

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	アंक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	静岡県浜松市浜名区本沢合 800
指定番号	静岡県指定 2247211150 号
代表者名	渥美将彦
電話番号	053-584-0078

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、アंक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	4 名	・ 常勤者（4 名） 勤務時間－8:30 ～ 18:30（月～水・金） 8:30 ～ 16:30（木） 8:30 ～ 13:00（土）
事務員	5 名	・ 常勤者（5 名） 勤務時間－8:30 ～ 18:30（月～水・金） 8:30 ～ 16:30（木） 8:30 ～ 13:00（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：①土屋哲之 ②渥美将彦 ③安達士郎

責 任 者：渥美将彦

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日を除く）
- ② 営業時間 月曜日から水曜日・金曜日の8:30～18:30
木曜日の8:30～18:30
土曜日の8:30～13:00

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 053-584-7800 （営業時間外は携帯へ転送）

- 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（月4回まで）

- ・単一建物居住者1人の場合 1回1割負担者は518円
2割負担者は1036円
3割負担者は1554円
- ・単一建物居住者2～9人の場合 1回1割負担者は379円
2割負担者は758円
3割負担者は1137円
- ・単一建物居住者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
3割負担者は1026円

- ② 医療用麻薬持続注射療法による管理が必要な場合

- 1回につき1割負担者は250円
- 2割負担者は500円
- 3割負担者は750円 が①に加算されます。

- ③ 中心静脈栄養法による管理が必要な場合

- 1回につき1割負担者は150円
- 2割負担者は300円
- 3割負担者は450円 が①に加算されます。

- ④ 情報通信機器を用いた場合（①と合わせて月4回まで）

- 1回につき1割負担者は46円
- 2割負担者は92円
- 3割負担者は138円

- ⑤ 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：053-584-7800
- ② 担当者名：渥美将彦

令和6年9月7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 浜松市浜名区本沢合 800

名称 アンク薬局

説明者氏名 土屋哲之



(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