

# 居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項説明書

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、厚生省令第 37 号 8 条に基づいて、当事業者が \_\_\_\_\_ 様にご説明する重要事項は次の通りです。

## 1. 事業者概要

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 事業者名称   | ベル薬局 伊野店（高知県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者） |
| 事業所の所在地 | 高知県吾川郡いの町 1 3 2 8 - 7            |
| 指定番号    | 第 3942440292 号                   |
| 代表者名    | 有限会社 ベル企画 代表取締役 中平真理子            |
| 電話番号    | 0 8 8 - 8 5 0 - 4 1 3 3          |

## 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を必要と認めた利用者に対し、ベル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。

|     |     |
|-----|-----|
| 薬剤師 | 1 名 |
| 事務員 | 3 名 |

## 5. 担当薬剤師

担当薬剤師は以下の通りです。

担当薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (主担当) \_\_\_\_\_

なお、当事業所の担当薬剤師が訪問できない場合、本事項 2 に基づきあらかじめ利用者情報を共有した以下の事業所が臨時対応させていただきます。

(下記が空欄の場合、当事業所のみで対応させていただきます。)

事業所（薬局名） \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

- 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、その掲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。
- ③ 当事業者は、担当薬剤師が退職する場合、または勤務体制の変更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 営業日 月曜日から土曜日まで。但し、国民の祝祭日及び年末年始を除きます。
- ② 営業時間 月～金曜日 午前 9 : 0 0 ～午後 6 : 0 0  
土曜日 午前 9 : 0 0 ～午後 1 : 0 0

## 7. 緊急時の対応等

- ① 緊急時等の対応として、携帯電話等により 24 時間常時連絡が可能な体制をとっています。
- 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 (1) 居宅療養管理指導サービス料として（1 割負担の方の場合）  
居宅療養管理指導費  
単一建物居住者が 1 人への訪問の場合 518 円/回  
単一建物居住者が 2～9 人への訪問の場合 379 円/回  
単一建物居住者が 10 人以上への訪問の場合 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、がん末期患者、中心静脈栄養を受けている方、注射による麻薬の投与を受けている方への訪問は、1 週間に 2 回かつ、月に 8 回を限度。  
  
(2) 居宅療養管理指導サービス料として（2 割負担の方の場合）  
居宅療養管理指導費  
単一建物居住者が 1 人への訪問の場合 1036 円/回

単一建物居住者が 2～9 人への訪問の場合 758 円/回

単一建物居住者が 10 人以上への訪問の場合 684 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、がん末期患者、中心静脈栄養を受けている方、注射による麻薬の投与を受けている方への訪問は、1 週間に 2 回かつ、月に 8 回を限度。

(3) 居宅療養管理指導サービス料として (3 割負担の方の場合)

居宅療養管理指導費

単一建物居住者が 1 人への訪問の場合 1554 円/回

単一建物居住者が 2～9 人への訪問の場合 1137 円/回

単一建物居住者が 10 人以上への訪問の場合 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、がん末期患者、中心静脈栄養を受けている方、注射による麻薬の投与を受けている方への訪問は、1 週間に 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 割負担の方は 1 回につき 100 円が①－(1) に、2 割負担の方は 1 回につき 200 円が①－(2) に、3 割負担の方は 1 回につき 300 円が①－(3) に加えられます。

③医療用麻薬持続注射を希望される場合

- ・1 割負担の方は 1 回につき 250 円が①－(1) に、2 割負担の方は 1 回につき 500 円が①－(2) に、3 割負担の方は 1 回につき 750 円が①－(3) に加えられます。

④中心静脈栄養法を希望される場合

- ・1 割負担の方は 1 回につき 150 円が①－(1) に、2 割負担の方は 1 回につき 300 円が①－(2) に、3 割負担の方は 1 回につき 450 円が①－(3) に加えられます。

注 1) 上記の他、健康保険法に基づき、薬代や薬剤の調製係わる費用の一部をご負担いただく場合があります。

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わるサービス利用料は同じです。

## 9. 苦情申立窓口

- ① 当事業所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。

(有)ベル企画 担当者名 上田真弓 連絡先 088-820-5160

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 高知県吾川郡いの町 1328-7

名称 (有)ベル企画 ベル薬局 伊野店 ⑩

説明者 氏名 (印)

(甲) 私は、重要事項説明書に基づき、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

氏名 印