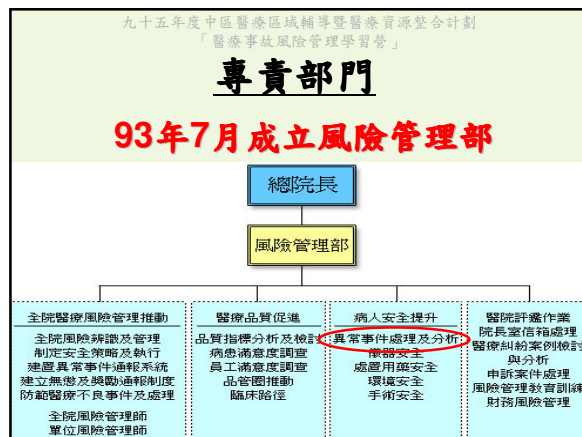


九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

RCA實務運作 經驗分享

財團法人仁愛綜合醫院
風險管理部 許淑嬌

財團法人 仁愛綜合醫院 JEN- AI HOSPITAL JAH



九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

風險管理部工作職掌

- ◆ 保障病人安全 避免意外損害
- 1. 醫療不良事件防範。
- 2. 異常事件通報。
- 3. 定期會議。
- 4. 教育訓練。

因事故而發生損失就是風險！

財團法人 仁愛綜合醫院 JEN- AI HOSPITAL JAH

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

異常事件通報系統

- 專人處理異常通報事件，收集異常事件相關資料
- 進行根本原因分析
- 擬定建議策略
- 追蹤評值
- 提昇與通報者（單位）之互動
- 教育宣導
- 案例分享、學習

財團法人 仁愛綜合醫院 JEN- AI HOSPITAL JAH

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

建置網路通報作業

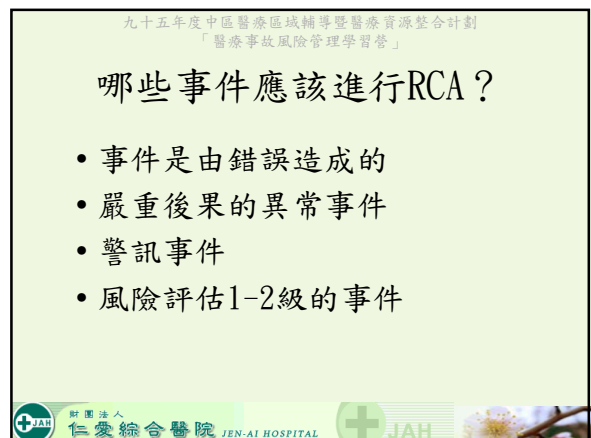
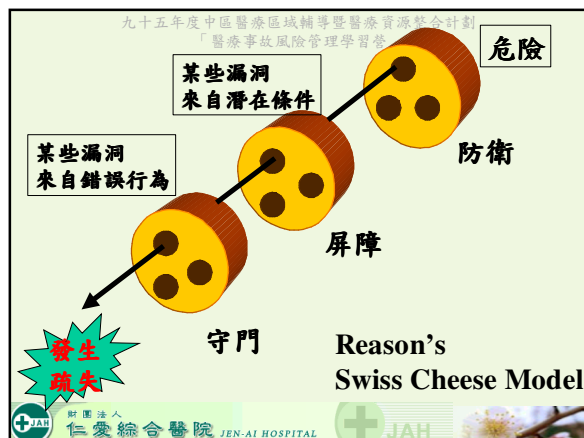
財團法人 仁愛綜合醫院 JEN- AI HOSPITAL JAH

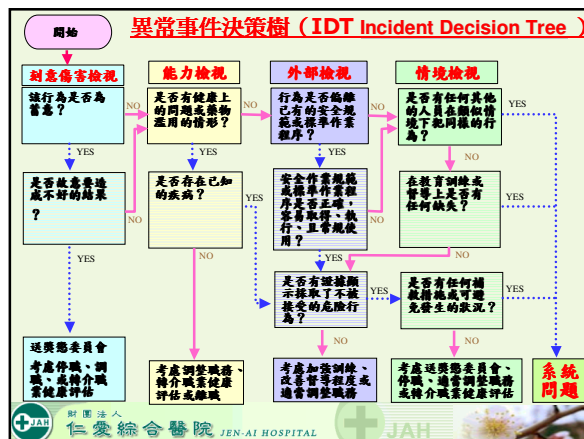
九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

網路通報作業

- 簡化通報流程
- 保密性
- 時效性：主管線上簽核
- 無懲通報制度
- 通報獎勵辦法（通報2次-50元）
- 即時回饋與回應（感謝卡）

財團法人 仁愛綜合醫院 JEN- AI HOSPITAL JAH





九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃

「醫療事故風險管理學習營」

嚴重度評估級數

(SAC Severity Assessment Code)

1.2級 RCA

3.4級 Report

頻率	死亡	極重度傷害	重度傷害	中度傷害	無傷害及輕度傷害
數週	1	1	2	3	3
一年數次	1	1	2	3	3
1-2年一次	1	1	2	3	3
2-5年一次	1	1	2	3	3
5年以上	2	3	4	5	4

造成病人
永久性殘
障或永久
性功能障
礙。

除需要額
外的探視
評估或觀
察外，還
需住院或
觀察住院
期間作特
別治療。

需額外的
觀察、評
估或觀察
，但需要簡
單的處理
如抽血、
驗尿檢查
或包紮、
止血治療。

事件發生
在病人身
上，有或
無造成傷
害，但不
需額外處
理。



財團法人

仁愛綜合醫院

JEN-AI HOSPITAL



JAH



九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

RCA之四大步驟 (21小步驟)

- 一、進行RCA前的準備工作 (What)
- 二、找出近端原因-最接近的原因 (Why)
- 三、確認根本原因-潛在錯誤、系統問題 (How)
- 四、設計及執行改善之行動計畫 (Action)

仁愛綜合醫院 JEN-AI HOSPITAL

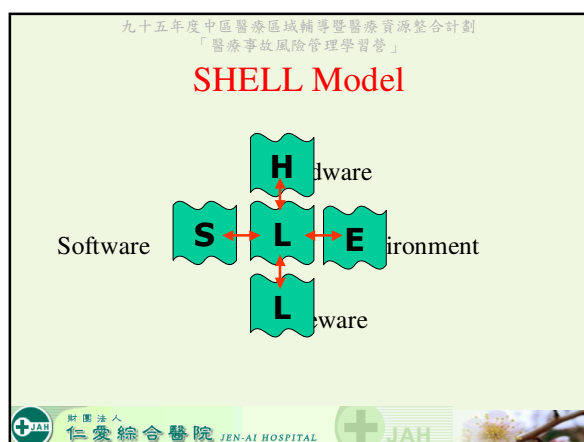
九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

一、進行RCA前的準備工作

- 步驟1：組織一個小組
- 步驟2：情境簡述~~以簡單的一句話來敘述事件
- 步驟3：事件相關資訊收集：訪談、物證

* SHELL Model

仁愛綜合醫院 JEN-AI HOSPITAL



九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

二、找出近端原因

- 步驟4：具體的方式敘述事情的發生始末（包括人、時、地、如何發生），並確認事件發生的順序先後。
- 步驟5：列出可能造成事件的病人照護程序及比對執行過程是否符合作業規範。在RCA過程中需不斷重複問『為什麼』
- 步驟6：列出事件的近端原因
- 步驟7：再收集資料以佐證近端原因
- 步驟8：針對近端原因，做即時的介入措施

* Tabular Timeline
* Why Tree、Brainstorming

仁愛綜合醫院 JEN-AI HOSPITAL

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

時間序列表 (Tabular Timeline)

人員	09:00	09:30	10:10
放射師	電腦列印其病人的條碼，並在片匣左上角寫上床號、姓名（應為528-2寫成528-3）	拿著4個片匣與機器到病房陸續為病人照相，將機器推到528-3床旁	重照
助理員	—	助理員幫忙搬528-3病人放片匣	—
醫師	—	—	發現X光怪異
護理人員	簽核4個病人需病房照的X光申請單到放射科	照護其他病人	請放射科確認

以人員為軸線

新豐法人 仁愛綜合醫院 JEN-ai HOSPITAL

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

案例簡介

一位76歲男性住院病患Axx，病房號123-2，診斷為肺炎，醫師開立到病房照胸部X光之醫囑。放射師經電腦確認後，將攝影條碼掃入X光片匣中，並依規定在片匣左上角寫上病人床號及姓名，但把123-2 Axx寫成123-3 Axx。

放射師拿著片匣，將機器推到片匣上所寫的123-3床旁，要核對床頭卡牌時因發現床頭牌是空的故未核對（亦未核對病人手圈），由於123-3病患為臥床使用呼吸器之病人，所以放射師到隔壁病房，請病房助理員幫忙搬病人放片匣於病人背部，此時放射師有詢問助理員病人的姓名，助理員沒開口說話（助理員表示沒聽到放射師有問），助理員直接到123-3床幫忙搬病人後立即離開。

放射師照完片子後，回放射線部處理影像並上傳，醫師看123-2 Axx片子時，發現123-2 Axx病患沒有使用呼吸器，卻有氣管內管影像出現，詢問助理員是協助放射師照123-3病人，護理人員立刻通知放射線部，重新照相並上傳正確影像。

新豐法人 仁愛綜合醫院 JEN-ai HOSPITAL

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

病房送此單到放射科

放射科確認後列出條碼單

放射師掃條碼

放射師掃入片匣

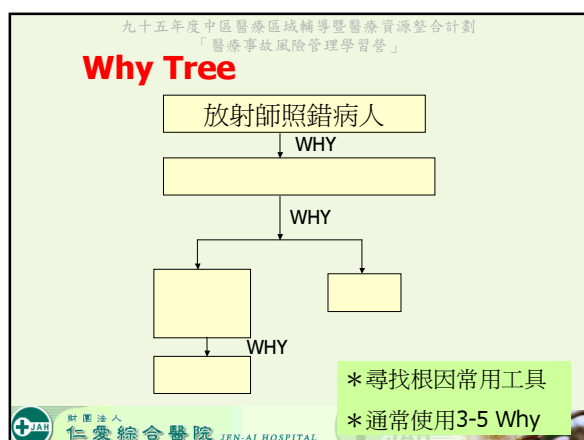
寫病人床號、姓名於片匣帶此片匣到病房照

新豐法人 仁愛綜合醫院 JEN-ai HOSPITAL

九十五年度中區醫療區域輔導暨醫療資源整合計劃
「醫療事故風險管理學習營」

- 腦力激盪
- 問Why?

新豐法人 仁愛綜合醫院 JEN-ai HOSPITAL



三、確認根本原因

步驟9：列出與事件相關的組織及系統分類

***系統分類**

步驟10：檢查近端原因或根本原因

步驟11：確認根本原因間的關係

系統原因分類

人力資源	工作人員的資格、能力、配置，人員是否遵守規範作業，人員能力評估
資訊系統	資訊的可利用性、即時可得？正確性、相關人員間資訊的溝通適當嗎？
環境管理	環境會否不利執行？有無可辨識環境風險？是否事先作計劃及預防？
組織溝通	有無暢通通報管道？當不良事件發生時會先優先處理嗎？ 事件相關人員從上到下的溝通銜接會不會有漏失？
無法控制的因子	還有什麼系統因子還沒列出？如果是組織無法控制的，有沒有什麼是我們可在事前作預防的？作業流程與步驟對本事件是否有不良影響？

四、設計及執行改善之行動

步驟12：找出風險降低的策略

步驟13：產生改善行動

步驟14：評估所提議之改善行動

步驟15：設計改善行動

步驟16：確保改善行動期可接受性

步驟17：行動計劃的執行

步驟18：發展計劃成效的測量方式及確保計劃成功達成。

步驟19：評值改善措施成果。

步驟20：執行評值後的修正。

步驟21：改善成果報告。

教育宣導-案例分析

類別	案例	分數
給藥錯誤	「給藥錯誤」案例分組1	93.11.19
	「給藥錯誤」案例分組2	94.08.07
	「給藥錯誤」案例分組3	94.07.08

Thanks