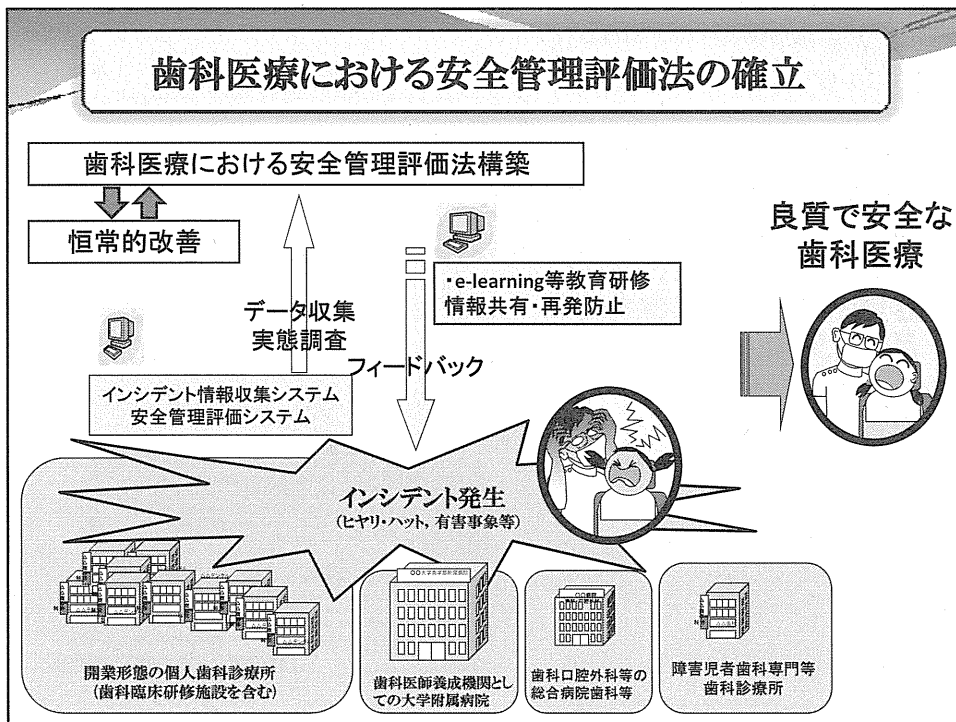


## 研究の特徴

- 大学病院等を主体とした歯科医師臨床研修施設や地域連携を活用し、無床歯科診療所を中心として4つのモデル組織を全国的に構築し、歯科診療の特性を踏まえた安全管理評価法を策定することである。



# インシデント事例調査方法

- ①開業形態の個人歯科診療所
  - 7地域歯科医師会、日本歯科衛生士会を母体とした9地域
- 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
  - 日本障害者歯科学会安全管理委員会の協力;国内約20施設
- 承諾が得られた各診療機関・地域歯科医師会等へは主任研究者および分担研究者が直接出向いて本研究の趣旨および研究概要の説明を適宜おこなった。
- 得られた情報は各地域歯科医師会等の連携を生かし集計し、連結不可能な匿名性を担保した上で、最終的に研究班に集約された。

## 【インシデント報告様式】

1. 歯科医療に特化したインシデント事例項目
2. 診療日毎にインシデント事例数を記入
3. 連結不可能な匿名性を担保
4. 月毎に活用, 報告
5. 活用十分な事前説明
6. 報告様式を選択  
(紙媒体可能)

歯科医師用		要回収						
日	月	火	水	木	金	土	日	
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		

心臓病小(中)児(小児科)等事例数 (月毎の集計)

1. 受付・対応・搬送	行
2. 情報収集・情報提供の不履行	行
3. 検査・エックス線写真	行
4. 患者観察	行
5. 医師診察	行
6. インフォームドコンセント	行
7. 患者移動等におけるトラブル、救急搬送	行
8. 口腔内への落下、漏液・漏噴	行
9. 歯や口蓋・歯槽・歯床等の損傷	行
10. 異物の存在、誤入・誤入	行
11. 衣服・所持品の汚損、破損・紛失	行
12. 機械・器具の誤操作、破損・紛失	行
13. 部位の擦傷	行
14. 神経麻痺等の食位症	行
15. 知覚・運動・意識障害	行
16. 薬剤	行
17. 感染制御、院内感染	行
18. 金銭取扱い、身体取扱い	行
19. 放射線	行
20. 歯科医療機器、材料、設備等の管理・監督	行
21. 設備経理・管理	行
22. 歯科技術関連	行
23. 防火管理、火災取扱い	行
24. 労働時間管理	行

※インシデントの発生状況、発生原因は既述の事例項目で記載して頂く必要はありません。インシデント事例報告書は複数項目で発生して構いません。

## カレンダー欄記載例（某年某月）

日	月	火	水	木	金	土
			1 0	2 休診日	3 4,6×1 20×2	4 8×1
5 休診日	6 21×1	7 15×1	8 0	9 休診日	10 1×2	11 0
12 休診日	13 1×1 11×2	14 2×1	15 1,18×1 16×2	16 休診日	17 0	18 0
19 休診日	20 8×1	21 16×1	22 2×1 12×1	23 休診日	24 4,19×1 3×2	25 22×2
26 休診日	27 5×1 24×2	28 3×1 20×2	29 2,6,21×1 2×2 25×3	30 休診日	31 5,8,13×1 7×2	

## 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。





## 受付・対応・接遇；11,459件

- 歯科医師や歯科衛生士など、スタッフの患者への態度・対応の不備、威圧的な対応、感情や連絡の行き違い
- 患者予約時間・診療開始時間の遅れや間違いなどによるクレーム（長時間待たせてしまった）
- 料金不満、支払拒否、領収書発行、記載内容不備



## 口腔内への落下、誤飲・誤嚥 2,049件

- 歯科医療器具（リーマー、バーなど）、歯科材料（印象材など）やガーゼなどの落下、誤飲・誤嚥
- 鑄造補綴物（クラウンなど）、義歯や切削破片などの落下、誤飲・誤嚥

など



## インフォームドコンセント 1,967件

- 説明不備
- 同意不備、同意書の記載不備
- 患者および家族等が納得していない状況での診療  
例：了承を得ない抑制器具の使用



## 情報収集・情報伝達（指示）の不備 1,366件

- 診療情報提供書等の記載・伝達不備
- 来院患者情報、健康調査表等の記載・伝達不備
- スタッフへの口頭指示内容の伝達不備
- 患者の常用薬剤などの伝達不備

など



## 検査・エックス線写真；1,181件

- 検体の取り違え、見間違え
- 写真の撮り間違え、見間違え
- 写真の現像ミス、データ転送ミス

など



## 歯や口腔・顎・顔面等の損傷 766件

- スケーラー、探針、メスや高速切削器などによる口腔粘膜や皮膚などへの切創
- 薬品（ヒポクロなど）、材料などによる口腔粘膜、皮膚や眼球等の損傷
- 咬傷、火傷

など



## 患者誤認；656件

- 患者名の呼び間違い
- 患者取り換え
- 患者名等の転記ミス
- 患者名取り換えによる誤処方



## 衣服・所持品の汚染、破損（損傷） 471件

- 薬品（ヒポクロなど）、歯科材料（印象材、接着剤、染色液等）による衣服・所持品の汚染
- 切削器具や火器などによる衣服・所持品の破損、焼損
- 血液、体液などの衣服・所持品への付着

など





## 処置・手術に関連したその他の有害事象 427件

- 局部に限局（顎関節等）した治療に付随した開口障害、不快症状等も含む
- 血管損傷（大量出血、止血困難）など
- 術後治癒不全（ドライソケットなど）、潰瘍形成
- 治療中の嘔吐

など



## 部位の間違い；270件

- 上下顎、左右の間違い
- 近接類似歯牙（小臼歯、乳臼歯など）の間違い（要注意事例）
- 第二大臼歯と第三大臼歯の間違い（最後臼歯）
- 乳臼歯と第一大臼歯の間違い（混合歯列期）
- 第一小臼歯と第二小臼歯の間違い（矯正便宜抜去、健全歯）



## 薬剤；254件

- 処方間違い、調剤間違い
- 期限切れの薬剤、薬剤の紛失
- 冷所保存医薬品・歯科薬剤の不適切管理
- 薬剤使用による副作用、アナフィラキシー
- 処方せん記載間違い、渡し間違い



## 全身状態悪化・救急搬送；117件

- 局所麻酔時の不快症状・意識消失
- 高血圧、不整脈、過換気症候群など
- 様々な全身的な基礎疾患（脳梗塞、心筋梗塞、糖尿病など）の悪化、救急搬送事例など



## 考察1

- 歯科に的を絞ったインシデント事例に関する研究は極端に少ない。
  - (1) 歯科医療を実践する主体が個人開業形態の診療所であることがあげられる。すなわち、
  - (2) 術者単独で治療が行われていることが多いため、インシデント事例が明るみに出にくいこと
  - (3) これらの診療所では医療安全に対して体系だった取り組みが行われて来なかったため、インシデント事例報告の重要性についての認識が十分ではなく、煩雑な報告業務に対する理解が得られにくいことが考えられる。



## 考察2

- 個人開業形態の診療所からでも簡便に報告できる、月毎のインシデント事例件数のみの調査報告様式を新たに開発した。
- 研究参画歯科医師会を対象として講演会を開催し、社会から求められる安全な歯科医療を実践する上でのインシデント情報収集の重要について歯科医師会会員の理解を得ようとしたばかりでなく、報告により負の査定がないことは徹底周知し、むしろ本研究への参画に伴うインセンティブを提示した。

## 研究要旨

- 本研究の目的は歯科医療の質・安全向上のために、歯科医療に特化した医療安全の適切な評価方法のあり方を検討し、我が国の実態に即した安全管理評価法の確立を目指すものである。本年度においては、
  - 1.全国的規模での4つのモデル組織の構築ならびに継続的なインシデント事例収集
  - 2.歯科医療における安全管理評価法(仮版)の作成
  - 3.歯科医療安全管理に関するサンプル調査を推進した。
- 各分担研究者において歯科医療安全に関する多角的な検討を行いながら、本研究班で新たに作成したインシデント情報件数収集様式を用いて、国内多施設の歯科医療機関において平成21年7月より情報収集を行った。平成22年3月までに収集したインシデントの総数は27,857例であった
- 安心・安全な歯科医療システムの構築に向けて、次年度更なる大規模調査を計画している。

## インセンティブ制度

業績に応じて報酬を変動させ、職員のモチベーションを高める制度(外部から与える動機づけ)

- 金銭的報償
- 社会的評価
- 自己実現の場

## 医療安全の文化とインセンティブ

- 診療に携わるボトムラインのスタッフのインセンティブ
- 本質的にボトムアップとなり得るか？
- 医療におけるTQMは失敗 →  
ボトムスタッフのインセンティブと一致していないから。
- 患者安全の問題で、病院のボトムスタッフにとって、何が本当のインセンティブになるのでしょうか？
- とても複雑な問題
- アメリカの医療過誤防止システムについての利点の1つは、病院と医師に経済的な圧力(保険料)をかけていることです。
- アメリカにはない日本の圧力 → 刑事処分
- 病院の経営者に対する責任のインセンティブと個々の医師へのインセンティブは、区別すべき。

## 安全安心な医療

- 医療の安全性の問題はネガティブなイメージ
- 医療従事者が積極的に参加していくには、ポジティブなイメージに変える必要がある。  
(例)所得が増える、患者とのコミュニケーションが改善されるなど。もう少し明るい面に変えていく方策が必要。
- 患者安全には経費が必要である。 →  
厚労省に提言して、国民に理解してもらえるような医療文化をつくる。医療安全に投資すると安全なり、患者さんも喜び、病院経営も向上する。経営がよい病院の職員は明るく、患者満足度も高い。このようなサイクルの制度をつくるべき。

## インシデント収集体制とインセンティブ

- 安全管理は義務化している。  
予算等の経費がかかるのは当然。  
患者さんの診療の質を上げるために  
インセンティブを与えるのが良い。
- 国、厚生労働省によるインセンティブ  
研究機関証明書の発行、医療保険制度
- 公的機関以外の第三者機関からの  
インセンティブの付与。  
(例)認定書等

- ✓本発表の一部は
- ✓平成21-22年度厚生労働科学研究費補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業)  
「歯科医療における安全管理評価法の確立に関する研究」(H21-医療-一般-005)
- ✓主任研究者: 嶋田 昌彦  
の助成を得て行われた。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

個人開業形態の歯科診療所等における安全管理評価法構築に関する研究

分担研究者 助村 大作 日本歯科医師会、 諫早市歯科医師会

【研究要旨】

個人開業形態の歯科診療所等における安全管理評価法構築のために、日本歯科医師会における医療安全の乗り組みとして歯科医療安全対策ネットワーク事業について調査を行った。

今後は、上記ネットワーク事業の収集事例ならびに本研究にて調査を開始している歯科診療機関におけるインシデント事例等の集計結果を参考に、個人開業形態の歯科診療所等における安全管理評価方法を構築のための検討を行う予定である。

A. 研究目的：

一般社会では、事故が発生した時、各分野の専門家が集まり、事故原因の徹底究明が図られる。そして、再び同じような事故が引き起こされぬようにそれらの情報は収集・分析され、より安全性を高めるために利用されている。さらにそれらの情報は、事故発生防止への注意を喚起し、警鐘を鳴らす目的で関係者に提供されている。例えば、航空機事故などでは、関係者が刑事責任を迫られることを恐れて、自分に不利になる事実を隠すことのないよう、刑事責任を免除するか軽減することを条件に真実を話させ、事故原因の究明を図り、事故の再発防止に役立てているということも仄聞する。一般事故に限らず、医療事故や医事紛争の再発防止には、過去に起きたそれらの事例を収集することが必要不可欠な条件であるということに異論ないであろう。

医療はどうであろうか。これまでは発生した医療事故・医事紛争の大多数が、当事者のプライバシーの保護という名のもとに、関係者の間で秘密裏に処理がなされてきた傾向があったのではなかろうか。過去の重大事故を契機として社会的な医療安全に対する関心が高まり、安心・安全な歯科医療を提供するためには、医療事故の内容を分析・検討し、医療事故再発防止対策を立てゆく必要がある。

日本歯科医師会においては、全国各都道府県歯科医師会で、過去に発生した事例を独自の方法で収集・整理している。さらにそれらの情報がより有効活用できるよう関係者と協議の上、事例収集・整理のためのデータベース共通標準フォーマットの作成・提示を行い、「歯科医療安全対策ネットワーク事業」を推進しているのもその概要を調査した。

B. 方法：

日本歯科医師会における「歯科医療安全対策ネットワーク事業」の理念・目的、事例収集方法、地域歯科医師会との連携体制、報告事例の取り扱い等について、概要を調査した。

C. 結果

歯科医療安全対策ネットワーク事業の概要

(1) 理念

歯科診療所は、国民の視点にたって歯科医療の質の向上と安全確保をめざし、安全で安心、信頼される歯科医療サービスを提供できるようにする。

(2) 目的

歯科診療所での医療事故の発生予防、発生時対応、再発防止対策を講じる。そのために経年的に医療事故、医事紛争の事例を集計、分析等を行い、

その事例を蓄積し歯科医療安全の推進をはかる。

(3) 日本歯科医師会と都道府県歯科医師会との連携

地域歯科医師会との綿密な連携を図っていた。歯科医療安全対策ネットワーク事業の流れ図(参考資料1)参考。

(4) 事例収集

日本歯科医師会会員の医療機関で発生し、都道府県歯科医師会が把握している①医療事故事例、②医事紛争事例を対象に、独自の報告様式にて集計を行っていた。

(5) 事例の収集、集計、分析機関

都道府県歯科医師会を経由して報告された事例は、日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会が収集、集計、分析等を行っていた。

(6) 都道府県歯科医師会よりの報告

1) 報告の方法

報告は、「医療事故・紛争事例報告書」を用い、原則、入力支援ソフトを使用した電子媒体で、電子媒体による報告が不可能な場合は、当面文書で行っていた。

2) 報告時期

電子媒体あるいは文書による報告方法にかかわらず、報告していた。

① 医療事故、医事紛争・訴訟事例を受理した日の月末に報告。

② 医療事故に起因する訴訟事例、長期紛争事例などは、医療事故事例を受理した日の月末、並びに解決した日の月末に、同じ通し番号で報告。

(7) 事例の取扱い

① 事例の収集にあたり個人情報の保護に配慮し、患者、医療従事者、報告者及び医療機関等の個人や歯科診療所を特定する情報は記載しない。

② 収集した事例は、歯科医療の質の向上と安全確保にかかわる目的以外に使用しない。

③ 収集した事例の管理にあたっては、機密性を確保する。

上記等の事例に関する取り扱いを、個人情報保護等の観点からの取り決めがなされていた。

(8) 事例の集計、分析等の活用

1) 集計結果等の公表

各年度の集計結果については、日本歯科医師会から都道府県歯科医師会を通し会員に公表しているが、個々の事例については、個人情報保護等の観点から、一切行っていない。

2) 医療安全対策への検討

集計結果等を分析し、具体的な対策検討を行い、また必要に応じて関連団体と連携し改善策に取り組んでいた。

D. 考察

日本歯科医師会においては独自の報告様式を用い、開業形態の歯科医療機関に特化した医療事故事例の収集、分析を行っていた。事例収集においては特に匿名性を担保することが重要であると思われた。次年度、収集された事例等をふまえ、医療安全に関する評価方法の検討を行ってゆきたい。

E. 結論

個人開業形態の歯科診療所等における安全管理評価法構築のために、日本歯科医師会における医療安全の取り組みとして歯科医療安全対策ネットワーク事業について調査を行った。今後は、上記ネットワーク事業に参加している歯科診療機関におけるインシデント事例等の集計結果を参考に、個人開業形態の歯科診療所等における安全管理評価方法を構築のための検討を行う予定である。

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



分担研究報告書

大学病院におけるインシデントに関する研究

分担研究者 森崎市治郎 大阪大学歯学部附属病院 病院長

【研究要旨】

大阪大学歯学部附属病院および協力型臨床研修施設におけるインシデント収集を行った。

2002年8月から2010年9月までの8年2ヶ月間に大阪大学歯学部附属病院において収集されたインシデントレポート、ならびに協力型臨床研修施設におけるインシデント事例調査を基に歯学部附属病院および協力型臨床研修施設におけるインシデントの傾向を分析した。またインシデントレポートの活用により改善された成功事例、および今後、検討の必要な課題を取り上げた。

A. 研究目的

本研究の目的は、大阪大学歯学部附属病院において収集されたインシデントレポートを分析するとともに、その結果を活用することにより改善された事例、さらに今後の検討課題を抽出し、歯学部附属病院における医療の質・安全の向上に反映させることである。また、大阪大学歯学部附属病院の協力型臨床研修施設におけるインシデント報告を解析し、協力型施設でのインシデントの把握、情報共有体制の整備の一助となす。

B. 研究方法

大阪大学歯学部附属病院において2002年8月から運用を開始したインシデントレポートシステムを用いて、2010年9月までの8年2ヶ月間に収集された報告内容を分析する。さらにインシデントレポートに基づき改善された事例、さらに今後、対応すべき事項を検討する。

さらに、協力型臨床研修施設については、平成21年度協力型臨床研修施設15施設（研修歯科医18名）に本研究の趣旨を説明し、インシデント事例の収集への協力を依頼した。期間は平成22年度1月から2月の2か月間とした。事例の報告は

本研究班が独自に作成した歯科医療に特化したインシデント調査様式に沿い、日毎の内容別の件数のみを報告対象とした。

C. 結果および考察

（歯学部病院）

本システムを通じて年間200件余りの報告がなされており、ここ数年間の報告数はほぼ一定であった。報告者の約7割が歯科医師であり、ついで看護師、放射線技師の順であった。内容的には約1/4が治療・手技に関するもので、次いで薬剤に関するものが約15%、放射線関連が10%程度であった。治療・手技に関するものには、バーによる粘膜損傷、誤飲・誤嚥、誤抜歯などが含まれた。薬剤に関するものでは、投薬・服薬ミスがほとんどを占めた。放射線関連ではデンタル撮影の部位間違いが多かった。その他、病棟における転倒・転落や外来患者の取り違い事例もあった。

本システムでは構成員が直接インシデントレポートを閲覧することはできない。そこでインシデントレポートの内容の周知には工夫を要した。毎月インシデントレポートニュースを作製し、それ

を構成員に配布し周知を図った。インシデントレポートニースはインシデントレポートのモニタ委員が交代で作製した。1ヶ月間に報告されたインシデントの中から代表的な事例や警鐘的事例などを取り上げ、その内容、対処、障害の程度、対策等についてまとめた。これまでにインシデントレポートニースの発行は90号を越えており、インシデントの周知には有効な手段であった。

インシデントレポートの分析には、ある程度の報告数が確保されている必要がある。そのためには構成員に対してインシデントレポート提出の意義について、十分に周知する必要がある。インシデントレポート提出の意義として、①事故後、病院が速やかに介入することにより、患者に適切な治療を施すことができること、②インシデントレポート提出により、個人の問題から病院の問題となること、③事例を隠すつもりがないことの証となり、透明性が確保できること、④治療・示談交渉などにおいて、病院からの全面的なサポートが可能となること、⑤再発防止策を病院全体で取り組むことになり、医療体制の改善を図ることができることが挙げられた。以上の意義を医療安全の研修会等で繰り返し周知し、モチベーションの維持・向上を図った。

今回の分析から、明らかとなった改善すべき歯科特有の課題は、誤飲・誤嚥の予防である。幸い誤嚥の報告はこれまでないが、誤飲は2-3ヶ月に1例の頻度で報告されている。誤飲・誤嚥の予防対策は、安全管理の中で早急に取り組まなければならない重要課題のひとつと考えられる。一方、インシデントレポートの活用による成功事例としては、①デンタル撮影の部位間違いの防止、②手術開始前のタイムアウト等が挙げられた。成功事例の紹介は、レポート提出のモチベーションの維持・向上に直結するものであり重要である。

インシデントレポート収集・分析における今後課題には、①インシデント報告のモチベーショ

ンの維持・向上、②歯学部附属病院特有のインシデントの集積、③教育病院として、インシデントレポートを通じて、安全文化を育成することの3項目が考えられた。

(協力型臨床研修施設)

15施設のうち、1月は9施設(研修歯科医11名)、2月は10施設(研修歯科医11名)から回答があった。残りの施設は数回の要請にも関わらず、協力いただけなかった。

2か月間で合計29件(1月15件、2月14件)のインシデント事例が報告された。内容別では「その他」の事例が6件と最も多く、次いで「検査・X線写真」5件、「診療記録記載・管理」の4件、「口腔内への落下、誤飲、誤嚥」の3件、「診断関連」が2件であった。また、それぞれ1件ずつではあったが、「患者誤認、歯や口腔・顎・顔面等の損傷」、「処置・手術に関連したその他の有害事象」、「全身状態悪化・救急搬送」などレベル3以上が想起される事例が含まれていた。

曜日別では、月曜日5件、火曜日4件、水曜日6件、木曜日4件、金曜日5件、土曜日4件、日曜日2件であった。

2か月間、11名の研修歯科医で29件の報告件数は、大阪大学歯学部附属病院での収集件数(年間20件前後:対象研修歯科医45名)に比べ、診療機会(診療患者数)の差を考慮しても多いといえる。開業医の先生方のインシデント報告への高い意識を伺わせるものの、報告には重篤と思われる事例も含まれていたことも考え併せると、協力型臨床研修施設における医療安全へのより一層の取り組みの必要性が示唆される結果となった。

調査開始直前にお願いしたにも関わらず、6割を超える施設から協力が得られた。事前に周知を行い、制度を整えれば、協力型臨床研修施設にもインシデント報告システムを根付かせることは可能であると考えられた。そのためには、収集事例や件数などを施設側へ積極的にフィードバッ

クするなど、システムへの参加のインセンティブ  
を与える工夫が必要であると考える。

#### 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  
ついては大阪大学歯学部倫理委員会において承  
認を得て行われた。

【研究要旨】

平成18年8月から平成22年10月までの約4年間に大阪大学歯学部附属病院で収集されたインシデントレポートを分析し、歯科医療における医療の質をインシデントレポートの収集・分析・活用の面から検討した。また、協力型研修施設で収集されたインシデントについても分析した。その結果、収集されたインシデントレポートを分析・検討したうえで、構成員に対し周知する必要がある、そこから得られた情報をいかに活用するかが重要であることが判明した。

A. 研究目的：

本研究の目的は、歯科医療における医療の質をインシデントレポートの収集・分析・活用の面から検討することである。

B. 方法：

平成18年8月から平成22年10月までの約4年間に大阪大学歯学部附属病院で収集されたインシデントレポートを分析し、インシデントの傾向を明らかにする。さらに、そのインシデントレポートの活用状況を調査し、大阪大学歯学部附属病院における「医療の質」の改善のための方策を紹介する。また、平成21年度の「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」において作成された、「我が国での歯科診療形態に特化した25項目」により分類されたインシデントの収集を協力型研修施設で実施し、その結果を分析した。

C. 結果および考察：

大阪大学歯学部附属病院におけるインシデントの収集は平成14年7月に開始された。今回、平成18年8月から平成22年10月までに報告されたインシデント、計844件を検討した。

1ヶ月あたり約17件が報告されたことになる。この報告件数は医科の医療機関における報告件数よりもかなり少ない。医療の安全管理においては、なるべく多くのインシデントを収集することが前提となるので、構成員へのインシデント報告の意義・重要性について周知し、インシデント報告のモチベーションを高める必要がある。そのためには、インシデントレポートの分析により、医療事

故を予防できるようになった「成功例」をできるだけ構成員に紹介するよう努めた。

インシデントの内容では、外来診察における治療/手技/処置に関するものが最も多く、156件を数えた。特に切削器具による粘膜損傷が多かった。また、誤飲や口腔内への落下による誤飲未遂の報告も多かった。幸い誤嚥の報告はこれまでないが、誤飲は2～3ヶ月に1例の頻度で発生している。誤飲・誤嚥の予防対策は、安全管理の中で早急に取り組みなければならない重要課題と考えられる。

次いで内服薬/注射に関するものが119件あった。その中では投与量の間違いや投与忘れが多くを占めた。3番目に多かったのは放射線検査関連の107件のインシデントであり、その多くが検査オーダーの部位間違いであった。しかし、そのほとんどの事例において、前もって担当医が撮影部位を患者に説明することにより、放射線科で撮影時に部位間違いが判明し、不必要な撮影を防ぐことができるようになった。

4番目に多かったインシデントは手術/麻酔に関するもので82件、さらに転倒・転落事故が45件あった。また、最近、電子カルテの運用にともなうインシデントが多くなってきた。

本院で採用されているインシデントレポートシステムでは構成員が直接インシデントレポートを閲覧することはできないので、インシデントの内容を周知させるため、1ヶ月間に報告されたインシデントレポートの中から代表的な事例をインシデントレポートニュースとして取り上げ、構成員へ