

## 居宅・在宅について

# 必読！在宅マニュアル

## 「在宅訪問」をはじめ前の基礎知識

### 1. 在宅患者訪問薬剤管理指導と（介護予防）居宅療養管理指導の違い

患者宅（居宅と認められる施設を含む）に訪問し、服薬の管理・指導等を行うという点で、違いはありません。医療保険での名称と介護保険での名称が異なっているだけです。

保険制度（請求先）	要支援・要介護区分	指導の名称
医療保険	なし	在宅患者訪問薬剤管理指導
介護保険（要支援）	要支援1 要支援2	介護予防居宅療養管理指導
介護保険（要介護）	要介護1～5	居宅療養管理指導

\*在宅で指導を行った場合の指導料・指導費を、どの保険に請求するかで名称を使い分けます。

\*要支援・要介護に認定されている方は、介護保険への請求が優先されます。

\*要支援・要介護に認定されているかどうかは、介護保険証で確認します。

\*介護保険への請求の窓口は、国保連合会です。

\*処方箋の調剤に係わる基本調剤料、調剤料、薬剤料、各種加算等は、すべて医療保険に請求します。

注：医療保険と介護保険の改定年度の違いにより、点数に違いがでることがあります。

### 2. 介護保険制度における指定居宅療養管理指導事業所

介護保険制度における（介護予防）居宅療養管理指導を行い、その指導費を請求するためには、指定居宅療養管理指導事業所になる必要があります。薬局の場合は、みなし指定になるため、特別な届け出は必要ありません。→P173参照。

\*指定居宅療養管理指導事業所は、駐車許可証を交付してもらえます。→詳しくは警察署へ

薬局それぞれに薬局コード（7桁の番号）があるように、指定居宅療養管理指導事業所にも番号（10桁）があります。兵庫県の場合、薬局コードの前に284を入れます。

②⑧④，〇〇〇，〇〇〇，〇→介護保険への請求には、この番号を使います。

↑県番号（28）薬局（4） ↑薬局コード（7桁）

医師、歯科医師、歯科衛生士も（介護予防）居宅療養管理指導を行いますので、これらと区別するため、請求の際は、居宅管理指導の前に薬剤師と入れます。

薬剤師介護予防居宅療養管理指導・薬剤師居宅療養管理指導 →請求にはこの名称を使います。

## 「在宅訪問」を始めるための事前準備

1. 各種届出＝麻薬小売業者免許（麻薬管理指導加算 算定に必要）※必須  
高度管理医療機器等 販売業許可（創傷被覆材の一部に必要）  
※必要な場合がありますので、取ることをお勧めします

医療保険＝在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出 近畿厚生局（提出先）→書式P000

介護保険＝薬局の場合、指定居宅療養管理指導事業所は、みなし指定のため、特に届出は必要ありませんが、指定を必要としない旨の「別段の申し立て」をしている薬局は、この申し立ての取り下げが必要です。

介護給付費の請求および受領に関する届出 国保連合会 介護保険係（提出先）。→書式P000

生活保護の居宅に訪問する場合は、別に生活保護法指定介護機関指定申請が必要です。

生活保護法指定介護機関指定申請書 都道府県の生活保護担当課、社会福祉事務所  
（提出先）→書式P000～000。

また、（介護予防）居宅療養管理指導費を請求する際は、介護券が必要です。→P 000参照。

## 2. 書類等の整備

### 医療保険・介護保険共通

掲示 医療保険 訪問薬剤管理指導の届出を行っている旨

介護保険 運営規程の概要、勤務体制他の重要事項 介護サービス提供事業所としての掲示

- ① 医師への報告書→P 000～000
- ② 薬学的管理指導計画書→P 000～000

### 介護保険

- ① 重要事項説明書→例 P 000～000
- ② 契約書→例 P 000～000
- ③ 個人情報保護に関する同意書→例 P 000
- ④ 運営規定→例 P 000～000

上記書類等は、特に定められた書式はありません。必要事項が網羅されていれば、例を各薬局で記入しやすいようにアレンジしてかまいません。

必要事項は、兵庫県薬剤師会HP会員ページの書類等ダウンロードを参照して下さい。

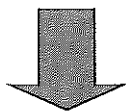
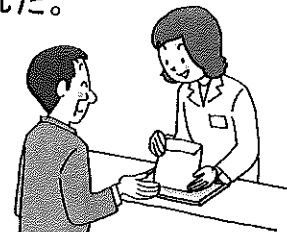
## 3. 介護保険の請求書等

- ① 介護給付費請求書→P 000～000
- ② 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書→P 000～000
- ③ 介護予防サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書→P 000～000
- ④ サービスコード表→P 000～000

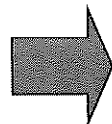
注：フロッピーディスク、CD-Rで請求する場合、①②③は不要です。

## 薬局の窓口で、このようなことはありませんか？

- ・代理人(患者家族、ヘルパー等)の方が受け取りに来られたが、患者本人がきちんと服用しているか把握していない。
- ・処方された薬の服用方法を説明しても理解度が落ちており心配になる。
- ・処方された薬を先日お渡ししたのに、既に薬がないと来局された。
- ・飲み残した薬が増えていくと相談された。
- ・受診医療機関が多く、使用薬剤の状況が確認できない。



これらの状況が薬局で確認されたとき、どのように対応されますか？



患者宅へ出かけて服薬状況を確認する必要があります。

## 報酬と算定要件

居宅療養指導費(介護予防居宅療養管理指導費も含む)	単一建物居住者の人数	単位数
病院または診療所の薬剤師	1人	558単位
	2～9人	414単位
	10人以上	378単位
薬局の薬剤師	1人	507単位
	2～9人	376単位
	10人以上	344単位
特別地域加算		所定単位数の100分の15
中山間地域等における小規模事業所加算		所定単位数の100分の10
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の100分の5

＜単一建物居住者＞ 当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の薬剤師が、同一月に指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

\* 患者の負担額は、医療保険の場合、負担割合に応じて変わりますが、介護保険は1～3割負担になります。

\* 公費や特例により患者負担額が、免除あるいは減額されます。ただし、介護保険には適応されない公費もあります。

\* がん末期患者と中心静脈栄養患者は、週2回かつ月8回までの上限となります。

## 算定要件

- ①通院困難な患者に訪問指導を行う。
- ②医師の指示が必要です。指示書をもらう他、処方箋の備考欄へ要訪問などの文言を記入してもらいます。口頭指示でも可能ですが、処方箋の備考欄・薬歴に記載しておく必要があります。
- ③薬学的管理計画を作成し、必要に応じて見直しを行います。薬歴に添付するなどして保管します。
- ④訪問毎に報告書を医師へ提出します。介護保険の場合は、ケアマネージャーへも報告します。

## 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進①

- 在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

### 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

#### 現行

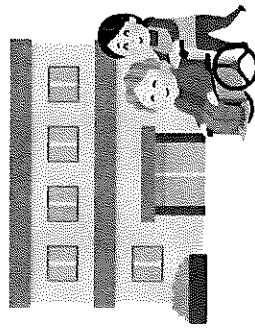
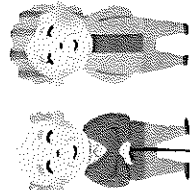
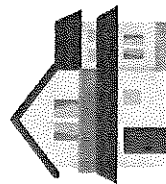
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合
- 2 同一建物居住者の場合

650点  
300点

【同一建物居住者】

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。



- 医療機関の薬剤師が実施する場合も同様に見直し。

#### 改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 単一建物診療患者が1人の場合
- 2 単一建物診療患者が2～9人の場合
- 3 1及び2以外の場合

650点  
320点  
290点

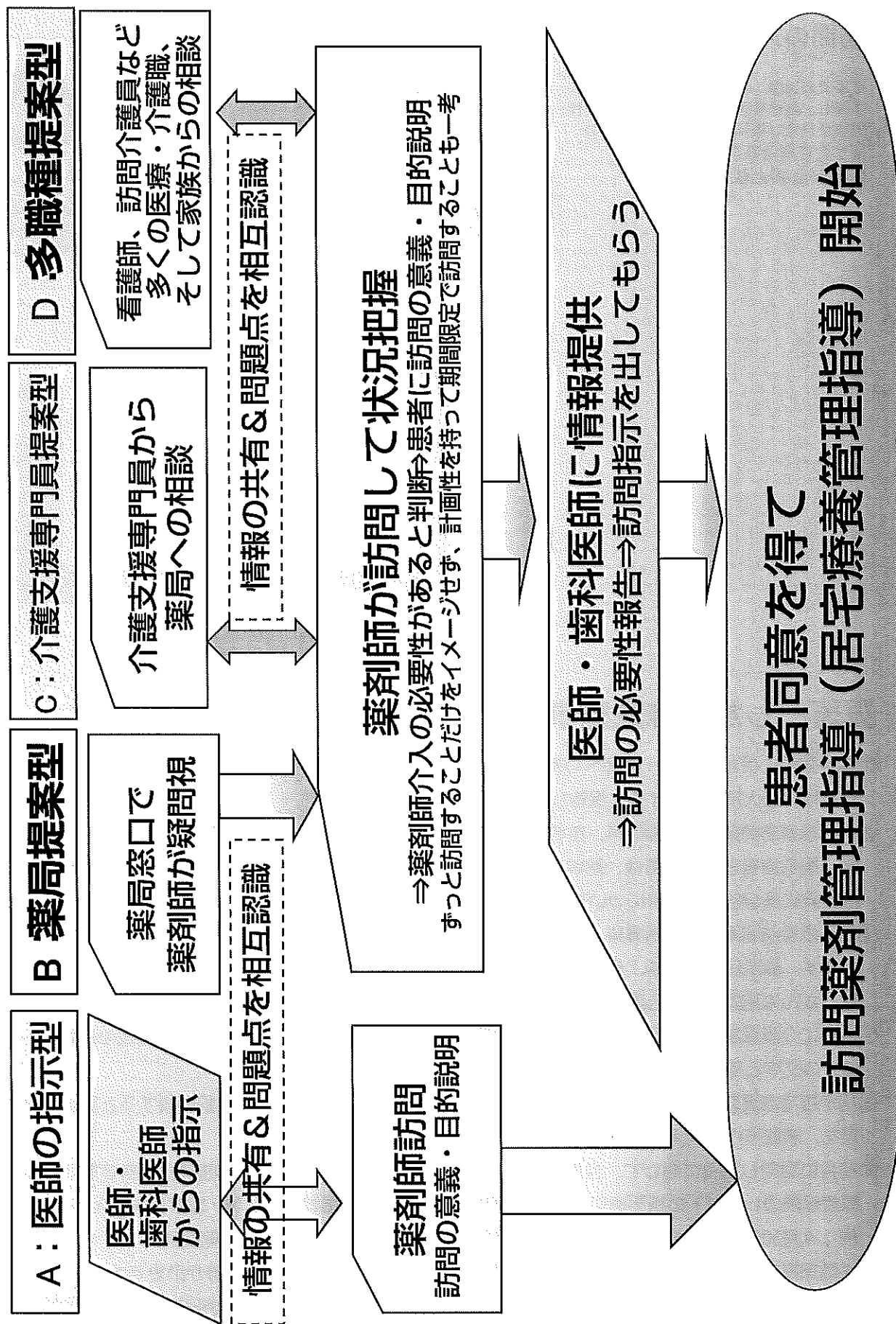
【単一建物診療患者の人数】

(1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局等が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

(2) 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

- ・同居する同一世帯に、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以上いる場合
- ・訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合
- ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下の場合

# 訪問薬剤管理指導の実施に至るパターン



## (介護予防)居宅療養管理指導・訪問薬剤管理指導の手順

### 訪問の対象者

在宅での治療・療養上、薬剤師が居宅を訪問し、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、服薬状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行うことを、医師が必要と認めた者。



#### ① 指示

(注) 医師・歯科医師から指示(処方箋によらなくても可)を受け、また患者情報提供を受ける(病状経緯等でなく介護保険の認定を受けているか否か、また居宅支援事業所名などの情報も得る)

#### ② 計画書の策定、提出

(注) 調剤・薬学的管理計画書をつくり指示医に提出する(この時居宅支援事業所にも計画書を出すと、連携が取り易い)  
 (注) 月2回以上算定する場合は、算定する日の間隔は6日以上とする。またがん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については週2回かつ月8回に限り算定できる  
 (注) 病院薬剤師が実施する場合は、1月に2回を限度とする。算定する日の間隔は6日以上とする。



#### ③ 訪問

(注) 要支援1及び2の方は介護予防居宅療養管理指導、要介護1~5の方は居宅療養管理指導、介護認定をうけていない方は医療保険、老人保健の対象として訪問薬剤管理指導となる。

一部負担金の徴収  
(1割負担)



#### ④ 報告書の提出

(注) 医師・歯科医師に居宅療養管理指導(訪問薬剤管理指導)の報告書を提出。薬歴にも記載するか報告書を添付する。ケアマネージャーにも報告書を情報提供として渡しておく連携が取り易い

## 見落としがちな注意事項

- ① 在宅訪問に係わる薬歴・医師への報告書のコピー・薬学的管理計画書のコピー・重要事項説明書・契約書などは、個人別にファイルし保管します。
- ② 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、(介護予防)居宅療養管理指導費は、訪問日で算定します。薬歴には訪問日と指導の区別を記入します。また、医療保険に請求する指導料については、調剤録も作る必要があります。
- ③ 在宅患者訪問薬剤管理指導料・(介護予防)居宅療養管理指導料は、調剤日から、服用期間内に訪問し算定します。算定日の間隔は、6日以上で、算定回数は月4回が限度です。  
 注：がん末期患者と中心静脈患者は、週2回かつ月8回までの上限となります。
- ④ 当月に介護保険で、(介護予防)居宅療養管理指導料を算定した場合、当月の医療保険のレセプトの摘要欄に介の文字と回数を記入します。
- ⑤ 指定居宅療養管理事業所の運営規定の概要、勤務者の体制、サービスの選択に資すると認められる重要事項を、事業所内の見えやすい所に掲示しなければなりません。
- ⑥ 前月に調剤した薬に関して、当月に訪問し、医療保険で在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定した場合、医療保険のレセプトの摘要欄に、前月の調剤日・調剤日数・指導料の名称・算定日を記入します。  
 例：4月30日の調剤薬14日分、5月1日訪問し在宅患者訪問薬剤管理指導料算定
- ⑦ 生活保護の場合、医療保険で調剤券が必要なように、介護保険では、介護券が必要です。
- ⑧ 在宅訪問薬剤管理指導もしくは、居宅療養管理指導を算定した月には、薬剤服用歴管理指導料は、算定できません。  
 注：主たる疾病によらないケガや風邪、他科の処方などのときは、この限りではありません。



# 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出書

保険薬局  
コード

受理番号

(届出事項)

在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ます。

平成 年 月 日

保険薬局の所在地  
及び名称  
電話番号

開設者名

印

近畿厚生局長 殿

# 介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

〇〇県国民健康保険団体連合会

開設者 住所

理事長 様

氏名

印

介護給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号											
法人 種別	<input type="checkbox"/> 01:社会福祉法人(社協以外) <input type="checkbox"/> 02:社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> 03:医療法人 <input type="checkbox"/> 04:民法法人(社団・財団) <input type="checkbox"/> 05:営利法人			<input type="checkbox"/> 06:非営利法人 <input type="checkbox"/> 07:農協 <input type="checkbox"/> 08:生協 <input type="checkbox"/> 09:その他法人 <input type="checkbox"/> 10:地方公共団体(都道府県)			<input type="checkbox"/> 11:地方公共団体(市町村) <input type="checkbox"/> 12:地方公共団体 (広域連合・一部事務組合) <input type="checkbox"/> 13:非法人 <input type="checkbox"/> 99:その他				
フリガナ					郵便 番号				連 合 会 使 用 欄		
事業所 名称					TEL						
フリガナ					FAX						
					振込先	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			銀行 信託銀行 信用金庫 農協		
所在地					支店名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			本店 支店		
					口座 種類 番号	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座 <input type="checkbox"/> その他					
フリガナ					フリガナ						
請求者					(口座名義人) 受領者						
	届出理由				開設年月／請求開始年月			旧事業所番号			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	新設				年 月 開設			※摘要			
<input type="checkbox"/> 2	請求者及び受領者(口座名義)の変更				年 月 請求開始 ※請求開始年月は可能であれば記入して下さい						
<input type="checkbox"/> 3	請求方法の変更										
<input type="checkbox"/> 4	振込先及び口座番号の変更										
<input type="checkbox"/> 5	その他 ( )										
請求 媒体	接 続 先 電 話 番 号										
	<input type="checkbox"/> 1 伝送 <input type="checkbox"/> 2 磁気(MO) <input type="checkbox"/> 3 磁気(MT) <input type="checkbox"/> 4 磁気(FD) <input type="checkbox"/> 5 帳票										
Eメール	※本欄は記入不要です										
備 考	※請求事務担当者のお名前を記入して下さい										

# 生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定介護機関指定申請書

生活保護法第54条の2第1項及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名 称	(フリガナ)					
所 在 地	〒 - Tel ( )					
開設者の氏名、生年月日、住所(法人の場合は氏名(名称)欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名(名称)	(フリガナ)		月 生 日 年	M・T・S・H 年 月 日	
	住所(所在地)	〒 -				
医療機関コード等			介護保険事業者番号	2 8		
施設又は実施する事業の種類	申請する事業等			事業開始(予定)年月日	生活保護法の既指定の年月日	介護保険法の指定(予定)年月日
	介護	介護予防	介護予防・日常生活支援			
居宅介護	訪問介護					
	訪問入浴介護					
	訪問看護					
	訪問リハビリテーション					
	居宅療養管理指導					
	通所介護					
	通所リハビリテーション					
	短期入所生活介護					
	短期入所療養介護					
	特定施設入居者生活介護 ※					
	福祉用具貸与					
	特定福祉用具販売					
	居宅介護支援					
	地域包括支援センター					
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
	夜間対応型訪問介護					
	地域密着型通所介護					
	認知症対応型通所介護					
	小規模多機能型居宅介護					
	認知症対応型共同生活介護 ※					
	地域密着型特定施設入居者生活介護 ※					
	地域密着型介護老人福祉施設 看護小規模多機能型居宅介護					(生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。)
施設介護	介護老人福祉施設					(生活保護法第54条の2第2項による「みなし指定」のため、申請は不要です。)
	介護老人保健施設					
	介護医療院					
	介護療養型医療施設					
介護予防・日常生活支援	訪問型サービス					
	通所型サービス					
	その他の生活支援サービス					
	介護予防ケアマネジメント					

※の事業を申請する場合は、裏面「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄に必ず記載すること

平成 年 月 日

知事  
様  
市長

住所  
申請者  
氏名

(印)

施設又は実施する事業の種類 (表面でチェックした該当事業種類を記載)	職員配置の状況				利用定員等	
	職種	常勤(実人員)		非常勤(実人員)		
		専従	兼務	専従		兼務
管理者	施設又は実施する事業の種類	氏名	住所		生年月日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額						
※記載要領 12.に規定する事業を申請する場合のみ右欄に記載すること						

### 注 意 事 項

- この書類は、兵庫県知事又は神戸市長、姫路市長、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 貴機関等が指定された場合には、兵庫県又は神戸市、姫路市、西宮市、尼崎市、明石市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

### 記 載 要 領

(申請書表面)

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院が申請する場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者、介護予防事業者、特定福祉用具販売事業者、特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所、介護予防事業所、特定福祉用具販売事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターが申請する場合には、その開設する居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターごとに記載してください。
- 「名称」欄は、略称等を用いることなく、介護保険法による開設許可又は指定を受けた正式な名称を用いて記載してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正してそのすべてを記載してください。
- 「介護保険事業者番号」欄は、介護保険法により付番された番号を記載してください。
- 「施設又は実施する事業の種類」欄には、今回申請する事業について、該当する欄にすべて「○」を記載してください。
- 「生活保護法の既指定の年月日」欄は、すでに本法による指定を受けている事業等につき、その指定を受けた年月日を記載してください。
- 「介護保険法の指定(予定)年月日」欄は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた(受ける予定の)年月日を記載してください。  
なお、介護保険において平成18年4月1日に指定されたこととみなされる予定の事業者については、「18.4.1」と記載してください。
- 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事業所の所在地を申請者欄に記載し、法人の代表者印を押印してください。

(申請書裏面)

- 「職員配置の状況」欄は、各事業等ごとに、職種別に、(適宜仕切り線を加え)申請時の実人員の数を記載してください。ただし、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設については、職種別の区分は必要ありません。
- 「利用定員等」欄は、入院、入所(利用)定員を定めている場合に、各事業所ごとに、申請時における数を記載してください。
- 「管理者氏名」欄は、介護保険法等の規定に基づき配置した管理者の氏名を事業の種類ごとに記載してください。
- 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」欄は、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護を申請する場合に限り、各事業ごとに、定めている利用料すべてについて、特に入居に係る利用料とそれ以外が明確に区別されるように記載してください。

# 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号										保険者番号										
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号										
患者	氏名									保健医療機関の所在地及び名称										
	生年月日	明大昭平	年	月	日	男・女	電話番号			⑩										
	区分	被保険者	被扶養者				都道府県番号		点数表番号	医療機関コード										
交付年月日		平成	年	月	日	処方せんの使用期間				平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること						
処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。																		
	「要訪問」の記載で、 在宅服薬指導の指示になります																			
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																		
	要訪問 一包化																			
調剤済年月日		平成	年	月	日	公費負担者番号														
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名						公費負担医療の														

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、日本工業規格A列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

# 患者情報提供書

平成 年 月 日

保険薬局

様

医療機関の  
所在地名称  
電話番号  
医師氏名

印

患者氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 )
患者住所	〒 電話番号				
介護度：要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
介護事業者： 担当者（ケアマネ）： 連絡先（電話番号）：					生活保護 有・無
傷病名・合併症（主な既往歴）					
病状・治療の状況					
感染症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有： <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
日常生活活動（ADL）の状況 移動： <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助    食事： <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 排泄： <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助    入浴： <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 着替： <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助    整容： <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助					
認知の低下	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有： <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度				
主たる介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他（ ）				
<input type="checkbox"/> ネプライザー <input type="checkbox"/> 吸引機 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
訪問薬剤管理指導に関する指示及び留意事項					

# 患者情報提供書(例)

平成 年 月 日

保険薬局

様

医療機関の  
所在地名称  
電話番号  
医師氏名

印

患者氏名	〇〇 太郎	性別	男 女	生年月日	昭和 9年 6月 1日 (80歳)
患者住所	〒650-〇〇〇〇 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号		電話番号 078-〇〇〇-〇〇〇〇		
介護度：要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・ <b>要介護3</b> ・要介護4・要介護5					
介護事業者：〇〇ケアプランセンター 担当者（ケアマネ）：〇〇 良子 連絡先（電話番号）：092-〇〇〇-〇〇〇〇					生活保護 有・ <b>無</b>
傷病名・合併症（主な既往歴） 右股関節術後、脊柱管狭窄症、房室ブロック、認知症（軽度）。					
病状・治療の状況 2009年11月20日：高度房室ブロックのためペースメーカー挿入。 2009年12月25日：心房リード偏位ありVVIに変更。 2011年1月21日：右人口股関節置換術。 2013年11月より往診開始。腰痛と足の痛みの訴えが続いている。鎮痛剤と湿布で対応。 12月1日長谷川スケール18点、心エコーで大きな異常無し。					
感染症	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有： <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他（                      ）				
日常生活活動（ADL）の状況 移動： <input type="radio"/> 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助    食事： <input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 排泄： <input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助    入浴： <input type="radio"/> 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 着替： <input type="radio"/> 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助    整容： <input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助					
認知の低下	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有： <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度				
主たる介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 息子 <input checked="" type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他（                      ）				
<input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引機 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他（                      ）					
訪問薬剤管理指導に関する指示及び留意事項 独居だが息子と娘が交代で家に来て介護をしている。夜間は完全に1人。残薬が多く服薬できていない様子。薬は家族にもさわらせず、詳しい服薬状況が分かりにくい。服薬状況の確認ならびにコンプライアンス向上のための支援を要する。					

# 服薬情報提供書兼訪問要否意見書

(薬剤師→処方医→薬剤師)

医療機関名

担当医師名

御侍史

所在地

薬局名

TEL

FAX

保険薬剤師名

㊞

報告日 平成 年 月 日

患者氏名		男・女	昭和 年 月 日生 ( 歳)
患者住所		TEL	
薬剤師からの情報等			医師からのご意見・回答等
<p>以上、患者の服薬状況等について報告いたします。 継続的な訪問薬剤管理指導が必要と思われるのでご検討ください。</p>			<p>継続的な訪問薬剤管理指導が</p> <p><input type="checkbox"/>必要と認める (薬局よりご連絡いたしますので、 情報提供書のご準備をお願いいたします。)</p> <p><input type="checkbox"/>不要</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医師署名 ㊞</p>

※お手数ですが、右上の回答欄へご記入の上、薬局までFAXをお願いいたします。

※訪問が必要と認められる場合は、次回より処方せんの備考欄に「要訪問」の記載をお願いいたします。

(一社)兵庫県薬剤師会作成





訪問薬剤管理指導・報告書

医療機関名

氏名		男	女	M T S	年	月	日生 ( 歳)
訪問回数	2週間毎 1週間毎 1ヶ月毎 その他 ( )						水・金曜日訪問
服薬管理者	本人・家族・ヘルパー・その他 ( )						
管理方法	お薬カレンダー・配薬BOX・薬袋・その他						
調剤形態	完全分包：別包あり・なし・散剤：ヒート・分包 粉砕						
併用薬							
血圧	/		体重	kg		脈拍	
食事	良い・普通・悪い 回/日		排尿	良い・普通・悪い 昼 回/日 夕 回/日		排便	快便・便秘・下痢
睡眠	良い・普通・悪い 時間		運動	良い・普通・悪い		認知機能	良い・普通・悪い
薬剤管理・服薬状況	コンプライアンス 有・無	管理状況 効果	良い・普通・悪い 良い・普通・悪い	服薬時間 理解度	良い・普通・悪い 良い・普通・悪い	嚥下	良い・普通・悪い
	副作用・ 相互作用	有・無	重複投薬	有・無	他科受診	有・無	
	趣向品・ 健康食品	有・無	市販薬	有・無			
特記事項							

上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

薬局 住所

TEL

担当薬剤師

印

訪問薬剤(居宅療養)管理指導・計画書

年 月 分
-------

患者氏名 :  生年月日 : 年 月 日	提出医療機関名 :  訪問薬局 :  薬剤師氏名 :
----------------------------	--

訪問予定日

月 日 ( )	月 日 ( )
月 日 ( )	月 日 ( )

項目	今月の重点項目	重点的にチェックする項目に○を付けています。	項目 2, 3, 5 については対象薬品名
1	服薬状況チェック(管理状況・服用状況等)		
2	薬効説明		
3	服用法・使用法の説明		
4	併用薬チェック		
5	副作用・相互作用チェック		
6	生活状況チェック(食事・睡眠等)		
7	アレルギーチェック		
8	介護状況チェック(おむつの使用状況等)		
9			
10			
	その他特記事項		

年 月 日

医療機関名

担当医師名

薬局名

住所

電話

FAX

薬剤師名

患者	氏名			性別	
	生年月日		電話		
	住所				

対象年月

訪問月

今回処方薬	
他科受診	
併用薬剤	
薬学的管理内用	①薬効説明： ②理解度： ③管理/保管状況： ④コンプライアンス： ⑤他科受診： ⑥併用薬品： ⑦副・相互作用： ⑧健康・嗜好： ◆処方変更： ◆GE への変更希望： ◆残薬の確認：
症状に関する情報	
多職種からの情報	
服薬による ADL・QOL への影響	
次回計画	上記のプロブレムを継続的に確認・指導する。
薬学的管理指導・説明のポイント	
その他お伝えしたい事項	
次回訪問日/訪問間隔	年 月 日/

訪問薬剤管理指導 報告書・計画書（例）

年 月 日

医療機関名

担当医師名

薬局名

住所

電話

FAX

薬剤師名

患者	氏名		性別	
	生年月日		電話	
	住所			

対象年月

訪問月

今回処方薬	<p>1. 塩酸ピルジカイニドカプセル50mg「タイ 1C ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「日医工」 1錠 バイアスピリン錠100mg 1錠 ウブレチド錠5mg 1錠 ネキシウムカプセル20mg 1C シルニジピン錠10mg「サワイ」 1錠 バルサルタン錠80mg「モチダ」 1錠 【分1 朝食後】</p> <p>2. エبرانチルカプセル15mg 2C 【分2 朝食後と就寝前】</p> <p>3. フルニトラゼパム錠1mg「アメル」 1錠 ゾラナックス0.4mg錠 1錠 【分1 就寝前】</p>
他科受診	整形外科
併用薬剤	アドフィードパップ40mg 10cm×14cm
薬学的管理内用	<p>① 薬効説明： 重点 ②理解度： 良 ③管理/保管状況： 良 ④コンプライアンス： 良 ⑤他科受診： 有（他科受診の欄参照） ⑥併用薬品： 有（併用薬の欄参照） ⑦副・相互作用： 無 ⑧健康・嗜好： 無 ◆処方変更： 無 ◆GEへの変更希望： 有 ◆残薬の確認： 《今回処方薬以外 残薬》 ケナログ口腔用軟膏0.1% 使用中のもの</p>
症状に関する情報	<p>《家族からの主な訴え》 エبرانチル服用で排尿回数増え、夜中に何回も起きてトイレに行く。家族の方が疲れているのでエبرانチルは夕食後にできるだけ早めに服用（夕食は18:00~18:30）させている。逆に、フルニトラゼパム錠はできるだけ遅くに服用させ、家族の就寝時刻に合わせて寝ることができるように調整しようとしているが、最長でも4時間ほどしかまとめて寝てくれない。結局、夜中にトイレに行く時にフラフラになっているのを支えるのが却って大変なので、最近フルニトラゼパム錠2mgを半錠だけ飲ますようにしている。朝までぐっすり寝てもらいたい。</p>
多職種からの情報	
服薬によるADL・QOLへの影響	<p>#1.薬剤によるQOLの低下：エبرانチルにより夜間排尿が多く睡眠の妨げになっている可能性 #2.転倒の危険性：睡眠剤副作用によるふらつき #3.ハイリスク薬の指導・管理 1) 患者に対する処方内容（薬剤名、用法・用量等）の確認 2) 服用患者のアドヒアランスの確認 3) 副作用モニタリング ・塩酸ピルジカイニドカプセル50mg：ふらつき、動悸、低血糖等の症状及び重篤な副作用（催不整脈等）⇒問題なし ・バイアスピリン錠100mg：出血傾向、胃痛、胃部不快感⇒問題なし 4) 効果の確認⇒問題なし</p>
次回計画	上記の問題を継続的に確認・指導する。
薬学的管理指導・説明のポイント	<p>・薬によるADL・QOLへの影響確認 ・ゾラナックス0.4mg錠：薬効・用法説明</p>
その他お伝えしたい事項	右口角、少し切れて赤くなっている。現在は残薬のケナログ口腔用軟膏0.1%で対処している。
次回訪問日/訪問間隔	2015年〇月〇日/木曜日毎

# 居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書 (イ別)

↑追加

居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導（以下、「居宅療養管理指導等」という。）サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者が\_\_\_\_\_様に説明すべき重要事項は次の通りです。

## 1. 事業者概要

事業者名称	〇〇薬局（〇〇県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者）
事業所の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇
指定番号	〇〇県指定□□□号
代表者名	〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

## 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、主治の医師等が交付した処方せんに基づき薬剤師の訪問薬剤管理指導を必要と認めた利用者に対し、〇〇薬局の薬剤師が適正な居宅療養管理指導等を提供することを目的とします。
運営の方針	<p>①利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>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。</p> <p>③利用者の療養に資する等の観点から、当該利用者に関係す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。</p>

## 3. 提供するサービス

当事業所がご提供するサービスは以下の通りです。

### 【居宅療養管理指導等サービス】

- ① 当事業所の薬剤師が、医師の発行する処方せんに基づいて薬剤を調製するとともに、利用者の居宅を訪問し、薬剤の保管・管理や使用等に関するご説明を行うことにより、薬剤を有効かつ安全にご使用いただけるよう努めます。
- ② サービスのご提供に当たっては、懇切丁寧に行い、分かりやすくご説明いたします。もし薬について分からないことや心配なことがあれば、担当の薬剤師にご遠慮なく質問・相談してください。

注) 居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導におけるサービスの提供及び内容は同じです。

#### 4. 職員等の体制

当事業所の職員体制は以下の通りです。

従業者の職種	員数	通常の勤務体制
薬剤師	○名	・常勤者（○名） 勤務時間—午前○：○○～午後○：○○ ・非常勤者（○名） 勤務時間—午前○：○○～午後○：○○
事務員	○名	・常勤者（○名） 勤務時間—午前○：○○～午後○：○○

#### 5. 担当薬剤師

担当薬剤師は、以下の通りです。

担当薬剤師：①	(主担当)
: ②	
責任者：	

- ①担当薬剤師は、常に身分証を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。
- ②利用者は、いつでも担当薬剤師の変更を申し出ることができます。その場合、当事業所は、このサービスの目的に反するなどの変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ③当事業所は、担当薬剤師が退職するなどの正当な理由がある場合に限り、担当薬剤師を変更することがあります。（その場合には、事前に利用者の同意を得ることといたします。）

#### 6. 営業日時

当事業所の通常の営業日時は、次の通りです。

- ①営業日 月曜日から土曜日まで。但し、国民の祝祭日及び年末年始（12月○○日～1月○○日）を除きます。
- ②営業時間 月曜日から金曜日の午前○：○○～午後○：○○、土曜日の午前○：○○～午後○：○○まで。

#### 7. 緊急時の対応等

- ①緊急時等の体制として、携帯電話等により24時間常時連絡が可能な体制を取っています。
- ②必要に応じ利用者の主治医または医療機関に連絡を行う等、対応を図ります。

8. 利用料

サービスの利用料は、以下の通りです。

介護保険制度の規定により、以下の通り定められています。

①居宅療養管理指導サービス提供料として  
 居宅療養管理指導費  
 ・単一建物居住者が1人 507単位  
 ・単一建物居住者が2～9人 376単位  
 ・単一建物居住者が10人以上 344単位  
 算定する日の間隔は6日以上、かつ、月4回を限度。ただし、がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている場合は、1週に2回、かつ、月に8回を限度

②麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合  
 1回につき100円（①に加算）

注1）上記の他、健康保険法等に基づき、薬代や薬剤の調製に係わる費用の一部をご負担いただきます。

注2）上記の利用料等は厚生労働省告示第124号に基づき算定しています。算定基準が改定された場合、改定後の最新の利用料を適用日より算定します。

注3）居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費に係るサービス利用料は同じです。

※上記の他、交通費を実費徴収する場合には、その旨を記載する。

\*単一建物居住者（当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の薬剤師が、同一月に指定居宅療養管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、1月に2回（薬局の薬剤師にあつては、4回）を限度とする。

\*離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する提供（予防含む）（所定単位を訂正する）

特別地域加算（新設）	所定単位数の100分の15
中山間地域等における小規模事業所加算（新設）	所定単位数の100分の10
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（新設）	所定単位数の100分の5

9. 苦情申立窓口

当事業所のサービス提供に当たり、苦情や相談があれば、下記までご連絡ください。

①連絡先：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

②担当者名：〇〇 〇〇

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅療養管理指導等サービスの提供に当たり、□甲1、□甲2に対して、重要事項等説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明いたしました。

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者

主たる事業所所在地 ○○○○○○○○○○○○○○○○○

名 称 ○ ○ ○ ○ 印

説明者 所 属 ○○○○

氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

(甲) 私は、重要事項等説明書に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住 所 ○○○○○○○○○○○○○○○○○

氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

(甲2) 利用者家族 住 所 ○○○○○○○○○○○○○○○○○

氏 名 ○ ○ ○ ○ 印



## 居宅療養管理指導・契約書（例）

利用者 \_\_\_\_\_（以下「甲」という。）と事業者 ○○薬局（以下「乙」という。）とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

### （目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の状況、置かれている環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより甲の療養生活の質の向上を図ります。

2 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

### （契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

### （運営規程の概要）

第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、居宅療養管理指導サービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

### （担当の居宅療養管理指導従業者）

第4条 乙は、甲のため、担当の居宅療養管理指導従業者（以下「丙」という。）を定め、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、丙を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。

3 甲は、乙に対し、いつでも丙の変更を申し出ることができます。

4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する居宅療養管理指導サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように丙を変更します。

### （主治医との関係）

第5条 乙は、甲の主治医の指示（処方せんによる指示）に基づき居宅療養管理指導サービスの提供を開始します。

2 丙は、居宅療養管理指導サービスの提供に関して、甲の主治医と密接な連携を取ります。

### （居宅療養管理指導サービスの内容及びその提供）

第6条 乙は、丙を派遣し、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の居宅療養管理指導サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保

存しなければなりません。

- 4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

（居宅介護支援事業者等との連携）

第7条 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・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。

（協力義務）

第8条 甲は、乙が甲のため居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

（苦情対応）

第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した居宅療養管理指導サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

- 2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し何ら不利益な取扱いをすることはできません。

（費用）

第10条 乙が提供する居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

- 2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。
- 3 乙は、提供する居宅療養管理指導サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。
- 4 乙は、前二項に定める費用のほか、居宅療養管理指導サービスの提供に要した交通費の支払いを甲に請求することができます。
- 5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。
- 6 乙は、甲が正当な理由もなく居宅療養管理指導サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。
- 7 乙は、居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。
- 8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

（利用者負担額の滞納）

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2カ月以上滞納した場合は、乙は、30日以上を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

- 2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとし、

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として居宅療養管理指導サービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。

2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 甲が要介護（支援）認定を受けられなかったとき。
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 甲が第13条により契約を解除したとき。
- 四 乙が第11条又は第14条により契約を解除したとき。
- 五 甲が介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。
- 六 甲において、居宅療養管理指導サービスの提供の必要性がなくなったとき。
- 七 甲が死亡したとき。

(損害賠償)

第16条 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明す

るものとしてします。

(合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、●●地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

平成 年 月 日

利用者甲 住所

氏名

印

代理人 (選任した場合)

住所

氏名

印

事業者乙 住所

事業者 (法人) 名

事業所名

事業所 住所

(事業所番号)

代表者名

印

居宅介護支援契約における個人情報使用同意書（例）

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が居宅介護支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

- ・認定調査票（85項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

4 使用する期間

平成 年 月 日 から 契約終了日まで

平成 年 月 日

有限会社〇〇薬局 代表取締役〇〇〇  
〇〇薬局 様

利用者	住所	_____
	氏名	_____ 印
上記代理人（代理人を選定した場合）	住所	_____
	氏名	_____ 印
利用者家族代表	住所	_____
	氏名	_____ 印



#### 第4条

1. 薬剤師の行う居宅療養管理指導等の提供に当たっては、医師および歯科医師の交付する処方せんの指示に基づき訪問等を行い、常に利用者の病状および心身の状況を把握し、継続的な薬学的管理指導を行う。また、医薬品が要介護者のADLやQOLに及ぼしている影響を確認し適切な対応を図るなど、居宅における日常生活の自立に資するよう妥当適切に行う。
2. 訪問等により行った居宅療養管理指導等の内容は、速やかに記録を作成するとともに、処方医等および必要に応じ介護支援専門員、他のサービス事業者に報告する。

(営業日および営業時間)

#### 第5条

1. 原則として、営業日および営業時間は保険薬局として許可された営業日、営業時間とする。但し、国民の祝祭日、年末年始（12月 日～1月 日）を除く。
2. 通常、月曜日から金曜日の午前 : ~午後 : 、土曜日の午前 : ~午後 : とする。
3. 利用者には、営業時間外の連絡先も掲示する。

(通常の事業の実施地域)

#### 第6条

1. 通常の実施地域は、 市、 区、 町の区域とする。

(指定居宅療養管理指導等の内容)

#### 第7条

1. 薬剤師の行う居宅療養管理指導等の主な内容は、次の通りとする。
  - ・処方せんによる調剤（患者の状態に合わせた調剤上の工夫）
  - ・薬剤服用歴の管理
  - ・薬剤等の居宅への配送
  - ・居宅における薬剤の保管・管理に関する指導
  - ・使用薬剤の有効性に関するモニタリング
  - ・薬剤の重複投与、相互作用等の回避
  - ・副作用の早期発見、未然防止と適切な処置
  - ・ADL、QOL等に及ぼす使用薬剤の影響確認
  - ・使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への助言
  - ・麻薬製剤の選択および疼痛管理とその評価
  - ・病態と服薬状況の確認、残薬および過不足薬の確認、指導
  - ・患者の住環境等を衛生的に保つための指導、助言
  - ・在宅医療機器、用具、材料等の供給
  - ・在宅介護用品、福祉機器等の供給、相談応需
  - ・その他、必要事項（不要薬剤等の廃棄処理、廃棄に関する指導等）

(利用料その他の費用の額)

#### 第8条

1. 利用料については、介護報酬の告示上の額とする。
2. 利用料については、居宅療養管理指導等の実施前に、予め利用者またはその家族にサービスの内容及び費用について文書で説明し、同意を得ることとする。
3. 居宅療養管理指導に要した交通費は、薬局からの往復交通費を実費徴収する。なお、自動車を利用した場合は、以下の距離別徴収額を基準とする。

・片道	～	km、	円
・片道	～	km、	円
・片道	km超		円

(緊急時等における対応方法)

第9条 居宅療養管理指導等を実施中に、利用者の病状に急変その他緊急事態が生じた場合には、速やかに主治医等に連絡する。

(その他運営に関する重要事項)

#### 第10条

1. 薬局は、社会的使命を十分認識し、従業者の質的向上を図るため定期的な研修の機会を設け、また質の保証ができる業務態勢を整備する。
2. 従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。
3. 従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
4. サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、予め文書により得ておくこととする。
5. この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は、薬局と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

本規程は平成 年 月 日より施行する。



様式第一（附則第二条関係）

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業所番号														
請求事業所	名 称													
	所在地	〒												
	連絡先													

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等					
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額	
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等												
居宅介護支援・ 介護予防支援												
合 計												

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
12 生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号										平成			年		月分				
公費受給者番号										保険者番号									
被保険者	被保険者番号										事業所番号								
	(フリガナ) 氏名															事業所名称			
	生年月日			1.明治 2.大正 3.昭和		性別		1.男 2.女			所在地								
	要介護状態区分			要介護 1・2・3・4・5												〒 -			
	認定有効期間		平成		年		月		日		から		連絡先 電話番号						
		平成		年		月		日		まで									
居宅サービス計画		1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																	
		事業所番号					事業所名称												
開始年月日		平成		年		月		日		中止年月日		平成		年		月		日	
中止理由		1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所																	
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数		公費対象単位数		摘要				
給付費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数		公費対象単位数		施設所在保険者番号		摘要		
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称																		
	③サービス実日数		日				日				日				日				
	④計画単位数																		
	⑤限度額管理対象単位数																		
	⑥限度額管理対象外単位数																		
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥																		
	⑧公費分単位数																		
	⑨単位数単価		円/単位				円/単位				円/単位				円/単位				
	⑩保険請求額																		
	⑪利用者負担額																		
	⑫公費請求額																		
	⑬公費分本人負担																		
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%		受領すべき利用者負担の総額 (円)				軽減額 (円)				軽減後利用者負担額 (円)				備考	

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

公費負担者番号										平成		年		月分				
公費受給者番号										保険者番号								
被保険者	被保険者番号										事業所番号							
	(フリガナ) 氏名																	
	生年月日										事業所名称							
	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女																	
	要支援状態区分										所在地							
要支援 1・要支援 2																		
認定有効期間										連絡先 電話番号								
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																		
介護予防サービス計画		2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																
		事業所番号 事業所名称																
開始年月日		平成 年 月 日 中止年月日 平成 年 月 日																
中止理由		1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所																
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数		公費対象単位数		摘要			
給付費明細欄 (在所在地特例対象者)	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数		公費対象単位数		施設所在保険者番号		摘要	
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称																	
	③サービス実日数		日		日		日		日									
	④計画単位数																	
	⑤限度額管理対象単位数																	
	⑥限度額管理対象外単位数																給付率 (100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥																保険	
	⑧公費分単位数																公費	
	⑨単位数単価		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		合計	
	⑩保険請求額																	
	⑪利用者負担額																	
⑫公費請求額																		
⑬公費分本人負担																		
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%		受領すべき利用者負担の総額 (円)		軽減額 (円)		軽減後利用者負担額 (円)		備考							

居宅療養費管理指導サービスコード表(H30.4～)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目		合成 単位数	算定 単位		
種類	項目							
31	1111	医師居宅療養管理指導ⅠⅠ	イ 医師が行う場合 (月2回限度)	(1)居宅療養管理指導費(Ⅰ) (2)以外	(一)単一建物居住者が1人の場合 507単位	1回につき		
31	1113	医師居宅療養管理指導ⅠⅡ		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 483単位				
31	1115	医師居宅療養管理指導ⅠⅢ		(三)(一)及び(二)以外の場合 442単位				
31	1112	医師居宅療養管理指導ⅡⅠ		(2)居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料等を算定する場合)	(一)単一建物居住者が1人の場合 294単位			
31	1114	医師居宅療養管理指導ⅡⅡ		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 284単位				
31	1116	医師居宅療養管理指導ⅡⅢ		(三)(一)及び(二)以外の場合 260単位				
31	2111	歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	ロ 歯科医師が行う場合 (月2回限度)	(1)単一建物居住者が1人の場合 507単位	507			
31	2112	歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ		(2)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 483単位				
31	2113	歯科医師居宅療養管理指導Ⅲ		(3)(1)及び(2)以外の場合 442単位				
31	1221	薬剤師居宅療養ⅠⅠ	ハ 薬剤師が行う場合	(1)医療機関の薬剤師の場合 (月2回限度)	(一)単一建物居住者が1人の場合 558単位	特別な薬剤の場合 +100単位	658	
31	1222	薬剤師居宅療養ⅠⅠ・特薬			(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 414単位			特別な薬剤の場合 +100単位
31	1251	薬剤師居宅療養ⅠⅡ			(三)(一)及び(二)以外の場合 378単位	特別な薬剤の場合 +100単位	478	
31	1252	薬剤師居宅療養ⅠⅡ・特薬						
31	1244	薬剤師居宅療養ⅠⅢ						
31	1245	薬剤師居宅療養ⅠⅢ・特薬			(2)薬局の薬剤師の場合	(一)単一建物居住者が1人の場合 507単位	特別な薬剤の場合 +100単位	607
31	1223	薬剤師居宅療養ⅡⅠ		がん末期の患者・中心静脈栄養患者以外の場合(月4回限度)				
31	1224	薬剤師居宅療養ⅡⅠ・特薬		507単位		がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合(月8回限度)	特別な薬剤の場合 +100単位	607
31	1255	薬剤師居宅療養ⅡⅡ						
31	1256	薬剤師居宅療養ⅡⅡ・特薬		(二)単一建物居住者2人以上9人以下の場合 376単位		特別な薬剤の場合 +100単位	476	
31	1225	薬剤師居宅療養ⅡⅢ						がん末期の患者・中心静脈栄養患者以外の場合(月4回限度)
31	1226	薬剤師居宅療養ⅡⅢ・特薬			376単位			特別な薬剤の場合 +100単位
31	1253	薬剤師居宅療養ⅡⅣ		がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合(月8回限度)				
31	1254	薬剤師居宅療養ⅡⅣ・特薬		(三)(一)及び(二)以外の場合 344単位	特別な薬剤の場合 +100単位	444		
31	1246	薬剤師居宅療養ⅡⅤ					がん末期の患者・中心静脈栄養患者以外の場合(月4回限度)	
31	1247	薬剤師居宅療養ⅡⅤ・特薬					344単位	特別な薬剤の場合 +100単位
31	1248	薬剤師居宅療養ⅡⅥ		がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合(月8回限度)				
31	1249	薬剤師居宅療養ⅡⅥ・特薬		特別な薬剤の場合 +100単位	444			
31	1131	管理栄養士居宅療養Ⅰ		ニ 管理栄養士が行う場合(月2回限度)	(1)単一建物居住者1人の場合 537単位	537		
31	1132	管理栄養士居宅療養Ⅱ			(2)単一建物居住者2人以上9人以下の場合 483単位			
31	1133	管理栄養士居宅療養Ⅲ			(3)(1)及び(2)以外の場合 442単位			
31	1241	歯科衛生士等居宅療養Ⅰ		ホ 歯科衛生士等が行う場合(月4回限度)	(1)単一建物居住者1人の場合 355単位	355		
31	1243	歯科衛生士等居宅療養Ⅱ			(2)単一建物居住者2人以上9人以下の場合 323単位			
31	1250	歯科衛生士等居宅療養Ⅲ			(3)(1)及び(2)以外の場合 295単位			
31	1261	看護職員居宅療養Ⅰ	ヘ 看護職員が行う場合	(1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 402単位	402			
31	1262	看護職員居宅療養Ⅰ・准看				准看護師が行う場合 × 90%	362	
31	1263	看護職員居宅療養Ⅱ		(2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) 362単位	362			
31	1264	看護職員居宅療養Ⅱ・准看				准看護師が行う場合 × 90%	326	
31	8000	特別地域居宅療養居宅管理指導加算	特別地域居宅療養管理指導加算	所定単位数の 15% 加算				
31	8100	居宅療養小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の 10% 加算				
31	8110	居宅療養中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5% 加算				

※ヘ 看護職員が行う場合(1)(2)については、平成30年9月30日で廃止

介護予防居宅療養管理指導サービスコード表(H30.4～)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成 単位数	算定 単位		
種類	項目						
34	1111	予防医師居宅療養Ⅰ	イ 医師が行う場合 (月2回限度)  (1)介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ) ((2)以外)  (2)介護予防居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料等を算定する場合)	(一)単一建物居住者が1人の場合	507単位	1回につき	
34	1113	予防医師居宅療養Ⅱ		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	483単位		
34	1115	予防医師居宅療養Ⅲ		(三)(一)及び(二)以外の場合	442単位		
34	1112	予防医師居宅療養Ⅱ		(一)単一建物居住者が1人の場合	294単位		
34	1114	予防医師居宅療養Ⅱ		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	284単位		
34	1116	予防医師居宅療養Ⅲ		(三)(一)及び(二)以外の場合	260単位		
34	2111	予防歯科医師居宅療養Ⅰ	ロ 歯科医師が行う場合 (月2回限度)	(1)単一建物居住者が1人の場合	507単位	483	
34	2112	予防歯科医師居宅療養Ⅱ		(2)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	483単位		
34	2113	予防歯科医師居宅療養Ⅲ		(3)(1)及び(2)以外の場合	442単位		
34	1221	予防薬剤師居宅療養Ⅰ	ハ 薬剤師が行う場合	(一)単一建物居住者が1人の場合	558単位	558	
34	1222	予防薬剤師居宅療養Ⅰ・特薬		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	特別な薬剤の場合		+100単位
34	1251	予防薬剤師居宅療養Ⅱ			(三)(一)及び(二)以外の場合		特別な薬剤の場合
34	1252	予防薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬		378単位			特別な薬剤の場合
34	1271	予防薬剤師居宅療養Ⅲ			特別な薬剤の場合		特別な薬剤の場合
34	1272	予防薬剤師居宅療養Ⅲ・特薬		特別な薬剤の場合			+100単位
34	1223	予防薬剤師居宅療養Ⅱ	(2)薬局の薬剤師の場合	(一)単一建物居住者が1人の場合	507単位	507	
34	1224	予防薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	特別な薬剤の場合		+100単位
34	1255	予防薬剤師居宅療養Ⅱ			376単位		特別な薬剤の場合
34	1256	予防薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬		特別な薬剤の場合			特別な薬剤の場合
34	1225	予防薬剤師居宅療養Ⅲ			344単位		特別な薬剤の場合
34	1274	予防薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬		特別な薬剤の場合			+100単位
34	1275	予防薬剤師居宅療養Ⅲ	特別な薬剤の場合	+100単位	444		
34	1276	予防薬剤師居宅療養Ⅲ・特薬	特別な薬剤の場合	+100単位	444		
34	1131	予防管理栄養士居宅療養Ⅰ	ニ 管理栄養士が行う場合(月2回限度)	(1)単一建物居住者1人の場合	537単位	537	
34	1132	予防管理栄養士居宅療養Ⅱ		(2)単一建物居住者2人以上9人以下の場合	483単位		
34	1133	予防管理栄養士居宅療養Ⅲ		(3)(1)及び(2)以外の場合	442単位		
34	1241	予防歯科衛生士等居宅療養Ⅰ	ホ 歯科衛生士等が行う場合(月4回限度)	(1)単一建物居住者1人の場合	355単位	355	
34	1242	予防歯科衛生士等居宅療養Ⅱ		(2)単一建物居住者2人以上9人以下の場合	323単位		
34	1243	予防歯科衛生士等居宅療養Ⅲ		(3)(1)及び(2)以外の場合	295単位		
34	1261	予防看護職員居宅療養Ⅰ	ヘ 看護職員が行う場合	(1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合	402単位	402	
34	1262	予防看護職員居宅療養Ⅰ・准看		402単位	准看護師が行う場合 × 90%		362
34	1263	予防看護職員居宅療養Ⅱ			362単位		准看護師が行う場合 × 90%
34	1264	予防看護職員居宅療養Ⅱ・准看		准看護師が行う場合 × 90%			326
34	8000	予防特別地域居宅療養管理指導加算	特別地域介護予防居宅療養管理指導加算	所定単位数の 15%	加算		
34	8100	予防居宅療養小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の 10%	加算		
34	8110	予防居宅療養中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5%	加算		

※へ 看護職員が行う場合(1)(2)については、平成30年9月30日で廃止

## 介護給付費等の請求について

介護給付費等の請求は、原則、インターネット又は光ディスクで行うこととなっています（請求省令第2条）。

居宅療養管理指導等の請求につきましては、紙媒体での請求も可能ですが、国保中央会が開発した無償の介護電子媒体ソフト（CD-Rによる請求用）がご使用になれます。

つきましては、毎月、請求書のデータをコピーして使えるうえ、必須項目の入力漏れなど簡単なミスを防ぐことができますので、参考に下記のとおり情報提供させていただきます。

### 「介護電子媒体化ソフトについて」

#### 【対象サービス】

- ・ 31 居宅療養管理指導（様式第二）
- ・ 34 介護予防居宅療養管理指導（様式第二の二）
- ・ 17 福祉用具貸与（様式第二）
- ・ 67 介護予防福祉用具貸与（様式第二の二）
- ※ 伝送（インターネット回線）には対応していません。
- ※ 詳細は「介護電子媒体化ソフトの概要について」をご覧ください。

#### 【各種ダウンロード】

- ・ 介護電子媒体化ソフトインストールプログラムダウンロード
- ・ インストールマニュアルダウンロード
- ・ 操作マニュアルダウンロード
- ・ 居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスコード表(平成26年4月改定)
- ・ 居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスコード表(平成30年4月改定)
- ・ 兵庫県国保連合会介護給付費等請求[電子媒体]送付票

※上記「介護電子媒体化ソフト」につきましては、兵庫県国民健康保険団体連合会ホームページ、「介護事業所の皆様へ」に掲載されていますのでご確認ください。