

令和 8 年度診療報酬改定対応

急性期・外来・在宅・訪問看護向け

実務チェックリスト

速報版 Ver.0.1

急性期入院医療・救急外来・外来機能分化・生活習慣病管理・在宅医療・訪問看護・医療 DX・病院管理の確認
ポイント

400 ページを超える改定資料を読む前に、まず急性期・外来・在宅・訪問看護で確認すべき論点を整理するた
めの入口資料

医療経営士／労働衛生コンサルタントの視点で作成

©納谷労働衛生コンサルティング

本資料の位置づけ

本資料は、令和8年度診療報酬改定に関する公表資料をもとに、急性期入院医療、救急外来、外来医療、在宅医療、訪問看護を有する医療機関で、実務上早期に確認しておきたい事項を整理した速報版 Ver.0.1 です。

本版では、各項目について「医療経営士コメント」と「労働衛生コンサルタントコメント」を併記しています。診療報酬改定を単なる点数確認で終わらせず、病院機能・施設基準・収益への影響と、職員の労働時間・身体的負担・心理的負担・業務分担への影響を同時に確認するための資料です。

現時点での改定概要をもとにした整理であり、最終的な算定要件、施設基準、届出様式、疑義解釈等については、今後発出される告示・通知等を必ず確認してください。本資料は、個別医療機関における算定可否を保証するものではなく、院内確認・準備のための参考資料です。

想定する読者

区分	主な対象者	この資料で見る主な論点
医師	院長、主治医、救急担当医、外来担当医、在宅担当医	急性期機能、救急外来、生活習慣病管理、在宅医療、訪問看護指示、オンライン診療
医事	医事課、診療報酬担当、施設基準担当	急性期入院料、加算・減算、外来管理料、在宅・訪問看護関連算定、届出管理
看護	看護部長、病棟師長、外来看護師、救急外来看護師	看護・多職種協働、救急外来体制、トリアージ、外来・在宅連携、訪問看護連携
在宅訪看	在宅医療担当、訪問看護ステーション、退院支援部門	訪問診療、在宅看取り、緊急入院支援、訪問看護、同一建物、精神科訪問看護
管理	院長、事務長、看護部長、経営管理者、施設基準責任者	賃上げ、物価対応、急性期機能、医療DX、サイバー、BCP、施設基準管理

目次（職種別マーク付き）

職種別マーク：医師／医事／看護／在宅訪看／管理

章	項目	主に読む職種
1	最重要チェックリスト	医師／医事／看護／在宅訪看／管理
2	令和8年6月までに確認したいこと	医師／医事／看護／在宅訪看／管理
3	急性期・高度急性期入院医療で何が変わるか	医師／医事／看護／管理
4	急性期病院入院基本料・急性期総合体制加算	医師／医事／看護／管理
5	看護・多職種協働、ICT・AI活用、業務効率化	医師／看護／管理
6	救急外来医療・救急搬送に関する評価	医師／医事／看護／管理
7	外来医療の機能分化・紹介逆紹介・初診評価	医師／医事／看護／管理
8	生活習慣病管理料・地域包括診療・残薬確認	医師／医事／看護／管理
9	長期処方・リフィル処方箋・電子処方箋	医師／医事／看護／管理
10	外来データ提出・医療DX・オンライン診療	医事／管理
11	在宅医療で何が変わるか	医師／医事／在宅訪看／管理
12	在宅医療機関の役割、後方支援、在宅看取り	医師／医事／在宅訪看／管理
13	退院後訪問栄養食事指導・在宅栄養支援	医師／医事／在宅訪看／管理
14	訪問看護で何が変わるか	医師／医事／看護／在宅訪看／管理
15	同一建物・重症患者・小児・精神科訪問看護	医師／医事／看護／在宅訪看／管理
16	人口少数地域・医師偏在対策・地域医療確保	医事／管理
17	賃上げ・物価対応・施設基準・BCP	医事／管理
18	部署別に最初にするべき一覧表	医師／医事／看護／在宅訪看／管理
19	活用上の注意と支援可能な内容	管理
20	索引（主要キーワード）	全職種

1. 最重要チェックリスト【医師／医事／看護／在宅訪看／管理】

項目	確認すること
急性期入院医療	急性期病院入院基本料、急性期総合体制加算、ICU等の要件見直しを確認する。
看護・多職種協働	高齢者等が主に入棟する病棟で、看護職員と多職種が協働する体制を確認する。
救急外来	救急外来医学管理料、救急搬送、院内トリアージ、24時間応需体制を確認する。
外来機能分化	紹介・逆紹介、外来診療料等の減算、紹介患者初診評価を確認する。
生活習慣病・地域包括診療	療養計画、検査、糖尿病の眼科・歯科連携、残薬確認、要介護・認知症患者の対象整理を行う。
長期処方・リフィル	対応可能であることの周知、電子処方箋、残薬確認、医師の個別判断の流れを整備する。
在宅医療	地域で積極的役割を担う医療機関、後方支援、緊急入院、在宅看取りを確認する。
訪問看護	同一建物、重症・小児、精神科訪問看護、D to P with N、ベースアップ評価を確認する。
医療DX・オンライン診療	マイナ保険証、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバー、オンライン診療を確認する。
病院管理	賃上げ、物価対応、医師偏在、人口少数地域、施設基準、BCPを管理項目化する。

2. 令和8年6月までに確認したいこと【医師／医事／看護／在宅訪看／管理】

- 急性期病院入院基本料、急性期総合体制加算、看護・多職種協働加算の対象可否を確認する。
- 救急外来医学管理料、院内トリアージ、24時間応需体制、検査・画像・手術・薬剤体制を確認する。
- 外来機能分化、紹介・逆紹介、紹介患者初診評価の対象医療機関か確認する。
- 生活習慣病管理料、地域包括診療加算、糖尿病眼科・歯科連携の患者一覧を作る。
- 長期処方・リフィル処方箋に対応可能であることの掲示・説明文を整える。
- 外来データ提出、医療DX、電子処方箋、オンライン診療の届出・体制を確認する。
- 在宅医療の積極的役割、緊急入院受入、在宅看取り、退院後栄養支援の連携表を作る。
- 訪問看護の同一建物、重症・小児、精神科訪問看護、D to P with Nの対象を確認する。
- ベースアップ評価料、物価対応、BCP、サイバーセキュリティ、施設基準届出の確認担当を決める。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
この一覧は、急性期から在宅・訪問看護までを広く拾うための入口です。急性期は要件や実績管理が大きく、外来・在宅・訪問看	急性期領域では、改定対応をそのまま現場に上乘せると過重労働になりやすいです。6月までに確認する項目は、同時に「誰の

<p>護は「対象患者一覧」と「連携表」を先に作ると、算定漏れと届出漏れを減らせます。</p>	<p>仕事が増えるか」「夜勤・救急・オンコールにしわ寄せが出ないか」を確認する入口でもあります。</p>
--	--

3. 急性期・高度急性期入院医療で何がかわるか【医師／医事／看護／管理】

急性期・高度急性期では、病棟単位の急性期患者割合だけでなく、病院全体として地域で担う急性期機能、救急搬送の受入、手術、総合性、多職種協働体制が評価の中心に寄せられています。

- ・急性期病院入院基本料：病院機能に着目した評価へ再編される。
- ・急性期総合体制加算：救急、手術、総合性、精神科対応等を確認する。
- ・看護・多職種協働：高齢者急性期ケア、ADL 低下予防、退院支援を病棟機能として見る。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
<p>急性期の評価は、病棟単位の点数ではなく、病院全体の地域機能を問う方向です。救急搬送、手術、集中治療、精神科対応、総合性を同じ管理表で見える化することが重要です。</p>	<p>急性期機能を維持するほど、夜勤、救急対応、オンコール、緊急手術、多職種調整の負荷は増えます。制度対応と同時に、勤務間インターバル、時間外労働、休憩取得、応援体制を確認しないと、現場の疲弊が進みます。</p>

4. 急性期病院入院基本料・急性期総合体制加算【医師／医事／看護／管理】

急性期総合体制加算は、急性期病院 A・B 一般入院料等を基礎に、救急医療体制、総合性、精神科対応、手術・救急搬送等の実績を評価する枠組みです。

- ・加算区分ごとに、救急体制、総合性、精神科対応、実績要件を確認する。
- ・急性期機能確認表には、入院基本料、救急体制、総合性、精神科対応、救急搬送件数、手術、全身麻酔等を入れる。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
<p>点数は高い一方で、実績要件と体制要件を維持するための固定費も大きくなります。算定可否だけでなく、自院の急性期機能をどこまで担うのかという経営判断が必要です。</p>	<p>急性期総合体制を支えるのは、医師・看護師・検査・放射線・薬剤・事務の常時対応です。特定の職員や診療科に時間外対応が偏っていないか、宿日直許可と実態が乖離していないかを確認する必要があります。</p>

5. 看護・多職種協働、ICT・AI活用、業務効率化【医師／看護／管理】

急性期病棟における高齢者等へのケア、ADL低下予防、栄養・リハ・退院支援を、看護職員と多職種が協働して行う体制が評価されます。ICT、AI、IoT等の利活用による業務効率化・負担軽減も重要な管理項目です。

- ・看護師だけでなく、薬剤師、リハ、管理栄養士、MSW等が病棟で協働する体制を確認する。
- ・見守り、記録、ナースコール、電子カルテ連携、文書作成支援を組織的に使っているか確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
多職種協働とICT活用は、急性期の患者回転や退院支援を支える経営基盤です。導入した機器・システムが、病床稼働、在院日数、退院支援、記録時間のどこに効いているかを数字で確認する必要があります。	ICTは省力化の可能性がありますが、導入初期は二重入力、エラー対応、操作説明で負担が増えます。高齢職員や非常勤職員に配慮し、手順書、練習時間、相談役を用意しないと、DXが新たなストレスになります。

6. 救急外来医療・救急搬送に関する評価【医師／医事／看護／管理】

救急医療では、24時間救急外来を応需する体制、救急外来における初期診療、検査・処置・手術、入院・転院・帰宅判断が一連の医学管理として整理されています。

- ・救急外来医学管理料、救急患者連携搬送料、院内トリアージ等の評価を確認する。
- ・医師・看護師配置、検査・画像、手術室、薬剤調剤体制、地域MCとの関係を確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
救急外来は、地域での病院機能を示す重要な入口です。受入実績、転帰、転院調整、地域MCとの連携を整理することで、急性期機能の説明力が高まります。	救急は過重労働の中心になりやすい領域です。応需率だけを上げると、休憩なし勤務、夜勤明け対応、暴言・暴力対応、精神的緊張が増えます。断る基準、応援ルール、休憩確保、バイハラ対策をセットで整備する必要があります。

7. 外来医療の機能分化・紹介逆紹介・初診評価【医師／医事／看護／管理】

外来医療では、機能分化と連携が引き続き重要です。特定機能病院等では紹介・逆紹介割合に係る基準見直しや、紹介患者の初診に関する評価が関係します。

- ・紹介受診重点医療機関、特定機能病院等との役割分担を確認する。
- ・急性期・専門外来から、かかりつけ医・在宅・訪問看護への連携ルートを整理する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
-----------	-----------------

外来機能分化は、患者の流れをどう設計するかという経営課題です。紹介元・逆紹介先・地域のかかりつけ医との関係を整理することで、外来の混雑と病院機能のミスマッチを減らせます。	紹介・逆紹介の運用は、外来看護師、医事、地域連携室の説明・予約調整負担を増やします。患者説明の定型文、予約ルール、電話対応の分担を整えないと、窓口職員に負担が集中します。
---	---

8. 生活習慣病管理料・地域包括診療・残薬確認【医師／医事／看護／管理】

時間内の慢性期外来では、生活習慣病管理料、地域包括診療加算・診療料、残薬確認、服薬管理、糖尿病の眼科・歯科連携が中心です。救急のような大きな体制変更ではなく、既存運用の記録整備が重要です。

- ・生活習慣病管理料算定患者一覧、療養計画書、検査頻度を確認する。
- ・残薬、飲み忘れ、他院処方、お薬手帳、電子処方箋情報を記録する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
生活習慣病管理は、外来の安定収益と患者継続管理の基盤です。対象患者一覧、検査頻度、糖尿病眼科・歯科連携を台帳化することで、算定漏れと管理漏れを減らせます。	慢性期外来の記録強化は、医師・外来看護師・医事の時間をじわじわ増やします。残薬確認や連携記録を診察中にすべて医師が行うのではなく、問診票、看護師確認、医事チェックを分担することが重要です。

9. 長期処方・リフィル処方箋・電子処方箋【医師／医事／看護／管理】

長期処方・リフィル処方箋は、患者の状態に応じて医師が個別に判断するものです。対応可能であることの周知、処方箋様式上の説明、電子処方箋との接続が重要になります。

- ・院内掲示により、長期処方・リフィル処方箋に対応可能であることを患者に周知する。
- ・病状安定、服薬状況、残薬、検査間隔、急変リスクを踏まえて判断する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
リフィルや長期処方は、外来混雑の緩和と患者利便性に寄与する可能性があります。一方で、再診回数や検査頻度に影響するため、対象患者の基準を決めて運用する必要があります。	リフィルは医師の外来負担軽減につながる可能性がありますが、患者説明、薬局連携、疑義照会、急変時対応が増えることがあります。処方長を長くするほど、外来看護師・薬局・事務との連携ルールが重要になります。

10. 外来データ提出・医療 DX・オンライン診療【医事／管理】

医療 DX では、マイナ保険証、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価へ見直す方向が示されています。オンライン診療では、D to P with N や遠隔連携診療料などを確認します。

- ・外来データ提出、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバー対策、オンライン診療の施設基準を確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
医療 DX は、今後の外来・在宅・救急連携の基盤です。ただし、システム投資は費用対効果と運用担当を明確にしないと、導入しただけで終わります。紙運用との二重管理をどこでやめるかが重要です。	DX は現場の負担を減らすために導入すべきですが、実際には入力項目増加、画面遷移、エラー対応で負担が増えることがあります。特に高齢職員には「使えるようになったか」だけでなく「負担が減ったか」を確認する必要があります。

11. 在宅医療で何が変わるか【医師／医事／在宅訪看／管理】

在宅医療では、地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の評価、後方支援機能、緊急入院受入、在宅看取り、訪問診療、退院後栄養支援が重要になります。

- ・地域で在宅医療を積極的に担う医療機関として、訪問診療、緊急対応、看取りをどう担うか確認する。
- ・訪問看護、薬局、ケアマネ、介護施設、歯科、栄養士との連携ルートを整理する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
在宅医療は、入院医療と外来医療の間をつなぐ地域機能です。訪問診療、緊急対応、在宅看取り、後方支援を整理することで、地域連携上の病院の役割を明確にできます。	在宅医療は、夜間休日連絡、緊急往診、家族対応、看取り対応が負担になりやすい領域です。在宅医、訪問看護、事務、薬局、介護施設の連絡ルートを決め、オンコール負担を特定の職員に集中させないことが重要です。

12. 在宅医療機関の役割、後方支援、在宅看取り【医師／医事／在宅訪看／管理】

在宅医療は、外来や入院から切り離されたサービスではなく、急性期・回復期・慢性期の退院支援、訪問看護、薬局、介護施設とつながる地域包括ケアの一部です。

- ・在宅療養患者一覧、急変時後方支援一覧、看取り方針確認表、介護施設連携表を作る。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
後方支援や看取り方針の明確化は、在宅患者を支える医療機関としての信頼性に直結します。緊急入院受入先、情報提供様式、ACP の共有を整理することで、地域から選ばれる体制になります。	在宅後方支援は、ベッド調整、電話連絡、家族説明、介護施設対応など、見えにくい調整業務が増えます。調整担当者の負担を把握し、時間外電話や休日連絡のルールを決めることが労働衛生上重要です。

13. 退院後訪問栄養食事指導・在宅栄養支援【医師／医事／在宅訪看／管理】

退院後の栄養支援では、管理栄養士による退院後訪問栄養食事指導、外来栄養食事指導、在宅患者訪問栄養食事指導、介護保険の居宅療養管理指導へつなぐ流れを作ることが重要です。

- ・退院直後の栄養支援が必要な患者、嚥下・経口摂取困難、低栄養・褥瘡、在宅・施設連携を確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
退院後栄養支援は、再入院予防、褥瘡予防、リハ継続、在宅生活の安定に関わります。入院中のNST・栄養管理と、退院後の訪問・外来栄養指導をつなぐことで、病院機能の質を示せます。	栄養支援は、管理栄養士、訪問看護、ケアマネ、施設職員に調整負担が生じます。食形態、介助力、買い物・調理力、家族負担まで見ないと、在宅側の職員・家族に負担を押し出すだけになります。

14. 訪問看護で何が変わるか【医師／医事／看護／在宅訪看／管理】

訪問看護では、同一建物に居住する利用者の人数等に応じた評価、重症患者・小児等への評価、精神科訪問看護、D to P with N によるオンライン診療との同時実施などが関係します。

- ・訪問看護基本療養費、同一建物、重症患者、小児、精神科訪問看護、D to P with N、訪問看護ベースアップ評価料を確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
訪問看護は、在宅医療の質と地域での病院・診療所の評価に直結します。利用者属性別に一覧化し、同一建物、重症、小児、精神科、D to P with N を管理することで請求漏れを減らせます。	訪問看護は、移動、単独訪問、感染、暴言・暴力、ペイハラ、腰痛、オンコールなど労働衛生上のリスクが大きい領域です。評価を取るだけでなく、訪問前後の安全確認、複数対応基準、緊急時連絡体制を整える必要があります。

15. 同一建物・重症患者・小児・精神科訪問看護【医師／医事／看護／在宅訪看／管理】

訪問看護の実務では、同一建物、重症患者、小児、精神科など、利用者像ごとに算定・記録・連携先が異なります。医事課と訪問看護部門が別々に管理すると漏れやすいため、利用者一覧を共通化することが重要です。

- ・訪問看護利用者一覧、重症・医療的ケア一覧、小児訪問看護一覧、精神科訪問看護一覧、D to P with N 確認表を作る。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
-----------	-----------------

訪問看護の利用者像別管理は、算定漏れ防止と提供体制の見える化に有効です。医事と訪問看護部門が同じ一覧表を使うことで、加算候補と連携先を管理しやすくなります。	重症・小児・精神科訪問看護は心理的負荷が大きく、担当者の属人化が起こりやすい領域です。ケース相談、複数担当制、同行訪問、メンタル面の振り返りを組み込む必要があります。
--	---

16. 人口少数地域・医師偏在対策・地域医療確保【医事／管理】

人口の少ない地域・医師偏在対策では、外来・在宅医療の確保、緊急入院受入体制、診療科偏在、外科医療確保などが評価対象となります。対象地域・対象診療科に該当する医療機関では、制度の有無を確認する価値があります。

- ・医療提供機能連携確保加算、地域医療体制確保加算 2、外科医療確保特別加算、地域連携を確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
人口少数地域では、医療機関の維持そのものが地域インフラです。対象加算の有無だけでなく、外来・在宅・救急・介護施設との役割分担を整理することが重要です。	医師偏在地域では、代替要員が少なく、特定医師・特定看護師に負荷が集中しやすいです。地域医療を守るためにも、勤務環境・処遇改善、オンコール負担、休暇取得、応援体制を明示する必要があります。

17. 賃上げ・物価対応・施設基準・BCP【医事／管理】

病院管理では、個別点数よりも、賃上げ、物価対応、施設基準届出、医療 DX、サイバーセキュリティ、BCP が重要です。急性期、外来、在宅、訪問看護のいずれでも、事務長・医事・看護部長・院長が同じ管理表を見て確認する必要があります。

- ・ベースアップ評価料、入院料の賃上げ対応、物価対応料、施設基準、医療 DX、BCP を確認する。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
賃上げ原資、物価対応、施設基準、DX 投資は、病院全体の経営管理項目です。収入見込みと実際の支出、届出期限、経過措置、疑義解釈確認担当を一元管理する必要があります。	賃上げは職員の納得感に直結します。一方で、物品節約や委託費抑制が現場負担増になることがあります。BCP やサイバー訓練も勤務時間内で行い、現場に無償の追加労働として乗せないことが重要です。

18. 部署別に最初に作るべき一覧表【医師／医事／看護／在宅訪看／管理】

急性期・外来・在宅・訪問看護では、部署ごとに見る項目が多いため、最初に共通一覧表を作ることが重要です。

- ・急性期機能確認表、急性期総合体制加算確認表、救急外来体制確認表、外来慢性疾患管理表、在宅療養患者一覧、訪問看護利用者一覧、DX・施設基準確認表を作る。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
一覧表は、算定漏れ、届出漏れ、責任分担の曖昧さを減らすための経営管理ツールです。医事だけでなく、看護、救急、在宅、訪問看護、管理部門が同じ表を見ることが大切です。	一覧表を増やしすぎると、逆に記録負担が増えます。共通台帳を1つ作り、必要な部署が同じ情報を参照できる形にすることが、省力化と心理的負担軽減につながります。

19. 活用上の注意と支援可能な内容【管理】

本資料は、急性期入院医療、救急外来、外来医療、在宅医療、訪問看護における令和8年度診療報酬改定対応の初期確認用として作成しました。診療報酬改定への対応は、医事課だけで完結するものではなく、医師、看護部、救急部門、外来、在宅医療部門、訪問看護部門、管理部門が同じ確認表を見ながら進めることが重要です。

個別の算定可否、届出可否については、必ず告示・通知・疑義解釈および各医療機関の届出状況をご確認ください。必要に応じて、医事担当者、顧問税理士、社会保険労務士、関係専門職等とも連携してください。

納谷労働衛生コンサルティングでは、医療・保健衛生業の現場に即した、院内体制整備、委員会運用、職場巡視、労働衛生体制整備、医療機関向け実務資料作成等の支援を行っています。診療報酬改定を単なる点数確認にとどめず、病院運営・人員配置・委員会運用・記録体制へ落とし込むための支援を重視しています。

医療経営士コメント	労働衛生コンサルタントコメント
急性期領域は、制度対応の幅が広く、全項目を一施設で深掘りするよりも、まず対象項目の有無を切り分けることが重要です。対象外の項目に時間を使わず、対象項目に管理資源を集中させることが経営上の優先事項です。	急性期では、現場の努力だけで解決できない過重労働構造があります。診療報酬上の評価を取りに行く場合は、同時に勤務環境、夜勤負担、救急対応、暴力・ハラスメント対策、ICTストレスを確認する必要があります。

20. 索引（主要キーワード）

用語	参照
急性期病院一般入院基本料	該当項目参照
急性期病院 A 一般入院料	該当項目参照
急性期病院 B 一般入院料	該当項目参照
急性期総合体制加算	該当項目参照
看護・多職種協働	該当項目参照
特定集中治療室管理料	該当項目参照
救急外来医学管理料	該当項目参照
救急患者連携搬送料	該当項目参照
院内トリアージ	該当項目参照
外来医療の機能分化	該当項目参照

紹介・逆紹介	該当項目参照
生活習慣病管理料	該当項目参照
地域包括診療加算	該当項目参照
残薬確認	該当項目参照
長期処方	該当項目参照
リフィル処方箋	該当項目参照
電子処方箋	該当項目参照
外来データ提出加算	該当項目参照
充実管理加算	該当項目参照
医療 DX	該当項目参照
オンライン診療	該当項目参照
在宅医療	該当項目参照
訪問診療	該当項目参照
在宅看取り	該当項目参照
後方支援	該当項目参照
緊急入院	該当項目参照
退院後訪問栄養食事指導料	該当項目参照
在宅患者訪問栄養食事指導料	該当項目参照
訪問看護	該当項目参照
同一建物居住者	該当項目参照
精神科訪問看護	該当項目参照
D to P with N	該当項目参照
乳幼児加算	該当項目参照
訪問看護ベースアップ評価料	該当項目参照
医療提供機能連携確保加算	該当項目参照
地域医療体制確保加算 2	該当項目参照
外科医療確保特別加算	該当項目参照
ベースアップ評価料	該当項目参照
物価対応料	該当項目参照
サイバーセキュリティ	該当項目参照
BCP	該当項目参照
施設基準	該当項目参照
過重労働	該当項目参照
夜勤負担	該当項目参照
ICT ストレス	該当項目参照
オンコール負担	該当項目参照