

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	タカサキ薬局〇〇店 小倉セントラル薬局〇〇店
事業所の所在地	
指定番号	
代表者名	高崎政弘
電話番号	

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箋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、タカサキ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致しません。

3. 担当の居宅療養管理指導従事者

あなたの居宅療養管理指導を担当する者は、薬剤師、池部勝彦です。

やむを得ない事由で担当者を変更する場合は、事前に連絡を致します。

担当の居宅療養管理指導者は、常に身分証明書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。

4. 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は以下の通りです。

要支援	居宅療養管理指導料（同一住居者以外）	518点	月4回限度。月2回以上算定する場合は6日以上の間隔が必用になります。
要介護	居宅療養管理指導料（同一住居者以外）	518点	

5. キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合でも、キャンセル料等は発生致しません。

6. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意してください。

- （1）居宅療養管理指導従事者は、年金などの金銭の取扱いはしかねますので、ご了承ください。
- （2）居宅療養管理指導従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは必要ありません。
- （3）サービス利用予定日の都合が悪くなったときは、ご連絡下さい。

7. この居宅療養管理指導の契約は、専門の薬剤師池部勝彦が利用者のために作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。

8. 居宅介護支援事業者等に対する情報提供の同意（医師または歯科医師が行う居宅療養管理指導の場合のみ）

私は、居宅療養管理指導事業者、〇〇薬局が居宅介護支援事業者に対し、私の居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印