



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2回報告書 (2024年1月～12月)

2025年3月

目次

ごあいさつ	1
はじめに	2
I 第2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】修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例	24
IV 歯科ヒヤリ・ハット通信	41
1 概要	41
2 2024年に提供した歯科ヒヤリ・ハット通信	41

資料 45

資料 1	医療事故防止事業 運営委員会	45
資料 2	歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 総合評価部会	46
資料 3	歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 専門分析班	47

※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、1995年7月27日の設立から30周年を迎えようとしています。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年度に創設し、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、参加登録が増加し、2024年12月末の参加歯科診療所数は16,607施設となりましたが、報告件数につきましては、2024年に報告された事例は1,126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、2024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2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、医療安全を進める上で貴重な情報を掲載しておりますので、ぜひご活用いただき、また一般の方々におかれましても、我が国の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月に歯科診療所の参加登録および事例収集を開始してから1年余りが経過しました。その間、参加歯科診療所数は大幅に増加し、2024年12月末現在で16,607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。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、2024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2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「修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例」を掲載しています。2024年10月より公表を開始した「歯科ヒヤリ・ハット通信」とともに、本報告書の内容を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2回報告書について

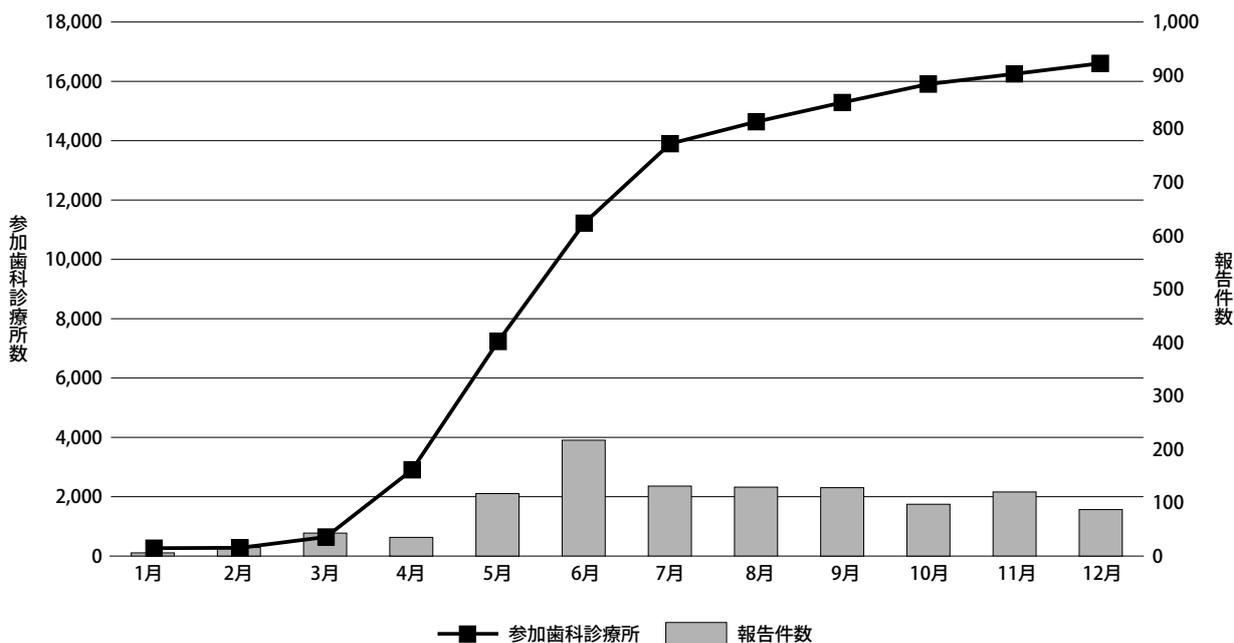
1 参加歯科診療所数と報告件数の現状

本事業に参加している歯科診療所数は2024年12月31日現在で16,607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2024年1月～12月に報告された事例は1,126件であった。参加歯科診療所数と報告件数の推移を図表I-1に示す。参加歯科診療所数は2024年4月より著しく増加し、その後も増加を続けている。参加歯科診療所数の増加の背景の一つとして、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の施設基準の一つとなったことの影響が考えられる。報告件数は、毎月100件程度で推移しており、参加歯科診療所数に対し少なく、参加歯科診療所における報告に対する意識がまだ定着していないと考えられる。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 参加歯科診療所数と報告件数の推移

	2024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
参加歯科診療所	266	278	643	2,905	7,232	11,219	13,899	14,639	15,287	15,907	16,251	16,607
報告件数	6	16	43	35	117	217	131	129	128	97	120	87



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。

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、歯科診療所から報告された事例や改善策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）修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例

歯科治療は、狭い口腔内で修復物・器具を取り扱うため、修復物・器具などが口腔内に落下しやすく、また水平位で行うことが多いため、落下したものを患者が誤飲・誤嚥する可能性がある。誤飲・誤嚥した場合には、窒息や腸管穿孔などの重篤な影響を及ぼす危険性がある。

本事業を運営している医療事故防止事業部では、これまでに医療事故情報収集等事業 第47回報告書において「歯科治療中に異物を誤飲・誤嚥した事例」を取り上げ、医療事故情報として報告された歯科治療中に発生した事例のうち、異物を誤飲・誤嚥した30件の事例について分析を行った。

2023年10月より本事業で歯科診療所を対象にヒヤリ・ハット事例の収集を開始したところ、修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例が多数報告されていた。そこで本報告書では、修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例について取り上げることにした。

事例発生時に実施していた処置の内容は、補綴装置・歯冠修復物の試適が最も多く、次いで補綴装置・歯冠修復物の除去、根管形成が多かった。

修復物・器具などが口腔内に落下した要因は、把持していたものや装着していたものの脱落であった事例が多く、把持しているものおよび補綴装置・歯冠修復物などを口腔内に落下させないように注意を払う必要がある。また、歯科用医療機器の接続外れが要因であった事例も多く、治療前に使用する機器の接続を確認することが重要である。特に、回転切削機器については、安全確認として、口腔外で事前に動作確認をする必要があること、日頃から医療機器の保守・点検を行うことが、複数の事例で改善策として挙げられていた。

修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった事例において、誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した状況は、水平位のまま、落下した修復物・器具を確認し、手指・

ピンセットなどで除去した事例が多かった。修復物・器具などが口腔内に落下した際、患者の上体を起こすことで修復物・器具などが咽頭に移動し、誤飲・誤嚥する危険性があるため、診療台を動かさずに対応する必要がある。また、患者が驚いて起き上がることがあるため、起き上がらないようにあらかじめ患者に説明しておく必要がある。なお、実際に患者が起き上がろうとした場合には、患者の肩に手を置いて状況を伝え、起き上がらないよう注意喚起した上で、対応することが望ましい。

修復物・器具などを誤飲・誤嚥した事例において実施した対応を整理したところ、医科の受診を指示しなかった事例が報告されていた。患者が修復物・器具などを誤飲・誤嚥したと認識した際は、重篤な影響を及ぼす危険性があるため、歯科医師のみで判断せず、医科を受診して医師による診察を受け、修復物・器具の種類や位置によっては速やかに取り出す必要がある。

本報告書では専門分析班で議論した内容をもとに、「誤飲・誤嚥発生時の対応のポイント」を取りまとめた。施設により設備・環境が異なることから、本報告書を参考に、自施設で行える対応方法をあらかじめ検討してまとめ、職員間で情報共有しておくことが重要である。

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

	2024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
参加歯科診療所数	266	278	643	2,905	7,232	11,219	13,899	14,639	15,287	15,907	16,251	16,607

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	参加歯科診療所数	都道府県	参加歯科診療所数	都道府県	参加歯科診療所数	都道府県	参加歯科診療所数
北海道	760	東京都	2,029	滋賀県	193	香川県	118
青森県	120	神奈川県	1,600	京都府	295	愛媛県	202
岩手県	79	新潟県	287	大阪府	1,018	高知県	132
宮城県	151	富山県	115	兵庫県	754	福岡県	727
秋田県	68	石川県	122	奈良県	114	佐賀県	88
山形県	109	福井県	126	和歌山県	92	長崎県	155
福島県	168	山梨県	125	鳥取県	54	熊本県	244
茨城県	218	長野県	272	島根県	50	大分県	127
栃木県	213	岐阜県	365	岡山県	317	宮崎県	159
群馬県	175	静岡県	456	広島県	506	鹿児島県	238
埼玉県	872	愛知県	1,411	山口県	138	沖縄県	54
千葉県	645	三重県	243	徳島県	103	合計	16,607

注) 2024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	参加歯科診療所数
0	10
1	92
2	1,248
3	5,291
4	4,834
5	2,414
6以上	2,718
合計	16,607

注) 2024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

	2024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	6	16	43	35	117	217	131	129	128	97	120	87	1,126
	434						692						

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	37	東京都	133	滋賀県	5	香川県	10
青森県	2	神奈川県	112	京都府	23	愛媛県	41
岩手県	9	新潟県	6	大阪府	73	高知県	22
宮城県	12	富山県	7	兵庫県	58	福岡県	24
秋田県	1	石川県	13	奈良県	5	佐賀県	8
山形県	4	福井県	15	和歌山県	1	長崎県	7
福島県	22	山梨県	3	鳥取県	17	熊本県	15
茨城県	20	長野県	5	島根県	4	大分県	15
栃木県	12	岐阜県	14	岡山県	14	宮崎県	40
群馬県	14	静岡県	25	広島県	24	鹿児島県	17
埼玉県	27	愛知県	68	山口県	3	沖縄県	4
千葉県	121	三重県	11	徳島県	3	合計	1,126

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	16,042
1	440
2	78
3	20
4	14
5	5
6	4
7	5
8	6
9	2
10	1
11以上	11
合計	16,628

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	1
1	1
2	84
3	242
4	241
5	156
6以上	401
合計	1,126

注) 2024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

2024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	36
2月	31
3月	46
4月	82
5月	137
6月	170
7月	145
8月	119
9月	85
10月	121
11月	91
12月	63
合計	1,126

図表Ⅱ－3－2 発生曜日

発生曜日	件数
日曜日	8
月曜日	207
火曜日	236
水曜日	187
木曜日	139
金曜日	201
土曜日	148
合計	1,126

図表Ⅱ－3－3 発生時間帯

発生時間帯	件数
0：00～ 2：59	2
3：00～ 5：59	7
6：00～ 8：59	11
9：00～11：59	533
12：00～14：59	156
15：00～17：59	332
18：00～20：59	53
21：00～23：59	1
不明	31
合計	1,126

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	390
実施された	736
合計	1,126

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	—	396
影響は軽微だった	自院で経過観察	140
	自院で治療・処置	113
	他院を受診	32
影響は不明	自院で経過観察	29
	自院で治療・処置	16
	他院を受診	10
合計		736

図表Ⅱ－3－6 発生場所

発生場所	件数
診察室	870
待合室	27
X線撮影室	58
トイレ	0
受付	64
歯科技工室	38
歯科技工所	13
施設等の訪問先	23
居宅訪問先	9
その他	24
合計	1,126

(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	51
10代	46
20代	84
30代	109
40代	178
50代	207
60代	191
70代	165
80代	104
90歳以上	19
合計	1,154

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	551
女性	583
不明	20
合計	1,154

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	617
歯科衛生士	387
歯科技工士	28
歯科助手	204
事務職員	48
その他	20
合計	1,304

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

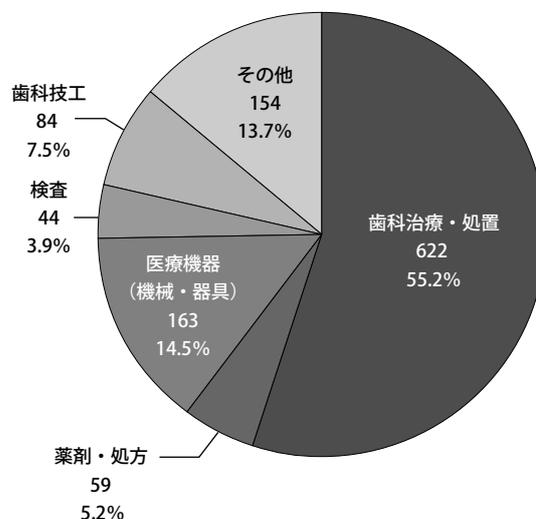
	0年	1～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40年以上	合計
歯科医師	4	71	48	63	71	72	62	83	63	80	617
歯科衛生士	7	107	80	47	35	33	32	27	12	7	387
歯科技工士	0	5	5	11	1	2	2	0	0	2	28
歯科助手	6	101	38	26	13	9	3	6	2	0	204
事務職員	1	22	12	5	3	3	0	0	1	1	48
その他	2	7	1	4	2	3	0	0	1	0	20
合計	20	313	184	156	125	122	99	116	79	90	1,304

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	622	55.2
薬剤・処方	59	5.2
医療機器（機械・器具）	163	14.5
検査	44	3.9
歯科技工	84	7.5
その他	154	13.7
合計	1,126	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	130
歯以外の組織の損傷	123
歯の損傷	9
患者間違い	25
部位間違い	57
異物等の残存・迷入	36
衣類等の損傷	26
患者の体調変化	33
転倒・転落	7
その他	176
合計	622

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	68
	修復物・器具などの誤飲	50
	修復物・器具などの誤嚥	7
	その他	5
歯以外の組織損傷	切削器具等による組織損傷	62
	メス等による組織損傷	5
	薬品による組織損傷	9
	熱傷	7
	先端の尖った器具による組織損傷	21
	その他	19

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	3	
	抜歯時の治療歯以外の歯（隣在歯等）の損傷	4	
	偶発的な修復物・補綴装置の脱離による歯の損傷	0	
	その他	2	
患者間違い	歯科治療時の患者間違い	11	
	予約に関する患者間違い	1	
	診療録に関する患者間違い	0	
	受付対応・患者誘導・訪室時等の患者間違い	12	
	その他	1	
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	0
		埋伏歯	0
		左右	0
		乳歯と永久歯	0
		その他	1
	その他	44	
異物等の残存・迷入	バー・リーマー等残存	18	
	歯牙等の迷入	1	
	ガーゼ等残存	1	
	注射針等残存	1	
	その他	15	
衣類等の損傷	薬剤（次亜塩素酸ナトリウム等）によるもの	5	
	印象材等によるもの	5	
	染色液によるもの	5	
	血液によるもの	3	
	火炎によるもの	1	
	その他	7	
患者の体調変化※	局所麻酔時の気分不快	11	
	アレルギー	2	
	意識レベルの変化	8	
	循環状態の変化	5	
	呼吸状態の変化	5	
	嘔吐	1	
	精神疾患に関する状態の変化	1	
	皮下気腫	1	
	その他	10	
転倒・転落	敷地内・院内での転倒・転落	5	
	訪問先での転倒・転落	2	
	その他	0	
その他		176	
合計		633	

※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	34
調剤・交付	11
投与	8
薬剤管理	4
その他	2
合計	59

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	10
	処方量間違い	5
	重複処方	0
	禁忌薬剤の処方	7
	対象患者間違い	0
	処方薬剤間違い	6
	用法間違い	2
	その他	4
調剤・交付	調剤忘れ	1
	量間違い	4
	患者間違い	0
	薬剤間違い	3
	その他	3
投与	過剰投与	0
	過少投与	0
	重複投与	0
	薬剤間違い	3
	投与時間・日付間違い	0
	禁忌薬剤の投与	3
	対象患者間違い	0
	その他	2
薬剤管理	記載間違い	0
	期限切れ	1
	その他	3
その他		2
合計		59

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	16
超音波スケーラー	14
歯科用バキューム	12
口腔外バキューム	5
ミラー	1
探針・スケーラー等	10
バー・ポイント	8
ファイル・リーマー等	11
照射器	0
矯正用器具	0
外科用器具	11
電気メス	2
レーザー	0
ユニット	14
顕微鏡	2
X線装置	13
心電計・モニター	0
エアコンプレッサー	1
高圧蒸気滅菌器	2
その他の医療機器	41
合計	163

図表Ⅱ-3-17 事例の内容

事例の内容	件数
故障・破損・破折	40
落下・脱落	49
保守・点検の不備	21
操作間違い	32
設定条件の間違い	7
指示間違い	1
訪問先等へ忘れ物	4
その他	26
合計	180

注) 医療機器（機械・器具）の事例の内容は、複数回答可能である。



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	34
歯周組織検査（歯周病検査）	3
口腔機能低下症に関する検査	0
補綴関連の検査	0
内視鏡検査	0
病理組織検査	0
その他	7
合計	44

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	4
	部位・撮影範囲間違い	12
	重複撮影	2
	撮影忘れ	1
	現像間違い	1
	データ転送間違い	5
	検査結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	3
	その他	6
歯周組織検査 （歯周病検査）	患者間違い	1
	検査忘れ	0
	結果の見間違い	0
	検査結果の取扱い不備	1
	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	0
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	0
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	0
その他		7
合計		44



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	16
技工物・装置の種類間違い	10
部位間違い	6
材料間違い	4
納期間違い	18
その他	30
合計	84

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	4
	受注間違い	4
	その他	8
技工物・装置の種類の間違い	発注間違い	5
	受注間違い	2
	その他	3
部位間違い	発注間違い	5
	受注間違い	0
	その他	1
材料間違い	発注間違い	3
	受注間違い	0
	その他	1
納期間違い	発注間違い	8
	受注間違い	1
	その他	9
その他		30
合計		84

(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	649
観察を怠った	168
報告が遅れた	25
記録に不備があった	53
患者への説明が不足していた	69
操作や手技を間違えた	181
情報収集が不足していた	73
知識不足であった	51
判断を誤った	154
技術不足であった	94
指示や伝達に不備があった	78
役割分担の理解が十分でなかった（連携の不備）	41
疲労/体調不良	41
繁忙/多忙/タイムプレッシャー	137
スタッフ間のコミュニケーション不足	68
その他	70
合計	1,952

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	109	556
	仕組み・システム	174	
	教育・訓練	220	
	その他	53	
ハードウェア	コンピューターシステム	53	421
	医薬品	33	
	医療機器	169	
	施設や設備	59	
	材料	65	
	その他	42	
環境	温度	76	220
	湿度	30	
	照度	32	
	その他	82	
患者	患者の理解が不足していた	68	316
	患者が思い込んでいた	34	
	コミュニケーションがうまくとれなかった	117	
	その他	97	
その他			76
合計			1,589

注) 発生要因は、複数回答が可能である。

Ⅲ 事例の分析

2023年度より開始した本事業では、歯科診療所で発生したヒヤリ・ハット事例を収集している。2024年度から、報告されたヒヤリ・ハット事例や個別のテーマなどを検討する体制を整え、分析を行っている。

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「修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例」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2024年の開催状況を示す。なお、運営委員会の委員は資料1（45頁）、総合評価部会の委員は資料2（46頁）、専門分析班の委員は資料3（47頁）の通りである。

(1) 運営委員会

運営委員会の2024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42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 2024年度 事業計画（案） 2024年度 予算（案）
		医療事故情報収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> 事業の現況 2023年度 研修会「医療機関と保険薬局の連携から考える医療安全への取り組み」の実施報告 報告項目の変更を含めたシステム改修 2024年度 事業計画（案） 2024年度 予算（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 事業計画（案）【一般公募】
第43回	6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 2023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 ホームページの改修について 2023年度 業務工程図研修会の実施報告 2023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 2023年度 実績報告（案）

(2) 総合評価部会

総合評価部会の2024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3回	2月	<ul style="list-style-type: none"> 参加登録、事例報告の状況 全国の歯科診療所への周知 専門分析班 第1回報告書（案） 参加協力証の発行
第4回	8月	<ul style="list-style-type: none"> 事業の現況 集計報告（2024年1月～6月） 今後の予定 歯科ヒヤリ・ハット通信 No.1（案）

(3) 専門分析班会議

専門分析班会議の2024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
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業について ・ 集計報告（2024年1月～6月） ・ 歯科ヒヤリ・ハット通信 No.1（案） ・ 報告事例の検討 ・ 第2回報告書の分析テーマの選定
12月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第2回報告書の分析テーマ（案） ・ 報告事例の検討



2 分析テーマ

【1】修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例

歯科治療は、狭い口腔内で修復物・器具を取り扱うため、修復物・器具などが口腔内に落下しやすく、また水平位で行うことが多いため、落下したものを患者が誤飲・誤嚥する可能性がある。誤飲・誤嚥した場合には、窒息や腸管穿孔などの重篤な影響を及ぼす危険性がある。厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基盤構築に関する研究」¹⁾において、歯科診療所からのインシデントとして、口腔内への落下、誤飲・誤嚥の事例が多く報告されている。

本事業を運営している医療事故防止事業部では、これまでに医療事故情報収集等事業 第47回報告書において「歯科治療中に異物を誤飲・誤嚥した事例」²⁾を取り上げ、医療事故情報として報告された歯科治療中に発生した事例のうち、異物を誤飲・誤嚥した30件の事例について分析を行った。

2023年10月より本事業で歯科診療所を対象にヒヤリ・ハット事例の収集を開始したところ、修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例が多数報告されていた。そこで本報告書では、修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例について取り上げることにした。

(1) 報告状況

1) 対象とする事例

2023年10月～2024年12月に報告された歯科治療・処置の事例の中から、事例の種類で「誤飲・誤嚥」の項目を選択した事例と、キーワードに「誤飲」「誤嚥」のいずれかを含む事例、もしくは「口腔内」「落下」の全てを含む事例を検索した。そのうち修復物・器具などの口腔内落下があったが誤飲・誤嚥には至らなかった事例または修復物・器具などを誤飲・誤嚥した事例を対象とした。

2) 報告件数

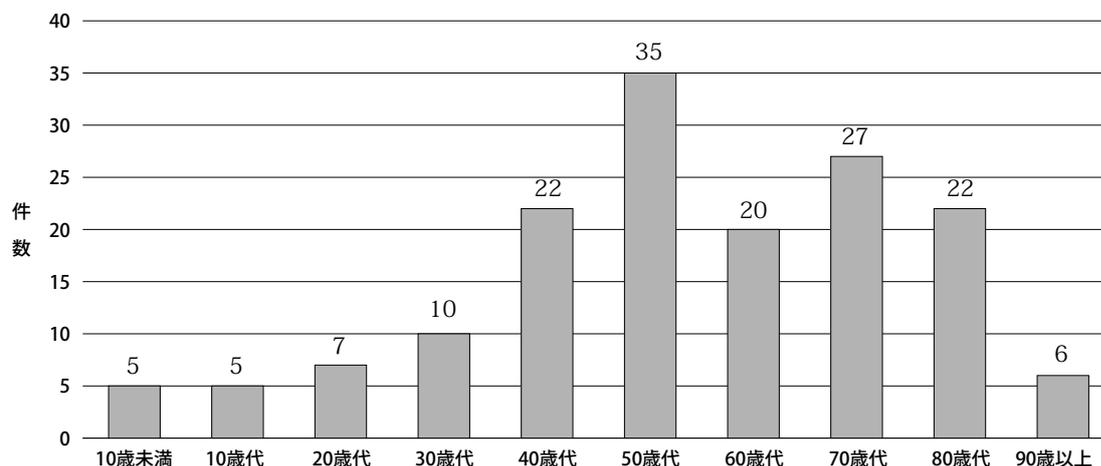
2023年10月～2024年12月に報告された事例のうち、対象とする事例は159件であった。

(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) 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示す。職種は主に歯科医師と歯科衛生士が報告されており、職種経験年数は様々であった。歯科治療中に関わったスタッフの他、診療の準備などに関わったスタッフが選択されていた。

図表Ⅲ-2-2 事例に関わったスタッフの職種と職種経験年数

	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	6	10	12	13	16	19	17	15	16	124
歯科衛生士	13	5	7	5	5	3	3	0	1	42
歯科助手	3	3	1	1	1	0	0	0	0	9
合計	22	18	20	19	22	22	20	15	17	175

※事例に関わったスタッフは、複数回答が可能である。

3) 修復物・器具などの種類

事例に記載された内容から、修復物・器具などの名称を抽出し、それらを補綴装置・歯冠修復物、歯科用医療機器・歯科材料等、歯に分類した。インレーの事例が最も多く、37件であった。次いで、バー・ポイントの事例が15件、金属冠の事例が12件であった。



図表Ⅲ－２－３ 修復物・器具などの種類

修復物・器具などの種類		件数		
補綴装置・歯冠修復物		89		
歯冠修復物	インレー	37	42	
	コア	5		
固定性補綴装置	金属冠	12	26	
	冠（詳細不明）	7		
	暫間被覆冠	3		
	人工歯	2		
	根面板	1		
	ブリッジ	1		
可撤性補綴装置	クラスプ	3	4	
	磁性アタッチメント	1		
除去した補綴装置・歯冠修復物の一部		11		
詳細不明		6		
歯科用医療機器・歯科材料等		64		
歯科用医療機器	回転切削器具	バー・ポイント	15	20
		バー・ポイントの破折片	5	
	根管治療用器具	ファイル・リーマー	10	13
		ゲーツグリデンドリルの破折片	1	
		ピーソーリーマーの破折片	1	
		レンツロ	1	
	インプラント治療用器具	インプラントスクリュードライバー	2	7
		ヒーリングキャップ	2	
		アバットメント	1	
		インプラントリムーバー	1	
		ボーンミルガイド	1	
	矯正治療用器具	ブラケット	2	
	その他	ロビンソンブラシ	4	12
		スケーラーチップの破折片	3	
		クランプ	2	
		洗浄筒の先端	1	
		バキュームチップ	1	
		縫合針	1	
	歯科材料等	仮封材	5	10
		ロールワッテ	3	
即時重合レジン		1		
綿球		1		
歯		6		
抜去歯		5		
破折した歯冠		1		
合計		159		

4) 事例発生時に実施していた処置の内容

事例に記載された内容から、事例発生時に実施していた処置の内容を抽出し、それらを補綴治療等、保存治療、矯正治療、外科治療、その他に分類した。補綴装置・歯冠修復物の試適が最も多く、43件であった。次いで、補綴装置・歯冠修復物の除去が29件、根管形成が10件であった。

図表Ⅲ-2-4 事例発生時に実施していた処置の内容

処置の内容		件数		
補綴治療等	補綴装置・歯冠修復物	試適	43	87
		除去	29	
		装着	2	
	義歯修理	4		
	支台歯形成	3		
	印象採得	3		
	インプラント上部構造体の装着	2		
	暫間被覆冠の作成	1		
保存治療	根管形成	10	31	
	歯質の切削	5		
	歯面等の研磨	4		
	支台築造	2		
	髄腔開拓	2		
	窩洞形成	1		
	根管貼薬	1		
	コンポジットレジンの充填	1		
	仮封材	除去		4
填塞		1		
矯正治療	矯正用ワイヤーの交換	2		
外科治療	抜歯	9	13	
	インプラント二次手術	2		
	インプラント体の埋入（一次手術）	1		
	縫合	1		
その他	スケーリング	7	14	
	口腔清掃	6		
	染色	1		
記載なし		12		
合計		159		



5) 修復物・器具などが口腔内に落下することになった要因

修復物・器具などが口腔内に落下することになった要因について整理した。補綴装置など装着していたものが脱落した事例や、把持していたものが脱落した事例、歯科用医療機器の接続が外れてその一部が落下した事例が多かった。

図表Ⅲ－2－5 口腔内に落下することになった要因

口腔内に落下することになった要因	件数
装着していたものの脱落	46
把持していたものの脱落	39
歯科用医療機器の接続外れ	26
歯科用医療機器や補綴装置の破損	21
加圧による飛散	9
歯の破折	1
記載なし	17
合計	159

6) 患者への影響

患者への影響を整理した。修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった事例が100件と多かった。修復物・器具などを誤飲した事例が53件、誤嚥した事例が6件報告されていた。

図表Ⅲ－2－6 患者への影響

患者への影響	件数
修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった	100
修復物・器具などの誤飲	53
修復物・器具などの誤嚥	6
合計	159

①修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった事例

修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった事例100件について、誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した状況や方法、誤飲・誤嚥に至らずに済んだ要因に着目して分析を行った。

i) 誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した状況

誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した状況を示す。水平位のまま、落下した修復物・器具などを確認し、口腔外に取り出した事例が多かった。また、患者の顔を横に向ける対応を行った事例も多かった。座位で口腔外に取り出した事例は、患者が驚いて起き上がった事例や、歯科医師などが診療台を起こした事例など様々であった。

図表Ⅲ－２－７ 誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した状況

状況		件数	
水平位	顔を横に向ける	26	58
	記載なし	32	
座位	患者が起き上がった	4	10
	診療台を起こした	6	
記載なし		32	
合計		100	

ii) 誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した方法

誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した方法を示す。落下した修復物・器具を確認し、歯科医師などが手指・ピンセットなどで除去した事例が多かった。患者自ら取り出した事例の中には、歯科医師などが指示し、患者に修復物・器具を咳で吐き出させた事例が複数含まれていた。

図表Ⅲ－２－８ 誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した方法

方法	件数
手指・ピンセットなどで除去した	37
バキュームで吸引した	11
患者自ら取り出した	20
記載なし	32
合計	100



iii) 誤飲・誤嚥に至らずに済んだ要因

歯科診療所から報告された重大な事故に至らずに済んだ要因から、誤飲・誤嚥に至らずに済んだ要因を抽出し、整理した。

図表Ⅲ－２－９ 誤飲・誤嚥に至らずに済んだ要因

○口腔内落下後の対応	
<ul style="list-style-type: none"> ・診療台を起こさず、直ちに患者の顔を横に向けて、取り出した。(複数報告あり) ・診療台を起こさず、直ちに患者の顔を横に向けて、患者に咳をしてもらった。(複数報告あり) ・落下直後に、患者の顔を横に向けて、声を出して注意喚起した。 ・患者が慌てて起き上がろうとしたのを止めた。 ・修復物などが口腔内に落下し見つからない場合は、その体勢のまま動かさないようにすることが大切であるが、患者自身で吐き出せそうであったため、診療台を起こして排出を試みた。 	
○歯科治療中の対応	
<ul style="list-style-type: none"> ・インレーを試適する際、脱離しやすい設計であったことから危機感があり、手を添えていたため、落下する方向を制限できた。 ・落下する可能性を考えながら治療していたため、即座に反応できた。 ・歯科治療中、介助者がよく観察をしていたため、落下した際に直ちに声をあげ、歯科医師に知らせることができた。 ・あらかじめ患者の顔を少し横に向けて処置を行っていたため、舌上に落下しなかった。 ・診療台を深く倒していなかった。 ・修復物などが口腔内に落下する可能性があることを、患者に説明しながら治療していた。 	
○その他	
<ul style="list-style-type: none"> ・患者が若く、口腔内に異物があることを認識できた。 ・落下した器具が、比較的軽い器具だったので粘膜に貼り付いて除去しやすかった。重い器具だと咽頭付近に落下する可能性があった。 ・目視できる位置に落下したため、直ちに除去できた。 ・落下後も患者が開口を維持していた。 	

②修復物・器具などを誤飲・誤嚥した事例

修復物・器具などを誤飲した事例53件、誤嚥した事例6件について、誤飲・誤嚥した後に実施した対応を示す。誤飲・誤嚥後に医科の受診を指示しなかった事例が8件報告されていた。

図表Ⅲ－２－１０ 誤飲・誤嚥した後に実施した対応

対応		誤飲	誤嚥	合計
医科受診の指示あり	内視鏡等で摘出	5	1	32
	経過観察	18	1	
	記載なし	6	1	
医科受診の指示なし		8	0	8
記載なし		16	3	19
合計		53	6	59

(3) 事例の内容

主な事例の内容を以下に示す。

図表Ⅲ-2-11 事例の内容

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった事例			
インレー			
1	左上7番のインレー装着のため、咬合調整している際に、インレーが口腔内に落下した。患者の顔を横に向け、誤飲・誤嚥する前に取り出すことができた。	・インレーが外しづらく、力をかけすぎていた。	・口腔内にガーゼを置いたり、ラバーダムを使用することで、落下しても誤飲・誤嚥に繋がらないようにする。
2	インレーを装着する前、仮封材を除去するため、力をかけたところ、勢いよく外れ口腔内に落下した。直ちに患者の顔を右に向けて、誤飲・誤嚥する前に取り除いた。	・仮封材が硬く固まり、力をかけないと外れにくい状態であった。	・最初から患者の顔を傾けてもらう。 ・左手で仮封材を押さえ、口腔内に落ちないようにする。
3	右上7番のインレー窩洞形成中に、軟化象牙質を除去後、エアタービンのバーを形成用バーに変えた。口腔内でエアタービンを回転させたところ、バーが口腔内に落下した。落下後すぐに患者の顔を横に向けて、介助者がバキュームでバーを吸引したため、誤飲・誤嚥には至らなかった。	・バーをエアタービンに装着した際、奥まで挿入されているかの確認が不足していた。	・バーをタービンなどにセットする場合は、必ず抜く力を与えて装着状況を確認する。また、口腔外で空回しをする。 ・切削時はなるべく介助者を立て、誤飲・誤嚥防止に努める。 ・落下した場合には、患者の顔を横に向け、吸引する。 ・誤飲・誤嚥した場合には、病院の受診を指示する。
クラスプ			
4	下顎部分床義歯の左下56番にかかるクラスプを新製した。患者の口腔内で義歯に装着する際に、口腔底にクラスプが落下した。診療台を起こさず、直ちに患者の顔を横に向かせ、背中を叩き、咳でクラスプを吐き出してもらい、口腔内から除去した。	・口腔内でクラスプを義歯につける際に、クラスプを鉤歯にかけて、手指を離し、他の操作をした。	・クラスプから手指を離す際は、鉤歯から外れないようにレジンで固定する。 ・他の操作をする間は、手指で押さえたままにしておく。 ・クラスプが口腔内に落下した際は飲み込まず、顔を横に向けるようにあらかじめ患者に伝えておく。



No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
修復物・器具などを誤飲した事例			
金属冠			
5	金属冠の調整・試適中に、口腔内に金属冠が落下した。患者が急に起き上がったため、そのまま誤飲した。患者が咽頭部の違和感を訴え、金属冠の所在を確認するため、スタッフが付き添いA病院を受診した。X線撮影を行った結果、金属冠が胃内に存在していることがわかり、担当医の判断により、内視鏡で摘出した。患者はその後帰宅し、翌日、金属冠を装着した。	<ul style="list-style-type: none"> 金属冠が落下した際、患者が急に起き上がった。 	<ul style="list-style-type: none"> 咽頭部に大ガーゼを誤飲防止ネットとして展開する。 口腔内に器具が落下した際は直ちに患者の顔を横に向ける。
6	水平位で左下7番の歯冠形成中、形成用バーがタービンヘッドから脱離する兆しはあったものの、形成は可能と判断し、継続したが、歯面からバーを離した時に、タービンヘッドからバーが脱離した。歯科治療防湿器具を使用していたため、バーをすぐに吸引することができず、また器具が障害になり、ピンセットで除去することができなかった。器具を外し、診療台を起こし、患者に吐き出すように伝えたが、口腔内に残っており、誤嚥または誤飲を疑った。喉頭反射、咽頭の違和感を確認したが、いずれの症状はなかった。治療途中であったが誤嚥した場合は重大な結果になることを患者に説明した。患者は同規格のバーを持参して近隣の内科を受診した。医師にバーの形態を確認してもらい、X線撮影にて胃の下部に存在を確認した。バー先端の形態がラウンド状であったため、医師からは、まず大丈夫とコメントがあったが、念のため翌日午前中にX線撮影を行い、バーが直腸まで移動していることを確認した。	<ul style="list-style-type: none"> バーの緩みを感じつつも、歯冠形成を継続した。 歯科治療防湿器具を使用していたため、バーをすぐに吸引できず、また器具自体が邪魔になり、ピンセットでの取り出しが遅れた。 	<ul style="list-style-type: none"> バーがタービンヘッドに確実に挿入されているか、口腔外で回転させて確認する。 形成時、少しでもバーが脱離する兆候を確認した場合、歯面に当てたまま形成を中止し、新たなバーに変更する。
7	右下7番の再根管治療を行うため、右下567番のブリッジを除去することとなった。右下56番間を切断している最中にバーが脱離し、口腔内に落下した。患者に左を向くように指示し、バキュームで吸引しようとしたが、バーが見当たらず、誤飲を疑った。直ちにパルスオキシメーターを装着したところ、SpO ₂ 97%、脈拍49回/分であった。ユニットの排水を確認したが、バーが確認できなかったため、A病院に連絡した。A病院に移動する間も、3分おきにパルスオキシメーターで測定していたが、異常な数値は認めなかった。X線撮影を行った結果、バーは胃内に存在した。消化器内科で内視鏡で摘出することとなったが摘出できず、腸に移動したと説明があった。バーが小さいため、排泄しても気が付かない可能性が高く、後日、改めてX線撮影を行うこととなった。1週間後に再度撮影し、すでに排泄したことを確認した。	<ul style="list-style-type: none"> バーが確実にタービンヘッドに挿入されていることを確認していたが、脱離した。 切削している最中に、何らかの異変が起きている可能性があったが、気付かなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> バーが落下した時は、焦らずに患者に横を向くよう指示し、バーを除去する。 舌背に落下すると、飲み込んでしまうため、舌背に落下させないように工夫する。 患者が口呼吸している場合は、舌が動いて誤飲するリスクが高まるため、鼻で呼吸するように患者に伝える。

(4) 事例の背景・要因

事例の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１２ 主な背景・要因

1) 修復物・器具の口腔内落下に関すること
○治療前の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・バーなどが奥まで挿入されているか、チャックに挿入されているか確認していなかった。(複数報告あり) ・使用前にバーなどを空回して外れないか確認していなかった。(複数報告あり) ・器具の劣化を見落としていた。 ・器具の先端に異常がないか確認していなかった。
○使用していた医療機器
<ul style="list-style-type: none"> ・何回も使用しており、バーが劣化していた。(複数報告あり) ・劣化が進み、ハンドピースのチャックの把持力が低下していた。(複数報告あり) ・バーの強度が不足していた。 ・バーの緩みを感じつつも、治療を継続した。 ・把持力の弱い鉗子を使用した。
○診療中の手技
<ul style="list-style-type: none"> ・強固に付着している補綴装置・歯冠修復物を、無理な力で外そうとした。 ・ピーソーリーマーが根管に入らず、力を入れていた。 ・フロスを横ではなく、上の方向に抜き取った。 ・ピンセットのみで補綴装置を把持しようとした。 ・クラスプを口腔内で義歯につける際に、固定されていない状態で手を離れた。 ・破折片をバキュームで吸引できていなかった。
○治療部位の状態
<ul style="list-style-type: none"> ・隣接面の接触を調整した後で補綴装置・歯冠修復物が外れやすくなっていた。 ・補綴装置・歯冠修復物が、これまで脱離を繰り返していたことについて、確認していなかった。 ・突然、治療部位以外の補綴装置が口腔内に落下した。 ・再治療歯牙であり通常より根管が広く、ファイルが不安定になりやすい状態であった。
2) 口腔内落下後の誤飲・誤嚥に関すること
<ul style="list-style-type: none"> ・ラバーダムを使用していなかった。(複数報告あり) ・ガーゼスクリーンを実施していなかった。(複数報告あり) ・口腔内に落下した後、吸引が間に合わず、直ちに取り出すことができなかった。(複数報告あり) ・誤飲・誤嚥予防目的でファイルに糸を付けていると、電氣的根管長測定を行う際に障害になるため、付けていなかった。 ・通常であれば矯正用の結紮線をドライバーに巻いて操作するが、トルクレンチが挿入できないため、外して操作した。 ・口腔内に落下した後に、診療台を起こした。



3) その他

○スタッフの状況

- ・多忙で慌てていた。焦っていた。(複数報告あり)
- ・治療が立て込んでおり、時間に追われていた。(複数報告あり)
- ・慣れた処置で漫然としていた。(複数報告あり)
- ・疲れの蓄積があった。(複数報告あり)
- ・集中力が不足していた。(複数報告あり)
- ・歯科医師と介助者の連携が不足していた。

○患者の状態

- ・高齢であった。(複数報告あり)
- ・嚥下機能、嚥下反射が低下していた。(複数報告あり)
- ・急な咳き込み・体動があった。(複数報告あり)
- ・患者が急に起き上がった。
- ・嘔吐反射が強い患者であった。
- ・舌がよく動く患者であった。
- ・口呼吸をするため、咽頭部が開いていた。

○思い込み

- ・補綴装置を除去中、大幅に削っていないことから、外れないだろうと思い込んでいた。
- ・今まで大きな問題はなく治療ができていたため、今回も問題ないと過信していた。
- ・フロスを抜き取ると補綴装置と一緒に外れる可能性があるという認識が不足していた。
- ・治療前に修復物の装着状況を確認したが、触っても動かなかったため、外れないだろうと思い込んでいた。

○患者への説明

- ・いきなり起き上がらないようにすることを事前に伝えていなかった。
- ・口腔内に落下した際の対応を事前に説明していなかった。

○その他

- ・照度が不足していた。

(5) 歯科診療所から報告された改善策

歯科診療所から報告された主な改善策を以下に示す。

図表Ⅲ－2－13 歯科診療所から報告された改善策

1) 修復物・器具の口腔内落下の予防に関すること
○使用する歯科用医療機器の接続の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・バーなどがタービンヘッドの奥まで挿入されているかどうか確認する。(複数報告あり) ・口腔外でバーを下に向けて空回しして、外れないことを確認する。(複数報告あり) ・引張試験(試しに引っ張る)を行う。 ・定期的にハンドピースを点検に出して、チャックの把持力を確認する。 ・歯科医師と介助者で接続をダブルチェックする。 ・接続の確認は、準備段階と使用直前の2回行う。
○使用する歯科用医療機器・歯科材料の選択
<ul style="list-style-type: none"> ・効率よく切削できるバーを選択する。 ・新品のバーを使用する。 ・器具を事前に確認し、緩みや劣化があれば、1人の判断ではなく2人以上で確認し、必要に応じて新しい器具に変える。
○治療時の手技
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機器・器具が折れることを想定し、無理をしないで操作する。 ・フロスは横から抜き取ることを心がける。 ・補綴装置などの除去にあたり力をかける時は、除去部位を手指で押さえる。 ・フェザータッチで切削を行う。 ・インレー除去中は、歯質との間をある程度削ったら、その後はゆっくり切削を進める。 ・少しでもバーが脱離する兆候が見られた場合、歯面に当てたまま形成を中止し、新たなバーに変更する。
○治療部位の状態の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・補綴装置などが外れやすい部分をあらかじめ把握してから、慎重に処置を行う。 ・いつ装着された補綴装置なのかを、事前に確認する。
2) 口腔内落下後の誤飲・誤嚥の防止に関すること
○口腔内落下に備えた対応
<ul style="list-style-type: none"> ・ラバーダムを使用する。(複数報告あり) ・ガーゼスクリーンを行う。(複数報告あり) ・ファイルに糸・フロスを付けて使用する。(複数報告あり) ・ファイルは根管長測定器に付けて使用する。 ・脱落しやすい補綴装置の場合は、リムーバブルノブを付与し、フロスを付けて、落下した際は誤飲・誤嚥する前に取り出せるようにする。
○口腔内落下時の対応
<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内に落下した場合は、患者の顔を修復物・器具などがある側に傾け、早急に取り出す。(複数報告あり) ・修復物・器具などが目視できる場合には、バキュームで吸引する。



○治療中の体位

- ・誤飲・誤嚥のリスクがある患者の場合、水平位での治療を避ける。
- ・修復物・器具などが口腔内に落下した場合には安易に患者を起こさずに、誤飲・誤嚥が起こりにくい体勢を保持したまま、取り出すようにする。
- ・水平位で治療を行う場合、患者の顔をあらかじめ患側に傾けてから操作する。
- ・補綴装置を試適した際は、合着するまでは診療台を起こさない。

3) 誤飲・誤嚥発生後の対応に関すること

- ・連携病院に紹介し、修復物・器具の所在を確認する。

4) その他**○患者への説明**

- ・治療中に修復物・器具などが口腔内に落下する恐れがあることを、あらかじめ患者に伝えておく。(複数報告あり)
- ・器具が口腔内に落下したときは、飲み込まず、顔を横に向けるようあらかじめ患者に伝えておく。(複数報告あり)
- ・治療中は鼻で呼吸するように伝えておく。(複数報告あり)
- ・治療中はいきなり起き上がらないようあらかじめ患者に伝えておく。

○患者の状態を踏まえた検討

- ・開口障害があり危険が伴う場合は治療を避ける。
- ・年齢や誤嚥のリスクを考慮し、義歯の修理対応を検討する。

○診療体制の検討

- ・切削時はなるべく介助者を立てる。
- ・歯科医師と介助者の連携を図る。
- ・時間に余裕を持たせて治療にあたる。
- ・一日に診察する患者数を減らす。

(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、歯科治療中の異物の誤飲・誤嚥に関連する事例が報告されている。

歯科治療中に誤飲・誤嚥したことに気づかず診察を終了し、その後患者が腹痛を自覚して救急外来を受診した事例、根管治療中にファイルが誤飲し、消化器内科で内視鏡で確認したところ、胃前庭部後壁にファイルが根元まで刺入していた事例、抜歯中に金属冠を誤嚥し、左気管支に存在したため、全身麻酔下に摘出した事例があった。参考のため、事例を紹介する。

これらの事例のように、修復物・器具などの誤飲・誤嚥により、重篤な影響を及ぼす危険性があるため、誤飲・誤嚥が判明した際は、直ちに医科を受診し、医師の診察を受ける必要がある。

図表Ⅲ－2－14 医療事故情報収集等事業に報告された事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
修復物・器具などを誤飲した事例			
1	歯科医師は、感染根管治療中にカルテを確認するため、診察台を離れた。その際、患者が2、3度むせ込み、上体を起こして含嗽した。再度水平位にして口腔内を確認し、予定の診察を終了した。患者は、夕方より腹痛を自覚し、近医を受診したが、経過観察となり帰宅した。腹痛に対しては鎮痛剤を服用したが改善せず、翌日(日曜日)昼間に救急外来を受診した。CT画像上、胃壁部に金属製の異物を認め、内視鏡で摘出した。摘出した金属製の異物は、根管治療用器具で、むせた時に誤飲したものだ。	<ul style="list-style-type: none"> 患者がむせた時に、口腔内に根管治療用器具は見当たらなかった。 カルテの確認のため診察台を離れる際に、診察台に同様の器具があったため、口腔内からその治療用器具を除去したと誤認した。 	<ul style="list-style-type: none"> 鋭利な器具を使用する際には、口腔内に留置せず、患者から目を離さない。 誤飲の可能性がある場合、体位を完全水平位にしない。 むせた時には誤飲の可能性を考え、器具を確認する。 使用前後で器具の数を確認する。 数の確認を容易にするため、必要最小限の器具を収納するボックスを使用する。 ラバーダムの使用を検討する。
2	歯科医師が左上6番の根管治療を実施している最中に、ファイルが口腔内に落下し、患者が誤飲した。耳鼻咽喉科において、内視鏡で咽頭部を確認したが、ファイルは存在しなかった。CT撮影をしたところ、異物が腹部にあることを確認した。消化器内科で内視鏡で確認したところ、ファイルが胃前庭部後壁に根元まで刺入していた。ファイルを内視鏡で除去し、経過観察のため入院とした。その後の検査で異常がないことを確認し、退院した。	<ul style="list-style-type: none"> 使用したファイルの添付文書には、落下・誤飲防止のために、ラバーダムを使用するよう記載がある。しかし、ラバーダムは専用の器具に装着して使用するため、顎の痛みを感じる事が多く、使用していなかった。 落下・誤飲防止のためにガーゼを使用していたが、舌が動き安静保持が困難な状態であった。 他院でガーゼによる小児の窒息事故があったため、直前にガーゼを除去していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥・誤飲防止のため、ラバーダムを使用する。 ファイルの誤飲が起きる可能性について、掲示することを検討する。



No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
修復物・器具などを誤嚥した事例			
3	左上7番の抜歯中に、金属冠とポストコアが口腔内に脱落した。口腔内に見当たらず、座位にして患者に含嗽させたが見つからなかった。バイタルサインは問題なかったが、軽度咳嗽があったため、誤飲あるいは誤嚥を疑い、胸部X線検査とCT検査を行ったところ、左気管支に金属冠が存在した。外科外来に誤嚥の発生を報告し、呼吸器外科医師が対応することとなった。入院し、全身麻酔下で金属冠の除去を行うことを説明し、患者家族から同意を得た。同日、硬性気管支鏡で金属冠を除去し、翌日退院した。その後、肺炎や無気肺の所見は認められず、抜歯を予定している。	<ul style="list-style-type: none"> 金属冠の把持が不十分であった。(歯根まで把持していなかった) 金属冠の脱落を想定していなかった。 金属冠が脱落した際、診療台を起こした。 患者は認知症のため、抜歯操作中に体動があった可能性があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 抜歯する際、金属冠だけでなく、歯根まで把持する。 金属冠が脱落する可能性を想定し、左手を患歯にしっかりと添える。 口腔内に落下した場合、診療台を起こさずに、直ちに患者の顔を横に向ける。 歯科診療中の誤飲・誤嚥発生時対応フローに従った対応をする。

(7) 誤飲・誤嚥発生時の対応のポイント

修復物・器具などを誤飲・誤嚥した事例について、専門分析班で議論した内容をもとに、誤飲・誤嚥発生時の対応のポイントをまとめた。

- 修復物・器具などによる気道閉塞の兆候（窒息サイン、呼吸苦、顔色不良、嘔声、喘鳴、咽頭部の違和感など）を確認する。気道閉塞が疑われる場合には、直ちに周囲に知らせ、119番通報し、腹部突き上げ法、背部叩打法などを行う必要がある。
- バイタルサインを確認する。パルスオキシメーターがある場合には、継続的にパルスオキシメーターでSpO₂、脈拍数を測定することも有効である。
- 修復物・器具などの誤嚥による気道閉塞以外にも、誤飲により腸管穿孔や組織損傷などの重篤な影響を及ぼす危険性があるため、患者が修復物・器具などを誤飲・誤嚥したと認識した際は、歯科医師のみで判断せず、必ず医科の受診を指示し、医師の診察を受ける必要がある。そのためにも、あらかじめ誤飲・誤嚥した際に対応を依頼する連携病院を確保しておくことが重要である。
- 病院に搬送する際は、可能であればストレッチャーなどを使用し、水平位を保ったまま患者を移送することが望ましい。診療台の横にストレッチャーが入る場所が確保できないなどの場合には、患者の上体を起こし移送する必要があるが、その場合には、窒息する可能性も考慮し、患者の状態を継続的に観察し、対応できるようにすることが必要である。
- 病院で診察を受ける際には、医師に誤飲・誤嚥した修復物・器具などの種類、形状を伝える。実物を持参することも有効である。
- 施設ごとに設備・環境が異なることから、自施設で誤飲・誤嚥発生時に行える対応をあらかじめ検討し、対応法をまとめ、日頃より確認しておく必要がある。

(8) まとめ

本報告書では、修復物・器具などの誤飲・誤嚥に関連した事例159件について、分析を行った。本事業には、ヒヤリ・ハット事例の報告の範囲を上回る事例も報告されている。修復物・器具などが口腔内に落下してから誤飲・誤嚥に至るまでは一連の流れであり、報告された事例を全て分析した。

事例発生時に実施していた処置の内容は、補綴装置・歯冠修復物の試適が最も多く、次いで補綴装置・歯冠修復物の除去、根管形成が多かった。

修復物・器具などが口腔内に落下した要因は、把持していたものや装着していたものの脱落であった事例が多く、把持しているものおよび補綴装置・歯冠修復物などを口腔内に落下させないように注意を払う必要がある。また、歯科用医療機器の接続外れが要因であった事例も多く、治療前に使用する機器の接続を確認することが重要である。特に、回転切削機器については、安全確認として、口腔外で事前に動作確認をする必要があること、日頃から医療機器の保守・点検を行うことが、複数の事例で改善策として挙げられていた。

修復物・器具などの口腔内落下があったが、誤飲・誤嚥には至らなかった事例において、誤飲・誤嚥する前に口腔外に取り出した状況は、水平位のまま、落下した修復物・器具を確認し、手指・ピンセットなどで除去した事例が多かった。修復物・器具などが口腔内に落下した際、患者の上体を起こすことで修復物・器具などが咽頭に移動し、誤飲・誤嚥する危険性があるため、診療台を動かさずに対応する必要がある。また、患者が驚いて起き上がることがあるため、起き上がらないようにあらかじめ患者に説明しておく必要がある。なお、実際に患者が起き上がろうとした場合には、患者の肩に手を置いて状況を伝え、起き上がらないよう注意喚起した上で、対応することが望ましい。

修復物・器具などを誤飲・誤嚥した事例において、実施した対応を整理したところ、医科の受診を指示しなかった事例が報告されていた。患者が修復物・器具などを誤飲・誤嚥したと認識した際は、重篤な影響を及ぼす危険性があるため、歯科医師のみで判断せず、医科を受診して医師による診察を受け、修復物・器具の種類や位置によっては速やかに取り出す必要がある。

本報告書では専門分析班で議論した内容をもとに、「誤飲・誤嚥発生時の対応のポイント」を取りまとめた。施設により設備・環境が異なることから、本報告書を参考に、自施設で行える対応方法をあらかじめ検討してまとめ、職員間で情報共有しておくことが重要である。

(9) 参考文献

1. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業. 研究代表者 森崎市治郎. 「歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基盤構築に関する研究」.
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25562> (参照2025-1-28).
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.
第47回報告書. 分析テーマ「歯科治療中に異物を誤飲・誤嚥した事例」.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_2016_3_T002.pdf (参照2025-2-21).

IV 歯科ヒヤリ・ハット通信

1 概要

本事業では、2024年度から歯科ヒヤリ・ハット通信の公表を行っている。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、事業に参加している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 2024年に提供した歯科ヒヤリ・ハット通信

2024年1月から12月に歯科ヒヤリ・ハット通信No.1～No.2を提供した。

図表IV-2-1 2024年に提供した歯科ヒヤリ・ハット通信

提供月	No.	タイトル
10月	No.1	バーの口腔内落下
12月	No.2	待合室での呼び出し時の患者間違い

図表Ⅳ-2-2 歯科ヒヤリ・ハット通信No.1

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.1

2024年10月

バーの口腔内落下

歯科治療中にバーが口腔内に落下し、
誤飲・誤嚥する可能性があった事例が報告されています。

事例の内容

右上7番のインレー窩洞形成中に、軟化象牙質を除去後、エアタービンのバーを形成用バーに変えた。口腔内でエアタービンを回転させたところ、バーが口腔内に落下した。落下後すぐに患者の顔を横に向けて、介助者がバキュームでバーを吸引したため、誤飲・誤嚥には至らなかった。

事例の背景

バーをエアタービンに装着した際、奥まで挿入されているかの確認が不足していた。

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～

バーの誤飲・誤嚥の予防策

- エアタービンを使用する前に、以下の点を確認する。
 - ✓ バーが奥まで挿入されているか。
 - ✓ 口腔外でバーを下に向けて空回しして、外れないか。
- 患者への事前説明として、器具が口腔内に落下した時には、急に起き上がらないこと、またスタッフの指示のもと顔を横に向け、口を閉じないことを伝えておく。
- 処置時はラバーダムを使用する。
- 口腔内にバーが落下した際は、直ちに患者の顔を横に向け、目視で確認できる場合には、バキュームで吸引する。
- 摩耗や汚れによりエアタービンのチャックの把持力が低下していないか、定期的に点検に出す。

事例のイメージ





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。

図表Ⅳ-2-3 歯科ヒヤリ・ハット通信No.2

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.2

2024年12月

待合室での呼び出し時の患者間違い

患者氏名を確認していなかったため、別の患者を診察室に案内し、治療を行う可能性があった事例が報告されています。

事例の内容

歯科衛生士が患者Xの名前を呼んだところ、患者Yが来た。歯科衛生士は患者Yを患者Xであると思い込み、診察室に案内して、治療の準備を始めた。歯科医師が局所麻酔をするため、口腔内を確認したところ、患者Xのカルテと所見が異なり、別の患者であることに気付いた。

事例の背景

患者Xの名前の呼びかけに応じて来たため、患者Yを患者Xであると思い込んでしまった。

事例のイメージ

照合していません

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～

患者を呼び込む際のポイント

- 待合室にいる患者の氏名を呼び、患者が来た(返事をした)だけでは、患者の照合ができていないことを理解する。
- 聞き間違いや思い込みにより、別の患者が呼びかけに応じる可能性があることを認識する。

患者確認の方法

- 呼び込むスタッフは手元に患者氏名の情報を持ち、患者が名乗ったフルネームと照らし合わせて確認する。
- 治療を行う前に、診療台に座っている患者に、患者名と当日の診療内容を伝え、本人であることを再度確認する。

事例のイメージ

照合

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。

資料1 医療事故防止事業運営委員会

2024年12月31日現在

氏名	所属	役職
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
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 人間系心理学域	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
吉川 久美子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事

◎ 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

2024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
◎ 砂田 勝久	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
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	東京歯科大学 歯科麻酔学講座	講師
福澤 洋一	一般社団法人 日本歯科医療管理学会	常務理事
森野 隆	公益社団法人 日本歯科技工士会	会長
吉田 直美	公益社団法人 日本歯科衛生士会	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

2024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	東京科学大学 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

