

事故防止 44号
平成25年6月17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. 79」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17日に「医療安全情報 No. 79」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2011年に 提供した医療安全情報

No.79 2013年6月

2012年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔 ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	2件
浣腸を実施する際、看護師は患者に左側臥位となるよう言ったが、患者の希望で右側臥位で実施した。反応便は無く、浣腸液流出と共にポータブルトイレの底に径10cm程度の下血(鮮血)があった。主治医は直腸診にて、直腸に腫瘍は無く、肛門の0時の位置に柔らかい内痔核があることを確認し、様子観察とした。5日後、退院前検査として腹部CTを撮影したところ、直腸の右側にairを認め、直腸の穿孔がわかった。(他1件)		
No.4	薬剤の取り違い ～薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例～	2件
降圧剤のアルマール2錠を分2で開始するところ、誤ってアマリール2錠を分2で処方した。約1ヵ月後の受診時に誤りに気づいた。患者は時々空腹感を覚えることがあり、HbA1c、FBSも軽度低下を認め、血糖値が低下していたと推測された。当院のオーダリングシステムでは、以前、薬剤の取り違いの対策としてアマリールの薬剤名の後に「糖尿病薬」の文字を表示していたが、システムが変更になった際に表示されなくなっていた。(他1件)		
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～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
患児に、左足背末梢から輸液ポンプを用いてフィジオ35を50mL/hで投与していた。夜勤者から引き継ぎを受けた看護師が末梢静脈留置針の刺入部を観察したところ、左足背全体に輸液の血管外漏出によると思われる腫脹、硬結、大小12個以上の水疱形成、足指の色調不良を認めた。左膝から足首までは外観上明らかな左右差はなかったが、触診すると左足に軽度の硬結を認めた。整形外科医の診察の結果、減張切開が必要と診断された。(他8件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.8	手術部位の左右の取り違い ～手術部位の左右を取り違えた事例～	2件
左鼠径ヘルニア根治術を予定していた。通常は医師が当日の朝に病室でマーキングを行っているが、この時は手術室搬入後に口頭で名前と部位を確認し、右側にマーキングした。所見では、ヘルニアは左右両側にあったため取り違いには気付かず、右鼠径ヘルニア根治術を行った。術後の回診時に患者より手術した場所が違うと言われ、左右間違いに気づいた。 (他1件、医療安全情報No.50(2011年1月:第2報提供済み)		
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	1件
既往歴にてんかんがあり、他院で処方された内服薬で加療中の患者が、手術目的にて外科病棟に入院した。入院時に持参したお薬手帳の「セレニカR顆粒40%1回0.333g、カルバマゼピン細粒(テグレート細粒50%)「アメル」1回0.4g 1日3回」をもとに、担当医は抗てんかん薬を1日量としてセレニカR顆粒40%1000mg、テグレート細粒50%1200mg 分3朝昼夕食後6日分を処方した。その際、お薬手帳には総量で記載されていたが、当院のオーダーは成分量表示のため、総量と成分量を間違えた。その結果、セレニカR顆粒は2.5倍量、テグレート細粒は2倍量が処方、投薬され、患者は服用した。退院後、ふらつきが継続するため、家族が処方薬について院外薬局に確認を依頼し、過量投与であることが発覚した。		
No.10	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み ～MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みに伴う事例～	4件
外部委託清掃作業員が定期清掃作業中に清掃器材がMRIに吸着した。作業員は、病院の清掃は今回が初めてであった。(他3件)		
No.13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ ～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
人工呼吸器を装着中の患者にプロポフォール注を6mL/hで持続投与中であつた。スワンガンツカテーテルの薬剤、輸液ルートを整理した際、プロポフォールの輸液ポンプを変更したが、前の設定が残ったまま開始した。その後、麻酔科医師が、プロポフォール持続注射の流量が42mL/hであることに気づいた。約40分間で、28mL投与された。		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続 ～複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、輸液等を間違えて接続した事例～	4件
タケブロンを静脈ルートから投与するつもりが、膿瘍洗浄用ドレーンの三方活栓につないでしまった。投与開始前に気づき、静脈ルートから投与した。(他3件)		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り換え ～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～	2件
患児Aの水溶性プレドニン5mg(0.5mL)を看護師2名で確認しながら注射器に用意し、患児Bの水溶性プレドニン13mg(1.3mL)と一緒に一つのトレイに入れた。担当看護師は患児Aの病室を訪問し、注射伝票、リストバンド、注射器についているラベルのバーコードを認証した。投薬直前、患児Aに使用していたシリンジポンプのアラームが鳴ったため、手に持っていた注射器をトレイに戻しアラーム対応をした後、再びトレイの中から注射器を手に取り薬液を注入した。使用後の注射器をトレイに戻した際、患児Aの薬剤が入った注射器が残っていることに気づき、患児Bの注射薬を取り違えて注入したことに気付いた。(他1件)		
No.17	湯たんぽ使用時の熱傷 ～湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例～	1件
患者は、発熱・呼吸困難で当院に搬送され、下肢に不随運動はあったが危険行動はなかった。準夜帯から四肢の冷感があり、掛物で保温していたが、下肢の冷感は持続していた。そこで看護師は、湯たんぽの代わりに氷のうにお湯(約60度)を入れ、カバーをしないまま、患者に直接触れないよう10cm以上離して、足元近くに置いた。2時間後のラウンド時、氷のうは触れるとまだ温かく、患者には触れていないことを確認した。1時間後、全身清拭の際に右下腿と左母指に皮膚の損傷を認め、その後、Ⅲ度の低温熱傷と診断された。		
No.18	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い ～「3×」や「分3」の処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例～	1件
患者のデパケンシロップを準備する際、担当看護師Aは処方せんに「デパケンシロップ5% 15mL 1日3回(毎食後)」と記載されているのを確認した。しかし、用意されていたデパケンシロップは15mLであり、内服薬や内服量などが記載された手書きの患者リスト表を確認すると「デパケンシロップ1回15mL」と記入されていた。患者リストに記載した看護師Bは、処方せんの1日量を1回量と間違えて患者リスト表に記入していた。デパケンシロップを準備した看護師Cは、患者記録を見て薬剤を準備していた。患者に投与する前に誤りに気付いた。 (医療安全情報No.41(2010年4月:第2報提供済み))		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.19	未滅菌の医療材料の使用 ～誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例～	4件
休日の手術当日、業者から機材の受け渡しがあったため、手術室看護師Aは滅菌室のオートクレーブのウォーミングアップをした。看護師Aと看護師Bは滅菌室へ行き、機材を受け取ったのちスタートのボタンを押した。1時間後に機材を取り出し、手術室内に搬送した。手術室で看護師A～Dの4名で物品確認をした際、外側の布にいつもより水滴が付いていた。滅菌室スタッフに確認したところ、滅菌済と思い「すぐに使用するのであれば水分がしみ込むことはない」との回答を得たので、手術を通常通り行った。翌朝、滅菌室スタッフが出勤した際にオートクレーブの始業点検をしたところ、ウォーミングアップの運転履歴はあったが滅菌運転の履歴がないことから、使用した器材が滅菌されていなかったことが判明した。(他3件)		
No.20	伝達されなかった指示変更 ～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～	3件
手術前の定型の指示のポンタールシロップが処方されていたが、患者はアスピリン禁忌だったため、ポンタール中止の指示が出ていた。しかし、指示を受けた看護師Aは薬剤の返納処理をしなかった。看護師Bは冷蔵庫に入っていた患者に処方されていたポンタールシロップを取り出し、処方せんを確認しないまま、薬液ボトルの氏名のみを見て患者へ投与した。1時間後、受け持ちの看護師Cが病室に行くと患者より呼吸困難の訴えと喘鳴があり、患者の酸素飽和度を測定すると80%台であった。患者より「白い薬を飲んだ」と報告があった。(他2件)		
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い ～化学療法の際、治療計画を間違えて投与した事例～	1件
医師は、抗がん剤投与日程を標準療法の通り5日間と考えていたが、電子カルテのレジメンは6日間で登録されていた。6日目の投与が開始された時点で、医師が間違いに気付いた。		
No.23	処方入力の際の単位間違い ～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～	4件
患者に中心静脈栄養を開始する際、10%塩化ナトリウムを4「mL」と入力するところ、4「A(アンブル)」と誤って入力し、80mL投与する指示をした。指示した医師は誤りに気づいて修正したが、それが看護師に伝わっておらず、当初の指示のまま点滴をした。(他3件)		
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い ～人工呼吸器の回路接続を間違えた事例～	3件
患者は人工呼吸器が装着され、NO療法(一酸化窒素吸入療法)をしていた。受け持ち看護師Aのサポートとしてベッドサイドに行った看護師Bは、NOの供給回路が患者の口元側についているのを見て、吸気側に付ける方が安定した供給になると考え、回路の接続を変えた。翌日、他患者の観察のため来棟していた臨床工学技士に回路の確認を依頼したところ、吸気側でなく呼気側に接続していたことが判明した。(他2件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.25	診察時の患者取り違い ～外来診察の際、口頭で行った患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えた事例～	1件
患者は誤って娘の診察券で受付をした。診察に呼ぶ際、クランクが診察券の娘のフルネームを呼んだところ、患者が診察室に入った。医師は診察室で患者の確認を怠り、娘の氏名、番号のまま診察し、CT検査の指示を出した。CT撮影前に診療放射線技師が患者にフルネームと生年月日を言ってもらった際、依頼票と患者名が違うことに気付いた。		
No.27	口頭指示による薬剤量間違い ～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
不穏状態の患者に対し、リントンを使用したが改善を認めなかった。看護師の依頼を受けた口腔外科当直医は、指導医に電話で連絡し「セルシン2ミリ(=2mg)」の指示を受けた。当直医は、2ミリの意味を2mL(=10mg)と理解し、静脈注射した。(他3件)		
No.29	小児への薬剤10倍量間違い ～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～	3件
緊急帝王切開により出生した新生児はNICUへ収容された。新生児感染症に対し、人工呼吸器管理のもと抗生物質製剤を使用していたがCRPの上昇、血小板減少があり、メロペン+バンコマイシンに変更となった。主治医は変更のオーダーを行う際、バンコマイシンの用量を計算間違いし、1回0.027gであるところ0.27g(10倍量)とオーダーした。1回分投与されたところで主治医は過量であることに気付いた。(他2件)		
No.30	アレルギーの既往が分かっている薬剤の投与 ～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～	6件
第1子を帝王切開術にて出産した際、子宮収縮剤のアトニンを使用した。その際、頻脈とST低下が生じたが、電子カルテのアレルギー情報に登録されていなかった。2年後、第2子出産のため選択的帝王切開術を施行した際、術中に弛緩出血をきたし、アトニンを使用したところ、胸痛、ST低下、血圧低下などの症状が出現した。術中に血管拡張剤を使用して症状は改善した。(他5件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.33	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出 ～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過して使用し、輸液が血管外へ漏出した事例～	2件
患者は、ダブルルーメンCVカテーテルが挿入されて転院してきたため、CVカテーテルの(1)から高カロリー輸液、(2)からレミナロン1500mg/生食48mLの投与を開始した。その後、輸血の指示があり、末梢のルートを確認したが22Gと細かったため、輸血をCVカテーテルの(2)の側管から投与することにした。看護師2名は相談し、レミナロンを右手背の末梢ルートから投与しよう変更した。その後、右手背から投与中のレミナロンが漏れ、右手背の発赤、腫脹が増強した。皮膚科を受診し、リンデロンの局所注射等を行っていたが、潰瘍、壊死が拡大し、デブリードメントを実施した。(他1件)		
No.34	電気メスによる薬剤の引火 ～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
胃全摘術終了後、左側腹部よりブリーツドレーンを挿入する際、腹壁の刺入部を切開する前に消毒を行った。通常であれば、アルコール非含有のイソジン液を用いるところ、消毒液の成分の確認を怠り、0.5%ヘキサックアルコールを使用した。真皮以下を電気メスで切開する際、消毒液に含有されるアルコールに引火し、熱傷を生じた。		
No.37	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ ～「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
医師と看護師は人工呼吸器が作動していることを確認した。10分後、看護師が点滴を見た時にも人工呼吸器の作動を確認した。その30分後、医師と看護師が吸引しようとした際、人工呼吸器がスタンバイモードになっており、停止していることを医師が発見した。		
No.38	清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え ～手術・検査等の清潔野において、準備された注射器の識別を誤り、薬剤を取り換えた事例～	3件
加齢黄斑変性に対し、カリパー(計測器)で計測後にルセンティスを硝子体内に注射し、その後パニマイシンを結膜下に注射し終了する1分程度の手術であった。今回は、患者の眼球が動き、ばね式開眼器を使用したため、術野の視野が悪くなり調整に時間を要し、カリパーとルセンティスを繰り返し使用していた。看護師はルセンティスと同じ注射器に入っていたパニマイシンを執刀医に「パニマイシンです」と言って手渡した。執刀医は「ルセンティスです」と言われたと思い込み、薬液の量と注射針の太さに気付かないまま硝子体内に投与した。(他2件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.39	持参薬の不十分な確認 ～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～	6件
患者は、手術目的で転院となった。冠動脈ステント術の既往があるため、入院時から抗凝固剤（ヘパリン）の持続注入を開始した。前医からの退院時要約には「バイアスピリン、プラビックスについては内服中止」と記載があったが、一包化された持参薬の薬包からプラビックスは除去されておらず、バイアスピリンについては除去されているものと、そうでないものとがあった。看護師は中止する抗凝固剤はバイアスピリンのみであると思い込み、薬包からバイアスピリンだけを抜いた。薬剤師は持参薬確認表を確認したが、気づかなかった。その後、看護師が内服薬をチェックした際、手術前に中止すべきプラビックスが一包化された薬袋に含まれていることに気づいた。主治医は出血リスクが高いと判断し、手術を1週間延期した。（他5件）		
No.46	清拭用タオルによる熱傷 ～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～	2件
看護師Aが、患者の陰部洗浄を行っているところへ、看護師Bが清拭用の蒸しタオル5枚をビニール袋に入れて持参し、ベッド上（患者の左側）に置いて清拭を開始した。同時に、看護師BのPHSが鳴り、他の患者の検査出棟の連絡があり、退室した。その際、看護師Bはタオルがベッド上にあることを看護師Aに伝えなかった。その後、看護師Cが検温の為に訪室した際、看護師Aが1人でケアを行っていたので一緒に患者ケアを行った。患者を左側臥位にして臀部を洗い、仰臥位に戻した際に、看護師Cは患者の左大腿部に発赤があり、ベッドの上にビニールに入った蒸しタオルがあることに気付いた。左側臥位にした際に、蒸しタオルの上に患者の足を乗せたための熱傷と考えられた。皮膚科医師の診察結果、Ⅱ度の熱傷と診断された。（他1件）		
No.47	抜歯部位の取り違い ～歯科において、抜歯部位を取り違えた事例～	9件
右上7番部分の歯肉の歯牙破折片を除去する予定であったが、エックス線画像上で右上6番に骨吸収を認めたことで勘違いし、右上6番を抜歯した。当事者は抜歯後に気づき、患者に説明した上で右上6番の再植を行い、右上7番部歯肉の歯牙破折片を除去した。（他8件）		
No.48	酸素残量の未確認 ～酸素ボンベ等の残量の未確認に関連した事例～	3件
退院当日、病室の酸素配管から在宅酸素療法用の酸素ボンベに変更した。携帯用酸素ボンベは自宅にあったものを家族が持参したもので、退院にあたり看護師は酸素流量は確認していたが、酸素の残量は医師、看護師、在宅酸素業者、患者とも確認していなかった。院内エレベーターに乗った際に呼吸困難を自覚し、ストレッチャーに臥床させたところ症状は回復したが、退院中止とした。その後、携帯用酸素ボンベの圧力計がゼロであったことが判明した。（他2件）		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.53	病理診断時の検体取り換え ～病理診断において、別の患者の検体と取り換えた事例～	1件
3名の患者のホルマリン固定した乳腺針生検の検体瓶が3本一緒に病理に提出された。本来、検体瓶に病理番号を記載後、検体瓶を番号順に並べるが、先に検体瓶を並べた。この時、並べる順番をA→B→CとするところB→C→Aと並べ、病理番号を記載した。3つ目の検体Aの病理申込書の氏名と検体瓶の氏名が異なることに気付き、検体取り換えが発見された。		
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去 ～人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例～	5件
人工呼吸器装着中の患者の口腔ケアの際に、担当看護師は気管チューブの固定を確認した。40分後、オムツ交換時に看護師2名で左側臥位へ体位変換を実施した際、人工呼吸器の回路をアームより外していたが、回路の保持が出来ていない状況だったため、気管チューブが抜けた。抜管後、バグバルブマスクにて補助換気を実施し、再挿管した。酸素飽和度の変動はなかった。(他4件)		
No.56	MRI検査時の高周波電流のループによる熱傷 ～MRI検査の際に、患者の皮膚と皮膚が接触していたため身体の一部に高周波電流のループが生じ、熱傷に至った事例～	1件
MRI入室時、MRI担当の診療放射線技師は患者に金属・義歯・補聴器の有無の確認を行った後、検査台に仰臥位になってもらった。下腹部には4つ折りのタオルを置き、臍部から大腿部3分の1まで覆うボディコイルを設置し、検査を実施した。患者の検査衣は寝間着タイプであり、股から両大腿部にかけてタオルなどは入れなかった。単純撮影終了時に患者から「股の間が熱い」と訴えあり、診療放射線技師はボディコイルを外し、金属がないか確認をしたが、大腿部内側や股の皮膚の観察は行わなかった。4日後、再来院した患者から「先日のMRIの時に股が熱く、家に帰り見てみると、熱傷のような跡があった」と言われた。確認したところ、両大腿部内側に3cm大の発赤と1cm大の褐色の癬痕を認めた。その後、MRIの高周波ループによる熱傷であることが分かった。		
No.57	PTPシートの誤飲 ～患者が薬剤を内服する際に、誤ってPTPシートから出さずに薬剤を服用した事例～	13件
看護師Aは、内服薬7個をPTPシートのままカップに入れたものを弱視の患者に渡した。患者はいつも薬はPTPシートから出してカップに入っていたので、そのまま口に入れたところ、痛みがあり吐き出した。そのことを看護師Bに伝えたが、看護師Bは誤飲したとは考えず、吐き出された薬剤をPTPシートから出し、個数を確認しないまま投薬した。翌日、患者からこの出来事を聞いた看護師Cが誤飲の可能性を考え主治医に報告した。エックス線撮影をしたところPTPシート様のものが映し出され、内視鏡で異物除去を行った。誤飲した薬の数が不明であり、経過観察を要した。(他12件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂 ～皮下用ポートが埋め込まれている患者において、カテーテルの断裂が起きた事例～	6件
5年前に左鎖骨下静脈に挿入した抗がん剤治療用の皮下用ポート(現在は使用していない)のカテーテル部分が断裂し、カテーテルの先端部分が左肺動脈に迷入していた。患者に症状はなかったが、癌のフォローアップ目的のCT検査で断裂がわかった。入院し、血管内から摘出した。(他5件)		
No.61	併用禁忌の薬剤の投与 ～医療用医薬品の添付文書上、併用禁忌(併用しないこと)として記載のある薬剤を併用した事例～	2件
患者は自閉症で院外処方オーラップを内服していた。患者が風邪で外来受診した際、医師は院内処方でクラリスを処方した。薬剤師は院外処方の内容を知らず、患者に薬を渡した。患者が昼に内服したところ、いつもと異なり傾眠傾向となった。家族からの連絡で確認したところ、クラリスは、オーラップの併用禁忌であることがわかった。(他1件)		

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24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>