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（試案）

日薬介護保険対策特別委員会　平成１２年３月作成
平成１５年４月一部改定
日薬職能対策委員会 高齢者・介護保険等検討会　平成２１年９月一部改定
日薬地域・在宅医療委員会　平成２５年４月一部改定
日薬地域・在宅医療委員会　平成２６年４月一部改定

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	○○薬局（○○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	○○県○○市○○町○○
指定番号	○○県指定□□□号
代表者名	○○　○○
電話番号	○○○－○○○－○○○○

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、○○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。

※*上記③の前段は、基本的に利用者等の秘密を保持するものの、サービス担当者会議等において利用者や家族の個人情報を用いる場合があることについて、あらかじめ利用者等の同意を得ておくための文言として盛り込んだもの。*

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	○　名	・常勤者（○名） 勤務時間－午前○：○○～午後○：○○ ・非常勤者（○名） 勤務時間－午前○：○○～午後○：○○
事務員	○　名	・常勤者（○名） 勤務時間－午前○：○○～午後○：○○

＊*この他、各薬局の実状に応じ、介護支援専門員、福祉用具専門相談員、その他従業員の数等を記載。*

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　　（主担当）
　　：②
責　任　者：

なお、当事業所の担当薬剤師が訪問できない場合（冠婚葬祭や急病など）、本事項２に基づきあらかじめ利用者情報共有した以下の事業所が臨時対応させていただきます。
（下記表が空欄の場合、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	連絡先（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。
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　　月曜日から土曜日まで。但し、国民の祝祭日及び年末年始（１２月○○日～１月○○日）を除きます。
②営業時間　月曜日から金曜日の午前○：○○～午後○：○○、土曜日の午前○：○○～午後○：○○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料として（１割負担の方の場合）
居宅療養管理指導費
・同一建物居住者以外の方への訪問の場合　５０３円／回
・同一建物居住者の方への訪問の場合　　３５２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方への訪問は、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円が①に加えられます。

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。

※*上記の他、交通費を実費徴収する場合には、その旨を記載する。*

９．苦情申立窓口

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。
①連絡先：○○○－○○○－○○○○
②担当者名：○○　○○

平成○○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　○○○○○○○○○○○○○
名　　称　　○○○○　印
説明者　所　属　○○○○
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　○○○○○○○○○○○○○
氏　名　○○○○　印