

訪問看護推進事業について

1. 「訪問看護推進事業」のねらい

医療提供体制の改革において、入院医療の適正化と在宅医療の推進が重要課題となっており、在宅医療を進める上で不可欠となるのが訪問看護の充実である。

「訪問看護推進事業」については、平成15年3月の「新たな看護のあり方に関する分科会報告書」や、同年8月の「医療提供体制の改革のビジョン」等において訪問看護の充実の必要性について指摘を受けたことを踏まえ、平成16年度に創設したものであり、具体的には各都道府県における訪問看護推進協議会の設置、ALS患者等人工呼吸器を装着している患者等への24時間体制整備を志向したモデル事業の実施（「訪問看護推進支援モデル事業」）、がん末期患者等の在宅ホスピスの推進、訪問看護ステーションと医療機関の看護師の相互交流による研修等を行い、訪問看護の推進を図ってきたところである。

2. 現状と課題

現状の「訪問看護推進事業」については、例えば次のような課題があると考えているところである。

○在宅療養患者の多様な医療ニーズに対応し、安心・安全な在宅医療を提供するために、訪問看護ステーションによる24時間のサービス提供体制の普及が望まれているが、進展していない現状がある。こうした体制整備を地域において進めていくため、モデル的に事業を行い普及のための課題を分析、解決していくことを目的とした事業が「訪問看護推進支援モデル事業」であるが、実施していただいている自治体が少なく、課題解決方法の検証が進まない現状がある。

○後期高齢者の在宅医療がますます進んでいく中で、在宅でのターミナルケアを担う訪問看護ステーションの整備が強く望まれているところである。このため、訪問看護師の資質の向上を図り、在宅でのホスピスケアに対応できる訪問看護師を育成するため、在宅ホスピス関連事業を推進しているが、こうした事業に関しても取り組みが進んでおらず、特に「在宅ホスピスケアアドバイザー派遣」事業の実施が少ないのが現状である。

については、各都道府県におかれては、これらの事業をはじめ、「訪問看護推進事業」における各般の事業により積極的な取り組みをお願いしたい。

また、訪問看護推進協議会については、単に既に実施している「訪問看護推進事業」の企画・評価を行うにとどまらず、上記の様な訪問看護を取り巻く課題を視野に入れながら、各都道府県における在宅医療の推進に向け、医療提供体制の在り方や別途検討中の医療計画等を踏まえた訪問看護の具体的普及策など、将来を見据えた協議の場へと発展させていただくことが有意義であると考えており、そうした取り組みもお願いしたい。

その際には、各都道府県における医務、医療保険、介護保険、高齢者福祉等訪問看護に関わる所管課が相互に連携した上で、訪問看護推進協議会における協議を進めていく

ことが肝要と考える。

以上、こうした訪問看護の充実については、本年4月に厚生労働省で今後の医療政策の検討の方向性についてとりまとめた「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」でも、繰り返しその重要性について指摘を行っているところであり、後期高齢者医療制度の創設を目前にした現在、今後の高齢化の一層の進展や医療技術の進歩等に鑑み、その普及が更に重要な課題となってくるものと考えているところである。

各都道府県におかれては、それぞれの地域毎の在宅医療の課題を明確にし、「訪問看護推進事業」の各事業も活用いただきつつ、中長期的な観点から訪問看護の一層の推進にご尽力いただきたい。

訪問看護推進事業執行箇所数及び執行予定箇所数(平成19年7月23日現在)

都道府県名	18年度取り組み状況	訪問看護推進協議会		相互研修		在宅ホスピスケア研修		在宅ホスピスケアアドバイザー派遣事業		訪問看護推進支援モデル事業		在宅ホスピスケア普及事業		在宅ホスピスケア地域連携会議	
		18年度	19年度予定	18年度	19年度予定	18年度	19年度予定	18年度	19年度予定	18年度	19年度予定	18年度	19年度予定	18年度	19年度予定
北海道	0事業														
青森	3事業	○	○			○	○					○			
岩手	1事業	○	○				○						○		
宮城	6事業	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○
秋田	2事業	○	○			○	○				○				○
山形	2事業	○	○			○	○								○
福島	4事業	○	○	○	○							○	○	○	○
茨城	5事業	○	○	○	○	○	○					○		○	
栃木	2事業	○	○	○	○										
群馬	2事業	○	○				○								
埼玉	0事業														
千葉	3事業	○	○	○	○	○	○						○		
東京	1事業	○													
神奈川	3事業	○	○	○	○					○	○				
新潟	2事業	○	○												
富山	4事業	○	○	○	○	○	○		○			○	○		
石川	3事業	○	○	○	○	○	○								
福井	3事業	○	○	○	○	○	○								
山梨	1事業	○											○		○
長野	0事業														
岐阜	0事業														
静岡	5事業	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○		
愛知	3事業	○	○	○	○	○	○								
三重	2事業	○													
滋賀	3事業	○		○										○	
京都	0事業		○												
大阪	2事業	○	○	○	○										
兵庫	2事業	○		○											
奈良	3事業	○	○	○	○	○	○								
和歌山	2事業	○	○	○	○										
鳥取	4事業	○	○	○	○	○	○					○	○		
島根	2事業	○	○	○	○										○
岡山	2事業	○	○					○	○						
広島	0事業														
山口	3事業	○	○	○	○	○	○								
徳島	2事業	○	○	○	○										
香川	2事業	○	○	○	○										
愛媛	0事業														
高知	2事業	○	○	○	○										
福岡	3事業	○	○	○	○			○	○						
佐賀	0事業														
長崎	0事業								○					○	
熊本	5事業	○		○	○	○	○			○		○	○	○	
大分	0事業														
宮崎	0事業														
鹿児島	0事業		○												
沖縄	1事業	○	○												
山口市	4事業					○	○	○	○			○	○	○	○
垂水市	0事業					○									
実施数	99事業	35県	32県	27県	27県	17県	18県	4県	5県	1県	2県	9県	11県	6県	6県

平成18年度 訪問看護推進事業 実施事例

1. 訪問看護推進協議会
2. 訪問看護ステーション・医療機関に勤務する
看護師の相互研修
3. 在宅ホスピスケア研修
4. 在宅ホスピスケアアドバイザー派遣事業
5. 訪問看護推進支援モデル事業
6. 在宅ホスピスケア等普及事業
7. 在宅ホスピスケア等地域連携会議

訪問看護推進協議会（神奈川県）

1. 目的

医療を取り巻く状況の変化を踏まえ、在宅医療の推進のための企画・立案を行う。当面は、医療依存度の高い在宅療養患者に対する訪問看護の仕組みの構築について検討し、それを切り口として多様化するニーズに対応する在宅療養のあり方について協議する。

上記検討を行うにあたり訪問看護、在宅療養の多様化するニーズを捉えることが必要であり、協議会が中心になり、実態調査を併せて行う。

2. 協議会メンバー

有識者（県立保健福祉大学）、ピースハウスホスピス教育研究所、県医師、県病院協会、県看護協会、県訪問看護ステーション連絡協議会、保健所政令市、地域保健所、健康増進課、高齢福祉課、医療課、地域保健福祉課

※訪問看護に関係する課は複数あり、訪問看護の推進にあたっては行政内での連携が大きな課題であった。そのため、訪問看護推進事業でめざす方向を明確にした上で、関係各課をメンバーに位置付け、連携を図り協議会を設置した。

3. 実施内容

平成 17 年度 モデル事業実施に向けた実態調査（在宅人工呼吸器に関する実態調査）
平成 18 年度 実態調査結果をもとにモデル事業の実施。
在宅ホスピスに関する実態調査の実施。
訪問看護の質の向上に向けた課題の検討および研修事業の企画・実施を通じた人材育成。

4. 実施体制

協議会・・・3回／年 訪問看護の質の向上、訪問看護の推進に関する協議を行う。
作業部会・・・4回／年 訪問看護推進協議会の運営にかかる課題等の具体的な検討。
実態調査の企画・実施。
訪問看護推進事業全体の評価および効果・課題の抽出。

5. 今後の方向性

- ① 未整備のままである在宅難病患者・がん末期患者等、医療依存度の高い在宅療養者に対する訪問看護のあらたな仕組みづくりの構築。
- ② これまでの事業実施結果を踏まえ、高度な専門性を要する在宅難病患者、がん末期患者等に対する質の高い訪問看護が実践出来る拠点訪問看護ステーションの整備と機能の構築。
上記内容を通して、訪問看護サービスの充実と質の向上に努めていく。

訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修 ①（奈良県）

訪問看護ステーション、医療機関に勤務する看護師がお互いの看護の動向や専門性を学び、看護の質の向上に努めると共に、相互研修の場を活かし、共同支援・連携が必要な内容についてテーマを定め、共同で検討するプログラムを位置付けている。

1. 目的

訪問看護ステーションと医療機関の看護師の相互交流による研修を行うことにより、在宅ケアに関する知識を習得し、お互いの看護の動向や専門性を理解し合い、入院患者が安心して自宅での療養生活に移行出来る環境整備等を行うことにより、訪問看護の推進に寄与する。

2. 対象者および実施期間

- ・訪問看護ステーションに勤務する看護師、又は医療施設で訪問看護に携わる者：10日間(実習1日)
- ・医療機関で勤務する看護師で経験年数3年以上の者：5日間(実習2日) ※うち2日間は合同研修

3. プログラム内容

<訪問看護ステーションに勤務する看護師研修>

- ① 人工呼吸器管理を必要とする在宅療養者への、専門的ケアが行えるための知識・技術の習得。(呼吸管理とフィジカルアセスメント、呼吸器リハビリテーション、在宅人工呼吸器療法の安全管理・技術演習、療養環境整備、小児障害児看護の理解、感染管理、スキンケアの実際等)
- ② 在宅療養者に対する最新医療技術の提供及び在宅医療への移行に向けた連携の推進。
(合同研修：退院調整の視点と実際、円滑な医療機関と在宅ケアの連携を行うために：退院調整支援シートの作成と活用の検討)

<医療機関に勤務する看護師研修>

- ① 訪問看護ステーションの機能と役割の理解。
- ② 訪問看護の実際を経験し、自宅で生活する状況や環境を理解する(同行訪問)。
- ③ 利用者・家族の意志決定を尊重した退院支援の実際を理解(保険制度等諸制度の理解、各種社会資源、福祉サービスの理解)。

訪問看護師と医療機関の看護師が相互に特性、役割分担を理解し合い、効果的な退院調整が出来るよう連携を推進する(合同研修：退院調整の視点と実際、円滑な医療機関と在宅ケアの連携を行うために：退院調整支援シートの作成と活用の検討)。

4. 評価・課題

- ① 研修プログラムの一部を合同研修とすることでお互いの看護の状況が理解できた。今後は、継続して交流する場が必要である。また、前年度課題であった、医療機関から在宅へのスムーズな移行を図るため「訪問依頼書」「連絡情報票」を作成した。今後は活用に向けて周知する。
- ② 24時間対応できる訪問看護の体制の構築のために、訪問看護ステーション間の情報共有・連携と知識・技術向上の場づくりが必要である。

訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修 ②（兵庫県）

実態調査結果から、「技術」や「知識」習得を目的とした研修は受講経験が多かったことから、検討会やその他調査から課題として明らかになっていた、施設から在宅への移行の際の連携、特に看護職同士の連携という課題を解決するため、看護職相互の役割理解を促進するという視点から、訪問看護師及び医療機関看護師の連携の実際をテーマとする研修プログラムを検討し実施。

1. 目的

在宅療養を希望する ALS 患者やターミナル患者等、医療ニーズの高い患者・家族が安心して療養生活を送れるよう、入院中から退院後の療養生活において、医療・看護ケアを途切れることなく受けられるよう、訪問看護ステーション及び医療機関の看護職が地域性を活かした連携システムを構築出来るための研修を実施する。

2. 対象者

神経難病患者、ターミナル患者等へのケアを行う県下の医療機関及び訪問看護ステーションの看護師。地域内の看護職の連携を図るため、年度ごとに対象地域を絞り研修を行う。

平成 18 年度は神戸市、淡路圏域にて実施。

3. 実施期間

8 日間（うち 1 日をフォローアップ研修として実施）

4. プログラム内容

- ① 神経難病及びターミナルの病態及び全身管理の実際。
- ② 患者・家族の各病状の過程における療養生活の実際（患者家族からの講話および看護職として地域連携を推進する方策をどう考えるかについてディスカッション）。
- ③ 病棟看護・訪問看護の看護職の役割と連携の必要性（医療機関と訪問看護ステーションの相互実地研修）。
- ④ 在宅ケアを支援する地域資源の把握と役割、連携のあり方。
- ⑤ 地域性を活かした連携内容の検討（地域の把握及び問題解決に向けた連携推進のための方策についてディスカッション）。
- ⑥ 連携の取り組み実践報告及び実践の評価、再検討。

5. 評価・課題

- ① 実際に顔の見える同一地域の看護職同士で連携についての課題抽出や取り組みを議論することで、地域性を考慮した具体策の検討が出来、相互の役割理解の上で効果的である。
- ② フォローアップ研修を通して、研修内容の実践状況を確認することが出来ると共に、相互の実践状況を知ることで新たな動機付けを行うことが出来る。
- ③ さらに研修成果を組織や地域へ広げていくため、他の在宅医療関係者と連携方策を検討していく必要がある。

在宅ホスピスケア研修（山口県）

県内のがん領域の認定看護師等を有効活用し、在宅ホスピスに関するより専門性の高い研修を行い、在宅ホスピスに従事する訪問看護師の育成を図っている。

1. 目的

訪問看護に従事する看護職員が、在宅ホスピスケアやがん看護に対する専門的な知識及び技術を習得することにより、訪問看護職員の資質の向上を図る。

2. 対象者

訪問看護に従事している看護職員、及び山口県内に在住する看護職員で資格取得後5年以上の実務経験を有する者。（将来的には、圏域で在宅ホスピスケアに関するリーダー的役割を担ってもらうことを視野に入れているため、在宅ホスピスに関する実践能力を備えた人材への研修を行うことを考え、実務経験5年以上という設定にしている。）

3. 実施期間

全課程 6日間

4. 実施機関

山口赤十字病院へ委託

5. プログラム内容

第1日:ホスピス(緩和)ケアについて	緩和ケア認定看護師
がん医療総論:在宅におけるペインマネジメントの実際	医師
第2日:ペインマネジメント時の看護	緩和ケア病棟看護師
治療的スキンケア	皮膚・排泄ケア認定看護師
第3日:ホスピス特化技術:リンパマッサージ・オーラルケア・呼吸理学療法	
第4日:在宅ホスピス(緩和)ケア	訪問看護ステーション看護師
症状マネジメント:消化器症状・精神症状他	緩和ケア病棟看護師
第5日:実習 訪問看護ステーション又は緩和ケア病棟にて	
第6日:家族ケア、スピリチュアルケア	緩和ケア病棟看護師
チームアプローチ	MSW

6. その他:修了生には山口県知事の修了証を授与

7. 成果

- ① 県内で在宅ホスピスケアに携わる訪問看護ステーションが増加。
- ② 職場内でホスピスケアに関するリーダー的役割を果たす看護師が増加。
- ③ 今後はさらに圏域でのリーダー的役割を担ってもらうことを期待している。

在宅ホスピスケアアドバイザー派遣研修（福岡県）

1. 目的

在宅緩和ケアを実施している、または実施しようとする医療機関と訪問看護ステーションの職員を対象に、ホスピスケアやがん性疼痛看護の専門的な知識・技術を有する看護職等をアドバイザーとして派遣し、助言を行うことにより、福岡県の終末期医療の推進に寄与する。

2. アドバイザー

ホスピスケアやがん性疼痛看護の専門的知識を有する、がん性疼痛認定看護師、緩和ケア認定看護師 等

3. 内容

地区研修、施設派遣研修の二つの構成

① 地区別研修

県内を4地区に分け、所管する保健所にて実施。

在宅ホスピスについてアドバイザーからの講義を行うと同時に、緩和ケア認定看護師をアドバイザーとして意見交換会を実施し、個別事例に関するアドバイス、事例検討を通じた学習を行っている。

地区別研修を通して、地域の施設間の連携を図り、地域の問題点を共有することもねらいとしている。

② 施設派遣研修

県内 10 施設に緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師等を派遣。

施設での取り組みの状況や問題の状況に応じ、施設側でテーマや研修内容を立案する方法をとっている。課題に合ったアドバイザーを派遣し、個々の施設が抱えている問題や課題の解決に向けアドバイスをを行い、課題解決方法を検討した。

1. がん性疼痛看護認定看護師より、疼痛コントロールや事例へのアドバイスを受け、スタッフが抱える問題点を解決する。施設と医療機関の共通事例について考え、地区の在宅医療連携を推進する。
2. リンパ浮腫の講義とリンパマッサージの実技。病診連携と訪問看護の連携について。

4. 成果・課題

- ① 施設派遣では、既にその施設にある問題や課題について、事例検討や実技を通して助言を行うため、課題解決に直結しており、満足度が高い。
- ② 地区派遣では入門的な内容、施設派遣ではより専門性の高い内容が望まれている傾向がある。施設が企画する研修のレベルにもばらつきがあるため、研修受講の目標により地区研修、施設研修等に振り分ける必要がある。

訪問看護推進支援モデル事業(神奈川県)

1. 目的

医療依存度の高い在宅療養者に対して、様々な形態による訪問看護をモデル的に実施することにより、利用者の多様なニーズに対応した訪問看護のあり方、訪問看護を推進するうえで効果的なチームケア体制、訪問看護に携わる人材の育成方法等について検証し、在宅医療の進展に対応した訪問看護の仕組み作りを行う。

2. 事業内容

24時間365日の訪問看護サービスを可能にする体制づくりに向け、医療依存度の高いALS等在宅人工呼吸器装着者を対象に、日中および準夜、深夜帯を含めた長時間滞在型訪問看護サービスをモデル事業として実施。

医療依存度の高い在宅療養者のうち、当該モデル事業への協力に同意する利用者を対象に、訪問看護モデル事業実施計画に基づき訪問看護を実施し、その有効性を検証する。

本事業の効果を分析するため、訪問看護ステーションおよび地域保健福祉課と協働し、事業開始前中後にデータ収集、事業評価を行うこととしている。

3. 平成18年度実施状況

県内2ヶ所の訪問看護ステーションにおいて、合計4事例を対象として実施。

夜間を含めたサービス体制をどのように構築出来るかが課題であったが、利用者のニーズを確認しながら(平成17年度ALS等人工呼吸器管理を必要とする在宅療養に関する実態調査を実施し、利用者ニーズの把握を行った)、各訪問看護ステーションにおいて準夜、深夜帯にも対応できる勤務体制確立にむけた方策の検討を行い、24時間看護提供を可能にする体制づくりをモデル的に実施した。

4. 成果・今後の方向性

- ① 今回のモデル事業による訪問看護サービスにより「日中の専門知識にもとづく看護師の呼吸ケアにより、介護者の夜間の睡眠時間の確保が可能である」という点において有効性が得られた。
- ② さらに、モデル事業を行うことで、実施訪問看護ステーションには医療依存度の高い在宅療養者に対する訪問看護のノウハウが構築されるようになった。そこで今後は、拠点訪問看護ステーションとして、ノウハウを持たない訪問看護ステーションに対する情報発信や研修の受け入れなど、教育研修機能等の役割を持ち、訪問看護ステーションをつなぐ県内のネットワーク体制を構築していくことを考えている。

在宅ホスピスケア等普及事業（富山県）

富山県では、平成16年度から訪問看護推進委員会を設置し検討を行っている。平成16年度には訪問看護に関する実態調査を、平成17年度には在宅ホスピスに関する実態調査を行い、「在宅ホスピス」の課題として、①訪問看護師の疼痛コントロールの知識・技術の向上を図るための研修会の充実、②24時間支えるための体制整備と人材の確保、③在宅ホスピスに向けた入院早期からの準備の必要性と関係機関の連携強化、④県民への「在宅ホスピス」の普及啓発の継続実施等が明らかとなった。

上記課題の解決をめざし訪問看護推進事業に取り組む中で、平成18年度には在宅ホスピスケアの普及啓発を目的としたフォーラムの開催やパンフレットの作成を行った。

1. 事業内容

(1)在宅ターミナルケア普及パンフレットの作成(県看護協会委託)

「自宅であなたらしく過ごしませんか～訪問看護がお手伝いします～」10,000部作成

<内容> 訪問看護ステーションのサービス内容、利用方法、相談窓口、家族の体験談、

県内訪問看護ステーションの名簿、在宅ターミナルケアに関するQ&A

<配布先> ○公的・民間病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、市町村、厚生センター

○在宅ターミナルケアに関するフォーラムや終末期医療に関するシンポジウムにて配布

(2)在宅ターミナルに関するフォーラムの開催(県看護協会委託)

<目的> がん等の末期患者が、その苦痛を緩和しながら在宅で家族とともに生活できるよう、在宅ターミナルに対する県民の理解を深め、在宅ターミナルの普及及び訪問看護の推進を図る。

<内容> ○講演：「自分らしく生き、その時は家で」 ○意見交換 ○参加人数 170名

(3)医療機関と訪問看護ステーションの連携推進研修(県実施)

<目的> 在宅ターミナルケアを推進するために、医療機関関係者と訪問看護師等の連携を強化し、患者と家族が安心して在宅療養ができる体制の充実を図る。

<内容> ○講演

「在宅に向けて支援するには～病院の看護師としての関わりから～」講師：認定看護師

「在宅終末医療・ケアの実施に向けて～地域医療連携の試み～」講師：診療所医師

○グループワーク 助言者：緩和ケア認定看護師、病院地域医療連携室看護師長

2. 成果・課題・今後の取組み

成 果

- ① 訪問看護ステーション、医療機関に勤務する看護師が在宅ホスピスの課題や相互の役割、連携の必要性について理解を深めることができた。
- ② 医療機関では、パンフレットを外来窓口や地域連携室に設置し活用しており、患者・家族から好評を得ている。

課 題

在宅ホスピス等の訪問看護を推進するためには、病院や訪問看護ステーションの看護師の相互理解や連携だけでは不十分であり、在宅医療の推進(在宅かかりつけ医の確保、在宅かかりつけ医と病院主治医との連携体制の整備等)が重要である。

平成 19 年度の取組み

- ① 在宅ホスピスケアの普及啓発を目的としたパンフレットの内容充実
- ② 在宅ホスピスケアアドバイザー派遣事業の実施
(医療圏毎に事例検討を実施しており、訪問看護師とアドバイザーである認定看護師の双方から好評で、在宅ホスピスケアの推進に効果が期待できる)
- ③ 訪問看護支援事業(県単)による人材の育成、確保

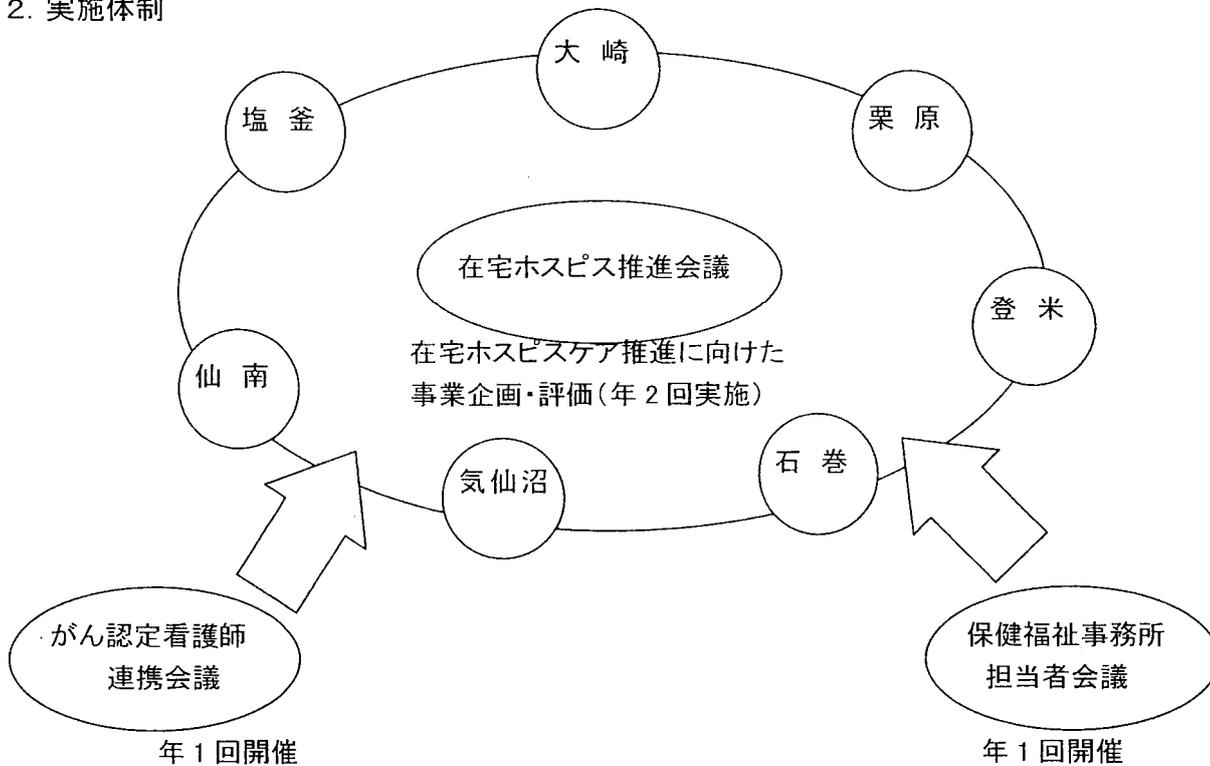
在宅ホスピスケア地域連携会議（宮城県）

県内7エリア(保健所所管)に分かれ、地域特性に合わせた在宅ホスピスケアにおける課題の明確化および推進のための施策の検討を行っている。各地域内での連携を推進すると同時に、地域間での情報共有、連携をさらに図ることにより、県全体の在宅ホスピスケア推進のための体制づくりを進めている。

1. 目的

在宅ホスピスケアを推進するために、各地域における医師等の医療従事者との連携、病院と地域との連携を図りながら在宅ホスピスにおける課題を検討するとともに、在宅ホスピスケア推進のための体制作りを行う。

2. 実施体制



3. 実施内容

○各地区連携会議:7地区にて実施。

○構成メンバー:各地区により異なるが、医師、在宅療養支援診療所医師、薬剤師、訪問看護ステーション管理者、ケアマネージャー、看護師、理学療法士、保健師、ヘルパー、地域包括支援センター職員等により構成

○実施内容: ①企画・運営:調査、研修会(講演会)、事例検討会 等

②普及啓発:住民向け講演会、ホームページの掲載、パンフレット・リーフレットの作成

4. 成果: 各地域の関係機関の連携が促進されるとともに、県全体としての連携も深まった。地域課題を共有することが出来、地域全体で問題に取り組もうとする気風が高まると同時に、県全体の課題が明らかになってきた。

医 政 発 第0609003号

平成16年 6月 9日

一部改正 医 政 発 第0310008号

平成17年 3月 10日

訪問看護推進事業実施要綱

1 訪問看護推進協議会

(1) 目的

この事業は、都道府県、特別区及び市町村単位で「訪問看護推進協議会」（以下「協議会」）を設置し、訪問看護に関する実態調査及び各年度における訪問看護推進事業の企画・調整等を行い、訪問看護の推進に寄与することを目的とする。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は都道府県、特別区及び市町村とする。

また、事業の目的達成のために必要があるときは都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 運営基準

ア 都道府県知事、特別区長及び市町村長は、市町村関係者、都道府県医師会の代表及び都道府県看護協会の代表等により構成される協議会を設置するものとする。

イ 協議会に事務局（訪問看護推進室）を設ける。協議会の庶務は事務局において処理する。なお事務局には、各個別事業の助言・調整等を行う訪問看護に精通した看護師等を担当者として配置することが望ましい。（委託する場合については、同様の形態とする。）

(4) 事業の内容

協議会は、以下の事業について、実施の可否、実施地域・訪問看護ステーションの選定、実施期間、具体的事業内容・実施方法及び事業の評価等を行うものとする。

ア 訪問看護の実態等に関する調査、訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修、在宅ホスピスケア研修、在宅ホスピスケアアドバイザー派遣、訪問看護推進支援モデル事業、在宅ホスピスケア普及事業及び在宅ホスピスケア地域連携会議の計画及び実施等に関すること。

イ 訪問看護推進支援モデル事業に関しては別に定める様式により、実施状況等について厚生労働大臣に報告すること。

ウ 訪問看護ステーション等に関する総合的相談及び問い合わせに関すること。

エ 訪問看護ステーションと医療機関等との連携を図るための調整に関すること。

2 訪問看護ステーション・医療機関に勤務する看護師の相互研修

(1) 目的

この事業は、訪問看護ステーションと医療機関の看護師の相互交流による研修を行うことにより、訪問看護師は最新の知識及び医療技術の習得を行い、病院看護師においては在宅医療に関する知識を習得し、互いの看護の動向や専門性等を理解し、在宅患者に対する最新医療技術の提供及び入院患者が適正に在宅医療に移るための環境の把握等を行うことにより、訪問看護の推進に寄与することを目的とする。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は都道府県知事、特別区及び市町村とする。

また、事業の目的達成のために必要があるときは、都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 事業の内容

ア 訪問看護ステーションの看護師の研修

(ア) 実施期間 1回当たり原則8日以上

(イ) 定員 1回当たり原則5人以上

(ウ) 研修の内容

- a 呼吸管理研修（集合講習、実技講習）
- b 医療処置研修（集合教育、実技講習）
- c 看護師間の連携研修（ケースカンファレンス）

イ 医療機関の看護師の研修

(ア) 実施期間 1回当たり原則3日以上

(イ) 定員 1回当たり原則3人以上

(ウ) 研修の内容

- a 現地研修（集合講習、現場同行）
- b 看護師間の連携研修（ケースカンファレンス）

3 在宅ホスピスケア研修

(1) 目的

この事業は、訪問看護ステーション等の看護師に対するホスピスケアやがん性疼痛看護の知識と技術を有する看護師等による研修を実施し、在宅ホスピスケアの専門的な技術を習得させることにより、在宅ホスピスケアの推進に寄与することを目的とするものである。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は都道府県、特別区及び市町村とする。

また、事業の目的達成のために必要があるときは都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 事業の内容

- ア 実施期間 原則3日以上
- イ 定員 原則20人以上
- ウ 研修の内容 薬物療法や精神的なケアを含む緩和ケアについての講義等

4 在宅ホスピスケアアドバイザー派遣事業

(1) 目的

この事業は、在宅ホスピスケアを実施又は実施しようとする訪問看護ステーションに対して、ホスピスケアやがん性疼痛看護の知識と技術を有する看護師をアドバイザーとして派遣し、現状にあった在宅ホスピスケアについての助言を行うことにより、在宅ホスピスケアの推進を図ることを目的とする。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は都道府県、特別区及び市町村とする。

また、事業の目的達成のために必要があるときは都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 事業の内容

- ア ホスピスケアやがん性疼痛看護の知識と技術を有する看護師を、アドバイザーとして招聘し派遣する。
- イ 在宅ホスピスケアを実施又は実施しようとする訪問看護ステーションをアドバイザーの派遣対象施設とする。

5 訪問看護推進支援モデル事業

(1) 目的

A L S 患者等人工呼吸器を装着している訪問看護ステーション利用者への24時間のフォローを実施し、家族の介護のみに依存することなく、施設内の医療と同等レベルで患者の個別のニーズにあった訪問看護サービスが提供できるような体制整備をモデル的に実施することにより、24時間の在宅医療体制のあり方等について検証することを目的とする。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は、協議会を設置している都道府県、特別区及び市町村とする。

また、事業の目的達成のために必要があるときは、都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 運営方針

- ア 原則としてALS患者等人工呼吸器を装着している患者等に対し、24時間体制で訪問看護を実施するものとする。
- イ 訪問看護ステーションには、24時間体制を確保するために必要な看護師を配置する。
- ウ 緊急時の連絡・対応体制を確保するため、医療機関との連携が緊密であること。

(4) 補助対象

- ア 複数のALS患者等人工呼吸器を装着している患者等に対し1日あたり複数回又は長時間の訪問看護を実施若しくは実施することが可能であると認められる訪問看護ステーションであること。
- イ 複数の訪問看護ステーションが連携・協力して行う事業も可能であること。
- ウ 協議会の求めに応じ、この事業の実施状況等について報告すること。
- エ この事業に参加する訪問看護ステーションは、この事業の対象となる訪問看護において、健康保険法上の指定訪問看護及び老人保健法上の指定老人訪問看護に伴い実費負担として支払いを受けることができる交通費以外の料金を徴収してはならない。

6 在宅ホスピスケア等普及事業

(1) 目的

在宅ホスピスケア及び在宅ターミナルケア（以下「在宅ホスピスケア等」という。）を地域に浸透させるため、ケアの利用者と提供者が共同して、在宅ホスピスケア等に関するフォーラム・講演会等の開催や、パンフレット等を発行し、その普及啓発を図ることを目的とする。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は都道府県、特別区及び市町村とする。
また、事業の目的達成のために必要があるときは都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 事業の内容

ア フォーラム等

在宅ホスピスケア等の利用者及び提供者が共同し、地域の住民に在宅ホスピスケアについての認識を深められるよう、在宅ホスピスケア等に関するフォーラム、講演会等を開催する。

イ パンフレット発行等

地域住民が在宅ホスピスケア等についての理解を深め、普及啓発を図るため、地域における在宅ホスピスケア等の現状についての情報や、在宅ホスピスケア等の利用者の家族の体験談等を掲載したパンフレットの発行等を定期的に行う。

7 在宅ホスピスケア等地域連携会議

(1) 目的

地域において、在宅ホスピスケア等の専門的な知識を有する医師、看護師等の指導の下に会議を開催し、医療機関、訪問看護ステーション及び薬局の連携を図り、疼痛管理プロトコルの作成等を行う等在宅ホスピスケアの普及を推進する。あわせて、その連携強化を図るとともにそれらの実施状況について他の地域に情報提供する。

(2) 事業の実施主体

この事業の実施主体は都道府県、特別区及び市町村とする。

また、事業の目的達成のために必要があるときは都道府県、特別区及び市町村は事業を関係団体に委託することができる。

(3) 事業の内容

ア 地域において医療機関、訪問看護ステーション及び薬局が連携を図るための会議の開催。

イ 既に連携の取れている場合には疼痛管理プロトコル等により、個別具体的なプロトコル作成等を行う会議の開催。

ウ 作成されたプロトコルに基づく訪問看護の実施。

エ これらの実施状況について報告書を作成し、他の地域、厚生労働省等に対し情報提供を行う。