

## 5. 神田駿河台医療センターの検査業務手順

### 脊髓腔造影（ミエログラフィー）

方法：脊髓腔（くも膜下腔）に造影剤を注入し、レントゲン透視、レントゲン写真を撮影し、脊髓・神経根や脊柱管の病変を診断する。

必要物品：①薬品 造影剤（イソピスト 240 10mL）

局所麻酔剤（1%キシロカイン 5mL）※場合により

②器具等 スパイナル針（21G） 注射針（18G） 注射器（10mL）

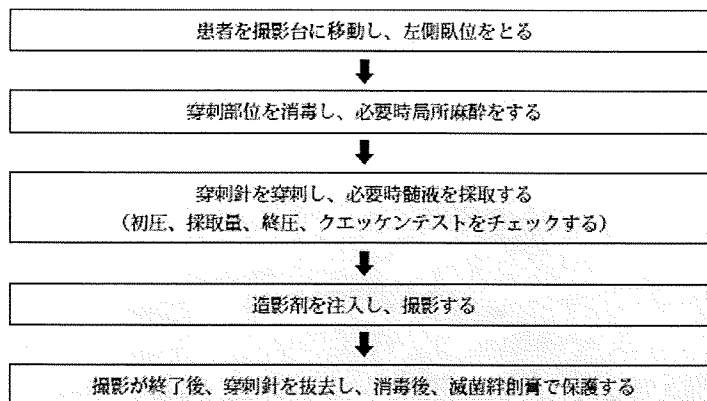
穴あき四角布 ガーゼ

※局所麻酔時 注射針（23G） 注射器（5mL）

※髄液採取時 ルンパールセット 三方括栓 細径エクステンションチューブ

③消毒 シャーレ イソジン液 綿球 消毒セッシン

### 手 順



### 注意事項

- ① 医師の指示があれば、検査後CTをとる
- ② CT帰室後は安静度フリーとし、翌日から入浴可とする
- ③ 痙攣、頭痛、嘔気、嘔吐、腰背部痛、四肢の痺れ、知覚障害など副作用の観察

## 6. 事故発生時の状況

- 検査時の位置 図1
- 準備されたシリンジ 図2
- 当日の検査室での処置予定

13時 ～ 13時45分	神経根ブロック
13時45分～14時30分	神経根ブロック
14時30分～15時30分	脊髓腔造影
15時30分～16時30分	脊髓腔造影

## 7. その他の情報

### 当該科について

- 整形外科は診療部長以下6名。
- 外来は午前中のみ行っており、受診患者は平均70名/日である。外来は午後にずれ込むことも多い。入院患者は常時40名程度である。整形外科の手術件数は約230件/年であり、背髄腔造影（ミエログラフィー）は2件/月程度である。

### レントゲン透視室について（当該事例に関することを抜粋）

- 当該レントゲン透視室は1箇所であり、背髄腔造影と神経根ブロックは週2回（火）（木）の午後行い、担当医が行うことになっている。
- 当該レントゲン透視室での背髄腔造影は、8件/月程度（整形外科2、脳神経外科3、神経科3）である。
- 看護師は使用する科の外来看護師が担当する

### 検査に関する教育・研修について

- 院内で検査業務手順が定められているが、教育は各部署に任せてある。
- 今回事例が発生した部署では、実施しながら指導医が教えている。

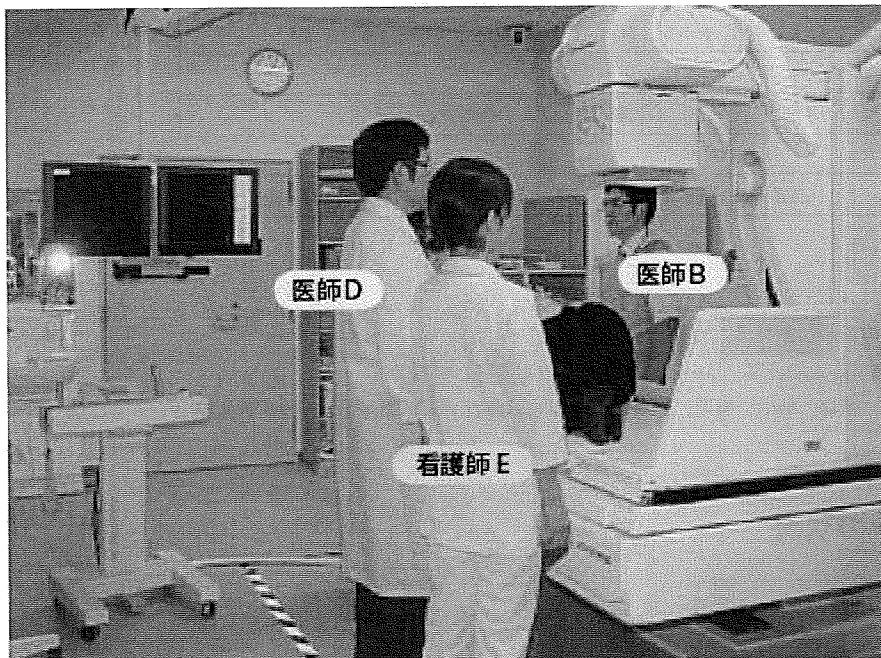


図1 事故発生時の関係者の位置



図2 準備されていた注射器のイメージ

## 8. 神田駿河台医療センターの口頭指示取り決め

原則として口頭指示は禁止

患者急変時など急を要する場合は次のことを注意する

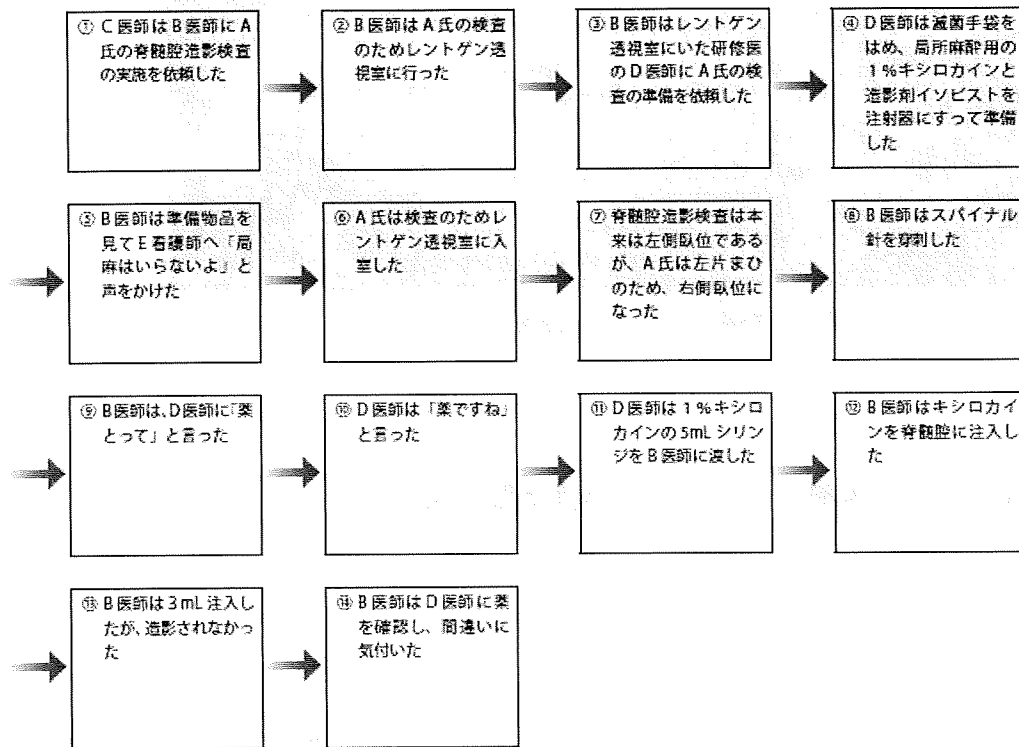
- ① 口頭指示を受けたら、復唱確認する
- ② 注射液などの準備はシリンジにアンプルをつけ、医師に見せ薬名、量、を言って医師に渡す。

看護師の取り決めで病院の取り決めはない。

# R C A 研修分析例

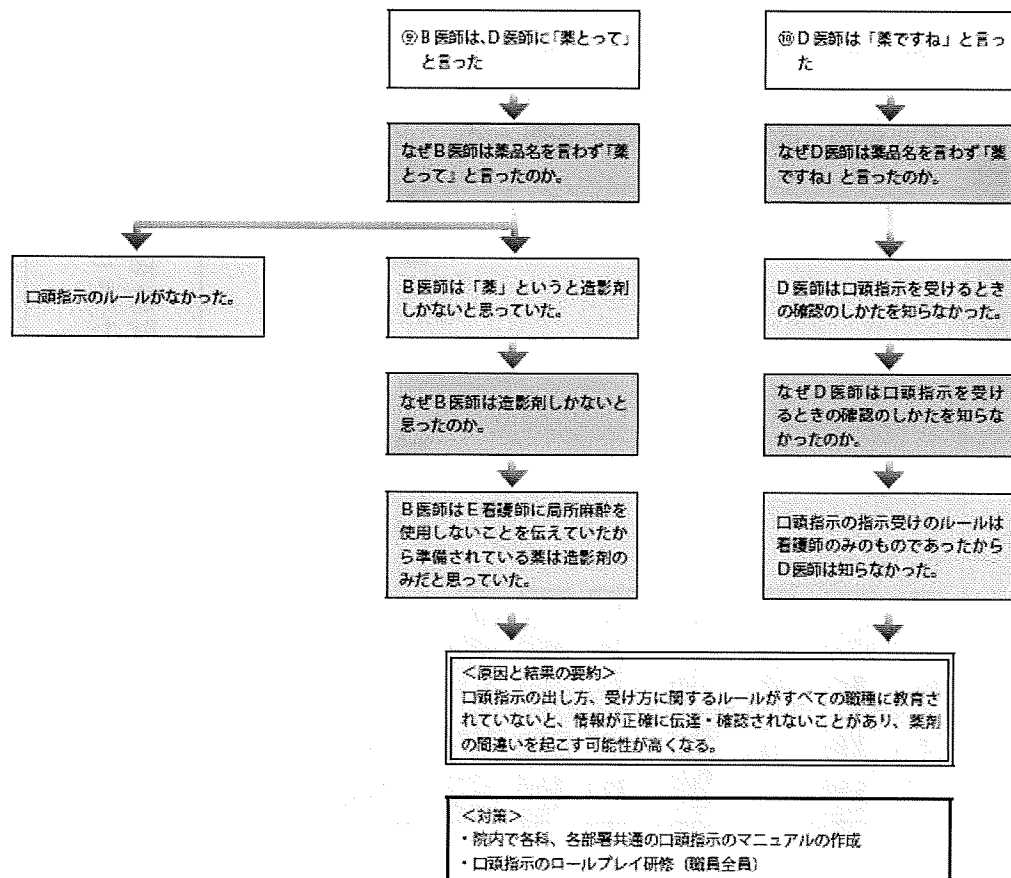
(医療事故情報収集答辞事業平成19年年報 262頁～266頁)

## 1. 出来事流れ図

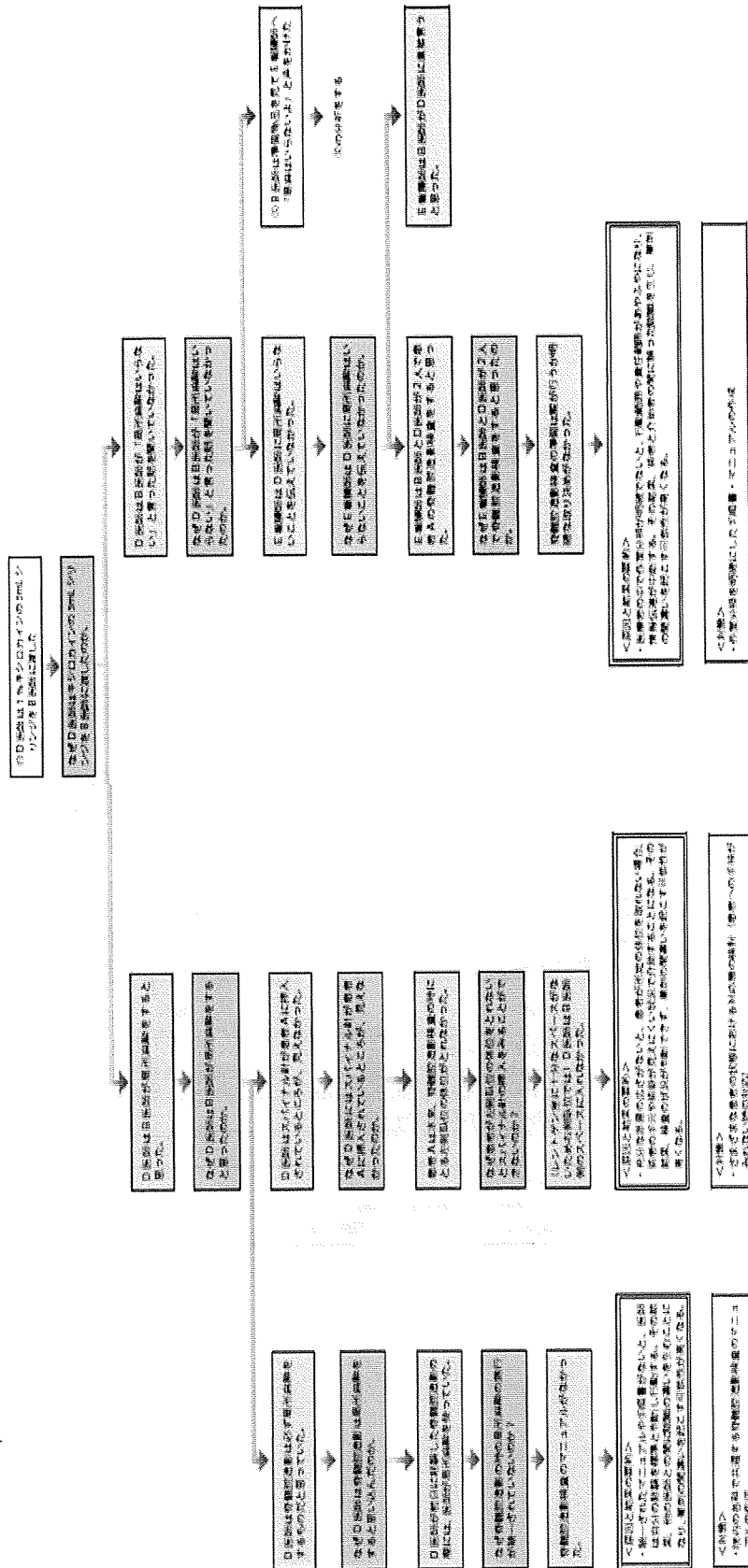


## 2. 分析の一例

### (1) 出来事流れ図⑨⑩について

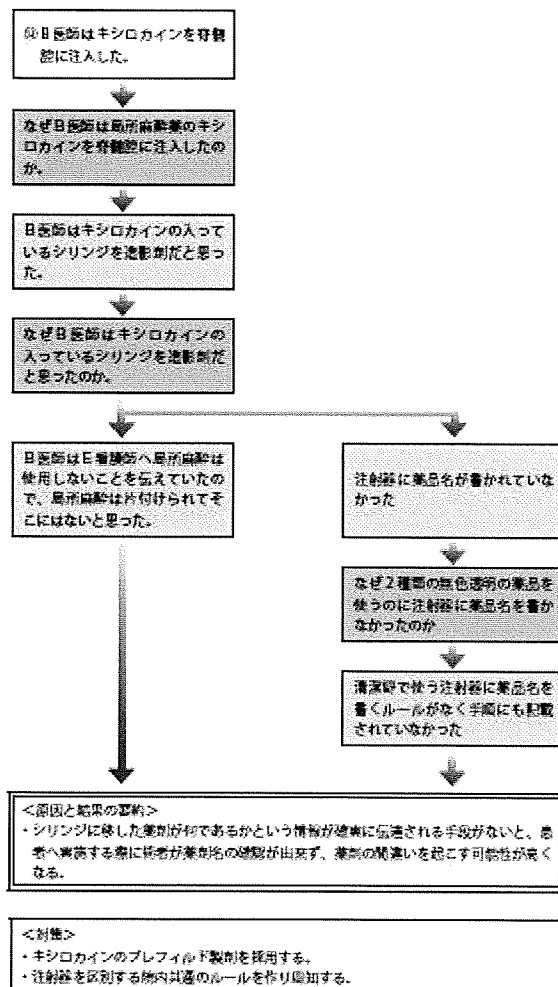


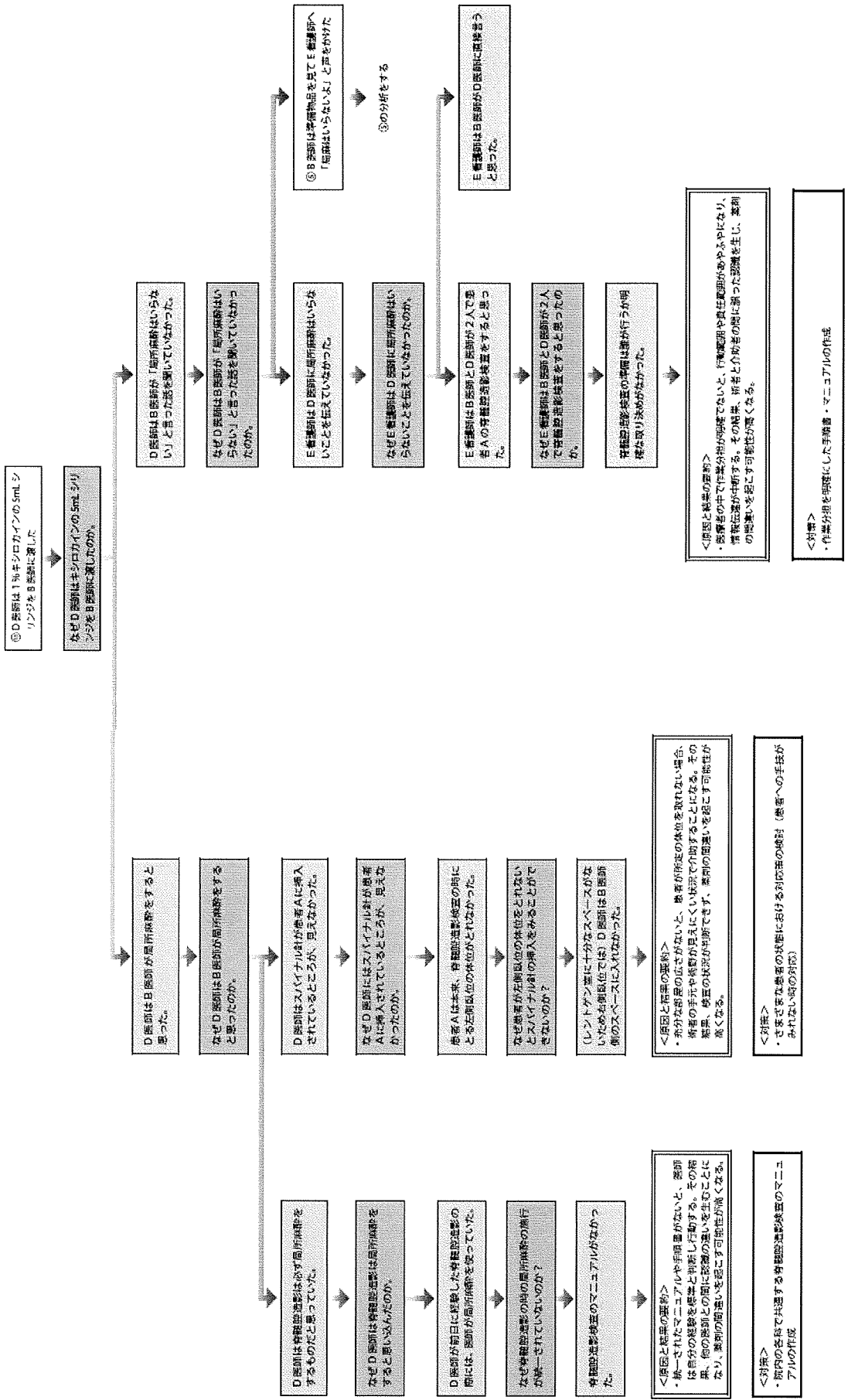
(2) 出来事流れ図⑩について



時が細かいので別途エクセル資料をつけてお  
りますので編集の際に使ってください

### (3) 出来事流れ図⑫について







## 医療安全全国共同行動への参画

山元恵子(春日部市立病院副院長・看護部長)

医療安全全国共同行動(“いのちをまもるパートナーズ”キャンペーン)とは患者さんと医療従事者がともに安心して治療に専念できる安全な医療の環境づくりをめざし、平成20年5月から開始された、国内で初めての医療安全のための共同プロジェクトキャンペーン活動です。

### 1. プロジェクトの誕生まで

1999年1月の患者取り違え事故以来、あいにく医療事故報道により、国民の医療に対する信頼が大きく揺らぎました。一方、ほとんどの医療従事者は医療の安全確保に日々努力を重ねていますが、なかなかお互いが理解できない現状があります。

医療の質と安全に関する、欧米の調査によると入院患者の3%～16%において医療行為に伴う何らかの傷害(有害事象)が生じており、米国医学研究所は、そのうち半数強は回避可能なものでこれらの傷害が関与して死亡したと推定される死亡の数は年間44,000人から98,000人に上ると報告し、医療システムを改善する必要があることを指摘しました。日本の調査でも、堺 秀人らの2006年3月の報告書によると急性・亜急性期病院の入院患者の6.8%で有害事象が生じていることが報告されており海外と大差のない結果が出ました。

## 有害事象発生率の国際比較

調査を実施した国	対象病院／対象年度	入院件数	件数	発生率(%)
米国 ニューヨーク州	急性期病院(1984年)	30,195	1,133	3.8%
米国 ユタ州、コロラド州	急性期病院(1992年)	14,565	475	3.2%
オーストラリア	急性期病院(1992年)	14,179	2,353	16.6%
英国	急性期病院(1999年-00年)	1,014	119	11.7%
デンマーク	急性期病院(1998年)	1,097	176	9.0%
ニュージーランド	急性期病院(1998年)	6,579	849	12.9%
カナダ	急性期・地域病院(2001年)	3,720	279	7.5%

(WHO/World Alliance for Patient Safety “Forward Program 2005”)

日本	急性・亜急性期病院 (2002-03年)	3,651	233	6.8%
----	-------------------------	-------	-----	------

(厚労科学研究班(主任研究者塚秀人)の調査による)

6

有害事象とは「医療の結果として、あるいは医療が関与して生じる、意図しない身体的損傷で、そのために観察、治療あるいは入院が必要となったもの、あるいは死にいたるもの」を示します。有害事象には本来回避可能なものと不可避のものがありますが、これほど多くの有害事象が多発する現実を直視すれば、これら多発する有害事象を可能な限り低減させ、かつ有害事象から患者さんの生命を守るために全力を尽くすことは医療に関わるすべての人々の責務であります。

米国では医療質改善研究所とその呼びかけに応じた多数の団体の協力により、“10 万人の命を救え”キャンペーン(100K Lives Campaign) が展開され、全米で約5500 ある病院のうち3100 の病院(急性期病床数の78%に相当)が自主的に参加して改善に取り組みました。

その結果、18 ヶ月間のキャンペーン期間中に入院中の死亡数を大幅に減らすことに成功したと報告しています。

そこで日本でも、「医療の質・安全学会」が中心となり、医療者は、職種や立場の壁を超え、医療を担う病院と医療を支えるさまざまな団体・学会・行政・地域社会が一致協力して医療事故の防止に総力をあげて取り組むべき必要を広く訴え、『医療安全全国共同行動(“いのちをまもるパートナーズ”キャンペーン/日本版100K Lives Campaign)』が展開されました。同プロジェクトは、平成20年5月から当初2年間をキャンペーン期間としていますが、今後期間の延長が検討されています。

具体的な運動の展開方法は、各病院が自主的に参加登録を行い、地域の病院が互いに協力しながら医療の質・安全の確保と向上をめざす8つの目標について組織的な活動を実施しています。各施設の安全に対する具体的な施策や工夫をホームページでダウンロードして自施設の活動に取り入れることができます。またセミナーに参加することで参加団体は活動の効果的な実施に必要な支援を提供しています。



## 医療安全全国共同行動 「いのちを守るパートナーズ」

<http://kyodokodo.jp/>

### 2.目的

医療に従事するすべての職種の人々、病院、病院団体、専門職能団体、学会他さまざまな医療団体が、安全な医療を実現するために職種や立場を超え一丸となって、下記の目的のために医療安全対策の実施と普及に取り組むことを目的としています

- (1) 医療の質・安全の向上を目指す取り組みの普及
- (2) 医療の質・安全の向上をめざすと取り組みの成果の可視化
- (3) 医療に対する患者・市民の信頼の向上

### 3.行動目標

患者さんの安全を守る具体的な8つの行動目標を実現することにより、医療に伴う有害事象を大幅に低減しこれに起因する可避死がなくなることをめざします。また、これを通して医療現場に安全の文化を浸透させ、医療の質・安全を確保し、向上させる組織的な基盤と職種や立場を超えた協力体制の確立を目標としています。

行動目標1 :危険薬の誤投与の防止

行動目標2 :周術期肺塞栓症の予防

行動目標3 :危険手技の安全な実施

(a) 経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底

(b) 中心静脈カテーテル穿刺挿入手技の安全指針の策定と順守

行動目標4 :医療関連感染症の防止

行動目標5 :医療機器の安全な操作と管理

(a) 輸液ポンプ・シリンジポンプの安全管理

(b) 人工呼吸器の安全管理

行動目標6 :急変時の迅速対応

行動目標7 :事例要因分析から改善へ

(有害事象や死亡事例の要因分析にも基づくシステムの改善)

行動目標8 :患者・市民の医療参加

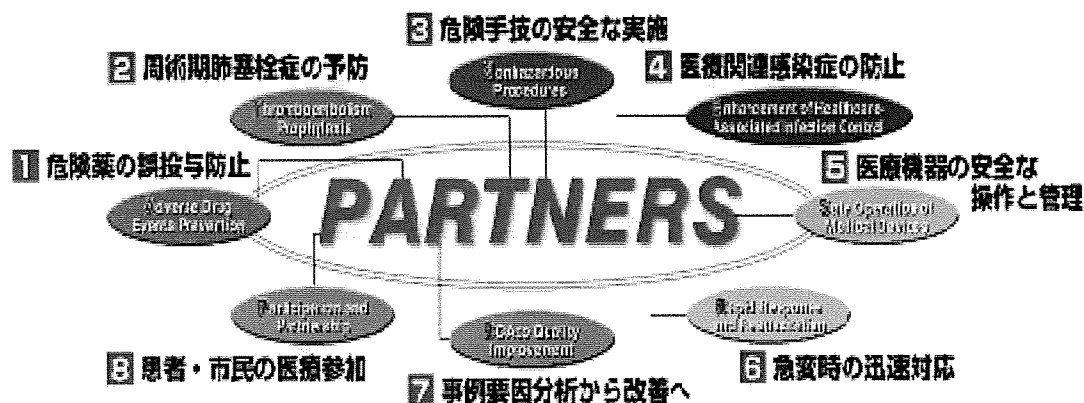
(患者・市民と医療者のパートナーシップで質・安全と相互信頼の向上)

(a)「安全は名まえから:患者と医療者の共同によるフルネーム確認」

(b)「からだと病気を知るために:院内患者図書室の設立」

(c)「転ばぬ先に-入院中の転倒転落をなくそう」等

## 8つの行動目標



## 4.参加登録病院の活動

キャンペーンに参加を希望する病院は8つの行動目標の中から選び、「安全によいこと」はすべての参加病院で共有しいち早く広めていくことをめざしています。

登録病院は強化したい安全対策や課題としている項目を選び、ホームページから登録していただきます。登録料や参加費は無料です。共同行動のホームページでは病院の医療安全対策の情報共有することができます。提供できる情報には、8つの行動目標のフォーラムやセミナーの実施案内をはじめ、各病院での実情に即した問題解決や改善の具体的方法を公開しています。

また、これまでなかなか浸透・徹底できなかった自施設の懸案課題の達成や新しい展開にチャレンジできるように支援グループが対応します。医療安全対策上の困ったことや分からないことがあればホームページやメールで質問でき、成功体験や工夫の事例紹介がそのままプレゼンテーション資料やポスターとしてダウンロードすることが可能となっています。行動目標によっては安全な実施のために「輸液ポンプの活用の手順」や、「経鼻栄養チューブの挿入技術」等がDVDとして参加病院に配布しています。可能な病院には達成度を評価するための指標データ測定に協力を依頼し、対策の効果や死亡低減効果を検証します(モニター病院)病院ごとの個別データは守秘し、公表しません。登録病院には「マイページ」をもち、改善の自己評価を自動的にフィードバックし、報告することができます。

## 5.具体的な実践例

5-1行動目標3 :危険手技の安全な実施

(a) 経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底

5-2【推奨する対策】

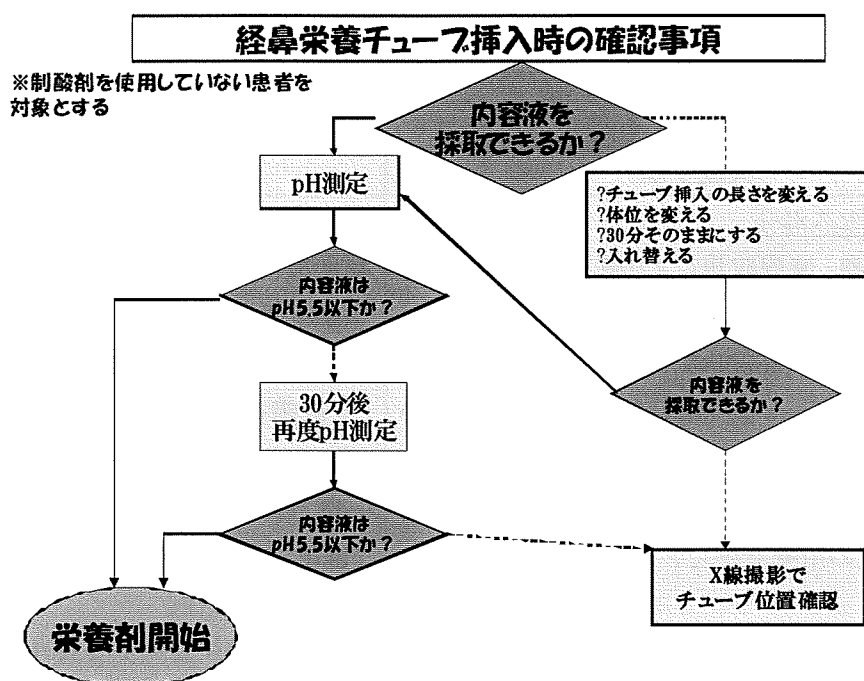
1. 空気聴診法をチューブ挿入位置確認の判断基準としない
2. 経鼻栄養チューブ挿入位置確認のマニュアルの策定及び順守
3. 初回挿入時は、全例 X 線撮影でチューブ挿入位置を確認する
4. X線撮影が困難な場合は pH 測定を確認基準に採用する

(フローチャート参照)

5-3【チャレンジ】

1. 挿入時の記録の励行(チューブの種類・挿入長さ・X-P 確認者)
2. X 線撮影後のチューブ挿入位置確認は放射線技師・医師・看護師で行う

(平成 21 年 6 月 25 日改定)



4

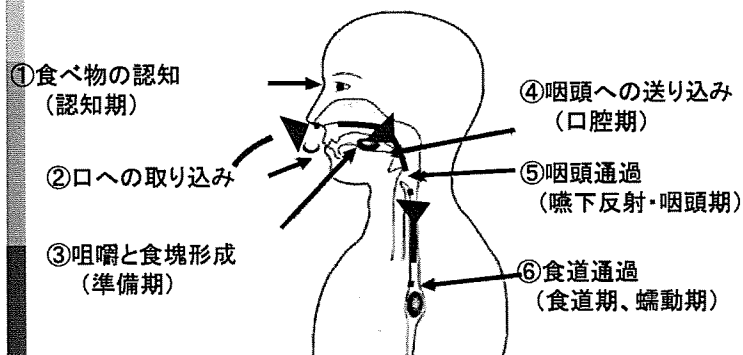
5-4【A病院の経鼻栄養チューブ挿入のマニュアルの紹介】

経鼻栄養チューブの挿入・管理に関する手順

経鼻栄養チューブの誤挿入には気管内の挿入、肺の迷走、食道内に留まっている場合、腸内に入りすぎた場合等が想定されるがいずれも患者要因、デバイス要因、手技要因の3つの要因に大別される。この3つの要因を考慮し、誤挿入防止のフローチャート(表.)に沿って安全な挿入手順と管理手順を説明する。

# 患者

## 咀嚼・嚥下の流れ

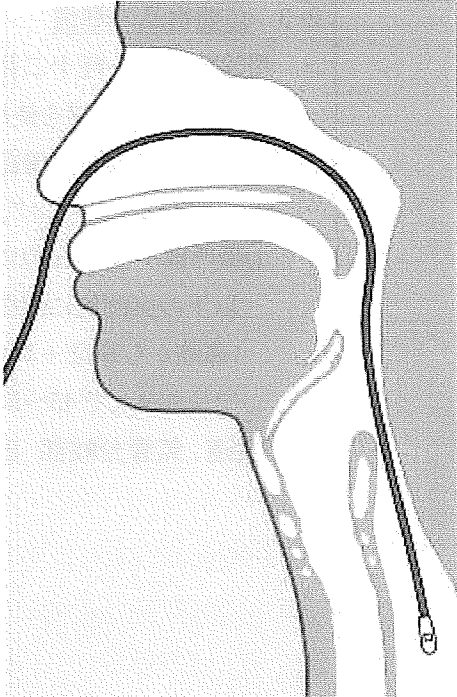


藤島一郎、柴本勇：摂食・嚥下リハビリテーション 中山書店 東京 2005：p.3

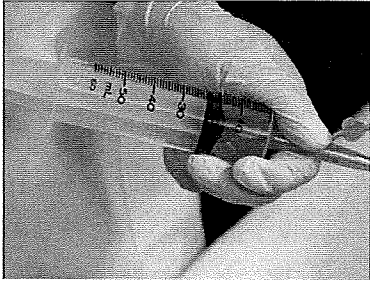
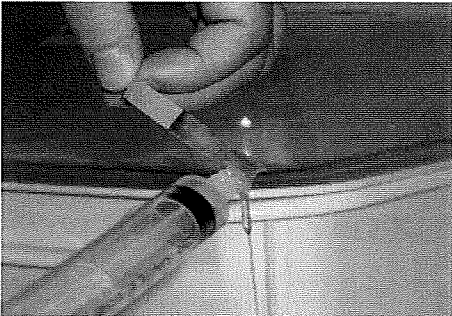
### 5-4-1 経鼻栄養チューブ挿入手順

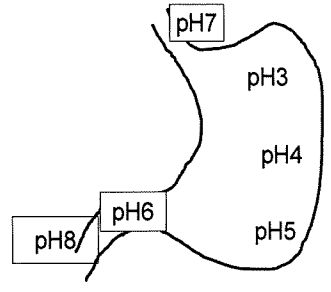
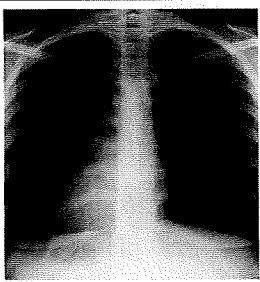
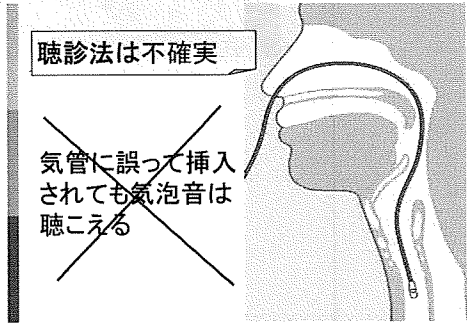
フローNo.	実施手順	備考
アセスメント	<p>1. <u>患者アセスメント</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・問診、観察、情報収集により患者の嚥下、咀嚼機能の障害状態を査定する。(図 )</li> <li>・栄養の評価。(ASPEN のガイドライン参照)</li> <li>・使用薬剤のチェック。(鎮静剤・制酸剤の使用の有無)</li> <li>・ 経鼻栄養チューブ管理の見通しと今後の経腸栄養の治療計画をチームで検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・#何故、経鼻栄養チューブの適応になるかを理解する。</li> <li>・#リスクとなる身体的条件、状態。</li> <li>・意識障害、鎮静中、集中治療管理嚥下障害、高齢、小児、不穩、認知障害、気管内挿管中、自己抜去後の再挿入、誤挿入の既往。</li> <li>・#経鼻栄養チューブ管理中の安全が確保できるか。</li> <li>・ 患者の苦痛の訴え、表現。</li> <li>・ 事故抜管、自己抜去の可能性。</li> </ul>
準備	<p>2. <u>実施前の準備</u></p> <p>2-1 適切な環境の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病室で実施する場合はベッド、オーバーテーブル、床頭台、寝具の周辺を整える。清潔な環境の中で実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・#安全で清潔な環境整備。</li> <li>・ 挿入チューブやトレーを展開する清潔スペースを確保する。</li> <li>・ 実施者、介助者の2名が望ましい</li> <li>・ 吸引やモニター等が必要な場合、同室患者の配慮が必要な場合、小児等自室での恐怖体験が障害となる場合は処置室で行う。</li> </ul>

	<p>2-2 <u>患者側の準備</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染合併症対策の確認。</li> <li>・ アレルギーの確認。(医薬剤・ラテックス・食品等の禁忌の有無)</li> <li>・ 身体的な準備。</li> <li>・ オリエンテーション。</li> </ul> <p>2-3 <u>必要物品の準備</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 用途に(経胃・経十二指腸・経空腸・)応じた適正な栄養チューブを使用する。</li> <li>・ チューブ挿入部位確認のための器材。</li> <li>・ チューブにマーキング。 <ul style="list-style-type: none"> <li>1)噴門部から 5 cm以内に先端を置くためには以下の実測値に印を付ける。 (鼻腔から耳朶 + 耳朶から胸骨剣状突起まで長さ成人で 45~50 cm)</li> <li>2)食道、気管分岐部 25cm~30cm。</li> </ul> </li> </ul>	<p># 感染症の確認、咽頭の通過障害、出血傾向、粘膜損傷の有無、固定テープによるかぶれ、アレルギーの有無、キシロカインアレルギーの有無等は事前に確認する</p> <p># 最終喫食時間。</p> <p># 患者、家族に対して、経鼻栄養チューブ挿入後の効果とリスクに対しての必要な情報提供する。</p> <p># 経鼻栄養チューブ挿入時の準備例である。</p> <p><u>チューブの選択基準</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養専用チューブを使用する。</li> <li>・ 成人の目安では 10Fr 以下細口径。</li> <li>・ 小児の目安では 5~10Fr。</li> <li>・ 成分栄養剤: 5Fr 以上。</li> <li>・ 半消化態栄養剤: 8Fr 以上。</li> <li>・ 粘稠度の高い高濃度の栄養剤: 10Fr 以上。</li> <li>・ X線不透過ライン入りを使用。</li> <li>・ 柔軟な素材のチューブ。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ スタイレット付は肺の穿孔に要注意。</li> <li>・ スタイレット付は細経で挿入が困難、錘付は体動による抜去を防ぐために使用する。(主に十二指腸の挿入のときに用いる)</li> <li>・ チューブ先端が側孔型。</li> </ul> </li> <li>・ カテーテルテーパー規格のチューブは誤接続防止。</li> </ul> <p><u>必要物品</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養専用チューブ・潤滑剤・手袋</li> <li>・ マーカー・吸引用シリンジ</li> <li>・ 固定テープ・pH 試験紙</li> <li>・ 聴診器</li> </ul> <p>症例によっては</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ パルスオキシメータ</li> <li>・ 救急カート</li> </ul>
--	--	--

フローNo.	実施手順	備考
I	<p><u>3.経鼻栄養チューブ挿入</u></p> <p>1) 制酸剤の服用のチェック。</p> <p>2) チューブの位置の確認</p> <p>① 挿入チューブを 30cmと患者の眉間から胸骨剣状突起部までの実測、マーキングする(成人では45cm)。</p> <p>② 患者の体位は上肢を挙上、ファーラー位とする。</p> <p>③ 挿入チューブ先端 15～20cm・鼻孔に潤滑剤を塗布し滑りやすくする。</p> <p>④ 先端から 5cm位を手で持ち、鼻孔 12cmぐらい進めたところで先端をまっすぐ咽頭に達する。</p> <p>⑤ 患者に「ごっくんと」唾を飲み込むようにと声を掛けながら励ます。</p> <p>⑥ 一回の嚥下で 5～10cm進め、甲状軟骨が下がった時にチューブを進める。</p> <p>⑦ 咳・むせ返りがないことを確認する。</p> <p>⑧ 嘔気・嘔吐の反射が激しい場合は一旦チューブを抜く。</p> <p>⑨ 挿入から 30cm前後で気管分岐部に達する、挿入の抵抗感がないこと、咳込み、のないことを確認する。</p> <p>⑩ 挿入チューブさらに 10cm～15cm進める。</p> <p>⑪ あらかじめマーキングした位置(患者の実測)の長さまで挿入する。</p> <p>3)口腔内の確認。</p> <p>⑫ 口腔内にチューブがとぐろをまいてないことを確認する。</p> <p>4)必要な場合(嘔気・咳込みが激しい)チューブを正常位置に戻す。または再挿入する。</p> <p>5)50mlシリンジでゆっくりと吸引液を採取。(乳幼児・小児は 20mlか 50ml)</p>	<p># 制酸薬を使用している場合、腸液が吸引された場合、持続経管栄養を実施している場合は、pH&gt;5.5 になることがある。</p> <p># 患者の体位は上肢を挙上、出来ない場合は側臥位。</p> <p># 正しいチューブの位置</p>  <p># 吸引液を採取(0.5～1ml)可能ならば IVへ進む。</p>



フローNo.	実施手順	備考
II	<p>4.吸引液が採取できない場合</p> <p>1)栄養投与を行わない。</p> <p>①患者を側臥位にする。</p> <p>②シリジでチューブ内に空気を 10～20ml 注入。 (乳幼児・小児は 1～5ml)</p> <p>③15～30 分待機する。</p> <p>④もう一度吸引液を採取する。</p> 	<p># 空気を注入し、チューブカテ先の位置を胃液に近づける。</p> <p># 吸引液を採取 (0.5～1ml) できた場合はIVへ進む。</p>
III	<p>5.吸引液が採取できない場合</p> <p>1)栄養投与を行わない。</p> <p>①チューブを現在位置から 10～20cm 進める。 (乳幼児・小児の場合 1～2cm)</p> <p>②もう一度吸引液を採取する。</p>	<p># チューブを進めてカテ先の位置を調整する。</p> <p># 吸引液を採取 (0.5～1ml) できた場合はIVへ進む。</p>
IV	<p>6. 吸引液を採取 (0.5～1ml) する</p> <p>1)胃内容物の観察。</p> <p>2)胃内容物の pH 試験紙によるチェック。</p> <p>3)胃内溶液の PH&gt;5.5 であることを確認する。</p> 	<p># 胃内にある可能性が高い吸引液。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 草緑色、無色透明 (黄白色の粘液・沈殿物の断片を含む)、茶色。</li> <li>・</li> </ul> <p># 吸引液が胆汁色の場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養チューブ先端が腸内にある可能性があります。</li> </ul> <p># 誤挿入の可能性のある吸引液。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★気管気管支分泌物 (主に粘液)。</li> <li>★胸腔内液 (水様でわら色、ときに明赤色血液の線条)。</li> </ul> <p># 吸引液が pH&gt;5.5 になった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 制酸薬を使用している場合。</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>腸液が吸引された場合。</li> <li>持続経管栄養中の場合。</li> </ul> <p>胃内のおおよそのpH値</p> 
V	<p>7. 吸引液が pH6 以上の場合</p> <p>1) 栄養投与を行わない。</p> <p>① 最大一時間の間隔をあける。</p> <p>② もう一度吸引液を採取する。</p>	<p># 吸引液を採取 (0.5~1ml) する。</p> <p>胃内溶液の PH &gt; 5.5 の場合は、VII 栄養剤の投与を行う。</p> <p># 吸引液を採取 (0.5~1ml) する。</p> <p>pH6 以上の場合は VI へ進む</p>
VI	<p>8. 吸引液が再度 pH6 以上の場合</p> <p>1) 栄養投与を行わない。</p> <p>① チューブを交換し、入れ換えをする。</p> <p>② レントゲン撮影にてチューブ挿入位置の確認をする。</p>	
	<p>9. 挿入部位の固定とマーキング位置の確認</p> <p>1) シリンジを交換し、空気を 5~10cm ぐらい勢い良く注入し、聴診器で上腹部の位置で気泡音を確認。</p> <p>2) チューブが抜けないう 2 箇所をテープで固定する。</p> <p>3) チューブの定位置と皮膚にラインをつけてマーキングする。</p> <p>4) 患者の呼吸状態、チアノーゼ、パルスオキシメーターのチェック等で異常のないことを観察。</p>	<p># 聴診法による挿入位置の確認は 40% の誤挿入が発生する。</p> <p># テープの固定は目立たないように色、位置に留意する。</p> 

VII	10.栄養剤の投与。	#栄養剤の温度、速度に留意する。
-----	------------	------------------

#### 2-4-2 経鼻栄養チューブ留置中の管理手順

	実施手順	備考
	<p><u>1.栄養剤注入前後の確認</u></p> <p>1) チューブが挿入時の位置にあることをマーキングの位置で確認する。</p> <p>2) 口腔内を視診し、トグロやたわみのないことを観察する。</p> <p>3) 患者の体位は上肢を挙上、ファーラー位とする。</p> <p>4) 経鼻栄養チューブの挿入手順に従い、胃内容物の pH が 5.5 以下であることを確認する。</p> <p>5) 注入開始直前は鼻腔からチューブの先端までチューブを手繰りルートの誤りのないことを確認する。</p> <p>6) 注入中は患者の咳込み、チアノーゼ、嘔気の有無、呼吸状態、を観察する。</p> <p><u>2.チューブのケア</u></p> <p>1) 栄養剤注入後はチューブの内腔に栄養剤が残らないように 20ml~30ml 位の白湯、蒸留水を流す。</p> <p>2) 挿入チューブに固定テープによる汚染やねばりをアルコール綿等でふき取る。</p> <p>3) チューブのねじれや屈曲は抜去や損傷の要因となるため接続部はキャップもしくはガーゼなどで保護する。</p> <p>4) チューブが挿入位置のマーキングの印が薄れたり、消えないように確認する。</p> <p>5) 留置チューブの交換は 1~2 週間が目安。</p> <p><u>3.自己抜去防止</u></p>	<p>#経鼻栄養チューブの適応になるか</p> <p>#リスクとなる身体的条件、状態</p> <p>意識障害、鎮静中、集中治療管理</p> <p>嚥下障害、高齢、小児、不穩、</p> <p>認知障害、気管内挿管中</p> <p>自己抜去後の再挿入</p> <p>誤挿入の既往</p> <p>#経鼻栄養チューブ管理中の安全が確保できるか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の苦痛の訴え、表現</li> <li>・ 自己抜管、自己抜去の可能性</li> </ul>

以上の実践事例をホームページで紹介し、登録病院は自由に活用できるシステムであり、この他実際の経鼻栄養チューブの挿入技術を DVD に作成し参加病院に配布しています。

## 6.活動成果

医療安全の実現をめざす病院と市民の活動の成果として、①参加病院が3,000病院以上、②有害事象件数を30万件以上、③入院死亡数を1万人以上について、「見える化」できることを成果としています。