

歯科医療安全情報報告書

日本歯科医学会連合 歯科医療事故情報分析評価委員会

1. はじめに

高齢者人口の飛躍的増加と口腔衛生の重要性に関する啓蒙活動の進展に伴って、全身疾患を有する患者が歯科を受診する機会が増加している。さらに訪問歯科診療に取り組む歯科医療機関も一般化し、多くの患者が在宅で歯科治療を受けるようになってきている。これらのいわゆるハイリスク患者に、安全な歯科医療を提供することは、歯科医師にとって喫緊の課題と考えられる。そこでアンケート調査に文献的考察を加えて、患者にとって安心、安全な歯科医療を提供する上で必要な、体制、設備、取り組みについて報告する。

2. 方法

1) 調査対象及び回収状況

調査は以下の 8 機関を対象に実施した。発送数、回収数及び回収率は以下のとおりである。なお、記録票②の回収数は 1,848 件であった。

調査対象	発送数	回収数	回収率
------	-----	-----	-----

歯科大学（歯学部）病院	29		
医科大学・歯科（口腔外科）	66		
日本病院歯科口腔外科協議会会員	461		
独立行政法人国立病院機構	53		
日本障害者歯科学会会員	1,574		
日本老年歯科医学会会員	986		
日本有病者歯科医療学会会員	515		
都道府県歯科医師会会員	3,160		
合計	6,844	1,681	24.6%

2) 調査項目

別紙調査票のとおり。

3) 調査方法

調査票を郵送し、同封の返信用封筒にて郵送回収した。

4) 調査期間

平成 31 年 1 月 28 日（月）発送。平成 31 年 2 月 28 日（金）を回収期限とした。

3. 結果（「」は原則として原文のママ・参考資料「自由回答リスト」）

1) 歯科診療所におけるインシデント・アクシデント

(1) 局所的インシデント・アクシデント

① 口腔内への落下・消化管への落下・呼吸器への落下

インシデント・アクシデントの中で最も多かったのは、補綴物、器具などの口腔内への落下（落下）160件、消化管への落下（誤飲）135件、呼吸器への落下（誤嚥）9件で合計304件発生していた。落下の多くはインレーやクラウンなど補綴物の試適、装着、除去に伴うものであったが「タービンを口腔内で回転させたところ、バーが外れて口腔内に落下した」「注射器のニードル部（注射針）が口腔内で落下し、誤嚥させそうになった」「手用スケーラーのシャンクから先が折れた。折れた先端が口腔内に落ちた」「バキュームチップが口腔内で外れた」など器具、器械が原因となったものもあった。誤飲の原因も、補綴物に関連したものが大部分を占めていたが、「バーがコントラから外れてしまい、吸引する前に患者が誤飲してしまった」「ピーソーリーマの一部が折れて、口の中に落ちた。口の中から取り出す前に飲み込まれた」といった器具、器械が原因となったものに加えて、「印象採得の時にシリコン材を誤飲」「上顎

総義歯の直接法による床裏層時に余剰材料を誤飲」など流動性の高い材料を使用した場合に生じていた。また「パーキンソン症候群にて寝たきりの患者が、マウスピースを飲み込んでしまった」「知的能力障害がある患児に、レストレーナーによる抑制下でブラッシングをしているところ、上顎左側第二乳白歯が脱落し、誤飲させた」など障がいのある患者の事例が報告されていた。誤嚥の原因も大半は小さな補綴物であったが、タービンバーが原因となった事例が 1 件あった。誤嚥の理由として「患者の希望で背もたれをほとんど倒さずに治療していたため、術者も無理な体勢で口腔内を十分見ることが出来なかったため」とする回答があった。誤飲に対する対応のほとんどは、経過観察であった。一方誤嚥のうち 7 件は「救急搬送し内視鏡による摘出」で摘出されていたが、咳き込ませたら排出された、背中を叩いたら排出された、という回答が 1 件ずつあった。死亡症例はなかった。「口腔内にガーゼを置いておけば防ぐことができた」とする意見があった。

② 口腔粘膜の損傷

2 番目に多く発生していたのは口腔粘膜の損傷で、79 件の報告があった。ほとんどはタービンバーの誤操作による舌あるいは頬粘膜の損傷であったが、

「5支台歯形成時にタービンに口腔底粘膜を巻き込み、3mm×7mm位の創傷を負わせた」「タービンのバーで口腔底をまきこみ出血」「下顎歯牙タービン(ダイヤモンドバー)にて形成中、口腔底粘膜を巻き込んで損傷」など口腔底を傷つけたとする報告が10件あった。さらに「8の抜歯に際して骨切削器具が歯肉を巻き込み、舌側歯肉を損傷。舌神経にも損傷を与えた」「急性症状のある根管治療中の歯牙を削合しようとした時患者(知的障害者 自閉症 A-1)が頭部を急に動かし切削していたバーが舌に刺さり穿通」といった、比較的損傷程度の強い事例も生じていた。

③ 針刺し

針刺しは20件発生していたが、そのうち18件は、歯科医師または歯科衛生士に注射針を刺していた。患者への針刺しは2件で、いずれも口唇への誤刺であった。

④ 出血

出血が問題となったのは19件で、そのうち14件は外科処置後の後出血であり、抗血栓薬を服用していた事例が6件含まれていた。大部分は局所止血で対応可能であったが、歯肉からの出血が止まらず、その後の検査で血小板減

少性紫斑病であったことが判明し入院加療となった1件と、「電気メスで血管を損傷、拍動性出血」「左下の臼歯を切削時に口腔底を障害」の2件は救急外来を受診していた。

⑤ 器械・器具の誤穿刺

器械・器具の医療者に対する誤穿刺は13件発生していた。そのうち3件は「滅菌の最中、ファイルが指に刺さった」「訪問先で義歯調整中に使用したエバンスを別施設で片付けをしている際に落として足に刺した」「診療後の片付けの際のエンジンリーマーによる針刺し」など後片付けに際して発生していた。

⑥ 上顎洞への迷入

6件の報告があり、そのうち3件はインプラント体の迷入、1件は迷入させずに済んだインシデント事例であった。迷入した5件は、口腔外科で摘出手術を受けていた。

(2) 全身的インシデント・アクシデント

① 意識消失

意識消失が生じたのは 20 件で、6 件は局所麻酔後に生じていた。11 件は救急搬送されており、そのうち 1 件は術前から頭痛と右上顎に痛みを訴え、気分不fastに次いで意識が消失し、翌日死亡したクモ膜下出血事例であった。また I 型糖尿病患者がインスリン注射後に来院し、低血糖発作から意識消失を起こしていた。救急車内の血糖値は 36mg/dl で、「治療後食事しようと思った」とのことだった。

② 意識レベル低下

意識レベル低下が生じたのは 13 件で、5 件は局所麻酔後に生じていた。救急搬送後に回復した 2 件を除けばいずれも一過性で、経過観察後に回復していたが「ボンベが空になっており、即時に O₂ 吸入を行えず、処置に手間を取った」事例があった。

③ 気分不快

気分不快が生じたのは 23 件で、11 件は局所麻酔後に生じていた。「治療後に気分が悪くなり、血圧測定を試みたが電池切れであった。主に使用している血圧計ではなかったので、メンテナンスをしていなかった」という事例があった。

④ 血圧上昇

血圧上昇を認めたのは6件で、「高血圧の通院歴はないが、自宅で計るといつも高い。右上8番破折のため抜歯することにした。バイタルチェックしながら抜歯を試みたが、やはり血圧が上昇しリスクが高いと判断し抜歯を中止した」「問診では血圧等、特に治療を受けていないとのことだった。モニターにて収縮期BP170mmHgと高い上、数回測定するも下がらず、脈拍に不整を認めたので中止した」など、モニターの有用性が報告されていた。

⑤ アレルギー反応

局所麻酔後に、蕁麻疹および咳発作が出現し、内科でステロイド点滴投与と気管支拡張薬吸入を行って対応した事例が1件あった。診療録にアレルギーの記載があったにも関わらず、同種の投薬を行った事例が3件発生していたが、アレルギー反応は生じなかった。「アルコールアレルギーの患者の介助中、使用する器具をアルコールで拭こうとして他の助手が止めた」事例が1件あった。

⑥ 脳梗塞

スケーリング後に発症した脳梗塞が1件報告されていた。「治療によるスト

レスとも思われるが、毎月の様にスケーリング・歯面清掃等を行っているので
わからない」と経過、対応を含めて詳細は不明であった。

2) 訪問診療におけるインシデント・アクシデント

(1) 局所的インシデント・アクシデント

① 忘れ物

「SpO₂モニターを装着したまま忘れて帰院した。家族から連絡があり、取りに戻った」「訪問診療先の患者寝具内に探針1本を落とし、片付け時に忘れて帰院」
など、診療後に忘れ物をした事例が25件、「事前にいただいていた情報を持たずに初診患者宅を訪れた」「既成トレーを診療所に忘れてしまい、実施できなかった」など、診療情報や器具を持たずに訪問先に向かった事例が9件発生していた。

② 器具器械トラブル

器具器械の不調が11件あった。そのうち7件は「ポータブルの切削器具の充電が切れて治療が中断してしまい、患者に対して負担(長時間の治療)をかけた」

「クモ膜下出血で3年前から寝たきりだった。上顎中切歯は、P4であり疼痛を

訴えていたため、抜歯することにした。抜歯前に血圧測定を試みたが電池切れだった」など、電池切れが原因であった。

③ 落下・誤飲

口腔内清掃用スポンジの口腔内落下が1件、寝たきり患者が不適合な上顎義歯を誤飲した事例（対応、経過は不明）、ティッシュコンデショナーおよび抜去歯の誤飲が1件ずつ起きていた。

④ 出血

3件全てが術後の再出血事例であった。そのうち1件は、抗凝固薬、抗血小板薬の2剤服用者で「簡単なスケーリングを行ったが歯肉からの出血が止まらず、診療後に再訪問した。圧迫と止血剤で出血は止まった」事例であった。また、入院して輸血を行なった事例が1件あったが基礎疾患、抗血栓薬服用の有無など詳細については不明であった。

⑤ 火災

「根充時のストッピングを温めていたら、先からストッピングに引火した。拭き取ろうとしてアルコールガーゼで触れてしまい、ガーゼに引火」など、持参したガスバーナーが周囲に引火した事例が2件あった。

(2) 全身的インシデント・アクシデント

① 循環器に関連したもの

スケーリング中に大動脈解離が発症し、救急搬送された事例が1件あった（詳細不明）。

② 呼吸器に関連したもの

呼吸器疾患患者では「訪問診療にて間質性肺炎の診断を受けた患者に対し、歯周病の管理をしている時に、患者がたびたびの息苦しさを訴え治療の中断があった。当日パルスオキシメーターを持参しておらず、訪問看護師からの情報を元に危険性は無いと判断し、当日の診療を終了。翌日呼吸困難が深刻化し入院。2～3週間後死亡」「術前、ベッドから車いすへ移乗してもらったところ、口唇が青白く変色（原因不明）経過観察のみで軽快」の2件が発生していた。

③ 感染症によるもの

抜歯後に敗血症と診断され、救急搬送された事例があった（詳細不明）。

3) 病院歯科・大学病院等におけるインシデント・アクシデント

(1) 局所的インシデント・アクシデント

① 落下・誤飲・誤嚥

最も多かったのは落下・誤飲・誤嚥で、それぞれ 18 件、35 件、1 件の合計 54 件が発生していた。「口呼吸と高齢のため、治療時に咽頭部が大きく開いた状態で行わなくてはいけない患者にもかかわらず、ラバーダムなしに根管治療を行い、誤飲寸前の状態をつくってしまった」「右上 D 予防処置のため、サホライドを塗布した。防湿、乾燥の為、コットンロールを口腔内に入れていたが嫌がり、コットンロールを喉の奥に押し入れた状態で口を閉じてしまった」など補綴物以外の落下事例も報告されていた。誤飲事例においても「抜歯後出血に対し、止血シーネを装着しその上からガーゼで圧迫止血を行っていた。そのまま 30 分ほどガーゼを咬んでもらうよう説明し病棟に帰室したが、その後ガーゼを飲み込み咳き込んでいるとの報告があった」「右下 67 を固定するためのワイヤー（直径 0.9mm、長さ 1cm 程度）を口腔内に落下させ、それを患者が嚥下した。呼吸困難・異物感・痛みなどなし。ストレッチャーにて搬送し、胸腹部レントゲン撮影。食道中部にワイヤーを認めたため、内視鏡にて除去して頂いた」「脳梗塞にて入院中、歯牙の動揺の主訴で依頼有り、口腔ケア中、サクシヨンの先、1.3cm プラスチックを咬まれ、誤飲させてしまった」などあらゆるものが原因となって

いた。誤飲に対する対応は、経過観察が大部分を占めていた診療所の場合と異なり、内視鏡下に摘出された事例が多かった。誤嚥事例は体位変換と咳嗽で咯出されていた。

② 口腔粘膜の損傷

口腔粘膜の損傷は 29 件発生していた。バーによる舌、頬粘膜の損傷が大部分を占めていたが「外傷歯の治療をモニター下、介助の歯科医師 1 人、衛生士 3 人で徒手抑制していた。終了時に口腔内写真を撮る際、介助者の把持した口角鉤により、患児の上唇小帯を損傷」「う蝕治療の際に浸潤麻酔を用いた。治療は協力的でスムーズに進んだ。咬傷を起こす可能性があったために気をつけるようにお伝えした。しばらくして、唇から出血していると父親の訴えがあり、傷を確認すると咬傷を起こしていた。縫合を行った」「上下の智歯抜歯で、下顎を抜歯した後に上顎の操作に移行したが、抜歯困難でマイセルマレットを使用した。術中に患者の口角付近の皮膚に 2～3mm の線状裂傷ができていた」などの事例もあった。

③ 針刺し

注射針によるもの 4 件、縫合針によるものが 4 件生じていた。いずれも歯科医

療従事者に針を刺していた。そのうち 3 件は「口腔外科にて抜歯介助中の歯学部学生の右前腕に術者が持っていた患者に使用した局所麻酔薬の注射針が接触し擦過傷を負った」「介助中の実習生から浸潤麻酔の針を刺したと申告があった。実習生は術者に注射筒を渡す際、注射針のフタを緩めてキャップが外れ、針を指に刺した」「学生が歯科処置後の片づけで、浸潤麻酔の針を外そうとしてキャップが外れて針を指に刺した」と学生に対する針刺しであった。

④ 出血

出血トラブルは 4 件で、3 件は血管損傷など全身麻酔下口腔外科手術に関連したものであった。1 件は、ワルファリンを服用中の透析患者の抜歯後出血であった。局所止血剤を挿入し、縫合および止血シーネで対応可能であった。

(2) 全身的インシデント・アクシデント

① 意識消失

意識消失は 5 件発生していたが、いずれも回復していた。そのうち 1 件は、気管軟化症の患児の抑制下治療中に、チアノーゼから意識消失に至った事例であった。酸素飽和度低下に気づき、抑制を解除したところ回復した。また糖尿病患者が診療中に低血糖性昏睡を発症し（原因不明）、救急搬送中のブドウ糖静注で

回復した事例があった。

② 意識レベル低下

意識レベル低下は8件発生していた。そのうち1件は低血糖性昏睡で「化学療法中の患者が意識レベルの低下、振戦、頻脈、縮瞳を認めた。検査の結果、血糖値が20mg/dl以下であり低血糖であったため、ブドウ糖を静脈注射したところ、意識レベルが回復した」とのことであった。局所麻酔後に迷走神経反射を発症した事例が4件あったが、3件は経過観察のみで回復していた。しかし、過換気の既往を有する患者の意識レベルが局所麻酔後2度に渡って低下し、輸液を行った事例があった。

③ 気分不快

気分不快は7件発生していた。そのうち3件は局所麻酔後に生じており、1件では酸素投与が行なわれていた。診療後に「気分が悪い、胸が苦しいとの訴えがありモニターを装着。SpO₂100%, HR111bpm, 血圧は上肢のこわばりが強くマシネットの装着ができず測定不可能であった。ハリーコール。呼吸が苦しいとの訴えがあり、声かけを継続した。救命救急センターへ搬送。過換気痙攣様発作との診断後、入院治療の必要なしで帰宅した」事例、抗菌剤服用後に吐き気を訴

えた事例、体調不良のパニック障害に鎮静薬を投与したところ頻脈と気分不快を訴えた事例があった。

④ 気管切開チューブトラブル

気管切開チューブのトラブルは6件発生していた。5件は脱落で、そのうち4件は自己抜去であった。残りの1件では、チューブ内の喀痰付着により気道が閉塞し、呼吸停止から心停止となったが、蘇生処置により後遺症無く回復していた。

⑤ 胃管トラブル

胃管の脱落は6件で、いずれも口腔外科手術後の病棟で発生していた。5件は自己抜去で、そのうち3件は睡眠導入剤を服用していた。

⑥ アレルギー反応

アナフィラキシーの報告はなかったが、担当医が診療録に食物アレルギーの記載を忘れ、病院食で皮疹が生じた事例、「牛乳アレルギーのある小児に対して、MIペースト（牛乳由来成分）を塗布し、皮膚の発赤、かゆみ等のアレルギー反応を起こしてしまった」など3件が発生した。いずれも経過観察で対応可能であった。

⑦ 血圧上昇

未治療の高血圧症患者に「下顎歯肉部の生検のため伝達麻酔と浸潤麻酔を行い、疼痛を訴えたため局所麻酔を追加した。さらに強い疼痛の訴えがあり、再び局所麻酔を追加したところ、震戦が見られ、血圧測定で 200/100mmHg。緊急コール、内科受診の結果 1 泊入院」となった事例があった。

(3) その他のインシデントアクシデント

① 投薬・処方に関連したインシデント・アクシデント

31 件の報告があった。「ロキソニン禁忌の患者に対してロキソニンを処方した。院外薬局から問い合わせがあり、処方を変更した」「ロキソニンが身体に合わない旨、カルテに記入があるにも関わらず疼痛の訴えが電話にてあった際、市販のロキソニン S を買うよう指示した」「毎回問診票にペニシリンアレルギーと記入しているのに、前回、原則禁忌の薬を処方されて調剤薬局で指摘されて、処方箋変更手数料を請求されたと苦情があった」など、診療録の確認不足による処方ミスがあった。また、「CV ポート増設によりメイン輸液の中にヒューマリン R50 単位を混入した。変更前までは、ヒューマリン R50 単位 + 生食 50ml が 0.9ml/h で投与されており、計算上倍量以上の投与となっていた。夜間の血糖測定にて

62mg/dl と基準値を下回り低血糖の状態となった」「身長、体重の誤入力があることに気づかず、術中電子カルテから自動入力された値をもとにフェンタニルが投与された。適正量の約2倍のフェンタニルが投与されたことがわかった」

「抗癌剤治療中の患者さんに、1時間で100ml投与予定の薬剤を、2時間で100ml投与した」「小児の抗生剤投与量を間違えて、患者に渡した。その後、患者が薬局で確認し、内服はしなかったが、1日1.5gのところ、3倍量の4.5gになっていた」など、内服、静脈内投与のいずれにおいても投与量のミスが発生していた。

② 患者情報の誤り

24件全てが、歯科医師と介助者によるダブルチェックによって処置前に誤りに気づいた、インシデント事例であった。「兄弟の患者に連続して術前の心電図検査を行った。結果の用紙を電子カルテにスキャンする際に、二人を取り違えて取り込みをした」「紹介状を同姓同名の別患者の電子カルテにスキャンした」

「パノラマX線撮影時にバーコード読み取り手順を間違えたため、別患者のカルテへ画像が送られた」など診療録等の入力ミスによるものが多かった。

③ 連携ミスによるインシデントアクシデント

全部で15件が報告されていた。そのうち6件は周術期口腔ケアに関連するも

ので、予約ミスや確認不足などが原因であった。また矯正医から依頼された便宜
抜歯の部位を誤り、異なる歯を抜去した事例があった。

4. 考察

1) 局所的インシデント・アクシデント

① 誤飲・誤嚥

診療室、病院歯科、大学病院いずれの施設においても、もっとも多く発生して
いたインシデント・アクシデントは、異物の口腔内落下、誤飲、誤嚥であった。
馬場ら¹⁾も、局所偶発症のうち誤飲・誤嚥が全体の5割を占めていたと報告し
ている。また誤嚥はそのうち7%であり、笹尾ら²⁾によれば落下した異物の4%
程度が誤嚥されていたという。今回の結果でも誤飲173例に対し、誤嚥は10例
で、全体の5.5%が誤嚥であった。したがって異物を誤飲、誤嚥させた場合、5%
程度が気管に落下すると考えられる。しかし今回の結果を含む上記の2報にお
いても、患者自身による喀出、内視鏡による摘出、背部叩打法などで除去するこ
とに成功しており、開胸手術や死亡症例はなかった。歯科における異物は比較的
小さく、気道の完全閉塞は起こりにくいためだと思われる。日本医療機能評価機

構の報告⁴⁾、および今回の結果から、

誤飲・誤嚥の予防策としては

- 患者体位を座位とする
- 落下しやすい器具には糸などを装着する
- ラバーダムやガーゼスクリーンを利用する
- 患者頭部を左右いずれかに傾ける
- 介助者に適切な吸引操作を指示する

口腔内に落下させた場合の対応としては

- 直ちに患者の顔を横に向ける
- 咳をさせる
- 頭を下げた状態で背部叩打法を行う（落下後の座位への体位変換は、異物が深部に移動する可能性がある²⁾）
- エックス線撮影を行い、最終排泄まで確認して診療録に記録する
- 排出されない場合は直ちに内視鏡による処置が可能な施設に移送する

が適切だと考えられた。

② 口腔粘膜の損傷

大部分は回転式切削器具、特にタービンバーの誤操作による頬粘膜、または舌の損傷であり、経過観察で対応可能であった。しかし、縫合を要した事例も報告されており、抗血栓薬服用者が増加していることを考え合わせると、今後は損傷予防がいっそう重要になると考えられる。白川³⁾はタービン使用時には介助者にバキューム操作を任せ、術者はミラーなどを用いて粘膜保護に注意を払うことを推薦している。また、誤飲・誤嚥の予防においても、吸引操作の重要性が強調されている⁴⁾。口腔内で小器具を取り扱い、注水下に高速で回転する切削器具を操作する歯科治療の特徴から、介助者が適切な吸引操作を行うことが望ましいと考えられる。

③ 針刺し

器具の後片付けの際に数多く発生していたことから、片手リキャップ法などを用いて、診療終了後は確実に針先を収納することが重要だと思われた。また病院歯科、大学病院など学生が診療に参加する施設では、経験の乏しい介助者に対する針先事故が発生していた。今回の結果には現れなかったが、臨床研修医が勤務する診療所でも注意が必要と考えられる。

④ 出血

多くは抗凝固薬服用者の抜歯後出血であった。救急外来を受診したのもあったが、いずれも圧迫、縫合、局所止血剤などで止血に成功していた。抗血小板薬のみを服用している場合には、後出血は発生していなかった。日本有病者歯科医療学会のガイドライン⁵⁾でも、抗血栓薬を継続したまま抜歯を行うことは弱い推薦となっている。したがって抗血栓薬服用者の抜歯後出血は、時間を要するものの局所止血で対応可能だと考えられた。

2) 訪問診療におけるインシデント・アクシデント

最も多く報告されたのは、訪問先に器具機材を忘れて帰宅した事例であった。個人情報置き忘れれば、重大なアクシデントにつながる可能性もある。あらかじめ持参する物品のリストを作り、訪問前と帰宅前に内容と動作を確認すれば、器具器械のトラブル防止にもつながると思われた。

3) 全身的インシデント・アクシデント

① 意識消失、意識レベル低下、気分不快

意識消失は 25 件、意識レベル低下は 21 件、気分不快は 30 件発生していたが、

そのうち 29 件は局所麻酔後に生じていた。ほとんどは血管迷走神経反射であり、局所麻酔施行時にはモニターを利用することが望ましいと考えられた。また、歯科診療所では、酸素ボンベが空であった、血圧計が電池切れであった、など日常使用することのない器具、機材のメンテナンスが不足していた。担当者を決めて定期的にチェックする体制が必要だと思われる。

意識消失 2 件と意識レベル低下 1 件は、低血糖によるものであった。血糖コントロールを受けている患者では、常に低血糖発作発症を念頭に置く必要があると考えられた。

② 血圧上昇

循環器疾患の申告がない場合でも、モニタリングを行なっていると適切な対応が可能になることが改めて明らかになった。意識消失、レベル低下、気分不快発生に対する対応を含め、今後はモニタリングの普及に努めることが全身的インシデント・アクシデントの減少に繋がると考えられた。

③ アレルギー

アナフィラキシーの発生頻度は非常に低いことが知られており、今回も報告はなかった。しかし診療録の確認不十分によって禁忌薬が処方され、その結果皮

疹が生じていた。歯科用ブラッシング剤（MI ペースト）や食物（キウイ）によるアレルギーが発生しており、局所麻酔薬、抗菌薬、NSAIDs 以外でも起こりうることを認識すべきである。

4) その他のインシデント・アクシデント

① 投薬・処方に関連したインシデント・アクシデント

診療録の確認不足を原因とする事例以外にも、計算ミスまたは機器の設定ミスによる投与量の誤りが発生していた。薬剤の投与に際してはダブルチェックを徹底しすることが重要だと考えられた。

② 連携ミスによるインシデント・アクシデント

医療連携の進展とともに、多施設間における患者や、医療情報の移動が増加している。それに伴って、指示や投薬忘れ、予約ミスなどが増加することが予想される。特に周術期口腔ケアは、多くの処置が行われる術前術後が対象となるため、予定、実施、予約の各ステップにおいて確認を繰り返す必要があると思われる。

5. 本調査結果からの提言

歯科治療時のインシデント・アクシデントを防ぐためには以下の点に注意することが望ましい。

- 1) 可能であれば患者を座位とする。
- 2) 落としやすい器具には糸をつける。
- 3) ラバーダムやガーゼスクリーンを利用する。
- 4) 患者頭位を左または右に傾ける。
- 5) 介助者による吸引を行う。
- 6) 誤嚥が生じた場合は、咳をさせる、頭を低くして背部叩打法を行う、内視鏡による摘出を試みる。
- 7) タービンバー使用時にはアシスタントを付ける。
- 8) 局所麻酔時および循環器疾患を有する患者の診療時には、モニタを利用する。
- 9) 糖尿病患者では最終摂食時間を確認する。
- 10) 抗血栓薬服用者の抜歯後は局所止血を十分に行う。
- 11) 訪問診療では器具器材を確認する。

6. 参考文献

- 1) 馬場雅人ら：札幌歯科医師会の救急医療対策について 第IV報 偶発事故アンケート調査結果 3年間のまとめ、道歯会誌、58, 2003, 247-52.
- 2) 笹尾真美ら：歯科治療時の異物事故についての検討、日歯麻誌, 25, 1997, 723-30.
- 3) 白川哲夫：大学病院ゼネラルリスクマネージャーの立場から、老年歯学, 21, 2007, 340-43.
- 4) 日本医療機能評価機構：医療事故情報収集等事業第 47 回報告書,
http://www.med-safe.jp/pdf/report_47.pdf
- 5) 日本有病者歯科医療学会他編：科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン 2015 年改訂版