

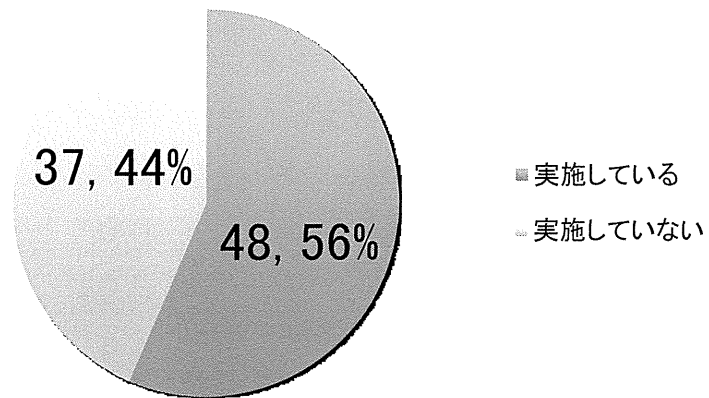
スタッフ数の平均 N=85

• 歯科医師(常勤)	1.4
• 歯科医師(非常勤)	0.5
• 歯科衛生士(常勤)	2.1
• 歯科衛生士(非常勤)	1.1
• 歯科技工士(常勤)	0.2
• 歯科技工士(非常勤)	0.0
• 看護師	0.04
• 歯科業務補助者	1.9
• その他の職員	0.7
スタッフ数合計の平均	7.9

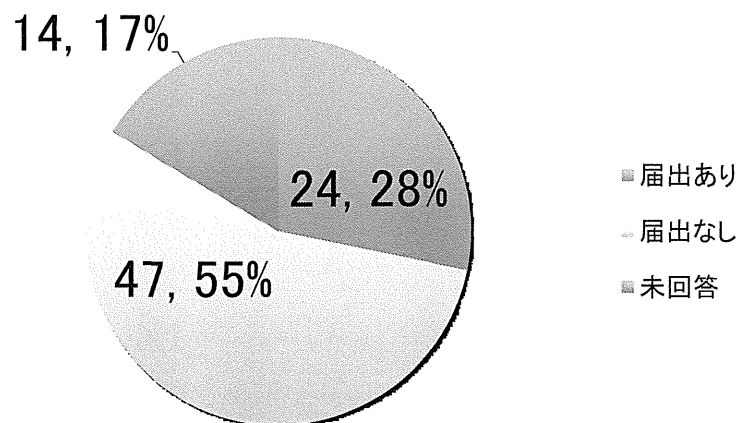
歯科設備数の平均 N=85

• 歯科診療台	4.3
• デンタルX線装置	1
• パノラマX線装置	1
• CT	0.2
• ポータブル歯科ユニット	0.2
• オートクレーブ	1.4
• 吸入鎮静装置	0.2

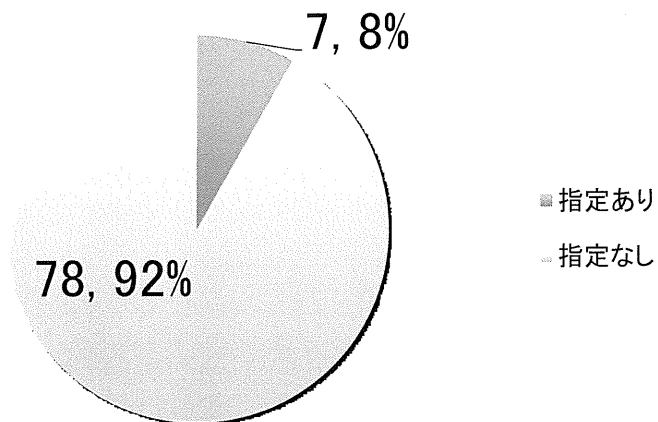
在宅医療サービスの実施状況 N=85



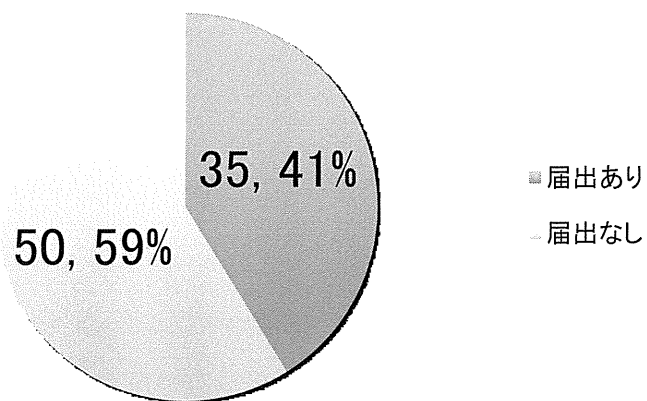
在宅療養支援歯科診療所の届出 N=85



歯科医師臨床研修施設の指定 N=85



歯科外来診療環境体制加算の届出 N=85



(資料4) アンケート調査関連資料

アンケート調査【I】

各問いに回答し、選択肢に丸印をつけ、必要に応じて記載をお願い致します。

I-1 研究説明用資料について

I-1-1 郵送されてきた研究説明用資料の内容を見た。

①はい、②いいえ、③その他 ()

I-1-2 同資料の内容について

①とてもわかりやすい、②わかりやすい、③ふつう、④わかりにくい、⑤とてもわかりにくい

I-1-3 上記選択肢を選んだ理由や必要な改善点等について (自由記載)

()

I-2 研究説明用 DVD について

I-2-1 郵送されてきた研究説明用 DVD の内容を見た。

①はい、②いいえ、③その他 ()

I-2-2 同資料の内容について

①とてもわかりやすい、②わかりやすい、③ふつう、④わかりにくい、⑤とてもわかりにくい

I-2-3 上記選択肢を選んだ理由や必要な改善点等について (自由記載)

()

I-3 ソフトウェアのインストールについて

I-3-1 インストールが可能であった。

①はい、②いいえ、③その他 ()

I-3-2 上記選択肢を選んだ理由や必要な改善点等について (自由記載)

()

I-4 ソフトウェアの操作等について

I-4-1 ソフトウェアの操作等について

①とてもわかりやすい、②わかりやすい、③ふつう、④わかりにくい、⑤とてもわかりにくい

I-4-2 上記選択肢を選んだ理由や必要な改善点等について (自由記載)

()

I-4-3 本ソフトウェアを用いて、調査対象月の翌月にインターネットにてデータ送信が可能であった。

①はい、②いいえ、③その他 ()

I-4-4 上記選択肢を選んだ理由や必要な改善点等について (自由記載)

()

アンケート調査【Ⅱ】

各問いに回答し、選択肢に丸印をつけ、必要に応じて記載をお願い致します。

Ⅱ-1 インシデントサンプル事例について

Ⅱ-1-1 サンプル事例の入力（2013年1月～12月分）を行い、インターネットにて送信が可能であった。

①はい、②いいえ、③その他（ ）

Ⅱ-2 サンプル事例：事例番号01～12について

サンプル事例番号	とてもわかりやすい	わかりやすい	ふつう	わかりにくい	とてもわかりにくい
例		○			
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					

Ⅱ-3 本研究に関するご意見・ご感想等ございましたら御記入ください（自由記載）。

あなたの地区は（ _____ 都・道・府・県 ）です。

以上です。ご協力有難う御座いました。

平成26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

歯科診療所における恒常的な医療安全管理
の基盤構築に関する研究

アンケート調査 自由記載項目(抜粋)

自由記載例①

- スタートが遅くなったようだが、期間どおり次回
は行ってほしい。
- Macを使用のため当初インストールできなかった
。インシデントサンプル事例を送ることがわから
ず、事務局からの指摘で確認、送信した。
- 開始時期が二転三転し、開始時期をお知らせし
ますのでお待ちくださいのアナウンスがあったあ
と、別件からの報告でまだ入力していない人は
早くしてくださいとのメールが入る。なんだがわ
からないままはじまり、終わりもぐだぐた、ただた
だパソコンにインストールで変なソフトがはいっ
ただけでした。
- わからない点についてメールを送信させていた
だいたが、返信がなく入力に困りました。

自由記載例②

- 良くできていると思います。なれると操作が簡単でした。
- サンプル事例の送信と記入がわかりにくく、これでは集まりにくいのでは？と感じます。本番では開始月日、終了月の2・3転はこまりました。
- II-2のわかりにくいを選択した理由はインシデント事例として報告する必要があるのかと思った次第です。
- サンプル事例の取扱いが分からず、他の会員から送信する旨を伺ったが時間が経っていたこともあり送信しないままとなった。9月10月より準備していたが事業が延期となり何となくスルーしてしまいました。

自由記載例③

- 全て滞りなく行えたと思います。
- 改めて医療安全を見直すよい機会となりました。
- 期間が変更したり短縮したり不手際が多すぎたと感じます。毎月送信でなく、終了時に1回送信にしてほしかった。(期間の短い研究サンプルをとるだけなので)
- しっかり準備してから始めてほしい。日程が変わりすぎです。なぜ1日～31日でないのが疑問

自由記載例④

- トラブルをどのように解決したかの項目もあるといいと思う。
- DVD説明やインストールについては何の問題なくできましたが、事前にサンプル事例を送信しなければいけない事については、もう少し強調して頂きたかったです。
- この度の研究に参加して普段どのように自分がリスク回避を行っているのかはじめて意識しました。研究のプロトコルがスタート時に変更があり、スタートがおくれたこと、その後、新たなスタート時期や変更点が周知されてのか、あまりはっきりしなかったように感じています。周囲の参加Drの中にはそのままにもなされずに過ごされたようで、すこし残念に思いました。

自由記載例⑤

- 毎日の診療におわれる中で少し手間がかかりました。データは有効活用願っております。
- 例えば事例番号11について、思うところ... 月が変わらないと送信できないはずなんで、それに叶う深夜0時までスタッフに仕事をさせた～そう言う深読みをさせることがねらいなんではないでしょうか？あまり簡単～ストレート過ぎても主旨として意味がないことかもしれませんが、全体を通じて、どこまでのものを欲しているのかがちょっと見えませんでした。事前に“インシデントとして取り上げる事例集”の様なある程度一般的な物差しみたいなものがあると良いと考えます。指標となるべき物差しのブレ幅が皆さん個々で違うものでしょうからそれを決める為の取り組みだったかもしれませんが...

自由記載例⑥

- 送信が患者さんの数を報告するので毎月10日前後がやりやすい
- 今回の事業に協力する為に当然時間をさいているわけで、きちんと協力者には謝金を出すべきである。ボランティアというのは聞こえが良いが、大切な時間を割いているのだから大人の対応としてお礼は必要である。
- パソコンに事例をインプットする事で反省として記録になり、トラブル防止になると思う。

自由記載例⑦

- 院内においてもごく小さい軽微なインシデント等は院長まで報告があがらないこともあり、情報収集に問題がでる。インシデントはそう起こる訳でなく、小さいインシデント等は入力を忘れてしまいがちになる。
- 診療後に用事があったりすると入力を忘れていたり、ヒヤリハット自体を忘れていたりとかかなり意識していないと忘れることが多かった。入力には大して困らなかったのが難しくはないと思います。

自由記載例⑦

- 院内においてもごく小さい軽微なインシデント等は院長まで報告があがらないこともあり、情報収集に問題がでる。インシデントはそう起こる訳でなく、小さいインシデント等は入力を忘れてしまいがちになる。
- 診療後に用事があつたりすると入力を忘れていたり、ヒヤリハット自体を忘れていたりとかかなり意識していないと忘れることが多かった。入力には大して困らなかったのも難しくはないと思います。

(資料5) 我が国の歯科診療所に特化した医療安全関連情報収集・共有システムの概略検討の資料およびイメージ

■医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行っています。

■事例内容で検索 ※各項目間はAND検索となります。未選択の場合は全件検索可能。発生年月が非公開のものは、発生年月の期間検索の対象とはなりません。
 なお、事故事例報告の発生年月は非公開としております。

報告事例区分		発生年月	
<input checked="" type="checkbox"/> 事故事例報告	<input checked="" type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット事例報告	▼ 年	▼ 月 ~ ▼ 年 ▼ 月
事例概要			
<input type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> 輸血	<input type="checkbox"/> 治療・処置	<input type="checkbox"/> 医療機器等
<input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 療養上の世話	<input type="checkbox"/> その他
関連診療科	▼	当事者職種	▼
全文検索			
歯科	いずれかを含む ▼		
	▼		
	▼		

表示件数 100 ▼

検索

事例は必要に応じて個人情報や医療機関情報の保護に配慮し一部修正することがあります。
 なお、公表した事例内容は報告時点のものであり、その後の追加等は行われません。

398件

「歯科」で検索すると、
約320件のデータがヒットするが・・・

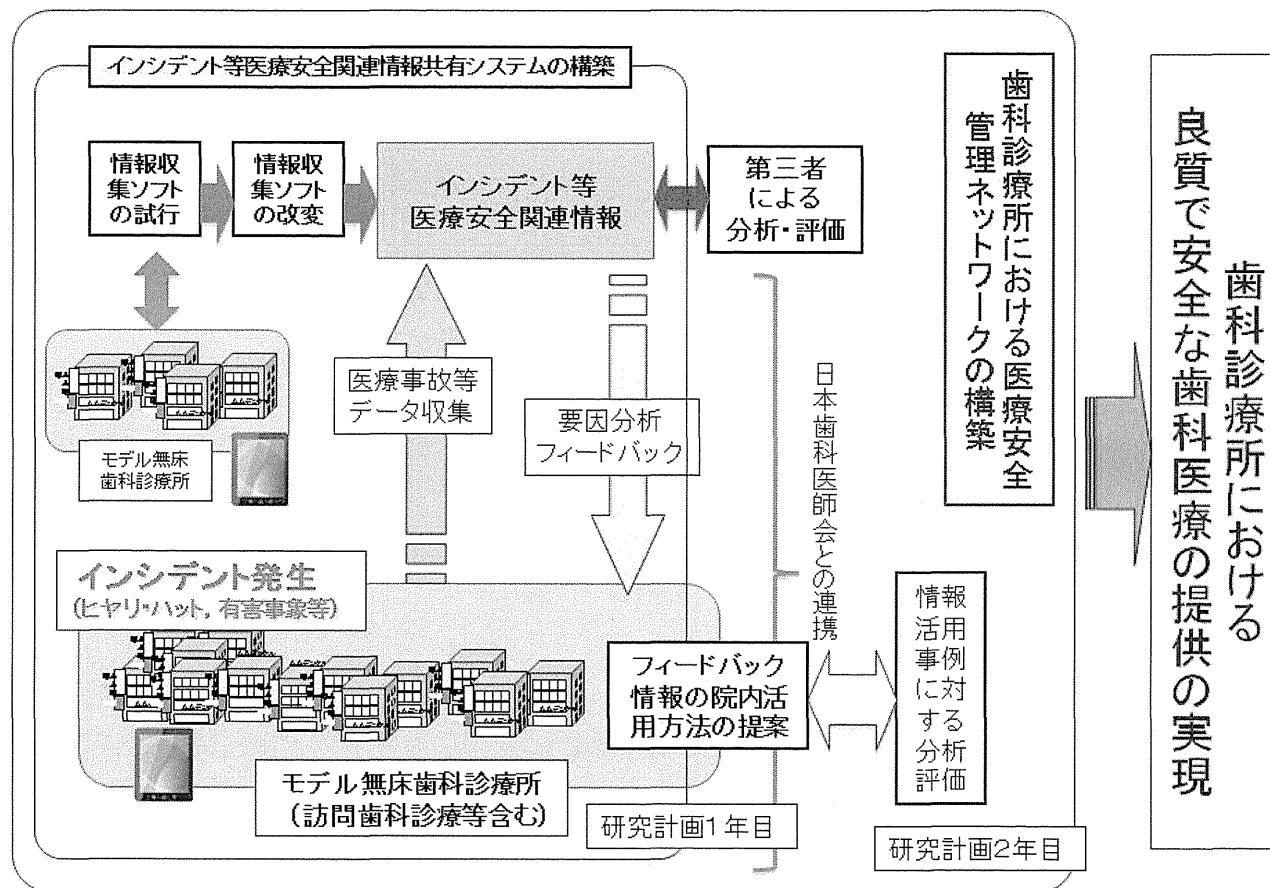
平成26年度厚生労働科学研究補助金地域医療基盤開発推進研究事業 歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基盤構築に関する研究

研究の概要

本研究の目的は、歯科診療所におけるインシデント等の効率的な情報収集・分析・提供およびその活用のあり方を検討し、我が国のいかなる規模・形態の歯科診療所においても恒常的に医療安全管理を実施可能なシステムの構築を目指すものである。

研究計画として初年度には、協力の得られた歯科診療所を全国規模で設定し、インターネットを介したソフトウェア等にてインシデント等を収集する。収集された情報の要因分析ならびに情報還元方策について研究班において検討する。

次年度においては、インシデント等情報の収集・要因分析を継続し、入力システムおよび情報共有システムの改善を検討し、歯科診療所における医療安全管理のモデルケースを構築・評価する。



インシデント等医療安全関連情報収集ソフト

本ソフトは発生したインシデント等の医療安全関連情報を日毎に記録し月毎に送信できる仕様となっている。歯科診療所に特化した25項目の分類に従い、簡便に入力が可能で、さらに連結不可能な匿名性を担保し情報を収集することができる。

(資料6) 学会発表資料

17-6 医師の有害事象への意識改革をめざして ～死亡退院事例から症例検討会を開催して～

○山本 正子

社会医療法人 医真会 医真会八尾総合病院 医療安全管理室

13:10～14:22 一般口演 18

座長：中島 勸(東京大学医学部附属病院医療安全対策センター)

チーム医療・職種間コミュニケーション③

18-1 口頭指示受けメモの作成と復唱率の調査

高梨 典子、○飯田 育子、和田 哲郎、古田 淳一、堀内 学、平井 理心、山口 剛、中野 良仁、本間 覚
筑波大学附属病院 臨床医療管理部

18-2 職種・職位による手洗い指摘行動の違い：二度目の指摘を行えるか？

○奥山 絢子¹、山口(中上) 悦子²、早川 和生¹¹大阪大学大学院 医学系研究科 総合ヘルスプロモーション科学講座、²大阪市立大学大学院 医学系研究科 医療安全管理学講座

18-3 経管栄養と嚥下訓練食の併用によるアクシデントの対策を検討して

○澤田 真紀、吉田 明子、小林 美野、勢納 八郎

偕行会城西病院

18-4 人工呼吸器安全管理体制の構築 ～人工呼吸器点検パトロールの充実～

○渋谷 かをり、大井 陸美、沖 洋充、石川 誠、南須原 康行

北海道大学病院 医療安全管理部

18-5 気管切開チューブの脱落事例からの事故防止対策 —術前カンファレンスのシミュレーションからの標準化—

○坂本 佳代子、守山 聡美、大前 宏之、馬舩 一恵、喜多 良昭、山本 繁秀、五百蔵 智明、最所 裕司、上坂 好一、今川 真理子

姫路赤十字病院 医療安全推進室

18-6 “ADKAR” 変革管理を活用した急変時対応シミュレーション

○中野 葉子¹、木村 成秀²、續木 将人³、東 直美¹、小西 真由美¹¹香川大学 医学部附属病院 看護部、²香川大学 医学部附属病院 放射線診断科、³香川大学 医学部附属病院 放射線部

14:32～15:20 一般口演 19

座長：坂口 美佐(日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部)

救急・急変時対応

19-1 名古屋大学病院および名古屋大学小児科関連病院での院内蘇生とその対応に関する検討

○沼口 敦¹、大萱 俊介²、夏目 淳³、高橋 英夫⁴¹名古屋大学 医学部 附属病院 救急科、²愛知県心身障害者コロニー中央病院 小児神経科、³名古屋大学大学院 小児科、⁴名古屋大学大学院 救急・集中治療医学分野

19-2 院内救急コール(ハリーコール)シミュレーションの取り組み

○水落 久子、宗 宏伸

社会医療法人共愛会戸畑共立病院 医療安全管理室

19-3 急変時迅速対応への取り組みとその成果 —リンクナースの活動を通して—

○若本 恵子¹、合澤 葉子¹、荒井 直美²¹国家公務員共済組合連合会 虎の門病院、²国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院

19-4 全職員を対象とした心肺蘇生研修会開催の試み

○宮本 智行、三輪 全三、磯部 隆史、深山 治久、渋谷 絹子、足達 淑子、原澤 秀樹、倉林 亨、嶋田 昌彦

東京医科歯科大学歯学部附属病院

口演19-3 急変時迅速対応への取り組みとその成果 —リンクナースの活動を通して—

○若本 恵子¹、合澤 葉子¹、荒井 直美²

¹国家公務員共済組合連合会 虎の門病院、²国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院

【課題】急変対応に関して、任意の研修を実施していたが、急変の実態把握も評価もできていない状況だった。看護師の多くは、急変対応に対する苦手意識が強く、対応が適切だったか疑問も持っていることが事例検討時、明らかになった。看護師は、職員数が最も多く急変発見者になる機会も多いため、まずは看護師の問題点を改善していくことが、適切な急変対応に結びつくと考えた。2006年「心肺蘇生実習ワーキンググループリンクナース会議(以下LN会議)」を発足し、以後急変対応の質向上に取り組んだので、その過程と成果を報告する。

【活動内容】有志によるLN会議を発足、全看護師のBLSトレーニング1回/年実施を企画、継続して実施した。2008年から院内の正式な会議に昇格、メンバー増員、インストラクターの養成を実施した。BLSの必修化に加えて、アドバンストレーニングに相当する「病棟応用編」も定期的に開催し、各看護師が1回/年以上受講することも推奨した。実際の急変現場の事例検討を開始し、内容を専用シートでLN会議が情報収集し、急変の実態を把握した。専用シートの情報に基づいた事例検討と分析に取り組み、環境面での問題や急変前に観察された前兆について検討し、環境改善の提案、前駆症状の抽出、パターン別トレーニング用DVDを作成した。

【結果】1.24時間後蘇生率の変化2007年25.7%⇒20013年61.2% 2.急変発生件数の把握2007年105件/年2013年76件/年3.環境改善(救急カート統一、移動時モニター整備)4.急変前駆症状(呼吸、循環、意識の具体的変化)抽出5.シナリオシミュレーショントレーニング用DVD4種類の完成

【考按】専用シートの情報を検討、分析することで、実態把握だけでなく、その過程がリンクナースのアセスメントのトレーニングとなり、前駆症状の特定、ひいては前駆症状に対する感度が上がることにつながった。急変を客観的に理解し、有用な情報として活用することで現実的なシナリオトレーニングのツール作成に活かされた。特別な担当者でなく現場の誰もが急変対応スキルを獲得することで適切な対応が可能になり、更には、前駆症状の早期発見と対応で急変そのものを減少することが今後の課題である。

口演19-4 全職員を対象とした心肺蘇生研修会開催の試み

○宮本 智行、三輪 全三、磯部 隆史、深山 治久、渋谷 絹子、足達 淑子、原澤 秀樹、倉林 亨、嶋田 昌彦

東京医科歯科大学歯学部附属病院

【背景と目的】本院は病床数(60床)では小規模な病院であるが、一日の外来来院患者数は平成25年度で平均1900名を超えており、高齢者や重度な疾患を有する患者の歯科診療が日常的に行われている。平成14年度よりリスクマネージャー会議ワーキンググループ(平成22年度より医療安全管理室に改組)が設立され、医療安全に関する職員研修を年2回程度開催し、平成23年度からは講義を聴講する研修に加えて、演習・実習を含めた受講者参加型の研修会を続けている。近年、外来患者が心肺停止に至る事例報告があり、全ての職員の一次救命処置(以下、BLS)に関する知識及び技能の向上は急務と考え、院内の安全対策研修会としてBLSに関する実技研修を企画することとなったので概略を報告する。

【取り組み】事前に本院医療安全管理室内で検討を行い、受講者のひとりひとりが、蘇生人形等を用いた実習を受けられ、かつ、企画運営側の負担が過度にならないように配慮した。まず、本研修の第1段階として、受講者は日本蘇生協議会ガイドライン2010に準拠した10の設問に回答し、全問正解者(Aコース)とそれ以外の者(Bコース)に分かれた。各設問に関するフィードバック後に、蘇生人形やAED(自動体外式除細動器)トレーナー等を用いた技能を含む研修を行うこととした。

【結果】歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、言語聴覚士、事務職員など全ての職員(873名)を対象として、平成26年2月13日から3月13日まで計9日(補講含む)行い、総計841名(運営関係者の事前講習を含む)が参加した。受講率は96%であった。受講者の関心も高く、全てが熱心に参加している姿が見受けられた。

【考按】研修開催日で最も多い日には171名が受講した。受講者全員にBLS実習を行うために、研修会場ならびに人員配置に工夫を要した。専任者が配置されておらず限られた設備・予算・人員等の制約がある中で、全ての職員・職種を対象とした実技を含めたBLS研修を企画するにあたり、本院独自の方策を練った。

口演20-1 院内事例検証システム整備後5年間の成果と課題

○樋口 敦子、町永 梅代、鈴木 美智子、上原 徹、岡部 正明

立川メディカルセンター 立川総合病院

【背景と目的】医療事故調査制度の導入が具体的になった今、院内事故調査に期待される役割は大きい。481床の総合病院では、「もっと良い医療を提供する」ために重大事例を選び組織的に検討する「院内事例検証システム」を整備し5年が経過した。この取り組みによって得られた成果と課題について報告する。

【取り組み】2009年に、「死因をめぐる検討会」のあり方について、文献から得た16の検証視点および、選定理由、参加者、企画準備、進行を含めて、A病院で行った過去の重大事例検証会議を検証し、問題点と評価点を明確にした上で「院内事例検証マニュアル」を作成し取り組んだ。

【結果】院内検証会議は、2009年7件、2010年5件、2011年5件、2012年9件、2013年9件、2014年7月現在5件、実施している。

【考按】「もっと良い医療を提供する」ために、予期せぬ死亡事例死因究明、また、死亡に限らずの重症報告にあがっていない患者の急変、緊急手術処置等をめぐって診療科や職種の枠を越えて検討することで、知識を共有し、より質の高い医療の提供をめざすことを目的に、組織的検討に値する事例を選定し、実施してきた。事例の集約は、当初、インシデント・アクシデントレポート報告、患者からの相談・苦情・クレーム報告や投書、急変および死亡事例報告書を活用した。2011年からは手術室バリエーション報告を新たに加えたことで、さらに幅広い情報集約が可能になった。検証会議に組織全体で取り組むことで、事例ごとの医学的根拠を踏まえた原因究明や再発防止の対策が得られるだけでなく、危機的な状況を踏まえている患者・家族の立場を理解した対応のあり方、最善なチーム医療の提供に関する学びも得られた。課題は、中立性・透明性・公平性・専門性の確保で、外部専門家のコメントや根拠を示すデータのみで、招請が困難な場合もあった。また、2012年から開始した死亡診断書検討チームから死因の検証が必要と提案されたものあり、報告書の情報から事例を選定する限界もある。

死亡事例に限らず組織的な検証の経験を重ねることで、業者への問題提起や、管理者のリーダーシップ、企画の仕方にも様々な示唆が得られ、今後各現場に期待される院内事故調査と検証能力の向上に繋がる。

口演20-2 院内におけるバリエーション報告制度の確立

○永井 弥生、須川 美枝子、富丘 洋子、小川 淳司

群馬大学医学部附属病院 医療安全管理部

【背景と目的】インシデント報告は年々増加しているが、医師からの報告は6.7%にとどまる。また、明らかな過誤ではないもの、合併症と考える経過の事例について報告するか否かは、診療科によって意識が異なっているという現状があった。過誤の有無は問わず、結果が患者視点において予測外であり、広義の医療事故としてとらえうる事象について、積極的に報告を求める制度の構築が必要と考えた。【取り組み】2009年にバリエーション報告制度を提案、リスクマネージャー会議等での審議を重ね、2010年より運用に至った。実際には、手術や侵襲的手技後の有害事象、予測外の事象を具体的に示すことにより、その基準にあたるものについては報告を求めるものとした。しかしながら、手術時間の延長や出血量などは、個々の手術例によって判断が困難との意見が多く、具体的な数値を示すには至らなかった。2013年にバリエーション報告の範囲を広げ、入院中の内科疾患の発症なども追加した。【結果】2013年度のバリエーション報告は57例、医師全体の報告数も増加傾向である。このような報告は、必然的に事象レベルの高い報告の増加につながり、2013年度の3b以上の事例中、医師からの報告は40%を占め、2012年度の30%に比べ増加した。【考案】院内で検討を要する重大な事例は、診断や治療過程に関するものが大半であり、多くは医師が直接的に関与している。合併症として説明はされていても、その結果の重篤度や患者・家族との信頼関係により、トラブルとなることがある。また、当該科で合併症と判断していても、検討を要することもあつた。過誤か否かを問わず、医原性有害事象をスムーズに報告してもらうためにバリエーション制度を作成して4年が経過、まだ診療科による意識の違いはあるが、「バリエーション」の言葉は定着し、院内での意識は根づいてきたと思われる。個々の事例に対して患者視点も併せ持って真摯に対応するために、また、問題となった場合には組織としての対応を行うためにも必要な報告制度である。今後も、積極的な報告を求める活動を継続し、さらなる問題点を抽出するための改訂を行う必要がある。



全職員を対象とした 心肺蘇生研修会開催の試み

東京医科歯科大学歯学部附属病院

- 宮本 智行、三輪 全三、磯部 隆史、
深山 治久、渋谷 絹子、足達 淑子、
原澤 秀樹、倉林 亨、嶋田 昌彦

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

【背景と目的①】



- 本院は病床数（60床）では小規模な病院であるが、一日の外来来院患者数は平成25年度で平均1900名を超えており、高齢者や重度な疾患を有する患者の歯科診療が日常的に行われている。
- 平成14年度よりリスクマネージャー会議ワーキンググループ（平成22年度より医療安全管理室に改組）が設立され、医療安全に関する職員研修を年2回程度開催し、平成23年度からは講義を聴講する研修に加えて、演習・実習を含めた受講者参加型の研修会を続けている。

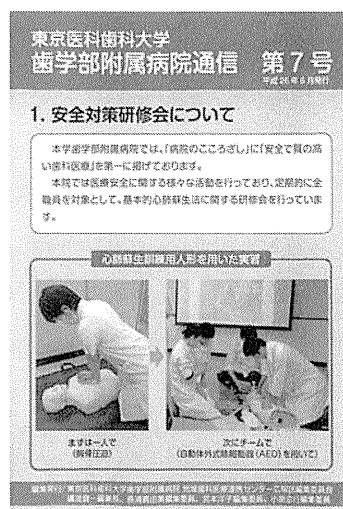
JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



【背景と目的②】

- 近年、外来患者が心肺停止に至る事例報告があり、全ての職員の一次救命処置（以下、BLS）に関する知識及び技能の向上は急務と考え、院内の安全対策研修会としてBLSに関する実技研修を企画することとなったので概略を報告する。

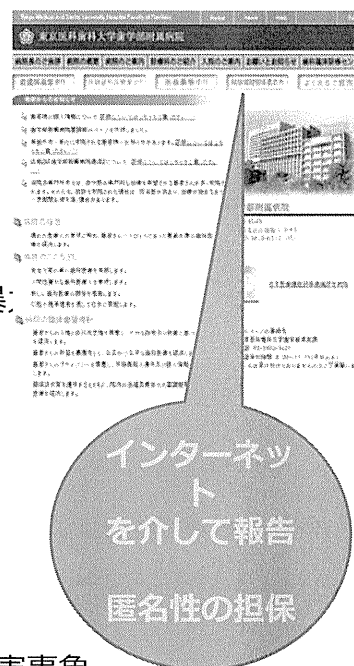


JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

1. 受付, 応対, 接遇
2. 情報収集, 情報伝達の不備
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
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

JQSH. 2014/11/22



Miyamoto, Tomoyuki