

# 令和4年度山口県医師会予防接種医研修会 「医療安全の視点からみた予防接種に関する間違い防止」

と き 令和4年12月4日(日) 14:10～15:10

ところ 山口県医師会6階 会議室

(Zoom「ウェビナー」を使用したWeb方式併用)

[講演及び報告：崎山小児科(東京都府中市) 崎山 弘]

図1は平成30年度の予防接種に関する間違いについての資料である。ワクチンの種類を間違えた、対象者を誤認した、不必要な接種を行った、接種間隔や接種量を間違えた、期限切れのワクチンを接種したなど、さまざまな接種事故の報告がある。これらの事故を防止するためによく言われる手段として、事故やヒヤリハットを共有しよう、確認しよう、ダブルチェックしよう、チェックリストを使おうという方法が示されることが多いようである。実際にそのような対応を行っている医療機関も数多くあると思われるが、その効果には限界があるようである。

例えば、「事故を教訓としてスタッフ全員で共有して、同じ事故を防ぐ」という方法だが、共有すると言っても、ただ覚えているだけでは、どの

ように事故を防ぐかという具体策に欠けるだけでなく、共有すべき事故やヒヤリハットばかりが増えていくだけで、覚えるにも限界がある。いずれ教訓としての印象は薄くなると思われる。「確認する」という対応は、少しは具体的な方法に思えるが、確認するという表現は、単なる掛け声であり行動変容を伴わない。結局は以前と同じことを繰り返すことになるので、いつかは同じミスが生じることと思う。ダブルチェックは、自分以外の他人の手を借りることになるので、その人の作業を中断させる、仕事を増やすなど、別のミスを招くリスクがある。チェックリストは一日の接種回数がおおよそ10回未満である医療機関なら、規則や手順を守るために効果的である。しかし、短時間に頻回に繰り返す操作には煩雑な作業を強い

平成30年度予防接種事故報告			
予防接種に関する間違いについて			
平成30年4月1日から平成31年3月31日までに発生した間違いについて 取りまとめた結果は以下のとおり <small>【参考：平成30年度定期接種延べ接種回数 45,465,861回】</small>			
間違いの態様	件数	全体割合	10万回あたりの率
1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2を除く)	177	2.65%	0.39
2. 対象者を誤認して接種してしまった。	75	1.12%	0.16
3. 不必要な接種を行ってしまった。(ただし任意接種だとしても、医学的に妥当な説明と同意に基づくものであれば含めない)	1,078	16.15%	2.37
4. 接種間隔を間違えてしまった。	3,759	56.32%	8.27
5. 接種量を間違えてしまった。	143	2.14%	0.31
6. 接種部位・投与方法を間違えてしまった。	7	0.10%	0.02
7. 接種器具の扱いが適切でなかった。(8を除く)	26	0.39%	0.06
8. 既に他の対象者に使用した針を使う等、接種器具の適切でない取り扱いのうち、血液感染を起こしうるもの。	10	0.15%	0.02
9. 期限の切れたワクチンを使用してしまった。	112	1.68%	0.25
10. 不適切な保管をされていたワクチンを使用してしまった。	15	0.22%	0.03
11. その他(対象年齢外の接種、溶解液のみの接種など)	1,272	19.06%	2.80
合計	6,674	100%	14.68

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000692196.pdf>

図1 第41回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 資料4

ることになるのでチェックリストは不向きである。それぞれの医療機関でワクチンの接種回数、スタッフの人数、建物の構造などの事情が異なることから、唯一絶対の方法はあり得ないが、予防接種の間違い防止に有効な考え方が2つある。その一つ目は私たち医療関係者が慣れ親しんでいる疾病予防の基本的な考え方である一次予防、二次予防、三次予防の概念である（図2）。

ワクチンを受けて麻疹にかからないようにする、食生活を節制して糖尿病にならないようにする、病気の発生そのものを防ぐ、これが一次予防である。予防接種の事故も同様に、事故が発生しないようにする、この一次予防がまず大切である。二次予防は医療で言えば、早期発見、早期治療である。がんという病気はすでに体の中で始まってしまっているけれど、がん検診を受けて早期がんの状況で見つけて症状が出ないうちに、悪化しないうちに治療を行うものである。予防接種の手順の中で言うならば、すでに生じてしまったミスを見つけ出して被害が出る前に修正して、適切な手順に戻すという方法である。三次予防は医療で言えばリハビリテーションである。事故と被害はすでに発生してしまったが、その被害からの回復を図り、被害を最小限に抑えようというものである。予防接種の事故では、事故後の謝罪、事故に至った経緯と今後の対応の説明、損失に対する補償などが相当する。

この一次予防、二次予防、三次予防は介入する目的と時期についてはわかりやすいが、実際の

ように予防するののかという点では、あまり有益な情報を示していない。それに対して、広く一般社会で活用されているリスクマネジメントの考え方は、どのような介入をするべきかをもう少し具体的に示してくれる。

ここで言うリスクマネジメントとは「日本産業規格 JIS Q31000」で明確に定義されているものを示す。実はこの JIS 規格は、国際規格 ISO 31000 を日本語訳したもので、医療だけでなく、農林水産業、鉱工業、金融業などの商業すべてに共通するものである。ここでは、予防接種事故などの医療安全におけるリスク対応について概略を示す。

一般的なリスク対応には、図3に示すように7つの選択肢があるが、予防接種事故など医療事故が発生するリスクに対してはどの選択肢が適切かを考えてみる。リスクを生じさせる活動をしないこととは、予防接種という医療行為そのものを中止して予防接種に関する事故が生じないようにするという選択肢であり、この選択肢は採用できない。次のリスクを取る、又は増加させるとはハイリスクハイリターンを求める行動である。医療安全の分野では、事故の発生も厭わず積極的に接種を行おうという対応には無理があるから、これも採用できない。結果を変えるという選択肢は事故が発生したとしても、その結果を変えるような対応をするということで、例えていうなら、車に乗るときにシートベルトを締める対応をするということである。つまり車で事故が起きたとしても死

### 疾病予防の基本と予防接種の事故予防

- ・ 一次予防  
発生防止策：疾病予防に相当  
事故の発生を防ぐ
- ・ 二次予防  
拡大抑制策：早期発見早期治療に相当  
発生した事故による被害を防ぐ
- ・ 三次予防  
影響緩和策：リハビリに相当  
被害の拡大を抑え復旧を図る

図2 一次予防、二次予防、三次予防

### リスクマネジメント-原則及び指針

日本産業規格 JIS Q31000 : 2010 (ISO 31000 : 2009)

「6.5.2 リスク対応の選択肢の選定」

#### リスク対応

- ・ リスクを生じさせる活動を開始又は継続しないと決定することによってリスクを回避する。
- ・ ある機会を追求するために、リスクを取る又は増加させる。
- ・ リスク源を除去する。
- ・ 起こりやすさを変える。
- ・ 結果を変える。
- ・ (例えば、契約、保険購入によって) リスクを共有する。
- ・ 情報に基づいた意思決定によってリスクを保有する。

図3 リスクマネジメントにおける  
リスク対応の選択肢

亡事故を減らすことができる、リスクの軽減が図れるという選択肢である。これは事故の発生を前提とする選択肢であるから採用できない。リスクの共有も同様に、たとえば保険に入って金銭的なリスクを共有して事故発生の負担を減らすという選択肢であるから、事故の発生が前提となっており、やはり使えない選択肢である。7つ目は、このままリスクを保有する、総合的な判断として何も変化を加えず事故の発生を容認するという選択肢であるから、これも採用できない。結論として、リスクマネジメントの観点から私たち医療関係者が予防接種事故などの医療事故を防ごうとすると、リスク対応として使える選択肢は「リスク源を除去すること」と「リスクの起こりやすさを変える」、つまり事故が起こる確率を減らす努力をする、の2つだけとなる。

ここまでをまとめると、各医療機関では事故を防止するために個々の医療機関の現状に合わせて事故に至るリスク源を除去する手順、あるいは事故の発生頻度を減らす手順を決めて、それを遵守することが求められる。では、「事故が発生しないように、事故の原因やリスク因子を排除した手順を作成して、職員全員がその手順を理解し、共有し、着実にその手順を遂行する」という方法を使って、期限切れのワクチン接種事故を予防する手段について考えてみる。

まず、予防接種を実施する流れを再確認してみる。ワクチンはそれぞれの医療機関に卸業者を通して納品される。被接種者が予約して、あるいは直接来院して、受付をして、ワクチンの準備に取り掛かる。医師が予診をして接種をすることを決める。そして、ワクチンを接種する行為があり、ワクチンは被接種者の身体に入ることになる。この全経路を通して、期限切れワクチン接種のリスク源である期限切れワクチンそのものが登場しない手順を定めることができるならば、期限切れのワクチンを接種する事故は起こりえないということになる。ちなみに、接種する直前にワクチンのラベルなどに書かれている有効期限を確認して期限切れのワクチンを接種することを防ぐという方法では、患者さんの目の前に期限切れのワクチンが用意されることを容認しているという点で、一

次予防ではなく二次予防であり、事故予防の効果として危うい方法である。期限切れワクチンの存在そのものがリスク源であるから、できることなら接種直前に期限切れワクチンが用意されることを防ぐやりの方が効果的である。

図4に示した5つの手順で期限切れワクチンの接種を防ぐことができる。まず、それぞれの医療機関で、現在保有しているワクチンをすべて確認して、有効期限が最も短いものを見つける。冷蔵庫からHibワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンなど、一種類ずつワクチンを取り出して、その箱に記載されている最終有効年月日、つまり使用期限を調べる。

次に、手順①で見つけ出した、最終有効年月日が最も現時点に近いワクチン名、ロット番号、有効期限をカードに記載して、ワクチン保管用冷蔵庫に掲示する。例えば、2022年12月4日時点のカードに「破傷風 183 2023.2.20」と記載されているならば、この時点で、この冷蔵庫に入っているワクチンの中で最も有効期限が短いものはロット番号183番の破傷風トキソイドであり、この時点の冷蔵庫からどのワクチンを取り出しても、2023年2月20日までは期限切れのワクチンが出てくることはあり得ないということがわかる。そして、手順③だが、予防接種担当の看護師など、あらかじめ誰が確認するかを決めておいて毎朝、カードに記載されている日付が今日でないことを確認する。これだけで今日一日は期限切れワクチンの事故は起きない。そして、ワクチン

#### 有効期限切れワクチンの接種を防止する手順

- ①現在保有しているワクチンをすべて確認して、有効期限が最も短いものを見つける。
- ②そのワクチン名、ロット番号、有効期限をカードに記載して、ワクチンを保管用冷蔵庫に掲示する。
- ③毎朝、カードに記載されている日付が今日でないことを確認する。
- ④新たに納品されたワクチンの有効期限がカード記載の日付より後であることを確認する。もしも、納品されたワクチンの期限が短いようであれば、①に戻りカードを書き換える。
- ⑤カードに書かれた日付に①の作業に戻る。その際に該当するワクチンが残っていれば確実に廃棄する。

図4 期限切れワクチン接種防止の5つの手順



が卸売業者から新たに納品されたときに、冷蔵庫に入れる前にワクチンの有効期限がカード記載の日付より後であることを確認する。もしも納品されたワクチンの期限が短いようであれば、①に戻りカードを書き換えるが、実際にそのようなことはほとんどない。有効期限まであとわずかというワクチンが納品されることは実務では稀なことである。そして、カードに書かれた日付になったら、冷蔵庫に残っている対象となるワクチンを確実に廃棄するとともに、①の作業に戻る。この①から⑤の手順を実行できれば、期限切れワクチン接種を確実に防ぐことができる。

こんな面倒なことをしなくても、一日あたりの接種回数が十分に多く、ワクチンの回転が速いから、使用期限が切れる前に確実にワクチンを使い切ってしまうので、ご自身の医療機関では期限切れ接種事故は起こらないと考えている方もおられるかと思う。確かに、コンビニのおにぎりやサンドイッチのように、商品の回転が速く、先に入荷した商品を先に売る「先入れ先出し」を徹底していれば、賞味期限切れの商品を売ることもないし、賞味期限切れで商品を廃棄することもない、つまり期限切れの事故は起きないと思うかもしれない。しかし、この先入れ先出しは、期限切れ商品の廃棄ロスを防ぐための必要条件ではあるが、期限切れ商品販売防止の十分条件ではない。これだけでは確実な予防はできないということである。先入れ先出しの商品管理を徹底しているコンビニのおにぎりやサンドイッチであっても、商品の配列位置を間違えたり、そもそも売れ残ってしまった商品があったりすると、期限切れ商品の販売や商品廃棄のリスクが発生する。先入り先出しの徹底だけでは、いつかは事故が起こるかもしれない。有効期限切れワクチン接種事故を予防するために、今回、5つの手順を新たに作成したが、日々行う手順はカードに提示された日付が今日ではないことを確認することと、納品されたワクチンの有効期限がカードに提示された日付より後であることを確認することの2つだけである。これは、それほど負担のかかる仕事量ではない。そして、接種前に有効期限を確認するという手順を省略することができる。こちらはワクチンの回数分ある

仕事なので、期限切れワクチン接種の防止策としては、むしろ大幅に手順は削減されることになった。ぜひ、この5つの手順を期限切れワクチンの接種事故防止方法としてご活用いただきたい。

実際に生じている予防接種事故としては最も頻度の大きい、接種間隔の間違いへの対応について、リスクマネジメントの観点から間違い防止策を検討してみる。現在、予防接種の間隔についての規定は、注射生ワクチンどうしの間隔を27日以上あけること、複数回接種を行うワクチンの場合、その同種ワクチンとの規定の間隔を遵守することの2つだけである。リスクマネジメントの観点から私たち医療関係者が予防接種事故などの医療事故を防ごうとするとすると、リスク対応として使える選択肢は、リスク源を除去することと、リスクの起こりやすさを変える、つまり事故が起こる確率を減らす努力をするの2つだけである。まず、推奨されるべき方法は、リスク源を除去して事故が起きないようにする一次予防である。

先ほどの期限切れワクチン接種の防止の際は、「期限切れのワクチン」がリスク源であり、その期限切れのワクチンが存在しない手順を作成した。接種間隔間違い接種の防止では「接種間隔を間違えてすでに来院してしまった子ども」をリスク源として考えてみる。接種間隔が正しくない対象者が来院できない、あるいは来院しても受付ができないようにする手順が作成できれば接種間隔の間違いが起きえないという一次予防になる。

接種間隔を自動判定する能力がある予防接種スケジュール管理アプリ（以下、「アプリ」と略す）の活用は、この一次予防の方法の一つである。電子カルテや予約システムにアプリがあらかじめ組み込まれているものもあり、そのようなシステムでは接種間隔を間違えた予約入力を受け付けない設定となっているため、これは接種間隔間違いの一次予防として大変有効であり、すでに導入されている医療機関も増えているようである。アプリが組み込まれていない予約システムを使っている医療機関、あるいは予約を電話で受ける医療機関、予約外の受付も認めている医療機関であっても、市町村が提供するアプリや「NPO法人VPDを知って子どもを守ろうの会」が提供しているア

アプリを利用して、あらかじめ保護者に適正な接種間隔を確認させることが可能になる。これらのアプリは、うまく機能すれば間違った接種間隔での来院がなくなるわけだが、利用している保護者が入力を誤ったり、兄弟を思い違いして連れて来る場合もある。保護者が間違った入力をしたということが、接種間隔過誤の事故の言い訳にはできない。よって、アプリは有効な一次予防の手段ではあるが、特に保護者が入力作業を行っている場合は、各医療機関を受診した際に接種間隔について確認する手順を省略することはできない。アプリが使えない場合、あるいは使っていたとしても誤入力の可能性があることを想定して、もう一つ別の接種間隔過誤防止策として、「起こりやすさを変える」方法で接種間隔の誤りに対応する手段を考えてみる。

現在、接種間隔についての規定は注射生ワクチンどうしの接種間隔を27日あけることと、HibワクチンやB型肝炎ワクチンなどのように複数回接種を行うワクチンで、同種ワクチンと規定の接種間隔をあけることである。これらの接種間隔を接種ごとに確認することになるのだが確認対象が曖昧なもの、わかりにくいものであると確認の妨げとなり、間違いのリスクが生じる。その曖昧さが排除できれば、リスク対応の選択肢、事故の「起こりやすさを変える」方法として接種間隔の間違いを防ぐ手順に応用できる。接種間隔の規定として確認の対象となる間隔は図5に示したもののだけである。これを実際の接種に際して、カレンダーを見ながら合っているかどうかを頭の中

で判断するのは、それなりに煩雑な作業である。

図6は当院の受付の写真であるが、居酒屋さんの今日のお勧めメニューのように、ホワイトボードに今日の日付と、今日から1週間前、2週間前、4週間前、20週間前、2か月前、7か月前の日付が書いている。接種間隔についての情報の曖昧さはこれで少し克服できた。その分だけ接種間隔の間違いを減らすことができる。

接種を行うごとにカレンダーを見て4週間前は何月何日と確認するよりもミスは少なくなると思われる。簡単な方法なので、お勧めする。

「対象者を誤認した接種」もよくある間違いの一つだが、接種対象者を誤認するもので多いのは兄に準備したものを弟に接種したなどの兄弟間での間違いである。この場合、兄弟として一緒に入室することがリスク源であると考えて、まずはリスク源の除去、つまり兄弟とは扱わずに一人ひとり別々に入室させて名前を確認すればよいのだが、実際には一人の母親が二人以上の子どもを連れて来る場面が多いので、結局、一緒に診察室に入ることを容認することになる。そうするとリスク源は除去できない。その際にリスク源が存在を明示する工夫をして間違いを防ぐ、これは危ないよと注意喚起をして事故が生じる確率を減らすという方法がある。当院では、通常は予防接種の予約票と母子健康手帳を無色透明なクリアファイルに挟んで、診察机の上に置く。もし、兄弟で来院された人がいたら、赤や青などの色付きのクリアファイルに挟む決まりになっている。この色付きのクリアファイルがあった場合は、接種直前に被

<b>1、注射生ワクチンの接種</b>	
同じ曜日の4週間前	
<b>2、複数回接種を行うワクチン接種</b>	
同じ曜日の2週間前	コロナワクチン
同じ曜日の3週間前	四種混合
2か月(60日)前	PCV、ガーダシル
3か月前	水痘ワクチン
20週(139日)前	B型肝炎ワクチン
6か月前	HPVワクチン
7か月前	Hibワクチン

図5 接種間隔として規定されている日数、週数、月数

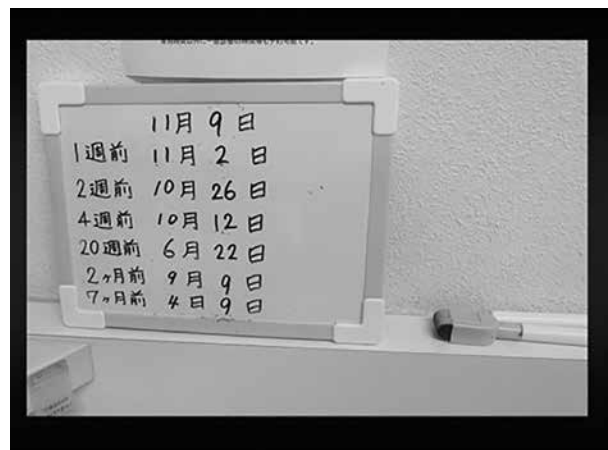


図6 接種間隔確認ボード(受付脇)

接種者の氏名、年齢を再度確認することになっている。接種対象者を取り違える確率は、この手順で確認が徹底される分だけ小さくなる。

次に、溶解液のみ接種してしまったという間違いの防止策について考えてみる。日本脳炎ワクチンのように、溶解液でワクチンを溶かす作業があるワクチンは、うっかりすると溶解液だけを注射してしまう事故が起こる。その多くは、ワクチンの準備作業の中断の後に起こる。何らかのきっかけがあって、例えば予防接種を準備しているときに電話が鳴り、準備していた看護師が電話対応のために手を離して、元の作業に戻るときに手順を抜かすことがある。この場合、リスク源は作業の中断である。よってリスク源の排除は、電話が鳴ろうが何があっても一旦準備を始めたワクチンからは手を止めないという方法が考えられる。実際には手を止めないという対応は難しいと思われる。もう一つのリスク源の除去は、一旦手を離れたワクチンは廃棄するという方法だが、これはさらに難しいことである。つまりリスク源の除去は理屈では可能だが、実際にはこの選択肢は使えないこともあるはずである。だとするなら、中断したことがリスクであることを明示する表示物を用意することによって、リスクを強調し、事故が発生する確率を減らすという対応が可能である。その一例として「ワクチン準備中」という札を予め作成しておき、手を離す時には、この札を載せるというルールを作っておくとよいと思う。元の作業に戻った時にどこまでやったかを確認することで手順を飛ばす事故が防げる。当院ではこの札の運用について、もう一つルールがある。この札が載せてある時は第三者がこの仕事を善意であっても引き継がない決まりになっている。「これ、どこまでやっているの?」「もう準備してあるから先生のところにそのワクチンを持って行って!」などの会話があると、実際にはまだ溶解液だけだったなどの事故が生じる。いずれすぐに戻ってくることがわかっているのだから、誰も手をつけられない決まりになっている。

確認の徹底、ダブルチェック、チェックリストもある程度有効ではあるが、万全ではない。一次予防、二次予防、三次予防の観点から、まずは

事故の発生を防ぐ、事故の被害を防ぐことを念頭に置き、リスクマネジメントの観点からリスク源の除去並びに事故発生の確率を減らす手段の作成が必要である。つまり、各医療機関で事故に至るリスク源を除去するか、間違いが起こりやすいリスク源の存在を際立たせる手順を作成するとともに、決められたその手順を遵守することで予防接種事故が防げられると思われる。これは予防接種の間違い予防だけでなく、医療事故全般に共通するものである。まずは手始めに予防接種事故防止に活用してみたい。スモールステップで、できるものから手をつけてみていただければ、きっと役に立つ日が来るはずである。

最後に、小児のコロナワクチンについて少しだけ話題を提供する。2020年1月の新型コロナウイルス感染症国内一例目の確認から2021年夏のデルタ株による第5波までの流行状況をもとに、日本感染症学会は子どもに対するコロナワクチンについて、「15歳未満の新型コロナウイルス感染症による死亡者はゼロであり、疾病リスクは小さい、だからワクチン接種に対しては慎重な検討が必要」、つまりワクチンは積極的に推奨していないという提言であった。ところが新しい変異株、オミクロン株の流行が2022年1月からの第6波、7月の第7波と続き、小児の罹患者が急増した。2022年1月1日以降に新型コロナウイルス感染症で亡くなった20歳未満の国内患者数を集計したところ、症例は41例、このうち外傷などを除き、また、詳細な実地調査で基礎疾患がないと判断されたものが15例であった。つまり2022年1月以降、8月までに基礎疾患のない未成年が15人、新型コロナで亡くなっているということである。その基礎疾患がなかった死亡例、15例の詳細だが、5歳未満が6例、5歳以上が9例、死亡に至る経緯は中枢神経系と循環器系が多く、呼吸器系の異常、つまり肺炎などは確認されておらず9例は発症1週間以内に亡くなっていたということである。つまり治療が難しいということがわかる。

その一方で、子どもに対する新型コロナワクチンの効果として、アメリカのドライブスルーPCR検査を受けた5～15歳までを対象としたテ



ストネガティブデザインによるワクチンの有効率調査によると、5～11歳では2回目接種後4週間までは有効率60.1%、それが接種後2か月目になると28.9%、12歳から15歳でも接種直後はよいのだが、2か月目では16.6%と低い値となっている。ただし、追加接種後には有効率が71.1%と再度高くなっている。つまり、初回接種用として使われているファイザーのワクチンを小児に接種した場合、発症予防効果は時間の経過とともに、また、オミクロン株の流行に伴って低下する傾向がある。ただし、追加接種を実施すると発症予防効果が改善することも事実のようである。このような状況に鑑みて、日本小児科学会はオミクロン株以降、疾患のリスクが増大していることにより、新型コロナウイルスワクチンの発症

予防効果の変異株によっては低下している可能性を考慮しても、重症化予防効果を期待してすべての子どもたちに新型コロナワクチンを推奨するという提言を出している。治療が困難な重症例がある以上、ワクチンによる予防以外に対応策がないのが現状である。まだ、これから状況は刻々と変わることが予想されるが、現時点ではワクチンを推奨することが私たちの務めであると考えます。

以上、医療安全の視点からみた予防接種に関する間違い防止と新型コロナウイルスワクチンについて述べさせていただいた。少しでも貴会の皆様のお役に立てるようなら幸いです。

## 表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会総務課内 会報編集係

E-mail : [kaihou@yamaguchi.med.or.jp](mailto:kaihou@yamaguchi.med.or.jp)



医業継承・医療連携  
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

## 後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの  
開業医を支援するシステムです。  
まずご相談ください。



お問い合わせ先

**0120-337-613**  
受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

**総合メディカル株式会社**  
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番6号 MY小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342  
本 社 / 福岡市中央区天神  
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064