

台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting system

2016 年年報

Annual Report 2016



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

2016 年 年 報

Annual Report 2016



目 錄

壹、前言	1
貳、歷年統計描述 (2005~2016 年)	2
參、2016 年整體通報事件統計分析	11
一、整體事件統計	11
二、事件相關統計	13
三、病人/住民相關統計	17
四、通報人員相關統計	23
五、發生可能原因與改善措施統計	25
肆、各類機構事件分析	29
一、醫院	29
(一) 醫院-藥物事件	37
(二) 醫院-跌倒事件	45
(三) 醫院-管路事件	52
(四) 醫院-檢查/檢驗/病理切片事件	60
(五) 醫院-醫療照護事件	65
(六) 醫院-治安事件	70
(七) 醫院-傷害行為事件	74
(八) 醫院-手術事件	78
(九) 醫院-公共意外	82
(十) 醫院-輸血事件	86
(十一) 醫院-院內不預期心跳停止事件	90



(十二) 醫院-麻醉事件	94
(十三) 醫院-其他事件	99
二、精神專科醫院及精神復健機構 (綜合分析)	103
(一) 精神專科醫院-傷害行為事件	108
(二) 精神專科醫院-跌倒事件	111
三、護理之家 (綜合分析)	115
四、基層醫療 (綜合分析)	129
伍、資料正確性與完整性分析	131
陸、回饋學習	137
一、歷年警示訊息與學習案例主題一覽表	137
二、2016 年發布之警示訊息與學習案例	142
附錄一、何謂病人安全事件	154
附錄二、台灣病人安全通報系統沿革	155
附錄三、病人安全通報系統流程圖	156
附錄四、通報事件類別說明	157
附錄五、異常事件嚴重度評估矩陣 (SAC)	158
致 謝	159



圖目錄

目 錄

圖 2-0-0-1 歷年通報家數及件數統計	2
圖 2-0-0-2 歷年三種通報方式件數統計	3
圖 2-0-0-3 歷年醫事機構層級通報件數統計	3
圖 2-0-0-4 歷年醫事機構層級通報家數統計	4
圖 2-0-0-5 2005~2016 年整體事件發生醫事機構統計	4
圖 2-0-0-6 2005~2016 年整體事件受影響對象年齡層分布	6
圖 2-0-0-7 2005~2016 年整體事件受影響對象性別分布	6
圖 2-0-0-8 2005~2016 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布	7
圖 2-0-0-9 歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢	7
圖 2-0-0-10 歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度	8
圖 2-0-0-11 歷年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度	8
圖 2-0-0-12 歷年藥物有傷害事件與重度以上傷害事件數趨勢	9
圖 2-0-0-13 歷年跌倒有傷害事件與重度以上傷害事件數趨勢	9
圖 2-0-0-14 歷年管路有傷害事件與重度以上傷害事件數趨勢	9
圖 2-0-0-15 歷年通報人員身份別趨勢	10
圖 3-1-0-1 各類型醫事機構發生件數分布	11
圖 3-1-0-2 所有機構各縣市通報家數/件數分布	12
圖 3-1-0-3 所有機構每月通報方式統計	12
圖 3-2-0-1 所有機構各類事件每月發生件數分布	15
圖 3-3-1-1 機構別之受影響對象之性別分布	17
圖 3-3-1-2 各類別通報事件受影響對象之性別分布	17
圖 3-3-2-1 各類別通報事件受影響對象年齡層分布	18
圖 3-3-3-1 所有機構病人/住民的影響程度	19
圖 3-3-3-2 醫院	20
圖 3-3-3-3 精神科醫院	20
圖 3-3-3-4 護理之家	20
圖 3-3-3-5 精神復健機構	20
圖 3-3-3-6 診所 (含衛生所)	20
圖 3-4-0-1 所有機構通報者身分分布	23
圖 3-4-0-2 通報者為護理人員身分別分布	23
圖 3-4-0-3 通報者為醫師身分別分布	24
圖 3-4-0-4 所有機構通報者工作年資分布	24
圖 3-4-0-5 所有機構通報者現職機構年資分布	24
圖 3-5-0-1 預防事件再發生的措施或方法	27
圖 4-1-0-1 醫院通報各類事件數	29
圖 4-1-0-2 醫院發生時段與病人健康影響程度分析	30
圖 4-1-0-3 醫院發生地點相對次數百分比	31



圖 4-1-0-4 醫院事件發生後對病人健康的影響程度.....	32
圖 4-1-0-5 通報者身分別.....	33
圖 4-1-0-6 通報者總年資.....	33
圖 4-1-0-7 通報者現職年資.....	34
圖 4-1-0-8 預防事件再發生的措施或方法相對次數百分比.....	34
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.....	37
圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比.....	38
圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度.....	39
圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段相對次數百分比.....	40
圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段明細.....	40
圖 4-1-1-6 醫院藥物事件藥局調劑錯誤階段明細.....	41
圖 4-1-1-7 醫院藥物事件給藥錯誤階段明細.....	41
圖 4-1-1-8 醫院藥物事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析.....	42
圖 4-1-1-9 醫院藥物事件發生時段與錯誤發生階段交叉分析.....	42
圖 4-1-1-10 醫院藥物事件錯誤發生階段與各階段未擋下件數.....	43
圖 4-1-1-11 醫院藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度交叉分析.....	44
圖 4-1-1-12 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比.....	44
圖 4-1-2-1 醫院病人跌倒事件發生時段分布.....	45
圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒發生地點相對次數百分比.....	46
圖 4-1-2-3 醫院跌倒案件對病人的影響程度.....	47
圖 4-1-2-4 醫院病人發生跌倒時主要從事的活動.....	48
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.....	48
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.....	49
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.....	49
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.....	50
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.....	50
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.....	51
圖 4-1-2-11 醫院跌倒事件發生可能原因相對次數百分比.....	51
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.....	52
圖 4-1-3-2 醫院管路事件對病人/住民健康的影響程度.....	53
圖 4-1-3-3 醫院管路事件發生過程與病人/住民健康的影響.....	54
圖 4-1-3-4 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析.....	55
圖 4-1-3-5 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析.....	55
圖 4-1-3-6 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析.....	55
圖 4-1-3-7 單一路與多管路事件對病人健康影響程度之交叉分析.....	56
圖 4-1-3-8 單一路事件發生管路種類.....	56
圖 4-1-3-9 醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析.....	57
圖 4-1-3-10 單一路錯誤發生類型.....	57
圖 4-1-3-11 單一路種類與管路脫落(自拔、意外滑脫)之交叉分析.....	58
圖 4-1-3-12 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比.....	59



圖 4-1-4-1 醫院檢查檢驗事件發生時段與病人健康影響程度分析	60
圖 4-1-4-2 醫院檢查檢驗事件為哪類醫療檢查	61
圖 4-1-4-3 醫院檢查/檢驗事件錯誤發生階段	61
圖 4-1-4-4 醫院檢查檢驗事件錯誤發生階段未成功擋下件數	61
圖 4-1-4-5 醫院檢查檢驗事件-採檢/送檢階段明細	62
圖 4-1-4-6 醫院檢查/檢驗事件-檢查單位報告階段明細	62
圖 4-1-4-7 醫院檢查檢驗事件對病人健康的影響程度之交叉分析	63
圖 4-1-4-8 醫院檢查檢驗事件醫療檢查類型與病人健康影響程度之交叉分析	63
圖 4-1-4-9 醫院檢查檢驗事件錯誤階段與病人健康影響程度之交叉分析	64
圖 4-1-4-10 醫院檢查檢驗事件發生可能原因相對次數百分比	64
圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段	65
圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度	66
圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤發生階段	66
圖 4-1-5-4 醫院醫療照護事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析	67
圖 4-1-5-5 「處置、治療或照護階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析	67
圖 4-1-5-6 「評估階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析	68
圖 4-1-5-7 「診斷階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析	68
圖 4-1-5-8 醫院醫療照護事件發生可能原因	69
圖 4-1-6-1 醫院治安事件發生時段	70
圖 4-1-6-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比	70
圖 4-1-6-3 醫院治安事件類型相對次數百分比	71
圖 4-1-6-4 醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比	72
圖 4-1-6-5 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度	72
圖 4-1-6-6 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布	73
圖 4-1-7-1 醫院傷害行為事件發生時段	74
圖 4-1-7-2 醫院傷害行為事件發生地點	74
圖 4-1-7-3 醫院傷害行為事件類型	75
圖 4-1-7-4 醫院傷害行為事件受影響對象	75
圖 4-1-7-5 醫院傷害行為事件對病人健康程度影響	76
圖 4-1-7-6 醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析	76
圖 4-1-7-7 醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比	77
圖 4-1-8-1 醫院手術事件發生時段與病人健康影響程度分析	78
圖 4-1-8-2 醫院手術事件對病人健康的影響程度	79
圖 4-1-8-3 醫院手術事件錯誤發生階段	79
圖 4-1-8-4 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	80
圖 4-1-8-5 醫院手術事件錯誤類型	80
圖 4-1-8-6 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比	81
圖 4-1-9-1 醫院公共意外事件發生時間	82
圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比	82
圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比	83



圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件對病人健康影響程度.....	84
圖 4-1-9-5 醫院公共意外事件發生類型與病人健康影響程度分析	84
圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件發生可能相關因素	85
圖 4-1-10-1 醫院輸血事件發生時段	86
圖 4-1-10-2 醫院輸血事件對發生地點相對次數百分比	86
圖 4-1-10-3 醫院輸血事件對病人健康的影響程度	87
圖 4-1-10-4 醫院輸血事件錯誤發生階段	87
圖 4-1-10-5 醫院備血事件備血階段錯誤項目明細	88
圖 4-1-10-6 醫院輸血事件輸血階段錯誤項目明細	88
圖 4-1-10-6 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比	89
圖 4-1-11-1 醫院院內不預期心跳停止事件發生時段	90
圖 4-1-11-2 醫院的院內不預期心跳停止事件發生地點	91
圖 4-1-11-3 醫院院內不預期心跳停止事件對病人健康的影響程度	91
圖 4-1-11-4 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	92
圖 4-1-11-5 醫院病人院內不預期心跳停止事件於急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律	92
圖 4-1-11-6 醫院院內不預期心跳停止事件急救時最先紀錄到的心臟節律與是否恢復自發性循環交叉分析	93
圖 4-1-11-7 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 4-1-12-1 醫院麻醉事件發生地點	94
圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度	94
圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級	95
圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取手術類型	95
圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件採取之麻醉方式	96
圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生期間	96
圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生類型	97
圖 4-1-12-8 醫院麻醉事件之可能原因相對次數百分比	97
圖 4-1-12-9 醫院麻醉事件「插管相關」之可能原因相對次數百分比	98
圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段與病人健康影響程度分析	99
圖 4-1-13-2 醫院其他事件受影響對象	100
圖 4-1-13-3 醫院其他事件對病人/住民健康的影響程度	100
圖 4-1-13-4 醫院其他事件發生地點相對次數百分比	101
圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類	101
圖 4-1-13-6 醫院其他事件發生地點與敘述內容分類之交叉分析	102
圖 4-2-0-1 精神專科醫院通報各類事件數	103
圖 4-2-0-2 精神專科醫院發生時段與病人健康影響程度分析	103
圖 4-2-0-3 精神專科醫院事件發生後對病人健康的影響程度	104
圖 4-2-0-4 精神專科醫院通報者身分類別	105
圖 4-2-0-5 精神專科醫院通報者年資	106
圖 4-2-0-6 精神專科醫院通報者現職年資	106
圖 4-2-1-1 精神專科醫院傷害行為事件時段分布	108
圖 4-2-1-2 精神專科醫院傷害行為事件發生地點百分比	108



圖 4-2-1-3 醫院傷害行為事件受影響對象	109
圖 4-2-1-4 精神專科醫院傷害行為事件類型	109
圖 4-2-1-5 精神專科醫院傷害行為事件對於病人/住民的健康影響程度	109
圖 4-2-1-6 精神專科醫院傷害行為事件類型與病人健康影響程度交叉分析	110
圖 4-2-1-7 精神專科醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比	110
圖 4-2-2-1 精神專科醫院病人跌倒事件發生時段分布	111
圖 4-2-2-2 精神專科醫院跌倒事件對病人健康的影響程度	112
圖 4-2-2-3 精神專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	112
圖 4-2-2-4 精神專科醫院病人跌倒事件發生時從事何項活動過程	113
圖 4-2-2-5 精神專科醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比	113
圖 4-2-2-6 精神專科醫院病人跌倒事件發生可能原因之病人因素細項	114
圖 4-2-2-7 精神專科醫院病人跌倒事件發生可能原因之環境因素細項	114
圖 4-3-0-1 護理之家其各類事件分布	115
圖 4-3-0-2 護理之家病人發生時段與事件發生後對病人健康影響	115
圖 4-3-0-3 護理之家整體事件對病人健康的影響程度	116
圖 4-3-0-4 護理之家通報者身分別	119
圖 4-3-0-5 護理之家通報者進入現職機構年資	119
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	119
圖 4-3-0-7 護理之家及其上下床移位跌倒事件發生時段分布	121
圖 4-3-0-8 護理之家跌倒事件發生活動過程分布	122
圖 4-3-0-9 護理之家跌倒事件對病人的影響程度	122
圖 4-3-0-10 護理之家跌倒病人/住民是否為高危險群與最近一年跌倒次數	123
圖 4-3-0-11 護理之家病人/住民跌倒事件發生原因之明細項目	123
圖 4-3-0-12 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為病人因素之明細項目	124
圖 4-3-0-13 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為人為因素之明細項目	124
圖 4-3-0-14 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為環境因素之明細項目	124
圖 4-3-0-15 護理之家管路事件及其鼻胃管路事件發生時段分布	125
圖 4-3-0-16 護理之家管路事件發生管路種類	125
圖 4-3-0-17 護理之家管路事件病人意識狀態與有無使用鎮靜藥物	126
圖 4-3-0-18 護理之家管路事件管路滑脫前是否有約束	126
圖 4-3-0-19 護理之家管路事件對病人的影響程度	126
圖 4-3-0-20 護理之家管路事件發生可能原因相對次數百分比	127
圖 4-3-0-21 護理之家管路事件發生可能原因為病人因素之明細項目	127
圖 4-3-0-22 護理之家管路事件發生可能原因為人為因素之明細項目	128
圖 4-4-0-1 基層醫療各類事件	129
圖 4-4-0-2 基層醫療整體事件對病人健康的影響程度	130
圖 5-0-0-1 通報事件經校正後轉歸他種類別比率分析	135
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	136



表目錄

目錄

表 2-0-0-1 近 5 年通報事件類別排行榜	5
表 3-2-0-1 各類機構發生事件類型	13
表 3-2-0-2 各類機構發生時段情形	14
表 3-2-0-3 事件發生地點相對次數百分比	16
表 3-3-0-1 各類機構年齡層	18
表 3-3-0-2 各類機構異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 統計	21
表 3-3-0-3 各類事件發生後對病人/住民健康的影響程度	22
表 3-5-0-1 整體各類事件可能原因統計	26
表 3-5-0-2 整體各類事件可能原因與溝通相關統計	26
表 3-5-0-3 整體各類事件預防方法統計	27
表 3-5-0-4 各類事件預防方法與加強溝通方式相關統計	28
表 4-1-0-1 病人/住民之年齡層與性別	31
表 4-1-0-3 事件發生可能原因	35
表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法	35
表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布	36
表 4-1-1-1 醫院藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	38
表 4-1-2-1 醫院跌倒事件病人/住民性別與年齡層交叉分析	46
表 4-1-3-1 醫院發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	53
表 4-2-0-1 精神專科醫院各類事件發生後對病人健康的影響程度	104
表 4-2-0-2 精神專科醫院各類事件 SAC 分布	106
表 4-2-2-1 精神專科醫院跌倒病人性別與年齡交叉分析	112
表 4-3-0-1 護理之家發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析	116
表 4-3-0-2 護理之家各類事件對病人健康的影響程度	117
表 4-3-0-3 護理之家各類事件 SAC 分布	118
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	120
表 4-3-0-5 護理之家各類事件之可能原因統計	120
表 5-0-0-1 2014~2016 年通報事件資料欄位未填比例比較表	131
表 6-1-0-1 歷年警示訊息及學習案例一覽表	137



壹、前言

台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient safety Reporting system ; TPR) 為自願性匿名通報系統，自 2004 年建置，2005 年正式上線迄今已逾十年，在衛生福利部積極鼓勵推行之下，參與機構數及通報案件數均逐年增加，至 2016 年參與機構已達 7,032 家，累積通報案件量達 489,768 件，2016 年當年內 (通報日) 所接受之通報件數達 56,562 件。TPR 通報系統歷經逾 10 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外部通報系統。

本年 (2015) 年度報表內容涵蓋了六大部分，其中「各類機構事件分析」乃依醫院、精神科醫院及護理之家等醫事機構型態不同而分別呈現所屬事件分析。整體而言，醫院為主要通報資料來源，因此，僅針對發生機構為醫院的事件進行 13 類事件之描述分析；而精神專科醫院、護理之家及基層診所/衛生所僅分析通報件數較多的事件類別，部分事件類別因案件數較少不適合進行量性數據細部統計。

隨每年新參與通報機構的成長，為讓新加入 TPR 通報系統的夥伴能盡快釐清相關問題並進一步維持通報資料的品質，按例於文後收錄有關病人安全事件相關定義、可通報事件類別、異常事件嚴重度評估矩陣(SAC)、通報案件處理流程等資料，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 2016 年已經累計為 144 篇，其中又以藥物事件、醫療照護事件及管路事件的建議做法為大宗，期許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，促成院內醫療品質改善，以達成建置 TPR 通報系統所希望扮演資訊平台共同分享的初衷。

※本年報中，若分析之選項為複選者，其文字敘述以^件/百件表示，圖表單位則以每百件事件件數 (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已改為新版格式。

※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 2015 年收案資料之情況，數據與比例無法代表目前醫療院所之醫療現況，然而數據呈現之趨勢可用於未來進行異常事件風險管理之參考，感謝參與醫院所提供之通報案件。



貳、歷年統計描述 (2005~2016 年)

自 2005 年 1 月 1 日至 2016 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 7,032 家 (2016 年新增 244 家)，累計通報系統共收 489,768 件通報案件，期間曾通報機構家數共 1,089 家，各年通報件數呈現逐漸成長趨勢至 2013 年達到通報家數高峰，而 2016 年通報家數相較 2015 年減少 6 家機構通報 (圖 2-0-0-1)。

台灣病人安全通報系統提供線上 (網路) 通報、軟體通報及資料庫匯入三種通報管道，統計歷年事件通報管道以軟體通報件數為最多，佔 40.5% (198,347 件)，其次為資料庫匯入則佔 37.9% (185,384 件)，第三則為透過網路介面通報，佔 21.7% (106,037 件)，由歷年三種通報管道通報件數統計趨勢可發現，自 2008 年起資料庫匯入的件數顯著增加，並於 2012 年超越軟體通報成為通報資料來源最多的方式，線上通報比例則於 2011 年後逐漸下降，顯示愈來愈多機構選擇以資料庫匯入及軟體通報做為主要通報方式 (圖 2-0-0-2)。若以通報機構類型通報事件量之分布，歷年總案件量通報來源以區域醫院為最多，佔 38.8%，醫學中心居次，佔 27.8%，地區醫院佔 21.7%，精神專科醫院則佔 10.4% (圖 2-0-0-3)。

就通報家數分布而言，以地區醫院為最多，平均每年約有 221 家通報，其次為區域醫院，平均每年約有 63 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 84.8%，其次為精神科醫院 10.2% (圖 2-0-0-5)。

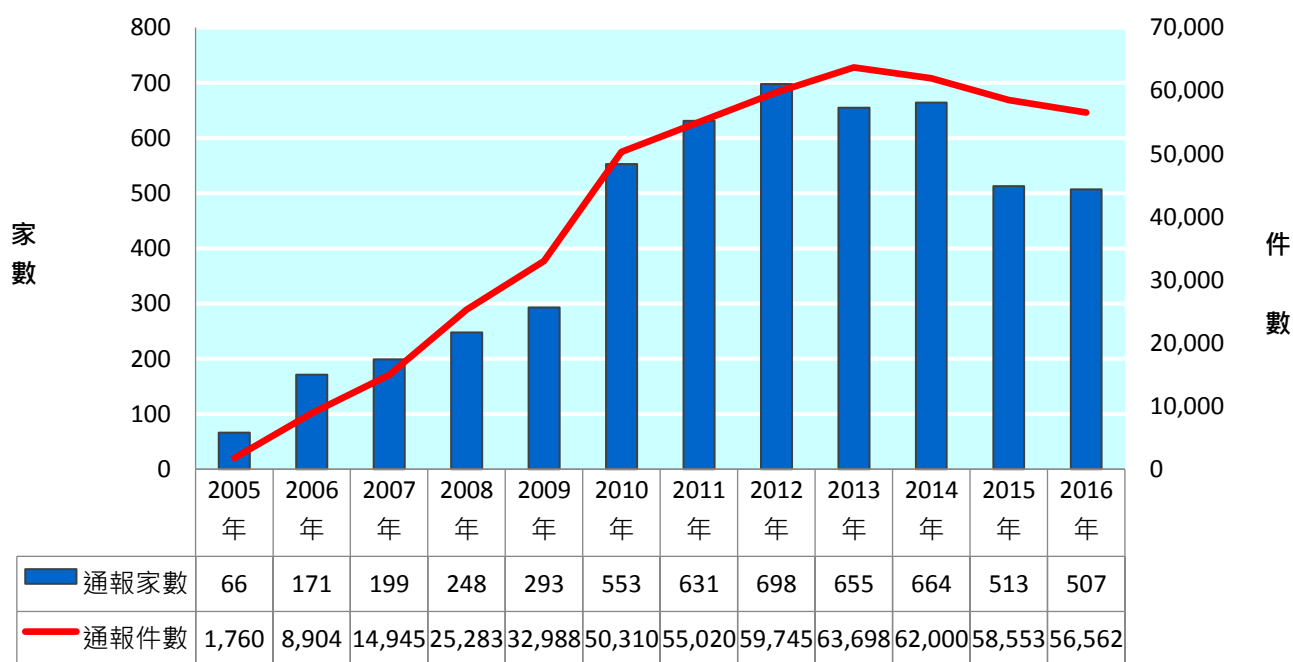


圖 2-0-0-1 歷年通報家數及件數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年~2016 年)

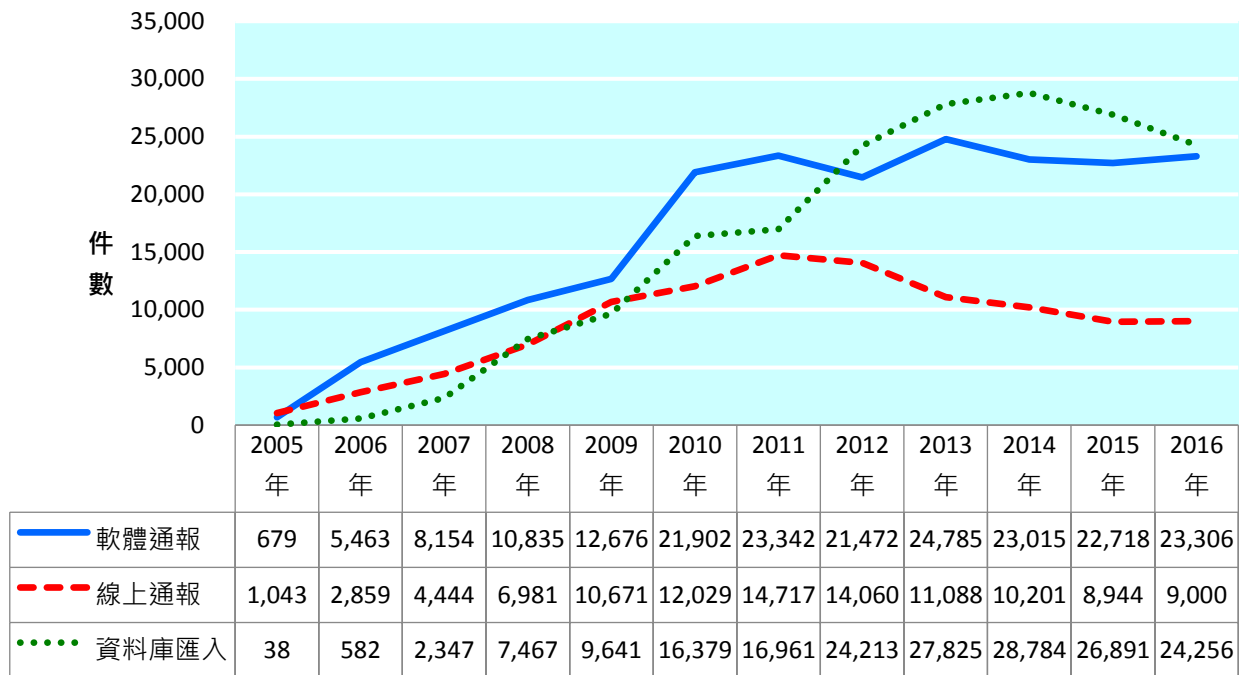


圖 2-0-0-2 歷年三種通報方式件數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年至 2016 年)

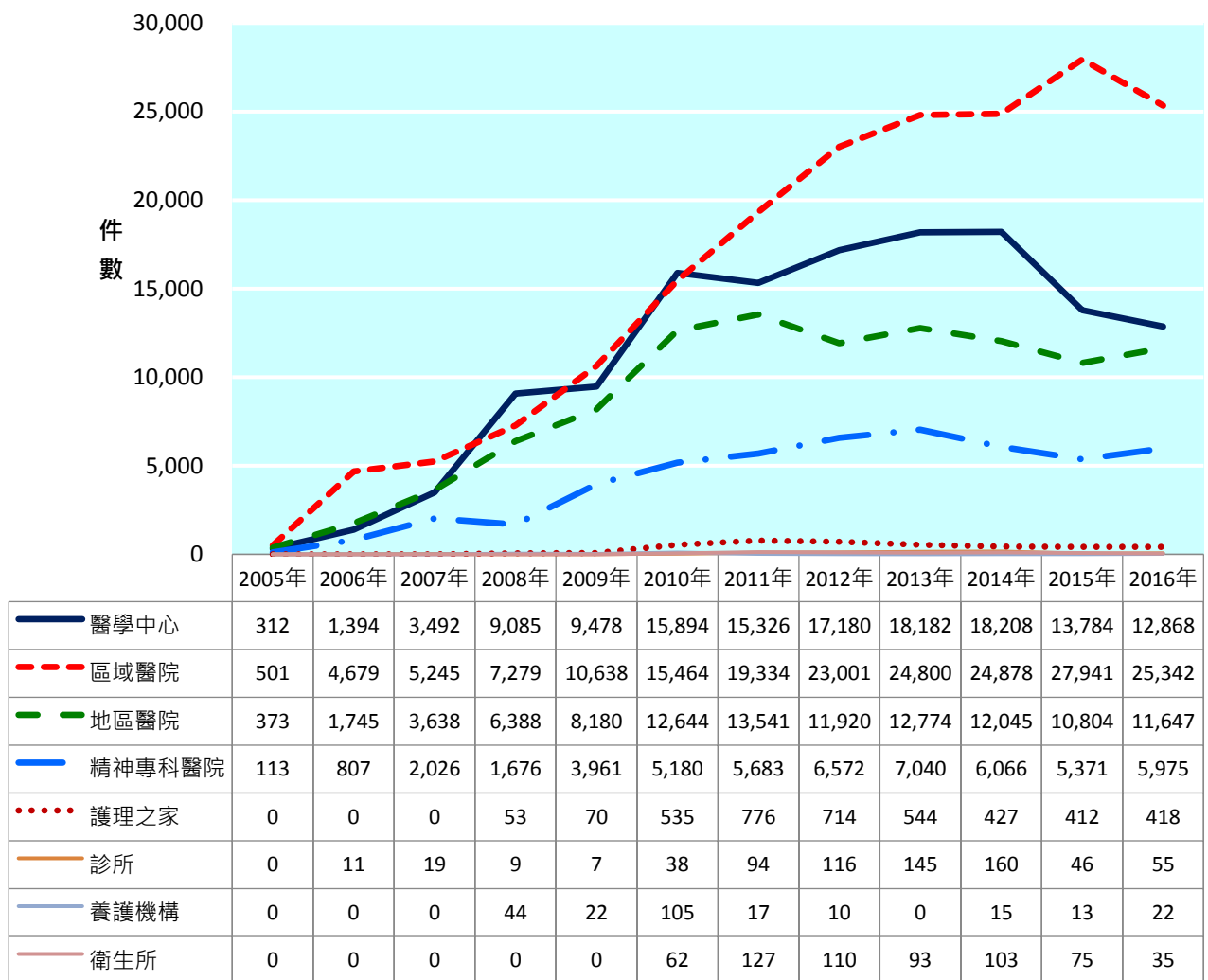


圖 2-0-0-3 歷年醫事機構層級通報件數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年~2016 年)

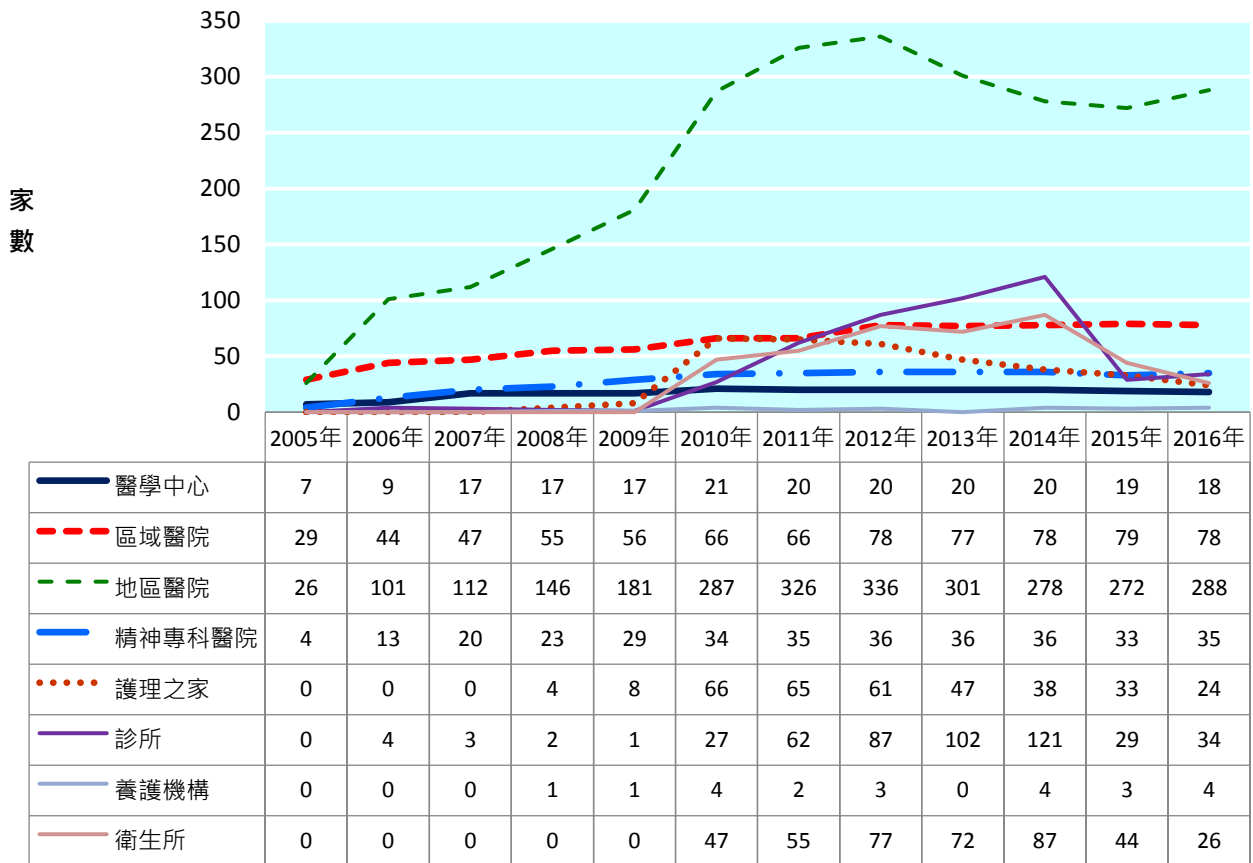


圖 2-0-0-4 歷年醫事機構層級通報家數統計 (資料範圍：通報日期 2005 年～2016 年)

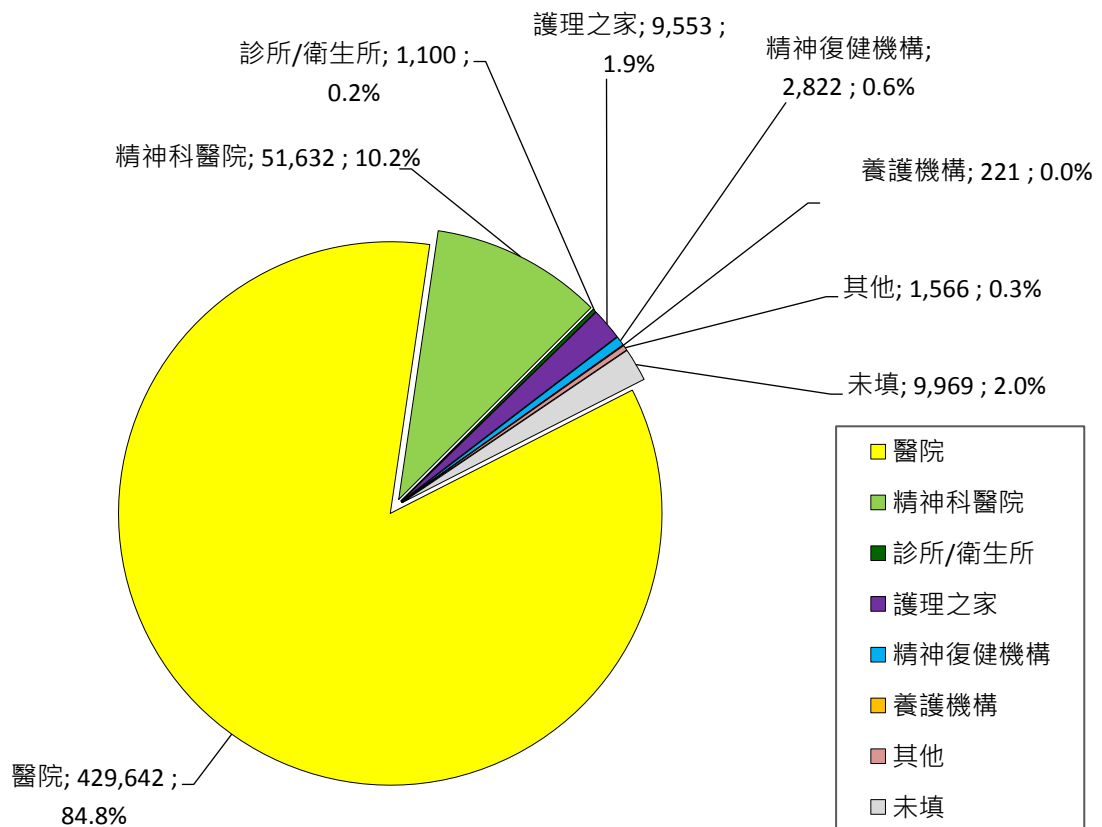


圖 2-0-0-5 2005~2016 年整體事件發生醫事機構統計



2016 年事件類別分布情形，按發生件數排行前 5 名事件類別依序為藥物事件、跌倒事件、管路事件、傷害行為事件及檢查檢驗事件，若以各年事件類別來看，近 5 年 Top 5 均為此 5 類事件，排序亦無特別變化，僅醫療照護 2013 年排名超越治安事件（表 2-0-0-1）。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 近 5 年通報事件類別排行榜（%係指該類事件佔當年度事件數之比例）

2012 年		2013 年		2014 年		2015 年		2016 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	19,474 (30.9)	藥物 事件	18,747 (30.9)	藥物 事件	19,727 (31.9)	藥物 事件	17,757 (30.7)	藥物 事件	20,245 (30.8)
跌倒 事件	16,586 (26.3)	跌倒 事件	16,173 (26.6)	跌倒 事件	16,413 (26.5)	跌倒 事件	14,837 (25.6)	跌倒 事件	16,635 (25.3)
管路 事件	9,781 (15.5)	管路 事件	9,558 (15.7)	管路 事件	9,560 (15.5)	管路 事件	8,929 (15.4)	管路 事件	10,169 (15.5)
傷害 行為	4,511 (7.2)	傷害 行為	4,467 (7.4)	傷害 行為	4,445 (7.2)	傷害 行為	4,114 (7.1)	傷害 行為	4,808 (7.3)
檢查 檢驗	4,422 (7.0)	檢查 檢驗	3,841 (6.3)	檢查 檢驗	3,766 (6.1)	檢查 檢驗	3,881 (6.7)	檢查 檢驗	3,985 (6.1)
治安 事件	2,452 (3.9)	醫療 照護	1,956 (3.2)	治安 事件	2,058 (3.3)	治安 事件	2,085 (3.6)	治安 事件	2,597 (3.9)
醫療 照護	2,056 (3.3)	治安 事件	1,946 (3.2)	醫療 照護	1,925 (3.1)	醫療 照護	1,927 (3.3)	醫療 照護	2,152 (3.3)

在受影響對象為病人的相關統計分析方面，年齡以 19-64 歲佔大多數，達 43.6%，其次為 65 歲以上老人佔 35.1%，0-18 歲則佔 6.5%（圖 2-0-0-6）。性別分布扣除未填及不知道的事件後，男性佔 56.6%，女性佔 43.4%，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 35.9%，有傷患者佔 34.9%，跡近錯失則佔 25.4%。傷害程度在重度以上的案件佔 2.6%，中度傷害案件佔 13.0%，輕度案件佔 19.3%（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，隨通報量逐年增加，所有健康影響程度事件量均有上升。在扣除健康影響程度為未填及不知道之事件，觀察各影響程度佔當年度事件數比例，影響程度 Level 1（死亡+極重度+重度）事件及 Level 2（中度+輕度）比例逐年下降，無傷害持平，跡近錯失事件數比例則逐年上升（圖 2-0-0-9）。觀察歷年整體事件對病人/住民健康影響程度，可發現通報事件數已由逐年增加至 2012 年後轉趨穩定（圖 2-0-0-10）。其中通報病人/住民受傷害事件數雖逐年增加，不過多為輕度、中度傷害事件，重度以上案件在有傷害事件所佔比例由 2005 年的 11.4%逐年遞減至 2016 年 7.2%，2016 年較 2015 年增加 0.4 個百分點（圖 2-0-0-11）。進一步分析歷年通報事件數前三名（藥物、

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。



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 8.5%、跌倒事件有傷害事件比例佔跌倒事件數 51.6%、管路事件有傷害事件比例佔管路事件數 62.9%，觀察歷年資料有傷害事件數皆呈逐年增加並轉趨平穩，其中跌倒事件及管路事件重度以上傷害事件數分別自 2013 年及 2012 年依事件類別呈逐年遞減趨勢，惟藥物事件重度以上傷害事件數近二年有上升情形(圖 2-0-0-12~14)。

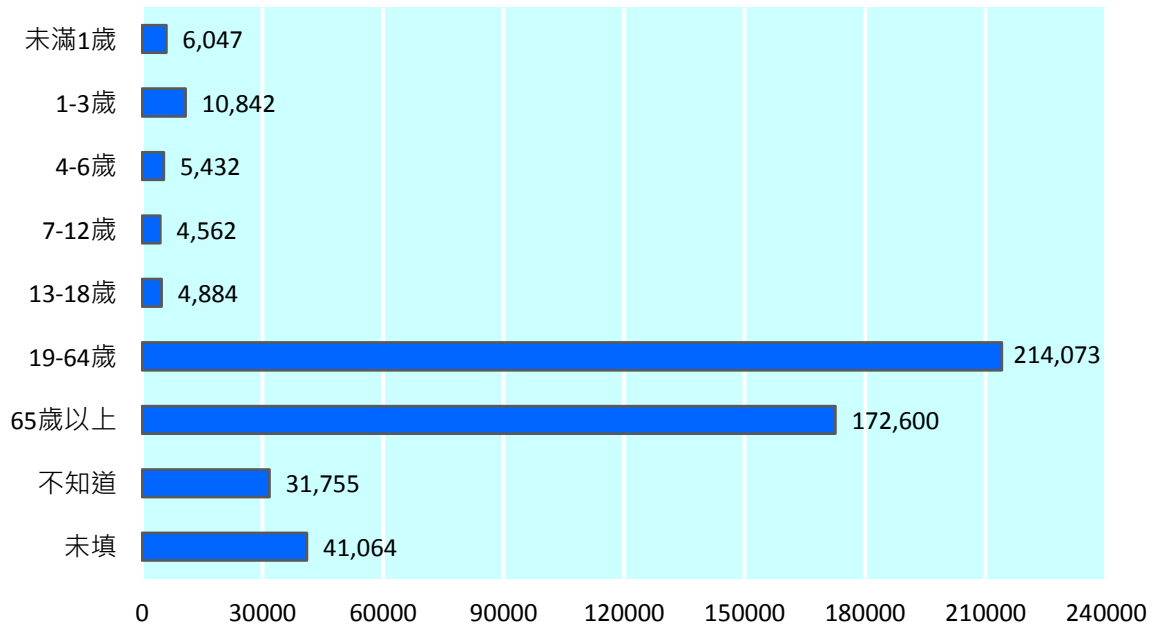


圖 2-0-0-6 2005~2016 年整體事件受影響對象年齡層分布

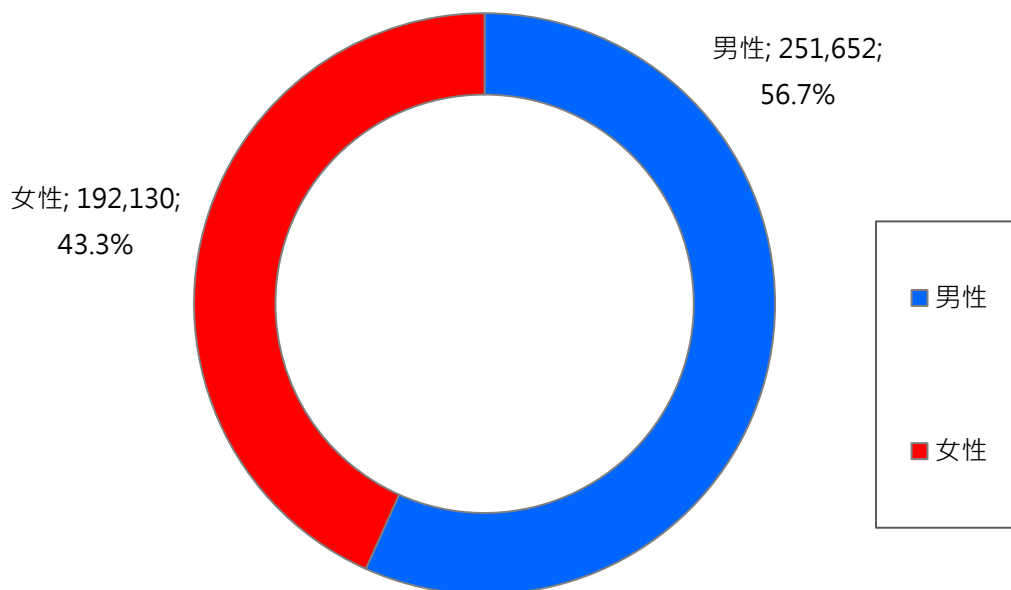


圖 2-0-0-7 2005~2016 年整體事件受影響對象性別分布

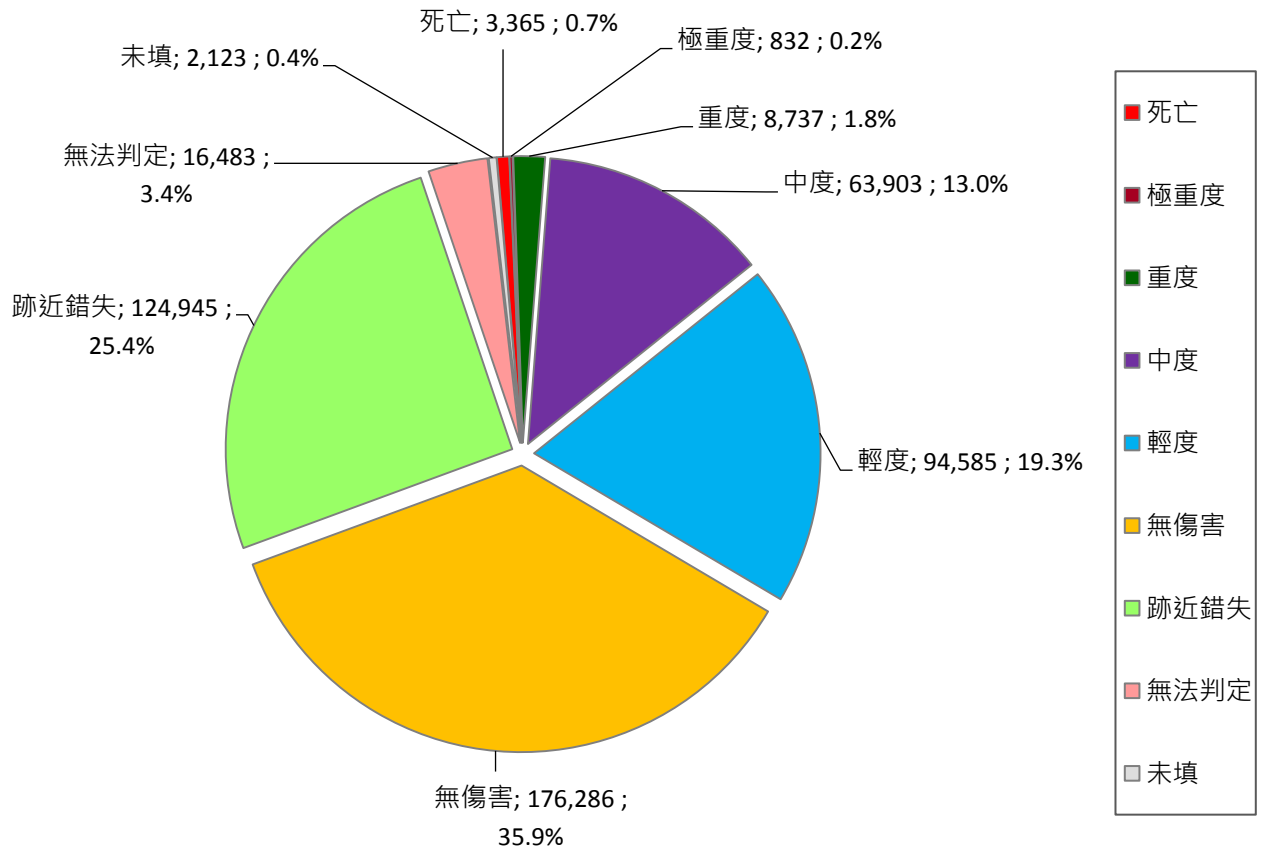


圖 2-0-0-8 2005~2016 年整體事件發生對病人/住民健康的影響分布

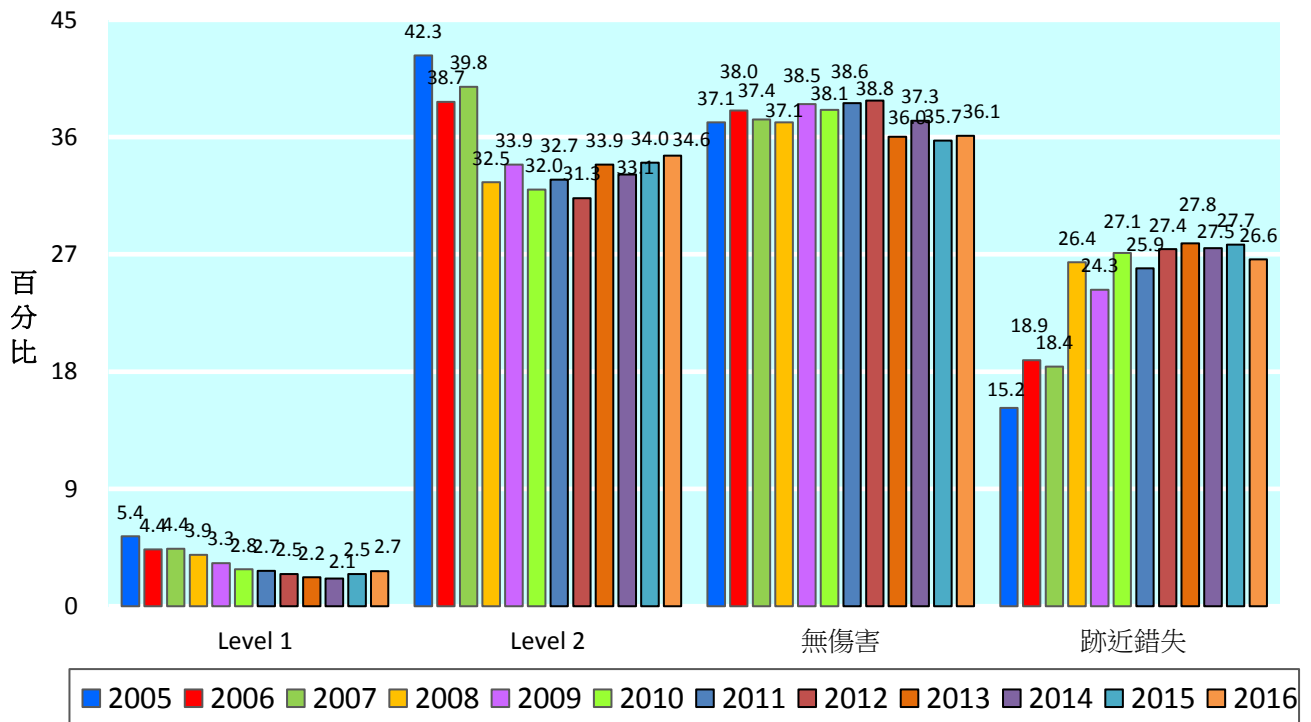


圖 2-0-0-9 歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度趨勢

(Level 1=死亡+極重度+重度；Level 2=中度+輕度)

(百分比為該影響程度事件數佔當年度受影響對象為病人/住民事件數總和之比例)

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。

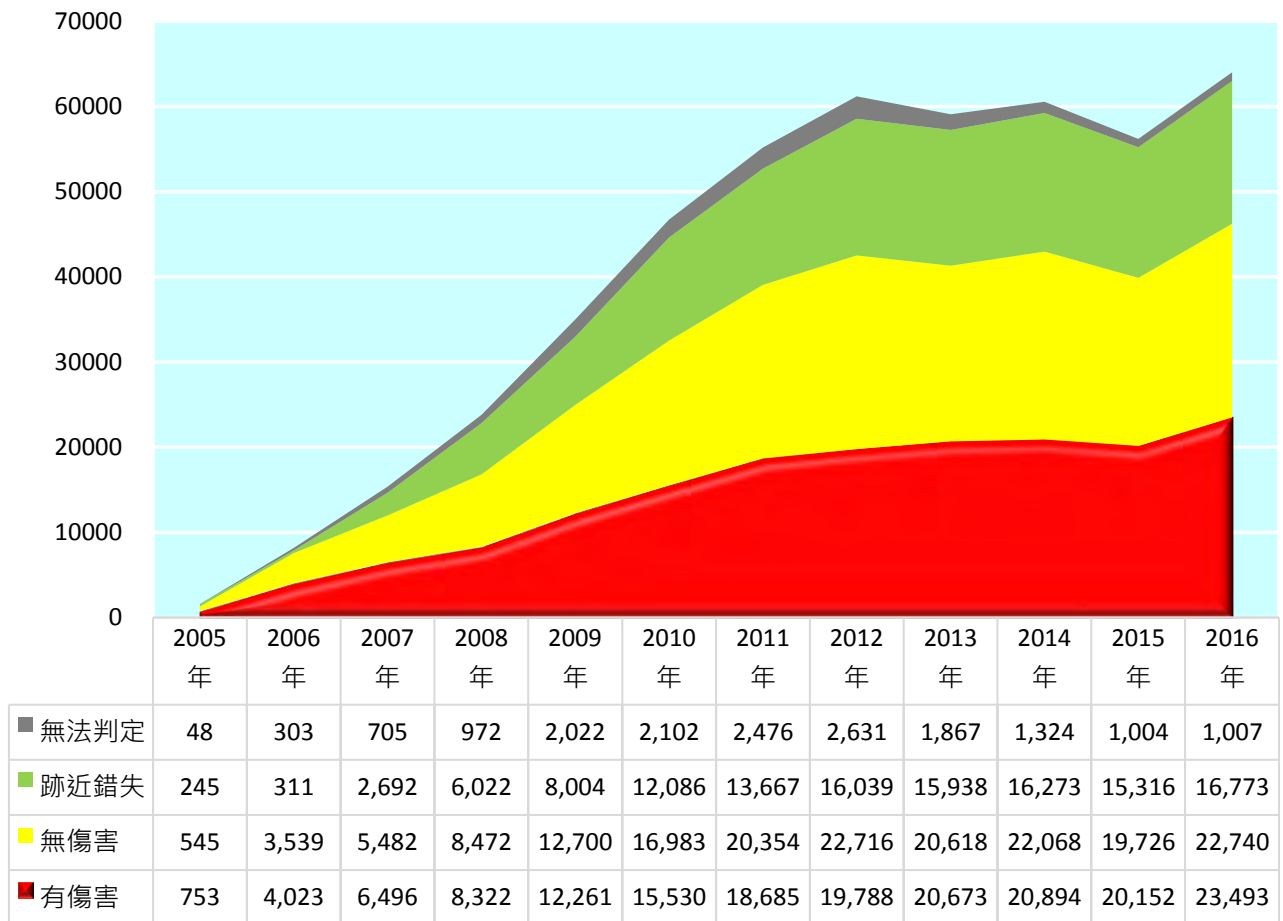


圖 2-0-0-10 歷年整體事件發生對病人/住民健康的影響程度

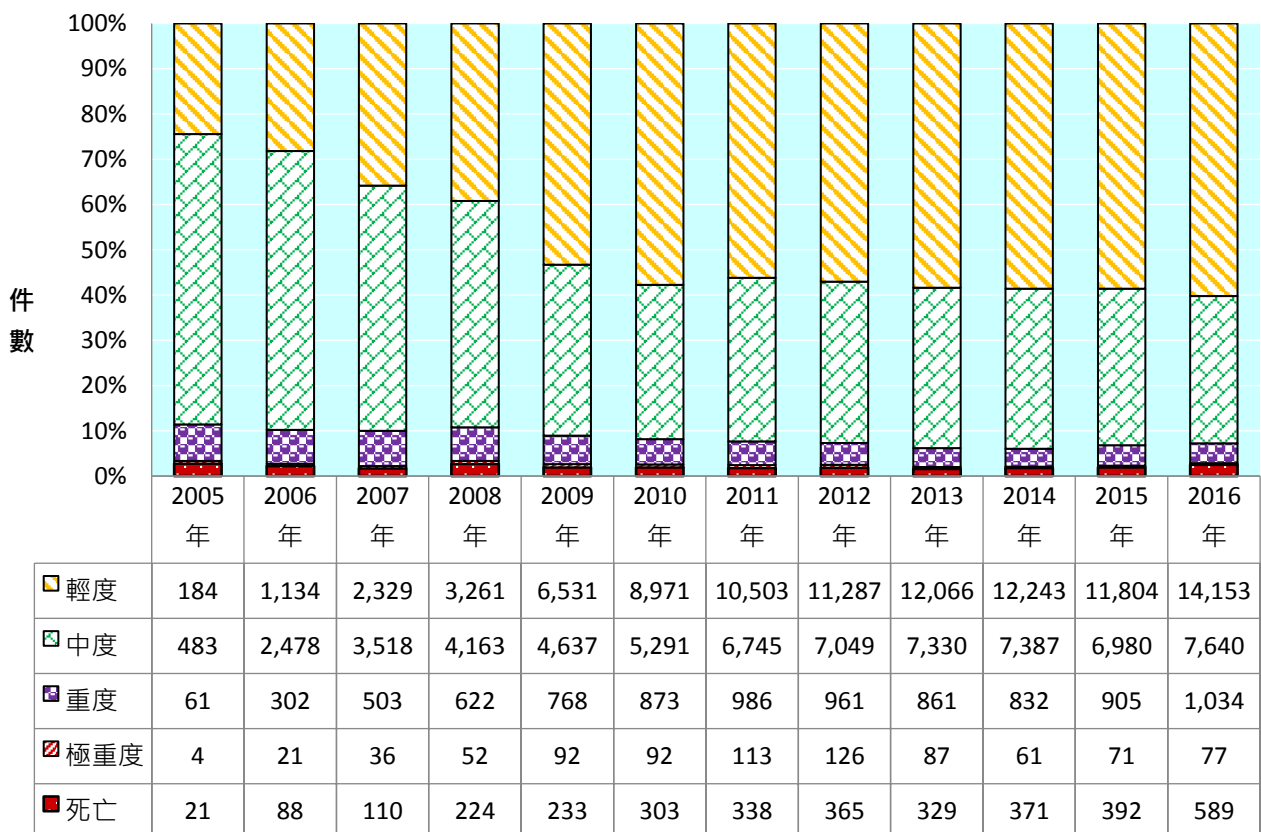


圖 2-0-0-11 歷年整體事件發生對病人/住民健康造成傷害的傷害程度

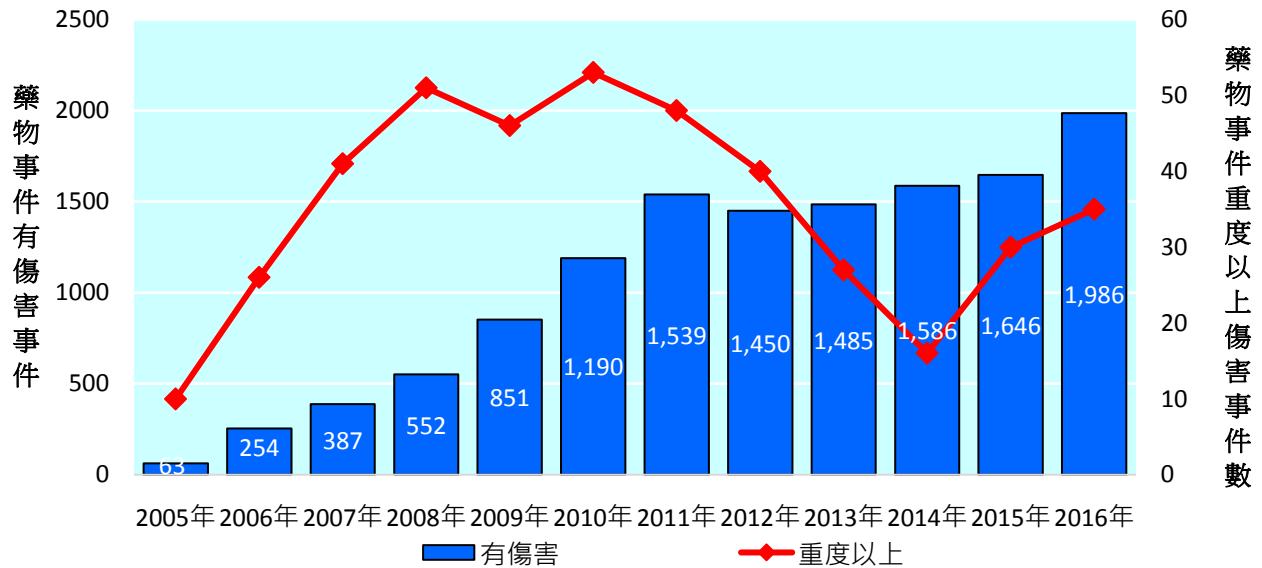


圖 2-0-0-12 歷年藥物有傷害事件與重度以上傷害事件數趨勢

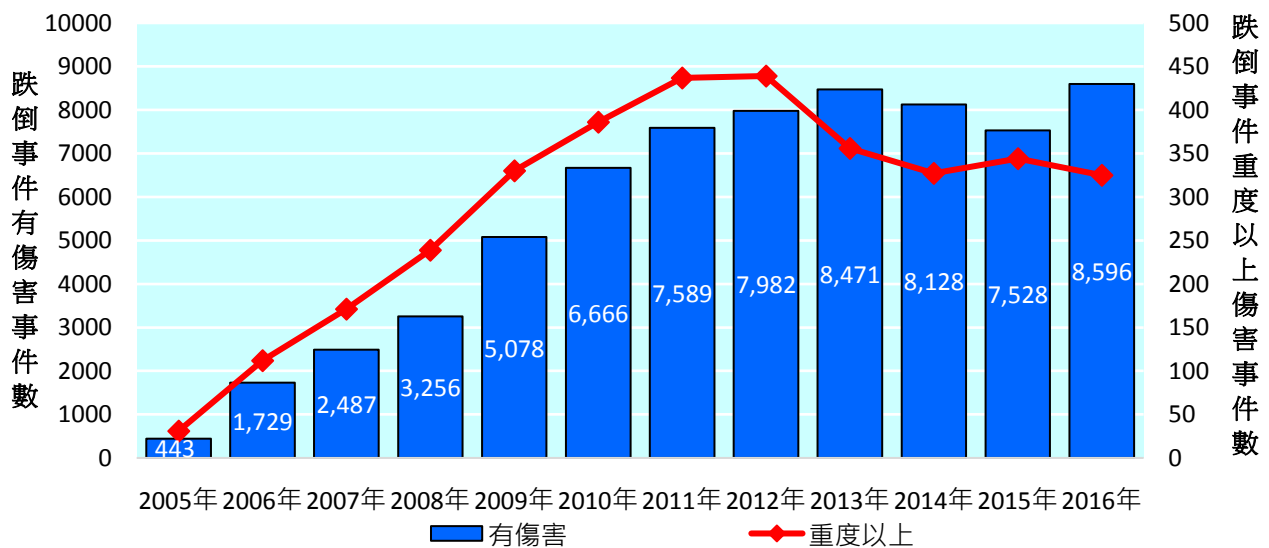


圖 2-0-0-13 歷年跌倒有傷害事件與重度以上傷害事件數趨勢

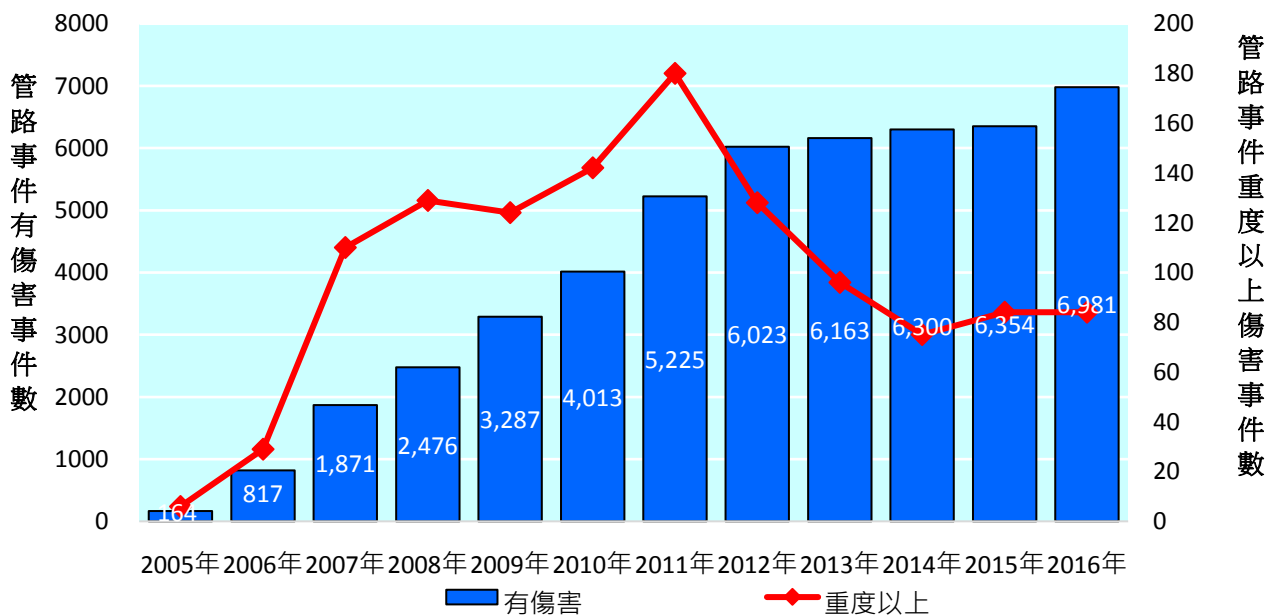


圖 2-0-0-14 歷年管路有傷害事件與重度以上傷害事件數趨勢

在通報人員身份別的趨勢分析方面，扣除歷年通報人員最多的護理人員、藥事人員以及行政人員後，從圖 2-0-0-15 可見，醫事檢驗人員自 2008 年後通報事件數有明顯增加趨勢，成為除護理、藥事及行政人員外主要通報者；支援人員在 2009 年後通報量大增，於 2011 年後逐年降低；醫師、物理職能治療人員及放射技術人員通報件數則呈逐年增加，其中放射技術人員通報量於 2016 年超越醫師，通報數僅次於醫事檢驗人員。

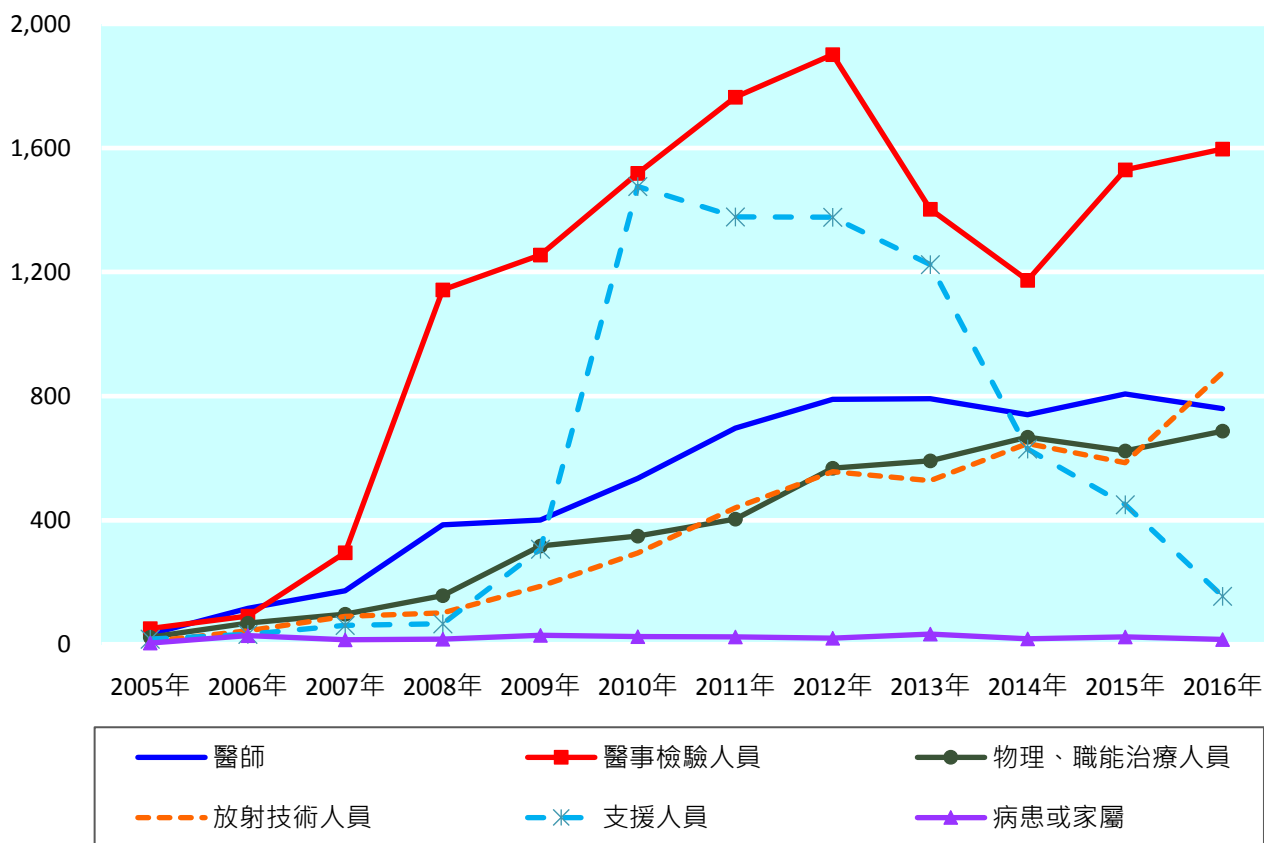


圖 2-0-0-15 歷年通報人員身份別趨勢 (不含護理人員、行政人員以及藥事人員)

註：此章節之資料係以「發生日期」於 2005 年至 2016 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、2016 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，2016 年之事件為 65,770 件，較 2015 年增加 7,908 件 (2015 年發生數為 57,862 件)；而以通報日期計算，2016 年之事件數為 56,562 件，較 2015 年減少 1,991 件 (2015 年通報件數為 58,553 件)，此落差顯示有多數 2016 年發生案件選擇集中於 2017 年 2 月年度案件結算前通報。以事件發生之醫療機構類別來看，2016 年發生於醫院的事件為最多，佔 87.0% (57,237 件)，其次為精神科醫院，佔 11.5%，此兩類機構通報之事件數佔所有事件數之 98.5% (圖 3-1-0-1)。

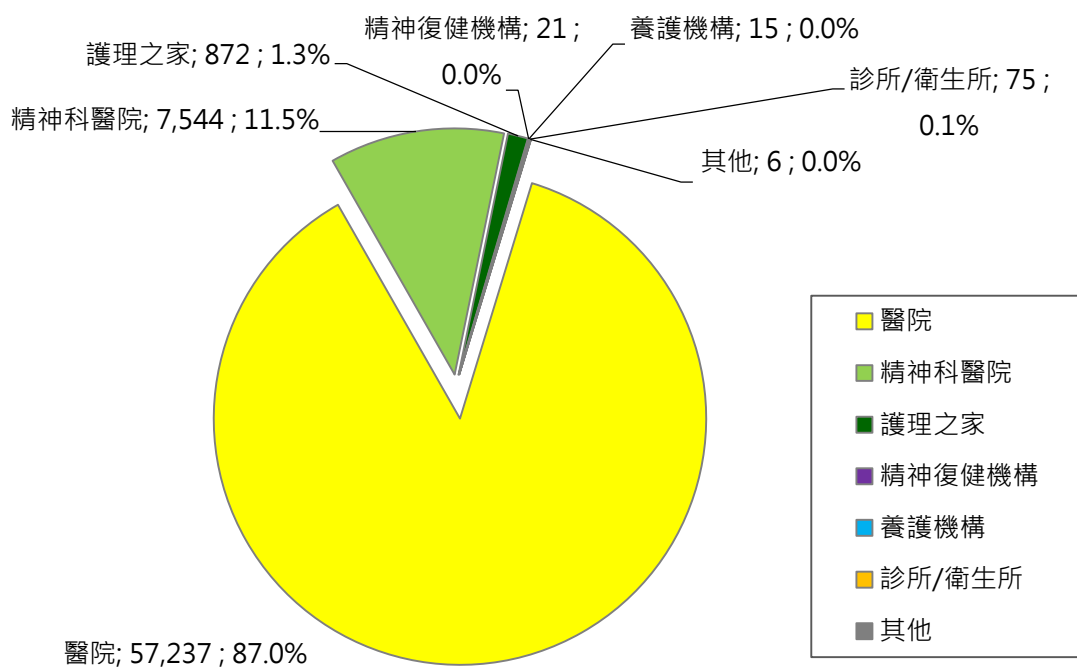


圖 3-1-0-1 各類型醫事機構發生件數分布 (N=65,770)

通報來源與管道相關統計部分，2016 年共有 508 家機構曾參與通報，通報率 (通報機構/參與機構) 為 7.2%，較 2015 年低 (7.6%)，此原因與多數診所/衛生所加入但尚未通報案件或延遲通報有關，若排除診所/衛生所通報率為 63.1% (447/708)。各縣市機構通報率除金門縣 (僅 2 家加入 1 家通報) 外，通報率呈 2.0%至 53.8%分布 (圖 3-1-0-2)，通報率較低之原因為所在縣市別參與家數多 (含診所/衛生所) 但實際通報家數比例較少 (可能為無案件或未通報) 所致。

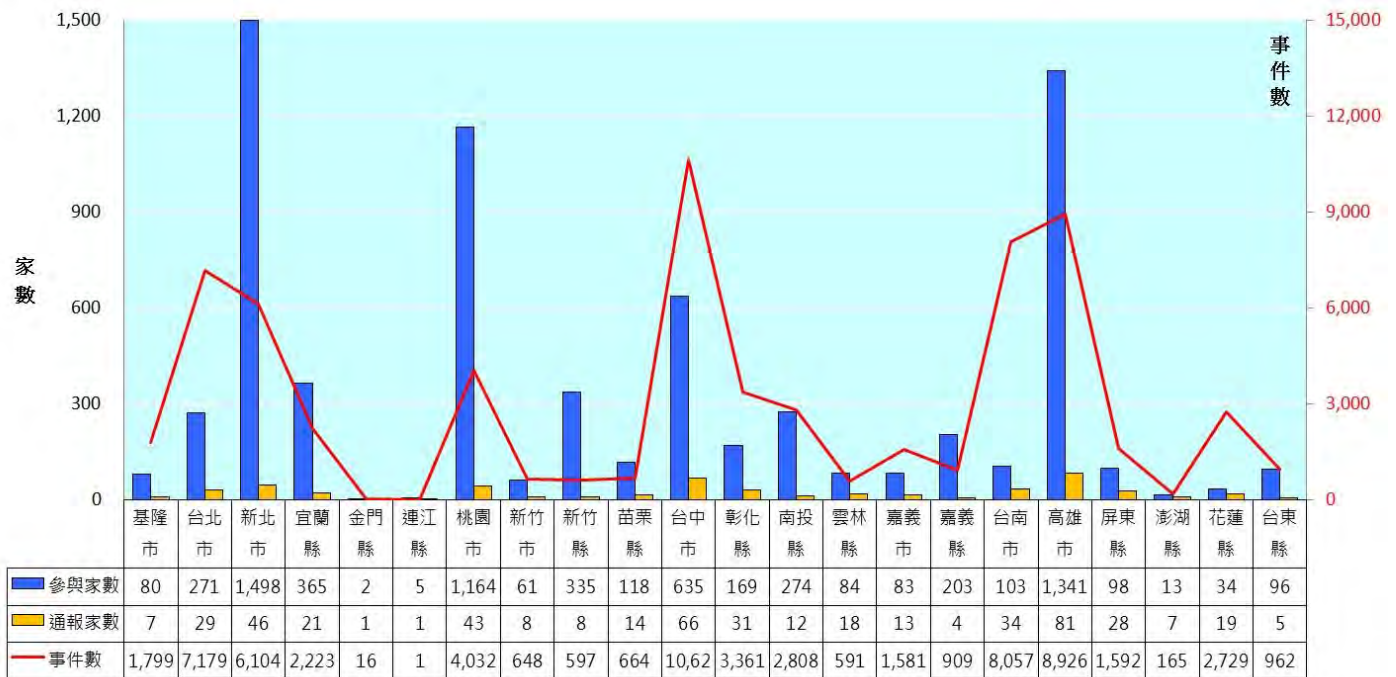


圖 3-1-0-2 所有機構各縣市通報家數/件數分布 (N=65,573)

(資料範圍：發生日期 2016 年，不含個人通報及無法辨識機構來源 197 件)

以事件通報月份進行分析，2016 年通報高峰落在 12 月；以通報管道分析，通報件數以資料庫匯入最多佔 42.9%，其次為軟體通報佔 41.2%，線上通報佔 15.9% 最少，相較於 2015 年，使用資料庫匯入減少 3 個百分點，軟體通報及線上通報之比例則各增加 2.4 及 0.6 個百分點。(圖 3-1-0-3)

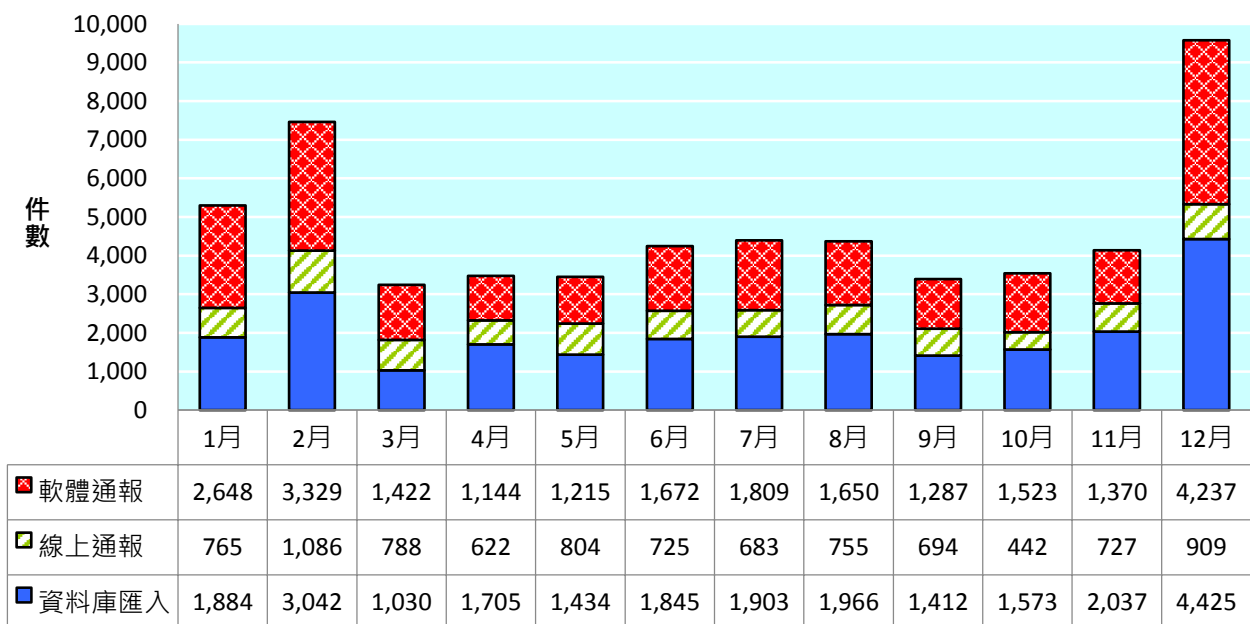


圖 3-1-0-3 所有機構每月通報方式統計 (N=56,562)

(資料範圍：通報日期 2016 年)

二、事件相關統計

針對各類事件相關統計，將整年度發生之通報事件依件數排序後，依序為藥物事件、跌倒事件、管路事件、傷害行為事件以及檢查檢驗事件等（表 3-2-0-1）。進一步依事件發生之醫療機構類別分析，發生於醫院之事件共 57,237 件（含居家照護），藥物、跌倒及管路事件分居前三位，共佔 75.1%；發生於精神科醫院之事件共 7,544 件，最多者為傷害事件（佔 42.7%），其次為跌倒事件（佔 38.0%）及治安事件（佔 9.3%）。發生於護理之家事件共 872 件，其中以跌倒事件 526 件為最多，其次為管路事件 132 件。精神復健機構及養護機構則分別通報 21 件及 15 件。發生於診所（含衛生所）共 75 件，其中以跌倒事件(26 件)及藥物事件(21 件)所佔比例較高。

表 3-2-0-1 各類機構發生事件類型（N=65,770）

	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	19,758	414	52	0	0	21	0	20,245
跌倒事件	13,202	2,864	526	5	10	26	2	16,635
管路事件	10,012	16	132	0	1	7	1	10,169
傷害行為	1,549	3,220	30	9	0	0	0	4,808
檢查檢驗	3,956	19	7	0	0	2	1	3,985
治安事件	1,865	699	26	5	0	1	1	2,597
醫療事件	1,943	128	76	0	2	3	0	2,152
手術事件	1,413	0	0	0	0	0	0	1,413
公共意外	1,072	86	9	0	1	4	0	1,172
其他事件	940	61	11	2	1	10	1	1,026
不預期心跳停止	848	36	2	0	0	1	0	887
輸血事件	616	1	1	0	0	0	0	618
麻醉事件	63	0	0	0	0	0	0	63
總計	57,237	7,544	872	21	15	75	6	65,770

事件發生時段分布方面，醫院與精神科醫院皆有發生事件較密集的二個高峰，上午之高峰為 10:01~12:00，下午高峰為 14:01~16:00。護理之家與診所/衛生所事件較密集的高峰時段為上午 08:01~10:00（表 3-2-0-2）。



表 3-2-0-2 各類機構發生時段情形 (N=63,585, 不含時段未填 1,285 件)

	醫院	精神科 醫院	護理之 家	精神復 健機構	養護機 構	診所/衛 生所	其他	總計
00:01-02:00	3,111	261	34	0	0	0	0	3,406
02:01-04:00	2,594	237	46	0	0	0	0	2,877
04:01-06:00	2,805	260	59	1	0	0	1	3,126
06:01-08:00	3,813	654	61	1	4	2	0	4,535
08:01-10:00	6,601	919	107	2	2	21	1	7,653
10:01-12:00	7,500	1,059	83	3	0	18	2	8,665
12:01-14:00	5,095	831	83	4	1	3	0	6,017
14:01-16:00	6,747	911	105	4	1	11	1	7,780
16:01-18:00	5,669	774	86	1	2	4	0	6,536
18:01-20:00	4,317	651	72	2	2	4	0	5,048
20:01-22:00	4,115	597	62	3	3	2	0	4,782
22:01-00:00	2,816	306	37	0	0	0	1	3,160
總計	55,183	7,460	835	21	15	65	6	63,585

在每月發生事件數部分，以 7 月份 5,880 件為最多；若進一步以各類事件發生月份來看，藥物事件發生在 5 月之事件數最多，1 月最少；跌倒事件以 10 月發生最多，2 月最少；管路事件以 6 月最多，4 月最少；傷害行為事件以 5 月最多、2 月最少；檢查檢驗事件及醫療事件與 2015 年相同，同樣以 10 月份及 3 月發生事件最高 (圖 3-2-0-1)。

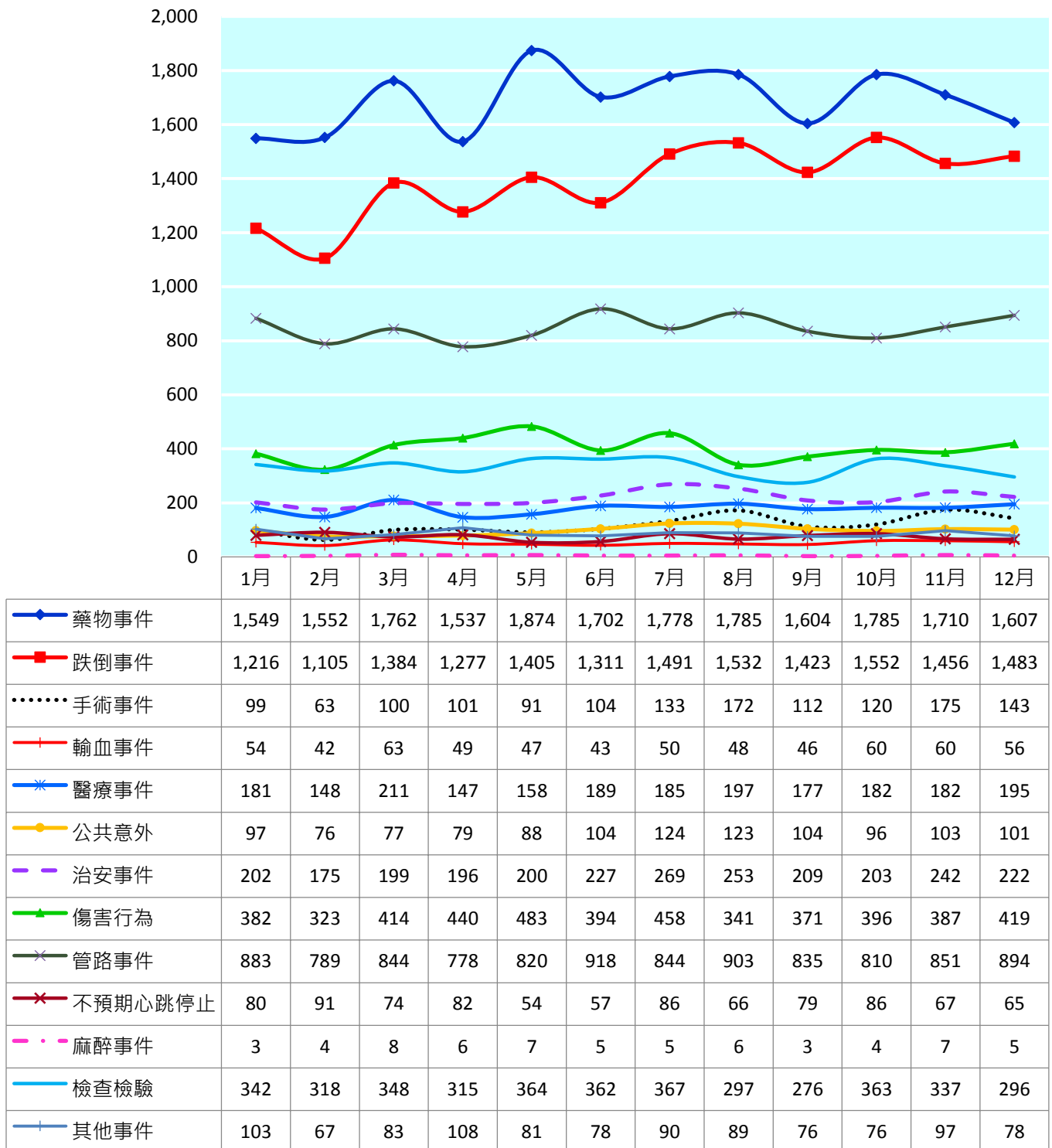


圖 3-2-0-1 所有機構各類事件每月發生件數分布 (N=65,770)

事件發生地點方面，醫院事件以發生於一般病房居多（相對次數百分比 53.7 件/百件），其次為特殊醫療照護區 14.3 件/百件及藥局 11.3 件/百件；精神科醫院則與護理之家相同，事件發生地點皆集中發生於一般病房，其次則於公共區域或特殊醫療照護區居多。



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	其他
一般病房	53.7	89.8	70.4	14.3	16.7
藥局	11.3	2.8	0.9	0.0	0.0
急診室	7.4	0.7	0.1	0.0	0.0
門診	7.4	0.7	1.1	0.0	0.0
公共區域	2.2	3.2	5.5	57.1	16.7
檢查檢驗部門 ¹	4.2	0.1	0.5	0.0	0.0
特殊醫療照護區 ²	14.3	1.3	20.6	4.8	0.0
其他	2.6	2.5	4.5	23.8	66.7
事件數	57,237	7,544	872	21	6

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

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

三、病人/住民相關統計

2016 年通報事件影響對象為病人/住民之總發生事件數為 64,013 件。在發生事件與病人/住民相關統計部分，分別以性別、年齡及對健康影響程度進行分析，病人/住民性別分布以男性居多，若扣除「未填」以及「不知道」的通報事件，受影響對象為男性的比例為 57.6%，女性則為 42.4%；按機構排序男性比例依序為養護機構 (69.2%)、精神復健機構 (65.0%)、精神科醫院 (58.8%)、醫院 (57.7%)、護理之家 (43.8%) 及診所 (43.3%) (圖 3-3-1-1)。如以各類事件呈現性別分布，男性比例超過 60% 的事件類別有傷害行為、治安事件、管路事件、不預期心跳停止事件，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 3-3-1-2)。

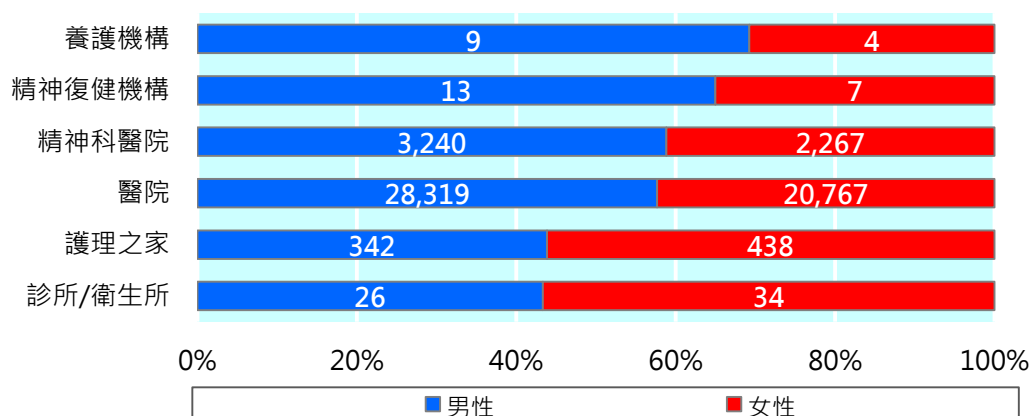


圖 3-3-1-1 機構別之受影響對象之性別分布
(N=55,471，不含未填、不知道 8,542 件)

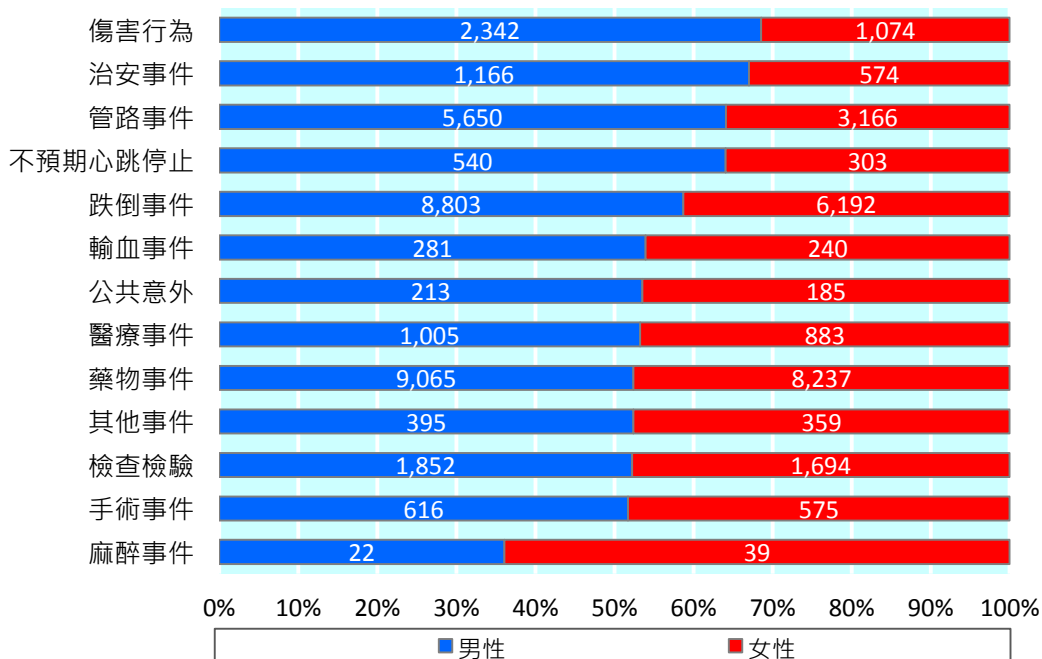


圖 3-3-1-2 各類別通報事件受影響對象之性別分布
(N=55,471，不含未填、不知道 8,542 件)



年齡分布部分，以 19 歲至 64 歲之成年人居多，佔所有病人/住民的 42.5%，而 65 歲以上之老年人次之，佔所有受影響對象的 36.0%；醫院病人/住民年齡分布以 19 歲至 64 歲之成年人居多，其次為 65 歲以上之老年人；精神科醫院受影響對象主要為 19 歲至 64 歲之成年人，佔 63.1%；護理之家受影響對象主要為 65 歲之老年（表 3-3-0-1）。分析各年齡層發生事件類別，學齡前（6 歲以下）與學齡期（7~18 歲）病人/住民發生事件均以藥物事件為主，成年人以藥物、跌倒、管路及傷害事件為多，65 歲以上者發生事件以跌倒、藥物及管路事件為多（圖 3-3-2-1）。

表 3-3-0-1 各類機構年齡層（N=64,013）

	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	567	0	1	0	0	1	0	569
幼兒	1,216	0	2	0	0	1	0	1,219
學齡前期	570	0	1	0	0	4	0	575
學齡期	473	1	0	0	0	0	0	474
青少年	527	65	0	0	0	1	1	594
成年	22,401	4,544	208	16	3	29	2	27,203
老年	21,855	615	508	0	10	23	2	23,013
不知道	3,519	378	68	4	0	3	0	3,972
未填	4,720	1,602	68	1	0	3	0	6,394
總計	55,848	7,205	856	21	13	65	5	64,013

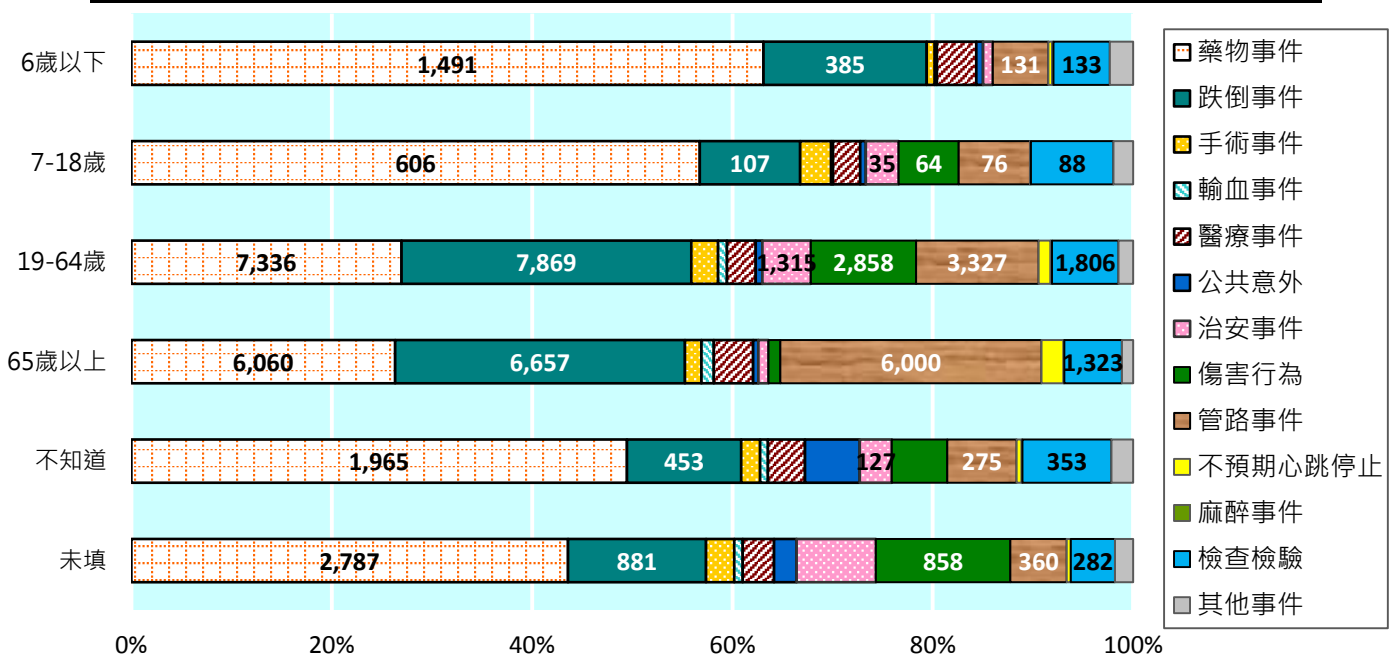


圖 3-3-2-1 各類別通報事件受影響對象年齡層分布（N=64,013）



對病人/住民健康的影響程度的分析部分，整體事件以有傷患者佔 36.7%為最高，無傷害次之佔 35.5%，跡近錯失則佔 26.2%。造成病人傷患者中以輕度傷害比例最高，佔 22.1%(圖 3-3-3-1)。醫院別事件對健康影響程度與整體事件分布相似，以有傷害比例佔 35.5%最多，無傷害事件比例佔 33.5%，跡近錯失則佔 29.3%(圖 3-3-3-2)。在精神科醫院方面，健康影響程度以無傷害的比例最高，佔 50.5%，其次則為有傷害事件，佔 43.8%(圖 3-3-3-3)。護理之家與精神復健機構發生事件對健康影響程度亦以有傷害為多，分別佔 53.9%及 61.9%，其次為無傷害，分別佔 42.8%及 23.8%(圖 3-3-3-4、圖 3-3-3-5)；診所事件(含衛生所)有傷患者佔 52.3%，其中以輕度傷害最多，佔 29.2%，無傷害佔 32.3%(圖 3-3-3-6)。以上顯示不同醫療機構發生事件型態不同，對健康影響程度之分布也各不相同，精神科醫院、護理之家與精神科復健機構之跡近錯失事件數之比例較醫院為低，主要與發生於醫院的藥物、檢查\檢驗、手術、輸血等事件有超過 50%皆為跡近錯失有關。

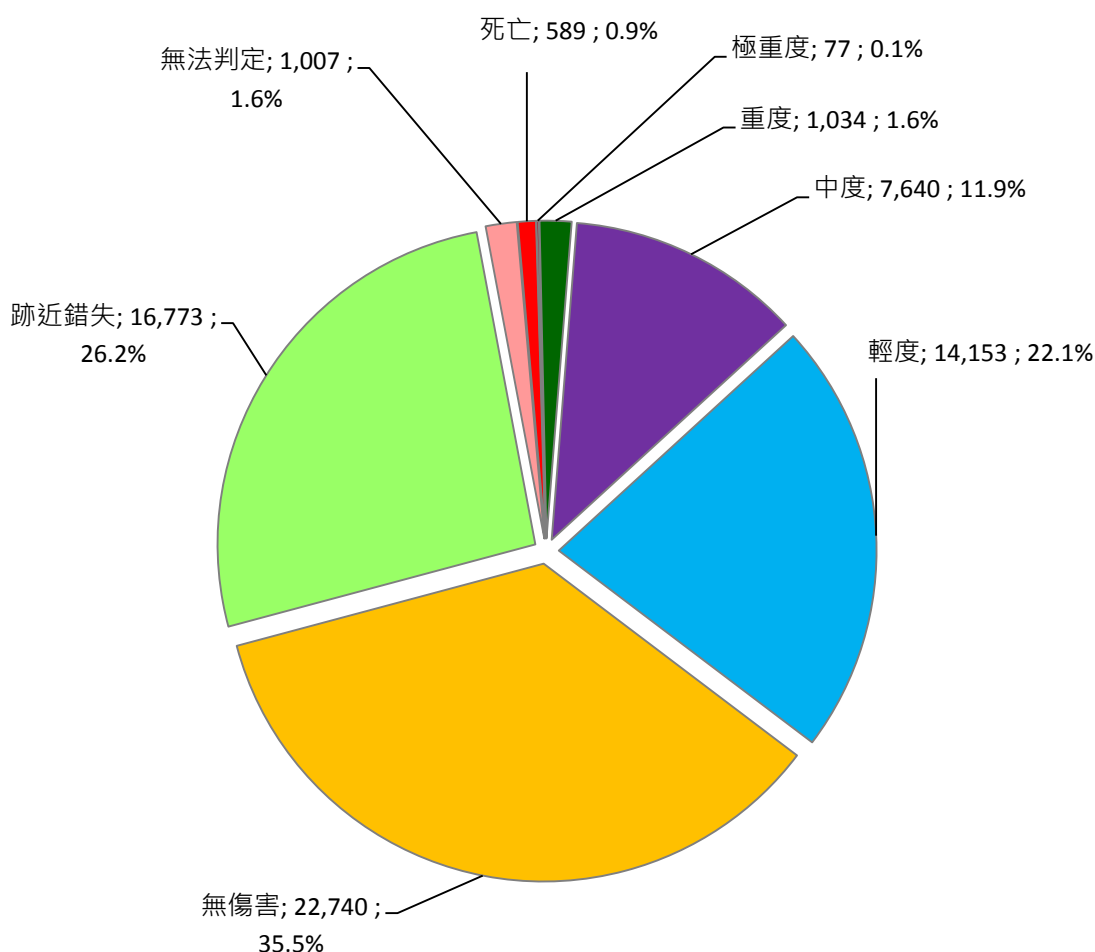


圖 3-3-3-1 所有機構病人/住民的影響程度 (N=64,013)

對病人/住民健康的影響程度

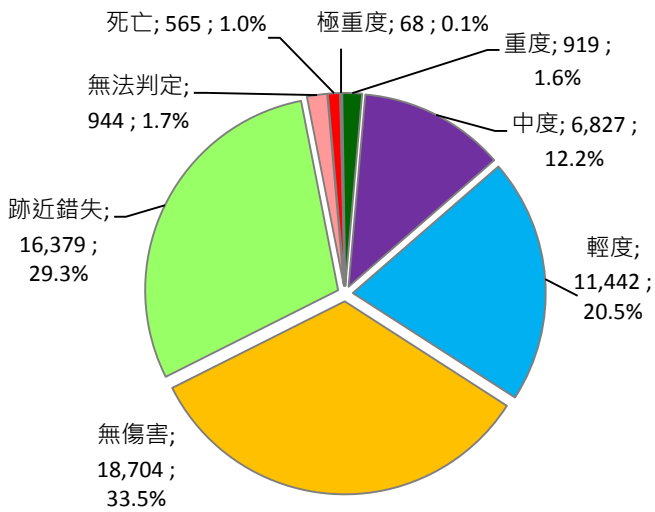


圖 3-3-3-2 醫院 (N=55,848)

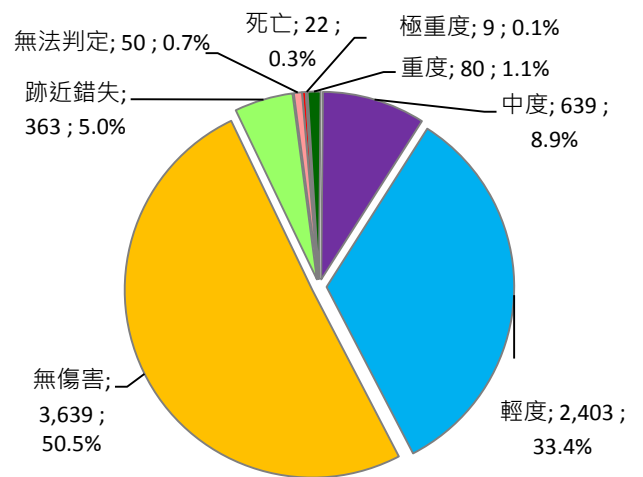


圖 3-3-3-3 精神科醫院 (N=7,205)

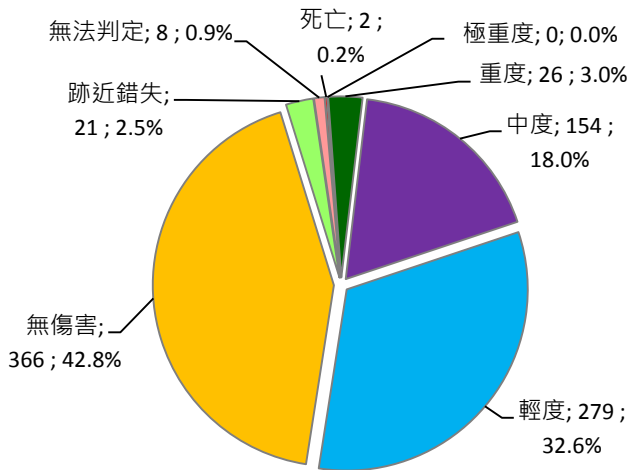


圖 3-3-3-4 護理之家 (N=856)

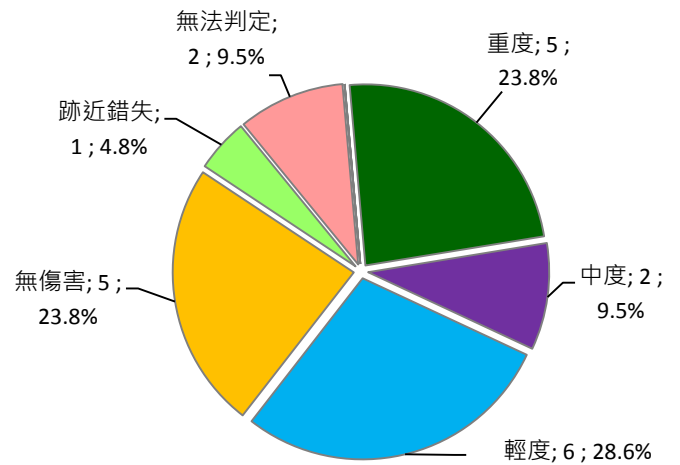


圖 3-3-3-5 精神復健機構 (N=21)

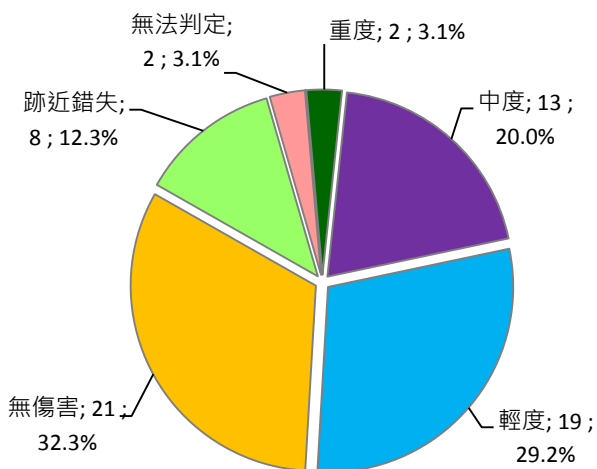
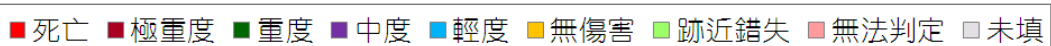


圖 3-3-3-6 診所 (含衛生所) (N=65)



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，排除事件發生後嚴重程度為跡近錯失、無法判定嚴重度、不知道或未填者外，整體而言以 SAC=4 最多，佔 40.6%，其次為 SAC=3，佔 15.3%；NA* 及 INC* 所佔整體比例則分別為 34.3% 及 7.9%；各類型機構皆以 SAC=4 所佔比例最多（表 3-3-0-2）。

表 3-3-0-2 各類機構異常事件嚴重度評估矩陣 SAC 統計（N=64,013，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		診所	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SAC=1	493	0.8	477	0.9	15	0.2	1	0.1	0	0.0	0	0.0
SAC=2	711	1.1	652	1.2	51	0.7	7	0.8	0	0.0	0	0.0
SAC=3	9,764	15.3	8,549	15.3	1,061	14.7	141	16.5	1	4.8	8	12.3
SAC=4	26,016	40.6	21,738	38.9	3,828	53.1	409	47.8	3	14.3	29	44.6
NA	21,957	34.3	21,063	37.7	667	9.3	179	20.9	17	81.0	27	41.5
INC	5,072	7.9	3,369	6.0	1,583	22.0	119	13.9	0	0.0	1	1.5
總計	64,013	100.0	55,848	100.0	7,205	100.0	856	100.0	21	100.0	65	100.0

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

進一步分析各類事件對病人/住民之健康影響程度，重度以上事件所佔比例在院內不預期心跳停止事件最高（佔 51.2%），跌倒事件次之（佔 19.1%），中度及輕度事件比例在跌倒事件（佔 38.0%）、管路事件（佔 31.6%）較高，跡近錯失事件則在藥物事件較高（佔 78.3%），其次為檢查檢驗事件（佔 11.6%）（表 3-3-0-3）。依機構別分析，醫院趨勢與整體事件相近（表 4-1-0-2）。精神科醫院部分，重度以上事件在院內不預期心跳停止事件比例較其他類事件高，而中度與輕度傷害事件在跌倒事件有較高的比例，跡近錯失事件則集中於藥物事件（表 4-2-0-1）。護理之家發生重度以上事件比例同樣以院內不預期心跳停止事件為最高，而中度與輕度傷害事件在醫療、管路及傷害事件有較高的比例（表 4-3-0-2）。



表 3-3-0-3 各類事件發生後對病人/住民健康的影響程度 (N=64,013 ; 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	
事件類別	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	0	0.0	1	1.3	34	3.3	690	9.0	1,261	8.9	5,036	22.1	13,140	78.3	83	8.2	20,245	31.6
跌倒事件	2	0.3	11	14.3	312	30.2	2,544	33.3	5,727	40.5	7,667	33.7	1	0.0	88	8.7	16,352	25.5
手術事件	4	0.7	3	3.9	27	2.6	75	1.0	192	1.4	479	2.1	562	3.4	71	7.1	1,413	2.2
輸血事件	0	0.0	1	1.3	3	0.3	30	0.4	14	0.1	145	0.6	397	2.4	28	2.8	618	1.0
醫療事件	32	5.4	12	15.6	189	18.3	582	7.6	522	3.7	569	2.5	151	0.9	95	9.4	2,152	3.4
公共意外	0	0.0	0	0.0	1	0.1	64	0.8	63	0.4	350	1.5	123	0.7	85	8.4	686	1.1
治安事件	2	0.3	3	3.9	11	1.1	59	0.8	51	0.4	1,774	7.8	62	0.4	276	27.4	2,238	3.5
傷害行為	12	2.0	2	2.6	28	2.7	342	4.5	1,358	9.6	2,411	10.6	44	0.3	75	7.4	4,272	6.7
管路事件	18	3.1	3	3.9	63	6.1	3,053	40.0	3,844	27.2	3,124	13.7	40	0.2	24	2.4	10,169	15.9
不預期心跳停止	510	86.6	38	49.4	323	31.2	9	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.6	886	1.4
麻醉事件	7	1.2	3	3.9	14	1.4	13	0.2	9	0.1	11	0.0	1	0.0	5	0.5	63	0.1
檢查檢驗	1	0.2	0	0.0	21	2.0	100	1.3	1,056	7.5	736	3.2	1,943	11.6	128	12.7	3,985	6.2
其他事件	1	0.2	0	0.0	8	0.8	79	1.0	56	0.4	438	1.9	309	1.8	43	4.3	934	1.5
總計	589	100.0	77	100.0	1034	100.0	7,640	100.0	14,153	100.0	22,740	100.0	16,773	100.0	1,007	100.0	64,013	100.0

四、通報人員相關統計

在與通報者有關之統計方面，分析其身分及年資，通報者以護理人員為最多數，佔 69.4%，其次為藥事人員及行政人員，分別佔 15.0% 以及 3.4% (圖 3-4-0-1)。分析通報者身份別，護理職別中以勾選護理人員最多 (佔 96.9%)，其次為專科護理師 (圖 3-4-0-2)，護理職別通報事件最多前三類分別為跌倒、管路、藥物事件；醫師別身分則以主治醫師最多 (佔 64.2%)，其次為住院醫師 (圖 3-4-0-3)，醫師別通報事件最多前三類分別為藥物、麻醉、醫療事件。年資方面，以工作 1 至 5 年為最多，佔 30.6%，其次為 6 至 10 年，佔 15.1% (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 48.7%，其次為 6 至 10 年，佔 16.3% (圖 3-4-0-5)。

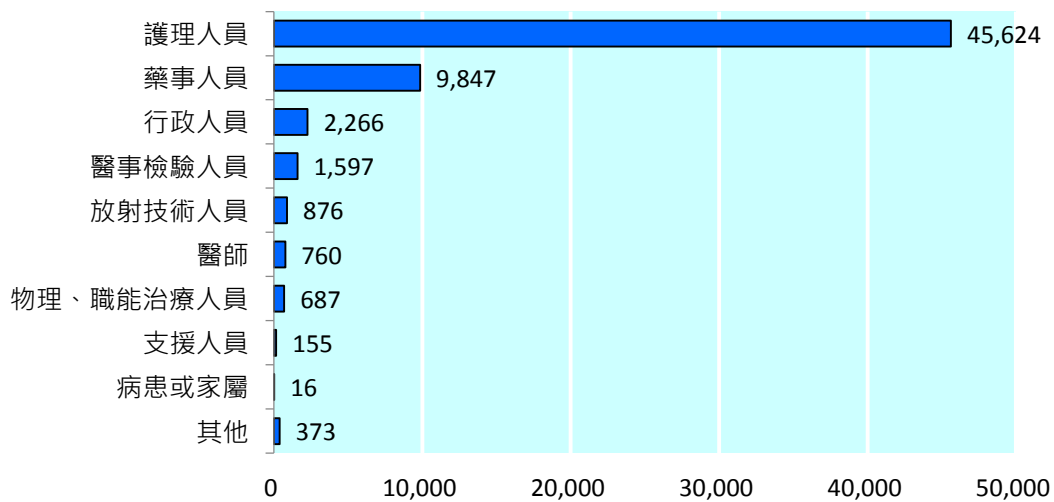


圖 3-4-0-1 所有機構通報者身分分布 (N=62,201，不含未填與不知道者 3,569 件)

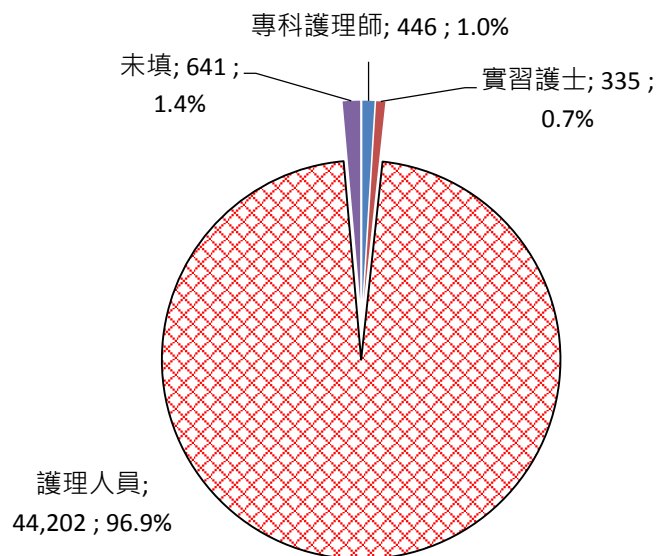


圖 3-4-0-2 通報者為護理人員身分別分布 (N=45,642)

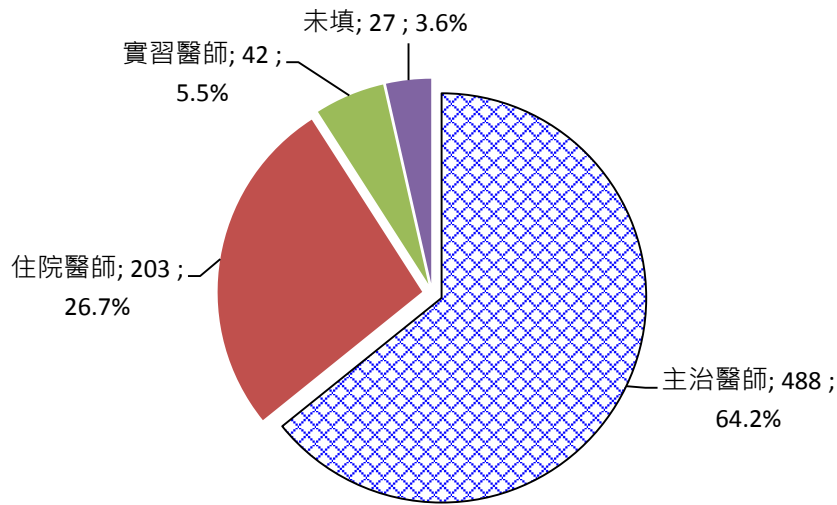


圖 3-4-0-3 通報者為醫師身分別分布 (N=760)

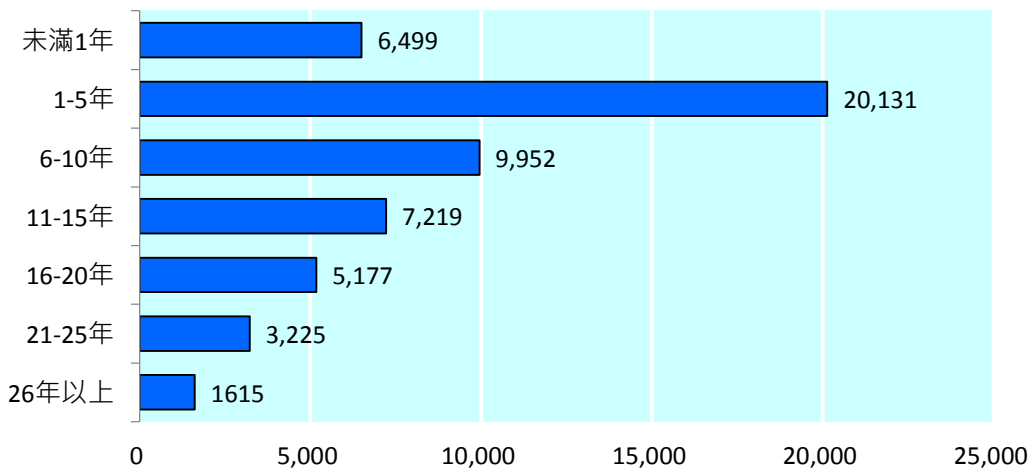


圖 3-4-0-4 所有機構通報者工作年資分布 (N=53,818 , 不含未填 11,952 件)

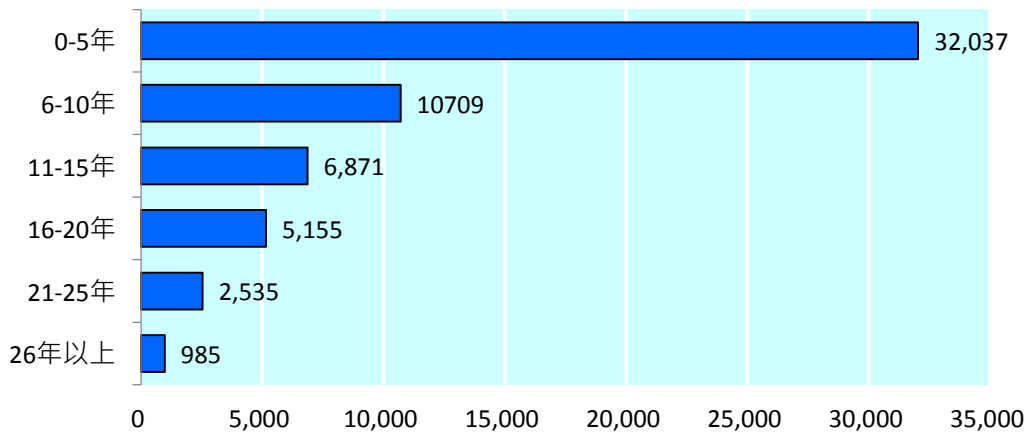


圖 3-4-0-5 所有機構通報者現職機構年資分布 (N=58,292 , 不含未填 7,478 件)



五、發生可能原因與改善措施統計

事件發生可能原因之統計，整體事件發生可能原因以「與人員個人因素（以下簡稱人為因素）」總次數最多，其次為「病人生理及行為因素（以下簡稱病人因素）」，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，院內不預期心跳停止事件（95.1 件/百件）、傷害行為（90.3 件/百件）、跌倒事件（81.4 件/百件）、管路事件（62.3 件/百件）、治安事件（44.7 件/百件）皆以「病人因素」所佔比例最高；檢查/檢驗/病理切片事件（82.6 件/百件）、手術事件（81.3 件/百件）、輸血事件（73.8 件/百件）、醫療照護事件（73.2 件/百件）及藥物事件（69.1 件/百件）則以「人為因素」為最常被通報者歸因為事件發生主要原因；其他如麻醉事件以「系統因素（55.6 件/百件）」為最常歸因主因，而公共意外則以「器材設備因素（66.0 件/百件）」為主。受通報表單改版之故，2016 年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、人員及系統因素外，溝通因素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。針對 2016 年發生事件分析發生可能原因與「溝通因素」相關之 10,749 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 41.0 件/百件，其次為「醫護團隊間溝通不足」佔 29.8 件/百件。與「團隊與病人或家屬間溝通不良」相關事件中，以「治安事件（61.2 件/百件）」、「跌倒事件（61.1 件/百件）」、「院內不預期心跳停止事件（60.0 件/百件）」、「管路事件（52.6 件/百件）」及「公共意外（42.9 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（96.4 件/百件）」、「檢查檢驗事件（81.9 件/百件）」、「麻醉事件（75.0 件/百件）」、「醫療照護（70.7 件/百件）」、「手術事件（69.6 件/百件）」及「藥物事件（61.8 件/百件）」所佔比例偏高（表 3-5-0-2）。

國際間與醫療儀器問題相關的病安議題日益受到重視，分析 2016 年病安事件中與器材設備因素相關的案例有 4,724 件，其中與造成病人死亡與極重度傷害有關者有 12 件，雖然此 12 件事件中醫療儀器問題不是造成病人死亡或極重度傷害直接主因（包含病人病況因素、醫護間、醫病間溝通問題、作業流程問題等），不過可歸納幾項共通點，即急救醫材瑕疵、缺乏緊急備用設備與 Alarm 失效，這些問題都是事前可評估及改善的項目，應特別予以重視。



表 3-5-0-1 整體各類事件可能原因統計 (N=64,679; N 為事件數; 可能原因為複選, 不含其他事件; 標記底線者為該類事件中件數最多者)

可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	政策	用藥	手術	其他	不知道	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	644	<u>13,979</u>	7,807	1,204	1,705	1,294	73	—	—	1,505	572	20,224
跌倒事件	<u>13,522</u>	2,237	937	1,633	1,208	3,194	68	2,599	—	633	77	16,609
手術事件	101	<u>1,149</u>	1,048	833	173	58	77	—	—	10	3	1,413
輸血事件	2	<u>456</u>	347	111	40	6	5	—	—	4	12	618
醫療照護	453	<u>1,574</u>	1,545	861	190	65	86	—	—	7	5	2,149
公共意外	26	183	89	63	<u>771</u>	329	37	—	—	35	27	1,168
治安事件	<u>1,160</u>	447	240	1,081	18	268	61	—	—	37	66	2,596
傷害行為	<u>4,341</u>	108	98	1,237	13	43	6	—	—	46	2	4,808
管路事件	<u>6,332</u>	4,889	2,483	2,948	283	104	31	—	—	213	80	10,162
不預期 心跳停止	<u>843</u>	71	146	65	7	5	2	—	—	2	16	886
麻醉事件	34	30	<u>35</u>	28	4	0	3	2	3	0	1	63
檢查檢驗	31	<u>3,290</u>	2,276	685	312	175	98	—	—	27	46	3,983

表 3-5-0-2 整體各類事件可能原因與溝通相關統計 (N=10,749; N 為勾選溝通因素事件數; 可能原因為複選, 不含其他事件; 標記底線者為該類事件中件數最多者)

溝通相關問題明細	照護團隊間					照護團隊與病人間			病人與家屬/病友		其他溝通因素	溝通事件數
	醫護團隊間溝通不足	未清楚交班	口頭醫囑交代不清楚	對縮寫認知不一致	書寫潦草/標示不清	團隊與病人或家屬間	衛教不足或衛教不當	未告知病人完整資訊	病人與家屬缺乏溝通	病友間溝通不良		
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	<u>744</u>	282	57	13	6	237	58	83	—	—	57	1,204
跌倒事件	75	—	—	—	—	<u>997</u>	827	134	—	—	77	1,633
手術事件	<u>580</u>	—	—	—	7	205	149	318	43	—	2	833
輸血事件	<u>107</u>	—	—	—	—	5	2	1	—	—	5	111
醫療照護	<u>609</u>	—	—	—	—	270	116	82	18	—	3	861
公共意外	26	—	—	—	—	<u>27</u>	7	4	—	—	3	63
治安事件	82	—	—	—	—	<u>662</u>	406	80	—	—	45	1,081
傷害行為	34	—	—	—	—	<u>257</u>	24	12	207	781	29	1,237
管路事件	356	—	—	—	—	<u>1,551</u>	994	184	766	—	78	2,948
不預期 心跳停止	10	8	—	—	—	<u>39</u>	4	13	—	—	1	65
麻醉事件	<u>21</u>	2	1	—	—	3	4	4	—	—	0	28
檢查檢驗	<u>561</u>	—	—	—	—	152	15	53	—	—	2	685
總計	3,205	292	58	13	13	4,405	2,606	968	1,034	781	302	10,749



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仍以「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每百件事件有 69.7 件通報者認為可採加強教育訓練來預防，其次依序為加強溝通方式（30.7 件/百件）、改變醫療照護方式（19.8 件/百件）以及改變行政管理（9.6 件/百件）（圖 3-5-0-1），此分布與 2015 年結果相同。

表 3-5-0-3 整體各類事件預防方法統計（N=65,695，不含 75 件基層通報；預防方法為複選；標記底線者為該類事件中件數最多者）

預 防 方 法	加強 教育訓練	改變醫療 照護方式	改變 行政管理	加強 溝通方式	不知道	其他	未填	事件數
事 件 類 別	N	N	N	N	N	N	N	N
藥 物 事 件	<u>13,162</u>	6,173	1,456	3,805	1,013	525	1,353	20,224
跌 倒 事 件	<u>12,330</u>	1,337	1,319	6,037	257	622	1,124	16,609
手 術 事 件	<u>1,169</u>	531	414	857	8	11	6	1,413
輸 血 事 件	<u>445</u>	173	77	163	28	14	35	618
醫 療 事 件	<u>1,580</u>	718	345	750	58	75	33	2,149
公 共 意 外	244	63	<u>665</u>	157	105	190	36	1,168
治 安 事 件	<u>1,397</u>	163	312	960	246	223	67	2,596
傷 害 行 為	<u>3,259</u>	368	256	1,642	194	196	65	4,808
管 路 事 件	<u>7,810</u>	1,759	423	4,295	206	189	190	10,162
不 心 預 期 停 止	<u>729</u>	200	133	201	37	35	3	886
麻 醉 事 件	<u>49</u>	24	22	42	2	1	0	63
檢 查 檢 驗	<u>2,988</u>	1,322	649	1,058	92	85	17	3,983
其 他 事 件	<u>676</u>	166	237	230	53	64	19	1,016
總計	45,838	12,997	6,308	20,197	2,299	2,230	2,948	65,695

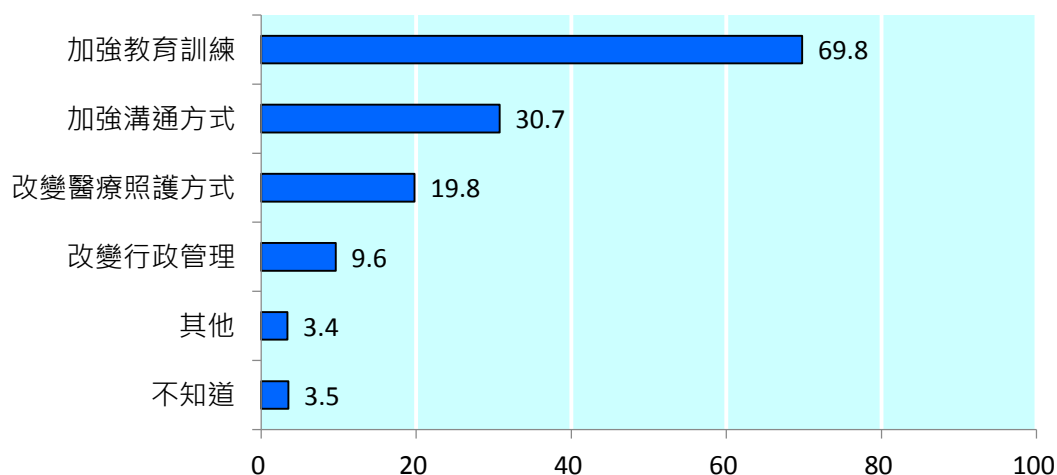


圖 3-5-0-1 預防事件再發生的措施或方法
（N=65,695；N 為不含基層通報 75 件事件數；預防方法為複選）



分析以加強溝通方式為預防措施或方法的 20,197 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 59.5 件/百件，其次依序為增加醫療人員間溝通(45.5 件/百件)、改變行政上溝通系統(6.8 件/百件) 及其他加強溝通方式(4.4 件/百件)，其中改變與病人溝通模式以傷害、跌倒、管路、治安事件比例較高，顯示這幾類事件特別需要重視與病人溝通過程，並可由增加與病人溝通和改善病人溝通方式獲得預防；而對於藥物、輸血、檢查檢驗、麻醉、手術、醫療照護及院內不預期心跳停止幾類事件，則需額外著重於改善醫療人員間溝通，從該類事件觀察，均以增加醫療團隊間之溝通為最重要的加強溝通項目，此分布與 2010~2015 年資料相同(表 3-5-0-4)。

表 3-5-0-4 各類事件預防方法與加強溝通方式相關統計 (N=20,197 ; N 為事件數 ; 預防方法為複選 ; 標記*者為該類事件中次數最高者 ; 標記底線者為該預防方法中比例最多者)

加強溝通方式明細項目		增加醫療人員間溝通		改變行政上溝通系統		改變與病人溝通模式		其他加強溝通方式		加強溝通各類事件數	
事 件 類 別	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N	(件/百件)	N
藥物事件	3,456*	(90.8)	243	(6.4)	322	(8.5)	57	(1.5)			3,805
跌倒事件	1,202	(19.9)	241	(4.0)	5,440*	(90.1)	324	(5.4)			6,037
手術事件	759*	(88.6)	144	(16.8)	153	(17.9)	3	(0.4)			857
輸血事件	144*	(88.3)	26	(16.0)	4	(2.5)	5	(3.1)			163
醫療照護	550*	(73.3)	101	(13.5)	201	(26.8)	24	(3.2)			750
公共意外	44	(28.0)	85*	(54.1)	30	(19.1)	14	(8.9)			157
治安事件	142	(14.8)	76	(7.9)	796*	(82.9)	90	(9.4)			960
傷害行為	218	(13.3)	48	(2.9)	1,504*	(91.6)	65	(4.0)			1,642
管路事件	1,457	(33.9)	127	(3.0)	3,249*	(75.6)	290	(6.8)			4,295
不預心跳停止	141*	(70.1)	16	(8.0)	103	(51.2)	4	(2.0)			201
麻醉事件	34*	(81.0)	5	(11.9)	17	(40.5)	0	(0.0)			42
檢查檢驗	895*	(84.6)	203	(19.2)	143	(13.5)	7	(0.7)			1,058
其他事件	151*	(65.7)	67	(29.1)	46	(20.0)	10	(4.3)			230
小計		9,193	(45.5)	1,382	(6.8)	12,008	(59.5)	893	(4.4)		20,197

註 1：此章節之資料係以「發生日期」於 2016 年間，且「通報日期」介於 2016 年~2017 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

2016 年發生於醫院的通報事件計 57,237 筆，以藥物事件 19,758 例 (34.5%)、跌倒事件 13,202 例 (23.1%)、管路事件 10,012 例 (17.5%) 分佔前三名，三者共佔所有事件類別的 75.1%，如圖 4-1-0-1。

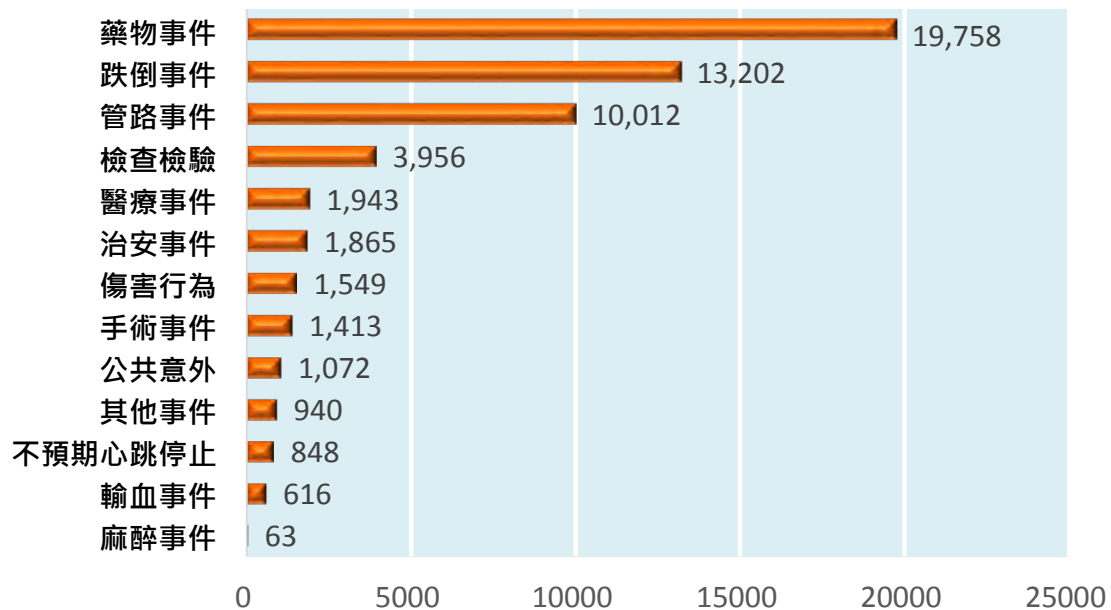


圖 4-1-0-1 醫院通報各類事件數 (N=57,237)

所有通報事件中，醫院管路事件增加 0.2%(僅次於藥物、不預期心跳停止事件的 0.4%、手術事件的 0.3%)；而管路事件發生後造成傷害比率也略為下降(2.7%)。造成死亡的 18 例案件中，發現除警報聲響被關掉以至於管路脫落時，無法於第一時間緊急處理外，其他因素如：因氣管內肉芽組織增生或急性氣管攣縮導致困難插管，以及醫師將鼻胃管放置於支氣管、鼻胃管滑脫將其內推至支氣管而未核對正確位置等造成病情惡化、死亡等。因此，加強呼吸道困難插管的預先評估及鼻胃管位置的確認方式，以及探討忽略機器警示的潛在因素，才能有效解決問題。

在藥物事件中，對病人健康影響程度為重度以上的事件發生原因以藥物滲漏 12 件(34.3 件/百件) 為最多，其次為劑量錯誤 9 件 (25.7 件/百件)；而極重度傷害之案件錯誤類型為「藥物已取消，但仍給藥」，導致病人持續使用抗凝血劑，造成凝血功能異常、意識喪失。

2016 年 65 歲以上病人/住民跌倒的通報比例有上升趨勢(2015 年以 19-64 歲最多)，而極重度以上的事件中，有 4 件敘述提及「病人執意自行下床如廁或活動」，但因跌倒而導致顱內出血 (佔極重度以上事件 36.4%)。

檢查/檢驗/病理切片事件以檢驗類最多，錯誤發生階段以採檢/送檢階段為主，而採檢/送檢階段項下之錯誤類型首次以「檢體保存方式錯誤/檢體汙染」為最多，常見將血液檢體置放於不正確的試管或應冰浴但未冰浴即送檢；而標籤相關錯誤則居於其次，此為自 2008 年收受檢查/檢驗/病理切片事件後，首次呈現不同於以往之趨勢。

院內不預期心跳停止事件發生地點仍以一般病房最高，傷害程度佔比與去年趨勢相似；呼吸衰竭仍為發生之直接原因，最先被偵測到的心臟節律以 asystole 最多。

與 2015 年治安事件前三名的類型相比，雖病人失蹤(私自離院)仍居首位，但發生比例有些微下降(從 49.5%降至 46.8%)，而肢體或言語衝突發生比例則從 8.6%上升至 17.5%。值得注意的是，因肢體或言語衝突造成傷害的比例為 20.1%，病人失蹤(含私自離院)而「有傷害」的比例則為 7%。重度以上有 9 件為因病人失蹤(私自離院)而發生車禍、跌倒或自殺等，以內科病人居多。

手術事件錯誤發生階段、發生類型及事件發生可能原因之趨勢與上一年度相似。但 4 例死亡案例中，描述在執行緊急或複雜度高的術式時，由於人員在設備器具準備不完整或器械操作不當狀況下導致病人死亡，建議機構須進一步檢視緊急狀況的作業流程以及支援人員的能力是否合宜，以避免事件重複發生進而影響病人就醫安全的權益。

麻醉事件之發生期間、錯誤發生類型趨勢同上一年度，但死亡比例由 2015 年的 2.8%增加至 11.1%，且多數發生於麻醉期間之心跳停止，事件發生可能原因皆勾選「因個人體質產生不良反應」或「與個人生理或疾病有關」。

事件發生時段高峰分佈於兩個區段，分別為：10:01~12:00 及 14:01~16:00，進一步分析事件發生時段與對病人健康影響程度的關係，資料顯示「有傷害」及「無傷害」事件高峰皆分別發生於 08:01~12:00、14:01~18:00 兩個區間，如圖 4-1-0-2。事件發生地點以一般病房 53.7 件/百件最多，其次為特殊醫療照護區 14.3 件/百件，如圖 4-1-0-3。

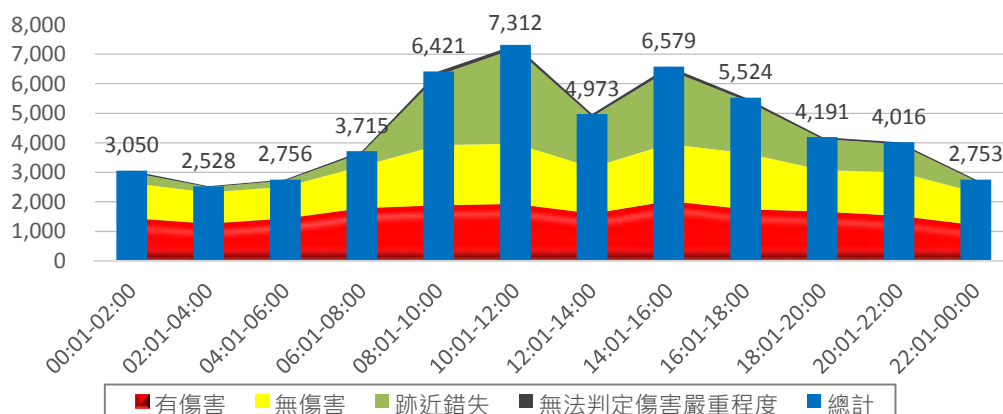


圖 4-1-0-2 醫院發生時段與病人健康影響程度分析 (N=53,818，不含未填 2,030)

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。

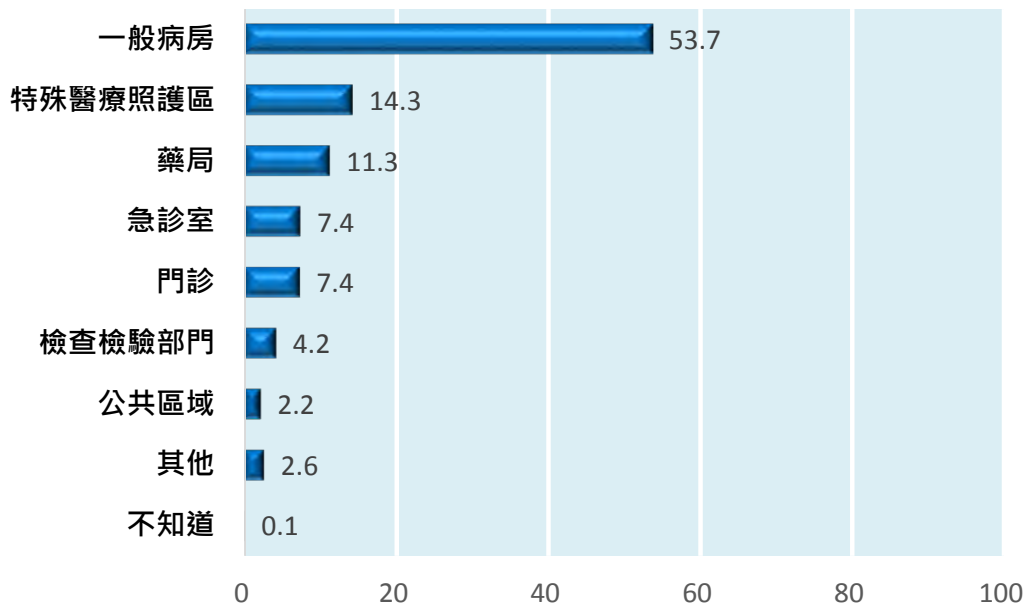


圖 4-1-0-3 醫院發生地點相對次數百分比 (N=57,237，本項為複選)

事件發生後受影響對象為病人/住民者計 55,848 例，男、女性別分別為 28,319 例 (50.7%) 及 20,767 例 (37.2%)，未填及不知道者共 6,762 例 (12.1%)，而不論發生於任何年齡層，性別分佈皆以男性居多。若以年齡層的分佈觀之，則發生於成年的案件數為最多 (22,401 例，40.1%)，老年 (21,855 例，39.1%) 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 18,704 (33.5%)、跡近錯失 16,379 (29.3%) 居多，共佔 62.8%，其次為輕度 11,442 (20.5%)、中度傷害 6,827 (12.2%)，如圖 4-1-0-4。

表 4-1-0-1 病人/住民之年齡層與性別 (N=55,848)

性別	男性		女性		不知道		未填		小計	
年齡別	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	324	1.1	217	1.0	12	1.5	14	0.2	567	1.0
幼兒	629	2.2	475	2.3	6	0.7	106	1.8	1,216	2.2
學齡前期	321	1.1	230	1.1	1	0.1	18	0.3	570	1.0
學齡期	266	0.9	189	0.9	3	0.4	15	0.3	473	0.8
青少年	290	1.0	208	1.0	5	0.6	24	0.4	527	0.9
成年	12,329	43.5	8,333	40.1	272	32.9	1,467	24.7	22,401	40.1
老年	11,199	39.5	8,584	41.3	202	24.4	1,870	31.5	21,855	39.1
不知道	1,485	5.2	1,313	6.3	283	34.2	438	7.4	3,519	6.3
未填	1,476	5.2	1,218	5.9	43	5.2	1,983	33.4	4,720	8.5
總計	28,319	100.0	20,767	100.0	827	100.0	5,935	100.0	55,848	100.0

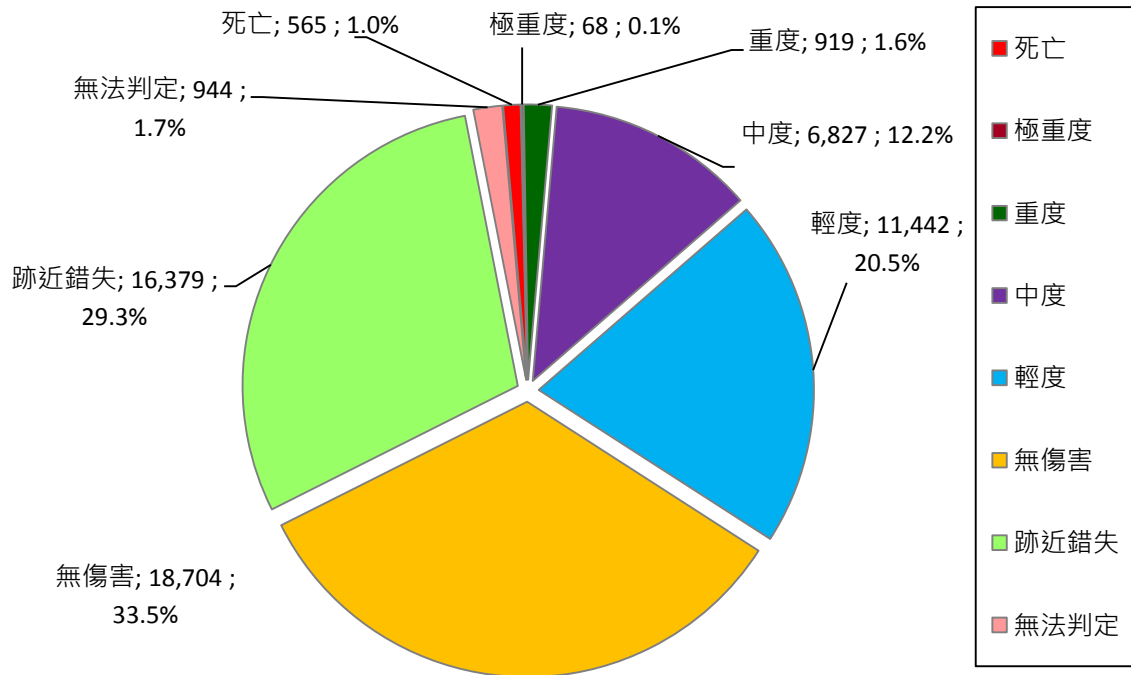


圖 4-1-0-4 醫院事件發生後對病人健康的影響程度 (N=55,848)

分析各類事件發生後對病人/住民健康影響程度，死亡、極重度及重度傷害比例最高的皆為院內不預期心跳停止事件（分別佔 86.5%、50%、33.6%），而 2015 年重度比例最高的跌倒事件佔比則由 33.4%降為 28.8%。中度影響比例較高的為管路事件（44.4%）與跌倒事件（30.2%），而造成跡近錯失比例最高的則分別為藥物事件（78.5%）及檢查/檢驗/病理切片事件（11.8%），如表 4-1-0-2。

表 4-1-0-2 各類事件發生後對病人/住民健康影響程度 (N=55,848)

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	
事件類別	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	0	0.0	1	1.5	34	3.7	668	9.8	1,230	10.7	4,895	26.2	12,850	78.5*	80	8.5	19,758	35.4
跌倒事件	2	0.4	9	13.2	265	28.8	2,064	30.2	4,227	36.9*	6,289	33.6*	1	0.0	75	7.9	12,932	23.2
手術事件	4	0.7	3	4.4	27	2.9	75	1.1	192	1.7	479	2.6	562	3.4	71	7.5	1,413	2.5
輸血事件	0	0.0	1	1.5	3	0.3	29	0.4	14	0.1	145	0.8	397	2.4	27	2.9	616	1.1
醫療事件	30	5.3	11	16.2	157	17.1	496	7.3	463	4.0	548	2.9	148	0.9	90	9.5	1,943	3.5
公共意外	0	0.0	0	0.0	1	0.1	56	0.8	55	0.5	314	1.7	96	0.6	85	9.0	607	1.1
治安事件	2	0.4	2	2.9	10	1.1	57	0.8	45	0.4	1,134	6.1	18	0.1	250	26.5*	1,518	2.7
傷害行為	11	1.9	1	1.5	13	1.4	187	2.7	369	3.2	655	3.5	28	0.2	63	6.7	1,327	2.4
管路事件	18	3.2	3	4.4	61	6.6	3,031	44.4*	3,752	32.8	3,083	16.5	40	0.2	24	2.5	10,012	17.9
不預期心跳停止	489	86.5*	34	50.0*	309	33.6*	9	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.6	847	1.5
麻醉事件	7	1.2	3	4.4	14	1.5	13	0.2	9	0.1	11	0.1	1	0.0	5	0.5	63	0.1
檢查檢驗	1	0.2	0	0.0	21	2.3	98	1.4	1,047	9.2	729	3.9	1,934	11.8	126	13.3	3,956	7.1

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。



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	
事件類別	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
其他事件	1	0.2	0	0.0	4	0.4	44	0.6	39	0.3	422	2.3	304	1.9	42	4.4	856	1.5
總計	565	100.0	68	100.0	919	100.0	6,827	100.0	11,442	100.0	18,704	100.0	16,379	100.0	944	100.0	55,848	100.0

註: *為各傷害程度中比例最高者

通報者以護理人員佔 66.4%最多，其次為藥事人員 16.9%及行政人員 3.7%，如圖 4-1-0-5；通報者總年資以 1-5 年佔 31.3%最多，其次是 6-10 年佔 15%，如圖 4-1-0-6；通報者現職年資以 0-5 年佔 49.6%最多，其次為 6-10 年約 16.5%，如圖 4-1-0-7。

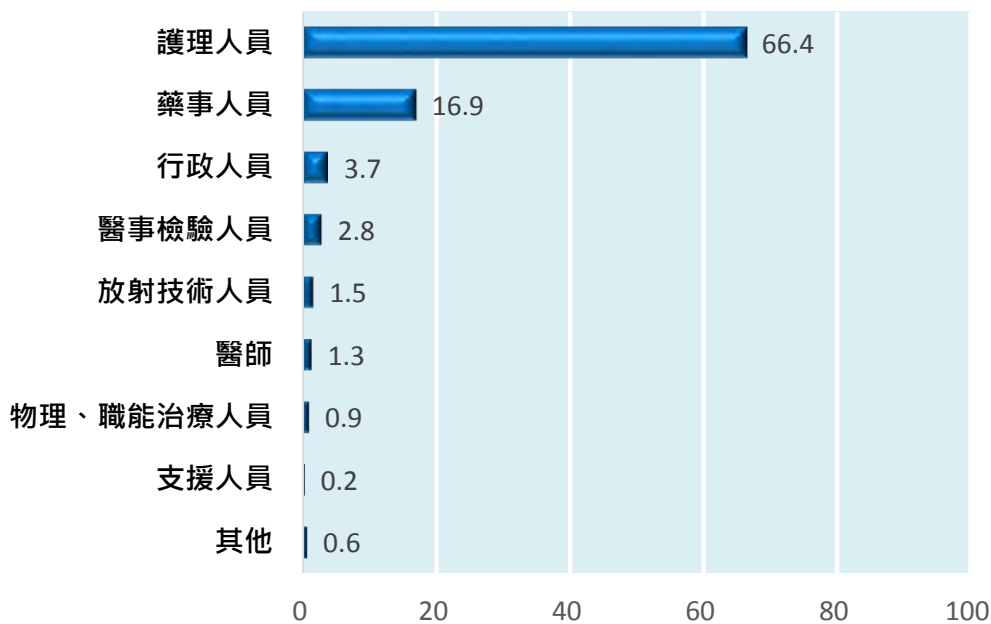


圖 4-1-0-5 通報者身分別 (N=53,995，不含未填及不知道 3,242)

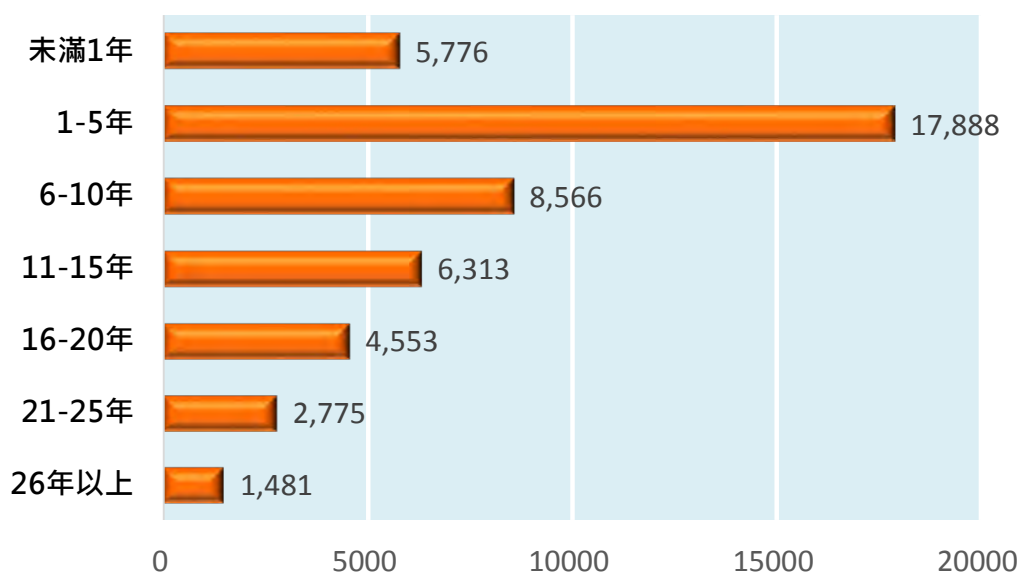


圖 4-1-0-6 通報者總年資 (N=47,352，不含未填 9,885)

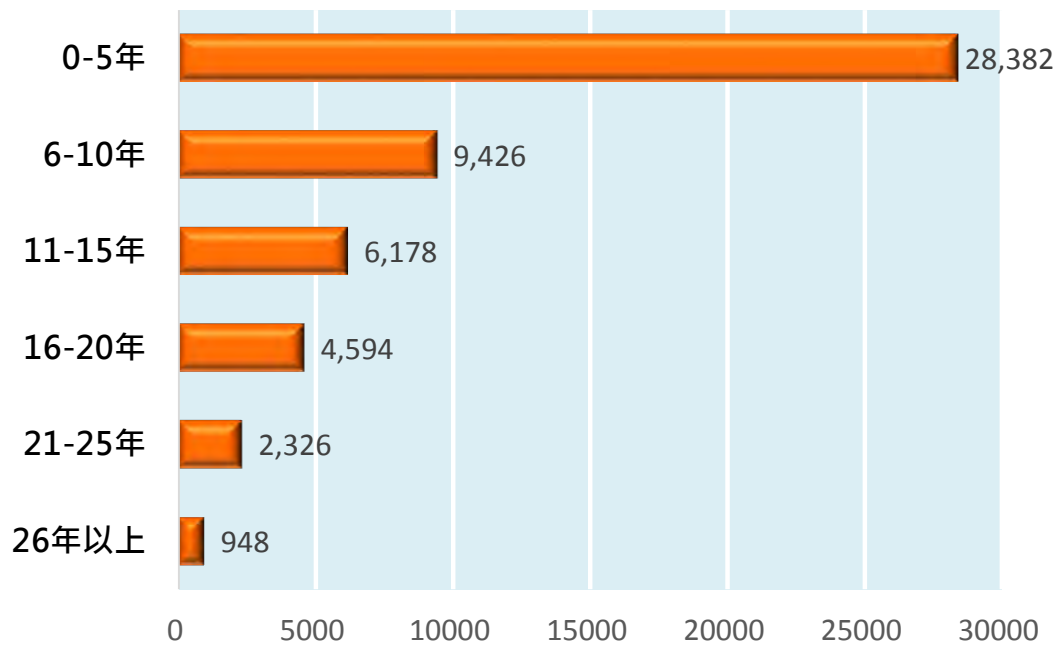


圖 4-1-0-7 通報者現職年資 (N=51,854 , 不含未填 5,383)

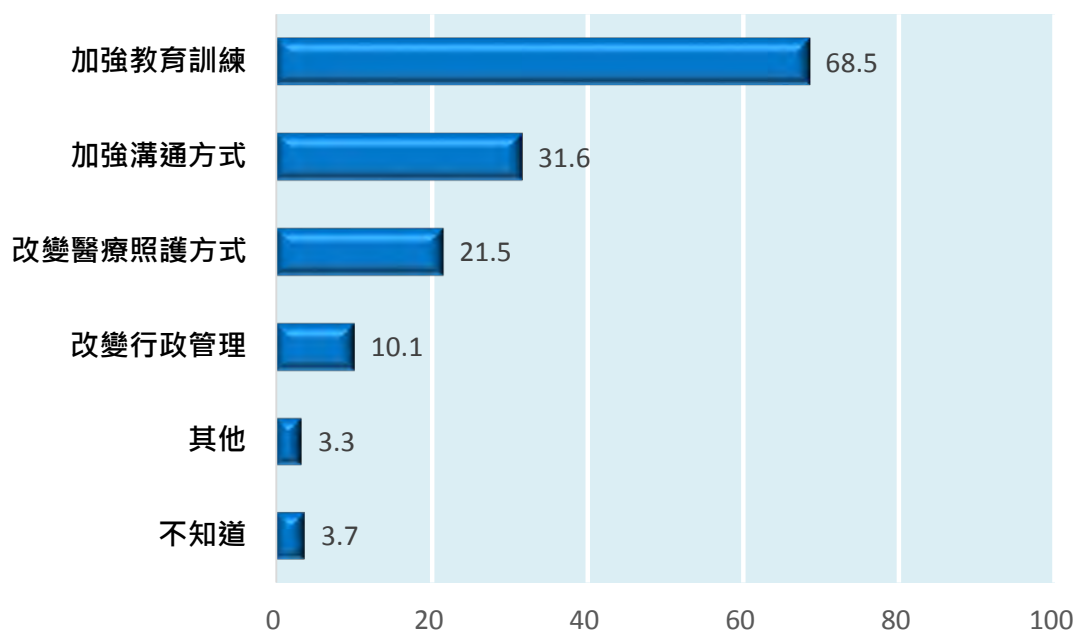


圖 4-1-0-8 預防事件再發生的措施或方法相對次數百分比 (N=57,237 , 本項複選)

事件發生可能原因以人員個人 (人為) 因素最多 (27,412 次) , 其次為病人生理及行為 (病人) 因素 (21,462 次) 及工作狀態/流程設計 (系統) 因素 (16,478 次) , 如表 4-1-0-3 。預防事件再發生的措施或方法 , 以加強教育訓練 (68.5 件/百件) 最多 , 其次為加強溝通方式 (31.6 件/百件) 及改變醫療照護方式 (21.5 件/百件) , 如圖 4-1-0-8 、表 4-1-0-4 。



表 4-1-0-3 事件發生可能原因 (N=56,297 · 本項複選 · 不含其他事件 940)

可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	政策	用藥	手術	其他	不知道	未填	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	636	13,577	7,673	1185	1,668	1294	72	-	-	1,502	566	0	19,758
跌倒事件	10,908	2,050	825	1544	1069	2,571	65	2,236	-	512	60	1	13,202
手術事件	101	1149	1048	833	173	58	77	-	-	10	3	0	1,413
輸血事件	2	456	345	109	40	6	5	-	-	4	12	1	616
醫療照護	381	1,438	1,390	819	177	52	83	-	-	6	4	0	1,943
公共意外	26	177	87	61	706	292	36	-	-	33	27	0	1072
治安事件	948	298	158	614	11	226	54	-	-	35	66	35	1865
傷害行為	1,361	77	74	425	7	29	6	-	-	10	1	0	1,549
管路事件	6,222	4,828	2,458	2,930	280	102	31	-	-	213	78	0	10,012
不預期	812	66	130	61	7	5	2	-	-	2	16	0	848
心跳停止													
麻醉事件	34	30	35	28	4	0	3	2	3	0	1	0	63
檢查檢驗	31	3,266	2,255	676	307	175	97	-	-	27	46	1	3,956
總計	21,462	27,412	16,478	9,285	4,449	4,810	531	2,238	3	2,354	880	38	56,297

表 4-1-0-4 各類事件預防事件再發生的措施或方法 (N=57,237 · 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	12,783	6,086	1,422	3,750	1,002	501	19,758
跌倒事件	9,574	1,084	1,119	5,259	183	479	13,202
手術事件	1,169	531	414	857	8	11	1,413
輸血事件	444	172	76	161	28	14	616
醫療照護	1,416	662	321	696	54	59	1,943
公共意外	228	59	598	152	102	170	1,072
治安事件	782	112	266	768	242	179	1,865
傷害行為	780	178	145	716	117	108	1,549
管路事件	7,717	1,727	420	4,230	204	183	10,012
不預期	694	187	128	196	37	33	848
心跳停止							
麻醉事件	49	24	22	42	2	1	63
檢查檢驗	2,971	1,313	643	1,048	91	85	3,956
其他事件	623	158	214	222	51	60	940
總計	39,230	12,293	5,788	18,097	2,121	1,883	57,237



醫院別 SAC 級數分析，發現各事件類別 SAC=1 者共有 477 件，其中以院內不預期心跳停止事件 414 件為最高，SAC=2 者共有 652 件，仍以院內不預期心跳停止事件 276 件為最高，其次為跌倒事件 184 件；SAC 為遺漏值*者共有 24,432 件，如表 4-1-0-5。

表 4-1-0-5 醫院別各類事件 SAC 分布 (N=55,848)

事件類別 影響程度		SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	遺漏值*	小計
藥物事件	N	1	19	784	4,730	14,224	19,758
	%	0.0	0.1	4.0	23.9	72.0	100.0
跌倒事件	N	7	184	2,878	7,504	2,359	12,932
	%	0.1	1.4	22.3	58.0	18.2	100.0
手術事件	N	3	9	78	451	872	1,413
	%	0.2	0.6	5.5	31.9	61.7	100.0
輸血事件	N	1	1	19	128	467	616
	%	0.2	0.2	3.1	20.8	75.8	100.0
醫療照護	N	23	84	385	700	751	1,943
	%	1.2	4.3	19.8	36.0	38.7	100.0
公共意外	N	0	0	37	293	277	607
	%	0.0	0.0	6.1	48.3	45.6	100.0
治安事件	N	0	7	50	920	541	1,518
	%	0.0	0.5	3.3	60.6	35.6	100.0
傷害行為	N	4	7	258	725	333	1,327
	%	0.3	0.5	19.4	54.6	25.1	100.0
管路事件	N	14	39	3,676	4,701	1,582	10,012
	%	0.1	0.4	36.7	47.0	15.8	100.0
不預期 心跳停止	N	414	276	11	2	144	847
	%	48.9	32.6	1.3	0.2	17.0	100.0
麻醉事件	N	9	10	11	17	16	63
	%	14.3	15.9	17.5	27.0	25.4	100.0
檢查檢驗	N	1	14	334	1190	2,417	3,956
	%	0.0	0.4	8.4	30.1	61.1	100.0
其他事件	N	0	2	28	377	449	856
	%	0.0	0.2	3.3	44.0	52.5	100.0
總計	N	477	652	8,549	21,738	24,432	55,848
	%	0.9	1.2	15.3	38.9	43.7	100.0

*註：遺漏值表示「事件發生後對病人健康的影響程度」或「事件可能再發生的機會」任一選項資料不齊全。

(一) 醫院-藥物事件

2016 年 TPR 通報系統蒐集發生在醫院，受影響對象為病人/住民之藥物事件共 19,758 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 (共 6,149 件，佔 31.1%) 及 14:01~18:00 (共 5,182 件，佔 26.2%)，與一般開藥、調劑、給藥動作密集之時段相符。醫院藥物事件發生後對病人健康有傷害的事件共 1,933 件，發生時段以 08:01~10:00 共 259 件為最多，如圖 4-1-1-1。

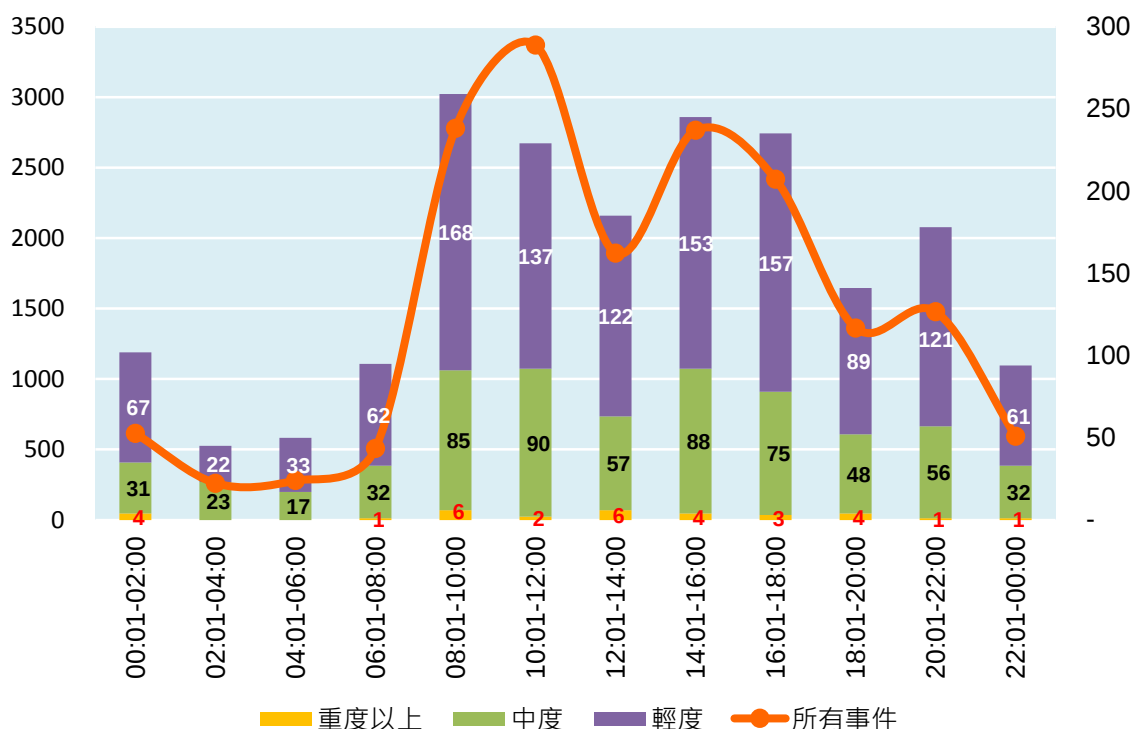


圖 4-1-1-1 醫院藥物事件發生時段及對病人有傷害事件發生時段交叉分析

(病人事件數 N=18,322，不含未填 1,436 件；有傷害事件 N=1,858，不含未填 75 件)

醫院藥物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，約每百件藥物通報事件就有 35.3 件發生在一般病房；其次是藥局（32.4 件/百件），如圖 4-1-1-2。若以發生在病人身上的藥物事件（不含跡近錯失）來看，發生地點則以一般病房為最多（52.2 件/百件），其次為特殊醫療照護區（18.4 件/百件）。

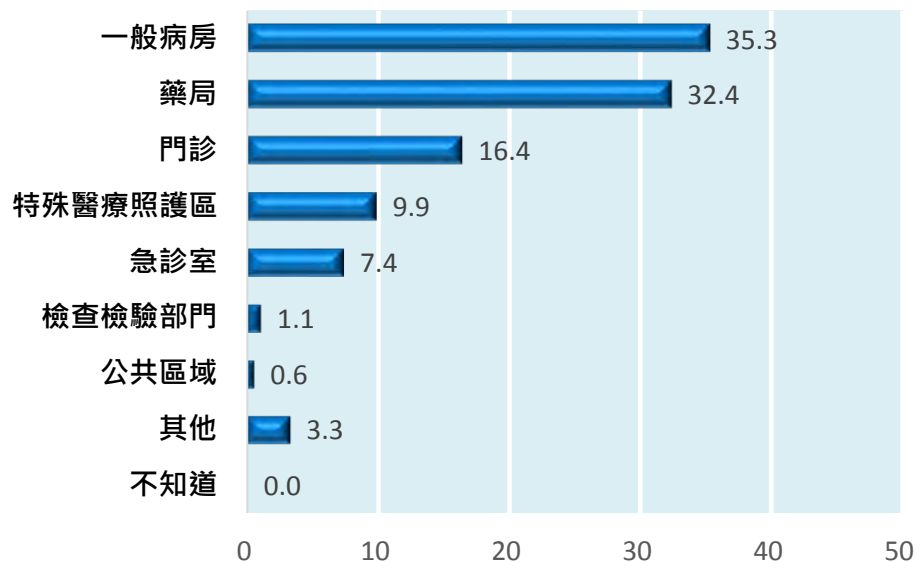


圖 4-1-1-2 醫院藥物事件發生地點相對次數百分比

(N=19,758 ; 此項目為複選)

發生藥物事件之病人/住民性別以男性為主，共 8,828 件 (佔 44.7%)；年齡以 19-64 歲為最多，共 7,024 件 (佔 35.6%)。將性別與年齡層進行交叉分析後發現，男性以 19-64 歲為最多，共 3,227 件 (佔 36.6%)；女性亦以 19-64 歲最多，共 3,040 件 (佔 37.7%)，如表 4-1-1-1。

表 4-1-1-1 醫院藥物事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析

(N=19,758，標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別		男性		女性		不知道		未填		小計	
年齡別		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰	兒	167*	1.9	116	1.4	4	1.8	5	0.2	292	1.5
幼	兒	380*	4.3	312	3.9	3	1.4	51	1.9	746	3.8
學	齡 前 期	252*	2.9	187	2.3	0	0.0	13	0.5	452	2.3
學	齡 期	194*	2.2	141	1.7	3	1.4	8	0.3	346	1.8
青	少 年	132*	1.5	111	1.4	2	0.9	11	0.4	256	1.3
成	年	3,227*	<u>36.6</u>	3,040	<u>37.7</u>	61	28.1	696	26.3	7,024	35.6
老	年	2,718*	30.8	2,508	31.1	28	12.9	747	<u>28.2</u>	6,001	30.4
不	知 道	796*	9.0	746	9.3	104	<u>47.9</u>	278	10.5	1,924	9.7
未	填	962*	10.9	901	11.2	12	5.5	842	31.8	2,717	13.8
總計		8,828	100.0	8,062	100.0	217	100.0	2,651	100.0	19,758	100.0

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 12,850 件 (佔 65.0%)，其次為無傷害共 4,895 件 (佔 24.8%)。有傷害事件中，以輕度事件共 1,230 件 (佔 6.2%) 為最多，如圖 4-1-1-3。進一步檢視高嚴重度之藥物事件後發現，對病人健康造成極

重度傷害之案件錯誤原因為「藥物已取消，但仍給藥」，事件是由於醫囑已停用藥物，但護理人員未留意而持續使用抗凝血劑，導致病人凝血功能異常、意識喪失。

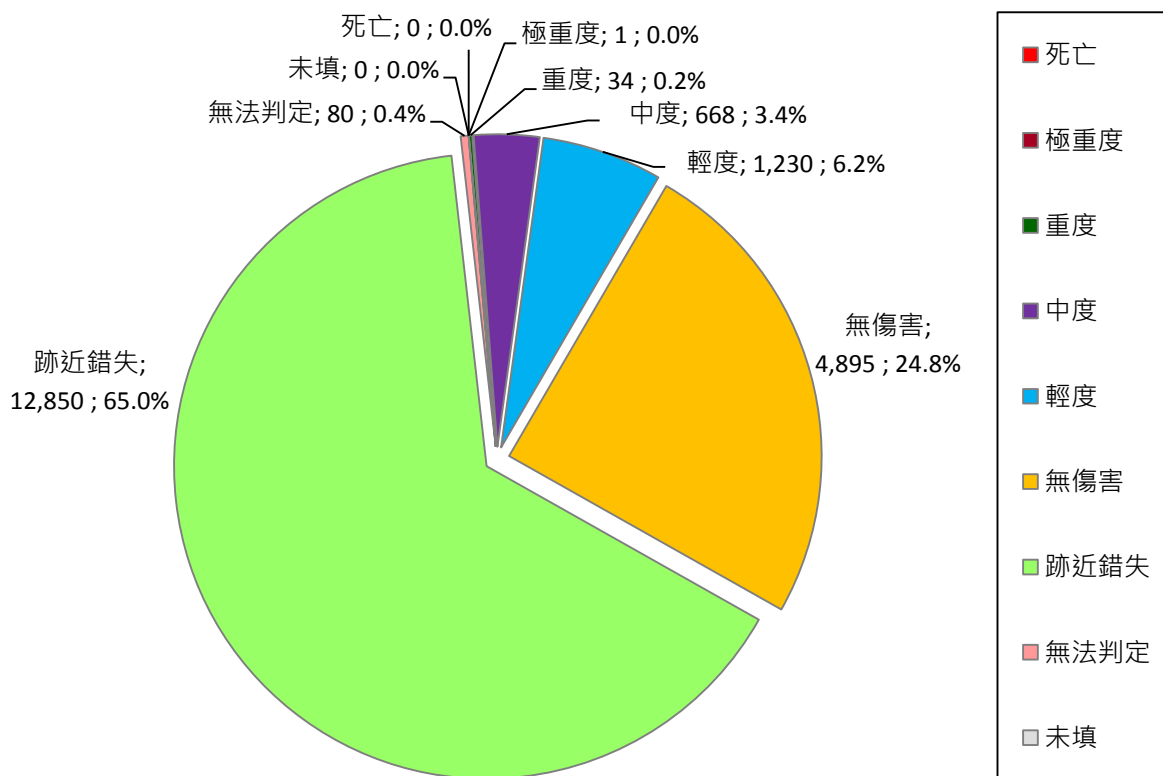


圖 4-1-1-3 醫院藥物事件對病人健康的影響程度 (N=19,758)

醫院藥物事件發生階段以醫囑開立與輸入(51.8 件/百件)為最多，其次為給藥階段(27.7 件/百件)、藥局調劑階段 (19.0 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 (20.7 件/百件) 為最多，重複用藥 (15.1 件/百件) 次之，如圖 4-1-1-5。若僅以發生在病人身上的藥物事件 (不含跡近錯失) 來看，醫囑開立與輸入錯誤階段中仍以劑量錯誤 (16.5 件/百件) 為最多，重複用藥 (13.8 件/百件) 次之，但開立不適用病人病情藥物由第五位上升至第三位。而在藥局調劑錯誤階段細項中，則以藥名錯誤 (47.2 件/百件) 最多，數量錯誤 (17.1 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 (22.4 件/百件) 為最多，藥名錯誤 (14.9 件/百件) 次之，如圖 4-1-1-7。

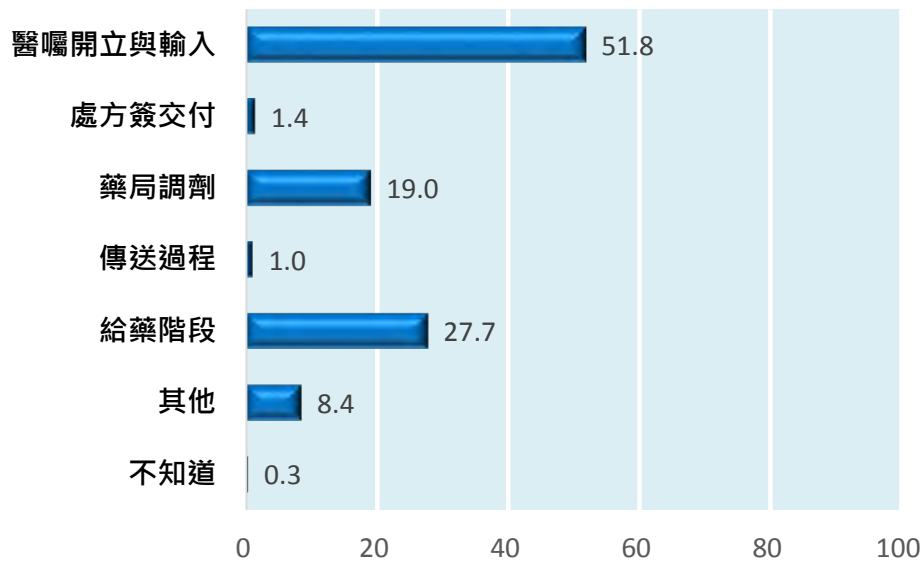


圖 4-1-1-4 醫院藥物事件錯誤發生階段相對次數百分比

(N=19,758 ; 此項目為複選)

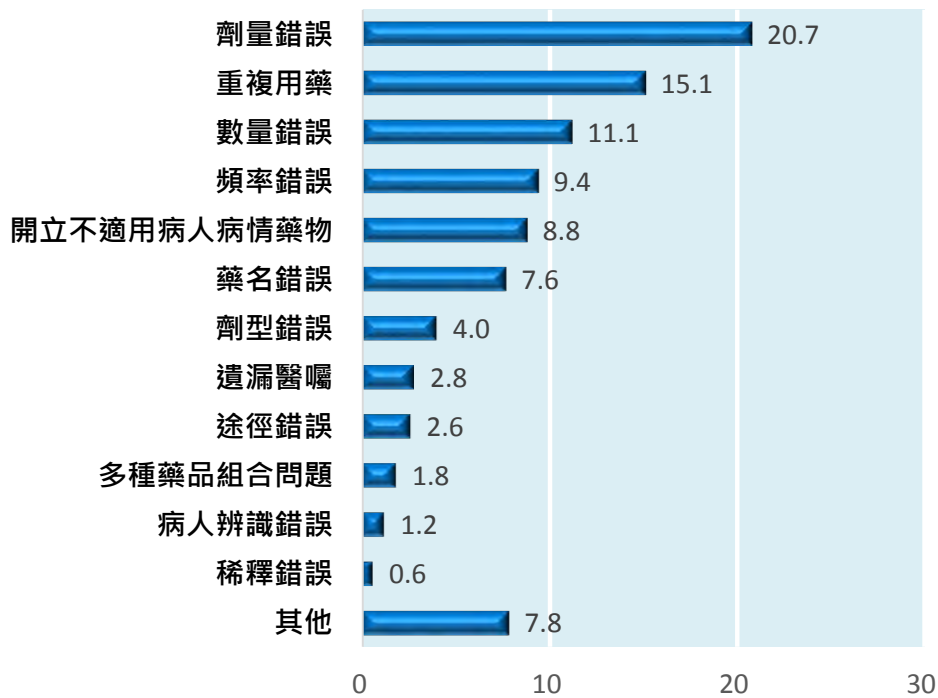


圖 4-1-1-5 醫院藥物事件醫囑開立錯誤階段明細

(N=10,234 ; N 為醫囑開立與輸入階段事件數 ; 此項目為複選)

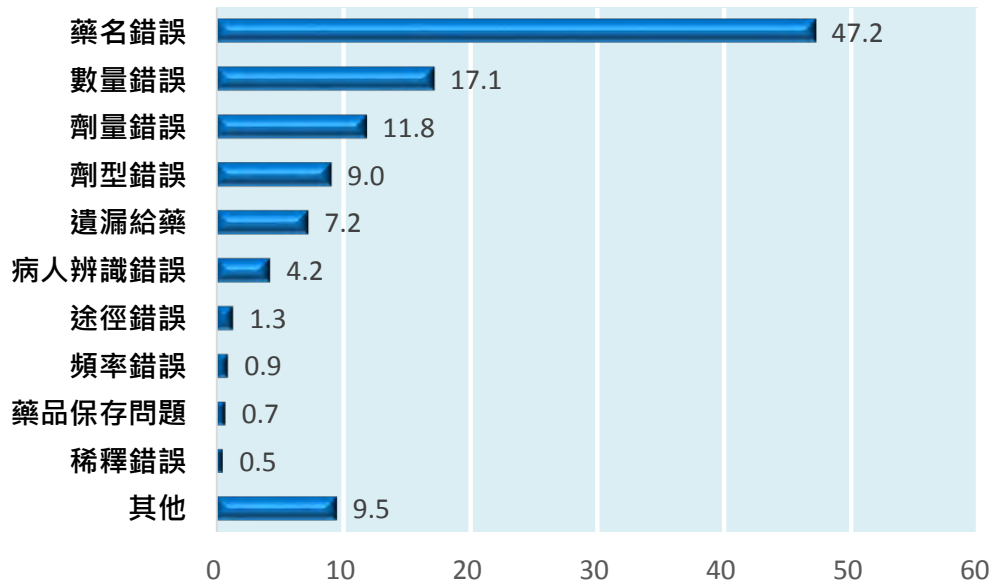


圖 4-1-1-6 醫院藥物事件藥局調劑錯誤階段明細

(N=3,747 ; N 為藥局調劑階段事件數 ; 此項目為複選)

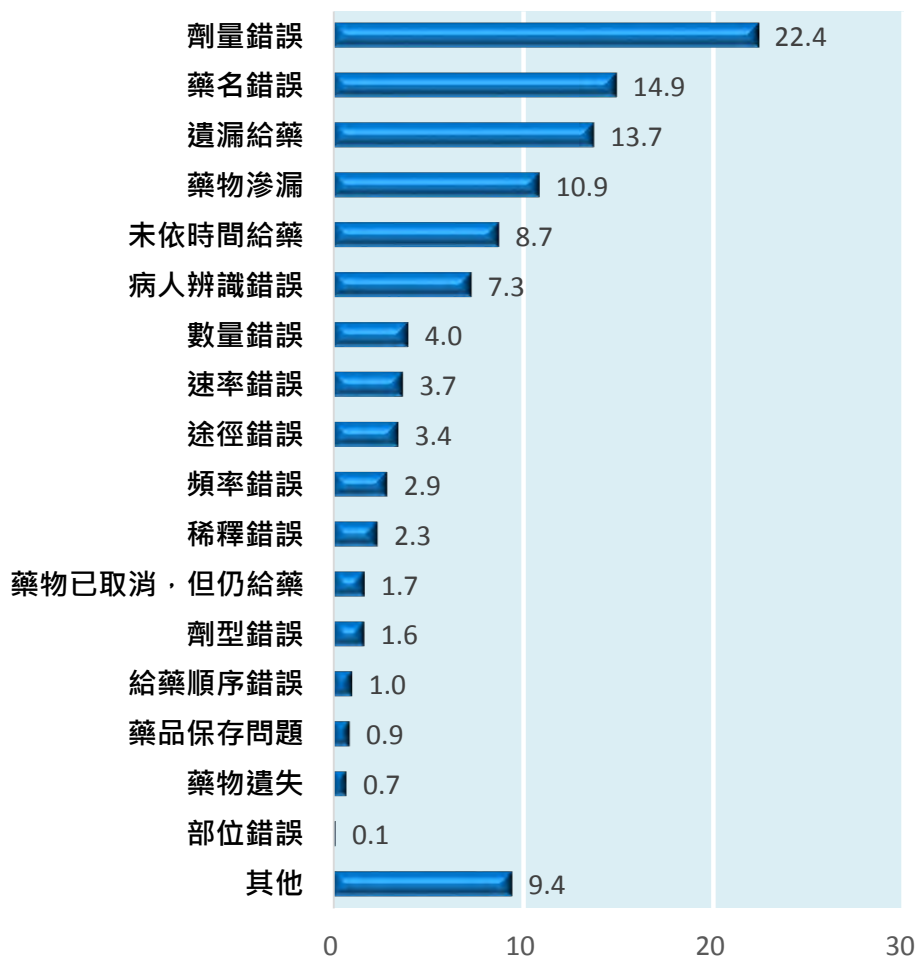


圖 4-1-1-7 醫院藥物事件給藥錯誤階段明細

(N=5,470 ; 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，而病人辨識錯誤及稀釋錯誤則有 60% 以上是發生在給藥錯誤階段，如圖 4-1-1-8。

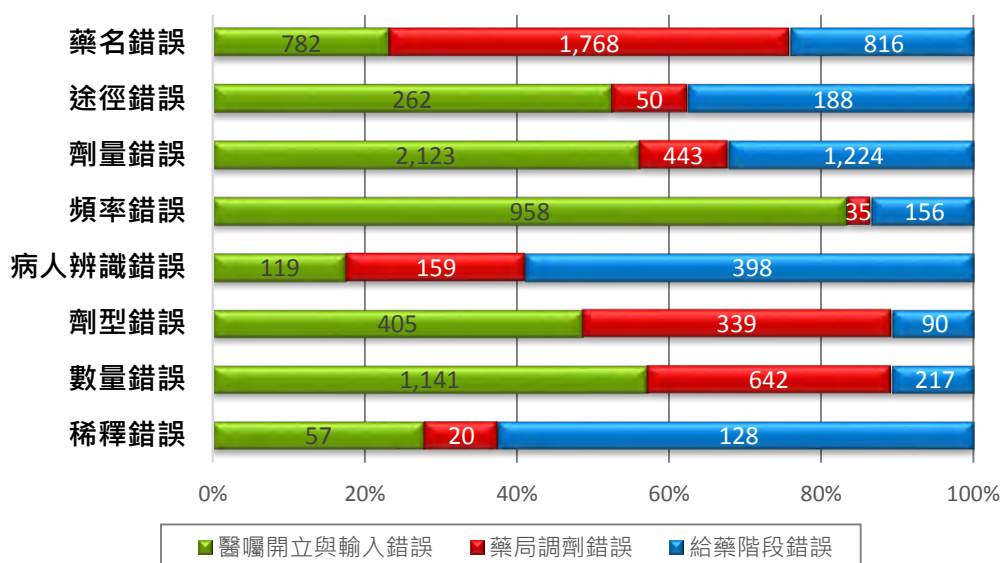


圖 4-1-1-8 醫院藥物事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析
(N=11,239 ; 此項目為複選)

若將發生時段劃分成三班制 (白班 08 : 01 ~ 16 : 00、小夜班 16 : 01 ~ 00 : 00 及大夜班 00 : 01 ~ 08 : 00)，在與錯誤發生階段進行交叉分析後發現，白班時以醫囑開立與輸入階段錯誤 (56.1 件/百件) 為最多，大夜班時則以給藥階段錯誤 (50.4 件/百件) 最高，如圖 4-1-1-9。

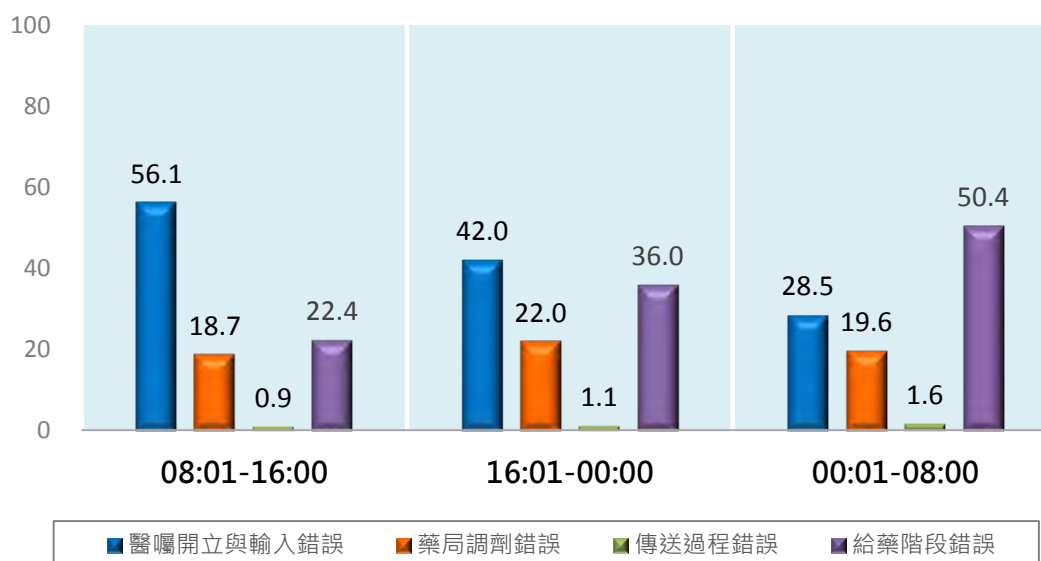


圖 4-1-1-9 醫院藥物事件發生時段與錯誤發生階段交叉分析
(N=18,322 ; 不含發生時段未填 1,436 件 ; 錯誤發生階段為複選)



依用藥作業流程來看(依序為醫囑開立與輸入、藥局調劑及給藥階段)，醫院藥物事件在「醫囑開立與輸入階段」共 10,234 錯誤事件中，有 9,797 件於藥局調劑階段即被藥師攔截(佔總件數的 95.7%)，未使此錯誤事件影響到病人；僅有 128 件錯誤未被察覺，繼續發生到給藥階段，最終有 68 件錯誤事件未被護理人員攔截而影響到病人，如圖 4-1-1-10。而在「藥局調劑階段」發生的 3,747 件藥物事件中，有 3,312 件(佔總件數的 88.4%)於護理人員給藥階段時被攔截，但有 288 件錯誤未被護理人員所發現，以致對病人健康造成影響。由上述結果可發現，異常事件多數可經由作業流程中各階段的關卡設計，而及時被醫療人員發生而阻止錯誤發生到病人身上，但仍有少數事件會發生屏障失效(Barrier failure)的問題，影響到病人安全。

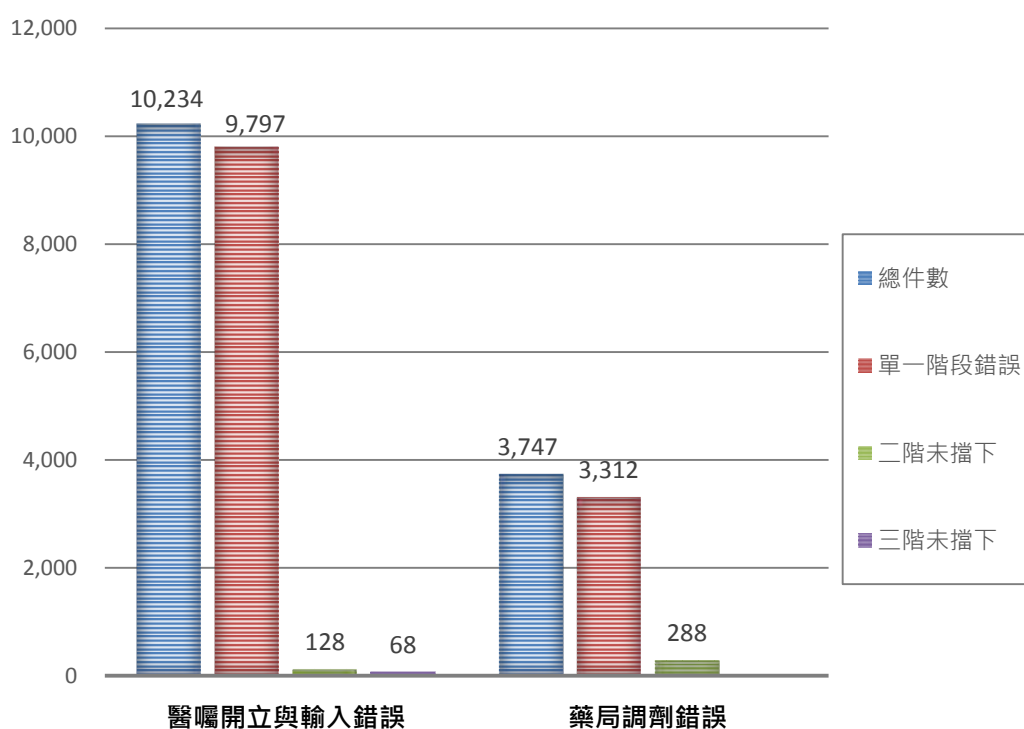


圖 4-1-1-10 醫院藥物事件錯誤發生階段與各階段未擋下件數

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 9,111 件為最多，而有對病人健康造成傷害的事件最常發生在給藥階段，以輕度 1,027 件最多，其次為中度 510 件、重度 26 件及極重度 1 件，主要原因可能是給藥階段為流程中的最後環節，且是直接面對病人，因此當錯誤發生時很難及時攔截，造成有傷害的情形遠多於其他階段，如圖 4-1-1-11。進一步檢視對病人健康影響程度為重度以上之藥物事件，除發生於給藥階段外，醫囑開立與輸入階段有 9 件、藥局調劑階段 2 件，錯誤發生原因以藥物滲漏 12 件(34.3 件/百件)為最多，其次為劑量錯誤(25.7 件/百件)、開立不適用病人病情藥物(11.4 件/百件)。

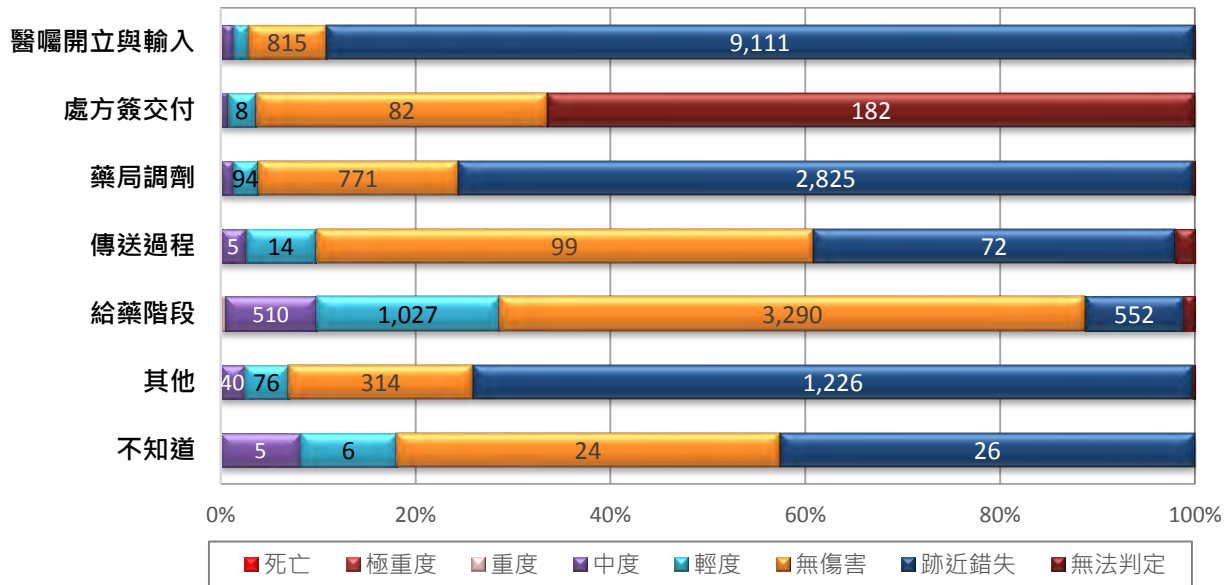


圖 4-1-1-11 醫院藥物事件錯誤發生階段與對病人健康影響程度交叉分析

(N=19,758 ; 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(68.7 件/百件)為最多，其次為「與工作狀態/流程因素相關(系統)」因素(38.8 件/百件)，如圖 4-1-1-12。依醫院藥物事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 1 件，SAC = 2 者有 19 件(佔 0.1%)，SAC = 3 有 784 件(佔 4.0%)，SAC = 4 有 4,730 件(佔 23.9%)，SAC 為無法計算者有 14,224 件(佔 72.0%)，如表 4-1-0-5。

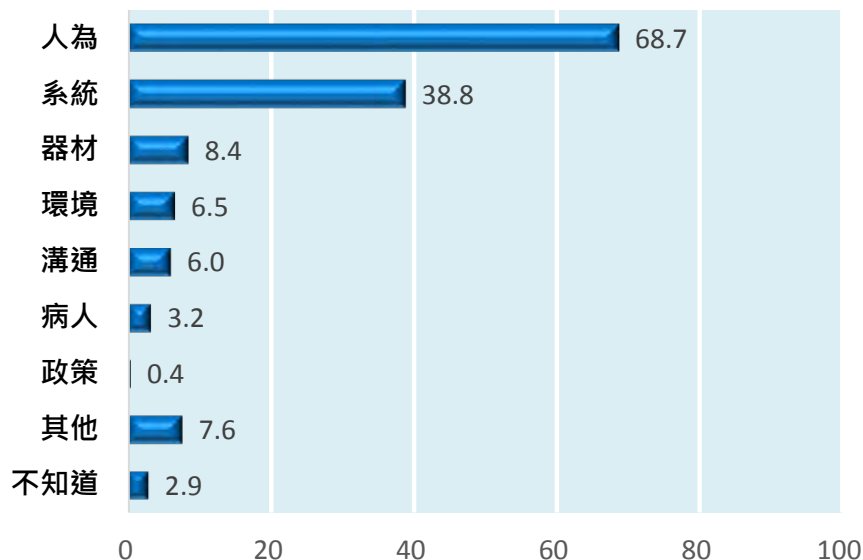


圖 4-1-1-12 醫院藥物事件發生可能原因相對次數百分比

(N=19,758 ; 此項目為複選)

(二) 醫院-跌倒事件

2016 年 TPR 通報系統蒐集發生於醫院之跌倒事件共 13,202 件，其中受影響對象為病人/住民的共 12,932 件，由於發生於病人/住民之跌倒事件佔絕大多數，故本章節僅以影響對象為病人/住民者之通報事件進行資料分析。

醫院跌倒事件發生時段集中於 06：01~12：00（共 3,632 件，佔 28.1%），其中以 06：01~08：00 共 1,344 件（佔 10.4%）為最多，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 82.9 件發生在一般病房，如圖 4-1-2-2。若比對一般病房跌倒事件之發生時段可發現，一般病房發生跌倒事件的時段較集中於 02：01~08：00，與所有跌倒事件的趨勢略有差異，但仍以 06：01~08：00 共 1,188 件（佔 11.1%）為最多。

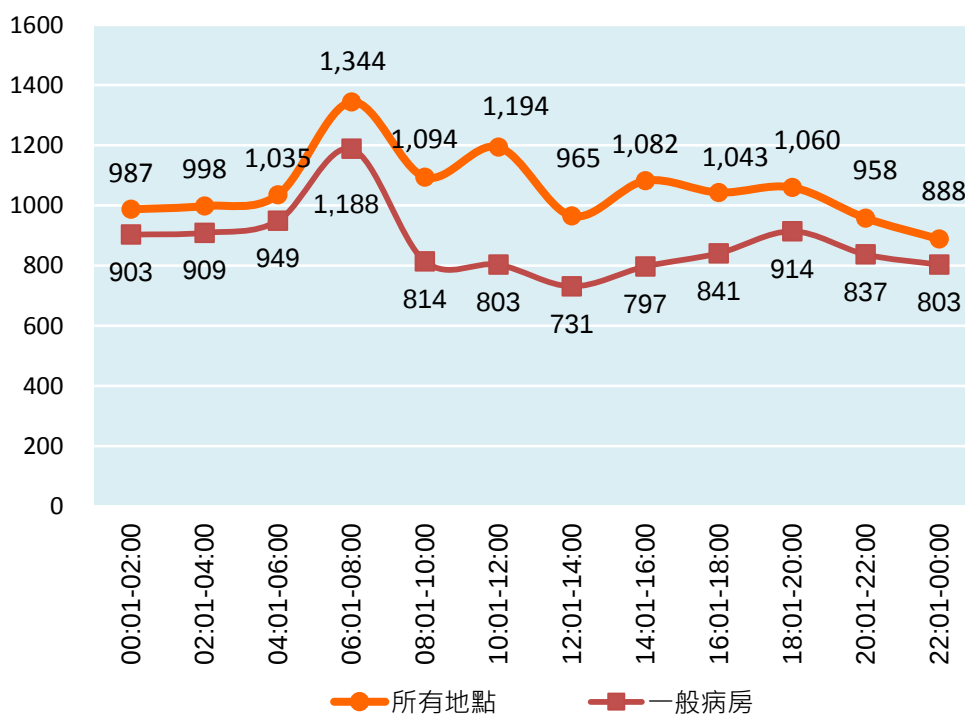


圖 4-1-2-1 醫院病人跌倒事件發生時段分布

（所有地點發生跌倒事件數 N=12,648，不含未填 284 件；一般病房事件數 N=10,489，不含未填 233 件）

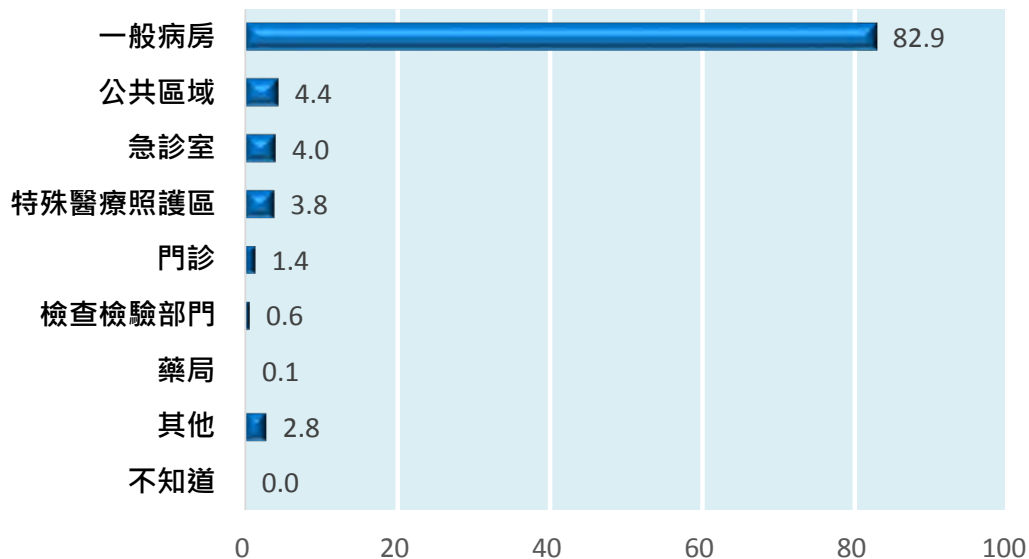


圖 4-1-2-2 醫院病人跌倒發生地點相對次數百分比

(N=12,932 ; N 為病人數 ; 此項目為複選)

醫院發生跌倒事件之病人/住民性別以男性為主，共 7,342 件 (約 56.8%)；年齡以 65 歲以上為最多，共 5,864 件 (佔 45.3%)。將性別與年齡層進行交叉分析後發現，男性以 19-64 歲為最多，共 3,415 件 (佔 46.5%)；女性則以 65 歲以上最多，共 2,230 件 (佔 47.0%)，如表 4-1-2-1。由跌倒事件發生後對病人健康影響程度上來看，以無傷害共 6,289 件 (佔 48.6%) 為最多，其次為輕度共 4,227 件 (佔 32.7%)，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，有 4 件為病人執意自行下床如廁或活動，但因身體虛弱而導致跌倒事件發生 (佔極重度以上事件 36.4%)。

表 4-1-2-1 醫院跌倒事件病人/住民性別與年齡層交叉分析

(N=12,932，標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別		男性		女性		不知道		未填		小計	
年齡別		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰	兒	27*	0.4	11	0.2	2	1.3	1	0.1	41	0.3
幼	兒	168*	2.3	106	2.2	2	1.3	8	1.1	284	2.2
學	齡 前 期	36*	0.5	14	0.3	1	0.7	2	0.3	53	0.4
學	齡 期	21*	0.3	9	0.2	0	0.0	1	0.1	31	0.2
青	少 年	30*	0.4	26	0.5	2	1.3	2	0.3	60	0.5
成	年	3,415*	<u>46.5</u>	2,135	45.0	79	<u>51.6</u>	223	32.0	5,852	45.3
老	年	3,306*	45.0	2,230	<u>47.0</u>	57	37.3	271	<u>38.9</u>	5,864	45.3
不	知 道	196*	2.7	127	2.7	10	6.5	4	0.6	337	2.6
未	填	143*	1.9	82	1.7	0	0.0	185	26.5	410	3.2
總計		7,342	100.0	4,740	100.0	153	100.0	697	100.0	12,932	100.0

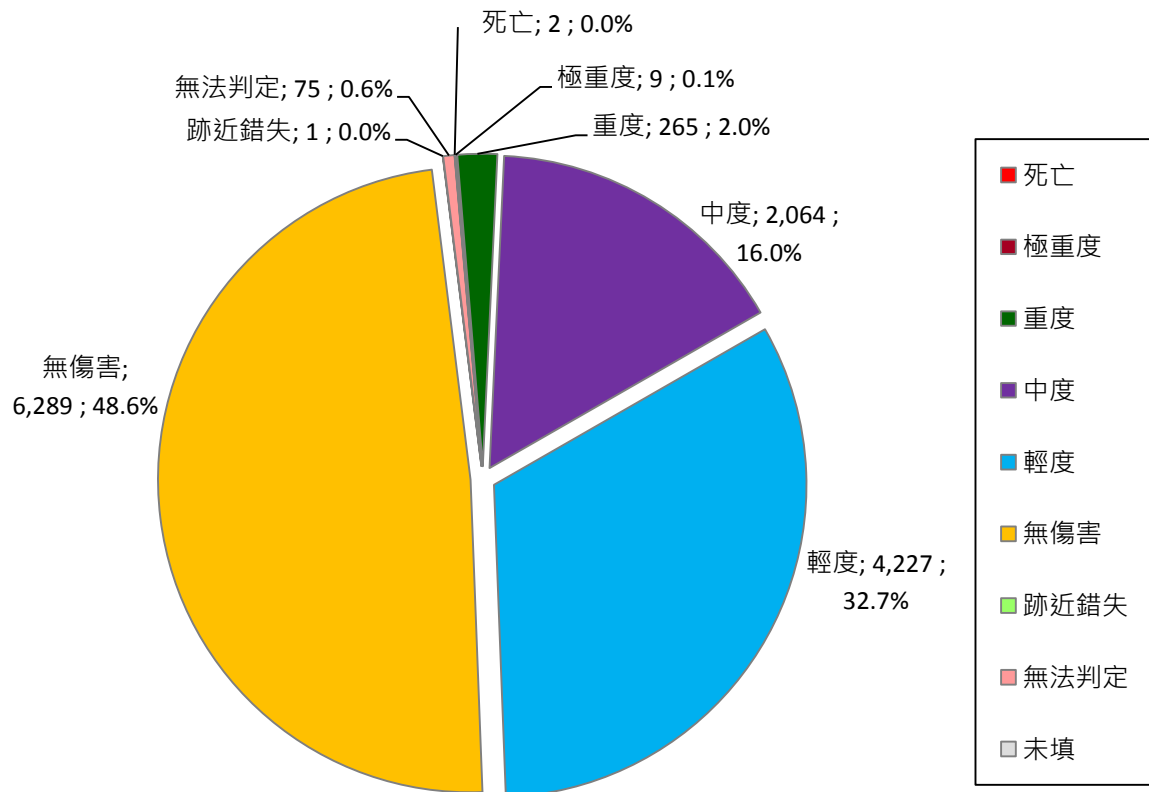


圖 4-1-2-3 醫院跌倒案件對病人的影響程度 (N=12,932)

醫院病人跌倒事件發生時活動以「上下床移位時」共 2,896 件 (佔 22.4%) 為最多，其次為「行進時」共 2,349 件 (佔 18.2%)、「進出洗手間時」1,548 件 (12.0%)，如圖 4-1-2-4。若針對跌倒事件發生後對病人健康影響程度在重度以上的事件來看，則以「行進時」共 75 件 (佔 27.2%) 為最多。另將病人跌倒事件發生時從事之活動過程與發生時段進行交叉分析後可發現，因從事「上下床移位時」及「進出洗手間時」活動導致跌倒之事件多發生於凌晨 02：01～08：00 時段，可見病人易因夜間下床活動或如廁而跌倒；從事「行進時」活動而發生之跌倒事件則集中於 06：01～12：00 的白天時段，如圖 4-1-2-5。

將醫院病人跌倒事件發生前獨立活動能力與從事之活動過程進行交叉分析，發現事件發生前獨立活動能力為「獨立」與「需協助」之個案，在跌倒時從事的活動以「上下床移位時」及「行進時」最多；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」(201 件，佔 22.3%) 最多，「臥床休息或活動時」(165 件，佔 18.3%) 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 4-1-2-7。

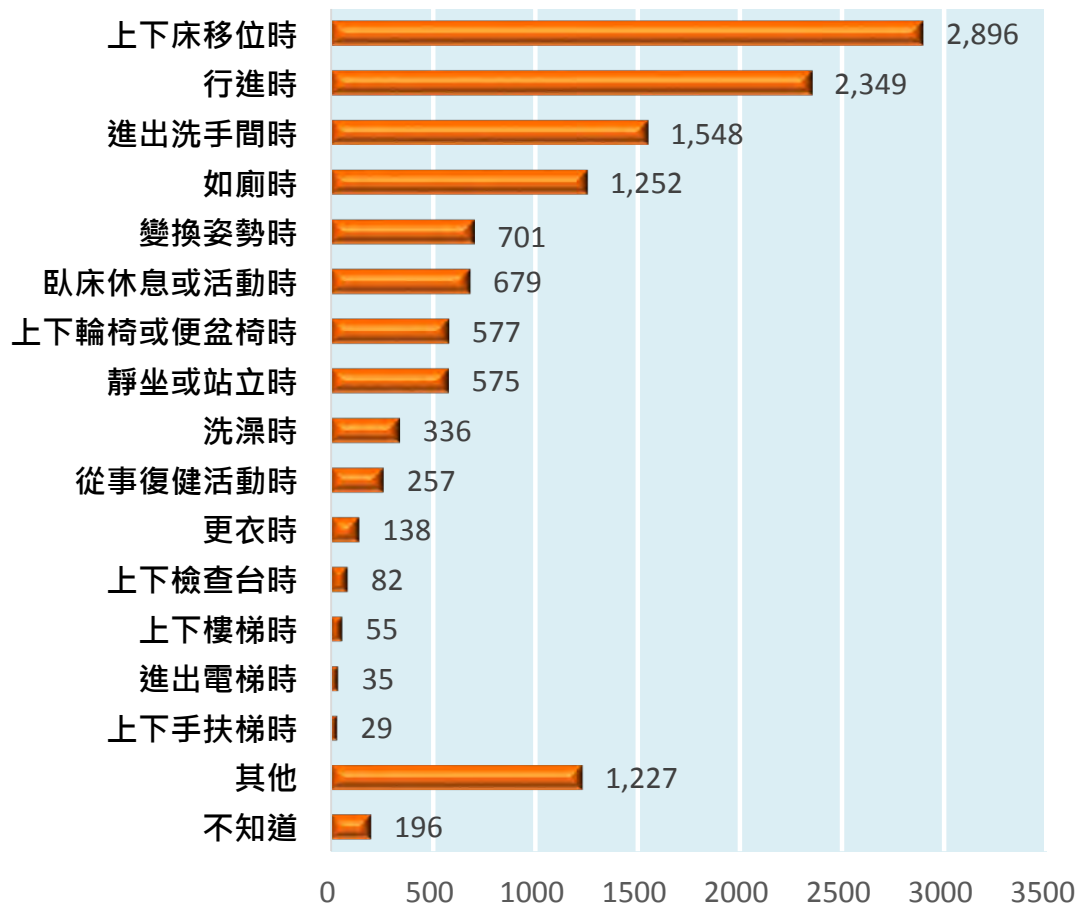
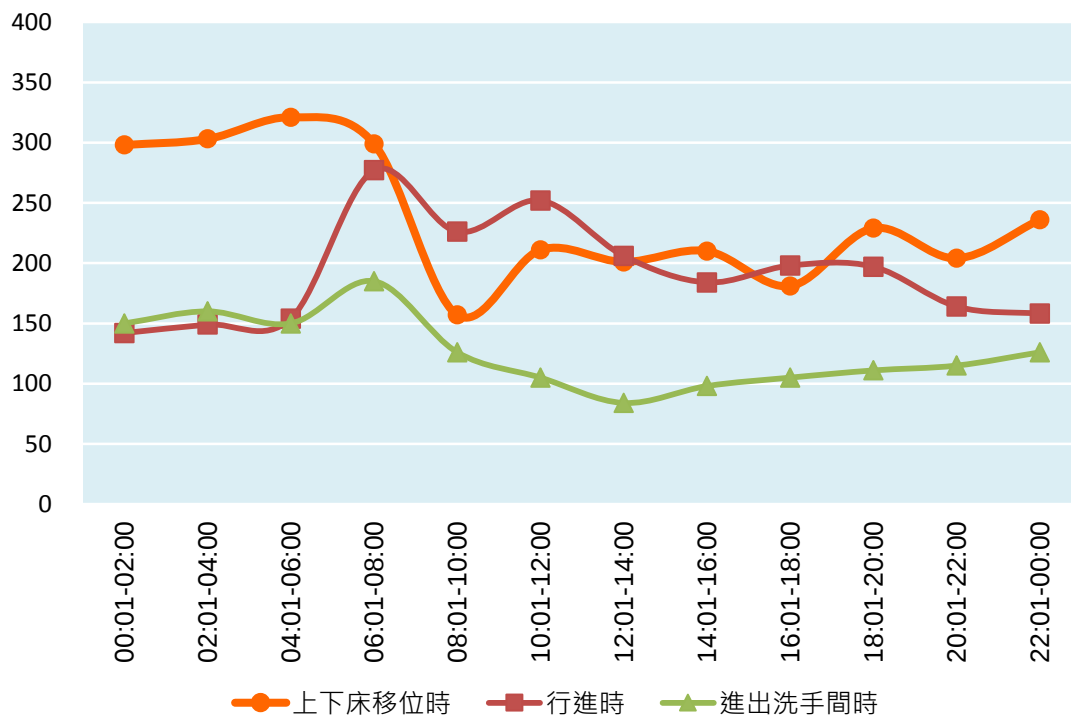


圖 4-1-2-4 醫院病人發生跌倒時主要從事的活動 (N=12,932)

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=6,672, 不含未填 121 件)

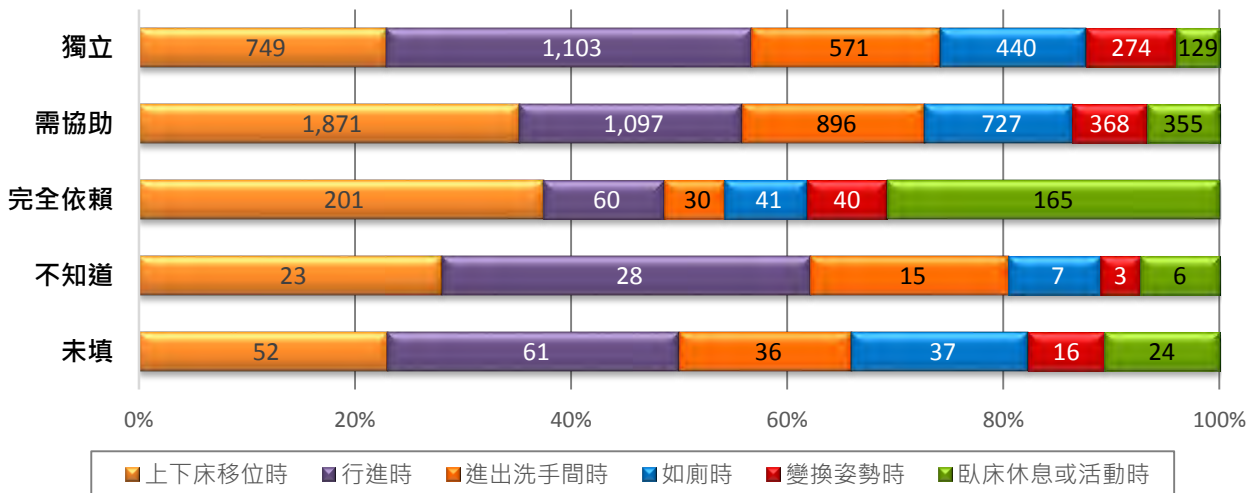


圖 4-1-2-6 醫院病人跌倒事件發生時從事活動與跌倒前獨立活動能力評估交叉分析 (N=9,425)

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 3,575 件 (佔 27.6%)；而於跌倒事件發生前，有 9,389 位 (佔 72.6%) 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 3,136 件，佔所有高危險族群病人的 33.4%，如圖 4-1-2-7。

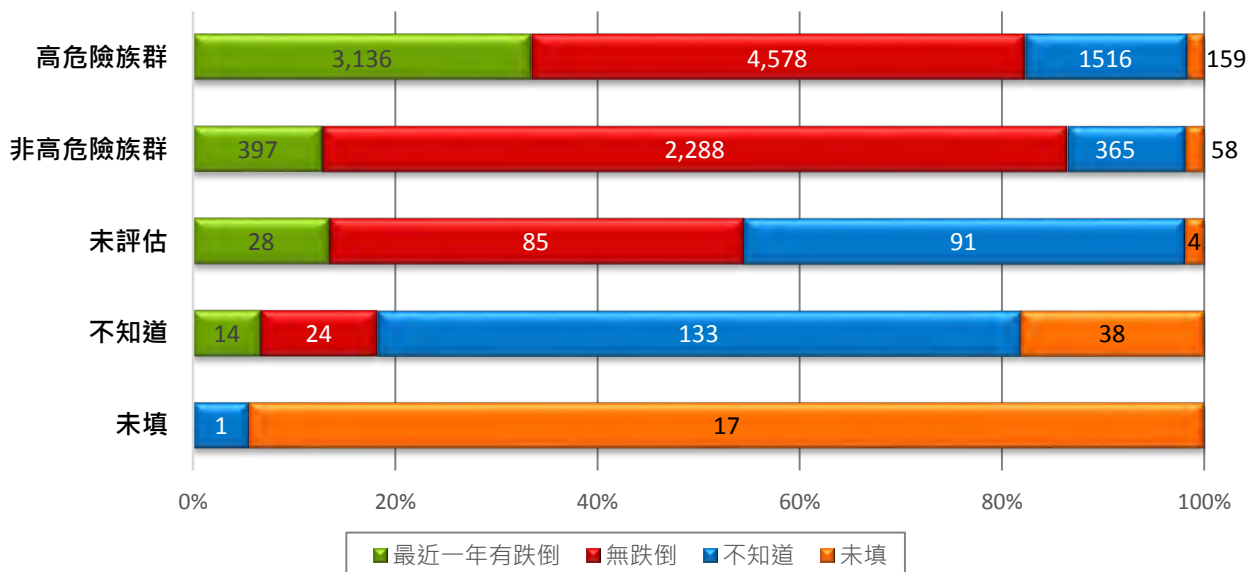


圖 4-1-2-7 醫院跌倒病人是否為高危險族群與最近一年跌倒次數交叉分析 (N=12,932)

醫院病人跌倒事件發生時，病人身邊無陪伴者共 6,486 件 (佔 50.2%) 較有陪伴者共 5,538 件 (佔 42.8%) 為多。將跌倒時陪伴情形與發生時段做交叉分析後發現，無陪伴者跌倒事件發生時段高峰集中於 06:01~08:00 共 737 件 (佔 11.4%)，而有陪伴者則於凌晨 00:01~06:00 時 (1,577 件，佔 28.5%) 發生跌倒事件的事件數較高，此結果可能與病人於凌晨想活動卻又不想喚醒休息中的陪伴者有關，如圖 4-1-2-8。

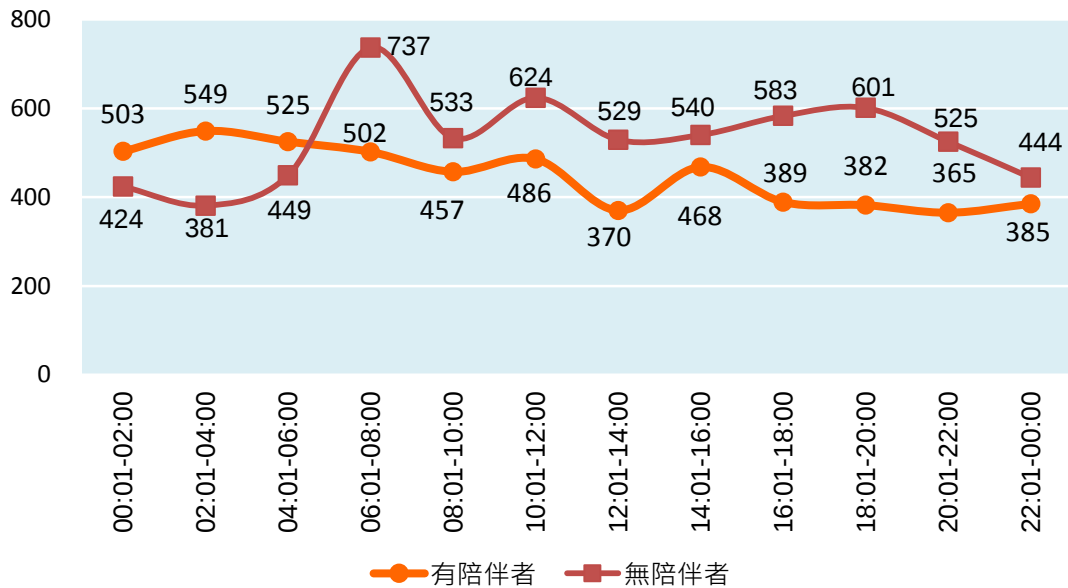


圖 4-1-2-8 醫院病人跌倒事件發生時段與有無陪伴者交叉分析
(N=11,751，不含不知道和未填 1,181 件)

醫院病人跌倒事件發生時，無使用輔具的個案共 9,488 件 (佔 73.4%) 較有使用輔具者共 2,397 件 (佔 18.5%) 為多。將跌倒時病人輔具使用情形與對病人健康影響程度進行交叉分析，發現無使用輔具者有造成傷害之事件共 4,879 件，佔所有無使用輔具者的 51.4%，其中嚴重度為重度以上共 203 件 (佔所有事件的 1.6%)，而有使用輔具者嚴重度為重度以上之事件共 59 件 (佔所有事件的 0.5%)，如圖 4-1-2-9。

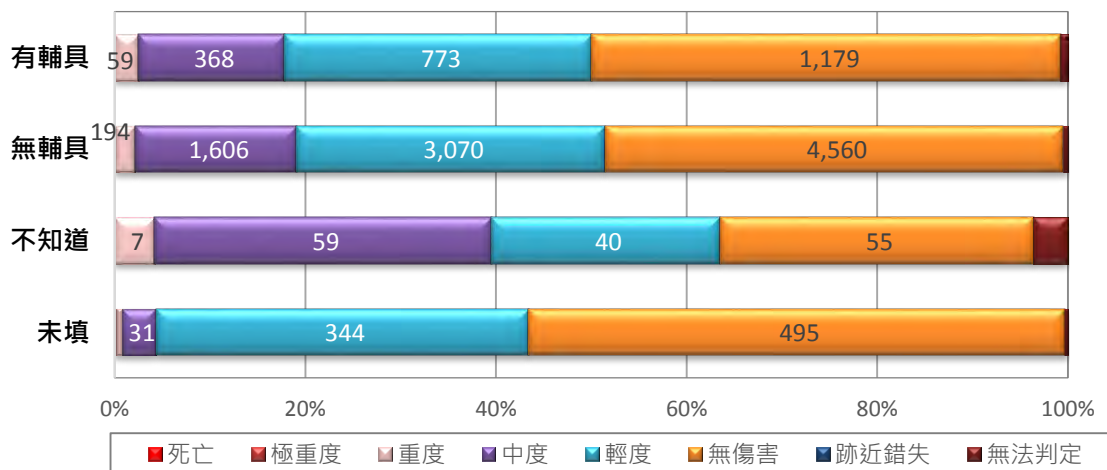


圖 4-1-2-9 醫院跌倒事件發生時有無使用輔具與病人健康影響程度交叉 (N=12,932)

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「病床未拉上」的病人，其有傷害的事件數佔 51.1%，較床欄「單側或部分拉上」的 48.5% 及「兩側全拉下」的 47.8% 為高，圖 4-1-2-10。

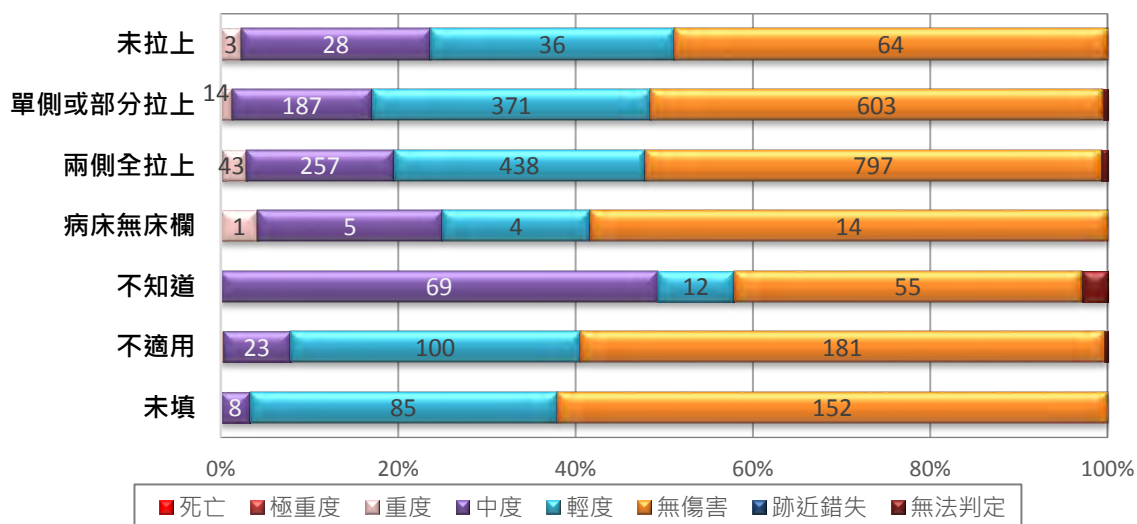


圖 4-1-2-10 醫院跌倒事件發生於上下床和臥床休息時床欄使用情形 (N=3,575)

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 (83.8 件/百件) 為最多，其次為「與環境因素相關 (環境)」因素 (18.5 件/百件)、「與使用藥物因素相關 (藥物)」因素 (17.3 件/百件)，如圖 4-1-1-11。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 (54.8 件/百件) 為最多，環境因素以地面打蠟或濕、滑 (33.3 件/百件) 最多，另外藥物因素則以使用鎮靜安眠藥 (56.0 件/百件) 最多。依醫院跌倒事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 7 件 (佔 0.1%)，SAC = 2 者有 184 件 (佔 1.6%)，SAC = 3 有 2,878 件 (佔 27.8%)，SAC = 4 有 7,504 件 (佔 73.2%)，SAC 為無法計算者有 2,359 件 (佔 18.2%)，如表 4-1-0-5。

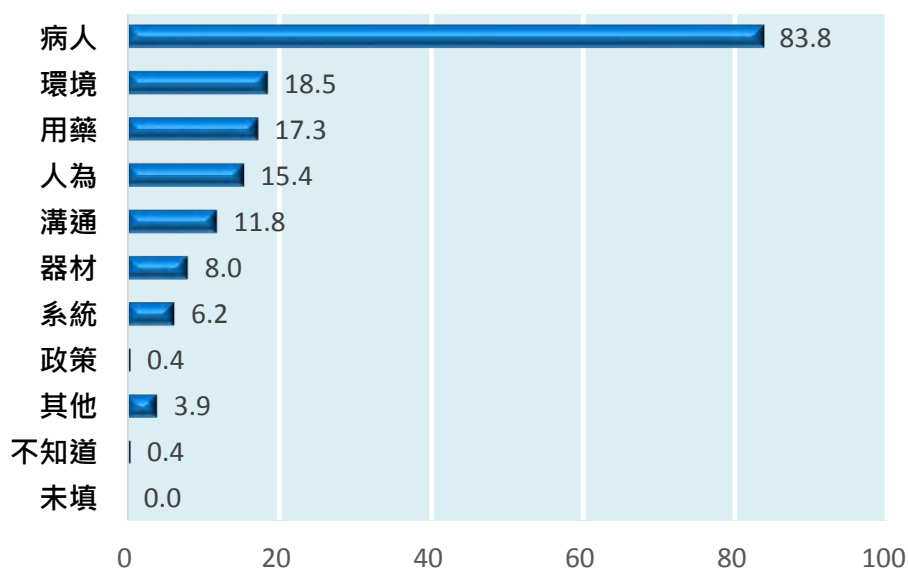


圖 4-1-2-11 醫院跌倒事件發生可能原因相對次數百分比 (N=12,932 ; 此項目為複選)

(三) 醫院-管路事件

2016 年醫院管路事件共 10,012 件，最常發生在臥床休息時，有 6,649 件 (佔 66.4%)。發生頻率最高的時段在 04：01～06：00，共 975 件，其中該時段有 670 件對病人健康造成傷害，圖 4-1-3-1。若以三班發生時段進行分析 (白班 08：01-16：00、小夜班 16：01-00：00、大夜班 00：01-08：00；三班事件數 N=9,949，不含未填 63 件)，最多發生於「大夜班」有 3,772 件 (佔 37.7%)，其次是「小夜班」有 3,139 件 (31.4%)。

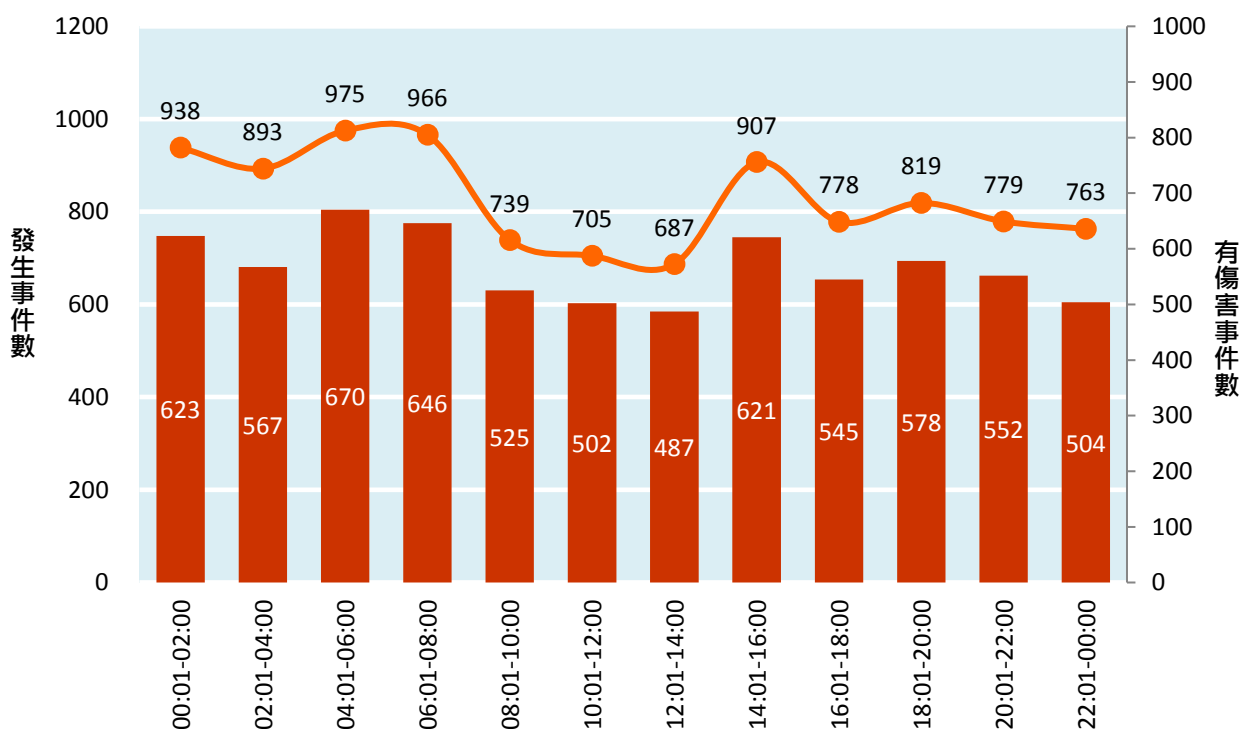


圖 4-1-3-1 醫院管路事件發生時段與對病人健康有傷害之程度分布
(N=9,949，不含時段未填 63 件)

發生管路事件影響對象為病人/住民共有 10,012 件。其性別以男性最多，共 5,584 件 (佔 55.8%)；年齡以老年 (65 歲以上) 為最多，共 5,946 件 (佔 59.4%)。若以管路事件之病人/住民其性別與年齡層進行交叉分析發現 (排除不知道、未填選項)，男性仍以老年 (65 歲以上) 為最多，共 3,169 件 (佔 56.8%)；女性亦是以老年 (65 歲以上) 為最多，共 2,098 件 (佔 67.6%)，如表 4-1-3-1。



表 4-1-3-1 醫院發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析

(N=10,012 · 標記*者為該年齡層中件數最高者；標記底線者為該性別中比例最高者)

性別	男性		女性		不知道		未填		總計	
年齡	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	47*	0.8	30	1.0	0	0.0	0	0.0	77	0.8
幼兒	24*	0.4	12	0.4	0	0.0	9	0.8	45	0.4
學齡前期	3	0.1	5*	0.2	0	0.0	0	0.0	8	0.1
學齡期	12*	0.2	10	0.3	0	0.0	0	0.0	22	0.2
青少年	32*	0.6	18	0.6	1	0.5	3	0.3	54	0.5
成年	2,143*	38.4	815	26.3	99	<u>53.2</u>	230	20.2	3,287	32.8
老年	3,169*	<u>56.8</u>	2,098	<u>67.6</u>	78	41.9	601	<u>52.8</u>	5,946	59.4
不知道	132*	2.4	102	3.3	7	3.8	1	0.1	242	2.4
未填	22	0.4	14	0.5	1	0.5	294*	25.8	331	3.3
總計	5,584	100.0	3,104	100.0	186	100.0	1,138	100.0	10,012	100.0

管路事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 68.6%，其中造成死亡者 18 件 (0.2%)，極重度或重度者 64 件 (0.6%)，中度傷害者 3,031 件 (30.3%)，輕度傷害 3,752 件 (37.5%)，如圖 4-1-3-2。

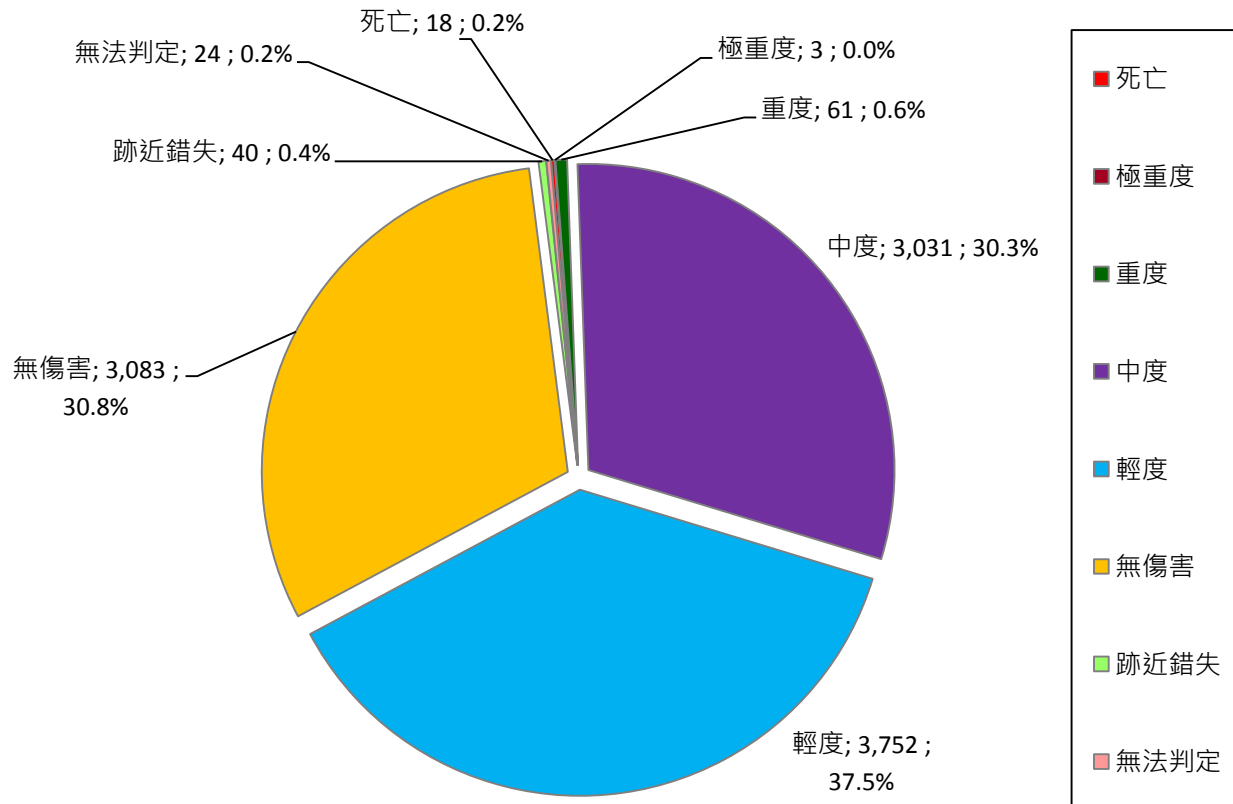


圖 4-1-3-2 醫院管路事件對病人/住民健康的影響程度 (N=10,012)



管路事件發生於何項過程，以臥床休息時所佔比例最高，共 6,649 件 (佔 66.4%)，其次為處置、照護時，共 854 件 (佔 8.5%)；而對各發生過程與病人所造成傷害比例，除不知道外，以處置、照護時所佔比例最高，佔 79.4%，其次為翻身時，佔 77.1%，如圖 4-1-3-3。

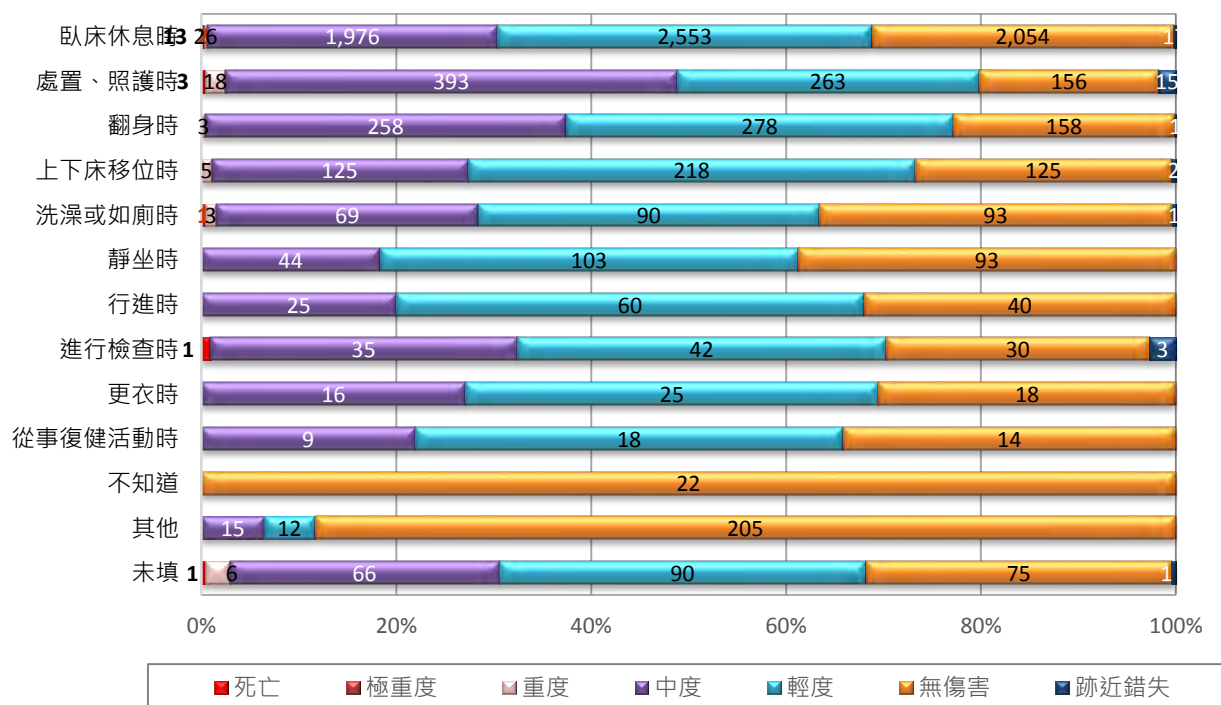


圖 4-1-3-3 醫院管路事件發生過程與病人/住民健康的影響

分析病人意識狀態 (清醒 4,976 件、意識混亂 3,977 件、嗜睡 572 件、昏迷 222 件) 與對健康的影響程度發現(不含未填)，病人意識昏迷且影響病人傷害程度在「有傷害以上」所佔比例最高，有 187 件 (佔意識昏迷病人 84.2%)，病人清醒發生有傷害以上有 3,398 件 (佔清醒病人 68.3%)，意識混亂發生有傷害以上有 2,710 件 (佔意識混亂病人 68.1%)，病人嗜睡發生有傷害以上有 375 件 (佔嗜睡病人 65.6%)，圖 4-1-3-4。

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 3,430 件，其中病人/住民之健康影響有傷害以上 2,552 件 (佔有使用約束 74.4%)；而「未使用約束」有 5,397 件，其中病人/住民之健康影響有傷害 3,509 件 (佔未使用約束 65.0%)，圖 4-1-3-5。

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 1,303 件 (佔 13.0%)，而未使用鎮靜藥物的案件為 7,380 件 (佔 73.7%)，其中有使用鎮靜藥物情況下病人/住民之健康影響有傷害以上共 940 件 (佔有使用鎮靜藥物 72.1%)，而未使用鎮靜藥物情況下有傷害以上共 5,001 件 (佔未使用鎮靜藥物 67.8%)，圖 4-1-3-6。

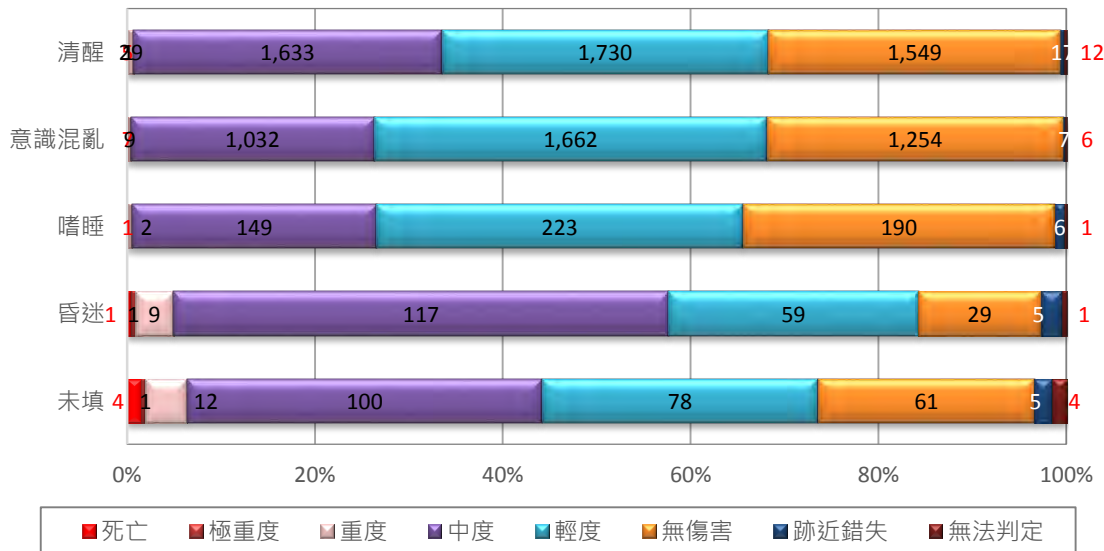


圖 4-1-3-4 病人意識狀態與對健康的影響程度之交叉分析 (N=10,012)

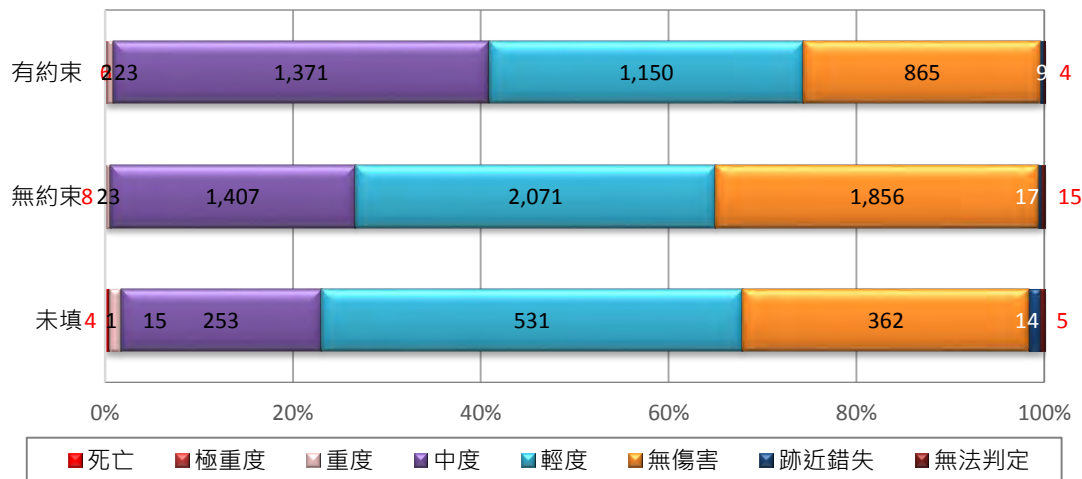


圖 4-1-3-5 病人是否有約束與對健康影響程度之交叉分析 (N=10,012)

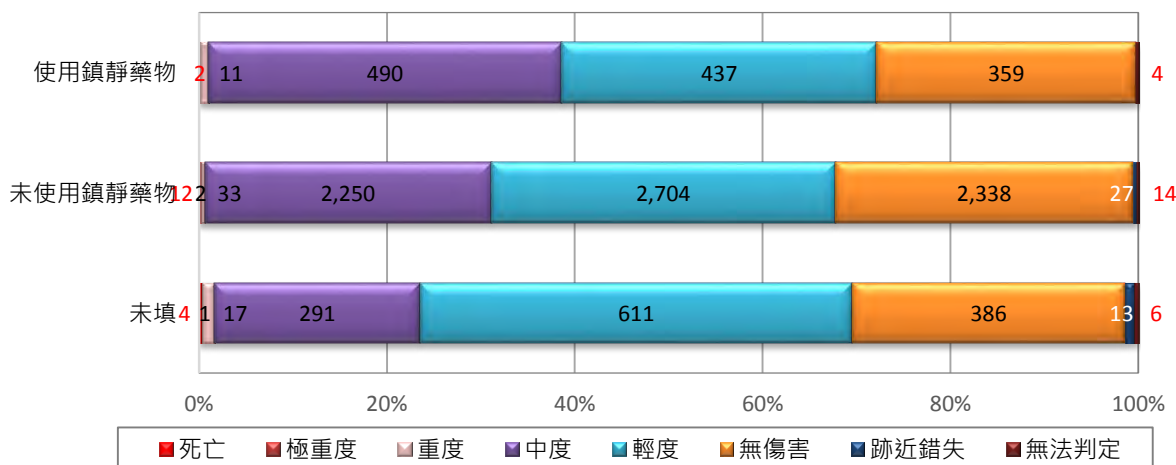


圖 4-1-3-6 病人是否使用鎮靜藥物對健康影響程度之交叉分析 (N=10,012)



進一步就單一路事件及多管路事件進行分析，單一路事件共 9,727 件，多管路事件則有 285 件，單一路事件發生時，造成病人「有傷害以上」(含輕度、中度、重度、極重度及死亡)事件 6,636 件，佔 68.2%，多管路事件則造成病人有傷害以上事件 229 件，佔 80.4%。圖 4-1-3-7。

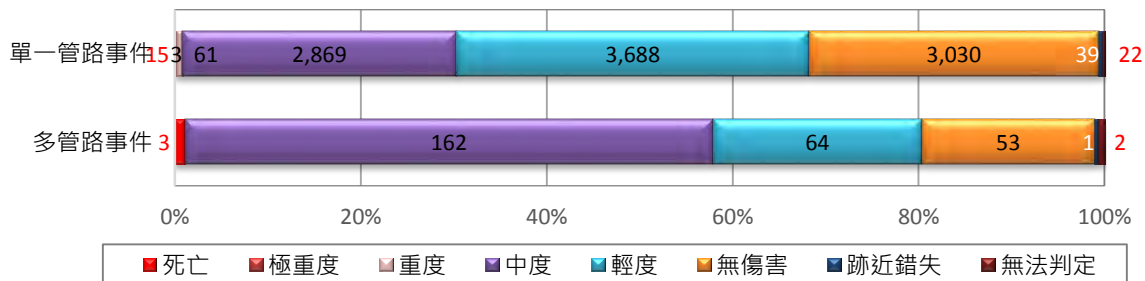


圖 4-1-3-7 單一路與多管路事件對病人健康影響程度之交叉分析 (N=10,012)

下述以單一路事件進行分析說明，單一路事件 (N=9,727) 發生種類，以鼻胃管發生事件最多共 2,121 件 (佔 44.2%)，其次為氣管內管口管共 1,465 件 (佔 15.0%)，圖 4-1-3-8。

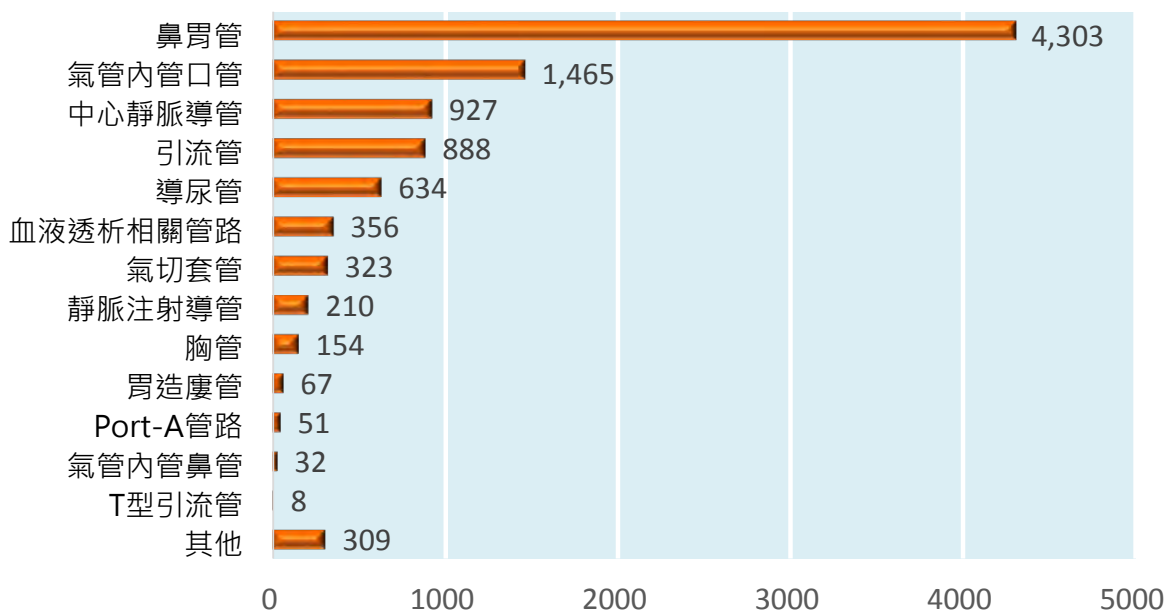


圖 4-1-3-8 單一路事件發生管路種類 (N=9,727)

單一路造成病人「有傷害」者中，最高是氣管內管口管 (99.2%)，其次是氣切套管 (97.8%)、氣管內管鼻管 (96.9%)、胃造瘻管 (92.5%)、血液透析相關管路 (92.1%)，如圖 4-1-3-9。若以對病人健康影響程度為「重度以上」之比例，較高為氣管內管鼻管 (12.5%)，其次為氣切套管 (4.6%)、Port-A 管路 (3.9%)。重度以上之氣管內管鼻管內容闡述以困難插管居多；氣切套管闡述以困難插管，如：氣管內肉芽組織增生或急性氣管攣縮造成氣管狹窄、插氣切套管但氣切口出血造成阻塞；另外有病人氣切套管管路脫落造成心搏過緩或停止等。單一路事件造成 15 件死亡案件中，氣切套管有 5 件。

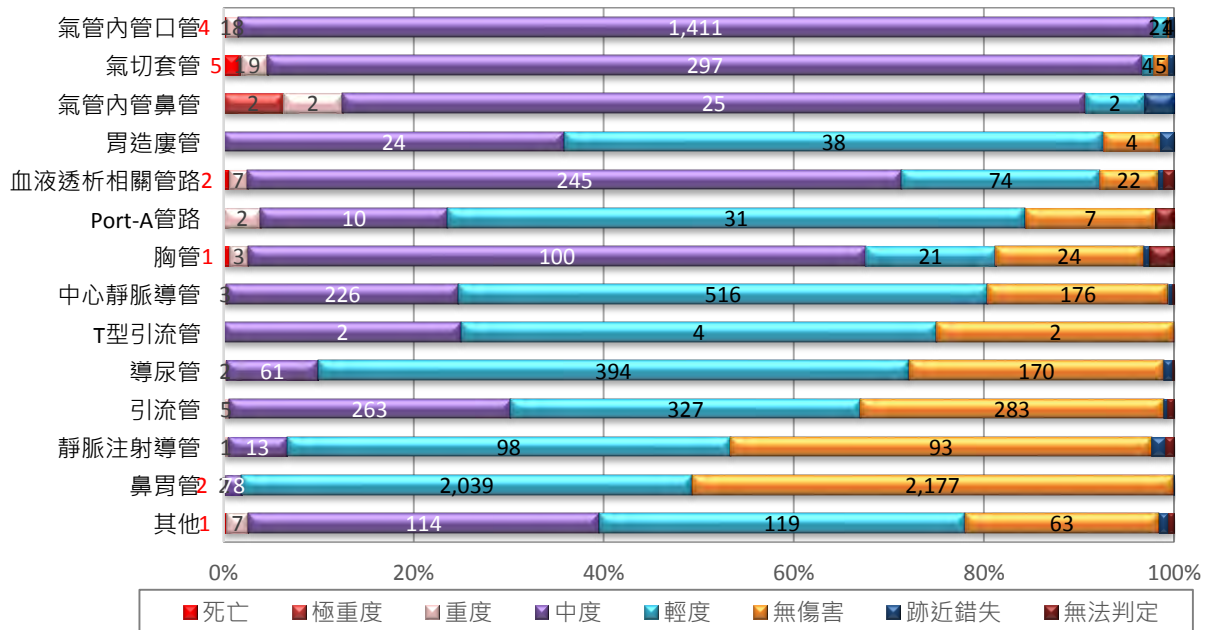


圖 4-1-3-9 醫院管路種類與對健康造成影響程度之交叉分析

(N=9,727，本項以單一管路種類為主，不包含2條以上管路種類或未填)

單一管路事件且屬單一錯誤類型共有 9,635 件，其中有 94.4% 屬於管路脫落，管路阻塞佔 0.9%，管路錯接佔 0.4%，管路未開啟則佔 0.2%。管路脫落錯誤類型中，以 T 型引流管所佔比例最高，發生 8 件引流管事件全與管路脫落有關，其次為胃造瘻管，佔 98.5%；發生管路阻塞錯誤類型比例最高者為「靜脈注射導管」，其次是「血液透析相關管路」；發生管路錯接比例最高者則為「胸管」，圖 4-1-3-10。

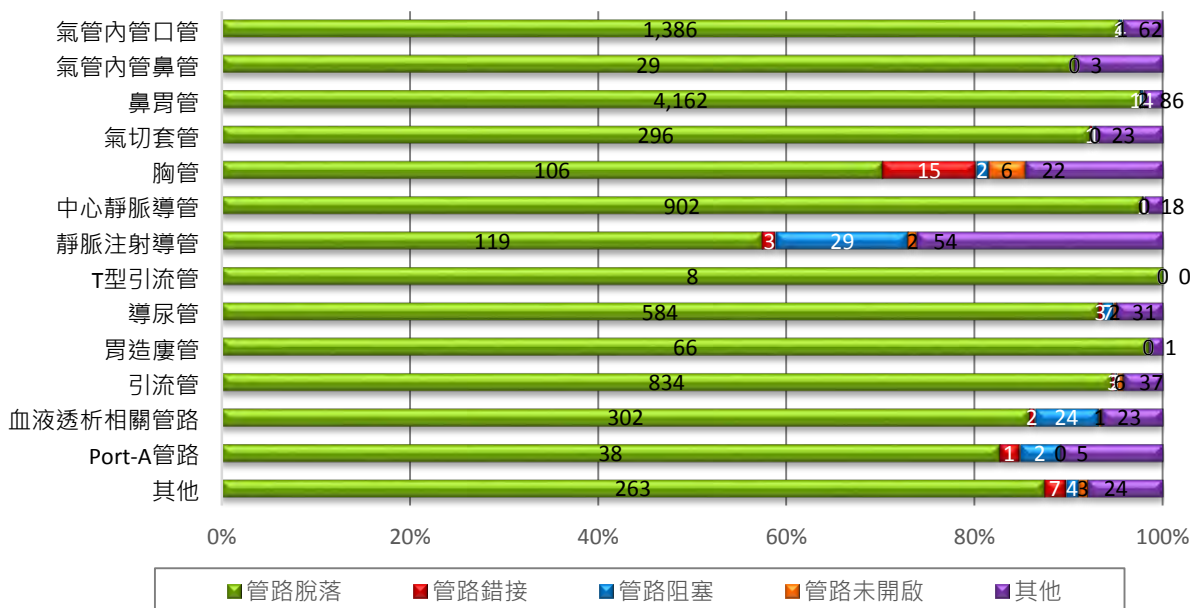


圖 4-1-3-10 單一管路錯誤發生類型

(N=9,635，本項以單一管路、單一錯誤類型為主)



針對單一管路、單一錯誤類型與管路脫落事件 (N=9,095) 之種類分析，單一管路自拔有 6,267 件 (佔 68.9%)，意外滑脫有 2,749 件 (佔 30.2%)。分析各類管路事件其自拔率，自拔率佔該管比率大於 50% 的管路種類依序為鼻胃管 (4,162 件，佔 81.8%)、氣管內管口管 (1,386 件，佔 77.9%)、血液透析相關管路 (302 件，佔 69.2%)、氣管內管鼻管 (29 件，佔 69.0%)、中心靜脈導管 (902 件，佔 63.3%)、導尿管 (584 件，佔 59.2%)、靜脈注射導管 (119 件，佔 52.9%)、Port-A 管路 (38 件，佔 50.0%)、T 型引流管 (8 件，佔 50.0%)，圖 4-1-3-11。

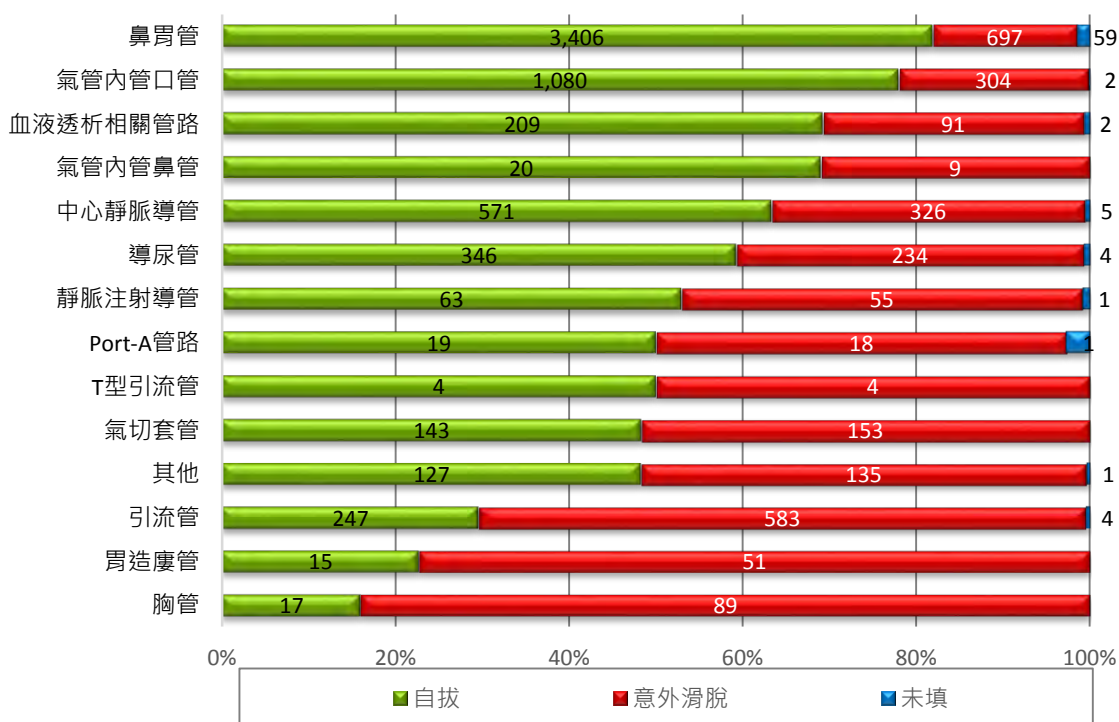


圖 4-1-3-11 單一管路種類與管路脫落 (自拔、意外滑脫) 之交叉分析 (N=9,095)

圖 4-1-3-12 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 62.1 件/百件，其次為「與人員個人 (人為) 因素」，佔 48.2 件/百件，「與溝通因素相關」佔 29.3 件/百件，「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」則佔 24.6 件/百件。就與病人因素相關原因之內容，以「病人躁動」3,514 件最多，其次為「病人約束中自拔」1,757 件；人為因素以「因注意力轉移造成疏忽」1,892 件最多，其次為「未進行雙手保護約束」1,556 件。

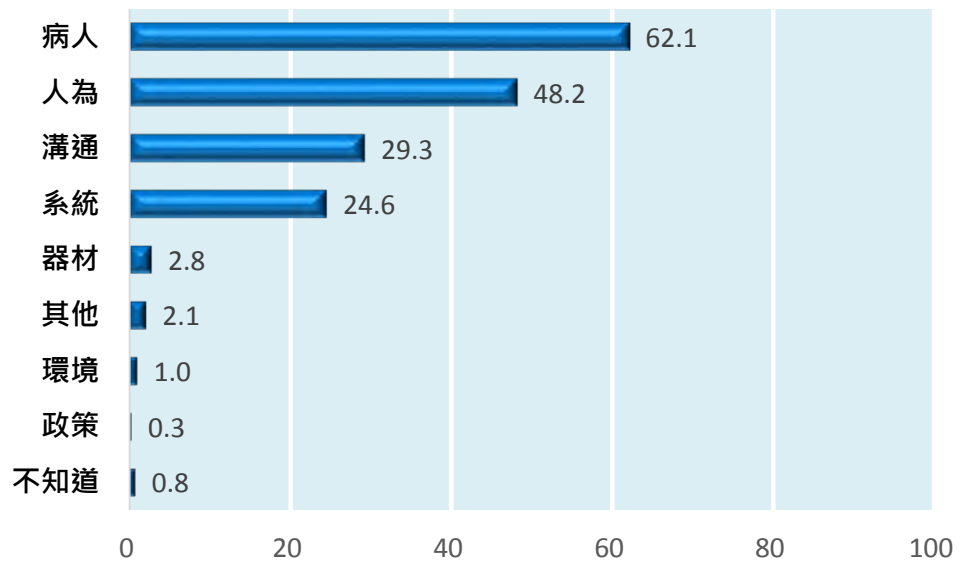


圖 4-1-3-12 醫院管路事件發生可能原因相對次數百分比

(N=10,012 · N 為事件數 · 此項目為複選)

醫院管路事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 14 件，SAC = 2 者有 39 件，SAC = 3 有 3,676 件，SAC = 4 有 4,701 件，如表 4-1-0-5。

(四) 醫院-檢查/檢驗/病理切片事件

發生於醫院內的檢查/檢驗/病理切片事件共 3,956 件，其中對於病人造成影響的共有 3,956 件。事件發生時段以白班 (08:01-16:00) 最高 (58.9%)，小夜班 (16:01-00:00) 次之 (24.9%)，依據事件發生階段和對病人健康影響程度資料進一步分析，「有傷害」及「無傷害」事件高峰皆發生於 08:01~12:00，而跡近錯失發生件數較高的時段集中於白班 (08:01-16:00) 如圖 4-1-4-1。

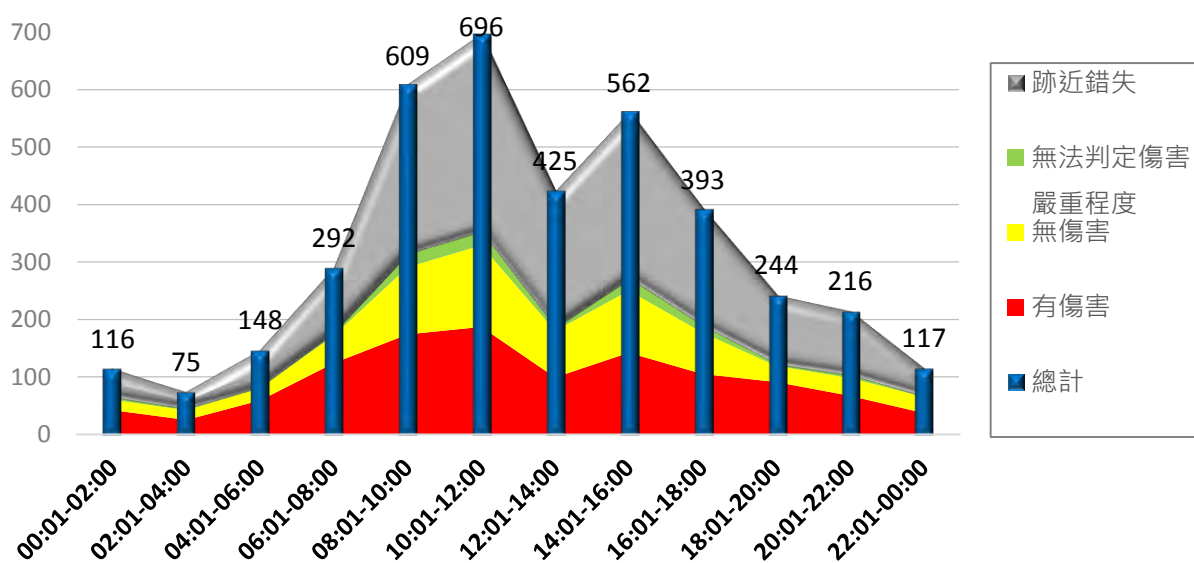


圖 4-1-4-1 醫院檢查檢驗事件發生時段與病人健康影響程度分析

(N=3,893，不含未填 63 件)

「哪類醫療檢查」選項為複選題型式，以「檢驗類」最多 (64.4 件/百件)，其次是「放射檢查類」(24.6 件/百件)，如圖 4-1-4-2。錯誤發生階段以「採檢/送檢階段」居多佔 56.1 件/百件，其次為「檢查單位報告階段」佔 21.3 件/百件及「醫囑/檢查單開立階段」佔 20.0 件/百件，如圖 4-1-4-3。以「醫囑開立階段」舉例來說，此階段錯誤事件總數為 792 件 (錯誤發生階段為複選，表示除了勾選「醫囑開立階段」也同時併有其他階段錯誤)，「醫囑開立階段」單一錯誤者共 675 件，而 675 件「醫囑開立階段」錯誤中有 46 件未被成功擋下來，以致於在「採檢/送檢階段」仍發生錯誤，如圖 4-1-4-4。進一步分析「採檢/送檢階段」錯誤項目，主要和檢體保存方式錯誤/檢體污染有關 (16.6 件/百件)，其次為檢體未貼標籤 (15.6 件/百件) 和標籤錯誤 (14.3 件/百件)，如圖 4-1-4-5。「檢查單位報告階段」常見的錯誤則依序為：報告延遲 (29.8 件/百件)、病人錯誤 (20.8 件/百件) 及轉錄錯誤 (19.6 件/百件)，如圖 4-1-4-6。

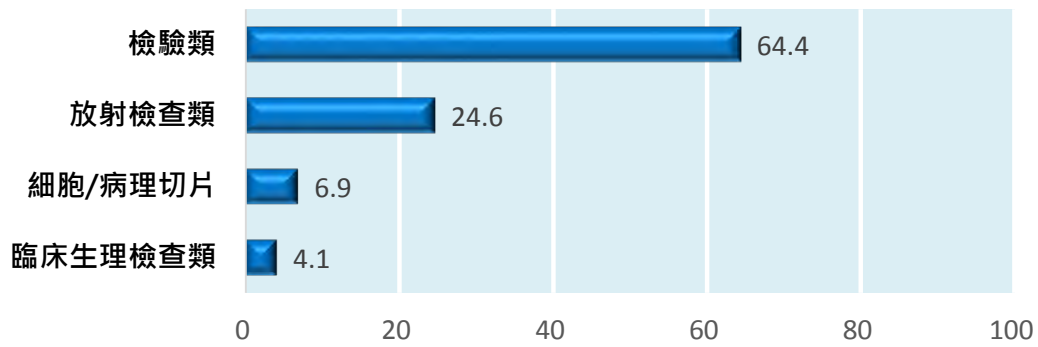


圖 4-1-4-2 醫院檢查檢驗事件為哪類醫療檢查 (N=3,956 · 本項為複選)

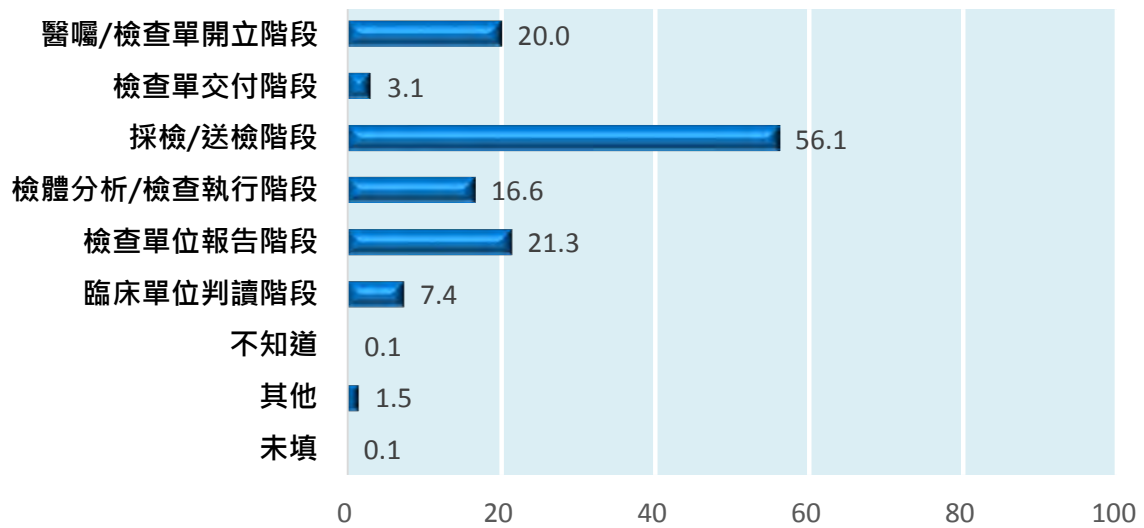


圖 4-1-4-3 醫院檢查/檢驗事件錯誤發生階段 (N=3,956 · 本項為複選)

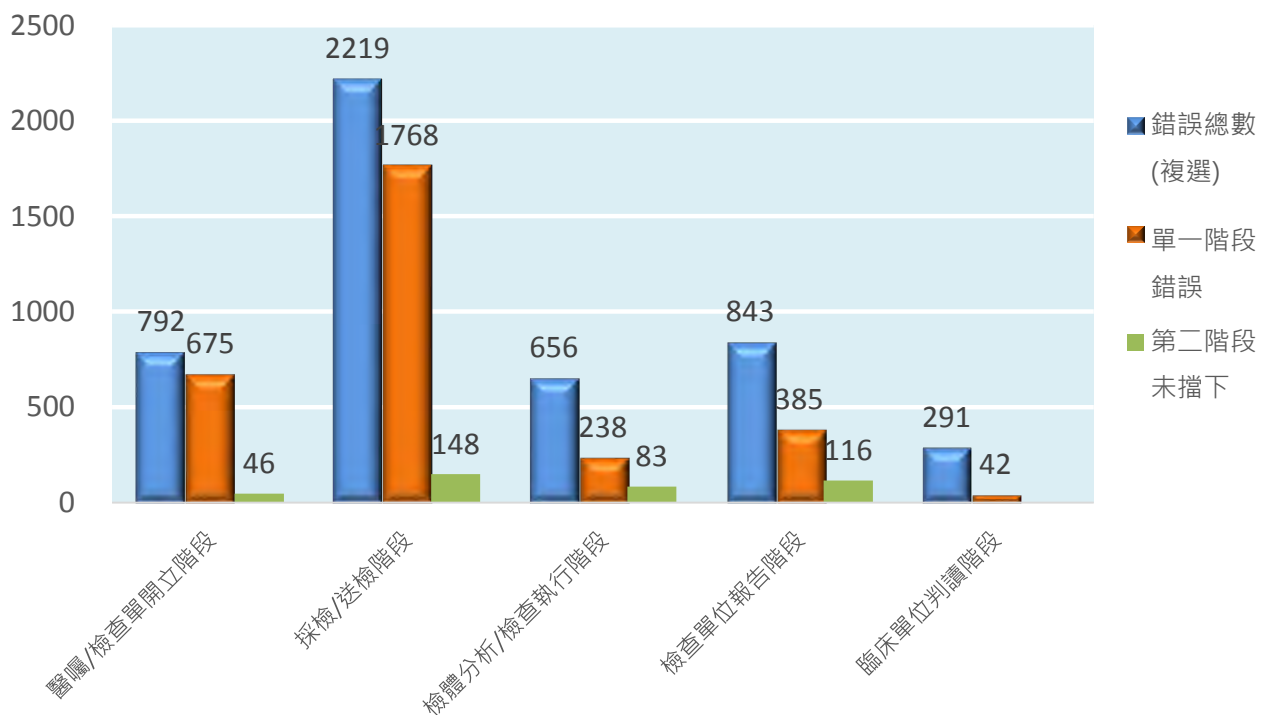


圖 4-1-4-4 醫院檢查檢驗事件錯誤發生階段未成功擋下件數 (N=3,956 · 本項為複選)

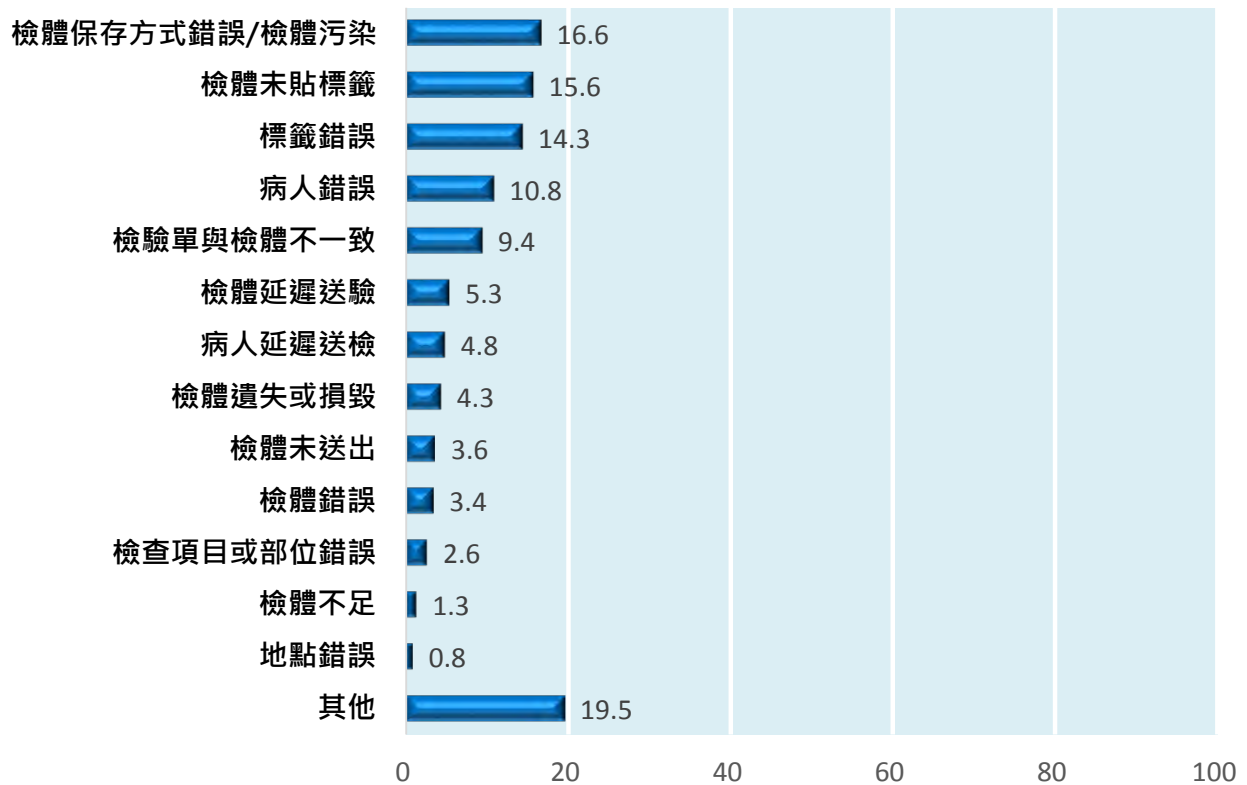


圖 4-1-4-5 醫院檢查檢驗事件-採檢/送檢階段明細
(N=2,219，N 為採檢/送檢階段有誤之通報件數，本項為複選)

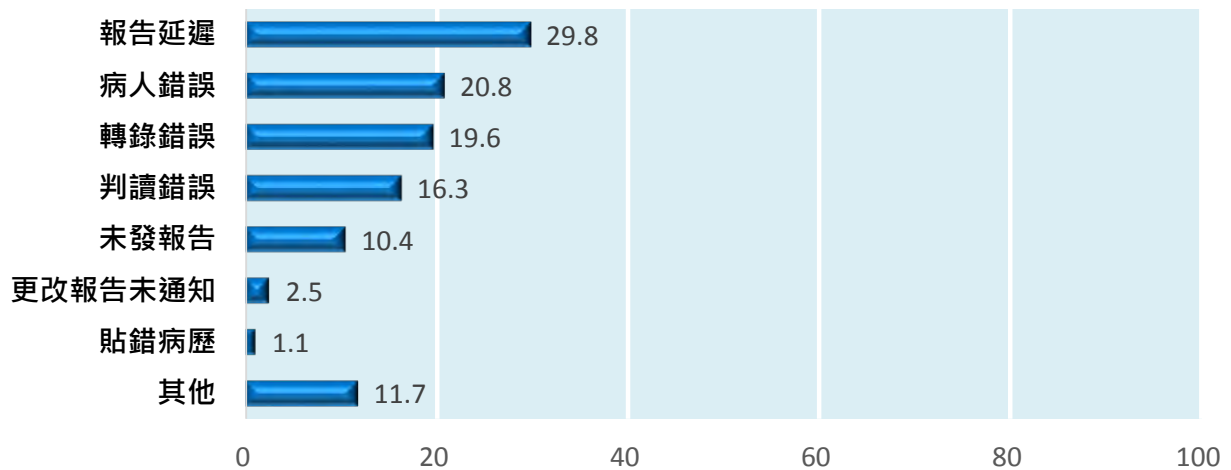


圖 4-1-4-6 醫院檢查/檢驗事件-檢查單位報告階段明細
(N=843，N 為檢查單位報告階段有誤之通報件數，本項為複選)

事件發生後對病人/住民健康影響程度約有 67.3% 的事件未對病人健康造成影響 (跡近錯失 48.9%，無傷害 18.4%)，如圖 4-1-4-7。在 1 件死亡案例中主要與檢體不足、報告延遲，導致臨床單位無法及時依據病人情況提供醫療判斷及緊急處置有關。

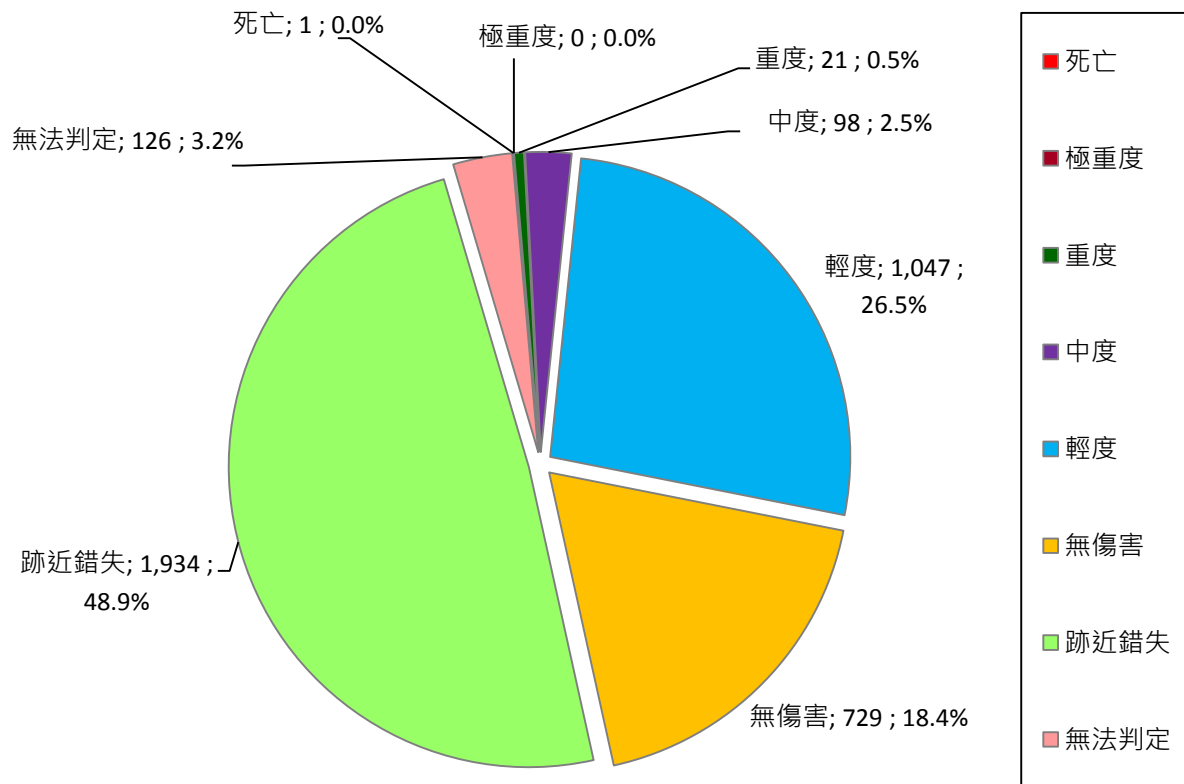


圖 4-1-4-7 醫院檢查檢驗事件對病人健康的影響程度之交叉分析 (N=3,956)

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 931 件 (36.5 件/百件)；「放射檢查類」有傷患者為 159 件 (16.3 件/百件)；「細胞/病理切片」有傷患者 43 件 (15.8 件/百件)；「臨床生理檢查類」有傷患者 37 件 (22.8 件/百件)，如圖 4-1-4-8。

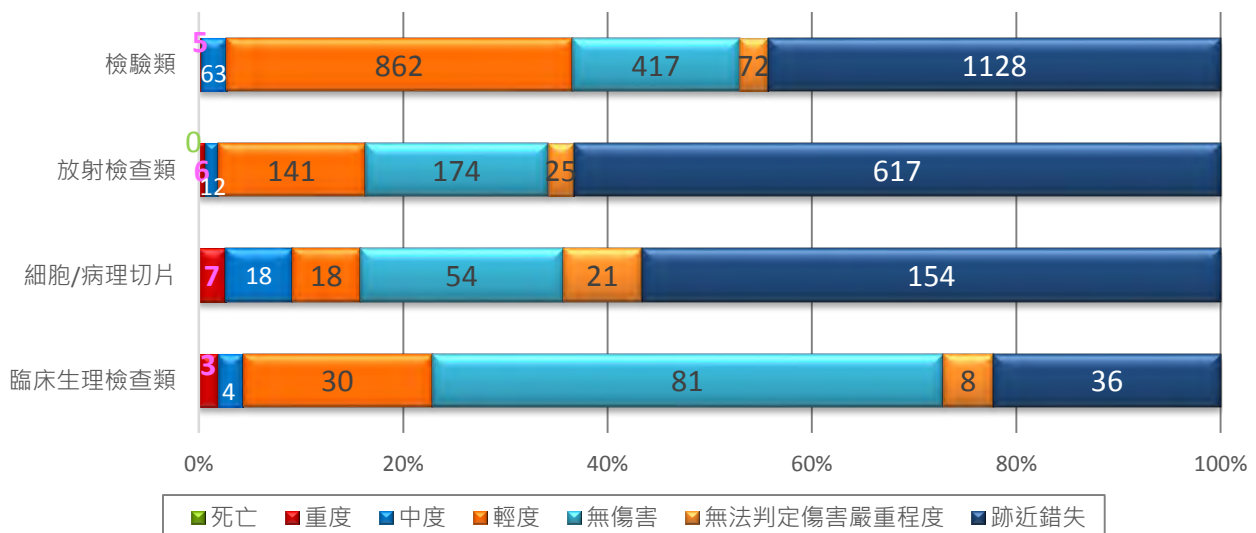


圖 4-1-4-8 醫院檢查檢驗事件醫療檢查類型與病人健康影響程度之交叉分析

(N=3,956，本項為複選)

同樣地，將錯誤發生階段與病人健康影響程度作交叉分析後，對病人有傷害的件數依序



排列為：「採檢/送檢階段」(780 件)、「檢查單位報告階段」(316 件)、及「檢體分析/檢查執行階段」(296 件)；傷害比例則以「臨床單位判讀階段」(45.4 件/百件) 及「檢體分析/檢查執行階段」(45.1 件/百件) 相對較高，如圖 4-1-4-9。

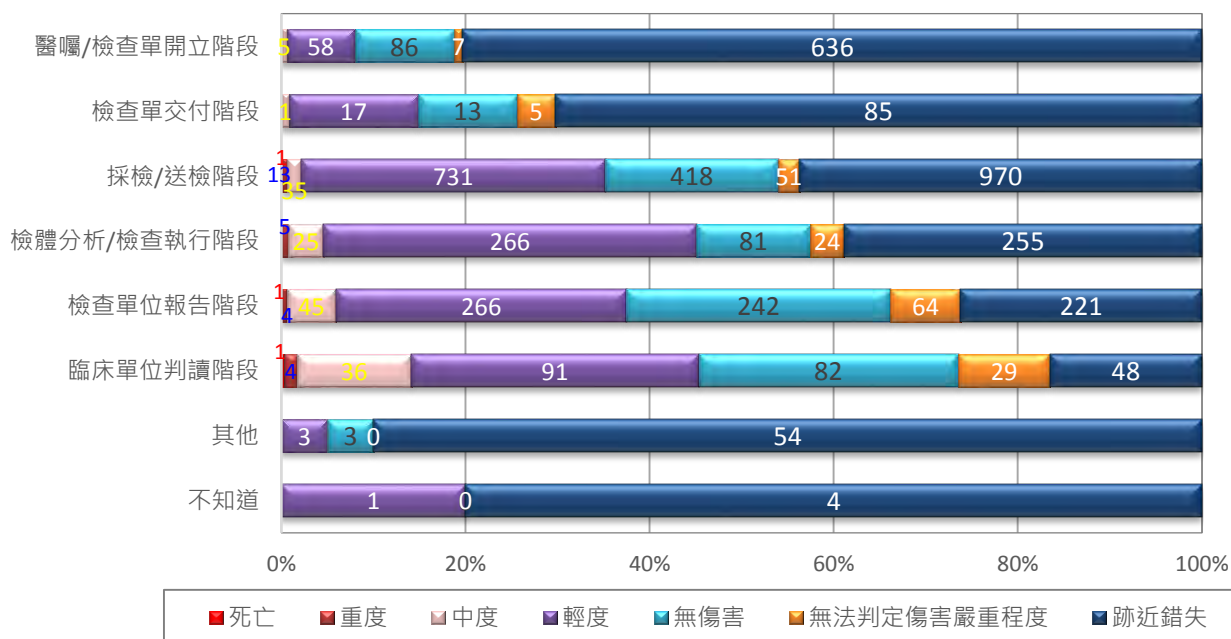


圖 4-1-4-9 醫院檢查檢驗事件錯誤階段與病人健康影響程度之交叉分析
(N=3,956，本項為複選)

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 (82.6 件/百件)；「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素相關」次之 (57.0 件/百件)，如圖 4-1-4-10。

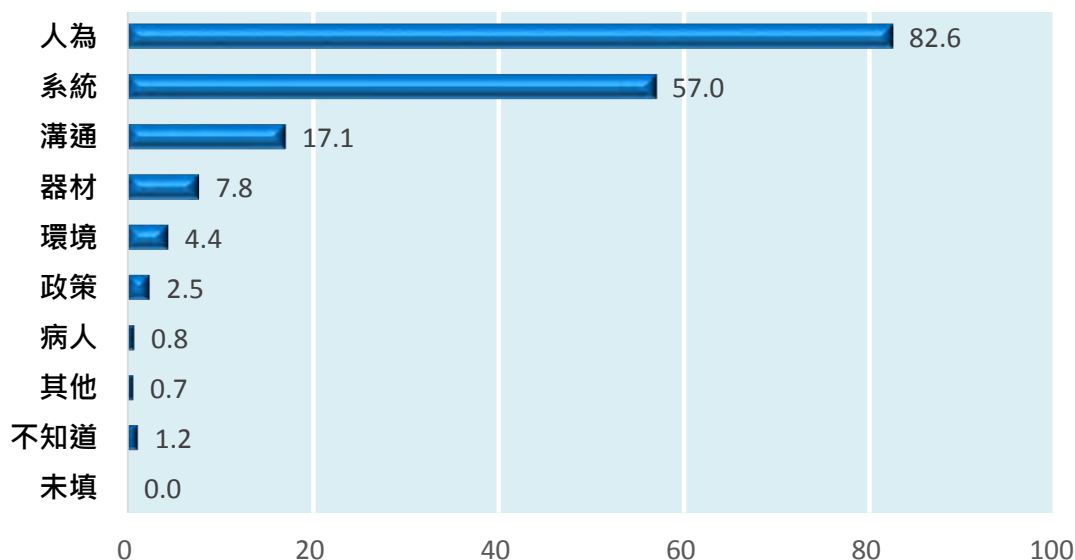


圖 4-1-4-10 醫院檢查檢驗事件發生可能原因相對次數百分比 (N=3,956，本項為複選)

檢查/檢驗/病理切片事件 SAC 級數分析，在 3,956 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 1 件，SAC=2 者有 14 件，SAC=3 者有 334 件，SAC=4 者有 1,190 件，SAC 為遺漏值者共有 2,417 件，如表 4-1-0-5。

(五) 醫院-醫療照護事件

發生於醫院的醫療照護事件共有 1,943 件，以白班時段 (08:01-16:00) 54.8% 佔多數，小夜班 (16:01-00:00) 的 26% 次之，進一步分析事件發生時段與對病人健康影響程度的關係，資料顯示「有傷害」事件高峰發生於 08:01~12:00 區間，「無傷害」事件高峰則發生於 10:01~12:00 及 14:01~16:00 區間，如圖 4-1-5-1。

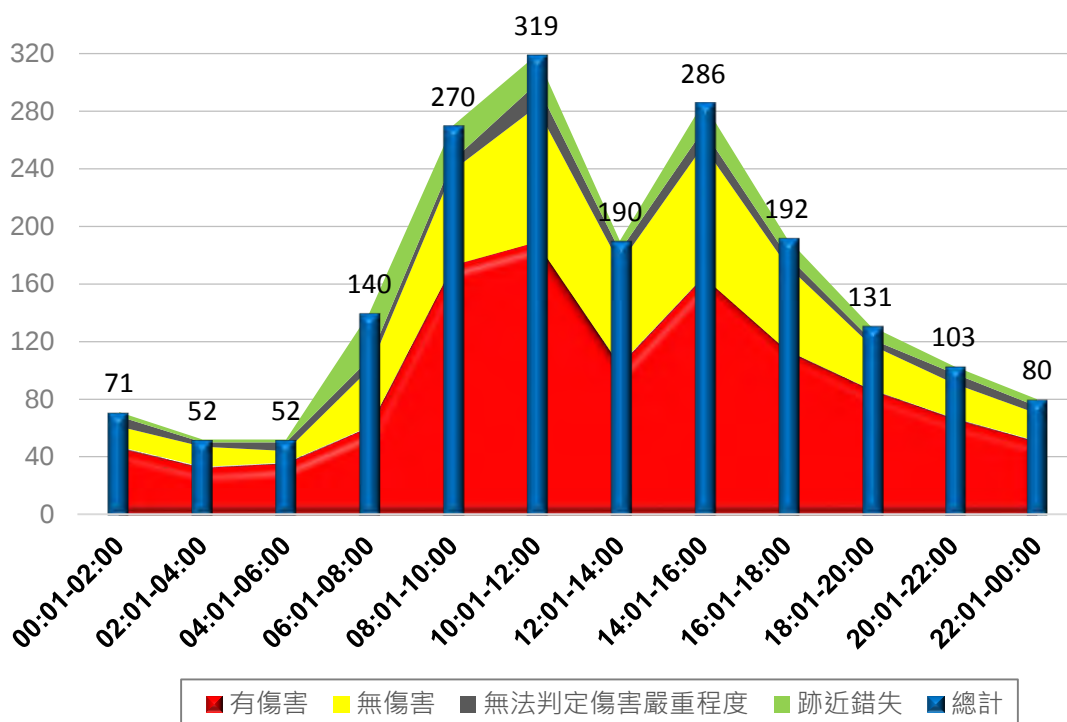


圖 4-1-5-1 醫院醫療照護事件發生時段 (N=1,886，不含未填 57)

事件發生後對病人/住民的影響超過半數為有傷害 (59.5%)，無傷害佔 28.2%，跡近錯失及無法判定則各佔 7.6% 及 4.6%，如圖 4-1-5-2。

值得注意的是，在與轉運送相關的死亡案件中，有因送錯照護單位、使用不適當的器材設備及未依病人病情嚴重等級讓符合資格的運送者陪同，導致原本病情不穩定的病人暴露於更大的缺氧風險中。建議機構應檢視是否已有轉運送的標準流程供相關人員明確依循，以及探討人員無法遵循或未遵循的真正原因，以減少病人因轉運送而造成更大的傷害。

至於延遲診斷及診斷錯誤的案例，則因為未能及早確立出血點及心電圖波形判斷錯誤未給予正確治療而導致病人死亡，從案例的描述中看到涉及跨專科別的溝通失效，機構可以思考的是當臨床決策明顯不符合病人需求時，是否有機制讓第一線人員求援(例如:何時可找支援? 找誰支援?)，以防止類似的案件重複發生。

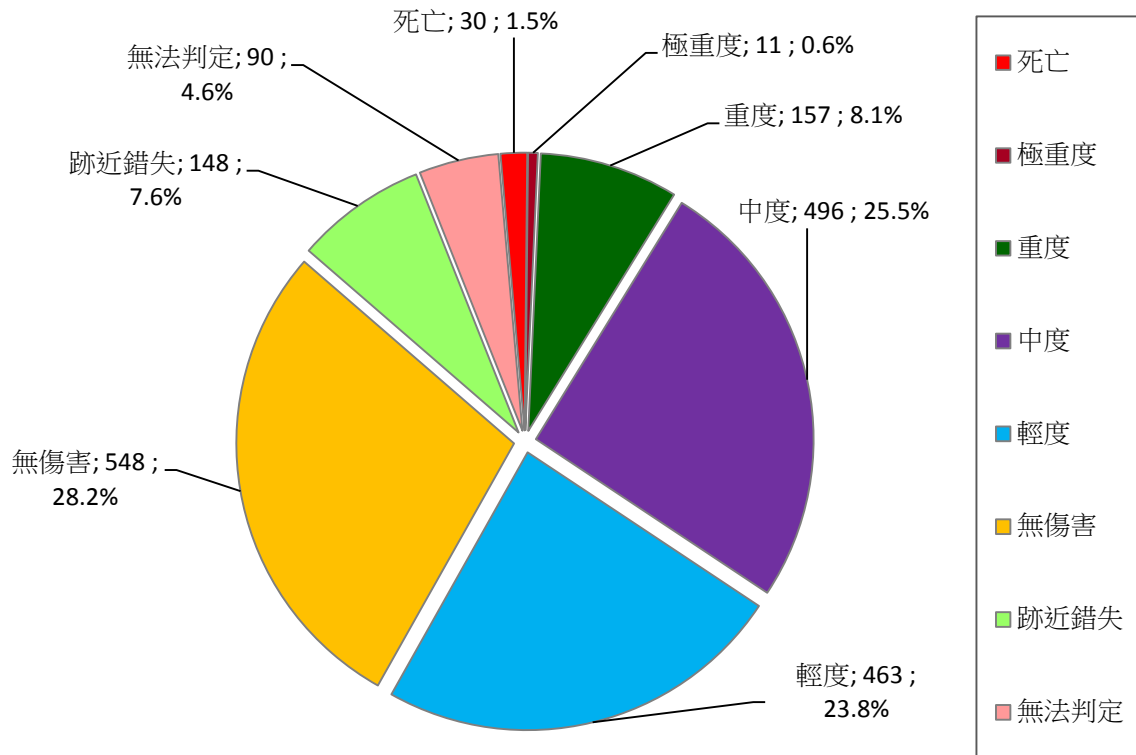


圖 4-1-5-2 醫院醫療照護事件對病人健康的影響程度 (N=1,943)

錯誤發生階段以「處置、治療或照護階段」居多佔 82 件/百件，其次為「評估階段」佔 36.2 件/百件，如圖 4-1-5-3。若以「評估」、「診斷」及「處置、治療或照護」等階段中共同的錯誤項目來看，未執行最常發生於「評估階段」，而其他有關延遲執行、執行錯誤(技術不當)或病人辨識錯誤則多發生於「處置、治療或照護階段」，如圖 4-1-5-4。

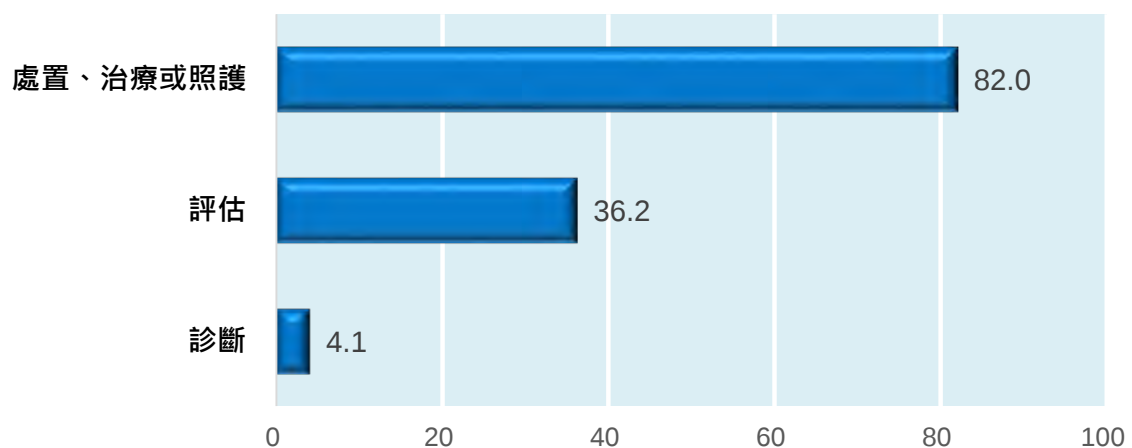


圖 4-1-5-3 醫院醫療照護事件錯誤發生階段 (N=1,943，本項複選)

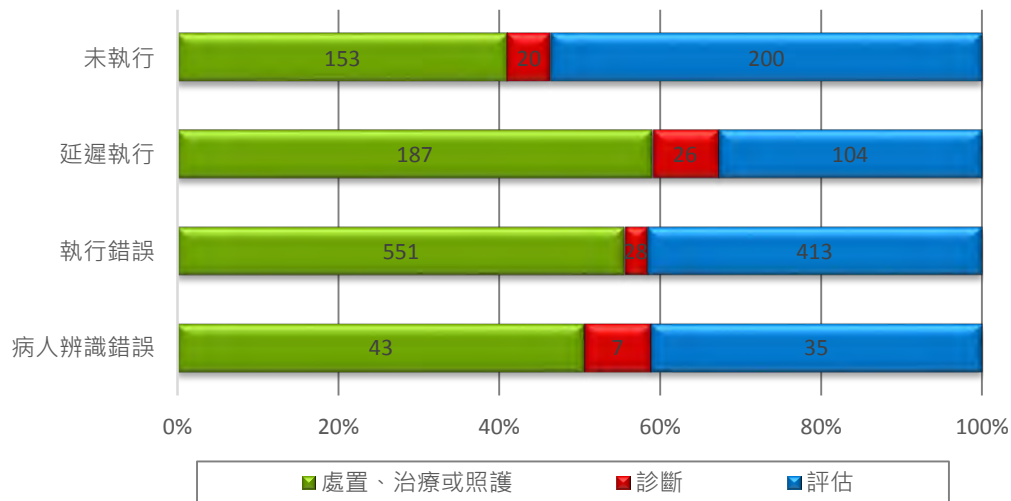


圖 4-1-5-4 醫院醫療照護事件錯誤發生階段與共同錯誤項目交叉分析 (N=1,767, 本項複選)

將「處置、治療或照護階段」錯誤項目與病人健康影響程度作交叉分析後，有傷害比例高的依序為：燒燙傷(100 件/百件)、技術不當(85.5 件/百件)、異物哽塞(75.4 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(78.8 件/百件)、未評估(71.5 件/百件)，如圖 4-1-5-6；「診斷階段」錯誤項目與病人健康影響程度作交叉分析後，有傷害比例最高的分別為延遲診斷(88.5 件/百件)、診斷錯誤(71.4 件/百件)，如圖 4-1-5-7。

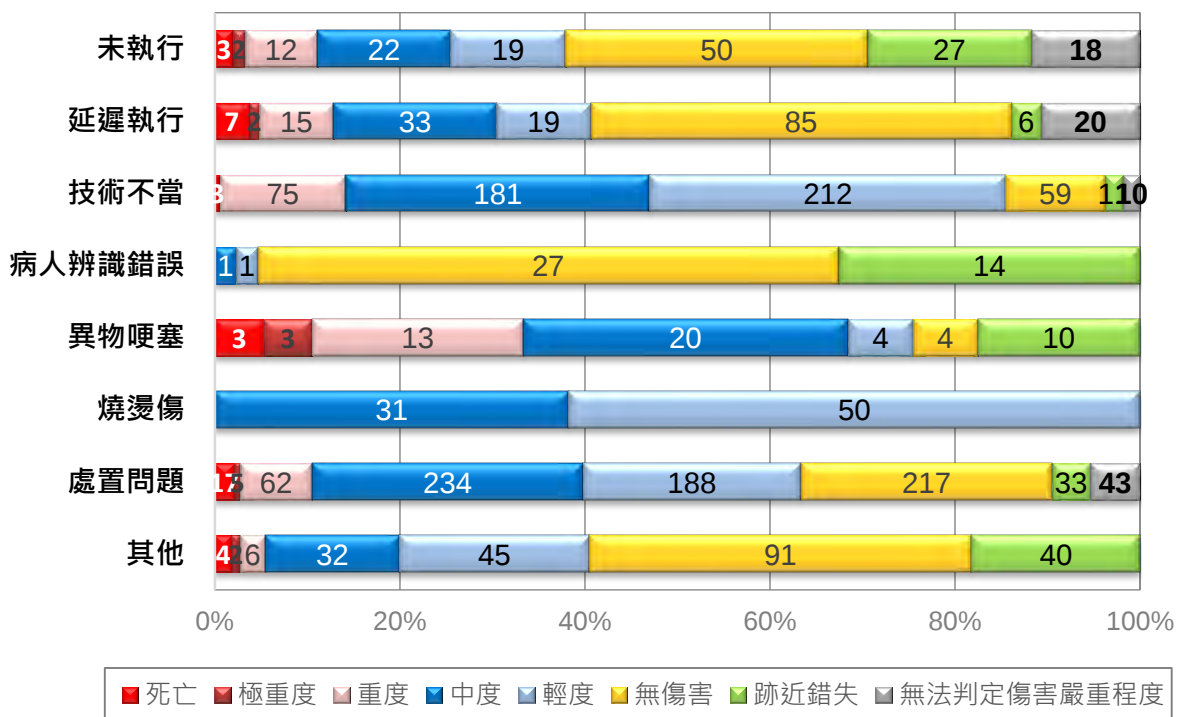


圖 4-1-5-5 「處置、治療或照護階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析
(N=1,594, 本項為複選)

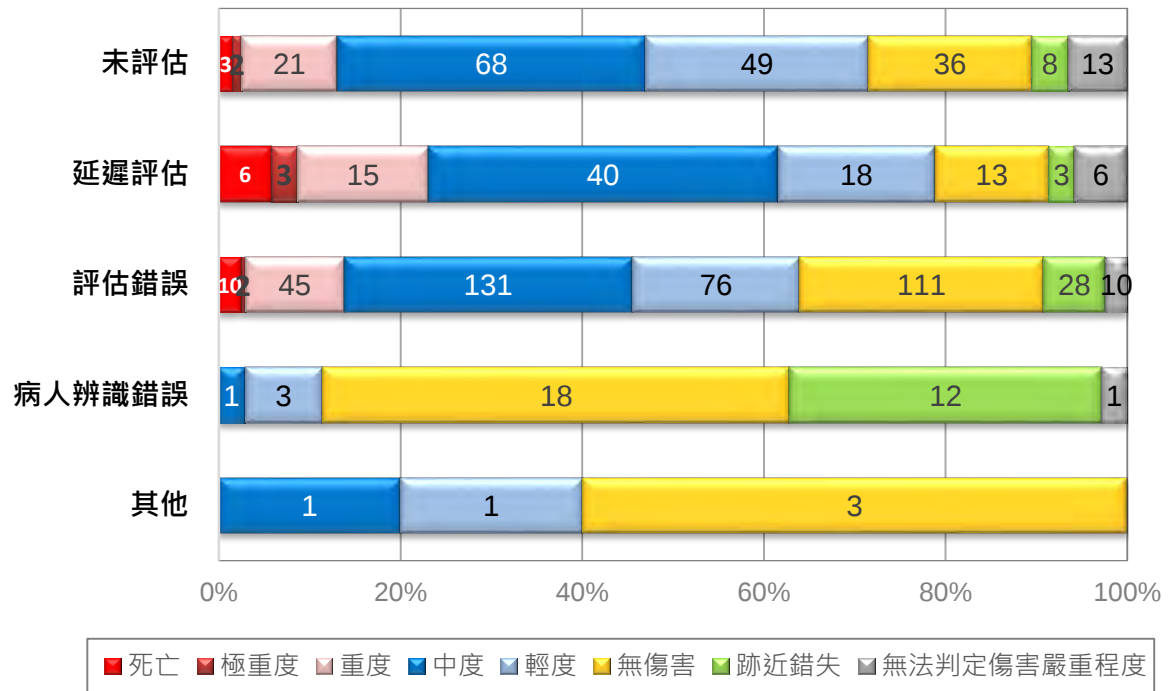


圖 4-1-5-6「評估階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 (N=704，本項為複選)

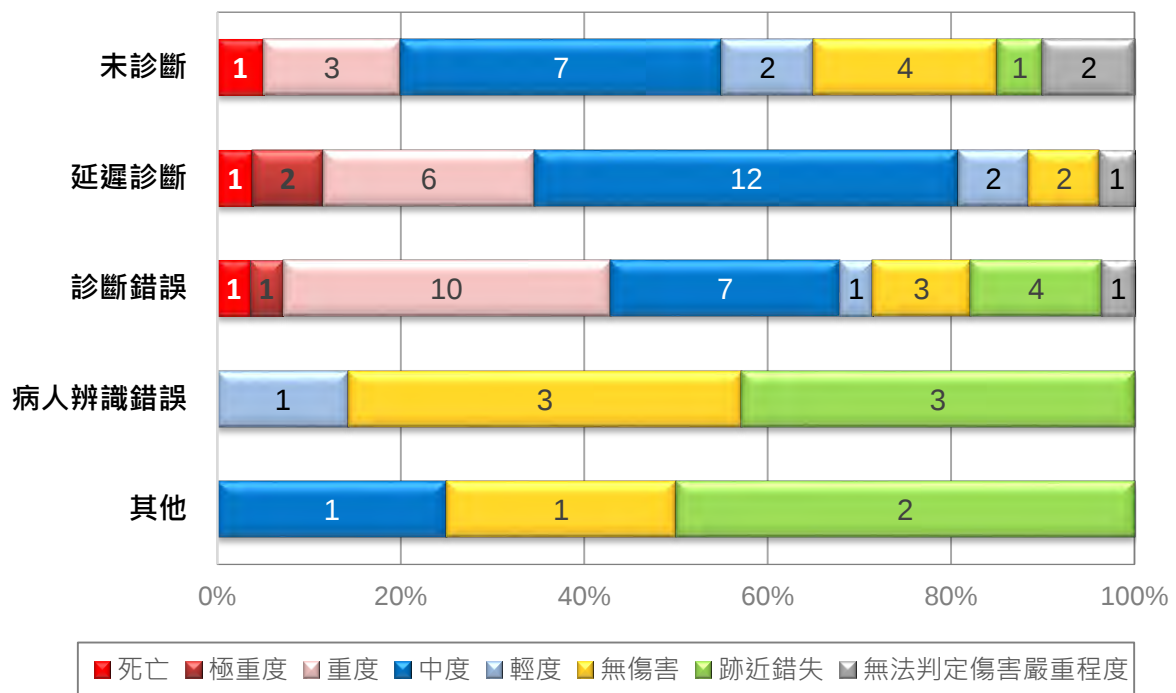


圖 4-1-5-7「診斷階段」之錯誤明細與病人健康影響程度交叉分析 (N=79，本項為複選)

發生可能原因以「人員個人(人為)因素相關」最多(74件/百件)，其後依序為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」次之(71.5件/百件)，「與溝通相關因素」(42.2件/百件)，如圖 4-1-5-8。

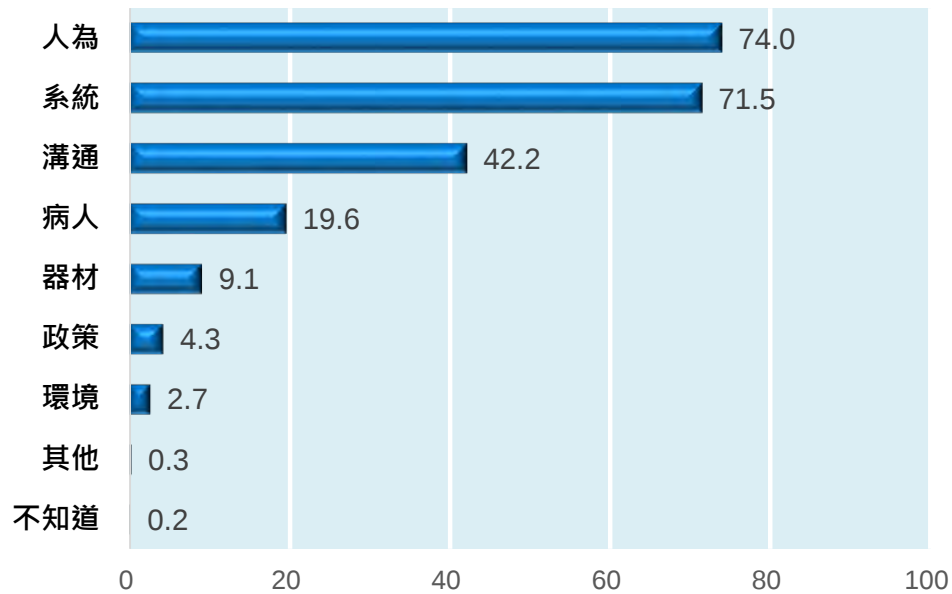


圖 4-1-5-8 醫院醫療照護事件發生可能原因 (N=1,943 , 本項複選)

醫療照護事件 SAC 級數分析，在 1,943 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 23 件，SAC=2 者 84 件，SAC=3 者有 385 件，SAC=4 者有 700 件，SAC 為遺漏值者共有 751 件，如表 4-1-0-5。

(六) 醫院-治安事件

分析 2016 年發生於醫院的治安事件共有 1,865 件，其中受影響對象為病人/住民的共有 1,518 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 757 件 (40.6%) 和 650 件 (34.9%)，如圖 4-1-6-1。治安事件發生地點平均每百件有 55.9 件發生於一般病房為最多，其次是急診室 (29.4 件/百件) 和公共區域 (5.6 件/百件)，如圖 4-1-6-2。

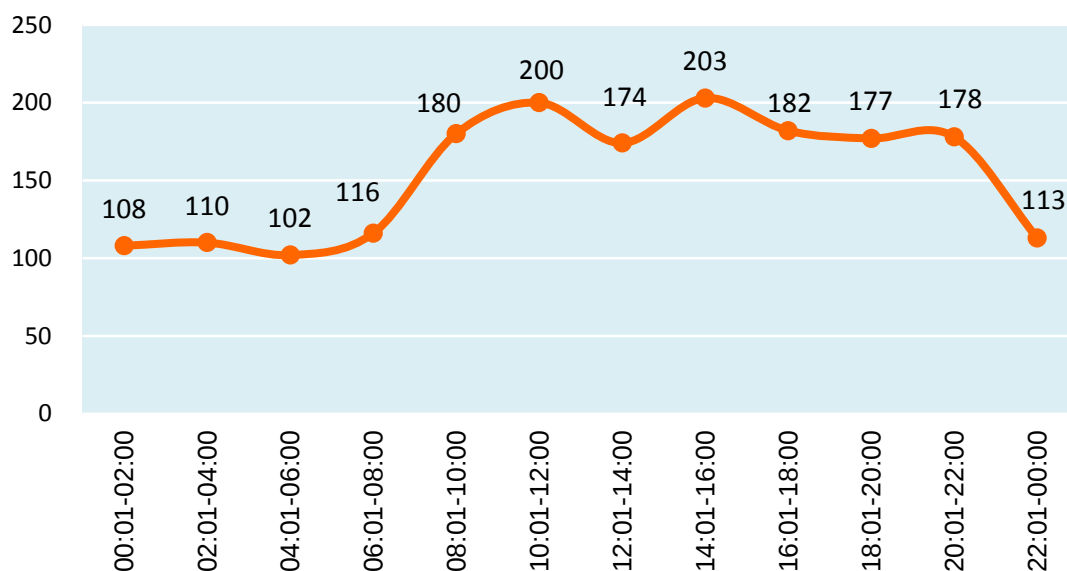


圖 4-1-6-1 醫院治安事件發生時段 (N=1,843，不包含未填 22 件)

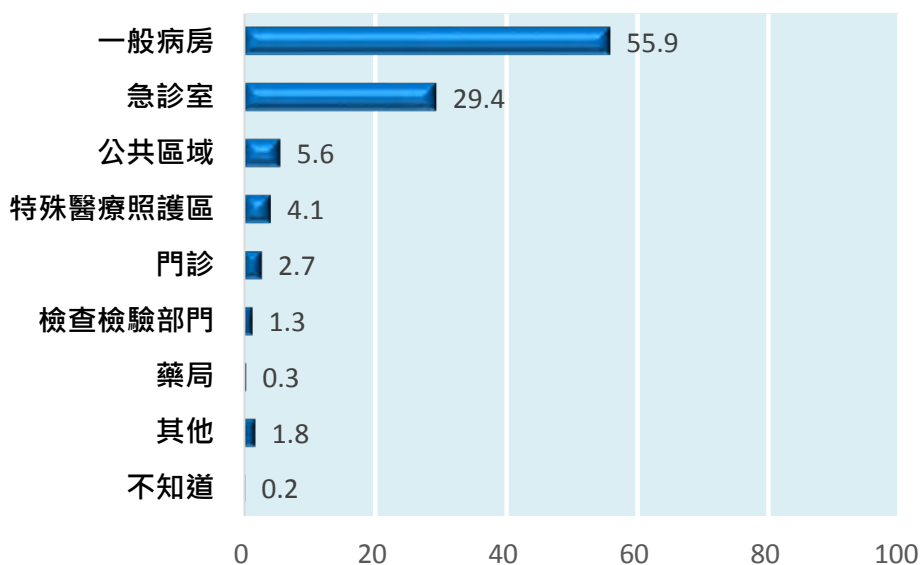


圖 4-1-6-2 醫院治安事件發生地點相對次數百分比 (N=1,865，本項為複選)

進一步分析治安事件類型以病人失蹤之案件數最多 (共 873 件，46.8 件/百件)，其次是肢體或言語衝突和偷竊，分別為 327 件 (17.5 件/百件) 和 300 件 (16.1 件/百件)，如圖 4-

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



1-6-3。將 2016 年前三名的治安事件類型和 2015 年相比，2016 年度病人失蹤發生的比例有些微下降，但肢體或言語衝突發生的比例上升頗多；2015 年的病人失蹤、肢體或言語衝突及偷竊分別為 49.5 件/百件，8.6 件/百件，16.6 件/百件。又將 2016 年此三項發生的治安類型和發生時段資料交叉分析，發現病人失蹤通報最多的時間點是 14：01~16：00 和 12：01~14：00；肢體或言語衝突發生的時間點最多集中在 20：01~22：00；偷竊的發生時間主要為 06：01~08：00。

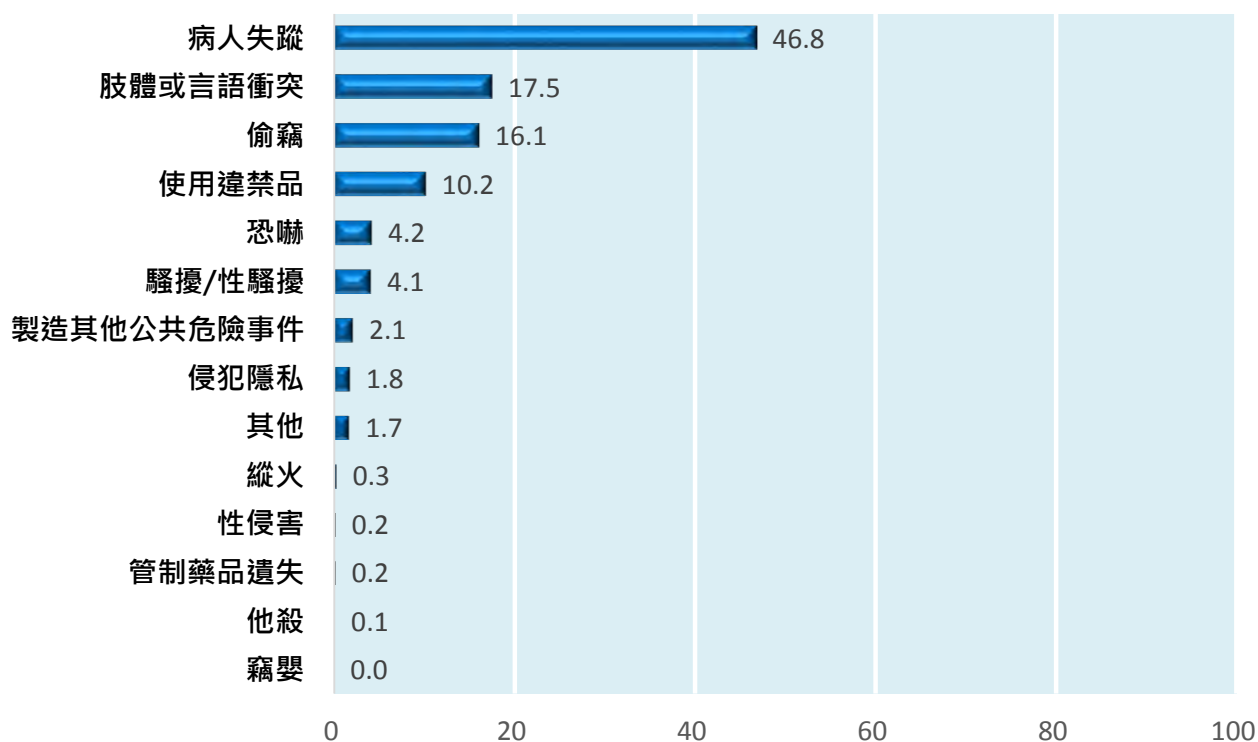


圖 4-1-6-3 醫院治安事件類型相對次數百分比 (N=1,865，本項為複選)

治安事件發生最主要的影響對象為病人/住民 (1,518 件，81.4 件/百件)，對象為員工的排名次之 (402 件，21.6 件/百件)，再其次為訪客和家屬 (289 件，15.5 件/百件)，如圖 4-1-6-4。影響對象為病人和住民的其主要的治安事件類別為病人失蹤 (57.5 件/百件)，受影響對象為員工者及訪客和家屬，其主要發生的治安事件是肢體或言語衝突 (分別為 56.2 件/百件，41.5 件/百件)。醫院治安案件主要以男性為主，共有 968 件 (63.8%) 多於女性 368 件 (24.2%)，其發生的年齡層主要集中在 19-64 歲，有高達 63.0% 的案件屬於此年齡層。

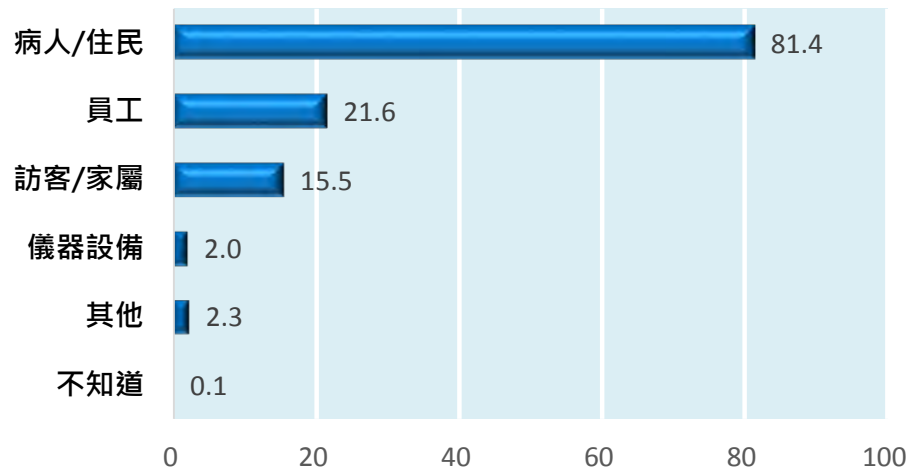


圖 4-1-6-4 醫院治安事件主要受影響對象相對次數百分比 (N=1,865, 本項為複選)

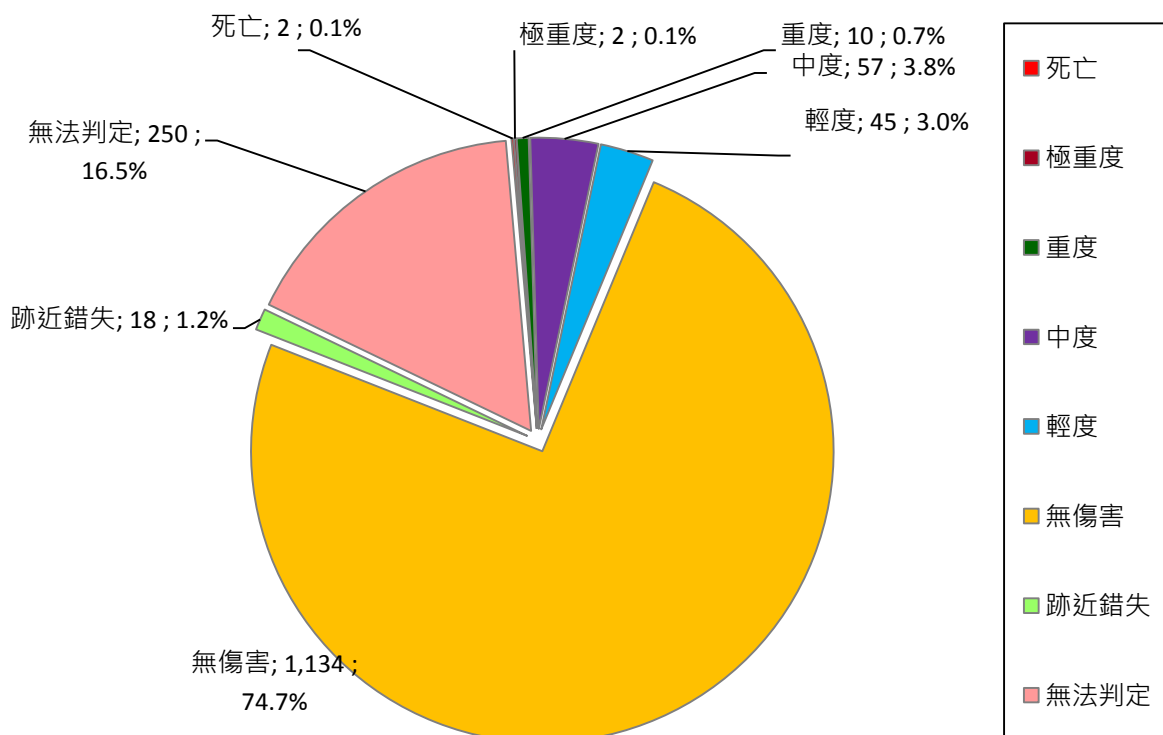


圖 4-1-6-5 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度 (N=1,518, N 為病人/住民數)

分析事件發生對病人/住民的健康程度影響，以無傷害最多 (1,134 件, 74.7%)，其次是無法判定傷害嚴重程度共有 250 件 (16.5%)，造成中度傷害以上的影響共有 57 件 (3.8%)，如圖 4-1-6-5。更進一步將治安事件類型和其對病人/住民健康程度影響資料做交叉分析，發現病人失蹤(含私自離院)案件共有 873 件，其中 61 件造成對病人/住民的傷害，約占所有「有傷害」事件的 50.8%，重度以上有 9 件分別因病人失蹤或私自離院而發生車禍、跌倒或自殺等；另外有 16 件造成傷害是由使用違禁品所引起，該事件造成病人/住民中度以上傷害有 15 件；有 35 件造成傷害是由肢體或言語衝突引起，該事件造成病人/住民中度以上傷害有 13 件，如圖 4-1-6-6。

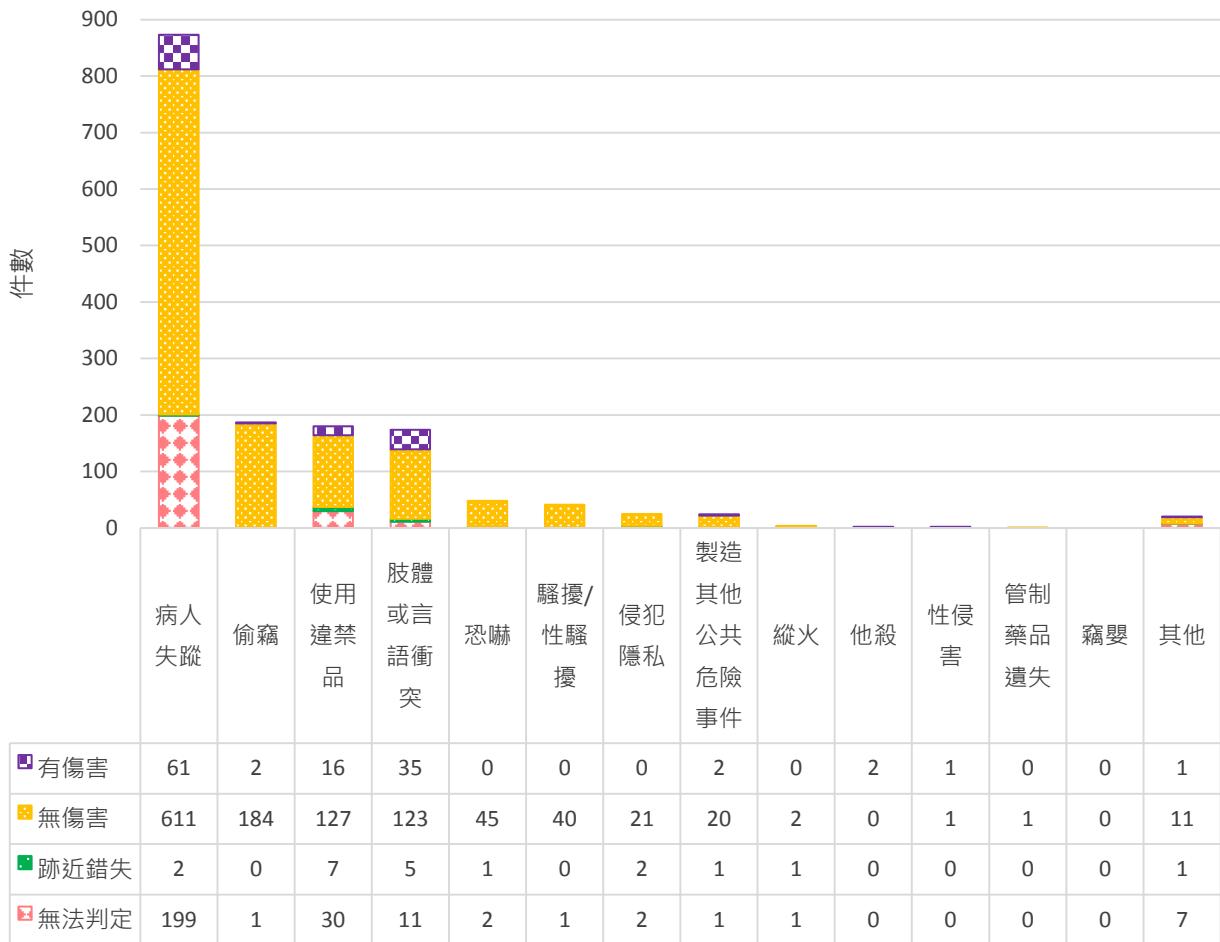


圖 4-1-6-6 醫院治安事件對病人/住民健康的影響程度分布

(N=1,518 , N 為病人/住民數 , 此項目為複選)

以嚴重度評估矩陣 SAC 級數分析治安事件，發現 SAC 為 1 和 2 的分別為 0 件、7 件，SAC=3 的有 50 件 (3.3%)，SAC 為 4 級的共有 920 件 (60.6%)，SAC 為遺漏值者有 541 件，如表 4-1-0-5。

(七) 醫院-傷害行為事件

分析 2016 年發生在醫院的傷害行為事件總共有 1,549 件，其中對於病人造成影響的共有 1,327 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 631 件 (40.7%) 和 585 件 (37.8%) 案件發生，大夜班有 318 件 (20.5%)，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 66.7 件發生於一般病房，其次是發生在急診 (20.1 件/百件)，其相較 2015 年增加 4.7 個百分點，如圖 4-1-7-2。

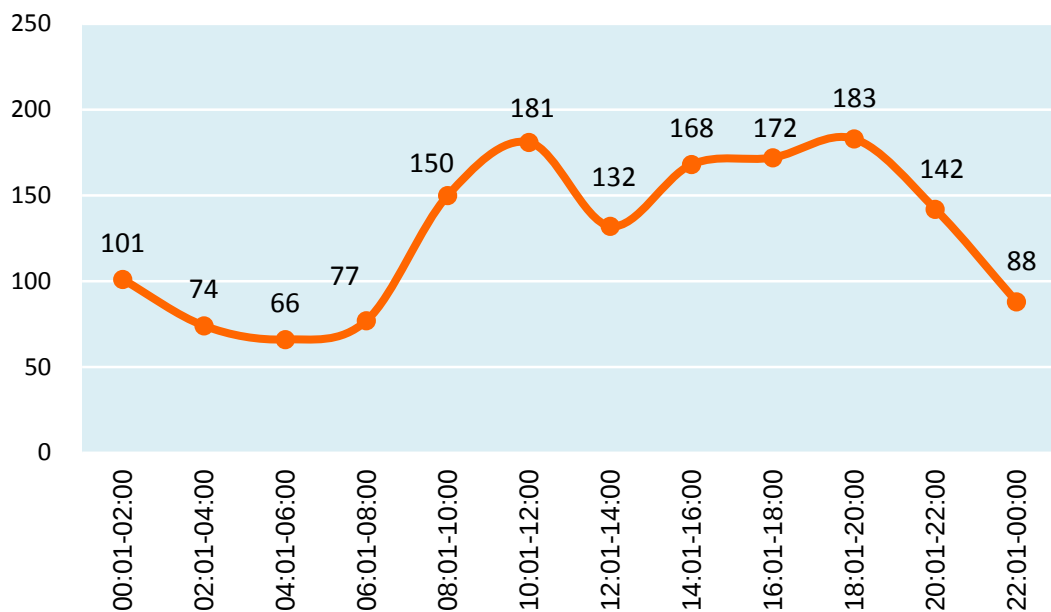


圖 4-1-7-1 醫院傷害行為事件發生時段 (N=1,534，不包含未填 15 件)

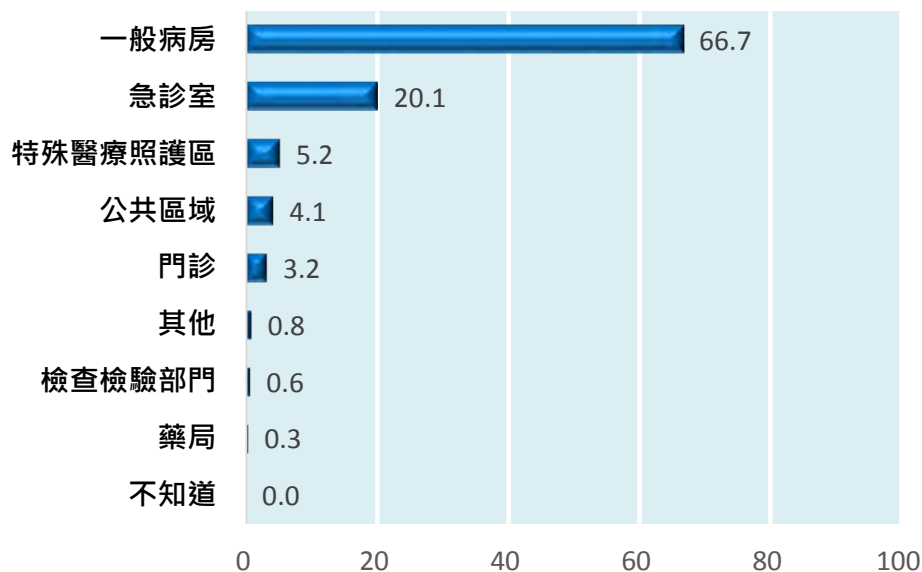


圖 4-1-7-2 醫院傷害行為事件發生地點 (N=1,549，此項目為複選)

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 58.6 件為身體攻擊，言語衝突次之（35.4 件/百件），自傷行為排名第三（15.5 件/百件），如圖 4-1-7-3。相較 2015 年傷害行為類型，常見排序未變化，除言語衝突增加 7.3 百分點外，其他類型皆較 2015 年減少 0.6~1.8 百分點。進一步將 2016 年事件傷害類型和發生時段資料一起分析，發現言語衝突和破壞設備通報案件數最多的是 10：01~12：00，身體攻擊通報件數最多為 16:01~18:00，自傷行為通報案件數最多的時段則為 18：01~20：00。

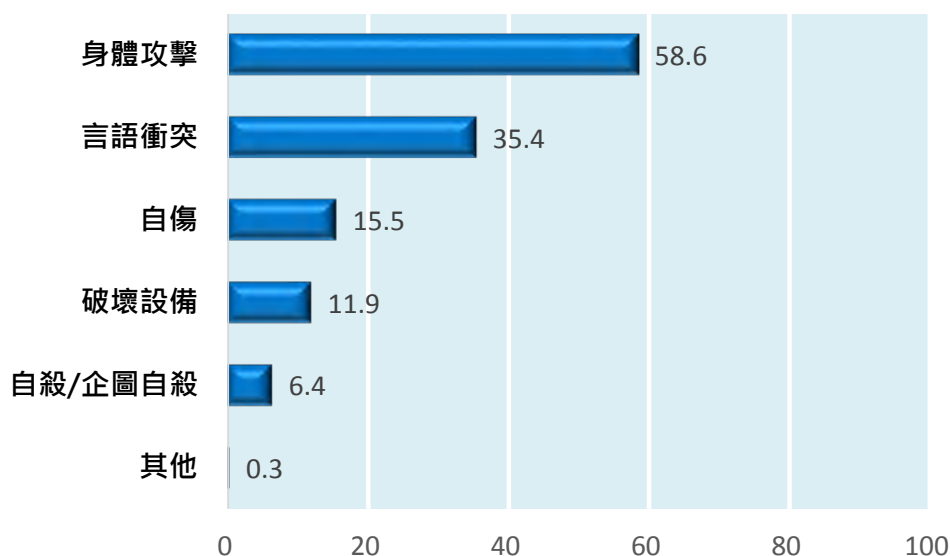


圖 4-1-7-3 醫院傷害行為事件類型（N=1,549，此項目為複選）

分析傷害行為事件影響對象，絕大多數受影響對象為病人（85.7 件/百件），其次為員工（48.6 件/百件）及訪客/家屬（11.0 件/百件），相較 2015 年除受影響對象為員工外（增加 5.4 百分點），其他影響對象普遍減少 0.4~4.2 百分點，如圖 4-1-7-4。

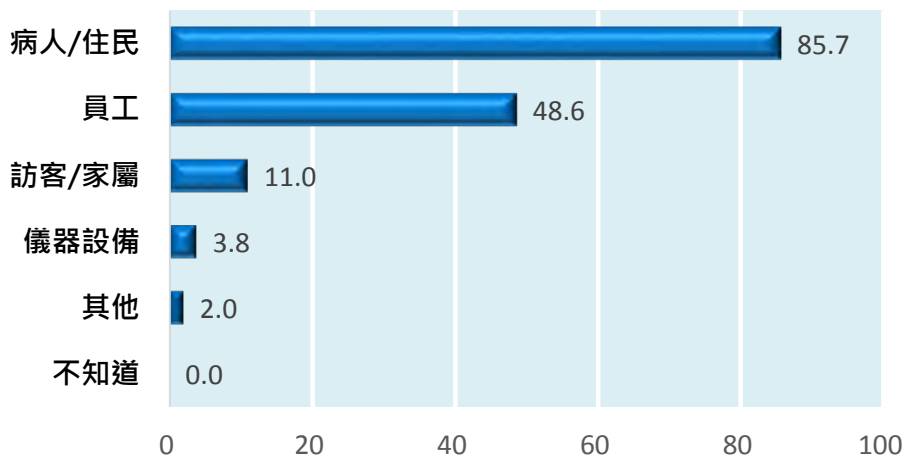


圖 4-1-7-4 醫院傷害行為事件受影響對象（N=1,549，此項目為複選）

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（49.4%），其次為有傷患者佔 43.8%，無法判定佔 4.7%，造成病人傷害中又以輕度傷害最多，共有 369 件（27.8%），中度傷害次之（187 件，14.1%），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，發現傷害行為類型中以身體攻擊造成傷害事件數最多，並以輕度傷害比例最高 (33.1%)；有傷害比例佔比最高類型為自傷，惟絕大多數皆為中度傷害以下 (73.6%)；嚴重度最高者為自殺，其中 11 件死亡案例皆為自殺造成；言語衝突與破壞設備傷害程度則以無傷害比例最高，皆超過六成，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的因素最多，每百件約有 87.9 件，其次是溝通因素 (27.4 件/百件)、人員相關因素 (5.0 件/百件)，如圖 4-1-7-7。

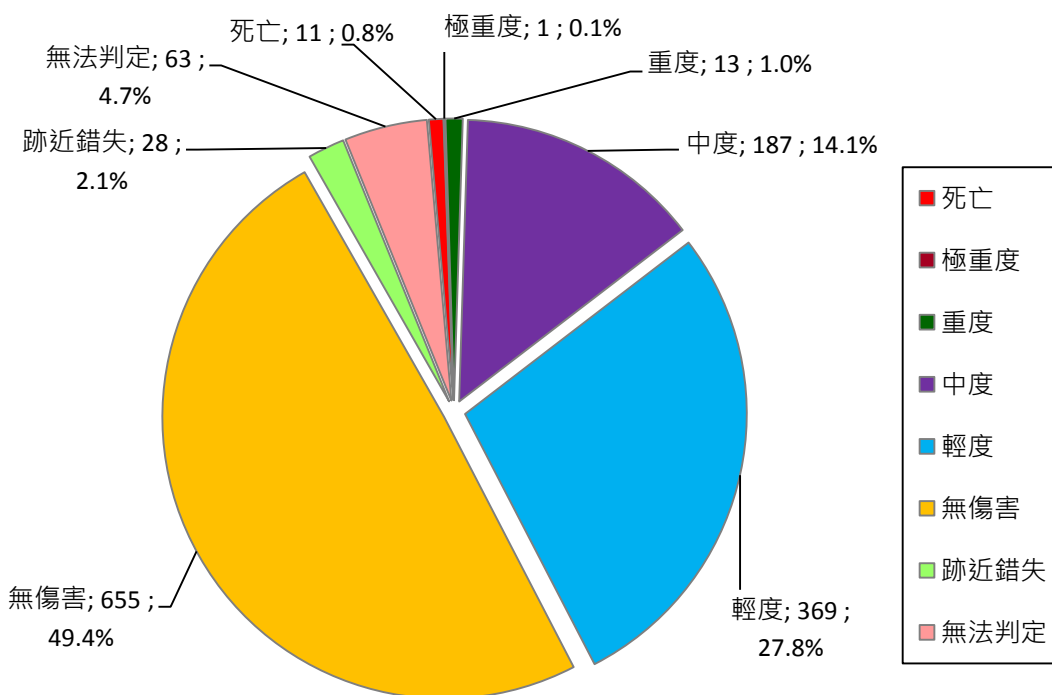


圖 4-1-7-5 醫院傷害行為事件對病人健康程度影響 (N=1,327)

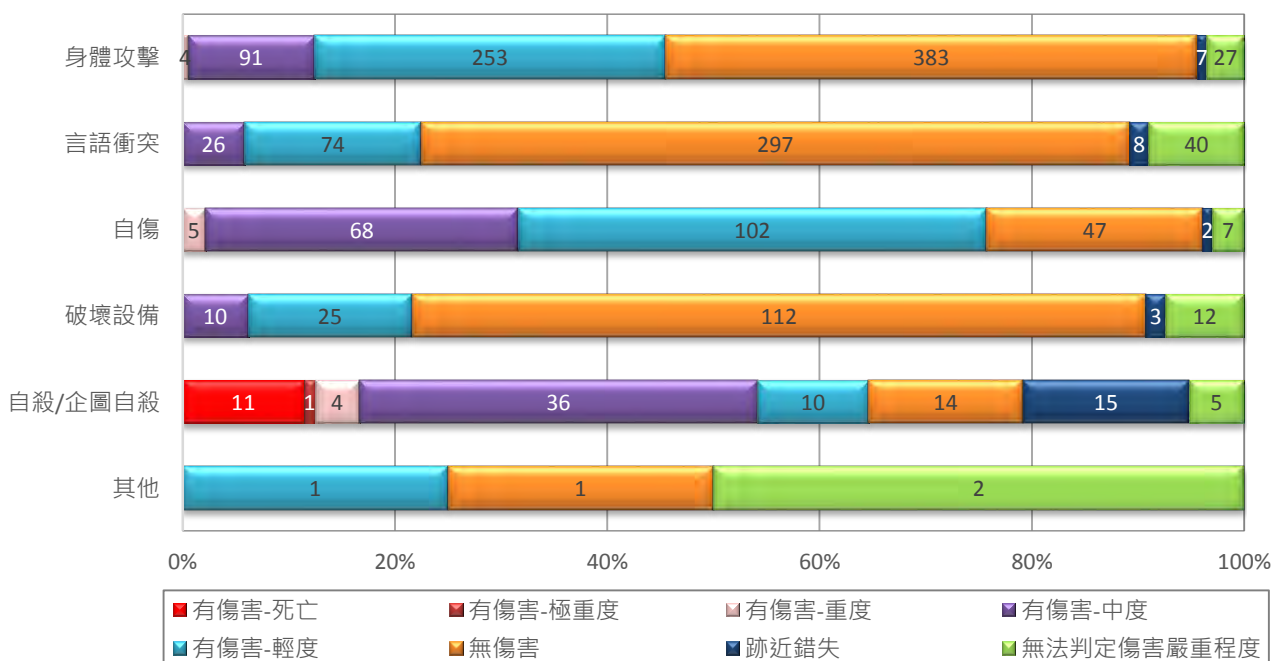


圖 4-1-7-6 醫院傷害行為事件類型和對病人健康程度影響交叉分析 (N=1,327)

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。

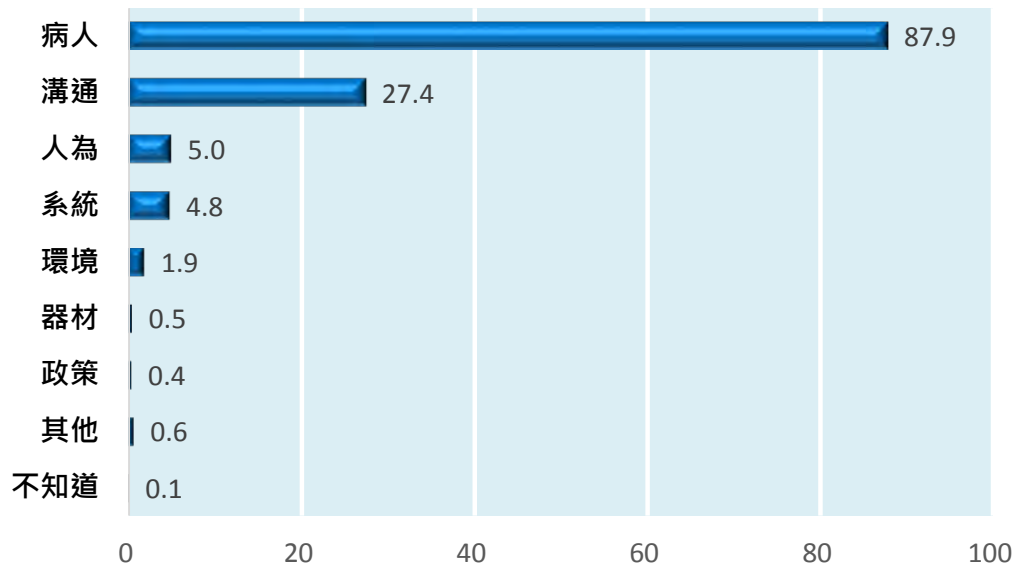


圖 4-1-7-7 醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,549, 本項為複選)

分析醫院傷害行為事件 SAC 嚴重程度分析，SAC 為 1 者有 4 件 (0.3%)，SAC=2 者共有 7 件 (0.5%)，SAC 為 3 者有 258 件 (19.4%)，而 SAC 是 4 者共有 725 件 (54.6%)，SAC 為遺漏值者有 333 件，如表 4-1-0-5。

(八) 醫院-手術事件

發生於醫院的手術事件共 1,413 件，事件發生時段以白班(08:01-16:00)最高(69.8%)，小夜班(16:01-00:00)次之(18.9%)，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 12:01~14:00 時段區間，「無傷害」及「跡近錯失」事件高峰則發生於 08:01~10:00 時段區間，如圖 4-1-8-1。

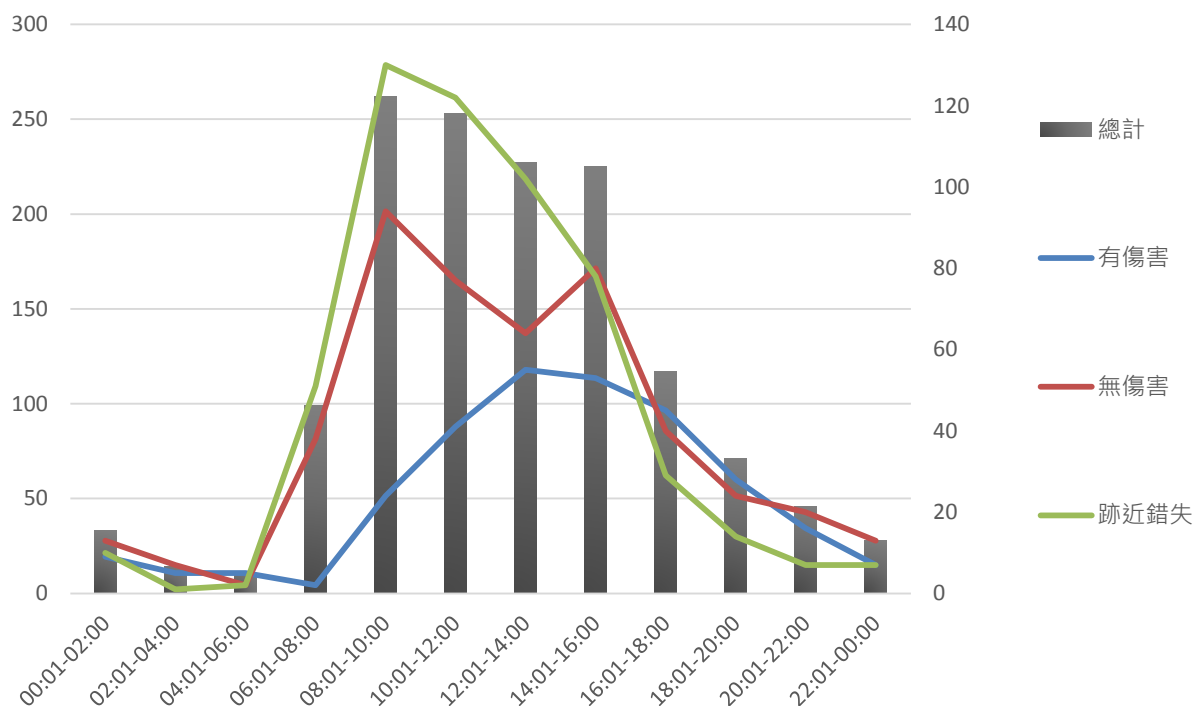


圖 4-1-8-1 醫院手術事件發生時段與病人健康影響程度分析(N=1,385, 不含未填 28 件)

事件發生後約有 73.7% 的事件未對病人健康造成影響(跡近錯失 39.8% , 無傷害 33.9%)，有傷患者共 301 件(21.3%)，如圖 4-1-8-2。值得注意的是，死亡案例有 4 例，其因為對於執行急重症之手術，人員在設備器具/儀器準備不完善、操作不熟悉狀況下，而造成病人死亡及技術、術式操作錯誤而造成病人大量出血死亡等案例，建議機構須進一步提升人員對於在應對急重症之手術緊急處置的能力及釐清術式操作錯誤而造成病人嚴重傷害的原因，並依 SAC 分級指標評估處理優先順序，以避免事件重複發生進而影響病人就醫安全的權益。

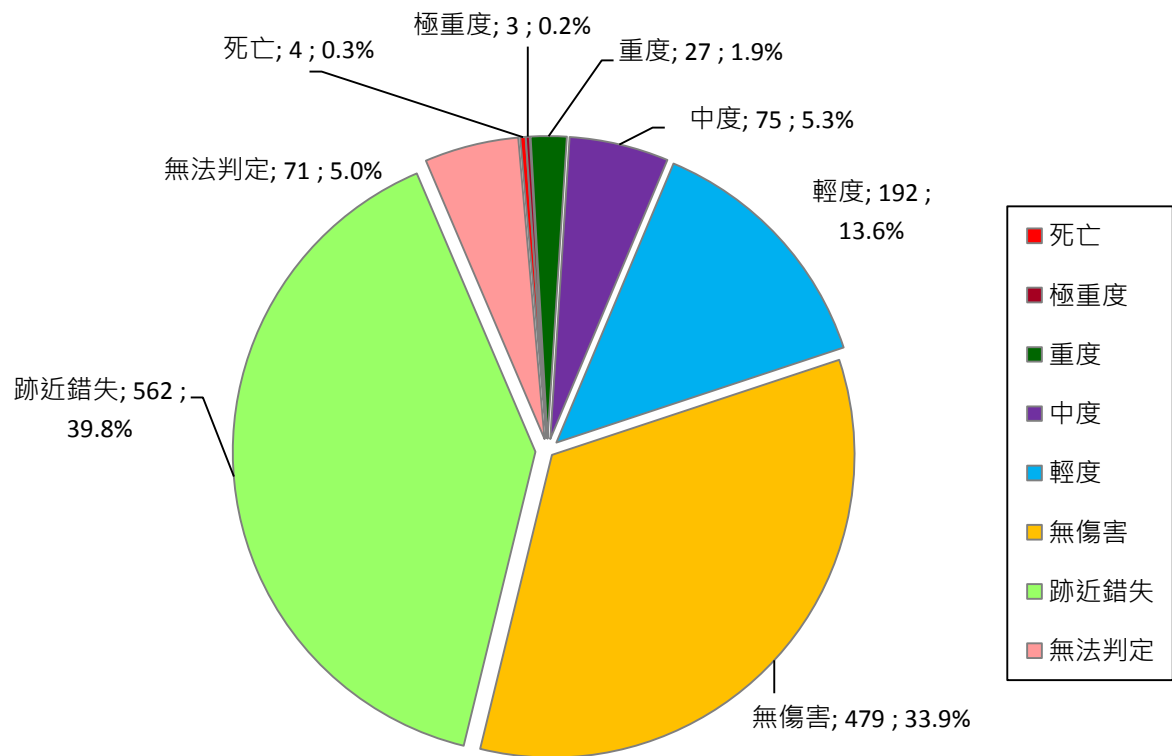


圖 4-1-8-2 醫院手術事件對病人健康的影響程度 (N=1,081)

錯誤發生階段以「術前準備」最多 (73.3 件/百件)，其次為「手術過程」(22.2 件/百件)、
「術後處置」(6.5 件/百件) 如圖 4-1-8-3。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」中有傷害者為 79 件 (7.6 件/百件)；「手術過程」中有傷害者
為 204 件 (64.8 件/百件)；「術後處置」有傷害者 32 件 (34.4 件/百件)，如圖 4-1-8-4。

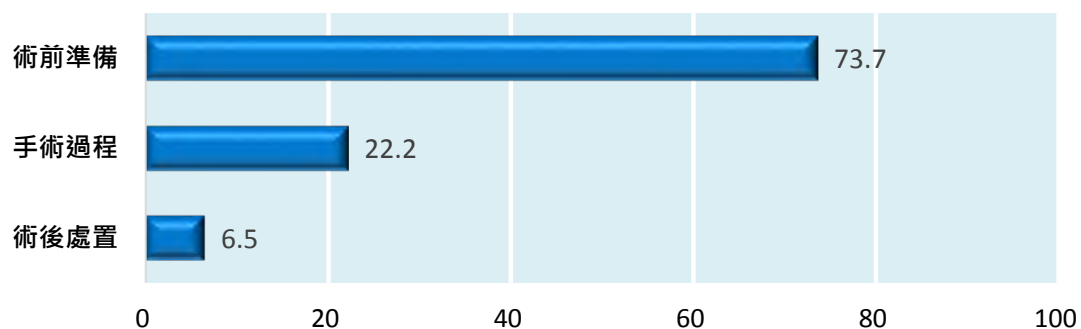


圖 4-1-8-3 醫院手術事件錯誤發生階段 (N=1,413，本項複選)

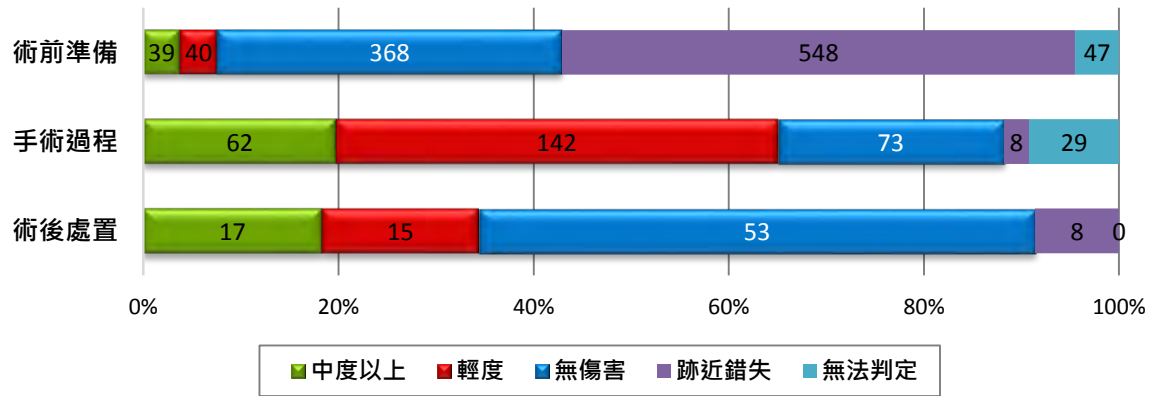


圖 4-1-8-4 醫院手術事件錯誤發生階段與病人健康影響程度之交叉分析 (N=1,413, 本項複選)

錯誤類型以「術前準備程序不完善」(64.6 件/百件)居多,而「其他」12.9 件/百件中有 25.9%為器械、縫針、紗布、棉花計數不全,23.8%為皮膚完整性受損(如:器械壓傷、移除膠布、手腕約束帶、拆紗繃、電燒筆等傷害),13.5%為植入物或器械斷裂(如:drill bit, K-pin, 持針器, 縫針頭等斷裂),如圖 4-1-8-5。

手術事件發生的可能原因以「人員個人(人為)因素」最多(81.3 件/百件),其次為「工作狀態/流程設計(系統)素相關」(74.2 件/百件),溝通相關因素(59.0 件/百件),如圖 4-1-8-6。

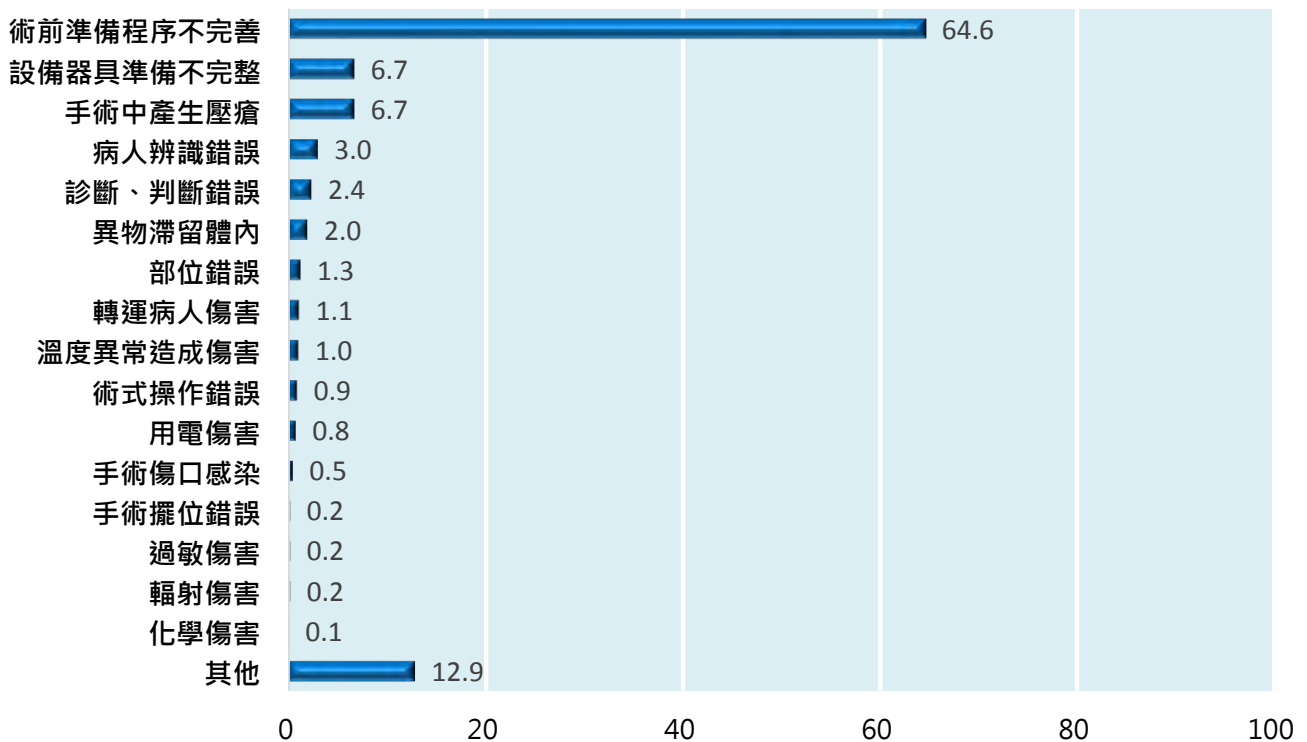


圖 4-1-8-5 醫院手術事件錯誤類型 (N=1,413, 本項複選)

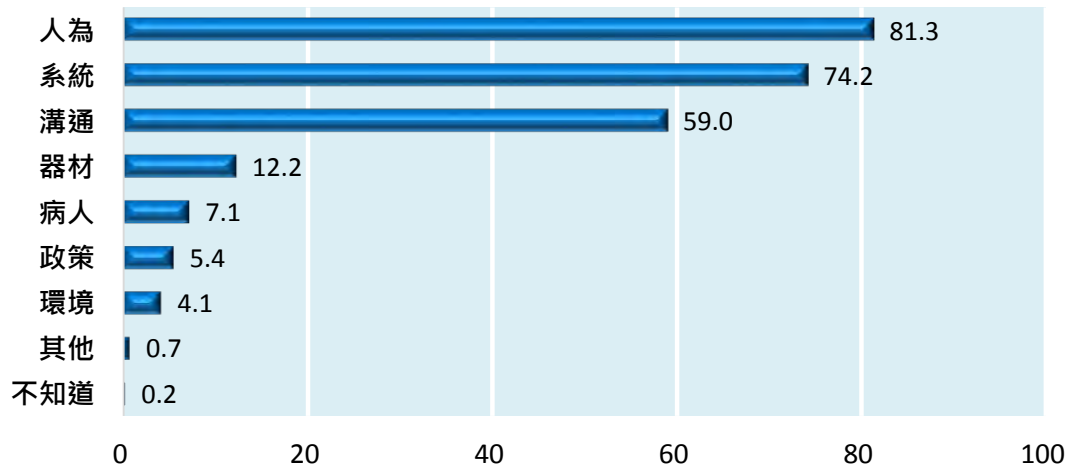


圖 4-1-8-6 醫院手術事件發生可能原因相對次數百分比 (N=1,413 , 本項複選)

手術事件 SAC 級數分析，在 1,413 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 3 件，SAC=2 者 9 件，SAC=3 者 78 件，SAC=4 者 451 件，SAC 為遺漏值者共有 872 件，如表 4-1-0-5。

(九) 醫院-公共意外

2016 年發生在醫院的公共意外事件共有 1,072 件，其中受影響的對象為病人/住民的共有 607 件。就其事件發生時間而言，公共意外事件發生的時間以白班居多(08:01~16:00)，共有 579 件 (54.0%)，其次是小夜班時段 (16:01~00:00)，有 269 件 (25.1%)，如圖 4-1-9-1。而事件發生地點以一般病房最高，共有 337 件 (31.4 件/百件)，其次是公共區域 (259 件，24.2 件/百件)，相較 2015 年增加 5.2 百分點，如圖 4-1-9-2。

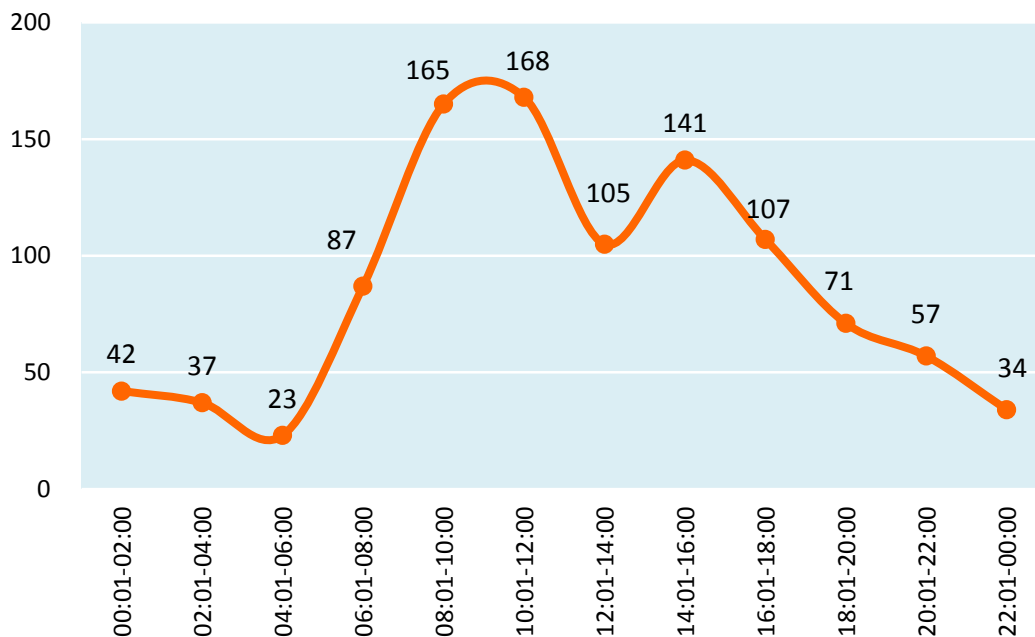


圖 4-1-9-1 醫院公共意外事件發生時間 (N=1,037，不含未填 35 件)

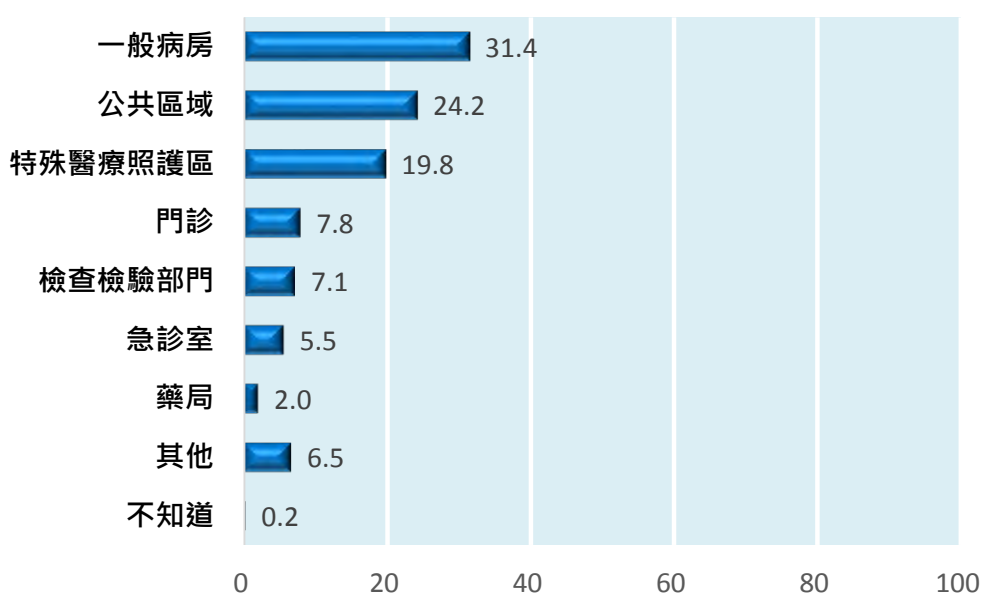


圖 4-1-9-2 醫院公共意外事件發生地點相對次數百分比 (N=1,072，本項目為複選)

分析公共意外事件的類型，發現最主要發生類型為公共設施故障 (238 件，19.3 件/百件)，其次為火災和水電空調、醫療氣體供應異常，分別有 184 件 (15.9 件/百件) 和 165 件 (14.9 件/百件)，如圖 4-1-9-3；進一步分析公共設施故障發生地點，發現最主要為一般病房 (34.9 件/百件)，其次是公共區域 (23.6 件/百件) 和特殊醫療照護區 (12.7 件/百件)。和 2015 年公共意外事件類型相比，發現公共設施故障為減少比例最多類型，共減少 6.5 個百分點，排名序位異動者為電梯或電動門意外，由 2015 年的第 7 位上升至 2016 年第 5 位，增加 4.8 百分點，化學物質外洩則由 2015 年的第 5 位降至 2016 年第 9 位，減少 4.5 百分點；其他類型所佔比例未有太大變化，約佔每百發生事件 4.3 件，主要包含受影響對象非針對病人的醫療器材故障，如冰箱故障等。

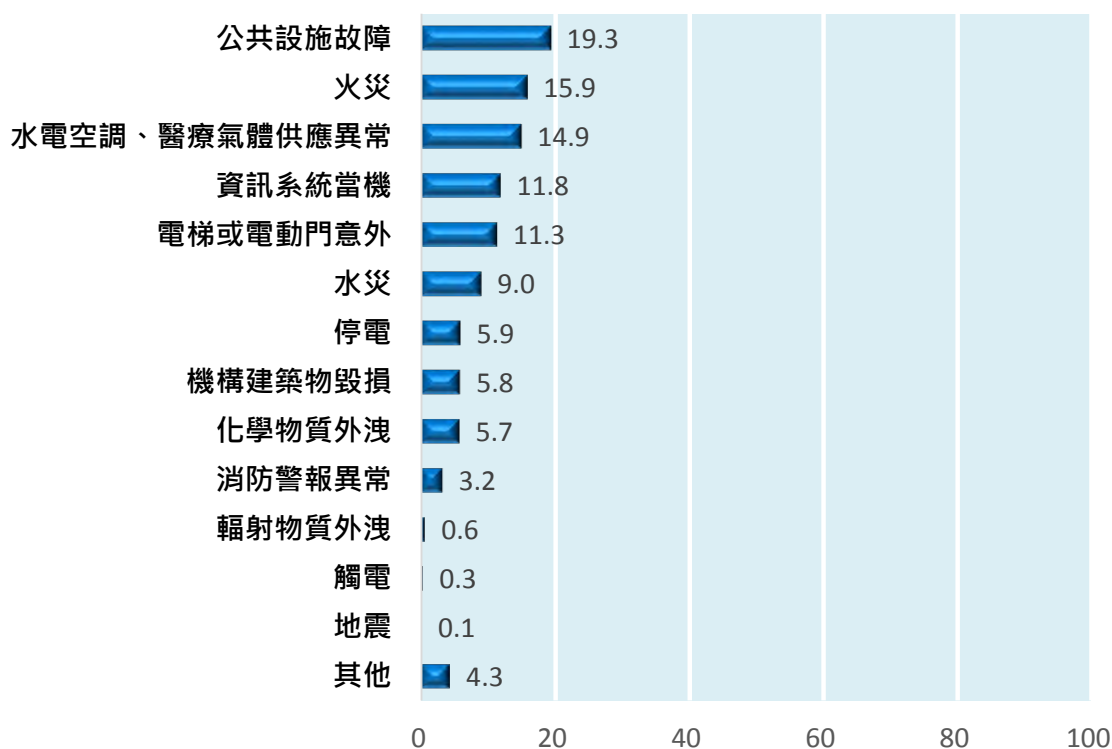


圖 4-1-9-3 醫院公共意外事件類型相對次數百分比 (N=1,072，本項目為複選)

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 314 件 (51.7%)，有傷害者佔 18.5%，以中度及輕度傷害為主，各佔 9.2%、9.1%，如圖 4-1-9-4。重度傷害案例有 1 件，與公共設施故障相關，建議醫院應定期檢測維修相關設備。

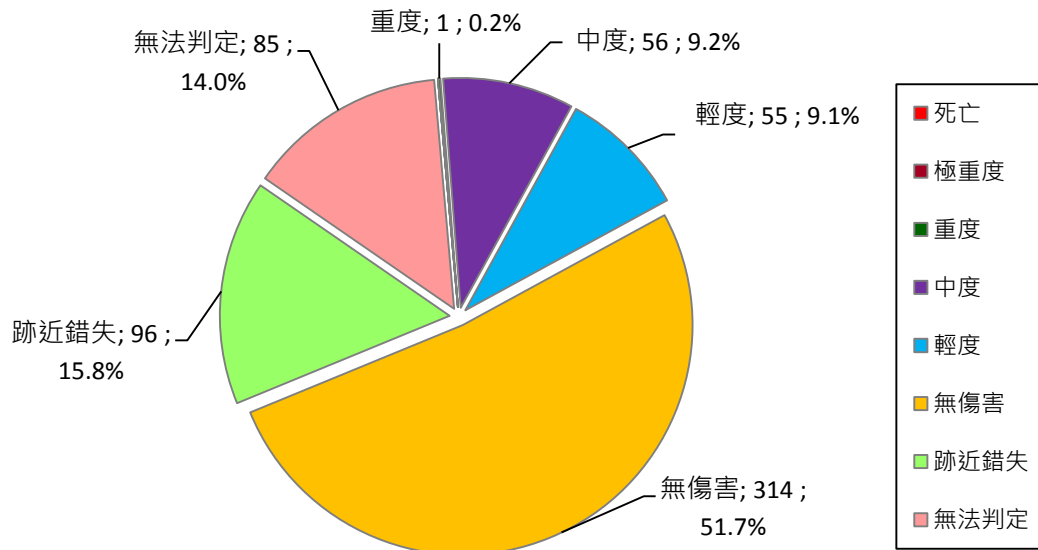


圖 4-1-9-4 醫院公共意外事件對病人健康影響程度 (N=607)

以各公共意外類型與病人傷害程度交叉分析，可發現公共設施故障造成有傷害的事件數及比例較高 (44.3 件/百件)，除觸電外跡近錯失所佔比例最高類型為火災，每百件發生事件有 29.3 件為跡近錯失，如圖 4-1-9-5；停電、水災及水電空調、醫療氣體供應異常類型中無法判定傷害程度比例偏高原因則與意外類型受影響範圍大且難釐清確切影響對象之故。

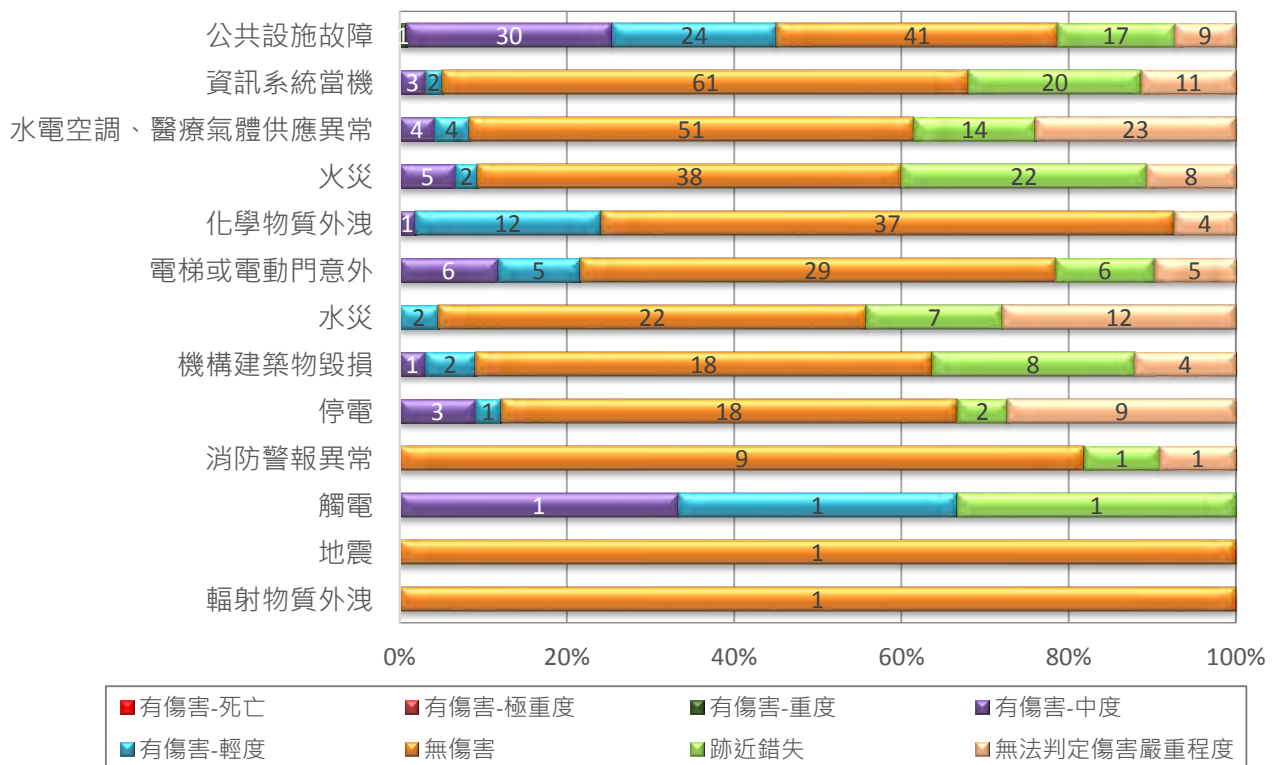


圖 4-1-9-5 醫院公共意外事件發生類型與病人健康影響程度分析 (N=607)

2016 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 706 件 (65.9 件/百件)，其次是環境因素共有 292 件 (27.2 件/百件)，如圖 4-1-9-6 所示。進一步分析其器材



設備因素，發現最主要為器材設備故障或功能異常（67.7 件/百件）、資訊系統問題（12.2 件/百件）和器材設備設計不良（11.0 件/百件）。

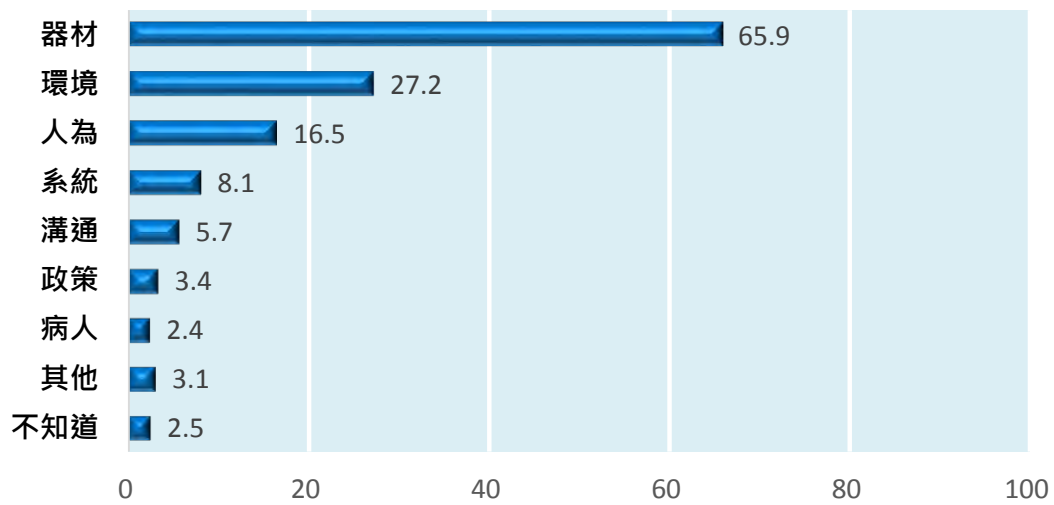


圖 4-1-9-6 醫院公共意外事件發生可能相關因素（N=1,072，此項目為複選）

公共意外嚴重程度矩陣分析，2016 年無 SAC 為 1 或 2 案例，SAC=3 有 37 件（6.1%），SAC=4 共有 293 件（48.3%），無法計算（含遺漏值者）有 277 件，如表 4-1-0-5。

(十) 醫院-輸血事件

醫院輸血事件共有 616 件，事件發生時段以白班時段最多 (439 件，佔 72.3%，高峰落於 10 點~12 點)，大夜班次之 (108 件，17.8%)，如圖 4-1-10-1。事件發生地點以一般病房最多 (322 件，52.3 件/百件)，特殊醫療單位次之 (154 件，25 件/百件)，急診室居三 (80 件，13 件/百件)，如圖 4-1-10-2。影響對象為病人/住民的共有 616 件，其中有 64.4% 事件屬於未發生於病人身上的跡近錯失，23.5% 為無傷害，12.1% 的事件對病人造成輕度以上的傷害，如圖 4-1-10-3。

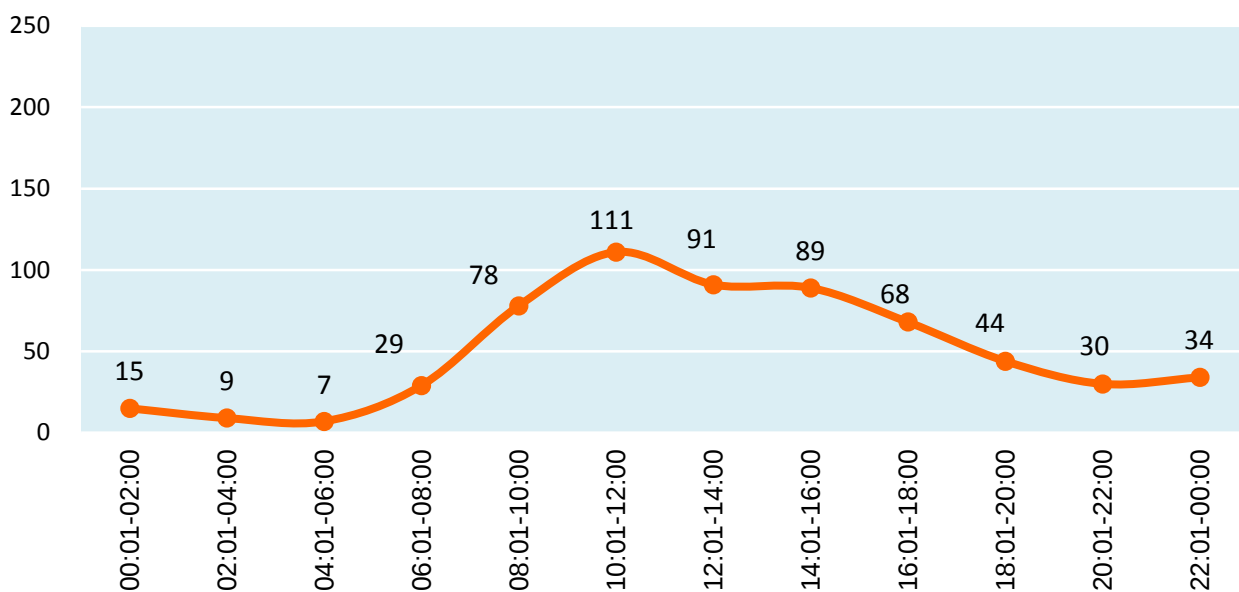


圖 4-1-10-1 醫院輸血事件發生時段 (N=605，不含未填 11 件)

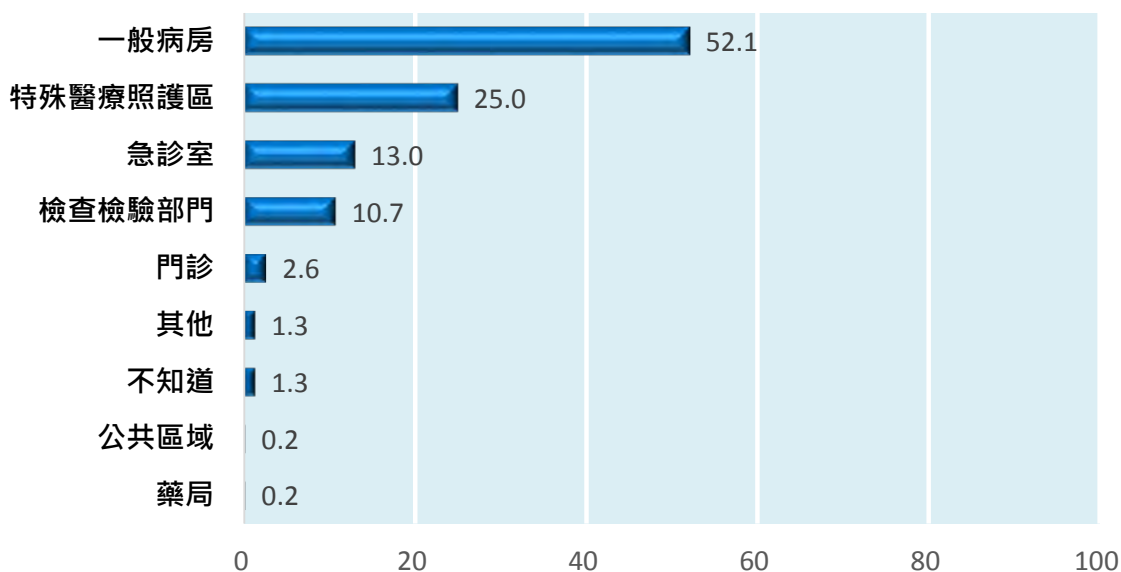


圖 4-1-10-2 醫院輸血事件對發生地點相對次數百分比
(N=616；N 為事件數；此項為複選題)

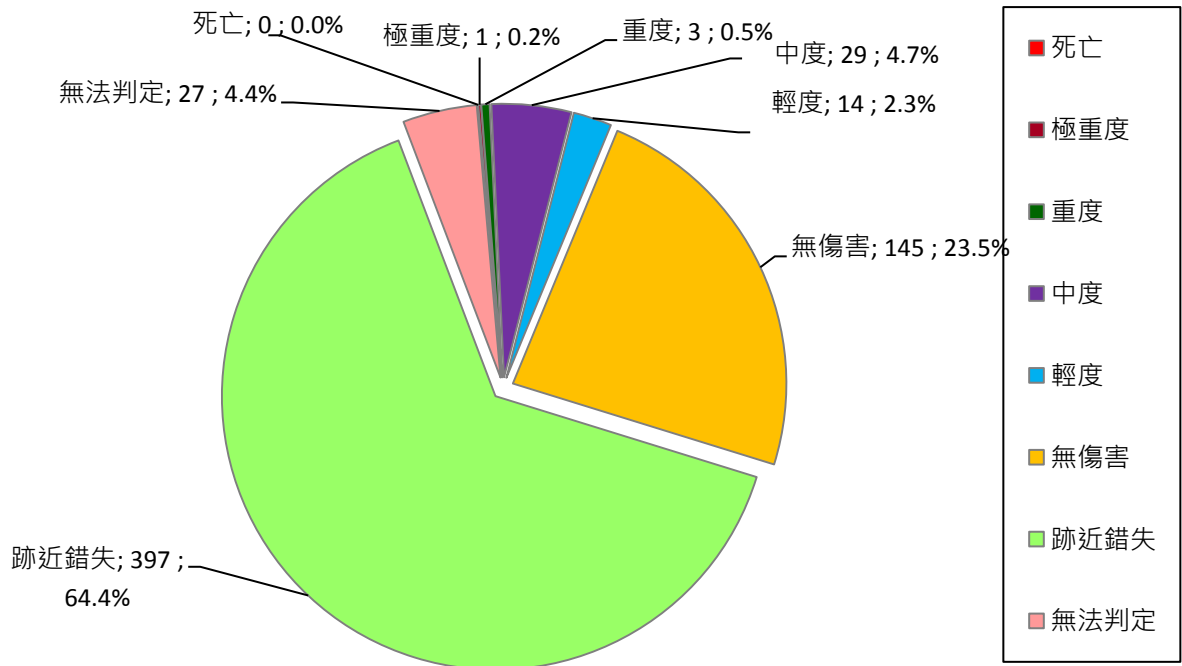


圖 4-1-10-3 醫院輸血事件對病人健康的影響程度 (N=616)

事件發生階段以「備血(含驗血)階段」最多 (49.2 件/百件)，其次依序為「輸血階段」 (28.1 件/百件)、「領血/傳送階段」 (23.5 件/百件) 及「醫囑開立/輸入階段」 (10.6 件/百件)，如圖 4-1-10-3。

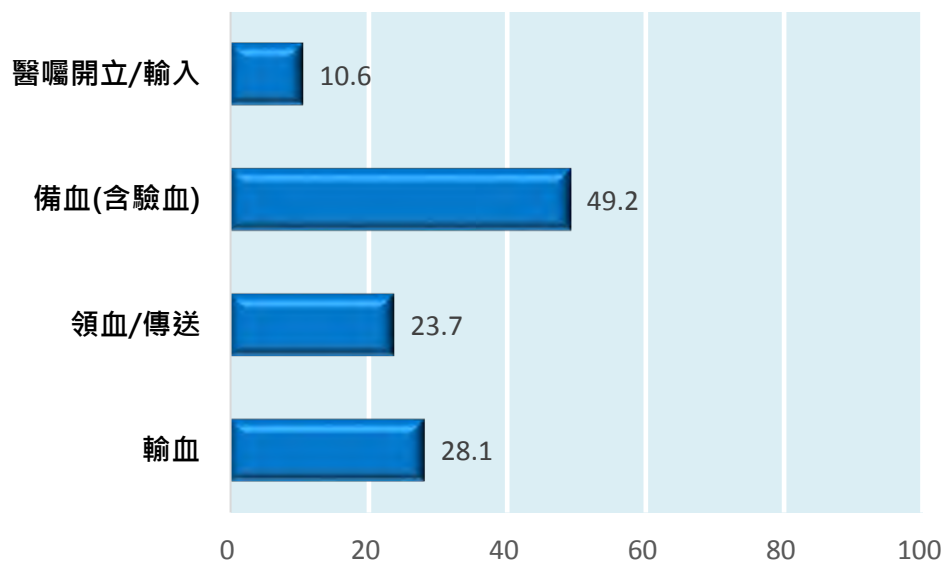


圖 4-1-10-4 醫院輸血事件錯誤發生階段 (N=616 ; 此項為複選題)

進一步分析各階段細項，「醫囑開立 / 輸入階段」以「其他」最多 (包含：重複開立醫囑、.. 等)，其次為「血品項目錯誤」。「備血(含驗血)階段」以「其他」居多 (50.8 件/百件，N 為備血階段有誤之通報件數)，項目包含：單檢不一致、檢體未雙人核對簽章、未依醫囑完成備血作業、血品(袋)標籤問題、備血時間延遲...等，其次為「檢體標籤問題」 (18.8 件/百件，即每



100 件備血階段有誤的通報事件中，有 18.8 件與檢體標籤問題有關)，而「血庫備血過程病人辨識錯誤」則居第三 (13.2 件/百件)，如圖 4-1-10-5。「領血/傳送階段」以「時間延遲」最多，其次為「地點錯誤」。如圖 4-1-10-6 所示，「輸血階段」的項目依序為「數量錯誤」、「技術錯誤」、「病人辨識錯誤」、「血品錯誤」、「血品品質問題」、「血型錯誤」及「其他」，而其他項目則包含：遺漏或延遲輸血醫囑、輸血超過建議截止時間、未依醫囑使用 FILTER...等。

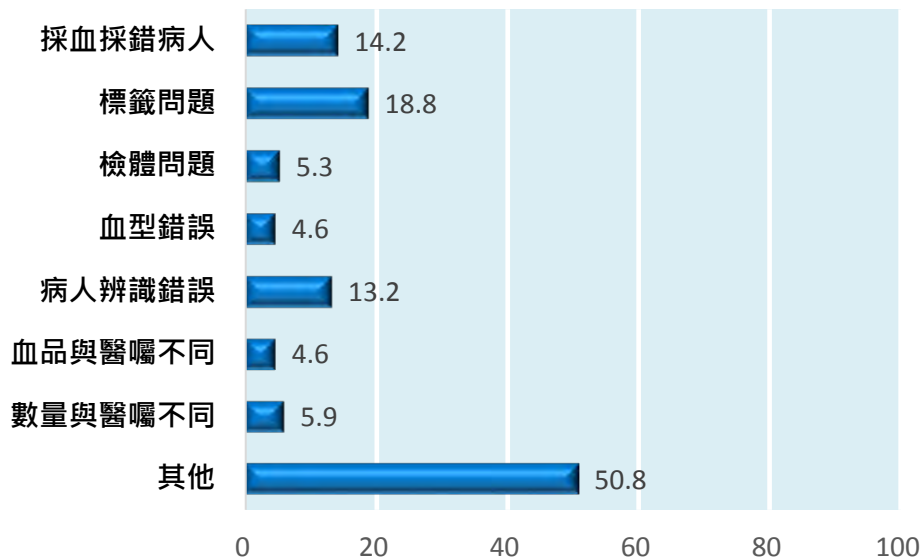


圖 4-1-10-5 醫院備血事件備血階段錯誤項目明細
(N=303; N 為備血錯誤通報件數; 此項為複選題)

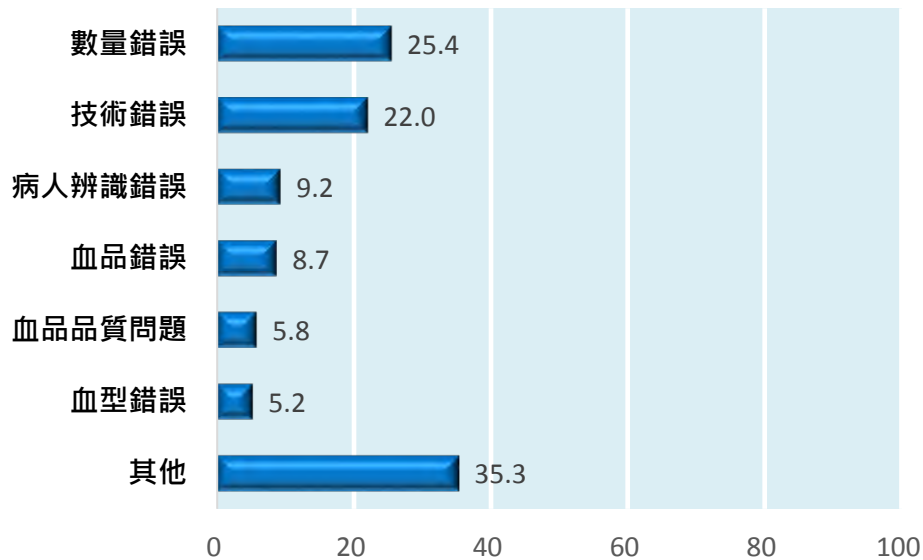


圖 4-1-10-6 醫院輸血事件輸血階段錯誤項目明細
(N=173; N 為輸血錯誤通報件數; 此項為複選題)



事件發生可能原因以「人員個人(人為)因素相關」最多(74.0 件/百件)，其次為「工作狀態/流程設計(系統)因素相關」(56 件/百件)，如圖 4-1-10-6。進一步分析「人員個人(人為)因素相關」的細項因素則以「人員疏忽」最多；「工作狀態/流程設計(系統)」的細項因素則以「未依照標準作業流程」與「未覆核」最多。

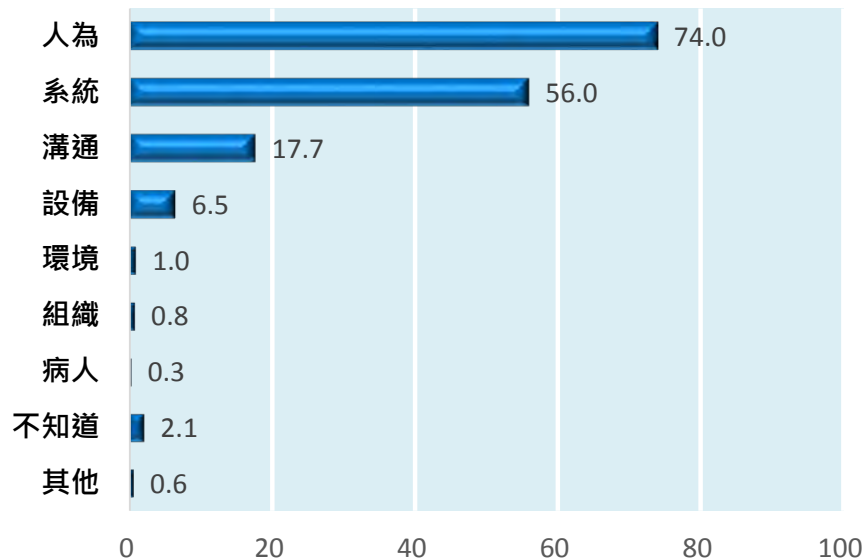


圖 4-1-10-6 醫院輸血事件發生可能原因相對次數百分比 (N=616，本項複選)

醫院輸血事件 SAC 級數分布情況，SAC=1 及 2 的各有 1 件、SAC=3 有 19 件、SAC=4 有 128 件，如表 4-1-0-5。分 SAC=3 以上的事件，2 件皆因手術病人未完成備血作業或領血時間延遲所致。

(十一) 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)。2016 年發生在醫院之院內不預期心跳停止事件共 848 件，其中受影響對象為病人/住民共 847 件。事件主要發生時段以白班 (08:01-16:00) 居多 (315 件，37.1%)，其次依序為大夜班 (00:01-08:00) 282 件 (佔 33.3%)，小夜班 (16:01-00:00) 249 件 (佔 29.4%)，如圖 4-1-11-1。

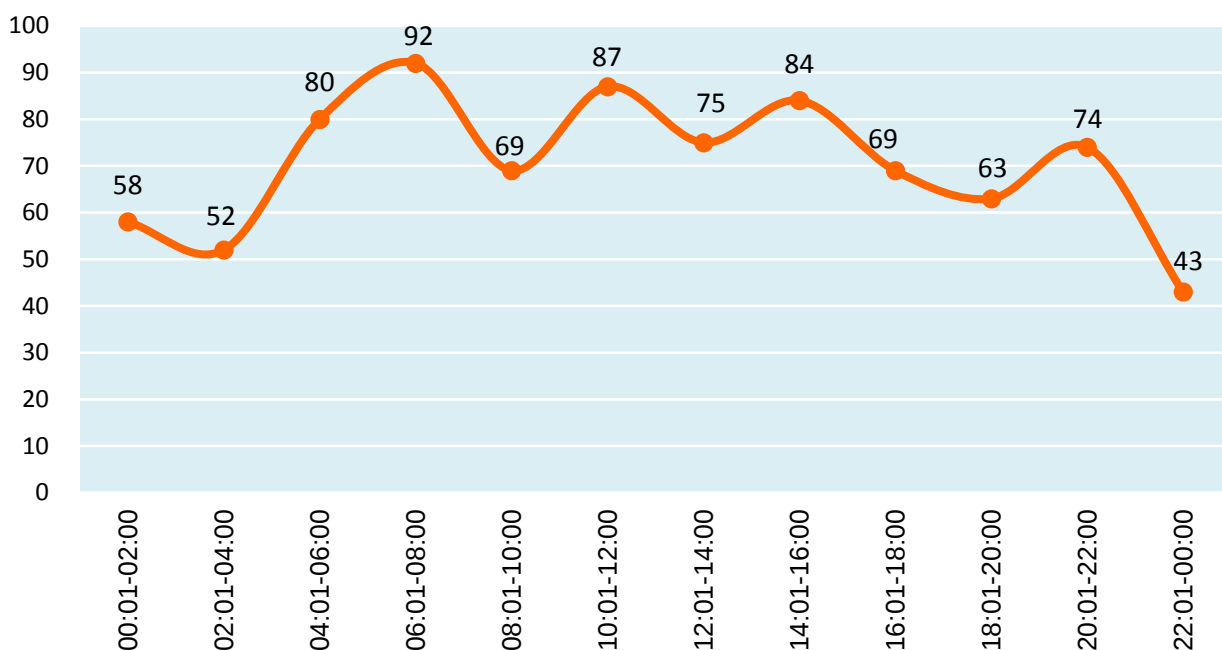


圖 4-1-11-1 醫院院內不預期心跳停止事件發生時段
(N=846，不含未填 2 件)

醫院院內不預期心跳停止事件發生地點以一般病房最高 (72.3 件/百件)，其次依序為特殊醫療照護區 (14.4 件/百件) 與急診室 (7.1 件/百件)，如圖 4-1-11-2。

發生院內不預期心跳停止事件之病人/住民性別以男性為主，共 514 件 (佔 60.7%)；年齡以 65 歲以上共 499 件最多 (佔 58.9%)，19~64 歲次之，共 295 件 (佔 34.8%)；而病人所在科別以內科病人佔 47.6% 為最多。

由院內不預期心跳停止事件發生後對病人健康影響程度上來看，死亡事件共 489 件 (佔 57.7%) 為最多，其次影響程度為重度事件共有 309 件 (佔 36.5%)，傷害程度為極重度案件有 34 件 (佔 4.0%) 排名第三，如圖 4-1-11-3。

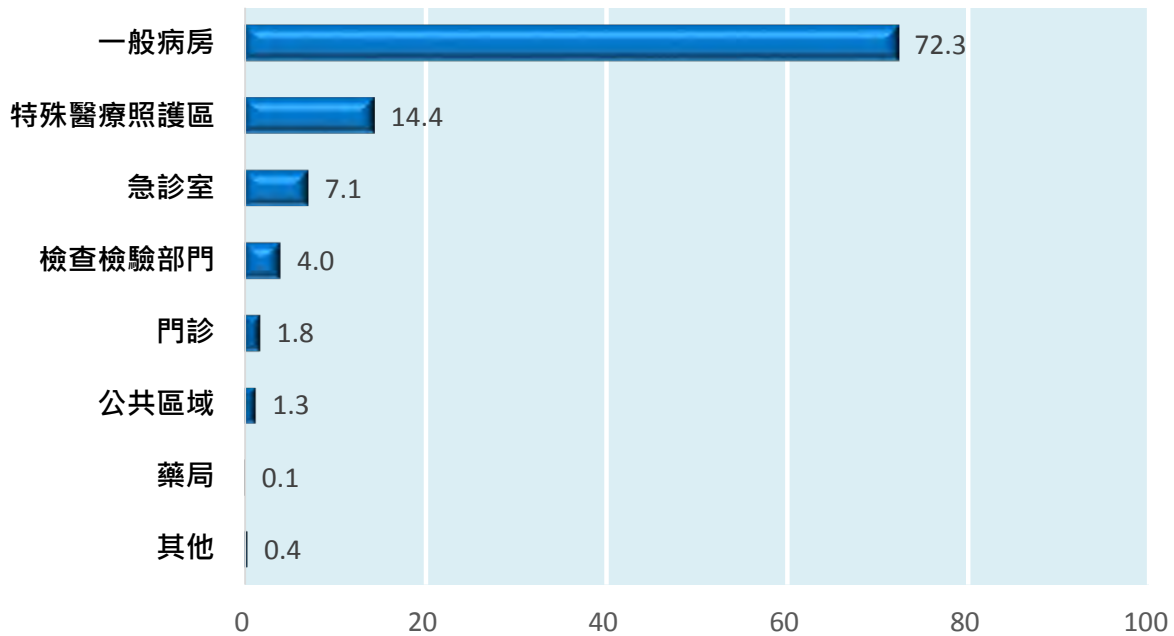


圖 4-1-11-2 醫院的院內不預期心跳停止事件發生地點

(N=848 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

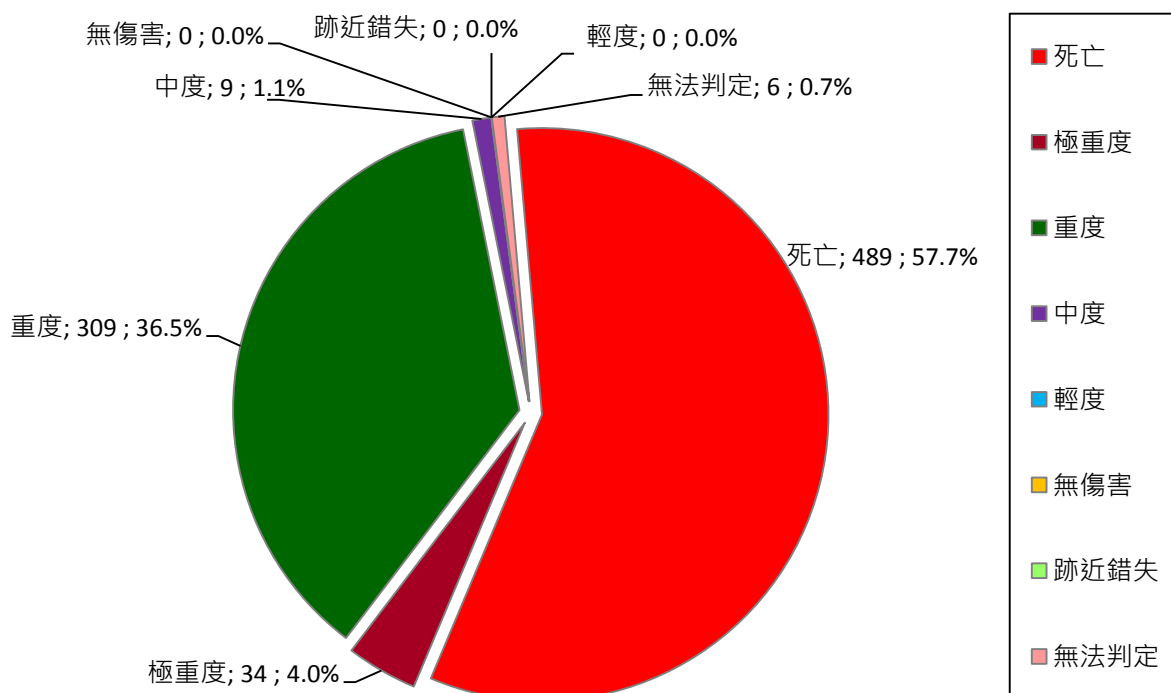


圖 4-1-11-3 醫院院內不預期心跳停止事件對病人健康的影響程度 (N=847)

院內不預期心跳停止事件發生急救事故的直接原因以呼吸衰竭為主，每百件不預期心跳停止通報事件有 26.4 件，致命性心律不整原因為次之 (18.1 件/百件)，排名第三的原因為因心肌梗塞或心臟缺氧導致心跳停止 (12.9 件/百件)，如圖 4-1-11-4；進一步檢視「其他」選項 (21.3 件/百件) 內容後，發現因食物或異物梗塞導致急救事故之事件共有 33 件 (3.9 件/百件)。

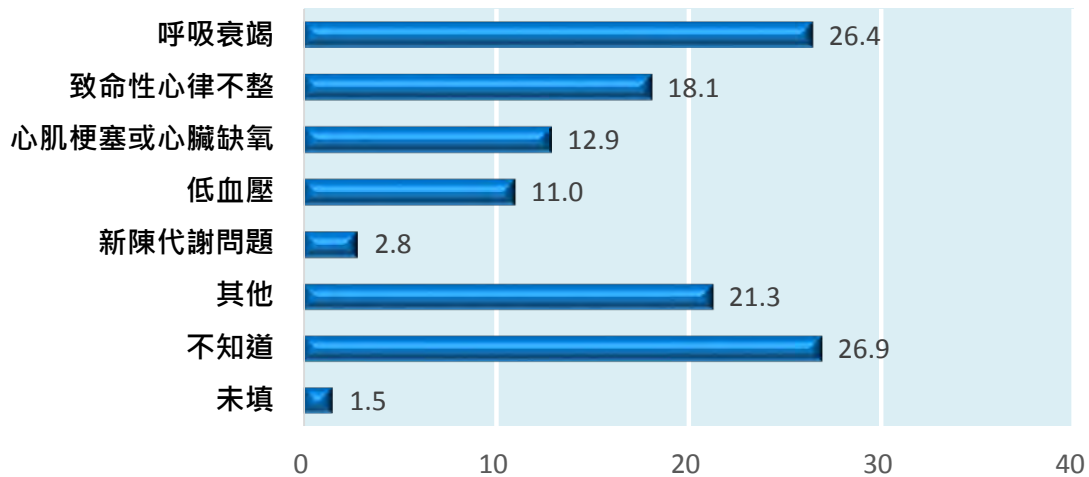


圖 4-1-11-4 醫院病人院內不預期心跳停止事件發生急救事故之直接原因

(N=847 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數 ; 此項目為複選)

院內不預期心跳停止事件，當病人急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律以 Asystole 最多，共 386 件(佔 45.6%)，其次是無脈性心電氣活動與無收縮心搏停止(Pulseless electrical activity, PEA) 案件共有 221 件 (佔 26.1%)，如圖 4-1-11-5。進一步分析此 386 件被監測到 Asystole 心臟節律的事件，事件發生後對病人影響程度為死亡或嚴重度為極重度者有 263 件(佔 68.1%)，監測為 PEA 的案件，其嚴重程度為極重度以上(含死亡)共佔了 61.1%(135 件)。

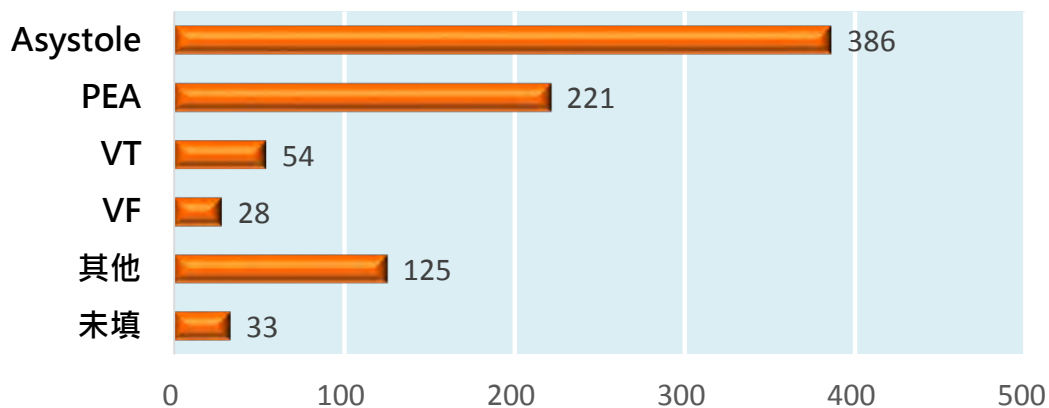


圖 4-1-11-5 醫院病人院內不預期心跳停止事件於急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律

(N=847 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數)

發生院內不預期心跳停止的病人，急救後，約有 54.2%恢復自發性循環 (Return of spontaneous circulation, ROSC)，未恢復自發性循環的病人，於急救開始時最先被紀錄到的心臟節律以 Asystole 為主 (佔 51.9%)。此外，檢視急救開始時，最先被紀錄到的心臟節律為 VT 的病人中，恢復自發性循環者為最多 (佔 75.9%)，而記錄到心臟節律為 VF 者，約有 57.1%病人恢復自發性循環，如圖 4-1-11-6。

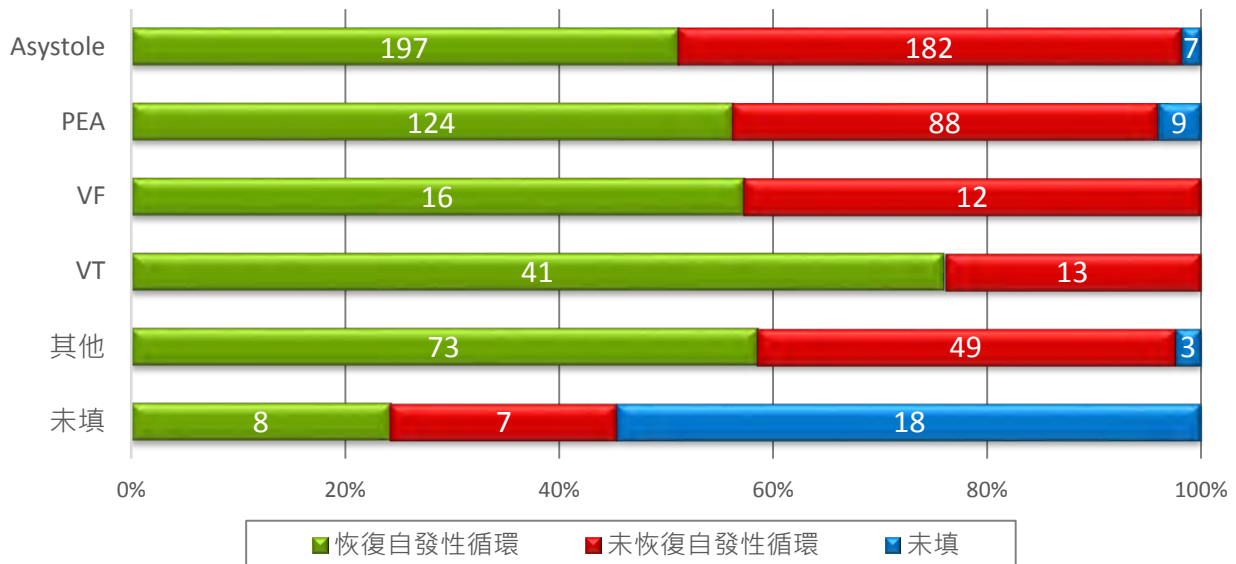


圖 4-1-11-6 醫院院內不預期心跳停止事件急救時最先紀錄到的心臟節律與是否恢復自發性循環交叉分析 (N=847 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數)

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 (95.9 件/百件)，「工作狀態/流程 (系統) 因素相關」次之 (15.3 件/百件)，如圖 4-1-11-7。

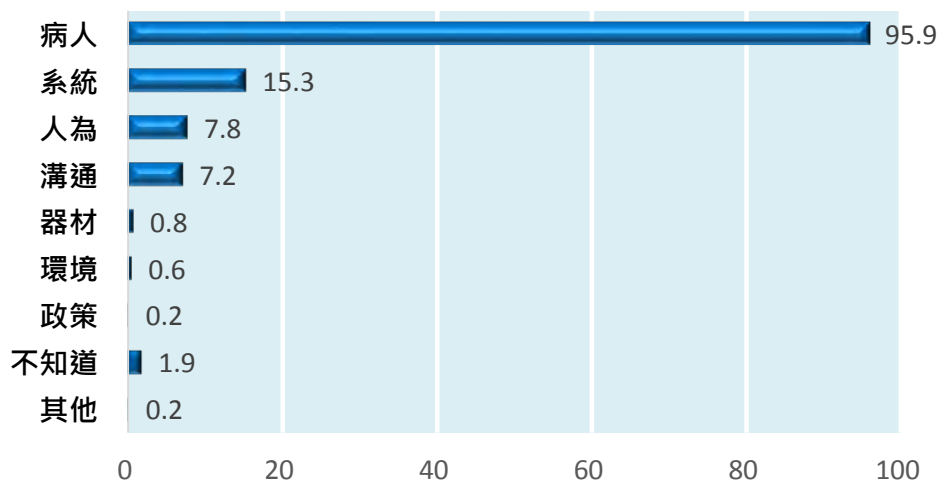


圖 4-1-11-7 醫院院內不預期心跳停止事件發生可能原因相對次數百分比 (N=847 ; N 為發生院內不預期心跳停止事件病人數 ; 此項目為複選)

醫院院內不預期心跳停止事件 SAC 級數分析，SAC = 1 者有 414 件 (佔 48.9%)，SAC = 2 者有 276 件 (佔 32.6%)，SAC = 3 有 11 件 (佔 1.3%)，SAC = 4 有 2 件 (佔 0.2%)，SAC 為遺漏值者有 144 件 (佔 17.0%)，如表 4-1-0-5。

(十二) 醫院-麻醉事件

麻醉事件通報件數共計 63 件，事件發生地點以開刀房最多 (87.3 件/百件)，其次分別為檢查檢驗部門 (4.8 件/百件)、一般病房(3.2 件/百件)，如圖 4-1-12-1。發生於檢查檢驗部門與執行無痛內視鏡檢有關，發生於一般病房則與術後麻醉止痛藥(PCA)途徑錯誤及麻醉插管導致病人牙齒掉落等事件因素。事件發生後對病人健康影響程度，有傷害者佔 73.0%，無傷害者佔 17.5%，如圖 4-1-12-2。

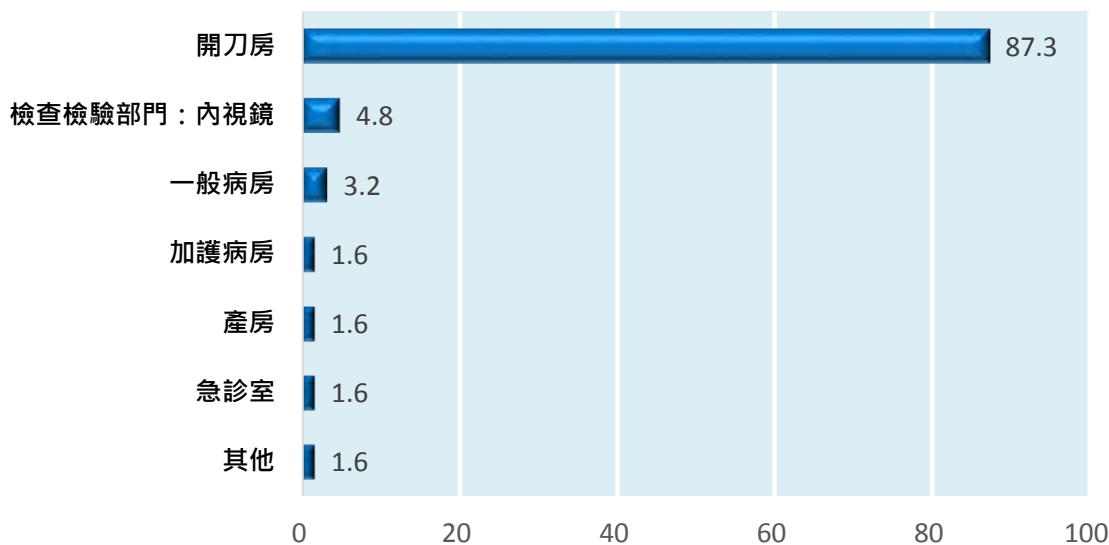


圖 4-1-12-1 醫院麻醉事件發生地點 (N=63)

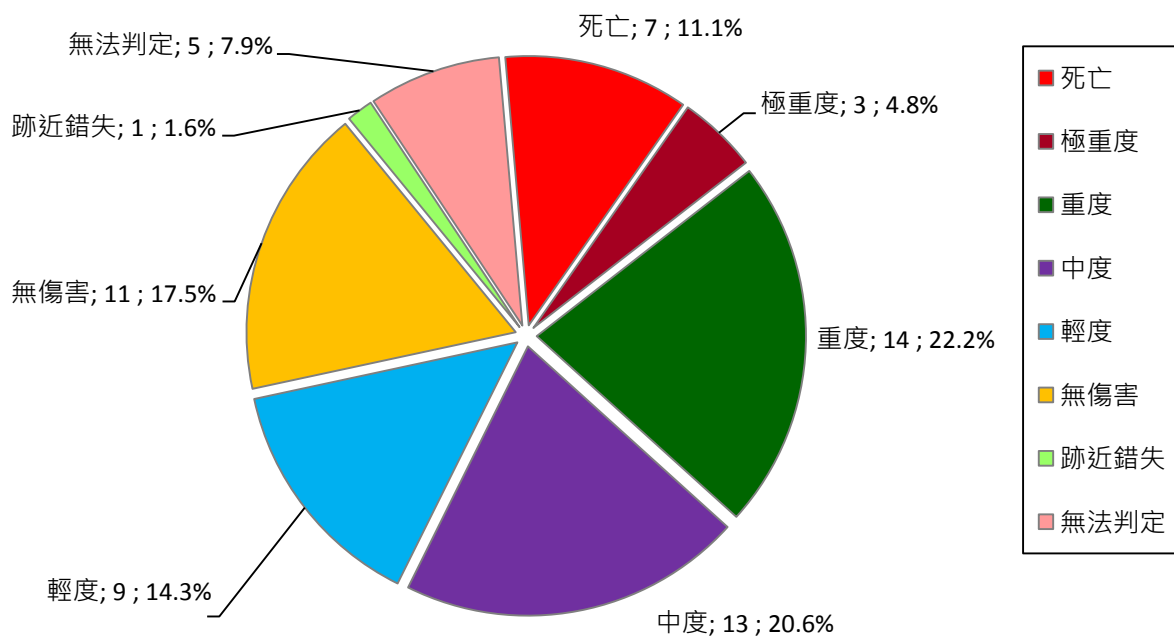


圖 4-1-12-2 醫院麻醉事件對病人健康的影響程度 (N=63)



病人麻醉前的 ASA 生理狀態分級 P1~P4 各為 14 件、10 件、6 件及 4 件，如圖 4-1-12-3。手術類型中 38 件為常規手術，緊急手術則為 7 件，如圖 4-1-12-4。麻醉方式以「全身麻醉」42 件最多，依序分別為氣管內管全身麻醉 27 件、喉頭罩 3 件、全靜脈注射麻醉 2 件、面罩 1 件及未填 10 件；「區域麻醉」共有 9 件，依序為「脊椎麻醉」6 件、「硬膜外麻醉」1 件、「神經阻斷術」2 件、「靜脈區域麻醉」1 件；「局部麻醉」2 件，如圖 4-1-12-5。

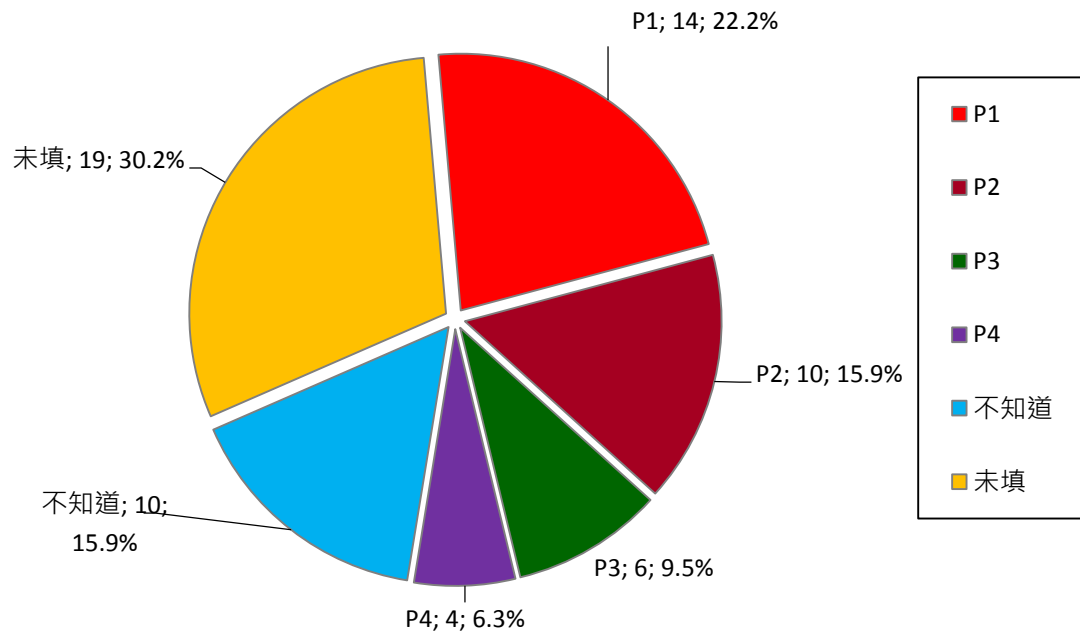


圖 4-1-12-3 醫院麻醉事件病人麻醉前 ASA 生理狀態分級 (N=63)

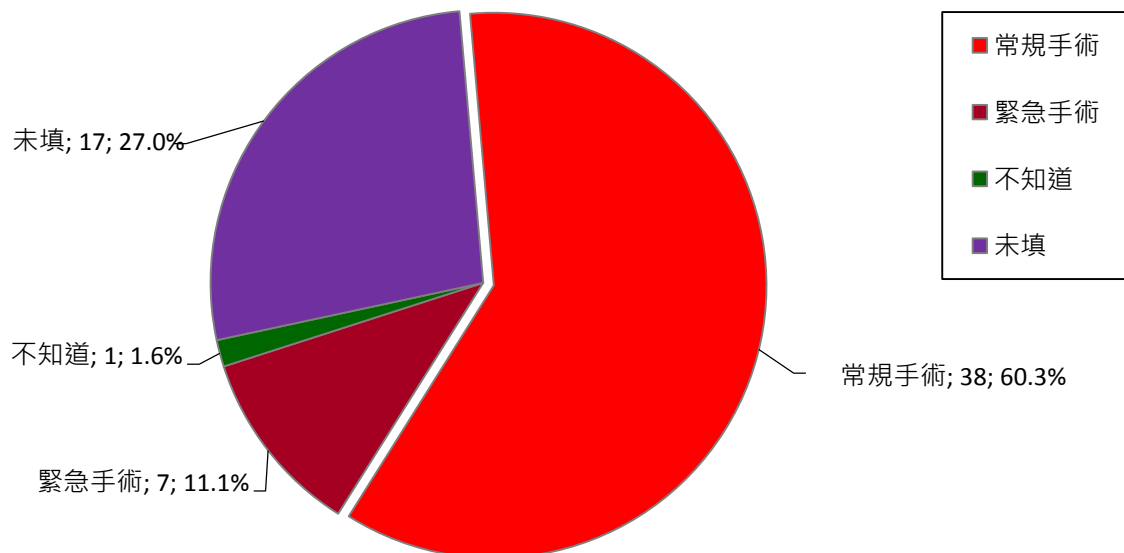


圖 4-1-12-4 醫院麻醉事件病人採取手術類型 (N=63)

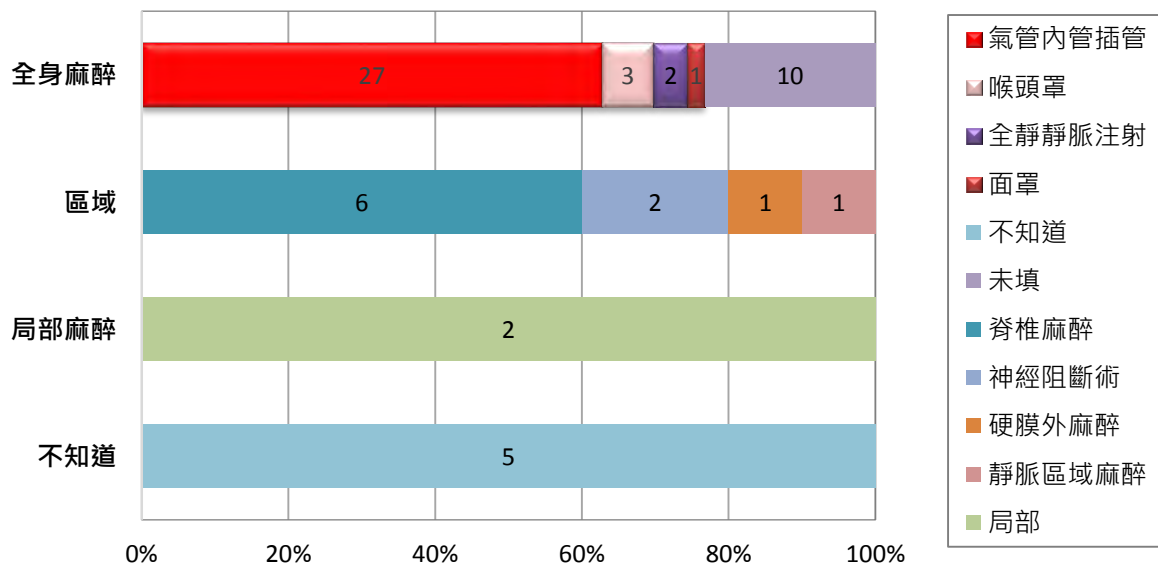


圖 4-1-12-5 醫院麻醉事件採取之麻醉方式 (N=63, 本項複選)

事件發生期間，以「麻醉誘導期」佔 57.1% (36 件) 最多，「麻醉維持期」22.2% (14 件) 次之，再次之為「結束甦醒期」、「麻醉恢復期」各佔 4.8% (3 件)，如圖 4-1-12-6。

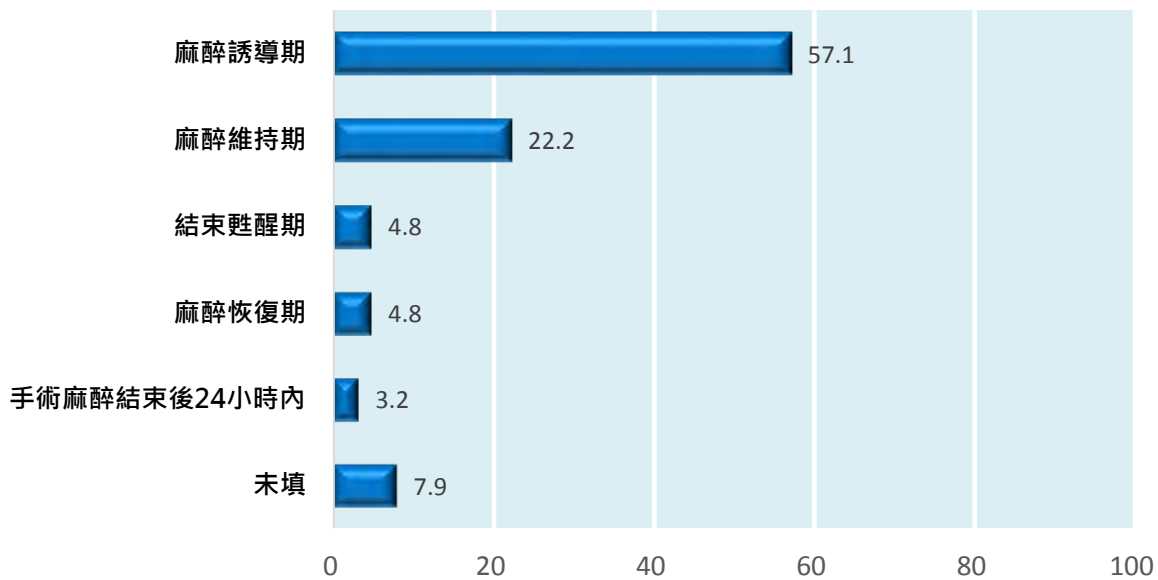


圖 4-1-12-6 醫院麻醉事件發生期間 (N=63)

事件發生類型，以「插管相關」及「其他」各 18 件最多 (28.6 件/百件)；而其他類型則包含：麻醉誘導後醫師延遲上刀(最多，12 件)、與麻醉方式相關、移除氣管內插管時導致牙齒脫落、麻醉機器問題，如圖 4-1-12-7。

就麻醉事件發生之可能原因，以「與工作狀態/流程設計（系統）因素相關」最多（55.6 件/百件），「與病人生理及行為（病人）因素」次之（54.0 件/百件），再次之為「與人員個人（人為）因素」（47.6 件/百件），如圖 4-1-12-8。若單純分析「插管相關」發生錯誤(指未勾選其他發生類型)之可能原因，以「病人生理及行為(病人)因素」最高(44.4 件/百件)，「與人員個人（人為）因素」次之(38.9 件/百件)，再次之「與工作狀態/流程設計（系統）因素相關」（33.3 件/百件），如圖 4-1-12-9。

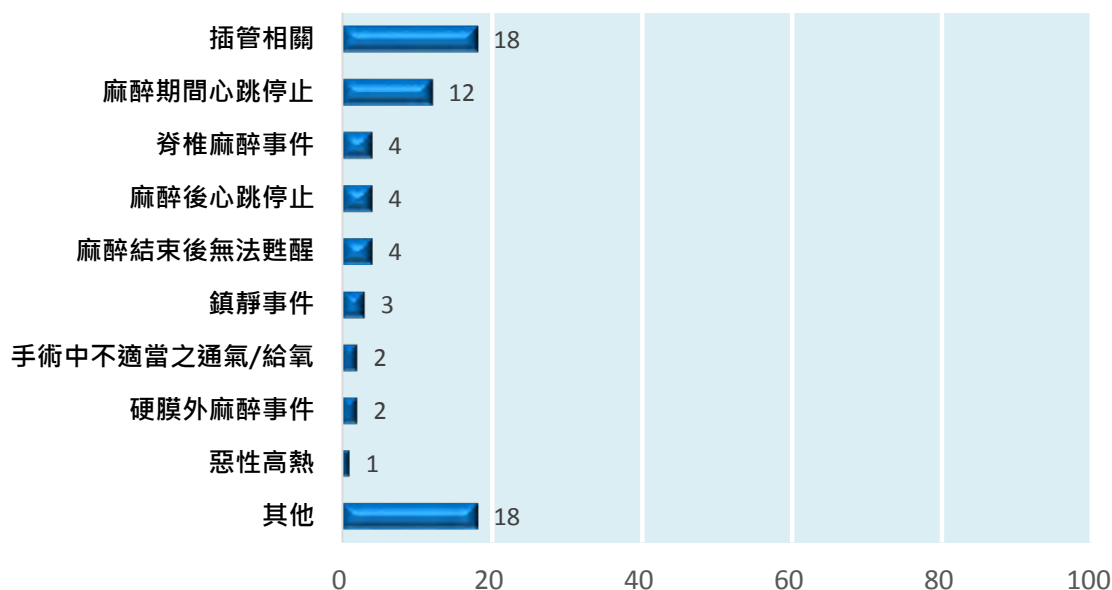


圖 4-1-12-7 醫院麻醉事件發生類型（N=63，本項複選）

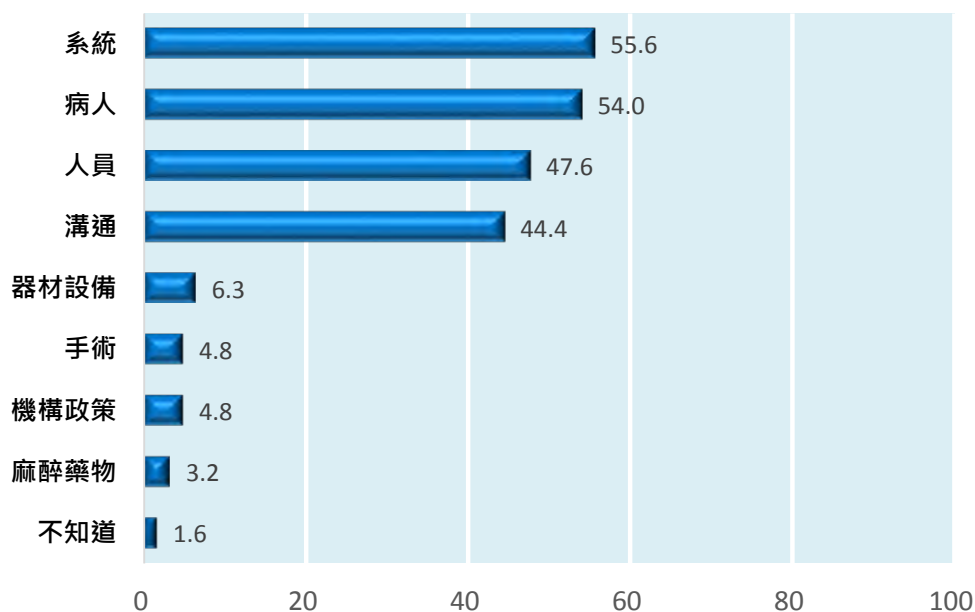


圖 4-1-12-8 醫院麻醉事件之可能原因相對次數百分比（N=63，本項複選）

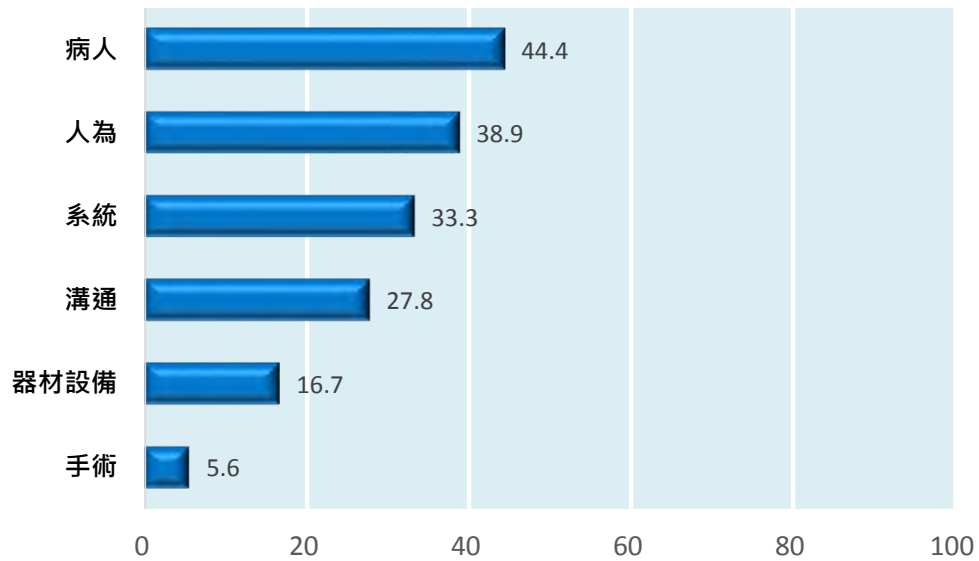


圖 4-1-12-9 醫院麻醉事件「插管相關」之可能原因相對次數百分比 (N=18，本項複選)

麻醉事件 SAC 級數分析，在 63 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 9 件，SAC=2 者 10 件，SAC=3 者 11 件，SAC=4 者 17 件，SAC 為遺漏值者共有 16 件，如表 4-1-0-5

(十三) 醫院-其他事件

發生於醫院的其他事件共 940 件，以白班時段 (08:01-16:00) 64.9%佔多數，小夜班 (16:01-00:00) 的 26%次之，進一步分析事件發生時段與對病人健康影響程度的關係，資料顯示「有傷害」事件高峰發生於 08:01~10:00 區間，「無傷害」事件高峰則發生於 10:01~12:00、14:01~16:00 兩個區間，如圖 4-1-13-1。受影響對象中以病人/住民 856 件最多 (91.1 件/百件)，其它依序為員工 161 件 (17.1 件/百件)、訪客家屬 90 件 (9.6 件/百件)，如圖 4-1-13-2。

856 起受影響對象為病人/住民的事件中，傷害程度為無傷害及跡近錯失共佔 84.8%，有傷害事件佔 10.3%，無法判定則佔 4.9%，如圖 4-1-13-3。而重度傷害的幾起案例雖非醫療照護過程所導致，但案例描述中提到由外籍幫傭(或外籍看護工)或家屬自聘的院外看護執行照護後導致病人傷害，醫療機構是否考量當病人由外籍幫傭、外籍看護工或自聘的院外看護執行生活起居以外的照護時(例如:需經專業訓練的管灌食)，應如何監測及確認其所提供的照護是符合病人需求及安全的?而當其不遵從醫囑、執意執行對病人有風險之行為時又應如何有效制止(例如:病人需由管灌提供營養，外傭卻經由口餵水，導致病人吸入性肺炎)?而後續該如何與家屬討論相關訊息及提供適當地協助以避免相同事件重複發生也是必須思考的議題。

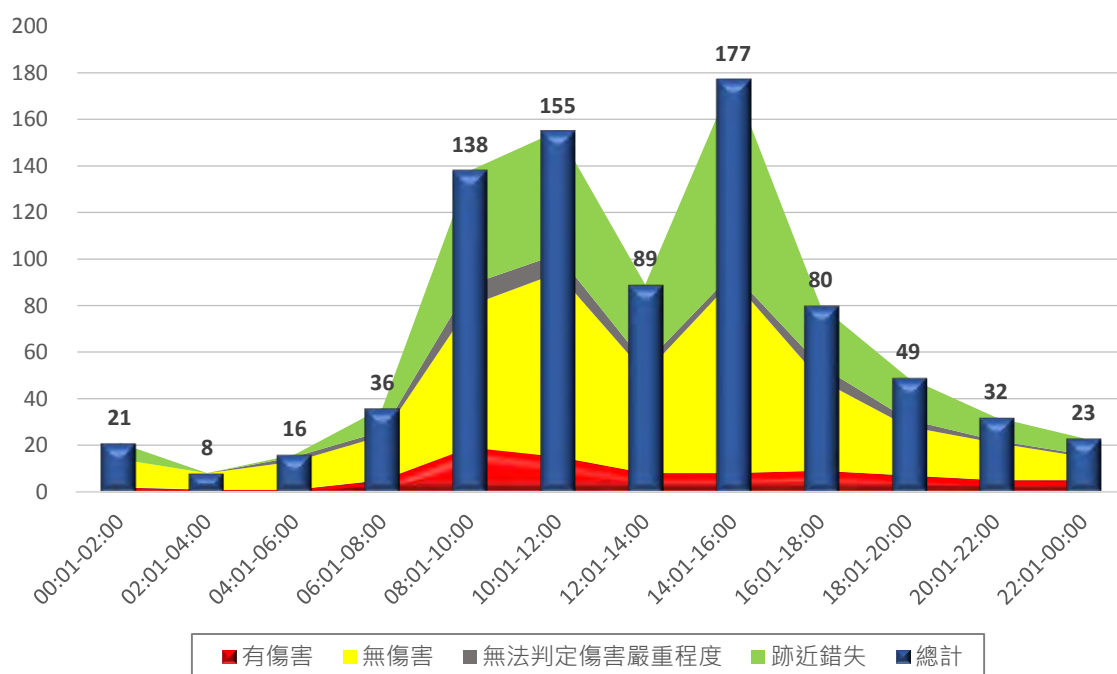


圖 4-1-13-1 醫院其他事件發生時段與病人健康影響程度分析 (N=824，不含未填 32 件)

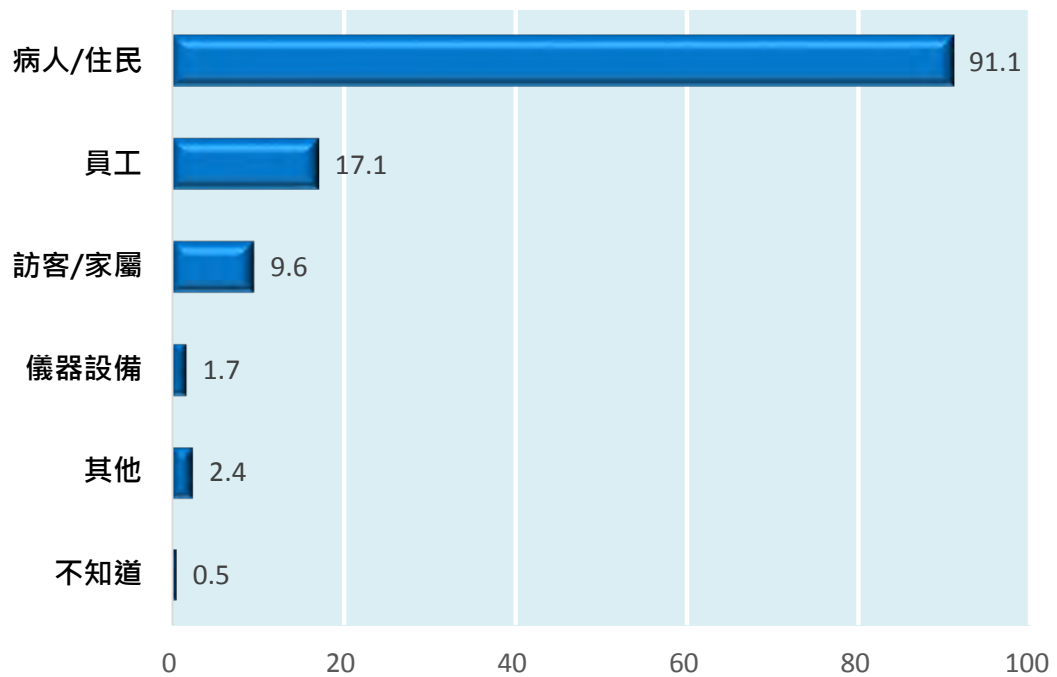


圖 4-1-13-2 醫院其他事件受影響對象
(N=940 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

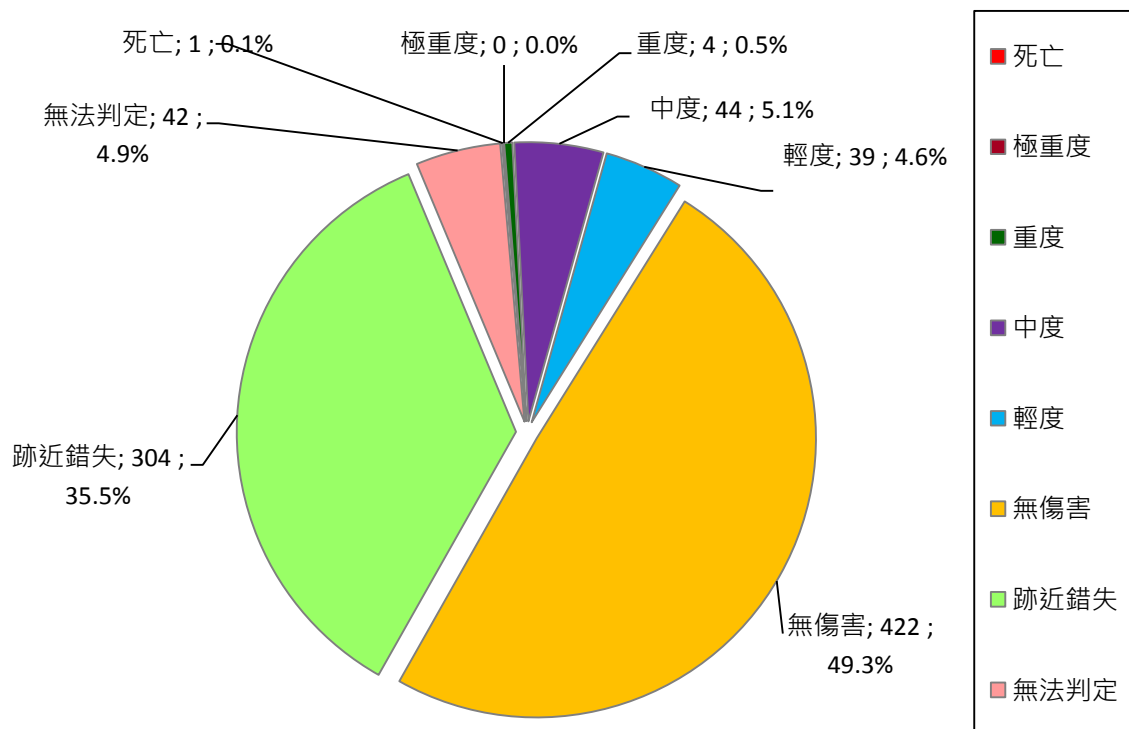


圖 4-1-13-3 醫院其他事件對病人/住民健康的影響程度 (N=856)

事件發生地點以一般病房 44.7 件/百件居多，特殊醫療照護區 14.7 件/百件、急診室 14 件/百件次之，如圖 4-1-13-4。事件發生敘述內容以病歷管理 384 件 (40.9%) 最多，其次為病人辨識相關 221 件 (23.5%)、感控相關 154 件 (16.4%)，如圖 4-1-13-5。進一步將



「事件發生地點」與「事件敘述內容分類」交叉分析，發生於病房的事件以「病歷管理」最高，特殊醫療照護區以感控相關居多，急診室、門診及檢查部門則因病人流動頻繁而與「病人辨識」較為相關，如圖 4-1-13-6。

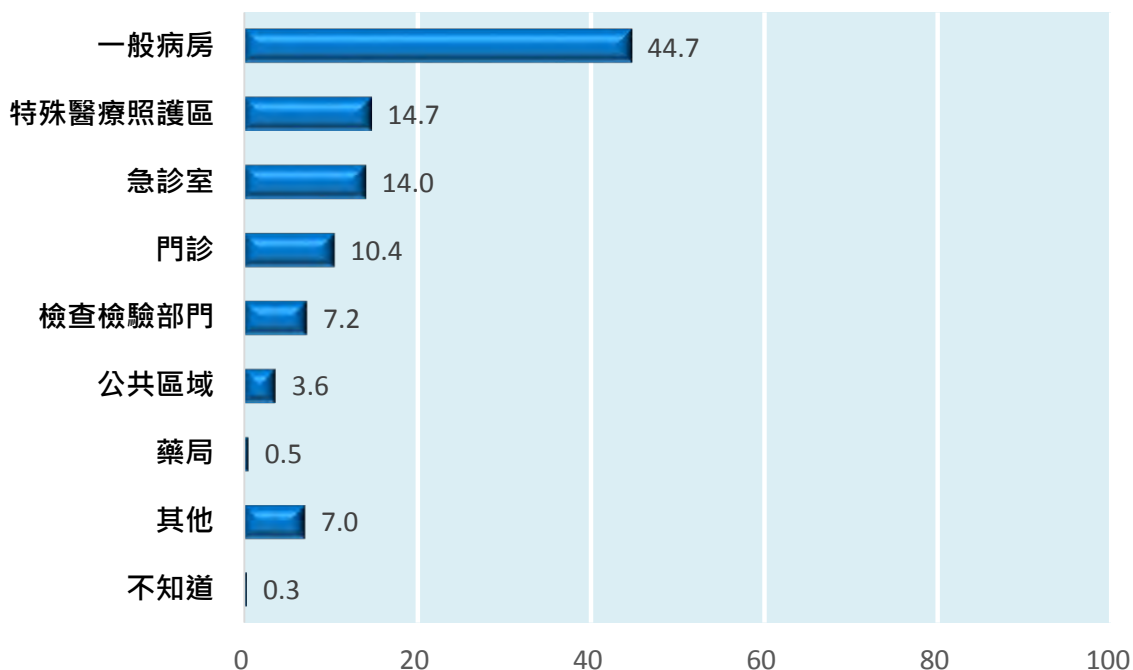


圖 4-1-13-4 醫院其他事件發生地點相對次數百分比
(N=940; N 為事件數; 此項目為複選)

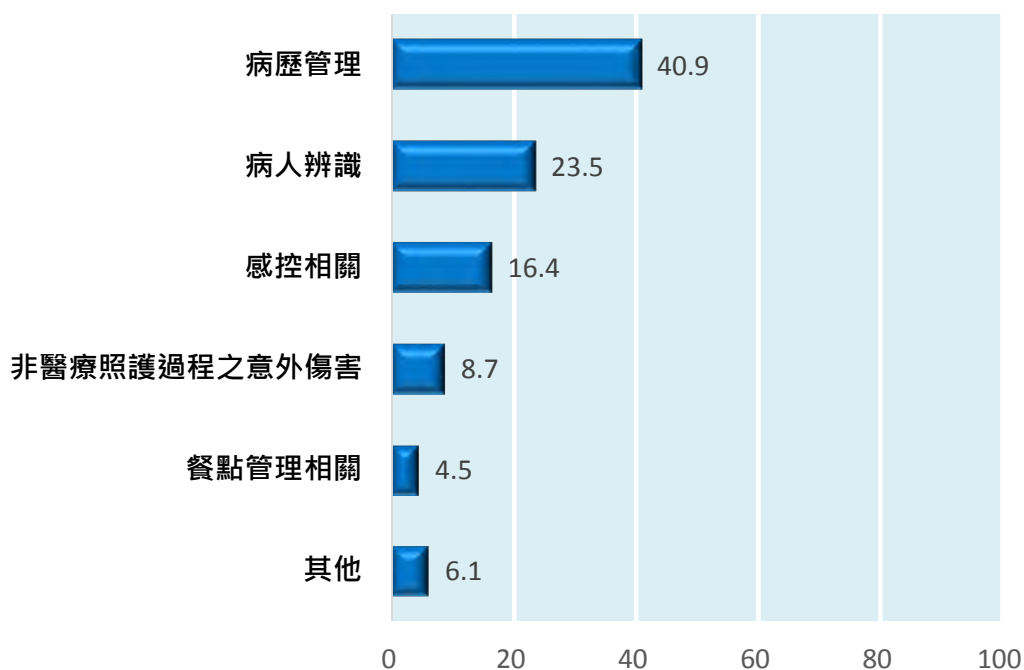


圖 4-1-13-5 醫院其他事件敘述內容分類 (N=940)

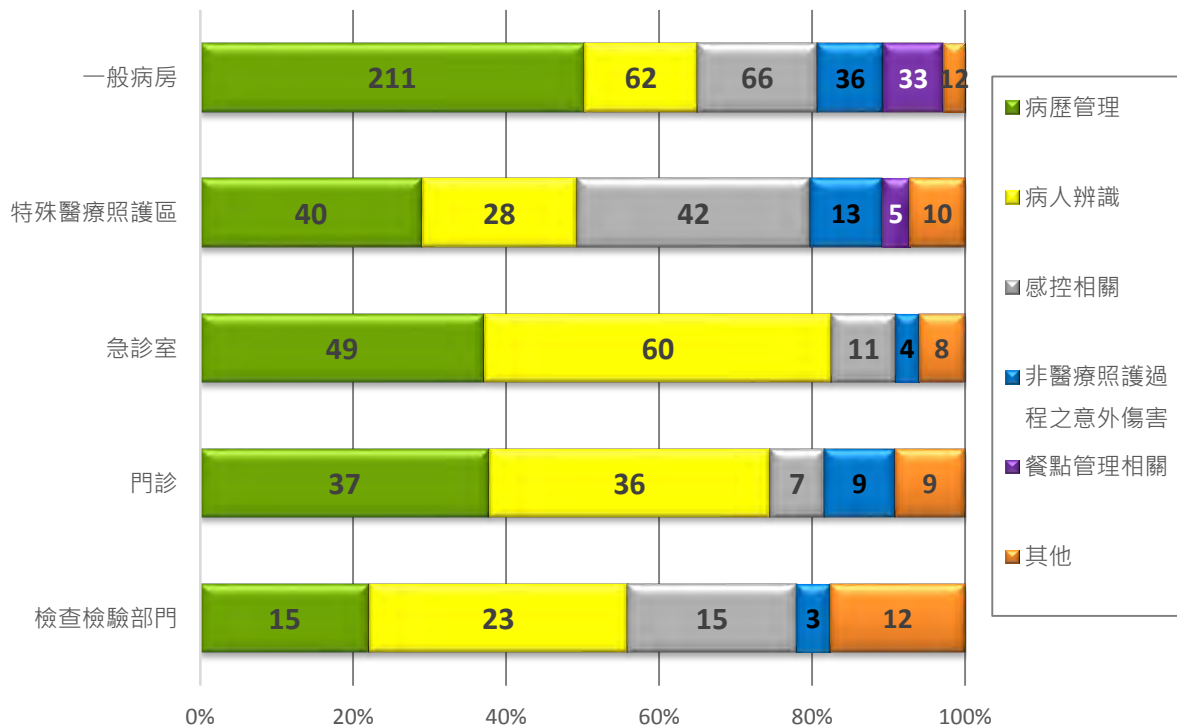


圖 4-1-13-6 醫院其他事件發生地點與敘述內容分類之交叉分析
(N=940 ; N 為事件數 ; 此項目為複選)

與病人辨識有關的包含：冒用身分、未配戴手圈或手圈上登載錯誤病人資訊；與非醫療照護過程之意外傷害有關的包含：燙傷、夾傷與壓傷；與病歷管理有關的包含：應有文件不完整、夾帶他人資料、傳遞錯誤、遺失；與餐點有關的事件包含：餐點送錯或遺漏（不含醫囑特殊飲食）、餐點過期發霉或內有異物；與感控相關的包含：高度傳染力疾病隔離問題。

其他事件 SAC 級數分析，在 865 件受影響對象為病人的通報事件中，SAC=1 者 0 件，SAC=2 者 2 件，SAC=3 者 28 件，SAC=4 者 377 件，SAC 為遺漏值者共有 449 件，如表 4-1-0-5。

二、精神專科醫院及精神復健機構 (綜合分析)

2016 年發生於精神專科醫院的通報件數共為 7,544 件，事件發生後受影響對象為病人/住民有 7,205 件，佔所有案件的 95.5%。而通報事件前三名分別為傷害行為事件有 3,220 件 (42.7%)、跌倒事件有 2,864 件 (38%) 及治安事件有 699 件 (9.3%)，如圖 4-2-0-1。

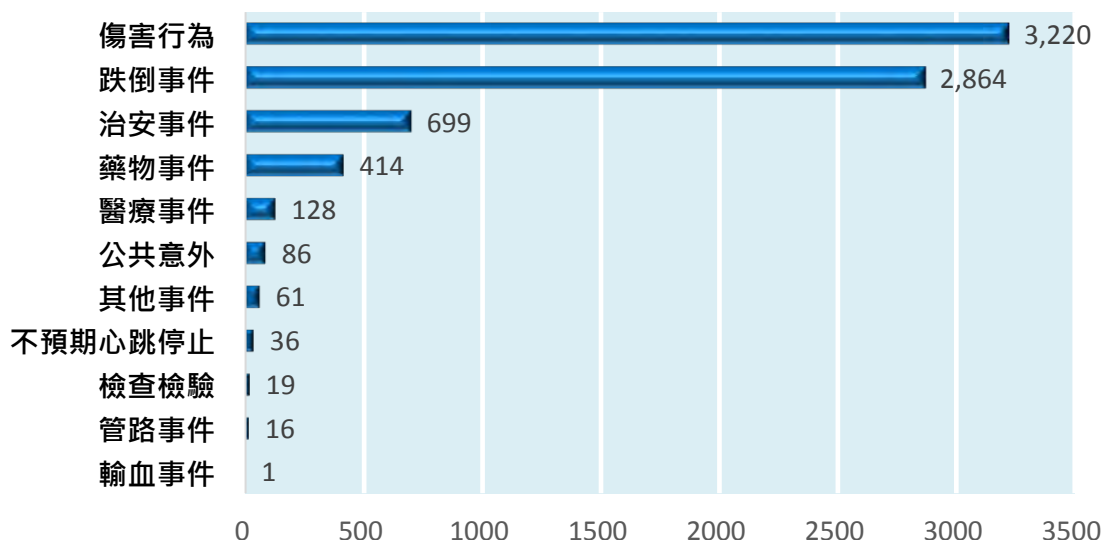


圖 4-2-0-1 精神專科醫院通報各類事件數 (N=7,544)

事件發生時段主要集中於白班 (08:01~16:00)，共有 3,720 件，佔 49.3%，進一步分析事件發生時段與對病人健康影響程度的關係，資料顯示跡近錯失較容易發生在 10:01-12:00 及 14:01-16:00 此二時段，可能與此二時段的發生事件數較多有關，如圖 4-2-0-2。

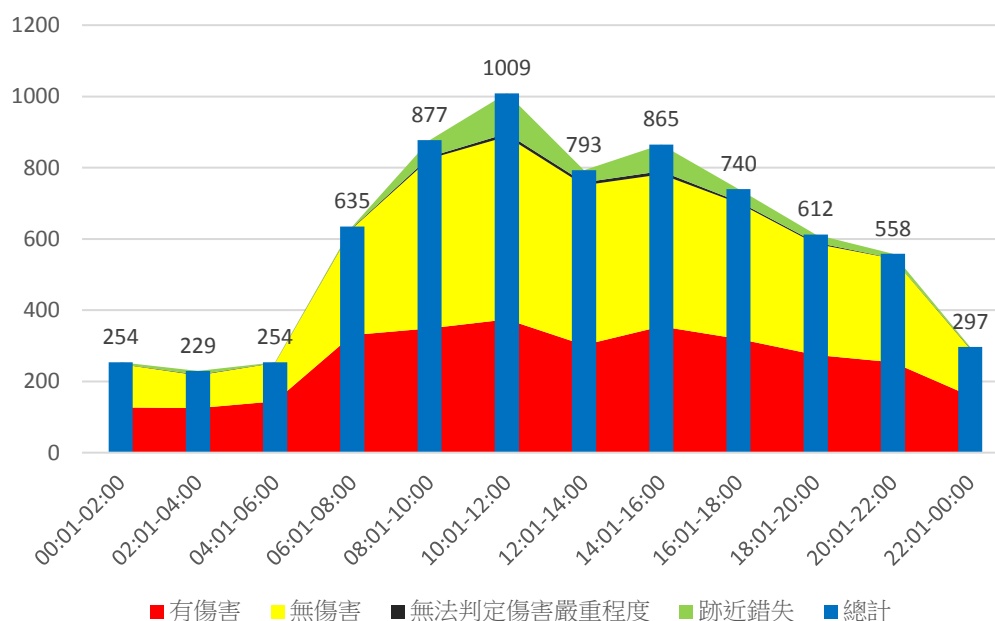


圖 4-2-0-2 精神專科醫院發生時段與病人健康影響程度分析 (N=7,123，不含未填 82 件)



事件發生後對病人健康的影響程度以無傷害居多共 3,639 件 (50.5%)，其次是輕度傷害 2,403 件 (33.4%)、中度傷害 639 件 (8.9%)，如圖 4-2-0-3。

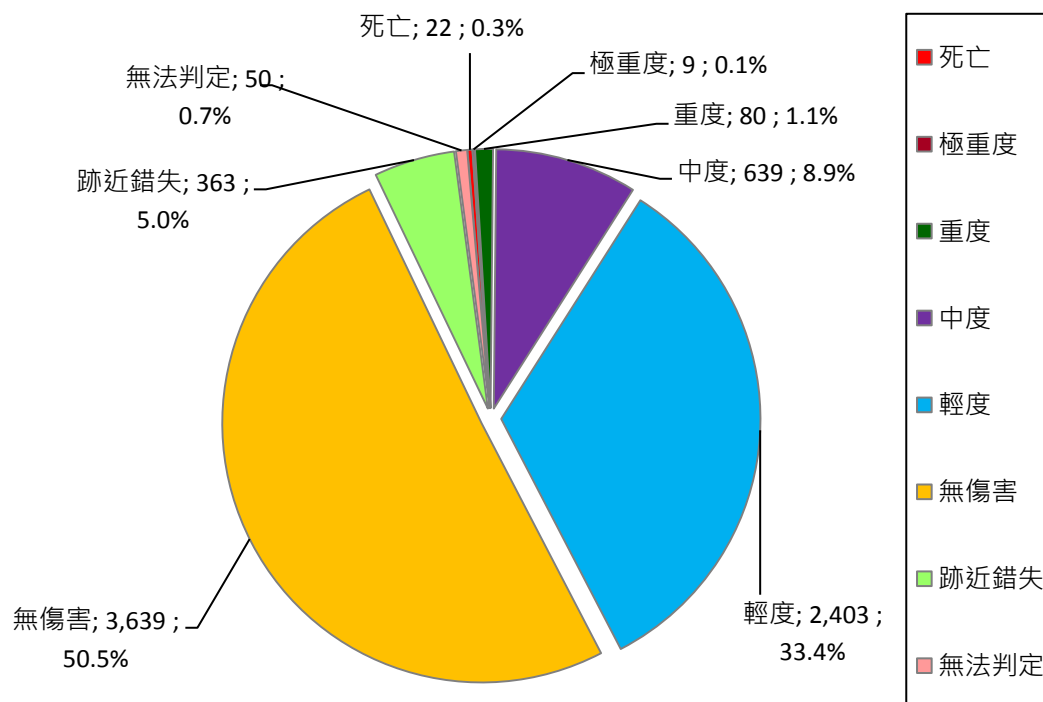


圖 4-2-0-3 精神專科醫院事件發生後對病人健康的影響程度 (N=7,205)

精神專科醫院各類事件發生後對病人健康的影響程度，造成死亡和極重度傷害比例較高者為院內不預期心跳停止事件，死亡案件中除了異物哽塞導致突然心跳停止外，也包含著數件查房時才發現病人已無心跳、呼吸事件，因此，精神科住院病人若有其他生理病史，則建議生理病情變化的評估與監測的頻率也應一併作整體考量。重度和中度傷害比例較高者是跌倒事件，分別為 37.5%和 58.7%，而跡近錯失比例最高者為藥物事件 (73.8%)，如表 4-2-0-1。

表 4-2-0-1 精神專科醫院各類事件發生後對病人健康的影響程度 (N=7,205)

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	
事件類別	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
藥物事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	2.0	25	1.0	106	2.9	268	73.8*	2	4.0	414	5.7
跌倒事件	0	0.0	2	22.2	30	37.5*	375	58.7*	1,331	55.4*	1,107	30.4	0	0.0	12	24.0	2,857	39.7
輸血事件	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
醫療事件	2	9.1	1	11.1	21	26.3	57	8.9	33	1.4	11	0.3	1	0.3	2	4.0	128	1.8
公共意外	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	1.1	7	0.3	33	0.9	25	6.9	0	0.0	72	1.0
治安事件	0	0.0	1	11.1	1	1.3	2	0.3	6	0.2	616	16.9	44	12.1	23	46*	693	9.6
傷害行為	1	4.5	1	11.1	10	12.5	151	23.6	978	40.7	1,742	47.9*	16	4.4	11	22.0	2,910	40.4
管路事件	0	0.0	0	0.0	1	1.3	0	0.0	4	0.2	11	0.3	0	0.0	0	0.0	16	0.2

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。



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	
事件類別	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
不 預 期 心 跳 停 止	19	86.4*	4	44.4*	13	16.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	36	0.5
檢 查 檢 驗	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3	3	0.1	6	0.2	8	2.2	0	0.0	19	0.3
其 他 事 件	0	0.0	0	0.0	4	5.0	31	4.9	16	0.7	7	0.2	1	0.3	0	0.0	59	0.8
總計	22	100.0	9	100.0	80	100.0	639	100.0	2,403	100.0	3,639	100.0	363	100.0	50	100.0	7,205	100.0

註: *為各傷害程度中比例最高者

通報者以護理人員最多，佔 87.5%，其次是物理、職能治療人員（2.3%），如圖 4-2-0-4。年資方面，通報者的年資以 1~5 年居首，共有 1,991 件（26.4%），其次是年資 6~10 年（1,141 件，15.1%），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 3,163 件（約 41.9%），其次為 6~10 年資歷者有 1,056 件（14%），如圖 4-2-0-6。

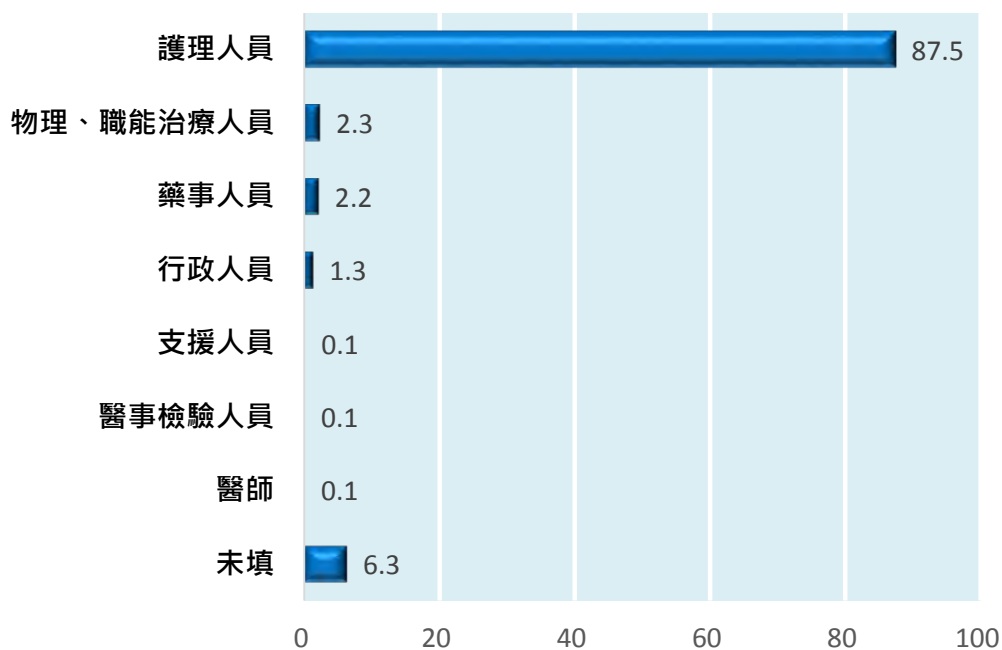


圖 4-2-0-4 精神專科醫院通報者身分類別（N=7,544）

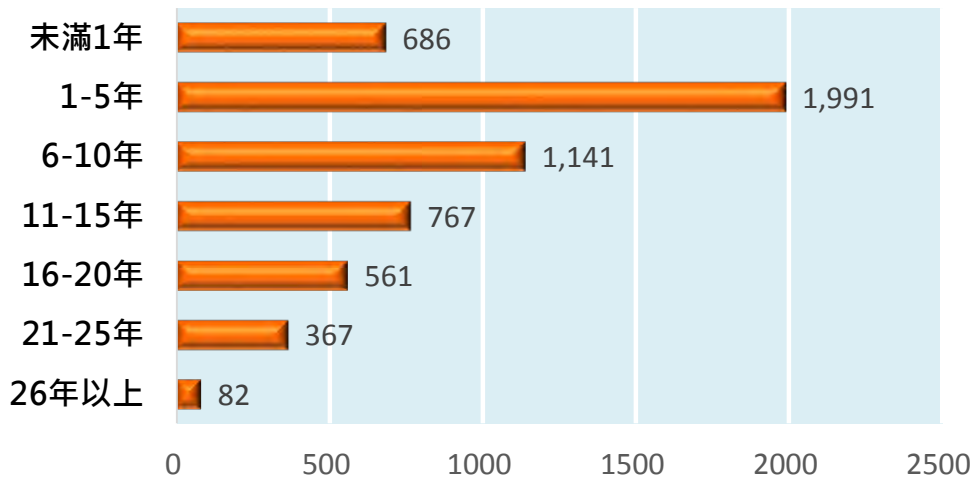


圖 4-2-0-5 精神專科醫院通報者年資 (N=5,595, 不含未填 1,949 件)

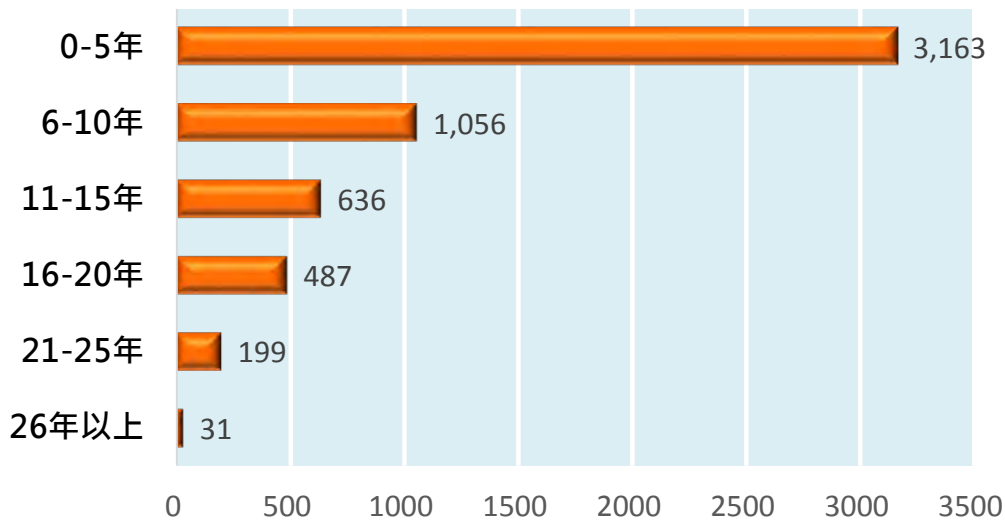


圖 4-2-0-6 精神專科醫院通報者現職年資 (N=5,572, 不含未填 1,972 件)

精神專科醫院各事件類別 SAC 級數分析，SAC=1 者有 15 件 (0.2%)，SAC=2 共有 51 件 (0.7%)，SAC=3 有 1,061 件 (14.7%)，遺漏值共 2,250 件，如表 4-2-0-2。

表 4-2-0-2 精神專科醫院各類事件 SAC 分布 (N=7,205)

事件類別 影響程度		SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	遺漏值*	小計
藥物事件	N	0	0	9	103	302	414
	%	0.0	0.0	2.2	24.9	72.9	100.0
跌倒事件	N	0	15	614	1,675	553	2,857
	%	0.0	0.5	21.5	58.6	19.4	100.0
輸血事件	N	0	0	1	0	0	1
	%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
醫療照護	N	1	16	43	35	33	128
	%	0.8	12.5	33.6	27.3	25.8	100.0
公共意外	N	0	0	2	33	37	72
	%	0.0	0.0	2.8	45.8	51.4	100.0

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	影響程度	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	遺漏值*	小計
治安事件	%	0.0	0.0	2.8	45.8	51.4	100.0
	N	0	1	1	310	381	693
傷害行為	%	0.0	0.1	0.1	44.7	55.0	100.0
	N	1	4	360	1637	908	2,910
管路事件	%	0.0	0.1	12.4	56.3	31.2	100.0
	N	0	0	0	11	5	16
不預期心跳停止	%	0.0	0.0	0.0	68.8	31.3	100.0
	N	13	11	4	0	8	36
檢查檢驗	%	36.1	30.6	11.1	0.0	22.2	100.0
	N	0	0	1	7	11	19
其他事件	%	0.0	0.0	5.3	36.8	57.9	100.0
	N	0	4	26	17	12	59
總計	%	0.0	6.8	44.1	28.8	20.3	100.0
	N	15	51	1061	3828	2250	7205
	%	0.2	0.7	14.7	53.1	31.2	100.0
	N						

*註：遺漏值表示「事件發生後對病人健康的影響程度」或「事件可能再發生的機會」任一選項資料不齊全。

精神復健機構

2016 年發生於精神復健機構的通報件數共為 21 件，所有事件受影響對象皆為病人，通報事件類別最多的為傷害行為和跌倒事件，分別為 9 件和 5 件。事件發生時段主要集中在白班時段 (08:01~16:00)，共有 13 件；對於病人健康的影響程度，以有傷害之 61.9% 為最高。SAC 級數分析，SAC=3 者 1 件，SAC=4 者 3 件，遺漏值有 17 件，如表 3-3-0-2。



(一) 精神專科醫院-傷害行為事件

2016 年發生於精神專科醫院的傷害行為事件共有 3,220 件，其中受影響對象為病人/住民者共 2,910 件。事件發生時機與病人作息時間相近，較常發生於 06:01~22:00，發生時段高峰落於 10:01~12:00 及 14:01~16:00，如圖 4-2-1-1。受機構特殊屬性影響，事件發生地點集中於一般病房，約每 100 件有 96.2 件發生於一般病房（如圖 4-2-1-2）。

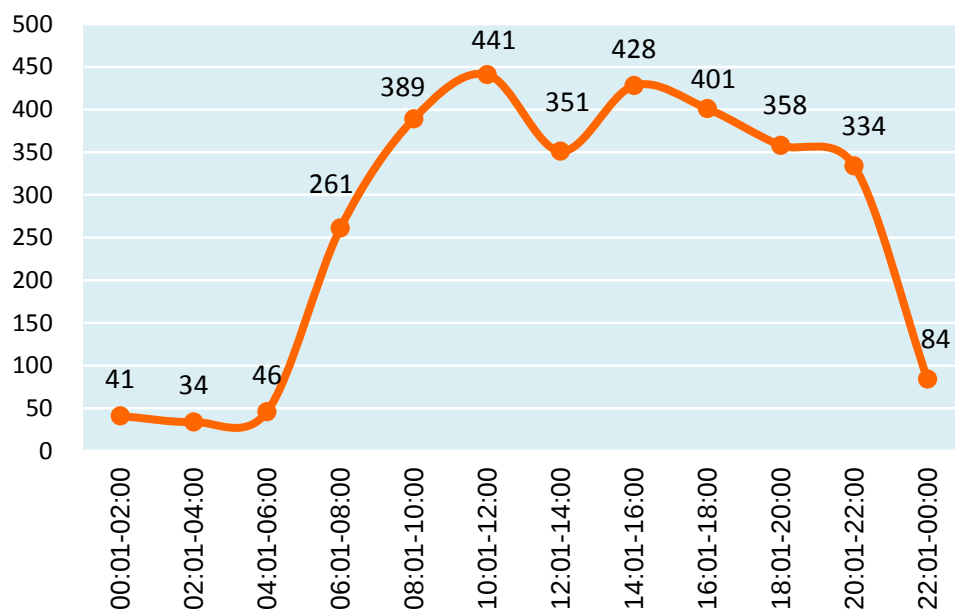


圖 4-2-1-1 精神專科醫院傷害行為事件時段分布（N=3,168，不含未填 52 件）

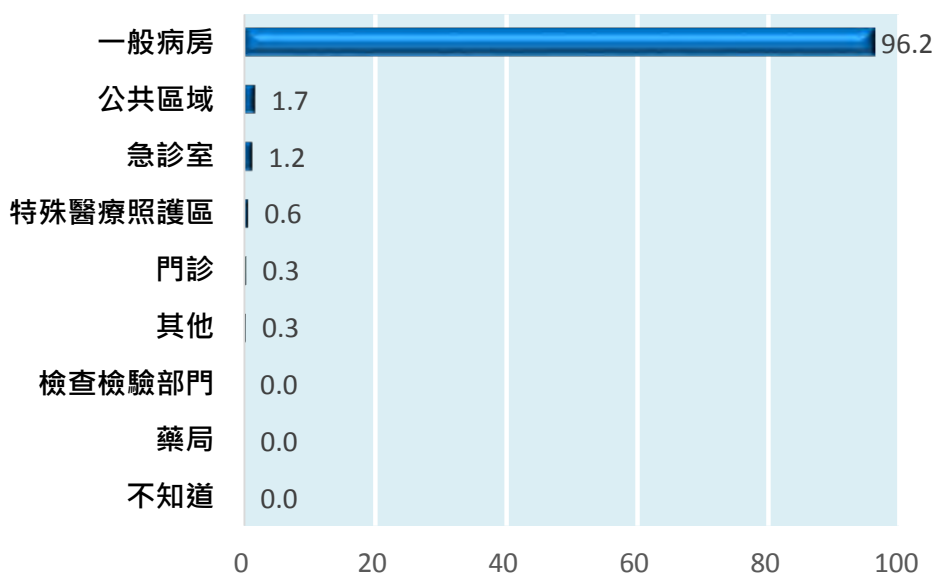


圖 4-2-1-2 精神專科醫院傷害行為事件發生地點百分比（N=3,220，本項為複選）

受影響對象主要為病人/住民（90.4 件/百件），其次為員工（18.6 件/百件）及儀器設備（4.1 件/百件），排序與 2015 年一致，如圖 4-2-1-3。

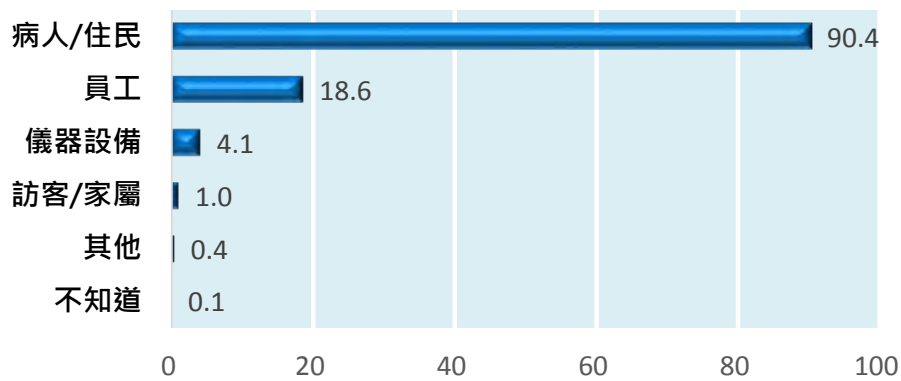


圖 4-2-1-3 醫院傷害行為事件受影響對象 (N=3,220, 此項目為複選)

傷害行為類型以身體攻擊的案件最多，每 100 件有 73.6 件與身體攻擊相關，其次是自傷 (13.0 件/百件) 和破壞設備 (12.8 件/百件)，如圖 4-2-1-4。相較 2015 年，自傷與自殺分別降低 3.7 及 0.3 百分點，破壞設備與言語衝突則分別增加 3.8 及 2.5 百分點。

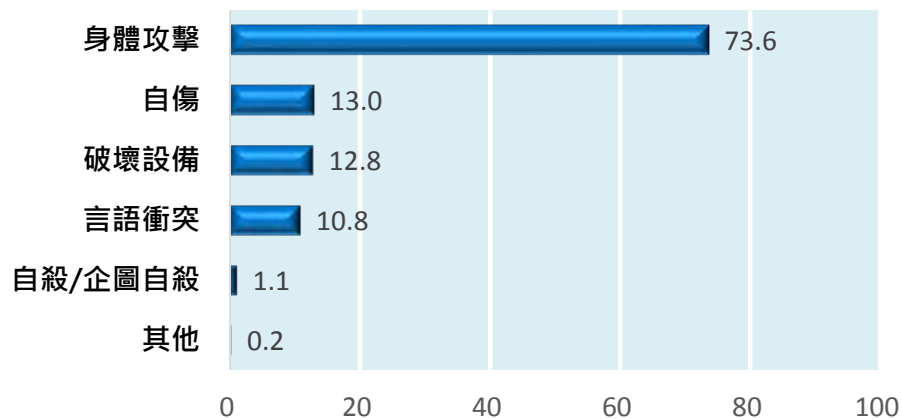


圖 4-2-1-4 精神專科醫院傷害行為事件類型 (N=3,220, 此項目為複選題)

對於病人/住民健康的影響程度以無傷害居多 (59.9%)，造成傷害的事件共有 1,141 件 (39.2%)，主要以輕度傷害為主 (佔 33.6%)，中度傷害次之 (約 5.2%)，如圖 4-2-1-5。

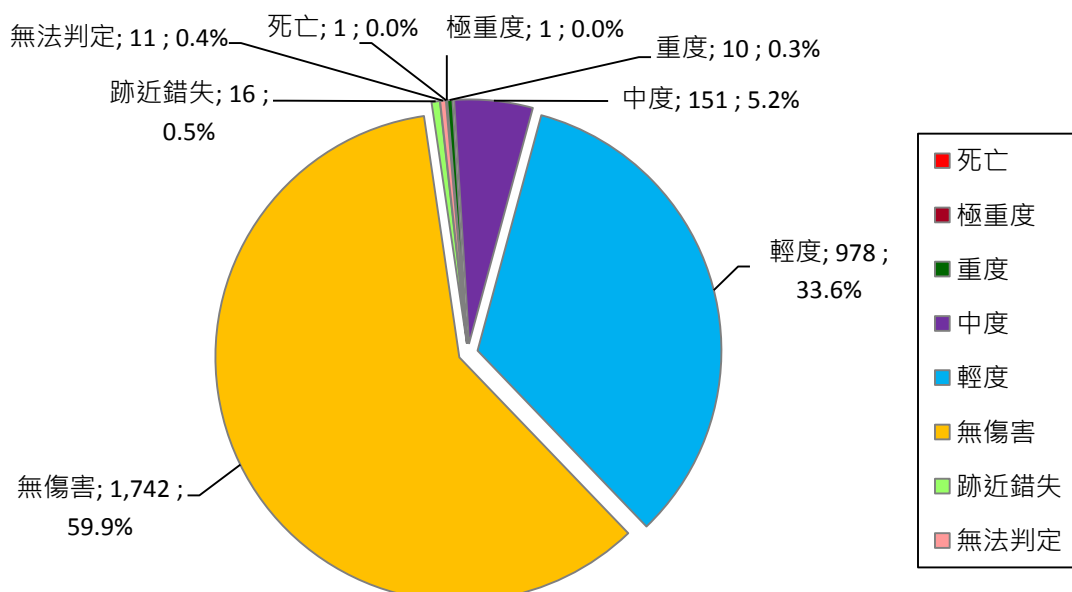


圖 4-2-1-5 精神專科醫院傷害行為事件對於病人/住民的健康影響程度 (N=2,910)

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。



進一步分析傷害類型與病人/住民健康的影響，自殺/企圖自殺和自傷行為有較高的傷害比率（傷害程度為輕度以上分別佔 68.7%和 61.8%），其次依序為身體攻擊和言語衝突。如圖 4-2-1-6。

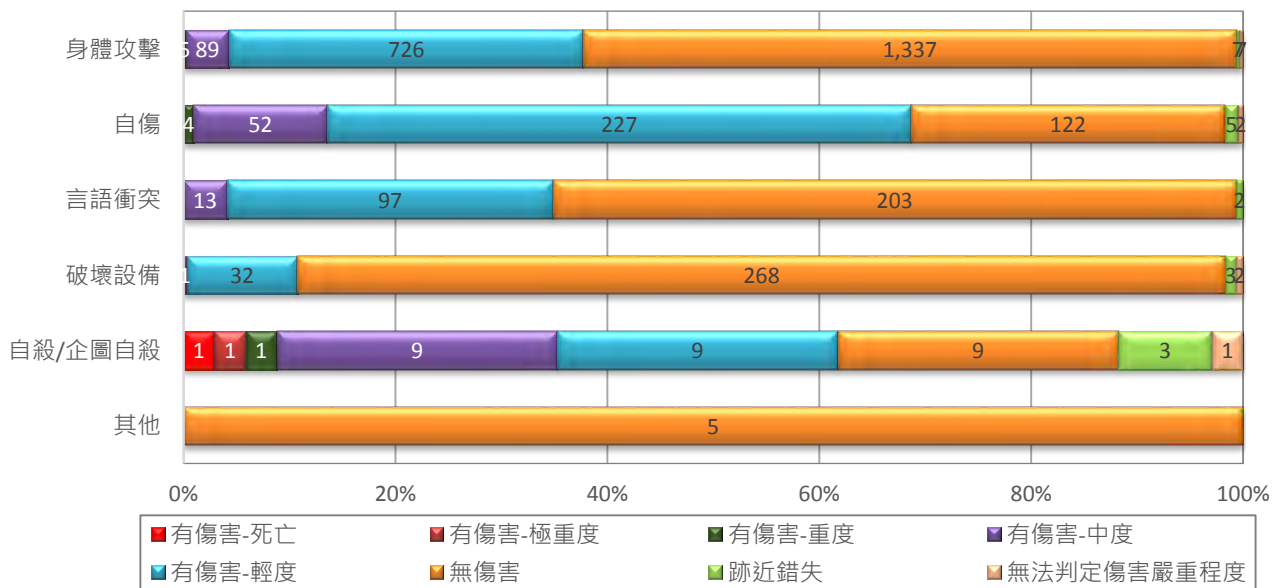


圖 4-2-1-6 精神專科醫院傷害行為事件類型與病人健康影響程度交叉分析（N=2,910）

發生可能原因以「與病人生理及行為因素相關（病人）」居首（91.5 件/百件），其次是「溝通因素（溝通）」（24.9 件/百件），如圖 4-2-1-7。

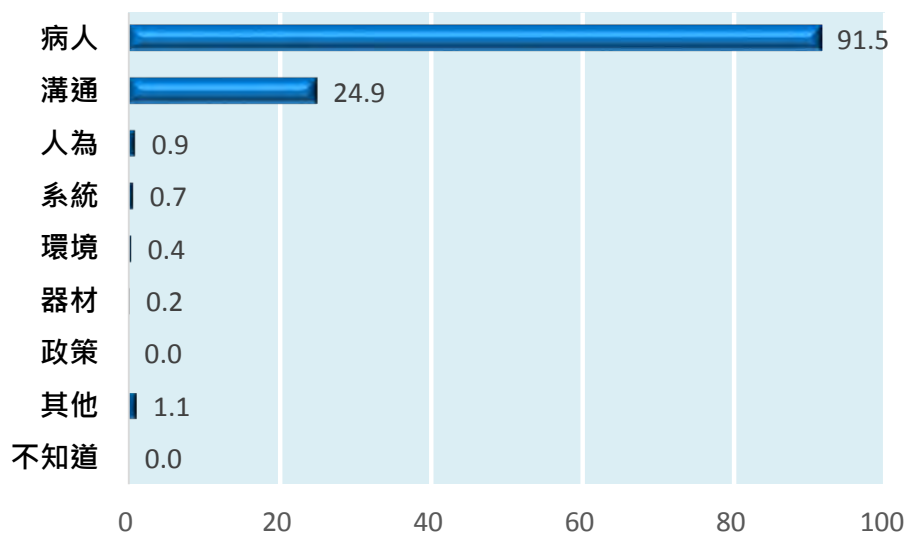


圖 4-2-1-7 精神專科醫院傷害行為事件發生可能原因相對次數百分比
(N=3,220，本項為複選)

精神專科醫院傷害行為事件 SAC 級數分析，SAC=1 有 1 件，SAC=2 共有 4 件（0.1%），SAC=3 共有 360 件（12.4%），SAC=4 者為 1,637 件（56.3%），而無法計算（含遺漏值）共有 908 件（31.2%），如表 4-2-0-2。

(二) 精神專科醫院-跌倒事件

2016 年病人安全通報系統蒐集發生在精神科醫院之跌倒事件共 2,864 件，其中受影響對象為病人/住民共 2,857 件，由於發生於病人/住民之跌倒事件佔絕大多數，故本章節僅以影響對象為病人/住民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 間，共 993 件（佔 34.8%），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 89.7 件發生在一般病房。

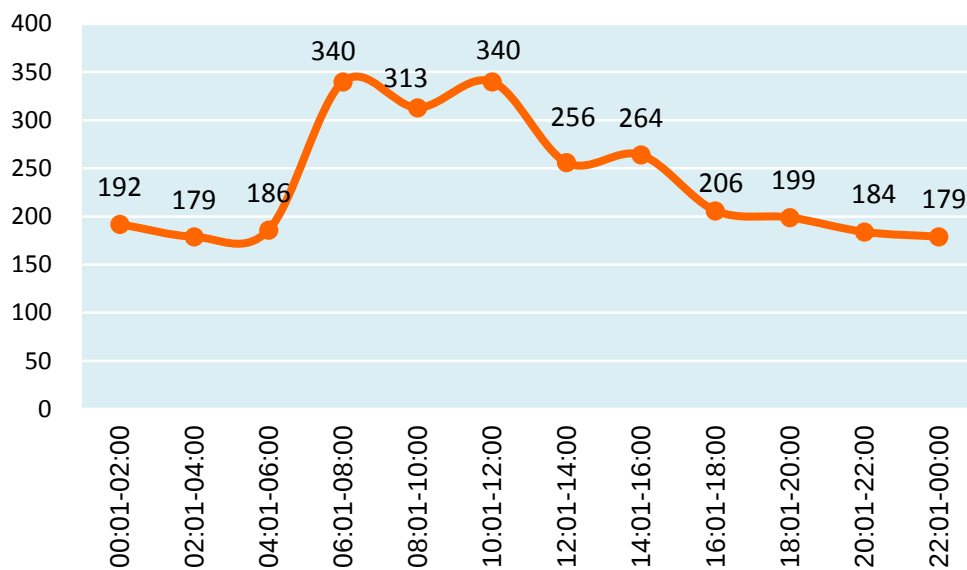


圖 4-2-2-1 精神專科醫院病人跌倒事件發生時段分布

(N=2,838，不含未填 19 件)

精神專科醫院發生跌倒事件之病人/住民性別以男性多於女性，共 1,235 件(佔 43.2%)；年齡以 19-64 歲為最多，共 1,870 件 (佔 65.5%)。將性別與年齡層進行交叉分析後發現，男、女性皆以 19-64 歲為最多，男性共 1,000 件 (佔 81.0%)，女性共 875 件 (佔 74.5%)，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，以輕度共 1,331 件(佔 46.6%) 為最多，其次為無傷害共 1,107 件 (佔 38.7%)，如圖 4-2-2-2。

以精神科醫院病人跌倒次數分析，最近一年曾經有跌倒過的個案共 1,257 件(佔 44.0%)；而於跌倒事件發生前，有 1,254 位 (佔 43.9%) 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 930 件，佔所有高危險族群病人的 74.2%，如圖 4-2-2-3。



表 4-2-2-1 精神專科醫院跌倒病人性別與年齡交叉分析 (N=2,857)

性別 \ 年齡	男性		女性		不知道		未填		總計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13-18 歲	5	0.4	10	0.9	0	0.0	0	0.0	15	0.5
19-64 歲	1,000	81.0	857	74.5	0	0.0	13	2.8	1,870	65.5
65 歲以上	179	14.5	253	22.0	2	100.0	2	0.4	436	15.3
不知道	49	4.0	29	2.5	0	0.0	19	4.0	97	3.4
未填	2	0.2	1	0.1	0	0.0	436	92.8	439	15.4
總計	1,235	43.02	1,150	40.3	2	0.1	470	16.5	2,857	100.0

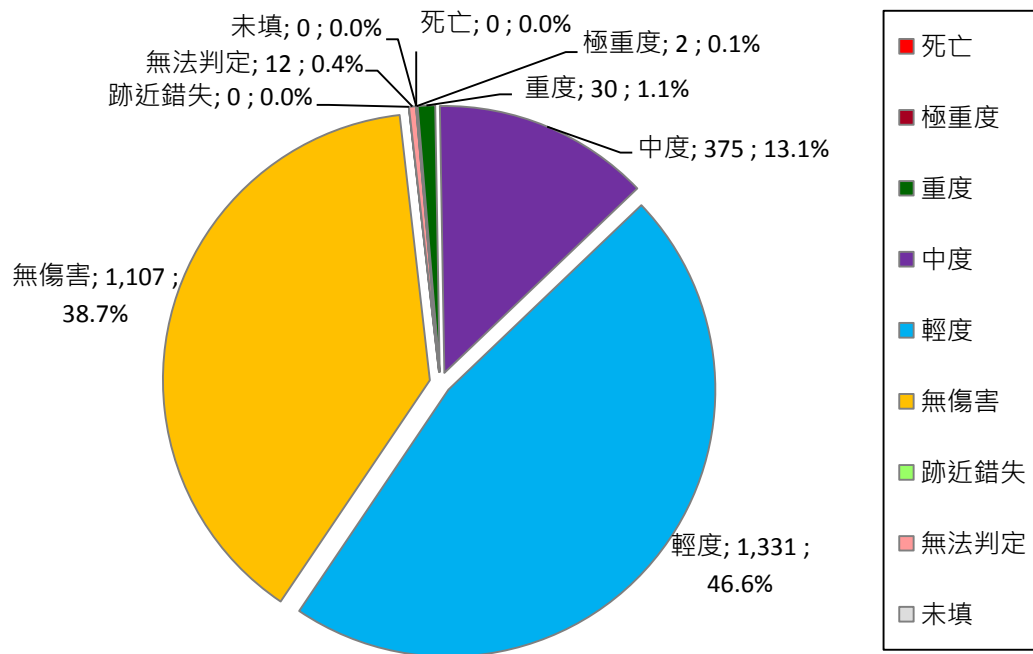


圖 4-2-2-2 精神專科醫院跌倒事件對病人健康的影響程度 (N=2,857)

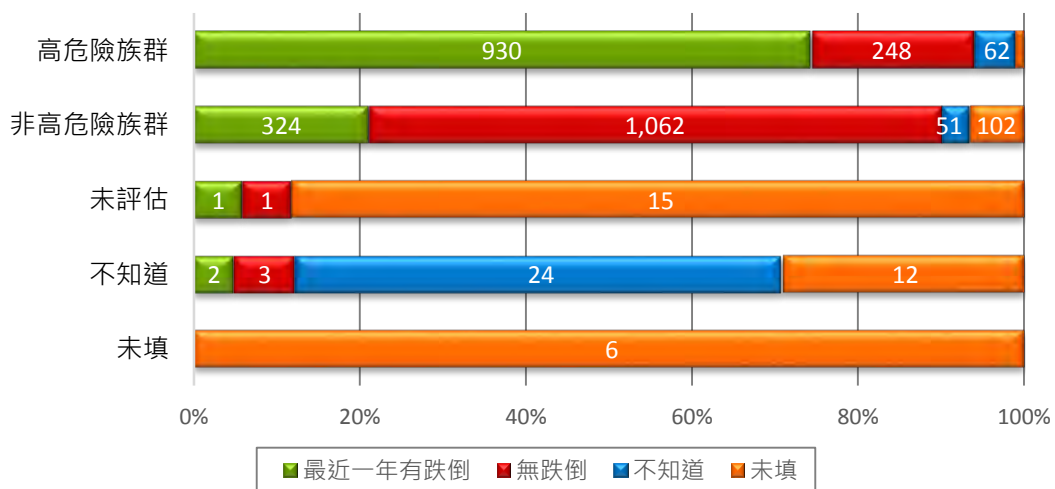


圖 4-2-2-3 精神專科醫院跌倒病人是否為高危險群與最近一年跌倒次數交叉分析 (N=2,129)



精神科醫院病人跌倒事件發生時活動以「行進時」共 1,240 件 (佔 43.7%) 為最多，其次為「上下床移位時」共 331 件 (佔 11.6%)、「進出洗手間時」共 253 件 (佔 8.9%)，如圖 4-2-2-4。

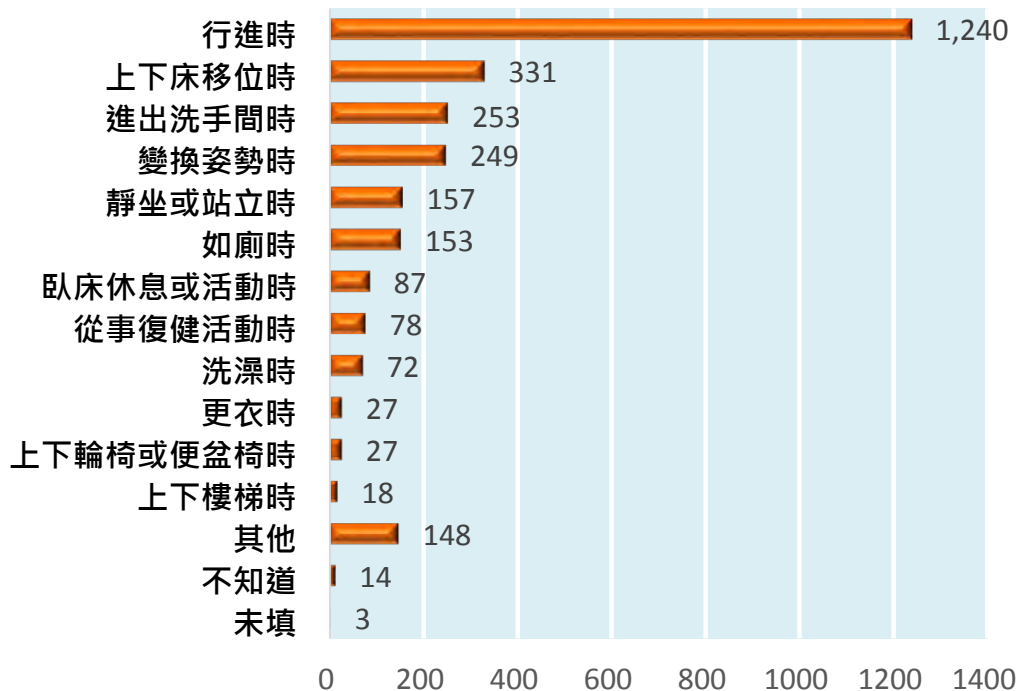


圖 4-2-2-4 精神專科醫院病人跌倒事件發生時從事何項活動過程 (N=2,857)

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 (75.9 件/百件) 為最多，其次為「與環境因素相關 (環境)」因素 (19.4 件/百件)、「與使用藥物因素相關 (藥物)」因素 (11.6 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 (57.3 件/百件) 為最多，環境因素以地面打蠟或濕、滑 (57.5 件/百件) 最多如圖 4-2-2-6、4-2-2-7。

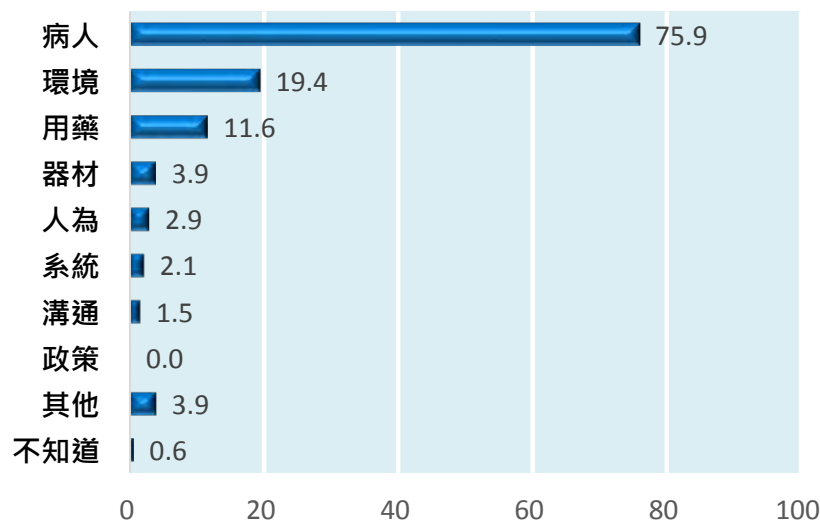


圖 4-2-2-5 精神專科醫院病人跌倒事件發生可能原因相對次數百分比
(N=2,857，此項目為複選)

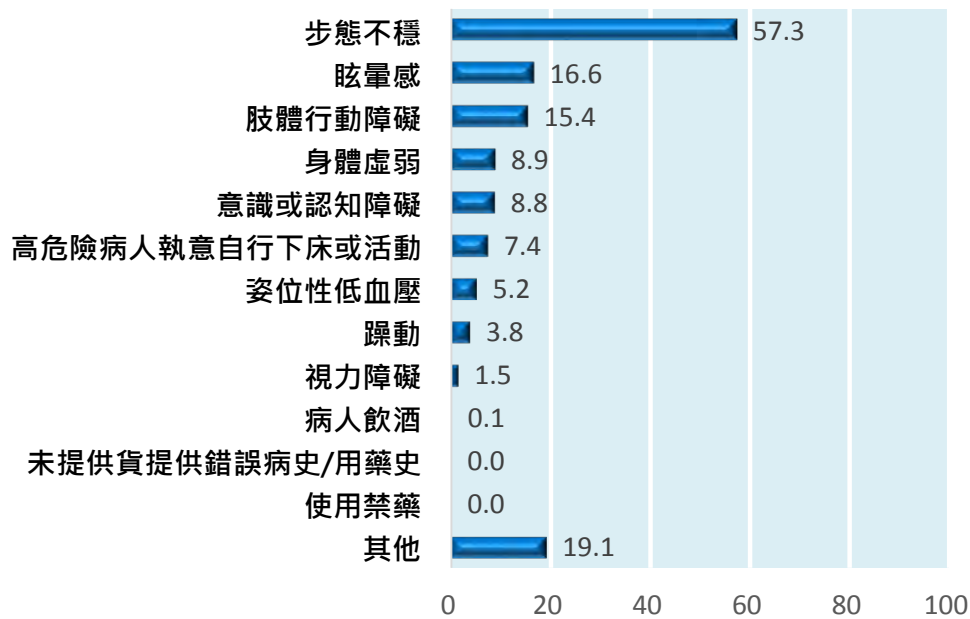


圖 4-2-2-6 精神專科醫院病人跌倒事件發生可能原因之病人因素細項
(N=2,169，此項目為複選)

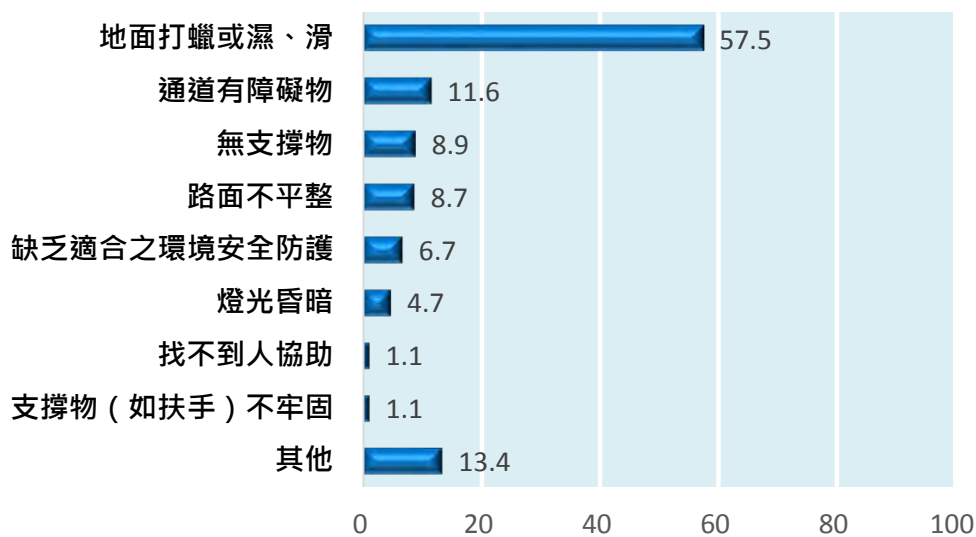


圖 4-2-2-7 精神專科醫院病人跌倒事件發生可能原因之環境因素細項
(N=553，此項目為複選)

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 15 件 (佔 0.5%)，SAC=3 有 614 件 (佔 21.5%)，SAC=4 有 1,675 件 (佔 58.6%)，SAC 為無法計算者有 553 件 (佔 19.4%)，如表 4-2-0-2。

三、護理之家 (綜合分析)

2016 年護理之家通報事件數 872 件，在 13 類事件類別中前三名以跌倒事件居首為 526 件 (60.3%)，其次為管路事件 132 件 (15.1%)，第三為醫療事件 76 件 (8.7%)，如圖 4-3-0-1。發生地點主要是「一般病房」共 614 件，每百件事件中有 70.4 件發生在一般病房，其次每百件有 20.6 件發生在「特殊醫療照護」區域 (附設護理之家等)。整體事件發生時段以白班 (08:01-16:00) 最多，其中以 08：01-10：00、14:01-16:00 時段最高；如圖 4-3-0-2。

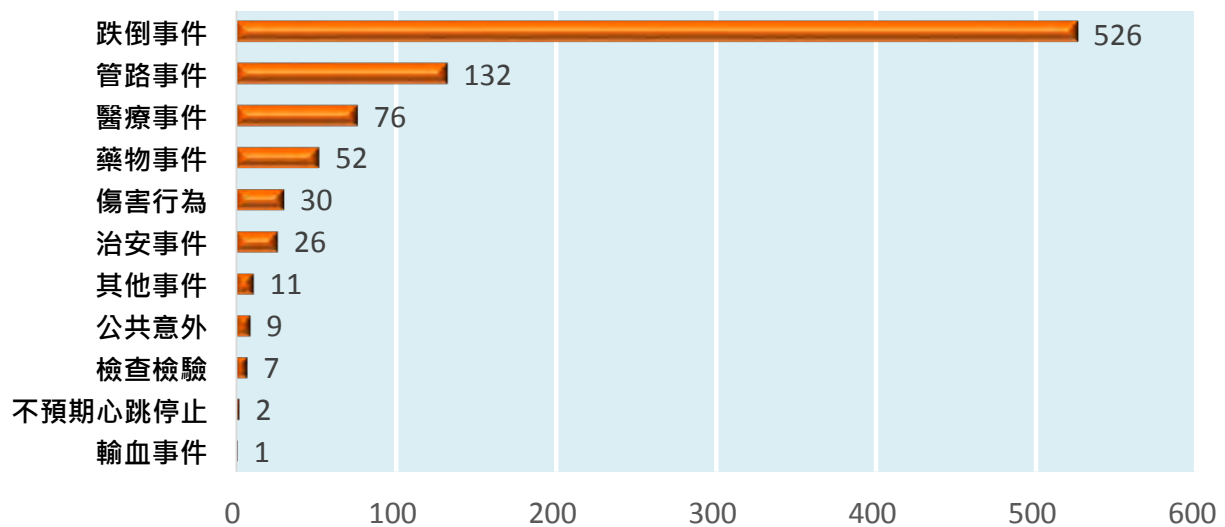


圖 4-3-0-1 護理之家 (N=872) 其各類事件分布

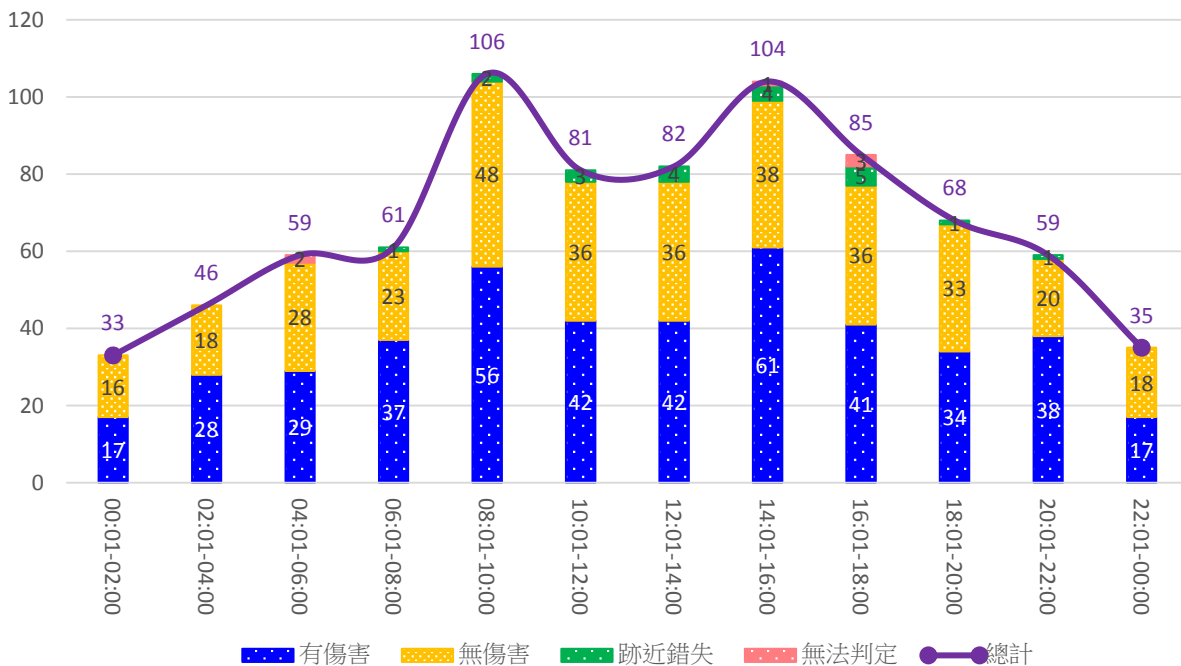


圖 4-3-0-2 護理之家病人發生時段與事件發生後對病人健康影響
(病人數 N=819，不包含未填 37 件)



護理之家整體事件受影響對象為病人/住民共有 856 件，各時段區間之有、無傷害程度並無明顯不同，但發生於「白班」之事件有 43.6% 影響到病人/住民造成傷害。病人/住民之男、女性性別各為 342 件及 438 件（各佔性別 40.0%、51.2%）；年齡以 65 歲以上之老年為最多，共 508 件（佔 59.3%），如表 4-3-0-1。

表 4-3-0-1 護理之家發生管路事件之病人/住民其性別與年齡層交叉分析
(N=856，標記*者為該年齡層中年齡層最高者；標記底線者為該性別中比例最多者)

性別 年齡	男性		女性		不知道		未填		小計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
嬰兒	0	0.0	1*	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.1
幼兒	0	0.0	2*	0.5	0	0.0	0	0.0	2	0.2
學齡前期	0	0.0	1*	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.1
成年	115*	33.6	88	20.1	3	<u>37.5</u>	2	2.9	208	24.3
老年	206	<u>60.2</u>	300*	<u>68.5</u>	2	25.0	0	0.0	508	59.3
不知道	19	5.6	45*	10.3	3	<u>37.5</u>	1	1.5	68	7.9
未填	2	0.6	1	0.2	0	0.0	65*	<u>95.6</u>	68	7.9
總計	342	100.0	438	100.0	8	100.0	68	100.0	856	100.0

事件發生後對病人/住民健康的影響程度分析，有造成傷害者共 461 件（佔 53.9%），其中造成死亡者 2 件（0.2%），極重度及重度者 26 件（3.0%），中度傷害者 154 件（18.0%），輕度傷害 279 件（32.6%）；無傷害共 366 件（佔 42.8%），而跡近錯失僅 21 件（2.5%），如圖 4-3-0-3。

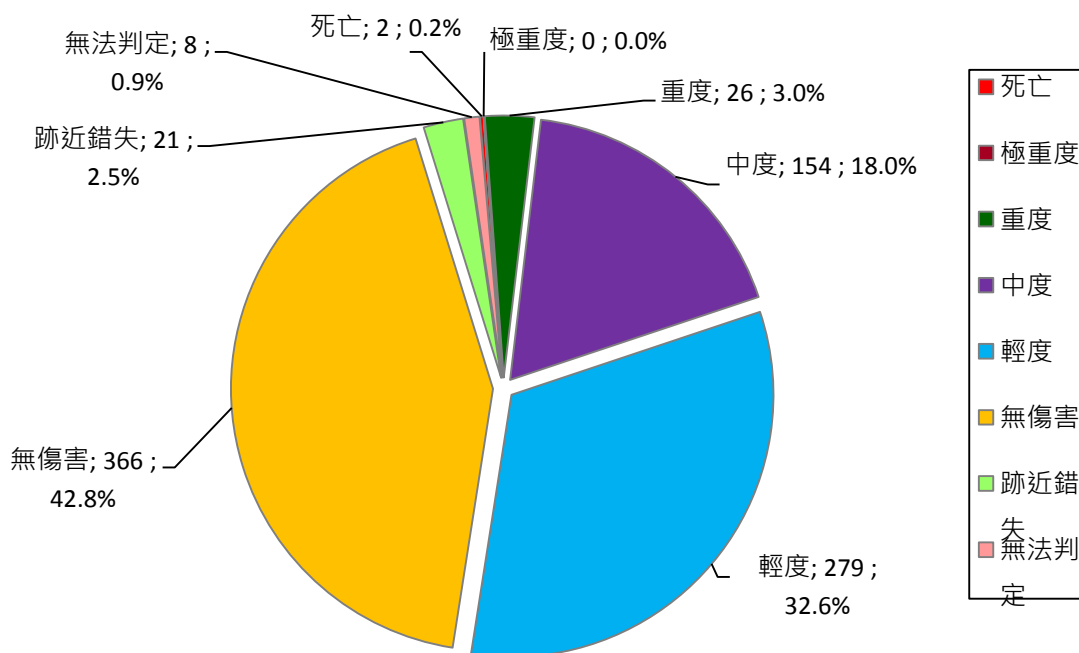


圖 4-3-0-3 護理之家整體事件對病人健康的影響程度 (N=856)



表 4-3-0-2 進一步分析護理之家各類事件對病人/住民健康的影響程度，造成病人/住民「死亡」之案件為不預期心跳停止 2 件；造成重度傷害的以跌倒事件及醫療照護最多(分別為 13 件、10 件)。另外，護理之家各類事件對病人健康造成有傷害占 53.9%，影響高於 50% 的事件分別為：不預期心跳停止、醫療照護、管路事件、檢查檢驗事件、跌倒事件、傷害行為。護理之家 SAC 級數分布，SAC=1 者共 1 件；SAC=2 者共 7 件，以跌倒事件及醫療照護最高(各 3 件)，如表 4-3-0-3。

表 4-3-0-2 護理之家各類事件對病人健康的影響程度 (N=856)

事件類別	死亡	極重度	重度	中度	輕度	無傷害	跡近錯失	無法判定	未填	小計
藥物事件	0	0	0	4	3	31	14	0	0	52
%	0.0	0.0	0.0	7.7	5.8	59.6	26.9	0.0	0.0	100.0
跌倒事件	0	0	13	99	156	257	0	0	0	525
%	0.0	0.0	2.5	18.9	29.7	49.0	0.0	0.0	0.0	100.0
手術事件	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
輸血事件	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
醫療照護	0	0	10	26	26	9	2	3	0	76
%	0.0	0.0	13.2	34.2	34.2	11.8	2.6	3.9	0.0	100.0
公共意外	0	0	0	1	0	1	2	0	0	4
%	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0	50.0	0.0	0.0	100.0
治安事件	0	0	0	0	0	21	0	0	0	21
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
傷害行為	0	0	2	3	8	12	0	1	0	26
%	0.0	0.0	7.7	11.5	30.8	46.2	0.0	3.8	0.0	100.0
管路事件	0	0	1	20	82	29	0	0	0	132
%	0.0	0.0	0.8	15.2	62.1	22.0	0.0	0.0	0.0	100.0
不預期心跳停止	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
麻醉事件	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
檢查檢驗	0	0	0	0	4	1	0	2	0	7
%	0.0	0.0	0.0	0.0	57.1	14.3	0.0	28.6	0.0	100.0
其他事件	0	0	0	1	0	5	3	1	0	10
%	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	50.0	30.0	10.0	0.0	100.0
總計	2	0	26	154	279	366	21	8	0	856
%	0.2	0.0	3.0	18.0	32.6	42.8	2.5	0.9	0.0	100.0



表 4-3-0-3 護理之家各類事件 SAC 分布 (N=856)

SAC 事件類別	SAC=1	SAC=2	SAC=3	SAC=4	遺漏值	總計
藥物事件	0	0	5	26	21	52
跌倒事件	0	3	94	275	153	525
手術事件	0	0	0	0	0	0
輸血事件	0	0	0	0	1	1
醫療照護	0	3	23	23	27	76
公共意外	0	0	0	1	3	4
治安事件	0	0	0	19	2	21
傷害行為	0	1	1	16	8	26
管路事件	0	0	17	42	73	132
不預期 心跳停止	1	0	0	0	1	2
麻醉事件	0	0	0	0	0	0
檢查檢驗	0	0	0	4	3	7
其他事件	0	0	1	3	6	10
總計	1	7	141	409	298	856

*註：遺漏值表示「事件發生後對病人健康的影響程度」或「事件可能再發生的機會」任一選項資料不齊全。

護理之家通報者身份以護理人員最多 (65.4 件/百件)，如圖 4-3-0-4。現職年資分布以 0-5 年最多，有 469 (53.8%)；其次是 6-10 年，有 217 人 (24.9%)，如圖 4-3-0-5。通報者認為預防再發生的措施或方法最多為加強教育訓練 68.3 件/百件，其次是加強溝通方式 44.0 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「病人生理及行為因素 (病人因素)」為最高，其次為「與人員個人因素 (人為因素)」，再其次則為「與工作狀態/流程設計 (系統因素)」。以各類事件來看，「病人因素」在跌倒事件、管路事件、傷害事件、醫療照護、治安事件、藥物事件及不預期心跳停止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)。

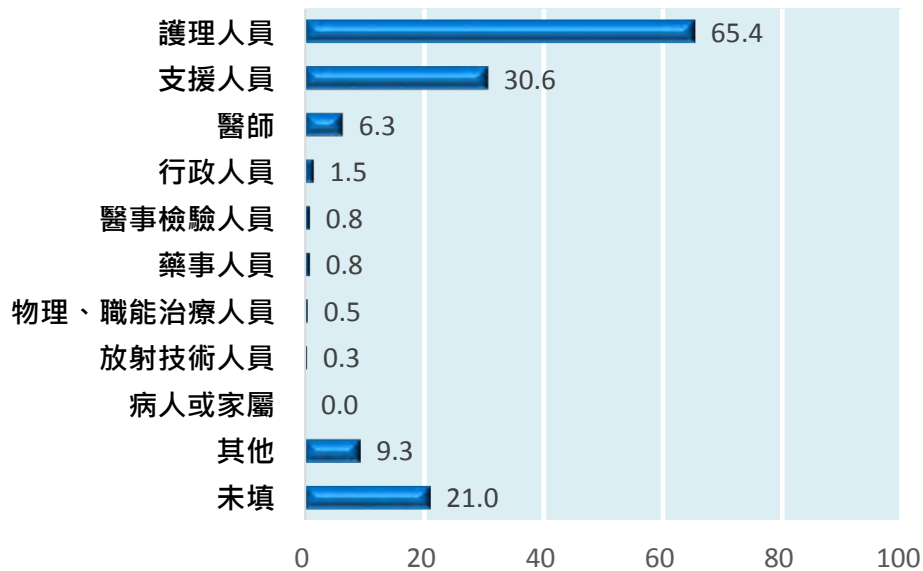


圖 4-3-0-4 護理之家通報者身分別 (N=872, 此項為複選)

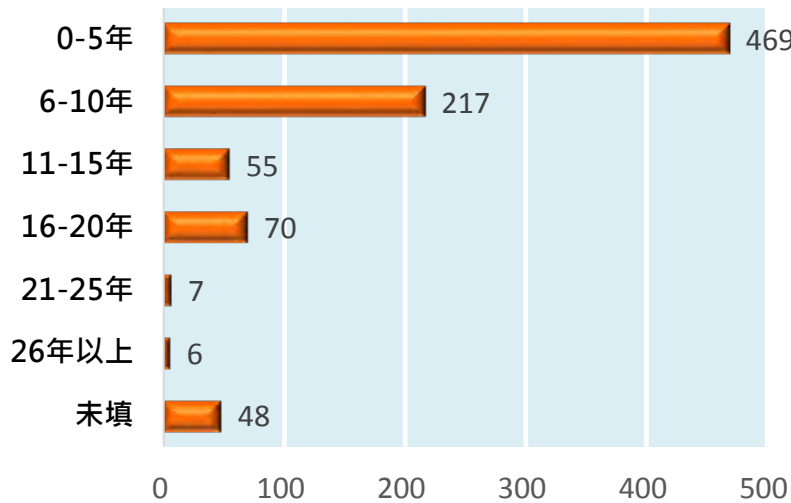


圖 4-3-0-5 護理之家通報者進入現職機構年資 (N=872)

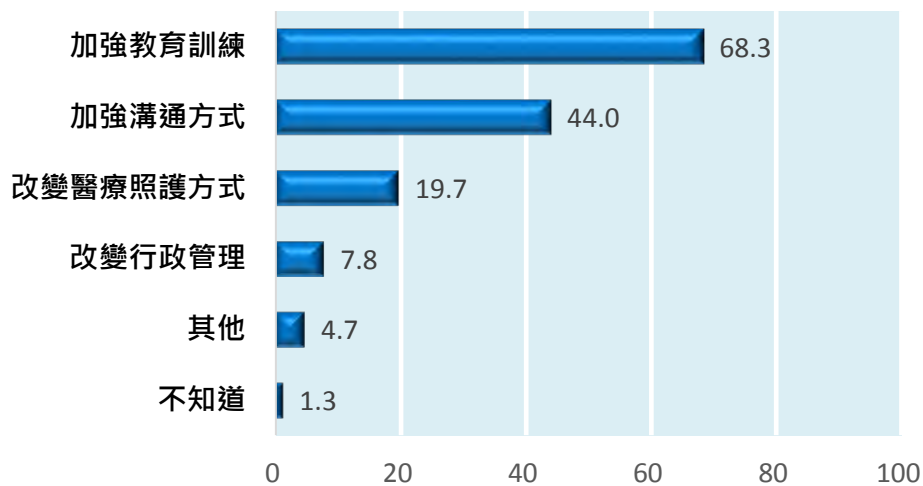
圖 4-3-0-6 護理之家通報者認為預防再發生的措施或方法
(N=872, 此項為複選)



表 4-3-0-4 護理之家各類事件預防事件再發生的措施或方法 (N=872，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	42	21	8	14	2	0	52
跌倒事件	359	73	26	257	17	8	526
手術事件	0	0	0	0	0	0	0
輸血事件	1	1	0	1	0	0	1
醫療照護	62	37	12	22	7	0	76
公共意外	4	2	5	2	3	0	9
治安事件	15	1	5	12	2	1	26
傷害行為	20	2	2	11	6	0	30
管路事件	79	30	2	58	4	1	132
不預期 心跳停止	79	30	2	58	4	1	2
麻醉事件	0	0	0	0	0	0	0
檢查檢驗	5	2	3	2	0	0	7
其他事件	7	3	5	4	0	1	11
總計	596	172	68	384	41	11	872

表 4-3-0-5 護理之家各類事件之可能原因統計
(N=861；可能原因為複選，不含其他事件 11 件)

可能原因	病人	人為	系統	溝通	器材	環境	用藥	其他	不知道	事件數
事件類別	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
藥物事件	4	40	27	7	4	0	-	0	1	52
跌倒事件	431	99	49	43	27	60	32	10	1	526
手術事件	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
輸血事件	0	0	1	1	0	0	-	0	0	1
醫療照護	22	67	53	19	9	4	-	1	0	76
公共意外	0	2	0	1	6	5	-	0	0	9
治安事件	9	6	5	15	0	4	-	1	0	26
傷害行為	25	0	1	7	0	0	-	0	0	30
管路事件	95	57	23	12	2	2	-	0	2	132
不預期 心跳停止	2	0	0	0	0	0	-	0	0	2
麻醉事件	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
檢查檢驗	0	6	7	3	3	0	-	0	0	7
總計	588	277	166	108	51	75	32	12	4	861

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。



2016 年護理之家發生事件以「跌倒事件」及「管路事件」較多，以下分別就上述事件作概要分析。

(一) 跌倒事件

護理之家跌倒事件共 526 件，事件發生後受影響對象為病人/住民的有 525 件。發生時段最高為 14:01~16:00 (69 件，佔 13.1%)，其次為 08:01~10:00 (61 件，佔 11.6%)，第三為 16:01~18:00 (56 件，佔 10.6%)，圖 4-3-0-7。

護理之家跌倒事件多發生於上下床移位時(114 件，佔 21.7%)，其次為行進時(98 件，佔 18.6%)及進出洗手間時(66 件，佔 12.5%)，圖 4-3-0-8。與 2015 年資料比較，2016 年發生於「變換姿勢時」、「如廁時」、「臥床休息或活動時」比率略為增加。另外，進一步分析上下床移位跌倒事件以 14:01~16:00 為多，宜多注意午後上下床活動情形。

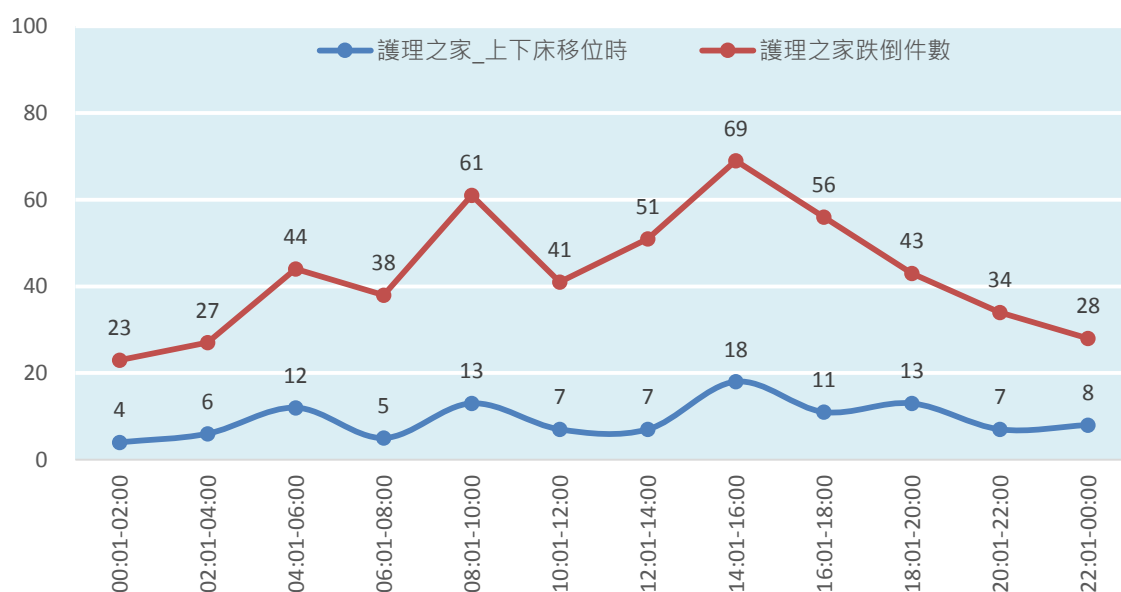


圖 4-3-0-7 護理之家及其上下床移位跌倒事件發生時段分布

(跌倒件數 N=515，不含未填 11 件；上下床移位跌倒件數 N=111，不含未填 3 件)

護理之家跌倒事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 51.0%，其中造成重度 13 件(2.5%)、中度傷害 99 件(18.9%)、輕度傷害 156 件(29.7%)，圖 4-3-0-9。

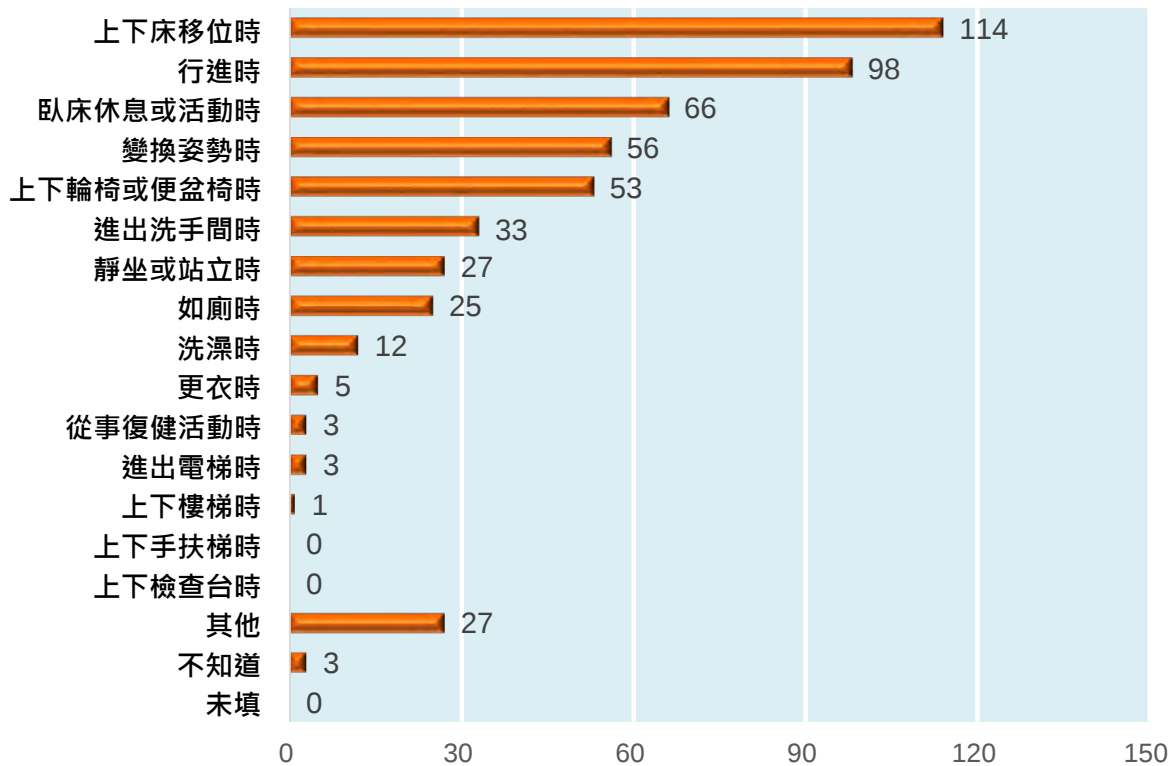


圖 4-3-0-8 護理之家跌倒事件發生活動過程分布 (N=526)

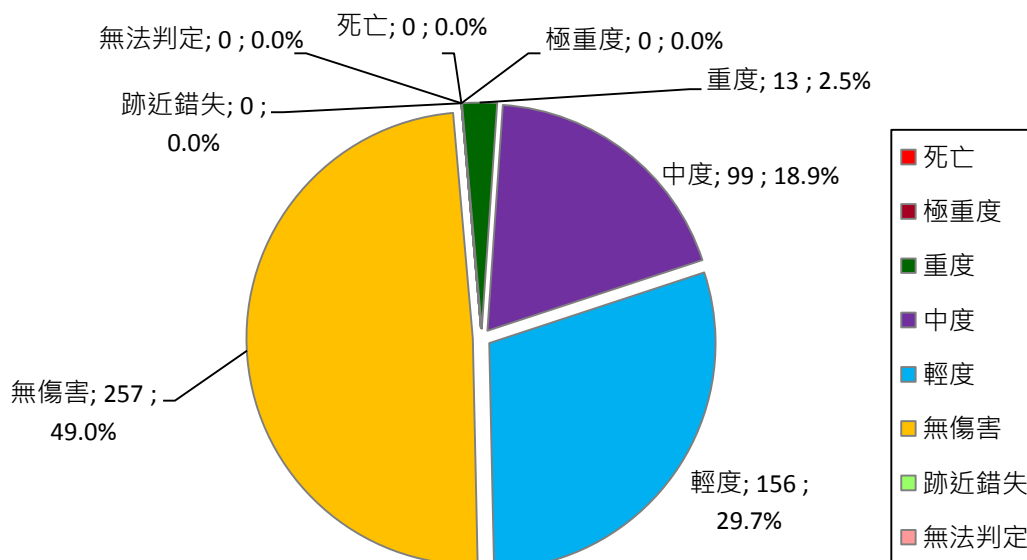


圖 4-3-0-9 護理之家跌倒事件對病人的影響程度 (N=526)

分析跌倒者最近一年曾經跌倒過有 258 人(佔 49.0%)，最近一年無跌倒過有 238 人(佔 45.2%)；而評估為跌倒高危險群者有 442 人 (佔 84.0%)。經交叉分析發現跌倒發生前被評估為跌倒高危險群者且最近一年曾經跌倒過有 237 人 (佔跌倒高危險群病人 53.6%)，相較於 2013 (54.5%)、2014 年 (53.3%)、2015 年(52.4%)，2016 年評估為高危險群且最近一年有跌倒過之比率略為相近，如圖 4-3-0-10。

就事件發生可能原因分析結果，以「與病人生理及行為因素 (病人)」(431 件，佔 81.9

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。



件/百件)，其次「與人員個人因素（人為）」（99 件，佔 18.8%）及「與環境因素（環境）」（60 件，佔 11.4%）。進一步分析前三者之各自明細項目，發現病人因素是以「步態不穩」（223 件，佔病人因素 51.7 件/百件）最多，其次為「高危險群病人執意自行下床或活動」（174 件，佔病人因素 40.4 件/百件）；人為因素是以「人員疏忽」（68 件，佔人為因素 68.7 件/百件）、「約束不當」（38 件，佔人為因素 38.4 件/百件）為多；環境因素是以「地面打蠟或濕滑」、「找不到人協助」（分別為 19 件，佔環境因素 31.7 件/百件；11 件，佔環境因素 18.3 件/百件），圖 4-3-0-11~14。

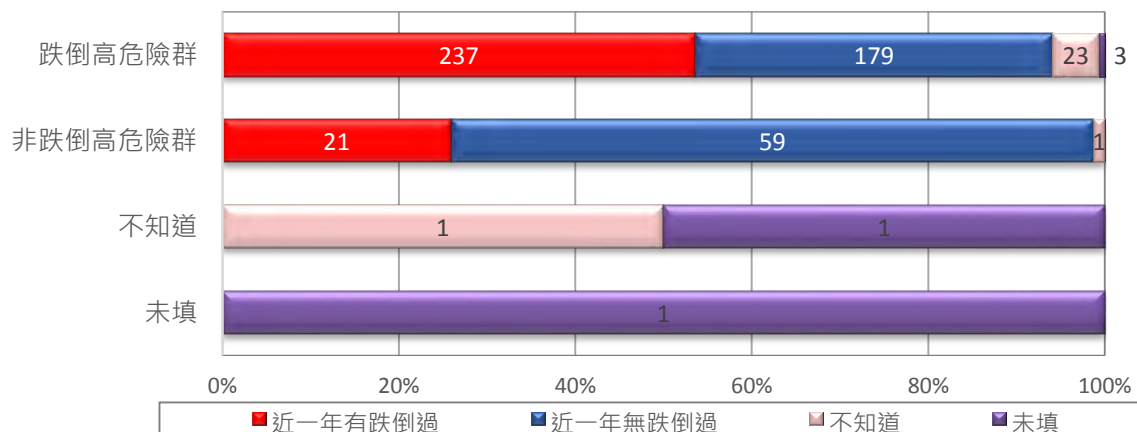


圖 4-3-0-10 護理之家跌倒病人/住民是否為高危險群與最近一年跌倒次數（N=526）

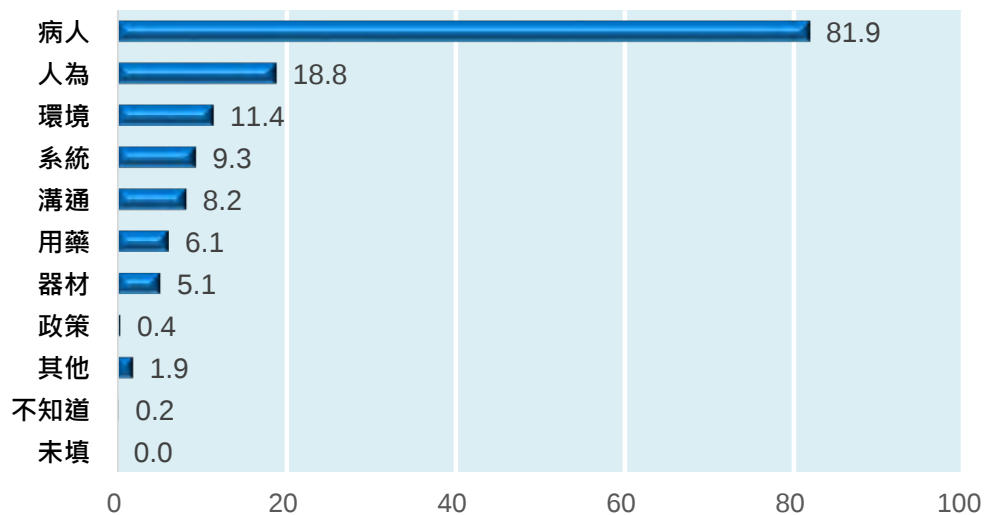


圖 4-3-0-11 護理之家病人/住民跌倒事件發生原因之明細項目（N=526，此項目為複選）

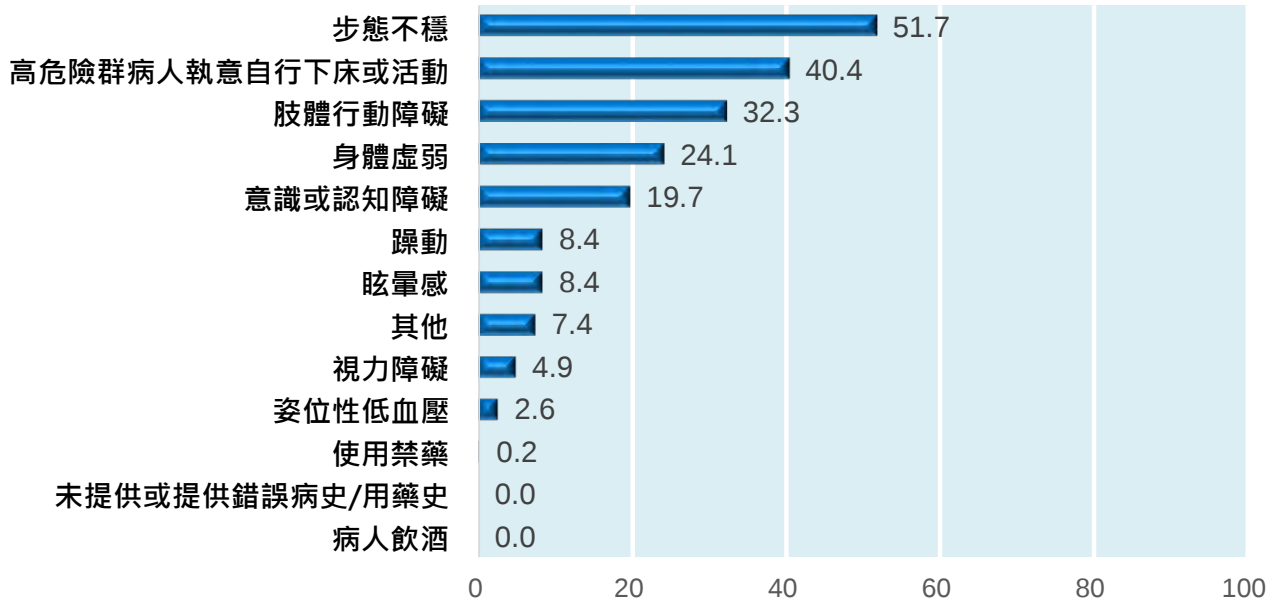


圖 4-3-0-12 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為病人因素之明細項目

(N=431 · N 為病人因素事件數 · 此項目為複選)

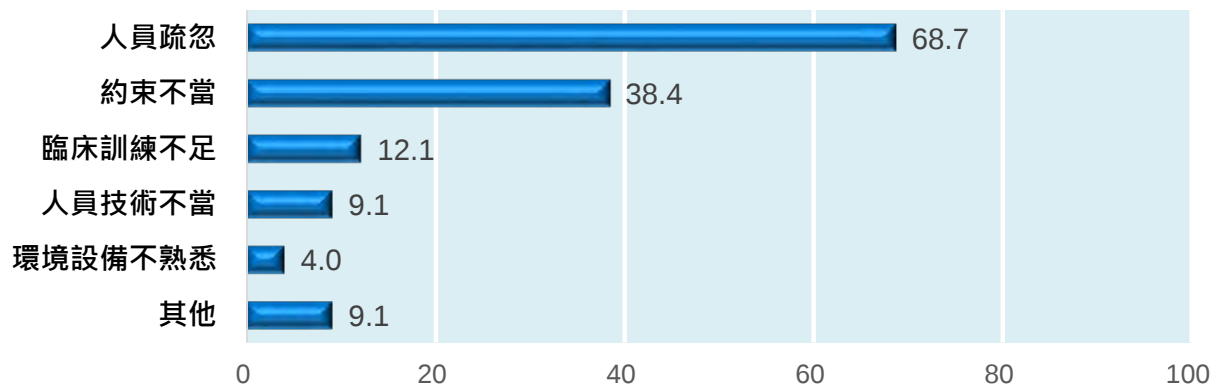


圖 4-3-0-13 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為人為因素之明細項目

(N=99 · N 為人為因素事件數 · 此項目為複選)

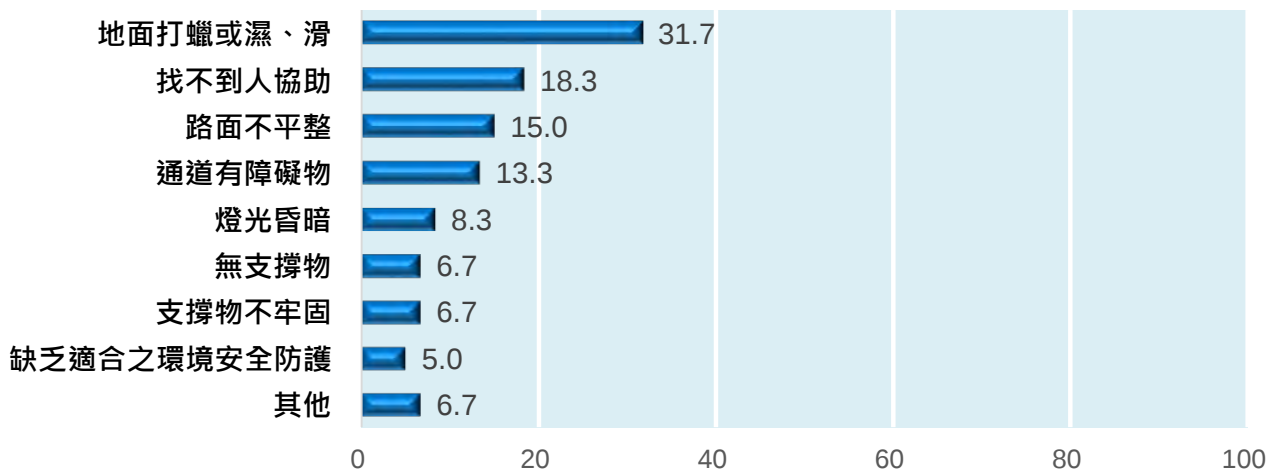


圖 4-3-0-14 護理之家病人/住民跌倒事件發生可能原因為環境因素之明細項目

(N=60 · N 為環境因素事件數 · 此項目為複選)



(二) 管路事件

護理之家管路事件共 132 件，事件發生後受影響對象為病人/住民的有 132 件，以鼻胃管件數最多 (96 件，72.7 百件/件)。護理之家管路事件發生時段以 20:01~22:00 最高，其次是 02:01~04:00、08:01~10:00，鼻胃管事件發生時段與管路事件發生時段之幅度具一致性，圖 4-3-0-15~16。

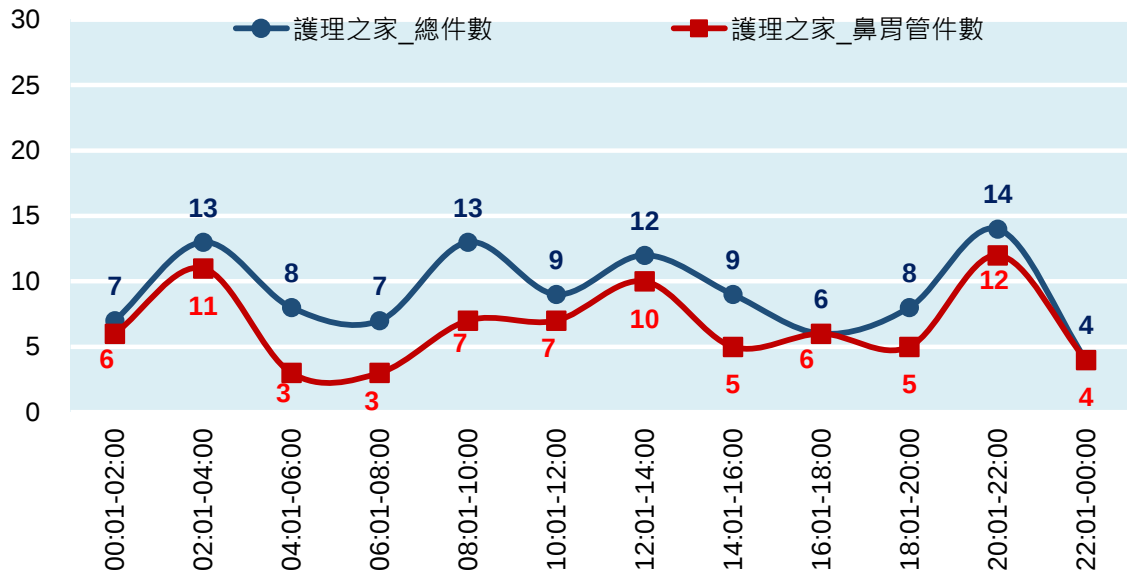


圖 4-3-0-15 護理之家管路事件及其鼻胃管路事件發生時段分布

(護理之家管路件數 N=110，不含未填 22 件；鼻胃管路件數 N=79，不含未填 17 件)

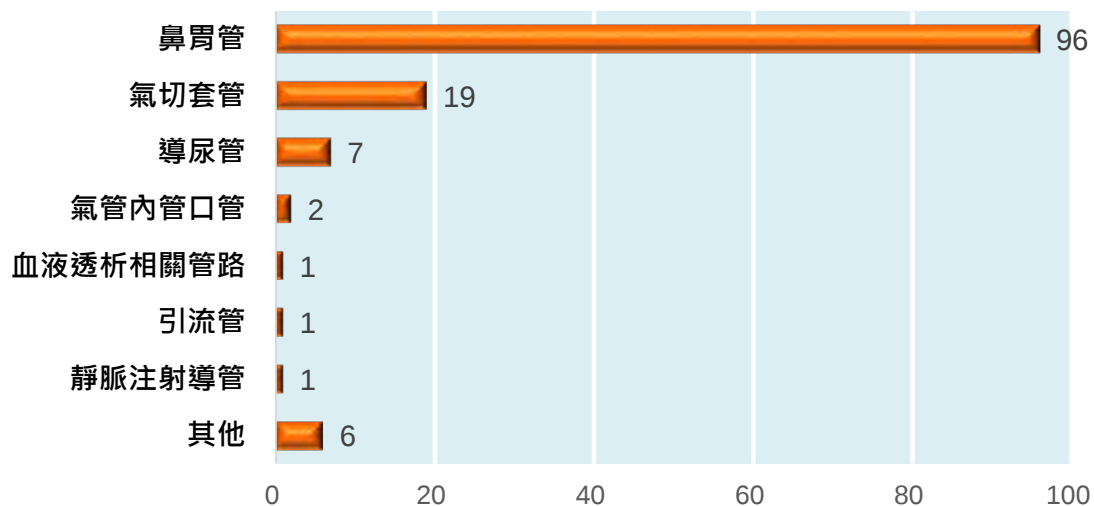


圖 4-3-0-16 護理之家管路事件發生管路種類 (N=132，本項為複選)

護理之家有六成七的管路事件發生於「臥床休息時」，病人意識狀態有 41.7% 為意識清醒、44.7% 病人意識混亂；78.8% 病人無使用鎮靜藥物、60.6% 管路滑脫前無約束；圖 4-3-0-17~圖 4-3-0-18。



護理之家管路事件發生對病人/住民健康的影響程度分析結果，事件發生後對病人健康有造成傷害比率約 78.0%，其中造成重度 1 件(0.8%)、中度傷害 20 件(15.2%)、輕度傷害 82 件(62.1%)，圖 4-3-0-19。

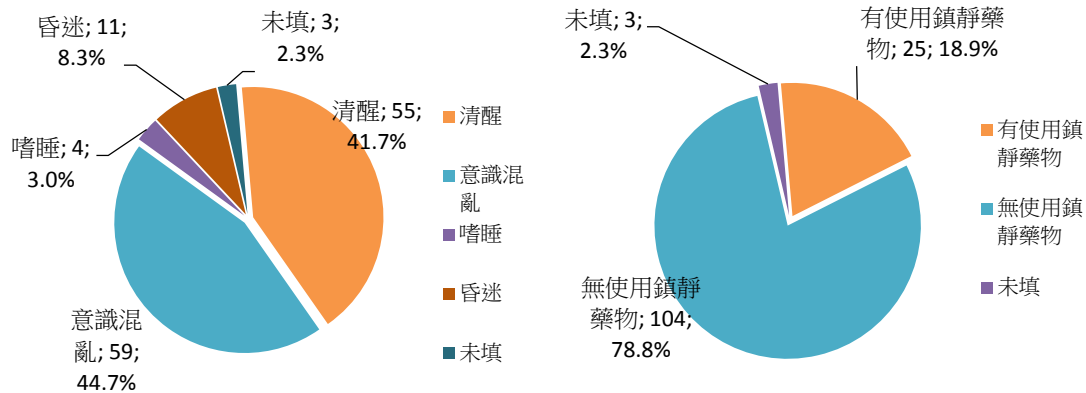


圖 4-3-0-17 護理之家管路事件病人意識狀態與有無使用鎮靜藥物 (N=132)

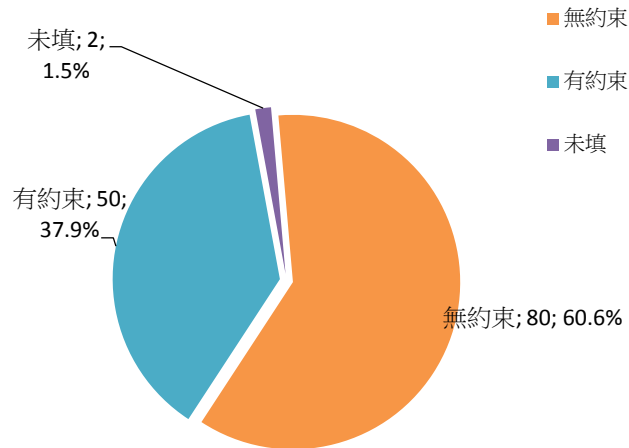


圖 4-3-0-18 護理之家管路事件管路滑脫前是否有約束 (N=132)

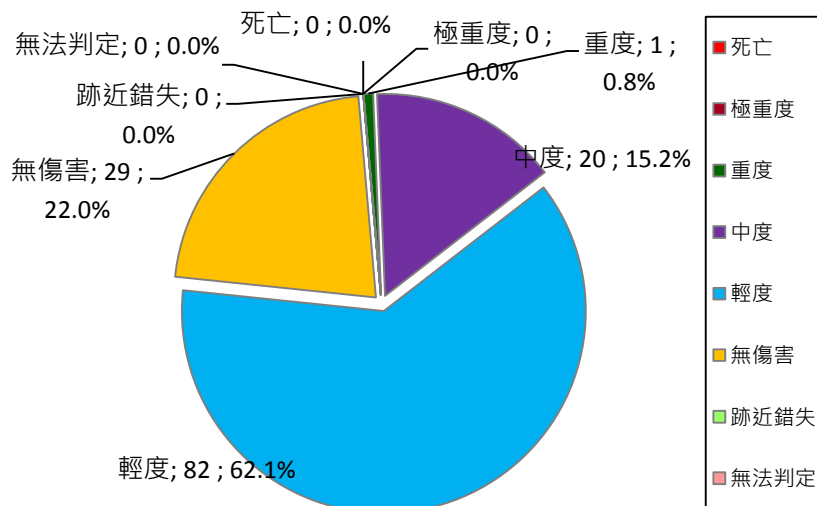


圖 4-3-0-19 護理之家管路事件對病人的影響程度 (N=132)



管路錯誤類型有 95.5 件/百件是屬於「管路脫落」。管路脫落類型中，65.1%為自拔管路、34.1%為意外滑脫。而在 96 件鼻胃管事件中，自拔有 69 件 (佔 71.9%)、意外滑脫 23 件 (佔 24.0%)。管路事件有 132 件，單一管路事件有 129 件，其中單一鼻胃管有 95 件，影響病人傷害程度以「有傷害」69 件 (71.9%) 較多，其中又以輕度傷害為高(70.8%)。

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，有 72.0 件/百件，其次為「與人員個人 (人為) 因素」有 43.2 件/百件，「與工作狀態/流程設計 (系統) 因素」17.4 件/百件，圖 4-3-0-20。就與病人因素 (95 件) 之明細項目分析，以「病人躁動」50 件(52.6 件/百件)最多，其次為「病人約束中自拔」26 件(27.4 件/百件)，圖 4-3-0-21；人為因素 (57 件) 以「管路固定技術不當」19 件(33.3 件/百件)最多，其次為「因注意力轉移造成疏忽」有 15 件(26.3 件/百件)，圖 4-3-0-22。

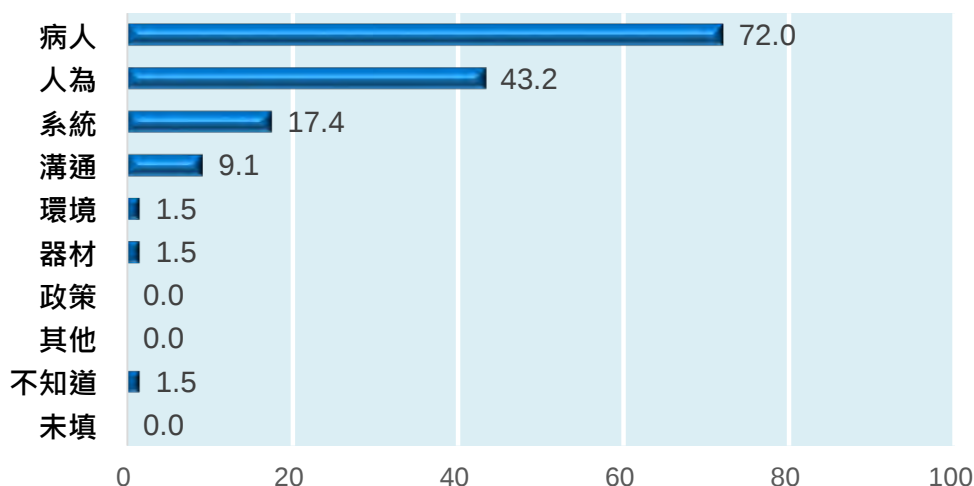


圖 4-3-0-20 護理之家管路事件發生可能原因相對次數百分比 (N=132，此項目為複選)

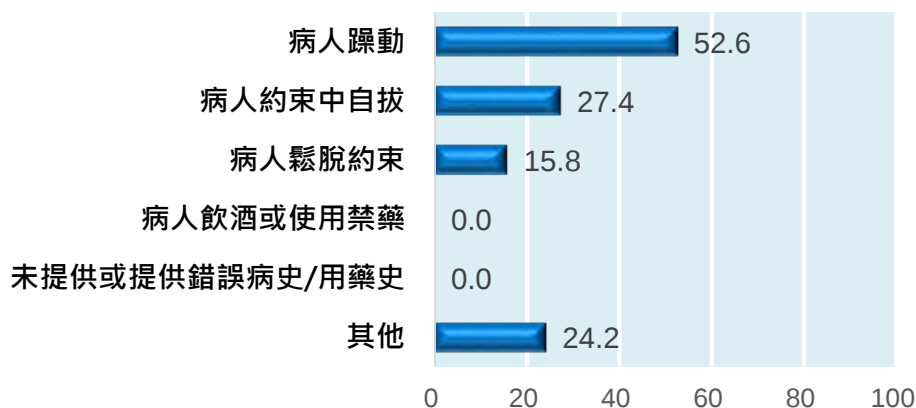


圖 4-3-0-21 護理之家管路事件發生可能原因為病人因素之明細項目
(N=95，N 為病人因素事件數，此項目為複選)

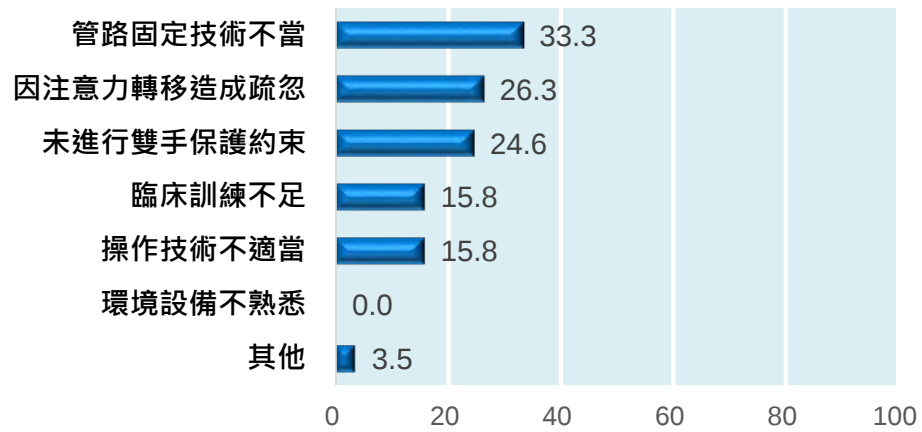


圖 4-3-0-22 護理之家管路事件發生可能原因為人為因素之明細項目
(N=57，N 為人為因素事件數，此項目為複選)

四、基層醫療 (綜合分析)

2016 年基層醫療通報案件共 75 件，事件發生類別前兩名分別為跌倒事件(26 件，34.7%) 及藥物事件(21 件，28%)，如圖 4-4-0-1。通報的基層醫療為以西醫診所居多(35 件，46.7%；包含：血液透析、家庭醫學科、小兒科、內科、耳鼻喉科、復健科、外科及婦產科診所)，衛生所 (含衛生室或群體醫療中心) (30 件，40%)、中醫診所 (8 件，10.7%) 及牙醫診所 (2 件，2.6%) 等機構。事件發生時段大多發生於 08:00~10:00 看診的時間。

事件發生後的影響層面，以人員健康居多，以每 100 件基層醫療通報事件中，就有 86.7 件事件發生後對病人健康造成影響。針對事件發生後有影響到病人的 65 件案件進行其對人員健康的影響程度分析，有 12.3% 事件屬於跡近錯失 (即時阻止，事件未發生於病人身上)，32.3% 事件雖發生於病人身上但是沒有造成傷害，52.3% 事件造成病人輕度以上的傷害，3.1% 事件沒有填寫嚴重度或無法判定傷害程度，如圖 4-4-0-2。

因為基層通報件數偏低，故沒有呈現各類事件之相關數據趨勢圖。若僅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：病人 (尤其是復健或透析病人) 於行進或如廁時，意外跌倒導致撕裂傷或骨折。2. 藥物事件：開立不適合病人的藥物或給錯藥物。3. 管路事件：大多發生於血液透析病人身上，狀況為未施打抗凝血劑導致人工腎臟阻塞或透析過程中病人管路滑脫或自拔管路。而由 SAC 級數來看，基層醫療通報的事件中以 SAC=4 居多，SAC=3 次之。

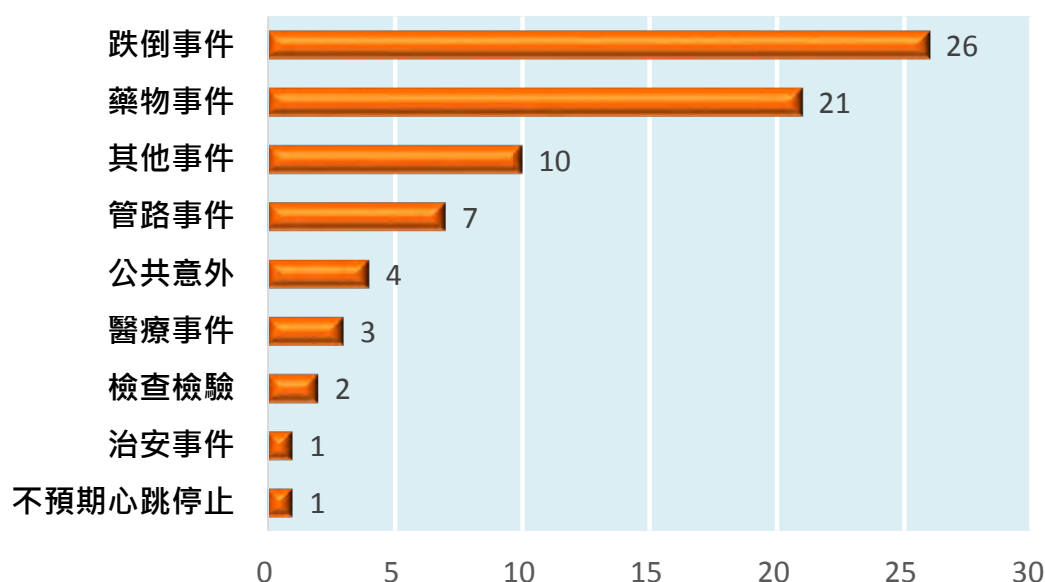


圖 4-4-0-1 基層醫療各類事件 (N=75)

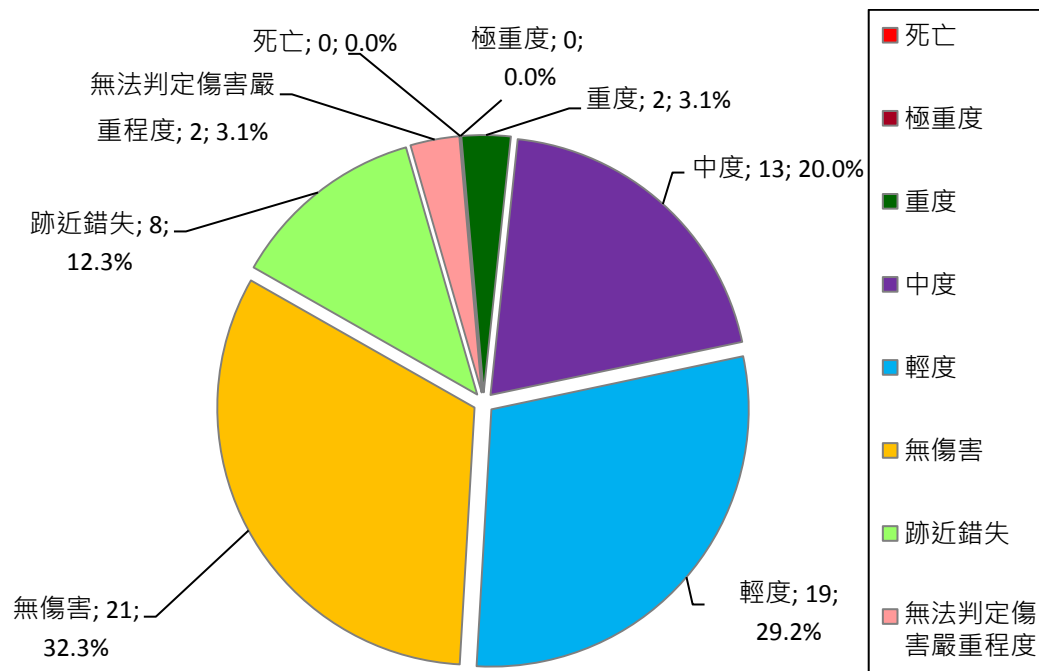


圖 4-4-0-2 基層醫療整體事件對病人健康的影響程度 (N=65)



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療機構別、事件發生時段、地點、病人性別、年齡、就醫科別以及對病人健康影響程度等，均為整體統計分析之重要訊息，亦為探討各類事件樣態時，進行交叉分析的基本元素，資料愈完整將有助於回饋各參與機構更貼近實際狀況的學習內容。相較於前一年，通報事件基本資料欄位的未填率略為提升，如病人性別、年齡、就醫類別、所在科別等，如表 5-0-0-1。期待各通報機構仍能持續提供完整通報資料，正確病人基本資料方能針對不同科別或發生時段進行事件分析。

表 5-0-0-1 2014~2016 年通報事件資料欄位未填比例比較表

欄位 年	醫療 機構別	發生 時段	發生 地點	受影響 對象	病人 性別	病人 年齡	就醫 類別	所在 科別	對病人健 康的影響 程度
2014	0.0%	4.3%	2.7%	0.0%	12.2%	14.0%	8.5%	15.9%	5.0%
2015	0.0%	4.6%	2.4%	0.0%	11.8%	9.7%	8.0%	18.2%	2.3%
2016	0.0%	3.3%	1.8%	0.0%	13.8%	11.7%	11.4%	18.3%	2.7%

每件通報事件之「發生地點」需與「事件發生錯誤階段」有所連結，且應填選「事件發生地點」，而非「事件發現地點」。例如：病人從急診送至加護病房，加護病房護理人員發現氧氣鼻導管雖然有戴上，但氧氣筒流量根本未打開，此時發生地點應勾選急診而非加護病房(發現地點)。

另外，舉凡「藥物」、「管路」、「手術」、「麻醉」、「檢查/檢驗/病理切片」、「醫療照護」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：病人拿他人放射檢查單至檢查部門，放射師行病人辨識時發現護理師給錯檢查單張，於檢查前更換正確之檢查單，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

2016 年事件類別的校正轉歸共 3,650 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 2,048 件，佔轉歸事件數 74.2%；其次為「醫療照護事件」轉歸至他類事件類別共計 676 件，佔轉歸事件數 33.1%，如圖 5-0-0-1。

進一步分析「其他事件」轉歸事件別，以轉歸為「醫療照護事件」的比率最高，共 31.5% (645 件)，其次則轉歸為「治安事件」17.9% (366 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 21.9% (148 件) 被轉歸到「檢查/檢驗/病理切片事件」，分布詳如圖 5-0-0-3。提醒機構，「醫療照護」事件收集與醫療、治療及照護措施相關之異常事件，但若能歸類於 (扣除其他事件) 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) 病人在醫護人員監督下服用 Methadone 藥物，檢查時發現病人於舌下藏有紗布，試圖將管制藥品 Methadone 攜出。此屬『給藥階段/其他，請說明：病人服藥過程相關問題』。
- (2) 不論是使用氣送筒或由人員親自傳遞藥物，凡送達地點與處方簽上載明不同(例如病人入住 A 病房，但藥物送到 B 單位)，請通報藥物事件/傳送過程/地點錯誤，若因此影響病人後續治療，則須於「傳送過程」再勾選時間延遲，「給藥階段」勾選未依時間給藥。

2. 跌倒事件



- (1) 病人有傾倒情況，但未實際發生跌倒、身體無碰撞周圍物品或牆壁，而是由家人或照顧者及時攙扶，此事件並未實際發生，跡近錯失之跌倒事件不需通報至 TPR。

3. 麻醉事件

- (2) 麻醉過程放置氣管內管時造成假牙脫落，事件發生類型應勾選『插管相關』。(註:若非發生於麻醉過程則通報至「醫療照護事件」)。

4. 輸血事件

- (1) 護理人員未依醫囑所開立之輸血速率正確設定，導致病人很短時間內即輸完所有血品，此為『輸血階段/技術錯誤』。

5. 治安事件與傷害行為事件

- (1) 若事件由「病人」引起，跟工作人員、家屬訪客或其他病人間的口角或是肢體衝突，應通報「傷害事件」。
- (2) 凡事件「非病人」所引起，如若為家屬-家屬、家屬-工作人員、家屬-訪客間發生口角或是肢體衝突，或其他人員攻擊病人，則應通報「治安事件」。
- (3) 例如：當醫師正看診時，旁邊非該診的病人(護理之家帶來看診，因人力關係，將看其他科病人一同帶入診間)突然攻擊醫師，此情況所述為病人攻擊醫師，符合通報「傷害事件」，若非病人而是家屬攻擊醫師，則通報「治安事件」。

6. 管路事件

- (1) 病人於洗腎時，透析相關管路上之管夾未夾緊導致血液流失，事件發生類型應勾選『其他，請說明：技術失當』，管路種類則勾選『血液透析相關管路』。
- (2) 管路重置的嚴重性判別，事件發生若為 NG、Foley tube 脫落，實際情況對病人無產生傷害，但仍需進行重置，其傷害程度應為輕度起跳。
- (3) 凡氣管內管口管、氣管內管鼻管、氣切套管自拔或滑脫(已不在功能位置上)，不論移除後是否需要重新插管，由於拔管對於呼吸道仍有一定程度的損傷及提高缺氧的風險，且仍需額外探視、評估、觀察或處置，所以還是屬於中度傷害；若病人自拔後，導致需緊急氣切或是延長住院則應勾選重度。

7. 院內不預期心跳停止事件

- (1) 若病人發生院內不預期心跳停止事件且於急救後死亡，事件發生後對病人的影響程度應勾選「死亡」。

8. 檢查/檢驗/病理切片事件

- (1) 檢驗科發報告時，若檢驗數據與病人臨床症狀不符，事件發生階段應勾選『檢查單位



報告階段/判讀錯誤』；若因抄寫或電腦輸入錯誤而致數值與實際檢驗數據不同，則應勾選『檢查單位報告階段/轉錄錯誤』。

- (2) 不同顏色的試管可能含有不同的抗凝劑，若將血液檢體置放於不正確的試管，會影響檢驗的結果。因此，若檢體注入錯誤的試管或應冰浴但未冰浴即送檢，事件發生階段可勾選『採檢/送檢階段/檢體保存方式錯誤/檢體污染』。
- (3) 病人因手圈資料登載錯誤而被誤送至放射科照 X-RAY，若照完 X-RAY 後才發現病人錯誤，則於『採檢/送檢階段』及『檢體分析/檢查執行階段』皆須同時勾選病人錯誤。
- (4) 病人接受放射檢查類檢查，「與事件發生過程中有關聯的人員」應為放射技術人員，而非勾選物理、職能治療人員。

9. 其他事件

- (1) 凡是與手圈相關問題(如未戴手圈或手圈病人資料錯誤、手圈髒污無法辨識)，且未因此造成病人辨識錯誤或導致下階段錯誤。
- (2) 冒用身分（使用他人健保卡就醫），掛號登載病人基本資料錯誤。
- (3) 病歷未歸還、遺失。病歷內基本資料錯誤，或夾有他人紀錄、同意書、檢查單張。

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；如確定為人為偷竊且報警處理，請通報「治安事件」。



各參與機構夥伴如有 TPR 通報相關問題，歡迎 E-mail 至 TPR 工作小組信箱 (tpr@jct.org.tw)。提問內容經 TPR 工作小組確認後回覆，並定期彙整成常見問答集 Q&A，公布於台灣病人安全資訊網 (<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw>)，歡迎各界參考利用。

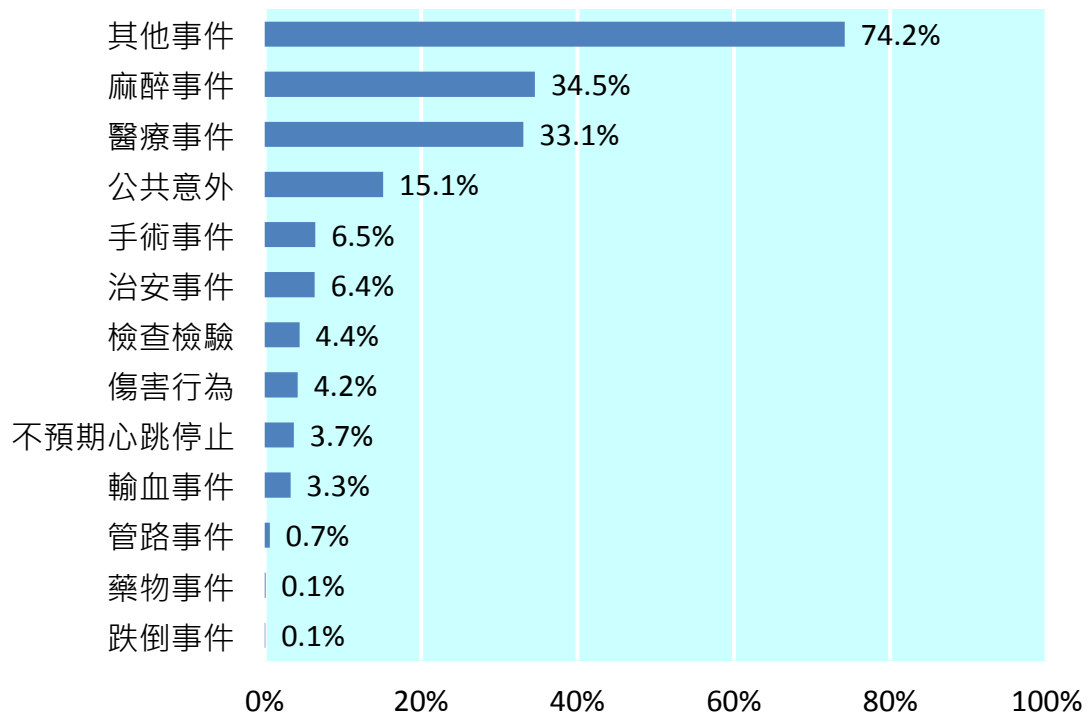


圖 5-0-0-1 通報事件經校正後轉歸他種類別比率分析 (N=65,770 · N 為 2016 年通報事件數)

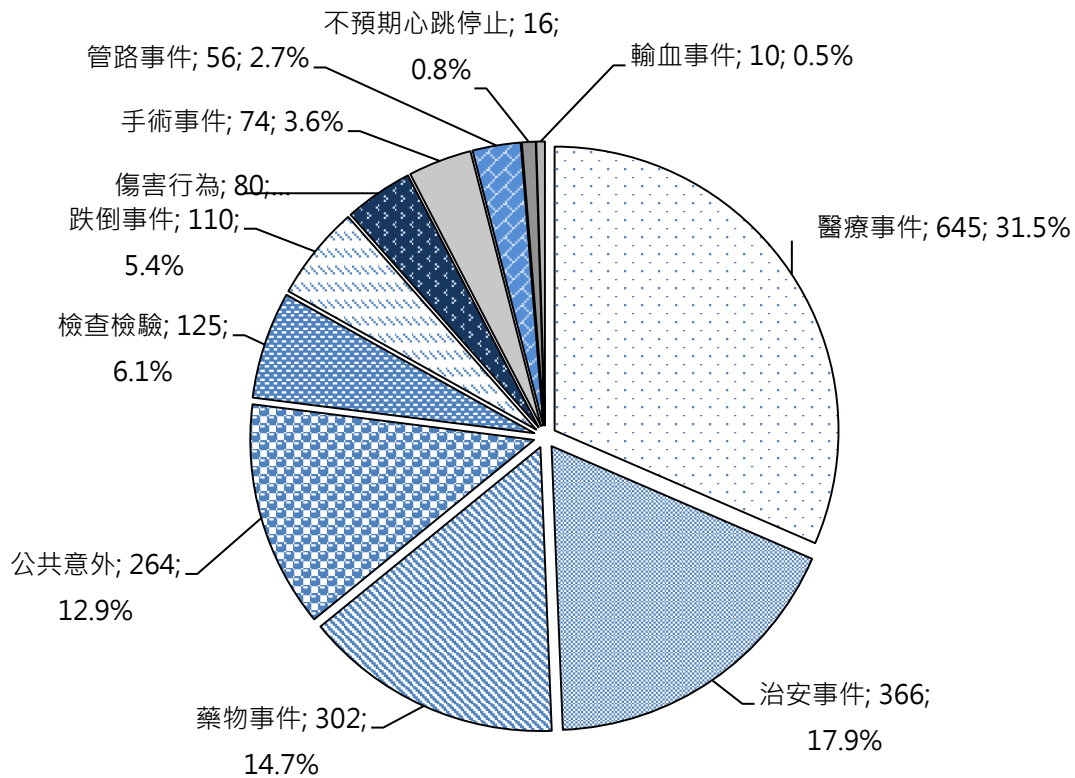


圖 5-0-0-2 其他事件校正後轉歸類別分佈統計
(N=2,048 · N 為其他事件案件數轉歸至各事件類別)

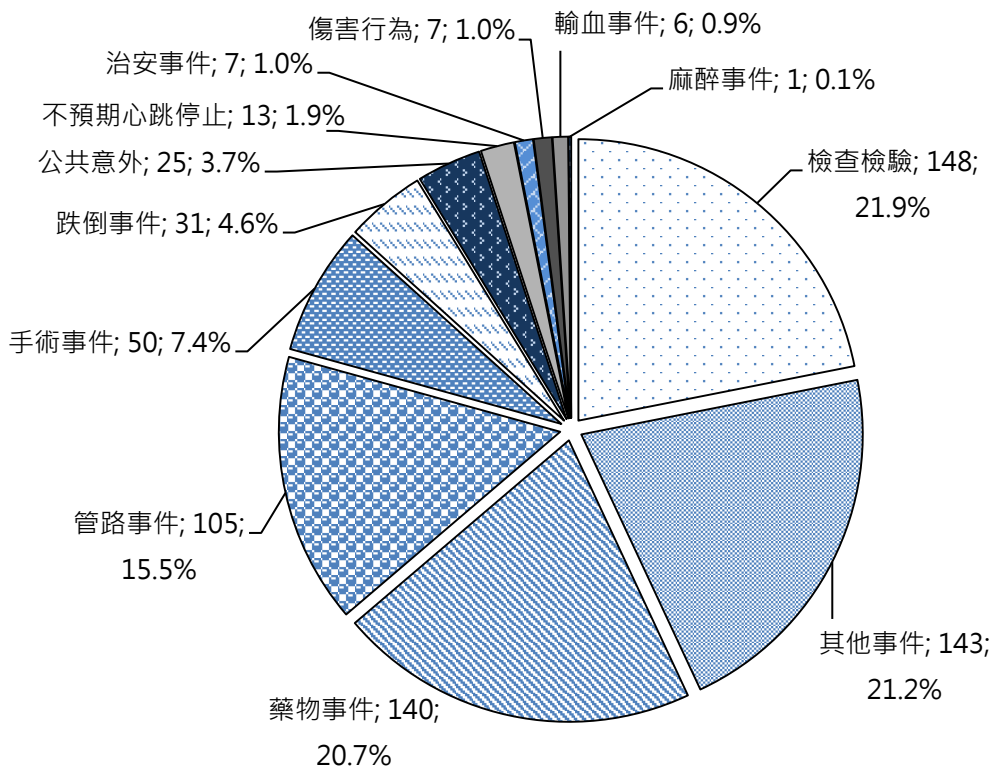


圖 5-0-0-3 醫療照護事件校正後轉歸類別分佈統計
(N=676 · N 為 2016 年醫療事件案件數轉歸至各事件類別)



陸、回饋學習

一、歷年警示訊息與學習案例主題一覽表

2005 至 2016 年共計發佈警示訊息提醒 110 篇、學習案例 29 篇及參考作業指引 5 篇，檔案編號及各篇篇名如下表 6-1-0-1 所列，並附錄 2016 年發表之警示訊息，全文電子檔歡迎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下載參考 (<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw>)。

表 6-1-0-1 歷年警示訊息及學習案例一覽表

事件類別	檔案編號	類別	篇名
藥物事件	1	學習案例	使用抗生素導致過敏性休克
	3	學習案例	院內藥品供應中斷案例
	6	學習案例	用藥錯誤事件
	7	警示訊息	95 年第一季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	8	警示訊息	95 年第二季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	9	警示訊息	95 年第三季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	10	警示訊息	95 年第四季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	20	警示訊息	從「藥物治療連續性」談藥物過敏史
	21	警示訊息	分裝藥物未標示
	23	警示訊息	談藥物過敏之預防
	25	警示訊息	兒童中心靜脈營養輸注相關的併發症
	26	警示訊息	藥物過敏反應
	29	警示訊息	96 年第一季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	30	警示訊息	96 年第二季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	31	警示訊息	96 年第三季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	32	警示訊息	96 年第四季藥名相似或包裝相似之藥品資料
	38	學習案例	藥物事件分析之啟示
	43	警示訊息	給藥錯誤
	51	警示訊息	97 年第一季藥名相似或包裝相似藥品資料
	52	警示訊息	97 年第二季藥名相似或包裝相似藥品資料
	53	警示訊息	97 年第三季藥名相似或包裝相似藥品資料
	54	警示訊息	97 年第四季藥名相似或包裝相似藥品資料
	56	學習案例	抽離原包裝之藥物應有標示
	61	警示訊息	正確使用輸液幫浦 (Infusion Pump) 注意事項
	62	警示訊息	採用口頭醫囑注意事項
	64	警示訊息	電子化醫令系統輸入介面設計不良導致藥物錯誤
	68	警示訊息	靜脈滴注給藥發生藥物過敏



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	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
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
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



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	49	警示訊息	及早拔除不必要中心靜脈導管
	50	警示訊息	非計畫性拔管
	65	警示訊息	氣管內管或氣切套管阻塞
	114	學習案例	氣管造口術的緊急事件
醫療照護事件	5	學習案例	醫療照護事件
	12	警示訊息	氣管內管置入評估與插管後檢查
	24	警示訊息	骨折高危險群之預防
	28	警示訊息	精神科病人食物哽塞防範
	36	學習案例	轉送病人前之評估與交班
	55	學習案例	長期照護個案之自發性骨折
	66	警示訊息	及早發現病人鬆動或脫落之假牙或牙齒以防誤吞
	69	警示訊息	新生兒手指割傷意外事件
	70	警示訊息	術後低體溫病人於回溫過程遭燙傷事件
	74	警示訊息	院內單位間運送病人注意事項
	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
傷害事件	13	警示訊息	有自殺傾向病人應注意環境設計
	27	警示訊息	辨識病人自殺的危險



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	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
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
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	47	警示訊息	重要異常結果應急速通報
	48	警示訊息	血糖機的定期校正與品管
	60	學習案例	醫療資訊的傳遞與記錄
	96	警示訊息	生化檢驗分析前血液檢體採集注意事項
	138	警示訊息	病人同時接受放射治療及化學治療，治療前未確認病人檢驗異常值，導致嚴重免疫力低下
院內不預期心跳停止	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	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



事件類別	檔案編號	類別	篇名
	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、2016 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 (2016-A-01) No.134

更換低電力的暫時性心臟節律器導致病人失去意識

發佈日期：2016.12.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

提醒

1. 裝置心臟節律器前，應先確認功能無誤，才得供病人使用。
2. 不可於心臟節律器仍裝置在病人身上時作電池更換。

案例描述

醫生查房時發現病人身上暫時性心臟節律器 (Temporary Pacemaker , TPM) 低電量顯示(LOW BATT)，主護未發現，醫師請其更換電池。護理人員將病人身上節律器電池更換後，發現節律器未正常發揮功能且隨即失去電力，病人漸漸失去意識，主護立即裝回原本取下的舊電池，病人恢復意識，醫師囑重新更換一組經功能確認正常之節律器。

建議作法

1. 裝置病人暫時性心臟節律器前，醫療人員應事先測試節律器功能(sense , pace)及電量顯示燈(low batt)能正常亮燈顯示，且確認電池在有效期限內。
2. 依醫囑設定暫時性心臟節律器包含心跳速率(rate)、電量(output)、敏感度(sense)、及模式(mode : fix or demand)。
3. 指導病人插入側肢體需做適度活動限制，以免電極導線移位。
4. 觀察病人組織灌流改善狀況，如意識、血壓、心臟節律、尿量、皮膚顏色及溫度、脈搏規律、心音，有無打嗝現象。
5. 每二小時確認電極導線連接無鬆脫、發電功能正常及電池電力足夠。
6. 當節律器電量顯示燈出現 low batt，表示電池電量不足，應先備妥並確認另一節律器功能正常後，由醫師協助節律器之更換。
7. 為維護病人安全，更換心臟節律器前：
 - (1) 先將體外節律電擊貼片 (multifunction electrode pads) 接上 EKG monitor，並將貼片依指示貼在病人的胸前。
 - (2) 設定並打開體外節律電擊貼片的功能。關閉連接在病人身上低電量的暫時性心臟節律器；同時確定體外節律電擊貼片正常運作，在 EKG monitor 上可看到 pacing rate。
 - (3) 解除病人身上低電量的暫時性心臟節律器。接上功能正常的暫時性心臟節律器並打開使其運作。



(4) 關上體外節律電擊貼片的功能。從 EKG monitor 上觀察暫時性心臟節律器是否正常運作，依病人的需求調整設定，確定可看到 spike。

8. 當出現心悸或暈眩、意識改變、心跳速率低於節律器原設定速率時，應通知醫師評估處理。

參考資料

1. 何昭中(2011)．心臟血管系統功能障礙．於何昭中、林梅香、黃人珍．*重症護理學*(一版，237-240頁)．台北：華杏。
2. 蔡青青(2010)．心臟血管系統疾病病人之護理．於廖張京隸總校閱．*內外科護理學* (11-93-94頁)．台北：永大。
3. AHA (2015). *Living with your pacemaker*. Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Living-With-Your-Pacemaker_UCM_305290_Article.jsp#.WCFLPC196po
4. Dwyer,D. (2010). Take the lead on safety with temporary cardiac pacing. *Nursing*, 40 (3), 63-64. doi:10.1097/01.NURSE.0000368826.43217.d8
5. Overbay,D. (2004). Mastering temporary invasive cardiac pacing. *Critical Care Nurses*, 24(3), 25-32.



台灣病人安全通報系統 (TPR) 警示訊息 (2016-A-02) No.135

孕婦因植入性胎盤產後大出血，導致子宮切除

發佈日期：2016.12.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

提醒

前胎剖腹產合併前壁性前置胎盤孕婦，須以超音波篩檢植入性胎盤。

案例描述

一名前胎剖腹產的孕婦於產檢發現前壁性前置胎盤，38週排定剖腹產手術，劃開子宮後發現嚴重植入性胎盤，合併膀胱黏膜之侵犯，在胎兒及胎盤娩出後子宮持續大量出血3000c.c.且無法止血，向家屬解釋後決定行膀胱部份切除及子宮次全切除，總出血量15000c.c.，術後出現瀰漫性凝血病變(DIC)及肺水腫(pulmonary edema)，入住ICU 5天後病況才穩定，之後轉至一般病房繼續照顧，七天後出院，滿月回診後發現有多發性內分泌失調現象。

建議作法

植入性胎盤常常會造成孕產婦產後大出血，進而增加子宮切除及鄰近器官損傷之風險，以及大量出血與因大量輸血產生之相關併發症。有鑒於77%以上嚴重植入性胎盤可經由產前超音波診斷，建議如下：

1. 前胎剖腹產合併此胎有前壁性前置胎盤之現象時，需以高層次超音波篩檢植入性胎盤之可能性及嚴重度。
2. 對於高度懷疑為植入性胎盤之孕婦，需能充分提供婦產科、小兒科、麻醉科、血庫、加護病房等團隊照護，否則應轉介至能提供上述照護之機構。
3. 手術前應與產婦及家屬溝通併發症發生時可能之處理方式，如：預防性處置(如血管栓塞)或子宮切除術...等。
4. 手術必須在充分準備下進行，以保障孕婦與新生兒預後。

參考資料

1. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. (2010). Placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(5):430-9. doi: 10.1016/j.ajog.2010.09.013.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Committee Opinion No. 529: Placenta Accreta*. 120(1): 207-211. doi: 10.1097/AOG.0b013e318262e340.



台灣病人安全通報系統 (TPR) 警示訊息 (2016-A-03) No.136

兒童檢查前鎮靜藥物(Ketamine)注射劑量錯誤

發佈日期：2016.12.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

提醒

兒童檢查前使用鎮靜藥物應確認劑量正確性，並注意有無超過常用成人劑量。建議藥物勿先預抽，應帶至現場核對無誤後方可施打。。

案例描述

8歲男童疑似胃潰瘍預做胃鏡檢查，兒科醫師開立醫囑檢查前予以Ketamine 25mg IV(藥物標示50mg/ml，應抽0.5ml)。因藥品外觀標示“50”特別明顯，藥品總體積為10ml，護理人員以為10毫升共50mg(1毫升含5mg)。所以依醫囑25mg，抽取5毫升(實際已含250mg)，再交由專科護理師帶至檢查室注射。注射後病童昏睡不醒，立即報告醫師給予生理食鹽水500ml點滴滴注，並每小時監測病童呼吸、血氧及生命徵象變化，待病童清醒觀察無礙後方辦理出院，後續門診追蹤。



藥品外觀標示 50 毫克/毫升

建議作法

1. 兒童檢查前使用鎮靜藥物建議勿先預抽，應帶至現場核對無誤後方可施打。
2. 藥物如果沒有馬上要注射，應要清楚標示藥名、劑量、總量及稀釋濃度。
3. 加強兒童鎮靜藥物用藥安全教育訓練，包含：
 - (1). 藥品劑量及總量之換算要注意，Ketamine靜脈注射標準劑量大約為1mg/kg。
 - (2). 兒童注射鎮靜藥物(Ketamine)劑量，如依正常身高體重計算，常理上不會超過1ml(50mg)，臨床醫護同仁應培養藥物使用安全劑量之敏感度。



(3). 兒童使用Ketamine需注意有無呼吸抑制及低血壓等狀況。

參考資料

1. Lisa, H., Andrea, M., Michelle, F., Eddy, S., Douglas, S., Terry, P. K., MSc, & Lisa, E. (2016). What Works and What's Safe in Pediatric Emergency Procedural Sedation: An Overview of Reviews. *Academic Emergency Medicine*, 23(5), 519-530.
2. Megan, H. S., James, M. G. (2014). A Fixed-Dose Ketamine Protocol for Adolescent Sedations in a Pediatric Emergency Department. *The Journal of Pediatrics*, 165(3), 453-458.



台灣病人安全通報系統 (TPR) 警示訊息 (2016-A-04) No.137

緊急手術安排後 30 分鐘仍未至手術室

發佈日期：2016.12.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

提醒

緊急手術之作業應有規範，並確保相關單位能即時接獲訊息，及早進行術前準備，避免因手術延遲影響疾病之預後。

案例描述

病人因車禍致腹腔內出血及左大腿開放性骨折，由119送至急診，經照會外科後，會診醫師自行於資訊系統安排緊急手術排程，未與急診醫護同仁交班便離開。當手術室通知急診送病人時，急診人員才得知病人需進行緊急手術，因術前準備不及而延遲手術時間。

建議作法

- 一、緊急手術執行之主要目的為即時控制大量出血以改善器官之血液灌流或解決其他危及生命之狀況，醫療人員對於需緊急手術處理之狀況應有警覺，例如:急性創傷(例如:車禍導致多重性創傷)、各種出血性休克、胸腔大量出血、胸腹部大血管出血....等。
- 二、為避免手術延遲而影響病人預後，應訂有緊急手術作業規範，包含：符合緊急手術之狀況、接受手術之合理時間...等。
- 三、確保相關人員能即時接獲訊息，如：
 - (一) 外科醫師確認病人需進行緊急手術時，可直接或以電話告知急診及手術室人員，以縮短術前準備時間。
 - (二) 善用資訊系統，若院內設有手術資訊聯繫系統，可藉此將緊急手術訊息發送(如：簡訊)給所有相關團隊 (圖一)；另外，手術排程畫面可以不同顏色標示緊急狀況 (圖二)。
 - (三) 可建置緊急手術代號，建立共同頻道，使訊息傳達一致，以利手術室團隊備刀，例如手術室人員接獲緊急手術排程時，可立即廣播通知相關人員準備。
 - (四) 對於須立即執行緊急手術之情況，醫院應適當配置手術室資源，例如:手術房間、相關人員之調度;若資源許可，可設立緊急手術專用房間。



*圖一：發送簡訊通知手術相關團隊

手術排程	手術日期	手術時間	手術醫師	床號	姓名	房號	手術時間	手術時間	手術時間
102-06-13 急診	102-06-13	17:33							
102-06-14 住院	102-06-14	17:45							
102-06-14 住院	102-06-14	11:43							
102-06-14 住院	102-06-14	10:49							
102-06-14 住院	102-06-14	10:48							
102-06-14 住院	102-06-14	10:14							

*圖二：緊急手術排程以不同顏色標示

參考資料

1. 莊麗玉、李建德(2009)．交班-護理人員的溝通．*護理雜誌*，3，93-98。
2. 謝玉琴、陳孟琳、梁慧婷、張珍琪、詹肇雄(2010)．縮短急診等候手術時間專案研究．*光田醫學雜誌*，9，29-40。
3. 張瑞春、陳懿茹、黃雅莉、陳麗貞、賀倫惠(2012)．提升急診室護理人員執行手術前護理準備完整性．*志為護理雜誌*，1，85-96。
4. 徐宛蒂、李君儀(2014)．運用 TRM 團隊資源管理提升跨職系交班有效性．*醫療品質雜誌*，4，46-56。
5. 馬振來、陳慧真、洪春來、張勝立、蔡彩真、鍾孟齡、陳穎從(2014)．手術室動態管理及無線通訊整合之資訊管理系統．*醫療品質雜誌*，2，64-72。
6. Mascioli, S., Laskowski-Jones, L., Urban, S., & Moran, S. (2009). *Improving handoff communication Nursing*, 39(2), 52-55.
7. Department of Health, NSW (reviewed in 2014). *Emergency Surgery Guidelines*. Retrieved from : http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2009/pdf/GL2009_009.pdf
8. Kluger, Y. et al. (2013). World society of emergency surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS). *World Journal of Emergency Surgery* 8, 17. Retrieved from <http://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-7922-8-17>
9. Mohamed, M. et al. (n.d.). Non-Elective Surgery Triage (NEST) Classification: Validation on an Acute Care Surgery Service. *The Journal of the American College of Surgeons*. Retrieved from https://www.facs.org/~media/files/quality%20programs/trauma/tqip/presentations/session22_sub90_107304_mohamed%20mohamed.ashx



台灣病人安全通報系統 (TPR) 警示訊息 (2016-A-05) No.138

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

發佈日期：2016.12.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

提醒

1.於病人接受放射治療(或化學治療)前，應確認其檢驗數值是否異常，並依病人情況調整療程。

2.整合不同資料庫以有效串聯病人檢驗數值，透過警示系統可即時獲知檢驗異常值。

案例描述

<案例一>一位50歲口腔癌病人，開刀後接受化學及放射治療。接受第一次化療後，引起嚴重白血球低下症而住院。由於異常檢驗值只會通知開單醫師，其他醫師須依賴開單醫師通知或看診時自行檢視報告才能得知，因此，病人住院後仍持續進行放射治療，數天後放射腫瘤科接獲他科醫師通知才暫停治療，但病人已接受了五次治療。

<案例二>68歲肺癌病人，接受放射治療前，放射師需確認項目未包含「檢驗數值」，經過四次的放射治療後，病人再回門診複診，醫師檢視資料後發現痰液細菌檢驗為開放性肺結核。當下立即通知相關單位進行隔離防護措施，病人接受治療期間，所有接觸過的其他病人、家屬及醫護同仁，皆暴露於群聚感染風險中。

建議作法

1. 病人於接受放射性治療前若有接受抽血檢查，應先確認檢驗數值是否為異常值，並依病人情況適時調整治療療程。
2. 病人若同時接受放射性與化學治療，須注意有無產生血球低下造成感染之情形，例如：白血球(White blood cells, WBCs)、嗜中性白血球(neutrophil)、絕對嗜中性白血球數(absolute neutrophil count, ANC)...等數值。
3. 若醫院設有不同的檢查(檢驗)資料庫，建議可以整合成相關之警示系統(圖1)，以有效減少人工查詢時間及降低檢驗值遺漏檢視之風險。
4. 確保資訊同步，以呈現最新的檢驗報告。
5. 檢驗數值異常時，系統畫面建議可以不同顏色顯示，以凸顯警示效果。

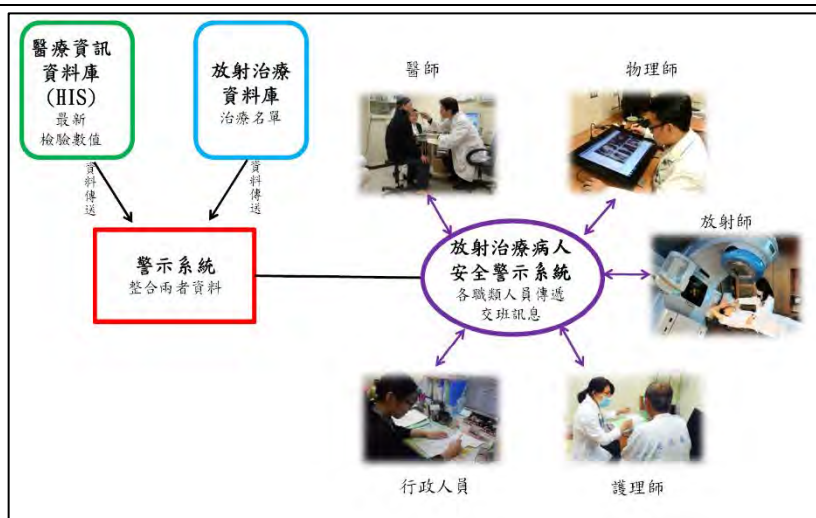


圖 1. 資訊系統整合架構圖

參考資料

1. 朱富平、施威祥、劉致和、吳宛蕙、朱學亭、王拔群(2008)．臨床檢驗異常值多方雙向傳呼系統之建置．2008年台灣國際醫學資訊聯合研討會(JCMIT2008)．11-13。
2. 陳瑞仁、陳姿吟(2014)．基於雲端運算與知識本體之核醫警示雲．醫務管理期刊，15(1)，37-53。
3. 汪昶佑、梁雲、王秀仁、柯建佑、陳保慶、洪偉強、賴玟伶、廖偉敦(2014)．運用單鍵解決方案整合放射腫瘤資訊系統(moSaIQ)與醫院醫療資訊系統．放射治療與腫瘤學，21(4)，295-304。
4. L. Leape, A. G., Lawthers, T. A., & Brennan, et al. (1993). Preventing Medical Injury. *Qual Rev Bull.* 19(5), 144-9.
5. American Cancer Society (2015). *Infections in People with Cancer*. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002871-pdf.pdf>
6. American Cancer Society (2015). *Common side effects of radiation therapy*. Retrieved from <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/radiation/understandingradiationtherapyaguideforpatientsandfamilies/understanding-radiation-therapy-common-side-effects>
7. American Cancer Society (2015). *Understanding your lab test results*. Retrieved from <http://www.cancer.org/treatment/understandingyourdiagnosis/examsandtestdescriptions/understanding-your-lab-test-results>



台灣病人安全通報系統 (TPR) 警示訊息 (2016-A-06) No.139

治療不符合病人或家屬期待致恐嚇醫療人員事件

發佈日期：2016.12.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

提醒

除觀察病人外也要注意家屬、訪客行為反應，具潛在暴力風險的病人、家屬或訪客，應立即採取防範措施。

案例描述

<案例一> A病人發燒住院由兒子陪病照顧，下午6點病人兒子跑進護理站，拍打桌子及咆哮，不滿母親呼吸喘沒被照顧好，趁機跑入未上鎖治療準備室，將護理師逼到牆角，隨手拿起點滴架威脅：「把我媽照顧成這樣，你是欠揍」。由於病人兒子喝了酒、口氣兇惡，其他工作人員不敢靠近。病房沒設警民連線或外援求助鈴，且醫院保全中心電話一直佔線，在事發10分鐘後電話接通，5分鐘後保全到達病房，A病人兒子仍情緒激動，不願意放棄對峙，現場人員對於報警意見分歧，最後在護理長堅持下報警，15分鐘後警察到達，將病人兒子帶往警察局。

<案例二>精神科醫師下午6點至急診室會診全身充滿酒氣被約束之留觀B病人，案母提到：「昨天他持木棍打傷她，希望能住院」。會診後，醫師認定病人為酒後行為，向案母解釋不符合強制住院且酒醒就可回家。病人母親打電話給病人弟弟，20分鐘後病人弟弟帶議員來急診，怒氣咆哮要找醫師，議員阻止報警及幫腔說：「家屬只要住院，你們什麼態度」，態度強勢影響診療。之後醫院公關室報警，警察將病人弟弟及議員帶離急診室。急診醫師於下午8點向案母確認酒醒就可讓病人回家，下午9點10分護理師做治療時，案母從隔壁床病人桌上取得水果刀刺向病人，致左側氣、血胸，緊急處置後送入手術室。案母由警察帶回派出所偵訊。

<案例三>女兒陪同C病人看神經內科女醫師門診，看診時病人女兒突然怒氣沖沖，直接跑到醫師面前抓住頭髮及衣領，質問說：「我媽殘障鑑定是不是你開的，害我們都不能領津貼」。醫師被突然舉動嚇到來不及反應，座位後面是牆壁也無法脫身，診間內未設醫療人員緊急求助鈴，跟診護理師又正在診間外做衛教，直至護理師回診間才發現醫師被暴力相向。

<案例四>精神官能症女D病人前往精神科門診就診，D病人認為自己病情必需住院治療，但醫師認為尚未達到住院的地步。D病人不悅，趁醫師輸入就診資料時，突然拿起椅子砸醫師，醫師避開後，D病人又衝上前毆打醫師。



建議作法

1. 醫療人員於執行臨床照護時，對於潛在暴力跡象能有警覺，如：
 - (1) 病人、家屬或訪客疑似或有喝酒情形。
 - (2) 具有暴力行為史、最近有攻擊行為(含言語與身體威脅)、物質濫用(含毒品、酒精)、精神症狀(如妄想、敵意)、知覺感受異常(如瞻妄、幻覺及定向感異常)、性格衝動、情緒激動等。
 - (3) 高情感表露者(如多有言辭批評、語氣指責、要求急迫等)。
 - (4) 診療結果不符合病人或家屬期待，特別是罹患精神病及嚴重疾病病人，有家暴史、精神病史及久病家屬等。
 - (5) 候診時間過長，或病人接受檢傷分類、被約束、或執行侵入性治療時。
2. 醫院可分析過往院內暴力事件發生類型、時段及趨勢，並依此制定暴力防範機制及員工暴力應變課程，如:支援人力配置及到達時間、如何縮小暴力混亂範圍...等。
3. 可於系統建立需特殊關懷名單，讓掛號人員於掛號時通知相關人員協助（如保全、社工師），也讓診療團隊於診療過程提高警覺。
4. 醫療人員遭遇或感覺安全受到威脅時，就應立即通報求援或報警處理。
5. 當診療結果不符合病人、家屬期待時，醫療人員應減緩診療腳步耐心傾聽，儘量避免威脅或命令式字眼，必要時可請社工師協助或介入。
6. 疑似或具潛在暴力風險，照護過程可安排人力陪同，如:保全、護理師或其他人員等。
7. 醫師進行診療應盡量有人陪同，若陪同人員需離開則盡量縮短時間。
8. 安全的環境防護：
 - (1) 急診室、診間及病房護理站等，於適當地點設置醫事人員緊急求助鈴按鈕或可於醫療電腦上直接發送訊息，尋求協助。
 - (2) 管控急診與醫院其他區域的進出管道，應設有院內保全專線或附近警局連絡電話。
 - (3) 相關治療房室應設有門鎖，人員在進出後可適當關閉。
 - (4) 診間應設適當通道及退路，以方便醫事人員遇到危難時可離開現場。

參考資料

1. Alexander C., Fraser J. (2004). Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *Journal Healthcare Management*, 49(6), 377-390.
2. Cai W, Deng L, Liu M, et al. (2011). Antecedents of medical workplace violence in South China. *Journal Interpersonal Violence*, 26(2), 312-327.
3. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, et al. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal Occupational Health*, 50(3), 288-293.
4. Chen ZH, Wang SY. (2004). Psychiatric hospital and general hospital workplace



- violence study comparison. *China Public Health*, 20, 1316–1317.
5. Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. (2008). Violence risks in nursing– results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.
 6. Ferns T. (2005). Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and emergency department. *Accident Emergency Nursing*, 13(4), 238-246.
 7. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, et al. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7/8), 340-349.
 8. Hahn S, Muller M, Needham I, et al. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3535-3546.
 9. Hahn SZA, Needham IEA. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression Violent Behavior*, 13(6), 431-441.
 10. Hesketh T, Wu D, Mao L, et al. (2012). Violence against doctors in China. *British Medical Journal*, 345, e5730.
 11. Chinese Hospital Association (2013). *Workplace violence in the health sectors*, 1–30.
 12. Yassi A. (1994). Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 151(9), 1273–1279.
 13. Jie L. (2012). New generations of Chinese doctors face crisis. *The Lancet*, 379(9829), 1878.
 14. Winstanley S, Whittington R. (2002). Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 106, 144–147.
 15. Kling RN, Yassi A, Smailes E, et al. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1655–1663.
 16. Ma WG, Li JP. (2005). Analyze hospital violence and countermeasures. *Journal of Nursing Management*, 5, 23-25.
 17. Nolan P, Dallender J, Soares J, et al. (1999). Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 934-941.
 18. Paola F, Malik T, Qureshi A. (1994). Violence against physicians. *The Journal of General Internal Medicine*, 9(9), 503-506.
 19. Shepherd J. (1996). Violence in health care: a practical guide to coping with violence and caring for victims. Oxford: Oxford University Press.
 20. American College of Emergency Physicians. (n.d.) *Emergency Department Violence Fact Sheet*. Retrieved from http://newsroom.acep.org/fact_sheets?item=30010



附錄一、何謂病人安全事件

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

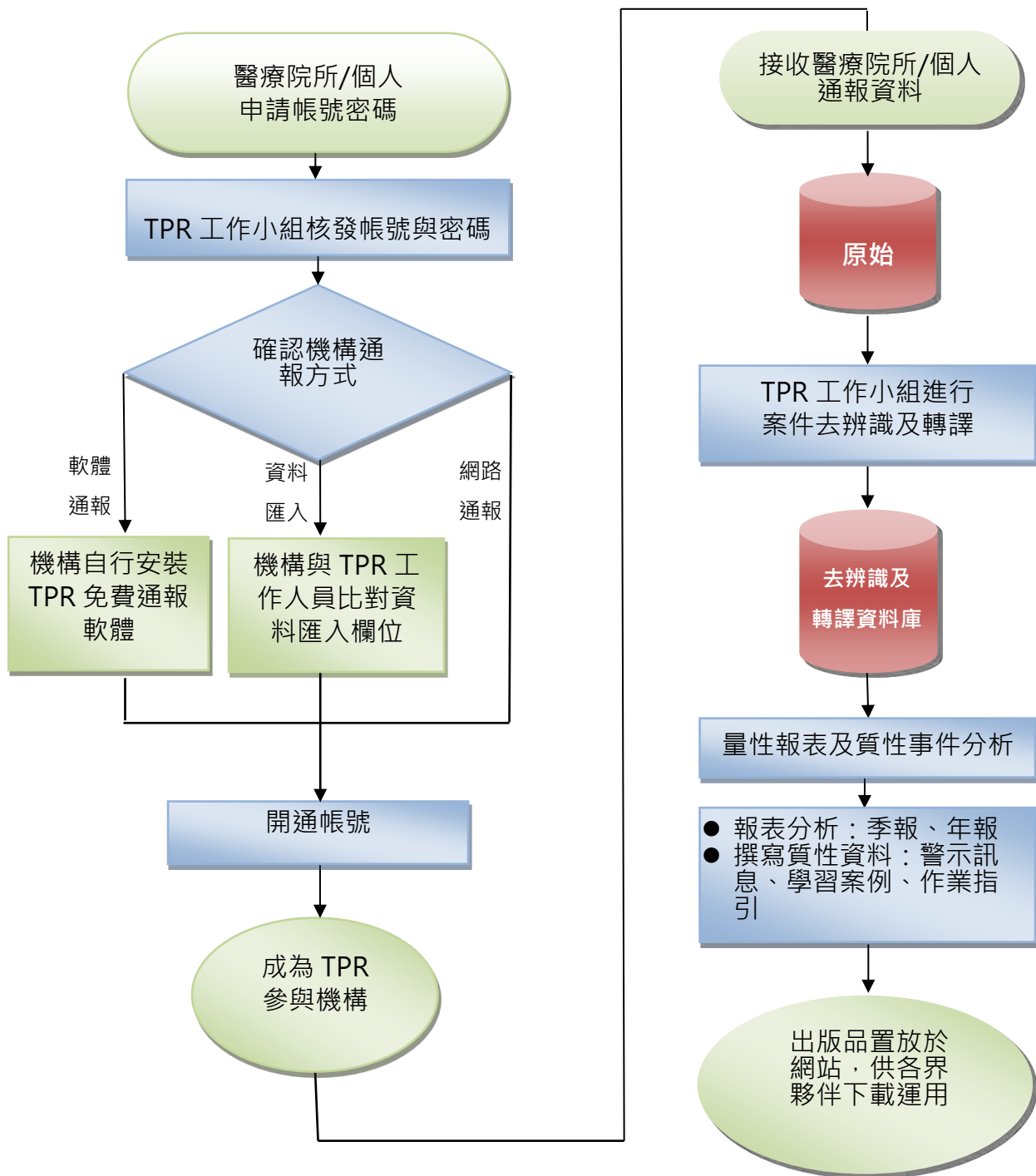
- (1)警訊事件：係指個案非預期的死亡或非自然病程中的永久性功能喪失，或發生下列事件，
如病人自殺、拐盜嬰兒、輸血或使用不相容的血品導致溶血反應、病人或手術部位辨識錯誤等事件。
- (2)意外事件：係指非因當事人之故意、過失、不當作為或不作為所導致的不可預見的事故
或不幸。通常伴隨有不良的後果。
- (3)異常事件：通常指因為人為錯誤或設備失靈造成作業系統中某些部分的偶然性失誤，包
括了跡近錯失事件。
- (4)重大異常事件：凡人為錯誤或設備失靈，若未及時發現或更正，便可能導致嚴重的結果
(例如住院時間的延長或死亡)，稱之為重大異常事件。



附錄二、台灣病人安全通報系統沿革



附錄三、病人安全通報系統流程圖





附錄四、通報事件類別說明

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

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



附錄五、異常事件嚴重度評估矩陣 (SAC)

異常嚴重度評估矩陣是依據異常事件之「事件發生後對病人健康的影響程度」及「事件可能再發生的機會」為軸，予以量化後所呈現之評估矩陣 (表五-1)。SAC 之分級指標可協助醫院評估事件處理優先順序及評估個案介入的必要性，並藉由根本原因分析 (Root Cause Analysis ; RCA) 進一步分析及改善。欄位定義部分，「事件發生後對病人健康的影響程度」分為有傷害、無傷害、跡近錯失以及無法判定傷害程度等四類 (表五-2)；「事件可能再發生的機會」則分為數週內、一年數次、1~2 年一次、2~5 年一次、5 年以上等五類選項。發生頻率為不知道，或「事件發生後對病人健康的影響程度」為跡近錯失或無法判定者，於本年度報表中未列入 SAC 級數計算。機構於運用時，除利用本矩陣評估事件急迫性與介入必要性外，亦可延伸運用，由跡近錯失事件之「如果事件實際發生在病人身上，將造成最嚴重的影響程度」資料另行計算跡近錯失事件之嚴重度矩陣評估，作為預防及改善之參考。

表 五-1 嚴重程度評估矩陣表

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

表 五-2 事件發生後對病人健康的影響程度欄位說明

欄位名稱		說明
有傷害	死亡	造成病人死亡
	極重度	造成病人永久性殘障或永久性功能障礙
	重度	除需要額外的探視、評估或觀察外，還需住院或延長住院時間做特別的處理。
	中度	需額外的探視、評估或觀察，僅需要簡單的處理如抽血、驗尿檢查或包紮、止血治療。
	輕度	事件雖然造成傷害，但不需額外處理。
無傷害		事件發生在病人身上，但是沒有造成任何的傷害。
跡近錯失		由於不經意或及時的介入，使可能發生的事件並未真正發生於病人身上。
無法判定傷害程度		無法判定傷害程度。



致 謝

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

2016 年警示訊息、學習案例作者群 (按照第一作者姓氏筆畫排序)

林柏豪醫事放射師、洪世凱主任 (佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院)、曾德霖專科護理師 (長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院)、黃耀輝督導長、李世凱主任 (衛生福利部草屯療養院)、蔡明松主任 (國泰醫療財團法人國泰綜合醫院)、謝明芄護理師 (國立台灣大學醫學院附設醫院新竹分院)、蘇玲雅醫療品質課管理師、許苑齡醫療品質課課長 (義大醫療財團法人義大醫院)

病人安全通報系統工作小組委員 (依姓氏筆畫排序)

王拔群委員、余佩燁委員、呂立委員、李君儀委員、李世凱委員、洪冠予委員、賀倫惠委員、劉人瑋委員、謝文祥委員

編輯小組：

廖熏香副執行長、陳昱伶管理師、石滇藝專員、羅聿廷專員、沈震國專員、洪姿鈺專員、張劭璟專員、莊雅婷組員



衛生福利部

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



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

220 新北市板橋區三民路二段31號5樓

電話：02-8964-3000 傳真：02-2963-4292

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



台灣病人安全通報系統

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

ISSN 2518-5233



9 772518 523302