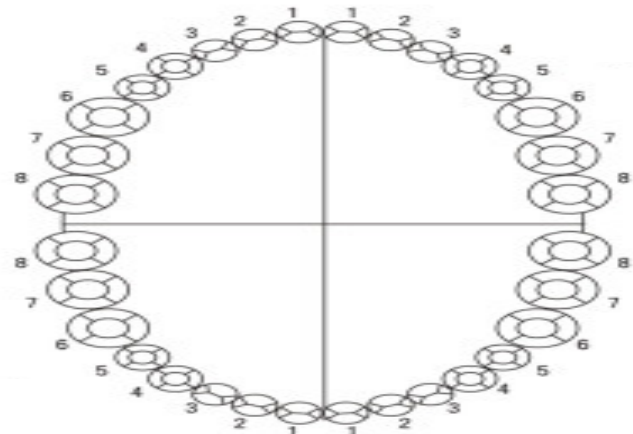


歯科医師名：				検診日：		年	月	日
歯科衛生士名：								
患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)				
ケアマネ	事業所	TEL						
		FAX						
主治医	TEL	介護保険認定期間						
		平成 年 月 日 ~		年 月 日				
要支援・要介護度	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5 自立							
障害高齢者日常生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 自立							
認知症高齢者日常生活自立度	I Ila I Ib IIIa IIIb IV M 自立							
食形態	1.常食 2.軟食 3.ソフト食 4.きざみ 5.ペースト 6.経管 7.その他 (
既往歴								

●口腔機能所見

歯式		口腔内衛生状態	1.良好 2.不良 3.著しく不良
		口臭	1.なし 2.少しあり 3.強い
		舌苔	1.なし 2.あり 3.多量
		頬のふくらまし	1.十分 2.不十分
		舌運動	1.可能 2.不可能 or 不完全
		咬筋緊張度 (触診)	1.なし or 弱 2.強
		流涎	1.右 2.左
		むせ	1.唾液 2.うがい 3.摂食時
		開口保持	1. 3横指 2. 2横指 3. 1横指
		座位保持	1.可能 2.不可能 or 不完全
	義歯の状態	1.なし 2.良好 3.不適合	歯周炎
4.破損 5.咬合に問題 6.使用せず		3.中程度 4.重度	

●口腔機能評価 (★印のうちどれか一つは必ず検査で算定可能)

下位症状	検査項目	該当基準	検査値	該当
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上	%	□
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	2/7未満		□
	唾液量	2g/2分以下		
③咬合力低下	★咬合圧検査	200N未満500N未満	N	□
	残存歯数	20本未満	本	
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	どれか1つでも、6回/秒未満	回/秒	□
⑤低舌圧	★舌圧検査	30kPa未満	kPa	□
⑥咀嚼機能低下	★咀嚼能力検査	100mg/dL未満	mg/dL	□
	咀嚼能力スコア法	スコア0, 1, 2		
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3点以上	点	□
	自記式質問票 (聖隷嚥下質問紙)	3項目以上該当		

【歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書】

資料②

初診日 平成 年 月 日 カルテNo. _____

・患者氏名	男・女 明・大・昭・平	年 月 日生
・住所 〒	-	
・電話 ()	FAX ()	
〔 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 〕 介護保険サービス利用〔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〕		

【患者さんについての医療・介護情報】

○ケアマネージャー (氏名) _____ (事業所) _____

Tel () _____ Fax () _____

○基礎疾患 ・高血圧 (/) ・糖尿病 ・脳卒中 ・リウマチ
・その他 _____

○服薬情報 _____ 抗凝固剤使用 (無・有)

◆要介護度 (自立, 要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5)

◆認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日まで)

◆日常生活自立度 (障害自立度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

(認知自立度) 自立 I II III IV M

①歯科訪問診療計画

□歯科治療 (義歯・齲蝕・歯周病・歯内・摂食嚥下 その他)

《内容》 _____

□居宅療養管理指導 _____

《訪問頻度》 回/ 週・月・年

②口腔衛生指導指示書

□訪問歯科衛生指導

□居宅療養管理指導

1)訪問頻度 回/ 週 月 年

2)指導内容 ■衛生指導を要する部位 (歯・歯肉・義歯補綴物・粘膜・舌) _____

■指導の要点 _____

記入日 平成 年 月 日

歯科医師名 _____

訪問歯科衛生士名 _____

【齒科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書】

記入日 平成 年 月 日

齒科医師名

訪問齒科衛生士名

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書 資料③

					平成	年	月	日
患者氏名	(ふりがな)			男・女	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)		
【全身の状態】								
1 基礎疾患	1.なし	2.あり	(疾患名：					
2 服薬	1.なし	2.あり	(薬剤名：					
3 肺炎の既往	1.なし	2.あり	3.繰り返しあり					
4 低栄養リスク	1.なし	2.あり	3.不明					
【口腔内の状態】								
1 口腔衛生の状況	1.良好	2.不良	3.著しく不良			特記事項があれば記載		
2 口腔乾燥	1.なし	2.軽度	3.重度					
3 う蝕 (むし歯)	1.なし 2.あり		治療の緊急性		なし		あり	
4 歯周疾患	1.なし 2.あり		治療の緊急性		なし		あり	
5 口腔軟組織疾患	1.なし 2.あり		治療の緊急性		なし		あり	
6 義歯 (入れ歯) の使用状況	上 顎	1.総義歯		2.部分床義歯				
			3.義歯なし					
			義歯製作・修理・調整の調整等の必要性		なし		あり	
	下 顎	1.総義歯		2.部分床義歯				
		3.義歯なし						
		義歯製作・修理・調整の調整等の必要性		なし		あり		
7 咬合接触 (臼歯部) (義歯での咬合を含む)	1.あり (片側・両側)		2.なし					
【口腔機能等】								
1 口腔咽頭機能	舌の運動			1. 良好	2. やや不良	3. 不良		
	頬、口唇の動き			1. 良好	2. やや不良	3. 不良		
	開口量			1. 3横指	2. 2横指	3. 1横指以下		
	軟口蓋の動き (I/A/発声時)			1. 良好	2. やや不良	3. 不良		
2 咀嚼運動	1. 通常の咀嚼が可能			2. 下顎および舌の上下運動				
	3. 下顎の上下運動のみ			4. ほとんど下顎の動きがない				
3 構音機能	発音の状況			1. 明瞭	2. 不明瞭な音あり	3. 不明瞭		
4 頸部可動性	頸部可動域			1. 制限なし	2. 少し動く	3. 不動		
5 食事摂取状況	座位保持			1. 良好	2. やや不良	3. 不良		
	むせ			1. なし	2. 液体で時々あり			
				3. 頻繁にあり				
	経管栄養			1. ない				
				2. あり		a) 胃ろう	b) 経鼻	
				↳ 1) 一部経口摂取あり		2) 経口摂取なし		
				3. その他				
水分			1. トロミなし	2. トロミあり	3. 禁			
食形態			1. 常食	2. 常食 (一口大)	3. 軟菜食 (ソフト食)			
			4. 刻み食	5. 嚥下調整食 (具体的に)				
			6. その他 ()					
【口腔清掃状況等】								
1 口腔清掃の状況	1. 自立		2. 一部介助		3. 全介助			
2 うがいの状況	口腔内での水分保持			1. 可能	2. 困難	3. 不可能→むせ		
				4. 飲んでしまう	5. 口から出る			
	含嗽 (ブクブクうがい)			1. 可能	2. 困難	3. 不可能→むせ		
				4. 飲んでしまう	5. 口から出る			
【管理方針等】								
1 治療期間・頻度	1. 約 () 週・月・年			2. 治療頻度 約 () 回/週・月・年				
2 治療の予定	<input type="checkbox"/> 虫歯治療	<input type="checkbox"/> 歯周病治療	<input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ	<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="checkbox"/> その他			
() 歯科医院								

【 歯科医院 ➡ 担当ケアマネージャー, 保健師様 】

資料④

【居宅療養管理指導に係わる情報提供書】

宛 先	事業名 _____ 様	発 信 元	診療所名 _____
	氏名 _____ 様(宛)		氏名 _____ (発信)
	所在地 _____		所在地 _____
	TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____
	E-mail _____ @ _____		E-mail _____ @ _____

患者名 _____ 様 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳
 (住所・連絡先)

<p>■ 初(再)診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>■ 診療予定期間： _____ 日・週・月・年</p>	<p>■ 訪問頻度 _____ 回 / 日・週・月・年</p>
<p>◆歯科治療の必要性： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 義歯関係 _____ <input type="checkbox"/> 修理、改床 <input type="checkbox"/> 新製 <input type="checkbox"/> 歯周病 _____ <input type="checkbox"/> 消炎治療 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能療法 <input type="checkbox"/> 歯内治療 </p>	
<p>◆口腔ケアの必要性： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 口腔清掃・清掃指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・清掃指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能訓練 </p>	
<p>◆病状経過 ◆介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 ◆日常生活上の留意事項</p> 	

◆報告日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 歯科医院 歯科医師名： _____ 歯科衛生士名 _____
 住所 〒 _____ Tel () _____ Fax () _____

実地指導記録簿 / 報告書 (以下の指導等を行いました)

訪問先：	主訴：
------	-----

患者氏名	様	男・女	歳	カルテ No
------	---	-----	---	--------

実施日時	口腔内所見	実地指導要点
年 月 日 : ~ : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 (良・悪) <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発声・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 特記事項・要点： 主治医確認・指示：
年 月 日 : ~ : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 (良・悪) <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発声・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 特記事項・要点： 主治医確認・指示：
年 月 日 : ~ : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 (良・悪) <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発声・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 特記事項・要点： 主治医確認・指示：
年 月 日 : ~ : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 (良・悪) <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発声・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 特記事項・要点： 主治医確認・指示：

居宅療養管理指導契約書

個人情報使用同意書
重要事項説明書

利用者氏名 _____ 様

_____ 歯科医院

契約書

_____ 歯科医院

_____ 様（以下、「利用者」といいます）と _____ 歯科医院（以下、当
医院といいます）は、当医院が利用者に対して、居宅療養管理指導料について次のとおり契約
します。

第1条（サービスの目的及び内容）

- 1 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅
においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービ
スを提供します。
- 2 サービス内容の詳細は、【別紙1】重要事項説明書に記載のとおりとします。

第2条（契約の有効期間）

- 1 この契約の有効期間は、平成____年____月____日から平成____年____月____日までの利用
者の要介護認定期間または要支援認定期間満期日とします。
- 2 有効期間満了日の7日前までに、利用者から契約更新を行わない旨の意思表示がない場合
には、当医院が利用者に対し契約更新の意思を確認し、**契約は自動更新**されるものとします。
- 3 利用者が有効期間満期日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、本契約は
同じ条件で更新されるものとし、以降も同様とします。この場合において、本契約の有効期
間は要介護・要支援更新認定有効期間を限度とします。
- 4 契約開始後、サービスの利用が3ヶ月以上ない場合は契約を中止し、再度利用するときは、
新たに契約することとします。

第3条（居宅サービス計画に沿ったサービスの提供）

- 1 当医院は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画
（ケアプラン）に沿って、計画的にサービスを提供します。報告書はケアマネ及び保健師に
交付します。
- 2 当医院は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望し、その変更が居宅サービ
ス計画（ケアプラン）の範囲内で可能な場合には、速やかに対応を行います。

- 3 当医院は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

第4条（サービス提供の記録）

- 1 当医院は、サービスを提供したときは、あらかじめ定めた書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入します。
- 2 当医院は、第1項のサービス提供の記録については、その完結の日より2年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はその写しを交付します。

第5条（利用者負担金及びその滞納）

- 1 サービスに対する利用者負担金は、【別紙1】重要事項説明書に記載するとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、説明のうえ改定後の金額を適用するものとします。
- 2 利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を3か月分以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の相当な時期を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わないときに限り、文章により契約を解除することができます。
- 3 当医院は、前項の催告をした後、契約を解除するまでの間に、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

第6条（利用者による解約）

利用者は1週間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解約することができます。

第7条（当医院の解除）

当医院は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を持続することが困難となった場合には、その理由を記載した文章を交付することにより、この契約を解除することができます。この場合には、事業者は居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者にその旨を連絡します。

第8条（契約の終了）

利用者が介護老人保健施設等に入所し、又は要介護認定・要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスが提供できなくなった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、当医院は速やかに利用者及び居宅介護支援事業者にその旨を通知します。

第9条（事故時の対応等）

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。
- 3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第10条（秘密保持）

- 1 当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第11条（苦情対応）

- 1 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、居宅介護支援事業者（居宅介護支援専門員）、各区役所又は神奈川県国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
- 2 当医院は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 当医院は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として不利益な取扱いをすることはありません。

第12条（契約外事項等）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

区分（支援・サービス）	所在地	事業者名

3 使用する期間

年 月 日から 年 月 日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

居宅サービス事業者 _____ 様

居宅サービス事業者 _____ 様

居宅サービス事業者 _____ 様

居宅サービス事業者 _____ 様

重要事項説明書

1 法人・事業所の概要

歯科医院名	歯科医院
所在地 介護保険事業所番号 管理者名	〒 歯科医師
連絡先	電話 - - FAX - -
サービス提供地域	

2 事業所の職員体制

管理者	名(歯科医師兼務)
歯科医師	名(常勤 名、非常勤 名)
歯科衛生士	常勤 名、 非常勤 名
歯科助手・受付	常勤 名 非常勤 名

(運営基準を満たした上で、職員数が増減することがあります)

3 通常のサービスの提供日と時間

平日	午前 : ~午後 :
----	------------

- ・ は休診とさせていただきます。
- ・ 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応をいたしております。

※地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情で、訪問できない場合もあります。

※訪問日が祝日に当たる場合は、歯科医師等の人員の関係で、事前に連絡・調整のうえ祝日前後に振り替えて訪問させて頂く場合がありますので、ご理解をお願い致します。

4 サービス利用料及び利用者負担金

(1) 介護保険のサービス利用料はおおよ次のとおりです。

(1 ヶ月ごとの計算では、1 円未満の端数で一致しない場合があります。)

(2) 利用者負担金は患者さんにより異なりますサービス利用料の 1～3 割です。(1 円未満切捨て)

介護報酬

イ 歯科医師 (月2回を限度) (単一建物)	居宅療養管理指導費 同一日	507単位(1名) 483単位(2～9名) 442単位(10名以上)
ロ 歯科衛生士 (単一建物)	居宅療養管理指導費 同一日	355単位(1名) 323単位(2～9名) 295単位(10名以上)

(3) サービス提供地域外（保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合）の場合、これらのサービスを提供することはできません。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではありません。

(4) 歯科訪問診療に要した交通費は、実費をいただきます。

(5) 利用者負担金は、サービスを行った日に頂くこととさせていただきます。

5 サービスの中止（キャンセル）

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先にご連絡下さい。

- ・連絡先 電話番号 — —
_____ 歯科医院
- ・連絡時間 午前 : ~午後 :

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけ早くご連絡下さい。

6 当歯科医院の理念（サービスの方針）

1. 地域の皆様が安心し、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境をつくれます。
2. 利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじます。
3. 質の高いサービスの責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得るよう努めます。

7 相談窓口及び苦情対応

○サービスに関する相談や苦情は、下記の窓口で対応いたします。

_____ 歯科医院	電話	—	—
管 理 者 _____ 歯科医師	FAX	—	—

対応時間は午前9時～午後8時です。

○住所地の各区役所（サービス課介護保険担当）においても、苦情の申し出等ができます。

神奈川区役所サービス課介護保険担当	電話	4 1 1 - 7 0 1 9
港北区役所サービス課介護保険担当	電話	5 4 0 - 2 3 2 5
保土ヶ谷区役所サービス課介護保険担当	電話	3 3 4 - 6 3 9 4
緑区役所サービス課介護保険担当	電話	9 3 0 - 2 3 1 5
西区役所サービス課介護保険担当	電話	3 2 0 - 8 4 9 1
中区役所サービス課介護保険担当	電話	2 2 4 - 8 1 6 3
鶴見区役所サービス課介護保険担当	電話	5 1 0 - 1 7 7 0

神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）にも苦情の申し出ができます。

〒220-0003 横浜市西区楠町27番の1

電話番号 0570-022110 (ナビダイヤル) または

045-329-3400

FAX 番号 0570-033110

対応時間は、平日午前9時～午後5時です。

8 事故時の対応等

1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。

2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

【説明確認欄】

居宅療養管理指導サービスの提供に当たり、上記のとおり説明いたします。

年 月 日

事業者) 神奈川県

歯科医院

説明者 _____ 印

私は、契約書および個人情報使用同意書、重要事項説明書により、

歯科医院から説明を受け、これに同意し、交付を受けました。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

(家族等代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(立会人 住所 _____)
氏名 _____ 印

第1条 (サービスの目的及び内容)

- 1 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供する。
- 2 サービス内容の詳細は、重要事項説明書に記載する。

第2条 (当歯科医院の理念《サービスの方針》)

1. 地域の皆様が安心して、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境をつくる。
2. 利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじる。
3. 質の高いサービスの責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得るよう努める。

第3条 (当歯科医院の概要)

歯科医院名	歯科医院
管理者名	
所在地	
電話・FAX	電話 - - FAX - -
居宅介護事業所名	歯科医院 指定番号
管理者名	
所在地	
電話・FAX	電話 - - FAX - -

第4条 (事業所の職員体制)

管理者	名(歯科医師兼務)
歯科医師	名(常勤 名、非常勤 名)
歯科衛生士	常勤 名、非常勤 名
歯科助手・受付	常勤 名 非常勤 名

(運営基準を満たした上で、職員数が増減することがあります)

(職務内容)

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
 歯科医師は、歯学に基づいて傷病の予防、診断および治療を行う。
 歯科衛生士は、歯科医師の直接の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置を行う。
 歯科助手は、歯科医師の補助業務を行う。
 受付は、外来患者の受付業務を行う。

第5条 (通常のサービスの提供日と時間)

平日	午前 :	~午後 :
----	------	-------

- ・ は休診とする。
- ・ 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応する。

下記に記す場合には、事前に利用者へ連絡・調整のうえ訪問日を変更する場合がある。

※地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情のある場合。

※訪問日が祝日に当たり、歯科医師等の人員の関係により訪問診療が困難な場合。

第6条 (歯科訪問診療の内容)

- 1 歯科治療
- 2 口腔ケア
- 3 居宅療養管理指導

第7条 (サービス利用料及び利用者負担金)

- 1 介護保険のサービス利用料はおよそ次のとおり。
(1ヵ月ごとの計算では、1円未満の端数で一致しない場合がある。)
- 2 利用者負担金はサービス利用料の1~3割とする。(1円未満切捨て)

介護報酬

イ 歯科医師 (月2回を限度) (単一建物)	居宅療養管理指導費 同一日	507単位(1名) 483単位(2~9名) 442単位(10名以上)
ロ 歯科衛生士 (単一建物)	居宅療養管理指導費 同一日	355単位(1名) 323単位(2~9名) 295単位(10名以上)

- 3 歯科訪問診療に要した交通費は、実費を徴収することとする。
- 4 利用者負担金は、サービスを行った日に徴収することとする。

第8条 (事故時の対応等)

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行う。
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録する。
- 3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償する。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限

りではない。

第9条 (通常のサービス提供地域)

- 1 通常の歯科訪問診療の実施地域は、診療所から16キロメートル以内とする
- 2 サービス提供地域外（保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合）の場合、これらのサービスを提供することはできない。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではない。

第10条 (その他運営についての留意事項)

- 1 当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後に限らず、これを保持する。
- 2 当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとする。
- 3 この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めるものとする。