# 居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）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、厚生労働省令第 37 号第８条に基づいて、当事業所が、＿＿＿＿＿＿様にご説明する重要事項は次の通りです。
なお、制度改正などにより内容が変更することもあります。

１．事業所概要

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | 川崎すみれ薬局（神奈川県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者） |
| 事業所所在地 | 神奈川県川崎市川崎区藤崎４－２１－１ |
| 介護保険事業者番号 | 神奈川県指定第 1445082805 号 |
| 代表者名 | 一般社団法人　メディホープかながわ　代表理事　佐久間　誠 |
| 電話番号 | ０４４－２８７－７５１０ |

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、主治医等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権を尊重し、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事業者と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。
【居宅療養管理指導等サービス】

①当事業所の薬剤師が、医師、歯科医師の指示基づいて薬剤を調整するとともに、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等により、薬剤を有効かつ安全にご使用いただけるように努めます。
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。

４．職員の体制
１．管理薬剤師　１名
２．薬剤師　　１５名以上

５．営業日時
① 営業日　月曜から土曜日まで。
但し、国民の祝祭日及び年末年始（１２月２９日～１月３日）は休業いたします。
② 営業時間　月曜日　９：００～１７：００
火曜日　９：００～１９：００
水曜日　９：００～１７：００
木曜日　９：００～１９：３０
金曜日　９：００～１８：００
土曜日　９：００～１３：３０
※居宅療養管理指導等の実際のサービス提供日時は、利用者と事前にご相談させていただきます。

６．通常の事業の実施地域

通常の実施地域は川崎区とします。

７．利用料

【サービスの利用料は、以下の通りです。】※すべて１回あたり（介護予防も同様）

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　・居宅療養管理指導等サービス費として

| | | |
|---|---|---|
| 単一建物居住者が１人の場合 | ５１８円 | （１割負担の方） |
| | １０３６円 | （２割負担の方） |
| | １５５４円 | （３割負担の方） |
| 単一建物居住者が２～９人の場合 | ３７９円 | （１割負担の方） |
| | ７５８円 | （２割負担の方） |
| | １１３７円 | （３割負担の方） |
| １０人以上 | ３４２円 | （１割負担の方） |
| | ６８２円 | （２割負担の方） |
| | １０２６円 | （３割負担の方） |
| 情報通信機器を用いて行う場合 | ４６円 | （１割負担の方） |
| | ９２円 | （２割負担の方） |
| | １３８円 | （３割負担の方） |

・算定する日の間隔は６日以上、かつ、月４回を限度とします。ただし、がん末期の患者、以下の加算については、１週に２回、かつ、月に８回を限度とします。

②　必要な薬学的管理指導を行った場合、以下の加算を上記の負担額に加えてご負担いただく場合があります。

| | | |
|---|---|---|
| 麻薬管理指導加算 | １００円 | （１割負担の方） |
| | ２００円 | （２割負担の方） |
| | ３００円 | （３割負担の方） |
| 医療用麻薬持続注射療法加算 | ２５０円 | （１割負担の方） |
| | ５００円 | （２割負担の方） |
| | ７５０円 | （３割負担の方） |
| 在宅中心静脈栄養法加算 | １５０円 | （１割負担の方） |
| | ３００円 | （２割負担の方） |
| | ４５０円 | （３割負担の方） |

※ 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。

※ 公費負担医療が適用されている場合、もしくは生活保護を受給されている場合には、利用料の全額または一部が公費負担されますので、利用料の自己負担が免除または減額されます。

※ 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（公費負担医療が適用されている場合は、全額または一部が公費負担されます）。

８．交通費

事業所より遠方で公共交通機関やタクシー等を利用する場合、及び平日 17 時以降、土曜に臨時で訪問をする場合には、所定の交通費（実費相当）が必要となります。予めご提示致します。

９．事故発生時の対応

①　居宅療養管理指導等の提供により事故が発生した場合は、市町村、家族、当該利用者に係

る居宅介護支援事業者等に対して連絡を行い、記録等必要な措置を講じます。
② 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

１０．苦情申立窓口
①当事業所のサービス提供に当たり、苦情や相談がありましたら下記までご連絡下さい。
連絡先　川崎すみれ薬局　　TEL：０４４－２８７－７５１０
担当者は事業所管理者とします。
② 公的機関においても、下記の機関において苦情申出等ができます。
川崎市健康福祉局高齢者事業推進課事業者指導係　　TEL：０４４－２００－２９１０
川崎区役所　高齢・障害課高齢者支援担当　　TEL：０４４－２０１－３０８０
神奈川県国民健康保険団体連合会　介護苦情相談　　TEL：０４５－３２９－３４４７

なお、この同一文書を２部作成し、それぞれ１部ずつ保管することとします。

【説明確認欄】　　令和＿＿年 ＿＿月＿＿日

当事業所は居宅療養管理指導等サービスの提供に当たり、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。

居宅療養管理サービス事業者
所在地　神奈川県川崎市川崎区藤崎４-２１-１

川崎すみれ薬局

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、重要事項説明書に基づき、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利　用　者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代筆者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代　理　人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞