

# 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	医療法人 弘善会		
法人種別	医療法人	電話番号	06-6978-2307
主たる事務所の所在地	大阪市東成区東今里 2 丁目 12-13		
代表者名	理事長 矢木 崇善		

## 2. 事業所概要

事業所の名称	医療法人 弘善会 矢木クリニック		
指定事業所番号	2715905994	指定事業の種別	居宅療養管理指導
所在地	大阪市住之江区浜口東 3-11-8 南海住ノ江ユーリプラザ 1 階		
責任者	理事長 矢木 崇善		
電話番号	06-6675-6198		
サービス提供地域	住之江区 住吉区 西成区 大正区 阿倍野区 堺市		

## 3. 診療日及び診療時間

【診療日】 月曜日～土曜日 【診療時間】 午前 9 時から 午後 5 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

≪ 1 割負担の場合 ≫

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	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）

2024.6 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20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、指定の口座から毎月27日引き落としさせていただきます。※医療保険料と合算で引き落とし

## 7. 苦情等相談窓口

窓口	医療法人 弘善会 矢木クリニック
窓口責任者	西本 智子
利用時間	午前9時～午後5時
電話番号	06-6675-6198（代表）

窓口	大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険係
利用時間	午前9時～午後5時
電話番号	06-6208-8028

## 個人情報に関する説明

医療法人 弘善会 矢木クリニック

理事長 矢木 崇善

1. 他の保険医療関連業種との連携で使用します。

- ・当院以外の病院 診療所 薬局 訪問看護ステーション 介護サービス事業者

居宅介護支援事業者等（サービス担当者会議等）行政担当者への紹介（紹介先医療機関、サービス事業者等からの紹介への回答を含む）

- ・診療にあたって外部の医師等の意見・助言を求める場合

2. 家族等への病状（心身の状況）説明で使用します。

3. その他、本人または後見人・家族の方からの情報提供の依頼する際に使用します。

説明者 \_\_\_\_\_ (自筆)

- 私は、訪問診療の説明を受け、在宅医療計画書を理解し、訪問診療を受けることに同意します。
- 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。
- 私は、個人情報の説明を受け同意します。

契約締結日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**[ご利用者署名欄]**

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自筆であれば印鑑は不要

**(代筆の場合)**

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自筆であれば印鑑は不要

この書類は2部作成し、患者 事業者で保管する。