

原 著

一般歯科診療所におけるインシデントに関するアンケート調査

本 橋 征 之¹⁾ 田 中 四 郎¹⁾ 住 友 伸 一 郎¹⁾ 松 本 敏²⁾
村 松 泰 徳¹⁾ 式 守 道 夫¹⁾ 滝 川 俊 也³⁾ 倉 知 正 和⁴⁾

Questionnaire Study of Incidents at General Dental Practices

MOTOHASHI MASAYUKI¹⁾, TANAKA SHIROU¹⁾, SUMITOMO SHIN-ICHIROU¹⁾, MATSUMOTO SATOSI²⁾,
MURAMATSU YASUNORI¹⁾, SHIKIMORI MICHIO¹⁾, TAKIGAWA TOSHIYA³⁾ and KURACHI MASAKAZU⁴⁾

インシデントは医療機関によってその内容が異なる事が多い。そこで一般歯科診療所におけるインシデントに関して、歯科医師にアンケート調査を実施したのでその概要を報告する。

アンケート項目は、X線検査、血液検査、生理検査、診断、技工、抜歯、機器誤操作、レーザー治療、取り残し、破損、落下・誤嚥・誤飲、迷入、軟組織損傷、薬剤、衣服汚損、針刺事故、局所麻酔、鎮静法、事務処理、診療補助、患者対応（接遇）、職員への連絡先問い合わせ、説明と同意、守秘義務、その他とし、それぞれ項目の参照ために具体例の細目を加えた。

対象は研究会等でアンケートが配布可能であった一般歯科診療所の歯科医師とした。アンケートを90通配布し、無記名で25通の回答を得ることができた。回収率は27.8%であった。

回収アンケートを分析した結果では、対象者の開業年数は、3年未満3名、4~10年4名、11~20年9名、20年以上8名で、未記入1名であった。

指摘された細目の総数は237で、項目別ではX線検査が23施設で、現像ミス、部位違い、紛失などであった。技工に関しては19施設で、指示確認ミス、誤指示などが指摘されていた。患者対応19施設、クレーム、説明不足など、その他歯科材料に関するもの18施設、衣服汚損16施設、落下・誤嚥・誤飲15施設、軟組織損傷15施設、説明と同意14施設、診療補助12施設などであった。

患者対応関連19施設と説明と同意14施設を合わせると33施設で患者とのコミュニケーションに問題があることが指摘できる。

一般歯科診療所のインシデントに関する情報は乏しいと思われる。重篤な障害が少ないためと思われ、米国内でも同様と考えられる。しかし、時に危険なことが起こっていることは事実であるので、解析結果の活用を患者の安全安心な歯科医療に役立てる意義は大きいと考えられる。

キーワード：歯科医療、インシデント、一般開業医

Incidents tend to vary from clinic to clinic. This report is a summary of the results of a questionnaire study of incidents in general dental clinics.

The questionnaire included questions about X-ray examinations, blood tests, physiological tests, diagnoses, dental technological work, tooth extractions, erroneous operation of instruments, laser therapy, accidental intraoral fall/aspiration/ingestion of dental material, aberrances, soft tissue damage, drugs, contaminated clothing, needle puncture accidents, local anesthesia, sedation, administrative work, auxiliary dental work, patient hospitality, informed consent, and confidentiality. The subjects were general dental practitioners who agreed

¹⁾朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野

²⁾朝日大学附属病院非常勤講師

³⁾朝日大学歯学部口腔構造機能発育学講座口腔解剖学分野

⁴⁾朝日大学歯科医学教育推進センター
501-0296 岐阜県瑞穂市穂積1851

¹⁾Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Division of Oral Pathogenesis and Diseases Control
Asahi University School of Dentistry

²⁾Part-time Lecturer at Asahi University Hospital

³⁾Department of Oral Anatomy, Division of Oral Structure, Function and Development

⁴⁾Dental Education Development Center
Asahi University School of Dentistry
Hozumi 1851, Mizuho, Gifu 501-0296, Japan
(平成24年6月6日受理)

to accept the questionnaire, which was distributed in study meetings.

Of the 90 questionnaires distributed, 25 were completed, a retrieval rate of 27.8%. Questionnaires were submitted anonymously. Three dentists had a practitioner history of less than three years, four had a history of between four and ten years, nine had a history of 11-20 years, eight had a history of more than 20 years, and one had an unknown history.

The total number of items reported was 237. Twenty-three clinics reported incidents relating to X-ray examinations, including incorrect development, incorrect sites, and losses. Nineteen clinics reported incidents relating to technical issues, including improper instructions and incorrect confirmation of instructions. Nineteen clinics reported incidents relating to hospitality and informed consent, which may indicate issues of insufficient communication with patients. Eighteen clinics reported incidents involving dental material, 16 clinics contaminated clothing, 15 clinics, falls, aspiration, or accidental ingestion, 15 clinics soft tissue injury, 14 clinics informed consent, and 12 clinics auxiliary dental work. No practitioners reported any serious incidents.

Dentistry-related incident reports are few in number, possibly because they tend not to be serious. We can assume that a similar situation exists in the United States. Although rare, critical incidents do occur in dentistry, however. The results of this questionnaire may be effectively used to improve safety and provide optimum service to patients.

Key words: dental practice, incident, general practitioner

緒 言

本学附属病院でも、他の医療機関と同様にインシデントレポートが積極的に収集・活用されている¹⁾。そして、このインシデント解析から指摘され点を改善すべく努力をしている。この解析結果が一般歯科診療所医療機関（以下、一般歯科診療所）にも当てはまるか否かという点については、一般歯科診療所と本学附属病院とでは診療体制に違いがあり、結果が必ずしも当てはまらないのではないかと推察される。

この点については、歯学部学生教育の中でも医療安全を課題にするべきところであると思われるが、歯学部附属病院や病院歯科あるいは歯科口腔外科、および一般歯科診療所においてそれぞれのインシデント調査が十分ではないため、歯科医療安全に関しては現時点では一般論で論ずることが多いと思われる。

したがって一般歯科診療所でのアンケート調査を行い、その結果について将来一般歯科診療所への勤務を目指す学生の多い歯学部での医療安全教育に反映させることは、大変有用なことと思われる。また本来、歯科医療における医療連携も重要であることから、一般歯科診療所におけるインシデントについてアンケート調査を実施したところ、若干の知見を得ることができたので、その概要を報告する。

対 象

一般歯科診療所におけるインシデントの内容と頻度の調査、主旨と重要性とを明確にしつつ、一般歯科診療所におけるインシデントについてアンケート方式で収

集し検討した。

対象は、研修会などで参集された一般歯科診療所で勤務する歯科医師とし、主旨を説明後にアンケートを配布、郵送で回収して記載された内容の検討を行なった。

方 法

検討項目は、本学附属病院でのインシデントレポートから得られた項目、日本医療機能評価機構等の調査項目、成書で指摘されている項目等を参考に選択した。アンケート内容を表1に示す。

収集方法は、提出者に対する個人情報 considering、2重封筒方式で提出を依頼し、アンケートの匿名化を図った。2重封筒方式として発送地が分からないように配慮して、忌憚のない記載を期待した。アンケートを集計し、その結果を解析した。

結 果

1. アンケート実施状況

研修会などに参加した一般歯科診療所の歯科医師に対して、90通のアンケート用紙を配布することができた。記入は無記名とし25通（25名）の回答を得ることができ、回収率は27.8%であった。

回収したアンケートを解析した結果、対象者の開業年数は、3年未満3名、4～10年4名、11～20年9名、20年以上8名で、未記入1名であった。各診療機関での歯科医師数は不明であったため、以下項目ごとに件数で示す。

表1 アンケート調査項目

項目	細目
X線検査	現像ミス、誤指示、未指示、部位間違い、撮影方法間違い、紛失、造影剤、恐怖によるMRI撮影の中断、その他：_____
血液検査	指示もれ、誤指示、未指示、患者間違い、尖端恐怖症患者への対応、誤実施、血液による衣服の汚損、点滴している腕での採血、その他：_____
生理検査	12誘導心電図検査時の電極間違い、運動負荷心電図検査中の転倒、誤実施、病理検体の取り違い、その他：_____
診断	インプラントの適応の誤り、その他：_____
技工	指示確認ミス、依頼処理、技工物紛失、誤指示、作業模型の破折、感染対策不備、その他：_____
外科処置	ドレーン破断、縫合糸の取り残し、器具破損(器具名：()、その他：_____)
抜歯	部位間違い、周囲組織損傷、その他：_____
機器誤操作	照射器の照射時間不足、タービンヘッドの点検不備、その他：_____
レーザー治療	防護用眼鏡の未装着、レーザーの誤照射、その他：_____
取り残し	器具・器材、ガーゼ、綿球、その他：_____
破損	鉗子の破折、ドライバーの先端破折・迷入、その他：_____
歯科材料	取り扱い、充填材の色調の違い、合着剤の味や臭い、印象材の硬化遅延、石膏への気泡混入、義歯材料の硬化時間の誤判断、根管充填材の選択、その他：_____
落下・誤嚥・誤飲	口腔内、口腔外(顔面、眼、その他：_____)、胃、肺、器具、器材、パー、インレー、クラウン、コア、薬剤、抜去歯、充填物、その他：_____
迷入	手用スクレーラーの破折・迷入、リーマー・ファイルの根管外への迷入、印象材、抜歯中の歯、縫合針、その他：_____
軟組織損傷	器具による、低速エンジン形成時、タービン形成時、加熱充填器、その他：_____
事務処理	カルテ出し、診察券、保険証、予約、不適切病名開示、その他：_____
転倒・転落	車椅子移動時の転倒、廊下での転倒、チェアからの転落、その他：_____
診療補助	診療開始遅延、所要時間、終了時間、情報伝達、患者間違い、チェア挟み込み、印象放置、人工歯廃棄、その他：_____
患者対応(接遇)	不適切な抑制具の使用、恐怖体験による精神的外傷、初診患者への配慮不足、診察中の私語に対する不快感、ドクターハラズメント、患者からのクレーム、もめごと後の連絡先開示要求、いわれないクレーム・脅迫、職員への連絡先問い合わせ、その他：_____
説明・同意	説明不足、同意未確認、患者への病名開示、その他：_____
守秘義務	第三者への開示、その他：_____
その他	インシデント内容をお書きください：_____

2. アンケート結果

歯科医師全25名から回答された項目と件数は、画像検査に関するものが23件、次いで技工関連と患者対応関連が各19件、歯科材料関係18件、衣服汚損16件、落下・誤嚥・誤飲15件、軟組織損傷15件、説明と同意に関するもの14件、診療補助12件などで計151件であった。幸い重篤な障害の生じる項目は報告されていなかった。

インシデントの事象をより実情に合った形で、関連項目と細目とを再検討して以下の8つにまとめた。診療補助、患者関係、検査・診断、技工、薬剤、感染、麻酔・鎮静および外科処置とし検討を行った。

各項目の内訳である細目の延べ数は、診療補助85件、患者関係62件、検査・診断28件、技工19件、薬剤17件、感染10件、麻酔・鎮静9件、外科処置8件の計237件であった(表2)。

診療補助関連の細目では、歯科材料18件、衣服汚損16件、落下・誤飲・誤嚥15件、軟組織損傷15件、破損7件、機器誤操作5件、レーザー治療5件、迷入2件、取り残し1件、部位の誤り1件の計85件であった(表3)。

患者関係の細目では、患者対応19件、説明と同意14件、診療補助12件、事務処理11件、転倒転落5件、守秘義務1件、その他0件で、合計では62件であった(表

表2 回答された項目数

項目	延べ数
診療補助	85
患者関係	62
検査・診断	28
技工	19
薬剤	17
感染	10
麻酔・鎮静	9
外科処置	8

計 237

4).

検査・診断関連の細目では、X線検査23件、血液検査1件、生理検査0件、診断1件で、合計25件であった。

X線検査関連の指摘23件では、その細目は複数回答があったので合計43件で、現像ミスが17件、紛失11件で、部位間違い6件で、誤指示4件で、撮影方法違い2件で、未撮影1件で、造影剤1件で、MRI中断1

表3 診療補助関連の内訳

細目	件数
歯科材料	18
衣服汚損	16
落下・誤飲・誤嚥	15
軟組織損傷	15
破損	7
機器誤操作	5
レーザー治療	5
迷入	2
取り残し	1
部位の誤り	1
計	85

表4 患者関係の内訳

細目	件数
患者対応	19
説明と同意	14
診療補助	12
事務処理	11
転倒転落	5
守秘義務	1
その他	0
計	62

件であった(表5)。

技工関連の細目では、指示ミス15件で、破損11件で、技工物紛失4件で、感染対策不備2件で、再印象1件で、合計33件であった(表6)。

薬剤関連の細目は、投与忘れ8件、薬剤誤渡し3件、持参薬未確認3件、添付文書改訂未確認2件、服用薬未確認2件、処方箋誤記2件、用法ミス1件、薬剤過少1件で、合計22件であった(表7)。

感染関連の細目では、針刺事故10件であり、感染事故は0件で、合計10件であった。感染関連の内訳をもう少し詳しく見ると、発生時間帯は準備時0件、治療時1件、片づけ時1件、技工時1件、未記入7件で、

表5 X線検査関連の内訳

細目	件数
現像ミス	17
紛失	11
部位間違い	6
誤指示	4
撮影方法違い	2
未撮影	1
造影剤	1
MRI中断	1
その他	0
計	43

表6 技工関連の内訳

細目	件数
指示ミス	15
破損	11
技工物紛失	4
感染対策不備	2
再印象	1
計	33

合計10件であった。感染の原因は、注射針2件、手術用器具0件、切削器具3件、ワイヤー1件、未記入4件で合計10件であった(表8)。

麻酔・鎮静関連の細目では、浸潤麻酔後の咬傷7件、誤薬1件、部位間違い1件の合計9件であり、注射針による刺傷、針折れや鎮静法での発生はなかった(表9)。

外科処置関連の細目では、縫合糸取り残し3件、ドレーン破断や器具破損はなかった。抜歯に関連した事象では、出血2件、周囲組織損傷2件、上顎洞穿孔1件の計5件であった(表10)。

特に患者対応に関するアンケートで指摘されていた事項のうち接遇に関する点と説明と同意に関する点とについて興味深い指摘があったので、上記の結果からこの2点に関する項目を抜き出しさらに検討を加えた。

接遇に関連した点は計22件で、患者からのクレーム9件、初診患者への配慮不足7件、いわれのないクレーム4件、職員への連絡先問い合わせ2件であったが、

表7 薬剤関連の内訳

細目	件数
投与忘れ	8
薬剤誤渡し	3
持参薬未確認	3
添付文書改訂未確認	2
服用薬未確認	2
処方箋誤記	2
用法ミス	1
薬剤過少	1
計	22

表8 感染関連の発生時間と原因

発生時間	件数	原因	件数
準備時	0	切削器具	3
治療時	1	注射針	2
片づけ時	1	ワイヤー	1
技工時	1	手術用器具	0
未記入	7	未記入	4
小計	10	小計	10

不適切な抑制具の使用、恐怖体験による精神的外傷、診察中の私語に対する不快感、ドクターハラスメント、もめごと後の連絡先開示要求、脅迫などは見られなかった(表11)。

説明と同意の指摘は14件であったが、その細目では複数項目の指摘があったので延べ15件となり、説明不

表9 麻酔・鎮静関連の内訳

細目	件数
浸潤麻酔後の咬傷	7
誤薬	1
部位間違い	1
注射針による刺傷	0
針折れ	0
鎮静法	0
計	9

表10 外科処置(抜歯)関連の内訳

細目	件数
出血	2
周囲組織損傷	2
上顎洞穿孔	1
計	5

表11 患者対応(接遇)関連

細目	件数
患者からのクレーム	9
初診患者への配慮不足	7
いわれのないクレーム	4
職員への連絡先問い合わせ	2
不適切な抑制具の使用	0
恐怖体験による精神的外傷	0
診察中の私語に対する不快感	0
ドクターハラスメント	0
もめごと後の連絡先開示要求	0
脅迫	0
計	22

表12 説明と同意等の内訳

細目	件数
説明不足	8
同意未確認	5
患者への病名開示	1
前医批判	1
その他	0
計	15

足8件、同意未確認5件、患者への病名開示1件、前医批判1件あった(表12)。

考察

これまでの学会などにおける歯科領域のインシデントに関する報告状況は、東京医科歯科大学²⁾や大阪大学³⁾の報告がある程度であった。一般歯科診療所に関連したインシデントの報告は、静岡県歯科医師会⁴⁾のものがあるが全体としては少ない。最近では、歯科医療関連のインシデントに関する情報は増えつつあるが、これは重篤な障害が少ないため関心が薄かったことが関連すると思われるものの、時に危険なことが発生していることは事実である。

新聞に取り上げられた事件であるが、東京都の歯科医院で2007年5月、人工歯根を埋め込むインプラント手術を受けた女性(当時70歳)が手術中に大量出血し死亡した事件などがある。口腔は気道でもあり、歯科治療中の死亡事故に関してもいくつかの報道がされているなど、患者の信頼を揺るがしかねない事象も少なくない。

これまでに発表されたインシデントの報告をみると、歯科衛生士からの報告では、診療中のヒヤリハットの経験がある21名、ない4名、無回答5名であった⁵⁾。内容は「補綴物の誤飲」「針刺し」が各8件と最も多く、「患者さんの転倒」4件であった。

アンケートで個々の一般歯科診療所の歯科医師が問題と指摘した点は、多様であったが、個々の問題点の原因を考え、対策を講ずることが重要と思われる。たとえば、針刺し事故に関連して、歯科医師の院内感染対策に対する意識・知識・行動について、医療法改正や歯科診療報酬改定がどのように影響したかをアンケートした結果⁶⁾から、「感染マニュアル作成」「感染対策の研修会に参加」などをおこなったことにより、

平成18年と平成20年の間に明らかな改善傾向が示された。しかし、自身の診療所でのHIV感染者受け入れに対する意識は、平成18年、20年の間に変化はみられず、否定的な意見が多かった。歯科と一般歯科診療所との認識の相違もあるので、感染対策に関しては一概に対策を立案することは難しい。

今回の検討では見られなかったが、救急症例の発生について、歯科麻酔科が管理した205症例について集計したところ、救急症例の発生頻度は0.012%(205症例/1,721,310症例)であった。発生時期は治療中が最も多く、その半数以上は誤飲症例であった⁷⁾。救急症例の発生事例の頻度も考慮すべきであろう。

このように、調査のしかたによりインシデントの種類やその頻度は異なってくる。嶋田らの厚労科研の研究によると受付対応が最も多く指摘されていた⁸⁾。

歯科医療では紛争に注目が集まりがちであるが、歯科インシデントに関連して、個々の事象を分析して適切な対応が求められることは言うまでもない。インシデントの分類について、今回は適切な参考事例がなかったので前述のごとくとしたが、アンケート集計後に細目から再分類したが、項目内容に重複する点があったため分類には更なる考慮が必要であろう。最近では嶋田らの分類⁸⁾が用いられることが多いようであるが、共通した分類を用いるほうが比較検討しやすいと考えられる。報告により頻度が異なるのは、調査対象や集計の方法などが関連していると考えられる。

多く指摘された点に関して、まず診療補助では歯科材料、衣服の汚損、落下・誤飲・誤嚥あるいは軟組織損傷などがあり、いずれも対応時の注意が望まれ、診療上のシステムの変更で対応できるのではないかと思われた。

患者関係の内容からは、患者への注意深い説明により対応可能と思われる点が多く見られ、インフォームドコンセントの重要性が再確認されたといえよう。したがって患者の訴えに沿う対応、結果が求められていると思われる。中でも、今回の検討から一般歯科診療所においてもインフォームドコンセントが重要な課題であることが分かった⁸⁾。また連携医療機関に対しても、必要ときにはインフォームドコンセントに関する情報を提供できるように検討しておくことが重要と考えられ、同時に歯学部教育にこの結果を反映する必要があると思われる。

衣服汚損は、朝日大学の報告¹⁾でも指摘されており、患者の体の上を流動性のある歯科材料が移動することに起因していると考えられ、歯科医療でのシステムの問題であるかもしれない。

落下・誤飲・誤嚥の指摘も多く、本学では口腔内へ

のガーゼ留置やラバーダム使用などの取り組みがあるが、その効果の検証も必要と思われる。とくに高齢者の嚥下障害は、脳血管障害などの疾患による機能障害が原因のものと、加齢により生じる機能低下が原因のものがある⁹⁾ので、高齢者では誤飲や誤嚥の危険性が高まることを念頭におくべきであろう。

また、検査・診断関連で多くが指摘していたX線検査関連では、現像ミス、部位違い、紛失などであった。いわゆる整理・整頓・清掃・清潔・躰（習慣）の5S¹⁰⁾のうち躰（習慣）に相当する診療施設内での手順を決め、手順を遵守することが頻度を減らすものと思われる。

次いで多く指摘された技工関連では、指示の確認ミス、誤指示などが指摘されていた。これらの多くが診療側のコミュニケーションに関連する。患者対応の関連と説明・同意は合わせると33件であった。今回の検討ではそれらは歯科医師と歯科関連職種の間連携あるいは患者とのコミュニケーションに関連すると考えられ、歯科医療におけるコミュニケーションの重要性を改めて認識する必要がある¹¹⁻¹³⁾。

薬剤関係でも投与忘れや薬剤誤渡しなどシステムの修正で対応可能と思われた。医科でもチェックをすり抜けるなどの同様の問題が発生している¹⁴⁾ので、幅広い情報収集により対応策を考慮する必要がある。

これらの問題点を再考して以下の点が提案される。多数の医療機関からインシデントの頻度と内容を調査することも重要であるが、各医療機関においてインシデントを収集し、自ら解析することにより、各々に適した対策を考えることが重要であるのではと思われた。

一方、収集されたインシデントの中で共通性の高い項目もあるので、学会、歯科医師会あるいは教育機関などを通じて問題の解決を図ることが望まれる。

患者にとって安全で安心な歯科医療を目指す意義は大変重要である。このことから、インシデント解析の意義を重視することが必要と考えられた。一般歯科診療所にとって価値ある情報を提供することにより、歯科医療の安全性の向上を目指すとともに、これらを歯学部教育に生かし学生の段階から安全意識が浸透するよう努力したい。

ま と め

一般歯科診療所医療機関におけるインシデントに関して一般歯科診療所医師にアンケート調査を実施したところ、興味深い知見が得られたので、その概要を報告した。

なお、本研究は平成19年度宮田研究奨励金(A)「一

般歯科診療所医院等におけるインシデントに関するアンケート調査」の助成を得て行われた。また、本研究の要旨は医療の質・安全学会第3回学術集会（平成20年11月23日、東京都）でその概要を報告した。

文 献

- 1) 式守道夫, 倉知正和, 大橋静江, 羽田詩子, 田中四郎, 川崎馨嗣, 西田宜弘, 安田順一, 松岡正登, 山田尚子, 中谷克, 森下ひとみ, 関根源太, 初山正敬, 藤原茂樹, 樋口賢, 山本剛史, 松本敏, 玄景華. 朝日大学歯学部附属病院におけるインシデントレポートの解析. 岐歯学誌. 2010; 37: 103-109.
- 2) 三輪全三, 稲田稜, 宮本智行, 馬場一美, 和達礼子, 鶴澤成一, 岡田大蔵, 高木裕三, 海野雅浩. 東京医科歯科大学歯学部附属病院におけるインシデント報告（平成13-17年度）の集計と分析. 歯科に特有な事例についての考察. 質安. 全誌. 2006; 1: 253.
- 3) 池美保, 丹羽均, 森崎市治郎, 中島和江, 武田裕歯学部附属病院におけるインシデント報告の分析・検討. 質安. 全誌. 2006; 1: 252.
- 4) 渡辺猛; 静岡県歯科医師会編. 医療のリスクマネジメント. 1版. 静岡: 静岡県歯科医師会; 2004: 23-58.
- 5) 矢野加奈子, 神田拓, 向笠英恵, 片岡弘子, 杉戸博記, 三森香織, 和田康志, 倉本晶子, 浮田瑞穂. 歯科衛生士における医療安全に関する意識調査. 広大歯誌. 2011; 43: 39-44.
- 6) 佐久間三保子. 歯科診療における院内感染対策の意識・知識・行動の分析 特にHIV感染症に関する認識についてのアンケート調査. 日歯医療管理誌. 2011; 45: 260-270.
- 7) 黒田英孝, 笠原正貴, 櫻井学, 石川真由, 中村瞬, 一戸達也, 金子讓. 東京歯科大学千葉病院における7年間の院内救急症例の検討 2003年4月~2010年3月. 日歯麻誌. 2011; 39: 13-20.
- 8) 嶋田昌彦. 歯科医療における安全管理評価法の確立に向けて 歯科医療安全に関する実態調査から. 日歯衛会誌. 2011; 6: 26-33.
- 9) 重松孝, 藤島一郎. 高齢者の嚥下障害の特性. 理学療法. 2011; 28: 1128-1135.
- 10) 福丸典芳. 明日から実践! 一人から始める5S&KYT (第5回) 5S活動の進め方(解説), 達人ナース, 経験知の伝授誌. 2011; 33: 105-108.
- 11) 岡俊男, 倉知正和, 横山貴紀, 吉田隆一, 瀧田史子, 羽田詩子, 大橋静江, 松原誠, 田邊俊一郎, 長谷川信乃, 近藤亜子, 北後光信, 松岡正登, 安田順一, 瀧谷佳晃, 山田尚子, 石神元, 宇野光乗. 研修歯科医による出向先施設の研修環境の評価. 岐歯学誌. 2012; 38: 135-141.
- 12) 舟橋伸也. 【歯科医院で実践! スタッフ教育マネジメント 成功例に学ぶ&真似る!】20医院のスタッフ教育実例集 学びあいで育むスタッフのコミュニケー

- ションカ. *DENT DIAMOND*. 2012 ; 37 : 82-87.
- 13) 大月晃, 小林健二. 歯科医師と歯科技工士のコミュニケーションのために 補綴物の再製作は防げる そのためのチームワークといくつかのヒント (前編: 症例検討編). *Quintessence Dent Technol.* 2011 ; 36 : 1499-1524.
- 14) 佐々木早苗, 阿部寿之. 瀬川正一外来診療における, カルテ・処方箋等の記載ミスの検討. *地域医療*. 第44回特集. 2005 ; 175-177.
-