

## 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・同意書

2025年11月21日

1. 本院は京都府知事の指定を受けた居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所です。

(事業所番号 2614102230)

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行う医師は、下記の通りです。ただし、主治医がやむを得ない事情により訪問できず他の医師が訪問した場合はこの限りではありません。また、今後下記医師に変更があった場合においても、当同意書の効力が失われるものではありません。

医師 : 藤本 眞次 ・ 吉田 洋平

2. 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導サービスは、介護保険で要支援、要介護の認定を受けられ、通院が困難な利用者様に、医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学管理に基づき、指定居宅介護支援事業者(以下ケアマネージャー)が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)並びに、利用者もしくはその家族様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う内容です。

3. 指導を行う曜日、時間は原則として下記の通りです。

月・水・金曜日………14時00分～17時00分

火・木曜日………9時00分～12時00分

ただし、上記の曜日が国民の祝日、および12月29日から1月3日の場合は休診とさせていただきます。

上記の曜日、時間で臨時休診する場合はその都度、院内に掲示いたします。

なお、やむを得ず上記の曜日、時間以外で指導を行った場合や、緊急の往診で指導を行った場合はこの限りではありません。

4. 指導を希望された方には、医療保険でかかった費用とは別に介護保険サービスの利用料として、介護報酬に応じた費用を徴収させていただきます。生活保護等公費受給者証お持ちの方は、公費制度により負担金が補助されることもあります。利用料金は、以下の通りです。

### (1) 居宅療養管理指導(Ⅰ)・介護予防居宅療養管理指導(Ⅰ)

(在宅時医学総合管理料を算定していない場合) ※1月に2回を限度

1回につき 515円 (同一建物居住者 9人以下に対しては1回につき 487円)

(同一建物居住者 10人以上に対しては1回につき 446円)

### (2) 居宅療養管理指導(Ⅱ)・介護予防居宅療養管理指導(Ⅱ)

(在宅時医学総合管理料を算定している場合) ※1月に2回を限度

1回につき 299円 (同一建物居住者 9人以下に対しては1回につき 287円)

(同一建物居住者 10人以上に対しては1回につき 260円)

※算定条件として、Ⅰ・Ⅱともに、居宅介護支援事業者に対して、ケアプラン策定等に必要な情報提供をおこなっていること

5. 介護サービス等全般にかかるご質問やご要望、苦情等ございましたら、訪問した際または診療所受付までお申し出下さい。また、苦情内容によっては行政窓口をご紹介する等対応させていただきます。

ご相談窓口	ご利用時間	連絡先
公益社団法人信和会 大宅診療所 甲田 賢太郎	平日 9時00分～17時00分 土曜日 9時00分～12時30分 (平日、土曜ともに休診日除く)	電話 075-581-5207
京都市山科区役所 健康長寿推進課(介護保険担当)	月～金曜日(祝日除く) 9時00分～17時00分	電話 050-1725-6556(代表) 075-592-3290(直通)
京都市伏見区役 健康長寿推進課(介護保険担当)	月～金曜日(祝日除く) 9時00分～17時00分	電話 050-1722-5740(代表) 075-611-2278(直通)
京都市介護保険課	月～金曜日(祝日除く) 9時00分～17時00分	電話 075-213-5871(代表)
京都府国民健康保険 団体連合会(介護相談係)	月～金曜日(祝日除く) 9時00分～17時00分	電話 075-354-9011(代表)

6. 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、当事業所管理者に連絡するとともに、京都府、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅支援事業所等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

7. 医師には守秘義務があり、利用者ならびに家族様についての個人情報を外部に漏らすことはありません。ただし、このサービスの性格上、より充実した介護保険サービスを受けていただくために、サービス担当者会議の場で、また毎回の訪問時の身体状態等の情報・アドバイスをケアマネージャー、その他サービス事業者に提供いたします。

■居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の提供開始に当たり、利用者様に対して上記の重要事項を説明しました。

事業所名 公益社団法人信和会 大宅診療所  
所 在 地 京都市山科区大宅早稲ノ内町2番地  
代 表 者 所長 藤本眞次

説明者 \_\_\_\_\_ 年 月 日

■私は、事業所から居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導についての重要事項の説明を受け、サービスを受けることに同意します。また、我ならびに家族の個人情報をケアマネージャー、その他サービス事業者への情報提供、担当者会議の場で用いることに同意します。

利用者 \_\_\_\_\_ 代理人 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_ 年 月 日