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．事業者（法人）概要

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医院名 | 　医療法人とよたか歯科 |
| 所在地 | 　山形県東根市大字蟹沢2221－18 |
| 　代表者名 | 　豊嶋豊敬（歯科医師） |
| 　電話番号 | 　0237－41－1313 |

２．事業所概要

|  |  |
| --- | --- |
| 　　事業所の名称 | 医療法人とよたか歯科 |
| 　　指定事業所番号 | 　0631730330 |
| 　　指定事業の種別 | 　歯科 |
| 　　所在地 | 山形県東根市大字蟹沢2221－18 |
| 責任者 | 豊嶋豊敬 |
| 　　電話番号 | 　0237－41－1313 |
| 　サービス提供地域 | 東根市、村山市、尾花沢市、大石田町、天童市、河北町 |

３．事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 　　歯科医師 | 　1人（常勤1名） |
| 　　歯科衛生士 | 　5人（常勤4名、非常勤1名） |
| 　　歯科助手・受付 | 　2人（常勤2名） |

４．診療時間

|  |  |
| --- | --- |
| 　　営業時間 | 月～水、金曜日　9：30～12：00、14：00～18：00土曜日　　　9：30～12：00、13：00～14：00 |
| 　　　休日 | 木、日曜日、祝日 |

５．サービス内容

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師による居宅療養管理指導 | 担当の歯科医師が、通院が困難な利用者に対しその居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法について指導及び助言を行います。 |
| 歯科衛生士による居宅療養管理指導 | 担当の歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士が利用者の居宅を訪問し、療養上必要な指導を行います。 |

６．費用

　　(ア)居宅療養管理指導費

　　　　介護保険の自己負担割合によって費用が異なります。なお、居宅療養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。

【居宅療養管理指導費】

＊1単位＝10円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　歯科医師居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 516単位（月2回まで） |
| 単一建物居住者2～9名 | 486単位（月2回まで） |
| 単一建物居住者10名～ | 440単位（月2回まで） |
| 　　　歯科衛生士等居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 361単位（月4回まで） |
| 単一建物居住者2～9名 | 325単位（月4回まで） |
| 単一建物居住者10名～ | 294単位（月4回まで） |

【訪問診療を月1回実施した場合の1か月あたりの自己負担額の目安】

＊自己負担割合1割の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　歯科医師居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 516円 |
| 単一建物居住者２～９名 | 　486円 |
| 単一建物居住者10名～ | 　440円 |
| 歯科衛生士等居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 　361円 |
| 単一建物居住者2～９名 | 　325円 |
| 単一建物居住者10名～ | 　294円 |

＊自己負担割合2割の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 歯科医師居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 　1032円 |
| 単一建物居住者2～９名 | 　972円 |
| 単一建物居住者10名～ | 880円 |
| 歯科衛生士等居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 　722円 |
| 単一建物居住者2～９名 | 　650円 |
| 単一建物居住者10名～ | 　588円 |

＊自己負担割合3割の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 歯科医師居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 　1,548円 |
| 単一建物居住者2～９名 | 1,458円 |
| 単一建物居住者10名～ | 　1,320円 |
| 歯科衛生士等居宅療養管理指導費 | 単一建物居住者1名 | 　1,083円 |
| 単一建物居住者2～９名 | 　975円 |
| 単一建物居住者10名～ | 　882円 |

1. 交通費（訪問診療・往診1回につき）

交通費は当分の間いただきません。

７・支払方法

　居宅療養管理指導費（介護保険）の個人負担額のお支払については、月単位でのご請求となります。毎月15日前後に前月分の請求書を郵送させていただきますので、期日までに指定の口座へお振込みいただくか、当院窓口でお支払いく出さるようお願いいたします。お振込みいただいた場合は、確認後に領収書を郵送させていただきます。

８・苦情等相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口　 | 　医療法人とよたか歯科 |
| 　　窓口責任者 | 　豊嶋豊敬 |
| 　　利用時間 | 月～水、金曜日　9:30~12:00, 14:00~18:00土曜日　　　　　9:30~12:00, 13:00~14:00 |
| 　　電話番号 |  0237-41-1313 |

契約締結日　西暦20　　年　　月　　日

　私は、居宅療養管理指導の重要事項説明書により、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、その内容に同意します。

　　　　[ご利用者]

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　（代筆の場合）代筆者住所・氏名

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　[事業者]

　　　　住所　山形県東根市大字蟹沢2221－18

　　　　　　　　医療法人　とよたか歯科

　　　　　　　　　　　　　　　理事長　豊嶋豊敬

　　　　説明者

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印