
様

年 月 日

イオン薬局（店名）店

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は、_____様に次の事項をご説明いたします。

1. 事業者概要

事業者名称	イオン薬局（店名）店 〇〇県指定（介護予防）居宅療養管理指導サービス事業者
事業所の所在地	（薬局住所）
事業所番号	第（都道府県コード）4（保険薬局コード）号
代表者名	イオンリテール株式会社 代表取締役 古澤 康之
電話番号	（薬局TEL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を必要と認めた利用者に対し、当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。

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ぬ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. 協力薬局（サポート薬局）

サポート薬局体制 → あり ・ なし

当薬局が訪問できない場合、下記の薬局の薬剤師がサポート薬局として訪問する場合があります。

イオン薬局〇〇〇〇店 電話番号：●●●-●●●●-●●●●

5. 職員等の体制

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 : 交代制 • 非常勤者（　名） 勤務時間－午前 : ~午後 : 交代制
事務員	名	• 常勤者（　名） 勤務時間－午前 : ~午後 : 交代制 • 非常勤者（　名） 勤務時間－午前 : ~午後 : 交代制

6. 担当薬剤師

担当薬剤師：①	(主担当) ②	③
④	⑤	⑥
管 理 者：		

- 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、事前に利用者へご連絡いたします。)

7. 営業日時

- ①営業日： 年中無休
 ②営業時間： 午前 : ~午後 :

8. 緊急時の対応等

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。

9. 事故発生時の対応等

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当のケアマネージャー及び行政等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 利用料

サービスの利用料は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。

(患者さまの負担割合が 1割 : 2割 : 3割 の場合です。)

① 薬剤師による居宅療養管理指導サービス提供料

单一建物居住者（1人）の方への訪問の場合	518 円／回	: 1,036 円／回	: 1,554 円／回
单一建物居住者（2~9人）の方への訪問の場合	379 円／回	: 758 円／回	: 1,137 円／回
单一建物居住者（10人以上）の方への訪問の場合	342 円／回	: 684 円／回	: 1,026 円／回
情報通信機器を用いた場合	46 円／回	: 92 円／回	: 138 円／回

※居住者数とは当薬局より在宅調剤サービスを受ける患者さま人数

※当薬局が在宅調剤サービスを実施する患者さま人数が下記の場合は1人扱いとなります。

- 当該建物の戸数の10%以下の場合
- 当該建物の戸数が20戸未満で2人以下の場合

* 月4回を限度とします。

* 但し、特殊な患者さまの場合は1週に2回、かつ、月に8回を限度とします。

* 厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービスを行う場合、上記に10%加算されます。

- * 厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者にサービスを行う場合、上記に5%加算されます。
- * 法改正に伴う料金改定ごとに担当薬剤師より御案内を致します。

② その他の利用料

・交通費

公共の交通機関を利用の場合、薬局からの往復交通費の実費
自動車を利用した場合は、片道16kmを超える場合は一律200円

注1) 上記の他、医療保険制度に伴い、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。

1.1. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況

- ① 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況：あり（結果は随時開示）
- ② 第三者による評価の実施状況：なし

1.2. 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 イオンリテール株式会社 H&B C本部 調剤部
TEL 043-212-6596
- ② ○○県国民健康保険団体連合会 介護福祉課
TEL (行政窓口 TEL番号)

(乙) 当事業者は、利用者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
(薬局住所)

名 称 イオン薬局 (店名) 店

説明者 薬剤師 ・ 薬局スタッフ

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) 利用者 住 所

氏 名 印

利用者家族 住 所
(代 諾 者)

氏 名 印

年 月 日