

事務連絡
令和8年7月1日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

「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

標記につきまして、別紙のとおり、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)長及び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)長あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

(別添)

公益社団法人 日本医師会 御中
公益社団法人 日本歯科医師会 御中
公益社団法人 日本薬剤師会 御中
一般社団法人 日本病院会 御中
公益社団法人 全日本病院協会 御中
公益社団法人 日本精神科病院協会 御中
一般社団法人 日本医療法人協会 御中
一般社団法人 日本社会医療法人協議会 御中
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中
一般社団法人 日本慢性期医療協会 御中
一般社団法人 日本私立医科大学協会 御中
一般社団法人 日本私立歯科大学協会 御中
一般社団法人 日本病院薬剤師会 御中
公益社団法人 日本看護協会 御中
一般社団法人 全国訪問看護事業協会 御中
公益財団法人 日本訪問看護財団 御中
独立行政法人 国立病院機構本部 御中
国立研究開発法人 国立がん研究センター 御中
国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 御中
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 御中
国立健康危機管理研究機構 御中
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 御中
独立行政法人 地域医療機能推進機構本部 御中
独立行政法人 労働者健康安全機構本部 御中
健康保険組合連合会 御中
全国健康保険協会 御中
公益社団法人 国民健康保険中央会 御中
社会保険診療報酬支払基金 御中
財務省主計局給与共済課 御中
文部科学省高等教育局医学教育課 御中
文部科学省高等教育局私学部私学行政課 御中
総務省自治行政局公務員部福利課 御中
総務省自治財政局公営企業課準公営企業室 御中
警察庁長官官房人事課 御中
労働基準局安全衛生部計画課 御中
労働基準局補償課 御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合 御中

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