

物忘れスピード問診票について

この問診票は、認知症の早期発見・早期受診を目的として開発・作成されたものです。認知機能の低下をきたす疾患のスクリーニング（ふるいわけ）を迅速に行うことができます。次のQ&A（質問と回答）を読んで、お使いください。

	Q（質問）	A（回答）
1	この問診票は <u>どのよう な場合</u> に使うのです か？	次のような場合にお使いください。 ① 記憶力が落ちてきたと感じる場合 ② 物忘れがひどくなってきたと感じる場合 ③ 認知症の心配がある場合
2	この問診票は <u>誰が記載</u> するのですか？	次の①②③のうち、どなたでも記載できるように工夫さ れています。 ① ご本人（ご自身） ② ご家族など身近の方 ③ ご本人のことをよく知っている介護・福祉関係の方
3	この問診票は、 <u>本人と 家族が相談しながら</u> 記 載してもよいのです か？	一般的には、ご本人とご家族など身近の方が、別々の用 紙に記載します。しかし、ごいっしょに相談しながら1 枚の用紙に記載してもけっこうです。ご本人の記載がむ ずかしい場合は、身近の方だけの記載でもけっこうです。 この問診票は、どのような記載方法にも対応できるよう に工夫されています。
4	この問診票の記載には <u>どのくらいの時間</u> がかか りますか？	記載に要する時間は、一般的には5分以内です。ゆっく りお考えになった場合でも10分以内に終わります。
5	【1】症状チェック は、ど のように記載するの ですか？	該当する項目の大きな□に印（ <input checked="" type="checkbox"/> ）をつけてください。 また、（ ）内に該当する例があれば、その□にも印（ <input checked="" type="checkbox"/> ） をつけてください。
6	【2】進行パターンチェッ ク は、どのように記載す るのですか？	該当する□に印（ <input checked="" type="checkbox"/> ）をつけ、（ ）内に数字を記入して ください。特に、進行が【A】から【F】のどの図に該当 するのかが、非常に大切です。最も近いと考えられる□ に印（ <input checked="" type="checkbox"/> ）をつけてください。
7	<u>問診票の記載が終わっ たら</u> 、どのようにした らよいのでしょうか？	記載が終わったら、問診票は次の①または②の医療・介 護・福祉関係者に見てもらってください。 ① かかりつけ医、② 介護・福祉関係者（ケアマネー ジャー、地域包括支援センターの職員など） 必要に応じて、この問診票とともに船橋市医師会認知症 協力医療機関に紹介してくれます。

表1、物忘れスピード問診票

物忘れスピード問診票		記載： 20()年()月()日	
患者さんのお名前	()	()歳	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性
記載者	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> 配偶者の方、 <input type="checkbox"/> 息子さん、 <input type="checkbox"/> 娘さん、 <input type="checkbox"/> お嫁さん、 <input type="checkbox"/> その他の方	

【1】 症状チェック： 該当する□に印をつけてください(例：☑)

1 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 人の名前や言葉がすぐに 出てこない。「あれあれ、それ それ」が多くなった。	11 言語 I	<input type="checkbox"/> 込み入った話やテレビドラ マの筋が理解できなくなっ た。	21 精神	<input type="checkbox"/> 無関心(例：□今まで好き だったことに無関心。□無気 力。□社交性がなくなった。)
2 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 日付や曜日を一日に何度 も確認する。	12 言語 I	<input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない。 自分の言いたいことが分 からなくなる。	22 精神	<input type="checkbox"/> 不安、不眠(例：□不安にな る、□気がめいる、□夜、眠れ ない。)
3 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 最近のことを思い出せない。 (例：□何をしに来たのか、 □どこに置いたのか)	13 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 慣れている作業(趣味・日 課)がうまくできなくなった。	23 精神	<input type="checkbox"/> 被害者意識(例：□被害者 意識が強くなった。□物が見 当たらないと盗まれたと思う。)
4 記憶 中	<input type="checkbox"/> 行うべきことを忘れる。 (例：□薬の飲み忘れ □火・電気の消し忘れ □蛇口の閉め忘れ)	14 行為 遂行	<input type="checkbox"/> お金を使つての買い物が できなくなった。	24 精神 F	<input type="checkbox"/> 性格が変わった(例：□怒り っぽい、□落ち着きがない、 □遠慮がない、□独り言を続 ける、□興奮しやすい。)
5 記憶 中	<input type="checkbox"/> よく知っている人(家族や 友人)の名前が出てこない ことがある。	15 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 一人で乗り物を利用して外 出することが難しくなった。	25 精神 L	<input type="checkbox"/> 幻覚(例：□実際にはない物 や人が見える：幻視、□音・声 が聞こえる：幻聴)
6 記憶 中	<input type="checkbox"/> 約束の時間・場所などを間違 える。	16 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 今までできた一連の動作 ができない。(例□料理、 □洗濯、□薬の管理、□お金の 管理、□年賀状作成)	26 行動	<input type="checkbox"/> 身だしなみ・排尿の件(例： □身だしなみを気にしない。 □何日も入浴しない。 □排尿・排便の失敗。 □ゴミを捨てない。)
7 記憶 中	<input type="checkbox"/> 一度に二つのことを覚えら れない。	17 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 使いなれた道具・器械が 使えない。(例：□リモコン、 □携帯電話、□パソコン、□ メール、□爪切り)	27 行動	<input type="checkbox"/> 屋内・屋外を一人で歩き回 る(うろろする)。
8 記憶 重	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる。(例：□同じこ とを何度も言ったり聞いたりす る。 □30分後には忘れてる。 □同じ物を毎回買う。)	18 判断	<input type="checkbox"/> だまされやすくなった。 (例：□振り込め詐欺など、 □高額な買い物)	28 行動 F	<input type="checkbox"/> 同じ行為とこだわり(例： □日常生活で同じ行為を繰り返 す。 □ある事柄にこだわる。)
9 記憶 重	<input type="checkbox"/> 今いる場所が、分からなく なることがある。	19 行為 認知 r	<input type="checkbox"/> 服の前後や上下を間違え る。頭や腕を通すところが わからない。	29 他	<input type="checkbox"/> 睡眠のリズムの障害： 昼 夜逆転
10 記憶 重	<input type="checkbox"/> 家族や親しい人の顔が分 からなくなった。	20 認知 r	<input type="checkbox"/> 知っているはずの道に迷う ことがある。	30 他 L	<input type="checkbox"/> 歩行障害(例：□歩き方が変 になった。□転倒しやすい。 □意識を失うことがある。)

【2】 進行パターンチェック (□にチェック☑、()内に数字)

脳の病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)になったことはありますか⇒ <input type="checkbox"/> ない、 <input type="checkbox"/> 1回ある、 <input type="checkbox"/> 2回以上ある
物忘れが始まったのはいつ頃ですか⇒ ()年前、()カ月前、()週前、()日前
進行は次の図のどれに該当しますか⇒ (<input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> C、 <input type="checkbox"/> D、 <input type="checkbox"/> E、 <input type="checkbox"/> F)に該当する。 <input type="checkbox"/> 該当するものはない。

[A]半年から1年間、ほとんど変化なし(またはきわめて徐々に進行)
 [B]半年から1年間、ゆっくり進行
 [C]半年から1年間、ゆっくり進行していたが、最近急激に悪化
 [D]半年から1年間、波状または階段状に悪化
 [E]数日または数週前から、急激に発症し悪化
 [F]悪化し、その後改善、またはその繰り返し。

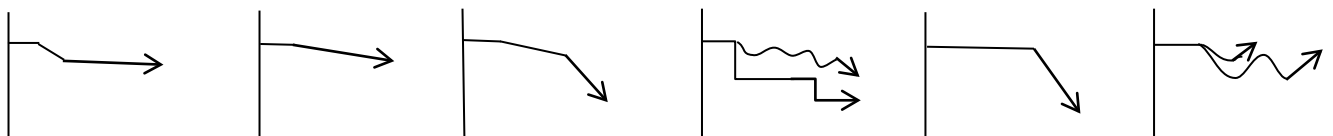


表2、物忘れスピード鑑別表(8種類の代表的パターン)

注:◎は各代表的パターン内で頻度が非常に多い進行パターン、○は頻度の多い進行パターン

【QN】加齢による物忘れ

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	軽度 ↓ 中等度はあっても1項目	11		21	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
進行					
◎	○				
A	B	C	D	E	F

【QM】軽度認知障害

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	中等度 ↓	11		21	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
進行					
◎	○				
A	B	C	D	E	F

【QA】アルツハイマー型認知症

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	中～重度 ↓ 中が2以上, 重が1以上	11	1項目以上	21	有りまたは無し
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
進行					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F

【QV】血管性認知症

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	中～重度 ↓ 中が2以上, 重が1以上	11	1項目以上	21	有りまたは無し
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
進行(脳血管障害の既往)					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F

【QL】レビー小体型認知症

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	中～重度 ↓ 中が2以上, 重が1以上	11	1項目以上	21	25
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
				28	30
進行					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F

【QF】前頭側頭型認知症

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	中～重度 ↓ 中が2以上, 重が1以上	11	1項目以上	21	24
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
				28	30
進行(発症は65歳以下)					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F

【QD】うつ病などの偽性認知症

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	有りまたは無し	11	2項目以下	21	精神症状が3項目以上
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
進行					
◎	◎	◎	○	◎	○
A	B	C	D	E	F

【QZ】急性疾患

症状					
記憶障害		記憶障害以外の 中核症状		周辺症状等	
1	軽度 ↓ 中等度 ↓ 重度	11	有りまたは無し	21	有りまたは無し
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
進行					
				◎	
A	B	C	D	E	F

表3、物忘れスピード問診票の使い方

物忘れスピード問診票と物忘れスピード鑑別表の使い方

1) スピード問診票の構成	(1) 症状チェック、進行パターンチェック	問診票は、【1】症状チェック欄および【2】進行パターンチェック欄から構成されており、患者本人および付き添い者(家族、ケアマネジャーなど)が記載する。症状チェックは、左側の列、中央の列、右側の列から構成されている。
	(2) 認知症の中核症状	【1】症状チェックの左側の列のNo.1-10は、認知症の主な中核症状である記憶障害の症状であり、記憶障害の程度を上段から下段に軽度・中等度・重度の順に並べてある。 中央の列のNo.11-20は記憶障害以外の中核症状(言語、行為、認知、遂行、判断などの症状)であり、No.11, 12は主に左大脳半球の症状、No.19, 20は主に右大脳半球の症状である。
	(3) 認知症の周辺症状	右側の列のNo.21-30は周辺症状(精神症状、行動上の障害)およびその他の症状である。No.24,28は前頭側頭型認知症に関連し、No.25,30はレビー小体型認知症に関連する。
	(4) 進行パターン	6種類の進行パターンが図示されている。このうち、【A】は加齢による物忘れ、【B】および【C】はアルツハイマー型認知症、【D】は波状または階段状に悪化する疾患、【E】は脳血管障害の急性期・せん妄の急性期、【F】は急性疾患やせん妄からの回復期・一過性全健忘・悪化と回復を繰り返す疾患を示唆するものである。
2) スピード鑑別表によるスピードスクリーニング(8種類の代表的パターン) 注:下線部はそれぞれの診断基準に合致する事項。	【QN】 加齢による物忘れ	記憶障害が軽く(中等度はあっても1項目以下)、進行パターンが【A】ならば加齢による物忘れを疑う(進行パターンが【B】のこともある)。
	【QN】 軽度認知障害	軽度から中等度の記憶障害を認める(中等度が2項目以上)が、記憶障害以外の中核症状がなく、進行性でもない(進行パターンは【A】であるが、【B】のこともある)。また、中等度の記憶障害と記憶障害以外の中核症状を有するが、進行性でない場合も、本パターンと考える。
	【QA】 アルツハイマー型認知症	①記憶障害が中等度以上(中等度が2項目以上または重度が1項目以上)で②記憶障害以外の中核症状が1項目以上(No.18の詐欺事件被害を含む場合は2項目以上)で、③進行パターンが【B】または【C】ならば認知症(特にアルツハイマー型認知症またはアルツハイマー型を主とする混合型認知症)を疑う。この【QA】パターンをとり、No.1, 5, 7を含む場合には、意味性認知症の可能性もある。また、正常圧水頭症もこの【QA】パターンとなることが多い。
	【QV】 血管性認知症	上記【QA】パターンをとり、脳血管障害(脳梗塞、脳出血など)の既往があれば、血管性認知症または血管性認知症を主とする混合型認知症を疑う(特に、既往が2回以上あれば強く疑う)。進行パターンは【B】・【C】のことが多い。
	【QL】 レビー小体型認知症	上記【QA】パターンをとり、No.25(幻覚)があればレビー小体型認知症またはアルツハイマー型認知症を疑う。No.25(幻覚、特に幻視)およびNo.30(パーキンソン病、転倒、失神)があればレビー小体型認知症・パーキンソン関連認知症を疑う。
	【QF】 前頭側頭型認知症	上記【QA】パターンをとり、No.24(性格変化、特に自分の行動を抑制できない)およびNo.28(常同行動)があれば前頭側頭型認知症を疑う。特に65歳以前の発症のときは強く疑う。
	【QD】 うつ病などの偽性認知症	精神症状が3項目以上の場合、うつ病などの偽性認知症を疑う(特に65歳未満、または記憶障害以外の中核症状が0-2項目の場合は強く疑う)。進行パターンに特定のものはないが、【A】【B】【C】【E】となることが多い。
	【QZ】 急性疾患	進行パターンが【E】の場合は、急性疾患・うつ病などの偽性認知症・アルツハイマー型認知症を考える。何らかの物忘れを主訴として物忘れ外来を受診する患者の中に、まれに急性疾患(脳血管障害の急性期、代謝性疾患の悪化など)が含まれることがあり、原因精査を急ぐ必要がある。薬剤による影響で急に記憶力が低下する場合も本パターン【QZ】となる。また、認知症に新たに急性疾患・頭部外傷が加わる場合は進行パターンは【C】となる。
【QX】 その他	上記8種類の代表的パターンに該当しない非認知症患者が物忘れ外来を受診することがある(一過性全健忘、頭部外傷後遺症、精神発達遅滞、薬剤による影響など)。8種類に該当しない場合を【QX】とする。	