

醫療安全管理指針

2022 年 4 月改定版

聖母病院

医療安全管理指針

基本理念

病院を訪れたすべての患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを目的として医療安全管理指針を定める。

医療は、多くの職種からなる「人」、医療機器、医薬品などの「物」、病院という「組織」と組織で運用する「システム」により提供されている。それぞれが適切な働きをすることにより、質と安全性の高いサービスが提供されることになる。従って、個々の要素を高めながら、システム全体の安全性を高いものにしていくことが課題となる。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、病院全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。医療事故は様々な要因が絡み合って発生する。患者の救命や再発防止を含めたあらゆる対応は病院として迅速に行われなければならない。また、組織として改善すべきことに視点をおいた事故分析を行い再発防止に努力する。当院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場から患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員が積極的に取り組んでいくものとする。

I. 用語の定義

1. インシデント

日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼさなかったものをいう。

2. アクシデント（医療事故）

アクシデント（医療事故）とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する全ての人的事故を指し、医療従事者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

医療従事者、来院者に傷害が発生した場合も含む。

3. 医療過誤

医療事故の発生原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。

II. 医療安全対策に関する基本的な考え方

1. 医療提供に携わる者は、当院の医療安全に関する基本理念のもと、「患者及びその家族、来院者等」の安全を最優先に考えてその実現を目指す態度や考え方、それを可能にする組織作りを実行する。

2. 医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する全ての人的事故を指し、医療従事者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

1) 医療行為に起因して生じた想定外の事故はもちろん、想定内の事故も含む。

(1) 患者の死亡、生命の危機、病状の悪化および他の障害等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的苦痛等。

(2) 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように医療従事者に被害が生じた場合。

2) 患者が廊下等で転倒した事故のように、患者に起因する医療行為とは直接関係しない障害等。

3. 医療事故防止のための基本的な考え方（安全管理）

1) ヒューマンエラーの背景に存在するシステム要因

医療事故の直接要因の多くは人間の誤り（ヒューマンエラー）であるが、その背景にはエラーの発生を助長した様々な要因が存在している。

(1) 医療は複雑・高度なシステム

システムとは、ある目的のために複数の要素が有機的に連携して機能している集合体のこと。医療は様々な職種の「人」が連携し、医療機器、医薬品、用具など多種多様な「ハードウェア」を用いて情報伝達や業務運用の為にルール・マニュアルなどの複雑な「ソフトウェア」によって提供されている。それら諸要素にはそれぞれの「マネジメント」があり、病院という複雑な組織の中で運営されている。

(2) システム要因とは

システム要因とは、「人」の知識・技術の低下を招く不十分な院内教育、「人」同士の連携やコミュニケーションの悪さ、「人」のエラーを誘発する「ハードウェア」、「人」が守りにくいルールなどの「ソフトウェア」、これらの諸要素に対する不適切な「マネジメント」、安全を軽視する組織風土などがある。これらのシステム諸要因が個人のエラーを誘発したり、エラーの防御を困難にしている。

2) 組織横断的な取り組みによるシステム要因の改善

エラーは人間の不可避の特性である。「人はエラーを犯す」ことを前提として、エラーを誘発しにくいシステム、エラーを起こしても事故に結びつかないシステムへと安全性を強化してゆかなければならない。システム要因は個人や一部門・部署で解決がつかない問題ではなく、部署や部門の垣根を越えた組織横断的な取り組みが求められている。

3) 「個人」と「システム」の安全強化を促す組織の安全文化の醸成

システムの安全強化が重視されているとはいえ、医療は最終的に人から人へのサービスである。医療・看護行為を実施しようとする人間が行なうべき安全確認を、システムでカバーすることはできない。危険知識を習得して安全意識を高め、組織的に決定された安全行動のルールを遵守しようとする個人の努力は必須条件である。このように個人と組織双方が安全強化に取り組む姿勢と行動の土台として組織に安全文化が醸成されなければならない。

III. 組織および体制

当院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき以下の組織を設置する。

1. 医療安全管理室

2. 医療安全管理対策委員会
3. リスクマネジメント部会
4. 医療事故調査委員会

Ⅲ－1 医療安全管理室

病院長直轄の部署として医療安全部門および感染対策部門をもって医療安全管理室とする。組織横断的に医療安全管理体制の強化充実を目的として活動する。運営は下記に定める。感染対策部門については感染対策部門を参照とする。

1. 室長は病院長とする。
2. 専従医療安全管理者は必要な研修を終了した看護師とする。
3. カンファレンスを週1回程度開催する。
4. 室長が必要であると認めた場合は臨時にカンファレンスの開催を行うことができる。
5. カンファレンスの議事録は医療安全管理室にて5年間保管する。

【構成】

1. 室長 病院長
2. 専従医療安全管理者
3. 医薬品安全管理責任者（薬剤科長）
4. 看護部長
5. 事務部長
6. 医療安全管理室専任看護師 1名
7. 患者サポート責任者

【業務】

1. 各部署における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成する。
2. 業務改善計画に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録。
3. 医療安全管理対策委員会との連携状況の記録
4. 院内研修の実施、評価の記録
5. 患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱いの記録
6. その他の医療安全管理者の活動実績の記録
7. 医療安全対策に係る取組の評価を行うカンファレンスを週1回程度開催する。
8. 医療安全に関する日常業務に関すること
 - 1) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査
 - 2) インシデント・アクシデントレポートの事実確認
 - 3) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知
 - 4) 医療安全に関する職員への啓発、広報
9. 医療事故発生時の指示、指導に関すること
 - 1) 診療記録や看護記録の記載、アクシデント報告書の作成について、現場責任者に対す

必要な支援

- 2) 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行う。
- 3) 医療安全管理室で必要と認めた場合、病院長または医療安全管理対策委員会委員長に相談のうえ医療事故の原因分析・対応の為の臨時医療安全管理対策委員会を招集する

10. 死亡事例に関すること

死亡事例から症例検討会にあげる事例を選び医療安全管理対策委員会に報告する。

III-2 医療安全管理対策委員会

委員会は医療事故の防止及び安全かつ質の高い医療の提供の確立、維持するために必要な事項を策定する。運営は下記に定める。

1. 委員会には委員長及び副委員長を置く。
2. 構成員は、各部門（診療科、看護部、診療協力部門、事務部門）から1名および、リスクマネジメント部会部会長とする。
3. 会議は原則月1回開催し、司会進行は委員長が行い書記は医療安全管理者が行う。
4. 委員長が必要であると認めた場合は、臨時に委員会を招集することができる。又必要時は委員以外の者に出席を要請し資料等の提供を求めることができる。
5. 会議の議事録は総務課にて5年間保管する。

【構成】

- ・委員長（病院長が任命した診療科部長）
- ・副委員長（専従医療安全管理者）
- ・病院長
- ・副院長
- ・看護部長
- ・リスクマネジメント部会 部長
- ・医薬品安全管理責任者（薬剤科長）
- ・医療機器安全管理責任者（臨床工学技士）
- ・医療放射線安全管理責任者（放射線科部長）
- ・事務部長
- ・医療安全管理室専任看護師
- ・診療協力部門責任者

【業務】

1. 医療事故の分析及び再発防止策の検討を行う。
2. 医療事故に関する診療録や看護記録等の記載について、職員に対する必要な指示・指導を行う。
3. リスクマネジメント部会から報告されたインシデント・アクシデント事例の再発防止策を検討し決定する。

4. 決定された再発防止策はリスクマネジメント部会を通して職員への周知を図る。
5. 医療安全に関する職員への研修の企画・実施・評価を行う。
6. 医療事故防止マニュアルの策定及び変更を行う。
7. 再発防止策の実施状況及び評価を行う。
8. 死亡事例について症例検討会開催の是非を病院長に提案する。
9. その他医療安全推進に関することを行う。

Ⅲ－３ リスクマネジメント部会

聖母病院における医療安全対策を組織横断的に対応するため各部署にリスクマネジャーを置き、安全な医療の提供を資することを目的として活動する。運営は下記に定める。

1. 部会には委員長と副委員長を置く。
2. 会議は原則月1回開催し、司会は部会長が行い書記は副部会長が行う。
3. 部会長が必要であると認めた場合は、臨時に部会を招集することができる。又必要時は部員以外の者に出席を要請し資料等の提供を求めることができる。
4. 会議の議事録は総務課にて5年間保管する。

【構成】

1. 部会長（病院長が任命した診療科部長）
2. 副部会長（専任医療安全管理室看護師）
3. 医師 1名
4. 各部署リスクマネジャー 16名

【業務】

1. 各部署で発生した事例の情報収集を行い事例の分析、再発防止策を医療安全管理対策委員会に報告する。
2. 各職場における医療安全管理に対する意識の向上を図る。
3. 医療安全管理対策委員会において決定した事故防止策及び安全に関する事項を各部署に周知徹底をする。
4. 各職場の職員に対するインシデント報告の積極的提出の励行。
5. 院内巡視により環境の改善（内容は細則に定める）

Ⅲ－４ 医療事故調査委員会

重大な医療事故が発生した場合に、病院として迅速に対応するために病院長が招集する。病院長、副院長、看護部長、事務部長、医療安全管理者、その他必要に応じて参加者を決定する。

事例内容によって院内で分析等が困難な場合は外部委員を入れて検討する。

Ⅳ. 専従医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者の配置

医療安全管理の推進のために、医療安全管理室長の下に、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を配置する。

【医療安全管理者の業務】

1. 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行う。
2. 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状態を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進する。
3. 各部門における医療事故防止担当者への支援を行う。
4. 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
5. 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
6. 相談窓口担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援する。
7. 収集されたインシデント・アクシデント情報の集計を行い医療安全管理対策委員会に報告し院内に公表する。

【医薬品安全管理責任者の業務】

1. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成
2. 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
3. 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施
4. 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

【医療機器安全管理責任者の業務】

1. 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修
2. 医療機器の保守点検計画の策定及び保守点検の適切な実施
3. 医療機器の安全使用のために必要な情報の収集その他医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施
4. 医療機関が管理する全ての医療機器に係る安全管理のための体制を確保する。

【医療放射線安全管理責任者の業務】

1. 診療用放射線の安全利用のための指針の策定
2. 放射線診療に従事する医師、診療放射線技師、看護師者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施
3. 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施
4. 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応

V. 医療事故報告制度

1. 救命処置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事態が生じた場合は、可能な限り、医師、看護職等の連携の下、病院全体で患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽

くす。

また当院での対応が不可能と判断された場合は、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報を提供する。

2. 重大な事故への対応

重大な事故とは、提供した医療や患者管理に起因したケースで過失の有無は関係ない。原則レベル3-b以上の内容について重大事故として報告する。

1) 迅速な報告と病院の対応

(1) 重大な医療事故が発生した場合は主治医に第一報を報じると共に、前記の目的を達成するために、事故の状況、患者の現在の状況等を部署直属の管理者を通じて直ちに口頭で「医療安全管理室」に報告する。

時間外・休日は、「管理担当看護師又は当直医」が病院長に第一報を入れ、病院長の指示を仰ぐ。

(2) 報告を受けた「医療安全管理室」は速やかに、事故の状況、患者の現在の状況等を病院長に報告する。病院長は必要に応じて「医療安全管理対策委員長」に命じて「医療安全管理対策委員会」を緊急招集・開催させ対応を検討させることが出来る。

(3) 病院長は、重大な事故の報告を受けた場合、速やかに医療安全管理室長(病院長)・副院長・看護部長・事務部長・専従医療安全管理者とともに対応を検討する。(医療事故調査会議)

2) 患者・家族への対応

(1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障をきたさない限り可及的速やかに、事故の状況、現在発生している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明する。患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。

(2) 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として「病院長」および「看護部長」「事務部長」と「当事者直属の管理者」が行うが、状況に応じて事故に関与した「担当医」又は「看護師」等が同席する。

3. 事実経過の記録

1) 医師、看護師は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を診療録・看護記録に経時的に記載する。

2) 記録については以下の事項に留意する

- ・初期対応が終了次第速やかに記録する。
- ・想像や憶測に基づく記載ではなく起こった事実を記載する。

3) 記録の訂正を行う場合は、訂正前の内容、訂正者、訂正した日時がわかるようにする。追記の場合は追記と記載し、追記の日時理由を記載する。

4) 記録の確認は「医療安全管理室」「当事者直属の管理者」によって行われる。

4. 医療事故の報告と調査協力

- 1) 医療側の過失によるか否かを問わず、患者もしくは患者家族に望ましくない事象（医療事故）が発生した場合、又は職員に不慮の事故が発生した場合は、速やかに所属長（リスクマネジャー）に報告する。報告を受けた所属長は発生した事故に対応後、当事者とインシデント・アクシデントレポートに事実を客観的に記載し、「医療安全管理室」に報告する。
- 2) レポートの種類
インシデント・アクシデントレポート
- 3) 報告書に基づく調査への協力
報告書に基づき詳細な調査が必要な場合、関係者はその調査に協力する。

VI. 医療事故への病院の対応

1. 医療事故の公表（院内・外を含めた公表）

- 1) 患者の生死にかかわる重大な事故が発生した場合、明白な過誤による事故については、原則として公表の対象とする。
- 2) 比較的軽微な事故であっても、重大な事故につながる可能性がある事例については、再発防止の観点から、職員に公表する。
- 3) 公表においては患者、家族を含む当事者の承諾を得、プライバシーには十分な配慮をする。
- 4) 外部公表の有無は病院長により判断が行われる。
- 5) 外部公表に対しての病院窓口は医療安全管理室室長がその任にあたる。

2. 関係機関への届出および報告

1) 重大な医療事故

医療事故により患者が死亡した場合、病院長に報告し、病院の意思決定後医療安全管理室長が「東京都福祉保健局医療政策部 医療安全課」および「日本医療機能評価機構 医療安全推進協議会」に報告する。

2) 異状死の場合

発見者は直ちにリスクマネジャーに報告、リスクマネジャーは医療安全管理室長及び病院長に報告し医療安全管理室長は病院長に確認後「戸塚警察署」に届け出る。夜間・休日等は、「管理日直・管理夜勤看護師又は当直医」を通じて「病院長」に報告・相談し、「当直医」から「戸塚警察署」に届け出る。

3. 医療事故調査制度の報告

1) 報告の対象

病院長は以下のいずれにも該当しないと認めたものは医療調査制度への報告の対象とする。

- (1) 医療が提供される前に医療従事者等が患者又は家族に対して死亡又は死産が予期されることを説明していた。
- (2) 医療が提供される前に医療従事者等が死亡又は死産が予期されることを当該患

者の診療録その他の文書等に記録していた。

- (3) 医療を提供した医療従事者等からの事情聴取及び医療安全管理対策室からの意見聴取を行ったうえで、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を予期していた。

2) 報告方法

- (1) 書面
- (2) Web 上のシステム

3) 報告内容

- (1) 病院の名称、所在地、管理者の氏名及び連絡先
- (2) 報告対象医療事故に係る患者の性別、年齢その他の情報
- (3) 医療事故調査の実施計画の概要
- (4) 当該医療事故に関して病院長が必要と認めた情報

4) 遺族への説明

病院長は、医療事故調査・支援センターに医療事故発生報告を行う際は、あらかじめ、遺族に対して下記の事項の説明を行う。

- (1) 医療事故が発生した日時、場所及びその状況
- (2) 医療事故調査の実施計画の概要
- (3) 医療事故調査に関する制度の概要
- (4) 医療事故調査の実施に当たり解剖又は死亡時画像診断（AI）を行う必要がある
- (5) 場合には遺族の同意を得る。

5) 医療事故調査の実施

- (1) 診療録その他の診療に関する記録の確認
- (2) 当該医療事故に係る医療を提供した医療従事者からの事情聴取
- (3) 当該医療事故に係る医療を提供した医療従事者以外の関係者からの事情聴取
- (4) 当該医療事故に係る死亡した患者又は死産した胎児の解剖
- (5) 当該医療事故に係る死亡した患者又は死産した胎児の死亡時画像診断
- (6) 当該医療事故に係る医療に提供に試用された医薬品、医療機器、設備その他の物の確認
- (7) 当該医療事故に係る死亡した患者又は死産した胎児に関する血液又は尿その他の物についての検査

6) 医療事故等支援団体に対する必要な支援の要求

病院長は、医療事故調査支援団体に、医療事故調査を行うために必要な支援を求める。

7) 医療事故調査・支援センターに対する医療事故調査終了の報告

病院長は、医療事故調査を終了した時は、遅滞なくその結果を医療事故調査・支援センターに下記の内容を報告する。報告を行う時は医療従事者の識別ができないように加工した報告書の提出を行う。

- (1) 当該医療事故が発生した日時、場所、診療科名
- (2) 病院の名称、所在地、管理者の氏名及び連絡先
- (3) 当該医療事故に係る医療を受けた患者の性別、年齢その他の情報
- (4) 医療事故調査の項目、手法、結果

8) 終了報告の遺族への事前説明

病院長は、医療事故調査終了報告を行うに当たりあらかじめ遺族に医療事故調査・支援センターに対して行う医療事故調査終了の報告内容を説明する。

9) その他

- (1) 死亡及び死産事例の把握は医療安全管理室が担い、必要時病院長に速やかに報告を行う。
- (2) 遺族等から医療事故調査制度の報告対象となる医療事故が発生したのではないかという申出があった場合であって、医療事故には該当しないと判断した場合は、遺族に対してその理由を分かりやすく説明を行う。

VII. 報告書に基づく情報収集と対策

報告書は医療安全を確保するためのシステムの改善や、教育・研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けない。

レポートの記載は当事者または発見者とする。

1. 報告書の種類

インシデント・アクシデントレポート（インシデント事例設定）

- ・全ての医療事故の詳細報告として出来るだけ速やかに提出する。
- ・医療事故には至らなかったが、発見、対応が遅れれば患者に有害な環境を与えたと考えられる事例の詳細報告として出来るだけ速やかに提出する。

2. 報告書の提出

電子カルテ内のシステム「インシデント事例設置」で報告を行う。一次承認者（各部署リスクマネジャー）はレポート確認後最終承認者（医療安全管理者）に送る。

3. 報告書の扱い

- (1) 医療安全管理室は提出された報告書を基に事故発生状況を確認し、院内における事故発生状況を把握し毎週開催されている医療安全管理室カンファレンスで検討する。
- (2) 医療安全管理室は事例により、報告部署個別に、または「リスクマネジメント部会」

に根本原因分析及び再発防止の業務改善を促す。

- (3) リスクマネジメント部会で検討された対策は医療安全管理対策委員会に報告する。
- (4) 医療安全管理対策委員会で決定となった改善策はリスクマネジャーを通し院内に周知徹底を行う。

4. 報告書に基づく再発防止のための取り組み

- 1) 「医療案安全管理対策委員会」は、事故報告書に基づき、次の検討を行う。
 - (1) 報告書の集計と報告
 - (2) 報告等に基づく事故の根本原因分析
 - (3) 再発防止のための対策
- 2) 「医療安全管理対策委員会」は再発防止のための対策について、職員に周知徹底を図り、実施状況の評価を行う

VIII. 安全管理のための職員研修

1. 医療安全管理のための研修の実施

- 1) 医療安全管理対策委員会は予め作成した研修計画に従い、概ね 6 ヶ月に 1 回全職員を対象にした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- 2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を院内に周知徹底することを通じて、職員および院内で働く個々人の安全意識の向上を図るとともに、病院全体の医療安全向上を目的とする。
- 3) 職員は研修が実施される時は極力受講するように努める。
- 4) 当院で重大な事故が発生した場合等、委員長が必要と認めた時は、臨時で研修を行う。

2. 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、「病院長及び関連する職員の講義」「院内での報告会」「e-learning」「事例分析」「外部講師招聘の講習」「外部の講習会・研修会の報告会」または、有益な文献の抄読等の方法によって行う。

IX. 患者との情報共有、指針の閲覧

医療従事者と患者との情報共有に努め患者から閲覧の求めがあった場合は、診療情報提供に関する規定の診療録開示手続きに従って開示を行う。

本指針は、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また本指針についての照会には「医療安全管理対策委員会委員長」が対応する。

X. 患者相談窓口の設置

1. 患者からの苦情、相談に応じられる体制の確保のために患者相談窓口を設置する。
2. 患者相談窓口の趣旨、設置場所等を提示する。
3. 患者相談窓口の規定を整備する。
4. 相談により、患者や家族が不利益を受けないように配慮する。

5. 苦情や相談の中で医療安全にかかわるものについては、医療安全管理室で報告を受け患者対応し安全対策の見直し等に活用する。

XI. その他

本指針の見直し、改正について

- 1) 「医療安全管理対策委員会」は、適宜本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。
- 2) 本指針の改正は、「医療安全管理対策委員会」の決定により行う

XII. 高難度新規医療技術を用いた医療の提供

院内規程「高難度新規医療技術等を用いた医療の提供に関する規程」に則り医療技術の提供を行う。

附則

- ・平成 11 年 12 月より活動していた「医療事故防止対策委員会」の名称を平成 14 年 10 月から「医療安全管理対策委員会」に変更する。
- ・平成 21 年 4 月から「医療安全管理室」を設置する。
- ・平成 24 年 7 月から「患者相談窓口」を設置する。

1999 年 12 月作成
2002 年 10 月改定
2003 年 4 月改定
2003 年 7 月改定
2012 年 4 月改定
2014 年 12 月改定
2015 年 3 月改定
2017 年 3 月改定
2017 年 8 月改定
2017 年 12 月改定
2018 年 4 月改定
2019 年 4 月改訂
2019 年 10 月一部改訂
2020 年 4 月一部改訂
2020 年 12 月一部改訂
2022 年 4 月一部改訂