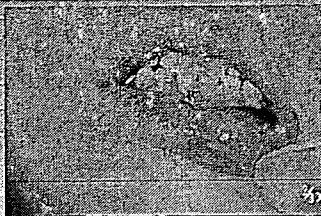


## 医療行為上の事故(医療過誤)



電気メス火傷



局麻による咬傷



誤抜歯

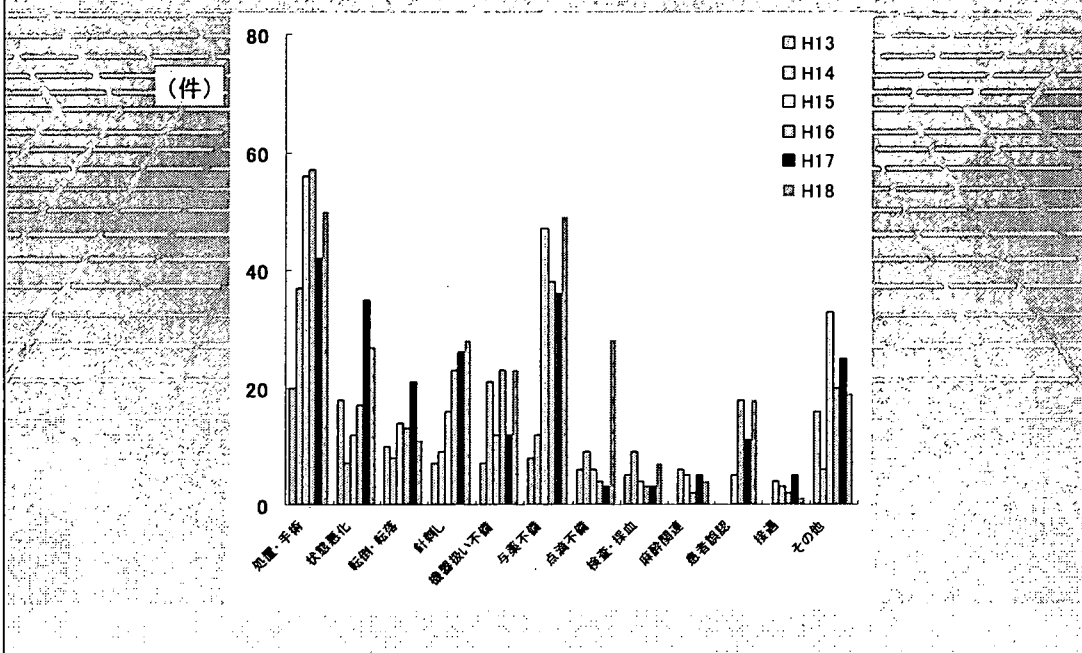
資料提供: 東京医科歯科大学 三輪全三先生

## 医療行為外の事故(院内事故)



資料提供: 東京医科歯科大学 三輪全三先生

## 東京医科歯科大学歯学部附属病院におけるインシデントの内容



## 医療事故の定義：医療安全管理協議会（H14）

### インシデント

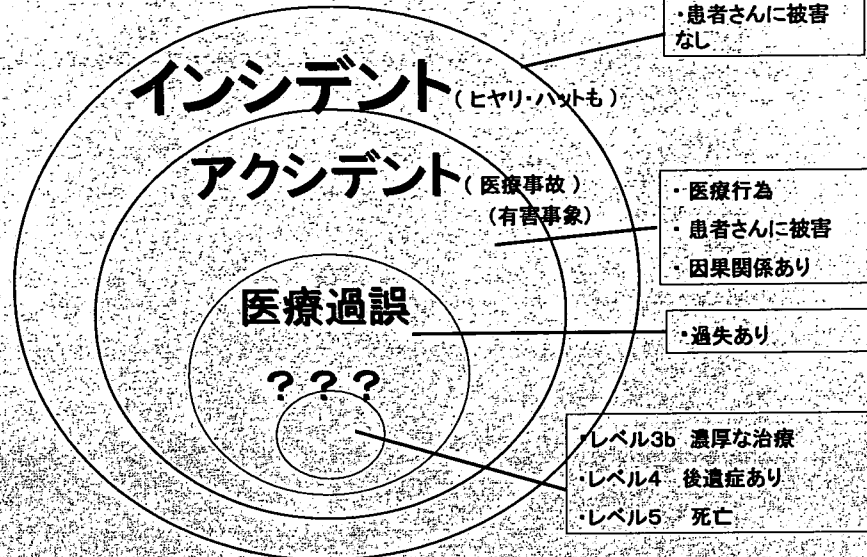
医療事故になる可能性のあった出来事  
（ヒヤリ・ハット，ニアミスも同義）

### アクシデント（医療事故）

患者さんに被害

医療行為との因果関係あり

**医療事故の定義** 医療安全管理協議会(平成16年)



**インシデントの深刻度(レベル)**

報告推奨	Level 0: <b>実施されず</b> : 実施されれば何らかの被害が生じたと予測される
	Level 1: <b>被害なし</b> : 当該行為等が実施されたが結果的に被害がなかった
	Level 2: <b>観察の必要あり</b> : バイタルサインに変化が生じ観察強化や検査が必要
報告義務	Level 3: <b>治療の必要あり</b> : バイタルサインに変化が生じ治療や処置が必要 (一過性 軽度-中度3a)
	(一過性 中度-高度3b)
	Level 4: <b>後遺症あり</b> : 患者に後遺症の残る可能性
	Level 5: <b>患者が死亡</b>
	+H 潜在的深刻事例 (より深刻な事態をまねく可能性)

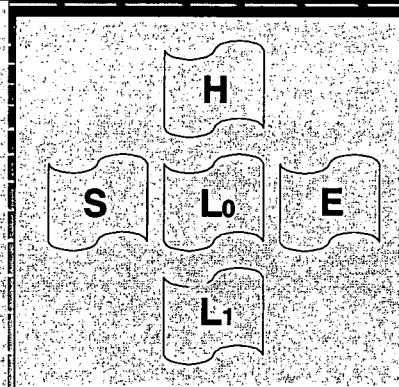
# インシデント分析の目的

- 当事者への責任追及ではない。
- 始末書・負の査定に直結しない。
- 同様な事故の発生を防止。  
(失敗に学ぶ姿勢が大切)
- 医療の質を高めることにつながる。

## SHELモデル分析

Edward(1972), Hawkins(1975) による事故原因の分析方法のひとつ

- S = Software(ソフトウェア)  
新人教育、マニュアルの整備、職場の慣習
- H = Hardware(ハードウェア)  
設備、器材、作業服
- E = Environment(環境)  
労働条件、勤務時間、作業件数、保管場所
- L = Liveware(ライブウェア)  
心身状態、性格、経験、知識、技術
- L0(当事者) : 歯科医師、看護師
- L1(関与者) : 患者自身、家族



## インシデント報告例<メタルインレー誤飲>

- 当事者： 経験年数1年半の歯科医師
- 患者： 年齢30歳女性
- 発生時の状況・経過： 患者はメタルインレー脱離の為来院。当事者がインレーを試適したところ、撤去が困難。撤去時に口腔内に落下し見えなくなった。
- 事故後の対応： 当事者は誤嚥のないことを臨床的に判断。患者へ説明を行い、インフォームドコンセントを得た。速やかに胸部及び腹部X線写真撮影施行。胃内にインレーを確認。インレーの排泄が確認できない時は1-2週間後に再度X線撮影の予定とした。

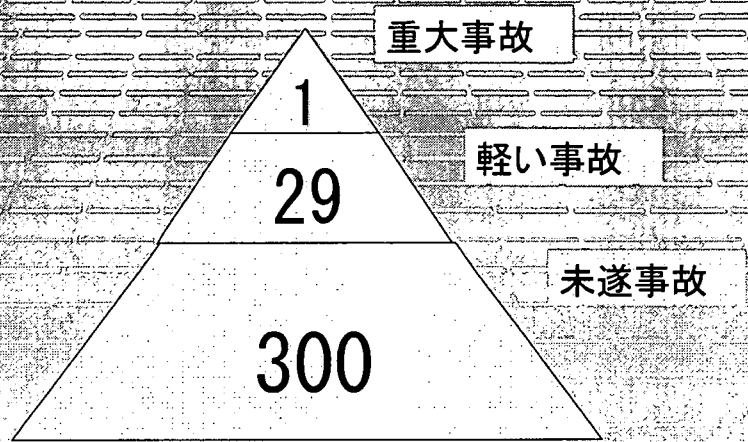
## インシデント分析例

- 深刻度： レベル2  
(誤飲確認のX線検査を要した)
- 潜在的深刻度： +H(有り)  
(誤嚥の場合、窒息など緊急事態が予想)
- SHELLモデル分析： LO(当事者)注意不足、技術不足、知識不足、経験不足  
S(ソフトウェア)インレー試適法に対する教育不足
- 再発防止の対策・改善策：  
慎重な操作、ラバーダム の活用、ガーゼによるブロック、  
患者体位、口呼吸防止、インレーに糸をつける、  
介助者の必要性、バキューム操作徹底、治療方針変更・・・

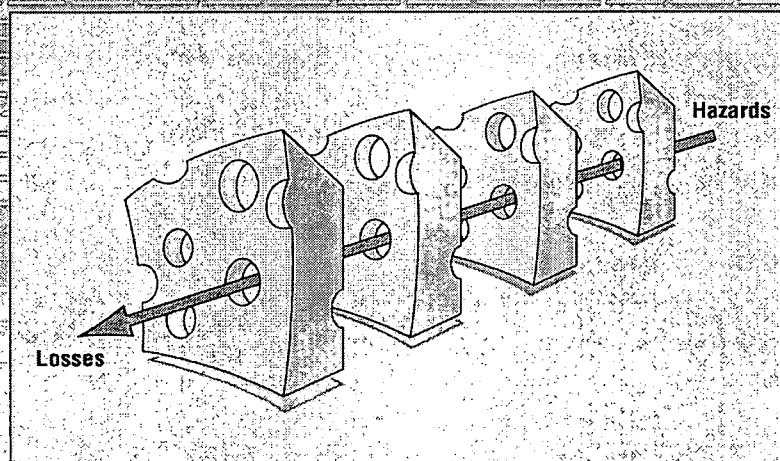
気をつけるだけでは  
事故はなくなりません！！



# ハインリッヒの法則



# スイスチーズモデル



Reason, J. BMJ 2000;320:768-770

## ■ ヒューマンエラー

人間が共通して持つ弱点

ヒューマンファクターがもとで発生するエラー

根絶は不可能

## ■ プロフェッショナルエラー

専門職と関連したエラー

意識改革・報告書の分析・情報共有・

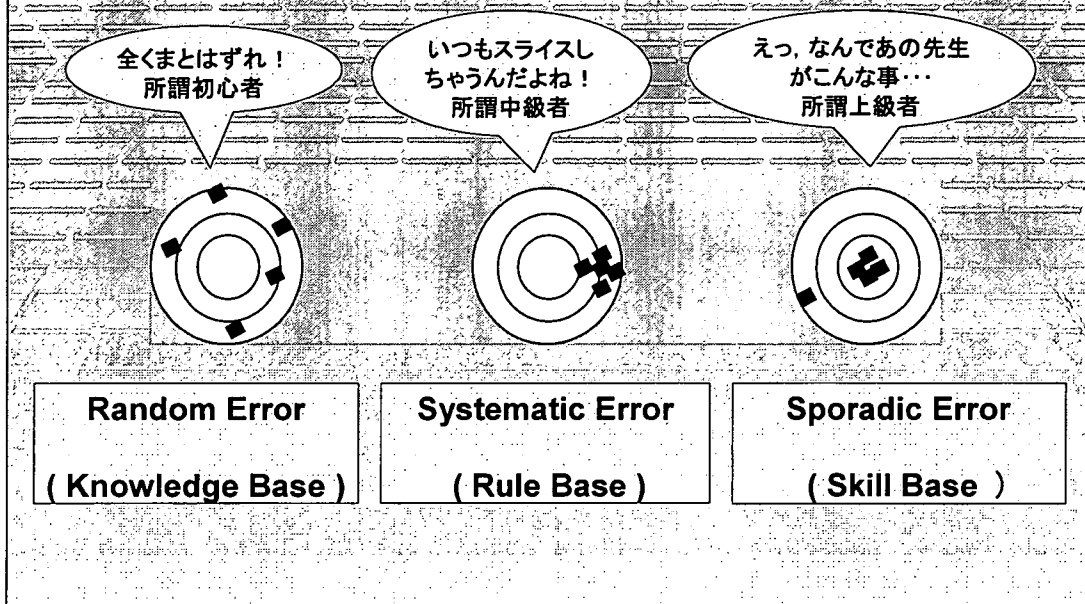
業務改善・院内教育などにより

根絶は可能

# ヒューマンエラーの特徴

- どんな優秀な人間でも、最悪のエラーをすることがある。
- 優秀な人間ほど、危機意識の欠如がみられることがある。
- 思いこみは人間の視覚・聴覚を麻痺させる。
- エラーは、ほとんど無意識のうちに発生する。
- 意識していないことをコントロールすることは難しい。

## ヒューマンエラーの分類 (Rasmussen)



## 歯科におけるインシデント報告の意義

- 歯科医療における事故防止策を立てるために必要.
- 個人及び医院の評価とは切り離さねばならない.

産業界では…

- ニアミスに重点をおく
- 自発的な報告を奨励
- 秘密保持を保証
- 原因分析→システム改善へ

Barachら BMJ 2000;320:759-763



第17回全国歯科学会学術大会  
 学術大会の開催形態  
 学術大会の開催形態

発表会テーマ： **歯科医療における安全管理対策**  
 開催日：平成19年11月30日（13:00～17:00） 開催場所：大阪大学 学術大会ホール

シンポジウム **参加者注意**

12:00～12:10	開会挨拶 会場：大阪大学 学術大会ホール
12:10～12:30	本研究会 本研究の背景と歯科における安全管理対策 会場：大阪大学 学術大会ホール 講演者：高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長）
13:30～14:40	シンポジウム <b>歯科におけるインシデント収集</b> 会場：三浦金三（東京歯科大学小児歯科学部部長） 司会：岡上北久（埼玉大学歯学部歯学部長） シンポジスト：高野茂樹（大阪大学歯学部学部長） 東京歯科大学歯学部歯学部長 インシデント情報収集ソフト開発の経緯 多賀隆夫（大阪大学歯学部歯学部長） 山口隆一（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 山口隆一（大阪大学歯学部歯学部長） インシデント情報収集ソフトの大学病院での運用状況 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） インシデント情報収集ソフトの臨床応用 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） インシデント情報収集ソフト運用における注意事項
14:50～15:30	パネルディスカッション <b>歯科におけるインシデント事例</b> 会場：大阪大学 学術大会ホール 実行委員会（大阪大学歯学部歯学部長） パネリスト：高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長）
15:40～16:20	パネルディスカッション <b>歯科における安全管理対策</b> 会場：大阪大学 学術大会ホール 三浦金三（東京歯科大学小児歯科学部部長） パネリスト：高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長） 高野茂樹（大阪大学歯学部歯学部長）
16:50～17:00	閉会挨拶 会場：大阪大学 学術大会ホール



会場内併設 学術大会 13:00～17:00  
**【パネル展示・インシデント情報収集システム公表】**

(資料) 「歯科における安全管理対策」発表会資料

日本救急医療財団助成金 (医療安全・医療技術評価総合研究推進事業)

2007年11月30日 (大阪大学弓倉ホール, 大阪)

分担研究者 発表資料

(森崎市治郎, 小谷順一郎, 洪井尚武, 深山治久, 三輪全三, 馬場一美, 土屋文人については後記)

歯科医療における安全管理対策 平成19年11月30(金)

—最前線臨床現場からの報告—

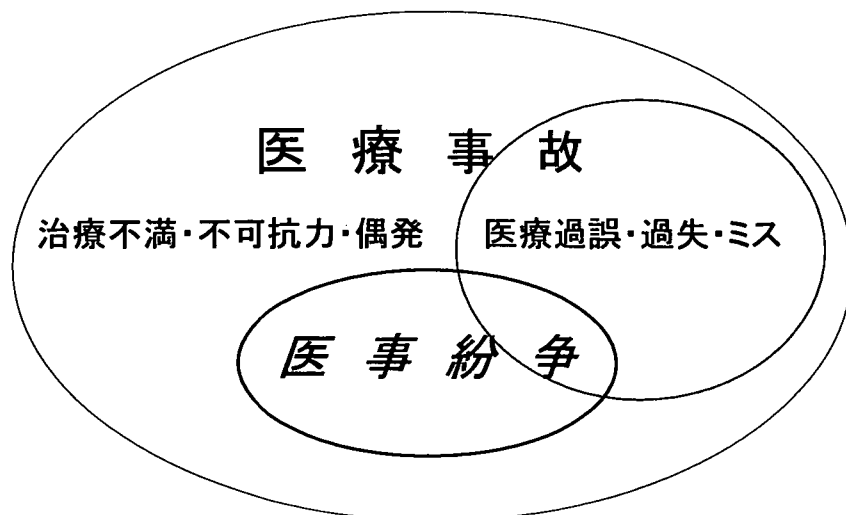
## 開業歯科医院における医事紛争とその対応

東京都歯科医師会 医事処理常任委員会委員長  
東京地方裁判所調停委員・専門委員  
衆議院第二歯科室

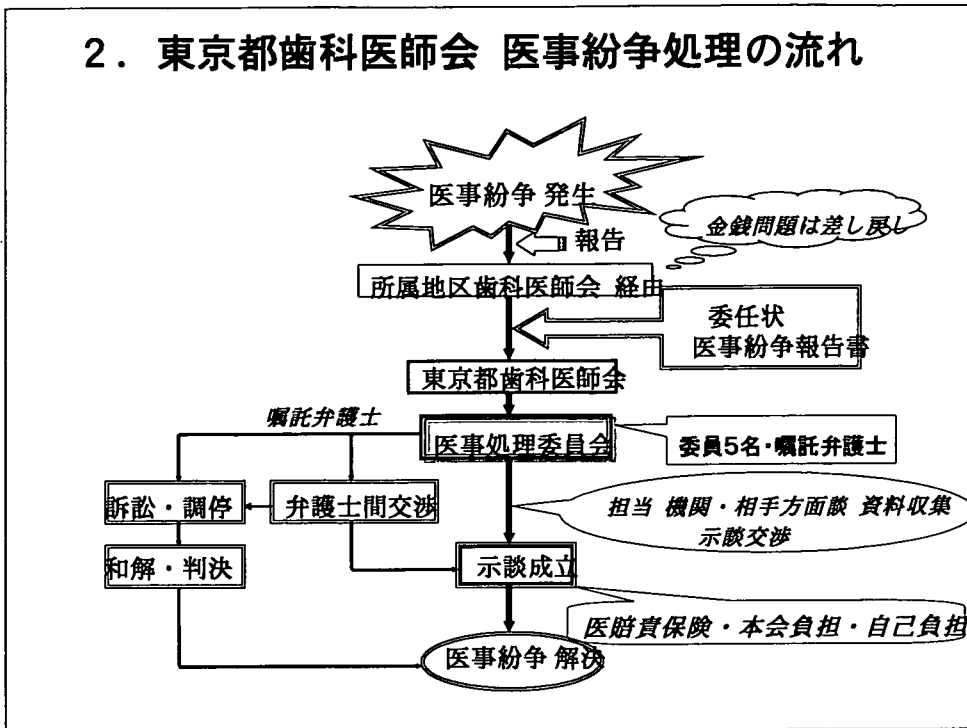
端山 智弘

### 1. 医事紛争とは？

[医療事故に起因する患者側と医療担当者との表面化した争い]



## 2. 東京都歯科医師会 医事紛争処理の流れ



—最前線現場からの報告—

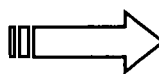
## 事例にみる医療事故訴訟

東京都歯科医師会 医事処理常任委員会委員長  
東京地方裁判所調停委員・専門委員  
衆議院第二歯科室

端山 智弘

### 医療事故訴訟は避けられるか？

- ◇ 双方の解決和解金額に大きな隔たりがある場合
- ◇ 金銭的補償の他に社会的なダメージを与えることを望む場合
- ◇ 個人訴訟を提訴するマニアのような場合



当初より訴訟を紛争解決手段と考えている場合を除いて  
事故の初期対応が訴訟回避の鍵を握る

## 医事紛争が起こったら（現場での初期対応）

### 1. 事実関係の把握

- \* カルテ(5年)、X-P(3年)、模(3ヶ月)、問診表、計画書、検査記録、日計表、予約表等(3年)の整理・確認。
- \* 歯科医師、歯科衛生士、歯科助手、受付等と事実確認。  
「カルテの改竄はしないこと！」

### 2. 処理窓口の一本化

- \* 歯科医師とスタッフの間に食い違いが生じると患者側の不信感が増大する。
- \* 代診の治療であっても管理者(院長)が対応する。

### 3. 話の場を設ける

- \* 事実関係を把握した時点で、医学的説明を行う場をできるだけ早く設ける。
- \* 患者側の不満を十分に聞き、その不満に対しての医学上の見解を平易な言葉で丁寧に説明する。

### 4. 一人で解決しようとするしない

- \* 事故の深刻さ、紛争への危険性、相手の態度によっては、地区歯科医師会に相談する。

### 5. 医師賠償責任保険加入が前提

- \* 過失がある場合に給付され、全額給付されるとは限らない。
- \* 弁護士費用を含め裁判費用は全額給付される。

## 藤沢市歯科医師会における インシデント収集の現状

藤沢市歯科医師会

高橋民男

2007. 11. 30

1

### 「歯科における医療安全対策(管理)ガイドライン 作成に関する研究」に協力した事情

- 歯学部附属病院のような大学病院ばかりではなく、個人開業形態の歯科診療所を対象とした調査を行い、歯科領域におけるインシデントの実態を把握することが必須であった。
- 藤沢市歯科医師会の要介護高齢者歯科診療所は患者さんの全身管理を東京医科歯科大学大学院(麻酔・生体管理学分野)の麻酔医に依頼している。
- 藤沢市歯科医師会はインターネットによる電子会議を利用している。

2007. 11. 30

2



# 藤沢市

- 人口 40万人 相模湾に面した温暖な湘南地方の中核都市
- 「一生安心して暮らせるまちづくり」「一人ひとりの個性が輝く町」を基本理念
- 電縁都市ふじさわ・・・市民電子会議室  
ユーザーID パスワードにより  
藤沢市歯科医師会電子会議室  
メーリングリスト 116名
- 理事会・各部会・各委員会・藤沢市保健所で活用している。

2007. 11. 30

3

# 藤沢市歯科医師会

**会員 222名**

学術部 社保部 厚生部 学校歯科部 公衆衛生部 広報部 医療管理部 会計部  
コンピューター管理運営特別部会  
災害対策特別委員会  
地域保健医療調査推進特別委員会  
高齢者歯科診療推進委員会

休日急患診療所管理運営部会(年間患者数 896人)  
藤沢市障害者歯科診療所管理運営部会(年間患者数 3233人)  
南北2ヶ所の歯科診療所(休日, 障害者)

平成18年度決算 総額2億9000万円

2007. 11. 30

4

## インシデント収集に協力した診療所, 病院

1. 会員診療所  
インターネットを利用できる会員
2. 藤沢市歯科医師会  
休日急患診療所  
障害者歯科診療所  
高齢者歯科診療所
3. 藤沢市民病院口腔外科  
歯科医師4名

2007. 11. 30

5

## 歯科医師会における医療事故情報の共有について

- 歯科医師会診療所
  - インシデント発生時に安全管理レポートを提出する.
  - 医局の班長会で報告を検討, 全員に知らせる.
- 会員診療所
  - 神奈川県歯科医師会医事処理検討部会での取り扱い例を送付している。(インシデント予防)  
平成17年度42例
  - 会員に対する苦情処理は藤沢市歯科医師会専務理事が対応している.
  - 理事会ニュースに載せるか, 書類に出来ない時は地区理事が地域の会員に知らせる.

2007. 11. 30

6

# 安全管理レポート

藤沢市障害者歯科診療所  
藤沢市北部歯科診療所

身障 (高齢者)

## インシデント

発生日時 平成19年10月18日10時45分  
報告者 歯科医師〇〇衛生士〇〇麻酔医〇〇  
所属 身障 南班 北班  
高齢者 1班  
経験年数 5年

発生場所 北部歯科診療所

ヒヤリハットに関する記述

医療事故

AM PM

上記日時にKr. 〇〇(女性)が待合室にて気分が悪くなった(診療前)。診療室に入室し車椅子のままモニターしたところ、収縮期血圧が230mmHgでSpO2が92%であった。適切な処置を行い、藤沢市民病院に搬送。

ヒヤリハット、又は医療事故の発生原因、ならびに予防策

要介護高齢者の場合、患者来院時の最初の窓口となる受付が、当日の体調など一声かけるだけでも早期に体調不良に気づき、適切な処置がとれるのではないだろうか？

報告日: H19年10月19日20時00分 班長受理 〇年〇月 印

2007. 11. 30

7

## 歯科医師会における安全管理対策

藤沢市歯科医師会

高橋民男

2007. 11. 30

1

### 歯科診療所 医療安全管理のための業務マニュアル

- 歯科診療所での医療安全を確立するためには、大原則として院内にそのための文化・土壌を作ることであり、スタッフ全員が医療安全に対する共通した強い意志を持つことが不可欠です。
  
- 「人は必ず過ちを犯すものである」という前提に立って
  - － 1. ミスを侵しにくい環境をつくる。
  - － 2. ミスがあっても、事故が起きないシステムを作る。
  - － 3. 事故を起こしたら、それを教訓として事故を再発させないシステムをつくる。

2007. 11. 30

2

## 事故発生後，訴訟を最小限に食い止めるには

### ・ 歯科医師会診療所

- ・ 初診前にガイダンスにより診療所の仕組み，診療方法  
家族に患者さんの口腔管理の大切さを啓蒙している
- ・ 家族，施設の職員に付き添ってもらい診察しているので状況が把握できている
- ・ 高齢者歯科診療所は麻酔医が全身管理をしている

### ・ 会員診療所

- ・ 開業医は院内の出来事，すべてが院長責任となるので常にインシデントを注意して診療している
- ・ 苦情処理は歯科医師会（専務理事）で対応している
- ・ 処理不能な時は神奈川県歯科医師会医事処理検討部会で対応する

2007. 11. 30

3

## インフォームドコンセントと医療事故訴訟

- ・ 藤沢市歯科医師会では訴訟まで至ったケースはなかったが，私が会長の任期6年間では県歯医事処理検討部会で処理したケースが1件あった。
- ・ このケースも患者さんとの関係は良好であった。正しい情報提供と誠意をもって患者さんに対応した。
- ・ 具体的には上顎大臼歯抜歯後，上顎洞にサージカルパックを押し込んでしまい藤沢市市民病院口腔外科で処置した。口腔外科医も正確に状況を説明して患者さんに納得してもらった。
- ・ 事故を起こした歯科医師の氏名は会員に対しては本人の希望により秘匿した。
- ・ インフォームドコンセントと共に事後処理も正確に説明して誠意をもって対応することが大切であろう。

2007. 11. 30

4

(資料) 「歯科における安全管理対策」発表会資料

日本救急医療財団助成金 (医療安全・医療技術評価総合研究推進事業)

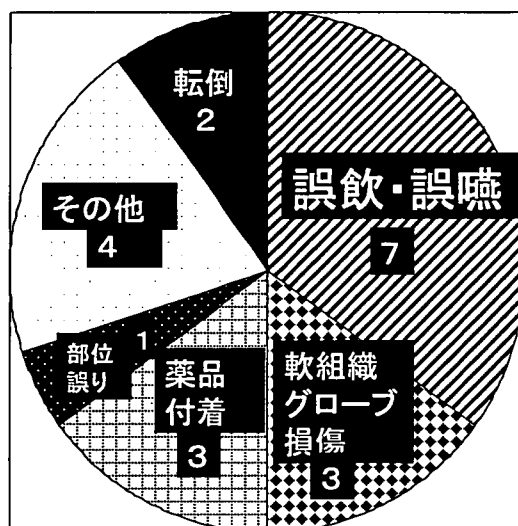
2007年11月30日 (大阪大学弓倉ホール, 大阪)

研究協力者 発表資料

## 藤沢市歯科医師会における インシデント事例と 開業歯科医院の安全管理対策

藤沢市歯科医師会  
遠藤秀基

### インシデント内容詳細



患者影響度 インシデントレベル	事例数
0	1
1	11
2	8
3	0
4	0
5	0

+H 潜在的深刻事例 6