

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、厚生省令第37号第8条に基づいて、

当事業者が _____ 様に説明する重要事項は次の通りです。

1) 事業者概要

事業者名称	クスリのアオキ〇〇薬局
事業所の所在地	〇〇県〇〇市〇〇
指定番号	〇〇県届出〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇号
代表者氏名	株式会社クスリのアオキ 代表取締役 青木 宏憲
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箋に基づき薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、クスリのアオキの薬剤師が適正な居宅療養管理指導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

【居宅患者訪問薬剤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箋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・管理や使用に関するご説明を行うこと等により、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あたっては、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・相談して下さい。

4) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	当薬局より半径16km以内
------------	---------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

5) 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 ・非常勤者 名 勤務時間
事務員	○名	・常勤者 名 勤務時間 ・非常勤者 名 勤務時間

6) 担当薬剤師

担当薬剤師:	①	責任者	0
	②		
	③		

- 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事とします。)

7) 営業日時

- 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～土)

8) 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とっています。
- 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) 利用料

健康保険制度の規定により、以下の通り定められています。

① 居宅患者訪問薬剤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	1割負担	2割負担	3割負担
1人	518円	1,036円	1,554円
2～9人	379円	758円	1,137円
10人以上	342円	684円	1,026円

・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患者の場合は、1週に2回、かつ、月に8回を限度とする。

② 麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合

・プラス1回当たり100円

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

注2) 上記の利用料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いたします。

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。

10) 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Tel : 076-274-1111 (株)クスリのアオキ
- ② 担当者名 : 元林 裕美

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。

事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇	
名称	クスリのアオキ〇〇薬局	印
説明者	0	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)利用者の家族 住所

氏名 印