

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所の名称	川上歯科ペリオ・インプラントオフィス
指定事業所番号	届出中
所在地	新潟市西区山田4-1-6 第2大鵬ビル1階
責任者	下枝 愛咲美
電話番号	025-370-1192
サービス提供地域	医院から半径1.6km圏内

2. 事業所の職員体制

歯科医師	3名（常勤2名 非常勤1名）
歯科衛生士	4名（常勤1名 非常勤3名）
歯科助手・受付	2名（常勤2名 非常勤0名）

3. 診療時間

外 来

営業時間	月曜日から日曜日 9:00～13:00 14:30～18:00（最終受付は17:30）
休日	火曜日・祝日・年末年始・夏季休業

訪問診療

営業時間	月～土 9:00～17:30
休日	不定休・年末年始・夏季休業

4. 運営方針及びサービス内容

利用者様の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に役立つよう、計画的に居宅療養管理指導を行います。

歯科医師による 居宅療養管理指導	歯科医師が通院困難な利用者様の居宅サービス計画立案等に必要な情報を提供します。またご本人やご家族様、介護者様に対して介護方法の指導等の助言を行います。ケアマネージャー等への情報提供については利用者様の同意を得て行います。
歯科衛生士による 居宅療養管理指導	歯科医師の指示のもとに歯科衛生士が利用者の口腔内や義歯の清掃、口腔機能向上運動等についての実地指導を行います。

5. 利用料金

① 居宅療養管理指導費

利用料は厚生労働大臣が定める額に基づき、1割・2割・3割負担とする。
なお、居宅介護管理指導費は介護保険サービスの利用限度額（支給限度額）には含まれませんのでご安心ください。

② 交通費

訪問するための交通費の実費は、頂いておりません。

6. 支払方法

「銀行自動振替」・「銀行振込」が、ご利用いただけます。

毎月 15 日前後に前月分の請求書を送付いたします。お支払い確認後に領収書を郵送させていただきます。施設入居の場合、施設様ごとに異なりますのでご不明な場合は当事業所又は施設様へお尋ねください。

7. サービスの終了

① 利用者様都合の終了の場合

いつでも解約できます

② 当事業所の都合の終了の場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は事業終了 30 日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

利用者様が医療保険が優先する施設（老健、特養、病院）に入所・入院した場合。要介護（支援）認定が受けられなかった（自立）とき。亡くなられた場合。

④ その他

利用者様やご家族などが当事業所に対して本契約を継続しがたいほどの背徳行為を行った場合は、文書で通知することによりサービスを終了させていただく場合がございます。

8. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご家族、介護支援事業者等に連絡を行い、応急処置、医療機関への搬送、記録等必要な措置を講じます。

9. 秘密の保持について

当事業所従事者または従事者であった者は、正当な理由なく業務上知りえた利用者様及びその後見人又は家族の秘密を洩らしません。利用者様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、必要な範囲内で個人情報を用います。

10. 苦情等相談窓口

窓口責任者	院長 下枝 愛咲美
利用時間	3. 診療時間（外来）に記載する営業日・営業時間の通り
電話番号	025-370-1192

その他、お住いの県市区町村の介護保険課の相談・苦情窓口等へ苦情を伝える事ができます。

【署名欄】 利用者様保管用

令和 年 月 日

居宅療養管理指導の提供開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて説明しました。

〔事業者名〕 川上歯科ペリオ・インプラントオフィス

〔所在地〕新潟市西区山田 416-1 第 2 大鵬ビル 1 階

[管 理 者] 下枝 愛咲美 (院長)

私は、事業者から居宅療養管理指導についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始、および必要に応じて行われるケアマネージャー様等関連職種への情報提供に同意します。またこの文書が、契約書となることにも同意します。

ご利用者様

住所または入居施設名

氏 名

印

代理人（ご家族）様 住 所

氏 名

印

----- キリトリ ----- キリトリ ----- キリトリ -----

【署名欄】 事業所保管用（上点線で切り取り返信用封筒にて医院へ郵送して下さい）

令和 年 月 日

居宅療養管理指導の提供開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて説明しました。

「事業者名」医療法人社団川上歯科ペリオ・インプラントオフィス

〔所在地〕新潟市西区山田416-1 第2大鵬ビル1階

[管理者] 下枝 愛咲美 (院長)

私は、事業者から居宅療養管理指導についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始、および必要に応じて行われるケアマネージャー様等関連職種への情報提供に同意します。またこの文書が、契約書となることにも同意します。

ご利用者様

住所または入居施設名

氏 名

印

代理人（ご家族）様 住 所

氏 名

印