

# 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     | 株式会社オオノ                                                   |
| 事業所名及び所在地 | ひかり薬局笹谷<br>福島県福島市北沢又字成出 13-24<br>(宮城県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者) |
| 指定番号      | 福島県指定 0740141759 号                                        |
| 代表者名      | 代表取締役 堀尾 誠司                                               |
| 電話番号      | 024-557-5222                                              |

## 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、株式会社オオノひかり薬局笹谷の薬剤師（居宅療養管理指導従業者）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。<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    | 2 名 | ・ 常勤者 (2 名)<br>勤務時間一月 午前 9 : 00～午後 6 : 00<br>火～金 午前 9 : 00～午後 5 : 30<br>土 午前 9 : 00～午後 1 : 00 |
| 事務員    | 1 名 | ・ 常勤者 (1 名)<br>勤務時間一月 午前 9 : 00～午後 6 : 00<br>火～金 午前 9 : 00～午後 5 : 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     | (主担当) |
| : ②           |       |
| 責 任 者 : 平野 康兵 |       |

- 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、以下の通りです。

- 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31日～1月3日）を除きます。
- ② 営業時間 月曜日午前 9 : 00～午後 6 : 00 火から金曜日の午前 9 : 00～午後 5 : 30  
土曜日の午前 9 : 00～午後 13 : 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 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

居宅療養管理指導費

単一建物居住者1人に対して 518単位

単一建物居住者2人～9人に対して 379単位

単一建物居住者10人以上に対して 342単位

情報通信機器を用いた場合 46単位

・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、または中心静脈栄養を受けている、または注射による麻薬の投与を受けている場合は、1週に2回、かつ、月に8回まで。

### ② 医療用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単位（①に加算）

### ③ 交通費

店舗から

10km未満 無料

10km以上 15km未満 500円

15km以上 900円

30km以上 要相談

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第124号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。

注4) 交通費はサービス提供料をご負担いただいたときのみの請求となります。

注5) 居宅から2km以上で公共交通機関を使用した場合は、往路×2の交通費をご負担いただきます。

## 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 : 024-557-5222

② 担当者名 : 平野 康兵

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

事業者所在地 宮城県仙台市青葉区上杉二丁目 3-19

事業者 株式会社オオノ

代表者名 代表取締役 堀尾 誠司

印

主たる事業所所在地 福島県福島市北沢又字成出 1-3-24

事業所名 ひかり薬局笹谷

説明者 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) 利用者家族または法定代理人

住 所 .....

氏 名 .....

印