**○○県知事指定 居宅療養管理指導事業所**

**「○○薬局○○店」**

|  |  |
| --- | --- |
| 指定事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |

**1.事業の目的及び運営方針**

要介護者または要支援者にある利用者が、居宅において自立した生活を営むことができるよう、医師の指示に基づいて薬剤師が訪問して薬剤管理をいたします。

**2.従事者の職種、員数**

薬剤師

**≪職務の内容：指定居宅療養管理指導の内容≫**

* 利用者の状態に合わせた調剤上の工夫
* 薬剤等の居宅への配送
* 居宅における薬の保管・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
* 介護用品、福祉機器等の供給、相談応需
* 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への助言
* 麻薬製剤の選択及び疼痛管理とその評価
* 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
* 患者の住環境等を衛生的に保つための指導、助言
* ＡＤＬ・ＱＯＬ等に及ぼす使用薬剤の影響確認
* その他、必要事項（不要薬剤等の廃棄処理、廃棄に関する指導等）

**3.営業日および営業時間**

**【**月・火・水・金】午前９：００～午後６：００

　【土・木】午前９：００～午後１：００

　【休日】祝日及び年末年始、盆休み期間

　(電話相談応需は２４時間対応しており、緊急時は上記の限りではありません)

**4.指定居宅療養管理指導の種類及び利用料、その他の費用の額**

　１回５００円　４回／月まで（特別医療を必要とする場合、例外として月８回となる場合があります)

　●特別な薬剤管理の方は＋１００円。公費助成などにより負担が変わることがあります。

　●交通費を要する場合、実費をいただきます。

**5.その他運営に関する重要事項**

* + 健康保険法、介護保険法等を遵守し、業務を行います。
	+ 居宅療養管理指導に関わる苦情が生じた場合は、迅速かつ適切に対応するよう、必要な措置を講じます。
	+ 個人情報に関しては運営規定により利用者に相談のうえ慎重に対処いたします。

（k13 指定居宅療養管理指導に関する掲示）

Fizz 161101-1