

# 重要事項説明書

2024年5月1日改訂

医療保険で訪問診療・往診をしますが、介護認定を受けている方は、一部を介護保険で負担していただくことになっています。

## 1. 伊東内科小児科医院（在宅療養支援診療所）の運営方針と在宅療養管理指導について

### （1）運営方針

「病気の治療や苦痛の軽減を図り、在宅で可能な限り自立した生活を営み、尊厳をもって生きていけるように、包括的な支援をします」このため療養計画に基づいた計画的な往診（訪問診療）を行い、24時間365日往診に応じることができる体制を整えています [医療保険：在宅時医学総合管理料（在医総管）の負担が必要]。

### （2）在宅療養管理指導とは（介護保険）

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留意点、介護方法等について指導及び助言を行います。

## 2. 当事業所の概要

### （1）当事業所の所在地等

事業所名	伊東内科小児科医院
所在地	福岡市東区名島2丁目41-5
介護保険事業所番号	4010214551（福岡県）

## (2) 当事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
医師	2	1	3
看護師	3	3	5
社会福祉士	1	1	2
理学療法士	1		1
事務職員	2		2

## (3) 休日と訪問診療時間

\*日曜・祭日および8月13日から15日、12月29日から1月3日は休日です。

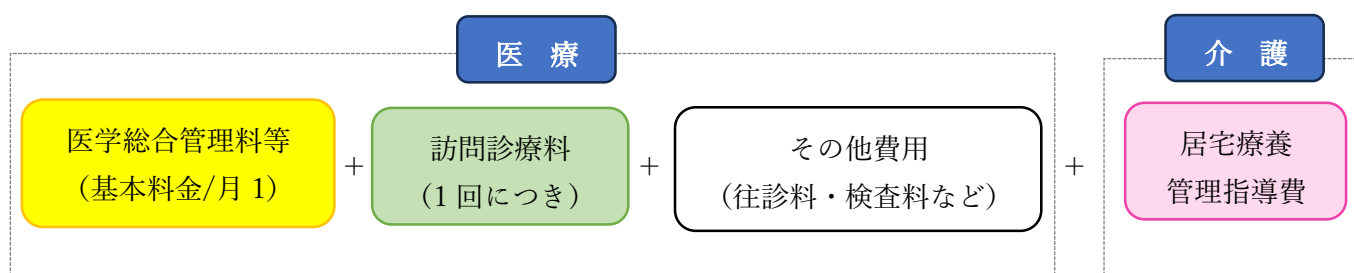
\*その他臨時休診や留守にすることもあります。その間は、緊急連絡手順書・代診医による往診や留守番電話・転送電話で対応いたしますのでご安心下さい。

(別紙：医療保険による在宅時医学総合管理料（在医総管）の負担が必要)。

	月	火	水	木	金	土	日
9:00 ~ 12:30	○	○	○	○	○	○	
14:00 ~ 17:30	○	○		○	○		

## 3. 当事業所の利用料金について

(1) 在宅時医学総合管理料（在医総管）、施設入居時医学総合管理料（施医総管）について（ひと月にかかる訪問診療料の仕組み）



・医療保険に加えて、介護保険をお持ちの場合は介護保険も適用されます。

介護保険は、診察回数によって金額が異なります。(月2回限度)

・初診月のみ初診料がかかるため、費用が異なります。

・時間外や休日の往診、時間内でも緊急の往診には追加料金が発生します。また、医師の判断が必要な場合は、電話も診察扱いとなります。(電話再診)

・月4回以上の訪問診療を行った場合、基本料金に600円(1割負担の場合)が加算されます。また、患者さんの病態や、注射・検査・行っている医療処置等に応じてさまざまな加算があり、追加料金が発生します。

・有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅に住宅等に入居されている患者様は、在宅時医学総合管理料ではなく、施設入居時等医学総合管理料になり、点数も変わります。

※在宅がん医療総合診療料：末期の悪性腫瘍の患者様で、当院からの訪問診療と、連携する訪問看護ステーション(同一法人のかんわ訪問看護ステーション)の訪問看護を合わせて週4回以上行った場合に適用され、日曜日を起点として1週間単位で算定します。週4日以上以上の訪問ができなかったり、入退院をされ、診療が週の途中で終了する場合は適応外となり、出来高でのご請求となります。

・高額療養費制度については、お尋ねください。

※当院での多数該当の取り扱いについて

国民健康保険と全国健康保険協会の限度額認定証をお持ちの方、また後期高齢者被保険者証の現役並み所得者の方で、他院受診等で直近1年間に月額自己負担限度額を3回以上お支払いされていても、当院でのお支払い開始を1回目と考えるため多数該当の取り扱いができかねます。一度、自己負担限度額(月額)までお支払い頂き、後日、ご本人様より高額療養費の還付手続きをおこなっていただく必要がございます。

---

\*認定を受ける前に居宅療養管理指導を希望される方や保険料の滞納等により法定代理受領できなくなった場合、1カ月につき上記の全費用を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。払い戻し可能な状況が整い、このサービス提供証明書を後日市町村の窓口へ提出しますと、90%の払い戻しを受けられます。

---

## (2) 診療に必要な衛生材料、特定保険医材料

診療に必要な衛生材料、ガーゼ・アルコール綿・テープ類等の資材は、当院で必要な衛生材料の量を判断し、患者様へ支給させていただきます。

特定保険医材料と呼ばれる保険請求ができる医療材料（褥瘡の治療に使用するテープ等）についても、必要な量を患者様へ支給させていただきますが、必要量以上を希望される場合は、自費にて購入していただく場合もございます。

詳しくは、事務までお尋ねください。

## (3) 保険外価格一覧

名 称	価 格
インフルエンザワクチン	4, 4 0 0 円 (4,000 円+消費税) (ご年齢・お住まいの市町村により市の助成を受けることが出来る場合があります)
肺炎球菌ワクチン	9, 9 0 0 円 (9,000 円+消費税) (ご年齢・お住まいの市町村により市の助成を受けることが出来る場合があります)
水痘ワクチン	9, 9 0 0 円 (9,000 円+消費税)
おむつ証明	1, 1 0 0 円 (1,000 円+消費税)
通院証明書	4, 4 0 0 円 (4,000 円+消費税)
診断書 (一般) ※診断書の内容によっては金額が異なることがあります。	4, 4 0 0 円 (4,000 円+消費税)
診断書 (介護施設用)	4, 9 5 0 円 (4,500 円+消費税)
診断書 (保険)	7, 1 5 0 円 (6,500 円+消費税)
障害年金診断書	1 0, 4 5 0 円 (9,500 円+消費税)
死亡診断書	3, 3 0 0 円 (3,000 円+消費税)
死亡診断検案書 (保険)	7, 1 5 0 円 (6,500 円+消費税)

\*表記された金額は税込み金額 (10%) です。消費税率変動の際には金額も変更となります。

\*こちらに記載のないものについては、事務にお問い合わせください。

(4) 訪問診療費のお支払いについて

1 カ月分を月末にまとめ、翌月の中旬に請求書を郵送します。基本的に、請求先は利用者様本人になります。

請求先、郵送先等が別の場合は、下記にご記載ください。入金確認後、領収書を郵送させていただきます。

(請求書の送付先)

住 所：(〒        -        )

---

氏 名： \_\_\_\_\_

【お支払い方法】 ※ご希望されますお支払い方法にチェックをお願い致します

クリニック窓口

(クレジットカード・電子マネーのご利用も頂けます ※ 別紙参照)

訪問診療時に現金でのお支払い (※釣銭のないようご協力をお願い致します)

郵便局にてお振込み (※手数料のご負担をお願い致します。また、請求書が届いてから、1 週間以内のお振込みをお願い致します)

<ゆうちょ銀行> 口座記号：01770-0 口座番号：170490

加入者名：伊東内科小児科医院 伊東 洋

※請求書郵送時に、払込取扱票の送付も可能です。  希望する  希望しない

(5) 交通費

原則無料ですが、タクシーを利用した場合は実費を請求させていただきます。

(6) 解約料

いつでも契約を解約でき、一切料金はかかりません。

(7) その他の料金

電話再診料 (健康、介護、生活指導・相談等) 70 円 (1 割負担の場合) を頂くことがあります。

#### 4. 個人情報使用について

利用者様及びその家族の個人情報については、以下に記載する通り必要最小限の範囲内で使用致します。

(1) 使用する目的

- a. 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- b. 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限の情報の提供

(2) 使用する事業者の範囲

利用者様が提供を受けるすべてのサービス事業者

(3) 使用する期間

契約で定める期間

(4) 使用にあたっての条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと

利用者様及びその家族の個人情報について、上記事項の説明を受け、必要最小限の範囲内で使用することに【 同意します ・ 同意しません 】

利用者署名 \_\_\_\_\_

代筆の場合は押印をして利用者との関係を記載してください【続柄 \_\_\_\_\_】

5. 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：東村 悦子 ご利用時間：診療時間内 電話番号：092(681)1000
福岡市東区役所	福祉・介護保険課 092-645-1069
福岡市博多区役所	福祉・介護保険課 092-419-1081
糟屋郡新宮町	健康福祉課 092-962-0239
古賀市	介護支援課 092-942-1144
福岡県国民健康保険団体連合会	介護保険課 092-642-7859

6. その他

(1) 医療保険証・限度額適用認定証は原則、オンラインでの資格確認となります。  
尚、障がい者医療証や難病医療証、介護保険証等のご提示をお願い致します。  
また、変更等があった際には速やかにお知らせ下さい。

(2) お薬の受け渡し【調剤薬局名：  】

家族が取りに行く

居宅療養管理による配達（薬局との契約が必要）

(3) ご家族の緊急連絡先をご記載ください。

【緊急連絡先 ① <sup>ふりがな</sup>  様（続柄：）

ご住所 〒

連絡先①

連絡先②

【緊急連絡先 ② <sup>ふりがな</sup>  様（続柄：）

ご住所 〒

連絡先①

連絡先②

- (4) 具合の悪い時は、早めにご連絡ください。午前中にご連絡いただくと、当方の行動計画が立て易くなります。
- (5) 時に、緊急往診が入る場合もございます。お約束の時間を守れない事もありますので、ご了承ください。
- (6) 駐車場確保をお願いします。コインパーキング利用の場合は実費を必要とします。
- (7) 訪問診療では、湯茶の準備等のお気遣いはされませんようお願い致します。

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。

年 月 日

事業者 所在地 福岡市東区名島2丁目41-5

名称 伊東内科小児科医院

説明者 東村 悦子 管理者 伊東 洋 印

---

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、重要事項説明書の内容に同意します。

**【利用者】**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

**【署名代行者（代理人）】**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係： \_\_\_\_\_)