

〇〇〇〇歯科医院重要事項説明書

1、事業所概要

名称		管理者名	
所在地			
事業の目的	当事業所は、介護保険法に基づき、通院が困難な要介護・要支援状態の利用者に対して、居宅を訪問し、専門的な歯科医学的管理のもと、口腔機能の維持・向上および療養生活の質の向上を図ることを目的とします。		
運営の方針	1. 利用者本位のサービス提供 利用者が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支援いたします 利用者一人ひとりの心身の状況、生活環境を的確に把握し、個別性を重視したサービスを提供いたします 利用者の尊厳を保持し、その人らしい生活の継続を支援いたします 2. 専門性の確保と継続的なケア 歯科医師・歯科衛生士等の専門職による科学的根拠に基づいた計画的かつ継続的な管理指導を行います 口腔衛生の維持・向上、摂食嚥下機能の改善により、誤嚥性肺炎の予防と栄養状態の改善に努めます 定期的な評価・見直しにより、常にサービスの質の向上を図ります 3. 多職種連携と地域包括ケア 関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携に努めます 居宅介護支援事業所、他の介護サービス事業者、医療機関等との情報共有と連携により、利用者の包括的なケアに貢献いたします サービス担当者会議への積極的な参加を通じて、適切なケアプランの作成に協力いたします 4. 安全で安心なサービス提供 感染予防対策を徹底し、利用者および従業員の安全確保に努めます 緊急時の対応体制を整備し、利用者の安全を最優先に行動いたします 事故防止・再発防止に継続的に取り組み、安全な訪問環境の確保に努めます 5. 利用者の権利擁護 利用者の個人情報保護および秘密保持を徹底いたします 利用者の意思を尊重し、十分な説明と同意に基づくサービス提供を行います 虐待の防止および早期発見に努め、利用者の尊厳ある生活を守ります 6. 法令遵守と倫理の確保 介護保険法、健康保険法、個人情報保護法等の関係法令を遵守し、適正な事業運営を行います 職業倫理を重視し、利用者・家族との信頼関係の構築に努めます 継続的な研修により従業員の資質向上を図り、専門職としての責務を果たします 7. 苦情対応と透明性の確保 利用者・家族からの苦情・相談に迅速かつ誠実に対応し、サービス改善に活かします 事業運営の透明性を確保し、地域社会からの信頼獲得に努めます 定期的な自己評価と第三者評価により、客観的な事業運営の向上を図ります		
介護保険事業所番号	0	電話番号	0000-000-000
提供サービス	居宅療養管理指導(歯科医師、歯科衛生士)	指定年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
実施地域	〇〇市 〇〇市 〇〇市 〇〇市(※全域) 〇〇市 〇〇市 〇〇市 〇〇市 (※一部地域除く)		

2、職員体制

職種	業務内容	人員
歯科医師	歯科治療、居宅療養管理指導	(〇名)
歯科衛生士	診療補助、衛生実地、居宅療養管理指導	(〇名)
事務、助手、その他	事務、レセプト、運転、現場補助、受付・相談窓口、その他	(〇名)

3、サービスの種類、利用額、提供時間

サービスの種類	職種	利用額	サービス提供時間※()内は受付時間
歯科医師による居宅療養管理指導	歯科医師	1回517円(複数の場合441～487円)/月2回限度	月ー土 00:00～00:00(00:00～00:00)
歯科衛生士による居宅療養管理指導	歯科衛生士	1回362円(複数の場合295～326円)/月4回限度	月ー土 00:00～00:00(00:00～00:00)

※利用額につきまして、その他診療費と合わせた保険のご負担金は別紙料金表をご参照ください。

※2割負担の方は、上記金額×2、3割負担の方は上記金額×3の金額をご負担いただきます。

4、負担金お支払い方法

現金払い	サービス提供中は月に一度訪問時に集金をさせて頂いております。
銀行振り込み	サービス提供中、又はサービス終了後の銀行振り込みも対応しております。
自動引き落とし	毎月、自動引き落としによるお支払いも可能です。(各種銀行、郵貯との金融機関に対応しております。)

5、サービス提供にあたって

①サービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。被保険者の住所等に変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

- ②利用者及び家族の意向を踏まえ「口腔ケア（管理指導）計画」を作成します。なお、作成した「口腔ケア計画」は、利用者又は家族にその内容を説明致します。
- ③サービス提供は「口腔ケア計画」に基づいて行います。なお、「口腔ケア計画」は利用者等の心身の状況や意向等の変化により必要に応じて変更することができます。
- ④サービス提供に係るご負担金については、月毎のまとめてのお支払いとなります。

6、サービス利用の中止

サービス利用を中止をする際は、訪問時、スタッフに申しつけるか、所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話)	0000-000-000	FAX	0000-000-000
---------	--------------	-----	--------------

7、緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、ご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等にご連絡致します。

8、記録の保管

サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は提供の日から5年間保管します。また、利用者は事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

9、情報公表

本重要事項説明書の内容は、当法人ホームページ(URL記載)および介護サービス情報公表システムに掲載しております。

10、損害保険への加入

事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名		保険名	
補償の概要	日本国内でおこなった医療業務の遂行に起因する事故について医院が負担する賠償金を保証		
保険会社名		保険名	
補償の概要			

11、相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

担当窓口	電話番号	0000-000-000	FAX	0000-000-000
	対応時間	00:00～00:00	責任者	

12、公的機関においても、苦情申出等ができます。

各地域の役所(保健福祉部各課)

〇〇市役所	0000-000-000	〇〇市役所	0000-000-000
〇〇市役所	0000-000-000	〇〇市役所	0000-000-000
〇〇市役所	0000-000-000	〇〇市役所	0000-000-000
〇〇市役所	0000-000-000	〇〇市役所	0000-000-000
〇〇市役所	0000-000-000		

国保連合会介護保険課

〇〇県国民健康保険団体連合会 介護保険課(苦情処理)	0000-000-000
----------------------------	--------------