

## 大阪府訪問看護ステーション教育ステーション（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）

- |             |                           |
|-------------|---------------------------|
| ㉗ 小児科訪問看護   | ㊥ ターミナル訪問看護（緩和ケア）         |
| イ 精神科訪問看護   | ㊦ その他（皮膚・排泄、感染、糖尿病各認定看護師） |
| ㉘ 呼吸器疾患訪問看護 | カ 訪問看護ステーションの事業運営         |

### 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 8 月 1 日（火）～平成 29 年 12 月 22 日（金）

### 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、専門看護師及び、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

#### （1）コンサルティ

様式 1-1 に必要事項を記入し教育ステーション下記に申し込みをしてください。様式用の紙は配布予定しますのでコピーして使用ください。無い方は、お電話頂ければ、FAX 致します。

様式 1-1 コンサルテーション申し込み書

様式 1-2 同意書（同行訪問時は要）

- ・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
- ・教育ステーションより、申請ステーションへ電話連絡で、コンサルテーション日時、指導者の調整を行います

**\* コンサル後に、様式 1-3 の提出をお願いします。**

申し込み先

社会医療法人愛仁会訪問看護ステーションほほえみ

電話番号：06-6471-3121 FAX 番号：06-6471-3649

担当：大澤増子

メール：hohoemioosawa@chp.aijinkai.or.jp

**送付先 訪問看護 ST ほほえみ FAX 番号 06-6471-3649**

訪問看護電話相談 (FAX・メール) 申し込み書

\* 事前に FAX かメールを頂けると助かります。メール:hohoemioosawa@chp.aijinkai.or.jp

相談日 平成 29 年 月 日 ( 曜 ) ケースナンバー ( )

相談元訪問看護事業所 (コンサルティ)	ステーション名	管理者氏名
	相談者氏名 (管理者、訪問看護師、事務員、その他) ○を付けてください	
	TEL	FAX
	メールアドレス	
相談の種別	<input type="checkbox"/> 小児科訪問看護 <input type="checkbox"/> 糖尿病訪問看護 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患訪問看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア <input type="checkbox"/> 在宅での感染管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護全般 (運営管理を除く) <input type="checkbox"/> その他※ ( )	
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	
相談内容 (利用者住所・氏名は記入しないで下さい)		
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お願いします) ① ② ③ ④		
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	

(様式 1 - 2)

平成 29 年度教育ステーションによる  
コンサルテーション事業

### 訪問看護コンサルテーション事業ご協力のご依頼 (同意書)

本事業は、ご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。下記記載の説明書により、本事業の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力をお願いできる場合は、本様式の下欄の同意書に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、訪問看護コンサルテーション事業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 \_\_\_\_\_



