ショートステイ函南・ぶなの森重要事項説明書

当事業所は契約者に対して短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービスを提供いたします。事業所の概要と提供されるサービス内容は、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

１．事業者の概要

(1)　法　人　名　　社会福祉法人　函要会
(2)　法人所在地　　〒419-0114　静岡県田方郡函南町仁田 284－5
(3)　電 話 番 号　　055－970-1127
(4)　Ｆ　Ａ　Ｘ　　055－970-1155
(5)　代表者氏名　　杉山　潔

２．事業所の概要

(1)　事 業 所 の 種 類　指定短期入所生活介護事業所　平成 17 年 8 月 1 日指定
(2)　事 業 所 の 名 称　ショートステイ函南・ぶなの森
(3)　事 業 所 の 所 在 地　〒419-0114　静岡県田方郡函南町仁田 284－5
(4)　電　話　番　号　055－970－1127
(5)　Ｆ　Ａ　Ｘ　055－970－1155
(6)　事業所長（管理者）杉本　知敬
(7)　開始（サービス開始）平成 17 年 8 月 1 日　介護予防サービス開始　平成 18 年 4 月 1 日
(8)　介護保険事業所番号　2270300681

３．施設の概要

敷地面積：3,167 ㎡
建物構造：鉄構造 4 階建　塔屋 1 階（耐火建築物）
延床面積：5,759.9 ㎡

４．事業所の目的と運営方針等

事業所の目的

介護保険法令に従い、ご契約（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、ご契約者に、短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

事業所の運営方針

「明るく　親切に」利用者＝お客様の一人一人に対し、介護、生活支援や介護相談に明るく親切に接します。

福祉サービス第三者評価の実施状況　　現在、実施しておりません。

５．事業所が行なっている他の業務　当事業所では、次の事業も合わせて実施しています。

特別養護老人ﾎｰﾑ函南・ぶなの森（指定介護老人福祉施設）H17 年 8 月 1 日静岡県指定第 2270300656 号

デイサービス函南・ぶなの森（通常規模型）　H17 年 8 月 1 日静岡県指定第 2270300672 号

訪問介護センター函南・ぶなの森（訪問介護）　H17 年 8 月 1 日静岡県指定第 2270300664 号

ケアプラザ函南・ぶなの森（居宅介護支援事業所）　H17 年 8 月 1 日静岡県指定第 2270300698 号

６．居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しております。利用される居室はすべて個室となります。

居室・設備の種類		備考
居室（1 人部屋）	10 室	ユニット型生活支援
リビング（食堂）	1 室	
浴室	2 室	個浴（1）・特殊浴槽（1）
医務室	1 室	
機能訓練室	1 室	

短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護は、小規模生活単位型ケア（ユニット型）を行い、利用前の自宅における生活と利用後の生活が連続したものになるよう配慮しながら生活支援をいたします。

７．営業日および受付時間

営業日　　年中無休　（日曜日および年末年始は送迎を行いません）

受付時間　月曜日～金曜日　8：30～17：30

ご利用の申込み受付は、介護支援専門員（ケアマネージャー）を介して受付いたします。

利用定員　10 名（介護予防短期入所生活介護を含む）

８．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（職員の配置状況は、指定基準を遵守しています。）令和 3 年 4 月 1 日現在

職種	短期入所生活介護（施設併設）	
	常勤	非常勤
1　事務所長（管理者）	1（兼務）	
2　介護職員	5(専従)	1
3　生活相談員	2（兼務）	
4　機能訓練指導員	1（兼務）	
5　非常勤委託医師		1（兼務）
6　看護職員	5（兼務）	
7　管理栄養士	1（兼務）	

９．サービスの内容

（１） 法定給付サービス

種類	内容
食事	・管理栄養士により、栄養のバランスと利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。食事は出来るだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 （食事時間）朝食：7:30～　昼食：12:00～　おやつ：15:00～　夕食：18:00～
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
入浴・清拭	・身体の状態に応じて一般入浴（個浴）と特別入浴（機械浴）とに分かれています。原則として週に２回の入浴を行ないます。入浴日に体調不良等で入浴が困難な場合は清拭を行ないます。
離床、着替え、整容等	・寝たきり防止のため、出来るだけ離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを配慮します。また、必要時に応じて衣類の交換のお手伝いをします。 ・適切な整容が行なえるように援助します。 ・シーツ交換は週１回実施し、また汚れた都度交換をします。
洗濯	・衣類の洗濯を行ないます。忘れ物・紛失防止のため原則として、退所日と退所日の前日の洗濯は行ないません。
機能訓練	・機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	・看護師が健康管理のお手伝いをしますが、利用期間中は主治医の診断による治療方針と方法が継続されます。 ・緊急時等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に引継ぎをいたします。 ・救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をおとりし、ご家族の付き添いをお願いいたします。 ・急変時以外でも、看護師等の判断により医療機関への受診をお願いする場合があります。その際の送迎や付き添いは、原則としてご家族にお願い致します。
相談および援助	・利用者およびそのご家族からのご相談について可能な限り、必要な援助を行うよう努めます。
送迎	・ご希望により、ご自宅から事業所間の送迎を行ないます。通常の送迎の実施地域は、函南町、三島市、伊豆の国市全域といたします。 上記の地区以外は、ご家族送迎となります。通常の事業実施地域以外にお住まいの方で、送迎を利用される場合は、実施地域の市町村境を超えた地点より、1km ごとに 100 円いただきます。 ・施設送迎は基本的に月曜日から土曜日の 9 時～17 時自宅発着の間で行います。（行事等都合により、送迎の制限や希望時間の調整もあります。） ・日曜日は原則として、ご家族送迎となりますが、やむを得ない事情等がある場合はご相談に応じます。

（2）サービス利用料金（1日あたり）

当該事業所の所在地である函南町は地域区分7級地に属し、1単位の単価が10.17円となります。下記の単位数の合計に、10.17円を乗じた金額の負担割合証に記載された割合が自己負担となります。

(1日あたりの単位数)

	項目	単位数/日	詳細
基本料金	要支援1	529単位	（31日以降）528単位
	要支援2	656単位	（31日以降）655単位
	要介護1	704単位	（31日～60日）674単位（61日以降）670単位
	要介護2	772単位	（31日～60日）742単位（61日以降）740単位
	要介護3	847単位	（31日～60日）817単位（61日以降）815単位
	要介護4	918単位	（31日～60日）888単位（61日以降）886単位
	要介護5	987単位	（31日～60日）957単位（61日以降）955単位
加算料金	送迎加算（片道）	184単位	自宅～施設までの送迎
	緊急短期入所受入加算	90単位	緊急の受け入れ対応時
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	介護福祉士の占める割合が職員総数の80%以上
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	介護福祉士の占める割合が職員総数の60%以上
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	介護福祉士の占める割合が職員総数の50%以上
	機能訓練体制加算	12単位	常勤の機能訓練士を配置
	看護体制加算Ⅰ	4単位	常勤の看護師を1名以上配置
	看護体制加算Ⅱ	8単位	看護職員を利用者25名毎に1名配置
	看護体制加算Ⅲ（イ）	12単位	看護体制加算Ⅰ・Ⅱの要件に加え、要介護3以上の利用者を70%以上受入
	看護体制加算Ⅳ（イ）	23単位	
	看取り連携体制加算	64単位	死亡日及び死亡日以前30日以下について7日間まで
	夜勤職員配置加算Ⅱ	18単位	夜勤職員の配置が一定以上
	夜勤職員配置加算Ⅳ	20単位	上記に加え喀痰吸引実施可能職員の配置
	認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位	認知症専門研修修了者の配置
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位	認知症介護の指導に係る専門研修終了者の配置
	口腔連携強化加算	50単位	歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供
	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位／月	（Ⅱ）のデータによる業務改善の取組、ICTの複数導入、職員の役割分担の取組等、データの提供
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位／月	委員会の開催、ICTの導入、職員の役割分担の取組等、データの提供
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の176/1000加算	介護職員等の処遇改善

介護保険でショートステイを利用する場合、連続利用は最長30日まで。31日目は全額自費になります。

（3）介護保険の給付対象とならないサービス

契約者がユニット型ケアの提供を受けることによる利用する個室の居住費および食事の提供を受けること伴う費用は次のとおりです。滞在費は、厚生労働大臣が定める.居住費の算定方法により算定した金額をお支払いください。ただし、厚生労働大臣が定めた低所得者にたいする措置に該当する利用者は、市町村役場へ介護保険負担限度額認定を申請して、介護保険負担限度額認定証の交付をうけ、区分により定められた金額をお支払いください。

居住費・食費の負担額（1 日あたり）

負担区分	居住費	食費	
第 1 段階	880 円	300 円	＊一日あたりの金額となります。
第 2 段階	880 円	600 円	
第 3 段階① 第 3 段階②	1,370 円	1,030 円 1,360 円	
第 4 段階	2,066 円	1,730 円 内訳：朝 500 円 昼 660 円 夕 570 円	

食費は「食材料費」＋「調理費」が利用者の負担です。
居住費は「建設費用（修繕・維持費用を含む)」＋「光熱水費等」が利用者の負担です。

厚生労働大臣が定めた負担限度（第 1～3 段階の低所得の食費・居住費の負担限度額）

利用者負担段階		食費の負担限度額	居住費の負担限度額
		日額	日額
第 1 段階	本人及び世帯全員が住民税非課税であって、 老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者	300 円	880 円
第 2 段階	本人及び世帯全員が住民税非課税であって、 合計所得金額＋課税年金収入額が 80 万円以下の方	600 円	880 円
第 3 段階①	本人及び世帯全員が住民税非課税であって、 利用者負担段階第 2 段階以外の方	1030 円	1,370 円
第 3 段階②	本人及び世帯全員が住民税非課税であって、 利用者負担段階第 2 段階以外の方	1360 円	

＊　市町村民税世帯非課税（世帯主及びすべての世帯員が、市町村民税非課税である者又は市町村民税が免除された者

＊　境界層該当者（本来適用されるべき居住費・食費や高額介護サービス費等の基準等を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者）

・ご契約者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援または要介護認定を受けた後、自己負担限度額を除く金額が介護保険から払い戻されます。また、居宅サービス計画書が作成されていない場合も、償還払いとなります。その際には「サービス提供証明書」を交付します。
・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

（4）利用料金が介護保険の給付対象とならないサービス
以下のサービス提供を希望される場合、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

種類	内容
理髪	月に 4 回、理容師・美容師の出張による美容サービスがご利用いただけます。 利用料金：カット料金（実費）例：理容師 1700～1800 円、美容師 2,530 円
・おやつ ・嗜好品代	おやつ：1 日につき 120 円となります。 嗜好品：1 日につき 70 円となります。1 ヶ月 700 円を上限とします。
レクリエーション活動	希望に応じて、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。参加された場合は、材料費等の実費をいただきます。
日常生活に要する費用	日常生活用品の購入等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
移送（送迎以外）	外出の為の移送において、ご家族の対応が困難な場合は、普通車・ストレッチャー車による代行サービスをご利用いただけます。その際は、片道 1840 円（ショートステイ送迎費用に準ずる）の移送費をいただくこととなります。
医療にかかる費用	処置等をする際に持参のものがなく、やむなく施設の医療品を使用した場合は、所定の費用をご負担いただきます。

１０　利用料金のお支払い方法
事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月の 10 日以降に請求しますので、翌月の 20 日までに次のいずれかの方法でお支払いください。
・金融機関口座への振込み
・金融機関口座からの引き落とし
・現金払い

１１　利用の中止・変更・追加
利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止をされた場合、取消料として下記の料金をいただく場合があります。
ただし、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10%（自己負担相当額）

１２　高齢者虐待防止のための措置

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

② 高齢者虐待防止のための指針の整備、従業者に対して高齢者虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施して、周知徹底を図ります。

③ 当事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けた思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報します。

④ 高齢者虐待防止に関する措置を適切実施するために担当者を設置します。
担当者：ショートステイ函南・ぶなの森　　牧田一平（生活相談員）

⑤ 成年後見制度の利用を支援します。

⑥ 苦情解決体制を整備しています。

１３　苦情受付窓口、苦情解決委員

当事業所における苦情の受付は次のとおりです

受付時間　月曜日～金曜日　8：30～17：30　電話　055－970－112７　FAX　055－970－1155

苦情解決委員

役職	氏名	電話番号	連絡先住所
苦情解決責任者	杉本　知敬	055－970－1127	静岡県田方郡函南町仁田 284 番地の５
苦情受付担当者	牧田　一平	055－970－1127	静岡県田方郡函南町仁田 284 番地の５
第三者委員	佐口　則保	055-978-3242	静岡県田方郡函南町畑毛 513 番地
第三者委員	日吉　悦子	055-949-3758	静岡県伊豆の国市韮山山木 616 番地の 1
第三者委員	高橋　宗弘	055-979-4603	静岡県田方郡函南町仁田 282 番地の 3

行政機関その他苦情受付機関

	電話番号
静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付	054－253－5590
函南町役場　福祉課高齢者福祉係	055－979－8126
伊豆の国市役所　高齢者支援課	0558－76－8009
三島市役所　長寿介護課	055－983－2607

１４　身体拘束について

① サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合をのぞき、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行ないません。

② 緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合、利用者またはご家族に対して事前に口頭および文章による説明を行い、併せて文章による同意を得ます。

③ 施設長を長とする身体拘束検討委員会を随時開催し、緊急やむを得ず行なう身体拘束について判断を行なうと共に、常にその解消のために検討に努めます。

１５　感染症の予防及びまん延防止について

当事業所は、感染症の予防及びまん延防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。

② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備、従業者に対して感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施して、周知徹底を図ります。

③ 従業者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。

１６　業務継続計画の策定について

① 災害や感染症が発生した場合であっても、必要なサービスを継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を作成します。

② 感染症及び災害に係る研修を定期的に開催し、感染症や災害が発生した場合も想定し、迅速に行動できるように訓練も実施します。

１７　ハラスメント対策において講ずべき措置（方針）について

介護サービス事業者に対して、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、職員の就業環境が害されることを防止のため雇用管理上の措置を講じます。利用者及びその家族はサービス利用にあたって、次の行為を禁止します。

① 従業者に対する身体的暴力（直接的、間接的を問わず有形力を用いて危害を及ぼす行為）

② 従業者に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

③ 従業者に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為等）

④ その他、サービスへの不満などを理由に利用料金の支払い拒否や無償提供要求、従業員の自宅訪問、謝罪の強要、SNS での誹謗中傷など社会通念上不当な行為全般

１８　事故発生時の対応

① 事故対応に対しては組織を上げて支援します。事故対応はすべての業務に優先します。

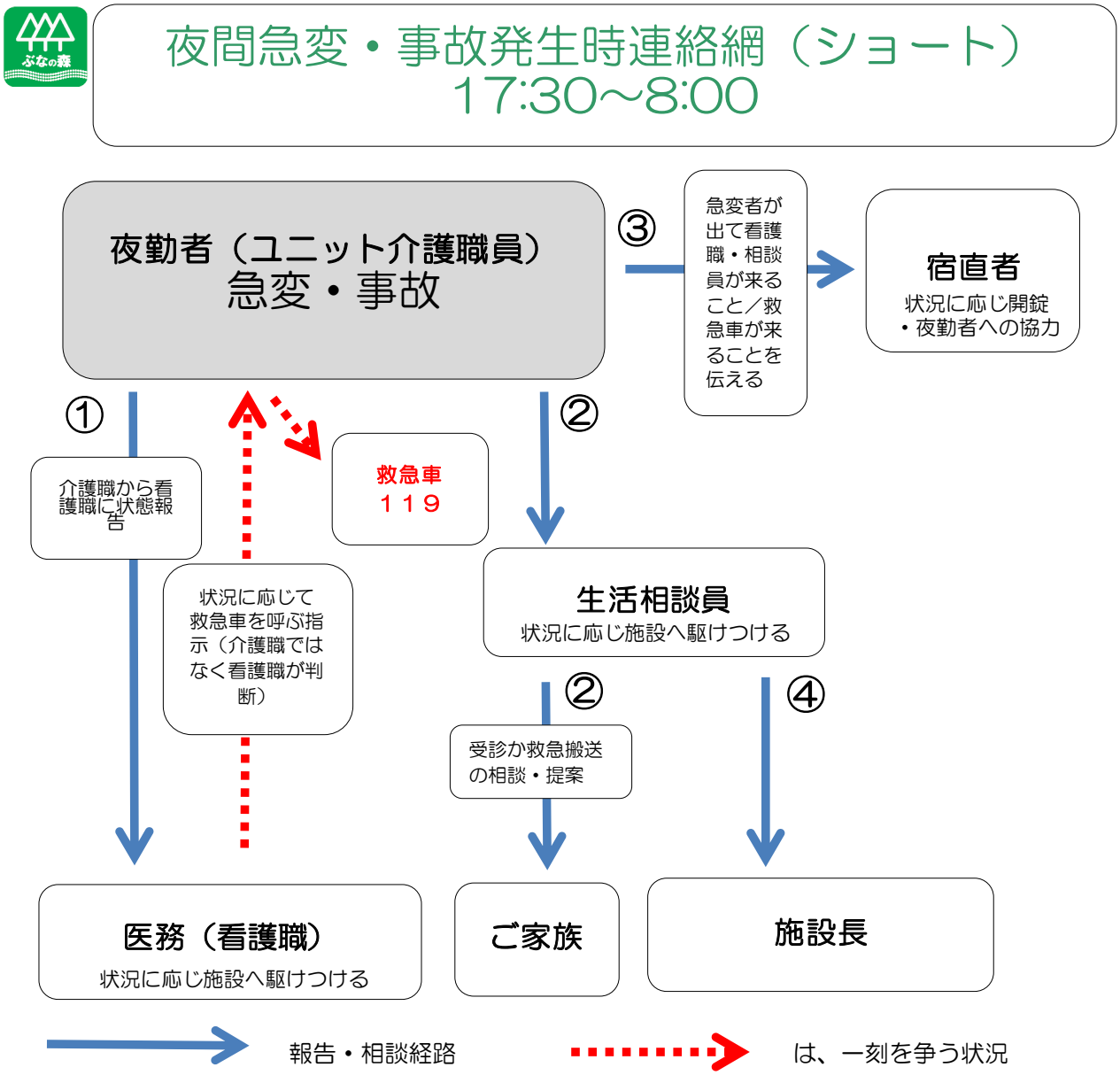
② 事故対応にあたっては、公平性、透明性に努めます。

③ 事故への応急対策、家族連絡を行ないます。

④ 問題の明確化に努めます。

⑤　原因を調査します。

⑥　記録の作成をします。



◆　宿直者が救急車に添乗した場合、事務外線はショートが預かり、外部との連絡調整を行う。

◆　①、②、④の連絡は緊急性が無い限り、翌日となってからの報告とする。

◆　夜勤者は他の階に緊急事態発生したことを連絡する。他の階は要請があった場合は手伝いに行けるように速やかに業務を行い備える。
緊急搬送された後は、該当する階の夜勤者は他の階にその旨を連絡する。

看護職が到着するまでに

①　臥床して気道の確保をする（顔を横に向ける）
②　保温に努める（掛け物をかける）

※もう1名の夜勤者は吸引器、酸素吸入器の準備をする。
吸引：ユニット内通路　　酸素：ｵﾑﾂ室

１９　個人情報の保護

契約者の個人情報は、個人情報の保護に関する法令及び厚生労働省が定める医療、介護関係事業所における個人情報の適切な取扱のためのガイドラインを遵守し、当法人が定める個人情報に関する基本方針をはじめ個人情報に関する諸規定を守り適性かつ適切な取扱をしてまいります。

当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	面会時間　9：00～18：30 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度面会票を記入して、職員に届け出てください。飲食物（利用者への差し入れ）を持ち込まれた場合は、必ず職員に声をかけてください。
外出	外出される場合は、事前に行き先と外出される時間を職員にお申し出ください。外出時には所定の用紙に、行き先と外出時間を記入してください。また、食事が不要な場合は、お早めにお申し出ください。
医療機関への受診	定期的な受診が利用期間中に予定されている場合、利用中の受診を行うことは可能です。その場合、ご家族の方にて受診をしていただきます。尚ご家族にて送迎が困難な場合は、施設送迎をいたします。その際は、片道 1,840 円（ショートステイ送迎費用に準ずる）の移送費をいただくこととなります。
居室・設備・器具	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがございます。ご契約者に対するサービスの実施および安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り必要な措置をとることが出来るものとします。ただし、その場合は、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行ないます。
喫煙	喫煙は決められた時間・場所以外ではお断りします。 また、ライターやマッチ等は防災管理上、施設でお預かりさせていただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理等	現金や貴重品のお持込みはご遠慮ください。万が一紛失された場合、責任は負いかねますのでご了承ください。 施設内で購入もしくは必要とされる費用については、利用料金と合わせて請求をさせていただきます。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットのお持込みおよび飼育はお断りします。

個人情報の提供に関する同意書

社会福祉法人　函要会が提供するサービスにあたり、私（利用者及びその家族）の個人情報については、次の条件で使用（第三者提供を含む）することに同意します。

1　個人情報の定義

⑴　「個人情報」とは、個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号、以下「個人情報保護法」といいます。）にいう「個人情報」を指し、生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別できるもの又は個人識別符号が含まれるものを指します。

⑵　本サービスの提供にあたっては特に下記情報も「個人情報」に含めます。

ア　既往歴、薬歴（投薬情報）、健康状態及び病状等の情報（画像情報を含む）。

イ　介護記録、ケアプラン、その他利用者の健康状態を維持するために必要な情報。

2　使用目的

⑴　サービスの提供

⑵　サービス向上のための諸会議

⑶　医師、看護師等の医療者の意見や助言を求める場合

⑷　他の介護サービス事業者との連携

⑸　行政への報告等

⑹　医療機関等への連絡

⑺　損害補償保険などにかかる保険会社等への相談及び届出等

⑻　学生（医学生、看護学生等）の実習への協力

⑼　医師、看護師、その他の医療従事者の教育や臨床研修

⑽　法律に基づいてなされる裁判所その他の公務所及び弁護士会からの問い合わせ

⑾　上記の利用目的に付随する目的のため

3　情報提供先

⑴　他の介護サービス事業者（居宅介護支援事業所など）

⑵　医療機関など

⑶　行政機関など

⑷　その他、サービス提供にあたり情報連携の必要がある機関

私は本書面に基づいて事業者の職員　職名：生活相談員　　氏名：　牧　田　一　平　から重要事項説明書（施設利用契約における施設使用の際の留意事項を含む）・個人情報の提供に関する同意書について説明を受け、同意しました。

説明年月日　　令和　　年　　月　　日

【利用者】

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【署名代行者】

私は、利用者の意思を確認した上、上記の署名を代行しました。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成 25 年 6 月 1 日改訂
平成 26 年 4 月 1 日改訂
平成 27 年 4 月 1 日改訂
平成 28 年 4 月 1 日改訂
平成 29 年 3 月 14 日改訂
平成 29 年 12 月 20 日改訂
平成 30 年 4 月 1 日改訂
平成 30 年 5 月 1 日改訂
平成 31 年 1 月 1 日改訂
令和元年 6 月 20 日改訂
令和元年 10 月 1 日改訂
令和 3 年 4 月 1 日改訂
令和 3 年 8 月 1 日改訂
令和 4 年 8 月 1 日改訂
令和 4 年 10 月 1 日改訂
令和 5 年 5 月 1 日改訂
令和 5 年 6 月 20 日改訂
令和 5 年 8 月 25 日改訂
令和 6 年 4 月 1 日改訂
令和 6 年 6 月 1 日改訂
令和 6 年 8 月 1 日改訂
令和 6 年 9 月 12 日改訂
令和 6 年 12 月 1 日改訂
令和 6 年 6 月 23 日改訂
令和 7 年 8 月 1 日改訂
令和 8 年 1 月 5 日改定
令和 8 年 6 月 1 日改定
令和 8 年 8 月 1 日改定