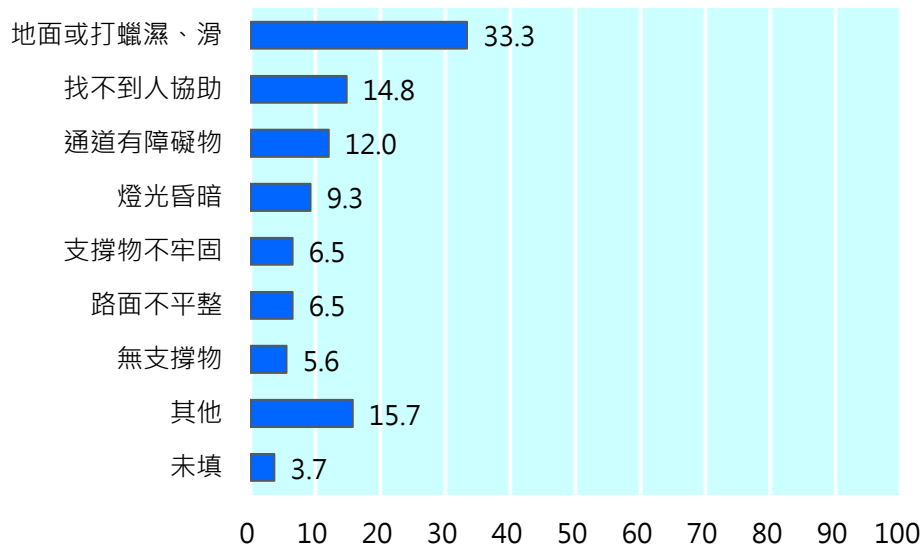


圖 4-3-1-9 護理之家病人/住民跌倒事件可能原因為環境因素之明細項目
(N=108 ; N 為環境因素事件數 ; 此項目為複選)



(二)護理之家-管路事件

護理之家管路事件共 173 件，最常發生於 06：01～12：00 時段（圖 4-3-2-1），這有別醫院管路事件以大夜班為最多之型態。而發生管路事件之種類以鼻胃管為最多（60.7 件/百件），其次為氣管套管（23.1 件/百件），第三是導尿管（7.5 件/百件），圖 4-3-2-2。管路事件最常發生在臥床休息時，有 116 件（佔 67.1%）；其次是靜坐時，有 14 件（佔 8.1%），第三是洗澡時，有 11 件（佔 6.4%），圖 4-3-2-3。

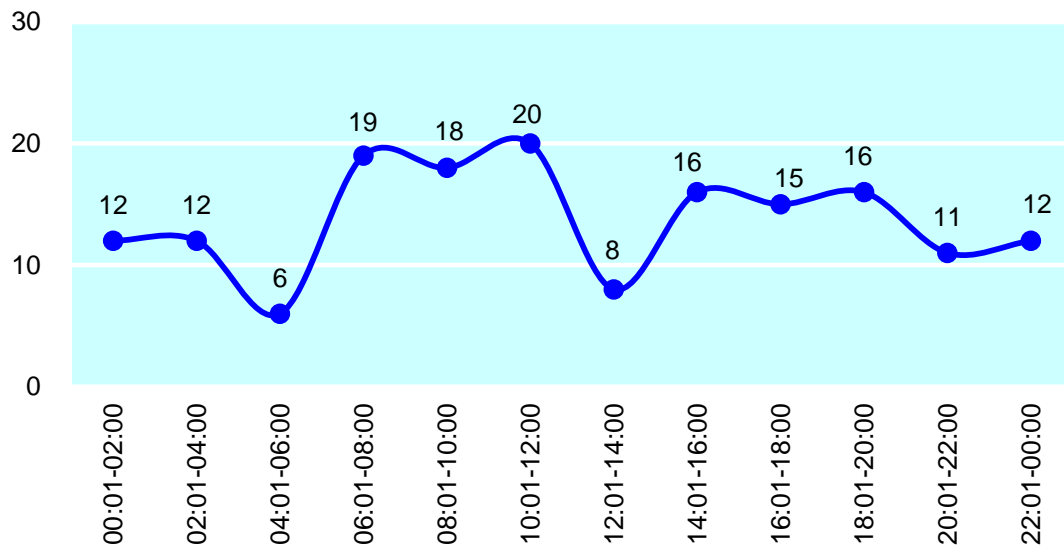


圖 4-3-2-1 護理之家管路事件發生時段分布(N=165，含未填 8 件)

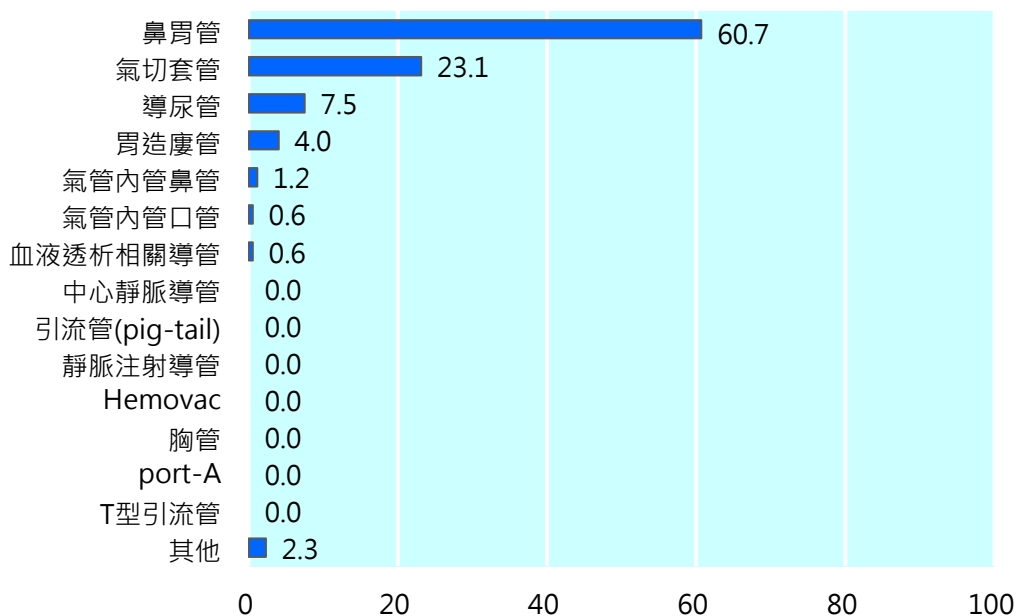


圖 4-3-2-2 護理之家管路事件發生管路種類(N=173，本項為複選)

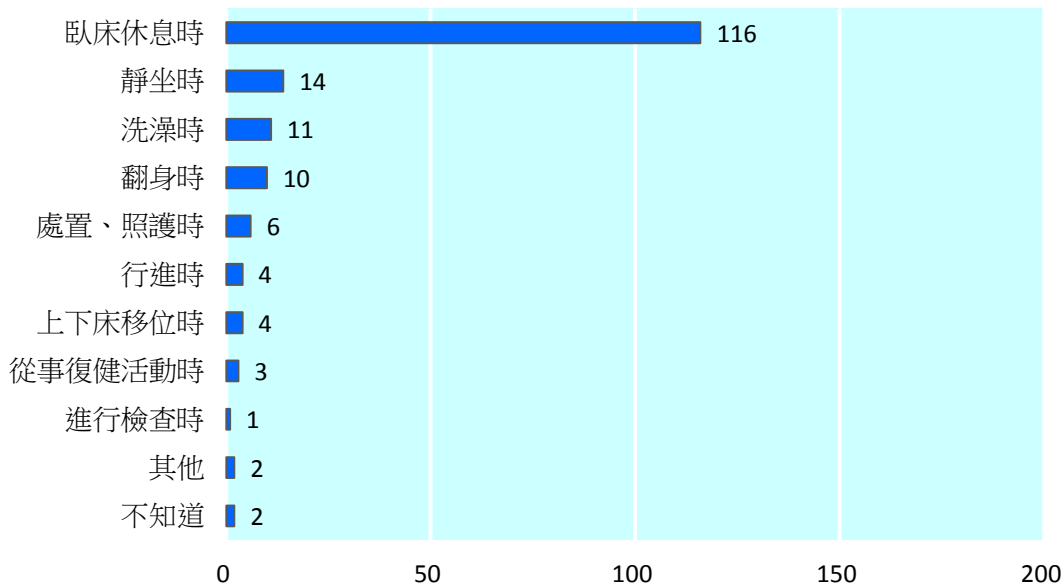


圖 4-3-2-3 護理之家管路事件發生於何項活動過程(N=173)

發生管路事件影響到病人/住民共有 173 件。其性別以男性為主，共 90 件(佔 52.0%)；年齡以 65 歲以上為最多，共 113 件(佔 65.3%)。若以管路事件之病人/住民其性別與年齡層進行交叉分析發現，男性仍以 65 歲以上為最多，共 53 件(佔 58.9%)；女性亦是以 65 歲以上為最多，共 59 件(佔 75.6%)，如表 4-3-2-1。

表 4-3-2-1 護理之家發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析 (N=173) (標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別 \ 年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7-12 歲	2*	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.2
19-64 歲	33*	36.7	17	21.8	0	0.0	0	0.0	50	28.9
65 歲以上	53	<u>58.9</u>	59*	<u>75.6</u>	1	<u>100.0</u>	0	0.0	113	65.3
不知道	2*	2.2	2*	2.6	0	0.0	0	0.0	4	2.3
未填	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	<u>100.0</u>	4	2.3
總計	90	52.0	78	45.1	1	0.6	4	2.3	173	100.0

管路事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 48.5%，其中造成死亡者 0 件，重度者 3 件 (1.7%)，中度傷患者 41 件 (23.7%)，輕度傷害 40 件 (23.1%)，如圖 4-3-2-4。

各類管路事件發生後有造成傷害比例，最高是氣管內管鼻管、血液透析相關導管、胃造瘻管(各



自佔 100%)，其次是導尿管 (84.6%)、氣切套管 (82.5%)，如圖 4-3-2-5。

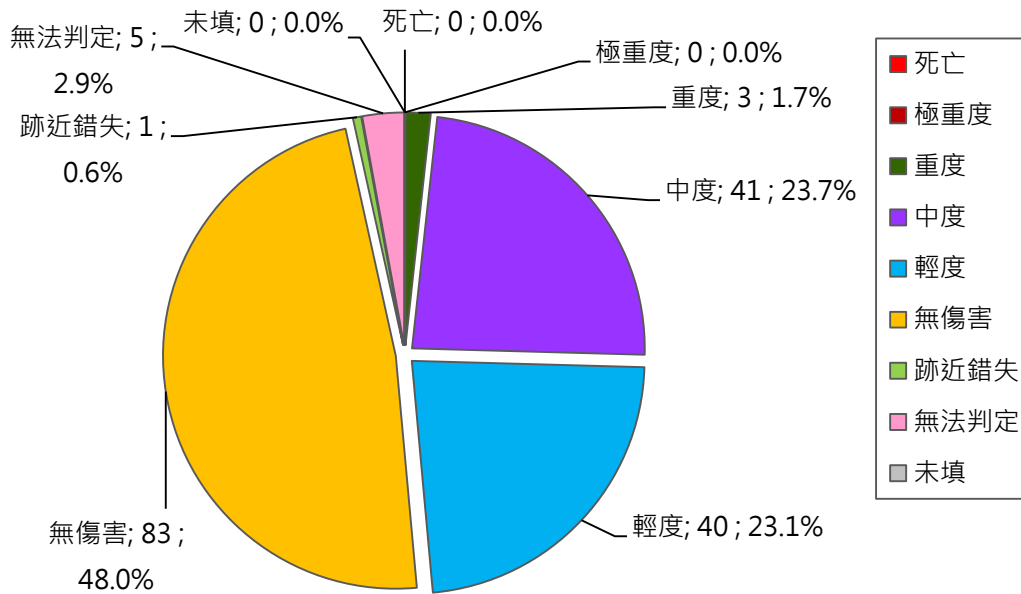


圖 4-3-2-4 護理之家管路事件對病人/住民健康的影響程度(N=173)

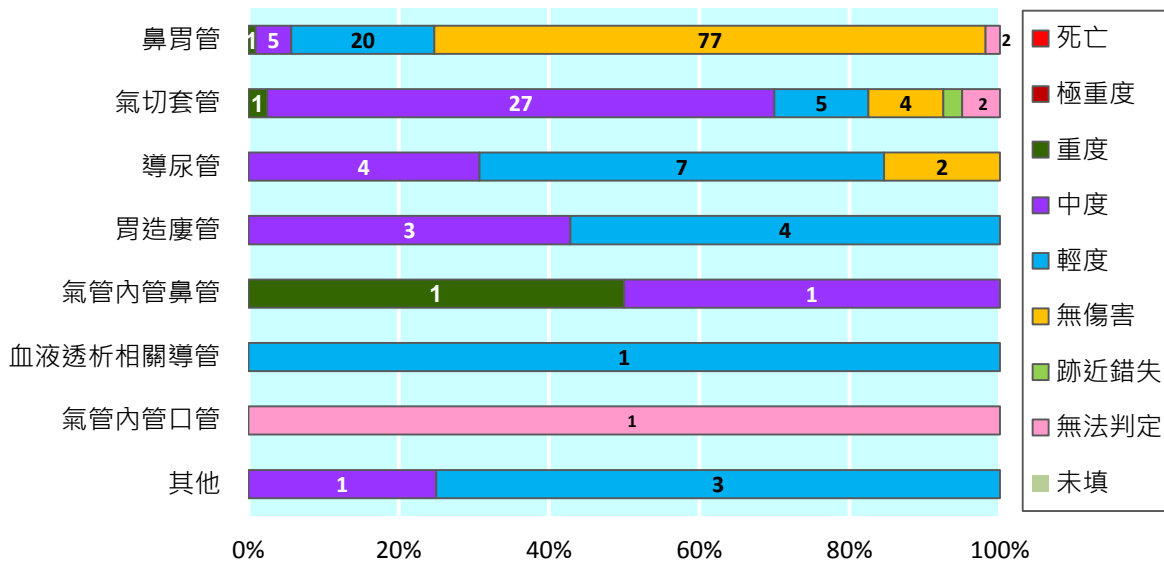


圖 4-3-2-5 護理之家管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析 (N=173，N 為受影響對象為病人/住民事件數，管路種類為複選)

在 173 件護理之家管路事件中，以管路脫落事件最多，共 166 件(佔 96%) (圖 4-3-2-6)。管路脫落類型以管路自拔 109 件為主，佔 65.7%，意外滑脫則有 57 件，佔 34.3%。

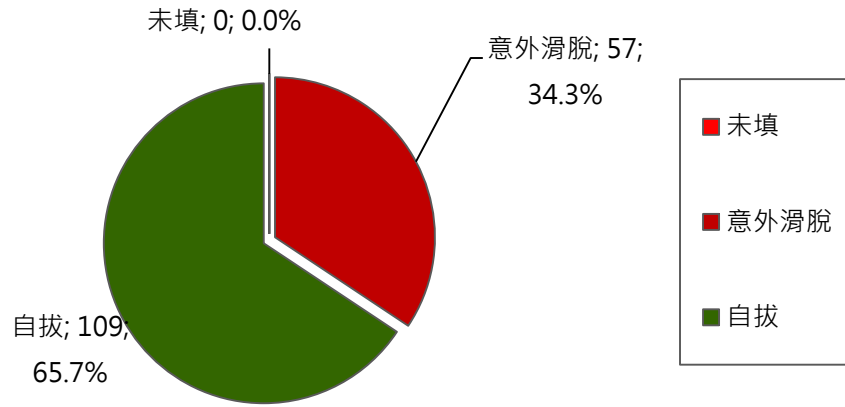


圖 4-3-2-6 管路脫落類型(N=166)

分析三班發生時段與管路脫落類型，發現白班之意外滑脫以上案件有 23 件(佔 39.0%)，小夜班之意外滑脫以上案件有 15 件 (佔 30.0%)，大夜班之意外滑脫以上案件有 14 件 (佔 28.6%)，圖 4-3-2-7。

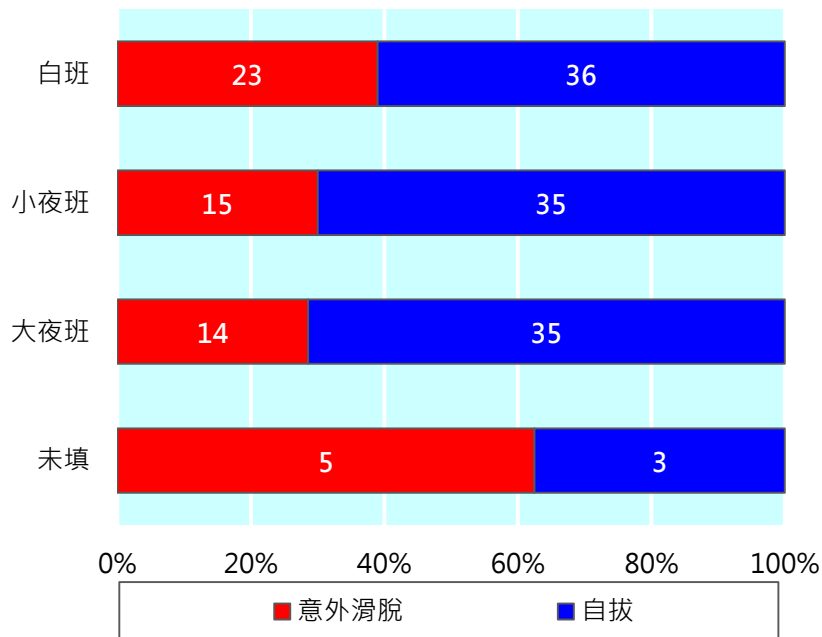


圖 4-3-2-7 發生三班時段與管路脫落類型(N=166)

圖 4-3-2-8 針對滑脫前病人是否使用鎮靜藥物 (有使用 16 件、無使用 148 件) 與管路脫落事件進行交叉分析，發現滑脫前病人「無使用鎮靜藥物」之意外滑脫以上案件為 53 件 (佔 35.8%) 其比例高於「有使用鎮靜藥物」之意外滑脫以上案件為 4 件 (佔 25.0%)。圖 4-3-2-9 針對滑脫前病人是否約束 (有約束 97 件、無約束 68 件) 與管路脫落事件進行交叉分析，發



現滑脫前病人「無約束」之意外滑脫以上案件為 36 件 (佔 52.9%) 其比例高於「有約束」之意外滑脫以上案件為 21 件 (佔 21.6%)。

圖 4-3-2-10 進一步針對自拔案件 (109 件) 與最近一星期病人自拔管路次數進行交叉分析，最近一星期無自拔有 61 件 (佔 56.0%)，其次是超過 1 次以上有 40 件 (佔 36.7%)。

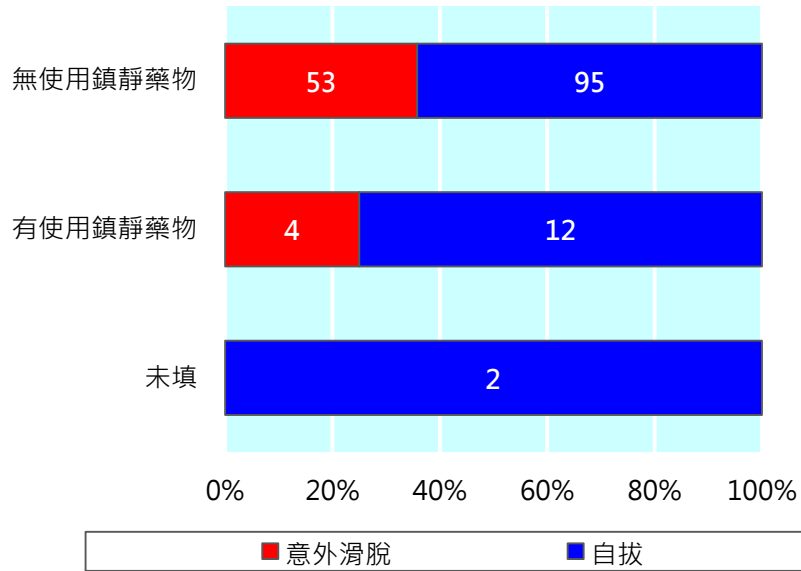


圖 4-3-2-8 滑脫前病人是否使用鎮靜藥物對管路脫落類型之交叉分析(N=166)

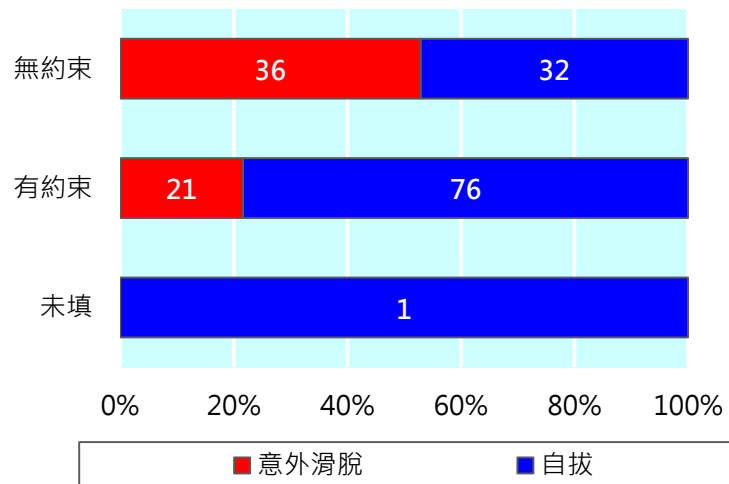


圖 4-3-2-9 滑脫前病人是否有約束對管路脫落類型 (自拔、意外滑脫) 之交叉分析(N=166)

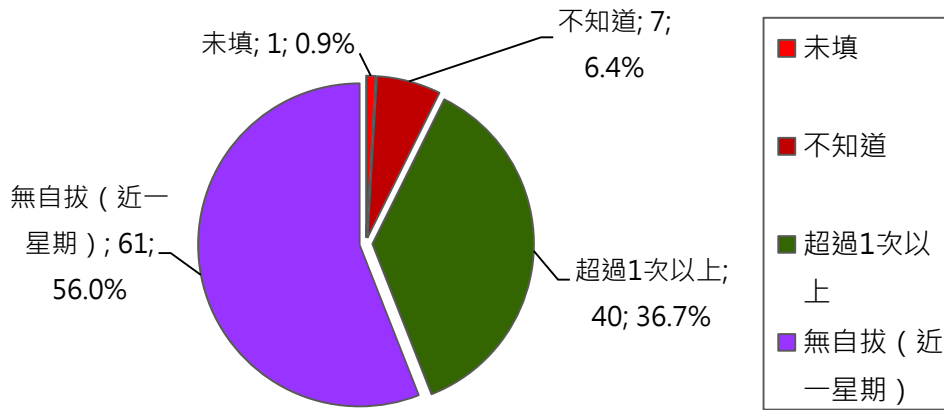


圖 4-3-2-10 自拔管路事件對最近一星期病人自拔管路次數之交叉分析(N=109)

下述針對管路事件與對病人/住民(173 件)之健康影響程度進行分析。管路事件發生時，有造成病人傷害的事件 84 件，佔 48.6%。病人意識狀態 (清醒 100 件、意識混亂 54 件、嗜睡 5 件、昏迷 13 件)與對健康的影響程度發現，病人昏迷發生有傷害以上有 8 件(佔 61.5%)，病人嗜睡發生有傷害以上有 2 件(佔 40.0%)，意識混亂發生有傷害以上有 25 件(佔 46.3%)，病人清醒發生有傷害以上有 48 件 (佔 48.0%)，圖 4-3-2-11。

圖 4-3-2-12 則針對事件發生時是否有約束與對健康影響程度進行交叉分析，管路事件發生前有使用約束共 101 件，其中病人/住民之健康影響有傷害共 42 件 (佔 41.6%)；而未使用約束的案件為 71 件，其中有傷害的事件共 41 件 (佔 57.7%)。

圖 4-3-2-13 為病人是否有使用鎮靜藥物與對健康的影響程度之交叉分析，結果顯示有使用鎮靜藥物的比例較低，共有 18 件(佔 10.4%)，而未使用鎮靜藥物的案件為 153 件(佔 88.4%)，其中有使用鎮靜藥物情況下其病人/住民之健康影響有傷害共 10 件 (佔 55.6%)，而未使用鎮靜藥物情況下有傷害事件共 73 件 (佔 47.7%)。

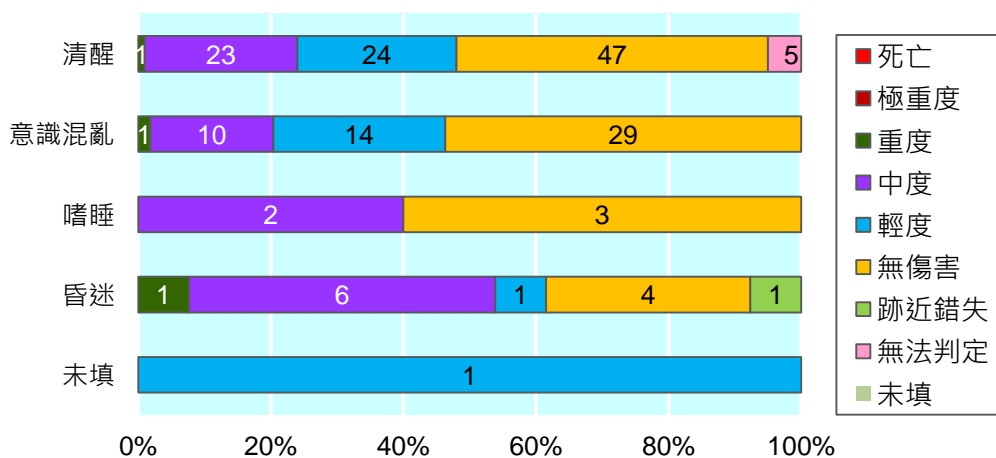


圖 4-3-2-11 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析(N=173)

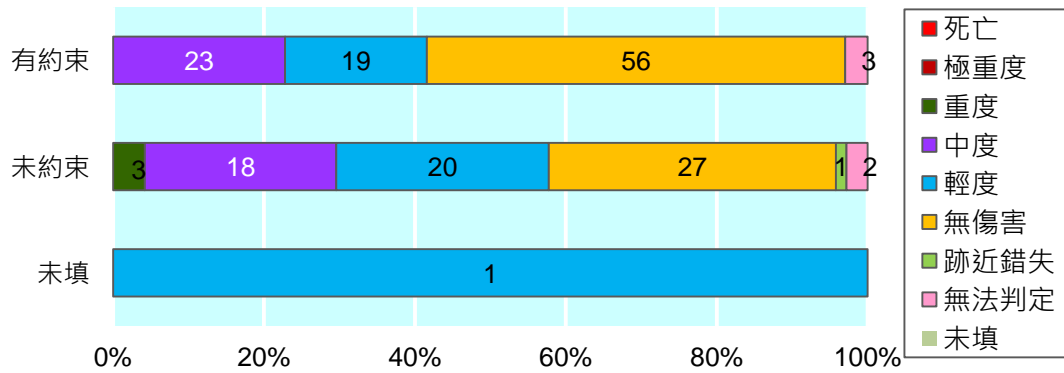


圖 4-3-2-12 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析(N=173)

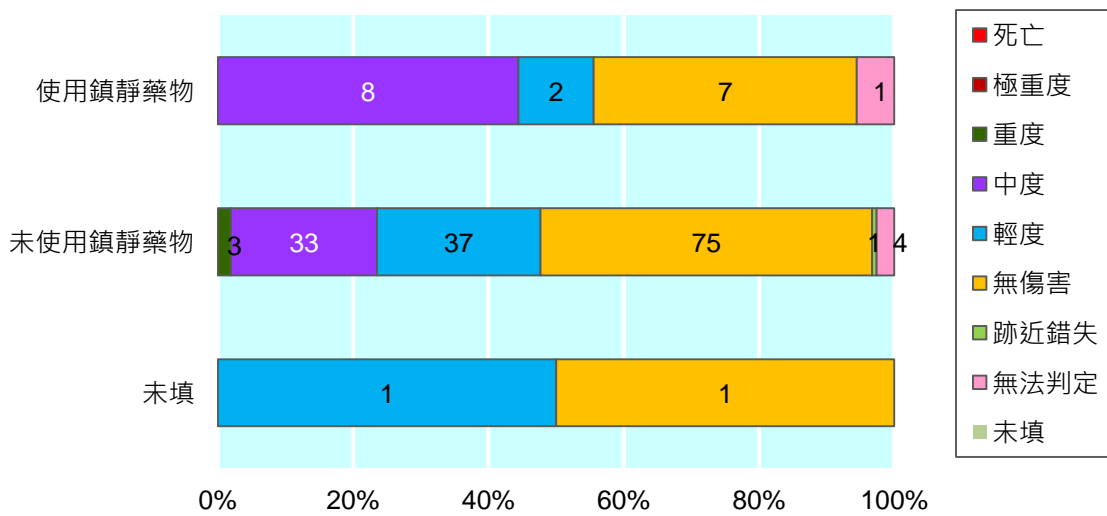


圖 4-3-2-13 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析(N=173)

以單一管路事件 (173 件) 進行相關變項分析，圖 4-3-2-15 單一管路事件需要重新插管 157 件 (佔 90.8%)，重新插管比率約 9 成；未重新插管者 11 件 (含無重插 10 件與不需要重插 1 件) 佔 6.4%。分析各類管路事件其重新插管率，重插率大於 80% 的管路種類依序為胃造瘻管及血液透析相關導管 (佔 100.0%)、胃造瘻管 (佔 100.0%)、氣切套管 (佔 92.5%)、鼻胃管 (佔 92.4%)、導尿管 (佔 84.6%)，圖 4-3-2-14。

圖 4-3-2-15 針對單一管路與管路脫落種類分析，單一管路自拔有 109 件 (佔 63.0%)，意外滑脫有 57 件 (佔 32.9%)。分析各類管路事件其自拔率，自拔率大於 50% 的管路種類依序為血液透析相關導管 (佔 100.0%)、其他管路 (佔 75.0%)、鼻胃管 (72.4%)、胃造瘻管 (佔 71.4%)、導尿管 (佔 53.8%)。

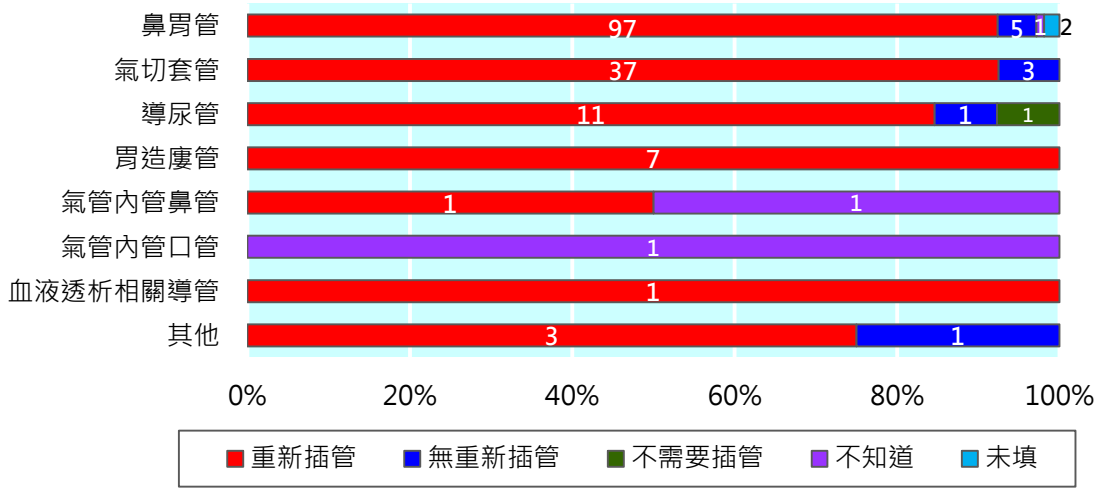


圖 4-3-2-14 單一管路種類與是否重新插管之交叉分析(N=173)

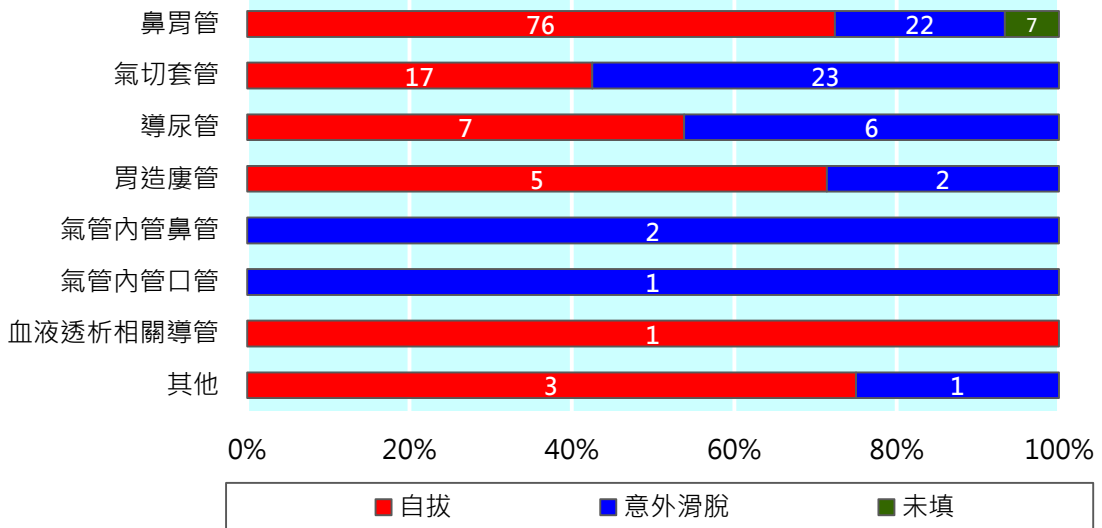


圖 4-3-2-15 單一管路種類與管路脫落 (自拔、意外滑脫) 之交叉分析(N=173，本項管
路脫落未填含其他)

圖 4-3-2-16 就護理之家管路事件發生可能原因分析，以「與病人生理及行為 (病人) 因素」之比率最高，佔 68.8 件/百件，其次為「與人員個人 (人為) 因素」，佔 42.8 件/百件，第三「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」佔 28.3 件/百件。就與病人因素相關原因之內容，以「病人躁動」最多，其次為「病人約束中自拔」；人為因素以「約束技術不適當」最多，其次為「管路固定技術不當」。

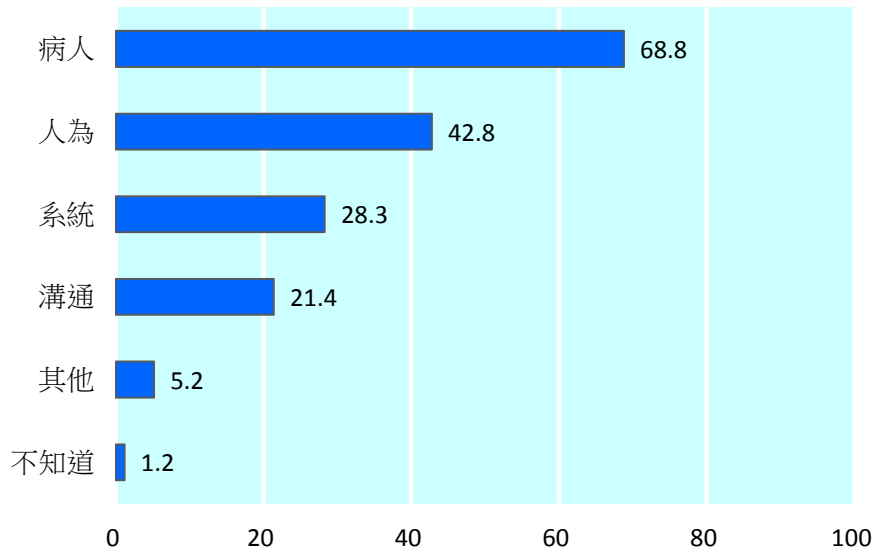


圖 4-3-2-16 護理之家管路事件發生可能原因相對次數百分比

(N=173，N 為事件數，此項目為複選)

護理之家管路事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 0 件，SAC = 2 者有 1 件，SAC = 3 有 44 件，SAC = 4 有 99 件，NA 值 (包含跡近錯失、無法判定) 有 6 件，無法計算 SAC 者 (影響程度未填者及事件再發生機會不知道、未填者) 有 23 件。其中在重度事件 1 件，主要是人員疏忽及病人咳嗽等因素影響，因照護員反抽鼻胃管無任何胃液後，即進行灌食牛奶，未察覺病人鼻胃管已移位且滑脫，導致灌食至病人肺部。(表 4-3-0-3)



(三)護理之家–傷害行為事件

2013 年護理之家的傷害行為事件有 128 件。進一步分析發生時段在傍晚到晚上的活動時段(16:01~20:00)為明顯高峰，如圖 4-3-3-1。發生地點多於一般病房(87.5 件/百件)，如圖 4-3-3-2。傷害事件類型以身體攻擊(80.5 件/百件)最多，其次是言語衝突(9.4 件/百件)，如圖 4-3-3-3。對病人健康影響程度以輕度傷害居多(41.5%)，再者是無傷害(38.2%)，如圖 4-3-3-4。

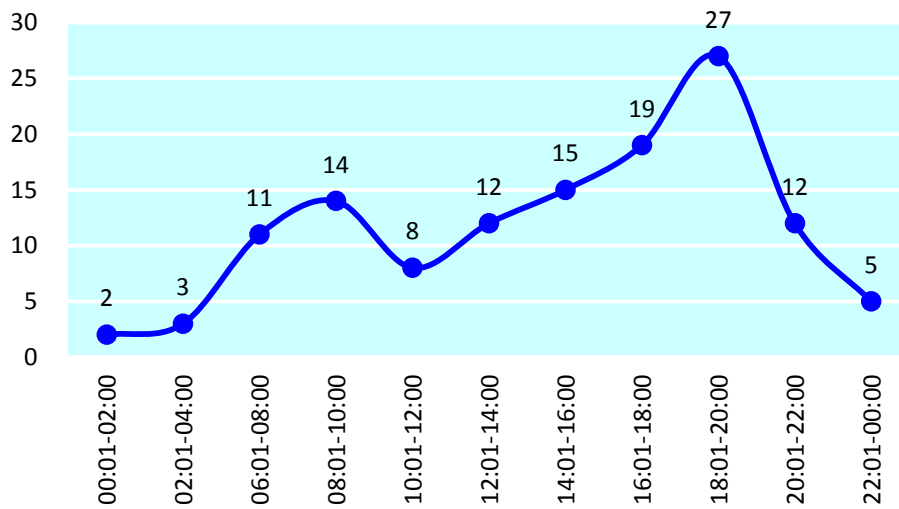


圖 4-3-3-1 護理之家傷害事件發生時段分布(N=128)

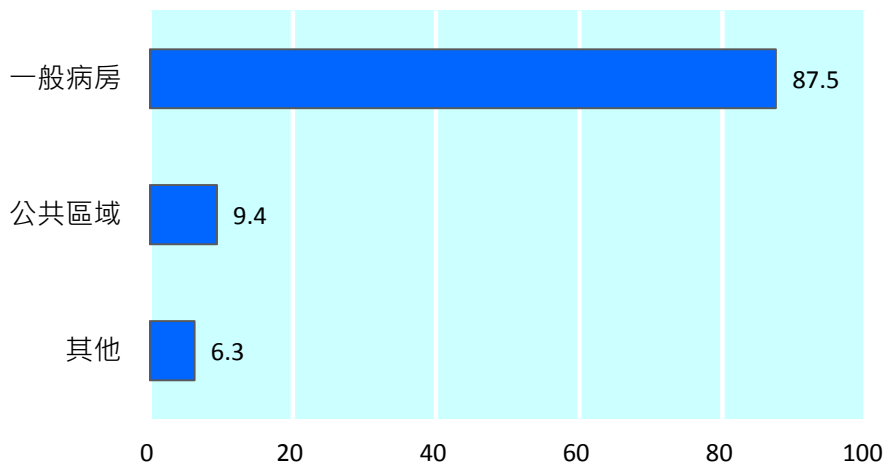


圖 4-3-3-2 護理之家傷害事件發生地點(N=128，本項為複選)

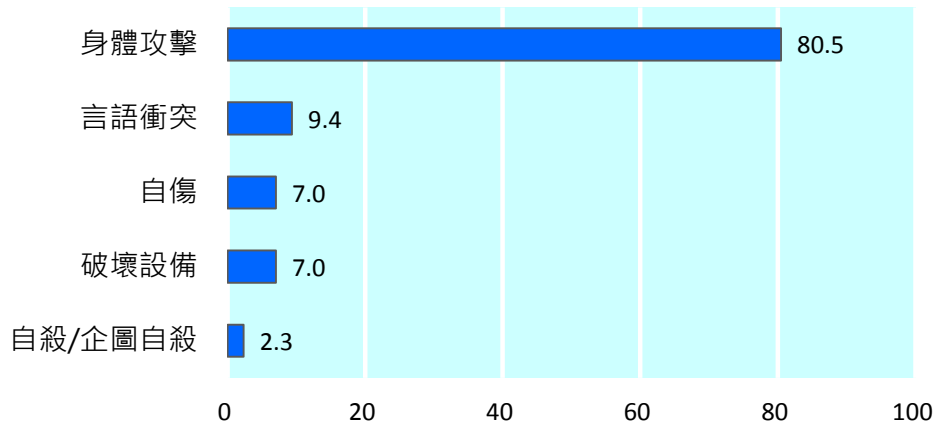


圖 4-3-3-3 護理之家傷害事件類型(N=128;N 為事件數，此項目為複選)

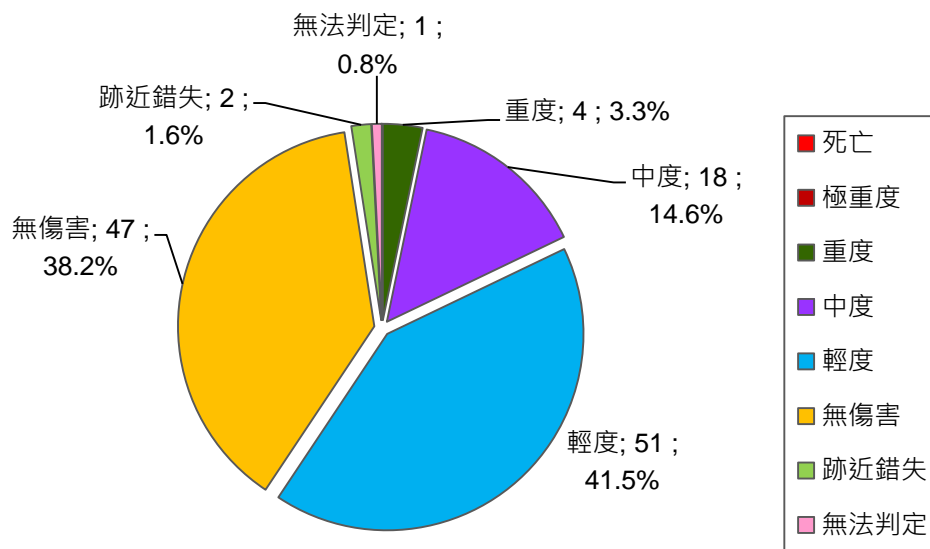


圖 4-3-3-4 護理之家傷害事件對病人/住民健康的影響程度(N=123)

進一步交叉分析傷害類型與對病人健康的影響，自傷有較高的受傷率(傷害程度為輕度以上，佔 66.9%)，其次依序為自殺/企圖自殺及身體攻擊。其中自殺/企圖自殺的傷害程度導致較嚴重(傷害程度為重度以上，佔 11.6%)。針對病人健康影響程度為重度以上的案例分析，有死亡的 10 件案例皆為自殺/企圖自殺，其傷害程度為極重度共有 10 件案例，重度則有 73 件案例，如圖 4-3-3-5。

探討導致傷害行為事件發生的可能原因，主要多與病人生理及行為(病人)因素相關(84.4 件/百件)，以及與溝通相關因素(30.5 件/百件)，如圖 4-3-3-6。

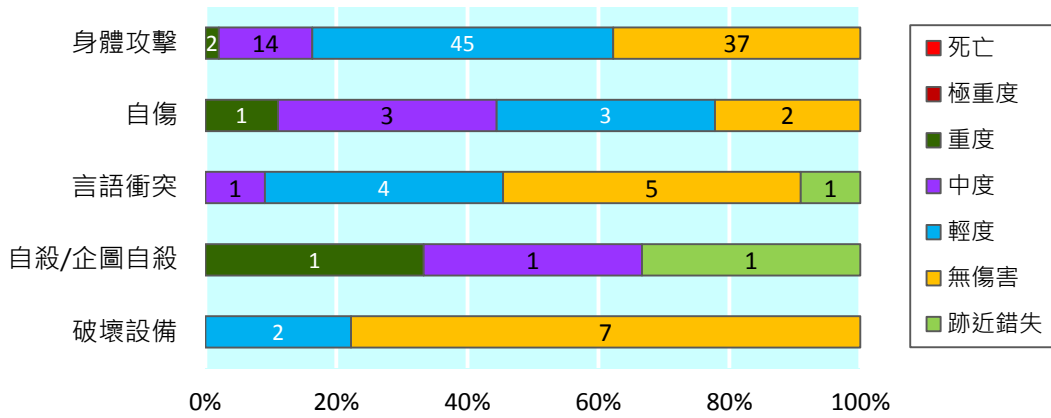


圖 4-3-3-5 護理之家傷害事件類型對病人健康影響程度交叉分析(N=123)

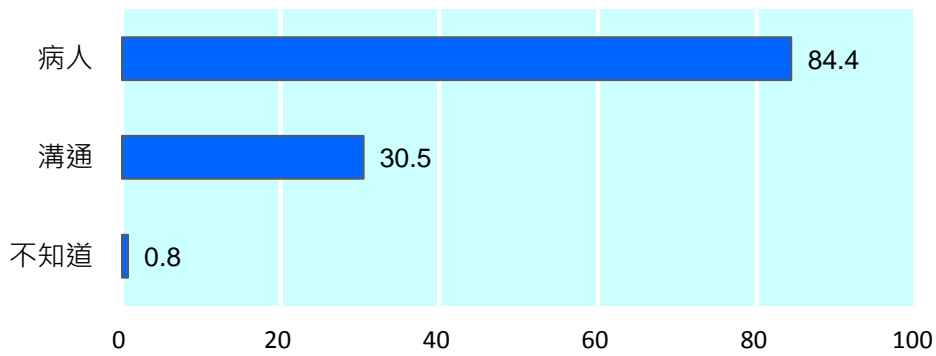


圖 4-3-3-6 護理之家傷害事件發生可能原因相對次數百分比(N=128，本項為複選)

醫院傷害行為事件 SAC 級數分析，SAC=1 者為 0 件，SAC=2 者為 3 件(2.4%)，SAC=3 者 40 件(32.5%)，SAC=4 者為 64 件(52.0%)。



四、精神復健機構

2013 年精神復健機構通報案例共有 451 件，以通報事件類別來看，跌倒事件有 202 件(佔 44.8%)，其次是傷害事件 169 件(佔 37.5%)，兩事件類別發生於精神復健機構超過 8 成以上(圖 4-4-0-1)。

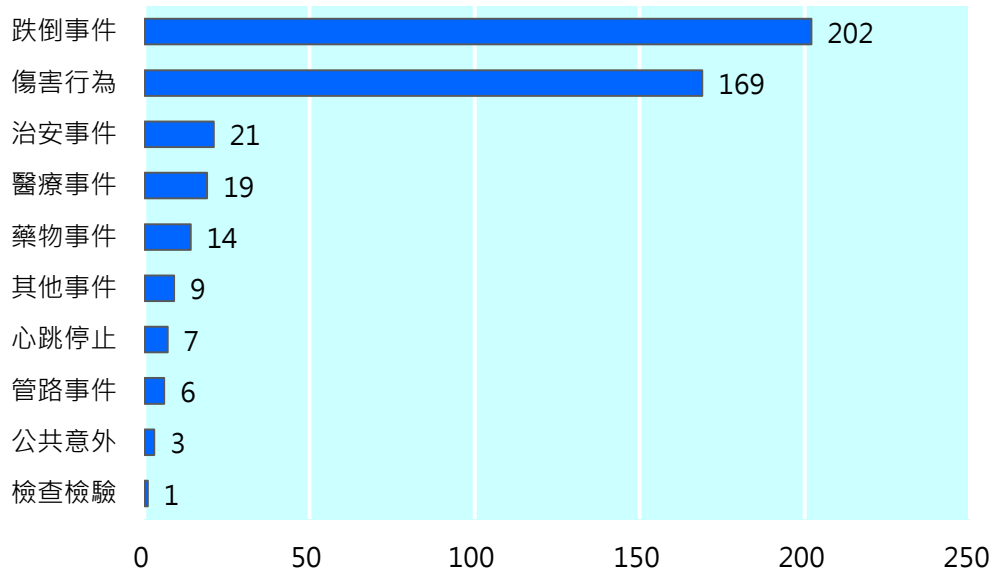


圖 4-4-0-1 精神復健機構各類事件數(N=451)

事件發生時段集中於白班(08:01-16:00)，佔 40.6%；其次是小夜班(16:01-00:00)，佔 35.0%。就各時段來看，以 06:01-08:00 最高(59 件)，其次是 08:01-10:00(57 件)，圖 4-4-0-2。

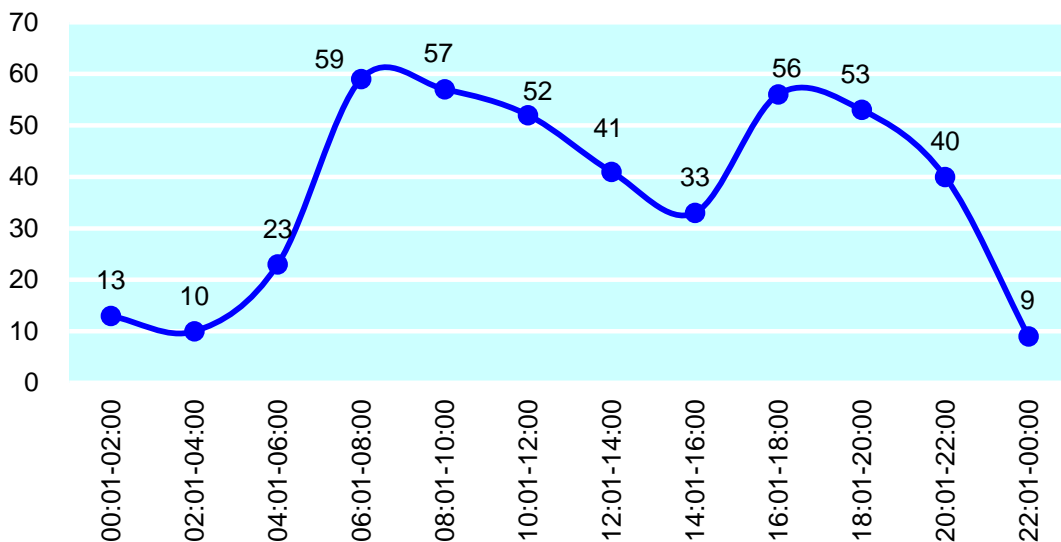


圖 4-4-0-2 精神復健機構通報事件發生時段分布(N=446 件，不含未填 5 件)

事件對病人/住民的健康影響程度為重度以上事件有 43 件(9.7%)；中度傷害有 107 件(24.2%)；輕度傷害有 163 件(36.8%)；無傷害有 122 件(27.5%)，圖 4-4-0-3。

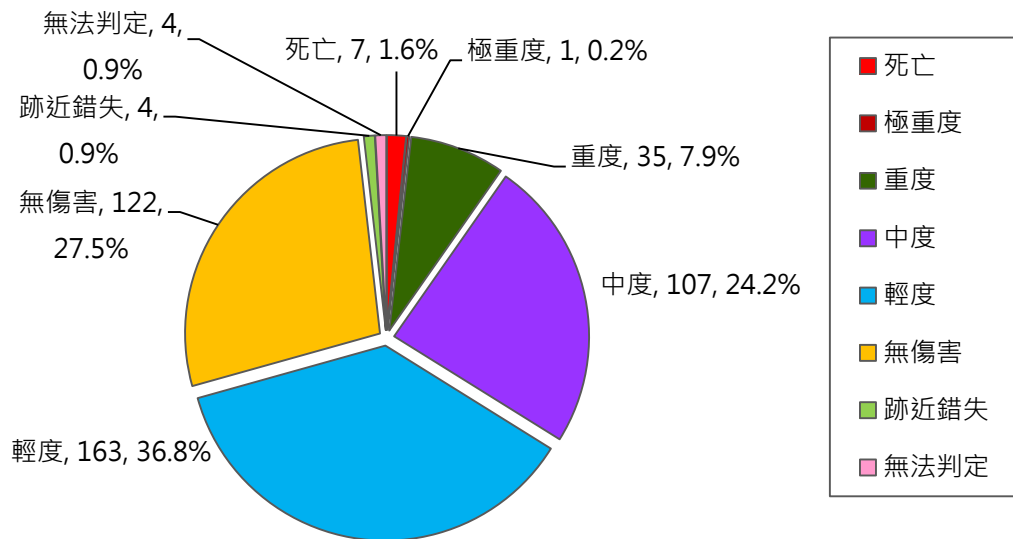


圖 4-4-0-3 精神復健機構事件發生後對病人/住民健康的影響程度(N=443)

各類事件發生後對病人/住民健康影響程度為重度以上者，以跌倒事件 20 件最多，其次是傷害事件與不預期心跳停止事件各有 7 件，表 4-4-0-1。

表 4-4-0-1 精神復健機構各類事件發生後對病人/住民健康影響程度(N=443)

影響程度	死亡		極重度		重度		中度		輕度		無傷害		跡近錯失		無法判定		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	0	0.0	0	0.0	1	0.2	5	1.1	1	0.2	5	1.1	2	0.4	0	0.0	14	3.2
跌倒事件	0	0.0	0	0.0	20	4.4	49	10.9	96	21.3	37	8.2	0	0.0	0	0.0	202	45.6
醫療事件	0	0.0	0	0.0	6	1.3	8	1.8	3	0.7	2	0.4	0	0.0	0	0.0	19	4.3
公共意外	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.4	1	0.2	0	0.0	3	0.7
治安事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.4	1	0.2	16	3.5	0	0.0	2	0.4	21	4.7
傷害行為	2	0.4	0	0.0	5	1.1	39	8.6	58	12.9	58	12.9	0	0.0	0	0.0	162	36.6
管路事件	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.2	2	0.4	1	0.2	0	0.0	1	0.2	6	1.4
不預期心跳停止	5	1.1	1	0.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	1.6
檢查檢驗	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	1	0.2
其他事件	0	0.0	0	0.0	1	0.2	3	0.7	2	0.4	1	0.2	0	0.0	1	0.2	8	1.8
總計	7	1.6	1	0.2	35	7.8	107	23.7	163	36.1	122	27.1	4	0.9	4	0.9	443	100.0

通報者仍以護理人員為最多，佔 92.0%，其次為支援人員，佔 3.1% (圖 4-4-0-4)。工作年資方面 1-5 年居第一位，佔 27.5%，其次為 11-15 年，佔 24.2% (圖 4-4-0-5)。在現職機構年資依序為 0-5 年，佔 47.7%，其次為 6-10 年，佔 27.9% (圖 4-4-0-6)。

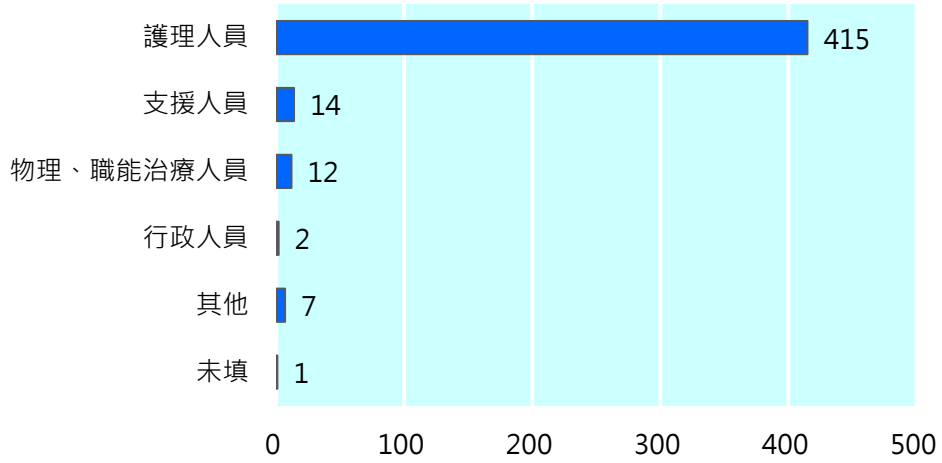


圖 4-4-0-4 精神復健機構通報者身分別 (N=451)

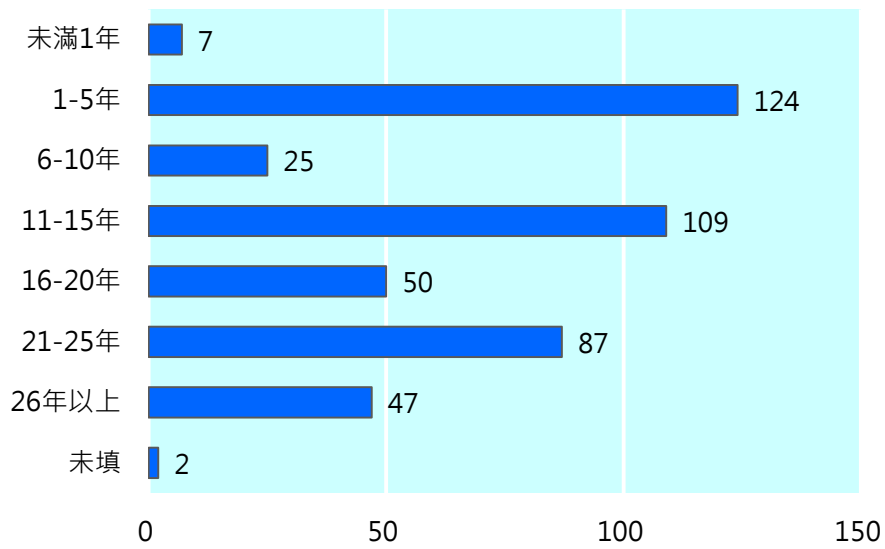


圖 4-4-0-5 精神復健機構通報者年資 (N=451)

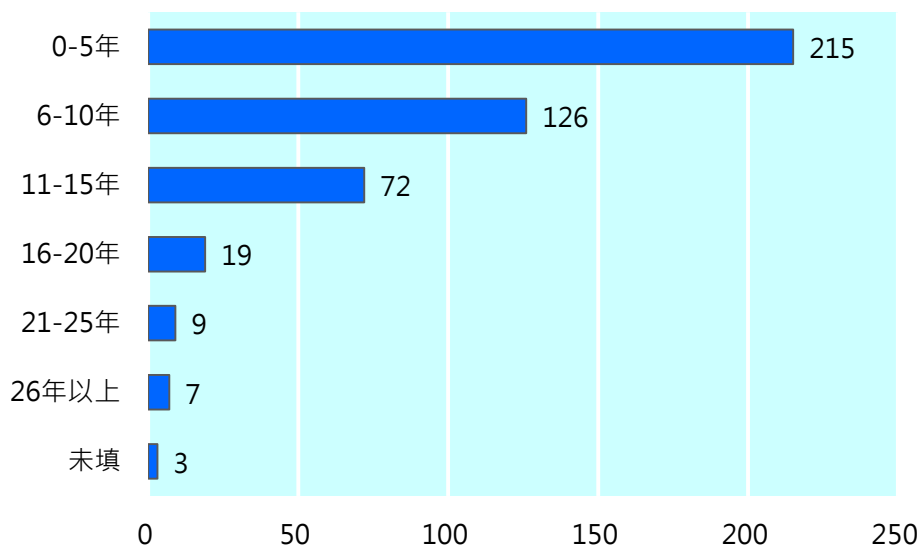


圖 4-4-0-6 精神復健機構通報者現職年資 (N=451)



事件類別與事件發生可能原因進一步分析，整體事件發生可能原因以「病人生理及行為因素相關(以下簡稱病人因素)」次數最多(274 件)，其次為「與溝通相關因素(以下簡稱溝通因素)」(90 件)，再其次為「與環境因素相關(以下簡稱環境因素)」(53 件)，如表 4-4-0-2。

表 4-4-0-2 精神復健機構事件發生可能原因 (N=421, N 為事件數, 本項複選, 不包含治安事件與其他事件)

可能原因	病人	系統	人為	器材	溝通	環境	用藥	不知道	其他	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	2	10	10	0	1	-	-	0	1	14
跌倒事件	136	1	7	8	-	51	12	3	1	202
醫療照護	11	5	10	1	4	-	-	0	0	19
公共意外	-	-	-	0	-	2	-	1	0	3
傷害行為	117	-	1	-	83	-	-	0	1	169
管路事件	3	3	4	-	2	-	-	0	0	6
不預期	5	1	1	0	0	-	-	2	0	7
心跳停止	5	1	1	0	0	-	-	2	0	7
檢查檢驗	0	1	1	0	0	0	-	0	0	1
總計	274	21	34	9	90	53	12	6	3	421

預防事件再發生的措施或方法，整體而言通報者認為預防措施或方法以「加強教育訓練」最多(90.5 件/百件) 其次依序為加強溝通方式 (26.6 件/百件)、改變醫療照護方式 (5.5 件/百件) 以及改變行政管理 (2.9 件/百件)，如表 4-4-0-3。

表 4-4-0-3 精神復健機構各類事件預防方法統計 (N=451, N 為事件數, 本項複選)

預防方法	加強教育訓練	改變醫療照護方式	改變行政管理	加強溝通方式	不知道	其他	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	12	3	0	0	0	0	14
跌倒事件	190	6	3	43	1	5	202
醫療照護	19	3	2	4	0	1	19
公共意外	1	0	2	1	0	0	3
治安事件	20	1	2	3	0	1	21
傷害行為	145	7	1	59	2	0	169
管路事件	6	4	1	3	0	0	6
不預期	6	1	1	2	1	0	7
心跳停止	6	1	1	2	1	0	7
檢查檢驗	1	0	0	0	0	0	1
其他事件	8	0	1	5	0	0	9
總計	408	25	13	120	4	7	451



精神復健機構 SAC 級數分析，發現各事件類別 SAC=1 者共有 7 件，其中院內不預期心跳停止事件數最多，有 6 件(佔 85.7%)；SAC=2 者共有 32 件，最多者為跌倒事件，有 18 件(佔 56.3%)；另通報資料之影響程度為跡近錯失、無法判定、事件再發生的機會為不知道及未填致無法計算 SAC 者共有 47 件，如表 4-4-0-4。

表 4-4-0-4 精神復健機構各類事件 SAC 分布

事件類別	SAC					無法計算
	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4		
藥物事件	0	1	5	6	0	
跌倒事件	0	18	71	96	17	
醫療事件	0	4	8	5	2	
公共意外	0	0	0	2	0	
治安事件	0	0	1	17	1	
傷害行為	1	6	38	92	25	
管路事件	0	1	0	3	1	
不預期心跳停止	6	1	0	0	0	
檢查檢驗	0	0	0	0	0	
其他事件	0	1	2	3	1	
總計	7	32	125	224	47	



(一)精神復健機構–跌倒事件

2013 年精神復健機構跌倒事件共 202 件，事件發生後受影響對象皆與病人/住民者有關。精神復健機構發生跌倒時段集中於早上活動時段 06：01～10：00（共 64 件，佔 31.7%）（圖 4-4-1-1）。跌倒發生地點主要為一般病房（含病房走廊、浴室、護理站等病房涵蓋之區域），每百件事件有 89.6 件，針對跌倒地點為「其他」之 176 件事件內容深入了解後，發現提報的地點多為病床旁、餐廳、廁所...等，屬於補充說明的性質，並無其他跌倒好發地點。（圖 4-4-1-2）。

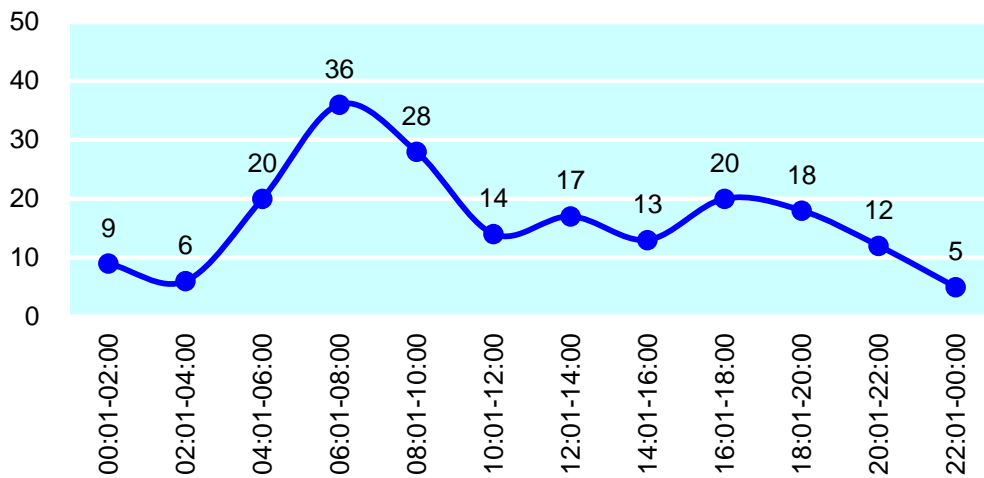


圖 4-4-1-1 精神復健機構跌倒事件發生時段分布 (N=198, 不含未填 4 件)

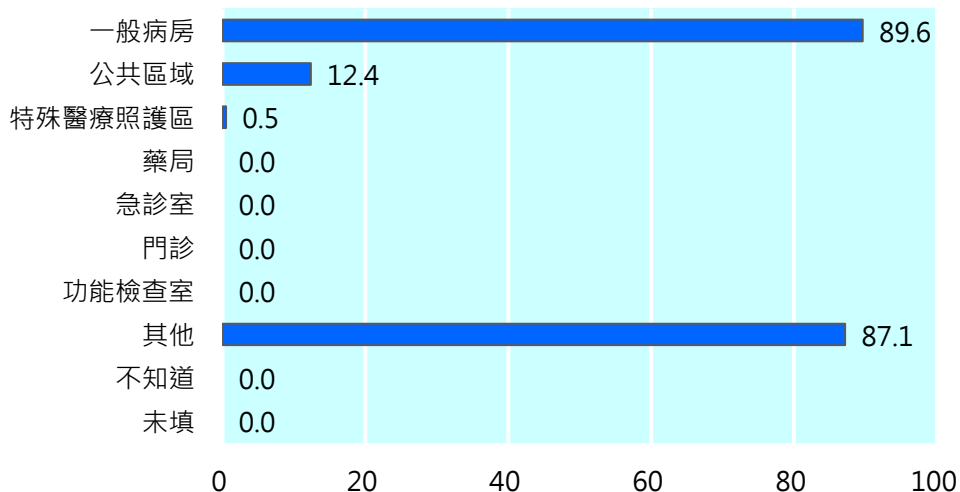


圖 4-4-1-2 精神復健機構跌倒事件發生地點相對百分比 (N=202; N 為病人數; 此項目為複選)

發生跌倒的病人/住民性別以男性比例較高 (52.5%)，年齡以 19-64 歲成年人為最多 (53.5%) (表 4-4-1-1)。在對病人/住民健康影響程度部分，以輕度傷害為最多 (96 件，佔 47.5%)，其次為中度傷害 (49 件，佔 24.3%)，重度傷害有 20 件 (佔 9.9%)，沒有極重度或死亡的事件 (圖 4-4-1-3)。



表 4-4-1-1 精神復健機構跌倒病人/住民性別與年齡層交叉分析 (N=202) (標記*者為該年齡層中比例最高者 ; 標記底線者為該性別中件數最多者)

性別	男性		女性		小計	
年齡	N	%	N	%	N	%
19-64 歲	<u>56</u>	27.7*	<u>52</u>	25.7	108	53.5
65 歲以上	50	24.8*	44	21.8	94	46.5
總計	106	52.5	96	47.5	202	100.0

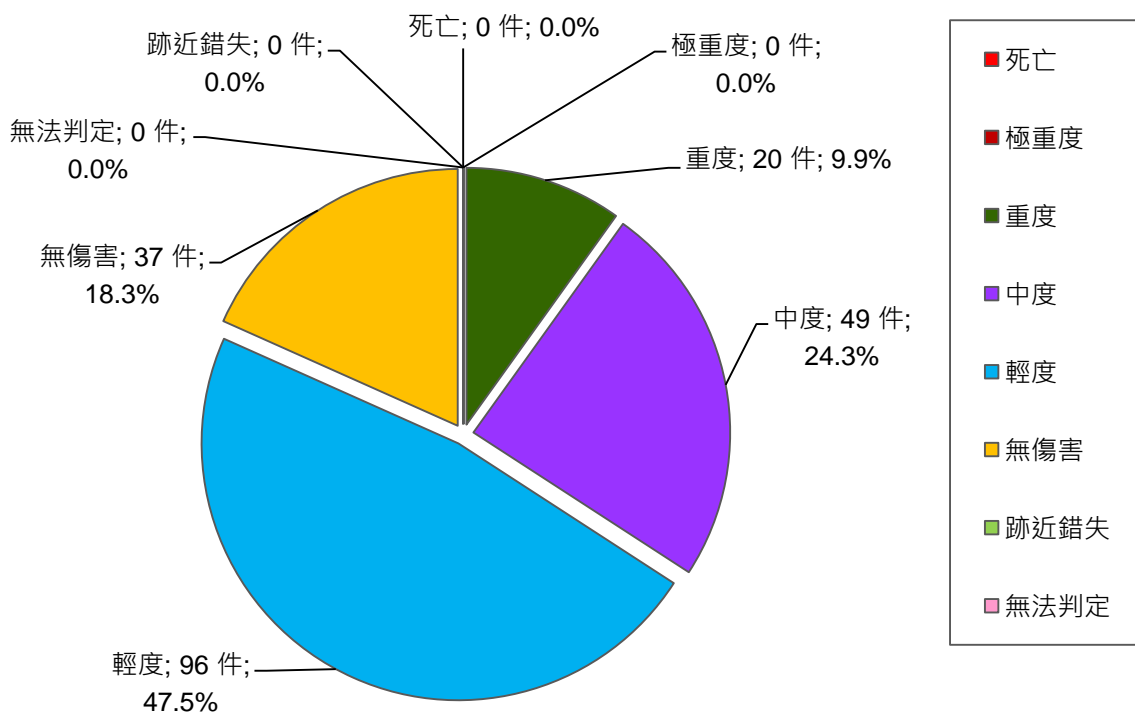


圖 4-4-1-3 精神復健機構跌倒事件度病人健康的影響程度 (N=202)

進一步分析所有跌倒事件中，病人/住民最近一年沒有跌倒紀錄者較多(99 件，佔 49.0%)，跌倒次數超過一次以上者則為 85 件 (佔 42.1%)；在事件發生前，病人/住民被評估為跌倒高危險群者有 128 件 (佔 63.4%)，而評估為高危險群且最近一年跌倒超過一次以上的案例有 77 件 (佔高危險族群病人的 60.2%) (圖 4-4-1-4)。事件發生時從事之活動類型以行進時最多 (90 件，佔 44.6%)，其次為上下床移位時 (31 件，佔 15.3%) 及進出洗手間時 (20 件，佔 9.9%) (圖 4-4-1-5)。

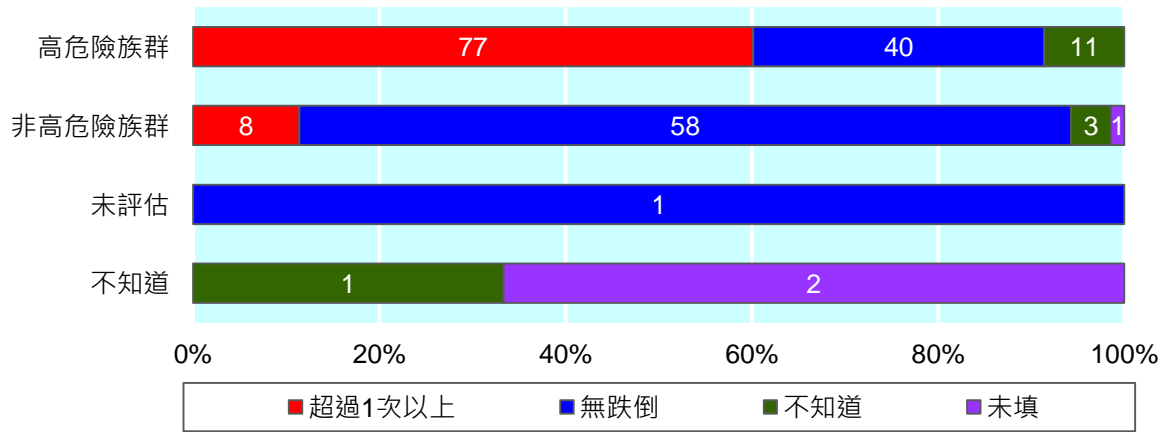


圖 4-4-1-4 精神復健機構跌倒對象是否為高危險群與最近一年跌倒次數 (N=202)

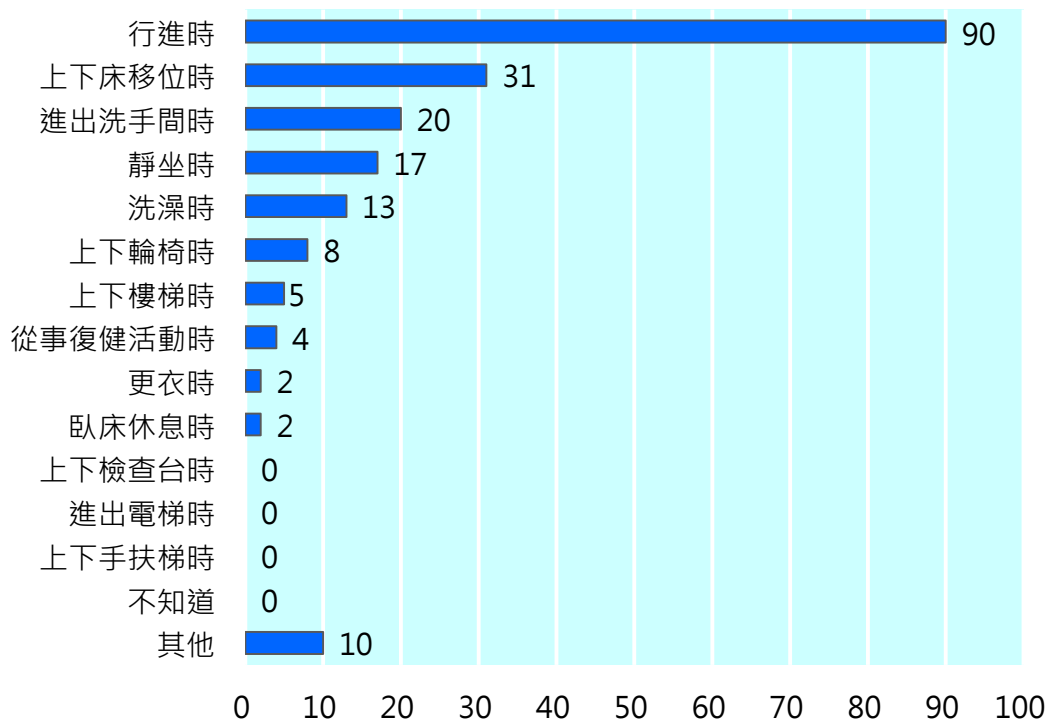


圖 4-4-1-5 精神復健機構跌倒事件發生時從事何項活動過程 (N=202)

事件發生可能原因分析結果，以「與病人生理及行為（病人）因素相關」為主（佔 67.3 件/百件），其次為「與環境因素相關」（25.2 件/百件）（圖 4-4-1-6）。發生可能原因為病人因素之細項目分析，以步態不穩（38.2 件/百件）較多；環境因素部分，以地面濕滑及通道有障礙物並列第一（各為 17 件，33.3 件/百件）（圖 4-4-1-7 ~ 4-4-1-8）。

精神復健機構跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 0 件，SAC=2 者有 18 件（佔 8.9%），SAC=3 者有 71 件（佔 35.1%），SAC=4 者有 96 件（佔 47.5%），未計算 SAC 者（影響程度為跡近錯失、無法判定、未填；事件再發生的機會為不知道、未填者）有 17 件（佔 8.4%），而 SAC=2 中有 12 件跌倒事件造成病人/住民骨折並需開刀治療。（表 4-1-0-5）

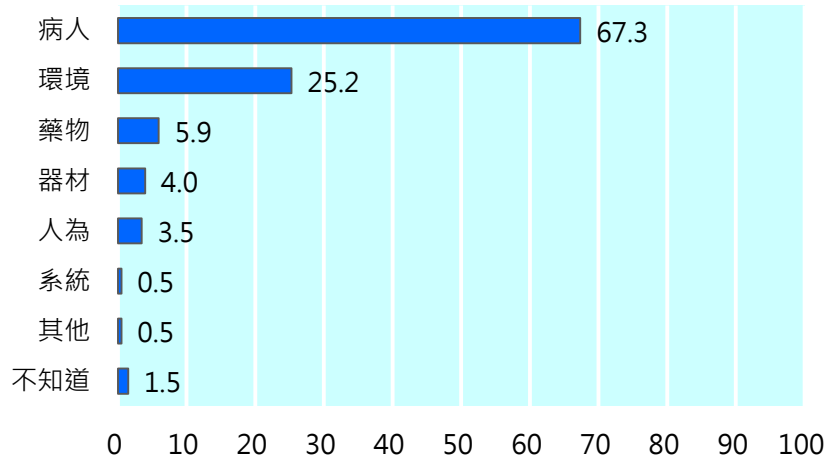


圖 4-4-1-6 精神復健機構跌倒事件發生可能原因相對次數百分比 (N=202; N 為事件數; 此項目為複選)

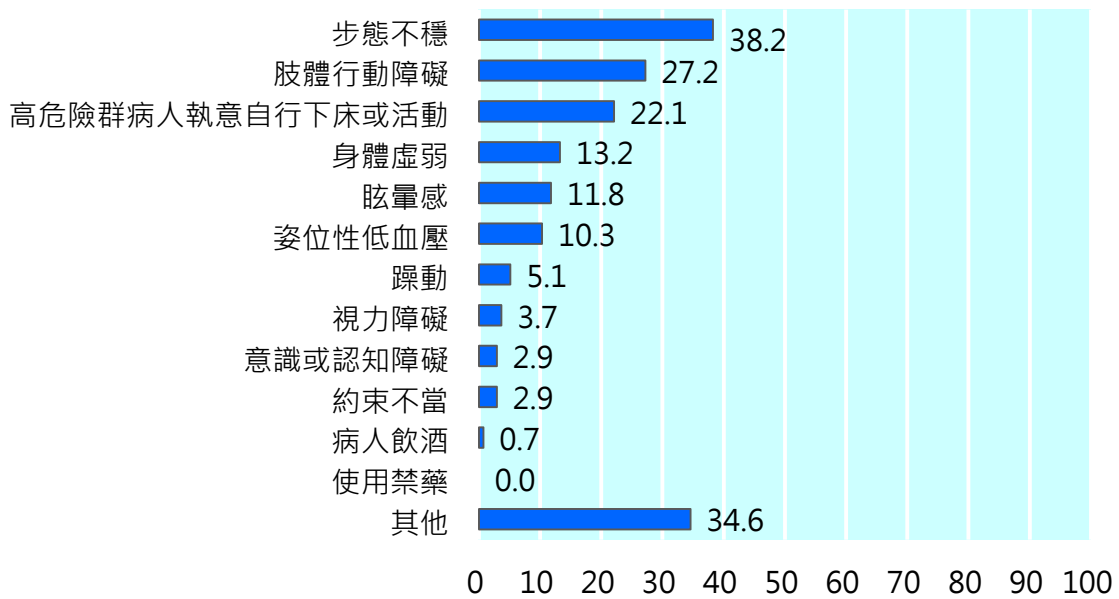


圖 4-4-1-7 精神復健機構跌倒事件可能原因為病人因素相對次數百分比 (N=136; N 為病人因素事件數; 此項目為複選)

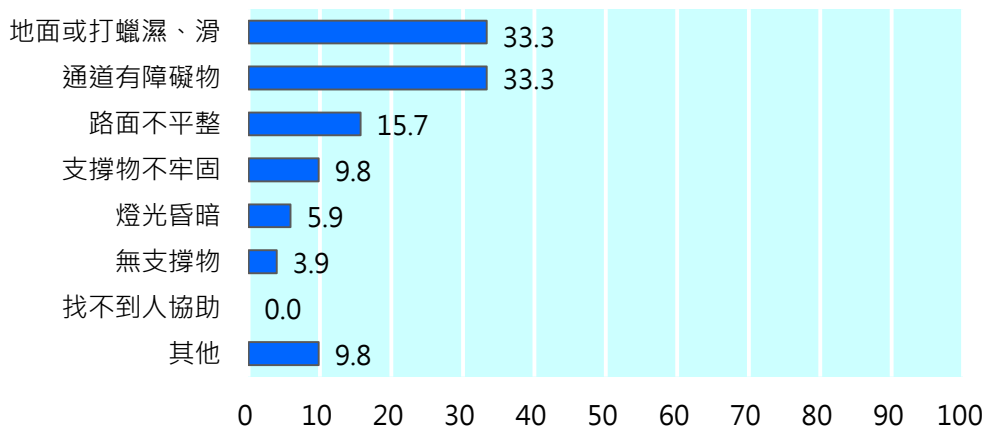


圖 4-4-1-8 精神復健機構跌倒事件可能原因為環境因素相對次數百分比 (N=51; N 為環境因素事件數; 此項目為複選)



(二)精神復健機構–傷害行為事件

2013 年精神復健機構的傷害行為事件有 169 件。發生時段在 18:01-20:00 有較明顯的高峰，如圖 4-4-2-1。發生地點多發生在一般病房(91.1 件/百件)，如圖 4-4-2-2。傷害事件類型以身體攻擊(85.2 件/百件)最多，其次是自傷(8.9 件/百件)，如圖 4-4-2-3。對病人健康影響程度以無傷害居多(35.8%)，有造成傷害的事件則以輕度傷害較多(35.8%)，其次為中度傷害(24.1%)，如圖 4-4-2-4。

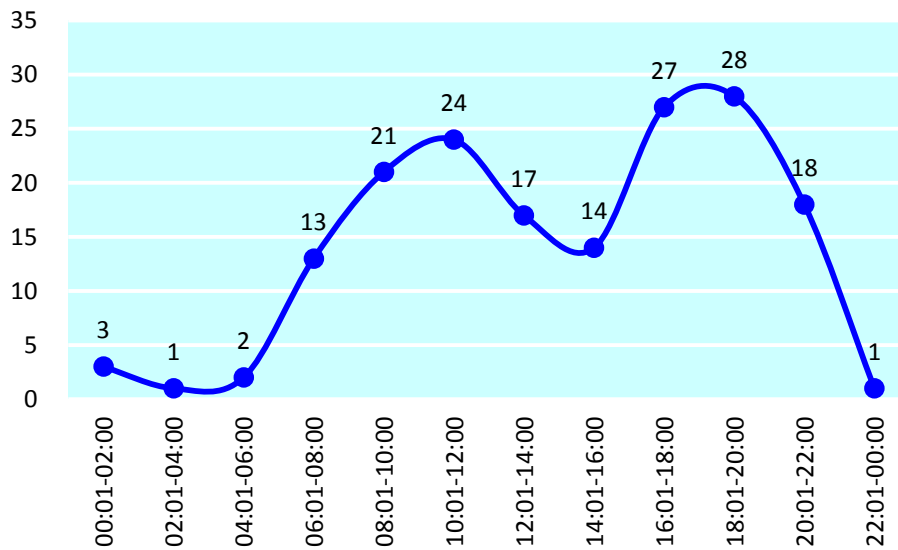


圖 4-4-2-1 精神復健機構傷害事件發生時段分布(N=169)

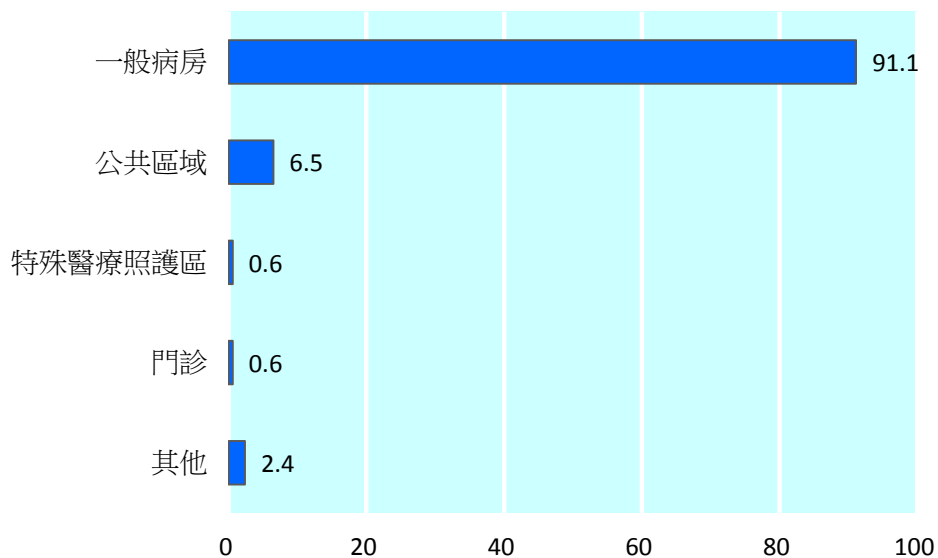


圖 4-4-2-2 精神復健機構傷害事件發生地點(N=169，本項為複選)

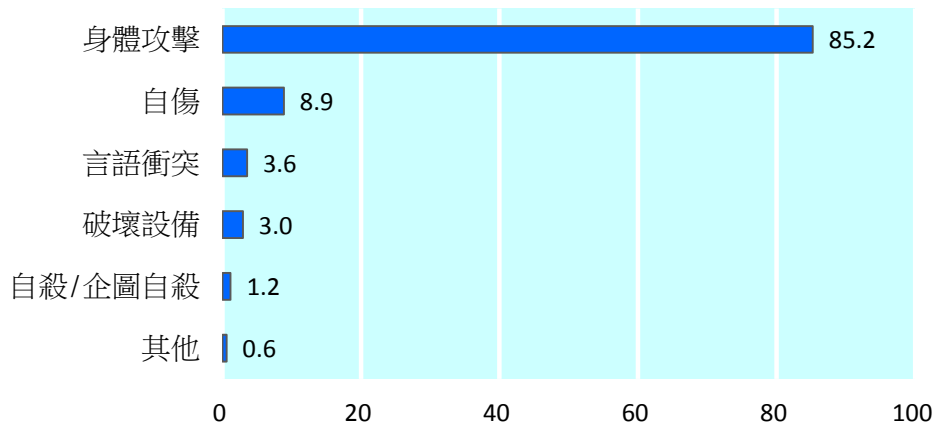


圖 4-4-2-3 精神復健機構傷害事件類型(N=169;N 為事件數，此項目為複選)

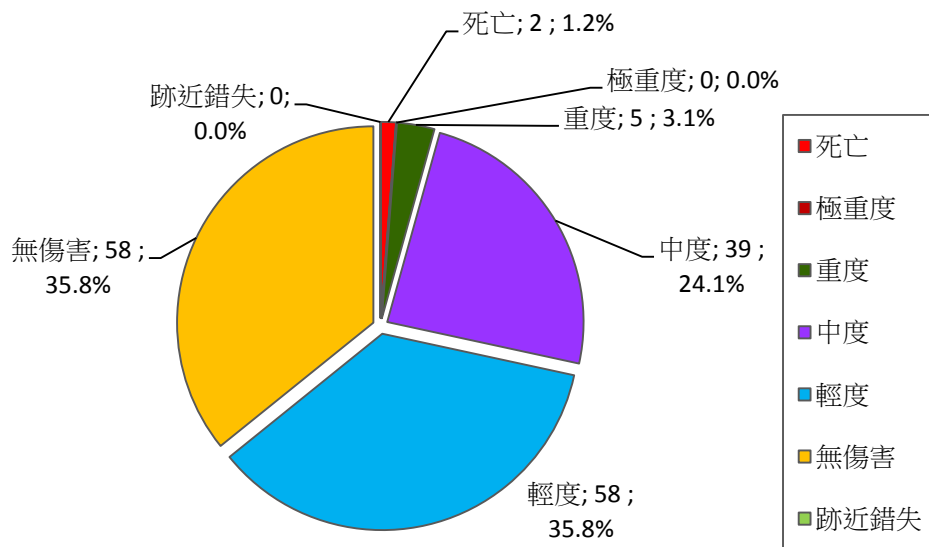


圖 4-4-2-4 精神復健機構傷害事件對病人/住民健康的影響程度(N=162)

進一步交叉分析傷害類型與對病人健康的影響，自殺/企圖自殺有較高的受傷率(傷害程度即輕度以上，佔 100%)，其次依序為自傷(佔 80%)、身體攻擊(62.5%)。針對病人健康影響程度為重度以上的案例分析，傷害程度導致較嚴重有死亡的 2 件案例皆為自殺/企圖自殺，其傷害程度為重度共有 5 件案例，如圖 4-4-2-5。

探討導致傷害行為事件發生的可能原因，主要多與病人生理及行為(病人)因素相關(91.4 件/百件)，以及與溝通相關因素(64.8 件/百件)，如圖 4-4-2-6。

以 SAC 級數分析，SAC=1 有 1 件(1%)，SAC=2 為 6 件(4%)，SAC=3 為 38 件(23%)，SAC=4 為 92 件(57%)。(表 4-4-0-4)

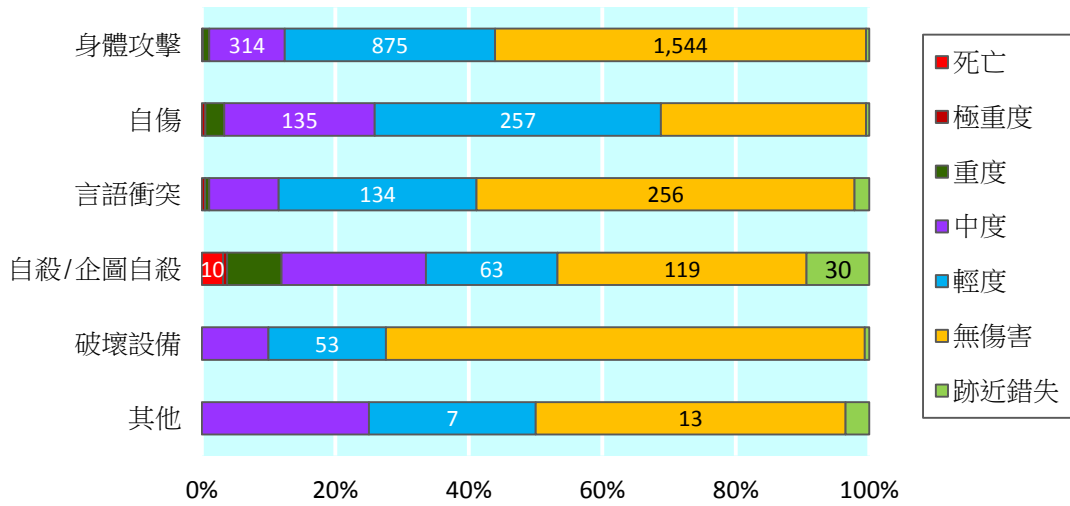


圖 4-4-2-5 精神復健機構傷害事件類型對病人健康影響程度交叉分析(N=162)

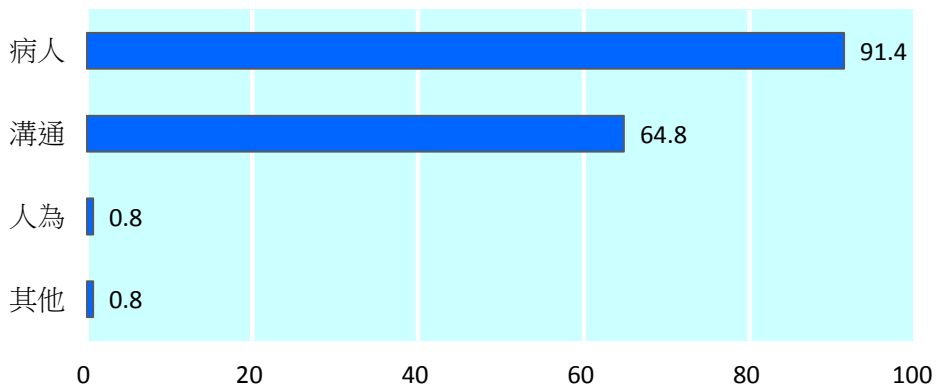


圖 4-4-2-6 精神復健機構傷害事件發生可能原因相對次數百分比(N=169，本項為複選)



五、基層醫療(綜合分析)

2013 年基層醫療通報案例共 257 件，事件發生類別前三名分別為跌倒事件(103 件·40%)、藥物事件 (43 件· 16.7%) 及公共意外 (29 件· 11.3%)。如圖 4-5-0-1。通報的基層醫療以西醫診所居多 (139 件· 54.1%)，衛生所 (含衛生室或群體醫療中心) 其次，其餘為中醫診所、牙醫診所及健保藥局...等機構。整體事件發生時段以 10:01~12:00 時段最高 (73 件· 32.7%)，如圖 4-5-0-2。

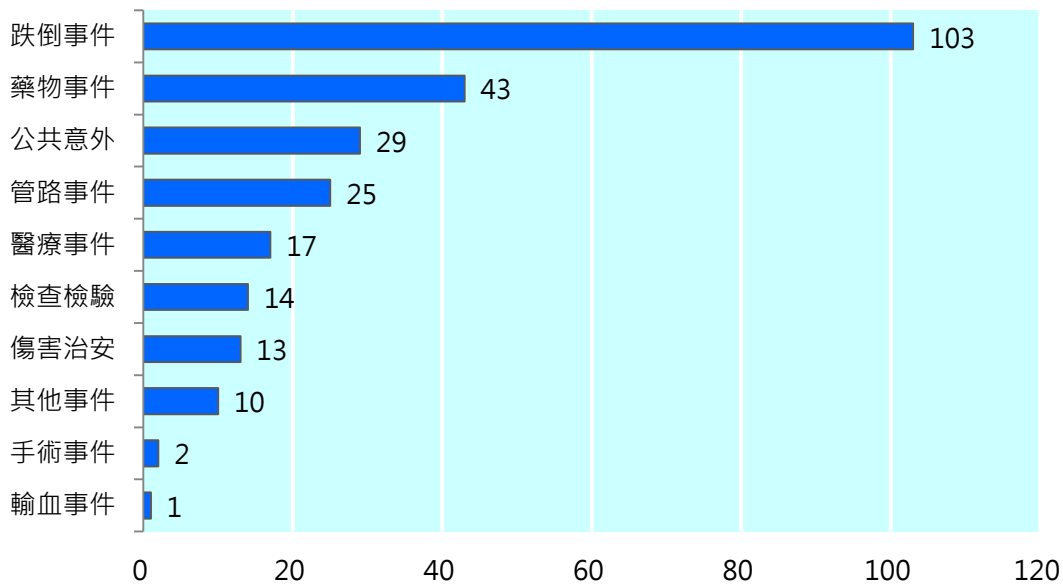


圖 4-5-0-1 基層醫療各類事件 (N=257)

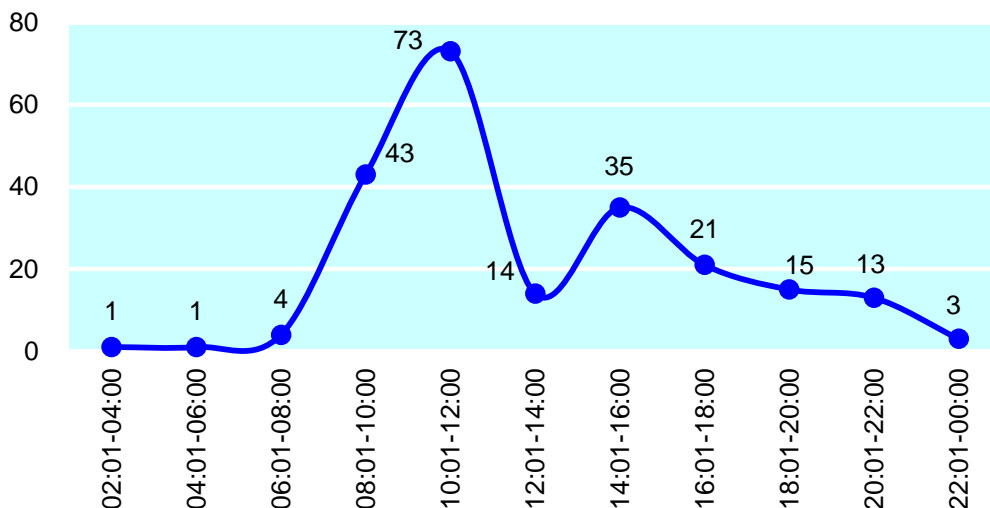


圖 4-5-0-2 基層醫療整體事件發生時段 (N=223，不包含未填 34 件)

事件發生後的影響層面，以人員健康居多，以每 100 件基層醫療通報事件中，就有 86.4 件事件會影響到病人健康，如表 4-5-0-1。進一步針對事件發生後與有影響到病人的 222 件案



件進行其對人員健康的影響程度分析，有 36.5% 案件屬於跡近過失（即時阻止，事件未發生於病人身上）或發生於病人身上但是沒有造成傷害；44.6% 事件有造成病人輕度以上的傷害，其中以輕度傷害居多、中度次之；18.9% 事件沒有填寫嚴重度或無法判定傷害程度。如圖 4-5-0-3。

進一步對於基層醫療通報量較多的「跌倒事件」，事件發生地點以「等候區」居多，對人員造成的影響程度為輕度，事件可能原因以「病人生理及行為因素」（如：病人疾病因素、注意力不集中、暈眩...等）及「環境相關因素」最高（如：地板濕滑、動線問題、通道有障礙物...等）。因為其他事件類別通報事件低，故沒有呈現相關數據趨勢圖。若僅分析對病人傷害程度為輕度以上的 99 件事件，大致可分歸類為下類幾種類型：1. 跌倒事件：病人於行進、如廁或由外傭輔助上下輪椅時，意外跌倒導致頭部外傷或撕裂傷。2. 管路事件：大多發生於血液透析病人身上，狀況為人工腎臟凝固或透析過程中因病人動作導致針頭滑脫。3. 藥物事件：因病人未告或因未注意病歷、健保卡註記之過敏藥物紀錄而開立不適合病人的藥物。4. 醫療事件：病人接受復健治療或中醫治療過程造成燙傷。5. 公共意外事件：因機構設備損壞或自動門感應不良導致病人意外受（夾）傷。6. 檢查檢驗事件：主要疏失點在於檢體問題（包含檢體不足或凝固）或外送檢體延遲，導致需重抽檢體。而由 SAC 指數來看，基層醫療通報的事件中超過五成的事件 SAC=4，SAC=3 次之（19%），SAC=1 或 2 者有 2 件（佔 0.9%），而約有二成事件因為「事件再發生頻率」或「對人員健康造成的影響程度」此兩項欄位填寫的完整性不足，而無法計算 SAC。

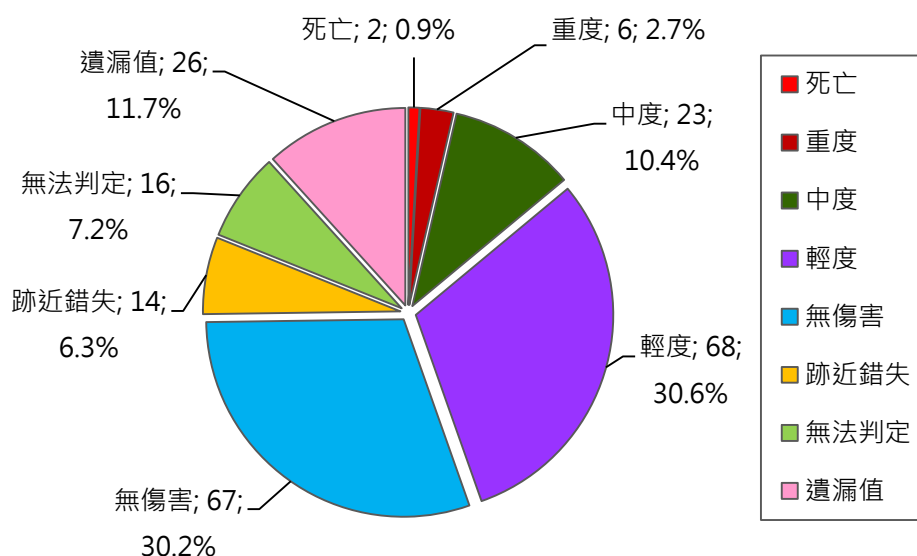


圖 4-5-0-3 基層醫療整體事件對病人健康的影響程度 (N=222)



表 4-5-0-1 基層診所各類事件發生後受影響層面 (N=257)

事件別	病人健康									機構財務					服務				
	死亡	重度	中度	輕度	無傷害	跡近錯失	無法判定	遺漏值	總計	1~9萬元	未滿萬元	無法評估	遺漏值	總計	主要服務	部分服務中斷	服務效率低	遺漏值	總計
跌倒事件	0	3	7	33	29	2	9	7	90	0	2	4	0	6	0	0	4	1	5
藥物事件	0	1	2	9	18	5	3	4	42	0	1	0	0	1	0	3	2	2	7
公共意外	0	0	2	4	3	0	2	7	18	0	0	4	1	5	0	6	9	0	15
管路事件	0	1	7	11	2	1	1	1	24	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1
醫療事件	0	0	3	5	6	0	0	0	14	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2
檢查檢驗	0	0	0	4	6	4	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
傷害治安	0	0	1	0	3	0	0	5	9	1	1	0	1	3	0	3	3	1	7
手術事件	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血事件	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
其他事件	2	1	1	2	0	0	0	2	8	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2
總計	2	6	23	68	67	14	16	26	222	1	7	9	2	19	1	13	23	4	41
各層面相對次數百分比	86.4 件/百件									7.4 件/百件					16.0 件/百件				

本報表呈現之數據及圖文僅代表 2013 年收案資料之情況，數據與比例無法代表目前醫療院所之醫療現況。



伍、資料正確性與完整性分析

通報的價值在於彙整分析龐大的通報資料後，提供進一步可供學習及運用的資訊，而通報系統中的資料是否可以廣為引用端賴其完整性與正確性。台灣病人安全通報系統在各參與機構無私的貢獻與努力下，每年之通報案件量均有顯著增長，惟許多案件通報品質不佳，無法提供學習價值而被刪除，是至為可惜之事。故以下針對 TPR 案件校正過程之常見問題，提出澄清與提醒，期望藉此提升通報品質，讓 TPR 通報系統成為一個質與量兼備之通報系統。

在 **A.通報事件資料**：這一大類通報欄位如醫療機構別、事件發生時段、地點、病人性別、年齡、就醫科別以及對病人健康影響程度等，均為整體統計分析之重要訊息，亦為探討各類事件樣態時，進行交叉分析的基本元素，資料愈完整將有助於回饋各參與機構更貼近實際狀況的學習內容。相較於前一年，2013 年在通報事件資料部份欄位的未填率略為提升，如發生時段、發生地點、病人性別及就醫類別等，如表 5-0-0-1。期待各通報機構仍能持續提供完整通報資料，正確病人基本資料方能針對不同科別或病人特性進行進行事件分析。

表 5-0-0-1 2012 年與 2013 年通報事件資料欄位未填比例比較表

欄位 年	醫療 機構別	發生 時段	發生地 點	受影響 對象	病人 性別	病人 年齡	就醫 類別	所在 科別	對病人 健康的 影響程 度
2012	0.1%	4.1%	1.4%	0.1%	9.2%	10.8%	9.7%	18.1%	6.9%
2013	0.1%	4.9%	1.5%	0.0%	12.1%	10.8%	9.8%	17.0%	6.2%

每件通報事件之「發生地點」需與「事件發生錯誤階段」有所連結，且應填選「事件發生地點」，非「事件發現地點」。例如：病房發生給錯藥事件，追溯原因為藥局調劑錯誤，然而因為藥物已經給病人，所以「錯誤發生階段」應填寫「藥局調劑」與「給藥階段」，而「事件發生地點」應填選「病房」；若藥物尚未發給病人只是護理同仁還在覆核時(三讀五對階段)發現錯誤，其階段應填寫「藥局調劑」，而「事件發生地點」就是在「藥局」。

「事件發生後受影響對象」為病人/住民項下有「就醫類別」與「所在科別」欄位，若就醫類別勾選「護理之家」者，則所在科別因不適用故不需填寫。另，對於一事件受影響對象為多人時，例如 5 位病人在機構內遭到身體攻擊或一起打架，無需通報為 5 件傷害事件，只要通報一件傷害事件即可，受影響對象基本資料及嚴重程度以受到傷害程度**最嚴重者**填報。



B.事件內容之常見通報問題，說明如下：

一、事件類別判定

2013 年事件類別的校正轉歸共 2,218 件，其中轉歸件數最多的類別為「其他事件」，由「其他事件」轉歸至別種事件類別共計 1,109 件，佔該類事件 57.8%；其次為「醫療照護事件」轉歸至別種事件類別共計 662 件，佔該類事件 30.3%，如圖 5-0-0-1。

進一步分析「其他事件」轉歸事件別，以轉歸為「醫療照護事件」的比率最高，共 34.3%（380 件），其次則轉歸為「治安事件」21.2%（235 件），分布詳如圖 5-0-0-2。由於「其他事件」僅能以文字方式描述經過，能提供分析的量化資料有限，故建議盡可能依各類別通報並確實勾選欄位，惟有現行 12 種事件類別均無法歸類時才通報至「其他事件」。而「醫療照護」事件中有 33.8%（224 件）被轉歸到「檢查/檢驗/病理切片事件」，分布詳如圖 5-0-0-3。提醒機構，「醫療照護」事件收集與醫療、治療及照護措施相關之異常事件，但若能歸類於（扣除其他事件）的 11 類特定事件，仍以通報該類事件為主，惟有皆不屬於這 11 種事件類別的醫療、治療及照護措施相關之異常事件才通報「醫療照護」事件。

二、事件常見錯誤說明

1. 藥物事件

- (1) 注射給藥或輸血之管路若發生滑脫，其管路內之藥物、血品，或檢查時之顯影劑滲出至病人皮下組織，均屬於藥物事件之給藥階段錯誤項下的「藥物滲漏」。（若為化療藥物潑灑(病人身體以外)，則為公共意外事件之「化學物質外洩」。）
- (2) 專業意見溝通，如：藥師調劑藥物時基於專業上之見解，提供建議予開立醫囑之醫師，醫師亦接受後更改醫囑(例如：相同藥理作用之藥物)，不視為醫囑開立錯誤，不需通報 TPR；藥局調劑藥物過程為確保藥品正確採取雙重覆核機制，在此機制下所發現的調劑錯誤，通報機構做內部監測即可，不需通報 TPR。
- (3) 單純因藥物或病人個人因素造成病人出現靜脈炎相關症狀，建議機構內部自行監測即可，若涉及醫療錯誤(例如：消毒不完全導致靜脈炎相關症狀)，值得學習，則可通報至 TPR。
- (4) 一般退藥屬行政管理事宜，非涉病人安全異常事件者，不需通報 TPR。

2. 跌倒事件

- (1) 病人發生跌倒當時只有表皮泛紅、擦傷，經醫師探視評估後需額外接受 X-ray 檢查，x-ray 就算沒有 finding，對病人健康影響程度仍為中度傷害。如果發現是骨折或顱內出血則傷害程度依病況往上調整。目前 TPR 未規範醫療機構將異常事件通報至 TPR 期限，



惟機構宜於完成院內異常事件處理流程後，定期通報完整事件至 TPR。

- (2) 非蓄意導致的跌倒，方通報為「跌倒事件」，若病人被其他病人蓄意推倒，屬於「傷害行為事件」。
- (3) 「事件發生之活動過程」如與病床無直接相關，如行進時、進出電梯、上下手扶梯等，「事件發生前床欄使用情形」請勾選「不適用」。
- (4) 「事件發生可能原因」若原因是與鞋具有關，請勾選「與器材設備因素相關」，該項目下即有「鞋具不適合」之選項。

3. 輸血事件

- (1) 自開立備血輸血醫囑後，事件發生階段：依序為驗血、備血、傳送及輸血。因此當醫師開立備血輸血醫囑後，護理同仁採血採錯病人，需通報的是輸血事件，而不是「檢查/檢驗/病理切片事件」。
- (2) 若輸血反應是病人個人體質所致，輸血過程中與醫療錯誤無關者，不需通報 TPR。
- (3) 單純報廢血品，但未涉及病人安全的事件，無需通報至 TPR。

4. 醫療照護事件

- (1) 病人進食哽噎，與探討評估病人進食能力、供應的食物型態及衛教相關，屬於醫療照護的範疇，故請通報「醫療照護事件」。
- (2) 病房或特殊照護單位間發生的病人轉送安全問題，屬於醫療照護事件中，與工作狀態/流程設計因素相關項下的「轉運過程問題」。
- (3) 病人或家屬發生針扎事件，請通報至 TPR 醫療照護事件；若為員工發生針扎或直接接觸病人體液等事件屬於勞工安全、職業傷害，請通報至行政院勞工委員會 EPINet 針扎防護通報系統。
- (4) 仍有醫院將「檢查檢驗事件」通報至「醫療照護事件」請各參與機構檢視內部通報系統進行調整，以利資料之完整性。

5. 公共意外事件

具有潛在危險的事物，例如通道堆放物品、地板積水等情形，若未實際造成意外發生，不需外部通報至 TPR。但上述情形均是影響病人安全的潛在危險因子，雖尚未構成意外事件，仍建議通報機構內部監測系統以即時採取預防措施，避免可能發生的危害。（若上列危險因子實際造成意外事件，則請依據事件發生後對病人造成的影響進行 TPR 通報。）

6. 治安事件與傷害行為事件



由「病人」引起 (即行為人為病人) 跟工作人員、家屬訪客或其他病人間的言語衝突、身體攻擊、自殺或自傷、破壞設備等，均屬「傷害行為事件」範疇；若為家屬-家屬、家屬-工作人員、家屬-訪客間發生之衝突，則通報「治安事件」。

7. 院內不預期心跳停止事件

病人是否事先簽署 DNR 僅可做為協助判定此次心跳停止事件是否為「不預期」的參考之一，該事件是否屬於「院內不預期心跳停止」仍應由通報機構醫療照護人員 (尤其是醫師) 專業判定，惟有「不預期」之院內心跳停止事件以及在不預期急救過程中心跳曾經停止才需通報至 TPR。

8. 檢查/檢驗/病理切片事件

- (1) 採血時使用的盛裝容器 (試管) 錯誤，請勾選採檢/送檢階段之「檢體保存方式錯誤」。
- (2) 檢查單位發現送件內容只有檢驗單而沒有檢體，請勾選採檢/送檢階段之「檢體未送出」。
- (3) 一般退血流程為行政作業，若非涉及病人安全異常者，無需通報 TPR。

以下事件亦不需通報至 TPR 通報系統：

1. 目前 TPR 不收集壓瘡事件，機構內可就此醫療照護品質問題持續監測並進行分析改善，不需通報 TPR。
2. 非關病人安全之異常事件，如：病人或單位間之抱怨事件、醫護人員處置與家屬預期不一之醫療糾紛事件等，不需通報至 TPR。
3. 藥物 (含藥品及醫療器材) 引起嚴重不良反應及不良事件，依藥事法規定，應於法定期限通報至全國藥物不良反應通報系統 (ADR)。
4. 麻醉藥品貼片到期撕下後直接丟棄未回收，因該貼片屬管制藥品，管制藥品管理局已規範此種管制藥品遺失之通報機制，建議通報至管制藥品管理資訊系統即可，不需通報 TPR。
5. 醫院單位內點班之藥物(麻醉管制藥、急救車藥物)、器械等遺失，如不確定原因，機構內自行通報持續監測；如確定為人為偷竊且報警處理，請通報「治安事件」。

各參與機構夥伴如有 TPR 通報相關問題，歡迎 E-mail 至 TPR 工作小組信箱 (tpr@tjcha.org.tw)。提問內容經 TPR 工作小組確認後之回覆，均定期彙整成常見問答集 Q&A，公布於 TPR 網站(<http://www.tpr.org.tw>)，歡迎各界參考利用。

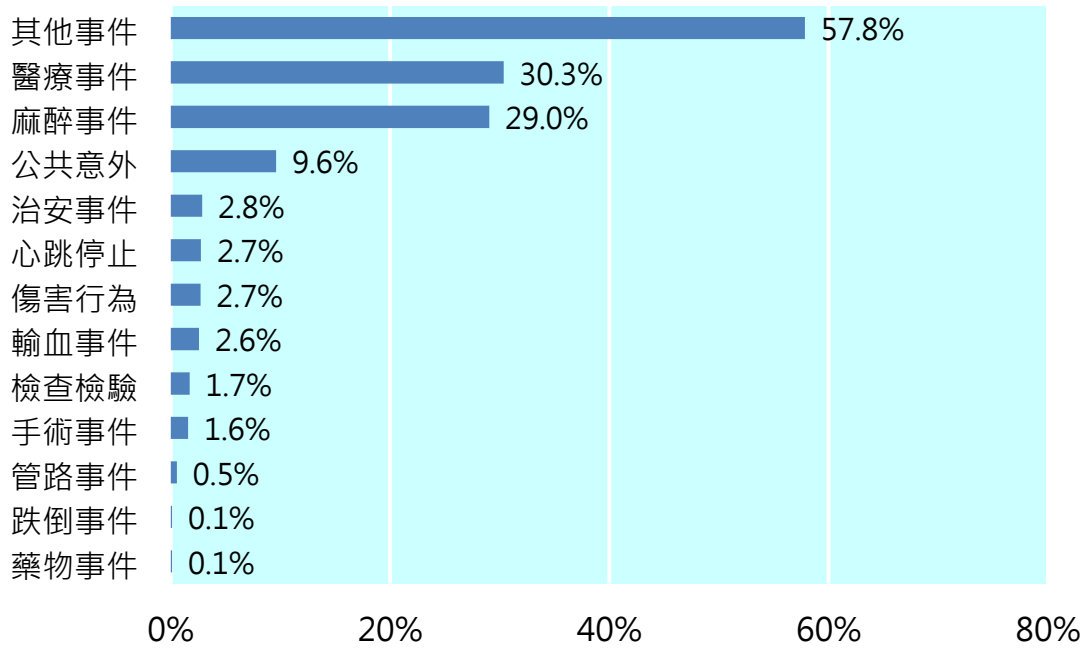


圖 5-0-0-1 通報事件經校正後轉歸他種類別比率分析 (N=60,739 , N 為 2013 年通報事件數)

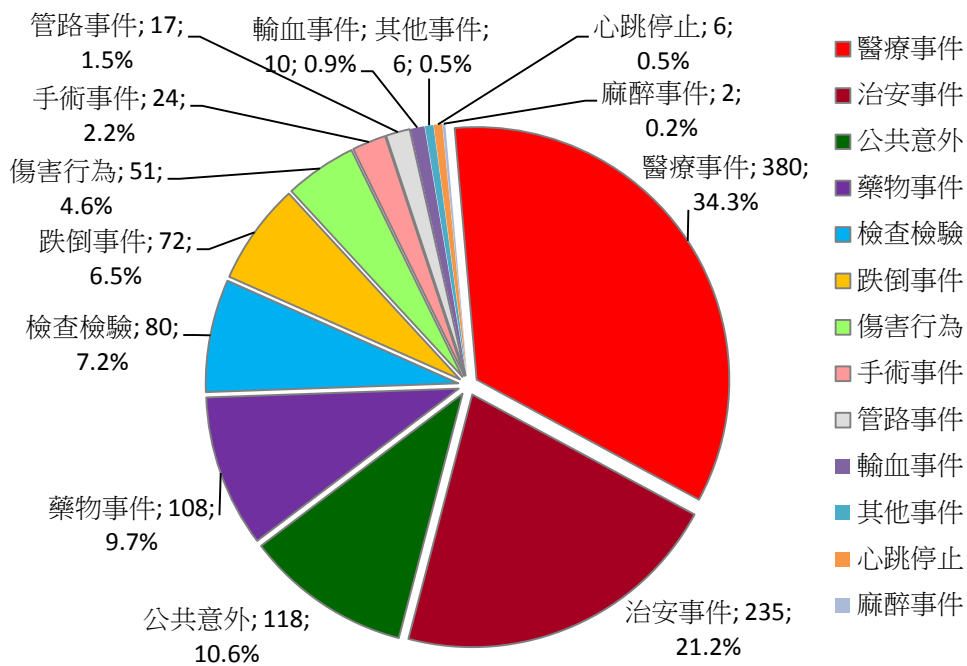


圖 5-0-0-2 其他事件校正後轉歸類別分佈統計 (N=1,109 , N 為 2013 年通報事件數)

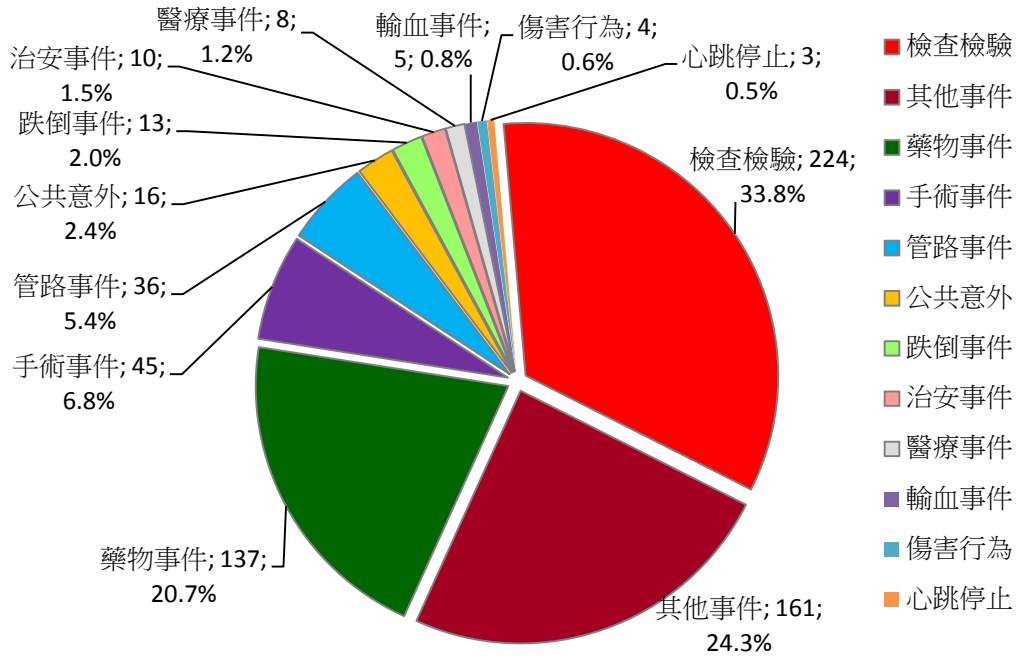


圖 5-0-0-3 醫療照護事件校正後轉歸類別分佈統計 (N=662 , N 為 2013 年通報事件數)



陸、回饋學習

一、警示訊息及學習案例歷年發展成果表

2005 至 2013 年共計發佈警示訊息提醒 92 篇、學習案例 29 篇及參考作業指引 5 篇，檔案編號及各篇篇名如下表 6-1-0-1 所列，並附錄 2013 年發表之警示訊息及參考作業指引，全文電子檔歡迎至台灣病人安全通報系統出版專區下載參考(<http://www.tpr.org.tw>)。

表 6-1-0-1 歷年警示訊息及學習案例一覽表

事件類別	檔案編號	類別	篇名
藥物事件	1	學習案例	使用抗生素導致過敏性休克
	3	學習案例	院內藥品供應中斷案例
	6	學習案例	用藥錯誤事件
	7	警示訊息	95 年第一季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	8	警示訊息	95 年第二季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	9	警示訊息	95 年第三季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	10	警示訊息	95 年第四季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	20	警示訊息	從「藥物治療連續性」談藥物過敏史
	21	警示訊息	分裝藥物未標示
	23	警示訊息	談藥物過敏之預防
	25	警示訊息	兒童中心靜脈營養輸注相關的併發症
	26	警示訊息	藥物過敏反應
	29	警示訊息	96 年第一季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	30	警示訊息	96 年第二季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	31	警示訊息	96 年第三季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	32	警示訊息	96 年第四季藥名相似或包裝相似之藥品資料
		38	學習案例
	43	警示訊息	給藥錯誤



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	51	警示訊息	97 年第一季藥名相似或包裝相似藥品資料
	52	警示訊息	97 年第二季藥名相似或包裝相似藥品資料
	53	警示訊息	97 年第三季藥名相似或包裝相似藥品資料
	54	警示訊息	97 年第四季藥名相似或包裝相似藥品資料
	56	學習案例	抽離原包裝之藥物應有標示
	61	警示訊息	正確使用輸液幫浦(Infusion Pump)注意事項
	62	警示訊息	採用口頭醫囑注意事項
	64	警示訊息	電子化醫令系統輸入介面設計不良導致藥物錯誤
	68	警示訊息	靜脈滴注給藥發生藥物過敏
	71	警示訊息	98 年第一季藥名相似或包裝相似藥品資料
	72	警示訊息	98 年第二季藥名相似或包裝相似藥品資料
	73	警示訊息	98 年第三季藥名相似或包裝相似藥品資料
	79	警示訊息	口頭給藥醫囑之覆誦確認
	80	警示訊息	住院病人自備藥品之管理
	82	警示訊息	開給多種外用藥避免使用部位錯誤
	84	警示訊息	化療藥品潑灑之預防與處理
	85	警示訊息	顯影劑過敏事件
	86	警示訊息	給錯麻醉藥物
	95	警示訊息	複方藥可能造成病人重複用藥
	100	警示訊息	長效型藥物作用期間內避免重複用藥
103	警示訊息	腦室引流導管之給藥跡近錯失	
104	警示訊息	高張高濃度藥物發生給藥滲漏	
105	警示訊息	交接班溝通問題導致給藥錯誤	
106	警示訊息	化學藥物給藥時因管路拉扯而發生外滲	
跌倒事件	4	學習案例	跌倒事件學習案例
	34	學習案例	病人跌倒事件防範
	35	學習案例	高危險跌倒病人評估與預防
	39	警示訊息	進出電梯、電動門及電扶梯注意事宜



事件類別	檔案 編號	類別	篇名
	41	警示訊息	跌倒致頭部外傷
	44	警示訊息	MRI 檢查室門禁管制
	59	學習案例	預防兒科病童跌倒或由床上跌落
	67	警示訊息	易增加跌倒風險的藥品
	97	學習案例	加護病房跌倒事件
管路事件	2	學習案例	人工呼吸道管路意外
	14	警示訊息	胸腔引流瓶連接管路區別辨識
	15	警示訊息	管路誤接
	18	警示訊息	管路意外滑脫
	19	警示訊息	胸腔引流瓶管路誤接
	22	警示訊息	氣管內管插管後位置確認
	33	學習案例	使用鼻胃管餵食導致窒息或吸入性肺傷害
	40	警示訊息	確認鼻胃管位置建議作法
	45	警示訊息	血液透析管路固定、連接注意事項
	49	警示訊息	及早拔除不必要中心靜脈導管
	50	警示訊息	非計畫性拔管
	65	警示訊息	氣管內管或氣切套管阻塞
	114	學習案例	氣管造口術的緊急事件
醫療照護事件	5	學習案例	醫療照護事件
	12	警示訊息	氣管內管置入評估與插管後檢查
	24	警示訊息	骨折高危險群之預防
	28	警示訊息	精神科病人食物哽塞防範
	36	學習案例	轉送病人前之評估與交班
	55	學習案例	長期照護個案之自發性骨折
	66	警示訊息	及早發現病人鬆動或脫落之假牙或牙齒以防誤吞
	69	警示訊息	新生兒手指割傷意外事件
	70	警示訊息	術後低體溫病人於回溫過程遭燙傷事件
	74	警示訊息	院內單位間運送病人注意事項



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	75	警示訊息	空瓶再利用盛裝液體之注意事項
	76	警示訊息	呼吸器之潮濕器-人工補水注意事項
	77	警示訊息	「大聲說出」重要訊息，使醫療團隊成員即時明瞭
	78	警示訊息	靜脈注射後止血帶未鬆綁
	83	警示訊息	呼吸器失去電力時的因應
	89	學習案例	病人辨識錯誤
	91	警示訊息	病人出院時未拔除人工血管(Port-A)彎針
	92	警示訊息	病人運送途中小量氧氣筒氧氣餘量不足
	98	學習案例	可以無線緊急呼叫鈴協助加強檢查或治療過程中的病人安全
	99	警示訊息	確保病人送檢過程中輸液幫浦功能正常
	101	警示訊息	醫療資訊化衍生的病人安全事件
	110	警示訊息	照顧服務員協助病人翻身擺位導致股骨骨折
	112	警示訊息	護理之家感染肺結核事件
	118	學習案例	長照機構住民使用身體約束之案例討論
傷害事件	13	警示訊息	有自殺傾向病人應注意環境設計
	27	警示訊息	辨識病人自殺的危險
	37	學習案例	精神科病人自殺之評估及預防
	42	警示訊息	身體疾病住院病人自殺防範
	88	學習案例	癌症病人自殺評估與防範
	115	警示訊息	精神科病人利用洗衣機自殺事件
	117	警示訊息	急診室病人於緊急醫療救治後自傷之警示案例
手術事件	11	警示訊息	使用電刀手術消毒液應延長乾燥時間
	17	警示訊息	術後體內遺留異物
	57	學習案例	錯誤的手術部位、病人和程序
	63	警示訊息	手術過程發生燒燙傷意外事件
	87	警示訊息	手術後陰道留置紗布未取出
	90	警示訊息	手術部位錯誤事件



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	119	警示訊息	手術進行過程紗布計數問題
麻醉事件	93	學習案例	麻醉機使用安全及常見故障原因與排除
	108	警示訊息	病人自控式止痛(PCA)之使用安全
	109	警示訊息	插管相關牙齒傷害之風險管理
	111	警示訊息	非麻醉醫師執行鎮靜麻醉相關安全
	116	學習案例	預防及減少手術室內手術取消
檢查/檢驗/病理切片事件	47	警示訊息	重要異常結果應急速通報
	48	警示訊息	血糖機的定期校正與品管
	60	學習案例	醫療資訊的傳遞與記錄
	96	警示訊息	生化檢驗分析前血液檢體採集注意事項
院內不預期心跳停止	16	警示訊息	拔管後發生之上呼吸道阻塞
	46	警示訊息	交接侵入性檢查病人注意事項
	58	學習案例	提高對非預期緊急醫療事件之警覺
公共意外事件	81	警示訊息	新生兒保溫箱因強風吹襲而翻覆
	113	學習案例	降低癌症病人居家化療藥物外滲風險及防範
	120	警示訊息	加強外籍看護用電安全之知識
	121	學習案例	微創手術系統氬氣燈爆裂事件
輸血	94	警示訊息	血袋袋數未標記遺漏輸血
	102	警示訊息	備血檢體檢驗結果與病人自述血型不符
	107	學習案例	骨髓移植病人輸血血型錯誤之跡近錯失
作業指引			麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引
			手術火災預防及緊急應變安全參考作業指引
			中心導管置入與照護安全參考作業指引
			非精神醫療單位病人自殺防範參考作業指引
			病人安全事件相關醫療人員關懷支持參考指引



二、警示訊息&學習案例

台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-01) No.110

照顧服務員協助病人翻身擺位導致股骨骨折

發佈日期：2013.10.03

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：外部專家審稿、TPR 工作小組潤稿

提醒

協助病人翻身時應注意肢體之支托及力道，以避免造成病人身體之傷害。

案例描述

本病房聘入外包照顧服務員協助病人執行身體清潔、翻身擺位及灌食，因照顧服務員人員異動大，對工作常規時間點常會遺忘或重複工作，導致照顧服務員間之工作步調不一致。某日 23 點照顧服務員協助病人翻完身後，未表示病人有任何異狀，大夜班護理人員交接班後前去幫病人測量生命徵象及進行身體評估，發現病人雙腳大腿不對稱，觸摸左大腿上方有紅腫及觸摸有發熱之情形，連絡值班醫師前來診視，予 F/U 左大腿、髌骨 X 光，經醫師看過確認左大腿骨股粗隆下端有骨折。

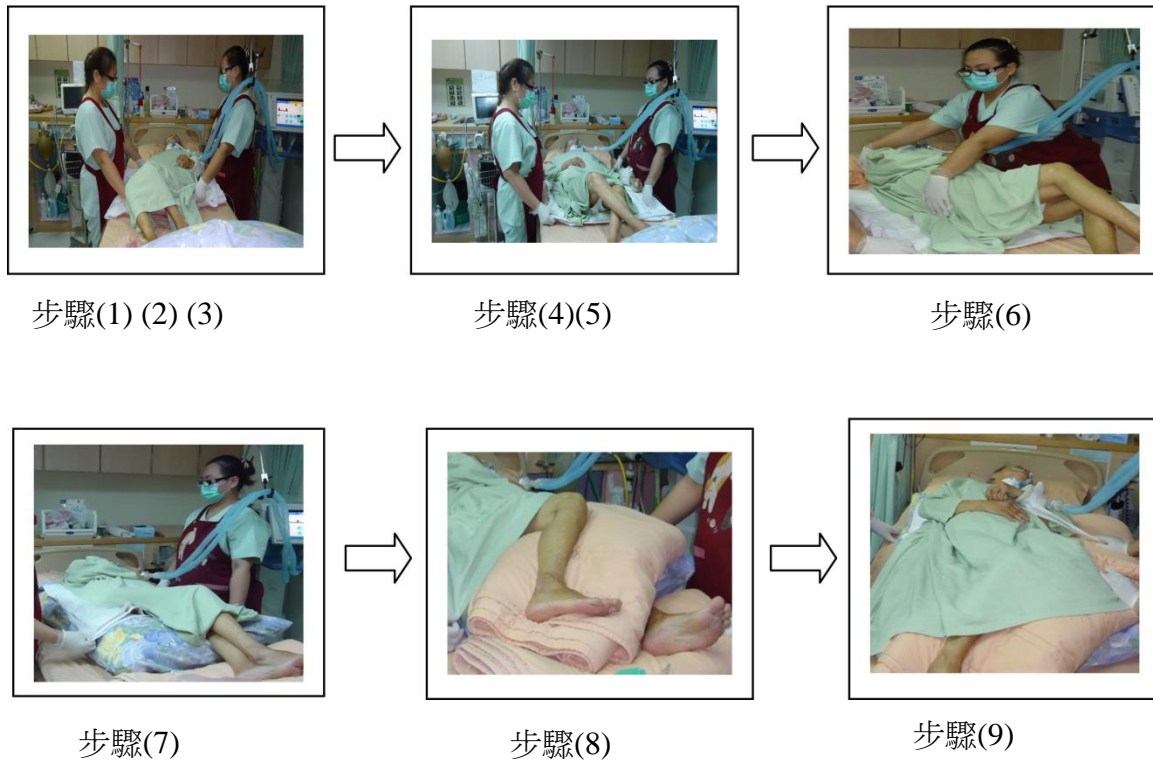
建議作法

一、舉辦照顧服務員教育訓練

- 1.依單位照顧服務員常執行之照護工作，排定在職教育表。
- 2.第一優先舉辦『協助病人翻身擺位』之教育課程，分日夜 2 班人員，分別進行翻身擺位之技術，先以學理及佐以圖片進行教學。
- 3.授課後至病人單位 2 人一組，分組進行回覆示教及重點指導，對於技術錯誤者指導至正確為止。
- 4.制定翻身擺位的標準流程，評估為非高骨折病史者，由一人負責翻身即可。評估結果為高骨折病史者，則由 2 人一組一起進行翻身的動作，並製作成圖示供照服員使用，翻身步驟(以翻向左側為例)如下：
 - (1)二位照顧服務員各站於床旁兩側。
 - (2)雙手拉著翻身單的近端(靠近病人處)。
 - (3)拉緊翻身單，將病人移至右側床緣。
 - (4)將病人左手移至頭部或往外伸展，左腿則微彎曲。
 - (5)右手臂橫放於胸前或垂直身側，右腿屈曲放於左側腿上。



- (6) 站於左側的照顧服務員，一手置於病人右肩膀，另一手置於病人右臍部，將病人翻向左側。
- (7) 站於右側的照顧服務員將 L 枕或枕頭置於病人背部。
- (8) 使病人雙腿彎曲，置一枕頭於兩膝間。
- (9) 雙手置於胸前，手臂下放一枕頭。
- (10) 右側臥：步驟同上，左右側反之，翻身步驟如圖一：



圖一：翻身步驟

5. 制定照顧服務員學習護照，將翻身技術列為重點，由護理人員及資深照顧服務員共同指導，護理人員負責評值，並於 1 個月內完成學習護照內容之指導與評值。

二、建立骨折高危險群提醒告示

1. 製作顏色鮮豔之警示牌『骨折高危險群，動作請輕柔』，置於病床床頭，以利提醒。
2. 骨折高危險群由護理人員於病人入住時評估，經評估有骨折病史者即須放置此警示牌，以作為提醒。
3. 若有足夠時間人力，可以考慮用 FREX(世界衛生組織骨折風險評估工具)中文版，<http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=26> 推估十年骨折率，若推估主要骨鬆性骨折發生率大於 30%，或臍骨骨折發生率大於 10%，照護時建議特別小心。

三、建立照顧服務員翻身照護品質查核機制

1. 進行翻身擺位之查核，如翻身擺位不正確時，進行拍照、攝影，並製成範例教學--錯誤版及



正確版。

2.每日進行照顧服務員翻身照護品質查核，並將查核結果提供給看護中心，作為人員考核依據。

3.每月定期進行一次照顧服務員會議，全部照顧服務員及看護中心主任皆需參加，並安排 2 位護理人員代表參加，針對翻身擺位技術不正確情形於會議中提出檢討報告。

參考資料

1.翁成傑、蔡悅琪、楊豎鈴、黃慧君 (2010)。自發性骨折 - 某護理之家二病例報告。台灣老年醫學暨老年學雜誌，5 (4)· 287 -296。

2.梁淑倩、曾月盃、王文良 (2010)。降低呼吸照護病房照顧服務員異常事件之改善方案。長期照護雜誌，14 (1)· 59-74。



台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-02) No.111

非麻醉醫師執行鎮靜麻醉相關安全

發佈日期：2013.10.03

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 委員審稿、TPR 工作小組潤稿

提醒

中、重度鎮靜之執行應有作業規範、執行人員需具備相關條件；鎮靜前須評估，鎮靜中、鎮靜後宜有品質監控。

案例描述

有免疫系統病史的 53 歲婦人到醫美診所作拉皮手術，麻醉針打 10 分鐘後，個案開始喊不舒服，接著休克昏迷，由救護車緊急送往醫院搶救，13 天後仍宣告不治。

建議作法

一、中、重度鎮靜之執行，應制定作業規範：

考慮兒童與成人之間的不同；須要有醫療護理記錄、以利溝通與合作；做好知情同意及簽名單；病人監測的需求；鎮靜工作人員的基本技能要求；足以滿足鎮靜需求的設備。

二、執行中、重度鎮靜醫療人員需具備相關條件：

各種鎮靜的技能；過程中監控生命現象的技能；能處理併發症的技能；使用鎮靜拮抗劑的技能；生命支持的技能。

三、中、重度鎮靜之執行，實施步驟包括：

(一)中、重度鎮靜之操作規範：適用之醫療場所、適用之醫護人員、鎮靜及止痛程度之定義、鎮靜及止痛常見藥物、鎮靜及止痛時的急救裝備、中重度鎮靜的標準規範、鎮靜及止痛後的甦醒與離開檢查場所之標準、特殊狀況。

(二)執行中重度鎮靜醫療人員學習課程：氣道的評估與處理、鴉片類止痛藥、靜脈麻醉劑、病人鎮靜前評估。

(三)鎮靜前評估辦法：(如有下列情況，病人在進行無痛胃鏡/大腸鏡前，請先通知麻醉科需要麻醉諮詢) Age < 10 or > 70; Consciousness disturbance; Difficult airway (difficult mask ventilation) ex: buccal CA s/p; Face deformity; AMI OR STROKE within one month; Uncompensated CHF with pulmonary edema, peripheral edema; Symptomatic valvular disease (Severe AS/AR/MS/MR); Pacemaker dependent; URI; Asthma: desaturation occurred or inhaled bronchodilator needed daily; Severe Infection; Liver



cirrhosis with Child' s classification grade B or C; Acute hepatitis (Viral hepatitis, drug-induced or alcoholic related); Hyperthyroidism without medical treatment; Pregnancy; ASA Status Grade III or above .

(四)制定中重度鎮靜的表單

同意書、鎮靜前評估(重要病史及理學檢查、鎮靜前評估)、鎮靜記錄單、恢復室監測、品質監控項目(執行鎮靜中、執行鎮靜後、病人滿意度)。

參考資料

- 1.Position Statement: Nonanesthesiologist Administration of Propofol for GI Endoscopy (2009). *Gastroenterology*, 137, 2161-2167.
- 2.Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists (2002). *Anesthesiology*, 96, 1004–1017.



台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-03) No.112

護理之家感染肺結核事件

發佈日期：2013.11.20

適用對象：長照機構

撰稿人：機構投稿

撰稿專家：外部感控專家改寫、TPR 工作小組潤稿

提醒

對於新入住機構的住民，工作人員應有偵測疑似傳染病的警覺性，避免延誤診斷、治療而傳染給其他住民。

案例描述

2 月 1 日陳先生從 A 機構辦理入住護理之家，當班護理師觀察到陳先生有咳嗽症狀，測量體溫為 38.2°C，查看病歷摘要胸部 X 光報告：右上肺葉纖維化病灶及雙側下肺葉有浸潤性變化，依據家屬表示 A 機構醫師臆測病人為肺炎已開立抗生素服用治療 7 天，故當班護理師僅將此訊息進行交班並告知醫師，隨即對陳先生做環境介紹，並帶至密閉未開窗的 2 人病房休息，未安排其他檢查及任何感管防護措施。

2 月 8 日陳先生服用抗生素已達一週，發燒及咳嗽症狀仍未改善轉知家屬建議就醫，但家屬自行到診所取 7 天份藥物給陳先生服用，護理師將此訊息交班醫師，醫師同意服用 3 天觀察，2 月 11 日後陳姓住民仍有發燒、咳嗽症狀，經醫師評估後轉送鄰近醫院急診室就醫，診斷為：雙側下肺葉肺炎浸潤需住院治療。急診醫師聽診右側肺部有囉音存在，評估後留取 3 套痰液檢查，2 月 14 日結核個案管理師接獲檢驗科報告，2 套痰液抗酸性染色報告為陽性，通知主治醫師、家屬及護理之家，個案為開放性肺結核，立即轉入隔離病房隔離治療，進行傳染病通報並建議護理之家對密切接觸者進行疫調作業，2 月 16 日檢查結果與陳先生同病房的林先生胸部 X 光報告為雙上肺部浸潤疑似肺結核，留取 3 套痰液檢查，2 月 19 日檢驗室通報 2 套痰液抗酸性染色報告為陽性，經查林先生病歷；居住護理之家達 5 年多且每年均有胸部 X 光檢查無活動性肺病灶且無臨床症狀，評估疑似發生肺結核感染群聚事件，負責人立即通報衛生局。

建議作法

建立行政管理：

- 1.訂定護理之家感染管制手冊內容，包含新住民入住時傳染病評估作業流程，與群聚應變計畫，住民的隔離原則及未經防護意外暴露之篩檢流程，且至少每年定期對工作人員舉辦一場肺結核教育訓練。



2.訂定每年住民胸部 X 光檢查作業流程，若住民年度胸部 X 光檢查出現浸潤、結節或出現連續咳嗽大於 5 天者，建議應安排留取 3 套痰液檢查或至胸腔內科門診追蹤，以排除感染肺結核之可能性。

3.在人員管理面：對新任用工作人員及在職員工訂定每年胸部 X 光檢查作業流程，並建立工作人員與住民咳嗽監測機制。

4.對於機構內經胸部 X 光檢查、斷層掃描檢查或痰液檢查後，判定為疑似或確診肺結核住民，應對未採防護措施的工作人員及密切接觸之住民進行造冊列管追蹤。

建立環境的管制

1.建立機構內病房通風機制與定期環境清消作業規範（含漂白水搭配紫消燈使用）。

2.規劃簡易的隔離室，符合單人房型，具有窗戶可開窗自然通風措施。

3.對隔離觀察的住民應有活動限制關閉房門，若要離開隔離室應戴外科口罩。

4.應訂有住民疑似肺結核轉出就醫作業流程（含陪同工作人員戴 N95 防護與並打開救護車的車窗，空調系統不可循環）。

建立呼吸道防護措施

1.對住民應安排肺結核衛教，教導咳嗽衛生禮節與正確戴外科口罩法。

2.對疑似為開放性肺結核住民有 1 公尺內近距離照護工作人員，應戴 N95 口罩防護。

3.工作人員與住民落實標準防護措施：洗手 5 時機與正確洗手法。

參考資料

1.林杜凌、施淑真、涂志宗、邱乾順、李翠鳳（2006）。某醫院外包司機罹患肺結核及其家庭聚集感染事件。**疫情報導**，22（4），224-226。

2.黃紹宗、黃瑞明（2007）。結核病院內感染管制。**疫情報導**，23（3），129-136。

3.葉宏明、鍾國謀（2002）。護理之家老年人肺結核-兩病例報告。**院內感染控制雜誌**，12（6），382-384。

4.張智華、王復德（2005）。肺結核與院內感染。**感染控制雜誌**，15（5），286-292。

5.衛生福利部疾病管制署（2012，12月）。**結核病防治工作手冊-第二版**。2013年8月取自 <http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=BEAC9C103DF952C4&nowtreeid=37E21E0A5DCDB27C&tid=AA8B780D65A0B152>

6.賴玫娟（2003）。**感染管制實務**。台北：藝軒。



台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例 (2013-L-04) No.113

降低癌症病人居家化療藥物外滲風險及防範

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：經 TPR 工作小組委員校修、TPR 工作小組潤稿

案例描述

本院使用攜帶式輸液器的科別以血液腫瘤科及大腸直腸科為主，化療藥物以 Fluorouracil (5-FU)居多，依療程需要配置有 24 小時及 48 小時的輸液器。個案為 45 歲男性，大腸直腸癌第三期，術後於門診化療接受 12 次 5-FU 藥物治療，每次療程長達 48 小時，考量工作便利性與自主性，採居家化療攜帶式輸液器，第 3 次門診化療輸注返家後因夜眠翻身不慎牽扯輸注管路，病人端與管路接合處因而鬆動引發藥物外滲，個案當下未感皮膚有異常狀態，故無立即返院接受外滲後續處置，延遲至隔日門診才續就醫，導致化療外滲延誤就醫進而造成皮膚之傷害。

問題分析

- 1.居家化療攜帶式化學治療幫浦，國內現況衛教單張僅有攜帶式化學治療幫浦使用須知，自引進攜帶式輸液器後，護理人員面臨無衛教工具之窘境，缺乏相關的書面衛教資料及衛教標準流程，無法完整描述提供攜帶式輸液器之導管照護事項、返家後如何觀察攜帶式輸液器滴注情形、化療藥物外滲緊急處理、醫療廢棄物處置等居家照護事宜。
- 2.攜帶式輸液器為腫瘤病人帶來方便性，相對也招致部分居家問題，多數護理人員化療藥物輸注過程僅以口頭進行衛教指導，難以評估病人理解力及處理外滲問題因應能力，完整的衛教指導能降低其焦慮及不安；運用圖卡及多媒體衛教光碟等輔助工具改善其認知度，更能縮短學習時間及提升學習成效。
- 3.未設置專責人員針對居家化療病人定期追蹤瞭解返家執行化學治療之情形，透過專人主動電訪追蹤諮詢方式，提供病人醫療照護服務，有效解決病人化療期間不適症狀及緊急化療外滲處理，提升病人症狀處理因應能力。

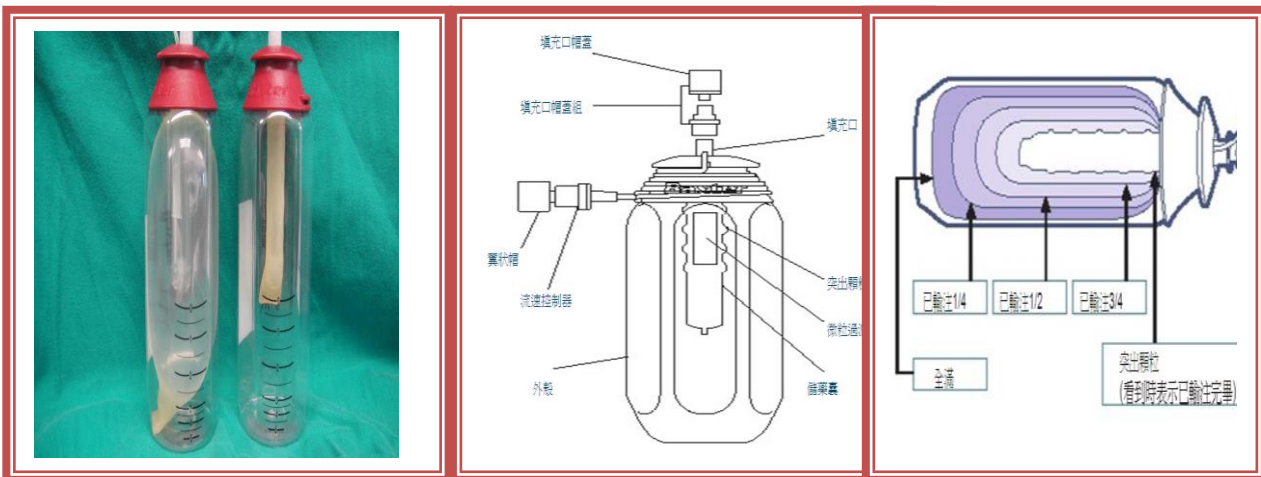
背景說明

腫瘤科學時勢所需，化療方式漸轉為門診及居家照護型態。自開創攜帶式輸液器後，為癌症病人提供便利性與自主性，也兼顧到工作及家庭兩方面，著實獲益良多。自 2010 年 7 月 1 日攜帶式輸液器正式納入健保給付，估計全台每年有 7 萬名癌症病人受惠。居家化療病人於門診接受化學治療後即返家，常見副作用及外滲情形多於家中發生，因化學藥物屬高危險群



藥物，若發生相關副作用會帶給病人及家屬相當多的痛苦及壓力，因此需詳細解說治療過程、方式、藥物副作用等，包括衛教返家後化療輸注的觀察及異常狀況處理，如外滲的症狀及徵象，並讓其瞭解外滲的嚴重性，若有外滲的徵兆（紅、腫、熱、痛）之主訴或症狀時，應立即停止給藥，並檢查注射管路之通暢性，以確定有無外滲的結果。

居家化療可能歷經化療不適、感染和藥物外滲等威脅，對患者是一大壓力。攜帶式輸液器的研發，不但提升化療病人的生活品質，也減少家庭照顧與負擔。攜帶式輸液器是一種像奶瓶的注射器（見圖一），是一種全自動輸液器，不受地心引力影響，不需電力控制或做任何的操作與設定，此輸液器可放置口袋皮包或霹靂包內，方便攜帶，醫護人員裝好藥物執行注射後即可返家，維持正常生活功能，輸液器內的藥物會隨著時間而變小變輕，當儲藥囊成一直線時，即表示藥液完畢（見圖二）。返家後衛教注意事項包含：攜帶式輸液器避免接觸熱源、拉扯注射管路、紀錄藥物開始滴注及結束時間、輸注完畢需返院拔除針頭及處理化療廢棄物、若攜帶式輸液器發生破裂或脫出，需立即關閉管路返院處理。



圖一、Infusor 攜帶式輸液器

圖二、攜帶式輸液器輸注狀況

居家化療期間，藉由電訪諮詢、提供多媒體影音光碟及提供護理指導手冊等介入措施，讓患者表達及澄清不正確觀念，從中學習居家化療的自我照顧及降低症狀嚴重度，以順利完成療程。同時為兼顧病人治療成效及接受化學治療期間的生活品質，首重層面在於強化病人學習維護健康之動機，提供衛教資訊以利改善壓力因應，學習自我照顧，增進病人對居家化療正確知識及自我照顧能力。

學習重點

1. 衛教手冊及多媒體輔助教材：

衛教方式以口頭教學為最簡單、方便，但因口頭講解使病人不易瞭解且記不得所有衛教內容，此時書面衛教資料是相當重要的，可用圖表輔助加上文字說明，更能達到學習成效。



針對門診化療於短暫注射藥物過程中，在提升癌症病人對化學治療的認知方面，可藉由多媒體護理指導光碟、衛教手冊及圖卡等教材改善其認知度。多媒体廣泛運用到護理照護與教學上科技化教學，打破時間與空間的限制，也可提供更生動活潑的學習環境，讓學習者能很快瞭解學習目標，進而縮短學習時間及提高學習成效。

1.1 制定使用攜帶式輸液器衛教標準流程，作為護理人員於居家化療前護理指導之規範。

1.1.1 病人首次接受居家化療前，護理人員須說明衛教手冊之內容（攜帶式輸液器導管照護事項、藥物外滲緊急處理、化療副作用處置等居家照護事宜）及輔以多媒體光碟短片教導居家化療照護重點。

1.1.2 衛教病人返家後諮詢專線服務電話，全日提供專線快捷管道。

1.1.3 告知病人返家 24 小時內專責個案管理師行居家化療電訪追蹤關懷及滿意度調查。

1.2 製作攜帶式輸液器衛教手冊，作為護理人員執行居家化療護理指導前之輔助工具。

1.2.1 「攜帶式輸液器衛教手冊」內容包含：何謂化學治療、簡介居家化療及返家注意事項、外滲處理及 24 小時服務電話。

1.2.2 考量病人攜帶便利性，同步設計「攜帶式輸液器衛教小卡」，內容為居家化療外滲處理及 24 小時服務電話。

1.3 製作攜帶式輸液器雙語（國、台語）多媒體影音光碟，加強病人返家自我照護認知。

1.3.1 多媒體影音光碟內容包括：攜帶式輸液器導管照護事項、藥物外滲緊急處理、化療副作用處置等居家照護事宜。

1.3.2 每日於門診化療注射室等候區定時撥放攜帶式輸液器衛教多媒體影音光碟，且提供病人借閱光碟，返家後以利觀看。

2. 電訪關懷追蹤：

化學治療的目的為延長病人生命，當病人接受化學治療返家後，副作用及情緒壓力等症狀大多在居家時出現，病人及家屬需具備完善的自我照顧措施，透過完善的居家照護衛教及電話諮詢方式，以提供病人醫療照護諮詢，有效解決病人居家化療期間症狀困擾的處理，藉由主動電話諮詢提供病人個別諮詢及觀念澄清，促進心理舒適及提升症狀處理的因應能力。

2.1 結構式問卷「居家化療病人使用攜帶式輸液器之自我照護認知調查表」，內容係參考有關攜帶式輸液器之自我照護認知之相關文獻設計。問卷效度檢定經五位資深腫瘤專科專家(一位專科主治醫師、一位護理督導、兩位護理長、一位專科護理師)檢視問卷內容的普遍性、適用性及措辭明確性，內容效度 CVI 值 0.88。

2.2 病人使用攜帶式輸液器自醫院返家 24 小時內，個案師透過「癌症病人居家接受化學治療電訪關懷訪談紀錄表」進行電訪調查，內容包含化療衛教指導、主要健康問題(化療副作用)、



緊急問題處置、化療廢棄物處理、衛教滿意度及滿意度調查(Likertscale 五分法)。

3.個案管理追蹤

個案管理是對病人照護服務與疾病的管理，希望病人於治療期間能夠得到完正及連續性的照護，給予病人適當的支持及鼓勵，順利完成療程。藉由個案管理可以降低醫療成本、提升照護品質及維護病人安全，透過適當的衛生教育、門診訪視、電話訪問等監測追蹤，可以提供病人及家屬適時的協助，增進病人自我照護的知識及技能，讓病人返家後仍可獲得持續性的照護，同時可增加病人、家屬、醫護人員的滿意度。

3.1 個案管理師依據「癌症病人居家接受化學治療電訪關懷訪談紀錄表」針對衛教認知度及滿意度進行調查，並依據訪談結果，進行資料彙整分析及建檔。

3.2 定期每季針對居家化療追蹤調查數據及化療外滲事件進行檢討分析及提出改善方案。

參考資料

- 1.王淑梅、林宛蓉、郭碧淇 (2005)。提升化學治療病人之護理指導專案。**腫瘤護理雜誌**，5(2)，63-75。
- 2.王曼溪(2000)。如何製作好讀易懂的書面衛教資料。**台灣醫學**，4(3)，334-337。
行政院衛生署中央健康保險局(2010·4月18日)。全民健康保險醫療費用支付標準第八部特殊材料品項表修正對照表。2010年7月1日取自
http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/15477_2_1000002323A
- 3.朱月英、歐香縫、許鳳美、廖玉貞、劉玉雲(2007)。提升門診癌症病人攜帶式化療衛教專案。**領導護理**，8(2)，90-101。
- 4.杜莉娟、李美玉、張德馨(2007)。運用多媒體於產後團體護理指導之改善專案。**新台北護理期刊**，9(1)，81-91。
- 5.沈珊如、汪慧鈴、王拔群、何雪華、陳靜敏(2009)。電話衛教計畫對冠心病高危險群防治之認知、健康信念及預防行為之改善成效。**新台北護理期刊**，11(2)，19-31。
- 6.吳絡茜、張嘉蘋、林梅鳳(2009)。一位老年胃癌的居家化療經驗。**護理雜誌**，56(3)，105-109。
- 7.邱燕甘、許玲女、郭美玲(2002)。化學治療病人接受護理指導之改善方案。**長庚護理**，13(4)，359-367。
- 8.林嘉慧、林麗英、吳杼芸、林瑞玲、張春梅(2006)。門診病人接受化學治療之症狀困擾與處置經驗。**榮總護理**，23(4)，364-373。
- 9.莊情惠、莊秀文(2009)。化學治療給藥之失效模式與效應分析。**護理雜誌**，56(4)，62-69。
- 10.莊紫雲、鍾玉珠、陳施妮、何秀玉(2005)。居家照護衛教及電話諮詢對化學治療期間患者



- 之自我照顧、症況困擾及感染預防之成效探討。 **腫瘤護理雜誌**，5(1)，15-25。
- 11.陳姿廷、丁玉珮、郭秋雅、呂佩珍(2010)。以影音多媒體護理指導提升門診癌症病人化學治療認知的正確性。 **腫瘤護理雜誌**，10(1)，39-52。
- 12.馮淑惠、張文惠、錢端蘭 (2006)。降低化學治療外滲的發生率。 **榮總護理**，23(4)，374-383。
- 13.張美華、許麗齡(2010)。多媒體教材介入對護理人員心電圖學習之成效。 **護理雜誌**，57(4)，50-58。
- 14.鄭春秋(2010)。腫瘤個案管理照護模式介紹及應用。 **腫瘤護理雜誌**，10(增訂刊)，11-19。
- 15.蔡宜蓁、吳金璇、丁妃伶、陳淑真、呂佩珍、黃珊、梁蕙芳(2012)。改善居家化療病人使用攜帶式輸液器之自我照護認知專案。 **腫瘤護理雜誌**，12(1)，31-44。
- 16.魏嘉儀、章淑娟(2010)。運用個案管理模式於充血性心臟衰竭住院病患照護之成效。 **志為護理**，9(4)，71-83。
- 17.謝麗鳳、莊紫雲、劉淑珍、蔡欣玲、陳美碧(2011)。癌症病人化療期間居家護理指導及電話諮詢成效。 **腫瘤護理雜誌**，11(1)，23-35。
- 18.Borras, J. M., Sanchez-Hernandez, A., Navarro, M., Martinez, M., Mendez, E., Ponton, J. L. L. et al. (2001). Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: A randomised controlled trail. *British Medical Journal*, 322(7), 826-828.
- 19.Maguire, R. Miller, M., McCann. L., Taylor., L., Kearney., N., Sage., M. et al.(2008). Managing chemotherapy symptoms viamobile phones. *Nursing Times*, 104(22), 28-29.
- 20.Narayan, M. C. (2003). Cultural assessment and care planning. *Home Health Nursing*, 21(9),611-618.
- 21.Raphael, R., Yves, D., Giselle, C., Magali, M., & Odile, C. M. (2005). Cancer treatment at home or in the hospital : What are the costs for French public health insurance ? Findings of a comprehensive-cancer center. *Health Policy*, 72(2), 141-148.
- 22.Taewha, L.,Ilsun, K., Insook, L., Eunhyun, k., Mikyong, S., Sunghoon, R., et al., (2011).Effects of nurse navigators on health outcomes of cancer patients. *Cancer Nursing*, 34(5),376-384.
- 23.Victorin, H. (2008). Providing cancer care at home. *Nursing Times*, 104(24), 18-18.
- 24.Wang, T. F., Li, C. C., Chu, S. C., Yao, C. Y., & Kao, R.H. (2006). Treatment of metastatic or recurrent gastric cancer with weekly 24-hour infusion of



cisplatin and high-dose 5-fluorouracil/ leucovorin in an outpatient setting. *Tzu Chi Medical Journal*, 18(6), 432-437.

25. White, N., Maxwell, C., Michelson, J., & Bedell, C. (2005). Protocols for managing chemotherapy induced neutropenia in clinical oncology practices. *Cancer Nursing*, 28(1), 62-69.



台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例 (2013-L-05) No.114

氣管造口術的緊急事件

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：經 TPR 工作小組委員校修、TPR 工作小組潤稿

個案描述

78 歲男性病患，因下咽腫瘤造成上呼吸道阻塞，引起呼吸衰竭而住入加護病房，當天作緊急氣管造口術。術後第一天晚上 22 時 45 分，護理師協助病患翻身後，病患出現躁動不安，隨後聽到呼吸器漏氣聲，查看後發現矽質氣切套管已經全部滑脫出來，緊急通知值班醫師將原來 7.0 號氣切套管重新置回，放置後以甦醒球擠壓，發現並無特別的阻力，於是接上呼吸器，此時病患出現臉部及前胸腫脹，同時嘴唇有發紺的情形，呼吸器警報開始響起，顯示無法打入潮氣容積，觸診發現臉部及前胸出現皮下氣腫，因此緊急移除原來的 7.0 號氣切套管，重新放置一個新的 7.0 號氣切套管，放置後以甦醒球擠壓，發現有阻力，此時病患的氧氣飽和度掉至 88%，意識變得不清楚，整個臉部發紺。值班醫師再移除新的氣切套管，從氣管造口處重新放置 6.5 號的氣管內管，放置深度為 21 公分，放置後以甦醒球擠壓感覺無阻力，但是氧氣飽和度掉至 80%，雖然繼續以甦醒球擠壓，仍然無法將氧氣飽和度提高超過 80%。由於前胸皮下氣腫嚴重，因此理學檢查無法清楚聽到兩側的呼吸音，於是安排緊急胸部 X 光攝影，在 22 時 55 分，病患發生心搏過緩，血壓量不到，開始急救。此時胸部 X 光影像傳回，發現氣管內管放置在右側肋膜腔內，並且有右側氣胸。

問題分析

- 1.氣切套管未安全固定，護理師在病人翻身時，未注意呼吸管路的擺位。
- 2.在氣管造口術後的第一天，病人發生氣切套管意外的滑脫，雖然值班醫師緊急將氣切套管放回，但未置入氣管內。第二次重新放置一個新的氣切套管，仍然未置入氣管內，此時值班醫師並無呼叫求援，也未從氣管造口處給於高流量的氧氣，因此造成氧氣飽和度下降。第三次要從氣切造口處重新放置新的氣管內管之前，未評估氣管造口是否暢通，在放置新的氣管內管之後，未評估氣切套管是否放置於氣管內。

背景說明

在氣管造口術後的七十二小時內，發生氣切套管意外的滑脫，在緊急放置氣切套管的過程中，可能會引起嚴重的併發症，有相當高的死亡率，因此氣切套管的固定與緊急氣切套管的放置非常重要。



一般氣切套管的固定帶其材質為黏貼帶(俗稱魔鬼氈)或棉繩，前者在固定後會比較牢固，後者在打結處容易有鬆動。氣切套管的固定帶與病患的頸部之間，只留下約能容兩指伸入之空間，以避免固定帶過度鬆弛造成氣切套管意外的滑脫；或固定帶過度緊繃造成不適或頸部的壓瘡。除了固定帶之外，亦可將氣切套管的固定翼(flange)使用縫線直接縫在皮膚上，以增加固定的強度。根據 Black 等人的報告，無使用縫線固定者，其氣切套管的意外滑脫率為 31.8% (21/66)；有使用縫線固定者僅 4.5% (1/22)。本個案使用棉繩的固定帶，在打結處有鬆動。同時，護理師在病人翻身時，未注意呼吸管路的擺位，上述原因造成氣切套管的滑脫。

在氣管造口術後的七十二小時內，氣管造口處尚未消腫，並且皮膚與氣管之間尚未形成穩定的瘻管，當氣切套管滑脫後，氣管造口處會因為水腫而縮小，與周圍的組織無法清楚區分。當氣切套管未放入氣管內，而是放在氣管旁邊的組織內，則會造成局部出血，使氣切套管更困難放入氣管內。此時若以甦醒球擠壓時，空氣會沿著皮下組織往頸部、臉部、前胸及軀幹擴散，形成皮下氣腫。部分的空氣會進入縱膈腔內，形成縱膈腔氣腫，如此會阻礙靜脈的回流，影響氧氣的交換，並且造成低血壓。

在氣管造口術後的七十二小時內，發生氣切套管意外滑脫時，第一步驟是呼叫求援，若是現場為住院醫師，則須再呼叫資深住院醫師或主治醫師或麻醉科醫師。同時推急救車，要配備有緊急插管的用具、袋瓣面罩(Ambu Bag)及二氧化碳壓力監測器(capnography)。上述配備在加護病房應為必備，若發生在普通病房，則需要專人送達。

第二步驟是評估是否有自主的呼吸，將病患擺出頭往後仰，頸部伸展的姿勢，以打開呼吸道。然後在病患的口鼻及氣管造口處，以看、聽及感覺有無空氣的流動約十秒鐘的時間。假使病患有自主的呼吸，使用袋瓣面罩，從口鼻及氣管造口處給於高流量的氧氣，亦可在氣管造口處使用喉罩式氣道(laryngeal mask airway)或是嬰兒用面罩給於氧氣。同時使用脈搏血氧飽和度分析儀來監測整個過程，若是病患無低血氧現象，可以等人員跟配備到齊之後再執行。假使病患無自主的呼吸或無生命徵象，就必須開始執行心肺復甦術。

第三步驟是評估氣管造口是否暢通，重新建立人工氣道。方法為將抽痰管從氣管造口處放入氣管內，若是無阻力，表示氣管造口與氣管之間暢通，再以抽痰管當作導管，將氣切套管沿著抽痰管放入氣管內，一般建議 7.0 號的氣切套管選擇使用 16 號以下的抽痰管，7.5 號以上的氣切套管使用 18 號以下的抽痰管。亦可以使用嬰兒用喉鏡，直接放入氣管造口，來看清楚氣管，尤其是頸部較胖及較短的病患。Brown 等人建議可準備經皮氣管造口術的擴張器組，當抽痰管當作導管失敗時，可以使用。亦可以使用光纖內視鏡當作導管，其優點為直接看到氣管，但是需要有經驗的醫師執行。假如氣管造口不容易清楚看見，而且無



上呼吸道阻塞，可以經由口咽放置氣管內管。

第四步驟是評估氣切套管是否放置於氣管內，當氣切套管放置完成後，以二氧化碳壓力監測器來確認是否正確放置於氣管內，若放置於氣管內，則吐氣末期二氧化碳壓力 (PETCO₂) 為 35 至 40 mmHg; 若未放置於氣管內，則吐氣末期二氧化碳壓力為 0 mmHg。當氣切套管或氣管內管放置完成後，須以聽診檢查雙側肺部的呼吸音，同時要照胸部 X 光，以確認位置是否正確。本個案由於前胸皮下氣腫嚴重，因此理學檢查無法清楚聽到兩側的呼吸音，但未以二氧化碳壓力監測器來確定是否正確放置於氣管內，等到胸部 X 光影像發現氣管內管誤置，為時已晚。

學習重點

1. 在氣管造口術後的七十二小時內，皮膚與氣管之間尚未形成穩定的瘻管，當氣切套管滑脫後，在緊急放置氣切套管的過程中，可能會造成嚴重的意外事件，有相當高的死亡率，因此氣切套管的固定與緊急氣切套管的放置非常重要。
2. 氣切套管的固定，除了固定帶之外，亦可使用縫線來增強氣切套管的固定。此外，護理師在病人翻身時，要注意呼吸管路的擺位，勿拉扯到氣切套管及呼吸管路，並且每班要依身體評估標準檢視病患管路。
3. 氣管造口術後的七十二小時內，若發生氣切套管的意外滑脫，醫院皆應訂有緊急處理流程。建議如下，
 - (1) 第一步驟是呼叫求援，須呼叫主治醫師或麻醉科醫師，同時準備好急救車，配備有緊急插管的用具、袋瓣面罩及二氧化碳壓力監測器等。
 - (2) 第二步驟是評估是否有自主的呼吸，將病患擺出頭往後仰，頸部伸展的姿勢，以打開呼吸道。然後在病患的口鼻及氣管造口處，以看、聽及感覺有無空氣的流動約十秒鐘的時間。使用袋瓣面罩，從口鼻及氣管造口處給於高流量的氧氣，同時監測血氧飽和度。
 - (3) 第三步驟是評估氣管造口是否暢通，重新建立人工氣道。方法為將抽痰管從氣管造口處放入氣管內，若是無阻力，表示氣管造口與氣管之間暢通，此時以抽痰管當作導管，再將氣切套管沿著抽痰管放入氣管內。假如氣管造口不容易清楚看見，而且無上呼吸道阻塞，可以經由口咽放置氣管內管。
 - (4) 第四步驟是評估氣切套管是否放置於氣管內，方法為使用二氧化碳壓力監測器來確認，當氣切套管放置完成後，須以聽診檢查雙側肺部的呼吸音，同時要照胸部 X 光，以確認位置是否正確。

參考資料

1. Black, T. L., Fernandes, E. T., & Carr, M. G. (1988). Preventing accidental



- decannulations following tracheostomy. *Journal of Pediatric Surgery*, 23(2):143.
2. Brown, J. M., & White, M. C. (2004). Conversion from suction catheter to guidewire for difficult tracheostomy tube change. *Anaesthesia and Intensive Care*, 32(6), 842.
3. Dennis-Rouse, M. D., & Davidson, J. E. (2008). An evidence-based evaluation of tracheostomy care practices. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(2), 150-160.
4. Liew, L., Gibbins, N., & Oyarzabal, M. (2008). How I do it: securing tracheostomy tubes. *European Archives Otorhinolaryngology*, 265(5), 607-608.
5. McGrath, B. A., Bates, L., Atkinson, D., & Moore, J. A. (2012). Multidisciplinary guidelines for the management of tracheostomy and laryngectomy airway emergencies. *Anaesthesia*, 67(9):1025-1041.
6. Mirza, S., & Cameron, D. S. (2001). The tracheostomy tube change: a review of techniques. *Hospital Medicine*, 62(3), 158-163.



台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-06) No.115

精神科病人利用洗衣機自殺事件

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：經 TPR 工作小組委員校修、TPR 工作小組潤稿

提醒

精神科病房不當使用恐有危險之設施或空間，開放使用時須有工作人員陪伴。

案例描述

個案住院期間表情淡漠，較少與人互動，會有幻聽情形且內容較為負面，如「批評他偷看媽媽、姐姐洗澡及叫他去自殺，逼他招供強姦女人等」，聽了很難受，但有時候沒有聽到聲音，護理人員皆有持續關心及教導處理幻聽方式，其從 12/31 開始發生有眼球上吊之情形，醫師持續在調整用藥，其日常自理功能不錯，衣服堅持自己洗，不想要送洗，所以皆在早上污衣室開放時間 07:00-08:00 進入使用洗衣機洗衣服。

102.01.15 上午 07:57 病人自行在污物室使用洗衣機，從監視器發現其有放水的動作，08:20 分工作人員交完班開始巡房及點名時，照顧服務員負責巡視未使用空間是否上鎖，護理人員負責點名，照顧服務員巡到污物室那間為上鎖，無再打開確認是否有人，但在護理人員點到此位病人名字時，病人已從污衣室走出配合點名，其點完名後在 08:30 做操時間又走進污衣室使用洗衣機，此時工作人員開始帶其他病人做操及做治療，並無發現病人以倒頭栽方式將頭伸入洗衣機內，雙腳懸空，08:58 分因找無病人來服藥故從監視器發現其在污衣室，隨即送至急診急救，但搶救無效。

建議作法

- 一、加強醫療人員在職及職前教育訓練：特別針對自殺危險因子之認識、評估、自殺行為的分析與可能之自殺工具使用。
- 二、改進定時巡房之方式與流程：原 1 小時由照顧服務員及護理人員共同查房，更改成每整點由護理人員查房，30 分由照顧服務員查房，故每 30 分鐘皆有人查房，並以不定時監控巡房方式，掌握病人動態。
- 三、依據病人個別之自殺危險性，制定其使用之日常用品及器具管制：如制定個別化的可使用物品表，方便交班及使醫療團隊知悉；不方便其單獨使用的，則由工作人員托管，使用時工作人員需在旁協助或觀察。
- 四、檢討所有空間上鎖問題：病室房門因應不同病人需求，部份可由外面上鎖、部份由裡面



上鎖；另，洗衣室修正成由裡面不可反鎖，治療室則由裡面上鎖等等，將病房內之門鎖統一化，每位工作人員均配有鑰匙，以利隨時房門開關。

五、修正死角空間及不當使用恐有危險之設施之使用原則：原死角空間或不當使用恐有危險之設施(如洗衣室)開放時使用時須有工作人員於現場觀察使用情形，非必要之設施設備(如浴室用大水桶)不使用時先行收藏，使用時再拿出。

六、不定時評估病人幻聽之內容：包括是否有教唆自殘、或負面批評之聲音出現，給予適當防範，如危險物品禁止給予或需在工作人員陪伴下使用。

七、心理支持與陪伴：盡量不要讓病人獨處，若病人有自殺衝動時，請家屬、社工、志工或照顧服務員陪伴，提供陪伴者自殺防治衛教，包含：認識危險環境及危險物品等，並請陪伴者注意病人情緒反應。

八、如仍有強烈自殺行為時：與醫療團隊討論再調整藥物或治療模式(如電痙攣治療)或依醫囑執行保護性約束。

參考資料

- 1.江逸萱、陳祐蓉、楊秋月(2013)。慢性精神分裂症病患幻聽與自殺意念的關係。**護理暨健康照護研究**，9(2)，96-105。
- 2.李明濱(2012)。以醫院為基礎之自殺防治。**自殺防治系列手冊 17**，15-22。
- 3.陳宜明、李明濱、林帛賢、廖士程(2013)。蓄意自傷行為之評估與處理。**臺灣醫學**，17(3)，309-316。
- 4.蔣秀容、林梅鳳、齊美婷(2013)。成年自殺企圖者之自殺行為分析。**高雄護理雜誌**，30(1)，8-20。
- 5.財團法人國範文教基金會整理記錄(2013)。醫療安全暨品質研討系列《53》101年度醫療案例學習討論會--病人自殺防治。**臺灣醫界**，56(2)，22-24。



台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例 (2013-L-07) No.116

預防及減少手術室內手術取消

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：經 TPR 工作小組委員校修、TPR 工作小組潤稿

個案描述

(案例一) 病患 30 歲，因鼻息肉預定經門診手術切除鼻息肉，病患自述沒有任何的病史，但於門診麻醉術前評估時，經由生理監視器發現病患有不整脈現象，經處置做完整心電圖後發現病患心臟傳導為二度二的心房心室傳導阻礙，與病患、家屬及耳鼻喉科醫師討論後取消手術並轉診心臟內科繼續處置。

(案例二) 病患 76 歲，因跌倒導致右股骨頸骨折，病患有腎功能不良、高血壓及中風(右側肢體無力)的病史，手術前一天在麻醉術前評估時發現病患血中鉀離子為 5.8mmol/l，請病房處置並要求於手術當日重測患者血中鉀離子，若濃度正常則進行手術，手術當日抽血之後認為病患血中鉀離子濃度應為正常故將病患送至手術室，但在手術室等候區時，經團隊辨識及麻醉再次評估時發現病患鉀離子仍為偏高 5.5mmol/l，經與手術醫師及家屬討論後取消手術。

(案例三) 病患 35 歲，因口腔腫瘤預定經門診手術切除腫瘤，病患於門診麻醉術前訪視時，告知有氣喘病史並偶而發作有使用類固醇藥物，手術當日在手術室等候區經手術團隊辨識及麻醉再次評估時發現病患呼吸有 wheezing 現象，故與手術醫師討論後取消手術。

問題分析

開刀房內病患手術因故被取消的原因有許多種，大部分可分為下列兩種：

內在因素：如病患呼吸道的困難處置、內科疾病的加重或改變等。

外在因素：如病患手術原因或狀況的改變及行政管理疏失等(1)。

在造成手術取消的兩種因素中，以病患本身的內科疾患發生變化(如血壓控制不佳、麻醉前心電圖發生變化等)比外科疾病發生變化需要更多的資訊或處置，呼吸道阻礙占大多數手術取消的原因(1)。

背景說明

外在因素的取消會造成管理階層的困擾，不僅會造成醫院手術室的利用率降低並增加醫院的成本，更重的是影響病患及家屬在精神及金錢上的消耗。一篇研究報告指出；小兒門診手術病患到院後因故手術取消，病患家長至少需請假一天，且 44% 的病患家長為此請假並沒有任



何收入。另外；歷經手術取消的過程 70%的病患家長對醫院有負面的反應，而負面的反應情緒可以高達 5 天(2)。當病患在手術室內手術被取消後，住院的病患平均 20 天(中位數 8 天)後才再入手術室內手術(1)，而門診手術的病患大約經平均 31.8 天再入手術室內接受手術。(2)

學習重點

預防及減少手術室內手術取消執行方式

- 一、對於所有常規手術的病患，在手術前必須要經過麻醉科醫師在門診區或病房執行麻醉術前評估及訪視，利用病患自述及檢查檢驗報告結果，解釋麻醉相關事項及風險。(3-5)
- 二、對於高風險病患的病史、藥物史等或檢查檢驗異常結果，提出處置方式，並與手術醫師討論，甚至需舉行整合病患治療研討會議。
- 三、手術前，當病患由病房區至手術等候區時，會由(1)醫療團隊再次辨識病患，(2)麻醉科醫師依照麻醉術前評估記錄再次評估病患，任何有關病患的異常及處置結果，亦被重新檢視。
- 四、在手術室內未麻醉前會再次確認病患的生命徵象及身體狀況與麻醉術前評估是否符合，如有異常；像是病患心率發生改變、血壓過高或過低則暫緩麻醉，依病患狀況處置後，麻醉醫師再與病患、病患家屬及手術醫師討論決定是否取消或延緩手術。
- 五、作業宣導及分享：利用 5 R' s 的步驟來精進及改善手術室內病患的照護品質並降低手術室內手術取消的比率。
 - 1.Record(登錄)：登錄每一件發生手術室內取消的病患於資料庫。
 - 2.Report(報告)：依照原因、過程、結果陳述，將事件詳細報告手術室及麻醉科主任。
 - 3.Review(調查、評估)：將報告陳述內容詳加分析。
 - 4.Retain(再教育)：在每月月會中報告及討論取消事件，定期利用 PDCA 方式(Plan、do、check and act)來幫助病患照顧品質的改善，減少手術取消率。
 - 5.Reduce(降低)：依 PDCA 討論結果，預防相似的案例及狀況再次發生。

參考資料

- 1.Lau HK, Chen TH, Liou CM, Chou MC, Hung WT. (2010). Retrospective analysis of surgery postponed or cancelled in the operating room. *J Clin Anesth*, 22, 237-240.
- 2.Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM, Gutstein HB, Reynolds PI. (1997). Cancellation of pediatric outpatient surgery. Economic and emotional implications for patients and their families. *J Clin Anesth*, 9, 213-9.
- 3.Van Klei Wa, Moons KG, Rutten CL, et al. (2002). The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay.



Anesth Analg, 94, 644-9.

4.Ferschl MB, Tung A, Sweitzer B, Huo D, Glick DB. (2005). Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology*, 103, 855-9.

5.Qiu C, Macvay MA, Sanchez AF. (2006). Anesthesia preoperative medicine clinic: beyond surgery cancellations. *Anesthesiology*, 105, 224-5.



台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-08) No.117

急診室病人於緊急醫療救治後自傷之警示案例

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：經 TPR 工作小組委員校修、TPR 工作小組潤稿

提醒

急診病人在救治過程，必須評估及密切觀察其情緒行為反應，若有高危險因子，立即採取自殺防範措施。

案例描述

一位 42 歲男性溺水病人由 119 送入急診室，入院時觀察到病人頭部有撕裂傷、右手肘擦傷、意識清醒，但口口聲聲說道：要求人權保護。急診醫師看診後，於縫合室為病人處理傷口，並由心理師進行會談。當心理師聯絡家屬時，病人趁醫療人員不在身旁陪伴時，趁機將自己反鎖於治療室，並拿消毒剪刀往自己胸部刺傷，導致 4 處表淺穿刺傷口，當時醫護人員立即前往制止並奪下剪刀，請求警衛協助並陪同病人，之後；病人又藉口要上廁所，趁警衛不查時，用頭撞廁所梳妝鏡，致前額撕裂傷 2 公分，醫師給予縫合，繼續密切觀察其病情及行為反應，並轉介精神科醫師予以追蹤治療。

建議作法

- 1.急診病人檢傷分類時，若遇到尚未明瞭原因的溺水個案，應注意高危險自殺個案之評估與預防。
- 2.將評估工具-簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS)列為入院護理評估，供工作人員篩檢，若分數大於閾值，則需照會身心科醫師或心理師給予治療。
- 3.制定簡式健康量表使用作業規範，俾共同遵循，以期早期發現及預防。
- 4.傾聽病人的心聲，接受病人情緒，和病人作治療性會談，讓病人在傾訴中可以緩和情緒。
- 5.急診醫護人員於緊急醫療救治後，需立即移除醫療環境之危險物品、容易自我傷害的尖銳性器械，如剪刀，縫針等等，注意病人安全。
- 6.無家屬在旁情緒不穩的病人，請警衛或醫護人員陪伴並密切觀察，若陪伴者要離開，需主動告知其他照護團隊人員支援，不可讓病人獨處一室。
- 7.病人情緒不穩、躁動不安時，依醫囑給予身體約束(如四肢、胸部約束)，依身體約束作業規範，執行觀察並紀錄。
- 8.聯繫病人的家屬或親友，並提供自殺防治資訊及衛教單張，包含：危險環境及危險物品 認



知、鼓勵家屬多陪伴並注意情緒反應。

9.必要時，照會院內自殺防治小組(醫師、心理師、社工師與護理師)介入處理，採共同照護並收案管理。

10.繼續精神科門診追蹤、治療。

11.自殺個案通報衛生主管機關。

參考資料

1.石滇藝 (2007 年 10 月)。學習案例 5~精神科病人自殺之評估及預防。取自

http://www.tpr.org.tw/images/pic/files/學習案例 5-精神科自殺病人之評估與預防_200808071601.pdf

2.根本原因分析 RCA 案例集(2008)。住院病人住院期間自殺事件。189-195，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

3.張美琪、張秀玲、吳宜珮、蔡斌智、林梅芳(2010)。運用根本原因分析提升用藥安全案例分享。台灣藥學雜誌 26(2)，74-81。

4.醫策會(2011)。非精神醫療單位病人自殺防範-參考作業指引。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。取自 http://www.tpr.org.tw/images/pic/files/非精神醫療單位病人自殺防範_參考作業指引_201103171726.pdf

5. Dlugacz Y, Restifo A, Greenwood A, et al.(2003) Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. *Joint Commission Journal On Quality And Safety*, 29(6), 267- 278.

6.Jonny Taitz,1 Kelvin Genn,2 Vanessa Brooks,2 Deborah Ross,2 Kathleen Ryan,2Bronwyn Shumack,1 Tony Burrell,1 Peter Kennedy,1 on behalf of the NSW RCA Review Committee (2010). System-wide learning from root cause analysis: a report from the New South Wales Root Cause Analysis Review Committee. Quality Safety Health Care. 19:e63.doi:10.1136/qshc.2008.032144.

7.Mills PD, King LA, Watts BV, Hemphill RR.(2013).Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: Avoiding environmental hazards.General Hospital Psychiatry

8.Paul Bowie, Joe Skinner & Carl de Wet.(2012). Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes retrieved <http://www.boimedcentral.com/1472-6963/13/50>



台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例 (2013-L-09) No.118

長照機構住民使用身體約束之案例討論

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

撰稿專家：外部專家改寫、TPR 工作小組潤稿

個案描述

陳先生，78 歲，喪偶，有高血壓、糖尿病、心臟病、退化性關節炎病史，意識清楚，獨居，雖行動緩慢，但生活仍能自理；子女二人均已成家，平時各自忙碌於事業及自己的家庭，會在下班或假日探視。某年，陳先生因發燒、咳嗽，被診斷為肺炎住院，加以血糖及血壓控制均佳，有感於陳先生體力衰退，身體功能變差，需依賴他人照顧，於是子女經討論後，將之送往護理之家。入住機構後，陳先生尚能配合機構安排之作息，但較淡漠寡言，護理人員觀察到陳先生雖意識清楚，但視力不佳、下床活動需用輔助器、可自行如廁但需協助、且有使用降血糖及降血壓藥物，故列為跌倒高危險群，並在其床頭貼上標示，提醒工作人員要多加注意陳先生之活動。

某天大夜班，護理師聽見遠處臥室傳來陳先生大聲罵人的聲音，快速前往查看，發現陳先生正和照顧服務員爭執，陳先生之左眼上方發紅及腫脹，右手虎口上方也有瘀青，護理師詢問到底發生什麼事情？照顧服務員告知，病人最近晚上都很頻繁上廁所，這天晚上已經由照顧服務員攙扶如廁 3 次，但每次都可見陳先生走路搖晃、站立不穩，且每次尿量也很少，照顧服務員見他是跌倒高危險個案，試圖安撫，但陳先生仍執意下床，照顧服務員於是想要使用胸部約束保護，但病人拒絕約束且情緒激動生氣大罵，在此過程中，照顧服務員不慎用手肘撞到病人左眼，病人更加生氣，用腳踹了照顧服務員，導致照顧服務員右臉頰出現紅腫，護理師趕緊安撫雙方情緒，幫病人冰敷左眼，另調派其他照顧服務員協助照顧陳先生。

天亮後，護理師以最快速度聯絡陳先生家屬，說明事件經過，家屬表示父親脾氣差，常常會罵人，對於照顧服務員也有受傷一事表示關切之意。另護理長針對照顧服務員未經醫護人員評估，及取得病人或家屬之同意書，即進行約束一事，給予糾正及指導，並提醒照顧服務員往後遇到類似狀況，均需再次向護理人員確認，且要與病人充分溝通解釋後執行，避免引起衝突。

問題分析

- 一、長期照護機構執業人員對於住民約束應有之態度及知能有那些？
- 二、照顧服務員在照顧過程對於住民狀況之變化，有沒有及時反應給照護團隊？



三、與年長者溝通應注意的事項有那些？

背景說明

身體約束原本是保護病人安全的一種暫時性措施，當評估病人會有危險或要預防受傷才能考慮使用^[1]。臨床常見工作人員擔心人手不足，無法時時看住住民，認為只要將其約束，似乎住民就不會跌倒或拔管，可免去因為發生病安事件要通報，及面對家屬責難或法律問題，使得國內長照機構一直存在高比率之約束事件^[7,8]。但研究顯示若是不當使用約束，反而產生更多病人身心之傷害，如：皮膚破損、循環不良、骨折、病人大小便失禁、壓瘡、感染、情緒激動、躁動不安、失去自由權及自主權，進而產生退縮、影響社交活動、生活品質下降，世界衛生組織也將身體約束視為是老人虐待的一種形式^[3,9]。

1980 年代歐美國家均致力於建立無約束的照護環境，國內多位學者亦大力倡導政府、機構及照護人員應共同努力減少照護人員使用身體約束^[1,4,7]。當照護人員對於約束知識越佳時，越不喜歡對住民執行約束，機構人員之教育訓練有其必要性，課程內容包括教導不當使用約束造成的後果、改良約束工具、如何合理約束住民及相關同意書等，希望在提昇照護人員之知識後，亦能培養照護人員思考對住民有利之作為^[7,10]。

陸續內政部公告了長期照護定型化契約，其中說明可約束的條件，在 102 年衛生署公告之護理之家評鑑條文：「專業服務與生活照顧--B1.11 服務對象約束處理及監測情形」，也載明各機構需訂定約束處理辦法及流程、約束個案須經醫師診斷或護理人員專業判斷、要有服務對象、家屬或委託人之同意書、約束過程中並應隨時監測且有完整紀錄，及不能有不當之約束，期望這些策略的導入，讓護理之家能更謹慎地執行身體約束^[11,12,13]。

參考上述文獻，本案例中之照顧服務員之作為，明顯已違反住民是需要經過評估，及取得住民或家屬簽妥同意書後才能執行約束的要求。如案例說明，該機構應有訂定其約束政策，而此位照顧服務員是不清楚該機構規定之身體約束的流程？或是知道有此規定但只求方便而不依循約束標準步驟執行？則需要主管加以瞭解，以便針對原因提供適當的輔導和教育，除了加強對於約束政策與執行步驟的瞭解，學習約束替代措施，盡量減少病人約束，如生理評估：跌倒高危險性評估、用藥評估；心理評估：加強巡視、增加陪伴及心理安撫等，更重要的是照顧服務員對約束之觀念與態度要能調整，才能避免不當之約束。如果住民真的有約束之必要，也應事先溝通。

交班是提供住民重要的訊息給接班者及其他醫護團隊，長照機構照護是 24 小時連續的工作，照護人員間的交接班關係到住民照護之連續性，若照護人員無法有效掌握病人照護狀況與重點，除了影響住民之連續性照護，嚴重者則可能延遲住民問題之處理，使得照護工作失去效率而更忙碌，甚至引起病人安全問題或糾紛事件，可見交接班不完整對於住民安全及照護品



質之影響^[14,15]。長期照顧機構的照護者以護理人員和照顧服務員為主，而照顧服務員又是照料住民每日生活起居最主要的人力，照顧服務員在培訓時亦包括對於照顧對象之身體正常與異常徵象的觀察與記錄。案例中之照顧服務員若能更敏感陳先生出現夜間頻尿狀況，及時告知護理人員，儘快聯絡醫師進行診療，應可改善陳先生夜尿情形，減少其下床如廁而有較好的睡眠，同時也降低頻繁下床可能產生的跌倒危險。此部份亦提醒所有照護人員，交接班是照護人員每日必須執行的重要工作，團隊人員可透過交班明白住民狀況，及溝通重要訊息與照護指引，落實以住民為中心的照護。

要跟老人保持和諧的關係，良好與有效的溝通是非常重要的。老年病人因為器官衰退及疾病影響，會有視力不良、聽覺障礙、認知功能、理解功能減退等狀況，易造成訊息溝通時的障礙，當在照護過程中，要傳達給老年人有用的意見或建議時，需要更有耐心地說明，且照護人員之溝通態度也是影響溝通之重要因素，照顧者應以開放、民主式或對等商量式溝通，不要使用專制命令式，以建立彼此信任之互動關係，讓老人能理解照顧者之善意動機，爭取老人之支持與合作^[16]。在預防老人跌倒之相關措施中，良好溝通與防跌教育都是重要的策略，照護人員要向住民及家屬清楚地說明與指導防跌教育，提高其對護理指導之順從性，可減少病安事件之發生，若溝通不良易引起住民有被處罰的感受，而產生糾紛^[3,17]。

案例中照顧服務員雖然是擔心其跌倒而想執行約束，但未按規定執行已有瑕疵，且沒有向住民說明清楚其用意，讓住民感到氣憤，接著有發生互動中之發生身體碰撞，加重其不滿情緒，且造成雙方受傷，若當時照顧服務員能善用和溫和的態度、不疾不徐之語氣，先安撫陳先生情緒，不要與之爭辯，或儘速請求他人協助，衝突的場面或可避免之。而照顧服務員在此過程中亦受到傷害，需要機構主管給予關懷。

學習重點

- 1.機構應訂定約束政策以及約束處理辦法及流程、約束個案須經醫師診斷或護理人員專業判斷、要有服務對象、家屬或委託人之同意書、約束過程中並應隨時監測且有完整紀錄，及不能有不當之約束。
- 2.教育訓練機構人員：課程內容包括教導不當使用約束造成的後果、改良約束工具、如何合理約束住民及相關同意書等，除能提昇照護人員之知識，亦能培養照護人員思考對住民有利之作為。
- 3.學習約束替代措施，盡量減少病人約束，如生理評估：跌倒高危險性評估、用藥評估；心理評估：加強巡視、增加陪伴及心理安撫等，更重要的是照顧服務員對約束之觀念與態度要能調整，才能避免不當之約束。如果住民真的有約束之必要，也應事先溝通。
- 4.交接班是照護人員每日必須執行的重要工作，並且是關係到住民照護之連續性，團隊人員



可透過交班明白住民狀況，及溝通重要訊息與照護指引，落實以住民為中心的照護。

5.在照護過程中，要傳達給老年人有用的意見或建議時，需要更有耐心地說明，且照護人員之溝通態度也是影響溝通之重要因素，照顧者應以開放、民主式或對等商量式溝通，不要使用專制命令式，以建立彼此信任之互動關係，讓老人能理解照顧者之善意動機，爭取老人之支持與合作。

參考資料

- 1.行政院內政部社會司：養護(長期照護)定型化契約範本。
- 2.行政院衛生署：102 年度一般護理之家評鑑基準。
- 3.李孟芬(2009)。審視現階段長期照護機構身體約束倫理議題。長期照護雜誌，13(2)，143-155。
- 4.李宗派(2009)。溝通技巧：如何與老人失智症者保持和諧之關係。台灣老人保健學刊，5(1)，1-16。
- 5.李莉 (2009)。長期照護機構中的身體約束議題。長期照護雜誌，13(2)，157-168。
- 6.吳莒瑛、黃梅儀、劉文琪(2010)。以 ISBAR 執行單位內交班之改善專案。領導護理，11(1)，116-126。
- 7.曾錦惠、吳岱穎、季瑋珠、郭冠良、楊榮森、黃惠娟(2012)。社區與住院老人跌倒的危險因子與預防。台灣醫學，16，174-182。
- 8.黃惠璣(2009)。長期照護機構的約束政策與法律議題。長期照護雜誌，13(2)，121-129。
- 9.黃惠璣、李中一(2009)。某市養護機構住民身體被約束之狀況及相關因素之研究。臺灣公共衛生雜誌，28(2)，132-143。
- 10.黃惠璣、吳森琪、蘇秀娟、林季宜、馬霏菲(2008)。機構住民使用身體約束之芻議。臺灣老人保健學刊，4(1)，23-28。
- 11.黃麗萍、顧乃平(2006)。病人安全 - 使用約束的倫理議題。源遠護理，1(1)，63-68。
- 12.劉惠賢、徐亞瑛(2005)。長期照護機構中的常被忽略的安全問題。長期照護雜誌，9(3)，213-222。
- 13.Demir, A. (2007). Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 38-45.
- 14.Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 246-251.
- 15.Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. (2013). Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.12176. [Epub ahead of print]
- 16.Kalisch BJ, Begeny S, Anderson C. (2008). The effect of consistent nursing shifts on teamwork and continuity of care. *The Journal of Nursing Administration*, 38(3), 132-137.
17. Yeh SH, Hsiao CY, Ho TH, Chiang MC, Lin LW, Hsu CY., et al. (2004). The effects of continuing education in restraint reduction on novice nurses in intensive care units. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 246-256.



台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-10) No.119

手術進行過程紗布計數問題

發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：外部專家改寫、TPR 工作小組潤稿

提醒

手術進行前、中、後，刷手及巡迴護理人員應共同齊聲逐一計數紗布數量，共同負責病人安全；計數過程中如有疑慮，應立即反應醫師，確認後再進行手術。

案例描述

林先生因口腔癌進行腫瘤切除及皮瓣移植手術。耳鼻喉科醫師在腫瘤切除手術結束後，將二塊濕顯影紗蓋住腫瘤切除部位，待整外醫師進行皮瓣手術，經物品計數正確無誤後，請清潔人員進行清潔工作，包含：清理房內各類的垃圾桶。

巡迴及刷手護理人員於整形外科醫師到達前，已完成整形外科手術用物，包含：對點大白紗 20 塊、針頭、縫線數量及消毒鋪單。整外醫師評估傷口大小後，需變更取皮瓣之肢體，故團隊人員重新消毒鋪單，因手術房內包布桶已滿，巡迴護理人員又請清潔人員入內更換包布桶及垃圾桶。

15：20 刷手護理人員換班交接時，僅交接器械包盤、針頭、縫線數量及器械動向，因正進行顯微手術，故只交班紗布總數量。手術縫合傷口前計數紗布發現少 1 塊白色紗布，立即告知整形外科醫師，並找尋手術室內紗布桶、回收桶、垃圾桶、污衣桶，均未發現。依醫囑進行 Portable X-ray 經醫師確認無遺留紗布在體內，疑為重新消毒鋪單時掉落，與清潔包布桶及垃圾桶一併被清除，故將紗布計數不完整之事件記錄於記錄單，並進行異常事件通報。

建議作法

1. 手術團隊應建立共識：制定各科手術須計數紗布之術式，對深且大的傷口、進入體腔，應確實使用顯影紗布進行計數。
2. 確保術中紗布、尖銳物、器械計數正確：
 - 2.1 刷手及巡迴護理人員於展開無菌包布類前共同檢視環境是否遺留多餘之紗布及其他需計數之敷料。
 - 2.2 刷手與巡迴護理人員應於手術前共同確認計數縫針、敷料、紗布及手術檯上包盤內器械數量與器械單之數量正確。
 - 2.3 手術進行中，刷手護理人員須隨時注意所有紗布、尖銳物品、器械等物品動向，使用過之



紗布應丟在紗布桶中，並確認遞出及收回數量正確及手術部位上的紗布數量。

2.4 應詳實將種類和數量記錄於手術室記錄單中。

3.計數時機：

3.1 手術開始前。

3.2 於手術中追加各類物品。

3.3 關閉深且大的傷口及體腔前，如：關閉胃內膜、膀胱內膜、子宮內膜等前。

3.4 關閉腹膜、胸膜、筋膜等前。

3.5 在縫合皮下組織時。

3.6 更換巡迴或刷手護理人員時。

3.7 在手術完成前。

3.8 照會手術進行的前、中、後。

4.計數方式：

4.1 計數前將紗布紙帶撕開，一次以拆一包為限，且紗布勿鬆脫以利計數。

4.2 刷手與巡迴護理師同時檢視顯影線帶。

4.3 發現無顯影線帶、紗布量不足、超過或紗布不完整顯影線有遺漏，則整包交由巡迴護理師攜出手術房間不再使用。

4.4 計數時勿中斷或做其他事。

4.5 計數中如有鬆脫或中斷等異常，應重新計數一次。

4.6 紗布或腹部墊計數前後，不得覆蓋任何物品於紗布或腹部墊上。

4.7 以一手依序將紗布一塊塊重疊，置於歐氏器械桌上，並使顯影線露出且與巡迴護理師齊聲唸出聲音計數。

4.8 刷手與巡迴護理師共同將計數結果，大聲告知手術醫師，如：「紗布、腹部墊第×次計數正確。」

4.9 手術中，如遇二個以上刀口都需使用顯影紗布或腹部墊時，於第一個刀口結束時，以顯影紗布或腹部墊暫時覆蓋並交班記錄數量，待第二個傷口關閉手術結束計數完成後，再拆非顯影紗布使用。

4.10 若需改變病人姿勢，顯影紗布及腹部墊，勿壓在病人身體下或輔助墊下，如病人更換姿勢，關第一道傷口即進行術後計數，覆蓋紗布後請清潔人員整理環境，應將已使用的包布及垃圾先打包暫放手術房間門口，以利計數有誤時可尋找，凡備新的用物及布類品時皆須重新計數。

5.手術團隊清楚計數結果數目不符時異常處理流程：



- 5.1 尋找手術檯面、歐氏器械桌上，包括器械袋、器械包盤、大工作車及雙座臉盆架車。
- 5.2 查看手術檯周圍、各種桶類及地板。
- 5.3 查看醫師脫下的手套內是否有不慎丟入之紗布。
- 5.4 再次核對已算過的紗布及手術檯上的剩餘紗布。
- 5.5 告知醫師再次檢查體腔內是否有紗布存留。
- 5.6 查詢每一位參與該手術的醫護人員。
- 5.7 報告當班主管。
- 5.8 傷口關閉前發現，應立即報告主刀醫師，依醫囑照 Portable X-光。
- 5.9.經 X-光片顯示，證實手術部位內無紗布存留體腔內，應將異常處理經過紀錄於病歷中，並進行異常通報及改善。
- 6.運用手術安全查核 (SIGN OUT) 機制，強化手術團隊成員間有效且即時的溝通：
 - 6.1 SIGN OUT 執行過程中應包含器械、紗布、尖銳物品等材料之清點數量正確，並獲得團隊成員有效回應。
 - 6.2 鼓勵每位團隊成員在過程中有疑慮時均應立即提出，經團隊確認無誤後再繼續執行。

參考資料

- 1.行政院衛生署(2012)。醫療品質及病人安全年度工作目標建議參考做法手冊。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。
- 2.高雄醫學大學附設中和醫院(2013)。病人安全資訊網【手術正確：紗布敷料、尖銳物品及器械計數之安全作業指引】。取自
http://www.kmuh.org.tw/www/Administration/patient_safe/page8_b1.html
- 3.張麗君、蔡宗益(2007)。運用根本原因分析改善病人手術安全之個案研究。輔仁醫學期刊，5(3)，133-142。
- 4.伍雁鈴(2011)。手術後期護理。伍雁鈴、吳秋燕、張玉珠、劉蔡合著，手術室護理(二版，347 - 384 頁)。台北：華杏。
- 5.張玉珠(2011)。手術中期護理。伍雁鈴、吳秋燕、張玉珠、劉蔡合著，手術室護理(二版，298 - 346 頁)。台北：華杏。
- 6.黃麗玲、蕭如娟、王佑君(2005)。建構手術中病人安全作業。澄清醫護管理雜誌，1(4)，39-47。
- 7.廖熏香、楊漢淙(2011)。運用把關行動提升手術安全。澄清醫護管理雜誌，7(1)，4-7。
- 8.蔡少雲等(2007)。建立手術室器械計數流程標準管理及其成效評估。輔仁醫學期刊，5(4)，181-188。



台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2013-A-11) No.120

加強外籍看護用電安全之知識

發佈日期：2013.12.19

適用對象：所有醫療機構

撰稿人：機構投稿

審稿專家：本文由外部專家審稿，TPR 工作小組校修

提醒

護理之家為特殊單位，倘若外籍看護使用電器不當恐有危險，故應加強外籍看護用電知識。

案例描述

本院護理之家住民特色多為住院時間較長且行動無法自理之慢性病人，總床數約 70 床，而其中約有 16% 之住民家屬雇請外籍看護於每日 06：30~21：30 定期至護理之家進行住民陪伴作業（約 12 名外籍看護），外籍看護無法於護理之家過夜。

每位外籍看護因陪伴時間因素，三餐均需於護理之家內使用，多數外籍看護除外食外，亦採自備食物至護理之家烹煮及加熱。7 月 19 日晚上 6 點 29 分左右，因護理之家外籍看護於配膳室使用電磁爐不當，造成食物燒焦引起濃煙，並引發護理之家火警警報器鈴聲大作，幸好本院中控室人員及部分現場人員緊急至現場查看，發現天花板及微波爐上有食物燒焦之痕跡及燒焦之濃煙味道，現場並未引起火災。

建議作法

- 一、烹飪區電器管理：烹煮區內僅提供「微波爐」、「溫熱箱」及「冰箱」供所有人員使用，其他電器均不可帶入，並透過每日環境安全巡檢，查核烹煮區是否有其他電器出現，如有其他電器則由管理單位先行保管。
- 二、烹煮區插座管理：微波爐與溫熱箱均單獨使用單一迴路插座進行用電安全管理，插座另一邊插孔均封死，不讓其他人員有共同使用同一插座之可能性，以阻絕因使用同一迴路之插座而引起電量過載之可能性，減少火災發生之機率。
- 三、建立環境安全巡檢制度：針對配膳區、污物室、會客室等較易引起火災之處進行每日巡檢作業並紀錄備查作業，如有異常則立即反應處理。
- 四、制訂「外籍看護能了解之生活規範同意書」：內容除感控注意事項、門禁管理作業、用電安全注意事項、飲食注意事項及緊急呼叫鈴使用原則外，應包含烹煮食物使用原則，並請所有外籍看護簽認備查，說明護理之家「配膳室僅提供熟食加熱之功能，並禁止所有人員烹調生食」，另用電安全部分，則規定外籍看護需確實遵守護理之家用電安全之規定，嚴禁攜帶並使用私人電器，僅可使用護理之家提供之微波爐及溫熱箱。



五、教育訓練內容：製作外籍版本之用電安全宣導海報，並貼至護理之家配膳區，以加強提醒外籍看護工於配膳區進行烹煮作業時之安全注意事項。

六、每季定期舉辦宣導會議，並請每位外籍看護必須每季參加本院舉辦之用電安全宣導會議，並管控每位外籍看護簽到作業，會議並使用外籍看護之母語進行宣導作業，以防止可能因語言不同所造成理解之差異。

七、外籍看護造冊管理：建立每位外籍看護之基本資料，包含姓名、健保卡字號、照片、住民陪床人員、雇主聯絡方式等，以方便辨認作業管理。

參考資料

- 1.吳貫遠，簡賢文(2009)。臺北市住宅火災分析與防治策略。警學叢刊，38(1)，195-216。
- 2.吳靈芬(102年11月29日)。電器引發火災，風扇奪魁，消防局允諾加強宣導。台北市政府消防局。民102年12月10日，取自：
http://epaper.tfd.gov.tw/cht/index.php?code=list&flag=detail&ids=3&article_id=51。
- 3.周傳久(2013)。從防火宣導看未來外籍看護訓練。健康世界，449，49-52。
- 4.消防法施行細則第15條(民101年)。
- 5.消防法第13條(民100年)。
- 6.曾偉文，石崇良，簡賢文(2013)。署立新營醫院北門分院火災看我國醫院照護環境防火安全。護理雜誌，60(2)，5-12。
- 7.潘國雄(2013)。醫療院所(含護理之家)火災預防與緊急應變實務。潘國雄(主持人)，醫療院所火災緊急應變參訪課程(課程)-台北場，102年度「醫療院所火災緊急應變參訪課程」，馬偕醫院淡水分院。



台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例 (2013-L-12) No.121

微創手術系統氙氣燈爆裂事件

發佈日期：2013.12.19

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：本文由外部專家審稿，TPR 工作小組委員編修

個案描述

手術室微創手術系統主懸臂突然發生爆炸聲響且冒出濃煙，醫療人員立即將相關主機設備電源關閉。事發當時病人剛完成麻醉，考量整體安全後該台手術緊急調度其他內視鏡設備使用，繼續執行手術，但未作其他應變或通報。

問題分析

- 1.醫療人員對設備功能不甚瞭解，導致設備已出現故障訊號而未發現，仍照常操作。
- 2.發生電氣設備冒煙，醫療人員在驚慌中沒有啟動應變求援機制。
- 3.設備損壞後現場人員未作好相關處置動作，如通報、排煙或是否需要執行病人疏散。

背景說明

手術室內有多種精密電子設備，醫療人員往往在對設備構造不熟悉狀況下使用，所以可能有許多潛在危害而渾然不知。

此事件經醫工單位初判是主懸臂內電源問題，因此先將電源關閉再行安檢，經過醫工人員檢查後確認無設備瑕疵，單純是氙氣燈泡超過使用壽命故障。此氙氣燈泡依產品使用標準說明書限制使用時數為 450 小時，且在接近限制使用時數前氙氣燈旁警示燈會亮起紅燈以提醒可預備更換。因為此事件未曾發生過，而單位針對微創手術系統之設備保養訓練也未曾辦過，導致開刀房護理人員不懂如何判定安全警示措施，致使氙氣燈泡使用時數超過安全時數而造成爆裂。

鑑於手術室內病人行動力不佳且空間複雜無法自行避難，於發現火光或聽到爆炸聲或發現濃煙時，若無法及時應變或求援，可能會造成重大傷亡。所幸此次氙氣燈泡爆裂並未釀成災害，但所有手術室護理人員都應經過妥當的訓練及考核，使其具備初步故障的緊急應變能力，如此安全才得以保障。

學習重點

- 一、儀器設備之警報器或警示燈不可習慣性關閉。
- 二、本次事件發生過後已立即辦理教育訓練，針對設備損壞應變能力不足部分，每年定期請醫工單位至單位實施微創手術系統之設備構造使用訓練，對氙氣燈使用時數即將超過安全時



數時，應特別加強紀錄與稽查。並訂定主懸臂氙氣燈故障處理程序：

- 1.先關機。
- 2.通報醫工單位前來協助處理。
- 3.有煙霧時拉排風設備抽氣。
- 4.醫工檢修判定儀器設備是否需移除。
- 5.必要時備用設備支援。

三、氙氣燈常使用於內視鏡系統中之光源機，氙氣燈泡內填充高純度之高壓氙氣；氙氣是屬於稀有而穩定的惰性氣體，經查詢勞委會提供氙氣物質安全資料表，確認低濃度對人體無害，意外發生時無需疏散病人。氙氣燈泡有使用壽命，需定期更換，超過安全時數或保養不當造成燈泡表面阻抗不均時，因燈泡內為高壓氣體，所以有可能發生爆裂現象。

四、因手術室屬特殊環境，燈泡爆裂有可能汙染環境或直接造成病人傷害，所以應針對所有的光源機訂定燈泡標準檢查程序、增加設備安全作業觀念宣導、不定時稽核一級保養卡記錄情形及是否確實執行。在預防上不僅是定期更換燈泡，醫工單位特訂定「燈泡損壞更換指引」，更換氙氣燈泡座組時須穿戴防護裝備，以預防燈泡阻抗改變造成之爆裂；另外廠商每年亦需定期保養，主動注意燈泡使用時數並向醫工單位回報。

五、針對消防應變能力提昇部分，除每年定期辦理消防教育訓練外，如有發生事故應於一個月內再加強辦理訓練。

參考資料

- 1.行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所(2009)。國內外物質安全資料表。取自於 <http://www.iosh.gov.tw/Publish.aspx?cnid=25>
- 2.張文成(2011)。藉由評鑑作業改善照護環境之安全-以設施及防火安全之管理為例，*醫療品質雜誌*，5(3)，60-65。
- 3.KARL STORZ (2010). *Instruction Manual for Xenon Nova*. Germany: KARL STORZ.



附錄一、何謂病人安全事件

所謂「病人安全」是指在醫療過程中所採取的必要措施以避免、預防及改善因為照護過程所引起的不良結果與傷害，而這些不良的結果或傷害即可稱之為「病人安全事件」，通常包含以下事件：

- (1) 警訊事件：係指個案非預期的死亡或非自然病程中的永久性功能喪失，或發生下列事件，
如病人自殺、拐盜嬰兒、輸血或使用不相容的血品導致溶血反應、病人或手術部位辨識錯誤等事件。
- (2) 意外事件：係指非因當事人之故意、過失、不當作為或不作為所導致的不可預見的事故
或不幸。通常伴隨有不良的後果。
- (3) 異常事件：通常指因為人為錯誤或設備失靈造成作業系統中某些部分的偶然性失誤，包
括了跡近錯失事件。
- (4) 重大異常事件：凡人為錯誤或設備失靈，若未及時發現或更正，便可能導致嚴重的結果
(例如住院時間的延長或死亡)，稱之為重大異常事件。

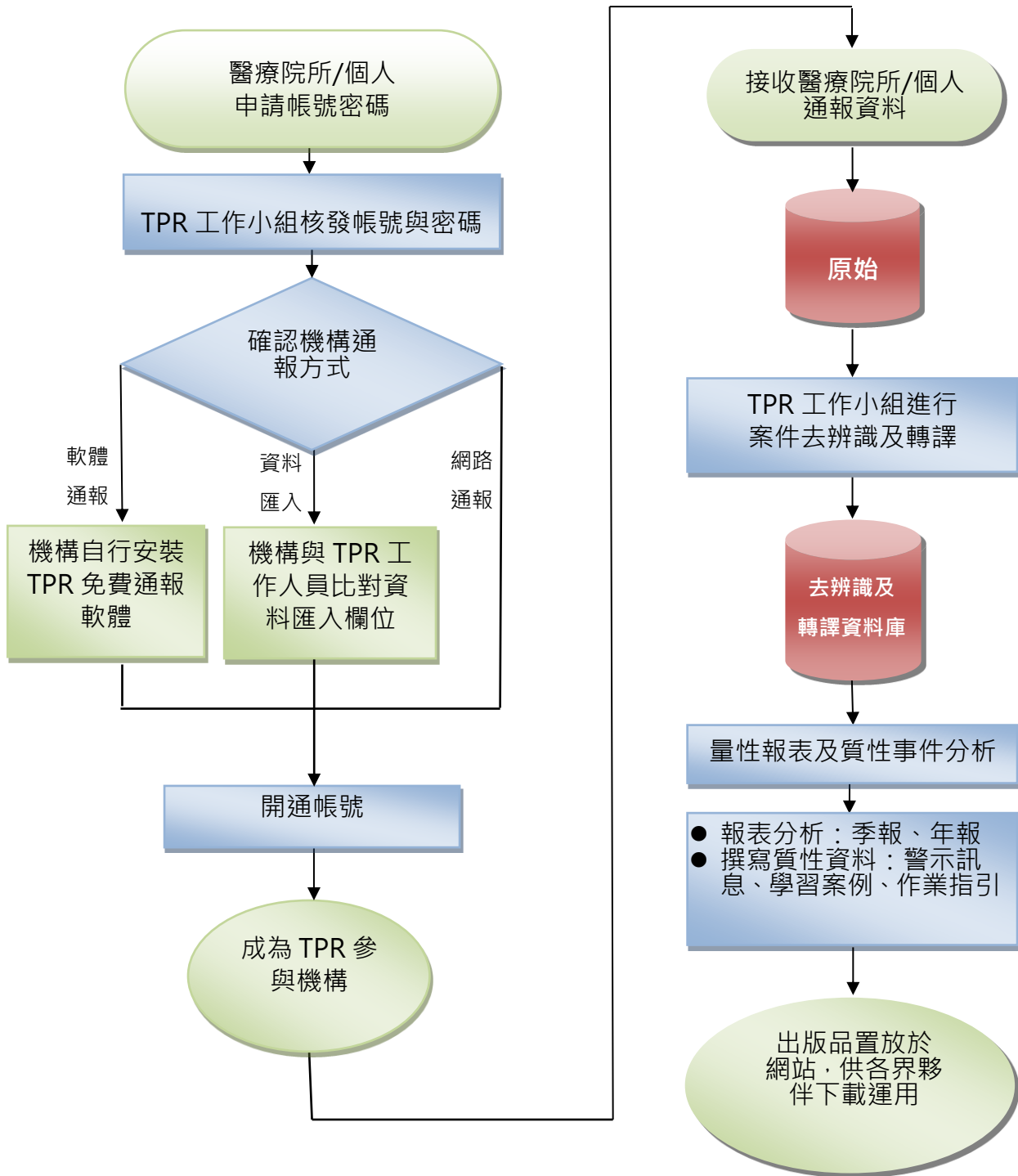


附錄二、台灣病人安全通報系統沿革





附錄三、病人安全通報系統流程圖





附錄四、通報事件類別說明

項次	通報類別	說明
1	藥物事件	與給藥過程相關之異常事件
2	跌倒事件	因意外跌落至地面或其他平面
3	手術事件	在手術前、手術中、手術後過程中之異常事件
4	輸血事件	自醫囑開立備血及輸血過程相關之異常事件
5	醫療照護事件	醫療、治療及照護措施相關之異常事件
6	公共意外事件	醫院建築物、通道、其他工作物、火災、天災、有害物質外洩、資訊系統當機等相關事件
7	治安事件	偷竊、騷擾、病人失蹤、侵犯、他殺...等事件
8	傷害行為事件	言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷...等事件
9	管路事件	任何管路滑脫、自拔、錯接、阻塞及未開啟事件
10	院內不預期心跳停止事件	發生在醫療院所內非原疾病病程可預期之心跳停止事件 (Unexpected cardiac arrest)
11	麻醉事件	與麻醉過程相關之異常事件 (2007 年新增 ; 2008 年上線)
12	檢查/檢驗/ 病理切片事件	與檢查/檢驗/病理切片等過程相關之異常事件 (2008 年新增並上線)
13	其他事件	非上列之其他病人安全事件

※各類事件 Q&A 請見 TPR 網站 Q&A 專區 <http://www.tpr.org.tw/index06.php>





附錄五、異常事件嚴重度評估矩陣 (SAC)

異常嚴重度評估矩陣是依據異常事件之「事件發生後對病人健康的影響程度」及「事件可能再發生的機會」為軸，予以量化後所呈現之評估矩陣 (表五-1)。SAC 之分級指標可協助醫院評估事件處理優先順序及評估個案介入的必要性，並藉由根本原因分析 (Root Cause Analysis ; RCA) 進一步分析及改善。欄位定義部分，「事件發生後對病人健康的影響程度」分為有傷害、無傷害、跡近錯失以及無法判定傷害程度等四類 (表五-2)；「事件可能再發生的機會」則分為數週內、一年數次、1~2 年一次、2~5 年一次、5 年以上，以及不知道等六類選項。發生頻率為不知道，或「事件發生後對病人健康的影響程度」為跡近錯失或無法判定者，於本年度報表中未列入 SAC 級數計算。機構於運用時，除利用本矩陣評估事件急迫性與介入必要性外，亦可延伸運用，由跡近錯失事件之「如果事件實際發生在病人身上，將造成最嚴重的影響程度」資料另行計算跡近錯失事件之嚴重度矩陣評估，作為預防及改善之參考。

表 五-1 嚴重程度評估矩陣表

		死亡	極重度	重度	中度	輕度	無傷害
發生頻率	數週	1	1	2	3	3	4
	一年數次	1	1	2	3	4	4
	1~2 年一次	1	2	2	3	4	4
	2~5 年一次	1	2	3	4	4	4
	5 年以上	2	3	3	4	4	4

表 五-2 事件發生後對病人健康的影響程度欄位說明

欄位名稱		說明
有傷害	死亡	造成病人死亡
	極重度	造成病人永久性殘障或永久性功能障礙
	重度	除需要額外的探視、評估或觀察外，還需住院或延長住院時間做特別的處理。
	中度	需額外的探視、評估或觀察，僅需要簡單的處理如抽血、驗尿檢查或包紮、止血治療。
	輕度	事件雖然造成傷害，但不需額外處理。



無傷害	事件發生在病人身上，但是沒有造成任何的傷害。
跡近錯失	由於不經意或及時的介入，使可能發生的事件並未真正發生於病人身上。
無法判定傷害程度	無法判定傷害程度。



致 謝

感謝全國各醫療院所將事件通報至 TPR 通報系統，亦將值得學習的事件撰寫為警示訊息 (Alert)、學習案例 (Learning case) 投稿至本會。承蒙本會病人安全通報系統工作小組委員及外部專家在公務繁忙之餘，撥冗審閱稿件、編寫警示訊息且對台灣病人安全通報系統的推廣跟資料應用，提出寶貴意見，謹此致謝。

2013 年警示訊息、學習案例作者群 (按照第一作者姓氏筆畫排序)

王琦督導 (林口長庚醫院)、李佩璇感控師 (衛生福利部草屯療養院)、李英芬督導 (馬偕醫院)、周登偉主任、鍾國謀主任 (台南市立醫院)、洪維德主任 (中山醫學大學附設醫院)、張瑞齡護理長、林思榕護理師、林淑照主任 (衛生福利部朴子醫院)、郭春花顧問、呂雪箏病安專員 (郭綜合醫院)、曾貴英專員、吳淳惠護理師 (寶建醫院)、黃滋薇副護理長、許麗燕專員 (台南新樓醫院)、蔡宜綦個管師、吳金璇個管師 (嘉義長庚醫院)、鄭清方管理師、林封池管理師 (汐止國泰醫院)、鄭麗娟督導、黃雪莉主任、遲俊功助專、李佳松高專 (大林慈濟醫院)、戴裕庭主任 (台北市立萬芳醫院)、鍾曉君護理長 (衛生福利部新營醫院)

病人安全通報系統工作小組委員 (依姓氏筆畫排序)

王拔群委員、呂立委員、李君儀委員、李世凱委員、林綺珊委員、賀倫惠委員、楊承憲委員、鄒怡真委員、劉中賢委員、潘錫光委員、謝文祥委員

編輯小組：

廖熏香副執行長、陳昱伶副管理師、王映雯專員、石滇藝專員、羅聿廷專員、沈震國專員、

翁玉嫻專員、顏聿組員



衛生福利部

<http://www.mohw.gov.tw>



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

220 新北市板橋區三民路二段31號5樓

電話：02-8964-3000 傳真：02-2963-4292

<http://www.tjcha.org.tw>



台灣病人安全通報系統

<http://www.tpr.org.tw>

