

調査票① デイサービスDASCモデル事業（デイサービス記入用）

DASCの結果が31点以上の場合、該当する箇所に「○」を記入してください。（記入できる箇所だけで構いません）

事業所番号	
事業所名	
介護保険被保険者番号	

受診勧奨 実施済み	受診する意向 又は 受診済み	受診拒否			診断結果			投薬治療 を実施又 は実施し た	デイの対 応の有り方 に変化が あった
		本人の意思	家族	その他	認知症で はない	軽度認知 障害	認知症		

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items(DASC-21)

記入日 平成 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日: 年 月 日 (歳)			男・女	独居・同居	
本人以外の情報提供者の氏名:		(本人との続柄:)			記入者氏名:		(所属・職種:)
		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)	
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せない事がありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間
4	今日が何月何日かわからない時があります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	問題解決 判断力	問題解決
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できます	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的 判断力
8	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		買い物
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL	交通機関
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		家庭内の IADL
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	食事の準備	
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	服薬管理	
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ①	入浴
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		着替え
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声 かけを要する	3. 一部介助を要 する	4. 全介助を要する		排泄
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声 かけを要する	3. 一部介助を要 する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	整容
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声 かけを要する	3. 一部介助を要 する	4. 全介助を要する		食事の準備
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声 かけを要する	3. 一部介助を要 する	4. 全介助を要する		移動
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声 かけを要する	3. 一部介助を要 する	4. 全介助を要する		
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声 かけを要する	3. 一部介助を要 する	4. 全介助を要する		

DASC21: (1~21項目まで)の合計点

点/84点

デイサービスDASCモデル事業（医師記入用）

調査票②

【利用者名】

【介護保険被保険者番号】

ここはデイサービス事業所が
受診前に記載しておいてくだ
さい

お手数ですが、以下に記入のうえ、ご本人様に渡してください。

【受診診療所名】

【受診日】

平成 年 月 日

1-（1） 受診した結果は、どのようなものでしょうか。

（該当する箇所に○をつけてください）

1. 正常または健常

2. 軽度認知障害(MCI)

3. 認知症

→ 問2へ

→ 問2へ

→ 問1-(2)へ

1-（2） 認知症の場合（1-（1）で「3. 認知症」を選んだ場合）、 可能であれば、記入願います。

（該当する箇所に○をつけてください。鑑別不能の場合は、記入不要です。）

1. アルツハイマー型認知症

4. レビー小体型認知症

7. アルコール関連障害による認知症

2. 脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症

5. 前頭側頭葉変性症

8. その他の認知症

3. 血管性認知症

6. 正常圧水頭症

9. 不明

2 認知症高齢者の日常生活自立度

（該当する介護保険でいう日常生活自立度のレベルに○をつけてください）

I II a II b III a III b IV M

3 診断内容に応じて指示したこと（該当する口に✓をしてください）

- 精密検査を受けるよう、別の病院を紹介した（病院名：_____）
- 本人または家族に、定期的に当院に相談するよう伝えた。
- 認知症の予備軍であったので、生活習慣を見直すよう勧めた
- その他 下記に記載してください。

4 その他（デイサービス等に伝えたいことがあれば記載ください。）

記入例

調査票① デイサービスDASCモデル事業（デイサービス記入用）

DASCの結果が31点以上の場合、該当する箇所「○」を記入してください。（記入できる箇所だけで構いません）

事業所番号	3370999999	受診勧奨実施済み	受診する意向又は受診済み	受診拒否			診断結果			投薬治療を実施又は実施した	デイの対応の有り方に変化があった
事業所名	岡山市デイサービス			本人の意思	家族	その他	認知症ではない	軽度認知障害	認知症		
介護保険被保険者番号	0123456789	○			○						○

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System (DASC-21)

記入日 平成28年7月15日

ご本人の氏名：岡山 太郎 生年月日：昭和10年 1月 1日（81歳） 男 女 独居 同居
 本人以外の情報提供者の氏名：岡山 花子（本人との続柄：妻） 記入者氏名：岡山 次郎（所属・職種：PT）

		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄	
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)		
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる			
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶	
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間	
4	今日が何月何日かわからないことがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所	
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	問題解決 判断力	問題解決	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できます	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的 判断力	
8	一日の計画を自分で立てることができます	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができます	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理	
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	電話	
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		食事の準備	
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ①	服薬管理	
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		身体的 ADL ②	入浴
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ②		着替え
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		身体的 ADL ②	排泄
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②		整容
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		身体的 ADL ②	食事の準備
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②		移動
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			

受診拒否の理由で、該当する箇所「○」を記入してください

診断結果等は、受診が終わって、わかる場合は記入してください。

正常域 障害域

1点、2点が正常域、3点、4点が障害域であることを目安に評価する

合計点は、この範囲
一番上の、A、Bは足さない。

DASC21: (1~21項目まで)の合計点 32点/84点

デイサービスDASCモデル事業（医師記入用）

調査票②

【利用者名】

【介護保険被保険者番号】

岡山 太郎

0123456789

ここはデイサービス事業所が受診前に記載しておいてください

お手数ですが、以下に記入のうえ、ご本人様に渡してください。

【受診診療所名】

【受診日】

岡山市クリニック

平成 28 年 8 月 1 日

ご本人(利用者)が、診療所を受診した日を記入してください。

1-(1) 受診した結果は、どのようなものでしょうか。

(該当する箇所に○をつけてください)

1. 正常または健常

2. 軽度認知障害(MCI)

3. 認知症

→ 問2へ

→ 問2へ

→ 問1-(2)へ

1-(2) 認知症の場合(1-(1)で「3. 認知症」を選んだ場合)、 可能であれば、記入願います。

(該当する箇所に○をつけてください。鑑別不能の場合は、記入不要です。)

1. アルツハイマー型認知症

4. レビー小体型認知症

7. アルコール関連障害による認知症

2. 脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症

5. 前頭側頭葉変性症

8. その他の認知症

3. 血管性認知症

6. 正常圧水頭症

介護保険の主治医意見書を記入するときの、日常生活自立度と同じ区分です。

2 認知症高齢者の日常生活自立度

(該当する介護保険でいう日常生活自立度のレベルに○をつけてください)

I **II**a II b III a III b IV M

今回、受診されたときの判断で記入願います。

3 診断内容に応じて指示したこと (該当する口に✓をしてください)

精密検査を受けるよう、別の病院を紹介した (病院名: _____)

本人または家族に、定期的に当院に相談するよう伝えた。

認知症の予備軍であったので、生活習慣を見直すよう勧めた

その他 下記に記載してください。

4 その他(デイサービス等に伝えたいことがあれば記載ください。)

意思疎通の困難さが時々みられると思います。

サービス提供のなかで積極的に声をかけて、行動を促すように心がけてください。

デイサービスなどに、特に伝えたいことがあれば、ご記入願います。