

研 究

岩手医科大学口腔外科における過去5年の インシデント・アクシデント報告の分析

川井 忠, 宮本 郁也, 山谷 元気, 小野寺 慧, 角田 直子, 小松 祐子, 齋藤 勇起, 小泉 浩二,
小原 瑞貴, 平野 大輔, 古城 慎太郎, 大橋 祐生, 山田 浩之

岩手医科大学歯学部口腔顎顔面再建学講座口腔外科学分野

(主任: 山田 浩之 教授)

(受付: 2020年6月5日)

(受理: 2020年9月2日)

抄 録

岩手医科大学口腔外科から報告された過去のインシデント・アクシデント報告を分析し、今後の医療安全向上に役立つ情報を収集することを目的とした。

対象は、2015年4月1日から2020年3月31日までの過去5年に提出されたインシデント・アクシデント報告とした。分析項目は、発生年度、発生場所、発生月、発生曜日、発生時間、当事者経験年数、報告内容、レベル分類とした。

総報告数は56件であり、年数とともに増加傾向を示した。発生場所は外来が多かった。発生月については、夏季休暇の前後に多いように思われ、また発生曜日でも週末前後が多かった。発生時間は午後が多かった。当事者の経験年数には関係性は認めなかった。内容としては、処方・薬剤関連の誤り、不要・不適切な検査もしくは処置の施行、体内異物残存、バー破損、抜歯後歯質の残存、患者情報確認不足が多かった。レベル分類では、レベル1が最も多かった。

今回の分析結果を参考にし、医療安全の向上に取り組みたいと考えている。

緒 言

医療事故は、医療行為が包含する危険性、疾患が本来含有する危険性、施設上の危険性、組織の包含する危険性、医療者のエラーなどによって引き起こされる。医療事故のほとんどは

人に起因して起こるとされており、そのヒューマンエラーの発生は避けられないものである。それらをできる限り減らしていく目的でさまざまな職種からインシデント・アクシデント報告が提出されている。多くの報告の分析から医療事故が発生し得る状況、環境を把握し、それら

Analysis of incident and accident reports of the last five years in division of oral and maxillofacial surgery at Iwate Medical University

Tadashi KAWAI, Ikuya MIYAMOTO, Genki YAMAYA, Kei ONODERA, Naoko TSUNODA, Yuko KOMATSU, Yuki SAITO, Koji KOIZUMI, Mizuki OBARA, Taifu HIRANO, Shintaro KOGI, Yu OHASHI, Hiroyuki YAMADA

Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Reconstructive Oral and Maxillofacial Surgery, Iwate Medical University, School of Dentistry

(Chief: Prof. Hiroyuki YAMADA)

19-1, Uchimaru, Morioka, Iwate 020-8505 Japan

に対する多くの対策が実施され、医療事故の防止が進められている^{1)~4)}。具体的には、穴の空き方が異なる薄切りにしたスイスチーズを何枚も重ねると、貫通する可能性が低くなることを例えにしたスイスチーズモデルの概念⁵⁾や、1件の重症事故の背景には29件の軽傷の事故と、300件の傷害にいたらない事故（ニアミス）があるという経験則を示したハインリッヒの法則⁶⁾によるリスクマネジメントが行われている。インシデント・アクシデント報告数の多い職種は看護師、医師であるが、歯科医師によるインシデント・アクシデント報告数は母数が少ないためか全体としての割合は少ない。しかし、歯科治療においても特殊な機器、器具、材料、薬物を使用するなど、さまざまな要因による医療事故が報告され、また歯科診療部門別によるそれぞれの特徴を示す調査も報告されている^{7)~12)}。岩手医科大学では附属病院、内丸メディカルセンターを管轄とした医療安全管理部が設置されており、インシデント・アクシデント報告のシステムを利用して医療事故防止への対策が日々行われている。今回われわれは、岩手医科大学口腔外科（以下当科）にて歯科医師が当事者と

なったインシデント・アクシデント報告情報を収集し、分析結果を今後の医療事故防止につなげることを目的として報告する。

対象・方法

2015年4月1日から2020年3月31日までの期間で、岩手医科大学附属病院、岩手医科大学附属歯科医療センター（2019年9月20日まで）、内丸メディカルセンター（2019年9月21日以降）における当科所属の歯科医師が当事者となったインシデント・アクシデント報告56事例を対象とした。分析項目は、発生年度、発生場所、発生月、発生曜日、発生時間、当事者経験年数、関連項目別、内容別、レベル別とし、それぞれの報告数を調査した。なお、レベルの分類基準は表1に示す当院で採用しているものを使用した。また2015年4月1日から2019年3月31日までの期間で、歯科医療センターから報告されたインシデント・アクシデント報告数、職種別報告数を調査した。研究内容については岩手医科大学歯学部倫理委員会の承認を受けている（承認番号：01336）。

表1 インシデント・アクシデントレベル分類

インシデント	レベル0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
	レベル1	患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）。
	レベル2	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査等の必要性が生じた）。
	レベル3a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与等）。
アクシデント	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折等）。
	レベル4a	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴わない。
	レベル4b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う。
	レベル5	死亡（現疾患の自然経過によるものを除く）。

結 果

1. 発生年度

発生年度による報告数は、2015年度が4件、2016年度が5件、2017年度が12件、2018年度が15件、2019年度が20件であった（図1）。

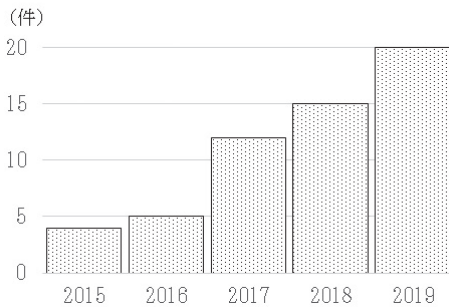


図1：年度別報告数. 年数とともに報告数は増加している。

2. 発生場所

発生場所による報告数は、外来が32件（57.1%）、手術室が14件（25.0%）、病棟が8件（14.3%）、その他が2件（3.6%）であった（図2）。

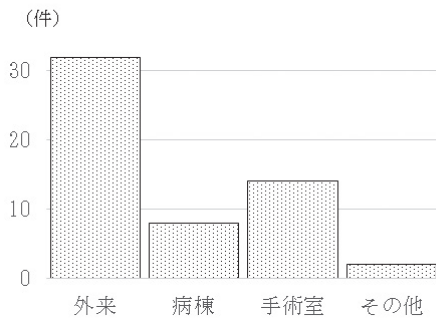


図2：場所別報告数. 外来からの報告数が最も多い。

3. 発生月

発生月による報告数は、1月が3件（5.3%）、2月が3件（5.3%）、3月が1件（1.8%）、4月が2件（3.6%）、5月が7件（12.5%）、6月が

6件（10.7%）、7月が7件（12.5%）、8月が4件（7.1%）、9月が3件（5.3%）、10月が8件（14.3%）、11月が6件（10.7%）、12月が6件（10.7%）であった（図3）。

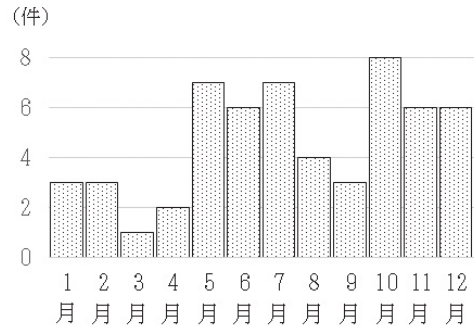


図3：月別報告数. 1月から4月、8月、9月は少ない傾向が認められる。

4. 発生曜日

発生曜日による報告数は、月曜が11件（19.6%）、火曜が14件（25.0%）、水曜が7件（12.5%）、木曜が8件（14.3%）、金曜が11件（19.6%）、土曜が4件（7.1%）、日曜が1件（1.8%）であった（図4）。

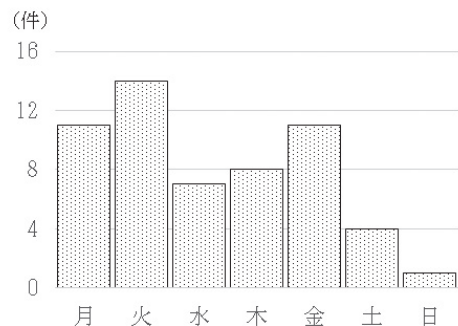


図4：曜日別報告数. 平日では水曜が最も少ない。月曜、火曜の週明けに多い傾向が認められ、また金曜にも多くなる傾向を認める。

5. 発生時間

発生時間による報告数は、9時台が6件(10.7%), 10時台が8件(14.3%), 11時台が4件(7.1%), 12時台が4件(7.1%), 13時台が2件(3.6%), 14時台が10件(17.9%), 15時台が10件(17.9%), 16時台が3件(5.4%), 19時台が1件(1.8%), 20時台が1件(1.8%), 21時台が1件(1.8%), 22時台が1件(1.8%), 詳細不明が5件(8.9%)であった(図5)。

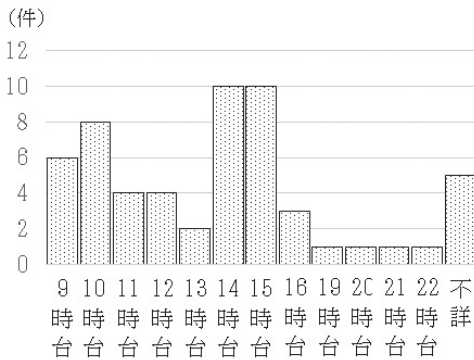


図5：時間別報告数。10時台，14時台，15時台が多く，特に午後の14時から16時の間に集中していることが認められる。

6. 当事者経験年数

発生当事者経験年数による報告数は、5年未満が14件(25.0%)，5年から10年未満が13件(23.2%)，10年から15年未満が16件(28.6%)，15年から20年未満が6件(10.7%)，20年から25年未満が4件(7.1%)，25年以上が3件(5.4%)であった(図6a)。5年未満での内訳では、1年から2年未満が9件(16.1%)，2年から3年未満が4件(7.1%)，4年から5年未満が1件(1.8%)であった(図6b)。

7. 関連項目別

発生関連項目による報告数は、診察，手術，麻酔，その他の治療，処置に関する項目群が31件，医療機器等の使用・管理に関する項目群が11件，オーダー・指示出し・情報伝達過程に関する項目群が4件，検査に関する項目群が3件，処方・予約に関する項目群，ドレーンチューブ類の使用・管理に関する項目群，それぞれ2件，診療情報管理に関する項目群が1件，その他に関する項目群が2件であった(表2)。

8. 内容別

内容別による報告数は、処方・薬剤関連の誤りが6件，不要・不適切な検査もしくは処置の施行が5件，体内異物残存，パー破損，抜歯後歯質の残存，患者情報確認不足，それぞれ4件，誤飲，誤抜歯，機器・器具破損，それぞれ3件，

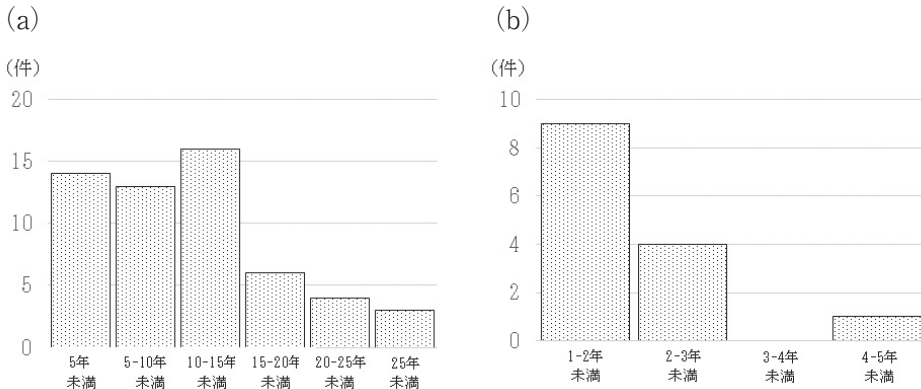


図6：a) 経験年数別報告数。経験年数との相関性は認めない。b) 経験年数5年未満の内訳。1年から2年未満で9例，2年から3年未満で4例と多かった。なお，1年未満は研修医であり，当科所属としての報告はない。

表2 発生関連項目による報告数

関連項目	報告数
診察, 手術, 麻酔, その他の治療, 処置に関する項目群	31
医療機器等の使用・管理に関する項目群	11
オーダー・指示出し・情報伝達過程に関する項目群	4
検査に関する項目群	3
処方・与薬に関する項目群	2
ドレーンチューブ類の使用・管理に関する項目群	2
診療情報管理に関する項目群	1
その他に関する項目群	2

表3 内容別による報告数

内容	報告数	内容	報告数
処方・薬剤関連の誤り	6	歯の損傷	2
不要・不適切な検査や処置の施行	5	ドレーンチューブ類使用の誤り	2
体内異物残存	4	針の紛失	2
バー破損	4	気腫	2
抜歯後歯質の残存	4	患者死亡	1
患者情報確認不足	4	針刺し事故	1
誤飲	3	体液の暴露	1
誤抜歯	3	患者への説明不足	1
器機・器具破損	3	医療者間説明不足	1
術後骨折	2	その他	3
術後出血	2		

術後骨折, 術後出血, 歯の損傷, ドレーンチューブ類使用の誤り, 針の紛失, 気腫, それぞれ2件, 患者死亡, 針刺し事故, 体液の暴露, 患者への説明不足, 医療者間説明不足, それぞれ1件, その他が3件であった(表3).

9. レベル別

レベル別による報告数は, レベル0が2件(3.6%), レベル1が21件(37.5%), レベル2が12件(21.4%), レベル3aが7件(12.5%), レベル3bが12件(21.4%), レベル4aが1件(1.8%), レベル4bが0件, レベル5が1件(1.8%)であった(図7).

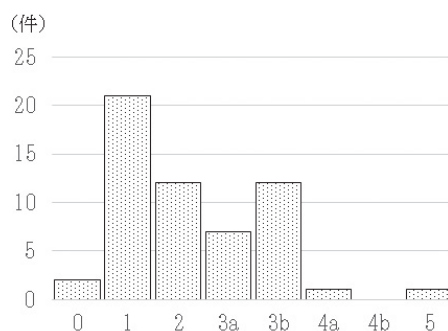


図7: レベル別報告数. インシデントに分類されるレベル1, 2の報告数が多い。アクシデントに分類されるレベル3bも多い。

表4 職種別による報告数

	歯科 医師	看護師	歯科 衛生士	歯科 技工士	放射線 技師	検査 技師	臨床 研修医	歯学部 学生	衛生士 学生	薬剤師	事務員	その他	合計
2015	27	75	24	1	3	1	0	0	0	3	1	5	140
2016	33	81	19	5	1	0	1	2	0	1	1	5	149
2017	47	72	19	1	1	1	0	1	0	5	5	5	157
2018	55	46	21	1	18	0	3	4	3	1	2	9	163

10. 歯科医療センター報告数, 職種別報告数

歯科医療センターでのインシデント・アクシデント報告数は, 2015年度が140件, 2016年度が149件, 2017年度が157件, 2018年度が163件, 合計609件であった。報告数が最も多い職種は看護師であり, 合計274件であった。次に歯科医師が多く, 2015年度が27件, 2016年度が33件, 2017年度が47件, 2018年度が55件, 合計は162件であった。次いで, 歯科衛生士(合計83件), 放射線技師(合計23件), 歯科技工士(合計8件), などから報告があった(表4)。歯科医療センター全体, または歯科医師全体における当科報告数の割合は, 2015年度はそれぞれ2.85%, 14.8%, 2016年度はそれぞれ3.36%, 15.2%, 2017年度はそれぞれ7.64%, 25.5%, 2018年度はそれぞれ9.20%, 27.3%であった(図8)。

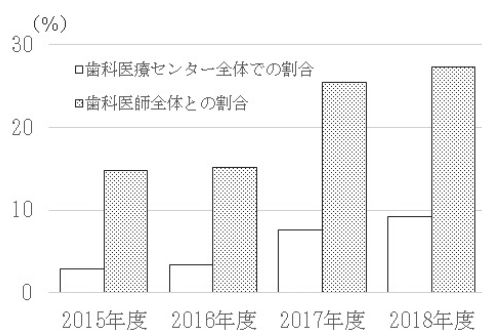


図8: 歯科医療センター全体, または歯科医師全体における当科報告数の割合。口腔外科の報告数の割合が年ごとに増加傾向にある。

考 察

当科でのインシデント・アクシデント報告は年ごとに増加していた。これは医療安全への意識の向上に伴い, 以前までは報告を行っていなかった事象などが積極的に報告されるようになった結果と考えられる。実際に, 公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部の報告^{13)~16)}でも, 参加登録医療機関(岩手医科大学附属病院も含む)からによるインシデント(ヒヤリ・ハット事例)の報告数が, 2015年の784190件から2018年の921140件と経時的に増加しており, 医療安全に対する意識が当院も含めて全国的に上がっていると考えられる。しかし重大な医療事故が少なくなっているわけではなく, また本研究ではレベル0の報告数がわずか2つであったことから, 些細な事象についても報告することを心掛け, インシデント報告数を増やすべきであると考えている。またハインリッヒの法則⁶⁾から必ずニアミスが多く潜在しているはずであり, 各診療所, 各部署からもインシデント・アクシデント報告が定期的多く提出されることが本来あるべき姿と思われる。

発生場所については, 外来が病棟や手術室と比較して多かった。これは診察する患者数が外来の方が圧倒的に多いたためと思われる。実際に外来の新患者は年間約4,000人であり, 入院患者数は年間約450人であった。また外来で使用する医療器機の種類が多いため, その使用

に関わるインシデントの発生割合が多くなっていると考えられる。

発生月については、5月(12.5%)、6月(10.7%)、7月(12.5%)、10月(14.3%)、11月(10.7%)、12月(10.7%)に多くなっていた。他の報告では8月の発生が多いとあり¹⁷⁾、これは夏休みの時期に受診する患者が多くなることに伴ってインシデント・アクシデントも増えると考えられている。実際に2018年度の歯科医療センター受診患者数は8月と3月が最も多かったが、当科での報告数は多くはなかった。当科でも春休み、夏休み、冬休みでの受診が多くなることもあるが、外来での小手術などについては実施する枠数の制限を常時行っており、多忙などによる医療事故発生を予防していることから他の報告とは異なった結果になったと考えられる。当科の結果では、夏の前後に発生傾向がみられた。5月、6月、7月は入局した新人歯科医師が臨床の仕事を多く担当し始める時期でもあった。夏季は患者数が多くなるが、前述したように医療事故防止の対策により発生件数が抑えられたものと考えられる。しかし、その後の患者数が減ってゆとりが生まれる秋季では発生件数が増えており、夏季の多忙期のような注意力が維持できていないことが原因ではないかと考えられた。1月から4月にかけての報告数は少なかった。定かな理由は不明であるが、1月頃になると新人歯科医師らも臨床の仕事に慣れてきていることも考えられ、また3月と4月は医局と関連病院との人事異動や、当科医局内でも外来、病棟の配置換えなどもあり、特に医療事故が発生しないように注意喚起している時期でもあった。

発生曜日については月曜と火曜が他の曜日と比べて多く、割合ではそれぞれ19.6%、25.0%であった。他の報告でも週の始めである月曜に多く発生していることが述べられており⁸⁾、原因は不明であるが当科でも休みである日曜の翌日や翌々日に、注意力が低下している可能性が考えられた。平日では水曜と木曜がそれぞれ12.5%、14.3%と少なかったが、金曜でも全体

の19.6%であり増加していた。年度によっては、水曜に勤務する歯科医師の数が少なかったこともあり、報告数が少ない理由のひとつと考えられた。金曜は月曜と同じ割合の発生率となっているが、月曜は医局会などもありスタッフ全員が勤務しているため、金曜の勤務者は月曜よりも少ない。金曜に発生が多い理由としては、週末が近づくにつれて、注意力が散漫になっている可能性が考えられる。平日に3日も医療事故の発生傾向があることは問題であり、今回の結果から改めて注意喚起したいと考えている。

発生時間については、10時台(14.3%)、14時台(17.9%)、15時台(17.9%)が多く、特に午後の14時から16時の間に集中していた。他の報告でも午後には発生数が増えていると示されている⁸⁾。当科での外来新患は午前中に集中して多く、13時頃まで外来は多忙である。10時台では新患患者が順番待ちになることが多く、外来担当医に焦りなどによる不注意が生じる可能性が考えられた。午後については前述したように他の報告と同様の結果であった。定かな原因は特定できないが、1日の診療の流れでの集中力や注意力の低下が関係していると考えられた。

経験年数については、5年未満、5年から10年未満、10年から15年未満に大きな差は無く、それぞれの割合は25.0%、23.2%、28.6%であった。他の報告では経験年数が少ない歯科医師による発生が多いとあり、これは知識不十分、技術の未熟などからによるものである⁸⁾。当科でも、5年未満の内訳では1年から2年未満が9件(16.1%)と、同様な傾向が確認できたが、他の経験年数による報告も多かったため、予想と大きく異なった。なお、1年未満の歯科医師は研修医となるため、当科所属としての歯科医師からの報告はなかった。報告の詳細からは経験年数に関係なく、多忙、焦りなどによる判断のエラーや、行動のエラーが原因であると推察されていた。また、インシデント・アクシデント報告書には当事者の名前は記載されていないが、臨床の現場としては特定の歯科医師が繰り返

返しエラーを起こすといった系統的なエラーもあり, それが必要の一つであるとも推察された。

関連項目については, 表2で示した当院での報告時に分類されている項目ごとに集計した。診察, 手術, 麻酔, その他の治療, 処置に関する項目群が最も多く, 表3で示した内容別でも, そのほとんどが直接診療時に発生したものであった。不適切な医療器機の使用による異物残存や, バーの破折, 誤飲, 器機・器具破損, 歯の損傷があり, 口腔外科特有の内容としては, 抜歯後歯質の残存, 誤抜歯, 術後骨折, 術後出血, ドレーンチューブ類使用の誤りであった。処方・薬剤関連の誤りは処方した薬剤の量の誤りがほとんどであったが, 抜歯後の鎮痛で処方されたロキソプロフェンは極量の120 mgであるが, 極量の頓服使用が連続したことによる吐血が1例報告された。ロキソプロフェンについては, 日本人の小さな体格では60 mgで鎮痛効果が十分に得られることから, 現在では1回の服用量は60 mgにするように医局員に指示し, 同様な事例の発生を予防している。不要・不適切な検査や処置の施行については経験年数の少ない歯科医師によるものがほとんどであった。例としては, すでに他科にてX線写真撮影済みである患者に対して, 当科紹介での来院時に同じX線撮影のオーダーを入力し, 歯科放射線科の歯科医師から指摘されて気づいたなどであった。この事例の原因は, 待機している予約患者が多くいたことなどによる多忙や焦りなどから他科での診療記録やX線撮影記録を十分に確認することを怠ったことであった。若手歯科医師には, 多忙時でもカルテ内容をしっかり確認することや, また予約取得数も担当医自身が余裕をもって診療できるように調節するように当科として指導している。体内異物残存は術後のレントゲン写真にて金属片を認めた症例や, 手術操作時の不注意による骨片の残存であった。智歯抜去時などにおけるバーの破折については, 以前はインシデント・アクシデント報告に値する事例であるとの認識が浸透されておらず, 担当医が積極的に報告していなかったと思

われ, 実際には結果以上に発生していたと考えられる。現在ではこれまでに破折を起こしやすかった歯冠分割用のバーの使用を中止しており, それ以降のバー破折の報告はなくなっている。しかし, 抜歯前のブリッジ切断など, 補綴物の除去時のバー破折の可能性もあり, 今後も注意が必要である。抜歯後歯質の残存は, もともと癒着歯など抜歯困難な歯であり, 患者にも事前に歯質残存の可能性を伝えていた症例がほとんどであったが, 当科での抜歯後に紹介元から指摘されて残存を確認した症例も1件あった。誤抜歯事例の原因としては, 担当医の思い込みによる部位間違い, 診療記録確認の不十分, また正しい部位の抜歯を行っていたのにも関わらず, 不注意により隣接歯も抜去した内容であった。誤抜歯後では, 欠損してしまった部位の補綴治療に支障が生じるだけでなく, 患者にとっては本来希望しない補綴物の装着, 抜去した歯の再植など, 患者に与えるダメージが特に大きい医療事故と考えられる。当科での予防策としては, 抜歯前に改めて抜歯依頼書の内容を確認すること, 抜歯時に中切歯から歯数を数えて部位の確認を行うこと, また歯列矯正に関わる私費診療の便宜抜歯では, 経験年数の少ない歯科医師には担当させないなど, さまざまな案を考えて実行している。術後骨折では, 1例ではプレートによる固定, 1例では保存療法で追加治療が行われた。ドレーンチューブ類使用の誤りについてはドレーンが周囲軟組織と固着したため, 抜去後に迷走神経反射が起こった事例と, 導尿カテーテル留置時の不適切な手技による尿道損傷であった。針の紛失についてはレントゲンにて体内に残存なしと確認はしているものの, 紛失した針は発見されなかった。

レベル別ではレベル1が最も多く, 全体での37.5%であった。インシデントレベルである0から3aは42件(75%), アクシデントレベルである3bから5は14件(25%)であり, レベル3bが12件(21.4%), レベル4aが1件(1.8%), レベル5が1件(1.8%)報告された。気腫の報告は2件であったが, レベル3bに分類された

のは1件であった。気腫の場合は縦隔などへの波及と感染が重篤な結果となるため、まずは周囲組織隙への波及を防ぐ目的として入院下での安静と、感染予防目的での抗菌薬投与が治療の基本となる。しかし、レベル3aに分類した症例の歯科医師は入院での安静は指示せず、抗菌薬投与のみでよいと判断していた。幸い経過順調で治癒したが、この症例は入院下での安静も行うべきレベル3bの症例であったと考えられた。またレベル3bと分類して入院下での管理を行った症例についても、先に診断した歯科医師は患者を帰宅させていたが、後から確認した上級歯科医師が入院下での安静を指示したため、患者への説明と同意取得後に適切に管理した症例であった。気腫はエア放出を伴う歯科医療器機を正しい方法に準じて使用したとしても起こり得る偶発症であり、その予防が難しい。しかし、気腫が偶発症として確認された時の迅速な対応が重要である。当科では初期対応を誤らないように指導している。レベル4aでは口腔内の術後出血が断続的に起こり、血餅による窒息となった症例であった。緊急で気道管理が行われたものの、高次機能障害が遺残したとの報告であった。岩手医科大学附属病院が盛岡市内丸にあった旧病棟の事例であったが、矢巾町へ移転してからは各科病棟フロアが近いこともあり、院内でのコードブルーによる緊急時の対応がより迅速になっていることから、同様な事例が起こった場合には速やかに適切な処置が行われ、後遺症の軽減が可能になっていると思われる。レベル5については悪性腫瘍術後患者であり、不安などによる自殺であった。患者の精神的な管理が不十分であったことも原因の一つであるが、容易に転落し得る場所が病院にあることは施設上の問題と思われた。その後、各入口や窓には鍵を装着することとし、同様な事例が起こらないように対応された。また附属病院が矢巾町に移転してからは、人が通り抜けるスペースのある窓や屋上などへの連絡通路はなく、この施設上の問題は大きく改善されていると考えられる。また、現在では毎週定期的に歯

科医師と病棟看護師、薬剤師、栄養管理師などの全ての職種スタッフとともにミーティングを開催し、入院患者についての情報共有を行い、精神的な不安なども含めてさまざまな問題に対しての対策を検討して対応している。

2015年4月から2018年3月までの歯科医療センターでのインシデント・アクシデント報告数も年ごとに増加している中、口腔外科からの報告割合に増加傾向がみられた。これは口腔外科受診患者が年ごとに増加していることや、観血処置の必要性が多くなっている可能性が原因と考えられる。職種として看護師が最も多く、次いで歯科医師であるのは他の報告と同じ結果であった¹⁾。

当科のインシデント・アクシデントについて分析した結果、他の報告と同様な傾向も認めてはいるが、発生月、発生曜日、発生時間帯の結果からは、休暇・休憩の前後に多いといった傾向が確認された。また、当科ではインシデント・アクシデント発生に関連する歯科医師の経験年数は、他の報告と同様に数年未満で多い傾向は認めたものの、経験年数が15年未満までの群には明らかな差はなかった。今回の分析結果を参考にし、インシデント・アクシデントの発生しやすい環境、要因について事前に改善するように努め、また今後もインシデント・アクシデント報告を奨励し、医療安全の向上に取り組みたいと考えている。

謝 辞

インシデント・アクシデント報告の情報収集にご協力いただいた、岩手医科大学医療安全管理部の担当者様に感謝の意を表します。

利 益 相 反

本研究にあたり、開示すべき利益相反の関係となる企業などはありません。

文 献

- 1) 三輪全三, 馬場一美, 稲田 穰, 宮本智行, 和達礼子, 新井直也, 鶴澤成一, 西村はるみ, 月野さなえ,

- 落海真喜枝, 海野雅浩: 本学歯学部附属病院におけるインシデント・アクシデント報告書(平成13-14年度)の集計結果. 口腔病会誌, 70: 234-241, 2003.
- 2) 大野種子, 関谷吏代: 入院患者の転倒防止への取り組み インシデント報告の分析から見えてくるもの. 岐阜赤十字病医誌, 30: 25-29, 2019.
 - 3) 市川順子, 西山圭子, 小高光晴, 小森万希子: 過去3年間における麻酔関連のインシデント・アクシデントのSHELL分析に基づく解析. 日臨麻会誌, 37: 1-5, 2017.
 - 4) 石川厚子, 中原宣子, 岸本武利: 外来透析施設に於けるインシデント・アクシデント報告制度の現状と成果. 大阪透析研会誌, 26: 201-205, 2008.
 - 5) Reason, J.: Human error: models and management. BMJ., 320: 768-770. 2000.
 - 6) ハインリッヒ, H. W., ピーターセン, D., ルース, N., ed.; (財) 総合安全工学研究所訳, ハインリッヒ産業災害防止論, 第2版, 海文堂出版株式会社, 東京, 59-60 ページ, 1987.
 - 7) 松尾俊平, 横矢隆二, 服部景太, 小嶋千栄子, 若村全仁, 中川晃輔, 堤由希子, 亀川義己, 柴田俊一, 大森俊和, 小川雅之, 藤原 周: 朝日大学PDI岐阜歯科診療所におけるインシデントレポートの分析. 岐阜歯会誌, 44: 175-180. 2018.
 - 8) 佐藤修一, 永井宏和, 山内健介, 宮下 仁, 川井 忠, 野上晋之介, 高橋 哲: 東北大学病院歯科顎口腔外科におけるインシデント報告の分析. 東北歯誌, 36/37: 10-16. 2018.
 - 9) 笹井啓史, 西村 均, 有川量崇, 田口千恵子, 山口秀紀, 和田康志: 歯科大学附属病院におけるアクシデント等発生事例に関する研究. 日歯医療管理会誌, 53: 103-114. 2018.
 - 10) 平岡 瞳, 勝部直人, 長谷川篤司: 昭和大学歯科病院総合診療歯科におけるリスクマネジメント. 日総歯誌, 7: 17-21. 2015.
 - 11) 鈴木あつ子, 宮本智行, 小島 寛, 加藤仁資, 上地智博: 障害者歯科領域におけるインシデント発現状況に関する調査報告. 障害者歯, 33: 640-648. 2012.
 - 12) 柴田啓貴, 安東佳代子, 山本直子, 小原友美, 小谷順一郎: 大阪歯科大学附属病院における6年間の歯科麻酔科が対応した院内救急症例の検討. 日歯麻会誌, 40: 592-597. 2012.
 - 13) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. “2015年1月-12月(平成27年年報分).” 公益社団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業, 2020-04-07. http://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2015/TTL301_YNR-01.html, (参照2020-04-28).
 - 14) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. “2016年1月-12月(平成28年年報分).” 公益社団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業, 2020-04-07. http://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2016/TTL301_YNR-01.html, (参照2020-04-28).
 - 15) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. “2017年1月-12月(平成29年年報分).” 公益社団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業, 2020-04-07. http://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2017/TTL301_YNR-01.html, (参照2020-04-28).
 - 16) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. “2018年1月-12月(平成30年年報分).” 公益社団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業, 2020-04-07. http://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2018/TTL301_YNR-01.html, (参照2020-04-28).
 - 17) 石崎裕子, 中島貴子, 伊藤晴江, 奥村暢旦, 小林哲夫, 魚島勝美, 高木律男, 興地隆史, 藤井規孝: 歯科医師臨床研修に関するインシデントレポートの分析と対策. 日歯医教会誌, 32: 29-36. 2016.

Analysis of incident and accident reports of the last five years in division of oral and maxillofacial surgery at Iwate Medical University

Tadashi KAWAI, Ikuya MIYAMOTO, Genki YAMAYA, Kei ONODERA, Naoko TSUNODA,
Yuko KOMATSU, Yuki SAITO, Koji KOIZUMI, Mizuki OBARA, Taifu HIRANO,
Shintaro KOGI, Yu OHASHI, Hiroyuki YAMADA

Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Reconstructive Oral and Maxillofacial
Surgery, Iwate Medical University, School of Dentistry

[Received : June 5 2020 : Accepted : September 2 2020]

Abstract : The aim of this study was to analyze the incident and accident reports in past submitted from Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Iwate Medical University, and to collect the information for improvement of safety management.

The subject was the incident and accident reports submitted in the past five years from April 1, 2015 to March 31, 2020. The analysis items are the year, the place, the month, the day of the week, the time, the years of experience of the parties, contents, and level classification.

The total number of reports was 56 cases, showing an increasing trend with year. Most of the occurrence place was outpatient. Regarding the months, it seemed to occur before and after the summer vacation, and it seemed to occur before and after the weekend on the day of occurrence. Occurrence time was often in the afternoon. No relationship was found in the years of experience of the parties. The main contents were prescription / drug-related errors, unnecessary / improper inspection or treatment, residual foreign matter in the body, bar fracture, remaining dentin after tooth extraction, and insufficient confirmation of patient information. Level 1 was the most reported by level classification.

We would like to improve the medical safety management by referring to the results of this analysis.

Key words : Accident, Incident, Oral and maxillofacial surgery, Safety management