

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 および同意書・契約書

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

〇〇 〇〇様 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	かわまち薬局
事業所の所在地	宮城県石巻市中央1丁目15-5
指定番号	(044)0242154
代表者名	日山 博
電話番号	0225-90-9720

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居宅療養管理指導を必要と認めた利用者に対し、かわまち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。

- 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
薬剤師	1名以上
事務員	1名以上

5. 担当薬剤師

担当薬剤師は、以下の通りです。

担当薬剤師	日野 一樹 (他2名)
責任者	日野 一樹

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。

- ① 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。
- ② 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。

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30日～1月3日)を除きます。

営業時間 月曜日から金曜日の8:30～18:30、土曜日の8:30～12:30まで。
※営業時間に係わらず訪問日時は利用者との協議により決定いたします。

7. 実施地域

石巻市

8. 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。

9. 個人情報の保護

当事業所では、当事業所の個人情報保護の取り扱いに関する基本方針に基づいて、常に利用者の個人情報を適切に取り扱います。また、当事業所における個人情報の利用目的は、次の事項です。

〈個人情報の利用目的〉

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 当事業所における調剤サービスの提供② 医薬品を安全に使用していただくために必要な事項の把握(副作用歴、既往歴、アレルギー、体質、併用薬、ご住所や緊急時の連絡先など)③ 市町村、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者などとの必要な連携④ 病院、診療所などからの照会への回答⑤ 家族などへの薬に関する説明⑥ 介護医療保険事務(審査支払機関などへの介護給付費明細書および調剤報酬明細書)⑦ 調剤サービスや業務の維持・改善のための基礎資料⑧ 当事業所で行う症例研究・学会発表等 |
|--|

10. 利用料 サービスの利用料は、以下の通りです。

居宅療養管理指導サービス提供料として
利用者負担額

	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合(1回につき)	518 円/回	1036 円/回	1554 円/回
(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合(1回につき)	379 円/回	758 円/回	1137 円/回
(3)(1)及び(2)以外の場合(1回につき)	342 円/回	684 円/回	1026 円/回
(4) 情報通信機器を用いて行う場合(月1回を限度)	46 円/回	92 円/回	138 円/回

・算定する日の間隔は6日以上かつ月に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。

※同一世帯の利用者に行う場合や当該建築物の規模等により「単一建物居住者1人に対して行う場合」の区分でご負担いただくことがあります。

① 麻薬が使用される場合

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円を加算

② 注射用麻薬が使用される場合

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円を加算

③ 中心静脈栄養法が使用される場合

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円を加算

注1) 上記の他、健康保険法等に基づく、保険調剤に関する技術料及び薬剤料、緊急訪問指導に係わる費用等については、別途お支払いいただきますので、ご了承ください。

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。

11. 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。

連絡先：0225-90-9720

担当者名：日野 一樹

令和 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

所在地 宮城県石巻市中央1丁目15-5

名称 かわまち薬局

説明者 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
連絡先

(甲2) 代理人 住所

氏名 印
連絡先