

- 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.無断離院
- 31.その他



総計31項目の分類

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

外来心停止例. 10時〇分頃



- 患者：60歳代 男性
- 患者は1階で診察券を通し、階段を昇り6階まで到着し（担当医からの情報によると、患者の記憶は途中の階を通過している最中で途切れていた）、外来受付前で予約券を受付へ提出した直後に転倒した。
- 受付周辺にいた看護師が、ゴツンという音を聞き、直ちに駆けつけると、周囲の患者から後ろ向きに倒れ、後頭部を打撲したようだと情報があつた。
- 意識および呼吸はなく、チアノーゼ・四肢硬直・痙攣を認めた。受付予約券にて患者氏名確認後、担当医・歯科麻酔科医へ緊急コールした。患者をストレッチャーに乗せ、モニターおよびAED装着し、心肺蘇生を開始した。
- 歯科麻酔科医が到着し、静脈路を確保した。一時、自発呼吸再開するが、再度消失した。（後略）

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



【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。
- 先ず、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。

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



STEP 1.

院内で患者が倒れている状況に遭遇しました。
我が国の心肺蘇生の指針（2010年版）に準じて心肺蘇生法の手順について以下の問いに教えてください。回答は各設問の右下欄の「はい」「いいえ」のいずれかに○をつけてください。

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



1. 周囲の状況を確認し、患者の意識・反応なければ直ちに、大声で人を集め、緊急通報およびAEDを手配する。
2. 呼吸の有・無を確認し、無ければ直ちに人工呼吸を行う。
3. 胸骨圧迫を中断しても呼吸および脈拍の確認を優先することが望ましい。
4. 胸骨圧迫部位は胸骨下半分が望ましい。
5. 胸骨圧迫（成人）の深さは5cm以上が望ましい。
6. 胸骨圧迫は毎分100回以上の速さで行うことが望ましい。
7. 胸骨圧迫（30回に対し、準備が出来ていれば人工呼吸2回）を絶え間なく継続する。
8. 胸骨圧迫を開始してから約2分が経過している。救助者が複数名の場合、胸骨圧迫者を交代すべきである。
9. AEDによる心電図解析および放電時には傷病者から離れる必要がある。
10. AEDの指示どおりに放電ボタンを押した。直ちにすべきことは脈拍の確認である。

JQSH. 2014/11/22

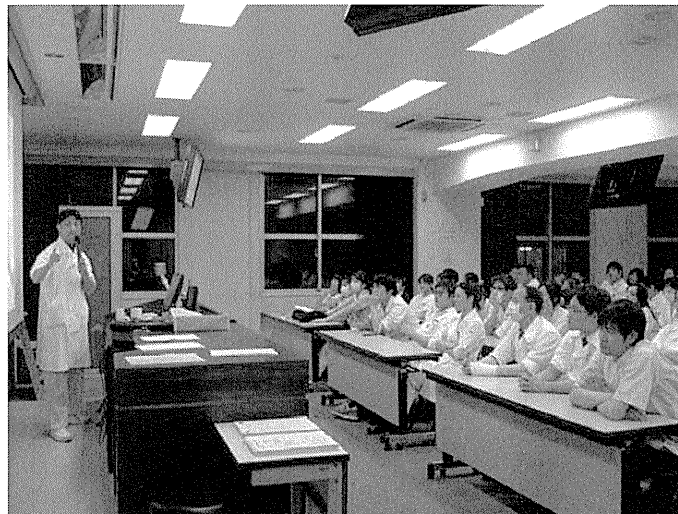
Miyamoto, Tomoyuki

1. 周囲の状況を確認し、患者の意識・反応なければ直ちに、大声で人を集め、緊急通報およびAEDを手配する。
2. 呼吸の有・無を確認し、無ければ直ちに胸骨圧迫を行う。
3. 胸骨圧迫を中断しても呼吸および脈拍の確認を優先することが望ましいとは言えない。
4. 胸骨圧迫部位は胸骨下半分が望ましい。
5. 胸骨圧迫（成人）の深さは5cm以上が望ましい。
6. 胸骨圧迫は毎分100回以上の速さで行うことが望ましい。
7. 胸骨圧迫（30回に対し、準備が出来ていれば人工呼吸2回）を絶え間なく継続する。
8. 胸骨圧迫を開始してから約2分が経過している。救助者が複数名の場合、胸骨圧迫者を交代すべきである。
9. AEDによる心電図解析および放電時には傷病者から離れる必要がある。
10. AEDの指示どおりに放電ボタンを押した。直ちにすべきことは胸骨圧迫である。

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

STEP 1. フィードバック



JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

STEP 2.



基本的心肺蘇生法
に関する設問（10題）

10点⇒Aコース
10点未満⇒Bコース

JQSH. 2014/11/22



胸骨圧迫法 演習
A ・ Bコース



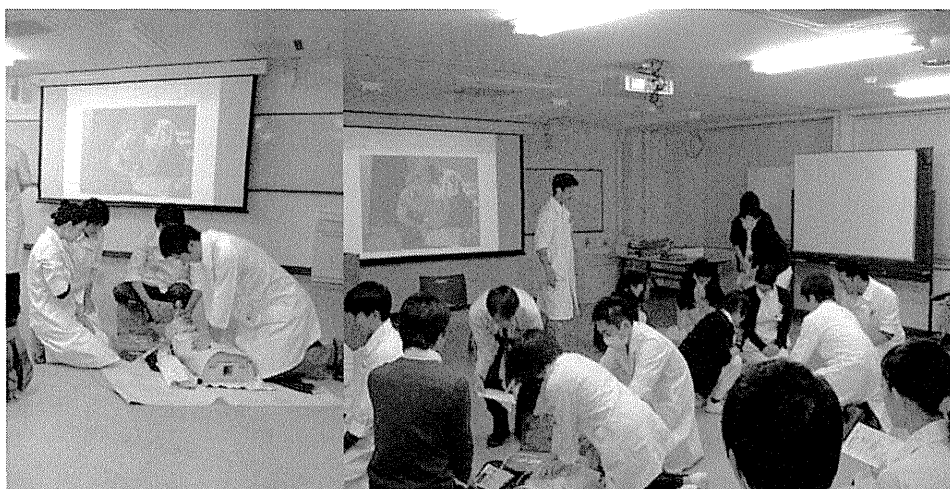
終了



次へ

Miyamoto, Tomoyuki

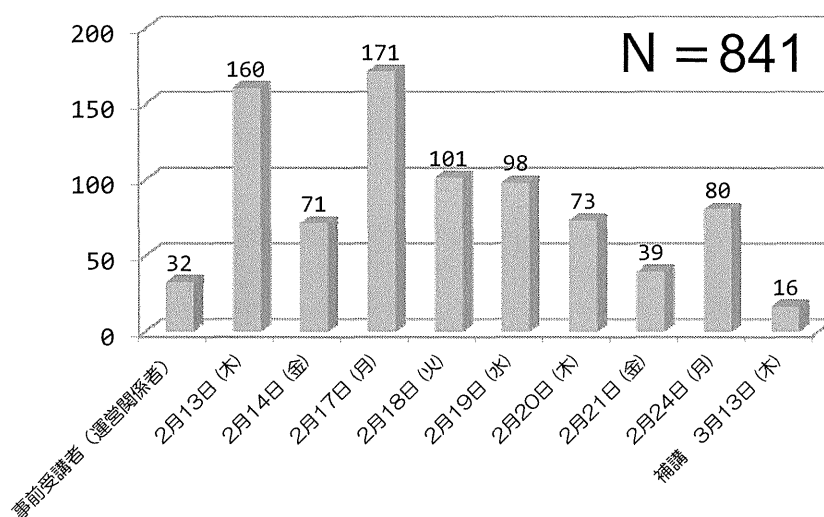
Bコース演習 [AED等、シミュレーション]



JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

安全対策研修会 参加者数①

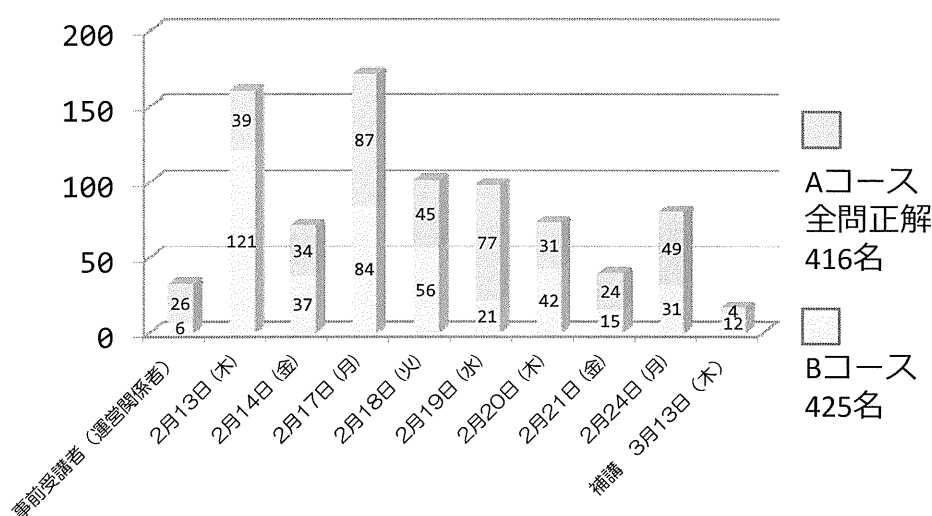


JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



安全対策研修会 参加者数② A・Bコース



JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



【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）を行い、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。

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki



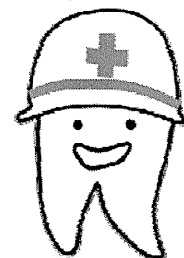
【考按】

- 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。

JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

御清聴、誠に有難う御座いました。



JQSH. 2014/11/22

Miyamoto, Tomoyuki

P5-09 入院患者の義歯管理についての取り組み ～部分床義歯誤飲事例より

○船津 真友子¹、沖 彩加¹、宇佐美 康子¹、尾崎 式美¹、小瀬 裕美子³、吉田 明美²、佐藤 康太郎²、関 行雄⁴

¹名古屋第二赤十字病院 脳卒中センター、²名古屋第二赤十字病院 口腔外科、³名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室、⁴名古屋第二赤十字病院 脳外科

【背景と目的】脳卒中センターである当病棟では、義歯を装着した高齢患者が多い。また認知機能に問題のある患者や嚥下障害のある患者が少なくない。これらの患者に対して看護師による義歯管理が必要となるが、管理方法が明確でなかった。今回見当識障害のある患者が部分床義歯を誤飲し、食道内で発見され内視鏡下で除去するという事例が発生した。以前にも義歯の紛失事例があったが今回の事例を経験し、安全に義歯管理を行うために、他職種とも連携し入院中義歯装着患者の危険と予防・管理方法について、院内統一マニュアルを作成したため報告する。

【事例紹介】80歳代男性、右被殻出血にて入院中。GCS = E3 ~ 4V4M6。左上下に部分床義歯1個ずつ装着していたが、患者の妻が来院した際上部義歯が無いことに気がついた。レントゲン撮影にて食道内に義歯を認めたため、内視鏡下で除去した。軽度食道損傷あり、数日間欠食・抗生剤使用となった。

【取り組み】以前より病棟内の義歯管理について電子カルテの機能を活用していたが、マニュアルがなく管理方法が曖昧であったため、根拠を持ち義歯のケア・管理を行っていくために病棟内で義歯管理方法の再検討を行った。また医療安全推進室、口腔外科医師・歯科衛生士と共同し、義歯装着患者の注意項目についてマニュアルを作成した。

【結果】事例の振り返りにより義歯管理の意識が高まり、管理方法を統一したことで、2014年1月下旬以降現在までに義歯に関するインシデントはゼロである。口腔ケア時に義歯の種類・部位・個数を確認し、電子カルテに記録する方法は義歯の誤飲や紛失防止として有用である。また院内統一マニュアルに「義歯装着患者管理の危険と予防」として掲載し運用を開始した。

【考按】義歯の装着は経口摂取の為には不可欠であるとともに、経口摂取をしていない患者にとっても口腔内の廃用を予防するために必要である。しかしながらその義歯を誤飲・誤嚥し危険に晒さないためにも、統一した管理を実施していく必要がある。病棟内でも今回の事例を元に危機管理についての教育を継続していくとともに、今回作成したマニュアルを運用することで、安全管理を徹底し正しく義歯が使用できるように周知していく。

P5-10 歯科診療所におけるインシデント模擬事例の作成

○宮本 智行¹²、瀬古口 精良²³、溝淵 健一²⁴、松尾 亮²⁴、片山 繁樹²⁵、武藤 智美²⁶、中里 茜⁷、笹井 啓史²⁸、森崎 市治郎⁹

¹東京医科歯科大学 歯学部附属病院、²医療安全全国共同行動 歯科診療所部会 WG、³大阪府歯科医師会、⁴京都府歯科医師会、⁵神奈川県歯科医師会、⁶北海道歯科衛生士会、⁷昭和大学 歯科病院、⁸日本大学 松戸歯学部、⁹大阪大学 歯学部附属病院

【背景と目的】我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においてもインシデント等を収集・分析し、その情報を臨床現場で共有し、医療の安全を高めていく必要があるが、現状では様々な困難がある(医療の質・安全学会誌、2012)。そこで我々は簡略な歯科診療所に特有の模擬事例を作成し、歯科診療所従事者が誰でも想起しやすいものを考案した。

【取り組み】本事例の作成にあたり、経験の未熟な者でも分かりやすい平易な文章で、歯科診療所における代表的な事例について、架空の登場人物のインシデント等を読み手が臨場感を持ち理解しやすい内容で構成することとした。

【結果】計12事例を作成した。以下、一例を示す。

院長室にて、

A先生「院長、報告があります。昨日、患者Pさんの右上6のインレーをセットしようとしたところ、調整中に口腔内に落ちてしまいました。(中略)むせて起き上がったので、インレーを飲んでしまいました。」「Bさん、きちんと吸ってくださいねあかんよ。」

B歯科衛生士「先生こそ、先週の印象の時も大変だったじゃないですか、Pさんの血圧がとっても高くなってしまっし。Pさんはご高齢でし、脳梗塞で左麻痺が若干ありますから、もともとむせやすいのを御存知じゃないのですか?」

A先生「そんなことは受付Gさんからまったく聞いてへんよ。」

C院長「まあまあ、その件なら、Gさんから昨日の夕方ぐらいに、電話をもうたよ。Pさんに直接電話してみたら、呼吸苦などはないらしい。知り合いの○病院の○院長先生に直接連絡して、胸腹部のレントゲン写真をお願いしておいたよ。」「念のためやけどね。」

【考按】歯科診療所に特化した、インシデント等の模擬事例を作成した。今後、検討を進め、医療安全の教育・研修等にも活用できるものとし、歯科医療所における自律的な事故防止体制強化に資するものとして改良したいと考えている。

【謝辞】本研究は、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」の助成を得て行われた。

P6-01 新入看護職員の医療安全宣誓

○高松 淑美

兵庫県立尼崎病院

【目的】日本看護協会の2004年「新卒職員の早期退職離職実態調査」では、事を辞めたい理由の上位3項目中、2位に「医療事故を起こさないう不安」と3位に「ヒヤリハット報告を書いた」が報告されている。当院では新人の医療安全に対する目標管理として、3年前より入職時の医療安全研修会を受けた後に安全宣誓を行い、年度末には、その達成についての評価やヒヤリハット報告に対する思い、2年目に向けての目標などについてアンケート調査を行っている。その結果、新人の安全宣誓の達成度が70%であることがわかり、目標項目をカテゴリー化することができた。また先輩看護師の安全確認が有効だったことも示すことができたので報告する。【方法】4月に新入職した看護師 H24年度44名、25年度50名 新人オリエンテーションの医療安全研修受講後に、安全宣誓を行い、部署の看護部長やプリセプターと共有し1年間の安全目標として支援してもらう。年度末に宣誓やヒヤリハットの体験に対するアンケート調査を実施。【結果】安全宣誓を分類すると、手順や基準に沿った安全行動を持つ、看護師としての責任を持った行動をする、ヒヤリハットから学び再発防止、コミュニケーションを円滑にする、自己研鑽を怠らないであった。また、ヒヤリハット体験においては、ヒヤリハットをってしまった自責の念、患者さんへの申し訳ない気持ち、ヒヤリハットを書くことによる振り返り等であった。ヒヤリハットは全員が体験しており、97%が報告をしていた。未然に発見されたレベル0を報告した数は、H24年・25年で平均10%であるが、アンケートの回答では全員が経験をしていた。そしてその防がれた内容は先輩らの気づきや声掛け、Wチェック時による発見と、自分自身がもう一度みなおしてみることで発見につながり回避できていることも分かった。【考按】新人が行った安全宣誓は、研修内容で重要としているものを記載できていた。また目標とした安全宣誓は日頃の業務において先輩看護師の支援を受け、大きな医療事故の体験がなかったため、達成度が高い状態であることが分かった。今回の結果を踏まえ、新人を含めた安全教育を継続していくように思っている。

P6-02 新人看護師教育のための医療安全eラーニング教材開発プロジェクト・OQT9(3日目)

○奥津 康祐¹、藤森 玲子²、今泉 光代³、帯金 秀行⁴、清水 恵子⁴、渡辺 久子⁵、深田 久子⁶、北原 克晃²、広瀬 ともみ⁷

¹東京女子医科大学 医学部 医療・病院管理学、²北杜市立甲陽病院、³大月市立中央病院、⁴白根徳洲会病院、⁵山梨赤十字病院、⁶甲府共立病院、⁷市立甲府病院

【目的】医療事故への不安や医療安全教育の負担は各医療機関の重要案件である。本研究は、地域中小医療機関の連携のもと、管理者層の負担が軽減され、若者が楽しく学べる医療安全eラーニング教材を低額の予算で作成するプロジェクト(名称:OQT9)である。

【取り組み】山梨医療安全研究会を通じ、その会員から医療安全教育の研修資料・教材等を提供していただき、あるいは、研究者自身で教材を製作し、Microsoft社のPower Point形式で大部分の体裁を整えた上、adobe社のCaptivate等eラーニングオーサリングソフト(イラスト制作ソフトあわせて約10万円)で教材化して、希望する山梨県内医療施設に配布する。技術面では、施設ごとに異なるネットワークやPC環境に広く対応する、教材は実際に画面を見て操作しなければ先に進まない(ズルができない)仕組みとする、長くても20分程度とする等の点に配慮した。教育効果面では、若者が楽しく勉強できるデザインにする、受講後に印をもらうことで達成感を持たせる、全教材受講後に修了証を発行する、各施設の管理者用に別途試験問題用紙・解答のデータをMicrosoft社のWord形式で用意する等の点に留意した。

【結果】教材は、2014年度開始時点で約30題完成し、CD-Rに収め10数施設に配布し、100名以上の新人看護師等が利用している。追加分はCD-Rやインターネットにて順次配布予定である。なお、準備しやすいものから作成してきたこともあり、20題を過ぎたあたりから教材作りに時間を要することが多くなった。手術室等の専門性の高い領域や、実地訓練を要する内容等についてどう作るか検討を重ねている。

【考按】本研究は、各施設がそれぞれ行う新人看護師医療安全教育を、各施設から知恵や教育ノウハウを出し合う形で補完するものである。その施設での教育の形式であり、その施設の医療安全文化の醸成にも役立つ。PCやPower Point、eラーニング製作ソフト等の普及した21世紀に実行が可能となった取り組みである。将来、新人教育の完成形にして、教育の質の水準化や医療安全の質の向上、各施設での教育担当者層の負担軽減を現実化していきたい。一般的な医療安全教育や再就職を希望する離職者への再教育プログラムとしての利用も期待できよう。

P5-09 入院患者の義歯管理についての取り組み ～部分床義歯誤飲事例より

○船津 真友子¹、沖 彩加¹、宇佐美 康子¹、尾崎 式美¹、小瀬 裕美子³、吉田 明美²、佐藤 康太郎²、関 行雄⁴

¹名古屋第二赤十字病院 脳卒中センター、²名古屋第二赤十字病院 口腔外科、³名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室、⁴名古屋第二赤十字病院 脳外科

【背景と目的】脳卒中センターである当病棟では、義歯を装着した高齢患者が多い。また認知機能に問題のある患者や嚥下障害のある患者が少なくない。これらの患者に対して看護師による義歯管理が必要となるが、管理方法が明確でなかった。今回見当識障害のある患者が部分床義歯を誤飲し、食道内で発見された内視鏡下で除去するという事例が発生した。以前にも義歯の紛失事例があったが今回の事例を経験し、安全に義歯管理を行うために、他職種とも連携し入院中義歯装着患者の危険と予防・管理方法について、院内統一マニュアルを作成したため報告する。

【事例紹介】80歳代男性、右被殻出血にて入院中。GCS = E3 ~ 4V4M6。左上下に部分床義歯1個ずつ装着していたが、患者の妻が来院した際上部義歯が無いことに気がついた。レントゲン撮影にて食道内に義歯を認めため、内視鏡下で除去した。軽度食道損傷あり、数日間欠食・抗生剤使用となった。

【取り組み】以前より病棟内の義歯管理について電子カルテの機能を活用していたが、マニュアルがなく管理方法が曖昧であったため、根拠を持ち義歯のケア・管理を行っていくために病棟内で義歯管理方法の再検討を行った。また医療安全推進室、口腔外科医師・歯科衛生士と共同し、義歯装着患者の注意項目についてマニュアルを作成した。

【結果】事例の振り返りにより義歯管理の意識が高まり、管理方法を統一したことで、2014年1月下旬以降現在までに義歯に関するインシデントはゼロである。口腔ケア時に義歯の種類・部位・個数を確認し、電子カルテに記録する方法は義歯の誤飲や紛失防止として有用である。また院内統一マニュアルに「義歯装着患者管理の危険と予防」として掲載し運用を開始した。

【考按】義歯の装着は経口摂取の為には不可欠であるとともに、経口摂取をしていない患者にとっても口腔内の廃用を予防するために必要である。しかしながらその義歯を誤飲・誤嚥し危険に晒さないためにも、統一した管理を実施していく必要がある。病棟内でも今回の事例を元に危機管理についての教育を継続していくとともに、今回作成したマニュアルを運用することで、安全管理を徹底し正しく義歯が使用できるように周知していく。

P5-10 歯科診療所におけるインシデント模擬事例の作成

○宮本 智行^{1,2}、瀬古口 精良^{2,3}、溝渕 健一^{2,4}、松尾 亮^{2,4}、片山 繁樹^{2,5}、武藤 智美^{2,6}、中里 茜⁷、笹井 啓史^{2,8}、森崎 市治郎⁹

¹東京医科歯科大学 歯学部附属病院、²医療安全全国共同行動 歯科診療部WG、³大阪府歯科医師会、⁴京都府歯科医師会、⁵神奈川県歯科医師会、⁶北海道歯科衛生士会、⁷昭和大学 歯科病院、⁸日本大学 松戸歯学部、⁹大阪大学 歯学部附属病院

【背景と目的】我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においてもインシデント等を集集・分析し、その情報を臨床現場で共有し、医療の安全を高めていく必要があるが、現状では様々な困難がある(医療の質・安全学会誌、2012)。そこで我々は簡略な歯科診療所に特有の模擬事例を作成し、歯科診療所従事者が誰でも想起しやすいものを考案した。

【取り組み】本事例の作成にあたり、経験の未熟な者でも分かりやすい平易な文章で、歯科診療所における代表的な事例について、架空の登場人物のインシデント等を読み手が臨場感を持ち理解しやすい内容で構成することとした。

【結果】計12事例を作成した。以下、一例を示す。
院長室にて、

A先生「院長、報告があります。昨日、患者Pさんの右上6のインレーをセットしようとしたところ、調整中に口腔内に落ちてしまいました。(中略)むせて起き上がったので、インレーを飲んでしまいました。」「Bさん、きちんと吸ってくれなあかんよ。」

B歯科衛生士「先生こそ、先週の印象の時も大変だったじゃないですか。Pさんの血圧がとっても高くなってしまっし。Pさんはお高齢ですし、脳梗塞で左麻痺が若干ありますから、もともとむせやすいのを御存知じゃないのですか?」

A先生「そんなことは受付Gさんからまったく聞いてへんよ。」

C院長「まあまあ、その件なら、Gさんから昨日の夕方ぐらいに、電話をもうたよ。Pさんに直接電話してみたら、呼吸苦などはないらしい。知り合いの○病院の○院長先生に直接連絡して、胸部部のレントゲン写真をお願いしておいたよ。」「念のためやけどね。」

【考按】歯科診療所に特化した、インシデント等の模擬事例を作成した。今後、検討を進め、医療安全の教育・研修等にも活用できるものとし、歯科医療所における自律的な事故防止体制強化に資するものとして改良したいと考えている。

【謝辞】本研究は、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」の助成を得て行われた。

P6-01 新入看護職員の医療安全宣誓

○高松 淑美

兵庫県立尼崎病院

【目的】日本看護協会の2004年「新卒職員の早期退職離職実態調査」では、事を辞めたい理由の上位3項目中、2位に「医療事故を起こさないかという不安」と3位に「ヒヤリハット報告を書いた」が報告されている。当院では新人の医療安全に対する目標管理として、3年前より入職時の医療安全研修会を受けた後に安全宣誓を行い、年度末には、その達成についての評価やヒヤリハット報告に対する思い、2年目に向けての目標などについてアンケート調査を行っている。その結果、新人の安全宣誓の達成度が70%であることがわかり、目標項目をカテゴリー化することができた。また先輩看護師の安全確認が有効だったことも示すことができたので報告する。【方法】4月に新入職した看護師 H24年度44名、25年度50名 新人オリエンテーションの医療安全研修受講後に、安全宣誓を行い、部署の看護部長やプリセプターと共有し1年間の安全目標として支援してもらった。年度末に宣誓やヒヤリハットの体験に対するアンケート調査を実施。【結果】安全宣誓を分類すると、手順や基準に沿った安全行動を持つ、看護師としての責任を持った行動をする、ヒヤリハットから学び再発防止、コミュニケーションを円滑にする、自己研鑽を怠らないであった。また、ヒヤリハット体験においては、ヒヤリハットをしてしまった自責の念、患者さんへの申し訳ない気持ち、ヒヤリハットを書くことによる振り返り等であった。ヒヤリハットは全員が体験しており、97%が報告をしていた。未然に発見されたレベル0を報告した数は、H24年・25年で平均10%であるが、アンケートの回答では全員が経験をしていた。そしてその防がれた内容は先輩らの気づきや声掛け、Wチェック時による発見と、自分自身も一度みなおしてみることで発見につながり回避できていることも分かった。【考按】新人が行った安全宣誓は、研修内容で重要としているものを記載できていた。また目標とした安全宣誓は日頃の業務において先輩看護師の支援を受け、大きな医療事故の体験がなかったため、達成度が高い状態であることが分かった。今回の結果を踏まえ、新人を含めた安全教育を継続していくかと思っている。

P6-02 新人看護師教育のための医療安全eラーニング教材開発プロジェクト・OQT9(3日目)

○奥津 康祐¹、藤森 玲子²、今泉 光代³、帯金 秀行⁴、清水 恵子⁴、渡辺 久子⁵、深田 久子⁶、北原 克晃⁷、広瀬 とみ⁷

¹東京女子医科大学 医学部 医療・病院管理学、²北杜市立甲陽病院、³大月市立中央病院、⁴白根徳洲会病院、⁵山梨赤十字病院、⁶甲府共立病院、⁷市立甲府病院

【目的】医療事故への不安や医療安全教育の負担は各医療機関の重要案件である。本研究は、地域中小医療機関の連携のもと、管理者層の負担が軽減され、若者が楽しく学べる医療安全eラーニング教材を低額の予算で作成するプロジェクト(名称: OQT9)である。

【取り組み】山梨医療安全研究会を通じ、その会員から医療安全教育の研修資料・教材等を提供していただき、あるいは、研究者自身で教材を製作し、Microsoft社のPower Point形式で大部分の体裁を整えた上、adobe社のCaptivate等eラーニングオーサリングソフト(イラスト制作ソフトあわせて約10万円)で教材化して、希望する山梨県内医療施設に配布する。技術面では、施設ごとに異なるネットワークやPC環境に広く対応する、教材は実際に画面を見て操作しなければ先に進まない(ズルができない)仕組みとする、長くても20分程度とする等の点に配慮した。教育効果面では、若者が楽しく勉強できるデザインにする、受講後に印をもらうことで達成感を持たせる、全教材受講後に修了証を発行する、各施設の管理者用に別途試験問題用紙・解答のデータをMicrosoft社のWord形式で用意する等の点に留意した。

【結果】教材は、2014年度開始時点で約30題完成し、CD-Rに収め10数施設に配布し、100名以上の新人看護師等が利用している。追加分はCD-Rやインターネットにて順次配布予定である。なお、準備しやすいものから作成してきたこともあり、20題を過ぎたあたりから教材作りに時間を要することが多くなった。手術室等の専門性の高い領域や、実地訓練を要する内容等についてどう作るか検討を重ねている。

【考按】本研究は、各施設がそれぞれ行う新人看護師医療安全教育を、各施設から知恵や教育ノウハウを出し合う形で補完するものである。その施設での教育の形式であり、その施設の医療安全文化の醸成にも役立つ。PCやPower Point、eラーニング製作ソフト等の普及した21世紀に実行が可能となった取り組みである。将来、新人教育の完成形にして、教育の質の水準化や医療安全の質の向上、各施設での教育担当者層の負担軽減を現実化していきたい。一般的な医療安全教育や再就職を希望する離職者への再教育プログラムとしての利用も期待できよう。

歯科診療所におけるインシデント模擬事例の作成

○宮本 智行^{1, 2)}, 瀬古口 精良^{2, 3)}, 溝渕 健一^{2, 4)}, 松尾 亮^{2, 4)},
片山 繁樹^{2, 5)}, 武藤 智美^{2, 6)}, 中里 茜⁷⁾, 笹井 啓史^{2, 8)}, 森崎 市治郎⁹⁾

1) 東京医科歯科大学 歯学部附属病院, 2) 医療安全全国共同行動 歯科診療所部会WG,
3) 大阪府歯科医師会, 4) 京都府歯科医師会, 5) 神奈川県歯科医師会, 6) 北海道歯科衛生士会,
7) 昭和大学 歯科病院, 8) 日本大学 松戸歯学部, 8) 大阪大学 歯学部附属病院

【背景と目的】

我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においてもインシデント等を収集・分析し、その情報を臨床現場で共有し、医療の安全を高め、ゆく必要があるが、現状では様々な困難がある¹⁾。そこで我々は簡略な歯科診療所に特有の模擬事例を作成し、歯科診療所従事者が誰でも想起しやすいものを考案した。

【取り組み】

本事例の作成にあたり、経験の未熟な者でも分かりやすい平易な文章で、歯科診療所における代表的な事例について、無床歯科診療所に特化した25項目のインシデント事例分類¹⁾を参考に、架空の登場人物のインシデント等を読み手が臨場感を持ち理解しやすい内容で構成することとした。

【無床歯科診療所に特化した事例分類】

- I. 受付・応対
 1. 受付、応対、接遇
 2. 情報収集、情報伝達の不備
- II. 検査・診断
 3. 検査、エックス線写真
 4. 患者認識
 5. 診断関連
- III. 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
 7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力
- IV. 診療
 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
- V. 施設・管理
 20. 歯科医療機器、材料、設備等の管理、監査
 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
- VI. その他
 25. その他

【考按】

歯科診療所に特化した、インシデント等の模擬事例を作成した。今後、検討を進め、医療安全の教育・研修等にも活用できるものとし、歯科医療所における自律的な事故防止体制強化に資するものとして改良したいと考えている。

【参考文献】

1) 宮本智行. 我が国の歯科医療における良質かつ安全な医療の推進をめざして. 医療の質・安全学会誌. Vol.7. No.3. 246-251. 2012.

【謝辞】

本研究は、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」の助成を得て行われた。

【結果】

計12事例(右欄赤字)を架空の設定をし、作成した。以下「8.口腔内への落下、誤飲、誤嚥」の一例を示す。

- ・発生日時：201X年1月X日 14時頃
- ・当事者および関係者：
湯島太郎, 歯科医師, 経験年数5年, 勤務年数1年
茶水花子, 歯科衛生士, 経験および勤務年数2年
山上一, 歯科医師(院長), 経験年数25年, 開業年数18年
丸内桜子, 受付, 勤務年数18年
- ・患者： 田中八郎, 男性, 70歳代



院長室にて。

湯島太郎

「院長、報告があります。昨日、患者田中八郎さんの右上6のインレーをセットしようとしたところ、調整中に口腔内に落としてしまいました。舌根部に落下したインレーが見えていたので、花子さんがバキュームしてくれましたが、急に喉の奥にいれたものですから、田中さんがむせて起き上がってしまったので、インレーを飲んでしまいました。」
「花子さん、きちんと吸ってくれなあかんよ。」

茶水花子

「太郎先生こそ、先週の印象の時も大変だったじゃないですか。田中八郎さんの血圧がとっても高くなってしまっし。田中さんはご高齢ですし、脳梗塞で左麻痺が若干ありますから、もともとむせやすいのを御存知じゃないのですか？新年早々、なんでも、人のせいにはしないでください。」



湯島太郎

「院長の特別の患者さんとは聞いているけど、そんなことは桜子さんからまったく聞いてへんよ。」

山上一

「まあまあ、昨日は新年会で、不在でごめんねえ。その件なら、桜子さんから昨日の夕方ぐらいに、電話をもうたよ。八郎さんに直接電話してみたら、呼吸苦などはないらしい。知り合いの猪鹿病院の猪鹿院長先生に直接連絡して、胸腹部のレントゲン写真をお願いしておいたよ。」

「念のためやけどね。」

「その後、八郎さんから連絡があって、猪鹿先生から消化管内にあり、症状もないので様子を見ましようと言われたそうです。」

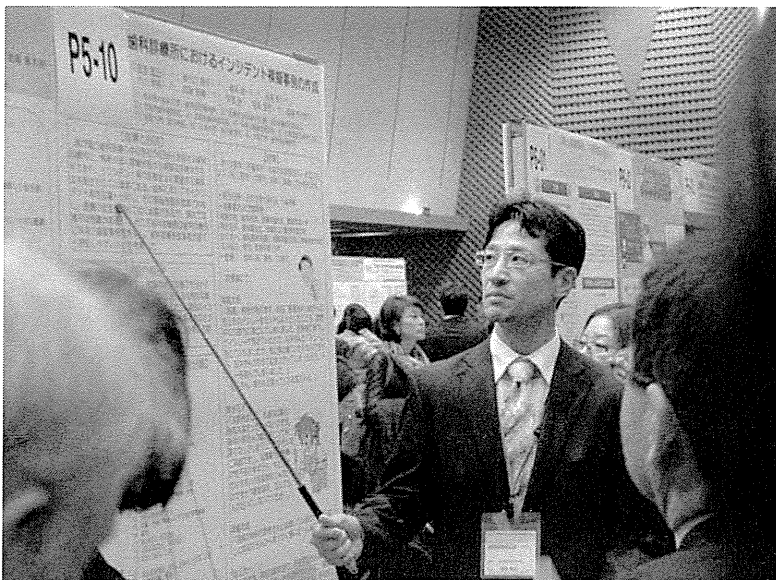
湯島太郎

「御迷惑をおかけして、本当に申し訳御座いませんでした。」



丸内桜子

「今朝、担当の馬野先生から連絡があって、以前に八郎さんは大腸癌で手術しているので、排泄されるまではこちらでも経過を観察しますとのことでしたよ。」



- P15-05 インターネットによる小児がん情報提供に関する取り組み
 松本 聡子〔国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報提供研究部〕ほか
- P15-06 医療安全支援センター総合支援事業の取組み
 小川 祥子〔東京大学大学院 医学系研究科 医療安全管理学講座〕ほか
- P15-07 保健所設置市型医療安全支援センターにおける相談苦情件数と活動状況データとの相関
 長川 真治〔東京大学大学院 医学系研究科 医療安全管理学講座〕ほか
- P15-08 医療対話推進者研修における模擬事例検討会の取組み
 豊田 郁子〔新葛飾病院 医療安全対策室〕ほか
- P15-09 医療安全管理者ネットワーク会議のテーマから見る医療安全管理者の課題と変遷
 佐々木 久美子〔医療の質・安全学会 医療安全管理者ネットワーク委員会〕ほか
- P15-10 地元のがん医療に関係する全てのステークホルダーが入った宮古医療圏および八重山医療圏がん医療連携協議会の結成と、その活動による地域がん医療の質の向上
 増田 昌人〔琉球大学医学部附属病院 がんセンター、沖縄県地域統括相談支援センター〕ほか

活動報告ポスター 16 リスクマネジメント

座長：藤盛 啓成(東北大学病院 医療安全推進室)

- P16-01 ヒヤリハット提出件数が年々増加した理由から考える当院の安全意識
 浅尾 真理子〔済生会松阪総合病院 安全管理室〕ほか
- P16-02 当センターにおける気管切開カニューラ交換における安全対策
 中川 温美〔自治医科大学附属さいたま医療センター 看護部〕ほか
- P16-03 毎日の振り返り時間にあがったヒヤリハット事例の分類を通して
 吉崎 寿美〔西能病院 看護部〕ほか
- P16-04 画像診断報告書の確認不足解消に向けた医師、診療情報管理士による取り組み
 谷口 健次〔小牧市民病院 医療の質・安全管理室〕ほか
- P16-05 禁止食品誤提供を防ぐための取り組み ～管理栄養士が行うリスクマネジメント～
 福田 美由紀〔公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 栄養部〕ほか
- P16-06 武蔵野赤十字病院 放射線科における「タイムアウト」実施の現状と改善
 櫻井 和明〔武蔵野赤十字病院 放射線科〕
- P16-07 一般危急時遺言への対応とマニュアル作成への取り組み
 神谷 美紀子〔市立池田病院 医療安全・質管理部 安全対策室〕ほか
- P16-08 歯科診療所におけるインシデント等の医療安全に関連する情報収集ならびに共有の促進
 宮本 智行〔東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 麻酔・生体管理学分野〕ほか

P16-08 歯科診療所におけるインシデント等の医療安全に関連する情報収集ならびに共有の促進

◎宮本 智行¹、瀧古口 精良²、溝淵 健一³、松尾 亮⁴、片山 繁樹⁵、比嘉 良尚⁶、武藤 智美⁷、青山 政勝⁸、笹井 啓史⁹、森崎 市治郎¹⁰

¹東京医歯科大学大学院 医学総合研究科 麻酔・生体物理学分野、²大阪府歯科医師会、³京都府歯科医師会、⁴神奈川県歯科医師会、⁵沖縄県歯科医師会、⁶北海道歯科衛生士会、⁷株式会社普尚堂、⁸日本大学歯学部、⁹大阪大学大学院歯学部研究科

【背景と目的】我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においても、これらの情報を共有し、医療の安全を高めてゆく必要があるが、現状では様々な困難がある(宮本智行、医療の質・安全学会誌、2012)。我々は歯科診療所に特有の模擬事例を作成し(第9回医療の質・安全学会、2014)、先行研究で開発したソフトウェア(第7回医療の質・安全学会、2012)を訪問歯科診療等においても対応できるようにシステム構築を行い、調査を行ったので報告する。

【取り組み】日本歯科医師会の協力を得て、10都道府県×10歯科診療所において、ネットワーク構築を行った。模擬事例の入力後に各診療機関での実態調査を開始した。調査期間を2014年11月4日から同年12月3日までの1か月間とし、1.受付・応対・接遇、2.情報収集・情報伝達の不備(患者等)、2.2回(診療従事者等)、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、粉砕、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.診療記録記載、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.その他の項目に分類し集計を行った。

【結果】報告されたインシデント総件数は302例であった。1.受付・応対・接遇に関するものが66例に最も多く、訪問歯科診療に関連する事例も3例の報告があった。

【考按】調査期間が短期間ながら、85施設から302件の報告がなされていた。各調査協力歯科診療所からの評価も概ね良好であり、今後、規模を拡大した調査研究を計画している。

P16-09 インシデント発生時・発生前後の看護記録調査

◎増田 貴恵、木寺 美佐、菅長 久美子、根水 紀枝、関根 啓子
東京都立豊島病院 看護部

【背景と目的】A病院ではインシデント・アクシデント(以後IAとする)発生時、IAレポートを医療安全対策室に提出している。看護職員はIAレポートの記載の他、IA発生時の状況を詳細に把握し、再発防止に役立てることができるよう看護記録をしている。今回、リスクマネジメント看護分科会は、危険予知や再発防止目的で、IA発生時および発生前・後の看護記録調査を行ったので報告する。

【取り組み】看護記録は、IAレポートを事象別に①点滴・注射・輸血②内服・外用薬③手術・麻酔・検査・処置・診察④食事・接遇⑤チューブ・カテーテル抜き⑥転倒・転落の6事象に分類。IA発生時および発生前・後の記録内容は、発時記録、看護計画、パス記録、フローシートの4種類を調査した。各部署リスクマネージャーが、過去6か月間に発生した部署別IAレポート10件を無作為に選択し、看護記録内容調査を実施した。

【結果】看護記録調査は全22部署、計220件の看護記録内容調査を実施した。4種類の記録の内、最も記載が多かったのは発時記録でIA発生時は63%、発生前は30%、発生後は35%、次いで看護計画記録の21%であった。事象別では、「転倒・転落」記録が最も多く、IA発生時の発時記録は89%、次いで「チューブ・カテーテル抜き」が75%であった。

【考按】事象別の看護記録の中で、最も多く記載されていたのは、転倒・転落発生時の発時記録であった。これは、転倒・転落を回避するための危険予知や受傷後の状態変化をアセスメントし、看護介入する必要があるためと考える。次いで、チューブ・カテーテル抜き時の記録であった。チューブ・カテーテル挿入患者は重症度が高く、生命に直結しやすい事象であるため、状態変化を詳細に記載する必要があると認識していたためと考える。一方、種類別では、IA発生前・後の状況をIAレポートに詳細に記載していたが、発時記録や看護計画の記載率は30%であった。IA発生時の看護記録は、患者の心身の状態や危険予知内容を記載することにより、職員間の情報共有や再発防止に向けて看護計画立案や看護の適切性を証明するために役立てることができる。今後、さらにIA発生時の看護記録内容を調査し、再発防止に向けた看護記録に取り組み必要がある。

P16-10 作業指示STK訓練の評価—危険予知訓練から危険予知活動に向けた検討—

◎福田 将彦¹、山路 雄太²、栗本 久美子³、山倉 弘子⁴、菅尾 英木⁵、飛田 伊都子⁶、武田 裕⁷

¹筑前市立病院 臨床工学部、²筑前市立病院 医療安全管理室、³筑前市立病院 看護局、⁴筑前大学大学院 大学院 医療管理研究科

【背景と目的】危険予知(KY)活動は、医療現場での安全を先取りするために短時間にその日の業務の危険や問題を予知し、その解決のために実践活動として知られている。日常業務の安全について実施者自身が十分理解し安全に業務が遂行できるよう、少人数で話し合い取り入れたKYツールの導入を試み、その評価を行った。

【方法】KY活動で使用する危険予知ツールは、作業指示STK(作業、チーム、危険予知)訓練を参考に作成した。これを業務KY活動メモ(KYメモ)とした。実務経験年数1~2年目の看護師29名に導入前評価を依頼し、その使用評価を質問紙調査で行った。質問内容は、「業務量は適切であったか」「ねぎらいはあったか」「今後このメモを使用したいか」とした。

【結果】導入前評価は約1ヵ月実施し、71枚使用された。質問紙調査において「今後このメモを使用したいか」の項目で、強くそう思う3枚、そう思う33枚、どちらともいえない26枚、そう思わない3枚、全くそう思わない0枚、無記入6枚となった。また、ねぎらいの有無で比較すると、有群：強くそう思う2枚、そう思う25枚、どちらともいえない13枚、そう思わない0枚、全くそう思わない0枚、無記入1枚。無群：強くそう思う1枚、そう思う8枚、どちらともいえない13枚、そう思わない3枚、全くそう思わない0枚、無記入5枚となった。使用した看護師の意見は、「安全確認が丁寧に行え、危険を事前に回避できる」、「振り返りにより」があった。看護部長の意見は、「記載する項目が多い」、「わかりやすい表現にしてほしい」があった。

【考按】結果を踏まえ、KYメモの記載項目をまとめるなどの簡素化を図り、導入を行った。業務終了時にねぎらいが有ることにより業務に対する達成感や満足感を得ることができたと考えられる。また、ねぎらいを行うことでより良い関係を築けるのではないかと考えられる。業務終了後の振り返りを行うことにより新たな生じた問題点、危険を確認することができる。それにより同様の業務を行う際、危険感受性を高めて実施することができると考えられる。KYメモで得られたKYをどのように他のスタッフと情報共有するかが、今後の課題である。

P17-01 当院における抗がん剤曝露防止対策～閉鎖式ルートとニトリル手袋の導入について～

◎杉本 涼子¹、川原 初恵²、吉田 有美子³、渡邊 恵⁴

¹京都市民医療中央病院 看護部、²京都市民医療中央病院 医療安全管理室、³京都市民医療中央病院 薬剤部

【背景と目的】当院は、2010年に外来化学療法センターを開設した。その際、個人防護具(PPE)として抗がん剤を取り扱う部署でのニトリル手袋の導入を検討したが、コスト面と管理が煩雑となりやすいといった理由からセンターのみの導入となった。2012年度の診療報酬改定では「揮発性の高い抗がん剤3剤について閉鎖式接続器具を使用した場合には、1日につき150点」が認められ、2014年に「抗がん剤曝露対策協議会」が設立されるなど抗がん剤の職業性曝露に関する政策が進んだ。2013年、薬剤課より閉鎖式接続器具の導入を検討したい意向があり、看護部としても改めて個人防護具の見直しと当院でできる抗がん剤曝露防止策を講じたいと考えた。そこで医療安全管理者と協議検討し、閉鎖式ルートとニトリル手袋の導入を目指すこととなった。

【取り組み】・医療安全管理室経由で関連する会議等において、抗がん剤の曝露防止策に必要な医療材料の導入を検討してもらった

・コストパフォーマンス

・導入前に全職員対象に「抗がん剤曝露に関する勉強会」を実施した

・抗がん剤を取り扱う部署に対し、ニトリル手袋の管理方法の徹底とPPEの使用目的について出張勉強会を実施した

・抗がん剤を取り扱う部署に「抗がん剤投与注意点」とし、PPE使用の義務付けや閉鎖式ルートの使用方法、投与時の注意点などを示した手順書を配置した

【結果】看護部への出張勉強会では、職業性曝露のリスクを認識し、PPEを使用する必要性について周知できた。ニトリル手袋のコストも伝え、正しく管理ができるよう部署管理者とも協議できた。6か月を要し、揮発性の高い抗がん剤の閉鎖式ルートの使用、抗がん剤を取り扱う部署へのニトリル手袋の設置ができた。

【考察と課題】コストの問題から、看護部の意見だけではなかなか導入に至らなかった。時代のタイミングを逃さず、薬剤課など関連する部署と目的を共有して連携し、抗がん剤の職業性曝露への理解と組織全体で取り組む必要性について周知活動を実施したことが、導入の鍵となったと考える。今後は職業性曝露に関するスタッフ教育を継続し、当院で可能な抗がん剤の曝露防止策に関するマニュアル作成とシステム整備をしていくことが課題である。

歯科診療所におけるインシデント等の医療安全に 関連する情報収集ならびに共有の促進

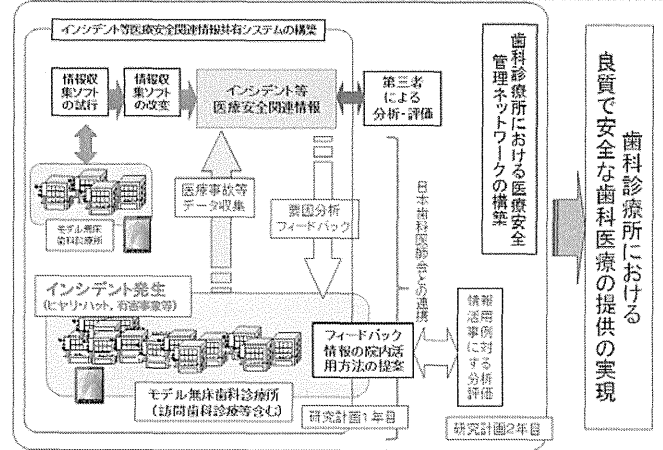
- 1) 東京医科歯科大学 歯学部附属病院, 2) 大阪府歯科医師会, 3) 京都府歯科医師会,
4) 神奈川県歯科医師会, 5) 沖縄県歯科医師会, 6) 北海道歯科衛生士会,
7) 株式会社蒼画堂, 8) 日本大学 松戸歯学部, 9) 大阪大学 歯学研究科

- 宮本 智行¹⁾ 瀬古口 精良²⁾ 溝渕 健一³⁾ 松尾 亮³⁾ 片山 繁樹⁴⁾
比嘉 良喬⁵⁾ 武藤 智美⁶⁾ 青山 政勝⁷⁾ 笹井 啓史⁸⁾ 森崎 市治郎⁹⁾



【背景と目的】

我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等（ヒヤリハット・有害事象等）の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においても、これらの情報を共有し、医療の安全を高めてゆく必要があるが、現状では様々な困難がある（文献1）。我々は歯科診療所に特有の模倣事例を作成し（第9回医療の質・安全学会、2014）、先行研究で開発したソフトウェア（第7回医療の質・安全学会、2012）を訪問歯科診療等においても対応できるようにシステム構築（図1）を行い、調査を行ったので報告する。



【取り組み】

日本歯科医師会の協力を得て、10都道府県×10歯科診療所において、ネットワーク構築を行った。模倣事例の入力後に各診療機関での実態調査を開始した。調査期間を2014年11月4日から同年12月3日までの1か月間とし、下記の項目に分類し集計を行った。

【無床歯科診療所に特化した事例分類】

- I. 受付・対応
 1. 受付、応対、接遇
- II. 検査・診断
 - 2-2 情報収集、情報伝達の不備（診療従事者等）
 3. 検査、エックス線写真
 4. 患者誤認
 5. 診断関連
- III. 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
- IV. 診療
 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
- V. 施設・管理
 20. 診療録記載、管理
 23. 防災管理、火気取扱
 24. 診療従事者管理
- VI. その他
 25. その他



【考按】

調査期間が1ヶ月間と短期間ながら、85施設から302件の報告がなされていた。我々の開発したソフトは各調査協力歯科診療所からの評価も概ね良好であり、今後、規模を拡大した調査研究を計画している。

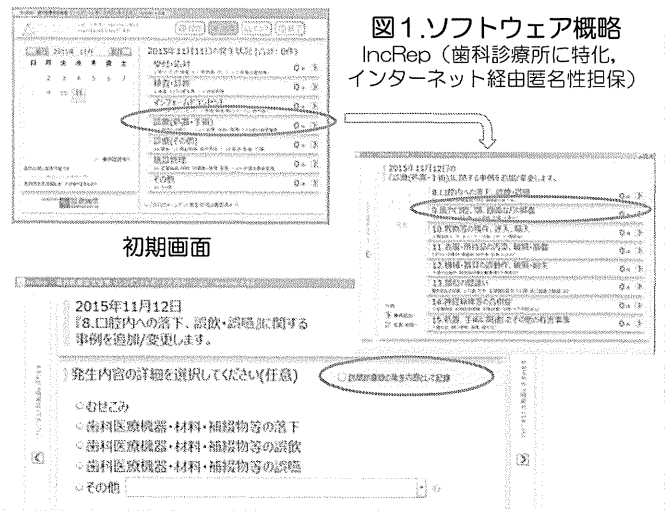
【参考文献】

1) 宮本智行, 我が国の歯科医療における良質かつ安全な医療の推進をめざして, 医療の質・安全学会誌, Vol.7, No.3, 246-251, 2012.

【謝辞】

本研究は、平成27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」の助成を得て行われた。

図1. ソフトウェア概略
IncRep（歯科診療所に特化、インターネット経由匿名性担保）



【結果】

報告件数はN=302件であった（85施設より回答）。1.受付・対応・接遇に関するものが66例と最も多く、次いで8.口腔内への落下、誤飲・誤嚥が40件であった（図2）。訪問歯科診療に関連する事例も3例の報告があった（表1）。

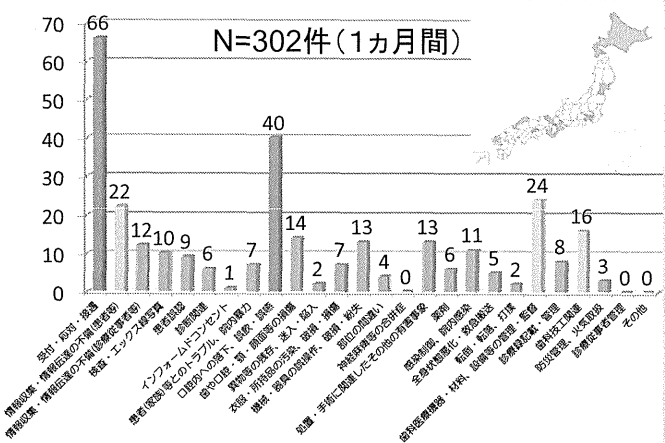


図2. 調査協力歯科診療所(85施設)におけるインシデント報告件数の総計

表1. 訪問歯科診療時の発生内容として記録されたインシデント事例(3例)

事例	内容
事例1	12.機械・器具の誤操作、破損・紛失： 訪問歯科診療時の医療機器の取り扱い不備
事例2	17.感染制御、院内感染： 感染性廃棄物に関する不備
事例3	20.歯科医療機器・材料、設備等の管理・監督： 訪問歯科診療時の医療機器の準備忘れ



を繰り返していた。突
亡の中で、ICはすべ
の積極的な治療及び
せず。外来診療時、
言作成時期について
「早めに作成するよう

救急要請し当院に搬
レベルはクリアだが下
親族に「数日中の急変
。20時ごろ患者の弁
、当該患者の一般危
ために2名の職員の立
医療安全部門に相談
病院の顧問弁護士に相
やむを得ず立ち合い
務担当者と当日の看護
で遺言作成に立ち会っ
た。

廷命令あり、立ち会っ
うけた。

かかわらず、死亡間際
に全委員会にて一時危

る
必要がある
患者が自分らしく終末
の望みがかなえられるよ

ることが分かった

・小床状態にある

人に連絡を取り、遺言
ように患者に依頼する

された場合、原則的には
うに説明する

同意を得て選出する

く
とする)
は避ける
る。

歯科診療所におけるインシデント等の医療安全に 関連する情報収集ならびに共有の促進

- 1) 東京医科歯科大学 歯学部附属病院, 2) 大政府歯科医師会, 3) 京都府歯科医師会,
4) 神奈川県歯科医師会, 5) 沖縄県歯科医師会, 6) 北海道歯科衛生士会,
7) 株式会社着歯堂, 8) 日本大学 松戸歯学部, 9) 大阪大学 歯学研究科
○宮本智行¹⁾ 瀬古口 精良²⁾ 溝渕 健一³⁾ 松尾 亮³⁾ 片山 繁樹⁴⁾
比嘉 良喬⁵⁾ 武藤 智美⁶⁾ 青山 政勝⁷⁾ 笹井 啓史⁸⁾ 森崎 市治郎⁹⁾



【背景と目的】

我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等（ヒヤリハット・有害事象等）の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においても、これらの情報を共有し、医療の安全を高めていく必要があるが、現状では様々な困難がある（文献1）。我々は歯科診療所に特有の模擬事例を作成し（第9回医療の質・安全学会、2014）、先行研究で開発したソフトウェア（第7回医療の質・安全学会、2012）を訪問歯科診療所においても対応できるようにシステム構築（図1）を行い、調査を行ったので報告する。

【取り組み】

日本歯科医師会の協力を得て、10都道府県×10歯科診療所において、ネットワーク構築を行った。模擬事例の入力後に各診療機関での実態調査を開始した。調査期間を2014年11月4日から同年12月3日までの1か月間とし、下記の項目に分類し集計を行った。

【無床歯科診療所に特化した事例分類】

- I. 受付・対応
 - 1 受付、発症、接遇
 - 2 情報収集、情報伝達の不備（診療従事者等）
- II. 検査・診断
 - 3 検査、エックス線写真
 - 4 患者認識
 - 5 診断関連
- III. 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
 - 7 患者（家族）等とのトラブル、腕内離力
- IV. 診療
 - 8 口腔内への腫下、気管、誤嚥
 - 9 歯や口腔、顎、顔面等の損傷
 - 10 異物の残存、誤入、漏入
 - 11 衣服、所持品の汚染、破損、損棄
 - 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
- V. 施設・管理
 - 20 診療録記載、管理
 - 21 設備・器具の管理、点検、点検記録
 - 22 設備・器具の点検、点検記録
 - 23 防災管理、火災取扱
 - 24 診療従事者管理
- VI. その他
 - 25 その他



【考按】

調査期間が1ヶ月間と短期間ながら、85施設から302件の報告がなされていた。我々の開発したソフトは各調査協力歯科診療所からの評価も概ね良好であり、今後、規模を拡大した調査研究を計画している。

【参考文献】

- 1) 宮本智行, 我が国の歯科医療における良質かつ安全な医療の推進をめざして、医療の質・安全学会誌, Vol.7, No.3, 246-251, 2012.

【謝辞】

本研究は、平成27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」の助成を得て行われた。

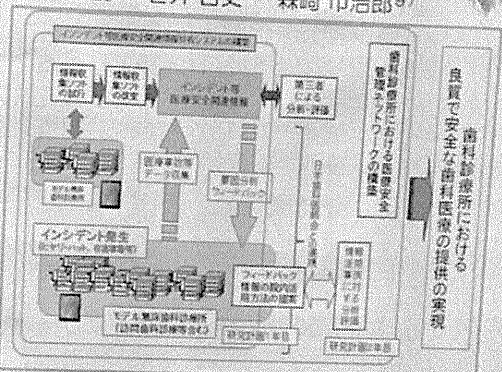
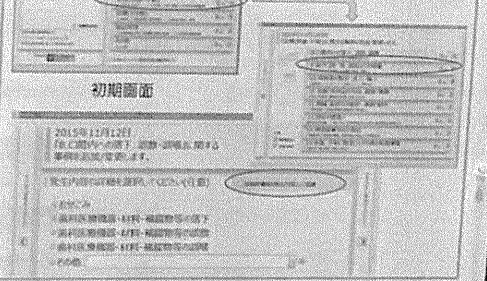


図1 ソフトウェア概略
IncReo（歯科診療所に特化、インターネット経由匿名性担保）



【結果】

報告件数はN=302件であった（85施設より回答）。1. 受付・対応・接遇に関するものが66例と最も多く、次いで8. 口腔内への落下、誤飲・誤嚥が40件であった（図2）。訪問歯科診療に関連する事例も3例の報告があった（表1）。

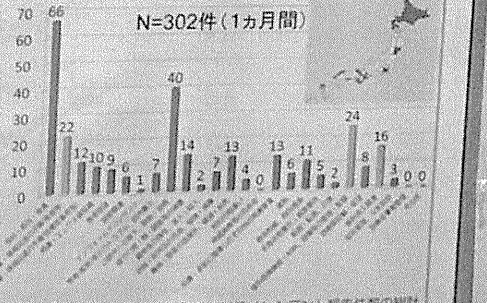
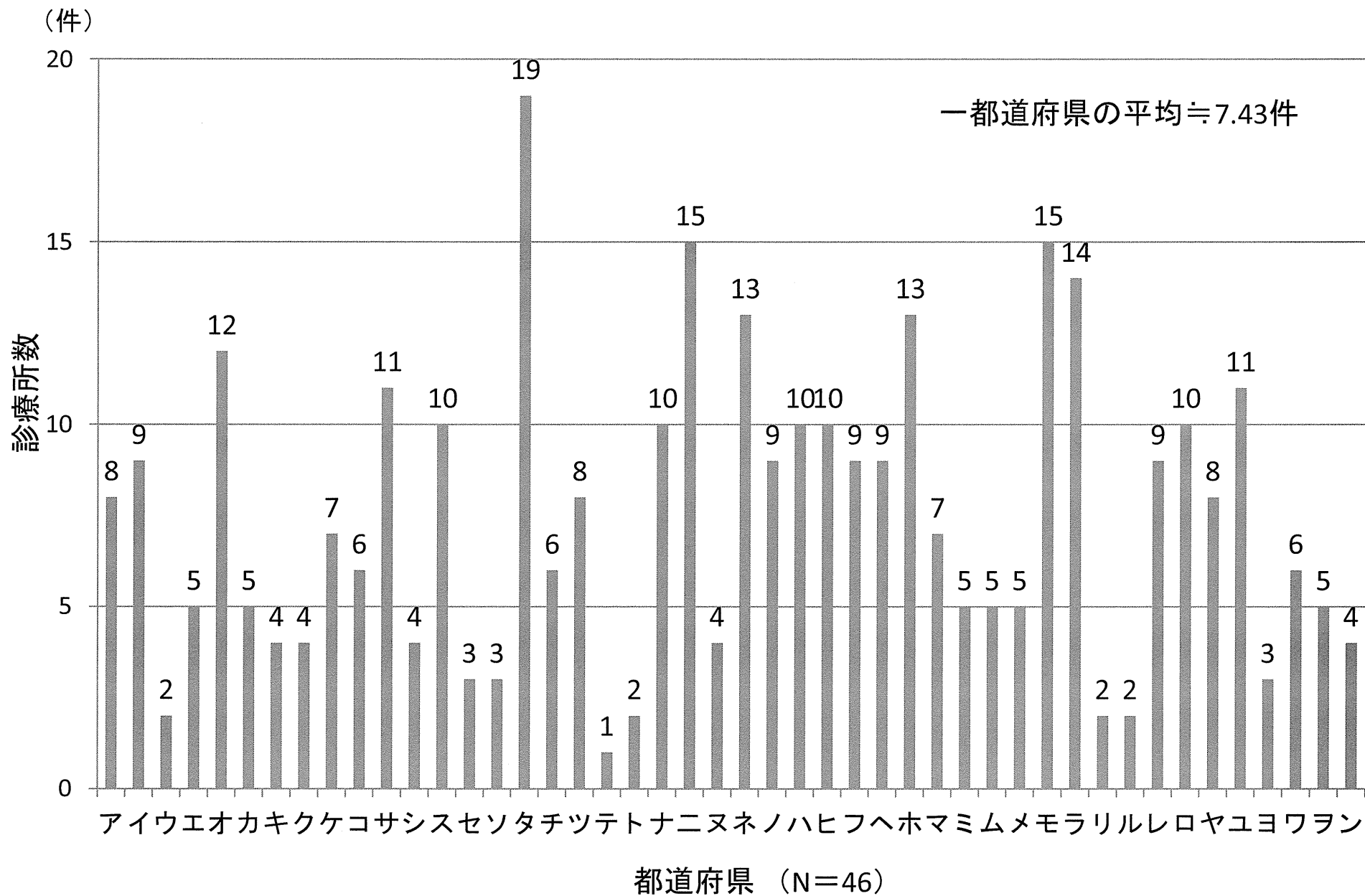


表1 訪問歯科診療所の発生内容として記録されたインシデント事例(3例)

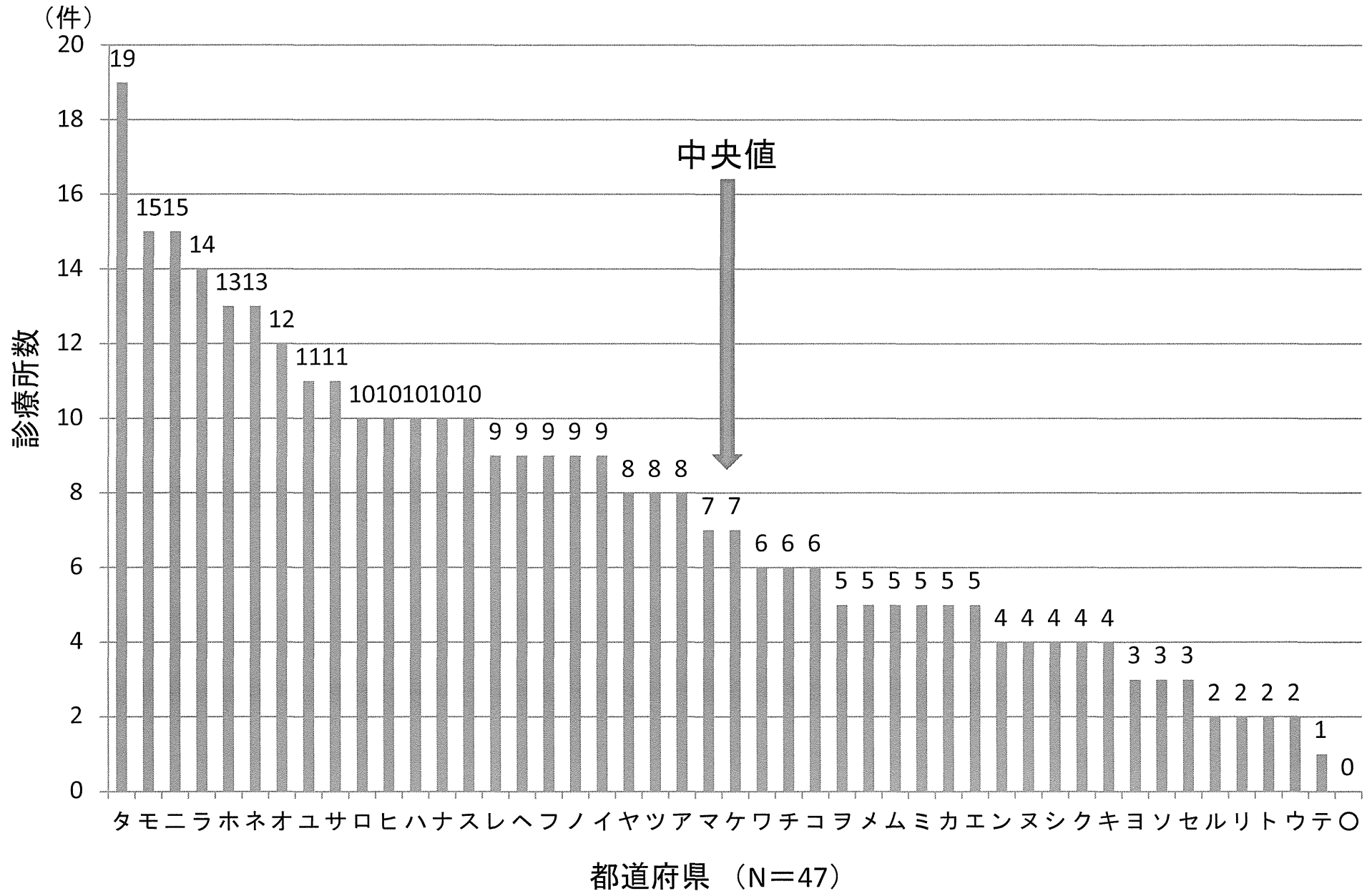
事例	内容
事例1	12 機械・器具の誤操作、破損・紛失 訪問歯科診療所の医療機器の取り扱い不備
事例2	17 感染制御、院内感染 感染性病原体に関する不備
事例3	20 歯科医療機器、材料、設備等の管理・整備 訪問歯科診療所の医療機器の運用能力

(資料7) 全国的規模での実態調査に関する資料

平成27年度 46都道府県 研究協力歯科診療所数 (N=342)

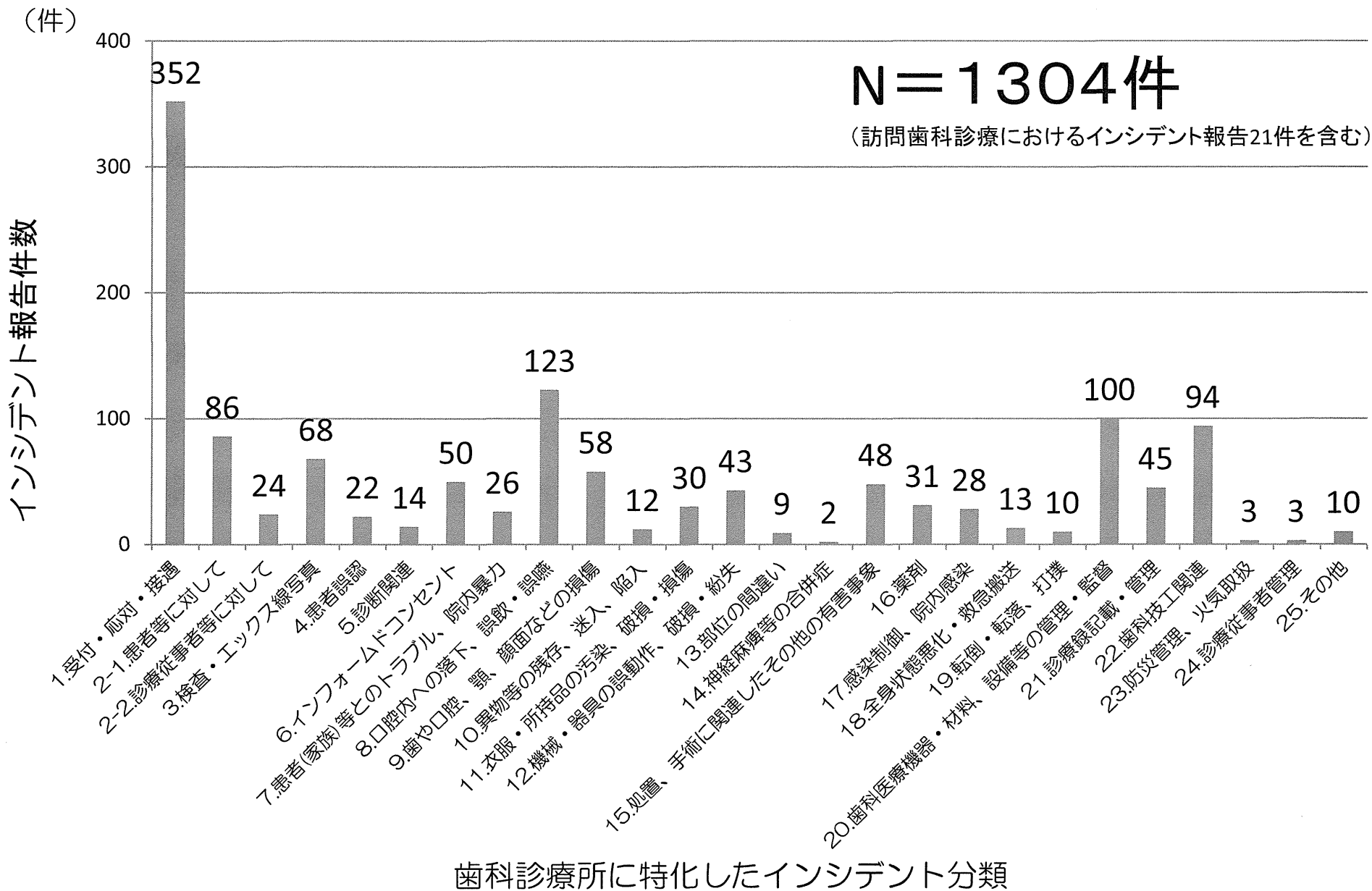


平成27年度 都道府県別の研究協力歯科診療所数 中央値



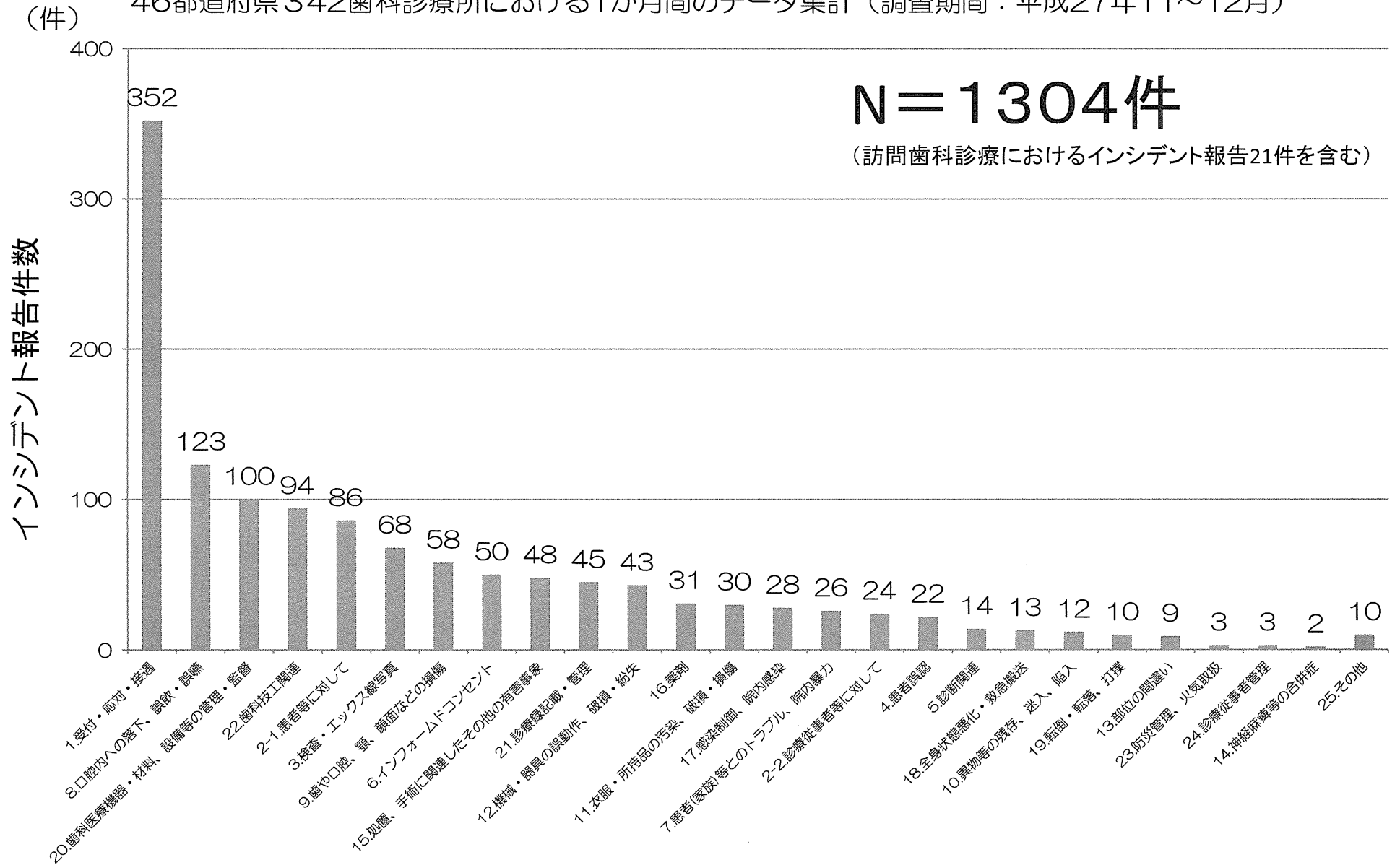
平成27年度 インシデント報告件数(1)

46都道府県342歯科診療所における1か月間のデータ集計（調査期間：平成27年11～12月）



平成27年度 インシデント報告件数(2)

46都道府県342歯科診療所における1か月間のデータ集計（調査期間：平成27年11～12月）



歯科診療所に特化したインシデント分類