

医療安全管理指針

千葉徳洲会病院

目次

I. 目的	P. 2
II. 医療安全管理のための基本的考え方	P. 2
III. 用語の定義	P. 2
1. 医療安全に係る指針・マニュアル	
2. 事象の定義及び概念	
IV. 医療安全管理体制の整備	P. 4
1. 医療安全管理部門の設置	
2. 医療安全管理委員会の設置	P. 5
3. 医療安全管理部門の業務	P. 6
4. 医療安全管理委員会の業務	P. 8
5. メディカルリスクマネジメント委員会の設置	P. 8
6. 報告体制の整備	P. 9
V. 医療安全管理のための職員研修	P. 11
1. 研修の企画、運営、実施、評価	
2. 研修の対象者	
3. 研修の内容	
4. 研修の実施方法	
5. 研修実施後と保管	P. 12
VI. アクシデント等発生時の具体的対応	P. 12
1. 初動体制	
2. 院長への報告	
3. 事実確認	
4. 患者及び家族への対応	
5. 事実経過の記録	
6. 当事者及び関係者（職員）への対応	P. 13
7. 関係機関への報告	
VII. 患者相談窓口の設置	P. 13
VIII. 医療安全管理指針の周知及び見直し	P. 13
1. 本指針の周知	
2. 本指針の見直し及び改定	P. 13

別表 1 インシデント・アクシデントの患者影響度分類

I. 目的

本指針は、医療法人徳洲会千葉徳洲会病院（以下「当院」と略す）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び事故発生時の対応方法等についての基本方針を示すものである。当院はこれに基づき適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

II. 医療安全管理のための基本的考え方

医療安全は医療の質に関わる重要な課題である
安全な医療の提供は、個人レベルのみならず組織レベルでの事故防止対策の実施により達成される。このため、本指針に基づき医療安全管理体制を確立するための医療安全管理指針及び医療安全管理マニュアル（以下「マニュアル」という）を作成し、医療安全管理の強化充実を図る。

III. 用語の定義

1. 医療安全に係る指針・マニュアル

1) 医療安全管理指針

当院において、医療安全を推進していくための基本的な考え方を示したものである。

医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、及び医療有害事象対応等の医療安全管理のための基本方針を示したものである。医療安全管理指針は、医療安全管理委員会において策定及び改定されるものとする。

2) 医療安全管理マニュアル

医療安全のための未然防止策、医療安全対応等について標準的な内容を記載したものである。

医療安全管理マニュアルは、病院内の関係者の協議の元に作成され医療安全管理委員会にて承認を受け、概ね年1回の点検、見直しを行うものとする。

2. 事象の定義及び概念

1) インシデント（ヒヤリハット）

インシデントとは、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり“ハッ”としたりした経験を有する事例を指し、実際には患者へ傷害を及ぼすことはほとんどなかったが、医療有害事象へ発展する可能性を有していた潜在的な事例をいう。具体的には、ある医療行為が、（1）患者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの傷害が予測された事象、（2）患者へは実施されたが、結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象を指す。

なお、患者だけでなく、訪問者や職員に、傷害の発生又はその可能性があったと考えられる事象も含む。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、0～3 aが対象となる

2) アクシデント（医療有害事象、医療事故）

アクシデントとは、防止可能なものか、過失によるものかにかかわらず、医療に関わる場所で、医療の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合を含む。）が、結果として患者へ意図しない傷害を生じ、その経過が一定以上の影響を与えた事象をいう。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3 b～5が対象となる。

※医療事故調査制度における医療事故の定義は、本定義とは異なることに留意のこと。

参考）医療事故調査制度における医療事故の定義（医療法第6条の10）当該病院に勤務する職員が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの

3) 医療過誤 過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。

過失とは、結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務（予見性と回避可能性）をはたさなかつたことをいう。

※別表）インシデント・アクシデントの患者影響度分類

4) ネバーイベント

徳洲会グループが設定した「決して起こしてはならない事象」徳洲会グループが定めた項目

- (1) 意図しない異型輸血
- (2) 部位又は手技の間違いによる手術及び侵襲的処置により発生した患者死亡又は重大事故
- (3) 患者間違いによる手術及び侵襲的処置により発生した患者死亡又は重大事故
- (4) 手術による意図しない異物の置き忘れ
- (5) 院内感染による患者死亡
- (6) ハイリスク薬の誤投与による患者死亡又は重大事故
- (7) 転倒転落による患者死亡
- (8) 発見した重大所見の情報不伝達による治療遅れ

IV. 医療安全管理体制の整備

当院は、以下の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

1. 医療安全管理部門の設置

医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理部門を設置する。

医療安全管理部門は、医療安全管理責任者、医療安全管理者及び、診療部門、看護部門、副診療部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員を配置する

1) 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者は、当院における医療安全の総括的な責任を担う者とし、原則として副院長とする。

2) 医療安全管理者の配置

医療安全管理者は、当院における医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を推進する者とする。

- (1) 医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を終了した医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理責任者の指示を受け、各部門の専任の職員と連携、協同し、医療安全管理の業務を行う。
- (3) 医療安全管理者は医療安全管理の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - ア. 医療安全管理部門の業務に関する企画、立案及び評価
 - イ. 定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策の実施状況の把握と分析、及び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の推進
 - ウ. 各部門における医療事故防止担当者への支援
 - エ. 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
 - オ. 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の年2回の企画、実施
 - カ. 相談窓口等の担当者との密接な連携のうえで、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の支援

3) 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。

- (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及び見直し
- (2) 職員に対して、医薬品の安全使用のための研修の実施
- (3) 医薬品の業務手順に基づく業務の実施の管理
- (4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報を収集し、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

4) 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とし、以下の業務について主要な役割を担う。

- (1) 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- (2) 医療機器の保守点検に関する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となる情報の収集、及びその他の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

5) 放射線安全管理責任者の配置

放射線安全管理責任者は、次に挙げる業務を行う者とし、以下の業務について主要な役割を担う

- (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者に対する、診療用放射線安全利用のための職員研修の実施
- (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

2. 医療安全管理委員会の設置

当院は医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会（以下「委員会」と略す）を設置する

1) 委員の構成

- (1) 委員会は、院長、医療安全管理責任者、看護部長、事務長、医薬品安全管理者、放射線安全管理者、医療機器安全管理者、医療安全管理者及び各部署の安全管理のための部署責任者等をもって構成することを原則とする。
- (2) 構成員のやむを得ない場合の代行出席を可とする。
- (3) 委員の氏名及び役職は（院内掲示等の方法により）公表し、当院の職員及び患者等の来院者に告知する
- (4) 委員会の委員長は、原則として医療安全管理責任者とする。
- (5) 委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。

(6) 委員長がその任務を遂行できない場合は、副委員長がその職務を代行する。

2) 医療安全推進担当者の配置

当院は、各部署の医療安全管理の推進に資するため医療安全推進担当者（各部所属長）を置く。

- (1) 医療安全推進担当者は、医局、薬剤部、検査科など各部署及び各看護単位にそれぞれ1名（もしくは1名以上）置くものとし、医療安全管理責任者が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理委員会の指示により以下の業務を行う
 - ① 各部署におけるインシデント・アクシデントの原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - ② 各部署における医療安全管理に関する意識の向上
 - ③ インシデント・アクシデント報告の内容分析及び再発防止策の検討
 - ④ 医療安全管理委員会において決定した再発防止策及び安全対策に関する事項をMRM職員（メディカルリスクマネジメント委員）と共有し、各部署への周知徹底、その他医療安全管理委員会及び医療安全管理部門との連絡、調整
 - ⑤ 職員に対するインシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行
 - ⑥ その他、医療安全管理に関する事項の実施

3. 医療安全管理部門の業務

医療安全管理部門の所掌業務は以下のとおりとする。

- 1) 各部門における医療安全対策に関すること
 - (1) 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づく医療安全確保のための業務改善計画書の作成
 - (2) (1) に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
- 2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること
 - (1) 医療安全管理委員会との連携状況
 - (2) 院内研修の実績
 - (3) 患者等の相談件数及び相談内容
 - (4) 相談後の取扱い
 - (5) その他の医療安全管理者の活動実績
- 3) 医療安全対策に係る取組の評価等に関すること
医療安全管理委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者が参加する医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催する。構成員のやむを得ない場合の代行出席を可とする

- 4) 医療安全に関する日常活動に関すること
 - (1) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
 - (2) マニュアルの作成、点検及び見直しの提言等
 - (3) インシデント・アクシデント報告書の収集、保管、分析結果等の現場へのフィードバックと集計結果の管理、及び具体的な改善策の提案、推進とその評価
 - (4) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知と注意喚起（他病院における警鐘事例の把握等）
 - (5) 医療安全に関する職員への啓発、広報
医療安全管理委員会での決定事項を全職員へ情報提供
事故防止策、改善策の効果について評価
 - (6) 医療安全に関する教育研修の企画、運営
 - (7) 徳洲会本部への報告、連携の共有
グループ病院との連携、相互監査などへの参加
 - (8) 医療安全管理に係る連絡調整 クレーム対応については担当部署の責任者からの要請に応じて同席し、対応する
事例当事者のサポートをおこなう
- 5) アクシデント発生時の支援等に関すること
 - (1) 診療録や看護記録等の記載、インシデント・アクシデント報告書の作成について、所属長に対する必要な支援
 - (2) 患者や家族への説明など、重大なアクシデント等発生時の対応状況についての確認と必要な支援
 - (3) 医療安全管理委員会委員長の招集指示を受け、事案の分析等の為の臨時医療安全管理委員会の開催
 - (4) インシデント・アクシデント報告書の保管
 - (5) 秘匿性に関する指導と支援
- 6) 安全文化の醸成に関すること
 - (1) 職員からのインシデント、アクシデントレポートや事故情報が遅延なく報告され、原因分析、医療安全管理部門において原因を分析し、必要な対応策が検討・実施され現場に活かされるように全職員へ働きかけを行う
具体的には医療安全ニュースの配布や、職員への一斉メール配信、医療安全管理委員会の議事録の配布等の方法により、各部署へフィードバックし周知をはかる
 - (2) 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、並びにその他委員会の庶務に関すること。

- (3) 医療関係学会、団体等が提供する医療安全に関する情報を収集し、関係部署に配布をし、委員会を通し全部署へ周知する。
- (4) 全職員が、医療安全について自らのこととして考え、各部門・部署においても積極的に取り組むよう、職場の医療安全意識を高められるよう支援する。
- (5) その他、医療安全の推進に関すること

4. 医療安全管理委員会の業務

医療安全管理委員会の所掌業務は以下のとおりとする。

1) 医療安全管理委員会の開催および運営

- (1) 院内のインシデント、アクシデント報告で得られた事例の発生原因・分析・再発防止策の検討、具体的改善案の提案、実施及び評価。これらを現場へフィードバックする。各現場で問題解決に向けて改善できるよう支援する。
- (2) 外部からのインシデント、アクシデントの提言に関しガイドライン等の策定に関すること
- (3) 重大なアクシデント事例の対応に関すること
- (4) 医療事故、医療トラブル発生時の対応マニュアルの策定に関すること
- (5) 医療事故防止に関連する院内他委員会との調整に関すること
- (6) 院内の医療事故防止活動及び医療安全に関する事項を全職員へ周知
- (7) 職員に対する医療に係る安全管理のための研修、企画、運営
- (8) その他医療安全推進のために必要な事項

2) 委員会の開催及び活動の記録

- (1) 委員会の開催は、月1回定期的に行う。
- (2) 委員長は、重大な問題が発生した場合、緊急の開催を指示できる。
- (3) 委員会の検討内容及び結果については、医療安全推進担当者を通じて、各部署に周知する。
- (4) 委員会の議事録は、記録後2年間保管（電子カルテ内保管）とし医療安全管理者が管理する。

3) メディカルリスクマネジメント委員会（以下 MRM 委員会）

本委員会は、その総括の下に特定事項の検討を行う MRM 委員会を設置
任務、構成については、委員会が別に定める

5. メディカルリスクマネジメント委員会の設置

医療現場の医療事故を防止するために組織的に取り組み、医療の質を保証することを旨とし、医療事故、ニアミスについての医療安全管理体制の充実を

図るため、メディカルリスクマネジメント委員会（以下「MRM 委員会」という）を設置する。

1) MRM 委員会は以下の業務を行うものとする

MRM 委員会は、医療安全管理者のサポートとして、医療安全を図るため各部署医療安全推進担当者と協力し、医療事故防止担当者として、各部署の安全文化の向上につなげるための活動を行う。

- ① MRM 委員会の開催及び運営
- ② 危険予知の意識を高められる環境づくりをする
- ③ インシデント、アクシデントレポートの一次評価、対策、差し戻し指示
- ④ 自部署のインシデントの傾向と対策
- ⑤ 生じた問題に対し部署にてカンファレンスの実施を職員に呼びかけ、原因を調べ具体策の検討、提案をする
- ⑥ インシデント、アクシデントレポートの積極的な提出の励行
- ⑦ 医療事故防止のための啓蒙活動

2) 委員会の開催及び活動の記録

- ① 委員会は原則月 1 回定例開催する
- ② 委員長は必要に応じて委員会を緊急開催できる
- ③ 委員会の議事録は、記録後 2 年間保管（電子カルテ内保管）とし医療安全管理者が管理する。
- ④ 委員会メンバーは、患者と関わる部署を原則とし、その他の部署に関しては議事の内容及び活動の状況により、必要に応じて医療安全管理者から出席の依頼をする。

6. 報告体制の整備

1) 報告とその目的

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事を確認する。

2) 報告の手順と対応

インシデント、アクシデントが発生した場合、当事者又は関係者は、医療側の過失の有無を問わず、速やかに上司に報告することとする。報告を受けた上司は、医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告し、事態の重大性を勘案して、速やかに院長に報告する必要があると認めた事案は直ちに報告し、それ以外の事案について定期的に報告する。報告体制について職員に示す。

3) 報告の方法

(1) インシデントレベル0

日常診療の中で危険と思われる状況は、適宜上司へ報告しインシデント報告書を提出する

(2) インシデントレベルI～3a

医療事故にはいたらなかったが発見、対応が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例は速やかに上司に報告し、指定のインシデント報告書を提出する。

(3) アクシデントレベル3b以上

患者の生死に係る医療事故等、特に緊急を要する場合は発生後直ちに口頭で上司へ、上司は速やかに医療安全管理責任者及び医療安全管理者に報告し、その後院長へと報告する。

院長は、医療過誤によって死亡及び死産または重大な障害が発生したと把握した場合また、その疑いがある場合は、速やかに臨時の医療安全管理委員会の開催を指示し、協議の結果を待たず徳洲会本部に事象の事実を報告する。

協議の結果最終的に医療過誤があった場合は、医療安全管理者はアクシデントレポート、患者カルテ診療録、看護記録、職員の聴き取り、手術記録又は手術時の録画確認などあらゆる情報に基づき、1週間以内に重大事故報告書を用いて徳洲会本部へ提出する。

患者、家族の対応が落ち着いたら、当事者又は発見者は、アクシデント報告書による報告を行う。

なお、インシデント・アクシデント報告書の記載は、原則当事者又は発見者が行うが、当事者又は発見者が記載不可能な場合には関係者が代わって行う。

当事者が複数人いる場合は、可能な限り複数人が報告書を記載する。

(4) 前頁の報告は「電子カルテ」内の「インシデント、アクシデントレポート」の報告書式として定める電子媒体をもって行い、その後院内メールにて上司、医療安全管理者へインシデントレポートの簡易的内容が送信される。

4) 本部・医療事故調査センター・他への報告

原則として各病院の医療安全管理者が行う。

医療事故調査制度の対象事案の検討を、院長及び徳洲会本部との連携にて行い、対象事案と判断した場合は、遺族へ説明した上で医療事故調査センターへ報告する。

5) その他

- (1) 院長、医療安全管理者および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知り得た内容を、正当な理由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本頁の定めに従って報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。
- (3) 地域連携を行う場合は、双方の保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度の医療安全対策に関する評価を実施する。

6) インシデント・アクシデント報告書の保管

インシデント報告書については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に1年以上

アクシデント報告書については5年以上保存するものとする。

V. 医療安全管理のための職員研修

1. 研修の企画、運営、実施、評価

当院全職員に共通する医療安全管理の推進のための基本的な考え方及び具体的な方策について、職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内研修を定期的に年2回開催する。加えて、必要に応じて臨時に開催されることが望まれる。

医療安全管理者は、職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、職員研修の企画立案、実施、実施後の評価と改善を行う。

2. 研修の対象者

全職員を対象とする職員は研修が実施される際には、受講するように努めなくてはならない。

未受講者に於いては追加研修を設けるなど可能な限り全職員が受講できるよう実施する。

3. 研修の内容

職種に偏った内容ではなく、全職員に共通する事故防止の具体的な手法等を選択し、全職員の危機管理に対する安全意識の向上を図ることが出来る内容とする。

院内巡視や医療事故報告による情報を基に、安全管理に関する問題点を把握し、研修の場でも教育に反映させる。

4. 研修の実施方法

院内での報告会、事例分析、外部講師の選定と招聘講演、研修会の伝達報告または有益な文献の抄読など研修の目的に応じて企画する。

5. 研修実施後と保管

医療安全管理者は、参加者の意見、反応等を把握し、研修の企画、運営の改善に活かす。

研修の概要（開催日時、受講状況、研修内容受講後のアンケート結果、及び確認テスト内容など）を記録し、2年間保管する。

VI. アクシデント等発生時の具体的対応

アクシデント等とは、別紙の患者影響度分類におけるレベル4、5及びそれに準ずる重篤度・危険度が高いと判断された事例をいい、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。

医療安全管理者は医療事故発生時の初期対応として、院長の指示に基づいて以下のような点が適切に行われるよう、所属長と連携し支援する。

1. 初動体制

- 1) 救命を第一とし、傷害の進行防止に最大限の努力を払う
- 2) 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告する

2. 院長への報告

- 1) 事故の状況、患者の現在の状態等を、所属長を通してあるいは直接病院長へ迅速かつ正確に報告する
- 2) 病院長は必要に応じて医療安全管理者に臨時の医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることが出来る。

3. 事実確認

- 1) 医療事故発生現場の調査と関係者からの詳細な事実確認
- 2) 医療事故に関連した機材や処置内容、データ等の現場保全
- 3) 機器や薬剤が関与した場合の関連部署への連絡と、必要時は製造販売業者への連絡や対応の依頼

4. 患者及び家族への対応

- 1) 患者に対しては、誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては事故が発生した日に事実をまず速やかに事故状況、現在の回復措置、今後の見通しについて誠意をもって説明する。患者及び家族に対する事故の説明は原則として、主治医が対応することとする。
- 2) 状況に応じ医療安全管理責任者、医療安全管理者、部署の管理責任者、渉外・危機管理等も同席して対応する。

5. 事実経過の記録

- 1) 医師、看護師等は、一連の治療内容、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を初期対応が終了次第、診療録、看護記録等に記載する。
- 2) 事故発生時は状況と経過を正確に記録する必要がある、客観的、経時的、具体的に事実のみを記載する。また出来る限り正確な時刻記載が求められる
- 3) 患者家族からの質問内容や、反応など、家族が話した言葉などそのままを記載する
- 4) 記録の修正が必要になった場合は、「修正」ではなく「追記」とし、いつの記録への追記なのかがわかるように追加記載する

6. 当事者及び関係者（職員）への対応

- 1) 個人の責任を追究することなく組織としての問題点を検討する。
- 2) 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。
- 3) 医療事故に関与した職員への精神的支援を行う
- 4)

7. 関係機関への報告

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様の事故防止に役立てることを目的として、必要と判断した場合、事案等を患者及び家族等の同意を得て社会に公表する。

1) 徳洲会本部報告

徳洲会本部へ連絡、相談、報告を行う

2) 医療事故調査・支援センターへの報告

医療事故調査制度の対象と判断した場合は、遺族へ説明した上で医療事故調査支援センターへ報告する。

VII. 患者相談窓口の設置

院内に、患者及び家族並びに利用者からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対する窓口を設置する。相談窓口対応者は医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族等の相談に適切に応じる体制を整備する。

患者サポートカンファレンスを週 1 回行い、患者からの投書内容及びその回答、相談窓口の内容について情報共有を行い、方策を検討する。

VIII. 医療安全管理指針の周知及び見直し

1. 本指針の周知

本指針の内容については院長、医療安全管理部門、医療安全委員会等で承認を得て、全職員に周知徹底する。

2. 本指針の見直し及び改定

医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、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。

平成 26 年 8 月作成

令和 3 年 4 月改訂

令和 5 年 3 月改訂