

配食注文時のアセスメント及び継続時のフォローアップにおける確認項目例

【必須項目】

確認項目	具体的確認事項	注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時 [*] 年に1～2回 程度 ^注	
基本情報	居住形態	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	○		△
	要介護（要支援）認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり（申請したが非該当、要支援・要介護（ ））	○		○
	日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ） （内容： ） （参考）食事、車椅子・ベッド間の移乗、整容動作、トイレ動作、入浴、水平面の歩行・車椅子の移動、階段昇降、更衣動作、排便コントロール、排尿コントロール	○		△
<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ） （内容： ） （参考）電話、買物、食事の準備、家事、洗濯、移送の形式、自分の服薬管理、財産取扱い能力					
身体状況・健康状況	身長、体重（過去6か月の体重変化を含む。）、BMI	身長（ ）cm）、体重（ ）kg） BMI（ ）→BMI20以下（該当、非該当） 6か月間で2～3kg以上の体重減少があった： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○		○ 過去6か月の体重変化のみでも可
	主な疾患、食事療法の要否・内容・程度、服薬状況	主な既往疾患： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）年前	○		○
		通院（歯科医院も含む）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （内容： ）	○		○
		医師・管理栄養士等による食事療法の指示： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （具体的内容： ）	○		○
		食物アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （食品名： ）	○		△
		服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （内容及び頻度： ）	○		○
	摂食嚥下機能（咀嚼、歯・義歯等の状態を含む。）	半年前に比べて固いものが食べにくくなった： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	○	○ 食形態の適合性のみ	○
口の渇きが気になる： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
お茶や汁物等でむせることがある： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
食に関する状況	食欲： <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ふつうだ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> とてもある	○	○	○	
	食事回数：（ ）回/日）、外食頻度（ ）回/週）、中食（総菜・弁当等）頻度（ ）回/週）				
	量（継続時は配食の摂取量も）： <input type="checkbox"/> ほとんど食べられない <input type="checkbox"/> 3分の1は食べる <input type="checkbox"/> 半分は食べる <input type="checkbox"/> 8割程度は食べる <input type="checkbox"/> 完食する				
	食品摂取の多様性 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の回数：（ ）回/日）				
買物・調理の状況	買物や食事の準備上の支障： <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり 困難又は支障がある場合の内容（ ）	○		△	
	調理関連で可能な行為： <input type="checkbox"/> 火気管理 <input type="checkbox"/> 電子レンジの使用 <input type="checkbox"/> 食材や食器等の洗浄				

【推奨項目】

確認項目	具体的確認事項	注文時	継続時 初回（注文後 数週間以内）	継続時 [*] 年に1～2回 程度 ^注
社会参加の状況（外出頻度、閉じこもり傾向等）	週に1回以上は外出している： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	○		△
	昨年と比べて外出の回数が減っている： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	就業又は何らかの地域活動をしている： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
孤食・共食、ソーシャルサポートの状況	一緒に食べる人：（朝） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし （昼） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし （夕） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○		△
	困り事や心配事があるとき、家族を含めた周りの人からサポートを受けることができる： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
主観的な健康感	健康だと思う： <input type="checkbox"/> 全くそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない <input type="checkbox"/> 何ともいえない <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> とてもそう思う	○		○

※ 自事業者の配食をおおむね週当たり2食以上かつ6か月以上継続して利用している者について実施

○：全ての利用者について実施、△：利用者によっては2回に1回程度でも可

注：利用者の身体状況等に応じてフォローアップの項目、頻度を設定する

2018年1月作成