

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）

サービス提供に係わる重要事項説明書

居宅療養管理指導（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、厚生労働省令に基づいて、当事業所が _____ 様に説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業所概要

事業者名称	ふれあい薬局
事業所の所在地	岐阜市神室町 4-29-3 小川ビル 1F
指定番号	2140107281
代表者名	木村 淳一
電話番号	058-263-7136

2 事業目的と運営方針

事業目的・・・要介護状態又は、要支援状態にあり、主治医等の指導による薬学的管理計画書に基づき薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、当事業所の薬剤師が適正な居宅療養管理指導（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。

事業方針・・・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・その他の医療・保健・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わ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又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とおりです。

「居宅療養管理指導（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、医師の指示に基づいて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、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ご質問・ご相談ください。

4 職員等の体制

当事業所の職員体制は以下のとおりです。

管理薬剤師

薬剤師

5 営業日時

当事業所の通常の営業日時は、次のとおりです。

- ① 営業日 日曜日及び国民の祝祭日及び当事業所の指定する研修日・年末年始休業を除く月曜日から土曜日
- ③ 営業時間 月曜日から金曜日・・・午前9時から午後7時まで
土曜日・・・・・・・・・・午前9時から午後7時まで

6 緊急時の対応等

- ① 緊急時等の体制として、連絡先を明示し連絡が可能な体制を取っています。
- ② 必要に応じ利用者の主治医又は医療機関に連絡を行う等、対応を図ります。
- ③ 居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）を実施中に、その実施に起因した利用者に対する事故が発生した場合は、当事業所と損害保険会社との契約に基づいて速やかに対応を図ります。

7 利用料

サービスの利用料は、以下のとおりです

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。

- ① 居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）

サービス費として（月に4回まで）同一建物居住者以外の利用者 1回 円

（同一建物居住者の場合は 円）

(ただしガン末期・中心静脈栄養の利用者の場合は週2回 月8回まで)

② 麻薬等の特別な薬剤が処方されている場合

1回当たり 円(月8回まで)

上記の他、医療保険制度の変更に伴い、薬代や薬剤の調整に係わる費用の一部をご負担いただく場合もございます。その際には、改めてご説明させていただきます。

8 苦情申し立て窓口

当事業者のサービスの提供に当たり、苦情やご相談があれば下記までご連絡ください

担当者

連絡先 TEL 058-263-7136

FAX 058-263-7136

令和 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲Ⅰに対する居宅療養管理指導(介護予防居宅療養管理指導)サービスの提供に当たり、□甲Ⅰ・□甲Ⅱに対して、重要事項説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅療養管理指導(介護予防居宅療養管理指導)サービス事業所

事業所所在地 岐阜市神室町4-29-3 小川ビル1F

事業所名称 ふれあい薬局 印

説明者 木村 淳一

(甲) 私は、重要事項説明書に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲Ⅰ) 利用者 住所

氏名

印

(甲Ⅱ) 利用者家族 住所

氏名

印