

# 居宅療養管理指導サービス提供に係わる重要事項説明書

令和 年 月 日

居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導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は、様に次の事項をご説明いたします。

## 1. 事業者概要

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 事業者名称   | ほうらい薬局<br>(佐賀県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者) |
| 事業者の所在地 | 佐賀県武雄市武雄町富岡 7 7 2 5 - 2            |
| 電話番号    | 0954-23-3912                       |
| 指定番号    | 佐賀県指定 4 1 4 0 6 4 0 8 6 5 号        |
| 代表者名    | 松岡 義和                              |

## 2. 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業目的  | 要介護状態または要支援状態にあり、主治の医師が交付した処方せんに基づき薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、ほうらい薬局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。<br>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。<br>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致しません。 |

## 3. 提供するサービス

当事業者がご提供するサービスは下記の通りです。

### 【居宅療養管理指導サービス】

- ① 当事業者の薬剤師が、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・管理や用法に関する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 お薬の副作用や複数の医療機関から頂いているお薬の飲み合わせ（相互作用）等のお薬に関する疑問やご心配なことがあれば、担当の薬剤師が分かりやすくご説明いたします。

#### 4. 職員等の体制

当事業者の職員体制は以下の通りです。

##### ・従業員について

| 従業員の職種            | 員 数           | 通常の勤務体制                                                                |
|-------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|
| 薬剤師<br>(内介護支援専門員) | 5 名<br>( 0 名) | 常勤者：5 名<br>勤務時間：月曜日～金曜日 8:30～19:00<br>土曜日 8:30～18:00<br>日曜日 9:00～18:00 |
| 事務員               | 6 名           | 常勤者：7 名<br>勤務時間：月曜日～金曜日 8:30～19:00<br>土曜日 8:30～18:00<br>日曜日 9:00～18:00 |

##### ・管理者について

常勤の管理者 1 名を配置する。

但し、業務に支障がない限りほうらい薬局の管理者との兼務を可とする。

#### 5. 担当薬剤師

\_\_\_\_\_  
様の担当薬剤師は、\_\_\_\_\_です。

当事業者の管理者は、松岡 義和 です。

- 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下さい。
- 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、担当者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致します。）

#### 6. 開局日時

当事業者の通常の開局日時は、次の通りです。

- ① 開 局 日：月曜日～日曜日

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 開局時間：月曜日～金曜日 8：30～19：00/土曜日 8：30～18：00/日曜日 9：00～18：00

#### 7. 緊急時の対応等

- ① 緊急時等の体制として、携帯電話により 24 時間常時連絡が可能な体制を取っています。  
（当薬局の電話番号におかけくだされば携帯電話に転送されます。）
- 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 | 1 人   | 2～9 人 | 10 人以上 |
|------------|-------|-------|--------|
| 介護保険       | 518 円 | 379 円 | 342 円  |

- ・ 上記は 1 割負担の方で、1 回のご利用にかかる料金です。
- ・ 料金は単一建物にて指導を行う患者様の人数により異なります。
- ・ 算定する日の間隔は 6 日以上、かつ、月 4 回を限度。

ただし、がん末期患者の場合は、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

1 回につき 1 0 0 円（1 割負担）（①に加算）

### ③在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1、計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾病の急変の伴うものの場合… 5 0 0 点（500 円～1500 円）

2、上記 1 以外の場合… 2 0 0 点（200 円～600 円）

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第 1 2 4 号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

当事業者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：0954-23-3912
- ② 担当者名：松岡義和

(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あたり、  
□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：武雄市武雄町富岡 7 7 2 5 - 2

名 称：ほうらい薬局

説明者：松岡 義和

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。

令和 年 月 日

(甲 1) 利用者

住 所：

氏 名：

印

(甲 2) 利用者の家族

住 所：

氏 名：

印

利用者は身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、

私が利用者に代わってその署名を行いました。

個人情報の提供及び処方箋等の取り扱いに関して ☐同意する ☐同意しない

## 居宅療養管理指導のサービス提供に係わる説明書控え（薬局用）

- （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あたり、  
☐ 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 ： 武雄市武雄町大字富岡 7 7 2 5 - 2

名 称 ： ほうらい薬局

説明者 ： 松岡 義和 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。

令和 年 月 日

### （甲 1） 利用者

住 所 ：

氏 名 ： 印

### （甲 2） 利用者の家族

住 所 ：

氏 名 ： 印

利用者は身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、  
私が利用者に代わってその署名を行いました。  
個人情報の提供及び処方箋等の取り扱いに関して ☐ 同意する ☐ 同意しない