

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	☐ 単身 ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他（ ）	○		△
	要介護（要支援）認定	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 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）	☐ 自力 ☐ 部分介助が必要 ☐ 全介助が必要 ☐ 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	○		△
		☐ 自力 ☐ 部分介助が必要 ☐ 全介助が必要 ☐ 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）	○		○ 過去6か月の体重変化のみでも可
		6か月間で2～3kg以上の体重減少があった： ☐ なし ☐ あり			
	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： ☐ なし ☐ あり（ ）年前	○		○
		通院（歯科医院も含む）： ☐ なし ☐ あり （内容： ）	○		○
		医師・管理栄養士等による食事療法の指示： ☐ なし ☐ あり （具体的内容： ）	○		○
		食物アレルギー： ☐ なし ☐ あり （食品名： ）	○		△
		服薬： ☐ なし ☐ 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： ☐ はい ☐ いいえ	○	○ 食形態の適合性のみ	○
		口の渇きが気になる： ☐ はい ☐ いいえ			
		お茶や汁物等でむせることがある： ☐ はい ☐ いいえ			
食に関する状況	食欲の程度、食事回数、量（継続時は配食の摂取量も確認）	食欲： ☐ 全くない ☐ ない ☐ ふつうだ ☐ ある ☐ 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）： ☐ ほとんど食べられない ☐ 3分の1は食べる ☐ 半分は食べる ☐ 8割程度は食べる ☐ 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： ☐ 支障なし ☐ 支障はないが困難 ☐ 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： ☐ 火気管理 ☐ 電子レンジの使用 ☐ 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： ☐ はい ☐ いいえ	○		△
		昨年と比べて外出の回数が減っている： ☐ はい ☐ いいえ			
		就業又は何らかの地域活動をしている： ☐ はい ☐ 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） ☐ あり ☐ なし （昼） ☐ あり ☐ なし （夕） ☐ あり ☐ 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： ☐ はい ☐ いいえ			
主観的な健康感		健康だと思う： ☐ 全くそう思わない ☐ そう思わない ☐ 何ともいえない ☐ そう思う ☐ 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