

【3】共有すべき医療事故「歯科診療の際の部位の取り違えに関連した事例」 (第15回報告書) について

(1) 発生状況

第 15 回報告書対象分析期間 (平成 22 年 10 月～12 月) において、歯科診療の際の部位間違いに関連した事例が報告され、「共有すべき事例」として取りあげた。さらに第 21 回報告書においても、分析対象期間 (平成 22 年 1～3 月) に類似事例が報告されたことを受け、「再発・類似事例の発生状況」(第 21 回報告書 127 頁) において、事例の概要、改善策などを取りまとめた。

その後、抜歯する部位を取り違えた事例については、医療安全情報 No. 47 「抜歯部位の取り違え」を作成し、情報を提供した (平成 22 年 10 月)。

このたび、本報告書分析対象期間 (平成 26 年 4 月～平成 26 年 6 月) において、歯科診療の部位間違いに関連した類似事例が報告されたため、本報告書で取り上げた。

これまで報告された「歯科診療の際の部位の取り違え」の件数の推移を図表Ⅲ-3-7 に示す。なお、図表Ⅲ-3-7 の報告件数には医療安全情報「抜歯部位の取り違え」(No. 47) の類似事例も含まれている。

図表Ⅲ-3-7 「歯科診療の際の部位の取り違え」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	0	0	0	0	0
平成20年	1	0	1	2	4
平成21年	3	0	0	0	3
平成22年	1	2	2	2	7
平成23年	1	5	5	0	11
平成24年	3	2	2	3	10
平成25年	2	0	4	2	8
平成26年	1	1	—	—	2

(2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例 1

【内容】

患者は敗血症にて入院。感染源の特定の為に全身精査された。その結果、右側術後性上顎嚢胞が感染源の可能性が高いと診断される。その治療の為、内科から口腔外科に紹介され、外来で治療されることとなった。

当日、16 時頃から口腔外科外来で右上 7 根管治療を行ない歯牙から排膿をする予定であったが、誤って左側の 上 7 の抜髄を実施してしまった。処置の経過を内科医に報告しているときに間違いに気づいた。すぐに患者へ説明後、右側の治療を実施した。

【背景・要因】

- ・歯科処置を担当していた医師が 1 名で実施していた。実施時の左右確認を行わずに実施した。
- ・検査所見の記載に「左」と誤りがあった。その記載が間違っただけは、思い込みの可能性はある。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策を以下に示す。

- ・外来処置室での患者名・部位などを確認するため、処置実施者、介助者、もしくは患者を含めたタイムアウトを取り入れる。
- ・1 人で実施する場合は、左右の確認は指さし、声出しなどで確認行動を確実にこなす。

(4) これまで報告された「歯科診療の際の部位の取り違い」の事例について

本報告書では、歯科診療を、「抜歯」と抜髄などの根管治療や歯冠治療を含む「治療」の 2 つに大別した。

図表Ⅲ - 3 - 7 で示した歯科診療の際の部位の取り違い事例のうち、平成 22 年 1 月 1 日以降に報告された 38 件について、取り違いが生じた状況ごとに「隣在歯」、「左右の歯」、「上記以外（近接する外形から判断し難い歯）」「不明」の 4 つに大別した。「上記以外（近接する外形から判断し難い歯）」はさらに判断し難かった形状について「過剰埋伏歯」と「残根状態の歯」に整理した（図表Ⅲ - 3 - 8）。

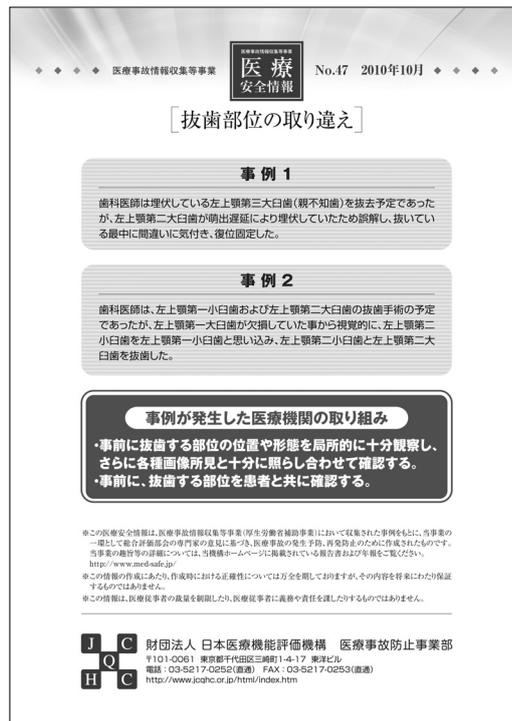
図表Ⅲ - 3 - 8 部位の取り違いが生じた状況の分類

	抜歯	抜歯以外	計
隣在歯	17	5	22
（うち埋伏歯）	(5)	(1)	(6)
左右の歯	4	3	7
（うち埋伏歯）	(1)		(1)
上記以外（近接する外形から判断し難い歯）	8	0	8
過剰埋伏歯	6	0	6
残根状態の歯	2	0	2
不明	0	1	1
合計	29	9	38

隣の歯との取り違いが最も多く 22 件であり、そのうち抜歯が 17 件、抜歯以外が 5 件であった。隣の歯との取り違いのうち 5 件は埋伏歯との取り違いであり、目視では外形から歯の位置を正確に確認できない状況であったことが推測できた。

抜歯以外の内容は抜髄、窩洞形成、歯の削合などの治療であった。

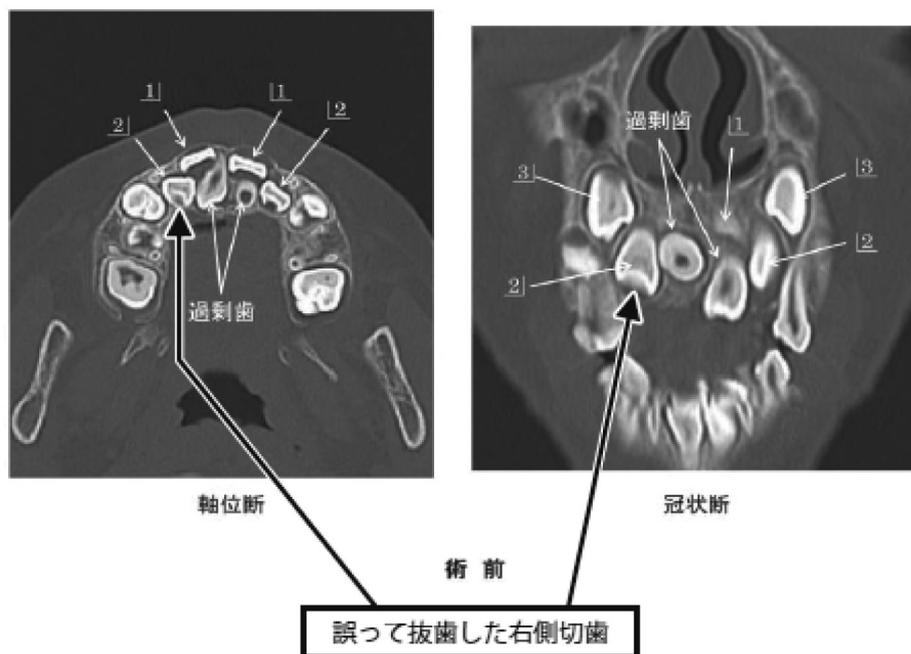
<参考：医療安全情報 No. 47 「抜歯部位の取り違い」>



左右の歯の取り違いは 7 件であり、抜歯は 4 件、抜歯以外が 3 件であった。左右取り違いについては、次項（5）で分析をする。

上記以外（近接する外形から判別し難い歯）の取り違いは 8 件であり、すべて抜歯の事例であった。そのうち、過剰埋伏歯の取り違いは 6 件であり、過剰埋伏歯の部位取り違いについては、第 30 回報告書において（第 30 回報告書 170～173 頁）エックス線画像からは埋伏歯のうち、健常歯と過剰歯の正確な前後の位置を把握することは難しく、CT 画像からも乳歯の萌出状態と埋伏している健常永久歯および過剰歯の位置関係がわかりにくいというに、過剰歯の生え方が複雑であり、健常永久歯との区別が困難であった事例について紹介した。埋伏過剰歯の存在や位置関係の理解に資するため、事例が発生した医療機関のエックス線写真及び CT 画像写真の一部を供覧しているので参考にさせていただきたい。

<参考：事例の術前 C T 画像 一部抜粋 第 30 回報告書 172 頁>



残根状態の歯の取り違えは 2 件であり、歯が残根であり見誤った、歯の破折片をエックス線画像で骨吸収を認めたことで勘違いした、という事例であった。

(5) 左右の歯の取り違え事例について

本報告書分析対象期間に報告された事例 1 と同様な左右の取り違えの事例はこれまで 7 件報告されている。歯科治療においても左右取り違えに対する防止策を講じることは重要である。そこで、本報告書では、「歯科診療の際の部位の取り違え」の中でも、左右の歯の取り違えに着目し、分析を行った。

①事例の発生段階

7 件の事例の内容を、取り違えが生じた段階を、ア) 診断、イ) 実施に分類した (図表 III - 3 - 8)。それぞれの分類に該当する事例は次のとおりである。

ア) 診断 歯科医師が疾患を診断した時点で左右を取り違えた事例。

イ) 実施 診断や準備は正しい部位に対して行われたが、歯科医師による医療実施時に左右を取り違えた事例。

取り違えが発生した段階が「診断」の事例は 3 件、「実施」の事例は 4 件であった。

図表 III - 3 - 9 発生段階別分類

発生段階	件数
診断	3
実施	4
合計	7

②発生段階別の背景・要因の分析

左右の取り違えの報告事例 7 件のうち、取り違えの発生段階が「診断」の事例 3 件及び「実施」の事例 4 件について、分析を行った (図表Ⅲ - 3 - 9)。

ア)「診断」事例について

「診断」の事例は、歯科医師が治療すべき歯を診断する際に、左右を取り違えた事例である。事例 3 件は、歯科医師が診療録に記載する際に左右を取り違えた事例 2 件と、左右を取り違えた状況でエックス線画像を読影した事例 1 件であった。

図表Ⅲ - 3 - 1 0 「診断」の左右取り違えの場面と主な背景

取り違えの場面	内 容
診療録への記載の際の左右取り違え	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査所見の記載に「左」と誤りがあり、処置を担当していた医師が 1 名で実施していた。 ・ 実施時の左右確認を行わずに実施した。 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 次の患者を待たせていたこともあり、1 患者毎のカルテ記載を怠り、一定の処置が終了した段階でまとめて診療録の記載を行った。 ・ 右側智歯抜歯をした際に「左」と診療録に記載したため、左側の智歯抜歯目的で患者が来院した際に「右側ですね」と患者に問いかけたところ患者から「右側」と返答があったため、右側智歯部の歯肉を切開した。 ・ 埋伏歯であり、外観からはわからなかった。
エックス線撮影画像読影の際の左右取り違え	<ul style="list-style-type: none"> ・ 撮影を担当した診療放射線技師は、パノラマエックス線撮影の際にマーカーに L 標記を使用したのが、現像後の写真に患者氏名ラベルを貼付する時点で、R 標記で撮影したと思い込み、パノラマエックス線写真のみ R 標記を使用した時と同じ写真の状態ですべて患者氏名ラベルを貼付し診療科へ届けた。 ・ 写真の左下部に反転した「L」の番号が標記されていたが、当院ではパノラマエックス線撮影は、R 標記が頻度的には多く、撮影者も担当歯科医師も思い込んだ。

診療録への記載の際の取り違えは、2 件とも実施の段階でエックス線写真や患者の所見を適切に確認していれば、診療録の誤りに気がつく可能性があった事例であった。

実施時に、エックス線画像や患者の所見から治療する部位の確認を行うことは重要であるが、一患者毎のカルテ記載を怠り、一定の処置が終了した段階でまとめて診療録の記載を行ったという背景が挙げられている。患者の診察直後に診療録に記録ができない時は、エックス線画像などで部位を確認するなど、誤った診療録の記載を予防する対策を講じることが、まず重要であると考えられた。

また、歯列は左右対称であることが多いため、エックス線画像を読影する際には、思い込みで判断することがないように、左右の標記を確認したうえで歯列を見ることが重要と考えられた。

イ)「実施」事例について

「実施」の事例は、歯科医師の診断は正しい部位でなされたが、治療する際に左右を取り違えた事例であり、4 件とも歯科医師の思い込みが主な背景にあった (図表Ⅲ - 3 - 1 0)。

図表Ⅲ - 3 - 1 1 発生段階が「実施」の取り違えの場面と主な背景

取り違えの場面	内 容
歯科医師の思い込み	・手術部位確認を患者とともに行わなかった。
	・患者及び母親にも右側の智歯を抜歯することを確認して開始したが、6ヶ月前にすでに抜歯していた。
	・術者の当日の勤務状況が繁忙だった。
	・局所麻酔前に術者、助手で左右の確認をしたが、術者の思い込みにより誤った部位（左）の処置を行った。
	・エックス線画像は術野が右側であることを示すようクローズアップして表示していた。
	・マーキングやタイムアウトのルールはなかった。
	・急な執刀医の変更があった。 ・第三者を含む部位の確認をしていなかった。

一旦治療が始まると、必ずしも良好な視野が確保できない口腔内を扱うことになる歯科治療において、他の歯科医師や医療スタッフが関与することは難しく、治療にあたる歯科医師の思い込みが正されずに治療が進行する現状がある。手術部位の確認を患者とともに行わなかったことや第三者を含む部位の確認を行わなかったことを背景としてあげている事例があり、①直前に、②関わる医療スタッフ全員で、③根拠となるエックス線画像などとともに治療部位を確認する、ことの重要性が示唆された。

③左右取り違え事例の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策の中からア)「診断」、イ)「実施」のそれぞれの段階について内容を整理し、以下に示す。

ア) 診断

i 診療録記載に関するもの

- ・一患者の処置が終了する毎にカルテ記載することを徹底する。

ii エックス線画像処理に関するもの

- ・L 標記による撮影は頻度的に少ないため、R 標記のみを使用して撮影を行う。
- ・現像後のエックス線写真の確認を徹底する。

iii エックス線画像に関するもの

- ・診療科においては、エックス線写真が表裏逆になっていない事を、標記されたフィルムナンバー等で確認する。
- ・口腔内全体の所見とエックス線写真を見て左右の誤りがないか確認をする。

イ) 実施

i 実施直前の部位確認のルール化

- ・手術開始前にタイムアウトを行う。
- ・外来処置室で、処置実施者、介助者、もしくは患者を含めて患者名・部位などを確認するタイムアウトを取り入れる。
- ・1人で実施する場合、左右確認は指さし、声出しなどで確認行動を確実にを行う。

ii 思い込みに気付く工夫

- ・ユニットに貼っている患者名、処置内容等を記載したラベルを拡大し見やすくし、術者、助手は必ずラベルを確認する。
- ・同一患者で複数の抜歯を別の日に行う場合、チェックリストを作成し、抜歯済みの記録を行う。

iii チームでの確認

- ・手術開始時には外来小手術においても第三者（看護師、歯科衛生士）を含めた病名、部位の確認を徹底する。
- ・医師毎の予約表の記載を徹底し、主治医が執刀することを原則とするが、止むを得ず執刀医変更する場合には、画像、カルテで確認を行い詳細な伝達を行う。

(6) まとめ

第 2 1 回報告書に掲載した「歯科診療の際の部位の取り違えに関連した事例」では、歯科の治療における部位の誤認の背景のひとつには、様々な患者に対する歯の部位の確認方法の難しさがあげられ、部位の誤認を防ぐためには、慎重な配慮のもとに、適切な診断、正確な情報伝達を行い患者を含めた確認方法を確立することの必要性が示唆された。

本報告書では、平成 22 年～本報告書分析対象期間までに報告された事例について、部位の取り違えが生じた状況で分類し、医療安全情報 No. 4 7 「抜歯部位の取り違え」や第 3 0 回報告書で掲載した「過剰埋伏歯の取り違え」について再掲した。

また、本報告書では、左右の取り違えに着目し、取り違えの発生段階が「診断」の事例 3 件及び「実施」の事例 4 件について分析を行った。

「実施」の取り違えは歯科医師の思い込みが背景として挙げられており、①直前に、②関わる医療スタッフ全員で、③根拠となるエックス線画像などとともに治療部位を確認する、ことの重要性が示唆された。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。