

図11. 発生場所

12. 発生状況

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計		
治療前	35	20	5	8	13	3	84	治療前	84
治療中	124	102	28	34	55	28	371	治療中	371
治療後	38	18	5	18	13	4	96	治療後	96
その他	65	8	10	14	9	0	106	その他	106
不明	5	25	0	0	0	0	30	不明	30
合計	267	173	48	74	90	35	687	合計	687

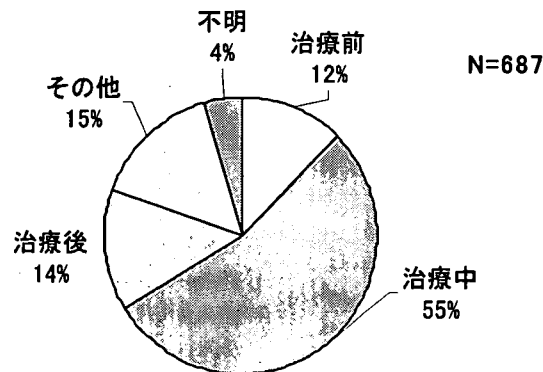


図12. 発生状況

### 13. インシデントの内容

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計		
器具・材料・設備・管理	22	5	6	6	4	4	47		
処置・手術(その他)	2	7	1	4	7	8	29		
処置・手術(衣服・所持品)	2	2	2	4	8	3	21		
処置・手術(器具の破損・紛失)	4	3	1	4	1	1	14		
処置・手術(誤飲・誤嚥)	4	7	4	7	0	4	26		
処置・手術(歯牙の損傷)	1	1	4	0	0	2	8		
処置・手術(歯牙以外の損傷)	18	7	0	6	11	2	44	処置・手術	149
処置・手術(部位の間違い)	2	3	0	1	0	1	7	与薬・薬剤関連	85
状態悪化	13	2	0	0	0	1	16	検査・採血	64
麻酔関連	12	4	2	5	3	4	30	器具・材料・設備	47
転倒・転落	9	9	6	1	7	2	34	針刺し	44
検査・採血	4	34	4	4	18	0	64	転倒・転落	34
患者誤認	7	1	3	8	1	0	20	麻酔関連	30
輸液・注射	13	4	6	2	0	0	25	輸液・注射	25
チューブ・ドレーン	4	1	0	2	0	0	8	患者・誤認	20
無断離院	0	0	0	0	1	0	1	接遇・患者家族	20
与薬不備 薬剤関連	33	30	7	4	11	0	85	状態悪化	16
食事配膳	0	2	0	0	0	0	2	チューブ・ドレーン	8
接遇 患者家族とのトラブル	0	8	1	2	8	1	20	給食	2
リハビリ	0	1	0	0	0	0	1	リハビリ	1
針刺し	18	4	7	9	5	1	44	無断離院	1
その他	97	38	9	9	6	1	160	その他	160
合計	265	173	63	78	92	35	706	合計	706

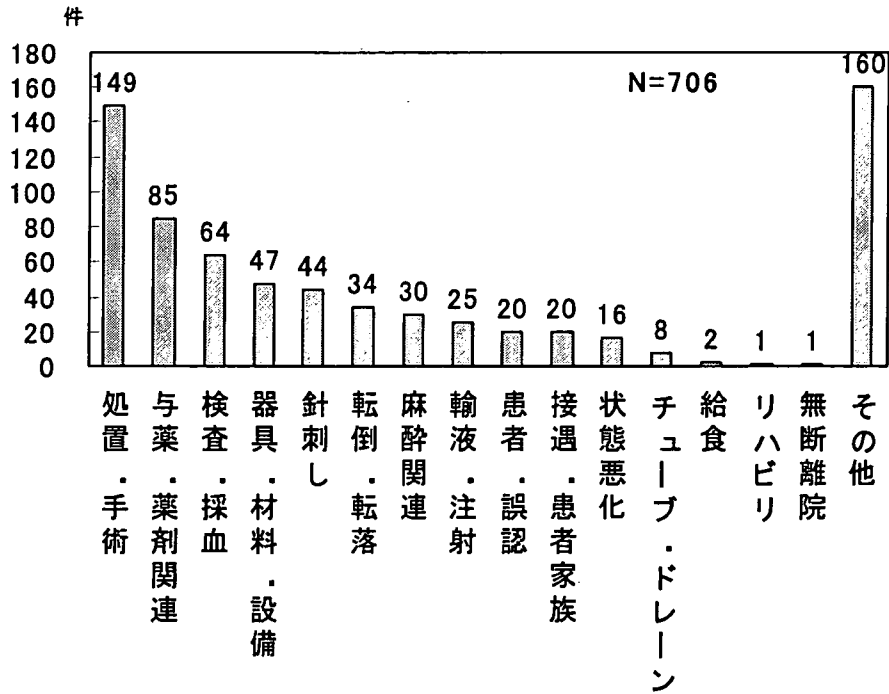


図13. インシデントの内容

N=149

14. 処置手術の内訳

内訳	件
歯以外の損傷	44
誤飲・誤嚥	26
衣服・所持品	21
器具の破損・紛失	14
歯の損傷	8
部位の間違い	7
処置・手術(その他)	29
合計	149

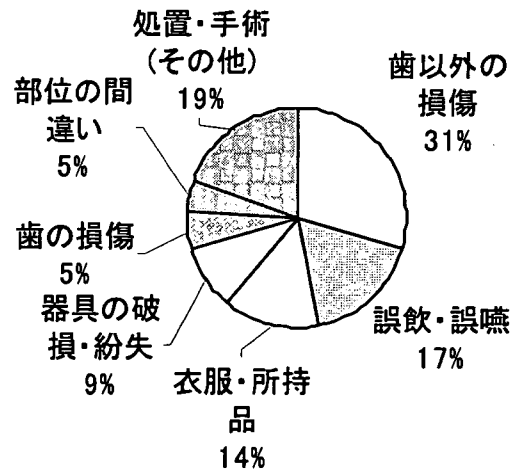


図14. 処置・手術の内訳

### 15. インシデントのレベル

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計			+H
0	19(2)	24(2)	5(3)	4(1)	15	1	68	0	68	8
1	115(36)	53(2)	16(6)	26(2)	22(4)	14	246	1	246	50
2	99(35)	76(2)	23(16)	23(1)	38(1)	13	272	2	272	55
3a	20(10)	16(1)	11(5)	10	15(2)	2	74	3a	74	18
3b	2	1	0	0	1	1	5	3b	5	0
4a	0	0	0	0	0	0	0	4a	0	0
4b	1	0	0	0	0	0	1	4b	1	0
5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
不明	6	2	6	1	3	3	21	不明	40	0
空白	5	1	2	10	0	1	19	合計	706	131
合計	267	173	63	74	94	35	706			
+H	(83)	(7)	(30)	(4)	(7)	(0)	(131)			

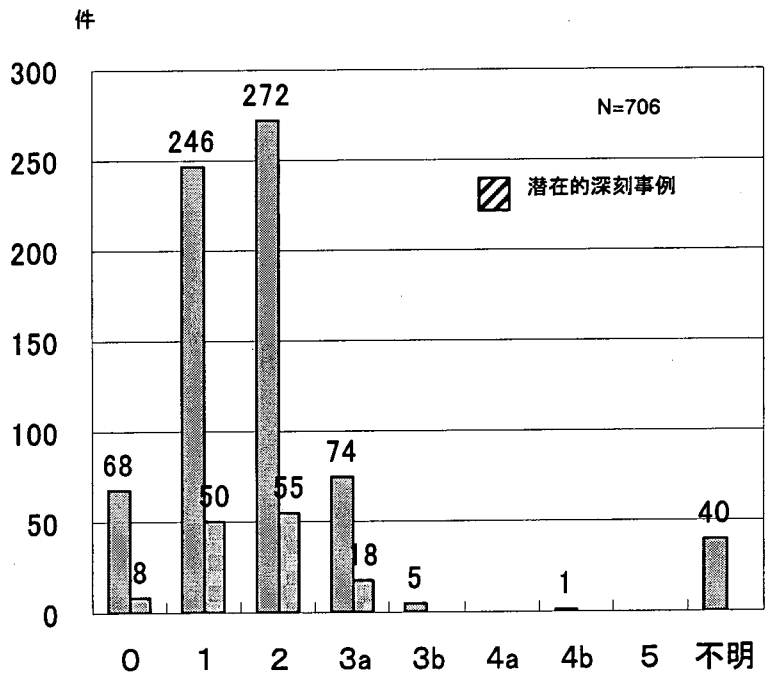


図15. インシデントのレベル

## 16. 患者への説明

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計		
説明した(発生直後)	144	85	42	44	72	21	408	説明した(発生直後)	408
説明した(翌日以降)	9	1	2	1	1	1	15	説明した(翌日以降)	15
説明した(翌々日以降)	8	6	3	1	4	13	35	説明した(翌々日以降)	35
説明しなかった	33	39	10	5	4	0	91	説明しなかった	91
該当せずまたは不明	74	42	6	23	12	0	157	該当せずまたは不明	157
合計	268	173	63	74	93	35	706	合計	706

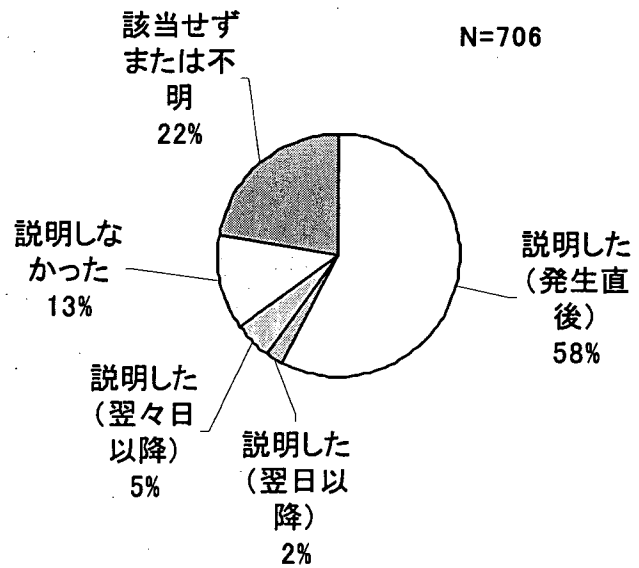


図16. 患者への説明

### 17.発生後の対応

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計		
リスクマネージャーに報告	120	0	21	4	21	0	166	同じ職種の上司に報告	328
歯科医師に報告	54	61	10	1	8	3	137	診察や経過観察のみ	166
診察や経過観察のみ	51	28	27	26	22	12	166	リスクマネージャーに報告	166
検査を実施	25	15	13	10	8	1	72	歯科医師に報告	137
同じ職種の上司に報告	125	116	49	17	16	5	328	保存的処置を実施	77
主治医を呼んだ	18	2	11	2	4	0	37	検査を実施	72
病院に搬送	6	0	0	0	1	1	8	主治医を呼んだ	37
保存的処置を実施	14	8	19	6	26	4	77	侵襲的処置を実施	14
侵襲的処置を実施	4	4	2	2	1	1	14	病院に搬送	8
不明	12	11	0	13	0	0	36	不明	36
空白	26	12	3	13	0	8	62	空白	62
合計	455	257	155	94	107	35	1103	合計	1103

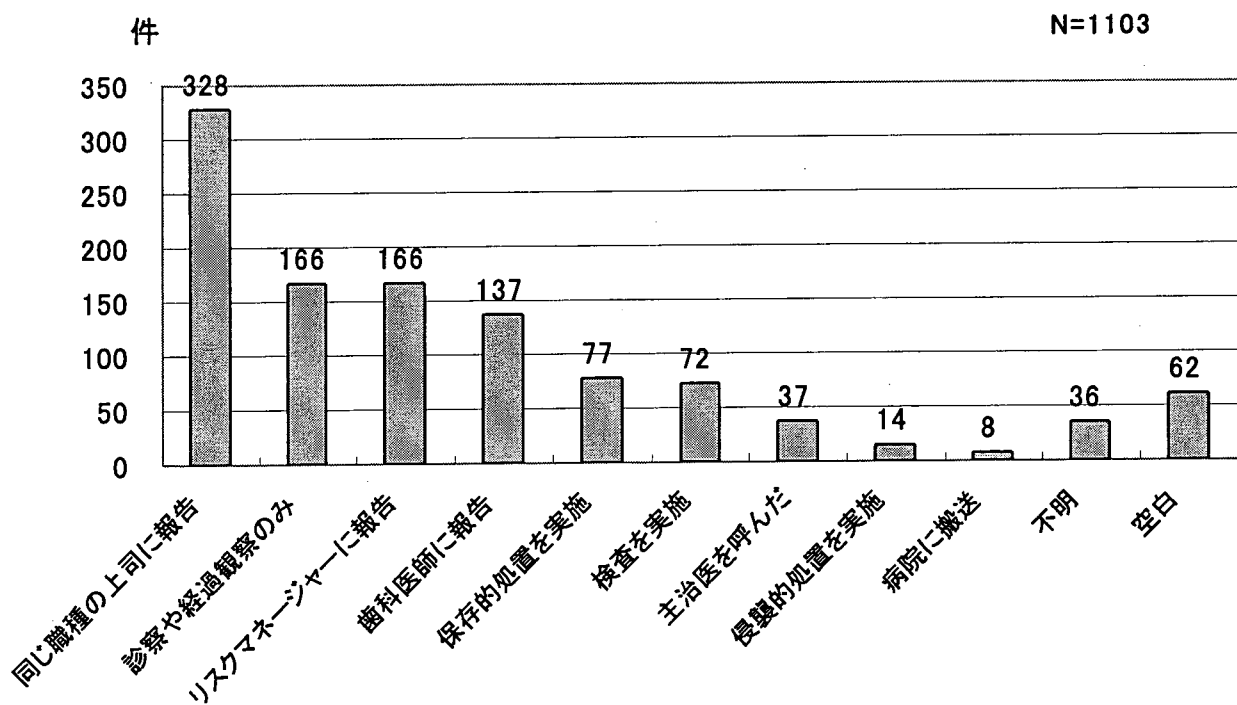


図17. 発生後の対応

### 18. 原因

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計		
うっかりミス	56	36	3	7	27	3	132	確認不足	272
不注意	76	64	31	20	7	16	214	不注意	214
不可抗力	25	12	0	6	2	11	56	機器等への不慣れ	114
コミュニケーションや連絡不足	12	18	10	8	11	1	60	うっかりミス	132
確認不足	92	85	31	30	22	12	272	思いこみ	110
観察不足	20	22	5	8	2	6	63	技術不足	80
技術不足	27	7	8	4	28	6	80	不適切な判断	70
経験不足	18	11	8	6	2	3	48	材料、機器、医薬品の要因	68
知識不足	15	9	6	6	9	0	45	コミュニケーションや連絡不足	60
説明不足	4	8	2	6	7	1	28	観察不足	63
急いでいた	26	14	9	1	0	3	53	患者や家族の要因	51
材料、機器、医薬品の要因	34	9	7	10	7	1	68	不可抗力	56
患者や家族の要因	14	10	5	14	7	1	51	経験不足	48
規則違反	3	6	0	3	0	0	12	知識不足	45
不適切な判断	22	23	9	4	9	3	70	急いでいた	53
物忘れやど忘れ	6	2	1	3	2	0	14	病院設備やサービスの要因	32
思いこみ	44	46	6	5	7	2	110	説明不足	28
疲労や睡眠不足	5	2	0	0	0	1	8	規則違反	12
機器等への不慣れ	15	2	9	7	6	75	114	物忘れやど忘れ	14
病院設備やサービスの要因	6	11	9	5	1	0	32	疲労や睡眠不足	8
空白	33	7	0	0	0	0	40	空白	40
合計	553	404	159	153	156	145	1570	合計	1570

件

N=1570

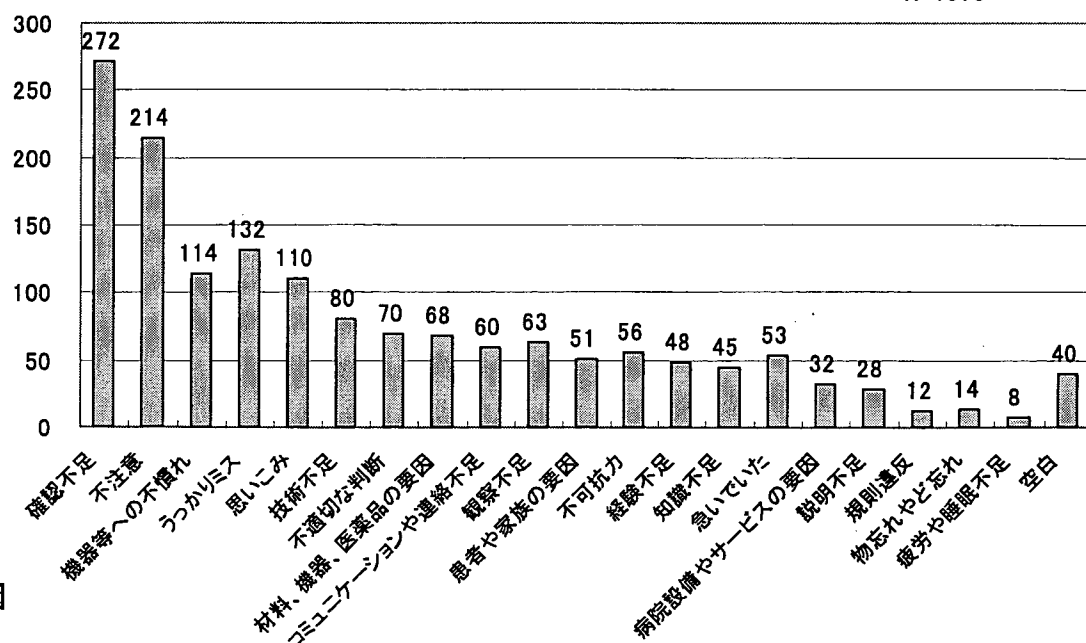


図18. 原因

## 19. 対応・改善策

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	歯科医師会等	合計		
コミュニケーションの改善	16	39	14	8	18	2	97	診療や介護のプロセスの改善	172
スタッフの教育/指導体制	45	40	11	33	26	8	163	スタッフの教育/指導体制	163
研修医指導の改善	6	0	11	1	11	1	30	コミュニケーションの改善	97
作業環境の改善	26	7	6	5	5	3	52	診療体制の改善	59
物品管理の改善	19	14	8	10	9	1	61	物品管理の改善	61
診療体制の改善	19	7	4	11	12	6	59	作業環境の改善	52
労働管理・勤務体制の改善	4	1	1	0	0	3	9	診療記録の管理や記載方法の改善	44
診療や介護のプロセスの改善	40	62	27	18	22	3	172	研修医指導の改善	30
患者や医療情報支援システムの改善	4	0	3	4	1	1	13	コンピュータ関係の改善	33
診療記録の管理や記載方法の改善	11	10	12	6	4	1	44	患者教育方法の改善	27
学生教育の改善	9	0	0	3	11	0	23	学生教育の改善	23
患者教育方法の改善	2	5	6	5	9	0	27	患者や医療情報支援システムの改善	13
コンピュータ関係の改善	20	9	0	3	1	0	33	労働管理・勤務体制の改善	9
その他	11	19	0	6	0	9	45	その他	45
空白	43	12	1	0	2	3	61	空白	61
合計	275	225	104	113	131	41	889	合計	889

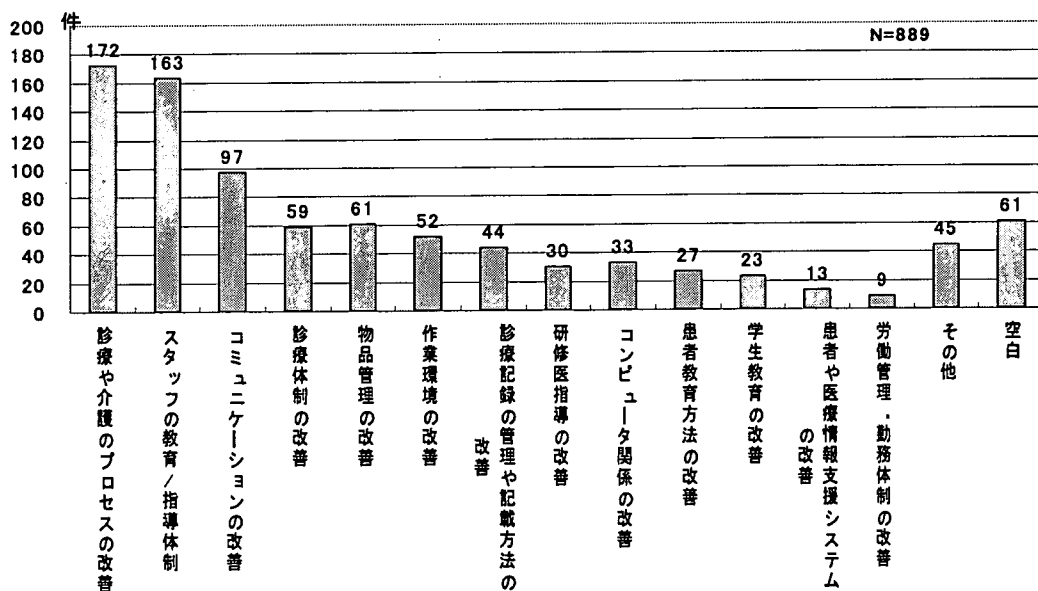


図19. 対応・改善策



発表資料

P-53

歯科治療における「誤飲・誤嚥」事例の集計と分析 (抄録)

○三輪全三<sup>1</sup>, 宮本智行<sup>2</sup>, 馬場一美<sup>7</sup>, 和達礼子<sup>4</sup>, 和達重郎<sup>3</sup>, 鵜澤成一<sup>5</sup>, 岡田大蔵<sup>6</sup>,  
高木裕三<sup>1</sup>, 海野雅浩<sup>2</sup>

東京医科歯科大学大学院 <sup>1</sup>小児歯科学分野, <sup>2</sup>麻酔・生体管理学分野, <sup>3</sup>部分床義歯補綴学  
分野,

<sup>4</sup>歯髓生物学分野, <sup>5</sup>顎顔面外科学分野, <sup>6</sup>摂食機能保存学分野, <sup>7</sup>昭和大学歯科補綴学  
講座

【目的】 通常の歯科治療では呼吸, 嚥下, 発音等の機能を維持したまま, 口腔内疾患の処置を行う。従って不用意に器物等を口腔内に落下した場合は, 「誤飲」(消化器系)や「誤嚥」(呼吸器系)する確率が高い。特に「誤嚥」した異物で気道を閉塞した場合には, 窒息し緊急事態を招くこともある。今回, 歯科臨床に特徴的な事故の一つである「誤飲・誤嚥」の事例について集計, 分析したので報告する。

【方法】 東京医科歯科大学歯学部附属病院で平成13年度から18年度までのインシデント報告1,147件のうち, 「誤飲・誤嚥」の事例87件を集計, 分析した。

【結果】 「誤飲・誤嚥」は全報告数の7.5%を占めた。年度別発生件数は全報告数と共に増加しており, 年間の発生率は変わらない。全事例中「誤嚥」はわずか1例のみであり, ほとんどが「誤飲」であった。患者の年齢は, 60代, 70代の患者が多く両方で49%を占めた。当事者の臨床経験年数は5年以下(63%)特に1,2年目の研修期間中の歯科医師(26%)に多かった。「誤飲・誤嚥」した異物

で最も多かったのが, 切削バー類で, 次に歯冠修復物(インレー, クラウン, ブリッジ, コア等)が多かった。他に義歯クラスプ, 矯正用ワイヤー, インプラント構造体, クランプ破折片, 根管洗浄用薬品等があり, 抜去した歯も4例あった。発生後, レントゲン撮影で異物を確認できた事例は78%であった。「誤飲・誤嚥」はしなかったが, ヒヤリ・ハットした事例(術者が口腔内から取り出した, 患者が自分で排出できた等)も多く見られた。

【考察・結論】 処置歯の形成時バー装着の不備または破折が原因で, バーの「誤飲」「紛失」が起きたり, 歯冠修復物の調整, 試適時に口腔内に落下するなどの事例が多い。特に高齢者や静脈内鎮静下の歯科治療では, 患者の意識, 呼吸, 嚥下機能が低下しているため, 口腔内への異物の落下や, タービンの注水等は注意が必要である。ラバーダム装着が可能な場合は実行し, 経験の浅い歯科医師には必ず診療介助者を付けるなどの対策が必要である。

## はじめに

歯科におけるインシデント報告の中には死に至る重篤な事例も報告されているが、医科に比べてその発生頻度は少ない。しかしながら誤飲や誤嚥、全身状態の悪化、与薬不備、手術や処置におけるインシデントは数多く報告されている。通常の歯科臨床では患者の呼吸、嚥下発音等の機能を維持したまま、口腔内疾患の処置を行う。従って不用意に器物等を口腔内に落下した場合は、誤飲(消化器系)や誤嚥(呼吸器系)する確率が高い。特に誤嚥した異物が気道を閉塞した場合には、窒息等の緊急事態を招くこともある。今回、歯科臨床に特徴的なインシデントの一つである誤飲・誤嚥の事例について集計、分析したので報告する。



国立大学法人  
東京医科歯科大学  
歯学部附属病院

## 方法

平成13年4月から平成19年3月までに、東京医科歯科大学歯学部附属病院業務課に提出されたインシデント報告書総計1,147件を調査し、インシデントの内容・報告者・深刻度(レベル)について集計した。深刻度別の基準として、国立大学附属病院医療安全管理協議会に基づくレベル0から5までの6段階を用いた。歯科に特有なインシデントの一つである誤飲・誤嚥の事例のみ87件について、その傾向について分析し、対策を検討した。

理念:「優れた医療人の育成に努め、患者さん一人一人にあった最高水準の歯科医療を提供します。」

一日外来患者数 約1,700名

25診療科、病棟60床

定員職員210名、全医療従事者は1,000名を超える

## 結果

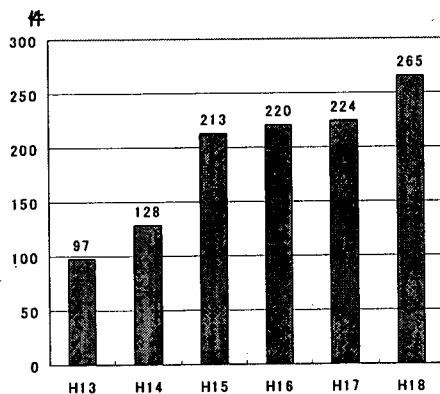


図1 インシデント報告数(総数)

報告件数は13年97件、14年128件、15年213件、16年220件、17年224件、18年265件と年毎に増加傾向にある。RM設置の13年、RM-WG設置の14年、特に報告書式改定(報告しやすい書式にした)の15年度の増加が顕著であった。報告書用紙による制度は18年度で終了し、19年度はオンライン化した。

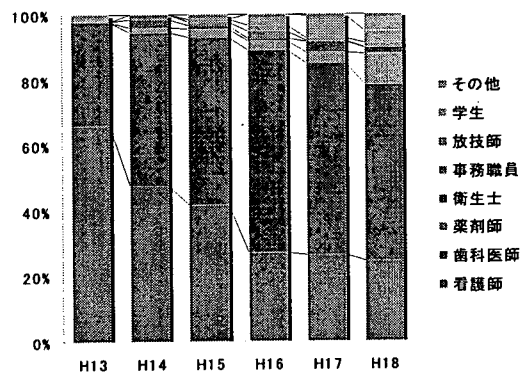


図2 報告者の割合

報告者の割合は、平成14年までは看護師が多かったが、歯科医師からの報告が年毎に増加し、15年度には看護師を上回った。それ以後は歯科医師が多く、他の職種(薬剤師、歯科衛生士、放射線技師など)および臨床実習中の学生からも提出されるようになった。

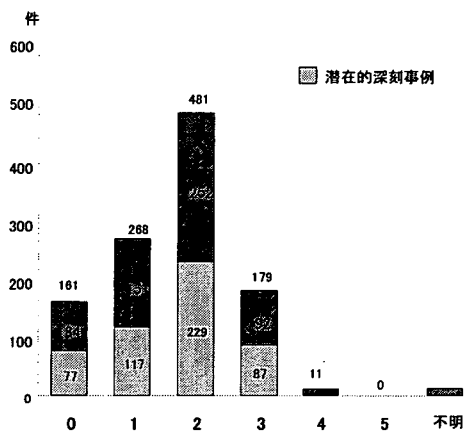


図3 深刻度(レベル)

深刻度においてはレベル2(経過観察)がもっとも多く481件、レベル3(簡単な処置を要す)が179件、レベル4(後遺症を残す)が11件であった。  
 レベル4の事例：誤抜歯(部位の間違い)7件、軟組織損傷2件、穿孔1件、点滴ミス1件。

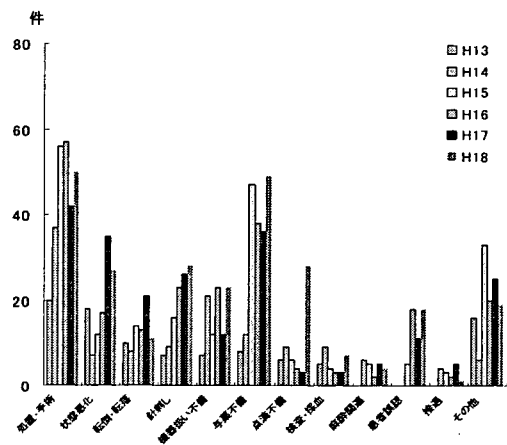


図4 インシデントの内容

歯科病院ということで、各年度とも「処置・手術」が最も多く、次に「与薬不備」が多く目立った。歯科治療中、治療後の「患者の状態悪化」や「転倒・転落」「針刺し」が増加傾向にある。

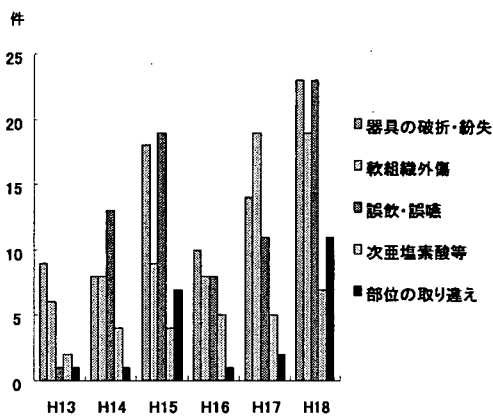


図5 歯科に特有の事例

特に歯科関連の処置の内訳では「治療器具の破折・紛失」「誤飲・誤嚥」「歯の切削機器による口唇、舌などの軟組織外傷」が多かった。根管消毒薬である「次亜塩素酸等」による軟組織の損傷も毎年見られる。

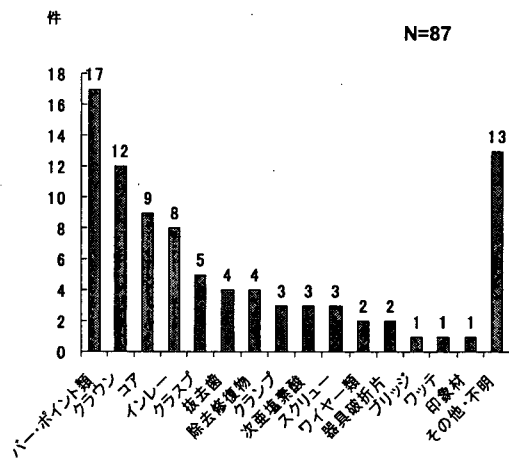


図6 誤飲・誤嚥した異物

誤飲・誤嚥した異物で最も多かったものが、歯科用切削パー類で、次に歯冠修復物(インレー、クラウン、コア、ブリッジ等)が多かった。他に義歯クラスプ、矯正用ワイヤー、インプラント構造体、ラバーダムクラフプ破折片、根管洗浄用薬剤等があり、抜去した歯およびその一部も4例あった。

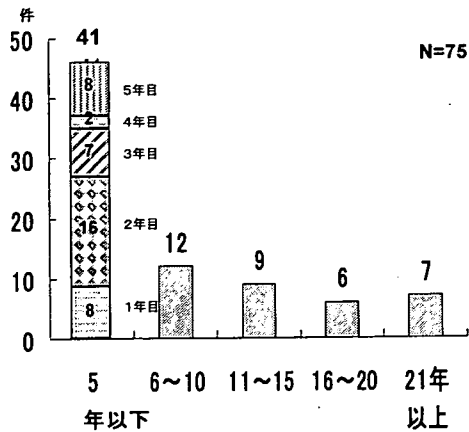


図7 当事者の経験年数

当事者の臨床経験年数では5年以下が63%で、特に1~2年目の研修期間中の歯科医師が32%と多かった。20年目以上のベテラン歯科医師にも少数が見られた。

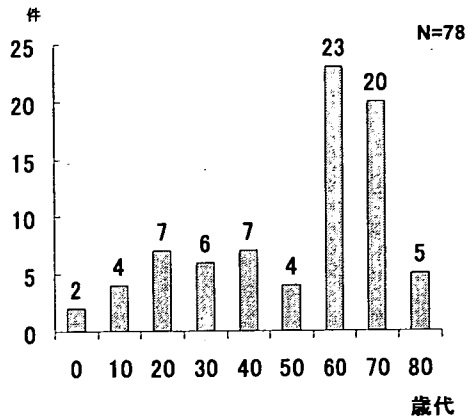


図8 患者の年齢

患者の年齢は、60歳代、70歳代の患者が有意に多く、両者で49%を占めた。これは本院の患者の中で60歳代以上の高齢者の割合が多いことも起因しているが、自力による口腔からの排出機能も低下している年代でもある。

誤飲・誤嚥の事例は全報告数の7.5%であり、歯科処置の中では27%を占めた。年度別発生件数は総報告数と共に増加しており、年間の発生率としては変わらない。

全事例中、誤嚥はわずか1件(次段に事例紹介)のみであり、ほとんどが誤飲であった。発生後にレントゲン撮影で異物を確認できた事例は78%であった。

口腔内に落下したが、術者がピンセットで取り出したり、患者が自分で排出し、誤飲・誤嚥をしなかったヒヤリ・ハット事例も多く見られた。

#### 歯科診療の特徴

- ・有病率はきわめて高いが、重症でない場合は日常生活や生命に支障がない
- ・狭い口腔内で呼吸・嚥下が機能したまま、処置を行うため、誤飲・誤嚥・組織損傷等、一歩間違えば重大な有害事象を起こす
- ・歯の種類、本数が多く、部位を誤認する確率が高い
- ・硬組織内に限局して使用するべき劇薬(次亜塩素酸、ホルモクレゾール等)が、間違っって軟組織に付着する危険性がある
- ・処置時の不安、疼痛などで全身状態悪化を起こしやすい

#### 類似想定事例

##### 【誤飲・誤嚥する可能性の異物】

- ・歯冠修復物(メタルクラウン・乳歯冠・インレー・ブリッジ・コアなど)
- ・インプラントのパーツ・スクリュー・ピンなど
- ・手用根管治療用具(リーマー・ファイル・ブローチ・クレンザー等)
- ・切削器具(バーやポイント類など)ディスプレイの筆先
- ・電気メス・超音波スケーラー・レーザー治療器のチップ類
- ・矯正用ブラケット・バンド・ワイヤー切端、ゴム、ネジなど
- ・開口器のゴム・ラバーダムクランプなど
- ・ロール綿・ガーゼなどの防湿材料
- ・抜去歯・再植歯(固定前)
- ・印象材(小児、高齢者では粘調度に注意)・仮封材
- ・薬液(消毒薬・フッ素など)・切削水・洗浄水

## 事例紹介

### 【ブリッジを誤嚥し自力喀出した症例】

患者: 45歳女性, 軽度肥満で異常絞扼反射があり, 指やミラーを口腔内に挿入する際や長時間開口時に嘔吐反射が生じる。

経過: 静脈内鎮静法下の歯科治療中, 術者がブリッジを気管内に落下。落下後に患者が強く咳込みながら起座位をとったところ, 数回咳込んだが, 間もなく治まった。呼吸苦はなく, SpO<sub>2</sub>は97%, 聴診にて両肺野正常呼吸音であったことから, 最初は誤飲を疑ったが, 本学医学部へ搬送し内視鏡検査にて上部消化管に異物の迷入は認められなかった。

内視鏡検査終了と同時に強い咳込みが見られ, ブリッジが自力喀出された。

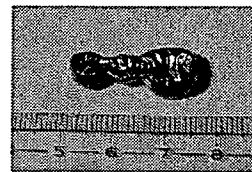
原因: 鎮静下のため咳嗽反射が低下していたこと, 落下直後に患者を起座位としたことが考えられた。

また, 幸運にも自然排出できたのは両肺野とも正常呼吸音であり, ブリッジが気管支に強く嵌頓していなかったためと考えられる。

対策: 本事例のように静脈内鎮静下の歯科治療では咳嗽反射が抑制されているため誤飲・誤嚥防止対策としては補綴物に糸(デンタルフロス)を付けるなど, 口腔内への落下防止対策を施す必要がある。



ブリッジ落下約30分後の胸部単純X線写真像



喀出されたブリッジ

## 防止対策

処置歯の形成時にバーの装着不備または破折が原因で, バーを誤飲したり, 紛失(迷入)したり, 歯冠修復物の調整, 試適時に口腔内に落下させるなどの事例が多い。

特に患者が高齢者であったり, 静脈内鎮静下における歯科治療に際しては, 患者の意識, 呼吸, 嚥下機能が低下しているため, 口腔内への異物の落下や, タービンの注水等は注意が必要である。その他,

・歯髄処置以外でも, 処置歯にラバーダム装着が可能な場合には極力実行する。

・装着物(インレーやクラウン等)や手用器具(リーマー, ファイル等)には糸(デンタルフロス)を付ける。

・小児や障害者など不意の動きを予測しながら治療をする。

・経験の浅い歯科医師が治療するには必ず診療介助者を付ける。

などの防止対策が有効と思われる。

## 参考資料

1. 三輪全三 他: 本学歯学部附属病院におけるインシデント・アクシデント報告書(平成13-14年度)の集計結果 口病誌, 70(4):234-241, 2003.
2. 海野雅浩 他: 一から学ぶ歯科医療安全管理, 医歯薬出版 2005.
3. 海野雅浩, 三輪全三 他: 歯界展望連載「歯科リスクマネジメントおっとあぶない」1-12月号 医歯薬出版 2005.
4. 三輪全三 他: 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報告書(平成13-17年度)の集計と分析 — 歯科に特有な事例についての考察 —, 第1回医療の質・安全学会抄録集, p253. 2006.
5. 三輪全三 他: 本学歯学部附属病院におけるインシデント報告書(平成13-16年度)の集計と分析 — 初心者の起こしやすい事故の防止対策について —, 口病誌, 73(1): 152, 2006.

「本学歯学部附属病院におけるインシデントのオンライン報告システムの構築」 (抄録)

小児歯科学分野	○三輪全三, 高木裕三
麻酔・生体管理学分野	宮本智行, 海野雅浩
歯髄生物学分野	和達礼子
顎顔面外科学分野	鶴澤成一
摂食機能保存学分野	岡田大蔵
摂食機能構築学分野	和達重郎
薬剤部	深山智子
歯科衛生士室	三浦佳子
看護部	鶴岡広美, 長川智子, 三宅五十鈴, 小島愛子
業務課	北野傳二
株式会社アプリアート	大澤次郎

医療現場におけるインシデントを収集・分析して改善策を立てることは、同様な事例の再発防止に不可欠である。本学歯学部附属病院では平成13年度より各部署リスクマネージャーを通じて報告書(用紙)によるインシデント報告制度を設けているが、記述に時間がかかる、患者や医療者の個人情報を守られない、報告件数が増加し分析に手間取る等の理由で平成19年度から、学内LANを利用したオンライン収集システムに移行したのでその概要を紹介した。

**システムの特徴:** 今回新たに開発したインシデント収集ソフト(アプリアート社製)は、①報告者がインターネット経由で簡便に報告できる。②個別認証を必要とし、高い情報保護機能を有する。③報告者や患者の匿名性が保てる。④文字入力をなるべく避け、選択式の入力。⑤管理者のみが管理画面で一覧出来る。⑥事例分析のデータベースとして活用出来る、等の特徴がある。  
**資料および方法:** 平成19年4月から11月までに、オンラインと従来の用紙によって報告されたインシデントの総計193件の内容を調査し、報告者・発生場所・内容・レベルについて集計した。

集計結果:①報告件数は193件で当初は従来の用紙によるものが多かったが、徐々にオンライン報告の割合が増加し、現在は95%を超えている。②報告者は歯科医師からの報告が全体の半数近く46%を占めたが、看護師は24%と従来よりも少なく、これはインターネット利用環境に起因するものと思われる。③発生場所では従来「病棟」「手術室」「薬剤部」等が多く、傾向は旧報告システムと同様であった。④内容では「薬剤関連」が最も多く、次に「処置・手術」が、特に歯科処置では「軟組織損傷」「器具の破折・紛失」「誤飲・誤嚥」「歯牙の損傷」が多かった。⑤レベルは1が最も多く、ヒヤリ・ハットが主な報告内容となった。  
考察: 今回の分析結果から、当初はインターネット環境が看護部、歯科衛生士室などに整備されていなかったこともあり報告数が伸び悩んでいたが、次第に環境が整備されて現在ではオンラインによる報告が定着した。内容は軽い事例が多く収集され、情報共有により重大な事故を防止するという収集目的に合致した。今後、これらの結果を基に改善策を検討し報告者にフィードバックしていくことが重要と思われる。さらに、より使いやすいシステムとして改良を重ねていく予定である。

## 本学歯学部附属病院におけるインシデントの オンライン報告システムの構築

Newly developed web-based incident reporting system in  
Tokyo Medical and Dental University Dental Hospital.

リスクマネージャー会議  
ワーキンググループ  
Risk Management Team  
(RM-WG)



### システムの特徴と基本設計

Characteristics and basic design of this system.

1. 報告者がインターネット経由で簡便に報告できる。  
Anyone can report incident on internet easily.
2. 個別認証を必要とし、高い情報保護機能を有する。  
Protected by individual certification for the right of access.
3. 報告者や患者の匿名性が保てる。  
Anonymity of patients and clinical staffs.
4. 文字入力をなるべく避け、選択式の入力とした。  
Can input by selective answer (pull down menu) instead of description.
5. 管理者のみが管理画面で一覧出来る機能を有す  
Only administrator can see the report table.
6. 事例分析のデータベースとして活用出来る機能を有する。  
Can utilize as a data base of case analysis.





### インシデント発生状況入力

**インシデントを被ったもの** 必須

入院患者       外来患者       患者の家族  
 医療従事者       事務職員  
 その他—

**インシデントを被ったものの情報** 必須

\*年齢、性別が判らない場合は「不明」を選択してください。  
 年齢  性別

**発生場所** 必須

診療科   
 場所   
 その他—

**発生状況** 必須

治療前       治療中       治療後  
 その他—

**発生日時** 必須

発生日付  発生時刻  時  分

\*プルダウンメニュー又はカレンダーをクリックして日付を指定します。  
\*発生日付・時刻が不明の場合は「不明」を選択してください。  
「分」は空白でもOKです。

2007年12月						
日	月	火	水	木	金	土
25	26	27	28	29	30	1
2	3	4	5	6	7	8

### インシデント発生内容入力

**インシデントの種類** 必須

処置・手術  
 与薬不備  
 器具・材料・設備管理  
 針刺し  
 状態悪化  
 チューブ・ドレーン  
 輸液・注射  
 検査・採血  
 麻酔関連  
 転倒・転落  
 患者誤認  
 接遇  
 無断離院  
 その他

—処置・手術詳細分類

歯牙の損傷  
 歯牙以外の組織の損傷  
 部位の間違い  
 誤飲・誤嚥  
 器具の破損・紛失  
 衣服、所持品の汚染・損傷  
 その他

内容サンプル

インレーの誤嚥  
 クラウンの誤嚥  
 パーの誤嚥  
 ファイルの誤飲  
 歯牙・破折歯牙片の誤飲  
 その他

\*必須項目を全て入力しないと次へ進めません。

インシデント情報  
収集システム

- 当事者情報
- 発生状況
- 発生内容
- 対応内容
- 発生要因
- 改善策・提言
- アンケート

### インシデント発生内容入力

**インシデントの内容** ※必須

#### 処置・手術 (誤飲・誤嚥)

内容 (インシデントの内容を200文字以内で具体的に記入してください)

インレーを試過していたところ、患児が急に動いて落下し、誤飲した。

※報告者、当事者、インシデントを被ったもの等、人物が特定できるような記述にならないよう、注意して入力して下さい。

分類項目

インシデント内容に近いものを選択してください

分類項目を選択しておくことで他の類似報告を参照できます

**インシデントのレベル**

レベル2 (観察の必要あり)

十日 (潜在的深刻事例)

被害は生じなかった(または軽微であった)が、より深刻な事態を招いたと思われる場合はチェックしてください

戻る

進む

※必須項目を全て入力しないと次へ進めません

インシデント情報  
収集システム

- 当事者情報
- 発生状況
- 発生内容
- 対応内容
- 発生要因
- 改善策・提言
- アンケート

### インシデント対応内容入力

**対応内容 (複数選択可)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 保存的処置を実施                | <input type="checkbox"/> 機器的処置を実施             |
| <input type="checkbox"/> 診察や、経過観察のみ              | <input type="checkbox"/> 検査を実施                |
| <input type="checkbox"/> 病院に搬送                   | <input type="checkbox"/> 主治医を呼んだ              |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師に報告                 | <input checked="" type="checkbox"/> 同職種の上司に報告 |
| <input checked="" type="checkbox"/> リスクマネージャーに報告 | <input type="checkbox"/> 行政機関に報告              |
| <input type="checkbox"/> 所轄警察署に報告                | <input type="checkbox"/> 不明                   |

**補足説明**

(上記に当てはまるものがない場合や、補足がある場合に100文字以内で記入してください)

**患者への説明** ※必須

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 説明した (発生直後) | <input type="radio"/> 説明した (翌日) |
| <input type="radio"/> 説明した (翌々日以降)           | <input type="radio"/> 説明しなかった   |
| <input type="radio"/> 該当せずまたは不明              |                                 |

戻る

進む

※必須項目を全て入力しないと次へ進めません

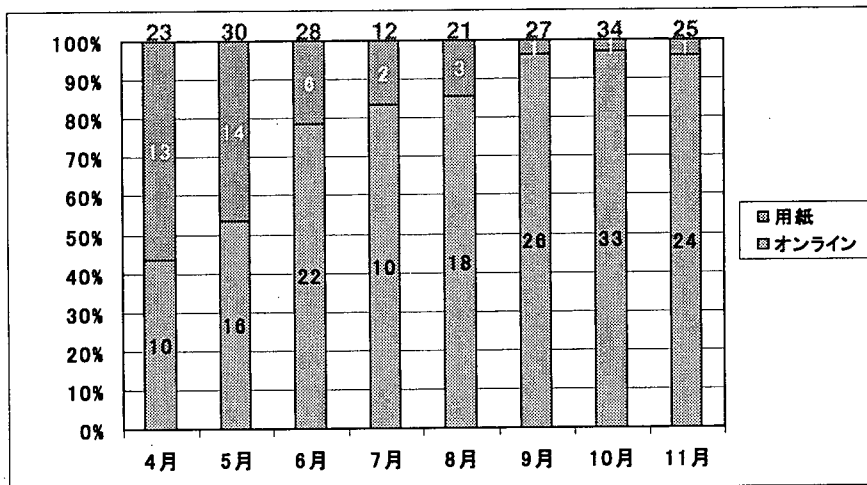
<b>インシデント情報 収集システム</b>  <input type="button" value="当事者情報"/> <input type="button" value="発生状況"/> <input type="button" value="発生内容"/> <input type="button" value="対応内容"/> <input type="button" value="発生要因"/> <input type="button" value="改善策・提言"/> <input type="button" value="アンケート"/>	<b>改善策・提言</b> <input type="checkbox"/> 診療や看護のプロセスの改善 <input checked="" type="checkbox"/> 診療体制の改善 <input checked="" type="checkbox"/> スタッフの教育/指導体制 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの改善 <input type="checkbox"/> コンピュータ関係の改善 <input type="checkbox"/> 患者や医療情報に関する支援システムの改善 <input type="checkbox"/> 物品管理の改善 <input type="checkbox"/> 診療記録の管理や記載方法の改善 <input type="checkbox"/> 作業環境の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 労働管理/勤務体制の改善 <input type="checkbox"/> 患者教育方法の改善 <input type="checkbox"/> 学生教育の改善 <input type="checkbox"/> 研修医指導の改善 <input type="checkbox"/> その他
	<b>補足説明</b> (上記に当てはまるものがない場合や、補足がある場合に100文字以内で記入してください) 小児の治療(特に低年齢の非協力児)は、必ず補助者を付けて診療するように体制を組む。
	<input type="button" value="戻る"/> <input type="button" value="進む"/>

<input type="button" value="変更"/>	報告者 当事者 情報	報告者: 当事者 職種: 歯科医師(教官) 所属: 小児歯科 経験年数: 20~29年 現在の職場での経験年数: 20~29年 年齢: 不明 性別: 不明
<input type="button" value="変更"/>	インシデント を受けた者	外来患者 年齢: 4~6歳 性別: 男
<input type="button" value="変更"/>	発生場所	育生系診療科 小児歯科外来
<input type="button" value="変更"/>	発生状況	治療中
<input type="button" value="変更"/>	発生日時	2007/12/07(金) 11時10分頃
<input type="button" value="変更"/>	発生内容	種別: 処置・手術(誤飲・誤嚥) 分類項目: インレーの誤嚥 内容: インレーを誤嚥していたところ、患児が急に動いて落下し、誤飲した。
<input type="button" value="変更"/>	インシデント のレベル	レベル2 (観察の必要あり) H+
<input type="button" value="変更"/>	対応内容	対応内容: 検査を依頼、同じ職種の上司に報告、リスクマネージャーに報告。 説明の有無: 説明した。(発生直後) 補足:
<input type="button" value="変更"/>	発生要因	技術不足、不注意、経験不足 補足: 子どもが治療中に急に動くことを予測していなかったので、慌ててしまった。
<input type="button" value="変更"/>	今後の対応	診療体制の改善、スタッフの教育/指導体制、労働管理/勤務体制の改善 補足: 小児の治療(特に低年齢の非協力児)は、必ず補助者を付けて診療するように体制を組む。
<input type="button" value="変更"/>	アンケート	
<input type="button" value="変更"/>	編集用 パスワード	データID: 071207134411    パスワード: <input type="text"/> データIDとパスワードを記憶しておけば、 後述のURLからこのデータを再入力することができます。

Registration  
screen (print  
in A4 size)

発生日	発生場所	発生時刻	発生種別	発生原因	発生状況	発生場所	発生時刻	発生種別	発生原因	発生状況	発生場所	発生時刻	発生種別	発生原因	発生状況	発生場所	発生時刻	発生種別	発生原因	発生状況	
2007/04/27	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2007/05/01	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2007/05/14	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

報告一覧表(管理画面) Table of incident reports (management screen)



### インシデント報告方法 (平成19年4月～11月)

The rate of reporting method. (2007. Apr.~ Nov.)