

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	在宅訪問薬局いわ
事業所の所在地	山形県酒田市大町 7-16
指定事業所番号	0640841896
代表者指名	石川大介
電話番号	0234-25-5602

2. 事業の目的と運営方針

事業者の目的	利用者が要介護状態または要支援状態にあり、主治医等が交付した処方せん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、適正な居宅療養管理指導等を通して療養上の管理及び指導を行うことにより、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
運営方針	<ol style="list-style-type: none">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、居宅介護事業所その他保険医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。3. 居宅療養管理指導等の提供にあたっては、利用者またはその家族に懇切丁寧な指導または助言を行うように努め、4. 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

当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. 当事業所の薬剤師が、計画的な医学的管理をおこなっている医師の発行する処方せんに基づいて、他の職種と共に作成したケア計画に沿って、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ご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無く質問・相談してください。

注)居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導におけるサービスの提供及び内容は同じです。

4. 職員等の体制

当事業所の職員体制は以下の通りです。

常勤薬剤師 1名 通常の勤務体制 平日 8:00-9:00、以後訪問などに出ています。

非常勤薬剤師 1名

5. 担当薬剤師

担当薬剤師：石川大介

責任者：石川大介

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 月曜日から金曜日、営業時間 8:00～9:00
2. 営業時間外は訪問等に出ていますので、ご連絡いただき対応いたします。

7. 緊急時の対応等

1. 緊急時等の体制として、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費として

居宅療養管理指導費

	1割負担	2割負担	3割負担
単一建物居住者が1人	518円/回	1,036円/回	1,554円/回
単一建物居住者が2-9人	379円/回	758円/回	1,137円/回
単一建物居住者が10人以上	342円/回	684円/回	1026円/回

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。

② 麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合（①に加算）

- ・麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合：1回につき100円/回（1割負担）
- ・医療用麻薬持続注射療法を行っている場合：1回につき250円/回（1割負担）
- ・在宅中心静脈栄養療法を行っている場合：1回150円/回（1割負担）

③ 離島や中山間地域等でサービスをご利用の場合

- ・ 離島等に所在する事業所のサービスのご利用に関しては、①の月の利用の合計金額に 15%が加算されます。
- ・ 中山間地域等に所在する小規模事業所のサービスのご利用に関しては、①の月の利用の合計金額に 10%が加算されます。
- ・ 離島や中山間地域等に居住する方へのサービス提供に関しては、①の月の利用の合計金額に 5%が加算されます。

注1) 上記の他、健康保険法等に基づき、薬剤や薬剤の調整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。

④ 交通費

薬局と利用者宅の距離が 16km を超える場合、超えた分の交通費は実費いただきます。自動車を使用した場合、1km10 円の交通費を請求させていただきます。

⑤ キャンセル料

利用者のご都合によりサービスを中止する場合には、次のキャンセル料をいただきます。ただし病状の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

利用日当日 2 時間前までに連絡があった場合：無料

利用日当日 2 時間前までに連絡がなかった場合：利用料自己負担部分の 100%

⑥ 料金の支払い方法

負担金の支払い方法は、訪問時に現金支払いもしくは当社指定口座への振込み、または口座振替と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、苦情や相談があれば、下記までご連絡ください。

1. 連絡先:090-3217-5602
2. 担当者名:石川大介

(乙)当事業者は、甲1に対する居宅療養管理指導等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。

(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 山形県酒田市大町 7-16

名称 在宅訪問薬局いわ

説明者氏名 石川大介 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、サービス提供に同意します。

令和 年 月 日

(甲1)利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

(甲2)利用者家族

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した上、私が利用者に代わってその署名を行いました。

個人情報の取り扱いについて

当薬局は、居宅療養管理指導のため、患者様の氏名、住所、病歴、服薬状況などの個人情報を取得し、以下の目的で利用します。

1. 利用目的

居宅療養管理指導計画の作成と実施 医師や関係機関との連携 服薬管理、記録保険請求業務 業務改善のための分析

2. 取得する情報 氏名、年齢、性別、住所、連絡先、病歴、アレルギー歴、服薬状況、検査結果、介護保険・医療保険情報など、指導に必要な情報。

3. 第三者への提供 法令に基づく場合や、医療・介護連携に必要な場合を除き、ご本人の同意なく第三者に提供しません。関係機関へ提供する場合は、必要な範囲に限定し、適切に管理します。

4. 開示・訂正・利用停止 ご自身の個人情報について、開示、訂正、利用停止等を求める権利があります。ご希望の際はお申し出ください。

5. 安全管理 個人情報保護法に基づき、不正アクセスや漏洩などが起こらないよう適切に管理します。

個人情報の提供に 同意します 同意しません