

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）

連携ツール説明書 Ver. 2 の 8P にも掲載しています。

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、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。
↓
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、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、連携ツール説明書 Ver. 2 の 32P～39P を参考にしてください。

口腔・服薬チェックリスト

令和 ○年 ○月 ○日

事業所名	訪問介護○○○○
担当者名	管理者 ○○ ○○
T E L	9○○-○○○○
F A X	9○○-○○○○
E-mail	kouku@※※※※.ne.jp



事業所名	居宅介護支援事業所□□□□
担当者名	介護支援専門員 □□ □□ 様
T E L	9○○-○○○○
F A X	9○○-○○○○
E-mail	fukuyaku@※※※※.ne.jp

●利用者情報

フリガナ	△△ △△	生年	明治・大正・ 昭和 ・平成	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	△△ △△	月日	○○年 ○月 ○日 (○○歳)		
住所	松山市○○町○丁目○ー○		TEL	9○○-○○○○	
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 checked="" 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				

上記の利用者様の口腔、服薬の状況について報告します。

口腔チェックリスト ●月 ●日実施	<input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している <input checked="" type="checkbox"/> 歯が汚れている <input type="checkbox"/> 舌に汚れ(舌苔)がある <input checked="" type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む、グラグラしている、穴が開いている <input checked="" type="checkbox"/> 歯茎に問題がある(腫れている、出血がある、傷がある、痛みがある等) <input type="checkbox"/> 義歯に問題がある(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) <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる <input type="checkbox"/> (麻痺がある場合)麻痺側に食べ物が残っている <input checked="" type="checkbox"/> その他(歯医者には10年以上行っていないとの事です。)
(気になる点) 今月初めくらいから、歯茎からの出血があり、歯磨きの際に痛みが出る状況で、食後の歯磨きが充分にできておらず、口臭や歯の汚れが目立ってきています。	

服薬チェックリスト ●月 ■日実施	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある(残薬がある) <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 飲み難さがある(錠剤、カプセル、粉薬が飲み込めない等) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自己判断で服薬の中断や調整をしている <input type="checkbox"/> 健康食品やサプリメント等を服用している <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> その他(「心配だから」という理由で、古い薬を大量にストックしています。)
(気になる点) 最近、A病院から処方されている○○剤(顆粒)が飲み込み難く、毎食後の服用に苦労している様子です。B病院の△△剤(錠剤、朝夕)と◇◇剤(錠剤、朝夕)は、問題なく服用できています。たまに服薬を忘れていますが、声掛けして服薬を確認しています。	