

## 【5】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

### (1) 発生状況

第 15 回報告書分析対象期間 (平成 20 年 7 月～9 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 1 件報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。これまで、類似の事例は、平成 20 年に 2 件、平成 21 年に 1 件報告された。本報告書分析対象期間 (平成 22 年 1 月～3 月) に報告された事例は 1 件であった。

### (2) 事例概要

#### 事例 1

歯科矯正医は右第三大白歯の抜歯を指示していたが、外来担当医は右第三大白歯に歯肉が覆い被さっていたため、第二大白歯を抜歯する歯だと誤認した。指導医として共に処置に当たっていた医師も同様に横向きに生えている第二大白歯を抜歯すべき歯と認識し抜歯した。抜歯直後、歯根の形状を見て歯科矯正医の指示した歯と異なる歯を抜歯したことに気付いた。従来 2 年目以下の医師が処置する時は、3 年目以上の医師は必ず介助することにしており、ダブルチェックするようにしていた。今回も X 線写真で確認し、第三大白歯を抜歯することを 2 人で確認したが、右下第二大白歯が横向きに萌出していたため、間違えて抜歯した。

### (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として、以下が報告されている。

- ①指示を出した上級医師が他の医師に処置を依頼する際は、口頭ではなく実際の患者の口腔内を直接観察し、確認のうえで抜歯を行う。
- ②術者、介助者で抜歯すべき歯をダブルチェックすることを継続する。
- ③抜歯前に、患者自身に「本日抜歯する歯の確認のために示して下さい」と依頼し示してもらう。

### (4) まとめ

歯科の治療における部位の誤認の背景のひとつには、患者の歯の萌出状況があげられる。歯の部位の誤認を防ぐためには、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。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。