

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	ツルヤ薬局（大阪府知事指定居宅療養管理指導サービス事業者）
事業所の所在	大阪府大阪市住之江区安立3丁目1番17号
指定番号	大阪府指定274590263号
代表者名	保寿学
電話番号	06-6671-3147

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、ツルヤ薬局の薬剤師が適正な居宅療養管理指導等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、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、医師の発行する処方せん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当たっては、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。

従業者の職種	員数	通常の勤務体制
薬剤師	6名	・常勤者（2名） ・非常勤（4名） 勤務時間—午前9：00～午後7：30
事務員	2名	・常勤者（2名） 勤務時間—午前9：00～午後7：30

5. 担当薬剤師

担当薬剤師は、以下の通りです。

担当薬剤師1	辻本 昌子
担当薬剤師2	森光 尚美
責任者	保寿 学

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。

6. 営業日時

当事業所の通常の営業日時は、次の通りです。

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30日～1月3日）を除きます。

営業時間月曜日から水曜日と金曜日の午前9：00～午後7：30、木曜日は午前9：00～午後7：00土曜日の午前9：00～午後1：00まで。

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料として居宅療養管理指導費

・同一建物居住者1名の場合518円/回

・同一建物居住者2～9名の場合379円/回

・同一建物居住者10名以上の場合342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、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

①連絡先:06-6671-3147

②担当者名 :保寿 学

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

大阪府大阪市住之江区安立3丁目1番17号

名 称 ツルヤ薬局

氏名

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。

(甲1)利用者 住所

氏名

印

(甲2)利用者家族 住所

(代理人) 氏名

印