**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 | 515単位／回(月4回を限度) |
| 単一建物居住者2～9人 | 48７単位／回(月4回を限度) |
| 単一建物居住者10人以上 | 446単位／回(月4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 | 299単位／回(月2回を限度) |
| 単一建物居住者2～9人 | 287単位／回(月2回を限度) |
| 単一建物居住者10人以上 | 260単位／回(月2回を限度) |

2025.9月時点

**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○○会　○○クリニック（病院） |
| 窓口責任者 |  |
| 利用時間 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口 | ○○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○○市○○町○○○○

医療法人○○会　○○クリニック（病院）

院長　○○　○○