

2024 年度大阪府訪問看護実践研修事業教育ステーション事業

コンサルテーションのご案内

訪問看護師の皆様、日々の訪問でどうしてもうまくいかない、困った、悩んでいる。そんなことはありませんか？

経験豊富なステーションスタッフが電話での相談やオンライン面談、必要時同行訪問等を行います。ぜひ、ご活用ください！

実施期間：令和 6 年 1 2 月末まで

費用は無料です

コンサルテーションを受ける際の手順

①コンサルテーション申込書（裏面）に依頼したい内容を記入

②なにわ訪問看護ステーションに「コンサルテーションを受けたい」旨の電話連絡、または FAX を送付

依頼内容に応じて、コンサルタントとの日時の約束、設定等コーディネートします

【コンサルテーション内容】

- ① 看護実践に関する課題（困難事例の対応、看護サービスの内容や方法など）へのアドバイス
 - ② 訪問看護ステーションの運営管理領域（ステーションの運営や人材育成など）
 - ③ がんターミナル期における様々なお困りごと
 - ④ リハビリセラピストへの相談 など
- お困りの内容に応じて、地域の協ラストーション、協力看護師と協働し対応いたします

☆尚、本事業においてはコンサルタント（援助側）、コンサルティ（援助される側）両者からの簡単な報告書が必須となります

コンサルテーションに関するお問い合わせはこちら

TEL 06-6625-6601 FAX 06-6625-6602

大阪府訪問看護実践研修事業（教育ステーション）市南ブロック

なにわ訪問看護ステーション（担当：田中）

〒545-0004 大阪市阿倍野区文の里四丁目 19 番 20 号

コンサルテーション申込書

ケースナンバー（ ）

依頼先 (コンサルティ)	事業所名		
	担当者氏名	管理者氏名	
	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"/> 小児科訪問看護	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問看護全般（運営管理を除く）	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護運営管理	<input type="checkbox"/> ターミナルケア	
	<input type="checkbox"/> その他※（ ）		
希望内容	<input type="checkbox"/> 同行訪問	<input type="checkbox"/> ST面接	<input type="checkbox"/> 電話サポート <input type="checkbox"/> その他
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、 利用者の同意が必要です。		

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、お手数ですが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、

看護師 _____ が、 _____ より、
指導を受けることに同意いたします。

年 月 日

利用者氏名 _____

代理人署名 _____