

様へ

居宅療養管理指導に関する重要事項説明書並びに契約書

居宅療養管理指導サービスの提供にあたり、厚生省令第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とおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	有限会社ハートフルケア
代表者名	代表取締役 三宅 圭一
事業所名称	東淀川ハートフル薬局
事業所の所在地	〒533-0014 大阪市東淀川区豊新1丁目21番29号1F
指定番号	2743003119
電話番号	06-6370-0700
管理薬剤師	家元 友理

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箋に基づき薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、東淀川ハートフル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により、利用者の健康維持・増進を行う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、主治医、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、親切丁寧に行い、分かりやすくご説明いたします。もし薬についてわからない事や心配な事があれば、担当の薬剤師にご遠慮なく質問・相談してください。

4. 職員等の体制

当事業所の職員体制は以下の通りです。

薬剤師	14名	常勤者4名	非常勤者10名
事務員	4名		

5. 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・火・水・金）午前9:00～午後7:30
（木）午前9:00～午後5:00 （土）午前9:00～午後0:30

6. 緊急時の対応等

緊急時等の体制として、電話等により連絡が可能な体制を取っています。

※ 緊急時の連絡先 080-6173-4634 または 090-9118-7652

7. 在宅基幹薬局と在宅協力薬局制度の利用について

当薬局の訪問業務において、「緊急その他やむを得ない事由がある場合」に、

当薬局の代わりに訪問業務を行う在宅協力薬局は、以下の通りです。

①（事業所名称）健都MY薬局（担当者名）根本 寛子 （事業所の所在地）〒564-0011 大阪府吹田市岸部南1丁目17番26号1階（電話番号）06-6317-3177
②（事業所名称）大阪ハートフル薬局（担当者名）山田 憲治 （事業所の所在地）〒537-0003 大阪市東成区神路1丁目5番20号（電話番号）06-6224-3075
-
-

8. 利用料

<ご利用者様控え>

【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、以下のとおり定められています。

居宅療養管理指導サービス費として（利用者様 1割負担額は下記の通りです。） ※2割・3割負担の場合、金額が変わります。

〈単一建物居住者が1人〉 1回につき 518円【月4回まで】

〈単一建物居住者が2～9人〉 1回につき 379円【月4回まで】

〈単一建物居住者が10人以上〉 1回につき 342円【月4回まで】

〈情報通信機器を用いた服薬指導を行った〉 1回につき 50円【月4回まで】

※ 中心静脈栄養、癌末期、または注射による麻薬の投与を受けている患者の場合は、上記料金が1ヶ月最大8回まで生じます。

※ 上記利用料に加え、麻薬など特別な薬剤が使用されている場合は1回につき100円、医療用麻薬持続注射療法を行っている場合は1回につき250円、在宅中心静脈栄養法を行っている場合は1回につき150円の追加料金が生じます。

※ 上記、管理指導料の他に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。（医療保険利用可）

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 担当者：酒井 美那子（薬局事業部統括）連絡先：090-9118-7652

② 東淀川区保険者の窓口 06-4809-9986

③ 大阪府国民健康保険団体連合会 06-6949-5309

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者 有限会社ハートフルケア（以下「乙」という。）は、上記の重要事項説明書のとおり、居宅療養管理指導に関する契約を結びます。
契約期間は、令和____年____月____日から一年とします。但し、満了日までに甲から契約終了の申し出がない場合は契約が更新されます。また、契約期間中であっても甲より契約解除の申し入れがあった場合は、いつでもこの契約を解除することができます。
この契約の成立を証するために、本証二通を作成し、甲乙押印して、一通ずつ保有します。

令和____年____月____日

（甲）ご利用者 住 所 〒

氏 名

印

TEL

代理人 住 所 〒

氏 名

印

TEL

（乙）居宅療養管理指導サービス事業者

所在地 川西市出在家町1番6号

法人名 有限会社ハートフルケア

代表者 代表取締役 三宅 圭一

印

事業所名 東淀川ハートフル薬局

説明者

印