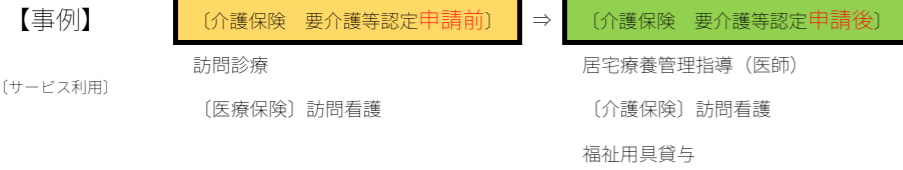
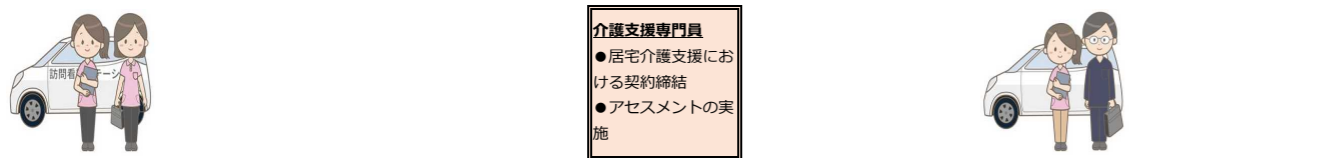
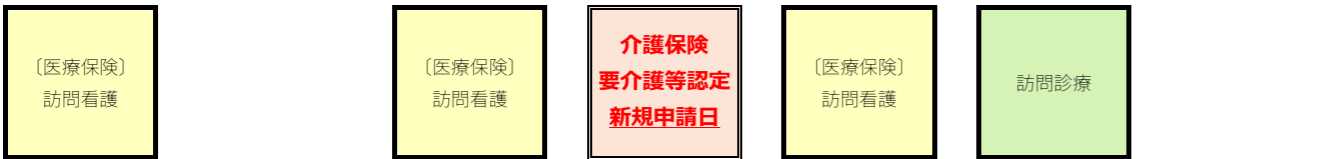


# 介護保険 要介護等認定新規申請後の医療保険と介護保険の適用の考え方

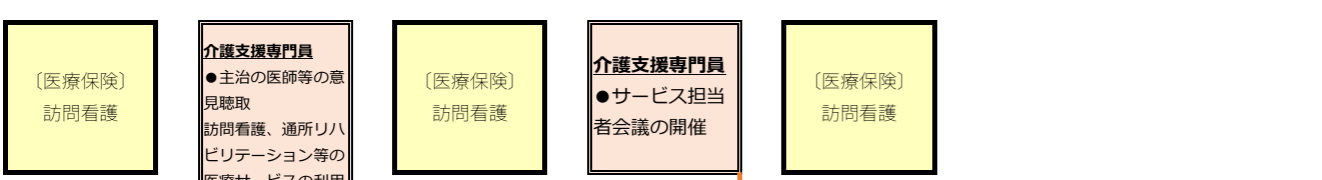
令和8年4月作成\_高齢者あんしん課 介護認定係



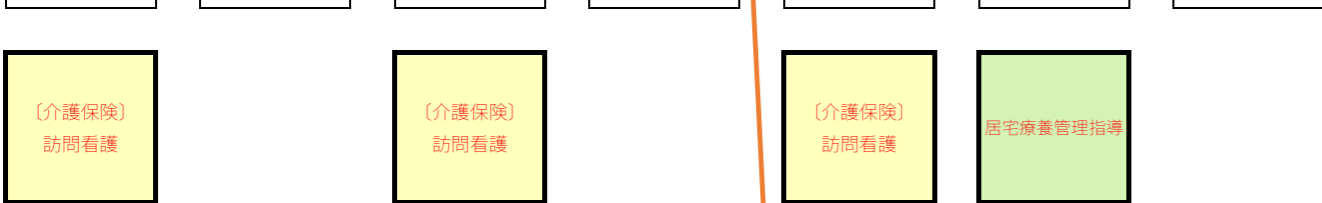
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
1	2	3	4	5	6	7



8	9	10	11	12	13	14
---	---	----	----	----	----	----

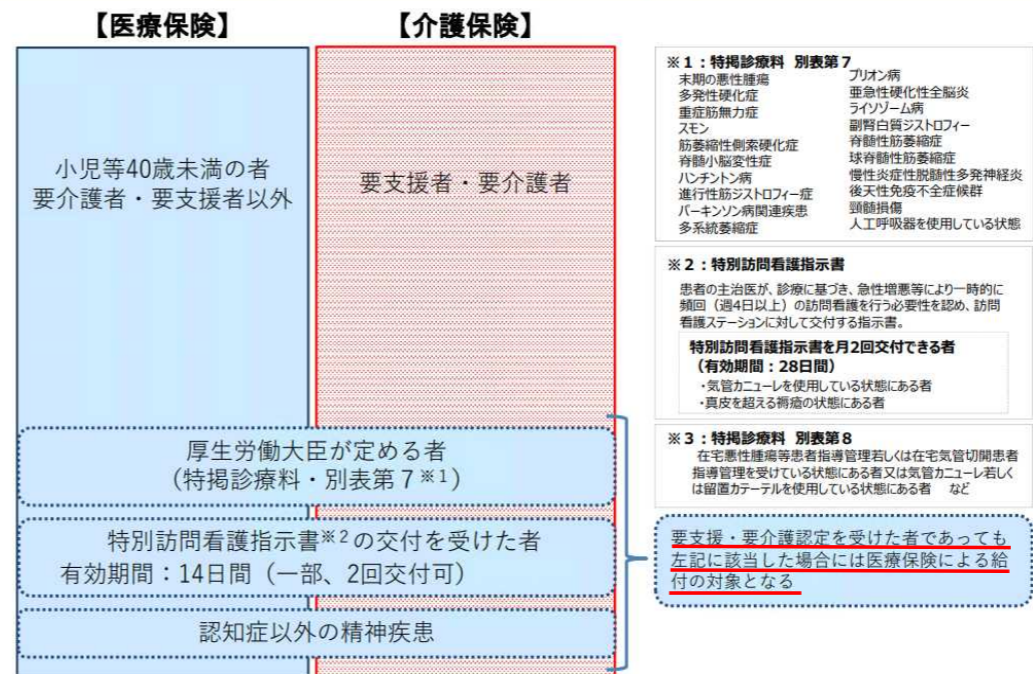


15	16	17	18	19	20	21
----	----	----	----	----	----	----



サービス担当者会議に、医師・歯科医師等が出席できない場合は、「情報提供すべき事項」(薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。)を原則、文書等(メール、FAX等でも可)により、介護支援専門員は医師・歯科医師から受け取ってください。

## 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ(図)



注) 医療保険の給付の対象となる訪問看護は、原則週3日を限度として提供が可能であるが、厚生労働大臣が定める者(※1に該当(介護保険においては厚生労働大臣が定める疾病等))、特別訪問看護指示書の交付を受けた者(※2に該当)、厚生労働大臣が定める者(※3に該当(介護保険においては厚生労働大臣が定める状態))については、週3日を超えての提供が可能。

医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

<老企第36号第2の6(2)(抜粋)>

① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者(指定居宅介護支援事業所に属し、利用者に居宅介護支援を行う介護支援専門員。以下この項において「ケアマネジャー」という。)等に対する介護サービス計画(以下この項において「ケアプラン」という。)の策定等に必要の情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要の情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする(必ずしも文書等による必要はない。)

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」(薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。)について、原則として、文書等(メール、FAX等でも可)により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

(情報提供すべき事項)

(a) 基本情報(医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等)

(b) 利用者の病状、経過等

(c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 上記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

【結論】

〔医療保険〕訪問看護と訪問診療を利用中の方が、『介護保険 要介護等認定"新規"申請』をした場合は、ケアマネジメントの一連の流れ(アセスメント⇒ケアプラン原案作成⇒サービス担当者会議)を終えた後から、〔介護保険〕訪問看護と居宅療養管理指導(医師等)の算定となる。

介護保険・医療保険 訪問看護業務の手引き(令和6年6月版) 社会保険研究所 P.773~P.774抜粋

第2 要介護・要支援の認定

1 申請から認定まで

(3) 認定日前や申請日前のサービス

要介護認定・要支援認定の効力は、申請日にさかのぼりますので、申請日から認定日まで間でも(暫定サービス計画を策定して)、介護保険のサービスと現物給付が受けられます(居宅介護サービス費等)

<中 略>

<暫定サービス計画にもとづくサービス>

要介護認定等を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出のうえで、居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に暫定サービス計画を作成してもらい(または自ら作成し)、それにもとづきサービスを利用できます。そして、要介護状態区分・要支援状態区分の確定後にサービス計画を作成し直します。

仮に、認定の結果として、「自立」とされた場合や、給付対象とならないサービス利用があった(例えば、認定された要介護度が暫定サービス計画で想定したものよりも低かったために支給限度額を超えた)場合には、被保険者は原則として、その分の費用を全額支払うことが必要となります。