

# 從異物哽塞事件出發，導入RCA建構精神科進食照護安全文化



余文雯<sup>1\*</sup>、馮雅琪<sup>2</sup>、江柏林<sup>3</sup>、劉師秀<sup>4</sup>、陳會君<sup>5</sup>、李艾庭<sup>6</sup>

<sup>1</sup>青海醫院護理科主任、<sup>2</sup>護理長、<sup>3</sup>醫療副院長、<sup>4</sup>醫務管理師、<sup>5-6</sup>護理長

## 壹、前言/目的：

精神科住院病人因精神症狀、認知障礙或吞嚥功能異常，異物哽塞致死風險比一般人高出8倍，為臨床照護重大安全議題。某精神科專科醫院於113年12月20日夜間發生病人進食點心哽塞事件，經急救後轉院治療，暴露出夜間照護流程、人力分工與飲食衛教之缺失。院方隨即通報並召開跨部門會議，運用根本原因分析（RCA）從制度、流程、教育與監督面向檢討，成立改善團隊，建立預防性照護SOP、強化家屬衛教與臨床警覺教育，建構多層防線以提升飲食安全，並提供精神醫療機構防錯經驗之參考。

## 貳、問題分析 / 改善計畫：

### 【問題分析】

事件發生後，院內立即啟動跨部門之品質改善機制，由院部高層、醫療科、護理科、行政與病安醫品單位共同召開照護檢討會議，並運用根本原因分析（Root Cause Analysis, RCA）搭配HFACS（人為因素分析系統）模型與原因樹分析，針對事件近端與根本原因全面探討，分析出四大關鍵問題：

- 一、制度缺失：
  - (一)、缺乏標準化的家屬衛教制度，未於入院流程明確教育家屬禁止攜帶不適當食品，導致病人因食用外來麵包而哽塞。
  - (二)、缺乏「雙人核對點心制度」，點心準備依賴經驗，無交叉確認機制。
- 二、流程不清：
  - (一)、夜間點心發放與病人進食觀察未明訂專人分工，發放點心與觀察同步執行，導致注意力分散。
  - (二)、欠缺進食觀察標準流程，如進食速度、姿勢、是否咀嚼完整、吞嚥等關鍵指標未被有效監控。
  - (三)、缺乏風險回報與異常交班機制，當病人飲食狀況與原有飲食醫囑不同時，現場人員未即時報告及調整。
- 三、教育訓練不足：
  - (一)、家屬對軟質飲食與吞嚥限制認知不足，未理解食品選擇會影響病人安全。
  - (二)、新進人員未接受統一的異物哽塞預防訓練。
  - (三)、欠缺定期教育與案例演練，風險辨識與應變能力不足。
- 四、監督與品管機制薄弱：
  - (一)、未明確訂定夜間專責監督人員觀察飲食狀況，導致流程執行流於形式。
  - (二)、抽查與回饋制度不足，品質仰賴人員自律，穩定性低。

### 【改善計畫】

本案改善行動從制度面、流程面、教育面與監督面，四個面向提出改善計畫：

- 一、制度建置：
  - (一)、修訂「預防異物哽塞照護準則」，明確規範流程。
  - (二)、設計「預防異物哽塞注意事項」衛教單張與海報，張貼於家屬接待區，於入院及首次探訪時提供家屬衛教。
  - (三)、建立「點心雙人核對制度」，由兩位護理人員共同確認。
- 二、流程優化：
  - (一)、夜間點心發放由一人負責，其餘專責觀察，落實分工。
  - (二)、制定「進食觀察標準作業程序」，列入速度、姿勢、咀嚼、嗆咳等指標與通報流程。
  - (三)、當發現病人飲食與現況不符，須立即交班並與醫師討論修正醫囑。
- 三、教育訓練：
  - (一)、導入「三口水吞嚥試驗」進行初步篩檢，提高吞嚥障礙辨識率。
  - (二)、新進人員納入異物哽塞照護教育，強調病人評估、食物選擇與家屬衛教。
  - (三)、每兩個月辦理異物哽塞專題訓練，強化流程與風險辨識能力。
  - (四)、採用實際案例進行情境教學與討論，增進臨床警覺與應變。
- 四、監督與稽核機制：
  - (一)、夜間值班護理長不定期稽查現場流程執行情形。
  - (二)、將核對準確率列入績效指標，提升執行意願與責任感。

## 參、結果/成效：

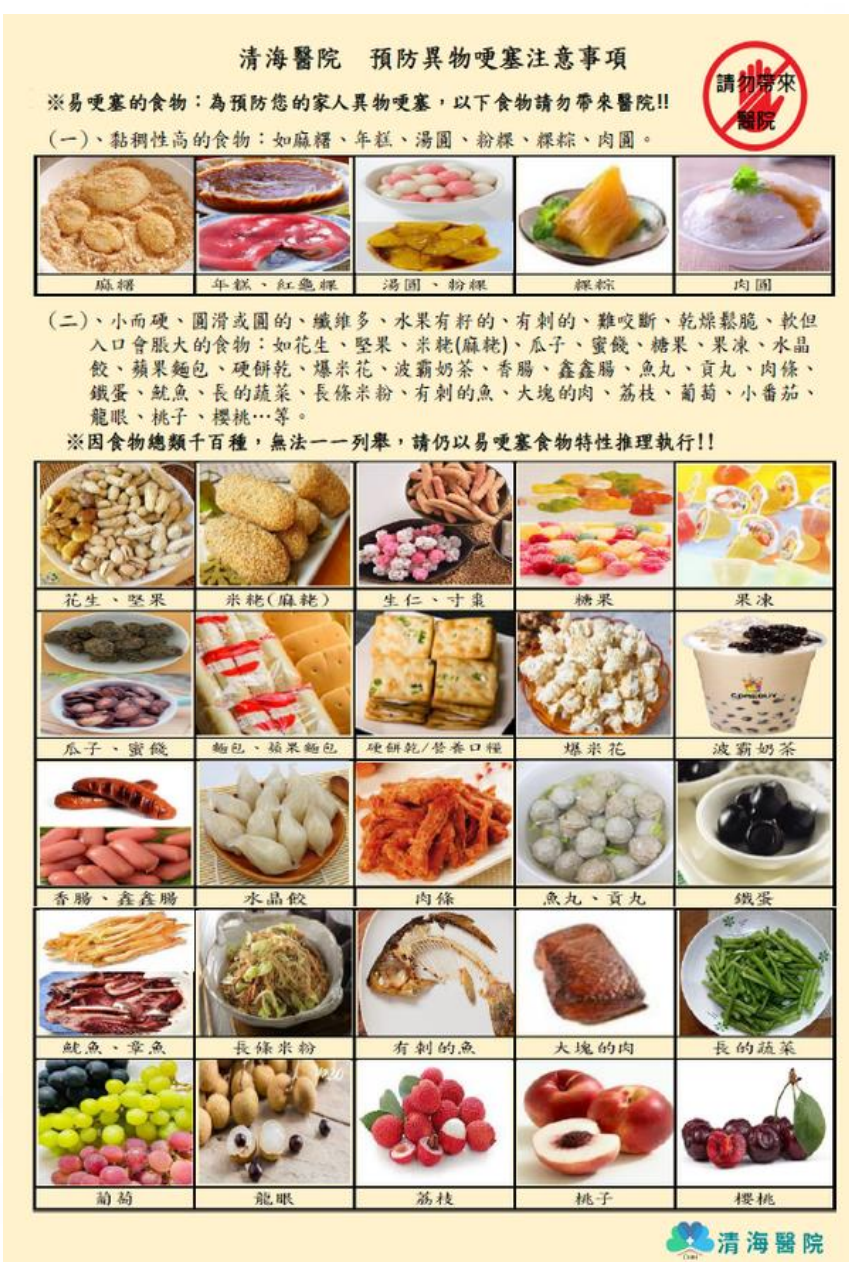
本改善專案以異物哽塞事件為契機，從制度、流程、教育與監督面進行全方位改革，建立具可複製與擴展性的精神科病人進食安全管理模式。具體成果如下：

- 一、事件再發率為零：  
執行數月以來，全院未再發生異物哽塞事件，流程分工與監督明確，風險顯著降低。
- 二、家屬衛教達成率100%：  
新住院家屬皆完成「預防異物哽塞」衛教，並主動諮詢飲食原則，提升共同照護意識。
- 三、照護流程標準化：  
夜間點心流程導入「雙人核對」、「進食觀察標準化流程」與「異常通報機制」，提升執行一致性與安全性。
- 四、護理知能提升：  
定期訓練提升人員辨識與應變力，護理知能正確率由72%升至91%，並能主動通報與衛教行動。
- 五、核對錯誤率歸零：  
雙人核對制度實施後，飲食核對錯誤率由2.1%降至0%，每週稽核符合率穩定達98%以上。
- 六、團隊責任感提升：  
跨部門合作機制導入「抽查+績效」改善模式，建立風險發現、即時改善與回饋的學習文化。
- 七、建立新模式，具推廣價值：  
本案達成「零再發、零錯誤」目標，制度與訓練並行，已納入新進人員教育，具高度參考與擴散潛力。

## 肆、結論與討論：

本專案導入根本原因分析（RCA）與跨部門合作機制，針對精神科病人進食異物哽塞事件進行系統性檢討與預防策略設計，從制度、流程、教育與監督四面向同步推動，建構多層防錯機制，強化照護安全防線。透過家屬衛教制度化、雙人核對與進食觀察分工，顯著降低哽塞風險，具臨床可行性與實務價值。高風險事件往往源於制度漏洞與執行落差，本案以RCA串聯醫療、護理與行政單位，推動全員參與的安全文化，使流程落實並持續改善。

改善後病人異物哽塞再發率降為零，飲食核對正確率提升至98%以上，建立可複製之精神科飲食照護品質管理模式。以夜間點心照護為例，透過標準化分工與教育，成功將高風險情境轉化為可控流程。未來將持續追蹤措施落實率、家屬衛教涵蓋率與人員滿意度，並研議導入資訊系統輔助核對與風險提醒，提升安全精準度。成果已納入新進教育，後續將整合院內資源與跨單位交流，強化組織學習。此模式具實用性高、成效明確與延展性強，可供精神科及長照機構參考，推動以人為本的病人安全文化。



類別/項目	改善前	改善後	成效/備註
1. 家屬衛教	僅於入院時提供簡短衛教，缺乏標準化教材。	設計標準化衛教單張與海報，於入院及首次探訪時提供。	家屬衛教達成率100%，家屬能主動諮詢飲食原則。
2. 夜間點心流程	發放與觀察同步進行，易導致疏忽。	實施「雙人核對」制度，一人負責發放，另一人專責觀察。	夜間點心流程標準化，執行一致性提高。
3. 進食觀察指標	缺乏明確的觀察指標（如速度、姿勢、咀嚼等）。	制定「進食觀察標準作業程序」，列入速度、姿勢、咀嚼、嗆咳等指標。	觀察指標明確化，提升護理人員的觀察力。
4. 風險回報與交班	缺乏明確的風險回報與交班機制。	建立風險回報與異常交班機制，確保異常情況能及時溝通。	異常情況能及時回報並處理，降低風險。

類別/項目	改善前	改善後	成效/備註
1. 教育訓練	僅有新進人員培訓，缺乏定期複訓與案例演練。	定期舉辦異物哽塞專題訓練，包含情境教學與討論。	護理人員辨識與應變能力提升，護理知能正確率達91%。
2. 監督與稽核	缺乏定期的流程稽核與品質改善機制。	護理長不定期稽查現場流程，並將核對準確率列入績效指標。	流程執行力加強，錯誤率顯著降低。
3. 制度建置	缺乏完善的預防異物哽塞制度與標準化流程。	修訂「預防異物哽塞照護準則」，制定標準化流程。	制度完善，流程清晰，為安全防護提供基礎。

類別/項目	改善前	改善後	成效/備註
1. 事件再發率	發生過異物哽塞事件。	事件再發率為零。	安全防線有效，風險顯著降低。
2. 飲食核對準確率	錯誤率為2.1%。	錯誤率降至0%。	雙人核對制度有效實施。
3. 每週稽核符合率	穩定在98%以上。	穩定在98%以上。	稽核機制有效運作。

類別/項目	改善前	改善後	成效/備註
1. 家屬滿意度	一般。	顯著提升。	家屬能主動諮詢飲食原則，參與度提高。
2. 護理人員滿意度	一般。	顯著提升。	流程清晰，工作負擔減輕，團隊合作更默契。
3. 安全文化氛圍	薄弱。	顯著增強。	全員參與，風險意識提升，安全文化初步形成。