

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	店舗により異なります
事業所の所在地	
代表者名	
電話番号	

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にあり、主治の医師の指示に基づき、薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、 店舗担当薬剤師名 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利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場にた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、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、当該利用者に関連する上記関係者に必要な情報を提供する以外に、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。

居宅療養管理指導サービス	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・管理や使用などに関する説明を行う事により薬剤を有効かつ安全に使用して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、わかりやすくご説明いたします もし、お薬についてわからない事や心配な事があれば、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

当事業所の職員の体制は以下の通りです。店舗により異なります

従業員の職種	員数	通常の勤務態勢
薬剤師	名	常勤者（名） 勤務時間 午前**：**から午後**：**
		非常勤者（名） 勤務時間 午前**：**から午後**：**
事務員	名	常勤者（名） 勤務時間 午前**：**から午後**：**
		非常勤者（名） 勤務時間 午前**：**から午後**：**

5. 担当薬剤師

担当の薬剤師は以下の通りです。

担当薬剤師	主担当者	その他担当者	責任者
店舗により異なります			

- ① 担当の薬剤師は常に身分証明を携帯しています。必要な場合はいつでも、その掲示を求めて下さい。
- ② 利用者は、いつでも担当の薬剤師の変更を申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、変更の申出に応じます。
- ③ 当事業者は、担当の薬剤師が退職するなどの正当な理由がある場合に限り、担当の薬剤師を変更することがあります。但し、その場合は、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以下の通りです。

営業日	店舗によります 例 日曜日、国民の祝祭日及び年末年始（12月30日から1月3日）は休業です。
営業時間	店舗によります 例 月曜日・火曜日・木曜日・金曜日 午前9：00から午後7：00 水曜日 午前9：00から午後6：00 土曜日 午前9：00から午後1：00

7. 緊急時の対応

- ① 緊急時等の体制として、転送電話・携帯電話等の利用により24時間常時連絡が可能な体制をとっています。
- ② 必要に応じて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。（1割負担者の場合）

居宅療養管理指導料	単一建物同居者1名：518円 単一建物同居者2～9名：379円 それ以外：342円 月4回まで	中心静脈栄養または癌末期患者の場合は、 左記料金が1ヶ月最大8回まで生じます。
在宅患者緊急訪問 薬剤管理指導料	1回500円、但し、月4回まで	訪問日以外の症状悪化による医師からの 緊急を要する訪問指示があった場合。
在宅中心静脈栄養法加算	1回150円、但し、月4回まで	1ヶ月最大8回まで算定
時間外等休日加算	日曜・祝日（深夜を除く）	所定点数の140/100
時間外等深夜加算	午後10時～午前6時	所定点数の200/100
在宅患者緊急時等 共同指導料	1回500円、但し、月2回まで	医師・看護師・ケアマネ等共同で患家に 赴き、指導する場合に算定。
麻薬管理指導加算	1回100円	麻薬など特別な薬剤が使用されている場合。
在宅患者医療用麻薬持続 注射療法加算	1回250円、但し、月4回まで	末期の悪性腫瘍の場合は週2回最大月8回まで算定。

※医療保険の診察報酬の点数は2年ごとに改正。介護保険の介護報酬の点数は3年ごとに改正。

交通費 （距離は片道）	現在は請求しておりません	交通費に関しては状況に応じて、別途、請求 させていただきます。
----------------	--------------	------------------------------------

9. 苦情申立窓口

当事業所のサービス提供にあたり、苦情や相談がありましたら、
下記までご連絡ください。

連絡先： _____

担当者： 店舗により異なります