

## 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 重要事項説明書

## 1. 事業者（法人）概要

事業者名称			
法人種別		電話番号	
主たる事務所の所在地			
代表者名			

## 2. 事業所概要

事業所の名称			
指定事業所番号		指定事業の種別	
所在地			
責任者			
電話番号			
サービス提供地域			

## 3. 診療日及び診療時間

【診療日】 毎週〇曜日      【診療時間】 午前〇時から 午後〇時

## 4. サービス内容

## 【医師による居宅療養管理指導とは】

担当の医師が、通院が困難な利用者に対し、その居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを提供するその他の事業者に対して、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行います。

## 5. 費用（居宅療養管理指導費）について

介護保険の自己負担割合によって費用が異なります。なお、居宅療養管理指導費は介護保険サービスの利用限度額（区分支給限度基準額）には含まれません。

【居宅療養管理指導費】 ※1 単位＝10 円

居宅療養管理指導費(Ⅰ) ※(Ⅱ)以外の場合に算定	単一建物居住者 1 人	514 単位/回(月 2 回を限度)
	単一建物居住者 2～9 人	486 単位/回(月 2 回を限度)
	単一建物居住者 10 人以上	445 単位/回(月 2 回を限度)
居宅療養管理指導費(Ⅱ) ※在宅時医学総合管理料等を 請求する場合	単一建物居住者 1 人	298 単位/回(月 2 回を限度)
	単一建物居住者 2～9 人	286 単位/回(月 2 回を限度)
	単一建物居住者 10 人以上	259 単位/回(月 2 回を限度)

## 6. 支払方法

居宅療養管理指導費（介護保険）の個人負担額のお支払いについては、月単位でのご請求となります。毎月 15 日前後に前月分の請求書を郵送させていただきますので、期日までに指定の口座にお振り込みをお願いいたします。

## 7. 苦情等相談窓口

窓口	医療法人〇〇会 〇〇クリニック（病院）
窓口責任者	
利用時間	
電話番号	

窓口	〇〇市 高齢福祉課
利用時間	平日 8 時 30 分～17 時 15 分
電話番号	XXXX-XX-XXXX

契約締結日 年 月 日

私は、居宅療養管理指導契約書および重要事項説明書により、事業者から居宅療養管理指導についての重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

### [ご利用者署名欄]

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

### (代筆の場合)

住所 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

### [事業者]

住所 岐阜県〇〇市〇〇町〇〇〇〇  
医療法人〇〇会 〇〇クリニック（病院）  
院長 〇〇 〇〇