

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

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（法人）及び事業所の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 飛鳥薬局
所在地	〒348-0052 埼玉県羽生市東 5-17-27ASUKA ビル 6 階
代表者（職名・氏名）	代表取締役 根岸 訓良
設立年月日	平成 7 年 10 月 26 日
電話番号	048-560-3330

事業所の名称	飛鳥薬局 ○○店
介護保険指定事業所番号	○○○○○○○○○○
事業所所在地	〒○○○-○○○○ 埼玉県○○○○
電話番号	○○○-○○○-○○○○
管理者の氏名	○○○○

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、株式会社飛鳥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	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。 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. 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） 勤務時間ー○：00～○○：00
事務員	○名	・ 常勤者（○名） 勤務時間ー○：00～○○：00

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 ○○ ○○
③ ○○ ○○
④ ○○ ○○
⑤ ○○ ○○
責 任 者：○○ ○○

なお、当事業所の担当薬剤師が訪問できない場合（冠婚葬祭や急病など）、本事項2に基づきあらかじめ利用者情報共有した以下の事業所が臨時対応させていただきます。
（下記表が空欄の場合、当事業所のみで対応させていただきます）

事業所（薬局）名	住所	連絡先（電話）

- 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 当事業者は、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31日～1月3日）を除きます。
- ② 営業時間 月曜日～金曜日： ○：00～○○：00
土曜日： ○：00～○○：00

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			
単一建物居住者の人数 (月あたり)	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
1名の訪問の場合	518円/回	1036円/回	1554円/回
2～9名の訪問の場合	379円/回	758円/回	1137円/回
10名以上の訪問の場合	342円/回	684円/回	1026円/回
・算定する日の間隔は6日以上、かつ、月4回を限度。ただし、ガン末期の患者、中心静脈栄養を受けている方への訪問は、1週に2回、かつ、月に8回を限度。 ・居宅療養管理指導に情報通信機器を用いた場合は、1回につき1割負担の方は46円、2割負担の方は92円、3割負担の方は138円かかります。居宅療養管理指導費と併せて月4回まで			
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1割負担の方は100円、2割負担の方は200円、3割負担の方は300円が①に加えられます。			
③ 医療用麻薬持続注射療法を行っている利用者またはそのご家族に対して、その投与または保管の状況、副作用などの確認を行った場合 1回につき1割負担の方は250円、2割負担の方は500円、3割負担の方は750円が①に加えられます。			
④ 在宅中心静脈栄養法を行っている利用者またはそのご家族に対して、その投与または保管の状況、副作用などの確認を行った場合 1回につき1割負担の方は150円、2割負担の方は300円、3割負担の方は450円が①に加えられます。			
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。			

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。

埼玉県国保連合会 介護福祉課 苦情対応係
受付時間 午前8時30分～正午、午後1時～午後5時（土・日・祝日は除く）
TEL 048-824-2568（苦情相談専用）
FAX 048-824-2561
住 所 〒338-0002
埼玉県さいたま市中央区大字下落合 1704 番（国保会館 8 階）

年 月 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 埼玉県○○○○○○○○○○
名 称 飛鳥薬局 ○○店
代表者名 根岸 訓良 印
説明者 所 属 ○○店
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