

醫療安全暨品質研討系列《137》 醫療事故通報與品質改善

時間：113年12月14日(星期六)13：30-15：30
地點：醫師公會全聯會線上直播
主辦單位：中華民國醫師公會全國聯合會、臺灣醫學會、臺大醫院、
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
主持人：周慶明理事長、黃富源教授
校閱：張必正
講題及演講者

●醫預法通報與品質改善	陳世英主任	臺灣大學醫學院附設醫院品質管理中心
●生產事故通報與品質改善	詹德富主任	高雄醫學大學附設醫院醫品病安管理中心

整理紀錄：許茗嘉

醫預法通報與品質改善

主講人：陳世英主任(臺灣大學醫學院附設醫院品質管理中心)

壹、醫預法(醫療事故預防與爭議處理法)簡介

一、醫預法精神與重點

1. 精神：推動全面性解決策略，引導醫療事故以【和緩、共利】的紛爭解決模式。
2. 三大重點
 - a. 溝通關懷：事故即時關懷協助、說明真相、建立互信，避免爭議發生。
 - b. 爭議調解：訴訟前中立第三方評析調解，消弭爭議，促成和解。
 - c. 預防除錯：病安通報、風險管理、分析改善、系統除錯、預防再發。
3. 說明、溝通及關懷
 - a. 100床以上醫院應設醫療事故關懷小組。
 - b. 99床以下醫院、診所或其他醫療機構，應指定專業人員或委由專業團體提供關懷服務。
 - c. 醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之陳述，不得採為相關行政處分、訴訟之證據或裁判基礎。
 - d. 成立專責機構接受申請提供中立第三方爭點整理及專業評析意見。

4. 爭議調解

- a. 醫療爭議之民刑事案件均須先行調解，但民眾訴訟權利不受影響。
- b. 地方衛生局設醫療爭議調解會辦理醫療爭議調解。
- c. 調解期間以3個月為限，必要時可延長3個月，經雙方當事人同意，得再延長1次。
- d. 調解委員之勸導及當事人之遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。
- e. 調解結果送法院核定，與民事確定判決同一效力。

5. 醫療事故預防

- a. 醫療機構應建立病人安全管理制度，鼓勵內部人員通報病人安全事件，對醫療事故進行改善與預防。
- b. 對於重大醫療事故，醫療機構應分析其根本原因、提出改善方案，並通報主管機關。
- c. 主管機關就發生醫療事故或醫療爭議之醫療機構，得令其限期分析原因並提出檢討及改善方案。
- d. 對於嚴重之醫療事故，中央主管機關應成立專案小組進行調查，並提出報告後公布之。
- e. 病安事件通報相關資料與重大醫療事故根因分析，不得採為行政處分、訴訟證據或裁判基礎。

二、病安事件通報

1. 台灣通報類別或方式

- a. 台灣病安通報：自願通報，無法源依據，提供全國性且跨機構的共同學習機制。
- b. 生產事故通報：強制通報，生產事故救濟條例，國家救濟機制。
- c. 醫預法通報：強制通報，醫療事故預防與爭議處理法，醫療爭議處理機制。
- d. 醫療機構內部通報系統(內部對外通報)：匿名、自願、保密、不究責及共同學習。

2. 國際病安事件通報趨勢－警訊事件通報

- a. 歐美地區已行之有年：澳洲(2004)、美國(2005)、英國(2010)。

- b. Serious incidents and Never events(永不事件)、 Serious reportable events(嚴重可報告事件)、 Sentinel events(警訊事件)。

3. 警訊事件通報政策的目標

- a. 藉由對照護、治療及服務方面的正面影響，協助醫療機構改變組織文化、系統及流程運作，以預防非故意的傷害。
- b. 協助發生警訊事件的醫療機構了解事件發生的影響因素(包括顯性失誤、潛在失誤及根本原因)，並發展預防或降低相同事件再次發生的策略。
- c. 改變醫療機構成為學習型組織，增加醫療機構韌性。
- d. 提升民眾及醫療專業人員對醫療機構優先重視病人安全的信心。

三、醫療事故預防與爭議處理法

1. 本法自民國113年1月1日始施行(圖1)

2. 定義說明(醫預法第3條、施行細則第2條)

- a. 醫療事故：指病人接受醫事機構之醫事服務，發生重大傷害或死亡之結果。但不包括因疾病本身或醫療處置不能避免之結果。
- b. 重大傷害：係指病人接受醫療機構之醫事服務，非因疾病本身或醫療處置不能或難以避免，致有下列情形之一者。
 - i. 符合刑法第10條第4項重傷之定義(意即只要病人雙眼、雙耳、語言能力、嗅味覺機能、四肢、生殖機能等嚴重毀敗或減損其身體健康重大不治或難治的傷害皆屬之)。
 - ii. 身心障礙程度屬中度以上。
 - iii. 其他經中央主管機關認定之傷害。
- c. 疾病本身或醫療處置不能避免之結果：係指下列情形之一，致臨床上無法或難以避免之疾病或治療之併發症及副作用。
 - i. 疾病本身進程之自然發展，所生加重之病況或結果。
 - ii. 醫療處置時或依醫學實證，可預見而難以事先預防或避免所併發之症狀或結果。

3. 病安管理機制(醫預法第33條)



圖1 醫療事故預防與爭議處理法圖解架構。

- a. 建立風險管理制度：醫院應建立病人安全管理、訂定推動計畫，加強內部人員通報病人安全事件，並就醫療事故風險進行分析、預防及管控，提升醫療品質及保障病人安全。
- b. 匿名通報保護：病人安全事件之通報人，醫療機構應對其身分子以保密，並不得對之解聘(僱)、不予續聘(僱)或為其他不利之行為。
- c. 通報之分析改善，不得作為訴訟證據與裁判基礎：第一項病人安全事件通報、分析及其相關預防管控措施，不得於醫療爭議本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎。
4. 重大醫療事故RCA與改善(醫預法第34條)
 - a. 醫療機構應就重大醫療事故，分析其根本原因、提出改善方案，並通報主管機關。
 - b. 前項應通報之重大醫療事故、通報程序、內容及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
 - c. 第一項重大醫療事故通報、根本原因分析及改善方案，不得於醫療爭議本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎。
 - d. 【相關子法：重大醫療事故通報及處理辦法】。
5. 主管機關啟動調查(醫預法第35條)
 - a. 醫事機構發生醫療事故或有發生之虞，且有下列情形之一者，中央主管機關應自行或委託政府捐助設立之財團法人組成專案小組進行調查，並提出報告後公布之：
 - i. 於一定期間內，反覆於同一醫事機構發生或有發生之虞。
 - ii. 跨醫事機構或跨直轄市、縣(市)發生或有發生之虞。
 - iii. 危害公共衛生及安全或有危害之虞。
 - iv. 其他經中央主管機關認定之情形。
 - b. 前項專案調查，得通知醫療事故有關人員到場說明及提供資料，被調查之醫事機構、法人、團體及有關人員，不得規避、妨礙或拒絕。
 - c. 第一項調查報告之內容，以發現事實真相、共同學習為目的，而非究責個人，且不得作為有罪判決判斷之唯一依據。
 - d. 第一項專案小組之組織與運作、調查程序、報告及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。
 - e. 【相關子法：醫療事故專案小組組織及運作辦法】。
6. 民眾自主通報(醫預法第36條)
 - a. 中央主管機關應自行或委託政府捐助設立之財團法人建立醫療事故自主通報系統，

受理民眾通報；對於通報者之身分及資料來源，應予保密。

- b. 前項通報之條件、方式、程序、內容、處理及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。
- c. 【相關子法：醫療事故民眾自主通報辦法】。

四、子法—重大醫療事故通報及處理辦法

1. 第1條：本辦法依醫預法第34條第2項規定訂定之。
2. 第2條：中央主管機關應建立重大醫療事故通報系統，供醫療機構進行通報。前項通報，包括事故發生通報(知悉起7個工作日內)及根本原因與改善方案(完成事故通報後45日內)通報。
3. 第3條：醫療機構依本法第34條第1項應通報之重大醫療事故事件，指有下列異常情形之一。
 - a. 實施手術或侵入性檢查、治療，而有下列情形之一：
 - i. 病人錯誤。
 - ii. 部位錯誤。
 - iii. 術式錯誤。
 - iv. 人工植入物錯置。
 - v. 誤遺留異物於體內。
 - b. 以不相容血型之血液輸血。
 - c. 藥品處方、調劑或給藥錯誤。
 - d. 醫療設備使用錯誤。
 - e. 其他經中央主管機關認定者。
4. 第4條：醫療機構應於知悉重大醫療事故事件之日起7個工作日內，至通報系統進行事故發生通報，通報之內容如下：
 - a. 醫療機構名稱及地址。
 - b. 病人姓名、性別、出生年月日、身分證明文件字號。
 - c. 前條各款之事件異常情形。
 - d. 涉及之科別或部門。
 - e. 發生時間。
 - f. 發生之經過及處理方式。
 - g. 死亡或傷害情形。
 - h. 其他經中央主管機關指定事項。
5. 重大醫療事故定義

- a. 死亡：造成病人死亡。
- b. 極重度傷害：造成病人永久性殘障或永久性功能障礙。
- c. 重度傷害：造成病人除需要額外的探視、評估或觀察外，還需住院或延長住院時間做特別的處理。

貳、風險與風險管理

一、風險管理面向

1. 排除，Eliminate：屏除任何造成失效之因素，以達成預防事故的發生。
2. 控制，Control：及時偵測已發生或發生中的風險，並加以介入阻止。
3. 緩解，Mitigate：建立失效(無法控制)時之處理方式，降低事故對病人的傷害以及可能衍生的糾紛。

二、攔截屏障

1. 屏障設立於風險發生的各可能時序環節，包含排除、控制及緩解介入的所有階段。
2. 臨床常見措施
 - a. 教育訓練評核：
 - i. 教育與職前訓練。
 - ii. 醫療授權與評核。
 - b. 事前預防預測：
 - i. 知情同意書簽署。
 - ii. 標準化作業流程。
 - iii. 溝通與資訊傳遞。
 - iv. 風險演算與預警。
 - v. 監督與支援機制。
 - c. 過程早期偵測：
 - i. 檢核與警示機制。
 - d. 緊急處置因應：
 - i. 緊急處置流程。
 - ii. 第二受害者預防。

三、風險管理階段手法

1. 手法階段
 - a. 主動提案－病安促進提案(PSIP, Patient Safety Improvement Proposal)。
 - b. 預應主題－醫療照護失效模式與效應分析(HFMEA, Healthcare Failure Mode and Effects Analysis)。
 - c. 因應補救－根本原因分析(RCA, Root Cause

Analysis)。

2. HFMEA與RCA比較

a. HFMEA：

- i. 事先防範。
- ii. 針對【系統、流程】分析探討：系統哪裡會出錯(Failure)、哪裡最容易出錯(Mode)、出錯後會有多糟(Effects)。

b. RCA：

- i. 事後反應。
- ii. 針對【發生的事件】分析探討：為何會發生、事情為何會走到這一步。

3. 預防性風險評估

- a. 以嚴重度及發生頻率作為初步區分。
- b. 高嚴重度、高頻率：插管、鼻胃管、中央靜脈導管。
- c. 高嚴重度、低頻率：胸管。
- d. 低嚴重度、高頻率：導尿管、抽腹水。
- e. 低嚴重度、低頻率。

參、重大醫療事故處置

一、萬一發生重大醫療事故

1. 緊急處置因應：減少傷害、說明溝通與關懷。
2. 時效內通報：重大醫療事故通報系統通報。
3. 調查與審查：進行根本原因分析。
4. 改善行動與監測：採取改善行動、監測執行落實度、監測有無再次發生。

二、以人因觀點進行RCA(瑞士乳酪模式—Swiss Cheese Model)

1. 組成根本原因分析團隊之成員條件

- a. 是否接受過RCA訓練。
- b. 是否能投入時間積極全程參與。
- c. 是否對於機構和流程有足夠認知。
- d. 是否具有消除問題達成改善的意願。
- e. 合作、傾聽、溝通等能力是否足夠。
- f. 在機構內的信譽和受到的尊重程度。

2. 進行根本原因分析之【六大步驟】

- a. 步驟一：定義事件。
 - i. 找出問題的全貌。
 - ii. 找出清楚的RCA起始點。
 - iii. 組成RCA團隊。
 - iv. 創制出實際的專案。
- b. 步驟二：蒐集資料資訊。

- i. 透過面談或調查等方式，蒐集近端的一手資料(包含：實體文件、電子資料、相關人陳述、實體物件等...)以及遠端的分析資料(如：差異分析、屏障分析、不合規分析、人為因素分析等...)。
- ii. 紀錄資料蒐集之過程。
- iii. 紀錄資料取得的來源和當時狀況。
- iv. 從不同的角度和出發點收集資料。
- v. 行動和資料收集必須符合現有的法規。

c. 步驟三：尋找根本原因(有非常多的手法)。

- i. 魚骨圖(或稱石川圖、因果圖)。
- ii. 5個Whys提問(缺點為：局限於單一途徑、缺乏深度、主觀性高、無法處理複雜系統和缺乏結構)。
- iii. 變更影響分析。
- iv. 事件與促成因素分析。
- v. 故障樹分析。
- vi. 管理失察與風險樹(MORT)。
- vii. 人為因素分析及分類工具(HFACS)。

d. 步驟四～步驟六：尋找解決方案、策略與行動、監測與評估確認。

- i. 識別事件和根本原因。
- ii. 列出現有的屏障。
- iii. 評估屏障的有效性。
- iv. 識別缺失的屏障。
- v. 制定改進措施。
- vi. 評估改進措施的有效性。
- vii. 實施和監控。

3. 【步驟三—尋找根本原因】的注意事項

- a. 是否已經找到了根本原因？
- b. 當此原因不存在時，問題還會發生嗎？
- c. 若原因被矯正或排除，還會因為相同原因再發生問題嗎？
- d. 若原因矯正或排除後，還會導致類似事件發生嗎？

肆、醫療機構行政實務

一、基層醫療院所實務上之困難與因應建議

1. 困難

- a. 通常無專責醫療事故關懷小組之單位。
- b. 往往無熟悉根本原因分析之人員。
- c. 對於品質改善專案的推動不熟悉。

2. 因應建議
 - a. 培養機構本身人才：可參與醫策會或各學協會所辦理之課程或工作坊。
 - b. 委由外部輔導：
 - i. 地區醫師公會、專科醫學會提供指導服務(RCA、PDCA)。
 - ii. 醫學中心、區域醫院簽約合作。
- ## 二、小總結
1. 醫預法的目的，在於促進醫病和諧、減少醫療糾紛、保障病人權益、提升醫療品質。
 2. 異常事件根本原因分析(RCA、HFACS)與醫療照護失效模式與效應分析(HFMEA)，均為風險管理重要的技術方法。
 3. 異常事件的分析在於找出系統性的問題並加以改善，以避免事件的再次發生。
 4. 教育訓練、流程改善與善用資訊，是降低醫療錯誤風險的重要關鍵。
- ## 三、醫預法常見Q&A(部分節錄)
1. 醫療機構應於知悉重大醫療事故事件之日起7個工作日內，至系統進行事故發生通報。日期如何、是否有操作型定義？
 - a. 有關重大醫療事故事件通報時間原規劃以事件發生日起算，惟考量醫療機構實際運作情形，故改以【知悉日起算】。工作日之計算係依據行政院人事行政總處公告之政府行政機關辦公日曆表上班日為準。
 2. 有關重大醫療事故通報與通報後之時間如何採計？
 - a. 事故事件知悉日起7個工作日內須完成事故發生通報，以【通報當天為第0天】，往後計算45日內即為須完成根本原因分析及改善方案，並於系統完成通報之時間。此時間【不因資料退、補件而重新計算】。
 3. 事件若同時符合通報「TPR」、「重大醫療事故通報」及「生產事故通報」之條件是否需重複通報？
 - a. 【醫預法及生產事故】屬於「強制性通報案件」，若該事件同時符合兩者的通報定義與傷害程度，則【皆須】於相關平台進行通報；另已於前述系統通報之案件，仍鼓勵至TPR系統通報。
 4. 當醫療機構發生重大醫療事故時，該如何進行通報？
 - a. 至醫療事故通報平台(<https://www.mars.mohw.gov.tw/mars/index.html>)，點選「重大醫療事故通報系統」欄位的「帳號申請」方框完成申請，待帳號申請完畢後即可登入進行通報。
 5. 醫院附設護理之家、長照中心、養護機構等機構，如發生醫療事故是否需進行通報？
 - a. 依據醫預法第34條，適用機構為「醫療機構」，於本法定義為「醫院及診所」；醫院附設護理之家或護理所類型屬於「護理機構」，故【不需進行重大醫療事故事件通報】，如有病安事件建議至「台灣病安通報系統(TPR)」進行通報。惟若有危害公共衛生及安全，或有發生之虞時，中央主管機關得組成專案小組進行調查。
 6. 法院事後調查，請問是否須配合提供RCA資料，抑或可以拒絕提供調查報告之內容？
 - a. 依據醫預法第34條第3項「不得於醫療爭議本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎」，故得不予提供RCA報告資料，如有疑義可洽衛福部諮詢。
 7. 通報後的資料有哪些人可以看到或運用？
 - a. 通報資料僅限主管機關、受託法人中的工作小組成員及審查委員審閱使用。另依重大醫療事故通報及處理辦法第9條規定，通報資料經去識別化處理，無從識別特定當事人及醫療機構後得製成教育材料建立共同學習資料庫。
 8. 醫療機構如何得知有民眾自主通報？
 - a. 民眾於醫療事故自主通報系統通報後，將由受委託執行單位進行受理，並將以函文方式通知醫事機構提供相關資料。
 9. 發生於112年或以前之事件是否需補通報？
 - a. 本法施行自113年1月1日起，故適用範圍為【發生時間於法規施行後者】，始需要通報。
 10. 複合式醫療事故發生時，醫療機構在執行根本原因分析時會視為一起事件完成一份報

告，應如何進行重大醫療事故通報？

- a. 醫療機構啟動根本原因分析時，建議需針對錯誤情形分別收集分析並擬定改善對策；惟通報重大醫療事故時，【請依據錯誤情形分案進行】事故發生通報及根本原因分析及改善方案通報。

11. 醫預法第35條專案調查後之調查報告公開方式為何？

a. 調查報告經中央主管機關核准後，將公告於以下路徑：

- i. 衛生福利部：醫事司 > 公告訊息專區。
- ii. 病人安全資訊網：醫療事故通報 > 醫療事故專案調查報告專區。

生產事故通報與品質改善

主講人：詹德富 主任（高雄醫學大學附設醫院醫品病安管理中心）

壹、生產事故救濟

一、生產事故救濟條例

1. 立法精神與特色

- a. 普世原則：中華民國【國民及其外籍配偶】皆適用。
- b. 強化關懷。
- c. 不責難精神。
- d. 通報查核：醫療機構必須於發生生產事故事件【次月10日前】進行通報。
- e. 減少訴訟：依第11條規定，同一生產事件民眾提起自訴或告訴者，屬救濟【排除】條款。
- f. 風險管控。

2. 重要子法

- a. 生產事故救濟作業辦法(延伸自救濟條例第8-2條)
 - i. 重大傷害定義(第6-2條)。
- b. 生產事故通報及查察辦法(延伸自救濟條例第22-3條)
 - i. 重大生產事故定義(第2條)。
 - ii. 風險管控機制內容(第3條)。
 - iii. 生產事故事件通報內容(第4條)。
 - iv. 經審定屬重大生產事故需進行根本原因分析及改善(第5條)。

3. 生產事故依影響對象、週數、傷害情況判斷是否須通報

- a. 傷害情況－即因生產所致之重大傷害或死亡結果
 - i. 身心障礙程度中度以上。
 - ii. 子宮切除致喪失生殖機能。
 - iii. 其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之傷害。

b. 受影響對象

- i. 產婦：妊娠期間(20週)及妊娠終止後42天內。
- ii. 胎兒：妊娠週數28週以上。
- iii. 新生兒：妊娠週數28週以上，分娩後1個月內。

4. 重大生產事故定義及通報條件

a. 重大事故定義

- i. 剖腹產手術後，在產婦體內遺留異物。
- ii. 以不相容之血型輸血。
- iii. 錯誤藥物處方致產婦永久喪失肢體重要機能或死亡。
- iv. 其他經中央主管機關認定者。

b. 通報時效：醫療機構或助產機構應於生產事故事件發生後之【次月10日前】。

- i. 若同時符合醫預法要件，兩系統皆須同

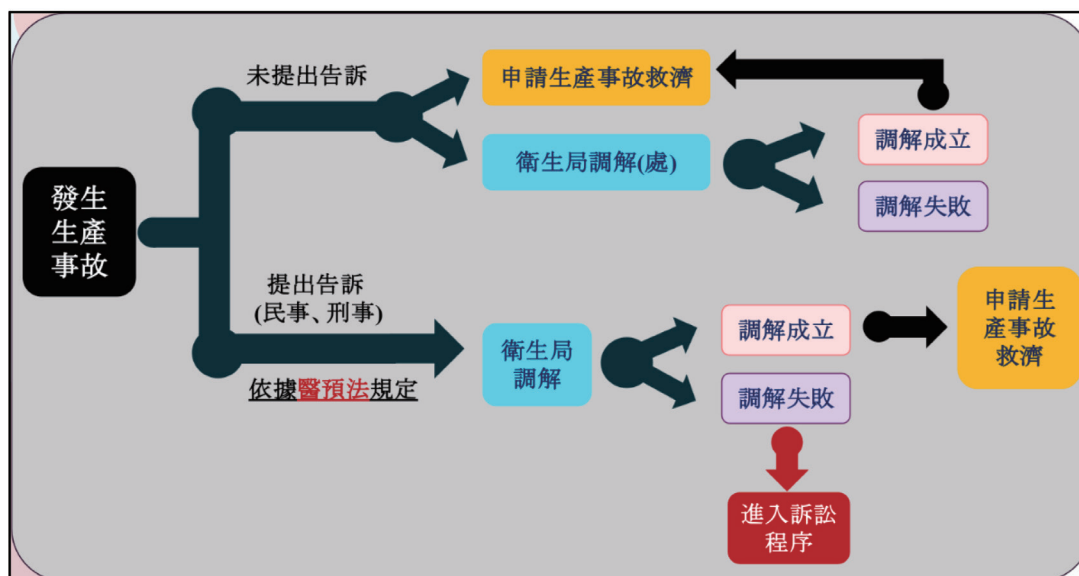


圖2 救濟申請流程圖。

時通報。

5. 重大生產事故根本原因分析規定

- 根本原因分析：【醫療機構及助產機構】應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。
- 報告繳交時限：生產事故事件經前項審議會審定屬重大生產事故事件者，中央主管機關應通知醫療機構或助產機構於【60日內】完成根本原因分析並提出改善方案。
- 不責難法條：重大生產事故事件分析根本原因內容，不得作為司法案件之證據。

二、救濟申請流程(圖2)

貳、生產事故根本原因分析及改善分析報告

一、改善報告內容

- 事件相關背景資料。
- 事件發生經過。
- 時間序列及差異分析。
- 原因分析
 - 近端原因：可使用人為因素分析和分類系統(HFACS)或魚骨圖等工具。
 - 根本原因：可使用原因樹分析等工具。
- 改善方案。
- 學習重點。

二、各類別生產事故前五大事故原因(圖3)

三、婦產科常見的六大風險及相關方案

- 藉由美國Alliance for Innovation on Maternal Health(AIM)發表之孕產婦安全組合式照護(maternal safety bundles)中的四大領域(domains)，發展出本國六大風險管控重點(診所版、醫院版)。
 - 【六大風險】
 - 妊娠高血壓、子癲前症。
 - 植入性胎盤、前置胎盤。
 - 胎盤早期剝離。
 - 羊水栓塞、靜脈栓塞。
 - 胎兒窘迫。
 - 產後大出血。
 - 管控重點
 - 事前準備。
 - 辨識與預防。
 - 緊急應變。
 - 檢討與學習。
- 推動「周產期照護網絡計畫」
 - 高危險妊娠產前轉診合作及補助協議。
 - 新生兒外接及加護照護服務。
 - 建置網絡內血庫調度中心。
 - 定期進行個案討論並提出改善措施。
 - 同時辦理開放醫院模式，讓產婦可在基層

	孕產婦死亡	子宮切除	新生兒死亡	新生兒重大傷害	胎兒死亡
1	子宮收縮不良/產後大出血/瀰漫性血管內凝血症(DIC) 29.7%	子宮收縮不良/產後大出血/瀰漫性血管內凝血症(DIC) 69.4%	胎兒窘迫(產前窒息、產程胎兒窘迫) 60.6%	胎兒窘迫(產前窒息、產程胎兒窘迫) 53.2%	不明原因死胎(子宮內胎兒死亡) 39.7%
2	羊水栓塞 26.4%	植入性胎盤 42.4%	胎盤早期剝離 26.8%	腦部異常(包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血) 23.0%	臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故 27.4%
3	血管栓塞/肺栓塞 18.2%	前置胎盤 23.2%	肺高壓/肺出血/肺擴張不全/呼吸窘迫 16.5%	胎便吸入症候群/羊水胎便染色 19.4%	胎盤早期剝離 20.7%
4	妊娠高血壓 17.6%	妊娠高血壓 4.1%	胎便吸入症候群/羊水胎便染色 15.1%	肺高壓/肺出血/肺擴張不全/呼吸窘迫 17.3%	高血壓/妊娠高血壓 13.6%
5	不明原因心跳停止/突發性休克 10.8%	子宮破裂 3.2%	腦部異常(包含缺氧缺血性腦病變、腦部出血) 13.4%	胎盤早期剝離 12.2%	胎盤功能不全 12.1%

圖3 各類別生產事故前五大事故原因(資料來源：2023年度生產事故救濟報告)。

診所進行產檢，但可至醫院進行生產，使診所與執行醫院的服務與設施結合，產婦獲得連續完善的共同照護。

3. 參考歷年事故通報與原因分析

a. 台灣婦產科醫學會推出「安產御守小卡 ROPE(Reduce Obstetric Pulmonary Embolism)」。

b. 生產事故事件通報及品質輔導計畫專案小組委員研議發展出「111年度產後大出血組合式照護查檢清單」及「112年度妊娠高血壓及子癲前症組合式照護查檢清單」。

4. 推動國內孕產兒安全

- 台灣呼應WHO提倡「提升孕產兒安全」，納入醫療品質及病人安全工作目標。
- 111至112年度醫療品質及病人安全工作目標，新增「維護孕產兒安全」。
- 112年病人安全週亦將推動主題訂為「孕產安全·你我共守」。
- 113年度持續推廣「孕產兒安全」。

5. 定期舉辦品質改善及教育訓練課程。

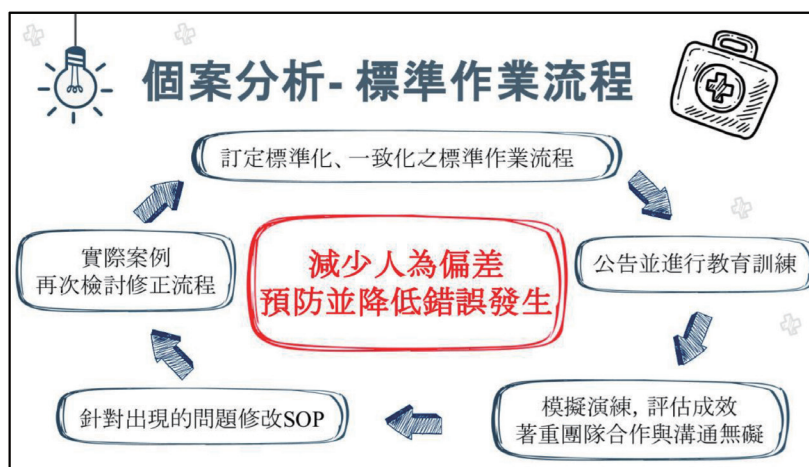


圖4 個案分析—標準作業流程。

6. 通報資料運用與學習

- 由專家運用生產事故事件通報資料及實地輔導案例撰寫：
 - 衛福部「台灣病人安全資訊網—警示訊息／學習案例」，截至114年1月已累計有22篇學習案例可供下載學習。
 - 生產事故救濟報告—生產事故學習與改善／警示訊息／學習案例摘要。
- 個案分析與標準作業流程之循環(圖4)。