

【事例報告】入力ガイド(項目一覧および各項目の説明)

【入力時の注意事項】

- ・ [] 内はテキストで入力してください。
- ・ 原則として、テキスト入力欄には、最大 500 字まで入力可能です。(一部 500 字以上入力いただける項目があります。)
- ・ テキスト入力の際、半角カタカナ、機種依存文字は使用しないでください。(半角英数は可)

■ 歯科ヒヤリ・ハット事例の概要に関する情報

発生年

[] 年

- ・ 西暦で入力してください。
- ・ 不明な場合は、事例を認識した時点の年を入力してください。

発生月

1月 2月 3月 4月 5月 6月
 7月 8月 9月 10月 11月 12月

- ・ 不明な場合は、事例を認識した時点の月を選択してください。

発生曜日

月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日

- ・ 不明な場合は、事例を認識した時点の曜日を選択してください。

発生時間帯

0:00～ 2:59 3:00～ 5:59 6:00～ 8:59 9:00～11:59
 12:00～14:59 15:00～17:59 18:00～20:59 21:00～23:59
 不明 []

- ・ 発生時間帯が明確でない場合は、推定される時間帯を選択してください。
- ・ 「不明」を選択した場合は、その理由等についても入力してください。

エラー等の実施の有無

エラー等がみられたが、患者には実施されなかった
 エラー等が患者に実施されたが、影響はなかった
 エラー等が患者に実施されたが、影響は軽微だった
 エラー等が患者に実施されたが、影響は不明

- ・ 「エラー等が患者に実施されたが、影響は軽微だった」、「エラー等が患者に実施されたが、影響は不明」いずれかを選択した場合は、項目「対応」が表示されます。その際の対応を選択してください。

対応

自院で経過観察 自院で治療・処置 他院を受診

発生場所

<input type="checkbox"/> 診察室	<input type="checkbox"/> 待合室	<input type="checkbox"/> X線撮影室	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 受付
<input type="checkbox"/> 歯科技工室	<input type="checkbox"/> 歯科技工所	<input type="checkbox"/> 施設等の訪問先	<input type="checkbox"/> 居宅訪問先	<input type="checkbox"/> その他 []

■ 患者に関する情報

患者区分
 外来 訪問

患者の数
 対象患者の人数をプルダウンで選択してください。(最大5名)

- ・ **患者区分**で、「外来」と「訪問」が混在している場合は、「外来」を選択してください。
- ・ **患者の数**を選択した後、必ず変更ボタンを押してください。下記項目の入力欄が人数分表示されます。

患者の年齢
 [] 歳

患者の性別
 男性 女性 不明

直前の患者の状態

<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 認知症・健忘	<input type="checkbox"/> 歩行障害（車椅子使用）
<input type="checkbox"/> 歩行障害（杖歩行）	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	
<input type="checkbox"/> 床上安静	<input type="checkbox"/> 薬剤の影響下	<input type="checkbox"/> その他の特記する心身状態	[]

- ・ **直前の患者の状態**は、複数選択が可能です。

■ 事例に関わったスタッフに関する情報

スタッフの数
 事例に関わったスタッフの人数を「1名～6名以上」から選択してください。

- ・ **スタッフの数**を選択した後、必ず変更ボタンを押してください。下記項目の入力欄が人数分表示されま

職種
 歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 事務職員 その他 []

職種経験年数
 [] 年

現在の職場での経験年数
 [] 年

- ・ 事例に関わったスタッフが複数いる場合は、当該事例との関連が深いと考えられる順番に入力をしてください。5名分まで入力欄が表示されます。
- ・ 6名以上いる場合は、テキスト入力欄に**職種**、**職種経験年数**、**現在の職場での経験年数**をそれぞれ入力してください。(1300字以内)
- ・ **職種経験年数**、**現在の現場での経験年数**が1年未満の場合は、「0」と入力してください。

■ 歯科ヒヤリ・ハットの概要

歯科ヒヤリ・ハットの概要

- | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯科治療・処置 | <input type="checkbox"/> 薬剤・処方 | <input type="checkbox"/> 医療機器（機械・器具） | <input type="checkbox"/> 検査 | <input type="checkbox"/> 歯科技工 |
| <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | |

- ・ 歯科治療・処置…歯科治療または歯科処置の過程で発生した事例
- ・ 薬剤・処方…歯科治療または歯科処置において、薬剤の処方、調剤、準備、投与の過程で発生した事例
- ・ 医療機器（機械・器具）…歯科医療機器の使用に関連して発生した事例
- ・ 検査…歯科に関連した検査のオーダ、準備、実施、結果報告の過程で発生した事例
- ・ 歯科技工…歯科技工物・装置の発注または受注に関連して発生した事例
- ・ その他…上記項目以外で発生した事例

■ 発生状況・内容に関する情報

事例の種類

発生状況

事例の内容

- ・ これらは、**歯科ヒヤリ・ハットの概要**で選択した項目により、ご回答いただく内容が異なります。項目ごとにご回答いただく内容は、下記ページをご参照ください。

- 「歯科治療・処置」を選択した場合 …………… [5 ページ](#)
- 「薬剤・処方」を選択した場合 …………… [7 ページ](#)
- 「医療機器(機械・器具)」を選択した場合 …………… [8 ページ](#)
- 「検査」を選択した場合 …………… [9 ページ](#)
- 「歯科技工」を選択した場合 …………… [10 ページ](#)

■ 事例の内容に関する情報

事例の詳細

- ・ 2000 字以内で入力してください。
- ・ 入力にあたり、以下 a) ～ g) の点にご留意ください。
 - a) 事例発生までの患者の状態や状況、発生時の状況、発生後の状況や対応を経時的かつ具体的に入力してください。
 - b) 事例に関わったスタッフについては、「**■事例に関わったスタッフに関する情報**」で入力いただいた方のうち、いずれの方にあたるのが明確になるように入力してください。
 - c) 事例に関わったスタッフの行動について、個別にできる限り詳細に入力してください。
 - d) 本来実施されるはずだった行為と実際に行われた行為が異なる場合は、その相違が明確になるように入力してください。
 - e) 発生年月は記載せず、「5 年前の検査で」「3 日前に抜歯し」など経過が分かるように入力してください。
 - f) 事例の分析によって明らかになった背景等は、項目「**発生要因**」にてご回答ください。
 - g) 院内で使用している様式による記述を転記しても差し支えありませんが、個人名や個別医療機関名等の個人情報は入力しないでください。

【「歯科治療・処置」を選択した場合】

■発生状況・内容に関する情報(歯科治療・処置)

事例の種類

<input type="checkbox"/> 誤飲・誤嚥	<input type="checkbox"/> 歯以外の組織の損傷	<input type="checkbox"/> 歯の損傷	<input type="checkbox"/> 患者間違い
<input type="checkbox"/> 部位間違い	<input type="checkbox"/> 異物等の残存・迷入	<input type="checkbox"/> 衣類等の損傷	<input type="checkbox"/> 患者の体調変化
<input type="checkbox"/> 転倒・転落	<input type="checkbox"/> その他 []		

発生状況

<input type="checkbox"/> 治療前	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療後
------------------------------	------------------------------	------------------------------

事例の内容

<p>「誤飲・誤嚥」を選択した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 修復物・器具などの誤飲</p> <p><input type="checkbox"/> 修復物・器具などの誤嚥</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>「歯以外の組織の損傷」を選択した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 切削器具等により組織損傷 <input type="checkbox"/> メス等による組織損傷</p> <p><input type="checkbox"/> 薬品による組織損傷 <input type="checkbox"/> 熱傷</p> <p><input type="checkbox"/> 先端の尖った器具による組織損傷 <input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>「歯の損傷」を選択した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 切削器具等使用時の治療歯以外の歯（隣在歯等）の損傷</p> <p><input type="checkbox"/> 抜歯時の治療歯以外の歯（隣在歯等）の損傷</p> <p><input type="checkbox"/> 偶発的な修復物・補綴装置の脱離による歯の損傷</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>「患者間違い」を選択した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科治療時の患者間違い <input type="checkbox"/> 予約に関する患者間違い</p> <p><input type="checkbox"/> 診療録に関する患者間違い <input type="checkbox"/> 受付対応・患者誘導・訪室時等の患者間違い</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>「部位間違い」を選択した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 間違った切削をした</p> <p><input type="checkbox"/> 誤抜歯</p> <p><input type="checkbox"/> 萌出している隣在歯 <input type="checkbox"/> 埋伏歯 <input type="checkbox"/> 左右 <input type="checkbox"/> 乳歯と永久歯 <input type="checkbox"/> その他 []</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>「異物等の残存・迷入」を選択した場合</p> <p><input type="checkbox"/> バー・リーマ等残存 <input type="checkbox"/> 歯牙等の迷入 <input type="checkbox"/> ガーゼ等残存</p> <p><input type="checkbox"/> 注射針等残存 <input type="checkbox"/> その他 []</p>
