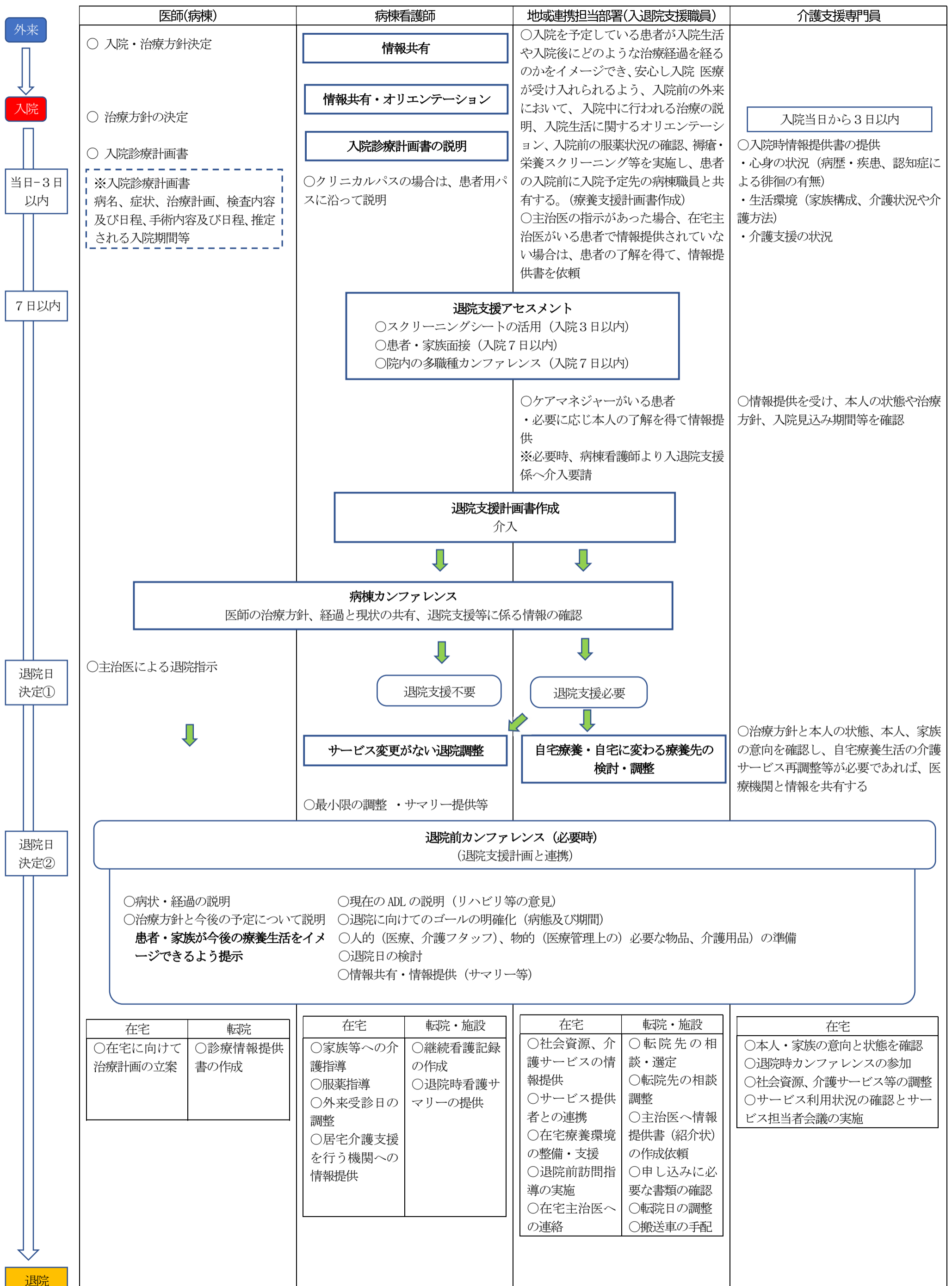


【参考資料等】

入退院支援フローチャート（砺波管内イメージ）



作成 南砺市地域包括支援センター センター長 竹内嘉伸氏（令和8年3月）

記入日 令和 年 月 日
 入院日 令和 年 月 日
 情報提供日 令和 年 月 日

入院・入所時情報提供書
 御中

情報提供先医療機関等名
 担当医 科

先生 様

居宅介護支援事業者
 名称
 所在地
 電話番号
 介護支援専門員名

利用者(患者)、家族の同意に基づき利用者情報(身体・生活機能など)の情報を提供します。

| | | |
|-------|-------------|--------|
| 利用者氏名 | 性別 | 被保険者番号 |
| 利用者住所 | | |
| 電話番号 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 職業 |

| | |
|--|--|
| 総合的支援の方針(今回の入院により生じた介護支援専門員の在宅生活へ向けた要望・意向) | |
| <input type="checkbox"/> 変化あり | |
| <input type="checkbox"/> 変化なし | |
| 既往歴と発症年月日(把握しているもの) 1. 2. 3. | 家族背景及び家族状況(主介護者やキーパーソン)について |
| 疾患歴:次に掲げる疾患があれば✓してください。 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 入院理由: | |
| 入院前在宅での療養及び生活の経過について | |
| 入院前の本人の趣味・興味・関心領域について | |
| 医療系サービスの利用状況について <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健・療養) 日/月 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/週 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) 回/週 | |
| 介護(福祉)系サービスの利用状況について <input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 回/週 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 日/月 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 回/週 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他()) | |
| かかりつけ医療機関 南砺市民病院 | 診療科 内 科 医師名 診察方法 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度()回/月 |
| 内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容は下記に記載) | 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:) |
| 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理している者: 管理の方法:) 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 | |

作成 砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会

| | |
|---|---|
| 要介護状態等区分について <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | |
| 認定の有効期間: 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | |
| 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | 左記の評価の根拠について <input type="checkbox"/> 医師の判断 (主治医意見書から転記) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の判断 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | |

| | |
|---|---|
| 入院前(疾患発症前)の日常生活動作(ADL)の状況について | |
| 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 方法 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他() | 方法 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> フォーク |
| 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> おむつ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) | 方法 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> スポンジ <input type="checkbox"/> 入歯(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) |
| コミュニケーション能力 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり コミュニケーションに関する特記事項: |
| 精神面における療養上の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 [] | |

| | |
|--|--|
| 退院後の在宅生活に向けた本人及び家族の要望・意向 | |
| 本人 | |
| 家族 | |
| 現状の介護に関する問題点・課題(今後予測される生活上のリスクや介護力の評価等について) | |
| 介護力: | <input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない |
| 家族や同居者等による虐待の疑い | <input type="checkbox"/> なし () <input type="checkbox"/> あり () |
| カンファレンス等への参加希望について(ケアマネジャーからの要望) | |
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input type="checkbox"/> 希望あり |
| ※退院後、利用を予定する介護サービスの調整を適切に実施するためにも予定する退院日から10日前には連絡をお願いします。 | |

居宅介護(予防)サービス計画作成にかかる情報提供書

指定居宅介護(予防)支援事業者

様

| | | | | |
|----|-----|---|------|-----|
| 氏名 | | 男 | 生年月日 | () |
| 住所 | 〇〇市 | | | |

| | | | | |
|------------------------|---|---|-------|----------------|
| 現病名 | | | | |
| 既往歴 | 1. | | (| 年より) |
| | 2. | | (| 年より) |
| | 3. | | (| 年より) |
| 診療の経過 治療内容 与薬・処置 | アレルギー[無・有 ()] | | | |
| 認知症 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 正常 | HDS-R | /30点 MMSE /30点 |
| 周辺症状(□に✓) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 [] | | | |
| 機能障害 | 障害老人の日常生活自立度 正常 麻痺 (<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 片 部位: 左不全麻痺) 欠損 (<input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 部位:) 嚥下障害 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 視力障害 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 構音障害 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 聴力障害 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失語 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失調 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | | |
| 皮膚疾患 | 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 処置内容 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | |
| 血圧 | ~ mmHg | | | |
| 入浴時の注意事項 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 <input type="checkbox"/> 姿勢保持角度 <input type="checkbox"/> 入浴禁(清拭施行) | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 介護保険サービスを利用する際の留意事項 | <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | | | |

上記のとおり、利用者にかかる診療情報を提供いたします。

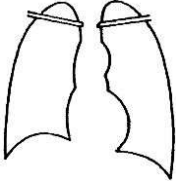
| | | |
|------------------------|-------|-----|
| 医療機関の 名称・所在地 連絡先 | 情報提供日 | |
| | 医師氏名 | (印) |

作成 砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会 (表)

以下の項目は、身体状況、疾患の状況等により、診療上検査未実施の場合、記入していただくなくても結構です。

【検査所見】

| | |
|----------|--|
| 胸部 X線 | 検査年月 年 月 |
| | <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 肺野異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |



| | |
|-----|---|
| 心電図 | 検査年月 年 月 |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

| | |
|-----------------------------|---|
| 頭部 MRI or CT 所見 | 検査年月 年 月 |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

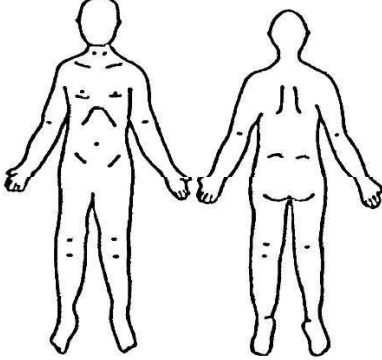
| | |
|-----|---|
| 感染症 | HBS抗原 () HCV () |
| | 他、梅毒、肝炎、MRSA、緑膿菌などがあれば介護サービス利用者への影響について記載ください |

| | |
|---|----------|
| 尿 | 糖 |
| | 蛋白 潜血 |

| | | |
|----|------------|---------------|
| 血液 | WBC | アルブミン (g/dl) |
| | RBC | Hb (g/dl) |
| | Hb (g/dl) | |

| | |
|-----------------------|--|
| 食事内容の 注意点 (□に✓) | (糖尿病食、心臓病食、高血圧食等のカロリー・塩分制限等食事療法が必要な場合に記載下さい) |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿食 単位 <input type="checkbox"/> 心臓病食 カロリー <input type="checkbox"/> 高血圧食 塩分 g <input type="checkbox"/> 腎臓病食 蛋白 g <input type="checkbox"/> 形態 [<input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー] |

| | | |
|---------------|---|--------------------------------------|
| 医療処置 (□に✓) | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 | <input type="checkbox"/> ストーマ (部位:) |
| | <input type="checkbox"/> 経管栄養 [<input type="checkbox"/> 胃 瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔] | <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:) |
| | <input type="checkbox"/> 酸素療法 () | (大きさ: ×) |
| | <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル | |
| | <input type="checkbox"/> インシュリン (単位: 朝: 昼: 夕:) | |
| | <input type="checkbox"/> 導尿 [<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 他者] | |

| | |
|--------------------------|---|
| 身体状況について注意事項があればお知らせください | 身体状況 |
| |  |

(裏)

かかりつけ医・ケアマネジャー連絡票

送付日 年 月 日

| | | | | |
|----|----|---|-----|------|
| 宛先 | 病院 | ⇔ | 発信元 | 事業所名 |
| | 先生 | | | 担当者 |
| | | | | 住所 |
| | | | | TEL |
| | | | | FAX |

日頃より大変お世話になっています。下記の件につき先生と連絡を取りたいと思います。
お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして返信をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては本人の同意を得ております。

| | | | |
|----------------|---|--|----------|
| 利用者名 | 様 | 介護度 | 要介護 |
| 住所 | 市 | | 令和 年 月より |
| 生年月日 | | | 令和 年 月まで |
| 連絡内容 | <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など | | |
| | <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など | | |
| | <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談・報告 | | |
| | <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになったご挨拶 | | |
| <利用者の照会・相談内容等> | | | |
| ケアマネジャーへの返信 | | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要（報告のみ） | |

連絡方法等並びに回答書（返信）

| | | | |
|-------------|---|------|--|
| 連絡方法等 | <input type="checkbox"/> 直接会って話をします（時間帯 月 日 時頃おいでください） | | |
| | <input type="checkbox"/> 電話で話します。（時間帯 月 日 時頃電話をください） | | |
| | <input type="checkbox"/> 文章で回答します | | |
| <回答・助言等記入欄> | | | |
| 記入日 | 年 月 日 | 医師氏名 | |

砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会

主に薬剤師が在宅患者に対して行えること

- ① 薬剤の配達
- ② 服薬支援・服薬コンプライアンスの向上
- ③ 薬効確認・副作用チェック
- ④ 残薬確認・整理



在宅訪問業務の流れ

A：医師の指示型・・・医師・歯科医師からの指示

B：薬局提案型・・・薬局窓口で薬剤師が疑問視

C：介護支援専門員提案型・・・介護支援専門員から薬局への相談

D：多職種提案型・・・看護師、訪問介護員など医療・介護職、家族から相談



薬剤師が状況確認

⇒薬剤師介入の必要性があると判断⇒患者に訪問の意義・目的説明



B・C・Dは医師・歯科医師に情報提供し訪問指示を出してもらう。



患者同意を得て契約。訪問薬剤管理指導開始

企画 砺波医療圏医療介護連携調整会議ワーキング
発行 富山県砺波厚生センター

| | |
|---------|-----------|
| 初版第1刷発行 | 平成29年 3月 |
| 改訂第2版発行 | 令和 元年 5月 |
| 改訂第3版発行 | 令和 2年 12月 |
| 改訂第4版発行 | 令和 4年 3月 |
| 改訂第5版発行 | 令和 5年 8月 |
| 改訂第6版発行 | 令和 8年 3月 |
