

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

事業者名称	(指定居宅療養管理指導サービス事業者)
事業所の所在地	
事業者指定番号	
代表者名	株式会社コンフィアンス 代表取締役 南雲 雅弘
電話番号	0294-87-8890

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、 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 に直接係わ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。

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

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

- ① 担当の薬剤師は常に身分証明証を携帯しています。必要な場合はいつでも、その提示を求めて下さい。
- 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	月・火・水・木・金・土 但し、国民の祝祭日及び年末年始(12月30日から1月3日)を除きます
営業時間	

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、介護保険制度の規定により以下の通りです。

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 1人 518点/回
- ・単一建物居住者 2～9人 379点/回
- ・単一建物居住者 10人以上 342点/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、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。

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100円（①に加算）

注1）上記の他、健康保険法等に基づき、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）上記の利用料等は厚生労働省告示に基づき算定します。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料は同じです。

9. 相談窓口

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

連絡先: _____

担当者: _____

令和 年 月 日

(乙)当事業者は、利用者(以下、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。

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者:

主たる事業所の所在地 _____

名 称 _____

説 明 者 氏 名 _____ ㊞

(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。

(甲1) 利用者氏名: _____ ㊞

住所: _____

電話番号: _____

(甲2)利用者の家族

氏名: _____ ㊞

住所: _____

電話番号: _____

※ _____ の項目は事業所ごとに異なるため、契約時に提示いたします。