

報告事項⑤

(認知症初期集中支援チーム検討委員会)  
認知症初期集中支援チーム活動報告について

## 認知症初期集中支援チーム検討委員会

### 令和5年度境港市の認知症初期集中支援チームについて

#### 「認知症初期集中支援チーム員会議」

##### 1、概要・目的

本市では、平成29年度に認知症初期集中支援チームを設置し、引き続き「第9期境港市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の中に位置づけている。

認知症の人の意志が尊重され、できる限り、住み慣れた地域のよりよい環境で、自分らしく暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援を検討しながら実施する。

##### 2、チーム員会議の内容

- ①アセスメント内容の総合チェック
- ②専門医療機関への紹介の必要性などを検討
- ③受診に向けた適切な方法の検討、本人の状態にあった介護保険サービス導入に向けた検討、助言支援 等

#### 境港市の認知症対策について

##### ～認知症になんでも安心して暮らせるまちを目指して～

###### ○早期発見・対応

- ・認知症初期集中支援推進事業 ⇒ 「認知症初期集中支援チーム員会議」
- ・認知症地域支援推進員の配置
- ・地域ケア会議 ⇒ 認知症ケアパス作成及び活用

###### ○理解の促進と情報提供

- ・認知症サポーター養成講座（各種団体・市内小学校など）
- ・一般住民に向けた講演会の開催
- ・認知症ケアパス作成及び活用(再掲)
- ・おれんじカフェの開催(家族のつどい、おれんじカフェさかいみなど)

###### ○地域における支援体制づくり・家族支援

- ・予防サークルの活動（市内15ヶ所あり）等
  - ・おれんじカフェ（市内2か所 済生会地域ケアセンター/市長寿社会課）
  - ・家族介護教室
  - ・認知症高齢者等事前登録事業
- 県及び西部圏域関係機関と連携
- ・本人ミーティング、おれんじカフェなどへの参加(本人や家族への促し)

#### 3、対象者

原則として40歳以上で、在宅で生活しており、下記のいずれかの基準に該当する者

###### ○医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者

- ・認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- ・継続的な医療サービスを受けていない者
- ・適切な介護サービスに結びついていない者
- ・介護サービスが中断している者

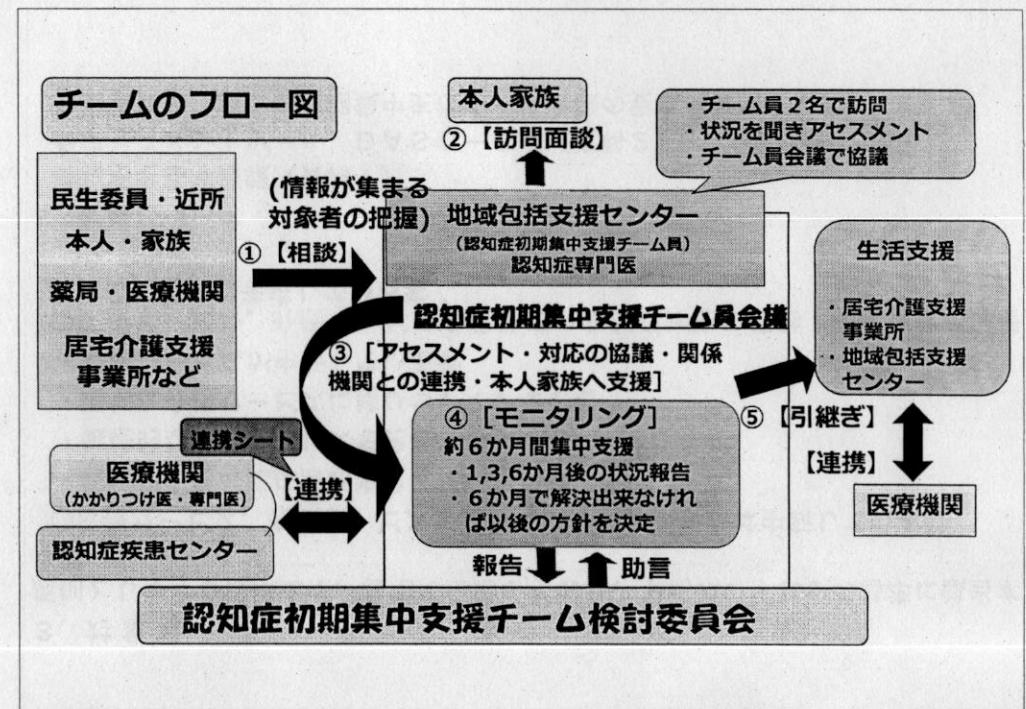
###### ○医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

#### 4、記録について

- 利用者基本情報（資料1）
- アセスメントツール DASC-21（資料2）
- 会議記録 認知症初期集中支援チーム会議の要点（資料3）

## 5. 認知症初期集中支援チーム員会議への流れ チームのフロー図参照

- ① 地域包括支援センターへ情報が集まる（対象者の把握）
  - ② 認知症初期集中支援チーム員が2人で訪問
  - ③ 本人、家族、その他親類より状況を聞き取り、基本アセスメントツールを使用
  - ④ 認知症初期集中支援チーム員会議（専門医を含め対応などについて検討）
    - ・会議開催に当たり資料作成（個別にケース紹介）
    - ・6か月間集中支援を行い、チーム員会議で1か月、3か月、6か月にモニタリングを行い、6か月で解決できなければ以後の方針を決定する。
    - ・介護サービスへ→介護保険申請・認定調査。⇒居宅介護支援事業所等へ引き継ぐ
    - ・主治医へ連絡→チェック票等 連携シートの活用
    - ・そのまま経過を見る ⇒ 地域包括支援センター



## 認知症初期集中支援チーム

- ①設置： 平成29年4月  
境港市地域包括支援センター内

②構成員：

  - ・境港市地域包括支援センター専門職 17名のうち各回5~6名  
(保健師・社会福祉士・(主任)介護支援専門員・認知症地域支援推進員)
  - ・認知症専門医 1名 (済生会境港総合病院脳神経内科 粟木医師)
  - ・必要時居宅介護支援事業所の介護支援専門員

③開催回数：月1回 14時～16時

#### ④開催場所：境港市役所

\*令和5年度は10回開催/検討事例9件/前年度からの継続

モニタリング3件を含めモニタリング事例16件(延べ)

## 医療機関・薬局との連携

認知症初期集中支援チーム

連携シー

- ・チームでの検討内容を主治医へ報告
  - ・医療機関、薬局からチームへ、気になる利用者の情報提供等

#### ■※連携シートについて

市内医療機関（医科・歯科）、薬局  
に案内

(連携シート相談件数)

医療機関 0件  
薬局 0件

## 検討ケースの状況まとめ

- ・サービス導入となり終結したケース（入院も含む） 4件
- ・サービス導入に繋がらず終結したケース 4件(2)
- ・サービス導入につながらず継続中のケース(次年度へ) 3件
- ・居宅介護支援事業所ケアマネジャーからの相談ケース1件(1)  
( )内は前年度からの継続件数

## 認知症初期集中支援チーム員会議まとめ

- ①制度や医療につながらなかった主な理由は
  - ・家族に問題意識が薄い。協力体制が得づらい環境。
  - ・見守りでよい状態（相談窓口紹介し終結とする。又は包括が総合相談として継続する）
- ②専門医を含めたチームで検討することで、支援方針が立てやすく、多様な支援につなげる手段が得やすい。
- ③会議後、6ヶ月間にあらゆる方法で本人・家族と接点をとり、制度利用を行えるように集中的に支援をすることが大切である。

## 認知症初期集中支援チーム員会議まとめ

- ④地域包括支援センターにチームを設置することで、情報の集約がし易く、フォローもスムーズである。
- ⑤チームや相談システム(連携シートの活用など)についての普及啓発を続け、チームの活用を促進していく必要がある。

# 認知症施策推進大綱(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定) (概要)

## 【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進

※1 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

## 世界の認知症戦略 世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

### 英国

#### ○国家認知症戦略

・2009年に国家認知症を5ヵ年計画として発表。2015年に同法が署名され、年内に2020年までの新たな戦略を発表。

### 米国

#### ○国家アルツハイマー計画法に基づく計画

・2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、2012年に同法に基づく計画を発表。

### フランス

#### ○神経変性疾患に関する国家計画

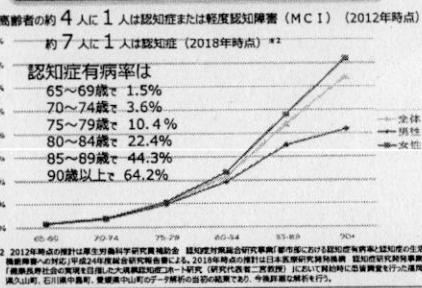
・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

### オーストラリア

#### ○認知症に関する国家構想

・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中

## 我が国の認知症有病率等について



## コンセプト

○認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になるとなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

○生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らしことができる社会を目指す。

○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

## 具体的な施策

### 認知機能の低下のない人、プレクリニカル期 認知症発症を遅らせる取組 (一次予防※3)の推進

#### ① 普及啓発・ 本人発信支援

### 認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む) 早期発見・早期対応(二次予防)、発症後の 進行を遅らせる取組(三次予防※4)の推進

#### ② 予防

### ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進 ・予防に関するエビデンスの収集の推進

### 認知症の人 認知症の人本人の視点に立った 「認知症バリアフリー」の推進

#### ・認知症の人本人からの発信支援 ・認知症の人本人がまとめた 「認知症とともに生きる希望宣言」の展開

### ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

#### ・早期発見・早期対応、医療体制の整備 ・医療従事者等の認知症対応力向上の促進 ・医療・介護の手法の普及・開発

#### ・介護サービス基盤整備・介護人材確保 ・介護従事者の認知症対応力向上の促進 ・認知症の人の介護者の負担軽減の推進

### ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

#### ・バリアフリーのまちづくりの推進 ・移動手段の確保の推進 ・交通安全の確保の推進 ・住宅の確保の推進 ・地域支援体制の強化 ・地域の見守り体制の構築支援・見守り・探索に関する連携 ・地方自治体等の取組支援 ・ステッキ・杖等の器具を提供した認知症サポートが認知症の人やその家族への支援を行う仕組み(「チームオレンジ」)の構築 ・認知症に関する取組を実施している企業等の認証制度や表彰 ・商品・サービス開発の推進 ・金融商品開発の推進 ・成年後見制度の利用促進 ・消費者被害防止施策の推進 ・虐待防止施策の推進 ・認知症に関する様々な民間保険の推進 ・違法行為を行った高齢者等への福祉的支援

#### ・若年性認知症支援コーディネーターの体制検討 ・若年性認知症支援コーディネーターのネットワーク構築支援 ・若年性認知症コールセンターの運営 ・就労支援事業所の実態把握等 ・若年性認知症の実態把握

#### ・社会参加活動や社会貢献の促進 ・介護サービス事業所利用者の社会参加の促進

### ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

#### ・認知症発症や進行の仕組の解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発など、様々な病態やステージを対象に研究開発を推進 ・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立

#### ・既存のコホートの役割を明確にしたうえで、認知症発症前の人や認知症の人等が研究や治験に容易に参加できる仕組みを構築 ・研究開発の成果の産業化とともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用し、介護サービス等の国際展開を促進

## 認知症の人や家族の視点の重視

上記1~5の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

## 目指すべき社会

認知症の発症を遅らせ、認知症になても希望をもって日常生活を過ごせる社会

## 主なKPI/目標

### ① 普及啓発・本人発信支援

・企業・職域型の認知症サポート委員会設立(200万人)

・認知症サポート委員会設立(200万人)

・世界アルツハイマー一日間における普及・啓発イベント等の開催

・広報紙やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村100%

・認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加

・認知症本人大使(希望宣言大使)(仮称)の創設

・全国道府県においてキャラバン・メイト大使(仮称)の設置

・全都道府県においてピアサポートによる本人支援を実施

### ② 予防

・介護予防に資する場のへの参加率を8%程度に高める

・認知症予防に関する事例集・取組の実践に向けたガイドラインの作成

・認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成

・介護保険総合データベースやCHASEによりデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示

### ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

・認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合65%

・市町村における認知症ケアバス作成率100%

・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知

・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

### ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援 社会参加支援

・全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポートを中心とした支援を繋ぐ仕組み(チームオレンジ)などを整備

・認知症バリアフリー宣言件数、認証制度応募件数、認証件数

(認知症バリアフリー宣言・認証制度の組みの検討結果を踏まえて検討)

・本人の意見を踏まえた商品・サービスの登録件数(本人の意見を踏まえ開発された商品・サービスの登録件数に関する検討結果を踏まえて設定)

・全預金取扱金融機関(※)の個人預金残高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を導入済とする金融機関の個人預金残高の割合 50%以上(2021年度末)

\*ネットバンク等の店舗窓口において預金を取り扱っていない金融機関及び農業・漁業信用組合に係る個人預金

残高は除く。

成年後見制度の利用促進について(2021年度末)

・中核都市(特別機能都市等)を含む市町村数 全1741市町村

・中核都市に於ける成年後見制度の組みの検討結果を踏まえて検討する市町村数 全1741市町村

・中核都市に於ける成年後見制度の組みの検討結果を踏まえて検討する市町村数 全1741市町村

・協議会等の組合体を設置した市町村数 全1741市町村

・市町村に於ける成年後見制度の組みの検討結果を踏まえて検討する市町村数 全1741市町村

・国研修を受けた扶養範囲員や市町村扶養範囲員等の全3500人

・後見専向の意思決定支援修習が実施された都道府県の全47都道府県

・人口5万人以上の市町村において、消費者安全確保地域協議会の設置

### ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC取得3以上)

・認知機能低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標の確立

・日本発の認知症の疾患修飾薬候群の治療開始

・薬剤治療に即効対応できるコホートを構築

期間：2025年まで

赤字:新規・拡充施策

※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

## 1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に發揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（ニ共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向かって、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

## 2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。

② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。

③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。

④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。

⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。

⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。

⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

## 3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

## 4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

## 5.基本的施策

### ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

### ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

### ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

### ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

### ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

### ⑥【相談体制の整備等】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立するがないようにするための施策

### ⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

### ⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

## 6.認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

## 利 用 者 基 本 情 報

資料1

作成担当者:

### 《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )		<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話		<input type="checkbox"/> 初回
			<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 再来 (前 / )
本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所中 ( )				
フリガナ 本人氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 歳	
住 所				TEL	
TEL				FAX	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
認定情報	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5				
	有効期限 H28年12月1日 ~ H30年11月30日 ( 前回の介護度:要支援1 )				
障害等認定	身障 ( ) 療育 ( ) 精神 ( ) 難病 ( )				
本人の 住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅				
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 ( )				
来所者 (相談者)					
住 所 連絡先			統 柄		
緊急連絡先	氏名	統柄	住所・連絡先		

家族構成

家族構成

家族関係の状況

## 利 用 者 基 本 情 報

利用者氏名

**《介護予防に関する事項》**

今までの生活			
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係

**《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)**

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	

**《現在利用しているサービス》**

公的サービス	非公的サービス

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

記入日 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	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			
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	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	
4	今日が何月何日かわからぬときがありますか	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			
5	自分のいる場所がどこだかわから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	見当識	時間	
6	道に迷って家に帰ってこら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			
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	問題解決 判断力	問題解決	
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			
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			
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	家庭外の IADL	買い物	
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			
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			
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	家庭内の IADL	電話	
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			
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を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			
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ①	入浴	
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			
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. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	整容	
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	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. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する			

DASC 21:(1~21項目までの)合計点

点/84点

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(DASC-21) ©栗田主一 東京都健康長寿医療センター研究所

## 認知症初期集中支援チーム会議の要点

作成年月日 令和5年6月8日

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

事例提供者 氏名 \_\_\_\_\_

開催日 \_\_\_\_\_

時間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

開催場所 \_\_\_\_\_

会議出席者	所属	職種	氏名	所属	職種	氏名	所属	職種	氏名
会議資料	○基本情報 → 別紙 資料1(基本情報) 参照 ○アセスメント → 別紙 資料2(DASC-21) 参照 ○課題背景 → 下記 課題背景参照								
課題背景 (要約)									
検討内容									
結論									
今後の展開					1ヶ月 評価				

次回開催日 年 月 日 予定