



# 醫療事故專案小組

## 醫療事故專案調查報告

中華民國 114 年 6 月至 7 月  
安泰醫院（高雄市）減重手術死亡事件

報告編號：MOHW-MAR-25-08-01

報告日期：中華民國 115 年 6 月

依據醫療事故預防及爭議處理法及醫療事故專案小組組織及運作辦法，本調查報告之內容，以發現事實真相、共同學習為目的，內容應包括事實、分析、結論及改善建議。

### **醫療事故預防及爭議處理法第 35 條：**

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：

- 一、於一定期間內，反覆於同一醫事機構發生或有發生之虞。
- 二、跨醫事機構或跨直轄市、縣（市）發生或有發生之虞。
- 三、危害公共衛生及安全或有危害之虞。
- 四、其他經中央主管機關認定之情形。

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。

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。

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。

### **醫療事故專案小組組織及運作辦法第 6 條：**

專案小組進行醫療事故專案調查時，召集人得聘請專家三人以上成立調查小組進行調查，並提出初步調查意見，送專案小組會議審議後作成調查報告。

前項調查，得視需要至實地調查，並通知醫療事故有關人員到場說明及提供相關文件、資料。

第一項調查報告，應包括事實、分析、結論及改善建議。

### **醫療事故專案小組組織及運作辦法第 9 條：**

受託法人應於醫療事故專案調查結束，向中央主管機關報告調查結果，並公布調查報告；中央主管機關自行調查者，亦同。

中央主管機關或受託法人公布前項調查報告時，不得包括下列事項：

- 一、調查過程中取得之證據、錄音檔案及其他相關資料。
- 二、與醫療事故有關人員間之通訊紀錄。
- 三、與醫療事故有關人員之體檢紀錄。
- 四、涉及該事故相關人員之個人資料或醫療紀錄。

## 摘要報告

經新聞報導安泰醫院（高雄市）發生 2 起減重手術死亡事件，衛生福利部依醫療事故預防及爭議處理法第 35 條第 1 項第 1 款與第 2 款規定，啟動醫療事故專案調查，調查報告之內容，以發現事實真相、共同學習為目的。

### 壹、事實

此二事件施行手術之醫師均為同一人，代稱主刀醫師，109 年 9 月 15 日至 113 年 12 月 29 日執業登記於博田國際醫院；113 年 12 月 30 日至 114 年 8 月 7 日執業登記於安泰醫院。下列分別就本事件 2 名病人進行描述：

病人甲，女性，33 歲，BMI 37.89 kg/m<sup>2</sup>。於 113 年 6 月 1 日至博田國際醫院減重外科主刀醫師門診就診。114 年 6 月 25 日至安泰醫院消化外科主刀醫師門診就診，經評估後建議手術。6 月 30 日病人甲接受手術，7 月 2 日病人甲病況變化，轉至財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院治療（以下代稱高醫），病人甲於 7 月 3 日死亡。

病人乙，女性，41 歲，BMI 31.79 kg/m<sup>2</sup>。於 113 年 7 月 23 日至博田國際醫院減重外科主刀醫師門診就診。114 年 7 月 4 日病人乙至安泰醫院消化外科主刀醫師門診就診，經評估住院進行手術。7 月 9 日病人接受手術，7 月 11 日病人乙病況變化，7 月 12 日由手術麻醉醫師陪同隨車進行轉院。轉義大醫療財團法人義大醫院（以下代稱義大醫院），到院前心跳停止，經急救後病人乙於當日死亡。

## 貳、分析

導致本事件發生之重要關鍵作業，經調查與彙整專家意見分析問題點如下表：

表 1. 重要作業及問題

| 項目         | 作業                                                                                                                                                                                                                   | 關鍵問題                                                                                                                                                                                              |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 門診及知情同意    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 透過社群通訊軟體記載就醫經過及與病人溝通。</li> <li>2. 術前評估、醫療過程、看診紀錄等，並未詳實完整呈現於病歷紀錄。</li> <li>3. 手術同意書及說明書為制式格式，僅記載一般風險，未有減重手術個別或特殊風險、副作用及併發症，雖另有減重手術說明書，但未有病人簽名欄位及簽名，無法確保病人是否知情同意。</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 就醫治療過程屬臨床照護重要資料，應完整記載形成正式病歷紀錄。</li> <li>2. 病人是否經醫師說明得知手術可能風險及相關併發症等風險資訊，以及是否有獲得足夠資訊，無法判定符合知情同意原則。</li> <li>3. 手術同意書制式內容無法呈現減重手術及病人個別之風險或特殊性。</li> </ol> |
| 手術適應症及風險評估 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本事件病人乙有不合醫療上之手術適應症。</li> <li>2. 醫院未有外院檢驗檢查資料標準作業規範。</li> <li>3. 未針對病人特殊性及複雜性作個別的風險評估。</li> </ol>                                                                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 執行手術前應以有無符合醫療上必要之手術適應症為優先。</li> <li>2. 病人病情影響手術併發症發生及術後照護處置。</li> </ol>                                                                                 |
| 術後照護       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病房護理人員未接受減重手術併發症之監測與處理訓練，並未對病情變化病人有警覺與處理能力。</li> <li>2. 病房護理人員透過減重團隊專科護理師通知主刀醫師病人病情變化。</li> </ol>                                                                          | 病人發生病情變化未得到即時適當處理。                                                                                                                                                                                |
| 醫院與減重      | 醫院與減重團隊之經營合                                                                                                                                                                                                          | 1. 因減重手術採合作經                                                                                                                                                                                      |

| 項目     | 作業                                      | 關鍵問題                                            |
|--------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 團隊合作模式 | 作模式為各自獨立運作，如人力、醫療作業規範及流程等制度，未顯示彼此有從屬關係。 | 營方式，醫院無法實質管理減重團隊，也無法進行醫療照護品質監督。<br>2. 涉及外包業務範圍。 |

## 參、結論

本事件發生原因，其直接影響因素，為主刀醫師對減重手術適應症認定標準寬鬆涉過度醫療違反醫師法第 25 條規定、手術風險評估不足及醫療團隊對於術後照護之警覺性與應變處置能力不足；相關影響因素，為病人是否獲得充分的告知後同意減重手術、主刀醫師個人因素及病房照護能力不足；間接影響因素，包括組織層級、領導監督之影響，醫院引進減重團隊進行合作，於醫院內部造成制度變化與領導監督等影響，包括人員資格、醫療流程及結果等。醫院有醫療業務管理之明顯疏失且致病人死亡，違反醫療法第 108 條規定。總結系統性因素，為醫院與減重團隊的合作管理模式不適當，涉及外包契約問題，加上組織及個人缺乏病人安全文化意識。

## 肆、改善建議

### 一、手術適應症與術前之評估應完整確實

- (一) 目前我國雖對於減重手術之施行，未有相關指引參考，僅有全民健康保險給付標準明確載明適應症，然此係保險「給付」之標準，並非該手術之醫療常規指引，實務上仍須以符合手術適應症等之「醫療」上所必需程度，防止過度醫療為原則，且不將減重手術視為美容醫學。

符合醫療上之手術適應症，但不符合全民健康保險給付標準而不給付者，應與病人經過充分討論後，再使用自費方式治療；然如不符合醫療上之手術適應症，醫師不應考慮執行此醫療行為。

據此，本事件針對不符合手術適應症之病人，本不宜施行本項手術，且主刀醫師及醫療團隊未納入病人曾有多次減重手術病史之風險評估，卻仍施以減重手術治療，已達過度醫療之程度，應更加謹慎且完整評估手術之必要性，以避免手術併發症之風險。

- (二) 病人病情及術前評估過程須確實，包括對外院檢驗檢查報告有效性之採用與評估（例如若檢查時間過久、檢查項目複雜或特殊，以及報告結果與病人臨床表現不相符等，皆會影響評估結果）、考量病人病史是否適合執行手術、是否符合適應症及手術之必要性、安全性等。
- (三) 醫師對於知情同意內容，應符合治療該疾病之臨床指引適應症或醫療常規，透過醫病共享決策（Shared Decision Making），由醫師提出臨床上可供選擇之各項醫療處置方式與各項不同處置之實證資料，並因應病人疾病所需，經由醫病雙方彼此充分溝通討論後，共同達成最佳可行之治療選項。

## 二、術後照護處置應及時且適當

- (一) 臨床上，病人於病房照護期間，當護理師發現病情異常有變化時，應通知值班醫師或主治醫師進行處置，由醫師親自診視病人並給予醫囑，以利及時給予治療。並非必須先由減重團隊專科護理師轉知主治醫師，再佈達主

治醫師之指示，才能進行處置，此種方式有損病人權益。

- (二) 對於接受減重手術後之病人，醫院應具備相對之術後照護能力，本事件發生時，醫院病房採功能性照護模式，並非整體性照護模式，警覺性不足，當病人發生病情變化時，發現異常的時機可能較晚，無法及時給予治療或轉診處置。建議由醫療團隊採整體性及持續性護理模式，以確保照護的連續性，及早發現異常。
- (三) 轉院時機，一般取決於病人病情變化、醫院資源及處置能力；本事件醫院為地區醫院，當發現病人病情緊急變化，判定其醫療資源及能力無法進一步給予治療處置時，應及時考量並選擇適當的後送醫院。

### 三、執行醫療業務應製作相關病歷紀錄

掛號、就診至治療等各項環節，屬臨床照護重要資料，應完整記載病人病情、治療經過及術前評估過程，包括會診紀錄、衛教資訊等，避免以社群通訊軟體方式進行；如需以視訊方式問診，亦應符合相關通訊診察治療辦法規範。

### 四、醫院對於減重團隊應有管理之責任

- (一) 醫院應將減重團隊納入管理，減重團隊需依醫院既有規範，進行醫療業務，並視消化外科（減重手術）特性，建立醫院相關制度，全員一致遵行，共同維護病人安全與醫療品質。
- (二) 醫院增加新科別及團隊，於合作初期應經常辦理相關教育訓練，如減重手術術後合併症及注意事項，以提升團隊合作並確保人員之照護能力。

## 五、醫院應就組織及個人加強病人安全文化意識

### （一）組織層級

1. 醫院應與合作團隊共同審視與建立權責分明的管理架構與體制，且應以醫院作為具有實質管理權責之一方，進行督導管理，合作團隊遵守醫院規範。
2. 醫院應整合減重團隊及醫院人員，強化全體員工對於醫療品質與病人安全的認知與重視，並建立通報文化。
3. 醫療業務則應由醫院自行經營為原則，不得以實質外包之合作經營模式委外辦理，杜絕營利性之團隊或廠商存在於非營利性質醫院中之情形，以病人安全為首要目標。

### （二）監督管理

醫院應整合減重團隊醫療作業流程，重新檢視及修正或新訂適當的作業規範，並避免減重團隊自行以網路社群及通訊軟體與病人溝通等非正式病歷資料，持續辦理考核及訓練。

## 六、安泰醫院進行中之改善措施

114 年 8 月 11 日就本事件提出之根本原因分析，認為有術前風險評估未落實、術後之專業照顧不足、缺乏精密醫療維生器材、對病人病況改變時之醫療處置是否符合病人實際之病況，以及轉院之時機評估是否不足等缺失。醫院後續需加強或改善之流程或系統，原訂於 9 月 30 日完成，經醫療事故專案調查小組於 10 月 9 日實地查證結果，發現尚未完成，院方於 9 月 30 日解散減重團隊。

## 目 錄

|           |     |
|-----------|-----|
| 摘要報告..... | I   |
| 目錄.....   | VII |
| 圖目錄.....  | IX  |
| 表目錄.....  | X   |

### 第一章 事實

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 1.1 事件經過.....           | 1  |
| 1.1.1 本事件相關人員代稱.....    | 1  |
| 1.1.2 事件經過.....         | 1  |
| 1.1.3 安泰醫院內部自行調查.....   | 2  |
| 1.1.4 安泰醫院後續追蹤處理結果..... | 3  |
| 1.2 相關人員資料.....         | 3  |
| 1.3 實地調查資料.....         | 5  |
| 1.3.1 背景說明.....         | 5  |
| 1.3.2 現場查證地點.....       | 11 |
| 1.3.3 相關文件表單.....       | 12 |
| 1.3.4 相關訪查資料.....       | 12 |
| 1.4 訪談資料.....           | 13 |
| 1.5 其他資料.....           | 20 |
| 1.5.1 事故調查作業時程.....     | 20 |
| 1.5.2 事後相關單位處置.....     | 20 |
| 1.5.3 調查之其他發現.....      | 22 |

### 第二章 分析

|                 |    |
|-----------------|----|
| 2.1 作業流程分析..... | 23 |
|-----------------|----|

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 2.2 差異分析.....                  | 32 |
| 第三章 結論                         |    |
| 3.1 直接影響因素.....                | 37 |
| 3.2 相關影響因素.....                | 38 |
| 3.3 間接影響因素.....                | 39 |
| 3.4 系統性因素.....                 | 40 |
| 第四章 改善建議                       |    |
| 4.1 改善建議.....                  | 41 |
| 4.1.1 手術適應症與術前之評估應完整確實.....    | 41 |
| 4.1.2 術後照護處置應及時且適當.....        | 42 |
| 4.1.3 執行醫療業務應製作相關病歷紀錄.....     | 42 |
| 4.1.4 醫院對於減重團隊應有管理之責任.....     | 43 |
| 4.1.5 醫院應就組織及個人加強病人安全文化意識..... | 43 |
| 4.2 安泰醫院醫院進行之改善措施.....         | 44 |

## 圖目錄

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 圖 1.安泰醫院組織圖.....        | 7  |
| 圖 2.病人甲減重手術事件流程分析圖..... | 23 |
| 圖 3.病人乙減重手術事件流程分析圖..... | 27 |

## 表目錄

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 表 1.重要作業及問題.....              | II |
| 表 2.安泰醫院相關人員資料－安泰醫院成員.....    | 3  |
| 表 3.安泰醫院相關人員資料－減重團隊成員.....    | 4  |
| 表 4.博田國際醫院相關人員資料.....         | 5  |
| 表 5.安泰醫院文件.....               | 12 |
| 表 6.安泰醫院訪查紀錄.....             | 12 |
| 表 7.博田國際醫院訪查紀錄.....           | 12 |
| 表 8.其他訪查紀錄.....               | 13 |
| 表 9.事故調查作業時程.....             | 20 |
| 表 10.安泰醫院查證資料－門診及手術時間對照表..... | 22 |
| 表 11.差異分析表.....               | 32 |

## 第一章 事實

114 年 8 月 6 日經新聞媒體報導安泰醫院（高雄市）發生 2 起減重手術死亡事件，衛生福利部依醫療事故預防及爭議處理法第 35 條第 1 項第 1 款與第 2 款規定，啟動醫療事故專案調查，所產生之本調查報告內容，以發現事實真相、共同學習為目的。另本案現由高雄地方檢察署偵辦中，受刑事訴訟法相關偵查不公開原則影響，就疑似涉及違反醫療器材管理法等部分，不予調查。

### 1.1 事件經過：

#### 1.1.1 本事件相關人員代稱

1. 於 114 年 6 月 30 日接受減重手術之病人，代稱病人甲。
2. 於 114 年 7 月 10 日接受減重手術之病人，代稱病人乙。
3. 施行手術之醫師，代稱主刀醫師，109 年 9 月 15 日至 113 年 12 月 29 日執業登記於博田國際醫院；113 年 12 月 30 日至 114 年 8 月 7 日執業登記於安泰醫院。
4. 其餘人員以醫院職務代稱。

#### 1.1.2 事件經過

下列分別就本事件病人甲及病人乙進行描述：

##### 病人甲事件經過

病人甲，33 歲，女性，於 113 年 6 月 1 日至博田國際醫院減重外科主刀醫師門診就診，主訴病態性肥胖，身高 161 公分，體重 95.5 公斤，BMI (Body Mass Index 身體質量指數) 36.8 kg/m<sup>2</sup>，診斷為「起因於熱量過多的病態性（重度）肥胖」，治療計畫為

腹腔鏡縮胃繞腸手術。其後並無博田國際醫院就診紀錄。114 年 6 月 25 日至安泰醫院初診，有糖尿病、高血壓及高血脂等病史，自覺體重過重，試過吃直銷產品、運動減重方式，仍成效不彰，經主刀醫師評估後建議手術。於 6 月 30 日至安泰醫院住院，當日接受主刀醫師腹腔鏡胃袖狀切除手術，手術過程生命徵象穩定，術後照護期間病況有變化，7 月 2 日轉院至高醫，病人甲心跳驟停進行急救，使用葉克膜。7 月 3 日病人死亡。

#### 病人乙事件經過

病人乙，41 歲，女性，於 113 年 7 月 23 日至博田國際醫院減重外科主刀醫師門診就診，當時身高 166.4 公分，體重 67.8 公斤，BMI 24.6 kg/m<sup>2</sup>，診斷為腸阻塞，治療計畫為繼續觀察。其後並無博田國際醫院就診紀錄。114 年 7 月 4 日至安泰醫院初診，身高 166cm、體重 87.6 公斤，BMI 31.79 kg/m<sup>2</sup>，有睡眠障礙、腰椎椎間盤滑脫及曾接受 3 次減重手術等病史，自述曾於天成醫療社團法人天晟醫院接受減重手術，術後入住該院加護病房 3 個月，有服用抗憂鬱藥物。7 月 9 日至安泰醫院住院，7 月 10 日接受腹腔鏡胃縮小併小腸繞道手術，手術過程生命徵象穩定，術後照護期間病況有變化，7 月 12 日予以轉院至義大醫院，到院前心跳已停止，抵院後經急救仍不治死亡。

### 1.1.3 安泰醫院內部自行調查

醫院於發生病人甲及病人乙減重手術死亡事件後，114 年 7 月 21 日召開檢討會，針對本事件二名病人進行併案分析，討論術後病情變化之緊急處置、維生醫療、設備及人員緊急處置訓練，並經醫療品質暨病人安全委員會於 8 月 11 日召開異常事件根本原因分析討論會議，於 8 月 14 日通報台灣病人安全通報系統。

### 1.1.4 安泰醫院後續追蹤處理結果

1. 依其 114 年 8 月 11 日根本原因分析報告提出，進行術前風險評估、住院病人聯絡人機制、建立減重手術前中後標準作業流程、盤點精密醫療維生器材、新增臨床緊急病人處置作業準則、建立交班作業流程及轉院標準作業流程等改善行動方案。
2. 減重團隊成員包括主刀醫師在內，共 17 名，至 114 年 9 月 30 日減重團隊成員皆已離職。

### 1.2 相關人員資料

事件相關人員資料如下表，共計有 33 名，其中經專案調查小組完成訪談人員計 32 名。

表 2. 安泰醫院相關人員資料－安泰醫院成員（服務年資統計至 114 年 8 月 6 日止）

| 職務                                           | 該機構服務年資  | 單位服務年資   |
|----------------------------------------------|----------|----------|
| 院長                                           | 28 年     | 28 年     |
| 行政副院長                                        | 9 年      | 9 年      |
| 麻醉科主任                                        | 5 年 6 個月 | 5 年 6 個月 |
| 麻醉護理師                                        | 4 個月     | 4 個月     |
| 護理部主任                                        | 3 個月     | 3 個月     |
| 病房護理長                                        | 6 個月     | 6 個月     |
| 病房專科護理師甲                                     | 15 年     | 6 個月     |
| 病房護理師乙<br>(114 年 6 月 30 日及 7 月 2 日照護病人甲)     | 6 年      | 5 年      |
| 病房護理師丙<br>(114 年 7 月 1 日照護病人甲)               | 5 個月     | 3 個月     |
| 病房護理師丁<br>(亦有呼吸照護病房護理師職務，114 年 7 月 1 日照護病人甲) | 26 年     | 14 年     |
| 病房護理師戊                                       | 3 年      | 2 年      |

| 職務                                       | 該機構服務年資   | 單位服務年資    |
|------------------------------------------|-----------|-----------|
| 病房護理師己                                   | 4 年       | 2 個月      |
| 病房護士甲<br>(114 年 7 月 10 日及 7 月 11 日照護病人乙) | 26 年      | 5 年 9 個月  |
| 病房護士乙                                    | 26 年      | 16 年 8 個月 |
| 病房護士丙                                    | 28 年      | 26 年      |
| 藥劑科主任暨進用醫材主任                             | 22 年 6 個月 | 22 年 6 個月 |
| 醫療業務室組長                                  | 6 年 6 個月  | 6 年 6 個月  |
| 會計人員                                     | 4 年       | 4 年       |
| 供應室人員                                    | 8 個月      | 8 個月      |
| 住院申報人員                                   | 28 年      | 28 年      |
| 病歷室人員<br>(亦為病安專員)                        | 8 年       | 8 年       |

表 3.安泰醫院相關人員資料－減重團隊成員（服務年資統計至 114 年 8 月 6 日止）

| 職務                                            | 該機構服務年資 | 單位服務年資 |
|-----------------------------------------------|---------|--------|
| 主刀醫師<br>(事發當時醫療副院長，任期 114 年 3 月 1 日至 8 月 7 日) | 8 個月    | 8 個月   |
| 助理醫師                                          | 6 個月    | 6 個月   |
| 手術麻醉醫師<br>(事發後隨車後送病人甲)                        | 4 個月    | 4 個月   |
| 手術專責護理師<br>(同時為護理長)                           | 8 個月    | 8 個月   |
| 個案管理師                                         | 8 個月    | 8 個月   |
| 病房專科護理師乙                                      | 4 個月    | 4 個月   |
| 病房專科護理師丙                                      | 4 個月    | 4 個月   |
| 病房護理師甲                                        | 2 個月    | 2 個月   |

表 4.博田國際醫院相關人員資料（服務年資統計至 114 年 8 月 6 日止）

| 職務      | 該機構服務年資   | 單位服務年資    |
|---------|-----------|-----------|
| 副院長     | 5 年       | 5 年       |
| 麻醉科主任   | 1 年       | 1 年       |
| 手術室護理長  | 4 年 11 個月 | 4 年 11 個月 |
| 減重中心個管師 | 1 年 9 個月  | 1 年 9 個月  |

### 1.3 實地調查資料

#### 1.3.1 背景說明

##### 1. 病人基本資料

- (1) 病人甲：女性，33 歲，身高 160cm、體重 96.1 公斤，BMI 37.5 kg/m<sup>2</sup>，有糖尿病、高血壓及高血脂等病史。於 114 年 6 月 30 日至安泰醫院住院，當日接受腹腔鏡胃袖狀切除手術，嗣後病況有變化予以轉院，7 月 3 日病人死亡。
- (2) 病人乙：女性，41 歲，身高 166cm、體重 87.6 公斤，BMI 31.79 kg/m<sup>2</sup>，有睡眠障礙、腰椎椎間盤滑脫及曾接受 3 次減重手術等病史，自述曾於天成醫療社團法人天晟醫院接受減重手術，術後入住加護病房 3 個月，有服用抗憂鬱藥物。於 114 年 7 月 9 日至安泰醫院住院，7 月 10 日接受腹腔鏡胃縮小併小腸繞道手術，嗣後病況有變化予以轉院，7 月 12 日病人死亡。

##### 2. 醫院簡介

##### (1) 安泰醫院

A. 為地區醫院，醫療部門設置科別有內科、外科、復健科、放射診斷科、神經科、骨科、麻醉科共計 7 科，執業登記醫事人員數總計 102 人，急性一般病床數 38 床、慢性呼吸照護病床 22 床，病床總數為 60 床。

- B.減重手術病人收治於醫院 3 病房(係指醫院三樓病房區域)。
- C.病房照護模式採功能性護理 (functional care)。
- D.安泰醫院一般手術流程為民眾掛號後醫師安排檢查檢驗，醫師於診間內進行病解，當下開立住院申請單、衛教資料及手術排程，手術同意書及麻醉同意書為紙本提供(如 SOP-01 安泰醫院住院流程)，醫師說明後會先簽署再給病人簽署，多數病人於就診當日簽署，若當時未簽名則會先歸入病歷(以防病人遺失或未帶)，等病人依約定日期住院時再簽署。

## (2) 博田國際醫院

- A.為地區醫院，醫療部門設置科別有內科、外科、家庭醫學科、復健科、放射診斷科、整形外科、泌尿科、皮膚科、眼科、神經外科、神經科、骨科、麻醉科，共計 13 科，執業登記醫事人員數總計 208 人。
- B.設有減重中心，由 8 名醫師組成，分別開設內科減重門診、外科減重門診及家醫科門診。
- C.本事件主刀醫師於 112-113 年期間執行減重手術的各項統計數據如下：
  - a. 手術病人共 426 例，以縮胃曠腸手術最多，為 391 例 (92%)。
  - b. 手術前病人 BMI 以 20-30.9 kg/m<sup>2</sup> 者為多數，共 234 例；大於 31 kg/m<sup>2</sup> 以上者共 192 例，有約 55% 病例之 BMI 不符合全民健康保險給付標準。

## 3. 安泰醫院與本事件相關之組織單位

### (1) 醫院組織架構

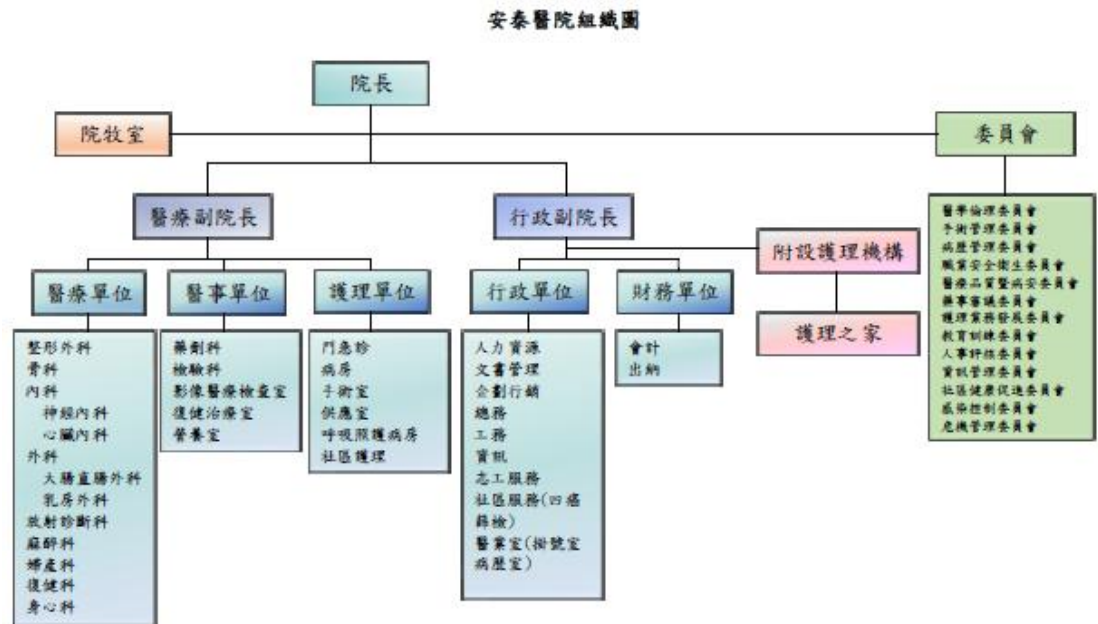


圖 1. 安泰醫院組織圖（本事件發生時）

註：主刀醫師於 114 年 3 月 1 日至 8 月 7 日任職醫療副院長

## (2) 醫療品質暨病安委員會

由院長擔任召集委員、行政副院長為副召集委員，委員會職責為督導與執行單位內醫療品質管理作業及品質指標推行及病人安全審議督導，擬訂年度工作目標與計畫等，以及依據（SOP-02）異常事件通報管理程序書，進行召開本事件根本原因分析討論會議院內通報、檢討。

## (3) 手術管理委員會

由院長擔任召集委員，會議多討論麻醉及儀器設備問題。

## (4) 減重團隊

依安泰醫院減重中心醫療合作契約，明訂安泰醫院與「主刀醫師減重團隊」為共同合作經營減重醫療業務，互負權利義務事項及收益分配，為期 2 年（113 年 12 月 30 日至 115 年 12 月 30 日），契約項目包括人力獨立招聘敘薪與業務調派、需配合醫院辦理評鑑行政之管理、每例手術完成之提成與分潤、以及每月最低手術業績等承攬範圍，未顯示有

從屬關係，涉及違反「醫療機構業務外包作業指引」有關核心醫療業務不得外包之規定。有關團隊組織分述如下：

#### A. 人員組成及職務

減重團隊成員於 113 年 12 月至 114 年 8 月期間陸續到職，屬於醫院內部較新的團隊（9 月 30 日減重團隊解散），共 17 名成員說明以下：

##### a. 醫師 5 名

包括主刀醫師在內，另有 1 名助理醫師及 3 名麻醉醫師（其中 1 名有 ACLS 證書；Advanced Cardiac Life Support 高級心臟救命術），負責協助手術。

##### b. 護理長 1 名，負責排班，同時為手術專責護理師，具有社團法人台灣代謝及減重外科醫學會核發之減重認證護理師證書。

##### c. 專科護理師 2 名，負責病房術後照護，皆有 ACLS 證書。

##### d. 個案管理師 1 名，具有護理師執照，負責術前及術後病人的問題與醫師溝通，包括協助門診、術前確認檢查項目及協助病人入住病房作業，若有缺少檢驗項目，則會於入院時補齊；另負責將病人術前檢驗檢查結果輸入於減重團隊共用之網路雲端行事曆（包括病人資訊、手術排程）。

##### e. 護理師 4 名，分別負責手術及病房照護；有 2 名護理師有 ACLS 證書。

##### f. 護士 3 名，負責手術或病房照護，其中 1 名有 ACLS 證書。

##### g. 營養師 1 名，負責術後追蹤減重效果，主動聯繫病人衛教、體重控制進度。

## B. 減重門診及手術安排

### a. 減重病人社群群組及網頁

- 以社群通訊軟體為病人進行等候手術排序及溝通管道。
- 病人社群軟體群組高峰期有 2,500 多人，包括術後及預計手術之病人，訪談期間手術等候人數仍有 1,000 多位。
- 社群網頁有上萬人次瀏覽，已有 1,000 多人接受手術，主刀醫師表示多數病人是基於信任才來手術。
- 病人基本問題由個管師協助回復，有關醫療問題會交由醫師回復。

### b. 減重團隊通訊群組

使用社群通訊軟體記載包括詢問用藥、病史、手術史、三高、B 型肝炎及 C 型肝炎等基本資訊，以及檢驗檢查結果與交班提醒，手術前會有個管師協助確認檢驗檢查項目。

### c. 術前檢查檢驗時程

- 個管師會請病人提供 3 個月內胃鏡、超音波、X 光及抽血等檢查報告，若欲申報全民健康保險者，則會請病人自行至他院就診及提供 1 個月內身心科評估結果。
- 預排手術進行評估之檢驗檢查報告時效，通常為手術前 1 個月，檢驗檢查報告會附在病歷。

### d. 減重門診

- 每位病人至少 1 次門診紀錄，其他可能採視訊方式溝通。於收到檢驗檢查報告後，術前會用視訊方式逐一與病人共同確認。

- 主刀醫師門診為每隔週一的下午門診，1 個月 2 次，每次門診約 50 人，門診跟診人員為減重團隊人員。
- 依門診就診人次統計表（114 年 1-6 月），開診時間不固定，除週一開診的頻率最高外，其餘週間皆曾開診（開診的時段亦不固定），每診次為 1 至 51 人次不等。
- 經檢視檢驗檢查報告後才決定手術，並由門診入院。

e. 減重手術

手術日平均安排 4 至 8 名病人，部分病人會依不同手術代碼分為自費及健保的術式，截至 114 年 7 月 25 日主刀醫師共施行 746 人次手術。

C. 手術同意書簽署

- a. 主刀醫師表示門診、與病人視訊或查房時，會逐一單獨向病人進行術前說明（但未有紀錄、手術同意書亦未見有此內容），簽署手術同意書時機為與個管師於手術前一天至病房，由病人於當下簽署。
- b. 個管師表示病人住院時，由其親自自門診帶病人至病房，並給予手術同意書及簽署。
- c. 減重手術同意書為制式格式，未記載減重手術個別或特殊風險、副作用與併發症等相關說明，採電腦列印醫師簽署日期。

D. 麻醉同意書簽署

麻醉醫師通常於手術前一週收到隔週手術排程，術前麻醉評估待病人住院後，由麻醉科主任進行及簽署麻醉同意書，後續再交班予減重團隊手術麻醉醫師。

E. 減重手術及術後照護

- a. 手術由減重團隊進行，偶遇有成員請假時，請安泰醫院協助，限於流動護理師職務。
- b. 病歷紀錄未見有針對病人個別、特殊性手術評估內容。
- c. 病人術後照護部分，由減重團隊及安泰醫院共同照護（安泰醫院採功能性護理），如病人病情有變化，護理人員一律通知減重團隊專科護理師處置，必要時由專科護理師聯絡主刀醫師。
- d. 術後衛教由個管師就多位病人一起進行團體衛教。
- e. 術後追蹤方面，會安排術後 1 週檢查傷口，並由營養師主動聯繫病人衛教、體重控制進度。

F. 安泰醫院與減重團隊合作模式

- a. 減重團隊設立初期，於 113 年 12 月對病房人員進行 1 次減重手術教育訓練，並給予護理人員常規資料。
- b. 醫院對新成立的減重團隊，未提供相關醫院制度及作業規章。
- c. 減重團隊與安泰醫院為合作關係，減重團隊相關人力及醫療設備、醫材都由主刀醫師負責。減重團隊所需醫療儀器設備及減重手術自費耗材，均向主刀醫師擔任負責人之鯨湛管理顧問公司購買及承租（負責維修），由醫院給付費用及租金。
- d. 藥材方面，由醫院自行採購。

### 1.3.2 現場查證地點

包括一樓門診、二樓手術室、三樓病房及六樓呼吸照護病房，說明如下：

1. 3 病房：為一般急性病床，配置如下：

(1) 單人房共計 7 間，病人乙入住 301

(2) 雙人房共計 5 間，病人甲入住 309

## (3) 四人房共計 2 間

2. 呼吸照護病房：六樓，共計 22 床。病人乙轉入時，訪談人員表示因醫院無加護病房，故暫轉至呼吸照護病房，由 3 病房護理師隨同照護。

## 1.3.3 相關文件表單

表 5. 安泰醫院文件

| 序號 | 文件名稱               | 日期        | 本文代號   |
|----|--------------------|-----------|--------|
| 1  | 安泰醫院住院流程           | 113.03.01 | SOP-01 |
| 2  | PS-002 異常事件通報管理程序書 | 107.9     | SOP-02 |
| 3  | 診療前告知及同意書簽署作業準則    | 102.6     | SOP-03 |

## 1.3.4 相關訪查資料

表 6. 安泰醫院訪查紀錄

| 序號 | 紀錄名稱                      |
|----|---------------------------|
| 1  | 病人甲及病人乙病歷資料               |
| 2  | 病人甲、乙全民健康保險轉診單            |
| 3  | 網路雲端及社群通訊軟體病人甲、乙資料及術前評估資料 |
| 4  | 其他減重病人之手術及麻醉同意書           |
| 5  | 骨科病人之手術及麻醉同意書             |
| 6  | 病房 114 年 6-7 月班表          |
| 7  | 114 年 1-6 月消化外科門診人次       |
| 8  | 根本原因分析                    |
| 9  | 機器設備租賃契約書                 |
| 10 | 減重手術後護理注意事項               |

表 7. 博田國際醫院訪查紀錄

| 序號 | 紀錄名稱           |
|----|----------------|
| 1  | 主刀醫師減重手術統計分析報告 |

表 8. 其他訪查紀錄

| 序號 | 紀錄名稱                          |
|----|-------------------------------|
| 1  | 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院病人甲病歷     |
| 2  | 義大醫療財團法人義大醫院病人乙病歷             |
| 3  | 臺灣高雄地方檢察署病人甲及病人乙檢驗報告書         |
| 4  | 臺灣高雄地方檢察署病人甲及病人乙法醫研究所解剖及鑑定報告書 |

### 1.4 訪談資料

專案小組調查及訪談相關人員之重要事實，依病人甲及病人乙之就醫時序階段彙整如下：

#### 病人甲

33 歲，女性，BMI 37.89 kg/m<sup>2</sup>，114 年 6 月 1 日經診斷為「起因於熱量過多的病態性（重度）肥胖」。

#### 手術前評估及門診

#### 114 年 6 月 1 日

病人至博田國際醫院減重外科主刀醫師門診就診，當時身高 161 公分，體重 95.5 公斤，BMI 36.8 kg/m<sup>2</sup>，主刀醫師診斷為起因於熱量過多的病態性（重度）肥胖，治療計畫為腹腔鏡縮胃曠腸手術。其後並無博田國際醫院就診紀錄。

#### 114 年 6 月 25 日

病人初次至安泰醫院消化外科主刀醫師門診就診，主訴有糖尿病、高血壓及高血脂病史，自覺體重過重，試過吃直銷產品、運動減重方式，仍成效不彰，有自帶外院之 114 年 4 月 25 日超音波檢查報告、4 月 26 日檢驗報告單、5 月 10 日胃鏡檢查報告，以及外院之「114 年 5 月 3 日」、「114 年 5 月 26 日」診斷證明書，分別記載無確切精神科

診斷及有第二型糖尿病、高脂血症、高血壓、肥胖症等病史，BMI 37.89 kg/m<sup>2</sup>，經主刀醫師評估後建議手術。

#### 入院

114 年 6 月 30 日

病人由個管師及母親陪同入住 309-1 病房，當時感冒已 2 個月，有吃藥治療，仍咳嗽及喉嚨痛，體重 96.1 公斤、身高 160cm，BMI 37.5 kg/m<sup>2</sup>、體溫 36.3°C、血壓 140/100mmHg、呼吸 19 次/分、脈搏 78 次/分。由陪同護理人員給予病人簽署「腹腔鏡袖狀胃切除（胃縮小）手術同意書及說明書」。病人有在服用降血糖及降血脂藥物，接受常規入院血液檢查、血型測定，胸部 X 光及心電圖。當日術前 09：50 由麻醉科主任探視評估病人，採全身麻醉，簽署「安泰醫院麻醉同意書」，手術名稱為腹腔鏡袖狀胃切除（胃縮小）手術。

#### 手術過程

114 年 6 月 30 日

病人進入手術室，由主刀醫師及減重團隊成員為病人進行手術，手術術式為腹腔鏡胃袖狀切除術，麻醉時間為 13：05 至 14：50，手術過程生命徵象穩定，無輸血。手術後將病人送至麻醉恢復室觀察，離開恢復室時，血壓 125/79mmHg、血氧 99%、脈搏 95 次/分，氧氣面罩 5L/min 使用。腹部四處傷口防水敷料覆蓋，雙下肢彈繃包紮。

#### 術後照護及轉診

114 年 6 月 30 日、7 月 1 日

病人陸續主訴急性疼痛、腹部傷口處疼痛不適，冒冷汗，6 月 30 日 20：30 病房護理師乙依醫囑予滴注止痛劑，疼痛有緩解。7 月 1 日 07：00 主訴腹部傷口處疼痛不適，冒冷汗，病房護理師丁依醫囑給予

注射止痛劑。18:30 病人主訴傷口疼痛難忍，病房護理師丙依醫囑予注射止痛劑，疼痛有緩解。

#### 114 年 7 月 1 日、7 月 2 日

7 月 1 日 23:00 病人仍主訴下腹疼痛，有生理痛現象，心跳 123 次/分，病房專科護理師乙前往探視病人，囑持續觀察。

7 月 2 日 00:35 病人因無法入眠，病房專科護理師乙探視，依醫囑給予滴注安眠劑。07:00 進行血液檢驗。08:23 病人臉色蒼白，對答緩慢只能回復單詞，呼吸淺快，氧氣鼻導管 2L/min 使用。

7 月 2 日 13:46 病人精神虛弱，呼吸淺快，體溫 36°C、血壓 102/63mmHg、呼吸 30 次/分、脈搏 73 次/分、血氧 96%，病房專科護理師甲探視病人，觸診腹部柔軟、傷口周圍乾燥，左腰腹部有瘀青、熱、腫情形，進行抽血檢驗，並監測心電圖、給予生理食鹽水點滴輸注及注射止血針。

#### 114 年 7 月 2 日

7 月 2 日 17:01 病房護理師乙發現病人腹部鼓脹嚴重，左側腹壁仍有瘀青，血壓 106/58 mmHg、呼吸 42 次/分、脈搏 150 次/分、血氧 90%。17:26 主刀醫師及專科護理師前往探視病人，當時病人意識清楚，呼吸淺快，半坐臥，體溫 37.2°C、血壓 83/57mmHg、呼吸 42 次/分、脈搏 159 次/分、血氧 88-90%，氧氣面罩 6L/min 使用中，主刀醫師表示手術後 48 小時後出現寡尿狀況，腹部軟，有持續喝水且有放屁，囑備血及抽血檢驗，靜脈氣體分析報告結果呈現代謝性酸中毒。同時安排腹部電腦斷層檢查，依據護理紀錄，主刀醫師判讀無腹部內出血及給予點滴治療。

**114 年 7 月 2 日、7 月 3 日**

7 月 2 日 19:30 主刀醫師評估需轉至加護病房，向病人母親解釋病情，同意將病人轉至高醫治療。20:00 主刀醫師與高醫的醫師聯絡交班，20:45 病人搭乘救護車離院。主刀醫師表示高血壓病人腹部常見瘀青。

離院時病人意識清楚，體溫 37.2°C、呼吸 50 次/分、脈搏 156 次/分、血氧 89%，氧氣面罩 10L/min 使用。7 月 2 日 21:09 經送抵高醫急診室時，體溫 38.7°C、血壓 115/85mmHg、呼吸 26 次/分、脈搏 54 次/分、血氧 92%，23:55 病人陷入昏迷，心跳驟停進行急救，使用葉克膜，7 月 3 日 06:42 病人死亡。病人死於經內視鏡胃縮小手術及腸繞道手術，胃切除手術與近端腸吻合手術傷口縫合無滲漏，但空腸遠端縫合處邊緣有滲漏破洞，致腸內容物外漏併腹膜炎。

**病人乙**

41 歲，女性，BMI 31.79 kg/m<sup>2</sup>，113 年 7 月 23 日經診斷為腸阻塞。

**手術前評估及門診****113 年 7 月 23 日**

病人至博田國際醫院減重外科主刀醫師門診就診，當時身高 166.4 公分，體重 67.8 公斤，BMI 24.6kg/m<sup>2</sup>，診斷為腸阻塞，治療計畫為繼續觀察。其後並無博田國際醫院就診紀錄。

**114 年 7 月 4 日**

病人初次至安泰醫院消化外科主刀醫師門診就診，病歷紀錄為體重過重，曾嘗試飲食控制、中西藥減重、瘦瘦針、胃夾及縮胃手術，因成效不彰且反覆復胖，有自帶外院之 114 年 6 月 28 日超音波檢查

報告及 6 月 30 日血液與尿液報告、胃鏡檢查報告，經主刀醫師評估後預住院進行手術。

### 入院

#### 114 年 7 月 9 日

7 月 9 日 12:00 病人於由個管師及家屬陪同入住病房，當時身高 166cm、體重 87.6 公斤，BMI 31.79 kg/m<sup>2</sup>，生命徵象穩定。病史包括睡眠障礙、腰椎椎間盤滑脫，6 種抗憂鬱藥物服用中。接受常規血液生化檢查、血型測定，胸部 X 光及心電圖。簽署「安泰醫院橫膈膜疝氣修補術同意書及說明書」、「安泰醫院腹腔鏡胃縮小併小腸繞道手術暨自費耗材同意書及說明書」(簽署時間 114 年 7 月 9 日 11:40)。

由麻醉科主任探視評估病人，採全身麻醉，12:30 簽署「安泰醫院麻醉同意書」2 份，手術名稱分別為橫膈膜疝氣修補術及腹腔鏡胃縮小併小腸繞道手術，病人於 15:35 簽署。

### 手術過程

#### 114 年 7 月 10 日

7 月 10 日 02:15 病人臥床休息，病人女兒及外籍看護照顧，已確認手術部位及做標記，08:29 更換手術衣，點滴滴注。11:35 送病人進入手術室，由主刀醫師及減重團隊成員為病人進行手術，麻醉時間為 11:35 至 16:40，原本預計要施行的手術術式為「腹腔鏡胃縮小併小腸繞道手術」(俗稱縮胃曠腸手術)，手術步驟為正中剖腹、胃繞道及空腸繞道手術，術後放置兩條引流管。手術過程生命徵象穩定，無輸血。助理醫師表示病人係以傳統開腹手術，故手術時間較長，手術過程並末有不順情形，主要是處理沾黏問題。病人原訂要接受疝氣修補手術，因上腹部黏連且手術時間久，當時討論決定不做。主刀醫師表示由於在他院已經施行過袖狀胃切除以及後來施行過胃腸繞道手術，因此此次施行的是將原本的胃腸繞道部分切除，並施行胃胃

吻合以及小腸小腸吻合手術，恢復原本腸胃道的走向，於手術結束後 16：45 將病人送至恢復室觀察。

#### 術後照護及轉診

##### 114 年 7 月 10 日

7 月 10 日 20:00 病人返回病房時，血壓 107/70mmHg、血氧 92%、脈搏 98 次/分，使用高流量鼻導管氧氣治療 100% 30L/min。腹部傷口以紗布覆蓋，引流血水呈暗紅色，身上放置有鼻胃管及尿管。主刀醫師探視病人（未記載時間），生命徵象穩定、血氧 97%、脈搏 101 次/分。20：30 病人表示有急性疼痛，病房護士甲依醫囑給予止痛藥。22：30 病人表示有急性疼痛，病房護士甲依醫囑給予止痛藥。22：50 病人焦慮且仍有急性疼痛，尿色黃偏深，病房護士甲依醫囑給予點滴輸注。

##### 114 年 7 月 11 日

7 月 11 日 00：59 病人無法入睡，病房護理師戊依醫囑給予注射安眠藥。病人於 03：09 及 07：40 主訴傷口疼痛無法忍受，病房護理師戊依醫囑分別給予注射止痛劑。09：00 病人尚未排氣，主刀醫師探視，囑繼續觀察。15：27 病人血氧 95-98%，經手術麻醉醫師探視後，評估病人手術後感覺與手術當天相較已有改善，因此下調氧氣濃度，使用氧氣面罩（氧氣濃度 75%），血氧 94-96%，生命徵象穩定。17：20 主刀醫師探視，病人體溫 36.5℃、血壓 120/75mmHg、呼吸 21 次/分、脈搏 114 次/分、血氧 92%，主訴口渴，有咳出血痰，腹部疼痛不適。

7 月 11 日 17：30 因血氧持續 92%，病房專科護理師甲將氧療方式改用高流量鼻導管氧氣治療 100% 40L/min。18：45 病人仍主訴傷口疼痛不適，呼吸 30 次/分、脈搏 116 次/分，予注射止痛劑，呼吸維持在 30-34 次/分、脈搏 114-128 次/分、血氧 92-95%。

7月11日21:00病人有咳血情形，表示無法好好休息，病房護士甲依醫囑予注射安眠劑後較嗜睡，血氧降至86%，病房護士甲告知主刀醫師後停止安眠藥滴注，因有咳血痰情形，主刀醫師囑予以止血針劑使用，期間病房護士甲鼓勵病人多咳嗽，血氧可上升至92-94%。21:45呼吸36次/分、脈搏128次/分、血氧92%。22:35因病人仍持續有咳血痰情形，醫囑予抽血及胸部X光檢查。主刀醫師表示病人手術時間很長，手術結束後隔天傍晚開始有咳嗽、咳痰，粉紅色有血絲、喘，判讀X光影像白色，23:20血液氣體分析結果為合併代謝性與呼吸性酸中毒及低血氧，主刀醫師評估為肺炎，隨即聯絡手術麻醉醫師前來插管。病房護士乙表示病人手術後很虛弱無法下床，且有越來越虛弱感覺，主刀醫師一般都是腹腔鏡手術，病人為執行開腹手術，術後照護跟一般常規相同。

#### 114年7月12日

7月12日00:30主刀醫師及手術麻醉醫師抵達病房，向病人及病人女兒說明病況，完成置放氣管內管，手術麻醉醫師表示插管後痰液，偏水，量多，由主刀醫師置放中央靜脈導管。01:10病人血壓降至91/66 mmHg、脈搏131次/分、呼吸34次/分、血氧96%，開始使用升壓劑。02:41病房護士甲轉送病人至呼吸照護病房，血壓79/53 mmHg、脈搏51次/分、呼吸30次/分、血氧87%，並在旁照護。經血液氣體分析檢查結果為嚴重的代謝性與呼吸性酸中毒及低血氧，給予藥物治療。03:55主刀醫師聯繫義大醫院急診室，由手術麻醉醫師陪同隨車進行轉院。手術麻醉醫師表示救護車上進行抽痰及給予O<sub>2</sub>流量開至最大，置放生理監視器及約束，血氧飽和度90-95%，病人意識沒有很清楚，但叫了會回應。04:15病人離院時，血壓190/101mmHg、呼吸34次/分、脈搏142次/分、血氧82-85%。

7 月 12 日 04:36 病人轉院抵達義大醫院，到院前心跳已停止，經急救病人仍不治死亡。病人死於術後併胰臟炎，胰臟周圍組織廣泛性脂肪壞死與腹膜炎，及急性肺炎、肺水腫與菌血症。

## 1.5 其他資料

### 1.5.1 事故調查作業時程

表 9. 事故調查作業時程

| 日期            | 說明                                                        |
|---------------|-----------------------------------------------------------|
| 114.8.6       | 衛生福利部正式發函（衛部醫字第 1141666786 號）通知醫策會組成醫預法第 35 條專案小組並啟動調查作業。 |
| 114.8.20      | 召開調查小組委員行前共識會議。                                           |
| 114.8.25      | 召開第七次專案小組會議。                                              |
| 114.9.3       | 調查小組第一次實地調查。                                              |
| 114.9.15-9.23 | 調查小組召開 2 次討論會議，進行初步調查報告整理。                                |
| 114.9.25      | 召開第八次專案小組會議，報告調查發現。                                       |
| 114.9.26      | 提交調查初步報告（草案）。                                             |
| 114.10.9      | 調查小組第二次實地調查。                                              |
| 114.10-114.11 | 調查小組召開 4 次討論會議，進行調查報告整理。                                  |
| 114.11.18     | 召開第九次專案小組會議，報告事件調查報告草案。                                   |
| 115.3.6       | 調查小組召開討論會議，進行調查報告整理。                                      |
| 115.6         | 調查報告陳送衛福部。                                                |

### 1.5.2 事後相關單位處置

高雄市政府衛生局於 114 年 7 月接獲檢舉與調查，針對涉及違規事項依法裁處。有關主刀醫師及醫療機構相關處置如下：

#### 1. 對於主刀醫師相關處置：

- (1) 自 114 年 8 月 7 日起停業 2 個月。

- (2)高雄市政府衛生局於 114 年 8 月 22 日召開醫師懲戒委員會，因主刀醫師執行手術未符國際標準涉過度醫療，經決議依醫師法第 25 條之 1 規定廢止其執業執照。
- (3)主刀醫師於臉書刊登醫療廣告未完整揭示醫療風險，違反醫療法第 86 條第 7 款規定，並依同法第 103 條第 1 項規定加重罰鍰新臺幣 10 萬元整。
- (4)主刀醫師 113 年 7 月於博田國際醫院執業未依規定製作病歷，違反醫師法第 12 條規定，並依同法第 29 條規定處罰鍰新臺幣 2 萬元整。
- (5)主刀醫師違反醫療器材管理法第 51 條規定，規避、妨礙或拒絕檢查或抽驗，依醫療器材管理法第 70 條規定，共計處罰鍰新臺幣 50 萬元整。
- (6)主刀醫師未經核准擅自輸入醫療器材，違反醫療器材管理法第 62 條第 1 項規定，移送檢調偵辦。

2. 對於醫療機構相關處置：

- (1)醫療機構明顯有業務管理疏失不當且致病人傷亡，依據醫療法第 108 條規定處罰鍰新臺幣 10 萬整，並命該院自 114 年 8 月 28 日起外科門診、住院業務停業處分 3 個月。
- (2)醫療機構負責醫師違反醫療法第 68 條第 1 項規定，依同法第 102 條第 1 項第 1 款規定處罰鍰新臺幣 1 萬元整。
- (3)縮胃曠腸手術收費超出「高雄市醫療機構暨醫事機構收取醫療費用標準」，超收達 67 人，違反醫療法第 22 條第 2 項規定，依同法 103 條第 1 項規定，每案裁處新臺幣 5 萬元罰鍰，共計處罰鍰新臺幣 335 萬元，超收費用已於期限內於 114 年 9 月 15 日返還。

- (4) 醫療機構違反醫療器材管理法第 51 條規定，規避、妨礙或拒絕檢查或抽驗，依醫療器材管理法第 70 條規定，共計處罰鍰新臺幣 10 萬元整。
- (5) 管制藥品未詳實登載簿冊，違反管制藥品管理條例第 28 條第 1 項規定，依同法第 39 條第 1 項規定處罰鍰新臺幣 6 萬元整。
- (6) 醫療機構未經核准擅自輸入醫療器材，違反醫療器材管理法第 62 條第 1 項，移送檢調偵辦。
- (7) 醫療機構涉管制藥品流用、未經核准擅自供應、寄藏醫療器材，依法移送檢調偵辦。

### 1.5.3 調查之其他發現

#### 主刀醫師門診及手術時間重疊

對照 114 年 6-7 月安泰醫院消化外科門診人次與手術排程清單，發現部分門診時間與手術時間重疊，無法得知為實體門診或視訊門診（通訊診察治療），經抽審 6 月 4 日、6 月 11 日及 6 月 17 日之門診與手術資料，整理如下表：

表 10.安泰醫院查證資料-門診及手術時間對照表（以下為抽查整理表）

| 時間   | 6 月 4 日（三）      | 6 月 11 日（三）    | 6 月 17 日（二）    |
|------|-----------------|----------------|----------------|
| 門診人數 | 23 人            | 31 人           | 14 人           |
| 門診時段 | 14：00-17：00     | 09：00-12：00    | 09：00-12：00    |
| 手術排程 | 7 名病人<br>11 項術式 | 7 名病人<br>8 項術式 | 6 名病人<br>8 項術式 |
| 手術時段 | 08：30-15：50     | 08：35-16：35    | 08：35-15：10    |

#### 病歷紀錄不完整

1. 門診及住院等病歷紀錄未能充分呈現病人術前病情，以及評估減重手術之過程，如手術適應症或相關病史等。
2. 視訊通訊之部分，因未有相關病歷紀錄，亦無法得知術前評估過程，且無法得知是否為通訊診察治療及是否符合通訊診察治療辦法之規定。

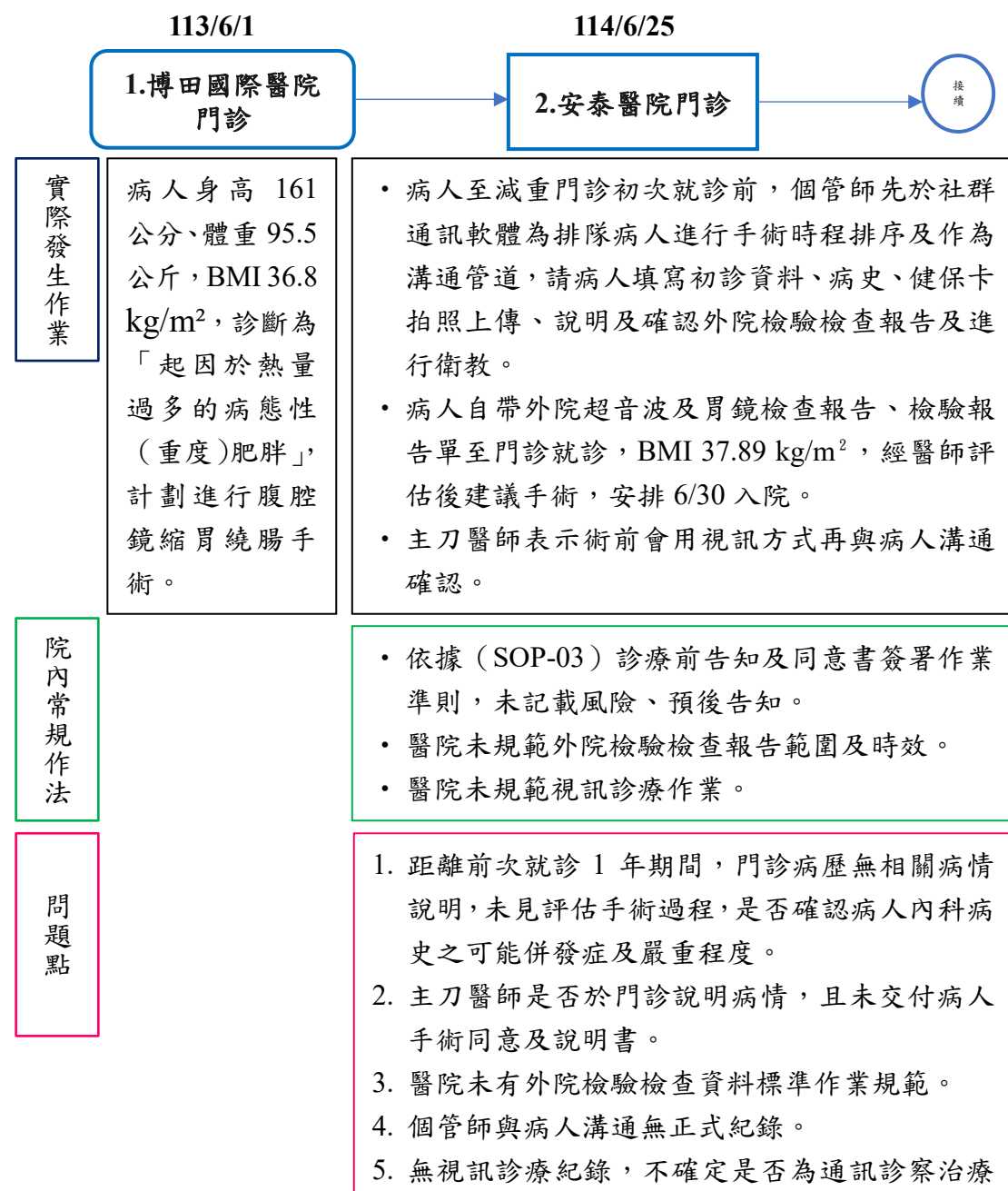
3. 減重團隊間對病人的評估與處置未完整呈現在病歷紀錄。

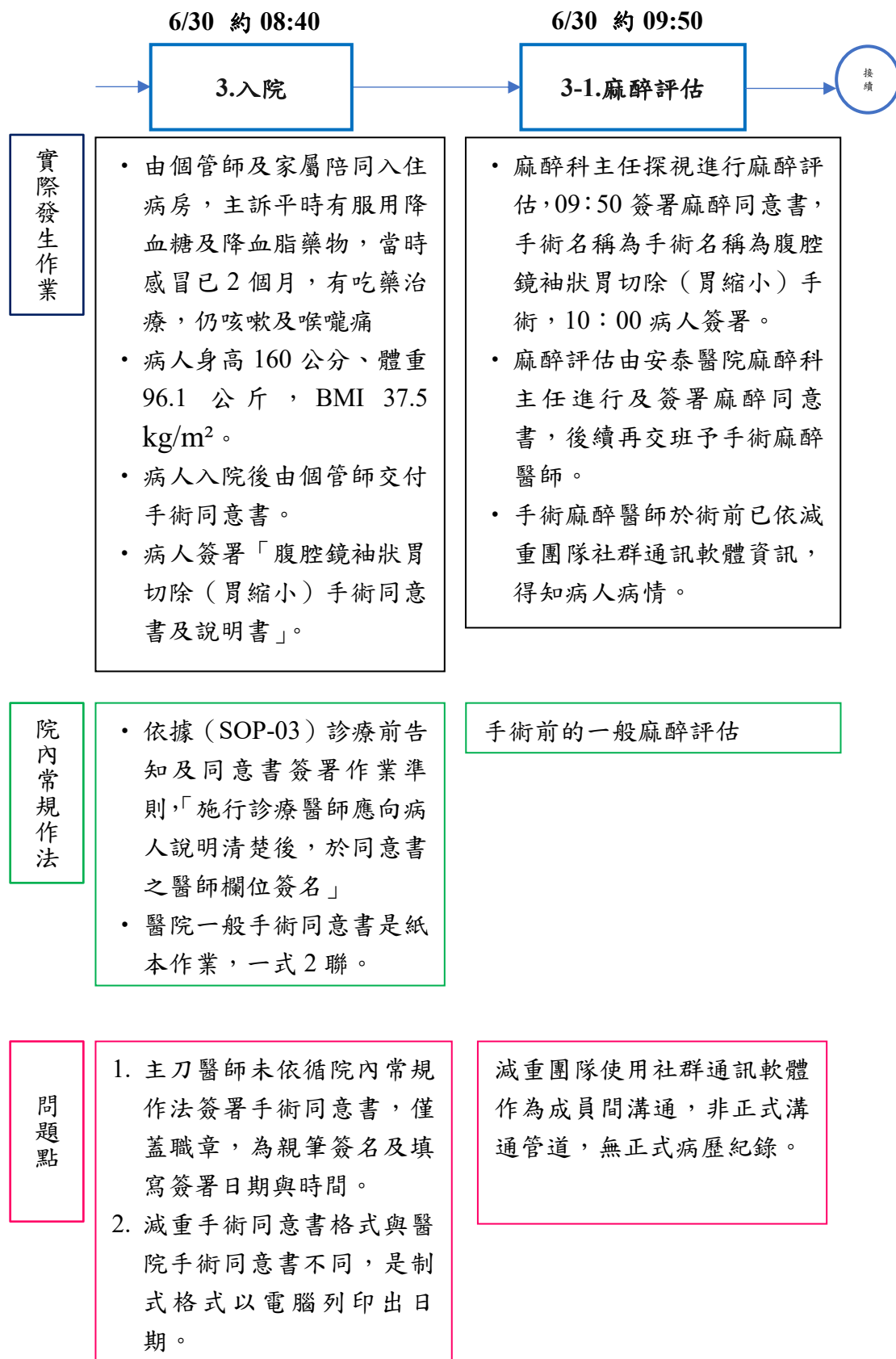
## 第二章 分析

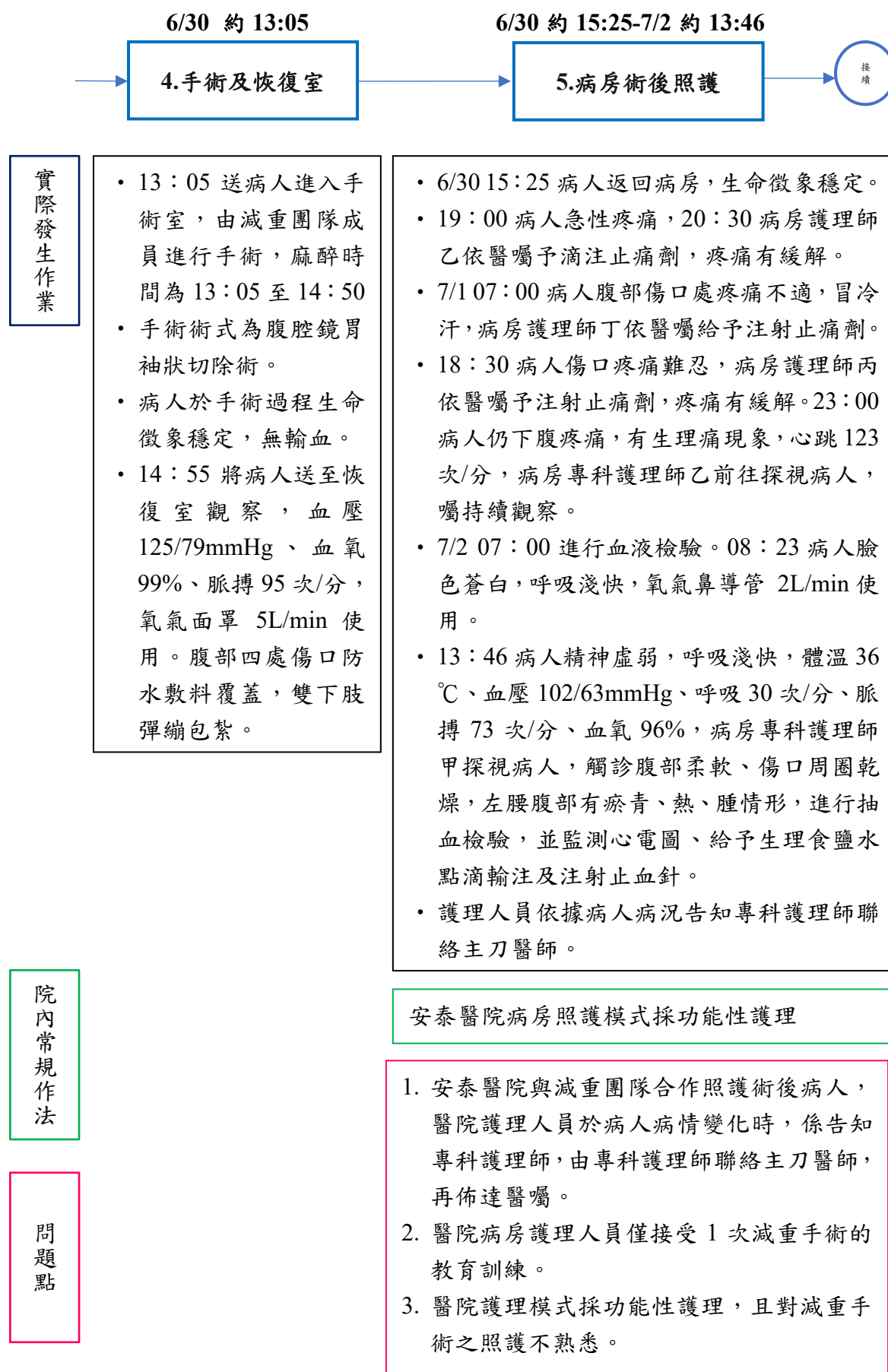
### 2.1 作業流程分析

依照本事件病人手術前、中、後作業流程，呈現事件當時之實際發生作業、院內常規作法與問題點，如圖 2、3.病人減重手術事件流程分析圖。

圖 2.病人甲減重手術事件流程分析圖







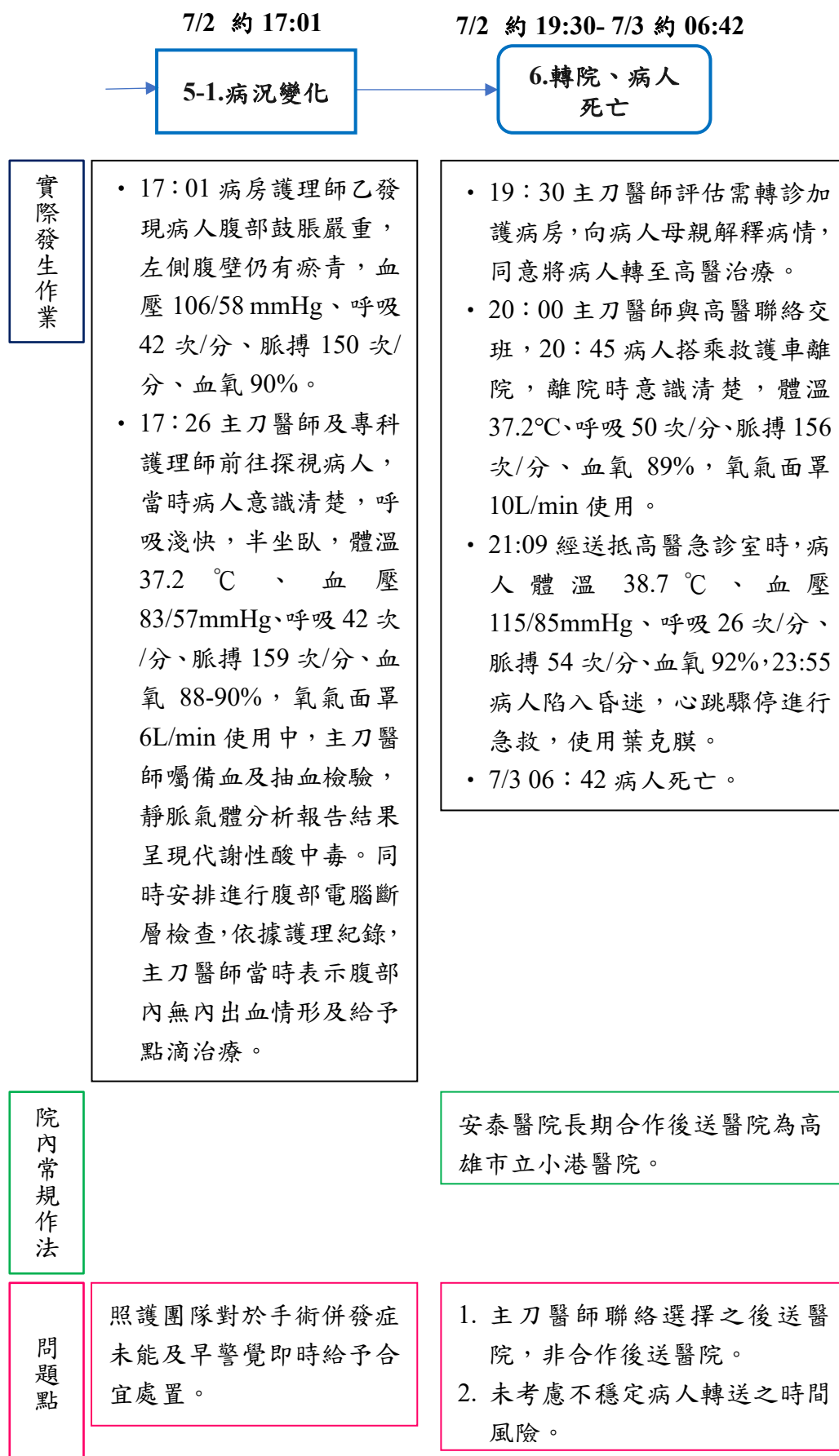
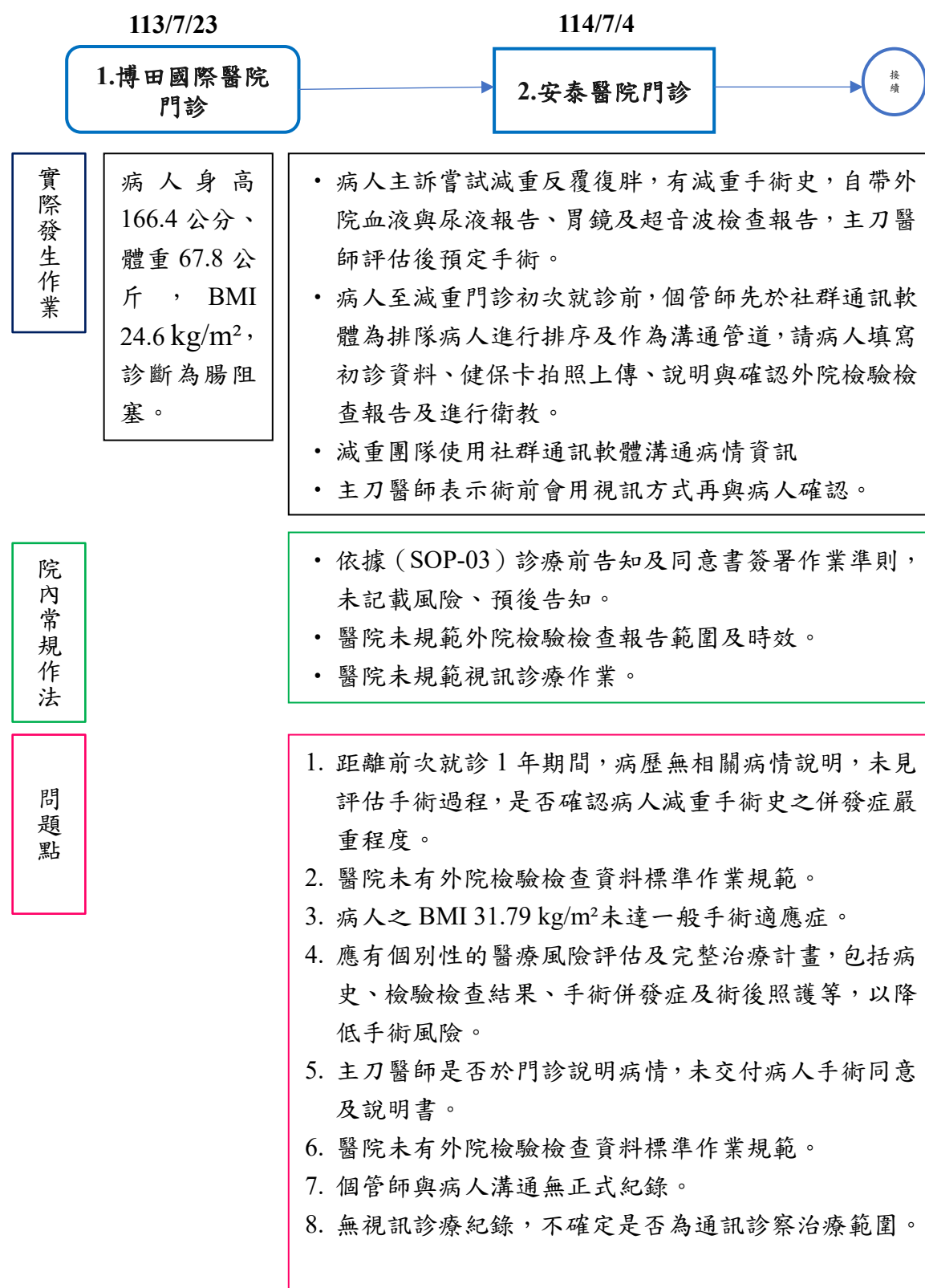
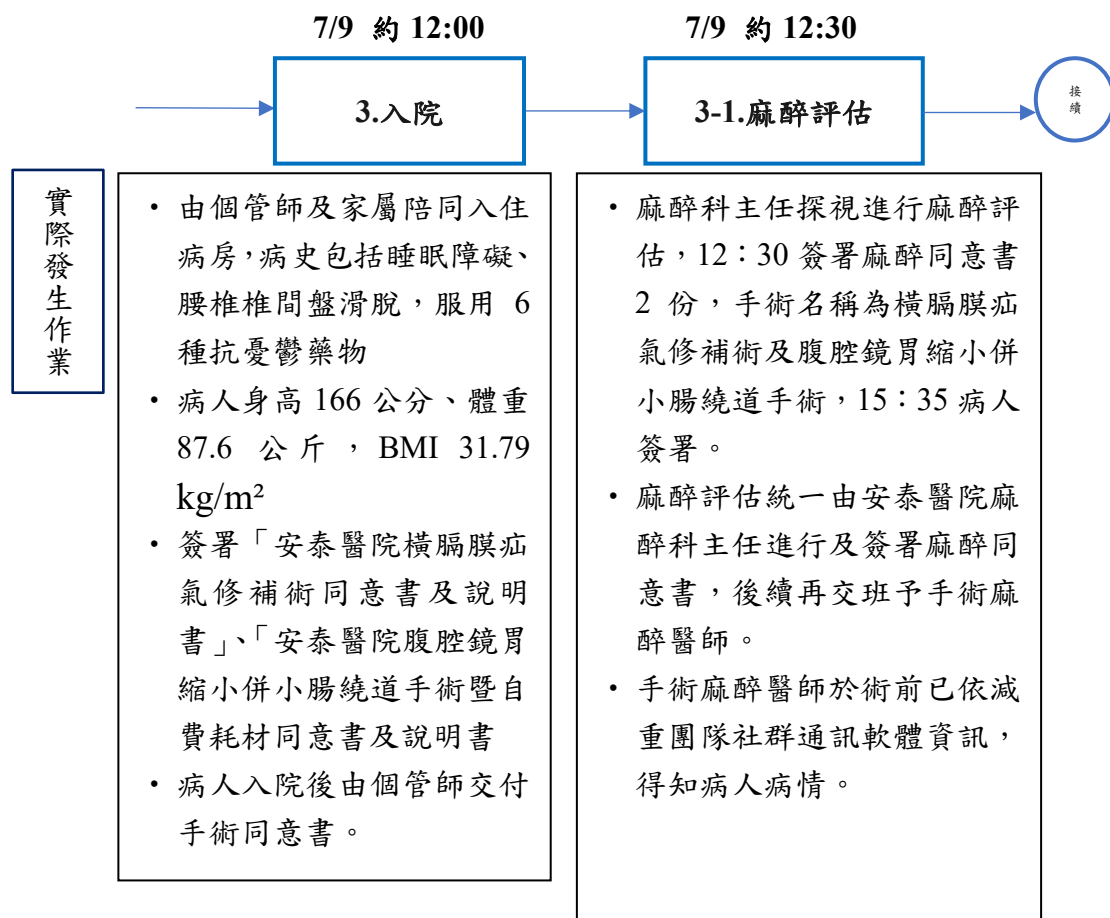
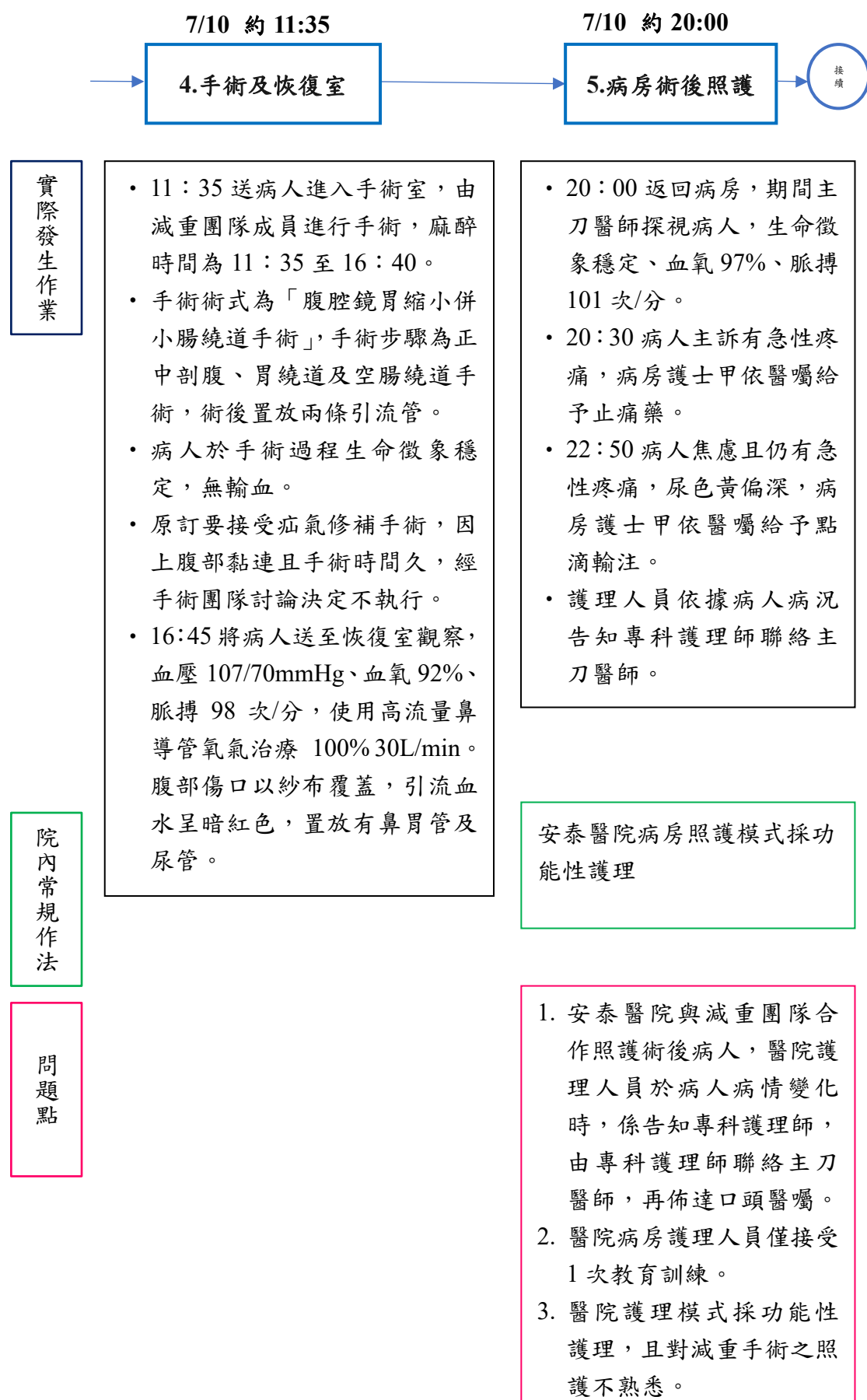


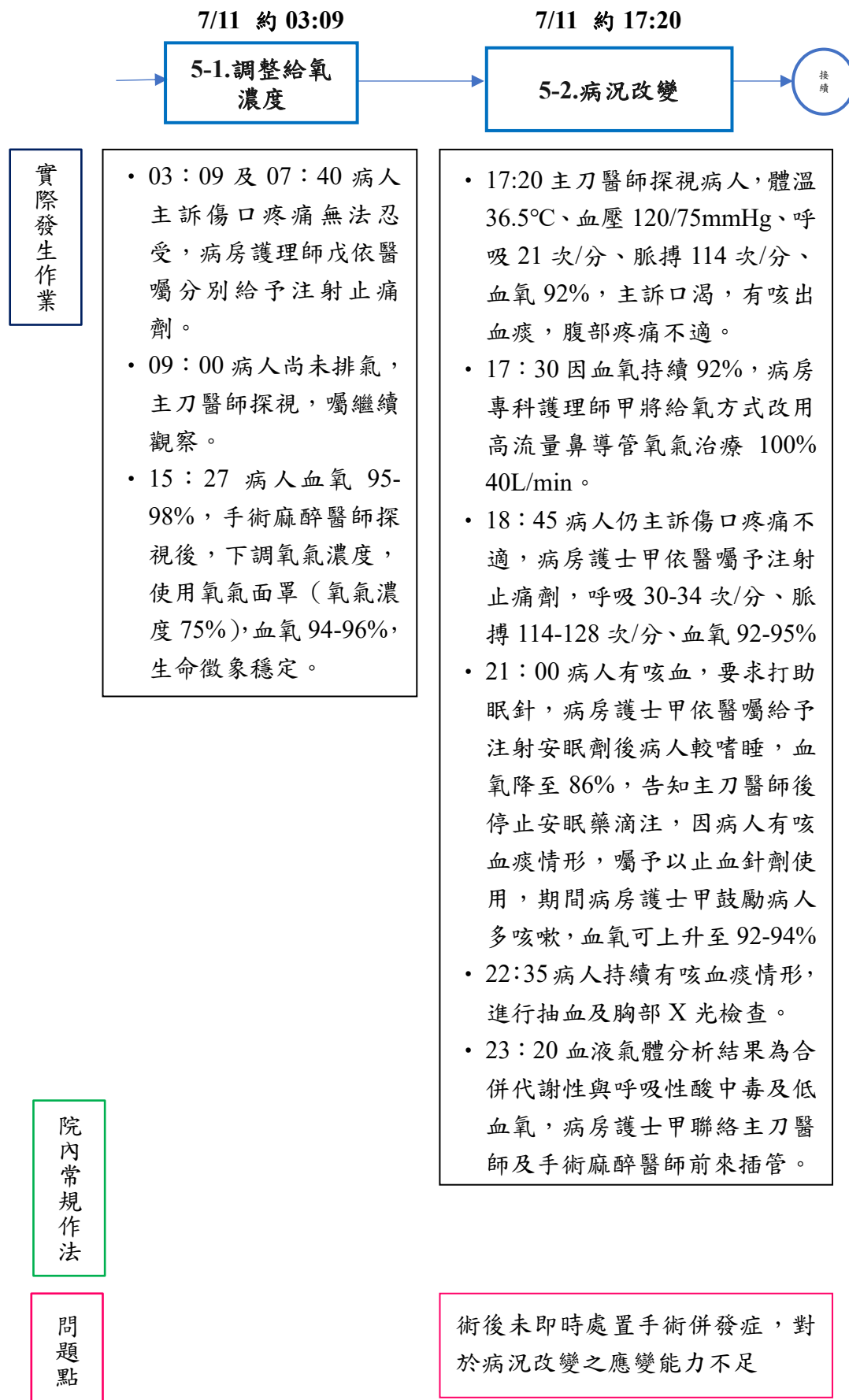
圖 3.病人乙減重手術事件流程分析圖

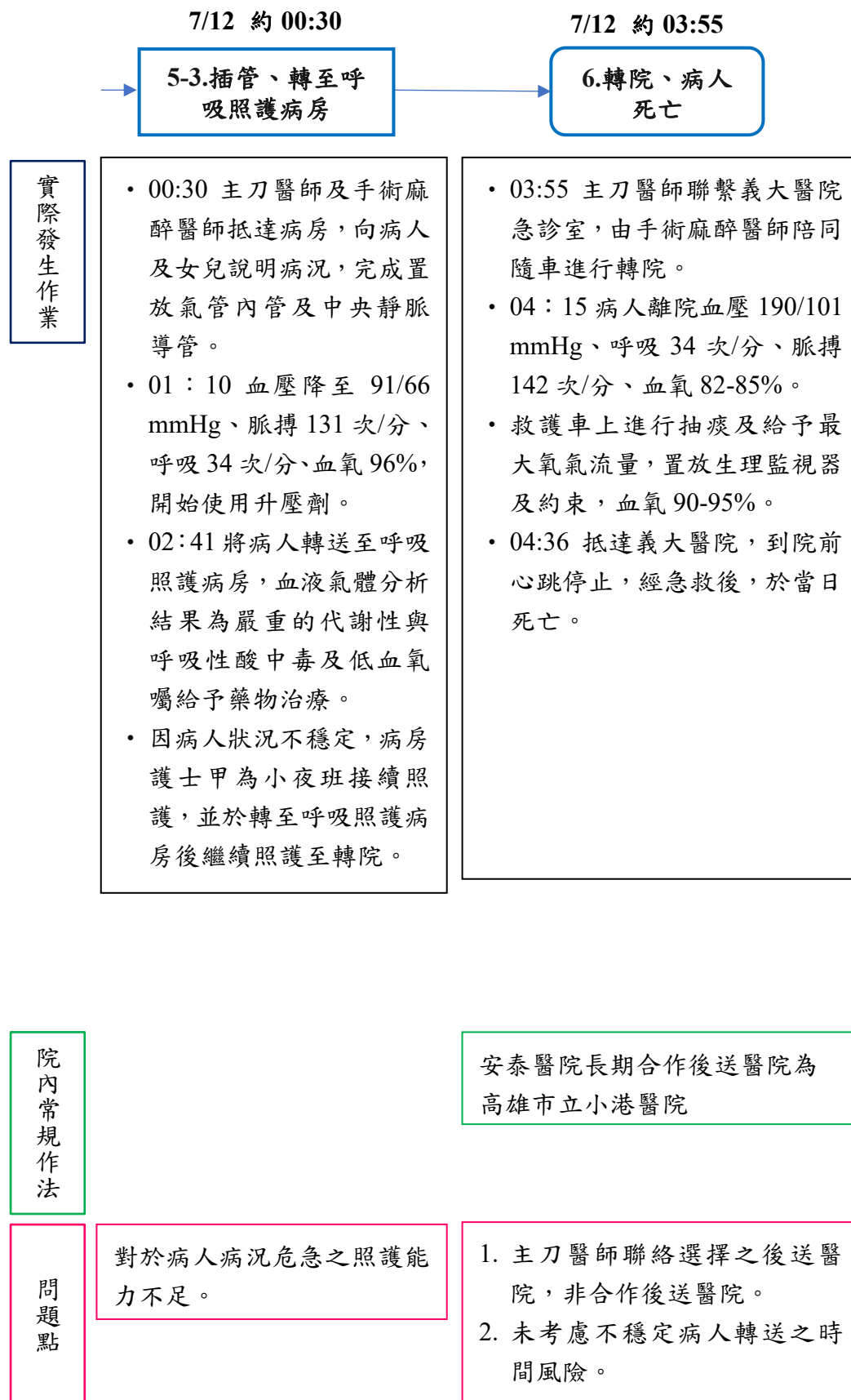




|        |                                                                                                             |                                      |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 院內常規作法 | 依據（SOP-03）診療前告知及同意書簽署作業準則，「施行診療醫師應向病人說明清楚後，於同意書之醫師欄位簽名」。                                                    | 手術前的一般麻醉評估                           |
| 問題點    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 主刀醫師未依循院內常規作法簽署手術同意書。</li> <li>• 手術同意書為電腦列印格式，包括醫師簽署日期。</li> </ul> | 減重團隊使用社群通訊軟體作為成員間溝通，非正式溝通管道，無正式病歷紀錄。 |







## 2.2 差異分析

彙整作業規範與實際發生之差異點，如表 11。

表 11.差異分析表

| 序號 | 原有常規或作法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 實際發生                                                                                                                                     | 差異產生之問題                                                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>符合減重手術適應症之評估，應參考 BMI 及是否為醫療所必需之處置</li> <li>我國減重手術適應症，一般會參考全民健康保險給付標準作為是否適合手術之參考，惟具體能否施行手術，仍應依個案身體健康狀況與條件，由醫師依其專業判斷。有關全民健康保險給付標準，自 109 年 5 月 1 日起須符合 1. BMI <math>\geq 37.5</math> kg/m<sup>2</sup>，或 BMI <math>\geq 32.5</math> kg/m<sup>2</sup> 且合併有高危險併發症；2. 須減重門診滿半年及經運動飲食控制在半年以上；3. 年齡介於 20-65 歲；4. 無其他內分泌疾</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>本事件病人乙不符合全民健康保險給付標準，係採自費方式。</li> <li>主刀醫師於博田國際醫院施行之減重手術中，至少有 55% 不符合全民健康保險給付標準，係採自費方式。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>主刀醫師執行手術時，應依據有無符合手術適應症（例如參考全民健康保險給付標準及國內或國際指引）；對不符合規範之手術適應症之病人，應進行詳實評估，並將決策過程記載於病歷紀錄。</li> </ul> |

| 序號 | 原有常規或作法                                                | 實際發生                                                                                                                                                                            | 差異產生之問題                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 病引起之病態肥胖；5. 無酗酒、嗑藥及其它精神疾病；6. 精神狀態健全，經由精神科專科會診認定無異常。    |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |
| 2  | 外院檢驗檢查報告應有其評估參考之依據。                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫院未有外院檢驗檢查資料標準作業規範。</li> <li>• 病人甲之外院檢驗檢查報告，包括 114 年 4 月 25 日超音波檢查報告、4 月 26 日檢驗報告單(血液、尿液)、5 月 10 日胃鏡檢查報告，其於 6 月 30 日接受減重手術。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 檢查時間距離手術越久，導致檢驗檢查報告之參考性下降，提升手術風險。</li> <li>• 手術前，醫師對於外院之檢驗檢查報告內容，未進行更詳實的確認及評估。</li> </ul>                   |
| 3  | 對於病人應有個別性的風險評估及完整治療計畫，包括病史、檢驗檢查結果、手術併發症及術後照護等，以降低手術風險。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本事件二名病人於安泰醫院就診前近 1 年皆未有其他就醫紀錄，甫至安泰醫院就診即接受手術治療。</li> <li>• 手術同意書及說明書為制式格式，未針對病人特殊性及複雜性作個別的風險評估，亦未記載手術風險、副作用與併發症，雖另</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 病人於術後發生併發症之風險，未能獲得充足完整之資訊，於術前未有能有完整的評估。</li> <li>• 病人病情複雜，影響手術併發症之發生及術後照護處置，醫療團隊對病人的術後照顧風險警覺性不足。</li> </ul> |

| 序號 | 原有常規或作法                       | 實際發生                                                                                                                                                          | 差異產生之問題                                                             |
|----|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|    |                               | 有減重手術說明書，但未有病人簽名欄位及簽名，無法確保病人是否知情同意。                                                                                                                           |                                                                     |
| 4  | 視訊看診，應符合通訊診察治療辦法相關可視訊診療範圍之規定。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>主刀醫師表示術前會用視訊方式再與病人確認。</li> <li>無視訊診療紀錄（通訊診察治療）。</li> </ul>                                                             | 醫師應親自診療病人，且本事件不符合通訊診察治療辦法之規定，不得以視訊方式為診察治療行為。                        |
| 5  | 同一時段不應執行兩項醫療業務，如不同病人之門診及手術。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>查閱114年1-6月份之主刀醫師門診人次，有門診就診人數之時間，同時亦有執行手術紀錄。（表10）</li> </ul>                                                            | 同一時段執行手術及門診看診，可能影響醫療業務品質及病人安全。                                      |
| 6  | 執行醫療業務應製作病歷。                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>本事件之術前評估、醫療過程、看診紀錄等，並未詳實完整呈現於病歷紀錄。</li> <li>個管師先於社群通訊軟體為排隊病人進行排序及作為溝通管道，請病人填寫初診資料、健保卡拍照上傳、確認外院檢驗檢查報告及進行衛教等。</li> </ul> | 掛號、就診至治療等各項環節，屬臨床照護重要資料，應完整記載病人病情、治療經過及術前評估過程，包括會診紀錄、衛教資訊等形成正式病歷紀錄。 |

| 序號 | 原有常規或作法                                                  | 實際發生                                                                                                                                                 | 差異產生之問題                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>減重團隊使用社群通訊軟體作為成員間溝通，非正式溝通管道，無正式病歷紀錄。</li> </ul>                                                               |                                                                                        |
| 7  | 依據（SOP-03）診療前告知及同意書簽署作業準則：「施行診療醫師應向病人說明清楚後，於同意書之醫師欄位簽名」。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>評估結果應充分告知病人後，讓病人簽署。</li> <li>主刀醫師未依循院內常規作法簽署手術同意書</li> <li>手術同意書為電腦列印格式，包括醫師簽署日期。</li> </ul>                  | 未能呈現病人是否經醫師說明得知手術可能風險及相關併發症等風險資訊，病人是否有獲得足夠資訊，無法判定符合知情同意原則。                             |
| 8  | 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>護理師接受之教育訓練僅含一般常規照護，未有減重手術併發症之監測與處理，因此護理人員未有充足的能力偵測病況變化。</li> <li>減重團隊護理師及專科護理師對於有病情變化病人之警覺與處理能力不足。</li> </ul> | 病人發生病情變化未得到即時適當處理。                                                                     |
| 9  | 醫院、診所因限於人員、設備及能力，無法提供完整治療時，應建議病人轉診。                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>本事件二名病人於術後照護期間，病況發生變化，照護時間達1-2天以上。</li> </ul>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>病人病情有變化，經過處理後未有改善及考慮轉診之時間點太晚，影響病人預後。</li> </ul> |

| 序號 | 原有常規或作法                                                                                                             | 實際發生                                               | 差異產生之問題                                                                                                                                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                     |                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>醫院設備及人力資源有限，對於病人病況危急所需之照護能力不足，影響轉診時機。</li> </ul>                                                                                     |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>醫院之醫療團隊應遵守醫院規範，醫院對醫療團隊應進行適當監督，包括醫療業務之執行及結果。</li> <li>醫療機構業務外包作業指引</li> </ul> | 醫院與減重團隊之經營合作模式為各自獨立運作，如人力、醫療作業規範及流程等制度，未顯示彼此有從屬關係。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>醫院與減重團隊無法有良好的團隊合作，產生溝通問題。</li> <li>醫院未能實質管理減重團隊，也無法進行醫療照護品質監督。</li> <li>醫院委託外部單位承攬經營、管理或執行部分業務，應以診斷、治療、核心護理以外之非醫療核心業務為原則。</li> </ul> |

## 第三章 結論

經調查與彙整專家意見分析結果，造成本次減重手術死亡之病人安全事件之原因，其直接影響因素、相關影響因素、間接影響因素、系統性因素，分述如下：

### 3.1 直接影響因素

主刀醫師對於減重手術適應症認定標準寬鬆、手術風險評估不足，以及醫療團隊對於術後照護之警覺性與應變處置能力較低，分述如下：

#### 1. 未符合一般減重手術適應症而執行手術

病人乙之 BMI  $31.79 \text{ kg/m}^2$ ，不符合相關減重手術適應症範圍，涉過度醫療。經高雄市政府衛生局醫師懲戒委員會決議，依醫師法第 25 條之 1 規定，廢止主刀醫師執業執照。

#### 2. 手術風險評估不足

主刀醫師僅診視病人 1 次門診，溝通管道多為社群通訊軟體，未留有病歷資料，無法得知有無評估病人病情、手術併發症、術後照護處置等手術風險。以病程變化而言，並未給予完整評估。

#### 3. 醫療團隊進行術後照護之警覺性與應變處置能力不足

本事件二名病人於手術後之照護期間，病房照護病人人員與減重團隊成員於警覺性與應變處置能力不足，進而影響轉診時機及預後。

### 3.2 相關影響因素

依病歷紀錄及實地調查資料，未能呈現病人是否獲得充分的告知後同意減重手術、醫師是否過於自信與業務過於忙碌及病房團隊之照護能力等因素，皆影響病人安全。

#### 1. 醫院硬體設施環境無法因應病人病情變化

當病人於術後病房照護期間，其病情發生變化，需緊急轉至加護病房，以密切監測病人狀況時，醫院並無相關設施足以因應。

#### 2. 主刀醫師對於自身能力之自信，使其於同一時段可能需同時負擔門診、手術及病房照護，業務忙碌，難以兼顧整體臨床照護，影響病人安全。

#### 3. 醫療團隊處理病人緊急狀況之專業能力不足，病房護理師接受之教育訓練僅含一般常規照護，未有減重手術併發症之監測與處理，因此未有充足的能力偵測病況變化。

#### 4. 醫療團隊對病人病史資料未確實評估有效性，針對外院檢驗檢查報告，未進行更詳實的確證及評估。

#### 5. 知情同意完整性不足

本事件病歷紀錄（包括手術同意及說明書），未能呈現病人是否經醫師說明得知手術可能風險及相關併發症等風險資訊。

#### 6. 病房照護模式為功能性護理（functional care）

醫院病房照護採功能性照護，可能因此無法及時發現病人病情變化。

### 3.3 間接影響因素

安泰醫院開設專科、引進減重團隊進行合作，於醫院內部造成制度變化與領導監督等影響，包括人員資格、醫療流程及結果，這些因素雖非直接導致本事件發生，但會影響第一線醫護人員的判斷與行為，進而影響病人安全。

#### 1. 組織層級

- (1) 醫院並無規範減重團隊人員資格與監督執行業務之品質。
- (2) 減重團隊與醫院是合作關係而非從屬關係，造成減重團隊與醫院團隊有不同的醫療照護作法或流程，且彼此並不熟悉。
- (3) 醫院與減重團隊之合作模式之下，導致醫院倚賴減重團隊，不易控管。

#### 2. 領導監督

- (1) 醫院對減重團隊之合理醫療量能，並未進行適當的管理，病人量過高，提升醫療風險，對於地區醫院之醫療品質管理造成挑戰。
- (2) 醫院對於主刀醫師未依據手術適應症之治療行為，並未進行管理糾正。
- (3) 醫院於引進新醫療流程時，未同步對相關醫療人員進行合適之教育訓練及流程規劃，病房護理人員未有相關醫療照護經驗，亦未向減重團隊提供標準作業流程文件，使其學習及執行，並於合作初期給予指導。

綜上，醫院有醫療業務管理之明顯疏失且致病人死亡，高雄市政府衛生局依醫療法第 108 條規定，處罰鍰新臺幣 10 萬元整，

並命該院自 114 年 8 月 28 日起外科門診、住院業務停業處分 3 個月。

### 3.4 系統性因素

1. 醫院與減重團隊的合作模式，為各自獨立運作，並無管理制度及從屬關係，減重團隊應遵守醫院規範，醫院對醫療團隊應進行適當監督，包括醫療業務之執行及結果。
2. 醫院與減重團隊的之外包合作契約中應明定管理及監督查核機制，以及醫療機構對於外包業務應負之責任，以確保醫療品質並兼顧病人權益。
3. 組織及個人缺乏病人安全文化意識。

## 第四章 改善建議

本醫療事故專案小組依調查結果提出相關之病人安全改善建議，條列於 4.1 節。另安泰醫院於 114 年 8 月 11 日提供針對本事件進行之改善措施，列於第 4.2 節，惟經醫療事故專案調查小組實地查證，尚未完成改善。

### 4.1 改善建議

#### 4.1.1 手術適應症與術前之評估應完整確實

1. 目前我國雖對於減重手術之施行，未有相關指引參考，僅有全民健康保險給付標準明確載明適應症，然此係保險「給付」之標準，實務上仍須以符合手術適應症等之「醫療」上所必需程度，防止過度醫療為原則，且不將減重手術視為美容醫學。

符合醫療上之手術適應症，但不符合全民健康保險給付標準者，應與病人經過充分討論後，始可使用自費方式治療；然如不符合醫療上之手術適應症，醫師不應考慮執行此醫療行為。

據此，本事件針對不符合手術適應症之病人，且未納入多次減重手術病史之風險評估，卻仍施以減重手術治療，已達過度醫療之程度，應更加謹慎且完整評估手術之必要性，以避免手術併發症之風險。

2. 病人病情及術前評估過程須確實，包括外院檢驗檢查報告有效性（例如若檢查時間過久、檢查項目複雜或特殊，以及報告結果與病人臨床表現不相符等，皆會影響評估結果）、考量病人病史是否適合執行手術、是否符合適應症及手術之必要性、安全性等。
3. 醫師對於知情同意內容，應符合治療該疾病之臨床指引適應症或醫療常規，透過醫病共享決策（Shared Decision Making），

由醫師提出臨床上可供選擇之各項醫療處置方式與各項不同處置之實證資料，並因應病人疾病所需，經由醫病雙方彼此充分溝通討論後，共同達成最佳可行之治療選項。

#### 4.1.2 術後照護處置應及時且適當

1. 臨床上，病人於病房照護期間，當護理師發現病情異常有變化時，應通知值班醫師或主治醫師進行處置，由醫師親自診視病人並給予醫囑，以利及時給予治療。並非必須先由減重團隊專科護理師轉知主治醫師，再佈達主治醫師之指示，才能進行處置，此種方式有損病人權益。
2. 對於接受減重手術後之病人，醫院應具備相對之術後照護能力，本事件發生時，醫院病房採功能性照護模式，並非整體性照護模式，警覺性不足，當病人發生病情變化時，發現異常的時機可能較晚，無法及時給予治療或轉診處置，建議採整體性及持續性護理模式，以確保照護的連續性，及早發現異常。
3. 轉院時機，一般取決於病人病情變化、醫院資源及處置能力；本事件醫院為地區醫院，當發現病人病情緊急變化，判定其醫療資源及能力無法進一步給予治療處置時，應及時考量並選擇適當的後送醫院。

#### 4.1.3 執行醫療業務應製作相關病歷紀錄

掛號、就診至治療等各項環節，屬臨床照護重要資料，應完整記載病人病情、治療經過及術前評估過程，包括會診紀錄、衛教資訊等，避免以社群通訊軟體方式進行；如需以視訊方式問診，亦應符合相關通訊診察治療辦法規範。

#### 4.1.4 醫院對於減重團隊應有管理之責任

1. 醫院應將減重團隊納入管理，減重團隊需依醫院既有規範，進行醫療業務，並視消化外科（減重手術）特性，建立醫院相關制度，全員一致遵行，共同維護病人安全與醫療品質。
2. 醫院增加新科別及團隊，於合作初期應經常辦理相關教育訓練，如減重手術術後合併症及注意事項，以提升並確保人員之照護能力。

#### 4.1.5 醫院應就組織及個人加強病人安全文化意識

##### 1. 組織層級

- (1) 醫院應與合作團隊共同審視與建立權責分明的管理架構與體制，且應以醫院作為具有實質管理權責之一方，進行督導管理，合作團隊遵守醫院規範。
- (2) 醫院應整合減重團隊及醫院人員，強化全體員工對於醫療品質與病人安全的認知與重視，並建立通報文化。
- (3) 醫療業務則應由醫院自行經營為原則，不得以實質外包之合作經營模式委外辦理，杜絕營利性之團隊或廠商存在於非營利性質醫院中之情形，以病人安全為首要目標。

##### 2. 監督管理

醫院應整合減重團隊醫療作業流程，重新檢視及修正或新訂適當的作業規範，並避免減重團隊自行以網路社群及通訊軟體與病人溝通等非正式病歷資料，持續辦理考核及訓練。

## 4.2 安泰醫院進行之改善措施

1. 依據安泰醫院於 114 年 8 月 11 日就本事件提出之根本原因分析，認為有術前風險評估未落實、術後之專業照顧不足、缺乏精密醫療維生器材、對病人病況改變時之醫療處置是否符合病人實際之病況，以及轉院之時機評估是否不足等缺失，說明後續需加強或改善之流程或系統，預計改善之作業進行中，內容如下：
  - (1) 建立手術、麻醉說明及簽立同意書標準作業流程，並落實追蹤評值落實。
  - (2) 強化全體同仁病歷交班、落實病歷紀錄之確實及完整性。
  - (3) 建立所有病人緊急連絡人機制，且對於病人獨自手術時，需留 1-2 位緊急連絡人及緊急連絡方式或電話 2 支以上，確認病人病情變化時，有專人可決策。
  - (4) 改善手術前、中、後標準作業流程。
  - (5) 改善轉院標準作業流程。
  - (6) 新增臨床緊急病人處置作業準則。
2. 採主責護理，醫院自 114 年 8 月起，改變原本病房照護模式之功能性護理，改為自白班開始有分組照護，安排主責護理。
3. 安泰醫院於 114 年 9 月 30 日解散減重團隊。