



福岡医発第855号（地）  
平成24年 6月26日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会  
会長 松田 峻一良  
(公 印 省 略)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報No. 67」の提供について

今般、日本医療機能評価機構から医療事故情報収集等事業において収集した情報のうち、特に周知すべき情報を取りまとめ、6月15日に「医療安全情報No. 67」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加医療機関以外で希望する病院へ提供された旨、福岡県保健医療介護部医療指導課より別添のとおり通知がありました。

つきましては、医療安全情報を含め日本医療機能評価機構の報告書、年報は同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、貴会会員の医療安全対策の推進にご活用いただきますよう周知方につきよろしくお願い申し上げます。

---

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 島田昇二郎  
会長 蒲池 壽

公印省略

24医指第333号-3

平成24年6月18日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長

(医療指導課)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No.67」の提供について

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構から別添（写）のとおり情報提供がありましたのでお知らせします。

なお、上記医療安全情報を含め公益財団法人日本医療機能評価機構の報告書、年報は同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、ご活用くださるとともに、貴会会員に対し周知していただきますようお願いいたします。





事故防止 35号  
平成24年6月15日

各都道府県知事  
各保健所設置市長 殿  
各特別区長

公益財団法人日本医療機能評価機構  
特命理事（医療事故防止事業部担当）野本亀久雄  
（公印省略）

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 67」の提供について

平素より当事業部の実施する事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、医療事故情報収集等事業において収集した情報のうち、特に周知すべき情報を取りまとめ、6月15日に「医療安全情報 No. 67」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加医療機関以外で希望する病院に提供いたしましたのでお知らせいたします。

なお、この医療安全情報を含め報告書、年報は、当機構のホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）にも掲載いたしておりますので、貴管下医療機関等に周知いただきご活用いただければ大変幸いに存じます。

今後とも有用な情報提供となるよう医療安全情報の内容の充実に努めてまいりますので、何卒ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。





公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療  
安全情報2006年から2010年に  
提供した医療安全情報

No.67 2012年6月

## 2011年にも類似事例が発生しています

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----|
| No.1                                                                                                                                                                                                                      | <b>インスリン含量の誤認</b><br>～バイアルの「100単位/mL」という表示を誤認し、過量投与により低血糖をきたした事例～ | 3件 |
| 看護師A(1年目)は、持続インスリン投与をしていた患者のノボリンRの調製を初めて行った。指示簿には、『ノボリンR注100単位/mL(10mL) 40単位+生食40mL』と書かれていた。看護師は、指示簿を見て、ノボリンR注10mLが100単位だと誤認し、40単位の指示に対して4mL(400単位)を生食と調製し、総量40mLにした。4時間後、患者は声をかけても覚醒せず、低血糖(17mg/dL)になっており、ICUへ入室した。(他2件) |                                                                   |    |
| No.4                                                                                                                                                                                                                      | <b>薬剤の取り違い</b><br>～薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例～                      | 6件 |
| 医師は、外来で新たにアルマール錠(不整脈用剤)を処方する際に、カルテには「処方:アルマール」と記載したが、処方画面にカタカナで「アマリール」と入力し、アマリール錠(糖尿病用剤)を処方した。約2ヵ月後、再診日に患者より内服によるめまい症状の訴えがあり、処方を確認したところアマリール錠を処方していたことが分かった。(他5件)                                                         |                                                                   |    |
| No.5                                                                                                                                                                                                                      | <b>入浴介助時の熱傷</b><br>～入浴介助の際、湯の温度を直前に確認しなかったことにより熱傷をきたした事例～         | 4件 |
| 看護師と看護助手は患者の特殊浴を実施した。患者の身体を洗い、患者を湯につける際に、湯の温度を確認しなかった。患者の背部と両下肢が水面に入った際に、湯をかけようとして浴槽に手を入れ湯が熱いことに気付いた。すぐに患者を湯から引き上げたが、患者の皮膚の状態を確認すると体側部・下肢全体に発赤・軽度熱感があった。(他3件)                                                             |                                                                   |    |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| No.7                                                                                                                                                                                                                                      | <b>小児の輸液の血管外漏出</b><br>～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、治療を要した事例～ | 9件 |
| <p>バンコマイシン270mgを生理食塩水25mLに溶解し、末梢ラインより1時間かけて投与した。投与開始20分後、照明をつけないまま刺入部を確認したが、刺入部が固定のテープで大半が覆われており、確認が十分でなかった。投与終了時、刺入部に腫脹と皮膚の変色を認めた。(他8件)</p>                                                                                              |                                                                                               |    |
| No.8                                                                                                                                                                                                                                      | <b>手術部位の左右の取り違い</b><br>～手術部位の左右を取り違えた事例～                                                      | 4件 |
| <p>右上顎洞腫瘍疑いのため試験開洞を行う際、手術室の入口で名前、ネームバンド、手術部位(右上顎洞)を確認した。その後、タイムアウトを施行し、左側に局所麻酔を施行後、手術を開始した。手術室内にいた全員が左側を操作していることに気づかず、患者からも操作部位の左右の違いについて訴えはなかった。手術を終了し、術後タイムアウトの記載時に左右を取り違えて手術を施行したことに気付いた。(他3件全て、医療安全情報No.50(2011年1月:第2報)提供後の事例です。)</p> |                                                                                               |    |
| No.9                                                                                                                                                                                                                                      | <b>製剤の総量と有効成分の量の違い</b><br>～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～                                             | 4件 |
| <p>医師は、処方箋に有効成分の量を意図して「ブルフェン顆粒450mg/日 3回×14日分」と記載した。通常、総量と有効成分の量の両方を入力する取り決めであったが、総量は記載していなかった。薬剤師は、ブルフェン顆粒20%の有効成分が1g中200mgであることを認識せず、処方箋に基づき総量として調剤した。約1ヶ月後、患者の母親から、「薬の量がいつもより少ない」との訴えがあり、薬剤部で調べたところ、秤量間違いが発覚した。(他3件)</p>               |                                                                                               |    |
| No.10                                                                                                                                                                                                                                     | <b>MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み</b><br>～MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みによる事例～                           | 6件 |
| <p>入院中の患者のMRIを行うことになった。MRI室に入室後、患者が嘔吐したため、主治医はMRI室でも使用可能なモニタを救急外来に借りに行った。救急外来の看護師は、検査室の前室で使用すると思い、磁性体のモニタを貸し出した。主治医は非磁性体だと思っていたため、そのまま検査室に持ち込んだところ、モニタがMRIのガントリーに吸着した。(他5件)</p>                                                           |                                                                                               |    |
| No.11                                                                                                                                                                                                                                     | <b>誤った患者への輸血</b><br>～輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき薬剤の照合を最終的に行わなかった事例～                               | 3件 |
| <p>看護師は、輸血用冷蔵庫から輸血バッグを取り出し、輸血伝票を持って患者A(O型)の傍でロット番号のみの読み合わせによるダブルチェックを行った。しかし、輸血バッグならびに輸血伝票は患者B(A型)のものであった。看護師は輸血認証をする際、院内で定めているバーコードによる認証を行わず手入力で行い、患者Aに輸血をつないだ。約1時間、患者が冷感を訴え、輸血伝票を確認したところ、患者間違いに気付いた。(他2件)</p>                           |                                                                                               |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                           |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| No.13                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>輸液ポンプ等の流量の確認忘れ</b><br>～輸液ポンプ等を使用した際に、流量の確認を忘れた事例～                                      | 1件 |
| 術後、鎮静の目的でプロポフォールをシリンジポンプで持続投与していた。血圧が低下したため、プロポフォールを25mL/hから20mL/hに減量した。看護師Aは薬液の交換頻度を考え、プロポフォールの投与をシリンジポンプから輸液ポンプに変更した。その後、アラームに気付いた看護師Bが輸液ポンプを見たところ、血圧がさらに低下し、輸液ポンプの輸液スピードが130mL/hになっていることに気付いた。交換時や設定変更時などは、ポンプ設定をダブルチェックすることになっていたが、実施していなかった。                      |                                                                                           |    |
| No.14                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>間違ったカテーテル・ドレーンへの接続</b><br>～複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者に、輸液等を間違えて接続した事例～                    | 5件 |
| 患者には、ペンローズドレーン2本と縦隔ドレーンが右側頸部から挿入されガーゼで覆われていた。縦隔ドレーンには胃食道滅菌済チューブを代用し、排液ボトルに接続していた。また、胃管として経腸栄養用チューブが左鼻から胃に挿入され、排液ボトルに接続していた。看護師は経腸栄養を開始する際、胃管だと思った胃食道滅菌済チューブに経腸栄養剤を接続し、投与を開始した。3時間後、看護師はガーゼの汚染を発見し、確認したところガーゼから経腸栄養剤のにおいがした。報告を受けた医師が、経腸栄養剤が縦隔ドレーンに接続されているのを発見した。(他4件)  |                                                                                           |    |
| No.15                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>注射器に準備された薬剤の取り違い</b><br>～手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにも関わらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例～ | 3件 |
| ベッドサイドのワゴンの上にトレイに入った患者Aのタケブロン®のシリンジと、もう1つ別のトレイに入った患者Bの持続静脈注射用の塩化カリウム溶液のシリンジが並べて置いてあった。タケブロン®は、シリンジ本体の面積が狭く、薬剤名等を記載できない場合に使用する「注射薬の確認用紙」にベッド番号・患者A氏名・薬剤名(内容)・投与方法が記載され、トレイの中に用紙と一緒にセットしていた。塩化カリウム溶液のシリンジは注射器本体にベッド番号・患者B氏名・薬剤名(内容)・投与時間を記載していた。研修医は、その両者を患者Aに静注した。(他2件) |                                                                                           |    |
| No.17                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>湯たんぽ使用時の熱傷</b><br>～湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例～                                               | 1件 |
| 入院10日目の夕方、家族が湯たんぽを持参し、患者の足もとに置いて帰った。翌朝、患者から訴えがあり、看護師が確認したところ、左足底近くに低温熱傷と思われる水疱(3×4cm)、発赤(5×8.5cm)と右第1・2趾の発赤を確認した。                                                                                                                                                      |                                                                                           |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|
| No.19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>未滅菌の医療材料の使用</b><br>～誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例～                 | 3件 |
| 手術室で使用した器材は一時洗浄後、滅菌期限と器材名を記載しシーラー包装をし、まとめて専用の未滅菌用のケースに入れ搬送する。その後、ガス滅菌され、既滅菌専用ケースに入れ、手術室に届けられる。形状が同じ未滅菌用ケースと既滅菌用ケースを使用していたため、一時洗浄だけの未滅菌の手術器材が紛れ込み、未滅菌の手術器材を眼科の手術で使用した。(他2件)                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |    |
| No.20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>伝達されなかった指示変更</b><br>～関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例～ | 4件 |
| 医師は、14時に点滴を中止したが、看護師に伝えず中止入力のみ行った。看護師Aは、11時に打ち出していた翌日分の注射処方箋と薬局から上がってきた点滴を準備した。その後、夜勤看護師Bは出されていた注射処方箋と点滴を確認し、翌日の点滴を患者に実施した。看護師Cが、次の日の点滴処方箋を出した際に、その日よりオーダーがないことに気付いた。薬局に確認すると、「前日の14時に点滴は中止になっています」と言われた。(他3件)                                                                                                                                                                                                                           |                                                               |    |
| No.22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>化学療法の治療計画の処方間違い</b><br>～化学療法の際、治療計画を間違えて投与した事例～            | 2件 |
| 化学療法導入目的で入院した前立腺癌の患者に対し、病棟医Aは登録されているレジメンに従い、エンドキサン1000mg点滴を処方し投与した。その後、退院となり、合併症確認のため外来を予約した際、2回目以降の化学療法予定は診療録に記載しなかった。外来担当医Bは骨髓抑制のない事を確認後、次回のエンドキサン投与日が不明であったため、薬剤部に登録レジメンを確認した。薬剤師は、泌尿器科のエンドキサンのレジメン登録は「エンドキサン1000mgを毎週1回を3週投与、1週休薬」であることを伝えた。外来担当医Bはレジメンに従って、2回目と3回目の投与日を化学療法予定表に記載した。1週間後、2回目の化学療法施行日に、予定通りエンドキサン1000mgを投与した。その後、外来担当医Bが外来主治医Cに投与スケジュールを確認したところ、登録されているレジメンが間違っており、本来のレジメンは「エンドキサン1000mgを3週間毎に1回」の投与であることがわかった。(他1件) |                                                               |    |
| No.23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>処方入力の際の単位間違い</b><br>～処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例～       | 2件 |
| 点滴オーダーの際、本体内に投与するフラグミン静注(5mL)を「4mL」と指示入力すべきところ「4V」と誤って入力した。そのまま注射オーダーとして発行され、約半日量投与した。点滴交換時に間違いが判明し、直ちに投与を中止した。(他1件)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |    |

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                          |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| No.24                                                                                                                                                                                                   | <b>人工呼吸器の回路接続間違い</b><br>～人工呼吸器の回路接続を間違えた事例～                                                              | 1件 |
| 回路内にたまっていた水を廃棄した後、回路を接続する際に、吸気側に装着するはずの吸入器を呼気側に接続し、吸入を施行した。患者に変化はなかったが、吸入薬が投与されなかった。                                                                                                                    |                                                                                                          |    |
| No.27                                                                                                                                                                                                   | <b>口頭指示による薬剤量間違い</b><br>～口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例～                                    | 4件 |
| 医師は、口頭で1%プロポフォール3mL注入を指示した。看護師は、注入量の指示が聞こえなかったが、口頭指示を復唱するルールを守らないまま、意識レベルが鎮静するまでゆっくり13mL注入した。患者は過鎮静となり、ノルアドレナリンの増量、呼吸器の設定変更などを行った。(他3件)                                                                 |                                                                                                          |    |
| No.29                                                                                                                                                                                                   | <b>小児への薬剤10倍量間違い</b><br>～小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違え、過量投与した事例～                                                 | 2件 |
| スルバシリン静注用を投与していたが、発熱が続くため、ゾシン静注用に変更となった。指示は「ゾシン450mg+生食10mL」だったが、注射係は450mgを4.5gと思いこみ請求し、ゾシン4.5g+生食10mLで準備した。深夜看護師は、ダブルチェックをしないまま準備された通りに溶解し、投与した。(他1件)                                                  |                                                                                                          |    |
| No.30                                                                                                                                                                                                   | <b>アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与</b><br>～診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなかったため、禁忌薬剤を投与した事例～                             | 5件 |
| 急性胆管炎の患者に対し、ワイスタール静注用を投与した。10分後、ショックを伴うアナフィラキシー症状を発症した。処置後、意識状態、呼吸は安定したが、経過観察のため入院とした。確認すると、以前も急性胆管炎にてワイスタール静注用を投与した際に、アナフィラキシーショックになり緊急処置を要していたが、カルテに目立つように記載していないことが分かった。(他4件)                        |                                                                                                          |    |
| No.33                                                                                                                                                                                                   | <b>ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出</b><br>～ガベキサートメシル酸塩を投与する際、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて使用し、輸液が血管外へ漏出した事例～ | 5件 |
| 重症感染症、大量出血後のDICおよび呼吸器障害の対策として、レミナロン1500mg/dayの投与することにした。中心静脈ルートはカテコラミンなどの投与中のため使用できず、また極力輸液量を減少させるためレミナロンを0.6%に調整し、末梢ルートより単独で投与した。翌日、ルート挿入部の発赤を認め、投与を中止、ルート抜去した。発赤部位は腫脹、発赤の増悪認め、壊死部位のデブリードメントを行った。(他4件) |                                                                                                          |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| No.34                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>電気メスによる薬剤の引火</b><br>～電気メスの使用により薬剤に引火し、患者に熱傷をきたした事例～                                   | 1件 |
| 医師Aは、膀胱部分切除・結腸切除・瘻孔閉鎖術の閉創前に「ステリクロンRエタノール液0.5」(0.5%クロルヘキシジン入り、アルコール83%入り)で創を消毒後、周りの皮膚に薬液をふりかけた。その後、創部に一部出血があったため医師Bが電気メスを使用した際、創の上に置いていたガーゼに引火した。すぐに生理食塩水をかけて消火し、滅菌ドレープを外したところ、創部に熱傷と思われる表皮剥離を認めた。                                                                                             |                                                                                          |    |
| No.37                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ</b><br>～「スタンバイ」のまま患者に人工呼吸器を装着したため、換気されなかった事例～                    | 1件 |
| 看護師は、意識がなく、自発呼吸がほとんどない人工呼吸器装着中の患者に対し、吸引を行った。その際、院内では通常使用しないことになっている人工呼吸器の「スタンバイ」の機能を使用して吸引を行い、吸引終了後、「スタンバイ」を解除し忘れた。看護師は、「スタンバイ」の状態では換気が行われないことを知っていたが、吸引時の使い易さから、吸引の際に「スタンバイ」の機能を使用していた。                                                                                                      |                                                                                          |    |
| No.39                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>持参薬の不十分な確認</b><br>～入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例～                              | 8件 |
| 化学療法目的で入院した患者は、同日に循環器内科を受診した。その際、医師は化学療法に伴い循環器治療薬のメインテート、ラシックス、セララの減量、ワソランとワーファリンの中止の指示を外来カルテに記入した。看護師は患者の持参薬の内容を持参薬表に記入し、そのまま患者へ与薬した。その後、持参薬の一部がなくなるため外来カルテを確認したところ、指示を発見し誤投薬に気付いた。(他7件)                                                                                                     |                                                                                          |    |
| No.42                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>セントラルモニタ受信患者間違い</b><br>～一台の送信機から複数の場所に心電図を表示させたため、患者の心電図として表示された別の患者の心電図を見て治療等を行った事例～ | 2件 |
| モニタ装着を要する患者Aが入院した。看護師は、モニタ本体のチャンネルXに患者名を入力しないまま、患者Aにモニタを装着した。その後、看護師はチャンネル画面に患者名を入力するため、入退床の操作画面を開いた際、誤って患者BのチャンネルYを選択した。入退床操作画面には患者Bの名前が入力されていたため、看護師は患者Bの名前を削除し、患者Aの名前を上書きした。その結果、チャンネルXの欄には無名の状態で患者Aの波形が表示され、チャンネルYの欄には、患者Aとラベルされた患者Bの波形が表示された。3時間後、患者Aが検査に出棟しても波形が表示されていたため、誤りに気付いた。(他1件) |                                                                                          |    |

|                                                                                                                                                |                                                                   |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----|
| No.46                                                                                                                                          | <b>清拭用タオルによる熱傷</b><br>～清拭の際、ビニール袋に準備した清拭用タオルが患者の身体にあたり、熱傷をきたした事例～ | 3件 |
| 清拭時、看護師は熱いタオルが入ったビニール袋を患者の足元に置いた。清拭を実施し、右側臥位にした際、患者の左膝外側に発赤、表皮剥離があることに気付いた。確認すると膝下にビニール袋に入った未使用の熱いタオルがあった。(他2件)                                |                                                                   |    |
| No.47                                                                                                                                          | <b>抜歯部位の取り違い</b><br>～歯科において、抜歯部位を取り違った事例～                         | 7件 |
| 歯科医師は、埋伏した右下顎の智歯ならびに第2大臼歯のうち、智歯のみ抜歯を行う予定であった。しかし、処置過程でのX線写真を用いた確認が不十分であったため、誤って前方に位置して埋伏していた第2大臼歯の抜歯を行った。(他6件)                                 |                                                                   |    |
| No.48                                                                                                                                          | <b>酸素残量の未確認</b><br>～酸素ボンベ等の残量の未確認に関連した事例～                         | 1件 |
| 看護師Aは、患者の移送前に酸素ボンベが満杯であることを確認した。X線TV室の看護師Bに申し送りをした際、中央配管につなぎかえたか確認しなかった。検査後、X線TV室退室時に酸素ボンベの残量を確認しなかった。移送中、酸素がなくなり、SpO <sub>2</sub> が62%まで低下した。 |                                                                   |    |

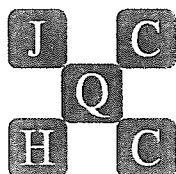
1)の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

◆上記タイトルの未掲載事例につきましては、平成23年年報に掲載いたします。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm>