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	すずらん薬局　クロッセ秋田店（秋田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	秋田県秋田市中通二丁目５－１　クロッセ秋田
指定番号	秋田県指定　第０５４０１４４９１２
代表者名	株式会社メディハーツ　代表取締役　渡辺　優子
電話番号	０１８－８３８－５７８８

２、事業目的と運営方針

事業目的	要介護状態または要支援状態にあり、主治の医師等の指導による薬学的管理計画書に基づき薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、すずらん薬局　クロッセ秋田店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。
運営方針	① 利用者の意思及び人格を尊重し、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、その他の保険、医療、福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 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致しません。

３、提供するサービス、当事業所が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整すると共に、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 サービスの提供にあたっては、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ご質問・ご相談ください。

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	員数	通常の勤務体制
薬剤師	２名	常勤者（２名）勤務時間は原則として６、営業日時に準ずる
事務員	１名	常勤者（１名）勤務時間は原則として６、営業日時に準ずる

５、担当薬剤師

① 担当薬剤師は身分証を携帯していますので、必要な場合はその提示をお求めください。

② 利用者は担当薬剤師の変更を申し出ることが出来ます。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

③ 申し出に応じます。

④ 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致します)。

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　　日曜及び国民の祝祭日及び当事業所の指定する夏期休業・年末年始休業を除く平日。

②営業時間　上記①における月、火、水、金曜日は午前８：３０～午後６：００
木、土曜日は午前８：３０～午後０：３０

７、緊急時の対応等

①緊急時の体制として連絡先を明示し、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など、対応を図ります。

③居宅療養管理指導を実施中にその実施に起因した利用者に対する事故が生じた場合には、すずらん薬局と損害保険会社との契約に基づいて対応を図ります。

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費として（月４回まで・がん末期及び中心静脈栄養法の対象の場合は週２回かつ月８回まで）

単一建物居住者が１人・・・１回当たり１割負担で 518 円（2 割負担で 1036 円、3 割負担で 1554 円）

単一建物居住者が 2～9 人・・・１回当たり１割負担で 379 円（2 割負担で 758 円、3 割負担で 1137 円）

単一建物居住者が 10 人以上・・１回当たり１割負担で 342 円（2 割負担で 684 円、3 割負担で 1026 円）

情報通信機器を用いた服薬指導・・1 回あたり１割負担で 46 円（2 割負担で 92 円、3 割負担で 126 円）

② 麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合、１回当たり 100 円（2 割負担で 200 円、3 割負担で 300 円）（月４回まで・がん末期及び中心静脈栄養法の対象の場合は週２回かつ月８回まで）が加算されます。

③ 平成 30 年 4 月に新設された、中山間地域における小規模事業者加算（所定単位数の①＋②の 100 分の 10。秋田県全域が豪雪地帯の対象となるため秋田県全ての事業所が対象）が加算されます。

＊１　単一建物居住者とは、同一建築物に居住する者に対して、当該指定居宅療養管理指導事業所の薬剤師が、同一日に居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者を指します。

＊２　上記の他、医療保険制度の変更に伴い薬代や薬剤の調製に係わる費用の一部をご負担いただく場合もございます。その際には改めて説明させていただきます。

9、　苦情申し立て窓口　当事事業所のサービス提供にあたり苦情や相談があれば下記までご相談ください。

担当者名：　小山　美喜子　　連絡先：　018-838-5788

または、秋田県国民健康保険団体聯合会　介護保険課：　018-883-1550

年　　月　　日

（乙）当事業者は甲１に対する居宅療養管理指導サービスの提供にあたり、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致しました。

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　：　秋田市中通２丁目５番１号　クロッセ秋田

名　　称　：すずらん薬局　クロッセ秋田店（秋田県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者）　印

説明責任者：すずらん薬局　クロッセ秋田店　　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）：氏名　　印

住所

甲２（代理人）：氏名　　印

住所