

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（例）

平成 年 月 日現在

1 事業者（法人）の概要

事業者名			
代表者名			
所在地・連絡先	（住所） 〒 -		
	（電話）	-	-
	（FAX）	-	-

2 事業所の概要

事業所名			
事業所番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
所在地・連絡先	（住所） 〒 -		
	（電話）	-	-
	（FAX）	-	-
指定を受け ているサー ビスの種類			
指定番号			
サービス提 供地域			

3 事業の目的及び運営の方針

目 的	
運営方針	

4 従業者の勤務体制

従業者 の職 種	人 数		通常の勤務体制
	常 勤 (人)	非常勤 (人)	
医 師			・常 勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇 ・非常勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇
薬剤師			・常 勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇 ・非常勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇
管理栄養士			・常 勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇 ・非常勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇
看護職員			・常 勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇 ・非常勤 午前〇：〇〇～午後〇：〇〇

5 診療日及び診療時間

診 療 日	診 療 時 間
平 日(月曜日～金曜日)	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
土曜日	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇

日曜日・祝日・年末年始(〇月〇日～〇月〇日)は診療しておりません。

6 サービスの内容と費用

サービスの内容

居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）の種類	内 容
1 医師が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、医師が、利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供（利用者の同意を得て行うものに限る。）並びに利用者若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。
2 薬剤師が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、薬剤師が、医師の指示に基づき、利用者を訪問し、薬学的な管理指導を行います。
3 管理栄養士が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行います。 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする方又は低栄養状態にあると医師が判断した方が対象となります。
4 看護職員が行う居宅療養管理指導	通院が困難であり、医師が看護職員による管理指導が必要であると判断した利用者に対して、看護師が利用者を訪問し、療養上の相談及び支援を行います。 利用者が、定期的に通院又は訪問診療を受けている場合、訪問看護、訪問リハビリ、短期入所生活介護及び療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を受けている間は対象となりません。

費用

ア 利用料

介護保険の適用がある場合は、原則として提供された居宅療養管理指導費の1割が利用者の負担額となります。

【料金表】

居宅療養管理指導の種類	利用料金（利用者自己負担（１割）分）
1 医師が行う居宅療養管理指導	1月に2回を限度として（１回当たり） 500円 事業者に対する情報提供が行われない場合は、100円を減算 「在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時医学総合管理料」を算定している場合は、1月に2回を限度として（１回当たり）290円
2 薬剤師が行う居宅療養管理指導	1月に2回を限度として（１回当たり） 1）在宅の利用者の場合 550円 2）居住系施設入居者等の場合 385円 厚生労働大臣が定める特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は100円を加算
3 管理栄養士が行う居宅療養管理指導	1月に2回を限度として（１回当たり） 1）在宅の利用者の場合 530円 2）居住系施設入居者等の場合 450円
4 看護職員が行う居宅療養管理指導	2月の間に1回を限度として（１回当たり）400円 准看護師が行う場合は（１回当たり）360円

イ 交通費

居宅療養管理指導の提供に要する交通費は、○○○○○となります。

ウ キャンセル料

利用者の方の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の方の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の○日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の○日前までに連絡があった場合	利用料自己負担部分の○○％
利用日の○日前までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の○○％

7 利用料等のお支払方法

毎月、〇〇日までに前月分の請求をいたしますので、〇〇日までに下記口座に振り込み送金してお支払ください。

〇〇銀行〇〇支店
普通預金口座（口座番号〇〇〇〇〇〇〇〇）
口座名義〇〇〇〇〇〇

入金確認後、領収書を発行します。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口 ・窓口責任者 〇〇〇〇（職種：〇〇） ・ご利用時間 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇 ・ご利用方法 電話（〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇） 面談（当事業所〇階会議室） 苦情箱（〇〇に設置）	
〇〇町役場 〇〇課 〇〇係 住所	電話番号
福岡県介護保険広域連合〇〇支部 住所	電話番号
福岡県国民健康保険団体連合会 住所	電話番号

9 利用者の方へのお願い

サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。

10 その他の事項

事 項	内 容
職員研修	年〇〇回、〇〇〇の研修を行っています。
〇 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇 〇 〇

当事業者は、重要事項説明書に基づき、居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

平成 年 月 日

事業者 事業者(法人)名
所在地
代表者氏名
説明者氏名

印

印（職名： ）

事業者が重要事項説明書に基づいて説明を行った居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の内容について同意します。

平成 年 月 日

利用者 住所
氏名

印

利用者家族 住所
氏名

印（続柄： ）

代理人(選任した場合) 住所
氏名

印（続柄： ）