

食事動作評価チェックリスト

対象者氏名: 評価日: 年 月 日 評価者:

1. 食事前(準備・認知面)

- 覚醒状況: 食事中に傾眠(ウトウト)傾向にならないか
- 認識・先行期: 目の前のものを「食べ物」と正しく認識できているか
- 配膳: 箸やスプーンを適切な位置に配置・操作できるか
- 自助具: 必要な福祉用具が適切に準備されているか

2. 座位姿勢(安定性)

- 足底接地: 両足がしっかり床(またはフットレスト)についているか
- 体幹保持: 骨盤が立位で、前傾姿勢を保持できるか(左右の崩れはないか)
- テーブルの高さ: 肘を置いた際に肩が上がらず、自然な高さか
- 空間の認識: (片麻痺等の場合)麻痺側の空間や配膳を無視していないか

3. 取り込み動作(操作性)

- 手指の巧緻性: 箸やスプーンを適切に操作できているか
- リーチ動作: 食べ物まで正確に、スムーズに手を伸ばせているか
- 器の固定: 非利き手で茶碗を保持、または添えられているか
- すくい取り: 食べ物をこぼさずに口まで正確に運べているか

4. 口腔・嚥下機能

- 取り込み: 唇で食べ物をしっかりとらえられているか
- 咀嚼: 奥歯でしっかり噛めているか(左右差はないか)
- 送り込み: 舌を使って喉の奥へスムーズに送れているか
- 嚥下: むせ込みや湿性嘔声(ゴロゴロ)がないか、嚥下反射はあるか
- 口腔内残渣: 頬の内側や歯茎の間に食べかすが残っていないか

5. 環境・疲労・時間

- 集中力: 周囲の音や動きに惑わされず、食事に集中できているか
- 耐久性: 食事の後半で姿勢が崩れたり、動作が雑になったりしないか
- 摂取時間: 全量を概ね30分以内で、無理なく摂取できているか