

重要事項説明書 (訪問看護)

1. 事業所の概要

事業所名	合同会社 Forest 訪問看護リハビリステーション ケアフォレスト
所在地	〒224-0001 横浜市都筑区中川3丁目29-18 ラリーグラス 001
事業所指定番号	神奈川県 1463890290号
所長・連絡先	渡辺 敦子 電話：045-482-4924
サービス提供地域	① 横浜市（都筑区・青葉区・緑区・旭区） ② 川崎市（宮前区・麻生区・高津区） ③ 町田市（三輪町・三輪緑山・能ヶ谷・鶴川・大倉町・ 玉川学園・成瀬・成瀬台・西成瀬・南成瀬全域）

2. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス内容等	人員
所長	管理者は業務の管理を一元的に行います。	1名(常勤)
訪問看護師	かかりつけの医師より訪問看護指示書を受けた後、利用者様の状態に合せ、必要に応じたサービスを提供します。	4名(常勤) 2名(非常勤)
理学療法士	状態の安定している方へのリハビリテーションをします。	5名(常勤) 0名(非常勤)
作業療法士	状態の安定している方へのリハビリテーションをします。	4名(常勤) 0名(非常勤)
言語聴覚士	言語障害・嚥下困難等でお困りの方へリハビリをします。	0名(非常勤)
事務担当職員	事務業務又は事務職務の連絡等を行います。	2名(常勤) 0名(非常勤)

3. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日から土曜日までただし、祝日及び、 12月29日から1月3日までを除きます。	午前9時から午後6時00分まで

(注) 年末年始(12/29～1/3)、日曜日祝祭日はお休みとさせていただきます。

※ご利用者の状況に応じて、必要な場合には営業時間以外での訪問看護活動を行っています。(応相談)

※緊急時訪問看護加算 利用する 利用しない（いずれかに○を付けて下さい）

※市の福祉保健サービス課への情報を 了承する 了承しない

4. サービス内容

- ① 健康状態の観察（血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察）
- ② 日常生活の看護（清潔・排泄・食事など）
- ③ 在宅リハビリテーション看護（寝たきりの予防・手足の運動など）
- ④ 療養生活や介護方法の指導
- ⑤ 認知症の介護・お世話と悪化防止の相談
- ⑥ カテーテル類の管理・褥瘡の処置など医師の指示に基づいての看護
- ⑦ 生活用具や在宅サービス利用についての相談
- ⑧ 終末期の看護

5. サービス利用料及び利用者負担 ⇨ 別紙参照

6. 当事業所におけるサービス提供方針は次のとおりです。

- ① 指定訪問看護の実施にあたっては、かかりつけの医師の指示のもと、対象者の心身の特性を踏まえて、生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援するものである。
- ② 指定訪問看護を行う事業所は、開設事業者とは独立して位置付けるものとし、人事・財務・物品管理等に関しては管理者の責任において実施する。
- ③ 訪問看護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。

7. 秘密保持

事業所及び訪問看護師は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。但し、居宅サービス計画を作成するにあたり、サービス事業者に開示しなければならない情報については、事前に利用者又はその家族から、文書で同意を得るものとします。

8. 相談窓口、苦情対応

- 当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

電話番号	045-482-4924
FAX 番号	045-482-4934
担当者	渡辺 敦子
その他	相談・苦情については、所長及び担当訪問看護師が対応します。

	不在の場合でも、対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、管理者に引き継ぎます。
--	---

- 当事業所以外に市役所の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

9. 運営法人の概要

事業者	合同会社 Forest
代表者	小谷 優樹
所在地・連絡先	〒242-0029 大和市上草柳 4 丁目 3-5 046 (244) 0947
事業所	訪問看護リハビリステーション ケアフォレスト横浜
管理者	渡辺 敦子
所在地・連絡先	〒224-0001 横浜市都筑区中川 3 丁目 29-18 ラリーグラス 001 TEL 045(482)4924

【説明確認欄】 重要事項について文書を交付し、説明しました。

事業者 所在地 〒242-0029 大和市上草柳 4 丁目 3-5

名称 合同会社 Forest

代表者 小谷 優樹

事業所 所在地 〒224-0001 横浜市都筑区中川 3 丁目 29-18
ラリーグラス 001

名称 訪問看護リハビリステーション ケアフォレスト横浜

管理者 渡辺 敦子

令和 年 月 日

説明者 _____

【利用者確認欄】 私は重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 _____