

食の自立支援サービスアセスメント票（ケアマネジャー・保健師用）

※基本事項・経済状況・家族・健康状況が記載されている台帳の写しを添付する場合は、その項目は記入しなくて結構です。

基本事項	相談年月日	年 月 日	担当者	所属
	対象者	氏名 (M・T・S・H・R 年 月 日生 歳)		
	聞き取り相手方	本人・家族()・他()		
	申請内容・理由			
	福祉手帳／介護認定申請	1 なし 2 あり(身障 級・精神 知的) / 1 なし 2 申請中 3 あり<非該当・要支援・要介護()		
	現在利用、相談している機関			
	現在利用しているサービスの状況			
	食事支援	1 同居家族 2 親族(a 通い支援 b 食事差し入れ c 買物援助) 3 支援なし()		
BMI	1 (体重 kg) ÷ (身長 m) ² = () 2 測定不能			
最近6ヶ月の体重増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた			
経済状況	不安が 1 あり 2 なし ()			
家族	家族構成・関係等 【構成図】 ○女性 □男性 ◎本人 ●■死亡 くく同居	1.日中不在 () 2.在宅・交流あり 3.在宅交流なし		1.単身 2.高齢者夫婦世帯 3.高齢者世帯 4.その他 ()
健康状況	現病歴・既往歴等 通院・往診等 受診病院名・主治医			
	身体状況(四肢機能・視力・聴力・排泄)等			
食に関する状況	買物	1 できる	2 できない	3 やらない (a 知識 b 技能 c 意欲 が欠ける)
	食費管理	1 できる	2 できない	3 やらない (a 知識 b 技能 c 意欲 が欠ける)
	献立作成	1 できる	2 できない	3 やらない (a 知識 b 技能 c 意欲 が欠ける)
	調理	1 できる	2 できない	3 やらない (a 知識 b 技能 c 意欲 が欠ける)
	片付け	1 できる	2 できない	3 やらない (a 知識 b 技能 c 意欲 が欠ける)
	摂取	1 支障なし	2 支障はないが困難	3 支障あり ()
	ごみ出し	1 支障なし	2 支障はないが困難	3 支障あり ()
	火気管理	1 支障なし	2 支障はないが困難	3 支障あり ()
	食事回数	回/日 (外食の頻度 回/週)		
	一緒に食べる人	A朝 1あり 2なし	B昼 1あり 2なし	C夕 1あり 2なし
調理・食事設備	1 十分 2 不十分 ()			
食材・食品入手先	1 なし 2 あり (食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他 ())			
特記事項・コメント				

【食の自立を支援する週間プラン】

別紙（食に関する社会資源等）を参考にしながら食の自立を支援する週間プランを記入してください。

本人、妻、娘、嫁等…本人、妻、娘、嫁等 ヘルパー…ホームヘルパー デイ…デイサービス、デイケア
配食…配食サービス 私配…私費配食 ボラ…ボランティア

その他の時は詳しく記入してください

※本人、家族、ヘルパーが弁当を買っている場合は、その後に(弁当)と記入してください。

	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

上記以外で、利用している社会資源等(例 ふれあい給食 2回/月、男の料理教室 1回/月)

()

アセスメント票記入要領（「ケアマネ・保健師用」）

基本事項 …… ㊦

○食事支援

「2親族」の欄には食事支援をしている親族の支援の状況を把握してから記入。「3支援なし」の場合、家族や親族以外の近親者、知人等の支援があれば特記事項に記入。他のアセスメント項目と併せ、社会的孤立や身体的援助の必要性を検討し、社会との交流機会を増やす食関連サービスが適切なのか、IADL 援助が中心としたサービスが適当であるのか等検討します。

○BMI

BMI により、身体、栄養状態を把握し栄養指導等の必要性の有無、内容を検討します。

○最近6ヶ月の体重増減

BMI との関連でサービス提供を検討します。

経済状況 …… ㊦

食関連サービスを受けるにあたっての経済的理由が、サービス受給頻度等に影響があるか否かを確認します。（例 借金返済、無年金等）高齢者世帯にあつては、可能な限り世帯としての経済状況も把握して下さい。

家族 …… ㊦

本人の社会的孤立状況や家族による支援の状況等を把握して下さい。

○家族状況

「1. 日中不在」の場合は、家族の日中の状況を（ ）内に記入します。（例 仕事・通院・通所等）

○家族構成（構成図を記入して下さい）

「3. 高齢者世帯」とは、例えば「高齢の子と親の世帯」を表します。

「4. その他」とは、例えば「2世代3世代等の多世代同居世帯」、または「他同居者」の状態を記入します。

健康状況 …… ㊦

○現病歴

「食」に関連する疾患にこだわらず、現在患っている疾患、発症時期（何年頃から）を記入。医師の指示内容等についても「食」に特化したものに限らず「自宅安静必要」「定期的な運動が望ましい」等の指示内容も記入し、食関連サービスを検討を行います。

○既往疾患

「食」に関連する既往疾患について疾病名、罹患時期（何年前）を記入。疾患名は、口腔疾患、胃腸疾患、腎疾患、胆・肝疾患等を記入し、「配慮食の提供、その提供方法」等について検討をします。

○四肢機能・視力・聴力

「食」に関係する関連動作を営む上での問題の有無を記入します。

○排泄

便秘、下痢の状態が頻繁である場合は、その具体的な内容を記入します。

食に関する状況 …… ㊦

○食生活能力

「1支障なし」とは、日常生活活動の当該項目について自立していること。一連の動作が介護なしに1人で終了出来る場合。

「2支障はないが困難」とは、日常生活活動の当該項目について部分的に介護してもらえば何とか出来る場合。一人では極端に時間がかかり、仕上がり不完全となる場合も含む。

「3支障あり」とは、日常生活活動の当該項目について、一人では一連の動作を遂行することが全く出来ない場合。

（ ）内にはどのように支障があるのかを具体的に記入します。

○食事回数

1日2回以下の食事回数である場合は、「低栄養」「食生活の乱れ」等が考えられるため、他の調査項目と併せて栄養指導、生活改善等の指導の検討が必要。外食がある場合はおよその頻度を記入します。

○一緒に食べる人

毎食「2なし」に○が付いている場合は孤食と判断しデイサービス等の会食サービスの提供を検討します。

調理・食事設備 …… ㊦

本人の状況に応じた台所環境、食堂の環境、調理器具の充足、熱源、水源、食料貯蔵設備等を観察。不備・不足等がある場合は、「2問題あり」に○を付け、何に問題があるのかを（ ）に記入します。

食材・食品入手先 …… ㊦

「2あり」の場合（ ）内の入手先に○をつける（複数可）。

特記事項・コメント …… ㊦

アセスメントに際して特に考慮すべきことがあれば記入します。また、調査者のコメントがあれば併せて記入します。

食の自立を支援する週間プラン …… ㊦

(記入例)	日	月	火	水	木	金	土
朝食	本人	本人	本人 (弁当)	本人	本人 (弁当)	本人	本人 (弁当)
昼食	長男嫁調理	ヘルパー 買物・調理	デイ	ヘルパー 共同調理	デイ	ヘルパー 買物・調理	デイ
夕食	長男嫁調理	配食	ヘルパー 調理	配食	ヘルパー 調理	配食	ヘルパー 調理