

訪問薬剤管理サービスに係る重要事項説明書兼同意書（居宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤管理指導）

2025年6月1日現在

事業者の概要

事業者名称	株式会社 AT ファーマシー
所在地	神奈川県川崎市高津区千年新町 14-12
連絡先	044-982-9168
代表者名	代表取締役 福高祥恵

事業所

事業所名称	アットファーマシー新城店
事業所所在地	神奈川県川崎市高津区千年新町 14-12
事業所番号	1445342480
管理者	河内 冴実
連絡先	044-982-9168
通常の実施地域	川崎市全域

目的と運営方針

事業所では、介護保険法に基づく居宅療養管理指導および医療保険制度に基づく在宅患者訪問薬剤管理指導（以下、これらを総称して「訪問薬剤管理サービス」といいます）を提供しています。

訪問薬剤管理サービスは、利用者が住み慣れた地域で安心して療養生活を継続できるよう、薬剤師が在宅での服薬支援および薬学的管理を行うことを目的としています。

事業所は、関係法令に基づいた体制のもと、医師・介護支援専門員・その他関係職種と連携し、利用者の状況に応じた安全かつ継続的なサービス提供に努めます。

サービス内容

医師の指示またはケアマネジャーの依頼に基づき、薬剤師がご自宅等を訪問し次のような支援を行います。

- ①現在服用されている薬の内容・使い方の確認
- ②飲み残しや重複服薬、副作用などの確認と指導
- ③お薬の一包化、整理・保管方法の支援
- ④必要に応じて、医師やケアマネジャーへの報告・連携
- ⑤薬学的管理に基づく記録作成・保存（一定期間）

この訪問は、介護保険制度（居宅療養管理指導）または医療保険制度（在宅患者訪問薬剤管理指導）に基づいて実施されます。該当する制度に応じて、月の回数や費用負担割合が異なります。

営業時間

区分	平日	土曜日 日曜日 祝祭日
営業時間	9:00～18:00	休日

※年末年始（12/29～1/3）は「休日」の扱いとなります。

※時間外の対応については応相談とさせていただきます。

事業所の職員体制等

職種	人員	内容
薬剤師	3名以上	薬学的管理の実施及び指導等
事務	5名以上	請求事務及び書類作成・配薬準備・連絡調整等の補助業務

緊急時の対応および営業時間外の連絡体制

緊急時や営業時間外における対応については、事業所の連絡先にご連絡いただくことで、当番薬剤師または担当者が内容を確認し、可能な範囲で必要な対応を行います。

なお、事業所は診療所や病院のような救急対応を行う施設ではないため、容体の急変など緊急医療が必要な場合は、速やかに医師または救急機関にご連絡ください。

ご相談および苦情の受付体制

サービスに関するご意見・ご相談・苦情は、下記の窓口にて随時受け付けております。苦情の内容に応じて、担当者が迅速かつ誠実に対応いたします。改めて利用者宅へ訪問し、対応させて頂く場合もございます。対応状況を記録として保管し、再発防止に努めます。

名称	担当	所在地	連絡先
株式会社 AT ファーマシー	管理者	神奈川県川崎市高津区千年新町 14-12	044-982-9168
川崎市	健康福祉局長寿社会部 介護保険課	神奈川県川崎市幸区堀川町 580 ソリッドスクエア西館 10 階	044-200-2678
神奈川県国民健康保険団体連合会	介護保険課 介護苦情相談係	神奈川県横浜市西区楠町 27-1	044-329-3227
関東信越厚生局	神奈川事務所	神奈川県横浜市中区北仲通 5-57 横浜第 2 合同庁舎 2 階（低層棟）	045-270-2053

個人情報の取扱

事業所は、個人情報保護法その他関係法令に基づき、利用者の個人情報を適切に管理します。

取得した情報は、薬学的管理、訪問業務、医師・医療機関・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者等との連携や照会、請求事務、サービス内容の記録・管理など、適切なサービス提供に必要な範囲でのみ使用します。

本人の同意なく第三者に提供することはありません（ただし、法令等に基づく場合を除きます）。

事業所は、個人情報の漏えい・滅失・改ざん等を防止するため、安全管理措置の整備および従業者への周知を行い、適正な管理に努めます。

また、利用者ご本人からの求めがあった場合には、保有情報の開示・訂正・削除等に適切に対応いたします。

なお、事業所が業務の一部を外部に委託する場合には、個人情報の取扱いに関する契約を締結し、委託先に対する適切な監督を行います。

個人情報の利用目的に変更が生じた際には、事前に説明の上、改めて同意を得よう努めます。

利用料

利用者負担額は、介護保険または医療保険の制度に基づき、月ごとに算定されます。金額は、提供したサービス内容に応じた点数または単位数に、利用者の保険証または負担割合証に記載された自己負担割合（1～3割）を乗じて計算されます。具体的な算定単位や点数については、別紙「訪問薬剤管理サービス料金表」をご参照ください。

※報酬改定（診療報酬・介護報酬）の実施により、料金体系が変更となる場合があります。その場合は、改定内容に基づき最新の料金を適用いたします。

お支払いは、原則として金融機関口座からの自動引き落としにてお願いしております。ご利用月の翌月 27 日（27 日が金融機関休業日の場合は翌営業日）に引き落としさせていただきます。なお、口座登録手続きの状況や、請求処理に必要な情報が遅れた場合は、引き落としやご請求が翌月以降となる場合があります。また、一部の利用者様については、事業所が指定する請求代行業者（株式会社 AT）を通じて、同様の引き落とし手続きを行う場合があります。

緊急連絡先利用の同意書

私は、アットファーマシー新城店 が _____ 様（以下「利用者本人」といいます）へのサービス提供・主治医及び医療機関との連携の過程において、又サービス担当者会議において、緊急時の本人以外の連絡先として、私の連絡先等を利用者本人の契約の有効期間中用いることに同意します。

年 月 日

第一連絡先

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____

連絡先 _____

第二連絡先

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____

連絡先 _____