

1 居宅療養管理指導事業者（法人）概要

名称・法人種別	医療法人社団マイスター
代 表 者 名	山下 智嗣
所在地・連絡先	（住所）〒158-0094 東京都世田谷区玉川 3-6-1 第 6 明友ビル 1F （電話）：03-5797-2730 （FAX）：03-5797-2731

2 事業の目的と運営方針

要支援・要介護状態等にある利用者が、居宅において自立した生活を営むことができるよう、居宅を訪問して病状、心身の状況、置かれている環境等を把握し、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）に居宅サービス計画等の作成に必要な情報を提供するとともに、利用者及び家族に療養上の管理・指導・助言等を行い、利用者の療養生活の向上を図るものとする。事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと、緊密な連携に努めるものとする。

3 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	中野マイスター歯科クリニック
所在地・連絡先	（住所）〒165-0026 東京都中野区新井1-1-5 208号室 （電話）：03-3387-8866 （FAX）：03-3387-8866
歯科事務局	（住所）〒165-0026 東京都中野区新井1-1-3 （電話）：03-5942-5424 （FAX）：03-5942-5425
事業所番号	1331449412
管理者の氏名	山下 智 嗣

(2) 事業所の職員体制および勤務体制

従業員の職種	人数 （人）	区分		職務内容・勤務体制
		常勤（人）	非常勤（人）	
管 理 者				管理/正規勤務時間帯で勤務
歯 科 医 師				歯科医師業務/正規勤務時間帯で勤務
歯 科 衛 生 士				歯科衛生士業務/正規勤務時間帯で勤務

(3) 営業日及び営業時間

中野マイスター歯科クリニック	月・火・水・木・金・土	9:00～18:00
	日	休 診

4 サービス内容と費用

(1) サービスの内容

居宅療養管理指導の種類	内容
1 歯科医師が行う 居宅療養管理指導	担当の歯科医師が、通院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歯科医学的管理を基に、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所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、介護方法等について、指導及び助言を行います。 ※事業者への情報提供については、個人情報ですので、利用者の同意を得て行います。
2 歯科衛生士が行う 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、療養上必要な指導として利用者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に関する実地指導を行います。

(2) 費用（利用料）

介護保険の適用がある場合は、介護保険被保険者証に記載されている自己負担割合に応じて算定されます。
お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

居宅療養管理指導の種類	利用料金
2 歯科医師が行う 居宅療養管理指導	1月に2回限度として（1回あたり）
	単一建物居住者が1人 5,170円
	単一建物居住者が2～9人 4,870円
	単一建物居住者が10人以上 4,410円
3 歯科衛生士が行う 居宅療養管理指導	1月に4回限度として（1回あたり）
	※ただし、がん末期の患者は6回まで
	単一建物居住者が1人 3,620円
	単一建物居住者が2～9人 3,260円
	単一建物居住者が10人以上 2,950円

5 利用料等のお支払方法

月末締め、翌月の月初に前月分の請求をいたしますので、下記口座に振り込み又は現金もしくは口座引き落としでお支払ください。

みずほ銀行 玉川支店 （店番号613） 普通預金口座 （口座番号 1228153） 医療法人社団 マイスター
--

※ 入金確認後、領収書を発行いたします。

6 その他

事 項	内 容
サービスの記録と事後評価	サービス提供の効果等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	ご利用時間 9：00～18：00
	(電話):03-5942-5424

8 お客様へのお願い

サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。
当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住所	東京都中野区新井1-1-5 208号室	
	事業者（法人）名	医療法人社団マイスター	
	事業所名	中野マイスター歯科クリニック	
	事業所番号	1331449412	
		代表者名	理事長 山下 智嗣 印
説明者	職 名	事 務	
	氏 名	印	

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印
代理人（選任した場合）	住所	
	氏名	印
		利用者様とのご関係