

「歯科診療関連死の実態」に関する質問票

【本調査の記入について】

- ① 以下の質問事項にご回答下さい。
- ② アンケート記入後は、同封しております返信用封筒にて **12月末日まで**にご投函いただければ幸甚に存じます。
- ③ 本調査で得られました結果につきましては統計的分析を行い、歯科診療関連死の実態を検討する基礎資料とする予定です。また、本調査の結果は、組織・個人が特定できる情報を一切含まない形にして、報告書ならびに学会発表・論文等で医療安全資源として情報公開させて戴きます。
- ④ 本調査に関するお問い合わせ等がございましたら、本質問票の最終ページに記載してある連絡先までご連絡下さい。

- 過去 10 年間における歯科診療に関連した死亡事案の発生状況として国立大学附属病院医療安全協議会が定めた影響分類のうち、レベル 3～5 のそれぞれの発生件数について教えて下さい。
- 対象とするのは、患者において人体的な被害が生じた症例（影響度分類のレベル 3a 以上）に限定していただき、物損的な被害が生じた事例、針刺し事故例、クレーム関連事例等については除外して下さい。また、データの集計作業中等である場合は、分かる範囲でお答え下さい。

注) 影響度分類について

- レベル 3（3a 及び 3b）とは、一過性の処置や治療を要した事例
- レベル 4（4a 及び 4b）とは、永続的な障害や後遺症が残った事例
- レベル 5 とは、死亡事例

尚、発生が無い際には、発生件数の欄に 0（ゼロ）をご記入下さい。また、把握されていない年度については「X」印を付けて下さい。

	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
レベル 3 (件)										
レベル 4 (件)										
レベル 5 (件)										

- 以下、それぞれの発生事例について、詳細をお尋ねします。時系列に新しいものから順に事例 1、2、3・・・としてご記述下さい。
- 尚、レベル 3 または 4 の事例については、件数が多すぎて負担になる場合には直近の 5 例に限定してご回答なさっても構いません。レベル 5（死亡事例）に関しては、お手数ですが、全件ご回答お願い致します。
- 事例件数が 10 件以上ある場合には別紙の追加用フォーマットを必要枚数だけコピーして使用して下さい。お手数をお掛けしますが、何卒ご協力下さいますようお願い申し上げます。

ご協力ありがとうございます。

【事例 NO. 】

- 発生年： 該当する年を○で囲んで下さい

平成 (15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28) 年

- 判定レベル： 該当するレベルに☑して下さい

3 (処置を要する一過性の障害) 4 (永続的障害) 5 (死亡)

- 発生場所： 該当する場所に☑して下さい

病棟 外来診療室 中央手術室 画像検査室
 待合室 総合受付 その他 ()

- 事例の種類： 該当するもの1つを選択し☑してください

検査・加療中の合併症* 診療・処置 手術 麻酔
 薬剤 (調剤・投与・管理 等) 医療機器 (使用・管理)
 検査 (画像検査・生理検査 等) 転倒・転落
 その他 ()

* 「検査・加療中の合併症」に☑した場合、その詳細について以下の該当する項目に☑して下さい。

脳梗塞・脳出血 意識障害 麻痺 痙攣
 心停止・心室細動 心筋梗塞 心不全 急性腎不全
 呼吸不全 肝不全 感染症・敗血症ショック
 手術部位感染症 (SSI) 多量出血 造影剤・薬剤投与による有害事象
 予定外の1ヶ月以内の再手術・追加手術及び予定手術時間の2時間以上の延長
 想定外の再入院 その他 ()

- 関連する歯科処置： 該当するもの1つを選択し☑してください。

口腔外科 補綴 修復・保存 歯内療法
 矯正 義歯 インプラント 歯周病治療

- 当事者： 該当するものに☑して下さい

医師 歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 看護師
 その他 ()

- 当事者の職種経験年数

1年未満 1年以上3年未満 3年以上10年未満 10年以上

- 当事者の有する資格等： もし該当するものがあれば、選択し☑してください

指導医 専門医・認定医 その他 ()

以下、事例の発生要因について、該当するものを☑して下さい。(それぞれの項目について複数回答可)

■ 当事者に関すること

- | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 確認不足 | <input type="checkbox"/> 観察不足 | <input type="checkbox"/> 知識不足 | <input type="checkbox"/> 知識の誤り |
| <input type="checkbox"/> 手技の未熟 | <input type="checkbox"/> 手技の誤り | <input type="checkbox"/> 判断の誤り | <input type="checkbox"/> 報告忘れ |
| <input type="checkbox"/> 報告間違い | <input type="checkbox"/> 報告不足 | <input type="checkbox"/> 報告不適切 | <input type="checkbox"/> 寝不足 |
| <input type="checkbox"/> 体調不良 | <input type="checkbox"/> 慌てていた | <input type="checkbox"/> イライラしていた | |
| <input type="checkbox"/> 緊張していた | <input type="checkbox"/> 他のことに気を取られていた | <input type="checkbox"/> 思い込んでいた | |
| <input type="checkbox"/> 無意識だった | <input type="checkbox"/> その他 () | | |

■ 影響を及ぼした環境等に関すること

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患者間違い (他の容貌・年齢・姓名が似ていた等による) | | |
| <input type="checkbox"/> 他者との連携・連絡不足 | <input type="checkbox"/> 多忙だった | <input type="checkbox"/> 勤務管理に不備があった |
| <input type="checkbox"/> 作業が中断した | <input type="checkbox"/> 災害時だった | <input type="checkbox"/> 緊急時だった |
| <input type="checkbox"/> コンピューターシステムがダウンしていた | <input type="checkbox"/> 照明が暗かった | |
| <input type="checkbox"/> 診療時間外だった | | |

■ 医療器具薬剤設備に関すること

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不良品だった | <input type="checkbox"/> 故障していた | <input type="checkbox"/> 複数の規格が混在していた |
| <input type="checkbox"/> 扱いにくかった | <input type="checkbox"/> 配置が悪かった | <input type="checkbox"/> 数が不足していた |
| <input type="checkbox"/> 管理が不十分だった | <input type="checkbox"/> 機器の誤作動 | <input type="checkbox"/> 色や形態が似ていた |
| <input type="checkbox"/> 薬剤名・薬効が似ていた | <input type="checkbox"/> その他 () | |

■ 教育訓練に関すること

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 教育・訓練が不十分 | <input type="checkbox"/> マニュアルに不備があった |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

* * * * *

以降の項目については、**レベル5の事例(死亡事例)**に該当する場合のみ回答してください。

■ 死の転帰をお尋ねします。下線部の該当選択肢を丸で囲む、または簡潔に記述し、文章を完結させて下さい。

- ① 誰が： _____ 当事者 ・ その他 (職種及び役職： _____) が、
- ② 何を行い： _____ 一般歯科処置 ・ 口腔外科処置 ・ その他 (_____) を行った際、
- ③ 患者に何が起きたか： _____。

その結果、患者が死亡するに至った。

本件に関するお問い合わせ先：

鶴見大学先制医療研究センター 佐藤慶太

e-mail: sato-k@tsurumi-u.ac.jp

tel: 045-580-8386 (直)