

居宅療養管理指導契約書

____様（以下、利用者といいます）と、____薬局（以下、薬局といいます）は、薬局が利用者に対して行う居宅療養管理指導サービスについて、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 この契約は、要介護状態または要支援状態にあり、主治の医師等の指示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。

（薬剤師）

第2条 薬局は、利用者の担当となる薬剤師に、利用者の居宅療養管理指導に関する業務を担当させます。

2 利用者は、薬剤師が利用者に不足の損害を与えたとき、その他必要と認めるときは、薬局に対して、薬剤師の変更を求めることができます。

3 薬局は、薬剤師に身分証を常に携帯させ、利用者またはその家族から求められたときは、これを提示させます。

（居宅療養管理指導の内容）

第3条 薬局は、利用者に対し、次に定める居宅療養管理指導を提供します。

（1） 薬局の薬剤師が、毎月医師の指示に基づき薬学的管理指導計画を作成します。そして医師の発行する処方せんにより薬剤を調剤するとともに、利用者の居宅を訪問し、管理計画に基づいて薬剤を有効かつ安全にご使用いただけるよう説明いたします。

（2） 薬についての質問や相談には、担当の薬剤師が責任をもってお答えいたします。

（秘密保持義務）

第4条 薬局及び薬局の従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。

2 薬局は、薬局の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

3 薬局は、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

（契約期間）

第5条 この契約の期間は、令和____年____月____日～利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日とします。但し、契約期間満了日以前に利用者が要介護（支援）状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

(利用料)

第6条 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費として、単一建物居住者が1人場合1回1割負担者は518円(2割負担者は1036円)、単一建物居住者が2～9人の場合1回1割負担者は379円(2割負担者は758円)、単一建物居住者が10人以上の場合1回1割負担者は342円(2割負担者は684円)で月4回までご利用になれます。但し、前回請求日との間には最低6日間の間隔を要します。
また、別に厚生労働大臣が定める者に対してサービスを提供した場合には、週に2回かつ月8回を限度としてご利用になれます。
- (2) 麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合には1回あたり1割負担者は100円(2割負担者は200円)を加算します。
- (3) 医療保険での調剤費と薬代は別途ご負担となります。

なお、生活保護 等公費受給者証をお持ちの方は公費制度により負担金が補助されることもあります。

(契約の終了)

第7条

- (1) 利用者は、いつでもこの契約書を解約できます。この場合には、7日の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- (2) 薬局は、原則としてこの契約を解約することはできません。但し、薬局は、利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるときは、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
- (3) 次の事由に該当する場合、この契約は自動的に終了します。
 - ①利用者が介護保険施設に入院又は入所した場合
 - ②利用者の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合
 - ③利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第8条 薬局は、居宅療養管理指導を提供する上で、この契約の条項に違反し、又は、利用者に損害を与えた場合には、その損害を速やかに賠償する義務を負います。

(相談・苦情対応)

第9条 薬局は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、居宅療養管理指導等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

(情報の保存、開示義務)

第10条 薬局は、利用者の主治の医師等に訪問日ごとの報告書を提出します。また必要に応じ介護支援専門員、他のサービス事業者に報告します。これらの書類等はこの契約終了後5年間保存します。

- 2 利用者は、薬局に対し、いつでも第1項に規定する書面その他の指導に関する記録の閲覧・謄写を求めることができます。但し、謄写に際しては、薬局は利用者に対して、実費当額を請求できるものとします。

(その他)

第 11 条 この契約に定めのない事項については、介護保険法その他の関係法令に従い、利用者及び薬局が信義に従い誠実に協議して決定します。

上記の契約の成立を証するため、利用者及び薬局が署名または記名押印のうえ、この契約書を 2 通作成し、各自その 1 通を保有します。

令和 年 月 日

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

居宅療養管理指導サービス事業者

所 在 地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____

介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導のサービスに係わる重要事項等説明書

(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、ご説明する重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	薬局（静岡県知事指定居宅療養管理指導サービス事業者）	
事業所の所在地		
指定番号	静岡県指定	号
代表者名		
電話番号		

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、主治の医師等の指示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(介護予防)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険、医療、福祉サービスを提供するもの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

当事業者がご提供するサービスは以下の通りです。

【 (介護予防)居宅療養管理指導サービス 】

- ① 当事業所の薬剤師が、毎月医師の指示に基づき薬学的管理指導計画を作成します。そして医師の発行する処方せんにより薬剤を調剤するとともに、利用者の居宅を訪問し、管理計画に基づいて薬剤を有効かつ安全にご使用いただけるよう説明いたします。
- ② 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。

4. 職員等の体制

当事業者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	名	・常勤者（ 名） 開局時間一午前 : ~午後 :
事務員	名	・常勤者（ 名） 非常勤（ 名） 開局時間一午前 : ~午後 :

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 ② ③

責 任 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. 営業時間

当事業所の通常の営業日は、次の通りです。

① 営業日：

②営業時間：午前：～午後：

7. 緊急時の対応等

①緊急時の体制として、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。

携帯電話－

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、下記の通りです。】

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（介護予防）居宅療養管理指導サービス費として

- ・単一建物居住者が 1 人の場合 1 回 1 割負担者は 518 円（2 割負担者は 1036 円）
- ・単一建物居住者が 2～9 人の場合 1 回 1 割負担者は 379 円（2 割負担者は 758 円）
- ・単一建物居住者が 10 人以上の場合 1 回 1 割負担者は 342 円（2 割負担者は 684 円）

麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合

- ・1 回あたり 1 割負担者は 100 円（2 割負担者は 200 円）

③別に厚生労働大臣が定める者に対しては週 2 回 1 月に 8 回まで

*上記の他、医療保険での調剤費と薬代はご負担となります。

なお、生活保護 等公費受給者証をお持ちの方は公費制度により負担金が補助されることもあります。

9. 苦情申立窓口

当事業所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：－

② 当者名：

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する(介護予防)居宅療養管理指導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) (介護予防) 居宅療養管理指導サービス事業者

事業所所在地

名称

説明者氏名

印

(甲) 私は、重要事項等説明に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受け同意いたします。

(甲 1) 利用者

住 所

氏 名

印

(甲 2) 利用者の家族

住 所

氏 名

印

個人情報使用同意書

私（利用者およびその家族）の個人情報については、以下に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

サービス担当者会議、介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合。ただし、個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に漏れないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

薬局 御中

（利用者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

（利用者の家族） 住 所 _____

氏 名 _____ 印