

〇〇 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日
薬局

居宅療養管理指導サービス提供に係わる重要事項説明書

居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて当事業者は、〇〇 〇〇 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	
事業者の所在地	
電話番号	
指定番号	
代表者名	柴崎 均

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、薬局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致しません。

3. 提供するサービス

当事業者がご提供するサービスは下記の通りです。

【居宅療養管理指導サービス】

- 当事業者の薬剤師が、医師の発行する処方せんに基づいて薬剤を調剤するとともに、利用者の居宅を訪問し、薬剤の保管・管理や用法に関する説明を行うこと等

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 お薬の副作用や複数の医療機関から頂いているお薬の飲み合わせ（相互作用）等
のお薬に関する疑問やご心配なことがあれば、担当の薬剤師が分かりやすくご説明いたします。

4. 職員等の体制

当事業者の職員体制は以下の通りです。

1 従業員について

従業員の職種	員数	通常の勤務体制
薬剤師	■	常勤者： 名 勤務時間：
事務員	■	常勤者： 名 勤務時間：

2 管理者について

常勤の管理者1名を配置する。

但し、業務に支障がない限り、■薬局の管理者との兼務を可とする。

5. 担当薬剤師

〇〇 〇〇 様の担当 薬剤師は、〇〇 〇〇 です。

当事業者の管理者は、〇〇 〇〇 です。

- 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下さい。
- 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。その場合当事業者は、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、担当者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

当事業者の通常の営業日時は、次の通りです。

営業日：月曜日～土曜日

国民の祝祭日及び年末年始（12月30日～1月3日）を
除きます。

営業時間： 

7. 緊急時の対応等

- 1 緊急時等の体制として、携帯電話により24時間常時連絡が可能な体制を取っています。（当薬局の電話番号におかけくだされば携帯電話に転送されます。）
- 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。

（令和6年6月1日現在）

1 薬剤師による居宅療養管理指導サービス費(1割負担の場合)

単一建物居住者1名の場合	1回	518円
単一建物居住者2~9名の場合	1回	379円
単一建物居住者10名以上の場合	1回	342円

*月4回を限度とします。

*ただし、特殊な患者様の場合は1週に2回かつ月8回を限度とします。

② 特殊な薬剤が使用されている場合

1回につき100円が①に加算されます。

③ 臨時・緊急時の居宅療養管理指導は医療保険が適用されます。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(1割負担の場合)

計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変	1回	500円
上記以外	1回	200円

*月4回を限度とします。

*サポート薬局が対応した場合も算定いたします。

*上記の利用料の他、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もご負担いただくことになります。

サポート薬局

■ 薬局 所在地 : ■
電話番号 : ■
指定番号 : ■

■ 薬局 所在地 : ■
電話番号 : ■
指定番号 : ■

居宅療養管理指導のサービス提供に係わる説明書控え（利用者様用）

- (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いたしました。

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者

所在地 : 
名称 :  印
説明者 :  印

- (1) 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) 利用者の家族

住所 :

氏名 : 印

令和 年 月 日

居宅療養管理指導のサービス提供に係わる説明書控え

(薬局用)

(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いたしました。

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者

所在地 : 
名称 :  印
説明者 :  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) 利用者の家族
住所 :

氏名 : 印

令和 年 月 日

※事業所の運営規程の概要等の重要事項等については以上になります。
に部分については、担当する薬局の概要や担当者を個別にご提示致しません。