

令和 5 年度
医療事故防止のための相互チェック
報 告 書

令和 6 年 5 月

国公立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議常置委員会

はじめに

近年、医療の安全性に対する国民の関心はますます高まっています。歯科医療における安全管理も、医療機関の形態にかかわらず重要な課題となっていることは周知のとおりです。歯科医療機関はまず、自己点検を十分に行うことにより診療の安全性を確保するよう努めなければなりません、慣例化や見落とし、知識や常識の風化が起こるリスクを避けなければなりません。このため、各歯学部附属病院（医学部附属病院と統合した病院では歯系診療部門）が病院機能の質の向上を図り、主体的な改善を促進して実行し、発展していくためには、病院間での医療事故防止に向けた相互チェックを実施し、客観的に評価することが必要不可欠となっています。

以上の観点から、平成 12 年 7 月に行われた国立大学歯学部附属病院長会議で「医療事故防止対策小委員会」が設置され、国立大学歯学部附属病院 11 大学間で相互チェックを自律的に開始しました。その後、歯科医療安全相互チェックワーキングチームを設置し、評価項目と手法を定めました。平成 14 年度には歯学部附属病院の重要な機能のひとつである卒前の臨床実習を重点項目として実施しました。そして、平成 17 年度には国立 11 大学に加え公立、私立の歯科病院・歯学部附属病院にも相互チェックへの参加を呼びかけ、新たに 4 校が参加して 15 大学間で必修化を控えた臨床研修制度を念頭に置いた臨床研修実習における医療事故防止について重点的に相互チェックを実施しました。さらに平成 19 年度には国立・公立・私立大学計 17 大学間において病院の安全管理に関する総合的な体制整備、平成 21 年度には、計 19 大学間で歯科治療に伴う院内感染予防対策、平成 23 年度には、計 20 大学間で地震などの大災害の発生時の対応、平成 25 年度には、計 21 大学間で病院全体の安全管理体制の総合的な確認、平成 27 年度には、計 27 大学間で緊急時における安全管理体制の確認、平成 29 年度には、計 27 大学間で臨床検査部門における安全管理体制の確認、令和元年度には、計 26 大学間で手術・処置の際の患者確認・部位確認の方法の確認、そして令和 3 年度には、計 26 大学間（Web 審査）で COVID-19 感染症を踏まえた対策をそれぞれ重点項目として相互チェックを行いました。今回は、計 29 大学が参加し、歯科治療時の誤飲・誤嚥を重点項目として相互チェックを実施しました。

本報告書は今回実施した相互チェックの集計結果、及びワーキングチームによる評価をまとめたものです。全 29 病院の取り組みについて情報を共有し、各歯学部附属病院・歯科大学病院の医療安全体制の改善に努めていきます。

令和 6 年 5 月

歯科医療安全相互チェックワーキングチーム座長大学
東京医科歯科大学病院首席副病院長
新田 浩

令和 5 年度 医療事故防止のための相互チェック 目次

I. 令和 5 年度 医療事故防止のための相互チェック実施要項.....	2
II. 組み合わせ表.....	5
III. 調査結果.....	6
1. 安全管理に関する総合的な体制整備について.....	6
2. 診療録の記載および管理体制について.....	7
3. 院内感染予防対策について.....	8
4. 歯科治療前について.....	9
5. 歯科治療中について.....	10
6. 歯科治療後について.....	11
7. 注射について.....	11
8. 輸血について.....	11
9. 与薬について.....	12
10. 手術における基本的な安全管理体制について.....	13
11. 検査について.....	14
12. 病棟での基本的な安全管理体制について.....	14
13. 地震などの大災害の発生時の対応について.....	15
14. 歯科治療時における誤飲・誤嚥について（重点項目）.....	16
15. まとめ.....	17
IV. 令和 5 年度歯科医療安全相互チェックワーキングチーム名簿.....	19

I. 令和 5 年度 医療事故防止のための相互チェック実施要項

1. 目的

- 1) 医療事故防止のための相互チェックについては、訪問調査によるチェック及び一部オンラインによる書面審査（以下「訪問調査及び Web 審査」という。）により実施するものとする。
- 2) チェック項目については、国公立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議で選出されたワーキングチームの意見を踏まえて決定するものとする。

2. 区分

医療事故防止のための相互チェックは、「自己チェック」と「訪問調査によるチェック」に区分して実施する。なお、COVID-19 感染症を踏まえ、施設の事情によっては訪問調査を行わずに Web での調査のみの実施も認めるものとする。

3. 実施方法

1) 自己チェック

各大学病院は「チェック項目表」を作成し、事前にチェック担当大学病院に送付する。

2) 訪問調査によるチェック *1

- ①地区の枠を越え、全国規模での組み合わせにより実施する。
- ②組み合わせについては、過去の実績等を考慮し、1 機関対複数機関でチェックを実施する。
- ③メンバー構成については、実務的チェックを行うことから、専門性等を考慮し、責任者のほか GRM 等を中心としたメンバー構成（歯科医師、看護師、事務職を各 1 名以上）の必要人数で行うこととする。
- ④参加人数・日程等は必要最小限で実施することとし、必要経費についても適正化を図ることとする。
- ⑤すべての施設において、被チェックが 1 回、チェックが 2 回（うち 1 回は責任校）となるように、各グループ内で調整する。

4. 調査項目

医療事故防止のための相互チェック実施に伴う、歯科医療安全相互チェックワーキングチームにより作成、改訂されたもの。また、令和 5 年度においては、歯科治療時における誤飲・誤嚥を選定重点項目とした。

5. 報告書の提出

- 1) 訪問調査及び Web 審査の結果について、調査を実施した責任校が取りまとめの上、調査結果報告書を国公立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議常置委員会担当校である東京医科歯科大学病院へ提出する。
- 2) 今回の相互チェックについては、全体をまとめた報告書を一般公開するという方針が令和 5 年度国公立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議において承認されており、相互チェックワーキングチームで参加校すべての調査結果報告書をまとめた報告書を作成する。

6. 日程

- 1) 訪問調査および Web 審査は、令和 5 年 11 月～令和 6 年 2 月 16 日（金）の日程で実施する。
- 2) 調査責任校は、調査結果報告書を令和 6 年 2 月 29 日（木）までに常置委員会担当校である東京医科歯科大学病院へ提出する。
- 3) 参加校すべての調査結果報告書が提出されたのち、ワーキングチームで全体をまとめた報告書を作成する。

7. 参加施設

・国立大学法人：11 大学

北海道大学病院
東北大学病院
東京医科歯科大学病院
新潟大学医歯学総合病院
大阪大学歯学部附属病院
岡山大学病院
広島大学病院
徳島大学病院
九州大学病院
長崎大学病院
鹿児島大学病院

・公立大学法人：1 大学

九州歯科大学附属病院

・私立大学：17 大学

北海道医療大学病院
岩手医科大学附属内丸メディカルセンター 歯科医療センター
奥羽大学歯学部附属病院
日本大学松戸歯学部附属病院
明海大学歯学部附属明海大学病院
東京歯科大学水道橋病院
日本大学歯学部附属歯科病院
日本歯科大学附属病院
昭和大学歯科病院
鶴見大学歯学部附属病院
神奈川歯科大学附属病院
日本歯科大学新潟病院
松本歯科大学病院

朝日大学医科歯科医療センター
愛知学院大学歯学部附属病院
大阪歯科大学附属病院
福岡歯科大学医科歯科総合病院

合計 29 大学病院

*1 COVID-19 感染の影響により、一部 Web 調査での実施となった

Ⅱ. 組み合わせ表

2023年度「医療事故防止のための相互チェック」参加大学 グループ分け			
No	医 療 機 関 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 名
A	北海道医療大学病院	昭和大学歯科病院	神奈川歯科大学附属病院
B	北海道大学病院	鶴見大学歯学部附属病院	愛知学院大学歯学部附属病院
C	東北大学病院	日本歯科大学新潟病院	明海大学歯学部付属明海大学病院
D	大阪大学歯学部附属病院	大阪歯科大学附属病院	松本歯科大学病院
E	東京医科歯科大学病院	奥羽大学歯学部附属病院	日本大学歯学部付属歯科病院
F	新潟大学医歯学総合病院	岩手医科大学附属内丸メディカルセンター 歯科医療センター	朝日大学医科歯科医療センター
G	九州大学病院	鹿児島大学病院	日本歯科大学附属病院
H	広島大学病院	徳島大学病院	東京歯科大学水道橋病院
	福岡歯科大学医科歯科総合病院		
I	岡山大学病院	長崎大学病院	九州歯科大学附属病院
	日本大学松戸歯学部付属病院		

※グループ A においては、いずれも訪問調査は行わずに Web 調査のみとした

Ⅲ. 調査結果

1. 安全管理に関する総合的な体制整備について

安全管理に関する総合的な体制整備に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表1に示す。

医療安全管理指針およびマニュアルはすべての施設で定められているものの、ポケット型マニュアルの運用率は24施設（82.8%）で、そのうち病院全職員に携帯を義務付けているのは22施設（75.9%）であった。

インシデント報告の対象に合併症も含めているのは25施設（86.2%）であり、すべてではないものの、入院期間が延長する事例については報告を義務付けている施設もあった。インシデント報告システムをオンラインで行っているのは18施設（62.1%）であった。

医療安全管理に関する教育研修の実施率は100%であったが、不参加者に対する補講などの対応を行っているのは26施設（89.7%）であった。

高難度新規医療技術、未承認新規医薬品および未承認新規医療機器を用いた医療に関する申請・評価体制を整備している施設は約70%であった。リスクマネージャーを病院の各部門に設置しているのは28施設（96.6%）であった。

患者急変時の対応訓練を行っているのは16施設（55.2%）であったが、一部の部署ではあるが訓練を行っている施設もあった。

表1. 安全管理に関する総合的な体制整備について

「Yes」率

1) 医療安全管理のための指針	
① 医療安全管理の指針を定めている。	100.0
③ 医療安全管理のマニュアルがあり定期的な見直しを行っている。	100.0
④ ポケット携帯型医療安全マニュアルがあり、定期的に見直しを行っている。	82.8
2) 医療事故等の院内報告制度	
① 医療事故発生時の院内報告制度のフローチャートがある。	100.0
⑤ 合併症も報告対象としている。	86.2
⑥ インシデント報告システムがオンライン化されている。	62.1
⑦ 職業上の感染対策についての報告システムがオンライン化されている。	31.0
3) 医療安全管理の体制確保のための委員会	
① 当該委員会の設置規程があり委員名簿がある。	100.0
③ 安全管理のための委員会を1か月に1回以上開催している。	100.0
⑥ 高難度新規医療技術を用いた医療に関する申請・評価体制がある。	75.9
⑦ 未承認新規医薬品を用いた医療に関する申請・評価体制がある。	75.9
⑧ 未承認新規医療機器を用いた医療に関する申請・評価体制がある。	72.4
4) 医療安全管理のための教育・研修の実施	
① 法令に基づいた医療安全管理のための教育・研修を開催している。	100.0
④ 不参加者に対して補講等を行っている。	89.7

5) 医薬品安全管理について	
① 医薬品安全管理体制が組織されている。	100.0
② 医薬品安全管理マニュアルが厚生労働省の指針に沿って作成されている。	100.0
⑤ 医薬品安全管理のための教育・研修を開催している。(他の研修と同等でも可)	96.6
6) 医療機器安全管理について	
① 医療機器安全管理体制が組織されている。	100.0
② 医療機器安全管理に従事するMEが配置されている。	41.4
③ 医療機器の管理マニュアルが作成され定期的な見直しを行っている。	82.8
④ 医療機器の安全使用に関する教育・研修を開催している。(他の研修と同等でも可)	86.2
7) 診療用放射線安全管理について	
① 診療用放射線の利用に係る安全な管理のための責任者が配置されている。	100.0
② 診療用放射線の安全利用のためのマニュアルが策定されている。	100.0
8) 医療事故防止担当職員	
① 各部門にリスクマネージャーが配置されている。	96.6
② 総括リスクマネージャー(ゼネラルリスクマネージャー)を配置している。	100.0
9) 事故防止のための設備	
⑭ 患者急変時(コードブルー、ハリーコール等)の対応の訓練が行われている。	55.2

2. 診療録の記載および管理体制について

診療録の記載および管理体制に関するチェック項目のうち、特に重要と考えらえる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表2に示す。

診療録の記載マニュアルを作成している施設は 24 施設 (82.8%) であった。禁忌情報の共有システムはすべての施設で構築されているが、表記法のルール化および周知徹底についての実施は 27 施設 (93.1%) であった。21 施設 (72.4%) で電子カルテが導入されているが、すべての記録が電子カルテとして運用されているのは 18 施設 (62.0%) であった。診療録の閲覧および開示に関する規定は 28 施設 (96.6%) で定められていた。

過去3年間において診療記録や患者情報の紛失は6施設 (20.7%) で生じていた。事例としては診療情報提供書や薬手帳の紛失、情報提供書の誤送付などであった。

表2. 診療録の記載および管理体制について

「Yes」率

1) 診療録の記載	
① 診療録の記載マニュアルがある。	82.8
④ 経過記録はSOAP、又はそれに準じた内容で記載されている。	96.6
⑤ 患者の禁忌情報を共有できるようになっている。	100.0
⑦ アレルギー薬、禁忌薬情報を表す方法のルール化されており、かつ周知・徹底されている。	93.1
2) 診療録の形態	

① 電子カルテが導入されている。	72.4
5) 診療録に関する教育	
② 診療録に関する卒後教育が行われている。	96.6
③ 新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。	96.6
6) 診療録の管理	
② 閲覧、開示等に関する規定を定めていて、その記録が残されている。	96.6
④ 過去3年間に於いて診療記録や患者情報の紛失が無い。	79.3

3. 院内感染予防対策について

院内感染予防対策に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表3に示す。

病院長出席の院内感染予防対策委員会を最低でも月に1回は開催しているのは28施設（96.9%）であり、院内感染対策マニュアルも28施設（96.9%）で活用されていた。ICTラウンドについては、すべての施設で実施されており、院内感染対策に関する講習会についてもすべての施設で実施されていた。

手指消毒、手袋の使用、個人防護用具の使用遵守、ならびに診療室における手洗い設備ならびに擦式速乾性手指消毒薬設置は、すべての施設で行われていた。1施設については病棟を廃止していた。病棟を設置している28施設においては、すべて病室ごとに擦式速乾性手指消毒薬を設置していたが、手洗い場の設置においては23施設であった。

採血針およびディスプレイ針の廃棄については、23施設（79.3%）でリキャップせずに行っていた。

過去3年間の技工物の紛失あるいは取違については、半数以上の19施設（65.5%）で発生していた。内容としては別の患者の技工物が納品されていた、作業模型が紛失した、納品後の技工物が紛失したなどであった。

表3. 院内感染予防対策について

「Yes」率

1) 院内感染対策の組織	
① 病院長が出席する院内感染予防対策委員会が少なくとも1か月に1回開催されている。	96.6
③ 院内感染対策マニュアル類が作成され日常の臨床で活用されている。	96.6
④ 定期的にマニュアルの改訂がなされている。	96.6
2) 感染対策チーム(ICT)活動	
① 感染管理の専従者または専任者が存在する。	79.3
② 適切な人的構成下にエビデンスに基づいた定期的な院内査察(ICTラウンド)を実施している。	100.0
④ 法令に基づいた院内感染対策に関する講習会が実施されている。	100.0
3) 外来診療	

① 標準予防策に基づいた手指消毒、手袋使用、個人防護用具の適切使用が遵守されている。	100.0
② 診療室に手洗いの設備や擦式速乾性手指消毒薬が設置されている。	100.0
③ 診療室に歯科用ユニットなど医療機器の表面を消毒できるアルコール製剤が設置されている。	93.1
④ 採血針、ディスプレイ針についてはリキャップせずに廃棄している。	79.3
⑤ 麻酔用注射筒はワンハンドスクープテクニックを用いてリキャップしている。	89.7
⑥ 診療室内での使用済み器具の一次消毒は行われていない。	72.4
4) 病棟	
① 病室ごとに擦式速乾性手指消毒薬が設置されている。	96.6
② 病室ごとに手洗い場があり、手洗いの手順が図示されている。	79.3
5) 歯科技工室	
① 歯科技工士が、安全かつ清潔に作業を行える環境(照明、換気、作業スペース)の整備がされている。	96.6
③ 技工物の消毒のシステムがマニュアル化されており、職員に周知されている。	96.6
⑤ 過去3年間に於いて技工物の紛失、取り違えがない。	34.5

4. 歯科治療前について

歯科治療前に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表4に示す。

電話予約時の2識別以上での患者確認は28施設(96.9%)で実施されていた。また、外来診療室での2識別子以上を用いた患者取違防止策が確立されていたのは25施設(86.2%)であった。しかし、院内ルールはあるものの、遵守が十分とはいえないと評価している施設もあった。

インフォームド・コンセント(IC)については、病院として説明文書や同意書の書式を定めているのは28施設(96.9%)であったが、IC検討委員会の設置やガイドラインの策定、関連する講習会の実施がされているのは65.5～72.4%の施設であった。また、ICを行った際のカルテ記載については26施設(89.7%)で行われていたが、専用のテンプレート等を用いているのは23施設(79.3%)であった。さらに、ICを行った際の患者の反応や質問内容などをカルテに記載する運用を行っているのは26施設(89.7%)であった。

表4. 歯科治療前について

「Yes」率

1) 接遇	
① 電話での予約で患者の姓名、患者ID番号、診療科名、主治医等の確認を行っている。	96.6
② 外来診療室での患者取違い防止策が確立している(2つ以上の識別子の使用)。	86.2
2) インフォームド・コンセント	
① インフォームド・コンセントに関して検討する委員会がある。	72.4

② インフォームド・コンセントに関するガイドラインがある。	69.0
③ インフォームド・コンセントについての講習会が行われている。	65.5
⑤ 病院として、説明文書、同意書の書式が定められている。	96.6
⑦ 複数の診療科で医療を行う場合、それぞれの担当者がインフォームド・コンセントの場に同席するルールがある。	31.0
⑨ インフォームド・コンセントを行ったことをカルテに記載している。	89.7
a 専用の説明テンプレートまたは説明ノートがあり使用されている	79.3
⑩ 患者の反応、患者からの質問や要望をカルテに記載している。	89.7
3) 状態の把握と説明	
④ 患者からの診療内容の相談、苦情処理等に対応する体制が整備されている。	100.0

5. 歯科治療中について

歯科治療中に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表5に示す。

治療対象患者と診療録の一致を確認しているのは27施設（93.1%）であった。外来診療において、治療部位や治療内容を確認するためのマーキングやタイムアウトを行っているのは23施設（79.3%）であった。マーキングおよびタイムアウトは手術室のみ限定されており、外来診療においては個々の医療者の判断に任されている、あるいは診療科で対応にばらつきがあるとの意見もあった。

患者移動における導線と、病院スタッフの導線が交差しにくいよう配置されていたのは10施設（34.4%）であった。

救命救急処置教育については、研修歯科医対象など部署を限定して行っている施設もあった。また、COVID-19感染症の影響で一時的に実施を中止している施設もみられた。

表5. 歯科治療中について

「Yes」率

1) 治療室	
① 患者と診療録が一致していることを確認している。	93.1
② 患者が待合室からデンタルチェアに移動する時に、術者（スタッフ）の導線と交差しにくい配置となっている。	34.5
③ 治療する部位とその内容を事前に説明し、確認する対策がとられている。（マーキングやタイムアウトを行う）	79.3
④ ハンドピースやスリーウェイシリリング等を患者ごとに交換している。	93.1
⑤ レストレーナーを使用時の基準、使用法がマニュアル化されている。	86.2
⑦ 全身異常症状が生じた場合の救急措置体制を常時整備している。	100.0
⑧ 全身的合併症患者のモニター用機器が整備されている。	96.6
⑨ 口腔外バキュームの設置等診察室の環境感染防止に対する配慮が行われている。	89.7
⑩ 救命救急処置（BLS等）の教育が院内で行われている。	72.4

6. 歯科治療後について

歯科治療後に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表 6 に示す。

口腔内に試適した技工物の消毒は 26 施設（89.7%）で適切に行われていた。

表6. 歯科治療後について

「Yes」率

1) 術後の処理	
② 口腔内に一度挿入した技工物を適切に消毒している。	89.7

7. 注射について

注射に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表 7 に示す。

同一薬剤の静脈注射用（筋肉注射禁忌）、筋肉注射用（静脈注射禁忌）の区分について、保管場所を区別しているのは 20 施設（69.0%）であったが、4 施設は該当する薬剤の定数配置を行っていなかった。指示出しについてはほとんどの施設で書面またはオーダーリングの指示を用いており、緊急時などやむを得ず口頭指示を行う場合についてはマニュアルが作成されていた。

表7. 注射について(以下の項目を病院として徹底しているか)

「Yes」率

1) 薬品の管理	
① 歯科材料、消毒剤、注射薬剤などの薬剤が用途別に保管してある。	96.6
② 同一薬剤の静脈注射用（筋肉注射禁忌）、筋肉注射用（静脈注射禁忌）の区分について、保管場所をかえるなどの方法をとっている。	69.0
2) 指示を出す際	
① 書面又はオーダーリングでの指示及び処方箋を原則としている。	96.6
② 緊急時等のやむを得ない場合、口頭指示に際してのマニュアルがある。	93.1
③ 薬品名を省略せずに記入している。	96.6
④ 単位を誤らないような工夫をしている。	96.6
3) 指示を受ける際	
① 担当看護師が指示書記載事項を見ながら口頭で復唱している。	93.1
② 変更点について、指示者に再確認している。	93.1

8. 輸血について

輸血に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表 8 に示す。

2 施設については輸血自体を行っていなかった。輸血を行っている 27 施設のうち、輸血管理および実施のマニュアルは 26 施設で作成、利用されていた。また、輸血を行う際の患者からの同意取得は、

輸血を行っている 27 施設すべてで実施されていた。

表8. 輸血について

「Yes」率

1) 輸血管理マニュアル及び輸血実施マニュアル	
① 輸血管理マニュアル及び輸血実施マニュアルがある。	89.7
② 輸血の必要性、内容について患者の同意書を得ている。	93.1

9. 与薬について

与薬に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表9に示す。

処方時の薬剤情報の確認や、交付時の疑義照会などは多くの施設で適切に行われていた。

表9. 与薬について(以下の項目を病院として徹底しているか)

「Yes」率

1) 処方する際	
① 薬剤の相互作用についてのチェックシステムがある。	75.9
② 患者の副作用歴が参照しやすい環境で処方している	86.2
③ 単位(ml ,mg など)を省略せずに記入している	93.1
④ 処方者のサインがある	96.6
⑤ 薬歴を確認してから処方している	96.6
⑥ 処方を変更した際には診療録に記載している	100.0
⑦ コンピューターでのオーダーの場合、薬剤検索は3文字以上である	96.6
2) 調剤・交付する際	
① 当該患者であることの確認が行われている	100.0
② 処方箋の内容と交付薬が同一かどうか、複数者による複数回の確認を行っている	93.1
③ 調剤責任薬剤師のサイン又は印が明示されている	96.6
④ 薬剤の常用量、投与方法の再確認を行っている	93.1
⑤ 疑問が生じた場合、処方者への再確認を行っている	93.1
3) 与薬の際	
① 薬剤師が持参薬のチェック(種類、服用状況等)を行っている	89.7
② 薬剤名、患者名、投与方法の再確認をしている	93.1
④ ベッドサイドでの患者確認の工夫をしている	93.1
⑤ 投与薬剤の効果、副作用について知識がある	96.6
⑥ 看護師はその薬剤がその患者に投与される理由を把握している	93.1
⑦ 個々の薬剤の取り扱い上の注意、保存方法について情報を得ている	96.6
⑧ 患者に対して使用する薬剤の作用、副作用について文書で説明している	82.8

10. 手術における基本的な安全管理体制について

手術における基本的な安全管理体制に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表10に示す。

術前において、患者から手術および全身麻酔の同意をそれぞれ取得しているのは27施設（93.1%）であった。また、手術説明を術者同席で実施しているのは26施設（89.7%）であった。

リストバンドを用いた患者確認を行っている施設は27施設（93.1%）であった。他の施設ではリストバンド自体の使用を廃止していた。

手術前のサインイン、タイムアウト、サインアウトは28施設（96.6%）で実施されていたが、手術部位のマーキングを実施しているのは22施設（75.9%）であった。

表10. 手術における基本的な安全管理体制について

「Yes」率

1) 術前処置の際	
① 患者から手術および麻酔の同意をそれぞれ得ている。	93.1
② 担当医説明時、術者が同席している。	89.7
④ 術前処置前に先立って、当該患者にリストバンド、名札などを装着し、複数名で確認している。	93.1
2) 手術室への移送の際	
① リストバンド、ストレッチャーの名札、診療録類など、すべての患者名が一致していることを複数名で確認している。	93.1
3) 手術室	
⑦ 手術部位を担当医、執刀医だけでなく、麻酔医、看護師も含めて確認している。	96.6
⑧ 手術部位のマーキングを行っている。	75.9
⑨ サインイン・タイムアウト・サインアウトを行っている。	96.6
⑪ 術中に使用したガーゼのカウントを行っている。	100.0
⑫ 必要に応じてX線造影糸入りガーゼを使用している。	93.1
⑬ 術中に使用した器具のカウントを行っている。	93.1
⑮ 術中に体位や圧迫などによる神経・皮膚障害防止策をとっている。	93.1
⑰ リストバンドと読み取り用器具で患者確認を行っている。	62.1
4) 中央材料室関係	
① 洗浄機は定期的に点検を行っている。	89.7
② 滅菌器は定期的に点検を行っている。	100.0
⑧ 不完全滅菌時のリコールシステムが決められている。	93.1

1 1. 検査について

検査に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表 11 に示す。

検査オーダー時、検査実施時、結果判読時において、当該患者であることの確認を十分に行っていたのは 28 施設（96.6%）であった。一方、検査結果を主治医が確認したことを判断するための体制が十分とれているのは 16 施設（62.1%）であった。これについて Yes ではなく Other と回答した施設では、画像検査、病理検査および抗体検査のパニック値に限定して確認体制を構築していた。MRI 検査時における体外内の金属に対するリスク評価を十分に行っているのは 22 施設（75.9%）であった。なお、4 施設では MRI が設置されていなかった。

表11. 検査について

「Yes」率

2) 検査実施の際	
① 検査実施前に、患者本人に姓名（フルネーム）を名乗ってもらっている。	96.6
② 検査部位を確認している。	100.0
③ 検体採取の場合、正しい容器に、当該患者のラベルが添付されていることを確認している。	96.6
3) 検査室	
② 同一患者で複数の検体がある場合、検査オーダーと検体が一致していることを確認している。	96.6
4) 検査結果の判読の際	
① 当該患者の結果であることを確認している。	96.6
② 検査結果をみたことの確認ができる体制がとれている。	62.1
5) 画像診断の際	
② MRI検査の際、体内外の金属に対しリスク評価を行なっている。	75.9

1 2. 病棟での基本的な安全管理体制について

病棟での基本的な安全管理体制に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表 12 に示す。

1 施設については病棟を廃止していた。病棟が設置されている 28 施設について、転倒・転落の予防策はほとんどの施設で適切に取られていたが、病棟廊下への機械等を置かないなどの配慮が十分であったのは 22 施設であり、身長計や体重計を廊下に設置している施設があった。その他の項目もおおむね十分に配慮されていたが、呼吸管理モニターの使用基準が決められていたのは 22 施設であった。

表12. 病棟での基本的な安全管理体制について

「Yes」率

1) 転倒・転落の予防対策	
<ハードウェア面>	

a 必要なベッド柵が準備されている。	93.1
b ナースコールは適切な位置・場所にある。	89.7
c 患者に適したベッドの高さを工夫している。	89.7
d 廊下に歩行の妨げになる機械や物は置かれていない。	75.9
e 患者に適した履物(スリッパ類)の指導をしている。	93.1
<ソフトウェア面>	
f 転倒リスクのある患者の把握をアセスメントツールなどを利用して行っている。	93.1

13. 地震などの大災害の発生時の対応について

地震などの大災害の発生時の対応に関するチェック項目のうち、特に重要と考えられる項目について、「Yes」と回答があった施設率を表13に示す。

職員の傷害対策用具の準備、および患者や職員の食糧備蓄については、病院単独ではなく大学法人として院外で準備されている施設もあった。

表13. 地震などの大災害の発生時の対応について

「Yes」率

1) 地震などの大災害対応マニュアルについて	
① 地震などの大災害対応マニュアルが整備されている。	86.2
② 大災害対策本部の設置方針及び災害時の病院内組織が明確に記されている。	82.8
③ 対策本部構成員の役割・行動内容が具体的に示されている。	79.3
④ マニュアルには災害対応を実施する安全認定基準(レベル)が明示されている。	65.5
⑤ マニュアルには災害レベルに応じた事務的対応が規定されている。	69.0
⑥ マニュアルに災害レベルに応じた職員に対する連絡方法・連絡網が明示されている。	75.9
2) 地震などの大災害時の行動について	
① 災害に関する情報収集の方法並びに院内職員への発信方法が明確になっている。	79.3
② 地震などの大災害対応マニュアルには避難場所が明示されている。	79.3
③ 大災害時の入院患者の避難誘導方法が明確に規定されている。	89.7
④ 大災害時の外来患者の避難誘導方法が明確に規定されている。	86.2
⑤ 外来患者で帰宅困難者が生じた場合の職員の行動が明確に規定されている。	58.6
⑥ 職員の傷害対策用具が人数分準備されている。	44.8
⑦ 患者のための食料などの備蓄は適切に、(期限内のものが)準備できている。	82.8
⑧ 職員のための食料などの備蓄は適切に、(期限内のものが)準備できている。	79.3
3) 地震などの大災害時の患者の受け入れ体制について	
① 緊急患者受け入れのトライージが明確に規定されている。	51.7
② マスメディアへの災害時の病院体制の対応窓口が設定されている。	58.6
③ 緊急入院患者受け入れの可否について院内・院外に広く示されている。	44.8
④ 緊急外来患者受け入れの可否について院内・院外に広く示されている。	41.4
⑤ 一般予約患者の診療についての規定がある。	51.7

⑥ 患者との連絡のための連絡網、手段が確保できている。	58.6
⑦ 行政側に病院の立場を明確に公示してある。	69.0
⑧ 公共交通機関の問題で職員の通勤手段が不都合となった場合の対応は明確である。	55.2

1 4. 歯科治療時における誤飲・誤嚥について（重点項目）

今回の相互チェックでは選定重点項目として、歯科処置時（外来診療）における誤飲・誤嚥を採用した。外来処置時における誤飲・誤嚥の可能性について、処置前に患者に説明を行う場合の処置内容、患者の要因については下記のような意見であった。

<処置内容>

- ・ 補綴装置，修復物の調整および装着時
- ・ 補綴装置，修復物の除去時
- ・ 抜歯処置時
- ・ ラバーダム防湿が出来ない処置
- ・ 器具操作が困難な治療部位の処置時

<患者の要因>

- ・ 嚥下機能低下または嚥下反射低下がある（頭蓋内疾患，高齢者，障害者，脳性麻痺）
- ・ 口呼吸がある
- ・ 過去に誤飲誤嚥の既往がある
- ・ 意思疎通が困難な（小児，認知症）
- ・ 体動が激しい
- ・ 水平位治療を要する
- ・ 口腔内に脱離または脱落する可能性がある歯，補綴装置がある
- ・ 鎮静処置を要する
- ・ ラバーダム装着が出来ない

誤飲・誤嚥発生の予防策としては、下記に示すような様々な対策が取られていた。

<落下の防止>

- ・ 補綴物，修復物にリング等を付与してデンタルフロスを結ぶ
- ・ 器具にデンタルフロスを結ぶ（ラバーダムクランプ，インプラントドライバー，ファイル）
- ・ 切削バーの装着確認（脱落防止）
- ・ グローブサイズの適正化
- ・ 濡れた器具，濡れた手で操作をしない
- ・ 紐付きロールワッテを使用する
- ・ 印象材の量，硬化時間を調整する

<咽頭部または気管への落ち込み防止>

- ・ ラバーダム装着
- ・ 口腔内（咽頭部）へのガーゼ設置
- ・ 患者姿勢を出来るだけ座位とする
- ・ 水平位の場合に頭部を横に向けておく
- ・ 複数での対応（補助者が常にバキューム吸引を行う）
- ・ 挿管時に脱離リスクのある歯は可能な限り術前に抜歯を行う
- ・ Optra Stick*2 の導入

＊2 修復物補助用粘着性ジェル

(https://www.ivoclar.com/ja_JP/CMS/brochures/OptraStick.pdf)

15. まとめ

今回、歯科としては初めて全体をまとめた報告書の作成を行った。新型コロナウイルス感染拡大が収束に向かい、令和5年5月8日に5類感染症に移行したことをうけ、原則として訪問調査を行うこととしたが、各施設の新型コロナウイルス感染対策状況を踏まえ、一部はWebによる調査実施となった。ただし、いずれもチェック項目のみの評価ではなく、双方向での意見交換が行えたと思われる。

全ての病院において医療安全管理指針が定められており、医療安全管理マニュアルの作成および定期的な見直しが行われていた。また、医療事故発生時の院内報告制度は適切に整備されており、医療安全管理体制確保のための委員会も適切に開催されていた。一方、医療安全マニュアルのポケット携帯型の普及やインシデント報告システムのオンライン化については未実施の施設があり、施設で働くすべての医療従事者および関係者が、医療安全をより身近に感じられるような環境整備を継続して行ってゆくことの重要性が示された。

歯科治療におけるインフォームド・コンセントについては、病院としての説明文書および同意書の書式は定められているものの、これに関連する委員会の設置やガイドラインの作成、教育については十分とはいえず、今後、インフォームド・コンセントに関するカルテ記載も含めて、各施設で充実化を図ってゆく必要があることが再認識された。

手術および検査における安全管理体制については、多くの施設で患者確認、検査部位の確認が適切に行われ、種々における同意取得やサインイン・タイムアウト・サインアウトも適切に実施されていた。一方、検査結果の未読確認については十分行われているとは言えず、手術部位のマーキングについてもいくつかの施設で不十分とのことであり、今後整備を進めてく必要があると考えられた。

今回の重点項目である歯科治療時における誤飲・誤嚥においては、多くの施設で様々な誤飲・誤嚥の予防策が行われており、発生した際のフローについても整備されていた。しかし、誤飲・誤嚥が起こりうることの事前の患者説明については、大学間で相違があり、歯科治療時における誤飲・誤嚥を合併症としてとらえる認識が歯科においては十分浸透していない可能性が示唆された。歯科治療時における誤飲・誤嚥については、今後も歯科病院全体で取り組む必要があり、合併症としての認識を周知していくとともに、より効果的な予防策についても情報共有してゆく必要があると考えられた。

以上、令和 5 年度の歯科における医療事故防止のための相互チェックを通じて、すべての施設が医療安全に積極的に関わり、患者により安全な医療を提供できるような環境整備に日々尽力していることが確認された。

IV. 令和 5 年度 歯科医療安全相互チェックワーキングチーム名簿

(令和 5 年度)

氏名	職種	病院名	職名
西山 暁*	歯科医師	東京医科歯科大学病院	医療安全管理部・副部長
根岸 淳	歯科医師	北海道大学病院	医療安全管理部・副部長
太田 耕司	歯科医師	広島大学病院	病院長補佐(歯科安全・感染担当)
山下 利佳	歯科医師	長崎大学病院	安全管理部・副部長
鵜澤 成一	歯科医師	大阪大学歯学部附属病院	医療安全管理責任者

*ワーキングチーム座長

(敬称略、順不同)