

♥コンサルテーション事業のご案内♥



訪問看護で困っていることはありませんか？  
コンサルテーションを受けてみませんか？

**期間：平成 29 年 6 月 1 日～1 2 月 22 日**

コンサルテーション事業とは、特に専門的知識を必要とする訪問看護サービス等において、訪問看護ステーションが、より充実した看護提供を行えることを目的に、教育ステーションに登録した指導看護師等が、①同行訪問 ②面談による指導 ③電話やメールによるサポートを行います。料金は無料です。

下記内容で、お困りのことがありましたら、お気軽に、ご連絡下さい。

※コンサルテーションの内容※

- ア 訪問看護認定看護師等による困難事例に対する相談・支援
- イ がん性疼痛看護認定看護師による相談・支援
- ウ 慢性呼吸不全患者に関連する相談・支援
- エ 開設に伴う、実務業務への相談等



お問い合わせ：刀根山訪問看護ステーション：長濱

電 話： 0 6 - 6 8 5 3 - 5 2 3 1

F A X： 0 6 - 6 8 5 3 - 5 2 6 1

# 訪問看護実践研修事業（教育ステーション／コンサルテーション事業）

## 1. コンサルテーション事業とは

特に専門的知識を必要とする訪問看護サービス等（※1）において、看護提供を行う訪問看護ステーションが、より充実した看護提供を行えることを目的に、登録指導看護師等が、①同行訪問、②面談による指導、③電話やメールによるサポート等を無料で行います

○コンサルテーションの対象となる訪問看護（※1）

- ア 訪問看護認定看護師等による困難事例等への相談・支援
- イ がん性疼痛看護認定看護師による相談・支援
- ウ 慢性呼吸不全患者への相談・支援
- エ 開設に伴う、実務業務への相談・支援

## 2. コンサルテーションを受けることが出来る訪問看護ステーション（コンサルティ）

- ア 介護保険法（以下「法」という。）第41条第1項本文の指定を受けた者で、法第8条第4項に規定する訪問看護を行う訪問看護ステーション
- イ コンサルテーションの依頼を行う訪問看護ステーションが大阪府内に所在すること

## 3. 事業実施期間

平成29年6月1日～平成29年12月22日

## 4. コンサルテーションを行う者（コンサルタント）

コンサルタントは以下のものが実施します

- ・認定看護師及び、訪問看護支援センターが認めた、専門的知識を有する訪問看護師
- ・教育ステーションの管理者

## 5. 申し込み方法

- ・様式1-1 コンサルテーション申し込み書に必要事項を記入し、刀根山訪問看護ステーションに申し込みをしてください
- ・様式1-2の同意書は、コンサルテーション実施日までに同意書の準備をしてください。  
コンサルテーション実施日にコンサルタントが確認させていただきます
- ・日程調整については、電話連絡にて、日時、指導者の調整を行います

申し込み先：刀根山訪問看護ステーション

〒 560-0045 豊中市刀根山5-1-1

電話：06-6853-5231

FAX：06-6853-5261

コンサルテーション申込書 **FAX: 06 - 6853 - 5261**

ケースナンバー ( )

依頼元 訪問看護ステーション (コンサルティ)	ステーション名	
	担当者氏名	管理者氏名 <small>㊟</small>
	住所	
	TEL	FAX
	メールアドレス	
コンサルテーション の種別	<input type="checkbox"/> 訪問看護認定看護師等による困難事例等への相談・支援 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護認定看護師による相談・支援 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全患者への相談・支援 <input type="checkbox"/> 開設に伴う、実務業務への相談・支援	
希望内容	<input type="checkbox"/> 同行訪問 <input type="checkbox"/> 同行訪問 (退院前面談) <input type="checkbox"/> ST 面接 <input type="checkbox"/> 電話サポート	
症例の概要 (利用者住所・氏名は記入しないこと)		
コンサルテーション依頼事項 (簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと)		
同意書の有無	<input type="checkbox"/> 同意書あり <input type="checkbox"/> 同意書なし ※コンサルタントによる、同行訪問、カンファレンス参加をご希望の場合は、 利用者の同意書が必ず必要です	

## 教育ステーション事業（コンサルテーション）ご協力のご依頼（同意書）

本事業は、利用されている訪問看護ステーション及び訪問看護師の質の向上の目的で行うものです。下記の説明書により、本事業の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合は、下欄の同意書にご署名をお願いいたします。

- ①本事業は、訪問看護師の質の向上を目的としています。
- ②具体的な方法としては、あなたへの訪問看護サービス提供時に、専門の訪問看護ステーション職員の同行訪問等をしてもらい、担当訪問看護師が、より良い看護提供を行うための指導をうけるというものです。
- ③この事業は、あなたの自由意思のもとでお断りになることもできます。お断りになっても、あなたが受ける訪問看護サービスに関する不利益をこうむることは一切ありません。協力については、自由意思によって行ってください。
- ④ご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。また、指導ステーションが得た情報は、指導後ただちに、消去、破棄いたします。
- ⑤事業結果の公表：ご協力していただいた個人を特定しないように統合して本事業の成果を公表するよう配慮いたします。

### 同 意 書

私（利用者）は、教育ステーション事業によるコンサルテーションについて、上記文書による説明を受け、私が利用する訪問看護への同行訪問等を通して

\_\_\_\_\_ が、 \_\_\_\_\_ より、  
指導を受けることに同意いたします。

平成 29 年      月      日

利用者氏名

代理人署名

## コンサルテーション報告書（コンサルティ）

平成 29 年 月 日

コンサルティ （指導を受けたステーション）	施設名	
	担当者氏名	管理者氏名
コンサルテーションの種別	<input type="checkbox"/> 訪問看護認定看護師等による困難事例等への相談・支援 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護認定看護師による相談・支援 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全患者への相談・支援 <input type="checkbox"/> 開設に伴う、実務業務への相談・支援	
実施内容	<input type="checkbox"/> 利用者宅への同行訪問 <input type="checkbox"/> 同行訪問（病院等カンファレンス参加） <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションでの面接 <input type="checkbox"/> 電話サポート	
実施日	平成 29 年          月          日	
実施時間	事前打合わせ（          :          ~          :          ） 訪問（          :          ~          :          ） 面談指導（          :          ~          :          ） 電話指導（          :          ~          :          ）	
指導事項（指導をうけた内容）		
指導を受けての効果（感想、どのような点が役立ったかを記述） <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 大変役立った   <input type="checkbox"/> 一部役立った   <input type="checkbox"/> あまり役立たなかった   <input type="checkbox"/> 役立たなかった                 </div>		