

2 江津市「食生活アセスメントシート」及び「食事記録票」の活用について

【活用の経緯と趣旨】

高齢者は加齢に伴う体の変化に加え、疾病要因や社会的要因から低栄養状態に陥りやすく、食生活面での課題を多く抱えています。低栄養状態が続くと生活習慣病の重症化や心身機能の低下をもたらし、要介護状態や寝たきりに陥りやすくなることから、日頃からの食生活への意識を高め、良好な栄養状態を維持することが重要です。そして高齢者の食生活を把握しながら、その人に合った食支援をおこなうことが大切です。地域ケア会議では以前より「高齢者の食事内容や食習慣の把握が難しい」という意見があり、令和元年に「食生活アセスメントシート」を作成しました。

この度、「食生活アセスメントシート」に加えて、食事の改善点や不足している栄養素を確認するために「食事記録票」を作成しました。これは、食生活アセスメントシートでは聞き取りにくかった食事内容や量を把握するためのツールとしてご活用いただきたいと思います。

【問い合わせ先】

江津市地域包括支援センター

TEL：0855-52-7488

食生活アセスメントシート

記入日: 月 日

記入者: _____

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S 年 月 日 (歳)

【食事の準備】

同居家族	人	構成員	配偶者・子(息子・娘)・子の配偶者・孫・その他()
食事の支度をする人	本人・配偶者・子(息子・娘)・子の配偶者・孫・その他()		
本人の調理能力	できる・一部できる(炊飯・簡単なおかず・汁物など)・コンロや電子レンジで温めはできる・できない		
買い物に行く人	本人・家族・その他()		
よく利用する食材	生鮮食品・レトルト食品・冷凍食品・インスタント食品・惣菜・弁当・その他()		
食材の購入	店舗()・生協・ネット・御用聞き・移動販売・その他()		
食材調達は不便ですか	いいえ	はい	理由: 店が近くにない・交通手段がない・重いものが持てない 買う費用(食費)が十分でない・その他()

【食生活の状況】

1	最近食欲はありますか	はい	いいえ	状況		
2	最近食べる量が減ってきましたか	いいえ	はい	状況		
3	食事は一人で食べることが多いですか	いいえ	はい	状況		
4	地域での会食の場に参加していますか	はい	いいえ	状況		
5	1日の食事の回数と時間	回/日	時間(:) (:) (:) (:)			
6	主食(ごはん・パン・麺類)を1日何回食べますか	3回	2回	1回	その他(回)	食べない
7	主菜(肉・魚・卵・大豆製品を主に使ったおかず)を1日何回食べますか	3回	2回	1回	その他(回)	食べない
8	副菜(野菜・きのこ・いも・海藻などを主に使ったおかず)を1日何回食べますか	3回	2回	1回	その他(回)	食べない
9	油を使った料理を1日1回以上食べていますか	はい	いいえ	状況		
10	牛乳またはチーズ、ヨーグルトなどの乳製品を1日1回以上食べていますか	はい	いいえ	状況		
11	果物を1日1回以上食べていますか	はい	いいえ	状況		
12	水分(水やお茶)を1日1ℓ以上は飲んでいますか	はい	いいえ	状況		
13	間食はしますか	はい	回/日		いいえ	
14	アルコールは飲みますか	はい	を	回/週	mlくらい	いいえ
15	健康のために意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどはありますか	はい	を	回/週	くらい	いいえ
16	塩分の多い食品や調味料を控えるなど、塩分の摂りすぎに気をつけていますか	はい	内容		いいえ	
17	食生活で気をつけていることはありますか	はい	内容		いいえ	

【口腔機能】

1	固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	状況
2	飲み込みにくい食べ物がありますか	いいえ	はい	状況
3	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	状況
4	以前に比べて食事に時間がかかりますか	いいえ	はい	状況
5	食べ物が口からこぼれますか	いいえ	はい	状況
6	自分で歯磨きができますか	はい	いいえ	状況
7	いつ歯磨きをしますか	朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他()		しない
8	義歯はありますか	いいえ	はい	上：部分義歯・義歯 下：部分義歯・義歯
9	義歯が合っていますか	はい	いいえ	入れると痛い ・ はずれやすい ・ 使っていない
10	歯や口のことで気になることがありますか	いいえ	痛みがある ・ グラグラしている歯がある ・ 汚れが見える 腫れている ・ 口臭 ・ 口が乾く ・ その他()	

【健康状態】

現在の体重	kg	過去6か月間の 体重の変化	変わらない ・ 増加 ・ 減少 ()kg	
現在のBMI	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = BMI ()			
一番太っていた 頃の体重	歳頃 約 kg	70歳以上の目標とするBMI 21.5~24.9 (低栄養のリスク BMI20未満)	<参考値> BMI20の体重(kg)	kg
体重測定の種類	毎日 ・ 週1回程度 ・ 月1回程度 ・ 測定していない ・ その他()			
主観的健康感	とてもよい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまり良くない ・ 良くない			
現在通院していますか	していない ・ している (病名:)			
定期的に受診 しているかかり つけ医療機関 がありますか？	【内科】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
	【歯科】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
	【外科】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
	【その他】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
毎年、健康診断を受けていますか	はい ・ いいえ			
服薬状況	ない ・ ある (1~2種類 ・ 3~4種類 ・ 5種類以上)			
治療食の必要性	ない ・ ある (指示内容:)			
食物アレルギーの有無	ない ・ ある (内容:)			
排便の状況	よい		・ 下痢になりやすい ・ 便秘になりやすい 服薬 (有・無)	
睡眠の状況	眠れる		・ たまに眠れない ・ 眠れない 服薬 (有・無)	
定期的な運動	する (を 分くらい、 週 回) ・ しない			
たばこ	吸わない ・ 吸う (本/日)			