

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	ほりの薬局 瓶山店（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	静岡県伊東市瓶山 1-9-8
指定番号	静岡県指定 2240410403 号
代表者名	堀野 昌子
電話番号	0557-38-5265

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、ほりの薬局瓶山店の薬剤師が適正な(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	1 名	・常勤者（ 1 名） 勤務時間－午前 8：30～午後 5：00（月・火・水・木・金） 午前 8：30～午後 12：00（土） ・非常勤（ 0 名）
事務員	2 名	・常勤者（2 名） 非常勤（0 名） 勤務時間－午前 8：30～午後 5：00（月・火・水・木・金） 午前 8：30～午後 12：00（土）

5. 担当薬剤師

【 担当薬剤師は、以下の通りです。】

担当薬剤師：堀野 昌子

責 任 者：堀野 昌子

- 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・火・水・木・金曜日の午前8：30～午後5：00、土曜日の午前8：30～午後12：00

7. 緊急時の対応等

- ①緊急時の体制として、携帯電話への転送等により24時間常時連絡が可能な体制を取っています。
緊急連絡先 0557-38-5265
- 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

居宅療養官営指導費

- | | |
|-------------------------|------|
| 1.単一建物居住者1人の場合 | 518円 |
| 2.単一建物居住者2人～9人の場合 | 379円 |
| 3.1及び2以外の場合 | 342円 |
| 4.情報通信機器を用いて行う場合(月1回程度) | 46円 |

※算定する日の感覚は6日以上かつ月4回を限度とする。ただし、ガン末期患者の場合は、1週に2回かつ月8回を限度とする。

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(①に加算)

③ 医療用麻薬持続注射療法を行っている場合

1回あたり 150円(①に追加)

*上記の他、医療保険に基づく薬代及び薬の調整に係る費用の一部を御負担いただきます。

*上記の利用料等は厚生労働省告示第124号に基づき算定しています算定基準が改定された場合改定後の最新の利用料を適用日より算定します。

*上記金額は負担割合が1割の場合の金額になります。負担割合が2割または3割の方は記載金額の2倍または3倍のご負担をいただきます

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。

- ④ 連 絡 先：0557-38-5265
- ⑤ 担当者名：堀野 昌子

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 伊東市瓶山 1-9-8

名称 ほりの薬局 瓶山店

説明者氏名 堀野 昌子 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