

連携ツール説明書

Ver. 2

令和2年8月
松山市介護保険課

1. 目的

全国的な超高齢社会の進行に伴い、松山市でも医療と介護の両方を必要とする高齢者は増加が見込まれています。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療・介護の各種サービスの一体的な提供が重要であり、同じ患者(利用者)に関わる医療・介護関係者の更なる連携を推進する必要があります。そのため、医療・介護関係者間の連携を推進するための仕組みづくりや環境整備を目的として、標準となる紙媒体の連携ツールを作成しました。

このツールを使うことで、医療・介護関係者の得手不得手や経験に因らず、効果的な連携が進むことを目指しています。

2. 経緯

松山市では、平成 29 年度から、松山市医師会、松山市歯科医師会、松山薬剤師会をはじめ、市内の介護関係団体の御協力のもと、医療在宅医療・介護連携推進事業に取組み、平成 29 年 11 月下旬には、課題抽出のためのアンケート調査を実施し、医療・介護関係者の参画するワーキングにて、連携課題の抽出や対応策の検討を行いました。

アンケート結果から、「連携の仕組みが明確でない」という大きな課題が抽出され、その対応策として、在宅療養において医療の中心となるかかりつけ医等と、介護の調整役である介護支援専門員(ケアマネジャー)が、平素から患者(利用者)情報の共有を図るための紙媒体の連携ツールの導入を検討することとなり、引き続き平成 30 年度も同ワーキングにて協議する中で、この連携ツールを令和元年 8 月に作成しました。

その後、令和 2 年 4 月には連携ツールの活用状況について、市内の介護事業所等にアンケート調査を行い、「口腔・服薬チェックリスト」を追加した連携ツール Ver.2 を令和 2 年 8 月に作成しました。

3. 連携ツールを使用する関係者

主に、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師と介護支援専門員(ケアマネジャー)との間で、患者(利用者)の在宅療養支援に必要な情報を、双方向でやり取りしていただくことを想定しています。

4. 連携ツールを使用する場面

在宅療養中の患者（利用者）様が、介護保険の新規申請、更新、区分変更時の主治医意見書や医療系サービス導入時の医学的意見など、主に介護支援専門員（ケアマネジャー）が必要な業務を遂行するために、かかりつけ医等の医療関係者に依頼や相談をする場合を想定しています。

5. 連携ツールの種類

①相談・連絡票

主に介護支援専門員（ケアマネジャー）が、かかりつけ医等に依頼する内容を明らかにする機能を持つシートです。（→P3）

②連携シート

患者（利用者の）日常生活の詳細な状況等を、医療・介護関係者間で共有するための機能を持つシートです。（→P4）

依頼文（※参考）

かかりつけ医等に挨拶に行く際や、この情報共有ツールを使って依頼をする際（特に初回）に使用していただく依頼文です。（→P5）

口腔・服薬チェックリスト

患者（利用者の）口腔や服薬の状況等を、医療・介護関係者間で共有するための機能を持つシートです。（→P6）

6. 連携ツールを使用する際の留意点

- この連携ツールの使用については任意です。他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。
- この連携ツールは、主にかかりつけ医等と介護支援専門員（ケアマネジャー）双方の情報共有を目的としています。診療情報そのものの照会等、報酬算定を目的として作成したものではありません。
（※診療情報の提供が必要である、或いは提供する情報が診療報酬の対象になると判断される場合は、自己負担について本人・家族と事前に相談していただくようお願いします。）

①連絡・相談票

医療機関名		<input type="checkbox"/> → ← <input type="checkbox"/>	事業所名	
医師名等			担当者名	
T E L			T E L	
F A X			F A X	
E-mail			E-mail	

●利用者情報

フリガナ		生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女
氏名					
住所			TEL		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <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				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的 : <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望 : <input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険(新規・更新・区分変更)の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの利用について <input type="checkbox"/> 入退院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談	
<p>※今回の情報提供について、 <input type="checkbox"/>同意あり <input type="checkbox"/>留意事項あり ()</p> <p>※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言をいただければと思います。添付資料 : <input type="checkbox"/>②連携シート <input type="checkbox"/>ケアプラン <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>添付無し</p>	

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的 : <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望 : <input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。	

1. 利用者（患者）基本情報		【氏名】 フリガナ		年 月 日生	
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸				【 歳】 男・女	
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階（特記事項：_____）					
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5（期間 _____ ～ _____）					
【認知症高齢者日常生活自立度】 <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		【障害手帳】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 級）			
【障害高齢者日常生活自立度】 <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		【指定難病医療受給証】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
【収入・年金等】 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護（特記事項：_____）					
2. 家族情報		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 同居者：_____		主たる介護者：_____ キーパーソン：_____	
【家族】		家族状況に関する特記事項：_____			
		連絡先①（氏名、続柄、住所、Tel）			
		連絡先②（氏名、続柄、住所、Tel）			
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない					
3. 現在の生活					
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】					
【生活に関する意向】		本人：_____		家族：_____	
4. 身体・生活機能の状況		【起き上がり】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【立ち上がり】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A	【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	【移動手段】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（_____）			
	【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	【ポータブルトイレ】 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（_____）			
D	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【入浴補助具】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> デイサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
L	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普通食】 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 水分制限あり			
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（_____）		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（_____）			
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（理由：_____）					
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		【睡眠時間】 _____ 時間	
【飲酒】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1回：_____ 程度を、週 _____ 日）		【喫煙】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 _____ 本）		【身長・体重】 _____ cm _____ kg	
【精神面における療養上の問題】		□なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃的 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
		□徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
		※頻度や程度（_____）			
【生活上の問題点や身体状況の変化等】					
5. 疾患・医療について		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関名：_____ 医師名：_____）			
疾患名：_____		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関：_____）			
【疾患歴】疾患名：_____		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関：_____）			
疾患名：_____		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関：_____）			
【最近半年間での入院】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関：_____） <input type="checkbox"/> 不明		【入院頻度】 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い/繰り返している			
【医療処置】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容：_____）					
6. 口腔について		【かかりつけ歯科医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（歯科医療機関名：_____ 歯科医師名：_____）			
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		【口臭】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血			
【口腔に関する特記事項】					
7. 服薬について ※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬局名：_____）			
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____）		【処方薬以外の服用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____）			
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者が管理（_____）		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 <input type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input type="checkbox"/> 処方が守られていない			
【服薬に関する特記事項】					
8. 介護サービス利用状況等		<input type="checkbox"/> 訪問介護（_____） <input type="checkbox"/> 訪問看護（_____）			
【利用中のサービス】		□訪問リハ（_____） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（_____）			
※事業所名、頻度、曜日など		□居宅療養管理指導（_____） <input type="checkbox"/> 通所介護（_____）			
		□通所リハ（_____） <input type="checkbox"/> 短期入所（_____）			
		□福祉用具（_____） <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
【介護サービス利用に関する特記事項】					
9. 備考					

(※参考)

令和 年 月 日

(医療機関名)

医師 _____ 様

事業所名： _____

介護支援専門員(ケアマネジャー)

：氏名 ○○ ○○

電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

(患者・利用者名) 様の介護保険サービスの利用について

時下、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、先生が主治医として関わっている、(患者・利用者名) 様の介護支援専門員(ケアマネジャー) の、○○ ○○と申します。

御多忙のところ書面で大変失礼とは存じますが、先生にお願いしたい要件があります。

(例、新規の場合)

今回、(患者・利用者名) 様が新規で要介護認定申請を行うにあたり、主治医意見書の作成をお願いします。

御参考までに、現在の御本人様の生活状況等について、別紙のとおり情報提供しますので内容を御確認下さい。なお、今回の情報提供については、本人及び御家族様と当方との契約時に了解を得ています。何か御不明な点等があればお問合せください。

また、今後の御連絡・御依頼について、別紙の「①連絡・相談票」「②連携シート」を使用させていただきと思います。(※相手の指定する様式がある場合はそれに合わせる。)

日々の診療業務で御多忙の中、今後も(患者・利用者名) 様の介護保険サービスの利用について、こちらから様々な御相談や御協力をお願いすると思っておりますので、今後ともよろしく申し上げます。

※その他、担当ケアマネの変更等、初めて関わる際に文章を修正し使用して下さい。

7. 活用方法とルール (①相談・連絡票、②連携ツール、口腔・服薬チェックリスト共通)

- この連携ツールは、患者（利用者）様の重要な個人情報を取扱うことを念頭に、本人・家族の同意を得て活用する等、適切な取り扱いと管理に努めてください。
- この連携ツールは、より良い連携を図るための手段の一つです。文書のやり取りのみで済ますことなく、電話や面談なども組み合わせ、「顔の見える関係」づくりに心掛けてください。特に初めて連携を取る際には、なるべく面会や通院同行し、利用者の担当ケアマネジャーである旨をかかりつけ医等に直接伝えてください。（面識もない状態で、いきなりメールや FAX で返信を求めるような相談は控えてください。）
- 連携ツールによって記録が残ることについて、十分な配慮が必要ですので、本人に対して開示が難しいと考えられる情報（例：本人に正式な病名を告知しないような場合等）については、できるだけ、直接会話の中で補足するようにしてください。
- 個人情報保護の観点から、送信先のメールアドレスや FAX 番号を確認し、誤送信の無いよう細心の注意を払い、確実に相手に送信されているかどうか確認してください。
- 郵送の場合で、回答を希望する場合は返信用封筒を同封してください。
- 松山市医師会ホームページの「在宅医療に取り組む医療機関一覧」には、連絡方法や都合のよい曜日や時間帯が掲載されていますので、一覧に載っている医療機関の医師等に連絡する際には必ず確認してください。
- 「何を依頼したいのか」「どういった情報を伝えたいのか」等を意識して使用して下さい。チェック項目のみ印を入れて送るのではなく、記載例を参考に連携の目的を明確にするよう心掛けてください。
- 必要な添付書類は必ず添付してください。（ケアプランへの意見をいただく場合は、必ずケアプランを添付する等）

口腔・服薬チェックリストの使い方（訪問介護、通所介護等の事業所職員の皆様へ）

1. 担当者が、同意を得てサービス利用中の利用者様の様子を、6Pの口腔・服薬チェックリストを用いて確認。（項目のチェックに加え、できれば、「気になる点」欄に状況を詳しく記載していただくことが望ましい。）
↓
2. チェックした内容は、事業所内で管理者等と情報共有し、管理者から担当ケアマネジャーへ、口腔・服薬チェックリストに記載して報告。（記載例は45P参照）
↓
3. 担当ケアマネジャーが、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等に相談し対応する。
↓
4. 対応した内容等について、事業所と担当ケアマネジャーとの間で情報共有し、必要に応じてモニタリングや今後の対応等について協議する。

（留意事項）

- 利用者様と接する機会の多い、訪問介護や通所介護事業所の皆様からの口腔や服薬に関する情報提供が、利用者様の心身機能を維持する点で非常に重要です。
- 利用者様から口腔や服薬に関する訴えが無い場合でも、9P～14Pの解説を参考に日々の様子を観察し、チェックリストに該当するようであれば、担当ケアマネジャーに御相談ください。
- この、口腔・服薬チェックリストは推奨書式です、使用を強制するものではありません。（電話や口頭での報告等でも問題ありませんが、書面にすることで利用者様の状況がより正確に伝わります。）

口腔・服薬に関する情報提供について（ケアマネジャーの皆様へ）

平成30年度の介護報酬改定で、訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状況等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う事が義務づけられました。

口腔や服薬等の問題点に早めに気づき、歯科医師や薬剤師等に繋げる事が、利用者様の心身機能を維持し、住み慣れた地域で生活を続けるうえで非常に重要です。

このたび松山市では、令和元年8月に作成した連携ツールに、口腔・服薬チェックリスト（6P）を追加しましたので、このチェックリストで提供された情報をもとに、歯科医師、薬剤師等と連携を図り、必要なサービスに繋げる等の支援を行ってください。また、繋げた結果については、かかりつけ医にも必ず情報提供してください。

歯科医師、薬剤師等との連携については、この連携ツール説明書の32P～39Pを参考にしてください。

口腔チェックリスト 解説

歯や口腔は全身との関係も示され、口腔機能の維持・管理が重要視されています。口腔の問題点に早めに気づき、歯科医師・歯科衛生士等に繋げるために以下の項目をチェックし、担当ケアマネジャーへご報告ください。

口腔機能の低下とは、 ①口腔衛生状態不良 ②口腔乾燥 ③咬合力低下
④舌口唇運動機能低下 ⑤低舌圧 ⑥咀嚼機能低下 ⑦嚥下機能低下 など。

1. 口の中が乾燥している

口腔乾燥は、服用薬剤の影響や口を動かさないことなどによる唾液分泌減少や口腔機能不活発に起因することが多く、口腔の衛生状態を悪化させる。むし歯の増加、歯周病の悪化の原因にもなり、「ねばねばする」「しゃべりにくい」「飲み込みにくい」「味が分かりにくい」「口の中や舌がひりひりする」「口の中が汚れやすい」「口臭がする」「口唇、口角が切れる」「入れ歯があわない」などの訴えがある。



湿潤・サラサラ感

泡沫上の唾液・べたつき感

乾燥痰の沈着



正常・湿潤・ピンク

乾燥・口角の発赤

2. 歯が汚れている

歯の表面は、食物残渣（食べ物のカス）、歯垢が付着する。歯垢は、歯ブラシなどでこすり落とさない限りうがいなどで除去することは不可能であるため、歯垢の付着は、歯みがきが十分にできていないことを表す。食物残渣が口腔内に多く存在している場合は、舌口唇運動機能や咀嚼・嚥下機能などの低下を疑う。



歯垢・歯石なし

歯垢・歯石あり

多量の歯垢・歯石あり

3. 舌に汚れ（舌苔）がある

舌の表面には、舌苔と呼ばれる白色や黒色の苔状の汚れが付着する。舌苔が付着する量は本来少ないが、明らかに多量の付着が認められた場合は、舌の機能低下などを疑う。



正常・湿潤・ピンク

舌苔の付着

4. 口臭がある

口臭の多くは、口腔衛生状態が不良になり増悪した細菌の活動によって産生される揮発性硫黄化合物によって生じる。他に、食べ物による場合や糖尿病・胃腸の疾患等による場合もある。

5. 歯が痛む、グラグラしている、穴が開いている

むし歯による痛み、歯周病による歯がグラグラしての痛みなどで食事がしにくくなることがある。むし歯が進行し穴が大きくなると、食物残渣が停滞し口臭や痛みの原因にもなり、これらの症状は、咀嚼機能・咬合力の低下を招く。



むし歯なし

少数のむし歯

多数のむし歯

6. 歯茎（歯肉）に問題がある（腫れている、出血がある、傷がある、痛みがある等）

むし歯により歯の神経が化膿したため、あるいは歯周病が悪化したために諸症状が出ることが多い。これらの症状も咀嚼機能・咬合力の低下を招く。



正常・湿潤・ピンク

乾燥・発赤・腫脹

(頬粘膜) 発赤・潰瘍

7. 義歯（入れ歯）に問題がある（外れる、壊れている、汚れている、使っていない、付けると痛む等）

入れ歯を入れても安定しない、吸着が悪い、動いて外れ易い、入れ歯の内面に食渣が多く入るなどは、入れ歯のどこかに問題がある。洗浄が不十分であれば、入れ歯でも歯垢・歯石は沈着し、またバネ付近も汚れが付着しやすい。



破損なし・装着可

装着可・破損あり

汚れ、破損あり・装着不可

8. 飲み込みが悪い、むせる

「硬いものが食べにくくなった」「薬を飲みにくくなった」「滑舌が悪くなった」「食事に時間がかかるようになった」「食べこぼしが多くなった」「食後に口の中に食べ物が残るようになった」などは口腔機能の低下①～④が当てはまるが、認知機能の問題なども考えられる。

9. (麻痺がある場合) 麻痺側に食べ物が残っている

片側の麻痺の場合、健側は食べ物がほとんど残っていないが、麻痺側は食べ物の塊が粘膜と歯（入れ歯）に挟まれるように明らかに残っている。

写真引用元：Oral Health Assessment Tool (OHAT) 日本語版説明用資料

(藤田医科大学医学部 歯科・口腔外科学講座 作成)

服薬チェックリスト 解説

○薬の飲み忘れがある（残薬がある）

毎日服用すべきお薬をなんらかの理由で飲み忘れたり、併用薬が多くなりすぎて整理がつかなくなったり、お薬が変更になったことにより、以前まで服用していたお薬が大量に残っているような状況がないか等をチェックする。



○薬の飲み間違いがある（服薬の量や時間を間違えている等）

朝と夕のお薬を誤って飲み間違えてしまい残っているお薬の数が合わなかったり、朝服用すべきお薬を誤ってお昼に服用しているというような生活のリズムと連動するような間違いや、お薬の量を勘違いして大量に（又は少なく）服用している等の危険な間違いがないか等をチェックする。

○飲み難さがある（錠剤、カプセル、粉薬が飲み込めない等）



錠剤やカプセルが嚥下上の理由により飲みこみ辛く、ご自身の判断で錠剤を砕いたり、カプセルをあけて服用したり、粉薬にむせて服用し辛い状況がないかをチェックする。

○複数の医療機関を受診し、複数の薬局から調剤を受けている



複数の医療機関（内科、整形外科、皮膚科等の複数の診療所や病院）を受診し、病院内にてお薬をもらったり、薬局にてお薬をもらったりしているかどうかを聞き取りや、医療機関から発行されている医薬品情報等のお薬票やお薬手帳をチェックする。

○自己判断で服薬の中断や調整をしている

・お薬を服用することで体調が安定していることを理解せず、疾患が治ったと錯覚して自己調整していることがないかチェックする。（血圧、コレステロール値、血糖値等がお薬で安定していることへの理解が薄いケースをチェック）

・自己判断で調整することにより、安定していた体調が不安定になり更には別の疾患を引き起こすリスクが上がってしまうこともあるため、一部のお薬のみ残薬が出ていないか等をチェックする。

・なんのために服用しているお薬か分からない、お薬の副作用が怖くてなるべく飲まないようにしている等の様々な理由が隠れていないかをチェックする。

○健康食品やサプリメント等を服用している



健康食品やサプリメントの中には、お薬の効果や吸収・代謝に影響を与えたり、副作用を増強するものもあり、場合によっては体調を左右する原因になるケースもあります。継続的・一時的に医薬品以外の摂取しているものが有るか無いかをチェックする。

○副作用またはその疑い（口渇、吐気、頻尿、便秘、軟便、ふらつき、めまい、傾眠、睡眠障害、その他）

・服用していたお薬が変更になったり、追加又は中止により、状態に変化が生じていないかをチェックする。（食べ物の味がしなくなった・食欲がなくなった・手が震えるようになった等）

・継続的に服用を続けているお薬においても、加齢による代謝吸収の低下・寝不足・アルコールやタバコ等の摂取・その日の体調等により、お薬の副作用が現れることがあるため、お薬に変化がない場合においても普段と違う様子がないかをチェックする。

○その他

（例）

・「心配だから」という理由で、古いお薬を大量にストックしていないかをチェックする。（服用しているお薬と混同して誤って服用してしまうリスクを避ける）

・同居人のお薬を服用していたり、同居人にお薬を服用させたりしていないかをチェックする。

・お薬を服用したか服用していないかが分からなくなり、過剰に服用したり飲み飛ばしたりする頻度が多くなっていないか等をチェックする。