

# 居宅療養管理指導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、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	医療法人社団一葉会 佐用共立病院
所在地	兵庫県佐用郡佐用町佐用1111
代表者名	森 泰宏
事業所番号	2813700305
電話番号	0790-82-2321
FAX番号	0790-82-2894

## 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、主治医等が薬剤管理指導を必要と認めた利用者に対し、佐用共立病院薬剤科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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 利用者の療養に資する等の観点から、当該利用者に関係す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。</p>

### 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。

- ①当事業所の薬剤師が、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。

従業員の職種	員数	通常の勤務形態
薬剤師	5名	勤務時間 (常勤) 8:30~17:15
		(非常勤) 13:15~17:15

### 5. 担当薬剤師

担当薬剤師は、以下の通りです。

担当薬剤師：井口 紀美江      責任者：小川 典昭

- 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、国民の祝祭日及び法人が定めた休日を除きます。

②営業時間 月曜日から金曜日の午前8:30～午後5:15

土曜日の午前8:30～午後0:30まで。

## 7. 緊急時の対応等

佐用共立病院への連絡により24時間担当者と連絡が可能な体制を取っています。

緊急時連絡先 佐用共立病院

電話番号0790-82-2321

## 8. 利用料

サービスの利用料は、以下の通りです。(1割負担の場合)

- ・単一建物居住者が1人の訪問の場合 566円/回
- ・単一建物居住者が2～9人の訪問の場合 417円/回
- ・単一建物居住者が10人以上の訪問の場合 380円/回

※6日以上の間隔でかつ、月2回を限度。

※佐用町は特別地域加算対象地域のため、15%が加算されます。

※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。

## 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:0790-82-2321

②担当者名:薬剤科 小川 典昭

(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。

令和 年 月 日

### (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 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111

名 称 医療法人社団一葉会

佐用共立病院

代表者名 理事長 森 泰宏 印

説明者 所 属 薬剤科

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。

令和 年 月 日

(甲1)利用者 住 所

氏 名 印

(甲2)利用者家族 住 所

氏 名 印