

保医発 0701 第 1 号
令和 8 年 7 月 1 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」の一部改正について

保険医療機関における看護については、「基本診療料等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 日付け保医発 0305 第 7 号厚生労働省保険局医療課長通知）において、当該保険医療機関の看護要員によって行われるものであり、患者の負担による付添看護が行われてはならないものとされているが、看護にあたり特別なコミュニケーション技術が必要な障害を有する患者の入院においては、これまでも、「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」（平成 28 年 6 月 28 日付け保医発 0628 第 2 号厚生労働省保険局医療課長通知。以下「平成 28 年通知」という。）において、当該患者の負担により、コミュニケーションに熟知している支援者が付き添うことは差し支えない旨お示ししてきたところである。

今般、平成 28 年通知の別添「障害者の入院に係る支援に関する確認書」の一部の記載について誤解を招くことがないように、下記のとおり平成 28 年通知の別添を改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

別添を次のように改正する。

以上

別添

障害者の入院に係る支援に関する確認書（患者用）

年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（ 年 月 日～ 年 月 日）

コミュニケーションに係る支援を行う支援者：

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

※ 入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から求められたものではありません。

(患者氏名)

印

(家族等氏名)

印

※患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

障害者の入院に係る支援に関する確認書（支援者用）

年 月 日

入院患者名：

推定される入院期間： 日（ 年 月 日～ 年 月 日）

コミュニケーション支援を行う支援者：

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

氏名 (事業所名)

※ 入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から求められたものではありません。

(支援者代表者氏名)
(事業者名)

印