

の周知を図った。インシデントレポートニュースの内容は多岐に渡り、医療安全ばかりではなく、患者のアメニティーや院内の労働安全衛生に関するものも含まれている。平成22年度に研修協力型施設から収集されたインシデントの総数はわずか16件であった。その内容としては受付・応対・接遇に関連して、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等が多かった。この傾向は、歯科医師会の開業歯科医に対する調査と同様の傾向を示した。

E. 結論

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または協力型研修施設で収集されたインシデントレポートを分析し、その活用状況を調査した。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。

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

1) 宮本 智行, 新田 浩, 秋山 仁志, 安藤 文人, 高水 正明, 森崎 市治郎, 馬場 一美, 榎 宏太郎, 小谷 順一郎, 式守 道夫, 三輪 全三, 深山 治久, 倉林 亨, 俣木 志朗, 嶋田 昌彦. 協力型臨床研修施設におけるインシデント報告制度. 第29回日本歯科医学教育学会総会・学術大会, 盛岡, 2010年7月23日.

2) 宮本 智行, 鈴木 あつ子, 加藤 仁資, 上地 智博, 小島 寛, 三輪 全三, 深山 治久, 一戸 達也, 小谷 順一郎, 丹羽 均, 森崎 市治郎, 嶋田 昌彦. 障害者歯科診療におけるインシデント事例収集の試み. 第27回日本障害者歯科学会, 東京, 2010年10月23日

3) 宮本 智行, 端山 智弘, 相川 敬子, 馬場 一美, 小谷 順一郎, 式守 道夫, 安藤 文人, 佐藤 慶太, 一戸 達也, 森崎 市治郎, 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 (第2報). 第5回医療の質・安全学会学術集会, 東京, 2010年11月28日.

4) 宮本 智行, 端山 智弘, 相川 敬子, 馬場 一美, 小谷 順一郎, 式守 道夫, 安藤 文人, 佐藤 慶太, 一戸 達也, 森崎 市治郎, 嶋田 昌彦. 歯科医療の安全・安心を可視化する. 第27回歯科医学を中心とした総合的な研究を推進する集い, 東京, 2011年1月8日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担研究報告書

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

分担研究者 端山智弘 日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員長
衆議院第二議員会館歯科診療室所長

【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、開業歯科診療所でのインシデント事例収集に関する問題点を検討した。開業歯科診療所での医事紛争等の現状を踏まえ、25項目からなる調査項目分類を策定した。次年度、大規模調査のためのシステム構築に本調査項目が有用であることが示唆された。

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、開業歯科診療所での医事紛争等の現状を踏まえ、開業歯科診療所に特化したインシデント事例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する。

B. 研究方法

開業歯科診療所等で発生した医事紛争例事例等について、先行研究にて行ったインシデント事例の累計に当てはめ、事例収集に方法に必要な分類項目について検討した。

C. 結果

研究班での検討の結果、開業歯科診療所での分類項目として以下の25項目に分類した。さらに、

2. 情報収集・情報伝達の不備については、「患者等に対して」および「診療従事者等に対して」の2項目にわたる細分類を行った。

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. その他

D. 考察

開業歯科診療所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、我が国の安全管理

の現状に即したインシデント事例分類項目が必要であるとの認識から、先行研究において集計されたインシデント事例や医事紛争等に関して、出来るだけ具体的な事例をもとに検討を行った。本調査項目を用いた調査では、平成 21 年 7 月から 22 年 3 月までの時点で集計されたインシデント件数は 27,854 件であった。その他に該当した報告例は 862 件であった。本調査では件数のみの報告であるので、その内容等については検討の余地があるが、次年度、大規模調査のためのシステム構築に本調査項目が有用であることが示唆された。

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。

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

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

研究分担者 端山智弘 日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員長
衆議院第二議員会館歯科診療室院長

【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、開業歯科診療所でのインシデント事例収集に関する問題点を更に検討した。開業歯科診療所での医療事故・医事紛争等の原因となる現状把握のため策定した25項目からなる調査項目に沿って、本年度も紙媒体を軸にインシデント事例収集を継続して実施した。同時にネットを介してのインシデント事例収集システムの運用を開始した。

A. 研究目的

本研究は、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、開業歯科診療所での医療事故・医事紛争等の現状を踏まえ、開業歯科診療所に特化したインシデント事例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ない、情報収集し開業歯科診療所での安全管理の基盤整備に資するものである。

B. 研究方法

開業歯科診療所で発生したインシデント事例について、医療事故・医事紛争等の原因となる現状把握のため策定した25項目からなる調査項目に沿って紙媒体で事例収集すると同時に、ネットを介してのインシデント事例収集システムも運用した。

C. 結果

研究班で検討の結果、歯科医療における安全管理評価法として、11の大項目からなる歯科診療所における医療安全セルフチェック表を策定した。

1. 医療安全管理に関する総合的な体制整備について
2. 診療録等の管理体制について
3. 院内感染予防対策について
4. 歯科治療前について
5. 歯科治療中について

6. 歯科治療後について

7. 薬剤・歯科材料について

8. 歯科医療機器について

9. 歯科技工物について

10. 様々な歯科診療体制における安全管理体制について

11. その他

D. 考察

開業歯科診療所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、インシデント事例分類項目記載については理解が得られたところであるが、時を追うごと報告件数が減少する傾向にあり、紙媒体の限界を感じるものである。ネットを介してのインシデント事例収集システムの展開に期待するところである。

E. 結論

歯科医療における安全管理評価法の確立を目指し、開業歯科診療所でのインシデント事例収集に関する問題点を更に検討した。開業歯科診療所での医療事故・医事紛争等の原因となる現状把握のため策定した25項目からなる調査項目に沿って、本年度も紙媒体を軸にインシデント事例収集を継続して実施した。同時にネットを介してのインシデント事例収集システムの運用を開始した。

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

- 1) 宮本 智行、端山 智弘、相川 敬子、
馬場 一美、小谷 順一郎、式守 道夫、
安藤 文人、佐藤 慶太、一戸 達也、
森崎 市治郎、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（第2報）。
第5回医療の質・安全学会学術集会、東京、
2010年11月28日。
- 2) 宮本 智行、端山 智弘、相川 敬子、
馬場 一美、小谷 順一郎、式守 道夫、
安藤 文人、佐藤 慶太、一戸 達也、
森崎 市治郎、嶋田昌彦。
歯科医療の安全・安心を可視化する。
第27回歯科医学を中心とした総合的な
研究を推進する集い、東京、2011年1月8日。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

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、高橋歯科医院

【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。今後は、この調査項目をさらに検討して個人開業形態の歯科診療所における安全管理評価法の構築を目指す。

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. 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、先行研究で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、日本医療季報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

(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。

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。

E. 結論

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。今後は、この調査項目をさらに検討して個人開業形態の歯科診療所における安全管理評価法の構築を目指す。

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

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

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. 方法：

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（小臼歯・乳臼歯等）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、局所麻痺時の気分不快など
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、まず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。

E. 結論

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。

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

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。（表1）

（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

て意見交換し、本研究実施に向けての問題点等について協議した。その後、8都道府県歯科衛生士会において協力会員を選定・依頼し、128名の協力会員（表2）に文書にて依頼した。インシデント（ヒヤリ・ハット等）事例収集報告に協力するにあたっては、勤務先の院長に許可を得ることを前提とした。

（3）協力会員および勤務先の院長を対象とした説明会実施

北海道歯科衛生士会の協力会員は全道に及んでいるため、地理的な理由から説明会実施が困難であるので、協力会員に資料を送付し、1ヶ月間プレテストを実施し、実態調査開始に備えた。他の7県歯科衛生士会においては研究班から主任研究者をはじめ分担研究者数名が赴き、医療安全管理について理解を深めていただくとともに医療安全管理記録の記載について具体的な説明を行なった。

（4）インシデント（ヒヤリ・ハット等）事例収集

平成21年10月から22年3月までの医療安全管理記録および返信用封筒（切手貼付）を128名の協力会員へ送付し、毎月、各診療所にて記載後、翌月初めに日本歯科衛生士会へ郵送してもらうこととした。

（倫理面への配慮）歯科医院の名称、報告者名の個人情報を守るため、無記名にて提出することを徹底するよう留意した。

C. 結果および考察

（1）医療安全管理記録報告数

平成21年10月分から22年3月分まで671枚の医療安全管理記録が提出された。（表3）

（2）インシデント（ヒヤリ・ハット等）事例件数

平成21年10月分から22年3月分までの医療安全管理記録にて報告されたインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例は、20,032件であった。以下に実数を示す（表4）。

- 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）9,537件
- 2) 情報収集・情報伝達の不備
 - ②-1 患者等に対して304件
 - ②-2 診療従事者等に対して445件
- 3) 検査・エックス線写真（検体・写真の撮り違い、見間違い、写真の現像ミス、データ転送ミスなど）687件
- 4) 患者誤認（患者の呼び間違い、患者取り違い、患者名等の転記ミス）343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）183件
- 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）1,769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）95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）1,329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）406件
- 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）112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・火災など）235件
- 12) 機械・器具の誤操作、破損・紛失（不適切な操作、取扱説明、記載事項の不徹底など）699件
- 13) 部位の間違い（異所部位の治療、上下顎・左右・近接類似歯牙の間違いなど）154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）9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）334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、処方せんの記事間違い・渡し間違いなど）108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) 180 件
- 1 8) 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) 44 件
- 1 9) 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) 66 件
- 2 0) 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) 253 件
- 2 1) 2 1) 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) 244 件
- 2 2) 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) 621 件
- 2 3) 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) 38 件
- 2 4) 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、給与未払いなど) 1,175 件
- 2 5) その他 664 件

D. 考察

日本歯科衛生士会では、平成 19 年の第 5 次医療法改正に伴い、無床の歯科診療所においても歯科医療安全管理体制の整備が義務付けられたことを契機として「歯科衛生士のための医療安全管理マニュアル」を作成・頒布し、会員が医療安全管理において与えられた役割を果たすべく努めてきた。また、感染症予防歯科衛生士講習会を毎年開催し、スタンダードプレコーションの遵守および医療安全管理について学ぶ機会を提供してきた。しかしながら、会員が勤務する歯科医療機関における医療安全管理の実態を把握することは困難であり、会員自身も日々の業務の中で発生しているインシデント(ヒヤリ・ハット等)を把握できていなかったと思われる。本研究においてインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例収集を行なうことで、これまで見えていなかったインシデント(ヒヤリ・ハット等)を認識・記載することにより、多くのインシデント(ヒヤリ・ハット等)が発生している状況を省みることができたよう

である。

報告されたインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例で最も多かったのが受付・応対・接遇に関するものであった。この項目には診療開始時間の遅れが含まれているが、急患の来院により予約患者を待たせてしまうことは歯科診療所においては常である。その際に予約患者への応対に配慮するとともに適切な説明をすることが必要である。2 番目に多かったインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例はインフォームドコンセントであったが、同様に患者等が納得できる説明は必要不可欠であり、患者が主体的に判断できるよう情報提供することは歯科医療従事者としての責務である。しかしながらインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例として数多く報告されている現状では、まだ不十分であると思われる。3 番目に多かったインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例は、口腔内への落下、誤飲・誤嚥であった。リーマー・ファイル、バー等の歯科医療器具なのか、充填物・補綴物なのか詳細は不明であるが、口腔内への落下については院内で落下防止策を立案し、スタッフ間で情報を共有化することが必要である。また誤飲・誤嚥した際の対応策についてもスタッフ間で確認し、対応できるようトレーニングしておくことも必要である。

最も少なかったインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例は、神経麻痺等の合併症であったが、3 番目に少なかったインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例が全身状態の悪化・救急搬送であった。少ないとはいえ、どちらも医療事故に繋がるリスクは高く、外科的侵襲を伴う治療が多い歯科診療においては、処置前のインフォームドコンセントを十分に得ることの重要性を示唆するものであった。また、2 番目に少なかったインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例は、防災管理、火気取扱であった。歯科診療においては火気を取扱うことが多く、来院患者をはじめ医療従事者の生命に危険

を及ぼすことにもなりかねない。30 件以上報告されたことを真摯に受け止め、院内における医療安全ミーティング等を定期的に実施する必要があると思われる。

医療安全管理記録の 25 項目の中で報告されなかったインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例はなかった。インシデントの事例収集と原因分析は、医療事故防止策を講じる上で必要不可欠である。本研究で多くのインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例が報告された現況を踏まえ、歯科診療所においても医療安全に対して体系立てた取り組みが必要であり、医療安全管理評価法の構築が求められる。

E. 結論

歯科診療所において数多くのインシデント（ヒヤリ・ハット等）事例が発生している実態を把握することができた。報告者及び医療従事者間で情報を共有できるよう分析結果をフィードバックするとともに、質の高い安全な歯科医療サービスを提供するために効果的な医療安全管理評価法の構築が求められる。

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。

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）

（総括・分担）研究報告書

歯科医療における安全管理評価法の確立に関する研究

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114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9ヶ月間毎月初めに提出する方法で行なった。その結果、平成22年4月から22年12月までの9ヶ月間の医療安全管理記録555枚が提出され、21,026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11,359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4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、21年度に続き多くのインシデント（ヒヤリ・ハット等）が発生していることを把握することができた。しかし、21年度の医療安全管理記録の平均回収率87%に対し、22年度の平均回収率は54%と低く、日々の診療においてより簡便な医療安全管理評価法の確立が求められる。

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. 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114名の協力会員によって平成22年4月から22年12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等については、日本歯科衛生士会が平成21年10月～11月に実施した「第7回歯科衛生士勤務実態調査」に医療安全に関する設問と

して加えたので、その結果から考察する。

（1）平成22年度の研究協力について再依頼

平成21年度に協力いただいた8協力歯科衛生士会および協力会員128名に現況報告および礼状を送付した際に、22年度の研究協力について書面にて依頼し、114名の会員の協力を得た。また、21年度と同様に勤務先の許可を得ることを前提とした。（表1）

（2）インシデント（ヒヤリ・ハット等）事例収集

平成22年4月から12月までの医療安全管理記録および返信用封筒（切手貼付）を114名の協力会員へ送付し、毎月、各診療所にて記載後、翌月初めに日本歯科衛生士会へ郵送してもらうこととした。

（倫理面への配慮）

歯科医院の名称、報告者名の個人情報を保護するため、無記名にて提出することを徹底するよう留意した。

C. 結果

（1）医療安全管理記録報告数

平成22年4月分から12月分まで555枚の医療安全管理記録が提出されたが、平均回収率は21年度の87%に比べて54%とかなり低かった。

(表2)

(2) インシデント(ヒヤリ・ハット等)事案件数

平成22年4月分から12月分までの医療安全管理記録にて報告されたインシデント(ヒヤリ・ハット等)事例は、21,026件であった。(図1)

- 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) 11,359件
- 2) 情報収集・情報伝達の不備
 - ②-1 患者等に対して 144件
 - ②-2 診療従事者等に対して 368件
- 3) 検査・エックス線写真(検体・写真の撮り違い、見間違い、写真の現像ミス、データ転送ミスなど) 372件
- 4) 患者誤認(患者の呼び間違い、患者取り違い患、患者名等の転記ミス) 174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) 144件
- 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) 3,324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) 51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) 670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) 253件
- 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) 56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・火災など) 245件

- 12) 機械・器具の誤操作、破損・紛失(不適切な操作、取扱説明、記載事項の不徹底など) 698件
- 13) 部位の間違い(異所部位の治療、上下顎・左右・近接類似歯牙の間違いなど) 66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) 4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) 35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) 58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) 139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) 17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) 22件
- 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) 253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) 173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) 692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) 11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、給与未払いなど) 1,444件

2.5) その他

255 件

(3) 平成 21 年 10 月～11 月にかけて日本歯科衛生士会が全会員を対象とした第 7 回歯科衛生士勤務実態調査 (回収率 34,8%) の結果、医薬品安全管理責任者は診療所で 9,0% (n=2324)、事業所診療室で 8,3% (n=60) であった。

また、医療機器安全管理責任者は、診療所で 8,4% (n=2324)、事業所診療室で 8,3% (n=60)、病院・大学病院で 11,0% (n=592) であった。

D. 考察

平成 21 年度の半年間の事例収集の結果と同様に、平成 22 年度の 9 ヶ月間においても全国的に多くのインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例が発生している実態を把握することができた。

報告されたインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例で最も多かったのは平成 21 年度と同様に受付・応対・接遇に関するものであった。この項目には診療開始時間の遅れ、国で定められている領収書の未発行等も含まれているので、必ずしも患者からのクレームの多さを示すものではない。2 番目に多かったインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例も平成 21 年度と同様にインフォームドコンセントであった。患者等が納得できる説明は必要不可欠であり、患者が主体的に判断できるよう情報提供することは歯科医療従事者としての責務であるが、インシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例として数多く報告されている現状では、まだ不十分であると思われる。3 番目に多かったインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例は、平成 21 年度は口腔内への落下、誤飲・誤嚥 であったが、診療従事者管理であった。この項目には無資格者の業務範囲の逸脱、不適切な超過勤務等が含まれるので、雇用者である歯科医師は各歯科医療従事者の業務範囲について正しく認識する必要があると思われる。

最も少なかったインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例は、神経麻痺等の合併症であったが、3 番目に少なかったインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例が全身状態の悪化・救急搬送であった。

少ないとはいえ、どちらも医療事故に繋がるリスクは高く、外科的侵襲を伴う治療が多い歯科診療においては、処置前のインフォームドコンセントを十分に得ることの重要性を示唆するものであった。また、2 番目に少なかったインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例は、防災管理、火気取扱であった。歯科診療においては火気を取扱うことが多く、来院患者をはじめ医療従事者の生命に危険を及ぼすことにもなりかねない。

医療安全管理記録の 25 項目の中で報告されなかったインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例はなく、数多く発生している現況を踏まえ院内における医療安全ミーティング等を定期的実施する必要があると思われる。

また、少数ではあるが医薬品安全管理責任者および医療機器安全管理責任者を担っている歯科衛生士の実態を把握することができ、医療安全管理において歯科衛生士に求められる役割の大きさを示すものであった。

平成 21 年度に比べて医療安全管理記録の回収率がかなり低くなり、継続してインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例を収集することの困難さが示唆された。限られたスタッフで日々診療する中で、簡便な医療安全管理評価法の構築、運用が求められる。

E. 結論

歯科診療所において数多くのインシデント (ヒヤリ・ハット等) 事例が発生している実態を把握することができたが、継続して報告することの困難さも示唆された。質の高い安全な歯科医療サービスを提供するために効果的で簡便な医療安全管理評価法の構築、運用が求められる。

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

1) 宮本 智行、端山 智弘、相川 敬子、馬場 一美、小谷 順一郎、式守 道夫、安藤 文人、佐藤 慶太、一戸 達也、森崎 市治郎、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 (第2報). 第5回医療の質・安全学会学術集会, 東京, 2010年11月28日.

2) 宮本 智行、端山 智弘、相川 敬子、馬場 一美、小谷 順一郎、式守 道夫、安藤 文人、佐藤 慶太、一戸 達也、森崎 市治郎、嶋田昌彦. 歯科医療の安全・安心を可視化する. 第27回歯科医学を中心とした総合的な研究を推進する集い, 東京, 2011年1月8日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担研究報告書

歯科医療における医薬品に関する安全管理評価法構築に関する研究

分担研究者 土屋 文人 東京医科歯科大学歯学部附属病院薬剤部

【研究要旨】

歯科医療における医薬品に関する安全管理の評価法を構築するために、本年度は歯科医療におけるインシデント事例報告を歯科診療所、病院において実施した。医薬品に関する報告が全体に占める割合は医科の場合に比べ低い傾向にあった。内容面では病院の場合、医科の病院との間で特に大きな違いは認められなかった。今回の調査は件数等を調査することが主眼であったため、次年度では内容に更に立ち入った調査を行い、評価方法を構築する予定である。

A. 研究目的

歯科医療における医薬品の安全管理は医療機関の規模・機能によって大きく異なる。即ち、歯科医療機関の大部分は診療所であり、全体で見れば病院は極めて少数である。前者の場合は院外処方発行している診療所と院内処方の診療所では事情が異なることになる。病院の場合には、医薬品の安全管理に関しては、歯科で使用される医薬品の特殊性はあるものの、基本的には一般の病院と大きな差はないとの考え方が一般的である。

本研究においては、歯科医療における医薬品に関する安全管理の評価法を構築するために、初年度では歯科診療所、病院における医薬品使用上あるいは管理上の問題点について検討を行うこととする。

B. 研究方法

本厚生労働科学研究において実施されている病院や診療所におけるインシデント報告を調査することにより医薬品の安全管理における課題を抽出する。

C. 結果

調査期間（2009年7月より2010年3月）に報告されたインシデント件数は歯科診療所で27107

件であった。また、その中で医薬品に関する報告は歯科診療所で243件（0.9%）であった。これらの調査は本研究の初年度に当たるため、全体的に歯科診療におけるインシデント事例の全体像を把握することを目的としており、医薬品に関する報告の分類としては「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）」の件数を調査したものであり、その明細を調査することはしていない。一般的なインシデント報告においては薬剤に関するものは4分の1から3分の1を占めていることから考えれば、全体に占める薬剤関連の事例報告の割合が少ないところに外来中心の歯科医療の特色が見受けられるといえる。

病院において発生しているインシデントの内容は、病棟において患者違い、数量違い、重複投与、投与日時違い、投与忘れ等があり、また、外来においては患者違い、数量違い等であった。

D. 考察

歯科診療所における医薬品関連のインシデント事例報告が少ないのは歯科診療所においては取り扱う医薬品の種類が極めて限定されており、また歯科診療所では院外処方になっている場合が多いため、医科の医療機関で発生しているような

インシデントに比べ発生割合は少ない原因といえよう。しかしながら医薬品関連のインシデントが皆無ではないことから、今後インシデント事例の内容について調査を行い、評価方法を検討することが必要であると思われる。

病院におけるインシデントは一般に医科の場合と殆ど差がないことから、医薬品の安全管理に関する歯科医療における特殊性を考慮する必要はあまりないと思われるが、次年度においてももう少し内容を踏み込んで調査することで評価方法を検討することが必要と思われる。

E. 結論

歯科診療所においては医薬品に関連したインシデント事例報告が全体に占める割合は少なかったが、医薬品の安全管理の評価法を定めるに当たっては内容についての更なる調査が必要である。病院の場合は内容が医科の場合と大きく異なることがないことから、評価法を定めるに際しては、歯科医療の特殊性につき更なる検討が必要と思われる。

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

(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。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発研究事業）
総合研究報告書

歯科医療における医薬品に関する安全管理評価法構築

研究分担者 土屋文人（国際医療福祉大学）

研究要旨 歯科医療における医薬品の安全管理をどのように評価すべきかについて検討を行った。現在は問診の形で行われているが、ビスホスホネート製剤のように医科で処方された薬剤が歯科医療に影響を及ぼすことが明らかになっていることから、お薬手帳の活用は歯科医療における医薬品に関する安全管理評価指標として定めるべきと思われる。病院においては医科の病院と比べ、歯科医療として特別に考慮すべき点は少ないが、歯科専門病院における医薬品に関する安全管理においては薬剤師の関与の度合いが極めて重要と思われることから、これらを安全管理指標として定めるべきである。

A. 研究目的

歯科領域においては、医科分野に比して薬物療法が行われる機会が少ないものの、医薬品が関連するヒヤリ・ハット事例は少なくない。歯科の特色としては診療所が病院に比して極めて多いこと、また、歯科診療所においては院外処方せんが普及していることから、診療所における医薬品ヒヤリ・ハット事例は局所麻酔薬等、歯科治療において使用する医薬品に関するエラーが殆どである。これに比して、歯科病院においては、通常の医科の病棟において発生するものと内容が大きく異なることはなくのが現状である。

本研究においては、歯科医療における医薬品の安全管理を行うための評価方法を構築するために、歯科医療において発生している医薬品関連医療事故及びヒヤリ・ハット事例を中心にして、安全管理の方策を検討する。

B. 研究方法

歯科医療における医薬品関連のエラーを対象にして、その要因を分類し、これに対する安全管理のための評価方法を検討した。

C. 研究結果

歯科医療における医薬品に関するエラーは一般の診療所と有床診療所及び病院とでは大きく異なっていた。診療所においては多くが院外処方となっており、使用する薬剤の範囲が限られていることから、外来患者の投薬部分におけるエラーの発生は薬剤

選択エラー等を含め発生頻度が少ないため、ヒヤリ・ハット報告もほとんど見受けられなかった。

しかしながら、歯科で繁用される鎮痛剤であるロキソニン錠が一般用医薬品（OTC）として市販されるようになってきたことから、今後は歯科診療所における問診時にOTC薬の使用の有無を確認することが必要になると思われる。また、ビスホスホネート製剤のように、医科で処方された薬剤が歯科診療に影響を及ぼすことが指摘されていることから、OTC同様、ビスホスホネート製剤の服用・使用の有無を問診時に確認することが必要と思われる。

診療所においては消毒剤等に関するエラーも発生していることから、これらの調製、管理に関しては一定のチェックリスト等を作成することが安全管理につながるものと思われる。

一方、病院における医薬品関連エラーについては、医科との間で大きな差はみられないことが確認された。医薬品の選択エラーについては複数規格、複数剤形等同一ブランド間における誤りが多く、調剤に関するエラーも同様傾向であった。

持参薬については、医科の場合とは大きく環境が異なる。医科の場合はいかなる持参薬であっても、それを院内採用薬に切り替えたりすることには全く問題が生じないが、歯科の場合には、歯科医がそれらを処方することができない場合が多く、そのため、持参薬を使用せざるを得ないという根本的な環境が異なっている。また後発品使用推進策の影響もあり、持参薬に後発品が