

## 5. 医事紛争を知るきっかけは？

- 1) 患者本人による口頭あるいは電話による申し入れ
- 2) 患者本人あるいは代理人(弁護士等)からの内容証明郵便による「通知書」「催告書」等の文書の送達
- 3) 裁判所からの証拠保全や調停あるいは口頭弁論の「期日呼出状」の送達

## 6. 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。
- ・ 安易な金銭支払いの約束は避ける。

### 4) 一人で解決しようとするしない

- ・ 事故の内容、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。

## 7. 医事紛争、こんな場合には

### 1) カルテの開示 を求められた場合

- ①患者あるいは代理人(弁護士を含む)に開示を求められた場合、カルテ開示を拒む特段の理由がない場合には、開示を拒否できません。(個人情報保護法)
- ②カルテに記載してある情報は患者のものであるが、カルテ自体の所有権は歯科医師側にある。
- ③診療情報の提供は、口頭による説明や要約書(診療経過説明書)等の文書や診療記録の開示による。
- ④カルテ開示の方法は、閲覧、コピー、要約書等の同意した方法による。トラブルが予測される場合は、開示請求書で申請してもらう。手数料を徴収できる。

## 2)「通知書」等の文書で回答を求められた場合

- ①相手側弁護士の照会を含め回答する法的義務はない。
- ②治療の経過や、医学的見解を簡単に回答した方が良い場合もある

## 3)「証拠保全の申し立て」の場合

- ①裁判所の決定を得て、患者側がカルテなどを入手する法的手段。  
カルテの改ざんを防ぐため、隠密裏に行われる。
- ②「証拠保全決定」が下りると「証拠調期日呼出状」が送達されて、  
執行される。法的強制力はないが拒否はしない。
- ③通知(電話による)から執行までは1時間前後で、裁判官、事務官、  
代理人(弁護士)がカルテやX線写真等診療記録の写しを採っていく。

# 最近の紛争事例概説

東京都歯科医師会

## 説明不足の抜歯 1本164万円

虫歯治療で説明のないまま抜歯されたとして、東京都渋谷区の40代の男性が歯科医に930万円の賠償を求めた訴訟で、東京地裁は4日、164万円の支払いを命じた。孝橋宏裁判長は「抜歯回避の手段を尽くさず、その必要性も説明していない」と指摘した。

男性は02年8月、千代田区の歯科医院で虫歯が進行した右奥歯1本の治療を受け、抜歯された。精神的苦痛を受け、新

### 歯科医に賠償命令 東京地裁

たな歯を取り付けるインプラント手術も必要になったなどと主張していた。

判決は「最近の歯科医療現場では、できるだけ歯を残す治療を行うべきだとされている」と指摘。歯科医は神経の治療など抜歯以外の手段を尽くすべき義務を怠り、インフォームド・コンセント(十分な説明に基づく同意)を軽視したと認定。手術費用や慰謝料などの支払いを命じた。

【北村和巳】

※4

日経新聞 (H17.11.3)

## 虫歯治療

### 札幌の歯科医に賠償命令

地裁、過失認め1700万円

抜歯の際、麻酔注射針の選択を誤ったため、上あごに折れた針が残りの後遺症を負ったとして、埼玉県所沢市の男性会社員(28)が札幌市北区の歯科医師に約二千九百万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、札幌地

33G

裁(奥田正昭裁判長)は二日、医師の過失を認め約千七百万円を支払うよう命じた。判決理由で奥田裁判長は「注意義務を怠り、細かい注射針を選択したため、針が折れた」と認定した。判決によると、男性は二〇〇三年一月十日、医師が開設する札幌市の歯科医院を受診。医師は親知らずを抜くため、長さ約十四ミリ、太さ約〇・二六ミリの注射針で麻酔液を注入した。針を抜こうとした際に根元から折れ、上あごに残った。

本判決は、まず、ブリッジは支台築造及びリテーナーの装着等が確實に行われ、その他口腔内の諸条件に耐えるように設計されていると、少なくとも一〇年の長期にわたって保持できる補綴物であることから、YはXに対し、支台築造やブリッジの設計・製作を適切に行い、少なくとも一〇年間の長期使用に耐えるようにブリッジの補綴を施すべき治療契約上の債務を負っていたものと判示した上、①左上二番の支台築造につき、鑄造ポストを立てたメタル・コアの場合、コアの保持力を十分に得るにはポストの長さを歯冠部と同じかあるいは歯根部の三分の二とすることが一般に求められているとこ

とは、一般に支台歯の軸面テーパーが二〇分の一を超えないようにすべきところ、右上二番の離脱はリテーナーがレンジ・コアから外れ落ちたものと推認しうるが、Yが支台築造にあたりコアの軸面テーパーを二〇分の一を超えないほど大きくとりすぎたことが一因であると推認されると判示してYの債務不履行責任を認め、Yに対し本件ブリッジ代金の八〇パーセントの金額等の支払いを命じたものである。

【三〇】 一 被告は、原告に対し、金六〇万九千五百円及びこれに対する昭和六三年五月一日から支払い済みである三分の割合に於ける金員を支払え。

二 原告のその他の請求を棄却する。

10 民・商・刑、医、薬、歯

アスピリン喘息の患者が歯科医師の投与した鎮痛抗炎症剤ロキソニンによりアスピリン喘息発作を生じて窒息死した事案につき、アスピリン喘息患者に対するロキソニンの投与が禁忌であることを知らなかった歯科医師には薬剤に関する知識修得についての研鑽義務違反が認められ、ひいては、問診義務違反、薬剤の投与における注意義務違反が認められるとして、不法行為に基づき損害賠償を命じた事例

福岡地裁平二(ワ)第二二二六号、損害賠償請求事件、平0・12・26第三民事部判決(一部認容・控訴)  
【参照条文】

民法七〇九条

い、さらには、禁忌者でないことを確定的に判断できない以上、当該薬剤を投与してはならないという投与における注意義務を負っているとして、Yにはロキソニンに関する研鑽義務を怠り、それがために問診義務を怠ったばかりでなく、投与における注意義務にも違反した過失があると判断して被告の損害賠償責任を認められたものである。

主 文

- 一 被告は、原告前田ユキヨに対して、金九六〇万円、同前田武志、同松永美紀子、同前田弓子に対して各金三二〇万円をそれぞれ支払え。
- 二 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。

分担研究報告書

障害者等専門歯科診療所でのヒヤリ・ハット事例収集に関する研究

分担研究者 高橋民男 藤沢市歯科医師会顧問

【研究要旨】

歯科医療における安全管理評価法の確立を目指し、まずは障害者等専門歯科診療所でのインシデント事例収集に関する具体的なインシデント事例分類項目について検討を行った。開業歯科診療所に特化した25項目からなる調査項目分類の他に、有床の歯科診療所等でのインシデントを反映するために日本医療機能評価機構等の資料を参考に5項目を追加した調査項目を作成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、我が国の歯科医療における安全管理評価法の確立を目指し、まずは障害者等歯科専門歯科診療所での具体的なインシデント事例をもとに、インシデント収集を推進するために必要な具体的な事例分類項目等の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

障害者等専門歯科診療所である藤沢市障害者歯科診療所ならびに藤沢市北部歯科診療所において発生したインシデント事例および、先行研究にて収集した具体的なインシデント事例等の集計結果をもとに、日本医療機能評価機構等の資料を参考に、インシデント事例収集に必要な25項目の分類項目以外に追加すべき項目について検討を行った。

C. 結果

平成17年10月から平成18年3月まで、藤沢市歯科医師会に報告があったインシデント事例の内容は「タービンバー、クラウンが外れて誤嚥のリスクがあった」「患者が急に動いて鎌型スクレーパーで切りそうになった」など、外来での歯科診療に直接起因するインシデント例が多かった。研究班での検討の結果、有床の歯科診療所等でのイ

ンシデントを反映するためには日本医療機能評価機構等の資料を参考に検討をした結果、「チューブ・ドレーン類」、「輸液・注射」、「病院食」、「リハビリテーション関連」、および「全身管理、麻酔関連」の5項目を追加する必要があるとの見解を得た。以下に結果を示す。

1. 受付・応対・接遇
2. 情報収集・情報伝達の不備
  - 2-1 (患者等に対して)
  - 2-2 (診療従事者等に対して)
3. 検査・エックス線写真
4. 患者誤認
5. 診断関連
6. インフォームドコンセント
7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力
8. 口腔内への落下、誤飲・誤嚥
9. 歯や口腔・顎・顔面等の損傷
10. 異物等の残存、迷入・陥入
11. 衣服・所持品の汚染、破損・損傷
12. 機械・器具の誤操作、破損・紛失
13. 部位の間違い
14. 神経麻痺等の合併症
15. 処置・手術に関連したその他の有害事象
16. 薬剤
17. 感染制御、院内感染

- 18.全身状態悪化・救急搬送
- 19.転倒・転落、打撲
- 20.歯科医療機器・材料、設備等の管理・監督
- 21.診療録記載・管理
- 22.歯科技工関連
- 23.防災管理、火気取扱
- 24.診療従事者管理
- 25.チューブ・ドレーン類
- 26.輸液・注射
- 27.病院食
- 28.リハビリテーション関連
- 29.全身管理、麻酔関連
- 30.その他

#### D. 考察

障害者等専門歯科診療所においては、歯科診療時の全身管理等を要する症例も少なくない。また有床の歯科診療所等においては全身麻酔や精神鎮静法等が適応されている。インシデント事例収集にあたり、先に検討した開業歯科医院に特化した25項目からなるインシデント事例分類項目だけでは不十分であることが想定され、具体的なインシデント事例等を参考に研究班での検討を行った。本年度、全国的規模で本調査様式を用いた大規模調査をすでに開始しており、次年度も継続してゆく予定である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

- 2-1. 宮本智行, 三輪全三, 馬場一美, 端山智弘, 助村大作, 相川敬子, 高橋民男, 北村隆行, 森崎市治郎, 渋井尚武, 安藤文人, 深山治久, 小谷順一郎, 式守道夫, 槇宏太郎, 土屋文人, 倉林亨, 嶋田昌彦: 我が国における無床歯科診療所のインシデント事例収集. 医療の質・安全学会第4回学術集会&国際シンポジウム. (会議録). 医療の質・安全学会誌. 第4巻増補号. 2009. p. 143.
- 2-2. 宮本智行, 三輪全三, 馬場一美, 端山智弘, 助村大作, 相川敬子, 高橋民男, 北村隆行, 森崎市治郎, 渋井尚武, 安藤文人, 深山治久, 小谷順一郎, 式守道夫, 槇宏太郎, 土屋文人, 俣木志朗, 倉林亨, 嶋田昌彦: 歯科診療所におけるインシデント事例調査の試み. 第8回日本予防医学リスクマネジメント学術総会. (会議録). プログラム・抄録集. 2010. p. 113.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### (倫理面への配慮)

本研究で実施されたインシデント報告調査については東京医科歯科大学歯学部および各研究者の所属する医療機関の倫理委員会において承認を得て行われた。





# 障害者等専門歯科診療所での インシデント

藤沢市歯科医師会

高橋 民男

2009. 11. 8

1



## 藤沢市歯科医師会診療所

- ◆ 藤沢市
  - ◇ 人口41万人 相模湾に面した温暖な湘南地方の中核都市
- ◆ 歯科医師会診療所
  - ◇ 会員218名より担当医を募集
  - ◇ 南北2ヶ所の歯科診療所—休日休患・障害者・高齢者
  - ◇ 休日休患診療所管理運営部会—平成20年度年間患者数838人
  - ◇ 藤沢市障害者歯科診療所管理運営部会—平成20年度年間患者数3206人

2009. 11. 8

2



## 藤沢市歯科医師会診療所



← 藤沢市障害者歯科診療所  
↓ 藤沢市北部歯科診療所



## 歯科診療所の安全管理対策

- ◆ 医療安全管理のための業務マニュアルを配布
  - ❖ 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ある。
  - ❖ 「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
- ◆ 年に数回の医療安全講習会を開催

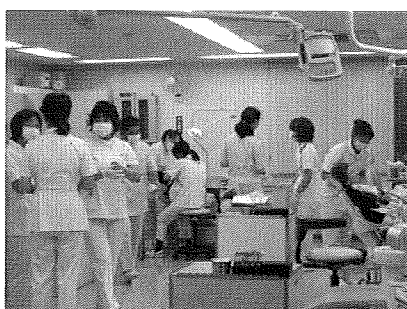
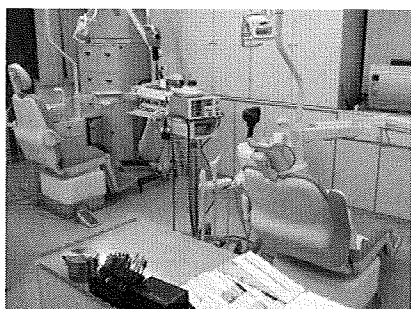
## 事故発生を最小限に食い止めるには

### 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、診療方法を説明する
- ◆ 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療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
- ◆ 静脈内鎮静法も利用している
- ◆ 困難な症例は藤沢市民病院、大学病院等の3次医療機関へ依頼している

2009. 11. 8

4



## 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
- ◆ 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

2009. 11. 8

5

## 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 平成年月日時分  
報告者 歯科医師○○衛生士○○麻酔医○○  
所属 身障 南班 北班  
          高齢者 班  
          経験年数 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

ヒヤリハット, 又は医療事故の発生原因, ならびに予防策

報告日: 平成年月日時分 班長受理年月 印

2009. 11. 8

6

## 安全管理レポートの事例(平成17年10月～平成18年3月)

- 月○日: タービンバー、クラウンが外れて誤嚥のリスクがあった
- 月○日: 患者が急に動いて鎌型スケラーで切りそうになった
- 月○日: CR硬化用のライトのキャップが外れて口腔内に落下した
- 月○日: 施設の職員から渡された歯ブラシが他人の歯ブラシだった
- 月○日: 咬合紙が咬み切られて飲み込みそうになった  
FCKが口腔内に落下した
- 月○日: 患者がライトを手に触れて赤くなった(火傷)
- 月○日: 根管洗浄の薬剤が口唇に付着した  
コップの水がこぼれてユニット衣服を濡らす
- 月○日: コントラ用ブラシで頬粘膜を傷つける  
パーティションが倒れて患者の頭にぶつかる

2009. 11. 8

7

- 月○日: 治療中泣き始め嘔吐する
- 月○日: 歯冠形成中、急に起き上がった
- 月○日: フットペダルを点検中にタービンを持った為、  
不意に回転した
- 月○日: 超音波スケラーのAirとWaterを読み間違え、  
エアが外に漏れ出した
- 月○日: 患者の固定が悪く暴れてたたかれ、ひっかかれた
- 月○日: 使用後の超音波スケラーチップの先で自分の腕を  
傷つけた  
患者が急にユニットを降りた為に笑気のチューブで  
首をしめた  
スピットンのホースが抜けてうがいした水が床にこぼれた

2009. 11. 8

8

分担研究報告書

歯科診療所でのインシデント事例収集様式に関する研究

分担研究者 北村隆行 藤沢市歯科医師会副会長

**【研究要旨】**

歯科診療所でのインシデント事例収集様式の確立を目指し、我が国の歯科診療形態に特化した25ならびに30項目のインシデント事例分類を反映した調査様式に関して検討した。月毎のインシデント事例件数からなる報告様式ならびに具体的な事例の例示について提示したほうが望ましい等の見解を踏まえ、2種類の紙媒体の調査様式を作成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、歯科診療所でのインシデント事例収集様式の確立を目指すことを目的とする。

B. 研究方法

分担研究「開業歯科診療所でのインシデント事例収集に関する研究」および「障害者等専門歯科診療所でのヒヤリ・ハット事例収集に関する研究」での検討を踏まえ、我が国の歯科診療形態に特化した25ならびに30項目のインシデント事例分類を反映した調査様式に関して検討した。

C. 結果

研究班での検討の結果、月毎のインシデント事例件数からなる報告様式ならびに具体的な事例の例示について提示したほうが望ましい等の見解を踏まえ、先行研究での歯科医療におけるインシデント事例等を参考に、具体的な事例を記載した調査様式を作成した。以下にその具体的な事例を掲載した。

**【調査用紙に記載した各種インシデントの例】**

1. 受付・応対・接遇

患者への態度・応対の不備、連絡の行き違い、診療開始時間の遅れ、支払拒否など

2. 情報収集・情報伝達の不備

2-1（患者等に対して）

2-2（診療従事者等に対して）

3. 検査・エックス線写真

検体・写真の取り違い、見間違い、写真の現像ミス、データ転送ミスなど

4. 患者誤認

患者名の呼び間違い、患者取り違い、患者名等の転記ミスなど

5. 診断関連

診断時の不備、誤診、診療情報の記載・転記ミス、診療録の読み間違いなど

6. インフォームドコンセント

説明不足、同意書記載不備、患者等が納得していない状況下の診療など

7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力

治療結果への不満、コミュニケーションエラーなど

8. 口腔内への落下、誤飲・誤嚥

- むせこみ、歯科医療器具・材料・補綴物等の落下など
9. 歯や口腔・顎・顔面等の損傷  
メス・切削器・ヒポクロ等による損傷、咬傷、火傷など
10. 異物等の残存、迷入・陥入  
上顎洞迷入、ガーゼ・リーマー・注射針・スケーラー残存など
11. 衣服・所持品の汚染、破損・損傷  
ヒポクロ・印象材・接着剤・染色液・血液・火炎など
12. 機械・器具の誤操作、破損・紛失  
不適切な操作、取扱説明書記載事項の不徹底など
13. 部位の間違い  
異所部位の治療、上下顎・左右・近接類似歯牙（小白歯・乳白歯等）の間違いなど
14. 神経麻痺等の合併症  
下歯槽神経・舌神経麻痺等、知覚鈍磨に付随した不快症状など
15. 処置・手術に関連したその他の有害事象  
大量出血、開口障害、潰瘍、嘔吐など
16. 薬剤  
処方・調剤間違い、薬剤による副作用、不適切な薬剤使用・管理、処方せんの記載間違い・渡し間違いなど
17. 感染制御、院内感染  
院内感染対策マニュアル等の不備、針刺し、滅菌・消毒・手洗い不徹底など
18. 全身状態悪化・救急搬送  
高血圧・脳梗塞・不整脈・心筋梗塞等、局所麻酔時の気分不快など
19. 転倒・転落、打撲  
歯科用ユニットからの転落、身体の巻き込み・損傷、抑制下治療時の圧痕など
20. 歯科医療機器・材料、設備等の管理・監督  
機器整備不良、水漏れ、駐車場管理など
21. 診療録記載・管理  
不適切なカルテ記載・入力、カルテ・写真・資料・指示書・同意書等の紛失など
22. 歯科技工関連  
不適切な作業模型の取扱い、技工指示書間違い、技工物汚染・破損・紛失・取り違いなど
23. 防災管理、火気取扱  
ガス漏れ、引火、避難経路の確保等法令等に基づいた防災管理の不徹底など
24. 診療従事者管理  
不適切な労働環境、無資格者の業務範囲の逸脱、不適切な超過勤務、給与未払など
25. その他
- D. 考察  
歯科診療所等におけるインシデント事例収集を推進してゆくにあたり、我が国の歯科診療における安全管理の現状に即した2種類のインシデント事例調査様式を考案した。我が国の歯科診療の形態を4つのモデルすなわち1. 開業形態の個人歯科診療所(歯科医師臨床研修施設を含む)、2. 歯科医師養成機関としての大学附属病院、3. 歯科口腔外科等の総合病院歯科等、4. 障害児者等専門歯科

診療所において、すべての形態を網羅するために、  
先ず1. 開業形態の個人歯科診療所の大多数を占める無床診療所向けの25項目のインシデント事例分類から成る報告様式を作成した。次に、有床の歯科診療所向けの報告様式の検討を行い2. 大学附属病院、3. 歯科口腔外科等の総合病院歯科等、4. 障害児者等専門歯科診療所においても使用できる30項目のインシデント事例分類から成る報告様式を同様に作成した。今年度より紙媒体での本調査様式を用い、国内多施設での調査を開始しており、評価検討し必要に応じて改善をしておく予定である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

2-1. 宮本智行, 三輪全三, 馬場一美, 端山智弘, 助村大作, 相川敬子, 高橋民男, 北村隆行, 森崎

市治郎, 渋井尚武, 安藤文人, 深山治久, 小谷順一郎, 式守道夫, 槇宏太郎, 土屋文人, 倉林亨, 嶋田昌彦: 我が国における無床歯科診療所のインシデント事例収集. 医療の質・安全学会第4回学術集会&国際シンポジウム. (会議録). 医療の質・安全学会誌. 第4巻増補号. 2009. p. 143.  
2-2. 宮本智行, 三輪全三, 馬場一美, 端山智弘, 助村大作, 相川敬子, 高橋民男, 北村隆行, 森崎市治郎, 渋井尚武, 安藤文人, 深山治久, 小谷順一郎, 式守道夫, 槇宏太郎, 土屋文人, 俣木志朗, 倉林亨, 嶋田昌彦: 歯科診療所におけるインシデント事例調査の試み. 第8回日本予防医学リスクマネジメント学術総会. (会議録). プログラム・抄録集. 2010. p. 113.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(倫理面への配慮)

本研究で実施されたインシデント報告調査については東京医科歯科大学歯学部および各研究者の所属する医療機関の倫理委員会において承認を得て行われた。



平成22年3月 医療安全管理記録

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

インシデント(ヒヤリ・ハット等)事例件数 [月毎の集計]

受付  
 対応

1. 受付・応対・接遇(患者への態度・応対の不備、連絡の行き違い、診療開始時間の遅れ、支払拒否など) 件 .  
 2. 情報収集・情報伝達の不備(2-1. 患者等に対して 件)(2-2. 診療従事者等に対して 件) .

検査  
 診断

3. 検査・エックス線写真(検体・写真の取り違い、見間違い、写真の現像ミス、データ転送ミスなど) 件 .  
 4. 患者誤認(患者名の呼び間違い、患者取り違い、患者名等の転記ミスなど) 件 .  
 5. 診断関連(診断時の不備、誤診、診療情報の記載・転記ミス、診療録の読み間違いなど) 件 .

インフ  
 オーム  
 ドコン  
 セント

6. インフォームドコンセント(説明不足、同意書記載不備、患者等が納得していない状況下の診療など) 件 .  
 7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力(治療結果への不満、コミュニケーションエラーなど) 件 .

処置  
 手術  
 診療

8. 口腔内への落下、誤飲・誤嚥(むせこみ、歯科医療器具・材料・補綴物等の落下など) 件 .  
 9. 歯や口腔・顎・顔面等の損傷(メス・切削器・ヒポクロ等による損傷、咬傷、火傷など) 件 .  
 10. 異物等の残存、迷入・陥入(上顎洞迷入、ガーゼ・リマー・注射針・スケーラー残存など) 件 .  
 11. 衣服・所持品の汚染、破損・損傷(ヒポクロ・印象材・接着剤・染色液・血液・火炎など) 件 .  
 12. 機械・器具の誤操作、破損・紛失(不適切な操作、取扱説明書記載事項の不徹底など) 件 .  
 13. 部位の間違い(異所部位の治療、上下顎・左右・近接類似歯牙(小臼歯・乳臼歯等)の間違いなど) 件 .  
 14. 神経麻痺等の合併症(下歯槽神経・舌神経麻痺等、知覚鈍磨に付随した不快症状など) 件 .  
 15. 処置・手術に関連したその他の有害事象(大量出血、開口障害、潰瘍、嘔吐など) 件 .  
 16. 薬剤(処方・調剤間違い、薬剤による副作用、不適切な薬剤使用・管理、処方せんの記載間違い・渡し間違いなど) 件 .  
 17. 感染制御、院内感染(院内感染対策マニュアル等の不備、針刺し、滅菌・消毒・手洗い不徹底など) 件 .  
 18. 全身状態悪化・救急搬送(高血圧・脳梗塞・不整脈・心筋梗塞等、局所麻酔時の気分不快など) 件 .  
 19. 転倒・転落、打撲(歯科用ユニットからの転落、身体の巻き込み・損傷、抑制下治療時の圧痕など) 件 .

施設  
 管理

20. 歯科医療機器・材料、設備等の管理・監督(機器整備不良、水漏れ、駐車場管理など) 件 .  
 21. 診療録記載・管理(不適切なカルテ記載・入力、カルテ・写真・資料・指示書・同意書等の紛失など) 件 .  
 22. 歯科技工関連(不適切な作業模型の取扱い、技工指示書間違い、技工物汚染・破損・紛失・取り違いなど) 件 .  
 23. 防災管理、火気取扱(ガス漏れ、引火、避難経路の確保等法令等に基づいた防災管理の不徹底など) 件 .  
 24. 診療従事者管理(不適切な労働環境、無資格者の業務範囲の逸脱、不適切な超過勤務、給与未払など) 件 .

その他

25. その他 件

☆インシデントの発生予防・再発防止に役立つ事例につきましてはインターネットによるインシデント事例報告をお願いします

平成22年3月 医療安全管理記録

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

インシデント(ヒヤリ・ハット等)事例件数 [月毎の集計]

受付 応対	1. 受付・応対・接遇(患者への態度・対応の不備、連絡の行き違い、診療開始時間の遅れ、支払拒否など)	件	
	2. 情報収集・情報伝達の不備(2-1. 患者等に対して 件)(2-2. 診療従事者等に対して 件)	件	
検査 診断	3. 検査・エックス線写真(検体・写真の取り違い、見間違い、写真の現像ミス、データ転送ミスなど)	件	
	4. 患者誤認(患者名の呼び間違い、患者取り違い、患者名等の転記ミスなど)	件	
	5. 診断関連(診断時の不備、誤診、診療情報の記載・転記ミス、診療録の読み間違えなど)	件	
インフ ォーム ドコン セント	6. インフォームドコンセント(説明不足、同意書記載不備、患者等が納得していない状況下の診療など)	件	
	7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力(治療結果への不満、コミュニケーションエラーなど)	件	
処置 手術 診療	8. 口腔内への落下、誤飲・誤嚥(むせこみ、歯科医療器具・材料・補綴物等の落下など)	件	
	9. 歯や口腔・顎・顔面等の損傷(メス・切削器・ヒポクロ等による損傷、咬傷、火傷など)	件	
	10. 異物等の残存、迷入・陥入(上顎洞迷入、ガーゼ・リマー・注射針・スケーラー残存など)	件	
	11. 衣服・所持品の汚染、破損・損傷(ヒポクロ・印象材・接着剤・染色液・血液・火炎など)	件	
	12. 機械・器具の誤操作、破損・紛失(不適切な操作、取扱説明書記載事項の不徹底など)	件	
	13. 部位の間違い(異所部位の治療、上下顎・左右・近接類似歯牙(小臼歯・乳臼歯等)の間違いなど)	件	
	14. 神経麻痺等の合併症(下歯槽神経・舌神経麻痺等、知覚鈍磨に付随した不快症状など)	件	
	15. 処置・手術に関連したその他の有害事象(大量出血、開口障害、潰瘍、嘔吐など)	件	
	16. 薬剤(処方・調剤間違い、薬剤による副作用、不適切な薬剤使用・管理、処方せんの記載間違い・渡し間違いなど)	件	
	17. 感染制御、院内感染(院内感染対策マニュアル等の不備、針刺し、滅菌・消毒・手洗い不徹底など)	件	
	18. 全身状態悪化・救急搬送(高血圧・脳梗塞・不整脈・心筋梗塞等、局所麻酔時の気分不快など)	件	
	19. 転倒・転落、打撲(歯科用ユニットからの転落、身体の巻き込み・損傷、抑制下治療時の圧痕など)	件	
	施設 管理	20. 歯科医療機器・材料、設備等の管理・監督(機器整備不良、水漏れ、駐車場管理など)	件
		21. 診療録記載・管理(不適切なカルテ記載・入力、カルテ・写真・資料・指示書・同意書等の紛失など)	件
		22. 歯科技工関連(不適切な作業模型の取扱い、技工指示書間違い、技工物汚染・破損・紛失・取り違いなど)	件
23. 防災管理、火気取扱(ガス漏れ、引火、避難経路の確保等法令等に基づいた防災管理の不徹底など)		件	
その他	24. 診療従事者管理(不適切な労働環境、無資格者の業務範囲の逸脱、不適切な超過勤務、給与未払など)	件	
	25. チューブ・ドレーン類 件	26. 輸液・注射 件	27. 病院食 件
	28. リハビリテーション関連 件	29. 全身管理、麻酔関連 件	
	30. その他 件		

\*インシデントの発生予防・再発防止に役立つ事例につきましてはインターネットによるインシデント事例報告をお願いできますでしょうか

平成21年12月 医療安全管理記録

日	月	火	水	木	金	土
		1 1x1,9x1	2 4x1	3 午後休診	4 17x1	5 20x2
6 休診日	7	8 1x1	9 22x2	10 休診日	11 14x1	12 2-2x1
13 休診日	14 1x2	15	16 4x1	17 休診日	18 2-1x1,9x1	19 6x1,7x1
20 休診日	21	22	23	24 8x1	25 25x1	26
27 休診日	28 8x1	29 休診日	30 休診日	31 休診日		

インシデント(ヒヤリ・ハット等)事例件数 [月毎の集計]

受付  
 対応

1. 受付・応対・接遇(患者への態度・応対の不備、連絡の行き違い、診療開始時間の遅れ、支払拒否など) 17件  
 2. 情報収集・情報伝達の不備(2-1. 患者等に対して 1件)(2-2. 診療従事者等に対して 1件)

検査  
 診断

3. 検査・エックス線写真(検体・写真の取り違い、見間違い、写真の現像ミス、データ転送ミスなど) 1件  
 4. 患者誤認(患者名の呼び間違い、患者取り違い、患者名等の転記ミスなど) 1件  
 5. 診断関連(診断時の不備、誤診、診療情報の記載・転記ミス、診療録の読み間違いなど) 1件

イン  
 フ  
 オ  
 ム  
 ド  
 コ  
 ン  
 セ  
 ン  
 ト

6. インフォームドコンセント(説明不足、同意書記載不備、患者等が納得していない状況下の診療など) 1件  
 7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力(治療結果への不満、コミュニケーションエラーなど) 1件

8. 口腔内への落下、誤飲・誤嚥(むせこみ、歯科医療器具・材料・補綴物等の落下など) 1件  
 9. 歯や口腔・顎・顔面等の損傷(メス・切削器・ヒポクロ等による損傷、咬傷、火傷など) 1件  
 10. 異物等の残存、迷入・陥入(上顎洞迷入、ガーゼ・リマー・注射針・スケーラー残存など) 1件  
 11. 衣服・所持品の汚染、破損・損傷(ヒポクロ・印象材・接着剤・染色液・血液・火炎など) 1件  
 12. 機械・器具の誤操作、破損・紛失(不適切な操作、取扱説明書記載事項の不徹底など) 1件  
 13. 部位の間違い(異所部位の治療、上下顎・左右・近接類似歯牙(小臼歯・乳臼歯等)の間違いなど) 1件  
 14. 神経麻痺等の合併症(下歯槽神経・舌神経麻痺等、知覚鈍磨に付随した不快症状など) 1件  
 15. 処置・手術に関連したその他の有害事象(大量出血、開口障害、潰瘍、嘔吐など) 1件  
 16. 薬剤(処方・調剤間違い、薬剤による副作用、不適切な薬剤使用・管理、処方せんの記載間違い・渡し間違いなど) 1件  
 17. 感染制御、院内感染(院内感染対策マニュアル等の不備、針刺し、滅菌・消毒・手洗いの不徹底など) 1件  
 18. 全身状態悪化・救急搬送(高血圧・脳梗塞・不整脈・心筋梗塞等、局所麻酔時の気分不快など) 1件  
 19. 転倒・転落、打撲(歯科用ユニットからの転落、身体の巻き込み・損傷、抑制下治療時の圧痕など) 1件

処置  
 手術  
 診療

施設  
 管理

20. 歯科医療機器・材料、設備等の管理・監督(機器整備不良、水漏れ、駐車場管理など) 1件  
 21. 診療録記載・管理(不適切なカルテ記載・入力、カルテ・写真・同意書等紛失、不適切な保健適応・解釈など) 1件  
 22. 歯科技工関連(不適切な作業模型の取扱い、技工指示書間違い、技工物汚染・破損・紛失・取り違いなど) 1件  
 23. 防災管理、火気取扱(ガス漏れ、引火、避難経路の確保等法令等に基づいた防災管理の不徹底など) 1件  
 24. 診療従事者管理(不適切な労働環境、無資格者の業務範囲の逸脱、不適切な超過勤務、給与未払など) 1件

その他

25. その他 1件

☆インシデントの発生予防・再発防止に役立つ事例につきましてはインターネットによるインシデント事例報告をお願いできますでしょうか

分担研究報告書

歯科衛生士における安全管理に関する実態調査に関する研究

分担研究者 相川 敬子 日本歯科衛生士会 副会長

【研究要旨】

無床歯科診療所におけるインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例および医療安全管理の実態を把握することを目的として、8地域の都道府県歯科衛生士会において128名の会員の協力を得てインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例収集実態調査を行なった。本研究への協力に際しては勤務先の許可を得ることを前提とし、協力会員は無記名にて医療安全管理記録を半年間毎月初めに提出する方法で行なった。その結果、平成21年10月から22年3月までの6ヶ月間の医療安全管理記録671枚が提出され、20,032件のインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例が報告された。最も多いインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例は、受付・応対・接遇に関するもので9,537件、最も少ないインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例は、神経麻痺等の合併症で9件であった。医療安全管理記録の25項目のうち全く発生しなかった事例はなく、質の高い安全な歯科医療サービスを提供するためには報告されたインシデント（ヒヤリ・ハット等）を分析し、医療安全管理評価法を構築しなければならない。

A. 研究目的

我が国における歯科医療形態は6万8千を超える無床歯科診療所が主体を成しているが、歯科医療における有害事象やヒヤリ・ハット等のインシデント事例や安全管理の実態は、全国的な規模で明らかになっていない。歯科医療の質・安全向上のために全国8地域の都道府県歯科衛生士会の協力を得て、インシデント（ヒヤリ・ハット等）事例を収集・分析し、歯科医療に特化した評価法の確立を目指すものである。

B. 研究方法

日本歯科衛生士会の会員は約1万6千名であるが、8都道府県歯科衛生士会（北海道、新潟県、千葉県、愛知県、兵庫県、岡山県、香川県、福岡県）の協力のもと128名の協力会員によって平成21年10月から22年3月までインシデント（ヒヤ

リ・ハット等）事例収集実態調査を行なった。また、医薬品安全管理責任者および医療機器安全管理責任者の実態については、日本歯科衛生士会が5年に1度実施する「第7回歯科衛生士勤務実態調査」（平成21年9月実施）の設問に加え、全国的な規模で状況を把握することとした。

（1）プレテストの実施

全国的なインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例収集に先立ち、北海道、千葉県、和歌山県歯科衛生士会において各5名、合計15名の会員によってプレテストを実施した。

（2）協力歯科衛生士会および協力会員への依頼

日本歯科衛生士会は6ブロック（北海道・東北、関東・信越、東海・北陸、近畿、中国・四国、九州）で構成されている。各ブロックから1～2会に協力を依頼し、各会の代表者を集め本研究についての説明会を開催（平成21年8月9日）した。また、その場で医療安全管理記録の項目等について