

居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書

居宅療養管理指導サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者が
様 に説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	貴志ひまわり薬局（兵庫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	三田市貴志80-1
事業者指定番号	兵庫県指定 第 2841200492 号
代表者名	有限会社ミヤモト薬局
電話番号	(079)- 553 - 8090 09033508090(会社携帯) 09087833612(武田携帯)

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にあり、主治の医師の指示に基づき、薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、貴志ひまわり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。
運営の方針	① 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場にた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、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に、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

当事業所がご提供するサービスは以下の通りです。

居宅療養管理指導サービス	① 当事業所の薬剤師が、医師の発行する処方箋に基づいて薬剤を調製するとともに、利用者の居宅を訪問し、薬剤の保管・管理や使用などに関する説明を行う事により、薬剤を有効かつ安全に使用して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、懇切丁寧に行い、わかりやすくご説明いたします。もし、お薬についてわからない事や心配な事があれば、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

当事業所の職員の体制は以下の通りです。

従業員の職種	員数	通常の勤務態勢
薬剤師	5 名	常勤者(2 名) 勤務時間 午前 8:30 から午後 6:30 非常勤者(3 名)勤務時間 午前 9:00 から午後 6:30

5. 担当薬剤師 担当の薬剤師は以下の通りです。

担当薬剤師	主担当者	その他担当者	責任者 武田耕我
-------	------	--------	-------------

担当の薬剤師は常に身分証明証を携帯しています。必要な場合はいつでも、その提示を求めて下さい。

6. 営業日時 当事業所の通常の営業日時は以下の通りです。

営業日	月・火・木・金・土 但し、国民の祝祭日及び年末年始(12月30日から1月3日)を除きます
営業時間	月・火・木・金 午前 8:30 から午後 6:30 水 午前 8:30 から午後4:30 土曜日 午前 8:30 から午後 13:30

7. 緊急時の対応

- ①緊急時等の体制として、携帯電話等の利用により24時間常時連絡が可能な体制をとっています。
- ②必要に応じて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、以下の通りです。

居宅療養管理指導料	自宅1回 518 円、月4回まで	中心静脈栄養または癌末期患者の場合は、 左記料金が1ヶ月最大8回まで生じます。
-----------	------------------	--

麻薬など特別な薬剤が使用されている場合は、上記利用料に加え1回につき100円の追加料金が生じます。
上記、管理指導料の他に薬代や薬剤の調製に係わる費用の一部をご負担いただきます。

交通費 (距離は片道)	当薬局は、請求しません。	交通費に関しては状況に応じて、別途、請求させていただきます。
----------------	---------------------	--------------------------------

令 7 年 4 月 1 日

(乙) 当事業者は、利用者(以下、甲1)に対する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) 居宅療養管理指導サービス事業者： 貴志ひまわり薬局

主たる事業所の所在地 三田市貴志 8 0 番 1 号

名 称 貴志ひまわり薬局 ㊞

説 明 者 氏 名 武田 耕我

説 明 者 の 所 属

(甲) 私は、重要事項等説明書に基づき、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1) 利用者氏名： _____ ㊞

住所： _____

電話番号： _____

(甲2) 利用者の家族

氏名： _____ ㊞

住所： _____

電話番号： _____