

居宅療養管理指導重要事項説明書

<令和7年 8月 1日現在>

1 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	村上華林堂病院 在宅診療
所在地・連絡先	(住所) 福岡市西区戸切2丁目14番45号 (電話) 092-811-3331 (FAX) 092-812-2161
事業所番号	4011012178
管理者の氏名	山田 猛

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務形態	通常の勤務体制
医師	3名	常勤	勤務時間 月～金 午前8:30～午後17:00 土 午前8:30～午後12:30 ※医師は、院内の他の医師が対応する場合があります。
看護師 (在宅コーディネーター)	2名 以上	非常勤	
事務員	1名	常勤 兼務	

(3) 営業日

営業日	営業時間
平日	9:00～17:00
土曜日	9:00～12:30

営業しない日	日曜日・祝日・年末年始・お盆（医療法人財団華林会の休日規定に準じる）
--------	------------------------------------

2 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態にあり、医師の訪問を必要と認めた利用者に対し、医師が適正な居宅療養管理指導を提供することを目的とします。
運営の方針	① 利用者の医師及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ② 上記①の観点から、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。 ③ 利用者の療養に資する等の観点から、当該利用者に直接係わる上記関係者に必要な情報を提供する以外、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を他に漏らすことはいたしません。

3 サービスの内容と費用

(1) サービスの内容

居宅療養管理指導の種類	内 容
医師が行う居宅療養管理指導	<p>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、継続的な医学的管理を基に、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利用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。</p> <p>また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。</p> <p>※事業者への情報提供については個人情報ですので、利用者の同意を得て行います。</p>

(2) 費用

ア 利用料

介護保険の適用がある場合は、原則として利用料金の1割～3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		1割負担	2割負担	3割負担
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回あたり)		515円	1,030円	1,545円
※同一建物居住者以外の者 に対して行う場合	※「在宅時医学総合管理料」を算定している場合は 1月に2回を限度として(1回あたり)		299円	598円	897円
医師が行う居宅療養管理指導 ※同一建物居住者に対して 行う場合	1月に2回を限度として(1回あたり)	居住者 1人	515円	1,030円	1,545円
		居住者 2～9人	487円	974円	1,461円
		居住者 10人以上	446円	892円	1,338円
	※「在宅時医学総合管理料」を算定している場合は 1月に2回を限度として(1回あたり)	居住者 1人	299円	598円	897円
		居住者 2～9人	287円	574円	861円
		居住者 10人以上	260円	520円	780円

イ 交通費

居宅療養管理指導の提供に要する交通費は、居住地によって利用者の実費負担となる場合があります。

ウ キャンセル料

お客様の都合により急にサービスを中止する場合は、キャンセル料をいただくことがあります。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

4 利用料のお支払い方法

毎月10日前後に前月分の請求をいたしますので25日までにお支払いください。

お支払い方法は、銀行口座振替、病院会計窓口での支払い、銀行振込のいずれかをお選びください。ご入金確認後、領収書を発行いたします。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

○ サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

利用者様相談窓口	電話番号	092-811-3331
	FAX番号	092-811-3527
	相談員(責任者)	山田 猛
	対応時間	午前9時～午後4時30分

○ 公的機関においても次の機関において苦情申出等ができます。

福岡県国民健康 保険団体連合会 介護サービス相談窓口	所在地	福岡市博多区吉塚本町13番47号
	電話番号	092-642-7859(代)
	対応時間	午前9時～午後5時まで

※お住まいの市区町村の介護保険課においても苦情申立等ができます。

6 その他 利用者様へのお願い

- 当院では医療従事者を目指す実習生を受入れております。スタッフの指導・監督のもと、利用者様の安全とプライバシーの保護を遵守するよう努めて参りますのでご理解とご協力の程よろしくお願い申し上げます。
- サービス利用の際は、介護保険被保険者証をご提示ください。
- お茶やお菓子などのもてなしやお心づけなどは、一切ご不要です。
- 訪問の際は、ペットをゲージに入れる・リードにつなぐ、などのご配慮をお願いします。
- 職員の動画や写真撮影などをご遠慮ください。
- 訪問中の喫煙はご遠慮ください。

令和 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲1に対する居宅サービスの提供開始に当たり、甲1 甲2に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者(乙) 所在地 福岡市西区戸切2丁目14番地45号
名称 医療法人財団 華林会 村上華林堂病院
氏名 在宅療養部

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私の個人情報に契約の有効期間中に用いることを同意します。

利用者(甲1)

氏名 _____

利用者の家族(甲2)

氏名 _____ (続柄 _____)