

# 台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting system

2020 年年報

Annual Report 2020



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

Joint Commission of Taiwan

編 印

# 台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting system

## 2020 年年報

Annual Report 2020



## 目 錄

壹、前言 .....	1
貳、歷年統計描述 ( 2005~2020 年 ) .....	2
參、2020 年整體通報事件統計分析 .....	11
一、整體事件統計 .....	11
二、事件相關統計 .....	13
三、病人/住民相關統計 .....	16
四、通報人員相關統計 .....	22
五、發生可能原因與改善措施統計 .....	24
肆、各類機構事件分析 .....	28
一、醫院 .....	28
(一) 醫院-藥物事件 .....	38
(二) 醫院-跌倒事件 .....	44
(三) 醫院-管路事件 .....	51
(四) 醫院-檢查/檢驗/病理切片事件 .....	60
(五) 醫院-醫療照護事件 .....	65
(六) 醫院-手術事件 .....	70
(七) 醫院-傷害行為事件 .....	74
(八) 醫院-治安事件 .....	78
(九) 醫院-公共意外 .....	82
(十) 醫院-院內不預期心跳停止事件 .....	86
(十一) 醫院-輸血事件 .....	91
(十二) 醫院-麻醉事件 .....	95



(十三) 醫院-其他事件 .....	99
<b>二、精神科醫院及精神復健機構 (綜合分析) .....</b>	<b>103</b>
(一) 精神科醫院-傷害行為事件.....	108
(二) 精神科醫院-跌倒事件.....	112
(三) 精神科醫院-治安事件.....	116
<b>三、護理之家及養護機構 (綜合分析) .....</b>	<b>120</b>
<b>四、基層醫療 (綜合分析) .....</b>	<b>130</b>
<b>伍、資料正確性與完整性分析 .....</b>	<b>132</b>
<b>陸、回饋學習 .....</b>	<b>138</b>
一、歷年警示訊息與學習案例主題一覽表 .....	138
二、2020 年發布之警示訊息與學習案例 .....	144
<b>附錄一、何謂病人安全事件 .....</b>	<b>170</b>
<b>附錄二、台灣病人安全通報系統沿革 .....</b>	<b>172</b>
<b>附錄三、病人安全通報系統流程圖 .....</b>	<b>173</b>
<b>附錄四、通報事件類別說明 .....</b>	<b>174</b>
<b>附錄五、異常事件嚴重度評估矩陣 ( SAC ) .....</b>	<b>175</b>
<b>致 謝 .....</b>	<b>176</b>



## 圖目錄

目  
錄

圖 2-0-0-1	2005 年~2020 年通報家數及件數統計 ( 通報日期 )	2
圖 2-0-0-2	2005 年~2020 年三種通報方式件數統計 ( 通報日期 )	3
圖 2-0-0-3	2005 年~2020 年醫事機構層級通報件數統計 ( 通報日期 )	3
圖 2-0-0-4	2005 年~2020 年醫事機構層級通報家數統計 ( 通報日期 )	4
圖 2-0-0-5	2005~2020 年整體事件發生醫事機構統計	4
圖 2-0-0-6	2005~2020 年整體事件受影響對象年齡層分布	6
圖 2-0-0-7	2005~2020 年整體事件受影響對象性別分布	6
圖 2-0-0-8	2005~2020 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布	7
圖 2-0-0-9	2005~2020 年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢	7
圖 2-0-0-10	2005~2020 年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度	8
圖 2-0-0-11	2005~2020 年藥物有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢	8
圖 2-0-0-12	2005~2020 年跌倒有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢	9
圖 2-0-0-13	2005~2020 年管路有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢	9
圖 2-0-0-14	2005~2020 年通報人員身份別趨勢	10
圖 3-1-0-1	各醫事機構類型發生件數分布	11
圖 3-1-0-2	所有機構各縣市通報家數/件數分布	12
圖 3-1-0-3	機構每月通報方式統計	12
圖 3-2-0-1	所有機構各類事件每月發生件數分布	14
圖 3-3-0-1	各醫事機構類型受影響對象之性別分布	16
圖 3-3-0-2	各類別通報事件受影響對象之性別分布	16
圖 3-3-0-3	各類別通報事件受影響對象年齡層分布	17
圖 3-3-0-4	所有機構病人/住民的影響程度	18
圖 3-3-0-5	醫院	19
圖 3-3-0-6	精神科醫院	19
圖 3-3-0-7	護理之家	19
圖 3-3-0-8	養護機構	19
圖 3-3-0-9	診所 ( 含衛生所 )	19
圖 3-4-0-1	所有機構通報者身分分布	22
圖 3-4-0-2	通報者為護理人員身分別分布	22
圖 3-4-0-3	通報者為醫師身分別分布	23
圖 3-4-0-4	所有機構通報者工作年資分布	23
圖 3-4-0-5	所有機構通報者現職機構年資分布	23
圖 3-5-0-1	預防事件再發生的措施或方法	26
圖 4-1-0-1	醫院通報各類事件數	28
圖 4-1-0-2	醫院事件發生時段與病人健康影響程度分析	31
圖 4-1-0-3	醫院發生地點相對次數百分比	31
圖 4-1-0-4	醫院事件發生後對病人健康的影響程度	32
圖 4-1-0-5	通報者身分別	34



圖 4-1-0-6 通報者總年資.....	34
圖 4-1-0-7 通報者現職年資.....	34
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.....	35
圖 4-1-1-1 醫院藥物事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析.....	38
圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比.....	39
圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度.....	40
圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段相對次數百分比.....	40
圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段明細.....	40
圖 4-1-1-6 醫院藥物事件藥局調劑錯誤階段明細.....	41
圖 4-1-1-7 醫院藥物事件給藥錯誤階段明細.....	41
圖 4-1-1-8 醫院藥物事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析.....	42
圖 4-1-1-9 醫院藥物事件錯誤發生階段與各階段未擋下件數.....	42
圖 4-1-1-10 醫院藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度交叉分析.....	43
圖 4-1-1-11 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比.....	43
圖 4-1-2-1 醫院病人跌倒發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析.....	44
圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒發生地點相對次數百分比.....	45
圖 4-1-2-3 醫院跌倒案件對病人的影響程度.....	46
圖 4-1-2-4 醫院病人發生跌倒時主要從事的活動.....	47
圖 4-1-2-5 醫院病人跌倒事件發生時段與跌倒時主要從事活動過程交叉分析.....	47
圖 4-1-2-6 醫院病人跌倒事件發生時從事活動與跌倒前獨立活動能力評估交叉分析.....	48
圖 4-1-2-7 醫院跌倒病人是否為高危險族群與最近一年跌倒次數交叉分析.....	48
圖 4-1-2-8 醫院病人跌倒事件發生時段與有無陪伴者交叉分析.....	49
圖 4-1-2-9 醫院跌倒事件發生時有無使用輔具與病人健康影響程度交叉.....	49
圖 4-1-2-10 醫院跌倒事件發生於上下床和臥床休息時床欄使用情形.....	50
圖 4-1-2-11 醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比.....	50
圖 4-1-3-1 醫院管路事件發生時段與對病人健康有傷害之程度分布.....	51
圖 4-1-3-2 醫院傷害行為事件發生地點.....	52
圖 4-1-3-3 醫院管路事件對病人健康的影響程度.....	53
圖 4-1-3-4 醫院管路事件發生過程與病人健康的影響.....	53
圖 4-1-3-5 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析.....	54
圖 4-1-3-6 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析.....	55
圖 4-1-3-7 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析.....	55
圖 4-1-3-8 單一管路與多管路事件對病人健康影響程度之交叉分析.....	55
圖 4-1-3-9 單一管路事件發生管路種類.....	56
圖 4-1-3-10 醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析.....	57
圖 4-1-3-11 單一管路錯誤發生類型.....	57
圖 4-1-3-12 單一管路種類與管路脫落 ( 自拔、意外滑脫 ) 之交叉分析.....	58
圖 4-1-3-13 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比.....	59
圖 4-1-4-1 醫院檢查檢驗事件發生時間與病人健康影響程度分析.....	60
圖 4-1-4-2 醫院檢查檢驗事件為哪類醫療檢查.....	61



圖 4-1-4-3 醫院檢查/檢驗事件錯誤發生階段.....	61
圖 4-1-4-4 醫院檢查檢驗事件錯誤發生階段未成功擋下件數.....	61
圖 4-1-4-5 醫院檢查檢驗事件-採檢/送檢階段明細.....	62
圖 4-1-4-6 醫院檢查/檢驗事件-檢查單位報告階段明細.....	62
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.....	63
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.....	64
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.....	64
圖 4-1-4-10 醫院檢查檢驗事件發生可能原因相對次數百分比.....	64
圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段.....	65
圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度.....	66
圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤發生階段.....	66
圖 4-1-5-4 醫院醫療照護事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析.....	67
圖 4-1-5-5 「處置、治療或照護階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析.....	67
圖 4-1-5-6 「評估階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析.....	68
圖 4-1-5-7 「診斷階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析.....	68
圖 4-1-5-8 醫院醫療照護事件發生可能原因.....	68
圖 4-1-6-1 醫院手術事件發生時段與病人健康影響程度分析.....	70
圖 4-1-6-2 醫院手術事件對病人健康的影響程度.....	71
圖 4-1-6-3 醫院手術事件錯誤發生階段.....	72
圖 4-1-6-4 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.....	72
圖 4-1-6-5 醫院手術事件錯誤類型.....	72
圖 4-1-6-6 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比.....	73
圖 4-1-7-1 醫院傷害行為事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析.....	74
圖 4-1-7-2 醫院傷害行為事件發生地點.....	74
圖 4-1-7-3 醫院傷害行為事件類型.....	75
圖 4-1-7-4 醫院傷害行為事件主要受影響對象相對次數百分比.....	76
圖 4-1-7-5 醫院傷害行為事件對病人健康程度影響.....	76
圖 4-1-7-6 醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析.....	76
圖 4-1-7-7 醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比.....	77
圖 4-1-8-1 醫院治安事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析.....	78
圖 4-1-8-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比.....	78
圖 4-1-8-3 醫院治安事件類型相對次數百分比.....	79
圖 4-1-8-4 醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比.....	80
圖 4-1-8-5 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度.....	80
圖 4-1-8-6 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布.....	81
圖 4-1-8-7 醫院治安事件發生可能原因相對次數百分比.....	81
圖 4-1-9-1 醫院公共意外事件發生時間與病人受影響程度分析.....	82
圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比.....	82
圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比.....	83
圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件對病人健康影響程度.....	84



圖 4-1-9-5 醫院公共意外事件發生類型與病人健康影響程度分析.....	84
圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件發生可能相關因素.....	85
圖 4-1-10-1 醫院院內不預期心跳停止事件發生時段.....	86
圖 4-1-10-2 醫院院內不預期心跳停止事件發生地點.....	87
圖 4-1-10-3 醫院院內不預期心跳停止事件對病人健康的影響程度.....	87
圖 4-1-10-4 醫院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.....	88
圖 4-1-10-5 醫院病人院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因.....	88
圖 4-1-10-6 院內不預期心跳停止事件「急救後是否恢復自發性循環」和「急救時，最先被紀錄到的心臟節律」交叉分析.....	89
圖 4-1-10-7 醫院院內不預期心跳停止事件急救前後 CPC 分數改變情況.....	90
圖 4-1-10-8 醫院院內不預期心跳停止事件發生可能原因相對次數百分比.....	90
圖 4-1-11-1 醫院輸血事件發生時段.....	91
圖 4-1-11-2 醫院輸血事件對發生地點相對次數百分比.....	91
圖 4-1-11-3 醫院輸血事件對病人健康的影響程度.....	92
圖 4-1-11-4 醫院輸血事件錯誤發生階段.....	92
圖 4-1-11-5 醫院備血(含驗血)階段錯誤項目明細.....	93
圖 4-1-11-6 醫院領血/傳送階段錯誤項目明細.....	93
圖 4-1-11-7 醫院輸血事件輸血階段錯誤項目明細.....	93
圖 4-1-11-8 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比.....	94
圖 4-1-12-1 醫院麻醉事件發生地點.....	95
圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度.....	95
圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級.....	96
圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取手術類型.....	96
圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件採取之麻醉方式.....	97
圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生期間.....	97
圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生類型.....	98
圖 4-1-12-8 醫院麻醉事件之可能原因相對次數百分比.....	98
圖 4-1-12-9 醫院麻醉事件「插管相關」之可能原因相對次數百分比.....	98
圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段.....	99
圖 4-1-13-2 醫院其他事件受影響對象.....	100
圖 4-1-13-3 醫院其他事件對病人/住民健康的影響程度.....	100
圖 4-1-13-4 醫院其他事件發生地點相對次數百分比.....	101
圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類.....	101
圖 4-1-13-6 醫院其他事件發生地點與敘述內容分類之交叉分析.....	101
圖 4-2-0-1 精神科醫院通報各類事件數.....	103
圖 4-2-0-2 精神科醫院發生時段與病人健康影響程度分析.....	104
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.....	104
圖 4-2-0-4 精神科醫院通報者身分類別.....	105
圖 4-2-0-5 精神科醫院通報者年資.....	106
圖 4-2-0-6 精神科醫院通報者現職年資.....	106





圖 4-2-1-1 精神科醫院傷害行為事件發生時段.....	108
圖 4-2-1-2 精神科醫院傷害行為事件發生地點.....	108
圖 4-2-1-3 精神科醫院傷害行為事件類型 .....	109
圖 4-2-1-4 精神科醫院傷害行為事件受影響對象 .....	110
圖 4-2-1-5 精神科醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 .....	110
圖 4-2-1-6 精神科醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析.....	111
圖 4-2-1-7 精神科醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 .....	111
圖 4-2-2-1 精神科醫院病人跌倒發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析 .....	112
圖 4-2-2-2 精神科醫院跌倒事件對病人健康的影響程度.....	113
圖 4-2-2-3 精神科醫院跌倒病人是否為高危險群與最近一年跌倒次數交叉分析.....	113
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 .....	114
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 .....	115
圖 4-2-2-6 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因之病人因素細項 .....	115
圖 4-2-2-7 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因之環境因素細項 .....	115
圖 4-2-3-1 精神科醫院治安事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析 .....	116
圖 4-2-3-2 精神科醫院治安事件發生地點相對次數百分比 .....	116
圖 4-2-3-3 精神科醫院治安事件類型相對次數百分比 .....	117
圖 4-2-3-4 精神科醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比.....	117
圖 4-2-3-5 精神科醫院治安事件對病人健康的影響程度.....	118
圖 4-2-3-6 精神科醫院治安事件對病人健康的影響程度分布.....	118
圖 4-2-3-7 精神科醫院治安事件發生可能原因相對次數百分比 .....	119
圖 4-3-0-1 護理之家其各類事件分布 .....	120
圖 4-3-0-2 護理之家住民發生時段與事件發生後對住民健康影響.....	120
圖 4-3-0-3 護理之家整體事件對住民健康的影響程度 .....	122
圖 4-3-0-4 護理之家通報者身分別 .....	124
圖 4-3-0-5 護理之家通報者進入現職機構年資.....	124
圖 4-3-0-6 護理之家通報者認為預防再發生的措施或方法 .....	124
圖 4-3-0-7 護理之家跌倒事件發生時段分布 .....	126
圖 4-3-0-8 護理之家跌倒事件發生活動過程分布 .....	127
圖 4-3-0-9 護理之家跌倒事件對住民的影響程度 .....	127
圖 4-3-0-10 護理之家病人/住民跌倒事件發生原因之明細項目.....	128
圖 4-3-0-11 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為住民因素之明細項目.....	128
圖 4-4-0-1 基層醫療各類事件.....	130
圖 4-4-0-2 基層醫療事件通報區域分布 .....	131
圖 4-4-0-3 基層醫療事件受影響對象 .....	131
圖 4-4-0-4 基層醫療整體事件對病人健康的影響程度 .....	131
圖 5-0-0-1 通報事件經校正後轉歸他類事件別分析.....	136
圖 5-0-0-2 其他事件校正後轉歸類別分佈統計.....	136
圖 5-0-0-3 醫療照護事件校正後轉歸類別分佈統計.....	137



## 表目錄

表 2-0-0-1 近 5 年通報事件類別排行榜.....	5
表 3-2-0-1 各醫事機構類型發生事件類型.....	13
表 3-2-0-2 各類機構發生時段情形.....	15
表 3-2-0-3 事件發生地點相對次數百分比.....	15
表 3-3-0-1 各醫事機構類型年齡層.....	17
表 3-3-0-2 各醫事機構類型異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 統計.....	20
表 3-3-0-3 各類事件發生後對病人/住民健康的影響程度.....	21
表 3-5-0-1 整體各類事件可能原因統計.....	25
表 3-5-0-2 整體各類事件可能原因與溝通相關統計.....	25
表 3-5-0-3 整體各類事件預防方法統計.....	26
表 3-5-0-4 各類事件預防方法與加強溝通方式相關統計.....	27
表 4-1-0-1 病人/住民之年齡層與性別.....	32
表 4-1-0-2 各類事件發生後對病人/住民健康影響程度.....	33
表 4-1-0-3 事件發生可能原因.....	35
表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法.....	36
表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布.....	37
表 4-1-1-1 醫院藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析.....	39
表 4-1-2-1 醫院跌倒事件病人/住民性別與年齡層交叉分析.....	45
表 4-1-3-1 醫院發生管路事件之病人其性別與年齡層交叉分析.....	52
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.....	105
表 4-2-0-2 精神科醫院各類事件 SAC 分布.....	107
表 4-2-2-1 精神科醫院跌倒病人性別與年齡交叉分析.....	113
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.....	121
表 4-3-0-2 護理之家各類事件對住民健康的影響程度.....	122
表 4-3-0-3 護理之家各類事件 SAC 分布.....	123
表 4-3-0-4 護理之家各類事件預防事件再發生的措施或方法.....	125
表 4-3-0-5 護理之家各類事件之可能原因統計.....	125
表 5-0-0-1 2016~2020 年通報事件資料欄位未填比例比較表.....	132
表 6-1-0-1 歷年警示訊息及學習案例一覽表.....	138





## 壹、前言

臺灣病人安全工作發展緣起於 2002 年醫療院所發生多起醫療不良事件造成病人傷亡，突顯國內醫療安全問題，衛生福利部即參考美國醫療智庫單位 Institute of Medicine(IOM) 1999 年提出「To Err Is Human」報告中，建議「鼓勵建立自願性的外部通報制度」為改善病人安全最基本且重要的措施之一。為提升醫療品質，自 2004 年起，由衛生福利部委託醫策會建置推動台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient safety Reporting system ; TPR)，2005 年正式上線迄今已逾十年，參與機構數及通報案件數均逐年提升，至 2020 年參與機構已達 14,540 家，累積通報案件量達 790,660 件，2020 年當年內 (發生日) 所接受之通報件數達 80,848 件。TPR 通報系統歷經 10 餘年來的努力，藉由醫療機構的回饋，讓本系統成為國際間少數全國性病人安全自願性通報系統，以不強制且無究責的機制，及共同學習避免錯誤為出發點，營造正向通報文化所建立之分享交流平台。

2020 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。整體而言，醫院為主要通報資料來源，因此，針對發生機構為醫院的事件進行 13 類事件之描述分析，而精神科醫院 (分析傷害、跌倒及治安事件)、護理之家 (分析跌倒事件) 僅分析通報件數較多的事件類別，基層診所/衛生所由於通報數不到 150 件，考量通報數較少，故僅作整體性事件描述統計。

由於每年仍有新參與通報機構持續加入，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，援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，以利新加入的機構能更清楚報表的內涵。

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 2020 年已累計收錄達 168 篇文章 (警示訊息提醒 129 篇、學習案例 39 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最多，期許參與夥伴都能從中攫取適合自己機構改善異常事件的做法，以達 TPR 通報系統希望扮演資訊平台共同學習分享的初衷。

- ※ 本年報中，若分析之選項為複選者，其文字敘述以<sup>件</sup>/<sub>百件</sub>表示，圖表單位則以每百件事件件數 (相對次數百分比) 計算，<sup>件</sup>/<sub>百件</sub>及百分比 (%) 之數字以四捨五入法計算至小數第一位。
- ※ TPR 系統自 2015 年 10 月進行系統改版，事件表單呈現內容皆使用 2015 版格式。
- ※ 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 2020 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 ( 2005~2020 年 )

以通報日期計算，自 2005 年 1 月 1 日至 2020 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 14,540 家 ( 2020 年新增 2,049 家，主要為基層醫療機構 )，累計通報系統共收 790,660 件通報案件，期間曾通報機構家數共 1,244 家，各年通報事件數呈現逐年成長，惟通報機構數在 2015 年有明顯減少(主要為基層醫療機構)，2020 年通報機構家數相較 2019 年減少 33 家機構，主要減少機構別為地區醫院及基層醫療機構 ( 圖 2-0-0-1 )。

台灣病人安全通報系統提供線上 ( 網路 )、軟體及資料庫匯入三種通報管道，統計歷年事件通報管道以資料庫通報件數為最多，佔 42.0% ( 331,735 件 )，其次為軟體通報佔 39.2% ( 309,982 件 )，第三則為透過 TPR 網頁介面通報，佔 18.8% ( 148,943 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，2012 年超越軟體通報成為通報資料來源最多的方式，2017、2018 年皆有超過 3 萬件案件、2019 年更超過 4 萬件成為通報主要來源。線上通報比例則於 2011 年後每年維持在約 1 萬件通報量，趨勢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 40.0%，醫學中心居次，佔 27.0%，地區醫院佔 20.9%，精神科醫院則佔 11.0% ( 圖 2-0-0-3 )。

依通報機構別區分，以地區醫院通報機構家數為最多，平均每年約有 232 家通報，其次為區域醫院，平均每年約有 66 家通報( 圖 2-0-0-4 )。歷年事件發生之醫療機構類別以「醫院」為主，佔 85.2%，其次為精神科醫院 11.2% ( 圖 2-0-0-5 )。

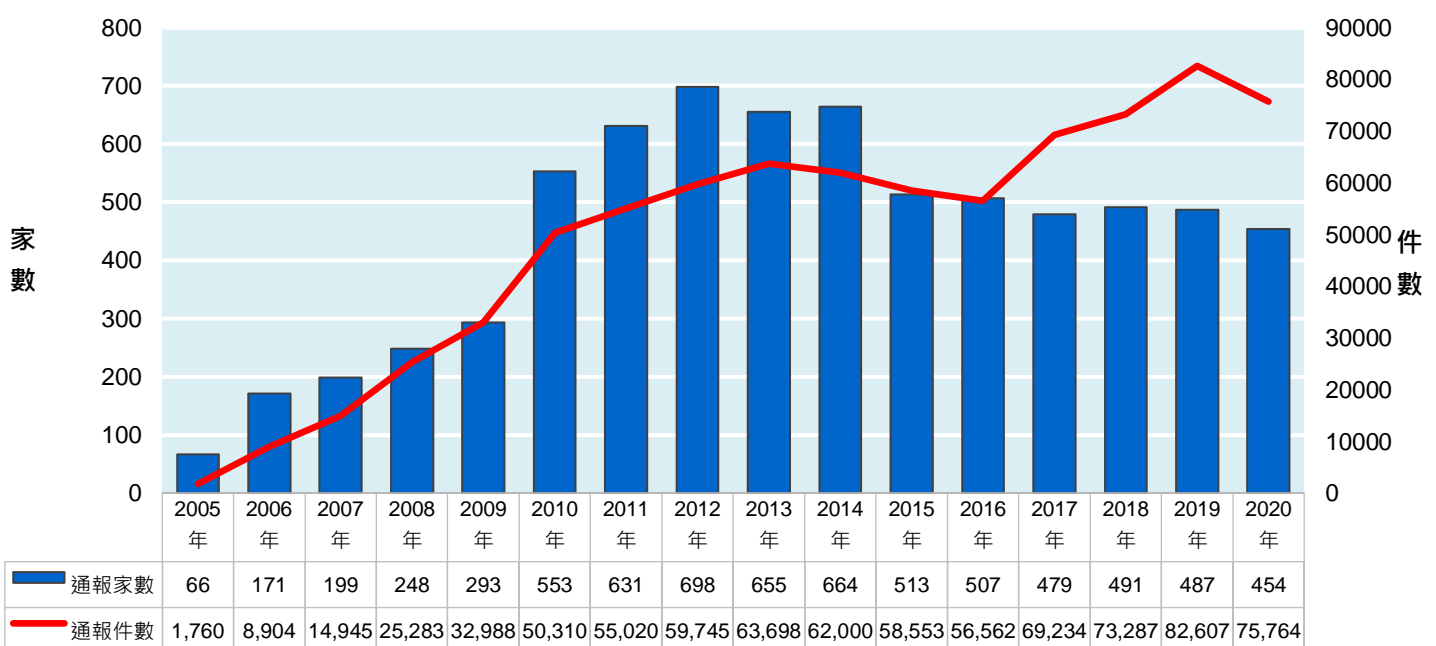


圖 2-0-0-1 2005 年~2020 年通報家數及件數統計 ( 通報日期 )

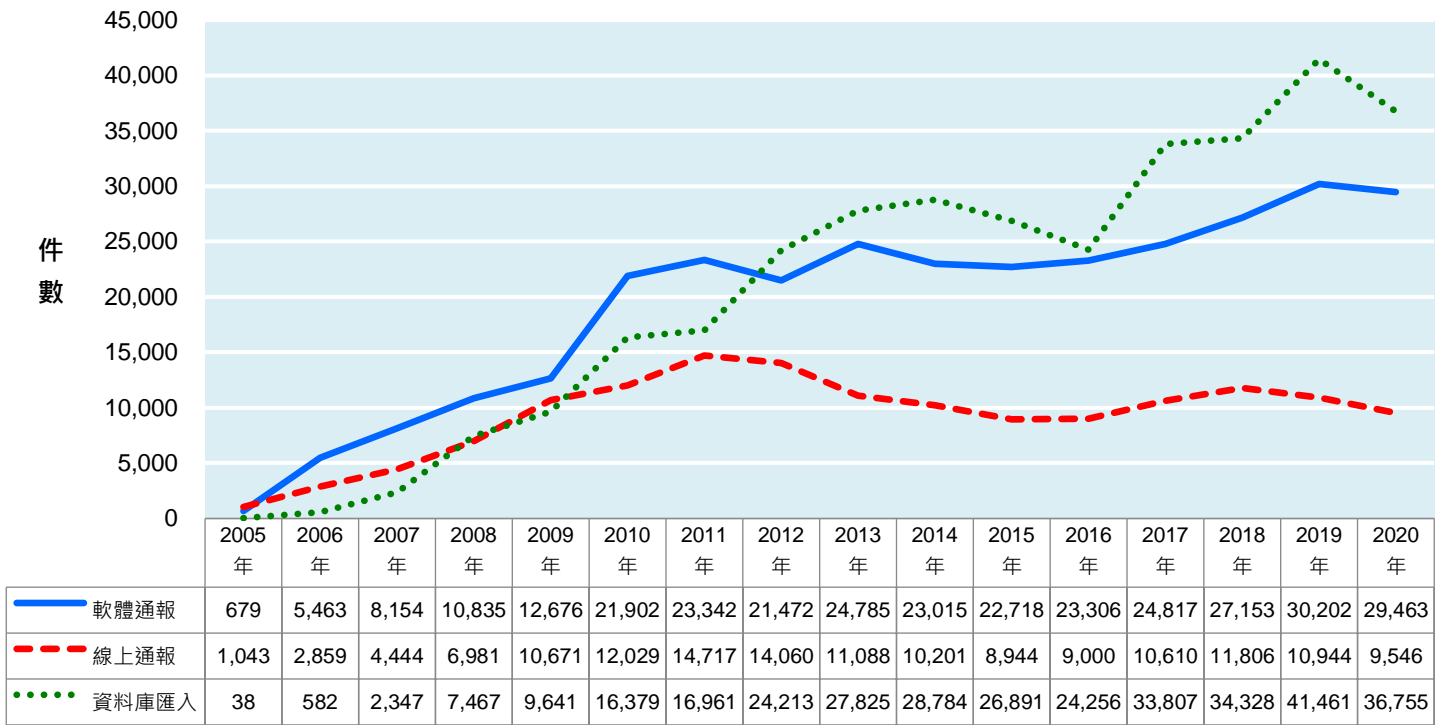


圖 2-0-0-2 2005 年~2020 年三種通報方式件數統計 ( 通報日期 )

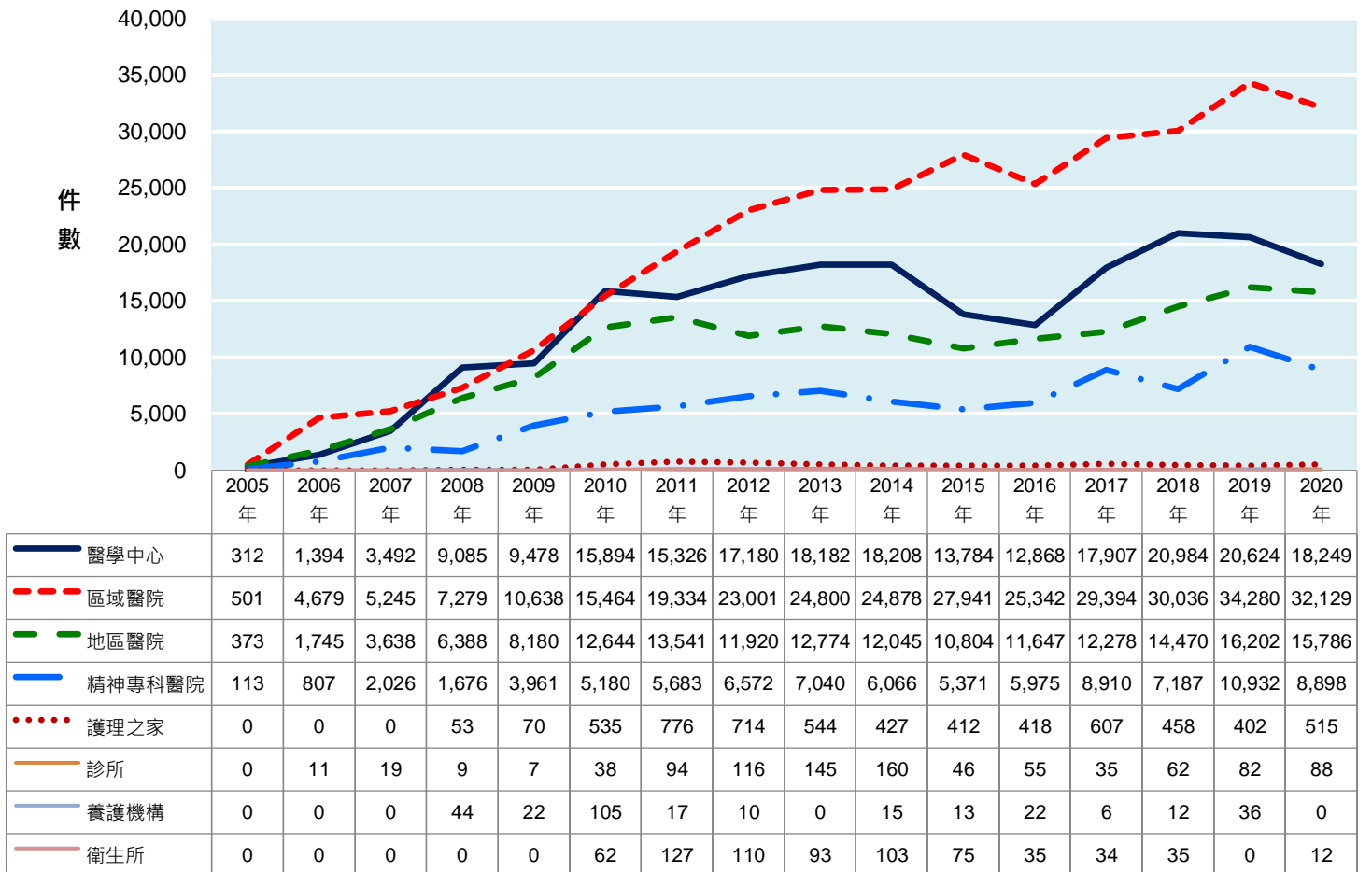


圖 2-0-0-3 2005 年~2020 年醫事機構層級通報件數統計 ( 通報日期 )

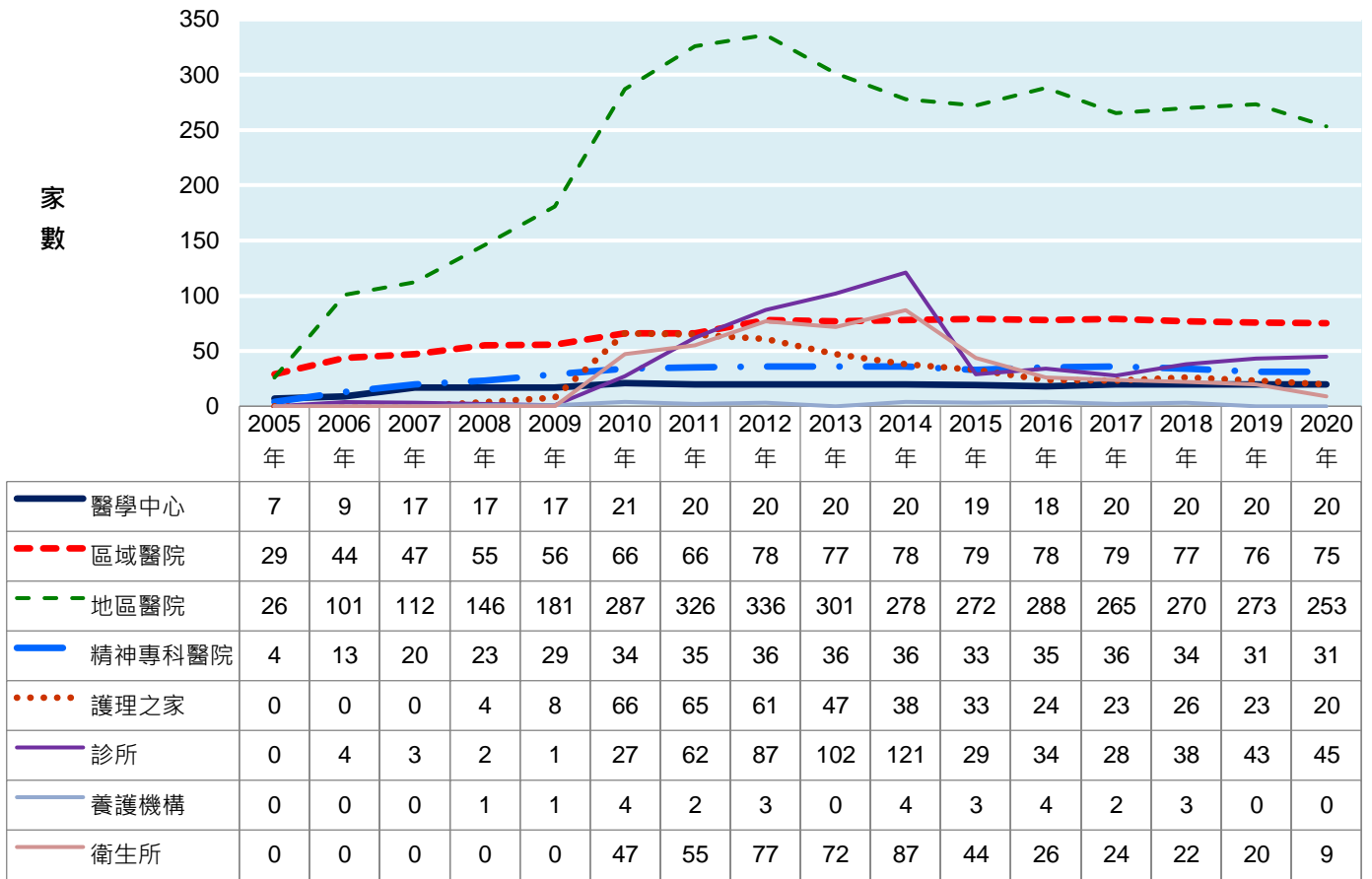


圖 2-0-0-4 2005 年~2020 年醫事機構層級通報家數統計 ( 通報日期 )

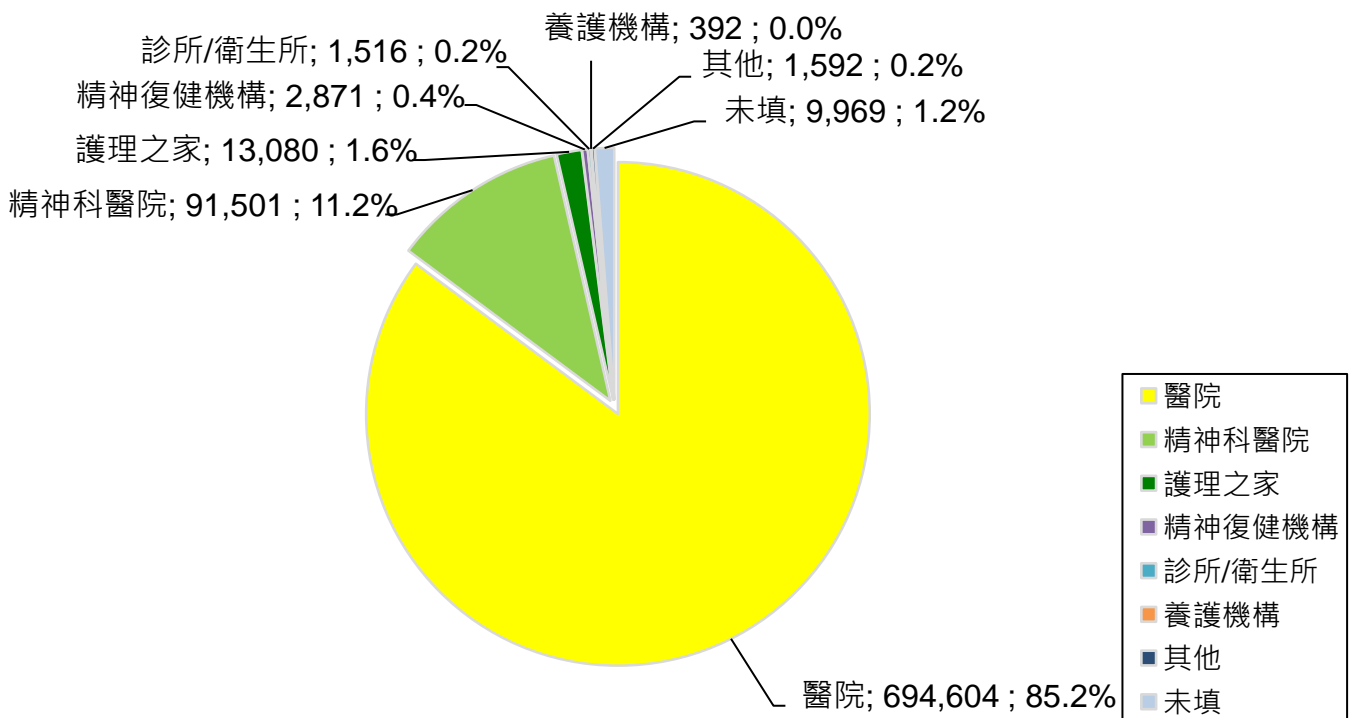


圖 2-0-0-5 2005~2020 年整體事件發生醫事機構統計



近 5 年 Top 5 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、跌倒、管路、傷害行為及檢查檢驗事件，若以歷年事件類別來看，統計結果亦同。醫療照護事件發生數今年超過治安事件，上升至通報排行第 6 位，治安事件排序則變為第 7 位。整體而言，事件類別仍以藥物事件、跌倒事件及管路事件所佔比例較高。(表 2-0-0-1)

表 2-0-0-1 近 5 年通報事件類別排行榜 (%係指該類事件佔當年度事件數之比例)

2016 年		2017 年		2018 年		2019 年		2020 年	
類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)	類別	件數 (%)
藥物 事件	20,245 (30.8)	藥物 事件	22,125 (32.6)	藥物 事件	27,567 (35.2)	藥物 事件	28,460 (34.7)	藥物 事件	25,528 (31.6)
跌倒 事件	16,635 (25.3)	跌倒 事件	17,104 (25.2)	跌倒 事件	18,259 (23.3)	跌倒 事件	18,966 (23.1)	跌倒 事件	20,228 (25.0)
管路 事件	10,169 (15.5)	管路 事件	9,008 (13.3)	管路 事件	10,333 (13.2)	管路 事件	10,794 (13.2)	管路 事件	10,907 (13.5)
傷害 行為	4,808 (7.3)	傷害 行為	5,150 (7.6)	傷害 行為	5,945 (7.6)	傷害 行為	5,763 (7.0)	傷害 行為	6,907 (8.5)
檢查 檢驗	3,985 (6.1)	檢查 檢驗	4,245 (6.3)	檢查 檢驗	5,000 (6.4)	檢查 檢驗	5,742 (7.0)	檢查 檢驗	5,505 (6.8)
治安 事件	2,597 (3.9)	治安 事件	2,726 (4.0)	治安 事件	3,025 (3.9)	治安 事件	2,988 (3.6)	醫療 照護	2,745 (3.4)
醫療 照護	2,152 (3.3)	醫療 照護	1,990 (2.9)	醫療 照護	2,354 (3.0)	醫療 照護	2,770 (3.4)	治安 事件	2,398 (3.0)

在受影響對象為病人的相關統計分析方面，年齡以 19-64 歲佔大多數，達 43.1%，其次為 65 歲以上老人佔 35.5%，0-18 歲則佔 5.8% (圖 2-0-0-6)。性別分布扣除未填及不知道的事件後，男性佔 56.5%，女性佔 43.5%，男性高於女性 (圖 2-0-0-7)。而在事件對病人健康的影響程度部分，以無傷患者較多，佔 35.3%，有傷患者佔 34.2%，跡近錯失則佔 27.2%。傷害程度在重度以上的案件佔 2.4%，中度傷害案件佔 12.1%，輕度案件佔 19.7% (圖 2-0-0-8)。進一步以各年通報事件對病人/住民健康影響程度來看，隨通報量逐年提升，所有健康影響程度事件量均有上升。在不計算健康影響程度為不知道之事件下，觀察各影響程度佔該年度事件數比例，歷年來「有傷害」整體事件比例，有下降的趨勢，而「無傷害」及「跡近錯失」(意指由於不經意或是即時的介入行動，而使其原本可能導致意外、傷害或疾病的事件或情況 並未真正發生)事件比例則有上升的趨勢 (圖 2-0-0-9)。



觀察歷年整體事件對病人/住民健康影響程度，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，重度以上案件在有傷害事件所佔比例由 2005 年的 11.4% 逐年遞減至 2020 年 6.7%，2020 年較 2019 年死亡及極重度傷害案件分別減少 35 件及 4 件案例，但重度傷害較 2019 年增加 67 件案例（圖 2-0-0-10）。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比例佔總藥物事件數 8.3%、跌倒事件有傷害事件比例佔跌倒事件數 52.3%、管路事件有傷害事件比例佔管路事件數 64.9%，觀察歷年藥物、跌倒、管路事件有傷害事件數皆呈逐年增加，但重度事件佔有傷害事件比例，藥物事件由 2005 年的 15.9% 降至 2020 年的 1.4%，跌倒事件由 2005 年的 7.0% 降至 2020 年的 3.7%，管路事件由 2005 年的 3.7% 降至 2020 年的 1.2%（圖 2-0-0-11~13）。

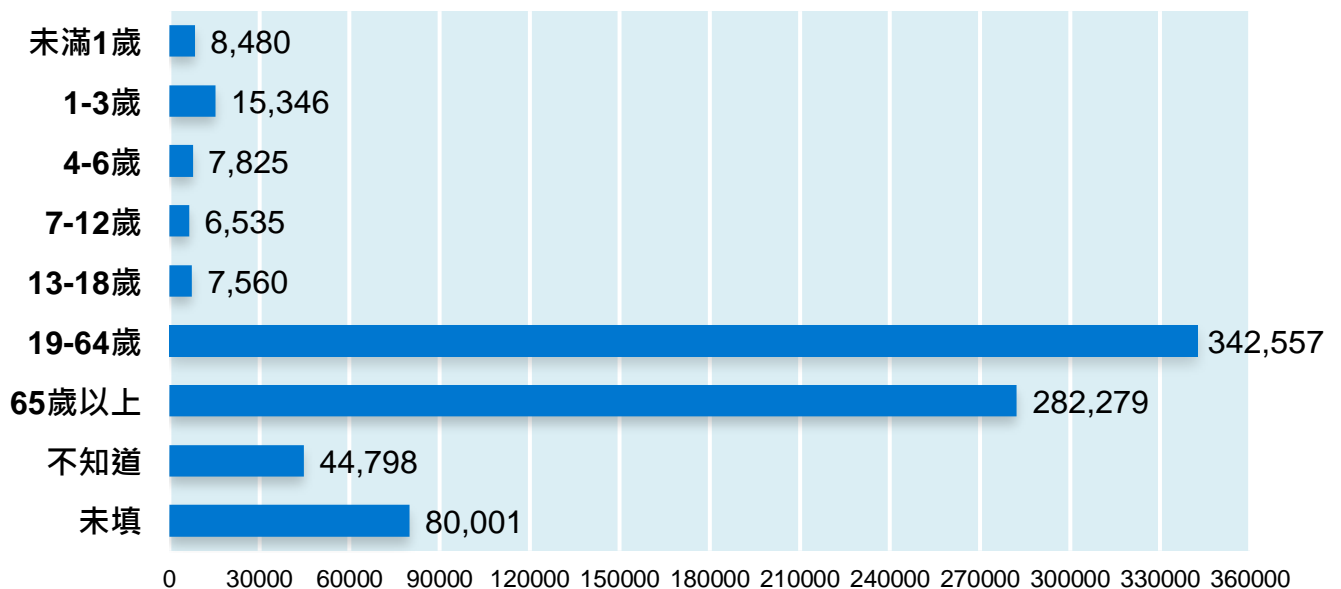


圖 2-0-0-6 2005~2020 年整體事件受影響對象年齡層分布

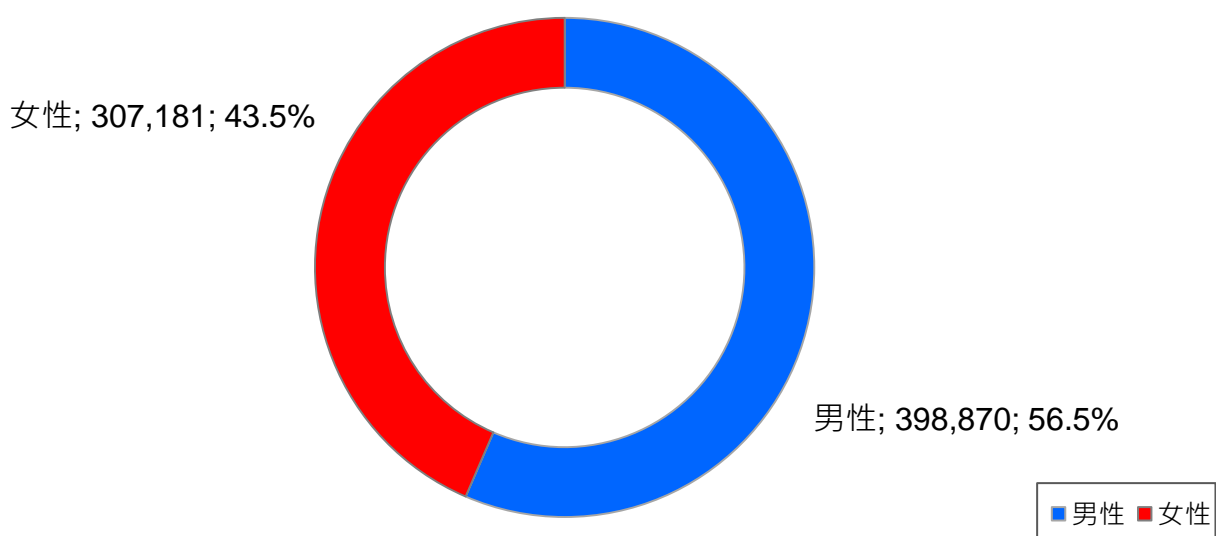


圖 2-0-0-7 2005~2020 年整體事件受影響對象性別分布

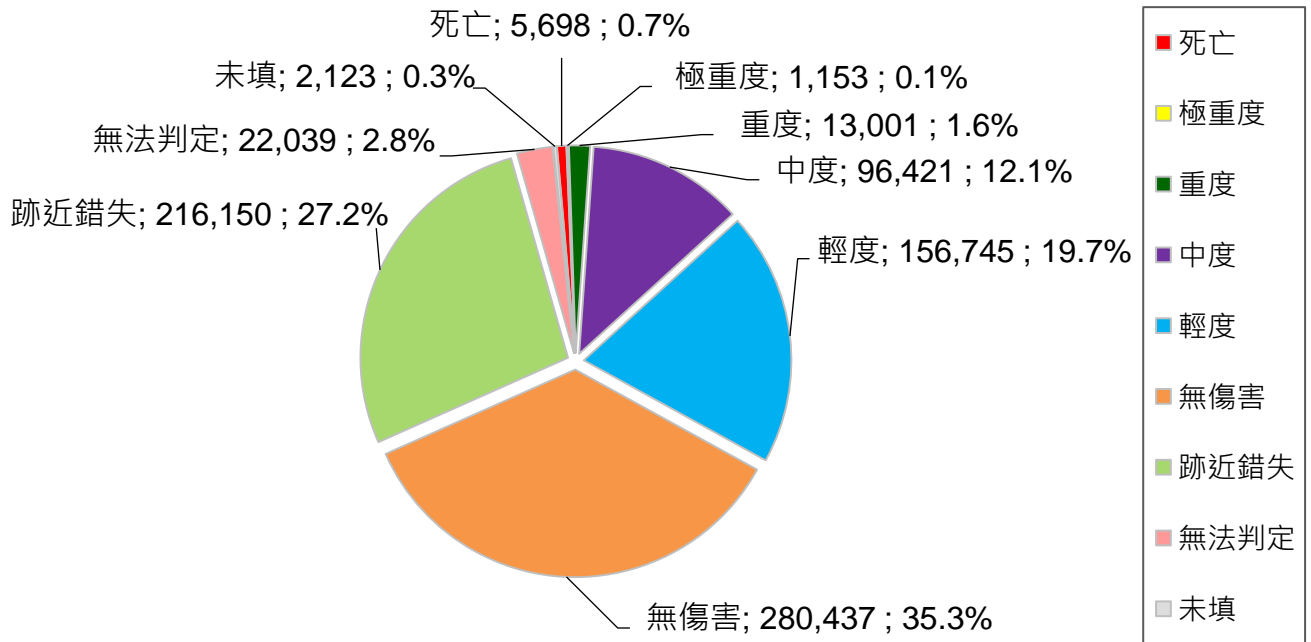


圖 2-0-0-8 2005~2020 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布

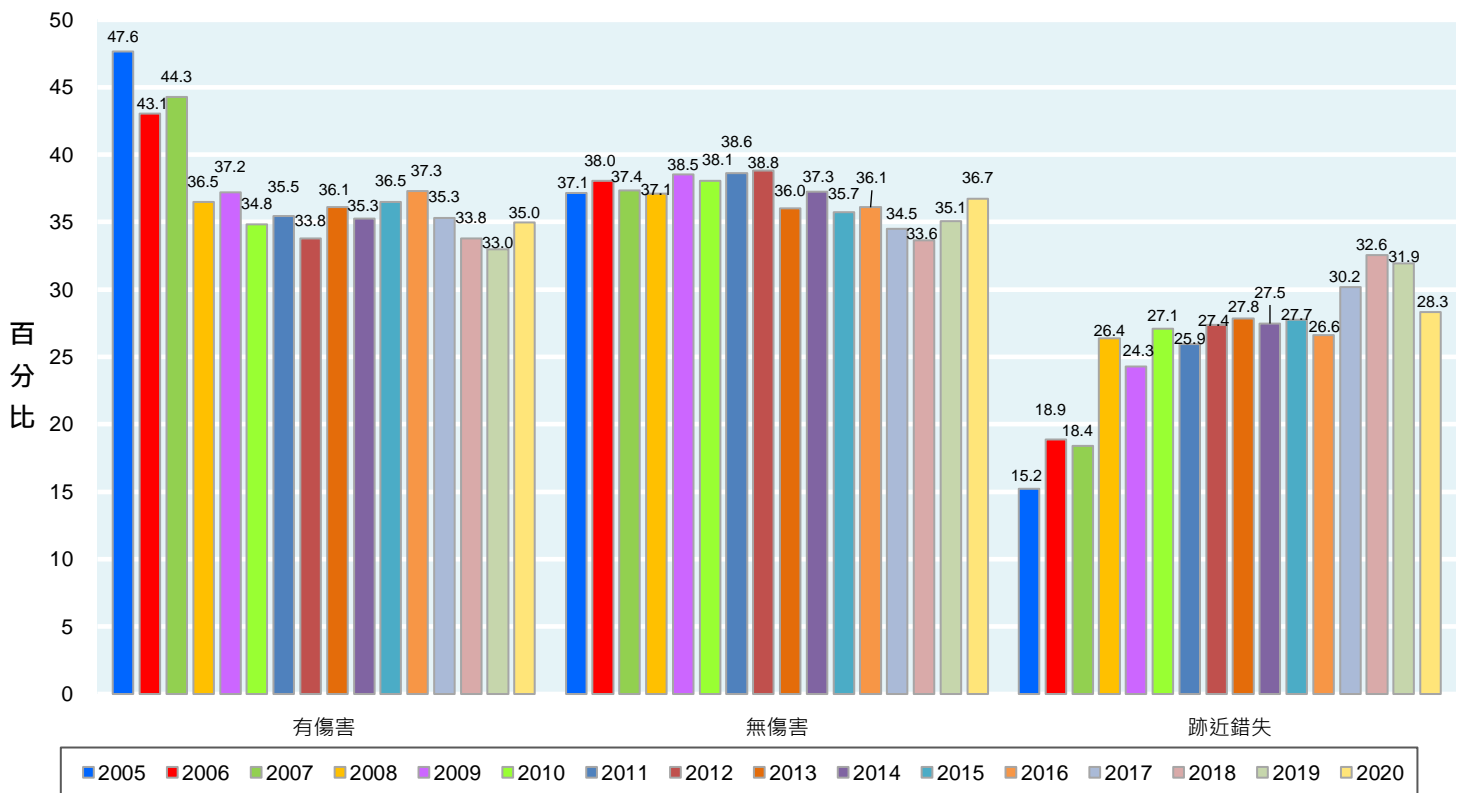


圖 2-0-0-9 2005~2020 年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢

(有傷害=死亡+極重度+重度+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)

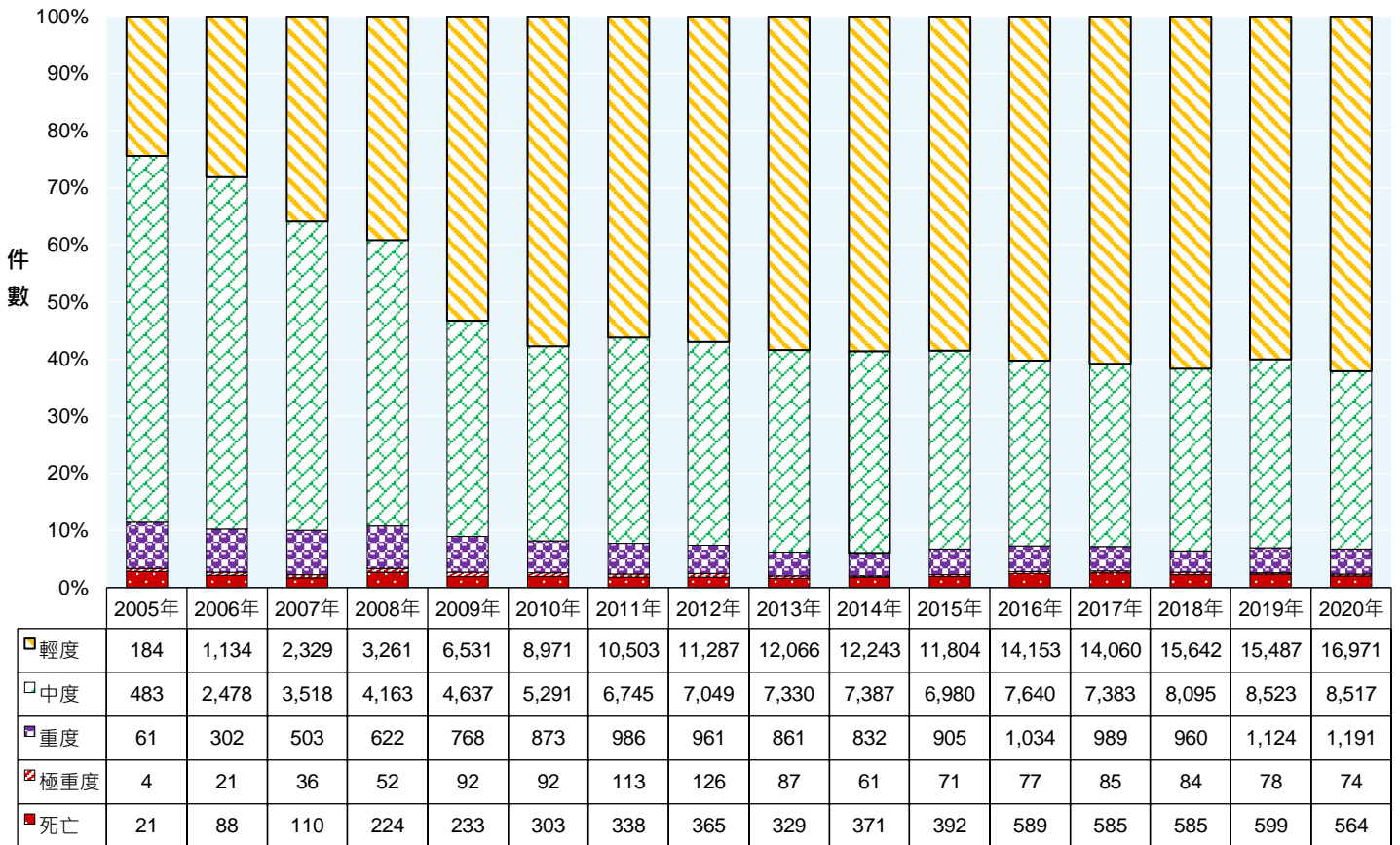


圖 2-0-0-10 2005~2020 年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度

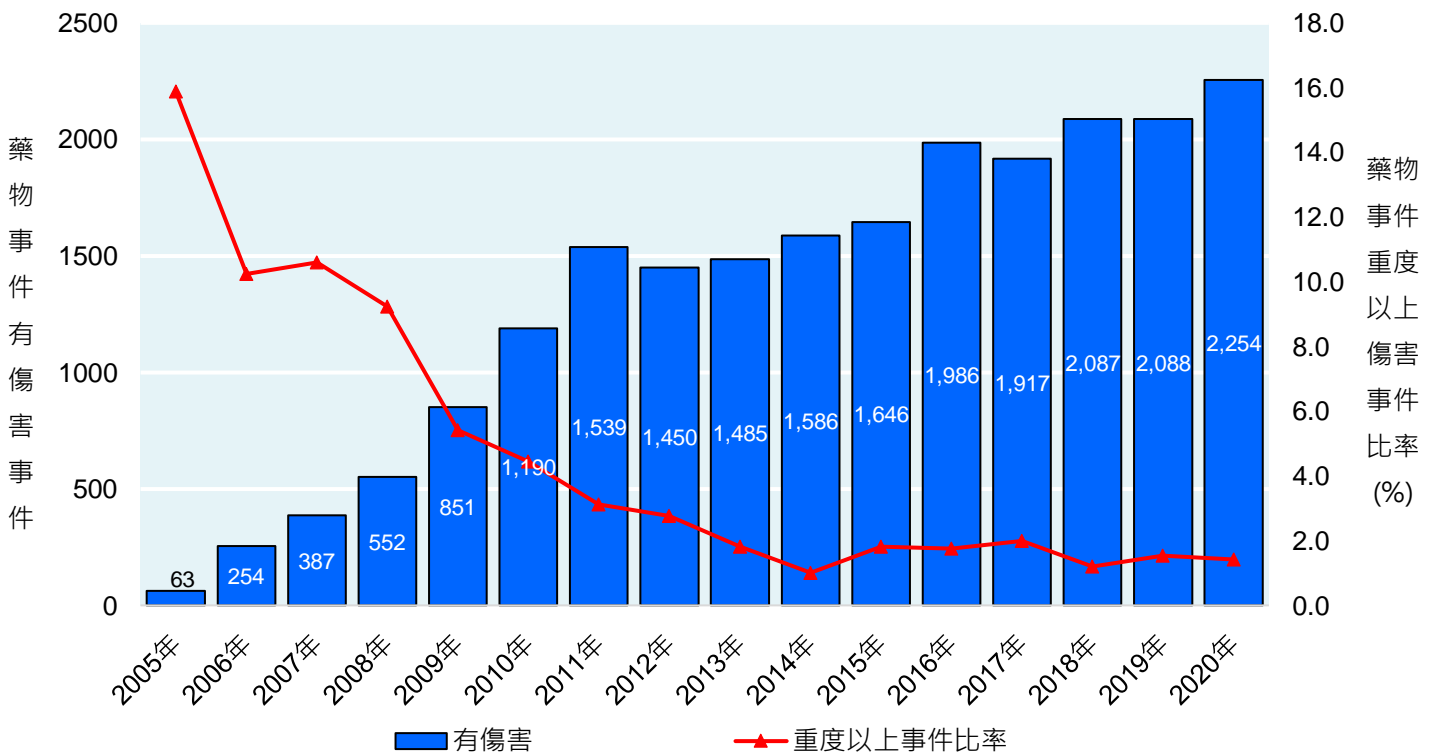


圖 2-0-0-11 2005~2020 年藥物有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。

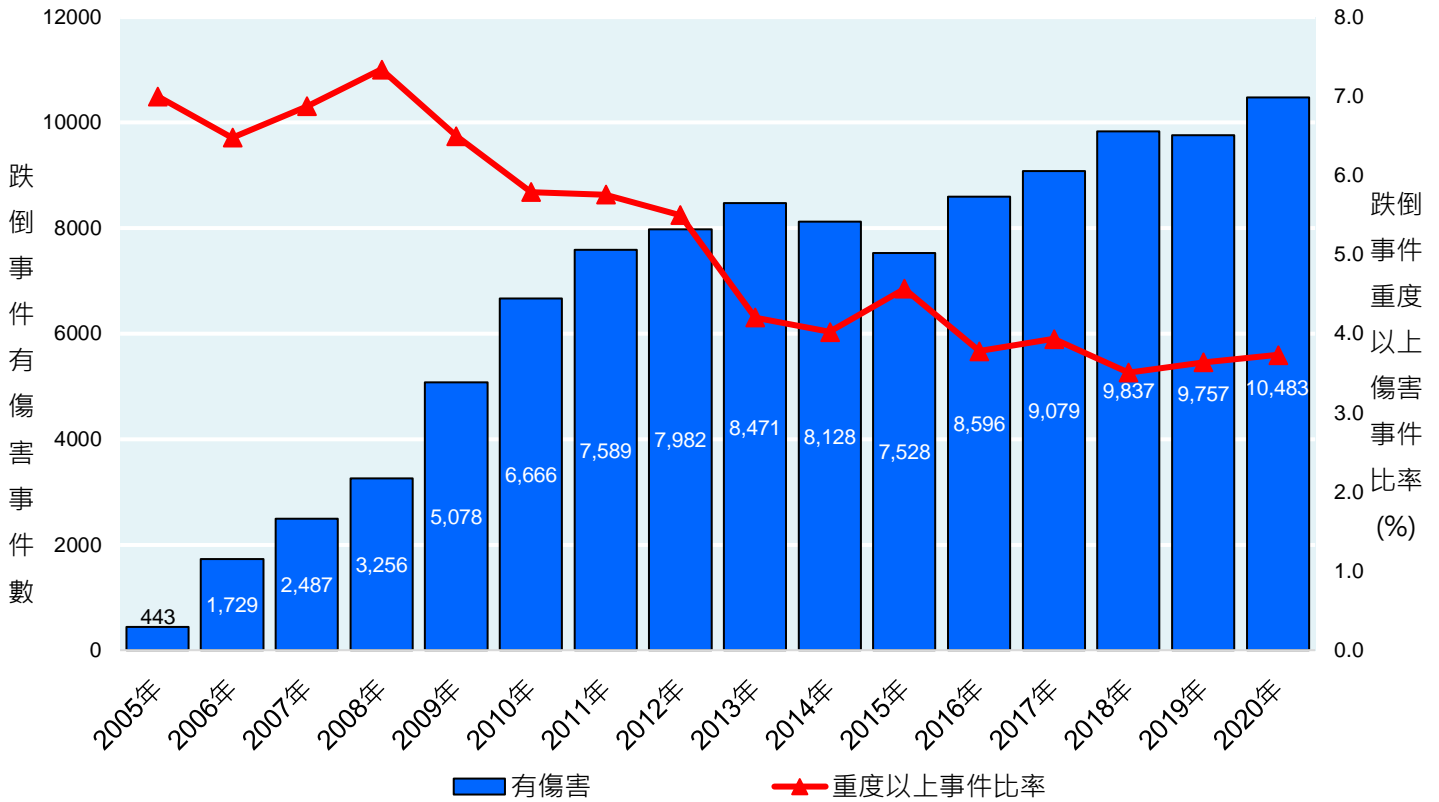


圖 2-0-0-12 2005~2020 年跌倒有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢

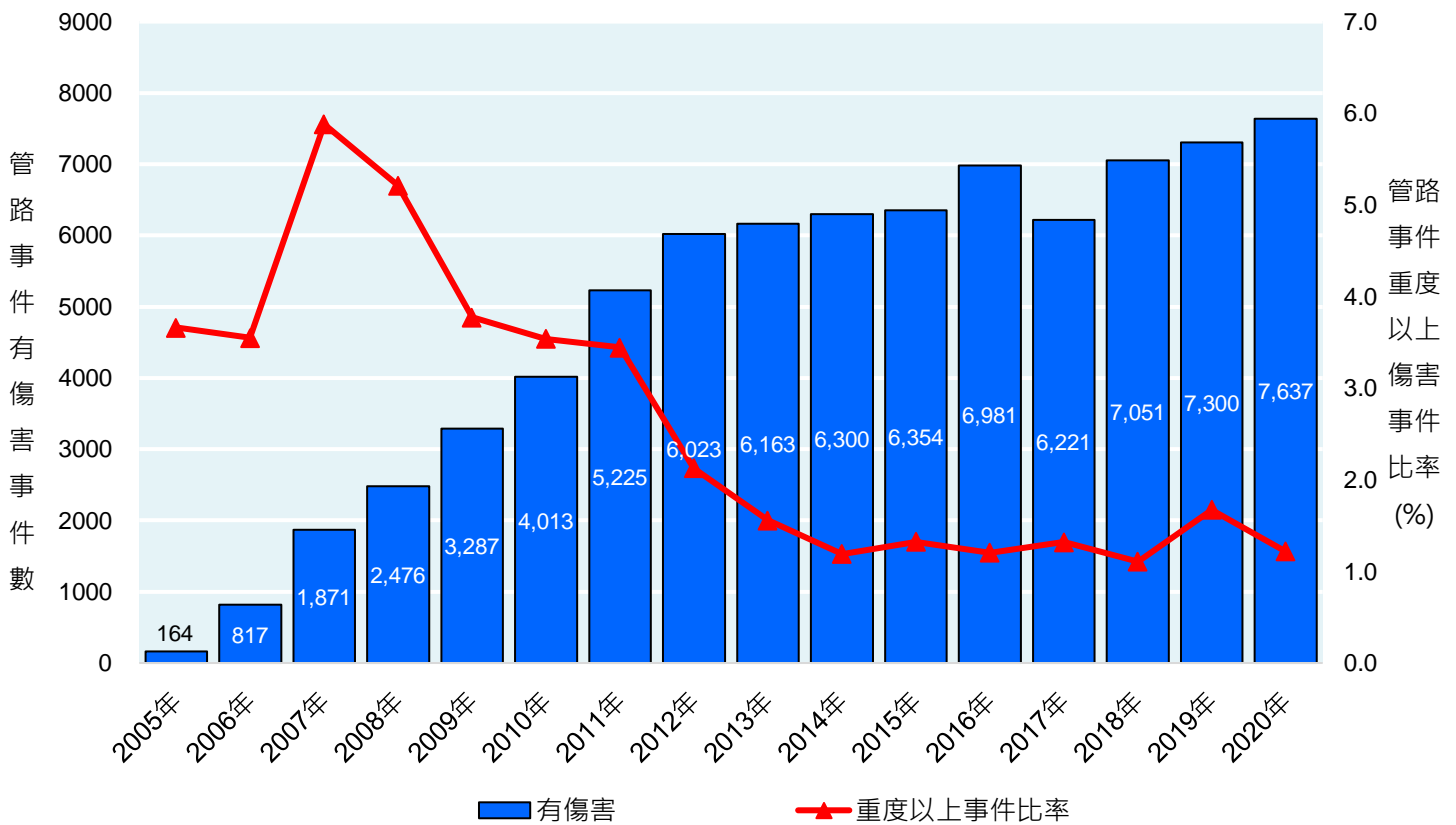


圖 2-0-0-13 2005~2020 年管路有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。

通報人員身份別的趨勢分析，扣除歷年通報身分別最多的護理人員、藥事人員以及行政人員後，從圖 2-0-0-14 可見，醫事檢驗人員自 2008 年後通報事件數有明顯增加趨勢，成為除護理、藥事及行政人員外主要通報者；醫師、物理職能治療人員及放射技術人員通報件數則呈逐年增加，其中放射技術人員通報量於 2016 年超越醫師，通報數僅次於醫事檢驗人員；支援人員在 2009 年通報量增加，於 2011 年後逐年減少；醫師通報量在 2019 年突增後，今年由回歸至 900 件左右；2020 年通報數由高至低依序為醫事檢驗人員、放射技術人員、醫師、物理職能治療人員、支援人員，及病人或家屬。

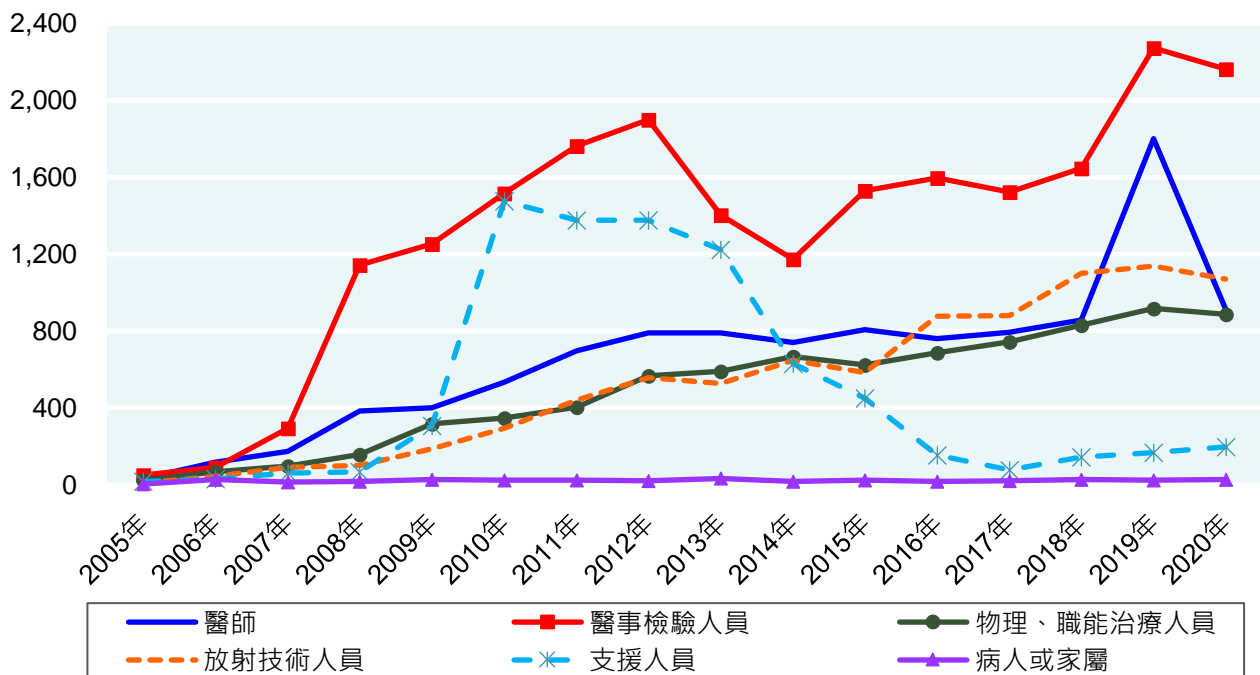


圖 2-0-0-14 2005~2020 年通報人員身份別趨勢 (不含護理人員、行政人員以及藥事人員)

註：此章節之資料係以「發生日期」於 2005 年至 2020 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。

## 參、2020 年整體通報事件統計分析

### 一、整體事件統計

以發生日期計算，2020 年之事件為 80,848 件，較 2019 年減少 1,103 件（2019 年發生數為 81,951 件）；而以通報日期計算，2020 年之事件數為 75,764 件，較 2019 年減少 6,843 件（2019 年通報件數為 82,607 件）。以事件發生之醫事機構類型來看，2020 年發生於醫院的事件為最多，佔 84.4%（68,203 件），其次為精神科醫院，佔 14.5%（11,714 件），此兩類機構通報之事件數佔所有事件數之 98.9%（圖 3-1-0-1）。

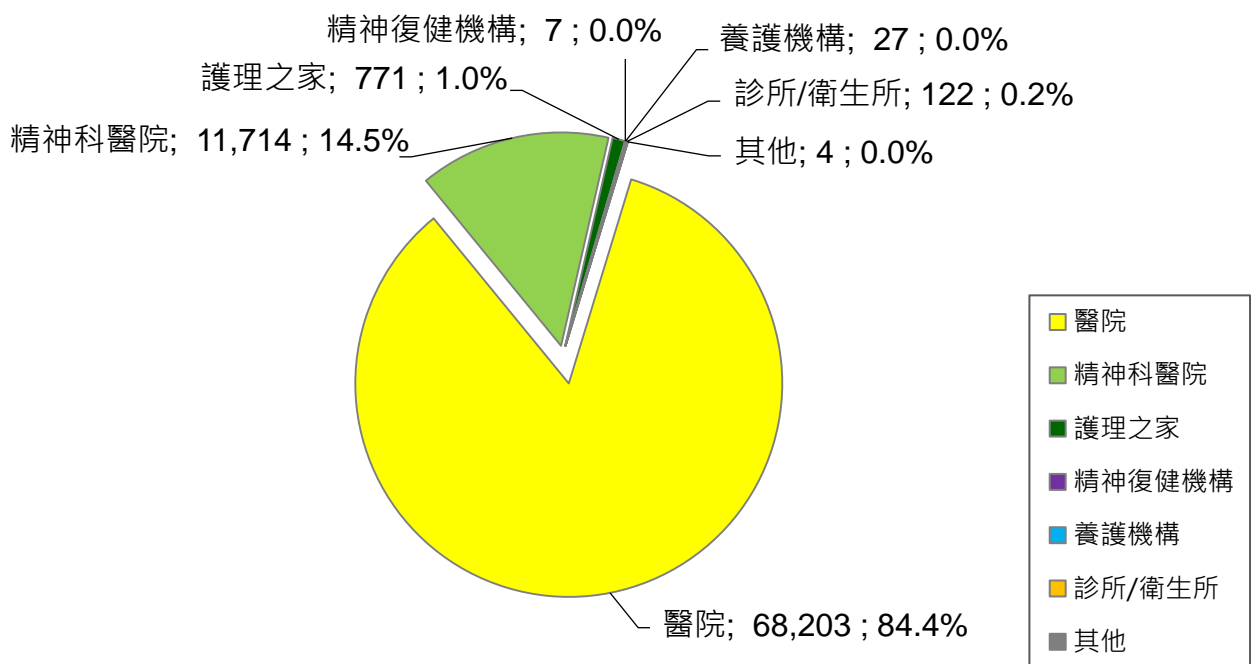


圖 3-1-0-1 各醫事機構類型發生件數分布 (N= 80,848)

通報來源與管道相關統計部分，2020 年共有 468 家機構曾參與通報，通報率（通報機構/參與機構）為 3.2%，通報率較低原因與多數基層診所、衛生所加入但未通報案件有關，若排除基層診所、衛生所後通報率為 52.6%（411/781）。依縣市別觀察，參與機構數以新北市最多共 2,479 家機構參與，通報機構家數則以高雄市最多，共 73 家機構通報；通報事件數則以台中市最多共計 14,727 件事件；各縣市機構通報率除離島外（金門縣、連江縣、澎湖縣），通報率呈 1.4% 至 11.5% 分布（圖 3-1-0-2），通報率較低之原因為所在縣市別參與機構家數多（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。



以事件通報月份進行分析，2020 年通報高峰落在 2 月，單月共 18,100 件；以通報管道分析，通報件數以資料庫匯入最多佔 48.5%，其次為軟體通報佔 38.9%，線上通報佔 12.6% 最少，相較於 2019 年，使用資料庫匯入及線上通報各減少 1.7 及 0.6 個百分點，而軟體通報則增加 2.3 個百分點 (圖 3-1-0-3)。

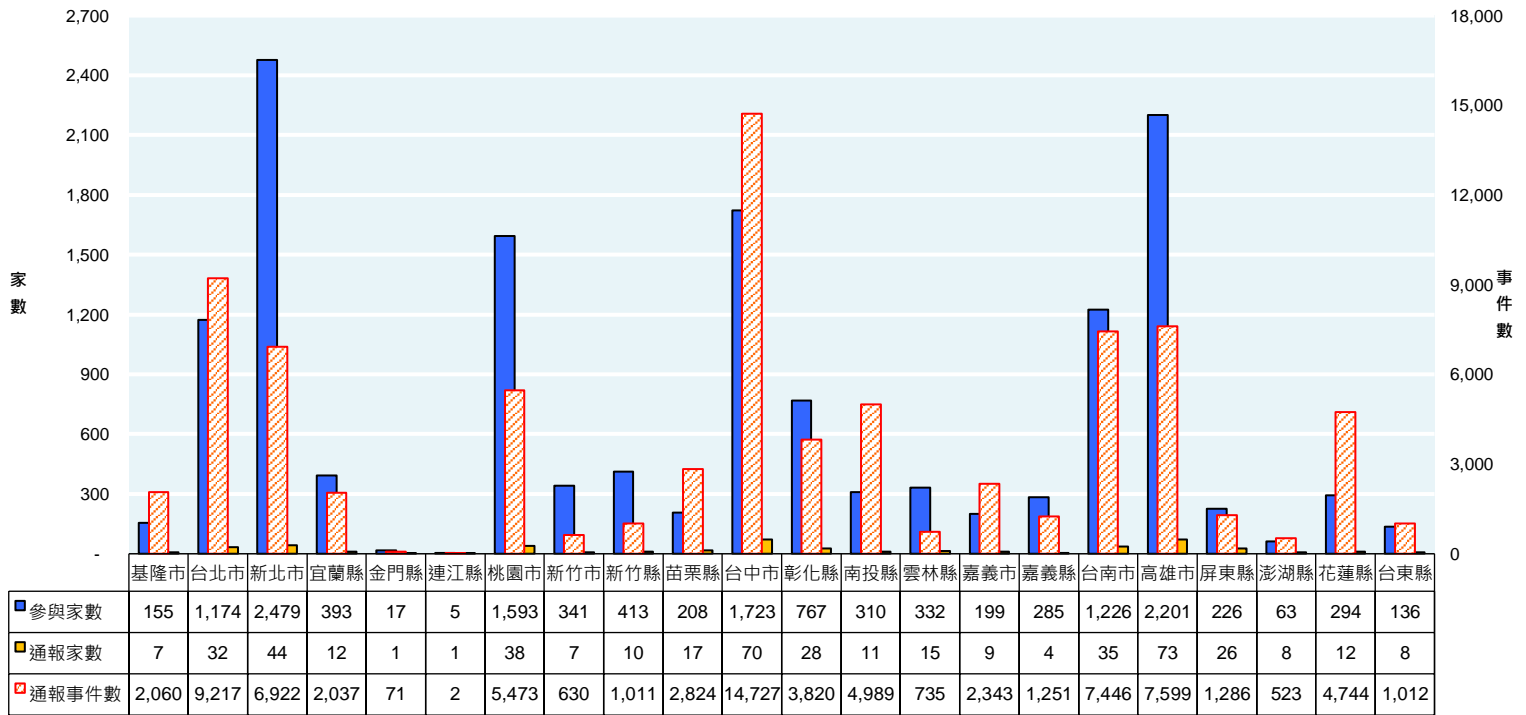


圖 3-1-0-2 所有機構各縣市通報家數/件數分布 (N=80,722)

(資料範圍：發生日期 2020 年，不含個人通報及無法辨識機構來源 126 件)

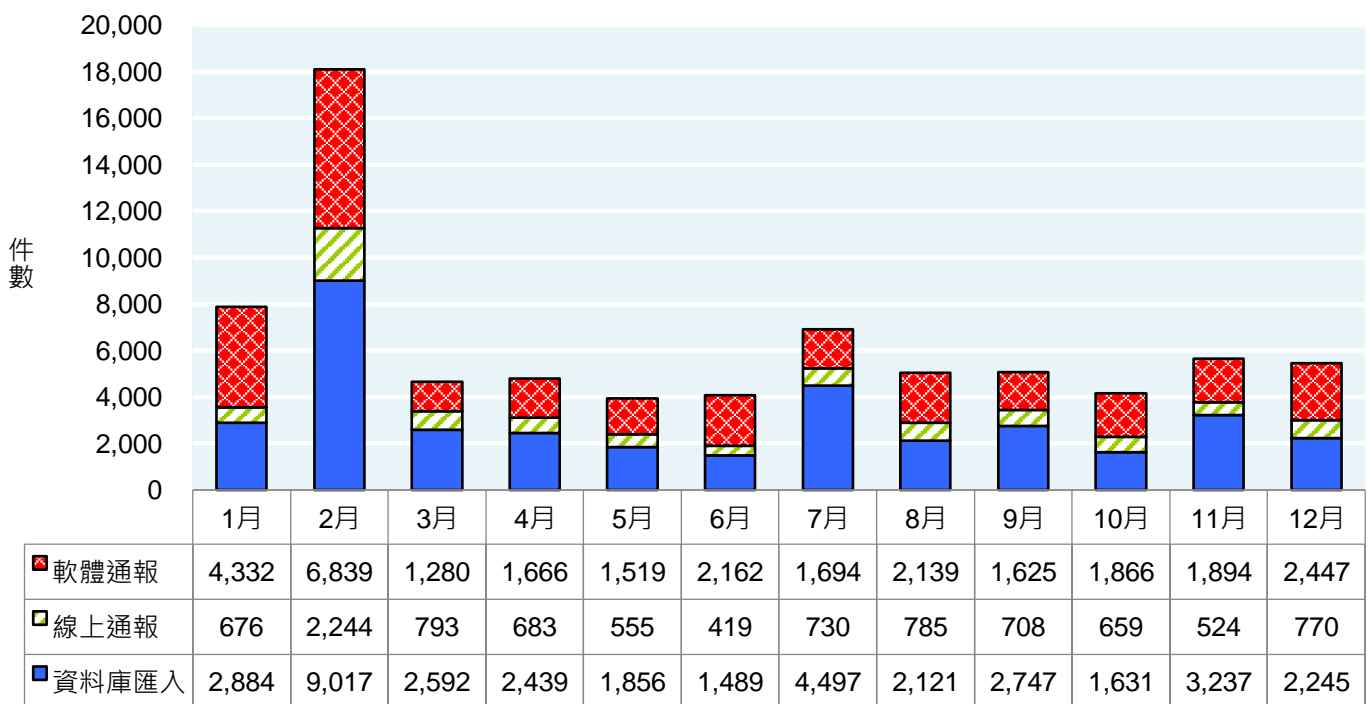


圖 3-1-0-3 機構每月通報方式統計 (N=75,764)

(資料範圍：通報日期 2020 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，發生於醫院之事件共 68,203 件，較 2019 年減少 3,190 件，其中以藥物、跌倒及管路事件分居前三位，共佔 73.8%；發生於精神科醫院事件共 11,714 件，較 2019 年增加 2,381 件，其中最多者為傷害事件（佔 43.6%），其次為跌倒事件（佔 42.0%）及治安事件（佔 5.7%）。發生於護理之家病安事件共 771 件，較 2019 年減少 254 件，其中以跌倒事件 538 件為最多，其次為管路事件 77 件。精神復健機構及養護機構則分別通報 7 件及 27 件。發生於診所（含衛生所）共 122 件，較 2019 年減少 11 件，其中以跌倒事件（55 件）、藥物事件（21 件）及醫療照護事件（21 件）所占比例較高。

在每月發生事件數部分，2020 年每月平均發生 6,737 件，以 1 月份 7,115 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 1 月之事件數最多，11 月最少；跌倒事件 7 月發生最多，1 月最少；管路事件以 7 月最多，3 月最少；傷害行為事件以 11 月最多、1 月最少；檢查檢驗事件以 11 月最多；醫療照護事件以 3 月最多（圖 3-2-0-1）。

表 3-2-0-1 各醫事機構類型發生事件類型 (N= 80,848)

	醫院	精神科醫院	護理之家	精神復健機構	養護機構	診所/衛生所	其他	總計
藥物事件	24,846	630	31	0	0	21	0	25,528
跌倒事件	14,697	4,922	538	2	13	55	1	20,228
管路事件	10,783	37	77	0	2	8	0	10,907
傷害行為	1,755	5,102	41	3	4	2	0	6,907
檢查檢驗	5,463	34	5	0	0	3	0	5,505
醫療照護	2,533	142	41	0	5	21	3	2,745
治安事件	1,709	673	13	0	2	1	0	2,398
手術事件	2,105	0	0	0	0	0	0	2,105
其他事件	1,484	74	10	1	0	3	0	1,572
公共意外	1,218	67	8	1	0	7	0	1,301
不預期心跳停止	915	33	7	0	1	1	0	957
輸血事件	593	0	0	0	0	0	0	593
麻醉事件	102	0	0	0	0	0	0	102
<b>總計</b>	<b>68,203</b>	<b>11,714</b>	<b>771</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>122</b>	<b>4</b>	<b>80,848</b>



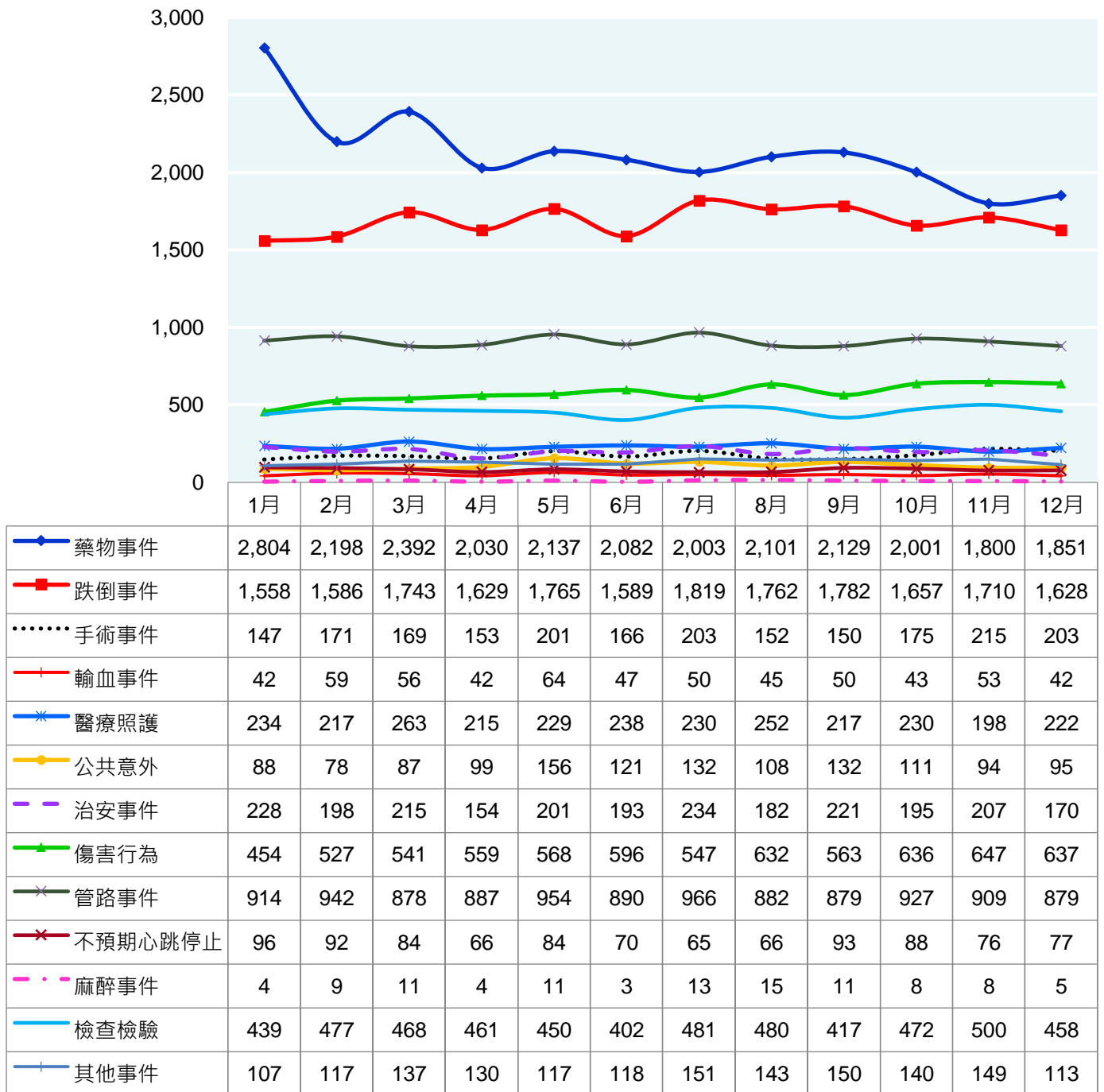


圖 3-2-0-1 所有機構各類事件每月發生件數分布 ( N=80,848 )

事件發生時段分布方面，醫院與精神科醫院皆有發生事件較密集的二個高峰，上午之高峰為 10：01～12：00，下午高峰為 14：01～16：00。護理之家與診所/衛生所事件較密集的高峰時段為上午 10：01～12：00(表 3-2-0-2)。事件發生地點方面，醫院事件以發生於病房區域居多(相對次數百分比 50.5 件/百件)，其次為特殊醫療照護區 14.7 件/百件及藥局 14.5 件/百件；精神科醫院、護理之家、精神復健機構與養護之家事件發生地點皆集中發生於病房區域，其次則分別以公共區域及特殊醫療照護區居多。(表 3-2-0-3)



表 3-2-0-2 各類機構發生時段情形 ( N=80,021 , 不含時段未填 827 件 )

	醫院	精神科 醫院	護理之家	精神復健機構	養護 機構	診所/衛生所	其他	總計
00:01-02:00	3,290	341	25	0	0	0	0	3,656
02:01-04:00	2,575	364	29	0	1	0	0	2,969
04:01-06:00	2,980	478	57	0	1	0	0	3,516
06:01-08:00	4,159	1,122	71	1	4	6	0	5,363
08:01-10:00	9,251	1,449	86	2	5	25	0	10,818
10:01-12:00	10,201	1,498	108	0	3	34	2	11,846
12:01-14:00	6,802	1,184	85	1	3	3	1	8,079
14:01-16:00	8,924	1,361	88	0	1	23	0	10,397
16:01-18:00	6,823	1,257	71	1	3	12	1	8,168
18:01-20:00	5,057	1,157	57	1	2	7	0	6,281
20:01-22:00	4,359	1,015	55	0	2	9	0	5,440
22:01-00:00	3,047	399	39	1	2	0	0	3,488
總計	67,468	11,625	771	7	27	119	4	80,021

表 3-2-0-3 事件發生地點相對次數百分比 ( 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	其他
一般病房	50.5	90.2	78.3	42.9	59.3	0.0
藥局	14.5	2.0	0.4	0.0	0.0	0.0
急診室	6.6	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
門診	9.4	0.5	0.9	0.0	0.0	0.0
公共區域	2.4	4.0	10.8	28.6	18.5	0.0
檢查檢驗部門 <sup>1</sup>	4.4	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0
特殊醫療照護區 <sup>2</sup>	14.7	2.3	1.3	28.6	18.5	0.0
其他	2.0	1.0	4.3	0.0	0.0	100.0

備註：1.檢查檢驗部門：X光、超音波、電腦斷層、血管攝影、放射腫瘤、內視鏡、心電圖、肺功能、核磁共振、檢驗、病理、核醫檢查

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

以發生日期計算，2020 年通報事件影響對象為病人/住民之總發生事件數為 79,502 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，若排除性別「未填」以及「不知道」的通報事件，受影響對象為男性的比例為 55.8%，女性則為 44.2%；按醫事機構類型排序男性比例依序為精神復健機構(83.3%)、養護機構(57.7%)、精神科醫院(56.8%)、醫院(55.7%)、護理之家(52.8%)及診所/衛生所(50.0%)(圖 3-3-0-1)。如以各類事件呈現性別分布，男性比例超過 60% 的事件類別依序為治安事件、不預期心跳停止事件、傷害行為事件及管路事件，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他類事件別高(圖 3-3-0-2)。

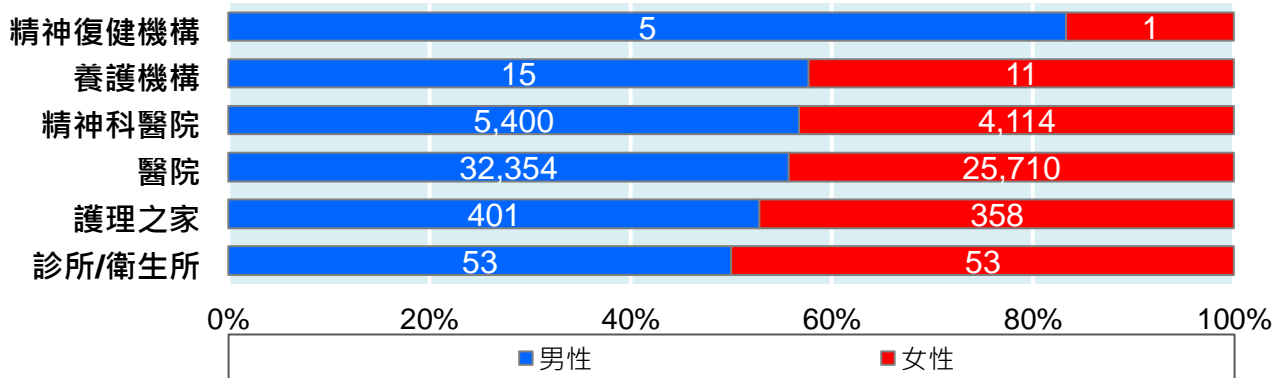


圖 3-3-0-1 各醫事機構類型受影響對象之性別分布  
(N=68,475，不含未填、不知道 11,027 件)

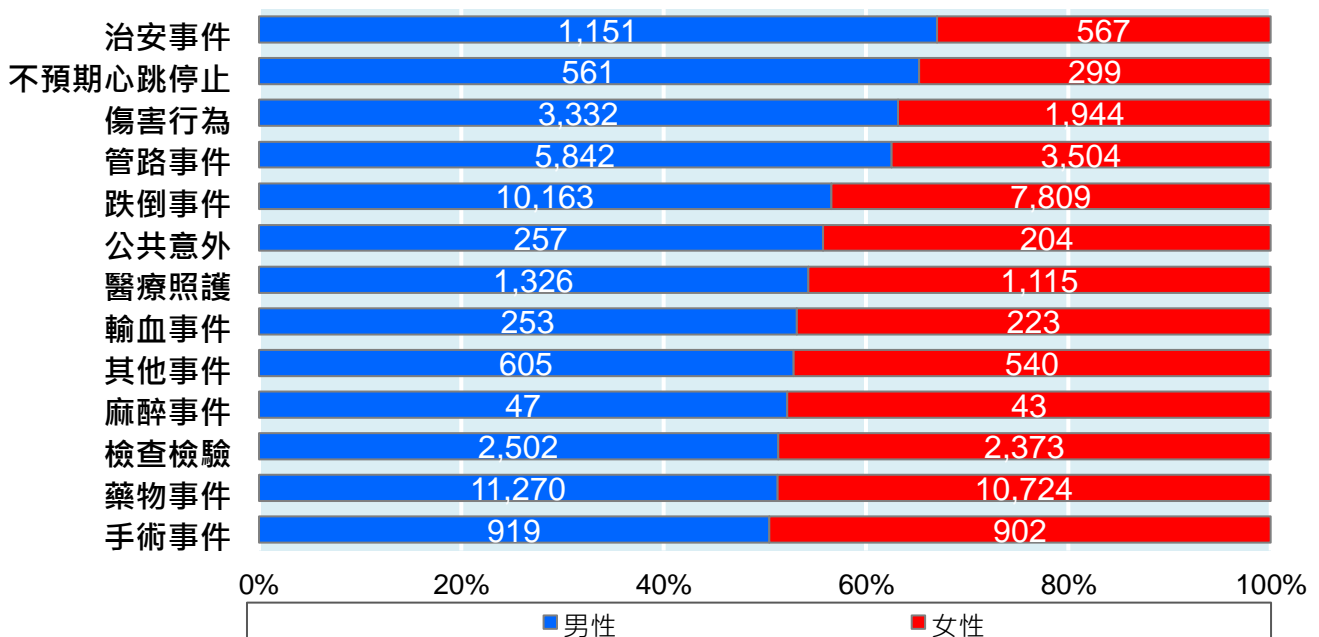


圖 3-3-0-2 各類別通報事件受影響對象之性別分布  
(N=68,475，不含未填、不知道 11,027 件)

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 42.6%，而 65 歲以上之老年人次之，佔所有受影響對象的 36.1%；依醫事機構類型分析，醫院病人/住民年齡分布以 65 歲以上之老年人居多，其次為 19 歲至 64 歲之成年人；精神科醫院受影響對象主要為 19 歲至 64 歲之成年人，佔 65.7%；護理之家受影響對象主要為 65 歲以上之老年（表 3-3-0-1）。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、跌倒、傷害及管路事件為多，65 歲以上者則以發生藥物、跌倒及管路事件為多（圖 3-3-0-3）。

表 3-3-0-1 各醫事機構類型年齡層 (N=79,502)

	醫院	精神科醫院	護理之家	精神復健機構	養護機構	診所/衛生所	其他	總計
嬰兒	587	0	0	0	0	0	0	587
幼兒	946	0	0	0	0	5	0	951
學齡前期	477	0	0	0	0	8	0	485
學齡期	381	31	0	0	0	0	0	412
青少年	531	175	0	0	0	0	0	706
成年	25,986	7,667	190	3	7	35	0	33,888
老年	26,574	1,553	529	3	18	58	0	28,735
不知道	3,058	144	41	1	1	1	0	3,246
未填	8,374	2,104	6	0	1	3	4	10,492
總計	66,914	11,674	766	7	27	110	4	79,502

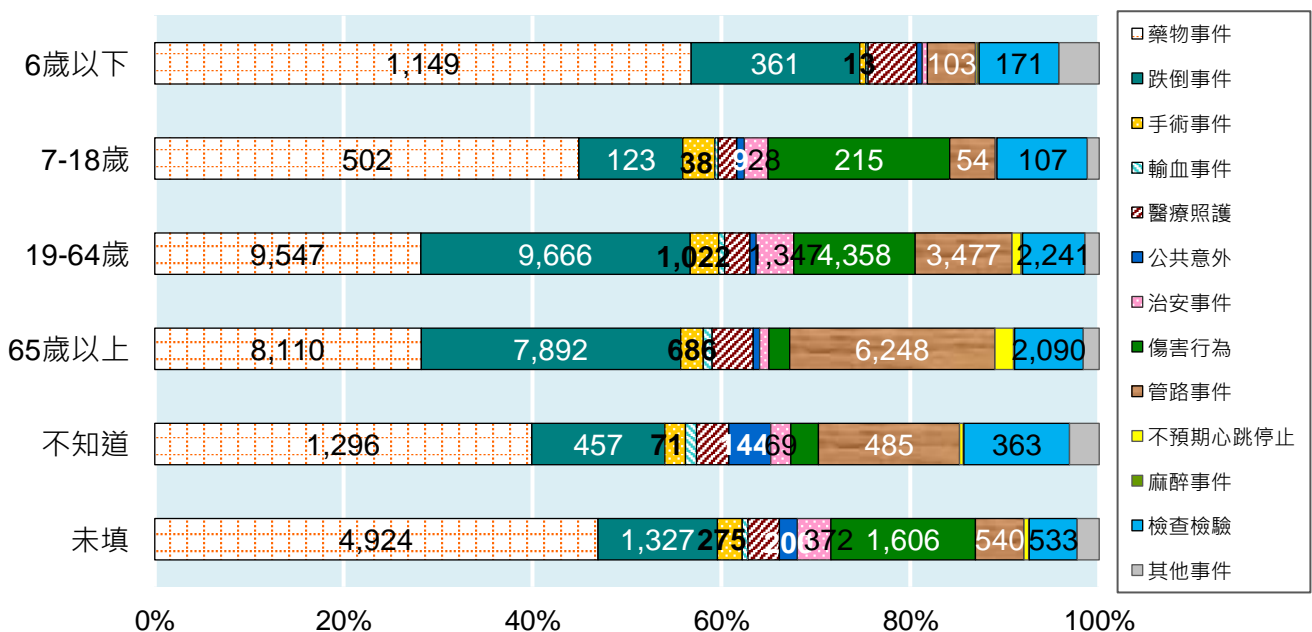


圖 3-3-0-3 各類別通報事件受影響對象年齡層分布 (N=79,502)

對病人/住民健康的影響程度的分析部分，整體事件以無傷害佔 36.1% 為最高，有傷害者次之佔 34.4%，跡近錯失則佔 27.8%。造成病人傷害者以輕度傷害比例最高，佔 21.3% (圖 3-3-0-4)。依醫事機構類型分析，醫院別事件對健康影響程度以有傷害佔 33.5% 最多，跡近錯失比例佔 32.5%，無傷害事件比例則佔 32.1% (圖 3-3-0-5)。在精神科醫院方面，健康影響程度以無傷害的比例最高，佔 58.2%，其次則為有傷害事件，佔 38.0% (圖 3-3-0-6)。護理之家與養護機構發生事件對健康影響程度皆以有傷害為多，分別佔 53.3% 及 59.2%，其次為無傷害，分別佔 45.0% 及 29.6% (圖 3-3-0-7、圖 3-3-0-8)；基層診所事件 (含衛生所) 有傷害者佔 50.0%，其中以輕度傷害最多，佔 30.0% (圖 3-3-0-9)。以上顯示不同醫事機構類型發生事件型態不同，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，主要與發生於醫院的藥物事件有超過七成比例與跡近錯失有關。

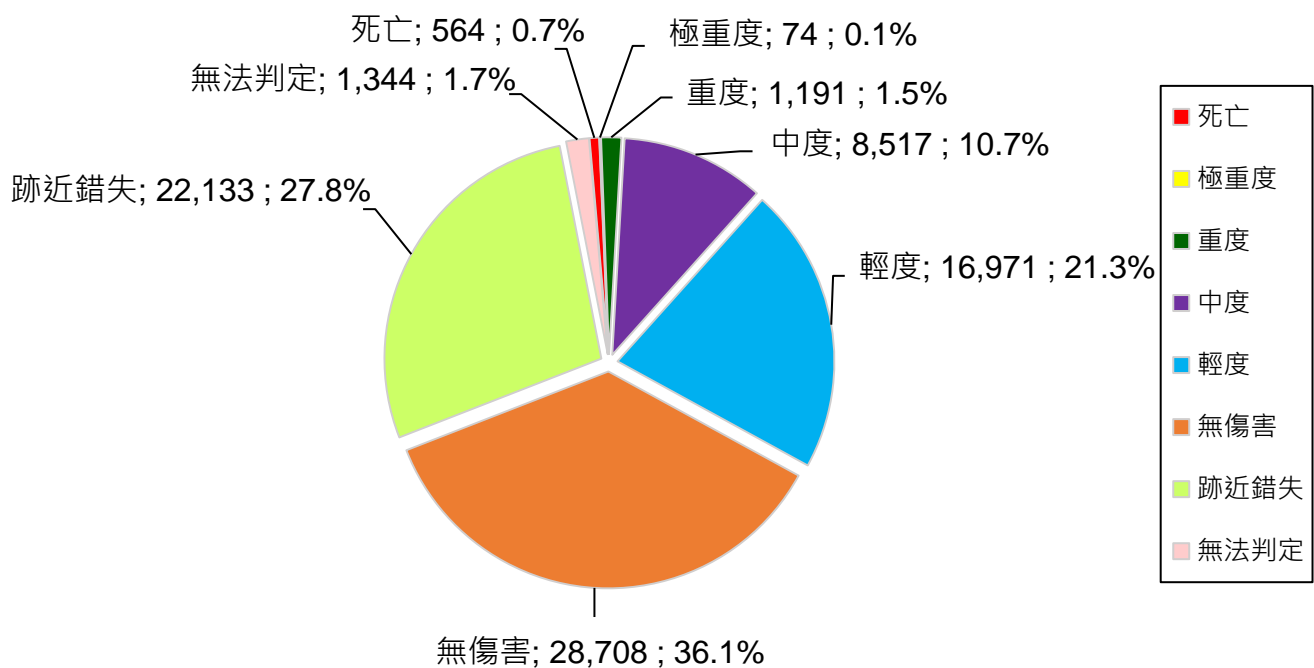


圖 3-3-0-4 所有機構病人/住民的影響程度 (N=79,502)

### 對病人/住民健康的影響程度

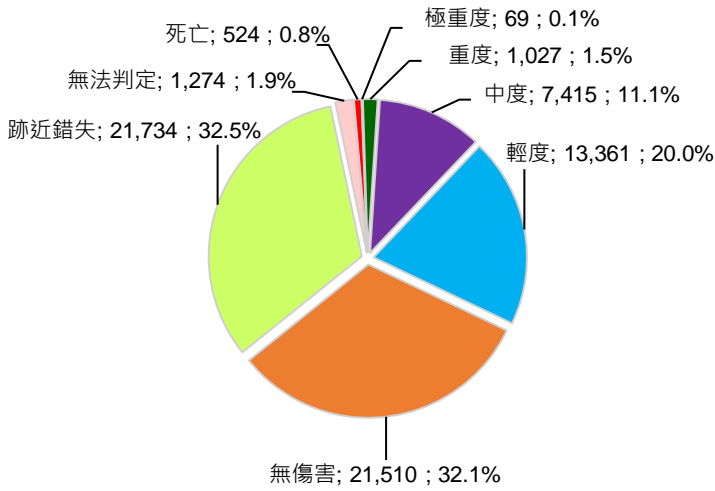


圖 3-3-0-5 醫院 ( N=66,914 )

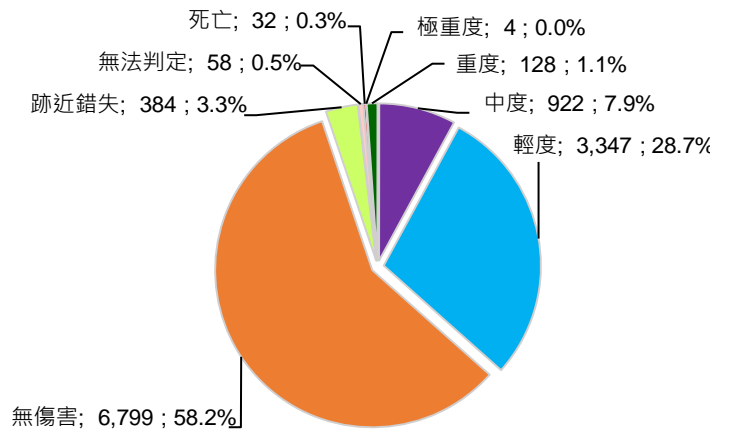


圖 3-3-0-6 精神科醫院 ( N=11,674 )

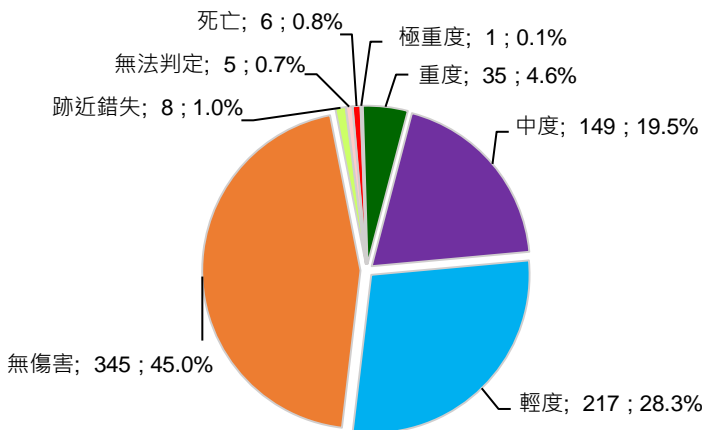


圖 3-3-0-7 護理之家 ( N=766 )

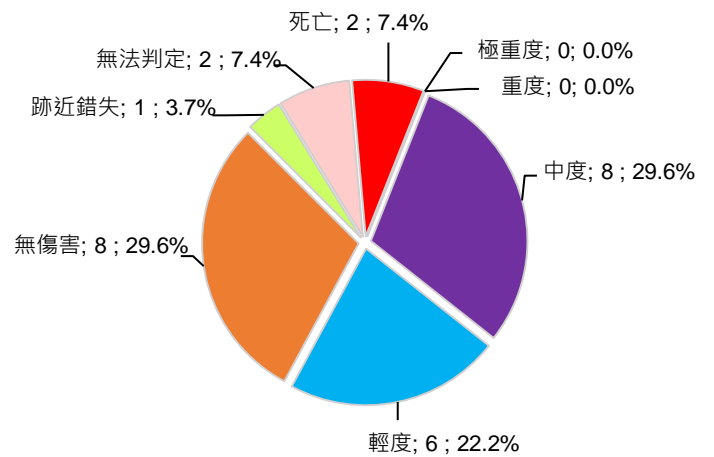


圖 3-3-0-8 養護機構 ( N=27 )

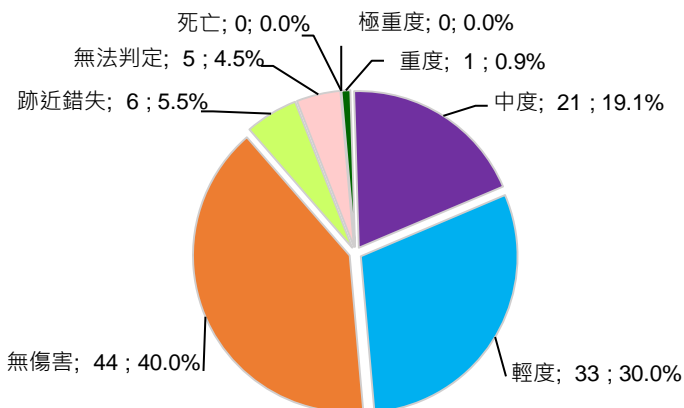


圖 3-3-0-9 診所 ( 含衛生所 ) ( N=110 )





進一步分析可計算的 SAC 級數 ( 佔整體比例 57.3% )，排除事件發生後嚴重程度為跡近錯失、無法判定嚴重度、不知道或未填者外，整體而言以 SAC=4 最多，佔 73.5%，其次為 SAC=3，佔 23.5%；此外，各類型醫事機構皆以 SAC=4 所佔比例最多。NA\*及 INC\*所佔整體比例則分別為 35.0%及 7.8% ( 表 3-3-0-2 )。

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最高 ( 佔 51.1% )，跌倒事件次之 ( 佔 21.4% )，中度及輕度事件比例在跌倒事件 ( 佔 39.6% )、管路事件 ( 佔 29.6% ) 較高，跡近錯失事件則在藥物事件較高 ( 佔 80.4% )，其次為檢查檢驗事件 ( 佔 10.2% ) ( 表 3-3-0-3 )。依醫事機構類型分析，醫院在重度傷害以上事件同樣以不預期心跳停止事件佔比最高，其次為跌倒事件，中度與輕度傷害以管路事件及跌倒事件所佔比例較高 ( 表 4-1-0-2 )。精神科醫院部分，重度以上事件在跌倒事件、院內不預期心跳停止事件及醫療照護較高，而中度與輕度傷害事件則在跌倒事件及傷害行為事件有較高的比例，而跡近錯失事件多集中於藥物事件 ( 表 4-2-0-1 )。護理之家發生重度以上、中度與輕度事件比例皆以跌倒事件為最高 ( 表 4-3-0-2 )。

表 3-3-0-2 各醫事機構類型異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 統計 ( N=79,502 ; N 為病人及住民件數，包含跡近錯失與無法判定嚴重度之案件 )

機構類型 SAC	所有機構		醫院		精神科醫院		護理之家		精神復健		養護機構		診所	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SAC=1</b>	513	1.1	485	1.4	20	0.2	6	1.0	0	0.0	2	11.1	0	0.0
<b>SAC=2</b>	811	1.8	703	2.0	85	0.9	23	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>SAC=3</b>	10,726	23.5	9,079	25.7	1,448	15.1	178	30.6	0	0.0	8	44.4	13	16.3
<b>SAC=4</b>	33,498	73.5	25,014	70.9	8,027	83.8	375	64.4	3	100.0	8	44.4	67	83.8
<b>SAC</b>	45,548	57.3	35,281	52.7	9,580	82.1	582	76.0	3	42.9	18	66.7	80	72.7
<b>NA*</b>	27,790	35.0	26,810	40.1	801	6.9	136	17.8	4	57.1	9	33.3	30	27.3
<b>INC*</b>	6,164	7.8	4,823	7.2	1,293	11.1	48	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>總計</b>	79,502	100.0	66,914	100.0	11,674	100.0	766	100.0	7	100.0	27	100.0	110	100.0

\*註：NA 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、不知道，或事件再發生的機會為不知道無法計算者；INC 包括事件發生後對病人健康的影響程度為未填，或事件再發生機會為未填等無法計算者。



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=79,502 ; N 為病人及住民件數 )

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	3	0.5	0	0.0	29	2.4	859	10.1	1,363	8.0	5,342	18.6	17,785	80.4	147	10.9	25,528	32.1
跌倒事件	7	1.2	5	6.8	379	31.8	3,813	44.8	6,279	37.0	9,243	32.2	0	0.0	100	7.4	19,826	24.9
手術事件	3	0.5	1	1.4	42	3.5	167	2.0	293	1.7	463	1.6	1045	4.7	91	6.8	2,105	2.6
輸血事件	0	0.0	0	0.0	4	0.3	18	0.2	16	0.1	129	0.4	401	1.8	25	1.9	593	0.7
醫療照護	24	4.3	14	18.9	211	17.7	569	6.7	552	3.3	999	3.5	180	0.8	196	14.6	2,745	3.5
公共意外	0	0.0	0	0.0	6	0.5	55	0.6	89	0.5	578	2.0	0	0.0	56	4.2	784	1.0
治安事件	4	0.7	0	0.0	5	0.4	64	0.8	87	0.5	1,737	6.1	0	0.0	212	15.8	2,109	2.7
傷害行為	4	0.7	0	0.0	33	2.8	450	5.3	1,833	10.8	4,547	15.8	0	0.0	39	2.9	6,906	8.7
管路事件	9	1.6	4	5.4	80	6.7	2,399	28.2	5,145	30.3	3,100	10.8	101	0.5	69	5.1	10,907	13.7
不預期 心跳停止	507	89.9	47	63.5	381	32.0	17	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.2	955	1.2
麻醉事件	2	0.4	1	1.4	8	0.7	32	0.4	46	0.3	9	0.0	0	0.0	4	0.3	102	0.1
檢查檢驗	0	0.0	1	1.4	2	0.2	17	0.2	1,181	7.0	1,730	6.0	2,265	10.2	309	23.0	5,505	6.9
其他事件	1	0.2	1	1.4	11	0.9	57	0.7	87	0.5	831	2.9	356	1.6	93	6.9	1,437	1.8
總計	564	100.0	74	100.0	1,191	100.0	8,517	100.0	16,971	100.0	28,708	100.0	22,133	100.0	1,344	100.0	79,502	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最多數，佔 73.5%，其次為藥事人員及醫事檢驗人員，分別佔 16.0% 以及 2.9% (圖 3-4-0-1)。分析通報者身份別，護理職別中以勾選護理人員最多 (佔 96.4%)，其次為專科護理師 (圖 3-4-0-2)，護理職別通報事件最多前三類分別為跌倒、管路、藥物事件；醫師別身分則以主治醫師最多 (佔 58.4%)，其次為住院醫師 (圖 3-4-0-3)，醫師別通報事件最多前三類分別為藥物事件、檢查檢驗、醫療照護事件。年資方面，以工作 1 至 5 年為最多，佔 34.9%，其次為 6 至 10 年，佔 18.8% (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 53.0%，其次為 6 至 10 年，佔 18.6% (圖 3-4-0-5)。

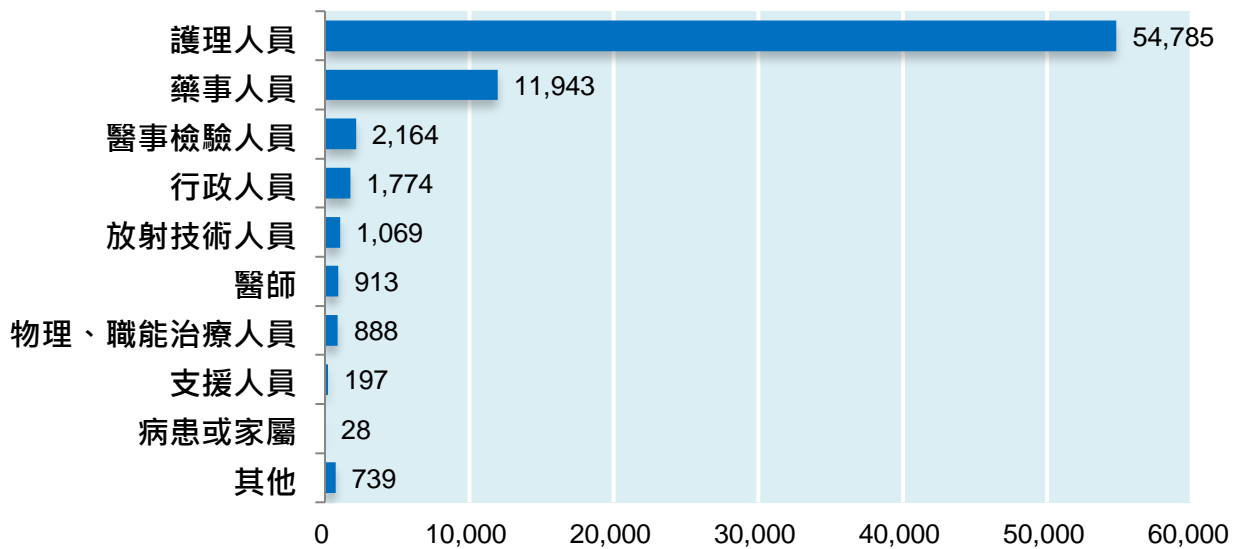


圖 3-4-0-1 所有機構通報者身分分布 (N=74,500，不含未填與不知道者 6,348 件)

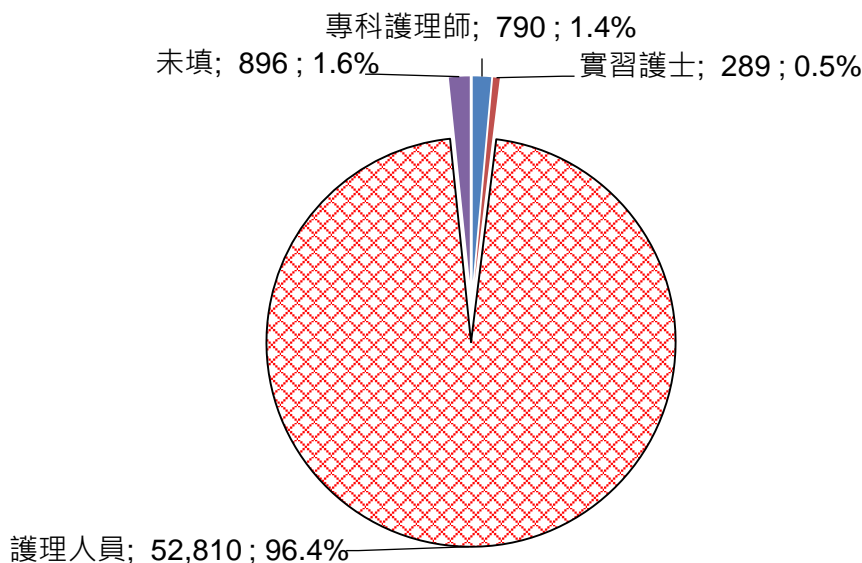


圖 3-4-0-2 通報者為護理人員身分別分布 (N=54,785)

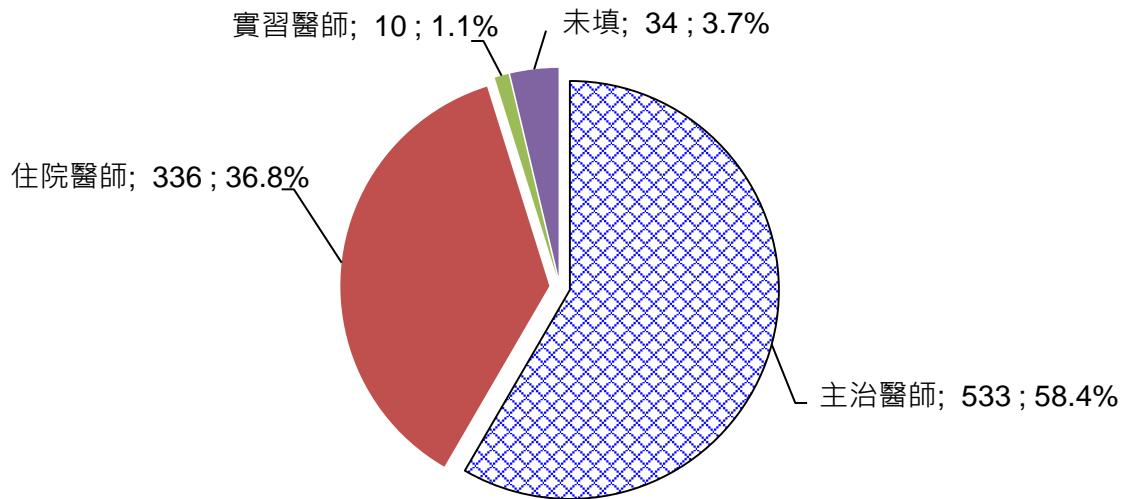


圖 3-4-0-3 通報者為醫師身分別分布 ( N= 913 )

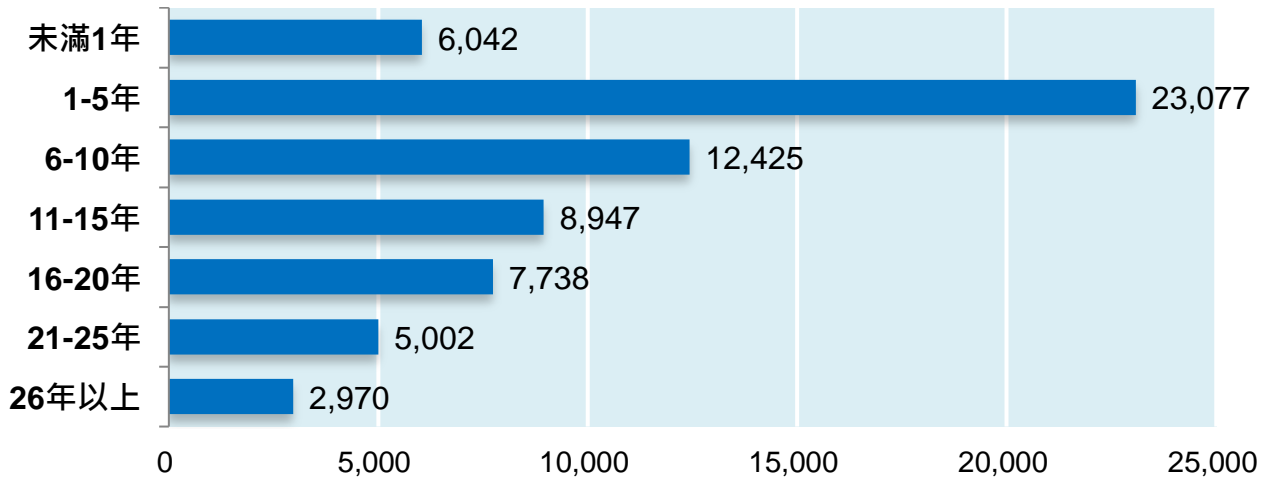


圖 3-4-0-4 所有機構通報者工作年資分布 ( N=66,201 · 不含未填 14,647 件 )

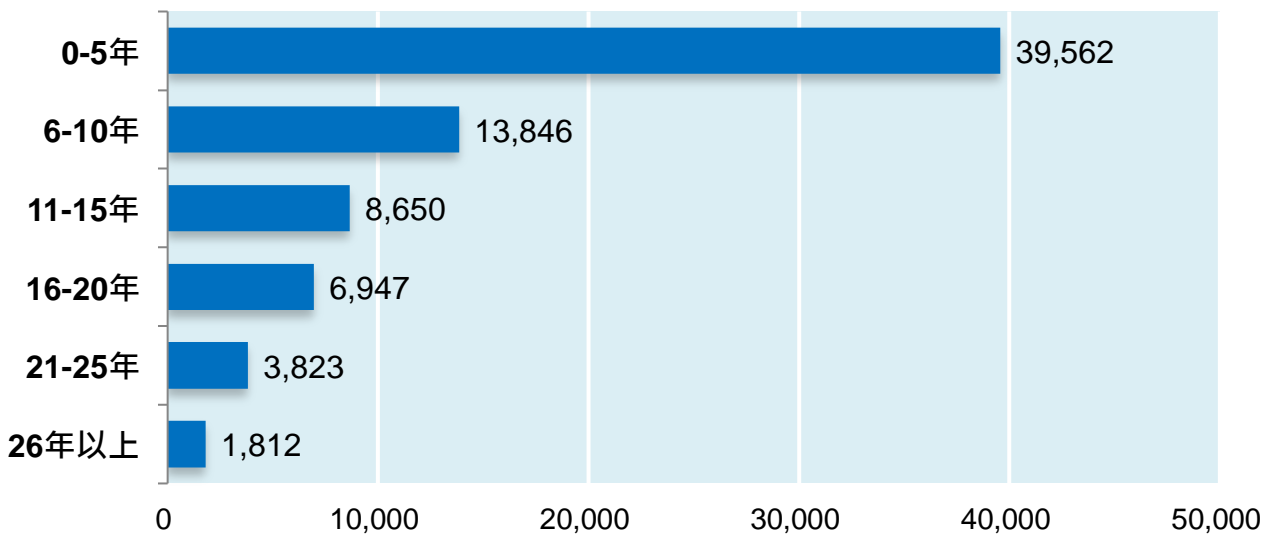


圖 3-4-0-5 所有機構通報者現職機構年資分布 ( N= 74,640 · 不含未填 6,208 件 )



## 五、發生可能原因與改善措施統計

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)」總次數最多，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，輸血事件(83.3 件/百件)、醫療照護事件(79.8 件/百件)、檢查檢驗事件(78.1 件/百件)、手術事件(73.5 件/百件)及藥物事件(63.9 件/百件)以「人為因素」為最常被通報者歸因為事件發生主要原因；不預期心跳停止事件(99.2 件/百件)、傷害行為事件(94.1 件/百件)、跌倒事件(83.2 件/百件)、治安事件(67.0 件/百件)、管路事件(64.6 件/百件)、麻醉事件(63.7 件/百件)皆以「病人因素」所佔比例最高；而公共意外則以「器材設備因素(67.5 件/百件)」為主。受通報表單 2015 年改版之故，通報資料已全數適用新表單，新版通報單將各類事件可能原因排序重整，並且新增「治安事件」可能原因項目，方便各類事件間相互比較分析(表 3-5-0-1)。

各事件發生可能原因除最常被歸類的病人、人為及系統因素外，溝通為僅次此三類可能原因外的重要因素，隨著醫療專業分工精緻化，跨領域合作機會增加，改善溝通有效性是因應跨領域團隊合作的重要課題。2020 年發生事件分析發生可能原因與「溝通因素」相關之 12,232 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 43.9 件/百件，其次為「醫護團隊間溝通不足」佔 30.7 件/百件。與「團隊與病人或家屬間溝通不良」相關事件中，以「治安事件(72.1 件/百件)」、「跌倒事件(62.7 件/百件)」、「公共意外事件(62.3 件/百件)」、「麻醉事件(58.3 件/百件)」及「管路事件(56.7 件/百件)」發生比例較高，此類事件別應多加強醫護與病人或家屬間溝通避免事件發生；而醫護團隊間溝通不足問題則顯見於各類事件中，特別以「輸血事件(91.4 件/百件)」、「檢查檢驗事件(80.2 件/百件)」、「醫療照護(69.4 件/百件)」、「藥物事件(63.4 件/百件)」、「手術事件(54.9 件/百件)」及「麻醉事件(33.3 件/百件)」所佔比例偏高(表 3-5-0-2)。

國際間與醫療儀器問題或資訊系統相關的病安議題日益受到重視，分析 2020 年病安事件中與器材設備因素相關的案例有 5,351 件，可能原因以「器材設備故障或功能不良者」及「資訊系統問題」比例較高，其中器材設備故障或功能不良者占比最高者為公共意外事件(77.4 件/百件)，而與資訊系統問題占比最高者為輸血事件(70.0 件/百件)。2020 年病安事件死亡案例中與器材設備問題有關者有 10 件，雖醫療儀器問題不是造成病人死亡傷害直接主因(包含病人病況因素、人員訓練、作業流程問題等)，仍可歸納幾項共通點，即缺乏緊急備用設備與 Alarm 失效，這些問題都是事前可評估及改善的項目，應特別予以重視。



表 3-5-0-1 整體各類事件可能原因統計 ( N=79,157 ; N 為事件數 ; 可能原因為複選 , 不含「基層通報」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	政策	用藥	手術	其他	不知道	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	1,021	<u>16,293</u>	7,222	1,553	1,706	3,728	175	-	-	461	530	25,507
跌倒事件	<u>16,778</u>	2,504	703	2,082	1,487	3,718	112	2,870	-	102	223	20,173
手術事件	167	<u>1,547</u>	846	697	172	22	106	-	-	30	40	2,105
輸血事件	5	<u>494</u>	391	128	40	2	25	-	-	1	3	593
醫療照護	787	<u>2,175</u>	1,928	1,430	311	199	353	-	-	46	2	2,724
公共意外	70	216	89	106	<u>873</u>	333	205	-	-	19	29	1,294
治安事件	<u>1,605</u>	425	195	689	27	198	261	-	-	95	88	2,397
傷害行為	<u>6,498</u>	125	135	1,521	15	57	84	-	-	38	12	6,905
管路事件	<u>7,040</u>	5,232	2,072	3,049	299	148	103	-	-	352	199	10,899
不預期 心跳停止	<u>948</u>	112	256	78	14	7	5	-	-	10	5	956
麻醉事件	<u>65</u>	31	13	12	15	1	8	2	2	2	1	102
檢查檢驗	62	<u>4,298</u>	2,807	887	392	190	172	-	-	73	185	5,502

表 3-5-0-2 整體各類事件可能原因與溝通相關統計 ( N= 12,232 ; N 為勾選溝通因素事件數 ; 可能原因為複選不含「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	未清楚交班	口頭醫囑交代不清楚	對縮寫認知不一致	書寫潦草/標示不清	團隊與病人或家屬間	衛教不足或衛教不當	未告知病人完整資訊	病人與家屬缺乏溝通	病友間溝通不良		
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	<u>985</u>	207	54	8	11	403	63	53	-	-	73	1,553
跌倒事件	99	-	-	-	-	<u>1,305</u>	1,051	83	-	-	99	2,082
手術事件	<u>383</u>	-	-	-	1	249	46	55	9	-	8	697
輸血事件	<u>117</u>	-	-	-	1	10	0	1	-	-	2	128
醫療照護	<u>993</u>	-	-	-	-	503	131	90	28	-	4	1,430
公共意外	26	-	-	-	-	<u>66</u>	22	1	-	-	1	106
治安事件	48	-	-	-	-	<u>497</u>	121	24	-	-	54	689
傷害行為	39	-	-	-	-	359	30	13	174	<u>999</u>	21	1,521
管路事件	342	-	-	-	-	<u>1,730</u>	1,207	139	585	-	111	3,049
不預期 心跳停止	13	9	-	-	-	<u>35</u>	26	25	-	-	1	78
麻醉事件	4	2	0	-	-	<u>7</u>	0	1	-	-	0	12
檢查檢驗	<u>711</u>	-	-	-	-	205	41	44	-	-	15	887
總計	<u>3,760</u>	<u>218</u>	<u>54</u>	<u>8</u>	<u>13</u>	<u>5,369</u>	<u>2,738</u>	<u>529</u>	<u>796</u>	<u>999</u>	<u>389</u>	<u>12,232</u>

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。



在預防各類事件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以「加強教育訓練」為主（表 3-5-0-3）；預防各類事件發生的措施或方法中，通報者認為可採加強教育訓練來預防為最多，占 69.9 件/百件，其次依序為加強溝通方式（33.9 件/百件）、改變醫療照護方式（22.7 件/百件）以及改變行政管理（7.6 件/百件）（圖 3-5-0-1），此分布與 2019 年結果相同。

表 3-5-0-3 整體各類事件預防方法統計（N=80,726，不含 122 件基層通報；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	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	<u>17,227</u>	9,014	1,447	8,187	942	1,339	25,507
跌倒事件	<u>14,812</u>	2,071	1,357	7,222	428	719	20,173
手術事件	<u>1,379</u>	542	160	811	110	73	2,105
輸血事件	<u>481</u>	170	71	132	3	2	593
醫療照護	<u>2,022</u>	1,004	339	1,097	62	108	2,724
公共意外	338	65	<u>794</u>	195	85	103	1,294
治安事件	<u>1,340</u>	178	282	916	155	94	2,397
傷害行為	<u>4,963</u>	854	250	2,572	110	215	6,905
管路事件	<u>8,109</u>	1,923	337	4,028	268	299	10,899
不預期心跳停止	<u>904</u>	784	40	216	20	27	956
麻醉事件	<u>65</u>	20	5	43	14	15	102
檢查檢驗	<u>3,671</u>	1,387	634	1,434	329	210	5,502
其他事件	<u>1,124</u>	286	418	512	24	44	1,569
總計	56,435	18,298	6,134	27,365	2,550	3,248	80,726

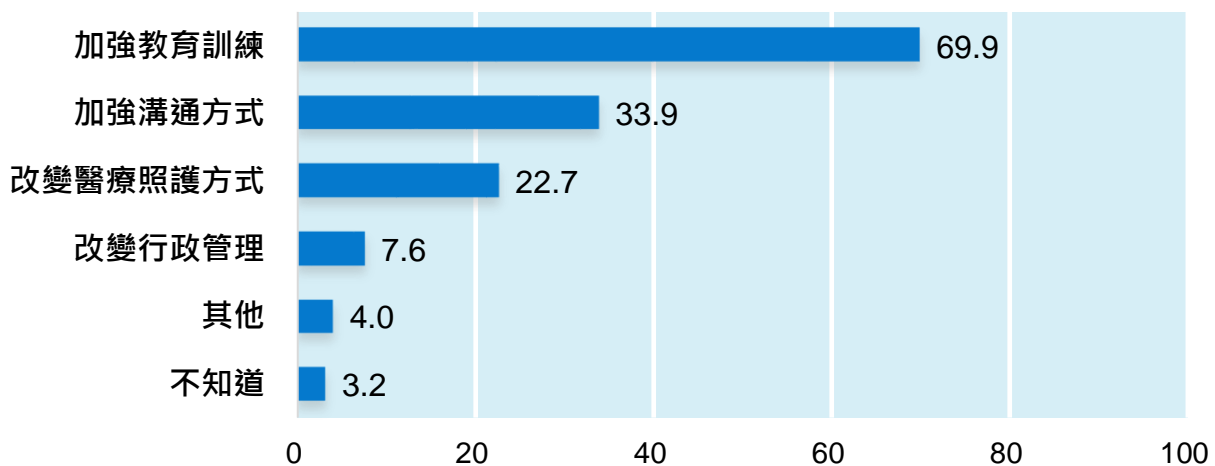


圖 3-5-0-1 預防事件再發生的措施或方法  
（N=80,726，不含 122 件基層通報事件數；預防方法為複選）



分析以加強溝通方式為預防措施或方法的 27,365 件事件中，以增加醫療人員間溝通比例最高，相對次數百分比為 53.9 件/百件，其次依序為改變與病人溝通模式 (49.7 件/百件)、改變行政上溝通系統 (4.6 件/百件) 及其他加強溝通方式 (3.6 件/百件)，其中改變與病人溝通模式以跌倒事件、管路事件、傷害行為事件、治安事件比例較高，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、公共、院內不預期心跳停止、麻醉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，從該類事件觀察，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 2010~2019 年資料分布趨勢相同 (表 3-5-0-4)。

表 3-5-0-4 各類事件預防方法與加強溝通方式相關統計 (N=27,365；N 為加強溝通事件數；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比例最多者)

事件類別	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
	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	
藥物事件	7,648*	<u>(93.4)</u>	222	(2.7)	510	(6.2)	79	(1.0)	8,187
跌倒事件	1,353	(18.7)	209	(2.9)	6,333*	(87.7)	396	(5.5)	7,222
手術事件	714*	(88.0)	65	(8.0)	166	(20.5)	7	(0.9)	811
輸血事件	123*	(93.2)	12	(9.1)	1	(0.8)	0	(0.0)	132
醫療照護	899*	(82.0)	101	(9.2)	237	(21.6)	45	(4.1)	1,097
公共意外	109*	(55.9)	55	<u>(28.2)</u>	57	(29.2)	7	(3.6)	195
治安事件	262	(28.6)	73	(8.0)	679*	(74.1)	73	(8.0)	916
傷害行為	389	(15.1)	99	(3.8)	2,346*	<u>(91.2)</u>	35	(1.4)	2,572
管路事件	1,455	(36.1)	92	(2.3)	2,932*	(72.8)	283	(7.0)	4,028
不預期心跳停止	136*	(63.0)	11	(5.1)	108	(50.0)	20	<u>(9.3)</u>	216
麻醉事件	39*	(90.7)	1	(2.3)	33	(76.7)	0	(0.0)	43
檢查檢驗	1,255*	(87.5)	193	(13.5)	125	(8.7)	20	(1.4)	1,434
其他事件	368*	(71.9)	119	(23.2)	79	(15.4)	12	(2.3)	512
<b>總計</b>	<b>14,750</b>	<b>(53.9)</b>	<b>1,252</b>	<b>(4.6)</b>	<b>13,606</b>	<b>(49.7)</b>	<b>977</b>	<b>(3.6)</b>	<b>27,365</b>

註 1：此章節之資料係以「發生日期」於 2020 年間，且「通報日期」介於 2020 年~2021 年 2 月 28 日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。

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

2020 年發生於醫院的通報事件計 68,203 筆，以藥物事件 24,846 例 ( 36.4% )、跌倒事件 14,697 例 ( 21.5% )、管路事件 10,783 例 ( 15.8% ) 分佔前三名，三者共佔所有事件類別的 73.8%，如圖 4-1-0-1。

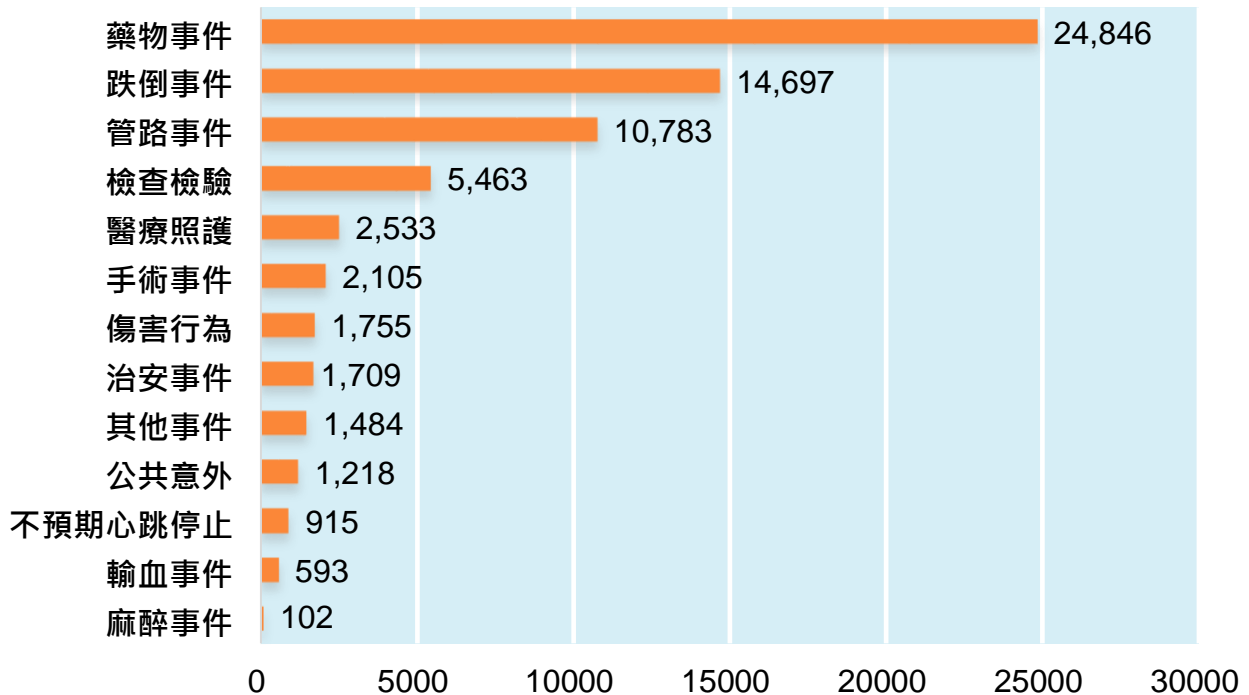


圖 4-1-0-1 醫院通報各類事件數 ( N=68,203 )

2020 年醫院通報事件相較於 2019 年減少 3,190 例，比去年下降 4.5%，但手術事件增加 173 件最多，其次是跌倒事件增加 164 件。

2020 年藥物事件比去年事件數 ( 2019 年藥物事件數為 27,905 件 ) 下降 11.0%；發生地點以藥局為主 ( 39.4 件/百件 )，其次是一般病房 ( 30.9 件/百件 ) 較多；發生階段以醫囑開立與輸入 ( 58.0 件/百件 ) 為最多，其次為給藥階段 ( 23.4 件/百件 )、藥局調劑階段 ( 16.4 件/百件 )。從「醫囑開立與輸入階段」細項來看，以劑量錯誤 ( 16.1 件/百件 ) 為最多；在給藥錯誤階段細項中，以劑量錯誤 ( 19.5 件/百件 ) 為最多；藥局調劑錯誤階段細項中，則以藥名錯誤 ( 47.9 件/百件 ) 最多。

2020 年跌倒事件比去年事件數 ( 2019 年跌倒事件數為 14,533 件 ) 上升 1.1%；發生地點以一般病房為最高，病人性別及年齡曾分別以男性 ( 45.6% )、65 歲以上 ( 45.7% ) 件數最多。跌倒事件發生時正在進行的活動前三名分別為「上下床移位時」、「行進時」、「如廁時」。進一步檢視嚴重度為極重度以上之病人跌倒事件後發現，因步態不穩和高危險病



人執意自行下床或活動而導致跌倒事件發生 ( 佔極重度以上事件 62.5% )。此外，分析近兩年事件發生時床欄使用情形稍有不同，2020 年「未拉上」的病人其有傷害事件數佔 56.7% 為最高 ( 2019 年事件發生時床欄使用情形，「病床無床欄」的病人其有傷害事件數佔 67.6 為最高 )。

2020 年管路事件比去年事件數 ( 2019 年管路事件數為 10,670 件 ) 上升 1.1%；管路事件發生在臥床休息時約 66.5%，發生頻率最高的時段在 00：01 ~ 02：00，事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 71.3%。單一管路種類造成病人有傷患者，最高是氣管內管口管 ( 100% )、其次是氣管內管鼻管 ( 97.7% )、氣切套管 ( 96.0% )、血液透析相關管路 ( 86.1% )、胃造瘻管 ( 84.6% )。單一管路事件中有 9 件造成病人死亡，其中氣管內管口管 3 件、氣切套管 3 件、鼻胃管 1 件、中心靜脈導管心導管 1 件、胃造瘻管 1 件。

2020 年檢查/檢驗/病理切片事件比去年事件數 ( 2019 年檢查/檢驗/病理切片事件數為 5,713 件 ) 下降 4.4%；事件之錯誤發生階段以「採檢/送檢階段」居多佔 61.8 件/百件，其次為「檢查單位報告階段」佔 16.0 件/百件及「醫囑/檢查單開立階段」佔 14.6 件/百件。各階段錯誤樣態與上一年度相似，「採檢/送檢階段」項下明細錯誤依序分別為：檢體未貼標籤 ( 19.4 件/百件 )、檢體保存方式錯誤/檢體污染 ( 15.5 件/百件 ) 及標籤錯誤 ( 11.2 件/百件 )，而「檢查單位報告階段」明細則為：報告延遲 ( 25.7 件/百件 )、病人錯誤 ( 21.9 件/百件 )、轉錄錯誤 ( 13.1 件/百件 )；進一步將事件發生階段與病人健康影響程度作交叉分析後，「檢體分析/檢查執行階段」29.1 件/百件及「採檢送檢階段」27.8 件/百件傷害比例較 2019 年 ( 分別為 41.8 及 36.2 件/百件 ) 有下降趨勢。此外，將醫療檢查類型錯誤與病人健康影響程度作交叉分析，發現 2020 年「臨床生理檢查類」有傷患者 20 件 ( 8.4 件/百件 ) 較 2019 年百分比 ( 19.5 件/百件 ) 下降 11.1%。

2020 年醫療照護事件比去年事件數 ( 2019 年醫療照護事件數為 2,781 件 ) 下降 8.9%；醫療照護事件發生後對病人/住民的影響，「有傷害」比例為 47.2%、「無傷害」比例為 38.5%。另外，在案件發生階段、發生錯誤項目與上一年度趨勢相似，醫療照護事件中之「處置、治療或照護階段」錯誤項目，大多與處置問題、技術不當有關，將錯誤項目與病人健康影響程度作交叉分析後，有傷害比例高的依序為：燒燙傷 ( 97.6 件/百件 )、異物哽塞 ( 98.8 件/百件 )、技術不當 ( 74.5 件/百件 )。

2020 年手術事件比去年事件數 ( 2019 年手術事件數為 1,932 件 ) 上升 9.0%；手術事件發生時段、錯誤類型與上一年度樣態類似，事件發生後約有 71.6% 的事件未對病人健康造成影響 ( 跡近錯失 49.6%，無傷害 22.0% )，有傷患者共 506 件 ( 24.0% )。錯誤類型





以「術前準備程序不完善」( 64.4 件/百件 ) 居多，而「其他」22.9 件/百件中有 18.4% 為術後程序不完善 ( 如：電擊導片，離開開刀房卻未取下；術後交接班不完整 )、13.5% 器械、縫針、紗布、棉花計數不全等。

2020 年輸血事件比去年事件數 ( 2019 年輸血事件數為 657 件 ) 下降 9.7%；輸血事件發生時段( 白班 )、發生地點( 一般病房 ) 與上一年度樣態相似。對病人健康的影響程度，跡近錯失比例相較 2019 年有些微上升，有 67.6% 事件屬於未發生於病人身上的跡近錯失 ( 2019 年跡近錯失為 64.7% )。事件發生階段以「備血 ( 含驗血 ) 階段」最多 ( 43.2 件/百件 )，其次依序為「輸血階段」( 26.1 件/百件 )、「領血/傳送階段」( 25.1 件/百件 )；「備血 ( 含驗血 ) 階段」以「其他」居多 ( 68.0 件/百件 )，進一步分析其他細項內容包含：備血管未雙重覆核、血品標籤問題 ( 如未貼標籤、標籤資料錯誤等 )、單檢不一致...等。

2020 年麻醉事件比去年事件數 ( 2019 年麻醉事件數為 89 件 ) 上升 14.6%；麻醉事件數事件以「全身麻醉」89 件最多、其次是區域麻醉 7 件。事件發生類型，以「插管相關」最多 ( 57.8 件/百件 )、「手術後不適當之通氣/給氧」次之 ( 12.7 件/百件 )，而鎮靜事件由 2019 年 3.4 件/百件上升至 2020 年 5.9 件/百件，為事件類型中排序第三。

2020 年其他事件比去年事件數 ( 2019 年其他事件數為 1,430 件 ) 上升 3.8%；將其他事件發生敘述內容以病歷管理 487 件 ( 32.8% ) 最多，其次為感控相關 407 件 ( 27.4% )、病人辨識相關 376 件 ( 25.3% )。「病歷管理」、「感控」、「病人辨識」相關事件發生比例較高的皆處於一般病房。事件發生後受影響對象為病人/住民的傷害程度以無傷害及跡近錯失共佔 85.8%，有傷害事件佔 7.4%，無法判定則佔 6.8%。

2020 醫院事件發生時段高峰分佈於兩個高峰，分別為 08:01~10:00、10:01~12:00 及 14:01~16:00，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「有傷害」及「無傷害」事件高峰亦為 08:01~10:00、10:01~12:00 及 14:01~16:00 區間，如圖 4-1-0-2。事件發生地點以一般病房 50.5 件/百件最多，其次為特殊醫療照護區 14.7 件/百件、藥局 14.5 件/百件，如圖 4-1-0-3。

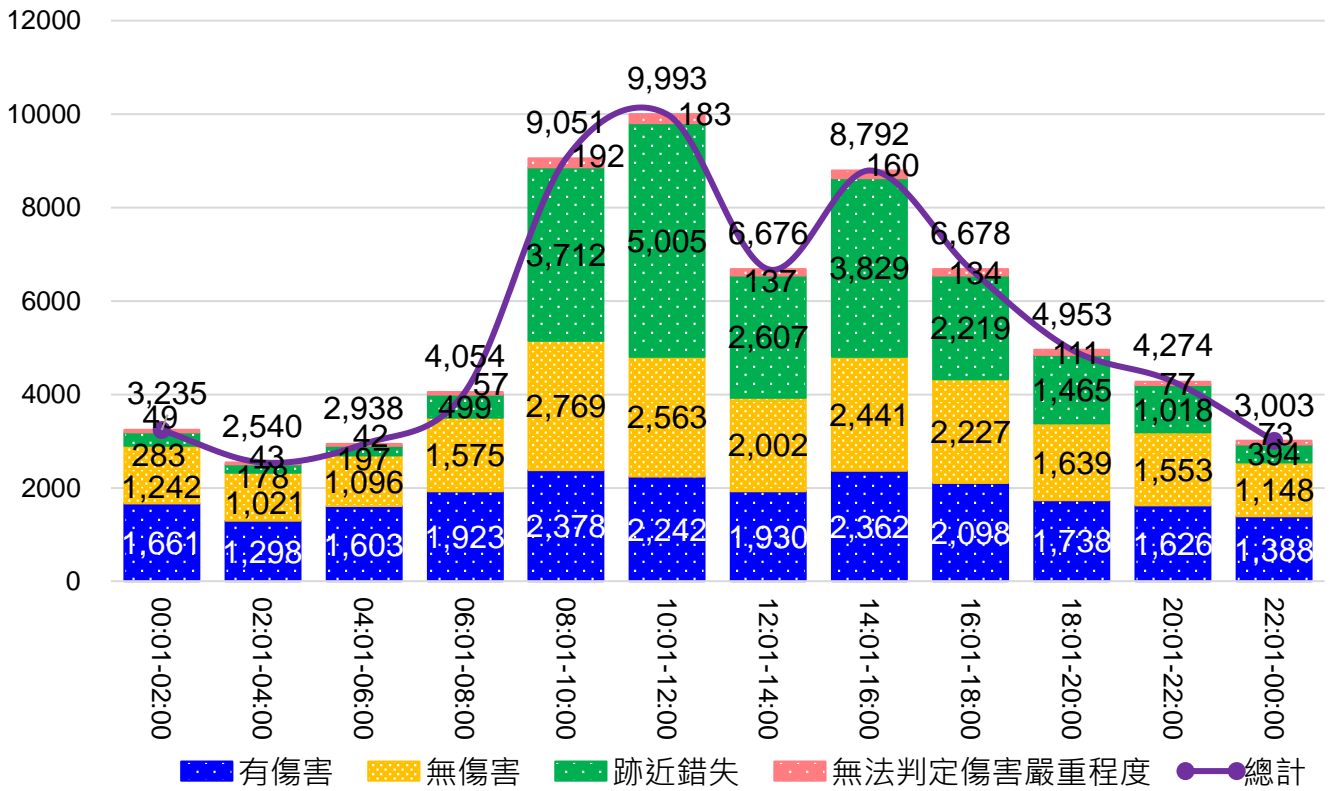


圖 4-1-0-2 醫院事件發生時段與病人健康影響程度分析 ( N=66,187 , 不含未填 727 )

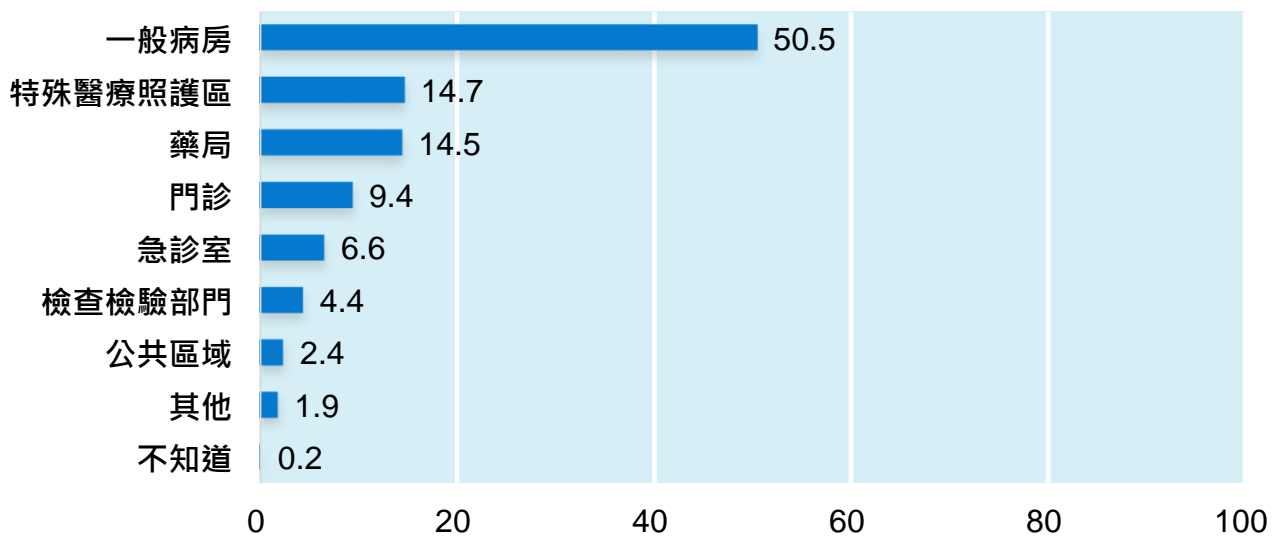


圖 4-1-0-3 醫院發生地點相對次數百分比 ( N=71,393 , 本項為複選 )

事件發生後受影響對象為病人/住民者計 66,914 例，男、女性別分別為 32,354 例 ( 48.4% ) 及 25,710 例 ( 38.4% )，未填及不知道者共 8,850 例 ( 13.2% )，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，則發生於老年的案件數為最多 ( 26,574 例，39.7% )，成年 ( 25,986 例，38.8% ) 次之，如表 4-1-0-1。事件發生後對病人健康的影響程度以跡近錯失 21,734 ( 32.5% ) 及無傷害居多 21,510 ( 32.1% )，共佔 64.6%，其次為輕度 13,361 ( 20.0% )、中度傷害 7,415 ( 11.1% )，如圖 4-1-0-4。

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。

分析各類事件發生後對病人/住民健康影響程度，死亡及極重度傷害比例最高的皆為院內不預期心跳停止事件（分別佔 90.5%、66.7%），而重度比例最高分別為院內不預期心跳停止事件（36.5%）及跌倒事件（26.4%）。中度影響比例較高的為跌倒事件（41.8%）與管路事件（32.1%），而造成跡近錯失比例最高的則分別為藥物事件（80.1%）及檢查/檢驗/病理切片事件（10.4%），如表 4-1-0-2。

表 4-1-0-1 病人/住民之年齡層與性別 (N=66,914)

性別	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	300	0.9	250	1.0	30	1.5	7	0.1	587	0.9
幼兒	478	1.5	357	1.4	22	1.1	89	1.3	946	1.4
學齡前期	265	0.8	190	0.7	12	0.6	10	0.1	477	0.7
學齡期	213	0.7	151	0.6	11	0.6	6	0.1	381	0.6
青少年	267	0.8	222	0.9	21	1.1	21	0.3	531	0.8
成年	13,812	42.7	10,000	38.9	813	41.0	1,361	19.8	25,986	38.8
老年	13,051	40.3	11,021	42.8	651	33.0	1,851	26.9	26,574	39.7
不知道	1,026	3.2	848	3.3	329	16.7	855	12.4	3,058	4.6
未填	2,942	9.1	2,671	10.4	86	4.4	2,675	39.0	8,374	12.5
<b>總計</b>	<b>32,354</b>	<b>100.0</b>	<b>25,710</b>	<b>100.0</b>	<b>1,975</b>	<b>100.0</b>	<b>6,875</b>	<b>100.0</b>	<b>66,914</b>	<b>100.0</b>

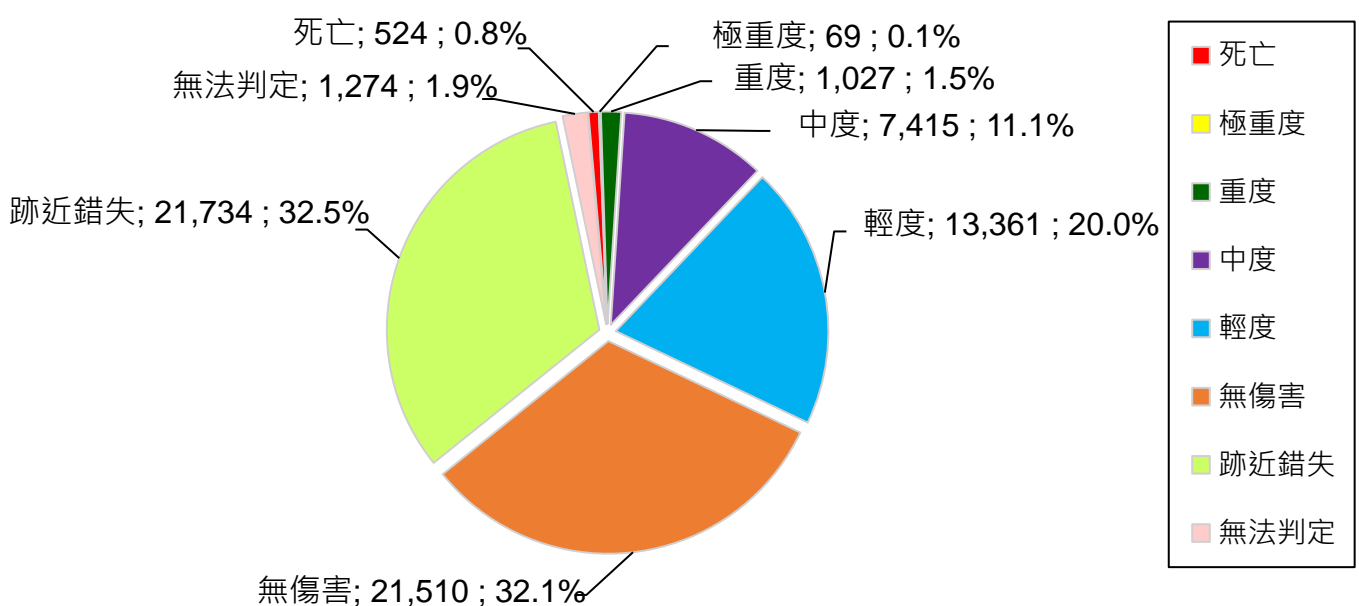


圖 4-1-0-4 醫院事件發生後對病人健康的影響程度 (N=66,914)



表 4-1-0-2 各類事件發生後對病人/住民健康影響程度 ( N=66,914 )

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	3	0.6	0	0.0	29	2.8	834	11.2	1,319	9.9	5,108	23.7	17,414	80.1*	139	10.9	24,846	37.1
跌倒事件	5	1.0	3	4.3	271	26.4	3,101	42.0*	4,311	32.3	6,525	30.5*	0	0.0	92	7.2	14,308	21.4
手術事件	3	0.6	1	1.4	42	4.1	167	2.3	293	2.2	463	2.2	1,045	4.8	91	7.1	2,105	3.1
輸血事件	0	0.0	0	0.0	4	0.4	18	0.2	16	0.1	129	0.6	401	1.8	25	2.0	593	0.9
醫療事件	21	4.0	12	17.4	186	18.1	490	6.6	486	3.6	976	4.5	174	0.8	188	14.8	2,533	3.8
公共意外	0	0.0	0	0.0	5	0.5	47	0.6	78	0.6	548	2.5	0	0.0	54	4.2	732	1.1
治安事件	3	0.6	0	0.0	5	0.5	49	0.7	70	0.5	1,119	5.2	0	0.0	181	14.2	1,427	2.1
傷害行為	3	0.6	0	0.0	14	1.4	226	3.0	423	3.2	1,060	4.9	0	0.0	29	2.3	1,755	2.6
管路事件	9	1.7	4	5.8	78	7.6	2,380	32.1	5,101	38.2*	3,042	14.1	101	0.5	68	5.3	10,783	16.1
不預期心跳停止	474	90.3*	46	66.9*	375	36.4*	16	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2	913	1.4
麻醉事件	2	0.4	1	1.4	8	0.8	32	0.4	46	0.3	9	0.0	0	0.0	4	0.3	102	0.2
檢查檢驗	0	0.0	1	1.4	2	0.2	17	0.2	1,166	8.7	1,714	8.0	2,254	10.4	309	24.3*	5,463	8.2
其他事件	1	0.2	1	1.4	8	0.8	38	0.5	52	0.4	817	3.8	345	1.6	92	7.2	1,354	2.0
總計	524	100.0	69	100.0	1,027	100.0	7,415	100.0	13,361	100.0	21,510	100.0	21,734	100.0	1,274	100.0	66,914	100.0

註: \*為各傷害程度中比例最高者

通報者以護理人員佔 63.1%最多，其次為藥事人員 17.2%、醫事檢驗人員 3.2%行政人員 2.5%、放射技術人員 1.3%、，如圖 4-1-0-5；通報者總年資以 1-5 年佔 28.4%最多，其次是 6-10 年佔 15.3%，如圖 4-1-0-6；通報者現職年資以 0-5 年佔 49.7%最多，其次為 6-10 年約 17.4%，如圖 4-1-0-7。

事件發生可能原因以人員個人（人為）因素最多（32,336 次），其次為病人生理及行為（病人）因素（24,834 次）及工作狀態/流程設計（系統）因素（16,159 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（68.7 件/百件）最多，其次為加強溝通方式（35.0 件/百件）及改變醫療照護方式（24.8 件/百件），如圖 4-1-0-8、表 4-1-0-4。

醫院別 SAC 級數分析，發現各事件類別 SAC=1 者共有 485 件，其中以院內不預期心跳停止事件 457 件為最高；SAC=2 者共有 703 件，以院內不預期心跳停止事件 340 件為最高，其次為跌倒事件 184 件；SAC=3 者有 9,079 件，以跌倒事件 3,554 件為最高，其次為管路事件 3,383 件；SAC=4 者有 25,014 件；SAC 為 NA 及 INC 者共有 31,633 件，如表 4-1-0-5。

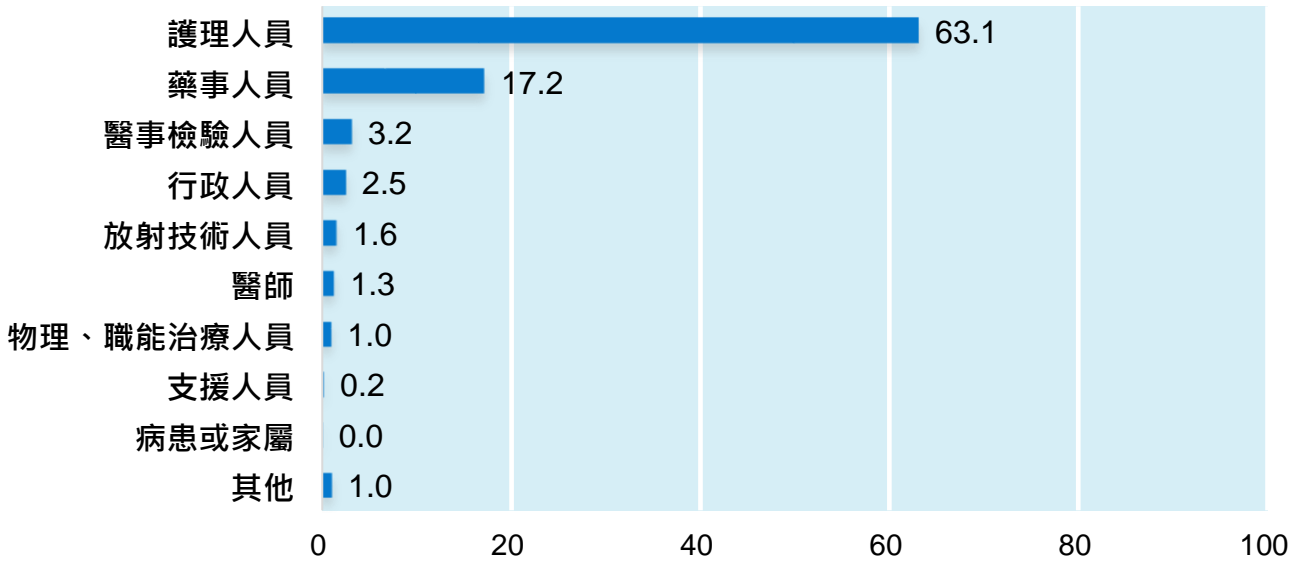


圖 4-1-0-5 通報者身分別 ( N=62,157 · 不含未填及不知道 6,046 )

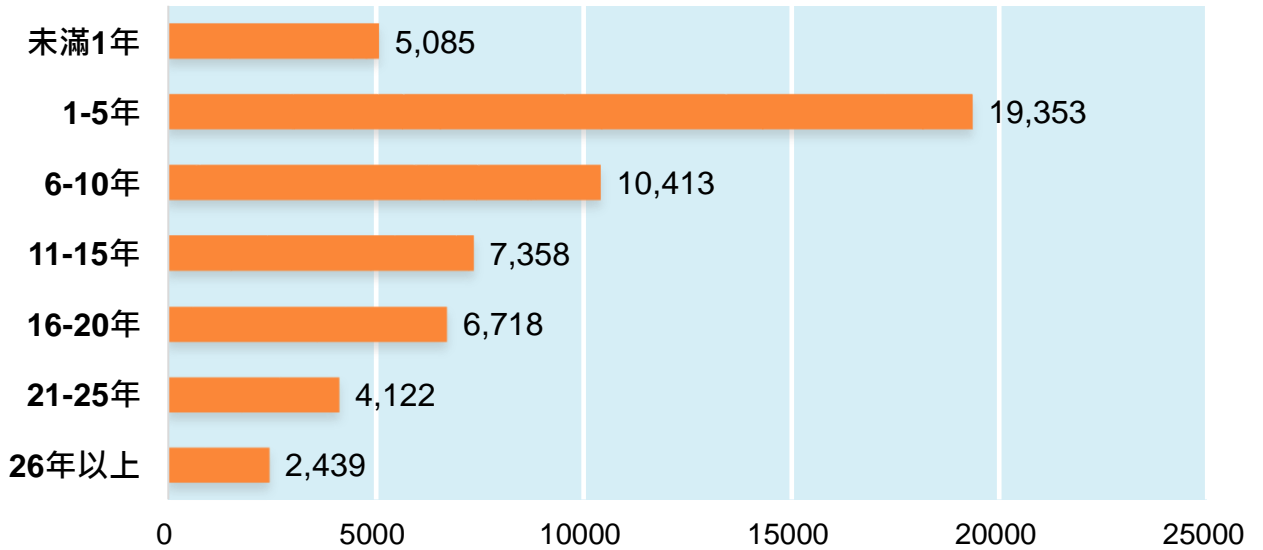


圖 4-1-0-6 通報者總年資 ( N=55,488 · 不含未填 12,715 )

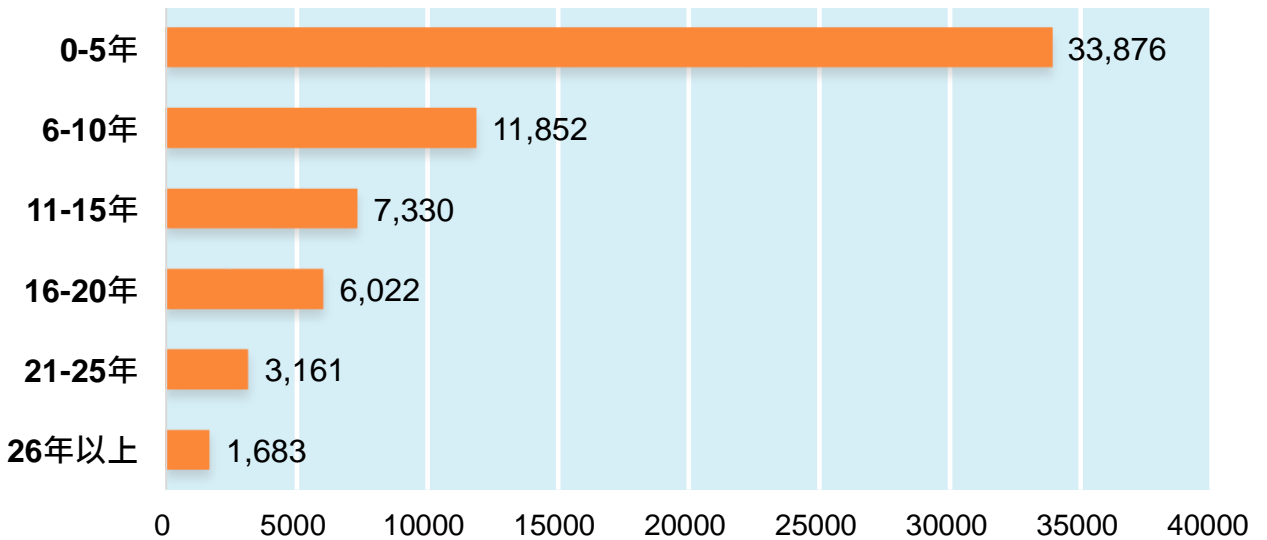


圖 4-1-0-7 通報者現職年資 ( N=63,924 · 不含未填 4,279 )

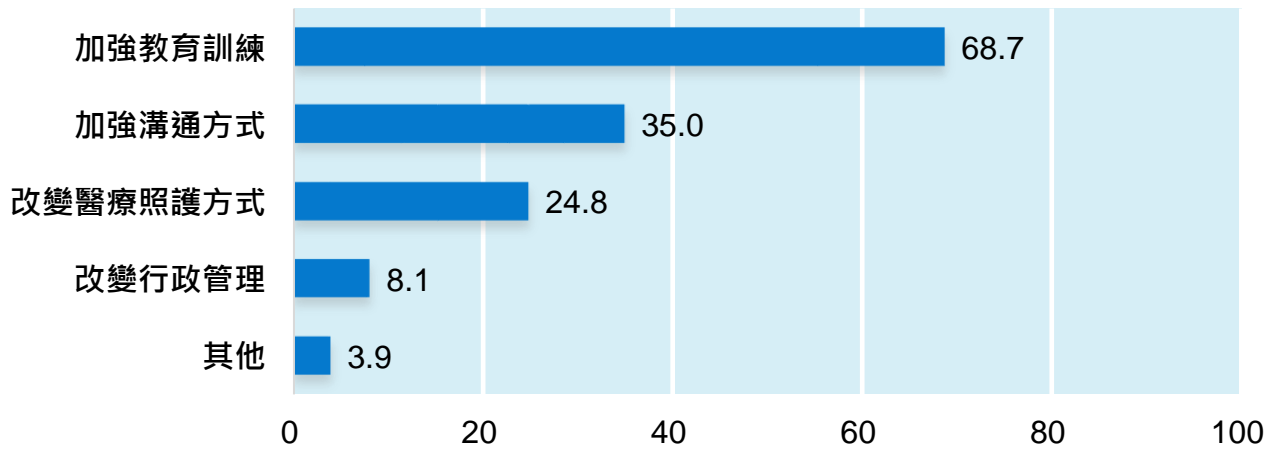


圖 4-1-0-8 預防事件再發生的措施或方法相對次數百分比 ( N=68,203 · 本項複選 )

表 4-1-0-3 事件發生可能原因 ( N=66,719 · 本項複選 · 不含其他事件 1,484 )

可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	政策	用藥	手術	其他	不知道	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	1,005	15,756	7,086	1,532	1,659	3,723	172	-	-	448	522	24,846
跌倒事件	12,257	2,306	622	1,894	1,226	2,864	92	2,243	-	69	193	14,697
手術事件	167	1,547	846	697	172	22	106	-	-	30	40	2,105
輸血事件	5	494	391	128	40	2	25	-	-	1	3	593
醫療照護	662	2,050	1,813	1,370	305	163	332	-	-	45	2	2,533
公共意外	67	208	81	100	824	307	188	-	-	19	27	1,218
治安事件	1,057	296	135	511	21	140	184	-	-	91	81	1,709
傷害行為	1,625	83	84	465	13	43	35	-	-	19	9	1,755
管路事件	6,955	5,196	2,059	3,037	297	148	101	-	-	348	196	10,783
不預期	908	103	241	77	14	7	5	-	-	10	5	915
心跳停止	65	31	13	12	15	1	8	2	2	2	1	102
麻醉事件	61	4,266	2,788	883	389	188	170	-	-	73	183	5,463
檢查檢驗	61	4,266	2,788	883	389	188	170	-	-	73	183	5,463
總計	24,834	32,336	16,159	10,706	4,975	7,608	1,418	2,245	2	1,155	1,262	66,719



表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法 ( N=68,203 · 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	16,739	8,936	1,373	8,105	931	1,279	24,846
跌倒事件	10,593	1,469	1,084	5,782	338	426	14,697
手術事件	1,379	542	160	811	110	73	2,105
輸血事件	481	170	71	132	3	2	593
醫療照護	1,874	959	318	1,033	58	104	2,533
公共意外	312	62	744	186	84	97	1,218
治安事件	788	103	221	757	146	62	1,709
傷害行為	1,037	354	127	880	75	60	1,755
管路事件	8,038	1,903	328	3,983	262	291	10,783
不預期 心跳停止	864	750	40	207	20	25	915
麻醉事件	65	20	5	43	14	15	102
檢查檢驗	3,646	1,381	631	1,427	328	209	5,463
其他事件	1,062	283	399	496	23	39	1,484
<b>總計</b>	<b>46,878</b>	<b>16,932</b>	<b>5,501</b>	<b>23,842</b>	<b>2,392</b>	<b>2,682</b>	<b>68,203</b>



表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布 ( N=66,914 )

事件類別 SAC	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	NA	INC	小計	
藥物事件	N	2	15	816	4,922	17,834	1,257	24,846
	%	0.0	0.1	3.3	19.8	71.7	5.1	100.0
跌倒事件	N	3	184	3,554	7,832	1,556	1,179	14,308
	%	0.0	1.3	24.8	54.8	10.9	8.2	100.0
手術事件	N	1	15	150	619	1,195	125	2,105
	%	0.0	0.7	7.1	29.4	56.9	5.9	100.0
輸血事件	N	0	1	13	110	419	50	593
	%	0.0	0.2	2.2	18.5	70.7	8.4	100.0
醫療照護	N	13	90	361	1,057	794	218	2,533
	%	0.5	3.6	14.3	41.7	31.3	8.6	100.0
公共意外	N	0	2	34	482	144	70	732
	%	0.0	0.3	4.6	65.8	19.7	9.6	100.0
治安事件	N	1	3	45	852	319	207	1,427
	%	0.1	0.2	3.2	59.6	22.4	14.5	100.0
傷害行為	N	0	7	298	1,077	264	109	1,755
	%	0.0	0.4	17.0	61.4	15.0	6.2	100.0
管路事件	N	6	38	3,383	5,428	968	960	10,783
	%	0.1	0.4	31.4	50.2	9.0	8.9	100.0
不預期	N	457	340	82	2	30	2	913
	%	50.1	37.2	9.0	0.2	3.3	0.2	100.0
心跳停止	N	1	4	24	57	16		102
	%	1.0	3.9	23.5	55.9	15.7	0.0	100.0
檢查檢驗	N	0	0	292	1,915	2,741	515	5,463
	%	0.0	0.0	5.3	35.1	50.2	9.4	100.0
其他事件	N	1	4	27	661	530	131	1,354
	%	0.1	0.3	2.0	48.8	39.1	9.7	100.0
總計	N	485	703	9,079	25,014	26,810	4,823	66,914
	%	0.7	1.1	13.6	37.4	40.0	7.2	100.0

\*註：NA 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、不知道，或事件再發生的機會為不知道無法計算者；INC 包括事件發生後對病人健康的影響程度為未填，或事件再發生機會為未填等無法計算者。



## (一) 醫院-藥物事件

發生在醫院受影響對象為病人之藥物事件共 24,846 件。醫院藥物事件發生時段分布趨勢呈現兩波高峰，分別在 10:01~12:00 (共 5,102 件，佔 20.9%)、08:01-10:00 (共 4,069 件，佔 16.7%) 及 14:01-16:00 (共 4,050 件，佔 16.6%)。醫院藥物事件發生後對病人健康有傷害的事件高峰時段以 08:01~10:00 共 322 件為最多，如圖 4-1-1-1。

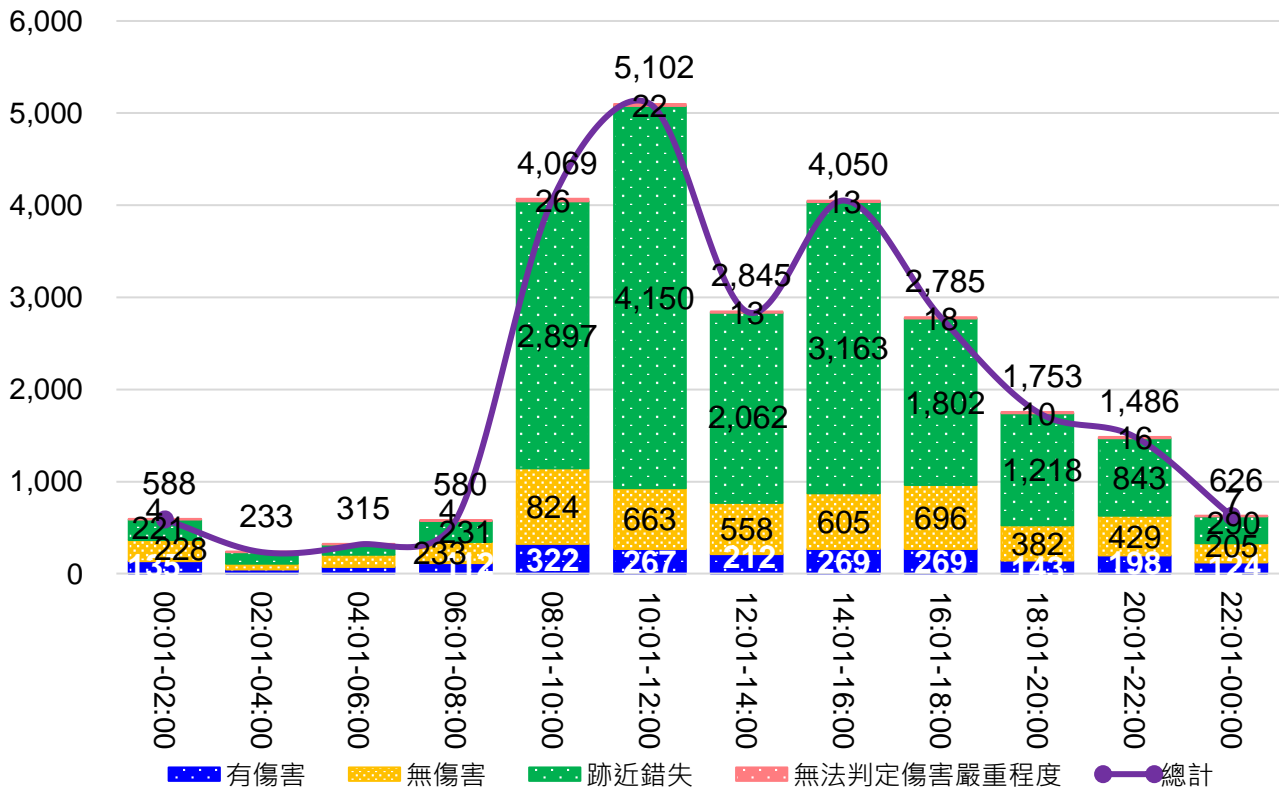


圖 4-1-1-1 醫院藥物事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析  
(病人事件數 N=24,432，不含未填 414 件)

醫院藥物事件發生地點以藥局為主 (39.4 件/百件)，其次是一般病房 (含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域) (30.9 件/百件)，如圖 4-1-1-2。發生藥物事件之病人/住民性別以男性為主，共 10,965 件 (佔 44.1%)；年齡以 19-64 歲為最多，共 9,116 件 (佔 36.7%)。將性別與年齡層進行交叉分析後發現，男性以 19-64 歲為最多，共 4,253 件 (佔 38.8%)；女性亦以 19-64 歲最多，共 4,011 件 (佔 38.4%)，如表 4-1-1-1。

由藥物事件發生後對病人健康影響程度上來看，以跡近錯失為最多，共 17,414 件 (佔 70.1%)，其次為無傷害共 5,108 件 (佔 20.6%)。有傷害事件中，以輕度事件共 1,319 件 (佔 5.3%) 為最多，如圖 4-1-1-3。

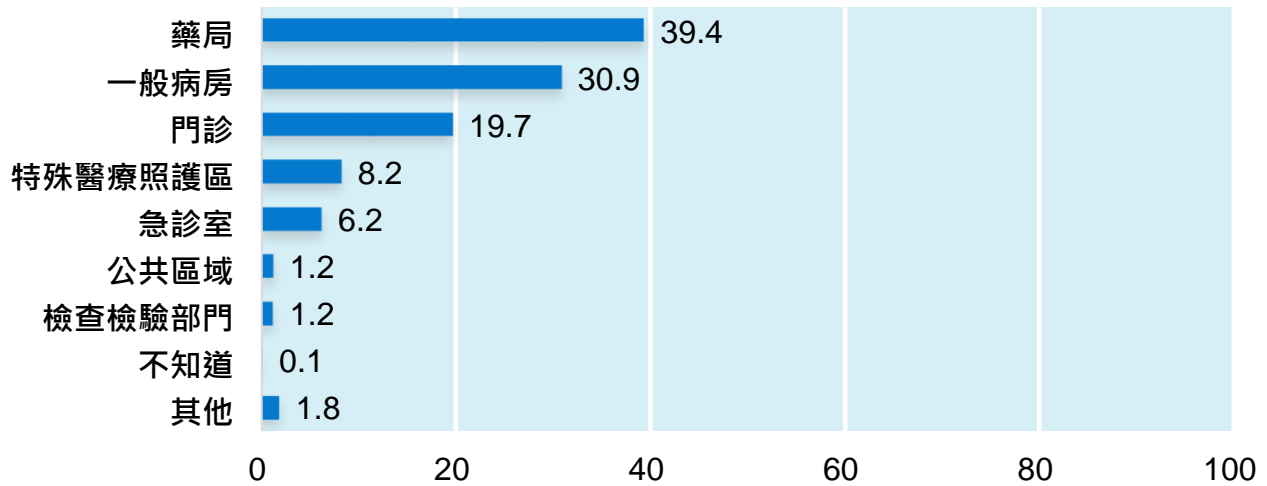


圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比  
( N=24,846 ; 此項目為複選 )

表 4-1-1-1 醫院藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析  
( N=24,846 · 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	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	140*	1.3	109	1.0	14	2.4	3	0.1	266	1.1
幼兒	271*	2.5	200	1.9	8	1.4	62	2.2	541	2.2
學齡前期	189*	1.7	135	1.3	9	1.6	8	0.3	341	1.4
學齡期	149*	1.4	109	1.0	6	1.0	5	0.2	269	1.1
青少年	127*	1.2	83	0.8	6	1.0	9	0.3	225	0.9
成年	4,253*	<u>38.7</u>	4,011	<u>38.5</u>	210	36.7	642	22.5	9,116	36.7
老年	3,470	31.6	3,524*	33.7	154	26.8	838	29.2	7,986	32.1
不知道	254*	2.3	253	2.4	155	27.0	608	21.3	1,270	5.1
未填	2,112*	19.3	2,024	19.4	12	2.1	684	23.9	4,832	19.4
總計	10,965	100	10,448	100	574	100	2,859	100	24,846	100

醫院藥物事件發生階段以醫囑開立與輸入( 58.0 件/百件 )為最多，其次為給藥階段( 23.4 件/百件 )、藥局調劑階段( 16.4 件/百件 )，如圖 4-1-1-4。從「醫囑開立與輸入階段」細項來看，以劑量錯誤( 16.1 件/百件 )為最多，數量錯誤( 15.7 件/百件 )次之，再次之為劑量錯誤( 14.5 件/百件 )，如圖 4-1-1-5。而在藥局調劑錯誤階段細項中，則以藥名錯誤( 47.9 件/百件 )最多，數量錯誤( 18.5 件/百件 )次之，如圖 4-1-1-6。另外在給藥錯誤階段細項中，以劑量錯誤( 19.5 件/百件 )為最多，遺漏給藥( 13.5 件/百件 )次之，再次之為藥名錯誤( 13.2 件/百件 )如圖 4-1-1-7。

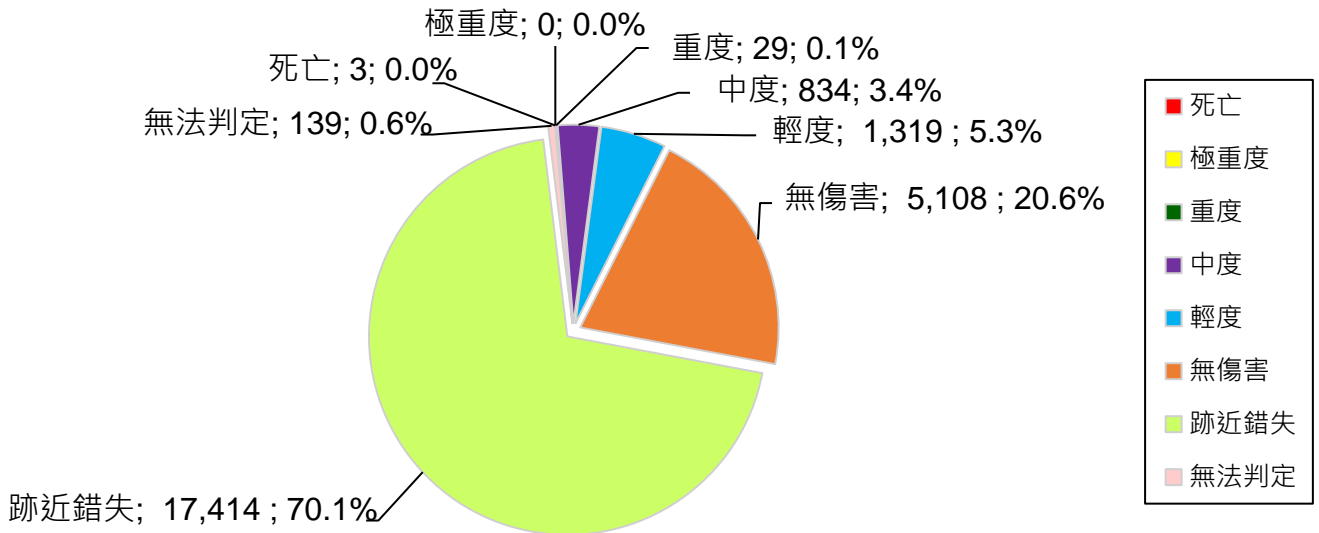


圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度 ( N=24,846 )

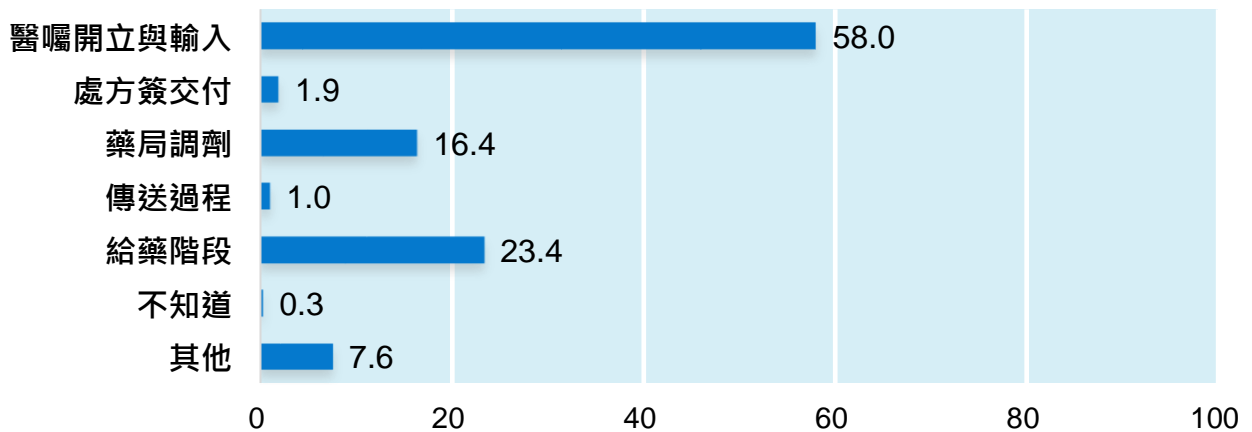


圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段相對次數百分比

( N=24,846 ; 此項目為複選 )

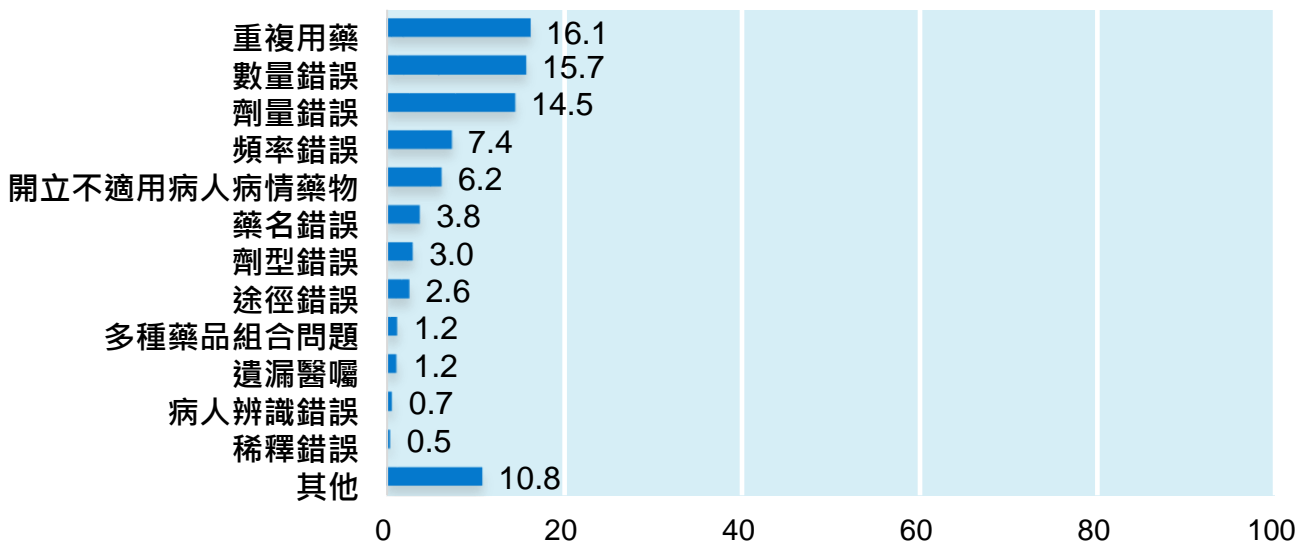


圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段明細

( N=14,420 ; N 為醫囑開立與輸入階段事件數 ; 此項目為複選 )

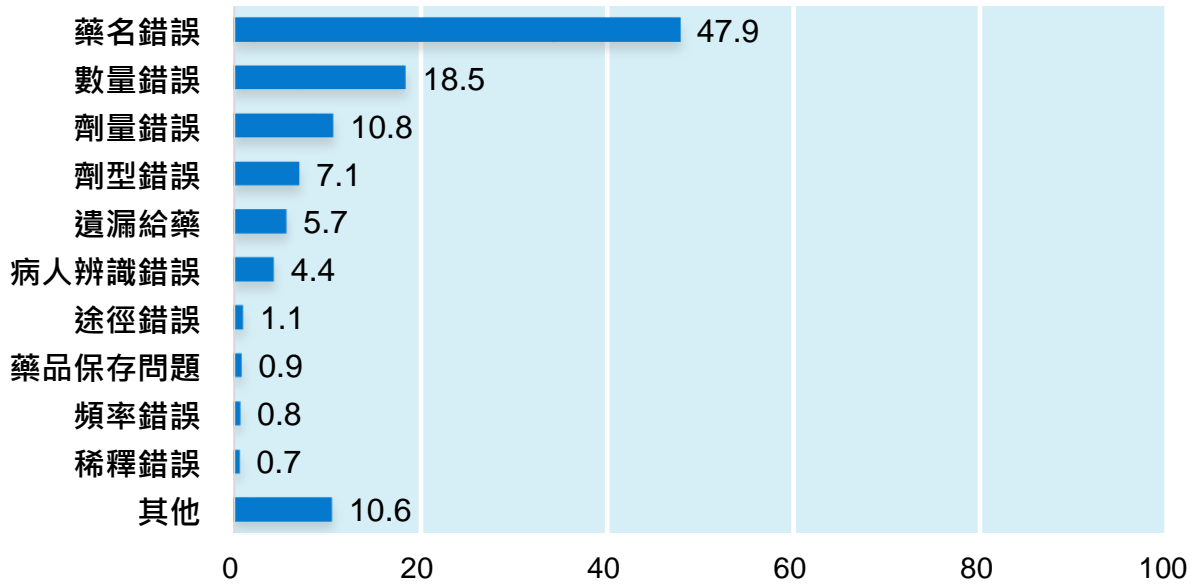


圖 4-1-1-6 醫院藥物事件藥局調劑錯誤階段明細  
( N=4,065 ; N 為藥局調劑階段事件數 ; 此項目為複選 )

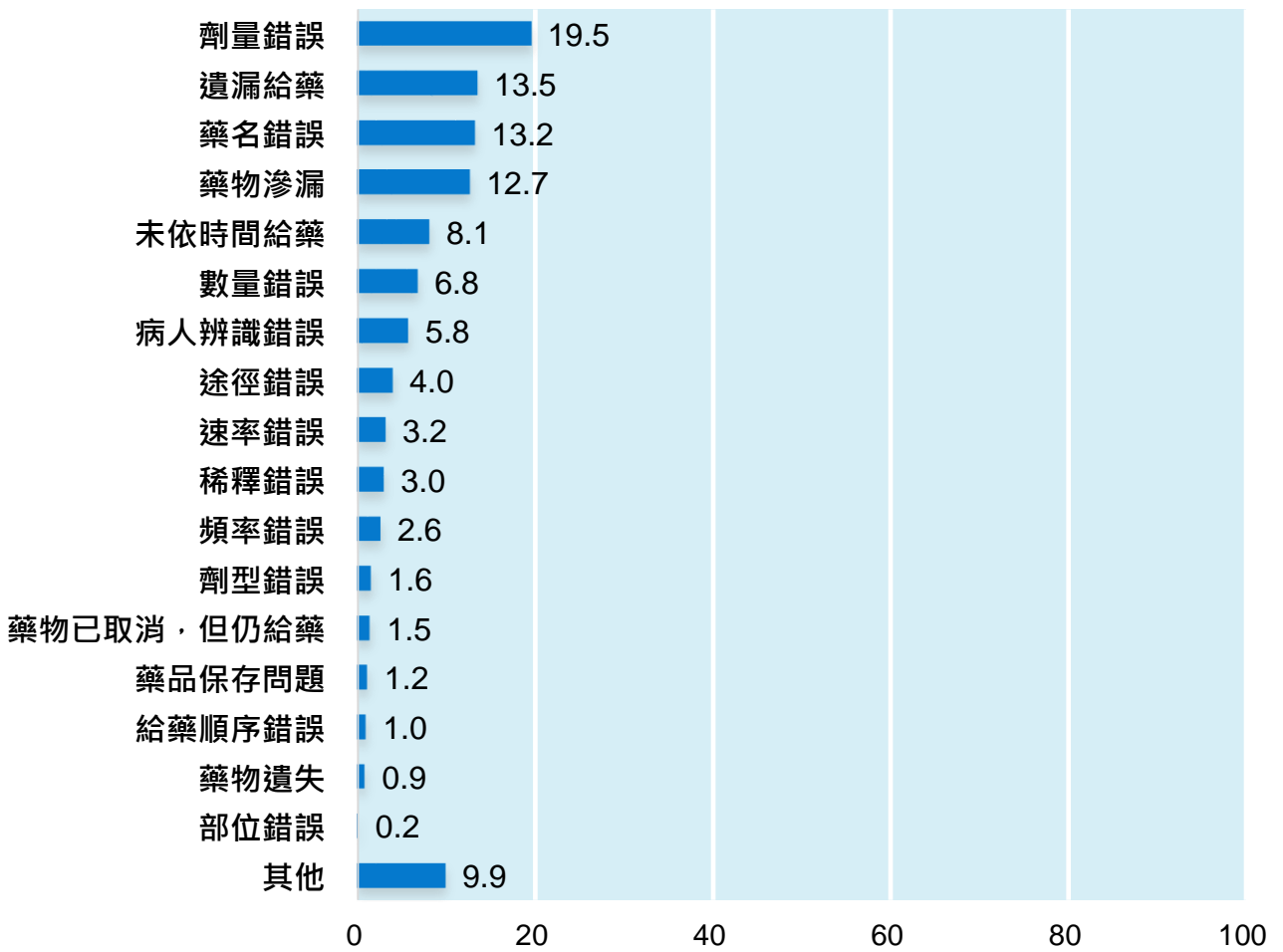


圖 4-1-1-7 醫院藥物事件給藥錯誤階段明細  
( N=5,802 ; N 為給藥階段事件數 ; 此項目為複選 )

若以醫囑開立與輸入、藥局調劑和給藥階段中共同的錯誤項目來看，頻率錯誤最常發生於醫囑開立與輸入錯誤階段，藥名錯誤多發生於藥局調劑錯誤階段，而稀釋錯誤則有 60% 以上發生在給藥錯誤階段，如圖 4-1-1-8。

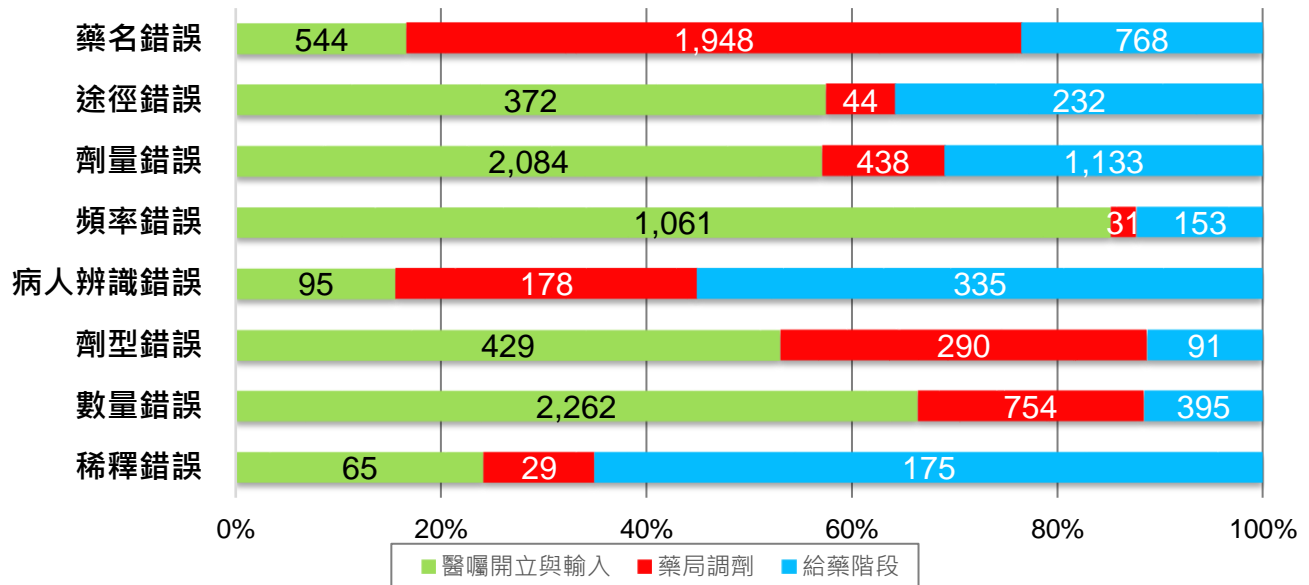


圖 4-1-1-8 醫院藥物事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析  
( N= 12,743 ; 此項目為複選 )

依用藥作業流程來看 ( 依序為醫囑開立與輸入、藥局調劑及給藥階段 )，14,420 件「醫囑開立與輸入階段」中有 12,844 件為此階段單一錯誤，僅有 329 件錯誤未被察覺，繼續發生到給藥階段，最終有 46 件錯誤事件未被護理人員攔截而影響到病人，如圖 4-1-1-9。而在「藥局調劑階段」發生的 4,065 件藥物事件中，有 235 件錯誤未被護理人員發現，以致對病人健康造成影響。

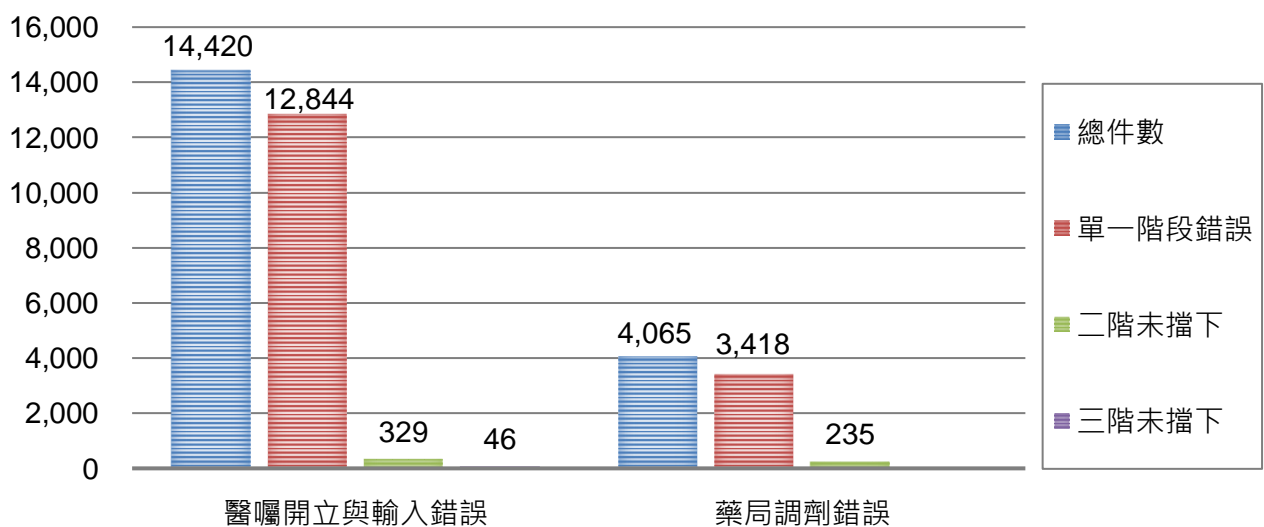


圖 4-1-1-9 醫院藥物事件錯誤發生階段與各階段未擋下件數

將藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度進行交叉分析後發現，醫囑開立階段發生的跡近錯失共 13,227 件為最多，而有對病人健康造成傷害的事件最常發生在給藥階段，以輕度 1,109 件最多，其次為中度 621 件、重度 23 件及死亡 3 件，由於是給藥過程的最後環節，因此當錯誤發生又未及時攔截，造成傷害的情形即會多於其他階段，如圖 4-1-1-10。

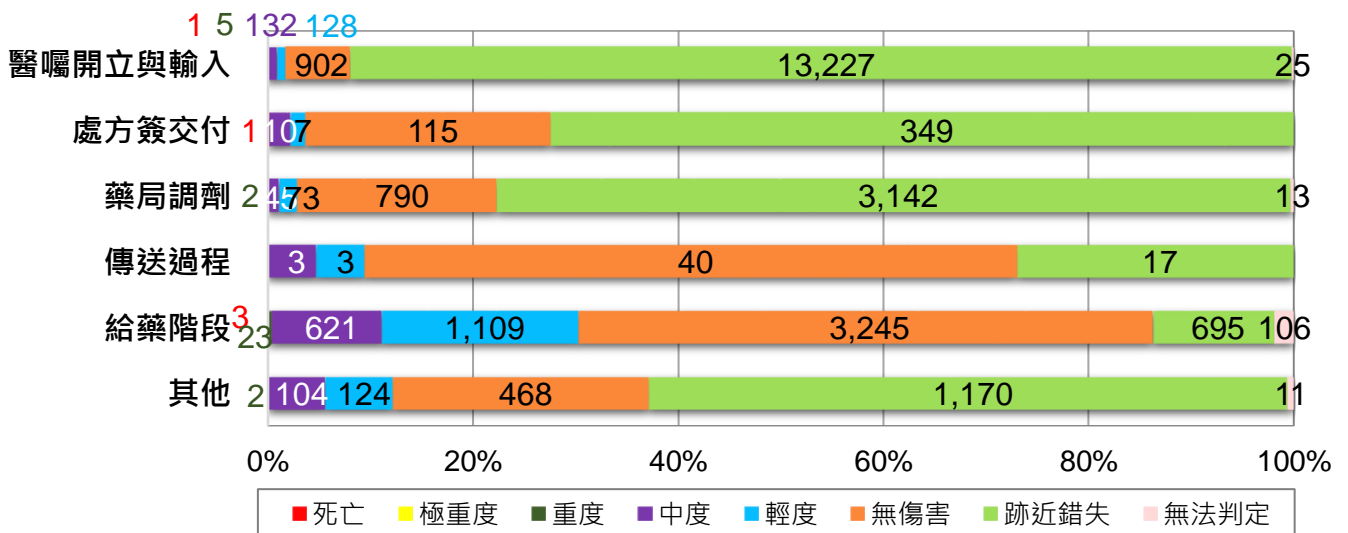


圖 4-1-1-10 醫院藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度交叉分析  
( N=27,905 ; 錯誤發生階段為複選 )

醫院藥物事件發生可能原因中，「與人員因素相關 ( 人為 )」因素 ( 63.4 件/百件 ) 為最多，其次為「與工作狀態/流程因素相關 ( 系統 )」因素 ( 28.5 件/百件 )，如圖 4-1-1-11。依醫院藥物事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 2 件，SAC = 2 者有 15 件，SAC = 3 者有 816 件 ( 佔 3.3% )，SAC = 4 有 4,922 件 ( 佔 19.8% )，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 19,091 件 ( 佔 76.8% )，如表 4-1-0-5。

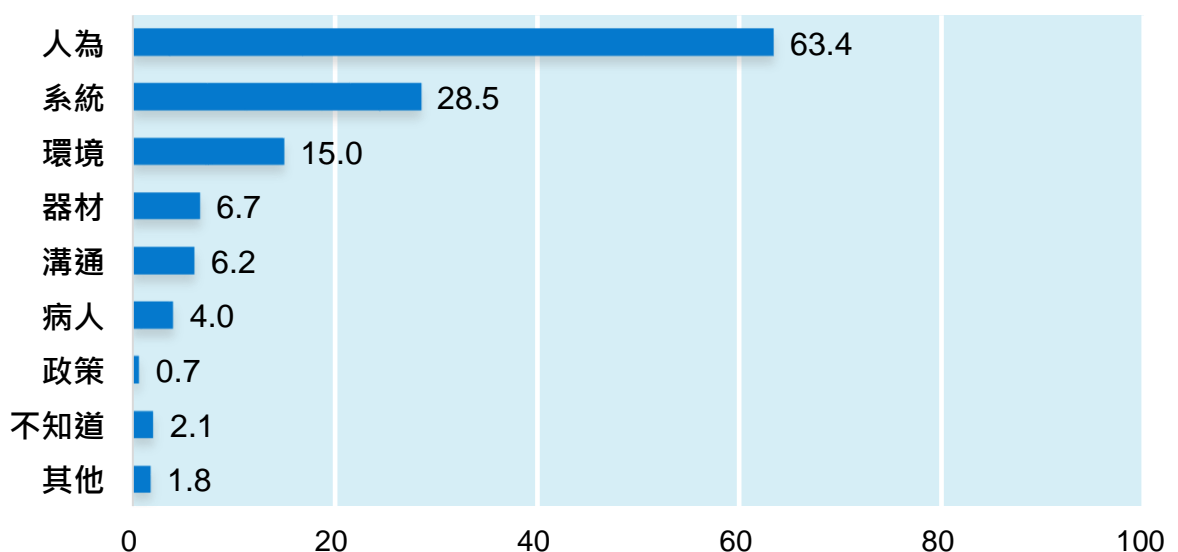


圖 4-1-1-11 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比  
( N=24,846 ; 此項目為複選 )

## (二) 醫院-跌倒事件

2020 年 TPR 通報系統蒐集發生於醫院之跌倒事件共 14,697 件，其中受影響對象為病人的共 14,308 件，由於發生於病人之跌倒事件佔絕大多數，故本章節僅以影響對象為病人者之通報事件進行資料分析。

醫院跌倒事件發生時段集中於 06:01~12:00 (共 4,241 件，佔 30.0%)，其中以 10:00~12:00 共 1,427 件為多，如圖 4-1-2-1。醫院病人跌倒事件發生地點以一般病房 (含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域) 為主，約每百件通報病人跌倒事件就有 79.2 件發生在一般病房，如圖 4-1-2-2。

醫院發生跌倒事件之病人性別以男性為多，共 7,651 件 (約 53.5%)；年齡以 65 歲以上為最多，共 6,538 件 (佔 45.7%)。將性別與各年齡層進行交叉分析，男、女性皆以 65 歲以上為最多，男性共 3,490 件 (佔 45.6%)，女性共 2,622 件 (佔 48.0%)，如表 4-1-2-1。由跌倒事件發生後對病人健康影響程度上來看，以無傷害共 6,252 件 (佔 46.5%) 為最多，其次為輕度共 4,311 件 (佔 30.1%)，如圖 4-1-2-3。進一步檢視嚴重度為極重度以上之病人跌倒事件後發現，病人於行進時有 3 件、進出洗手間時 2 件、上下床移位時 1 件、如廁時 1 件、洗澡時 1 件，因步態不穩和高危險群病人執意自行下床或活動而導致跌倒事件發生 (佔極重度以上事件 62.5%)。

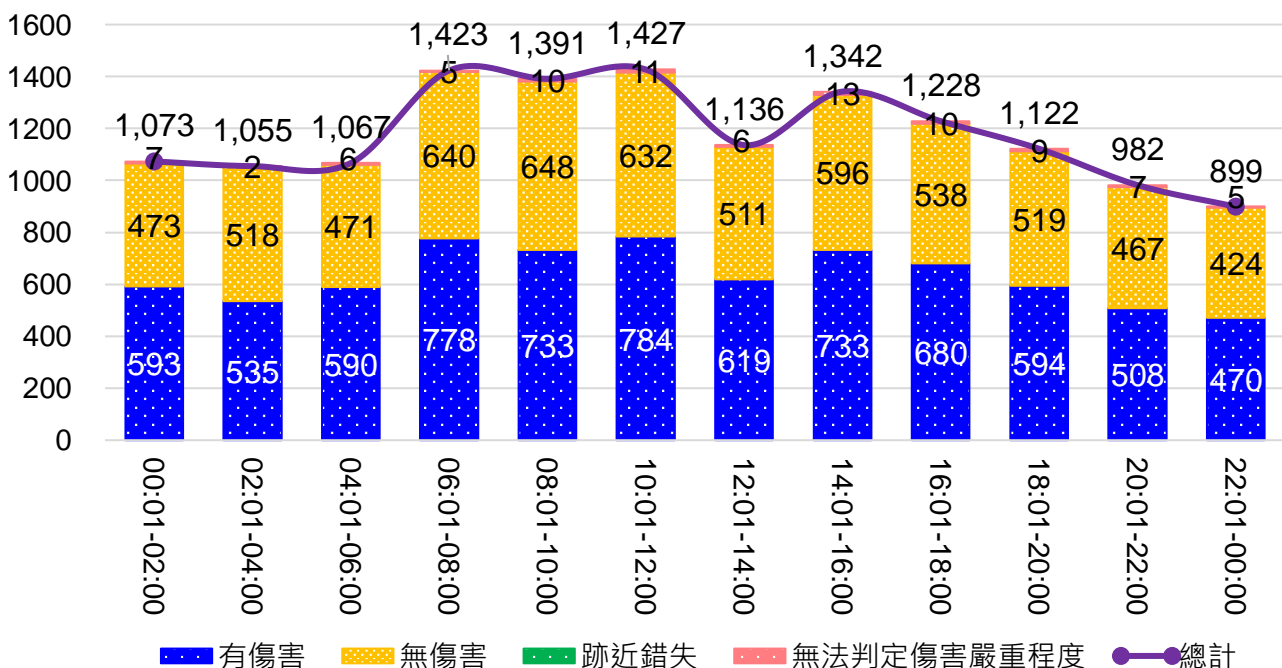


圖 4-1-2-1 醫院病人跌倒發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析

(N=14,145，不含未填 163 件)

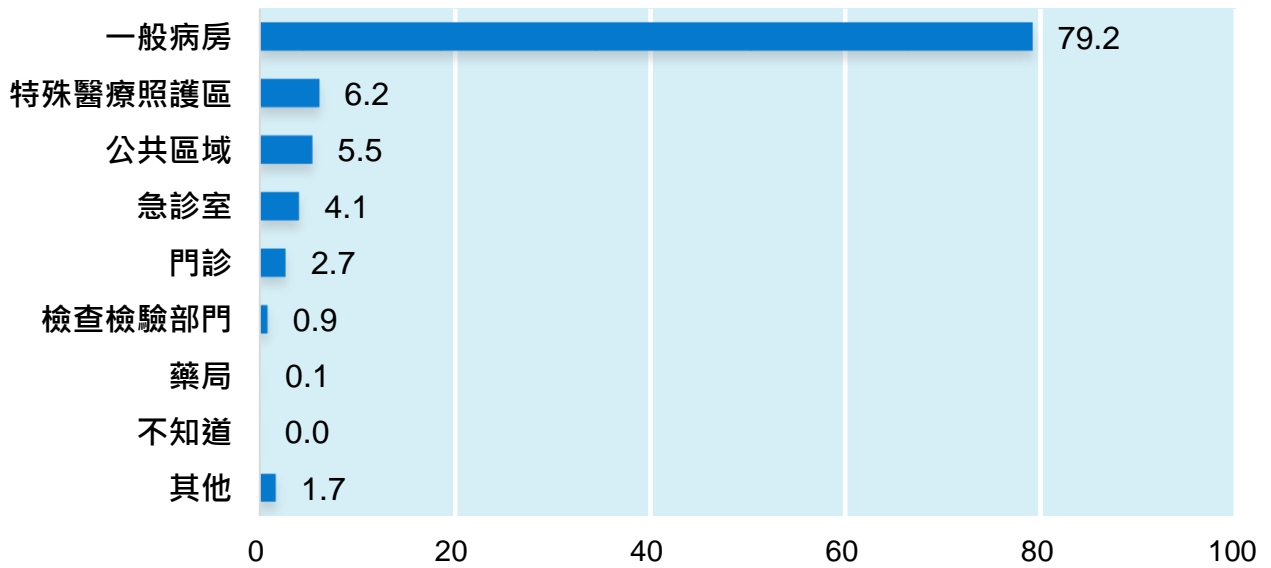


圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒發生地點相對次數百分比

( N=14,308 ; N 為病人數 ; 此項目為複選 )

表 4-1-2-1 醫院跌倒事件病人/住民性別與年齡層交叉分析

( N=14,308 · 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	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	36*	0.5	22	0.4	2	0.5	0	0.0	60	0.4
幼兒	138*	1.8	87	1.6	10	2.6	5	0.6	240	1.7
學齡前期	36*	0.5	17	0.3	2	0.5	0	0.0	55	0.4
學齡期	17*	0.2	7	0.1	3	0.8	0	0.0	27	0.2
青少年	30	0.4	34*	0.6	6	1.5	3	0.4	73	0.5
成年	3,451*	45.1	2,317	42.5	206	<u>52.8</u>	274	33.9	6,248	43.7
老年	3,490*	<u>45.6</u>	2,622	<u>48.0</u>	151	38.7	275	<u>34.0</u>	6,538	45.7
不知道	202*	2.6	169	3.1	9	2.3	2	0.2	382	2.7
未填	251*	3.3	183	3.4	1	0.3	250	30.9	685	4.8
總計	7,651	100.0	5,458	100.0	390	100.0	809	100.0	14,308	100.0



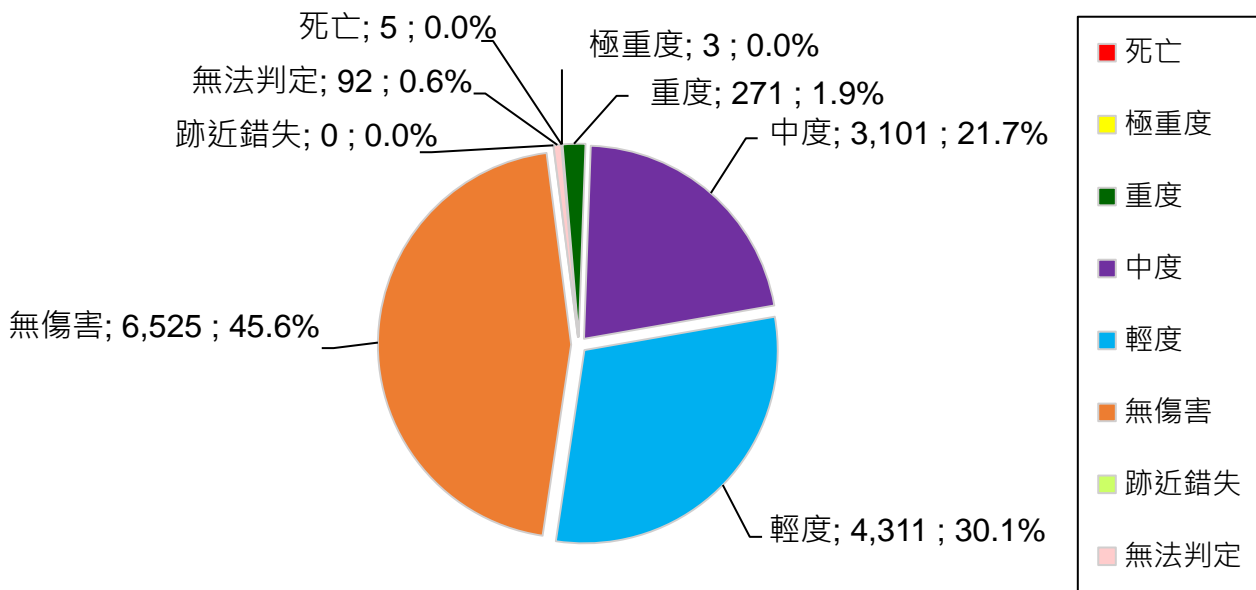


圖 4-1-2-3 醫院跌倒案件對病人的影響程度 (N=14,308)

醫院病人跌倒事件發生時活動以「上下床移位時」共 3,114 件 (佔 21.8%) 為最多，其次為「行進時」共 3,085 件 (佔 21.6%)、「如廁時」1,519 件 (10.6%)，如圖 4-1-2-4。若針對跌倒事件發生後對病人健康影響程度在重度以上的事件來看，則以「行進時」共 90 件 (佔 32.3%) 為最多。另將病人跌倒事件發生時從事之活動過程與發生時段進行交叉分析後可發現，因從事「上下床移位時」及「如廁時」活動導致跌倒之事件多發生於凌晨 00:01~08:00 時段，可見病人易因夜間下床活動或如廁而跌倒；從事「行進時」活動而發生之跌倒事件則集中於 06:01~12:00 的白天時段，如圖 4-1-2-5。

將醫院病人跌倒事件發生前獨立活動能力與從事之活動過程進行交叉分析，發現事件發生前獨立活動能力為「獨立」之個案，在跌倒時從事的活動以「行進時」(1,565 件，佔 30.9%) 最多；活動能力為「需協助」之個案，在跌倒時從事的活動以「上下床移位時」(1,946 件，佔 26.0%) 最多、「行進時」(1,275 件，佔 17.0%) 次之；而活動能力為「完全依賴」之個案，跌倒時從事的活動以「上下床移位時」(257 件，佔 27.2%) 最多，「臥床休息或活動時」(246 件，佔 26.0%) 次之，可見於進行此兩項活動之完全依賴個案需特別輔助和注意，如圖 4-1-2-6。

以醫院病人跌倒次數分析，最近一年曾經有跌倒過的個案共 4,312 件 (佔 30.1%)；而於跌倒事件發生前，有 10,553 位 (佔 73.8%) 病人被評估為跌倒高危險族群。將兩者進行交叉分析後發現，評估為跌倒高危險族群的病人在最近一年曾有跌倒經驗者共 3,794 件，佔所有高危險族群病人的 36.0%，如圖 4-1-2-7。

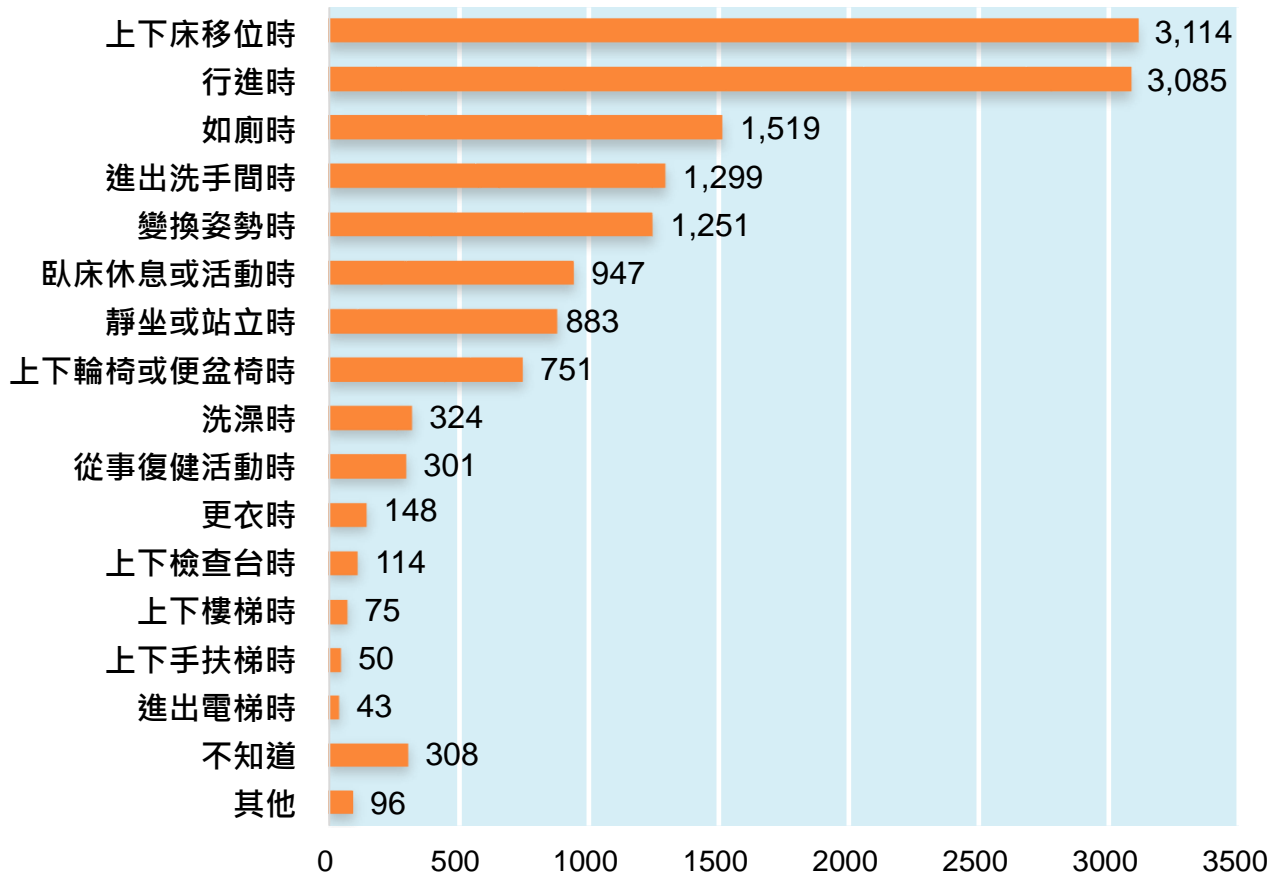


圖 4-1-2-4 醫院病人發生跌倒時主要從事的活動 ( N=14,308 )

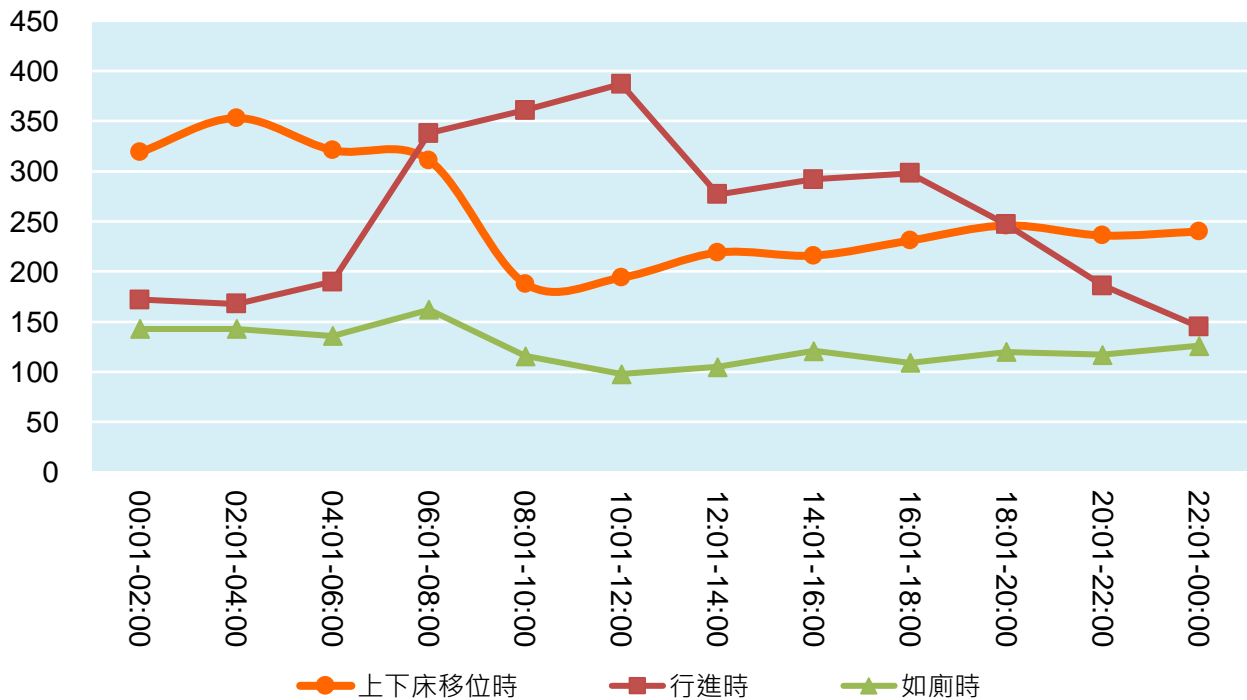


圖 4-1-2-5 醫院病人跌倒事件發生時段與跌倒時主要從事活動過程交叉分析 ( N=7,631 , 不含未填 87 件 )

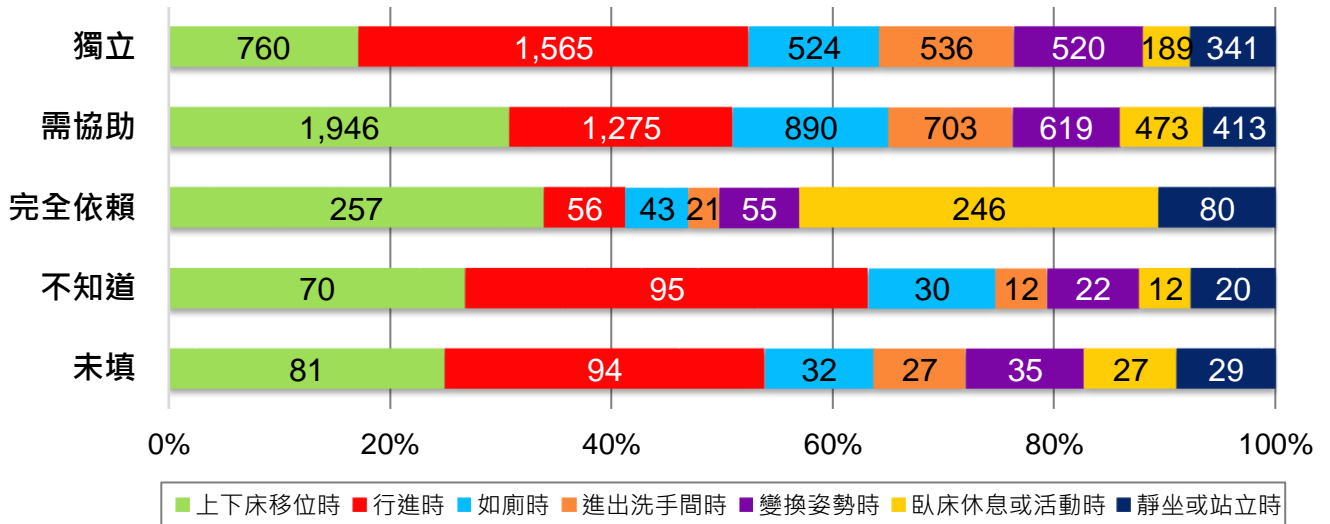


圖 4-1-2-6 醫院病人跌倒事件發生時從事活動與跌倒前獨立活動能力評估交叉分析  
( N=12,098 )

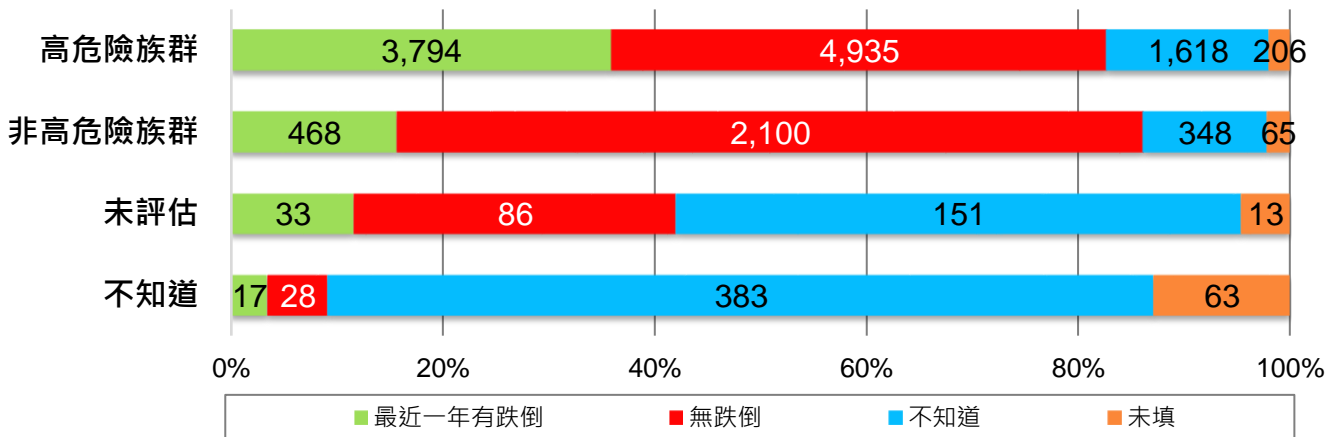


圖 4-1-2-7 醫院跌倒病人是否為高危險族群與最近一年跌倒次數交叉分析 ( N=14,308 )

醫院病人跌倒事件發生時，病人身邊無陪伴者共 7,199 件 ( 佔 50.3% )，較有陪伴者共 5,808 件 ( 佔 40.6% ) 為多。將跌倒時陪伴情形與發生時段做交叉分析後發現，在 00 : 01 ~ 06 : 00 時段中，病人在有陪伴者 ( 1,560 件 ) 陪伴的情況下比無陪伴者 ( 1,333 件 ) 跌倒事件數高，此結果可能與病人於凌晨想活動卻又不想喚醒休息中的陪伴者有關，如圖 4-1-2-8。

醫院病人跌倒事件發生時，無使用輔具的個案共 10,233 件 ( 佔 71.5% ) 較有使用輔具者共 2,726 件 ( 佔 19.1% ) 為多。將跌倒時病人輔具使用情形與對病人健康影響程度進行交叉分析，發現無使用輔具者有造成傷害之事件共 5,534 件，佔所有無使用輔具者的 54.1%，其中嚴重度為重度以上共 179 件 ( 佔所有事件的 1.3% )，而有使用輔具者嚴重度為重度以上之事件共 59 件 ( 佔所有事件的 0.4% )，如圖 4-1-2-9。



將醫院跌倒事件發生時從事「上下床移位時」和「臥床休息或活動時」之個案，其床欄使用情形與對病人健康影響程度進行交叉分析，發現事件發生時床欄使用情形為「未拉上」的病人，其有傷害的事件數佔 56.7%為最高，其次為「兩側全拉上」的病人佔 51.6%，次之為「單側或部分拉上」的病人佔 49.9%、「不知道」的病人佔 49.1%，圖 4-1-2-10。

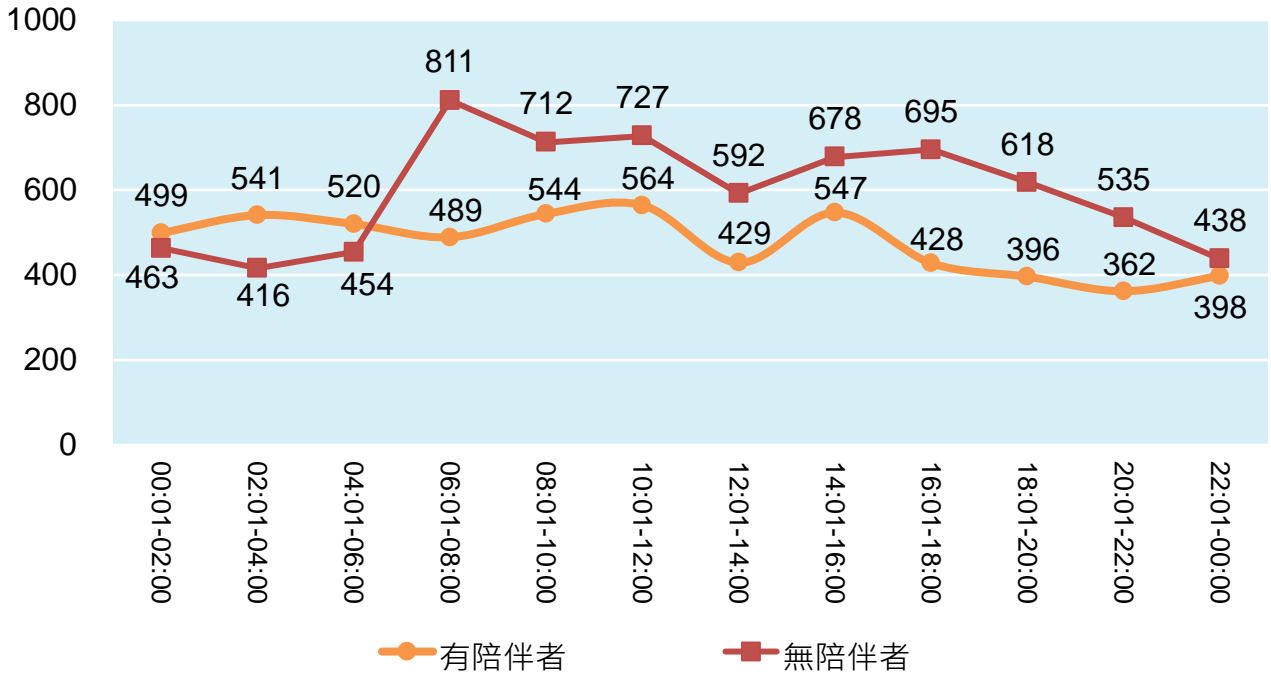


圖 4-1-2-8 醫院病人跌倒事件發生時段與有無陪伴者交叉分析 (N=12,856，不含未填 1,452 件)

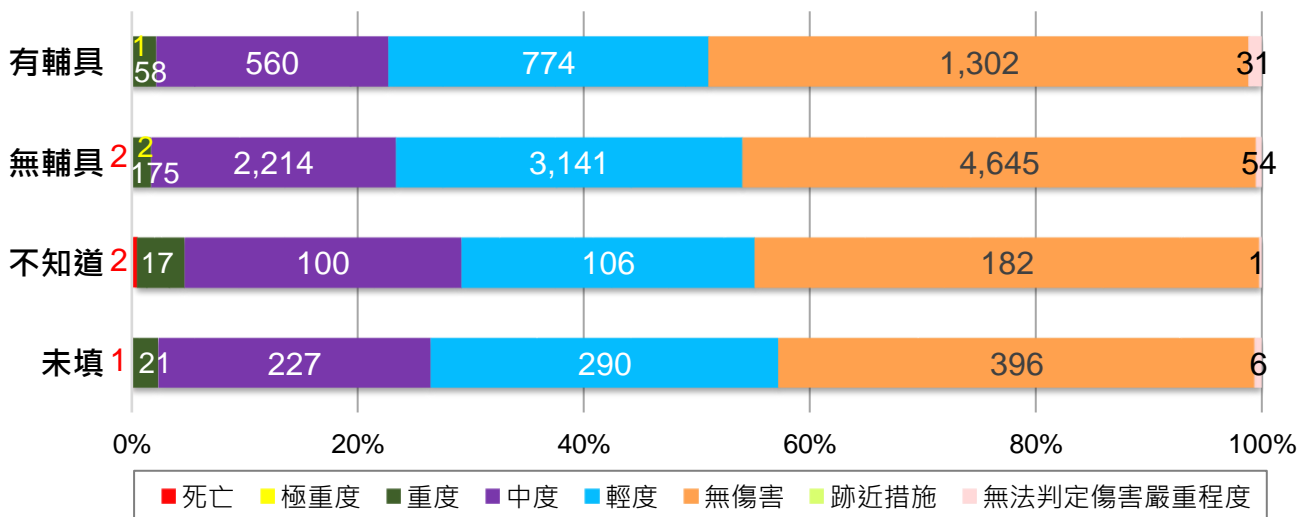


圖 4-1-2-9 醫院跌倒事件發生時有無使用輔具與病人健康影響程度交叉 (N=14,308)

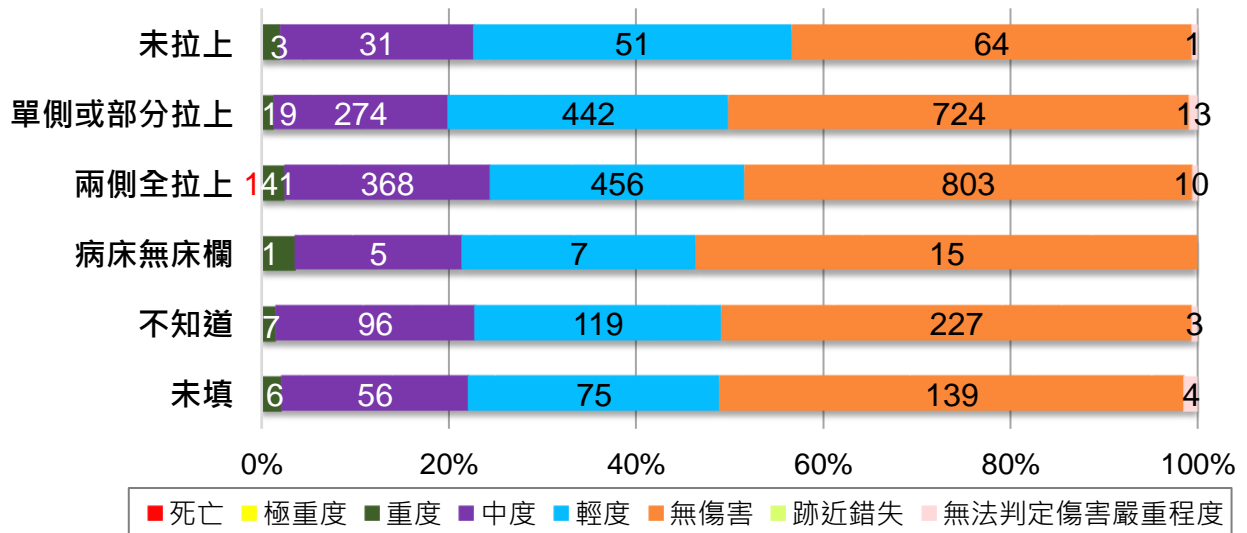
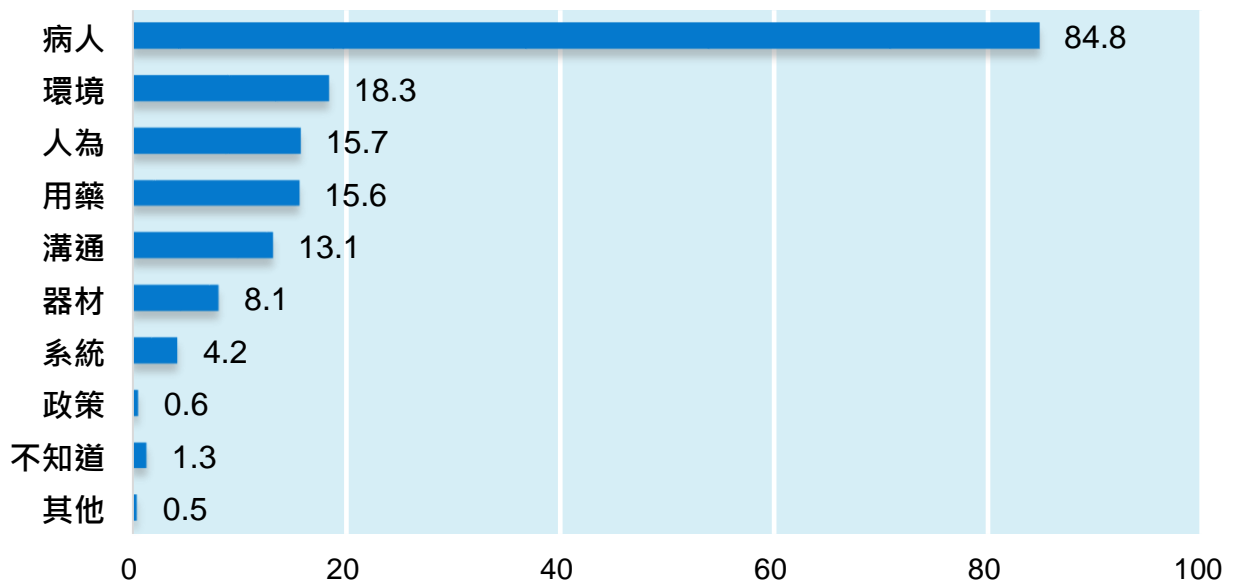


圖 4-1-2-10 醫院跌倒事件發生於上下床和臥床休息時床欄使用情形 ( N=4,061 )

醫院跌倒事件發生可能原因中，「與病人生理及行為因素相關 ( 病人 )」因素 ( 84.8 件/百件 ) 為最多，其次為「與環境因素相關 ( 環境 )」因素 ( 18.3 件/百件 )、「與人員個人 ( 人為 )」因素 ( 15.7 件/百件 )、「與使用藥物因素相關 ( 用藥 )」因素 ( 15.6 件/百件 )，如圖 4-1-2-11。進一步檢視可能原因項目，可發現病人因素項下以步態不穩 ( 56.0 件/百件 ) 為最多，環境因素以地面打蠟或濕、滑 ( 31.9 件/百件 ) 最多，另外人員因素則以人員疏忽 ( 73.7 件/百件 ) 最多。依醫院跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 3 件 ( 佔 0.0% )，SAC=2 者有 184 件 ( 佔 1.3% )，SAC=3 有 3,554 件 ( 佔 24.8% )，SAC=4 有 7,832 件 ( 佔 54.7% )，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 2,735 件 ( 佔 19.1% )，如表 4-1-0-5。


 圖 4-1-2-11 醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比  
 ( N=14,308 ; 此項目為複選 )

### (三) 醫院-管路事件

2020 年醫院管路事件共 10,783 件。發生頻率最高的時段在 00:01-02:00，共 1,076 件，其中該時段有 757 件對病人健康造成傷害（如圖 4-1-3-1）。若以三班發生時段進行分析（白班 08:01-16:00、小夜班 16:01-00:00、大夜班 00:01-08:00；三班事件數 N=10,744，不含未填 39 件），最多發生於「大夜班」有 3,891 件（佔 36.2%），其次是「白班」有 3,461 件（32.2%）。而事件發生地點以一般病房最高，共有 7,905 件（73.3 件/百件），其次是特殊醫療照護區（2,526 件，23.4 件/百件），如圖 4-1-3-2。

發生管路事件影響對象為病人共有 10,783 件。其性別以男性最多，共 5,768 件（佔 53.5%）；年齡以老年（65 歲以上）為最多，共 6,163 件（佔 57.2%）。若以管路事件之病人其性別與年齡層進行交叉分析發現，男性仍以老年（65 歲以上）為最多，共 3,172 件（佔 55.0%）；女性亦是以老年（65 歲以上）為最多，共 2,256 件（佔 65.3%），如表 4-1-3-1。

管路事件發生對病人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 70.2%，其中造成死亡者 9 件（0.1%），極重度或重度者 82 件（0.8%），中度傷患者 2,380 件（22.1%），輕度傷害 5,101 件（47.3%），如圖 4-1-3-3。

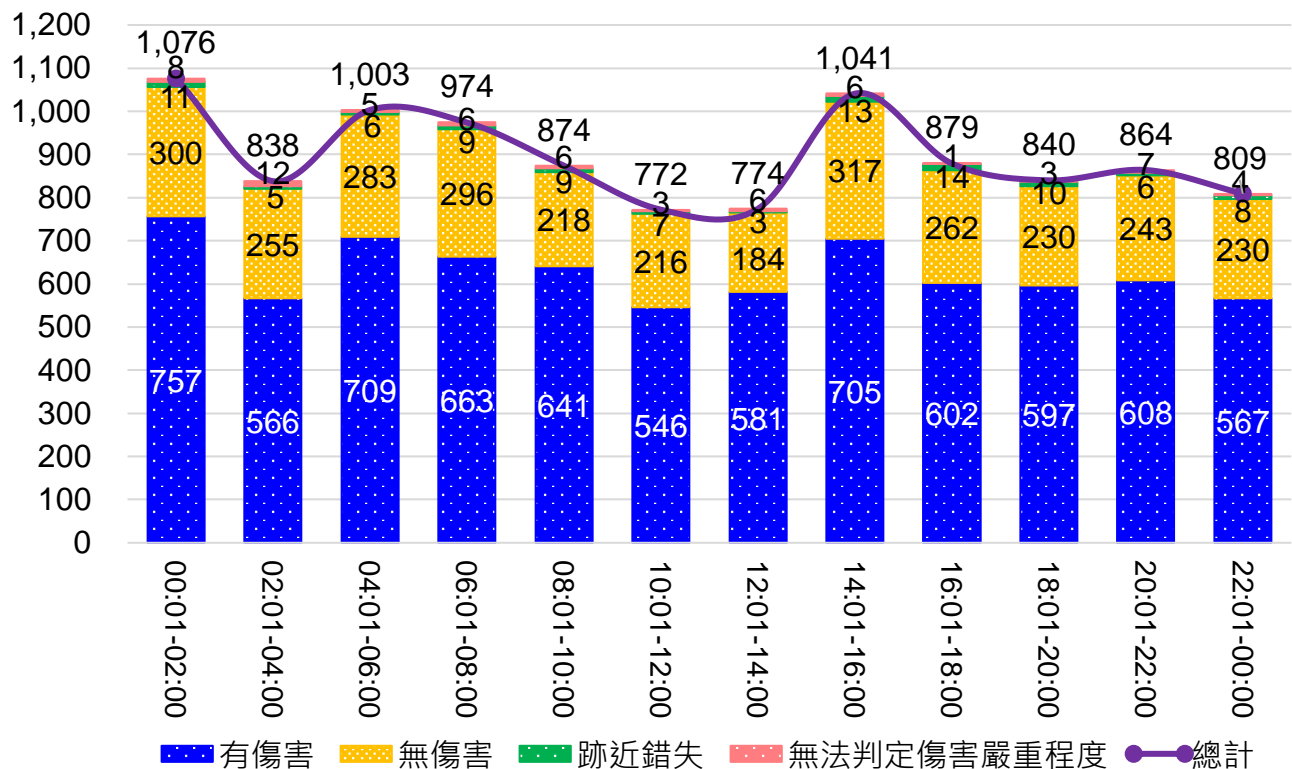


圖 4-1-3-1 醫院管路事件發生時段與對病人健康有傷害之程度分布  
(N=10,744，不含時段未填 39 件)

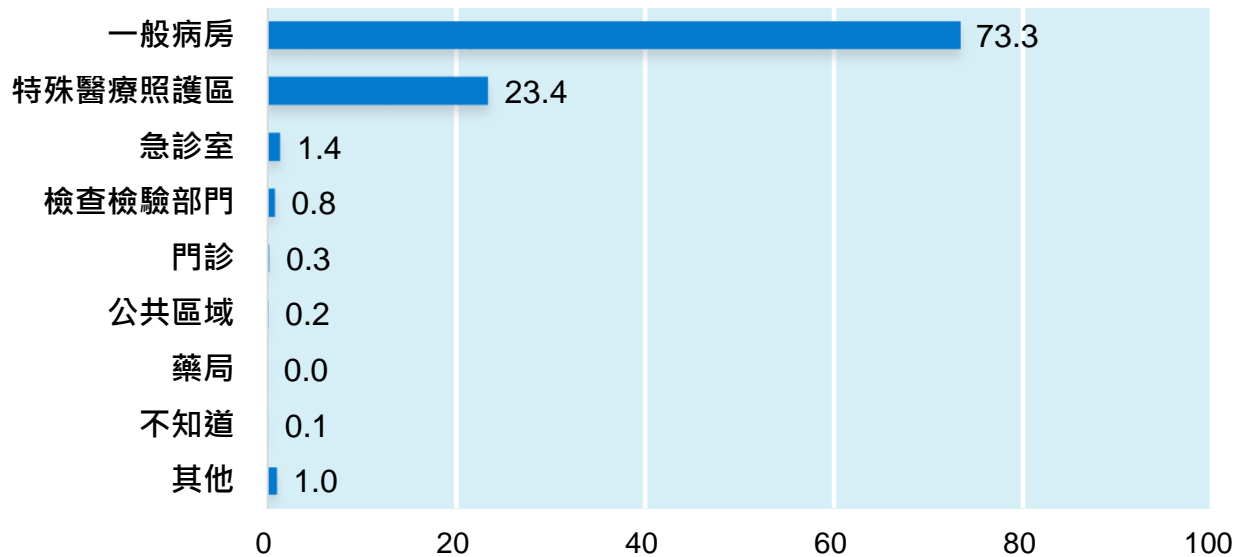


圖 4-1-3-2 醫院傷害行為事件發生地點 ( N=10,783 · 此項目為複選 )

表 4-1-3-1 醫院發生管路事件之病人其性別與年齡層交叉分析

( N=10,783 · 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高者 )

年齡 \ 性別	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	27*	0.5	23	0.7	1	0.2	0	0.0	51	0.5
幼兒	15	0.3	16*	0.5	0	0.0	4	0.4	35	0.3
學齡前期	6	0.1	9*	0.3	1	0.2	1	0.1	17	0.2
學齡期	8*	0.1	4	0.1	1	0.2	0	0.0	13	0.1
青少年	27*	0.5	11	0.3	0	0.0	3	0.3	41	0.4
成年	2,126*	36.9	891	25.8	228	49.2	200	18.2	3,445	31.9
老年	3,172*	<u>54.9</u>	2,256	<u>65.2</u>	232	<u>50.2</u>	503	<u>45.8</u>	6,163	57.2
不知道	290*	5.0	187	5.4	0	0.0	2	0.2	479	4.4
未填	97	1.7	58	1.7	0	0.0	384	35.0	539	5.0
總計	5,768	100.0	3,455	100.0	463	100.0	1,097	100.0	10,783	100.0

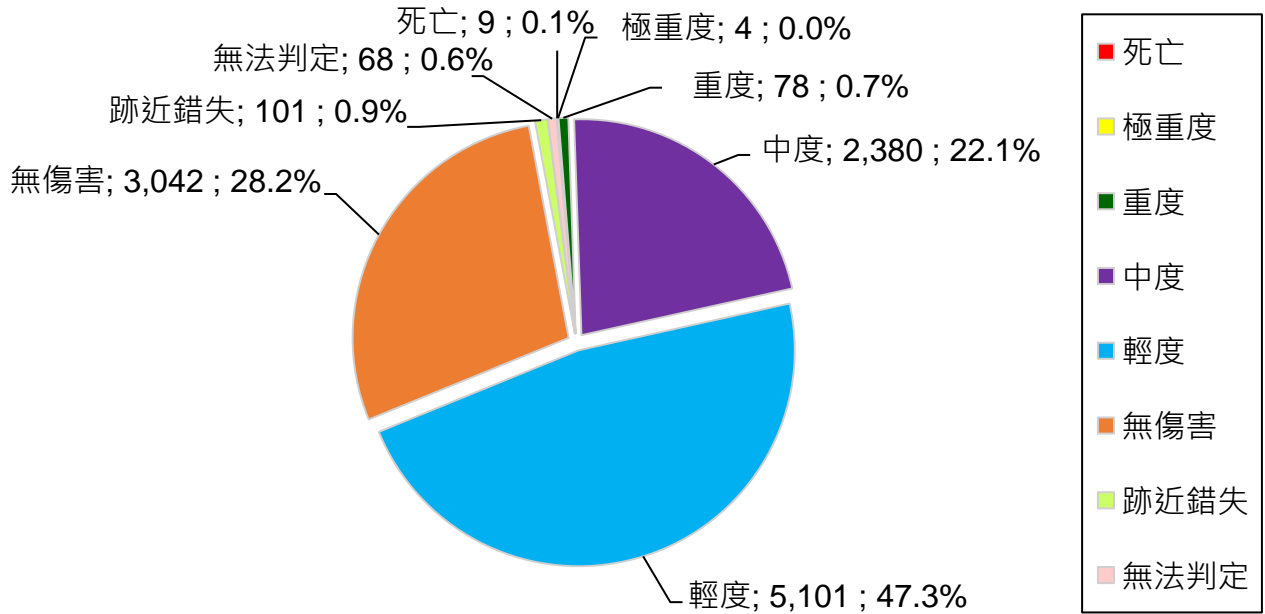


圖 4-1-3-3 醫院管路事件對病人健康的影響程度 (N=10,783)

管路事件發生於何項過程，以臥床休息時所佔比例最高，共 7,173 件 ( 佔 66.5% )，其次為處置、照護時，共 920 件 ( 佔 8.5% )；而對各發生過程與病人所造成傷害比例，除不知道外，以進行檢查時所佔比例最高，佔 78.9%，其次為處置、照護時，佔 77.8%，如圖 4-1-3-4。

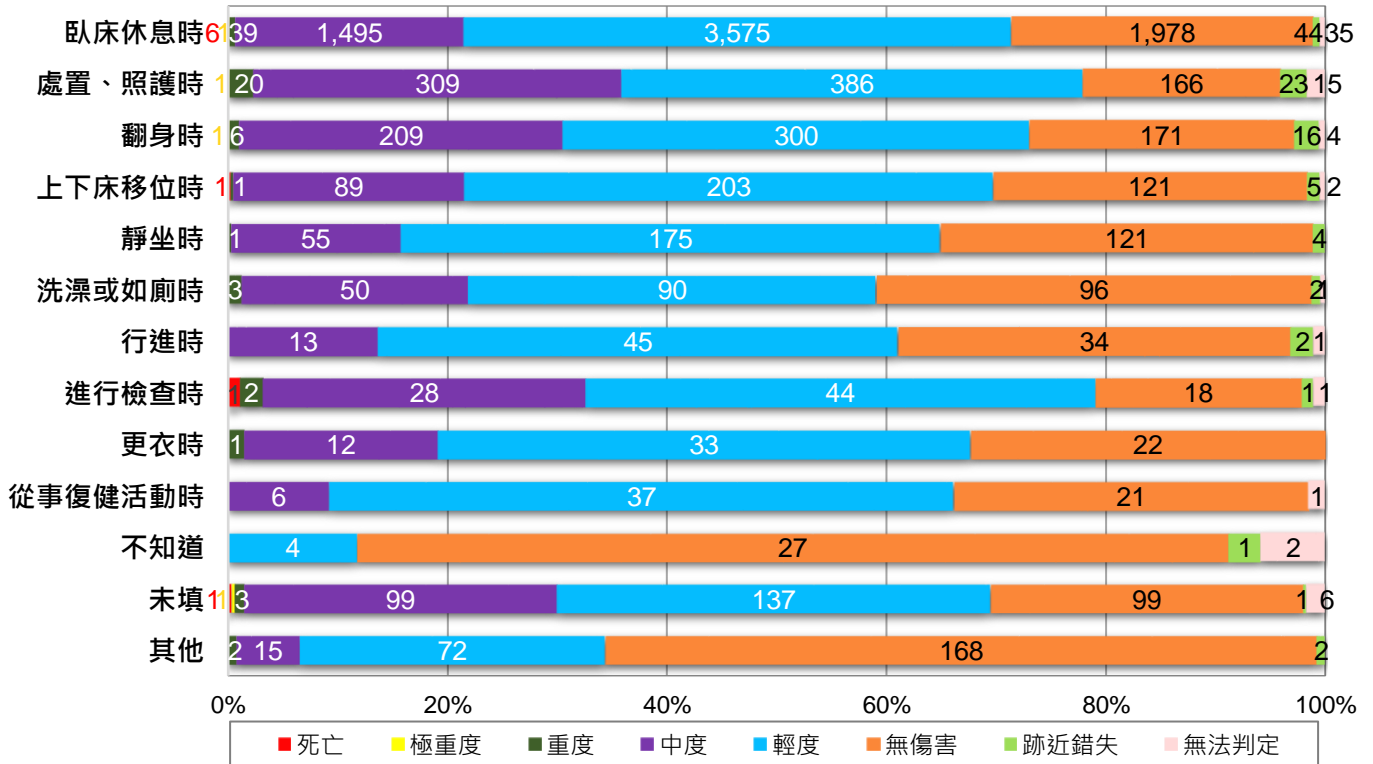


圖 4-1-3-4 醫院管路事件發生過程與病人健康的影響 (N=10,783)



分析病人意識狀態 ( 意識混亂 4,963 件、清醒 4,713 件、嗜睡 557 件、昏迷 228 件 ) 與對健康的影響程度發現 ( 不含未填 )，病人意識昏迷且影響病人傷害程度在「有傷害以上」所佔比例最高，有 178 件 ( 佔意識昏迷病人 78.1% )；病人清醒發生有傷害以上有 3,323 件 ( 佔清醒病人 70.5% )；病人意識混亂發生有傷害以上有 3,454 件 ( 佔意識混亂病人 69.6% )；病人嗜睡發生有傷害以上有 381 件 ( 佔嗜睡病人 68.4% )。圖 4-1-3-5。

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 3,913 件，其中病人之健康影響程度有傷害以上 2,881 件 ( 佔有使用約束 73.6% )；而「未使用約束」有 5,861 件，其中病人之健康影響程度有傷害以上 4,018 件 ( 佔未使用約束 68.6% )。圖 4-1-3-6。

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 1,458 件 ( 佔所有管路事件 13.5% )，而未使用鎮靜藥物的案件為 8,073 件 ( 佔所有管路事件 74.9% )。其中有使用鎮靜藥物情況下病人之健康影響有傷害以上共 1,090 件 ( 佔有使用鎮靜藥物 74.8% )，未使用鎮靜藥物情況下有傷害以上共 5,615 件 ( 佔未使用鎮靜藥物 69.2% )。圖 4-1-3-7。

進一步就單一管路事件及多管路事件進行分析，單一管路事件共 10,490 件，多管路事件則有 293 件。單一管路事件發生時，造成病人「有傷害以上」事件有 7,317 件，佔單一管路的 69.8%；多管路事件造成病人有傷害以上有 255 件，佔多管路事件的 87.0%。圖 4-1-3-8。

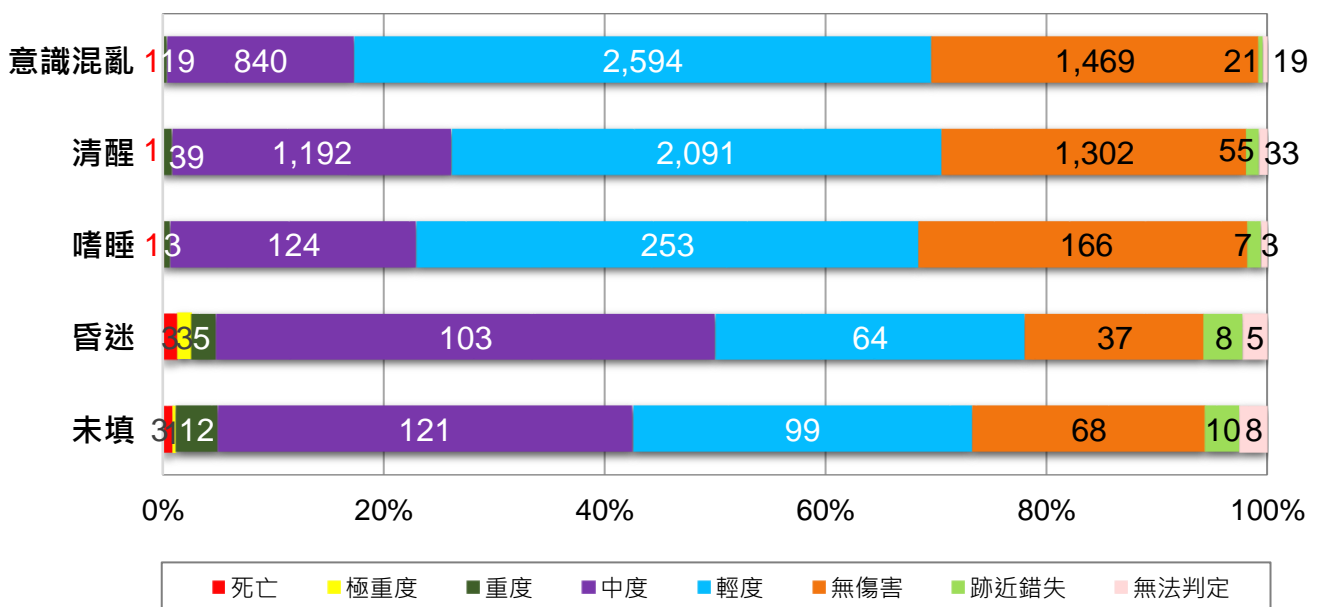


圖 4-1-3-5 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析 ( N=10,783 )

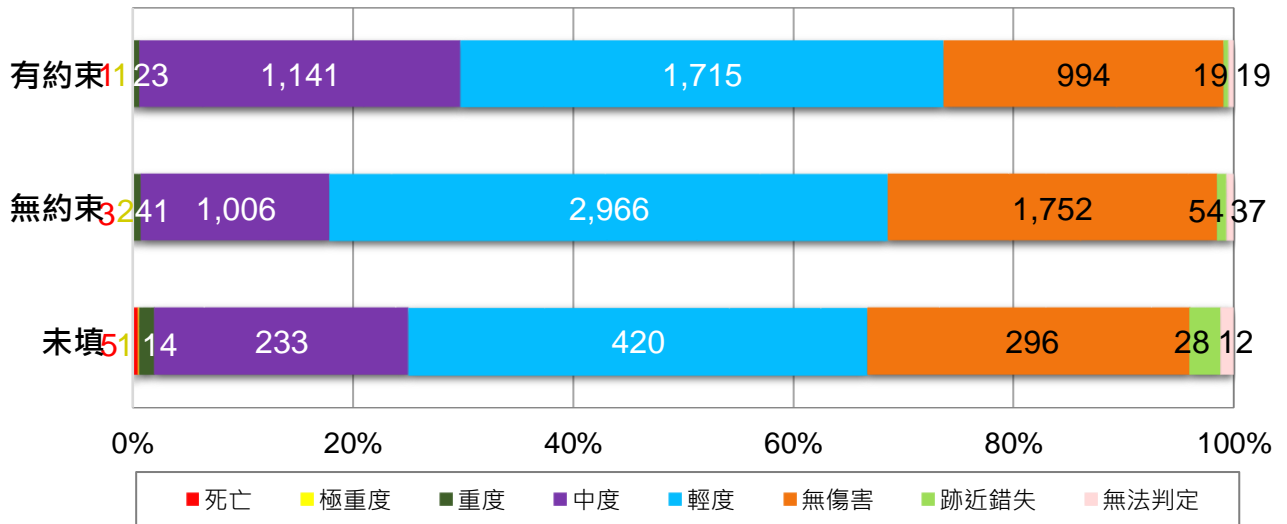


圖 4-1-3-6 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析 ( N=10,783 )

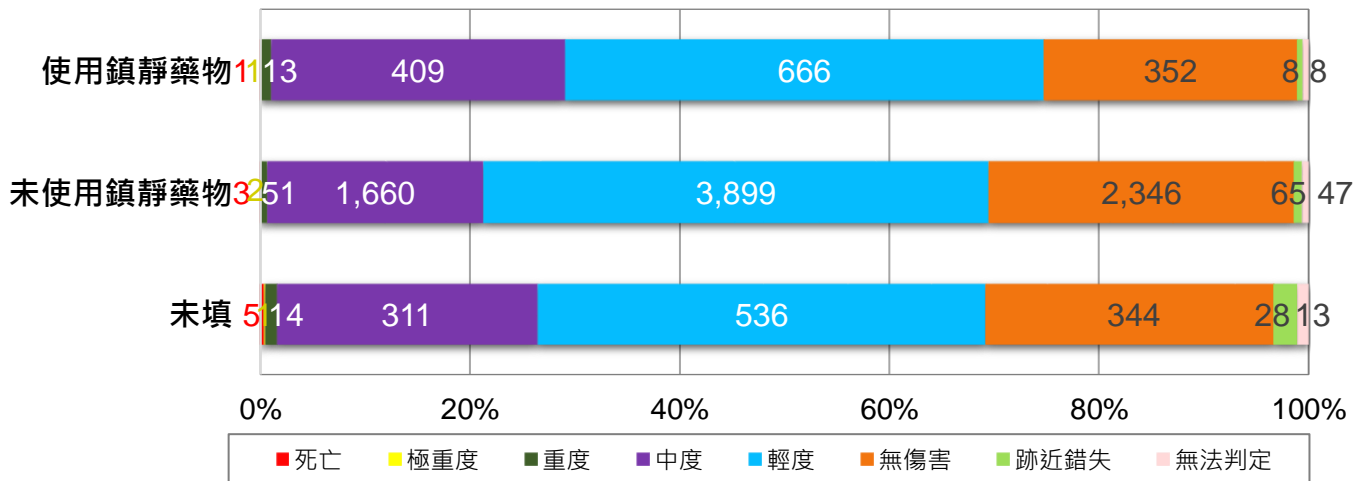


圖 4-1-3-7 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析 ( N=10,670 )

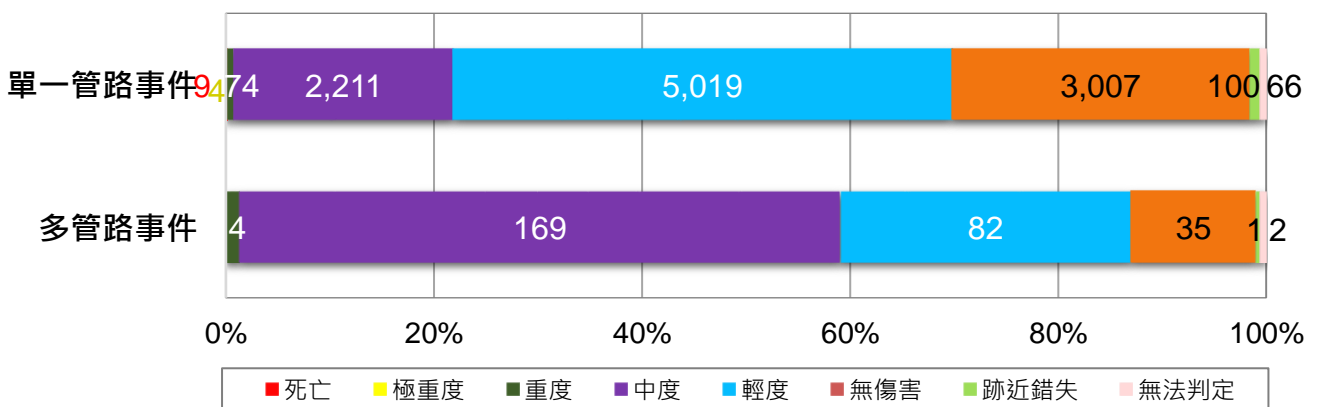


圖 4-1-3-8 單一管路與多管路事件對病人健康影響程度之交叉分析 ( N=10,783 )



下述以單一管路事件進行分析說明，單一管路事件 ( N=10,490 ) 發生種類，以鼻胃管發生事件最多共 5,206 件 ( 佔 49.6% )，其次為中心靜脈導管共 1,123 件 ( 佔 10.7% )，圖 4-1-3-9。

單一管路種類造成病人有傷患者，最高是氣管內管鼻管 ( 100% )、其次是氣管內管口管 ( 99.3% )、氣切套管 ( 97.7% )、血液透析相關管路 ( 86.1% )、胃造瘻管 ( 84.6% )，如圖 4-1-3-10。若以對病人健康影響程度為「重度以上」之比例，較高為氣管內管鼻管( 8.0% )、其次為氣切套管 ( 4.7% )、胸管 ( 3.4% )。重度以上之氣管內管鼻管、氣管內管口管及血液透析管路事件內容闡述以管路脫落的自拔事件居多，多為病人躁動所致；氣切套管及胃造瘻管以管路脫落的意外滑脫事件居多，多為因事前缺乏對病人完整評估所致。單一管路事件中有 9 件造成病人死亡，其中氣管內管口管及氣切套管各有 3 件、鼻胃管、中心靜脈導管、胃造瘻管各有 1 件。

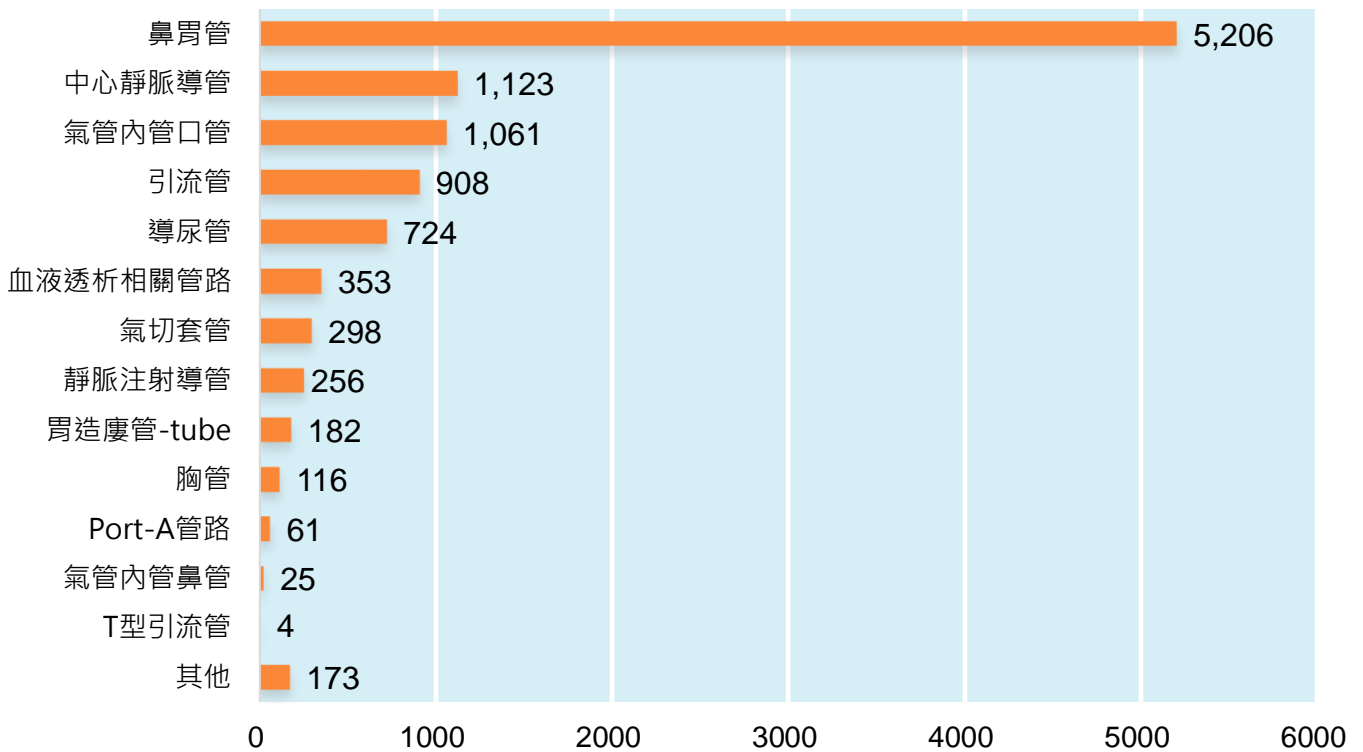


圖 4-1-3-9 單一管路事件發生管路種類 ( N=10,490 )

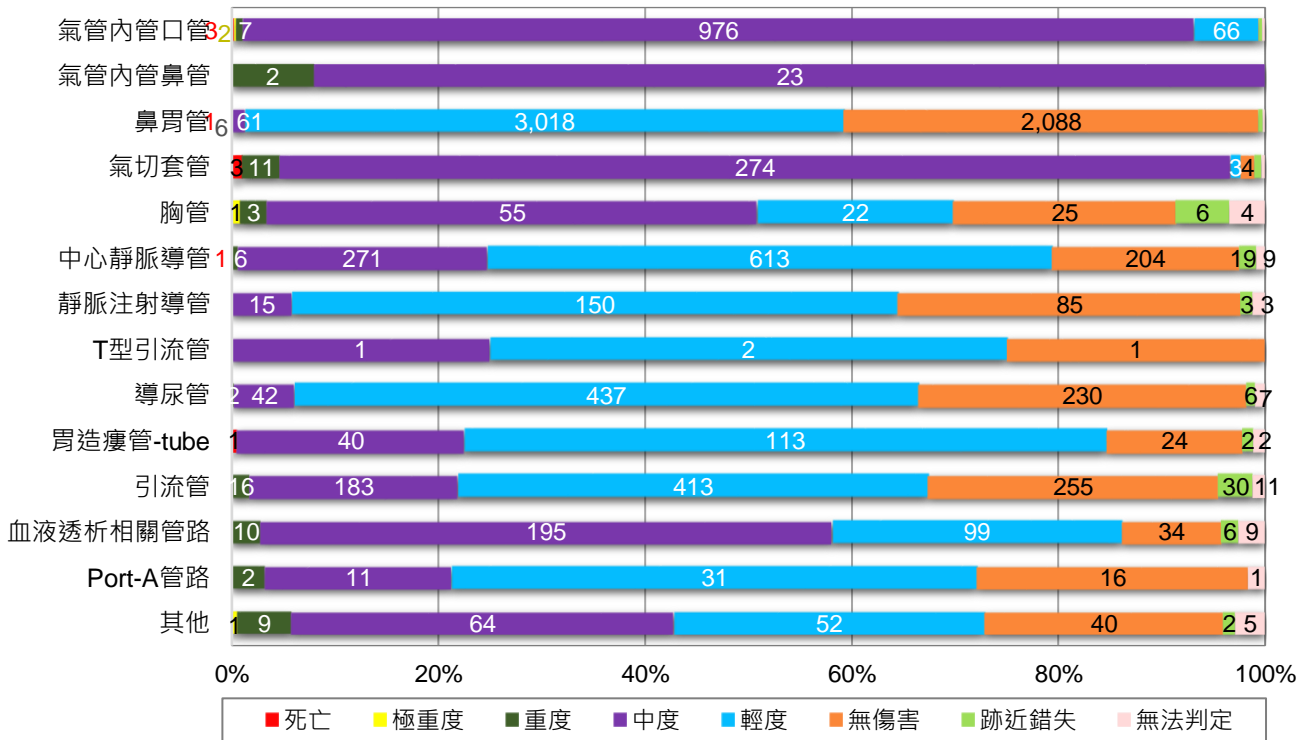


圖 4-1-3-10 醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析

( N=10,490，本項以單一管路種類為主，不包含 2 條以上管路種類 )

單一管路事件且屬單一錯誤類型共有 10,506 件，其中有 95.2% 為管路脫落，管路阻塞佔 1.4%，管路錯接佔 0.5%，管路未開啟則佔 0.3%。管路脫落錯誤類型中，以「鼻胃管」所佔比例最高 ( 51.5% )，其次為「中心靜脈導管」及「氣管內管口管」，各佔 10.7% 及 10.4%；發生管路阻塞錯誤類型比例最高者為「靜脈注射導管」，其次是「血液透析相關管路」；發生管路錯接比例最高者則為「胸管」，圖 4-1-3-11。

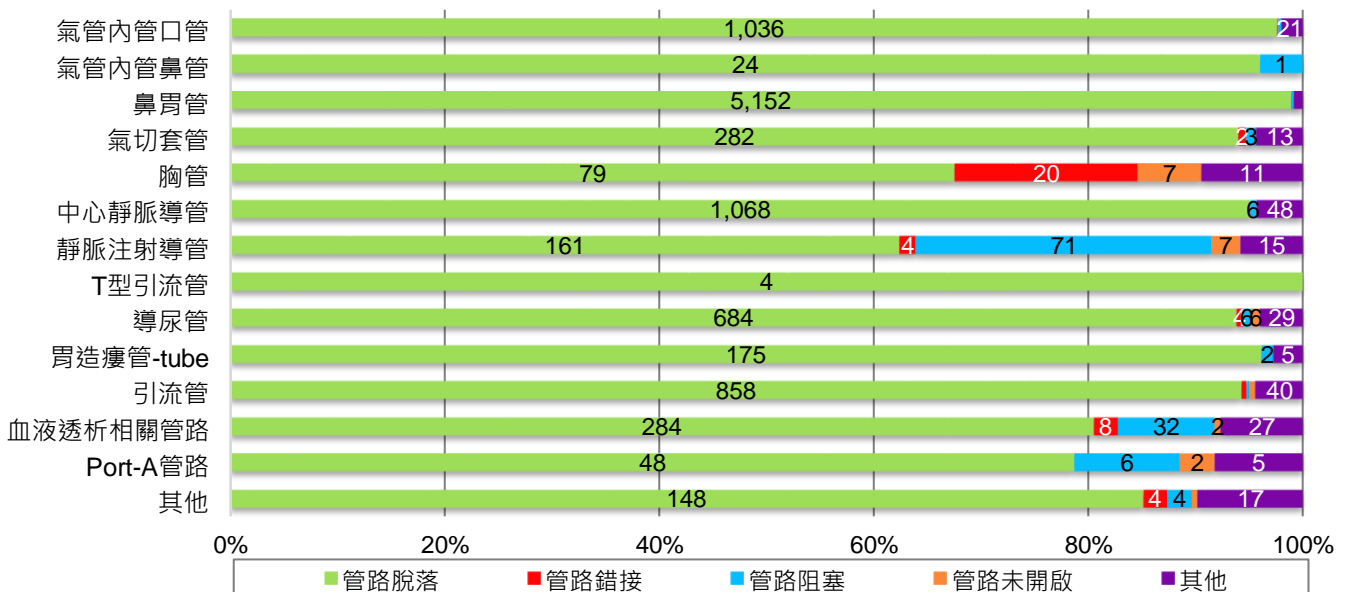


圖 4-1-3-11 單一管路錯誤發生類型

( N= 10,506，本項以單一管路、單一錯誤類型為主 )

針對單一管路、單一錯誤類型之管路脫落事件 ( N=10,003 ) 種類分析，單一管路自拔有 7,075 件 ( 佔 70.7% )，意外滑脫有 2,928 件 ( 佔 29.3% )。分析各類管路事件其自拔率，自拔率佔該管比率大於 50% 的管路種類依序為鼻胃管 ( 共 4,305 件，佔 83.6% )、氣管內管口管 ( 共 749 件，佔 72.3% )、中心靜脈導管 ( 共 723 件，佔 67.7% )、血液透析相關管路 ( 共 180 件，佔 63.4% )、導尿管 ( 共 431 件，佔 63.0% )、靜脈注射導管 ( 共 95 件，佔 59.0% )、氣管內管鼻管 ( 共 14 件，佔 58.3% ) 及 Port-A 管路 ( 共 24 件，佔 50.0% )，如圖 4-1-3-12。

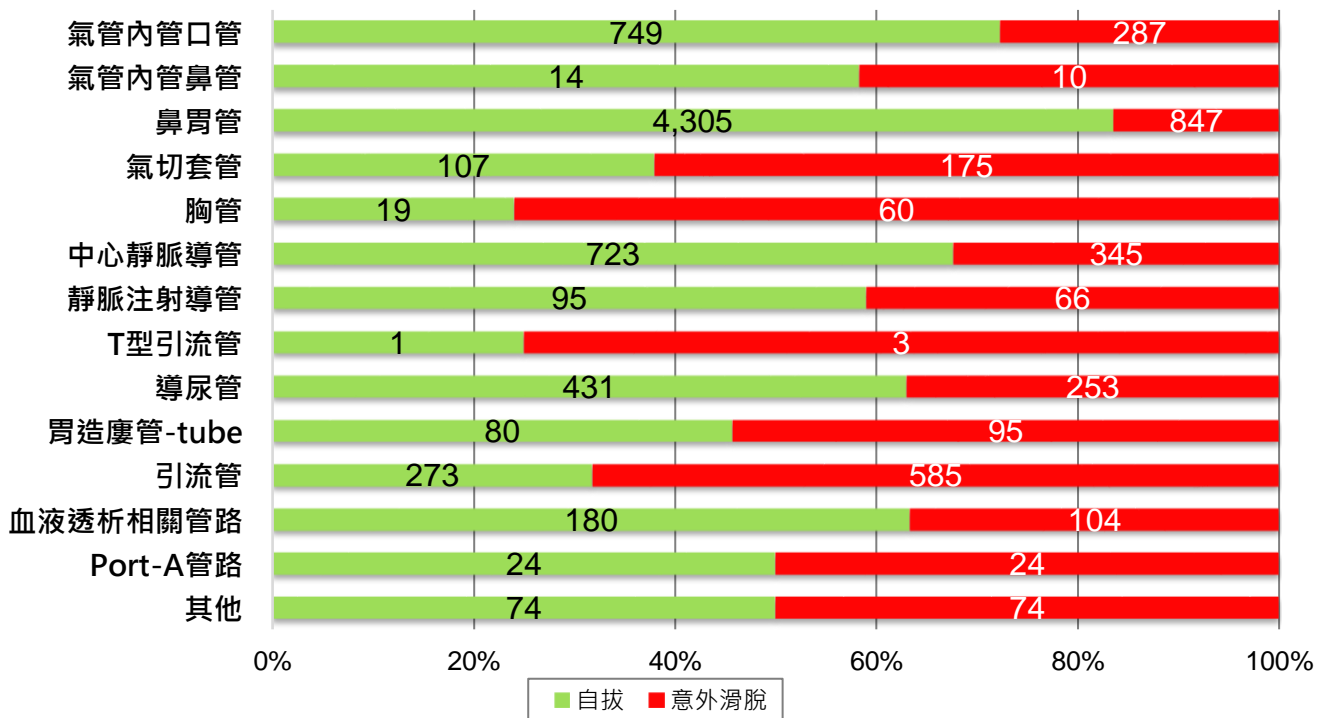


圖 4-1-3-12 單一管路種類與管路脫落 ( 自拔、意外滑脫 ) 之交叉分析 ( N=10,003 )

圖 4-1-3-13 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 64.5 件/百件，其次為「與人員個人 ( 人為 ) 因素」，佔 48.2 件/百件，「與溝通因素相關」佔 28.2 件/百件，「與工作狀態/流程設計 ( 系統 ) 因素」則佔 19.1 件/百件。就與病人因素相關原因之內容，以「病人躁動」3,543 件最多，其次為「病人約束中自拔」2,015 件；人為因素以「未進行雙手保護約束」2,006 件最多，其次為「因注意力轉移造成疏忽」1,783 件。

醫院管路事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 6 件，SAC=2 者有 38 件，SAC=3 者有 3,383 件，SAC=4 者有 5,428 件，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 1,928 件，如表 4-1-0-5。

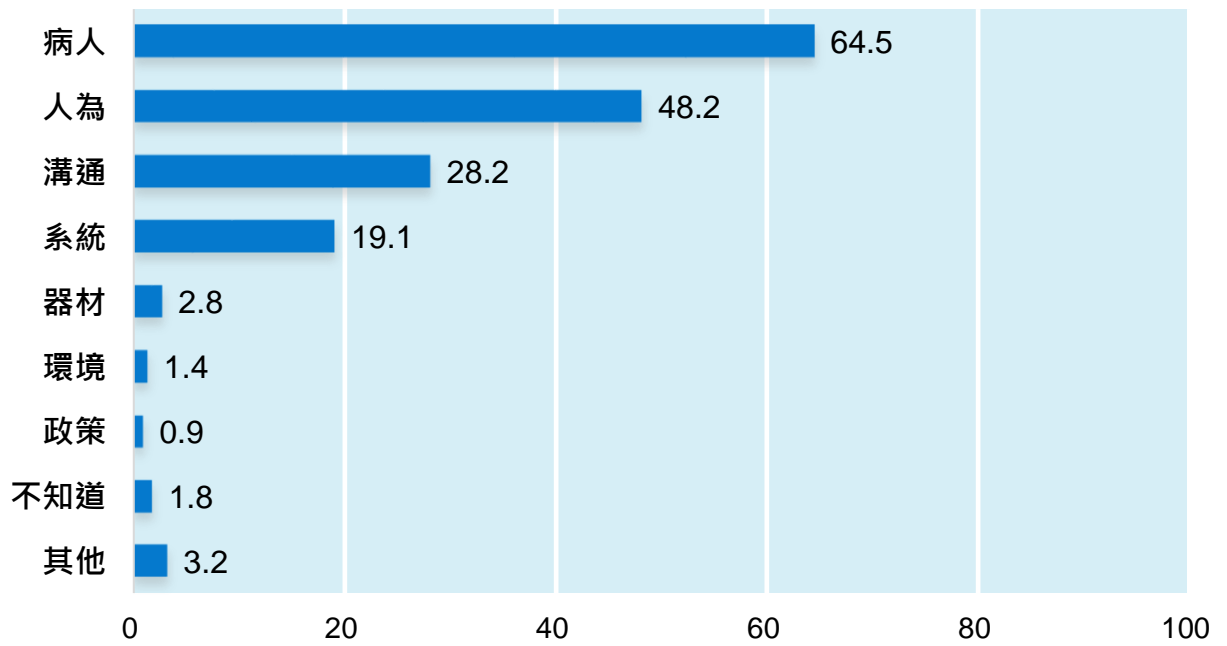


圖 4-1-3-13 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比  
( N=10,783 · N 為事件數 · 此項目為複選 )

#### (四) 醫院—檢查/檢驗/病理切片事件

發生於醫院內的檢查/檢驗/病理切片事件共 5,463 件，其中對於病人造成影響的共有 5,463 件。事件發生時段以白班 ( 08:01-16:00 ) 最高 ( 62.1% )，小夜班 ( 16:01-00:00 ) 次之 ( 23.6% )，依據事件發生時間和對病人健康影響程度資料顯示，事件造成病人「有傷害」高峰發生於 08:01-10:00，「無傷害」的高峰也是發生於 08:01-10:00，而跡近錯失發生件數較高的時段集中於 10:01-12:00，如圖 4-1-4-1。

「哪類醫療檢查」選項為複選題型式，以「檢驗類」最多 ( 65.9 件/百件 )，其次是「放射檢查類」( 23.5 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 61.8 件/百件，其次為「檢查單位報告階段」佔 16.0 件/百件及「醫囑/檢查單開立階段」佔 14.6 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 796 件，「醫囑開立階段」單一錯誤者共 664 件，而 664 件「醫囑開立階段」錯誤中有 132 件未被成功擋下來 ( 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 )，以致於在「採檢/送檢階段」仍發生錯誤，如圖 4-1-4-4。

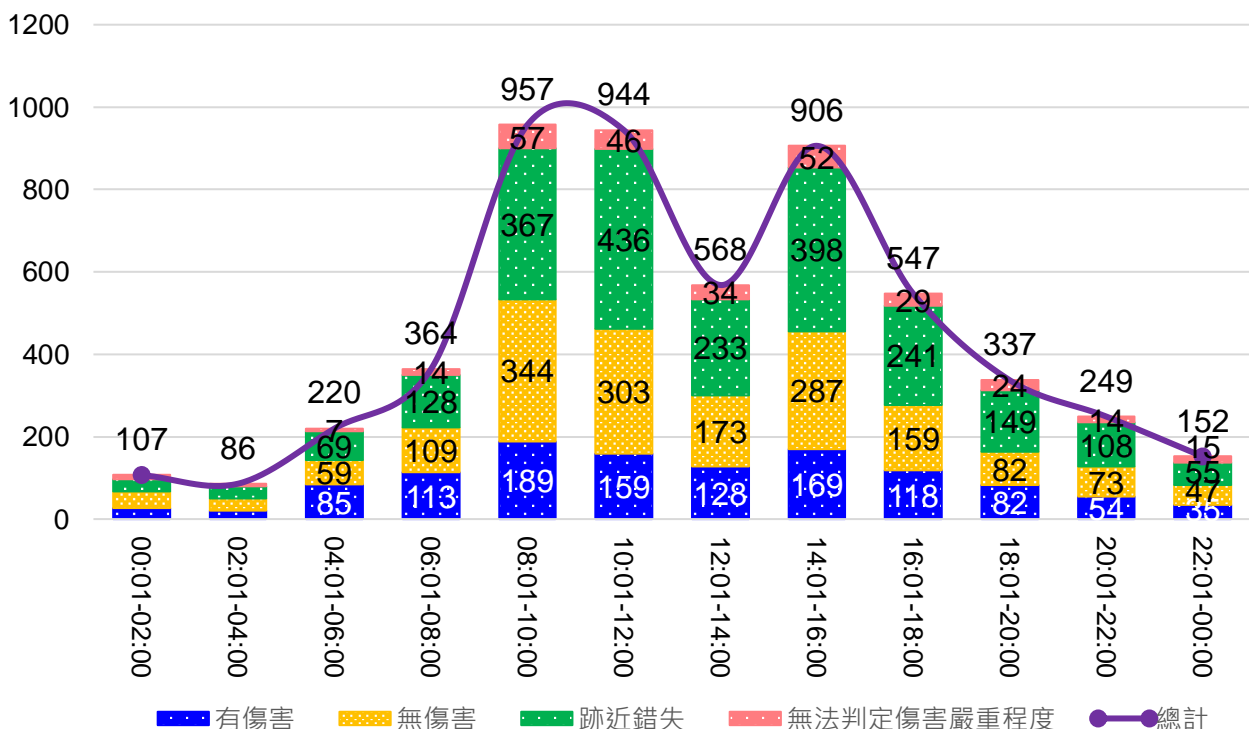


圖 4-1-4-1 醫院檢查檢驗事件發生時間與病人健康影響程度分析

( N= 5,437，不含未填的 26 件 )

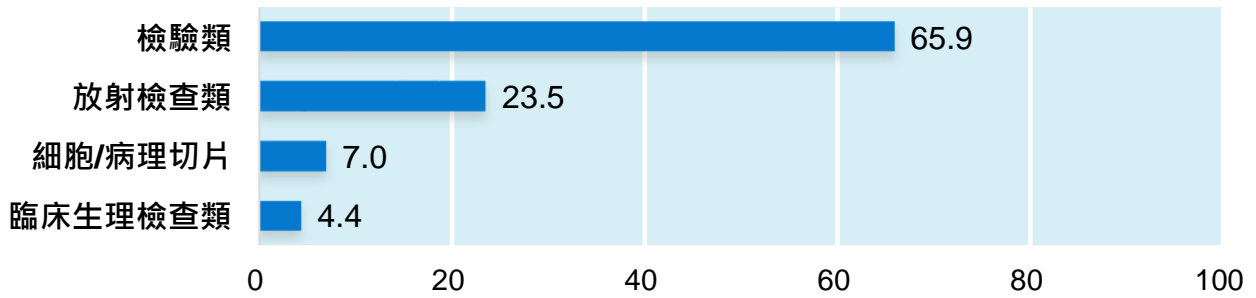


圖 4-1-4-2 醫院檢查檢驗事件為哪類醫療檢查 ( N=5,713 · 本項為複選 )

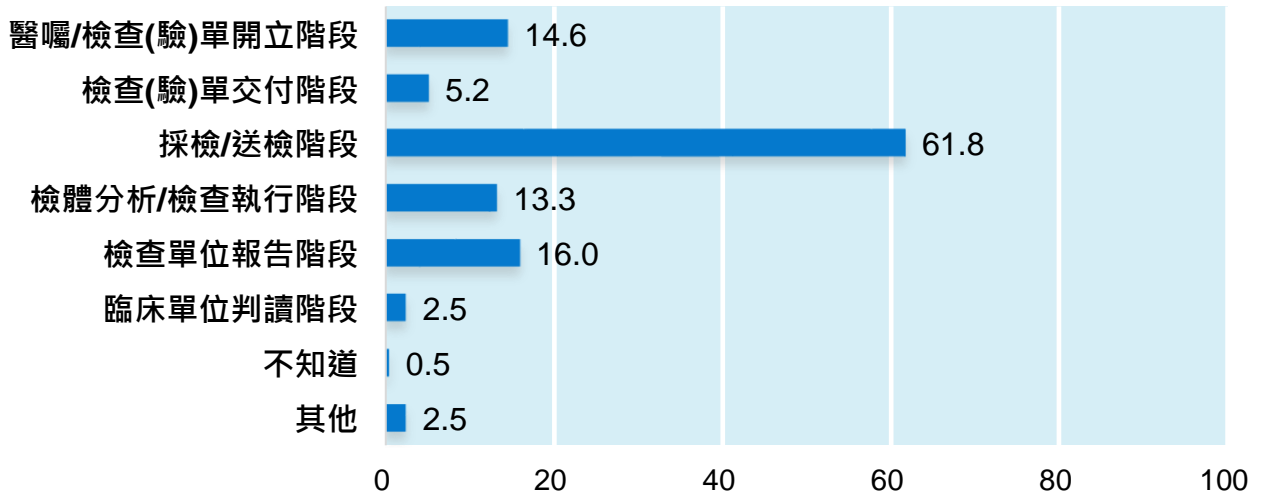


圖 4-1-4-3 醫院檢查/檢驗事件錯誤發生階段 ( N=5,463 · 本項為複選 )

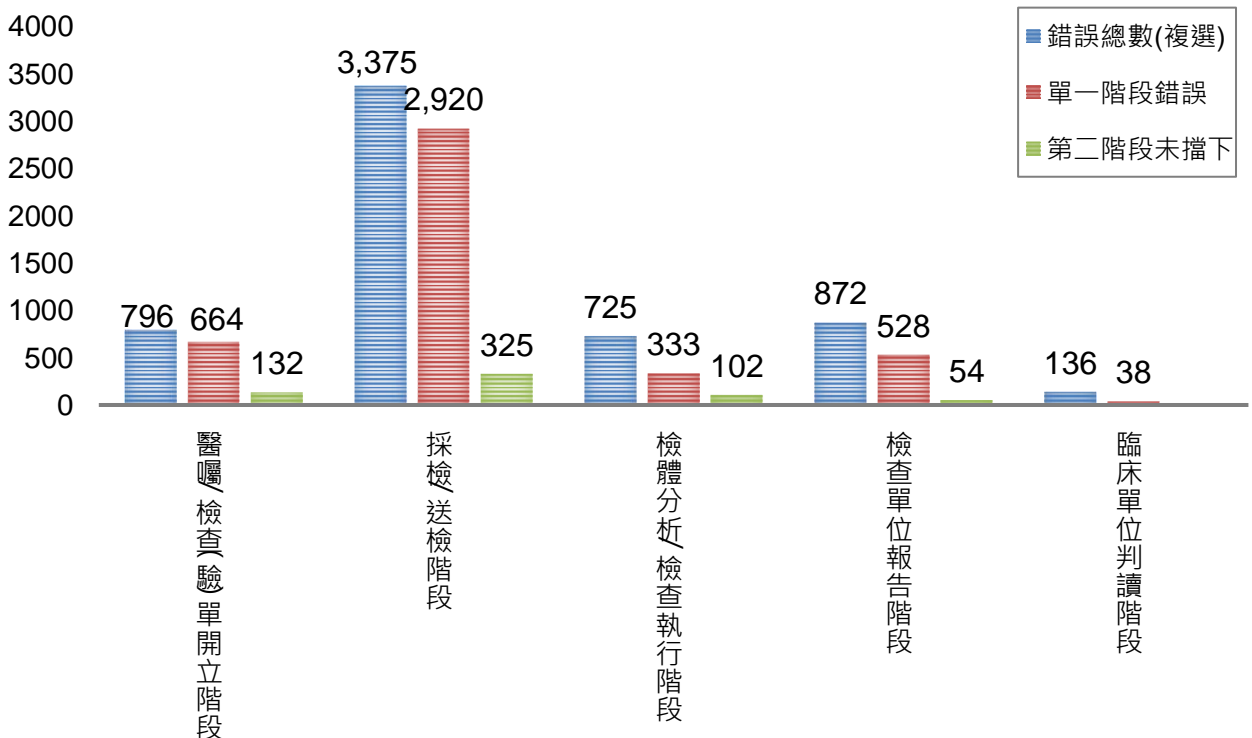


圖 4-1-4-4 醫院檢查檢驗事件錯誤發生階段未成功擋下件數 ( N=5,463 · 本項為複選 )



進一步分析「採檢/送檢階段」錯誤項目，主要為檢體未貼標籤 ( 19.4 件/百件 )，其次為檢體保存方式錯誤/檢體污染有關 ( 15.5 件/百件 ) 和標籤錯誤 ( 11.2 件/百件 )，本題為複選，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 ( 25.7 件/百件 )、病人錯誤 ( 21.9 件/百件 )、轉錄錯誤 ( 13.1 件/百件 ) 及未發報告 ( 11.5 件/百件 )，如圖 4-1-4-6。

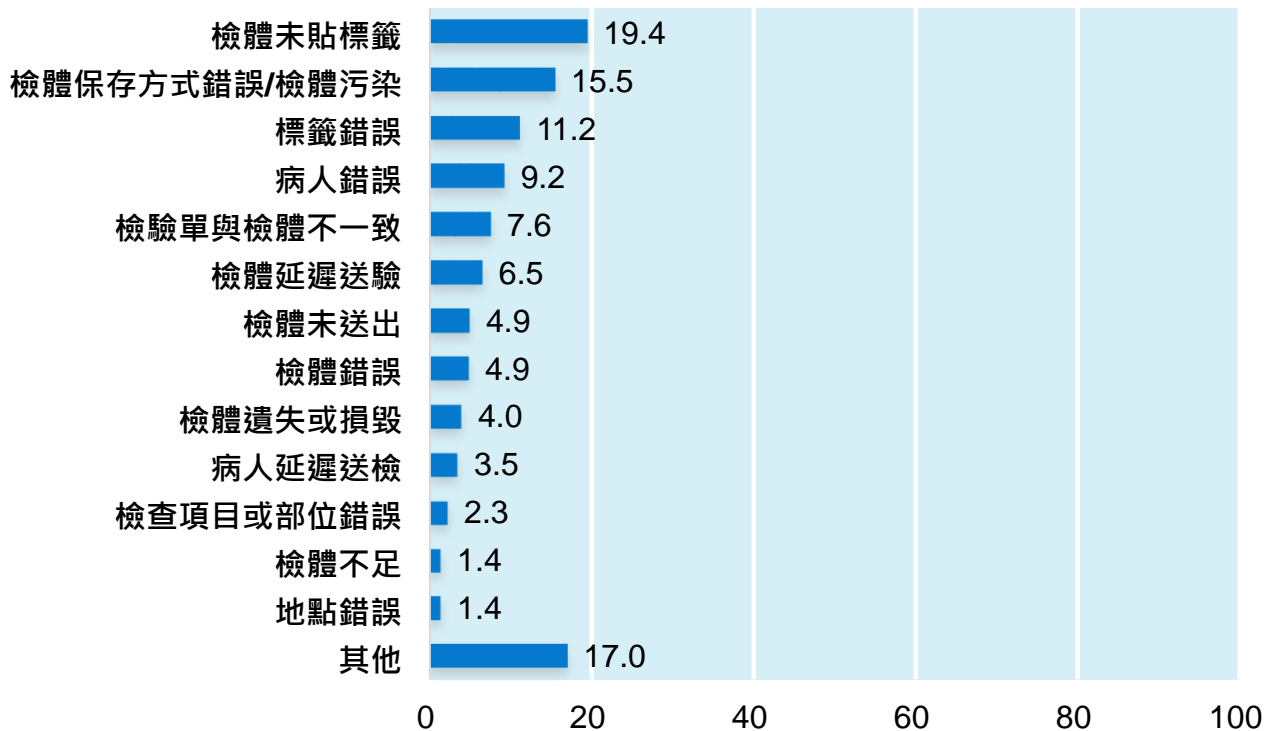


圖 4-1-4-5 醫院檢查檢驗事件-採檢/送檢階段明細

( N = 3,375 · N 為採檢/送檢階段有誤之通報件數 · 本項為複選 )

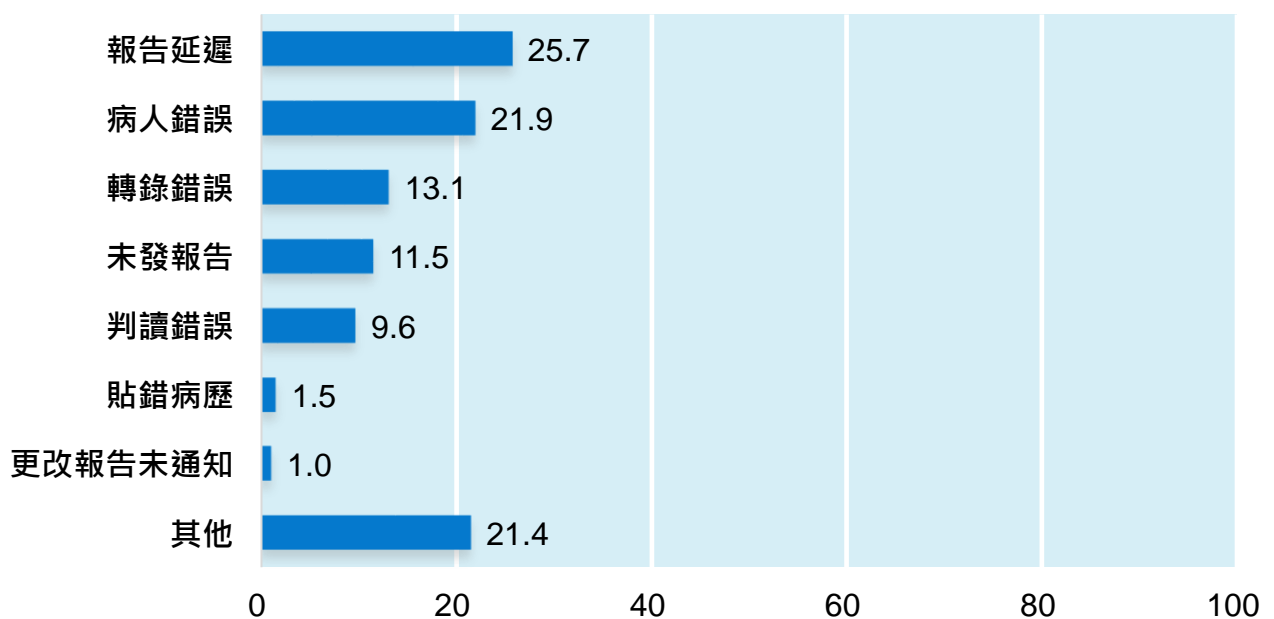


圖 4-1-4-6 醫院檢查/檢驗事件-檢查單位報告階段明細

( N = 872 · 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 72.6% 的事件未對病人健康造成影響( 跡近錯失 41.3%、無傷害 31.4%)，有傷害事件中，以輕度事件共 1,166 件(佔 21.3%)為最多，如圖 4-1-4-7。

將醫療檢查類型錯誤與病人健康影響程度作交叉分析後，「檢驗類」中有傷害者為 1,012 件 ( 28.1 件/百件)；「放射檢查類」有傷害者為 142 件 ( 11.0 件/百件)；「細胞/病理切片」有傷害者 15 件 ( 3.9 件/百件)；「臨床生理檢查類」有傷害者 20 件 ( 8.4 件/百件)，如圖 4-1-4-8。

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」( 938 件)、「檢體分析/檢查執行階段」( 211 件)及、「檢查單位報告階段」( 147 件)；傷害比例則以「檢體分析/檢查執行階段」( 29.1 件/百件)及「採檢送檢階段」( 27.8 件/百件)相對較高，如圖 4-1-4-9。

檢查/檢驗/病理切片事件發生的可能原因以「與人員個人(人為)因素相關」最多( 78.1 件/百件)；「與工作狀態/流程設計(系統)因素相關」次之( 51.0 件/百件)，如圖 4-1-4-10。

醫院檢查/檢驗/病理切片事件 SAC 級數分析，SAC=1 及 SAC=2 均為 0 件，SAC=3 者有 292 件，SAC=4 者有 1,915 件，SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 3,256 件(佔 59.6%)，如表 4-1-0-5。

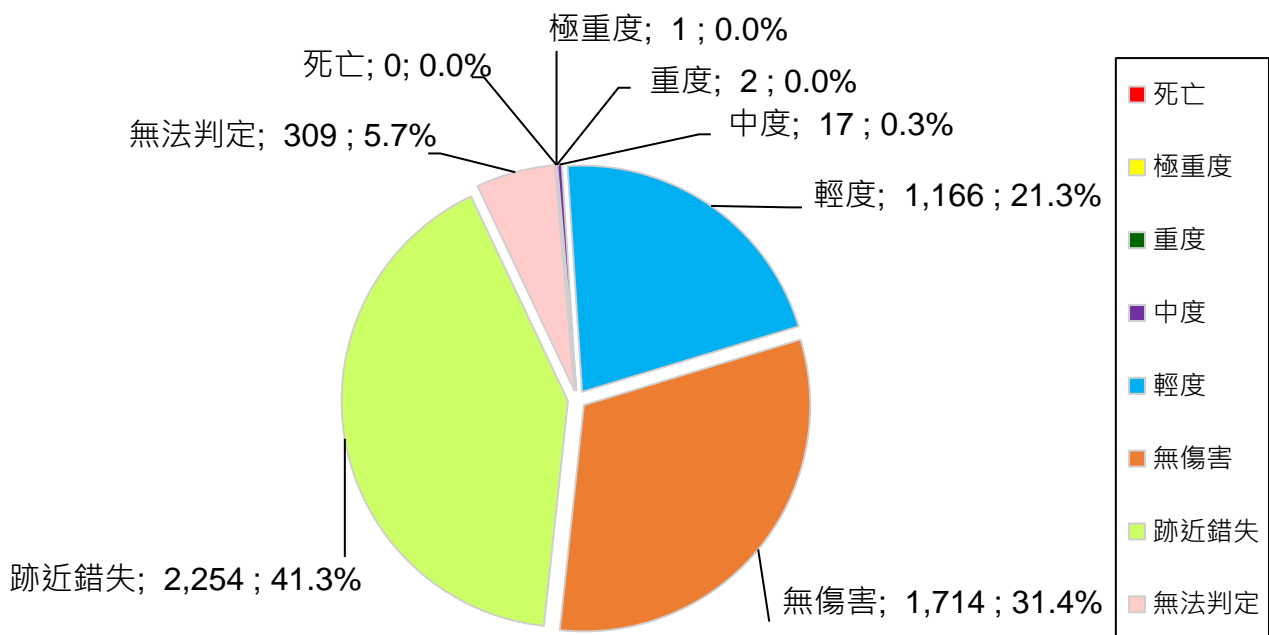


圖 4-1-4-7 醫院檢查檢驗事件對病人健康的影響程度之交叉分析 ( N=5,463 )

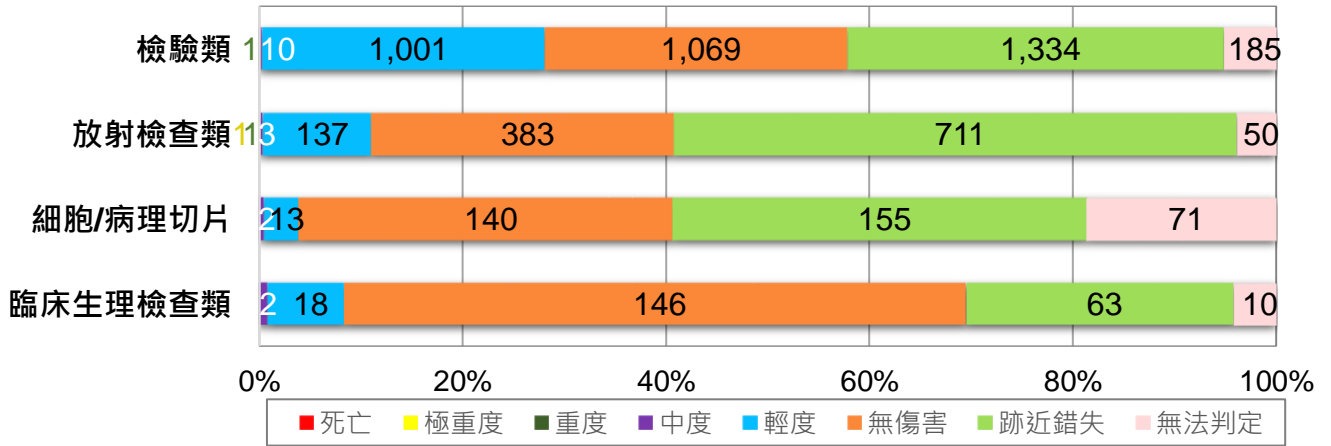


圖 4-1-4-8 醫院檢查檢驗事件醫療檢查類型與病人健康影響程度之交叉分析 ( N=5,463 , 本項為複選 )

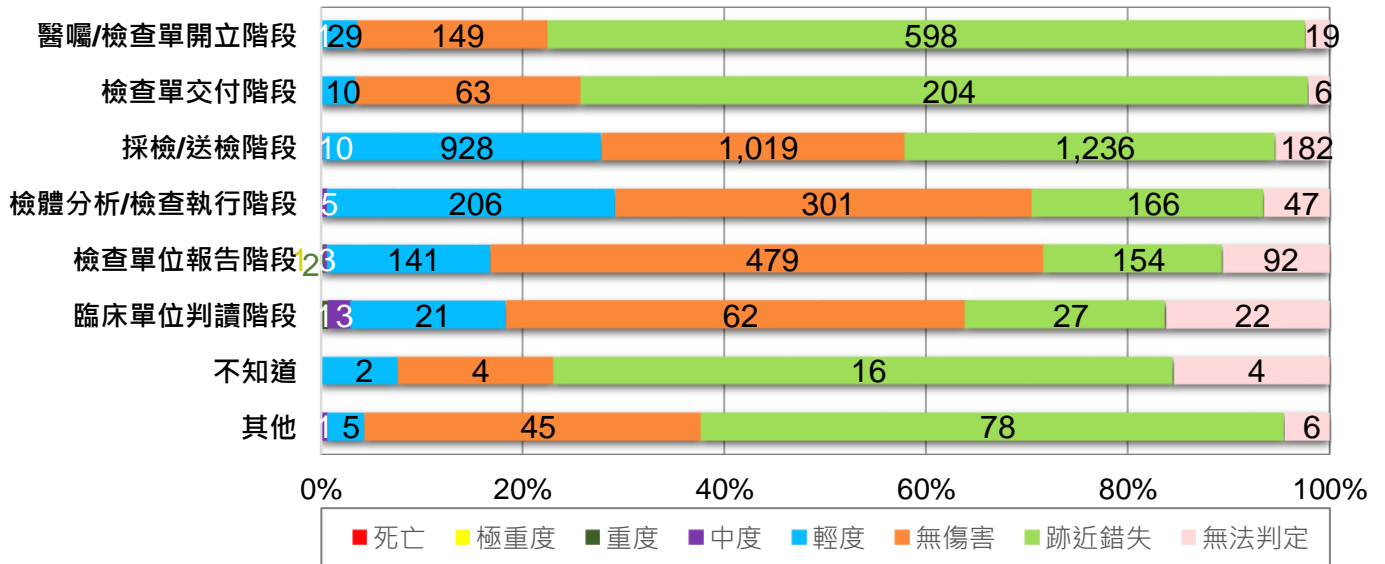


圖 4-1-4-9 醫院檢查檢驗事件錯誤階段與病人健康影響程度之交叉分析 ( N=5,463 , 本項為複選 )

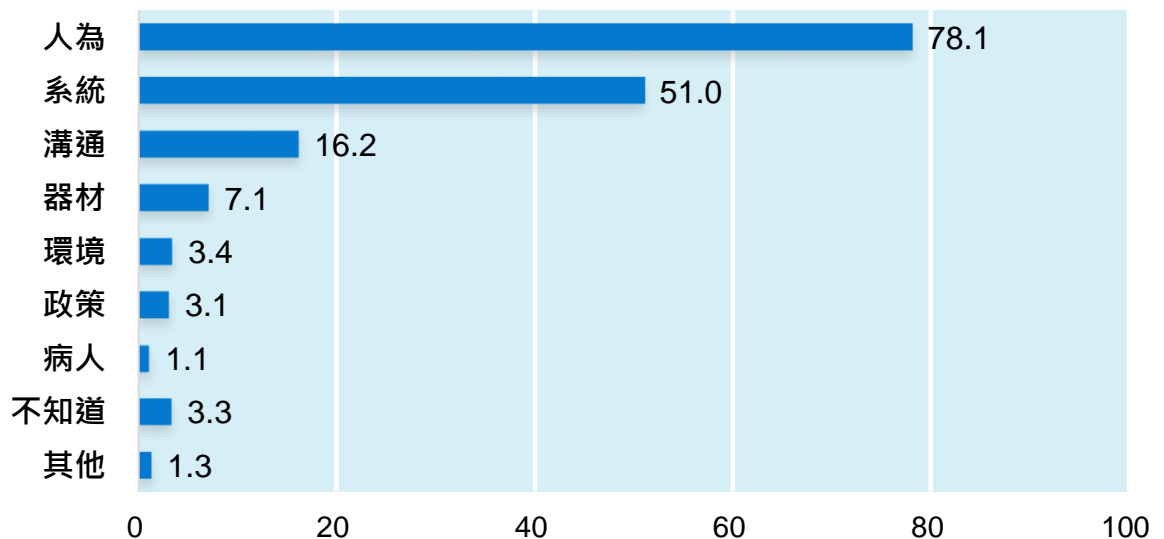


圖 4-1-4-10 醫院檢查檢驗事件發生可能原因相對次數百分比 ( N=5,463 , 本項為複選 )

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。

## (五) 醫院-醫療照護事件

發生於醫院的醫療照護事件共有 2,533 件，以白班時段 ( 08:01-16:00 ) 56.3% 佔多數，小夜班 ( 16:01-00:00 ) 的 29.9% 次之，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「有傷害」事件高峰發生於 08:01~12:00 區間，「無傷害」事件高峰則發生於 10:01~12:00 區間，如圖 4-1-5-1。

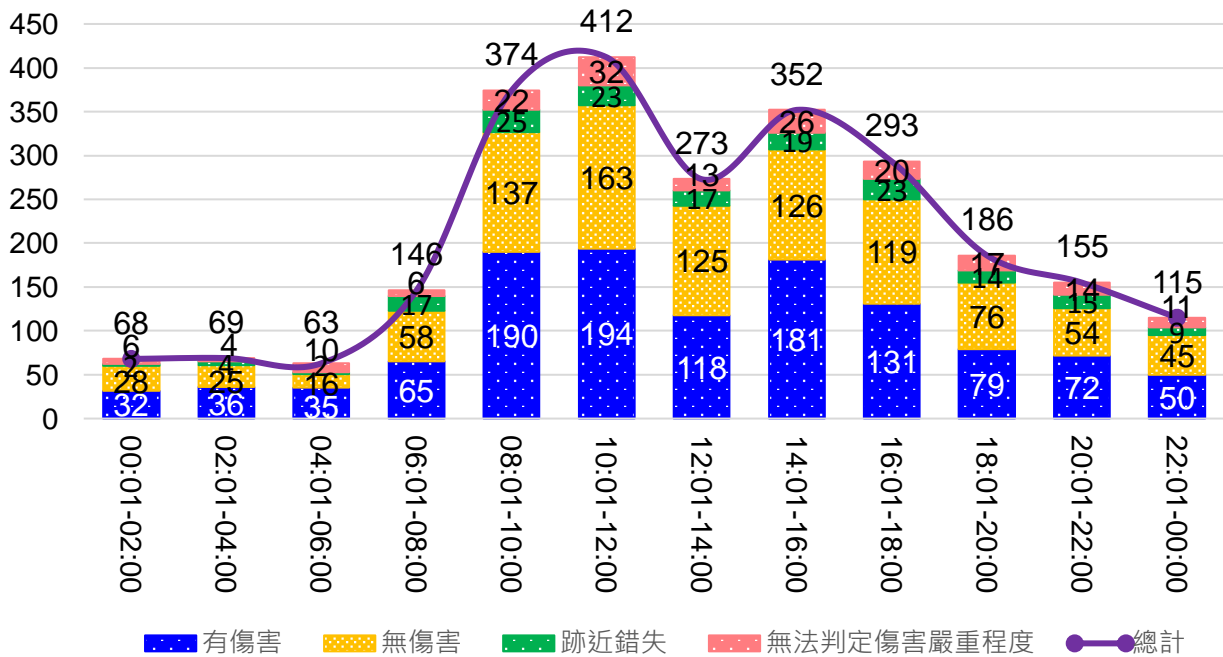


圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段 ( N= 2,506 ，不含未填 27 )

事件發生後對病人/住家的影響超過半數為有傷害 ( 47.2% )，其中包含嚴重程度為死亡 0.8%、極重度傷害 0.5% 與重度傷害 7.3%，此外，造成病人無傷害案件佔 38.5%，跡近錯失及無法判定則各佔 6.9% 及 7.4%，如圖 4-1-5-2。

值得注意的是，死亡案件中，3 件與轉運送過程有關，其中與團隊合作問題、人力不足、事前缺乏對病人完整評估及未依照標準作業執行等因素，導致原本病情較差的病人因無法於第一時間轉送或未依病人病情嚴重等級讓符合資格的運送者陪同而延遲處置；有 8 件與生產事故相關，提醒此類案件亦需以紙本方式，於通報時間內以掛號寄送至醫策會。此外，因忽略評估病人檢查檢驗結果，未給予及時治療而導致病人死亡，從案例的描述中看到涉及跨專科別的溝通失效，機構可以思考的是當臨床決策明顯不符合病人需求時，是否有機制讓第一線人員求援 ( 例如：何時可找支援？找誰支援？)，以防止類似的案件重複發生。

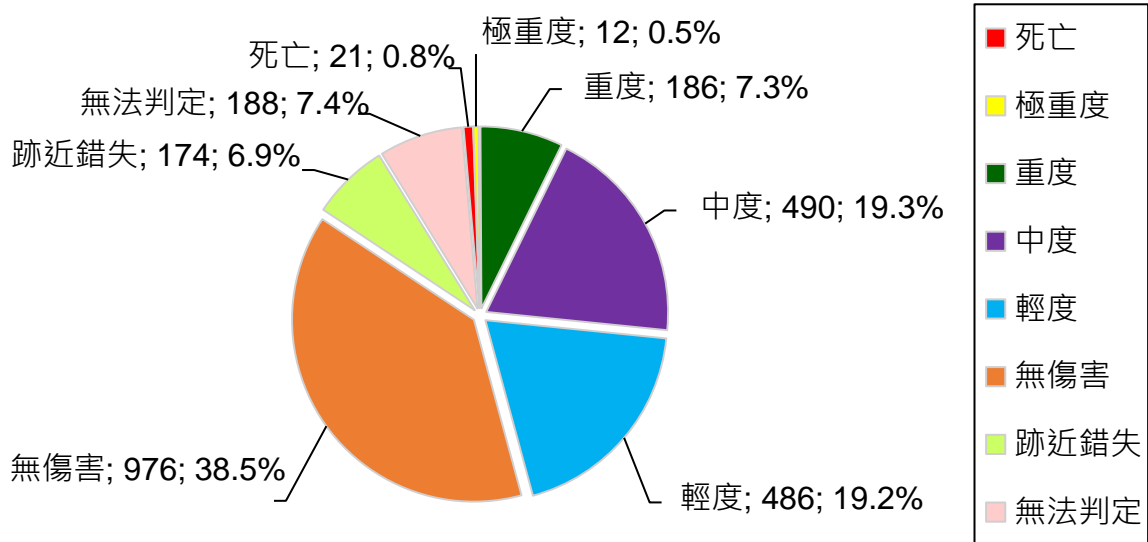


圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度 (N=2,533)

錯誤發生階段以「處置、治療或照護階段」居多佔 94.0 件/百件，其次為「評估階段」佔 19.7 件/百件，如圖 4-1-5-3。進一步分析發生於「評估階段」的錯誤項目，多數與延遲評估相關，而發生於「診斷階段」的錯誤項目則大多延遲診斷有關，「處置、治療或照護階段」錯誤項目，大多與技術不當有關，如圖 4-1-5-4。

將「處置、治療或照護階段」錯誤項目與病人健康影響程度作交叉分析後，有傷害比例高的依序為：燒燙傷 (97.6 件/百件)、異物哽塞 (96.8 件/百件)、技術不當 (74.5 件/百件)，如圖 4-1-5-5；「評估階段」錯誤項目與病人健康影響程度作交叉分析後，有傷害比例最高的為延遲評估 (57.3 件/百件)、未評估 (48.9 件/百件)，如圖 4-1-5-6；「診斷階段」錯誤項目與病人健康影響程度作交叉分析後，有傷害比例最高的分別為延遲診斷 (63.9 件/百件)、未診斷 (61.1 件/百件)，如圖 4-1-5-7。

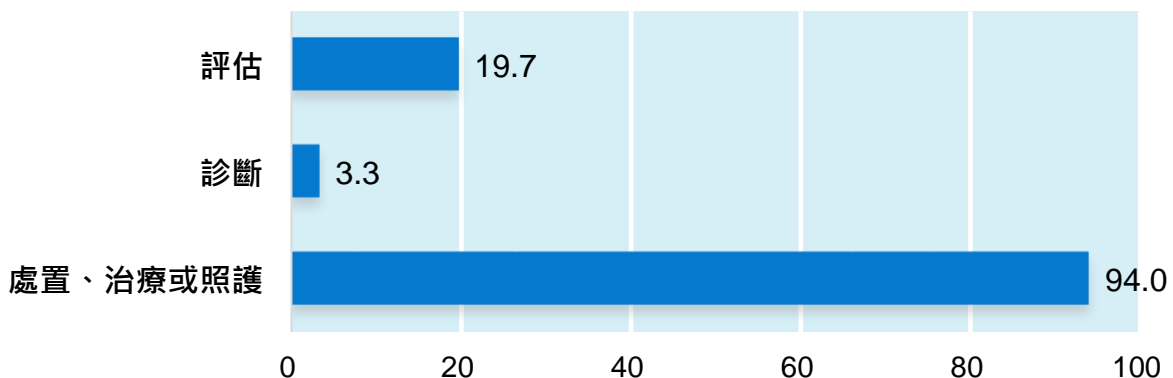


圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤發生階段 (N=2,533，本項複選)

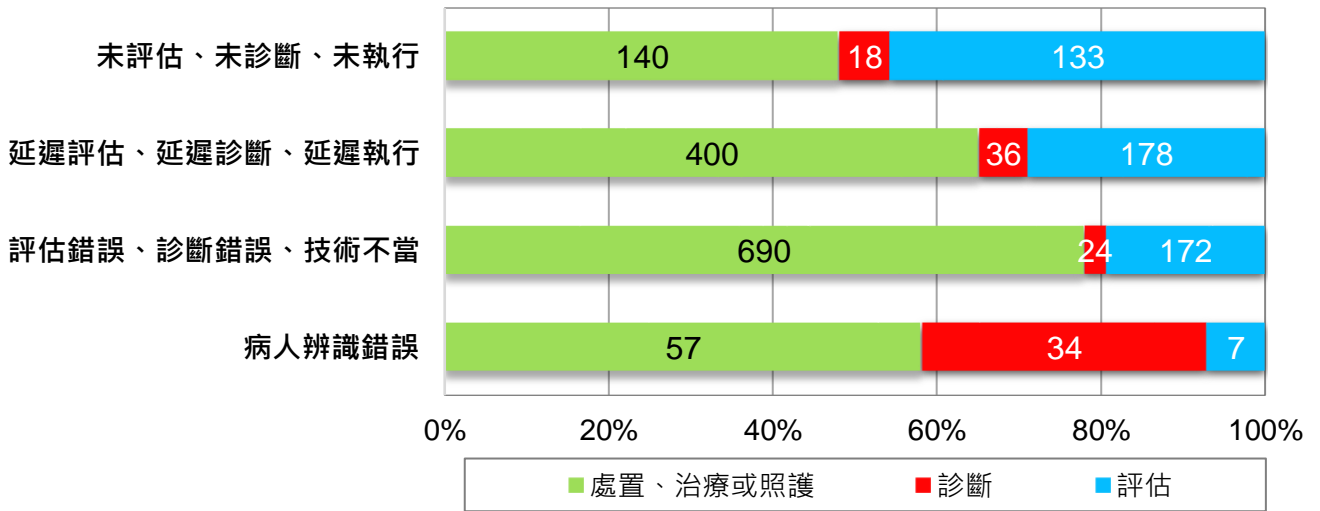


圖 4-1-5-4 醫院醫療照護事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析 (N=1,889 · 本項複選)

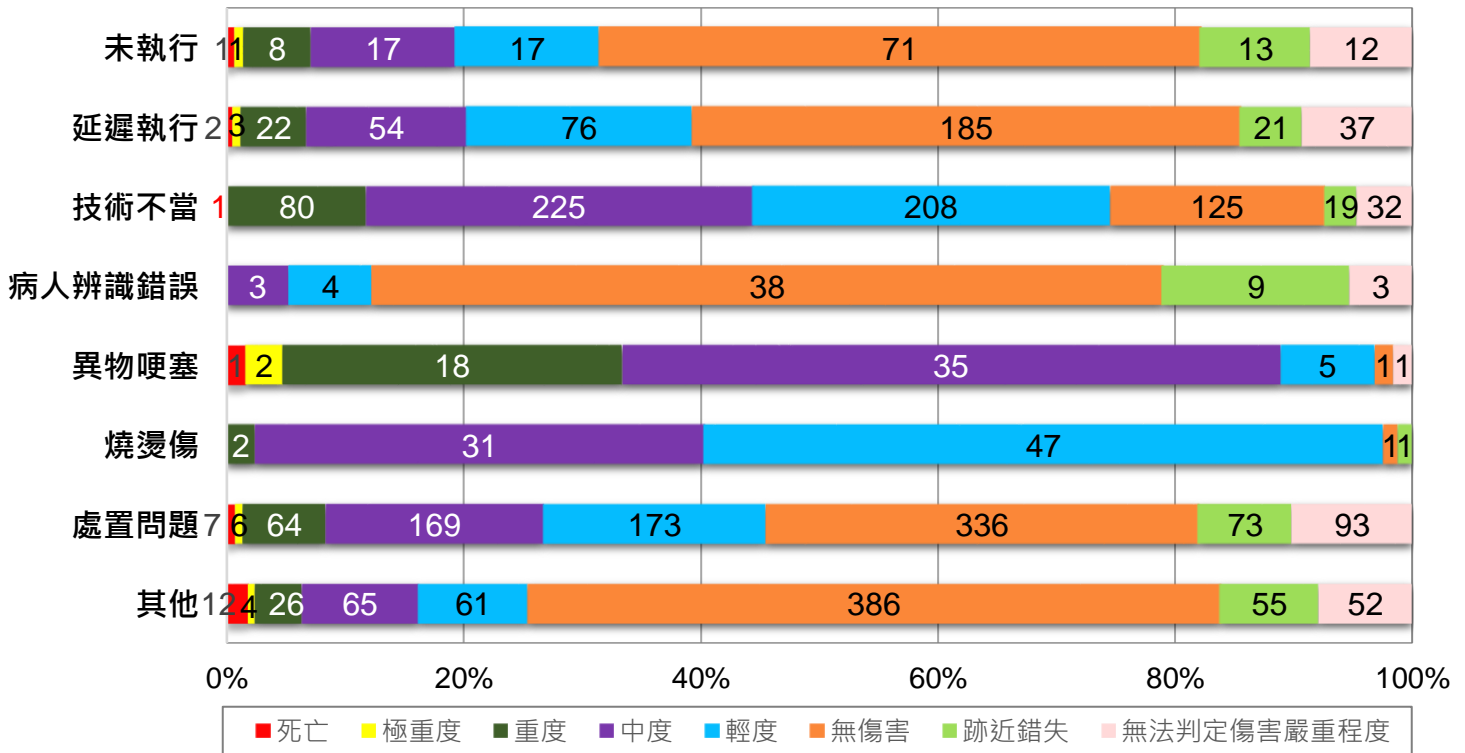


圖 4-1-5-5 「處置、治療或照護階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 (N=2,380 · 本項為複選)

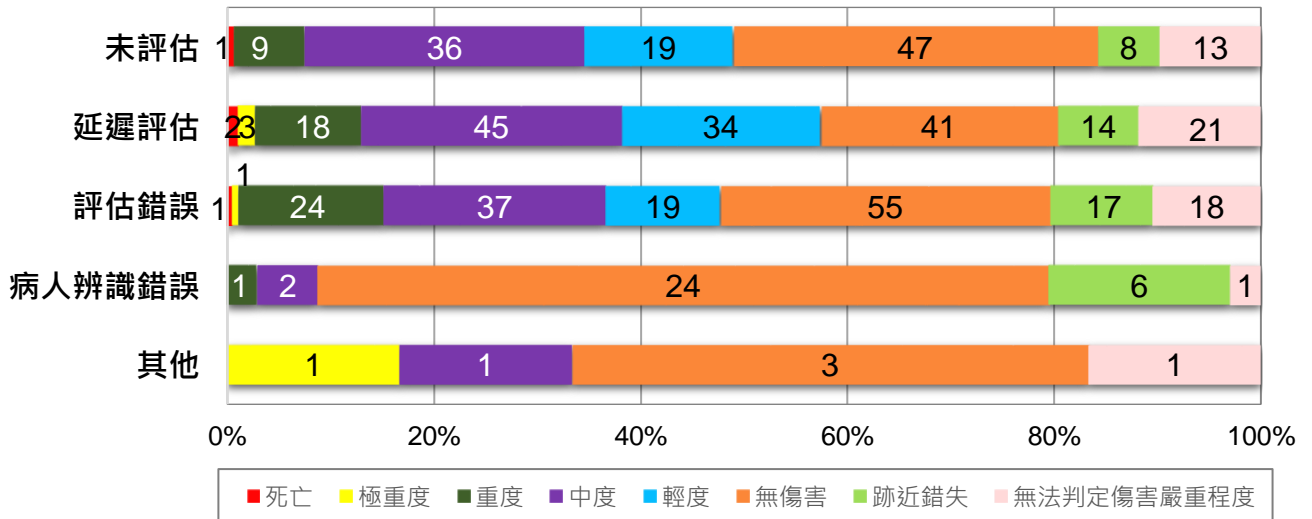


圖 4-1-5-6 「評估階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 ( N=499 · 本項為複選 )

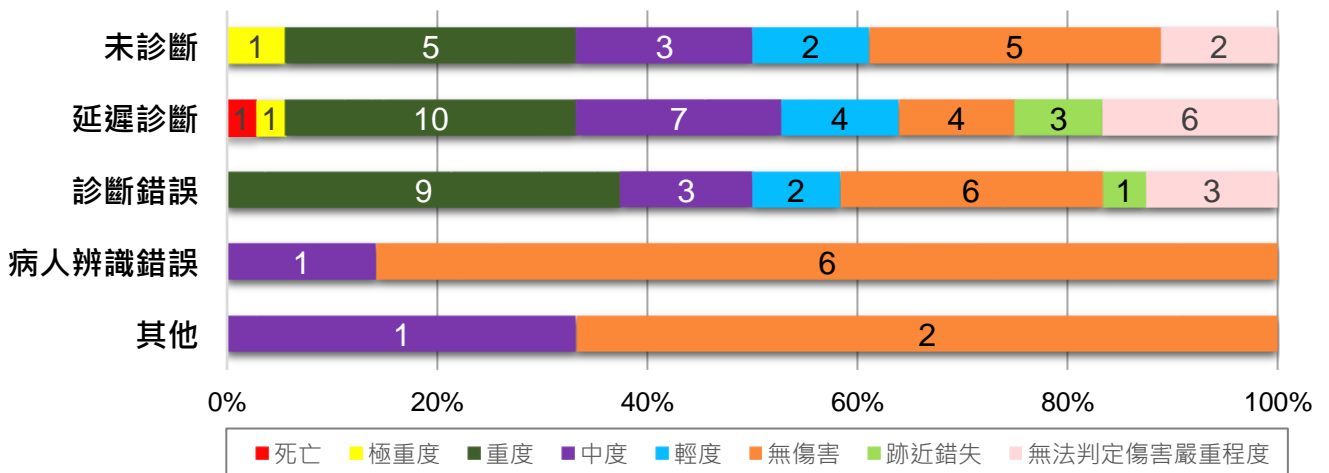


圖 4-1-5-7 「診斷階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 ( N=84 · 本項為複選 )

發生可能原因以「人員個人 ( 人為 ) 因素相關」最多 ( 80.9 件/百件 ) · 其後依序為「工作狀態/流程設計 ( 系統 ) 因素相關」次之 ( 71.6 /百件 ) · 「與溝通相關因素」( 54.1 件/百件 ) · 如圖 4-1-5-8 。

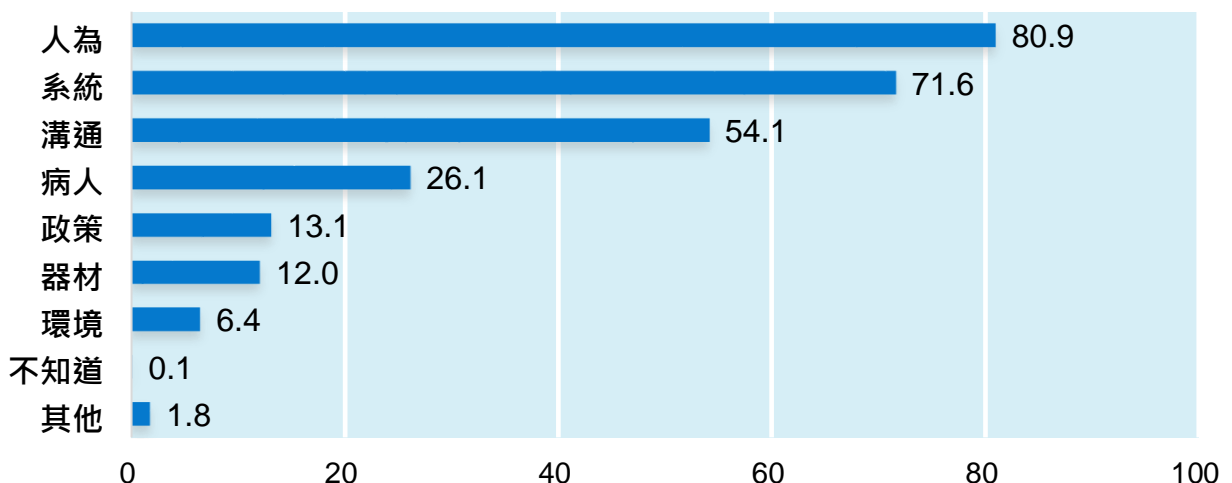


圖 4-1-5-8 醫院醫療照護事件發生可能原因 ( N=2,533 · 本項複選 )

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。



醫療照護事件 SAC 級數分析，在 2,533 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 13 件，SAC=2 者 90 件，SAC=3 者有 361 件，SAC=4 者有 1,057 件，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 1,012 件，如表 4-1-0-5。



## (六) 醫院-手術事件

發生於醫院的手術事件共 2,105 件，事件發生時段以白班 (08:01~16:00) 最高 (71.6%)，小夜班 (16:01~00:00) 次之 (20.2%)，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「有傷害」事件比例最高的時段發生於 22:01~00:00 區間 (按該時段事件發生比例)，「無傷害」及「跡近錯失」事件比例最高的時段發生於 06:01-08:00 區間 (按該時段事件發生比例)，如圖 4-1-6-1。

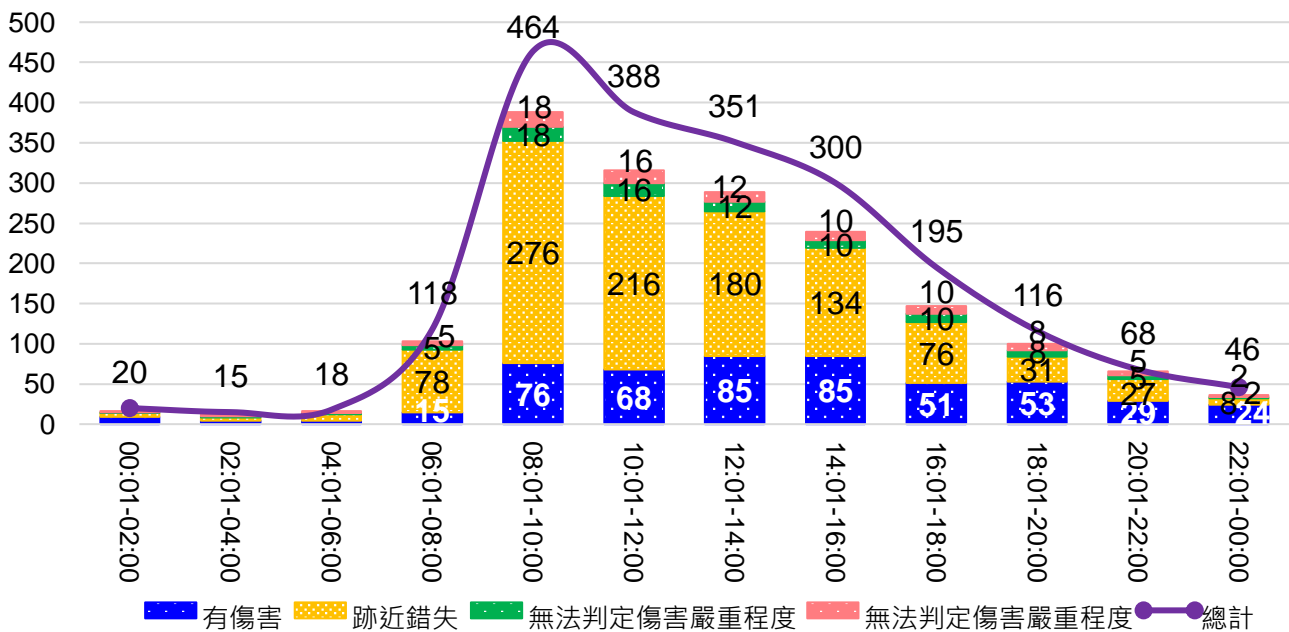


圖 4-1-6-1 醫院手術事件發生時段與病人健康影響程度分析

(N=2,009, 不含未填 6 件)

事件發生後共有 1,508 件 (71.6%) 未對病人健康造成影響 (跡近錯失 49.6%，無傷害 22.0%)，有傷害者共 506 件 (24.0%)，如圖 4-1-6-2。值得注意的是，重度以上案例有 46 例，其中在術式操作錯誤有 14 例 (如：右頰頰黏膜鋼板外露未縫合，造成鋼板接觸口水髒汙及右頰頰黏膜曝露無皮瓣覆蓋需再次安排急刀入開刀房處理；腹腔鏡膽囊切除手術術中傷及小腸但未發現；術後人工血反抽無回血，檢視 x 光發現人工血管位置不正確等)；異物滯留體內有 10 例 (如：因心臟節律器置放術後傷口感染，入手術室行清創手術，於術中發現 1 塊紗布，予以取出；移除時 ICP monitor 金屬導絲仍殘留於體內未完全拔除等)；術前準備程序不完善有 8 例 (如：病人使用 Bi-PAP 接氧氣鋼瓶運送，抵達開刀房時氧氣鋼瓶耗盡，造成病人喘、血壓下降，需插管急救等)；部位錯誤有 6 例 (如：照 C-arm 發現 Screw 鎖至 L3-5，與原先術式 L2-4 不符；病人左側額葉顱內出血，開刀於右側；應進行右側腹股溝淋巴腺腫切除術，但卻切除右側鼠蹊部突起痣)；術後程序不完善有 3 例 (如：放置右頸中央靜脈導管拔除

guide wire 時，發現有斷裂情形，但病人由開刀房轉加護病房時未交班)；手術傷口感染 2 例 (如：白內障手術重複使用的給水管路)。

錯誤發生階段以「術前準備」最多 (72.4 件/百件)，其次為「手術過程」(21.0 件/百件)、「術後處置」(10.3 件/百件)，如圖 4-1-6-3。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 164 件 (10.8 件/百件)；「手術過程」中有傷患者為 302 件 (68.2 件/百件)；「術後處置」有傷患者 101 件 (46.8 件/百件)，如圖 4-1-6-4。

錯誤類型以「術前準備程序不完善」(64.4 件/百件) 居多，其次為「其他」(22.9 件/百件)。分析「其他」件中有 18.4% 為術後程序不完善 (如：電擊導片，離開開刀房卻未取下；術後交接班不完整)；13.5% 為器械、縫針、紗布、棉花計數不全，12.8% 皮膚完整性受損 (如：器械夾傷、移除膠布撕破皮膚、消毒液使用過多造成熱反應等)，8.7% 器械斷裂 (如：使用 pin 固定骨折處時斷掉而滯留病人骨頭內；操作不當導致 drill bit 前端斷裂在病人體內)，6.4 為手術排程異常 (如：主治醫師/麻醉醫師等延誤上/下刀時間、連絡不到主刀醫師)，5.0% 為儀器設備故障 (如：C-Arm 面板異常、主動脈氣球幫浦 (IABP) 管路中已有血液異常填充於內、X 光床所屬配件腳架掉落、達文西器械鋼絲脫軌等) ...等，如圖 4-1-6-5。

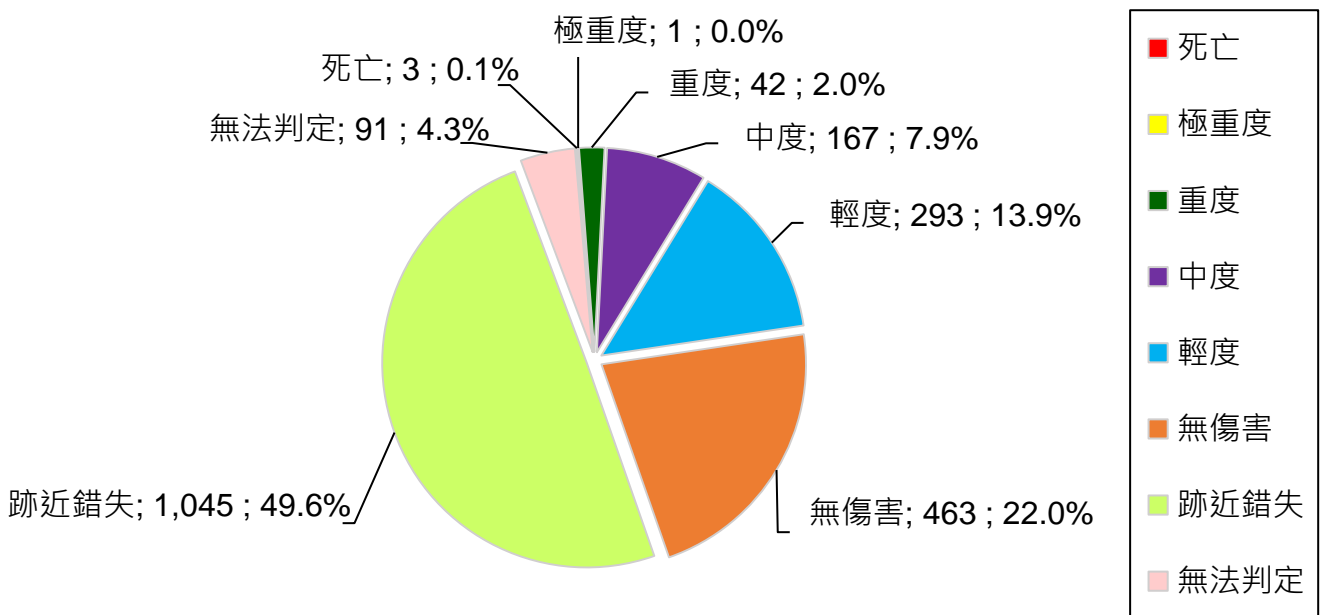


圖 4-1-6-2 醫院手術事件對病人健康的影響程度 (N=2,105)

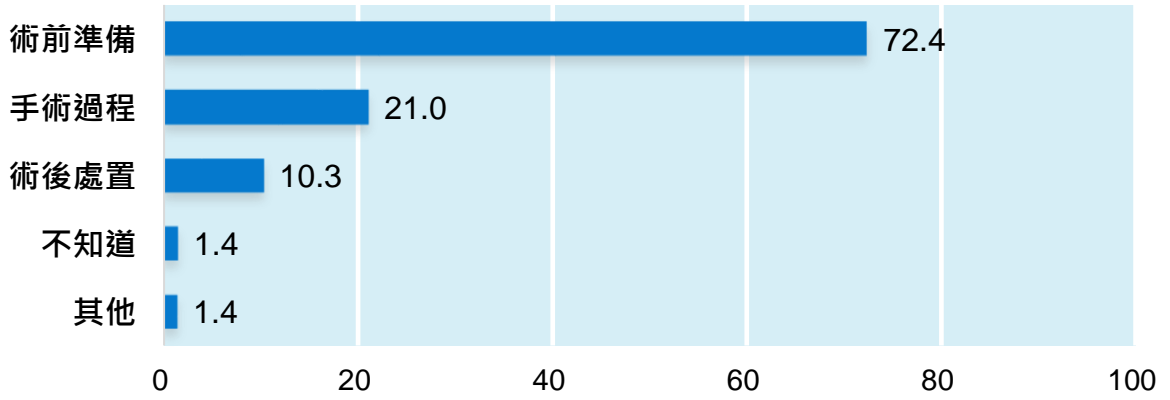


圖 4-1-6-3 醫院手術事件錯誤發生階段 ( N=2,105 本項複選 )

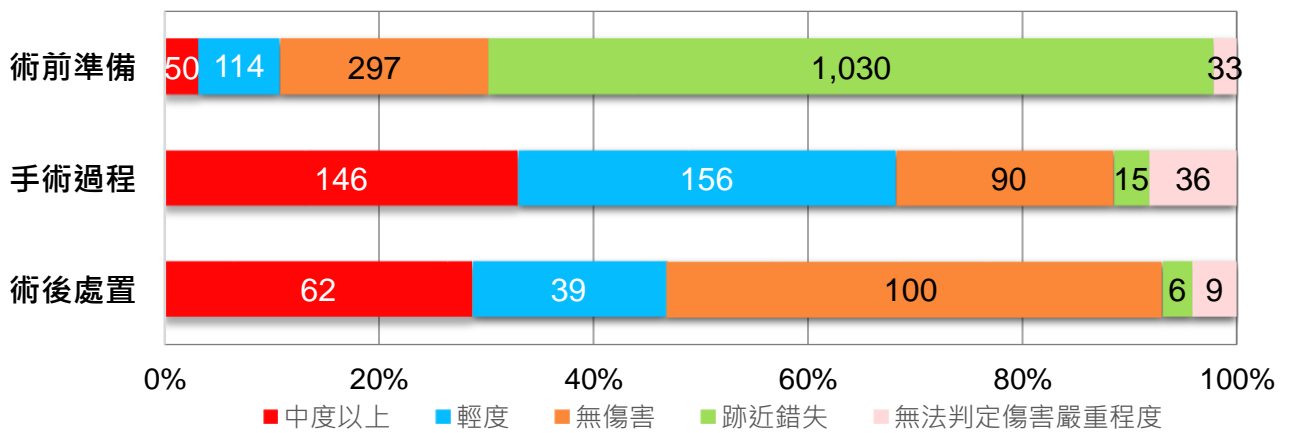


圖 4-1-6-4 醫院手術事件錯誤發生階段與病人健康影響程度之交叉分析 ( N=2,105 · 本項複選 )

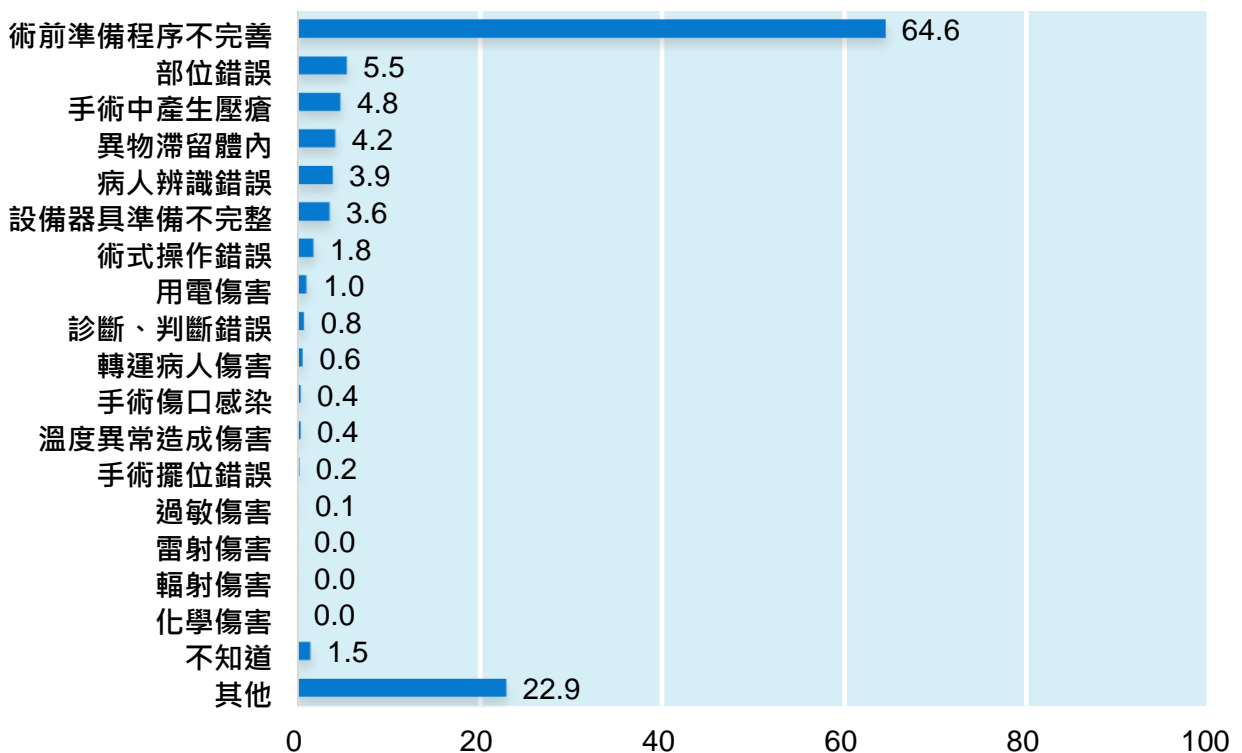


圖 4-1-6-5 醫院手術事件錯誤類型 ( N=2,105 · 本項複選 )

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。

手術事件發生的可能原因以「人員個人(人為)因素」最多(73.5/百件),其次為「工作狀態/流程設計(系統)素相關」(40.2 件/百件),溝通相關因素(33.1 件/百件),如圖 4-1-6-6。進一步分析「人員個人(人為)因素」的細項因素以「人員疏忽」最多;「工作狀態/流程設計(系統)素相關」的細項因素以「未依照標準作業流程」最多。

手術事件 SAC 級數分析,在 784 件受影響對象為病人的通報事件中,SAC=1 者 1 件,SAC=2 者 15 件,SAC=3 者 150 件,SAC=4 者 619 件,SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 1,320 件,如表 4-1-0-5。

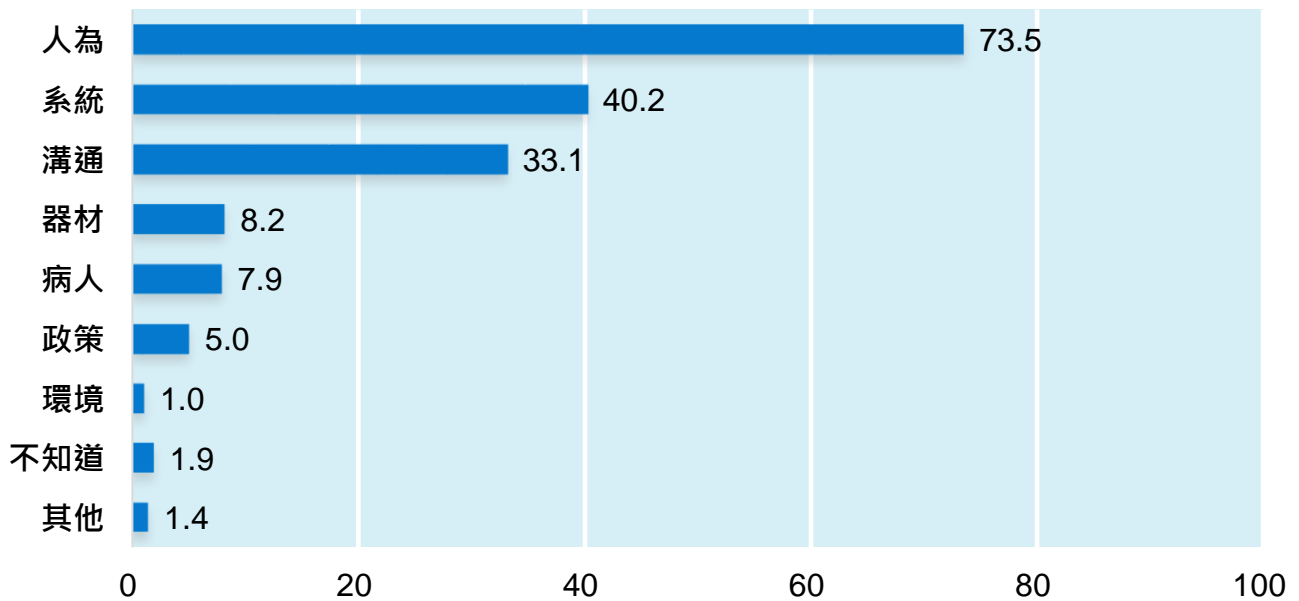


圖 4-1-6-6 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比 (N=2,105, 本項複選)

## (七) 醫院-傷害行為事件

分析 2020 年發生在醫院的傷害行為事件總共有 1,755 件，相較 2019 年增加 146 件。主要發生時段集中在白天時段 (08:01~16:00) 和小夜班時段 (16:01~00:00)，分別有 721 件 (41.4%) 和 704 件 (40.5%) 案件發生，而大夜班 (00:01~08:00) 時段通報案件數雖低於 100 件，但有傷害的比例均超過該時段事件數的百分之五十，如圖 4-1-7-1。事件發生地點以一般病房為主，平均每百件傷害行為事件，有 70.4 件發生於一般病房，其次是發生在急診室 (12.6 件/百件)，如圖 4-1-7-2。

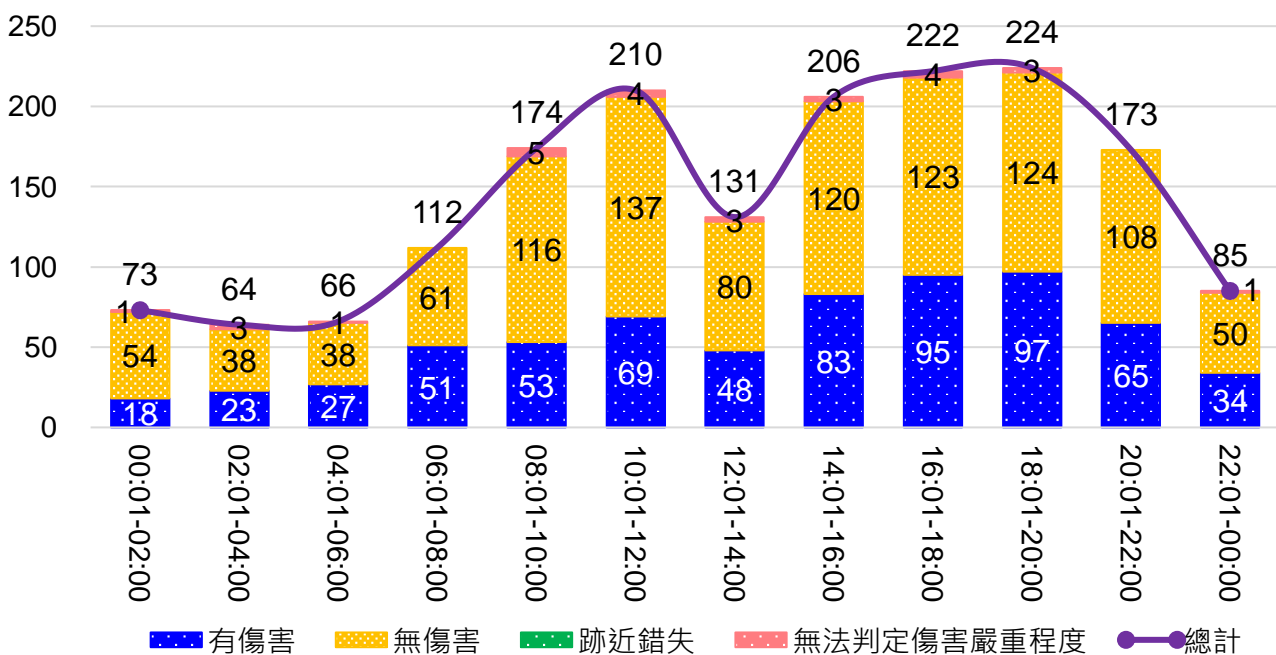


圖 4-1-7-1 醫院傷害行為事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析

(N=1,740，不包含未填 15 件)

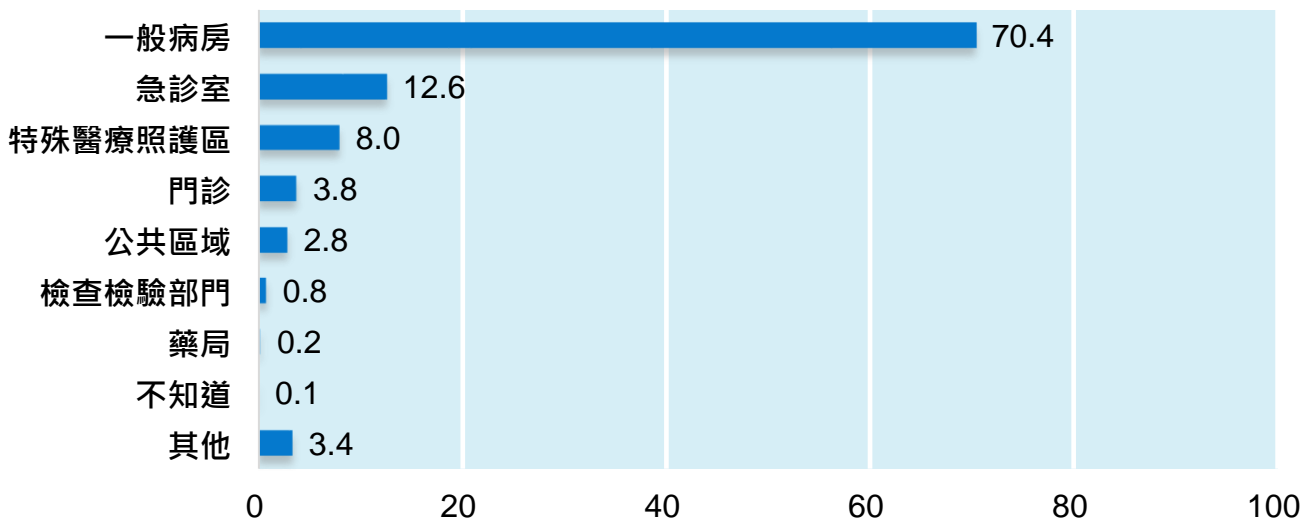


圖 4-1-7-2 醫院傷害行為事件發生地點 (N=1,755，此項目為複選)

進一步分析傷害行為的類型，主要為身體攻擊，每百件傷害事件中，有 62.1 件為身體攻擊，言語衝突次之（32.4 件/百件），自傷行為排名第三（16.1 件/百件），如圖 4-1-7-3，相較 2019 年傷害行為類型，前三項排序未變化。進一步將 2020 年事件傷害類型和發生時段資料一起分析，發現通報身體攻擊及言語衝突通報案件數最多的時段為 16：01~18：00、自傷的通報案件最多的時段為 18：01~22：00、自殺/企圖自殺案件最多的時段是 12：01~14：00，而破壞設備的通報案件則多發生於 14：01~18：00。

囿於傷害事件發起人為病人，故受影響對象需包含病人。分析傷害行為事件影響對象，除病人（100.0 件/百件）外，受影響對象以員工（41.8 件/百件）最多，其次為訪客/家屬（10.8 件/百件），與 2019 年受影響對象相比，訪客/家屬和儀器設備各增加 1.1、1.5 百分點、員工則減少 1.0 百分點，如圖 4-1-7-4。

分析傷害行為事件對病人健康程度的影響，以無傷害所占比例最高（60.4%），其次為有傷害佔 37.9%，無法判定佔 1.7%。造成病人傷害中又以輕度傷害最多，共有 423 件（24.1%），中度傷害次之（226 件，12.9%），如圖 4-1-7-5。進一步將傷害行為類型和事件對病人健康影響程度資料做交叉分析，發現有傷害事件中，嚴重度為死亡的事件類別為自殺/企圖自殺 3 件、重度傷害事件包含自殺/企圖自殺 7 件、自傷 4 件及身體攻擊 3 件；此外，各傷害行為類型除自傷以外，皆以無傷害比例最高（言語衝突 78.9 件/百件、破壞設備 76.7 件/百件、身體攻擊 61.2%、自殺/企圖自殺 39.0 件/百件），如圖 4-1-7-6。

分析導致傷害行為的可能因素，發現與「病人生理及行為相關因素（病人因素）」最多，每百件約有 92.6 件，其次是溝通因素（26.5 件/百件），如圖 4-1-7-7。

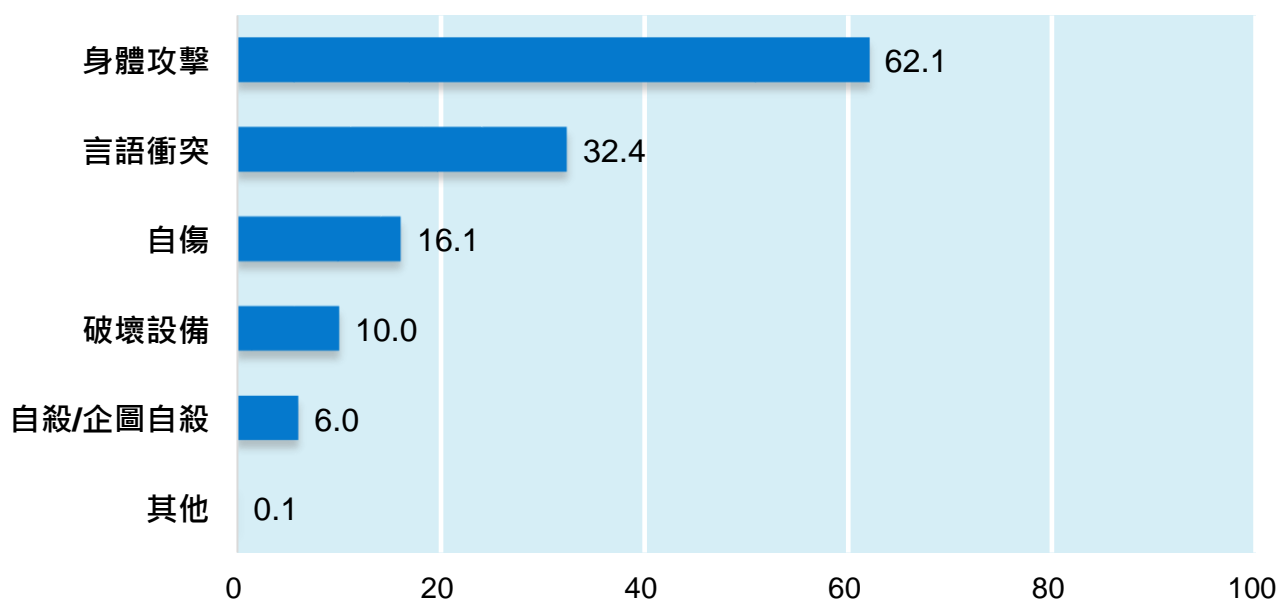


圖 4-1-7-3 醫院傷害行為事件類型（N=1,755，此項目為複選）

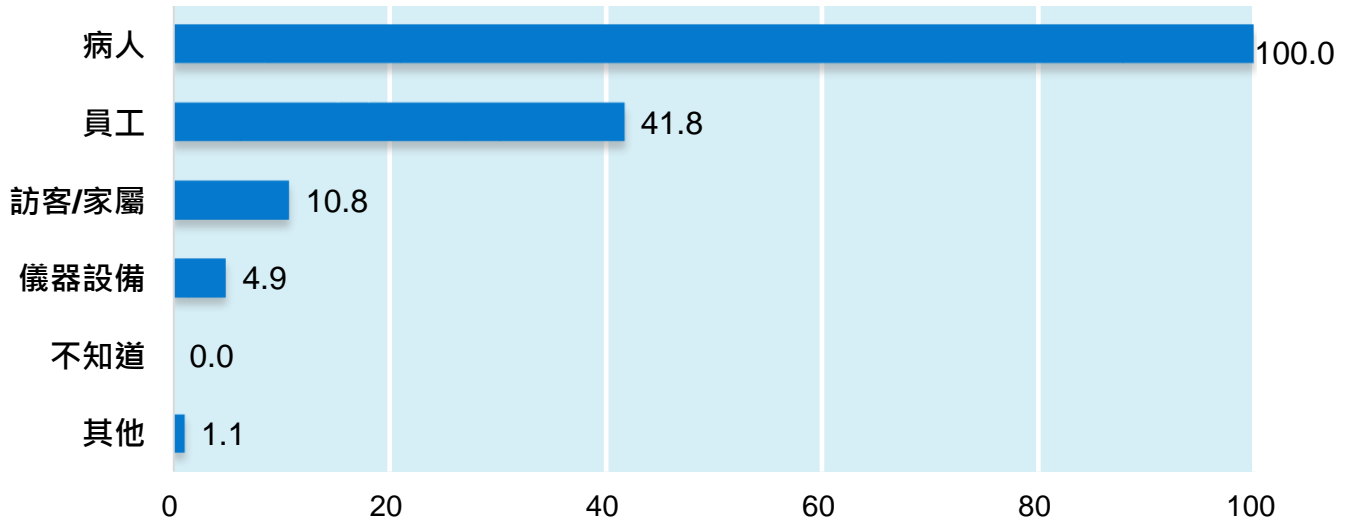


圖 4-1-7-4 醫院傷害行為事件主要受影響對象相對次數百分比 ( N=1,755 · 此項目為複選 )

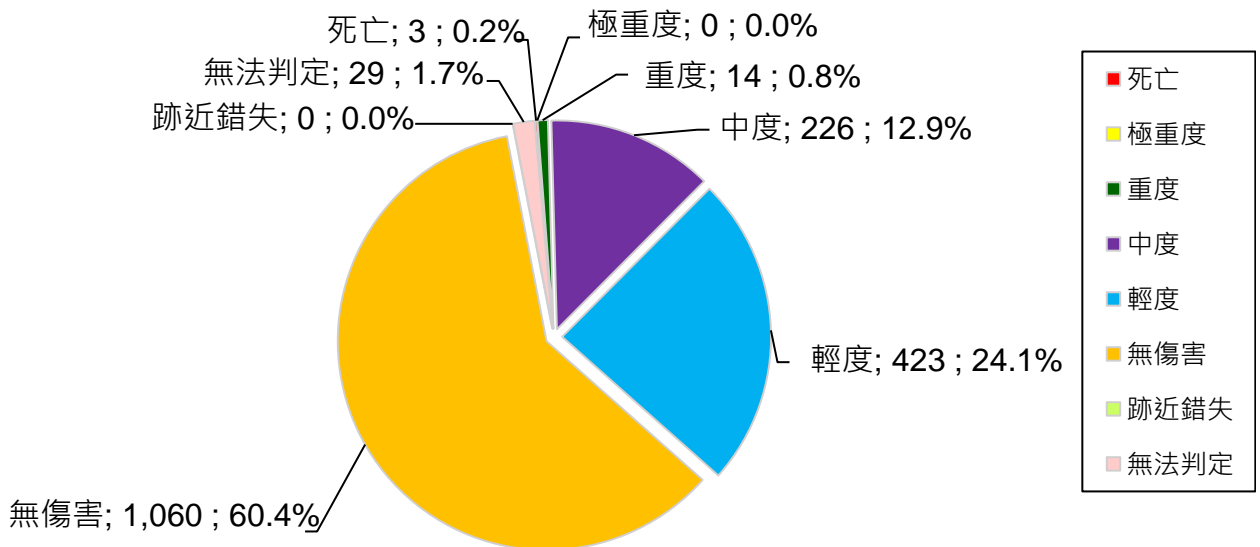


圖 4-1-7-5 醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 ( N=1,755 )

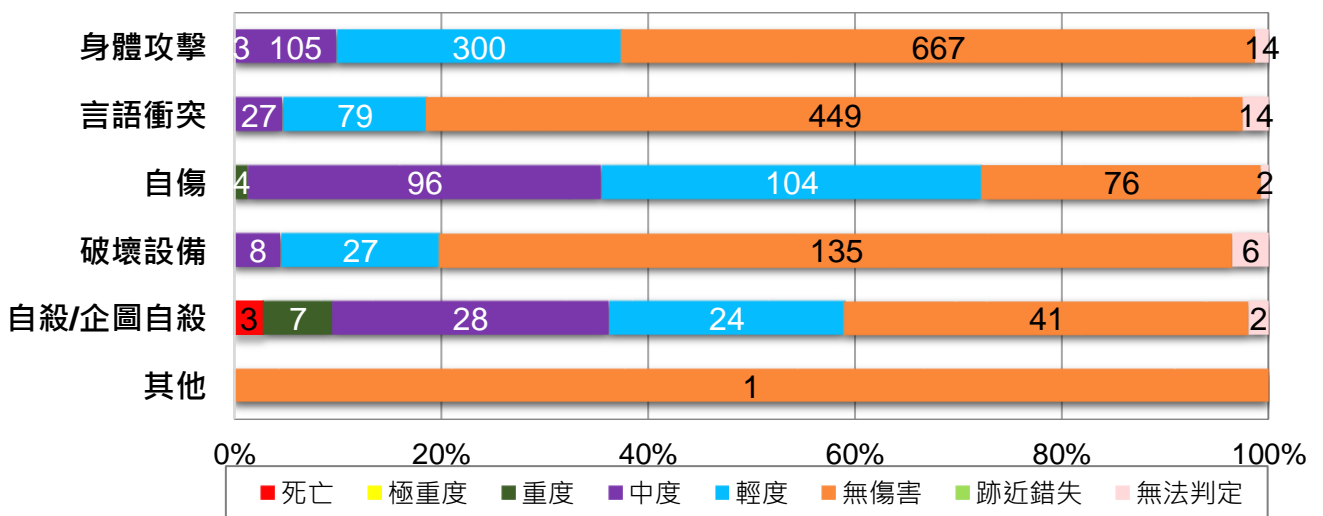


圖 4-1-7-6 醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析

( N=1,755 · 此項目為複選 )

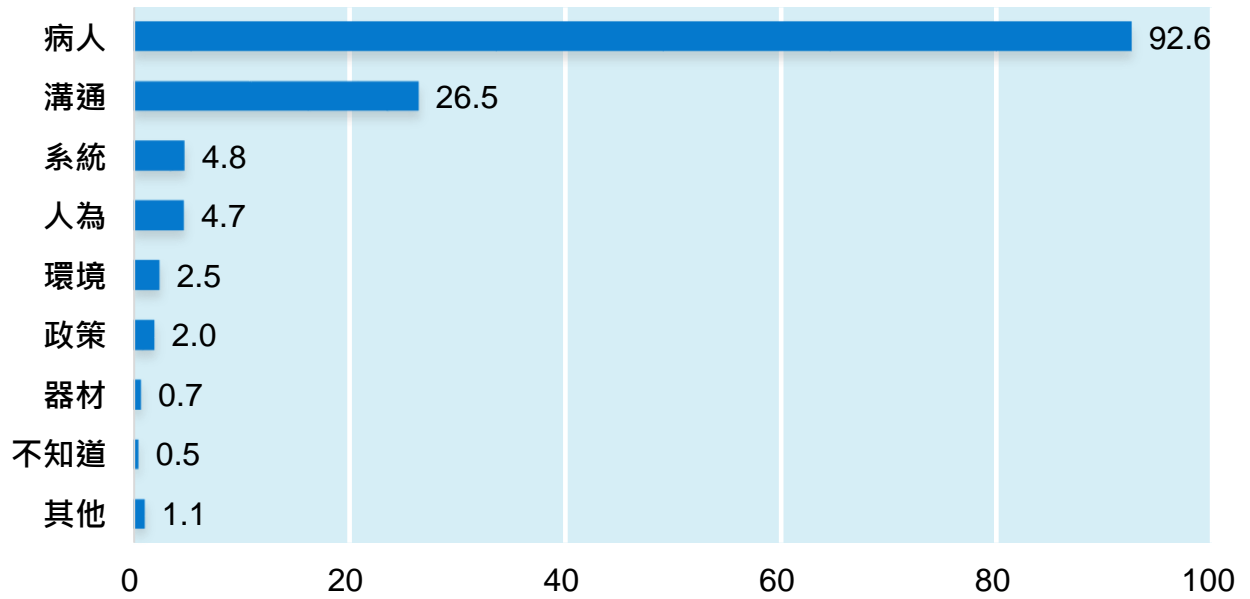


圖 4-1-7-7 醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,755, 本項為複選)

分析醫院傷害行為事件 SAC 嚴重程度分析，SAC=1 者有 0 件 (0.0%)，SAC=2 者有 7 件 (0.4%)，SAC=3 者有 298 件 (17.0%)，而 SAC=4 者共有 1,077 件 (61.4%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 373 件，如表 4-1-0-5。



## (八) 醫院-治安事件

分析 2020 年發生於醫院的治安事件共有 1,709 件，佔所有機構別治安事件的 71.3%，其中受影響對象為病人/住民的共有 1,427 件。依照治安事件發生時段資料來看，主要發生時段集中在白班和小夜班，分別有 626 件（43.9%）和 484 件（33.9%），如圖 4-1-8-1。治安事件發生地點平均每百件有 59.0 件發生於一般病房為最多，其次是急診室（23.5 件/百件）和特殊醫療照護區（7.2 件/百件），如圖 4-1-8-2。

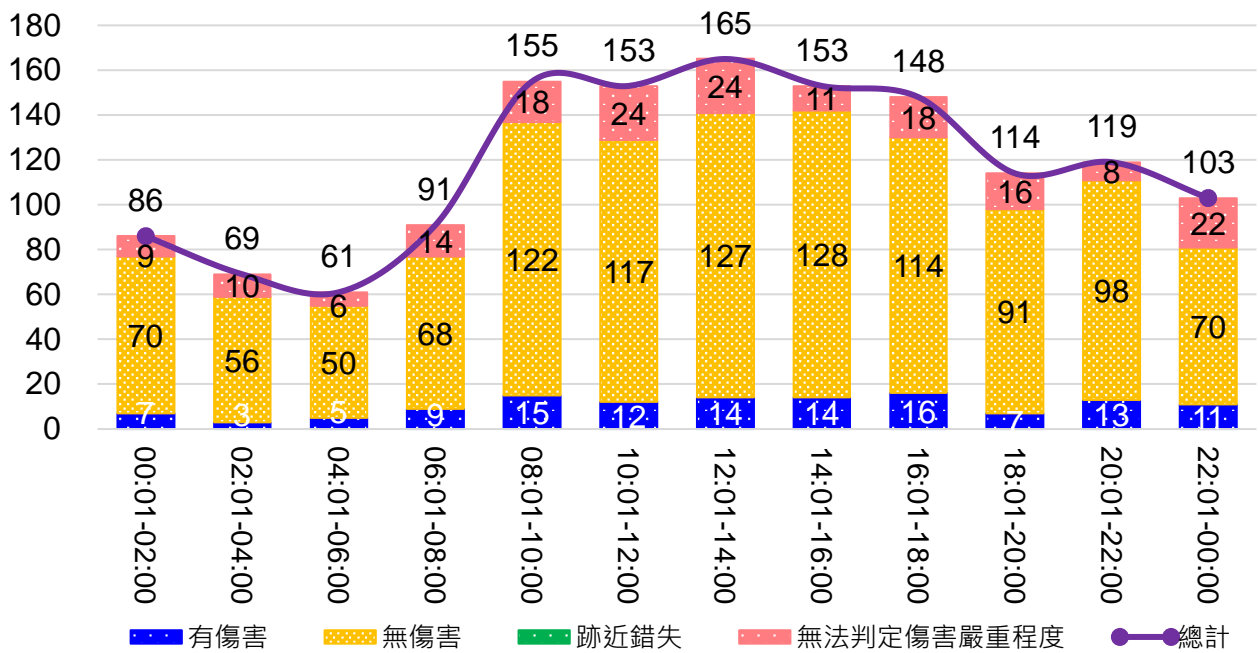


圖 4-1-8-1 醫院治安事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析  
(N=1,417, 不包含未填 10 件)

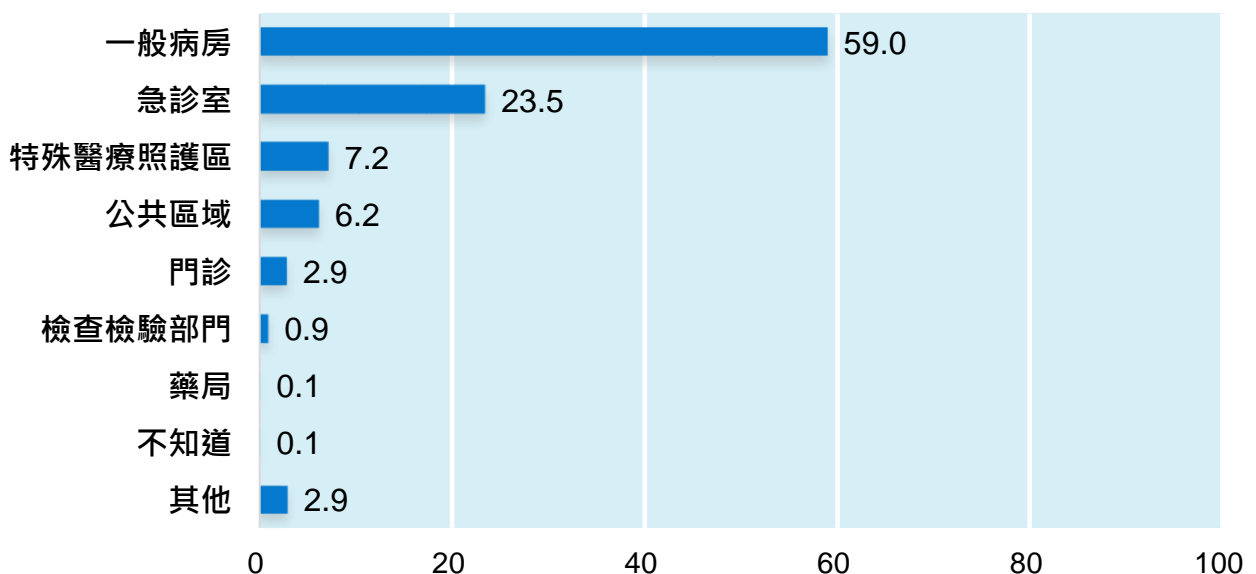


圖 4-1-8-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比 (N=1,709, 本項為複選)

進一步分析治安事件類型以「病人失蹤」之案件數最多(共 750 件, 43.9 件/百件), 其次是「肢體或言語衝突」(共 365 件, 21.4 件/百件), 第三為「使用違禁品」,(229 件, 13.4 件/百件), 如圖 4-1-8-3。2020 前三名的治安事件類型和 2019 年相比, 今年度發生病人失蹤、肢體或言語衝突及使用違禁品的事件比例上升, 但偷竊事件比例下降; 2019 年的病人失蹤、肢體或言語衝突、偷竊及使用違禁品分別為 39.9 件/百件, 21.1 件/百件, 17.0 件/百件, 12.1 件/百件。另外, 將 2020 年此三項發生的治安類型和發生時段資料交叉分析, 發現「病人失蹤」最多的時間點是 16:01~18:00; 「肢體或言語衝突」發生的時間點最多集中在 10:01~12:00; 「使用違禁品」的發生時間主要為 14:01~16:00 及 10:01~12:00。

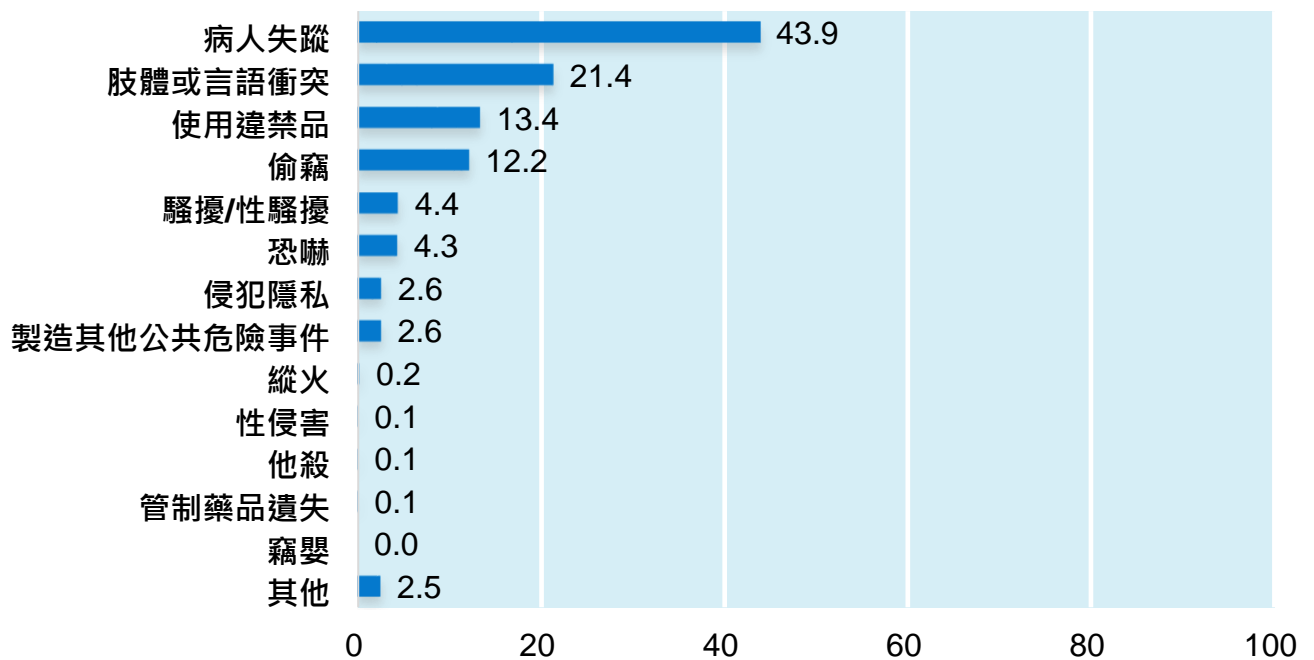


圖 4-1-8-3 醫院治安事件類型相對次數百分比 (N=1,709, 本項為複選)

治安事件發生最主要的影響對象為病人/住民(1,427 件, 83.5 件/百件), 對象為員工(459 件, 26.9 件/百件)的排名次之, 再其次為訪客和家屬(430 件, 25.2 件/百件), 如圖 4-1-8-4。影響對象為「病人和住民」的治安事件類別以「病人失蹤」(52.0 件/百件)最多; 影響對象為「員工者」及「訪客和家屬」的治安事件則以「肢體或言語衝突」(均為 48.6 件/百件)最多。醫院治安事件主要以「男性」為主, 共有 780 件(54.7%)多於女性 372 件(26.1%), 其發生的年齡層主要集中在 19-64 歲, 有高達 59.2% 的案件屬於此年齡層。

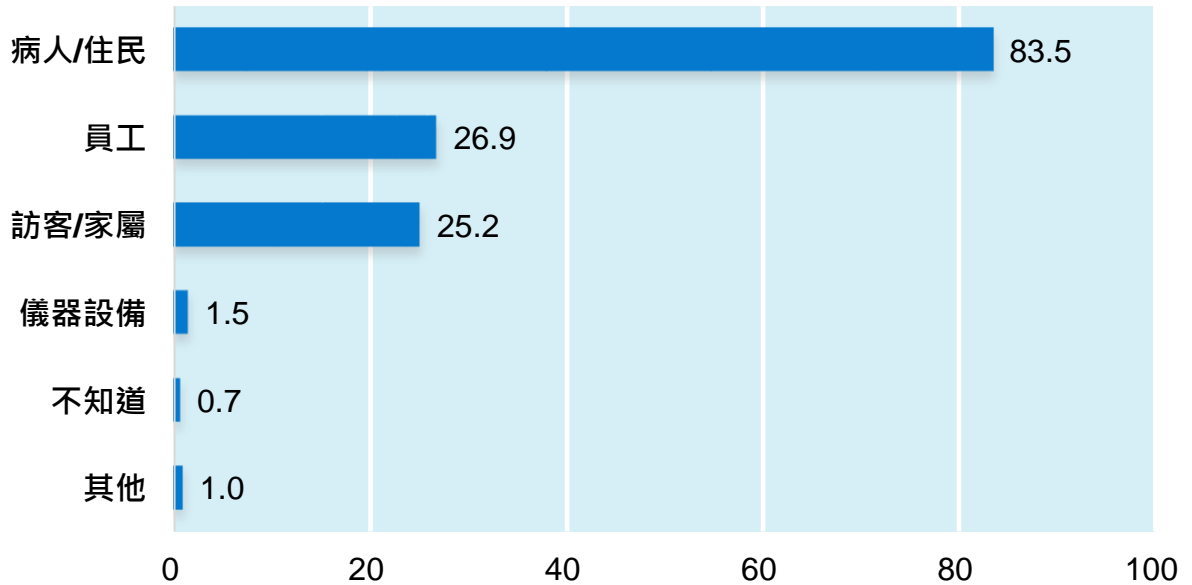


圖 4-1-8-4 醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比 (N=1,709, 本項為複選)

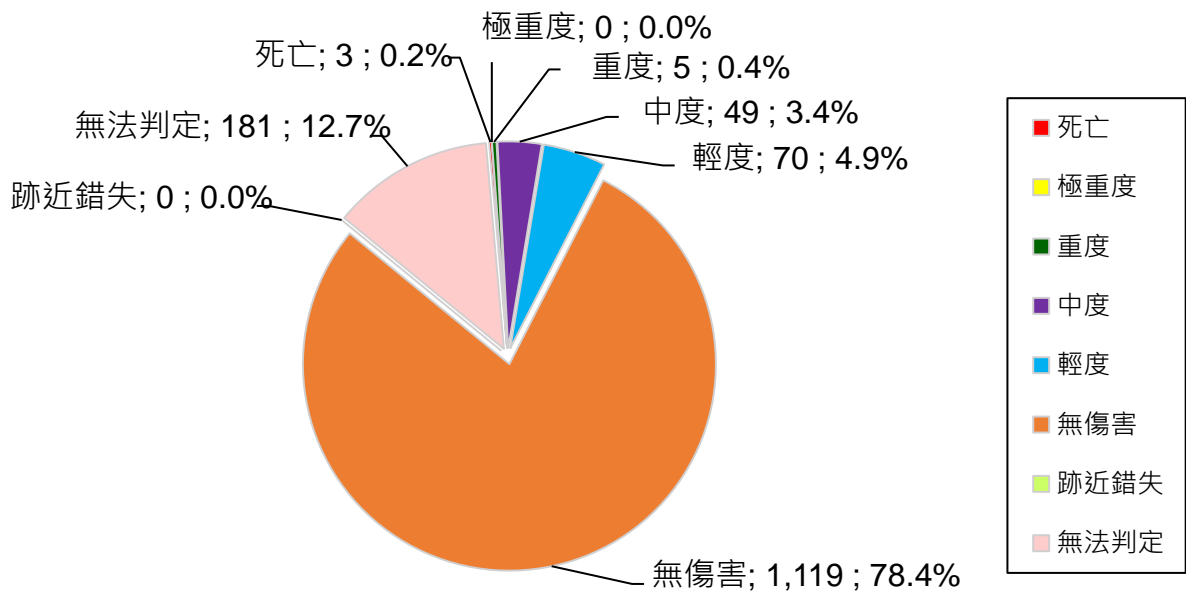


圖 4-1-8-5 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度 (N=1,427, N 為病人/住民數)

分析事件發生對病人/住民的健康程度影響，以無傷害最多 (1,119 件, 78.4%)，其次是無法判定傷害嚴重程度共有 181 件 (12.7%)，造成輕度傷害以上的影響共有 70 件 (4.9%)，如圖 4-1-8-5。其中，治安事件重度以上有 6 件 是因病人失蹤或私自離院而發生車禍、身體不適發生 OHCA 等有關。更進一步將治安事件類型和其對病人/住民健康程度影響資料做交叉分析，發現病人失蹤(含私自離院)案件共有 742 件，其中 70 件造成對病人/住民的傷害，約占所有「有傷害」事件的 51.9%；肢體或言語衝突案件共有 233 件，其中 38 件造成對病人/住民的傷害，約占所有「有傷害」事件的 28.1%，如圖 4-1-8-6。

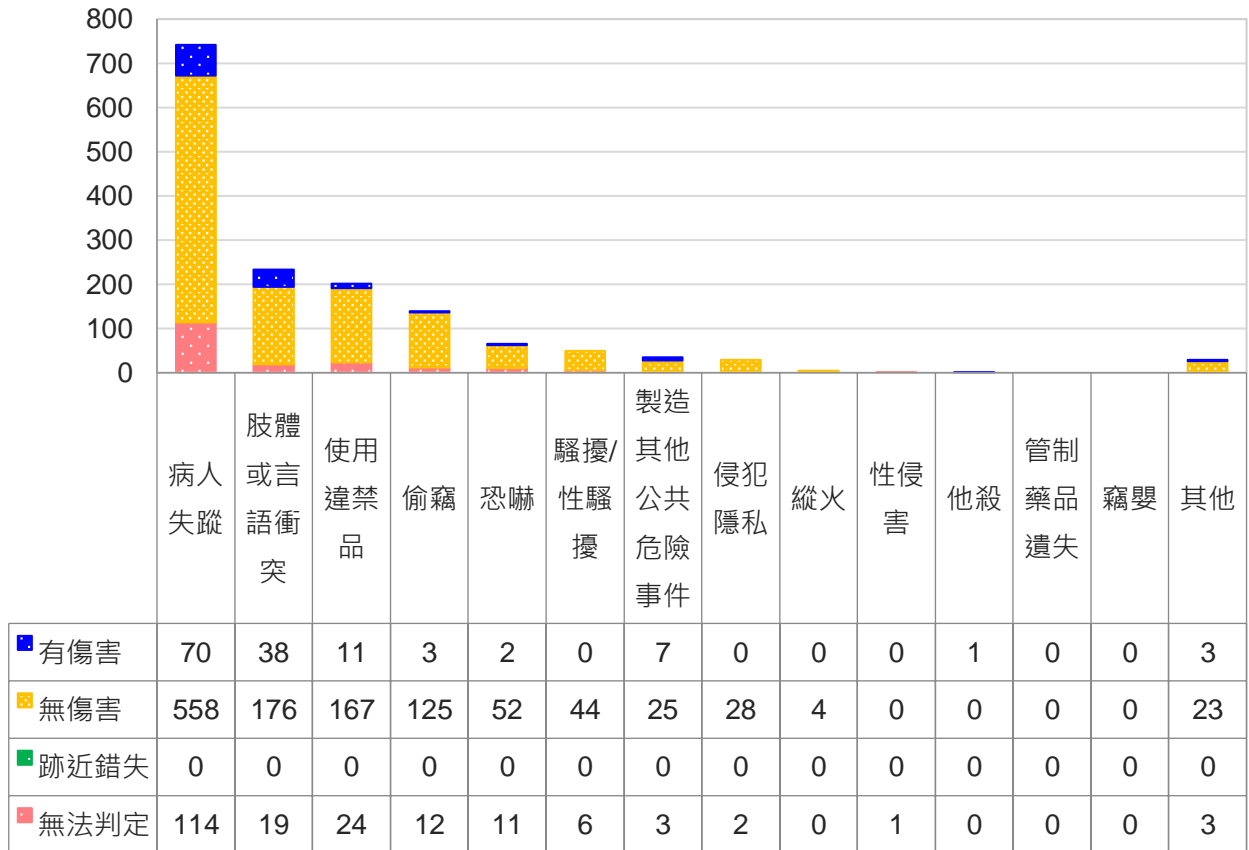


圖 4-1-8-6 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布  
(N=1,427, N 為病人/住民數, 此項目為複選)

醫院治安事件發生可能原因中,「與病人生理及行為因素相關(病人)」因素(61.8 件/百件)為最多,其次為「與溝通因素相關(溝通)」因素(29.9 件/百件)、「與人員因素相關(人為)」因素(17.3 件/百件),如圖 4-1-8-7。

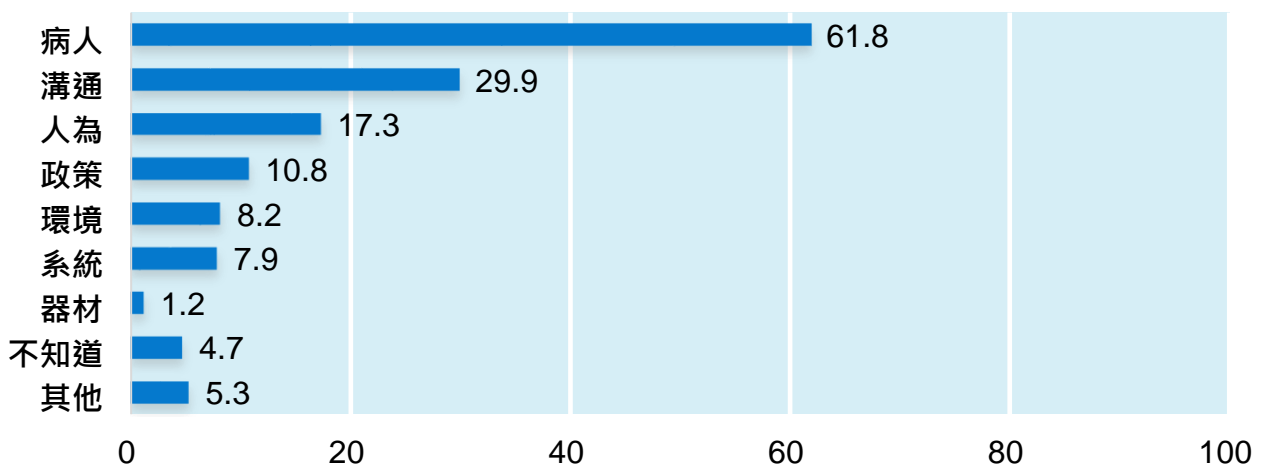


圖 4-1-8-7 醫院治安事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,709; 此項目為複選)

以嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析治安事件,發現 SAC=1 者有 1 件, SAC=2 者有 3 件, SAC=3 者有 45 件(3.2%), SAC=4 者有 852 件(59.7%), SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 526 件,如表 4-1-0-5。

## (九) 醫院-公共意外

2020 年發生在醫院的公共意外事件共有 1,218 件，其中受影響的對象為病人/住民的共有 732 件。就其事件發生時間而言，公共意外事件發生的時間以白班居多(08:01~16:00)，共有 396 件(54.3%)，其次是小夜班時段(16:01~00:00)，有 198 件(27.2%)，如圖 4-1-9-1。而事件發生地點以一般病房最高，共有 424 件(34.8 件/百件)，其次是特殊醫療照護區(285 件，23.4 件/百件)，如圖 4-1-9-2。

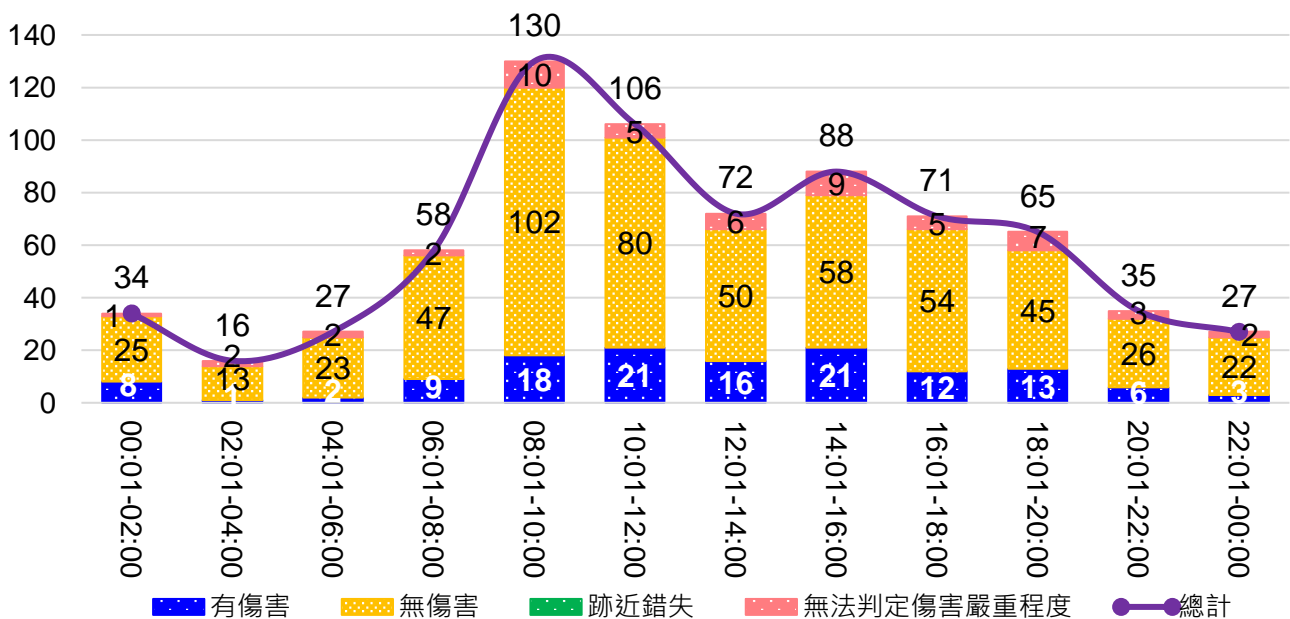


圖 4-1-9-1 醫院公共意外事件發生時間與病人受影響程度分析 (N=729，不含未填 3 件)

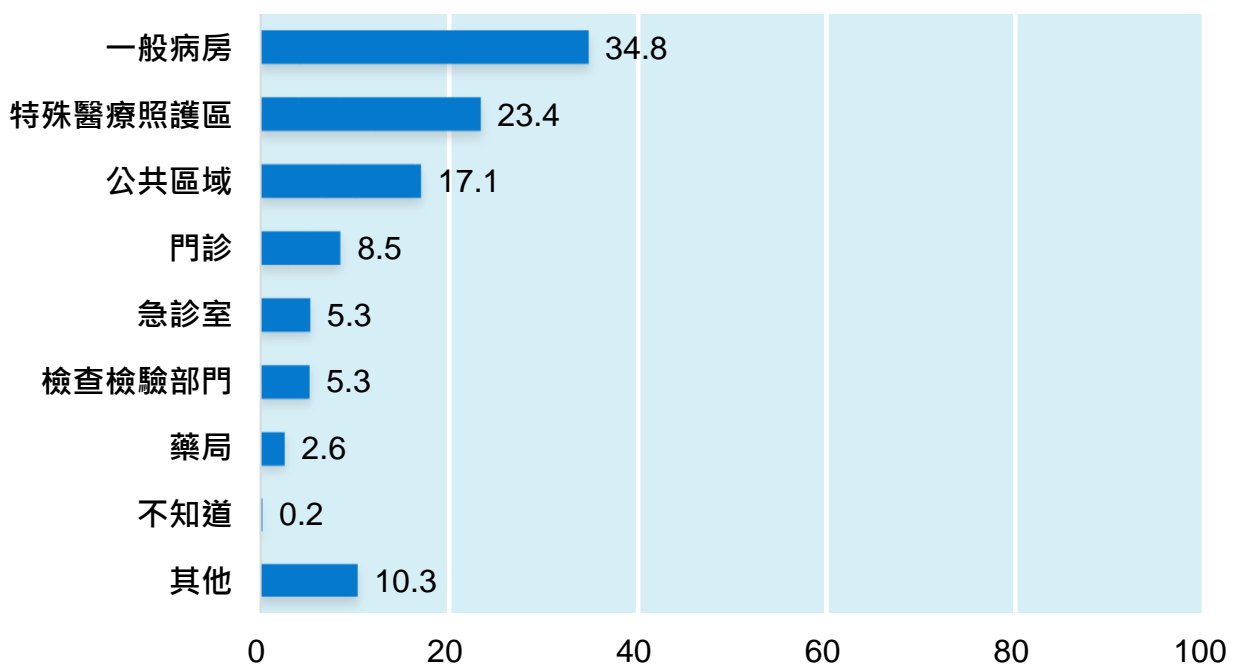


圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比 (N=1,218，本項目為複選)

分析公共意外事件的類型，發現最主要發生類型為火災及水電空調、醫療氣體供應異常，分別有 210 件和 209 件（兩者均為 17.2 件/百件），其次為公共設施故障，有 170 件（14.0 件/百件），如圖 4-1-9-3；進一步分析火災及水電空調、醫療氣體供應異常發生地點，發現主要為一般病房（火災 43.3 件/百件、水電空調、醫療氣體供應異常 23.9 件/百件）及特殊醫療照護區（火災 22.9 件/百件、水電空調、醫療氣體供應異常 45.0 件/百件）。和 2019 年公共意外事件類型相比，消防警報異常共上升 4.4 個百分點，為增加比例最多的類型，其他類型主要包含醫療儀器故障及施工環境等。

分析醫院公共意外對病人健康程度的影響，以無傷害最多，共有 548 件（74.9%），有傷害者佔 17.8%，以中度及輕度傷害為主，各佔 6.4%、10.7%，重度傷害案例 5 件。有傷害案例主要與公共設施故障、化學物質外洩相關，建議醫院應定期檢測維修相關設備，並注意化學物質相關作業安全。

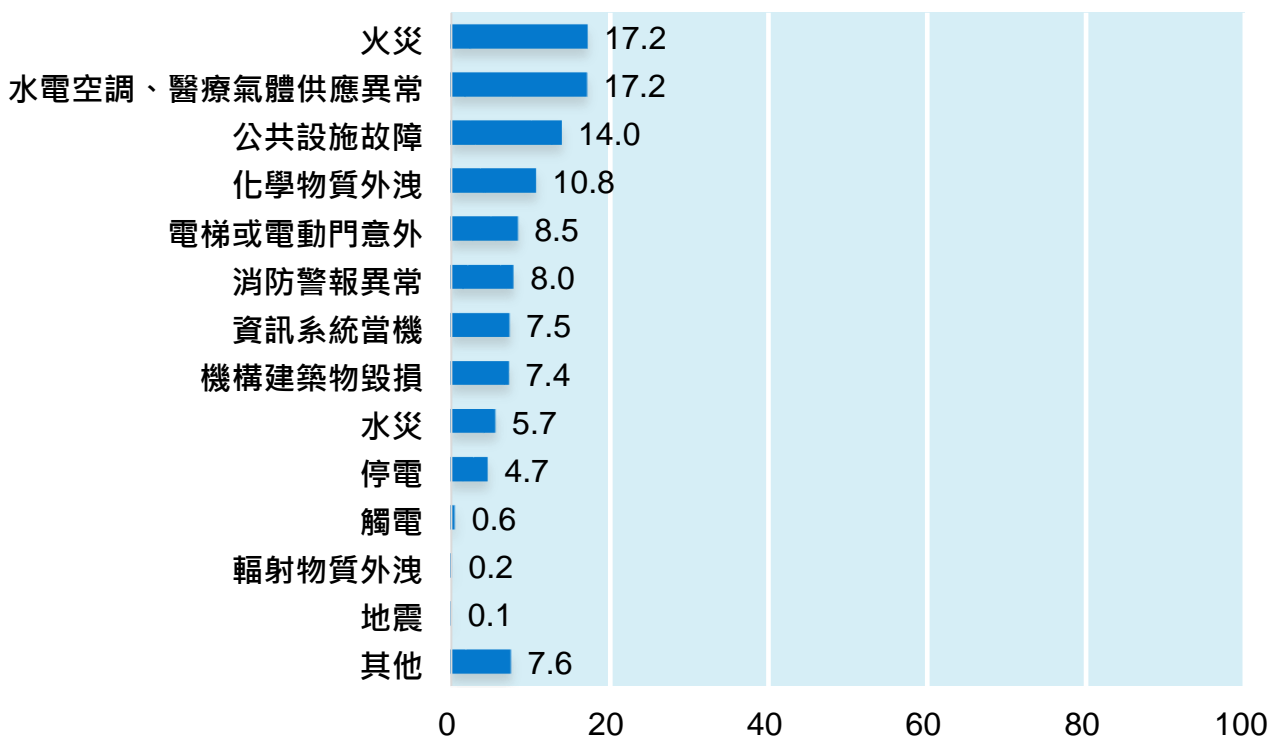


圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比（N=1,218，本項目為複選）

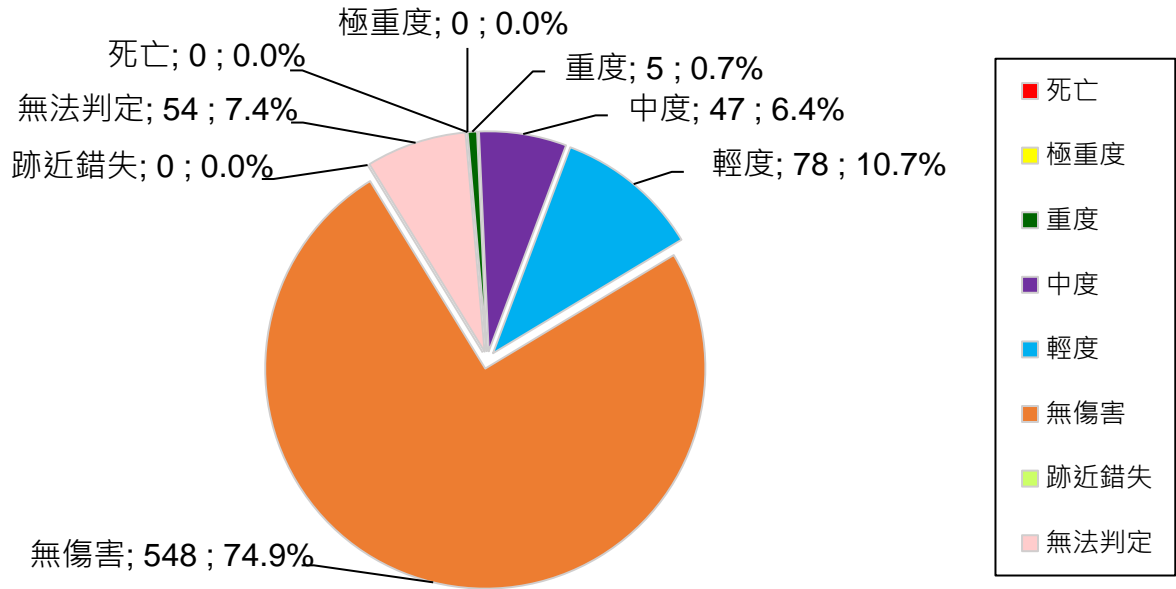


圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件對病人健康影響程度 ( N=732 )

以各公共意外類型與病人傷害程度交叉分析，可發現公共設施故障造成有傷害的比例較高 ( 45.7 件/百件 )，如圖 4-1-9-5；資訊系統當機及停電類型中無法判定傷害程度比例偏高原因則與意外類型受影響範圍大且難釐清確切影響對象之故。

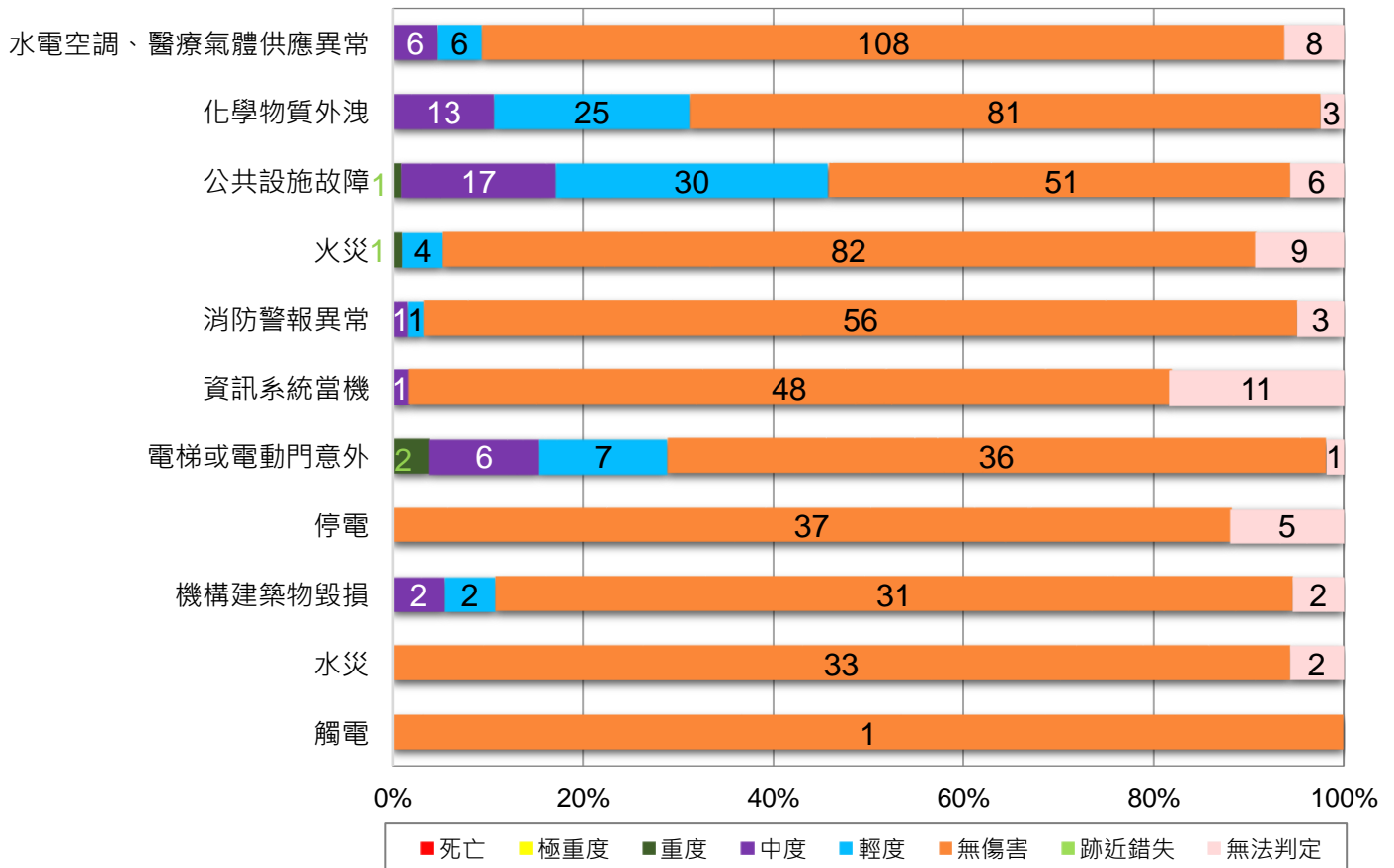


圖 4-1-9-5 醫院公共意外事件發生類型與病人健康影響程度分析 ( N=732，本項為複選 )

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。



2020 年醫院公共意外發生可能原因和器材設備相關因素最多，共有 824 件 ( 67.7 件/百件 )，其次是環境因素共有 307 件 ( 25.2 件/百件 )，如圖 4-1-9-6 所示。進一步分析其器材設備因素，發現最主要為器材設備故障或功能異常 ( 76.9 件/百件 )、器材設備設計不良 ( 12.9 件/百件 ) 和資訊系統問題 ( 10.6 件/百件 )。

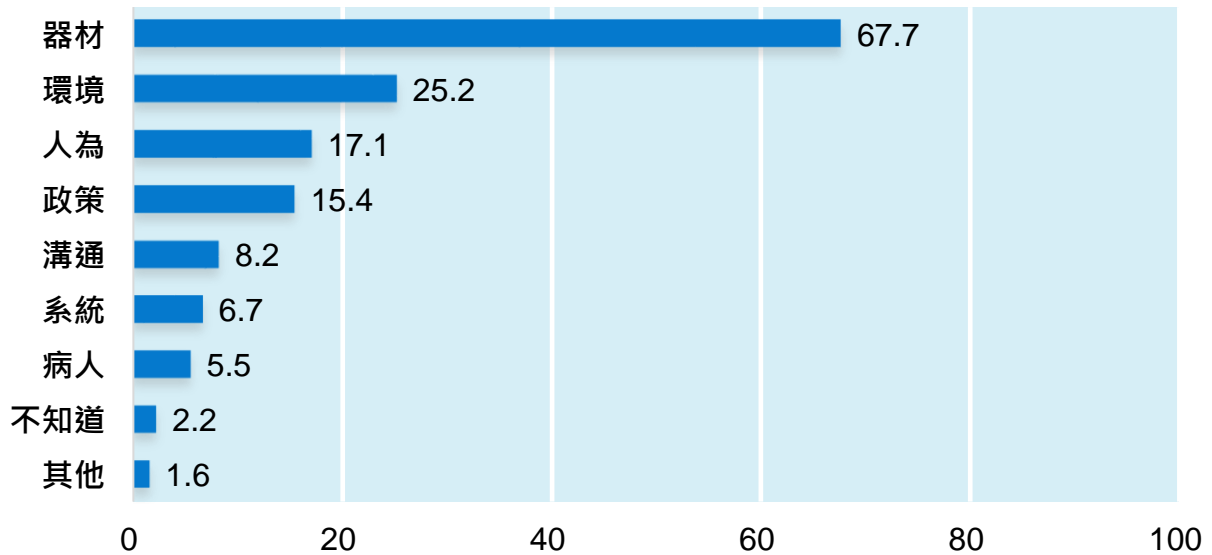


圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件發生可能相關因素 ( N=1,218，此項目為複選 )

公共意外嚴重程度矩陣分析，2020 年 SAC=1 者有 0 件，SAC=2 者有 2 件(0.3%)，SAC=3 者有 34 件 ( 4.6% )，SAC=4 者有 482 件 ( 65.8% )，SAC 為無法計算者 ( 含遺漏值者 ) 共有 214 件，如表 4-1-0-5。



## (十) 醫院-院內不預期心跳停止事件

院內不預期心跳停止事件之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 )。2020 年發生在醫院之院內不預期心跳停止事件共 915 件，其中受影響對象為病人/住民共 913 件。事件主要發生時段以白班 ( 08 : 01-16 : 00 ) 居多 ( 328 件，36.0% )，其次依序為大夜班( 00 : 01-08 : 00 )293 件( 佔 32.2% )，小夜班( 16 : 01-00 : 00 )290 件( 佔 31.8% )，如圖 4-1-10-1。

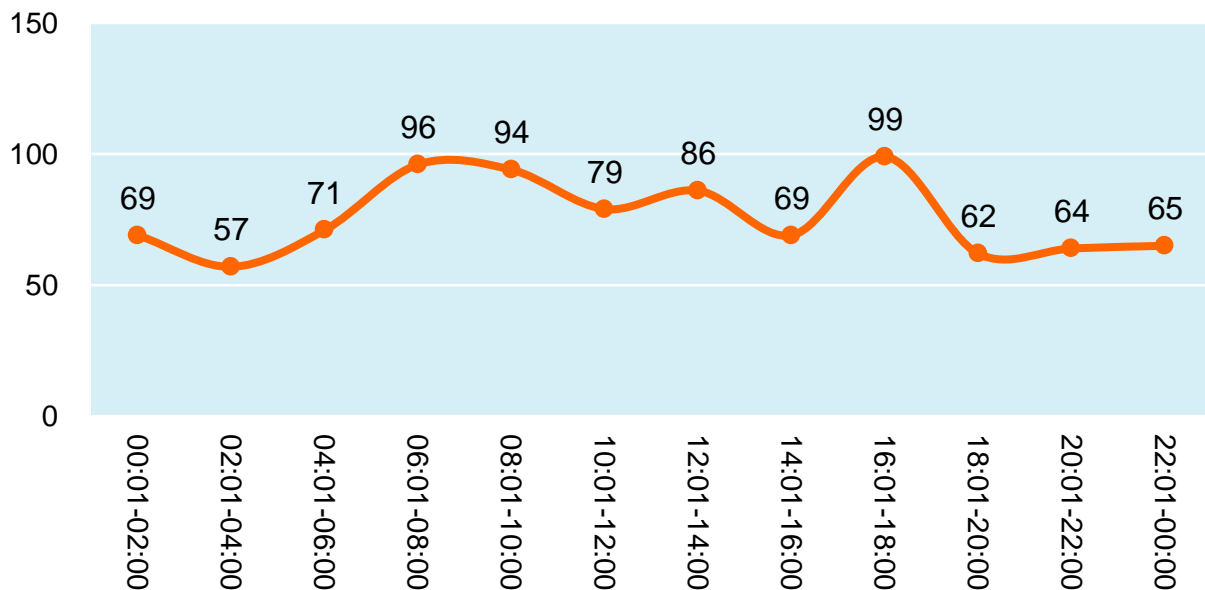


圖 4-1-10-1 醫院院內不預期心跳停止事件發生時段  
( N=911，不含未填 4 件 )

醫院院內不預期心跳停止事件發生地點以一般病房最高 ( 71.9 件/百件 )，其次依序為特殊醫療照護區 ( 15.5 件/百件 ) 與急診室 ( 7.4 件/百件 )，如圖 4-1-10-2。

發生院內不預期心跳停止事件之病人/住民性別以男性為主，共 534 件 ( 佔 58.5% )；年齡以 65 歲以上共 542 件最多 ( 佔 59.4% )，19~64 歲次之，共 303 件 ( 佔 33.2% )；而病人所在科別以內科病人佔 45.9% 為最多。

由院內不預期心跳停止事件發生後對病人健康影響程度上來看，死亡事件共 474 件 ( 佔 51.9% ) 為最多，其次影響程度為重度事件共有 375 件 ( 佔 41.1% )，傷害程度為極重度案件有 46 件 ( 佔 5.0% ) 排名第三，如圖 4-1-10-3。

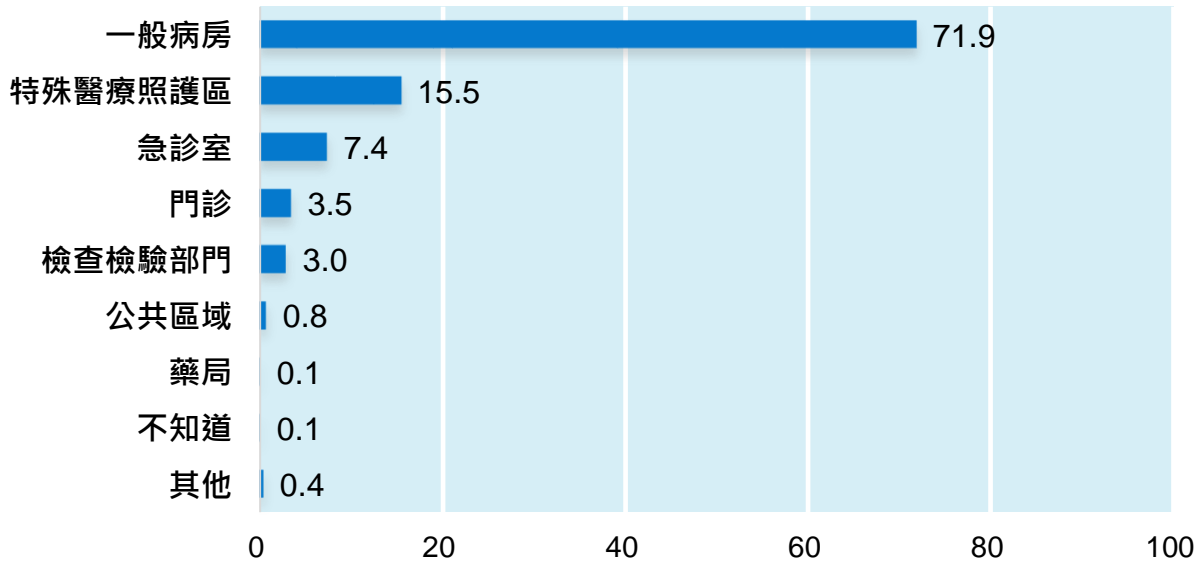


圖 4-1-10-2 醫院院內不預期心跳停止事件發生地點  
( N=915 ; N 為事件數 ; 此項目為複選 )

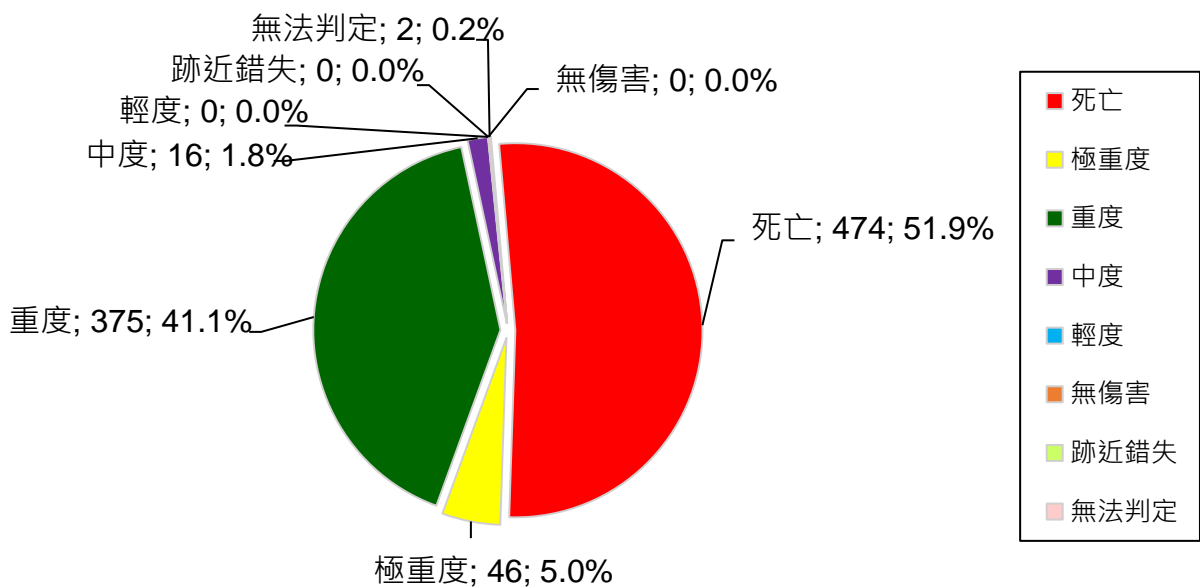


圖 4-1-10-3 醫院院內不預期心跳停止事件對病人健康的影響程度 ( N=913 )

分析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，以高血壓、糖尿病及心臟疾病佔比最高分別有 49.0 件/百件、37.8 件/百件、35.8 件/百件，其次為慢性腎臟疾病、癌症、中風及癌症或慢性阻塞性肺病或氣喘等，其中填寫其他因子中以 BPH、痛風或失智等相關 ( 圖 4-1-10-4 )。院內不預期心跳停止事件發生急救事故的直接原因以呼吸衰竭為主，每百件不預期心跳停止通報事件有 22.0 件，致命性心律不整次之 ( 19.5 件/百件 )，排

名第三位的為心肌梗塞或心臟缺氧 ( 14.4 件/百件 )，如圖 4-1-10-5，進一步檢視「其他」選項內容，發現因「異物梗塞」或「嗆咳」導致急救之事件共有 44 件 ( 3.5 件/百件 )。

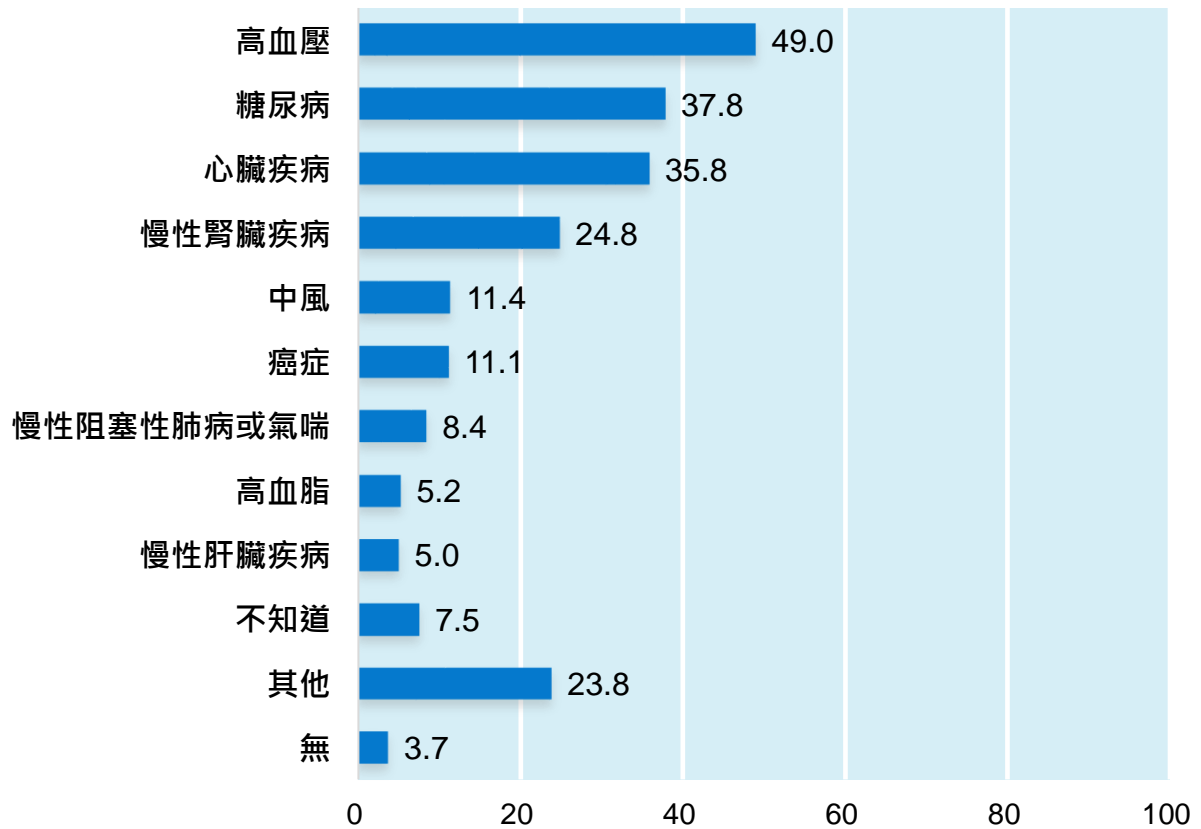


圖 4-1-10-4 醫院院內不預期心跳停止事件病人原有之慢性疾病及危險因子 ( N=915 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數 ; 此項目為複選 )

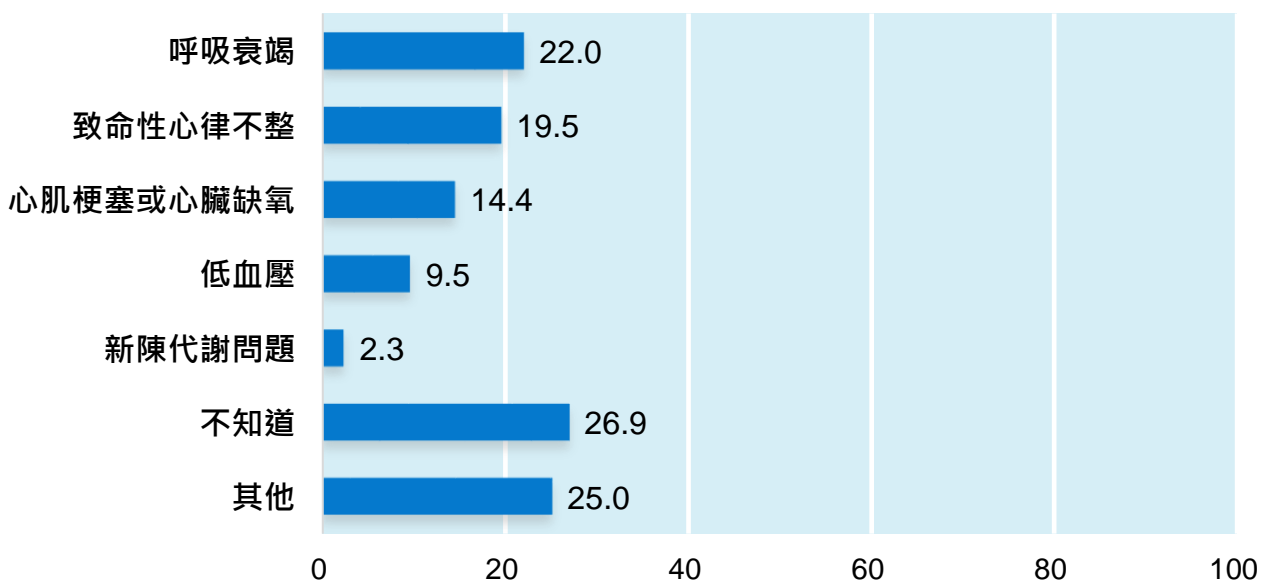


圖 4-1-10-5 醫院病人院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因 ( N=915 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數 ; 此項目為複選 )

發生院內不預期心跳停止的病人，於急救開始時最先被記錄到的心臟節律以「心跳停止 (Asystole)」為主(368 件，40.2%)，其次為「無脈性電氣活動(Pulseless Electrical Activity, PEA)」288 件，約占 31.5%，如圖 4-1-10-6。約有 52.6% 的病人有恢復自發性循環 (Return of spontaneous circulation, ROSC)；此外，病人於急救時，最先被記錄到的心臟節律為「心室纖維性顫動(Ventricular Fibrillation, VF)」者，其急救後恢復自發性循環(ROSC)約有 69.2%，如圖 4-1-10-6。進一步分析此 368 件被監測到 Asystole 心臟節律的事件，事件發生後對病人影響程度為死亡或極重度者有 243 件(佔 66.0%)，監測為 PEA 的案件，其嚴重程度為極重度以上(含死亡)共 169 件(佔 58.7%)。

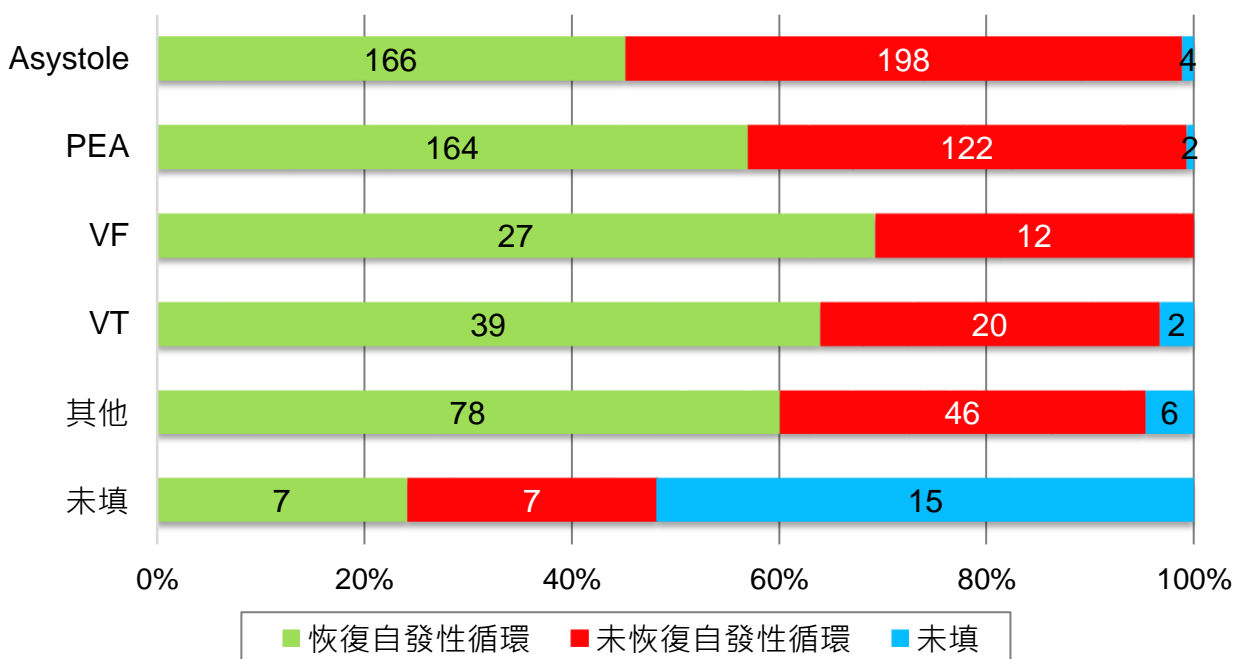


圖 4-1-10-6 院內不預期心跳停止事件「急救後是否恢復自發性循環」和「急救時，最先被紀錄到的心臟節律」交叉分析

(N=915；N 為發生院內不預期心跳停止事件數)

比較院內不預期心跳停止的病人急救前後的神經學狀態(CPC：大腦功能分級)的改善情形，其中以急救後前後分數退步者最多共 488 例(69.5%)，其次為分數持平者共 180 例(25.6%)，CPC 分數有改善者僅有 34 例(4.8%)，如圖 4-1-10-7。醫院院內不預期心跳停止事件發生可能原因中，「與病人生理及行為(病人)因素相關」為最多(99.2 件/百件)，「工作狀態/流程(系統)因素相關」次之(26.3 件/百件)，如圖 4-1-10-8。

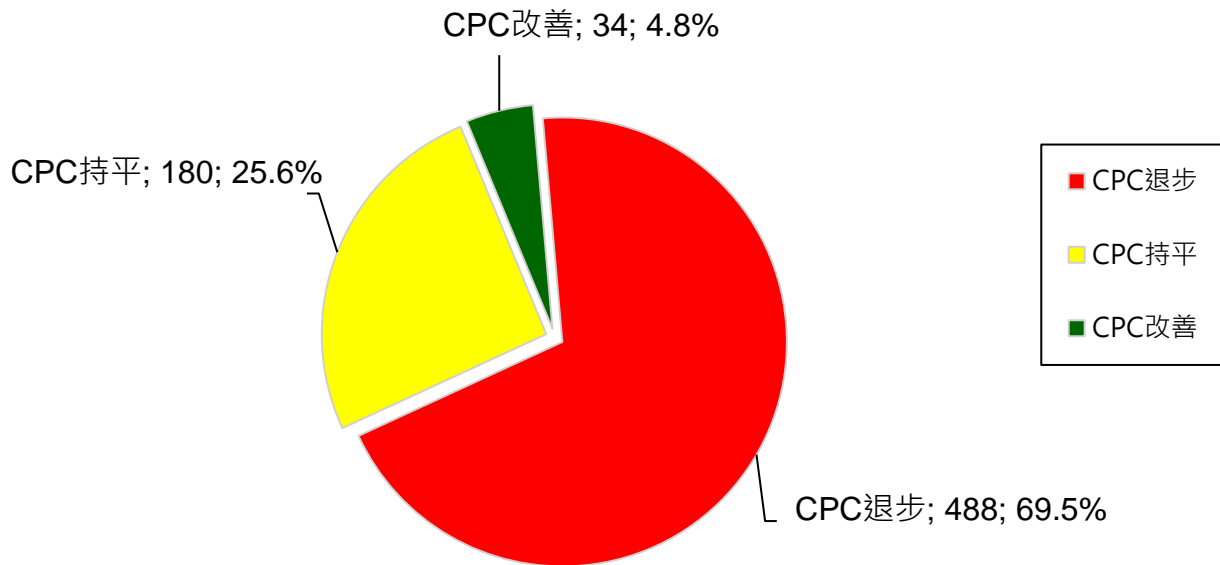


圖 4-1-10-7 醫院院內不預期心跳停止事件急救前後 CPC 分數改變情況  
( N=702 ; 不含 CPC 未填者 213 件 )

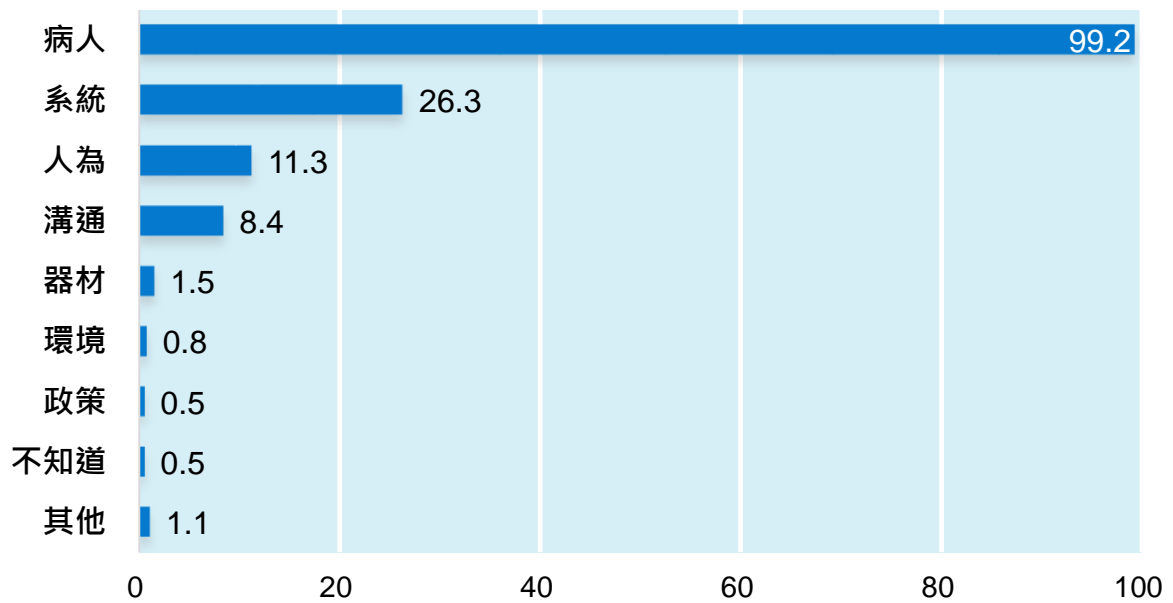


圖 4-1-10-8 醫院院內不預期心跳停止事件發生可能原因相對次數百分比  
( N=915 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件數 ; 此項目為複選 )

醫院院內不預期心跳停止事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 457 件 ( 佔 50.1% )，SAC=2 者有 340 件 ( 佔 37.2% )，SAC=3 有 82 件 ( 佔 9.0% )，SAC=4 有 2 件 ( 佔 0.2% )，SAC 為遺漏值者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 32 件 ( 佔 3.5% )，如表 4-1-0-5。

## (十一) 醫院-輸血事件

醫院輸血事件共有 593 件，事件發生時段以白班時段最多 ( 361 件，佔 61.1%，高峰落於 10 點~12 點 )，小夜班次之 ( 177 件，29.9%)，如圖 4-1-11-1。事件發生地點以一般病房最多 ( 311 件，52.4 件/百件 )，特殊醫療單位次之 ( 147 件，24.8 件/百件 )，檢查檢驗部門居第三位 ( 97 件，16.4 件/百件 )，如圖 4-1-11-2。影響對象為病人/住民的共有 593 件，其中有 67.6% 事件屬於未發生於病人身上的跡近錯失，21.8% 為無傷害，6.4% 的事件對病人造成輕度以上的傷害，如圖 4-1-11-3。

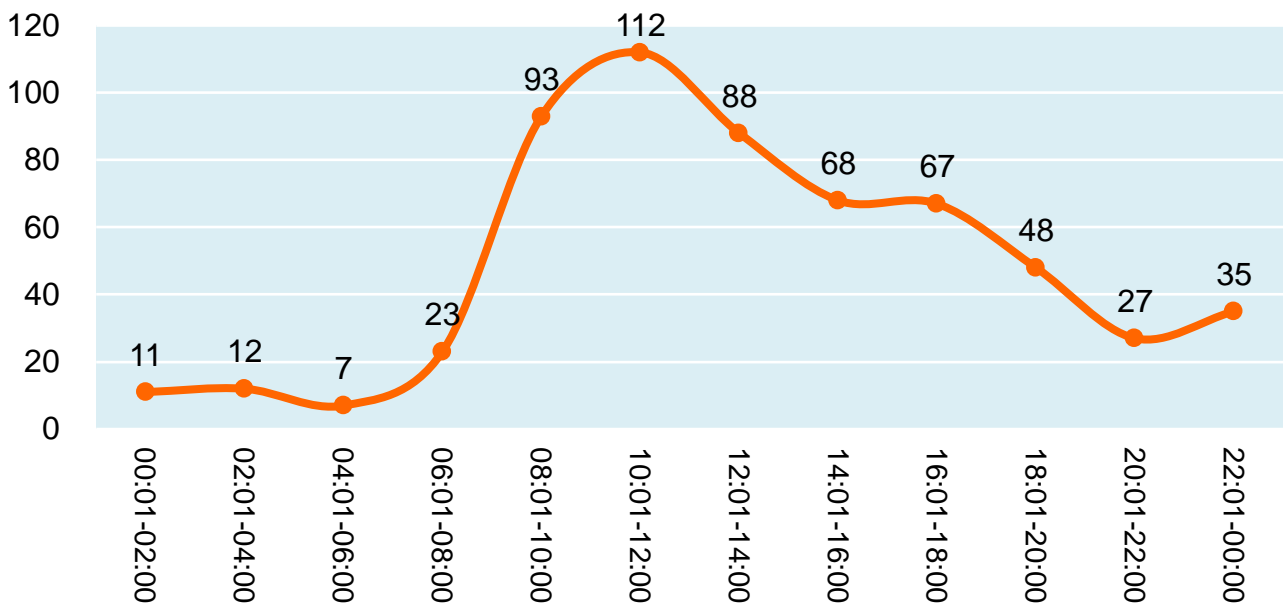


圖 4-1-11-1 醫院輸血事件發生時段 ( N=591，不含未填 2 件 )

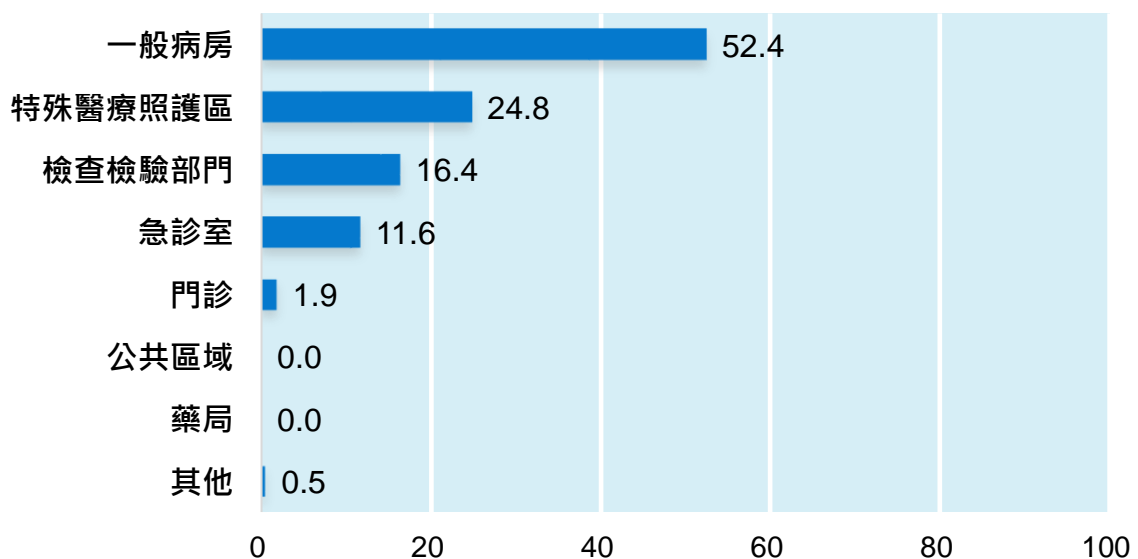


圖 4-1-11-2 醫院輸血事件對發生地點相對次數百分比  
( N=593；N 為事件數；此項為複選題 )

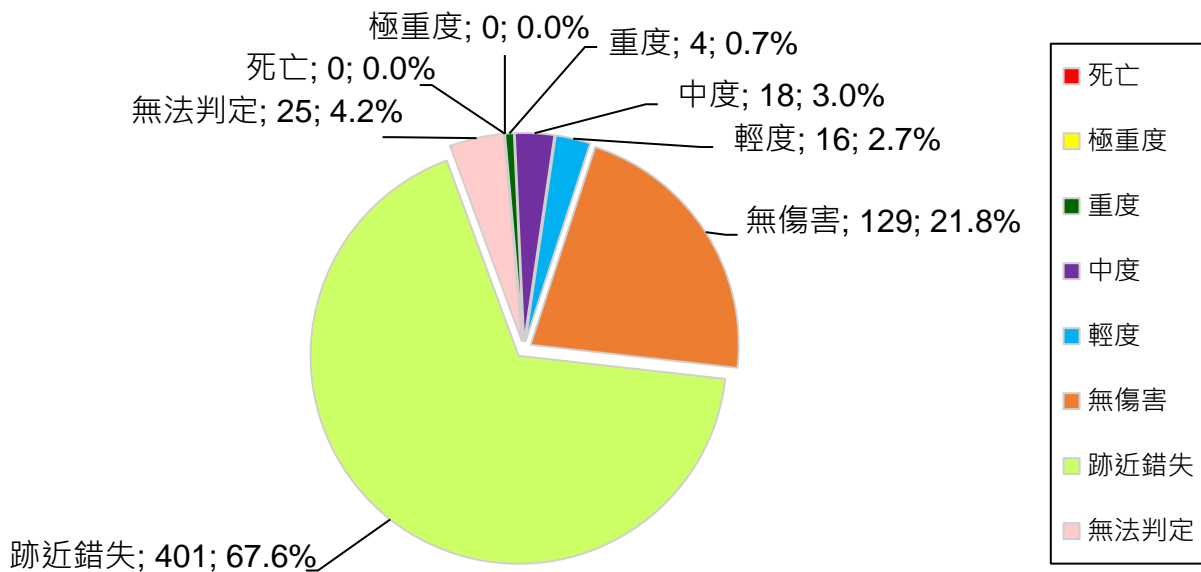


圖 4-1-11-3 醫院輸血事件對病人健康的影響程度 ( N=593 )

事件發生階段以「備血 ( 含驗血 ) 階段」最多 ( 43.2 件/百件 )，其次依序為「輸血階段」( 26.1 件/百件 )、「領血/傳送階段」( 25.1 件/百件 ) 及「醫囑開立/輸入階段」( 8.3 件/百件 )，如圖 4-1-11-4。進一步分析各階段細項，「醫囑開立 / 輸入階段」以「其他」最多，如：醫囑系統設計問題有關，包含系統備血日期無法更改、輸血日期輸入錯誤、醫囑被取消等。「備血 ( 含驗血 ) 階段」以「其他」居多 ( 68.0 件/百件 )，進一步分析其他細項內容包含：備血管未雙重覆核、血品標籤問題(如未貼標籤、標籤資料錯誤等)、單檢不一致...等；「備血 ( 含驗血 ) 階段」錯誤項目其次為「病人辨識錯誤」( 24.6 件/百件 ) 和「標籤問題」( 21.5 件/百件 )，如圖 4-1-11-5。「領血/傳送階段」以「時間延遲」最多，其次為「病人辨識錯誤」，「血品錯誤」居第三，如圖 4-1-11-6。「輸血階段」以「其他」最多 ( 59.4 件/百件，項目包含：血品損毀、未依時間輸血 ( 含提早或延遲或未輸血 )、輸血超過建議截止時間、輸血溶液錯誤，其次為「數量錯誤」( 20.0 件/百件 )，「病人辨識錯誤」第三 ( 15.5 件/百件 )，如圖 4-1-11-7。

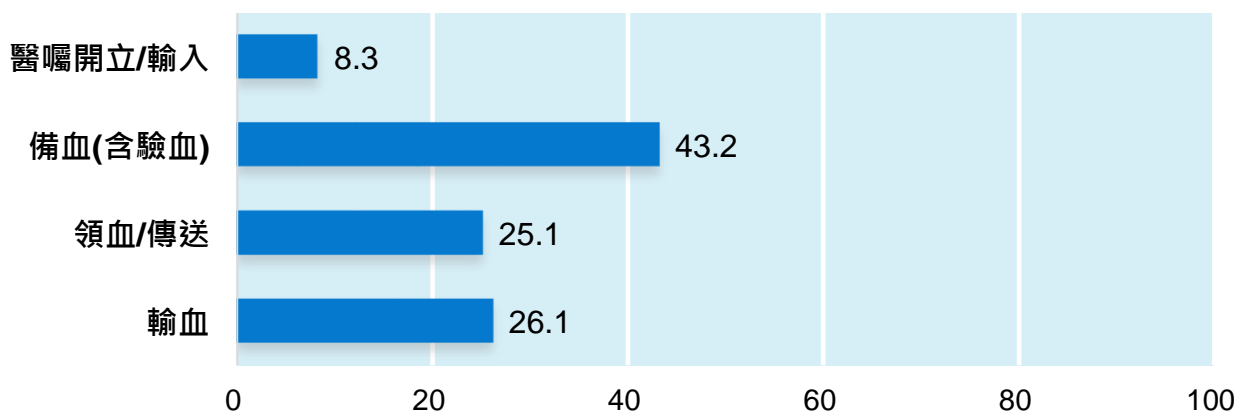


圖 4-1-11-4 醫院輸血事件錯誤發生階段 ( N=593 ; 此項為複選題 )

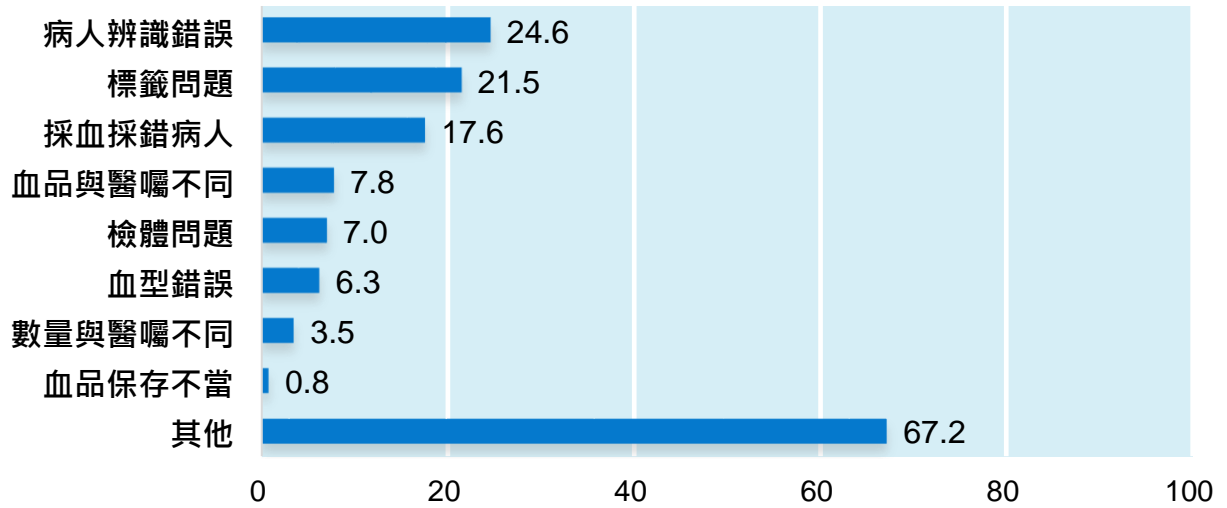


圖 4-1-11-5 醫院備血(含驗血)階段錯誤項目明細  
( N=256 ; N 為備血(含驗血)階段錯誤通報件數 ; 此項為複選題 )

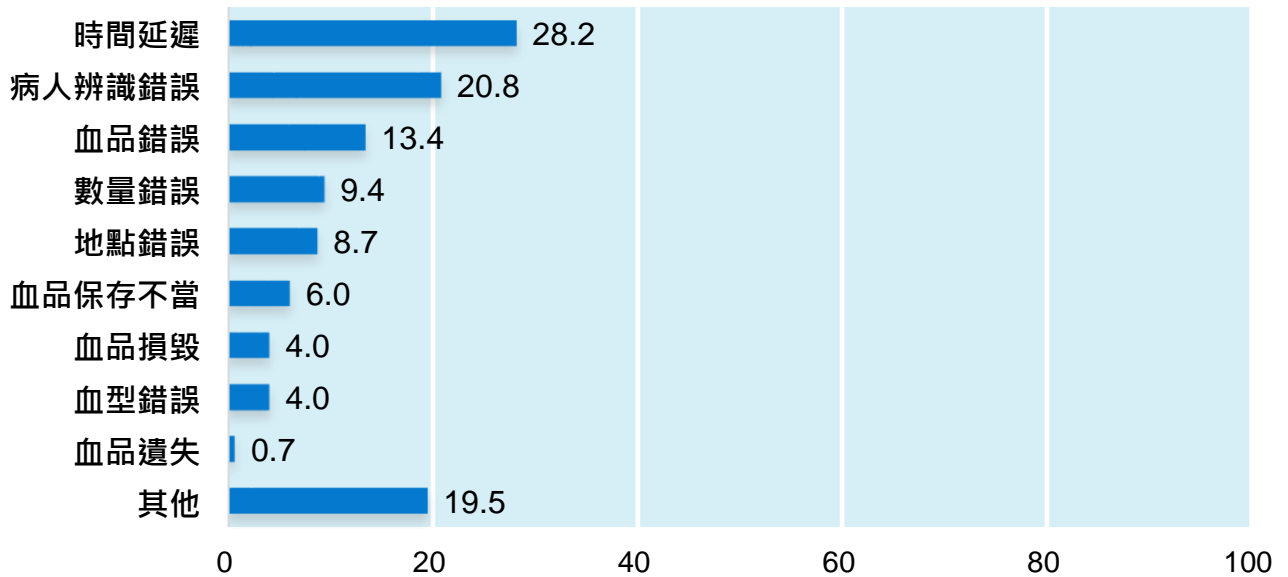


圖 4-1-11-6 醫院領血/傳送階段錯誤項目明細  
( N=149 ; N 為領血/傳送階段錯誤通報件數 ; 此項為複選題 )

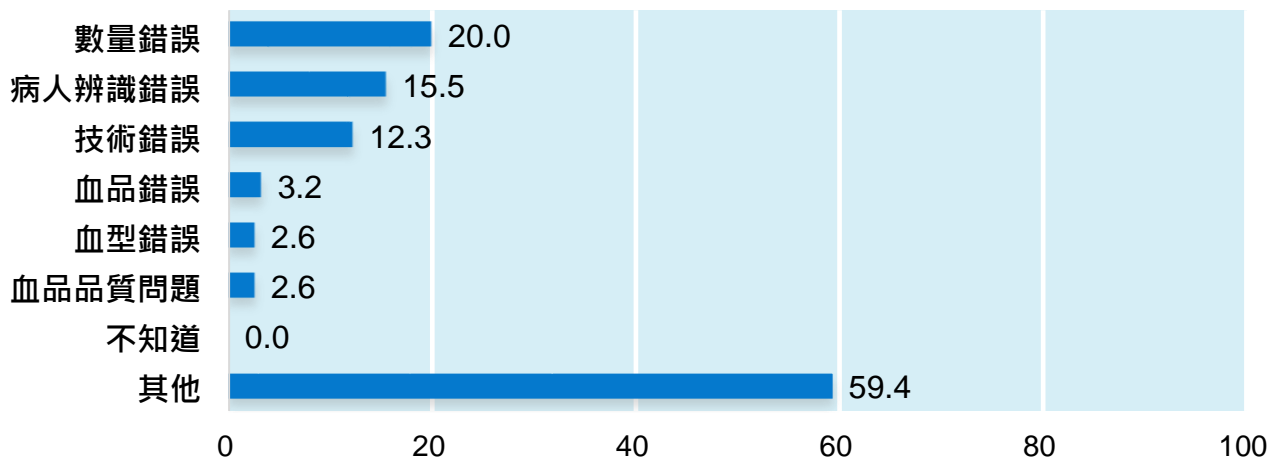


圖 4-1-11-7 醫院輸血事件輸血階段錯誤項目明細  
( N=155 ; N 為輸血階段錯誤通報件數 ; 此項為複選題 )



事件發生可能原因以「人員(人為)因素相關」類別最多(83.3 件/百件),其次為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」類別(65.9 件/百件),如圖 4-1-11-8。進一步分析「人員(人為)因素相關」之可能原因細項排序,以「人員疏忽」最多(93.1 件/百件),其次是「人員臨床訓練不足」(15.4 件/百件);而「與工作狀態/流程因素相關」之可能原因細項排序,以「未依照標準作業流程」最多(62.9 件/百件),其次是「未做覆核」(44.8 件/百件)、「缺乏標準作業流程」(16.4 件/百件)。

醫院輸血事件 SAC 級數分布情況, SAC=1 者為 0 件、SAC=2 者有 1 件、SAC=3 者有 13 件、SAC=4 者有 110 件、SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 469 件,如表 4-1-0-5。

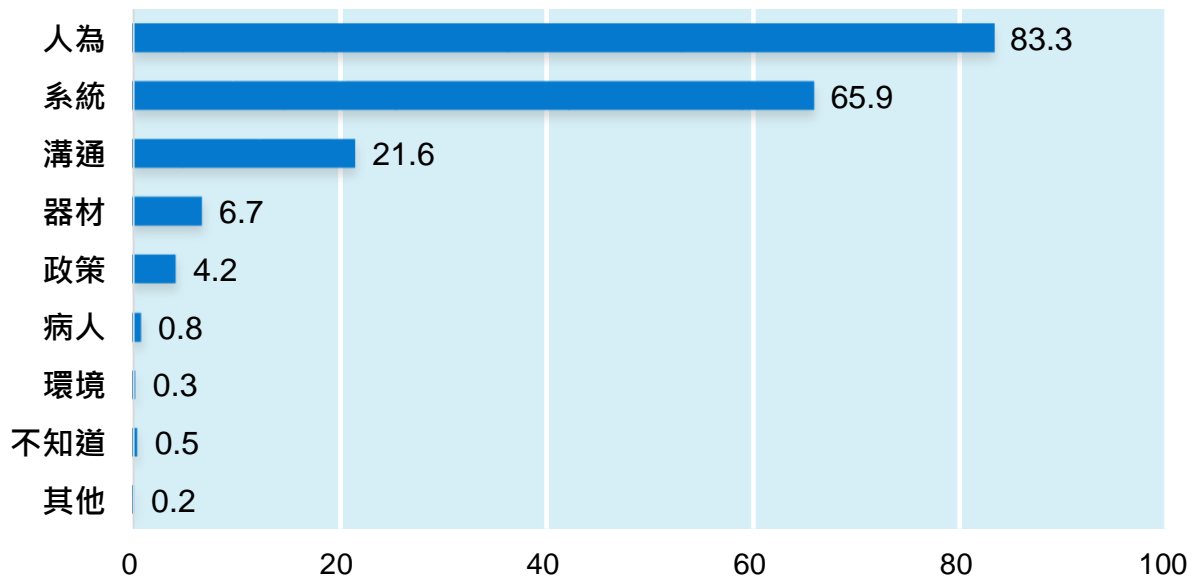


圖 4-1-11-8 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比 (N=593, 本項複選)

## (十二) 醫院-麻醉事件

麻醉事件通報件數共計 102 件，事件發生地點以開刀房最多 ( 89.2 件/百件 )，其次分別為一般病房與檢查檢驗部門 ( 各 4.9 件/百件 )，如圖 4-1-12-1。發生於一般病房與麻醉結束後發現牙齒掉落有關、檢查檢驗部門與執行無痛支氣管鏡給藥後血氧降低有關。事件發生後對病人健康影響程度，有傷患者佔 87.3%，無傷患者佔 8.8%，如圖 4-1-12-2。死亡 2 件中，與病人病況不穩有關。

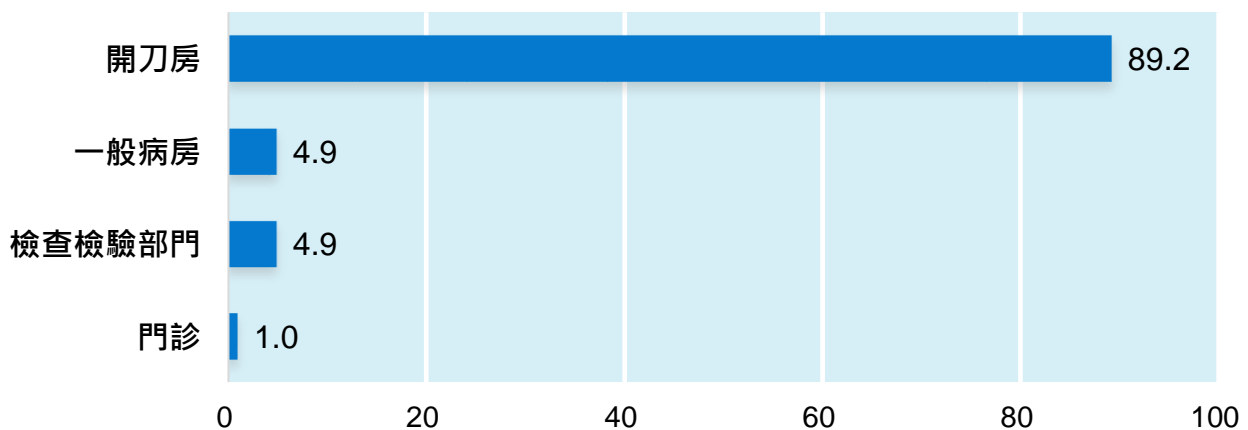


圖 4-1-12-1 醫院麻醉事件發生地點 ( N=102 · 本項複選 )

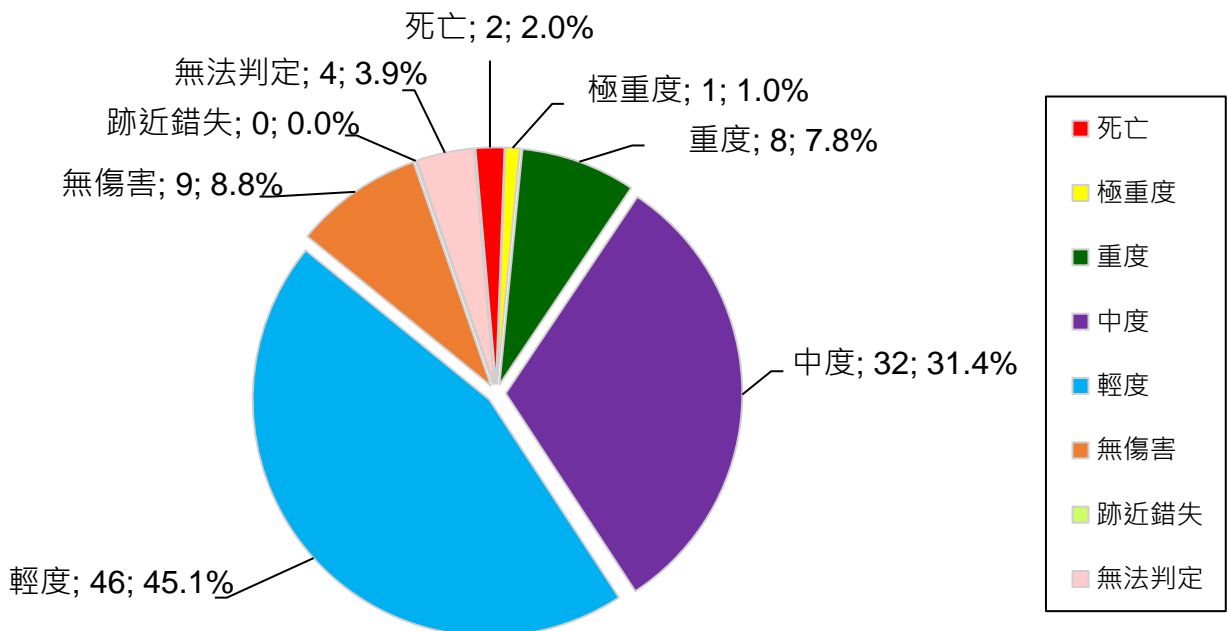


圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度 ( N=102 )

病人麻醉前的 ASA 生理狀態分級 P1~P5 分別為 9 件、46 件、28 件、4 件及 1 件，如圖 4-1-12-3。手術類型中 74 件為常規手術，緊急手術則為 14 件，如圖 4-1-12-4。麻醉方式以「全身麻醉」89 件最多，依序分別為氣管內管全身麻醉 65 件、喉頭罩 8 件、全靜脈注射麻醉 7 件、不知道 9 件；「區域麻醉」共有 7 件，依序為「脊椎麻醉」4 件、「靜脈區域麻醉」2 件及「神經阻斷術」1 件；「局部麻醉」2 件，如圖 4-1-12-5。

事件發生期間，以「麻醉誘導期」佔 32.4% ( 33 件 ) 最多，「麻醉維持期」佔 17.6% ( 18 件 ) 次之，再次之為「結束甦醒期」佔 23.5% ( 24 件 )、「麻醉後 24 小時」佔 11.8% ( 12 件 )，如圖 4-1-12-6。

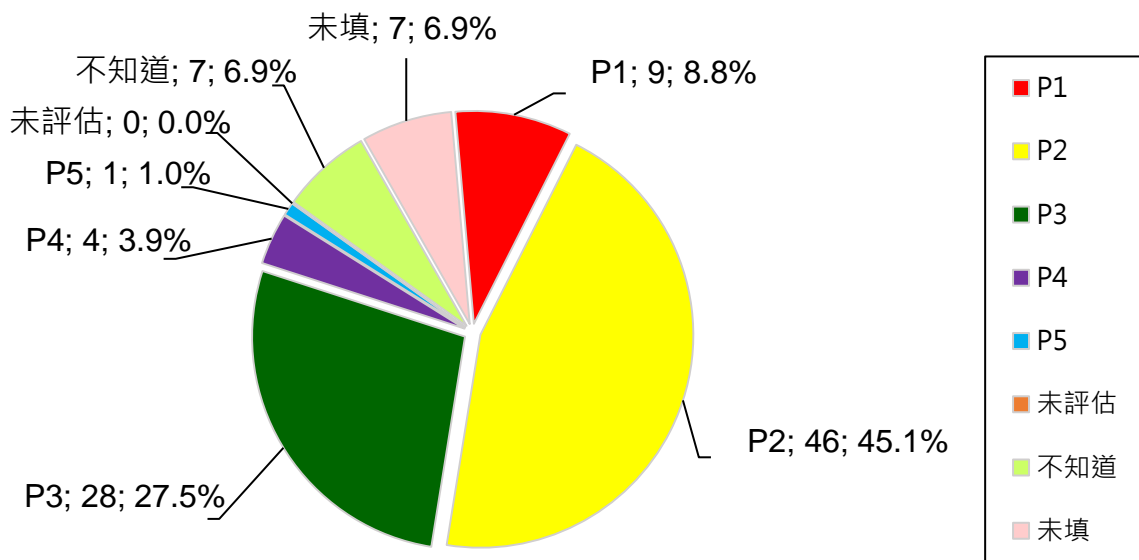


圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級 ( N=102 )

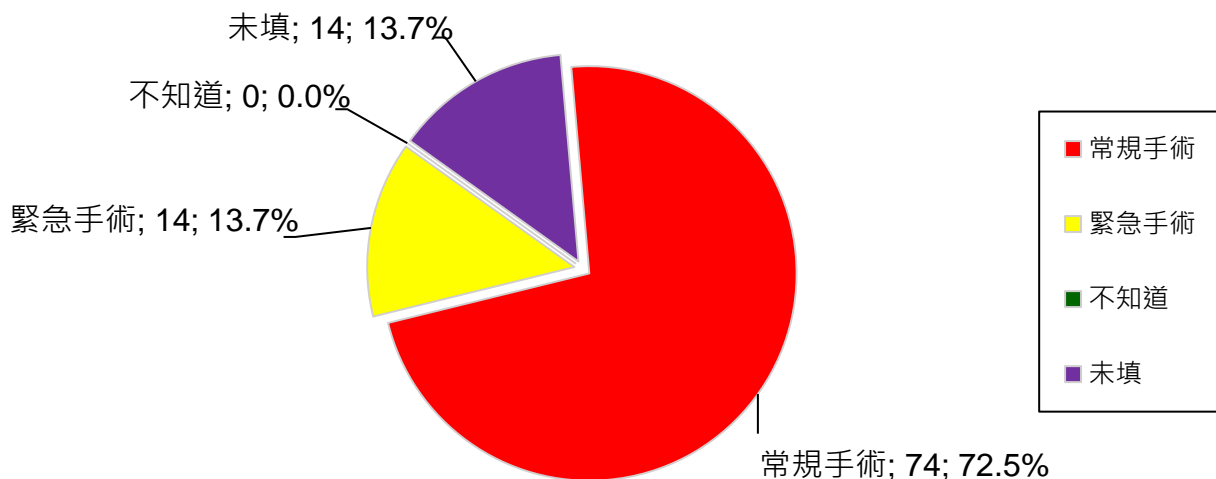


圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取手術類型 ( N=102 )

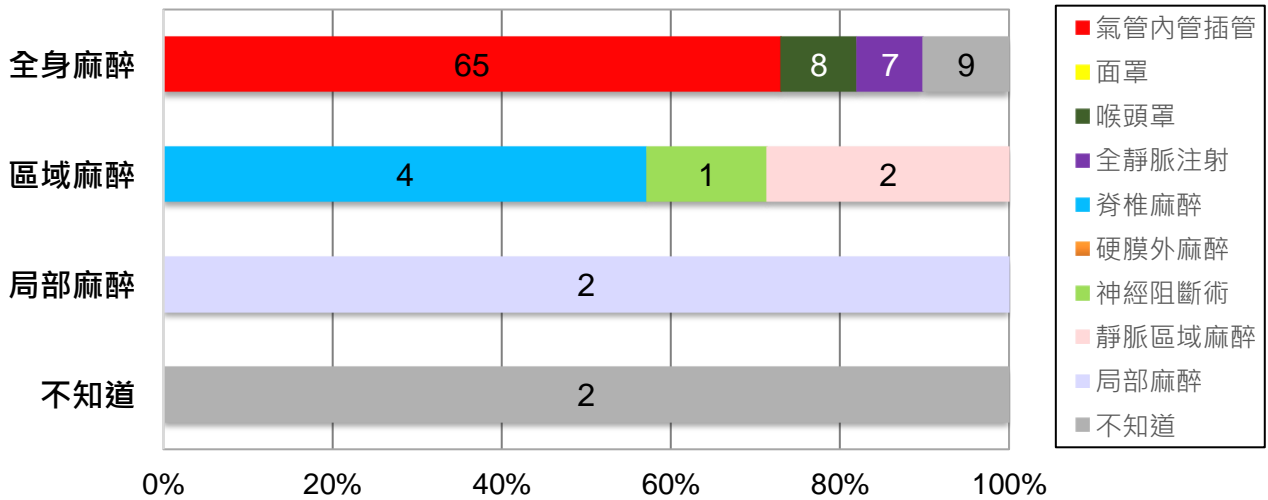


圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件採取之麻醉方式 (N=102 · 本項複選)

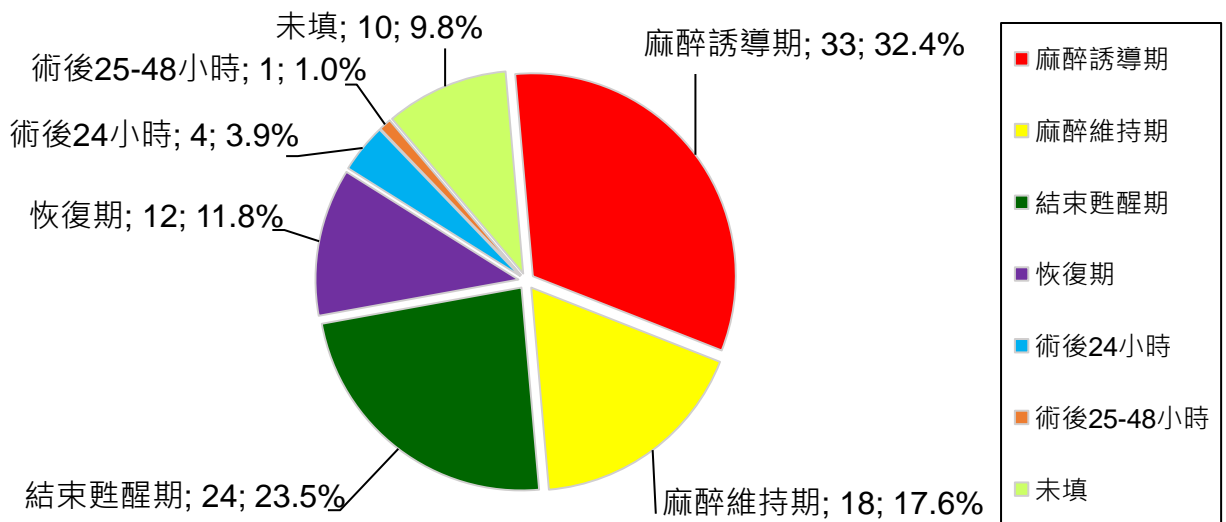


圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生期間 (N=102)

事件發生類型，以「插管相關」59 件最多 (57.8 件/百件)、「手術後不適當之通氣/給氧」13 件次之 (12.7 件/百件)，如圖 4-1-12-7。就麻醉事件發生之可能原因，以「與病人生理及行為 (病人) 因素」最多 (63.7 件/百件)、「與人員個人 (人為) 因素」次之 (30.4 件/百件)，再次之「與器材設備因素相關」(14.7 件/百件)，如圖 4-1-12-8。若單純分析「插管相關」發生錯誤之可能原因，以「病人生理及行為 (病人) 因素」最高 (62.7 件/百件)、「與人員個人 (人為) 因素」(32.2 件/百件)，再次之為「與器材設備因素」、「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」(各 11.9 件/百件)，如圖 4-1-12-9。

麻醉事件 SAC 級數分析，在 102 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 1 件，SAC=2 者 4 件，SAC=3 者 24 件，SAC=4 者 57 件，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 16 件，如表 4-1-0-5。

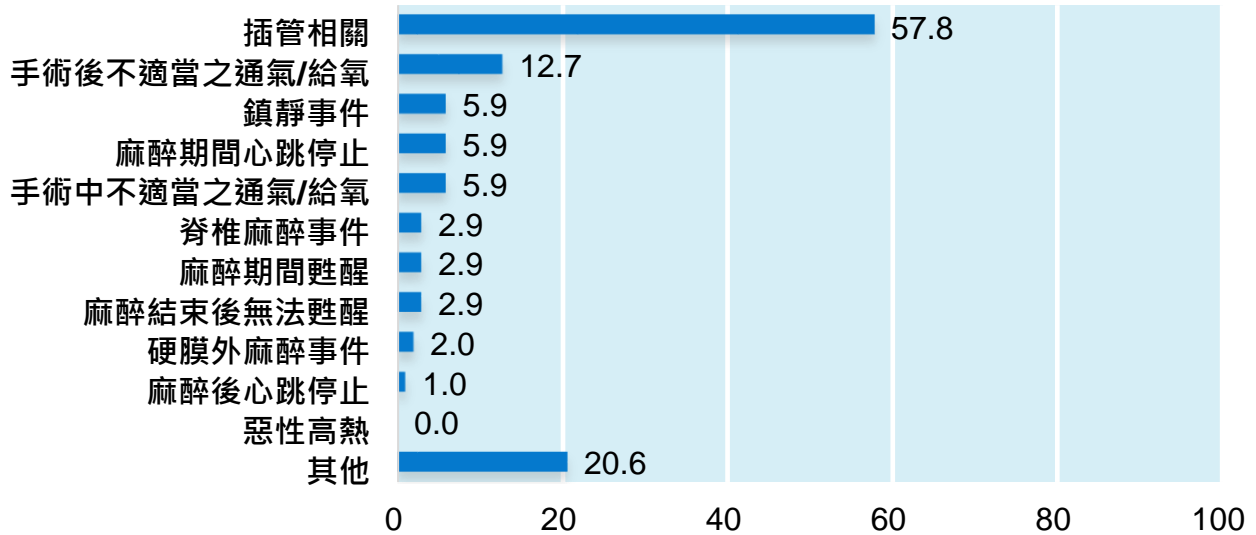


圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生類型 ( N=102，本項複選 )

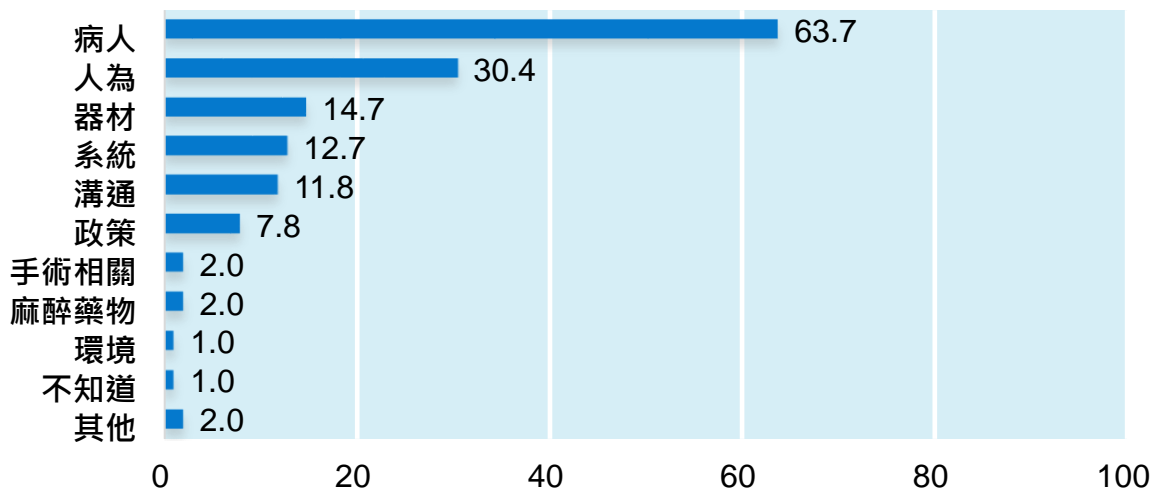


圖 4-1-12-8 醫院麻醉事件之可能原因相對次數百分比 ( N=102，本項複選 )

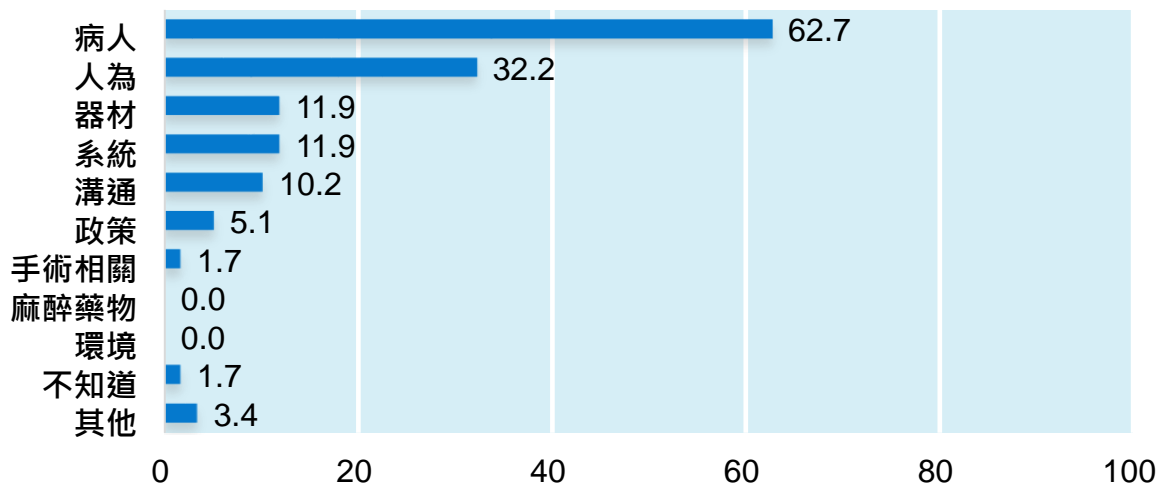


圖 4-1-12-9 醫院麻醉事件「插管相關」之可能原因相對次數百分比 ( N=59，本項複選 )

### (十三) 醫院-其他事件

發生於醫院的其他事件總計共 1,484 件，以白班時段 ( 08:01-16:00 ) 65.3% 佔多數，小夜班 ( 16:01-00:00 ) 的 23.3% 次之，如圖 4-1-13-1。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「有傷害」及「無傷害」事件高峰均發生於 08:01~10:00 及 10:01-12:00 區間，受影響對象中以病人/住民 1,354 件最多 ( 91.2 件/百件 )，其它依序為員工 249 件 ( 16.8 件/百件 )、訪客家屬 108 件 ( 7.3 件/百件 )，如圖 4-1-13-2。

事件發生後受影響對象為病人/住民的事件共有 1,354 件，傷害程度為無傷害及跡近錯失共佔 85.8%，有傷害事件佔 7.4%，無法判定則佔 6.8%，如圖 4-1-13-3。其中兩例重度傷害案件，一例為接受眼科手術的病人，術後其中一眼以紗布加眼罩覆蓋，因自行下床倒熱水，導致嚴重燒燙傷事件，另一例案例則是病人因感控管理問題導致病人傷害，此也提醒醫療人員適時更新病人評估結果，隨時調整照護行動以提供病人合宜的協助與幫助。

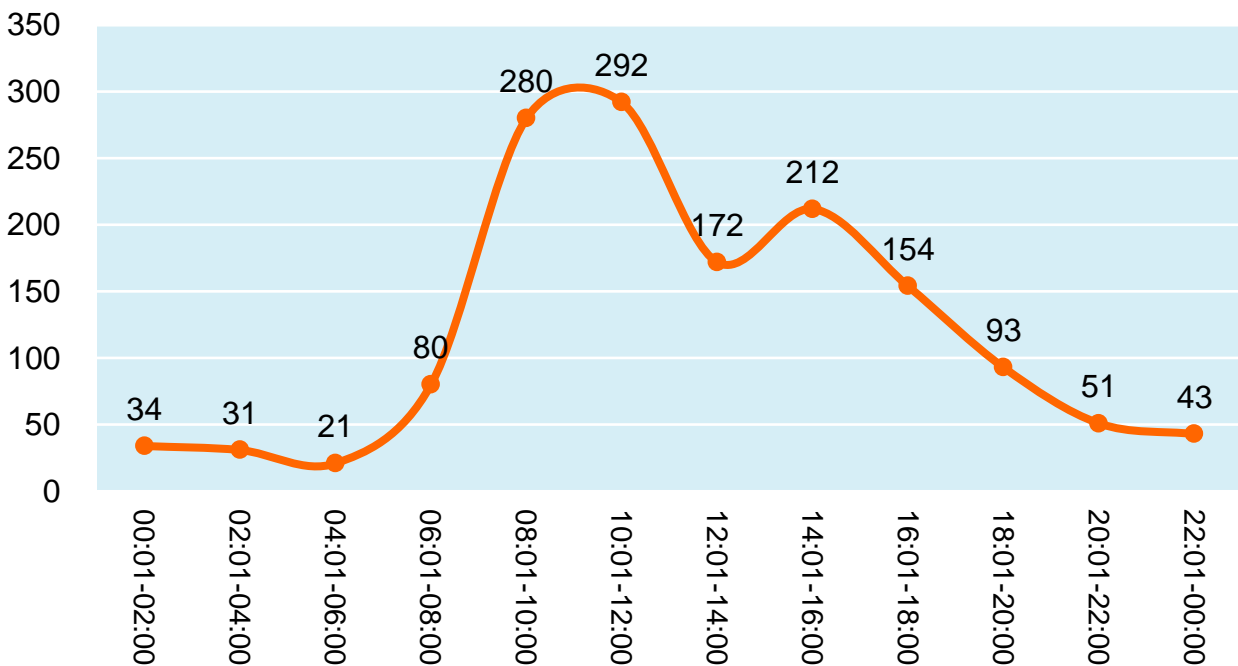


圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段  
( N=1,463，不含未填 21 件 )

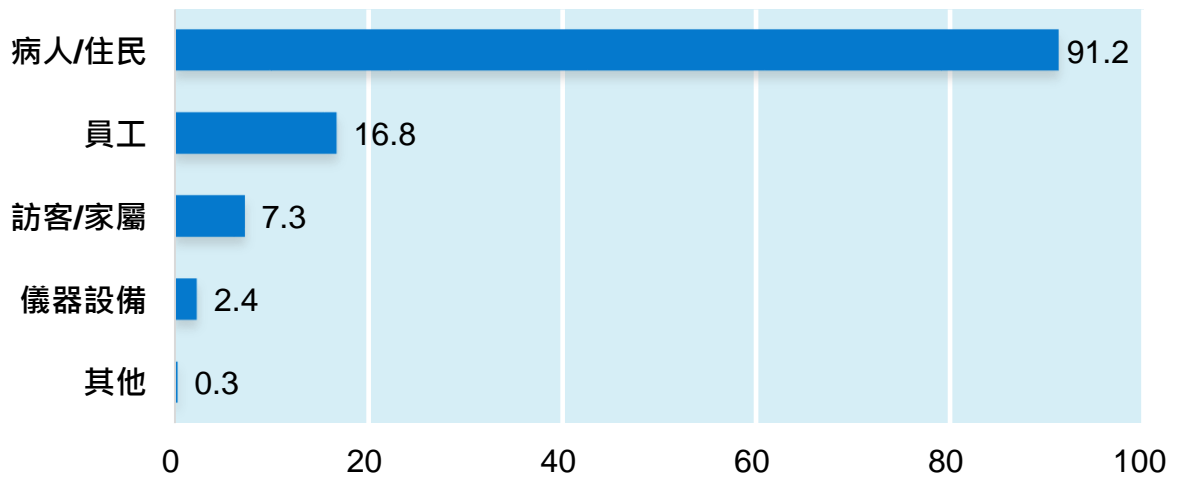


圖 4-1-13-2 醫院其他事件受影響對象  
( N=1,484 ; N 為事件數 ; 此項目為複選 )

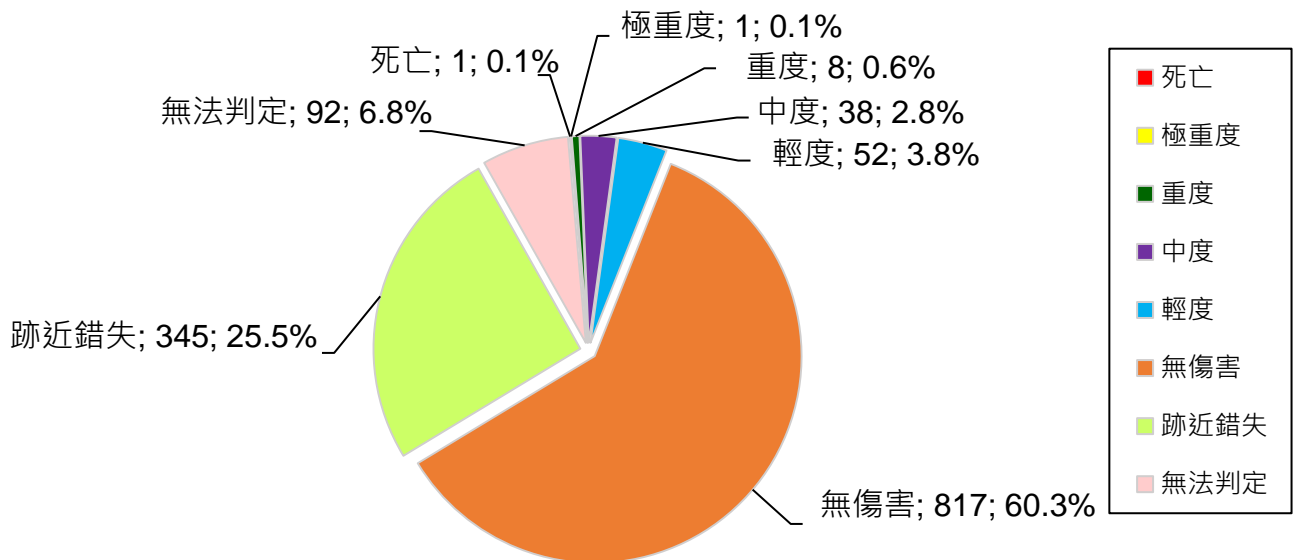


圖 4-1-13-3 醫院其他事件對病人/住民健康的影響程度 ( N=1,354 )

事件發生地點以一般病房 64.9 件/百件居多，特殊醫療照護區 20.1 件/百件、急診室 13.1 件/百件次之，如圖 4-1-13-4。事件發生敘述內容以病歷管理 487 件 ( 32.8 件/百件 ) 最多，其次為感控相關 407 件 ( 27.4 件/百件 )、病人辨識相關 376 件 ( 25.3 件/百件 )，如圖 4-1-13-5。前後年相比較，2020 年感控相關事件比例比 2019 年明顯來得多 ( 18.5 件/百件 )，這也突顯 Covid-19 疫情對病安通報的影響。進一步將「事件發生地點」與「事件敘述內容分類」交叉分析，「病歷管理」相關事件發生於一般病房的的比例較多；「感控相關」相關事件發生於公共區域及特殊醫療照護區的比例較多；「病人辨識」相關事件發生於藥局、急診室、門診及檢查檢驗部門的比例較多，如圖 4-1-13-6。

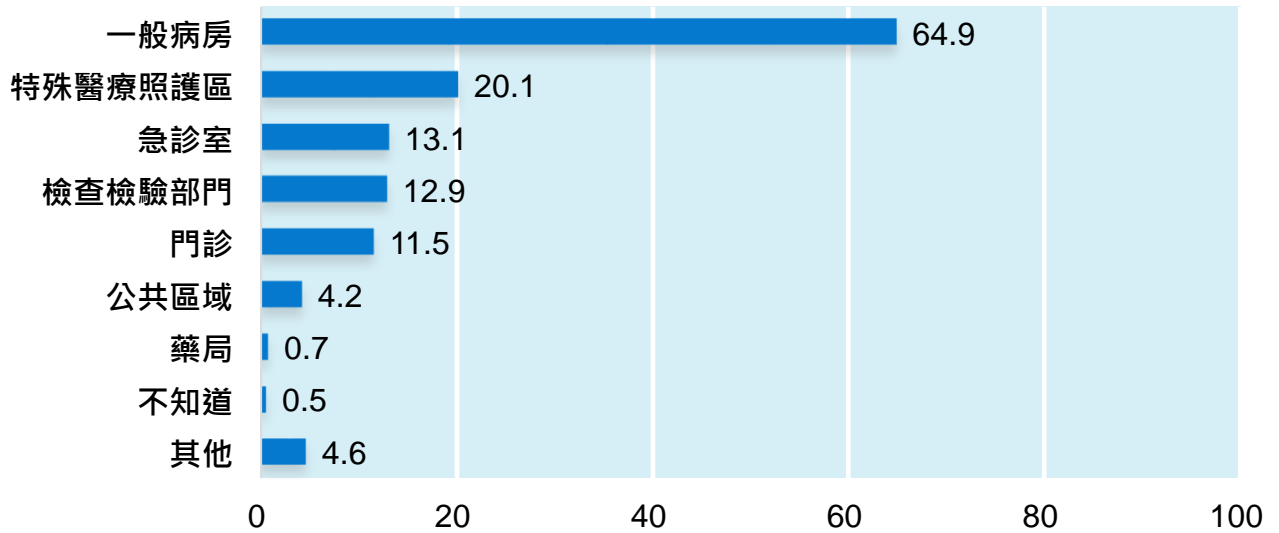


圖 4-1-13-4 醫院其他事件發生地點相對次數百分比 (N=1,484 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

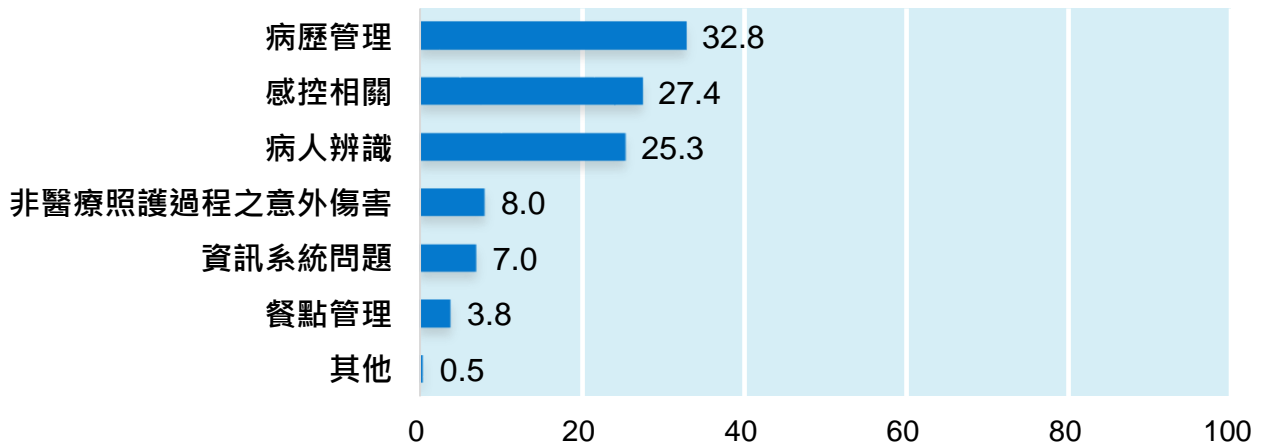


圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類 (N=1,484 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

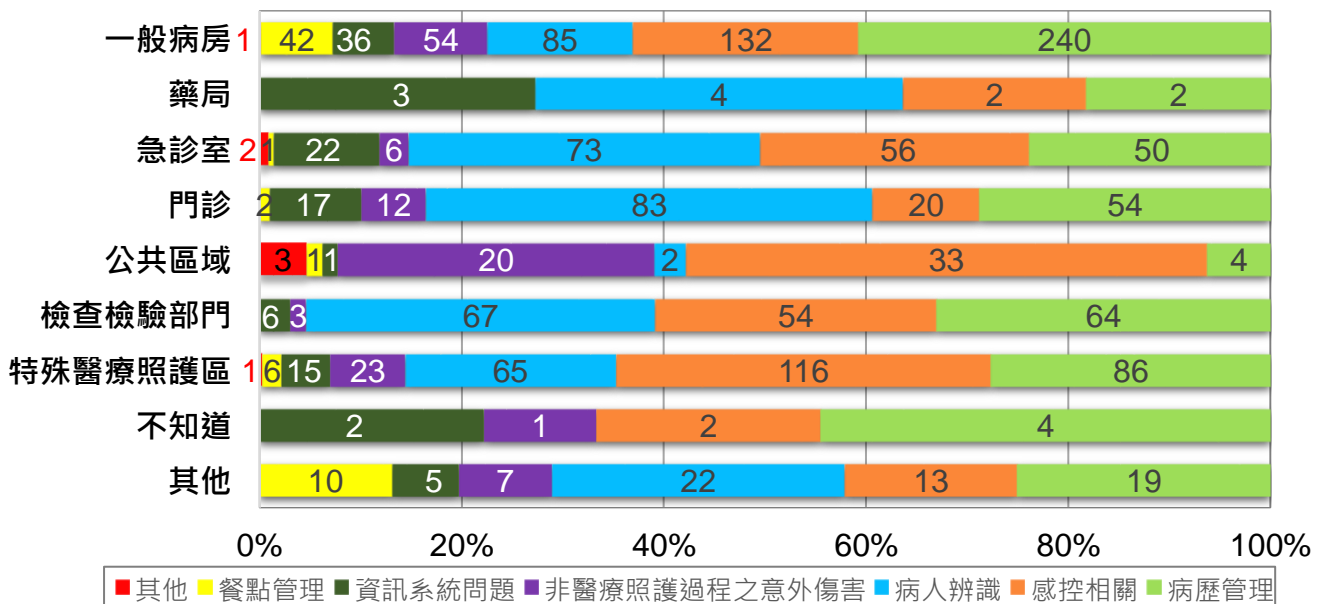


圖 4-1-13-6 醫院其他事件發生地點與敘述內容分類之交叉分析 (N=1,484 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。





其他事件類別內容敘述與病歷管理有關的包含：病歷資料歸檔、夾帶他人資料等問題或相關同意書填寫不完整等；與病人辨識有關的內容包含：未戴手圈、手圈資料有誤、冒用身分等；與非醫療照護過程之意外傷害有關的包含：在非醫療照護過程所引發門夾傷或撞傷、或燒燙傷事件等，如：家屬擔心病人冷，用暖暖包緊貼皮膚導致病人燒燙傷；外傭協助病人移至輪椅，病人被腳踏板割傷等事件。

另外，其他事件亦有資訊相關問題，主要該事件無具體歸因於某單一事件內，也就是不能歸類在藥物、手術、檢驗檢查等事件內，如：掛號門診跳號、無加密方式於電子郵件中傳遞、系統被惡意軟體侵害等事件；與餐點有關的事件包含：餐點送錯、餐點內含有異物、未依病人之飲食需求送餐（例如：素食餐、或忌豬、牛或魚肉餐點等，不含醫囑特殊飲食）；與感控相關的事件內容包含蟑螂、鼠、蜜蜂等昆蟲出現之外，也包含因法定傳染疾病需隔離的病人，人員未被通知或防護措施不當等。

其他事件 SAC 級數分析，在 1,354 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 1 件，SAC=2 者 4 件，SAC=3 者 27 件，SAC=4 者 661 件，SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC) 共有 661 件，如表 4-1-0-5。

## 二、精神科醫院及精神復健機構（綜合分析）

### 精神科醫院

2020 年發生於精神科醫院的通報件數共為 11,714 件，事件發生後受影響對象為病人有 11,674 件，佔所有案件的 99.7%。而通報事件前三名分別為傷害行為事件 5,102 例（43.6%）、跌倒事件 4,922 例（42.0%）及治安事件 673 例（5.7%），如圖 4-2-0-1。

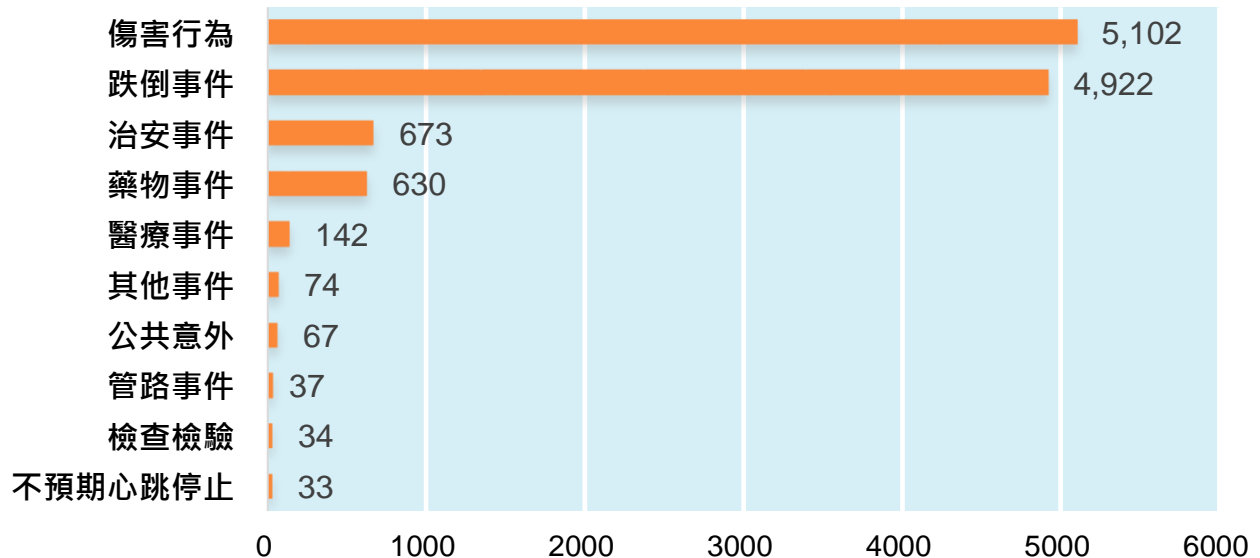


圖 4-2-0-1 精神科醫院通報各類事件數（N=11,714）

事件發生時段主要集中於白班（08:01~16:00），共有 5,462 件，佔 47.1%，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「有傷害」事件高峰分布於 06:01~12:00 及 14:01~16:00 兩個區間，「無傷害」事件高峰則分布於 08:01~12:00 及 14:01~18:00 兩個區間，如圖 4-2-0-2。事件發生後對病人健康的影響程度以無傷害居多共 6,799 件（58.2%），其次是輕度傷害 3,347 件（28.7%）、中度傷害 922 件（7.9%），如圖 4-2-0-3。

精神科醫院各類事件發生後對病人健康的影響程度，造成死亡傷害比例較高的為院內不預期心跳停止事件（87.5%），死亡案件中除了異物哽塞導致突然心跳停止外，還包含著查房時才發現病人已無心跳及呼吸事件，因此，精神科住院病人若有其他內科疾病，則建議慢性病情變化的評估與監測的頻率也應一併作整體考量。極重度傷害比例較高的為醫療照護事件（50.0%），重度和中度傷害比例較高的是跌倒事件，分別為 64.8% 和 63.4%，而跡近錯失比例最高的為藥物事件（95.8%），如表 4-2-0-1。

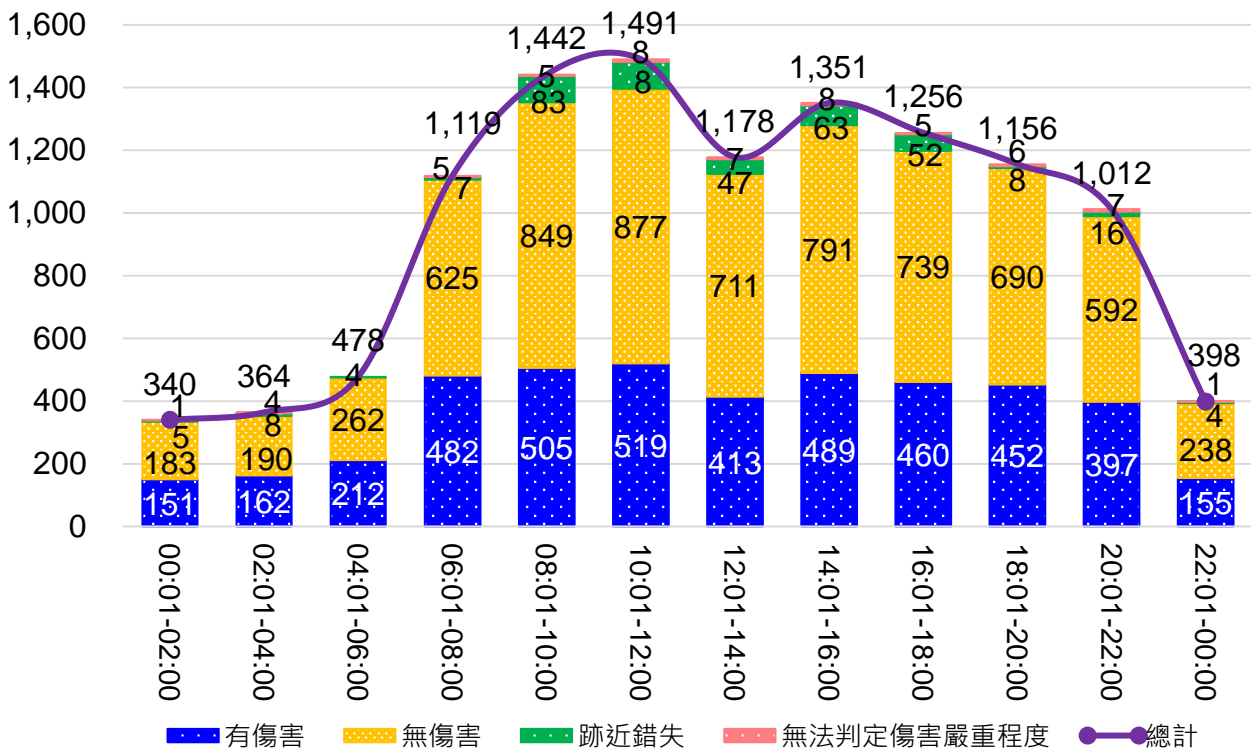


圖 4-2-0-2 精神科醫院發生時段與病人健康影響程度分析 ( N= 11,585 · 不含未填 89 件 )

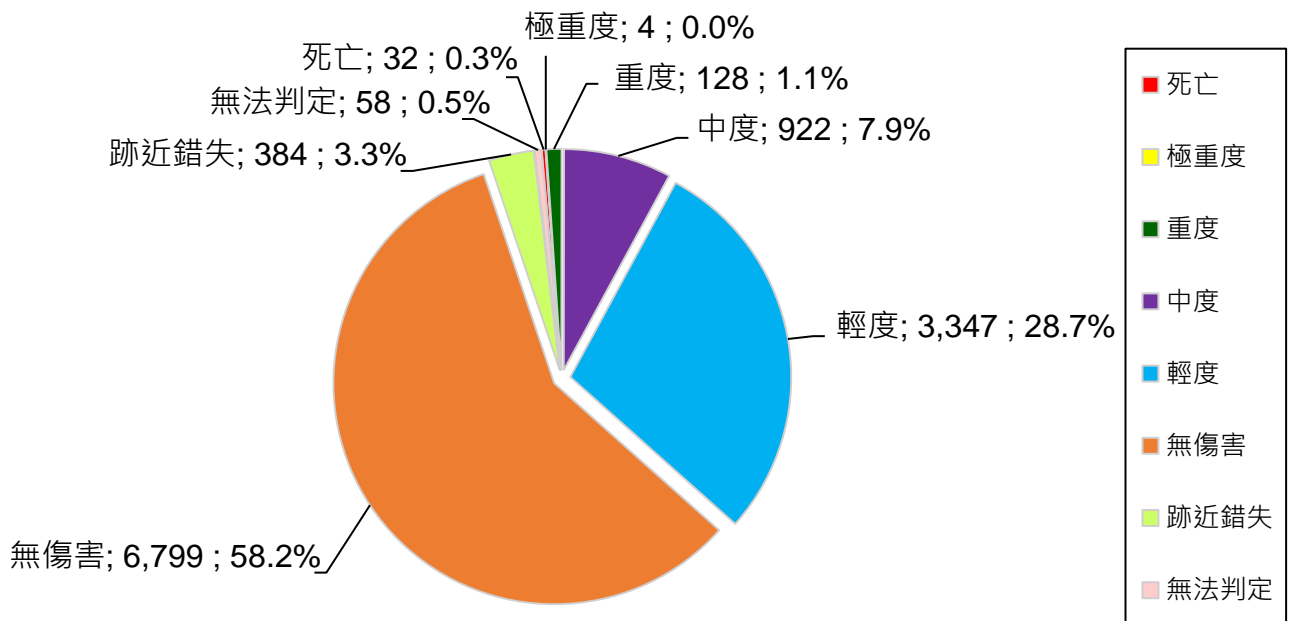


圖 4-2-0-3 精神科醫院事件發生後對病人健康的影響程度 ( N=11,674 )



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=11,674 )

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	0	0.0	16	1.7	37	1.1	201	3.0	368	95.8*	8	13.8	630	5.4
跌倒事件	1	3.1	1	25.0	83	64.8*	585	63.4*	1,805	53.9*	2,441	35.9	0	0.0	3	5.2	4,919	42.1
醫療照護	2	6.3	2	50.0*	19	14.8	59	6.4	41	1.2	14	0.2	2	0.5	3	5.2	142	1.2
公共意外	0	0.0	0	0.0	1	0.8	6	0.7	9	0.3	24	0.4	0	0.0	2	3.4	42	0.4
治安事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	1.6	16	0.5	604	8.9	0	0.0	31	53.4*	666	5.7
傷害行為	1	3.1	0	0.0	18	14.1	217	23.5	1,387	41.4	3,469	51.0*	0	0.0	10	17.2	5,102	43.7
管路事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.7	9	0.3	22	0.3	0	0.0	0	0.0	37	0.3
不預期	28	87.5*	1	25.0	4	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	0.3
心跳停止	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	0.4	13	0.2	9	2.3	0	0.0	34	0.3
檢查檢驗	0	0.0	0	0.0	3	2.3	18	2.0	31	0.9	11	0.2	5	1.3	1	1.7	69	0.6
其他事件	0	0.0	0	0.0	3	2.3	18	2.0	31	0.9	11	0.2	5	1.3	1	1.7	69	0.6
<b>總計</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>128</b>	<b>100.0</b>	<b>922</b>	<b>100.0</b>	<b>3,347</b>	<b>100.0</b>	<b>6,799</b>	<b>100.0</b>	<b>384</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>11,674</b>	<b>100.0</b>

註: \*為各傷害程度中比例最高者

通報者以護理人員最多，佔 94.3 %，其次是藥事人員 ( 1.7 % )，如圖 4-2-0-4。年資方面，通報者的年資以 1~5 年居首，共有 3,584 件 ( 35.7 % )，其次是年資 6~10 年 ( 1,822 件，18.1% )，如圖 4-2-0-5。若是以在該機構任職的年資，通報者以具有 0~5 年的工作資歷最多，共有 5,326 件 ( 約 53.0 % )，其次為 6~10 年資歷 1,807 件 ( 18.0 % )，如圖 4-2-0-6。

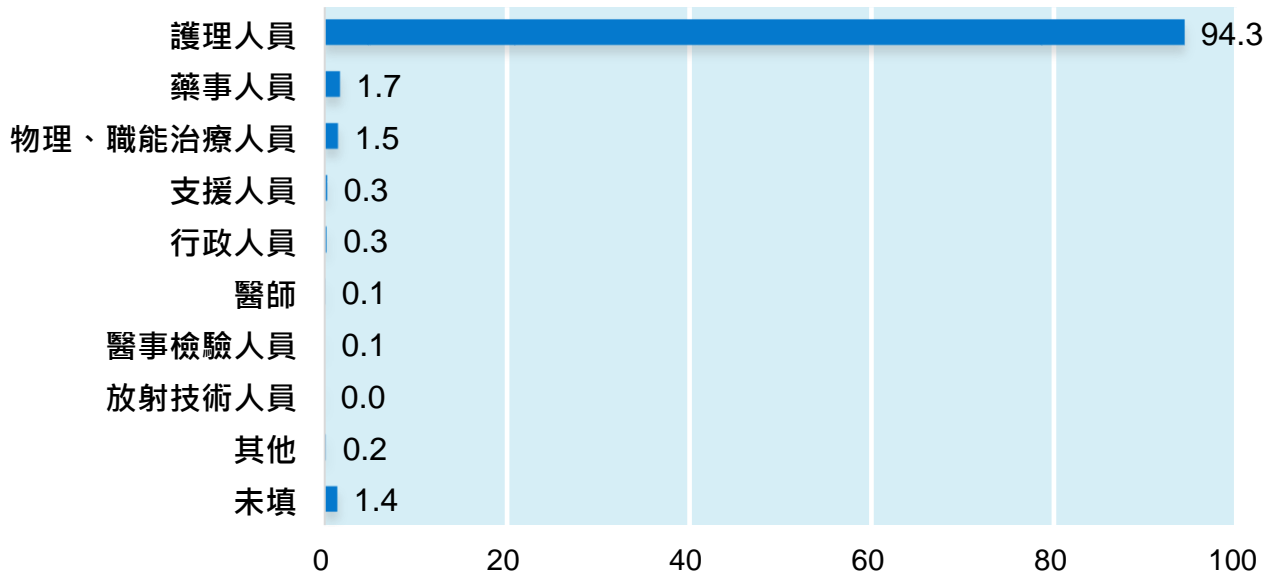


圖 4-2-0-4 精神科醫院通報者身分類別 ( N=11,714 )

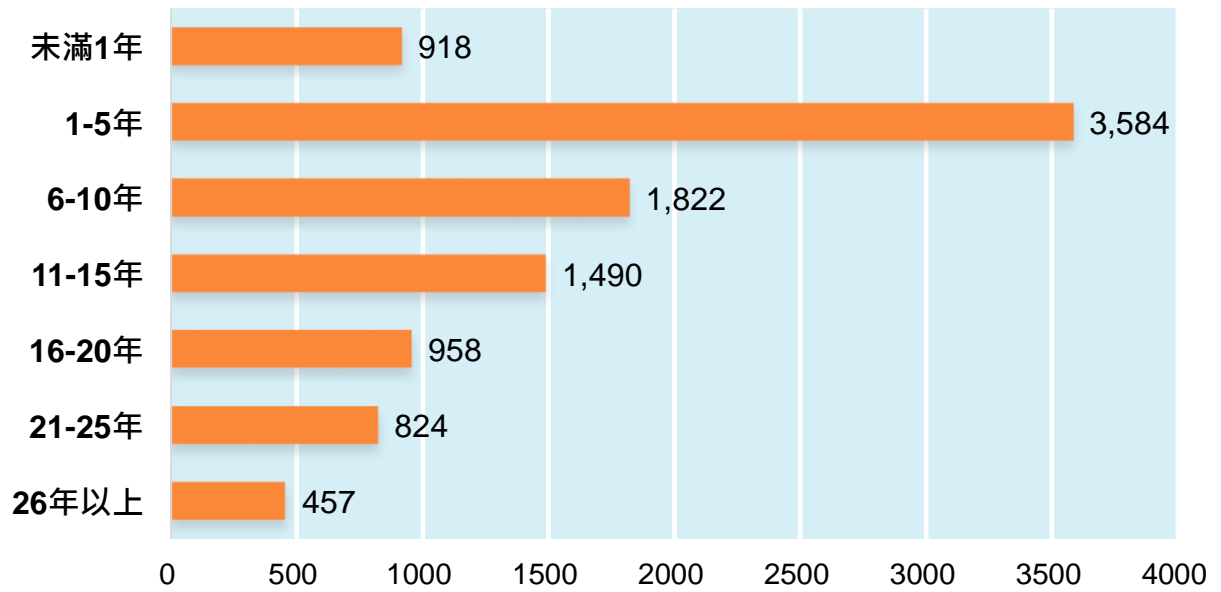


圖 4-2-0-5 精神科醫院通報者年資 ( N= 10,053 · 不含未填 1,661 件 )

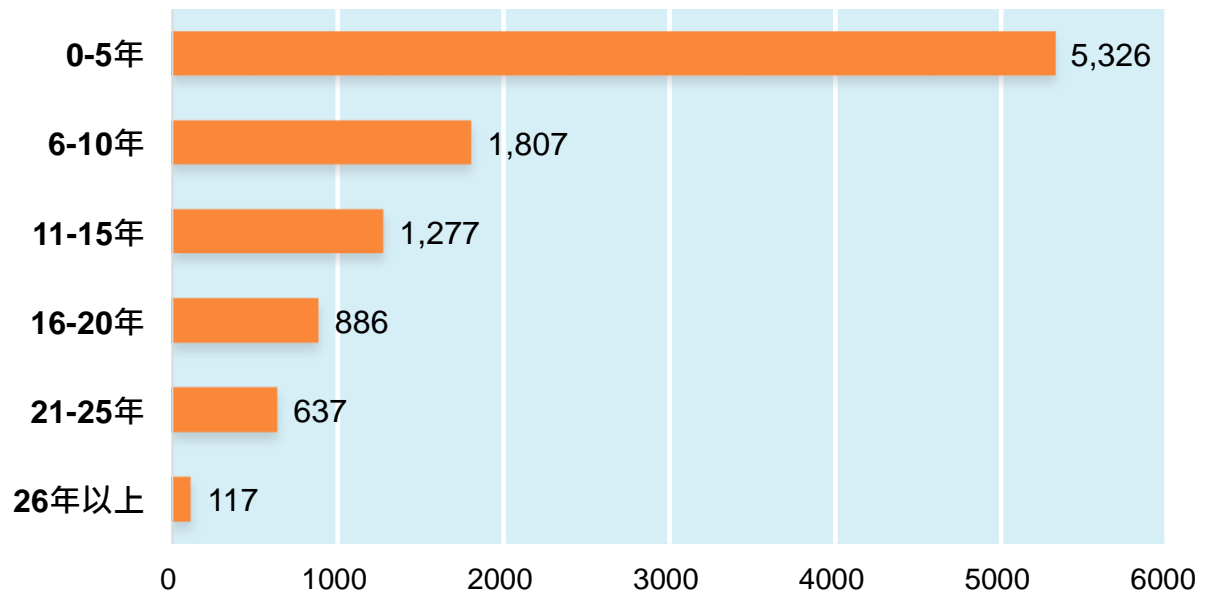


圖 4-2-0-6 精神科醫院通報者現職年資 ( N= 10,050 · 不含未填 1,664 件 )

精神科醫院各事件類別 SAC 級數分析，SAC=1 者有 20 件 ( 0.2% )，SAC=2 者有 85 件 ( 0.7% )，SAC=3 者有 1,448 件 ( 12.4 % )，SAC=4 者有 8,027 件 ( 68.8% )，SAC 為無法計算者 ( 含 NA 及 INC ) 共有 2,094 件 ( 17.9 % )，如表 4-2-0-2。



表 4-2-0-2 精神科醫院各類事件 SAC 分布 (N=11,674)

事件類別 影響程度		SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	NA*	INC*	小計
藥物事件	N	0	0	8	207	414	1	630
	%	0.0	0.0	1.3	32.9	65.6	0.2	100.0
跌倒事件	N	1	46	832	3,280	206	554	4,919
	%	0.0	0.9	16.9	66.7	4.2	11.3	100.0
醫療照護	N	0	17	42	54	16	13	142
	%	0.0	12.0	29.6	37.9	11.3	9.2	100.0
公共意外	N	0	0	3	24	3	12	42
	%	0.0	0.0	7.1	57.2	7.1	28.6	100.0
治安事件	N	0	0	14	501	46	105	666
	%	0.0	0.0	2.1	75.2	6.9	15.8	100.0
傷害行為	N	0	8	535	3,882	92	585	5,102
	%	0.0	0.2	10.5	76.0	1.8	11.5	100.0
管路事件	N	0	0	3	26	4	4	37
	%	0.0	0.0	8.1	70.3	10.8	10.8	100.0
不預期 心跳停止	N	19	13	1	0	0	0	33
	%	57.6	39.4	3.0	0.0	0.0	0.0	100.0
檢查檢驗	N	0	0	1	20	10	3	34
	%	0.0	0.0	2.9	58.9	29.4	8.8	100.0
其他事件	N	0	1	9	33	10	16	69
	%	0.0	1.4	13.0	47.9	14.5	23.2	100.0
總計	N	20	85	1,448	8,027	801	1,293	11,674
	%	0.2	0.7	12.4	68.7	6.9	11.1	100.0

註：NA 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、不知道，或事件再發生的機會為不知道無法計算者；INC 包括事件發生後對病人健康的影響程度為未填，或事件再發生機會為未填等無法計算者。

### 精神復健機構

2020 年發生於精神復健機構的通報件數共為 7 件，所有事件受影響對象皆為病人，通報事件類別最多的為傷害事件有 3 件，其次為跌倒事件 2 件。事件發生時段主要集中在 08:01-10:00，共有 2 件；對於病人健康的影響程度，以有傷害之 71.4% 為最高。SAC 級數分析，SAC=4 者 3 件，SAC 為無法計算者（包含 NA 及 INC）共有 4 件，如表 3-3-0-2。

## (一) 精神科醫院-傷害行為事件

2020 年發生在精神科醫院的傷害行為事件總共有 5,102 件。精神科醫院傷害事件主要發生時段集中在白天時段 (08:01~16:00) 和小夜班時段 (16:01~00:00)，分別有 2,410 件 (47.8%) 和 2,015 件 (39.9%) 案件發生，如圖 4-2-1-1。事件發生地點以一般病房為主，共 4,856 件 (95.2 件/百件)，其次是發生在公共區域，共 118 件 (2.3 件/百件)，如圖 4-2-1-2。

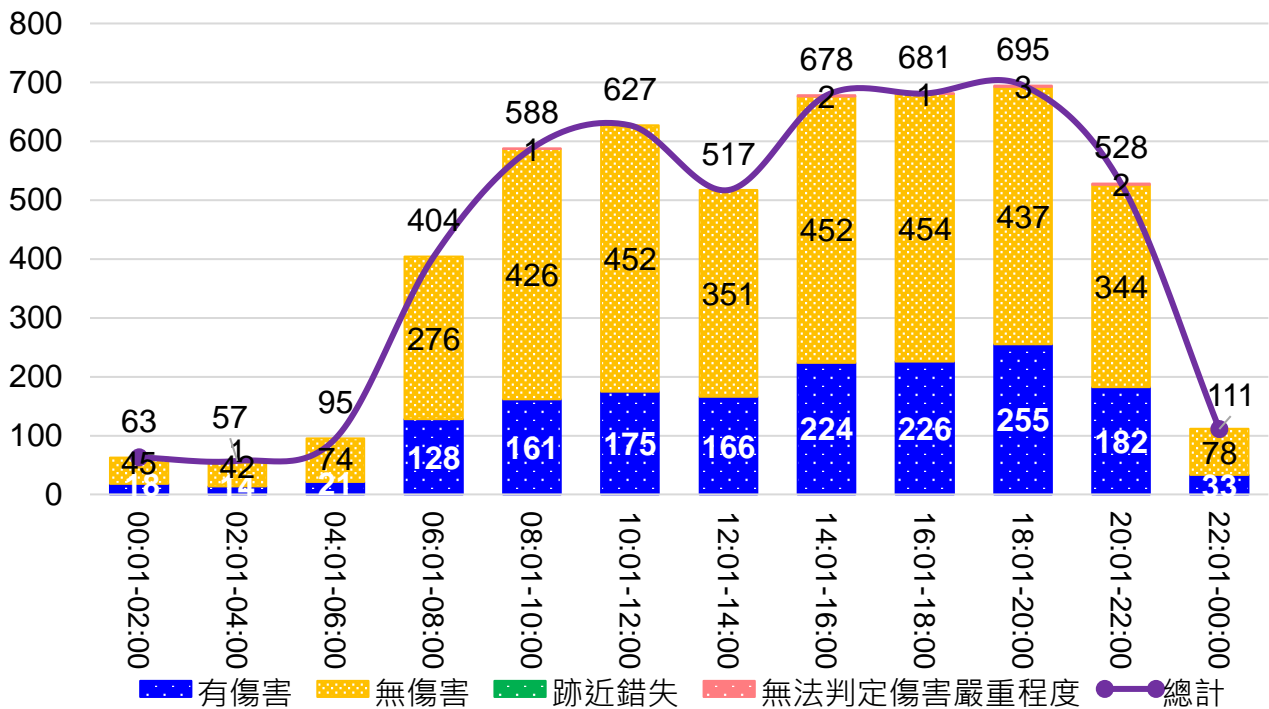


圖 4-2-1-1 精神科醫院傷害行為事件發生時段 (N=5,044, 不包含未填 58 件)

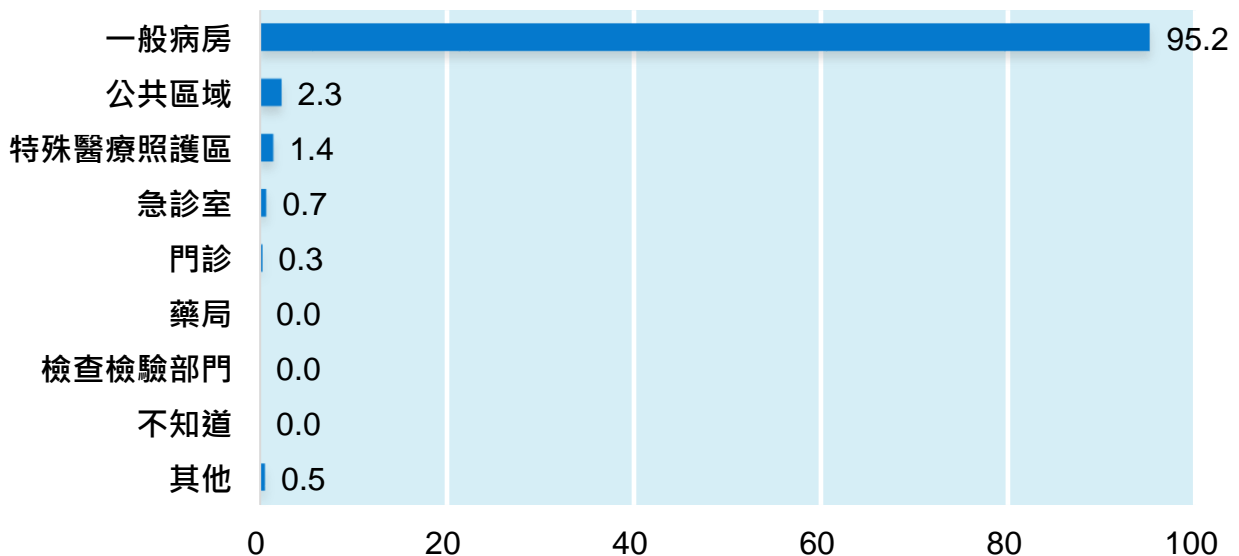


圖 4-2-1-2 精神科醫院傷害行為事件發生地點 (N=5,102, 此項目為複選)

進一步分析傷害行為的類型，主要為身體攻擊，共 3,443 件 (67.5 件/百件)，自傷行為以 807 件 (15.8 件/百件) 次之，言語衝突則以 762 件 (14.9 件/百件) 排名第三，如圖 4-2-1-3。相較 2019 年傷害行為類型，今年與去年的排序相同，排名前三由高至低依序為身體攻擊、自傷行為及言語衝突。

分析傷害行為事件影響對象除病人外，其他受影響對象有員工 1,016 件 (19.9 件/百件)，儀器設備 288 件 (5.6 件/百件)，相較 2019 年資料，受影響對象為儀器設備之事件減少 0.4 百分點，員工增加 2.1 百分點，如圖 4-2-1-4。

分析傷害行為事件對病人健康程度的影響，以無傷害所占比例最高，共 3,469 (68.0%)，其次為有傷患者 1,623 件 (31.8%)。造成病人傷害中又以輕度傷害最多，共有 1,387 件 (27.2%)，中度傷害共 217 件次之 (4.3%)，如圖 4-2-1-5。進一步將傷害行為類型和事件對病人健康影響程度資料做交叉分析，發現傷害行為類型中以身體攻擊造成傷害事件數最多。進一步分析傷害類型與病人健康的影響，有傷害比例佔比最高類型為自殺/企圖自殺 (70.0%)，其次是自傷 (61.1%)，如圖 4-2-1-6。

分析導致傷害行為的可能因素，發現與病人生理及行為相關的因素最多，共 4,833 件 (94.7 件/百件)，其次是溝通因素 1,030 件 (20.2 件/百件)、系統相關因素 50 件 (1.0 件/百件)，與 2019 年相比較，系統及病人因素各下降 1.4、1.3 百分點，政策因素上升 1 百分點，如圖 4-2-1-7。

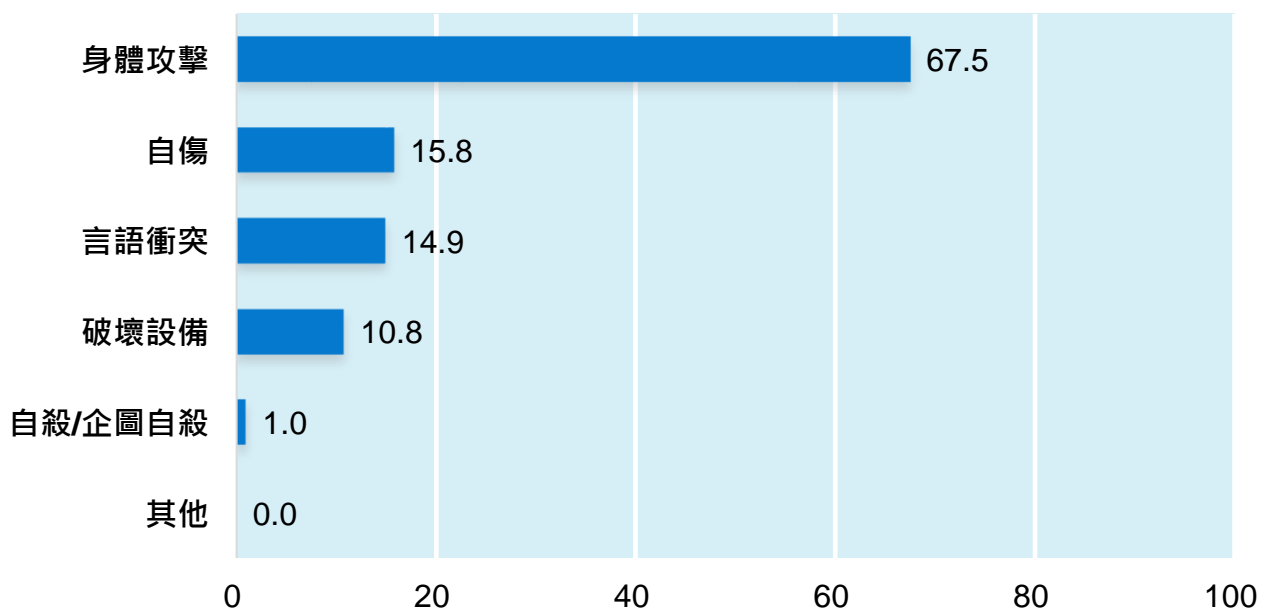


圖 4-2-1-3 精神科醫院傷害行為事件類型 (N=5,102，此項目為複選)



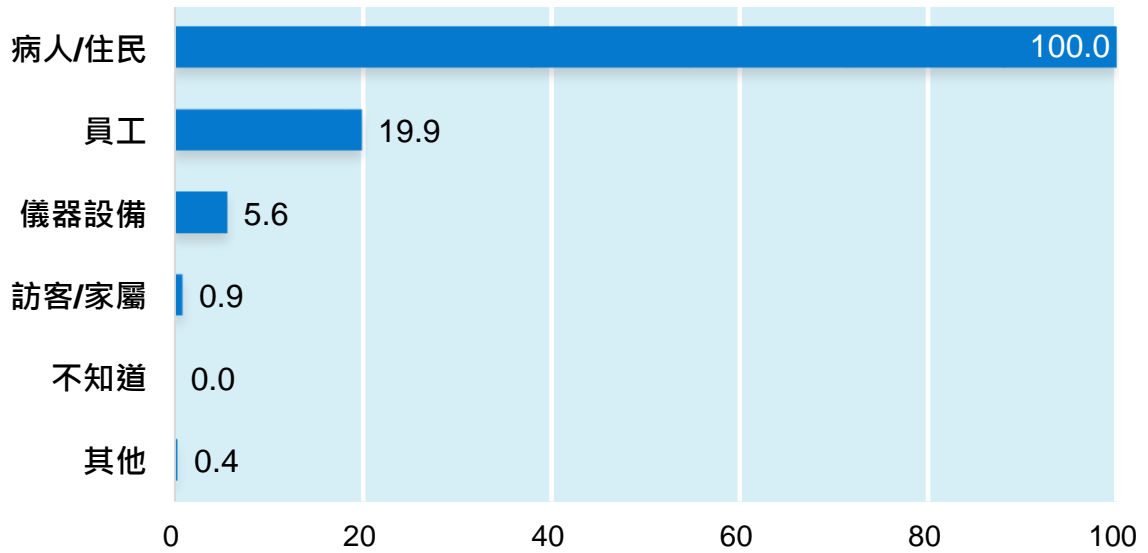


圖 4-2-1-4 精神科醫院傷害行為事件受影響對象 (N=5,102, 此項目為複選)

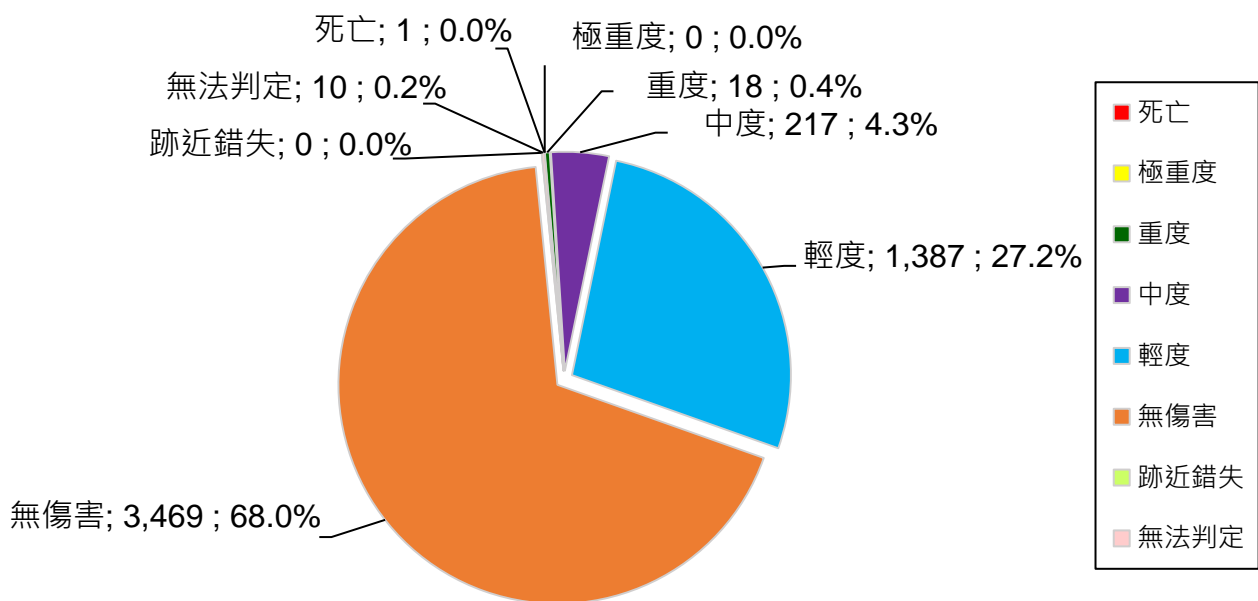


圖 4-2-1-5 精神科醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 (N=5,102)

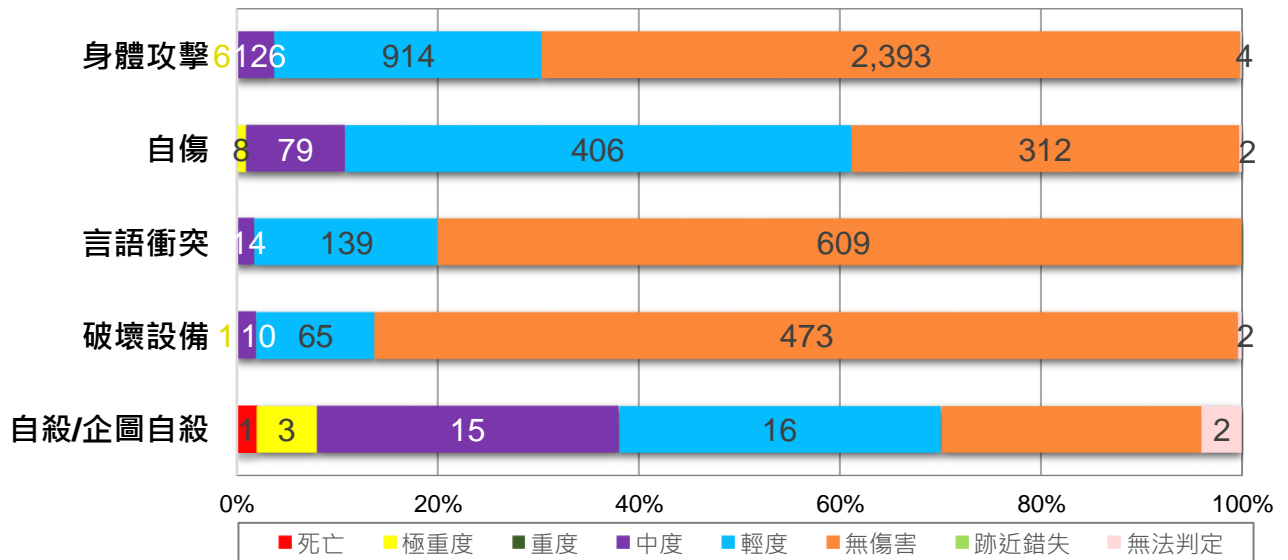


圖 4-2-1-6 精神科醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析 ( N=5,102 )

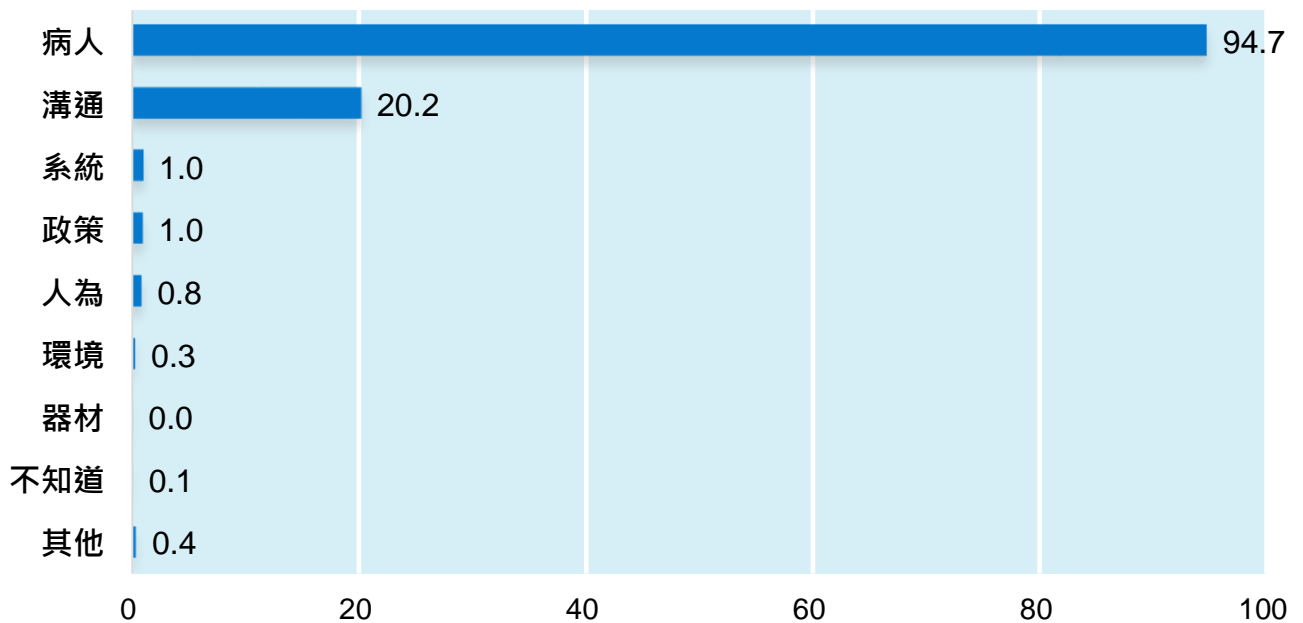


圖 4-2-1-7 精神科醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 ( N=4,102 , 本項為複選 )

分析精神科醫院傷害行為事件 SAC 嚴重程度分析，SAC=1 者 0 件 ( 0.0% )，SAC=2 者共有 8 件 ( 0.2% )，SAC=3 者有 535 件 ( 10.5% )，而 SAC=4 者共有 3,882 件 ( 76.1% )，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 677 件，如表 4-1-0-5。

## (二)精神科醫院-跌倒事件

2020 年 TPR 通報系統蒐集發生在精神科醫院之跌倒事件共 4,922 件，其中受影響對象為病人共 4,919 件，由於發生於病人之跌倒事件佔絕大多數，故本章節僅以影響對象為病人者之通報事件進行資料分析。精神科醫院病人跌倒事件發生時段分布集中於 06:01~12:00，共 1,739 件 (佔 35.5%)，如圖 4-2-2-1。精神科醫院跌倒事件發生地點以一般病房 (含病房走廊、浴室、護理站等病房所涵蓋之區域) 為主，約每百件通報病人跌倒事件中就有 91.3 件發生在一般病房。

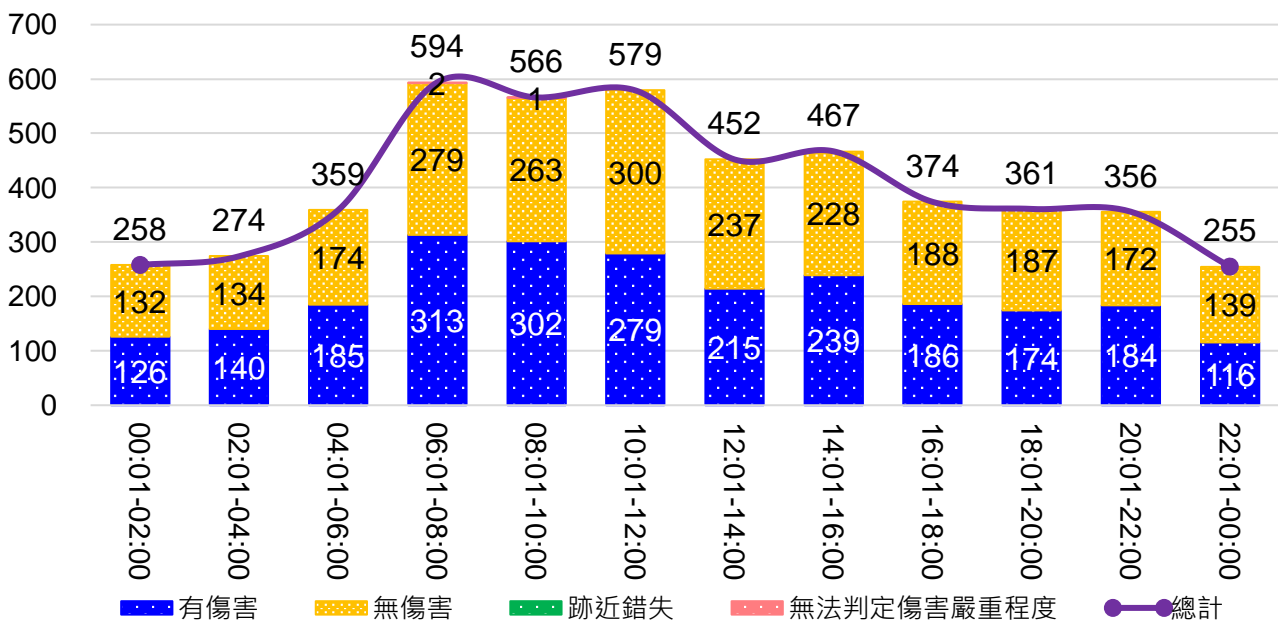


圖 4-2-2-1 精神科醫院病人跌倒發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析  
(N=4,895，不含未填 24 件)

精神科醫院發生跌倒事件之病人性別以男性為主，共 2,221 件 (佔 45.2%)；年齡以成年 (19-64 歲) 為最多，共 3,272 件 (佔 66.5%)。將性別與年齡層進行交叉分析後發現，男、女性皆以成年為最多，男性共 1,703 件 (佔 76.7%)，女性共 1,554 件 (佔 75.8%)，如表 4-2-2-1。由跌倒事件發生後對病人健康影響程度上來看，以無傷害共 2,441 件 (佔 49.6%) 為最多，其次為輕度共 1,805 件 (佔 36.7%)，如圖 4-2-2-2。

以精神科醫院病人跌倒次數分析，最近一年曾經有跌倒過的個案共 2,570 件 (佔 52.2%)；而於跌倒事件發生前，有 2,445 位 (佔 49.7%) 病人被評估為跌倒高危險族群。將兩者進行交叉分析後發現，評估為跌倒高危險族群的病人在最近一年曾有跌倒經驗者共 1,910 件，佔所有高危險族群病人的 78.1%，如圖 4-2-2-3。

表 4-2-2-1 精神科醫院跌倒病人性別與年齡交叉分析

年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
學齡前期	6*	0.3	1	0.0	0	0.0	0	0.0	7	0.1
青少年	8*	0.4	8*	0.4	0	0.0	0	0.0	16	0.3
成年	1,703*	<u>76.5</u>	1,554	<u>75.9</u>	2	<u>50.0</u>	13	2.0	3,272	66.5
老年	472*	21.3	464	22.6	1	25.0	5	0.8	942	19.2
不知道	26*	1.2	19	0.9	1	25.0	0	0.0	46	0.9
未填	6*	0.3	3	0.1	0	0.0	627	<u>97.2</u>	636	12.9
<b>總計</b>	<b>2,221</b>	<b>100.0</b>	<b>2,049</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>645</b>	<b>100.0</b>	<b>4,919</b>	<b>100.0</b>

( N=4,919 · 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 )

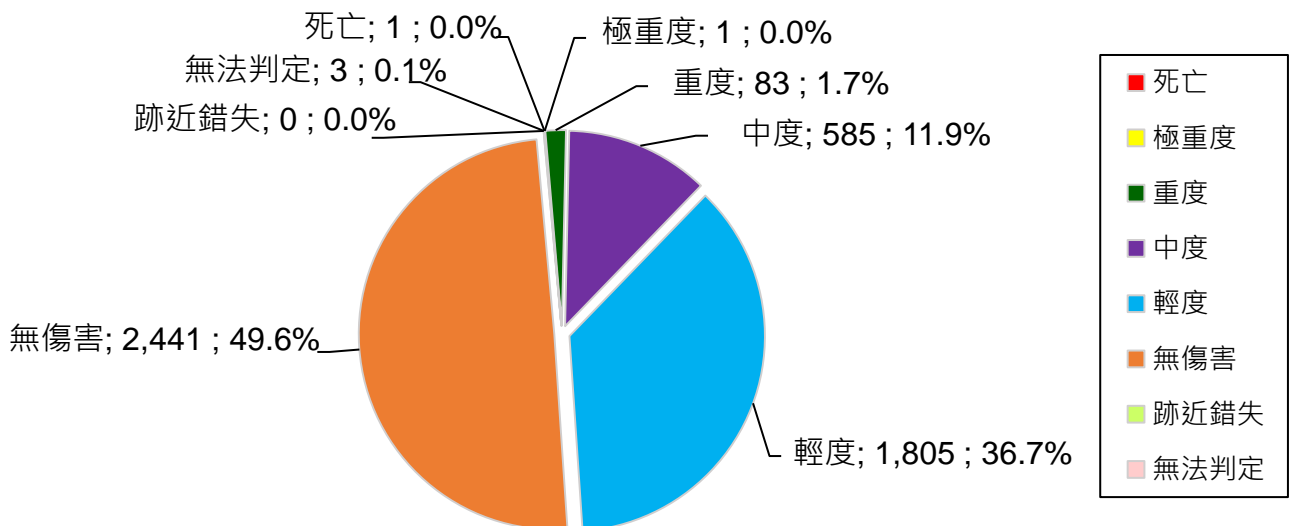


圖 4-2-2-2 精神科醫院跌倒事件對病人健康的影響程度 ( N=4,919 )

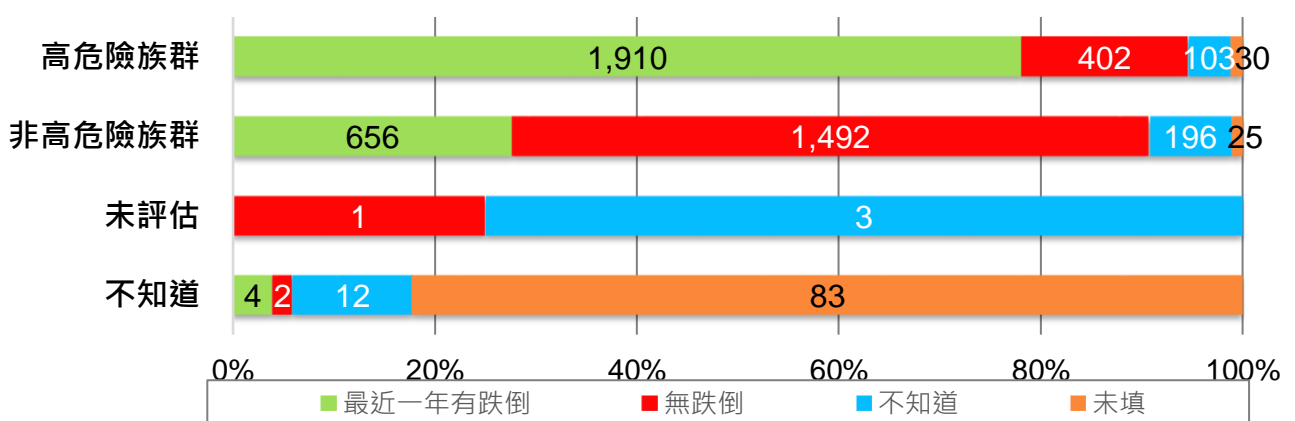


圖 4-2-2-3 精神科醫院跌倒病人是否為高危險群與最近一年跌倒次數交叉分析

( N=4,919 )

精神科醫院病人跌倒事件發生時活動以「行進時」共 2,366 件 ( 佔 48.1% ) 為最多，其次為「變換姿勢時」共 612 件 ( 佔 12.4% )、「上下床移位時」共 489 件 ( 佔 9.9% )，如圖 4-2-2-4。

精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因中，「與病人生理及行為因素相關 ( 病人 )」因素 ( 82.0 件/百件 ) 為最多，其次為「與環境因素相關 ( 環境 )」因素 ( 15.9 件/百件 )、「與使用藥物因素相關 ( 用藥 )」因素 ( 11.0 件/百件 )，如圖 4-2-2-5。進一步檢視可能原因項目細項的話，可發現病人因素項下細項以步態不穩 ( 55.7 件/百件 ) 為最多，環境因素以地面打蠟或濕、滑 ( 57.7 件/百件 ) 最多如圖 4-2-2-6、4-2-2-7。

依精神科醫院跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 1 件 ( 佔 0.0% )，SAC=2 者有 46 件 ( 佔 0.9% )，SAC=3 有 832 件 ( 佔 16.9% )，SAC=4 有 3,280 件 ( 佔 66.7% )，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 760 件 ( 佔 15.5% )，如表 4-2-0-2。

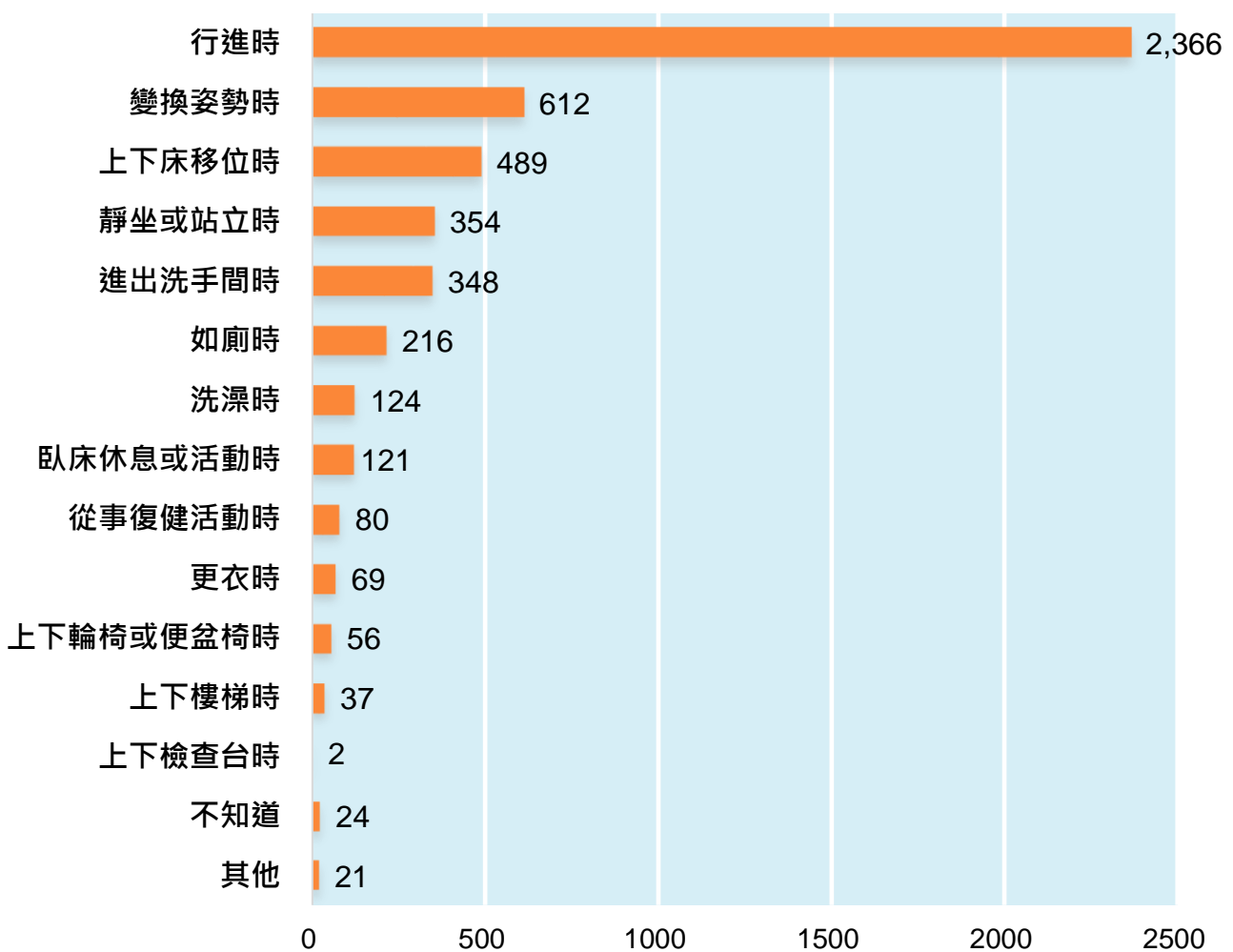


圖 4-2-2-4 精神科醫院病人跌倒事件發生時從事何項活動過程 ( N=4,919 )

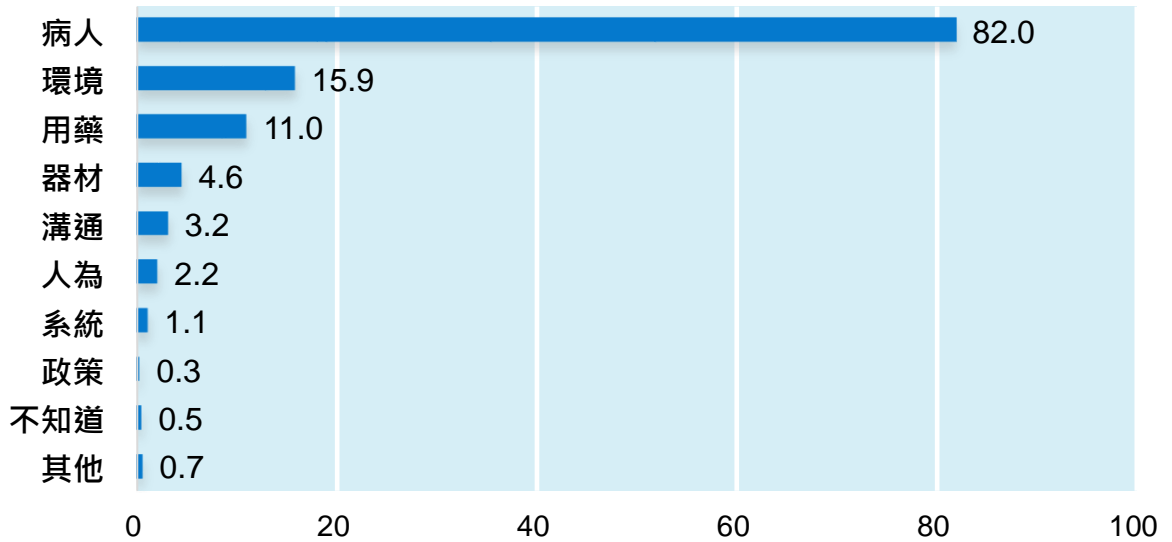


圖 4-2-2-5 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比  
( N=4,032 · 此項目為複選 )

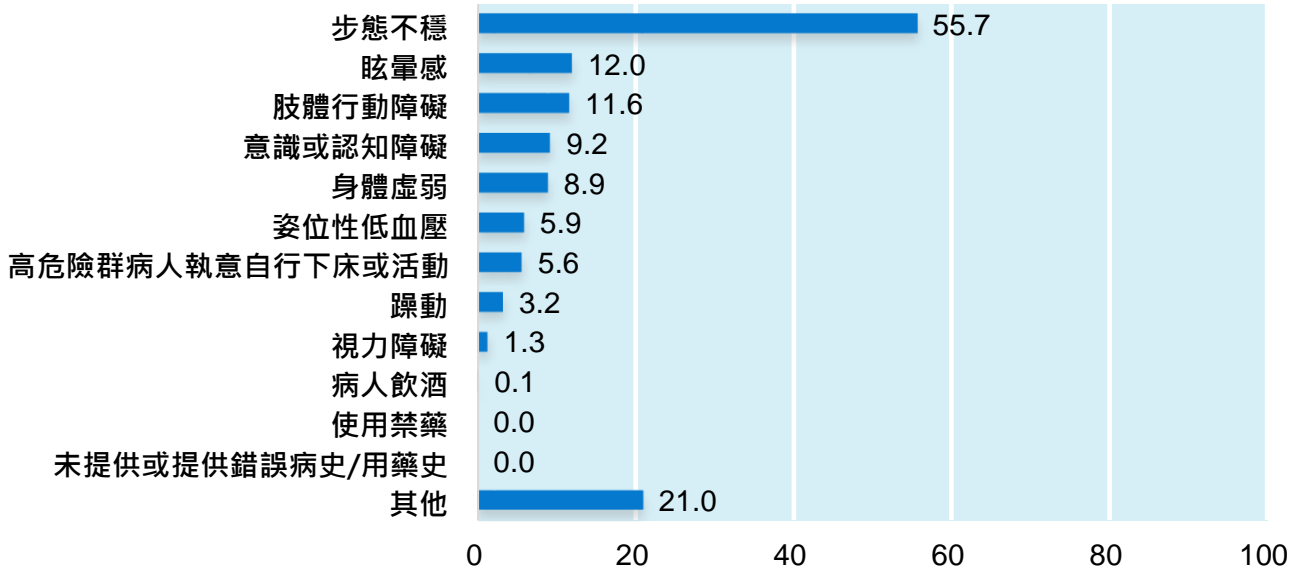


圖 4-2-2-6 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因之病人因素細項  
( N=4,032 · 此項目為複選 )

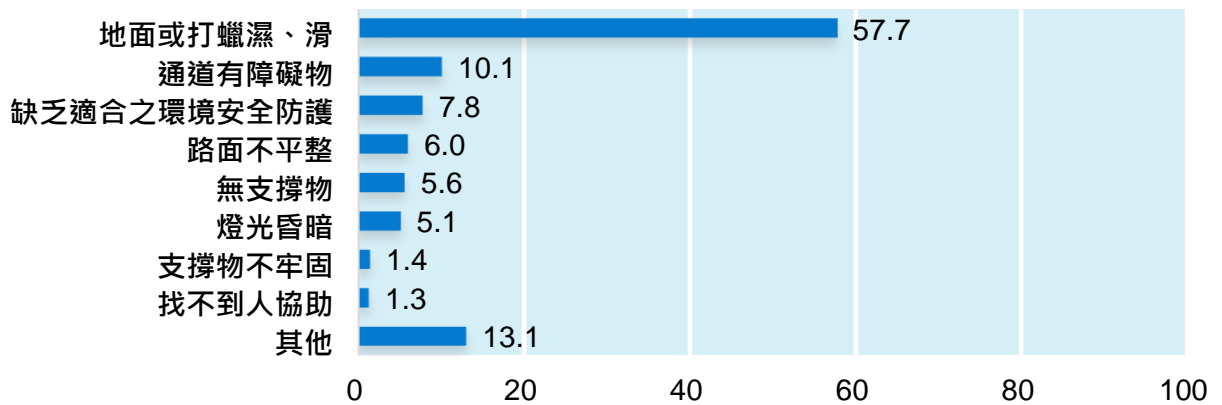


圖 4-2-2-7 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因之環境因素細項  
( N=781 · 此項目為複選 )

### (三)精神科醫院-治安事件

分析 2020 年發生於精神科醫院的治安事件共有 673 件，佔所有機構別治安事件的 28.1%。其中受影響對象為病人的共有 666 件。依照治安事件發生時段資料來看，主要發生時段集中在白班 (8:01-16:00)，共有 392 件 (59.3%)，如圖 4-2-3-1。發生地點大部分位於一般病房，有 554 件 (82.3 件/百件)，其次是公共區域 46 件 (6.8 件/百件) 和特殊醫療照護區 30 件 (4.5 件/百件)，如圖 4-2-3-2。

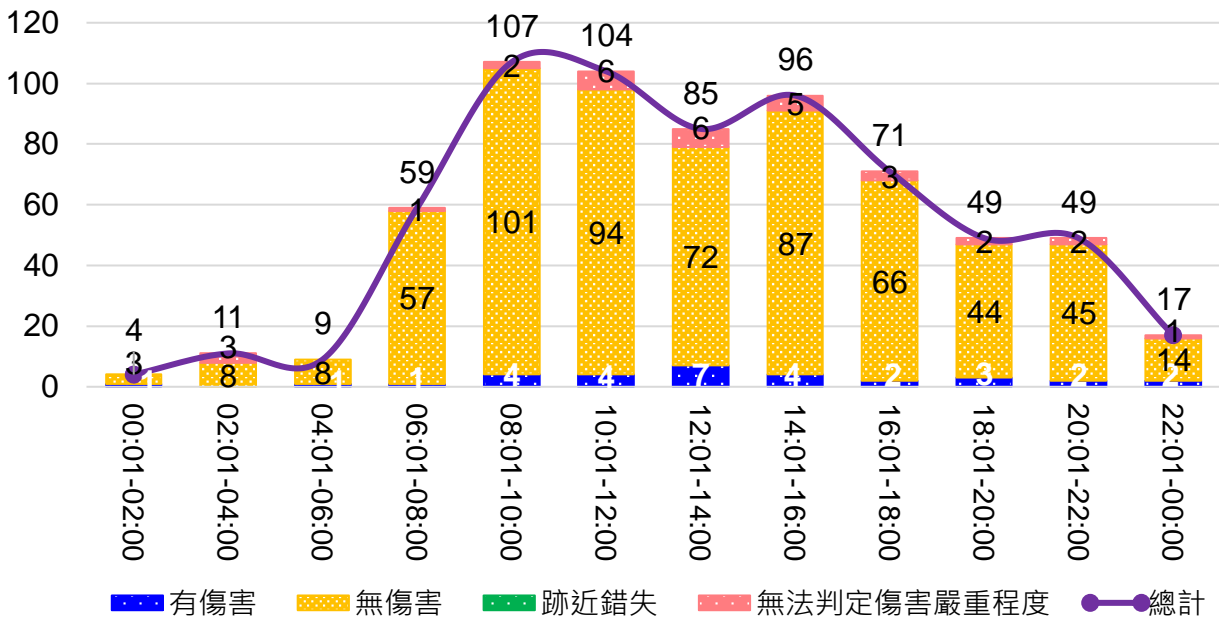


圖 4-2-3-1 精神科醫院治安事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析 (N=661，不包含未填 5 件)

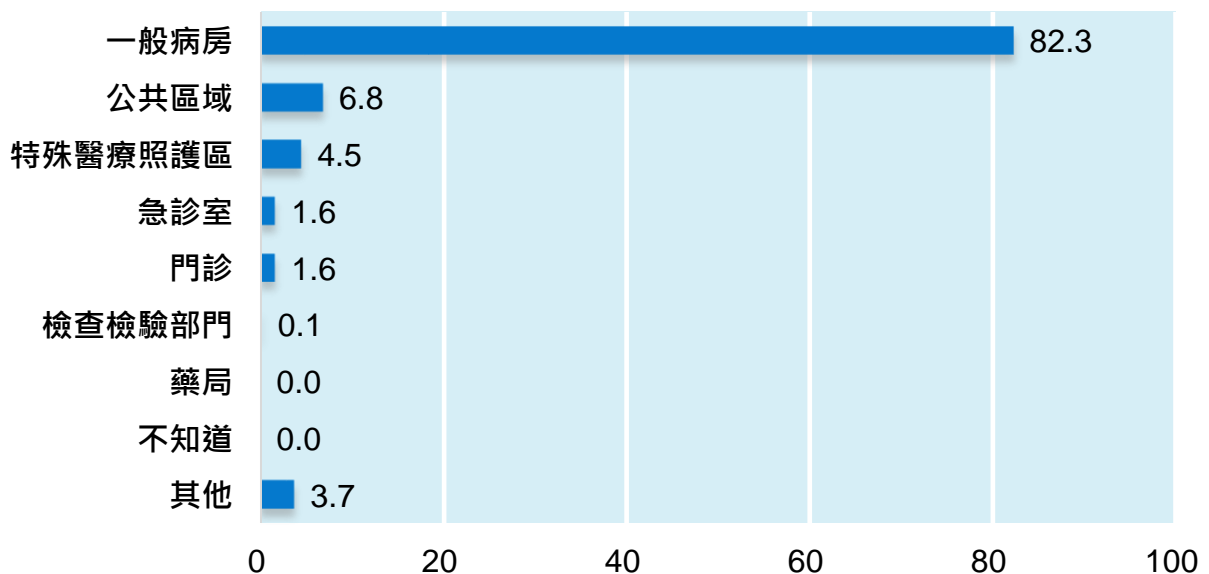


圖 4-2-3-2 精神科醫院治安事件發生地點相對次數百分比 (N=673，本項為複選)

進一步分析治安事件類型以使用違禁品之案件數最多，共 261 件 ( 38.8 件/百件 )，其次是騷擾/性騷擾 157 件 ( 23.3 件/百件 ) 和病人失蹤 141 件 ( 21.0 件/百件 )，另外其他類型有 93 件 ( 13.8 件/百件 ) 絕大多數為不適當肢體接觸，如圖 4-2-3-3。將精神科醫院治安事件類型和醫院治安事件類型相比，前三名事件類型皆有病人失蹤及使用違禁品。

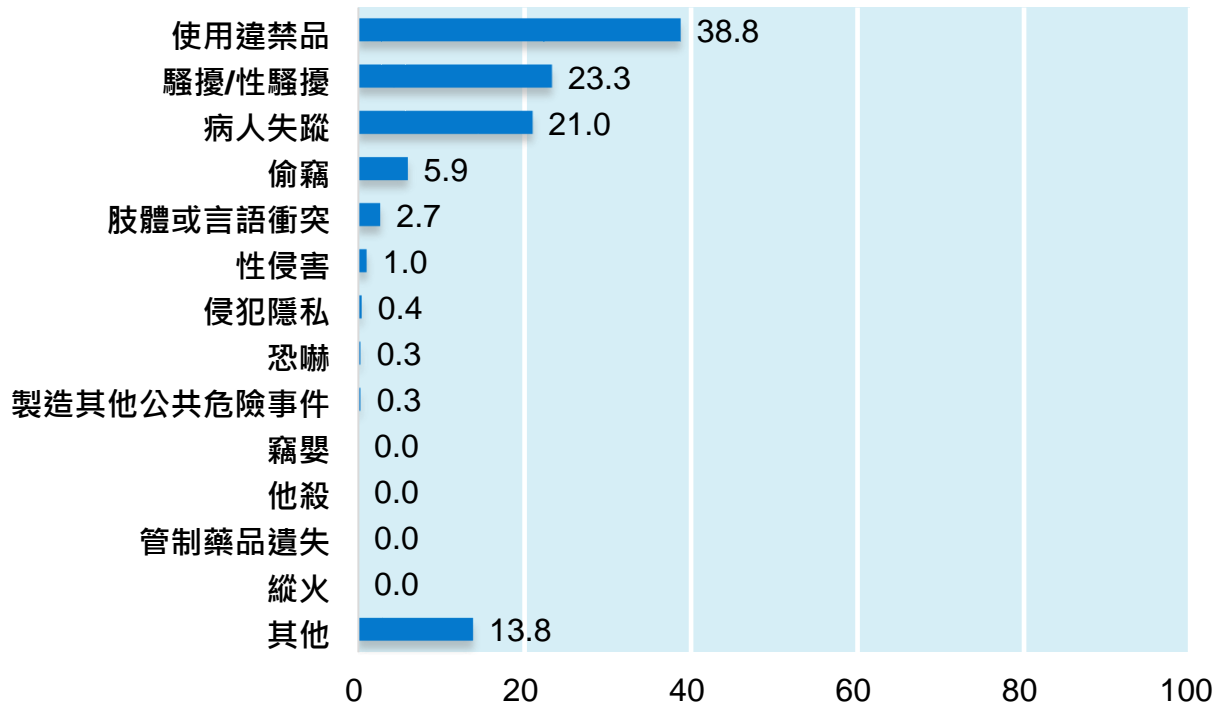


圖 4-2-3-3 精神科醫院治安事件類型相對次數百分比 ( N=673，本項為複選 )

治安事件發生最主要的影響對象為病人 ( 666 件，99.0 件/百件 )，對象為員工次之 ( 54 件，8.0 件/百件 )，再其次為訪客和家屬 ( 37 件，5.5 件/百件 )，如圖 4-2-3-4。影響對象為病人和住民的其主要的治安事件類別為使用違禁品 ( 261 件，39.2 件/百件 )。精神科醫院治安案件主要發生的年齡層主要集中在 19-64 歲，有高達 74.6% 的案件屬於此年齡層。

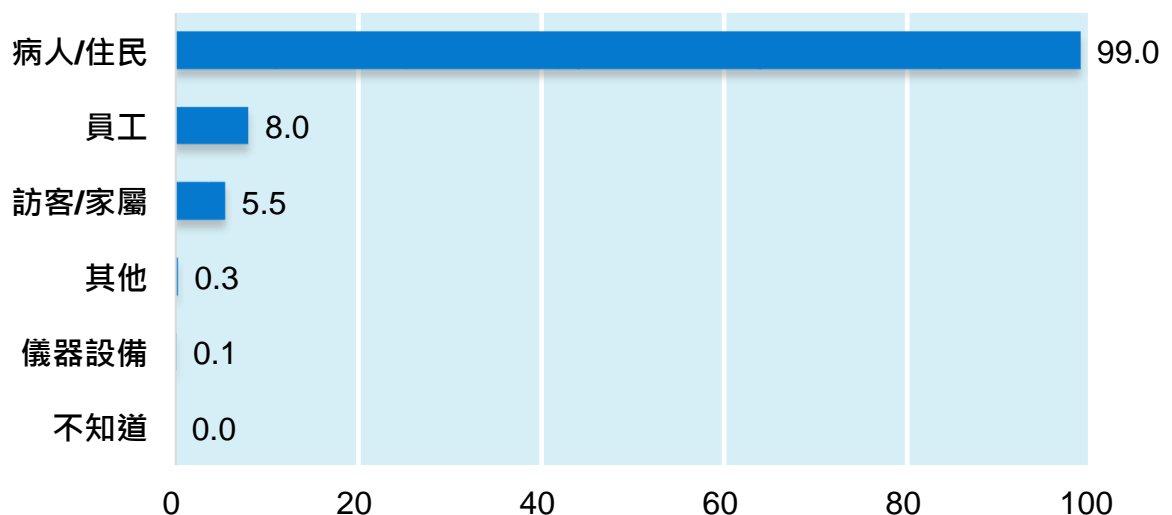


圖 4-2-3-4 精神科醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比 ( N=673，本項為複選 )



分析事件發生對病人的健康程度影響，以無傷害最多 ( 604 件，90.7% )，造成中度傷害以上的影響共有 15 件 ( 2.3% )，如圖 4-2-3-5。更進一步將治安事件類型和其對病人健康程度影響資料做交叉分析，發現使用違禁品之案件數最多，但有 256 件 ( 98.1% ) 為無傷害；主要造成傷害之案件為病人失蹤共 14 件，約占所有「有傷害」事件的 42.4%，如圖 4-2-3-6。

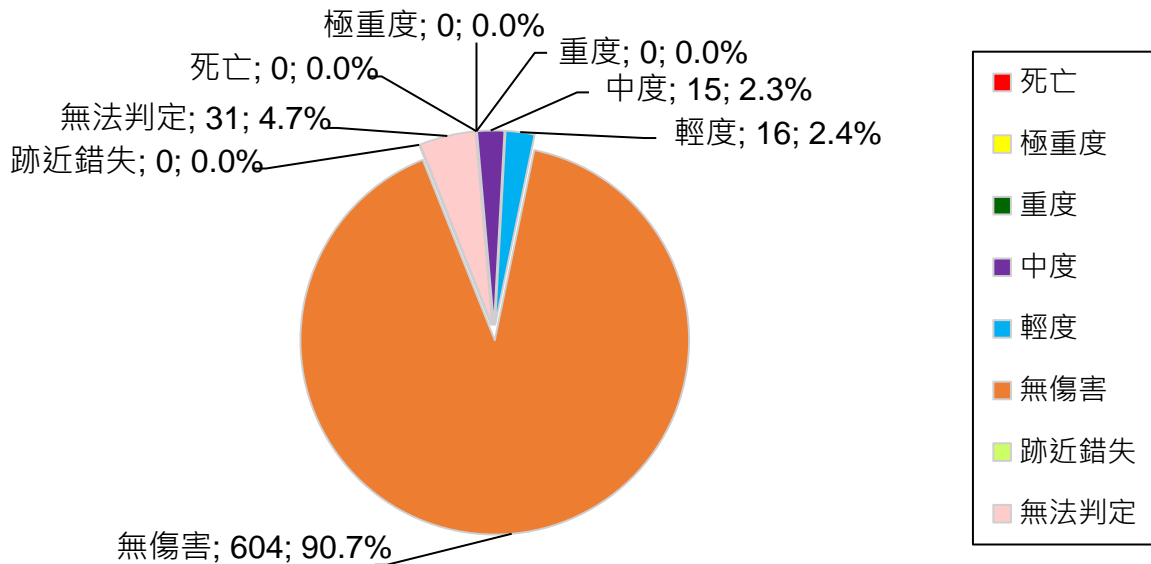


圖 4-2-3-5 精神科醫院治安事件對病人健康的影響程度  
( N=666，N 為病人數 )

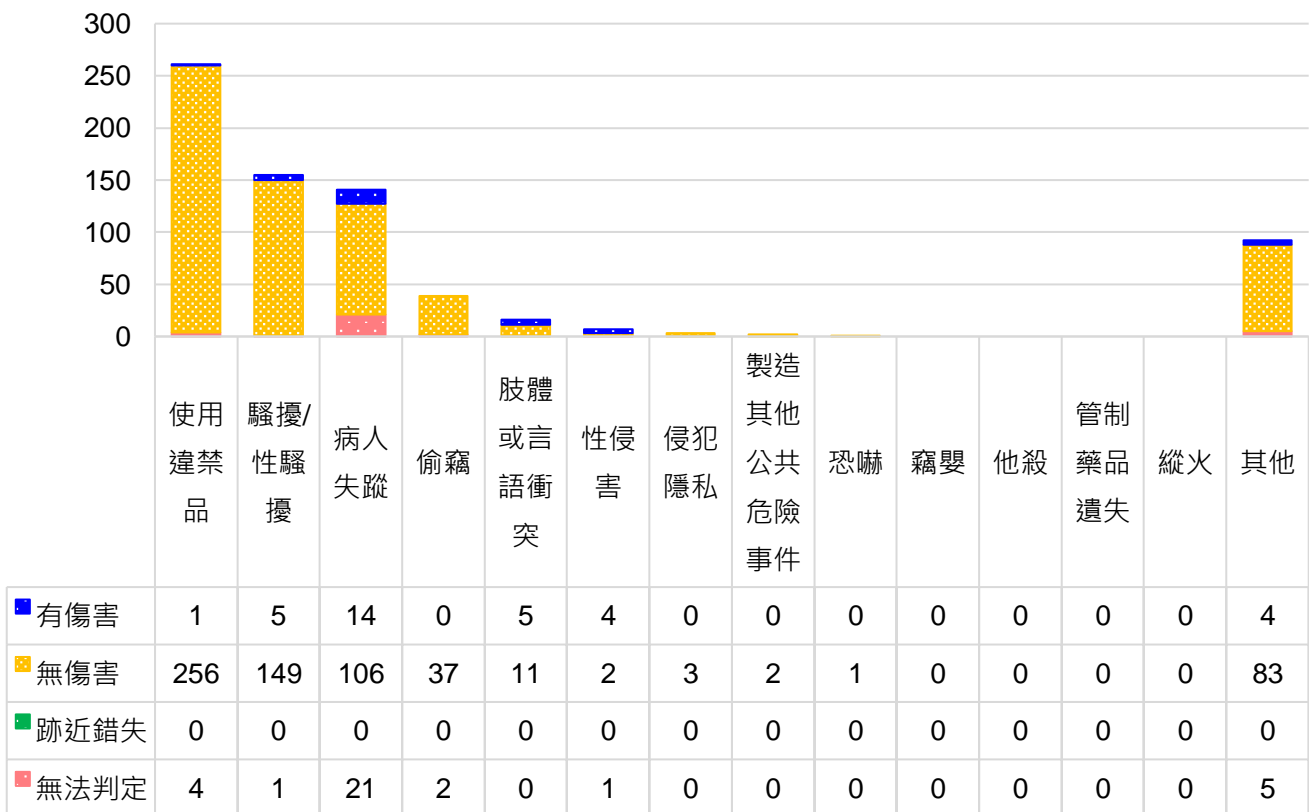


圖 4-2-3-6 精神科醫院治安事件對病人健康的影響程度分布  
( N=666，N 為病人數，此項目為複選 )



分析導致治安事件的可能因素，發現「與病人生理及行為因素相關(病人)」(79.5 件/百件)為最多，其次為「與溝通因素相關(溝通)」因素(26.0 件/百件)、「與人員因素相關(人為)」(18.7 件/百件)，如圖 4-2-3-7。

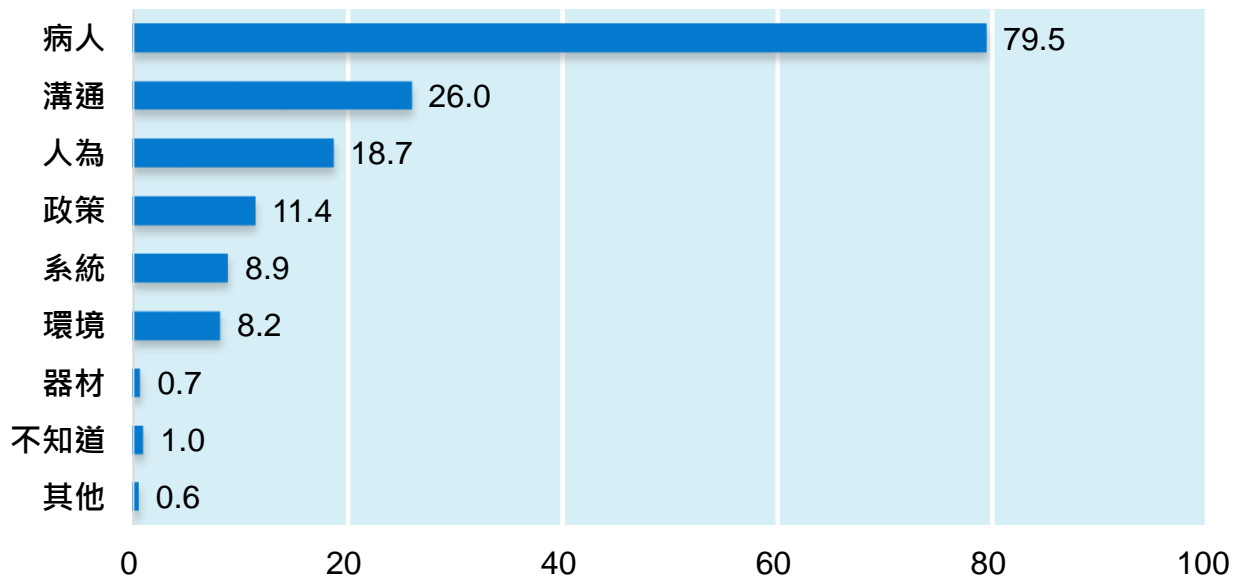


圖 4-2-3-7 精神科醫院治安事件發生可能原因相對次數百分比 (N=673；此項目為複選)

以嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析治安事件，發現 SAC 為 1 和 2 皆為 0 件，SAC=3 有 14 件 (2.1%)，SAC=4 共有 501 件 (75.2%)，SAC 為無法計算 (包含 NA 及 INC) 共有 151 件，如表 4-2-0-2。

### 三、護理之家及養護機構 (綜合分析)

#### 護理之家

2020 年護理之家通報事件數 771 件，在 13 類事件類別中前三名以跌倒事件居首為 538 件 (69.8%)，其次為管路事件 77 件 (10.0%)，第三為醫療事件及傷害行為各 41 件 (分別各佔 5.3%)，如圖 4-3-0-1。發生地點主要是「一般住房」共 604 件 (78.3 件/百件)，其次為「公共區域」共 83 件 (10.8 件/百件)。整體事件發生時段以白班 (08:01-16:00) 最多，其中以 10:01-12:00、14:01-16:00 時段較高；如圖 4-3-0-2。

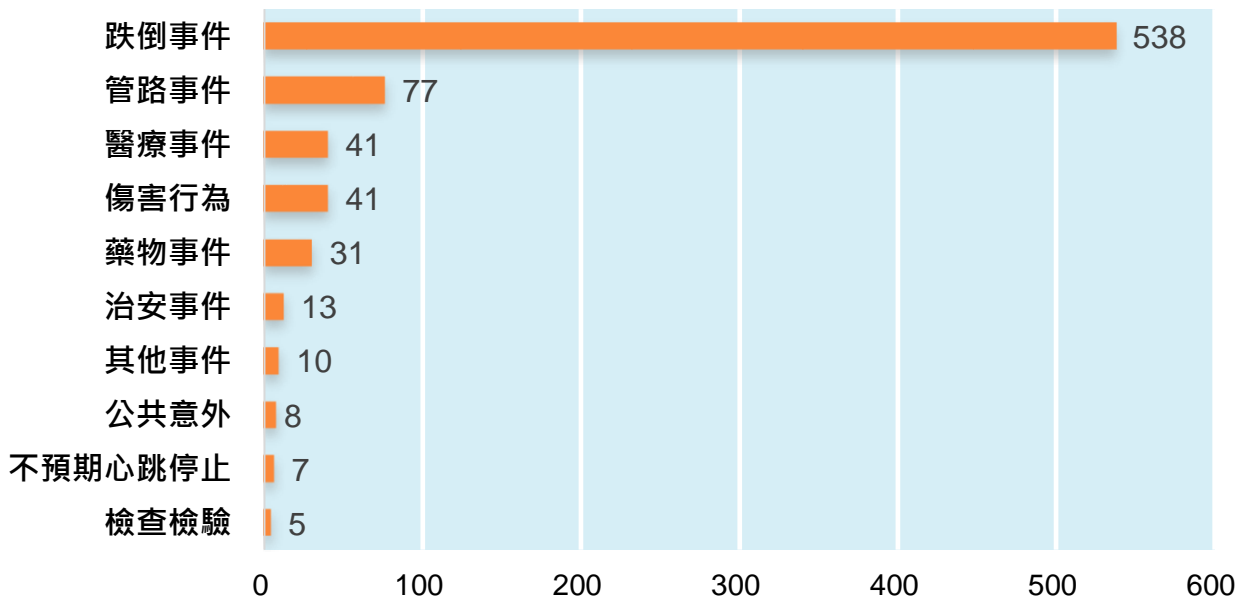


圖 4-3-0-1 護理之家其各類事件分布 (事件數 N=771)

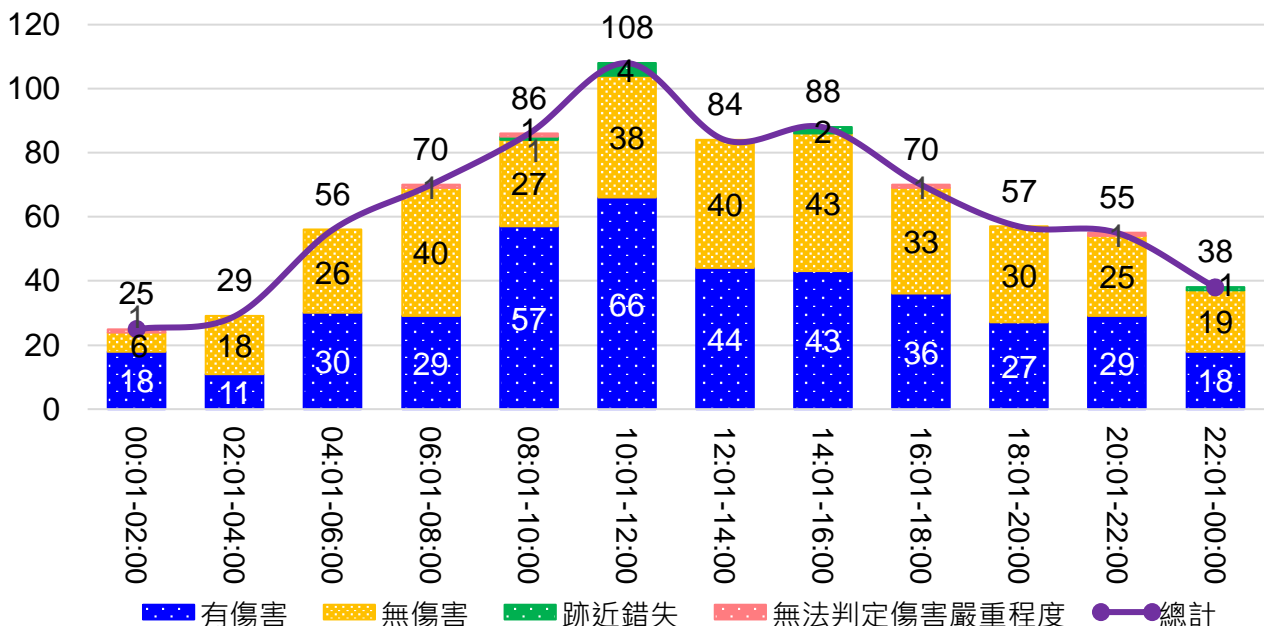


圖 4-3-0-2 護理之家住民發生時段與事件發生後對住民健康影響 (住民數 N=766)



護理之家整體事件受影響對象為病人/住民共有 766 件，多數時段區間有傷害事件大於無傷害，僅 02:01-04:00、06:01-08:00、18:01-20:00、22:01-00:00 時段無傷害較多，發生於「白班」之事件有 57.4% 影響到病人/住民且造成傷害。病人/住民之男、女性性別各為 401 件及 358 件 ( 各佔性別 52.3%、46.7% )；年齡以 65 歲以上之老年為最多，共 529 件 ( 佔 69.1% )，如表 4-3-0-1。

事件發生後對病人/住民健康的影響程度分析，有造成傷害者共 408 件 ( 佔 53.3% )，其中造成死亡者 6 件 ( 0.8% )，極重度及重度者 36 件 ( 4.7% )，中度傷害者 149 件 ( 19.5% )，輕度傷害 217 件 ( 28.3% )；無傷害共 345 件 ( 佔 45.0% )，而跡近錯失及無法判定各有 8 件 ( 1.0% ) 及 5 件 ( 0.7% )，如圖 4-3-0-3。

表 4-3-0-2 進一步分析護理之家各類事件對病人/住民健康的影響程度，造成病人/住民「死亡」之案件為不預期心跳停止 5 件及治安事件 1 件；造成極重度傷害有跌倒事件 1 件，造成重度傷害以跌倒事件及醫療照護最多 ( 分別為 24 件、6 件 )。護理之家各類事件對住民健康造成有傷害占 53.3%，較 2019 年提升 1 百分點，有傷害比例高於 50% 的事件分別為：不預期心跳停止、醫療照護事件、傷害行為事件、管路事件及跌倒事件。護理之家 SAC 級數分布，SAC=1 者共 6 件；SAC=2 者共 23 件；SAC=3 者共 178 件；SAC=4 者共 375 件；SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 184 件，如表 4-3-0-3。

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  
( 住民數 N =766 標記底線者為該性別中比例最多者 )

性別	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
幼兒	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
學齡前期	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
青少年	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
成年	121	30.2	68	19.0	0	0.0	1	16.7	190	24.8
老年	265	<u>66.1</u>	264	<u>73.7</u>	0	0.0	0	0.0	529	<u>69.1</u>
不知道	14	3.5	26	7.3	0	0.0	1	16.7	41	5.4
未填	1	0.2	0	0.0	1	<u>100.0</u>	4	<u>66.7</u>	6	0.8
總計	401	100.0	358	100.0	1	100.0	6	100.0	766	100.0

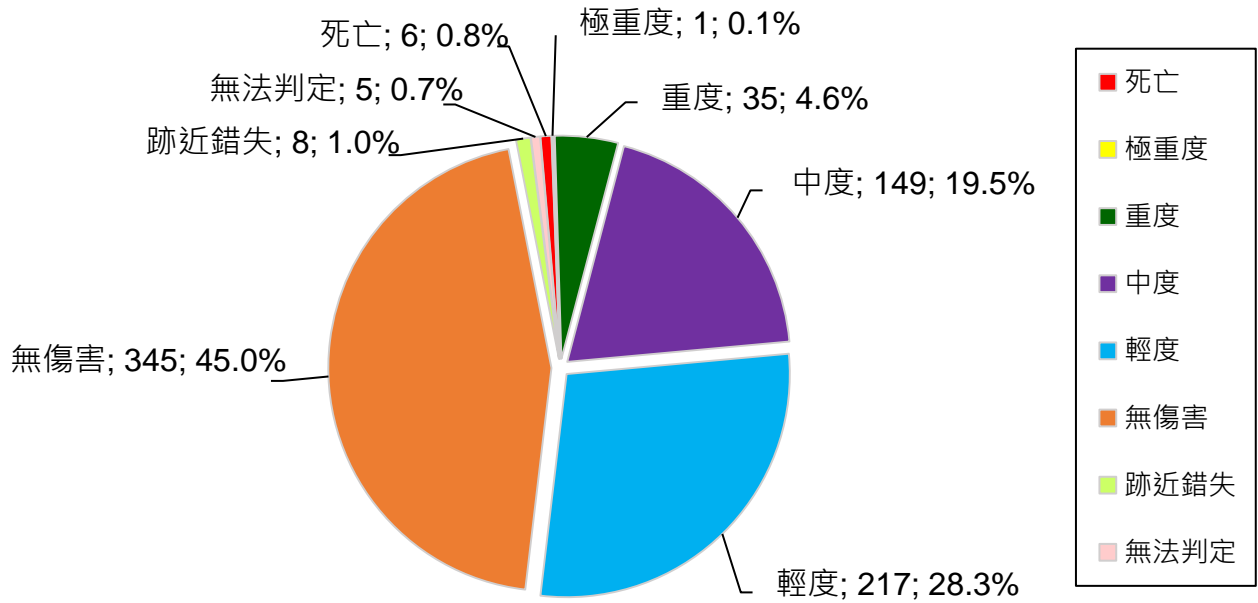


圖 4-3-0-3 護理之家整體事件對住民健康的影響程度 (住民數 N =766)

表 4-3-0-2 護理之家各類事件對住民健康的影響程度 (住民數 N =766)

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	0	0.0	6	4.0	4	1.8	20	5.8	1	12.5	0	0.0	31	4.0
跌倒事件	0	0.0	1	100.0	24	68.6	110	73.8	147	67.7	253	73.3	0	0.0	2	40.0	537	70.1
醫療照護	0	0.0	0	0.0	6	17.1	13	8.7	15	6.9	5	1.4	0	0.0	2	40.0	41	5.4
公共意外	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0	3	0.9	0	0.0	0	0.0	4	0.5
治安事件	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.5	11	3.2	0	0.0	0	0.0	13	1.7
傷害行為	0	0.0	0	0.0	1	2.9	6	4.0	18	8.3	16	4.6	0	0.0	0	0.0	41	5.4
管路事件	0	0.0	0	0.0	2	5.7	12	8.1	28	12.9	34	9.9	0	0.0	1	20.0	77	10.1
不預期心跳停止	5	83.3	0	0.0	2	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	0.9
檢查檢驗	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.9	2	0.6	1	12.5	0	0.0	5	0.7
其他事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	2	0.9	1	0.3	6	75.0	0	0.0	10	1.3
<b>總計</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>	<b>149</b>	<b>100.0</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>	<b>345</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>766</b>	<b>100.0</b>

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。

表 4-3-0-3 護理之家各類事件 SAC 分布 ( 住民數 N =766 )

事件類別		SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	NA*	INC*	小計
影響程度								
藥物事件	N	0	0	5	19	6	1	31
	%	0.0	0.0	16.1	61.3	19.4	3.2	100.0
跌倒事件	N	1	18	122	264	94	38	537
	%	0.2	3.4	22.7	49.2	17.5	7.1	100.0
醫療照護	N	0	2	15	11	11	2	41
	%	0.0	4.9	36.6	26.8	26.8	4.9	100.0
公共意外	N	0	0	1	2	0	1	4
	%	0.0	0.0	25.0	50.0	0.0	25.0	100.0
治安事件	N	0	0	0	11	2	0	13
	%	0.0	0.0	0.0	84.6	15.4	0.0	100.0
傷害行為	N	0	1	6	29	5	0	41
	%	0.0	2.4	14.6	70.7	12.2	0.0	100.0
管路事件	N	0	1	28	35	11	2	77
	%	0.0	1.3	36.4	45.5	14.3	2.6	100.0
不預期心跳停止	N	5	1	0	0	1	0	7
	%	71.4	14.3	0.0	0.0	14.3	0.0	100.0
檢查檢驗	N	0	0	0	1	2	2	5
	%	0.0	0.0	0.0	20.0	40.0	40.0	100.0
其他事件	N	0	0	1	3	4	2	10
	%	0.0	0.0	10.0	30.0	40.0	20.0	100.0
總計	N	6	23	178	375	136	48	766
	%	0.8	3.0	23.2	49.0	17.8	6.3	100.0

\*註：無法計算表示「事件發生後對住民健康的影響程度」或「事件可能再發生的機會」任一選項資料不齊全或填寫不知道者。

護理之家通報者身份主要為護理人員( 95.4% )，如圖 4-3-0-4。現職年資分布以 0-5 年最多，有 340 ( 54.1% )；其次是 6-10 年，有 180 人 ( 28.7% )，如圖 4-3-0-5。通報者認為預防再發生的措施或方法以為加強教育訓練最，有 565 件 ( 74.5 件/百件 )，其次是加強溝通方式 318 件 ( 41.2 件/百件 )，如圖 4-3-0-6、表 4-3-0-4。

護理之家整體事件可能原因之統計，以「住民生理及行為因素 ( 住民因素 )」為最高，其次為「與人員個人因素 ( 人為因素 )」，再其次則為「與環境因素 ( 環境因素 )」。以各類事件來看，「住民因素」在跌倒事件、管路事件、傷害行為、治安事件及不預期心跳停止等為通報者最常通報歸因於事件之可能原因 ( 表 4-3-0-5 )。

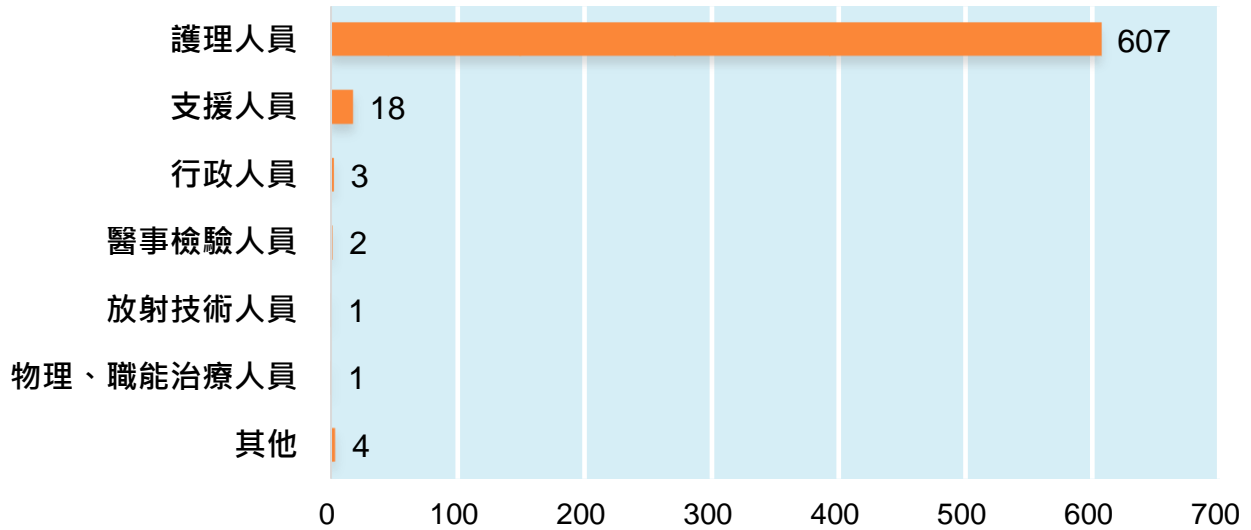


圖 4-3-0-4 護理之家通報者身分別 ( N=636 , 不含未填與不知道者 135 件 )

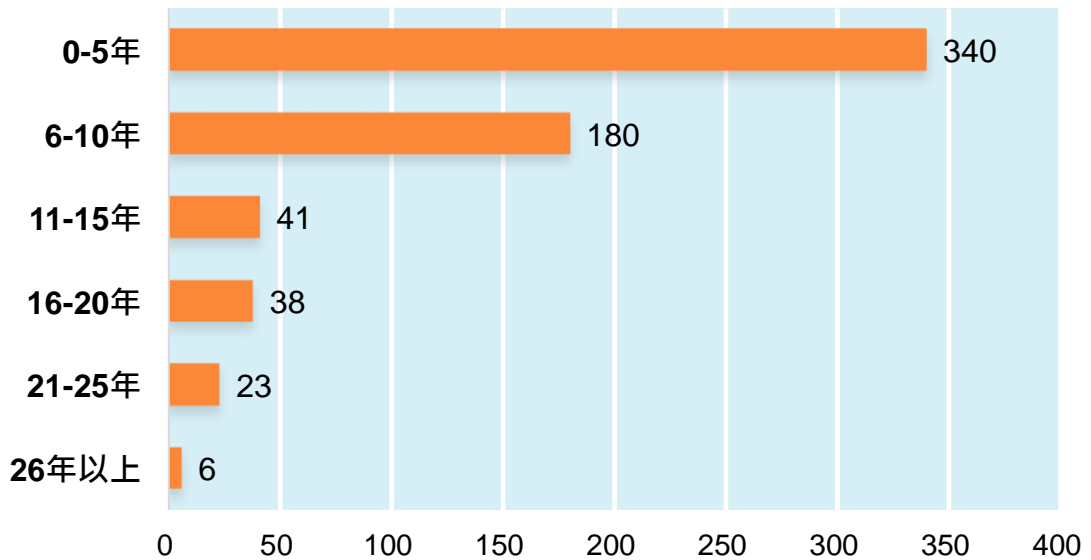


圖 4-3-0-5 護理之家通報者進入現職機構年資 ( N=628 , 不含未填 143 件 )

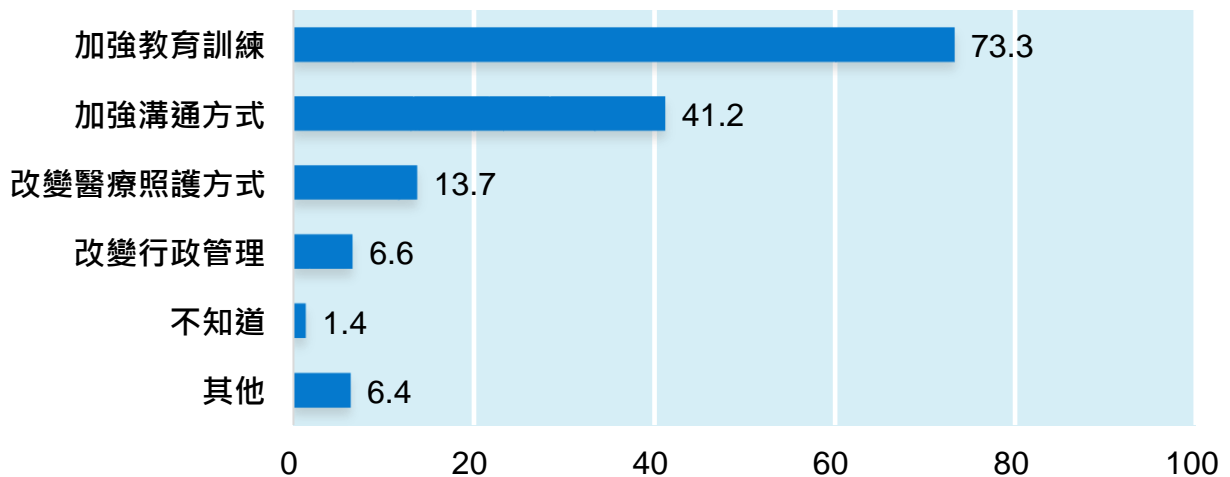


圖 4-3-0-6 護理之家通報者認為預防再發生的措施或方法 ( 事件數 N=771 , 此項為複選 )



表 4-3-0-4 護理之家各類事件預防事件再發生的措施或方法(事件數 N=771，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	其他	不知道	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	28	7	5	1	0	0	41
跌倒事件	400	245	61	27	36	3	772
醫療照護	33	12	14	4	1	1	65
公共意外	2	2	0	4	2	0	10
治安事件	6	6	3	5	0	0	20
傷害行為	34	12	5	5	1	0	57
管路事件	46	30	11	1	7	6	101
不預期心跳停止	7	1	6	0	1	0	15
檢查檢驗	2	1	1	0	0	1	5
其他事件	7	2	0	4	1	0	14
總計	565	318	106	51	49	11	1,100

表 4-3-0-5 護理之家各類事件之可能原因統計

(事件數 N=771，本項為複選，不含其他事件 10 件)

可能原因	住民	人為	系統	溝通	器材	環境	政策	用藥	其他	不知道	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	5	24	10	0	0	0	0	0	2	1	42
跌倒事件	476	88	23	30	36	68	2	80	1	3	807
醫療照護	18	37	22	10	3	11	3	0	0	0	104
公共意外	0	2	0	1	6	1	2	0	0	0	12
治安事件	11	3	0	3	1	2	0	0	0	0	20
傷害行為	34	0	1	21	0	0	0	0	0	0	56
管路事件	55	26	10	10	2	0	1	0	4	1	109
不預期心跳停止	7	2	2	0	0	0	0	0	0	0	11
檢查檢驗	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	5
總計	606	185	69	76	48	82	8	80	7	5	1,166





2020 年護理之家發生事件以「跌倒事件」較多，以下就跌倒事件作概要分析。

護理之家跌倒事件共 538 件，事件發生後受影響對象為病人/住民的有 537 件。發生時段最高為 10:01~12:00 (74 件，佔 13.8%)，其次為 12:01~14:00 (67 件，佔 12.5%) 第三為 08:01~10:00 (58 件，佔 10.8%)，圖 4-3-0-7。

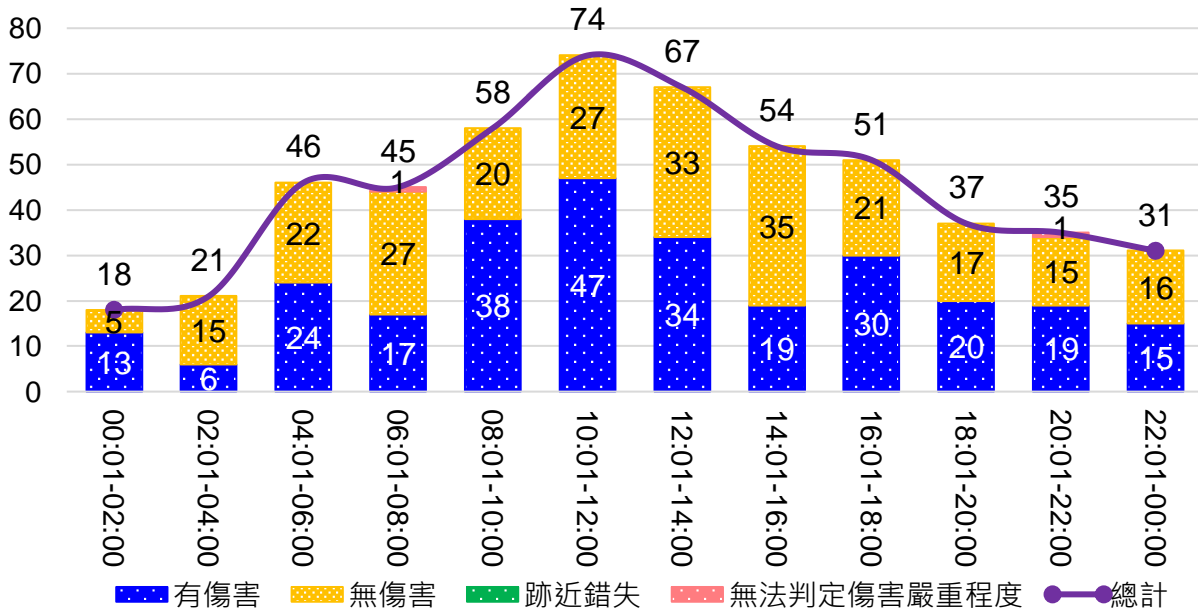


圖 4-3-0-7 護理之家跌倒事件發生時段分布  
(病人/住民跌倒件數 N=537)

護理之家跌倒事件多發生於行進時 (146 件，佔 27.1%)，其次為上下床移位時 (131 件，佔 24.3%) 及變換姿勢時 (68 件，佔 12.6%)，圖 4-3-0-8。與 2019 年資料比較，「行進時」發生比率增加 1.2 個百分點。另外，進一步分析行進時跌倒事件以 10:01~12:00 為多。

護理之家跌倒事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對住民健康有造成傷害比率約 52.5%，其中造成重度 24 件 (4.5%)、中度傷害 110 件 (20.5%)、輕度傷害 147 件 (27.4%)，如圖 4-3-0-9。

就事件發生可能原因分析結果，以「與住民生理及行為因素 (住民)」居多 (476 件，佔 88.5 件/百件)，其次「與人員個人因素 (人為)」(88 件，佔 16.4%) 及「與使用藥物 (用藥)」(80 件，佔 14.9%)，如圖 4-3-0-10。進一步分析住民因素明細項目，以「步態不穩」(259 件，佔住民因素 54.4 件/百件) 最多，其次為「高危險群住民執意自行下床或活動」(224 件，佔住民因素 47.1 件/百件) 及「肢體行動障礙」(179 件，佔 37.6 件/百件)，圖 4-3-0-11。

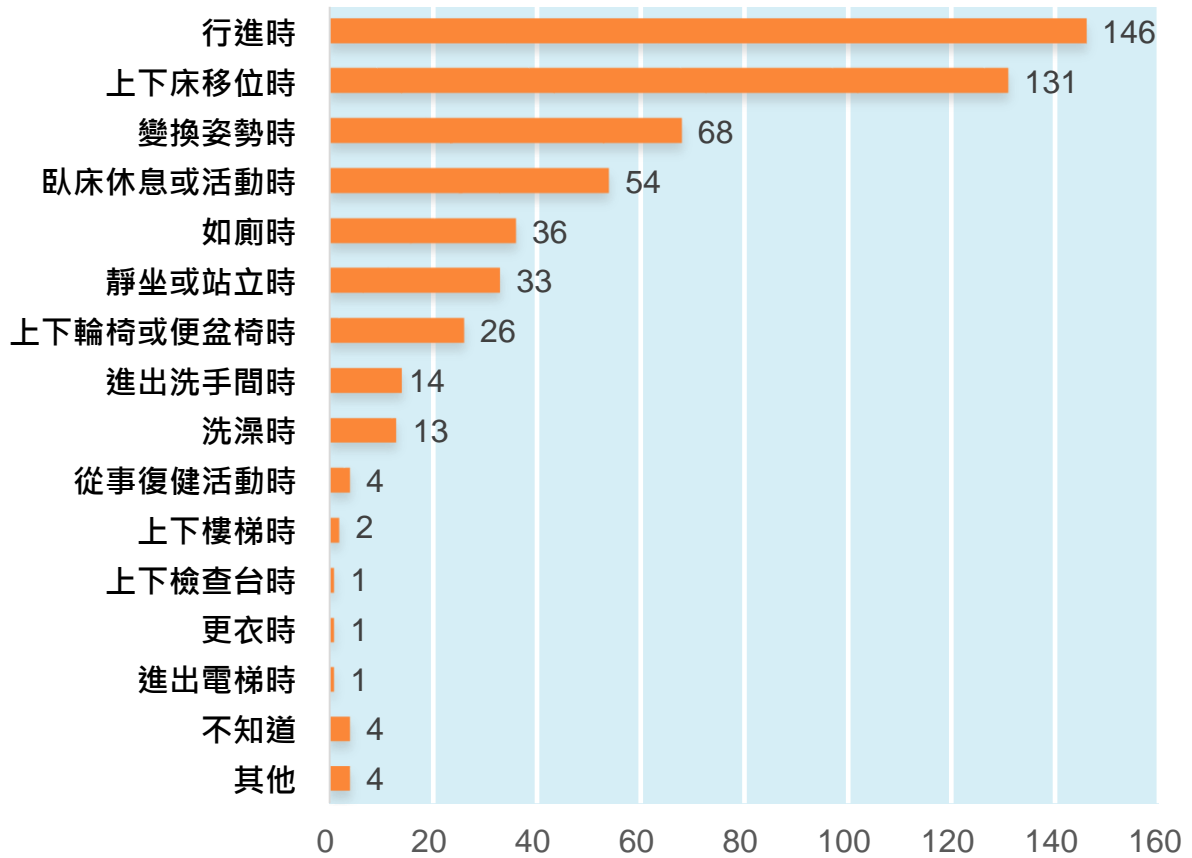


圖 4-3-0-8 護理之家跌倒事件發生活動過程分布 ( 跌倒事件數 N=538 )

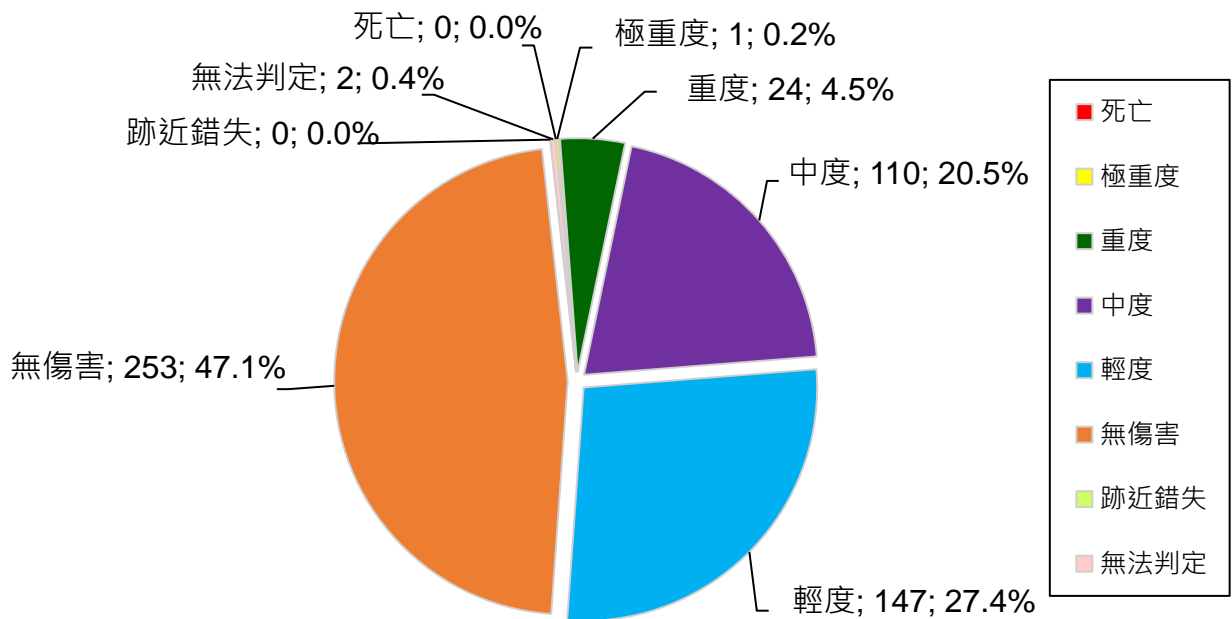


圖 4-3-0-9 護理之家跌倒事件對住民的影響程度 ( 病人/住民跌倒件數 N=537 )

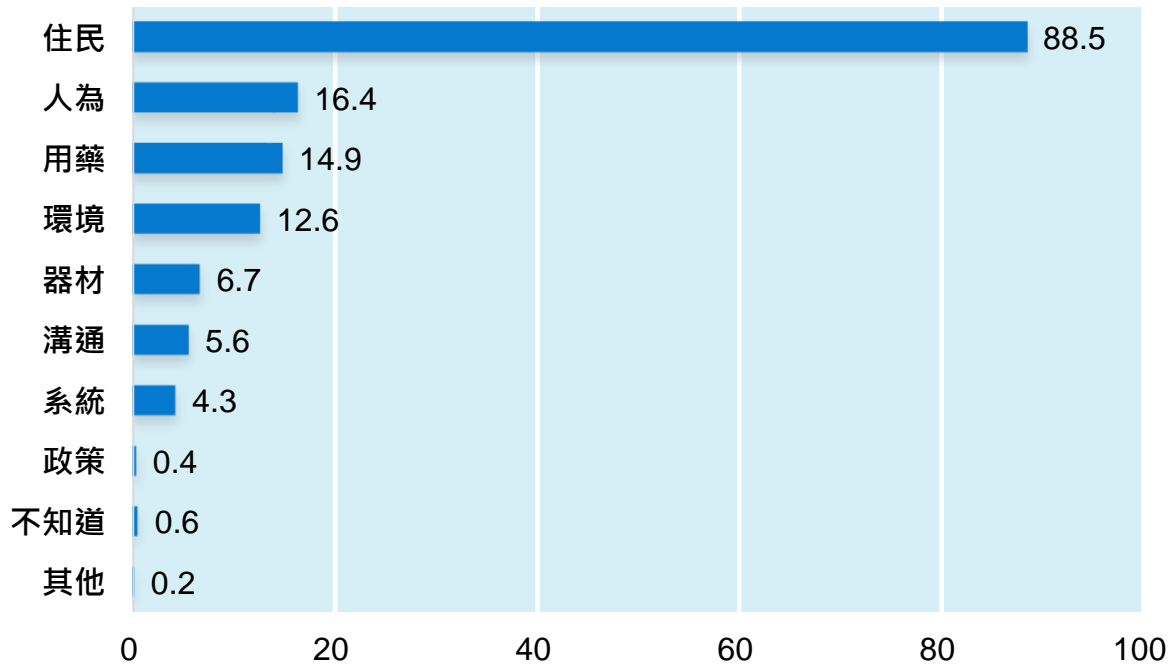


圖 4-3-0-10 護理之家病人/住民跌倒事件發生原因之明細項目 (N=538, 此項目為複選)

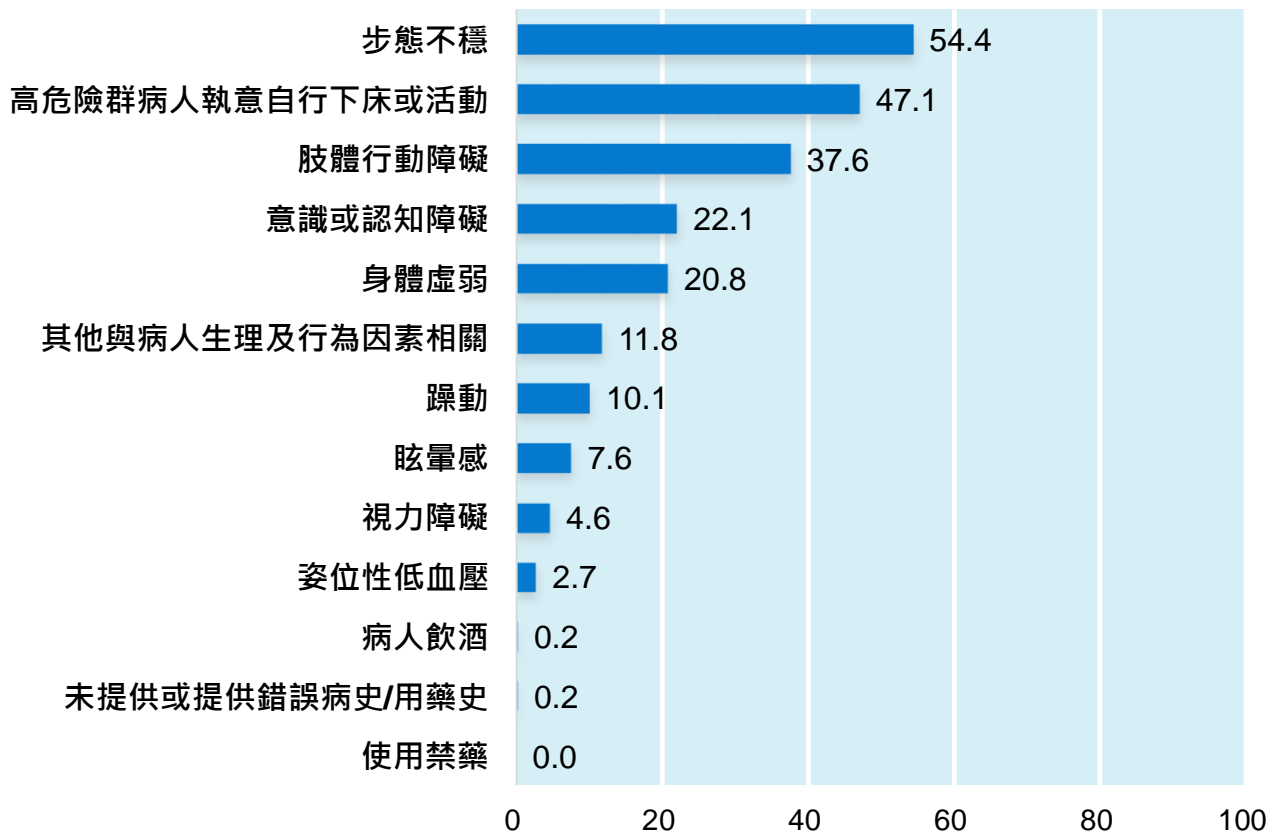


圖 4-3-0-11 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為住民因素之明細項目 (N=476, N 為住民因素事件數, 此項目為複選)



## 養護機構

2020 年發生於養護機構的通報件數共 27 件，所有事件受影響對象皆為病人，事件發生類別以跌倒事件 13 件為最多，其次為醫療照護事件 5 件。事件發生時段主要集中於 06：01-10：00，共 9 件；對於病人健康的影響程度，以有傷害 16 件（佔 59.3%）最多；SAC 級數分析，SAC=1 者有 2 件、SAC=2 者有 0 件、SAC=3 者有 8 件、SAC=4 者有 8 件，SAC 為無法計算者（包含 NA 及 INC）共有 9 件，如表 3-3-0-2。

## 四、基層醫療 ( 綜合分析 )

2020 年基層醫療通報案件共 122 件，事件發生類別前三名分別為跌倒事件 ( 55 件，45.1% )、醫療照護事件 ( 21 件，17.2% ) 及藥物事件 ( 21 件，17.2% )，如圖 4-4-0-1。通報的基層醫療以西醫診所 ( 93 件，76.2%；包含：復健科、血液透析、內科、耳鼻喉科、小兒科、骨科、精神科、整形外科、一般科、皮膚科、家庭醫學科及健檢 ) 居多，其次為中醫診所 ( 15 件，12.3% )、衛生所 ( 12 件，9.8%；含衛生室或群體醫療中心 ) 及牙醫診所 ( 2 件，1.6% ) 等機構；健保所屬區域別則以北區及中區通報事件數最多，分別佔 45.9%、21.3% ( 如圖 4-4-0-2 )。事件發生時段大多發生於白天看診的時間 ( 10:01-12:00 有 34 件、08:01-10:00 有 25 件、14:01-16:00 有 23 件 )。

事件發生後的影響層面，以病人居多，以每 100 件基層醫療通報事件中，有 90.2 件事件發生後對病人造成影響，如圖 4-4-0-3。針對事件發生後有影響到病人的 110 件案件進行其對人員健康的影響程度分析，其中有傷害事件佔 50.0% ( 包含重度傷害 0.9%、中度傷害 19.1%、輕度傷害 30.0% )、40.0% 事件雖發生於病人身上但是沒有造成傷害、5.5% 事件屬於跡近錯失 ( 即時攔截，事件未發生於病人身上 )，如圖 3-3-0-9。

由於基層通報件數偏低，圖 4-4-0-4 呈現各類事件對病人傷害程度可能無法反映全國通報現況，僅供參考；若分析對病人傷害程度為輕度以上事件，大致可歸類為下列幾種類型：1. 跌倒事件：地面濕滑跌倒、復健病人意外跌倒、病人步態不穩或沒有坐穩、兒童玩耍跌倒等。2. 藥物事件：藥物劑量開立錯誤、給錯藥物等。3. 管路事件：主要以療程中病人管路意外滑脫或自拔管路有關。而由 SAC 級數來看，基層醫療通報事件中，SAC 為 1 或 2 均為 0 件、SAC=3 者有 13 件、SAC=4 者有 67 件，SAC 為無法計算者 ( 包含 NA 及 INC ) 共有 30 件。

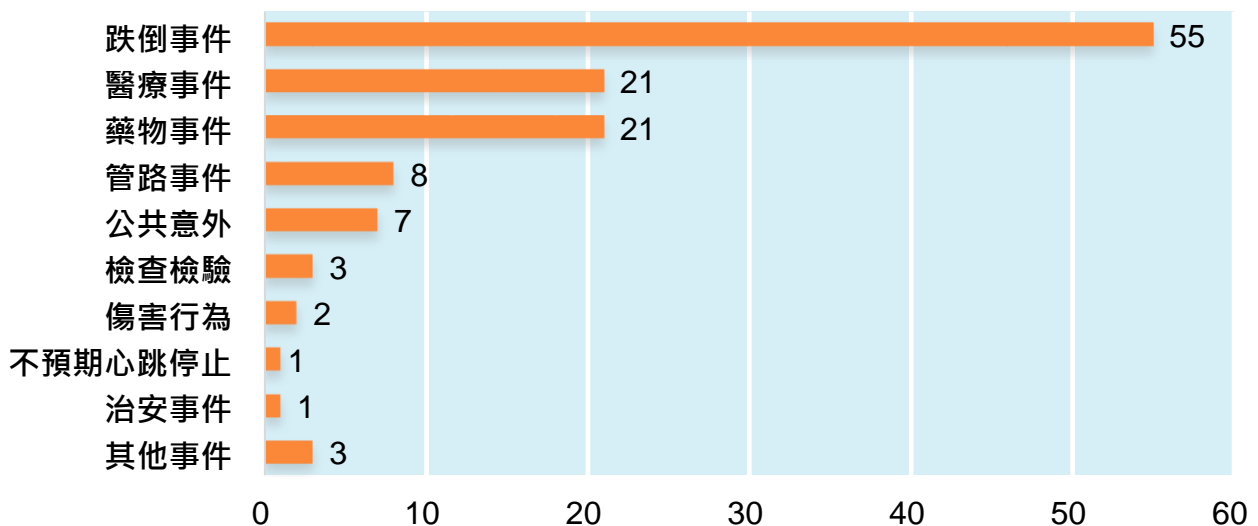


圖 4-4-0-1 基層醫療各類事件 ( N=122 )

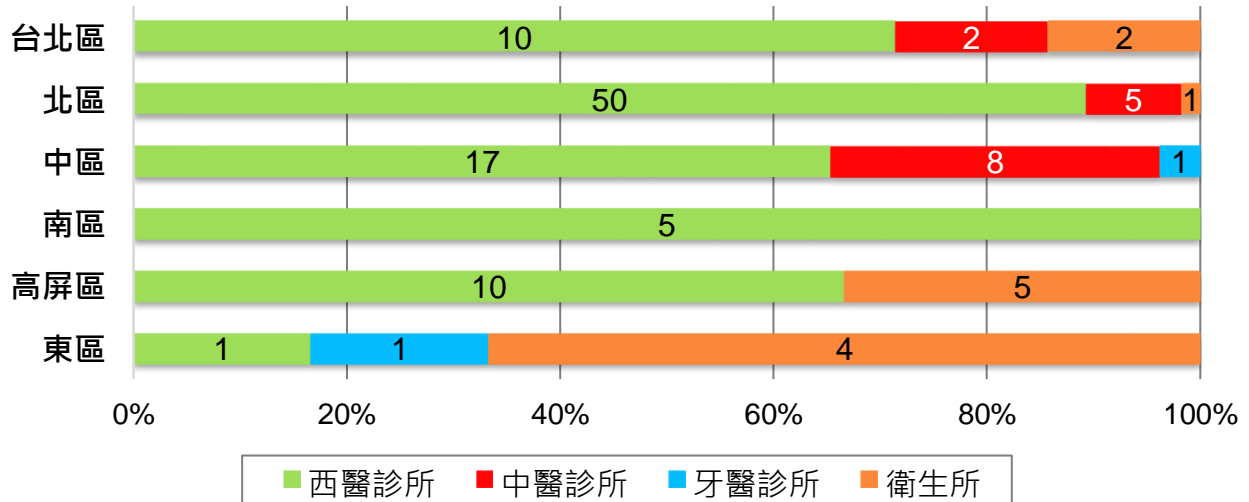


圖 4-4-0-2 基層醫療事件通報區域分布 ( N=122 )

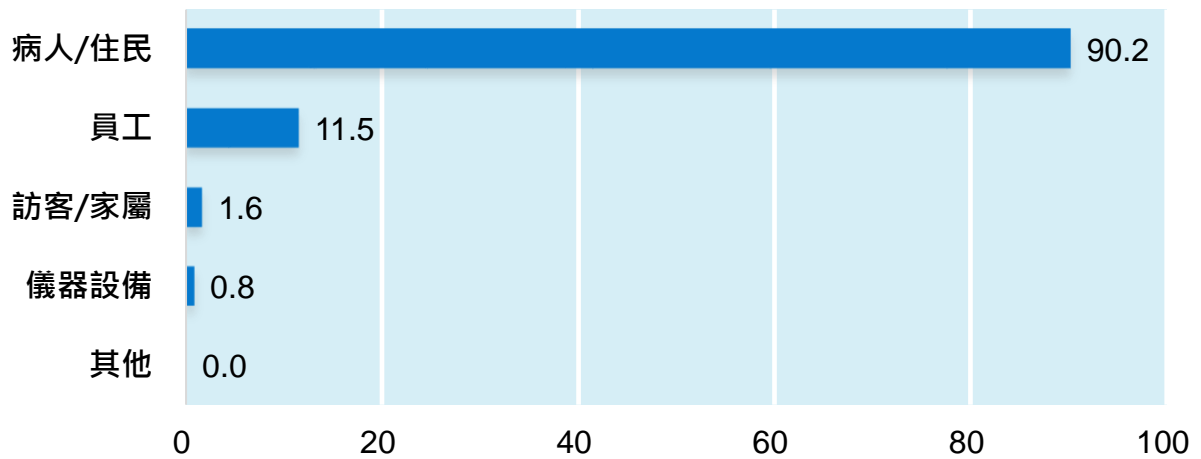


圖 4-4-0-3 基層醫療事件受影響對象 ( N=122 )

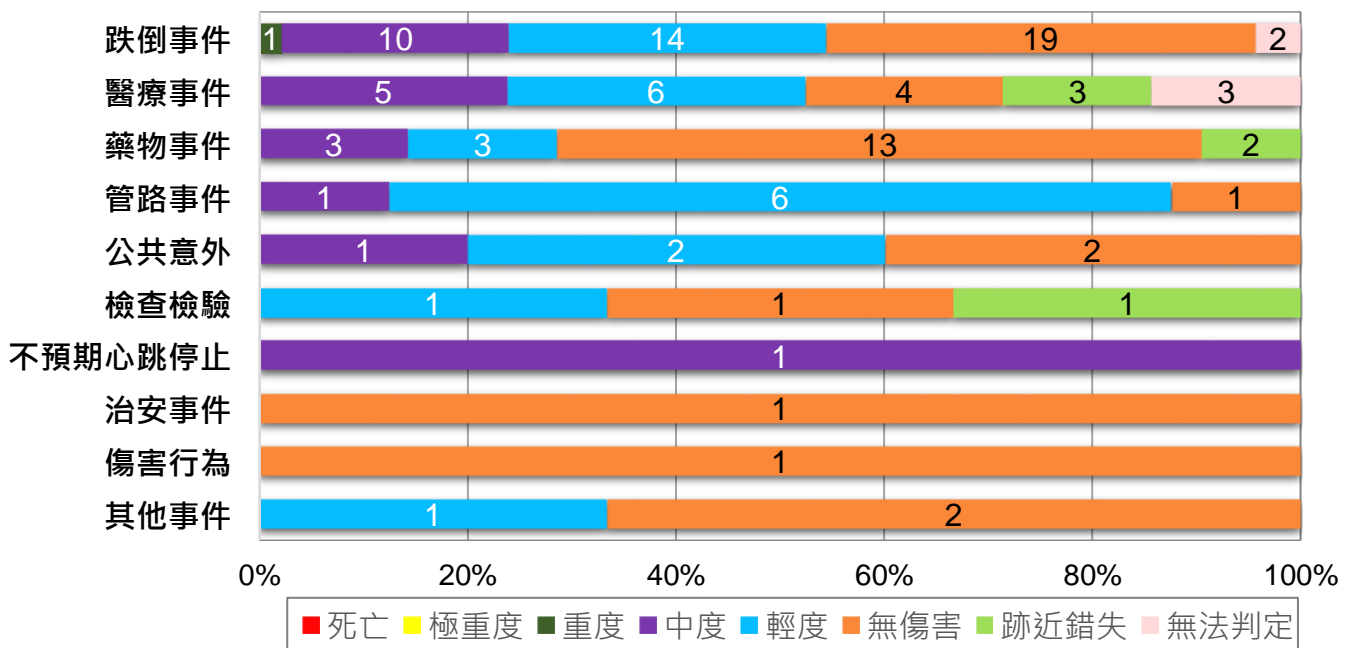


圖 4-4-0-4 基層醫療整體事件對病人健康的影響程度 ( N=110 · 病人數 )

資料解讀限制：TPR 系統為自願性通報系統，數據的基礎並非流行病學調查結果，因此，本報表呈現之數據與比例無法代表國內醫療現況。



## 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。

- A. **通報事件資料**：這一大類通報欄位如醫事機構類型、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，2020 年通報事件基本資料欄位中，病人性別、預防措施及事件再發生的機會，未填率略為增加，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發生時段進行事件分析。

表 5-0-0-1 2016~2020 年通報事件資料欄位未填比例比較表

欄位 年	發生 時段	發生 地點	病人 性別	病人 年齡	就醫 類別	此事件 發生後 的立即 處理	預防 措施	事件再發 生的機會	通報者 身分
2016	3.3%	1.8%	13.8%	11.7%	11.4%	1.8%	4.5%	7.9%	3.8%
2017	2.9%	1.0%	10.2%	10.7%	9.2%	1.9%	3.8%	7.2%	4.5%
2018	2.0%	2.0%	11.8%	13.2%	11.4%	1.8%	3.3%	7.7%	5.4%
2019	1.6%	1.2%	12.0%	15.0%	11.4%	2.1%	3.2%	7.5%	4.4%
2020	1.0%	0.9%	12.4%	14.2%	11.0%	1.9%	3.6%	7.8%	3.7%

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」，而非「事件發現地點」。例如：病人檢體從急診送至檢驗部門，檢驗科人員發現檢體試管承裝檢體與檢驗單上不同，聯絡急診室護理人員重送檢體，此時發生地點應勾選急診室而非檢驗部門（發現地點）。



另外，舉凡「藥物」、「手術」、「輸血」、「醫療照護」、「傷害行為」、「管路」、「麻醉」、「檢查/檢驗/病理切片」等事件之受影響對象皆應以病人為主體，卻常見機構只勾選影響對象為員工，與敘述欄位內容所描述真正受到影響的對象（病人）不符。

事件發生後，通報資料的「事件再次發生的可能情況」判定，通報者可依其單位內過去經驗，判斷未來再發生機會，例如：病人因燈光昏暗發生跌倒，通報者可單純以單位內過去發生跌倒的經驗來推斷可能再發生頻率，不須再深入考量事件為濕滑跌倒或無力跌倒的情況來判斷再跌機會。

而「事件發生後對病人健康的影響程度」最常見的錯誤則是將「已發生事件」及「跡近錯失事件」兩者定義混淆，例如：門診病人拿他人藥單至藥局領藥，藥師行病人辨識時發現護理師給錯藥物處方籤，請病人回診間更換正確之處方籤，此應判為跡近錯失。

B. **事件內容**之常見通報問題，說明如下：

#### 一、事件類別判定

2020 年事件類別的校正轉歸共 3,913 件，其中轉歸件數最多的類別為「其他事件」，由「其他事件」轉歸至他類事件類別共計 1,819 件，佔轉歸事件 65.6%；其次為「醫療照護事件」轉歸至他類事件類別共計 768 件，佔轉歸事件數 27.4%，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」的比例最高，共 31.3%（569 件），其次則轉歸為「治安事件」17.0%（309 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 42.2%（324 件）被轉歸到「其他事件」，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）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) **【問題】**：因施打高濃度且高滲透性藥物導致靜脈炎和皮膚發黑，此類事件應歸類醫療照護事件亦或是 ADR 藥物不良反應事件？

**【建議】**：可參考「台灣病人安全資訊網」Q&A 編號 W030，單純因藥物或病人個人因素造成的靜脈炎相關症狀，建議機構內部自行監測即可。若涉及醫療錯誤，如





抗生素濃度給錯導致靜脈炎、仿單建議給藥途徑為特定途徑(如：中心靜脈)但由周邊靜脈給藥導致靜脈炎，或消毒不全導致感染的靜脈炎，值得學習，則可通報至 TPR。

- (2) 【問題】：醫師於醫囑中開立某項藥品，原應開立 0.5 顆 BID，卻誤開成 5 顆 BID，應歸於藥物事件醫囑開立與輸入階段的「數量錯誤」亦或是「劑量錯誤」？

【建議】：雖然上述情形看起來像是數量錯誤，但是藥品數量錯誤亦會影響藥物劑量，故應同時勾選醫囑開立與輸入階段的「數量錯誤」及「劑量錯誤」。

## 2. 醫療照護事件

- (1) 【問題】：病人使用 EKG 監測，因 EKG 電線纏繞、拉扯而砸到病人，此類事件應歸類醫療照護事件亦或是公共意外事件？

【建議】：有關 EKG 儀器因電線纏繞、拉扯而砸到病人事件，建議通報「醫療照護事件」，事件發生階段可勾選「處置、治療或照護」中的「處置問題」。

- (2) 【問題】：門診醫師於開診時間未到，且聯繫不到醫師，病人等候 2 小時醫師才出現，是否需要通報？應歸類哪一項事件類別？

【建議】：若因醫師延遲看診，導致病人延誤處置，建議可通報醫療照護事件。

## 3. 檢查/檢驗/病理切片事件

- (1) 【問題】：肝腫瘤動脈灌注化療法(IAIC)執行後才須執行 KUB，但尚未執行 IAIC，病人已被送至放射科完成 KUB，應歸類哪一項事件類別？

【建議】：建議通報「檢查檢驗事件」，事件發生階段可勾選「檢體分析/檢查執行階段」中的「檢查時機錯誤」。

## 4. 傷害行為事件

- (1) 【問題】：以下事件發生後對病人健康的影響程度為何？

- i. 病人毆打病友後，身體沒有任何損傷，醫師開立精神科藥物 Haldol 2 mg。
- ii. 病人毆打病友後手指關節疼痛，醫師開立止痛劑 Acetaminophen 1 錠。

【建議】：可參考 Q&A 編號【H006】說明。

- i. 病人出現身體攻擊行為，醫師因此而開立精神科藥物，其目的是「為了治療或控制病人原先疾病的症狀」，不屬於中度傷害，應勾選「無傷害」。
- ii. 病人因為身體攻擊行為導致關節疼痛，醫師因此開立止痛劑，其目的是「為了治療身體攻擊對病人健康造成的影響」，應勾選「中度」傷害程度。



## 5. 事件歸類

(1) 【問題】：以下事件應通報哪個事件類別？

- i. 手術同意書填寫不完整或不正確，是否為病人安全事件？
- ii. 病人要做電腦斷層需打顯影劑，但同意書未填寫完整。
- iii. 病人持有的檢查(驗)單中夾有他人之檢查(驗)單。
- iv. 病人持有的檢查(驗)單中夾有他人之藥單。

【建議】：

- i. 手術同意書填寫不正確或不完整 (如:術式錯誤、部位錯誤)，而對病人有危害之事件需通報；若是行政流程問題與病人安全無直接相關，建議機構內部自行監測。(如:日期不完整、醫師有解釋但未簽名等)。
- ii. 檢查同意書未填寫完整、病歷內基本資料錯誤或夾有他人紀錄、同意書、檢查單張，請通報「其他事件」。
- iii. 持非本人檢驗單至檢驗室檢查，檢驗師在核對身分時發現錯誤，請病人回門診確認再重新開單，請通報「檢查檢驗事件」，事件發生階段請填寫「檢查(驗)單交付階段」中的「檢查(驗)單交付錯誤」。
- iv. 持非本人之藥單，請通報「藥物事件」，並勾選「病人辨識錯誤(交付錯誤病人)」。

以下事件不需通報至 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品事件，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@jct.org.tw )。提問內容經 TPR 工作小組確認後回覆，並定期彙整成常見問答集 Q&A，公布於台灣病人安全資訊網 ( http://www.patientsafety.mohw.gov.tw )，歡迎各界參考利用。

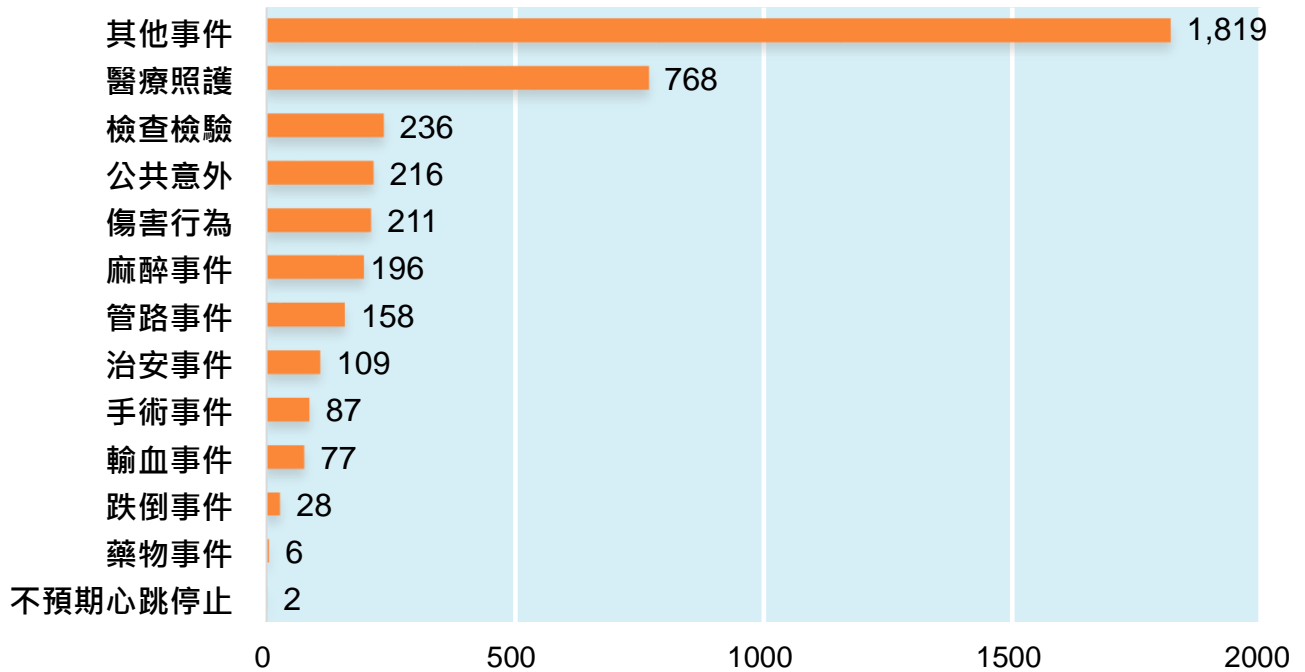


圖 5-0-0-1 通報事件經校正後轉歸他類事件別分析 ( N=3,913 · N 為 2020 年轉歸他類事件總數 )

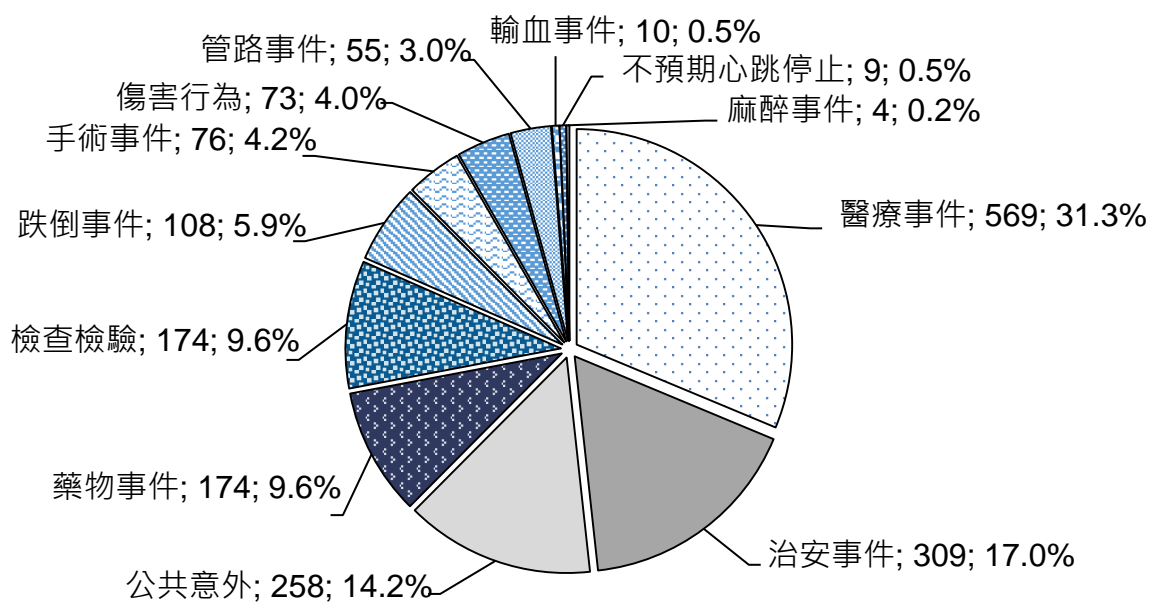


圖 5-0-0-2 其他事件校正後轉歸類別分佈統計 ( N=1,819 · N 為其他事件案件數轉歸至各事件類別 )

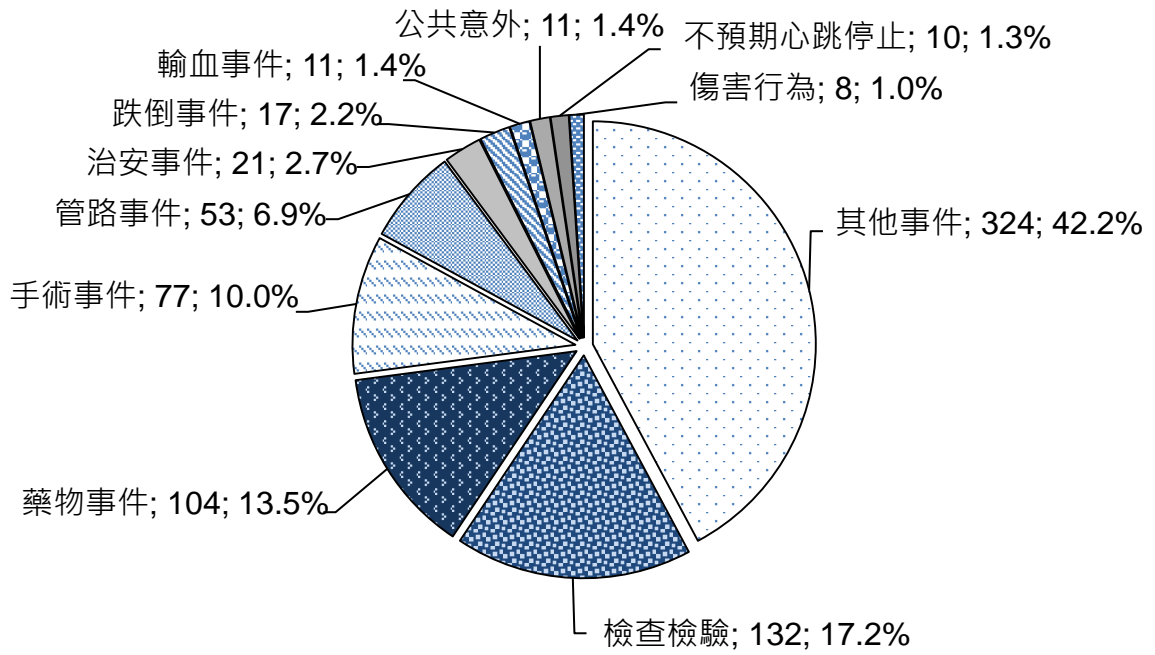


圖 5-0-0-3 醫療照護事件校正後轉歸類別分佈統計  
( N=768 · N 為醫療事件案件數轉歸至各事件類別 )



## 陸、回饋學習

### 一、歷年警示訊息與學習案例主題一覽表

2005 至 2020 年共計發佈警示訊息提醒 129 篇、學習案例 39 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 2020 年發表之警示訊息，全文電子檔可至台灣病人安全資訊網/病人安全通報系統/通報運用/學習案例與警訊事件分享專區下載參考 (<http://www.patientsafety.mohw.gov.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	藥物事件分析之啟示
	43	警示訊息	給藥錯誤
	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	



事件類別	檔案編號	類別	篇名
藥物事件	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
	126	警示訊息	特殊藥物靜脈輸注用對管路確保病人安全
	129	警示訊息	過敏警示系統失效案例分享
	133	警示訊息	兒童藥水劑量服用錯誤
	136	警示訊息	兒童檢查前鎮靜藥物 ( Ketamine ) 注射劑量錯誤
	140	警示訊息	高濃度胰島素給藥劑量錯誤導致嚴重低血糖
	144	警示訊息	門診病人非常規頻次服藥之系統改善，以 warfarin 為例
	148	學習案例	Urokinase 給藥濃度錯誤
	149	學習案例	加護中心高警訊用藥給藥異常事件
	152	警示訊息	預防高警訊藥品給藥錯誤
	156	警示訊息	預防因小數點誤植或誤判所造成的給藥問題
	157	學習案例	改善工作環境與流程，以減少人員不安全的行為-以 RO 水稀釋藥品為例
163	學習案例	電腦處方系統設計不良導致藥物溝通錯誤	
165	警示訊息	筆型針劑藥品使用不當	
167	警示訊息	手術前後使用或停用抗凝血劑抗血小板製劑	
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
	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



事件類別	檔案編號	類別	篇名
跌倒事件	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
	124	警示訊息	門診血液透析病人之跌倒預防
	151	學習案例	改善病人 X 光檢查跌倒骨折事件
	166	警示訊息	嬰幼兒跌落之預防
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
	146	學習案例	兒科氣切病人安全事件
	153	警示訊息	血液透析管路銜接異常事件
159	學習案例	硬脊膜外自控式止痛(PECA)管路錯接至靜脈管路	
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
	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	



事件類別	檔案編號	類別	篇名
醫療照護事件	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
	128	警示訊息	新生兒戴錯手腳圈事件
	130	警示訊息	毫針刺處置後取針未完整導致遺漏針
	131	警示訊息	重症病人使用 BiPAP 注意事項
	132	警示訊息	運用電腦資訊化降低輸尿管導管置入後忘記移除 ( 更換 ) 之風險
	134	警示訊息	更換低電力的暫時性心臟節律器導致病人失去意識
	135	警示訊息	孕婦因植入性胎盤產後大出血，導致子宮切除
	142	警示訊息	孕婦因急性胎心音窘迫嘗試以真空吸引協助陰道生產失敗，行緊急剖腹生產
	143	學習案例	淺談雙重核對 ( Double check )
	145	警示訊息	維生設備在病人運送前應確認功能足以應付整個過程
	147	學習案例	院內輸送病人安全事件
	155	警示訊息	危害性化學品管理之注意事項
	158	警示訊息	預防核磁造影(MRI)檢查過程造成之燒燙傷
160	警示訊息	確保牙齒處置部位正確性	
161	警示訊息	採集檢體針筒與注射藥品針筒誤認之風險	
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
	139	警示訊息	治療不符合病人或家屬期待致恐嚇醫療人員事件
治安事件	154	警示訊息	護理之家護理師遭病人家屬砍傷事件
	162	警示訊息	員工遭霸凌之傷人暴力事件
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





事件類別	檔案編號	類別	篇名
手術事件	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
	119	警示訊息	手術進行過程紗布計數問題
	137	警示訊息	緊急手術安排後 30 分鐘仍未至手術室
	150	學習案例	改善紗布遺失異常事件
	164	警示訊息	手術中火災造成病人燒燙傷
	168	警示訊息	侵入性處置之部位錯誤
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
	122	警示訊息	麻醉後呼吸迴路阻塞造成病人缺氧
	123	警示訊息	使用中度鎮靜進行核磁共振檢查時之相關安全
	127	警示訊息	麻醉監視器警告系統的設定及檢查
	116	學習案例	預防及減少手術室內手術取消
	141	警示訊息	全靜脈麻醉 ( TIVA ) 術中發生給藥管路鬆脫，術後訪視發現病人有術中甦醒 ( intraoperative awareness )
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
	138	警示訊息	病人同時接受放射治療及化學治療，治療前未確認病人檢驗異常值，導致嚴重免疫力低下
院內不預期心跳停止事件	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
	125	警示訊息	感應式洗手台電源插座過熱燒損檢討安全性電源裝置
輸血事件	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



事件類別	檔案編號	類別	篇名
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、2020 年發布之警示訊息與學習案例

### 台灣病人安全通報系統(TPRS) 學習案例 (2020-L-01) No.163

#### 電腦處方系統設計不良導致藥物溝通錯誤

#### (Poorly designed Computerized medication Order Entry system may cause failure of medication communication)

發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/醫囑相關醫護人員、藥師、資訊中心醫囑系統設計、維護人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：病人安全專案小組

設計不良的電腦處方系統會導致溝通失效產生藥物錯誤，在介面、流程設計時應將安全問題加入考慮，並參考國際安全標準，在藥物錯誤事件發生後應找出相關原因並積極修改系統介面。

#### 案例描述

##### 案例一

住院病人因 general malaise 住院，醫師開立 Vitamin B12，因主治醫師與助理不清楚藥物商品名與代碼，助理電話詢問藥局，得知代碼為 IMETH，電腦顯示為 Abitrexate 50mg/2ml。醫師開立處方給予 1vial QD 後，發覺 Vitamin B12 應為 Methylcobal 500mcg/ml，代碼為 IMECB。Abitrexate 為 Methotrexate (MTX) 化療藥物，病人已使用多天，超過最高劑量每週 50mg，病人白血球嚴重下降。

##### 案例二

醫師原本要輸入 Cleocin tab，代碼 CLEOT，可能因輸入錯誤代碼 CLEOI，變成 Cleocin 1 amp。

##### 案例三

藥師覆核處方時，發現無 Novonorm 的相對適應症，經與處方開立醫師確認後，應輸入 Novamin Tab 誤輸為 Novonorm，可能為藥名相似而醫師點選時疏忽了。



## 案例分析

使用代碼或藥物英文字帶入相近名字的藥名，再點選要開立之藥物，是目前在電腦處方系統中常用的方法。有部份系統只接受使用代碼，對新進人員開立處方，或需開立不常用藥物時，需要查特殊藥典或詢問藥局才能找到適合的代碼，輸入代碼後，有些系統只會顯示商品名或簡寫，在不清楚藥物資訊時，引致誤選。另外，輸入藥名前幾字後，系統展示藥名相近的名單時，因藥物名相似，或因選取間距相近 (Juxtaposition error) 使用者容易點錯。TPR通報者大部份認為這些錯誤都是人為錯誤，其實常與系統設計不良有關。

## 背景說明

電子化醫囑輸入系統大大改善了用藥安全，解決手寫處方難以辨認的問題，但當電子化醫囑輸入系統在醫療院所大量使用的同時，因為人機介面設計問題，卻導致新錯誤的產生。

根據美國 Pennsylvania Patient Safety Authority 2016上半年之統計，共889件藥物錯誤通報。和資訊技術相關的錯誤，大部分為人機介面相關 (human-computer interface) 33% 工作流程溝通相關 24%，臨床內容 23% 美國The Joint Commission亦將電腦新科技引致病人安全問題分別載於2008年 Sentinel Event Alert #42 以及 2015年# 54中探討。

TPR通報事件持續多年以藥物事件件數最多，藥名相似引致的案件重覆產生，個案中常提及代碼相近導致輸入錯誤的原因。台灣使用電子化藥物醫令輸入系統因健保需求，開發較早，也相當普及，但系統設計之考量多以系統效率為重，較缺乏安全面的考慮，臨床醫師、藥師在很多電腦廠商開發過程中參與度亦較低，加上人機介面安全問題近年才逐漸引起注意，相關研究不多，資訊工程人員和醫療人員對問題認知不足，過去許多藥物輸入錯誤，多被認為是人為操作錯誤，較少對系統作進一步的檢討。故從2018年開始，醫療資訊系統造成的病安風險通報與管理，已列為病人安全目標之一。



**開立UD藥品**

例如、醫師開立醫囑：**AccolateZafirlukast 20mg/tab BID PO**

藥品名稱	劑量	單位	頻率	途徑
Acco	20	tab	BID	PO

AccolateZafirlukast 20mg/tab

藥品名稱	劑量	單位
Heparin	500,000	units

**Propranolol 20 mg**

藥品名稱	劑量	單位
propranolol	20	mg



**開立UD藥品**

例如、醫師開立醫囑：**AccolateZafirlukast20.0mg./tab.BI D.P O.**

藥品名稱	劑量	單位	頻率	途徑
Ac  <b>只以前2個字搜尋，容易點錯藥品</b>	20.0	tab.	B_I_D.	P.O.

Acarbose 50mg/tab  
AccolateZafirlukast 20mg/tab  
ACD (Citric acid+NaCl+Dextrose) 70ml in  
ACD Solution-C in 500ml bot  
Aceclofenac 100mg/tab

藥品名稱	劑量	單位
Heparin	500000	U

**propranolol20.0mg.**

藥品名稱	劑量	單位
propranolol <b>最後字母為“l”應轉成“L”</b>	20.0	mg.





## 建議作法

### 一、參考 ISMP 2019 藥物資訊溝通安全指引作為設計與改善處方系統或輸入介面時的參考：

#### (一)安全顯示藥物名稱 (Drug names)

1. 學名使用全小寫 (TALLman 寫法除外)(acetaminophen)
2. 商品名第一個字母大寫(Panadol)
3. TALLman 使用粗體，大寫 eg. vinCRISTine, vinBLASStine
4. 最後字母 “l” 轉成大寫“L” (propranolol 20 mg; 預防被看成是 1. propranol20mg) · 藥名後，單位前要空格
5. 盡可能藥名不要含數字，易誤認為劑量或數量 eg. 5-fluorouracil
6. 藥名不要使用簡寫，除非一些多成份藥品，如維他命，名字太長寫不下，高警訊藥物絕不可以用簡寫 (eg. MTX – methotrexate, mitoxantrone )

#### (二) 安全顯示藥物單位，使用方法 (Doses, Dosing Units, Weight, Measures, and Directions)

1. 避免使用“Do Not Use” list
  - (1) 不可用尾隨零 trailing zeros (eg. 5 mg, 不可用 5.0 mg)
  - (2) 使用前置零 leading zeros (eg. 0.3 mg, 不可用 .3 mg)
  - (3) 要寫“units.” 不要用簡寫 U, 像 V, 0. IU (international units) 像 IV,
  - (4) 大數目中間要加逗號, eg. 500,000 units, 不要用 500000 units
  - (5) 不可寫 IN (intranasal) 易誤認為 IV, IM, 寫 intranasal
  - (6) 不可寫 IT (intrathecal) 易誤認為 intratracheal, inhalation therapy 等. 寫 intrathecal
  - (7) 盡量不要寫 QD, q.d., q1d, QOD, q.o.d. 寫“daily.”“every other day.”
  - (8) 盡量不要寫 AD, AS, AU, OD, OS, and OU, 寫完整 (e.g., left ear, right eye, both eyes).
  - (9) 不要寫 sq, 寫“SUBQ”或“subcutaneous.”
  - (10) 不要用 > 或 <, 寫“more than 大於” or “less than 小於”
  - (11) 注射藥物濃度不要用比例 eg. EPINEPHrine 1:10,000, 用每 mL 量. eg. EPINEPHrine 0.1 mg/mL ; (局部麻醉劑除外. e.g., lidocaine 1% and EPINEPHrine 1:100,000)
2. 若要使用時，BID, TID, QID, and HS, 請使用大寫，中間不要有空位和點. 使用 q4h, q5min
3. 一旦使用大寫 IV, IM, SUBQ, PO, and NAS 中間不要有空位和點
4. 次數表示用全文, eg. warfarin 5mg PO for 1 dose, 不要用 warfarin 5mg PO “x 1”
5. 使用 half tablet, ½ tablet, 避免 1/2 tablet



### (三) 安全顯示藥物清單選取・搜尋 (Product Selection Menus, search Choices)

1. 至少使用藥品前 5 個字母搜尋 (eg. 如果用 met 搜尋: methadone, metFORMIN, metroNIDAZOLE ..... etc. 會出現太多結果, 容易選錯)
2. 顯示順序: 藥物名/劑量/劑型 : diazePAM 5 mg tablet
3. 搜尋結果先列舉商品名, 參考藥名在隨後的括號內
4. 搜尋結果: 藥物劑量從低至高排列

### (四) 安全顯示完整處方 (Medication Orders or Prescriptions)

1. 自動處方 (Prechecked) 只可以使用在 95% 都適用的病人身上. 其餘的 5% 病人無傷害風險 eg. Naloxone 於有使用 opioid 病人
2. 藥物施用記錄 (Medication Administration Record) 藥名和病人用藥劑量資訊要放在同一行, 避免分行
3. 藥物施用記錄內在藥物名後避免加入劑型規格 (strength eg. HumuLIN R U-100). 劑型規格應在劑量後面 eg., HumuLIN R 20 units [U-100]

### (五) 處方資訊系統設計

1. 欄位有足夠顯示長度, 才能避免使用危險的簡寫, 建議使用字體大小適中, 不密集、不壓縮
2. 兒科、老人、癌症等用藥要有必填欄位 mg/kg dose (or mg/kg/hour, mcg/kg/min, mg/m<sup>2</sup> . 避免 mg/kg/d (day 或 dose?)
3. 提供填寫適應症(indication)的欄位, 以下為必填欄位: PRN (as needed order); 高警訊藥物; 曾出過問題的相似藥名; 以減少藥物選用錯誤, 劑量錯誤。
4. 盡量少純文字輸入處方, 提供的欄位要能讓處方清楚的表達(如藥名、劑量、頻率及途徑)
5. 處方備註要放在重要位置、清楚明瞭
6. 提供藥師可以自由輸入文字的欄位, 可清楚讓護理人員在藥物施用記錄上看見, 或在藥袋上讓消費者看見
7. 提供複雜用藥輸入以及清楚的表示方法。eg 化療藥物、逐漸減少藥物 (tapering)
8. 限制某些藥物只能在某些途徑使用。 eg. vincristine 只能 IV
9. 限制使用者對某些藥物只能用某種頻次 eg. FentaNYL 貼片每 48 或 72 小時使用



## (六) 與藥物相關的病人資訊系統設計

1. 提供欄位輸入過敏或藥物不良反應，以便系統攔截，包含藥物、環境，以及食物過敏，以及反應種類
2. 過敏或藥物不良反應資訊應在藥物處方過程中清楚顯示
3. 系統可依照病人年齡，對可能輸入錯誤的身高體重作提示
4. 提供系統只能每次對一個病人輸入處方或醫囑的機制

- 二、讓臨床工作人員和其他使用者主動參與系統規劃、選擇、設計、再評估及品質改進流程。
- 三、系統上線後，要繼續監控錯誤和跡近錯失(Near Miss)事件。需要時進行根本原因分析或 FMEA，並於檢討後修正系統。
- 四、善用電子醫令系統提供的安全機制，避免警示疲乏。
- 五、保持藥物資料的完整性與及時性。

## 參考資料

1. Campbell EM, Sittig DF, Ash JS, Guappone KP, Dykstra RH. (2006). Types of unintended consequences related to computerized provider order entry. *J Am Med Inform Assoc.* 13(5):547–556.
2. ECRI. (2012). *ECRI Institute PSO Deep Dive: Health Information Technology December*. Retrieved from <https://www.ecri.org/components/PSOCore/Documents/Deep%20Dive/Deep%20Dive%20-%20Health%20Information%20Technology%200113.pdf>
3. Institute for safe medication practices. (2015). *ISMP List of Error-Prone Abbreviations*. Retrieved from <https://www.ismp.org/recommendations/error-prone-abbreviations-list>
4. Institute for safe medication practices. (2019). *ISMP Guidelines for Safe Electronic Communication of Medication Information*. Retrieved from <https://www.ismp.org/node/1322>
5. Patient Safety Authority. (2016). *Pennsylvania Patient Safety Authority annual Report*. Retrieved from [http://patientsafety.pa.gov/PatientSafetyAuthority/Pages/annual\\_report\\_2016.aspx](http://patientsafety.pa.gov/PatientSafetyAuthority/Pages/annual_report_2016.aspx)
6. The Joint Commission. (2008). *Safely implementing health information and converging technologies*. Retrieved from [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_42.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_42.htm)
7. The Joint Commission. (2015). *Sentinel Alert 54: Safe use of health information technology*. Retrieved from <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-54-safe-use-of-health-information/>





## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2020-A-01) No.164

### 手術中火災造成病人燒燙傷

發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/手術室醫護人員

撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

統計台灣病人安全通報系統 2019 年至 2020 年第一季通報案例，共 54 件為手術過程發生燒燙傷，其中 46 件造成病人傷害。

#### 案例描述

##### 案例一

病人的臉、雙側頸部、皮膚接受腫瘤切除，術中使用電燒進行右側頸部腫瘤電燒時，出現毛髮燒焦並冒出火花，隨即檢查病人皮膚完整性，發現造成右肩與右後頸部燒傷。

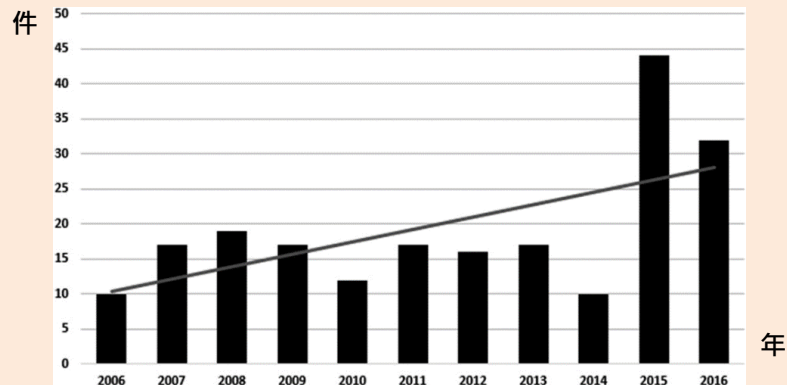
##### 案例二

病人手術過程預計使用支氣管鏡進行雷射電燒，流動護理師依作業規範採用低瓦數雷射，麻醉護理師持續提供病人低流量氧氣，電燒幾秒後病人氣管內出現火花，手術醫師立即請麻醉醫師關閉氧氣、檢視病人、更換氣管內管，使用生理食鹽水沖洗灼傷部位，之後繼續完成手術，期間未再發生著火情形。

## 安全議題說明

手術過程造成病人燒燙傷的主要原因是發生手術中火災，手術中火災雖然不常見但可能造成病人嚴重傷害，尤其是發生在呼吸道時。只要做好術前評估，注意風險因素，手術中火災其實是可以避免的。

美國FDA近年通報的手術火災事件有持續增加趨勢；台灣的通報件數也有增加趨勢。



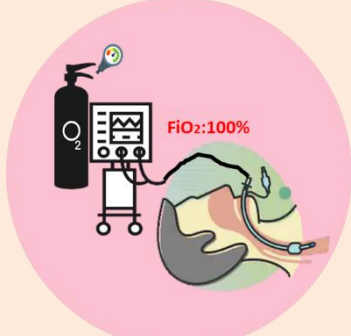
Annual incidence of surgical device-related operating room fires.

Annual incidence of surgical fires caused by surgical devices as voluntarily reported to the U.S. Food and Drug Administration Manufacturer And User Device Experience database. Overlying trend line demonstrates linear growth. Data extrapolated from Overbey et al.

### 🔥 手術過程中造成病人燒燙傷的風險點：



1. 頭頸部手術病人，使用含酒精成分之髮膠或造型噴霧



4. 頭、頸、上胸部手術，使用高濃度氧氣( $FiO_2 > 30\%$ )



2. 消毒後，易燃消毒液未完全揮發



3. 鋪設手術布單未密集，造成氧氣或易燃氣體聚集



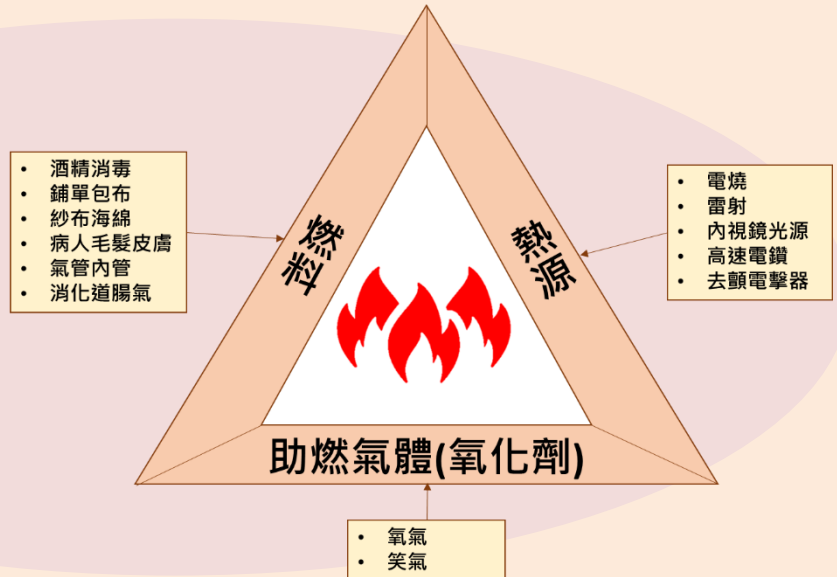
5. 手術中，電燒刀使用不當



## 建議作法

手術相關醫護人員應接受手術火災預防及處理之教育訓練，包括瞭解引起手術火災之危險因素、火災發生時的應變處理、如何使用二氧化碳滅火器、定期的消防演習、緊急避難疏散流程等。

**危險的三角關係：**任何時候，只要這三項風險要素同時存在，就可能發生火災。



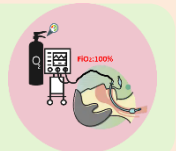
1. 執行頭頸部手術病人，應確實將含酒精成分之髮膠或造型噴霧擦拭乾淨，可使用水性凝膠或以濕潤紗布置放頸後，以減少毛髮空隙。

2. 使用易燃性皮膚消毒溶液後，需保留足夠的乾燥時間。



3. 鋪設手術布單時應密實，避免布單之間留有空間，因後者可能會造成氧氣或易燃氣體的聚集。

4. 注意手術室氧氣濃度是否過高，手術時應依病人的生理狀況評估是否需要給予 100%濃度的氧氣，在一般的情況下，只需使用 30% O<sub>2</sub> 即可。



5. 使用電刀或電燒之帶電手術器械，在手術過程中若暫停使用，應關閉電源，並放置於安全護套中，同時留意避免讓病人接觸接地物品，以免造成電流通路。



## 參考資料

1. 台灣病人安全資訊網(2009) · 病人安全事件提醒 No.63-手術過程發生燒燙傷意外事件 · 取自 <https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510504599019>。
2. 台灣病人安全資訊網(2009) · 手術火災預防與緊急應變安全作業參考指引 · 取自 <https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303651512273&Msid=2014122418162894469>。
3. Apfelbaum, J. L., Caplan, R. A., Barker, S. J., Connis, R. T., Cowles, C., Ehrenwerth, J., ... Fires, A. S. of A. T. F. on O. R. (2013). Practice Advisory for the Prevention and Management of Operating Room Fires. *Anesthesiology*, 118(2), 271–290. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/aln.0b013e31827773d2>.
4. Jones, T. S., Black, I. H., Robinson, T. N., & Jones, E. L. (2019). Operating Room Fires. *Anesthesiology*, 130(3), 492–501. doi:10.1097/aln.0000000000002598.
5. U.S. Food and Drug Administration (2018). *Recommendations to Reduce Surgical Fires and Related Patient Injury: FDA Safety Communication*. Retrieved October 1, 2020, from <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/recommendations-reduce-surgical-fires-and-related-patient-injury-fda-safety-communication>.
6. ChristianaCare (2020). Surgical Fire Risk Assessment. Retrieved October 1, 2020, from <https://christianacare.org/forhealthprofessionals/education/fireriskassessment/>.



## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2020-A-02) No.165

### 筆型針劑藥品使用不當

發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/所有醫護人員

撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

統計台灣病人安全通報系統 2019 年至 2020 年第一季通報案例，共有 4 件為筆針給藥錯誤，其中 2 件是關於筆針使用不當。

#### 案例描述

##### 案例一

外籍看護協助病人被動關節運動(Range of motion, ROM)時出現怪聲且外觀腫硬，經追蹤X-ray顯示肱骨骨折，會診骨科醫師，因骨質疏鬆不建議手術，陸續F/U X-ray顯示骨頭錯位，暫時以石膏副木處置，另骨科建議自費施打改善骨質疏鬆藥物。專科護理師開立「FORTEO 600mcg/2.4ml inj 1劑量 st」，護理師施打後將藥物仿單及空瓶交給家屬。家屬看藥物仿單時向護理師詢問「骨穩注射筆針含有28天份的藥劑」，護理師再次詢問專科護理師如何給藥時，專科護理師表示一次只能給20mcg (1dose)，護理師才發現給成600mcg (1pen, 28doses)。立即探視病人並裝置生理監視器監測生命徵象變化，急抽血驗血鈣、血磷、腎功能；照會新陳代謝科醫師，建議3-4天內要抽血，注意血鈣、血磷、腎功能變化。

##### 案例二

病人為66歲男性，診斷為糖尿病、第三期慢性腎病、肝硬化、BC型肝炎，目前依醫囑使用NovoRapid(速效型) 10U SC TID AC為基底，並視血糖值調整使用劑量。因17:00 TID AC血糖值：276 mg/dl，需給予NovoRapid 12U SC PRN TID AC，主護將調整好之胰島素筆針交由病人之看護，當21:00收回NovoRapid筆針後，發現NovoRapid胰島素筆針餘量為零，看護說沒施打好，故打了三次，詢問看護餘量為零原因，看護表示因給予病人施打兩次胰島素，故主護給予測量血糖：70 mg/dl，立刻告知值班專師及主治醫師，囑予Q2H監測血糖、依醫囑給予Vitagen (glucose 50%) 60mL IV ST、glucose 10% 500mL IVD ST，處置後測量血糖：248 mg/dl。

## 安全議題說明

收集台灣病人安全通報系統 2017 年至 2020 年第一季期間之醫療機構通報案例，以及美國 FDA 之 Safety Communication、ISMP 之 NAN Alert 與英國 NHS Improvement 之 Patient Safety Alert 通報案例，分析筆型針劑給藥錯誤之風險點如下：

筆型針劑錯誤類型	台灣TPR	美國FDA	美國ISMP	英國NHS
 筆針使用不當	√	√	√	√
 藥物給錯	√		√	
 給錯病人			√	
 醫囑重開立未發現	√			

## 建議作法

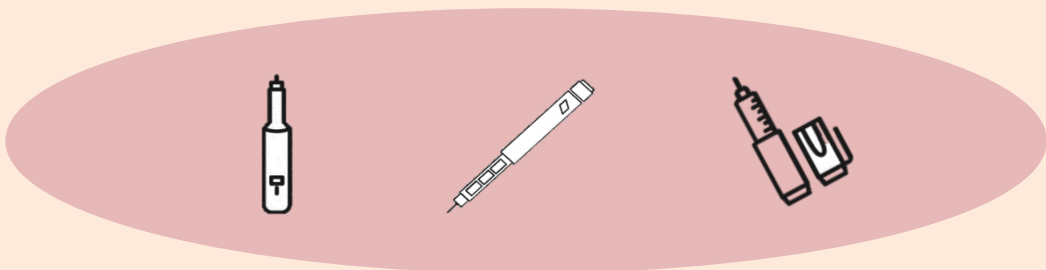
### 一、 加強筆型針劑使用教育訓練及評估：

1. 建議在給藥時能設定正確的劑量及如何正確使用不同類型的安全針具或傳統針具。
2. 首次使用筆針之病人或主要照顧者，衛教人員應增加評估是否有學習障礙(如：語言)，對病人、主要照顧者或護理人員進行筆型針劑使用評估和再教育，示範如何使用筆針進行藥物治療，並以實物搭配適當圖像逐一說明如何正確使用，並於衛教後回覆示教，以減少由於不當注射技術而導致併發症。
3. 向病人或主要照顧者解釋藥物劑量不足（和過量）的徵兆和症狀，如何監測其生理狀況變化（例如，血糖濃度）以及何時聯繫醫療照護人員。

### 二、 落實筆型針劑使用衛教及注意事項說明：

1. 拿取筆針時需要閱讀藥品標籤，而不是仰賴人為因素之視覺辨識顏色或位置。
2. 初次使用筆針之護理人員/主要照顧者，務必閱讀並遵照使用說明指示使用。
3. 指導主要照顧者每位病人須使用其注射筆，不同病人不可混用同一支注射筆，避免共用導致交叉感染。
4. 若發現筆管內有血液，建議不要再使用。
5. 若發現筆管內有氣泡，應先排出氣泡再使用，以免影響劑量準確度。

### 三、 機構採購藥品時，應將形音相似之筆針可能造成問題納入考量。





## 參考資料

1. Bari, B., Corbeil, M.A., Farooqui, H., Menzies, S., Pflug, B., Smith, B.K., Vasquez, A., Berard, L. (2020). Insulin Injection Practices in a Population of Canadians with Diabetes: An Observational Study. *Diabetes Ther.* 7;1-15. doi: 10.1007/s13300-020-00913-y.
2. Gorska-Ciebiada, M., Masierek, M., Ciebiada, M. (2020). Improved insulin injection technique, treatment satisfaction and glycemic control: Results from a large cohort education study. *J Clin Transl Endocrinol.* 4;19:100217. doi: 10.1016/j.jcte.2020.100217.
3. National Alert Network (2017). Severe hyperglycemia in patients incorrectly using insulin pens at home. Retrieved from <https://www.ismp.org/alerts/severe-hyperglycemia-patients-incorrectly-using-insulin-pens-home>.
4. NHS Improvement (2016). Risk of severe harm and death due to withdrawing insulin from pen devices. Retrieved from [https://www.england.nhs.uk/publication/patient-safety-alert-risk-severe-harm-and-death-withdrawing-insulin-pen-devices\\_](https://www.england.nhs.uk/publication/patient-safety-alert-risk-severe-harm-and-death-withdrawing-insulin-pen-devices_)
5. Schneider, A., Kolrep, H., Jordi, C., Richard, P., Horn, H.P., Lange, J. (2019). How to prevent medication errors: a multidimensional scaling study to investigate the distinguishability between self-injection platform device variants. *Expert Opin Drug Deliv.* 16(8):883-894. doi: 10.1080/17425247.2019.1637852.
6. Truong, T.H., Nguyen, T.T., Armor, B.L., Farley, J.R. (2017). Errors in the Administration Technique of Insulin Pen Devices: A Result of Insufficient Education. *Diabetes Ther.* 8(2):221-226. doi: 10.1007/s13300-017-0242-y.
7. U.S. Food & Drug Administration (2018). Caution When Using Pen Needles to Inject Medicines: FDA Safety Communication. Retrieved from <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/caution-when-using-pen-needles-inject-medicines-fda-safety-communication>.





## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2020-A-03) No.166

### 嬰幼兒跌落之預防

發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/新生兒科、小兒科醫護人員

撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

統計台灣病人安全通報系統 2017 年至 2020 年第一季通報案例，共發生 175 件嬰兒跌落事件，大部分原因為床欄未拉起或將病童放在無護欄之陪客椅、診療床等。

#### 案例描述

##### 案例一

爸爸主訴當時去洗手間，有一側床欄未拉起，2歲病童從床上跌落至地板，告知值班醫師後，進行放射線檢查，發現右側鎖骨骨折。

##### 案例二

媽媽主訴將2歲病童抱至嬰兒車上，未使用安全帶，自己坐在陪客椅上閉眼休息，病童自嬰兒車翻落地面，左額約2.5\*1.5cm大小紅腫、瘀青，醫師評估後囑予以冰敷。

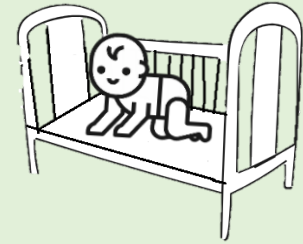
## 安全議題說明

### 嬰幼兒跌落的風險點：



#### 1. 兒童跌倒高風險族群：

- (1). 小於 3 歲
- (2). 接近出院時，好動
- (3). 一年內有跌倒經驗
- (4). 照顧者使用 3C 產品



- #### 2. 床欄未拉起或將病童放在無護欄之陪客椅、診療床上



- #### 5. 陪病者視線離開病童或閉眼休息



- #### 3. 使用嬰兒車未繫安全帶



- #### 4. 交換手時



## 建議作法

- (一) 針對兒童跌倒高風險族群，應加強衛教陪病者，並評值其遵從性。
- (二) 應選擇有護欄的床或有安全帶之娃娃車、輪椅放置嬰幼兒，並隨時將安全帶繫上或雙側床欄拉至最高，並將床的高度調整至最低。
- (三) 將常用物品（如：水杯、衛生紙等）放於隨手可得之處、若需短暫離開（如：上廁所、洗澡）時，應通知醫護人員。
- (四) 陪病者休息前，應先確認放置嬰幼兒之環境安全。
- (五) 建議由病房主任或醫師每日兩次廣播提醒照顧者注意嬰幼兒跌落。

## 參考資料

1. 卓燕華、許光宏、石惠美、林素雯、張鈞竹(2019) · 檢測住院兒童跌倒危險評估表 · *長庚護理* · 30(2) · 135-146。
2. 莊佳雯、曹芳馨、楊斐茹、王郁婷、吳雅婷、邱燕甘 ( 2017 ) · 運用跨團隊共同照護網降低住院病人傷害性跌倒發生率 · *長庚護理* · 28(4) · 640-653。
3. Almis, H., Bucak, I. H., Konca, C., & Turgut, M. (2017). Risk factors related to caregivers in hospitalized children's falls. *Journal of pediatric nursing*, 32, 3-7.
4. Stubbs, K. E., & Sikes, L. (2016). Interdisciplinary Approach to Fall Prevention in a High-Risk Inpatient Pediatric Population: Quality Improvement Project. *Physical therapy*, 97(1), 97-104.



## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2020-A-04) No.167

### 手術前後使用或停用抗凝血劑/抗血小板製劑注意事項

發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/所有醫護人員

撰寫人：外部專家撰稿

審稿專家：病人安全專案小組

#### 案例描述

##### 案例一、案例二

案例一：因腦積水放置腦室腹腔分流術後仍有偏頭痛及走路歪斜等症狀，經門診評估入院，預計進行開顱手術。

案例二：因突然左側肢體無力，至急診經電腦斷層發現腦部頂葉及額葉交界處腫瘤，收入院治療行開顱手術切除腫瘤。

二位案例皆因手術停用長期服用的抗血小板製劑（案例一：aspirin；案例二：clopidogrel），但因住院停藥期間皆出現胸悶不適等症狀，故未經醫師指示自行服用抗血小板製劑。在醫師評估後，案例一由醫囑開立回復使用aspirin，案例二由手術醫師團隊協助會診心臟內科醫師進行後續評估。

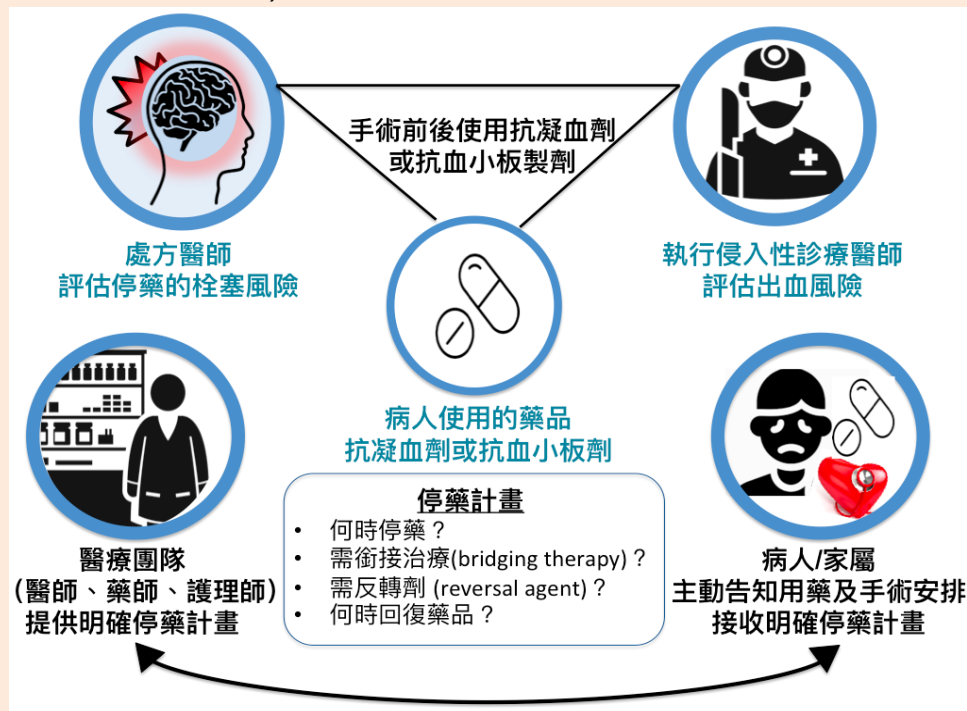
##### 案例三

82歲女性，因乳癌服用tamoxifen，另因心房纖維顫動長期使用抗凝血劑warfarin（維持INR1.5-2.5），CHA2DS2-VASc 7分（高血壓、年齡、糖尿病、三年前中風、女性）。本次住院預計進行乳房切除術。入院前經醫師指示停用warfarin三天，到院時INR1.09，並於隔日進行手術。手術後隔天，病人突然右側肢體無力，電腦斷層顯示急性中大腦動脈(middle cerebral artery)阻塞，因此緊急進行動脈內取栓術，術後經醫師評估回復使用warfarin。

## 安全議題說明

一、安全議題：評估手術前後使用抗凝血劑或抗血小板製劑的三大要點：

1. 執行侵入性診療醫師評估術式的出血風險。
2. 處方抗凝血劑或抗血小板製劑的醫師評估病人停藥的栓塞風險。
3. 依據出血風險與栓塞風險評估，對於病人正在服用的抗凝血劑或抗血小板劑擬定完整的停藥計畫(包含：何時停藥？需銜接治療？需反轉劑？何時回復藥品？)。



二、本安全議題存在以下風險點：

風險點	
醫療團隊端	病人或主要照顧者端
<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 疏忽出血與栓塞的風險評估。</li> <li>➢ 疏忽停藥計畫的完整性。</li> <li>➢ 團隊成員未明確交班停藥計畫內容。</li> <li>➢ 術後忘記恢復用藥。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 未主動告知處方醫師侵入性診療的安排。</li> <li>➢ 未主動告知執行侵入性診療醫師目前用藥。</li> <li>➢ 醫療團隊未將停藥計畫明確地轉達病人或主要照顧者。</li> <li>➢ 未確實執行停藥計畫。</li> </ul>

## 建議作法

### 一、對於醫療團隊風險點的建議

1. 以實證醫學的基礎與機構的共識，建立手術前後使用抗凝血劑或抗血小板製劑的作業流程規範，協助醫療團隊評估病人出血及栓塞風險，作為擬定完整停藥計畫之參考。內容包含以下：
  - (1) 常見侵入性診療處置之出血風險評估。
  - (2) 停用抗凝血劑和停用抗血小板製劑的栓塞風險評估。
  - (3) 依據風險評估結果，建議停藥時機與使用銜接治療的時機。
  - (4) 反轉劑的使用時機、劑量，及給藥方式。
  - (5) 手術後，抗凝血劑和抗血小板製劑回復使用的時機。
2. 作業規範建議會同相關科別共同制定，如藥劑部、心臟內科、心臟外科、神經內科、神經外科、一般外科、胸腔外科、腸胃科、眼科、牙科等，有助於取得機構共識。
3. 當開立新型抗凝血劑時，建議系統應有提示功能，以提醒不熟悉此藥物之醫護人員，覆核藥物時應加強確認。
4. 由於出血和栓塞風險與病人本身共病、年紀、肝腎功能也相關，因此擬定停藥計畫時，建議執行侵入性診療醫師與處方醫師、麻醉醫師、病人共同討論，以達成擬定個別化的停藥策略。
5. 執行侵入性診療醫師可利用雲端藥歷系統檢視病人正在服用的藥品，或利用系統表單與提醒機制，輔助檢核病人用藥和擬定停藥計劃的決策。另可透過表單自動帶入電子病歷與交班系統，讓醫療團隊成員都可接收停藥計畫內容。



## 建議作法-續

### 二、對於病人或主要照顧者風險點的建議

1. 運用醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM ) 提供病人及主要照顧者抗凝血劑或抗血小板製劑所有可考量的選擇，包含服用時機及優、缺點與風險；手術前，處方抗凝血劑或抗血小板製劑的醫療團隊所提供之衛教內容中，建議包含：
  - ( 1 ) 了解藥品的出血與栓篩之風險，以及自行監測出血和處理方式。
  - ( 2 ) 主動告知執行侵入性診療醫師正在服用的藥品。
  - ( 3 ) 主動告知處方醫師侵入性診療的安排計畫。
2. 醫療團隊以口頭轉達之外，建議透過列印單張或行動裝置連結等方式，將停藥計畫內容提供病人或主要照顧者。
3. 建議醫療團隊在通知病人住院時、病人到院時或手術評估時，確認病人是否確實執行停藥計畫。





## 參考資料

1. 衛生福利部醫病共享決策平台(2020). 決策輔助工具. 取自 <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/Index>。
2. Levine, G. N., Bates, E. R., Bittl, J. A., Brindis, R. G., Fihn, S. D., Fleisher, L. A., ... & Mehran, R. (2016). 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(10), 1082-1115.
3. Fleisher, L. A., Fleischmann, K. E., Auerbach, A. D., Barnason, S. A., Beckman, J. A., Bozkurt, B., ... & Marine, J. E. (2014). 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, 130(24), e278-e333.
4. Steffel, J., Verhamme, P., Potpara, T. S., Albaladejo, P., Antz, M., Desteghe, L., ... & Rowell, N. (2018). The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *European heart journal*, 39(16), 1330-1393.
5. Douketis, J. D., Spyropoulos, A. C., Spencer, F. A., Mayr, M., Jaffer, A. K., Eckman, M. H., ... & Kunz, R. (2012). Perioperative management of antithrombotic therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 141(2), e326S-e350S.
6. Rossini, R., Musumeci, G., Visconti, L. O., Bramucci, E., Castiglioni, B., De Servi, S., ... & Trabattoni, D. (2014). Perioperative management of antiplatelet therapy in patients with coronary stents undergoing cardiac and non-cardiac surgery: a consensus document from Italian cardiological, surgical and anaesthesiological societies. *EuroIntervention: journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology*, 10(1), 38.





## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息 (2020-A-05) No.168

### 侵入性處置之部位錯誤

發佈日期：2020 年 12 月

適用對象：所有醫療機構/所有醫護人員

撰稿暨審稿專家：病人安全專案小組

收集台灣病人安全通報系統 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 3 月 31 日期間之機構通報案件，以收集手術事件手術過程階段項下之部位錯誤共 22 件。

#### 案例描述

##### 案例一

55 歲女性病人因血尿經診斷為膀胱癌，接受多次化學治療及放射線治療。2 年後病人因膀胱癌轉移至上腹腔，預計接受手術。手術部位於較高位，未照會相關科別協同手術。主刀醫師表示術中發現腹腔沾黏情形嚴重，切除腫瘤並取下一件組織送病理檢驗。術後病理組織檢查結果顯示，切除的「腫瘤」為其他器官組織，而非惡性腫瘤。

##### 案例二

62 歲男性因左側腎盂水腫接受輸尿管鏡，確認有移行上皮細胞癌，二週後由泌尿科醫師以達文西機器手臂進行左腎輸尿管及膀胱袖口切除手術，手術時間長達 12 小時，術後轉入加護病房觀察，術後腹部腫脹嚴重，腹部 X 光顯示嚴重腸麻痺擴張，術後隔天突發敗血性休克，腹部電腦斷層顯示腸麻痺阻塞，顯影劑注射後發現小腸腸壁顯影不佳、血循環不良，腹主動脈的上腸繫膜動脈出口處有金屬假影而上腸繫膜動脈膜顯影，診斷為上腸繫膜動脈阻塞併腸缺血，懷疑手術中誤將上腸繫膜動脈夾起來而中斷血流，泌尿科醫師照會消化外科主治醫師緊急施行開腹手術，開腹探查證實上腸繫膜動脈遭金屬夾夾住造成腸缺血，術中切除大量小腸與部分大腸，病人術後產生短腸症的併發症，長期接受靜脈營養注射。

## 安全議題說明

「手術事件」之部位錯誤，常見風險點，如下：



手術同意書未填或未填詳盡。

例如：

1. 手術診斷與手術同意書部位沒有一致。
2. 手術部位為「右手第四指外側」，手術同意書之手術部位填寫「右手指腫瘤」。

【術前溝通失效】醫護人員間之溝通。

例如：

多專科團隊尚未有共識前，醫師自行執行手術。



【術前溝通失效】醫護人員與病人家屬間之溝通。

例如：

醫護人員與病人及家屬核對手術部位，手術同意書之填寫部位為「右側」，病人及家屬回答「右側」，但診斷實際部位為「左側」。



人形圖未註記手術部位或將部位劃記錯誤。

例如：

將手術部位「左側」劃記成「右側」。



未將放射線檢查之影像調整至病人畫面。

例如：

醫師未將影像調整成A病人之影像，以B病人之影像執行A病人手術。

Time out未確實。

例如：

未確實核對病人姓名、術式及部位。



施行微創或內視鏡手術時，可能受限於手術空間迷向 (spatial disorientation) 造成執行部位錯誤。

外科醫師因面臨視覺-空間能力 (Visuospatial abilities) 與心像旋轉 (mental rotation) 等問題造成空間認知錯誤。



## 建議作法

1. 貫徹醫護人員的繼續教育及制訂醫護人員之執業權限。
  - (1) 醫護人員應持續接受教育，精進專科知識與技巧，須具執行標準化醫療措施的能力，並有考核機制。
  - (2) 制訂醫療專業人員之執業權限，包含醫療專科業務範圍及可執行醫療項目。
2. 針對複雜或不熟悉案例，建議進行多專科團隊討論，並有執行、實質督導及追蹤機制。
  - (1) 經多專科照護團隊討論後，應制訂複雜病例的治療決策、末期癌症分級處理標準作業流程。
  - (2) 經多專科照護團隊討論會決議，對於複雜病例之治療/照護有追蹤機制，在治療/照護前進行追蹤。
3. 鼓勵人員適時說出病安顧慮並能以適切方式提出建議，尤其當進行中的醫療處置可能造成病人危害時，鼓勵人員主動說出。
4. 營造病人安全文化。
  - (1) 營造「病人對治療/照護方式尋求第二意見」，病人必須把握機會，維護自身的權益，諮詢不同科別，甚至不同醫院的專科醫師，充分掌握病情及治療的資訊，選擇病人及不同專科醫師間均能達成之共識。
  - (2) 第二意見與原來意見有衝突時，建議病人及家屬可選擇一位信賴的醫師協助整合與溝通，病人家屬將意見衝突之處與心中所有疑問明白提出，由該醫師協助釐清家屬疑問與整合成有共識之治療方案，必要時可與原來的主治醫師或提供第二意見的醫師再次討論，甚至尋求其他來源的建議，醫師可以使用醫病共享決策的技巧與工具，讓病人家屬與醫師達成治療共識。
  - (3) 營造醫療照護人員「對複雜/困難病例尋求協助」之病人安全文化，例如增進橫向、縱向溝通，機構著重改善反覆發生、跨機構、具有系統性危害、或具有危害公共安全等事件，勿追究個人、建立無懲罰或少責難的文化等。
5. 利用跡近錯失 ( near miss ) 或錯誤的案例做為學習教材，避免重蹈覆轍。





## 參考資料

1. Cohen, T. N., Cabrera, J. S., Litzinger, T. L., Captain, K. A., Fabian, M. A., Miles, S. G., ... Boquet, A. J. (2018). Proactive safety management in trauma care: applying the human factors analysis and classification system. *Journal for Healthcare Quality*, 40(2), 89-96. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000094.
2. Cohen, T. N., Francis, S. E., Wiegmann, D. A., Shappell, S. A., & Gewertz, B. L. (2018). Using HFACS-healthcare to identify systemic vulnerabilities during surgery. *American Journal of Medical Quality*, 33(6), 614-622. doi: 10.1177/1062860618764316.
3. Thiels, C. A., Lal, T. M., Nienow, J. M., Pasupathy, K. S., Blocker, R. C., Aho, J. M., ... Bingener, J. (2015). Surgical never events and contributing human factors. *Surgery*, 158(2), 515-521. doi: 10.1016/j.surg.2015.03.053.
4. Tina Vajsbaheer, Holger Schultheis & Nader K Francis (2018). Spatial cognition in minimally invasive surgery: a systematic review. *BMC Surgery*



## 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，來避免、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稱之為「病人安全事件」。

依據衛生福利部於 106 年 1 月公告國內「病人安全事件根本原因分析作業程序」，將病人安全相關名詞作一定義：

1. **異常事件(Incident)**：舉凡妨礙醫院醫療作業流程、人員及設施運作，無論病人是否受到傷害的病人安全事件。
2. **醫療不良事件 ( medical adverse event )**：傷害事件並非導因於原有的疾病本身，而是由於醫療行為造成病人死亡、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的殘疾。
3. **未造成傷害的異常事件 ( no harm event )**：錯誤或異常事件雖已發生於病人身上，但是並未造成傷害，或是傷害極為輕微，連病人都未感覺到事件。
4. **警訊事件 ( Sentinel Event )**：警訊事件係指個案非預期的死亡或非自然病程中造成病人永久性的功能喪失，或發生下列事件，例如：
  - (1) 執行手術或其他侵入性處置時，造成病人執行部位錯誤、病人辨識錯誤、術式錯誤；
  - (2) 手術或其他侵入性處置後，造成病人非預期異物滯留；
  - (3) 病人因給藥錯誤(如：藥物錯誤、劑量錯誤、病人錯誤、途徑錯誤等)，導致病人死亡或嚴重傷害；
  - (4) 輸注血品或血液製劑時，因血型不相容(ABO、Rh、其他血型)導致的溶血性輸血反應；
  - (5) 任何分娩與產程相關之異常事件，導致孕產婦死亡；
  - (6) 足月生產嬰兒之非預期死亡(如：死胎或死嬰)；
  - (7) 出院時嬰兒抱錯事件；
  - (8) 病人於住院期間，因靜脈栓塞導致死亡或嚴重的傷害；
  - (9) 病人於住院期間因自殺、企圖自殺或自傷，而導致死亡或嚴重的傷害；
  - (10) 病人於住院期間發生燒燙傷意外事件，導致死亡或嚴重的傷害；
  - (11) 病人於住院期間因遭受身體約束或其他限制活動措施，導致死亡或嚴重的傷害。
5. **意外事件 ( accident )**：非因當事人之故意、過失、不當作為或不作為所致之不可預見的事故或不幸。所稱意外事件，通常伴隨著有不良的後果。



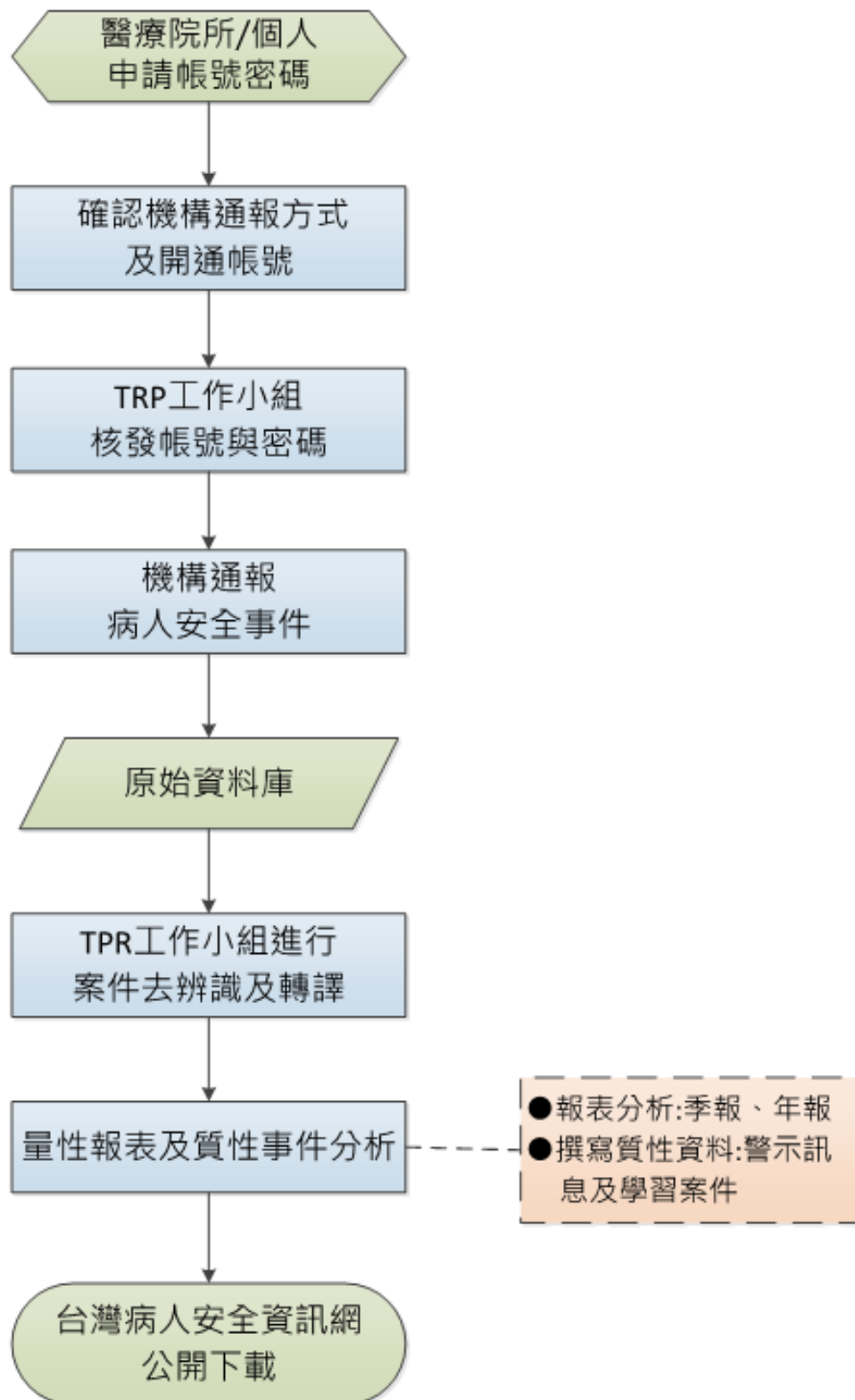
另外，衛生福利部台灣病人安全資訊網亦公告病人安全相關名詞，如：意外事件、風險管理等，歡迎大家下載瀏覽。



## 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 請見病安資訊網 Q&A 專區 <http://www.patientsafety.mohw.gov.tw>

## 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 年以上等五類選項。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 TPR 通報系統。承蒙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。

### 2020 年警示訊息、學習案例作者群 (按照第一作者姓氏筆畫排序)

林宏榮 (奇美醫療財團法人奇美醫院)

許榮彬 (國立台灣大學醫學院附設醫院)

賀倫惠 (林口長庚紀念醫院)

楊承憲 (台北馬偕紀念醫院)

潘錫光 (臺中榮民總醫院)

鄭奕帝、趙正芬 (中國醫藥大學附設醫院、寶建醫療社團法人寶建醫院)

### 病人安全通報系統工作小組委員 (依姓氏筆畫排序)

呂立委員、李君儀委員、李宜恭委員、明金蓮委員、林宏榮委員、林承哲委員、施威祥委員、

翁文能委員、馬先芝委員、高靖秋委員、郭書麟委員、陳宜君委員、賀倫惠委員、趙正芬委員、

劉時安委員、謝文祥委員、蘇國璋委員

### 編輯小組：

王拔群執行長、許惠淑副執行長、陳嘉珮主任、葉恩惠專員、蔡庚君專員、翁玉嫻專員

許競允專員、嵇慧倫組員



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.jct.org.tw>



台灣病人安全通報系統

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

ISSN 2518-5233



9 772518 523302