

居宅療養管理指導（薬局薬剤師）に係る重要事項説明書

1 事業者概要

事業者名称	ふじ薬局
事業所の所在地	岡崎市中田町4-8
指定番号	234 2102528
代表者氏名	伊藤 武
電話番号	0564-58-8875

2 事業の目的

- ① 要介護状態または要支援状態にあり、主治医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、ふじ薬局の薬剤師が適正な居宅療養管理指導を提供することを目的とします。
- ② 利用者が要介護状態または要支援状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、担当する薬剤師は通院困難な利用者に対してその居宅を訪問し、その心身の状況、おかれている環境等は把握し、それらを踏まえて療養上の管理および指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図ります。

3 運営方針

- ① 利用者の意思、人格を尊重し利用者の立場にたったサービス提供に努めます。
- ② 地域との結びつきを尊重し、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健、医療、福祉サービスを提供する者との親密な連携に努めます。
- 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・家族の秘密を他に漏らすことはいたしません。

4 職員等体制

薬剤師	4名	・常勤者（2名）管理者を兼務 勤務時間 午前9：00～午後7：00 ・非常勤者（2名） 勤務時間 午前9：00～午後6：00
事務員	3名	・常勤者（1名） 勤務時間 午前9：00～午後6：00 ・非常勤者（2名） 勤務時間 午前9：00～午後3：00 勤務時間 午後1：00～午後6：00

5 営業日及び営業時間

- ・原則として営業日、営業時間は保険薬局として許可された営業日、営業時間とします。
- ・但し祝祭日、12月28日から1月3日までは除きます。
- ・通常、月曜日～金曜日の午前9時から午後7時まで、土曜日は午前9時から午後4時までとし、緊急時を除きます。
- ・電話等で24時間常時連絡が可能な体制をとります。

6 サービスの内容、提供方法

- ① 薬剤師の行う居宅療養管理指導は、医師、歯科医師の指示に基づき訪問等を行い、常に利用者の病状及び心身の状況を把握し継続的な薬学的管理指導を行います。また、医療品が利用者のADLやQOLに及ぼしている影響を確認し、適切な対応を図るなど、居宅における日常生活の自立に役立つようアドバイスを行います。
- ② 訪問等により行った居宅療養管理指導の内容は、速やかに記録を作成すると共に、処方医等及び必要に応じ介護支援専門員、他のサービス事業者に報告します。
- ③ 具体的には以下の通りです。
 - ・ 処方せんによる調剤（状態にあわせた調剤上の工夫）
 - ・ 薬剤服用歴の管理
 - ・ 居宅における薬剤の保管、管理に関する指導
 - ・ 使用薬剤の有効性に関するモニタリング
 - ・ 薬剤の重複投与、相互作用等の回避
 - ・ 副作用の早期発見
 - ・ ADL、QOL等に影響を及ぼす使用薬剤の確認
 - ・ 使用薬剤、用法、用量等に関する、医師等への連絡調整
 - ・ 麻薬製剤の管理とその評価
 - ・ 病態と服薬状況の確認、残薬及び過不足薬の確認、指導
 - ・ 在宅医療機器、用具、材料等の供給
 - ・ 在宅介護用品、福祉機器等の供給、相談応需
 - ・ その他、介護・福祉における相談応需

7 通常の事業実施地域

通常の実施地域は、岡崎地区とします。

8 利用料

- ① 介護保険法の告示上を額とします。
- ② 月4回を限度に1回517円。
（但しがん末期患者の場合は8回まで、また麻薬使用の場合100円加算）の利用料になります。
但し、公費により利用料負担が掛からない場合があります。

9 緊急時等における対応方法

居宅療養管理指導の実施中に、利用者の症状急変その他緊急事態が生じた場合、速やかに主治医等に連絡します。

10 苦情申し立て窓口

- ① 当事業者のサービス提供にあたり、苦情や相談がある場合、下記までご連絡ください。

連絡先	TEL	0564-58-8875
	担当者名	伊藤 武
- ② 他に下記に直接申し出ることができます。
 - ・ 各市町村担当窓口（TEL 0564-23-6682）
 - ・ 愛知県国民健康保険連合会（TEL 052-971-4165）

11 その他、運営に関する重要事項

- ① ふじ薬局は社会的使命を十分認識し、従業員の質的向上を図るため定期的な研修の機会を設け、的確な指導ができ得る業務態勢を整備します。
- ② 従業員は、業務上知り得た本人、家族の情報の秘密を保持します。
- ③ サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、又、家族の情報を用いる場合は家族の同意を得る事とします。

(乙) 当事業者は、甲に対する居宅療養管理指導サービスの提供に当たり重要事項説明書に基づき説明いたしました。

令和 年 月 日

薬 局 名 ふじ薬局

住 所 岡崎市中田町 4 - 8

説明者氏名 伊藤 武 印

(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。

令和 年 月 日

住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

署名代行者住所

署名代行者氏名 印