

從臨床治理 (*Clinical Governance*) 觀點
探討醫學中心的病人安全風險因素

成大醫院
總務室主任

許夙君



第一章 緒論

安全的醫院

安心的病人

● 壹、研究背景與動機

➡ 一、白色巨塔的真相：

1、哈佛研究（1986）：

委託機關—紐約州政府

研究人員—哈佛大學學者、資深醫護人員。

研究方式—紐約州51家醫院1429筆住院病歷回溯。（1984）。

研究經費—超過US300萬。

研究結果—3.7%（98600人）住院病人受醫療傷害。

28%已達「醫療過失」（negligence）。

AEs有76%是可避免的（preventable）



全美每年約有1300000人受到醫療傷害，

● 壹、研究背景與動機

■ 一、白色巨塔的真相：（續）

2、IOM調查報告（2000）：

研究機構—Institute of Medicine

研究內容—針對「醫療錯誤」

研究結論：

- 1、To Err is Human. 「人都是會犯錯的」。
-Building a safer Health System
- 2、53%-58%的醫療傷害是可避免的。
- 3、美國因可避免的醫療錯誤，估約造成每年44000-89000人死亡，高於因AIDS、乳癌、交通事故—居十大死因第八位。（每天「摔」一架飛機！！）

● 壹、研究背景與動機

◆ 二、醫療業是高風險行業：

(一) 醫療機構醫療運作醫療行為的過程與結果皆充滿風險因素。

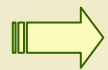
(二) 醫療傷害的風險可預防，避免或消除否？

「命定說」？宿命論乎？



「一命、二運、三風水、四讀書、五積德」。

哈佛研究：76%的醫療傷害是可避免的。



IOM調查報告：53%-58%的醫療傷害是可避免的。

「TO Err is human, but errors can be prevented。」

● 壹、研究背景與動機

➡ 三、病人安全的重要性暨急迫性

IOM調查報告（第五頁，中譯）

「自從哈佛醫學研究報告出爐後，有關病人安全議題提出已逾10年，其他亦有許多相關的搜集暨研究發現，然而，卻仍少見確實改善病人安全的積極行動與作法」

「我們難道還要再虛耗另一個10年才願意致力於醫療體系的安全？」

● 壹、研究背景與動機

◆ 四、病人安全的覺醒與行動：

產、官、學、民各界的「全民運動」。

➡ 目標：「減少醫療錯誤、提升病人安全」。

美國：2000年起

- 1、柯林頓總統在國會敦促下簽署「醫療錯誤研究」相關法案。
- 2、美國醫療機構聯合評鑑委員會（JACHO）制訂以「病人安全」為核心的評鑑新制。
- 3、「病患安全年」，設定國家病人安全目標。

台灣：2003年起

- 1、衛生署成立「病人安全委員會」
研訂「醫療品質白皮書」。
- 2、訂定病人安全六大工作目標。

● 壹、研究背景與動機

■ 四、病人安全的覺醒與行動：（續）

- （一）病人安全人人有責
- （二）領導階層、高階主管從經營管理觀點，應如何掌握組織層面、管理系統的病人安全問題？
- （三）醫療體系中威脅病人安全的風險因素何在？如何分析？怎麼避免？

➡ 「預防勝於治療」 = 「風險管理」
（醫學） （管理學）

➡ IOM報告：1、醫療錯誤的造成
not only careless people
but faulty system.

2、醫療業應向航空業學習

● 貳、研究目的

一、運用「飛安理論」模型

並融入「醫院治理」（以「病人為中心」）的新思維，
建構適合醫療業的新模型。

二、醫院的經營管理階層有責任全面掌握病人安全的風險因素，尤應從組織整體層面的廣泛性、 潛在性、系統性探討並改善。（宏觀角度）

三、

（一）醫療服務或無法100%確保安全，但若能找出主要（major）風險因素，則應能大幅避免醫療錯誤，有效提昇病人安全。

（二）評定主要風險因素之權重，據以就有限的組織資源，作有效的分配暨運用以制定病人安全發展策略。

●貳、研究目的

➡一、建立研究模式：（續）

藉由飛航安全已發展的事故理論、風險因素分析，探討適合運用於病人安全之研究，並建立出適用於醫療業的研究模型

➡二、篩選病人安全風險因素：

從整體性、廣泛性、系統性、潛在性的組織層面，探討造成醫療傷害，影響病人安全之因素，並採取「以病人為中心」的「醫院治理」觀點，建立影響病人安全的研究構面，進而篩選出各構面中影響病人安全的主要（major）風險因素，以作為醫學中心經營管理運作上建立病人安全策略之參考，力求病人安全改善效果最大化。

● 貳、研究目的（續）

■ 三、評定各項風險因素的權重與優先順序：

病人安全的確保需要成本而有經濟效益因素考量，分析醫院治理中影響病人安全之各項風險因素的權重，從而提供醫療機構經營管理或領導階層掌握各項風險因素之先後順序與輕重緩急，俾就組織的有限資源在「病人安全」議題上能作最有效益的投入、分配與運用，力求成本效益最大化。

● 參、研究範圍與限制

一、範圍：醫學中心為範圍

(一) 國內的醫院分級：基層診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心

(二) 組織角度：「醫院治理」觀點進行研究構面的建立。

(三) 問卷對象：專家意見法

產、官、學暨病人代表4群

二、限制：本土文獻較少

1、病人安全議題很多，但組織整體觀點的研究不多。

2、醫院治理：新概念、新思維（1998, 英國NHS）。

3、病人參與：納入研究構面尚不多見。

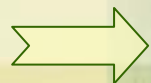
●肆、研究內容與方法

■一、醫院治理（Clinical Governace）：角度

—英國 NHS（1998）

（一）、定義：

- 1、「病人安全」與「醫療品質」是醫院運作的核心。
- 2、強調減少並管理醫院中的風險因素
- 3、以「病人為中心」的全新思維，有別於傳統「以醫師為中心」的「醫院管理」（hospital Management）。
病人是「user」、「partner」、「consultant」的角色
- 4、將「病人」導入醫院運作中，視「病人參與」為重要的一環。
- 5、永續性：病人安全與醫療品質的提昇是永無止盡的改善行動（continuing improvement）



政策推動的 sustainability

●肆、研究內容與方法

■二、風險管理： 想法

(一)、定義：（宋明哲，2001，「現代風險管理」）

- 1、就不確定的未來。
- 2、分析評估風險因素。
- 3、預作回應或預先消弭。
- 4、降低風險機率或損害控管。

為建構風險或回應風險所採用的各類監控方法與過程。

(二)、醫療傷害適用風險管理的立論依據：

- 1、哈佛研究：「住院病人有3.7%受到醫療傷害，其中28%已達醫療過失，76%是可避免的。」
- 2、IOM調查報告：應可避免的醫療錯誤，約有53%-58%。
△過失：「應注意、能注意而未注意」（民法）

●肆、研究內容與方法

■二、風險管理： 想法

（三）、風險因素的辨識與分析探討：

風險管理的第一步：進行風險因素的辨識、搜集、評估與分析。

（四）、辨識風險的各類方法：

政策分析法、制成表格法、流程分析法、實地檢視法……。

●肆、研究內容與方法

■三、：飛航安全的導入與運用：作法

△影響病人安全的風險因素多元龐雜，
如何建構？「上窮碧落下黃泉」

(一)、醫療業與航空業的相似。

1、以「人」為主的服務業。

2、人員與科技、設備互動過程與結果

(張有恆, 2003)

(二)、IOM調查報告：師法航空業、核能業。

●肆、研究內容與方法

■三、：飛航安全的導入與運用：

◎、飛安事故理論：

1、連鎖型肇因事故分析

例：骨牌效應原理。

2、匯集型肇因事故分析

A、人因工程一例：SHELL模式。（微觀）

B、整體性因素一例：乳酪理論。（宏觀）

3、複合型肇因事故分析

例：天秤理論、莫菲定律。

（張有恆, 2000）

●肆、研究內容與方法

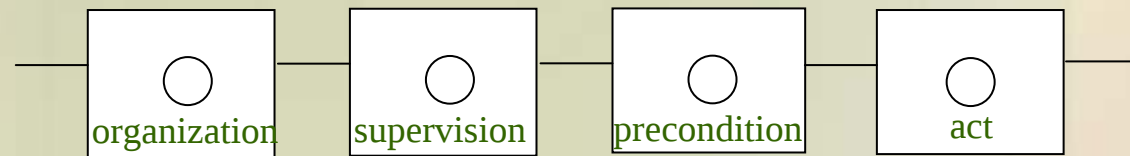
◆三、：飛航安全的導入與運用：

（一）、選定「乳酪理論」的理由：

從整體性、廣泛性、系統性、潛在性的因素全面探討醫療機構發生醫療錯誤的原因。（宏觀的角度）

（二）、乳酪理論四個構面：

organization supervision precondition act



（三）不足與缺陷？

「病人」何在？

「遙望兄弟登高處，遍插茱萸少一人」

●肆、研究內容與方法

■四、研究模型的建立 PASPO

(一) 採用「乳酪理論」作基礎：

四研究構面進行風險因素分析。

(二) 酌修乳酪理論

加入「病人參與」新構面。

如下圖



●肆、研究內容與方法

一、建立研究構面，選取研究變數：

採用飛安理論之研究模型，依醫療業的特性，並從21世紀「病人中心」的「醫院治理」新觀點建立研究模型、分析病人安全風險因素，以研究醫療錯誤與病人安全。

●肆、研究內容與方法

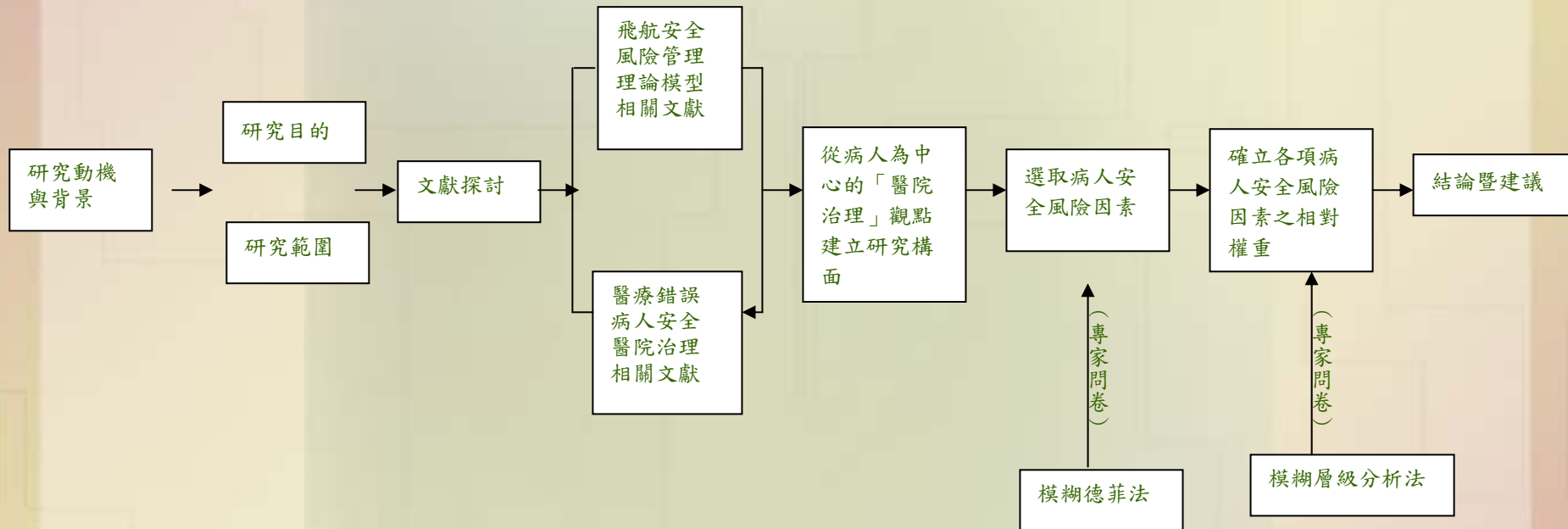
二、選取病人安全風險因素：

第一次問卷調查，進行專家意見篩選各構面的主要（major）風險因素。（採「模糊德菲法」計算。）

三、分析各風險因素之相對權重：

第二次問卷調查，探討專家學者對各構面暨構面內各風險因素的權重，以排定優先順序。（採用「模糊層級分析法」）。

● 伍、研究流程圖





第二章 文獻探討



壹、醫院治理（Clinical Governance）



一、來源暨定義

英國NHS的施政白皮書（1998）

「醫院治理的目標是為確保病改善醫療品質。此為新名詞，但醫事人員實則已行之有年，例如：處理病人抱怨、檢視該如何將病人照顧得更好，發展策略和改善流程以學習醫療失誤的風險。」

「其新義在於以更系統化、更開放性、更導入病人或社會系統的參與醫療運作，且將病人安全暨醫療品質放在醫院運作的核心位置。」



壹、醫院治理（Clinical Governance）



三、病人角色的新定位

公司：股東＝醫院：病人

例如：UCL Hospital 已有4位病人以「user」
「consultant」身份參與醫院的委員會。

※ ※ 導入病人參與理由：

- 1、確能對個別個案產生改善暨其他良好效果
- 2、確能改善醫療服務
- 3、基於法律的要求
- 4、有助於支持政策的推動，（例：醫護人員洗手達成率）
- 5、病人因接受服務而自認其參與屬理所當然。

● 壹、醫療錯誤

■ 一、錯誤

(一) Reason (1990) : Error —

執行上的偏誤：Slips, Lapses

例：該開刀右腳，但誤開了左腳。

計劃的失誤：mistake

例：不該開刀而開刀。

(二) IOM調查報告「To Err is Human.」

「Error」採用Reason (1990) 的定義。

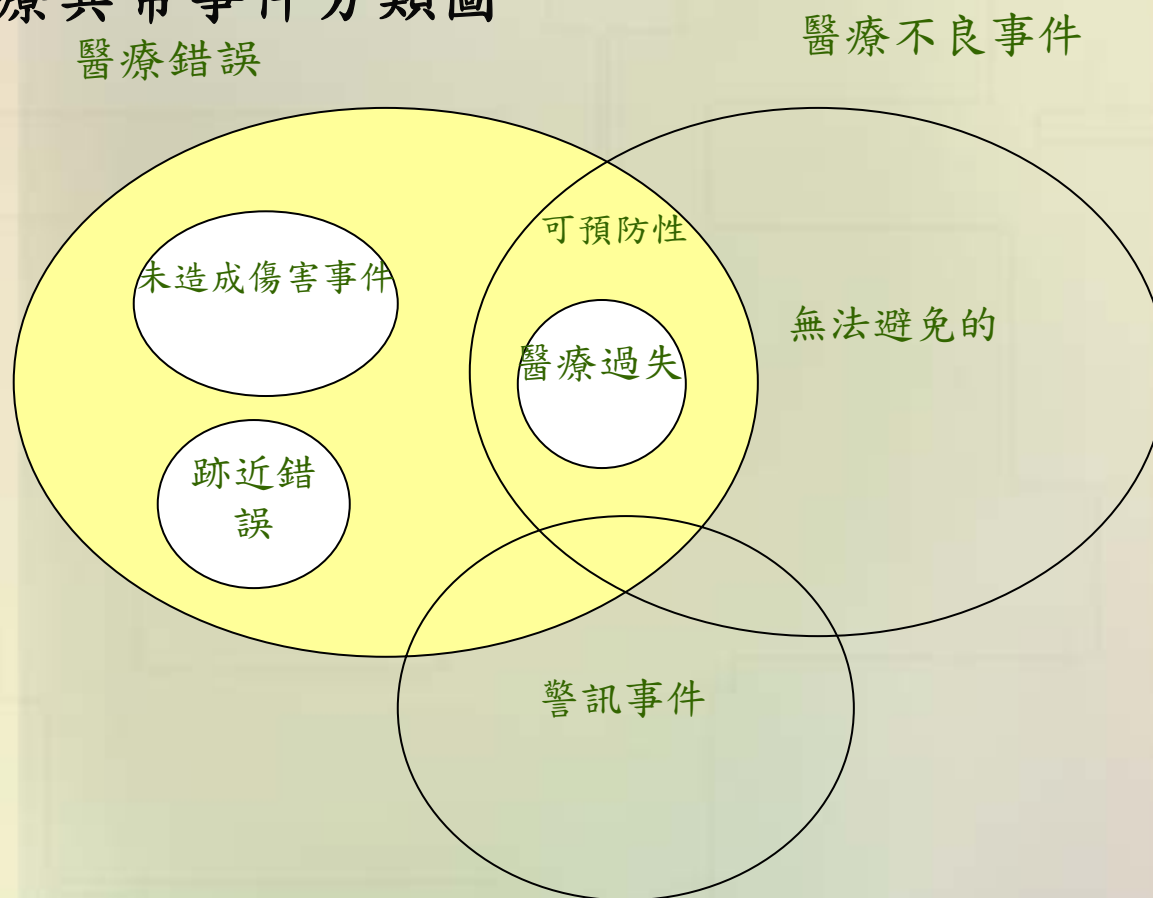
(三) 美國QUIC (跨部門品質特別小組)

「錯誤包括操作、產品、流程、系統上的問題。」

● 壹、醫療錯誤

■ 二、醫療錯誤

醫療異常事件分類圖



● 貳、病人安全

■ 一、定義

「在使病人免於醫療照護過程中的意外而導致不必要的傷害。」（衛生署，2004年）

■ 二、作法

「著重於降低系統中不安全的設計、操作及行為」

（財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2004年）

➡ 以系統性角度思考並探討事件的結構面、過程面、結果面，非僅侷限於「人為因素」。

● 貳、病人安全

■ 三、目標

A、台灣（衛生署，2004年）

- 1、提升用藥安全。
- 2、落實院內感染控制。
- 3、提升手術部位正確性。
- 4、提升病人辨識的正確性。
- 5、預防病人跌倒。
- 6、鼓勵異常事件通報。

B、美國（JACHO，2003年）

- 1、病人辨識的正確性。
- 2、醫療服務者間的有效溝通。
- 3、提高高危險藥物的用藥安全。
- 4、消除手術病人手術位置及手術方式錯誤的產生。
- 5、增進輸液幫浦之使用安全。
- 6、改善臨床警示系統之效益。

●貳、病人安全

■四、病人的角色

「病人是醫療服務的主體對象，也是感受醫療過程安全性的主角，在一項醫療服務提供的過程，醫療雙方皆有責任監督與認可。」
(邱文達，石崇良，侯勝茂，2004年)

「病人及家屬對於就診過程中必要醫療資訊的取得，對就醫安全的認知，也是影響病人安全的積極因素。」

(林宏榮，2003年)

「隨著慢性疾病的普及，『專家病人』在管理及控制自己的病情上，已能扮演關鍵的角色。」
(英國「經濟學人」,2004.7)

➡ 醫病雙方應共同努力，產生contribution



參、飛航安全事故理論之運用

■為何運用飛安理論於病人安全研究：

A、IOM調查報告（2000）：

「飛航業自二次世界大戰以來即效力於飛航安全的改善。之後，美國民航業甚至在1998創下零失事率的記錄。」

B、國外內已有的文獻支持：

一、Helmreich的理論模式（2000）：

將飛安的錯誤產生模式修改至運用於醫療安全之研究建立管理模式。
（手術室與駕駛艙相似）

二、Vincent（1998）

運用乳酪理論進行醫療失誤事件的調查，進而建立七大項分析架構。

三、Leval教授（1997）以人因工程SHELL模式分析心臟手術的運作

四、張有恆、林宏榮（2003）修改SHELL模式而HELPS模式運用於台灣大型醫院急診部門風險因素研究。



參、飛航安全事故理論之運用

一、乳酪理論（1990）：

從組織整體性觀點切入事故肇因的分析，一個失誤的發生是由於「人為操作、先決條件、監督管理、組織層級，4道防線（4片乳酪）皆失守，才會因整體防禦能力的失效而事故發生。若能移除任一個構面（一片乳酪），則失誤點即不致穿透，失誤獲得攔截，事故必不致發生。」

二、Helmreich' s Threat and Error :

Management Model（2000年）

- 顯性威脅（Overt Threats）：個人團隊與環境等因素。
- 隱性威脅（Latent threats）：組織之政策、文化等。



參、飛航安全事故理論之運用

三、Vincent調查研究（1998年）：

運用Reason教授的乳酪理論進行醫療失誤案件之調查，並從「顯性失效」（active failure）、「隱性失效」（latent failure）二方面著手，後者涵蓋：總體環境、機構與管理因素、工作環境因素、團隊因素、個人因素、工作因素、病人因素七類。

四、HELPS模式（2003年）：（張有恆、林宏榮）

人因工程理論SHELL模式的修正補充，就醫療業的分析架構建立6個構面：醫療人員能力、醫療人員與硬體設備、醫療人員與環境、醫療人員互動間、醫療人員與軟體狀況、醫療人員與病人家屬。



第三章 研究方法



壹、前言

第一階段：篩選醫院治理觀點各個構面的主要（major）病人安全風險因素。

方法：模糊德菲法（幾何平均值、訂門檻值）

第二階段：評定各篩選出列的風險因素及構面間之相對權重。

方法：模糊層級分析法（兩兩比較）



貳、研究架構的建立



一、採用乳酪理論（Swiss Cheese Theory）之理由

（一）內容：在飛安事件分析的理論與方法中，本理論屬「匯集型肇因事故分析」（張有恆，2001）係Dr.

Reason提出（1997），其認為事故的發生非單一因素，係由層層的失誤點連成一串，每一層皆有失誤點，適串成一線，導致事故發生。

（二）優點：強調組織上整體性的失事預防能力，因此，平常即應採取主動性的態度與作法，發揮預應式管理，即時消除潛在缺失。

1、從組織層面暨管理系統檢視顯性暨隱性缺失，攔截可能的失誤。

2、發揮預防功能，消弭事故或傷害於無形。



貳、研究架構的建立



一、採用乳酪理論（Swiss Cheese Theory）之理由 （續）

（三）整體性、系統性的切入角度：

- 1、醫療錯誤多來自「人員的顯性失誤」、「醫院內隱性失誤」二方面，後者舉涉到策略管理、流程（林恆慶、陳楚杰、許銘恭，2003）
- 2、醫療糾紛暨醫療傷害的填補，國際間的研究走向，強調去除已經「個案式」、「歸責式」的思考模式，而改採一個「系統式」、「補償式」觀點。（楊秀儀，2003）



貳、研究架構的建立



一、採用乳酪理論（Swiss Cheese Theory）之理由 （續）

（三）整體性、系統性的切入角度：（續）

3、IOM調查報告（第55頁）：

醫療錯誤之肇因有顯性（active errors）暨隱性（latent errors）二類。前者顯著可辨，後者則不易辨識或察覺，因此可能比前者更有致命傷害，例如：不佳的設計、錯誤的設施、錯誤的維護或支援、不當的管理決策、欠妥的組織結構。



貳、研究架構的建立



三、補充「乳酪理論」的研究構面

(一) 乳酪理論四個構面：



本研究補充「病人參與」構面：





參、風險因素的彙整



一、來源

(一) 文獻：

- 1、Vincent (1998) --影響臨床運作的因素。
- 2、Bongner (1994) --醫療錯誤的系統績效。
- 3、Carthey (2000) --心臟手術不良事件研究。
- 4、Folman及McPhee (1991) 。
- 5、Duaglas A、Wiegmann, Scott A、Shappell (2003) -
-A Human Error Approach to Aviation Accident
Analysis.
- 6、邱文達、石崇良、侯勝茂 (2004) --病人安全與醫學
倫理：建構以病人為中心的醫療機構。

(二) 台灣醫院評鑑指標（教學中心類—財團法人醫療品 質策進會）。



參、風險因素的彙整



一、來源（續）

（三）國外各相關機構：

- 1、美國NPSF（2000）。
- 2、美國JCAHO（2003）。
- 3、美國AJRQ。
- 4、英國NHS（1998）。



分別依性質置入各構面：

Organization、Supervision、Precondition、
Act、Patient



參、風險因素的彙整

＜研究方法＞（分析診斷型）

閱卷對象：產、官、學專家學者。

產業界：醫學中心一級主管以上人員。

官員：衛生行政主管機關主管（衛生署、衛生局、醫策會）。

學術界：各公私立醫院管理教職人員。

非醫療界人員：病人代表的監督團體

例：醫改會、醫事法律專家、醫藥記者

「醫院治理觀點的病人安全風險因素」
說明一覽表
研究構面

構面	因素	文獻出處
「病人參與」 (Patient Involvement)	1. 病人對醫療參與的意願不高	美國AHRQ、(邱文達, 2003)
	2. 病人對醫療有疑問時，未能及時表達意見	美國AHRQ、美國JCAHO
	3. 對於藥物處方的資訊有疑問時，未能向醫療人員問清楚	
	4. 病人對自己使用藥物欠缺充分了解或未自行紀錄	美國JCAHO
	5. 病人對於檢驗結果或醫囑欠缺了解	美國JCAHO
	6. 病人對於醫療處置欠缺了解或未被充分討論或未徵得同意	台灣醫院評鑑醫學中心類指標
	7. 病人對於手術的過程、可能的風險結果未能充分被告知說明且不了解	美國AHRQ、美國JCAHO
	8. 病人對於會診或醫療團隊的討論意見、決定欠缺整體了解	美國JCAHO
	9. 醫病雙方的溝通不足	台灣醫院評鑑指標 (林宏榮2003)
	10. 醫病雙方的互信基礎不佳	Vincent ,1998
	11. 應獲得的相關衛教資訊不足	台灣醫院評鑑指標醫學中心類

構面	因素	文獻出處
「醫療人員執行或操作」 (Acts)	1. 人員的知識技能不足	台灣醫院評鑑指標醫學中心類
	2. 人員的執行方法不當	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	3. 人員的工作負荷太重	邱文達等, 2004
	4. 操作步驟、過程太複雜或過時	美國NPSF, 2000
	5. 人員對安全風險的認知不足	台灣醫院評鑑醫學中心指標、林宏榮
	6. 違反操作指示、規定或標準化	台灣醫院評鑑醫學中心指標、(林宏榮, 2003)
	7. 人員的身心狀況欠佳： 體能不足或工作情緒不佳等。	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	8. 人員人力不足	林宏榮, 2003
	9. 醫師工作時數太長	林宏榮, 2003

構面	因素	文獻出處
「先決條件」 (Precondition for Acts)	1. 醫療人員互動間的溝通不良（含語言、文字）	（美國NPSF, 2000） A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	2. 醫療人員間的交班不確實或太頻繁	林宏榮，2003
	3. 醫療人員間的整合、合作不佳	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	4. 階級差異影響上下階級間的有效溝通	邱文達等, 2004
	5. 醫療人員的病歷記載不完整確實	林宏榮, 2003
	6. 工作手冊不夠清楚明確或不完備	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	7. 治療指引的可得性不佳	林宏榮, 2003、(Vincent , 1998)
	8. 檢驗結果之正確性或可近性不佳	林宏榮, 2003、(Vincent , 1998)
	9. 硬體空間規劃設計欠當	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	10. 儀器設備不足或維修不完善	台灣醫院評鑑醫學中心類指標 ⁴⁶

構面	因素	文獻出處
「監督管理」 (Supervision)	1. 領導效能：管理階層的領導權薄弱、執行力不足	林恆慶、陳楚杰，2003
	2. 法令規章：欠缺安全的工作程序與作業規範	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	3. 通報制度：不良事件通報系統不足或制度不完善	台灣醫院評鑑醫學中心類指標
	4. 事故調查：就違反病人安全事件未建立調查檢討機制並作改善	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	5. 系統設計或作業流程欠缺標準化	台灣醫院評鑑醫學中心指標
	6. 會診：跨部門的整合或監督不周致會診效率或品質不佳	(英國NHS) (林宏榮, 2003)
	7. 病人辨識系統：欠缺查核作業	台灣醫院評鑑醫學中心類指標
	8. 藥品安全：對應提高警覺使用的藥物欠缺規範暨管理	台灣醫院評鑑醫學中心類指標
	9. 急救小組：功能不彰或動員不佳	台灣醫院評鑑醫學中心類指標
	10. 外包人員管理：欠缺感染控制或病人安全的教育訓練	台灣醫院評鑑醫學中心類指標

構面	因素	文獻出處
「組織影響力」構面 (Organizational Influences)	1. 政策延續性：病人安全政策因人員異動而中斷、無法延續或貫徹。	台灣醫院評鑑醫學中心類指標
	2. 組織架構：缺乏病人安全專責單位的設置	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	3. 教育訓練：組織成員的病人安全教育訓練不足	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	4. 財務資源與限制：支持病人安全的相關經費不足	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	5. 高階主管的理念：高階主管對於病人安全的決心不足或作法不落實	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis
	6. 安全文化：欠缺形塑組織全員對於「病人中心」、「病人安全」的認同與行動的組織氣候	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	7. 指揮系統；不清楚、不明確	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	8. 後勤行政支援的可得性不佳	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	9. 政策目標：過於強調績效或利潤導向	天秤理論
	10. 危機管理機制：欠缺或不重視、不落實	A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis, 2003
	11. 健保制度：造成經營上的財務衝擊	Vincent ,1998
	12. 市場競爭：造成營運上的壓力	Vincent ,1998

一、從醫院治理觀點，影響病人安全風險的各個構面，其重要性為何？

構面	重要性分數										應否列入	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	是	否
1. 病人參與 (Patient Involvement)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 人員操作或執行 (Acts)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 先決條件 (Preconditions for acts)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 監督管理(Supervision)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 組織影響力 (Organization Influences)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

二、從醫院治理觀點，就「病人參與」構面而言，詳（研究構面）
下列影響病人安全因素之重要性為何？

項 目	重要性分數										應否列入	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	是	否
1. 病人對醫療參與的意願不高	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 病人對醫療有疑問時，未能及時表達意見	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 對於藥物處方的資訊有疑問時，未能向醫療人員問清楚	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 病人對自己使用藥物欠缺充分了解或未自行紀錄	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 病人對於檢驗結果或醫囑欠缺了解	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 病人對於醫療處置欠缺了解或未被充分討論或未 徵得同意	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 病人對於手術的過程、可能的風險結果未能充分被告知說明且不了解	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 病人對於會診或醫療團隊的討論意見、決定欠缺整體了解	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 醫病雙方的溝通不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 醫病雙方的互信基礎不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 應獲得的相關衛教資訊不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他：	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

三、從醫院治理觀點，就「人員操作或執行」構面而言，
下列影響病人安全因素之重要性為何？

項 目	重要性分數										應否列入	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	是	否
1. 人員的知識技能不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 人員的執行方法不當	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 人員的工作負荷太重	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 操作步驟、過程太複雜或過時	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 人員對安全風險的認知不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 違反操作指示、規定或標準化	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 人員的身心狀況欠佳： 體能不足或工作情緒不佳等。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 人員人力不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 醫師工作時數太長	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他：	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

四、從醫院治理觀點，就「先決條件」構面而言，
下列影響病人安全因素之重要性為何？

項 目	重要性分數										應否列入	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	是	否
1. 醫療人員互動間的溝通不良（含語言、文字）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 醫療人員間的交班不確實或太頻繁	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 醫療人員間的整合、合作不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 階級差異影響上下階級間的有效溝通	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 醫療人員的病歷記載不完整確實	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 工作手冊不夠清楚明確或不完備	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 治療指引的可得性不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 檢驗結果之正確性或可近性不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 硬體空間規劃設計欠當	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 儀器設備不足或維修不完善	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他：	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

五、從醫院治理觀點，就「監督管理」構面而言，
下列影響病人安全因素之重要性為何？

項 目	重要性分數										應否列入	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	是	否
1. 領導效能：管理階層的領導權薄弱、執行力不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 法令規章：欠缺安全的工作程序與作業規	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 通報制度：不良事件通報系統不足或制度不完善	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 事故調查：就違反病人安全事件未建立調查檢討機制並作改善	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 系統設計或作業流程欠缺標準化	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 會診：跨部門的整合或監督不周致會診效率或品質不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 病人辨識系統：欠缺查核作業	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 藥品安全：對應提高警覺使用的藥物欠缺規範暨管理	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 急救小組：功能不彰或動員不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 外包人員管理：欠缺感染控制或病人安全的教育訓練	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他：	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

六、從醫院治理觀點，就「組織影響力」構面而言，下列影響病人安全因素之重要性為何？

項 目	重要性分數										應否列入	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	是	否
1、政策延續性：病人安全政策因人員異動而中斷、無法延續或貫徹。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 組織架構：缺乏病人安全專責單位的設置	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 教育訓練：組織成員的病人安全教育訓練不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 財務資源與限制：支持病人安全的相關經費不足	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 高階主管的理念：高階主管對於病人安全的決心不足或作法不落實	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 安全文化：欠缺形塑組織全員對於「病人中心」、「病人安全」的認同與行動的組織氣候	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 指揮系統；不清楚、不明確	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 後勤行政支援的可得性不佳	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 政策目標：過於強調績效或利潤導向	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 危機管理機制：欠缺或不重視、不落實	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 健保制度：造成經營上的財務衝擊	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 市場競爭：造成營運上的壓力	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他：	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐