

病人安全 相關法律 與倫理責任

蔡秀男 醫師/法律碩士

中華民國護理師護士公會全國聯合會
112年「護理倫理暨法律研討會」





泌尿科 - 蔡秀男主任

學歷：

- 高雄醫學大學醫學士/藥學士
- 高雄醫學大學臨床醫學碩士
- 國立高雄大學法律碩士
- 中山大學公共事務管理研究所博士班



經歷：

- 高雄醫學大學泌尿科總醫師
- 高雄市立聯合醫院泌尿科主治醫師
- 高雄市立婦幼醫院泌尿科主治醫師

專長：

攝護腺肥大/尿路結石/泌尿道感染/性功能障礙/排尿障礙/
血尿/頻尿/尿失禁/膀胱過動症/間質性膀胱炎/包皮疾病/
疝氣/陰囊及鼠蹊部腫塊/泌尿系統腫瘤/K他命膀胱病變

門診時間：

星期	一	二	三	四	五	六
上午		◎		◎	◎	
下午						
夜診		◎				

○看診開始時段
上午09:00；下午14:00；
夜診18:00起。

- 看診前90天內均可預約
- 請攜帶身分證及健保卡

○107年7月9日起開始看診

○本表僅供參考，如有變更，以診室外公告為準

掛號APP
下載



預約掛號：07-7151932

尊重生命，追求卓越





高雄民生醫院泌尿科主打星
泌尿疾患聖手

蔡秀男

民生醫院泌尿科主任

專長 攝護腺肥大/尿路結石/泌尿道感染/
性功能障礙/排尿障礙/血尿/頻尿/
尿失禁/膀胱過動症/間質性膀胱炎/
包皮疾病/疝氣/陰囊及鼠蹊部腫塊/
泌尿系統腫瘤/K他命膀胱病變

學歷 高雄醫學大學醫學士/藥學士
高雄醫學大學臨床醫學碩士
國立高雄大學法律碩士
中山大學公共事務管理研究所博士班

經歷 高雄醫學大學泌尿科總醫師
高雄市立聯合醫院泌尿科主治醫師
高雄市立婦幼醫院泌尿科主治醫師

門診時間

每周二、四、五 上午診
每周二 夜診





台灣本土醫療溝通調解學

如何善用醫糾爭點整理與關懷調解之技巧？



前言	“醫運大同篇”	《99%的醫護病家都是善良的！》	
一	What	台灣醫療糾紛處理與醫療崩壞的困境？	醫法倫十大趨勢
二	Why	為什麼台灣醫病關係會惡化衝突？	MBA十大流程
三	How Dg	如何快速進行爭點整理？	爭點整理三段論
四	How Tx	如何快速化解醫療糾紛？	ICM十大策略
五	How Cr	如何關懷醫病趨吉避凶？	十大溝通技巧
六	How Md	如何溝通調解化解危機？	NBC, IPI, MLE
七	How Tr	如何訓練關懷調解員 (mediator)？	Vit TCM
八	How Rv	如何改革醫糾處理機制？	MOSTA
結語	醫病雙贏：	《99%的醫療糾紛都是可以避免或化解的！》	

全方位危機管理模式 (Dr. Nan)

順勢策略

MOSTA

策略行動管理

利O

E

趨吉策略

TDM

全方位危機處理

弱W

S

全方位
危機管理

強S

U

避凶策略

LAI

學習應變正向管理

害T

D

隨緣策略

TCM

團隊溝通管理

風險管理與預防模式 (Nan)

Prevent	預防 改善	順勢隨緣 避凶趨吉	策略規劃 MOSTA
Report	通報 傾聽	訊息通暢 團隊溝通	預警機制 RPT
Respond	應變 回應	學習應變 正向管理	TDM 爭點整理 LAI
Recovery	復原 療癒	關懷 輔導 協調 調解	TCM 關懷調解

病人安全管理目標

年度	107-108年病安目標	107-108年病安策略
目標一	提升醫療照護人員間的有效溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實<u>醫療人員交接班</u> 2.落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 3.落實放射、檢查、檢驗<u>報告之危急值或病理報告等</u>其他重要結果及時通知與處理
目標二	落實病人安全事件管理	<ol style="list-style-type: none"> 1.營造<u>機構病人安全文化風氣</u> 2.<u>評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險</u> 3.<u>落實醫材不良事件通報機制</u>
目標三	提升手術安全	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實<u>手術辨識流程</u>及安全查核作業 2.<u>落實手術輸、備血安全查核作業</u> 3.提升<u>麻醉照護品質</u> 4.<u>預防手術過程中不預期的傷害</u>
目標四	預防病人跌倒及降低傷害程度	<ol style="list-style-type: none"> 1.提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 2.<u>評估及降低病人跌倒風險</u> 3.跌倒後檢視及調整照護計畫 4.落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導

避免手術麻醉風險 執行策略

一、落實手術辨識流程及安全查核作業

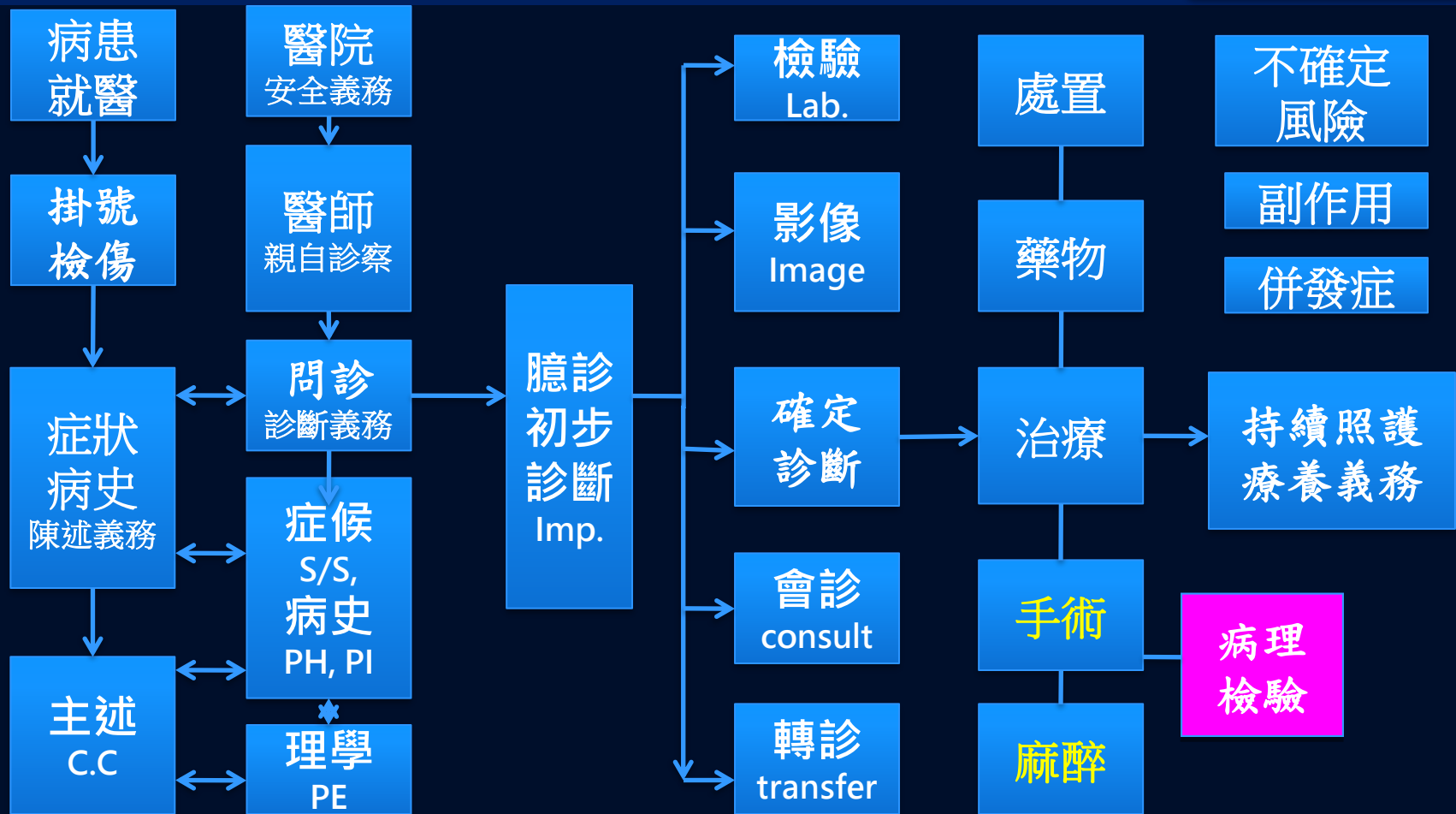
二、落實手術輸、備血安全查核作業

三、提升麻醉照護品質

四、預防手術過程中不預期的傷害

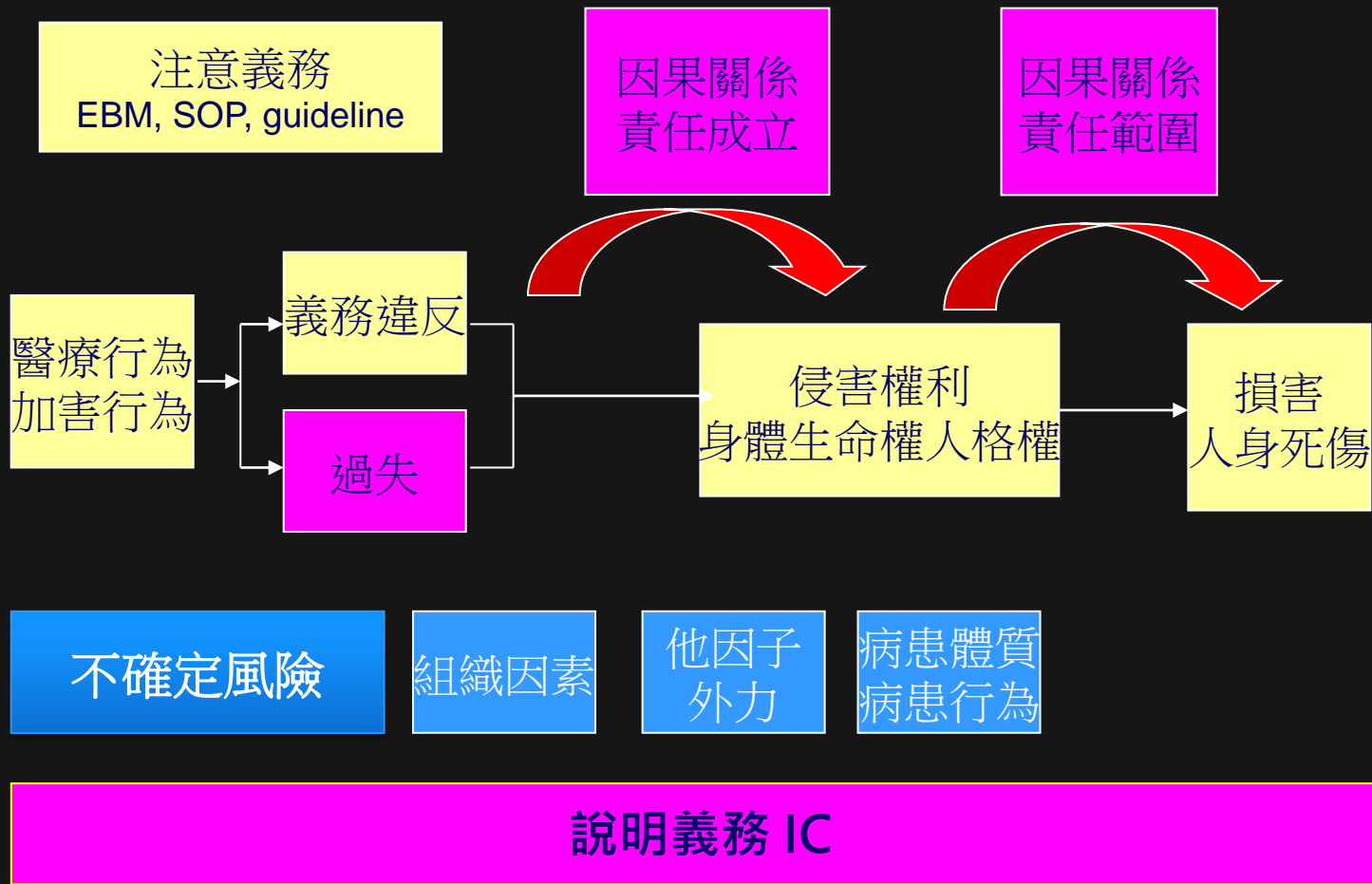
醫療行為分析圖

By Tsai Hsiu-Nan



說明義務 IC

法律上爭點整理圖



全方位醫療危機管理模式

TDM&TCM關懷調解策略

- T 爭點整理會議
- C 關懷員工會議
- M 病家調解會議

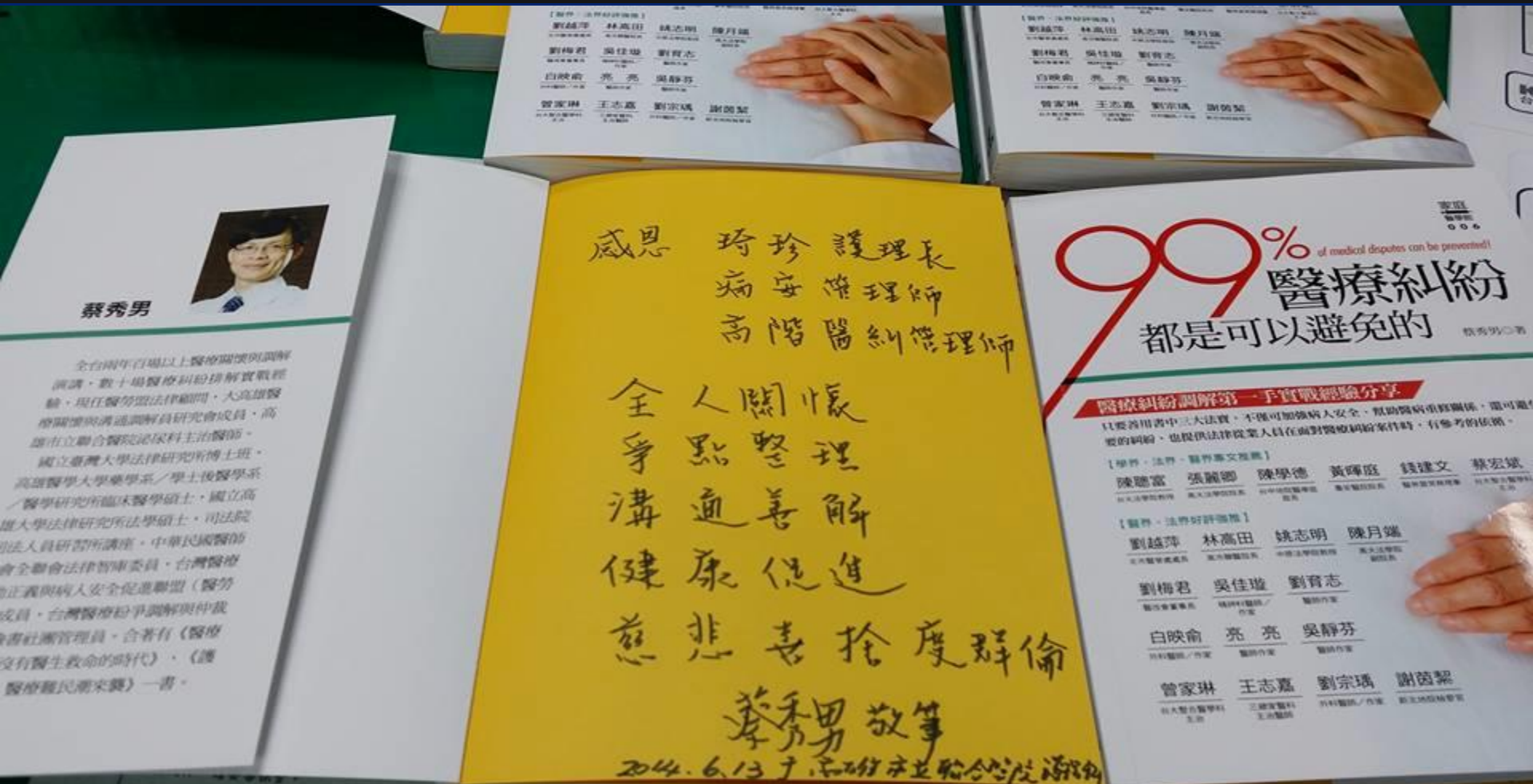
- 1.十大解決問題能力技巧
- 2.十大危機管理策略技巧
- 3.十大心理需求分析技巧
- 4.十大衝突協調關懷技巧
- 5.十大溝通談判應變技巧

三大會議

五大策略技巧

醫療糾紛如何避免？

TCM 16字箴言



法院：(1)促進醫療調解 (2)修復式司法
醫院：(1)爭點整理 (2)醫療關懷調解

司法官訓練所 醫療案件講座



團隊關懷調解會議

Team
Care
Mediation

關懷員：中間
醫院管理方：在右
被關懷方：在左



TDM&TCM關懷調解員訓練

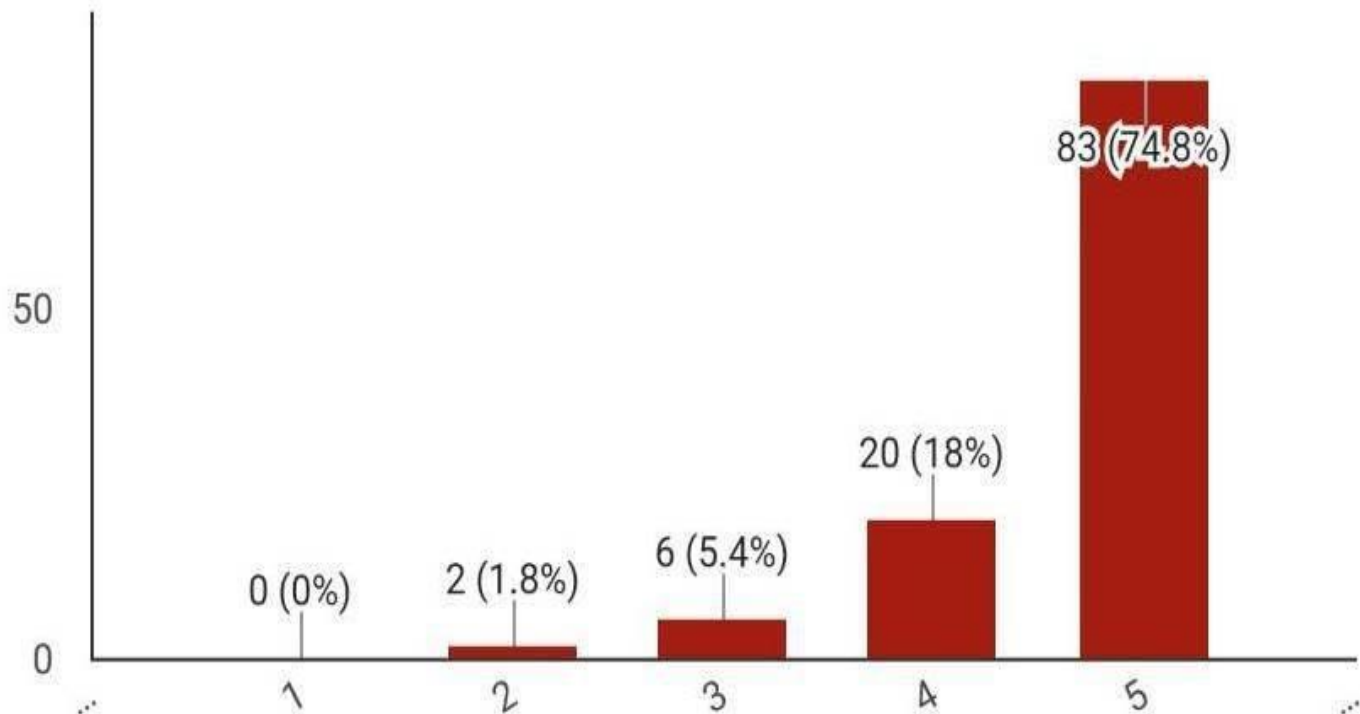
Role Play 角色扮演/實例演練/團隊競賽

- 1. 最佳爭點整理王
- 2. 最佳關懷力
- 3. 最佳調解力
- 4. 最佳聲明稿
- 5. 最佳發言人
- 6. 最佳通報與處理流程

TCM 課程

整體滿意度: 92.8%

19. 對本教育訓練工作坊課程成效之整體滿意度 (111 responses)



18分鐘溝通調解成功!!



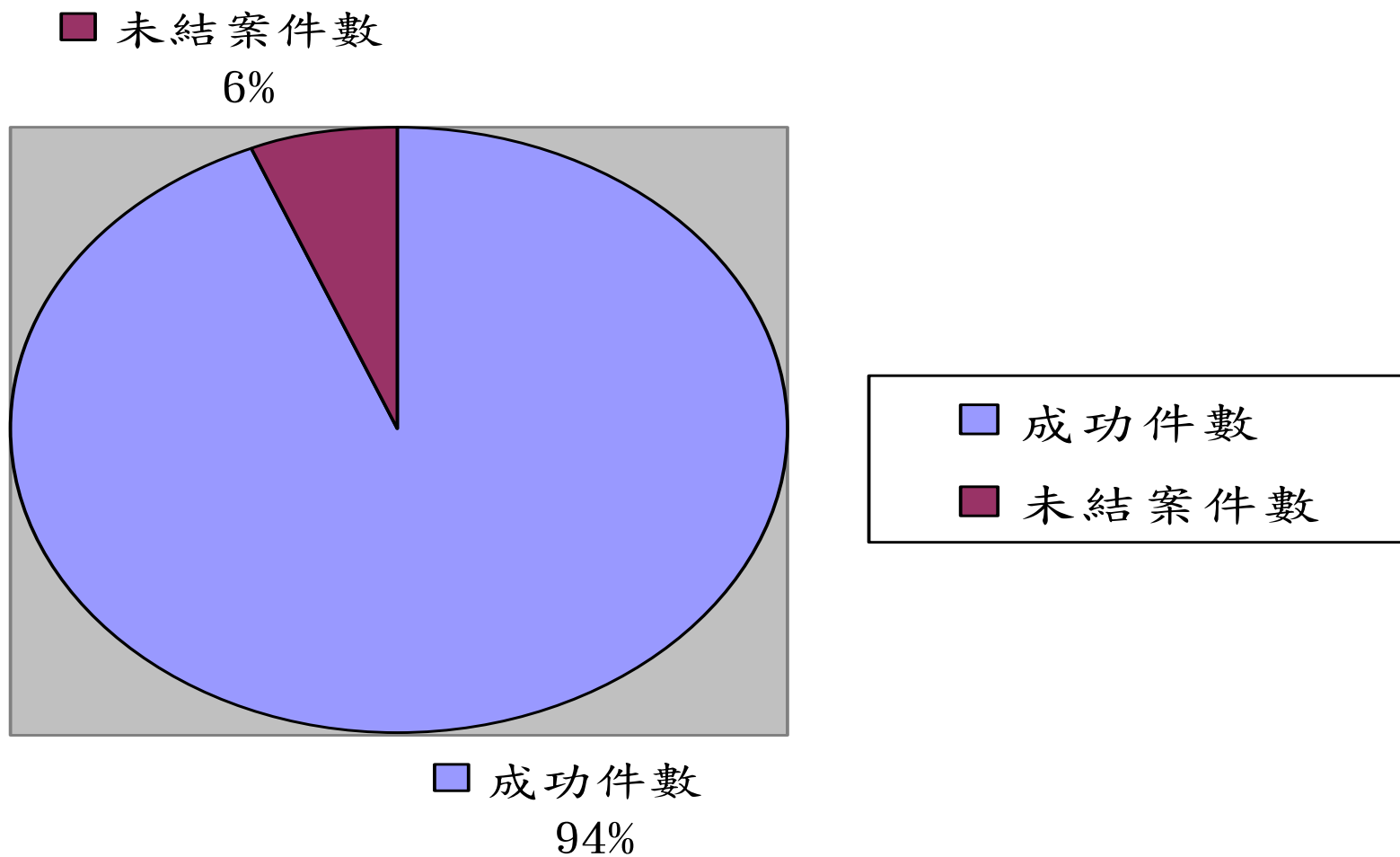
醫勞盟昨舉行研討會，高雄市立聯合醫院泌尿科醫師蔡秀男（右一）演講指出，該院醫療關懷調解小組今年6到10月共處理18件醫糾，成功率達9成，滿意度達7成。蔡秀男表示，此制度兼顧關懷病人和員工、有助醫院改善系統錯誤，而且調解員具溝通專業，最長80分鐘、最短18分鐘就能使雙方和解，包括病人死亡、用藥安全都有成功經驗，醫院員工面臨暴力

時，也能充分發揮支持力量。

台大醫院創傷醫學部醫師林子忻（右三）表示，健保對醫院約束力極大，也是醫糾風險來源，我國補償制度應通盤考量健保制度和醫院管理責任，不能全叫醫師負責。立委田秋堇（左三）承諾在任期最後兩年，力拼將《醫療糾紛處理與醫療事故補償法》三讀通過。

（圖文：記者邱宜君）

關懷調解成功率：94%



醫策會 BTS 示範演練

TDM & TCM (2015/9/7)



國外論文發表:TCM



The care-mediator team for providing alternative dispute resolution and promoting workplace health in a Taiwan hospital.

Hsiu-Nan TSAI, Chi-Chen Huang, Shu-Lin Chen, Hwei-Mei Wu, Hui-Fang Huang
Kaohsiung Municipal United Hospital, Kaohsiung City, TAIWAN, R.O.C.

Introduction

Medical dispute and communication conflict are two important factors to increase workplace stress in hospital.

Alternative dispute resolution (ADR) refers to techniques used to resolve conflicts without going to the courtroom. As healthcare and malpractice costs continue to rise, there is growing interest in tactics such as early apology, mediation, and arbitration in the medical field.

When properly implemented, ADR has an excellent track record of avoiding litigation, decreasing overall cost, and increasing satisfaction among both plaintiffs and defendants

Purpose / Methods

From Jan. 2013 to Nov. 2013, we have established the first mediator training team in Taiwan, in order to promote the care, communication and mediation for medical disputes and organization communication.

The mediator training team provides intra-hospital mediator program (CTM, care-mediator team), not only care for patient and family, but also care for medical colleagues.

The members of the mediator team include hospital managers, risk managers, experienced nurses, social workers, patient safety managers, family medicine physicians, psychiatrists, psychologists, legal professionals and volunteers.

Results

We have practiced care and mediation program for 20 disputes cases, such as labor disputes and mediation, sexual harassment, drug safety, and patient deaths. After fast response meeting for issue analysis, we will hold a care meeting for medical staff and patient.

Furthermore we will hold a neutral third-party mediation meeting by trained mediators to promote the communication and resolution for medical disputes. The preliminary data report that out care-mediator team achieve 94% success rate to avoid litigation. And the satisfaction rates is high (81%) among patients, family and healthcare workers. The organization culture and atmosphere are also improved.

Conclusions

Is Alternative Dispute Resolution Useful in Health Care? The answer is positive. Traditionally, the most informal form of ADR is negotiation. This is simply a meeting between the two parties to discuss the conflict and seek to achieve some type of resolution. Besides, mediation is a negotiation that is facilitated by a neutral third-party mediator.

According to the literature, early apology and disclosure programs report 50% to 67% success in avoiding litigation. Mediation boasts 75% to 90% success in avoiding litigation, and 90% satisfaction rates among both plaintiffs and defendants.

ADR has the potential to help reform the medical dispute resolution system, reducing cost and increasing both parties' satisfaction.

In conclusion, the CTM program (care-mediator team) provides a better strategy for medical dispute resolution, promoting health for healthcare workers and improving the organization culture.



Table: National Conference on medical dispute and mediation.



Fig. Care-mediator team for issues analysis, care for patients and medical colleagues, and medical mediation.

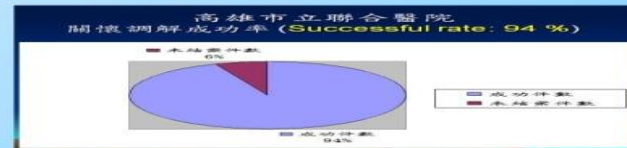


Fig. The care-mediator team achieves 94% success rate to avoid litigation.

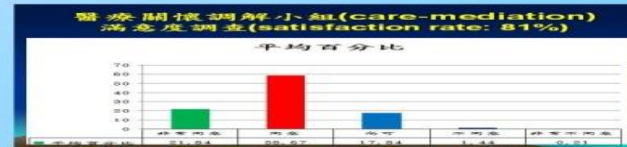


Table. The satisfaction rate is high (81%).



Fig. Newspaper reported the efficacy of out care-mediator team.

105-106年 v.s 107-108年目標修訂概要

- 107-108年 8 項病安年度目標⁽¹⁾維持與 105-106 年目標項目同。

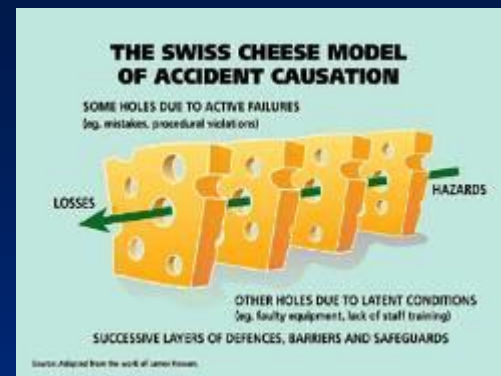
年度	107-108年病安目標	107-108年病安策略
目標一	提升醫療照護人員間的有效溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實<u>醫療人員交接班</u> 2.落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 3.落實放射、檢查、檢驗<u>報告之危急值或病理報告等</u>其他重要結果及時通知與處理
目標二	落實病人安全事件管理	<ol style="list-style-type: none"> 1.營造<u>機構病人安全文化風氣</u> 2.<u>評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險</u> 3.<u>落實醫材不良事件通報機制</u>
目標三	提升手術安全	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實<u>手術辨識流程</u>及安全查核作業 2.<u>落實手術輸、備血安全查核作業</u> 3.提升<u>麻醉照護品質</u> 4.<u>預防手術過程中不預期的傷害</u>
目標四	預防病人跌倒及降低傷害程度	<ol style="list-style-type: none"> 1.提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 2.<u>評估及降低病人跌倒風險</u> 3.跌倒後檢視及調整照護計畫 4.落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導

105-106年 v.s 107-108年目標修訂概要(2)

- 107-108年 8 項病安年度目標維持與 105-106 年目標項目同。

年度	107-108年病安目標	107-108年病安策略
目標五	提升用藥安全	<ol style="list-style-type: none"> 1.推行病人用藥整合(Medication Reconciliation) 2.加強使用高警訊藥品病人的照護安全 (1)化學治療藥品、(2)抗凝血劑 (3)降血糖針劑、(4)類鴉片止痛藥品 3.加強輸液幫浦使用安全
目標六	落實感染管制	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實手部衛生遵從性及正確性 2.加強抗生素使用管理機制 3.推行組合式照護(care bundles)的措施，降低醫療照護相關感染 4.定期環境清潔及監測清潔品質 5.建立醫材器械消毒或滅菌管理機制
目標七	提升管路安全	<ol style="list-style-type: none"> 1.落實管路正確置放之評估機制 2.提升管路照護安全及預防相關傷害
目標八	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	<ol style="list-style-type: none"> 1.提供民眾多元參與管道，鼓勵民眾關心病人安全 2.推行醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM) 3.提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

醫療錯誤發生的模式



異常事件通報管理 提升病人安全

收集及分
析不良/
異常事件

通報

由錯誤
中學習

分析、學習

改變臨床
或系統作
為以減少
危險因子

改變

to improve patient safety by reducing the risk of harm through errors!

避免手術麻醉風險 執行策略

一、落實手術辨識流程及安全查核作業

二、落實手術輸、備血安全查核作業

三、提升麻醉照護品質

四、預防手術過程中不預期的傷害

Root Cause Information for Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events Reviewed by The Joint Commission

(Regardless of the magnitude of the procedure)

2004 through 2015 (N=1215) <i>The majority of events have multiple root causes</i>	
Leadership	1656
Human Factors	1335
Communication	1319
Assessment	509
Information Management	490
Operative Care	400
Physical Environment	124
Patient Rights	72
Anesthesia Care	64
Health Information Technology-related	48

The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these root cause data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of root causes or trends in root causes over time.

一、落實手術辨識流程及安全查核作業

病人辨識

- **主動詢問**病人辨識身份及手術部位的問題。
- 使用至少**二種**以上資料辨識病人身分。

手術部位標記及辨識

- 手術前與病人共同確認手術部位並做標記。
- 落實手術部位標記及辨識。
- 手術前資料需完備。

手術安全查核

- 研訂術前準備查核表。
- 重症病人運送手術室應有相關檢查機制，並確實交班。
- **手術前確認病人是否有藥物過敏史及各項足以影響手術安全之病史。**
- 於不同時機確認病人身分及手術部位
- **劃刀前time-out!**
- **多節段手術**應確認手術部位。
- 備血及輸血應有**雙重核對**之標準作業流程，並留下記錄。
- 縫合前/後應清點手術器械等。
- 轉送恢復室，應交班說明注意事項

手術安全查核項目

應包括：術前照護、病人運送、擺位、感染管制、各項衛材之計數、儀器設備、放射線使用、正確給藥、輸血、檢體處理及運送等安全作業

術前準備查核表

- 是否禁食、移除項目、皮膚清潔、灌腸、備血等
- 對不同手術之特殊準備項目是否攜帶
- 手術及麻醉同意書
- 是否完成手術部位標示

重症病人運送手術室前

- 隨行人員
- 呼吸器之設定
- 各類監視器、幫浦、管路之種類及數量
- 使用中藥物之劑量

手術前

- 確認病人是否有藥物過敏史、持續服用抗凝血藥物、血小板過低、貧血、及其他足以影響手術安全之病史等

劃刀前

- **作業靜止期(time-out)**

手術中

- 備血及輸血雙重核對之標準作業流程
- 留下記錄

傷口縫合前及縫合後

- 清點手術器械、紗布和針頭等

病人離開手術室送至恢復室之前確實交班

- 在恢復室和治療期間的主要注意事項
- 提出手術過程中有無任何設備問題

檢體容器

- 有至少二種屬於病人的基本辨識資料
- 有雙重核對之標準作業流程

手術安全查核表

麻醉誘導前

(Before induction of anaesthesia)

(參與者：護理人員/麻醉人員)

- 是否已確認病人資料、手術部位、手術名稱，以及麻醉/手術同意書？
 是
- 手術部位是否已標示？
 是 不適用
- 是否已完成麻醉設備與藥物安全評估之查檢？
 是
- 是否已確認血氧飽和濃度儀已安裝且功能正常？
 是
- 病人是否有：
已知的過敏？
 否 是
發生困難插管或吸入性肺炎的風險？
 否
 是，已備有儀器設備或後援
失血量超過500ml (孩童7ml/
kg) 的可能？
 否
 是，已具有至少兩條靜脈/中央靜
脈導管之準備並備妥適當之輸液

劃刀前

(Before skin incision)

(參與者：護理人員、麻醉人員、主刀醫師)

- 確認手術團隊成員認識彼此的姓名與角色
- 手術醫師、麻醉人員及護理人員共同
 頭確認病人的姓名、手術部位、手術名稱
- 是否已在劃刀前60分鐘內給予預防性抗生素？
 是 不適用
- 重要事項評估：
手術醫師：
 確認有無急迫或非原訂計畫的手術步驟
 評估手術時間
 預期失血量為何
麻醉人員：
 確認病人有無應注意之特殊狀況
護理人員：
 確認無菌區內所有用物已完成滅菌
 確認器械無異常
- 是否已確認與手術相關的影像資料？
 是 不適用

病人送出手術室前

(Before patient leaves operating room)

(參與者：護理人員、麻醉人員、主刀醫師)

- 由護理人員與手術團隊共同
 頭確認下列事項：
- 手術名稱已記錄
 - 手術器械、紗布與針頭清點數量正確 (或本項不適用)
 - 手術檢體已正確標記
 - 有無發生應做後續處理的設備問題
- 由手術醫師、麻醉人員與護理人員共同確認事項：
- 病人麻醉恢復與術後照護的注意事項

註：本查核表是依據世界衛生組織2009年Surgical Safety Checklist (第2版) 製作。本表僅供參考，不代表所有的應查核項目，各醫療機構可自行增修，製作合用之查核表。

二、落實手術輸、備血安全查核作業

麻醉前

- 麻醉科醫師應評估是否有**凝血異常及高失血量之風險**。
- 手術及麻醉醫師應共同確認手術中是否有**大量出血的可能性**，並確認血庫的相關**血品是否準備充足**。

手術前

- 手術醫師應評估是否有**凝血異常及高失血量之風險**。
- 手術及麻醉醫師應共同確認手術中是否有**大量出血的可能性**，並確認血庫的相關血品是否準備充足。
- 若有**大量出血的可能性**，於手術進行前應先確認是否已建立足夠的輸血通路，並考慮適當使用**減少失血量的方式**進行手術。

Time-Out

- 手術醫師應說出預期失血量，**清楚告知**所有成員。

WHO Guidelines for Safe Surgery 2009

Safe Surgery Saves Lives

The team will recognize and effectively prepare for risk of high blood loss

Recommendations

Highly recommended:

- Before inducing anaesthesia, the anaesthetist should consider the possibility of large-volume blood loss, and, if it is a significant risk, should prepare appropriately. If the risk is unknown, the anaesthetist should communicate with the surgeon regarding its potential occurrence.
- Before skin incision, the team should discuss the risk for large-volume blood loss and, if it is significant, ensure that appropriate intravenous access is established.

Recommended:

- A member of the team should confirm the availability of blood products if needed for the operation.

WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives.
Retrieved from
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/

三、提升麻醉照護品質

麻醉醫師於病人進入手術室前

- 完成術前評估並填妥麻醉前評估表（急診病人除外）。
- 向病人及家屬說明麻醉計畫、併發症及風險。
- 確認病人及家屬已了解方可簽署麻醉同意書。

執行麻醉之人員與教育訓練

- 全身及區域麻醉，應由麻醉專科醫師負責執行或在其全程指導下由麻醉護理師完成。
- 麻醉護理師應受專門訓練，恢復室護理師應受過麻醉或手術後病人恢復照護之專門訓練。

高風險麻醉病人之因應措施

- 應有事先對麻醉團隊提醒之機制。
- 術後對高風險之病人，有對後續照護團隊交班及運送之標準作業流程。

建立病人送出恢復室之標準及流程

- 門診病人手術後出院標準及注意事項。
- 住院及加護病房手術後之病人送出標準流程
- 交班流程。

三、提升麻醉照護品質

3.2 麻醉機、各類監視器及麻醉藥物之管理及使用應建立標準機制

定期檢測麻醉機及基本生理監視器

- 包含心電圖、血壓計、體溫計、電擊器、動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器。

藥品存放及取用機制

- 每位麻醉同仁均清楚麻醉和急救藥品及醫材之存放位置。
- 已抽取藥品均應在針筒上以麻醉藥物標準標籤標示藥名，並註明藥物濃度。
- 注射前有再確認及覆誦的機制。

建立麻醉藥品抽藥準備與黏貼標籤標準作業流程

麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303651512273&Msid=2014122418150911560>)

麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

壹、前言

麻醉科用藥多屬高風險藥物，且常需要在短時間內，甚至緊急情況下，使用多種藥物，並常需預先抽取藥物後備用，故需設計良好的藥物辨識標籤，以確保用藥安全。本作業指引所稱「麻醉藥物標準標籤」即指黏貼於抽取麻醉藥物的注射針筒上之標籤。

貳、目的

藉由建立一致的麻醉藥物標籤格式，利用不同顏色與式樣的標籤，代表不同類別的藥物，以利麻醉照護人員辨識所抽取的藥物，且當照護人員在不同醫療機構間異動時，無需重新熟悉麻醉藥物標籤樣式，以減少給藥錯誤。

參、對象及適用範圍

1. 麻醉照護人員黏貼標籤於抽取藥物的注射針筒上時，應遵守本作業指引，以便在給予麻醉藥物時能清楚辨識該注射針筒內之藥物。
2. 本作業指引所採用的標籤色彩僅是為了幫助識別不同類別的藥物，使用者在給藥前不可忽略辨識標籤內容及確認藥物的步驟。
3. 建議藥物製造商所提供欲黏貼於注射針筒之標籤，其格式亦依照本作業指引。

麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

肆、參考作業指引

一、基本要求

1. 標籤必須為自黏式，在抽取藥物後，合理的使用期間內，當用手碰觸已黏貼之標籤時，標籤須不會輕易移位，且標籤之角落也不能捲曲或翹起。
2. 如果標籤是製作成膠帶的形式，在標籤分割處需事先打洞或有明確標示。如果標籤有背貼，則標籤必須能與相連的標籤及背貼可輕易的分離。
3. 標籤的材質應容許可以在標籤上書寫文字（例如藥物濃度），且書寫後不致模糊不清或形成污跡。

二、標籤格式

1. 標籤的背景顏色及設計應符合 ISO 26825:2008 的規定，請參考附錄及圖例。
2. 拮抗劑：為標示作用相反的藥物，應使用 1 毫米寬的斜條紋，斜條紋之顏色為原促效藥標籤所使用之顏色與白色條紋相互交替。斜條紋應該以 45(±5)度角對應於長軸，從左下角往右上角延伸。藥物名稱背景及下方的斜條紋應省略。如圖例 1。
3. 標籤的大小尺寸：標籤長度介於 25 到 40 毫米，寬度介於 10 至 15 毫米，如圖例 2。

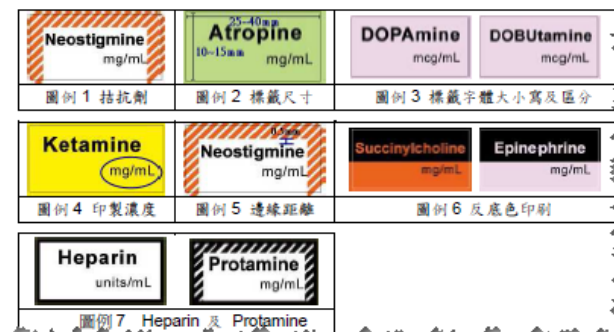
麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

6. Guidelines for the Safe Administration of Injectable Drugs in Anaesthesia, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2009.

柒、附錄

類別	Colour	RGB	CMYK	Pantone System
麻醉誘導藥物	Yellow	255.255.0	0.0.100.0	Process yellow C
鎮定安眠類	Orange	255.102.0	0.60.40.0	Orange 151
肌肉鬆弛劑	Warm red	245.64.41	0.75.90.0	Warm red 805
	Fluorescent red	253.121.86	0.52.65.1	Fluorescent red 811
止痛劑	Blue	133.199.227	37.11.0.11	Blue 297
升壓劑	Violet	222.191.217	0.12.2.13	Violet 256
局部麻醉劑	Grey	194.184.171	0.4.9.24	Grey 401
抗膽鹼藥	Green	163.217.99	21.0.46.15	Green 367
止吐劑	Salmon	237.194.130	0.17.42.7	Salmon 156
其他	White	255.255.255	0.0.0.0	White

圖例













6. Guidelines for the Safe Administration of Injectable Drugs in Anaesthesia, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2009.

柒、附錄

類別	Colour	RGB	CMYK	Pantone System
麻醉誘導藥物	Yellow	255.255.0	0.0.100.0	Process yellow C
鎮定安眠類	Orange	255.102.0	0.60.40.0	Orange 151
肌肉鬆弛劑	Warm red	245.64.41	0.75.90.0	Warm red 805
	Fluorescent red	253.121.86	0.52.65.1	Fluorescent red 811
止痛劑	Blue	133.199.227	37.11.0.11	Blue 297
升壓劑	Violet	222.191.217	0.12.2.13	Violet 256
局部麻醉劑	Grey	194.184.171	0.4.9.24	Grey 401
抗膽鹼藥	Green	163.217.99	21.0.46.15	Green 367
止吐劑	Salmon	237.194.130	0.17.42.7	Salmon 156
其他	White	255.255.255	0.0.0.0	White

圖例

 Neostigmine mg/mL	 25-40 _{mg} Atropine 10-15 _{mg} mg/mL	 DOPamine mcg/mL	 DOBUtamine mcg/mL
圖例 1 拮抗劑	圖例 2 標籤尺寸	圖例 3 標籤字體大小寫及區分	
 Ketamine mg/mL	 Neostigmine mg/mL	 Succinylcholine mg/mL	 Epinephrine mg/mL
圖例 4 印製濃度	圖例 5 邊緣距離	圖例 6 反應色印刷	
 Heparin units/mL	 Protamine mg/mL	圖例 7 Heparin 及 Protamine	

病人安全事件提醒-麻醉監視器警告系統的設定及檢查

No127

2014-A-06

台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

麻醉監視器警告系統的設定及檢查

提醒

麻醉前所有監視器的警告系統需做例行性的查檢、設定及測試，以便在發生異常狀況時提早發出警訊，保障病人的安全。

建議作法

1. 統一設定各類監視器開機後的預設警戒值，及根據工作環境調整的預設警示聲音量。制定監視器警告系統的標準操作手冊，確認所有同仁都能正確執行警告系統的設定調整及開啓關閉。
2. 麻醉前實施例行性的警告系統維護和測試，確保警告系統功能正常，並檢查監視器的警戒上下限值及音量是否符合預設值。麻醉時所有監視器的警告系統必須開啓，事先指定除了某些特殊狀況才能把警告系統暫時關閉（如監視器未與病人接上前、病人躁動不安、電燒干擾等）。
3. 制定警告系統出現警示聲時的處理流程，所有的警報都必需即時回應並處理。因應病人的狀況而需要調整警告系統的設定時，需參考預先訂定的作業指引。
4. 過多的警報會造成照護上的負擔、分散照護者的注意力甚至忽略重要的警訊，

四、避免手術過程中造成的傷害

適當減壓措施，維持良好循環

- 搬動病人時，有足夠人員，動作符合人體工學
- 擺位時，注意病人呼吸及血液供應，保護神經，防止受到不適當的壓力
- 評估手術發生壓力性損傷(**pressure injury**)的危險因子
- 長時間手術病人應執行減壓措施
- 制定監測手術期壓力性損傷發生率計畫

留意熱源及易燃物，避免使用高濃度氧氣

- 易燃性消毒液乾燥後再鋪單
- 注意手術部位洞巾開口之鋪單下的高濃度氧氣聚積情形。
- 電燒前應停止使用笑氣並將氧氣濃度降至**30%**以下至少一分鐘以上
- 氣管切開手術不要使用電刀切開氣管
- 雷射手術時應根據使用之雷射種類選擇專用氣管內管
- 使用電力之手術器械操作注意事項列入標準作業流程並施以教育訓練

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303651512273&Msid=2014122418155031867>)

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

壹、前言

手術火災 (surgical fire) 係指手術過程中引發之火災，發生於手術病人身上，造成病人非預期的傷害。火災發生的三要素包括：熱源 (heat and ignition sources)、燃料 (fuel) 及 氧氣或助燃劑 (oxidizer)。手術中使用之電刀、雷射、電燒為高溫熱源；導管、紗布、無菌單、毛毯、揮發性消毒劑等為易燃物質；氧氣及笑氣 (N₂O) 為助燃劑，因此，手術實為火災發生的高風險環境，應制定安全作業規範，提供手術團隊成員教育訓練，以利營造安全手術環境，落實病人安全目標。

貳、目的

- 一、預防手術火災發生
- 二、降低手術火災造成之傷害

參、適用對象與範圍

手術相關醫護人員、手術室管理人員、手術器材設備維修檢測人員

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

肆、參考指引

一、教育訓練

1. 手術相關人員應接受手術火災預防及管理之教育訓練，且手術團隊成員應明瞭個人在手術中需負責管控的火災三要素，例如：手術醫師管控熱源，麻醉人員管控氧氣及笑氣 (N₂O)，護理人員管控可燃物。
2. 火災應變教育應包含火警察覺、應變編組分工、初期滅火、限制災情、火警通報、訊息傳遞及溝通、緊急疏散路線與病人救護、避難引導等，並進行擬真訓練。
3. 儀器使用人員應詳閱操作規範，並接受儀器操作訓練，包含使用原理、附屬器械、迴路片放置、異常警示內容、簡易障礙排除等，並規定最低訓練時數。

二、術前準備

(一) 儀器準備與監測

1. 手術室儀器定期檢查與維修，檢視儀器機組與配件是否有缺陷，並應有操作手冊、維修檢測記錄與管理及保養規範。
2. 儀器警示系統依操作說明設定並定期監測。
3. 術前查檢各器材確認功能正常並記錄。如器械絕緣握把是否完整、電刀迴路片之大小是否適合病人、是否有破裂、磨損、缺

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

折等不適用情形。

4. 使用電毯或加溫器時，於術前檢視是否有漏電、漏水或破損情形。

(二) 術前作業及手術環境準備

1. 評估鑒別手術部位是否為引發手術火災之高危險部位，如：頭頸部、氣道、消化道等。
2. 術中使用的氧氣濃度越高，手術火災風險越高，所謂高氧環境係指高於 30% 的氧氣濃度或合併使用任何濃度的笑氣 (N₂O)，應視病人需求評估使用的氧氣濃度，一般情況下使用 30% 氧氣濃度即可。
3. 配合術式及手術部位選用合適器械與供氧設備，如頭頸部手術時如需使用電刀時，應避免使用鼻導管 (nasal cannula) 或面罩 (mask) 供應氧氣；氣道內為高氧環境，手術時避免使用電燒；消化道易產氣，避免使用電刀切割；雷射手術時使用專用氣管內管，以防止穿透燃燒。
4. 麻醉時可將紗布浸濕，環繞於口腔或氣切管周圍，減少氧氣及 笑氣 (N₂O) 的外洩。
5. 使用易燃性消毒溶液消毒後，應有足夠的乾燥時間。
6. 鋪設手術布單時應密實，避免留下空間使氧氣或消毒液揮發之

病人安全事件提醒—手術過程發生燒燙傷意外事件

(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510504599019>)

No.63

病人安全事件提醒—手術過程發生燒燙傷意外事件

Patient Safety Alert — Warning Information of Patient Burned in the Surgery

提醒：使用電燒及電刀等引燃物質時，應避免高氧氣濃度環境，以避免發生病人燒燙傷意外。

對象：所有醫療機構/手術相關醫護人員

發布時間：2009年9月

撰寫人：台灣病人安全通報系統工作小組王拔群委員

TPR 通報案例

案例一：病人於術中使用 100% O₂ 單管的氣管內管麻醉，因病人肺部有破洞導致氧氣外漏至圍道空氣中，使用電燒及紗布止血時，手術傷口迸出火花，造成傷口旁燒傷及手術醫師手部燙傷，護理人員及時將著火的紗布擲至地上並以腳踩熄，並以濕紗布覆蓋傷口。術後醫護人員再次確認傷口情形及病人情況後，給予傷口照護並護理交班。

案例二：術中接上電燒線的 grasp forceps 置於病人胸前，因跟刀醫師誤踩電燒踏板，導致病人左側肋緣有兩處約 0.2×0.2cm 的焦黑傷口，發生後檢查 grasp forceps，發現器械握把處有破損，金屬外露。術後於傷口塗抹 erythromycin，續觀察。可能原因：器械握把處有破損，金屬外露，誤踩電燒踏板後，導致病人皮膚電氣灼傷。

案例三：病人因頸部前胸、左右腋下、左右大腿內側身上多處皮膚疔，來院由醫師執行燒灼手術，先完成前胸部手術後續執行右腋下手術，醫師擦拭完酒精性優碘後拿起電燒燒灼，引燃酒精起火。醫師與護士見病人身上着火便

趕緊拍熄，後發現病人身上出現有 8×8 公分皮膚紅腫第一度燙傷，醫師囑由流動護士及刷手護士馬上給予生理食鹽水紗布溼敷約四十分鐘後擦拭燙傷藥膏，傷處包紮後注射 Gentamycin 80mg IM，再由主刀醫師向病人及家屬解釋。

背景說明

美國醫療機構評鑑聯合委員會(The Joint Commission)將「Surgical Fire」定義為外科手術過程中引發火災，造成病人非預期的傷害。火災發生的三要素為熱源(ignition source)、燃料(fuel)及空氣(oxidizer)，在手術室中，熱源包含了電刀、雷射、電燒導電片等；燃料為導管、紗布、氧氣罩、毛毯等可燃物質；空氣如氧氣或麻醉用氣體等助燃物，由此可知，手術室為發生火災的高風險環境。

據統計，美國每年約有 2,260 件醫院火災事件，其中有 20-30 件發生於手術室，手術室火災事件最常發生於頭、頸及呼吸道等三種外科手術，醫院及醫護人員應重視火災預防及管理，營造安全的手術環境，落實病人安全的管理目標。

建議做法

1. 手術相關醫護人員必須定期接受手術過程中火災預防及管理之教育訓練。
2. 手術室器械應定期檢查與維修，檢視儀器機組與配件是否有缺陷。
3. 注意手術室氧氣濃度是否過高，手術時應依病人的生理狀況評估是否需要給予 100%濃度的氧氣，在一般的情況下，只需使用 30% O₂ 即可。
4. 麻醉時可將紗布浸濕，環繞於口腔或氣切管周圍，減少氧氣及易燃麻醉氣體的外洩。
5. 使用 O₂ nasal cannula 或 mask 者為手術火災的高危險群，且發生在臉部的火災將會對病人造成嚴重的傷害，因此在臉部使用電刀時，應避免使用 nasal cannula 或 mask 供應氧氣。
6. 鋪設手術布單時應密實，避免布單之間留有空間，因後者可能會造成氧氣或易燃氣體聚集。
7. 使用易燃性皮膚消毒溶液後，需保留足夠的乾燥時間。
8. 使用電刀或電燒之帶電手術器械，在手術過程中若暫停使用，應關閉電源，並放置於安全護套中，同時留意避免讓病人接觸接地物品，以免造成電流通路。

參考資料

1. Joint Commission (2003). Preventing surgical fires. Retrieved July 30, 2009, from http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_29.htm
2. Practice Advisory for the Prevention and Management of Operating room fires. Anesthesiology. 2008;108:786-801.
3. Podnos YD, Williams RA. Fire in the operating room. Retrieved July 30, 2009,

from <http://www.facs.org/about/committees/cpc/oper0897.html>

4. Emergency Care Research Institute. A clinician's guide to surgical fires:how they occur, how to prevent them,how to put them out. Health Devices. 2003; 32: 5-24.

病人安全事件提醒—電刀或雷射手術時使用含酒精性或易燃性消毒液，應延長乾燥時間。

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122418260735632>

No.11

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

病人安全事件提醒 1

提醒：電刀或雷射手術時使用含酒精性或易燃性消毒液，應延長乾燥時間。

案例描述

林先生於4月1日入院進行頭部脂肪瘤切除，以揮發性消毒液消毒後使用電刀，電刀接觸後頭時突然起火，引起林先生皮膚灼傷。

提醒重點

火災發生必備三個要素包括熱、可燃物和氧氣，即使火災在醫療環境中是很難得發生的，而醫療環境中手術室即具有此三種要素。美國食品藥物管理局(Food and Drug Administration；FDA)與緊急醫療照護研究機構(Formerly the Emergency Care Research Institute；ECRI)的調查顯示，在每年醫院住院手術超過2300萬件及2700萬件的門診手術中，估計每年有大約100場外科的火災導致20位病患重傷和1或2位病人死亡。最易發生的部位為呼吸道(34%)、其次為顱顏部手術(28%)，其他部位手術佔38%。

建議對於任何手術引起的火災，醫療機構應積極的鼓勵通報，針對帶電之手術器械操作注意事項應列入標準作業流程，提醒臨床醫護人員遵行，以達到預防發生手術引起火災的可能性。

1. 在顱顏部手術應評估是否需要使用 100% 氧濃度：

- (1) 大氣中(氧含量 21%)不易燃的材料，當含氧量超過 50%將成為易燃物。一般而言 FiO_2 30%應足以使用，但仍須取決於病患需求。
- (2) 氧較空氣重，易聚集於頭部外科包布區，如 $FiO_2 > 30\%$ 時，儘可能停止 供應氧氣一分鐘以上。

2. 使用含酒精性或易燃消毒液應延長乾燥時間：避免未完全乾燥的消毒液殘留在包布或是手術枱上。

3. 口咽部或使用無氣囊之氣切套管病人：麻醉時可使用濕紗布置於口腔內或氣切套管周圍，減少氧氣自口咽部和肺部逸出，並可避免易燃的麻醉藥漏出。

4. 電燒或雷射手術過程中暫停使用時關閉電源，切勿將探頭置放於包布上，避免引起燃燒。

病安目標相關警示訊息一覽表-手術安全

編號	篇名
11	使用電刀時手術消毒液應延長乾燥時間
17	術後體內遺留異物
63	手術過程發生燒燙傷意外事件
86	給錯麻醉藥物
87	手術後陰道留置紗布未取出
90	手術部位錯誤事件
109	插管相關牙齒傷害之風險管理
119	手術進行過程紗布計數問題
122	麻醉後呼吸迴路阻塞造成病人缺氧
127	麻醉監視器警告系統的設定及檢查
128	新生兒戴錯手腳圈事件
137	緊急手術安排後30分鐘仍未至手術室
141	全靜脈麻醉(TIVA)術中發生給藥管路鬆脫，術後訪視發現病人有術中甦醒 (intraoperative awareness)

Case 1

55% 16:22



貼文



王思斐

6分鐘前 · 圖



【爆料公社】



首PO爆社，不知是否有違規;如有請告知刪文，謝謝..。

文長，謝謝各位耐心看完！！！！
發生地點；台東馬偕醫院

我小兒子因為早產27+3週在9/4出生後；住進兒科加護病房接受檢查及治療，在11/2號轉至新生病房續接受檢查及治療。11/18被醫院告知可以出院回家。

11/18當天辦理完出院後，批價完到藥局領藥。

醫生總共開了三種藥。

1.Domperidon (好像類似胃的消化劑 幫助胃排空他比較不容易吐奶的)

2.FERRVM DROPS(鐵劑 因為喝母乳的小孩比較容易缺鐵)

3.Ursodeoxycholic (肝膽用藥 因為我兒子住院期間長時間使用靜脈營養注射，有膽汁淤積的情況，所以要使用這種藥物)



留言.....





吃藥誤食 濃度高達75%的酒精
至少五毫升

圖文新聞-健康資訊

基隆
19:22
19:18:01

75%酒精混藥粉 7月大男嬰誤食!

最關日用品// 牙刷細菌是馬桶10倍 耳機2倍勝

☑ 食道輕微灼傷



☑ 血液中有酒精

扯 酒精當水 稀釋藥粉餵嬰

12673

建立時間：2017/12/02 05:00



害狂嘔 灼傷喉嚨 台東馬偕致歉

【王文傑／花蓮報導】太離譜！台東馬偕醫院一名早產男嬰日前出院，院方竟提供以75%藥用酒精稀釋的藥粉，導致

台東馬偕醫院高層團隊，快速積極的應變力！

積極面對，誠懇道歉，爭點整理，病安分析檢討，關懷調解，行政通報，媒體公關應變，新聞稿撰寫...

11/30爆料公社出文，果然，媒體追蹤，考驗醫管危機處理緊急應變。

類似系統因素藥安管理藥局管理，各醫院都可能發生，如何應變危機處理TCM值得學習引以為鑑。

《台東馬偕調錯藥 男嬰誤飲酒精醫院道歉！》

[2017-12-01 11:08](#)聯合報 記者尤聰光
／即時報導

台東馬偕醫院副院長張宏昌(中)、藥劑科主任蔡佳靜(左)及兒科主任游昌憲(右)，針...

台東馬偕調錯藥 男嬰誤飲酒精 醫院道歉

讚 466

分享

用LINE傳送



2017-12-01 11:08 聯合報 記者尤聰光／即時報導

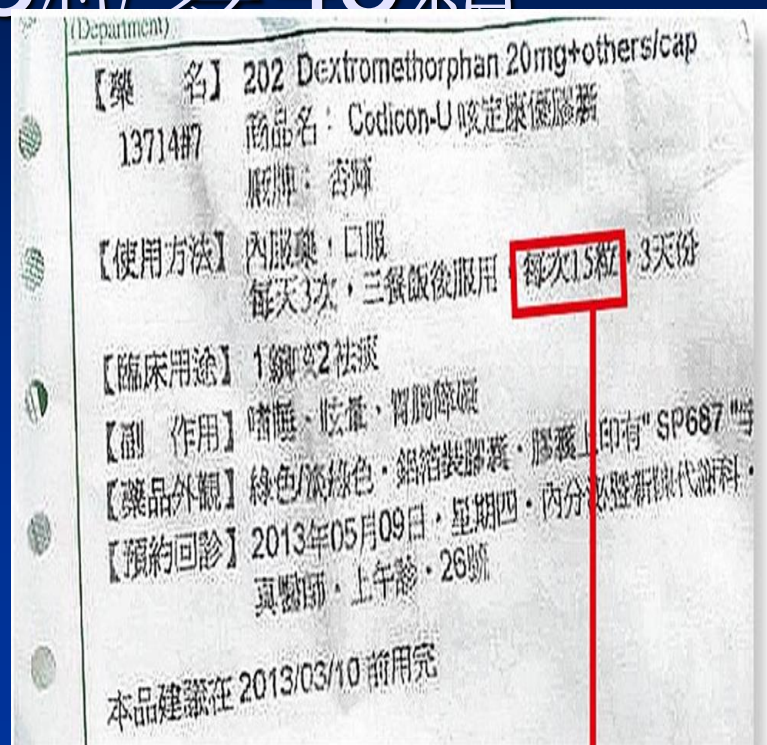


台東馬偕醫院副院長張宏昌(中)、藥劑科主任蔡佳靜(左)及兒科主任游昌憲(右)，針對醫院調錯藥物疏失做說明。記者尤聰光/攝影

Case 2

長庚開錯藥 日服3粒變45顆

- 醫師藥師連環出包 網諷「吃到飽」
- 2013年03月09日
- 【沈能元／台北報導】一名民眾因咳嗽前天到林口長庚醫院看診，返家後發現，醫師開給他3天份共135粒止咳藥，原應日服3粒，竟要求日服45粒，他的鄰居將此藥袋貼上網，網友嘲諷是「吃到飽」。



每次15粒

長庚開錯藥 日服3粒變45顆

(Department)

【藥名】 202 Dextromethorphan 20mg+others/cap
13714#7 商品名：Codicon-U 咳定康優膠囊
廠牌：杏輝

【使用方法】 內服藥，口服
每天3次，三餐飯後服用 **每次15粒**，3天份

【臨床用途】 1. 鎮咳 2. 祛痰

【副作用】 嗜睡、眩暈、胃腸障礙

【藥品外觀】 綠色/淡綠色，鋁箔裝膠囊，膠囊上印有"SP687"字

【預約回診】 2013年05月09日，星期四，內分泌暨新陳代謝科，
真醫師，上午診，26號

本品建議在 2013/03/10 前用完

每次15粒

Case 3

醫院給錯藥 香港腳藥抹嘴爛 2008/04/04



Case4

偽藥事件之危機管理



面對醫藥大戰， 如何改變醫藥合作改革健保？

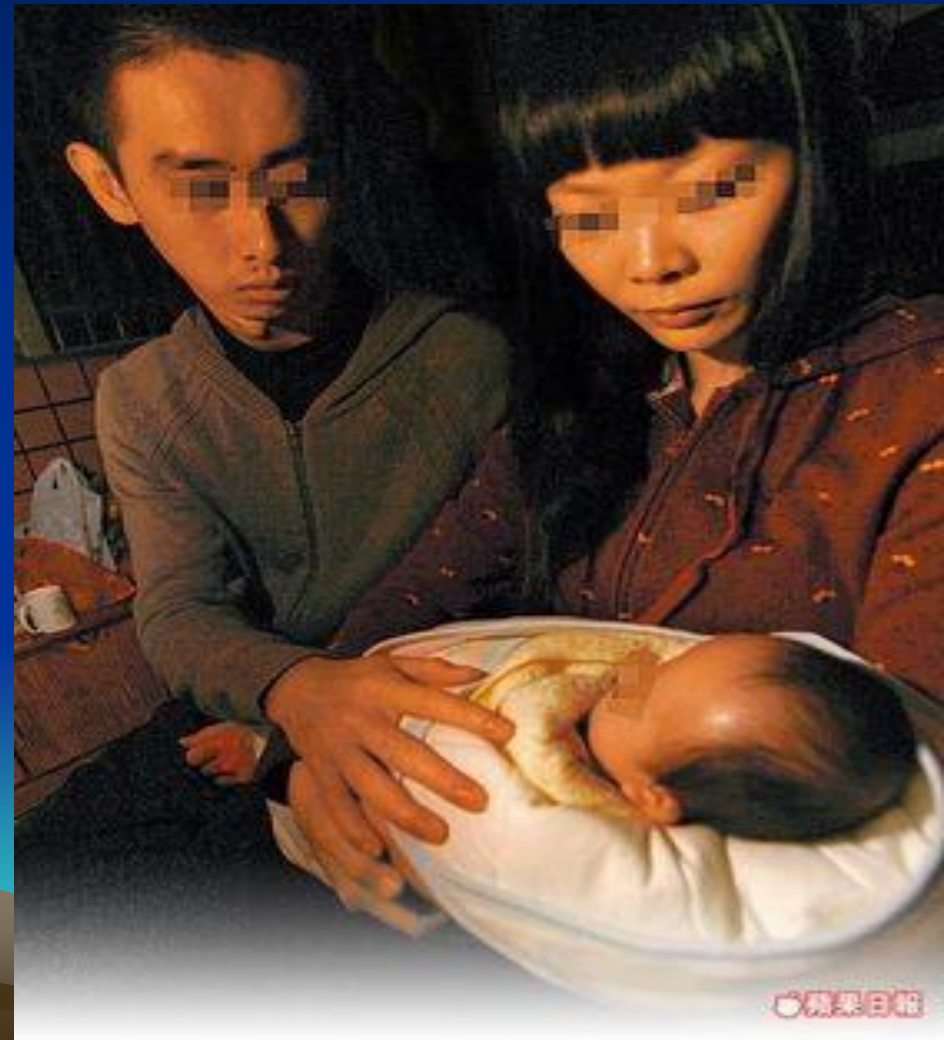
- 「藥價黑洞」？「以藥養醫」？...
名詞之爭辯，論述，有地雷，要小心！
- 1. 診察費，護理費，合理化，全面調2倍。偏鄉離島調3倍。
- 2. 落實43條分級醫療定率制。
藥品部份負擔，至少30%
- 3. 前1.2 落實後，支持醫藥分業單軌制。

case 5

醫院給錯藥 安胎變墮胎！

Anpo 安胎藥	Apano 墮胎藥 (RU486)
 安寶 10mg ANPO Tab. 10mg (Ritodrina Hydrochloride) 第037196號	 保胎錠 Apano 200mg RU486
▶ Anpo 10mg	▶ Apano 200mg
▶ 無	▶ RU486
▶ 安胎錠	▶ 保胎錠
▶ 可用於早產、流產	▶ 子宮內孕之人工流產
▶ 改變母體與胎兒的心跳速度及血壓、心悸、惡心、頭痛等	▶ 腹痛、惡心、嘔吐、流產等
▶ 懷孕前20周不得使用，由醫師處方使用	▶ 懷孕前7周內，不可使用於尚未確認的懷孕或子宮外孕案例，須由醫師處方使用
藥品名	藥品名
劑型	劑型
中文名	中文名
作用	作用
副作用	副作用
用藥	用藥

資料來源：《蘋果》資料庫、食藥署



《包錯藥事件之爭點整理與關懷調解》

- 孕婦要安胎，醫院竟給吃墮胎藥！
- 台中榮總埔里分院一名護理師去年10月懷孕7個月時，因身體不適在中榮埔里分院就醫，醫師便宜行事，以口頭醫囑開出安胎藥「Anpo」，未料藥劑師和護理師誤拿成發音相近、俗稱RU486的墮胎藥「Apano」，吃錯藥後她緊急轉院安胎，幸好去年12月孩子平安出生，但未來仍須追蹤觀察，該孕婦不排除對醫院與有疏失醫護人員提告業務過失傷害。

醫院檢討落實流程

- 南投縣衛生局長黃昭郎說，衛生局上周接獲陳女投訴，已要求中榮埔里分院與陳女調解，另要求該院提出說明，如違反《醫師法》、《藥事法》將懲處。中榮埔里分院公關劉主任說，因當事人也是醫護人員，所以當時用口頭醫囑，去年11月開檢討會議，未來一定要有醫師白紙黑字的單據才給藥，目前未懲處相關人員。
- 劉強調，2個藥名發音相似，本案沒落實「三讀五對」流程（「三讀」指藥櫃取藥一讀、拿藥二讀、藥放回藥櫃三讀；「五對」是確認病人對、藥物對、時間對、劑量對和途徑對），院方確有疏失，願提供10萬元補償，但對方要求100萬，院方願和病人溝通提供合理補償。

關懷員/調解員/醫糾管理師 應該怎麼做？

- 1. 藥物安全通報快！
- 2. 爭點整理會議快！
- 3. 醫院團隊關懷調解共識
- 4. 法律上爭點整理
-

5. 危機處理策略：

- **TDM:**
- **Total-solution Dispute Management**
- **TCM:**
- **Team-work Care Mediation**
- **TDM: 16字箴言 ？**
- **演講實例演練工作坊，最後一堂課:**
- **《如何研擬聲明稿？》**

包錯藥事件 之爭點整理與關懷調解

- 有誰需要被關懷療癒？

藥物安全危機管理！

INTEGRATED CONFLICT MANAGEMENT (BY A NAN'S ICM)

醫療事件之全方位危機管理	藥物安全事件
1 爭點整理三段論 事證與責任分析 (1事實行為分析 2 證據 3 法律爭點)	包錯藥？病人損害(死傷)？相關責任？
2 病安分析管理 (RCA 制度 個人)	醫院用藥安全管理 人力資源 制度分析
3 醫療倫理分析與倫理諮商 (ethical consultation)	尊重藥師專業、尊嚴與安全？
4 醫療法律分析與法律顧問 (legal consultation)	法律責任 (藥師法§) 民事賠償？
5 醫療關懷員(care 病患)	醫院或藥師面對 關懷病家
6 醫療關懷員(care 員工)	醫院如何關懷藥師員工？
7 醫療調解員(Mediator)	中立醫病調解會議！
8 法律訴訟準備 (litigation)	醫院如何應對？ (行政/民/刑)
9 媒體危機管理 (mass media)	藥師單獨面對或團隊 媒體應對 聲明稿
10 情報分析與公共關係 (information and PR)	民意代表介入 醫院如何因應？

2018 義大利 HPH 國際研討會



The innovative Care-Mediator Team promotes workplace health and changes organizational culture in a Taiwan hospital.



Hsiu-Nan TSAI, Chun-Huang LAI, Wen-Ter LAI, Shu-Fen CHIANG, Chi-Chen HUANG, Ju-Fang WU, Shu-Lin CHEN
Kaohsiung Municipal United Hospital, Kaohsiung City, TAIWAN, R.O.C.

Background

Healthcare dispute and communication conflict could increase workplace stress in hospital. Alternative dispute resolution (ADR) refers to techniques used to resolve conflicts without going to the courtroom.

When properly implemented, ADR has an excellent track record of avoiding litigation, decreasing overall cost, and increasing satisfaction among both plaintiffs and defendants.

According to the literature, early apology and disclosure programs report 50% to 67% success in avoiding litigation. Mediation boasts 75% to 90% success in avoiding litigation, and 90% satisfaction rates among both plaintiffs and defendants.

From Jan. 2013 to Nov. 2017, we have established the first care-mediator training team (CMT) in Taiwan, in order to promote the holistic care, communication and mediation for medical disputes and to change organizational culture.

The participants of the CMT training program include hospital managers, risk managers, experienced nurses, social workers, patient safety managers, family medicine physicians, psychiatrists, psychologists, legal professionals and volunteers.

Purpose / Methods

Under the nationwide executive program by the department of health and welfare, our expert training team provides supportive and advisory aid to promote the establishment of medical care team in hospitals all around Taiwan.

We have held 20 training workshops and trained more than 500 participants to practice care and mediation program by role play about a variety of disputes cases, such as labor disputes and mediation, sexual harassment, drug safety, and patient deaths.

After fast response meeting for issue analysis, we will hold a care meeting for medical staff and patients.

Furthermore we will hold a neutral third-party mediation meeting by trained mediators to promote the communication and resolution for medical disputes.

Results

After the survey among participants, 91.2% of the respondents agree the CMT program is helpful to promote organizational culture about care and communication. 91.1 % of the respondents agree the CMT program is helpful to establish interdisciplinary care and cooperation.

91.0 % of the respondents agree the CMT program is helpful to relieve the workplace stress and to promote workplace health. 95.7 % of the respondents agree the CMT program is helpful to promote the systemic analysis and safety culture. 89.3 % of the respondents agree the CMT program is helpful to promote healthcare quality.

Conclusions

Traditionally, the most informal form of ADR is negotiation. This is simply a meeting between the two parties to discuss the conflict and seek to achieve some type of resolution. Besides, mediation is a negotiation that is facilitated by a neutral third-party mediator.

ADR has the potential to help reform the medical dispute resolution system, reducing cost and increasing both parties' satisfaction.

In conclusion, the CMT program (care-mediator team) provides a better strategy for medical dispute resolution, promoting health for healthcare workers and improving the organization culture.



Fig. 90.2% of the respondents agree the CMT program is helpful to promote organizational culture about care and communication.



Fig. 91.1 % of the respondents agree the CMT program is helpful to establish interdisciplinary care and cooperation.



Fig. 89.3 % of the respondents agree the CMT program is helpful to promote healthcare quality.



Fig. 95.7 % of the respondents agree the CMT program is helpful to promote the systemic analysis and safety culture.



Fig. 91.0 % of the respondents agree the CMT program is helpful to relieve the workplace stress and to promote workplace health.



Satisfaction : 92.8%

醫療事故之行為分析與 三階段爭點整理

2012年8月21日

司法院司法人員研習所

101年第4期醫事案件實務研習會

蔡秀男

國立臺灣大學法律研究所博士班

高雄醫學大學臨床醫學碩士

國立高雄大學法律研究所法學碩士

高雄市立聯合醫院泌尿科主治醫師

中華民國醫師公會全聯會法律智庫委員

病人安全制度與醫療組織責任--
台灣高雄地方法院97年度醫字第7號
民事判決評析
(高雄長庚攝護腺檢體錯置案判決評釋)

2011兩岸碩博士生民法研討會

時間：2011年9月16日 地點：中國人民大學明德法學樓725會議室

主辦單位：中國人民大學民商事法律科學研究中心

主持人：姚輝 評議人：朱巍 蔣政寬

蔡秀男

台灣大學法律博士班
高雄市立聯合醫院泌尿科主治醫師
台灣泌尿科醫學會會員

T醫師要控告C醫院：

罔顧病人安全、縮編人力、遇缺不補！

- 我控告醫院管理偏差，只求利潤，罔顧病人安全績效掛帥、縮編人力、遇缺不補，導致醫療人員過忙而出錯！
- C醫院很多大醫師私下都鼓勵我告，因為我是他們高雄分院的創院元老，做了10年整形外科主任當初要自己開業時，院長還拜託我別走；連我都被這樣對待，一般人呢？

蘋果日報97.3.12



『害名醫白挨刀 長庚判賠620萬』

自由時報

- 自由時報2011年 6月24日報導：
- <http://www.libertytimes.com.tw/2011/new/jun/24/today-t1.htm>
- 2011年6月23日，一審法院判決，檢體搞錯和醫師無關但院方有醫療管理疏失，判賠620萬元。
- TVBS影音新聞2011年 06月24日
- http://www.tvbs.com.tw/news/news_list.asp?no=aries1u20110624095315

法院判決認定醫院管理是主因

- 台灣權威醫療法學者指出，在台灣多數醫療糾紛案例，原告通常以醫師及醫院為共同被告，在無法釐清醫師應否負責時，**建立醫療機構之法人組織責任**，對於病患之損害填補是否更有保障呢？

- 台灣現行法制下，醫院責任以醫護人員之責任成立為前提，實際上醫護人員個人對於上述醫療過程所生之錯誤並無控制力或改變能力。**課與醫療機構法人組織責任，始能真正避免上述醫療事故之發生[1]**。

- 就本案而言，法院判決認定醫院管理是主因，學者見解對本案更是深具啟發性，值得進一步研究與省思：

[1] 參見陳聰富，醫療機構法人組織責任，醫療糾紛解決機制研討會，台灣大學，2011年6月4日，頁10。

啟示

ADR (訴訟外糾紛解決機制)

- 病人安全制度
- 醫療訴訟外解決機制
- **ADR** (Alternative Dispute Resolution)

醫療糾紛之事實分析與爭點整理

醫療爭議個案八大分析工具：

1. 診療經過一覽表
2. 醫療事件時間序列線
3. 醫療行為分析圖
4. 醫療行為分析表
5. 事實因果分析圖
6. 事實上爭點整理表
7. 法律上爭點整理圖
8. 法律上爭點整理表

醫療事故之爭點整理三階段

- (1) 個案醫療行為之行為分析
- (2) 事實與證據上之爭點整理
- (3) 法律上爭點整理

醫療爭議個案八大分析工具

- 1. 診療經過一覽表
- 2. 醫療事件時間序列線
- 3. 醫療行為分析圖
- 4. 醫療行為分析表
- 5. 事實因果分析圖（損害？加害行為？）
- 6. 事實上爭點整理表
- 7. 法律上爭點整理圖
- 8. 法律上爭點整理表

1. 診療經過一覽表(時間序列分析)

時間	事實 病患症狀	醫療行為 診療處置	證據	兩造不爭	原告主張	被告抗 辯
2005年 8月15日	原告進行 攝護腺檢 查	攝護腺針 刺切片 檢體錯置	無證據可 認醫師有 過失	僱用醫師 檢體錯置	被告醫有過 失 醫院應負僱 用人連帶責 任	無疏失
2006年 1月初	前往美國 手術	攝護腺切 除手術	美國病理 檢體報告	無發現任何 癌細胞	檢體錯置	無須接 受手術
2006年 2月20日	DNA 檢 驗		DNA 檢 驗報告	確認檢體錯 置		-
2007年 11月12日	尿失禁、 性功能障 礙等後遺 症	須服用大 量威而剛				-

2. 醫療事件時間序列線

By Tsai Hsiu-Nan

醫師進行攝護腺檢查
針刺切片

病理檢測有攝護腺癌

攝護腺切除手術

DNA 檢驗
確認檢體錯置

2005/08/15

2006/1月

2006/02/20

檢體錯置

病患因PSA有異常就診長庚

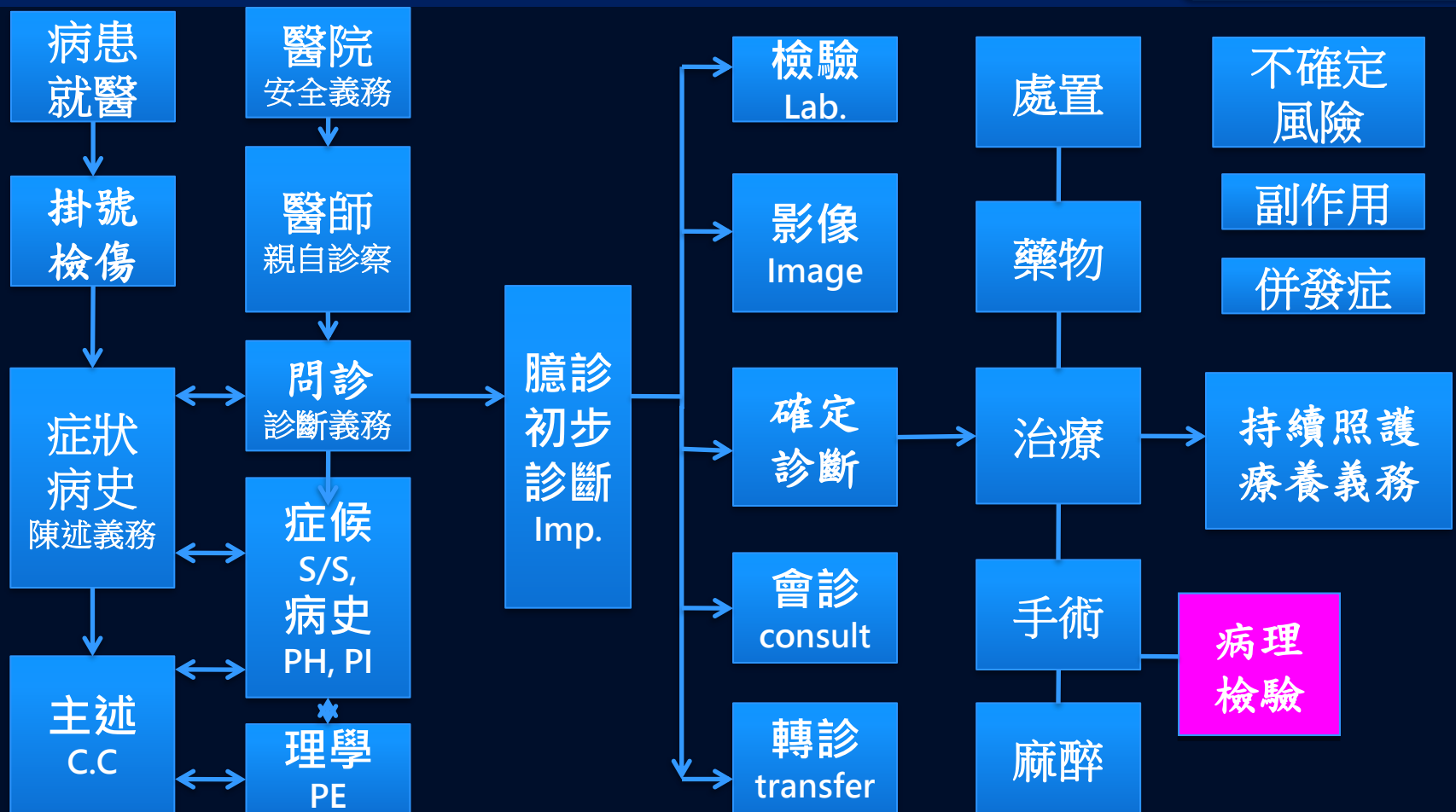
前往美國加州大學醫院手術

無發現任何癌細胞

尿失禁、性功能障礙等後遺症

3. 醫療行為分析圖

By Tsai Hsiu-Nan



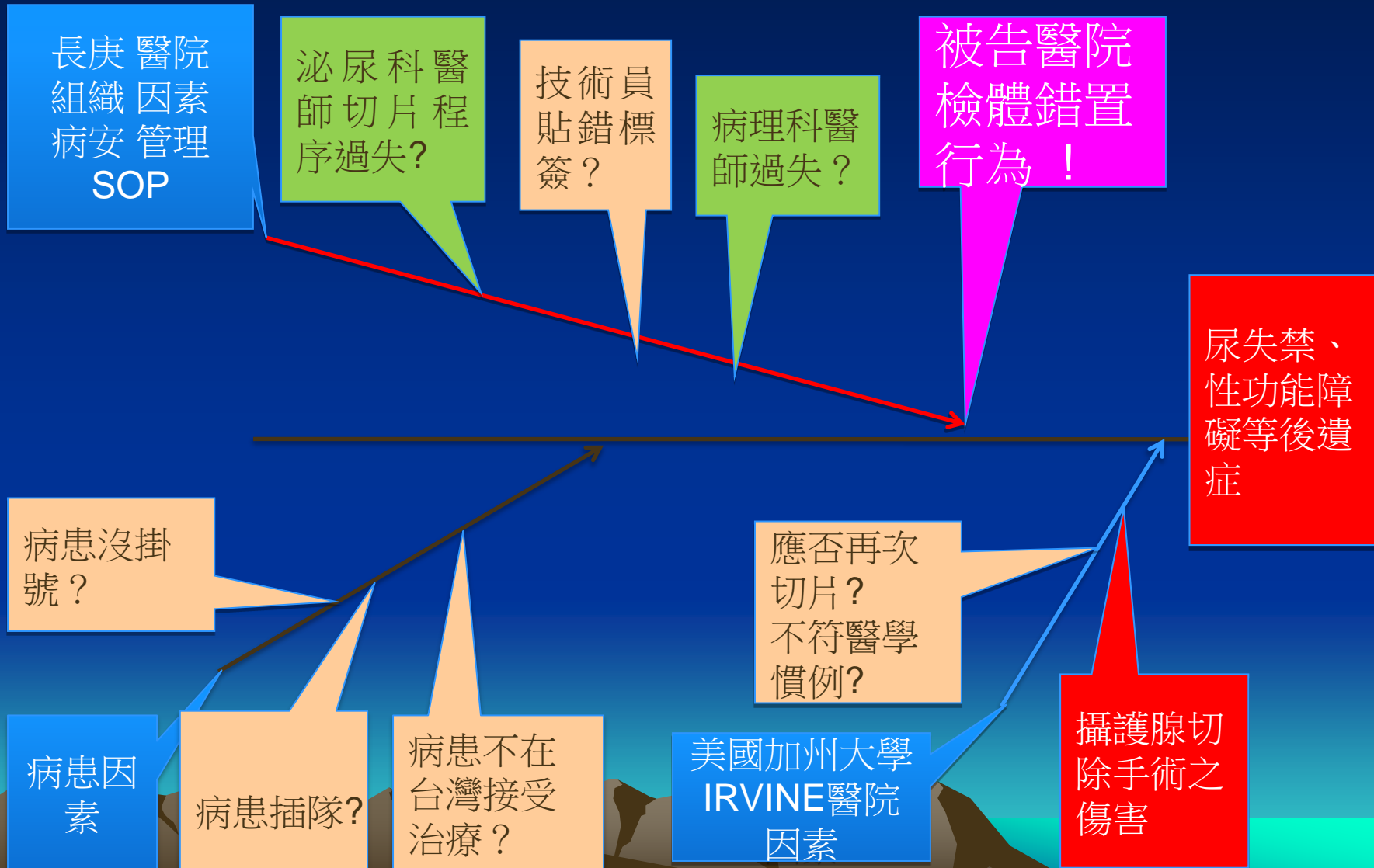
說明義務 IC

4. 醫療行為分析表

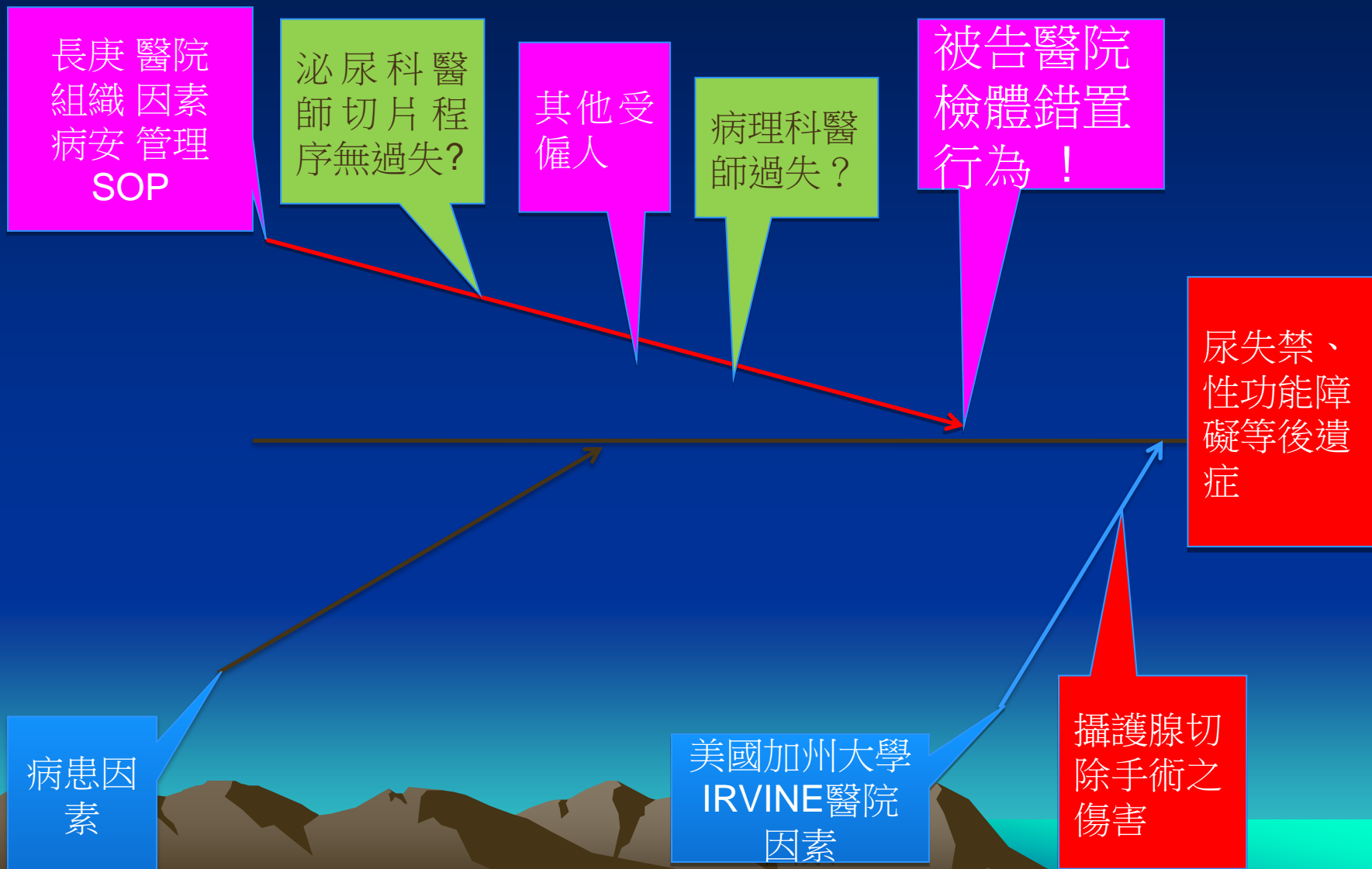
By Tsai Hsiu-Nan

醫療十大流程	醫療十大義務	個案分析	醫療法	歐洲契約法
就醫 掛號 檢傷	1. 看診 值班 急診	親自診察說明 IC	§ 59.60 § 63.64.81 § 56.57	IV. C. – 8:105:Obligation to inform IV. C. – 8:108
問診 主述 病史	2. Hx, PI, s/s	LUTS 下泌尿症狀	醫師法 §11.12-1	IV. C. – 8:102:Preliminary assessment) (a) interview the patient
理學 身體 心理	3. PE, NE, PSE	肛門指診		
檢驗 血液 尿液	4. Lab, BR, UR	PSA--		
影像	5. Sono Xray CT	超音波 · TRUS		
診斷 會診 轉診	6. Imp, Cons, Trans	初診 臆診 確診	§73.74.75	
手術 處置	7. OP, procedure	攝護腺切片 開刀	§ 82.63.64	IV. C. – 8:104: Obligation of skill and care)
麻醉	8. Anesth.	--	§ 82.63	
病理切片	9. Pathology 檢體安全管理	病理：檢體錯置	§ 65	
處方藥物 C/TR/T	10 Prescription	藥物治療，	§ 66	

5. 事實因果分析圖 (損害? 加害行為?)



5. 事實因果分析圖→事實上爭點



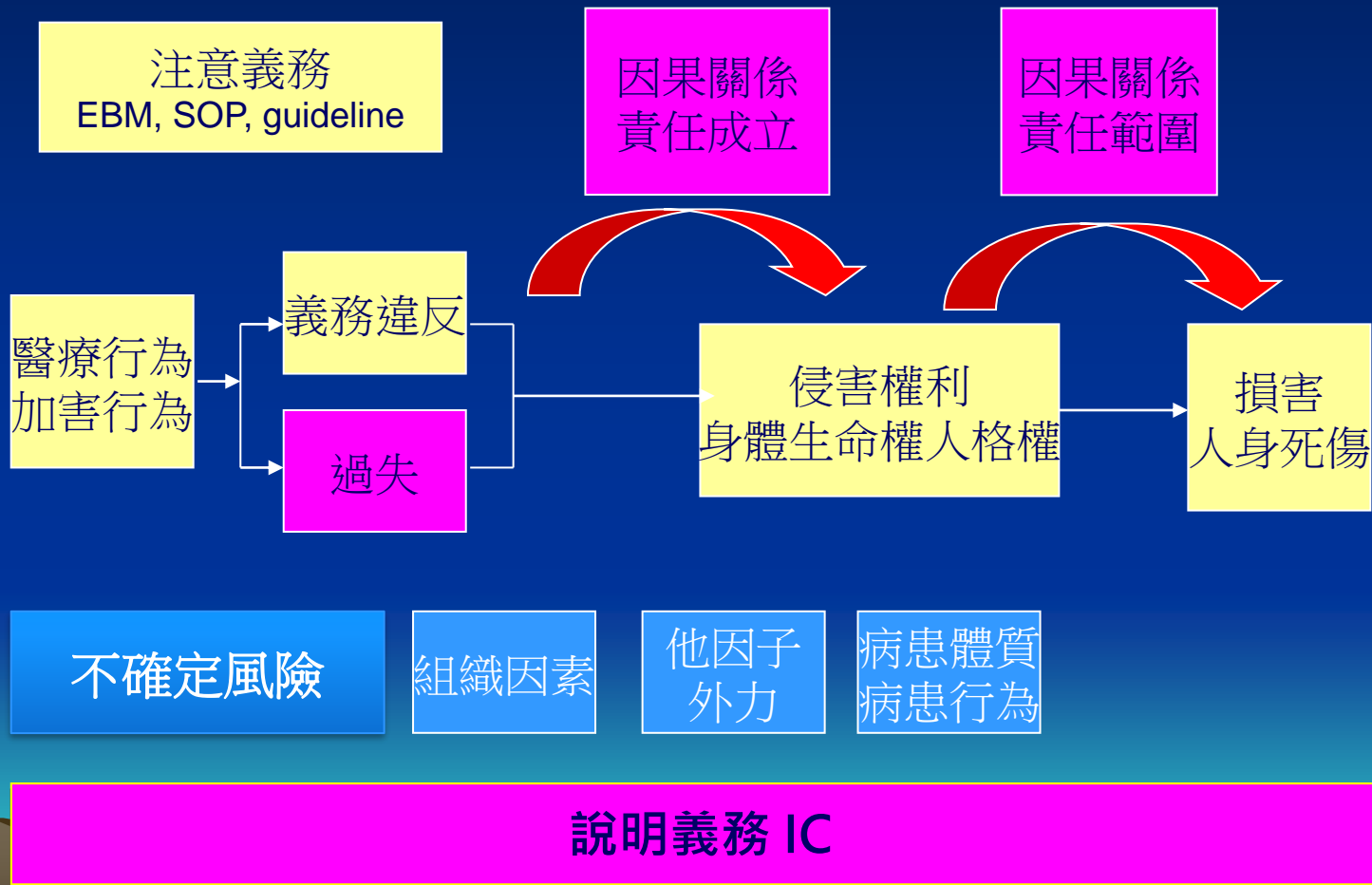
6. 事實上爭點整理表

時間	事實 病患症狀	醫療行為 診療處置	證據	兩造不爭	原告主張	被告 抗辯
2005年 8月15日	原告進行攝 護腺檢查	攝護腺針 刺切片 檢體錯置	無證據可 認醫師有 過失	醫師為受 僱人 有其他受 僱人錯置 檢體	被告醫有 過失 醫院應負 僱用人連 帶責任	無疏 失
2006年 1月初	前往美國手 術	攝護腺切 除手術	美國病理 檢體報告	無發現任 何癌細胞	檢體錯置	無須 接受 手術
2006年 2月20日	DNA 檢驗		DNA 檢 驗報告	確認檢體 錯置		-
2007年 11月12日	尿失禁、性 功能障礙等 後遺症	須服用大 量威而剛				-

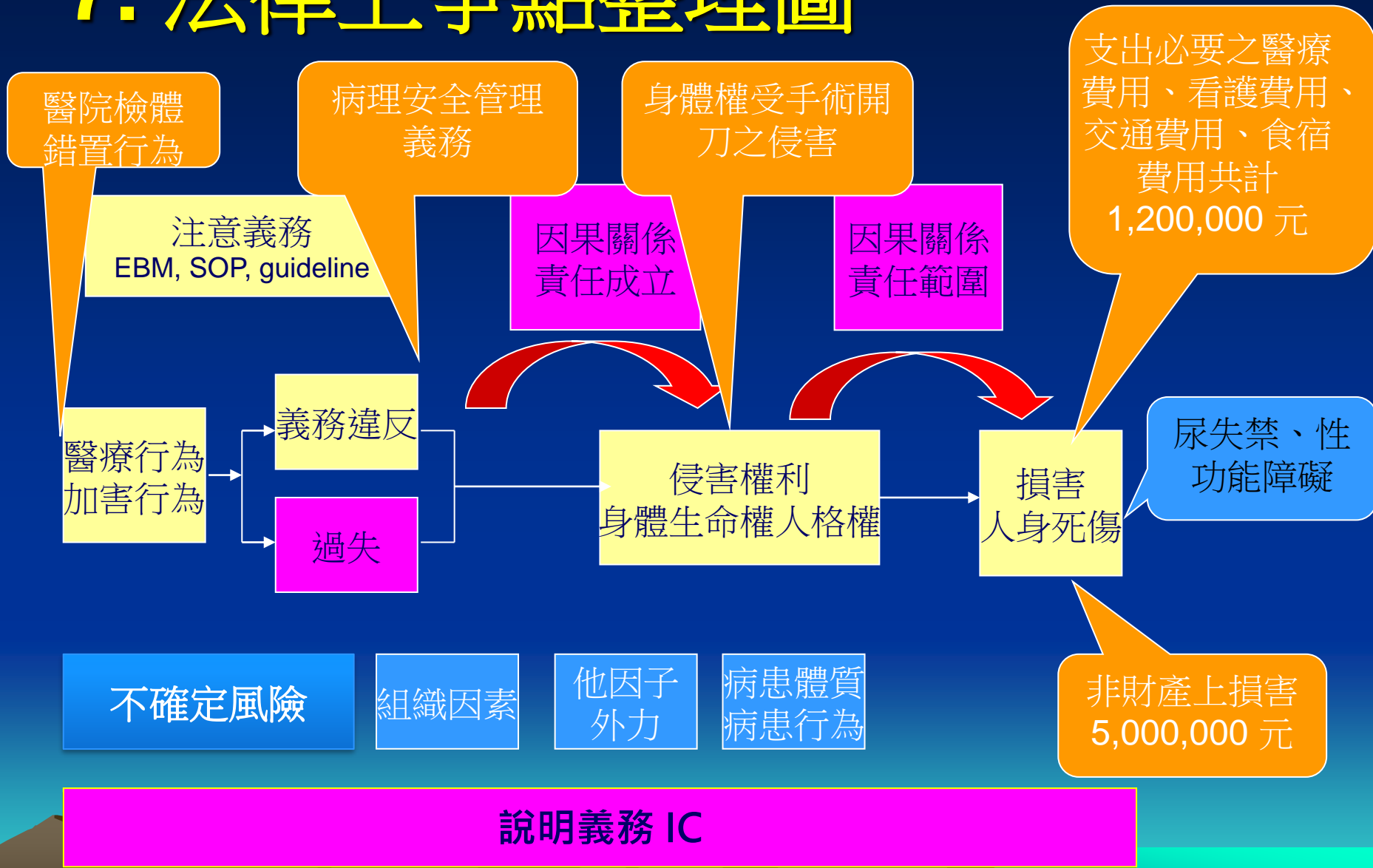
6. 事實上爭點整理表

爭點	原告主張	被告抗辯	證據	法院認定
1. 被告醫師檢體錯置有過失	1. 被告醫師有過失	無疏失	「檢體處理室檢體作業流程」及證人	尚乏證據可認係因渠等違反注意義務之過失行為
2. 有無接受系爭手術之必要？	2. 有接受手術之必要	不必要	台灣泌尿科醫學會函文	系爭手術為必要治療方式之一
3. 原告是否有後遺症存在？	3. 原告患有尿失禁、性功能障礙	-	無檢驗證明	無法證明。
4. 「其他受僱人中應負疏失責任之人」係何人？	4. 技術員羅00標籤錯置	否認	原告又未舉證	--
5. 醫院有監督管理疏失？	醫院有監督管理疏失	醫院有監督管理疏失	兩造不爭執	醫院有監督管理疏失

7. 法律上爭點整理圖



7. 法律上爭點整理圖



8. 法律上爭點整理表

爭點	原告主張	被告抗辯	證據	法院認定
1.被告醫師檢體錯置有過失	1.被告醫師有過失	無疏失	「檢體處理室檢體作業流程」及證人	尚乏證據可認係因渠等違反注意義務之過失行為
2.「其他受僱人中應負疏失責任之人」有過失？	2.技術員羅00標籤錯置	否認	原告又未舉證	「其他受僱人中應負疏失責任之人」有過失
3.原告得否請求醫療看護、交通食宿等費用及精神慰撫金？	+	-	醫療費用單據	+
4.醫院有監督管理疏失？	醫院有監督管理疏失	醫院有監督管理疏失	兩造不爭執	醫院有監督管理疏失
5. 管理監督疏失是間接責任還是醫院的直接責任？	-	-	-	?

倫理分析與倫理矩陣

倫理分析與倫理矩陣

(ethical analysis, the ethical matrix)

是分析系爭個案之倫理議題時，將各個主體加以細分，排列在矩陣表格之一側，另將倫理基本原則之細項（即是自主原則、行善原則、公平原則與不傷害原則等），排列在矩陣表格之另一側，形成一個倫理矩陣，再進一步展開平面思考，逐一進行倫理分析之分析工具。

戴正德，李明濱編著，醫學倫理導論，教育部，2006年增訂1版，頁7。

Philip Howard & James Bogle, *Medical Law and Ethics*, Blackwell Publishing, 2005, p14.

PHILIP HOWARD & JAMES BOGLE, *MEDICAL LAW AND ETHICS 14* (BLACKWELL PUBLISHING, 2005).

Ben Mepham, *Bioethics: an introduction for the biosciences*, 2005, p51.

「全人醫療法律倫理三面向五層次四原則分析模式」綜合分析表

問題分析 (三面向)	全人醫療 (五層次)	倫理 (四原則)	Q1. 搞錯切片！整形醫師被誤診 白白割掉攝護腺
醫療	Bio生理		割除攝護腺、尿失禁、排便失調、喪失生育功能，不能勃起
	Psycho心理		Depression、毫無性生活及男性尊嚴。
	Social社會		病理科主任打電話向我道歉：「老朋友，不敢騙你，是我們不對，真失禮。」院長只打1次電話給我說：「因為把你當VIP，流程才給你弄錯。以後就不把你當VIP，照步行就是。」結果照步行就是不理睬、不認錯。
法律	(Law 法律)		我控告醫院管理偏差，只求利潤，罔顧病人安全，績效掛帥、縮編人力、遇缺不補，導致醫療人員過忙而出錯。
倫理	Ethics倫理	自主原則	病理錯誤 妨害自主決定權
		行善原則	違反病人安全 與病患人權 健康權
		不傷害原則	致身心受創 重傷害
		公平正義原則	組織 錯誤 違反病人安全制度
	Culture文化		只求利潤績效之醫院文化，罔顧病人安全，
個案判斷			醫院違反醫療法之醫療品質與病人安全之注意義務有醫療過失致病患受生殖功能喪失之重傷害
個案決策			醫院 應負補償 賠償義務

自由時報 異狀未告知 延誤醫治判賠

- 2007年6月21日 星期四
- 〔記者劉志原、林相美、王昱婷、黃博郎／綜合報導〕男子江東隆九十一年兩度在台南縣奇美醫院接受攝護腺手術，術前拍攝的X光片都發現肺部有異狀，但泌尿科主任均未告知，導致江東隆兩年後因久咳不癒就診，已是肺癌第四期。台北地院認為衛生局長未盡醫療附隨義務，未告知肺部狀況，害病人延誤醫治，判邱與奇美連帶賠償兩百萬。
- 過了兩年，江某久咳不癒，再度至奇美就診，卻發現已是肺癌第四期，連化療也沒用，只能接受藥物治療。江某認為邱文祥未盡告知義務，害他延誤就醫而求償兩百萬。
- 台北地院認為，治好江某攝護腺，是「主義務」，告知江某檢驗結果是「附隨義務」，已知江某肺部有異，且X光報告也以英文寫著「建議側面照片進一步檢查」，應看得懂，但卻未告知，屬未盡「附隨義務」。

衛生局長判賠200萬

2007年 06月21日蘋果日報

http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art_id/3578557/IssueID/20070621

【張欽、陳奉秦、林相如／綜合報導】台北市衛生局長五年前在台南奇美醫院擔任泌尿科主任時，為攝護腺肥大病患江東隆做術前檢查，發現江的肺部病變，卻未告知，導致江延誤就醫，惡化成第四期肺癌，江憤而告上台北地方法院，向邱及奇美醫院連帶求償兩百萬元慰撫金，法官最近全數判准。

法官審理時，奇美及邱雖辯稱已善盡注意義務，沒有疏失。但法官認為，邱文祥為江東隆開刀治療攝護腺肥大，依常規為江檢查，邱雖然沒有義務判斷江是否罹患肺癌，但有義務「完整且忠實將檢查結果與建議」告知江，邱卻未依醫療準則告知檢查報告中的「建議側面照片進一步檢查」，已違反《醫師法》及《醫療法》規定，因此判決邱及奇美醫院須連帶賠償江。

一審：臺北地院95年度醫字第19號

攝護腺手術 未說明疑肺癌之附隨義務

- 主文 被告應連帶給付原告新台幣貳佰萬元
- 被告既未將上述胸部X光攝影檢查報告最後一項：「建議側面照片進一步檢查」等情告知原告，即應認為違反一般醫療行為準則，並未保持相當方式與程度之注意，衡情應屬於違反醫師法第12-1條、醫療法第82條第1項之規定。又被告奇美醫院既為被告乙○○醫師之僱用人則原告主張依民法第184條第2項、醫師法第12-1條、醫療法第82條第1項、民法第188條第1項、第195條第1項規定，請求被告奇美醫院與邱醫師連帶賠償非財產上損害，為有理由。

二審：臺灣高等法院民事判決

96年度醫上字第19號

- 上訴人提起上訴，聲明：(一)原判決廢棄。
- 應認庚○○或奇美醫院未履行該項附隨義務。
- 然江東隆於94年2月間在臺大醫院接受腫瘤切除手術，病理報告為：「腫瘤大小為2x2公分，肺癌分期為IA.....」，非其所主張之第四期，
- 91年12月間之胸部X光檢查呈現疑似軟組織結節，只是影像學上出現小結節，無法斷定即為肺癌。因91年12月並未針對此一結節做任何細胞學或組織學檢查，因此無法斷定病人當時已罹患肺癌
- 致江東隆存活率自70-85%降至1%云云，更屬無據。
- 江東隆所主張上訴人未為上開告知與其所主張之損害間無相當因果關係存在，

三審：最高法院民事判決

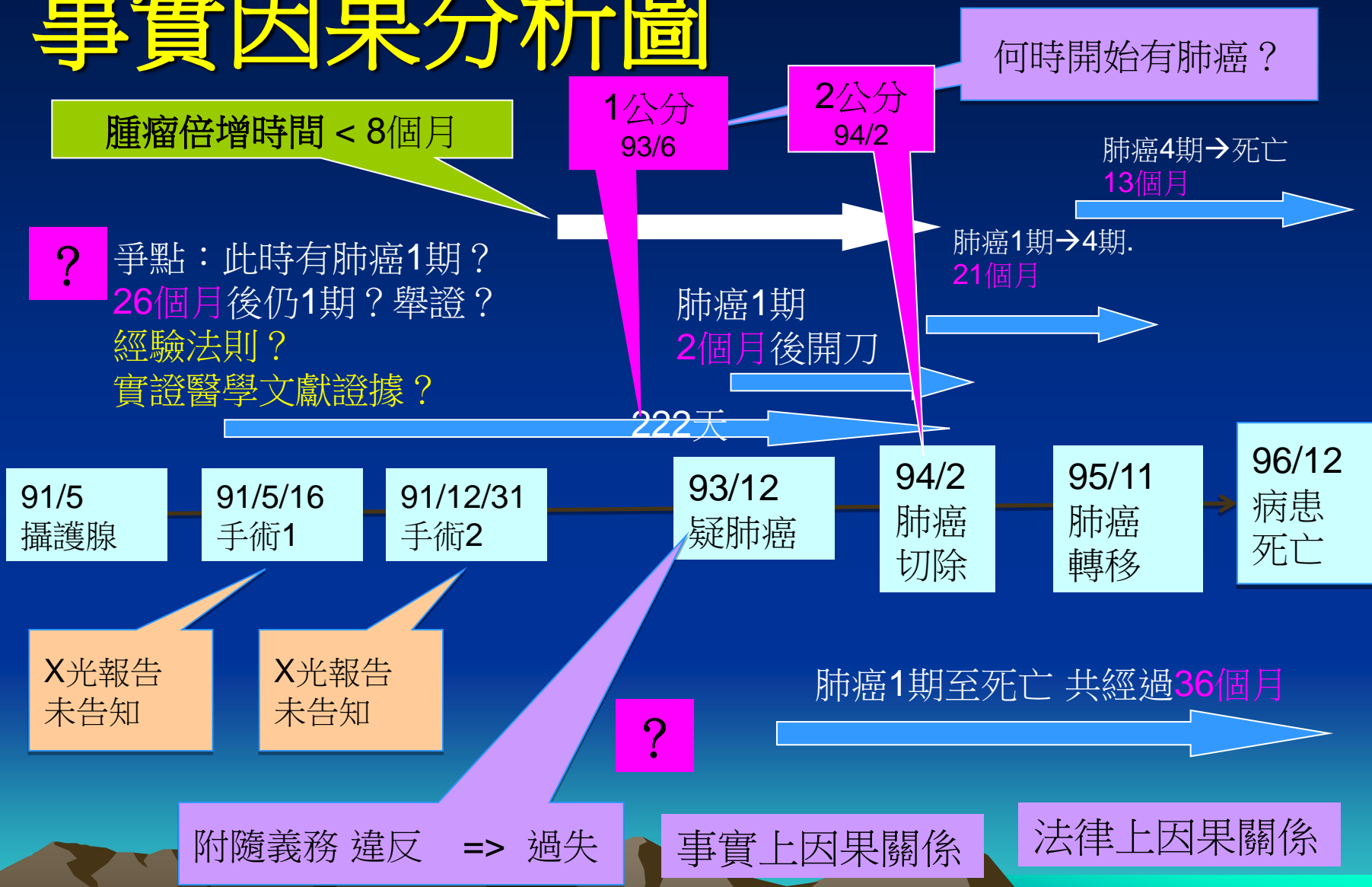
九十八年度台上字第一八三五號

- 主文 原判決除假執行部分外廢棄，發回台灣高等法院。
- 參酌醫審會鑑定意見書載明：「……臨床上雖然有些肺癌進展甚慢，而可以認為九十一年十二月已罹患肺癌，但因九十一年十二月並未針對此一結節做任何細胞學或組織學檢查，因此無法斷定病人（江東隆）當時已罹患肺癌……」

三審：最高法院民事判決 病患提出醫療文章...

- 據**醫療臨床近五年統計數據**，約三百例術前未確切診斷之肺部單一結節，經證實有六成七為肺癌或轉移癌症。被上訴人既於九十一年五月間之第一次檢查，即發現江東隆胸（肺）部長結節，**可認已隱含肺病灶**。
- 嗣於九十二年一月間（九十一年十二月間檢查）之第二次檢查報告，更清楚記載江東隆右上肺有邊緣不規則肺結節，建議側面照片進一步檢查，**堪認**距第一次檢查僅半年餘，江東隆之肺部已產生病變。
- **詎甲○○並未告知進一步追蹤檢查**，終於九十三年間發現罹患惡性腫瘤，喪失最佳治療時機致難以治癒。
- 江東隆人格權之受侵害，與甲○○之怠於告知間**有因果關係存在甚明**等語（原審卷四五頁、四六頁），並**提出**「肺結節是早期肺癌重要線索 肺臟長結節應立即處理」，及「單一肺部結節」等**醫療文章**（同上卷四八頁、四九頁）為證，**應屬重要之攻擊防禦方法**。
- 原審未於判決理由項下說明其取捨意見，遽為上訴人敗訴之判決，自有判決不備理由之違誤。上訴論旨，指摘原判決不當，求予廢棄，非無理由。

事實因果分析圖



<生產事故救濟條例> 關懷小組 生產有**風險**，**關懷**來救濟！

生產事故關懷手冊

生產事故 關懷手冊



衛生福利部 關心您

衛生福利部 關心您



New: 生產事故救濟條例！

- 四大法規義務 (C.A.R.E)
- 關懷 (Care)
- 協助 (Assist)
- 通報 (Report)
- 分析 (Evaluation)

生產事故關懷案例：羊水栓塞案

- 某年輕產婦，在某醫院生產後，發生**羊水栓塞**，突然呼吸困難、臉色發青、窒息、抽搐，心肺功能停止，雖經緊急搶救，給予氧氣，插管，轉院、輸血，仍然大量出血，**最後死亡**。

- 家屬**悲傷憤怒**，在醫院大聲喧嘩，**指責並推擠醫護人員**，隨即在臉書社群**媒體爆料**，質疑醫院疏失草菅人命，**「醫師沒醫德！」**，**「護理師態度差！」**，控訴醫院要有誠意，**「要還給我們一個公道！」**，揚言要找**媒體**，召集親友**民代**，到醫院聚眾，**抬棺抗議**！

生產事故之醫療危機管理策略

- 1、爭點整理與事證分析：
 - **羊水栓塞是風險，非過失，可申請救濟。**
- 2、系統原因分析與病安管理：雖難救治，仍檢討分析如何改善。
- 3、倫理分析與倫理諮商：注意尊重當事人之隱私與意願。
- 4、法律分析與法律諮詢：注意本條例之相關義務與罰則。
- 5、關懷員或協調員（關懷病患與家屬）**持續關懷病家之需求。**
- 6、關懷員或輔導員（員工關懷）：**醫護員工之壓力，也需關懷。**
- 7、溝通管理師或調解員(協調員)：持續協調，善用關懷調解會議。
- 8、醫療訴訟分析與準備：風險救濟基金以外，協助相關訴訟程序。
- 9、大眾溝通與媒體危機管理：準備事件說明之新聞稿。
- 10、情報資訊分析與公共關係：**對於相關人士之關心，也要多元關懷。**

「羊水栓塞之生產事故新聞稿」

1. 本院對於有產婦發生羊水栓塞之生產事故，深表不捨與遺憾。
2. 事件發生第一時間，本院已啟動關懷小組，積極調查原因，並展開關懷與協助家屬。
3. 初步調查，羊水栓塞是罕見的產科急症，依據國內外文獻，縱然進行急救治療，致死率也相當高。
4. 雖然經過醫療團隊盡心盡力，辛苦積極搶救，無奈還是無法挽回媽媽的生命，醫護同仁同感悲痛。
5. 本院院長已指示社工師(與關懷員)，持續關懷家屬，依據《生產事故救濟條例》，積極協助申請生產事故救濟基金，希望能協助家屬度過難關，療癒悲傷。
6. 感謝社會大眾與民代的關心，本院將邀請家屬與民代，進行醫療說明與關懷會議(病家關懷會議)，持續進行說明溝通與協助。
7. 對於本院醫護團隊的辛勞與壓力，本院也已啟動員工關懷會議機制，關懷員工面對醫療風險的身心壓力，希望她們擦乾淚水，繼續勇敢，醫病救人。
8. 最後，懇請社會大眾一起來關心台灣醫療環境，五大皆空危機下，醫護同仁已經很辛苦了，醫療風險，難以避免，感謝國家為分擔生產風險，建立救濟基金，希望醫病和諧，減少糾紛，共創多贏，讓台灣醫療環境更好！

00 醫院，感恩您！

考題

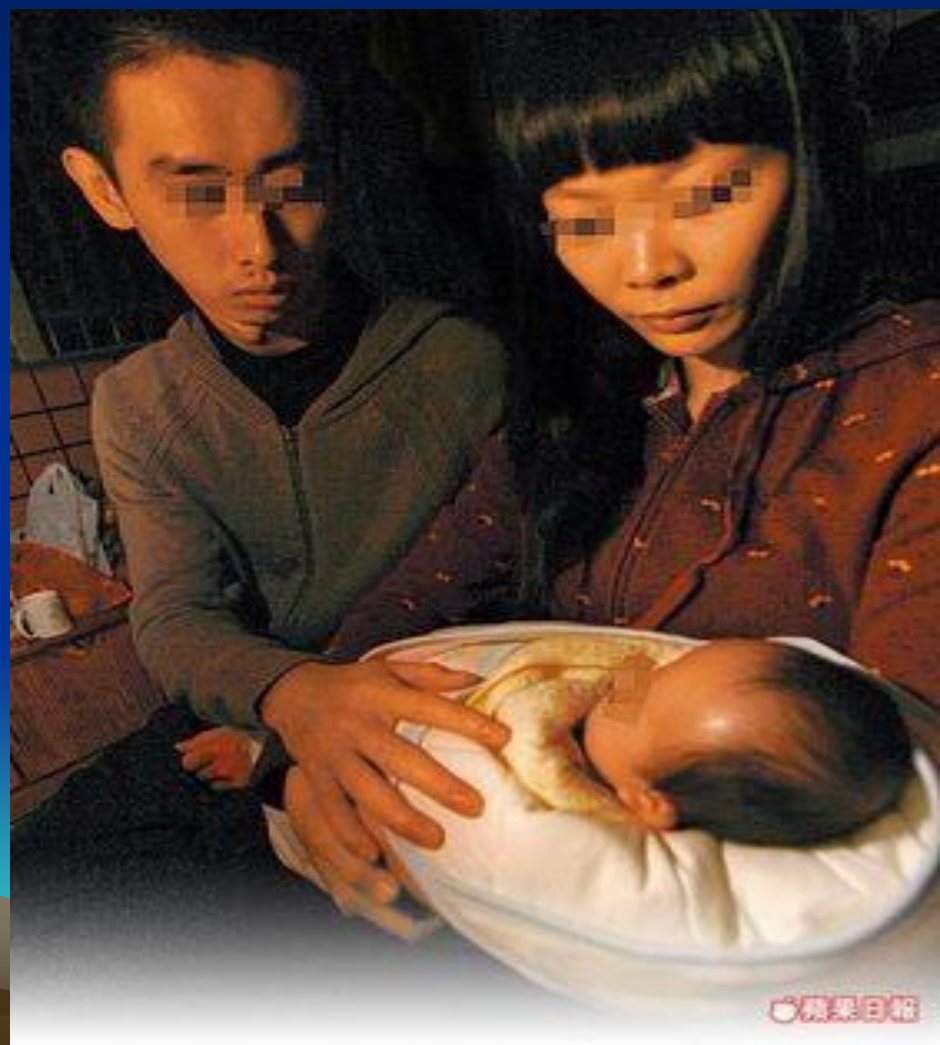
- Q4. .有關法律上爭點整理，應注意下列何種法律要件之爭點？
 - (A). 病患之損害為何？(死亡、重傷、輕傷、心理創傷)
 - (B). 醫療之注意義務為何？(常規、guideline、EBM)
 - (C). 因果關係。
 - (D). 以上皆是。

醫院給錯藥

安胎變墮胎！

Anpo 安胎藥	Apano 墮胎藥 (RU486)
	
<p>安寶 10mg</p> <p>ANPO Tab. 10mg</p> <p>(Ritodrina Hydrochloride)</p> <p>第037196號</p>	<p>保胎錠</p> <p>Apano</p> <p>保胎錠</p>
<p>▶ Anpo 10mg</p> <p>▶ 無</p> <p>▶ 安胎錠</p> <p>▶ 可用於早產、流產</p> <p>▶ 改變母體與胎兒的心跳速度及血壓、心悸、惡心、頭痛等</p> <p>▶ 懷孕前20周不得使用，由醫師處方使用</p>	<p>▶ Apano 200mg</p> <p>▶ RU486</p> <p>▶ 保胎錠</p> <p>▶ 子宮內孕之人工流產</p> <p>▶ 腹痛、惡心、嘔吐、流汗等</p> <p>▶ 懷孕前7周用，不可使用於尚未確認的懷孕或子宮外孕案例，須由醫師處方使用</p>
<p>商品名</p> <p>分類</p> <p>中文名</p> <p>作用</p> <p>副作用</p> <p>用藥</p>	<p>商品名</p> <p>分類</p> <p>中文名</p> <p>作用</p> <p>副作用</p> <p>用藥</p>

資料來源：《蘋果》資料庫、食藥署



藥物安全 危機管理

醫療事件之全方位危機管理	藥物安全事件
1 爭點整理三段論 事證與責任分析 (1事實行為分析 2 證據 3 法律爭點)	包錯藥？病人損害(死傷)？相關責任？
2 病安分析管理 (RCA 制度 個人)	醫院用藥安全管理 人力資源 制度分析
3 醫療倫理分析與倫理諮商 (ethical consultation)	尊重藥師專業、尊嚴與安全？
4 醫療法律分析與法律顧問 (legal consultation)	法律責任 (藥師法§) 民事賠償？
5 醫療關懷員(care 病患)	醫院或藥師面對 關懷病家
6 醫療關懷員(care 員工)	醫院如何關懷藥師員工？
7 醫療調解員(Mediator)	中立醫病調解會議！
8 法律訴訟準備 (litigation)	醫院如何應對？ (行政/民/刑)
9 媒體危機管理 (mass media)	藥師單獨面對或團隊 媒體應對 聲明稿
10 情報分析與公共關係 (information and PR)	民意代表介入 醫院如何因應？

全方位解決問題的十大策略

(Problem Solving Strategies)

- 1、敏銳的觀察力
- 2、真誠的關懷力
- 3、崇高的理想力
- 4、積極的行動力
- 5、系統的思考力
- 6、多元的知識力
- 7、獨特的創造力
- 8、協調的組織力
- 9、靈活的應變力
- 10、目標的執行力



全方位醫療溝通危機管理十大策略

(Integrated Conflict Management)



十大衝突協調關懷技巧

- **1. 真誠傾聽**的技巧：傾聽需求，釐清事證。
- **2. 溝通傳達**的技巧：傳達關懷，重建信任。
- **3. 說服釋疑**的技巧：庶民語言，澄清落差。
- **4. 家庭評估**的技巧：家庭系統、關鍵人物。
- **5. 社會評估**的技巧：社經關係、支持系統。
- **6. 訴求分析**的技巧：認知立場、深層需求。
- **7. 支持陪伴**的技巧：陪伴支持、同理尊重。
- **8. 輔導協助**的技巧：輔導協助、正面解決。
- **9. 具體回應**的技巧：即時回應、具體協助。
- **10. 增強權能**的技巧：資源共享、共同解決。

醫病雙方之十大心理需求

需求層次	病人及家屬	醫事人員	十大需求
生理需求	持續獲得醫療照護	免於金錢損失、暴力	生存及健康需求
	經濟生活資源的提供	保有執業權	工作及經濟需求
安全需求	合理、公正之申訴管道	免於言語、肢體暴力之恐懼	環境安全需求
	獲得應有的權益與保障	制度、公權力的保護	心理安全需求
愛與歸屬需求	被關懷、情緒支持	被關懷、情緒支持	關懷支持需求
	被傾聽/同理/真誠對待	機關、團隊的支持與認同	團隊認同需求
自尊需求	被尊重/重視	受尊重、被信任、聲望不受損	尊重信任需求
	理性溝通、協調	理性溝通、協調	溝通協調需求
自我實現需求	問題獲得圓滿解決	問題獲得妥善解決	圓滿解決需求
	重建生活秩序、功能	續執業行醫救人	理想實現需求

病患與家屬之深層訴求分析

- | | |
|----|------------------------|
| 1 | 要求真相，一個合理的解釋 |
| 2 | 醫院 / 醫師認錯並誠意的道歉 |
| 3 | 要求公道/公平與正義 |
| 4 | 要求醫院提出具體改進措施，避免同樣錯誤發生 |
| 5 | 合理的金錢賠償或補償 |
| 6 | 永久傷害，醫院要負責後續所有的醫療照顧 |
| 7 | 對有疏失的人員之實質行政懲罰：例：予以解雇 |
| 8 | 司法審判/法律制裁 |
| 9 | 情緒關懷/悲傷輔導 |
| 10 | 其他：捻香/慰問函/登報道歉/以病人名義捐款 |

1.傾聽

2.觀察

3.真誠

4.中立

5.讀心

6.同感

7.矛盾澄清

8.爭點整理

9.適時回應

10.肢體語言

醫糾調解與員工關懷
十大心理需求

撰寫新聞稿之八大要素

附表：新聞稿撰寫八大重點要素

1	表達積極態度：表達關懷，積極重視，全面調查，堅持品質。
2	釐清客觀事實：時序分析，爭點整理，釐清事實，澄清證據。
3	誠懇回應訴求：設身處地，感同身受，了解立場，回應訴求。
4	尊重多元主張：尊重包容，求同存異，避免衝突，尋求共識。
5	關懷病患家屬：全人關懷，多元關懷，具體關懷，團隊關懷。
6	關懷醫療員工：珍惜團隊，重視人才，制度分析，概括承擔。
7	持續檢討改善：有過則改，精益求精，持續改善，追求卓越。
8	傳達正向價值：感謝感恩，社會教育，尊重醫護，珍惜資源。

婦產科生產事故 胎死腹中案 之爭點整理與關懷調解



2012 日本進修回國後
台灣第一個醫院內關懷調解小組
醫療關懷與調解研究小組(TDM TCM)

醫療關懷與調解員
種子教官訓練手冊



中華民國一百零二年八月
高雄市立聯合醫院關懷與調解研究小組

應建立醫療關懷調解員制度

我見我想

建立醫療調解員制度

■張琴芬

食女風暴一波又一波，不禁讓人特別懷念專科專家林太師。醫師公會全國聯合會特別選在醫師節、同時也是他的壽星百日，頒發「台灣醫療典範獎」。

醫師節的由來，是全國醫師公會為紀念國父孫中山救世濟世的偉大精神，在民國37年3月決議，請政府明定11月12日國父誕辰為醫師節。「台灣醫療典範獎」則是希望表揚有特殊貢獻的醫師，期待重塑醫師仁心仁術的美好專業形象。

只是，近年醫療糾紛頻傳，醫病互信降到冰點，如何化解醫病緊張關係？訴訟真的是最好的解決方法嗎？

日本也曾因醫療刑事案件頻傳出現所謂「醫療崩壞」現象，日本和田仁孝、中西淑美教授等學者，發展出促進醫病溝通對話的院內醫療調解員（IHM, In-Hospital Mediators）。

IHM設立的緣起，要回溯到1991年11月佐佐木太太的故事。

她的兒子正人車禍送到急診，醫師建議留院觀察，晚間正人腹部疼痛，醫師只說「再觀察」，不久正人吐了黑色嘔吐物，醫師判斷是流鼻血，只要洗胃即可；正人腹部持續疼痛，直到檢查出「12指腸破裂」須緊急開刀，正人仍因感染形成敗血症離開人世。

傷心欲絕的佐佐木太太希望醫院給個交代，醫院卻相應不理，她提起訴訟，1995年獲得勝訴及賠償金，但是，金錢無法撫慰她痛苦的心靈，她找到和田仁孝、中西淑美教授討論後認為：「除了訴訟，應該有更好的辦法！」

3人合作找出「促進溝通調解」的模式。2005年，日本開始培訓專業醫療調解員，讓醫療人員學習角色扮演、體驗對方感受，如今，很多醫院已有制度化的醫療調解員；「訴訟外糾紛處理機制」（ADR, alternative dispute resolution），正是和平解決醫療紛爭另一條路。

不忍心看到台灣醫療崩壞的醫師夫妻檔李詩應、陳永綺，去年專程赴日和田教授學習，返台後寫了《當醫療遇上衝突糾紛，訴訟是最好的解決方法？》專書，並計畫明年成立「台灣醫病和諧推廣協會」推廣。

高雄市聯合醫院2013年初，由蔡秀男醫師引進日本「醫院內調解員」制度，並成立小組培訓調解人才及講師。醫勞盟則在11月初邀請和田仁孝、中西淑美兩位教授來台分享第一手寶貴經驗。

醫療糾紛多是溝通不良引起，當醫療人員願意放下身段傾聽溝通，醫病關係才可能走向和諧雙贏，不再劍拔弩張、兩敗俱傷。

的絕望與挫折而
將永遠因沒能對
der而內疚，不

的恩典 (grace
與自憐憫。才
「如果我們能
克裡爾開，否
在正是時候。
gain, why, we
why then this
de.」。別了

中值得關注
容。大陸的
但是為了解
從反腐敗
應該是有
腐敗問題
在這個大
這是值得

立了一個
然應該等
從這個框
決的新領
自信滿滿
幾年的

研究所

作者：謝漢豪

8			2
			5
		6	
7			
		5	1
9			
		8	



■玩法說明

在空格中填入數字1到9，使每欄、每行、橫列和九宮格的數字都不能重複。

■解答

9	6	8	2	1	7	5	3	4	
4	7	5	8	4	3	2	1	8	6
1	3	2	6	6	9	1	8	7	
7	1	9	6	5	2	9	4	8	
8	2	9	3	7	4	6	5	1	
6	5	4	9	8	1	7	2	3	
3	8	1	4	3	6	8	7	5	
2	9	1	2	5	4	6	9	8	
5	4	6	7	9	8	3	1	2	

台灣醫療法制改革十大方向

1	醫療刑事責任嚴格化	刑事責任應嚴格認定，支持推動『醫療刑責明確化』！
2	醫療糾紛處理和諧化	醫療訴訟去汨濫化，應完成《醫療糾紛處理法》立法！
3	醫療法律責任民事化	醫療紛爭趨民避刑化，盡量以民事，取代刑罰追訴！
4	醫管民事責任直接化	醫院應承擔直接民事責任，避免推卸系統責任給個人！
5	醫療鑑定程序透明化	應兼顧程序與實質正義，鑑定人應到庭具結交互詰問！
6	醫師專業裁量尊重化	適用法律，起訴，鑑定，審判，應尊重醫師專業裁量權。
7	最高法院刑判共識化	最高法院應建立刑庭決議共識，避免寬嚴標準不一。
8	醫療風險救濟制度化	不可避免之臨床醫療風險，無罪免賠；醫療風險救濟制度化，不責難補償制度，規劃醫療糾紛保險。
9	善意緊急救助免責化	推動好撒馬利亞人法案(Good Samaritan Law)，增修緊急醫療救護法第4條之1：善意救助，得免除責任。
10	醫院暴力維安強勢化	修訂醫療法第24條，強化警察機關排除暴力義務與罰則。

CB TDM Care-Based Total solution Dispute Management

建立以關懷為中心的醫糾管理模式

- 一 醫療糾紛管理與醫療調解法規改革趨勢
- 二 全人關懷與全方位醫糾管理模式
- 三 爭點整理技巧與關懷
- 四 著重以關懷與解決為中心的通報系統
- 五 如何進行員工關懷會議
- 六 醫病調解技巧
- 七 全方位關懷與療癒所有醫糾當事人
- 八 關懷與追求卓越圓滿

TCM危機處理洞察力A NAN心經六法

六根	六情	六根感應力	六塵	六塵解析力	去妄	六度關懷力	六度協調力	六度	六學
眼到	疑	敏感力	色	看出假象	要看破	眼神關注	團隊系統關心	善持戒	定
耳到	怒	觀察力	聲	聽出誤解	要化誤	專心聆聽	團隊通報處理	修禪定	靜
鼻到	哀	直覺力	香	聞到爆怨	要去臭	聞問解惑	全面定紛止爭	要忍辱	安
舌到	憂	思考力	味	紛擾輕重	要權衡	感同身受	增強賦權給力	求精進	慮
身到	畏	關懷力	觸	立場執著	要換位	陪伴扶持	提供實質協助	善布施	得
意到	壓	協調力	法	需求訴求	要回應	同理安撫	整合調和圓滿	靠智慧	慧

全方位危機管理

TCM 16字箴言

- 全人關懷
- 爭點整理
- 溝通善解
- 共創多贏