

# 砺波医療圏

## 医療と介護の連携手引き

富山県砺波厚生センター

令和 5 年 8 月 (改定)

## 目 次

1 目 的	P 1
2 退院調整を行う患者とは（患者基準）	P 1
3 入院から退院までの医療・介護連携の流れ	P 2
4 退院に向けての地域への連絡	
①担当ケアマネジャーがいる場合	P 3
②介護認定を受けていない場合、担当ケアマネジャーがいない場合	P 4
5 退院調整にかかるネットワーク体制について(医療機関連携窓口一覧)	P 5

### 【参考資料等】

・在宅療養連携推進のためのエチケット	P 6～8
・入退院支援の手順・フローチャート	P 9
・退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧	P 10
・入退院に係わる診療報酬	P 11～12
・医療連携における介護報酬	P 12～13
・入院・入所時情報提供書	P 14～18
・かかりつけ医・ケアマネジャー連絡票	P 19
・主に薬剤師が在宅患者様に対して行える事	P 20～21
・在宅可能薬局リスト	P 22～24

## 1 目 的

医療と介護を必要とする方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療機関・介護の関係機関、ケアマネジャー等が連携した、在宅医療・介護の提供体制の推進が重要となっています。

砺波医療圏では、これまでも医療と介護の連携を図ってきたところですが、平成 26 年度国の医療介護連携実証事業において退院調整ルールを作成し、その後も連携について研修会の開催や検討を重ねています。

本冊子は、要介護状態の方が安心して地域で療養生活が送れるよう、入退院の際に医療機関とケアマネジャーとの着実な引き継ぎを行うためのルールなど医療と介護の連携の手引きとして作成したものです。

## 2 退院調整を行う患者とは（患者基準）

下記の 1 及び 2 の条件が当てはまる退院患者について、連絡や調整を行う

### 1) 「在宅へ退院ができる患者」と判断する基準（退院が確定している場合）

- ① 病状が安定した状態で、本人が在宅生活を希望する
- ② ①以外で、状態に関わらず在宅を希望した場合

### 2) 「退院調整を要する患者」の基準

- ① 退院支援が必要と予測される患者（要支援・要介護）
  - ・立ち上がりや歩行に介助が必要
  - ・食事に介助が必要
  - ・排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレを使用中
  - ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症1項目でも当てはまれば →ケアマネジャーへ連絡
- ② それ以外（要支援の一部）
  - ・独居かそれに近い状態で、調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
  - ・ADL は自立しているが、医療処置の継続や症状の不安定さがある
  - ・ケアマネジャーから退院時カンファレンスの要望があった場合

### 3 入院から退院までの医療・介護連携の流れ



本人・家族

○入院について  
担当のケアマネジャーに連絡

日頃から本人・家族に対して

- ・担当ケアマネジャーの名前と事業所名、連絡先をしっかりと伝えましょう。
- ・入院した場合、担当ケアマネジャーへの連絡を依頼しておきましょう。
- ・入院時に介護の状況等について医療機関へ情報提供を行う必要があることを説明し、個人情報使用の同意を得ておきましょう。

担当ケアマネジャー

○本人・家族からの入院連絡を受理  
○病院への情報提供(入院から7日以内 ※できれば3日以内)

方法：病院訪問、FAX等(必ず文書を残す)

様式：入院・入所時情報提供書(様式1 p14~)

\*介護報酬\* 入院時情報連携加算等

病院窓口：医療機関連携窓口一覧(p5)



医療機関

○ケアマネジャーからの情報を受理  
○退院調整が必要な患者(患者基準)を選定  
○退院支援カンファレンスの実施

入院時アセスメントとケアマネジャーからの情報提供などにより、退院後の見通し等を検討

○面談又は退院前カンファレンスについて相談

ケアマネの所属する事業所は介護保険被保険者証で確認できます。担当者が分かるように名刺も入れておきましょう。



担当ケアマネジャー

○退院前カンファレンスに参加

情報共有と解決すべき課題の検討を行い、サービス調整に活用する

○院内面接支援 \*介護報酬\* 退院・退所加算等

・退院前カンファレンスにケアマネジャーへの参加要請があれば、医科・歯科診療所や訪問看護ステーション、介護サービス事業者へ情報提供を行い参加の有無を確認しましょう。

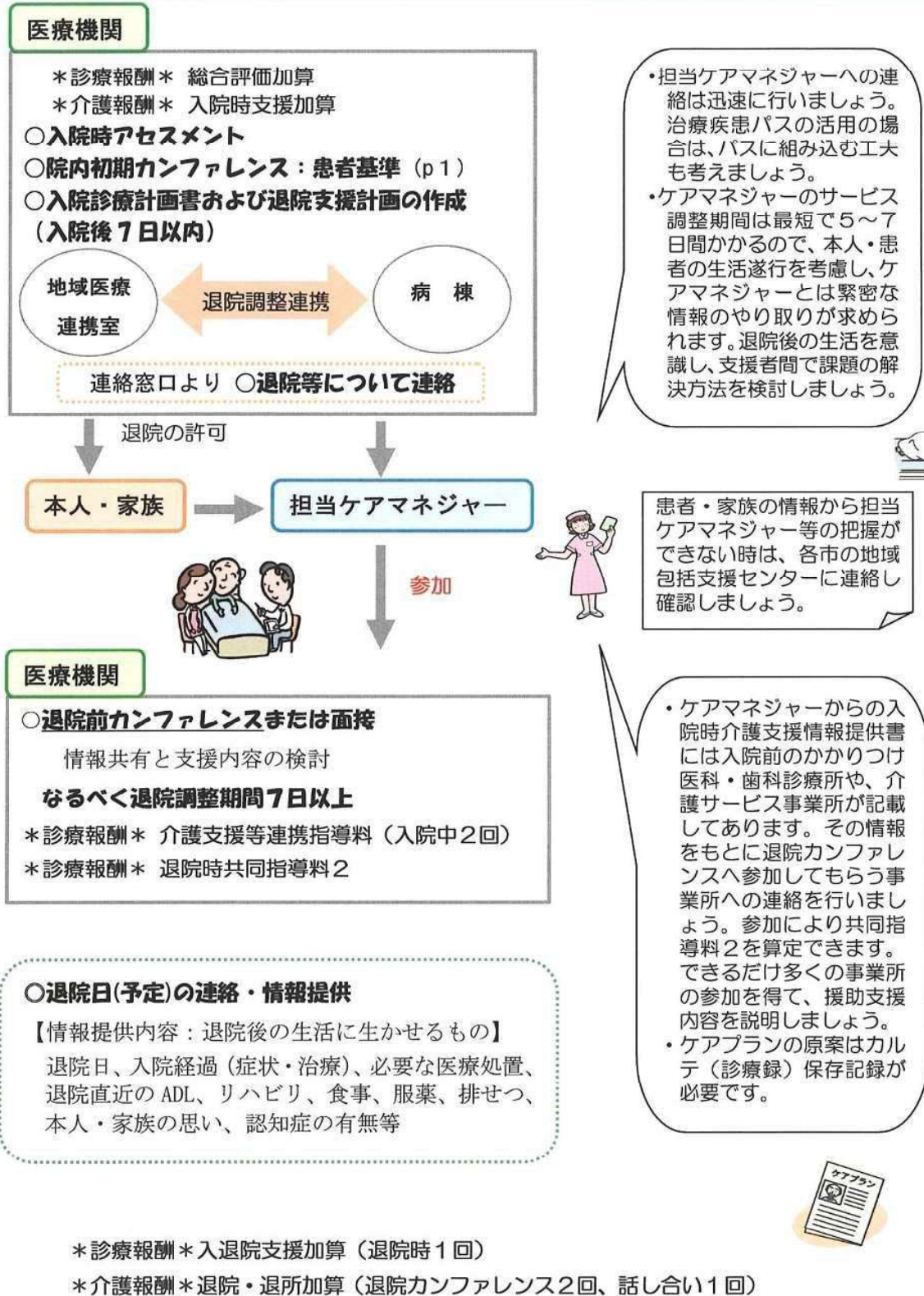
・退院カンファレンス以外に情報の共有やサービス内容等支援方法の検討が必要な場合は、サービス担当者会議(個別ケア会議)を開催しましょう。

退院



## 4 退院に向けての地域への連絡

### ① 担当ケアマネジャーがいる場合



#### 4 退院に向けての地域への連絡

※精神・身体障害はこれに準じる

### ②介護認定を受けていない場合、担当ケアマネジャーがない場合

#### 医療機関

- \*診療報酬\* 総合評価加算
  - \*介護報酬\* 入院時支援加算
  - 入院時アセスメント
  - 院内初期カンファレンス：患者基準 (p1)
  - 入院診療計画書および退院支援計画の作成 (入院後7日以内)
- 患者・家族に介護保険の申請手続きの説明



- ・介護保険申請の時期について検討します。
- ・急性期疾患の治療中に介護保険の申請をすると退院時の身体機能等に比べ要介護度が重度となるので注意が必要です。
- ・最初の住宅改修に着工した日と比べて要介護状態区分の段階が3段階以上重くなった場合には、例外的に改めて支給限度基準額20万円分の住宅改修費を受けることができます。入院直後の申請は十分留意しましょう。



本人・家族

- 要介護保険申請
- 認定調査を受ける

申請

調査

結果通知

連絡

市町村(保険者)

- 介護保険審査会・介護認定
- 結果通知・事業所等の紹介

担当ケアマネジャーの決定



#### 医療機関

- 退院等について連絡  
担当ケアマネジャーへ
- 退院前カンファレンスまたは面接  
情報共有と支援内容の検討
- なるべく退院調整期間7日以上**
- \*診療報酬\* 介護支援等連携指導料(入院中2回)
- \*診療報酬\* 退院時共同指導料2

#### ○退院(予定)日の連絡・情報提供

【情報提供内容：退院後の生活に生かせるもの】  
退院日、入院経過(症状・治療)、必要な医療処置、退院直近のADL、リハビリ、食事、服薬、排せつ、本人・家族の思い、認知症の有無等

\*診療報酬\* 入退院支援加算(退院時1回)

#### 担当ケアマネジャー

- ケアプラン作成
- 訪問看護、リハビリ等サービス事業者への情報提供等
- \*介護報酬\* 退院退所加算

参加

- ・要介護3~5の状態では住宅改修補助を受けると1回のみ助成ですが、要支援1(第1段階)、要支援2・要介護1(第2段階)、要介護2(第3段階)までの状態で住宅改修の助成を受けると3段階の重度化によって、再度住宅改修の助成を受けることができます。退院時の要介護度のミスマッチが本人の権利を奪うことにもつながります。

【参考資料等】

## 在宅療養連携推進のためのエチケット

—在宅療養連携推進 よこすかエチケット集 Ver.2 より一部抜粋—

### I. 基本的な多職種連携のエチケット

#### 1. お互いに思いやりをもち、ていねいな対応を心がけましょう

解説：お互いの専門性や各職種の立場に思いやりをもって理解してていねいな対応を心がけましょう。お互いに非難をしないで気持ちよく仕事をしていきましょう。

#### 2. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう

解説：顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係につながります。電話では一般的なマナーを守り、内容をあらかじめまとめ、連絡をとりましょう。

#### 3. 他職種に連携をとるときにはどの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう

解説：それぞれ時間が限られた中で仕事をしています。急ぐ用件でなければ、ゆっくり対応できるとゆとりができます。どの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう。

#### 4. 名前はフルネームで伝えましょう

解説：利用者のお名前は間違えないようにフルネームで呼びましょう。事業所の担当者についても同姓の方もいますのでフルネームで連絡をとりましょう。

#### 5. 担当者不在時の体制を整備しておきましょう

解説：緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は事業所ごとに整理しておきましょう。代理の職員が決定したり、連絡がつく体制を整えたりしておきましょう。

#### 6. 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう

解説：医療職も介護職も自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく、ゆっくり、はっきり説明しましょう。

#### 7. 医療機関への訪問の前にアポイントメントをとりましょう

解説：病院などの医療機関ではアポイントメントのない訪問には、対応しにくい場合があります。

### II. 入退院時の多職種連携エチケット

#### 1. ケアマネジャーは、入院時には自宅での生活状況を病院に伝えましょう

解説：ケアマネジャーは入院情報提供書を病院へ提供しましょう。退院調整がスムーズになります。



**2. ケアマネジャーは病院へ情報提供を求める前に先ず利用者・家族と相談しましょう**

解説：病院では利用者や家族の了解なしに、介護サービス事業者などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて動いていることを病院に伝えましょう。病院の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち合いは、利用者や家族を通して病院が医師に確認するようにしましょう。

**3. ケアマネジャーは、退院前カンファレンスには、介護サービス事業者と在宅医へ声をかけましょう**

解説：ケアマネジャーだけでなく、できるだけ全ての関係者に声をかけましょう。特に、医療介入が多い利用者の場合には訪問看護ステーションが出席できるように調整しましょう。

**4. 病院のスタッフは、退院患者に訪問診療が必要と判断される場合、まずかかりつけ医に訪問診療について確認しましょう**

解説：普段訪問診療をしていなくても、かかりつけの患者の場合には訪問する医師もいます。

**5. 病院のスタッフは、退院前に本人や家族へ介護指導をしましょう**

解説：退院前にできるだけ介護指導をしましょう。退院までに時間がなく、介護指導が十分ではない場合には、病院でどの程度まで介護指導ができているのか介護支援事業所へ情報提供しましょう。

**6. 病院のスタッフは、退院日の目処を早めにケアマネジャーに知らせましょう**

解説：退院前カンファレンスなどはある程度時間がかかるため、早めに目処が分かれば調整しやすくなります。

**7. 病院のスタッフは、退院時、胸部レントゲンと感染症の情報提供が必要かケアマネジャーに確認しましょう**

解説：ショートステイなどの介護サービスを利用される場合、かかりつけ医から胸部レントゲンと感染症の情報を求められることがよくあります。在宅患者の場合には簡単に受診できず、かなりの費用負担と手間がかかるので、情報提供があると助かります。

**8. 医療ニーズの高い方は、訪問看護の導入を視野に紹介、導入に結びつけましょう**

### Ⅲ. 在宅での多職種連携エチケット

#### 1. 情報共有する方法を決めましょう

解説：ひとりの利用者に複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているかノートなどで情報共有しましょう。

#### 2. 訪問時間はお互いにできる限り守りましょう

解説：訪問時間がずれて他のサービスと重なると報酬算定が難しくなる場合や、次の訪問先に影響がでることがあります。お互いにできる限り訪問時間を守りましょう。

#### 3. 看取りの時は家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう

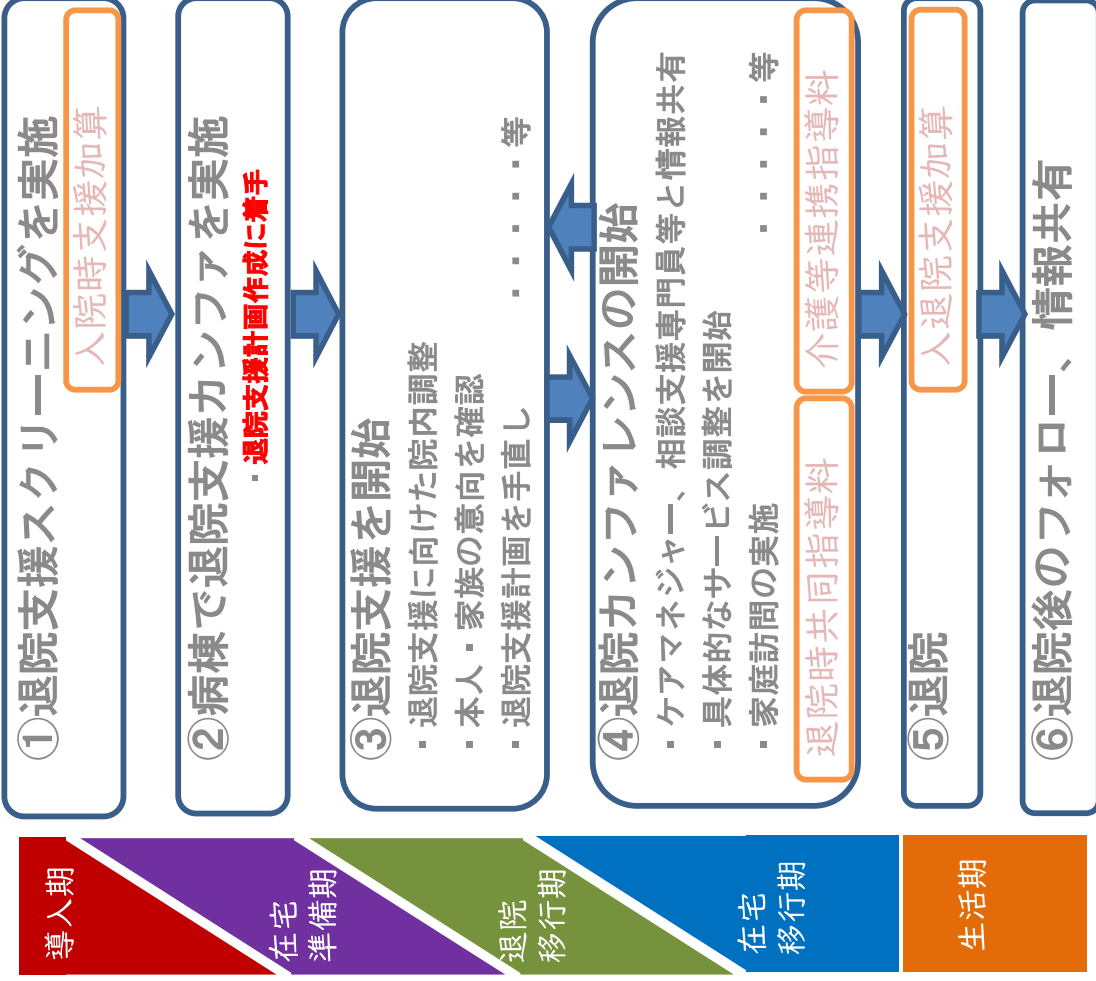
解説：在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、利用者や家族を支えましょう。

#### 4. ケアマネジャーは、サービス担当者会議には介護サービス事業所やかかりつけ医師に声をかけましょう

解説：都合がつかず出られないこともあります。なるべく連絡するようにしましょう。

# 入退院支援の手順・フローチャート

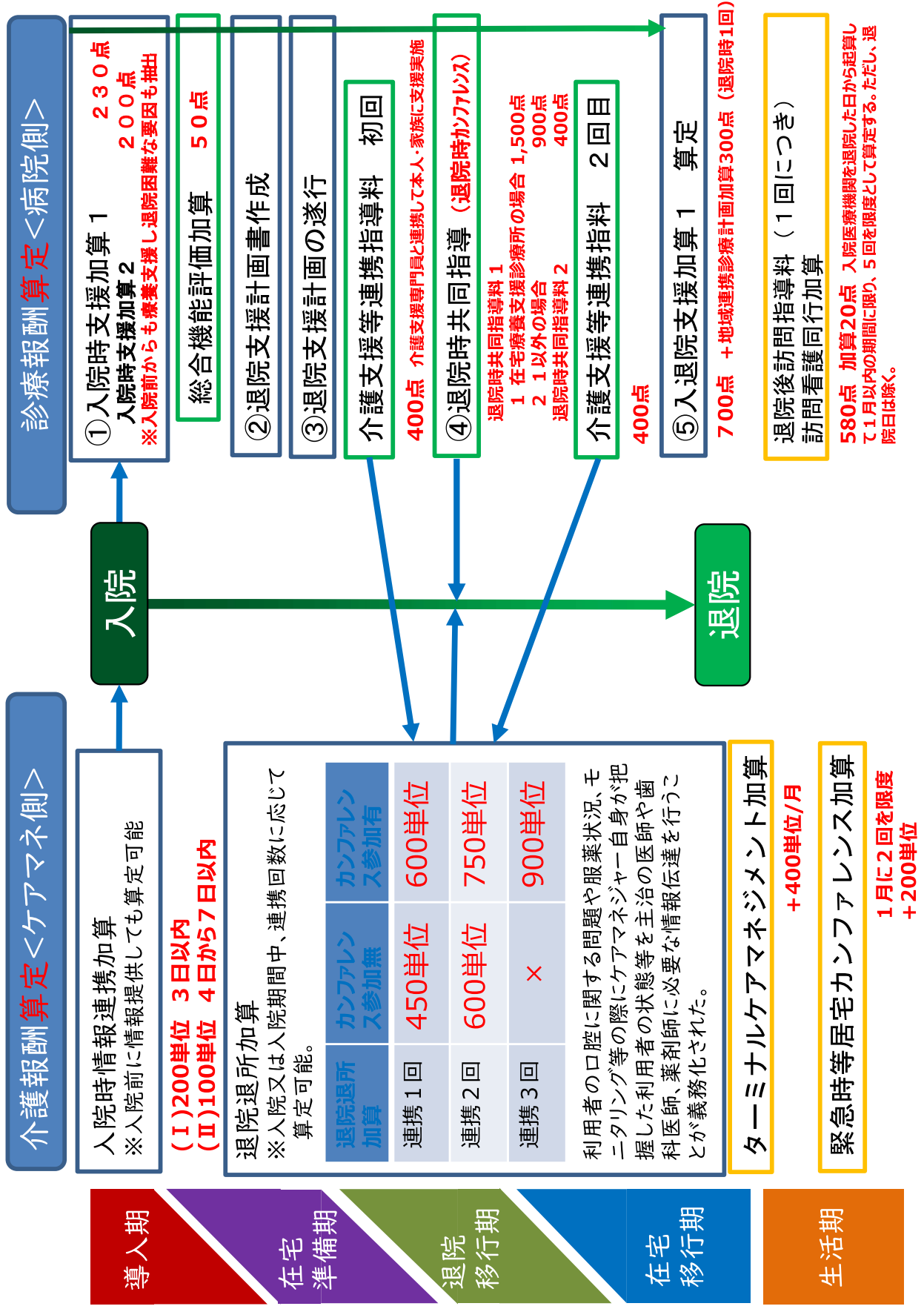
## 入退院支援実践内容

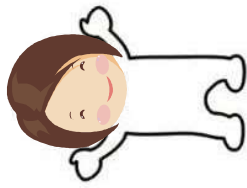


## 退院支援の手順

- ①入退院支援加算1の場合は原則3日（入退院支援加算2の場合は7日）以内に退院支援困難な要因を抽出し、退院支援の必要性を判断
- ②退院支援計画の作成（カンファレンスの実施）
  - ※病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び**社会福祉士**が共同して**カンファレンスを実施**
  - ※スクリーニングが終了次第、7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施
- ③退院支援計画書（入院後7日以内に作成）
  - ※実践内容の③、④のプロセスは、患者の状態の変化や介護者の都合等によって反復して行われる場合がある。
- ④指定居宅介護支援事業者等への診療情報提供書を用いてケアマネジャー等への情報提供を実施する。
  - ※他、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、栄養に関する情報提供書（食形態や必要なカロリー、摂取時の姿勢、水分量など）を活用する。
  - ④-1 ケアマネジャー等は独自の退院時情報聴取シートを用意して聞き取りに来院する。独自の退院時情報共有シートを作成する場合もある。
- ⑤**地域連携ツリカハ**等の**地域診療計画**を活用し退院後のケア内容、経過などを把握する場合があります。

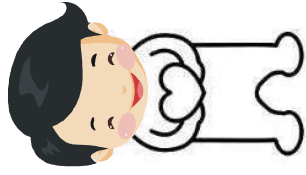
# 入退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧





ケアマネジャー側が算定する

# 入院時支援・入退院支援での報酬



入院時	
①入院時情報連携加算	
3日以内	200単位
4日以上 7日以内	100単位



## 退院時カンファレンス時

退院退所加算	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有	退院時
連携1回	450単位	600単位	
連携2回	600単位	750単位	
連携3回	×	900単位	



ケアマネジャー

## 入退院に係わる診療報酬

<b>A240</b>	<b>総合評価加算</b>	<b>50点</b>
<p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有す40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中に1回限り、所定点数に加算</p>		

<b>B005-1-2</b>	<b>介護支援連携指導料</b>	<b>400点</b>
<p>当該保健医療機関に入院中の患者に対し、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と共同して、患者の心身の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能なサービス等について説明及び指導を行った場合に当該入院中2回に限り算定</p> <p>①地域の介護サービス事業所に関する情報や要介護認定の申請の手続き等の情報を共有 ②実際の退院を前に疾病の状態等ケアプラン原案の作成に資するような情報収集を実施</p>		

(注)介護支援連携指導料と退院時共同指導料2の注3は同時に算定で

<b>B005</b>	<b>退院時共同指導料2</b>	<b>400点</b>
<p>注1：入院中の患者に対して、退院後の在宅療養上必要な説明及び指導を、地域において退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医・看護師、当該患者の退院後の在宅療養を担う訪問看護ステーション看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定</p> <p>注3：注1の場合に、入院中の保険医療機関の保険医が、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医・看護師等、保険医である歯科医師・その指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーション看護師等（准看護師を除く）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合の所定点数に加算。 <b>2,000点</b></p>		

<b>B006-3</b>	<b>退院時リハビリテーション指導料</b>	<b>300点</b>
<p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に退院時に1回算定する。死亡退院や、転医の場合は算定できない。</p> <p>入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う 体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。</p>		

<b>B007</b>	<b>退院前訪問指導料</b>	<b>580点</b>
<p>継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者（入院期間は暦月で計算）の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。</p> <p>1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定できる。特別養護老人ホーム等、医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。</p>		

★医療専門職とケアマネジャー等との連携等により、在宅生活の支援に必要な情報共有



<b>A246 入退院支援加算1・2</b>		
<p>保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望す          に対して、退院調整を行った場合に退院時1回に限り所定点数に加算</p>		
	<b>700点</b>	<b>190点</b>
<b>算定要件</b>	<b>退院支援加算1 (注)</b>	<b>退院支援加算2</b>
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的面接を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-
<p>(注) 介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の対象病床100床当たり、年間15回以上の場合のみ加算</p>		

<b>B007-2</b>	
<b>退院後訪問指導料(退院後1か月以内、5回限度)</b>	<b>580点</b>
<p>医療ニーズが高い患者に対する、入院医療機関から行う訪問指導について加算</p>	
<b>訪問看護同行加算(退院後1回)</b>	<b>20点</b>
<p>訪問看護ステーションや他の保険医療機関の看護師等との同行訪問指導を行った場合に加算</p>	

## 医療連携における介護報酬

<b>入院時情報連携加算</b>	
<p>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、その病院又は診療所の職員に対し、心身の状況や生活環境等の利用者にかかる「必要な情報」を提供した場合に算定できます。</p>	
<b>(I) 入院時情報連携加算(I)</b>	<b>200単位</b>
<p>医療機関に出向き、医療機関の職員に対し情報提供した場合</p>	
<b>(II) 入院時情報連携加算(II)</b>	<b>100単位</b>
<p>上記以外の方法(電話、FAX等)で医療機関の職員に対し情報提供した場合</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 入院してから遅くとも7日以内に情報を提供することが求められます。</li> <li>* 1月に1回を限度として算定できます。</li> <li>* 「必要な情報」とは、心身の情報(疾患・病歴・認知症や問題行動の有無等)生活環境(家族構成、生活歴、介護状況等)サービスの利用状況を指します。</li> <li>* 「医療・介護ネットワーク推進事業の手引き」の入院時情報提供書の様式を活用ください。</li> </ul>	

<b>緊急時カンファレンス加算</b>	
<b>200単位</b>	
<p>病院又は診療所の求めにより利用者の居宅を訪問しカンファレンスを行い必要に応じサービスの調整を行った場合に算定できます。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 医師または看護師等と共に利用者の居宅を訪問する必要があります。</li> <li>* 1月に2回を限度として算定できます。</li> <li>* カンファレンスの内容(日時、参加者の職種と氏名、会議の要点)を居宅サービス計画等に記載しておく必要があります。</li> </ul>	

### 退院・退所加算

<p>病院に入院、又は介護保険施設等に入所していた利用者が退院、退所するにあたり病院、診療所、地域密着型介護老人保健施設又は介護保険施設等の職員と面談を行い、居宅サービス計画を作成し、サービスの調整を行った場合に算定できます。</p>		
病院等の職員と面談のうえ、利用者に係る必要な情報の提供を受ける	退院カンファレンス	
	参加なし	参加あり
連携1回	(Ⅰ) イ： <b>450 単位</b>	(Ⅰ) ロ： <b>600 単位</b>
連携2回	(Ⅱ) イ： <b>600 単位</b>	(Ⅱ) ロ： <b>750 単位</b> ※2回のうち1回以上はカンファレンスによる
連携3回		(Ⅲ) ロ： <b>900 単位</b> ※3回のうち1回以上はカンファレンスによる
<p>                     *病院又は施設職員と面談していることが必要です。                      *入院又は入所の期間中に3回を限度として算定できます。                      *3回算定する場合は、少なくともそのうち1回は主治医を含めた会議に参加していることが必要です。この会議において交付された、利用者又は家族に提供した文書（診療報酬の退院時共同指導料にかかる文書）の写しを添付する必要があります。                      *初回加算を算定する場合は同時算定できません。                 </p>		

### その他

#### (1)ターミナルケアマネジメント加算 400単位

- ①在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限定）に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、居宅を訪問して利用者の心身の状況などを記録し、主治医および居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者へ提供。
- ②ターミナルケアマネジメント加算に受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保、かつ必要に応じて居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備していること。

#### (2)主治医の意見等について

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合）複合型サービス（訪問看護サービスを利用する場合）については、主治の医師又は歯科医師等がその必要性を認めたものに限られるものであり、これらを居宅サービス計画に位置付ける場合は、主治の医師等の指示があることを確認する必要があります。

\*確認は文書又は口頭で行い、記録保存しておくことが必要です。

- ①訪問看護等の指示書の写しの提供を受ける必要はありませんが、介護支援専門員が、主治の医師や指示を受けた訪問看護事業所から、指示が存在していることを確認した経過が記録上からも判断できる（読み取れる）ことが必要です。
- ②そのため、主治の医師や指示を受けた訪問看護事業所から確認した指示の内容については、以下の点に留意の上、居宅サービス計画書（第4表「サービス担当者会議の要点」または第5表「居宅介護支援経過」等）に記載することにより記録をしてください。

- ・訪問看護を指示した医師名及び医療機関名を明確にしておく。
- ・指示の概要を明確にし、その概要について確認した日時と方法を明確にしておく。（指示の概要とは、「褥瘡の処置」、「経管栄養」等の医療処置上の名称で記載することが望ましいと考えます。）

\*「診療情報提供書」を用いる場合は利用者に診療情報提供料（250単位）がかかります。（主治医が居宅療養管理指導を行っている場合は情報提供義務があるため生じません。）





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 内 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

印

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	大正 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	

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

殿

氏 名		####	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"/> 有	<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"/> 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			

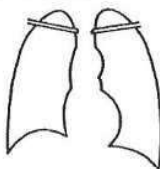
上記のとおり、利用者にかかる診療情報を提供いたします。

医療機関の 名称・所在地 連絡先		情報提供日	
		医師氏名	(印)

(表)

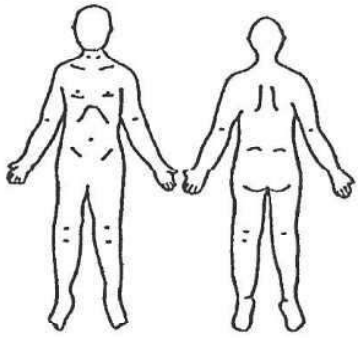
以下の項目は、身体状況、疾患の状況等により、診療上検査未実施の場合、記入していただくなくても結構です。

【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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		
頭部 MRI or CT 所見	検査年月 _____ 年 12 月 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	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
	糖 尿 蛋白 潜血	血液 WBC RBC Hb ( _____ g/dl) アルブミン ( _____ 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"/> トロみ食 <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)

情報提供先医療機関等名

御中

担当医

科

様

令和 年 月 日

紹介元居宅介護支援事業者の所在地及び名称  
電話番号

介護支援専門員氏名

印

患者氏名				性別 男・女					
患者住所									
電話番号									
生年月日		明・大・昭・平 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療養への意向)									
<input type="checkbox"/> 変化あり									
<input type="checkbox"/> 変化無し									
既往歴と発症年月日(把握しているもの)			家族背景及び家族状況(キーパーソン)						
1.									
2.									
3.									
在宅療養及び在宅生活の経過									
医療系サービスの利用状況									
介護(福祉)系サービスの利用状況									
通院医療機関と現在の服薬内容									
〇〇内科医院から・バイアスピリン100mg×1錠									
要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日～ 年 月 日)									
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M									
入院前(疾患発症前)の日常生活活動(ADL)の状況について(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全面介助
(方法)	見守り・手引き・杖・歩行器・車椅子・その他			(方法)					
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全面介助
(方法)	トイレ・PTイレ(常時・夜間)・オムツ(常時・夜間)			(方法)					
今後の在宅生活にむ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(今後予想される生活上リスクや介護力の評価など)									

備考(連絡事項等)

- ・退院前家屋訪問及び退院時カンファレンスへの参加を希望します。実施が決定次第ご連絡ください。
- ・退院後のサービス調整を適切に実施するためにも退院日から10日前程にはご連絡をお願いいたします。



## 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	南砺市		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様に対して行える事

- 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**

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料

在宅患者訪問薬剤管理指導料（計画的な指導）	
点数	同一建物居住者以外の場合：650点 同一建物居住者の場合：300点 麻薬管理指導加：100点
主な要件	薬学的管理指導計画を策定、患家を訪問して薬学的管理及び指導、月4回まで、保険薬剤師1人1週40回上限

## <算定施設>

居宅療養管理指導が算定可能な居住系施設は、**自宅、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、入居者50人未満のケアハウス**等が該当。**介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、入居者50人以上のケアハウス**等は、居住系施設ではないため、訪問薬剤管理指導料は原則、居宅療養管理指導費はどんな場合でも算定できない（末期の悪性腫瘍の患者の場合のみ、医療保険で訪問薬剤管理指導が算定可能。要介護者であっても医療保険で算定する）。

# 居宅療養管理指導費

居宅療養管理指導費（計画的な指導）	
点数	同一建物居住者以外の場合：503単位 同一建物居住者の場合：352単位 麻薬管理指導加：100単位
主な要件	薬学的管理指導計画を策定、患家を訪問して薬学的管理及び指導、月4回まで、保険薬剤師1人1週40回上限

## <算定施設>

居宅療養管理指導が算定可能な居住系施設は、**自宅、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、入居者50人未満のケアハウス**等が該当。**介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、入居者50人以上のケアハウス**等は、居住系施設ではないため、訪問薬剤管理指導料は原則、居宅療養管理指導費はどんな場合でも算定できない（末期の悪性腫瘍の患者の場合のみ、医療保険で訪問薬剤管理指導が算定可能。要介護者であっても医療保険で算定する）。

砺波市 在宅可能薬局リスト (令和3年11月現在) 富山県薬剤師会ホームページより

薬局名	電話番号	地域包括	1. 訪問指導	2. 時間外	3. 休日	4. 麻薬調剤	5. 無菌調剤	6. 服薬状況に合わせた 一包化・粉碎等	7. 退院前 カンファレンス への参加	8. サービス担当 会議への参加
ウエルシア薬局砺波中神南店	0763-32-8755	砺波市全域	○	×	×	◎	×	◎	○	○
クスリのアオキ杉木薬局	0763-55-6548	砺波市全域	◎	◎	◎	○	×	◎	○	○
クスリのアオキ新富薬局	0763-33-1012	砺波市全域	◎	○	×	◎	×	◎	○	○
ことぶきアルプ薬局	0763-34-5701	砺波市全域	◎	○	○	◎	×	◎	◎	◎
タケザワ薬局トナミ店	0763-33-5638	砺波市全域	◎	◎	◎	◎	×	◎	○	○
たちばな薬局エナックス	0763-34-5533	砺波市全域	◎	◎	○	◎	×	◎	○	○
チューリップ公園前薬局	0763-34-0200	砺波市全域	◎	○	○	◎	×	◎	○	○
チューリップ山王薬局	0763-33-6636	砺波市全域	◎	○	○	○	×	◎	○	○
チューリップ杉木薬局	0764-41-1331	砺波市全域	◎	◎	○	◎	×	◎	○	○
チューリップ太郎丸薬局	0763-34-4646	砺波市全域	◎	○	○	◎	×	◎	○	○
チューリップ中神薬局	0763-34-1002	砺波市全域	◎	◎	○	○	×	◎	○	○
チューリップ砺波薬局	0763-34-1367	砺波市全域	◎	◎	◎	◎	×	◎	○	◎
とやま調剤薬局となみ店	0763-58-5182	砺波市全域	◎	×	×	○	×	◎	○	○
ハンズファミリーマーズのき薬局	0763-55-6875	砺波市全域	◎	◎	◎	○	×	◎	×	◎
ひかり薬局柴町店	0763-55-6647	砺波市全域	◎	◎	◎	◎	×	◎	○	○
ひかり薬局大辻店	0763-55-6680	砺波市全域	◎	◎	◎	◎	×	◎	×	×
ひかり薬局豊町店	0763-55-6161	砺波市全域	○	○	○	○	×	○	○	○
ひまわり薬局砺波店	0763-58-5195	砺波市全域	○	○	○	◎	×	◎	○	○

◎対応可(実績有)  
○対応可  
×対応不可



小矢部市 在宅可能薬局リスト (令和3年11月現在) 富山県薬剤師会ホームページより

薬局名	電話番号	地域包括	1. 訪問指導	2. 時間外	3. 休日	4. 麻薬調剤	5. 無菌調剤	6. 服薬状況に合わせた 合剤・粉砕等 一包化	7. 退院前 カンファレンス への参加	8. サービス担当 会議への参加
クスリのアオキ小矢部中央薬局	0766-67-8870	小矢部市全域	◎	◎	○	◎	×	◎	○	○
グリーン小矢部薬局	0766-67-7560	小矢部市全域	◎	○	○	◎	×	◎	◎	◎
こぐま薬局	0766-68-0591	小矢部市全域	◎	×	×	◎	×	◎	×	×
ひなげし薬局小矢部中央店	0766-67-8805	小矢部市全域	◎	×	×	◎	×	◎	○	○
薬局マツモトキヨシ小矢部店	0766-68-3562	小矢部市全域	◎	◎	◎	◎	×	◎	○	◎

◎対応可(実績有)

○対応可

×対応不可



南砺市 在宅可能薬局リスト (令和3年11月現在) 富山県薬剤師会ホームページより

薬局名	電話番号	地域包括	1. 訪問指導	2. 時間外	3. 休日	4. 麻薬調剤	5. 無菌調剤	6. 服薬状況に合わせた 一包化・粉碎等	7. 退院前 カンファレンス への参加	8. サービス担当 会議への参加
アイン薬局南砺中央店	0763-52-8280	南砺市全域	◎	◎	○	◎	×	◎	○	◎
アイン薬局南砺店	0763-82-8820	南砺市全域	×	×	×	×	×	◎	×	×
クスリのアオキ福野薬局	0763-22-1831	南砺市全域	○	○	○	◎	×	◎	○	○
たんば薬局	0763-82-4011	南砺市全域	○	○	○	◎	×	◎	○	○
たんば薬局南砺中央店	0763-52-2871	南砺市全域	○	○	○	◎	×	◎	○	○
チューリップ天神町薬局	0763-52-7370	南砺市全域	◎	◎	○	◎	×	◎	○	◎
チューリップ福光薬局	0763-52-3121	南砺市全域	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
チューリップ福野薬局	0763-22-9910	南砺市全域	◎	◎	○	◎	○	◎	○	○
ファーマライズ薬局南砺店	0763-82-8827	南砺市全域	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎
ワタナベ薬局	0763-52-7716	南砺市全域	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎
福野アルプ薬局	0763-23-1666	南砺市全域	◎	○	○	◎	×	◎	○	◎
福野グリーン薬局	0763-23-1560	南砺市全域	×	×	×	×	×	×	×	×
福野ひまわり薬局	0763-22-8512	南砺市全域	◎	○	◎	◎	×	◎	○	◎
野村薬局	0763-62-0074	南砺市全域	◎	×	×	◎	×	◎	○	◎
薬局マツモトキヨシ福光店	0763-52-7293	南砺市全域	◎	○	○	◎	×	◎	○	○

南砺市

◎対応可(実績有)  
○対応可  
×対応不可



