

リハビリテーション/作業療法士に関連するものを「疑義解釈資料の送付について(その2)」より下記に抜粋します。
 詳細は疑義解釈資料の送付について(その2)をご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001685126.pdf>

なお、令和 8 年度診療報酬改定については下記をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html

● 医科診療報酬点数表関係

< 入退院支援加算 >

問 24 「A246」入退院支援加算において、退院困難な要因の中に「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」が加わったが、具体的にどのような場合か。	医-7
(答) 患者との意思疎通が困難であり患者の治療方針等に関する意思決定支援のために家族や親族との連絡を行う必要がある場合又は患者の退院後の生活に向けた調整を行うために家族や親族との連絡を行う必要がある場合であって、患者本人への確認や患者が入院前に利用していた医療・介護・福祉サービスの事業者、行政機関等への照会を行う等によって家族や親族を特定する努力を行ったにもかかわらず、家族や親族が特定できない場合や、家族や親族への相談を本人や当該家族・親族が拒んでいる場合を指す。なお、こうした場合であっても、必要に応じて、家族や親族以外で治療方針等に関する意思決定や退院の支援を行う者を特定して連絡する等、適切な対応を行うこと。	

< 看護・多職種協働加算 >

問 36 「A215」看護・多職種協働加算においては看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを 25 対1で配置することとなっているが、看護職員のみで他職種を配置しなくても算定できるのか。	医 - 11
(答) 算定可能。	

< リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 >

問 39 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の専従の理学療法士等及び専任の管理栄養士が病棟で従事する時間を、看護・多職種協働加算の勤務実績の時間に算入し様式9に記載することは可能か。	医 - 13
(答) 不可。	

問 40 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(連携加算)は病棟ごとに異なる区分の届出が可能か。	医 - 13
(答) 病棟ごとに異なる区分の届出が可能。	

<リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算>

<p>問 41 「A308-3」地域包括ケア病棟入院料についてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定が可能となったが、「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算や「A304」地域包括医療病棟の注 11 に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する病棟から、同一医療機関内のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する地域包括ケア病棟へ患者が転棟した場合、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算は引き続き算定できるのか。</p>	<p>医 - 13</p>
<p>(答) 同一医療機関内の別の入院料を算定する病棟で既にリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算又はリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定していた場合、転棟後の病棟では、当該加算の算定開始日から 14 日以内であっても、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算は算定できない。ただし、ADL、栄養状態、口腔状態についての評価及び評価に基づく計画は、転棟前のものを引き継いで差し支えない。この場合においても、リスクに応じた期間で定期的な再評価を行うこと。</p>	

<p>問 42 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(連携加算)の施設基準において、「当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、例えば1つの病棟で「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する病室と「A308-3」地域包括ケア病棟入院医療管理料の「注 14」リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定する病室が混在する病棟は、当該1病棟に専任の常勤の管理栄養士を1名配置することで差し支えないか。</p>	<p>医 - 13</p>
<p>(答) 差し支えない。</p>	

<認知症ケア加算、身体的拘束最小化推進体制加算>

<p>問 43 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発 0305 第7号)別添2の第1の7に掲げる身体的拘束最小化の基準における(6)のウ及び(7)のイの(ハ)の研修について、「A247」認知症ケア加算に係る研修に身体的拘束最小化の内容を兼ねるものとした場合には、当該研修で、身体的拘束最小化の基準と認知症ケア加算の施設基準における研修の基準をいずれも満たすものと考えてよいか。</p>	<p>医 - 13</p>
<p>(答) 当該研修が通則の身体的拘束最小化の基準に規定する研修内容を含むものである場合には、満たすものとする事ができる。ただし、身体的拘束最小化の基準については、「認知症患者に係わる職員」だけでなく、「入院患者に係わる職員」が対象であることに留意すること。</p>	

<回復期リハビリテーション病棟入院料>

<p>問 44 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発 0305 第7号)別添4の第 11 の1の(13)のウに規定する「介護保険によるリハビリテーション」とは、具体的にどのようなリハビリテーションを指すのか。</p>	<p>医 - 14</p>
<p>(答) 介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション又は介護保険施設で、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士により行われるリハビリテーションであって、高次脳機能障害者に適したものを指す。</p>	

<p>問 45 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発 0305 第7号)別添4の第 11 の1の(13)のウにおいて、高次脳機能障害を有する患者が退院後に利用する予定の保険医療機関又は生活介護等を提供する事業所若しくは施設に対し、リハビリテーション総合実施計画書等を文書にて提供することとされているが、「利用する予定」とはリハビリテーションの利用だけでなく、単に受診する予定やケアプランの作成を受ける予定等を含むのか。</p>	<p>医 - 14</p>
<p>(答)医療保険、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションを利用する場合のみを指し、単に受診する予定やケアプランの作成を受ける予定等は含まれず、単に受診する別の保険医療機関や担当の介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所等は文書の提供先に含まない。</p>	

<p>問 46 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和8年3月5日保医発 0305 第6号)の「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」の(13)のイの①において、リハビリテーション実績指数の算出にあたっては、「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点が5点以下から6点以上に上がった場合、退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点から、入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したものに1点加えることとされているが、2項目のいずれも該当する必要があるのか。あるいは、どちらか1項目が該当する場合でも、1点を加えるのか。</p>	<p>医 - 14</p>
<p>(答)それぞれの項目が「入棟時又は入室時に5点以下、かつ、退棟時又は退室時に6点以上だった場合」にそれぞれ1点を加え、どちらか1項目の得点のみが入棟時又は入室時に5点以下、かつ、退棟時又は退室時に6点以上に該当する場合であっても、退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点から、入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したものに1点を加える。</p>	

<p>問 47 重症の患者の対象である「高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)」には、基本診療料の施設基準等別表第九に標準的算定日数が 180 日となる対象として示されている高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害のみでなく、高次脳機能障害を伴った頭部外傷、脳腫瘍、脳炎、急性脳症も含まれるか。</p>	<p>医 - 15</p>
<p>(答)含まれる。</p>	

<p>問 48 令和8年度診療報酬改定において、実績指数の計算方法、除外対象及び基準が見直されたが、令和8年7月以降にリハビリテーション実績指数を求めるに当たって、算出方法や除外対象患者をどのように考えればよいか。</p>	<p>医 - 15</p>
<p>(答)リハビリテーション実績指数の計算の除外対象及び除外割合については、入棟時の基準が適用されるため、それぞれ令和8年5月 31 日までに入棟又は入室した患者の入棟又は入室月においては、令和8年度診療報酬改定前の基準を用いてよい。なお、入棟時のFIM運動項目の得点が 20 点以下で、退棟又は退室までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えた場合に、除外患者とできなくなる取り扱い、令和8年5月 31 日までに入棟又は入室した患者については、同年6月1日以降に退棟又は退室した場合であっても適用しなくてよい。</p> <p>なお、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟時5点以下から退棟時6点以上に上昇したものの場合に各項目につき1点加点する計算方法については、リハビリテーション実績指数を令和8年7月以降に算出する場合には、算出対象となる期間の全ての患者に適用して差し支えない。</p>	

<p>問 49 回復期リハビリテーション強化体制加算の届出は、実績指数の算出月にしか行えないのか。それとも令和8年6月1日から算定するための届出期間内に、直近6か月の実績を算出して届出を行ってよいのか。この場合、実績指数の算出対象期間はどうか。また、退院前訪問指導料はこれまで回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されていたが、当該指導料の算定回数ではなく、退院前訪問指導を実施した実績により届出を行ってよいのか。</p>	<p>医 - 15</p>
<p>(答)回復期リハビリテーション強化体制加算の届出にあたっては、リハビリテーション実績指数の算出月以外であっても、届出を行う前月までの6か月間を算出期間としたリハビリテーション実績指数を算出した上で届け出ることができる。この場合においては、問 48 に関わらず、対象期間の全ての患者について、令和8年度診療報酬改定後の基準で実績指数の計算を行うこと。</p> <p>なお、算出期間に退院した患者が入棟した月について、実績指数の算出から除外した入棟患者のうち、次の患者を算出対象に加え、各月の除外患者の割合が 100 分の 20 を超えないようにすること。(この場合に限り、入棟時に除外対象とした患者であっても、退院後に実績指数の算出対象に加えることができる。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改定後の除外対象の要件を満たさない患者 ・除外患者の割合が 100 分の 20 を超える場合は、改定後の除外対象の要件を満たす患者 <p>また、退院前訪問指導の実施に係る施設基準については、実施した実績により届け出ること。</p>	

<回復期リハビリテーション強化体制加算>

<p>問 50 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準である自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合の算出に当たっては、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和8年3月5日保医発 0305 第6号)の「B007」退院前訪問指導料の(2)に基づき、1人の患者に入院後早期と退院前の2回の訪問指導を行った場合であっても、分子となる患者数は1人として算出するのか。</p>	<p>医 - 16</p>
<p>(答)そのとおり。</p>	

<p>問 51 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準において、退院前訪問指導の実施割合の計算対象となる「直近6か月間に自宅へ退院した患者」について、「自宅」とは患者の自宅のみを指すのか。</p>	<p>医 - 16</p>
<p>(答)自宅とは、高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成 13 年法律第 26 号)第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅を含むが、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和8年3月5日保医発 0305 第6号)の「C002-2」施設入居時等医学総合管理料(3)のAに規定する施設のうち(ホ)以外並びに障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設、事業所及び福祉ホームはいずれも「自宅」に含まず、これらに退院する患者については、割合を算出する際の分子・分母のいずれにも含めないこと。</p>	

<p>問 52 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準である退院前訪問指導の実施割合の算出にあたって、同一医療機関内の他病棟で退院前訪問指導を実施した後に回復期リハビリテーション病棟へ転棟し自宅に退院した患者については、計算に含めるのか。</p>	<p>医 - 17</p>
<p>(答)実施割合の算出にあたり、退院前訪問指導を実施した患者として分子に含めて計算できる。</p>	

<疾患別リハビリテーション>

<p>問 67 令和8年度診療報酬改定において、疾患別リハビリテーションについて、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者については、「特定の患者」として取り扱うこととなったが、1単位の中で、訓練の一部にベッド上におけるポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練が含まれるが、それ以外の訓練が適切に行われる場合は「特定の患者」に該当しないと考えてよいか。</p>	<p>医 - 20</p>
<p>(答)そのとおり。</p>	

<p>問 68 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三のうち、脳血管疾患等の患者について、「脳血管疾患等の患者のうち発症日、手術日又は急性増悪の日から六十日以内のもの」に改定されたが、対象患者は「疑義解釈資料の送付について(その3)」(平成 18 年3月 31 日医療課事務連絡)別添1の問 96 と同様と考えてよいか。また、回復期リハビリテーション病棟において運動器リハビリテーション料を算定する患者が、当該項目に該当する場合、1日9単位を算定することができるのか。</p>	<p>医 - 20</p>
<p>(答)いずれもそのとおり。なお、手術は対象疾患に関連する手術であることに留意すること。これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月 28 日事務連絡)別添1の問 112 は廃止する。</p>	

<p>問 69 令和8年度診療報酬改定において、心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料それぞれについて「離床を伴わないリハビリテーション」が新設されたが、以下のような事例は減算及び単位数制限の対象となる「特定の患者」に該当するか。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①最初の1単位はベッド上で他動的な訓練を行い、2単位目の途中から車椅子移乗した上で、計6単位のリハビリテーションを行った場合 ②肺炎を発症したため、訓練室に移動せず、ベッド上で自ら膝の曲げ伸ばし等の運動や排痰を促す訓練を行った場合。 ③ベッド上でギャッジアップし、高次脳機能障害や構音障害等に係る言語療法を行った場合 ④起立性低血圧を有する患者について、離床を目指して、耐久性向上のために観察しながら臥位から座位に移行し座位を保持する訓練を進めたが、結果的に端座位に至らず終了した場合 ⑤車椅子に移乗したうえで訓練室に移動し、訓練室のベッド上で他動的な関節可動域訓練のみを行った場合 ⑥ベッド上で主に拘縮予防や褥瘡予防を目的とした他動的な関節可動域訓練やポジショニングのみを行った場合。 	<p>医 - 21</p>
<p>(答)それぞれ以下のとおり。「特定の患者」に該当しない場合は、離床を伴わないリハビリテーションではなく、各個別療法の例により算定すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①車椅子に移乗しているため「ベッド上のみ」で訓練したわけではなく、また内容としても「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行ったわけではないため、特定の患者には該当しない。 ②「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。 ③「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。 	

- ④「ベッド上のみ」であるが、「ポジショニング又は拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練」以外を行っているため、特定の患者に該当しない。
- ⑤車椅子に移乗しており「ベッド上のみ」ではないため、特定の患者に該当しない。
- ⑥「ベッド上のみ」で「拘縮の予防等を目的とした他動的な訓練のみ」を行っているため、特定の患者に該当し、100 分の 90 の点数による2単位までの算定の対象となる。

<早期リハビリテーション加算>

<p>問 70 令和8年度診療報酬改定において、早期リハビリテーション加算の起算日の要件及び算定期間が変更となったが、令和8年5月 31 日以前に入院した患者の起算日及び算定可能日数については、以下のそれぞれについて具体的にどのように考えればよいか。</p> <p>①5月中に早期リハビリテーション加算の算定が開始され、6月1日時点で起算日から 14 日以内である場合 (例)令和8年5月 21 日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月 29 日に入院し治療開始、同 31 日から心大血管疾患リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者</p> <p>②5月中に早期リハビリテーション加算の算定が開始され、6月1日時点で起算日から 15 日目以降である場合 (例)令和8年5月4日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月 12 日に入院し治療開始、5月 14 日から心大血管疾患等リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者</p> <p>③6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始しておらず、改定前の基準と改定後の基準で起算日が異なる場合。 (例)令和8年5月 23 日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月 31 日に入院し治療開始、6月2日より心大血管疾患リハビリテーション料及び早期リハビリテーション加算の算定を開始した患者</p>	<p>医 - 22</p>
<p>(答)令和8年5月 31 日以前に早期リハビリテーション加算を既に算定している患者については、改定後も起算日を変更しない。なお、同年6月1日以降の算定期間は起算日から 14 日間となるため、6月1日時点で 15 日目以降であった場合は、6月1日以降は当該加算を算定することはできない。</p> <p>ただし、6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始していない場合は、改定後の基準により入院日を起算日とする。</p> <p>① 改定前後で起算日が異なる場合であっても、改定前の起算日に基づき、改定後に引き続いて起算日から 14 日目までが算定可能期間となる。 例示の場合は、改定前の基準に基づき、急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比較して、早いほうの5月 27 日を起算日として、5月 31 日までは改定前の早期リハビリテーション加算として 25 点が算定可能である。6月1日以降も起算日を変更せず、6月1日から9日までは改定後の早期リハビリテーション加算(4日目以降 14 日以内)として1単位につき 25 点が算定可能である。</p> <p>② 改定前の起算日に基づき、6月1日時点で起算日から 15 日目以降である場合には、6月 1 日以降は早期リハビリテーション加算は算定できない。 例示の場合は、急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比較して、早いほうの5月 10 日を起算日として、5月 31 日までは改定前の早期リハビリテーション加算として 25 点が算定可</p>	

能である。6月1日以降は、起算日は5月10日であり、既に起算日から23日目であり14日間を超えているため、早期リハビリテーション加算は算定できない。

- ③ 6月1日時点で早期リハビリテーション加算の算定を開始していない場合は、改定後の基準により入院日を起算日として算定可能である。

例示の場合は、改定後の基準に基づき、入院日である5月31日を起算日として、疾患別リハビリテーションを開始した6月2日から起算日の14日目にあたる6月13日まで、早期リハビリテーション加算として1単位につき6月2日は60点(1日目から3日目まで)、6月3日から13日は25点(4日目以降14日以内)が算定可能である

<リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書>

問 71 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和8年3月5日保医発 0305 第6号)の第7部通則の4の4に「情報通信機器等を用いる場合を含む。」とあるが、医師の指示を受けた理学療法士等が説明する場合にも情報通信機器等を用いてよいか。	医 - 23
(答)よい。	

<リハビリテーション総合計画評価料>

問 72 「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添1の問195において、リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、計画書に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となるとされているが、リハビリテーション総合実施計画書の作成と多職種による評価を行った月が異なる場合は、評価を行った月に算定すればよいのか。	医 - 23
(答)そのとおり。	

問 73 令和8年度診療報酬改定において、リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書の説明について、回復期リハビリテーション病棟以外では「医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士」が実施することが可能となったが、医師の指示はどのように受ければよいか。医師の指示について診療録への記載が必要か。	医 - 23
(答)リハビリテーション実施計画書(総合実施計画書)を作成した医師が他の職種による説明が可能と判断した症例については、当該医師が文書又は口頭で、計画書の内容を医師以外が行ってよい旨の指示を行うこと。なお、当該指示について必ずしも診療録への記載は要しない。 これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問201及び「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和2年3月31日)別添1の問121は廃止する。	

<精神科地域密着多機能体制加算>

<p>問 76 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関の開設者が、当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径 1 キロメートル以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。」、「当該保険医療機関の代表者が、当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径 10 キロメートル以内に所在する障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていること。」とあるが、「障害福祉サービス事業所等」の「等」には何が含まれるのか。</p>	<p>医 - 24</p>
<p>(答) 相談支援事業所及び地域活動支援センターが含まれる。</p>	

<p>問 77 「A255」精神科地域密着多機能体制加算の施設基準において、精神病床数の許可病床数に係る要件があるが、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」に係る病床(以下「医療観察法病床」という。)の取扱い如何。</p>	<p>医 - 24</p>
<p>(答) ○ 通則における以下の要件においては、当該保険医療機関における許可病床数及び精神病床の許可病床数に、医療観察法病床数は含める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「当該保険医療機関における許可病床数が 350 床以下であること。」 ・ 「当該保険医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が、6割5分以上であること。」 <p>○ 以下の要件における精神病床の許可病床数については、医療観察法病床数は含めない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該加算1の要件である「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 100 床以下であること。」 ・ 当該加算2の要件である「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 10 床以上 150 床以下であること。」及び「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 15 床以上 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。」 ・ 当該加算3の要件である「当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。」 	

●訪問看護療養費関係

<指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準>

<p>問2 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の事故発生時の対応等(基準省令第28条関係)において、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的方策等についての研修の受講が望ましいことが規定されたが、当該研修の内容は、具体的にはどのようなものがあるか。また、訪問看護ステーションの従業者が当該研修を受講する際の留意点はあるのか。</p>	<p>訪 看 -1</p>
<p>(答)内容については、例えば訪問看護における医療安全の基本的な考え方(医療安全に係る規定や事故発生メカニズム、安全文化の醸成等)、事故発生時の対応(当該利用者の家族や関係機関等への連絡、事故の状況及び事故に際して採った処置に関する記録、損害賠償等)、再発防止策等を含む医療安全に関する内容が想定される。以下の研修を参考にされたい。</p> <p>①公益財団法人日本訪問看護財団が厚生労働省「訪問看護における医療安全に関する研修教材作成事業」(厚生労働省令和7年度看護職員確保対策特別事業)により作成した研修教材を用いた研修</p> <p>②一般社団法人全国訪問看護事業協会が実施している「訪問看護における医療安全に関する研修会」</p> <p>訪問看護ステーションは、従業者が当該研修を定期的(年1回、新規採用時を含む。)に研修を受講するよう機会を確保することが望ましい。研修を受講した場合には、研修内容や研修受講状況を記録しておくこと。</p>	

<訪問看護情報提供療養費>

<p>問3 訪問看護情報提供療養費1について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等又は指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供することとされているが、訪問看護ステーションの看護師等が、児童等である家族から介助や介護等を日常的に受けている利用者であること等の状況を把握した場合、その状況を含めて参考の様式を元にした文書に記載し情報提供してもよいか。</p>	<p>訪 看 -2</p>
<p>(答)よい。</p>	