

台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting system

2021 年年報

Annual Report 2021



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

2021 年年報

Annual Report 2021



目 錄

目 錄

| | |
|---------------------------|----|
| 圖目錄..... | IV |
| 表目錄..... | IX |
| 壹、前言..... | 1 |
| 貳、歷年統計描述（2005~2021年）..... | 2 |
| 參、2021年整體通報事件統計分析..... | 13 |
| 一、整體事件統計..... | 13 |
| 二、事件相關統計..... | 15 |
| 三、病人/住民相關統計..... | 18 |
| 四、通報人員相關統計..... | 24 |
| 五、發生可能原因與改善措施統計..... | 26 |
| 肆、各類機構事件分析..... | 30 |
| 一、醫院..... | 30 |
| (一) 醫院-藥物事件..... | 40 |
| (二) 醫院-跌倒事件..... | 47 |
| (三) 醫院-管路事件..... | 54 |
| (四) 醫院-檢查/檢驗/病理切片事件..... | 63 |
| (五) 醫院-醫療照護事件..... | 68 |
| (六) 醫院-手術事件..... | 73 |
| (七) 醫院-傷害行為事件..... | 77 |
| (八) 醫院-治安事件..... | 81 |



| | |
|-------------------------------|-----|
| (九) 醫院-公共意外 | 85 |
| (十) 醫院-院內不預期心跳停止事件..... | 89 |
| (十一) 醫院-輸血事件 | 94 |
| (十二) 醫院-麻醉事件 | 98 |
| (十三) 醫院-其他事件 | 103 |
| 二、精神科醫院及精神復健機構 (綜合分析) | 107 |
| (一) 精神科醫院-傷害行為事件..... | 112 |
| (二) 精神科醫院-跌倒事件..... | 115 |
| 三、護理之家及養護機構 (綜合分析) | 120 |
| 四、基層醫療 (綜合分析) | 130 |
| 伍、資料正確性與完整性分析 | 132 |
| 陸、回饋學習..... | 138 |
| 一、歷年警示訊息與學習案例主題一覽表..... | 138 |
| 二、2021 年發布之警示訊息與學習案例..... | 144 |
| 附錄一、何謂病人安全事件..... | 162 |
| 附錄二、台灣病人安全通報系統沿革..... | 164 |
| 附錄三、病人安全通報系統流程圖 | 165 |
| 附錄四、通報事件類別說明..... | 166 |
| 附錄五、異常事件嚴重度評估矩陣 (SAC) | 167 |
| 致 謝..... | 168 |



圖目錄

| | | |
|------------|------------------------------------|----|
| 圖 2-0-0-1 | 2005 年~2021 年通報家數及件數統計 (通報日期) | 4 |
| 圖 2-0-0-2 | 2005 年~2021 年三種通報方式件數統計 (通報日期) | 5 |
| 圖 2-0-0-3 | 2005 年~2021 年醫事機構層級通報件數統計 (通報日期) | 5 |
| 圖 2-0-0-4 | 2005 年~2021 年醫事機構層級通報家數統計 (通報日期) | 6 |
| 圖 2-0-0-5 | 2005~2021 年整體事件發生醫事機構統計 (發生日期) | 6 |
| 圖 2-0-0-6 | 2005~2021 年整體事件受影響對象年齡層分布 (發生日期) | 8 |
| 圖 2-0-0-7 | 2005~2021 年整體事件受影響對象性別分布 (發生日期) | 9 |
| 圖 2-0-0-8 | 2005~2021 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布 | 9 |
| 圖 2-0-0-9 | 2005~2021 年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢 | 10 |
| 圖 2-0-0-10 | 2005~2021 年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度 | 10 |
| 圖 2-0-0-11 | 2005~2021 年藥物有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢 | 11 |
| 圖 2-0-0-12 | 2005~2021 年跌倒有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢 | 11 |
| 圖 2-0-0-13 | 2005~2021 年管路有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢 | 11 |
| 圖 3-1-0-1 | 各醫事機構類型發生件數分布 | 13 |
| 圖 3-1-0-2 | 所有機構各縣市通報家數/件數分布 | 14 |
| 圖 3-1-0-3 | 機構每月通報方式統計 | 14 |
| 圖 3-3-0-1 | 各醫事機構類型受影響對象之性別分布 | 18 |
| 圖 3-3-0-2 | 各類別通報事件受影響對象之性別分布 | 18 |
| 圖 3-3-0-3 | 所有機構病人/住民的影響程度 | 20 |
| 圖 3-3-0-4 | 醫院 | 21 |
| 圖 3-3-0-5 | 精神科醫院 | 21 |
| 圖 3-3-0-6 | 護理之家 | 21 |
| 圖 3-3-0-7 | 精神復健機構 | 21 |
| 圖 3-3-0-8 | 養護機構 | 21 |
| 圖 3-3-0-9 | 診所 (含衛生所) | 21 |
| 圖 3-4-0-1 | 所有機構通報者身分分布 | 24 |
| 圖 3-4-0-2 | 通報者為護理人員身分別分布 | 24 |
| 圖 3-4-0-3 | 通報者為醫師身分別分布 | 25 |
| 圖 3-4-0-4 | 所有機構通報者工作年資分布 | 25 |
| 圖 3-4-0-5 | 所有機構通報者現職機構年資分布 | 25 |
| 圖 3-5-0-1 | 預防事件再發生的措施或方法 | 28 |
| 圖 4-1-0-1 | 醫院通報各類事件數 | 30 |
| 圖 4-1-0-2 | 醫院事件發生時段與病人健康影響程度分析 | 33 |
| 圖 4-1-0-3 | 醫院發生地點相對次數百分比 | 33 |
| 圖 4-1-0-4 | 醫院事件發生後對病人健康的影響程度 | 34 |
| 圖 4-1-0-5 | 通報者身分別 | 36 |
| 圖 4-1-0-6 | 通報者總年資 | 36 |



| | |
|--|----|
| 圖 4-1-0-7 通報者現職年資..... | 36 |
| 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 | 37 |
| 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 | 40 |
| 圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比 | 41 |
| 圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度 | 42 |
| 圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段相對次數百分比 | 42 |
| 圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段明細 | 43 |
| 圖 4-1-1-6 醫院藥物事件藥局調劑錯誤階段明細 | 43 |
| 圖 4-1-1-7 醫院藥物事件給藥錯誤階段明細 | 44 |
| 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..... | 44 |
| 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 | 45 |
| 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..... | 45 |
| 圖 4-1-1-11 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比 | 46 |
| 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 | 47 |
| 圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒發生地點相對次數百分比 | 48 |
| 圖 4-1-2-3 醫院跌倒案件對病人的影響程度 | 49 |
| 圖 4-1-2-4 醫院病人發生跌倒時主要從事的活動 | 50 |
| 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..... | 50 |
| 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..... | 51 |
| 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 | 51 |
| 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 | 52 |
| 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..... | 52 |
| 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 | 53 |
| 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 | 53 |
| 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 | 54 |
| 圖 4-1-3-2 醫院傷害行為事件發生地點 | 55 |
| 圖 4-1-3-3 醫院管路事件對病人健康的影響程度 | 56 |
| 圖 4-1-3-4 醫院管路事件發生過程與病人健康的影響..... | 56 |
| 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..... | 57 |
| 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..... | 58 |
| 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 | 58 |
| 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 | 58 |
| 圖 4-1-3-9 單一管路事件發生管路種類 | 59 |
| 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..... | 60 |
| 圖 4-1-3-11 單一管路錯誤發生類型 | 60 |
| 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 | 61 |
| 圖 4-1-3-13 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比 | 62 |
| 圖 4-1-4-1 醫院檢查/檢驗/病理切片事件發生時間與病人健康影響程度分析 | 63 |
| 圖 4-1-4-2 醫院檢查/檢驗/病理切片事件為哪類醫療檢查 | 64 |



| | |
|--|----|
| 圖 4-1-4-3 醫院檢查/檢驗/病理切片事件錯誤發生階段..... | 64 |
| 圖 4-1-4-4 醫院檢查/檢驗/病理切片事件-採檢/送檢階段明細 | 64 |
| 圖 4-1-4-5 醫院檢查/檢驗/病理切片事件-檢體分析/檢查執行階段明細..... | 65 |
| 圖 4-1-4-6 醫院檢查/檢驗/病理切片事件對病人健康的影響程度之交叉分析 | 66 |
| 圖 4-1-4-7 醫院檢查/檢驗/病理切片事件醫療檢查類型與病人健康影響程度之交叉分析 | 66 |
| 圖 4-1-4-8 醫院檢查/檢驗/病理切片事件錯誤階段與病人健康影響程度之交叉分析 | 67 |
| 圖 4-1-4-9 醫院檢查/檢驗/病理切片事件發生可能原因相對次數百分比 | 67 |
| 圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段 | 68 |
| 圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度..... | 69 |
| 圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤發生階段 | 69 |
| 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 | 70 |
| 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 | 70 |
| 圖 4-1-5-6 「評估階段」錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 | 71 |
| 圖 4-1-5-7 「診斷階段」錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 | 71 |
| 圖 4-1-5-8 醫院醫療照護事件發生可能原因 | 72 |
| 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 | 73 |
| 圖 4-1-6-2 醫院手術事件對病人健康的影響程度 | 74 |
| 圖 4-1-6-3 醫院手術事件錯誤發生階段 | 75 |
| 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..... | 75 |
| 圖 4-1-6-5 醫院手術事件錯誤類型..... | 75 |
| 圖 4-1-6-6 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比 | 76 |
| 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 | 77 |
| 圖 4-1-7-2 醫院傷害行為事件發生地點 | 77 |
| 圖 4-1-7-3 醫院傷害行為事件類型..... | 78 |
| 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 | 79 |
| 圖 4-1-7-5 醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 | 79 |
| 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 | 79 |
| 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 | 80 |
| 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 | 81 |
| 圖 4-1-8-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比 | 81 |
| 圖 4-1-8-3 醫院治安事件類型相對次數百分比..... | 82 |
| 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..... | 83 |
| 圖 4-1-8-5 醫院治安事件對病人健康的影響程度 | 83 |
| 圖 4-1-8-6 醫院治安事件對病人健康的影響程度分布..... | 84 |
| 圖 4-1-8-7 醫院治安事件發生可能原因相對次數百分比 | 84 |
| 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 | 85 |
| 圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比 | 85 |
| 圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比 | 86 |
| 圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件對病人健康影響程度 | 87 |



| | |
|---|-----|
| 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..... | 87 |
| 圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件發生可能相關因素..... | 88 |
| 圖 4-1-10-1 醫院院內不預期心跳停止事件發生時段..... | 89 |
| 圖 4-1-10-2 醫院院內不預期心跳停止事件發生地點..... | 90 |
| 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..... | 90 |
| 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..... | 91 |
| 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..... | 91 |
| 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..... | 92 |
| 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..... | 92 |
| 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..... | 93 |
| 圖 4-1-11-1 醫院輸血事件發生時段..... | 94 |
| 圖 4-1-11-2 醫院輸血事件發生地點相對次數百分比..... | 94 |
| 圖 4-1-11-3 醫院輸血事件對病人健康的影響程度..... | 95 |
| 圖 4-1-11-4 醫院輸血事件錯誤發生階段..... | 95 |
| 圖 4-1-11-5 醫院備血（含驗血）階段錯誤項目明細..... | 96 |
| 圖 4-1-11-6 醫院領血/傳送階段錯誤項目明細..... | 96 |
| 圖 4-1-11-7 醫院輸血階段錯誤項目明細..... | 96 |
| 圖 4-1-11-8 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比..... | 97 |
| 圖 4-1-12-1 醫院麻醉事件發生地點..... | 98 |
| 圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度..... | 98 |
| 圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級..... | 99 |
| 圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取手術類型..... | 99 |
| 圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件採取之麻醉方式..... | 100 |
| 圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生期間..... | 100 |
| 圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生類型..... | 101 |
| 圖 4-1-12-8 醫院麻醉事件之可能原因相對次數百分比..... | 101 |
| 圖 4-1-12-9 醫院麻醉事件「插管相關」可能原因相對次數百分比..... | 102 |
| 圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段..... | 103 |
| 圖 4-1-13-2 醫院其他事件受影響對象..... | 103 |
| 圖 4-1-13-3 醫院其他事件對病人健康的影響程度..... | 104 |
| 圖 4-1-13-4 醫院其他事件發生地點相對次數百分比..... | 104 |
| 圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類..... | 105 |
| 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..... | 105 |
| 圖 4-2-0-1 精神科醫院通報各類事件數..... | 107 |
| 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..... | 108 |
| 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..... | 108 |
| 圖 4-2-0-4 精神科醫院通報者身分類別..... | 109 |
| 圖 4-2-0-5 精神科醫院通報者年資..... | 110 |



| | |
|--|-----|
| 圖 4-2-0-6 精神科醫院通報者現職年資 | 110 |
| 圖 4-2-0-7 精神科醫院通報者認為預防再發生的措施或方法 | 110 |
| 圖 4-2-1-1 精神科醫院傷害行為事件發生時段 | 112 |
| 圖 4-2-1-2 精神科醫院傷害行為事件發生地點 | 112 |
| 圖 4-2-1-3 精神科醫院傷害行為事件類型 | 113 |
| 圖 4-2-1-4 精神科醫院傷害行為事件受影響對象 | 114 |
| 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 | 114 |
| 圖 4-2-1-6 精神科醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 | 114 |
| 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 | 115 |
| 圖 4-2-2-2 精神科醫院跌倒事件對病人健康的影響程度 | 116 |
| 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 | 116 |
| 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 | 117 |
| 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 | 118 |
| 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 | 118 |
| 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 | 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 年通報事件類別排序..... | 7 |
| 表 3-2-0-1 各醫事機構類型發生事件類型..... | 15 |
| 表 3-2-0-2 各類機構發生時段情形..... | 17 |
| 表 3-2-0-3 事件發生地點相對次數百分比..... | 17 |
| 表 3-3-0-1 各醫事機構類型年齡層..... | 19 |
| 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..... | 22 |
| 表 3-3-0-3 各類事件發生後對病人/住民健康的影響程度..... | 23 |
| 表 3-5-0-1 整體各類事件可能原因統計..... | 27 |
| 表 3-5-0-2 整體各類事件可能原因與溝通相關統計..... | 27 |
| 表 3-5-0-3 整體各類事件預防方法統計..... | 28 |
| 表 3-5-0-4 各類事件預防方法與加強溝通方式相關統計..... | 29 |
| 表 4-1-0-1 病人之年齡層與性別..... | 34 |
| 表 4-1-0-2 各類事件發生後對病人健康影響程度..... | 35 |
| 表 4-1-0-3 事件發生可能原因..... | 37 |
| 表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法..... | 38 |
| 表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布..... | 39 |
| 表 4-1-1-1 醫院藥物事件之病人其性別與年齡層交叉分析..... | 41 |
| 表 4-1-2-1 醫院跌倒事件病人性別與年齡層交叉分析..... | 48 |
| 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..... | 55 |
| 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..... | 109 |
| 表 4-2-0-2 精神科醫院各類事件 SAC 分布..... | 111 |
| 表 4-2-2-1 精神科醫院跌倒病人性別與年齡交叉分析..... | 116 |
| 表 4-3-0-1 護理之家發生管路事件之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 2017~2021 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 年提出之「To Err Is Human」報告建議，「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，自 2004 年起，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 年正式上線至今已逾 17 年，參與機構數及通報案件數均逐年增加，截至 2021 年參與機構累計 15,453 家，累計通報案件量達 868,100 件，2021 年 (以發生日計) 所接受之通報件數達 70,088 件。TPR 通報系統歷經 17 年來的努力，藉由醫療機構的回饋使系統逐步穩定，讓本系統成為國際間少數全國性通報且持續不斷發展進步之自願通報系統。

2021 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，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之事件，進行 13 類事件之描述分析，而精神科醫院 (分析傷害及跌倒事件)、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 2021 年已累計收錄達 172 篇文章 (警示訊息提醒 133 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，其文字敘述以件/百件表示，圖表單位則以每百件事件件數 (相對次數百分比) 計算，件/百件及百分比 (%) 之數字以四捨五入法計算至小數第一位。
- ※ 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 2021 年收案資料情況，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。

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。



FOREWORD

The development of patient safety work in Taiwan began when several patient safety events occurred in healthcare organizations in 2002, resulting in patient injuries and highlighting the local problems of healthcare safety. Based on the 1999 report "To Err Is Human" by the Institute of Medicine (IOM), a U.S. medical think tank, the Ministry of Health and Welfare (MOHW) advocated for "encouraging a voluntary external reporting system" and named it as one of the most basic and crucial measures to improve patient safety. The MOHW commissioned the Joint Commission of Taiwan (JCT) to establish and promote the Taiwan Patient-Safety Reporting (TPR) system in 2004 to improve the quality of healthcare safety. Since the TPR's official launch in 2005, the number of healthcare organizations reporting and the patient safety event reports have been increasing each year. By the end of 2021, the system received 868,100 patient safety event reports from 15,453 participating healthcare organizations; 70,088 events were reported 2021 alone. Over the past 17 years, the TPR system showed steady improvement based on the feedback from reporting healthcare organizations, making it one of the few nationwide voluntary reporting systems in the world that continues to expand and advance its operations.

The 2021 TPR annual report contains six major sections, including the "Analysis of Patient Safety Events by Healthcare Organizations" section, which presents the respective reported event analysis according to the different types of healthcare organizations such as hospitals, psychiatric hospitals, and nursing homes. Overall, hospitals are the primary source of event reporting; thus, descriptive analysis was conducted by all 13 types of patient safety events. On the other hand, events with only a large number of reporting were analyzed in psychiatric hospitals (analysis of injury and fall events) and nursing homes (analysis of fall events). Considering the low number of reported patient safety events (<150) in clinics and health centers, only the overall reporting of events is described.

As new healthcare organizations continue to join the TPR system every year, it is crucial to help them clarify relevant issues of the system operation as soon as possible to maintain the quality of reporting. Explanatory examples of the definition of patient safety events, the types of reporting events, the Severity Assessment Code (SAC) matrix of harmful patient safety events, and the procedures for handling reported events can be helpful for new organizations to better understand the content of reporting.

In addition, from 2005 to 2021, a total of 172 reports (133 alert messages and 39 learning cases) were developed based on reported patient safety events details and uploaded to the system in the form of alert messages or learning cases. The articles were mostly related to medication, medical care, and tubing-related patient safety events. It's expected that the reporting healthcare organizations can get suitable information for their organizations and improve their patient safety event management to achieve the original intention of the TPR system in playing the role of an information platform for mutual learning and sharing.



- ※ In this annual report, if the analysis options are multiple choice, the text description is demonstrated in terms of the number of events per hundred, and the chart units are calculated in terms of the number of events per hundred (relative to the percentage of frequency). The numbers of events per hundred and the percentage (%) are rounded to the first decimal place.
- ※ The TPR system has been updated since October 2015, and the patient safety incident forms are presented in the 2015 version.
- ※ The Taiwan Patient-Safety Reporting is a voluntary and anonymous system. The data and graphics presented in this report only represent the data of patient safety event reports received in 2021. The data and percentages cannot represent the current medical conditions of healthcare organizations, but the trends presented by the data can be used as a reference to the future risk management of patient safety events. We appreciate the participating hospitals for providing event reporting.



貳、歷年統計描述 (2005~2021 年)

以通報日期計算，自 2005 年 1 月 1 日至 2021 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 15,453 家，累計通報系統共收 868,100 件通報案件，期間普通報機構家數共 1,256 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)，2021 年通報機構家數相較 2020 年減少 29 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匯入件數為最多，佔 42.6% (369,940 件)，其次為軟體通報佔 39.2% (340,329 件)，第三則為透過 TPR 網頁介面通報，佔 18.2% (157,831 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，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)。統計各通報機構類型之通報事件量，歷年總案件量通報來源以區域醫院為最多，佔 39.8%，醫學中心居次，佔 26.6%，地區醫院佔 20.7%，精神科醫院則佔 11.6% (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 233 家通報，其次為區域醫院，平均每年約有 67 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 84.7%，其次為精神科醫院 11.9% (圖 2-0-0-5)。

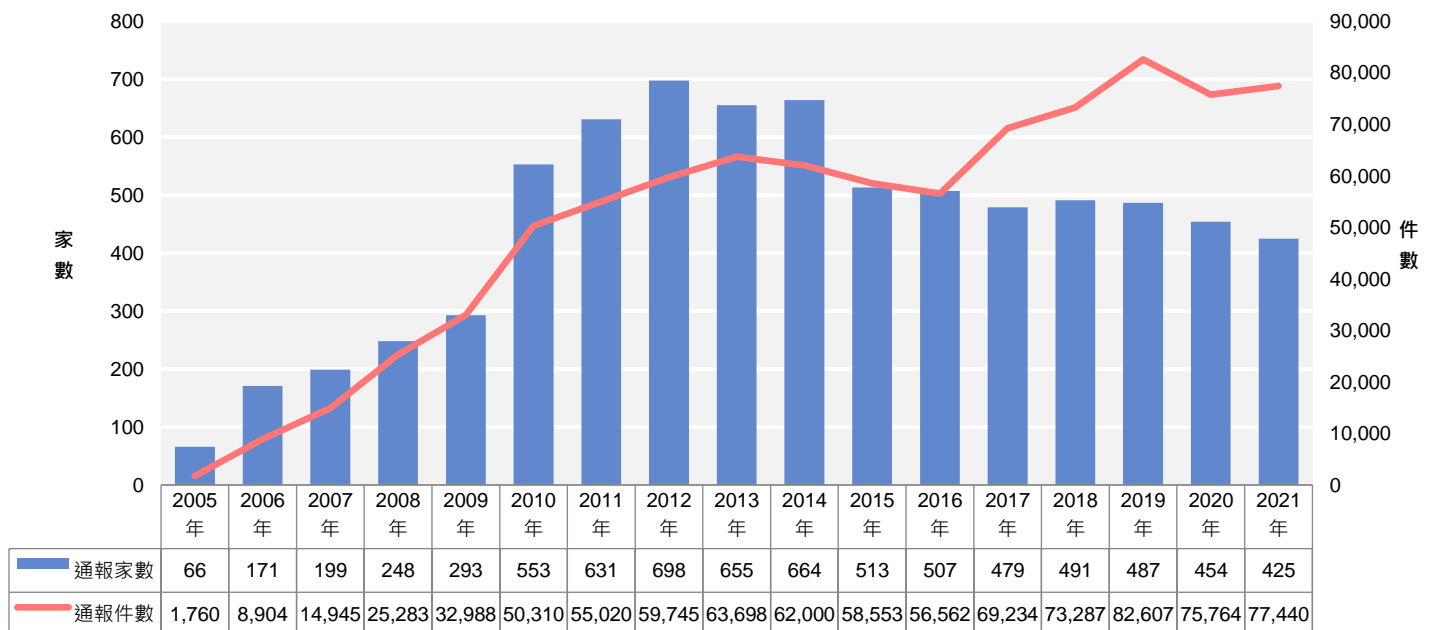


圖 2-0-0-1 2005 年~2021 年通報家數及件數統計 (通報日期)

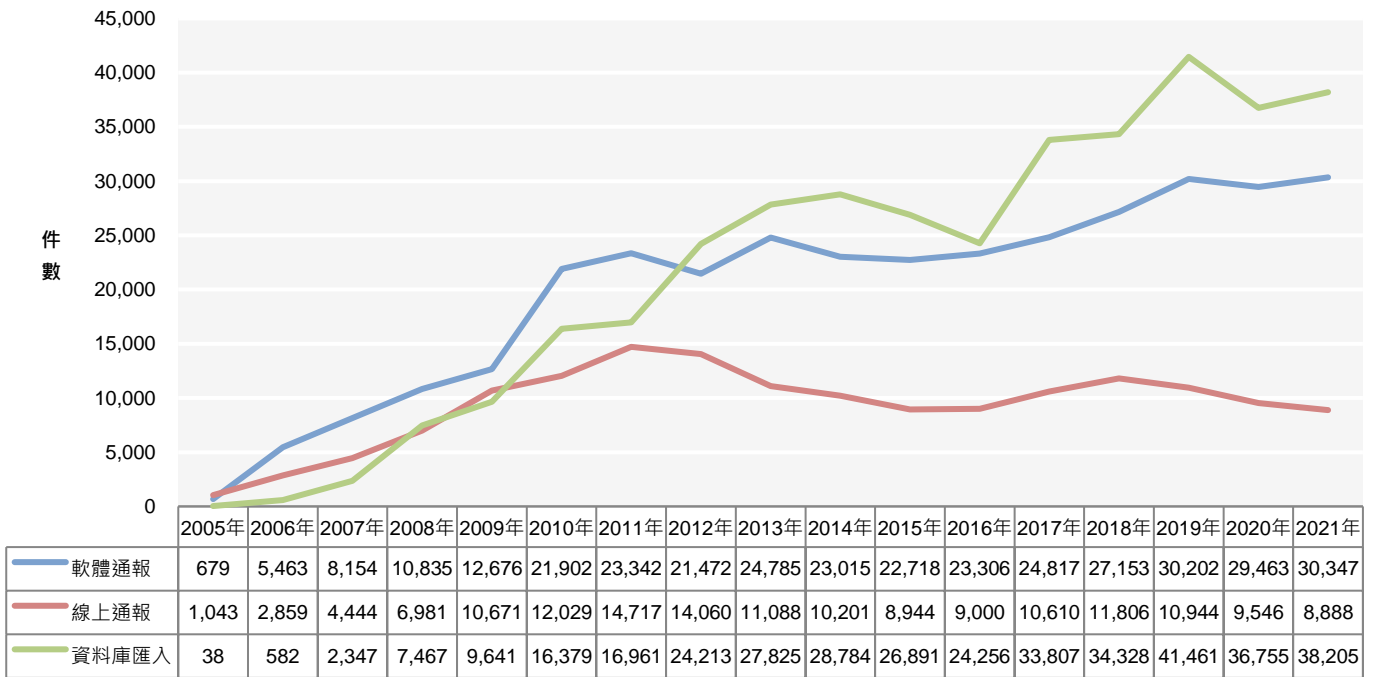


圖 2-0-0-2 2005 年~2021 年三種通報方式件數統計 (通報日期)

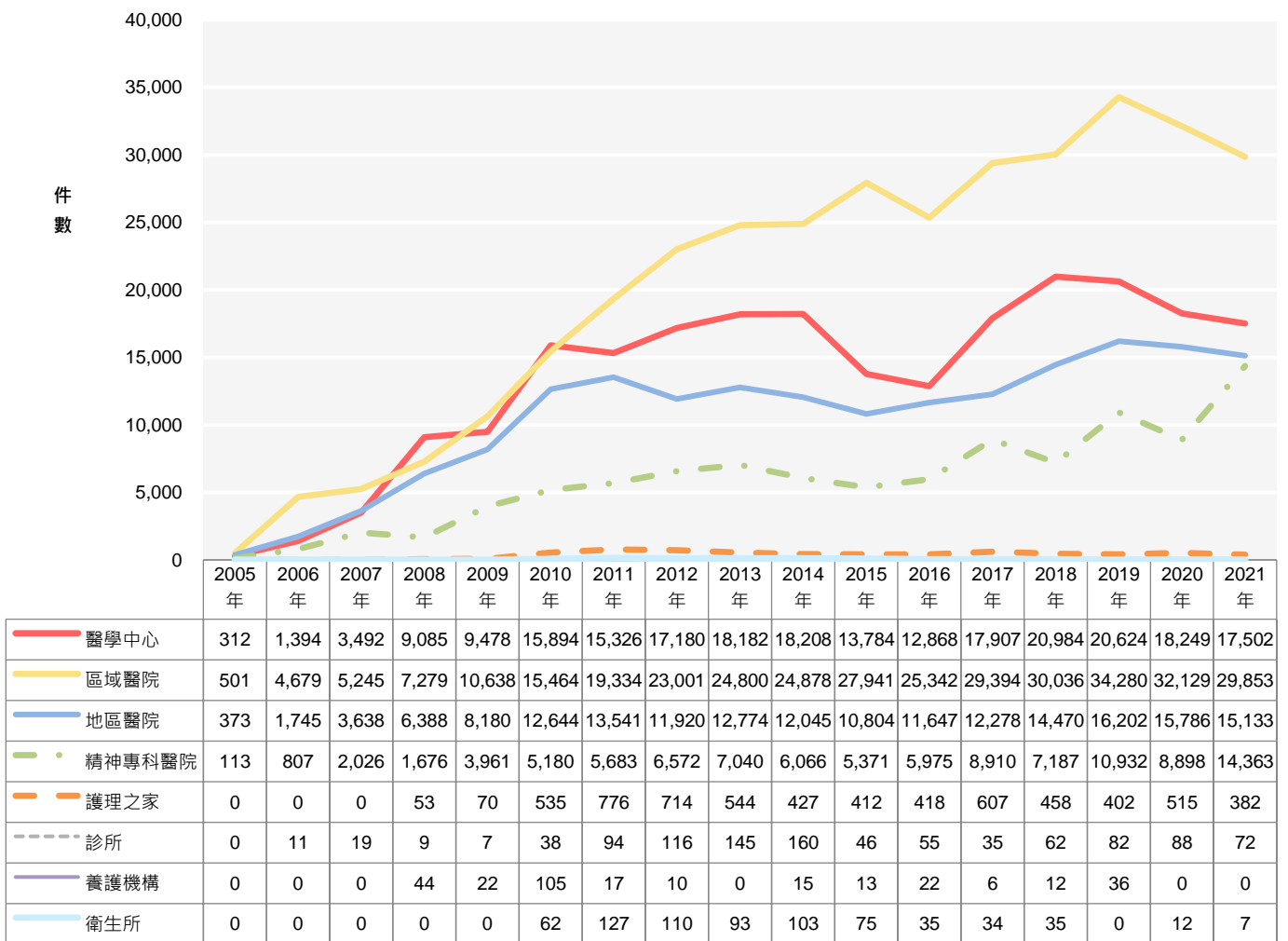


圖 2-0-0-3 2005 年~2021 年醫事機構層級通報件數統計 (通報日期)

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。

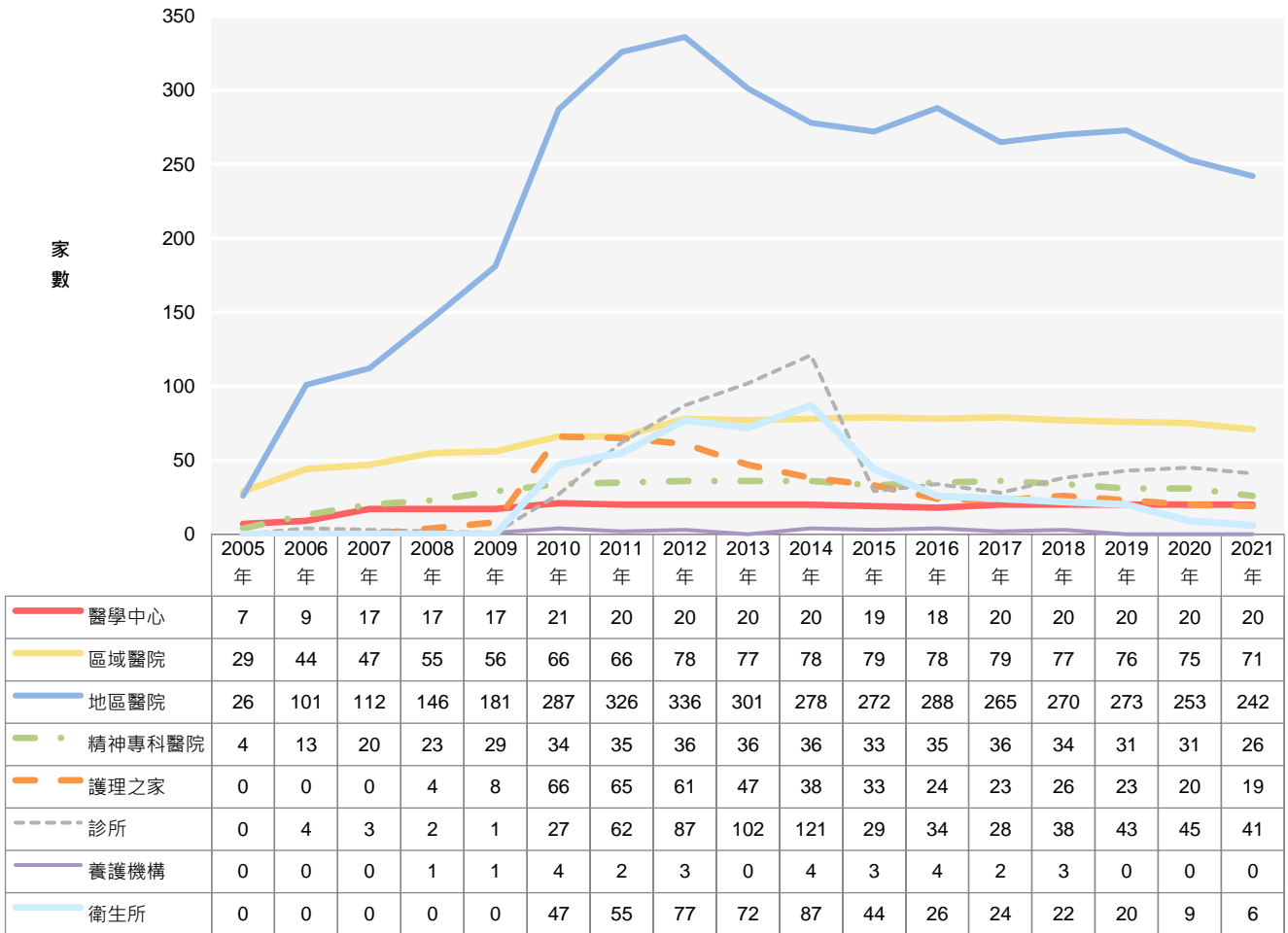


圖 2-0-0-4 2005 年~2021 年醫事機構層級通報家數統計 (通報日期)

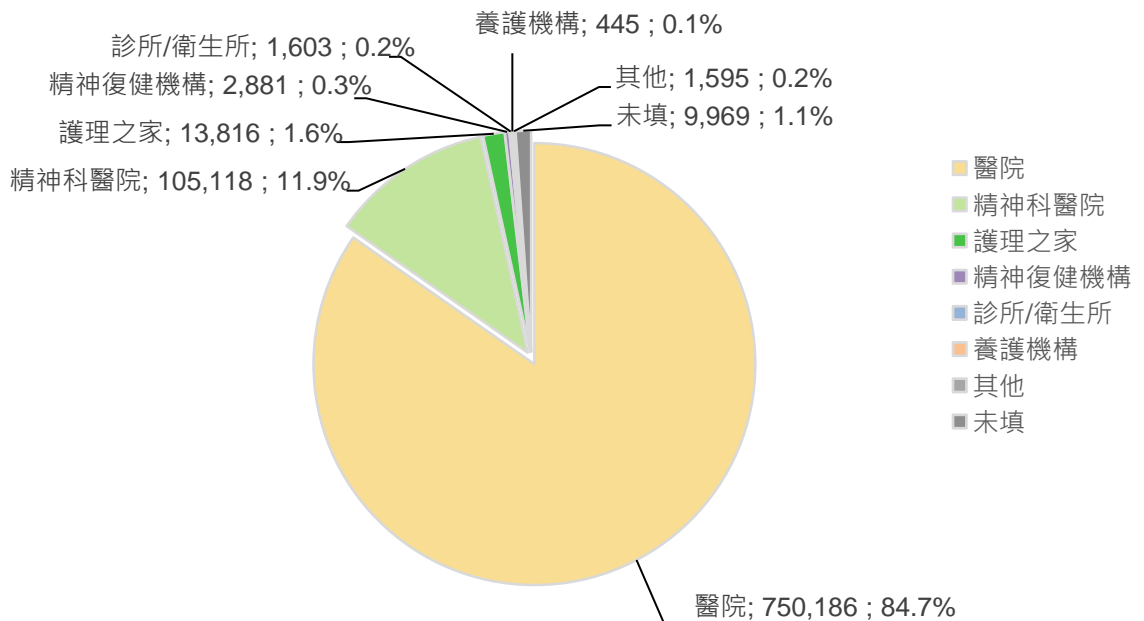


圖 2-0-0-5 2005~2021 年整體事件發生醫事機構統計 (發生日期)

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。



以發生日期計算，近 5 年事件類別分布情形，按發生件數排序前 5 名事件類別，依序為藥物、跌倒、管路、傷害行為及檢查/檢驗/病理切片事件，若以近 3 年事件類別排序來看，統計結果相同。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 年通報事件類別排序 (%係指該類事件佔當年度事件數之比例)

| 2017 年 | | 2018 年 | | 2019 年 | | 2020 年 | | 2021 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 | 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) | 藥物 事件 | 19,738 (28.2) |
| 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) | 跌倒 事件 | 18,688 (26.7) |
| 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) | 管路 事件 | 9,043 (12.9) |
| 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) | 傷害 行為 | 8,101 (11.6) |
| 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) | 檢查 檢驗 | 4,693 (6.7) |
| 治安 事件 | 2,726 (4.0) | 治安 事件 | 3,025 (3.9) | 醫療 照護 | 2,988 (3.6) | 醫療 照護 | 2,745 (3.4) | 醫療 照護 | 2,011 (2.9) |
| 醫療 照護 | 1,990 (2.9) | 醫療 照護 | 2,354 (3.0) | 治安 事件 | 2,770 (3.4) | 治安 事件 | 2,398 (3.0) | 治安 事件 | 1,964 (2.8) |

在受影響對象為病人之相關統計方面，年齡以 19-64 歲佔大多數，達 43.3%，其次為 65 歲以上老人佔 35.6%，0-18 歲則佔 5.6% (圖 2-0-0-6)。性別分布扣除未填及不知道的事件後，男性佔 56.4%，女性佔 43.6%，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 35.7%，有傷患者佔 34.4%，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) 則佔 26.9%。傷害程度在重度以上的案件佔 2.4%，中度傷害案件佔 12.0%，輕度案件佔 20.0% (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」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，重度傷害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 2021 年 7.2%，死亡、極重度及重度傷害案件 2021 年較 2020 年分別減少 20 件、12 件及 65 件 (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 8.4%、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 65.3%，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則呈逐年遞減，藥物事件由 2005 年的 15.9% 降至 2021 年的 1.8%，跌倒事件由 2005 年的 7.0% 降至 2021 年的 4.7%，管路事件由 2005 年的 3.7% 降至 2021 年的 1.1% (圖 2-0-0-11~13)。

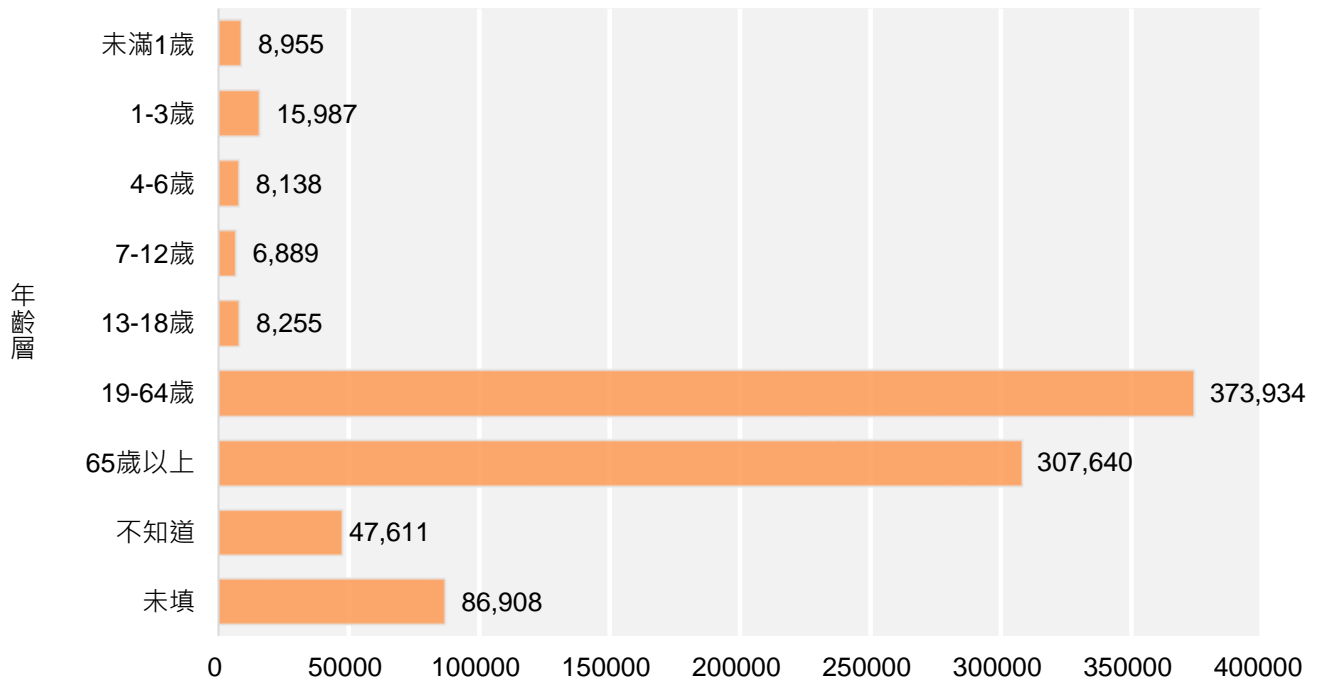


圖 2-0-0-6 2005~2021 年整體事件受影響對象年齡層分布 (發生日期)

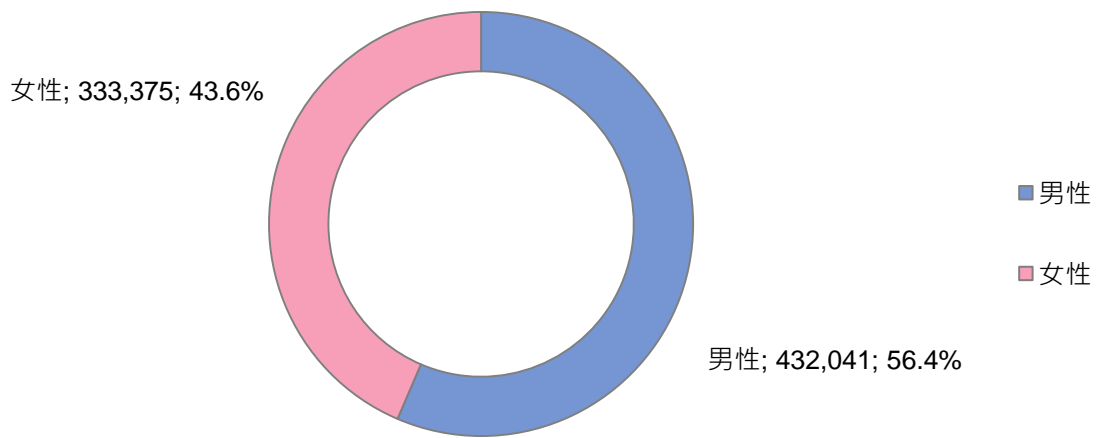


圖 2-0-0-7 2005~2021 年整體事件受影響對象性別分布 (發生日期)

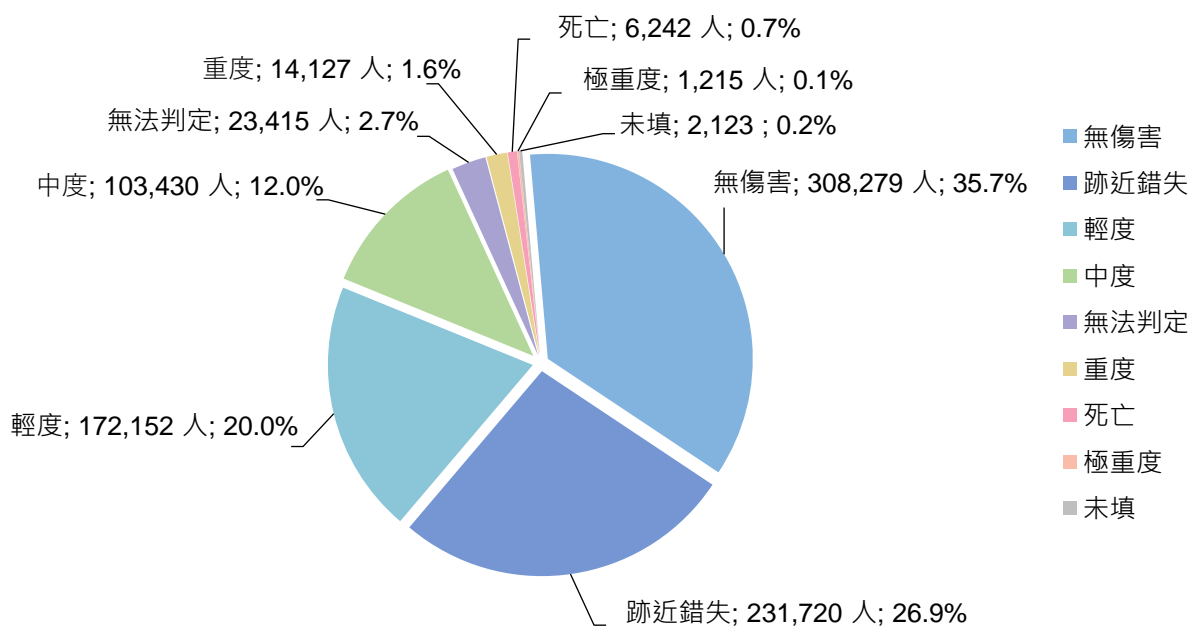


圖 2-0-0-8 2005~2021 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布

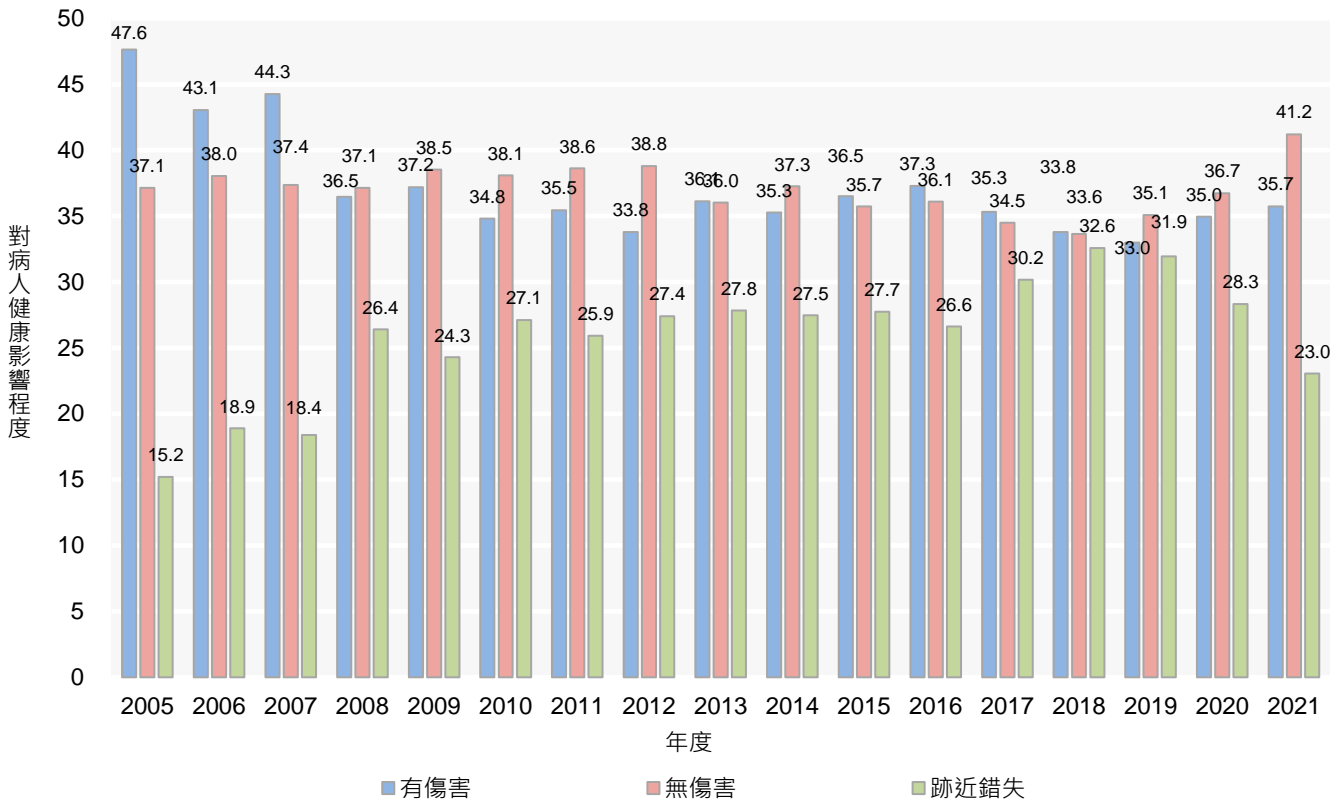


圖 2-0-0-9 2005~2021 年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢
 (有傷害=死亡+極重度+重度+中度+輕度)
 (百分比為該影響程度事件數佔當年度受影響對象為病人/住民事件數總和之比例)

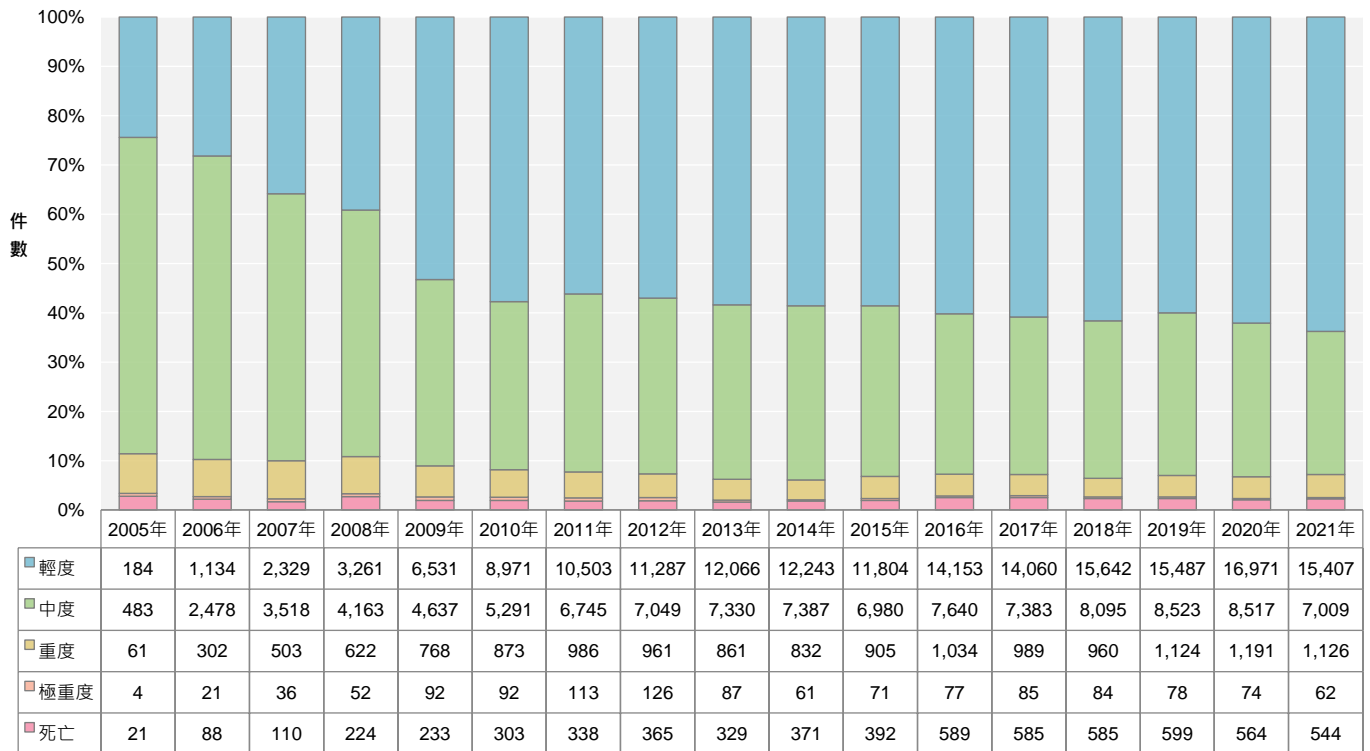


圖 2-0-0-10 2005~2021 年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度

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。

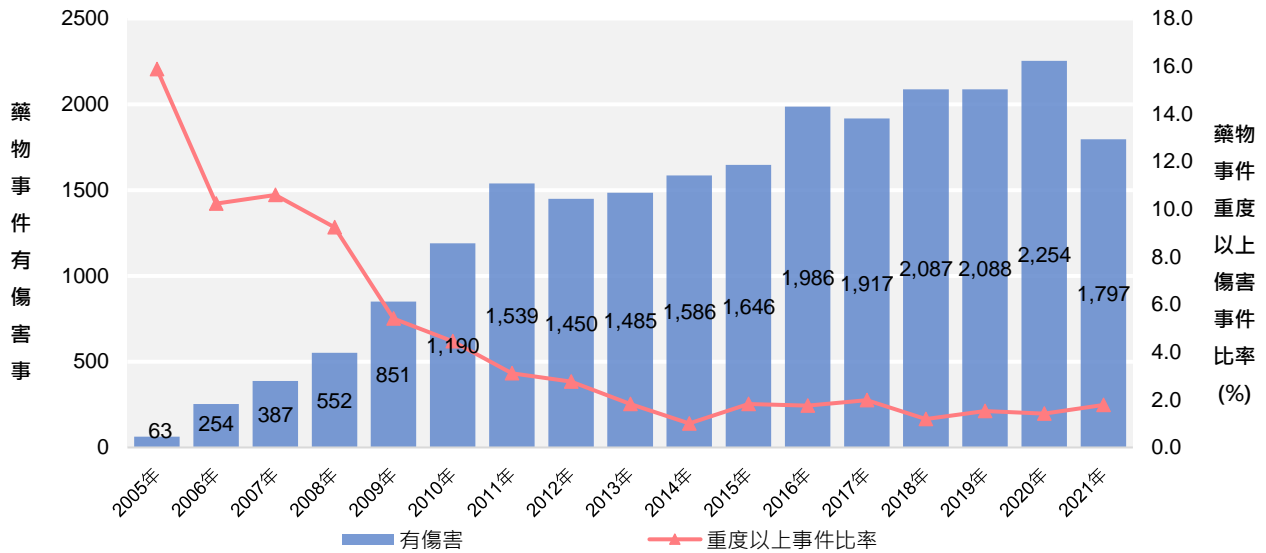


圖 2-0-0-11 2005~2021 年藥物有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢

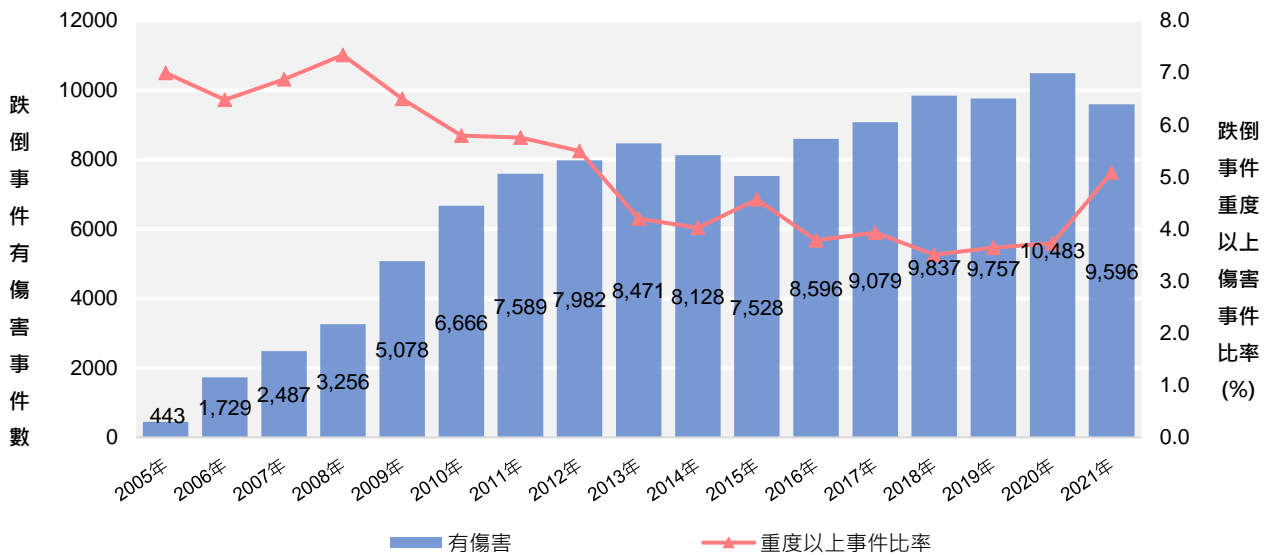


圖 2-0-0-12 2005~2021 年跌倒有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢

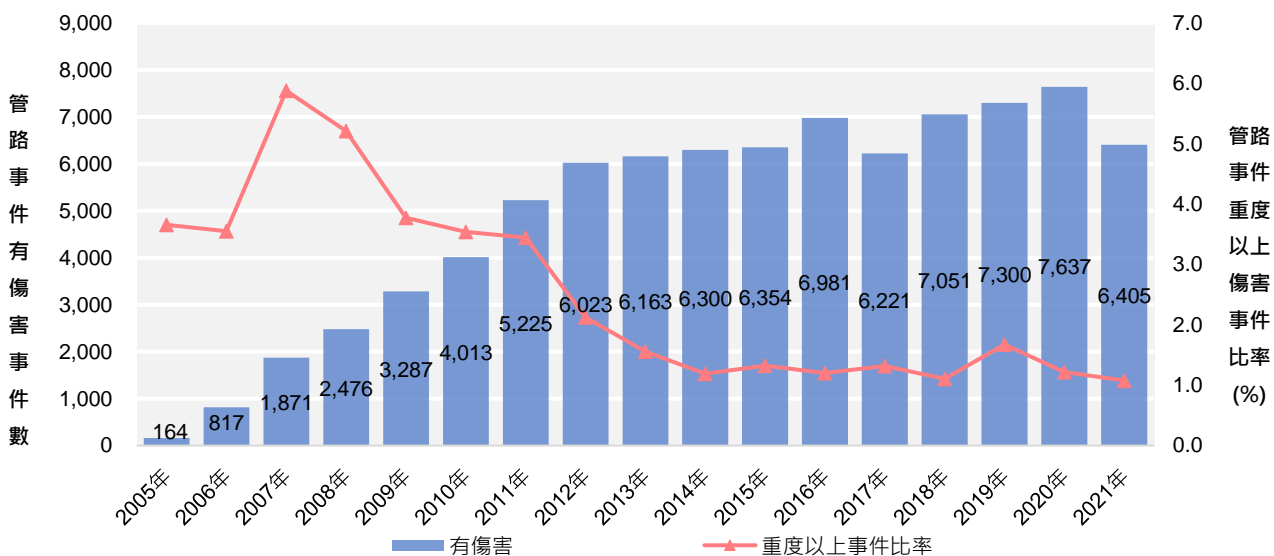


圖 2-0-0-13 2005~2021 年管路有傷害事件與重度以上傷害事件趨勢

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，歷年以護理人員及藥事人員為最多，2021 年護理人員通報 50,294 件，在當年度所有通報事件佔 71.8%；藥事人員通報 9,815 件，在當年度所有通報事件佔 14.0%。從圖 2-0-0-14 可見，行政人員與醫事檢驗人員為除護理人員、藥事人員外主要通報者，然而行政人員在 2017 年有明顯減少；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；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，又回到 1,000 件以下；2021 年通報數由高至低依序為護理人員、藥事人員、醫事檢驗人員、行政人員、放射技術人員、物理職能治療人員、醫師及支援人員。

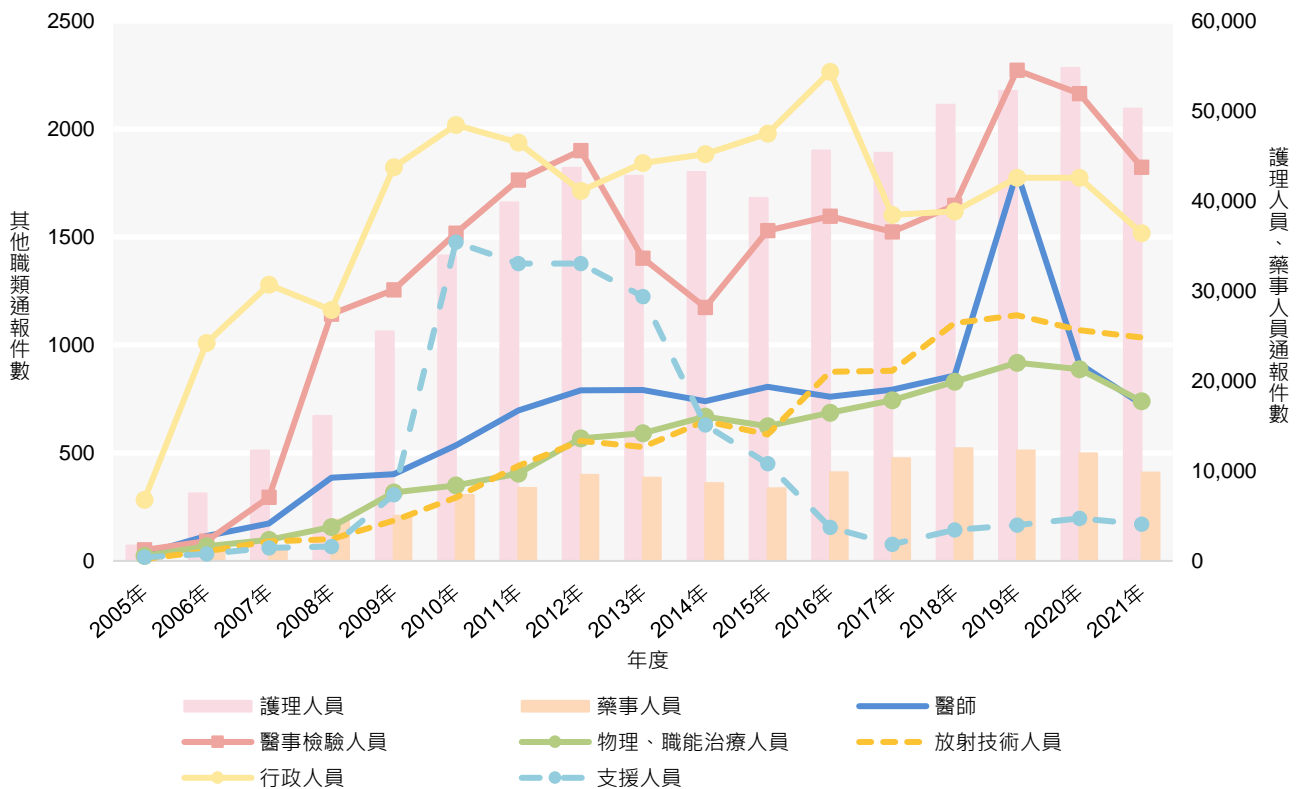


圖 2-0-0-14 2005~2021 年通報人員身份別趨勢

註：此章節之資料係以「發生日期」於 2005 年至 2021 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、2021 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，2021 年之事件為 70,088 件，較 2020 年減少 10,760 件（2020 年發生數為 80,848 件）；而以通報日期計算，2021 年之事件數為 77,440 件，較 2020 年增加 1,676 件（2020 年通報件數為 75,764 件）。以事件發生之醫事機構類型來看，2021 年發生於醫院的事件為最多，佔 79.3%（55,583 件），其次為精神科醫院，佔 19.4%（13,617 件），此兩類機構通報之事件數佔所有事件數之 98.7%（圖 3-1-0-1）。

以發生日期計算通報來源與管道相關統計，依縣市別觀察，2021 年 15,453 家參與機構中，以新北市最多共 2,725 家機構參與；2021 年通報機構共有 419 家，其中以台中市最多，共 68 家機構通報；通報事件數也以台中市最多，共計 12,645 件事件（圖 3-1-0-2）。以事件通報月份進行分析，2021 年通報高峰落在 2 月，單月共 20,608 件；以通報管道分析，通報件數以資料庫匯入最多佔 50.4%，其次為軟體通報佔 40.1%，線上通報佔 11.7% 最少，相較於 2020 年，使用資料庫匯入及軟體通報各增加 1.9 及 1.2 個百分點，而則線上通報減少 0.9 個百分點（圖 3-1-0-3）。

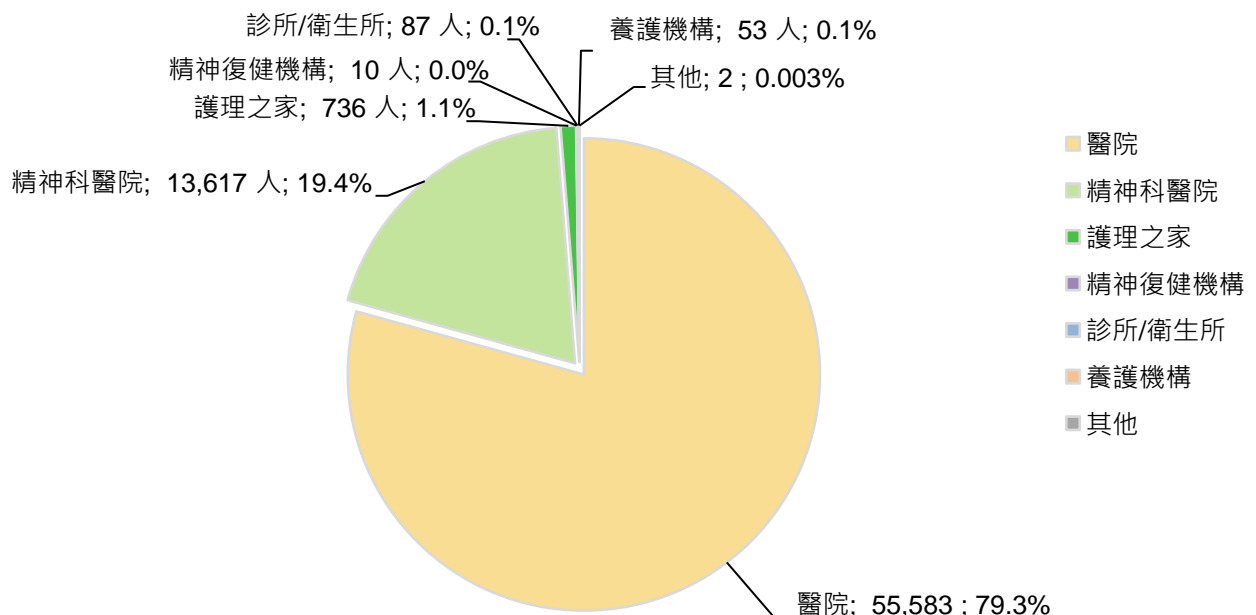


圖 3-1-0-1 各醫事機構類型發生件數分布 (N= 70,088)

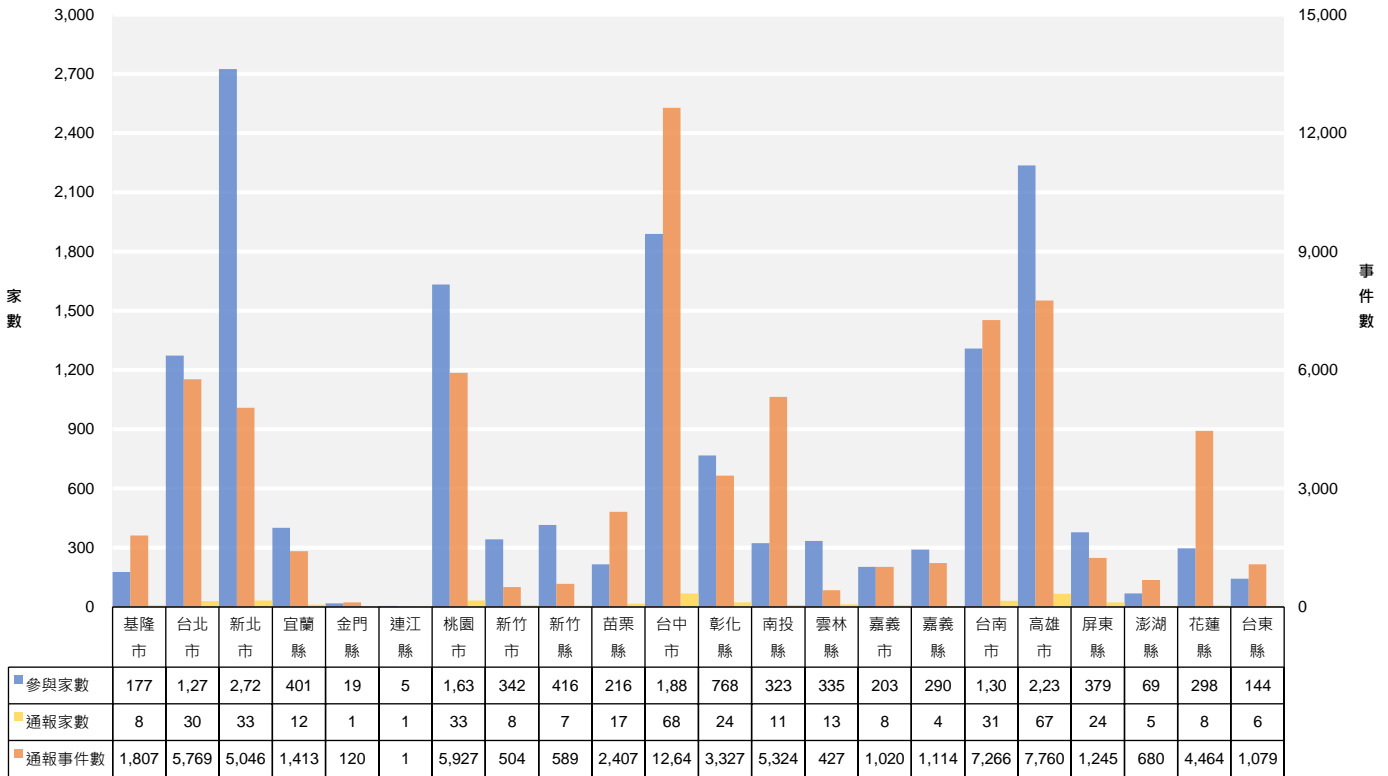


圖 3-1-0-2 所有機構各縣市通報家數/件數分布 (N=69,934)

(資料範圍：發生日期 2021 年，不含個人通報及無法辨識機構來源 154 件)

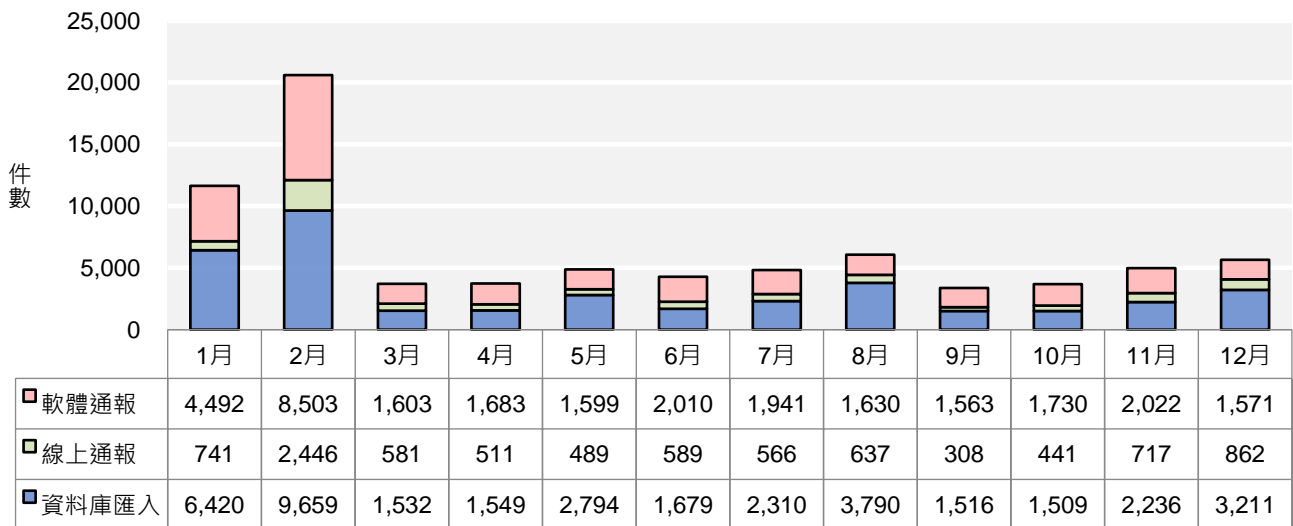


圖 3-1-0-3 機構每月通報方式統計 (N=77,440)

(資料範圍：通報日期 2021 年)

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。



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/病理切片事件等(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 55,583 件，較 2020 年減少 12,620 件，其中以藥物、跌倒及管路事件分居前三位，共佔 72.8%；發生於精神科醫院事件共 13,617 件，較 2020 年增加 1,903 件，其中主要為傷害行為事件(佔 47.2%)，其次為跌倒事件(佔 40.9%)。發生於護理之家病安事件共 736 件，較 2020 年減少 35 件，其中以跌倒事件(佔 70.0%)為最多。精神復健機構及養護機構則分別通報 10 件及 53 件。發生於診所(含衛生所)共 87 件，較 2019 年減少 35 件，其中以跌倒事件(39 件)為最多。

在每月發生事件數部分，2021 年每月平均發生 5,841 件，以 1 月份 7,316 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，6 月最少；跌倒事件 1 月發生最多，2 月最少；管路事件以 1 月最多，6 月最少；傷害行為事件以 1 月最多、11 月最少；檢查/檢驗/病理切片事件以 3 月最多；醫療照護事件以 1 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= 70,088)

| | 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 | 19,106 | 593 | 20 | 1 | 4 | 14 | 0 | 19,738 |
| 跌倒事件 | 12,521 | 5,576 | 515 | 6 | 31 | 39 | 0 | 18,688 |
| 管路事件 | 8,834 | 118 | 76 | 0 | 5 | 10 | 0 | 9,043 |
| 傷害行為 | 1,615 | 6,429 | 51 | 0 | 3 | 3 | 0 | 8,101 |
| 檢查檢驗 | 4,650 | 38 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4,693 |
| 醫療照護 | 1,834 | 137 | 23 | 1 | 4 | 12 | 0 | 2,011 |
| 治安事件 | 1,399 | 544 | 13 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1,964 |
| 手術事件 | 1,678 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 1,678 |
| 其他事件 | 1,546 | 73 | 11 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1,632 |
| 公共意外 | 958 | 63 | 12 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1,037 |
| 不預期心跳停止 | 784 | 46 | 13 | 0 | 1 | 1 | 0 | 845 |
| 輸血事件 | 567 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 567 |
| 麻醉事件 | 91 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 91 |
| 總計 | 55,583 | 13,617 | 736 | 10 | 53 | 87 | 2 | 70,088 |

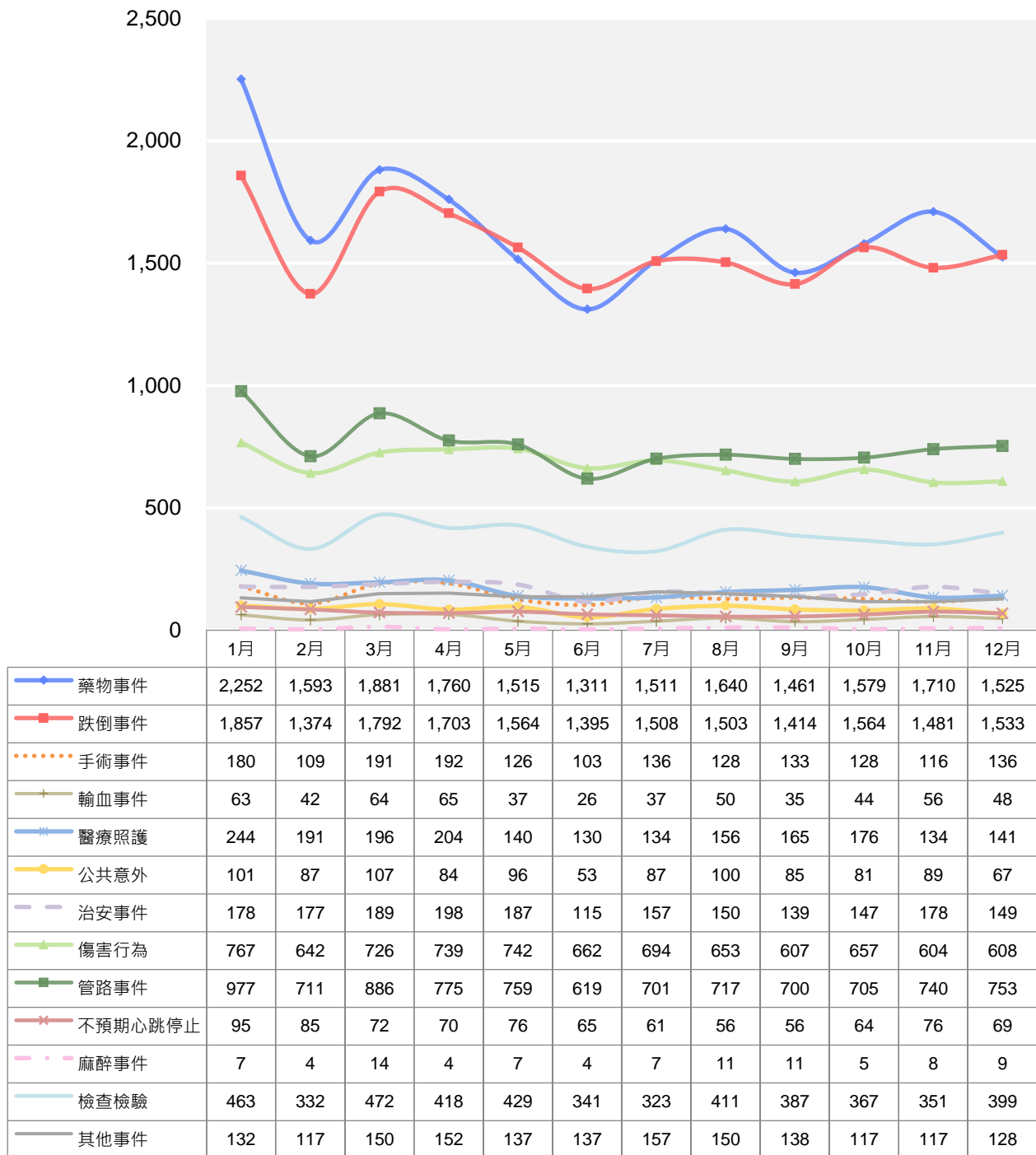


圖 3-2-0-1 所有機構各類事件每月發生件數分布 (N= 70,088)

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。護理之家事件較密集的高峰時段為 14：01～16：00 (如表 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 51.3 件/百件)，其次為特殊醫療照護區 14.6 件/百件及藥局 12.8 件/百件；精神科醫院、護理之家、精神復健機構與養護機構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=69,187, 不含時段未填 901 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 | 2,627 | 396 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3,055 |
| 02:01-04:00 | 2,191 | 446 | 29 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2,670 |
| 04:01-06:00 | 2,385 | 564 | 51 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3,003 |
| 06:01-08:00 | 3,328 | 1,287 | 71 | 1 | 1 | 5 | 0 | 4,693 |
| 08:01-10:00 | 7,552 | 1,631 | 85 | 0 | 10 | 22 | 0 | 9,300 |
| 10:01-12:00 | 8,322 | 1,719 | 78 | 2 | 7 | 27 | 2 | 10,157 |
| 12:01-14:00 | 5,279 | 1,361 | 74 | 0 | 7 | 6 | 0 | 6,727 |
| 14:01-16:00 | 7,205 | 1,636 | 100 | 2 | 11 | 11 | 0 | 8,965 |
| 16:01-18:00 | 5,617 | 1,528 | 74 | 1 | 4 | 8 | 0 | 7,232 |
| 18:01-20:00 | 4,109 | 1,356 | 55 | 2 | 6 | 3 | 0 | 5,531 |
| 20:01-22:00 | 3,620 | 1,186 | 40 | 0 | 2 | 2 | 0 | 4,850 |
| 22:01-00:00 | 2,513 | 444 | 45 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3,004 |
| 總計 | 54,748 | 13,554 | 734 | 10 | 53 | 86 | 2 | 69,187 |

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 | 51.3 | 91.2 | 81.5 | 50.0 | 52.8 | 51.3 |
| 藥局 | 12.8 | 1.6 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 12.8 |
| 急診室 | 7.3 | 0.9 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 7.3 |
| 門診 | 9.9 | 0.5 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 9.9 |
| 公共區域 | 2.2 | 3.3 | 9.9 | 30.0 | 15.1 | 2.2 |
| 檢查檢驗部門 ¹ | 5.1 | 0.2 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 5.1 |
| 特殊醫療照護區 ² | 14.6 | 1.8 | 11.1 | 30.0 | 30.2 | 14.6 |
| 其他 | 1.3 | 0.8 | 0.8 | 0.0 | 0.0 | 1.3 |

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

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。

三、病人/住民相關統計

以發生日期計算，2021 年通報事件影響對象為病人/住民之總發生事件數為 69,008 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 55.9%，女性則為 44.1% (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、管路事件、傷害行為事件及麻醉事件，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)。

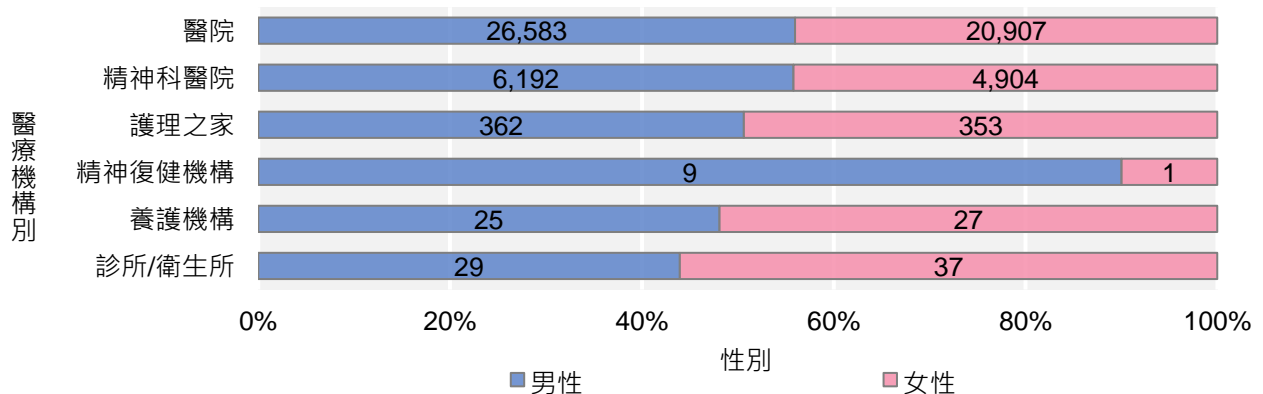


圖 3-3-0-1 各醫事機構類型受影響對象之性別分布
(N=59,431, 不含未填、不知道 9,577 件)

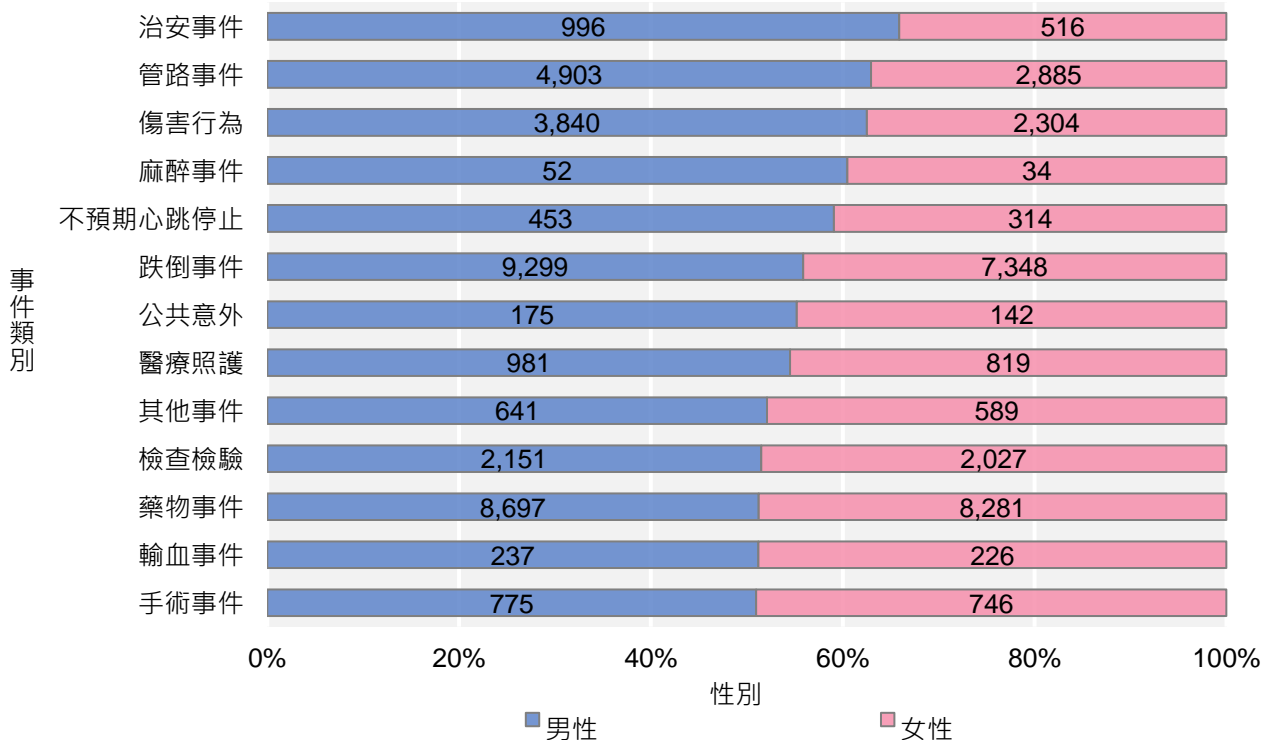


圖 3-3-0-2 各類別通報事件受影響對象之性別分布
(N=59,431, 不含未填、不知道 9,577 件)



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 45.5%，而 65 歲以上之老年人次之，佔所有受影響對象的 36.8%；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，佔 41.9%，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 64.3%；護理之家受影響對象主要為 65 歲以上之老年，佔 72.5% (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，成年人以跌倒、藥物及傷害行為事件為多，65 歲以上者則以發生跌倒、藥物及管路事件為多。

表 3-3-0-1 各醫事機構類型年齡層 (病人 N=69,008)

| | 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 | 475 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 475 |
| 幼兒 | 641 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 642 |
| 學齡前期 | 308 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 314 |
| 學齡期 | 310 | 43 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 354 |
| 青少年 | 464 | 231 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 696 |
| 成年 | 22,466 | 8,728 | 171 | 6 | 5 | 29 | 1 | 31,406 |
| 老年 | 22,844 | 1,941 | 528 | 4 | 43 | 34 | 1 | 25,395 |
| 不知道 | 2,457 | 339 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2,813 |
| 未填 | 4,605 | 2,289 | 12 | 0 | 1 | 6 | 0 | 6,913 |
| 總計 | 54,570 | 13,573 | 728 | 10 | 53 | 72 | 2 | 69,008 |

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 40.4% 為最高，有傷害者次之佔 35.0%，跡近錯失則佔 22.6%。造成病人傷害者以輕度傷害比例最高，佔 22.4% (圖 3-3-0-3)。依醫事機構類型分析，醫院發生事件對健康影響程度以無傷害事件比例佔 35.1% 最多，有傷害則佔 34.6%，跡近錯失比例佔 27.9%。(圖 3-3-0-4)。在精神科醫院方面，健康影響程度以無傷害的比例最高，佔 61.5%，其次則為有傷害事件，佔 35.6% (圖 3-3-0-5)。護理之家發生事件對健康影響程度以有傷害為多，佔 53.3%，其次為無傷害，佔 45.1% (圖 3-3-0-6)。精神復健機構發生事件對健康影響程度以有傷害最多，佔 80.0% (圖 3-3-0-7)。養護機構發生事件對健康影響程度以無傷害事件比例佔 52.8% 最多，其次為有傷害 45.3% (圖 3-3-0-8)。基層診所事件 (含衛生所) 有傷害者佔 51.4%，其中以輕度傷害最多，佔 34.7% (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，醫院的藥物事件有超過七成比例與跡近錯失有關，而精神科醫院、護理之家與精神科復健機構之跡近錯失事件數之比例較低。

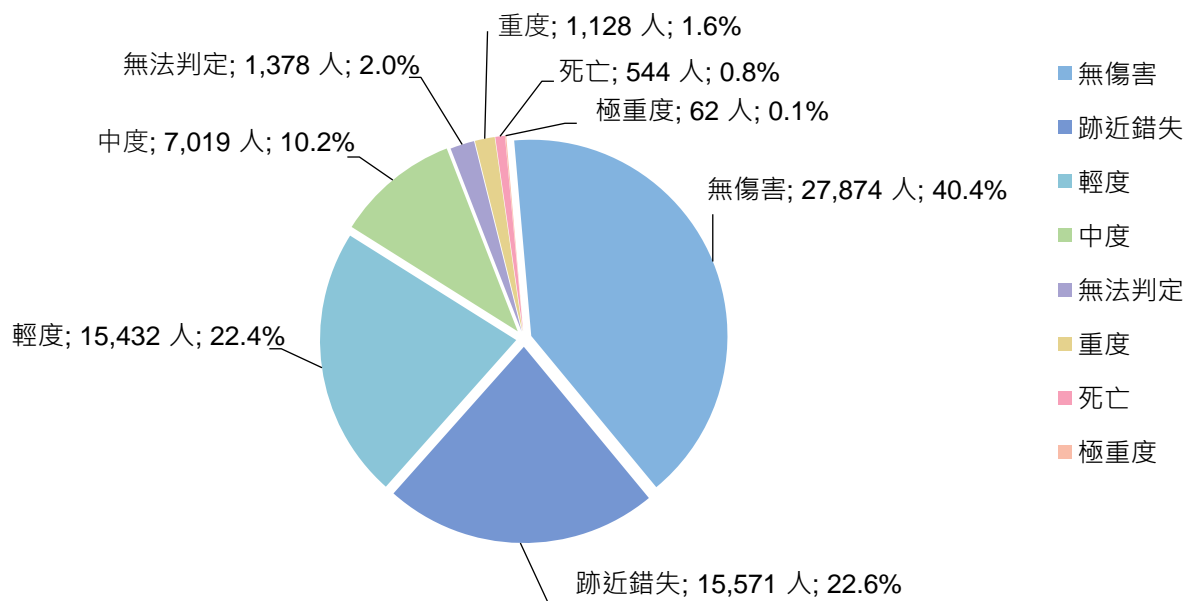


圖 3-3-0-3 所有機構病人/住民的影響程度 (N=69,008)

對病人/住民健康的影響程度

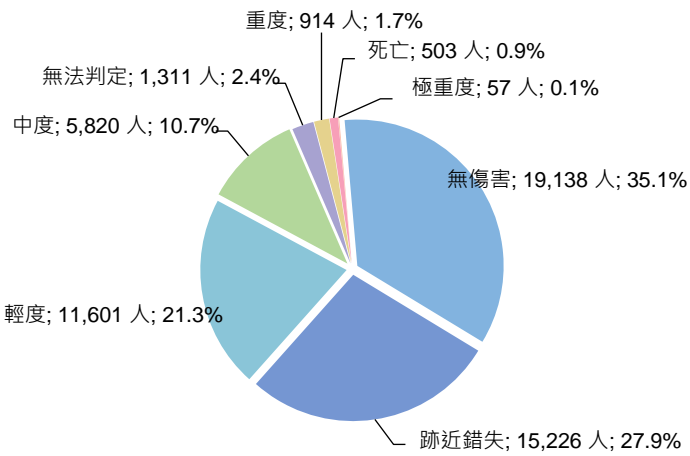


圖 3-3-0-4 醫院 (N=54,570)

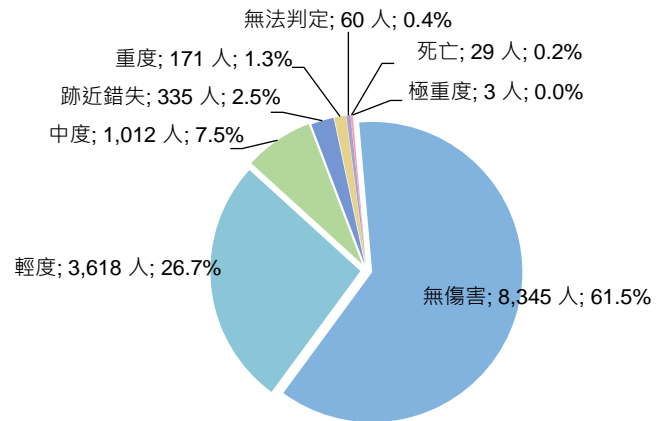


圖 3-3-0-5 精神科醫院 (N=13,573)

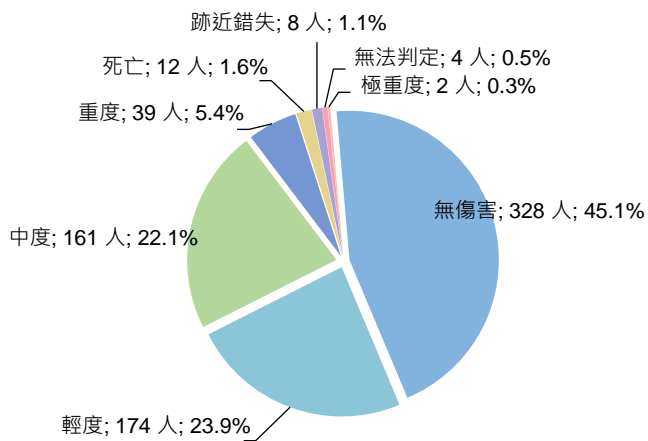


圖 3-3-0-6 護理之家 (N=728)

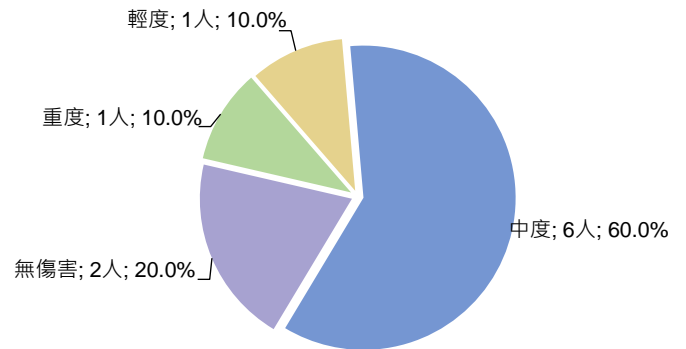


圖 3-3-0-7 精神復健機構 (N=10)

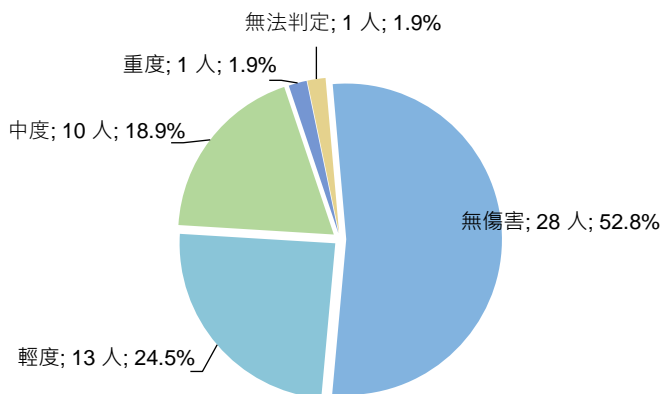


圖 3-3-0-8 養護機構 (N=10)

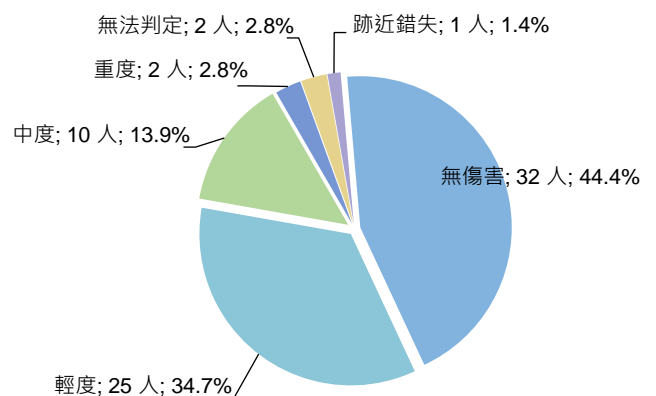


圖 3-3-0-9 診所 (含衛生所) (N=72)

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。



進一步分析可計算的 SAC 級數 (佔整體比例 63.5%)，排除事件發生後嚴重程度為跡近錯失、無法判定嚴重程度、不知道或未填者外，整體而言以 SAC=4 最多，佔 76.0%，其次為 SAC=3，佔 21.2%；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 30.1%及 6.2% (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，以在院內不預期心跳停止事件最高 (佔 46.8%)，跌倒事件次之 (佔 28.2%)，中度及輕度事件以跌倒事件 (佔 40.6%)、管路事件 (佔 28.3%) 比例較高，跡近錯失事件則在藥物事件較高 (佔 82.7%)，其次為檢查/檢驗/病理切片事件 (佔 9.9%) (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占比例較高 (表 4-1-0-2)。精神科醫院部分，重度以上事件以跌倒事件最高，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=69,008 ; 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 | % |
| SAC=1 | 456 | 1.0 | 425 | 1.3 | 20 | 0.2 | 11 | 1.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| SAC=2 | 760 | 1.7 | 636 | 2.0 | 91 | 0.8 | 31 | 5.4 | 1 | 14.3 | 1 | 2.8 | 0 | 0.0 |
| SAC=3 | 9,293 | 21.2 | 7,440 | 23.6 | 1,644 | 14.1 | 199 | 34.6 | 2 | 28.6 | 8 | 22.2 | 8 | 12.7 |
| SAC=4 | 33,325 | 76.0 | 23,026 | 73.0 | 9,934 | 85.0 | 334 | 58.1 | 4 | 57.1 | 27 | 75.0 | 55 | 87.3 |
| 件數 | 43,834 | 63.5 | 31,526 | 57.8 | 11,689 | 86.1 | 575 | 79.0 | 7 | 70.0 | 36 | 67.9 | 63 | 87.5 |
| NA | 20,801 | 30.1 | 19,976 | 36.6 | 667 | 4.9 | 136 | 18.7 | 3 | 30.0 | 17 | 32.1 | 9 | 12.5 |
| INC | 4,301 | 6.2 | 3,067 | 5.6 | 1,217 | 9.0 | 17 | 2.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 總計 | 69,008 | | 54,570 | | 13,573 | | 728 | | 10 | | 53 | | 72 | |

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=69,008 ; 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 | 5 | 0.9 | 1 | 1.6 | 26 | 2.3 | 580 | 8.3 | 1,187 | 7.7 | 4,726 | 17.0 | 12,878 | 82.7 | 335 | 24.3 | 19,738 | 28.6 |
| 跌倒事件 | 6 | 1.1 | 2 | 3.2 | 481 | 42.6 | 3,194 | 45.5 | 5,928 | 38.4 | 8,595 | 30.8 | 0 | 0.0 | 126 | 9.1 | 18,332 | 26.6 |
| 手術事件 | 0 | 0.0 | 2 | 3.2 | 28 | 2.5 | 136 | 1.9 | 287 | 1.9 | 745 | 2.7 | 425 | 2.7 | 55 | 4.0 | 1,678 | 2.4 |
| 輸血事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 0.3 | 29 | 0.4 | 17 | 0.1 | 152 | 0.5 | 333 | 2.1 | 33 | 2.4 | 567 | 0.8 |
| 醫療照護 | 27 | 5.0 | 11 | 17.7 | 153 | 13.6 | 388 | 5.5 | 403 | 2.6 | 789 | 2.8 | 102 | 0.7 | 138 | 10.0 | 2,011 | 2.9 |
| 公共意外 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.2 | 34 | 0.5 | 51 | 0.3 | 476 | 1.7 | 0 | 0.0 | 88 | 6.4 | 651 | 0.9 |
| 治安事件 | 3 | 0.6 | 1 | 1.6 | 9 | 0.8 | 44 | 0.6 | 54 | 0.3 | 1,510 | 5.4 | 0 | 0.0 | 164 | 11.9 | 1,785 | 2.6 |
| 傷害行為 | 5 | 0.9 | 3 | 4.8 | 37 | 3.3 | 469 | 6.7 | 1,840 | 11.9 | 5,704 | 20.5 | 0 | 0.0 | 43 | 3.1 | 8,101 | 11.7 |
| 管路事件 | 4 | 0.7 | 2 | 3.2 | 63 | 5.6 | 1,934 | 27.6 | 4,412 | 28.6 | 2,471 | 8.9 | 108 | 0.7 | 49 | 3.6 | 9,043 | 13.1 |
| 不預期 心跳停止 | 490 | 90.1 | 37 | 59.7 | 284 | 25.2 | 21 | 0.3 | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 | 0.4 | 838 | 1.2 |
| 麻醉事件 | 0 | 0.0 | 2 | 3.2 | 19 | 1.7 | 21 | 0.3 | 37 | 0.2 | 12 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 91 | 0.1 |
| 檢查檢驗 | 3 | 0.6 | 0 | 0.0 | 7 | 0.6 | 106 | 1.5 | 1,114 | 7.2 | 1,665 | 6.0 | 1,544 | 9.9 | 254 | 18.4 | 4,693 | 6.8 |
| 其他事件 | 1 | 0.2 | 1 | 1.6 | 16 | 1.4 | 63 | 0.9 | 102 | 0.7 | 1,028 | 3.7 | 181 | 1.2 | 88 | 6.4 | 1,480 | 2.1 |
| 總計 | 544 | | 62 | | 1,128 | | 7,019 | | 15,432 | | 27,874 | | 15,571 | | 1,378 | | 69,008 | |

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 75.2%，其次為藥事人員及醫事檢驗人員，分別佔 14.7% 以及 2.7% (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 97.2%)，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、傷害行為事件；醫師別身分則以主治醫師最多 (佔 58.3%)，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檢查/檢驗/病理切片、醫療照護、藥物事件。年資方面，以工作 1 至 5 年為最多，佔 34.5%，其次為 6 至 10 年，佔 19.0% (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 52.3%，其次為 6 至 10 年，佔 18.9% (圖 3-4-0-5)。

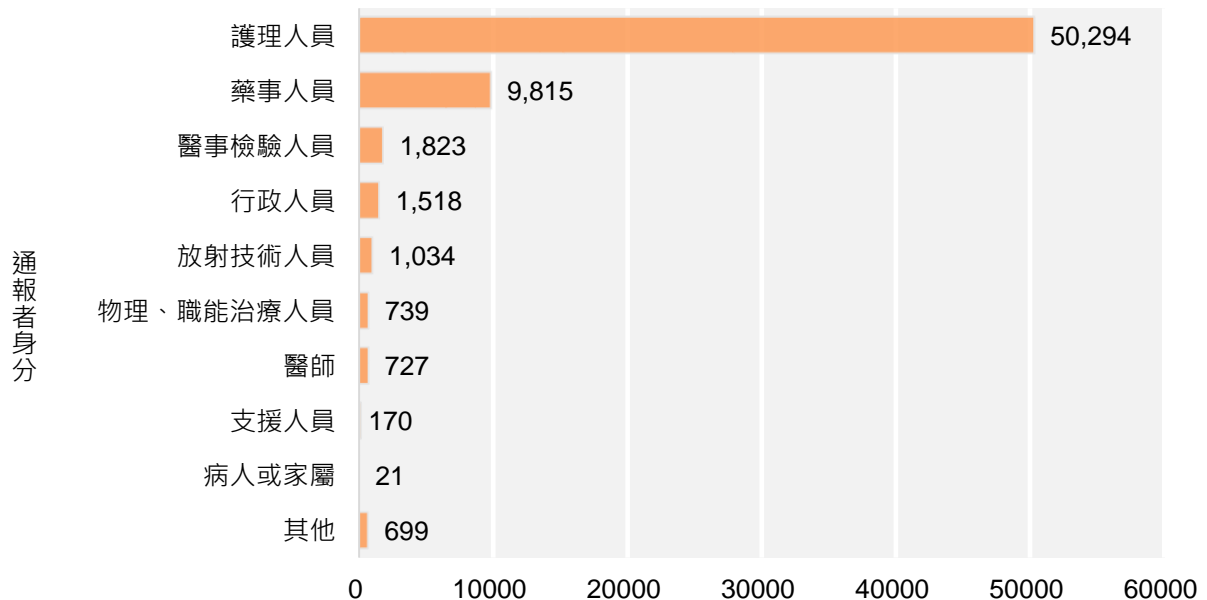


圖 3-4-0-1 所有機構通報者身分分布 (N=66,840，不含未填與不知道者 3,248 件)

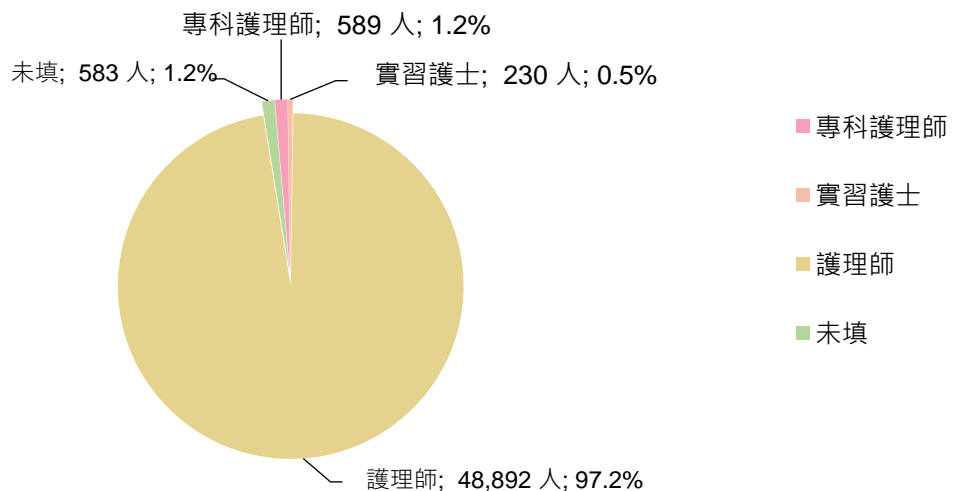


圖 3-4-0-2 通報者為護理人員身分別分布 (N=50,294)

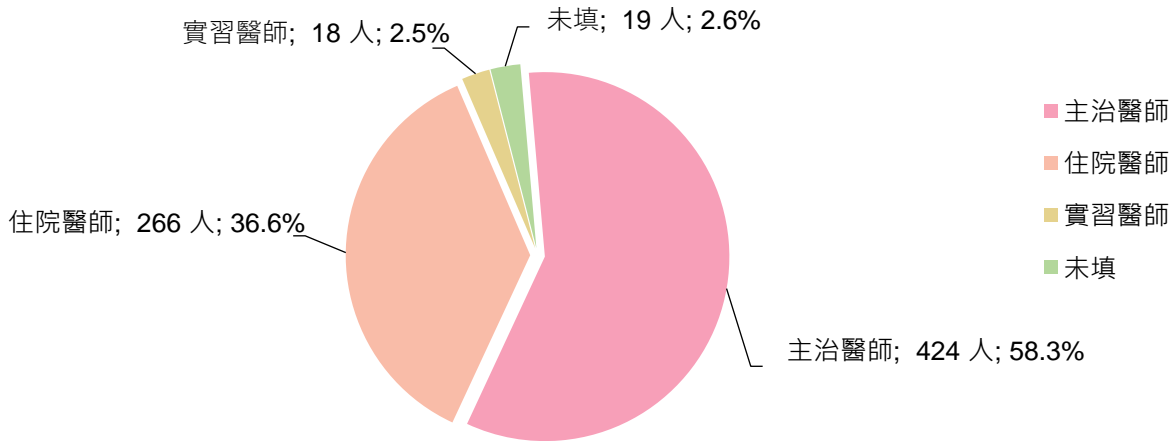


圖 3-4-0-3 通報者為醫師身分別分布 (N=727)

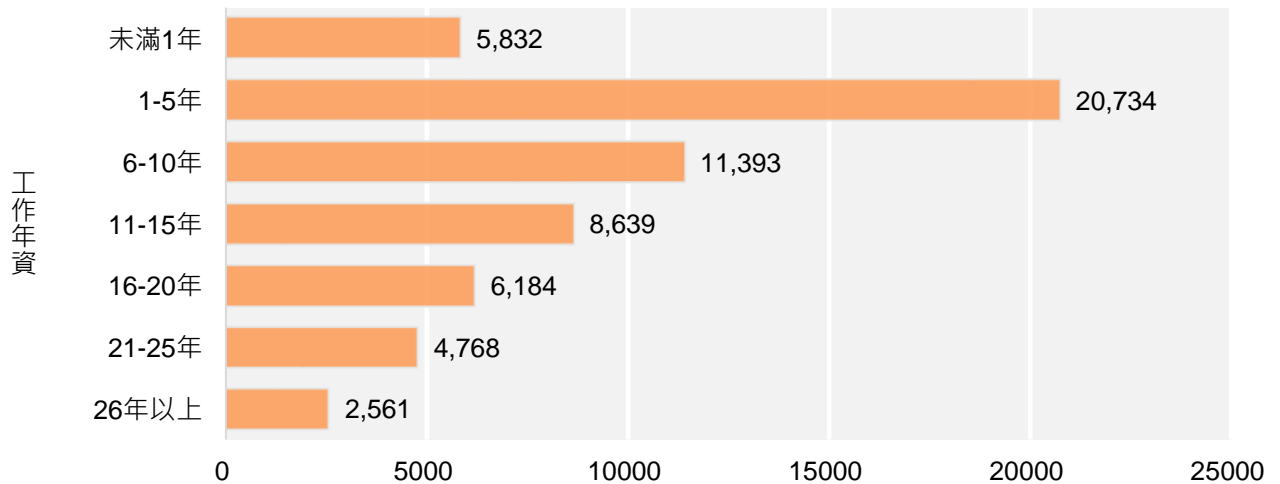


圖 3-4-0-4 所有機構通報者工作年資分布 (N=60,111 · 不含未填 9,977 件)

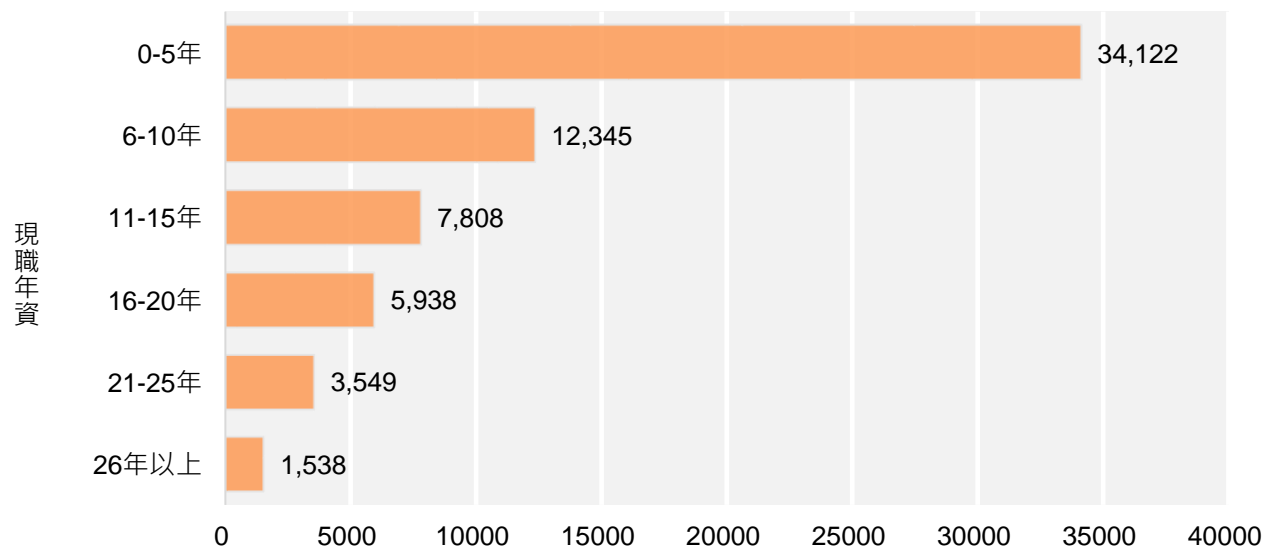


圖 3-4-0-5 所有機構通報者現職機構年資分布 (N= 65,300 · 不含未填 4,788 件)

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、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，檢查/檢驗/病理切片事件(77.1 件/百件)、醫療照護事件(76.7 件/百件)、輸血事件(76.4 件/百件)、手術事件(69.1 件/百件)及藥物事件(64.3 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(94.9 件/百件)、傷害行為事件(93.0 件/百件)、跌倒事件(82.4 件/百件)、管路事件(67.9 件/百件)、治安事件(66.3 件/百件)、麻醉事件(65.9 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(64.8 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。2021 年發生事件分析發生可能原因與「溝通因素」相關之 10,963 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 43.1 件/百件，其次為「醫護團隊間溝通不足」佔 34.2 件/百件。與「團隊與病人或家屬間溝通不良」相關事件中，以「管路事件(67.5 件/百件)」、「治安事件(65.3 件/百件)」、「跌倒事件(60.6 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(95.2 件/百件)」、「檢查/檢驗/病理切片事件(81.3 件/百件)」、「醫療照護(73.1 件/百件)」、「藥物事件(69.3 件/百件)」及「手術事件(63.2 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 2021 年病安事件中與器材設備因素相關的案例有 4,746 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(81.3 件/百件)，而與資訊系統問題占比最高者為輸血事件(61.5 件/百件)。2021 年病安事件死亡案例中與器材設備問題有關者有 7 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警示系統(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=68,370 ; N 為事件數 ; 可能原因為複選 , 不含「基層通報」及「其他事件」)

| 可能原因 | 病人 | 人為 | 系統 | 溝通 | 環境 | 器材 | 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 | 5.0 | 64.3 | 35.4 | 7.6 | 8.3 | 8.9 | 0.3 | - | - | 1.3 | 2.8 | 19,724 |
| 跌倒事件 | 82.4 | 10.4 | 3.2 | 9.1 | 16.6 | 7.1 | 0.3 | 13.7 | - | 2.6 | 1.2 | 18,649 |
| 手術事件 | 12.6 | 69.1 | 48.9 | 29.0 | 1.8 | 10.4 | 0.8 | - | - | 3.9 | 3.4 | 1,678 |
| 輸血事件 | 0.9 | 76.4 | 55.9 | 18.3 | 0.7 | 6.9 | 2.6 | - | - | 0.7 | 3.2 | 567 |
| 醫療照護 | 27.2 | 76.7 | 65.1 | 50.2 | 5.8 | 10.9 | 7.5 | - | - | 1.7 | 0.6 | 1,999 |
| 公共意外 | 4.1 | 16.7 | 4.8 | 4.8 | 26.4 | 64.8 | 5.5 | - | - | 1.7 | 4.0 | 1,034 |
| 治安事件 | 66.3 | 15.0 | 5.1 | 24.2 | 7.6 | 0.5 | 2.0 | - | - | 7.2 | 4.0 | 1,961 |
| 傷害行為 | 93.0 | 1.0 | 0.7 | 20.7 | 0.4 | 0.1 | 0.1 | - | - | 0.2 | 0.4 | 8,098 |
| 管路事件 | 67.9 | 51.1 | 30.1 | 34.7 | 0.9 | 2.1 | 0.2 | - | - | 3.2 | 1.9 | 9,033 |
| 不預期 | 94.9 | 6.5 | 11.3 | 5.9 | 0.6 | 0.9 | 0.6 | - | - | 0.5 | 3.2 | 844 |
| 心跳停止 | 65.9 | 48.4 | 29.7 | 15.4 | 1.1 | 9.9 | 3.3 | 4.4 | 3.3 | 3.3 | 1.1 | 91 |
| 麻醉事件 | 65.9 | 48.4 | 29.7 | 15.4 | 1.1 | 9.9 | 3.3 | 4.4 | 3.3 | 3.3 | 1.1 | 91 |
| 檢查檢驗 | 2.3 | 77.1 | 51.4 | 16.5 | 2.6 | 7.0 | 1.5 | - | - | 0.5 | 3.9 | 4,692 |
| 總計 | 48.4 | 38.9 | 22.6 | 16.0 | 8.1 | 6.9 | 0.7 | 3.7 | 0.0 | 2.0 | 2.1 | 68,370 |

表 3-5-0-2 整體各類事件可能原因與溝通相關統計

(N= 10,963 ; N 為勾選溝通因素事件數 ; 可能原因為複選不含「其他事件」)

| 溝通相關問題 明細 | 照護團隊間 | | | | | 照護團隊與病人間 | | | 病人與家屬/病友 | | 其他溝通因素 | 溝通事件數 |
|--------------|-----------|-------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|--------|--------|
| | 醫護團隊間溝通不足 | 未清楚交班 | 口頭醫囑交代不清楚 | 對縮寫認知不一致 | 書寫潦草/標示不清 | 團隊與病人或家屬間 | 衛教不足或衛教不當 | 未告知病人完整資訊 | 病人與家屬缺乏溝通 | 病友間溝通不良 | | |
| 事件類別 | n | n | n | n | n | n | n | n | n | n | n | N |
| 藥物事件 | 69.3 | 12.0 | 2.7 | 0.7 | 2.2 | 22.1 | 3.1 | 4.4 | - | - | 3.2 | 1,500 |
| 跌倒事件 | 5.0 | - | - | - | - | 60.6 | 51.5 | 4.6 | - | - | 5.4 | 1,692 |
| 手術事件 | 63.2 | - | - | - | 0.4 | 28.4 | 11.7 | 23.0 | 3.3 | - | 3.1 | 486 |
| 輸血事件 | 95.2 | - | - | - | 2.9 | 3.8 | 0.0 | 1.0 | - | - | 0.0 | 104 |
| 醫療照護 | 73.1 | - | - | - | - | 31.5 | 13.9 | 6.1 | 1.6 | - | 0.4 | 1,004 |
| 公共意外 | 56.0 | - | - | - | - | 30.0 | 14.0 | 0.0 | - | - | 8.0 | 50 |
| 治安事件 | 11.4 | - | - | - | - | 65.3 | 23.6 | 5.3 | - | - | 8.4 | 475 |
| 傷害行為 | 1.4 | - | - | - | - | 16.9 | 1.6 | 0.6 | 7.3 | 76.0 | 0.9 | 1,677 |
| 管路事件 | 23.3 | - | - | - | - | 67.5 | 60.3 | 40.8 | 23.1 | - | 2.5 | 3,137 |
| 不預期 | 16.0 | 6.0 | - | - | - | 46.0 | 30.0 | 20.0 | - | - | 2.0 | 50 |
| 心跳停止 | 16.0 | 6.0 | - | - | - | 46.0 | 30.0 | 20.0 | - | - | 2.0 | 50 |
| 麻醉事件 | 57.1 | 14.3 | 14.3 | - | - | 35.7 | 7.1 | 0.0 | - | - | 0.0 | 14 |
| 檢查檢驗 | 81.3 | - | - | - | - | 20.3 | 2.8 | 5.9 | - | - | 1.0 | 774 |
| 總計 | 34.2 | 1.7 | 0.4 | 0.1 | 0.3 | 43.1 | 29.1 | 15.4 | 8.0 | 11.6 | 2.8 | 10,963 |

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 68.7 件/百件，其次依序為加強溝通方式（34.2 件/百件）、改變醫療照護方式（20.0 件/百件）以及改變行政管理（7.5 件/百件）（圖 3-5-0-1），此分布與 2020 年結果相同。

表 3-5-0-3 整體各類事件預防方法統計（N=70,001，不含 87 件基層通報；預防方法為複選）

| 預防方法 | 加強教育訓練 | 改變醫療照護方式 | 改變行政管理 | 加強溝通方式 | 不知道 | 其他 | 事件數 |
|-------------|--------|----------|--------|--------|-------|-------|--------|
| 事件類別 | n | n | n | n | n | n | N |
| 藥物事件 | 12,637 | 6,233 | 1,243 | 5,338 | 759 | 907 | 19,724 |
| 跌倒事件 | 13,876 | 1,832 | 1,171 | 6,668 | 375 | 696 | 18,649 |
| 手術事件 | 1,254 | 518 | 148 | 725 | 85 | 56 | 1,678 |
| 輸血事件 | 415 | 138 | 59 | 142 | 35 | 16 | 567 |
| 醫療照護 | 1,461 | 719 | 239 | 830 | 59 | 71 | 1,999 |
| 公共意外 | 265 | 39 | 656 | 155 | 101 | 45 | 1,034 |
| 治安事件 | 1,333 | 127 | 213 | 794 | 109 | 66 | 1,961 |
| 傷害行為 | 5,170 | 745 | 207 | 3,184 | 409 | 306 | 8,098 |
| 管路事件 | 6,728 | 1,753 | 228 | 4,140 | 251 | 253 | 9,033 |
| 不預期 心跳停止 | 576 | 313 | 47 | 161 | 134 | 29 | 844 |
| 麻醉事件 | 69 | 32 | 8 | 47 | 4 | 6 | 91 |
| 檢查檢驗 | 3,339 | 1,235 | 671 | 1,279 | 212 | 102 | 4,692 |
| 其他事件 | 1,002 | 308 | 330 | 498 | 79 | 118 | 1,631 |
| 總計 | 48,125 | 13,992 | 5,220 | 23,961 | 2,612 | 2,671 | 70,001 |

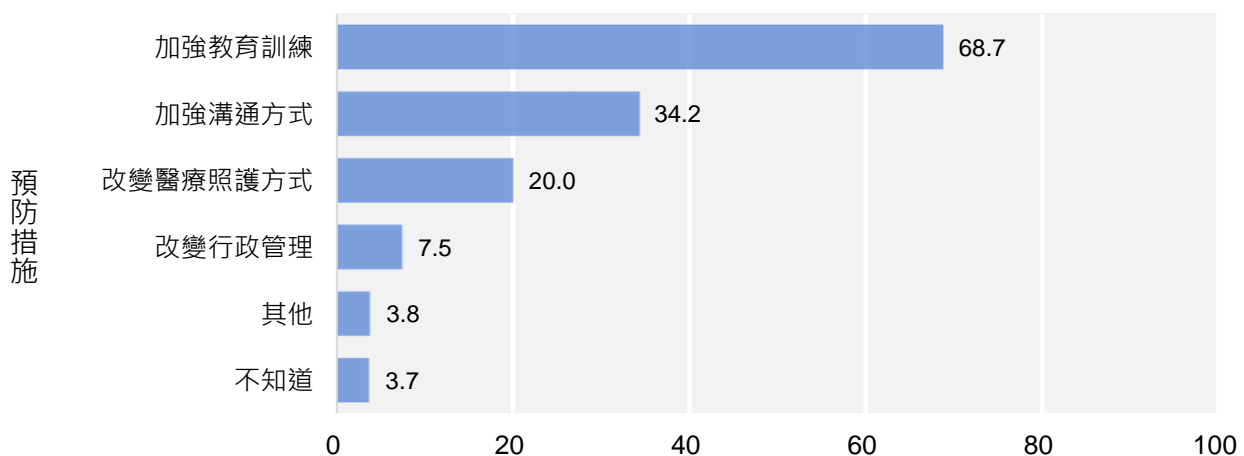


圖 3-5-0-1 預防事件再發生的措施或方法

（N=70,001，不含 87 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 23,961 件事件中，以改變與病人溝通模式比例最高，相對次數百分比為 58.8 件/百件，其次依序為增加醫療人員間溝通 (46.2 件/百件)、改變行政上溝通系統 (5.0 件/百件) 及其他加強溝通方式 (3.8 件/百件)。其中改變與病人溝通模式以傷害行為事件、跌倒事件、治安事件、管路事件比例較高，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；而對於輸血事件、藥物事件、麻醉事件、手術事件、檢查/檢驗/病理切片事件、醫療照護事件、院內不預期心跳停止及公共意外事件，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 (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=23,961；N 為加強溝通事件數；預防方法為複選)

| 加強溝通方式 明細項目 | 增加醫療人員間 溝通 | | 改變行政上溝通 系統 | | 改變與病人溝通 模式 | | 其他加強溝通 方式 | | 加強溝通各 類事件數 |
|------------------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|--------------|--------|---------------|
| 事 件 類 別 | n | (件/百件) | n | (件/百件) | n | (件/百件) | n | (件/百件) | N |
| 藥 物 事 件 | 4,900 | (91.8) | 186 | (3.5) | 459 | (8.6) | 61 | (1.1) | 5,338 |
| 跌 倒 事 件 | 1,085 | (16.3) | 216 | (3.2) | 5,942 | (89.1) | 360 | (5.4) | 6,668 |
| 手 術 事 件 | 635 | (87.6) | 49 | (6.8) | 186 | (25.7) | 14 | (1.9) | 725 |
| 輸 血 事 件 | 135 | (95.1) | 15 | (10.6) | 4 | (2.8) | 2 | (1.4) | 142 |
| 醫 療 照 護 | 665 | (80.1) | 98 | (11.8) | 193 | (23.3) | 24 | (2.9) | 830 |
| 公 共 意 外 | 67 | (43.2) | 58 | (37.4) | 36 | (23.2) | 12 | (7.7) | 155 |
| 治 安 事 件 | 186 | (23.4) | 54 | (6.8) | 642 | (80.9) | 68 | (8.6) | 794 |
| 傷 害 行 為 | 375 | (11.8) | 182 | (5.7) | 3,034 | (95.3) | 47 | (1.5) | 3,184 |
| 管 路 事 件 | 1,428 | (34.5) | 65 | (1.6) | 3,222 | (77.8) | 259 | (6.3) | 4,140 |
| 不 預 期 心 跳 停 止 | 89 | (55.3) | 7 | (4.3) | 101 | (62.7) | 10 | (6.2) | 161 |
| 麻 醉 事 件 | 43 | (91.5) | 2 | (4.3) | 27 | (57.4) | 0 | (0.0) | 47 |
| 檢 查 檢 驗 | 1,112 | (86.9) | 168 | (13.1) | 148 | (11.6) | 21 | (1.6) | 1,279 |
| 其 他 事 件 | 354 | (71.1) | 107 | (21.5) | 96 | (19.3) | 23 | (4.6) | 498 |
| 總 計 | 11,074 | (46.2) | 1,207 | (5.0) | 14,090 | (58.8) | 901 | (3.8) | 23,961 |

註 1：此章節之資料係以「發生日期」於 2021 年間，且「通報日期」介於 2021 年~2022 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

2021 年發生於醫院的通報事件計 55,583 件，其中以藥物事件 19,106 件 (34.4%)、跌倒事件 12,521 件 (22.5%)、管路事件 8,834 件 (15.9%) 分佔前三名，三者共佔所有事件類別的 72.8%，如圖 4-1-0-1。

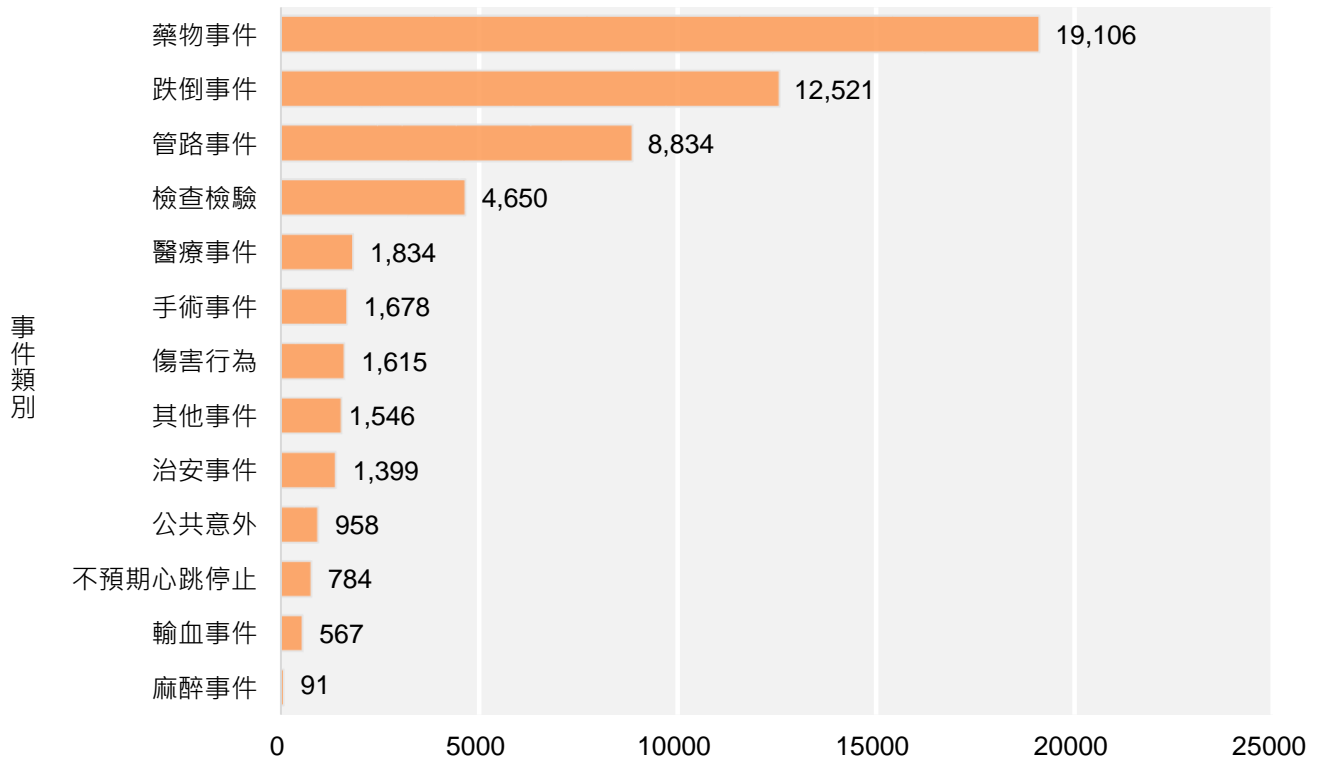


圖 4-1-0-1 醫院通報各類事件數 (N=55,583)

2021 年醫院通報事件相較於 2020 年減少 12,620 件 (下降 18.5%)，其中事件量相較，以藥物事件減少 5,740 件最多、其次是跌倒事件減少 2,176 件。

2021 年藥物事件比去年事件數 (24,846 件) 下降 23.1%；發生地點以藥局為主 (36.9 件/百件)，其次是一般病房 (32.0 件/百件) 較多；發生階段以醫囑開立與輸入 (52.9 件/百件) 為最多，其次為給藥階段 (27.3 件/百件)、藥局調劑階段 (16.1 件/百件)。從「醫囑開立與輸入階段」細項來看，以劑量錯誤、數量錯誤與重複用藥 (各 19.5 件/百件) 為最多；在「給藥錯誤階段」細項中，以劑量錯誤 (20.9 件/百件) 為最多；藥局調劑錯誤階段細項中，則以藥名錯誤 (48.0 件/百件) 最多。



2021 年跌倒事件比去年事件數 (14,697 件) 下降 14.8% ; 發生地點以一般病房為最高 , 病人性別及年齡層分別以男性 (54.4%) 、 65 歲以上 (47.4%) 件數最多。跌倒事件發生時正在進行的活動前三名分別為「行進時」、「上下床移位時」、「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 , 因步態不穩和身體虛弱而導致跌倒事件發生 (佔極重度以上事件 50%) 。此外 , 分析近兩年事件發生時床欄使用情形稍有不同 , 2021 年「病床無床欄」的病人其有傷害事件數佔 54.5% 為最高 (2020 事件發生時床欄使用情形 , 「未拉上」的病人其有傷害事件數佔 56.7% 為最高。)

2021 年管路事件比去年事件數 (10,783 件) 下降 18.1% ; 管路事件發生在臥床休息時約 66.6% , 發生頻率最高的時段在 14:01-16:00 , 事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 71.2% 。單一管路種類造成病人有傷患者 , 最高是 T 型引流管 (100%) 、其次是氣管內管口管 (97.1%) 、氣管內管鼻管 (93.3%) 、氣切套管 (93.2%) 、血液透析相關管路 (91.6%) 。單一管路事件中有 4 件造成病人死亡 , 其中氣管內管口管 2 件、氣切套管 1 件、鼻胃管 1 件。

2021 年檢查/檢驗/病理切片事件比去年事件數 (5,463 件) 下降 14.9% ; 事件之錯誤發生階段以「採檢/送檢階段」居多佔 59.6 件/百件 , 其次為「檢體分析/檢查執行階段」佔 18.4 件/百件及「檢查單位報告階段」佔 17.3 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 (19.7 件/百件) 、檢體保存方式錯誤/檢體污染 (15.9 件/百件) 及標籤錯誤 (11.6 件/百件) , 而「檢體分析/檢查執行階段」明細則為：病人錯誤 (26.4 件/百件) 、檢體遺失或損毀 (16.8 件/百件) 及操作程序錯誤 (12.8 件/百件) 。

2021 年醫療照護事件比去年事件數 (2,533 件) 下降 27.6% ; 醫療照護事件發生後對病人的影響 , 「有傷害」比例為 46.2% 、 「無傷害」比例為 40.9% 。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 (96.1 件/百件) 、異物哽塞 (90.2 件/百件) 、技術不當 (71.9 件/百件) 。

2021 年手術事件比去年事件數 (2,105 件) 下降 20.3% ; 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 69.7% 的事件未對病人健康造成影響 (無傷害 44.4% , 跡近錯失 25.3%) , 有傷患者共 453 件 (27.0%) 。錯誤類型以「術前準備程序不完善」 (53.8 件/百件) 居多 , 而「其他」 34.6 件/百件中有 14.9% 皮膚完整性受損 (如：移



除膠布造成皮膚破損、麻醉結束後拔管造成皮膚損傷、布單夾夾傷、使用溫熱水袋不慎造成皮膚起水泡等)、9.7%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)、5.7%器械、縫針、紗布、棉花計數不全等。

2021 年輸血事件比去年事件數(593 件)下降 4.4%;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 2021 年下降,有 58.7%事件屬於未發生於病人身上的跡近錯失(2020 年跡近錯失為 67.6%)。事件發生階段以「備血(含驗血)階段」最多(51.9 件/百件),其次依序為「輸血階段」(27.3 件/百件)、「領血/傳送階段」(26.6 件/百件)及「醫囑開立/輸入階段」(9.9 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)、檢驗單與檢體不一致...等。

2021 年麻醉事件比去年事件數(102 件)下降 10.8%;麻醉事方式以「全身麻醉」76 件最多、其次是區域麻醉 12 件。事件發生類型,以「插管相關」最多(47.3 件/百件)、「脊椎麻醉事件、鎮靜事件及手術中不適當之通氣/給氧」次之(均為 7.7 件/百件),而鎮靜事件由 2020 年 5.9 件/百件上升至 2021 年 7.7 件/百件、脊椎麻醉事件由 2020 年 2.9 件/百件上升至 2021 年 7.7 件/百件,同為事件類型中排序第二。

2021 年其他事件比去年事件數(1,484 件)上升 4.2%;將其他事件發生敘述內容以病歷管理 560 件(36.2 件/百件)最多,其次為感控相關 408 件(26.4 件/百件)、病人辨識相關 363 件(23.5 件/百件)。「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的傷害程度,無傷害及跡近錯失共佔 83.6%,有傷害事件佔 10.3%,無法判定則佔 6.1%。

2021 年醫院事件發生時段高峰分佈於兩個高峰,分別為 08:01~12:00 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 08:01~12:00 及 14:01~16:00 區間,如圖 4-1-0-2。事件發生地點以一般病房 51.3 件/百件最多,其次為特殊醫療照護區 14.6 件/百件、藥局 12.8 件/百件,如圖 4-1-0-3。

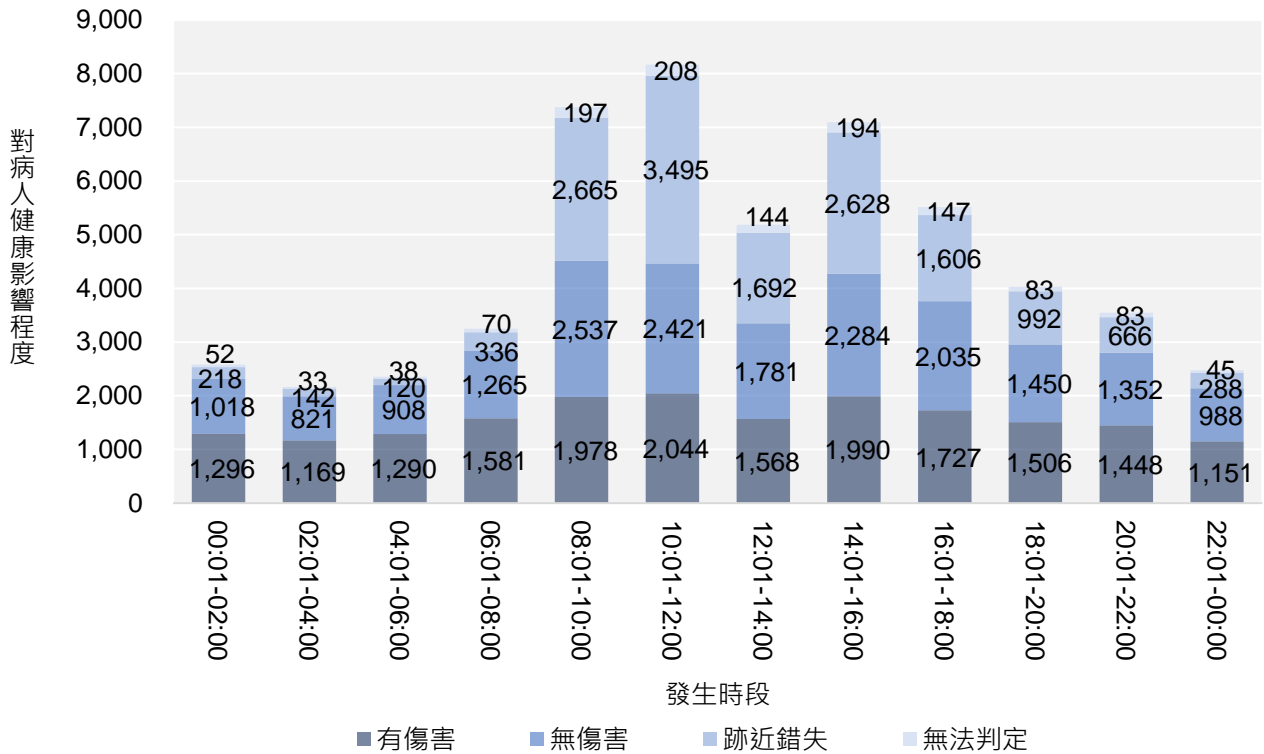


圖 4-1-0-2 醫院事件發生時段與病人健康影響程度分析 (N=53,750, 不含未填 820)

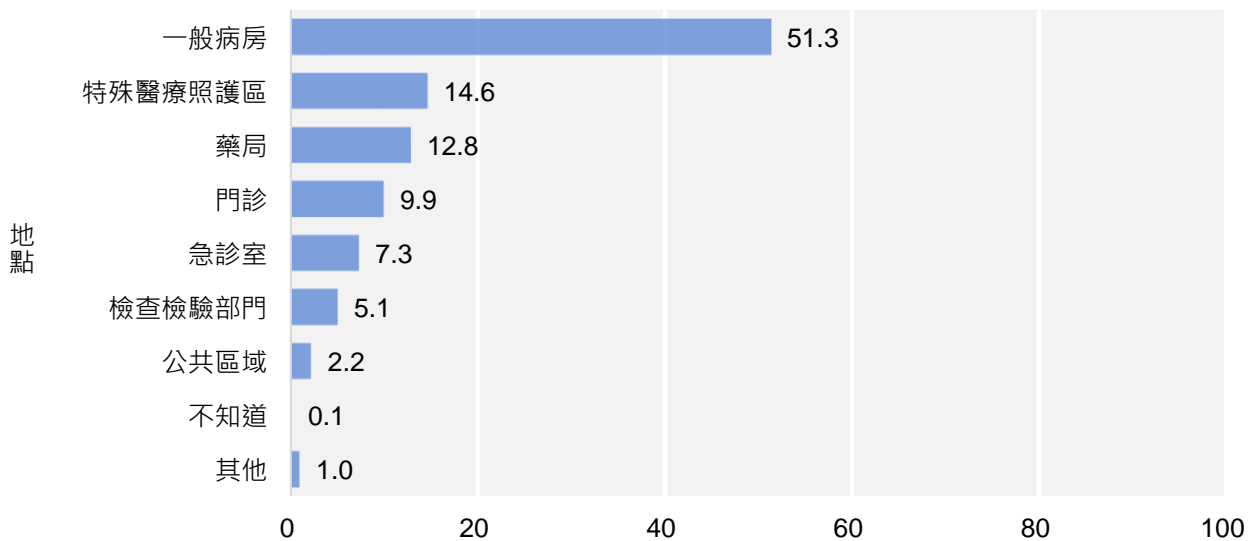


圖 4-1-0-3 醫院發生地點相對次數百分比 (N=55,583, 本項為複選)

事件發生後受影響對象為病人者計 54,570 件，性別統計中，男性共 26,583 件 (48.7%)；女性共 20,907 件 (38.3%)；未填及不知道者共 7,080 件 (13.0%)，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 (22,844 件，41.9%)，成年 (22,466 件，41.2%) 次之，如表 4-1-0-1。事件發生後對病人健康的影響程度以無傷害居多 19,138 (35.1%) 及跡近錯失 15,226 (27.9%)，共佔 63.0%，其次為輕度 11,601 (21.3%)、中度傷害 5,820 (10.7%)，如圖 4-1-0-4。

分析各類事件發生後對病人健康影響程度，死亡及極重度傷害比例最高者為院內不預期心跳停止事件（分別佔 90.5%、63.2%）；而重度傷害比例最高者為跌倒事件（37.5%）；中度傷害比例較高的為跌倒事件（41.8%）與管路事件（32.8%）；輕度傷害比例較高者為管路事件（37.2%）及跌倒事件（32.5%）；無傷害比例較高者為跌倒事件（28.8%）及藥物事件（23.5%），而造成跡近錯失比例較高者，分別為藥物事件（82.4%）及檢查/檢驗/病理切片事件（10.1%），如表 4-1-0-2。

表 4-1-0-1 病人之年齡層與性別 (N=54,570)

| 性別 | 男性 | | 女性 | | 不知道 | | 未填 | | 小計 | |
|------|--------|------|--------|------|-------|------|-------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| 嬰兒 | 244 | 0.9 | 201 | 1.0 | 19 | 0.9 | 11 | 0.2 | 475 | 0.9 |
| 幼兒 | 325 | 1.2 | 229 | 1.1 | 16 | 0.8 | 71 | 1.4 | 641 | 1.2 |
| 學齡前期 | 172 | 0.6 | 113 | 0.5 | 16 | 0.8 | 7 | 0.1 | 308 | 0.6 |
| 學齡期 | 178 | 0.7 | 113 | 0.5 | 14 | 0.7 | 5 | 0.1 | 310 | 0.6 |
| 青少年 | 197 | 0.7 | 215 | 1.0 | 29 | 1.4 | 23 | 0.5 | 464 | 0.9 |
| 成年 | 11,988 | 45.1 | 8,537 | 40.8 | 780 | 38.4 | 1,161 | 23.0 | 22,466 | 41.2 |
| 老年 | 11,084 | 41.7 | 9,429 | 45.1 | 747 | 36.8 | 1,584 | 31.4 | 22,844 | 41.9 |
| 不知道 | 775 | 2.9 | 611 | 2.9 | 374 | 18.4 | 697 | 13.8 | 2,457 | 4.5 |
| 未填 | 1,620 | 6.1 | 1,459 | 7.0 | 35 | 1.7 | 1,491 | 29.5 | 4,605 | 8.4 |
| 總計 | 26,583 | | 20,907 | | 2,030 | | 5,050 | | 54,570 | |

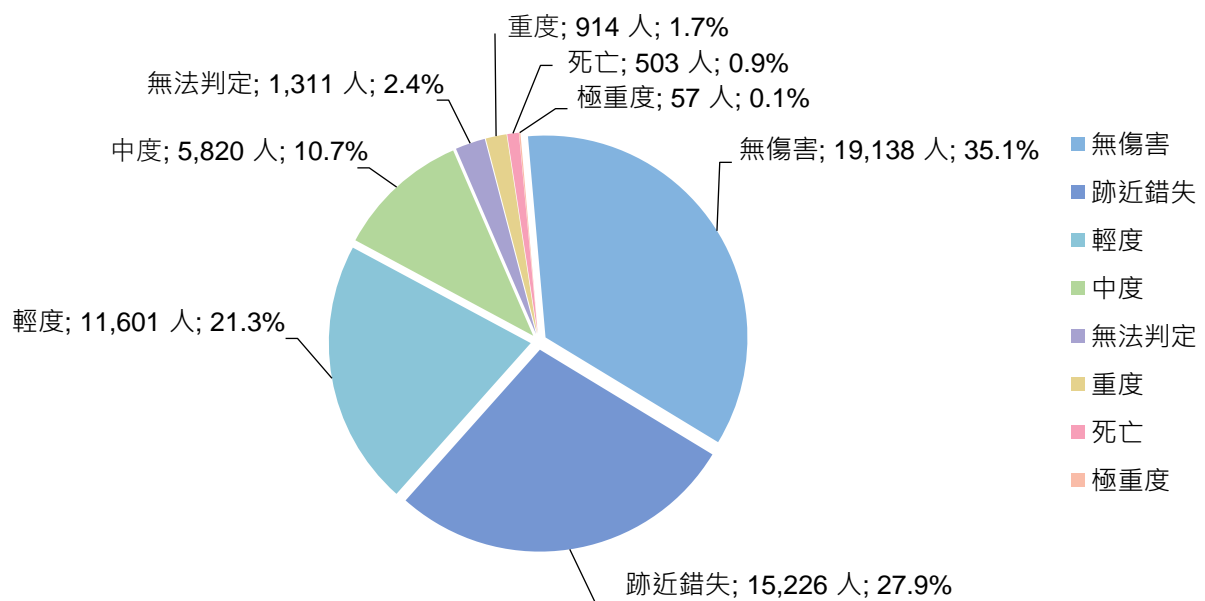


圖 4-1-0-4 醫院事件發生後對病人健康的影響程度 (N=54,570)



表 4-1-0-2 各類事件發生後對病人健康影響程度 (N=54,570)

| 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 | 5 | 1.0 | 1 | 1.8 | 26 | 2.8 | 550 | 9.5 | 1,153 | 9.9 | 4,506 | 23.5 | 12,544 | 82.4 | 321 | 24.5 | 19,106 | 35.0 |
| 跌倒事件 | 6 | 1.2 | 2 | 3.5 | 343 | 37.5 | 2,435 | 41.8 | 3,769 | 32.5 | 5,521 | 28.8 | 0 | 0.0 | 111 | 8.5 | 12,187 | 22.3 |
| 手術事件 | 0 | 0.0 | 2 | 3.5 | 28 | 3.1 | 136 | 2.3 | 287 | 2.5 | 745 | 3.9 | 425 | 2.8 | 55 | 4.2 | 1,678 | 3.1 |
| 輸血事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 0.3 | 29 | 0.5 | 17 | 0.1 | 152 | 0.8 | 333 | 2.2 | 33 | 2.5 | 567 | 1.0 |
| 醫療照護 | 23 | 4.6 | 8 | 14.0 | 126 | 13.8 | 330 | 5.7 | 360 | 3.1 | 751 | 3.9 | 101 | 0.7 | 135 | 10.3 | 1,834 | 3.4 |
| 公共意外 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.2 | 32 | 0.5 | 45 | 0.4 | 435 | 2.3 | 0 | 0.0 | 83 | 6.3 | 597 | 1.1 |
| 治安事件 | 3 | 0.6 | 1 | 1.8 | 8 | 0.9 | 32 | 0.5 | 43 | 0.4 | 992 | 5.2 | 0 | 0.0 | 154 | 11.7 | 1,233 | 2.3 |
| 傷害行為 | 3 | 0.6 | 3 | 5.3 | 18 | 2.0 | 180 | 3.1 | 383 | 3.3 | 998 | 5.2 | 0 | 0.0 | 30 | 2.3 | 1,615 | 3.0 |
| 管路事件 | 4 | 0.8 | 1 | 1.8 | 59 | 6.5 | 1,909 | 32.8 | 4,321 | 37.2 | 2,383 | 12.5 | 108 | 0.7 | 49 | 3.7 | 8,834 | 16.2 |
| 不預期心跳停止 | 455 | 90.5 | 36 | 63.2 | 264 | 28.9 | 16 | 0.3 | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 | 0.4 | 777 | 1.4 |
| 麻醉事件 | 0 | 0.0 | 2 | 3.5 | 19 | 2.1 | 21 | 0.4 | 37 | 0.3 | 12 | 0.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 91 | 0.2 |
| 檢查檢驗 | 3 | 0.6 | 0 | 0.0 | 7 | 0.8 | 104 | 1.8 | 1,101 | 9.5 | 1,651 | 8.6 | 1,535 | 10.1 | 249 | 19.0 | 4,650 | 8.5 |
| 其他事件 | 1 | 0.2 | 1 | 1.8 | 11 | 1.2 | 46 | 0.8 | 85 | 0.7 | 991 | 5.2 | 180 | 1.2 | 86 | 6.6 | 1,401 | 2.6 |
| 總計 | 503 | | 57 | | 914 | | 5,820 | | 11,601 | | 19,138 | | 15,226 | | 1,311 | | 54,570 | |

通報者身分，以護理人員最多佔 66.2%，其次為藥事人員 17.3%、醫事檢驗人員 3.3% 行政人員 2.5%、放射技術人員 1.9%，如圖 4-1-0-5；通報者總年資以 1-5 年佔 29.5% 最多，其次是 6-10 年佔 16.6%，如圖 4-1-0-6；通報者現職年資以 0-5 年佔 48.9% 最多，其次為 6-10 年約 18.1%，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（46.1 件/百件），其次為病人生理及行為（病人）因素（38.2 件/百件）及工作狀態/流程設計（系統）因素（27.0 件/百件），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（67.6 件/百件）最多，其次為加強溝通方式（35.1 件/百件）及改變醫療照護方式（22.9 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 425 件，其中以院內不預期心跳停止事件 399 件為最高；SAC=2 者共有 636 件，以院內不預期心跳停止事件 253 件為最高，其次為跌倒事件 235 件；SAC=3 者有 7,440 件，以跌倒事件 2,936 件為最高，其次為管路事件 2,749 件；SAC=4 者有 23,026 件；SAC 為 NA 及 INC 者共有 23,043 件，如表 4-1-0-5。

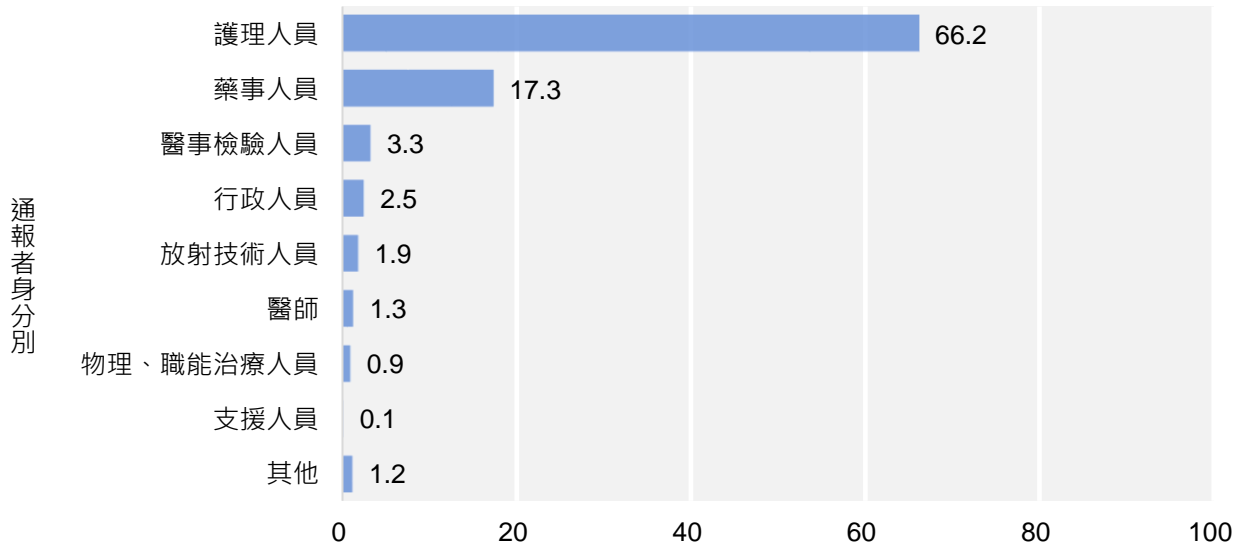


圖 4-1-0-5 通報者身分別 (N=52,625, 不含未填及不知道 2,957)

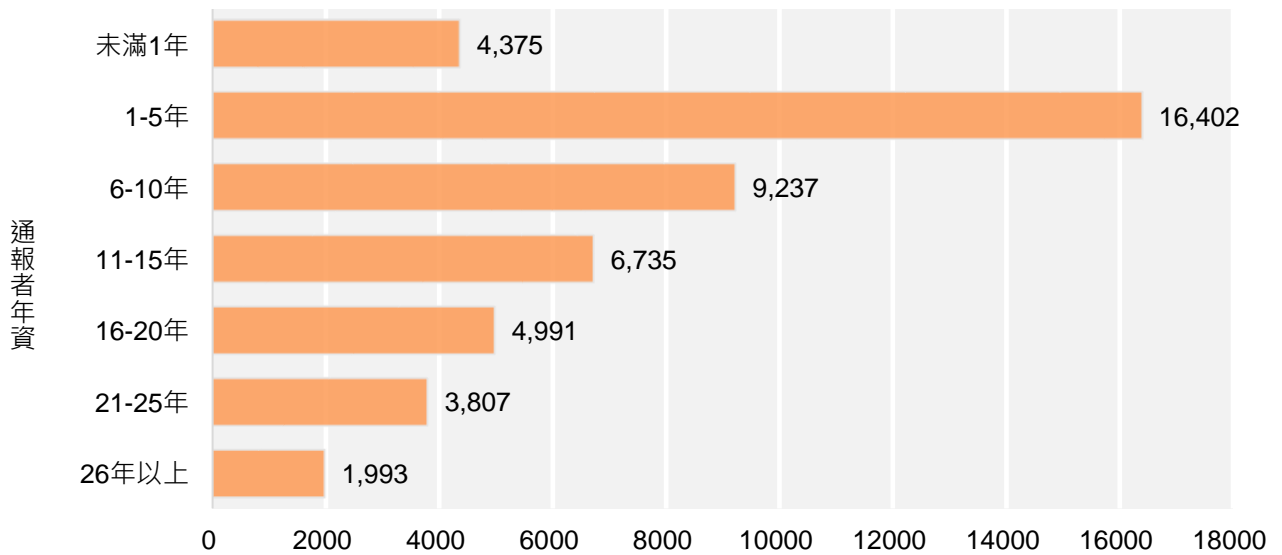


圖 4-1-0-6 通報者總年資 (N=47,540, 不含未填 8,043)

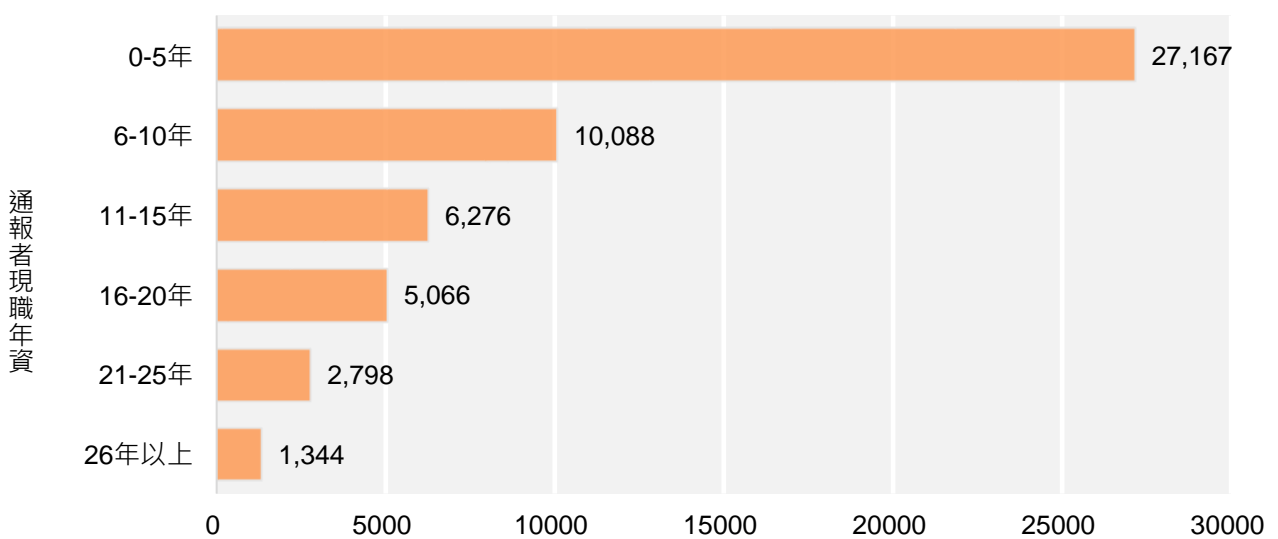


圖 4-1-0-7 通報者現職年資 (N=52,739, 不含未填 2,844)

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。

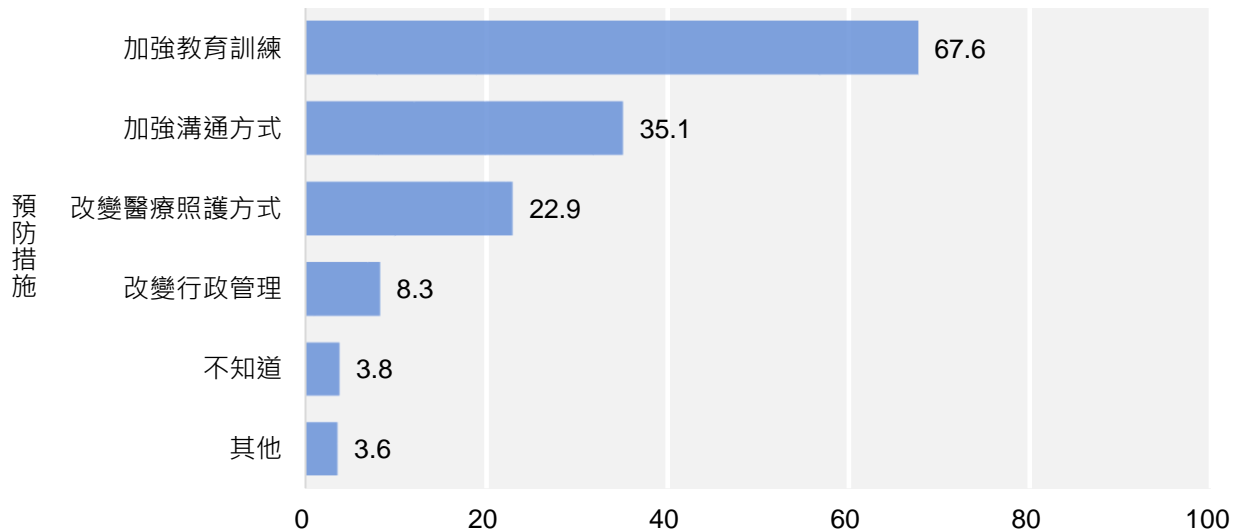


圖 4-1-0-8 預防事件再發生的措施或方法相對次數百分比 (N=55,583 , 本項複選)

表 4-1-0-3 事件發生可能原因 (N=54,037 , 本項複選 , 不含其他事件 1,546)

| 可能原因 | 人為 | 病人 | 系統 | 溝通 | 環境 | 器材 | 用藥 | 政策 | 手術 | 不知道 | 其他 | 事件數 |
|------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|----|-------|-------|--------|
| 事件類別 | n | n | n | n | n | n | n | n | n | n | n | N |
| 藥物事件 | 12,195 | 965 | 6,824 | 1,480 | 1,628 | 1,693 | 0 | 65 | 0 | 532 | 257 | 19,106 |
| 跌倒事件 | 1,772 | 10,299 | 525 | 1,542 | 2,265 | 1,070 | 1,931 | 61 | 0 | 193 | 380 | 12,521 |
| 手術事件 | 1,160 | 211 | 821 | 486 | 30 | 174 | 0 | 14 | 0 | 57 | 65 | 1,678 |
| 輸血事件 | 433 | 5 | 317 | 104 | 4 | 39 | 0 | 15 | 0 | 18 | 4 | 567 |
| 醫療照護 | 1,426 | 420 | 1,199 | 961 | 103 | 208 | 0 | 147 | 0 | 9 | 34 | 1,834 |
| 公共意外 | 167 | 38 | 43 | 47 | 252 | 614 | 0 | 53 | 0 | 39 | 18 | 958 |
| 治安事件 | 165 | 888 | 70 | 346 | 123 | 6 | 0 | 35 | 0 | 53 | 138 | 1,399 |
| 傷害行為 | 62 | 1,498 | 42 | 363 | 15 | 6 | 0 | 4 | 0 | 12 | 8 | 1,615 |
| 管路事件 | 4,551 | 6,002 | 2,688 | 3,115 | 79 | 187 | 0 | 14 | 0 | 173 | 291 | 8,834 |
| 不預期 | 53 | 746 | 87 | 45 | 5 | 8 | 0 | 5 | 0 | 23 | 4 | 784 |
| 心跳停止 | 44 | 60 | 27 | 14 | 1 | 9 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 | 91 |
| 檢查檢驗 | 3,582 | 109 | 2,389 | 766 | 121 | 324 | 0 | 68 | 0 | 185 | 22 | 4,650 |
| 總計 | 25,610 | 21,241 | 15,032 | 9,269 | 4,626 | 4,338 | 1,935 | 484 | 3 | 1,295 | 1,224 | 54,037 |



表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法 (N=55,583 · 本項複選)

| 預防方法 | 加強 教育訓練 | 改變醫療照 護方式 | 改變 行政管理 | 加強 溝通方式 | 不知道 | 其他 | 事件數 |
|-------------|------------|--------------|------------|------------|-------|-------|--------|
| 事件類別 | n | n | n | n | n | n | N |
| 藥物事件 | 12,173 | 6,144 | 1,186 | 5,257 | 736 | 846 | 19,106 |
| 跌倒事件 | 9,076 | 1,256 | 885 | 5,084 | 234 | 395 | 12,521 |
| 手術事件 | 1,254 | 518 | 148 | 725 | 85 | 56 | 1,678 |
| 輸血事件 | 415 | 138 | 59 | 142 | 35 | 16 | 567 |
| 醫療照護 | 1,327 | 676 | 223 | 776 | 56 | 62 | 1,834 |
| 公共意外 | 243 | 38 | 599 | 150 | 100 | 40 | 958 |
| 治安事件 | 857 | 72 | 167 | 632 | 105 | 44 | 1,399 |
| 傷害行為 | 804 | 327 | 90 | 722 | 99 | 81 | 1,615 |
| 管路事件 | 6,587 | 1,726 | 221 | 4,086 | 248 | 228 | 8,834 |
| 不預期 心跳停止 | 525 | 293 | 41 | 153 | 132 | 28 | 784 |
| 麻醉事件 | 69 | 32 | 8 | 47 | 4 | 6 | 91 |
| 檢查檢驗 | 3,311 | 1,224 | 664 | 1,269 | 211 | 99 | 4,650 |
| 其他事件 | 960 | 300 | 310 | 489 | 71 | 100 | 1,546 |
| 總計 | 37,601 | 12,744 | 4,601 | 19,532 | 2,116 | 2,001 | 55,583 |



表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布 (N=54,570)

| 事件類別 SAC | SAC=1 | SAC=2 | SAC=3 | SAC=4 | NA | INC | 小計 |
|-----------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|
| 藥物事件 n | 3 | 12 | 713 | 4,413 | 13,107 | 858 | 19,106 |
| 藥物事件 % | 0.0 | 0.1 | 3.7 | 23.1 | 68.6 | 4.5 | |
| 跌倒事件 n | 4 | 235 | 2,936 | 7,001 | 1,218 | 793 | 12,187 |
| 跌倒事件 % | 0.0 | 1.9 | 24.1 | 57.4 | 10.0 | 6.5 | |
| 手術事件 n | 1 | 12 | 125 | 861 | 620 | 59 | 1,678 |
| 手術事件 % | 0.1 | 0.7 | 7.4 | 51.3 | 36.9 | 3.5 | |
| 輸血事件 n | 0 | 2 | 12 | 143 | 388 | 22 | 567 |
| 輸血事件 % | 0.0 | 0.4 | 2.1 | 25.2 | 68.4 | 3.9 | |
| 醫療照護 n | 14 | 65 | 221 | 814 | 602 | 118 | 1,834 |
| 醫療照護 % | 0.8 | 3.5 | 12.1 | 44.4 | 32.8 | 6.4 | |
| 公共意外 n | 0 | 0 | 18 | 376 | 167 | 36 | 597 |
| 公共意外 % | 0.0 | 0.0 | 3.0 | 63.0 | 28.0 | 6.0 | |
| 治安事件 n | 0 | 8 | 31 | 835 | 285 | 74 | 1,233 |
| 治安事件 % | 0.0 | 0.6 | 2.5 | 67.7 | 23.1 | 6.0 | |
| 傷害行為 n | 0 | 11 | 254 | 1,029 | 212 | 109 | 1,615 |
| 傷害行為 % | 0.0 | 0.7 | 15.7 | 63.7 | 13.1 | 6.7 | |
| 管路事件 n | 3 | 27 | 2,749 | 4,672 | 762 | 621 | 8,834 |
| 管路事件 % | 0.0 | 0.3 | 31.1 | 52.9 | 8.6 | 7.0 | |
| 不預期心跳停止 n | 399 | 253 | 54 | 2 | 62 | 7 | 777 |
| 不預期心跳停止 % | 51.4 | 32.6 | 6.9 | 0.3 | 8.0 | 0.9 | |
| 麻醉事件 n | 0 | 5 | 24 | 44 | 17 | 1 | 91 |
| 麻醉事件 % | 0.0 | 5.5 | 26.4 | 48.4 | 18.7 | 1.1 | |
| 檢查檢驗 n | 1 | 3 | 267 | 1,984 | 2,144 | 251 | 4,650 |
| 檢查檢驗 % | 0.0 | 0.1 | 5.7 | 42.7 | 46.1 | 5.4 | |
| 其他事件 n | 0 | 3 | 36 | 852 | 392 | 118 | 1,401 |
| 其他事件 % | 0.0 | 0.2 | 2.6 | 60.8 | 28.0 | 8.4 | |
| 總計 N | 425 | 636 | 7,440 | 23,026 | 19,976 | 3,067 | 54,570 |
| 總計 % | 0.8 | 1.2 | 13.6 | 42.2 | 36.6 | 5.6 | |

(一) 醫院-藥物事件

發生在醫院且受影響對象為病人之藥物事件共 19,106 件。醫院藥物事件發生時段分布趨勢呈現兩波高峰，分別在 08:01~12:00 (3,208 件，佔 38.2%) 及 14:01-16:00 (3,052 件，佔 16.4%)，如圖 4-1-1-1。

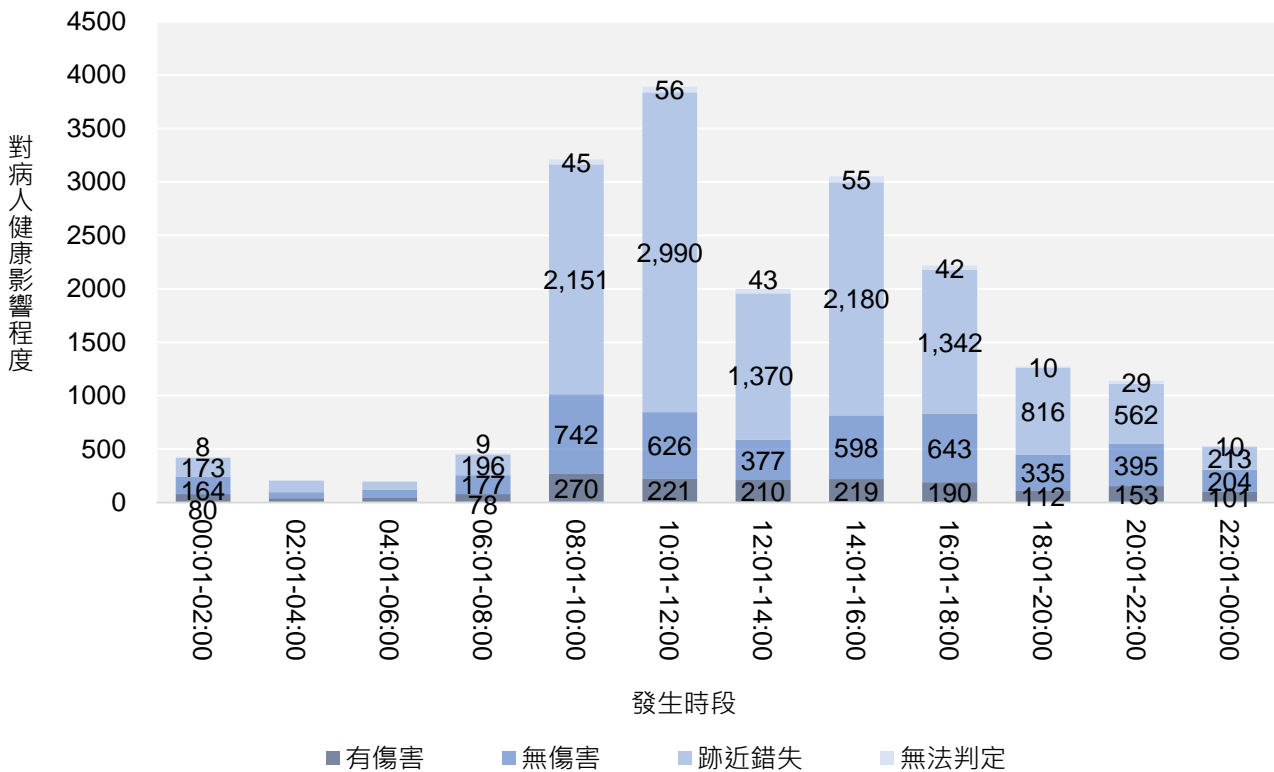


圖 4-1-1-1 醫院藥物事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析
(病人事件數 N=18,599，不含未填 507 件)

醫院藥物事件發生地點以藥局為主 (36.9 件/百件)，其次是一般病房 (32.0 件/百件)，如圖 4-1-1-2。發生藥物事件之病人性別以男性為主，共 8,366 件 (佔 43.8%)；年齡以 19-64 歲為最多，共 7,933 件 (佔 41.5%)，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 12,544 件 (佔 65.7%)，其次為無傷害共 4,506 件 (佔 23.6%)。有傷害事件中，以輕度事件 1,153 件 (佔 6.0%) 為最多，如圖 4-1-1-3。

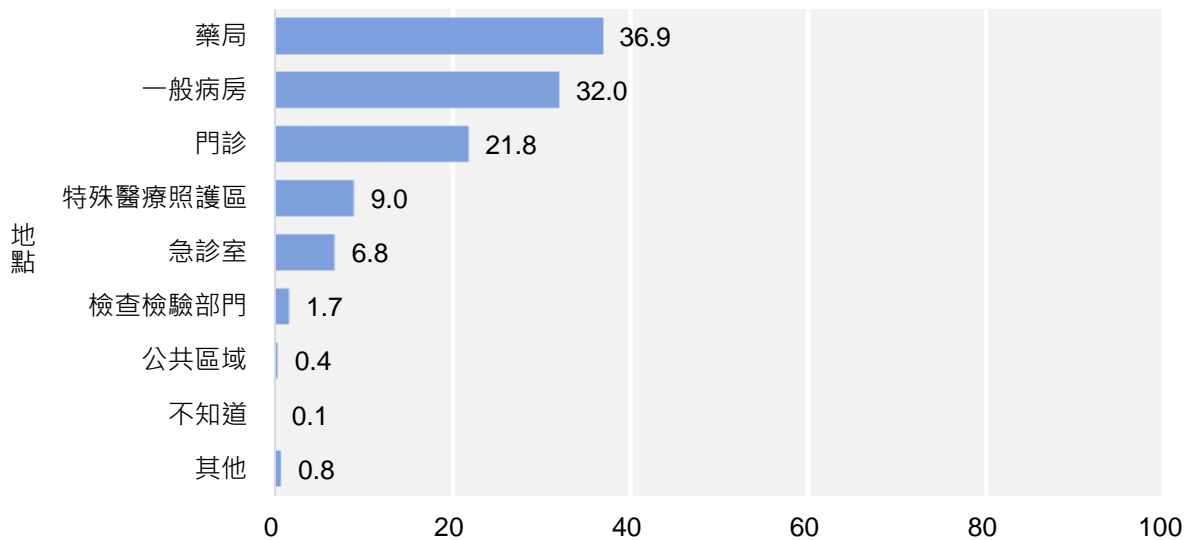


圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比

(N=19,106 ; 此項目為複選)

表 4-1-1-1 醫院藥物事件之病人其性別與年齡層交叉分析 (N=19,106)

| 性別 | 男性 | | 女性 | | 不知道 | | 未填 | | 小計 | |
|------|-------|------|-------|------|-----|------|-------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| 年齡別 | | | | | | | | | | |
| 嬰兒 | 96 | 1.1 | 84 | 1.0 | 10 | 2.0 | 4 | 0.2 | 194 | 1.0 |
| 幼兒 | 177 | 2.1 | 148 | 1.8 | 7 | 1.4 | 52 | 2.4 | 384 | 2.0 |
| 學齡前期 | 115 | 1.4 | 90 | 1.1 | 9 | 1.8 | 4 | 0.2 | 218 | 1.1 |
| 學齡期 | 115 | 1.4 | 72 | 0.9 | 10 | 2.0 | 4 | 0.2 | 201 | 1.1 |
| 青少年 | 90 | 1.1 | 76 | 0.9 | 5 | 1.0 | 10 | 0.5 | 181 | 0.9 |
| 成年 | 3,707 | 44.3 | 3,511 | 43.5 | 181 | 35.5 | 534 | 24.7 | 7,933 | 41.5 |
| 老年 | 2,848 | 34.0 | 2,928 | 36.3 | 143 | 28.0 | 641 | 29.6 | 6,560 | 34.3 |
| 不知道 | 244 | 2.9 | 211 | 2.6 | 137 | 26.9 | 502 | 23.2 | 1,094 | 5.7 |
| 未填 | 974 | 11.6 | 947 | 11.7 | 8 | 1.6 | 412 | 19.0 | 2,341 | 12.3 |
| 總計 | 8,366 | | 8,067 | | 510 | | 2,163 | | 19,106 | |

醫院藥物事件發生階段，以醫囑開立與輸入 (52.9 件/百件) 為最多，其次為給藥階段 (27.3 件/百件)、藥局調劑階段 (16.1 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 (19.5 件/百件)、數量錯誤 (19.5 件/百件) 與重複用藥 (19.5 件/百件) 為最多，頻率錯誤 (9.8 件/百件) 次之，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 (48.0 件/百件) 最多，數量錯誤 (20.3 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 (20.9 件/百件) 為最多，藥物滲漏 (15.1 件/百件) 次之，再次之為藥名錯誤 (13.7 件/百件) 如圖 4-1-1-7。

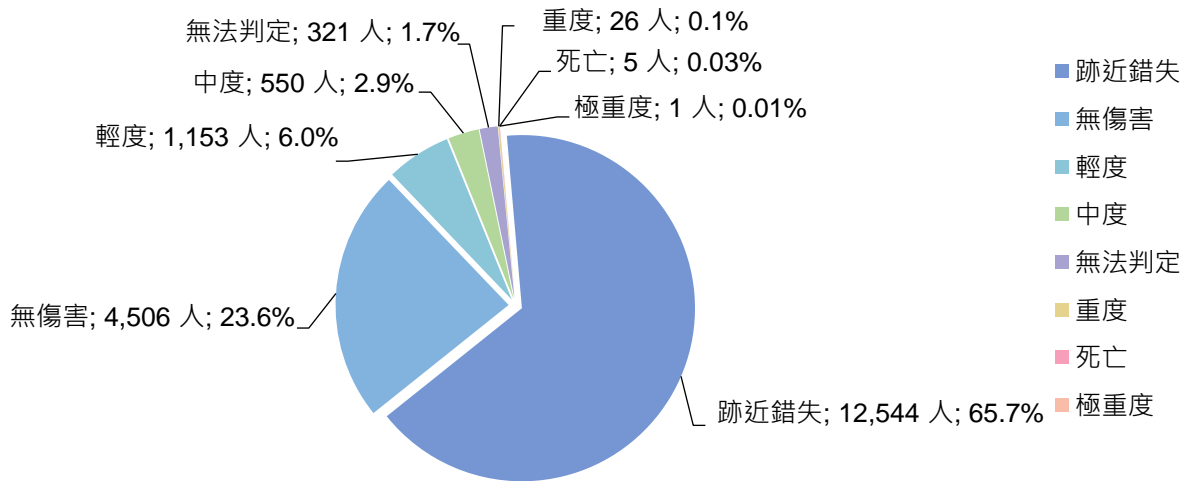


圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度 (N=19,106)

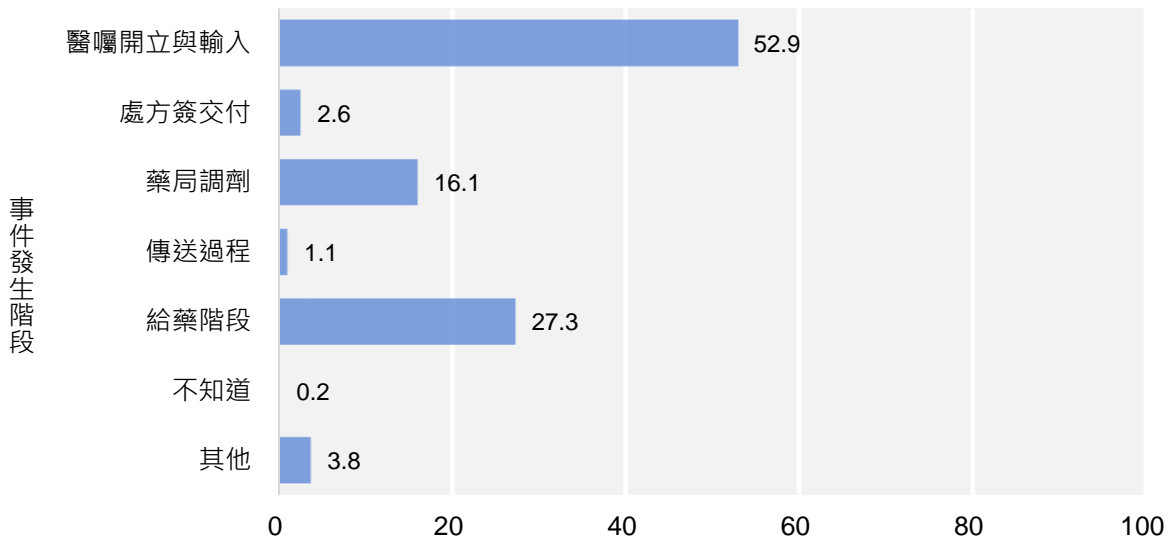


圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段相對次數百分比 (N=19,106 ; 此項目為複選)

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。

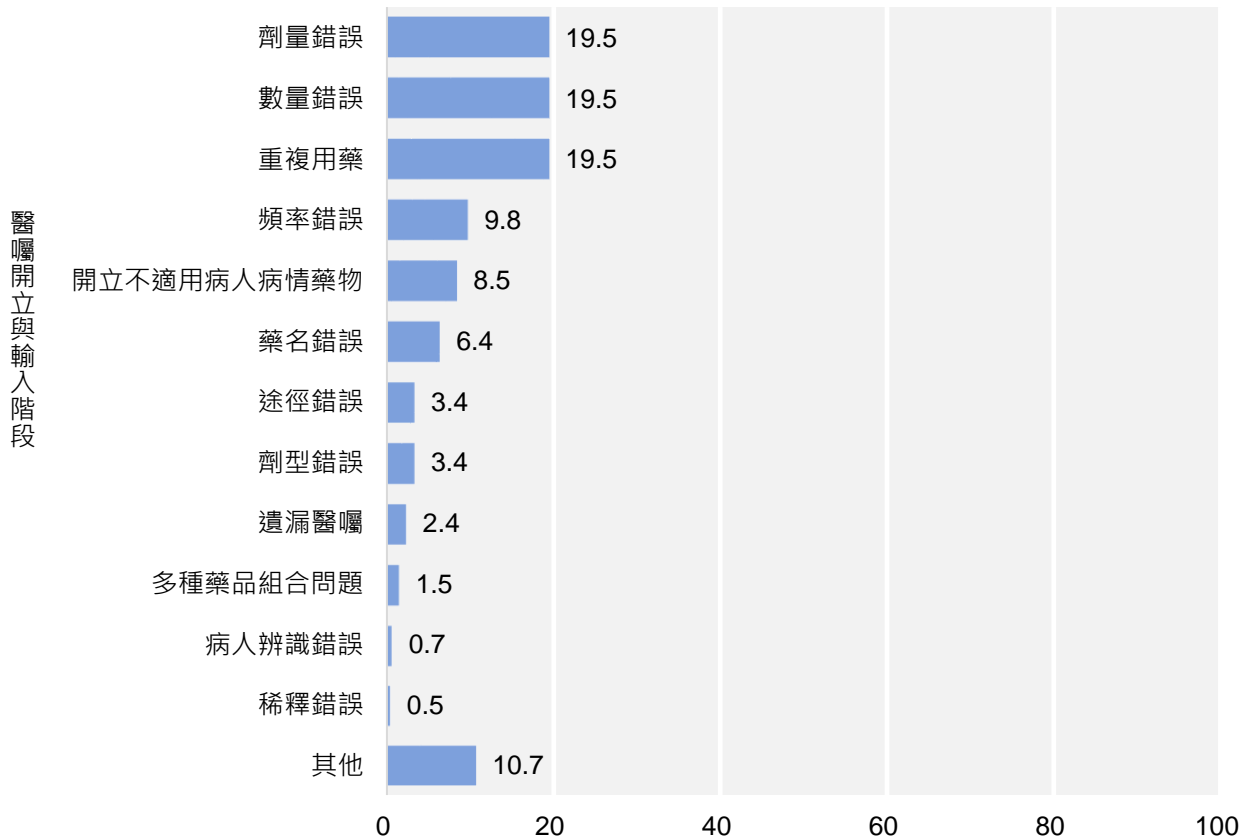


圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段明細

(N=10,114 ; N 為醫囑開立與輸入階段事件數 ; 此項目為複選)

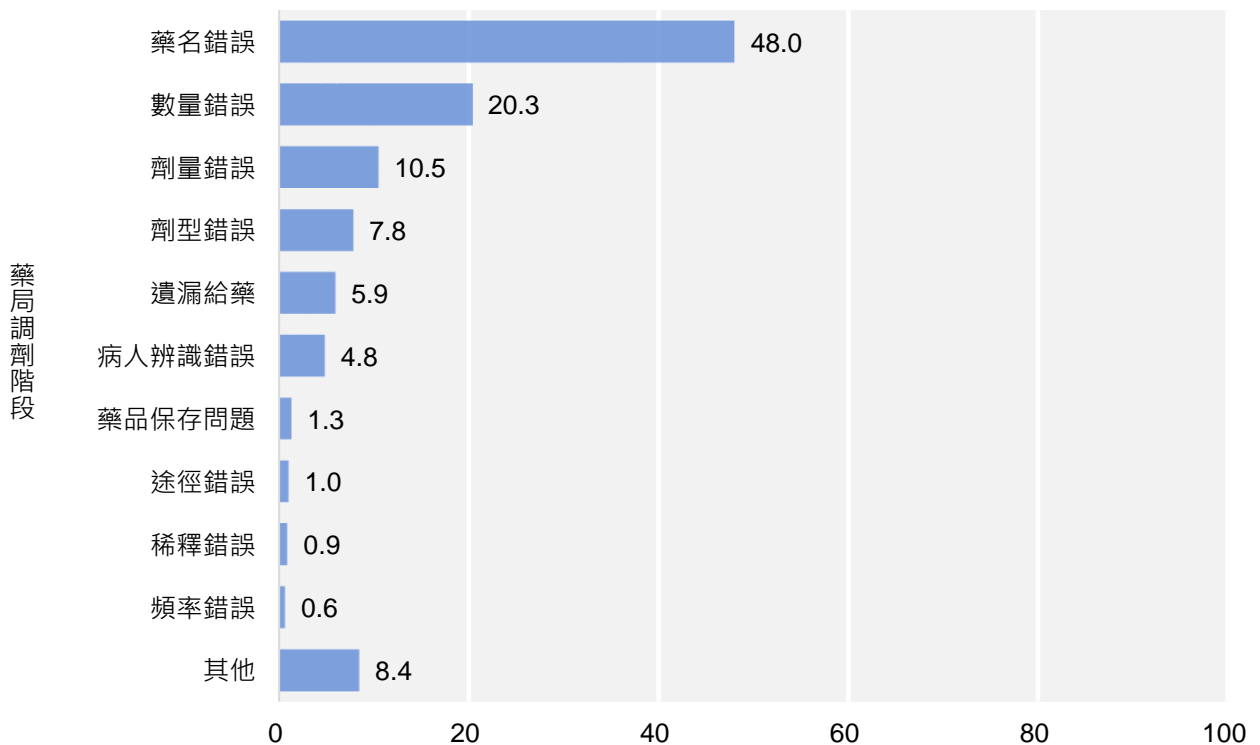


圖 4-1-1-6 醫院藥物事件藥局調劑錯誤階段明細

(N=3,070 ; N 為藥局調劑階段事件數 ; 此項目為複選)

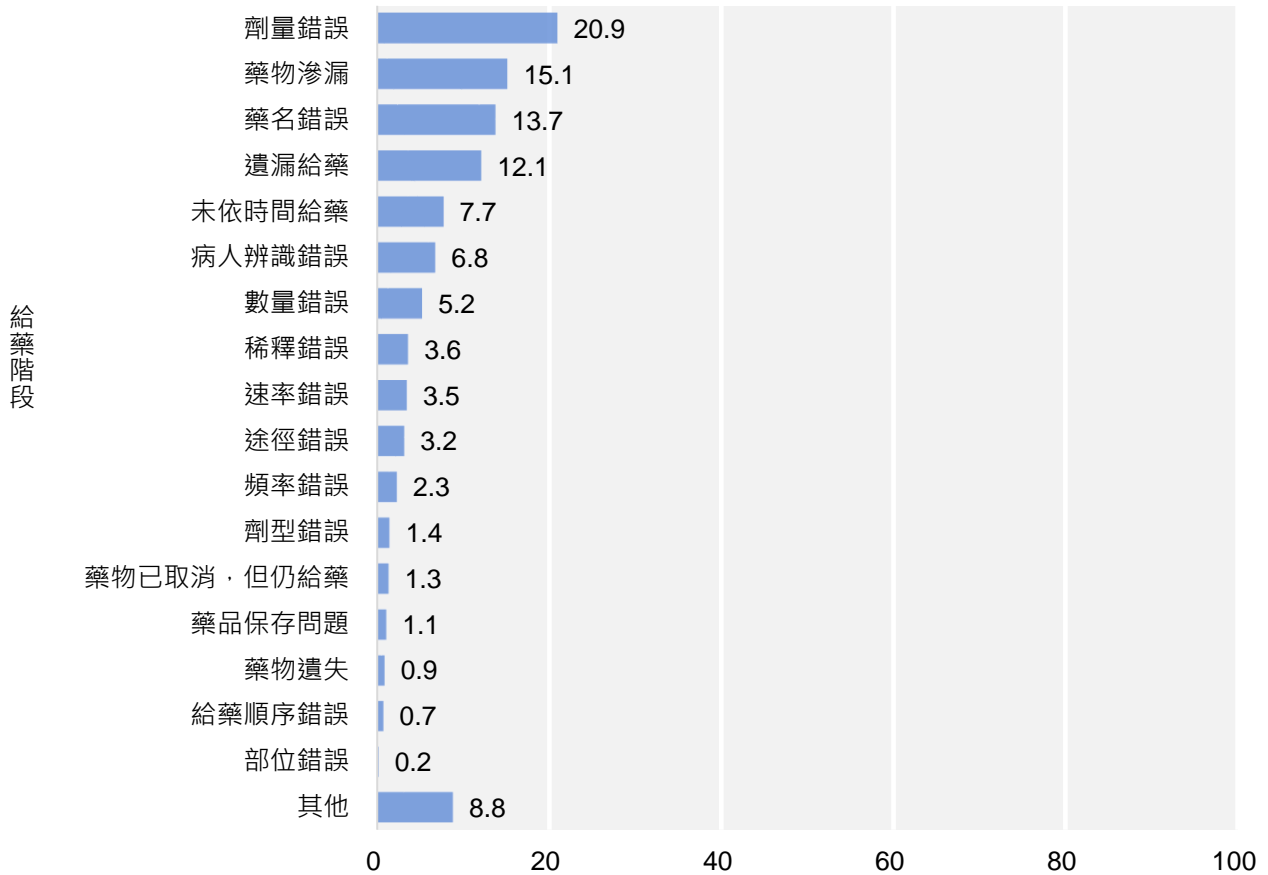


圖 4-1-1-7 醫院藥物事件給藥錯誤階段明細

(N=5,222 ; 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。

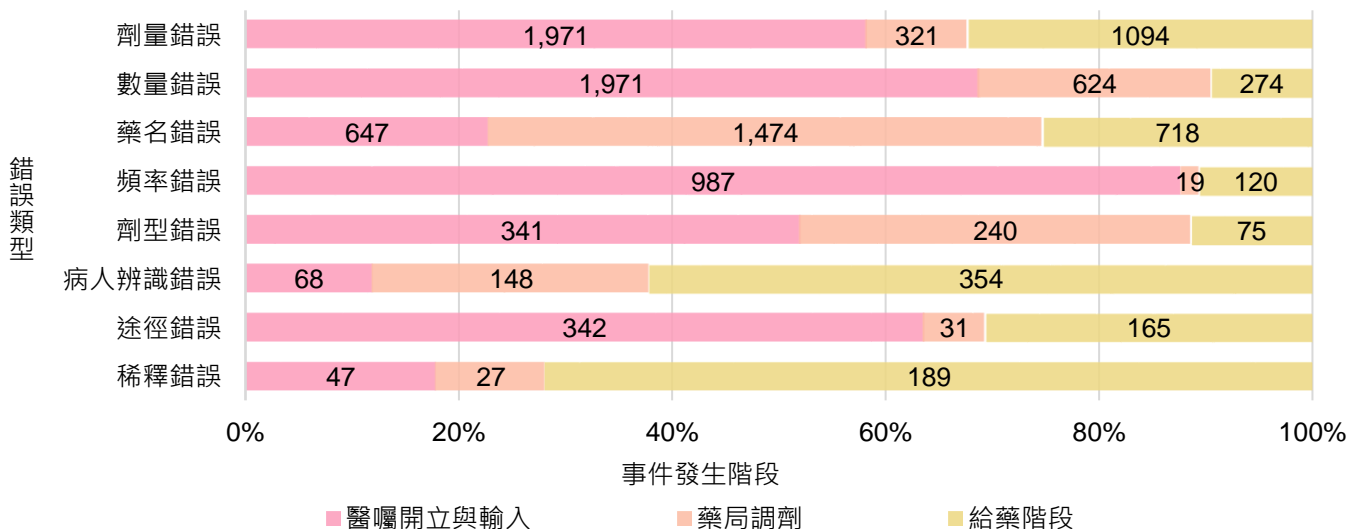


圖 4-1-1-8 醫院藥物事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析

(N= 11,153 ; 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。

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），「醫囑開立與輸入階段」中發生的 10,114 件藥物事件中，有 9,785 件為此階段單一錯誤，僅有 77 件錯誤未被察覺，繼續發生到給藥階段，最終有 41 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 3,070 件藥物事件中，有 2,738 件為此階段單一錯誤，有 216 件錯誤未被護理人員發現，以致對病人健康造成影響。

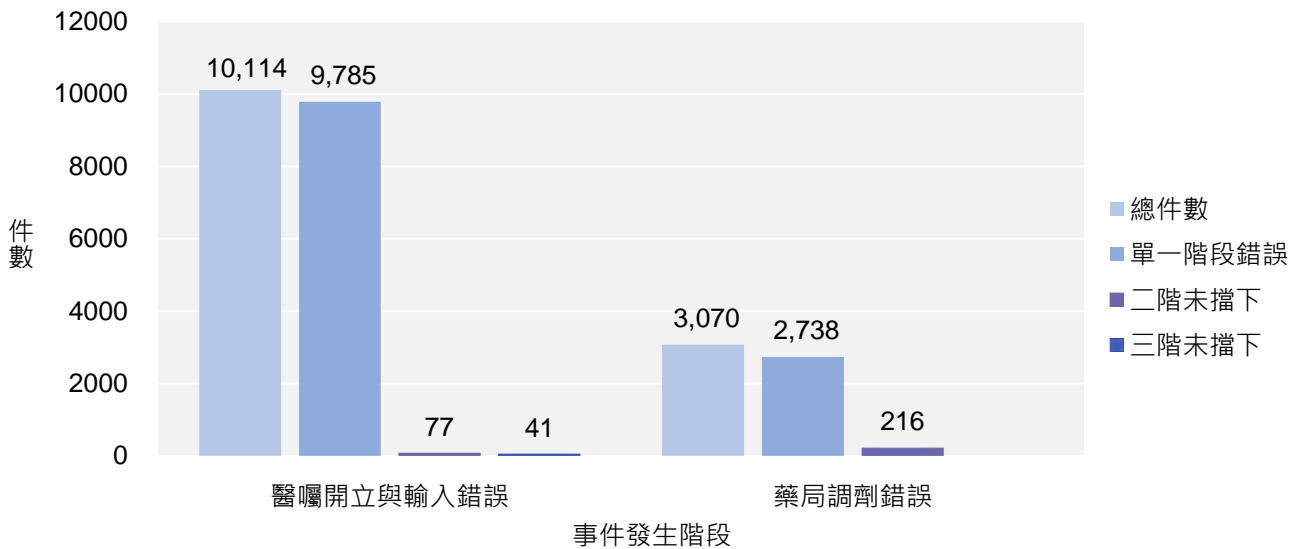


圖 4-1-1-9 醫院藥物事件錯誤發生階段與各階段未擋下件數

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 9,117 件為最多，其次為無傷害 751 件，而有對病人健康造成傷害的事件最常發生在給藥階段，以無傷害 2,996 件最多，其次為輕度 1,022 件、中度 469 件、重度 19 件及死亡 2 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。

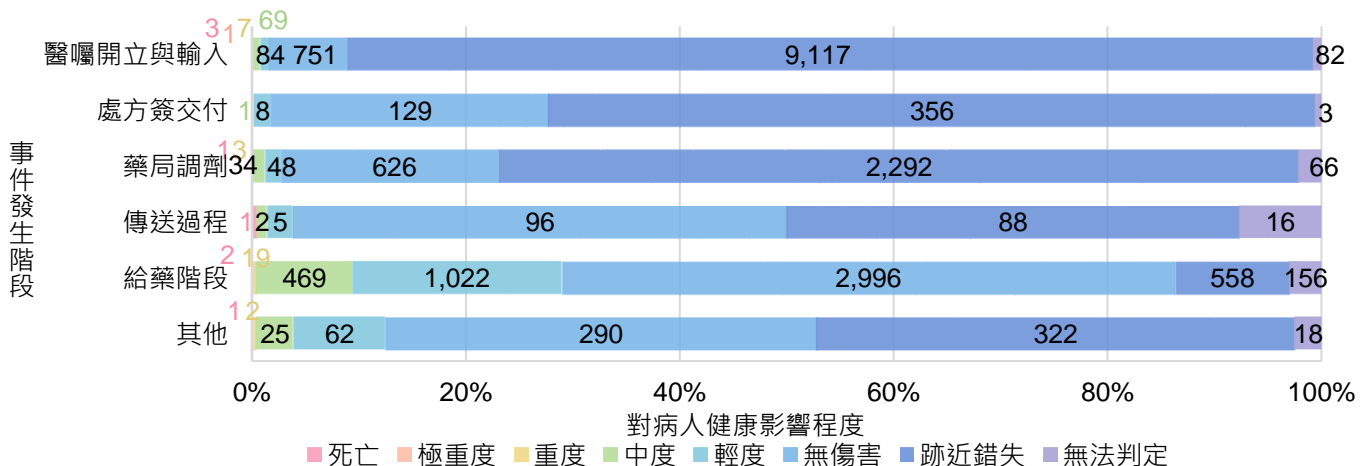


圖 4-1-1-10 醫院藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度交叉分析
(N=19,106；錯誤發生階段為複選)



醫院藥物事件發生可能原因中，「與人員因素相關(人為)」因素(63.8 件/百件)為最多，其次為「與工作狀態/流程因素相關(系統)」因素(35.7 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 3 件，SAC = 2 者有 12 件，SAC = 3 者有 713 件(佔 3.7%)，SAC = 4 有 4,413 件(佔 23.1%)，SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 13,965 件(佔 73.1%)，如表 4-1-0-5。

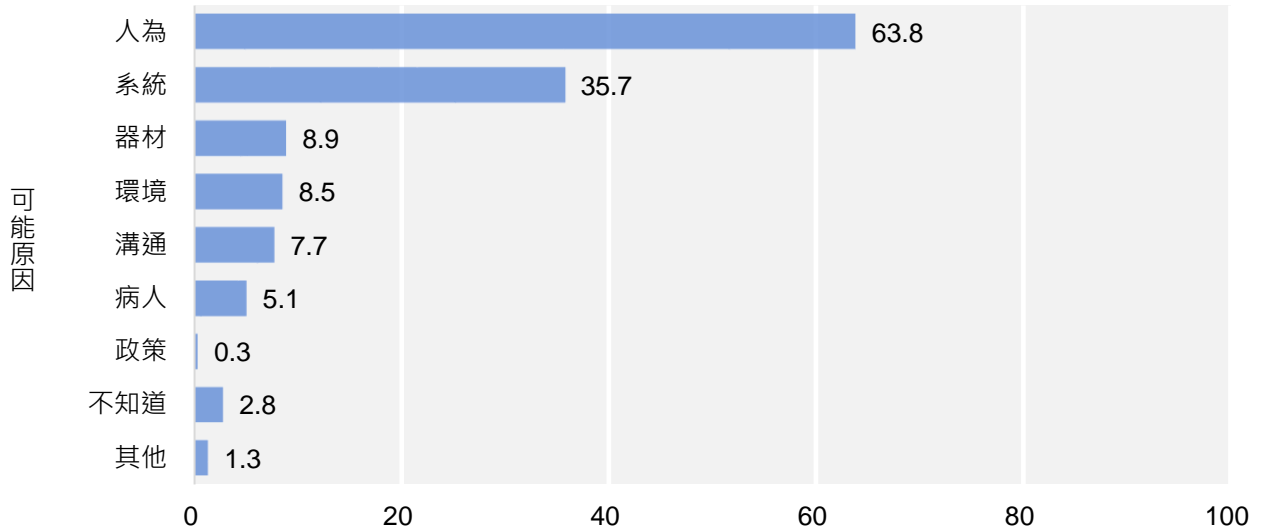


圖 4-1-1-11 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比
(N=19,106；此項目為複選)

(二) 醫院-跌倒事件

2021 年 TPR 通報系統蒐集發生於醫院之跌倒事件共 12,521 件，其中受影響對象為病人者共 12,187 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分析。醫院跌倒事件發生時段集中於 08:01~16:00 (共 4,616 件，佔 38.5%)，其中以 10:01~12:00 共 1,298 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男女約各半，年齡以 65 歲以上為最多，共 5,776 件 (佔 47.4%)，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 5,521 件 (佔 45.3%) 為最多，其次為輕度共 3,769 件 (佔 30.9%)，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，病人於上下床移位時 2 件、靜坐或站立時 2 件、行進時 1 件、進出洗手間時 1 件、從事復健活動時 1 件，因步態不穩和身體虛弱而導致跌倒事件發生 (佔極重度以上事件 50.0%)。

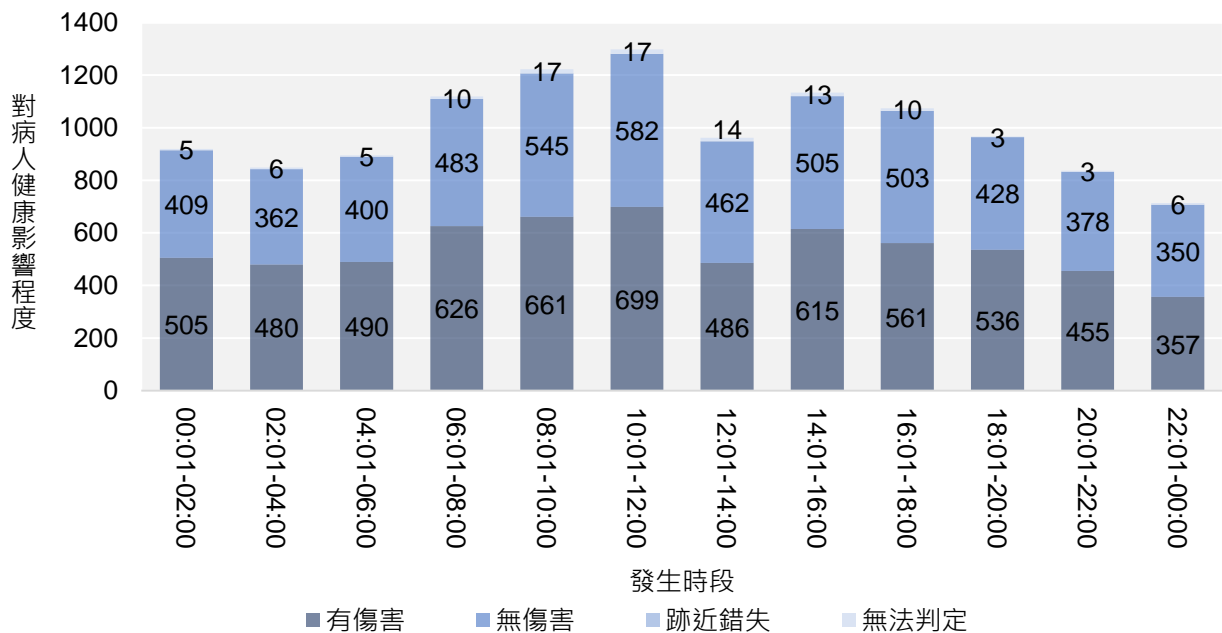


圖 4-1-2-1 醫院病人跌倒發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析
(N=11,987，不含未填 200 件)

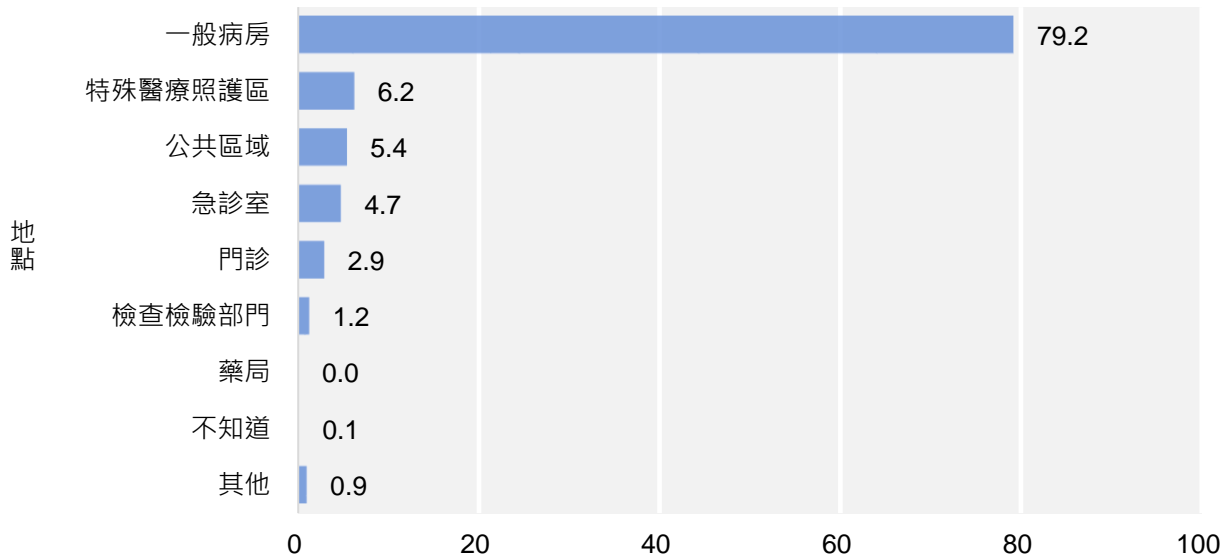


圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒發生地點相對次數百分比
(N=12,187 ; N 為病人數 ; 此項目為複選)

表 4-1-2-1 醫院跌倒事件病人性別與年齡層交叉分析 (N=12,187)

| 性別 | 男性 | | 女性 | | 不知道 | | 未填 | | 小計 | |
|------|-------|------|-------|------|-----|------|-----|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| 年齡別 | | | | | | | | | | |
| 嬰兒 | 23 | 0.3 | 15 | 0.3 | 1 | 0.2 | 1 | 0.2 | 40 | 0.3 |
| 幼兒 | 96 | 1.4 | 50 | 1.1 | 7 | 1.6 | 3 | 0.5 | 156 | 1.3 |
| 學齡前期 | 30 | 0.5 | 11 | 0.2 | 2 | 0.4 | 1 | 0.2 | 44 | 0.4 |
| 學齡期 | 10 | 0.2 | 10 | 0.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 20 | 0.2 |
| 青少年 | 24 | 0.4 | 34 | 0.7 | 4 | 0.9 | 4 | 0.7 | 66 | 0.5 |
| 成年 | 3,108 | 46.9 | 1,848 | 40.6 | 216 | 48.5 | 232 | 41.1 | 5,404 | 44.3 |
| 老年 | 3,006 | 45.4 | 2,327 | 51.1 | 204 | 45.8 | 239 | 42.4 | 5,776 | 47.4 |
| 不知道 | 130 | 2.0 | 83 | 1.8 | 10 | 2.2 | 1 | 0.2 | 224 | 1.8 |
| 未填 | 200 | 3.0 | 173 | 3.8 | 1 | 0.2 | 83 | 14.7 | 457 | 3.7 |
| 總計 | 6,627 | | 4,551 | | 445 | | 564 | | 12,187 | |

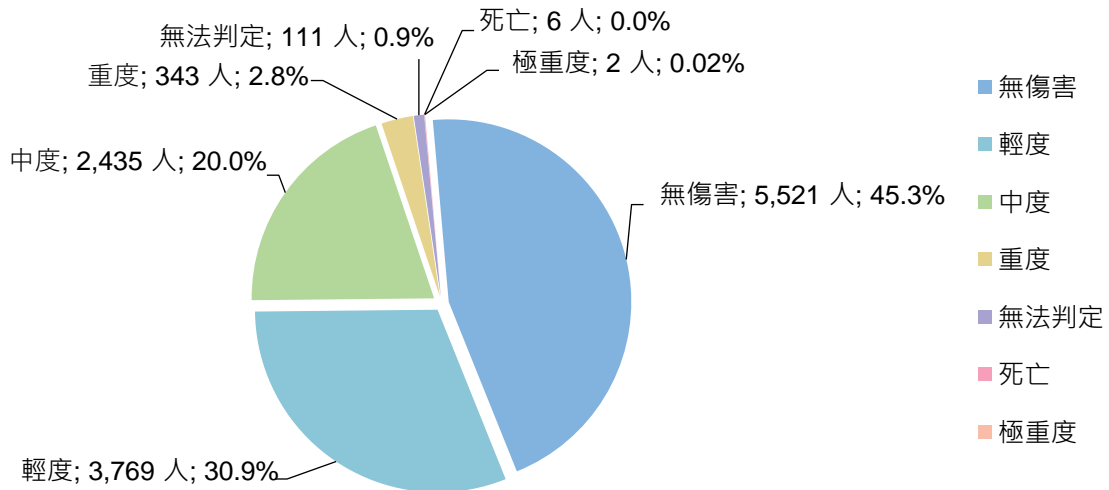


圖 4-1-2-3 醫院跌倒案件對病人的影響程度 (N=12,187)

醫院病人跌倒事件發生時活動，以「行進時」共 2,671 件 (佔 21.9%) 為最多，其次為「上下床移位時」共 2,543 件 (佔 20.9%)、「如廁時」1,255 件 (10.3%)，如圖 4-1-2-4。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，發現事件發生時活動能力為「獨立」之個案，在跌倒時從事的活動以「行進時」(1,341 件，佔 30.7%) 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」(1,698 件，佔 26.0%) 最多、「行進時」(1,133 件，佔 17.3%) 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」(186 件，佔 26.1%) 最多，「臥床休息或活動時」(185 件，佔 25.9%) 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 3,609 件 (佔 29.6%)；而於跌倒事件發生前，有 9,031 位 (佔 74.1%) 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 3,162 件，佔所有高危險族群病人的 35.0%，如圖 4-1-2-7。

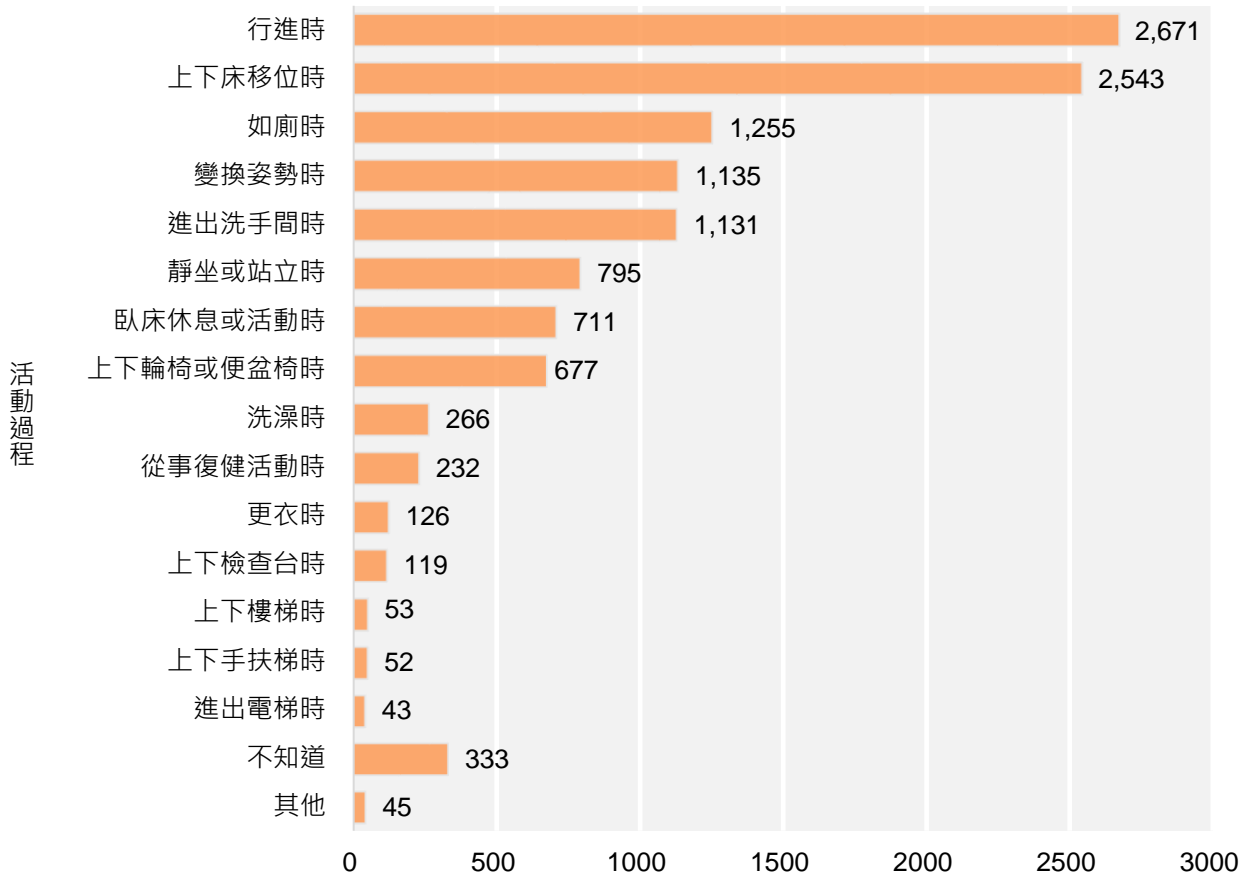


圖 4-1-2-4 醫院病人發生跌倒時主要從事的活動 (N=12,187)

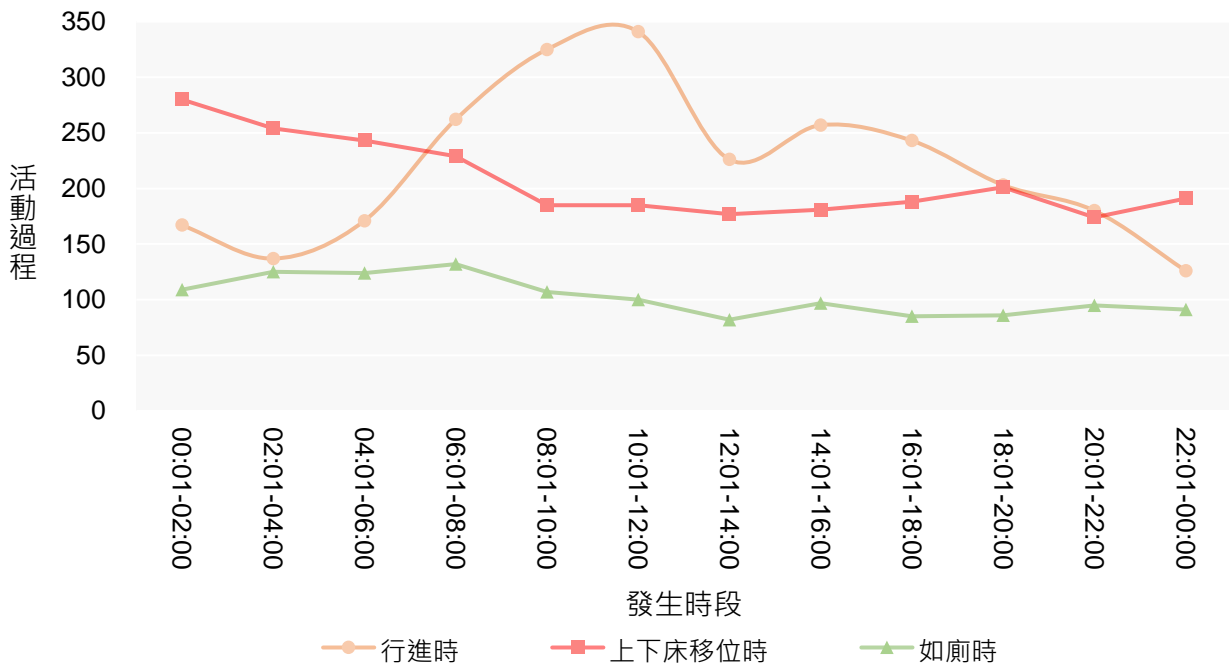


圖 4-1-2-5 醫院病人跌倒事件發生時段與跌倒時主要從事活動過程交叉分析 (N=6,359 · 不含未填 110 件)

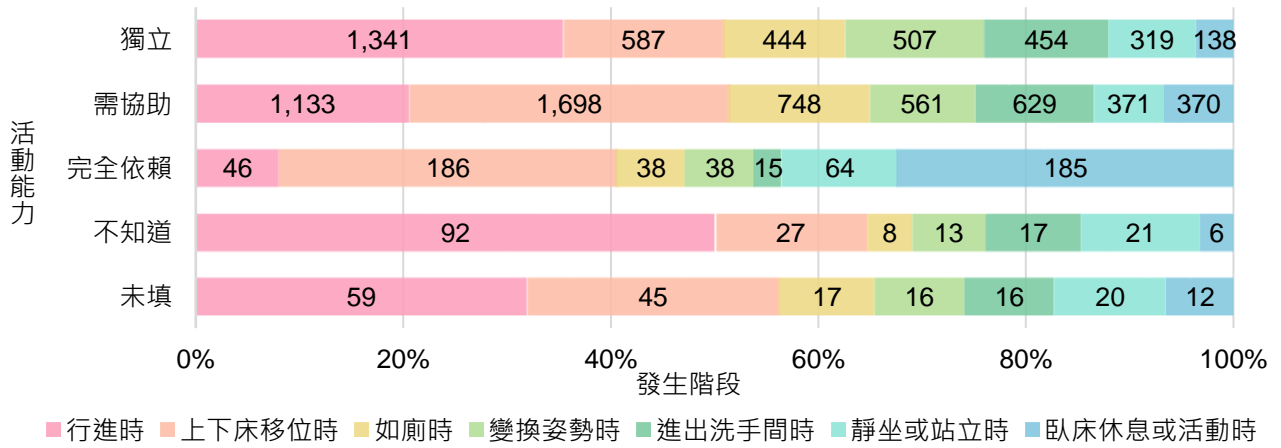


圖 4-1-2-6 醫院病人跌倒事件發生時從事活動與跌倒前獨立活動能力評估交叉分析

(N=10,241)

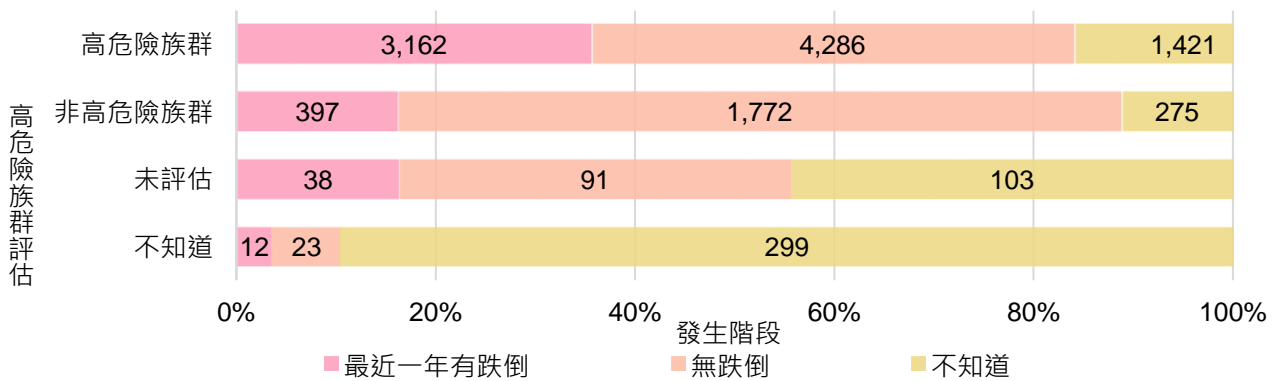


圖 4-1-2-7 醫院跌倒病人是否為高危險族群與最近一年跌倒次數交叉分析

(N=11,879 · 不含未填 308 件)

醫院病人跌倒事件發生時，病人身邊無陪伴者共 6,441 件 (佔 56.3%)，有陪伴者 5,023 件 (佔 43.7%)，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 8,807 件 (佔 72.3%) 較有使用輔具者共 2,399 件 (佔 19.7%) 為多，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「兩側全拉上」的病人，其有傷害的事件數佔 45.7% 為最高，其次為「單側或部分拉上」的病人佔 35.6%，次之為「不知道」的病人佔 8.8%、「未填」的病人佔 5.8%。由此顯示，使用床欄仍執意下床所造成的傷害更大，圖 4-1-2-10。

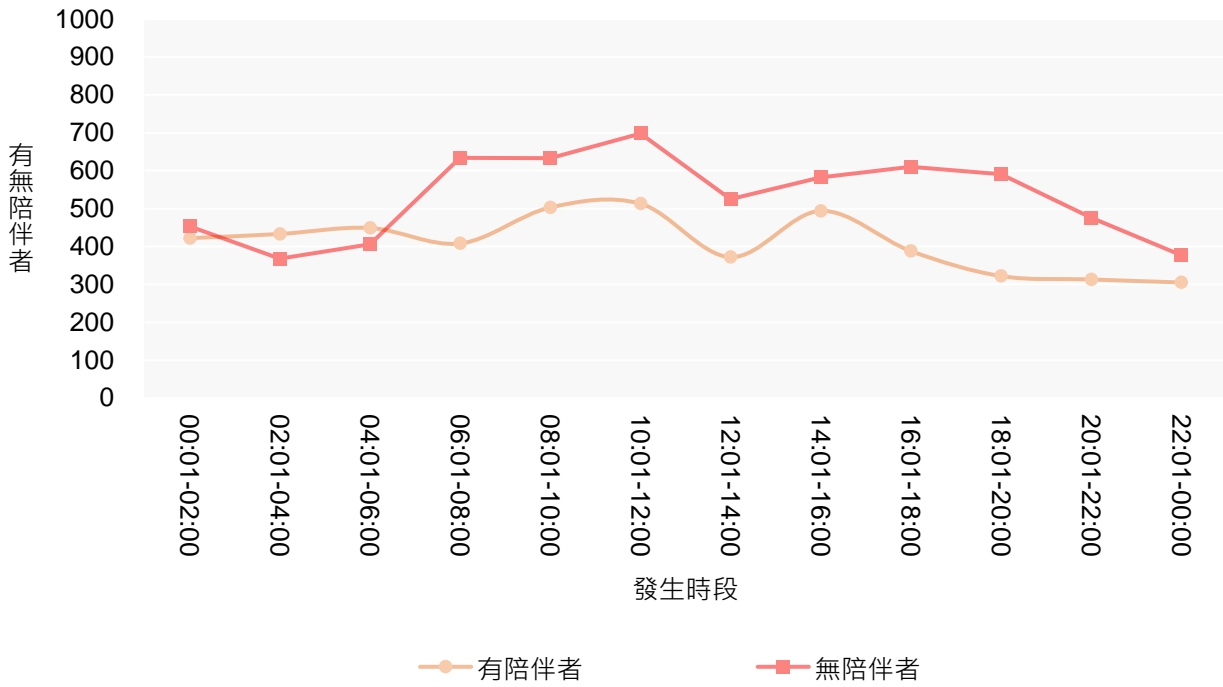


圖 4-1-2-8 醫院病人跌倒事件發生時段與有無陪伴者交叉分析 (N=12,187, 不含未填 200 件)

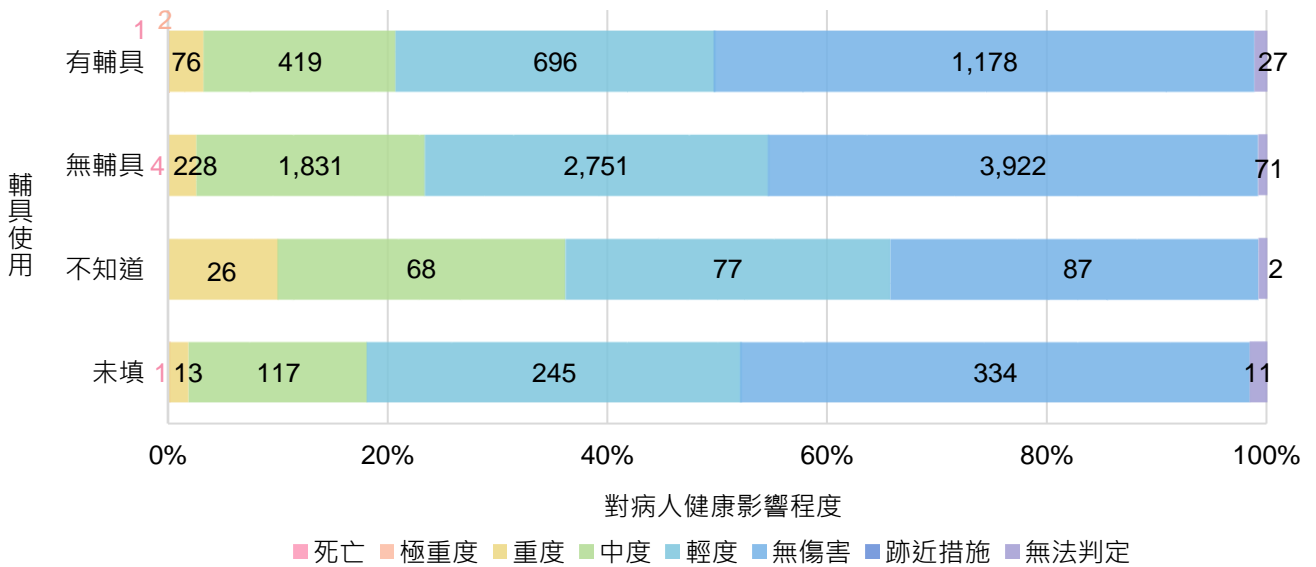


圖 4-1-2-9 醫院跌倒事件發生時有無使用輔具與病人健康影響程度交叉 (N=12,187)

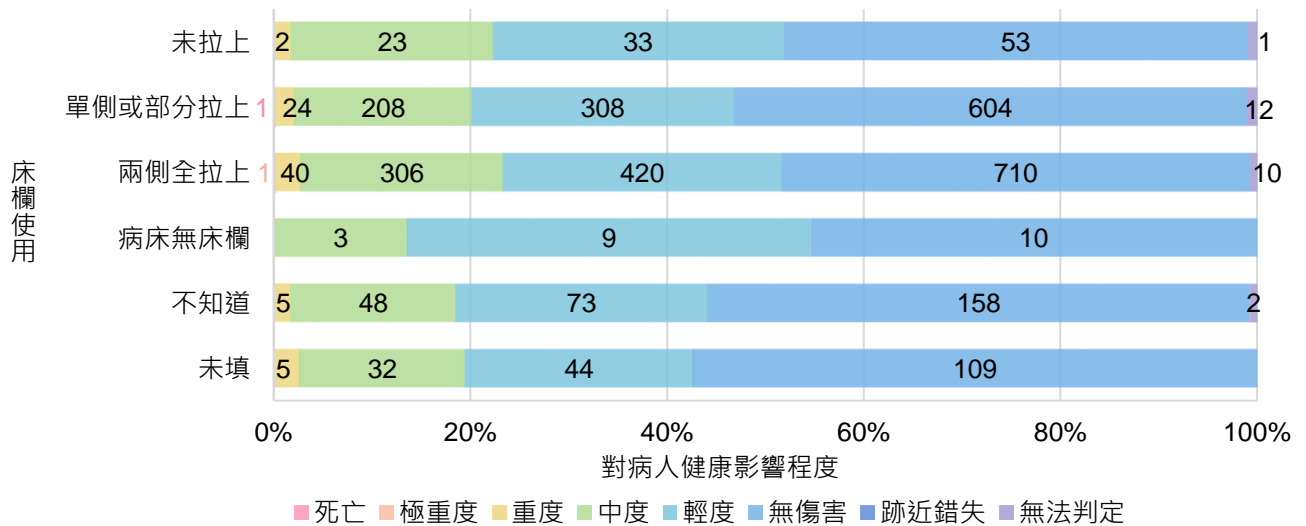


圖 4-1-2-10 醫院跌倒事件發生於上下床和臥床休息時床欄使用情形 (N=3,254)

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(83.5 件/百件)為最多，其次為「與環境因素相關(環境)」因素(17.1 件/百件)、「與使用藥物因素相關(用藥)」因素(15.8 件/百件)、「與人員個人(人為)」因素(14.3 件/百件)，如圖 4-1-2-11。進一步檢視可能原因項目，可發現病人因素以步態不穩(55.9 件/百件)為最多，環境因素以地面打蠟或濕、滑(32.1 件/百件)最多，另外用藥因素則以鎮靜安眠藥(61.4 件/百件)最多。

依醫院跌倒事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 4 件(佔 0.03%)，SAC=2 者有 235 件(佔 1.9%)，SAC=3 有 2,936 件(佔 24.1%)，SAC=4 有 7,001 件(佔 57.4%)，SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 2,011 件(佔 16.5%)，如表 4-1-0-5。

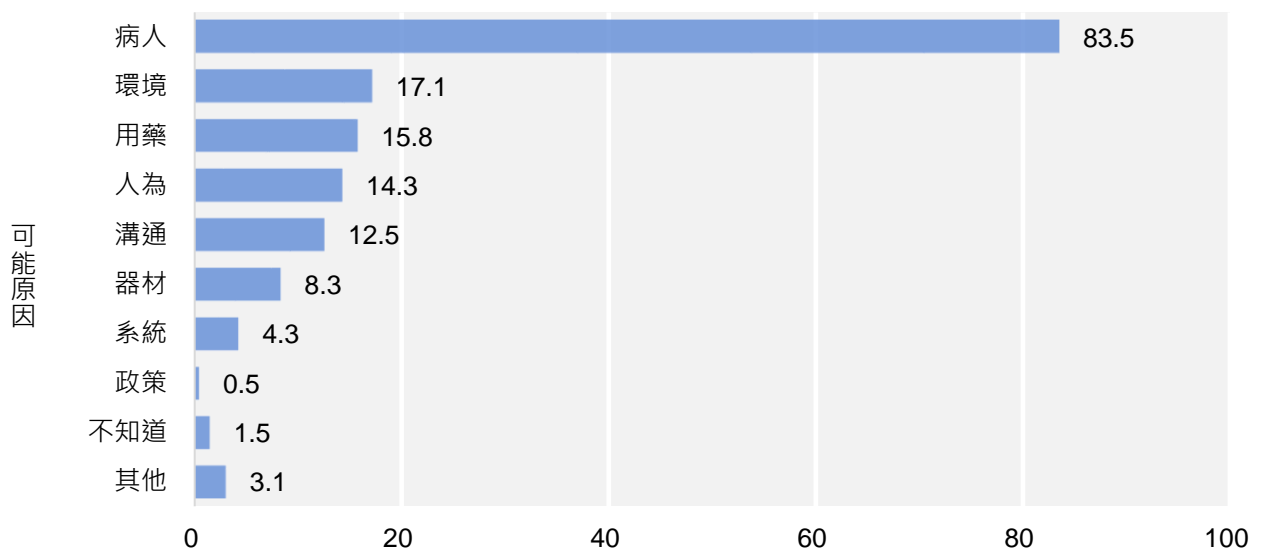


圖 4-1-2-11 醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比 (N=12,187; 此項目為複選)



(三) 醫院-管路事件

2021 年醫院管路事件共 8,834 件。分析發生頻率以 14:01-16:00 最高，其次為 04:01-06:00，再次之為 00:01-02:00 (如圖 4-1-3-1)。若以三班發生時段進行分析，最多發生於「大夜班 00:01-08:00」有 3,123 件 (佔 35.5%)，其次是「白班 08:01-16:00」有 2,835 件 (32.2%)。而事件發生地點以一般病房最高，共有 6,572 件 (74.4 件/百件)，其次是特殊醫療照護區 2,021 件 (22.9 件/百件)，如圖 4-1-3-2。

發生管路事件其性別以男性女性約各半；年齡以老年 (65 歲以上) 為最多，共 5,484 件 (佔 62.1%)，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 71.2%，其中造成死亡者 4 件 (0.05%)，極重度或重度者 60 件 (0.7%)，中度傷患者 1,909 件 (21.6%)，輕度傷害 4,321 件 (48.9%)，如圖 4-1-3-3。

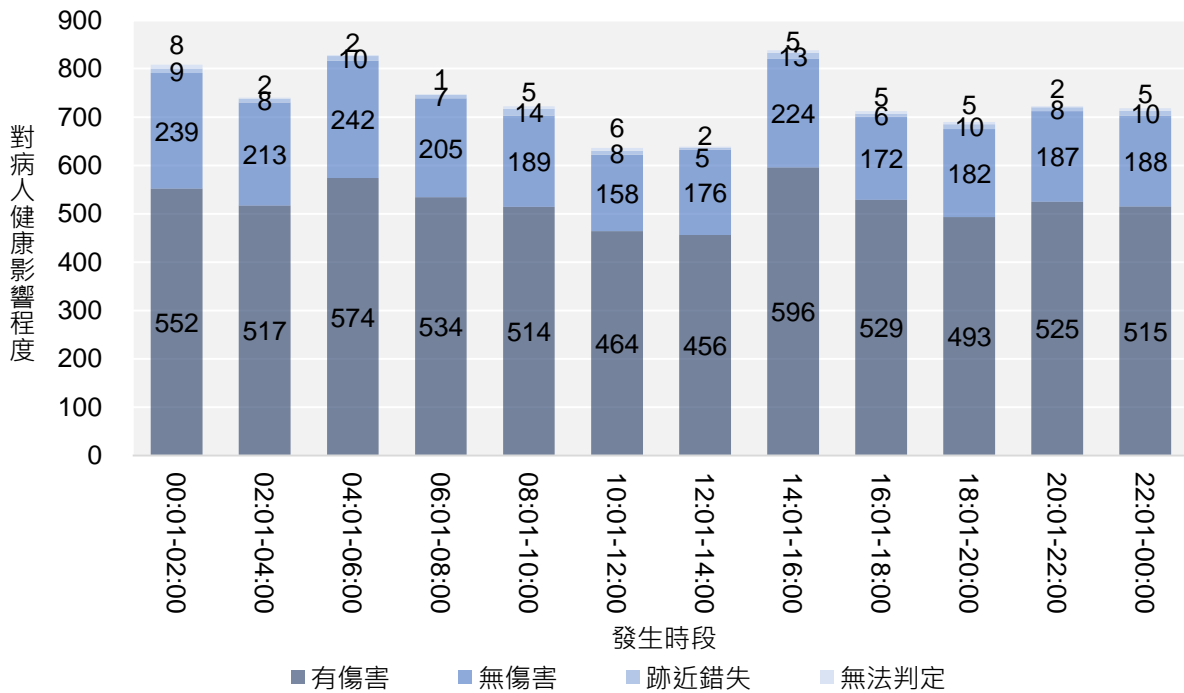


圖 4-1-3-1 醫院管路事件發生時段與對病人健康有傷害之程度分布
(N=8,800，不含時段未填 34 件)

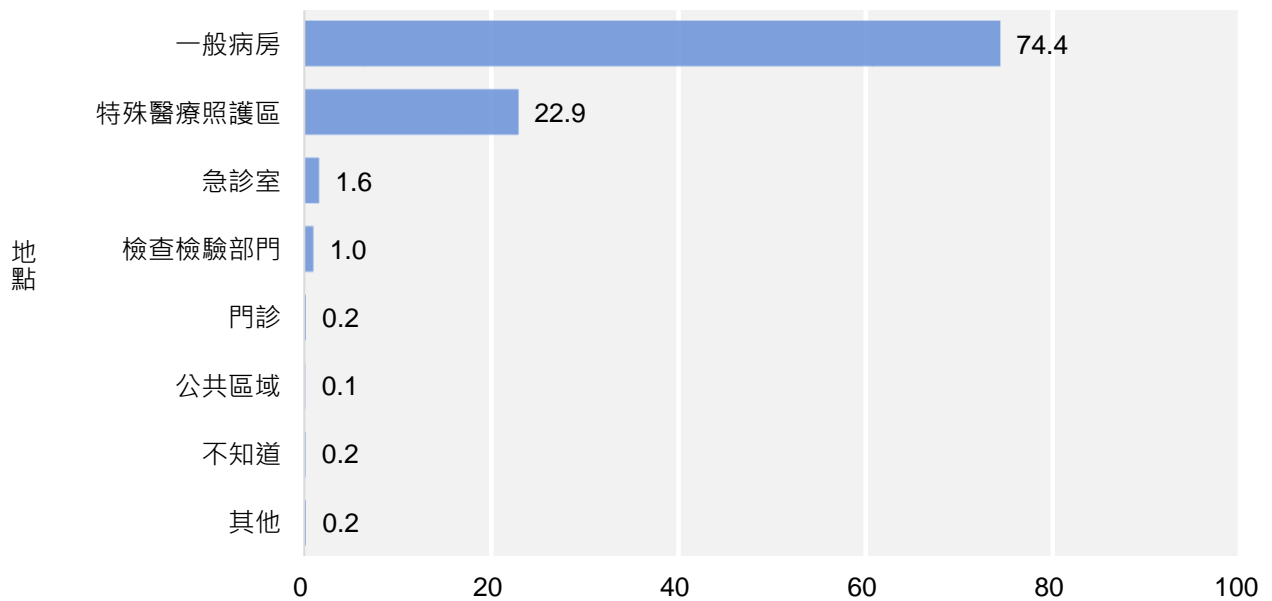


圖 4-1-3-2 醫院傷害行為事件發生地點 (N=8,834 · 此項目為複選)

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=8,834)

| 年齡 \ 性別 | 男性 | | 女性 | | 不知道 | | 未填 | | 總計 | |
|---------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| 嬰兒 | 26 | 0.5 | 20 | 0.7 | 0 | 0.0 | 2 | 0.3 | 48 | 0.5 |
| 幼兒 | 7 | 0.1 | 7 | 0.2 | 0 | 0.0 | 4 | 0.5 | 18 | 0.2 |
| 學齡前期 | 5 | 0.1 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 0.1 |
| 學齡期 | 10 | 0.2 | 4 | 0.1 | 2 | 0.4 | 0 | 0.0 | 16 | 0.2 |
| 青少年 | 26 | 0.5 | 12 | 0.4 | 2 | 0.4 | 2 | 0.3 | 42 | 0.5 |
| 成年 | 1,712 | 35.8 | 657 | 23.4 | 200 | 40.5 | 188 | 24.9 | 2,757 | 31.2 |
| 老年 | 2,770 | 58.0 | 1,944 | 69.3 | 288 | 58.3 | 482 | 63.8 | 5,484 | 62.1 |
| 不知道 | 166 | 3.5 | 115 | 4.1 | 1 | 0.2 | 1 | 0.1 | 283 | 3.2 |
| 未填 | 57 | 1.2 | 45 | 1.6 | 1 | 0.2 | 77 | 10.2 | 180 | 2.0 |
| 總計 | 4,779 | 100.0 | 2,805 | 100.0 | 494 | 100.0 | 756 | 100.0 | 8,834 | 100.0 |

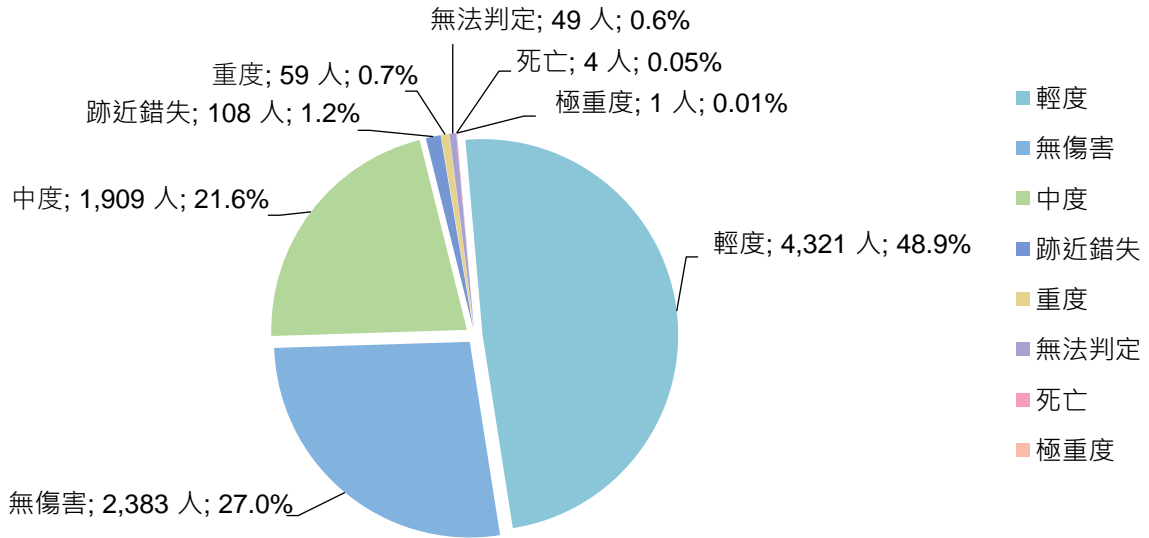


圖 4-1-3-3 醫院管路事件對病人健康的影響程度 (N=8,834)

管路事件發生於何項過程，以臥床休息時所佔比例最高，共 5,881 件 (佔 66.6%)，其次為處置、照護時，共 828 件 (佔 9.4%)；而對各發生過程與病人所造成傷害比例，以行進時所佔比例最高，佔 77.9%，其次為處置、照護時，佔 77.2%，如圖 4-1-3-4。

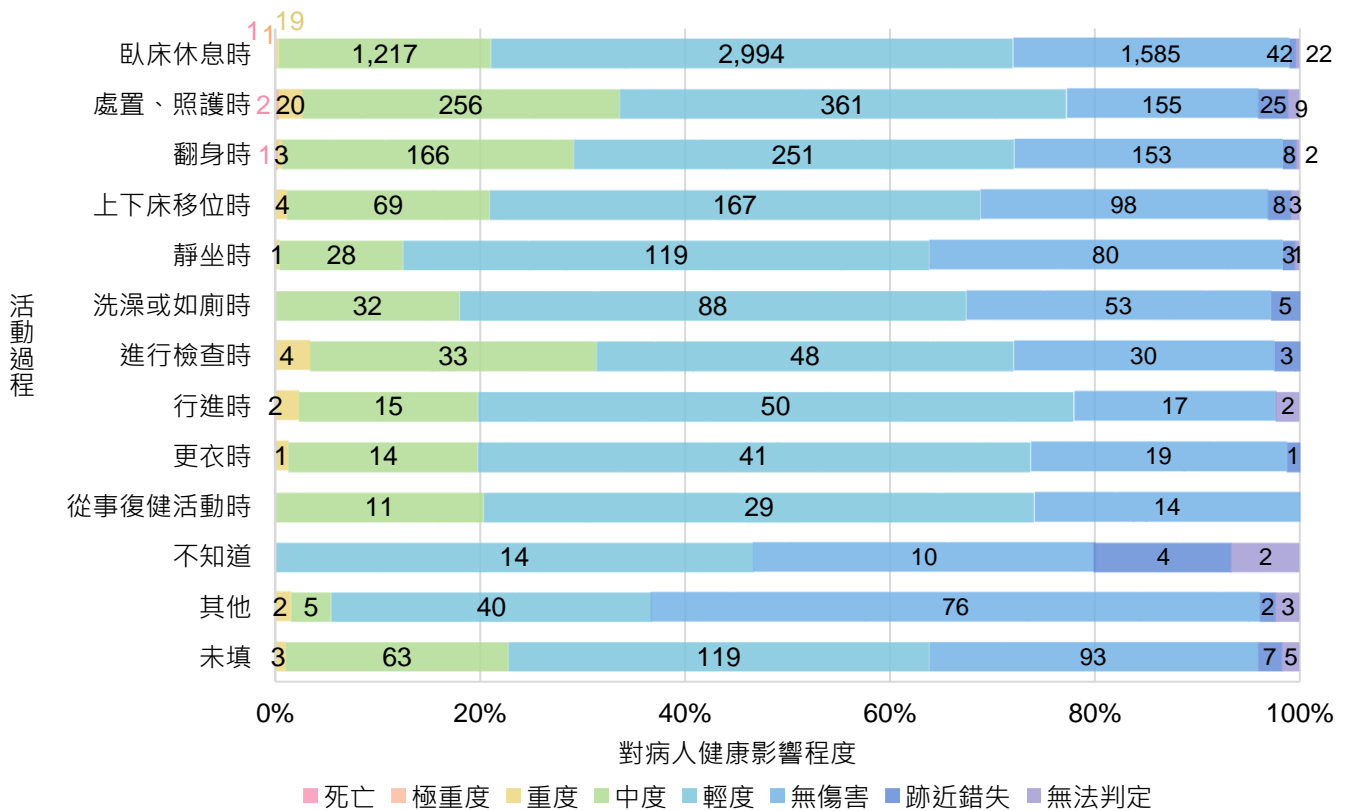


圖 4-1-3-4 醫院管路事件發生過程與病人健康的影響 (N=8,834)

分析病人意識狀態，意識混亂 4,084 件、清醒 3,956 件、嗜睡 431 件、昏迷 153 件。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 3,263 件，其中病人之健康影響程度有傷害以上 2,446 件（佔有使用約束 75.0%）；而「未使用約束」有 4,930 件，其中病人之健康影響程度有傷害以上 3,452 件（佔未使用約束 70.0%），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 1,194 件（佔所有管路事件 13.5%），而未使用鎮靜藥物的案件為 6,763 件（佔所有管路事件 76.6%）。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 888 件（佔有使用鎮靜藥物 74.4%），未使用鎮靜藥物情況下有傷害以上共 4,807 件（佔未使用鎮靜藥物 71.1%），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 8,592 件，多管路事件則有 242 件，圖 4-1-3-8。

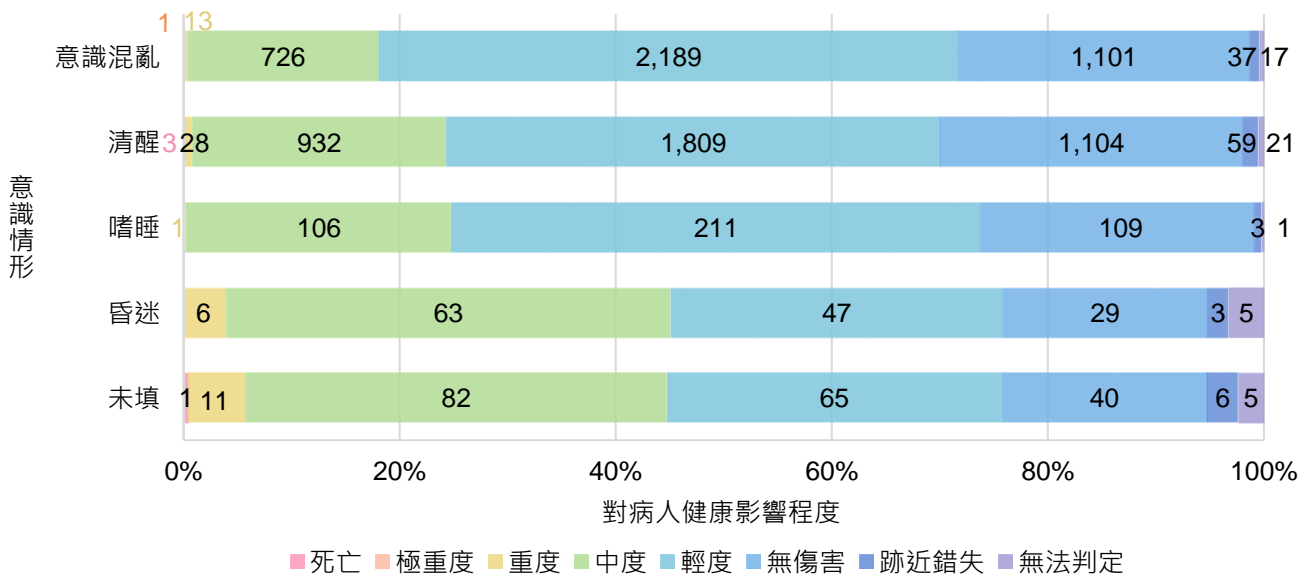


圖 4-1-3-5 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析 (N=8,834)

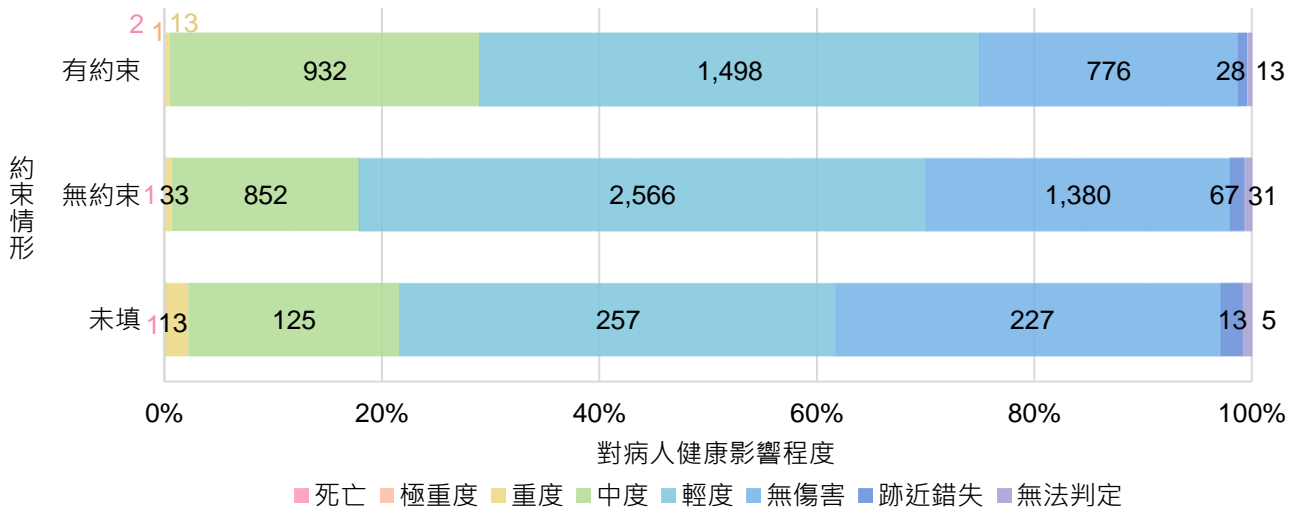


圖 4-1-3-6 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析 (N=8,834)

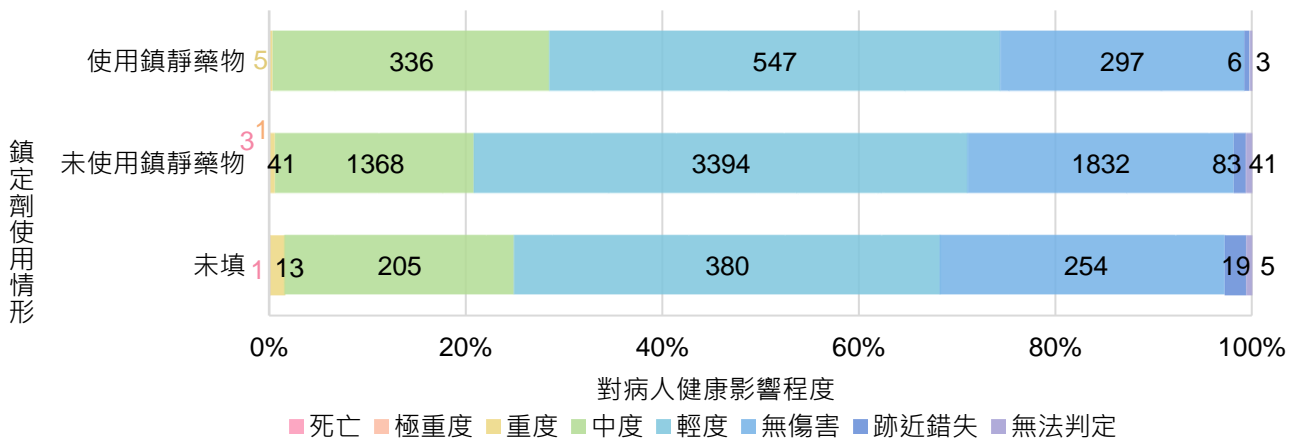


圖 4-1-3-7 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析 (N=8,834)

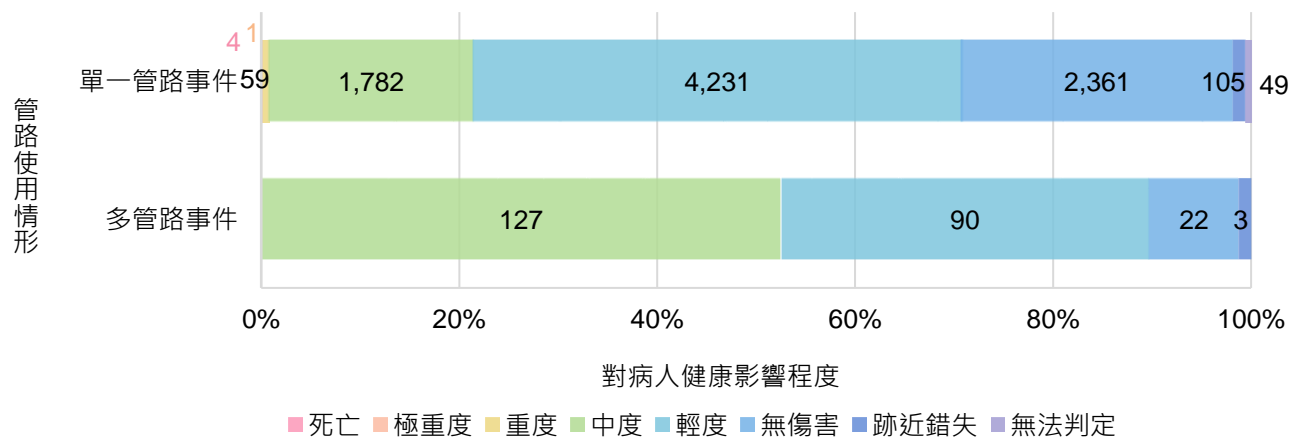


圖 4-1-3-8 單一管路與多管路事件對病人健康影響程度之交叉分析 (N=8,834)

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。

下述以單一管路事件進行分析說明，單一管路事件 (N=8,592) 發生種類，以鼻胃管發生事件最多共 4,162 件 (佔 48.4%)，其次為中心靜脈導管共 982 件 (佔 11.4%)，如圖 4-1-3-9。進一步分析管路種類「其他」182 件 (佔 2.1%) 中，以腦室外引流管 (EVD) 31 件、動脈導管 24 件及心導管 17 件居多。

單一管路種類造成病人有傷患者，最高是 T 型引流管 (100%)、其次是氣管內管口管 (97.1%)、氣管內管鼻管 (93.3%)、氣切套管 (93.2%)、血液透析相關管路 (91.6%)，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 Port-A 管路 (5.9%)、其次為氣切套管 (3.6%)、血液透析相關管路 (2.6%)。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 4 件造成病人死亡，其中氣管內管口管 2 件、氣切套管 1 件、鼻胃管 1 件。

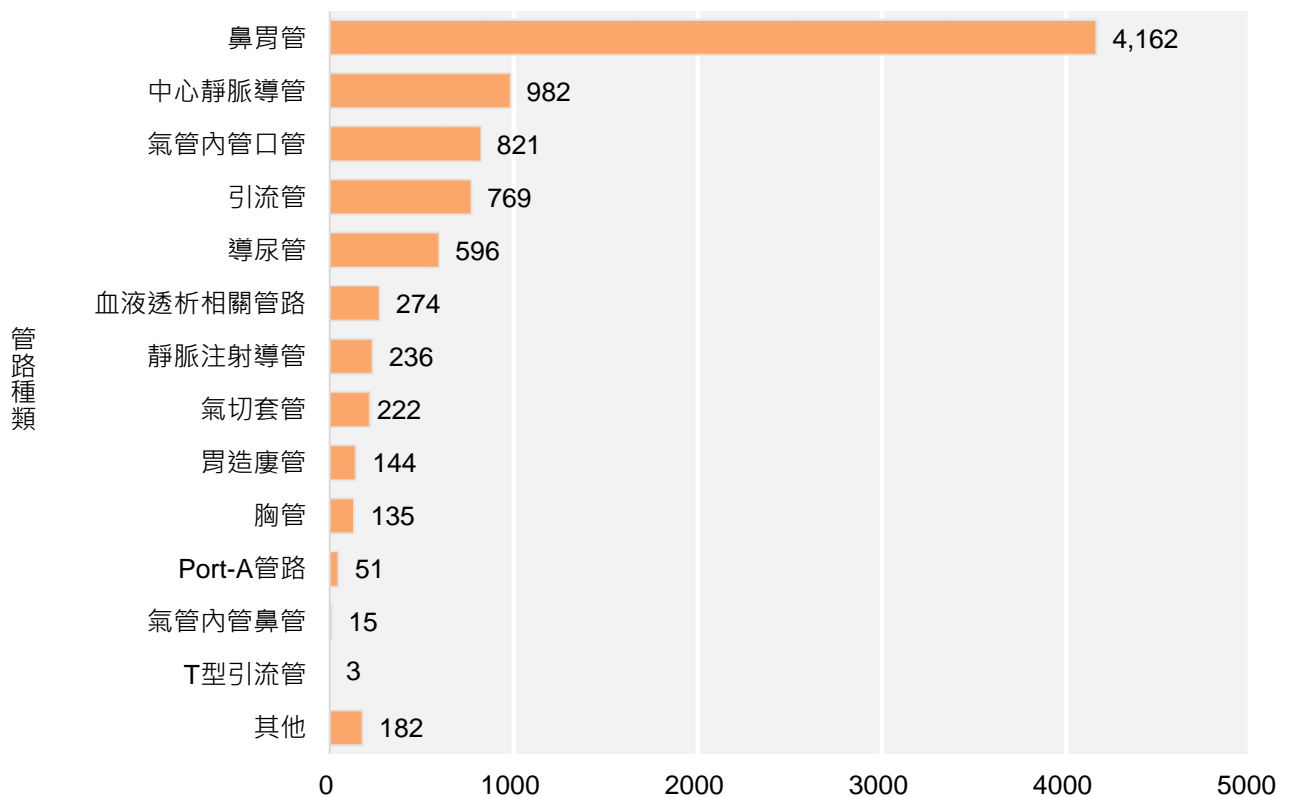


圖 4-1-3-9 單一管路事件發生管路種類 (N=8,592)

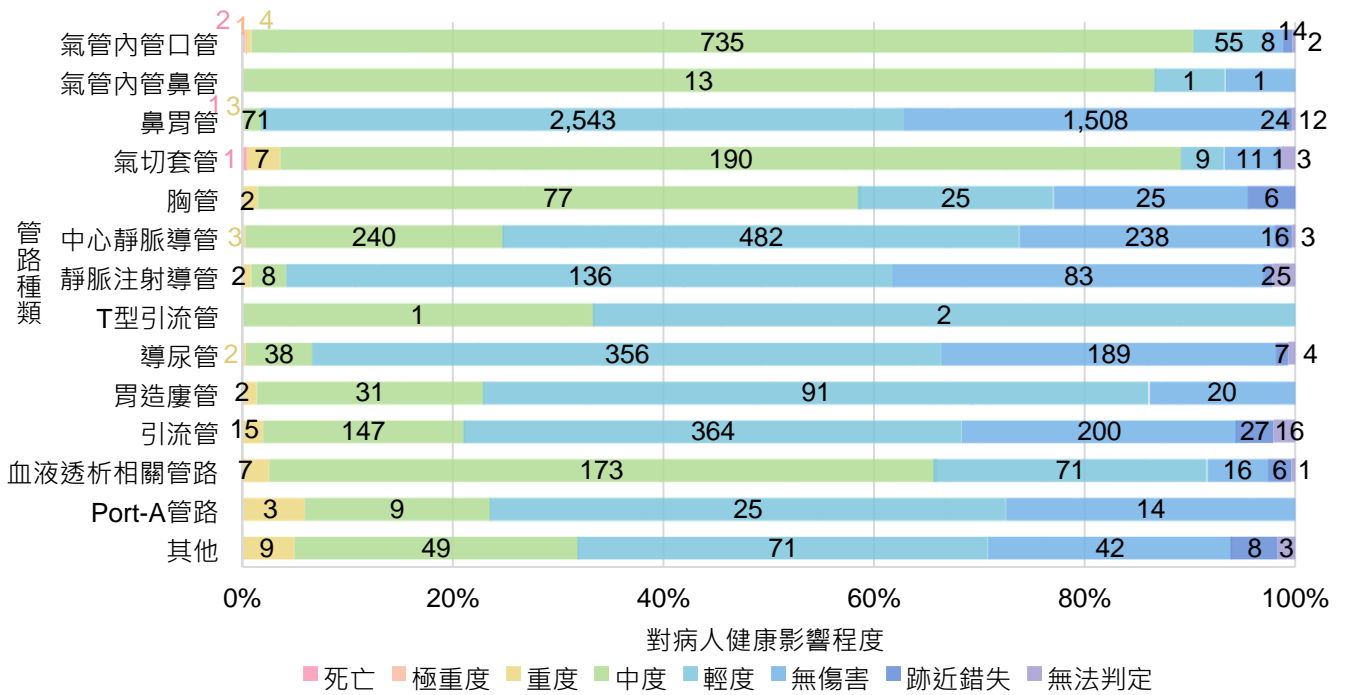


圖 4-1-3-10 醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析

(N=8,592, 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 8,707 件, 其中管路脫落佔 92.6%、管路阻塞佔 1.6%、管路錯接佔 0.5%、管路未開啟則佔 0.4%。管路脫落錯誤類型中, 以「鼻胃管」所佔比例最高 (50.9%), 其次為「中心靜脈導管」及「氣管內管口管」, 各佔 11.2%及 9.7%; 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「中心靜脈導管」; 發生管路錯接比例最高者則為「胸管」, 圖 4-1-3-11。

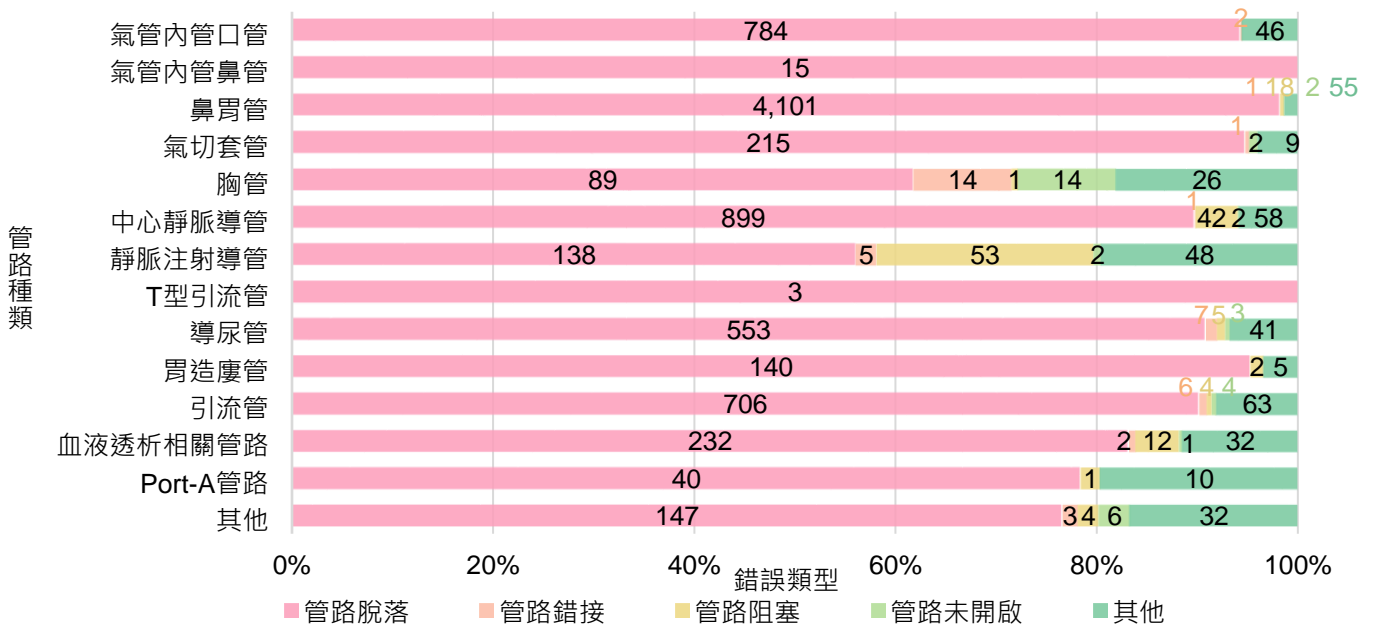


圖 4-1-3-11 單一管路錯誤發生類型

(N=8,707, 本項以單一管路、單一錯誤類型為主)

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。

針對單一管路、單一錯誤類型之管路脫落事件 (N=8,062) 種類分析，單一管路自拔有 5,794 件 (佔 71.9%)，意外滑脫有 2,268 件 (佔 28.1%)。分析各類管路事件之自拔率，自拔率佔該管路比率大於 65% 的管路種類，依序為鼻胃管 (共 3,435 件，佔 83.8%)、氣管內管口管 (共 583 件，佔 74.4%)、導尿管 (共 383 件，佔 69.3%)、中心靜脈導管 (共 617 件，佔 68.6%)、血液透析相關管路 (共 156 件，佔 67.2%)、氣管內管鼻管 (共 10 件，佔 66.7%) 及 T 型引流管 (共 3 件，佔 66.7%)，如圖 4-1-3-12。

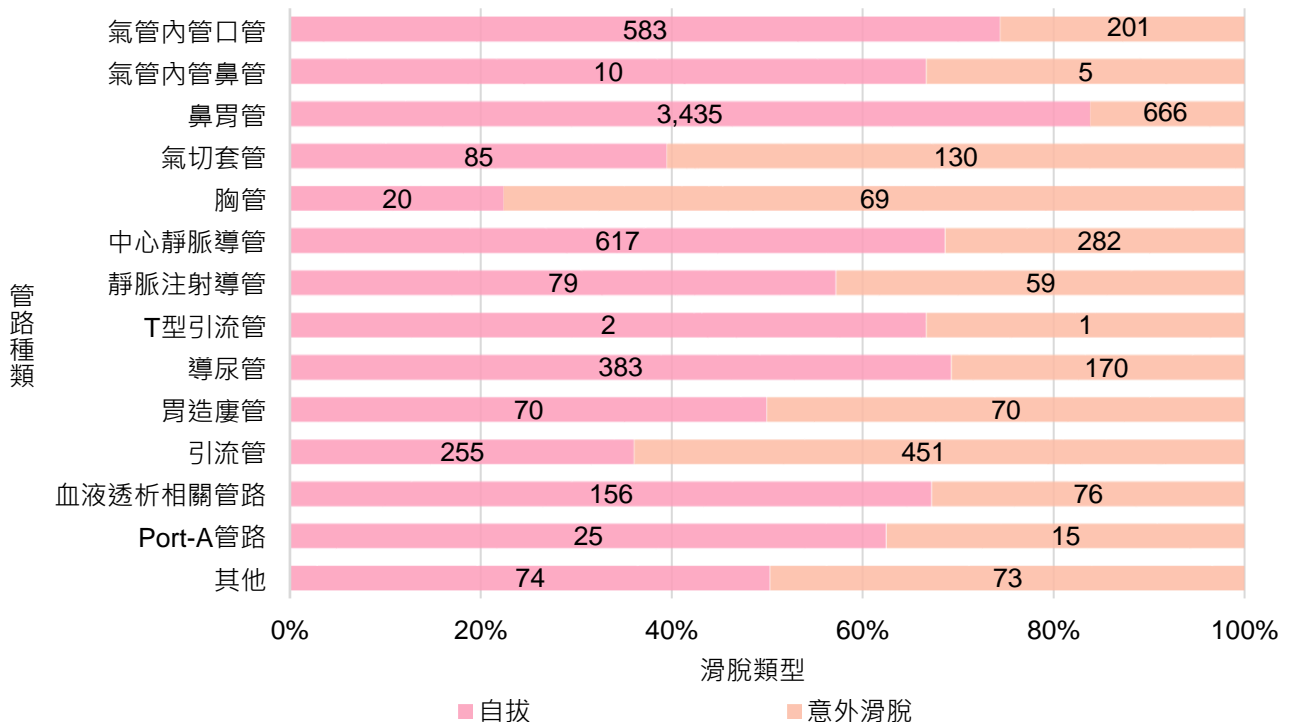


圖 4-1-3-12 單一管路種類與管路脫落 (自拔、意外滑脫) 之交叉分析 (N=8,062)

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 67.9 件/百件，其次為「與人員個人 (人為) 因素」，佔 51.5 件/百件，「與溝通因素相關」佔 35.3 件/百件，「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」則佔 30.4 件/百件，如圖 4-1-3-13。就與病人因素相關原因之內容，以「病人躁動」3,750 件最多，其次為「病人約束中自拔」1,595 件；人為因素以「因注意力轉移造成疏忽」2,242 件最多，其次為「管路固定技術不當」1,958 件。

醫院管路事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 3 件 (0.03%)，SAC=2 者有 27 件 (0.3%)，SAC=3 者有 2,749 件 (31.1%)，SAC=4 者有 4,672 件 (52.9%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 1,383 件 (15.6)，如表 4-1-0-5。

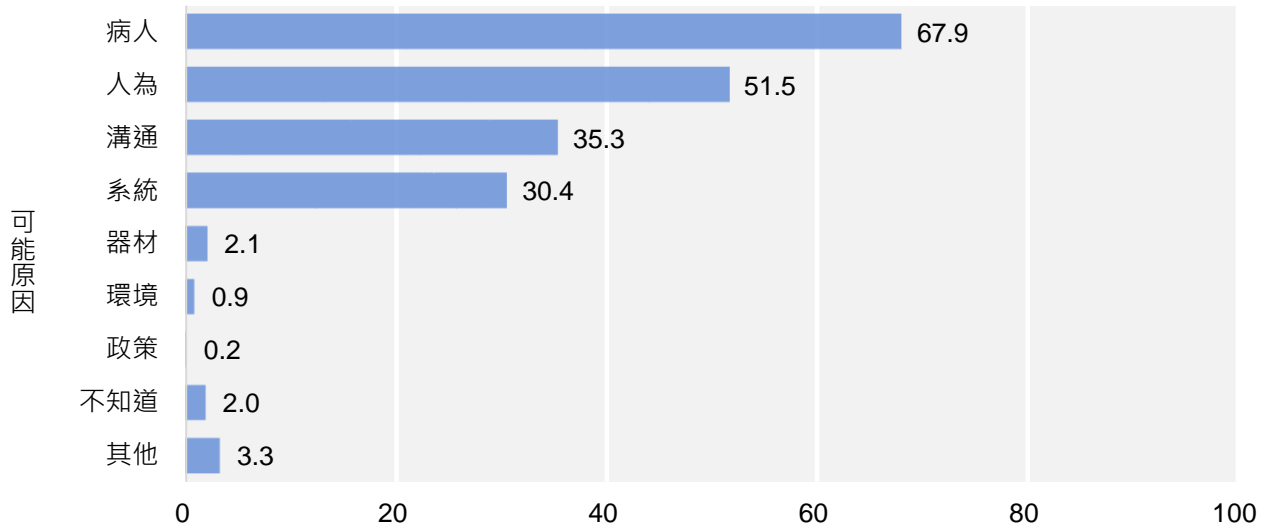


圖 4-1-3-13 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比
(N=8,834 · N 為事件數 · 此項目為複選)

(四) 醫院—檢查/檢驗/病理切片事件

2021 年醫院檢查/檢驗/病理切片事件共 4,650 件。事件發生時段以白班 (08:01-16:00) 最高 (61.3%)，小夜班 (16:01-00:00) 次之 (23.7%)，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 (66.3 件/百件)，其次是「放射檢查類」(24.4 件/百件)，如圖 4-1-4-2。錯誤發生階段以「採檢/送檢階段」居多佔 59.6 件/百件，其次為「檢體分析/檢查執行階段」佔 18.4 件/百件，「檢查單位報告階段」佔 17.3 件/百件，如圖 4-1-4-3。

進一步分析「採檢/送檢階段」錯誤項目，主要為檢體未貼標籤 (19.7 件/百件)，其次為檢體保存方式錯誤/檢體污染有關 (15.9 件/百件)、標籤錯誤 (11.6 件/百件) 及病人錯誤 (11.5 件/百件)，本題為複選，如圖 4-1-4-4。「檢體分析/檢查執行階段」常見的錯誤則依序為：病人錯誤 (26.4 件/百件)、檢體遺失或損毀 (16.8 件/百件)、操作程序錯誤 (12.8 件/百件) 及檢查部位錯誤 (8.9 件/百件)，本題為複選，如圖 4-1-4-5。

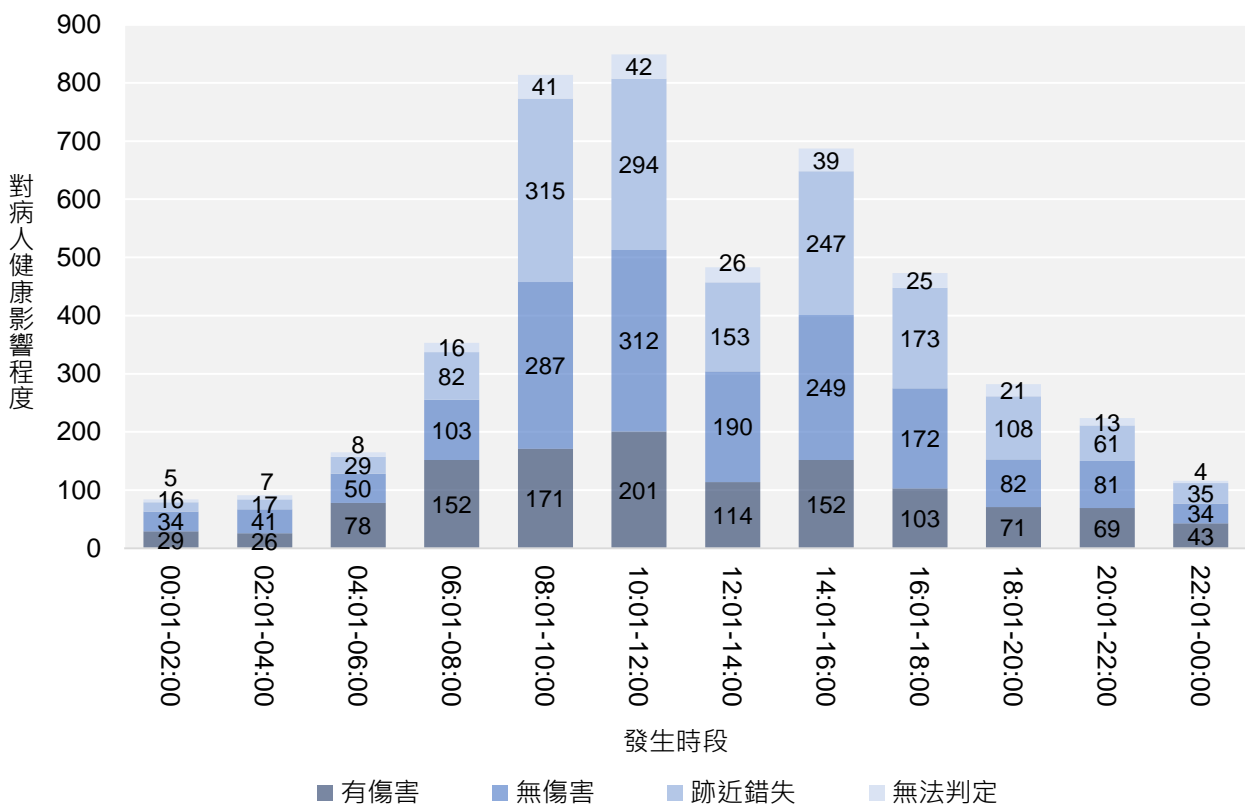


圖 4-1-4-1 醫院檢查/檢驗/病理切片事件發生時間與病人健康影響程度分析
(N = 4,621，不含未填的 29 件)

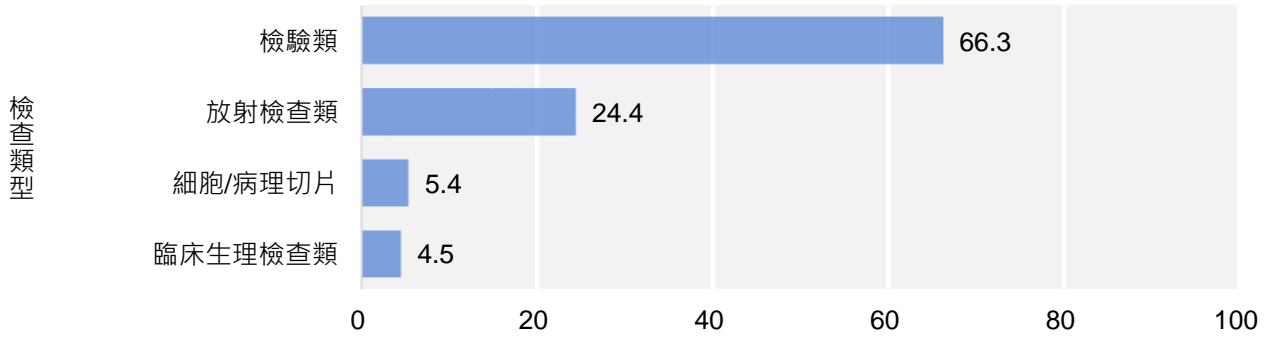


圖 4-1-4-2 醫院檢查/檢驗/病理切片事件為哪類醫療檢查 (N=4,650 · 本項為複選題)

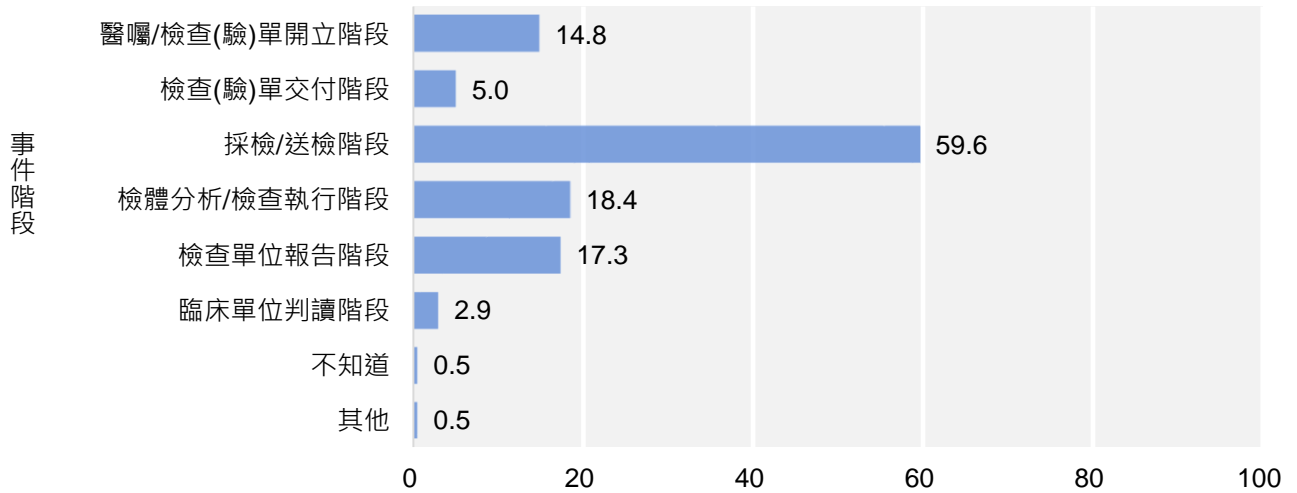
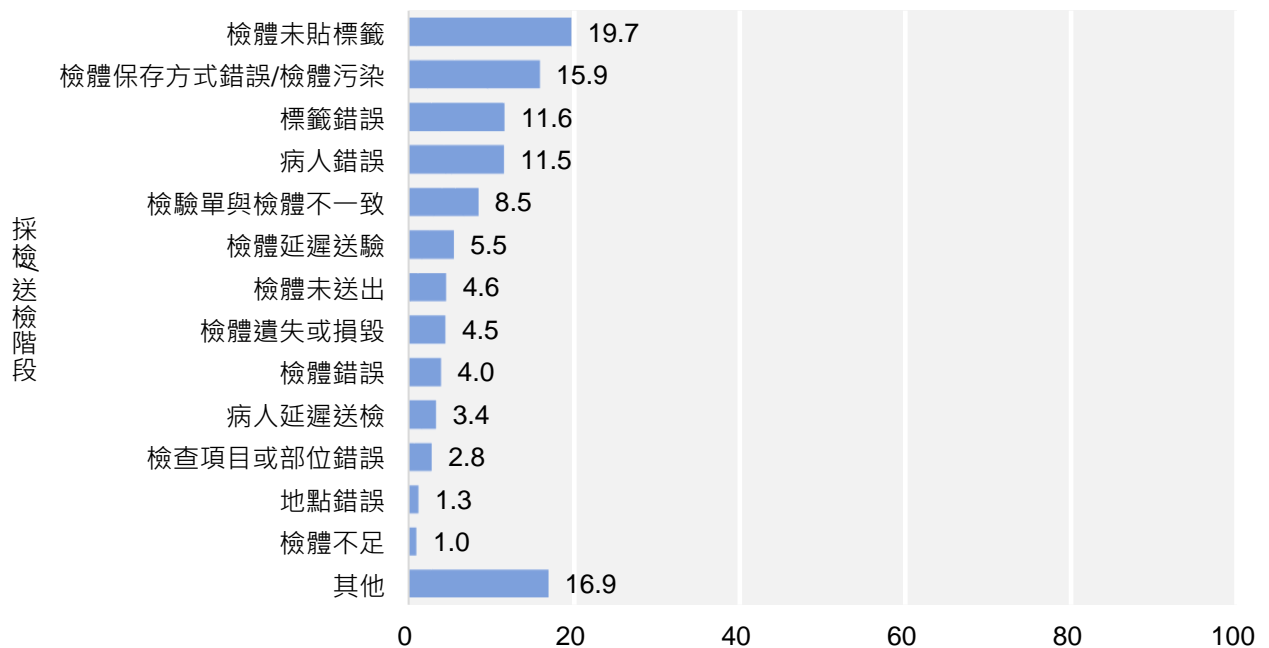


圖 4-1-4-3 醫院檢查/檢驗/病理切片事件錯誤發生階段 (N=4,650 · 本項為複選題)


 圖 4-1-4-4 醫院檢查/檢驗/病理切片事件-採檢/送檢階段明細
 (N=2,772 · N 為採檢/送檢階段有誤之通報件數 · 本項為複選題)

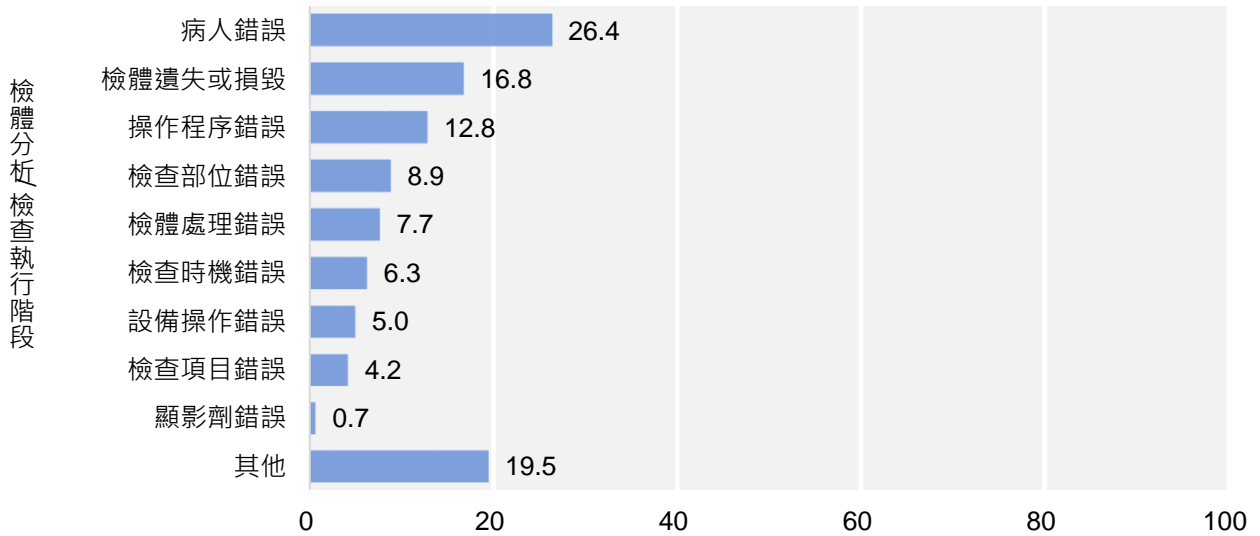


圖 4-1-4-5 醫院檢查/檢驗/病理切片事件-檢體分析/檢查執行階段明細
(N=857 · N 為檢體分析/檢查執行階段有誤之通報件數 · 本項為複選題)

事件發生後對病人健康影響程度，約有 68.5% 的事件未對病人健康造成影響 (跡近錯失 33.0% · 無傷害 35.5%)，有傷害事件中，以輕度事件共 1,101 件 (佔 23.7%) 為最多，如圖 4-1-4-6。

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」中有傷患者為 1,033 件 (33.5 件/百件)；「放射檢查類」有傷患者為 145 件 (12.8 件/百件)；「細胞/病理切片」有傷患者 13 件 (5.2 件/百件)；「臨床生理檢查類」有傷患者 30 件 (14.2 件/百件)，如圖 4-1-4-7。

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」(847 件)、「檢體分析/檢查執行階段」(394 件) 及「檢查單位報告階段」(181 件)；傷害比例則以「檢體分析/檢查執行階段」(46.0 件/百件) 及「採檢送檢階段」(30.6 件/百件) 相對較高，如圖 4-1-4-8。

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(77.0 件/百件)，「與工作狀態/流程設計(系統)因素相關」次之(51.4 件/百件)，如圖 4-1-4-9。

醫院檢查/檢驗/病理切片事件 SAC 級數分析，SAC=1 者 1 件 (0.02%)，SAC=2 者 3 件 (0.1%)，SAC=3 者 267 件 (5.7%)，SAC=4 者 1,984 件 (42.7%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 2,395 件 (佔 51.5%)，如表 4-1-0-5。

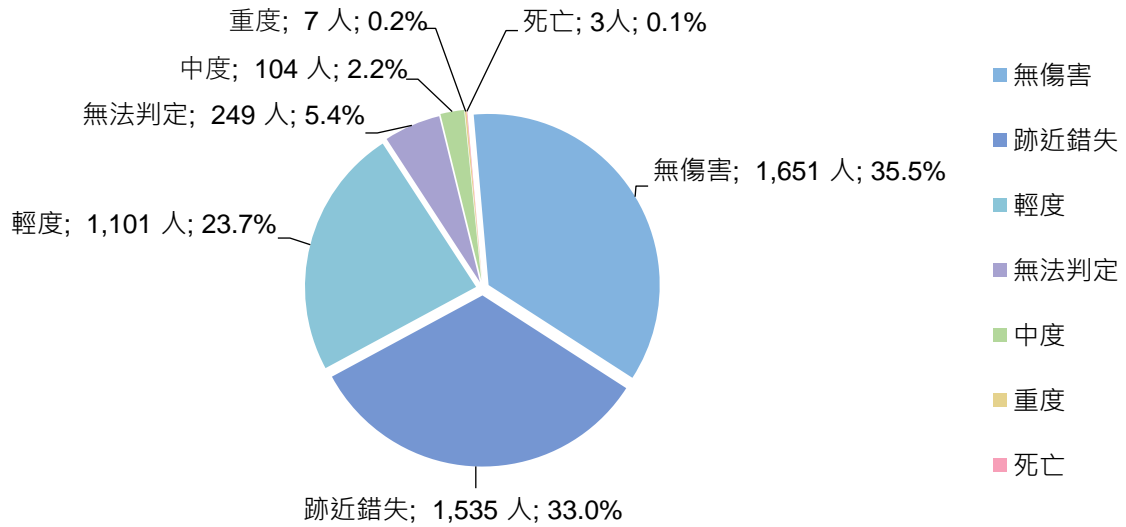


圖 4-1-4-6 醫院檢查/檢驗/病理切片事件對病人健康的影響程度之交叉分析 (N=4,650)

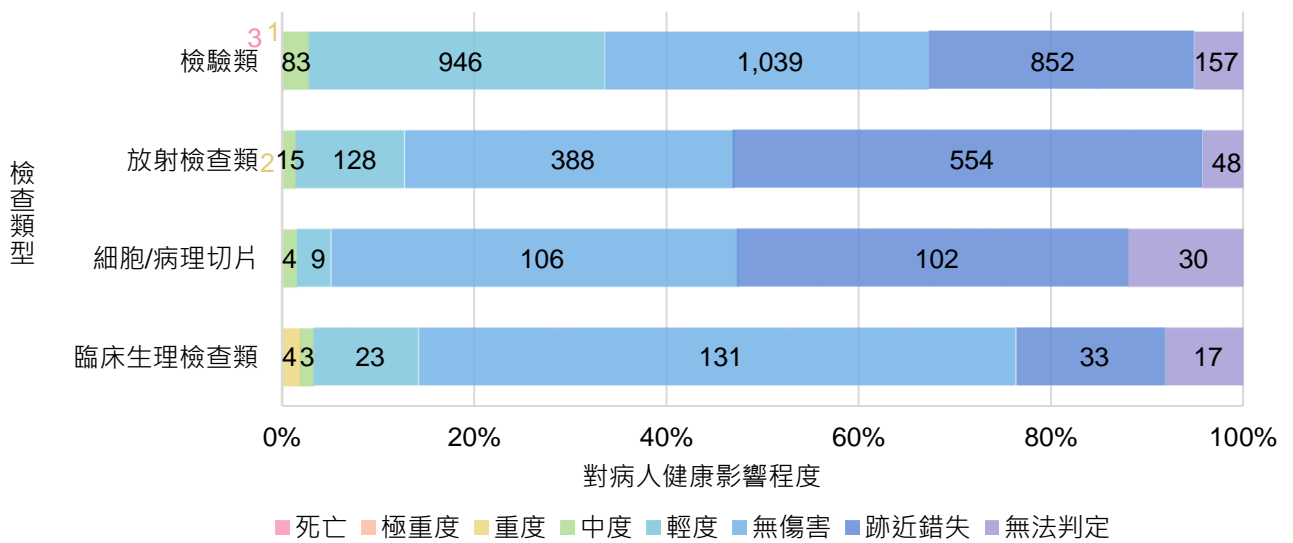


圖 4-1-4-7 醫院檢查/檢驗/病理切片事件醫療檢查類型與病人健康影響程度之交叉分析 (N=4,650 · 本項為複選題)

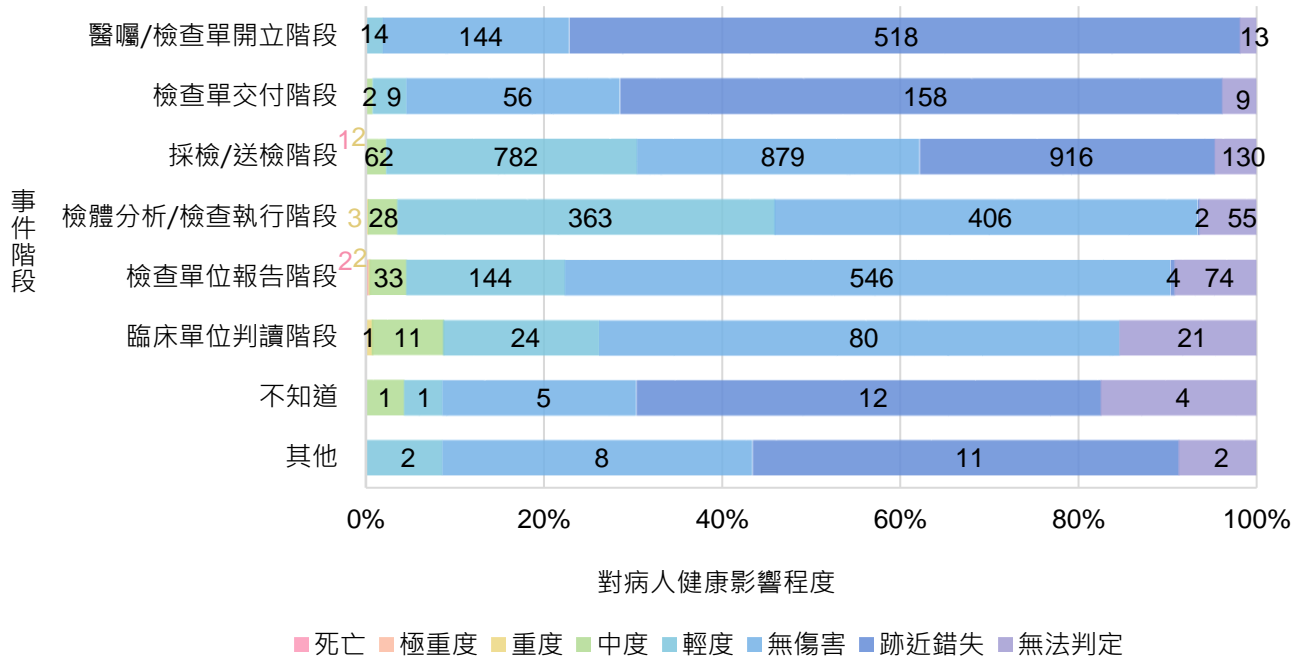


圖 4-1-4-8 醫院檢查/檢驗/病理切片事件錯誤階段與病人健康影響程度之交叉分析 (N=4,650 · 本項為複選題)

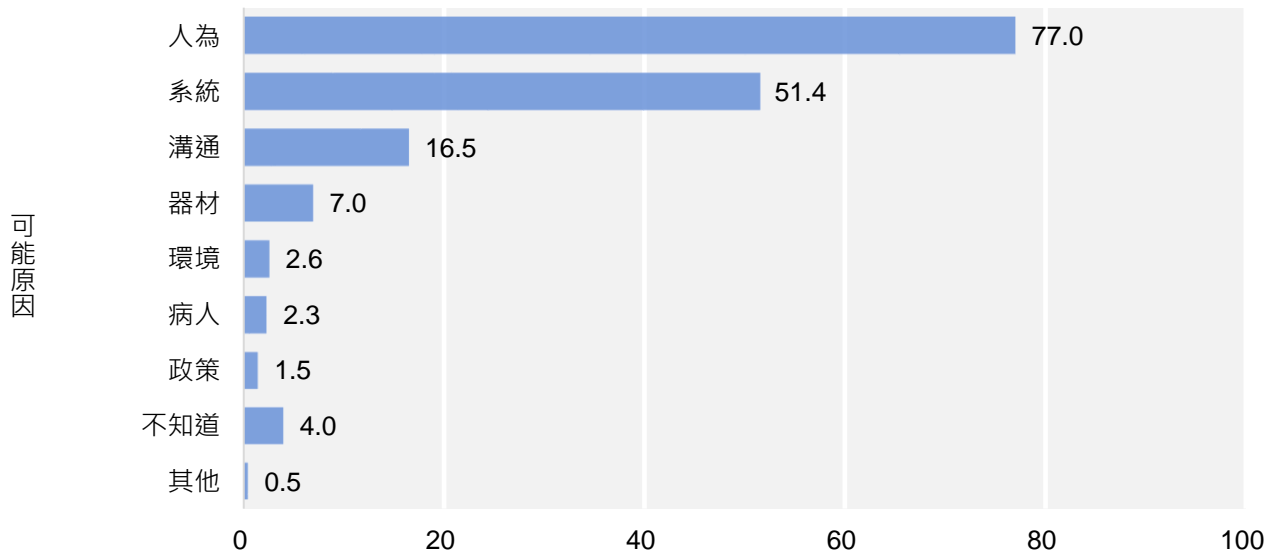


圖 4-1-4-9 醫院檢查/檢驗/病理切片事件發生可能原因相對次數百分比 (N=4,650 · 本項為複選題)

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 1,834 件，以白班時段 (08:01-16:00) 58.2% 佔多數，小夜班 (16:01-00:00) 28.6% 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 10:01~12:00 區間，「無傷害」事件高峰則發生於 08:01~10:00 區間，如圖 4-1-5-1。

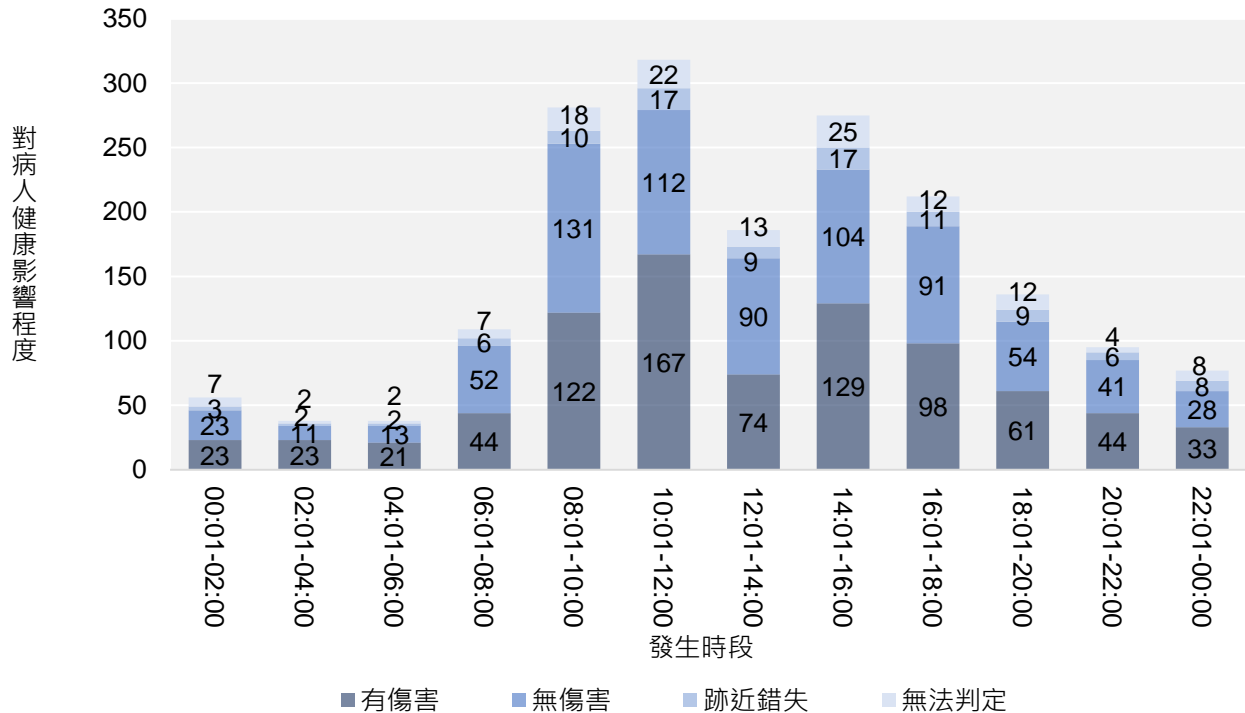


圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段 (N=1,821，不含未填 13)

事件發生後對病人的影響，造成傷害佔 46.2%，其中包含嚴重程度為死亡 1.3%、極重度傷害 0.4% 與重度傷害 6.9%，此外，對病人無傷害案件佔 40.9%，跡近錯失及無法判定則各佔 5.5% 及 7.4%，如圖 4-1-5-2。

值得注意的是，死亡案件中，有 16 件與系統因素相關，主要與事前缺乏對病人完整評估 (如：事後才發現病人身上有未發現之嚴重疾病) 及團隊合作問題有關 (如：當下找不到人協助)；有 10 件與溝通因素相關，包括醫療團隊間溝通不足 (如：交接班資訊不完整、病人病情惡化未回報主治醫師、無法聯繫上主治醫師、醫師間對治療處置看法不一致，及跨專科的溝通失效等)、醫療團隊與家屬溝通不足、未告知家屬完整的病人病況資訊，導致家屬產生誤解等因素有關。

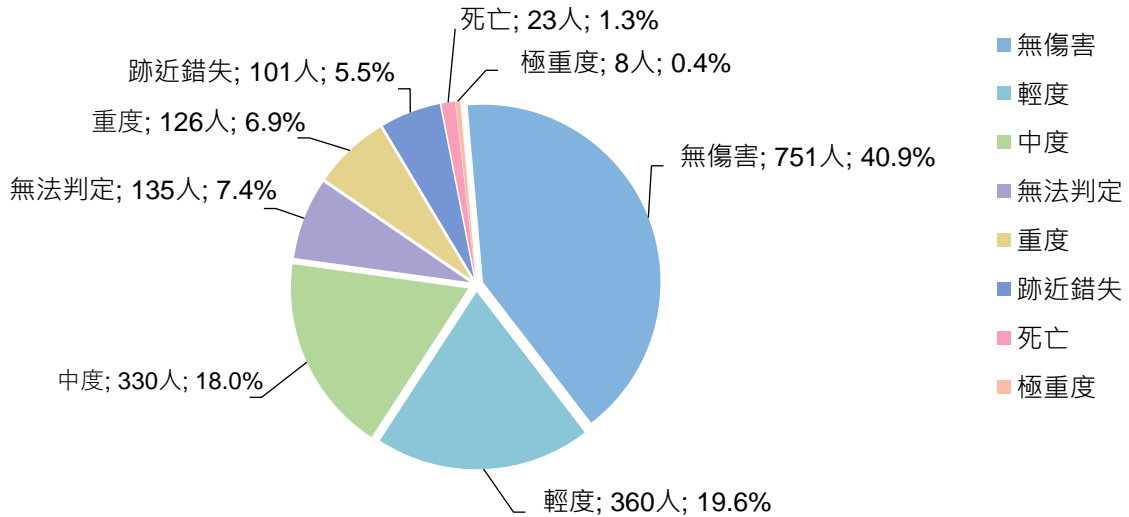


圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度 (N=1,834)

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 17.1 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，多數與評估錯誤相關，而發生於「診斷階段」的錯誤項目則大多與延遲診斷有關，發生於「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，造成傷害比例高的依序為：燒燙傷(96.1 件/百件)、異物哽塞(90.2 件/百件)、技術不當(71.9 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(66.7 件/百件)、未評估(56.1 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未診斷(71.4 件/百件)、延遲診斷(57.1 件/百件)，如圖 4-1-5-7。

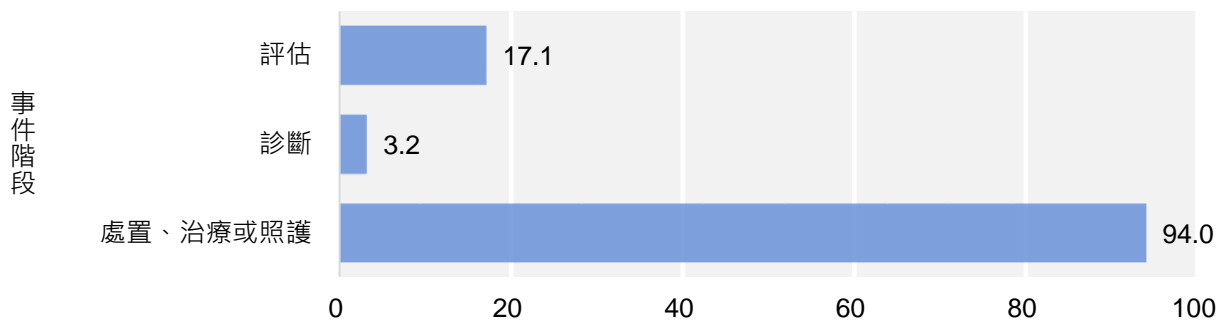


圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤發生階段 (N=1,834，本項複選題)

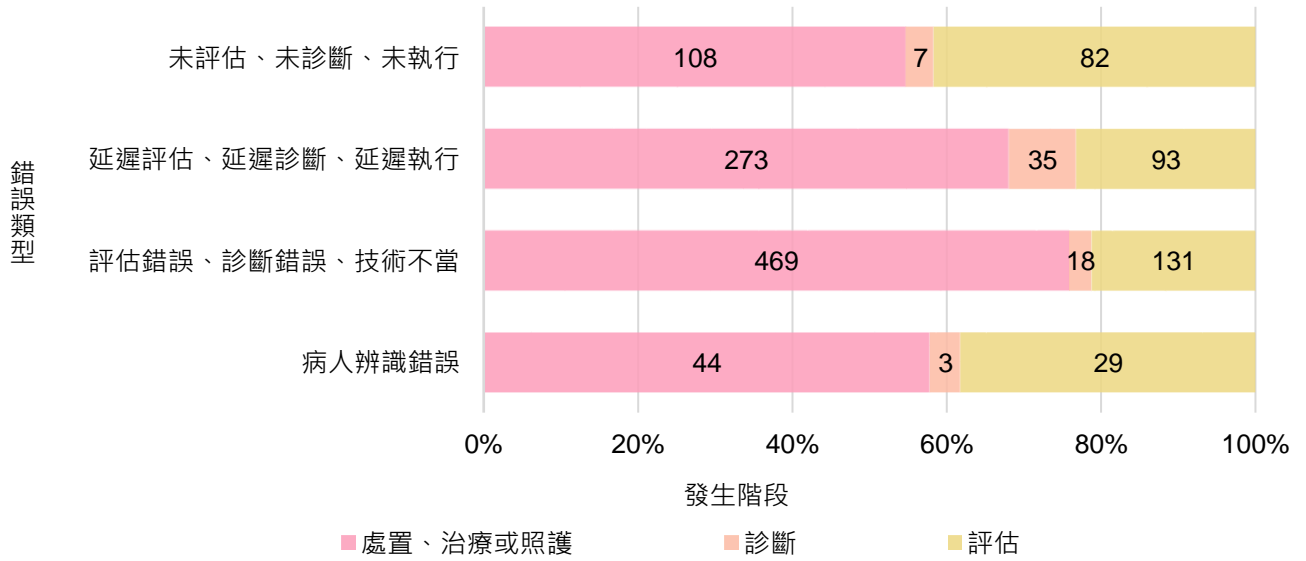


圖 4-1-5-4 醫院醫療照護事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析
(N=1,292 · 本項為複選題)

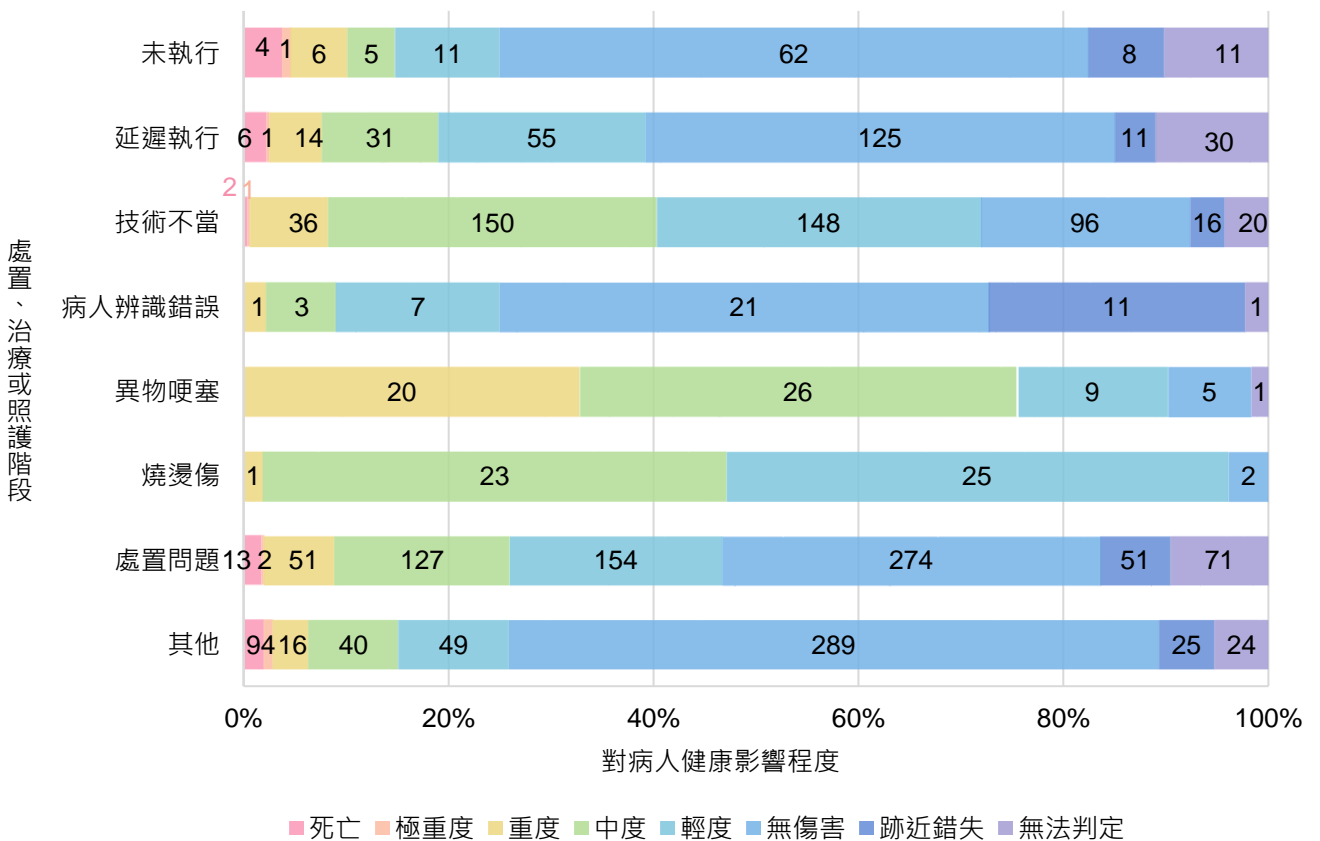


圖 4-1-5-5 「處置、治療或照護階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析
(N=1,724 · 本項為複選題)

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。

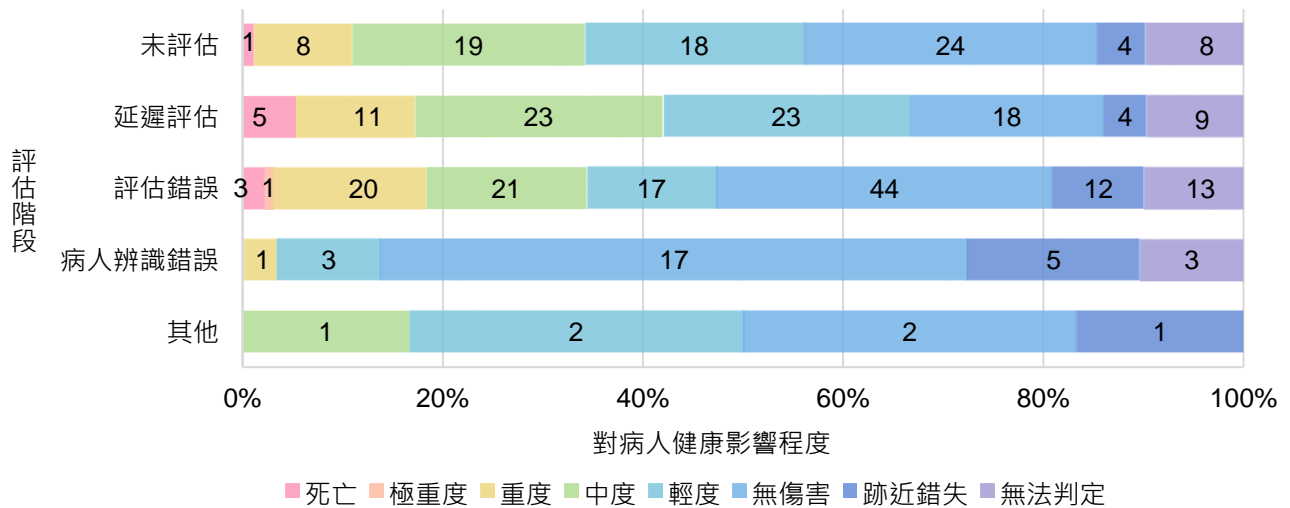


圖 4-1-5-6 「評估階段」錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 (N=314, 本項為複選題)

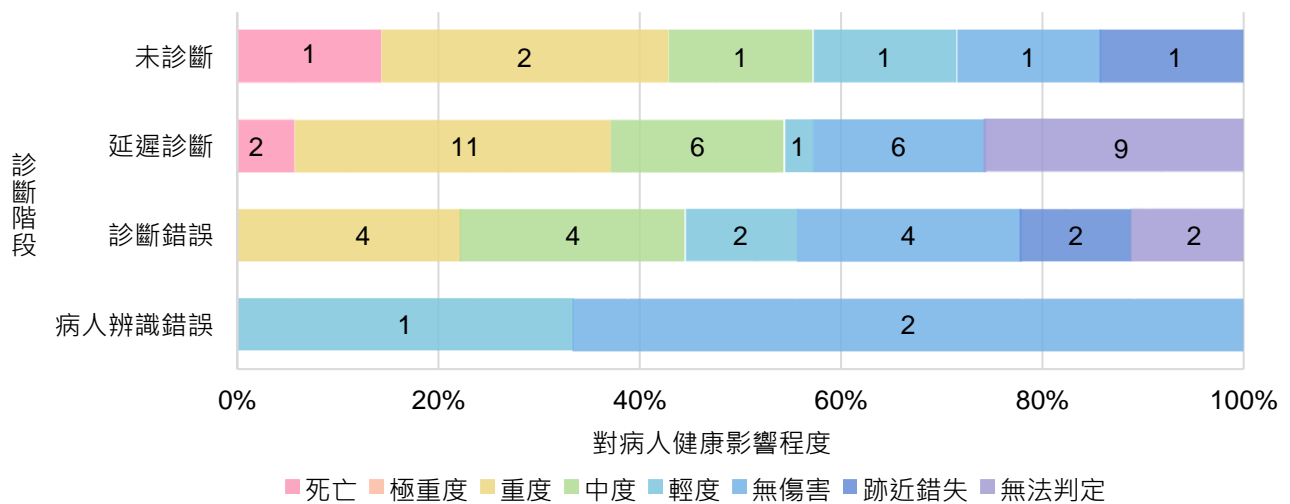


圖 4-1-5-7 「診斷階段」錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 (N=59, 本項為複選題)

發生可能原因以「人員個人(人為)因素相關」最多(77.8件/百件),其後依序為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」(65.4/百件),「與溝通相關因素」(52.4件/百件),如圖 4-1-5-8。

醫療照護事件 SAC 級數分析,在 1,834 件受影響對象為病人的通報事件中,SAC=1 者 14 件(0.8%),SAC=2 者 65 件(3.5%),SAC=3 者有 221 件(12.1%),SAC=4 者有 814 件(44.4%),SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 720 件(39.2%),如表 4-1-0-5。

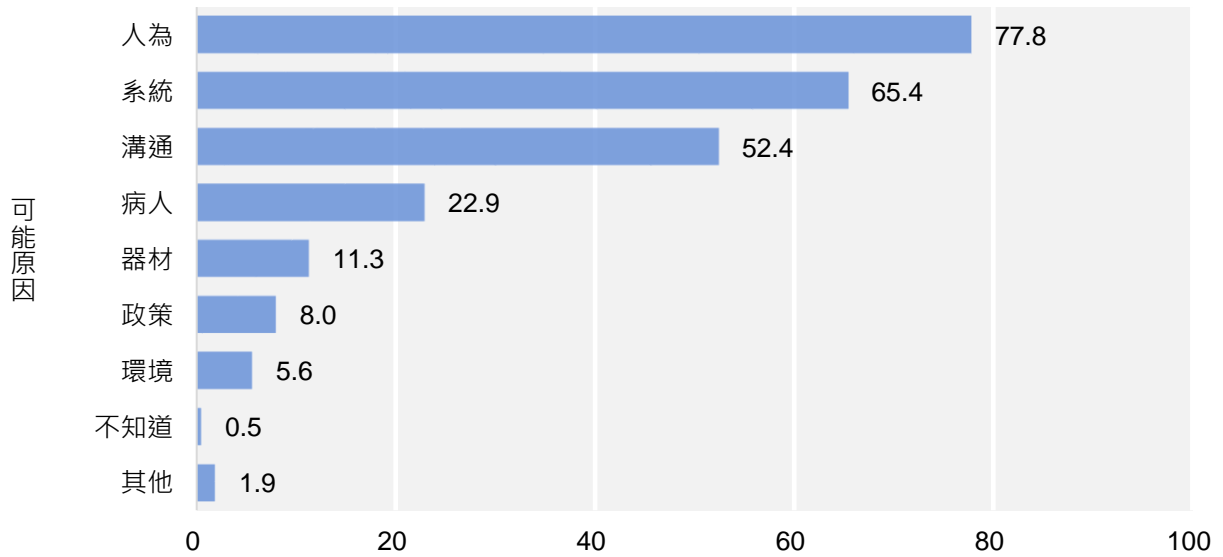


圖 4-1-5-8 醫院醫療照護事件發生可能原因 (N=1,834 · 本項為複選題)

(六) 醫院-手術事件

發生於醫院的手術事件共 1,678 件，事件發生時段以白班 (08:01~16:00) 最高 (69.7%)，小夜班 (16:01~00:00) 次之 (22.0%)，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 14:01-16:00 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 08:01-10:00 區間 (按該時段事件發生比例)，如圖 4-1-6-1。

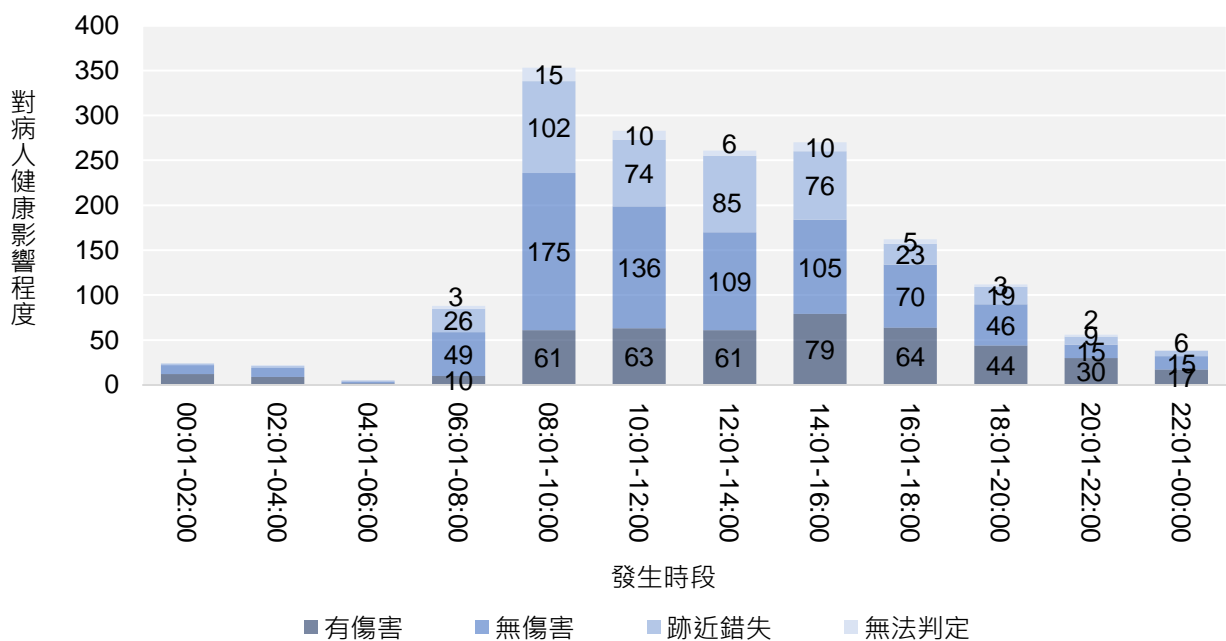


圖 4-1-6-1 醫院手術事件發生時段與病人健康影響程度分析

(N=1,674，不含未填 4 件)

事件發生後共有 1,170 件 (69.7%) 未對病人健康造成影響 (無傷害 44.4%，跡近錯失 25.3%)，有傷害者共 453 件 (27.0%)，如圖 4-1-6-2。值得注意的是，重度以上案例有 30 例，其中在異物滯留體內有 10 例 (如：術後發現紗布遺留在病人體內、手術過程中發生器械斷裂或缺角、移除管路不完整，部分 cuff 殘存於體內等)；術前準備程序不完善有 4 例 (如：病人因禁食太久反應肚子餓，飲用牛奶導致延誤手術時間、病人放置中心靜脈導管導致氣胸等)；術式操作錯誤有 4 例 (如：產婦行剖腹產過程不慎劃傷膀胱，立即行膀胱傷口縫合、病人行闌尾切除手術置放導尿管，術後發現導尿管前端遺留在膀胱內且尿道斷流，緊急進行修補手術)；設備器具準備不完整有 2 例 (如：手術過程切開肌肉時，刀柄與刀片發生鬆脫狀況、病人行左腎切除術，衛材車上的皮膚縫合釘有釘槍但缺釘子)；轉運病人傷害有 2 例 (如：病人術後欲從手術床移動到推床時不慎滑落，造成股骨骨折再次進行手術、病人術後轉運送到加護病房過程，等候警衛控梯過久造成病人血氧下降)。

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。

錯誤發生階段以「術前準備」最多(65.3 件/百件)，其次為「手術過程」(24.1 件/百件)、「術後處置」(12.2 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 116 件 (10.6 件/百件)；「手術過程」中有傷患者為 268 件 (66.2 件/百件)；「術後處置」有傷患者 107 件 (52.5 件/百件)，如圖 4-1-6-4。

錯誤類型以「術前準備程序不完善」(53.8 件/百件) 居多，其次為「其他」(34.5 件/百件)。分析「其他」事件中有 14.9% 皮膚完整性受損 (如：移除膠布造成皮膚破損、麻醉結束後拔管造成皮膚損傷、布單夾夾傷、使用溫熱水袋不慎造成皮膚起水泡等)，9.7% 為術後程序不完善 (如：術後病人已返室但開刀房未與病房交班或交接班不完整、電擊導片離開開刀房卻未取下；病人使用人工甦醒器，雙頭管一邊未連接氧氣)；5.7% 為器械、縫針、紗布、棉花計數不全，4.3% 器械斷裂 (如：術中使用 pin 定位拔出時斷裂於病人骨頭內；使用 drill bit 鑽孔洞時不慎前端斷裂在病人體內)，2.1% 為手術排程異常 (如：主治醫師/麻醉醫師等延誤上下刀時間、開刀房控台遺漏聯絡病房送病人) 等，如圖 4-1-6-5。

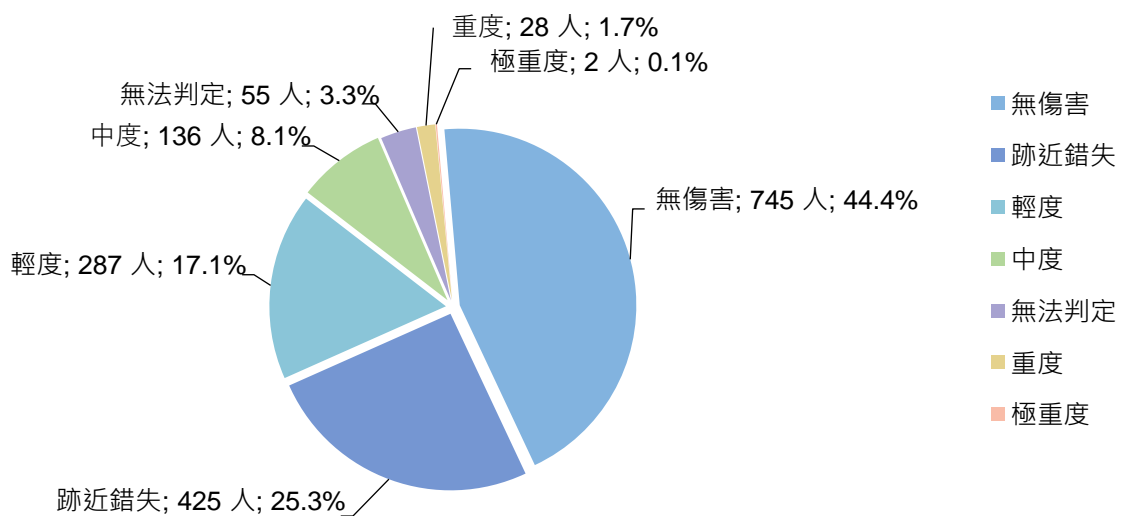


圖 4-1-6-2 醫院手術事件對病人健康的影響程度 (N=1,678)

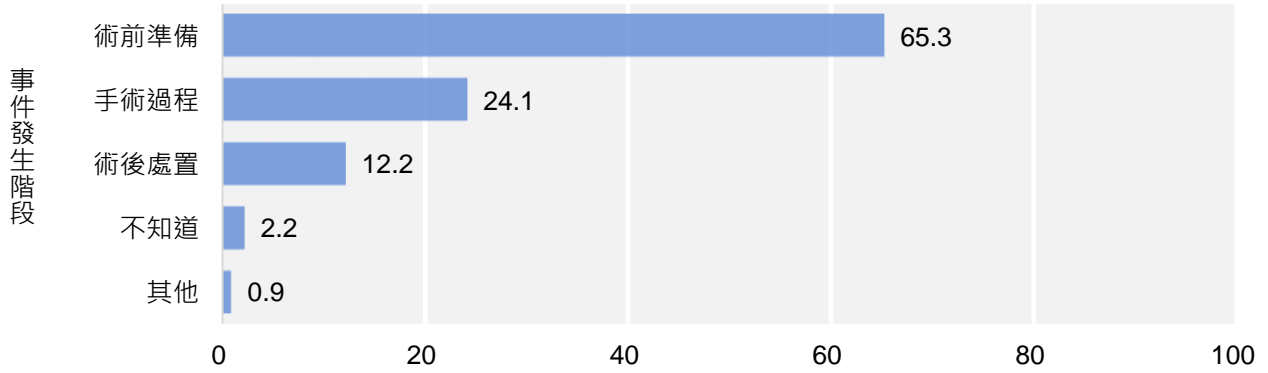


圖 4-1-6-3 醫院手術事件錯誤發生階段 (N=1,678 本項為複選題)

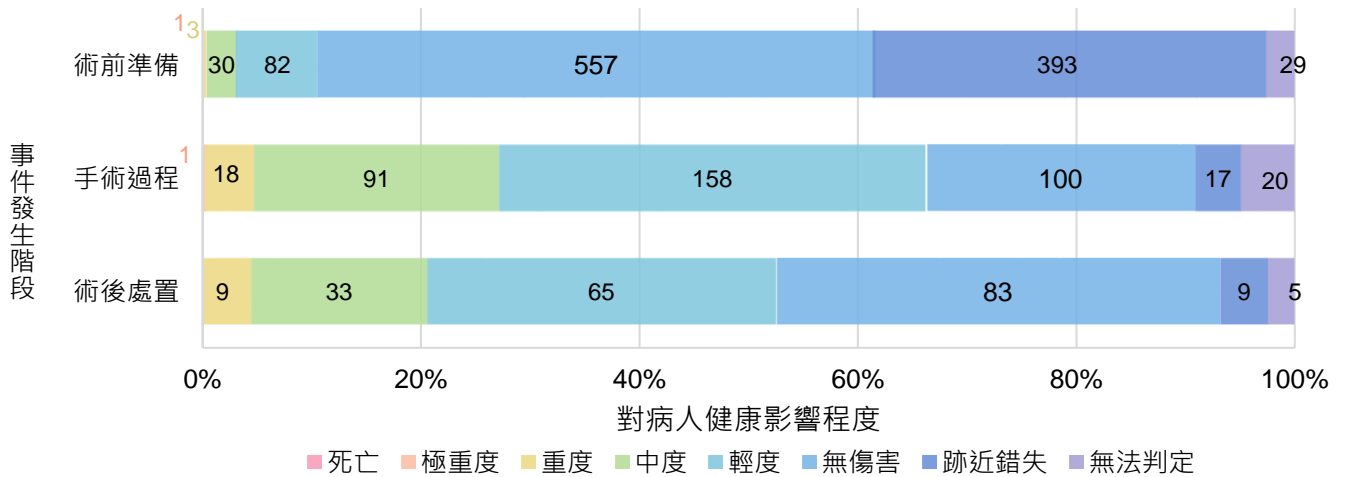


圖 4-1-6-4 醫院手術事件錯誤發生階段與病人健康影響程度之交叉分析

(N=1,678 · 本項為複選題)

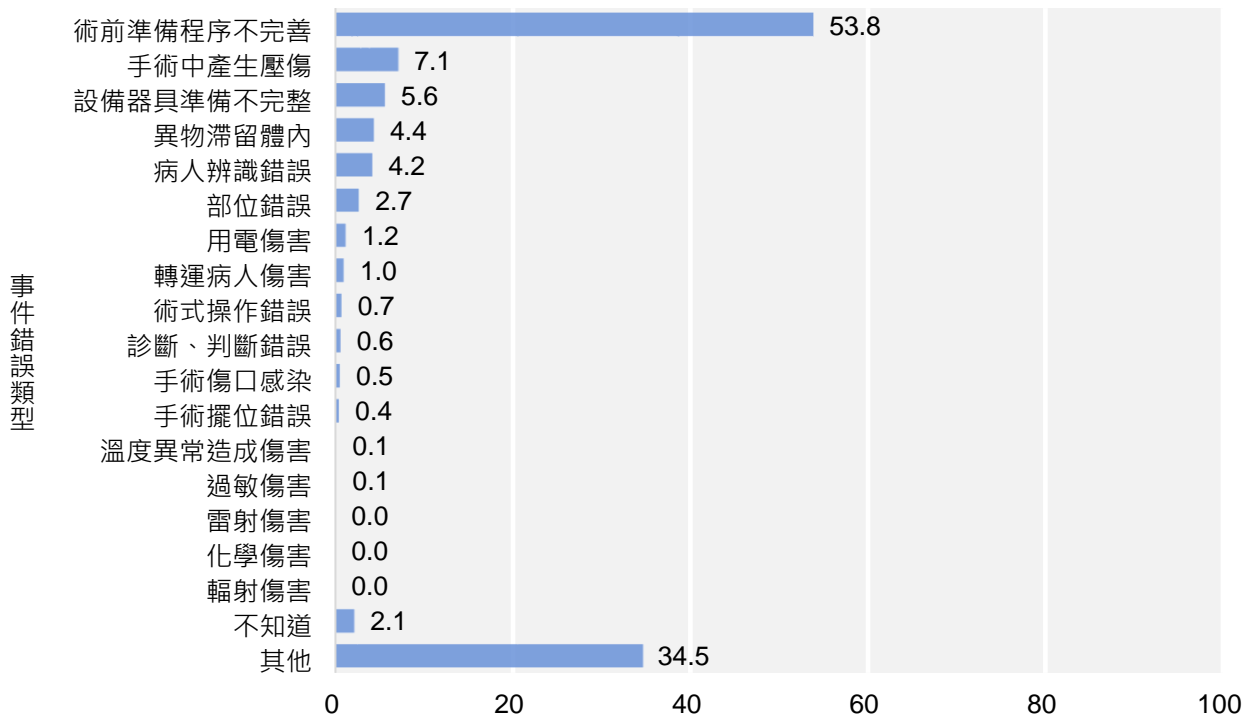


圖 4-1-6-5 醫院手術事件錯誤類型 (N=1,678 · 本項為複選題)

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(69.1/百件),其次為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」(48.9 件/百件),溝通相關因素(29.0 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)因素相關」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,在受影響對象為病人的通報事件中,SAC=1 者 1 件(0.1%),SAC=2 者 12 件(0.7%),SAC=3 者 125 件(7.4%),SAC=4 者 861 件(51.3%),SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 679 件(40.4%),如表 4-1-0-5。

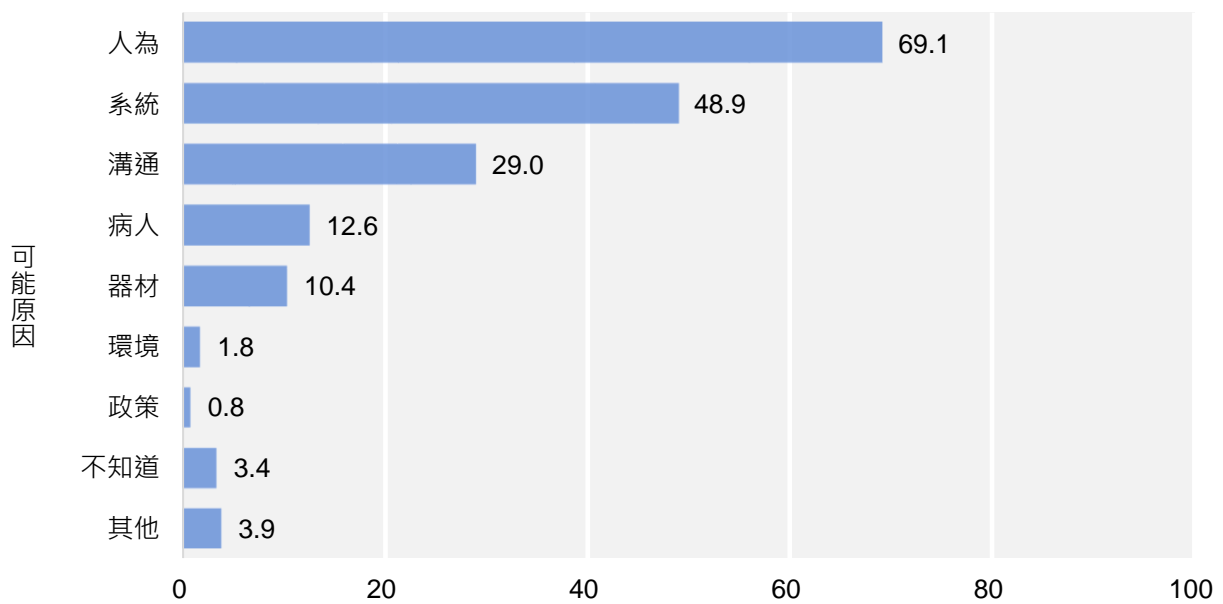


圖 4-1-6-6 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,678, 本項為複選題)

(七) 醫院-傷害行為事件

分析 2021 年發生在醫院的傷害行為事件總共有 1,615 件，相較 2020 年減少 140 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 667 件 (41.5%) 和 653 件 (40.6%) 案件發生，而大夜班 (00:01~08:00) 時段通報案件數近 300 件，無傷害的比例超過該時段事件數的 65%，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 73.1 件發生於一般病房，其次是發生在急診室 (12.1 件/百件)，如圖 4-1-7-2。

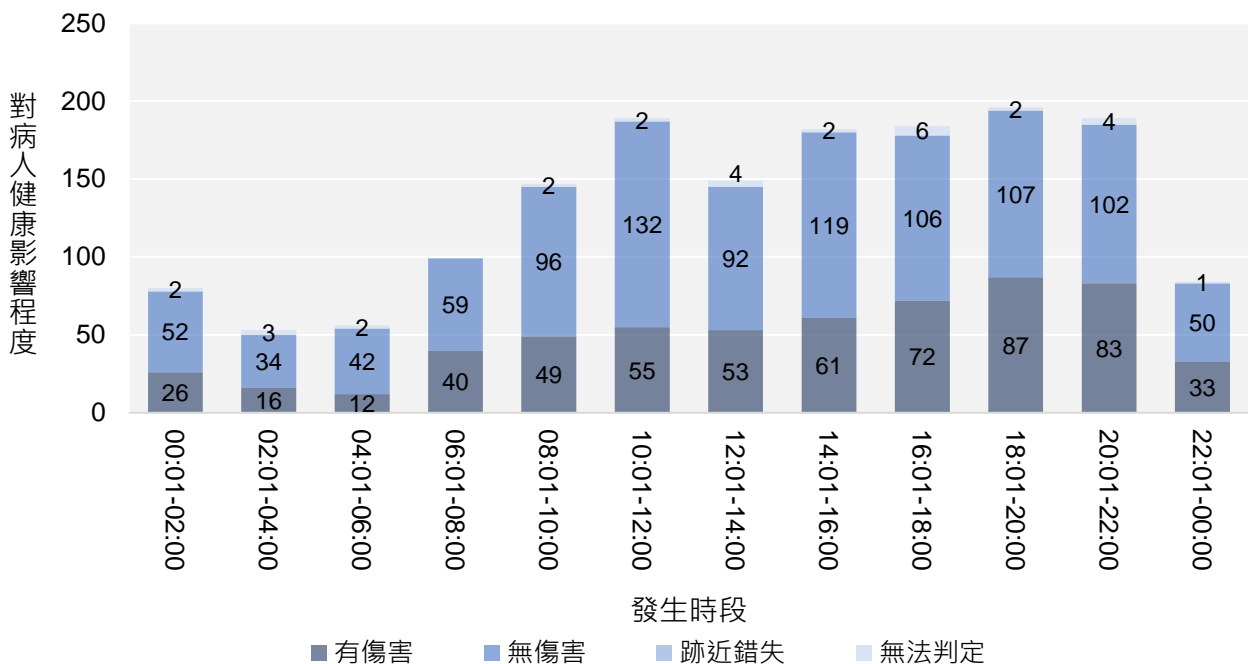


圖 4-1-7-1 醫院傷害行為事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析
(N=1,608，不包含未填 7 件)

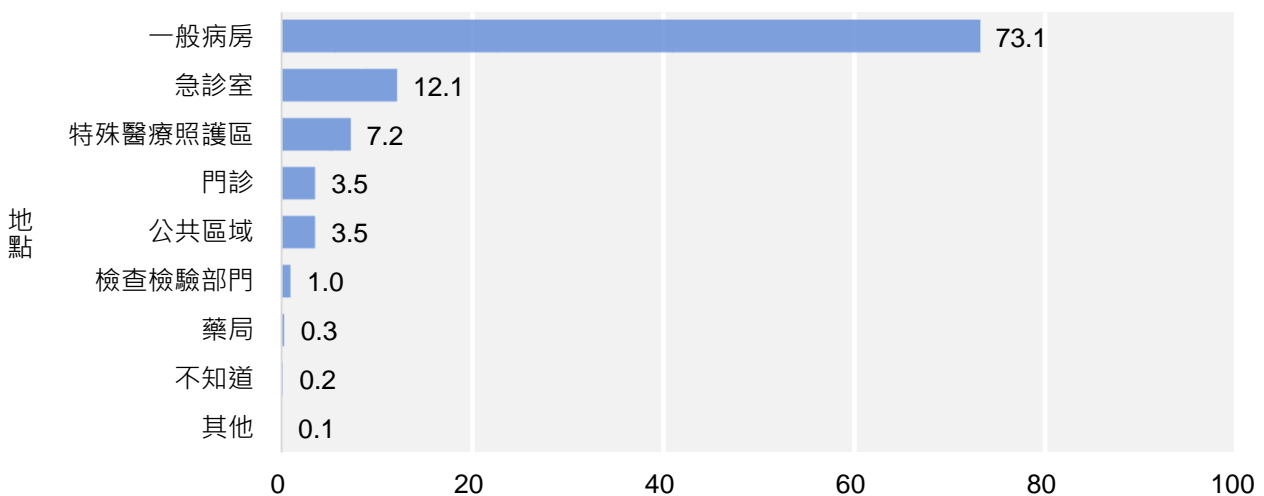


圖 4-1-7-2 醫院傷害行為事件發生地點 (N=1,615，此項目為複選)

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 57.5 件為身體攻擊，言語衝突次之 (29.5 件/百件)，自傷行為排名第三 (21.7 件/百件)，如圖 4-1-7-3，相較 2020 年傷害行為類型，前三項排序未變化。進一步將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 10：01~12：00、自傷的通報案件最多的時段為 16：01~18：00、自殺/企圖自殺案件最多的時段是 16：01~18：00，而破壞設備的通報案件則多發生於 18：01~20：00。

囿於傷害行為事件發起人為病人，故受影響對象必定包含病人。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 (35.7 件/百件) 最多，其次為訪客/家屬 (6.6 件/百件)、儀器設備 (3.2 件/百件)，與 2020 年受影響對象相比，員工、訪客/家屬和儀器設備則各減少 6.1、4.2、1.7 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 (61.8%)，其次為有傷害佔 36.3%，無法判定佔 1.9%。造成病人傷害中，又以輕度傷害最多，共有 383 件 (23.7%)，中度傷害次之 (11.1%)，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，嚴重度為死亡者包含自殺/企圖自殺 3 件、身體攻擊 1 件、言語衝突 1 件及破壞設備 1 件；嚴重度為極重度傷害包含自殺/企圖自殺 2 件及身體攻擊 1 件；重度傷害事件包含自殺/企圖自殺 8 件、自傷 8 件、言語衝突 3 件、身體攻擊 2 件及破壞設備 1 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 81.9 件/百件、破壞設備 77.5 件/百件、身體攻擊 67.6 百件、自殺/企圖自殺 37.9 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 92.8 件，其次是溝通因素 (22.5 件/百件)，如圖 4-1-7-7。進一步分析「病人生理及行為相關因素 (病人因素)」細項，以「受病情影響」為最多 (68.2 件/百件)，其次為「情緒不穩」(61.3 件/百件)。

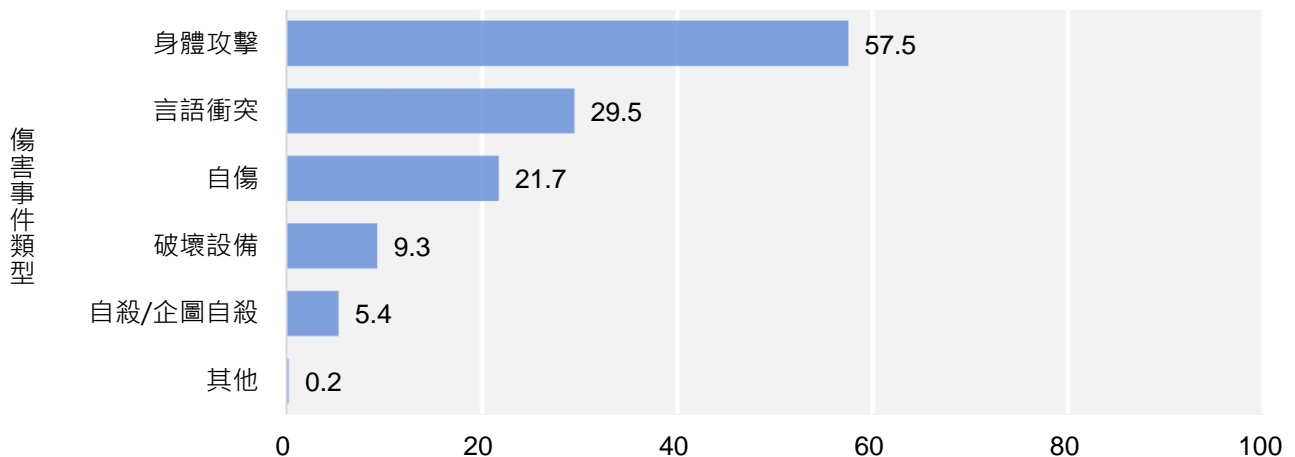


圖 4-1-7-3 醫院傷害行為事件類型 (N=1,615，此項目為複選)

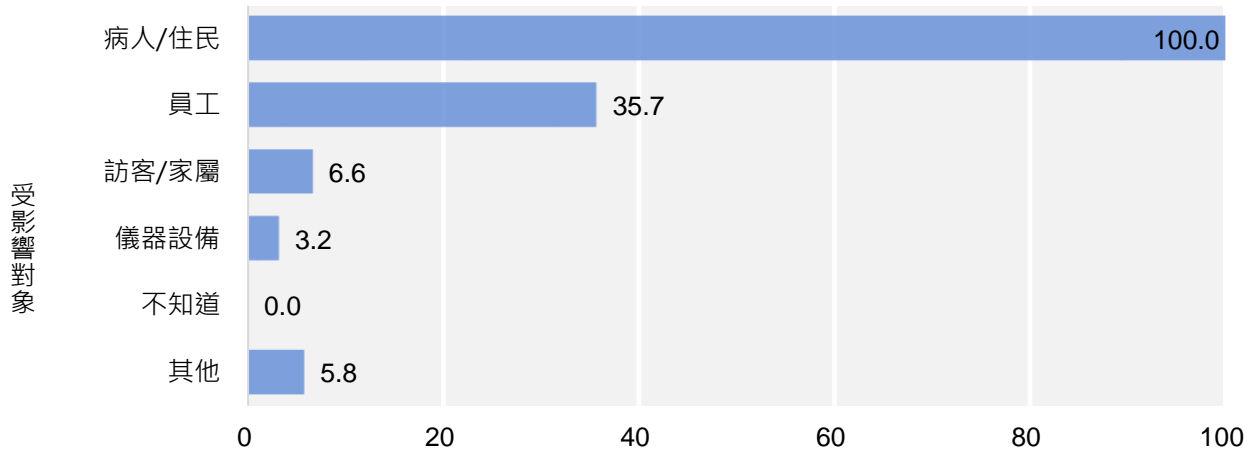


圖 4-1-7-4 醫院傷害行為事件主要受影響對象相對次數百分比 (N=1,615 · 此項目為複選)

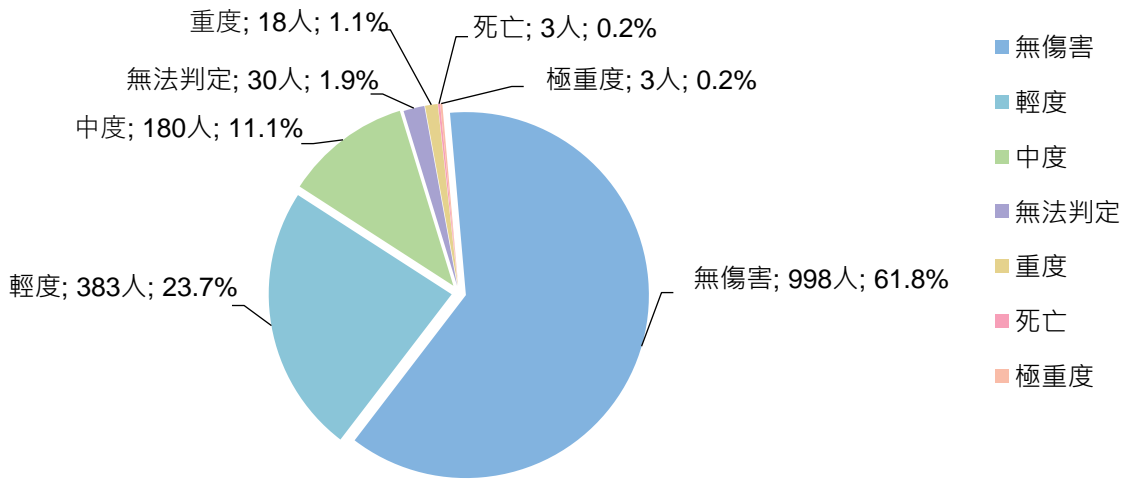


圖 4-1-7-5 醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 (N=1,615)

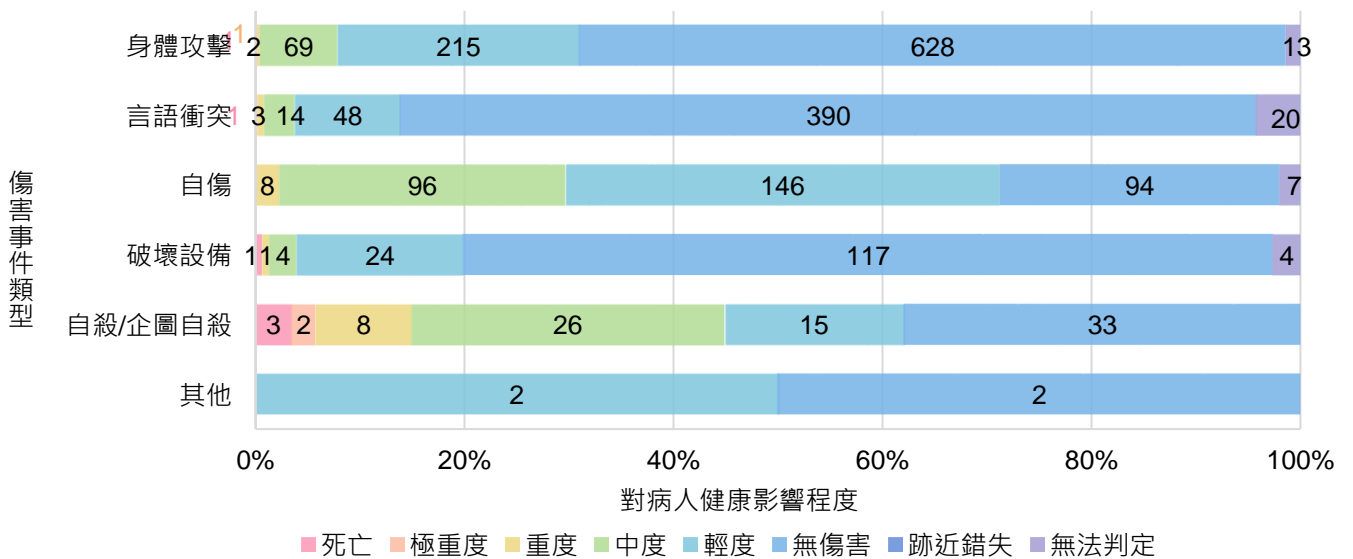


圖 4-1-7-6 醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析 (N=1,615 · 此項目為複選)

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。

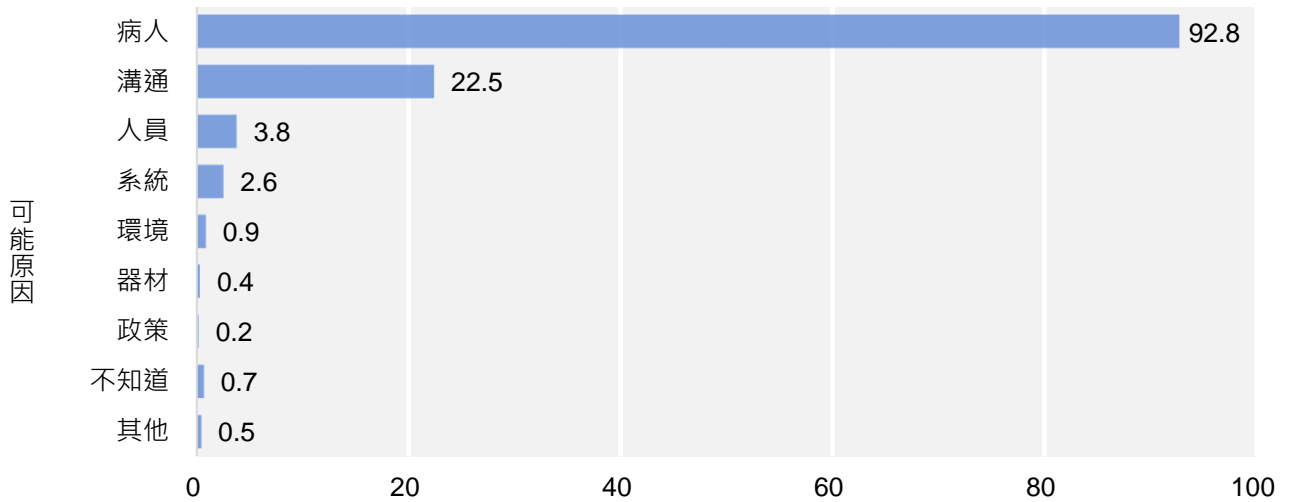


圖 4-1-7-7 醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,615, 本項為複選)

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 11 件 (0.6%), SAC=3 者有 254 件 (15.7%), 而 SAC=4 者共有 1,029 件 (63.7%), SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 321 件 (19.8%), 如表 4-1-0-5。

(八) 醫院-治安事件

分析 2021 年發生於醫院的治安事件共有 1,399 件，佔所有機構別治安事件的 71.3%，其中受影響對象為病人的共有 1,233 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 518 件 (42.2%) 和 439 件 (35.7%)，如圖 4-1-8-1。治安事件發生地點，平均每百件有 56.7 件發生於一般病房為最多，其次是急診室 (26.1 件/百件) 和特殊醫療照護區 (7.4 件/百件)，如圖 4-1-8-2。

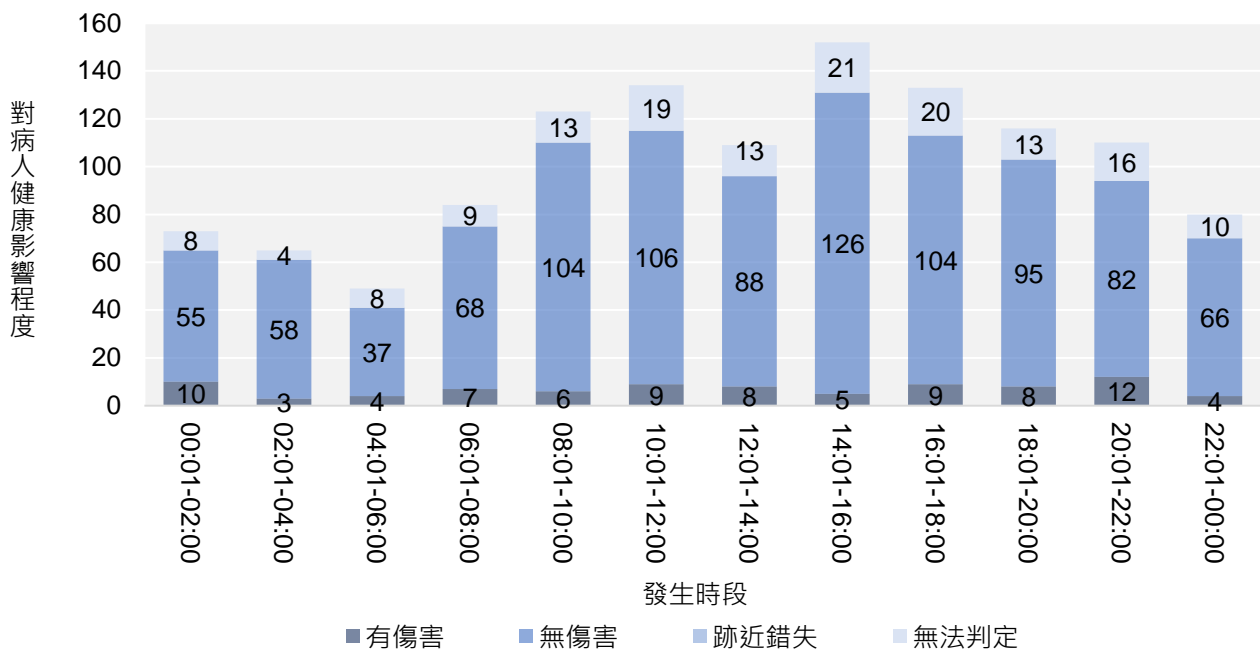


圖 4-1-8-1 醫院治安事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析 (N=1,228，不包含未填 5 件)

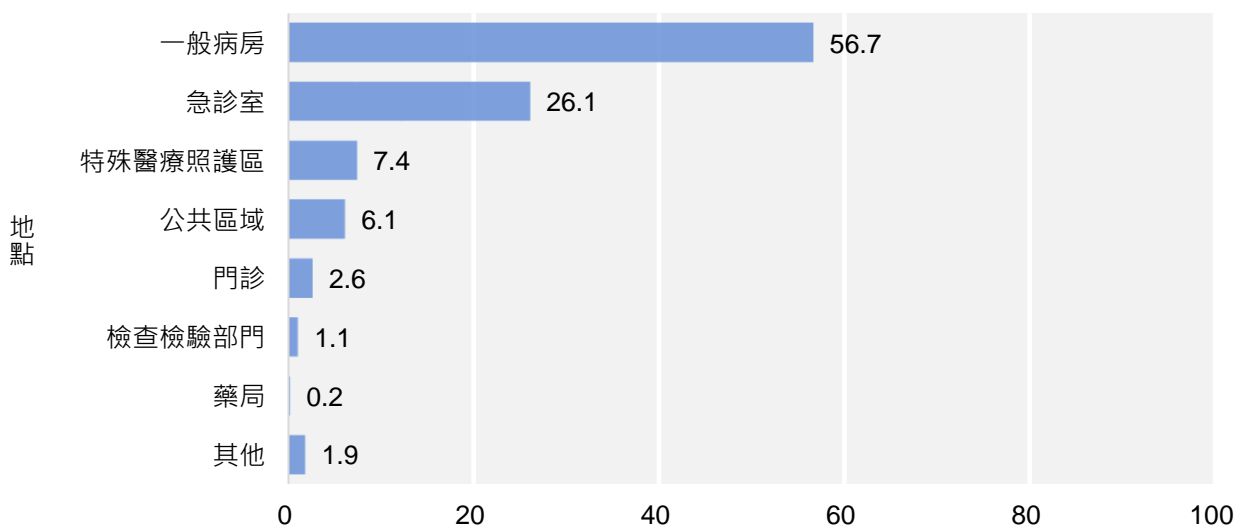


圖 4-1-8-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比 (N=1,399，本項為複選)

進一步分析治安事件類型，以「病人失蹤」之案件數最多（共 636 件，45.5 件/百件），其次是「肢體或言語衝突」（共 274 件，19.6 件/百件），第三為「使用違禁品」（201 件，14.4 件/百件），如圖 4-1-8-3。2021 年前三項的治安事件類型和 2020 年相比，2021 年發生病人失蹤及使用違禁品的事件比例上升，但肢體或言語衝突及偷竊事件比例下降。另外，將 2021 年此三項治安事件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 14:01~16:00；「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 08:01~10:00。

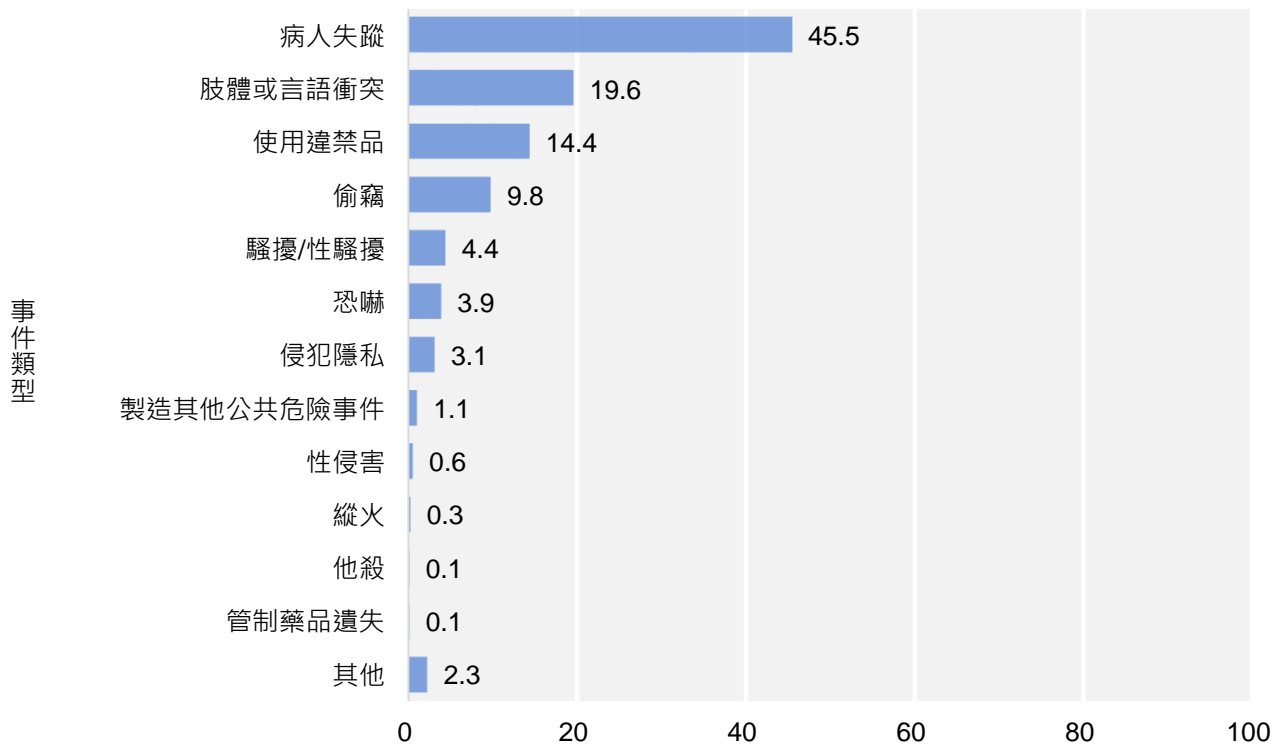


圖 4-1-8-3 醫院治安事件類型相對次數百分比（N=1,399，本項為複選）

治安事件發生最主要的影響對象為病人（1,233 件，88.1 件/百件），對象為員工（380 件，27.2 件/百件）者次之，再其次為訪客和家屬（348 件，24.9 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」（51.6 件/百件）最多；影響對象為「員工」及「訪客和家屬」的治安事件則以「肢體或言語衝突」（47.6 件/百件及 46.0 件/百件）最多。醫院治安事件主要以「男性」為主，共有 745 件（60.4%），多於女性 303 件（24.6%），其發生的年齡層主要集中在 19-64 歲，有高達 62.2% 的案件屬於此年齡層。

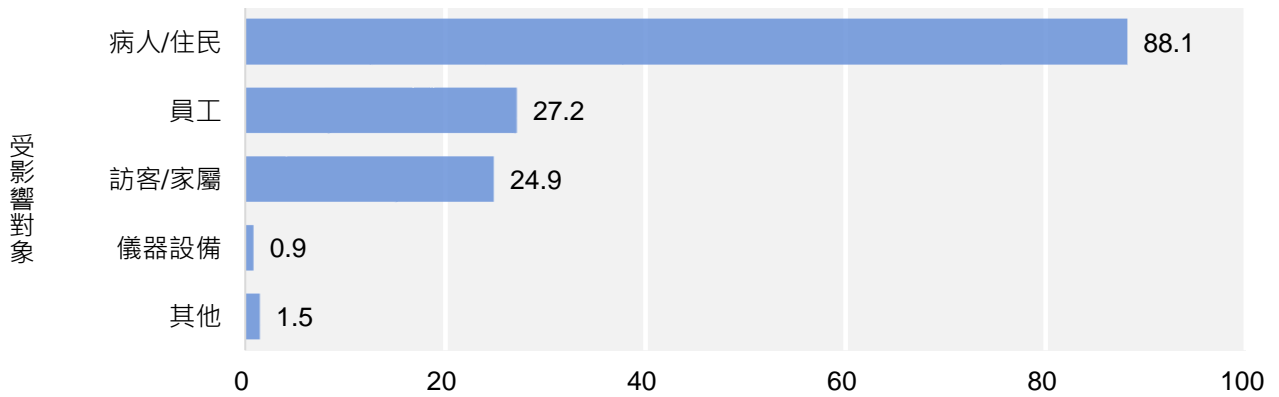


圖 4-1-8-4 醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比 (N=1,399 · 本項為複選)

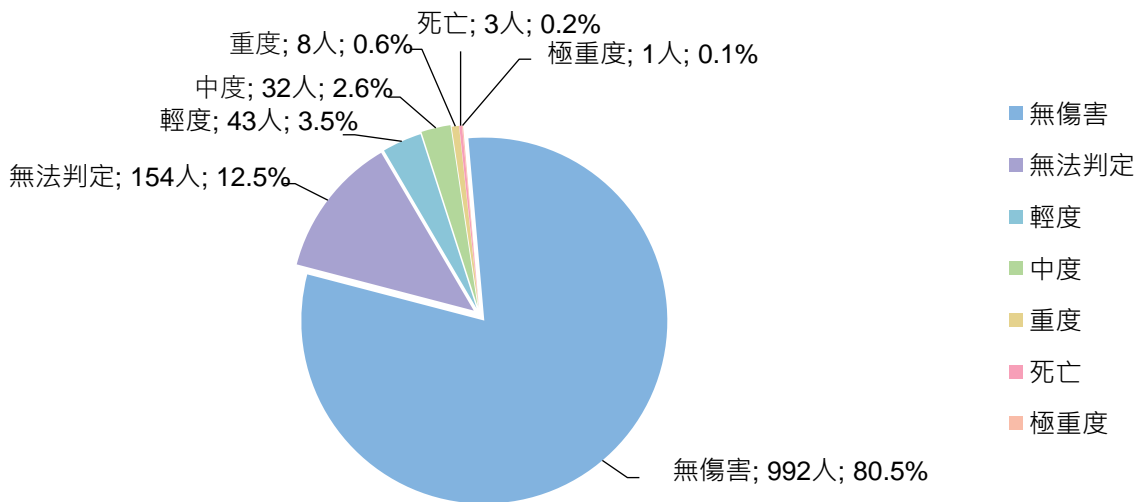


圖 4-1-8-5 醫院治安事件對病人健康的影響程度 (N=1,233 · N 為病人數)

分析事件發生對病人的健康程度影響，以無傷害最多 (992 件，80.5%)，其次是無法判定傷害嚴重程度，共有 154 件 (12.5%)，造成輕度傷害以上的影響共有 87 件 (7.1%)，如圖 4-1-8-5。其中，治安事件重度以上有 10 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 636 件，其中 41 件造成對病人的傷害，約占所有「有傷害」事件的 45.1%；肢體或言語衝突案件共有 189 件，其中 14 件造成對病人的傷害，約占所有「有傷害」事件的 15.4%，如圖 4-1-8-6。

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 (63.5 件/百件) 為最多，其次為「與溝通因素相關 (溝通)」因素 (24.7 件/百件)、「與人員因素相關 (人為)」因素 (11.8 件/百件)，如圖 4-1-8-7。以嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析治安事件，發現 SAC=1 者有 0 件，SAC=2 者有 8 件 (0.6%)，SAC=3 者有 31 件 (2.5%)，SAC=4 者有 835 件 (67.7%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 359 件 (29.1%)，如表 4-1-0-5。

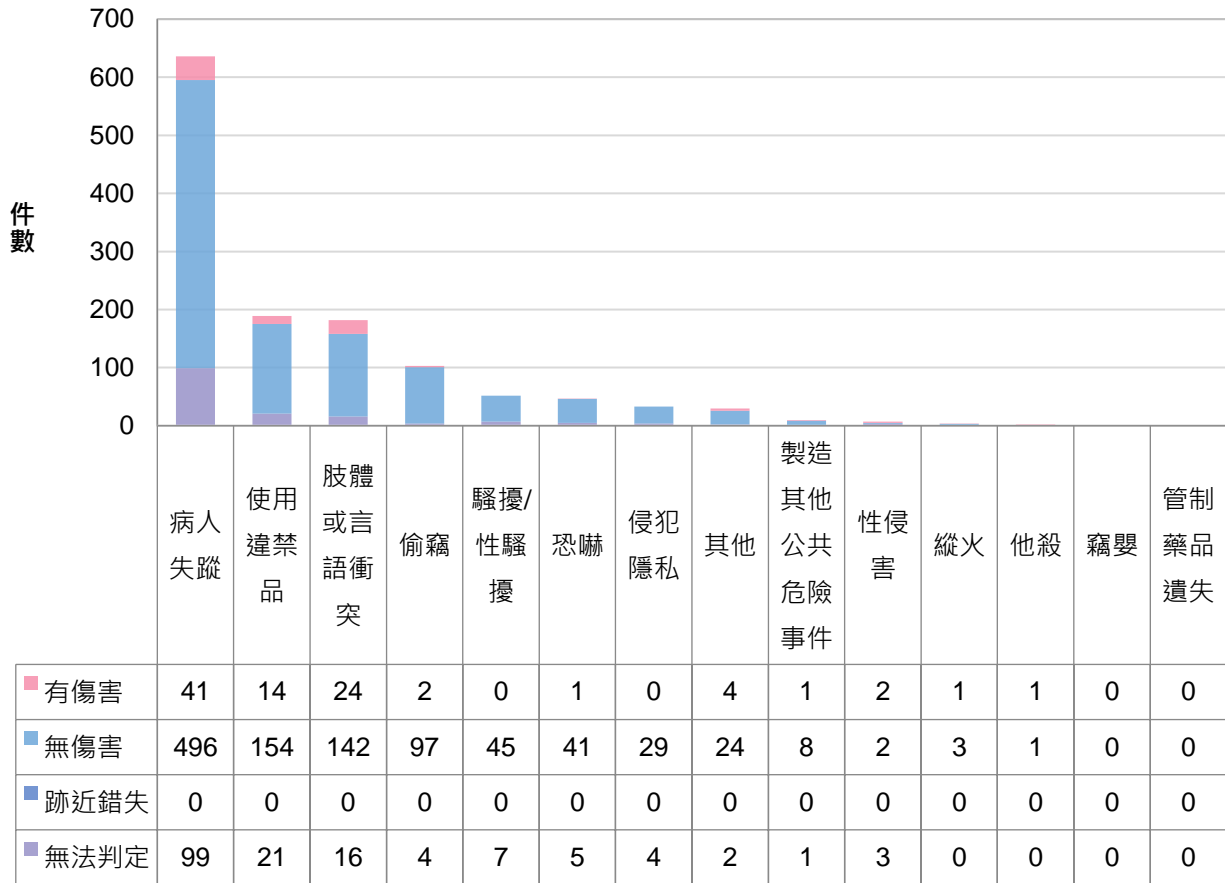


圖 4-1-8-6 醫院治安事件對病人健康的影響程度分布
(N=1,233 · N 為病人數 · 此項目為複選)

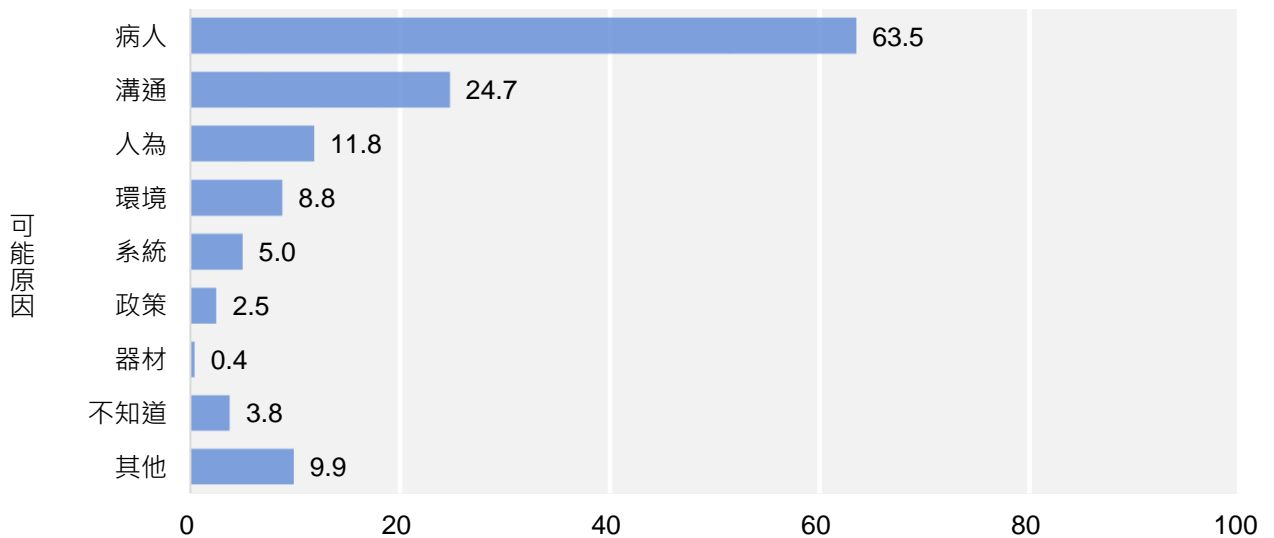


圖 4-1-8-7 醫院治安事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,399 ; 此項目為複選)

(九) 醫院-公共意外

2021 年發生在醫院的公共意外事件共有 958 件，其中受影響的對象為病人的共有 597 件。就其事件發生時間而言，公共意外事件發生的時間以 08:01-10:00 最多，若以三班來看，白班最多 (08:01~16:00)，共有 323 件 (54.7%)，其次是小夜班時段 (16:01~00:00)，有 154 件 (26.1%)，如圖 4-1-9-1。而事件發生地點以一般病房最高，共有 336 件 (35.1 件/百件)，其次是特殊醫療照護區 (237 件，24.7 件/百件)，如圖 4-1-9-2。

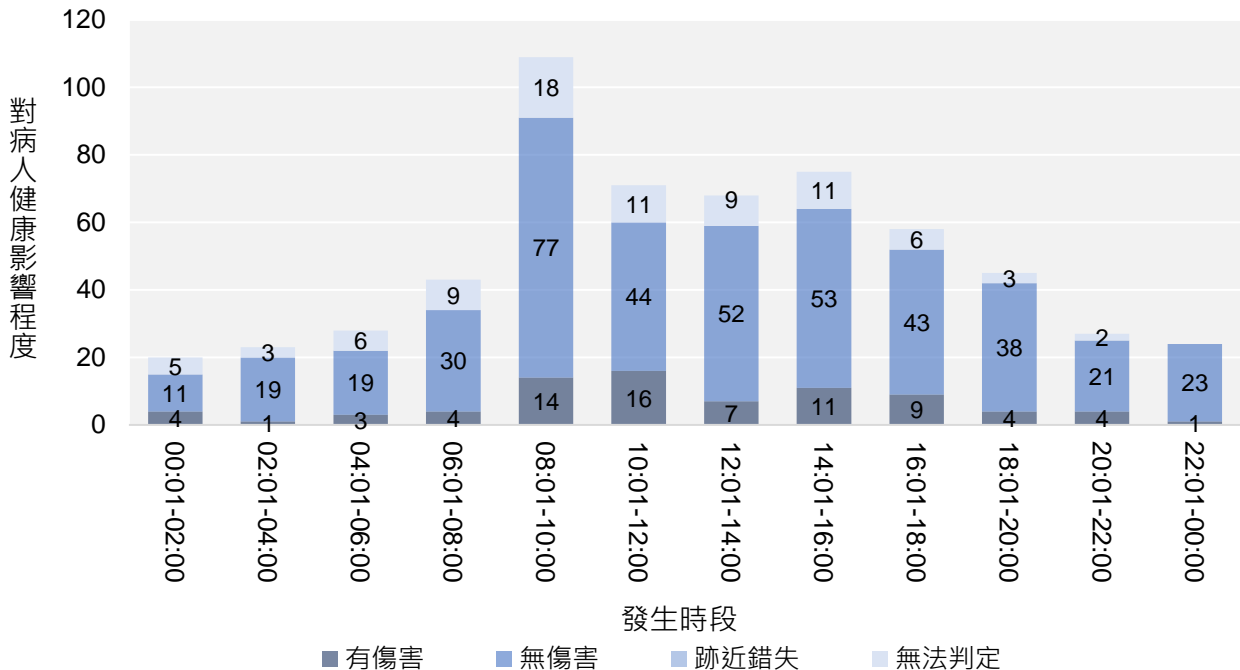


圖 4-1-9-1 醫院公共意外事件發生時間與病人受影響程度分析 (N=591，不含未填 6 件)

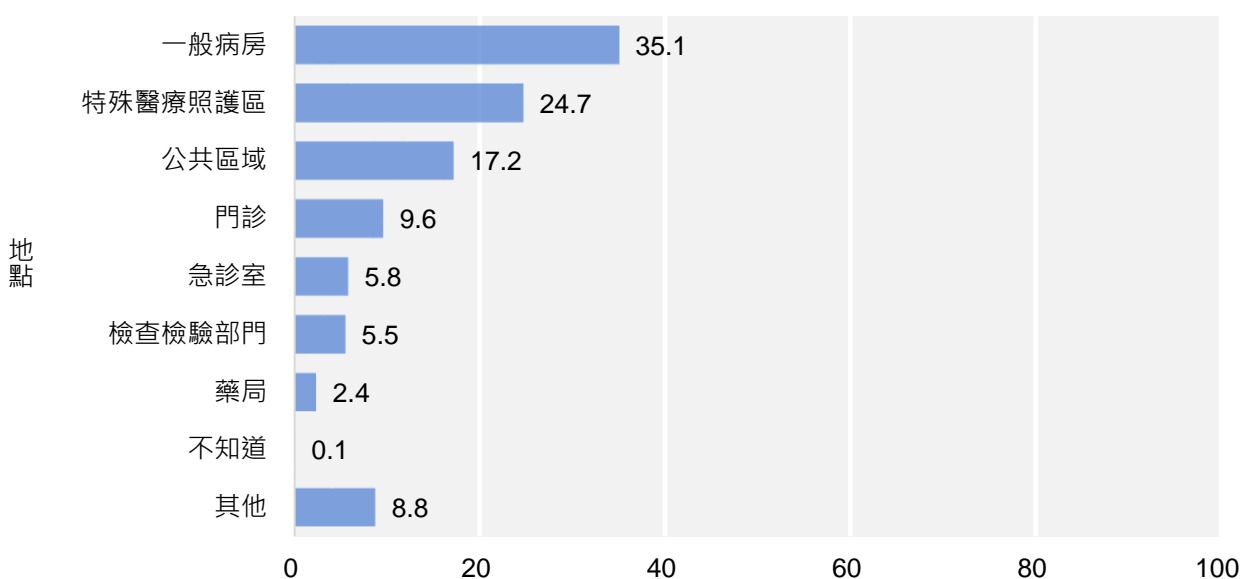


圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比 (N=958，本項目為複選)

分析公共意外事件的類型，發現最主要發生類型為水電空調、醫療氣體供應異常 211 件 (22.0 件/百件)，其次為火災 155 件 (16.2 件/百件)、公共設施故障 133 件 (13.9 件/百件)，如圖 4-1-9-3；進一步分析火災發生地點，主要為一般病房 (38.1 件/百件) 及特殊醫療照護區域 (27.7 件/百件)；水電空調、醫療氣體供應異常發生地點，主要為特殊醫療照護區域 (50.2 件/百件) 及一般病房 (25.1 件/百件)。和 2020 年公共意外事件類型相比，水電空調、醫療氣體供應異常共上升 4.9 個百分點，而消防警報異常則上升 2.2 個百分點，為增加比例較多的類型。

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 435 件 (72.9%)，有傷害者共 79 件 (13.2%)，其中以中度及輕度傷害為主，共 77 件 (12.9%)，重度傷害案例 2 件。有傷害事件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。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傷害的比例較高 (51.8 件/百件)，而資訊系統當機及停電類型以無法判定傷害程度較多，可能與意外類型受影響範圍較廣且難以釐清確切影響對象之故，如圖 4-1-9-5。

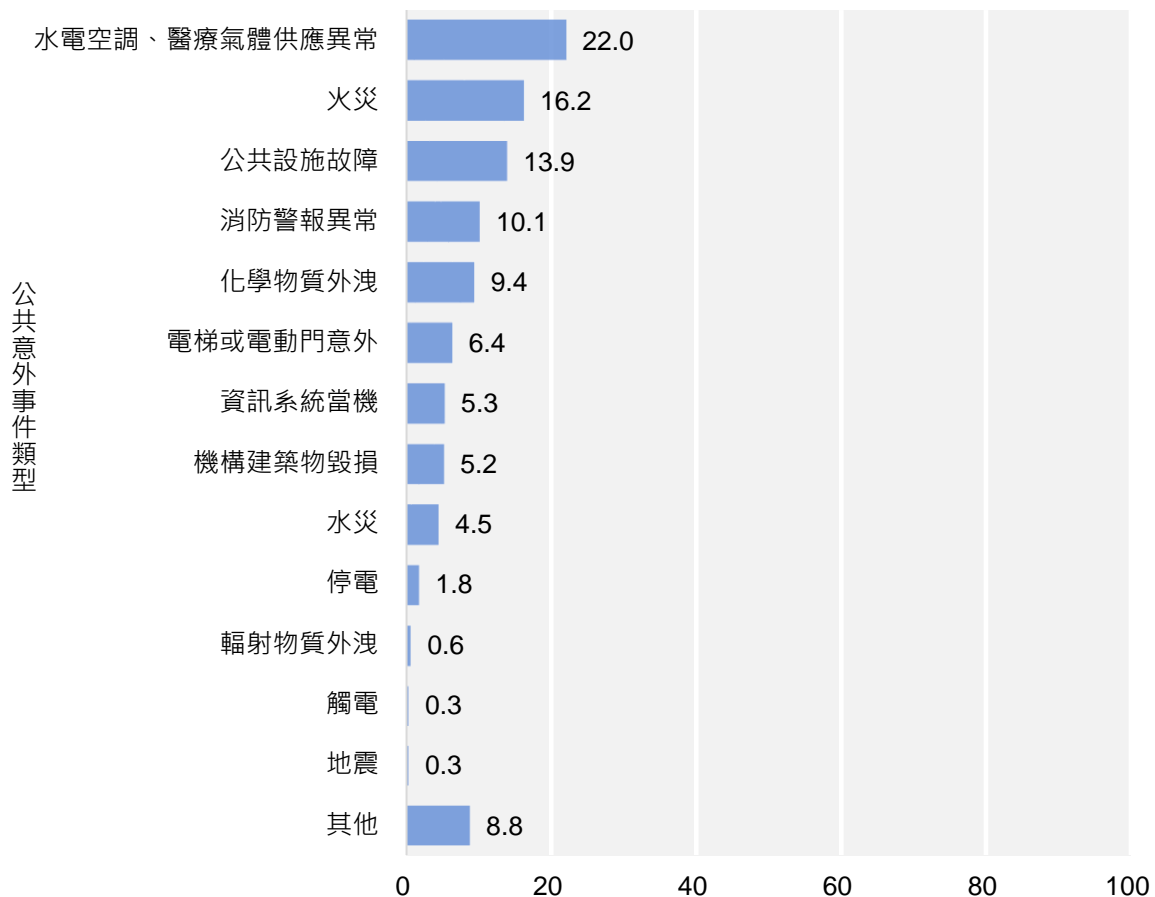


圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比 (N=958，本項目為複選)

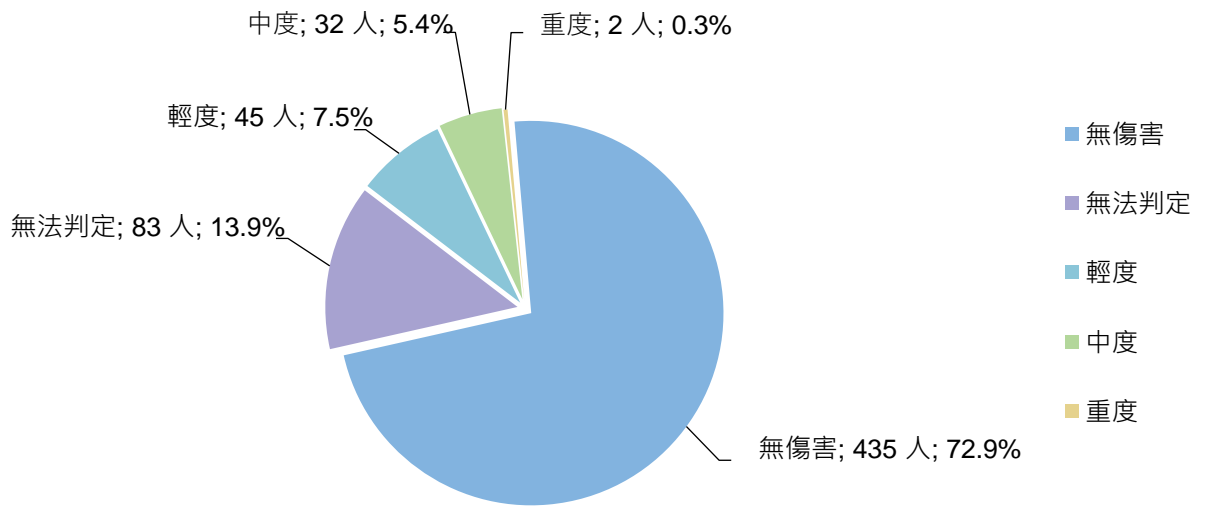


圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件對病人健康影響程度 (N=597)

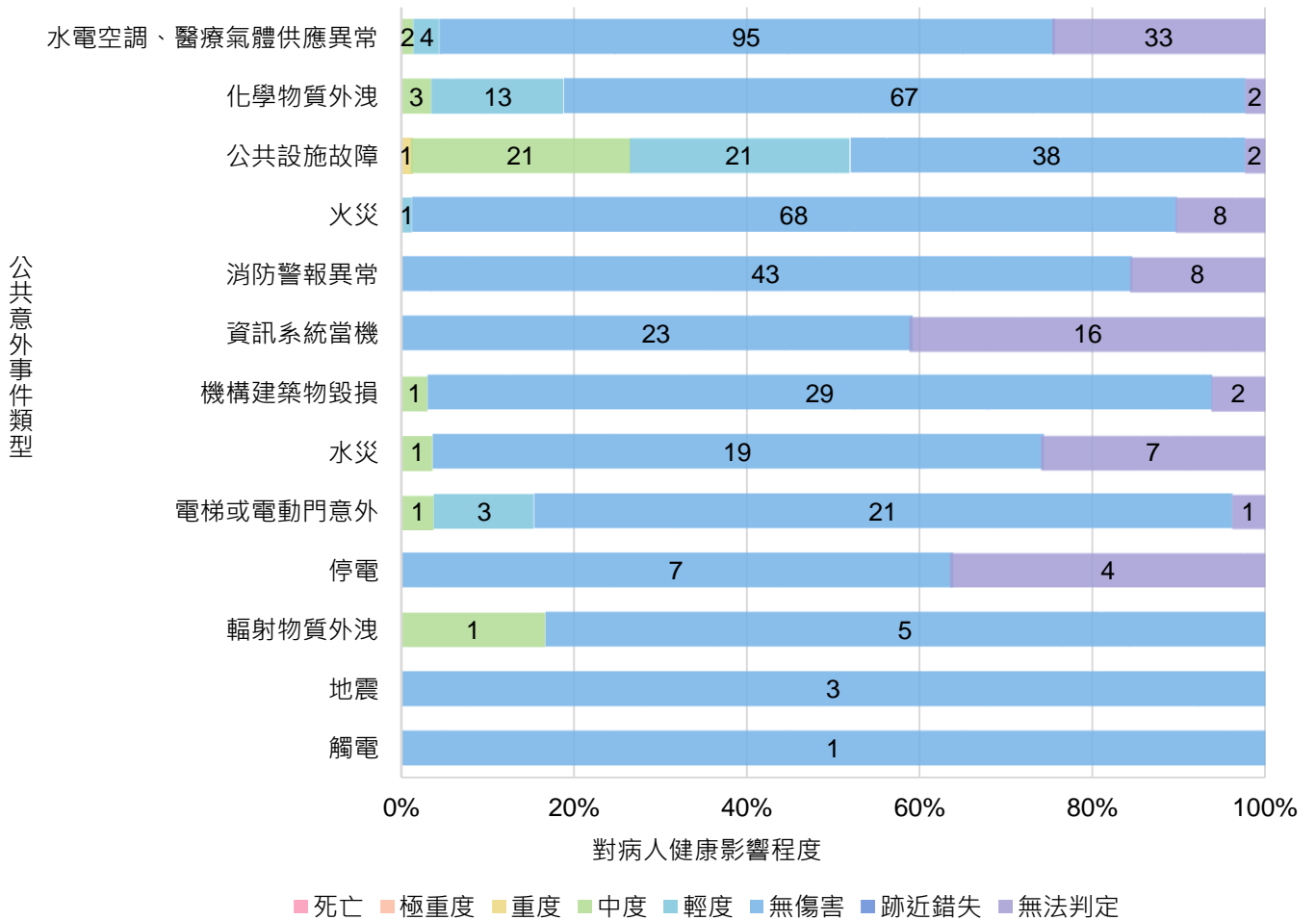


圖 4-1-9-5 醫院公共意外事件發生類型與病人健康影響程度分析 (N=597，本項為複選)

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。



2021 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 614 件 (64.1 件/百件)，其次是環境因素共有 252 件 (26.3 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 (80.8 件/百件)、器材設備設計不良 (9.4 件/百件) 和未有異常警示系統 (8.1 件/百件)。

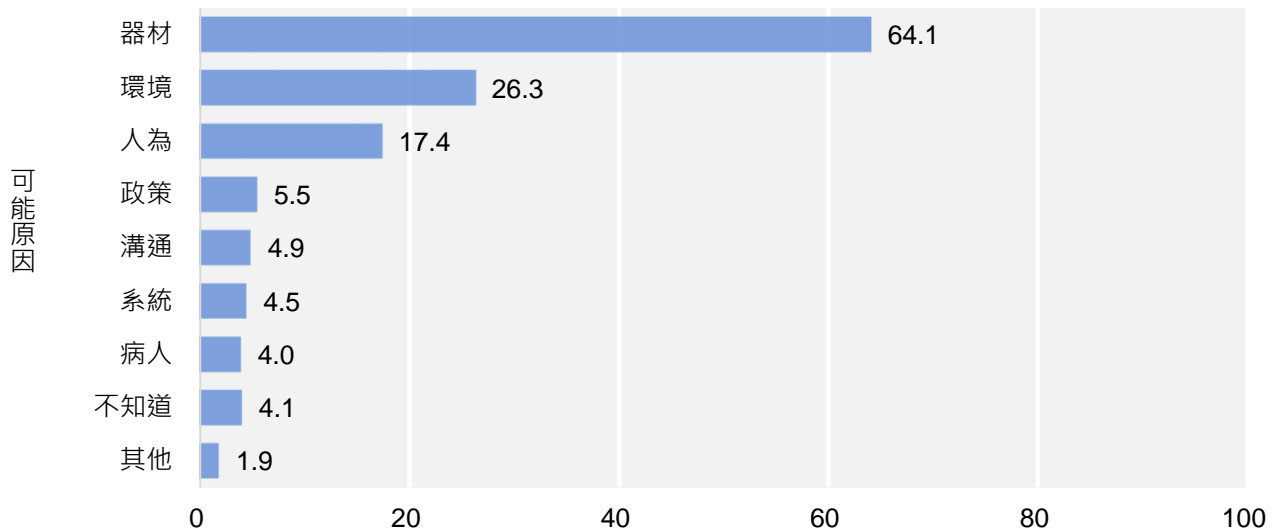


圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件發生可能相關因素 (N=958，此項目為複選)

公共意外嚴重程度 SAC 矩陣分析，2021 年 SAC=1 者有 0 件，SAC=2 者有 0 件，SAC=3 者有 18 件 (3.0%)，SAC=4 者有 376 件 (63.0%)，SAC 為無法計算者 (含遺漏值者) 共有 203 件 (34.0%)，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）。2021 年發生在醫院之院內不預期心跳停止事件共 784 件，其中受影響對象為病人共 777 件。事件主要發生時段以白班（08：01-16：00）居多（320 件，41.2%），其次依序為大夜班（00：01-08：00）233 件（佔 30.0%），小夜班（16：01-00：00）224 件（佔 28.8%），如圖 4-1-10-1。

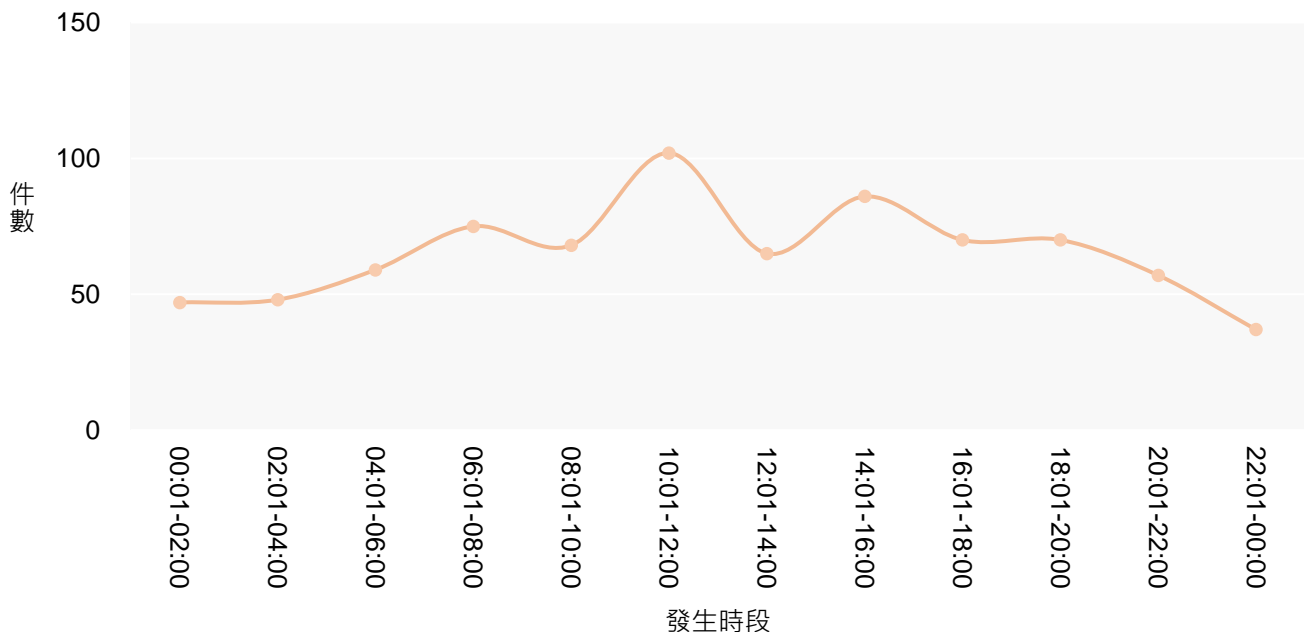


圖 4-1-10-1 醫院院內不預期心跳停止事件發生時段
(N=784)

醫院院內不預期心跳停止事件發生地點以一般病房最高（69.5 件/百件），其次依序為特殊醫療照護區（14.7 件/百件）與急診室（7.7 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性別以男性為主，共 408 件（佔 52.5%）；年齡以 65 歲以上共 483 件最多（佔 62.2%），19~64 歲次之，共 263 件（佔 33.8%）；而病人所在科別以內科病人佔 46.2% 為最多。

院內不預期心跳停止事件發生後對病人健康影響程度，死亡事件共 455 件（佔 58.6%）為最多，其次影響程度為重度事件 264 件（佔 34.0%）、傷害程度為極重度案件有 36 件（佔 4.6%）排名第三，如圖 4-1-10-3。

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(48.9 件/百件) 為最多，其次為糖尿病 (38.9 件/百件)、心臟疾病 (35.1 件/百件)、慢性腎臟疾病 (23.6 件/百件) 等 (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「其他」最多 (26.3 件/百件)，項目包含：異物哽塞 44 件、休克 25 件等，其次為「呼吸衰竭」，每百件不預期心跳停止通報事件有 24.0 件，排名第三位為致命性心律不整 (17.6 件/百件)，如圖 4-1-10-5，進一步檢視「其他」選項內容，發現因「異物哽塞」或「嗆咳」導致急救之事件共有 38 件 (4.8 件/百件)。

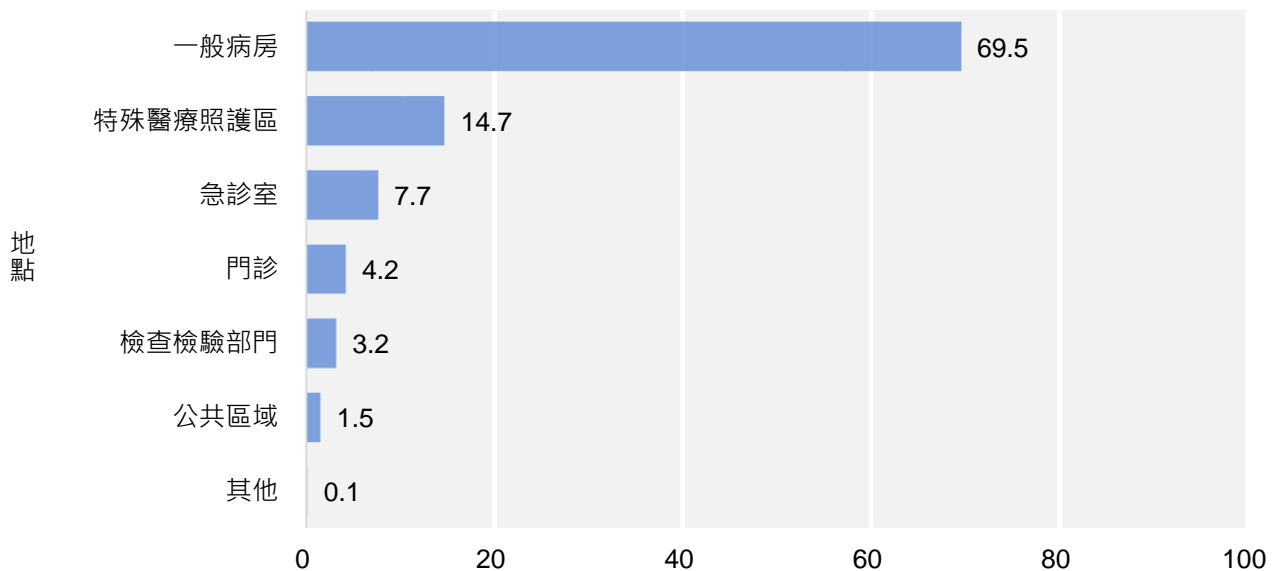


圖 4-1-10-2 醫院院內不預期心跳停止事件發生地點
(N=784 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

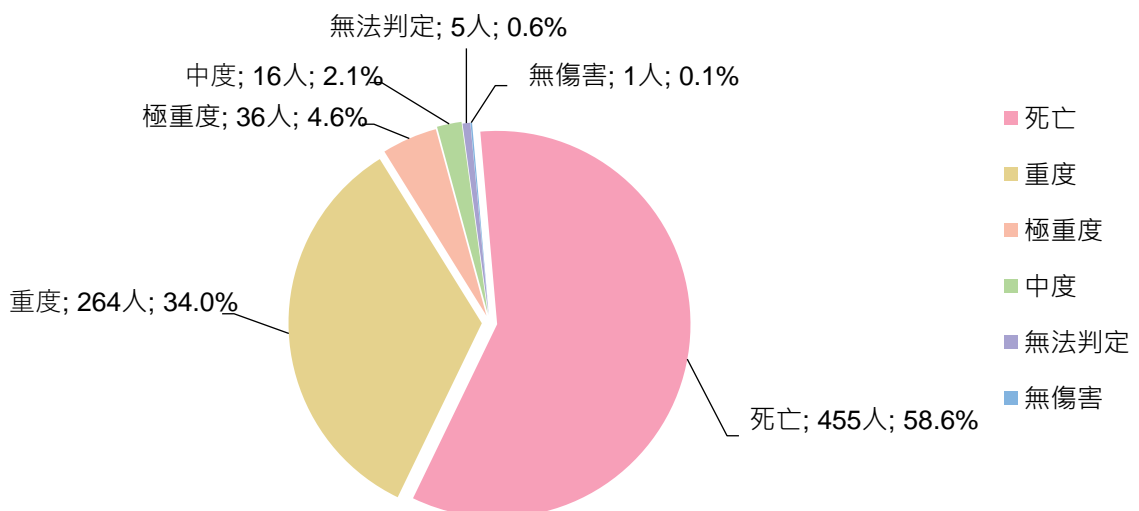


圖 4-1-10-3 醫院院內不預期心跳停止事件對病人健康的影響程度 (N=777)

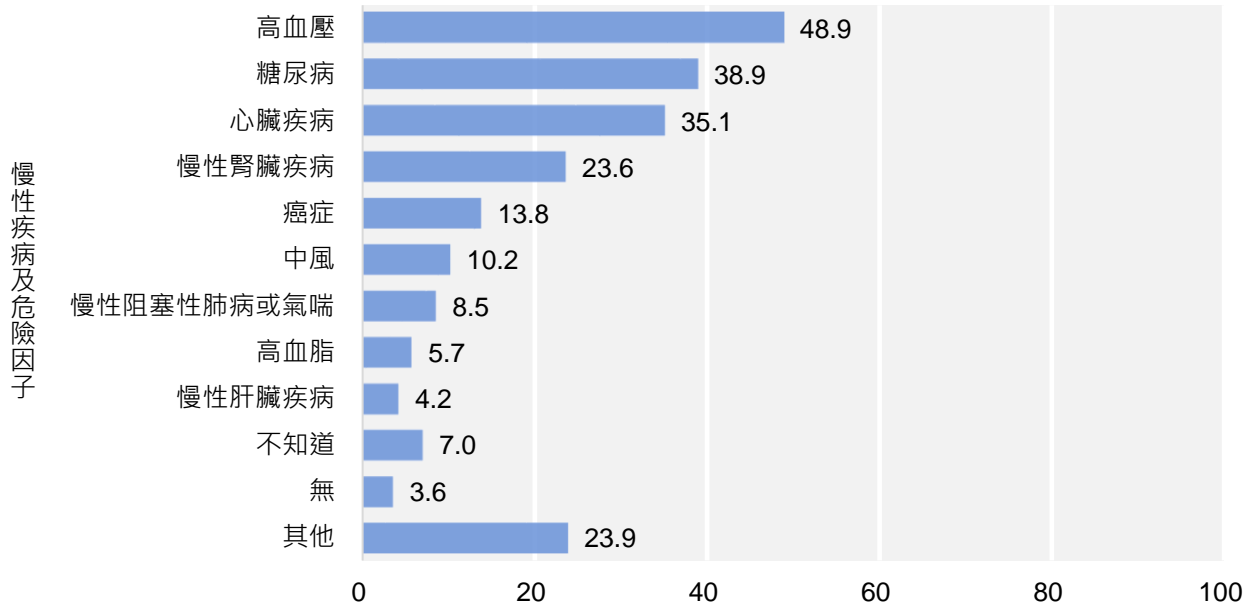


圖 4-1-10-4 醫院院內不預期心跳停止事件病人原有之慢性疾病及危險因子

(N=784 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數 ; 此項目為複選)

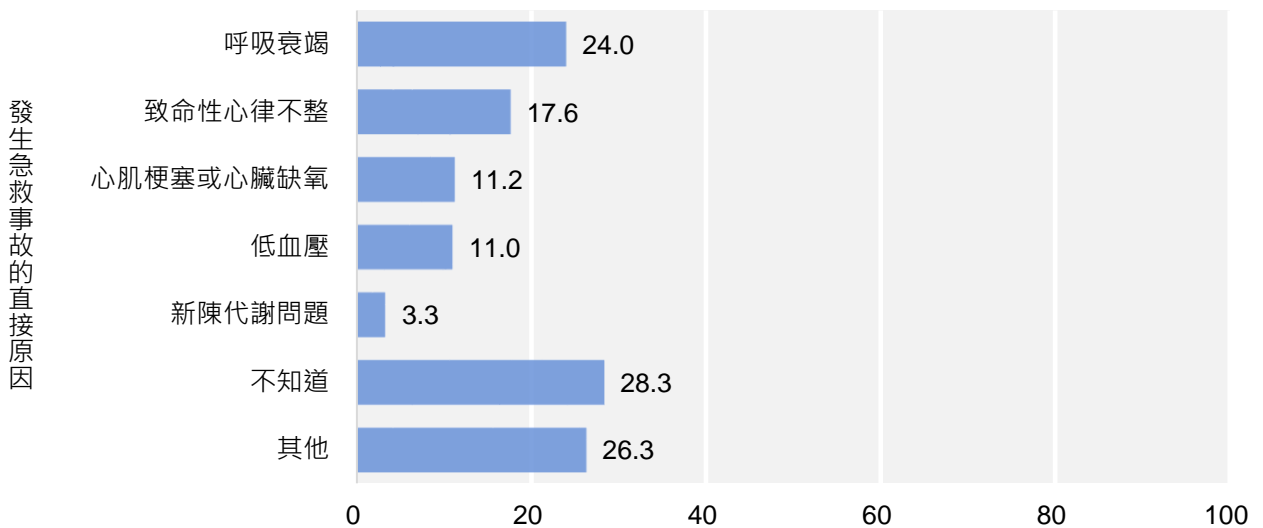


圖 4-1-10-5 醫院病人院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因

(N=784 ; 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 (365 件，46.6%)，其次為「無脈性電氣活動 (Pulseless Electrical Activity，PEA)」238 件，約占 30.4%，如圖 4-1-10-6。約有 53.6% 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 55.6%，如圖 4-1-10-6。進一步分析監測到 Asystole 心臟節律之事件，事件發生後對病人影響程度為極重度以上 (含死亡) 有 250 件 (佔 69.3%)，監測為 PEA 的案件，其嚴重程度為極重度以上 (含死亡) 共 162 件 (佔 68.4%)。

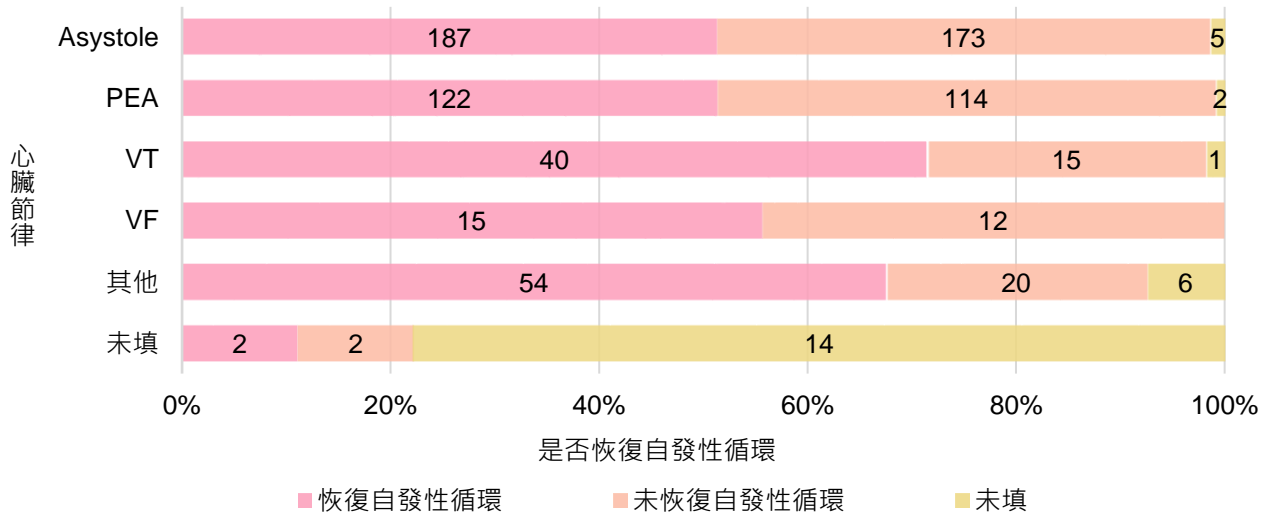


圖 4-1-10-6 院內不預期心跳停止事件「急救後是否恢復自發性循環」和「急救時，最先被紀錄到的心臟節律」交叉分析

(N=784; 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) 改善情形，其中以急救後前後分數退步者最多共 467 例 (77.78%)，其次為分數持平者共 119 例 (19.8%)，CPC 分數有改善者僅有 14 例 (2.3%)，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 (95.2 件/百件)，「工作狀態/流程 (系統) 因素相關」次之 (11.1 件/百件)，如圖 4-1-10-8。

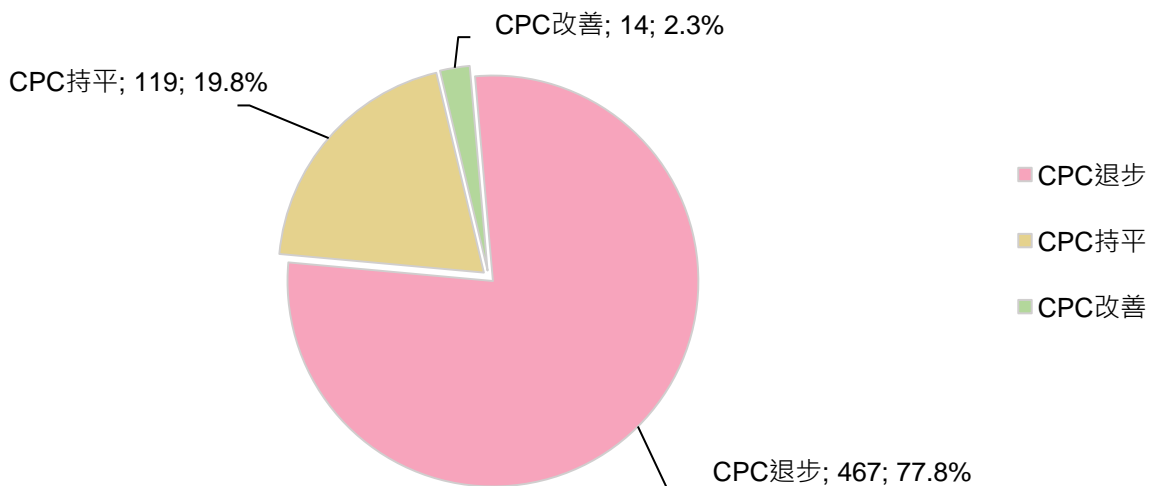


圖 4-1-10-7 醫院院內不預期心跳停止事件急救前後 CPC 分數改變情況

(N=600; 不含 CPC 未填者 184 件)

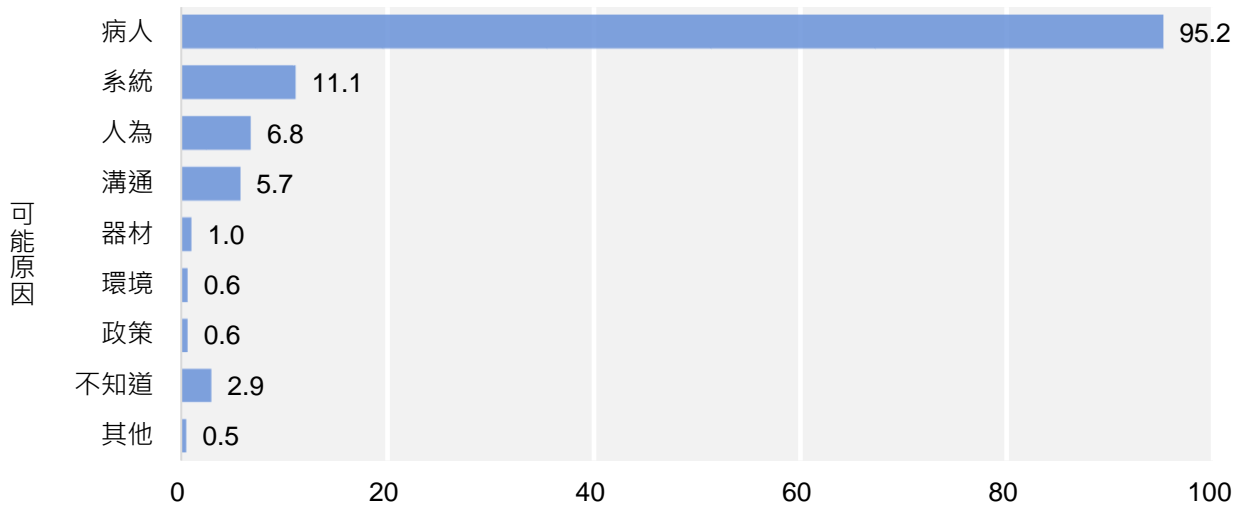


圖 4-1-10-8 醫院院內不預期心跳停止事件發生可能原因相對次數百分比
(N=784 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件數 ; 此項目為複選)

醫院院內不預期心跳停止事件 SAC 級數分析，SAC=1 者有 399 件 (佔 51.4%)，SAC=2 者有 253 件 (佔 32.6%)，SAC=3 有 54 件 (佔 6.9%)，SAC=4 有 2 件 (佔 0.3%)，SAC 為遺漏值者 (包含 NA 及 INC) 共有 69 件 (佔 8.9%)，如表 4-1-0-5。

(十一) 醫院-輸血事件

醫院輸血事件共有 567 件，事件發生時段以白班時段最多 (354 件，佔 62.4%)，高峰落於 10:01-12:00)，小夜班次之 (160 件，佔 28.2%)，如圖 4-1-11-1。事件發生地點以一般病房最多 (269 件，47.4 件/百件)，特殊醫療單位次之 (155 件，27.3 件/百件)，檢查檢驗部門居第三位 (112 件，19.8 件/百件)，如圖 4-1-11-2。影響對象為病人的共有 567 件，其中有 58.7% 事件屬於未發生於病人身上的跡近錯失，26.8% 為無傷害，8.6% 的事件對病人造成輕度以上的傷害，如圖 4-1-11-3。

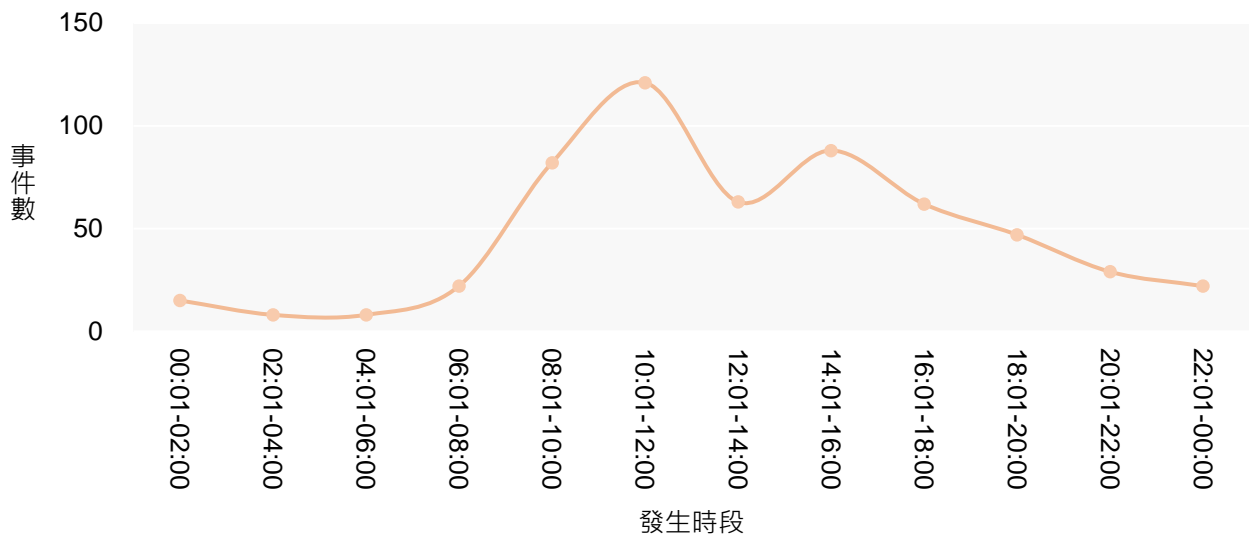


圖 4-1-11-1 醫院輸血事件發生時段 (N=567)

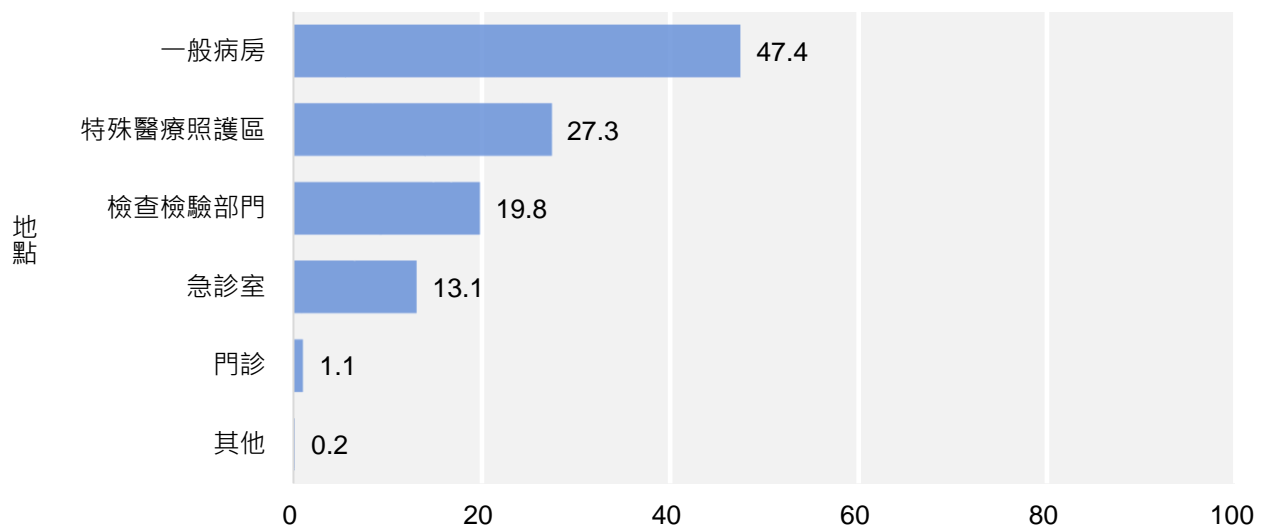


圖 4-1-11-2 醫院輸血事件發生地點相對次數百分比
(N=567 ; N 為事件數 ; 本項為複選題)

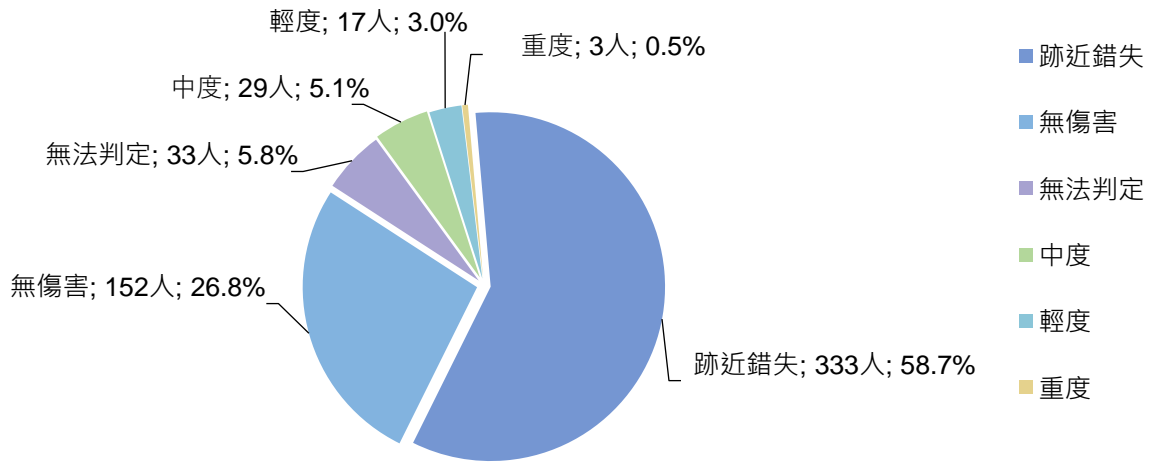


圖 4-1-11-3 醫院輸血事件對病人健康的影響程度 (N=567)

事件發生階段以「備血 (含驗血) 階段」最多 (51.9 件/百件)，其次依序為「輸血階段」(27.3 件/百件)、「領血/傳送階段」(26.6 件/百件) 及「醫囑開立/輸入階段」(9.9 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 (37.5 件/百件)，如：與醫囑開立系統問題、開立床號錯誤、輸血申請單醫師未簽章、醫囑被取消等有關。「備血 (含驗血) 階段」以「其他」居多 (48.3 件/百件)，進一步分析其他細項包含：遺漏驗血、備血管未雙重覆核、血品標籤問題 (如書寫不齊全、資料錯誤等)、檢體與備血申請單不一致等；「備血 (含驗血) 階段」錯誤項目其次為「病人辨識錯誤」和「標籤問題」(各 16.0 件/百件)，如圖 4-1-11-5。「領血/傳送階段」以「時間延遲」最多 (27.8 件/百件)，其次為「病人辨識錯誤」(15.9 件/百件)，如圖 4-1-11-6。「輸血階段」以「其他」最多 (49.7 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、輸血未雙重覆核，其次為「技術錯誤」(21.3 件/百件)、「數量錯誤」第三 (18.1 件/百件)，如圖 4-1-11-7。

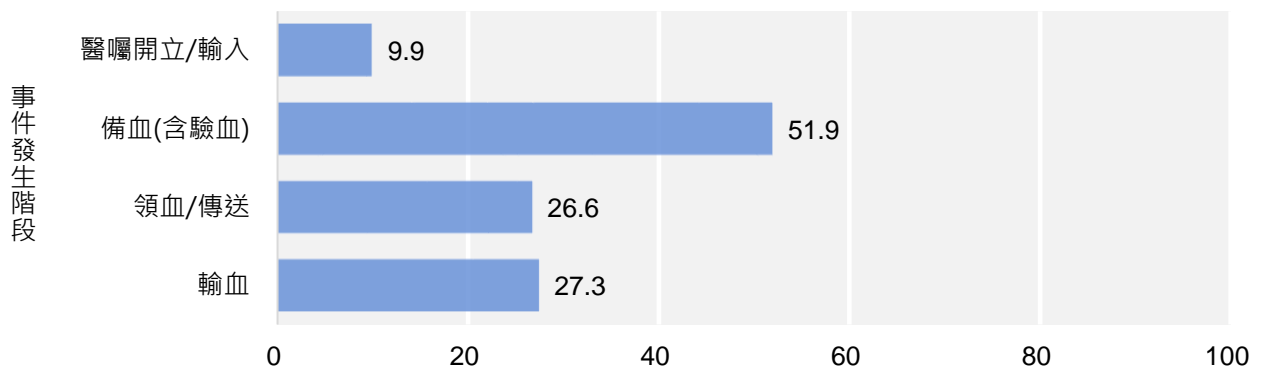


圖 4-1-11-4 醫院輸血事件錯誤發生階段 (N=567；本項為複選題)

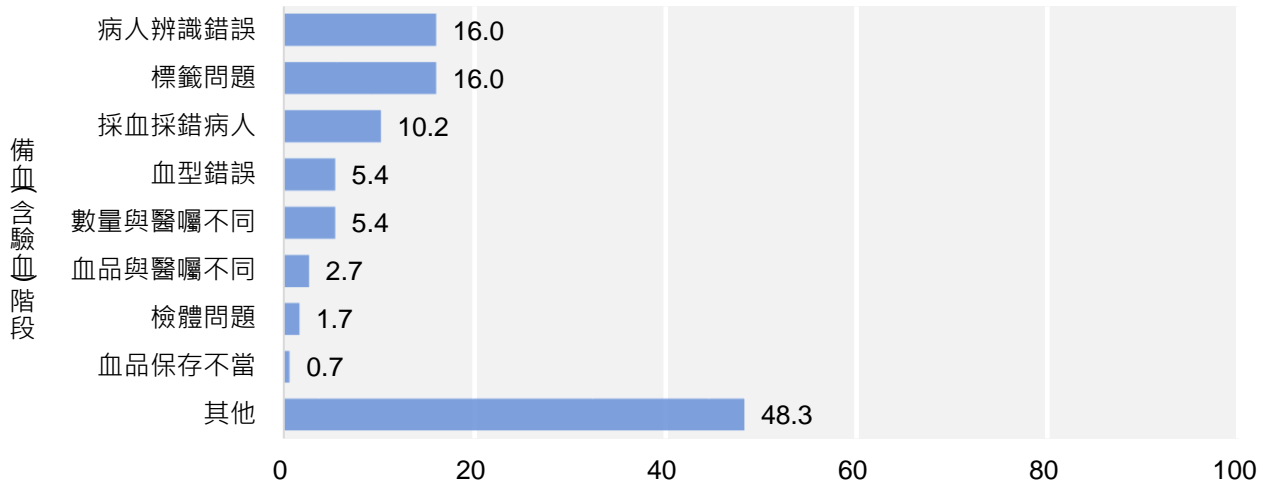


圖 4-1-11-5 醫院備血 (含驗血) 階段錯誤項目明細
(N=294 ; N 為備血 (含驗血) 階段錯誤通報件數 ; 本項為複選題)

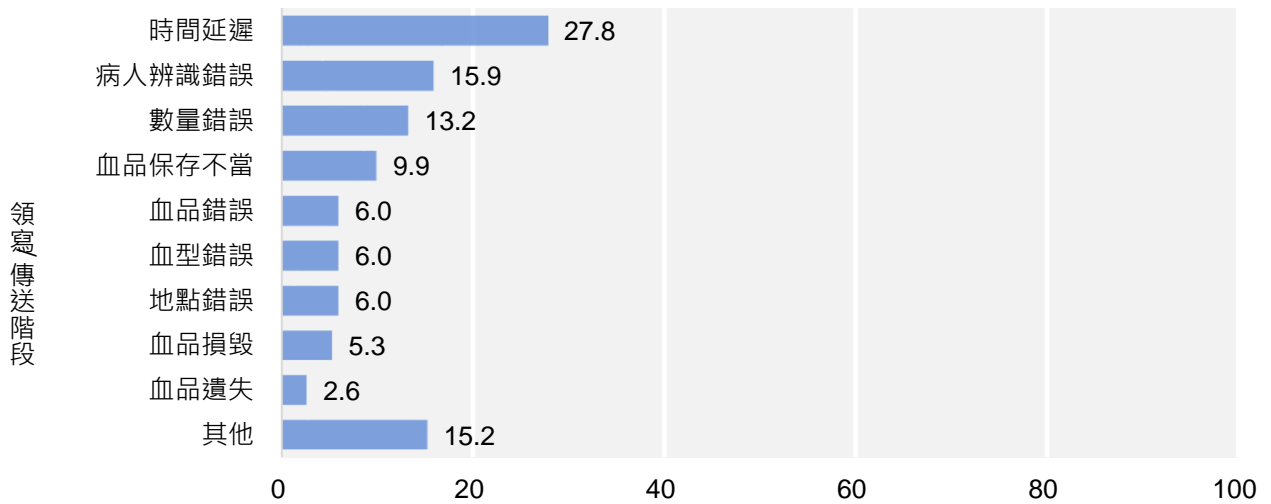


圖 4-1-11-6 醫院領血/傳送階段錯誤項目明細
(N=151 ; N 為領血/傳送階段錯誤通報件數 ; 本項為複選題)

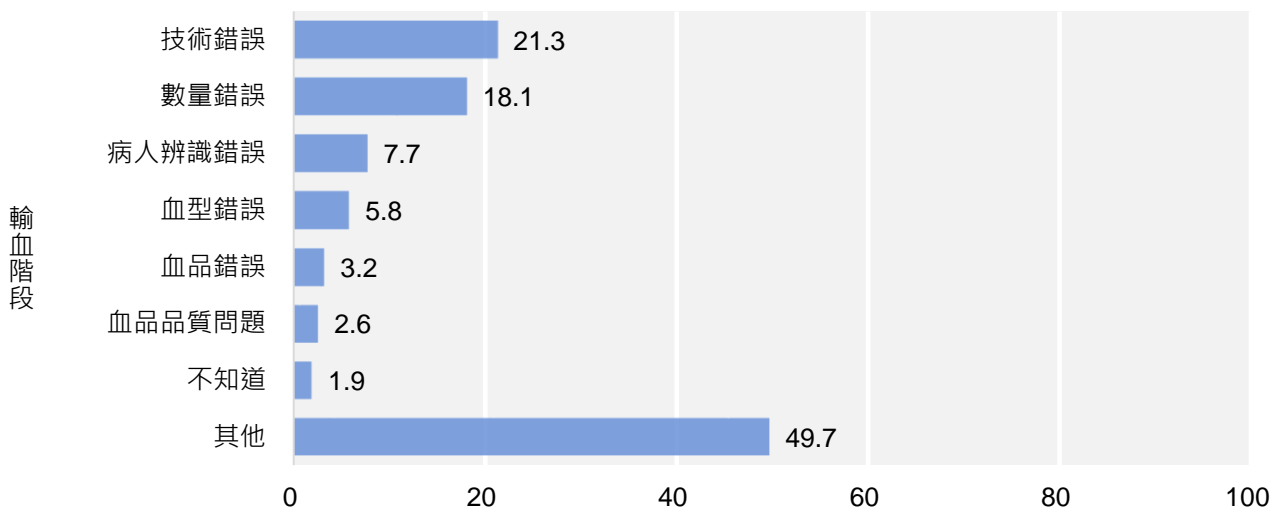


圖 4-1-11-7 醫院輸血階段錯誤項目明細
(N=155 ; N 為輸血階段錯誤通報件數 ; 本項為複選題)

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。



事件發生可能原因以「人員(人為)因素相關」類別最多(76.4 件/百件),其次為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」類別(55.9 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(91.2 件/百件),其次是「人員臨床訓練不足」(15.9 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(71.3 件/百件),其次是「未做覆核」(39.4 件/百件)、「缺乏標準作業流程」及「團隊合作問題」(各 12.0 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 2 件(0.4%)、SAC=3 者有 12 件(2.1%)、SAC=4 者有 143 件(25.2%)、SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC)共有 410 件(72.3%),如表 4-1-0-5。

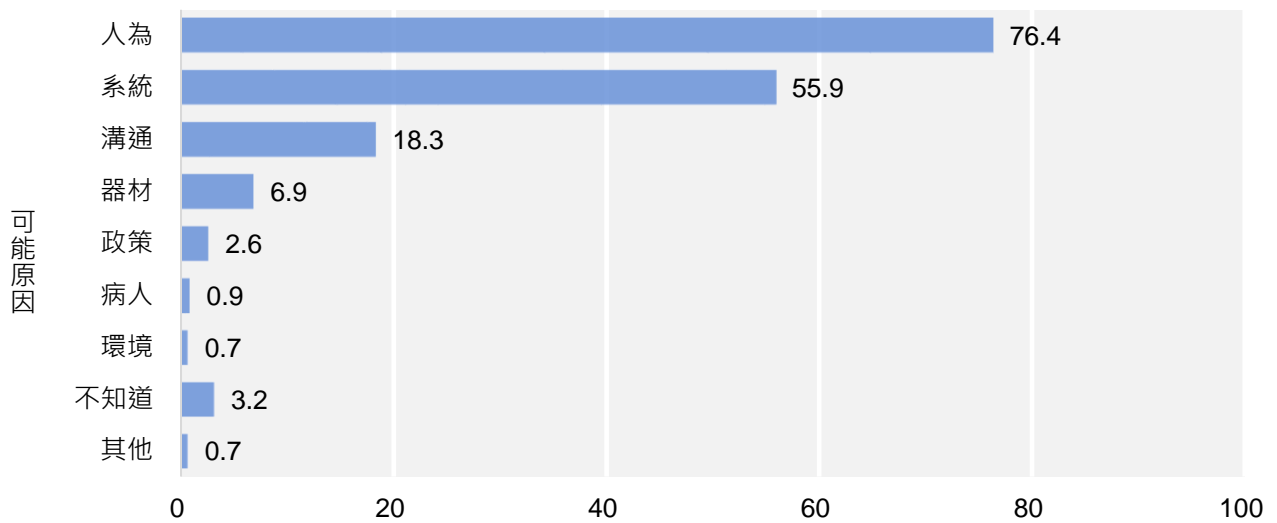


圖 4-1-11-8 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比 (N=567, 本項為複選題)

(十二) 醫院-麻醉事件

麻醉事件通報件數共計 91 件，事件發生地點以開刀房最多 (91.2 件/百件)，其次分別為檢查檢驗部門 (8.8 件/百件) 與一般病房 (2.2 件/百件)，如圖 4-1-12-1。發生於檢查檢驗部門，與執行檢查前給予麻醉藥物，病人於檢查過程生命徵象出現異常變化有關，發生在一般病房與麻醉過程插管，導致咽喉部黏膜組織損傷有關。事件發生後對病人健康影響程度，有傷患者佔 86.9%，無傷患者佔 13.2%，如圖 4-1-12-2。

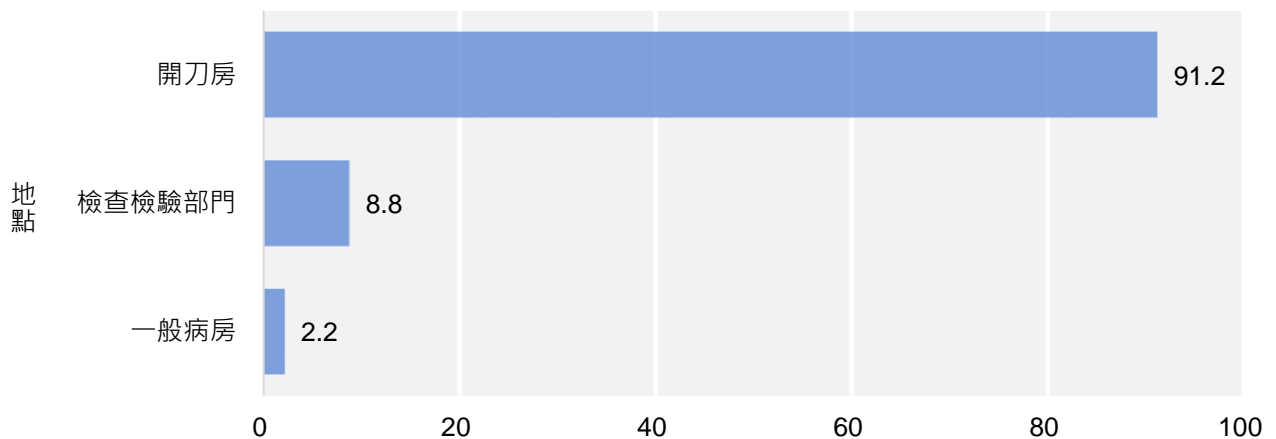


圖 4-1-12-1 醫院麻醉事件發生地點 (N=91，本項為複選題)

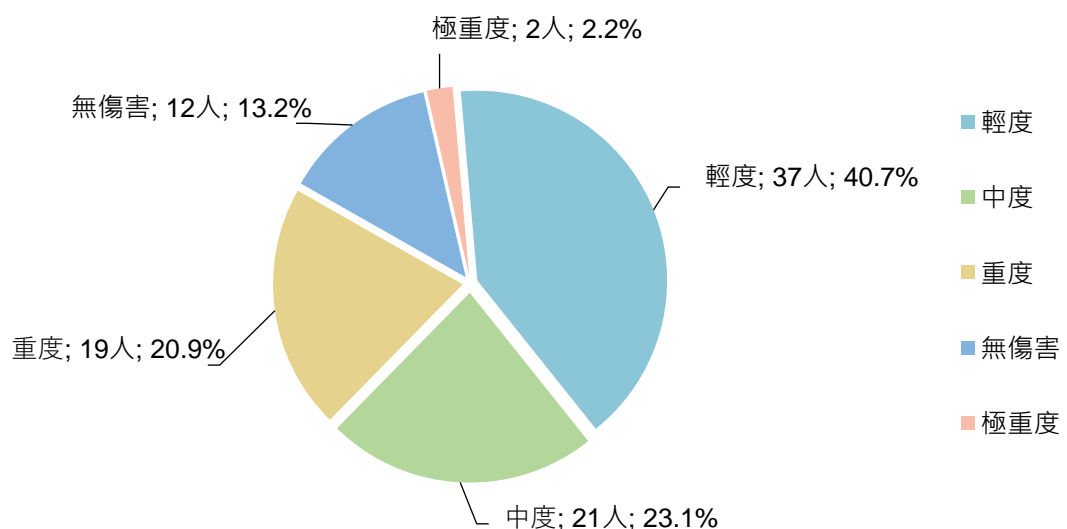


圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度 (N=91)

病人麻醉前的 ASA 生理狀態分級，P1 至 P5 分別為 6 件、29 件、43 件、8 件及 0 件，如圖 4-1-12-3。手術類型中 76 件為常規手術，緊急手術則為 12 件，如圖 4-1-12-4。麻醉方式以「全身麻醉」76 件最多，依序分別為氣管內管全身麻醉 60 件、面罩 1 件、喉頭罩 5 件、全靜脈注射麻醉 10 件；「區域麻醉」共有 12 件，依序為「脊椎麻醉」8 件、「硬膜外麻醉」3 件及「靜脈區域麻醉」1 件；「局部麻醉」3 件，如圖 4-1-12-5。

事件發生期間，以「麻醉維持期」佔 38.5% (35 件) 最多，「麻醉誘導期」佔 29.7% (27 件) 次之，再次之為「結束甦醒期」佔 20.9% (19 件)、「恢復期」及「術後 24 小時」各佔 4.4% (4 件)，如圖 4-1-12-6。

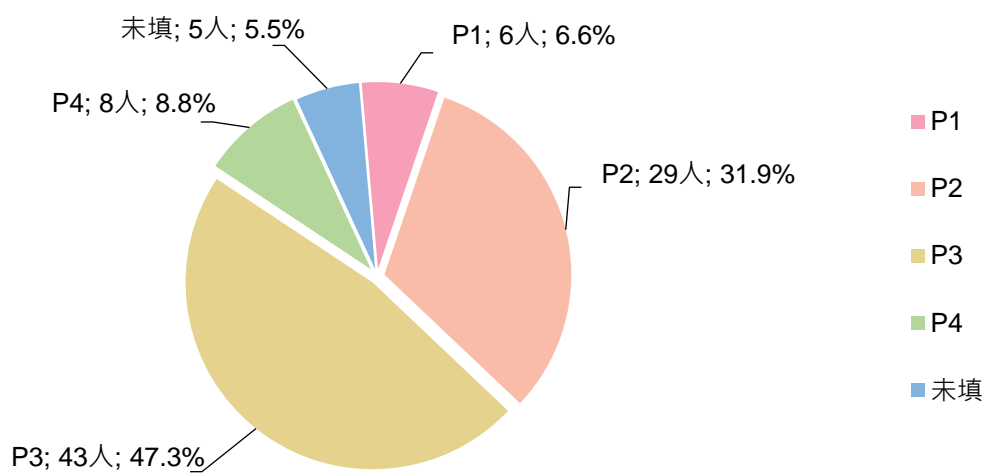


圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級 (N=91)

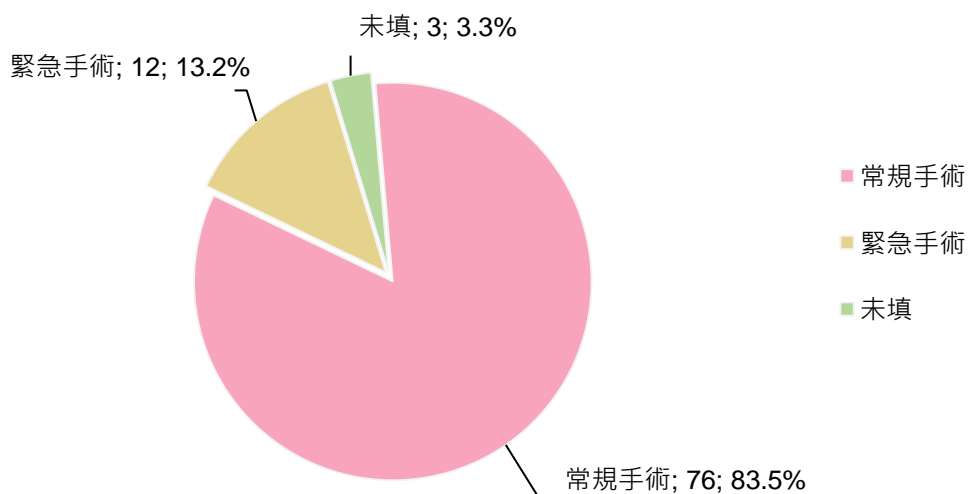


圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取手術類型 (N=91)

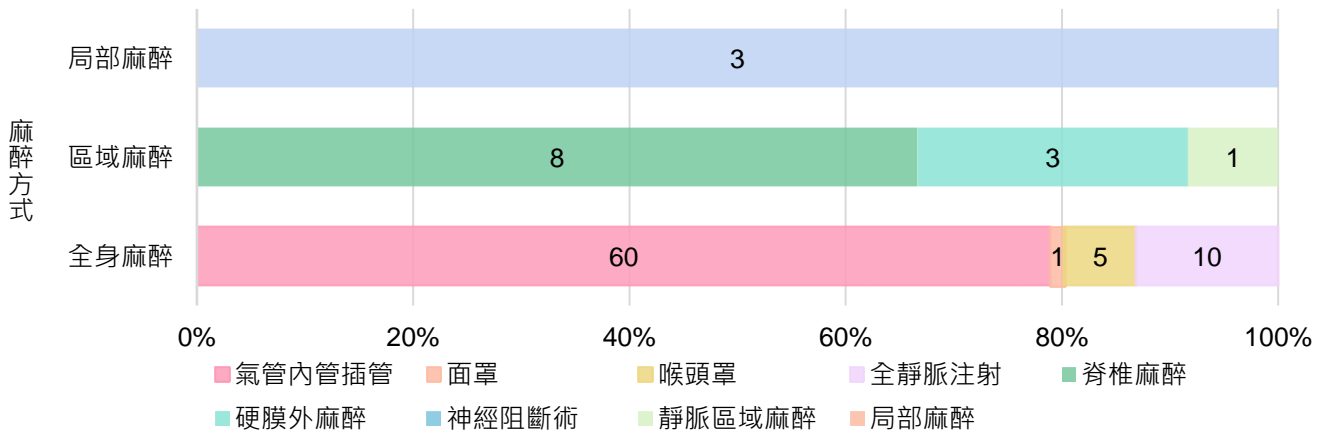


圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件採取之麻醉方式 (N=91, 本項為複選題)

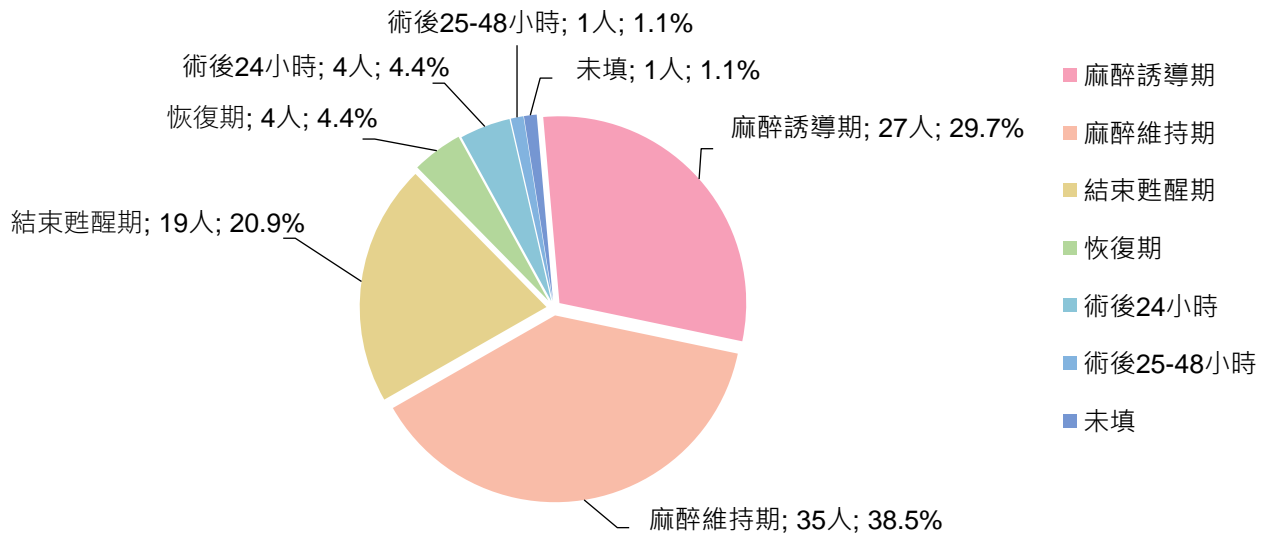


圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生期間 (N=91)

事件發生類型，以「插管相關」43 件最多 (47.3 件/百件)、以「脊椎麻醉事件」、「鎮靜事件」及「手術中不適當之通氣/給氧」各 7 件次之 (7.7 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 (65.9 件/百件)，「與人員個人 (人為) 因素」次之 (48.4 件/百件)，再次之為「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」(29.7 件/百件)，如圖 4-1-12-8。若單純分析「插管相關」發生異常之可能原因，以「與病人生理及行為 (病人) 因素」最高 (65.1 件/百件)，「與人員個人 (人為) 因素」(60.5 件/百件) 次之，再次之為「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」(25.6 件/百件)，如圖 4-1-12-9。

麻醉事件 SAC 級數分析，在 91 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 0 件，SAC=2 者 5 件 (5.5%)，SAC=3 者 24 件 (26.4%)，SAC=4 者 44 件 (48.4%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 18 件 (19.8%)，如表 4-1-0-5。

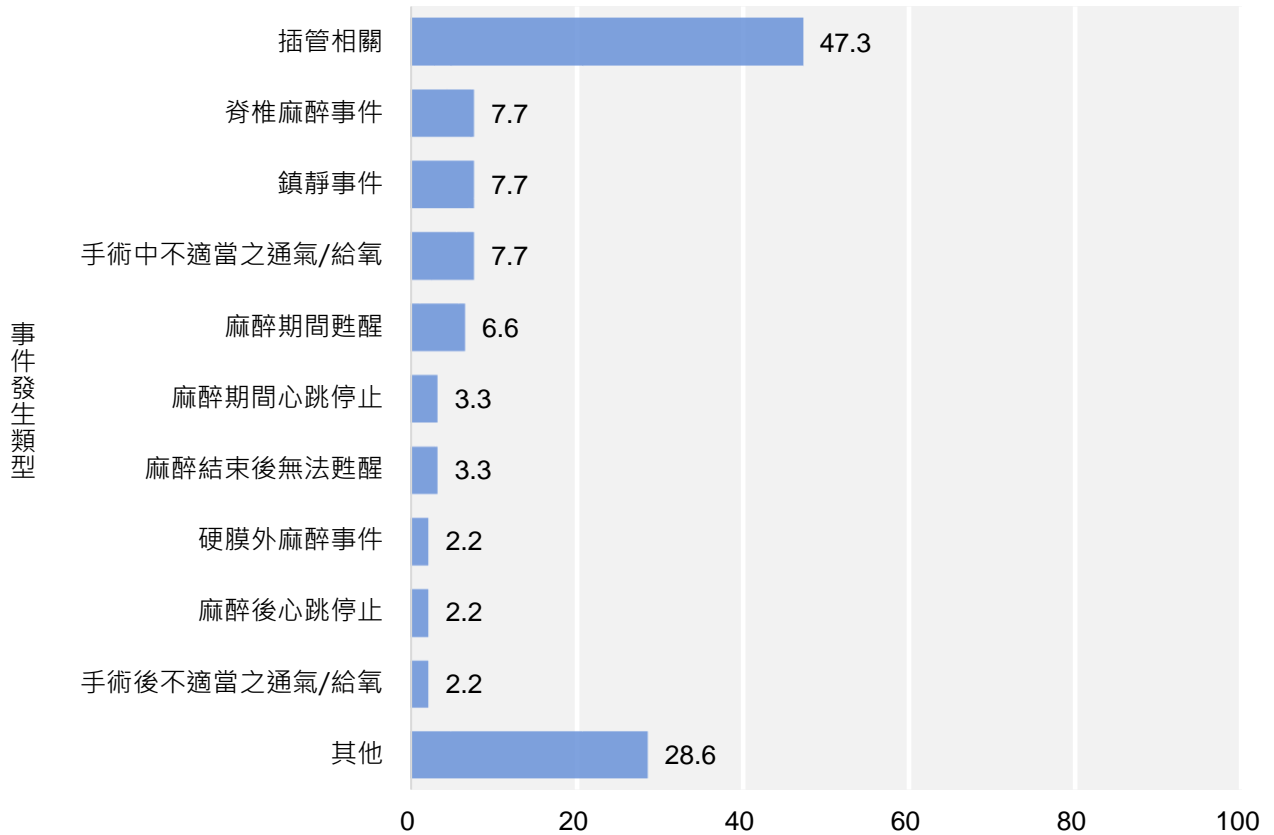


圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生類型 (N=91，本項為複選題)

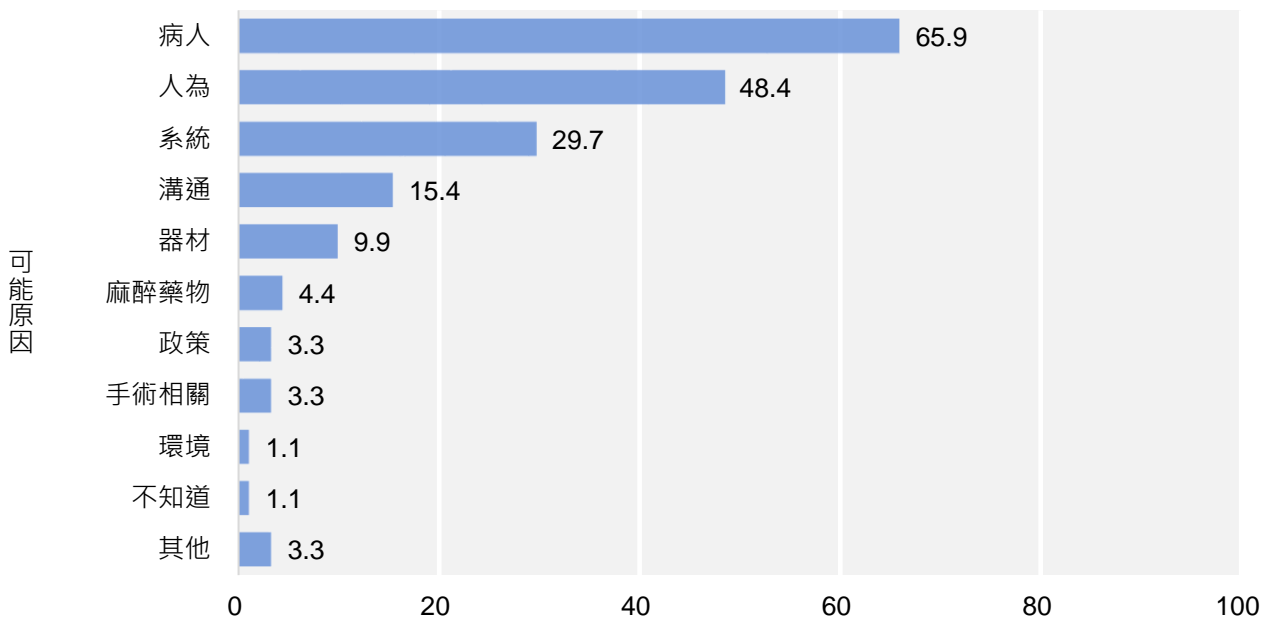


圖 4-1-12-8 醫院麻醉事件之可能原因相對次數百分比 (N=91，本項為複選題)

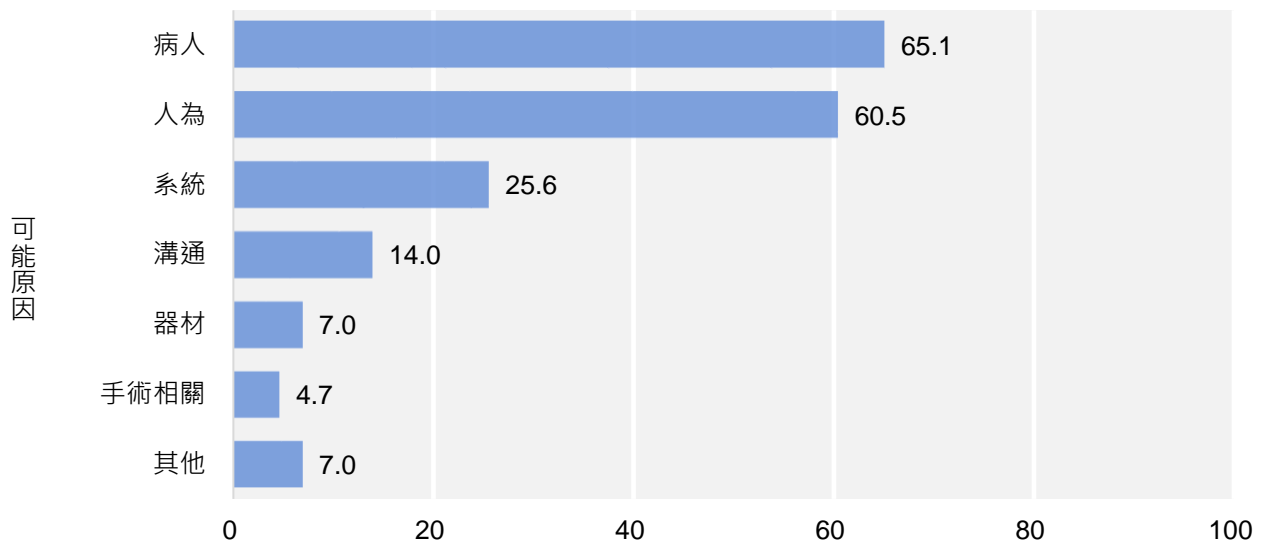


圖 4-1-12-9 醫院麻醉事件「插管相關」可能原因相對次數百分比 (N=43 · 本項為複選題)

(十三) 醫院-其他事件

發生於醫院的其他事件總計共 1,546 件，以白班時段 (08:01-16:00) 為 63.1% 佔多數，小夜班 (16:01-00:00) 為 25.2% 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 1,401 件最多 (90.6 件/百件)，其它依序為員工 256 件 (16.6 件/百件)、訪客家屬 129 件 (8.3 件/百件)，如圖 4-1-13-2。事件發生後受影響對象為病人的事件共有 1,401 件，傷害程度為無傷害及跡近錯失共佔 83.6%，有傷害事件佔 10.3%，無法判定則佔 6.1%，如圖 4-1-13-3。

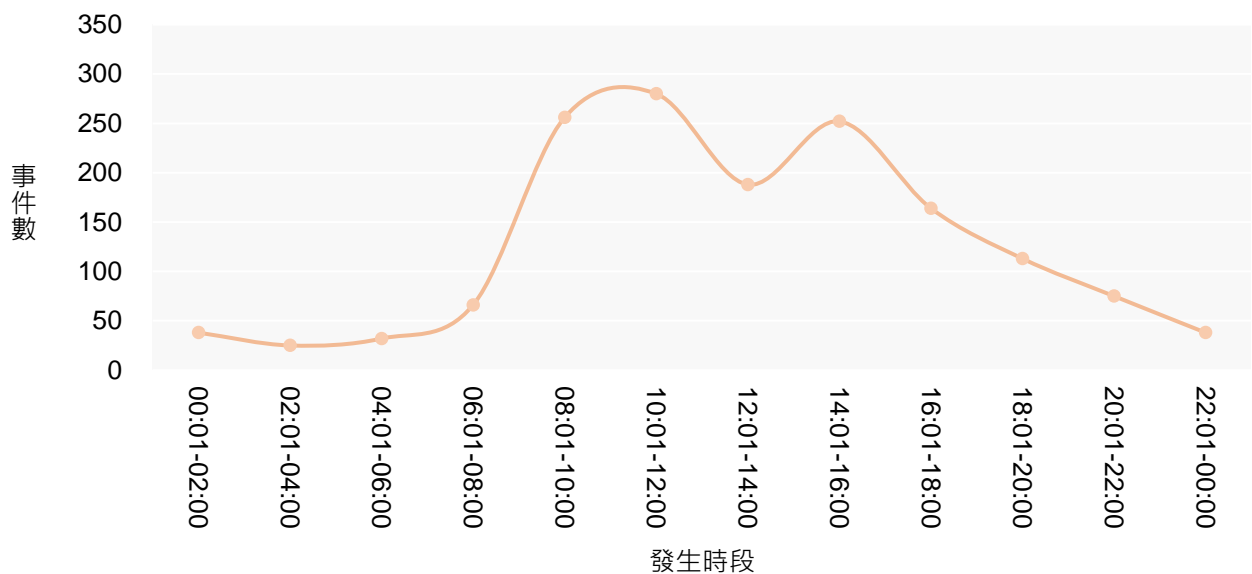


圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段
(N=1,527，不含未填 19 件)

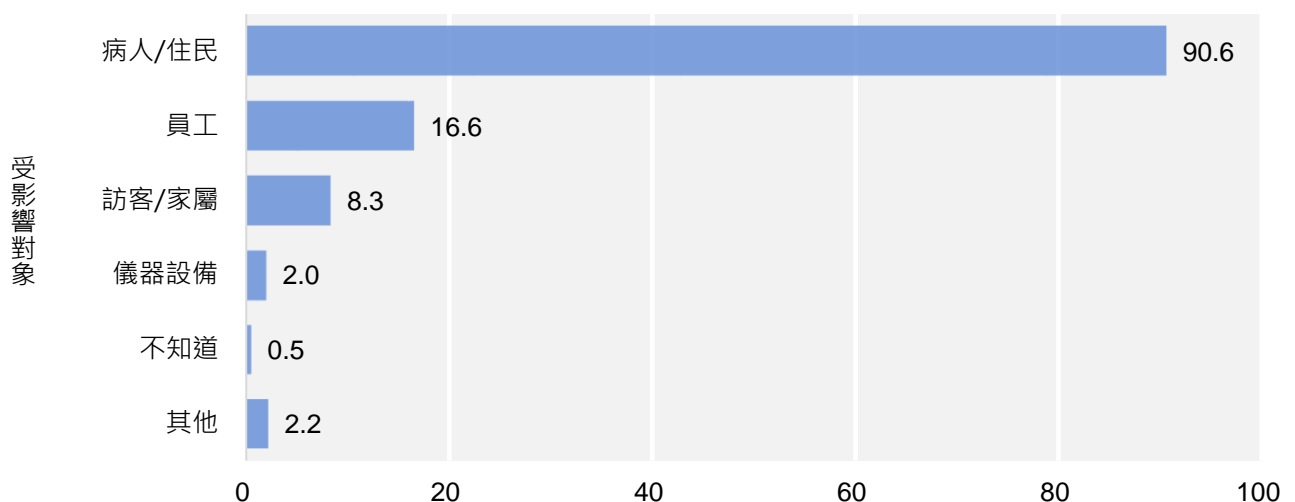


圖 4-1-13-2 醫院其他事件受影響對象
(N=1,546；N 為事件數；此項目為複選)

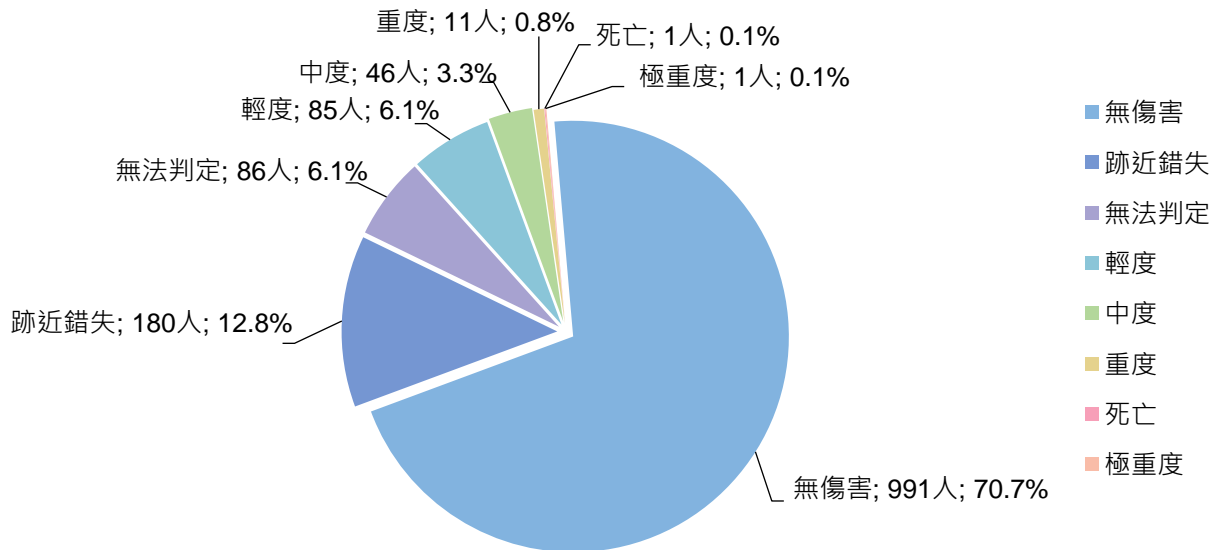


圖 4-1-13-3 醫院其他事件對病人健康的影響程度 (N=1,401)

事件發生地點以一般病房 38.8 件/百件居多，特殊醫療照護區 18.0 件/百件、急診室 12.0 件/百件次之，如圖 4-1-13-4。事件發生敘述內容以病歷管理 560 件 (36.2 件/百件) 最多，其次為感控相關 408 件 (26.4 件/百件)、病人辨識相關 363 件 (23.5 件/百件)，如圖 4-1-13-5。前後年相比較，2021 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，發現各項事件分類發生地點均於一般病房的比列最多，如圖 4-1-13-6。

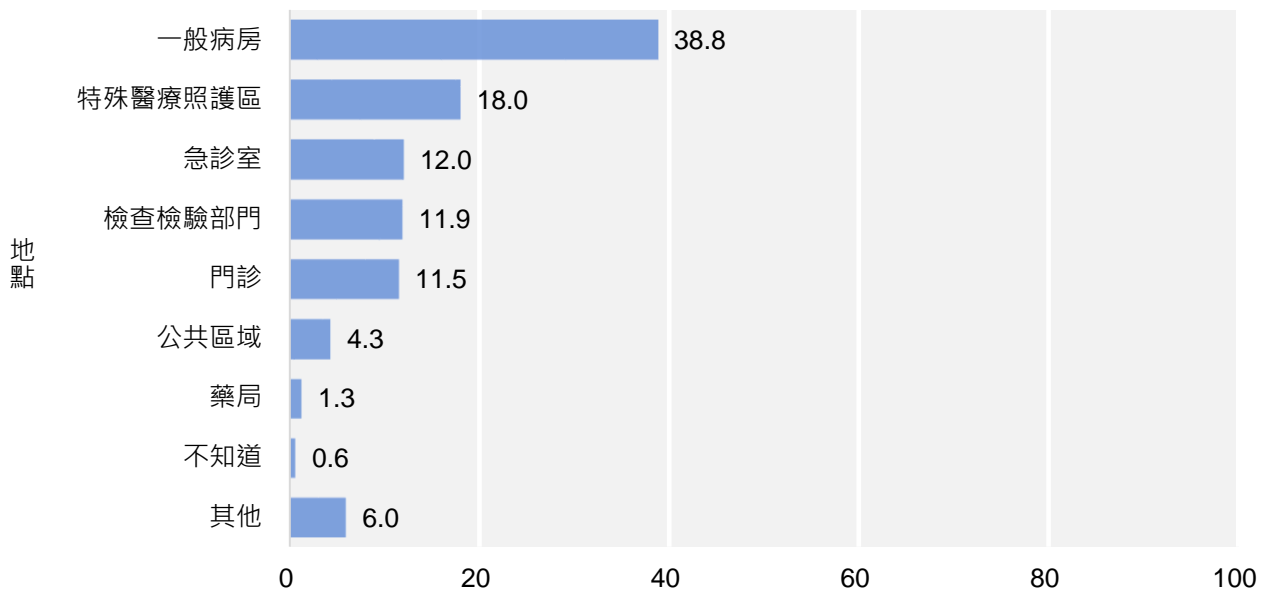


圖 4-1-13-4 醫院其他事件發生地點相對次數百分比

(N=1,546; N 為事件數; 此項目為複選)

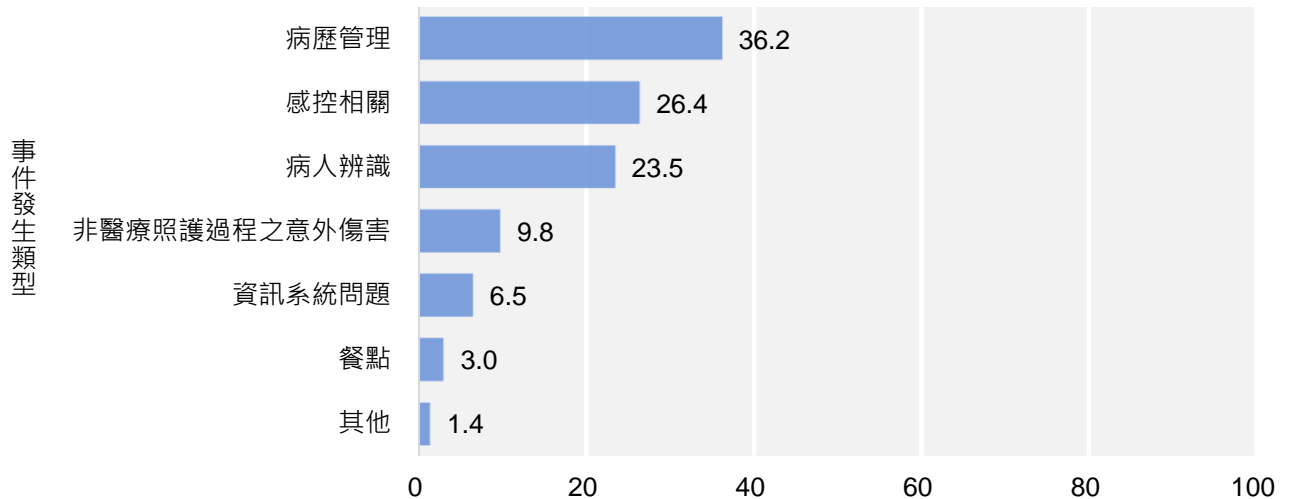


圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類 (N=1,546; N 為事件數; 此項目為複選)

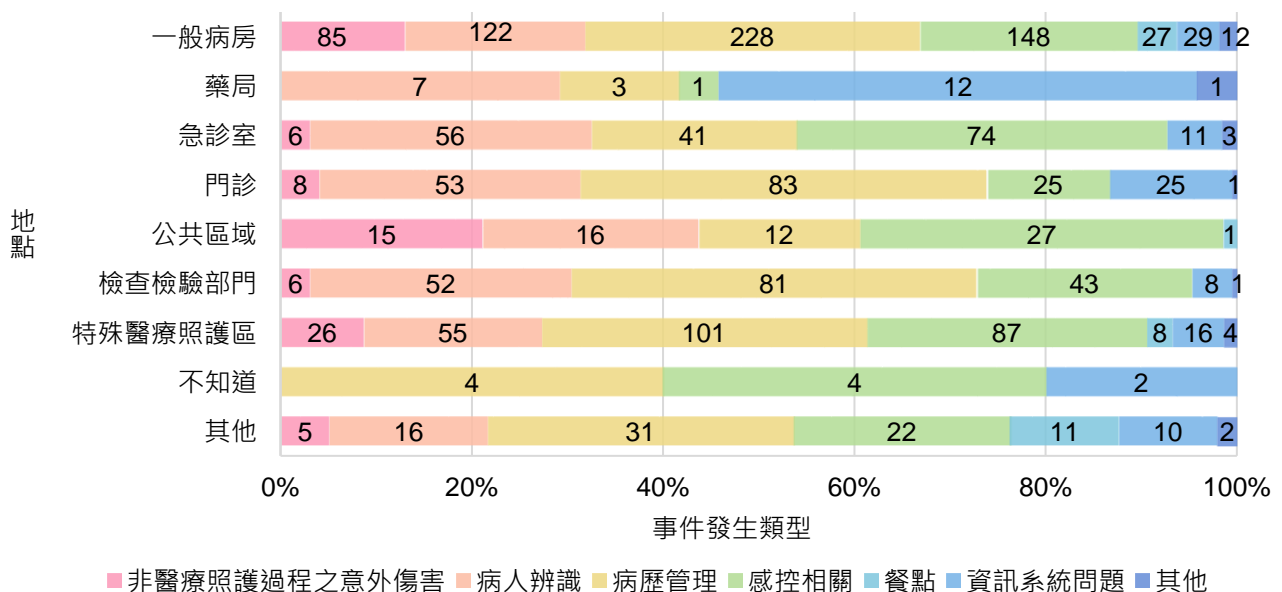


圖 4-1-13-6 醫院其他事件發生地點與敘述內容分類之交叉分析 (N=1,546; N 為事件數; 此項目為複選)

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，無法具體歸因於 12 類事件內，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、電子郵件未以加密方式傳遞、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 1,546 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 0 件，SAC=2 者 3 件，SAC=3 者 36 件，SAC=4 者 852 件，SAC 為無法計算者(包含 NA 及 INC) 共有 510 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

2021 年發生於精神科醫院的通報件數共為 13,617 件，事件發生後受影響對象為病人有 13,573 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 6,429 件 (47.2%)、跌倒事件 5,576 件 (40.9%) 及藥物事件 593 件 (4.4%)，如圖 4-2-0-1。

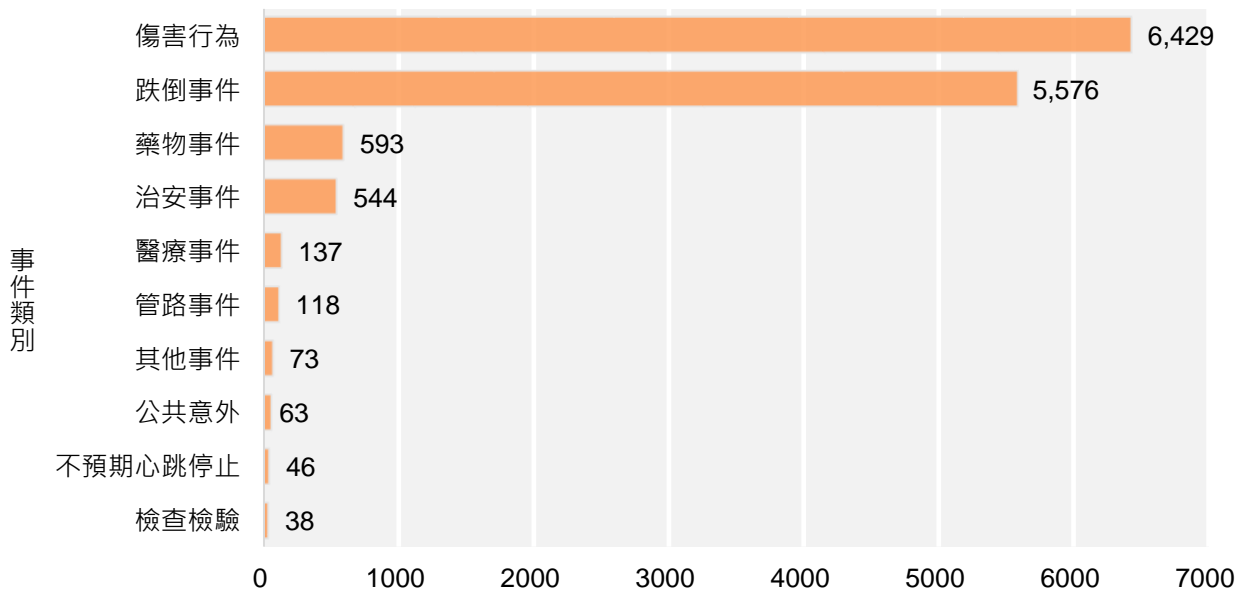


圖 4-2-0-1 精神科醫院通報各類事件數 (N=13,617)

事件發生時段主要集中於白班 (08:01~16:00)，共有 6,323 件，佔 46.8%，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 8,345 件 (61.5%)，其次是輕度傷害 3,618 件 (26.7%)、中度傷害 1,012 件 (7.5%)，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 (86.2%)，死亡案件中除了異物哽塞導致突然心跳停止外，還包含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頻率也應一併作整體考量。極重度傷害比例最高為醫療照護事件 (100%)，重度和中度傷害比例較高的是跌倒事件，分別為 61.4% 和 61.1%，而跡近錯失比例最高的為藥物事件 (97.3%)，如表 4-2-0-1。

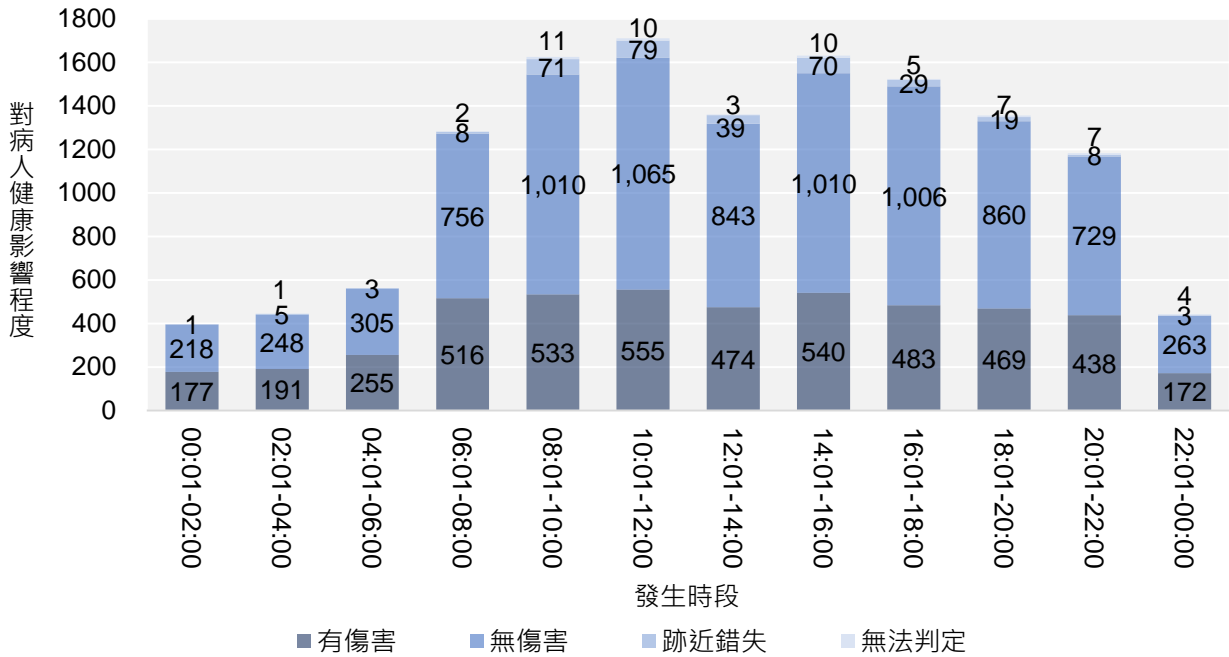


圖 4-2-0-2 精神科醫院發生時段與病人健康影響程度分析 (N= 13,511 · 不含未填 62 件)

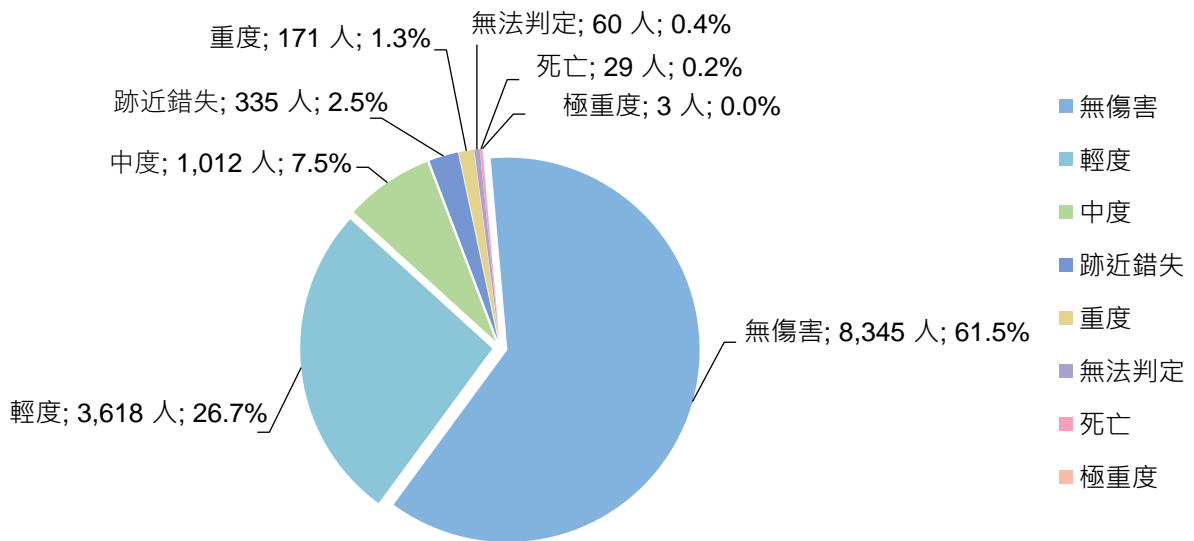


圖 4-2-0-3 精神科醫院事件發生後對病人健康的影響程度 (N=13,573)



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=13,573)

| 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 | 24 | 2.4 | 31 | 0.9 | 199 | 2.4 | 326 | 97.3 | 13 | 21.7 | 593 | 4.4 |
| 跌倒事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 105 | 61.4 | 618 | 61.1 | 2,019 | 55.8 | 2,811 | 33.7 | 0 | 0.0 | 14 | 23.3 | 5,567 | 41.0 |
| 醫療照護 | 4 | 13.8 | 3 | 100.0 | 24 | 14.0 | 46 | 4.5 | 29 | 0.8 | 30 | 0.4 | 1 | 0.3 | 0 | 0.0 | 137 | 1.0 |
| 公共意外 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.2 | 5 | 0.1 | 33 | 0.4 | 0 | 0.0 | 4 | 6.7 | 44 | 0.3 |
| 治安事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 11 | 1.1 | 9 | 0.2 | 503 | 6.0 | 0 | 0.0 | 9 | 15.0 | 533 | 3.9 |
| 傷害行為 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 19 | 11.1 | 286 | 28.3 | 1,442 | 39.9 | 4,669 | 55.9 | 0 | 0.0 | 13 | 21.7 | 6,429 | 47.4 |
| 管路事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 1.2 | 4 | 0.4 | 55 | 1.5 | 57 | 0.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 118 | 0.9 |
| 不預期心跳停止 | 25 | 86.2 | 0 | 0.0 | 17 | 9.9 | 4 | 0.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 46 | 0.3 |
| 檢查檢驗 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.2 | 12 | 0.3 | 11 | 0.1 | 8 | 2.4 | 5 | 8.3 | 38 | 0.3 |
| 其他事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 1.8 | 15 | 1.5 | 16 | 0.4 | 32 | 0.4 | 0 | 0.0 | 2 | 3.3 | 68 | 0.5 |
| 總計 | 29 | | 3 | | 171 | | 1,012 | | 3,618 | | 8,345 | | 335 | | 60 | | 13,573 | |

通報者以護理人員最多，佔 94.6%，其次是物理、職能治療人員 (1.5%)，如圖 4-2-0-4。年資方面，通報者的年資以 1~5 年居首，共有 4,151 件 (34.8%)，其次是年資 6~10 年 (2,042 件，17.1%)，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 6,575 件 (約 55.2%)，其次為 6~10 年資歷 2,121 件 (17.8%)，如圖 4-2-0-6。預防事件再發生的措施或方法，以加強教育訓練 (72.9 件/百件) 最多，其次為加強溝通方式 (30.3 件/百件) 及改變醫療照護方式 (8.4 件/百件)，如圖 4-2-0-7。

精神科醫院各事件類別 SAC 級數分析，SAC=1 者有 20 件 (0.1%)，SAC=2 者有 91 件 (0.7%)，SAC=3 者有 1,644 件 (12.1%)，SAC=4 者有 9,934 件 (73.2%)，SAC 為無法計算者 (含 NA 及 INC) 共有 1,884 件 (13.9%)，如表 4-2-0-2。

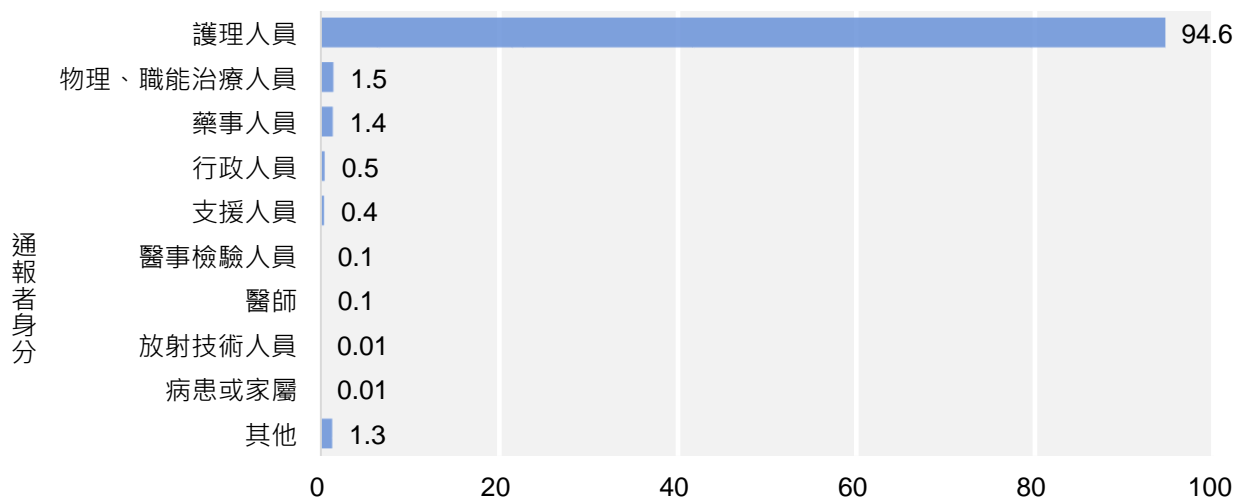


圖 4-2-0-4 精神科醫院通報者身分類別 (N=13,617, 不含未填 159 件)



通報者工作年資

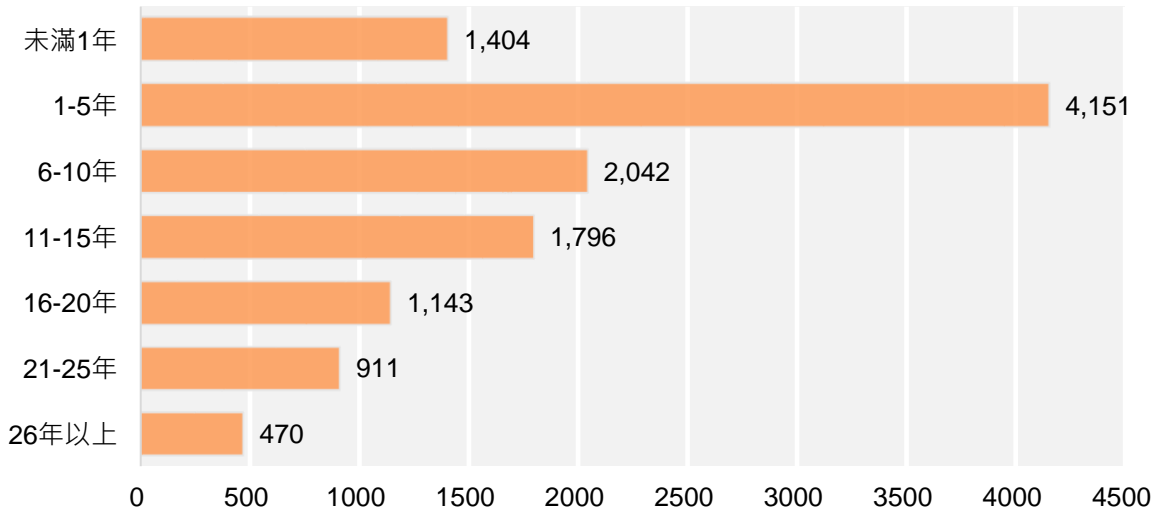


圖 4-2-0-5 精神科醫院通報者年資 (N=11,917 · 不含未填 1,700 件)

通報者現職年資

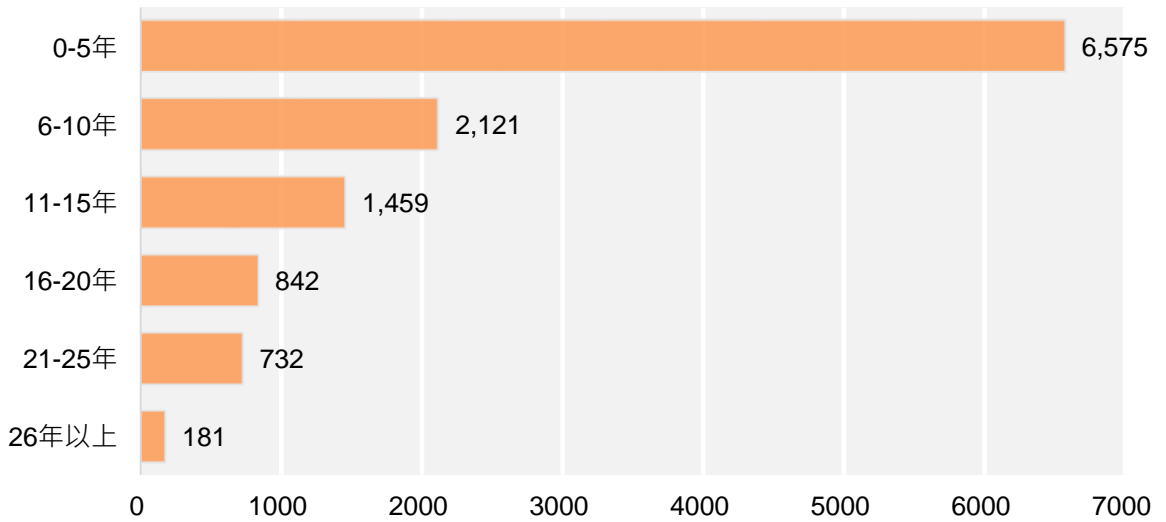


圖 4-2-0-6 精神科醫院通報者現職年資 (N= 11,910 · 不含未填 1,707 件)

預防措施

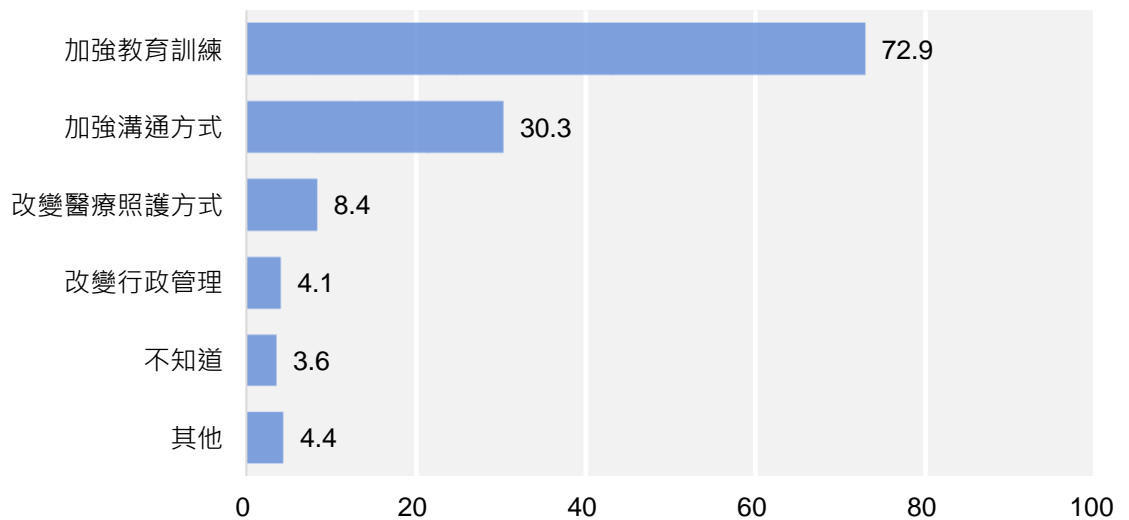


圖 4-2-0-7 精神科醫院通報者認為預防再發生的措施或方法

(事件數 N=13,617 · 此項為複選)

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。



表 4-2-0-2 精神科醫院各類事件 SAC 分布 (N=13,573)

| 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 | 16 | 215 | 360 | 2 | 593 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 2.7 | 36.3 | 60.7 | 0.3 | |
| 跌倒事件 | n | 0 | 50 | 900 | 3,918 | 129 | 570 | 5,567 |
| | % | 0.0 | 0.9 | 16.2 | 70.4 | 2.3 | 10.2 | |
| 醫療照護 | n | 4 | 12 | 45 | 62 | 8 | 6 | 137 |
| | % | 2.9 | 8.8 | 32.8 | 45.3 | 5.8 | 4.4 | |
| 公共意外 | n | 0 | 0 | 1 | 33 | 6 | 4 | 44 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 2.3 | 75.0 | 13.6 | 9.1 | |
| 治安事件 | n | 0 | 1 | 9 | 416 | 28 | 79 | 533 |
| | % | 0.0 | 0.2 | 1.7 | 78.0 | 5.3 | 14.8 | |
| 傷害行為 | n | 0 | 10 | 637 | 5,126 | 115 | 541 | 6,429 |
| | % | 0.0 | 0.2 | 9.9 | 79.7 | 1.8 | 8.4 | |
| 管路事件 | n | 0 | 1 | 17 | 95 | 0 | 5 | 118 |
| | % | 0.0 | 0.8 | 14.4 | 80.5 | 0.0 | 4.2 | |
| 不預期 心跳停止 | n | 16 | 15 | 10 | 2 | 3 | 0 | 46 |
| | % | 34.8 | 32.6 | 21.7 | 4.3 | 6.5 | 0.0 | |
| 檢查檢驗 | n | 0 | 0 | 2 | 20 | 13 | 3 | 38 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 5.3 | 52.6 | 34.2 | 7.9 | |
| 其他事件 | n | 0 | 2 | 7 | 47 | 5 | 7 | 68 |
| | % | 0.0 | 2.9 | 10.3 | 69.1 | 7.4 | 10.3 | |
| 總計 | N | 20 | 91 | 1,644 | 9,934 | 667 | 1,217 | 13,573 |
| | % | 0.1 | 0.7 | 12.1 | 73.2 | 4.9 | 9.0 | |

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

2021 年發生於精神復健機構的通報件數共為 10 件，所有事件受影響對象皆為病人，通報事件類別最多的為跌倒事件有 6 件，其次為治安事件 2 件。事件發生時段主要集中在 10:01-12:00、14:01-16:00 及 18:01-20:00，三個時段各有 2 件；對於病人健康的影響程度，以有傷害之 80.0% 為最高。SAC 級數分析，SAC=1 者有 0 件，SAC=2 者有 1 件，SAC=3 者有 2 件，SAC=4 者有 4 件，SAC 為無法計算者 (含 NA 及 INC) 共有 3 件，如表 3-3-0-2。



(一) 精神科醫院-傷害行為事件

2021 年發生在精神科醫院的傷害行為事件總共有 6,429 件。精神科醫院傷害行為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 3,055 件 (47.5%) 和 2,380 件 (37.0%)，如圖 4-2-1-1。事件發生地點以一般病房為主，共 6,135 件 (95.4 件/百件)，其次是發生在急診室、公共區域及特殊醫療照護區，如圖 4-2-1-2。

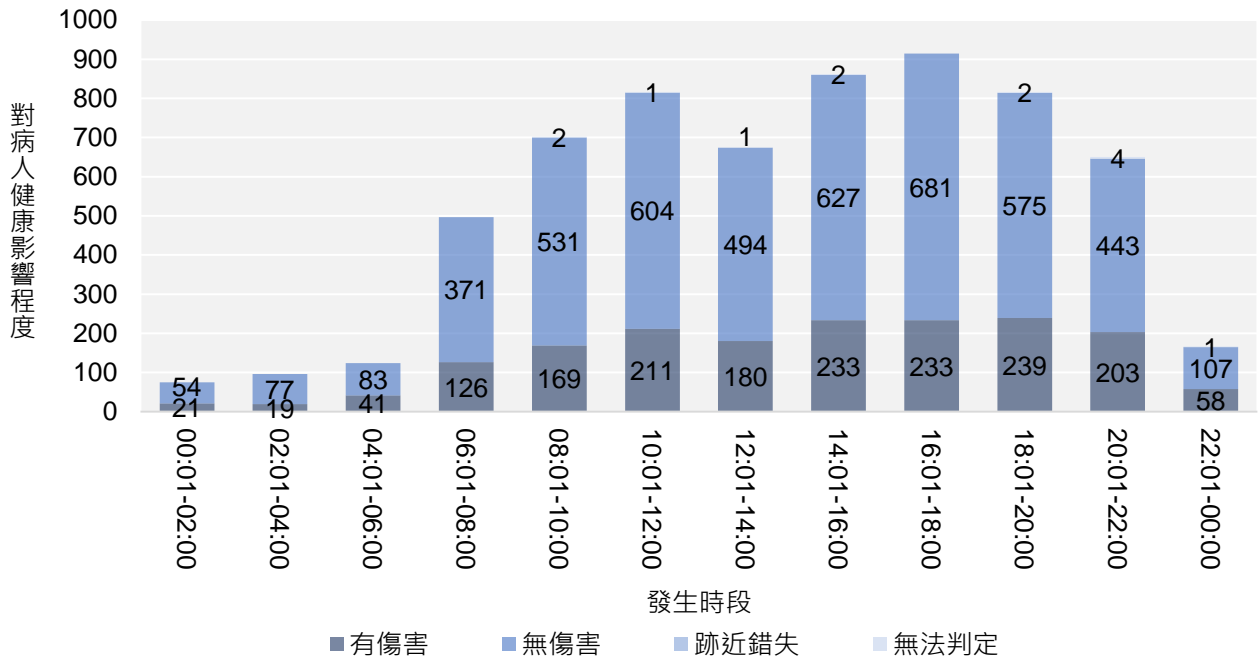


圖 4-2-1-1 精神科醫院傷害行為事件發生時段 (N=6,393，不包含未填 36 件)

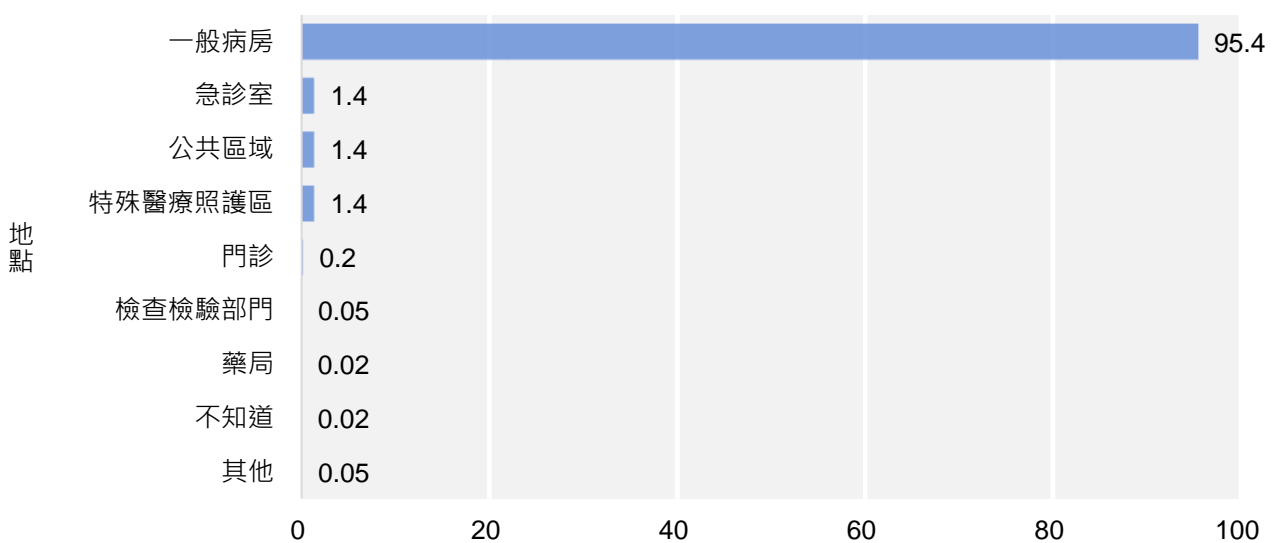


圖 4-2-1-2 精神科醫院傷害行為事件發生地點 (N=6,429，此項目為複選)

進一步分析傷害行為的類型，排名前三由高至低依序為身體攻擊，共 3,849 件 (59.9 件/百件)、言語衝突 1,450 件 (22.6 件/百件) 次之，自傷行為 1,097 件 (17.1 件/百件) 排名第三，如圖 4-2-1-3。

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 836 件 (13.0 件/百件)、儀器設備 220 件 (3.4 件/百件)，相較 2020 年資料，受影響對象為員工之事件減少 6.9 百分點，儀器設備減少 2.2 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 4,669 (72.6%)，其次為有傷患者 1,747 件 (27.2%)。造成病人傷害中又以輕度傷害最多，共有 1,442 件 (22.4%)，中度傷害共 286 件次之 (4.4%)，如圖 4-2-1-5。

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 5,993 件 (93.2 件/百件)，其次是溝通因素 1,296 件 (20.2 件/百件)、系統相關因素 16 件 (0.2 件/百件)、人為相關因素 16 件 (0.2 件/百件) 及環境因素 15 件 (0.2 件/百件)，與 2020 年相比較，病人因素下降 1.5 百分點，如圖 4-2-1-6。

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 10 件 (0.2%)，SAC=3 者有 637 件 (9.9%)，而 SAC=4 者共有 5,126 件 (79.7%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 656 件 (10.2%)，如表 4-2-0-2。

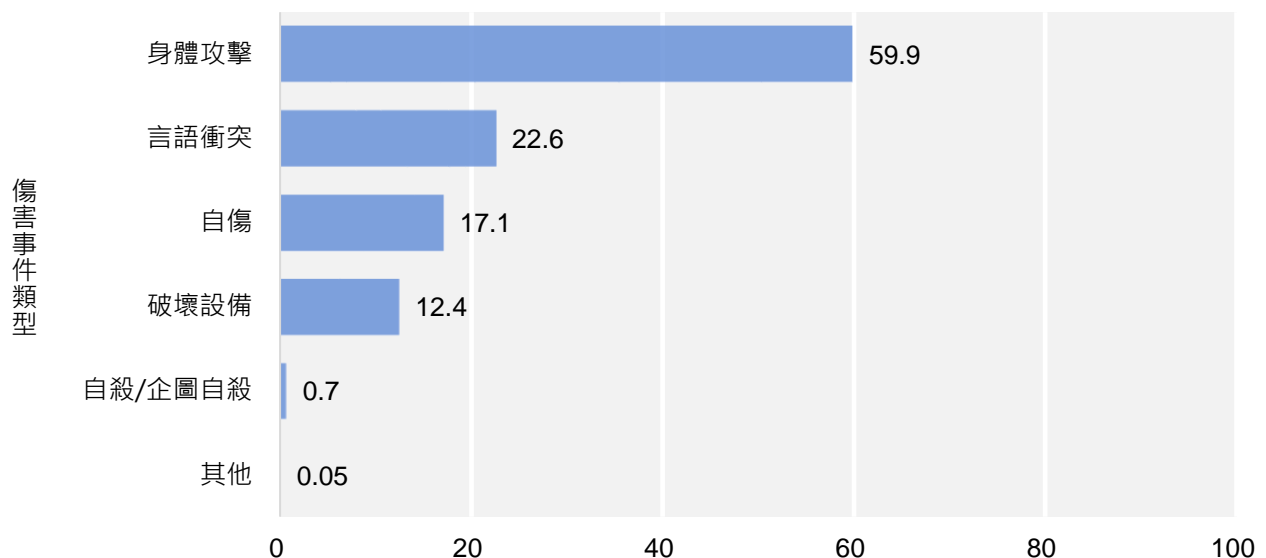


圖 4-2-1-3 精神科醫院傷害行為事件類型 (N=6,429，此項目為複選)

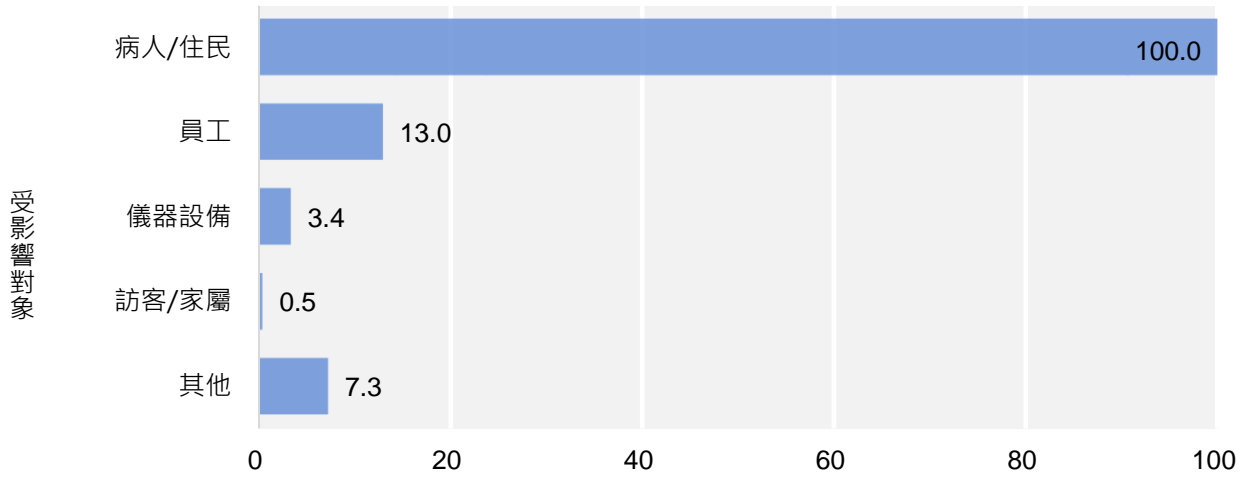


圖 4-2-1-4 精神科醫院傷害行為事件受影響對象 (N=6,429, 此項目為複選)

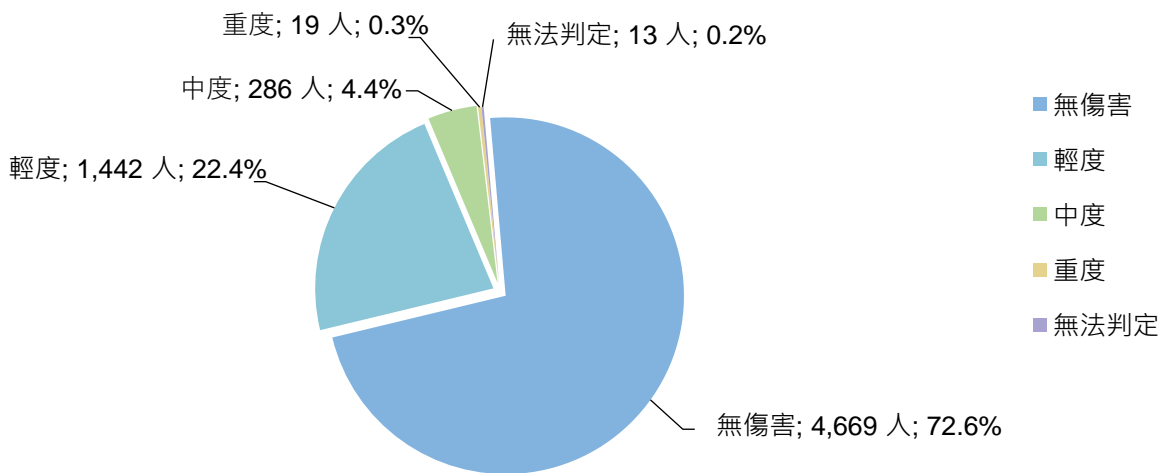


圖 4-2-1-5 精神科醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 (N=6,429)

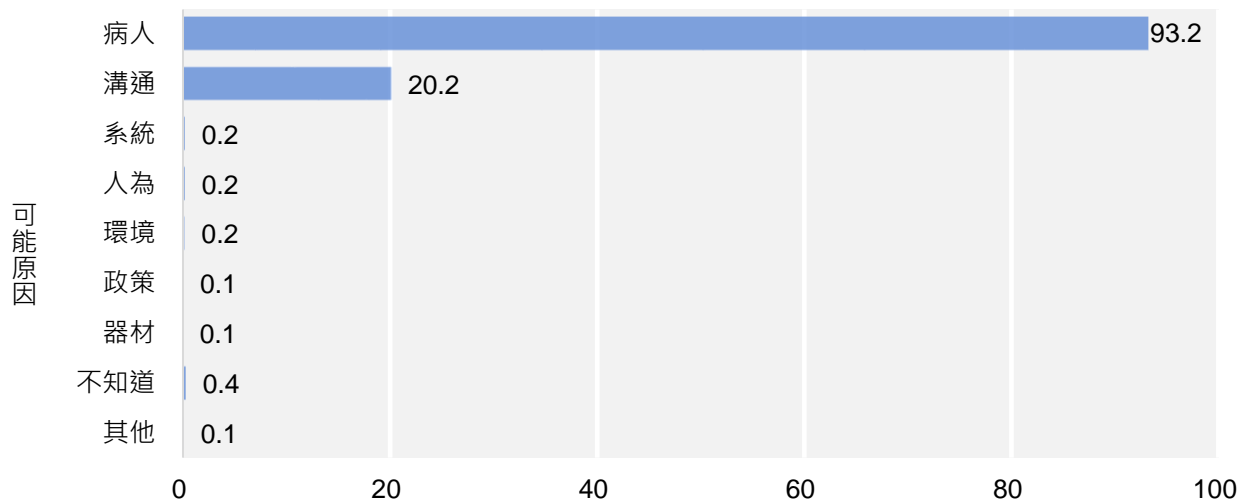


圖 4-2-1-6 精神科醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 (N=6,429, 本項為複選)

(二) 精神科醫院-跌倒事件

2021 年 TPR 通報系統蒐集發生在精神科醫院之跌倒事件共 5,576 件，其中受影響對象為病人共 5,567 件、訪客/家屬 10 件、員工 37 件、儀器設備 1 件及其他 3 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 1,975 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 91.4 件發生在一般病房。

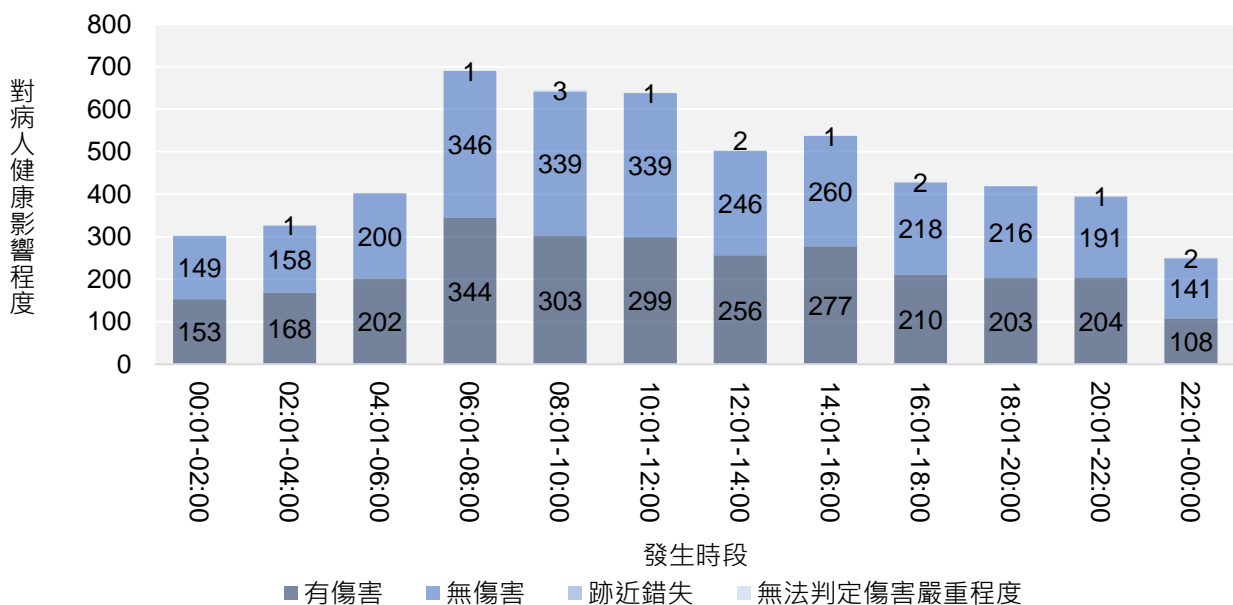


圖 4-2-2-1 精神科醫院病人跌倒發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析
(N=5,544，不含未填 23 件)

精神科醫院發生跌倒事件之病人性別以女性為主，共 2,498 件（佔 44.87%）；年齡以成年（19-64 歲）為最多，共 3,654 件（佔 65.64%）。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 1,805 件（佔 32.42%），女性共 1,821 件（佔 32.71%），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 2,811 件（佔 50.5%）為最多，其次為輕度共 2,019 件（佔 36.3%），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 3,111 件（佔 55.9%）；而於跌倒事件發生前，有 2,910 位（佔 52.3%）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 2,312 件，佔所有高危險族群病人的 79.5%，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 (N=5,567)

| 性別 \ 年齡 | 男性 | | 女性 | | 未填 | | 總計 | |
|---------|-------|------|-------|------|-----|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | N | % |
| 學齡期 | 16 | 0.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 16 | 0.3 |
| 青少年 | 11 | 0.5 | 13 | 0.5 | 0 | 0.0 | 24 | 0.4 |
| 成年 | 1,805 | 75.3 | 1,821 | 72.9 | 28 | 4.2 | 3,654 | 65.6 |
| 老年 | 509 | 21.2 | 620 | 24.8 | 14 | 2.1 | 1,143 | 20.5 |
| 不知道 | 33 | 1.4 | 19 | 0.8 | 2 | 0.3 | 54 | 1.0 |
| 未填 | 24 | 1.0 | 25 | 1.0 | 627 | 93.4 | 676 | 12.1 |
| 總計 | 2,398 | | 2,498 | | 671 | | 5,567 | |

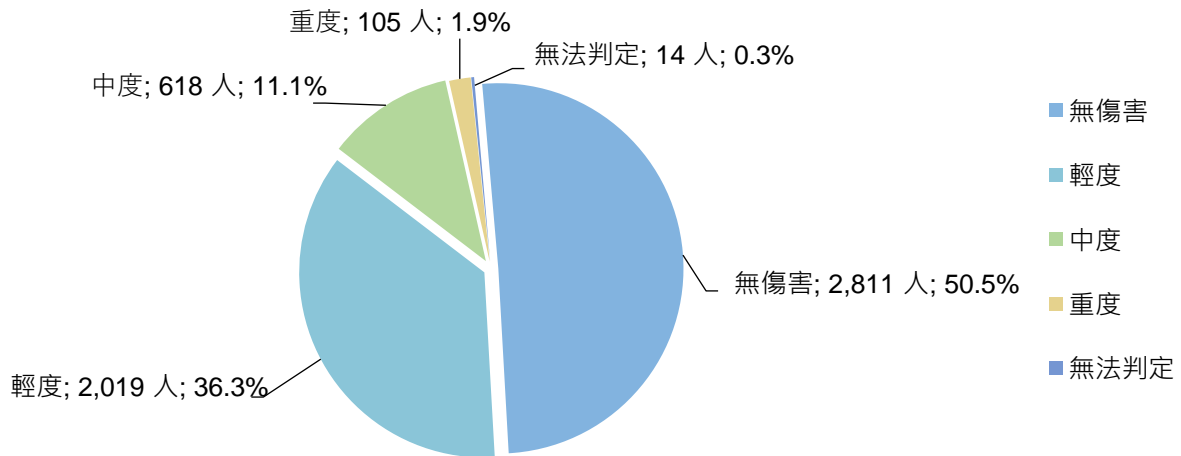


圖 4-2-2-2 精神科醫院跌倒事件對病人健康的影響程度 (N=5,567)

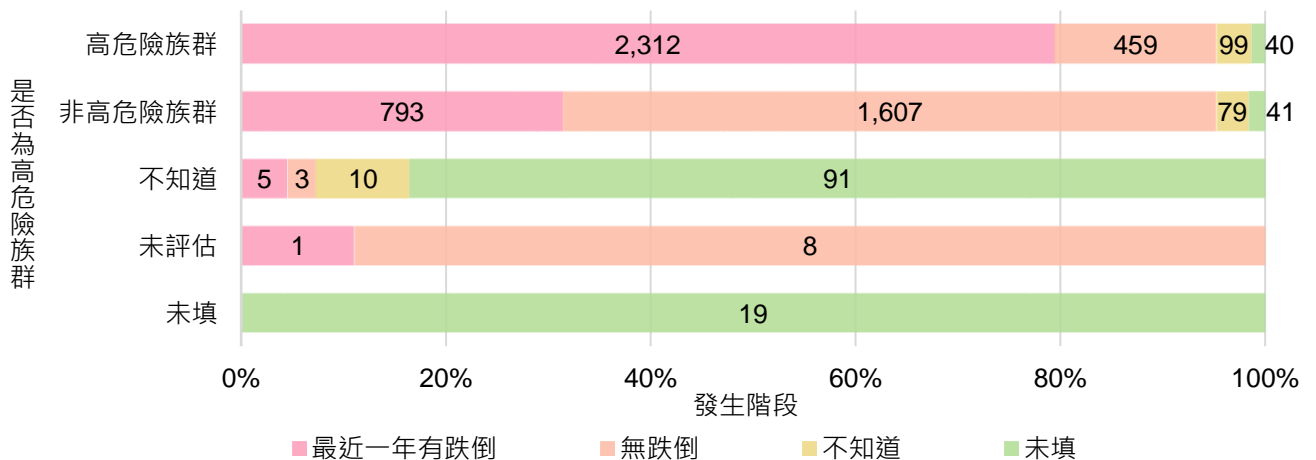


圖 4-2-2-3 精神科醫院跌倒病人是否為高危險群與最近一年跌倒次數交叉分析 (N=5,567)

精神科醫院病人跌倒事件發生時活動以「行進時」共 2,637 件 (佔 47.4%) 為最多，其次為「變換姿勢時」共 732 件 (佔 13.1%)、「上下床移位時」共 504 件 (佔 9.1%)，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 (82.9 件/百件) 為最多，其次為「與環境因素相關 (環境)」因素 (13.9 件/百件)、「與使用藥物因素相關 (用藥)」因素 (9.8 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 (51.6 件/百件) 為最多，環境因素以地面打蠟或濕、滑 (56.0 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 0 件，SAC = 2 者有 50 件 (佔 0.9%)，SAC = 3 有 900 件 (佔 16.2%)，SAC = 4 有 3,918 件 (佔 70.4%)，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 699 件 (佔 12.6%)，如表 4-2-0-2。

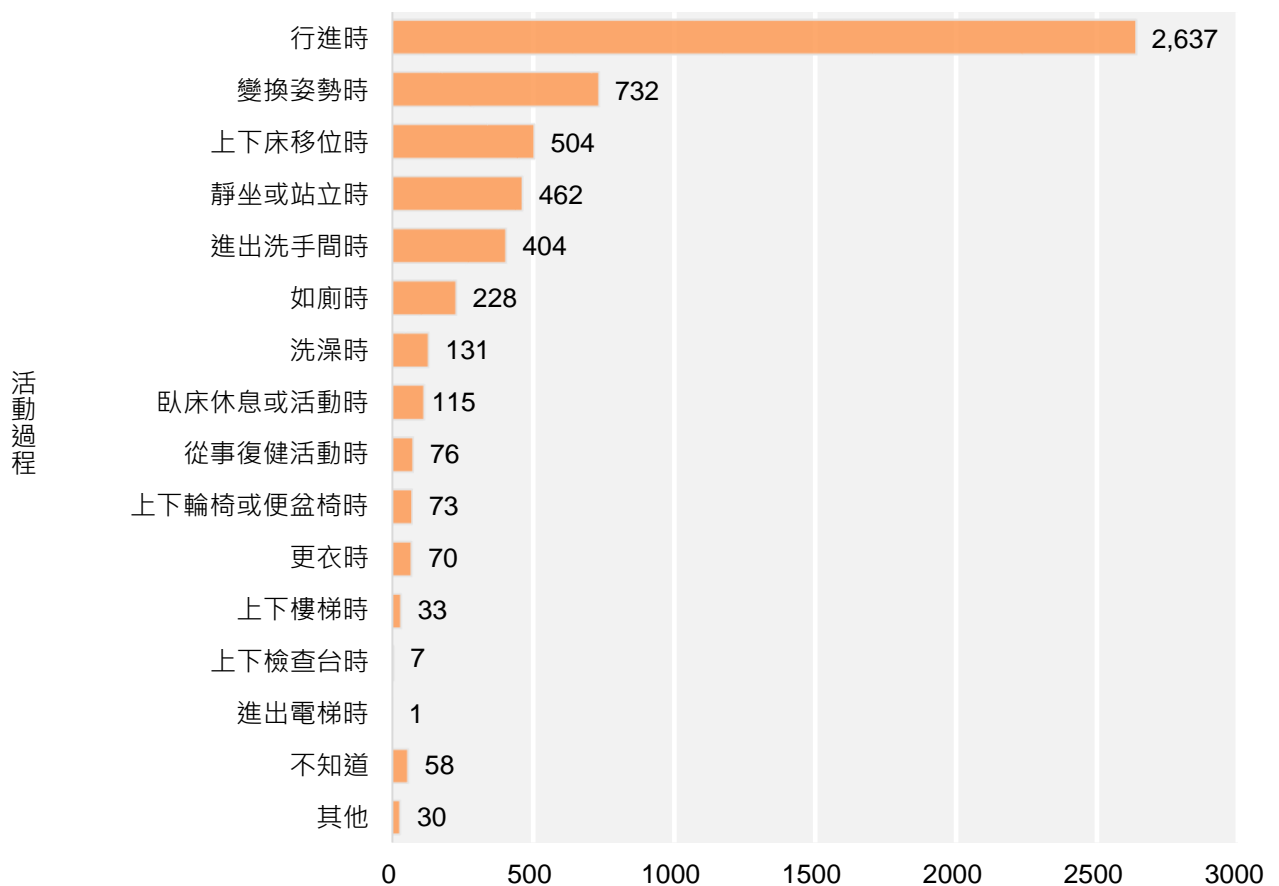


圖 4-2-2-4 精神科醫院病人跌倒事件發生時從事何項活動過程 (N=5,561，不含未填 6 件)

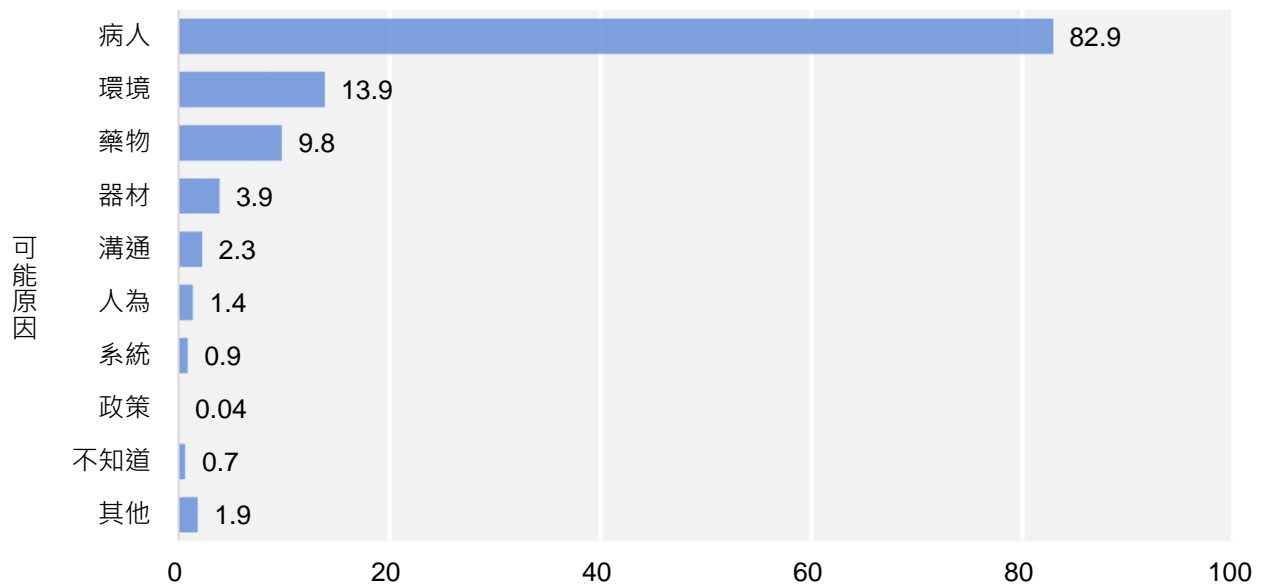


圖 4-2-2-5 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比

(N=5,576 · 此項目為複選)

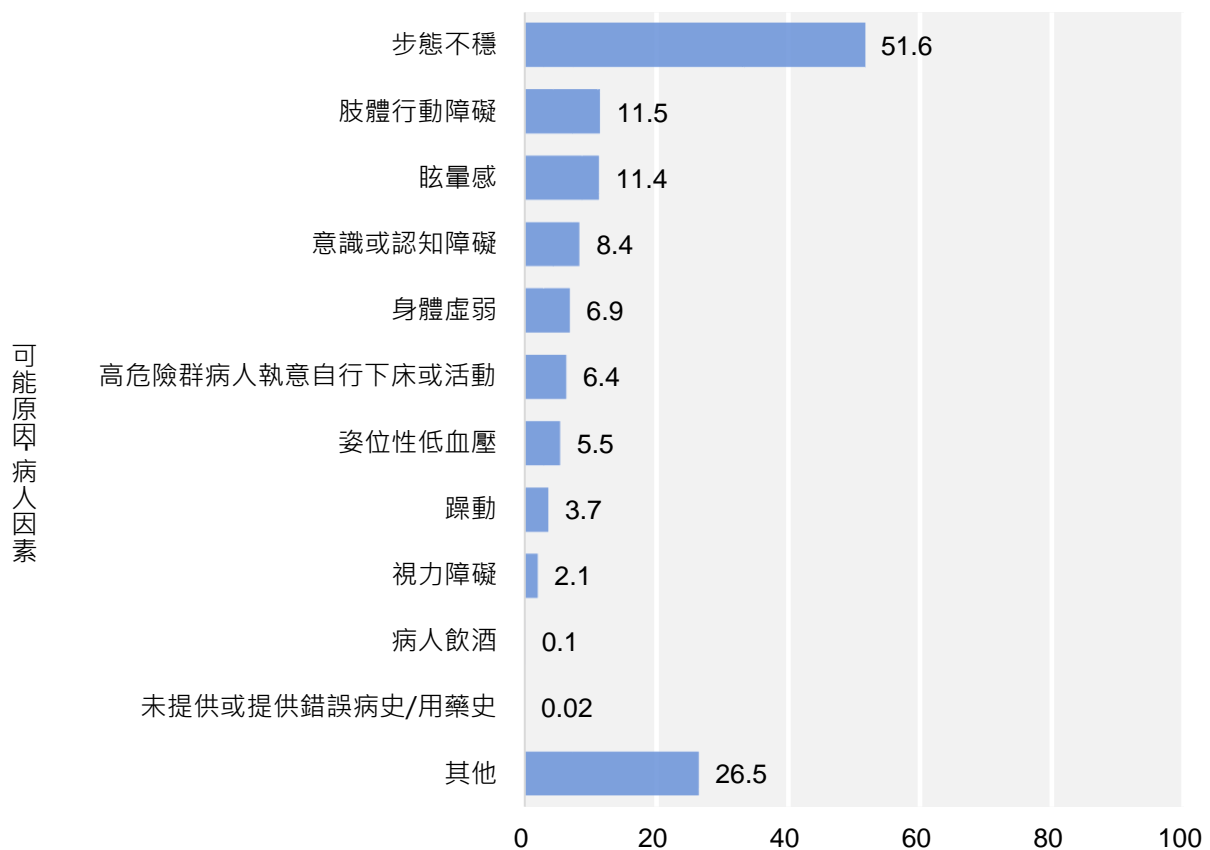


圖 4-2-2-6 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因之病人因素細項

(N=4,615 · 此項目為複選)

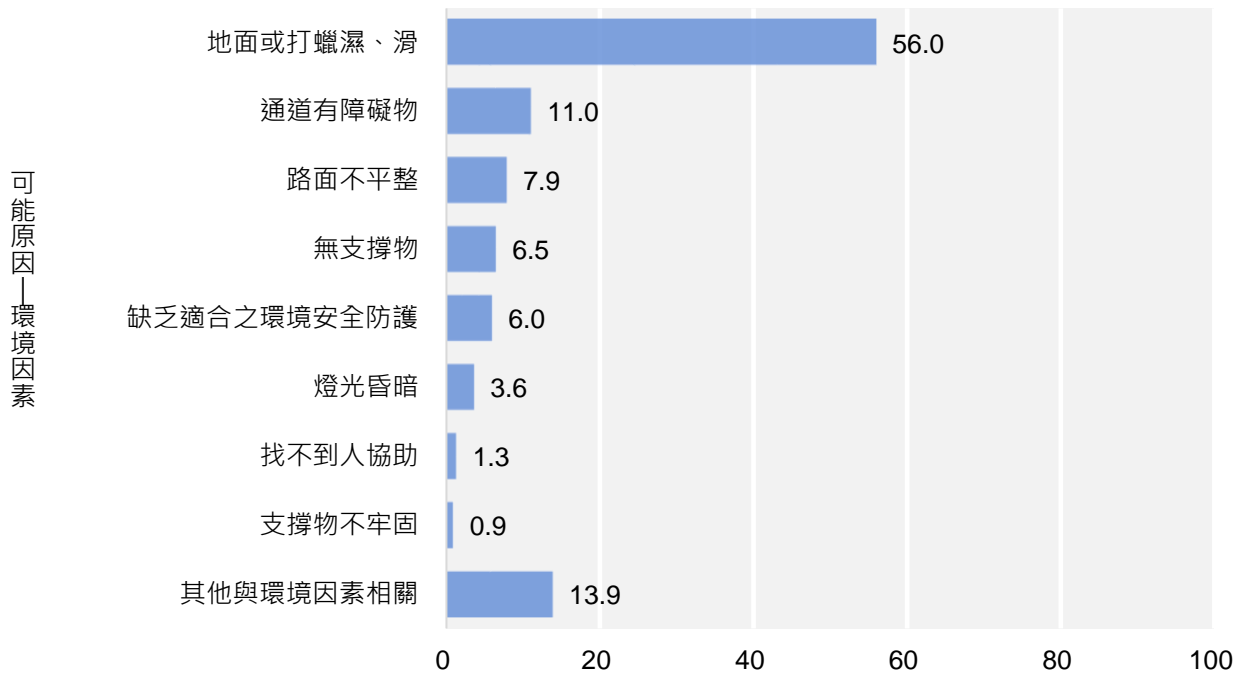


圖 4-2-2-7 精神科醫院病人跌倒事件發生可能原因之環境因素細項
(N=772 · 此項目為複選)

三、護理之家及養護機構 (綜合分析)

護理之家

2021 年護理之家通報事件數 736 件，在 13 類事件類別中，前三名以跌倒事件居首為 515 件 (70.0%)，其次為管路事件 76 件 (10.3%)，第三為傷害行為事件 51 件 (6.9%)，如圖 4-3-0-1。發生地點主要是「一般住房」共 600 件 (81.5 件/百件)，其次為「特殊醫療照護區」共 82 件 (11.1 件/百件)。整體事件發生時段以白班 (08:01-16:00) 最多，其中以 08:01-12:00、14:01-16:00 時段較高；如圖 4-3-0-2。

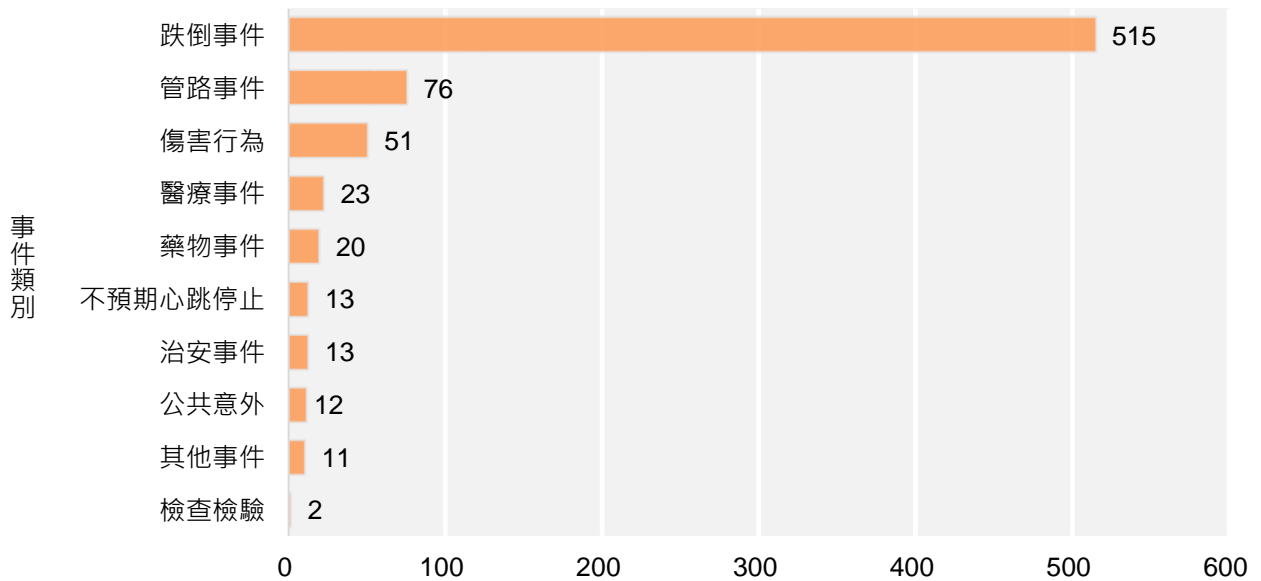


圖 4-3-0-1 護理之家其各類事件分布 (事件數 N=736)

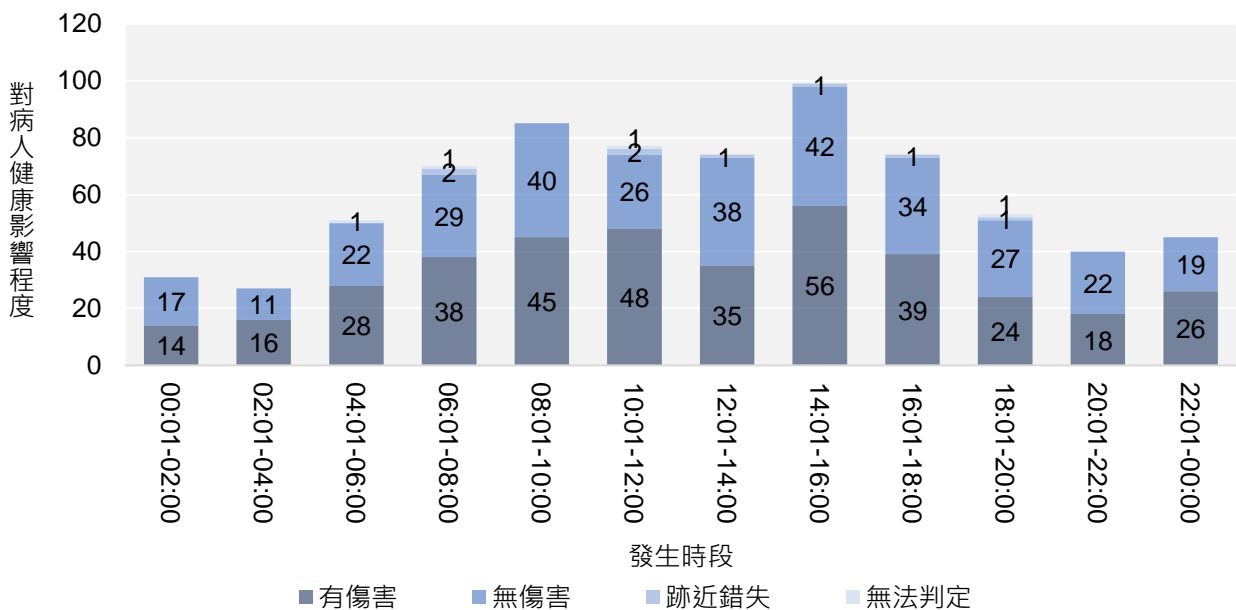


圖 4-3-0-2 護理之家住民發生時段與事件發生後對住民健康影響 (住民數 N=728)



護理之家整體事件受影響對象為病人/住民共有 728 件，多數時段區間有傷害事件大於無傷害，僅 00:01-02:00、12:01-14:00、18:01-22:00 時段無傷害較多，發生於「白班」之事件有 54.9% 影響到住民且造成傷害。分析住民之性別，男性共 362 件 (49.7%)、女性共 353 件 (48.5%)；年齡層以 65 歲以上之老年為最多，共 528 件 (佔 69.1%)，如表 4-3-0-1。

事件發生後對住民健康的影響程度分析，有造成傷害者共 388 件 (佔 53.3%)，其中造成死亡者 12 件 (1.6%)，極重度者 2 件 (0.3%)、重度者 39 件 (5.4%)，中度傷害者 161 件 (22.1%)，輕度傷害 174 件 (23.9%)；無傷害共 328 件 (佔 45.1%)，而跡近錯失及無法判定各有 8 件 (1.1%) 及 4 件 (0.5%)，如圖 4-3-0-3。

進一步分析護理之家各類事件對住民健康的影響程度，造成住民「死亡」之案件為不預期心跳停止 10 件及傷害行為事件 2 件；造成極重度傷害為不預期心跳停止事件 1 件及管路事件 1 件；造成重度傷害以跌倒事件為最多，如表 4-3-0-2。護理之家各類事件對住民健康造成傷害占 53.3%，與 2020 年相同，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、管路事件及跌倒事件。護理之家 SAC 級數分布，SAC=1 者共 11 件；SAC=2 者共 31 件；SAC=3 者共 199 件；SAC=4 者共 334 件；SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 153 件，如表 4-3-0-3。

表 4-3-0-1 護理之家發生管路事件之住民其性別與年齡層交叉分析 (住民數 N=766)

| 性別 | 男性 | | 女性 | | 不知道 | | 未填 | | 小計 | |
|------|-----|------|-----|------|-----|-------|----|------|-----|------|
| 年齡 | 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 | 106 | 30.2 | 63 | 19.0 | 0 | 0.0 | 2 | 16.7 | 171 | 24.8 |
| 老年 | 246 | 66.1 | 280 | 73.7 | 1 | 0.0 | 1 | 0.0 | 528 | 69.1 |
| 不知道 | 7 | 3.5 | 10 | 7.3 | 0 | 0.0 | 0 | 16.7 | 17 | 5.4 |
| 未填 | 3 | 0.2 | 0 | 0.0 | 0 | 100.0 | 9 | 66.7 | 12 | 0.8 |
| 總計 | 362 | | 353 | | 1 | | 12 | | 728 | |

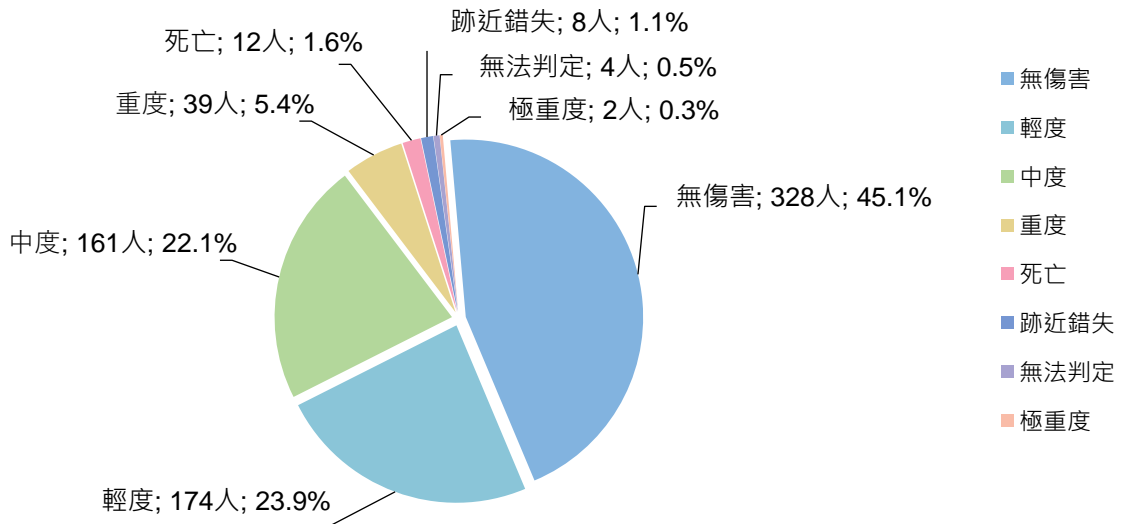


圖 4-3-0-3 護理之家整體事件對住民健康的影響程度 (住民數 N =728)

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 =728)

| 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 | 5 | 3.1 | 1 | 0.6 | 6 | 1.8 | 7 | 87.5 | 1 | 25.0 | 20 | 2.7 |
| 跌倒事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 30 | 76.9 | 128 | 79.5 | 122 | 70.1 | 234 | 71.3 | 0 | 0.0 | 1 | 25.0 | 515 | 70.7 |
| 醫療照護 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 7.7 | 8 | 5.0 | 7 | 4.0 | 4 | 1.2 | 0 | 0.0 | 1 | 25.0 | 23 | 3.2 |
| 公共意外 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 7 | 2.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 7 | 1.0 |
| 治安事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 | 2 | 1.1 | 8 | 2.4 | 0 | 0.0 | 1 | 25.0 | 12 | 1.6 |
| 傷害行為 | 2 | 16.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 1.2 | 15 | 8.6 | 32 | 9.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 51 | 7.0 |
| 管路事件 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 2 | 5.1 | 15 | 9.3 | 27 | 15.5 | 31 | 9.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 76 | 10.4 |
| 不預期心跳停止 | 10 | 83.3 | 1 | 50.0 | 2 | 5.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 13 | 1.8 |
| 檢查檢驗 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.3 |
| 其他事件 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 5.1 | 2 | 1.2 | 0 | 0.0 | 4 | 1.2 | 1 | 12.5 | 0 | 0.0 | 9 | 1.2 |
| 總計 | 12 | | 2 | | 39 | | 161 | | 174 | | 328 | | 8 | | 4 | | 728 | |

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=728)

| 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 | 3 | 6 | 7 | 4 | 20 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 15.0 | 30.0 | 35.0 | 20.0 | |
| 跌倒事件 | n | 0 | 26 | 155 | 225 | 92 | 17 | 515 |
| | % | 0.0 | 5.0 | 30.1 | 43.7 | 17.9 | 3.3 | |
| 醫療照護 | n | 0 | 2 | 8 | 9 | 4 | 0 | 23 |
| | % | 0.0 | 8.7 | 34.8 | 39.1 | 17.4 | 0.0 | |
| 公共意外 | n | 0 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 7 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 71.4 | 28.6 | 0.0 | |
| 治安事件 | n | 0 | 0 | 3 | 6 | 3 | 0 | 12 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 25.0 | 50.0 | 25.0 | 0.0 | |
| 傷害行為 | n | 1 | 1 | 6 | 41 | 2 | 0 | 51 |
| | % | 2.0 | 2.0 | 11.8 | 80.4 | 3.9 | 0.0 | |
| 管路事件 | n | 1 | 1 | 21 | 36 | 11 | 6 | 76 |
| | % | 1.3 | 1.3 | 27.6 | 47.4 | 14.5 | 7.9 | |
| 不預期 心跳停止 | n | 9 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 13 |
| | % | 69.2 | 0.0 | 7.7 | 0.0 | 23.1 | 0.0 | |
| 檢查檢驗 | n | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | |
| 其他事件 | n | 0 | 1 | 2 | 4 | 2 | 0 | 9 |
| | % | 0.0 | 11.1 | 22.2 | 44.4 | 22.2 | 0.0 | |
| 總計 | N | 11 | 31 | 199 | 334 | 126 | 27 | 728 |
| | % | 1.5 | 4.3 | 27.3 | 45.9 | 17.3 | 3.7 | |

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(95.7%)，如圖 4-3-0-4。現職年資分布以 0-5 年最多，有 336 人 (57.3%)；其次是 6-10 年，有 129 人 (22.0%)，如圖 4-3-0-5。通報者認為預防再發生的措施或方法，以加強教育訓練最多 (74.3 件/百件)，其次是加強溝通方式 (37.5 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「用藥因素」。以各類事件來看，「住民因素」在跌倒事件、管路事件、傷害行為、不預期心跳停止及治安事件等為通報者最常通報歸因於事件之可能原因 (表 4-3-0-5)。

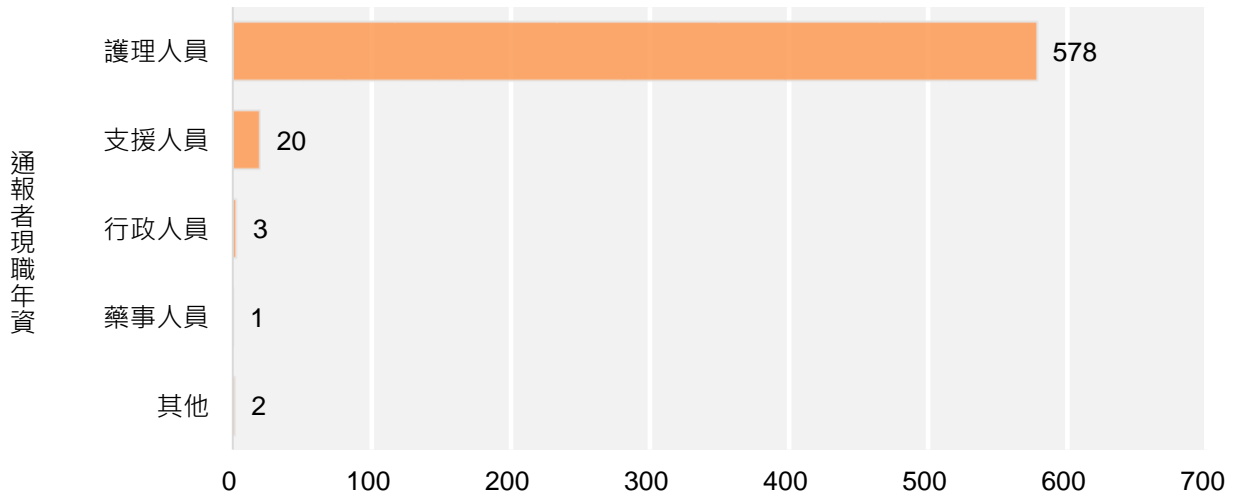


圖 4-3-0-4 護理之家通報者身分別 (N=604 · 不含未填與不知道者 131 件)

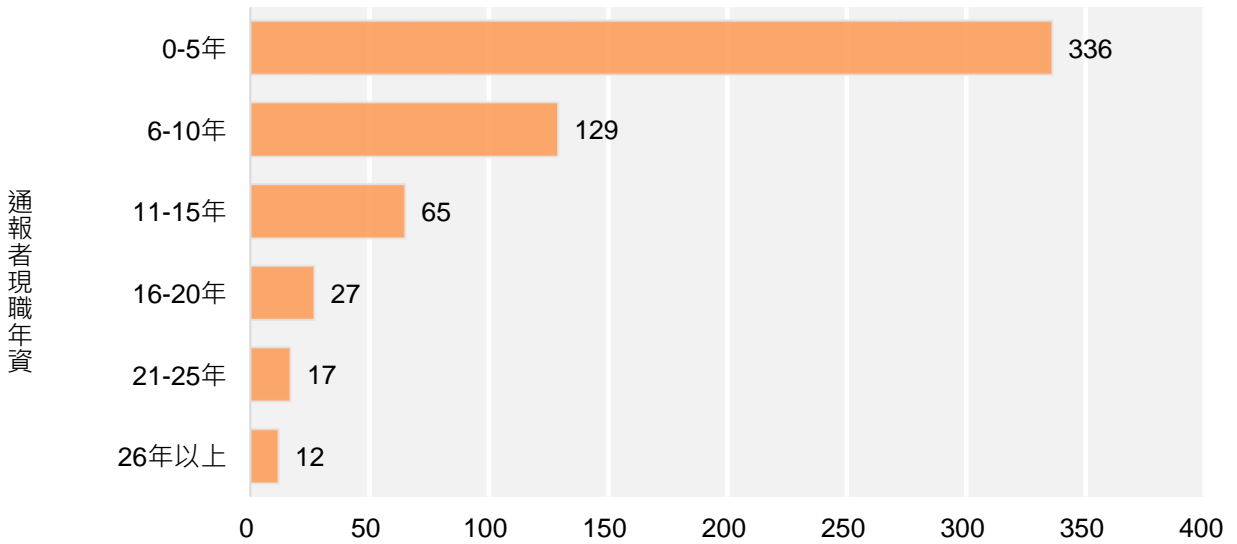


圖 4-3-0-5 護理之家通報者進入現職機構年資 (N=586 · 不含未填 150 件)

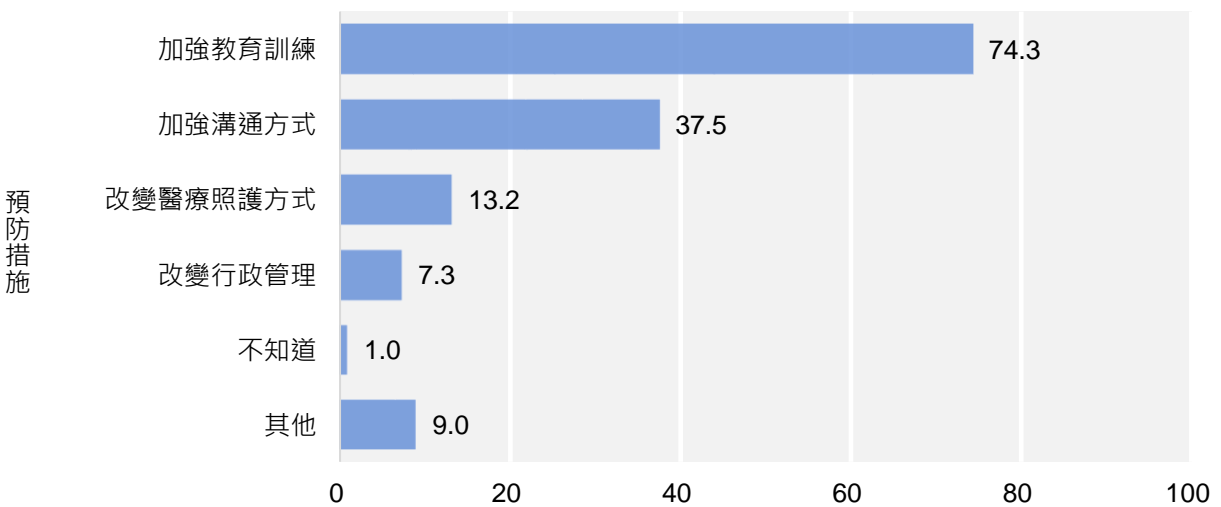


圖 4-3-0-6 護理之家通報者認為預防再發生的措施或方法 (事件數 N=736 · 此項為複選)

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。



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=736 · 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 | 18 | 5 | 3 | 6 | 0 | 0 | 20 |
| 跌倒事件 | 384 | 59 | 29 | 210 | 46 | 3 | 515 |
| 醫療照護 | 18 | 11 | 1 | 7 | 1 | 0 | 23 |
| 公共意外 | 3 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 12 |
| 治安事件 | 8 | 2 | 7 | 4 | 2 | 0 | 13 |
| 傷害行為 | 40 | 1 | 1 | 18 | 8 | 1 | 51 |
| 管路事件 | 55 | 13 | 2 | 25 | 6 | 1 | 76 |
| 不預期 心跳停止 | 12 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 13 |
| 檢查檢驗 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 其他事件 | 7 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 11 |
| 總計 | 547 | 97 | 54 | 276 | 66 | 7 | 736 |

表 4-3-0-5 護理之家各類事件之可能原因統計

(事件數 n=725 · 本項為複選 · 不含其他事件 11 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 | 0 | 19 | 8 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| 跌倒事件 | 423 | 82 | 21 | 23 | 39 | 57 | 2 | 77 | 6 | 1 | 515 |
| 醫療照護 | 11 | 18 | 17 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| 公共意外 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 治安事件 | 7 | 4 | 2 | 3 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| 傷害行為 | 40 | 4 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 51 |
| 管路事件 | 54 | 30 | 13 | 16 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 76 |
| 不預期 心跳停止 | 12 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 |
| 檢查檢驗 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 總計 | 548 | 161 | 63 | 68 | 50 | 70 | 4 | 77 | 7 | 3 | 736 |



2021 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 515 件，事件發生後受影響對象為住民的有 515 件。發生時段最高為 14:01~16:00 (67 件，佔 13.1%)，其次為 08:01~10:00 (63 件，佔 12.3%) 第三為 12:01~14:00 (56 件，佔 10.9%)，圖 4-3-0-7。

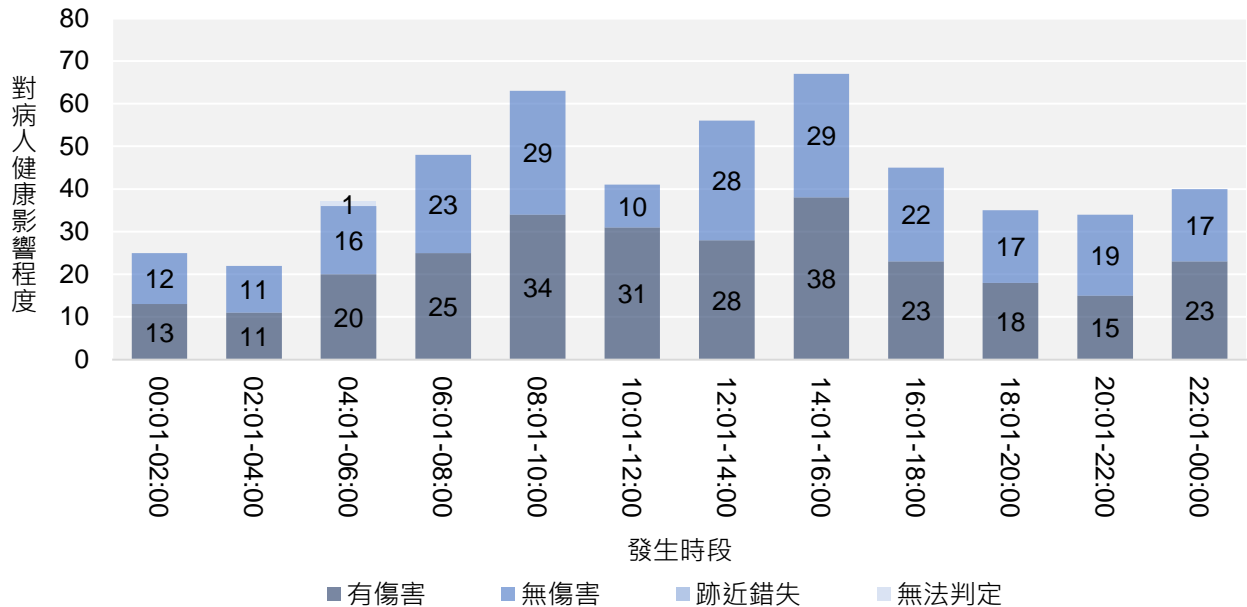


圖 4-3-0-7 護理之家跌倒事件發生時段分布

(住民跌倒件數 N=513，不含未填 2 件)

護理之家跌倒事件多發生於行進時 (130 件，佔 25.2%)，其次為上下床移位時 (113 件，佔 21.9%) 及變換姿勢時 (67 件，佔 13.0%)，圖 4-3-0-8。與 2020 年資料比較，「行進時」發生比率下降 0.7 個百分點。另外，進一步分析行進時跌倒事件以 14:01~16:00 為多。

護理之家跌倒事件發生，對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 54.4%，其中造成重度 30 件 (5.8%)、中度傷害 128 件 (24.9%)、輕度傷害 122 件 (23.7%)，如圖 4-3-0-9。

就事件發生可能原因，以「與住民生理及行為因素 (住民)」居多 (423 件，佔 82.1 件/百件)，其次為「與人員個人因素 (人為)」(82 件，佔 15.9%) 及「與使用藥物相關 (用藥)」(77 件，佔 15.0%)，如圖 4-3-0-10。進一步分析住民因素明細項目，以「步態不穩」(220 件，佔住民因素 52.0 件/百件) 最多，其次為「高危險群住民執意自行下床或活動」(196 件，佔住民因素 46.3 件/百件) 及「肢體行動障礙」(134 件，佔 31.7 件/百件)，圖 4-3-0-11。

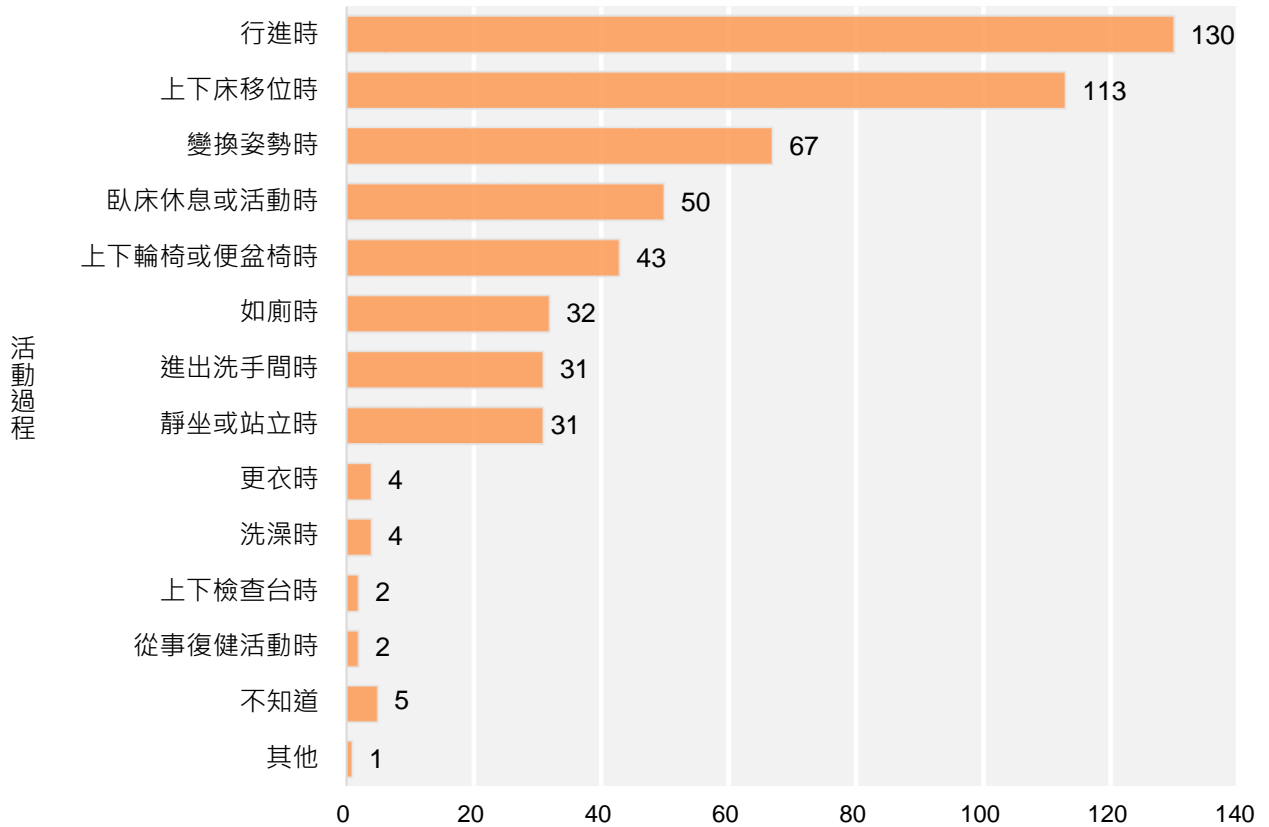


圖 4-3-0-8 護理之家跌倒事件發生活動過程分布 (跌倒事件數 N=515)

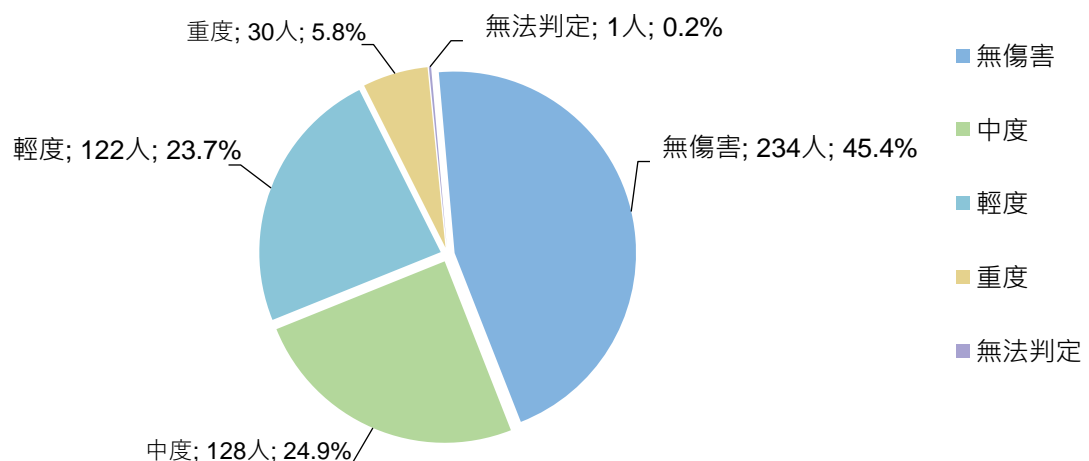


圖 4-3-0-9 護理之家跌倒事件對住民的影響程度 (住民跌倒件數 N=515)

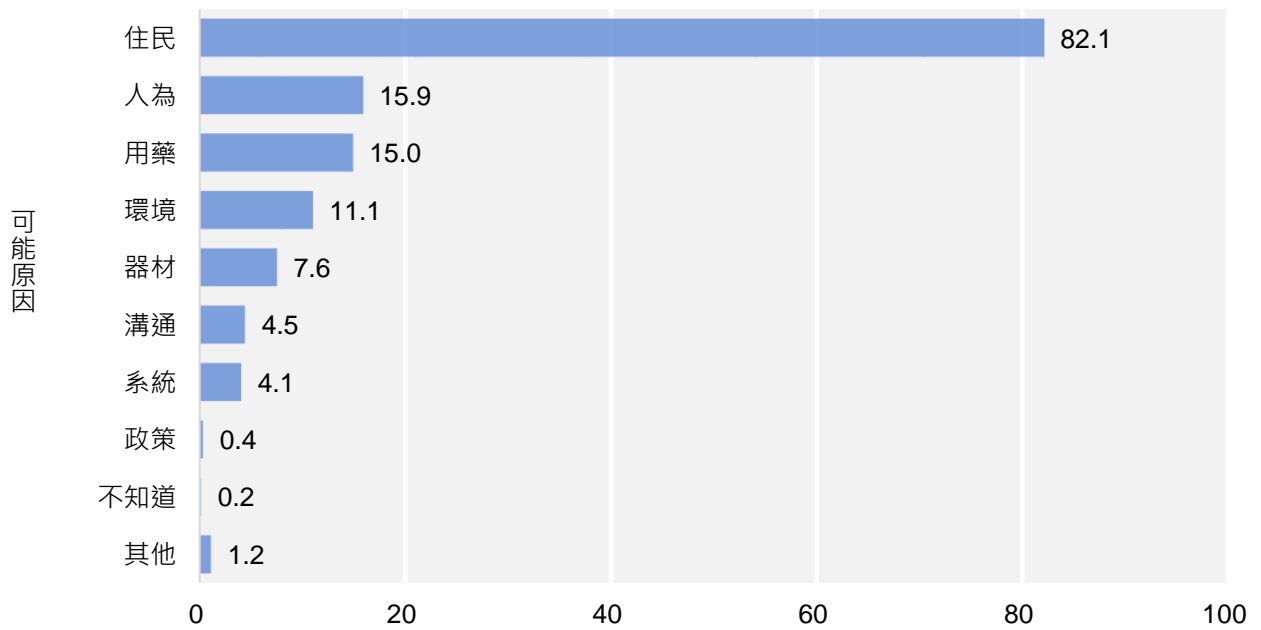


圖 4-3-0-10 護理之家住民跌倒事件發生原因之明細項目 (N=515 · 此項目為複選)

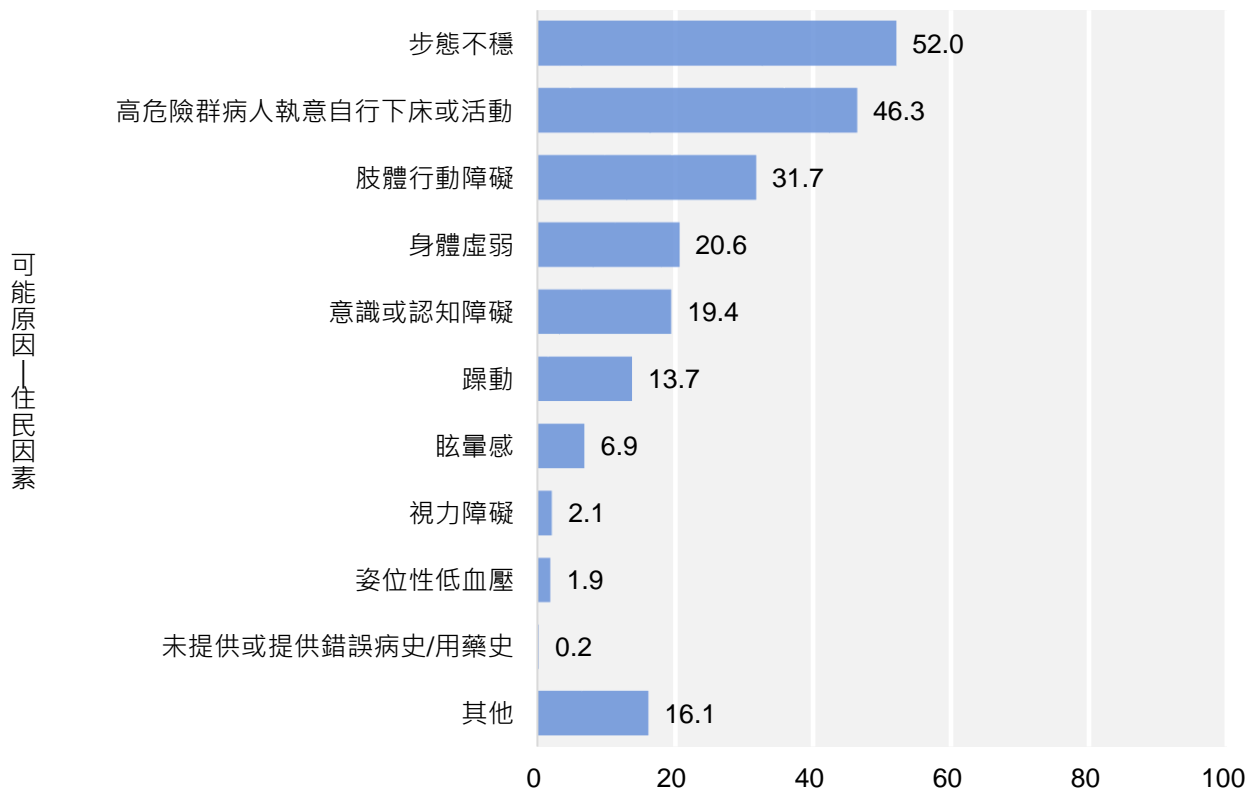


圖 4-3-0-11 護理之家住民跌倒事件發生可能原因為住民因素之明細項目
(N=423 · N 為住民因素事件數 · 此項目為複選)



養護機構

2021 年發生於養護機構的通報件數共 53 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 31 件為最多，其次為管路事件 5 件。事件發生時段主要集中於 14:01-16:00，共 11 件；對於病人健康的影響程度，以無傷害 28 件（佔 52.8%）最多；SAC 級數分析，SAC=1 者有 0 件、SAC=2 者有 1 件、SAC=3 者有 8 件、SAC=4 者有 27 件，SAC 為無法計算者（包含 NA 及 INC）共有 17 件，如表 3-3-0-2。

四、基層醫療 (綜合分析)

2021 年基層醫療通報案件共 87 件，事件發生類別前三名分別為跌倒事件 (39 件，44.8%)、藥物事件 (14 件，16.1%) 及醫療照護事件 (12 件，13.6%)，如圖 4-4-0-1。通報的基層醫療以西醫診所 (64 件，73.6%；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 (16 件，18.4%)、衛生所 (5 件，5.7%；含衛生室或群體醫療中心) 及牙醫診所 (2 件，2.3%) 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 50.6%、24.1% (如圖 4-4-0-2)。事件發生時段大多發生於白天看診的時間 (08:01-12:00 有 49 件、14:01-16:00 有 11 件)。

事件發生後的影響層面，以病人居多，共 72 件，每 100 件基層醫療通報事件中，有 82.8 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 72 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 51.4% (包含重度傷害 2.8%、中度傷害 13.9%、輕度傷害 34.7%)、44.4% 事件雖發生於病人身上但是沒有造成傷害、1.4% 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. 醫療照護事件：主要以照護措施相關之異常事件為主。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 8 件、SAC=4 者有 55 件，SAC 為無法計算者 (包含 NA 及 INC) 共有 9 件。

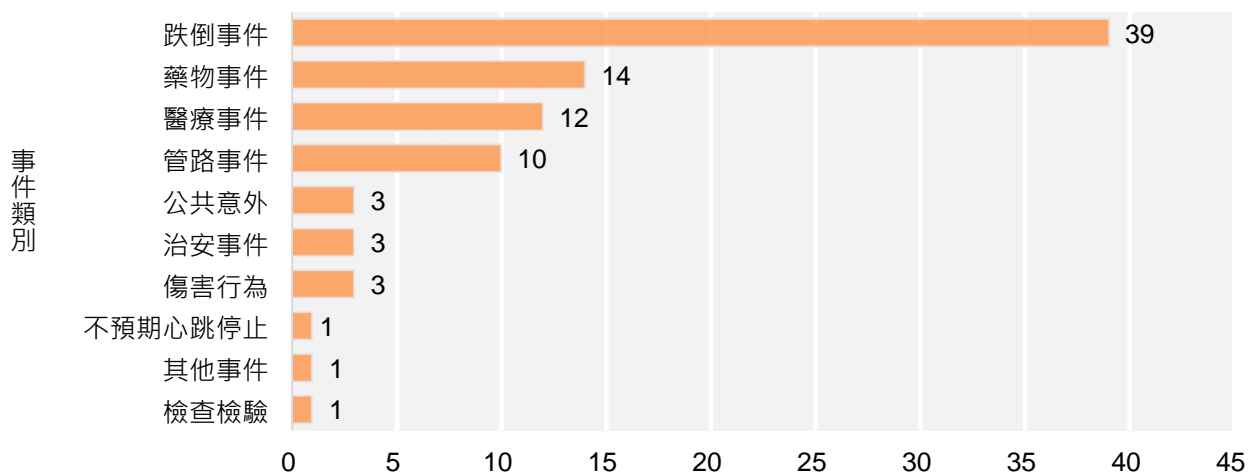


圖 4-4-0-1 基層醫療各類事件 (N=87)

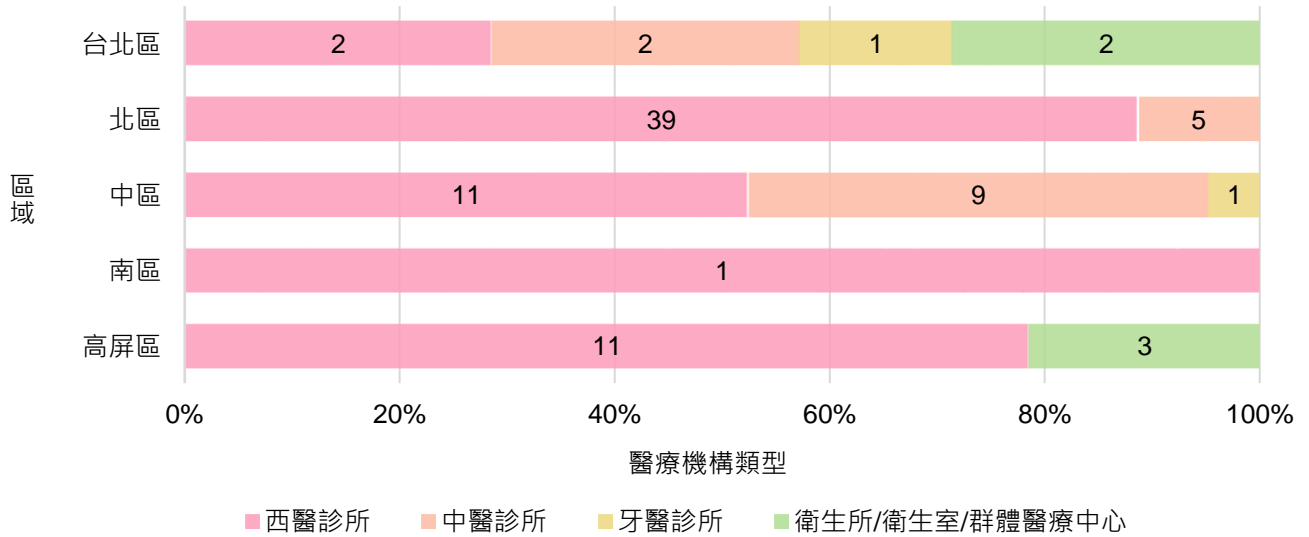


圖 4-4-0-2 基層醫療事件通報區域分布 (N=87)

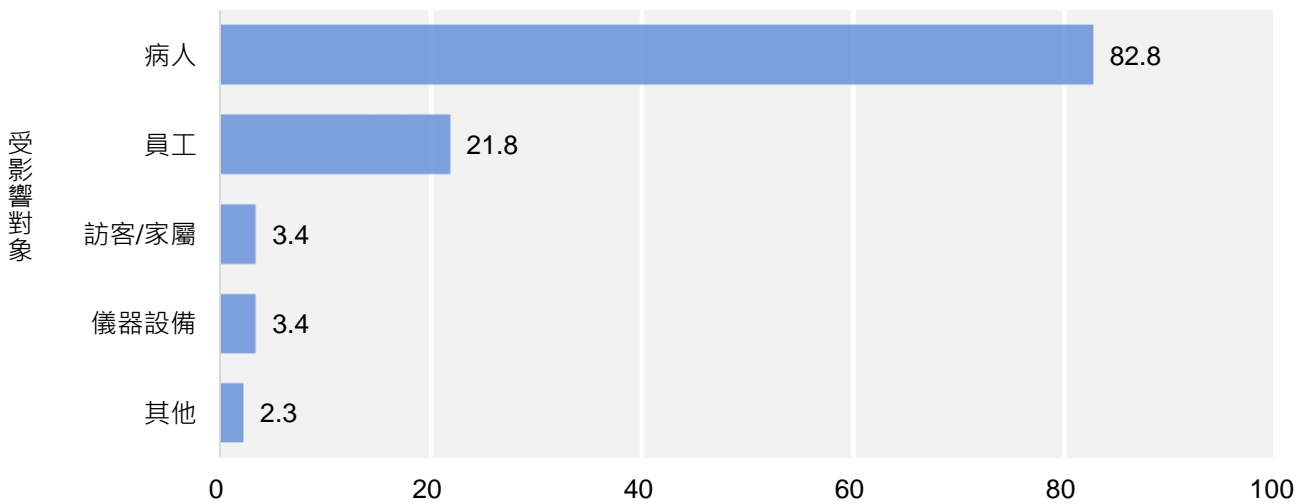


圖 4-4-0-3 基層醫療事件受影響對象 (N=87)

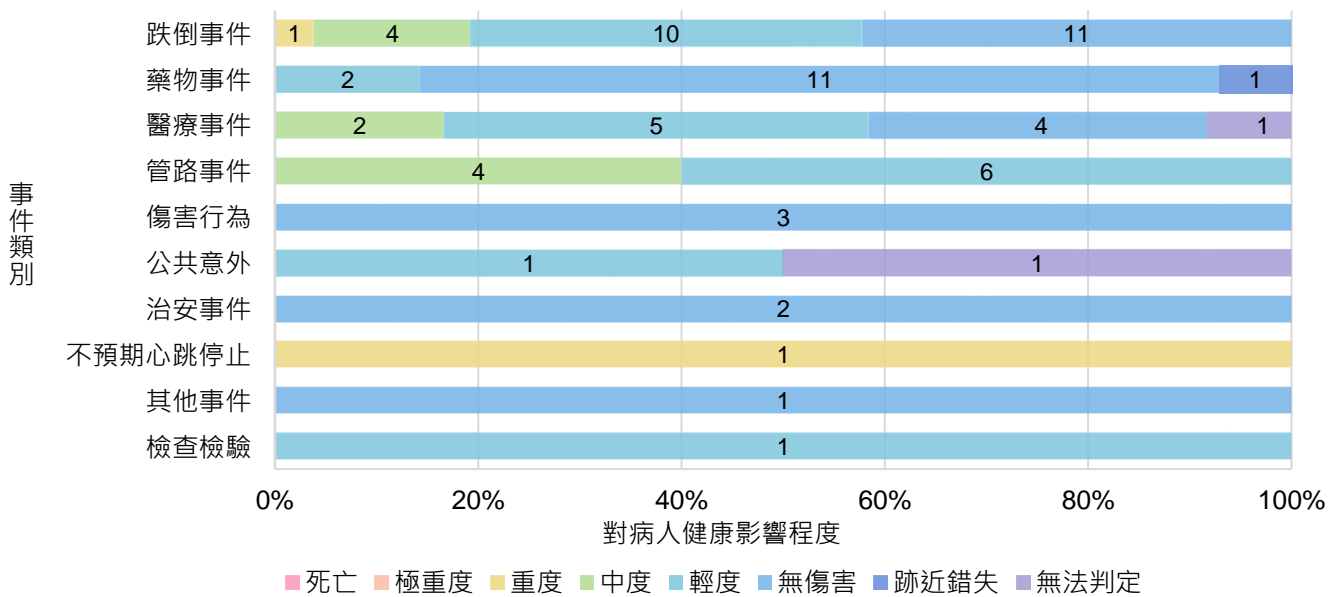


圖 4-4-0-4 基層醫療整體事件對病人健康的影響程度 (N=72, 病人數)

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，2021 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，未填率略為減少，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，有正確的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 2017~2021 年通報事件資料欄位未填比例比較表

| 年 | 欄位 | 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 |
|------|----|------|------|-------|-------|-------|-------------|------|----------|-------|
| 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% |
| 2021 | | 1.3% | 0.7% | 11.6% | 10.9% | 9.8% | 1.5% | 3.2% | 6.3% | 2.6% |

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

2021 年事件類別的校正轉歸共 3,340 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 1,419 件，佔轉歸事件 59.7%；其次為「醫療照護事件」轉歸至他類事件類別共計 871 件，佔轉歸事件數 35.6%，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 25.7% (364 件)，其次則轉歸為「治安事件」18.3% (260 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 43.3% (377 件) 被轉歸到「其他事件」，分布詳如圖 5-0-0-3。

提醒機構，醫療照護事件雖定義為「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】：

- 檢查室打顯影劑時滲漏造成局部 1513 公分腫脹。
- 急診患者至 CT 室做腹部電腦斷層掃描，因患者年紀大且血管較細小，導致顯影劑注射未完成即因血管內壓力增加而造成滲漏。
- 病人 IV 入針處腫脹發紅，發現是藥物滲漏，於移除 IV line 後給予冰敷。

【建議】：有關藥物滲漏的事件 (包含顯影劑)，請通報「藥物事件」，事件發生階段請勾選「給藥階段」的「藥物滲漏」。

(2) 【問題】：病人因接種疫苗，出現肌肉痛、咳嗽、呼吸困難、食慾不振等藥物不良



反應，是否需要通報藥物事件？

【建議】：有關藥物不良反應事件，建議可通報全國藥物不良反應通報系統 (<https://adr.fda.gov.tw/Manager/WebLogin.aspx>)。

2. 手術事件

(1) 【問題】：病人由病房送至開刀房欲行手術時，發現原右手 IV 注射處紅腫、阻塞，故於左手重 on IV line 後進行手術。

【建議】：請通報「手術事件」，事件發生階段請勾選「術前準備」，類型可勾選「術前準備程序不完善」，事件發生可能原因可勾選「與工作狀態/流程因素相關：術前缺乏對病人完整評估」。

3. 輸血事件

(1) 【問題】：病人在輸血結束後，出現輸血過敏反應（如呼吸困難、頭痛、寒顫等），是否需要通報輸血事件？

【建議】：若在輸血過程中並無疏失或錯誤，病人的輸血不良反應是病人本身的因素所引起的，不需通報至 TPR。可參考病人安全資訊網 Q&A 編號【W025】說明。

4. 治安事件

(1) 【問題】：病人入院時，於緩衝區進行例行性安檢，發現病人身上攜帶手機、鐵鍊、刮鬍刀、剪刀等病房禁止使用的違禁品，是否需要通報治安事件？

【建議】：TPR 收案原則以影響病人安全的院內不良事件為主，若為行政流程或臨床照護常規處理，則不須通報。

(2) 【問題】：毒品、菸、酒、等院內禁止使用之物品，應通報哪類事件？

【建議】：請通報「治安事件」，類型勾選「使用違禁品」。可參考病人安全資訊網 Q&A 編號【S02、S004】說明。

5. TPR 通報疑義

(1) 靜脈炎症狀

【問題】：病人因藥物刺激導致靜脈炎。

【建議】：可參考 Q&A 編號【W030】說明。單純因藥物或病人個人因素造成病人出現靜脈炎相關症狀，建議機構內部自行監測即可，不須通報至 TPR。

(2) 管路瑕疵



【問題】：病人因使用有瑕疵的尿管，導致滑脫須重新置入管路，是要通報到 TPR 還是食藥署？

【建議】：若病人/住民發生疑似因醫療器材引起的不良事件、不良反應及產品問題時，請依《醫療器材管理法》及《醫療器材嚴重不良事件通報辦法》規定，至「藥品食物化妝品上市後品質管理系統 <http://qms.fda.gov.tw/tcbw/index.jsp>」通報。

(3) 員工針扎

【問題】：醫療人員欲執行抽血作業，過程中發生針扎情形，是否需要通報 TPR？

【建議】：此事件屬針扎或體液暴露事件，不須通報至 TPR。建議通報至「針扎防護通報系統」(<https://hrpts.osha.gov.tw/asshp/nsnet/nsnetLogin.aspx>)。

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 (https://www.patientsafety.mohw.gov.tw)，歡迎各界參考利用。

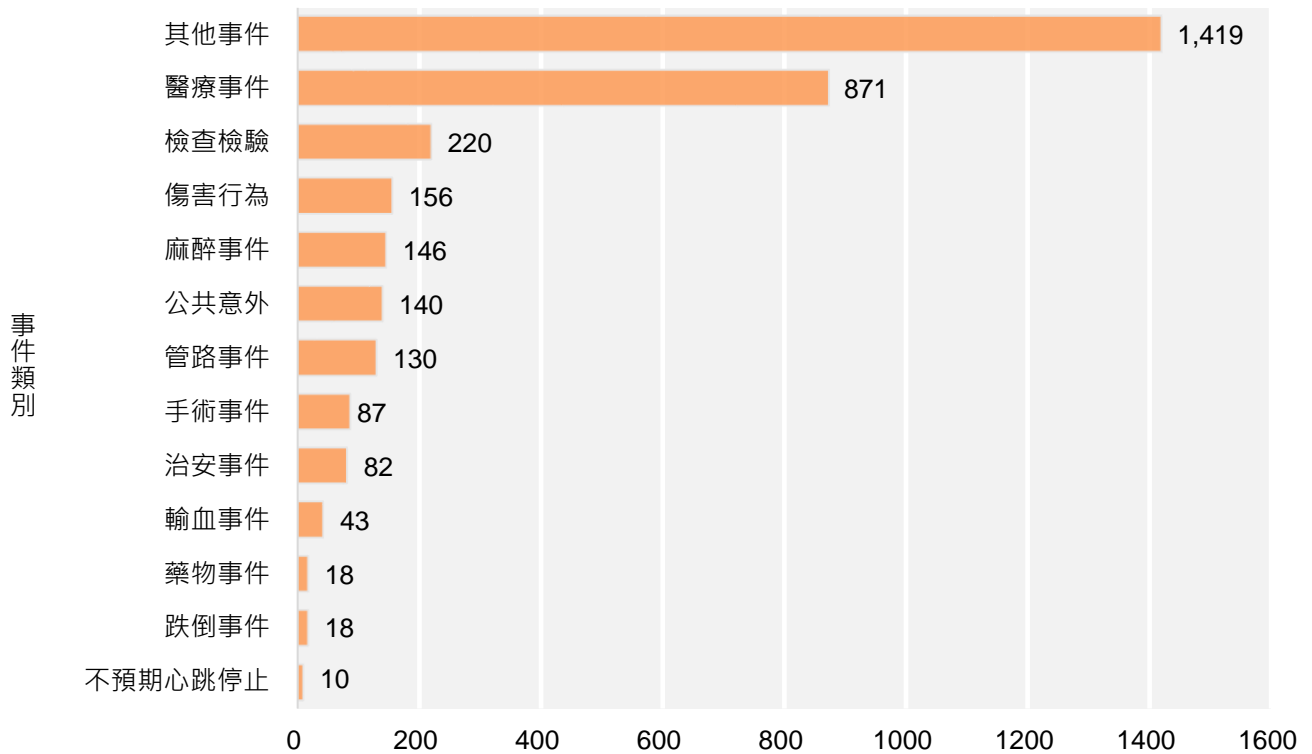


圖 5-0-0-1 通報事件經校正後轉歸他類事件別分析 (N=3,340 · N 為 2021 年轉歸他類事件總數)

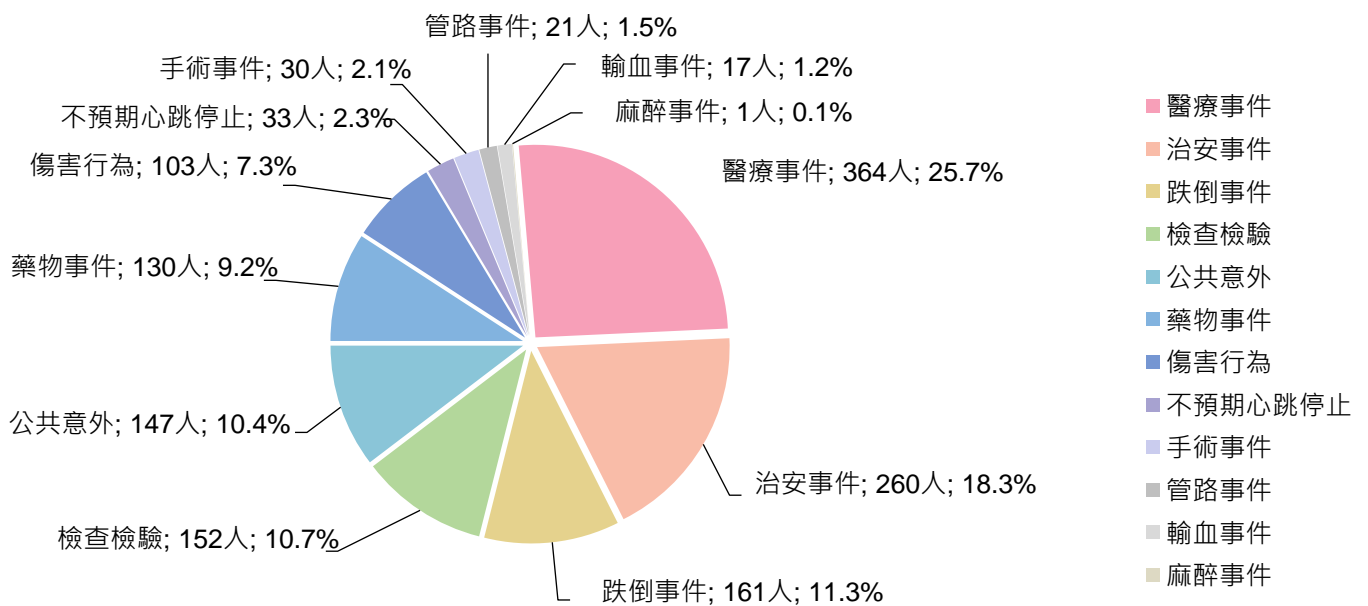


圖 5-0-0-2 其他事件校正後轉歸類別分佈統計 (N=1,419 · N 為其他事件案件數轉歸至各事件類別)

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。

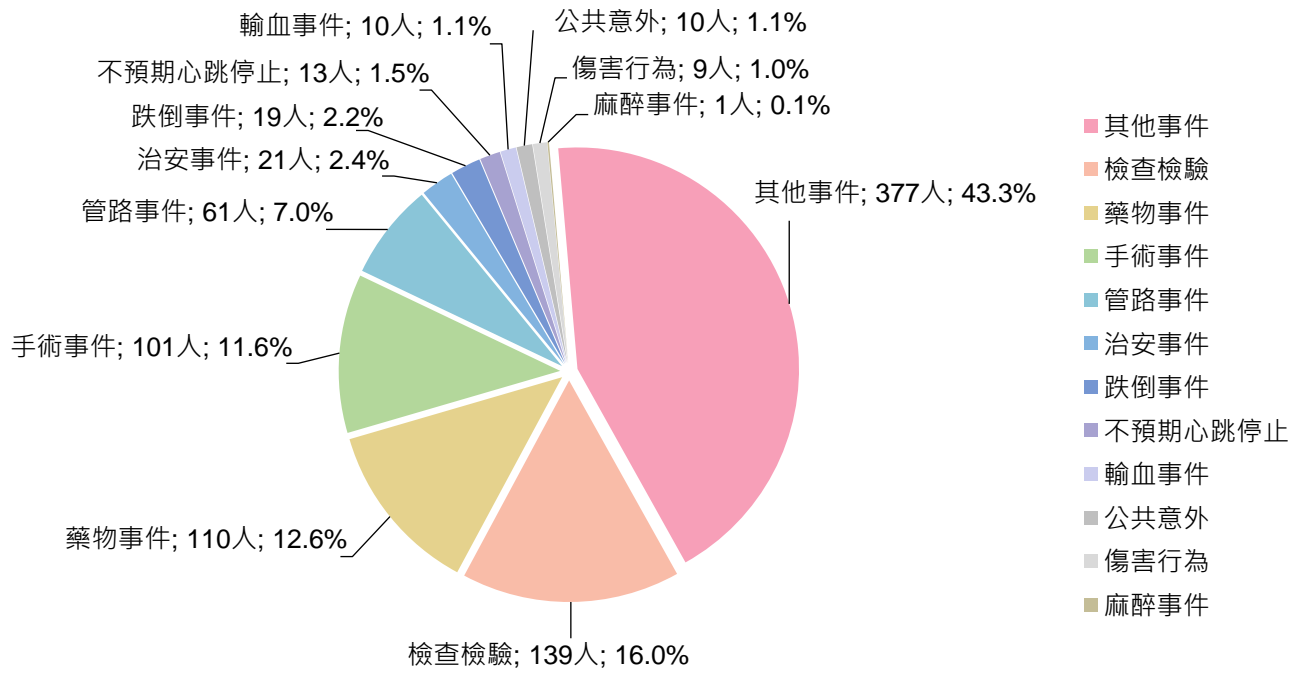


圖 5-0-0-3 醫療照護事件校正後轉歸類別分佈統計
(N=871 · N 為醫療照護事件案件數轉歸至各事件類別)



陸、回饋學習

一、歷年警示訊息與學習案例主題一覽表

2005 至 2021 年共計發佈警示訊息提醒 133 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 2021 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 | |

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。



| 事件類別 | 檔案編號 | 類別 | 篇名 |
|------|------|---------------------|------------------------------------|
| 藥物事件 | 62 | 警示訊息 | 採用口頭醫囑注意事項 |
| | 64 | 警示訊息 | 電子化醫令系統輸入介面設計不良導致藥物錯誤 |
| | 68 | 警示訊息 | 靜脈滴注給藥發生藥物過敏 |
| | 71 | 警示訊息 | 98 年第一季藥名相似或包裝相似藥品資料 |
| | 72 | 警示訊息 | 98 年第二季藥名相似或包裝相似藥品資料 |
| | 73 | 警示訊息 | 98 年第三季藥名相似或包裝相似藥品資料 |
| | 79 | 警示訊息 | 口頭給藥醫囑之覆誦確認 |
| | 80 | 警示訊息 | 住院病人自備藥品之管理 |
| | 82 | 警示訊息 | 開給多種外用藥避免使用部位錯誤 |
| | 84 | 警示訊息 | 化療藥品潑灑之預防與處理 |
| | 85 | 警示訊息 | 顯影劑過敏事件 |
| | 86 | 警示訊息 | 給錯麻醉藥物 |
| | 95 | 警示訊息 | 複方藥可能造成重複用藥 |
| | 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 | |
| 169 | 警示訊息 | 高濃度靜脈營養輸液管理 | |
| 170 | 警示訊息 | 抗生素誤打雙倍劑量 | |

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。



| 事件類別 | 檔案編號 | 類別 | 篇名 |
|--------|------|------------------------------|-----------------------|
| 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項 |
| | 41 | 警示訊息 | 跌倒致頭部外傷 |
| | 44 | 警示訊息 | MRI 檢查室門禁管制 |
| | 59 | 學習案例 | 預防兒科病童跌倒或由床上跌落 |
| | 67 | 警示訊息 | 易增加跌倒風險的藥品 |
| | 97 | 學習案例 | 加護病房跌倒事件 |
| | 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 |

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。



| 事件類別 | 檔案編號 | 類別 | 篇名 |
|--------|------|-----------|-----------------------------------|
| 醫療照護事件 | 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 |
| | 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 |
| 172 | 警示訊息 | 精神科病人異物哽塞 | |
| | 13 | 警示訊息 | 有自殺傾向病人應注意環境設計 |

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。



| 事件類別 | 檔案編號 | 類別 | 篇名 |
|--------------|------|------|--|
| 傷害行為事件 | 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 |
| | 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 |
| 檢查/檢驗/病理切片事件 | 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) |
| | 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 |

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。



| 事件類別 | 檔案編號 | 類別 | 篇名 |
|-----------------|------|------|-------------------------|
| | 171 | 警示訊息 | 病理組織檢體採檢異常事件 |
| 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 |
| | | | 病人安全事件相關醫療人員關懷支持參考指引 |

二、2021 年發布之警示訊息與學習案例

台灣病人安全通報系統(TPR)警示訊息 (2021-A-01)No.169

高濃度靜脈營養輸液管理



發佈日期：2021 年 11 月

適用對象：有使用高濃度靜脈營養劑醫療機構/

有使用高濃度靜脈營養劑醫療人員

撰寫人：台灣病人安全通報系統工作小組及委員

收集台灣病人安全通報系統2017年1月1日至2021年9月30日期間之機構通報案件，以搜尋關鍵字方式查詢關於使用PPN及TPN給藥途徑錯誤之異常事件，共有17件；PPN或TPN品項拿取錯誤共30件。

案例描述

案例一

病人入院診斷為Acute Gastroenteritis(AGE)，病情需求給予PPN使用，護理人員將TPN接到右手週邊靜脈導管使用，交接班時發現右前臂出現紅斑，水腫和水泡，立即停止滴注，重新檢視發現TPN與PPN外觀極為相似。

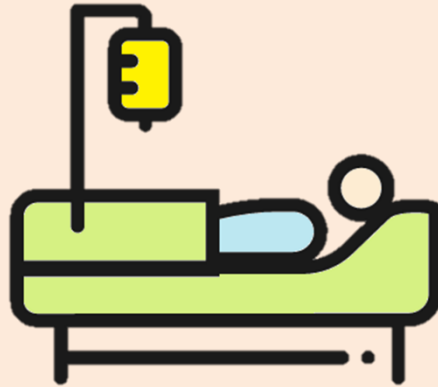
案例二

依醫囑開立INTRAlipid 20%，給藥前核對藥物發現為SMOFlipid，立即通知藥局，藥局表示SMOFlipid與INTRAlipid 20%脂質乳劑擺放位置相近，因而拿錯(如下圖)。



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。

安全議題說明



商業配方之靜脈營養劑已廣泛使用於未能維持腸道營養、重症病人，建議輸注方式須根據滲透壓決定。American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)對於給予周邊靜脈營養輸液能接受的最大滲透壓建議值為900 mOsm/L，如果滲透壓大於900 mOsm/L，建議使用中央靜脈導管。高濃度靜脈營養劑，若誤用於周邊靜脈，可能導致靜脈炎，甚至因血管外滲造成組織壞死。

靜脈營養劑商業配方有外觀相似不易辨識 (look-alike)，如引進相同廠牌，更有藥名相似 (sound-alike) 問題。根據 Institute for safe medication practices (ISMP)，靜脈注射營養劑於急症照護機構屬高警訊藥品，應針對此類具高警訊藥品特性、形音相似，且輸注途徑錯誤將造成傷害之產品，建立適當之防錯機制。

目前台灣靜脈營養劑外包裝或藥品軟袋無一致性顯示給藥途徑之標示，有些廠牌靜脈營養劑於藥品軟袋以藍色及紫色區別PPN及TPN，有些廠牌於外包裝以黑字及紅字或紅底標籤辨別PPN及TPN等(如下圖，外觀相似高濃度靜脈營養劑)，但拆開外包裝就難以辨視給藥途徑，以下為高濃度靜脈營養輸液之風險點：

外觀或藥名相似，但不同給藥途徑之靜脈營養劑

藥品外觀為2020年時拍攝，請以實際藥品外觀為主，本訊息僅提供參考

歐諾美 N4-550E 輸注乳液 (PPN)
Oliclinomel N4-550E Emulsion
for infusion



歐諾美 N7-1000E 輸注乳液 (TPN)
Oliclinomel N7-1000E Emulsion
for infusion



克里密絲輸注液 (TPN)
Clinimix N17G35E Solution for
infusion



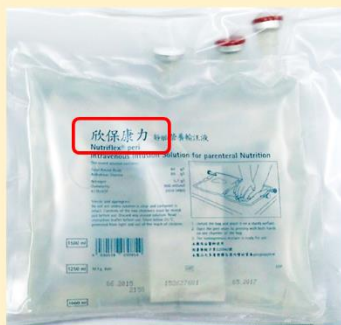
斯莫克必恩周邊靜脈輸注液 (PPN)
Kabiven PI, Emulsion for Infusion



斯莫克必恩中心靜脈輸注液 (TPN)
SmofKabiven Emulsion for infusion



欣保康力靜脈營養輸注液 (PPN)
Nutriflex peri



欣保康優靜脈營養輸注液 (TPN)
Nutriflex special



欣保富漫靜脈營養輸注液 (TPN)
NuTRiflex Lipid special



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。

建議作法

1. 外觀或藥名相似，但不同給藥途徑之靜脈營養劑

1-1 建議醫令系統設定高濃度靜脈營養劑給藥途徑僅能由中央靜脈輸注。

1-2 於藥品外包裝提供提醒機制，明顯標示特定使用途徑(如下圖：明顯標示給藥途徑貼紙)。



1-3 將輸注液掛上病人點滴架前，再拆開外包裝，以免將容易辨識的資訊混淆。

2. 形音相似藥品

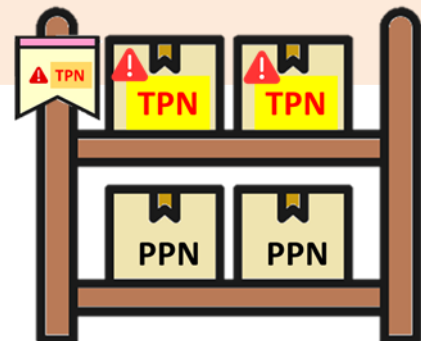
2-1 於資訊系統建立區隔形音相似藥品之一致性機制，建議採用Tall Man Letters方式呈現(如：SMOfIipid及INTRAlipid 20%)、或加註中文給藥途徑(如：限中心靜脈導管使用)等。

2-2 定期檢視機構內形音相近藥品，並針對此類藥品提出妥善之防錯措施 (包含處方、調劑、給藥等層面)。

3. 於藥品庫存，特別是常備藥品及調劑過程易混淆藥品，包括藥名類似、讀音或外觀相似之藥品，須明顯區隔存放，並提供警示，如增添明顯特殊標記貼紙等，以區隔相似藥品，降低混淆風險。

4. 給藥系統增設查詢藥品外觀及使用說明，並顯示建議給藥途徑等。

5. 藥品製造商應避免生產外觀相似藥品；醫療機構採購藥品時，將形音相近可能造成的問題納入考量。





參考資料

1. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2014). Clinical Guidelines : Parenteral Nutrition Ordering, Order Review, Compounding, Labeling, and Dispensing, *JPEN J Parenter Enteral Nutr* ,38(3),334-377.
2. Belloni B, Andres C. (2011). Images in clinical medicine: Extravasation of peripherally administered parenteral nutrition. *N Engl J Med*, 364(10), 20.
3. Institute for safe medication practices. (2018). *ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings* .Retrieved from <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>
4. Institute for safe medication practices. (2017). *Smoflipid-Intralipid Look-alike*. Retrieved from <https://www.ismp.org/alerts/snoflipid-intralipid-look-alike>.
5. Institute for safe medication practices. (2019). *Guidelines for Safe Electronic Communication of Medication Information*. Retrieved from <https://www.ismp.org/resources/guidelines-safe-electronic-communication-medication-information>



台灣病人安全通報系統(TPR)警示訊息 (2021-A-02)No.170

抗生素誤打雙倍劑量



發佈日期：2021 年 11 月

適用對象：所有醫療機構/所有醫護人員

撰寫人：台灣病人安全通報系統工作小組及委員

收集台灣病人安全通報系統 2018 年 1 月 1 日至 2021 年 9 月 30 日期間之機構通報案件，以收集藥物事件給藥階段項下之劑量錯誤，並針對抗生素注射劑分析，如以下表格：

|  | 給藥劑量錯誤件數 | 抗生素注射劑 劑量錯誤件數 | 抗生素注射劑 因藥品包裝或給藥系 統畫面導致誤認件數 |
|---|----------|------------------|----------------------------------|
| 2021年1~9月 | 960 | 131 | 0 |
| 2020年 | 1,126 | 136 | 1 |
| 2019年 | 1299 | 398 | 57 |
| 2018年 | 133 | 14 | 4 |

案例描述

病人術後會診，經醫師評估後，建議用藥 Fluconazole Infusion 200mg/100ml/bt (Fluconazole) QD 400 mg IVD。交接班時主護核對藥品時發現fluconazole藥量不足，但有退藥量3瓶，跟白班主護了解給藥狀況。白班護理人員將其外包裝標示的100ml字樣看成100mg，故將連同隔天藥物劑量一同給予，故給藥總劑量為800mg，發現給藥異常事件後，立即通知值班醫師。

安全議題說明

一、藥品包裝

給藥時護理人員看到包裝上的「100ml.」以為是「100mg」，因此在掃描藥袋條碼、確認劑量每日劑量為400mg後，預備4瓶Fluconazole Infusion為病人注射。使用抗生素外觀(如圖1)，瓶身外觀與外包裝顯示「100ml.」、「2mg/ml.」等字樣，但標記分隔在標籤上下兩行，並不明顯。



圖 1. 瓶裝 Fluconazole Infusion 外觀

二、此事件發生於假日，週五該機構藥車常規準備三天藥量(週五1700到週一1300)，因此當劑量計算錯誤或劑量看錯，有取走過多藥劑的風險；此外，給藥系統之藥品名稱詳盡訊息沒有完全顯示、未建置依據劑量自動換算瓶數功能，也因給藥系統畫面設計導致劑量比對不易(如圖2)。

| 護理給藥系統 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------------|--------------------------|---------|-----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 病患：○○○女士 | | 病歷號：0123456789 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診斷：Cholesteatoma | | 過敏史：nil | | | | | | | | | | | | | | | |
| 圖 | 起效日期 | 藥品名稱 | 劑量單位 | 途徑 | 頻率 | 給藥記錄 | | | | | | | | | | | |
| | 10804010000 10804302359 | Fluconazole Infusion 200 | 400(mg) | IVD | QD | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |

圖 2. 給藥系統畫面

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。

建議作法

1. 給藥系統欄位應有足夠顯示長度，使用大字體、不密集、不壓縮；字尾英文字母為「l」時，轉寫成大寫「L」，將藥物名稱內容詳細顯示，以利判讀。
2. 給藥系統將藥品名稱資訊完整顯示，應建立濃度/劑量自動換算瓶數功能，或逐筆刷條碼核對給藥劑量(如點滴瓶，每一瓶分別刷條碼後，確認總劑量正確再給藥)。系統欄位的設計，應分別列出「藥品包裝劑量(單位)」、「給藥劑量(單位)」，並安排在鄰近位置以便核對(如圖3)。

| 護理給藥系統 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|----------------------|---------|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 病患：○○○女士 | | 病歷號：0123456789 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診斷：Cholesteatoma | | 過敏史：nil | | | | | | | | | | | | | | | |
| 圖 | 起訖日期 | 藥品名稱 | 劑量單位 | 途徑 | 頻率 | 給藥記錄 | | | | | | | | | | | |
| | 10804010000 | Ficconazole Infusion | 400(mg) | | | IVD | QD | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | 10804302359 | 200mg/100mL/bot | 2(bot) | 12 | 13 | | | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |

圖 3. 給藥系統畫面

3. 藥品採購應避免同樣藥品有不同濃度/劑量包裝，以免混淆；若採購新藥導致包裝濃度/劑量改變，應於給藥系統中標示，提醒人員注意。
4. 加強病人對給藥產生疑慮時的雙人核對機制，首先給藥前向病人說明，若對藥的種類、劑量與效果有疑問可隨時提出，由當班護理人員加以說明；若說明後仍有疑慮，可要求另一護理人員在場確認核對後再給藥。
5. 假日提前給藥仍可依據一定期間(如12或24小時)加以分批確認數量(例如置於藥車不同位置或放置隔板提醒)，若於期間內超過數量，則啟動偵錯機制核對給藥劑量是否正確。
6. 加強人員對常用藥物的認識，以及換用新藥物時的警覺。



參考資料

1. 許勝雄、彭游、吳水丕 (2017) . 人因工程 - 人機境介面工適學設計 (六版) .台中市：滄海。
2. Institute for safe medication practices. (2019). IMSP Guidelines for Safe Electronic Communication of Medication Information. Retrieved from <https://www.ismp.org/node/1322>



台灣病人安全通報系統(TPR)警示訊息 (2021-A-03)No.171

病理組織檢體採檢異常事件




發佈日期：2021 年 11 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

收集台灣病人安全通報系統發生日期 2018 年 1 月 1 日至 2021 年 9 月 30 日期間之機構通報案件，統計「採檢/送檢階段」及「檢體分析/檢查執行階段」項下之檢體遺失分析，如下表格：

| |  採檢/送檢階段檢體遺失 |  檢體分析/檢查執行階段檢體遺失 |
|-----------|--|---|
| 2021年1~9月 | 99 | 55 |
| 2020年 | 115 | 41 |
| 2019年 | 71 | 21 |
| 2018年 | 68 | 12 |



案例描述

案例一

乳房超音波檢查發現病人左側乳房有小腫塊，故予施行左乳『粗針切片檢查』，術後取出之檢體送病理組織化驗。護理人員檢體採樣後並未放入10%中性福馬林溶液檢體盒中。跟診人員將檢體外盒貼上防偽標籤貼紙時未確認檢體盒內是否有檢體，隔日檢體外送至病理科時發現10%中性福馬林溶液檢體盒內並無檢體。

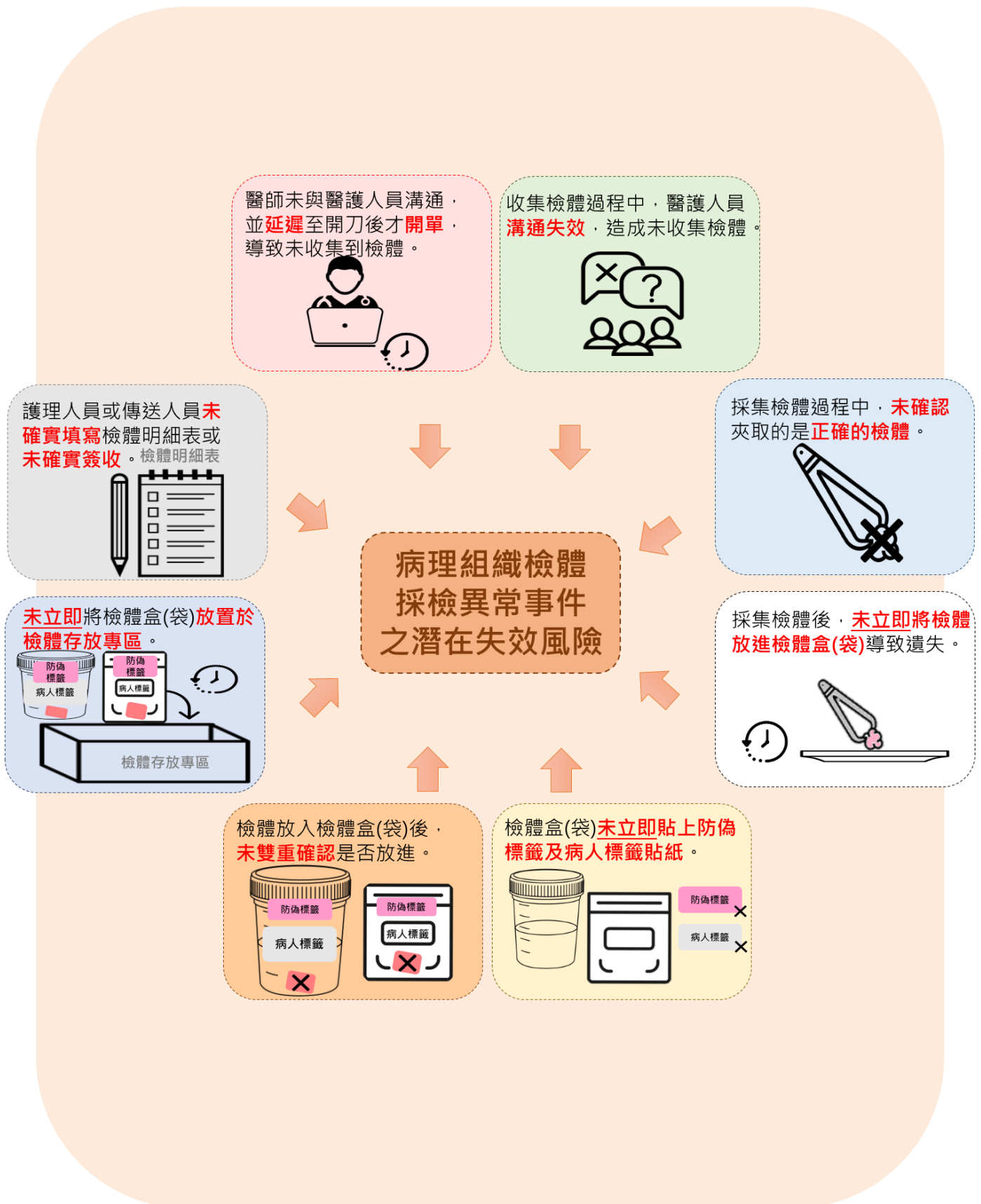
案例二

病人接受腦部腫瘤切片手術，手術結束後護理人員先去交班器械，未馬上將病人病理切片檢體裝罐，導致檢體遺失。

案例三

病人診斷為左腓骨非骨化性纖維瘤(non-ossifying fibroma)，施行左側髂前上棘骨移植術及刮除術(Curretage)，醫師指示將術中取下的病理切片送檢，手術結束後由流動護理師將病理切片標籤及病理切片袋交給刷手護理師，刷手護理師貼上標籤後將病理切片置入容器並放入檢體袋內。病人術後回診時主治醫師發現病歷中並無病理切片報告，手術室及供應室同仁於供應室洗滌區之福馬林置放處後方找到檢體，發現病理切片及檢體袋分開放置，再次核對理切片標籤及手術記錄送檢單後將檢體袋封口，立即送至檢驗科。

安全議題說明



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。



建議作法

建議避免病理組織檢體遺失，採集程序參考以下原則：

1. 醫師採集組織檢體時，跟診(刀)人員與醫師需互相確認採集到的組織檢體是否需送病理檢查。
2. 採集到組織檢體後(非手術結束後)，立刻裝入貼有病人資料標籤的檢體盒內，跟診(刀)人員與醫師應進行雙重檢查，共同簽名並確認開單內容，以及檢體瓶內容物正確性，包含病人基本資料、採檢日期、檢體名稱、左右部位及件數正確性，加入福馬林並貼上雙方簽名(或蓋章)之防偽貼紙彌封檢體盒口；醫師同步開立病理組織檢查單。
3. 組織檢體放入裝有10%福馬林檢體盒後，小組織檢體需搖晃檢體盒，肉眼確認組織檢體已裝在檢體盒內，再清洗器械、丟棄廢棄物及交班。
4. 設置組織檢體送檢專區，將待檢組織檢體盒及病理組織檢查單放置該處集中保管。
5. 建立檢體送檢明細表，清點及記錄病理組織檢體盒及檢查單數量明細，或用掃描條碼形式供送檢病理科簽收。
6. 規劃執行新進人員及在職人員組織檢體採集標準程序教育訓練及宣導，並建立檢體作業參考單張置於明顯處，供跟診(刀)人員快速檢閱，如：少見檢體收集方式、收集步驟、是否需冷藏、添加10%福馬林、擺放位置等，以降低跟診(刀)人員檢體保存錯誤或遺失。

參考資料

1. 胡寶雪、胡曉珍、黃惠如、趙慧玲、雷宜芳(2014).運用失效模式與效應分析改善手術室病理檢體採集送檢流程及退件率. *護理雜誌*, 61(2), 50-59。
2. 吳雪雯、古雪貞、王雯慧、郭俐伶、張德馨(2015).降低手術病理檢體送檢不完整率. *馬偕護理雜誌*, 9(2), 40-51。
3. Sandbank S, Klein D, Westreich M, Shalom A.(2010). The loss of pathological specimens: incidence and causes. *Dermatol Surg*. 36(7):1084–1086.
4. Shalom A, Westreich M, Sandbank S. (2013).An intervention study to reduce the loss of pathology specimens. *Isr Med Assoc J*. 15(7):424-426.
5. Victoria M. Steelman, Tamara L. Williams, Marilyn K. Szekendi, Amy L. Halverson, Suzanne M. Dintzis, Stephen Pavkovic (2016).Surgical Specimen Management A Descriptive Study of 648 Adverse Events and Near Misses, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 140(12), 1390-1396。

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。



台灣病人安全通報系統(TPR)警示訊息 (2021-A-04)No.172

精神科病人異物哽塞



發佈日期：2021 年 11 月

適用對象：精神科醫療機構/精神科醫護人員

撰寫人：外部專家撰稿

審稿專家：病人安全專案小組

統計台灣病人安全通報系統 2019 年至 2021 年 9 月 30 日通報案例，共有 329 件精神科病人異物哽塞，其中 18 件造成病人死亡。

案例描述

案例一

病人從護理師手中取到餐點開始用餐，約5分鐘發現病人發出異常呼吸音，立即查看，發現嘴內塞滿水煎包，臉色發紺，立即尋求支援啟動999並執行哈姆立克法，但病人癱軟、牙關緊閉，護理師陸續將異物挖出，因監測不到頸動脈，開始行CPR，予給氧、靜脈輸液，因測量不到血壓，依醫囑予BOSMINE 1AMP，由護理長及醫師陪伴下由救護車轉運送A醫院急救。

案例二

病人家屬於護理站會客時，給予病人「紅龜粿」食用，護理師聽到病人持續乾咳情形，予探視病人，發現病人右手放在脖子，病人自咳出少許紅豆泥，病人搖頭表示咳不出來，護理師協助病人送至治療室，給予氧氣鼻導管3 L/min，協助移除喉嚨異物，病人臉色蒼白、嘴唇發紺，意識改變，立即協助躺平，採哈姆立克法，立即給予 O₂ Simple Face MASK 10L/min，監測血壓及心電圖，SpO₂:30%，HR:145次/min，GCS:E1V1M1，血壓偵測不到，主治醫師至治療室給予靜脈輸注及抽吸處置，但異物無法抽出，故持續使用哈姆立克法協助，主治醫師由病人喉嚨挖出約10公分大小之紅龜粿，評估病人後，予放置氣管內管並使用呼吸器給予高濃度氧氣，依醫囑抽血送檢，醫師予太太解釋病情，須轉加護病房觀察。

安全議題說明

精神科病人導致異物哽塞之風險點如下：



食用易導致哽塞的食物



病人不了解哽塞危險性，
狼吞虎嚥



工作人員未有評估病人
進食狀況機制，
病人咀嚼或吞嚥能力不足



病人家屬未配合執行異物哽塞防範：

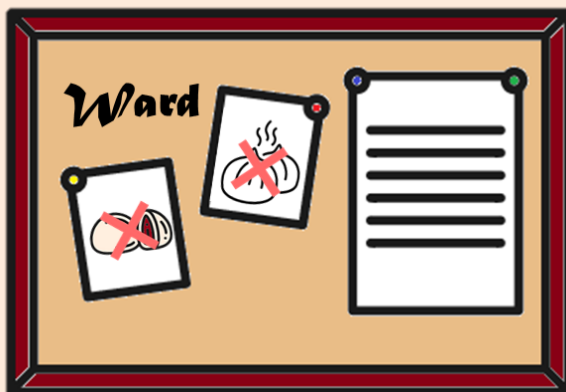
1. 家屬給予病人不合宜的餐點食物。
2. 病人插隊，領取錯誤餐點。



建議作法

★強化病人或家屬異物哽塞預防相關知識

1. 衛教病人及家屬易哽塞食物之相關資訊，也可張貼公告於布告欄。



2. 逐項檢查病人家屬帶來的餐點，高風險病人飲食列清單註記，並張貼於領餐區，若有異動應立即更新。
3. 病人領用餐點時，建議排隊並核對身份，規劃領餐區，並於地面畫管制線，病人一次只能一位進管制線內領取餐點，以免病人拿錯餐點。



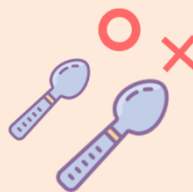
4. 確實檢查病人餐點，必要時將易哽塞食物剪碎。

5. 針對高危險病人提供預防哽塞措施，包括：

(1). 高危險病人進食前將湯匙改為小湯匙。

(2). 規劃高危險用餐區，與一般病人進食時間錯開，病人仍進食易哽塞的食物時，工作人員應予現場觀察速進食情形並協助處理，如：黏性較大的食物每次只給一小口，吃完後再給予，一口可塞入的食物以食物給予分切，有果核之水果予去除果核等，並時時提醒小口慢食。

(3). 對於吞嚥功能較差的病人，由醫護人員協助送餐至桌邊。



建議作法-續

★工作人員落實高風險評估與預防措施

1. 落實病人異物哽塞用風險評估，包括：病人用餐形態、咀嚼能力、吞嚥能力、是否缺牙、藥物副作用及其他生理問題有無影響吞嚥等等，如有相關問題，應與團隊討論如何強化病人進餐安全，如：正確用餐的方式，訓練咀嚼吞嚥能力，與病人家屬討論修補牙齒、生理問題之處理並與營養師討論病人合宜的餐點種類等等。
2. 與家屬會談，收集病人以往用餐情形，包括用餐進食速度、食物喜好的種類，是否曾有異物哽塞情形，並衛教安全進食用餐安全觀念。
3. 工作人員應具備異物哽塞相關預防與處理知能，落實執行異物哽塞之評估，高風險病人應完整交班，提供家屬與病人異物哽塞相關資訊。
4. 針對病人咀嚼或吞嚥能力不足，照會職能治療師規劃「吞嚥復健訓練」。
5. 照會營養師共同討論預防哽塞之餐點，與廚師共同建立精神科食材製作方式。
6. 與團隊討論，建置異物哽塞高風險評估表的可行性（如下圖），落實病人評估與預防措施。



異物哽塞高危險群病人篩選表

| 項目 | 得分 | |
|------------------|----|---|
| 1.45歲以上有中風病史 | 是 | 否 |
| 2.進食中常出現咳嗽或嗆咳者 | 是 | 否 |
| 3.進食習慣不佳(進食快、搶食) | 是 | 否 |
| 4.藥物副作用明顯 | 是 | 否 |
| 5.咀嚼、吞嚥能力困難 | 是 | 否 |
| 6.一年內曾於進食中哽塞者 | 是 | 否 |

說明備註：

- 入院時評估，視個案狀況給予開伙。
- 若個案住院期間有哽塞情形當班立即重新評估。
- 每半年定期由主護重新篩檢個案，若有需要給予調整伙食。
- 收案條件評估總分 ≥ 3 分，為哽塞高危險群，執行預防哽塞措施並列入交班注意其個案進食狀況。

建議作法-續



1. 發生哽塞之緊急處理：先求救再急救

- (1). 建置能立即支援的緊急醫療團隊運作機制，以便在必要時能即時進行緊急支援。
- (2). 立即疏散其他病人，並淨空急救空間，以利急救進行
- (3). 定期訓練哽塞急救技巧，對象包括各層級的工作人員。
- (4). 意識沒有喪失，氣道部份阻塞：鼓勵病人咳嗽，觀察是否演變成完全阻塞。
- (5). 意識沒有喪失，氣道完全阻塞：通常病人無法呼吸、咳嗽或說話，此時通常患者兩手按在喉部，臉部潮紅，睜大雙眼。不可拍打病人背部或試圖用手掏挖異物，以免異物下滑進入氣管，須在患者有意識情況下才可施行哈姆立克法，注意是否已有阻塞解除的現象(嘔吐、咳嗽或講話)，及注意患者是否已呈現昏迷。
- (6). 意識喪失，氣道阻塞：若昏迷應以兩手肘往上頂住病人腋下，靠在施救者的身上，再令其安全的往後躺下，施行心肺復甦術流程，施行人工呼吸之前都要檢查是否口中有異物，若有就要以手指掃除。

2. 給氧時機：確定無異物滯留氣道才可給氧。

3. 病人轉運送至急救單位或其他醫院



- (1). 單位應有轉送之作業流程，涵蓋轉送過程團隊人員訓練、轉送方式與途徑、轉送設備及維修評估，轉送儀器與急救設備藥物等基本設備之規範。
- (2). 瞭解單位內人員照護能力之限制，對於無法處理之緊急情況，應建置緊急轉送之機制。
- (3). 不穩定病人運送所需配備的維生儀器及設備，例如移動式抽吸器(portable suction)、人工甦醒球 (ambubag)、運送型呼吸器 (transportation ventilator)、血氧濃度計 (pulse oximeter)、運送型生理監視器 (transportation monitor) 等，應定期檢測功能並提供相關人員操作訓練。

4. 對於運送過程不可預期的事故 (如電梯故障而導致病人受困)，要有適當的應變計畫，並且平時有進行演習。

參考資料

1. 余文雯、黃宣宜、王愛玲、賴吟香、陳惠君(2015).運用醫療失效模式與效應分析降低精神科住院病人異物哽塞發生率，*精神衛生護理雜誌*，10(2)，26-34。
2. 李宜育、鄒淑萍、黃秋敏、施雅雯(2018).降低精神科病人異物哽塞發生率，*醫院雙月刊*，51(4)，1-13。
3. 徐瑛徽、冉秀萍、吳月瑜、廖素絨(2020).運用品管圈手法降低精神護理之家住民異物哽塞率改善專案，*醫學與健康期刊*，9(1)，83-101。

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。



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逐一定義：

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。

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。



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

2004 年前導

- 收集各國通報系統經驗。
- 通報介面初擬、介面測試以及通報資料庫之建置。

2005 年

第一階段 26 家醫院參與、第二階段 169 家醫院參與

- 完成初步系統規劃與建置，系統介面測試與修訂。
- 進行通報案例分析，建立異常事件分類架構。
- 邀請法界專家學者進行通報相關之法規座談討論。
- 研發「病人安全事件通報軟體」提供多元通報管道。

2006 年

303 家機構參與

- 擴大推廣醫事機構參與，進行通報系統資料分析與刊物出版，通報事件類別開發，提供學習重點改善建議或行動計畫，蒐集各參與機構對系統之建議。
- 擴大通報管道，與醫院合作進行資料交換之比對資料。
- 加強宣導通報正確概念以及根本原因分析做法。

2007 年

339 家機構參與

- 通報系統持續更新與維護。
- 持續推廣通報以提升通報案件之質與量。
- 輔導醫事機構內部建置院內通報系統，並與 TPR 通報系統聯結。
- 加強通報資料產出與刊物出版。
- 與他國通報系統進行人員深度交流。
- 進行 TPR 系統成效評估。
- 研議民眾端通報之可行性。

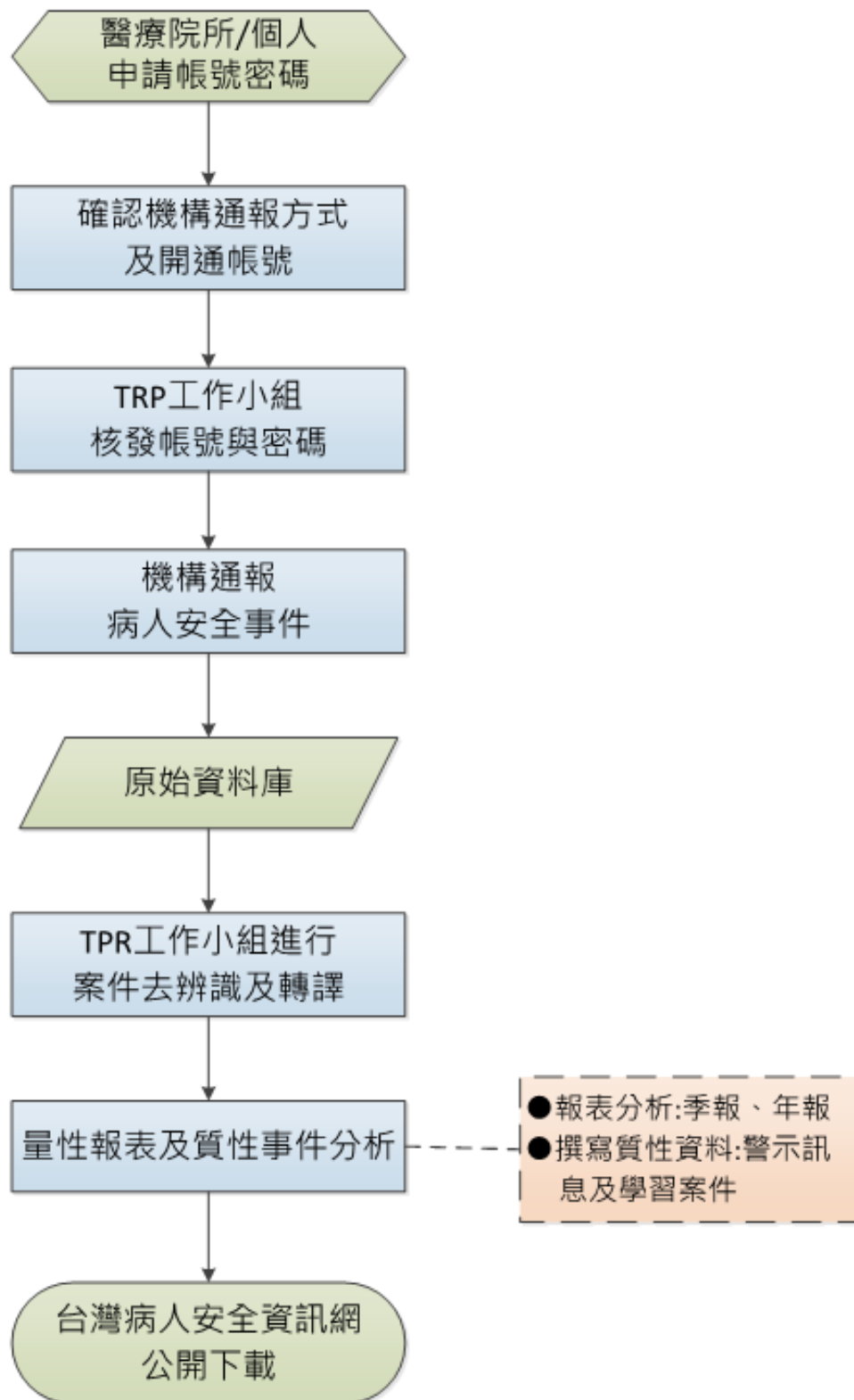
2010 年迄今

15,453 家機構參與

- 針對基層診所及長照機構持續進行推廣。
- 檢討通報類別與內容。
- 試行民眾通報病人安全異常事件。
- 更新提升通報系統功能。
- 通報系統評值。
- 出版警示訊息、學習案例、病人安全參考作業指引、季報及年報。
- 教育推廣宣導及辦理教育訓練課程。
- 鼓勵機構投稿「警示訊息」，擴大學習分享機制。

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。

附錄三、病人安全通報系統流程圖



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。



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 <https://www.patientsafety.mohw.gov.tw>

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。

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。

2021 年警示訊息、學習案例作者群 (按照第一作者姓氏筆畫排序)

李世凱主任 (衛生福利部草屯療養院)

林承哲副教授 (國立臺灣科技大學)

鄒梅舉醫檢師 (馬偕紀念醫院)

劉人璋主任 (天主教輔仁大學附設醫院)

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、洪聖惠副執行長、詹碧端主任、黃嘉立專案管理師、蔡庚君專員、吳芯慧專員、許競允專員、嵇慧倫專員、衛思宇組員



衛生福利部

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



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

<https://www.jct.org.tw>



台灣病人安全通報系統

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

ISSN 2518-5233



9 772518 523302