



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care
医療事故防止事業部

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

第3回報告書 (2025年1月～12月)

2026年3月

目次

ごあいさつ	1
はじめに	2
I 第3回報告書について	3
II 集計報告	7
【1】事業参加歯科診療所	7
【2】報告件数	8
【3】報告内容	9
III 事例の分析	21
1 概況	
【1】テーマの選定および分析対象とする情報	21
【2】分析体制	21
【3】会議の開催状況	21
2 分析テーマ	
【1】歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例	24
IV 歯科ヒヤリ・ハット通信	37
1 概要	37
2 2025年に提供した歯科ヒヤリ・ハット通信	37

資料 41

資料 1	医療事故防止事業 運営委員会.....	41
資料 2	歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 総合評価部会.....	42
資料 3	歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 専門分析班.....	43

※本報告書は、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <https://www.med-safe.jp/dental/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。

ごあいさつ

公益財団法人日本医療機能評価機構
理事長 河北 博文

公益財団法人日本医療機能評価機構は、中立的・科学的な立場で医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを理念としており、昨年、1995年7月27日の設立から30周年を迎えました。病院機能評価事業をはじめとして、教育研修事業、認定病院患者安全推進事業、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業、EBM医療情報事業、産科医療補償制度運営事業は、いずれもこの理念のもと取り組んでおります。医療事故防止事業部では、2004年より医療事故情報収集等事業を、また2008年より薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を運営しております。

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業は、2023年10月より歯科診療所の参加登録と事例収集を開始しました。令和6年度歯科診療報酬改定において、本事業への参加登録が歯科外来診療医療安全対策加算1の施設要件の一つとなり、このような状況から、2025年12月末の参加歯科診療所数は26,263施設となっています。一方で報告件数につきましては、2025年に報告された事例は2,563件と多くないのが課題であります。歯科医療における医療安全対策の推進を図るためには、歯科診療所で生じるヒヤリ・ハット事例を収集し、分析を行うことが大変重要であると考えております。ヒヤリ・ハット事例の報告についてご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

さて、このたび、2025年1月から12月に歯科診療所からご報告いただいた事例を取りまとめた第3回報告書を公表いたします。歯科診療所のみならず歯科部門を設置している病院を含む歯科医療機関において、医療安全を進めるうえで貴重な情報を掲載しておりますので、ぜひご活用ください。また一般の方々におかれましても、我が国の歯科医療機関における医療安全の取り組みについて理解を深めていただきたいと思います。皆様にとって有用な情報提供となるよう、さらに一層の充実に努めてまいります。

今後とも、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業や病院機能評価事業などの様々な事業を通じて、国民の医療に対する信頼の確保に努めるとともに、我が国の医療の質の向上に尽力してまいりますので、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構
執行理事 後 信
医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐

平素より本事業の運営にご理解とご協力をいただき、深く感謝申し上げます。

本事業は、全国の歯科診療所からヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して広く情報を共有することにより、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。2023年10月より歯科診療所の参加登録と事例収集を開始し、2025年12月末現在で参加歯科診療所数は26,263施設となりました。ご報告いただく事例は、歯科治療・処置に関する事例、薬剤・処方に関する事例、医療機器（機械・器具）に関する事例、検査に関する事例、歯科技工に関する事例です。本事業は、歯科診療所の皆様からヒヤリ・ハット事例をご報告いただくことが基盤であることから、情報を匿名化し、懲罰的な取り扱いをしないなど、報告しやすい環境の整備に努めています。2024年度には、新たに分析体制を構築し、ご報告いただいた事例の検討を行い、提供する情報を作成しています。また、2025年12月には、事例報告マニュアルを作成し、本事業ホームページに掲載しました。一層有用な情報提供を行っていくために、他の歯科診療所の参考になる事例の報告にご協力をいただければ幸いに存じます。なお、本事業の報告対象は歯科に関するヒヤリ・ハット事例となっていますので、大きな影響があった事例などにつきましては、医療事故情報収集等事業に報告いただければと存じます。

今回は、2025年1月から12月までにご報告いただいた事例を取りまとめた第3回報告書を公表いたします。本報告書には、集計結果に加えて、分析テーマ「歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例」を掲載しています。また、本事業ホームページでは報告書、歯科ヒヤリ・ハット通信のダウンロードや事例検索ができますので、歯科診療所の職員の皆様の間で情報共有していただくことにより、医療安全推進にお役立ていただければ幸いに存じます。

今後とも、医療事故やヒヤリ・ハット事例の発生予防・再発防止のため、有用な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

I 第3回報告書について

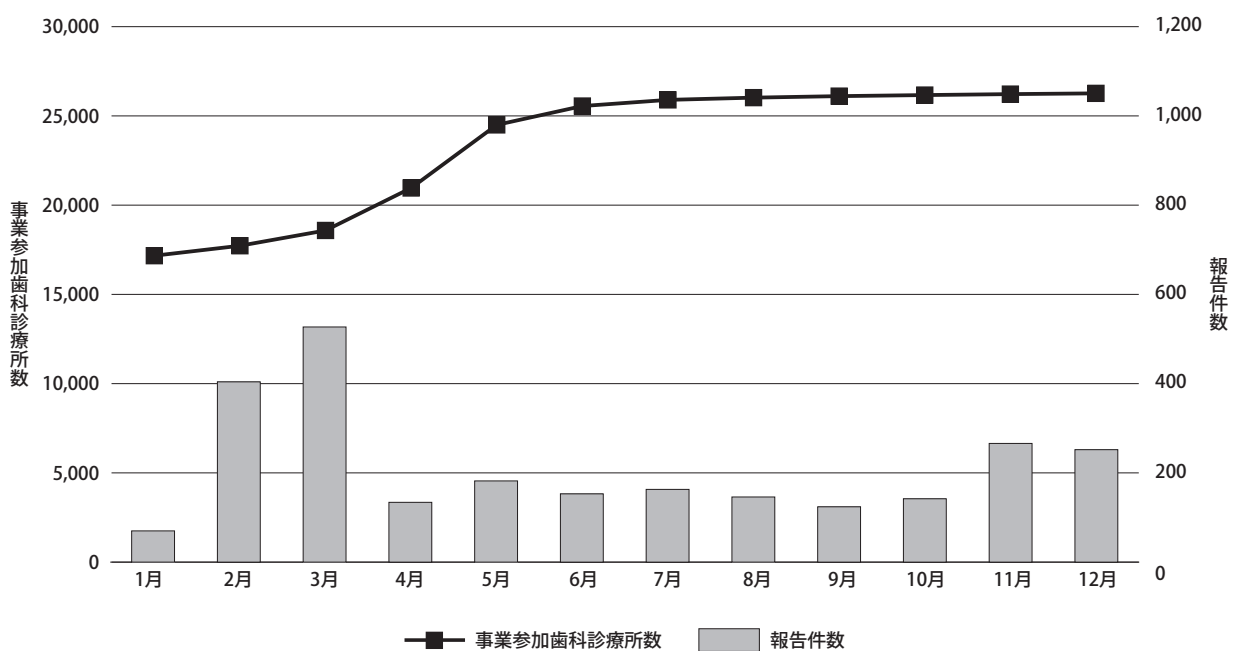
1 事業参加歯科診療所数と報告件数の現状

本事業に参加している歯科診療所数は2025年12月31日現在で26,263施設となった。本報告書の「II 集計報告」に、事業参加歯科診療所数の推移や都道府県別事業参加歯科診療所数の集計結果を掲載している。事業参加歯科診療所数は、ホームページの「参加登録歯科診療所一覧」においても随時情報を更新して示している。

本報告書が対象としている2025年1月～12月に報告された事例は2,563件であった。事業参加歯科診療所数と報告件数の推移を図表I-1に示す。事業参加歯科診療所数の増加に対し報告件数は少なく、事業参加歯科診療所において医療安全推進のために報告することへの意識がまだ定着していないと考えられる。そこで、本事業への理解を深めることを目的として「事例報告マニュアル」を作成した。本マニュアルでは、本事業の目的や報告する時のポイント、さらに報告事例の具体例と報告方法を紹介している。これらをご参照のうえ、参加の次の段階として事例の適切な報告についても引き続きご協力をお願いしたい。なお、本事業の報告対象は歯科に関するヒヤリ・ハット事例となっており、大きな影響があった事例などについては、医療事故情報収集等事業に報告いただきたい。

図表 I - 1 事業参加歯科診療所数と報告件数の推移

	2025年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業参加 歯科診療所数	17,168	17,725	18,582	20,961	24,496	25,553	25,898	26,023	26,108	26,167	26,221	26,263
報告件数	70	404	527	134	182	153	163	146	124	142	266	252



I 本事業では、歯科治療・処置に関する事例、薬剤・処方に関する事例、医療機器（機械・器具）に関する事例、検査に関する事例、歯科技工に関する事例を収集している。

事業参加歯科診療所数の増加とともに、今後は報告件数の増加および報告の質の向上が求められる。歯科医療における医療安全対策の推進を図るには、歯科診療所で生じるヒヤリ・ハット事例を収集し、分析を行うことが大変重要である。事例の詳細や背景、防止策などは、医療安全の推進に必要な情報であるため、他の歯科診療所の参考になるようにご記載いただきたい。

2 事例の分析

報告書の「Ⅲ 事例の分析」では、報告書の分析対象期間に報告された事例の中からテーマを設定し、対象期間の報告事例の分析を行うこととしている。分析テーマでは、報告件数の集計や報告された事例の分析を行い、主な事例の内容や歯科診療所から報告された事例などを紹介している。

次に、分析テーマの概要を紹介する。

（1）歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例

医療安全の向上が求められる中で、部位間違いは重大な医療事故として社会的にも注目されてきた。歯科領域における部位間違いは、生命に直結する重大事故となる可能性は低いが、患者の信頼を損ね、不可逆的な損傷をもたらす可能性があることから、正確な部位の確認は重要であり、医療安全の基本として再度徹底が求められる。

歯科治療は、治療対象が小さく、上下左右の解剖構造を取り扱うため、視覚的な錯覚や方向の取り違えが起きやすい環境にある。また、歯の部位の表記（歯式）や口腔内写真・X線画像の表示など誤認しやすい要因がある中で、複数の歯を同時に治療することもあり、部位間違いが発生するリスクがある。そのため、「これまで部位間違いを起こしたことがないので大丈夫」という認識ではなく、誰にでも起こり得る事象であることを理解したうえで、歯科治療に関わる全ての医療従事者が自らの問題として認識し、日常診療の中で対策に取り組むことが求められる。

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業を運営する本財団の医療事故防止事業部では、医療事故情報収集等事業も運営しており、事業に参加している病院などの医療機関から事例を収集している。第21回報告書（2000年7月公表）の再発・類似事例の分析において、「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例」を取り上げた。その後、医療安全情報No.47「抜歯部位の取り違え」（2010年10月提供）で、抜歯部位を取り違えた事例を取り上げて情報提供を行った。さらに、第38回報告書（2014年9月公表）の再発・類似事例の分析において、再び「歯科診療の際の部位の取り違えに関連した事例」を取り上げた。

本事業においても、歯科治療・処置時に部位を間違えた事例が報告されている。2025年1月～12月に報告された事例の中から、歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例115件について

分析を行った。患者の年齢・性別、事例に関わったスタッフの職種、部位を誤った内容、部位間違いが生じた歯の状況、部位間違いの要因などを示した。さらに、主な事例を紹介し、歯科診療所から報告された背景・要因、改善策を整理して示した。

部位を誤った内容では、局所麻酔が最も多かった。また、部位間違いが生じた歯の状況では、左右を間違えた事例が多かった。事例の要因としては、「確認不足」が最も多く、次いで、「思い込み」や「記載の誤り・不足」などであった。

最後に、専門分析班で議論した内容をもとに「治療・処置の部位間違いの発生防止のポイント」を取りまとめた。「部位確認の手順の確立」、「治療・処置を始める前の部位の特定」、「診療録等の記載時の留意事項」、「診療体制」に分けて示した内容を参考に、自施設で行える対応方法を検討したうえで手順として確立し、部位間違いを起こさない体制作りをすることが重要である。

Ⅱ 集計報告

【1】事業参加歯科診療所

本事業に参加している歯科診療所数は以下の通りである。

図表Ⅱ－1－1 事業参加歯科診療所数の推移

	2025年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業参加 歯科 診療所数	17,168	17,725	18,582	20,961	24,496	25,553	25,898	26,023	26,108	26,167	26,221	26,263

注) 各月末の歯科診療所数を示す。

図表Ⅱ－1－2 都道府県別事業参加歯科診療所数

都道府県	事業参加 歯科診療所数	都道府県	事業参加 歯科診療所数	都道府県	事業参加 歯科診療所数	都道府県	事業参加 歯科診療所数
北海道	1,119	東京都	3,322	滋賀県	288	香川県	186
青森県	159	神奈川県	2,180	京都府	443	愛媛県	317
岩手県	247	新潟県	449	大阪府	1,549	高知県	162
宮城県	267	富山県	229	兵庫県	1,262	福岡県	1,222
秋田県	155	石川県	215	奈良県	218	佐賀県	181
山形県	206	福井県	179	和歌山県	226	長崎県	276
福島県	258	山梨県	224	鳥取県	111	熊本県	420
茨城県	431	長野県	472	島根県	94	大分県	231
栃木県	397	岐阜県	515	岡山県	473	宮崎県	216
群馬県	358	静岡県	732	広島県	757	鹿児島県	292
埼玉県	1,517	愛知県	1,764	山口県	214	沖縄県	144
千葉県	1,065	三重県	320	徳島県	201	合計	26,263

注) 2025年12月31日現在の歯科診療所数を示す。

図表Ⅱ－1－3 歯科診療台数別事業参加歯科診療所数

診療台数	事業参加 歯科診療所数
0	11
1	138
2	1,834
3	8,332
4	7,748
5	3,920
6以上	4,280
合計	26,263

注) 2025年12月31日現在の歯科診療所数を示す。

【2】報告件数

本事業へのヒヤリ・ハット事例の報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ－2－1 月別報告件数

	2025年												合計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
報告件数	70	404	527	134	182	153	163	146	124	142	266	252	2,563
	1,470						1,093						

図表Ⅱ－2－2 都道府県別報告件数

都道府県	報告件数	都道府県	報告件数	都道府県	報告件数	都道府県	報告件数
北海道	72	東京都	290	滋賀県	21	香川県	13
青森県	15	神奈川県	171	京都府	61	愛媛県	98
岩手県	14	新潟県	35	大阪府	138	高知県	18
宮城県	16	富山県	18	兵庫県	107	福岡県	110
秋田県	7	石川県	17	奈良県	21	佐賀県	14
山形県	34	福井県	12	和歌山県	10	長崎県	22
福島県	41	山梨県	11	鳥取県	67	熊本県	18
茨城県	78	長野県	22	島根県	9	大分県	21
栃木県	29	岐阜県	87	岡山県	38	宮崎県	42
群馬県	31	静岡県	98	広島県	72	鹿児島県	38
埼玉県	120	愛知県	184	山口県	16	沖縄県	17
千葉県	153	三重県	24	徳島県	13	合計	2,563

図表Ⅱ－2－3 報告件数別歯科診療所数

報告件数	歯科診療所数
0	24,755
1	1,165
2	217
3	63
4	37
5	17
6	6
7	8
8	9
9	3
10	1
11以上	16
合計	26,297

図表Ⅱ－2－4 歯科診療台数別報告件数

診療台数	報告件数
0	0
1	4
2	155
3	651
4	654
5	337
6以上	762
合計	2,563

注) 2025年1月～12月に事業に参加していた歯科診療所を示す。

【3】 報告内容

2025年1月1日～12月31日に報告された事例について、各項目の集計を行った結果は以下の通りである。

(1) 基本情報

図表Ⅱ－3－1 発生月

発生月	件数
1月	252
2月	326
3月	269
4月	158
5月	181
6月	168
7月	190
8月	160
9月	182
10月	229
11月	236
12月	212
合計	2,563

図表Ⅱ－3－2 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	38
月曜日	551
火曜日	517
水曜日	452
木曜日	232
金曜日	448
土曜日	325
合計	2,563

図表Ⅱ-3-3 発生時間帯

発生時間帯	件数
0:00～2:59	7
3:00～5:59	23
6:00～8:59	20
9:00～11:59	1,190
12:00～14:59	365
15:00～17:59	793
18:00～20:59	99
21:00～23:59	1
不明	65
合計	2,563

図表Ⅱ-3-4 エラー等の実施の有無

実施の有無	件数
実施されなかった	845
実施された	1,718
合計	2,563

図表Ⅱ-3-5 エラー等が実施された事例の患者への影響

患者への影響	経過	件数
影響はなかった	—	899
影響は軽微だった	自院で経過観察	360
	自院で治療・処置	225
	他院を受診	86
影響は不明	自院で経過観察	68
	自院で治療・処置	36
	他院を受診	44
合計		1,718

図表Ⅱ-3-6 発生場所

発生場所	件数
診察室	2,056
待合室	75
X線撮影室	90
トイレ	2
受付	125
歯科技工室	64
歯科技工所	21
施設等の訪問先	61
居宅訪問先	20
その他	49
合計	2,563

(2) 患者に関する情報

図表Ⅱ-3-7 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～9歳	101
10代	108
20代	170
30代	249
40代	372
50代	448
60代	453
70代	410
80代	243
90歳以上	37
合計	2,591

注) 複数の患者が報告された事例がある。

図表Ⅱ-3-8 患者の性別

患者の性別	件数
男性	1,154
女性	1,387
不明	50
合計	2,591

注) 複数の患者が報告された事例がある。



(3) 事例に関わったスタッフに関する情報

図表Ⅱ-3-9 事例に関わったスタッフの職種

職種	件数
歯科医師	1,580
歯科衛生士	810
歯科技工士	40
歯科助手	417
事務職員	100
その他	27
合計	2,974

注) 事例に関わったスタッフの職種は、複数回答が可能である。

図表Ⅱ-3-10 事例に関わったスタッフの職種経験年数

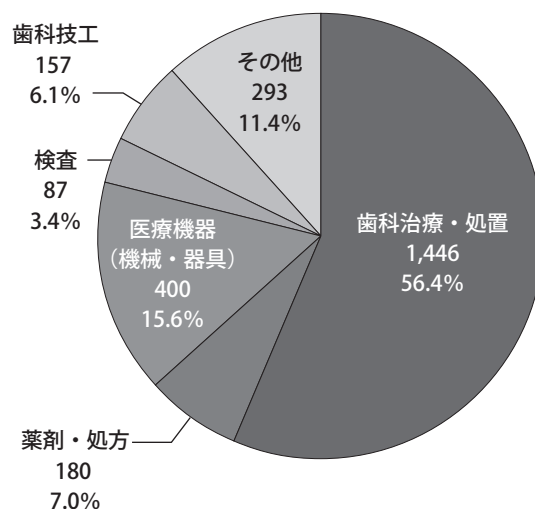
	0年	1～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40年以上	合計
歯科医師	12	119	99	150	187	243	171	202	190	207	1,580
歯科衛生士	11	178	142	117	68	126	55	77	19	17	810
歯科技工士	0	8	7	10	3	6	3	1	1	1	40
歯科助手	17	184	79	64	21	23	9	12	4	4	417
事務職員	1	41	22	12	8	5	4	6	1	0	100
その他	3	8	4	6	0	1	0	3	0	2	27
合計	44	538	353	359	287	404	242	301	215	231	2,974

注) 事例に関わったスタッフは、複数回答が可能である。

(4) 事例の内容に関する情報

図表Ⅱ-3-11 事例の概要

事例の概要	件数	%
歯科治療・処置	1,446	56.4
薬剤・処方	180	7.0
医療機器（機械・器具）	400	15.6
検査	87	3.4
歯科技工	157	6.1
その他	293	11.4
合計	2,563	100.0



注) 割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

1) 歯科治療・処置に関する事例

図表Ⅱ-3-12 事例の種類

事例の種類	件数
誤飲・誤嚥	321
歯以外の組織の損傷	275
歯の損傷	19
患者間違い	65
部位間違い	126
異物等の残存・迷入	52
衣類等の損傷	61
患者の体調変化	96
転倒・転落	11
その他	420
合計	1,446

図表Ⅱ-3-13 事例の内容

種類	事例の内容	件数
誤飲・誤嚥	修復物・器具などの口腔内外落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった	189
	修復物・器具などの誤飲	103
	修復物・器具などの誤嚥	14
	その他	15
歯以外の組織損傷	切削器具等による組織損傷	132
	メス等による組織損傷	7
	薬品による組織損傷	20
	熱傷	21
	先端の尖った器具による組織損傷	60
	その他	35

種類	事例の内容	件数	
歯の損傷	切削器具等使用時の治療歯以外の歯（隣在歯等）の損傷	7	
	抜歯時の治療歯以外の歯（隣在歯等）の損傷	1	
	偶発的な修復物・補綴装置の脱離による歯の損傷	3	
	その他	8	
患者間違い	歯科治療時の患者間違い	32	
	予約に関する患者間違い	4	
	診療録に関する患者間違い	5	
	受付対応・患者誘導・訪室時等の患者間違い	20	
	その他	4	
部位間違い	間違った切削をした	12	
	誤抜歯	萌出している隣在歯	4
		埋伏歯	1
		左右	6
		乳歯と永久歯	0
		その他	7
	その他	96	
異物等の残存・迷入	バー・リーマー等残存	19	
	歯牙等の迷入	5	
	ガーゼ等残存	3	
	注射針等残存	4	
	その他	21	
衣類等の損傷	薬剤（次亜塩素酸ナトリウム等）によるもの	19	
	印象材等によるもの	9	
	染色液によるもの	11	
	血液によるもの	3	
	火炎によるもの	2	
	その他	17	
患者の体調変化※	局所麻酔時の気分不快	49	
	アレルギー	6	
	意識レベルの変化	29	
	循環状態の変化	15	
	呼吸状態の変化	13	
	嘔吐	7	
	精神疾患に関する状態の変化	6	
	皮下気腫	0	
	その他	15	
転倒・転落	敷地内・院内での転倒・転落	9	
	訪問先での転倒・転落	1	
	その他	1	
その他		420	
合計		1,490	

※患者の体調変化は、複数回答が可能である。



2) 薬剤・処方に関する事例

図表Ⅱ-3-14 事例の種類

事例の種類	件数
処方	107
調剤・交付	19
投与	24
薬剤管理	18
その他	12
合計	180

図表Ⅱ-3-15 事例の内容

種類	事例の内容	件数
処方	処方忘れ	15
	処方量間違い	10
	重複処方	3
	禁忌薬剤の処方	34
	対象患者間違い	4
	処方薬剤間違い	28
	用法間違い	0
	その他	13
調剤・交付	調剤忘れ	3
	量間違い	1
	患者間違い	0
	薬剤間違い	7
	その他	8
投与	過剰投与	0
	過少投与	0
	重複投与	0
	薬剤間違い	6
	投与時間・日付間違い	0
	禁忌薬剤の投与	9
	対象患者間違い	0
	その他	9
薬剤管理	記載間違い	1
	期限切れ	2
	その他	15
その他		12
合計		180

3) 医療機器（機械・器具）に関する事例

図表Ⅱ-3-16 事例の種類

事例の種類	件数
タービン・エンジン	65
超音波スケーラー	32
歯科用バキューム	35
口腔外バキューム	1
ミラー	6
探針・スケーラー等	18
バー・ポイント	22
ファイル・リーマー等	18
照射器	4
矯正用器具	0
外科用器具	32
電気メス	2
レーザー	3
ユニット	27
顕微鏡	1
X線装置	20
心電計・モニター	4
エアコンプレッサー	3
高圧蒸気滅菌器	6
その他の医療機器	101
合計	400

図表Ⅱ-3-17 事例の内容

事例の内容	件数
故障・破損・破折	110
落下・脱落	119
保守・点検の不備	38
操作間違い	76
設定条件の間違い	9
指示間違い	3
訪問先等へ忘れ物	8
その他	77
合計	440

注) 医療機器（機械・器具）の事例の内容は、複数回答が可能である。



4) 検査に関する事例

図表Ⅱ-3-18 事例の種類

事例の種類	件数
X線検査	71
歯周組織検査（歯周病検査）	5
口腔機能低下症に関する検査	1
補綴関連の検査	0
内視鏡検査	1
病理組織検査	1
その他	8
合計	87

図表Ⅱ-3-19 事例の内容

種類	事例の内容	件数
X線検査	患者間違い	5
	部位・撮影範囲間違い	28
	重複撮影	5
	撮影忘れ	0
	現像間違い	3
	データ転送間違い	10
	検査結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	3
	その他	17
歯周組織検査 (歯周病検査)	患者間違い	0
	検査忘れ	0
	結果の見間違い	2
	検査結果の取扱い不備	2
	その他	1
口腔機能低下症に 関する検査	患者間違い	0
	検査忘れ	0
	結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	0
	その他	1
補綴関連の検査	患者間違い	0
	検査忘れ	0
	結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	0
	その他	0
内視鏡検査	患者間違い	0
	検査忘れ	0
	結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	0
	その他	1
病理組織検査	患者間違い	0
	検体取り違え	0
	検体紛失	0
	検査忘れ	0
	結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	0
	その他	1
その他		8
	合計	87



5) 歯科技工に関する事例

図表Ⅱ-3-20 事例の種類

事例の種類	件数
患者間違い	32
技工物・装置の種類間違い	27
部位間違い	12
材料間違い	4
納期間違い	27
その他	55
合計	157

図表Ⅱ-3-21 事例の内容

種類	事例の内容	件数
患者間違い	発注間違い	7
	受注間違い	4
	その他	21
技工物・装置の種類の間違い	発注間違い	15
	受注間違い	4
	その他	8
部位間違い	発注間違い	6
	受注間違い	5
	その他	1
材料間違い	発注間違い	1
	受注間違い	0
	その他	3
納期間違い	発注間違い	17
	受注間違い	5
	その他	5
その他		55
合計		157

(5) 発生要因

図表Ⅱ-3-2 事例に関わったスタッフの発生要因

発生要因	件数
確認を怠った	1,354
観察を怠った	438
報告が遅れた	76
記録に不備があった	107
患者への説明が不足していた	149
操作や手技を間違えた	450
情報収集が不足していた	216
知識不足であった	131
判断を誤った	303
技術不足であった	205
指示や伝達に不備があった	220
役割分担の理解が十分でなかった（連携の不備）	97
疲労/体調不良	83
繁忙/多忙/タイムプレッシャー	299
スタッフ間のコミュニケーション不足	160
その他	194
合計	4,482

注) 発生要因は、複数回答が可能である。

図表Ⅱ－3－23 その他の発生要因

発生要因		件数	
ソフトウェア	マニュアル	288	1,319
	仕組み・システム	412	
	教育・訓練	530	
	その他	89	
ハードウェア	コンピューターシステム	165	1,035
	医薬品	117	
	医療機器	372	
	施設や設備	156	
	材料	129	
	その他	96	
環境	温度	196	532
	湿度	25	
	照度	113	
	その他	198	
患者	患者の理解が不足していた	147	773
	患者が思い込んでいた	67	
	コミュニケーションがうまくとれなかった	284	
	その他	275	
その他		145	
合計		3,804	

注) 発生要因は、複数回答が可能である。

Ⅲ 事例の分析

1 概況

【1】テーマの選定および分析対象とする情報

本事業では、医療事故の発生予防・再発防止に資する情報提供を行うために、分析対象とするテーマを設定して、検討を行っている。テーマは、専門家の意見を踏まえ選定している。

分析対象とする情報は、本報告書の分析対象期間内に報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、テーマに関連する情報を有している事例である。必要に応じて本報告書の分析対象期間外の過去の事例についても、抽出期間を設定したうえで、テーマに関連する情報を有している事例の抽出を行い、分析対象としている。

本報告書では「歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例」を取り上げて分析を行った。

【2】分析体制

歯科医療に精通し、医療安全に関わっている歯科医師などで構成される専門分析班会議を開催し、本事業に報告された主なヒヤリ・ハット事例や分析テーマの内容などについて検討している。その後、本事業部で分析内容を取りまとめ、総合評価部会の審議を経て分析テーマの公表を行っている。

【3】会議の開催状況

医療事故防止事業の運営委員会、本事業の総合評価部会および専門分析班会議の2025年の開催状況を示す。なお、運営委員会の委員は資料1（41頁）、総合評価部会の委員は資料2（42頁）、専門分析班の委員は資料3（43頁）の通りである。

(1) 運営委員会

運営委員会の2025年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。

図表Ⅲ－1－1 運営委員会の開催状況

	開催月	事業	議題
第44回	2月	歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・歯科ヒヤリ・ハット通信の公表開始 ・2025年度 事業計画（案）および予算（案） ・事業要綱の改訂
		医療事故情報収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・事業参加医療機関を対象としたアンケート調査の結果 ・事例報告システムの変更 ・医療安全情報の提供方法の変更 ・2025年度 事業計画（案）および予算（案） ・事業要綱の改訂
		薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・2024年度 研修会「事例報告と情報の活用」の実施報告 ・ホームページ：共有すべき事例のページの改修 ・2025年度 事業計画（案）【一般公募】 ・事業要綱の改訂
第45回	5月	歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・2024年度 実績報告（案）
		医療事故情報収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・医療安全情報の活用例の公表 ・2024年度 業務工程図研修会の実施報告 ・2024年度 実績報告（案）
		薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・2024年度 実績報告（案）

(2) 総合評価部会

総合評価部会の2025年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。

図表Ⅲ－1－2 総合評価部会の開催状況

	開催月	議題
第5回	2月	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の現況 ・第2回報告書（案） ・研修会の内容

(3) 専門分析班会議

専門分析班会議の2025年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。

図表Ⅲ－1－3 専門分析班会議の開催状況

開催月	議題
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・第3回報告書 分析テーマ（案） ・報告事例の検討
12月	<ul style="list-style-type: none"> ・第3回報告書 分析テーマ構成案



2 分析テーマ

【1】 歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例

医療安全の向上が求められる中で、部位間違いは重大な医療事故として社会的にも注目されてきた。歯科領域における部位間違いは、生命に直結する重大事故となる可能性は低いが、患者の信頼を損ね、不可逆的な損傷をもたらす可能性があることから、正確な部位の確認は重要であり、医療安全の基本として再度徹底が求められる。

歯科治療は、治療対象が小さく、上下左右の解剖構造を取り扱うため、視覚的な錯覚や方向の取り違えが起きやすい環境にある。また、歯の部位の表記（歯式）や口腔内写真・X線画像の表示など誤認しやすい要因がある中で、複数の歯を同時に治療することもあり、部位間違いが発生するリスクがある。そのため、「これまで部位間違いを起こしたことがないので大丈夫」という認識ではなく、誰にでも起こり得る事象であることを理解したうえで、歯科治療に関わる全ての医療従事者が自らの問題として認識し、日常診療の中で対策に取り組むことが求められる。

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業を運営する本財団の医療事故防止事業部では、医療事故情報収集等事業も運営しており、事業に参加している病院などの医療機関から事例を収集している。第21回報告書（2000年7月公表）の再発・類似事例の分析において、「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例」¹⁾を取り上げた。その後、医療安全情報No.47「抜歯部位の取り違え」²⁾（2010年10月提供）で、抜歯部位を取り違えた事例を取り上げて情報提供を行った。さらに、第38回報告書（2014年9月公表）の再発・類似事例の分析において、再び「歯科診療の際の部位の取り違えに関連した事例」³⁾を取り上げた。

本事業においても、歯科治療・処置時に部位を間違えた事例が報告されていることから、歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例について分析を行った。

（1）報告状況

1) 対象とする事例

2025年1月～2025年12月に報告された事例の中から、事例の概要で「歯科治療・処置」、事例の種類で「部位間違い」の項目を選択した事例を精査し、歯科治療・処置時の部位間違いの事例を対象とした。なお、事例の概要で「歯科治療・処置」、事例の種類で「部位間違い」の項目を選択した事例の中には、X線検査時に左右を間違えた事例など歯科治療・処置以外の事例も含まれていたが、対象外とした。

2) 報告件数

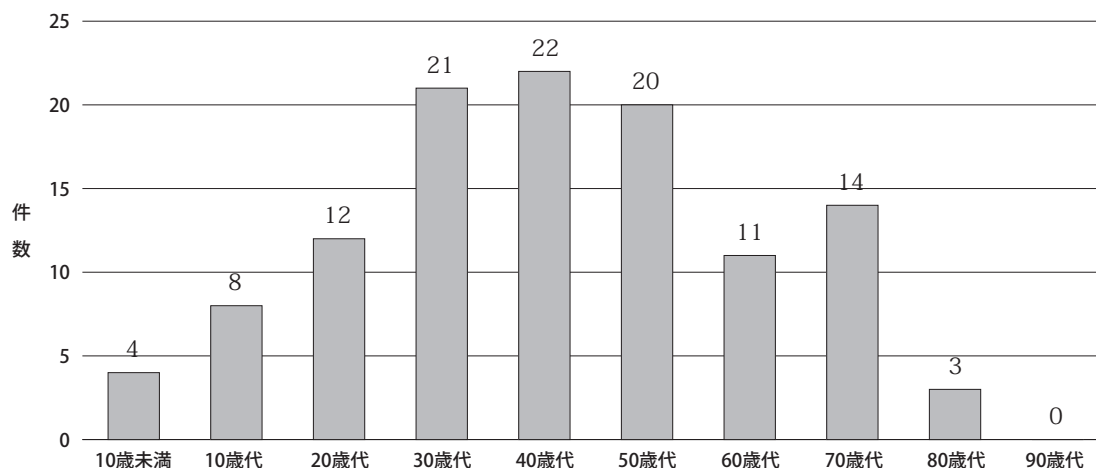
2025年1月～12月に報告された事例は115件であった。

(2) 事例の概要

1) 患者の年齢

患者の年齢を示す。

図表Ⅲ－2－1 患者の年齢



2) 患者の性別

患者の性別を示す。

図表Ⅲ－2－2 患者の性別

性別	件数
男性	51
女性	64
合計	115

3) エラー等の実施の有無と影響

エラー等の実施の有無と影響を示す。エラー等がみられたが、患者には実施されなかった事例41件は未然防止できた事例であり、患者に実施する前に誤りに気付くことができた内容は重要であるが、その詳細について記載されている事例が少なかった。詳細について記載されていた事例では、経験の浅い歯科医師が緊張して診療録の過去の記載を参照して、誤って左上6番にミラーを置いたところ、指導医より部位が違うことを指摘された事例や、治療開始前に患者に本日の治療内容を説明した際に、患者から左右の誤りを指摘された事例などであった。



図表Ⅲ－２－３ エラー等の実施の有無と影響

エラー等の実施の有無と影響		件数
エラー等がみられたが、患者には実施されなかった		41
エラー等が患者に実施された	影響はなかった	41
	影響は軽微だった	26
	影響は不明	7
合計		115

4) 事例に関わったスタッフの職種と職種経験年数

事例に関わったスタッフの職種と職種経験年数を整理して示す。職種は、歯科治療・処置に関わる歯科医師と歯科衛生士が多かった。

図表Ⅲ－２－４ 事例に関わったスタッフの職種と職種経験年数

職種	0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40年以上	合計
歯科医師	16	10	9	10	11	11	5	7	14	93
歯科衛生士	10	5	7	4	4	1	2	3	1	37
歯科助手	3	4	1	0	0	0	1	0	0	9
事務職員	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	30	19	17	14	15	12	8	10	15	140

※事例に関わったスタッフは複数回答が可能である。

5) 事例に関わったスタッフの数

事例に関わったスタッフの数を示す。

図表Ⅲ－２－５ 事例に関わったスタッフの数

スタッフの数	件数
1人	92
2人	18
3人	5
合計	115

6) 部位を誤った内容

部位を誤った内容を整理した。局所麻酔が最も多かったが、抜歯の事例も報告されていた。

図表Ⅲ－2－6 部位を誤った内容

部位を誤った内容		件数		
抜歯		14		
切削		12		
その他の 治療・処置	局所麻酔	抜歯前	6	46
		抜髄前	3	
		齲蝕処置前	8	
		スケーリング前	4	
		ブリッジ形成	1	
		詳細不明	24	
	印象採得		8	
	補綴物等	装着	5	7
		除去	2	
	スケーリング		5	
抜髄後の形成		1		
仮封材の除去		1		
ラバーダムの装着		1		
診療録等の記載		13		
患者説明		4		
詳細不明		3		
合計		115		

7) 部位間違いが生じた歯の状況

事例に記載された内容から、部位間違いが生じた歯の状況を抽出し、整理した。左右を取り違えた事例が最も多かった。

図表Ⅲ－2－7 部位間違いが生じた歯の状況

部位間違いが生じた歯の状況		件数	
反対側の歯	左右	52	63
	上下	6	
	上下左右	5	
隣在歯		14	
前回と同じ部位		5	
同一歯内（頬舌/近遠心）		2	
複数の歯の範囲		2	
他の治療予定部位		1	
詳細不明		28	
合計		115	



8) 部位間違いの要因

事例に記載された内容から部位間違いの要因を抽出し、整理した。確認不足については、事例内の記載が不足しており、確認をしなかったのか、確認したが不十分であったのかは把握できなかった。

図表Ⅲ－2－8 部位間違いの要因

部位間違いの要因*			件数	
思い込み			32	
確認不足	情報の確認不足	診療録の記載	18	56
		診療録以外の情報の参照	7	
		別の患者の診療録の参照	2	
	口腔内の確認不足		5	
	患者への確認不足		7	
	詳細不明		17	
記載の誤り・不足	診療録の「次回治療予定」の記載		9	27
	診療録以外の記載		6	
	詳細不明		12	
焦り・多忙			13	
口頭指示の伝達不足・誤り			11	
引継ぎの不足			5	
治療・処置部位の特殊性			4	
抜歯依頼の部位の誤り			2	
別部位の器具の準備			1	
診断時の誤り			1	

※複数の要因が挙げられた事例があった。

(3) 事例の内容

主な事例の内容を以下に示す。

図表Ⅲ－2－9 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
抜歯の事例			
1	<p>矯正歯科医院より、抜歯の依頼があった。診療情報提供書には、インビザラインを始めたばかりの患者で、左右上4番と左右下4番の抜歯と記載されていた。麻酔をしようとした際、右下4番にブラケットの代わりの長方形のアタッチメントが付いていることに気付いた。依頼のあった矯正歯科医院に電話をして、抜歯依頼部位が間違っていないか、どこを抜歯するのかを再確認した。その結果、本来の抜歯予定部位は、右下5番であることがわかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 紹介元の矯正歯科医院が、診療情報提供書に抜歯依頼を記載する際、部位を間違えた。 アタッチメントを付けない歯科医師もいるが、抜歯予定の歯にアタッチメントが付いていたことで、誤りに気付くことができた。 	<ul style="list-style-type: none"> 紹介元の矯正歯科医院は、抜歯依頼の際に記載内容を確認する。
2	<p>患者は30代女性で、矯正治療を目的として、両側上4番および両側下5番の抜歯が必要と判断した。抜歯は2回に分けて行う方針となり、初回は右上4番および右下5番の抜歯を行うこととした。当日の抜歯は、歯科医師が担当し、歯科衛生士が診療を補助した。診療前に診療録および治療計画書に記載された抜歯部位を確認し、対象歯に対して2%キシロカイン・エピネフリン添加を合計3.6mL使って浸潤麻酔を実施した。麻酔後、歯科衛生士とともに対象歯の位置を口腔内で目視確認し、ダブルチェックを行った。その後、探針を用いて歯根膜腔を刺激し、患者に疼痛の有無を確認して麻酔の奏効を確認した。まず、右下5番の抜歯に取りかかったが、この際に誤って隣在歯である右下4番を抜歯した。抜歯後に誤りに気づき、右下4番はすでに完全に脱臼していた。再植は困難と判断したため、ただちにガーゼによる止血処置を実施した。誤抜歯が判明した時点で、直ちに院長に報告し、対応を協議した。その結果、右下5番の抜歯は中止とし、右下4番が抜歯された状態を前提とした矯正治療計画に変更することとなった。その後、予定していた右上4番の抜歯を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師は、抜歯直前に本来実施すべきであった部位の再確認を行わずに処置を進めた。 通常の抜歯処置においては、局所麻酔後の奏効確認の直前に、診療補助スタッフとともに抜歯予定の歯を目視で確認している。さらに、鉗子による抜歯操作に入る直前にも、念のため再確認を行うことが多い。これまで、こうした二重の確認によって部位の誤認を防いできたが、今回は、麻酔後の確認は行ったものの、鉗子操作の直前に再確認を行っていなかった。 補助に入った歯科衛生士が抜歯対応に慣れておらず、処置の流れや器具のやり取りなど、全体の進行に対する気配りやサポートが得られにくい状態で、当日の診療体制が普段と異なっていたことも影響した。 そのような環境の中で、歯科医師が処置全体のスムーズな進行に意識を向けすぎてしまい、最も重要であるべき部位確認のプロセスが抜け落ちた。 普段であれば、麻酔、奏効確認、抜歯操作といった操作ごとに、文書上の情報と口腔内の状況を照らし合わせながら確認を重ねているが、環境の変化により、手技の流れや情報処理が部分的に曖昧になり、診療録や治療計画書の確認も含め、処置の各段階での「抜歯予定部位のこまめな確認」というルーティンが徹底できていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> これまでの診療では、「麻酔奏効前」の確認は比較的習慣化されていた。しかし、「抜歯操作直前」の再確認については、スタッフごとに確認方法や関わり方に違いがあったため、抜歯部位に対するダブルチェックの方法とタイミングを、診療に関わる全員でより明確に共有する。 今後は、「麻酔奏効前」と「抜歯直前」の2回、術者とスタッフがともに口腔内を直接目視し、対象歯を口頭で復唱・確認することを基本とした運用を徹底する。 麻酔前に、抜歯する歯にマジックで印をつけておく。 治療中の各段階（麻酔、奏効確認、抜歯操作など）で、診療録などの情報と都度照合するルーティンを再度意識する。 日々の確認動作の積み重ねや、スタッフ間での確認手順の共有を丁寧に行う。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
切削の事例			
3	右下7番のインレーの印象予定の患者Aがチェアに座っていた。しかし、iPadの電子カルテでは別の患者Bの診療録が開かれていた。歯科助手は患者Bの診療録を見て、歯科医師に印象の部位を伝え、歯科医師はそのまま左上7番を形成した。歯科医師が、診療録の入力を行う際、治療した部位が違うことに気付いた。その後、削合した部分はCRで補修し、元々印象予定であった右下7番の形成を行った。歯科医師は、形成する前にパソコンの画面で診療録を確認したが、iPadで開いた診療録が患者Bの画面であることに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者をチェアに誘導する際に、iPadでも診療録を開いておくが、その際に別の患者の診療録を開いていた。 誘導時、対合の印象時、アシスト時など、複数回確認できる機会があったがしていなかった。 アシストについて歯科衛生士も、iPadで患者Aの診療録が開かれているものと信じ込んでおり、確認していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者を誘導するスタッフ、歯科衛生士、歯科助手など、1人の患者に対して複数のスタッフが携わるので、その都度カルテの名前が間違っていないか確認する。 iPadで別の患者のカルテを開き、情報の確認をした場合は、必ず治療する患者の画面に戻す。
局所麻酔の事例			
4	患者の希望で右下8番の口腔外科抜歯の予定であった。しかし、診療録の記載を誤り、左下8番の浸潤麻酔、CT検査を行った。浸潤麻酔後、アシスタントがカルテを見直していた際に、左右の誤りの可能性に気づき、口腔外科抜歯の同意書を見て、前回担当した歯科衛生士に確認したところ、右下8番の抜歯が正しいことがわかった。歯科医師は患者に謝罪し、改めて右下8番の浸潤麻酔とCT検査を実施したうえで、抜歯を行った。	<ul style="list-style-type: none"> 診療録内に、右下左下の智歯の記載があり、それぞれの抜歯の必要性が書かれていた。 次回予定の欄に左右誤った部位の抜歯が記載されており、当日も誤りに気付かなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 担当の歯科衛生士が診療録を記載後、歯科医師は改めてカルテチェックを行い、部位に誤りがないか確認する。 治療前に、診療録の部位と口腔外科抜歯の同意書の部位があっているか再度確認を行う。 歯科医師は、浸潤麻酔を行う前に患者に抜歯する部位を伝え、確認してから抜歯を行う。
5	患者は左下6番のインレー形成のために来院した。歯科助手が患者を診察室に誘導した後、歯科衛生士に申し送りをした。歯科衛生士は、カルテを開く際に患者番号で検索せず、予約管理システムから誤って別の患者の電子カルテを開いた。その後、歯科衛生士は誤った部位に表面麻酔を塗布した。浸潤麻酔前、担当歯科医師が部位間違いに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> 歯科助手は、申し送りの際に歯科衛生士に診察券を渡したが、歯科衛生士は、予約管理システムから電子カルテを開く際に、押し間違えて別の患者の診療録を開いた。 患者は、ユニットを倒した状態で顔にタオルをかけられており、歯科衛生士は患者に部位と処置内容の確認をしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテを開く際は、必ず診察券を準備し、診察券番号か患者名で検索する。 患者に、部位と診療内容を確認する。
スケーリングの事例			
6	局所麻酔下で右上567番のSRPを行うことを患者に説明し、同意を得た。歯科医師は、同部位に局所麻酔を行った。担当の歯科衛生士はチェアサイドでアシストし、一緒に見て確認していた。局所麻酔の施行から5分後、歯科衛生士がSRPを開始した。その際、誤って反対側である左上567番にSRPを行った。患者は施行中、反対側も行うのだと思い、気にかけることなく処置を受けていた。終了後、歯科医師が右上567番の洗浄をしようとした際、歯科衛生士は部位を間違えて反対側にSRPをしたことに気づき、その場で報告した。歯科医師より、患者に部位を間違えていたことを説明した。	<ul style="list-style-type: none"> 担当歯科衛生士は、同じ場面で歯科医師と一緒に部位を確認していたが、実際に施行する際に、思い込みで部位を間違えてしまった。 当日、歯科衛生士は疲労感が強く、体調不良もあり、部位間違いの要因の一つになった可能性がある。 歯科医師と歯科衛生士のコミュニケーションが不足していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療・処置を行う前に、もう一度診療録を見て、予定部位を確認する。その際、処置部位を声に出し読み上げる。 歯科医師は、SRPの指示を出す際に、歯科衛生士に声をかけ、部位を伝える。



(4) 事例の背景・要因

報告された事例の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１０ 背景・要因

○思い込み
<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科医師は、歯科衛生士とともに部位を確認したが、実際に施行する際に誤って反対側だと思い込んだ。 ・ 歯牙が一部分欠けている箇所をCRで補修する予定であったが、歯科衛生士は別の部位のインレーのやり直しと思い込んでいた。
○歯の表記の誤認
<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科の部位を表す記号は、右下を「ㄣ」と記載するため、左右反対でわかりづらかった。
○確認不足
情報の確認不足：診療録の記載
<ul style="list-style-type: none"> ・ 浸潤麻酔後から診療に加わったため、診療録を確認していなかった。 ・ 治療を行う際、事前に診療録で部位を確認せず、記憶をもとに行った。
情報の確認不足：診療録以外の記録の参照
<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療録には治療部位が正しく記載されていたが確認しておらず、直前に撮影したデンタルX線画像を参照して、陰影がある部位を治療部位と勘違いをした。 ・ 歯科衛生士業務記録を確認したが、記録の入力がずれていたことに気付かなかった。本来、診療録、歯科衛生士業務記録、歯周検査表の二重確認を行うことになっていたが、今回は確認しなかった。
情報の確認不足：別の患者の診療録の参照
<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科衛生士は予約管理システムから診療録を開く際に、誤って別の患者の診療録を開いたことに気付かず、別の患者の診療録をもとに誤った部位に表面麻酔を塗布した。
口腔内の確認不足
<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内を確認する前に、患者に誤った部位の治療を説明したため、部位間違いに気付かなかった。 ・ 麻酔、奏効確認、抜歯といった処置ごとに、診療録の情報と口腔内の状況を照らし合わせながら確認することになっていたが、今回は確認していなかった。
○記録の記載の誤り・不足
診療録の「次回治療予定」の記載
<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療録に次回の治療部位が左右逆に記入されていた。前回の治療の際、歯科衛生士が部位を間違えて診療録に記入していたが、歯科医師は誤りに気付かなかった。
診療録以外の記載
<ul style="list-style-type: none"> ・ 左上6番の治療の予定であったが、予約表には「左下6番」と記載があったため、部位を誤認した。 ・ 診療録の記載は「右下5番抜歯予定」となっていたが、予約管理システムには「右下1番抜歯」と入力されていたため、誤認した。 ・ SRPを始める前に、1ヶ月前のSPRの歯周検査表を確認したところ、印がついていなかった。
○焦り・多忙
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の治療開始時間が遅れたことにより、焦りがあった。 ・ 1年目の歯科医師は、一つ前の治療が長引いて焦燥していた。 ・ 初めて浸潤麻酔を任せてもらった歯科医師は、緊張から頭が真っ白になり、誤って過去の診療録を確認した。 ・ 普段は、処置の開始直前に歯科医師と歯科衛生士で部位を確認することになっていたが、診療時間が予定よりも遅れていたため焦りがあり、確認をしなかった。 ・ 介助に入ったスタッフが抜歯対応に慣れていなかったため、処置の流れや器具のやり取りなど、全体の進行に対する気配りやサポートが得られにくい状況で、処置全体のスムーズな進行に意識を向け過ぎた。



○口頭指示の伝達不足・誤り

- 上の印象をとる前に、左下の対合の確認を先に行う予定であったが、伝達時の内容が伝わっておらず、左下の対合の確認を行わなかった。
- 麻酔部位を指示する際、歯科医師は誤って左右逆に伝えた。

○治療・処置の引継ぎ

- 担当歯科医の診療が予定より遅れたため、急遽、代わりに研修歯科医が表面麻酔と浸潤麻酔を行った。
- 歯科医師による最終確認を行わず、診察前に行った歯科助手による患者への治療部位の確認内容をもとに、歯科衛生士は処置を始めた。

○部位の特殊性

- 8番が存在していたが、7番が最後方臼歯と思い込んだ。(複数報告あり)
- 間違えた部位に治療が必要な歯があり、間違いに気付かなかった。(複数報告あり)
- 下7番のエンドクラウンの場合、咬合高径が低く、形成した歯牙の状態もほぼ残根に近く、エンドクラウンの技工物に頬舌の差があまりないため、頬舌側を間違えた。

○その他

- 診療台に案内したスタッフ、対合印象を行った歯科衛生士、治療を行った歯科医師、治療の介助をしたスタッフなど複数人が関わっていたが、いずれも確認していなかった。

(5) 歯科診療所から報告された改善策

報告された主な改善策を以下に示す。

図表Ⅲ－２－１１ 報告された主な改善策

1) 部位の同定
○診療録の確認
・準備や治療開始前は、診療録に入力されている治療部位を参照する。
○診療録以外の確認・参照
・診療録だけでなく、X線画像で部位を視覚的に確認し、左右の取り違えがないか確認する。
・診療録だけでなく、歯科衛生士業務記録や歯周検査表も併せて参照する。
○口腔内の確認
・診療録を確認した後、口腔内所見を確認してから治療・処置を行う。
・治療・処置を予定している部位を診療録で確認したうえで、口腔内の状態と照らし合わせて次へ進むこととし、少しでも違和感がある場合は立ち止まり、診療録の確認のステップに戻る。
・治療・処置を行う歯科医師と介助を行う歯科衛生士は、一緒に口腔内を直接目視する。
・最後方臼歯から見るだけでなく、前歯からも確認する。
○マーキングの実施
・抜歯時は、麻酔前に対象の歯を特定し、マジックで印をつけておく。
・下7番のエンドクラウンをセットする際、咬合高径が低く、形成した歯牙の状態もほぼ残根に近いために技工物に頬舌の差がない場合は、エンドクラウンの頬側に、後で消えるマジックで印をつけておく。
○その他
・急に処置内容を変更する場合には、再度診療録やX線画像を確認し、部位間違いがないか確認する。
2) 部位間違いをしないための取り組み
○診療録等の正しい記載
・診療録の記載を行う際は、記載後に誤りがいないか確認する。介助者は診療録の部位と口腔外科抜歯の同意書の部位が合っているか再度確認する。
・診療録・歯科衛生士記録・歯周検査表の3点に正しい部位が記録されていることを確認する。
○治療、処置の引継ぎ
・治療の途中で診療するスタッフが変わる際は、治療部位を伝達する。
・矯正医と口腔外科医の双方で抜歯部位を確認する。
○指示受け後の対応
・歯科医師からの指示を受けた後、診療録の記載内容と突き合わせて指示に間違いがないことを確認する。
・歯科医師からの指示だけでなく、自分でも診療録の内容を確認する。
○マニュアルの作成
・ダブルチェックの方法とタイミングを決めてマニュアルに記載し、診療に関わる全員で共有する。
○その他
・時間的な余裕のある診療体制にする。
・処置内容を確認し、検査表を必ず手元に置いて、いつでも見られる状態にする。



(6) 医療事故情報収集等事業に報告された事例

本事業部が運営している医療事故情報収集等事業には、医療機関から医療事故情報として、抜歯部位間違いの事例が報告されている。

図表Ⅲ-2-12 医療事故情報収集等事業に報告された事例

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
埋伏歯に気付かず別の歯を抜歯した事例			
1	患者は、智歯の抜歯目的で当院歯科口腔外科外来を紹介された。外来で左上下8番の抜歯を実施し、終診となっていた。当院での抜歯から6ヶ月後、患者は紹介元の歯科診療所を受診した。その際、歯科診療所の歯科医師から誤抜歯の可能性について指摘されたこと、患者の家族より連絡があった。4日後、患者の診察所見とX線画像の所見から、左下8番を抜歯するところ、誤って左下7番を抜歯していたことがわかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介・初診の時点で勘違いした。 ・紹介当時のX線画像では、左下8番は他の歯と高さが揃っており、萌出していると思っていたが、実際には粘膜下に完全埋伏しており、口腔内所見では見えていなかった。 ・紹介元からの紹介状には「埋伏歯」であることが記載されていなかった。 ・患者は5番の乳歯が残存しており、形態が左下6番に似ていたことから、大白歯と誤認した。 ・抜歯当日、初診時の記録やX線画像（植立具合、萌出具合・位置）、白歯と思われた3つの並び方から、疑問を抱かずに、抜歯した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該部署の医師・歯科衛生士・患者相談窓口スタッフ・医療安全管理室スタッフを交えて、M&Mカンファレンスを開催した。 ・再発防止策は以下のとおりである。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 抜歯前に術者（医師）と介助者（医師もしくは歯科衛生士）が、それぞれ抜歯する歯を数えて確認する（ダブルチェック）。 2) 一部の歯を数えるのではなく、前方・正中・後方から数える。 3) 抜歯する際は、X線画像と実際の歯を照らし合わせる。
前回の治療時に診療録の記載を誤り、誤った部位を切開した事例			
2	前月、外来にて下顎左側水平埋伏智歯の抜歯術を行った。その際、電子カルテに「下顎左側」と記載するところ、誤って「下顎右側」と記載した。今回、下顎右側水平埋伏智歯の抜歯術を行う予定で患者が来院した。その際、電子カルテを参照し、前回の抜歯部位の記載から今回は下顎左側水平埋伏智歯だと思い込んだ。紹介状や、X線画像を確認したうえで、患者にも声を出して抜歯部位を「下顎左側」であることを確認した。患者はその確認に対して「はい」と返事をした。その後、術野を消毒する際に、上級医とともに抜歯部位を確認した。表面麻酔、浸潤麻酔を行った後、切開、剥離を行ったところで、抜歯予定の歯がないことに気付いた。患者に状況を説明し、部位を間違えたことを伝えた。後日、下顎右側水平埋伏智歯の抜歯術を行うことになった。	<ul style="list-style-type: none"> ・前回、カルテに「下顎左側水平埋伏智歯の抜歯術」と記載しなければならないところ、「下顎右側水平埋伏智歯の抜歯術」と記載した。 ・患者の診察前にカルテを確認したが、前回の記載の誤りに気付かず、前回、「下顎右側」の抜歯術を施術したと思い込んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・前回のカルテ記載の部位間違いが根源であるため、カルテは正確に記載するようにする。 ・外来診療後、複数の患者のカルテ記載をまとめて行うことがあったため、診療が終わる毎に記載する。 ・口腔内を確認する際、抜歯予定の部位だけでなく、前回の治療部位の状況を含めて口腔内全体を確認し、診療録の内容と相違ないことを確認する。 ・治療開始前に、第三者と抜歯部位を確認する。

(7) 治療・処置の部位間違いの発生防止のポイント

歯科診療所から報告された改善策を踏まえ、本事業の専門分析班で議論した内容をもとに、「治療・処置の部位間違いの発生防止のポイント」をまとめた。

〈部位確認の手順の確立〉

- ・治療・処置を行う部位の確認手順は、歯科診療所内で誰が実施しても同じ手順で行えるよう整備し、手順書としておく必要がある。指差し確認、読み上げ確認、診療録とその他の情報の照合など、実施すべき内容を決め、確認のばらつきを防止することが重要である。また、確認項目の漏れを防止するためには、チェックリストを導入することも有効である。さらに、それらが形骸化しないよう、実施状況の確認や手順の見直しを定期的に行うなどの取り組みが必要である。

〈治療・処置を始める前の部位の特定〉

- ・診療録の記載やX線画像と口腔内所見を照らし合わせて部位を確認することが重要である。治療・処置時のアプローチの方向によって口腔内の見え方が異なることから、左右を取り違える可能性を念頭において対応する必要がある。
- ・治療・処置を行う部位を確認する場合、診療録のどこの記載を参照するのかをあらかじめ定めておくことよい。参照箇所が定まっていない場合、確認者ごとに参照箇所のばらつきが発生し、誤認につながる可能性がある。なお、前回の記録内容のみを参照すると、経時的に上書きされた情報により誤った判断につながる可能性があるため、治療の根本となる治療計画に立ち返って確認することが望ましい。治療計画は診療の大きな方向性を示す基盤であり、部位や治療方針を確認する際の最も信頼性の高い情報源であるため、これを基準として確認を行うことで、誤認防止の精度を高めることができる。と考える。
- ・診療録を確認する際は、内容を読み上げながら、指差し確認を行うことよい。
- ・部位確認においては、複数名での確認や複数回の確認、患者本人への確認が必ずしも有効とは限らない。複数のスタッフが同一の情報や思い込みを共有している場合、誤りがあっても互いに気付きにくく、人数が増えたことで「誰かが気付くだろう」という責任の分散が生じる可能性がある。複数回の確認についても、いずれかの時点で気付くだろうという点は同様である。加えて、確認に関わるスタッフ間で理解度に差があると、確認の観点にずれが生じ、適切に部位確認ができていないことに留意が必要である。また、患者本人への確認についても、患者自身が部位や治療内容を正確に把握していない可能性もあるため、情報の信頼性に限界があること理解し、患者への確認はあくまでも補完的手段であることを認識する。

〈診療録等の記載時の留意事項〉

- ・診療録を記載した後は、上下左右や歯の番号などに誤りがないか確認する。診療録の記載を歯科衛生士に依頼した場合は、歯科医師は記載内容に誤りがないか確認しなければならない。
- ・歯の部位の表記は、方式が複数あり、読み方が直観的でないことから、部位間違いの要因になることがある。特に、上下左右について記号（「┌」「└」「┐」「┘」）を用いて示す場合、右上を「┐」と表記するため混乱しやすい。歯科助手や事務職員など、歯科の専門知識のないスタッフが確認する場合もあるため、わかりやすい記載の仕方などの工夫が必要である。
- ・転記する機会が多いほど、部位の記載誤りが生じやすくなることから、可能な限り、治療部位の転

記を減らすことが望ましい。次回の治療を行う部位を診療録に記載する場合には、治療計画を確認し、転記誤りがないかよく確認する。

〈診療体制〉

- ・時間に余裕がない状況下で治療・処置を行うと焦りが生じて確認作業が不十分となり、部位間違いを引き起こすリスクが高まる。特に歯科治療は、治療対象が小さく、上下左右の解剖構造を取り扱うため、視覚的な錯覚や方向の取り違えが起きやすい環境にある。短時間に複数の処置を連続して行う場面が多く、忙しさが重なると注意が分散し、思い込みや確認漏れが発生しやすくなる。部位間違いを未然に防ぐためには、個々の医療従事者の注意力に依存するのではなく、時間的な余裕を確保した診療体制を構築することが重要である。

(8) まとめ

本報告書では、歯科治療・処置時の部位間違いに関連した事例115件について、分析を行った。患者の年齢・性別、事例に関わったスタッフの職種、部位を誤った内容、部位間違いが生じた歯の状況、部位間違いの要因などを示した。さらに、主な事例を紹介し、歯科診療所から報告された背景・要因、改善策を整理して示した。

部位を誤った内容では、局所麻酔が最も多かった。また、部位間違いが生じた歯の状況では、左右を間違えた事例が多かった。事例の要因としては、「確認不足」が最も多く、次いで、「思い込み」や「記載の誤り・不足」などであった。

最後に、専門分析班で議論した内容をもとに「治療・処置の部位間違いの発生防止のポイント」を取りまとめた。「部位確認の手順の確立」、「治療・処置を始める前の部位の特定」、「診療録等の記載時の留意事項」、「診療体制」に分けて示した内容を参考に、自施設で行える対応方法を検討したうえで手順として確立し、部位間違いを起こさない体制作りをすることが重要である。

(9) 参考文献

1. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 第21回報告書. 再発・類似事例の分析「共有すべき医療事故情報『歯科診療の際の部位間違いに関連した事例』(第15回報告書)について」. https://www.med-safe.jp/pdf/report_2010_1_R005.pdf (参照2026-01-15).
2. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.47「抜歯部位の取り違え」. 2010年10月. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_47.pdf (参照2026-01-15).
3. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 第38回報告書. 再発・類似事例の分析「共有すべき医療事故情報『歯科診療の際の部位間違いに関連した事例』(第15回報告書)について」. https://www.med-safe.jp/pdf/report_2014_2_R003.pdf (参照2026-01-15).

IV 歯科ヒヤリ・ハット通信

1 概要

本事業では、特に広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例を選定し、「取り組みのポイント」やイラストを付して作成し、ホームページに掲載している（図表IV-1）。また事業参加歯科診療所などを対象にメールを配信し、公表したことを通知している。

図表IV-1 歯科ヒヤリ・ハット通信のページ



2 2025年に提供した歯科ヒヤリ・ハット通信

2025年1月から12月に歯科ヒヤリ・ハット通信No.3~No.4を提供した。


図表IV-2-1 2025年に提供した歯科ヒヤリ・ハット通信

提供月	No.	タイトル
3月	No.3	腎機能低下患者への抗菌薬の常用量処方
10月	No.4	エアタービンの発熱による頬粘膜の熱傷

図表Ⅳ-2-2 歯科ヒヤリ・ハット通信No.3

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

歯科ヒヤリ・ハット通信



No.3


2025年3月

腎機能低下患者への抗菌薬の常用量処方

腎機能が低下した患者に常用量の抗菌薬を院外処方した際、薬局の薬剤師より疑義照会があり、過量投与を回避した事例が報告されています。

事例の内容

2年前に智歯を抜歯した30代の患者が再度来院し、他の智歯の抜歯を希望した。改めて既往歴を聴取し、治療中の疾患がないことを確認した。埋伏智歯抜歯術後に、腎機能に応じて投与量の調整を要する抗菌薬を常用量で院外処方した。薬局の薬剤師が患者の腎機能が低下していることに気付いた。薬剤師から処方内容について疑義照会があり、減量した。




取り組みのポイント

～歯科診療所が考えた改善策を踏まえて～

- 歯科診療所で処方することが多い抗菌薬や非ステロイド性消炎鎮痛薬には、腎機能が低下した患者に注意が必要な薬剤があることに留意し、処方する前に患者の腎機能を把握し、患者の腎機能に応じた用法・用量で処方する。腎機能に応じた投与量は、医薬品添付文書などを参考にする。
- 既往歴を聴取する際は、病歴を確認するだけでなく、検査値(Ccr、eGFR等)も確認する。
- 院外処方では、薬剤師による処方監査が行われる。疑義がある場合には本事例のように問い合わせがあり、必要に応じて処方内容の変更や代替薬の提案があるため、その内容を十分に確認し対応する。


事例の背景

既往歴を聴取した内容のみで判断し、お薬手帳などを確認しなかった。年齢が30代と若く、腎機能が低下していると考えなかった。



(参考) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例 2024年 No.8 事例3「病態禁忌」
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharingcase/sharingcase_2024_08_03G.pdf

- 薬剤師が、患者の腎機能が低下していることを把握・記録していたことで適切に処方監査を行い、歯科医師に疑義照会を行った事例を紹介している。
- 本事業は、医療事故情報収集等事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業と連携し、医療安全の推進に取り組んでいる。薬剤師の処方に関連する事例の報告もお願いしたい。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 TEL:03-5217-2323
<https://www.med-safe.jp/dental/index.html>

※この歯科ヒヤリ・ハット通信は、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会等の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。


IV

- 38 -

図表Ⅳ-2-3 歯科ヒヤリ・ハット通信No.4

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

歯科ヒヤリ・ハット通信



No.4

2025年10月

エアタービンの発熱による頬粘膜の熱傷

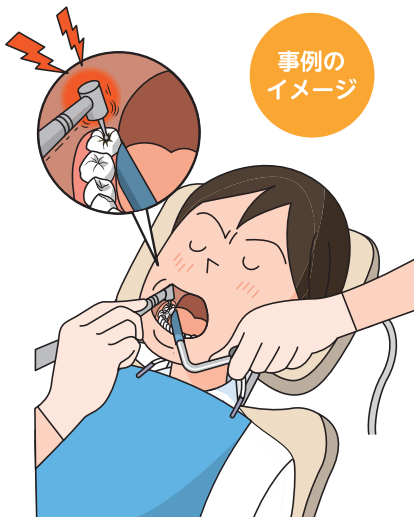
切削時にエアタービンが発熱し、
頬粘膜に熱傷をきたした事例が報告されています。

事例の内容

歯科医師は、右下7番の齲蝕治療のため、エアタービンで切削をしていた。異音と振動の大きさを感じていたが、確認せず、そのまま切削を続けていた。その後、頬粘膜に熱傷をきたしていることに気づき、エアタービンが発熱していたことがわかった。

事例の背景

エアタービンから異音が出ており、普段より振動が大きかったことから、回転不良が起きていた可能性がある。




取り組みのポイント

～事例を報告した歯科診療所が考えた改善策を踏まえて～

- エアタービンは微細な部品で構成され、高い空気圧で動かしているため、故障時に発熱しやすいことを認識する。

エアタービンの取り扱いのポイント

- 添付文書の「保守・点検に係る事項」にある点検項目に沿って、使用前に毎回点検を実施する。
- 使用直前に口腔外で回転させ、異常な振動や音、発熱などがなければ確認する。使用中に異常を感じた場合は、直ちに使用を中止し、業者などに連絡する。予備のタービンを準備しておき、使用する。
- 回転中にパーを着脱するボタンが押されると発熱の原因になる製品もあるため、切削中に不用意にヘッド部を患者の頬粘膜に押し当てたり、患者の頬粘膜を伸展させたりしない。
- エアタービンの回転不良により発熱する可能性があるため、使用後は、洗浄、滅菌、注油を行う。
- 添付文書の「保守・点検に係る事項」に沿って自院で保守点検計画を策定し、計画に基づいて保守点検に出す。



公益財団法人 日本医療機能評価機構

Japan Council for Quality Health Care

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 TEL:03-5217-2323
<https://www.med-safe.jp/dental/index.html>

※この歯科ヒヤリ・ハット通信は、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会等の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

Ⅳ

資料1 医療事故防止事業運営委員会

2025年12月31日現在

氏名	所属	役職
浅香 えみ子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事
遠藤 直哉	フェアネス法律事務所	弁護士
◎ 尾形 裕也	九州大学	名誉教授
古元 重和	北海道大学大学院医学研究院 社会医学分野 医療政策評価学教室	教授
坂本 哲也	公立昭和病院	院長
嶋森 好子	一般社団法人 日本臨床看護マネジメント学会	理事長
園田 孝志	一般社団法人 日本病院会	副会長
寺島 多実子	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
原口 亨	公益社団法人 日本薬剤師会	副会長
原田 悦子	筑波大学	名誉教授
藤原 慶正	公益社団法人 日本医師会	常任理事
細川 吉博	公益社団法人 全日本病院協会	常任理事
山口 育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML	理事長

◎ 委員長

資料 2 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 総合評価部会

2025年12月31日現在

氏名	所属	役職
犬飼 順子	愛知学院大学短期大学部 歯科衛生学科	学科長・教授
田畑 雅央	東北大学病院 医療安全推進室	室長・特命教授
寺島 多実子	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
◎ 半田 俊之	朝日大学 歯学部 口腔病態医療学講座 歯科麻酔学分野	教授
福澤 洋一	一般社団法人 日本歯科医療管理学会	常務理事
星野 倫範	一般社団法人 日本歯科医学会連合 医療安全調査委員会	委員長
武藤 智美	公益社団法人 日本歯科衛生士会	会長
森野 隆	公益社団法人 日本歯科技工士会	会長

◎ 座長

資料3 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 専門分析班

2025年12月31日現在

氏名	所属	役職
川田 利光	医療法人社団 利光会	理事長
高阪 利美	愛知学院大学短期大学部 歯科衛生士リカレント研修センター	副所長
杉浦 剛	東北大学大学院歯学研究科 病態マネジメント歯学講座 顎顔面口腔腫瘍外科学分野	教授
鈴木 彰	医療法人社団ベル歯科	理事長・院長
土田 優美	東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 口腔デジタルプロセス学分野	助教
平田 創一郎	東京歯科大学 社会歯科学講座	教授
深山 治久	杉並区歯科保健医療センター	副所長

資料



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

