

静岡県立大学短期大学部
特別研究報告書（16年度）

歯科医療現場におけるヒヤリ・ハット事例の研究

鈴木 温子

A Study of the Example that Met with Danger to Cause an Accident in the dentistry medical care field

Atsuko SUZUKI

I. はじめに

社団法人「日本病院会」が2000年6月から7月にかけて、全国の国公立および民間病院2,557施設を対象に医療事故の発生状況についてアンケートを実施したところ、報告された608病院の過去1年間のデータとして、1病院当たりの年間事故報告件数は平均約130件に上ることがわかった。そのうち3割が医療事故に至ったもの、7割がインシデント（患者に傷害を及ぼすには至らなかったが、日常の診療現場で“ヒヤリ”としたり“ハッ”としたりした出来事）事例であった。医療事故では、看護師によるもの（83%）、医師によるもの（6%）、薬剤師によるもの（4%）の割合となっているが、医療過誤訴訟事件の診療科目別受件数を見ると、歯科において27件も起こっており、他の小児科（24件）、皮膚科（8件）、泌尿器科（13件）、耳鼻咽喉科（20件）を抜いていた。

日本における歯科の医療訴訟は医科に比べて割合としては少ないものの、医科同様年々上昇傾向にあるともいわれている。とくに調査の手が行き届きにくい個人開業歯科医院においては、医療事故として処理されないケアレスミスやヒヤリ・ハット事例はかなりあるのではないかと推測できる。

そこで、本歯科衛生学科の学生のほとんどが個人歯科医院に勤務する現状をふまえ、本研究ではとくに個人歯科医院におけるヒヤリ・ハット事例を調査することで、歯科医療業務に潜むミス発生要因を分析し、リスクマネジメント教育のための基礎材料にしたいと考えている。また、この調査結果が歯科医療現場における事故防止対策に反映できればと考えている。

Ⅱ. 調査方法

アンケート調査

1) 調査対象

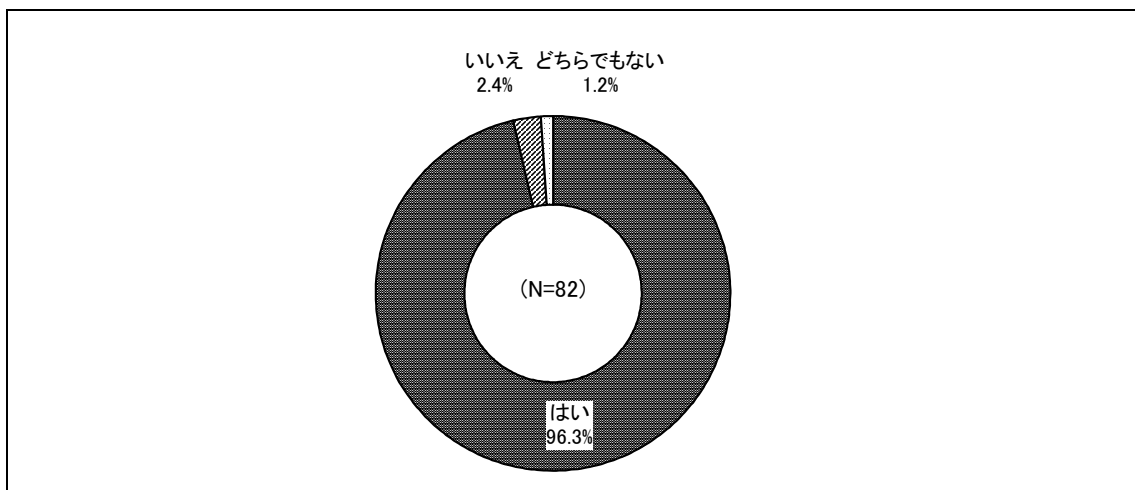
静岡県内の歯科診療所、病院歯科、市町村および県保健センター、企業歯科に勤務する歯科衛生士約200名。(本学卒業生)

2) 調査実施方法

郵送による配布および回収～無記名方式～集計および結果

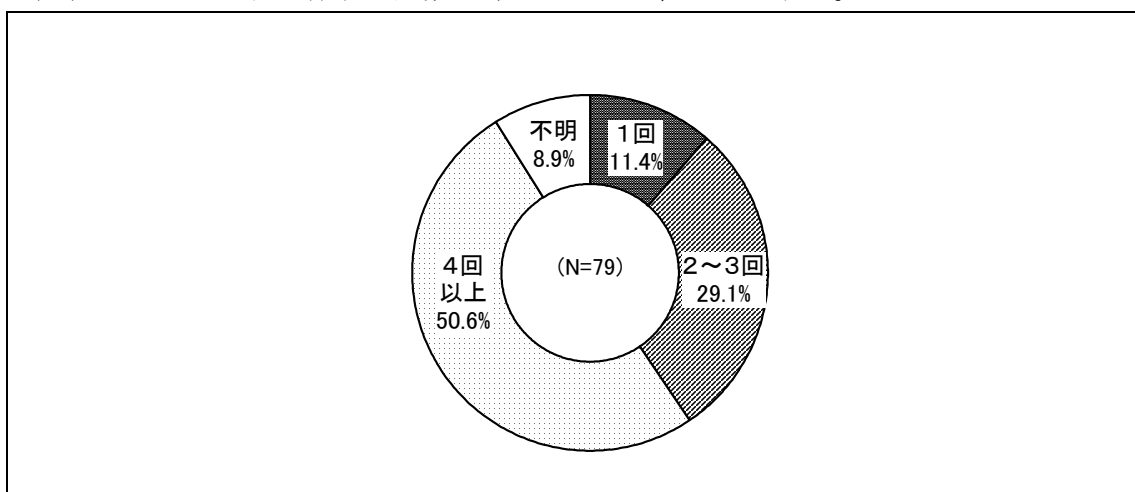
Ⅲ. 調査結果

(1) あなたは診療行為中あるいは診療施設内において、ヒヤリとしたりハットしたりしたこと(ヒヤリ・ハット体験)が今までにありますか。

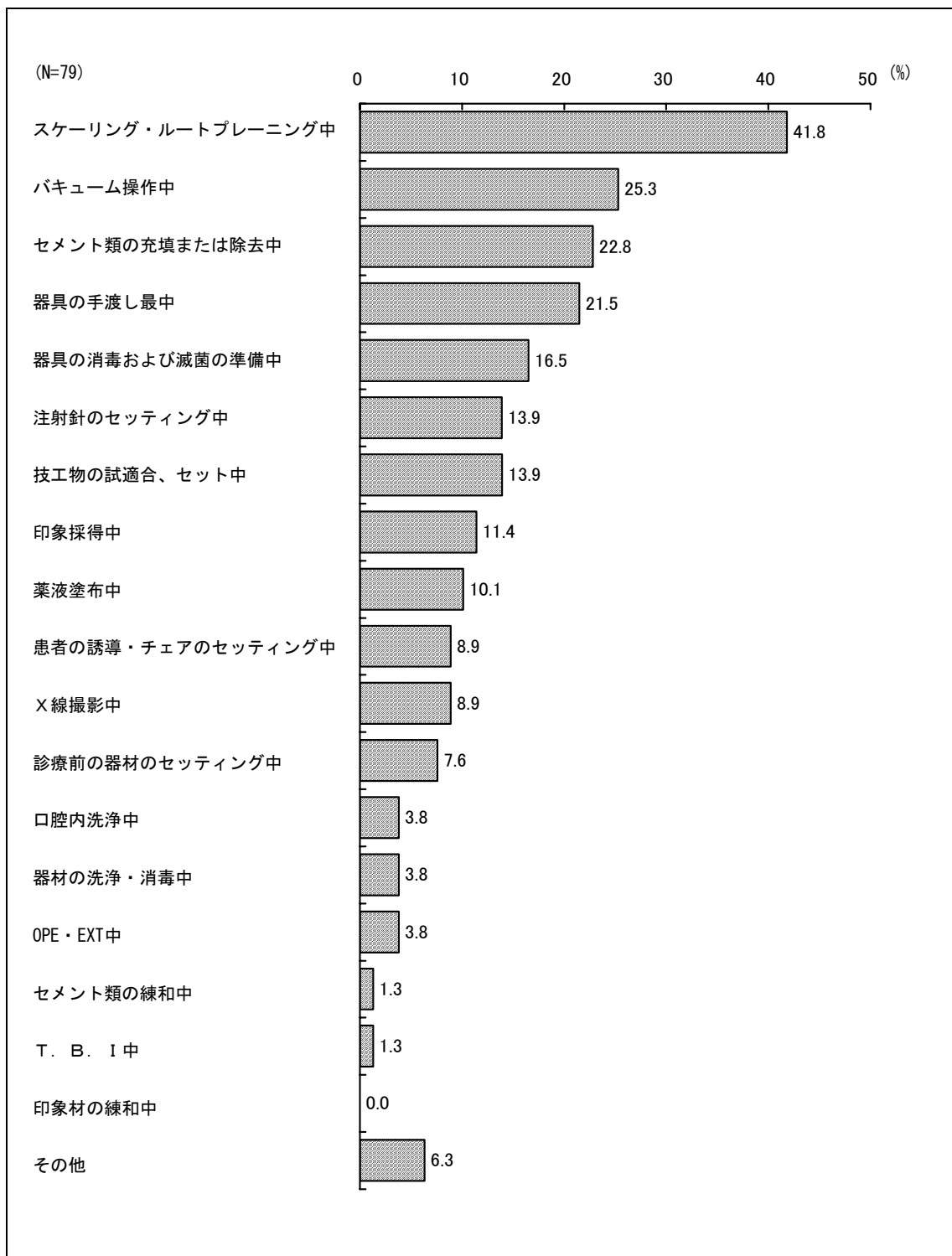


※ (1) で「はい」とお答えした方にお聞きします。

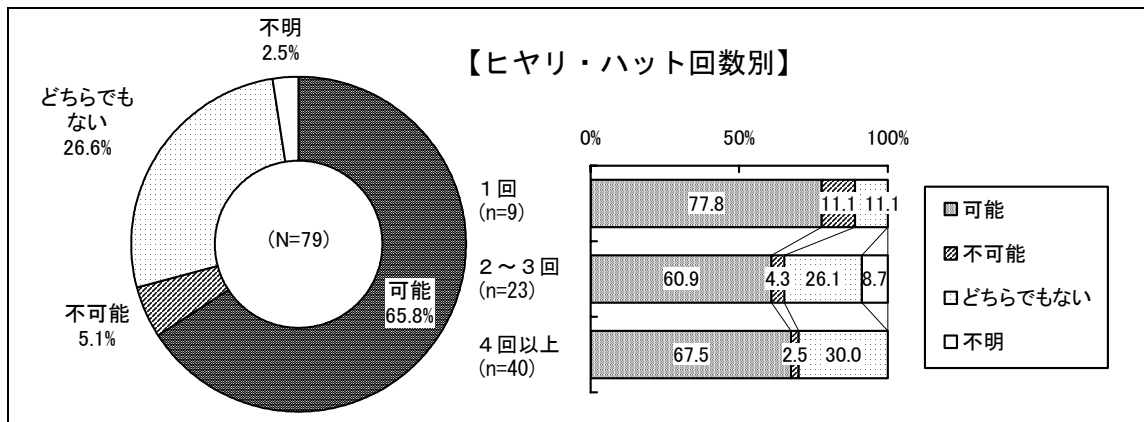
(2) ヒヤリ・ハット体験の回数は今までにどの位ありますか。



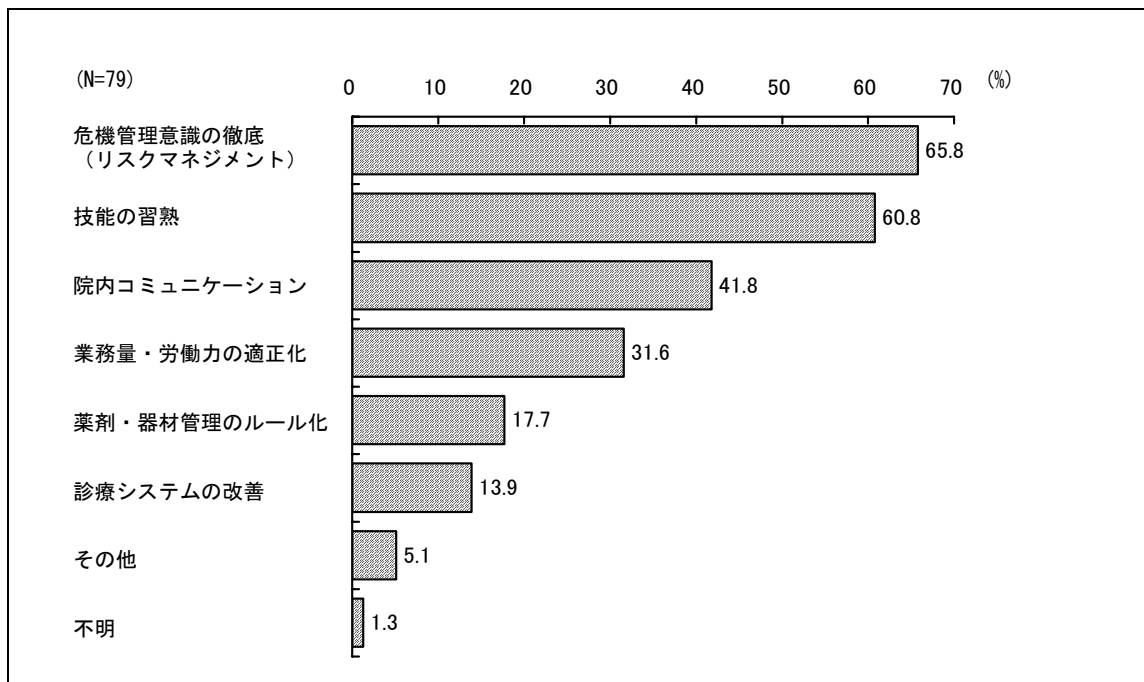
(3) それはどのような状況の時でしたか。以下の中から3つまで選んで数字に○をつけてください。



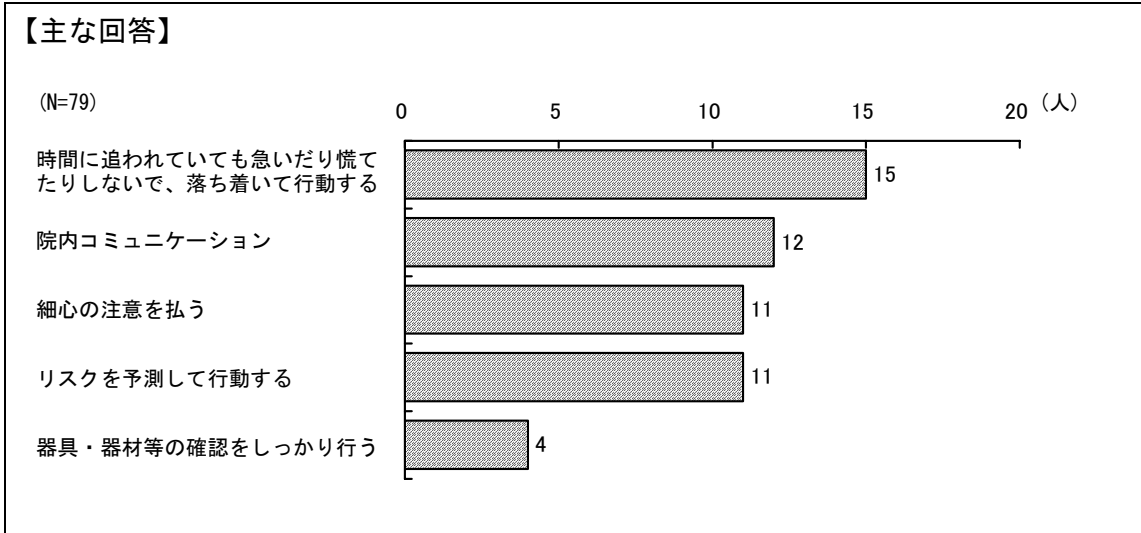
(4) リスクを予測することは可能だと思いますか。



(5) リスクを回避する上で最も大切だと思うことは何ですか。以下の中から3つまで選んで数字に○をつけてください。



(6) ヒヤリ・ハット体験で得た教訓があればお書きください。未体験の場合でも、思いつくことがあればお書きください。



【回答の詳細】

- ・ B型肝炎の患者様への除石は、とくに注意して毎回ゴーグル等するよう心掛ける。
- ・ FCKやインレーをはずすときのバキュームは、患者さんが飲み込むことがないように慎重に慎重を重ねて行う。
- ・ 先生の機嫌を損ねないようにする。
- ・ 忙しいとき、急いでいるときこそ細心の注意を払うことが大切。
- ・ DrにDrのミス指摘することができず、ギリギリまで待ってから言うことが多い（ミラーと探針を間違えて手にとって口角を引っ張ろうとした）。Drの機嫌を損ねた
くないからついついそうになってしまう。患者さん第一なのは十分承知の上。
- ・ どうしてもDrとDHだと、Drの言うこと、することが絶対というのがあって、なるべく言いたくない、言わないで済ませたいと思ってしまうのは仕方がないが、せっかく複数の目で見える仕事なので、お互いが等しく安全に注意すべきだと思う。
- ・ Inセット中、セット物があやまって口腔内に落ち飲んでしまったことがある。もう少しユニットを起こしておけばよかったと反省。
- ・ 肝炎患者のトイレや基本セットの洗い物中、探針を指にさしてしまったこともある。二度と起こしてはならないと思う。
- ・ SRP中、ブレードの先の細くなったスケーラー（研磨をした回数が多いため）を使用中、縁下歯石にひっかかって刃先がポケット内で折れたことが2

回程ある。スケーラーの刃先の細い方がポケット内には入りやすいため、ついそのスケーラー（キュレット）を選択したが、スケーラー選択に研磨回数を考慮すべきだと感じた。

- ・印象採得中、嘔吐反射のある患者さんの場合、カルテの目立つところに赤字で「嘔吐反射注意」などと書いておくと、誰もが注意できると思う。（同じく肝炎など全身疾患を持った患者さんもカルテに大きく記載しておく）。
- ・忙しい時などつい作業が雑になってしまう。そんな時ほど慎重に取り組みたい。
- ・忙しい時ほどお互いの連携が必要となり、院内コミュニケーションが大切。
- ・未熟な歯科医師のアシスタントにつくときは衛生士がカバーしなくてはいけない。

危機管理意識は、歯科医師よりむしろ周囲に気配りを必要とする衛生士の方が強く持つべきであるかもしれない。ドクターが常に頼りになるとは限らない。

- ・忙しくても常に落ち着いて行動するように心掛ける。
- ・急がないこと、慌てないこと、手放れ・目放れに注意すること。
- ・一度体験したことは、どこがポイントなのか、どこが注意すべき点なのか、次回から正確に行えるようによく考えて整理しておく。同じ処置でも一人一人の患者さんごとに症例は違うので、どんなことがあるのか予測がつかないことがある。何事にも細心の注意を払う。
- ・いつでも「こうなるかもしれない」という危機意識を持つこと、つまり常に緊張感を持って診療につくことが大切だと思う。
- ・院内のコミュニケーション（意思疎通）が取れていないと、二度手間になったり、事故につながりやすいため、しっかり確認をし合うことが大事。
- ・助手の勉強会を行う。
- ・落ち着いて行動すれば、リスクを予測・回避できる可能性は確実に高くなると思う。
- ・一度起こした「ヒヤリ・ハット」はもう二度とやるまいと思うためか、今まで以上に注意力が増して丁寧になり、良いことも少しあると思った。
- ・「ヒヤリ」としても患者さんが怖がるので顔に出さない。
- ・患者さんの予約が押している時、あるいはとても急いでいる時こそ落ち着いて作業を行うこと。余計なミスに繋がってさらにロスタイムを作る可能性が高い。
- ・感染防止については、歯科医師、歯科衛生士、歯科助手等、スタッフ全員の感染に対する知識、および意識の高さがないと難しいと思う。
- ・器械器具を使用する時は、たとえ慣れた器具であっても、毎回どのようなリスク（刺す、落とすなど）があるか考えながら取り扱う。

- 器械（パントモやオートクレーブやユニットなどの大きい器械）の故障あるいは緊急停止した時の対応の仕方など、慌てず患者さんを誘導するために、あらかじめ説明書等をよく読んで理解しておいた方がよい。
- スケーリングなど個人で行う技術についてはそれぞれの練習で補えるが、バキュームなどのアシスタント業務は、Drとのコミュニケーションがうまくできていないと、お互いやりにくさが残ることを実感した。
- たとえベテランの助手であっても、教育を受けた衛生士とは異なり、間違った知識を患者さんに伝えていることがある。そういう場合、年上の助手に対してはなかなか言いにくい。さまざまな患者さんに対するリスクを回避するためにも、何でも必要な限り言い合える職場づくりをしたいと思います。
- 時間に余裕がない状態で診療補助や操作をすると、精神的にも余裕がないためか、「ヒヤリ」とすることが起こる可能性が高くなると思う。
- 素早く診療を行うことは大事だが、時間を気にするあまりに手元がすべって操作を誤ったり、物を落としてしまったりすることも反面多い。気持ちに余裕を持って気をつけて行うようになったらミスが減ってきたので、あせりは禁物だとわかった。
- 工作中的の集中力が大事。そのためにも自己の体調管理はとくに気をつけなければならない。
- 処置に対してのリスクや注意点などを予測しながら処置を行えることが大事。
- 自分一人で仕事や確認をするのではなく、スタッフとコミュニケーションを取りながら何事にも当たることでかなりリスク回避はできる。
- 小児患者は、診療室内でどんな動きをするか常に気を配っていなければならない。目に付いたものはすぐさわったり、無邪気に飛び跳ねたり、扉を開け閉めしてみたり、子供の目線や気持ちを考えたり保護者の気持ちも考えたりしながら、歯医者に来てよかった、また来たいなど思ってもらえるように接することを心掛けている。
- 小児の場合、予知しない動きをすることでインシデントが起きやすい。予測し得ないことも起こり得る。また、障害児も多く来院するため、患者をよく知るだけでなく、術者側においてもスタッフ間でのコミュニケーションをよく取ることが大切。事故を未然に防ぐためにも、子供には常に気を配り、何が診療室内で行われているのか常に気を配ることが大切。
- 「ヒヤリ」とすることは新人の頃よりも、むしろ2、3年目の慣れてきた頃に起こりやすかった。日頃から院内でのコミュニケーションを持つようにし、いつ、どのような時に起こりやすいか情報交換するとよいと思う。
- スケーラーなどの刃物はよく切れるようにしておくことがリスク回避に繋がる。

- ・ディスプレイグローブの長時間使用はやめる（ねばねばして作業に支障が出る）。サイズの合ったグローブを使うことも大事。
- ・すべての行動において確認して振り返ること。
- ・小さい物の取扱いの時など細心の注意を払う。
- ・常に落ち着いて行動し、視野を広く、まわりにも気を配る。
- ・常に細心の注意を払い、少しでも危険（その可能性があるのではないか）と思うことがあれば、その時点ですぐに対応する。
- ・何よりも自分の体調や気持ちの管理をきちんとすること。注意力が下がったりしないために大切。
- ・とくに針を扱っているときはそのことに集中する。また、そのときその人に近づかない。カルテをよく見る。把握する。
- ・ヒヤリ・ハットが起きる状況は、患者さんと直接触れている時が多い。セッティング中、準備中であればやり直せばよいことが多いが、患者さんに直接触れている状況ではやり直すということは難しい。ドキドキして緊張感のある間はヒヤリ・ハットはほとんど皆無。少し気が抜けている時、疲れている時などに起きていることが多いので、集中力・緊張感というのはすべての患者さんに対して必要なものだと思う。
- ・ヒヤリ・ハットを起こさないように細心の注意は心掛けているつもりだが、もし起こしてしまった場合は、まず第一に患者さんの安全を確保し、ドクターやスタッフと協力して事故につながらないようにする。自分ひとりでは絶対判断せず、ドクターや先輩歯科衛生士に指示をもらうなどするとスムーズに行く。その日の診療の中で、「こういうひやりとしたことがあった」とスタッフ同士で報告し合ったり情報交換をしたりすることが、その後のリスク回避に大きく影響することが多く、常にすべての面においてDrを含めたスタッフ間のコミュニケーションを図っておくことが重要だと感じた。
- ・リスクをすべて予測することは不可能だが、「いつもやっているから大丈夫だろう」と過信することが「ヒヤリ・ハット」に繋がる。患者さんはいつも同じではないことを肝に銘じ慎重に行うことを忘れてはならない。また、ヒヤリとした時も慌てず冷静に行動することが大事。
- ・リスクを想定したコミュニケーション(リスクコミュニケーション)を取ることが必要であるという意識をスタッフひとりひとりが持つこと。例えば、滅菌直後で器具が熱い時など、術者や患者さんに触れる直前にリスクを想定し、ひとこと器具が熱いので注意するよう声掛けするなど。
- ・自分が体験した中で思うことは、未然に防げた事例がほとんどだということ。時間的な制限や配慮に欠けていたことによりヒヤリ・ハットが起きているため、常に先を読んで「あの時こうしていれば防げたかもしれない」と思うこ

とがないように心掛けて仕事に取り組んでいる。

- ・一人の患者さんのアシスタントについている時に、他のチェア状況を考えなくてもよいように、スタッフ個々が責任を持って行動し、他人任せにならないように努めることが大切。
- ・器材セッティング中、例えばメスのセッティングの時に手を切ってしまったり、バキューム時に嘔吐反射を起こさせてしまったりすることなどは、少し慎重に行えば防げることが多い。また、インレーなどのセット中に患者さんが誤って飲んでしまったという話もよく聞くので気をつけなければならない。
- ・SRPの際にキュレットの刃を患者さんのポケット内で折ってしまった。これは、シャープニングにより刃先が細くなっていたことや、キュレットの操作の仕方などいろいろなことが原因していると思う。患者の口腔内で使用する器具については適当なものかをよく確認し、スケーラー操作もしっかりと理解しておかなければならないことを痛感した。

IV. 考察

調査結果はほぼ予想通りであった。回答のあった卒業生の96%以上がヒヤリ・ハット体験を持ち、そのうちの50%以上が4回以上(上限無し)体験していると答えている。その体験は診療中のあらゆる場面(3つ選択)に及んでおり、群を抜いて多かったのがSRPの最中(41.8%)であった。自由回答の中の最後に記載したが、「キュレットの刃を患者さんのポケット内で折ってしまった」という報告は時々耳にする。原因は本人が分析している通りである。シャープニングが不可欠であり方法論を心得ていても、こういうニアミスは起こり得ると思っていてよいということである。スケーラー操作が悪いのは論外として、ここではシャープニングの限度を知っている必要があったということである。

ヒヤリ・ハット体験の回数に関係なく、リスクを予測することは65%以上の者が可能であると答えている。また、そのリスクを回避するために必要なこと(3つ選択)を以下のこととしている。1) 危機管理意識の徹底(リスクマネジメント)、2) 技能の習熟、3) 院内コミュニケーション、4) 業務量・労働力の適正化、がその上位4つである。「技能の習熟」については、該当する卒業後研修や任意の研修会に参加するなど、個人レベルの研鑽に委ねるしかないと思われる。「業務量・労働力の適正化」は、働く者にとっては切実な問題ではあるが、労使関係において改善を図れることが望ましいだろう。リスク回避に「院内コミュニケーション」が出たのは少し意外であったが、本学の卒業生のみならず、おおよそその退職理由がこの点にある事実をふまえて考えれば、意思の疎通を図れることが気持ちに余裕を起こさせ、人間関係を含めたほぼすべてのリスクを回避することができ得るのではないかとさえ考えられる。リスク回避の

ために最も必要だとしたのは「リスクマネジメント」である。以下、リスクマネジメントに関する今後の対策について一考察を述べる。

一般に危機管理とリスクマネジメントは同義語として用いられることが多い。本来は、危機管理（クライシスマネジメント）は実際に発生した緊急事態に対処し、組織や資産の確保や損失の軽減を図る一連のプロセスであり、一方リスクマネジメント（危機管理）は事故や危機が起きないように対処して、リスクの影響から組織や資産を守るための一連のプロセスをいうが、ここでは双方を包括した総合的なリスクマネジメントとして捉えることにする。また、リスクとは「損失」「損失の可能性」「不確実性」などと定義されるが、歯科医療の現場におけるリスクとは、「予想される結果と実際との相違と、それによって発生する損失」と捉えられている。例えば、以下の様である。

＜予想される結果＞	＜実際の結果＞	＜発生する損失＞
抜髄による除痛	→ 痛みがひかない	→ 患者の苦痛・不安、医師への不信
義歯による機能回復	→ 思ったより噛めない	→ 患者満足度の低下・不満
適正なカルテ記載	→ 誤記載による誤治療	→ クレーム・医療トラブルの発生
安定した経営	→ 患者数減少と減収	→ 資金繰りの悪化
優秀なスタッフ確保	→ 退職や解雇	→ 医療の質の低下・オーバーワーク

このような事象はいつ起きてもおかしくない、つまり多くの歯科診療所が抱えているリスクである。大きな会社や病院であればリスク対応（危機管理）の部署や担当者を置いているが、ほとんど歯科医院においてはDrやDH等少ないスタッフで対応しなければならない。各種保険への加入や、税理士などによる会計管理もリスク対応の手段の一つであると考えられる。

本来リスクマネジメントの目的は、事故や危機が起こらないよう対処することを示すが、歯科医療の場合には以下の2点に集約されると思われる。

- 1) 歯科医療の質を確保すること = 主に患者を損失から守ること
- 2) 歯科医療機関を社会的損失や経済的損失などから守ること

リスクマネジメントのプロセスについては、

①リスクの把握

事故やミス、トラブルの発生のためには、歯科医療が抱えるリスクを把握する必要がある。その方法としては、報告書（レポートシステム）やスタッフミ

ーティング、カルテチェック、患者との会話や満足度調査などが上げられる。

②リスクの分析

上記①による事例の収集やデータの集計から、問題点を明確にして防止策を検討する必要がある。そのためにはスタッフも含めた自己分析が必要であり、さらに各歯科医院で共通するリスクについては、より客観的かつ専門的な分析（大学・研究機関などによる）が不可欠となると考える。

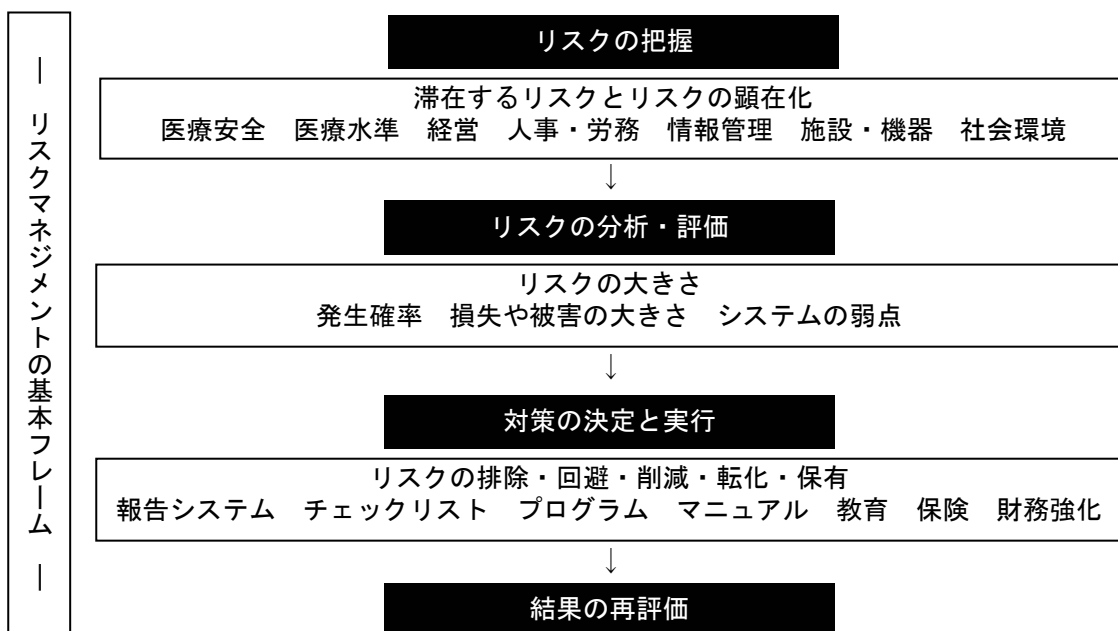
③対処法や防止策を決める

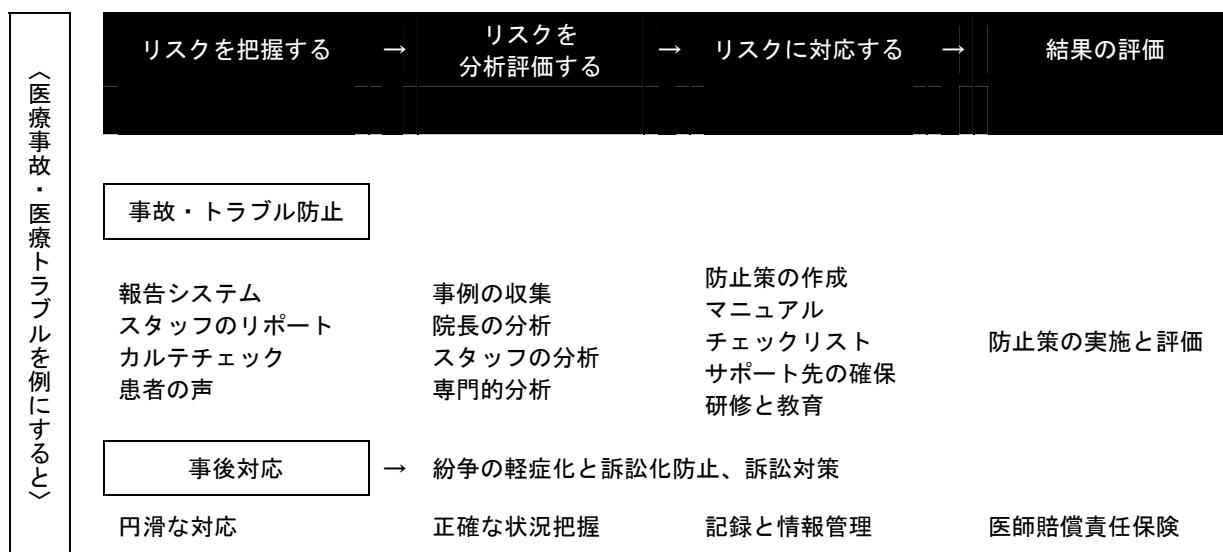
それぞれのリスクに対して、予防や防止、緊急対応のためのマニュアルやガイドラインを作成する。その内容は、各歯科医院の現状に即した実施可能なものであるべきであり、何をするのか(プログラム)、どのように行うのか(システム)、何を使って行うのか(ツール)、について明確にする必要があると思われる。

全体としては、リスクコントロール（事前の対応策＝事故やトラブルの防止策など）とリスクファイナンス（事後の対応策＝保険や備蓄、緊急対応計画など）がその両輪となるだろう。

④対処法や防止策の実施と評価

決定した対策は確実に実施することが重要であるが、それ以降もマニュアルのためのマニュアルになっていないか、努力目標になっていないか、高水準過ぎないか、などの評価をして、だめなら改めるなどの柔軟な対応を執るべきであろう。





以上、リスクマネジメントに関する見解は、あらゆる関係諸機関においてそのガイドラインやサーベイランス(問題点の数値化)、オーデット(問題点の内部監査)などの方法を用いて、組織の裁量で実施されつつある。各歯科医院においてもその規模に関係なく、実施できる範囲で行われて行くことを願ってやまない。最後に、日本における歯科の医療ミスをめぐる裁判例を以下に示す。

1. 日本の歯科の医療ミスをめぐる裁判例

判決自体は少ない(約20件)。

歯科医師の責任を認めたものはうち数件しかない。

今後は増加の余地が大きい。

1) 平成6年12月26日 福岡地裁(肯定)

アスピリン喘息の患者にロキソニンを投与し、喘息発作により窒息死—約2,000万円の賠償。

- (1) アスピリン喘息患者に対するロキソニン投与は禁忌
- (2) それを知らなかった歯科医師には、薬剤に関する知識習得についての研鑽義務に違反
- (3) 問診義務違反
- (4) 薬剤投与における注意義務違反

2) 平成6年7月22日 東京地裁 (否定)

金属床の義歯の咬合不良を改善する為、奥歯の金属冠部分を削ったことで、頭部痛発生

- (1) 治療計画に基づいて行った。
- (2) 治療行為の手段、態様、程度を考慮して、不当な咬合調整といえない。

3) 平成6年3月30日 東京地裁 (肯定)

インプラント手術により、上顎洞穿孔および慢性化膿性歯槽骨を生じさせたことにつき、善管注意義務違反—519万円の賠償

(慰謝料400万円、弁護士費用50万円+治療費)

- (1) 上顎洞穿孔の発見が遅れた
- (2) このため、長期にわたり排膿、疼痛、腫れ、咬合痛等が生じた
- (3) (特に) 診療録不提出により、証明妨害的行為と見られ、民訴317の趣旨から患者の供述を真実と認めた

4) 平成5年12月21日 東京地裁 (肯定)

インプラント手術の結果、咀嚼能力が健常者の11%となったケースで過失責任—3,143万円の賠償

(逸失利益1,578万、休損200万、治療費80万、慰謝料1,000万、弁護士費用280万)

- (1) 少なくとも6ヶ月以上の顎骨の安定を待つべき
- (2) 患者からの危惧の念を押さえたうえで性急に実施したもので、時期、方法、結果からみて、歯科医師としての注意義務違反

5) 平成4年5月29日 東京地裁 (肯定)

ブリッジ補綴治療に際し、支台歯築造に過失—60万円の賠償

(治療費の80%18万円+再補綴費用16万円+慰謝料20万、弁護士費用6万)

- (1) 鑄造ポストの長さの不足がブリッジの脱離の原因となった
保持力の十分でない支台築造を行った(少なくとも10年間の使用に耐えられるよう、ブリッジ補綴を行うべきだが、2年で脱離した)

2. 歯科医療において、訴訟を前提とした日常業務処理をどうするか

1) 訴訟を起こされないようにするには

- (1) 今日の技術レベルに応じた知識の修練研鑽とそれに応じた治療を行う。
- (2) 説明義務を十分尽くす。

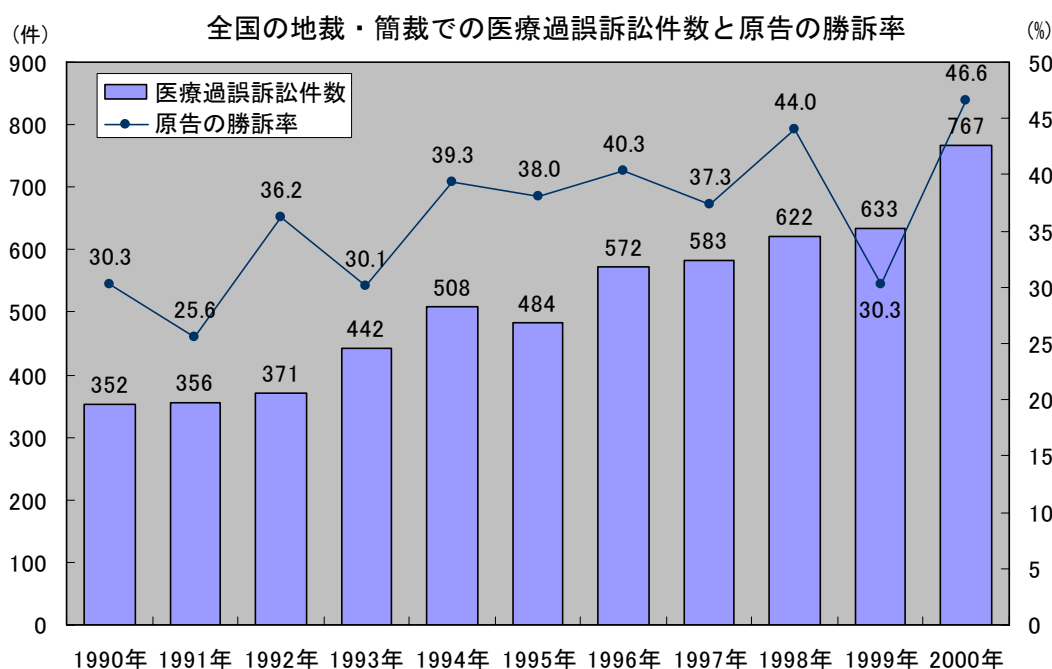
手段、態様、程度において、十分の治療計画を立て、十分に説明し、納得してもらう。

2) 訴訟をおこされてもよい態勢を日頃から心掛けておく

カルテを残し、保存に必要な書類を必要期間保存し、整然とファイル保存する（裁判所による文書提出命令もありうる）

3. 2000年医療訴訟の統計

全国の地裁・簡裁で新たに提訴された医療訴訟は、2000年1年間で767件。1999年の提訴件数638件から129件増え、過去最高となった。1990年の352件から10年で倍以上の数字に増えたことになる。（最高裁事務総局調べ）原告勝訴率は、1999年の30.3%から16.5ポイント大きく増加の46.8%。年ごとに数値のばらつきはあるが、おおむね上昇傾向にある。



4. 医療事故の種類と事故発生時の状況

社団法人「日本病院会」が会員の病院を対象にアンケートを実施した。調査は2000年6～7月に会員の国公立・民間病院2557施設を対象に実施。608病院から回答を得た。報告された608病院（平均339病床）の過去1年間のデータとして、1病院当たりの年間事故報告件数は平均約130件に上ることがわかった。

事故の種類では、患者の転倒・転落事故が 25%と圧倒的に多く、ついで、薬剤量の誤認（9%）薬剤種類の誤認（8%）と投薬に関する事故が続いている。

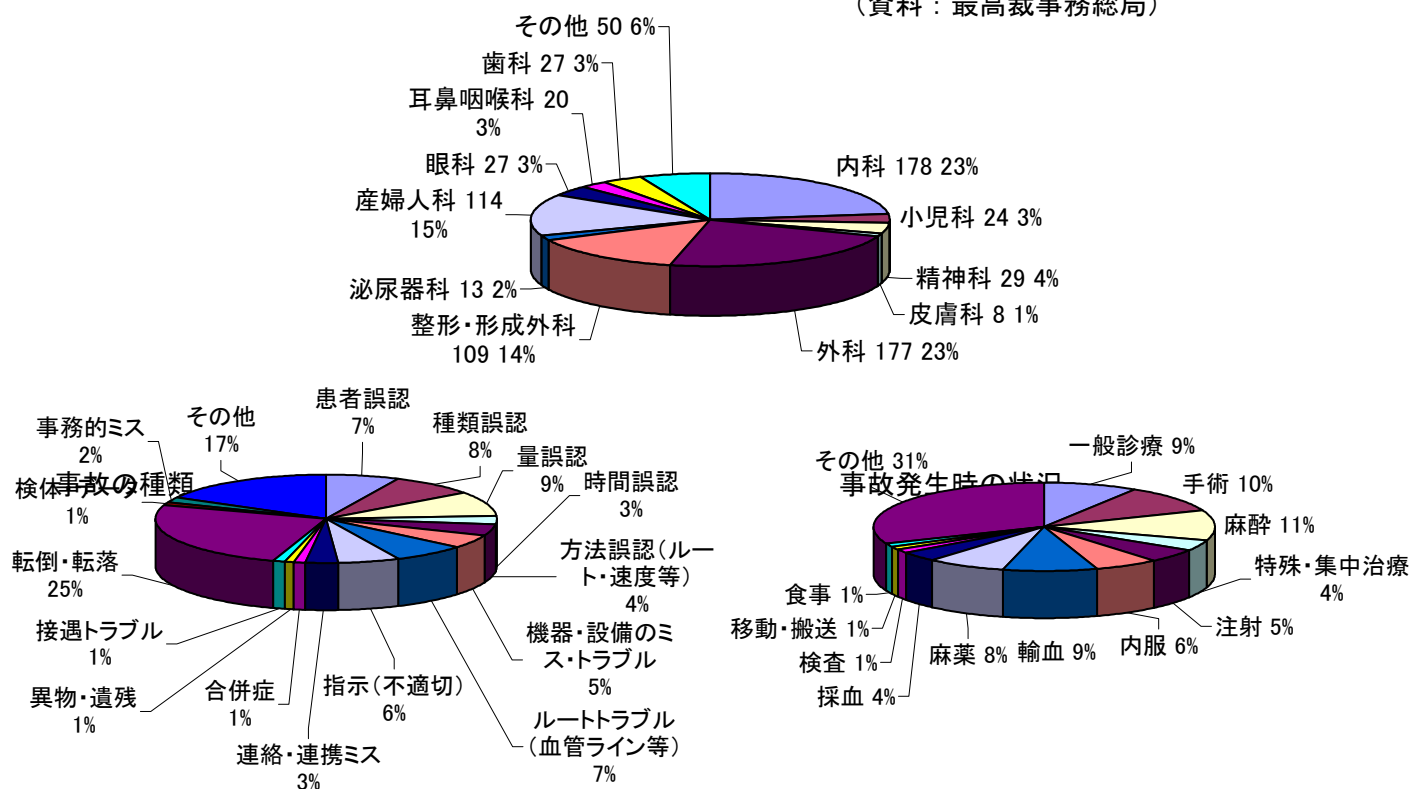
事故発生時の状況では、注射（28%）、内服投薬（14%）とこちらも投薬に関する事故が目立っている。

報告のあった内容のうち、3割が医療事故に至ったもの。7割がインシデント（患者に傷害を及ぼすには至らなかったが、日常の診療現場で“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたり、した出来事）事例だった。

医療事故では、看護師によるもの 83%、医師 6%、薬剤師 4%の割合となっている。

（日本病院会・医療事故対策委員会／2000年12月発表）
医療過誤訴訟事件の診療科目別新受件数（2000年）

（資料：最高裁事務局）



（資料：日本病院会・医療事故対策委員会）

V. まとめ

ヒヤリ・ハット事例とは、ほとんどがエラーを未然、直後に発見し得た事例、あるいはエラーはあっても患者の傷害には繋がらなかった事例である。事故防止を検討するにはエラーの発声要因を分析することが欠かせないだろう。ヒヤリ・ハット事例は多数集められることからエラーの発声要因を考える上で有用であり、防止できた事例であるが故に防止対策に関する示唆も極めて貴重ではないかと考える。

規模の大きな会社や病院であればリスク対応（危機管理）の部署や担当者を置いているが、個人開業歯科医院では当然少ないスタッフで対応しなければならない。患者の期待値の高まり、事故発生要因の増加、情報開示の進展など、これらの環境の変化のすべてがリスクとなり得る現在、歯科医療に従事する歯科衛生士は状況の変化を十分認識し、その中で歯科医療の充実と健全運営の両方を確保する能力を備えていなければならないと考える。

引用・参考文献

- 1) 医事紛争入門 平沼 高明（労働基準調査会）
- 2) 医療と法 塚本 泰司（尚学社）
- 3) 医療倫理 Q&A 医療倫理 Q&A刊行委員会編
- 4) 歯科医療倫理 Q&A 大井 賢一、木坂 昌知（太陽出版）
- 5) 判例時報
- 6) 判例タイムズ
- 7) 憲法・民法・刑法・民事訴訟法・刑事訴訟法・医療法・保健医療期間及び保健医療養担当規則
- 8) 臓器の移植に関する法律・医師法・歯科医師法
- 9) 最高裁判例・高裁判例・地裁判例