

1 指定居宅療養管理指導サービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人正観会 御野場病院 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所 (事業所番号 御野場病院 0510112147 歯科 0530134592)
代表者氏名	理事長 皆河 崇志
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	秋田県秋田市御野場二丁目14番1号 電話：018-839-6141 FAX：018-839-5025

2. 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行う曜日、時間は原則として下記のとおりです。

月曜日～金曜日の 9時00分～12時00分

月曜日～金曜日の 13時30分～15時00分

※歯科及び歯科衛生士については月・火・木・金曜日の13時30分～15時00分のみ

①ただし、上記の曜日が国民の祝日、及び12月30日～1月3日の場合は休診とさせていただきます。

②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。

3. 提供するサービスの内容について

要支援、要介護の認定を受けられた方に対して、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図ります。

4. 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行う職員体制と職務内容は下記の通りです。

職	職務内容	人員数
医師又は 歯科医師	1 通院が困難な利用者に対して、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(歯科医学的管理)に基づいて、居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供を行います。利用者、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、助言を行います。 2 利用者、家族に対する指導又は助言については、文書等の交付により行うよう努めます。 3 文書等により指導、助言を行った場合は、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存し、口頭により指導、助言を行った場合は、その要点を記録します。	【医師】 常勤6名 非常勤2名 【歯科医師】 非常勤1名
薬剤師、 歯科衛生士又は 管理栄養士	1 薬剤師は、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行います。利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切にサービスの提供を行います。 管理栄養士は、医師の指示に基づき、栄養ケア計画を作成し、患者又は家族に、栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談、助言を行います。 歯科衛生士は、歯科医師の指示に基づき、管理指導計画を作成し、利用者に療養上必要な実施指導を行います。 2 作成した計画を利用者、家族に提供するとともに、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者、家族に対して文書等で提供するように努め、速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告します。 3 概ね3月を目途として、当該計画の見直しを行います。	【薬剤師】 常勤3名 【歯科衛生士】 常勤1名 非常勤2名 【管理栄養士】 常勤3名

4. 提供するサービスの利用料・利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行った場合、薬料や注射料、処置料、診察料、訪問診療料といった医療保険にかかる費用とは別に、下記の利用料金を徴収させていただきます。負担割合は、介護保険負担割合証により確認させていただきます。

①医師が行う場合（月２回まで）

サービス種別	サービス提供者等	基本 単位	利用料	介護保険を適用した利用者負担		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
(1)居宅療養管理指導費（Ⅰ）又は介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ）	単一建物居住者 1 人に対して行う場合	515	5150 円	515 円	1030 円	1545 円
	単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	487	4870 円	487 円	974 円	1461 円
	上記以外の場合	446	4460 円	446 円	892 円	1338 円
(2)居宅療養管理指導費（Ⅱ）又は介護予防居宅療養管理指導費（Ⅱ） （在宅時医学総合管理料を算定する場合）	単一建物居住者 1 人に対して行う場合	299	2990 円	299 円	598 円	897 円
	単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	287	2870 円	287 円	574 円	861 円
	上記以外の場合	260	2600 円	260 円	520 円	780 円

②歯科医師が行う場合（月２回まで）

サービス提供者等	基本 単位	利用料	介護保険を適用した利用者負担		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
単一建物居住者 1 人に対して行う場合	517	5170 円	517 円	1034 円	1551 円
単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	487	4870 円	487 円	974 円	1461 円
上記以外の場合	441	4410 円	441 円	882 円	1323 円

③当該事業所の管理栄養士が行う場合（月２回まで）

サービス提供者等	基本 単位	利用料	介護保険を適用した利用者負担		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
単一建物居住者 1 人に対して行う場合	545	5450 円	545 円	1090 円	1635 円
単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	487	4870 円	487 円	974 円	1461 円
上記以外の場合	444	4440 円	444 円	888 円	1332 円

④薬剤師が行う場合

サービス種別	サービス提供者等		基本 単位	利用料	介護保険を適用した利用者負担		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
(1) 医療機関の 薬剤師の場合 (月 2 回まで)	単一建物居住者が 1 人の場合		566	5660 円	566 円	1132 円	1698 円
	単一建物居住者が 2 人以上 9 人以下の場合		417	4170 円	417 円	834 円	1251 円
	上記以外の場合		380	3800 円	380 円	760 円	1140 円
(2) 薬局の 薬剤師の場合 (月 4 回まで)	単一建物 居住者が 1 人の場合	中心静脈栄養患者の 場合 (月 8 回程度)	768	7680 円	768 円	1536 円	2304 円
		特別な投薬がある場合	618	6180 円	618 円	1236 円	1854 円
		上記以外の場合	518	5180 円	518 円	1036 円	1554 円
	単一建物 居住者 2 人以上 9 人以下の 場合	中心静脈栄養患者の 場合 (月 8 回程度)	629	6290 円	629 円	1258 円	1887 円
		特別な投薬がある場合	479	4790 円	479 円	958 円	1437 円
		上記以外の場合	379	3790 円	379 円	758 円	1137 円
	上記以外 の場合	中心静脈栄養患者の 場合 (月 8 回程度)	592	592 円	592 円	1184 円	1776 円
		特別な投薬がある場合	442	4420 円	442 円	884 円	1326 円
		上記以外の場合	342	3420 円	342 円	684 円	1026 円

⑤歯科衛生士が行う場合 (月 4 回まで)

サービス提供者等	基本 単位	利用料	介護保険を適用した利用者負担		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
単一建物居住者 1 人に対して行う場合	362	3620 円	362 円	724 円	1086 円
単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	326	3260 円	326 円	652 円	978 円
上記以外の場合	295	2950 円	295 円	590 円	885 円

なお、生活保護等公費受給者証をお持ちの方は公費制度により負担金が補助されることがあります。

5. ご質問やご要望、苦情等ございましたら、

・在宅診療科 相談窓口担当 戸津 義徳 ・ 伊藤 正子 ・ 小瀧 あゆ子 までお申し出ください。

電 話 018-839-6141

他に、各市町村・国民健康保険連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・秋田市介護保険課

電 話 018-888-5672

FAX 018-888-5673

・秋田県国民健康保険団体連合会

電 話 018-883-1550

FAX 018-883-1551

6. 医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士には利用者の守秘義務があり、個人情報は外部に漏らしません。ただし、居宅療養管理指導は利用者が介護保険サービスを安心して受けていただくために、サービス担当者会議等において、ケアマネージャーや他のサービス事業者の担当者に必要な情報を提供します。介護保険の居宅サービスを受けておられない場合は、この限りではありません。

7. 指導に際し万が一事故が起こった場合は、適切に対応いたします。

(乙) 居宅療養管理指導の提供開始に当たり、利用者に対して上記の重要事項を説明しました。

事業者名 医療法人正観会 御野場病院

所 在 地 〒010-1424 秋田市御野場二丁目14番1号

代 表 者（理事長） 皆 河 崇 志 印

説 明 者印

(甲) 私は、事業者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並びにその利用料を支払うことに同意します。また、サービス担当者会議等において私並びに家族の個人情報をを用いることに同意します。

令和.....年.....月.....日

利用者 住所.....

氏名.....(印)

利用者の家族 住所.....

又は代理人

氏名.....(印)