

# 居宅療養管理指導のサービス提供に関わる

## 重要事項説明書

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」という。）サービス提供開始にあたり、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

事業者の所在地

指定番号

代表者名

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）利用者の医師及び人格を尊重し、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、ほかのサービス事業者その他の保険、医療、福祉サービスを提供するもの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、当該利用者に直接かか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

当該事業者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) 当時業者の薬剤師が、医師の発行する処方箋に基づいて薬剤を調剤するとともに、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) サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行い、わかりやすく説明いたします。

もし薬についてわ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。

### 4. 職員等の体制

当該事業所の職員体制は次の通りです。

薬剤師      名                  常勤者    名

勤務時間

事務員      名                  常勤者    名

勤務時間

(この他随時その他薬剤師、事務員の勤務あり)

### 5. 担当薬剤師

担当薬剤師は、以下の通りです。

担当薬剤師

主担当

責任者（管理薬剤師）

(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。その場合当事業者は、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（１  
２月３０日～１月３日）を除きます。

（２）営業時間

月曜、火曜、水曜、金曜日

木曜、土曜日

## 7. 緊急時の対応

（１）緊急時の体制として、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 単一建物居住者の人数１人  
５１８円、２～９人３７９円、１０人以上３４２円（１割負担の場合）で月４  
回まで。

（２）麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合には１回あたり１００円を加  
算します。

（３）医療保険での調剤費と薬代は別途ご負担となります。

（４）開局時間外の訪問は交通費を別途頂くことがあります。

(5) 契約医療機関以外の処方箋について

1) 原則事前に処方箋のFAX、または処方箋の原本を

薬局持ち込み

2) 1回につき配達料300円を頂いています。

3) お薬カレンダーにセットが必要な場合は

その都度外来服薬支援1 185点(1850円)を

自費で頂きます。

9 サポート薬局

TEL

TEL

TEL

TEL

## 10. 苦情申立窓口

当事業者のサービス提供にあたり、苦情や相談があれば、下記までご連絡ください。

1) 連絡先

2) 時間外連絡先：

2) 担当者名

令和      年      月      日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅療養管理者サービスの提供にあたり、甲 1 甲 2 対して、重要事項説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(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

説明者                  印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づき、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) 後見人                  住所

氏名                                  印