

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	中宿薬局（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	静岡県掛川市中宿 41
指定番号	静岡県指定 2246210112 号
代表者名	青野 祐一
電話番号	0537-23-1731

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、中宿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	5 名	・常勤者（ 3 名） 勤務時間—午前 8：30～午後 6：30（月～金） 午後 8：30～午後 2：00（土） ・非常勤（ 2 名） 勤務時間—午前 8：30～ 18：30
事務員	3 名	・常勤者（ 2 名） 非常勤（ 1 名） 勤務時間—午前 8：30～ 18：30

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青野祐一

②青野泰子

責 任 者：青野 祐一

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 月曜から土曜日まで。但し、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。）
- ②営業時間 月曜日から金曜日の午前 8：30～午後 6：30、土曜日の午前 8：30～午後 2：00

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 090-3305-8471 （会社携帯）
- 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
- ・同一建物居住者以外の場合 1 回 518 円 同一建物居住者の場合 1 回 379 円 （月 4 回まで）
- ②麻薬等の特別な薬剤が使用されている場合
- ・1 回あたり 100 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。

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：0537-23-1731
- ② 担当者名：青野 祐一

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 掛川市中宿 41

名称 中宿薬局

説明者氏名 青野 祐一

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