

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	

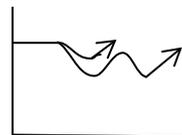
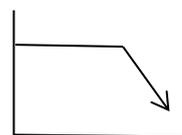
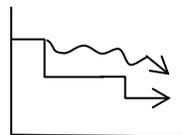
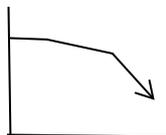
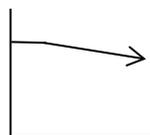
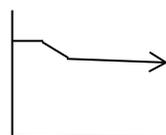
【1】 症状チェック： 該当する□に印をつけてください(例：☑)

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(うろうろする)。
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分後には忘れている。 □同じ物を毎回買う。)	18 判断	<input type="checkbox"/> 判断力の低下、だまされや すくなった。 (例：□振り込め詐欺・ 受け取り詐欺など、 □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。



①加齢による物忘れのパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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
→	→	→	→	→	→

②軽度認知障害のパターン

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

③アルツハイマー型認知症のパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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
→	→	→	→	→	→

④血管性認知症のパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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(脳血管障害の既往有り)					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F
→	→	→	→	→	→

⑤レビー小体型認知症のパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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					
				30	
進行					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F
→	→	→	→	→	→

⑥前頭側頭型認知症のパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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	
進行					
	◎	◎	○		
A	B	C	D	E	F
→	→	→	→	→	→

⑦うつ病などの偽性認知症のパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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
→	→	→	→	→	→

⑧急性疾患のパターン

症状					
記憶障害		記憶障害以外の の中核症状		BPSD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
→	→	→	→	→	→

「物忘れスピード問診票と鑑別表」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) 認知症の行動・心理症状(BPSD)	右側の列のNo.21-30は行動・心理症状(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)	① 加齢による物忘れのパターン	記憶障害が軽く、中等度の記憶障害はあっても1項目。進行パターンは【A】または【B】。
	② 軽度認知障害のパターン	①(加齢による物忘れのパターン)より障害が強いが、③(アルツハイマー型認知症のパターン)の基準を満たさないもの。
	③ アルツハイマー型認知症のパターン	中等度の記憶障害が2項目以上または重度が1項目以上で、記憶障害以外の中核症状が1項目以上。進行パターンが【B】または【C】。このパターンをとり、No.1, 5, 8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③のパターンになることが多い。
	④ 血管性認知症のパターン	③アルツハイマー型認知症のパターンをとり、かつ脳血管障害の既往があるもの。
	⑤ レビー小体型認知症のパターン	③アルツハイマー型認知症のパターンをとり、かつNo.25幻覚とNo.30歩行障害を含むもの。また、No. 29睡眠のリズムの障害を訴えることも多い。 ★注1
	⑥ 前頭側頭型認知症のパターン	③アルツハイマー型認知症のパターンをとり、かつNo.24性格変化とNo.28常同行動を含むもの。特に65歳以前に発症した場合は強く疑う。 ★注2
	⑦ うつ病などの偽性認知症のパターン	精神症状が3項目以上でNo.11-20の中核症状が2項目以下で、65歳未満の場合は強く疑う。進行パターンは【A】～から【F】のいずれのパターンもとりうる。
	⑧ 急性疾患のパターン	進行パターンが【E】。
	⑨ 8パターンに該当しない	上記8種類の代表的パターンに該当しない。

★注1： アルツハイマー型認知症でもこの⑤のパターンをとることがあるので、幻覚と歩行障害を認めた場合には、アルツハイマー型とレビー小体型の両者を疑うのが妥当。

★注2 大脳皮質基底核変性症や進行性核上性麻痺は、前頭側頭型認知症の像を呈することがある。性格変化と常同行動の両者を認めた場合、75歳以上ならアルツハイマー型、75歳未満なら前頭側頭型または偽性認知症を疑うのが妥当。

物忘れFAST問診票		記載年月日	
該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。		20()年()月()日	
患者さんのお名前	記載者: □ ご本人、 □ 配偶者の方 □ 息子さん、 □ 娘さん、 □ お嫁さん □ 入所施設の方、 □ ケアマネさん、 □ その他の方		
ステージ	問診内容	回答A	回答B
stage 1 (正常)	5-10年前と比べ、仕事や社会生活は正常ですか？	□ ない	<input type="checkbox"/> 仕事も社会生活も正常。 <input type="checkbox"/> 仕事は退職、社会生活は正常。 <input type="checkbox"/> 正常とは言えない【↓:stage2以下】
stage 2 (相応)	右のような物忘れをすることがありますか？ このような物忘れは「年齢相応」だと思いますか？		<input type="checkbox"/> 人や物の名前がでにくい。 <input type="checkbox"/> 物を置き忘れることがある。 <input type="checkbox"/> 約束を忘れることがある。 <input type="checkbox"/> 年齢相応だと思う。 <input type="checkbox"/> 年齢よりもはげしいと思う。【↓:stage3以下】
stage 3 (境界)	仕事を続けている場合:問題なくできますか？	□ 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 支障をきたすことがある。 <input type="checkbox"/> 今まで問題なくこなしてきたが、今回初めて失敗した。
	重要な約束を忘れることはありますか？ 初めての土地への一人旅はできますか？	□ ない □ できる	<input type="checkbox"/> 忘れることがある。(例:病院の予約、待ち合わせ) <input type="checkbox"/> 重要な約束を忘れたのは、今回が初めて。 <input type="checkbox"/> むずかしいと思う。
stage 4 (軽ア)	段取りや調整が必要な仕事はできますか？(例: 会合の企画、資産管理・家計管理、夕食の準備)	□ 適切にできる	<input type="checkbox"/> 支障をきたすことがある。(例: 会合を企画したが問題が発生) <input type="checkbox"/> 資産管理・家計管理で支障をきたすようになった。 <input type="checkbox"/> 夕食の献立・買い出し・準備・調理・配膳などで間違いが発生。 <input type="checkbox"/> このような複雑な仕事は全く不可能。【↓:stage 5以下】
	一人で買い物をすることはできますか？	□ 適切にできる	<input type="checkbox"/> 支障がある(不必要な買い物、お金の勘定ができない。) <input type="checkbox"/> 一人で買い物をすることは不可能。【↓:stage 5以下】
stage 5 (中ア)	運転免許証について	□ 無し、 □ 有り、 □ 取得していたが返納した。	
	自動車を安全に運転することはできますか？	□ できる	<input type="checkbox"/> できない(□アクセルとブレーキの間違い、□不適切なスピード、□信号無視、□車をぶつけやすくなった。□今回事故を起こした。)
	一人で行き慣れた所へ外出することはできますか？	□ できる	<input type="checkbox"/> むずかしい。(バス、電車に乗れない。タクシーが使えない。) <input type="checkbox"/> 外出したが、迷子になった。
	服装の選び方は適切ですか？	□ 適切	<input type="checkbox"/> 服装が季節に合っていない。場所・状況に合っていない。 <input type="checkbox"/> 服装のコーディネート(組み合わせ、色)が悪くなった。
	家庭内の生活で支障をきたすことはありますか？	□ ない	<input type="checkbox"/> 時計が読めなくなった。手紙が書けない。電話が使えない。 <input type="checkbox"/> 入浴することを忘れてしまう。薬を飲み忘れることが多くなった。 <input type="checkbox"/> 整理整頓ができない、部屋が散らかる。(軽い場合は↑stage 4) <input type="checkbox"/> 感情・行動・睡眠の障害。(大声をあげる、動き回る、昼夜逆転) <input type="checkbox"/> 日常生活で介助・声掛け・励まし・説得が必要
stage 6 (や高)	着衣・衛生について、該当する症状があれば、チェックしてください。	6-a) 着衣・履物(はきもの)が不適切	<input type="checkbox"/> 着衣が不適切(例:寝まきの上に普段着を着てしまう) <input type="checkbox"/> 着衣操作ができない。(靴ひも、ネクタイ、ボタン、ファスナー) <input type="checkbox"/> 履物のはき方(左右)、はく場所(家の中・外)が不適切
		6-b) 入浴が適切にできない	<input type="checkbox"/> お湯の温度・量の調節ができない。 <input type="checkbox"/> 浴槽に入ったり出たりができない。体を洗えない、拭けない。 <input type="checkbox"/> 入浴を怖がる。入浴したがらない。
		6-c) トイレで後始末ができない	<input type="checkbox"/> トイレの水を流せない(流す方法がわからない) <input type="checkbox"/> 排便の後、きちんと拭けない、拭くのを忘れる。 <input type="checkbox"/> 済ませた後に服を直せない。
		6-d) 尿失禁	□ 尿失禁の回数が多い。 □ ほとんど失禁状態
		6-e) 便失禁	□ 便失禁の回数が多い。 □ ほとんど失禁状態
stage 7 (高ア)	言語・歩行・意識について、該当する症状があれば、チェックしてください。	7-a) 言語機能の低下	<input type="checkbox"/> 発語量が少なくなり、話し言葉がとぎれる。【↑:stage 4, 5】 <input type="checkbox"/> 完全な文章を話せない。【↑:stage 6】 <input type="checkbox"/> 単語あるいは短い文節のみ。使用する言葉の数が約6語以内(例: はい、痛い、ありがとう、だめ、いやだ)。
		7-b) 言語機能の喪失	□ 他人が理解できる発語はただ一つ、または一つもない。
		7-c) 歩行能力の喪失	□ 自力で歩行することができない。
		7-d) 着座能力の喪失	□ 座っている姿勢がくずれても自力では直せない。
		7-e) 笑う能力の喪失	□ 笑うことはまれ、または全くない。
		7-f) 混迷・昏睡(閉眼状態が持続)	<input type="checkbox"/> 閉眼状態。呼びかけると、返事をする、または開眼する。 <input type="checkbox"/> 閉眼状態。呼びかけても、返事も開眼もしない。

物忘れCDR問診票 該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。	記載年月日	SB 合計点(0-18) (_ . _)
	20()年()月()日	
患者さんのお名前 ()	記載者: □ ご本人、□ 配偶者の方 □ 息子さん、□ 娘さん、□ お嫁さん □ 入所施設の方、□ ケアマネさん □ その他の方	総合判定スコア Global score(0-3) (_ . _)

質問	CDR= 0 (健)	CDR= 0.5 (D疑)	CDR= 1 (軽)	CDR= 2 (中)	CDR= 3 (重)
1. 記憶 ●物忘れはありますか？物忘れは毎週・毎月のように継続していますか？(置いた場所、約束、病院の予約) ●支障の有無	<input type="checkbox"/> ない。または「ど忘れ」程度。毎週・毎月のように継続はしない。	<input type="checkbox"/> ある(軽い、継続している)。出来事を部分的には思い出す。	<input type="checkbox"/> ある(中ぐらい)。出来事そのものを忘れる。最近(数日～数週間前)の事を忘れる。	<input type="checkbox"/> ある(重い)。新しい事をすぐに忘れる(新しい事が記憶に残らない)	<input type="checkbox"/> ある(かなり重い)。昔や過去の事も忘れていく。残っている記憶は断片的
[M]memory	0	0.5	1	2	3
2. 見当識 ●日時、時間的前後関係は、わかりますか？ ●場所と道順について(家の中と外) ●「人物が誰なのか」わかりますか？	<input type="checkbox"/> わかっている(正常)	<input type="checkbox"/> わからないことがある	<input type="checkbox"/> わからないことが多い	<input type="checkbox"/> 大抵の場合、わからない	<input type="checkbox"/> 全くわからない。
[O]orientation	0	0.5	1	2	3
3. 判断力と問題解決能力 ●緊急時の能力は？(ぼや・紛失・破損) ●お金の計算は？ ●買い物の品定め:ちがいが(類似点・相違点)を指摘する能力 ●理解力・判断力・問題解決能力は？	<input type="checkbox"/> 良好(以前と同様)	<input type="checkbox"/> 良好(以前より低下)	<input type="checkbox"/> まあまあ、能力は保持	<input type="checkbox"/> 大抵の場合、能力低下	<input type="checkbox"/> 全くない。
[J]judgment & problem solving	0	0.5	1	2	3
4. 地域での社会活動 ●地域での社会活動(仕事・買い物・ボランティア・集団活動)が自立してできるように見えますか？ ●実際に自立して社会活動ができますか？	<input type="checkbox"/> 一見(他人の目には)、自立した社会活動ができるように見える。	<input type="checkbox"/> 一見(他人の目には)、自立した社会活動ができるように見える。	<input type="checkbox"/> 一見(他人の目には)、自立した社会活動ができるように見える。	<input type="checkbox"/> 一見して、社会活動は不可能 <input type="checkbox"/> 介助があれば家庭外の会合に参加できる <input type="checkbox"/> 介助があっても家庭外の会合に参加するのは不可能(具合が悪すぎるように見える)	<input type="checkbox"/> 一見して、社会活動は不可能 <input type="checkbox"/> 介助があっても家庭外の会合に参加するのは不可能(具合が悪すぎるように見える)
[C]community affairs	0	0.5	1	2	3
5. 家庭生活および趣味・関心 ●家庭生活および家事(家庭内の仕事・作業・手伝い)は以前と同じですか？ ●趣味・関心は以前と同じですか？	<input type="checkbox"/> 同じ	<input type="checkbox"/> 以前より軽度問題がある	<input type="checkbox"/> 軽度だが確実に障害。 <input type="checkbox"/> 複雑な家事で障害(料理、整理整頓、パソコン操作)	<input type="checkbox"/> 単純な家事のみできる(例:物の出し入れ、食器洗い、かたづけなど)	<input type="checkbox"/> 意味のある重要な家事・手伝いは全くできない
[H]home & hobbies	0	0.5	1	2	3
6. 身の回りの世話 ●身の回りの世話(着替え・入浴・洗面・排泄・品物の保管)はできますか？	<input type="checkbox"/> セルフケアは完全にできる(介護を必要としない)。	<input type="checkbox"/> 以前より軽度低下	<input type="checkbox"/> 声かけ・促し、励ましが必要	<input type="checkbox"/> 補助・手伝いが必要	<input type="checkbox"/> 多くの助けが必要(ほぼ全介助) <input type="checkbox"/> 失禁が頻繁にみられる
[P]personal care	0	0.5	1	2	3

「物忘れ FAST 問診票」と「物忘れ CDR 問診票」の使い方

1、物忘れ FAST 問診票

1) FAST(functional assessment staging: 機能による病期評価方法)

FAST とは、ニューヨーク市立大学で開発されたアルツハイマー型認知症(AD)の重症度評価基準です。ADL(日常生活活動)から AD の病期(ステージ)を評価する方法です。ステージは、stage 1 (正常)、stage 2 (年齢相応)、stage 3 (境界)、stage 4 (軽度 AD)、stage 5 (中等度 AD)、stage 6 (やや高度の AD)、stage 7 (高度 AD)の7段階があります。Stage 3 (境界)が MCI(mild cognitive impairment: 軽度認知障害)に相当します。更に、stage 6 は 6-a から 6-e までも5段階、stage 7 は 7-a から 7-f までの6段階の sub-stage に分類されています。

2) 物忘れ FAST 問診票の記載について

物忘れ FAST 問診票の記載者は、患者本人でも、付添者でも、または両者でもけっこうです。左側に 15 項目の質問があり、それに対して回答 A または回答 B のチェックボックスに印をつけてもらうだけの簡便な様式にしています。回答 B の上から下のチェックボックスのどこまで印がついているかにより、重症度の評価が簡単にできます。現在、認知症高齢者の運転事故が社会問題化していますが、この問診票では、運転免許の有無および運転の危険性についても把握できるように工夫してあります。

3) 物忘れ FAST 問診票の評価方法

回答 A は、できる場合にチェックされ、回答 B は、できない場合にチェックされています。評価者は、回答 B のチェック(☑)が上から下のどこまであるのかをみるだけで、障害の程度=病期(ステージ)を評価することができます。

認知症の重症度が軽くても、特に偽性認知症(うつ病)の場合に、「7-a) 発語量が少なくなり、話し言葉がとぎれる」や、「7-e) 笑うことはまれ、または全くない」にチェックが入っていることがあります。これらのチェックは認知機能の低下ではなく、重症度評価は総合的に決定する必要があります。

2、物忘れ CDR 問診票

1) CDR(clinical dementia rating: 臨床的認知症尺度)

CDR とは、ワシントン大学で開発された認知症の重症度評価基準です。FAST と異なる点は、認知機能を日常生活活動(ADL)6 カテゴリー別に評価し、さらに総合的にも評価できることです。ADL 6つのカテゴリーとは、「記憶、見当識、判断力と問題解決能力、地域での社会活動、家庭生活および趣味・関心、身の回りの世話」です。カテゴリーごとに 0, 0.5, 1, 2, 3 の点数を付けます。これらの合計点(Sum of boxes)は 0~18 の範囲に入ります。総合判定スコア(Global score)が CDR と

呼ばれます(算出方法は後述)。この CDR の値で、認知症の重症度を評価します： CDR=0 健康、CDR=0.5 認知症の疑い、CDR=1 軽度認知症、CDR=2 中等度認知症、CDR=3 重度認知症。

CDR=0.5 が軽度認知障害(MCI)に該当しますが、CDR=0.5 の中には、ごく軽度の認知症も含まれてしまいます。

2) 物忘れ CDR 問診票の記載について

物忘れ CDR 問診票の記載者は、患者本人でも、付添者でも、または両者でもけっこうです。左側の 14 項目の質問に対して、該当すると思われるチェックボックスに印をつけるだけの簡便な様式にしています。

3) もの忘れ CDR 問診票の評価方法

手順1) ADL6つのカテゴリーの個別点数の出し方：各カテゴリー内の質問に対する回答(チェック☑)」で最も重いものを個別点数とする。物忘れ CDR 問診票内の【M】【O】【J】【C】【H】【P】の右側の「0, 0.5, 1, 2, 3」の該当する点数に○をつける。

手順2) 合計点(Sum of boxes)の出し方：6つの個別点数を合計する。右上の SB 欄に記入する。

手順3) 総合判定スコア(Global score)=CDR の出し方：個別点数が低い方から高い方へ順番に 1, 2, 3, 4, 5, 6 と番号をつけ、3 番目と 4 番目が同じ点数の場合はそれが CDR となる。3 番目と 4 番目が異なる場合は、記憶の障害度に近い方を CDR とする。最上段の CDR=0, CDR=0.5, CDR=1, CDR=2, CDR=3 に二重丸をつける。そして CDR の点数を右上の総合判定スコア欄に記入する。

● 手順3の例外

例外1: 記憶=0で、CDRが 0.5 よりも大きい場合⇒CDRを 0.5 に変更する。

例外2: 記憶=0.5 で、CDRが 1 よりも大きい場合⇒CDRを 1 に変更する。

例外3: 記憶が 0 よりも大きく、CDR=0 の場合

⇒CDRを 0.5 に変更する。

AD・MCI問診票 網かけ部分(担当医が記載)を除き、該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。		記載年月日 20()年()月()日
患者さんのお名前	記載者: □ ご本人、 □ 配偶者の方 □ 息子さん、 □ 娘さん、 □ お嫁さん □ 入所施設の方、 □ ケアマネさん、 □ その他の方	

ア、認知症(dementia)かどうか、軽度認知障害(MCI)かどうか

認知症の診断基準(原因のいかんを問わない): core clinical criteria 右の1.2.3.4.5.のすべてを満たす。 【注】 MCIのcore clinical criteriaは、1.が「2つ以上★」ではなく「1つ以上」、2.が「支障がある★」ではなく「支障がない」。3.4.5.も満たすこと。	<input type="checkbox"/> 1. 認知機能の障害(【a】~【d】)と行動の障害(【e】)のうち2つ以上★を認める。	判定欄 <input type="checkbox"/> 認知症である <input type="checkbox"/> MCIである <input type="checkbox"/> どちらにも該当しない <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による認知症(AD dementia)である ⇒ <input type="checkbox"/> probable AD dementia <input type="checkbox"/> possible AD dementia ⇒subtypeは <input type="checkbox"/> amnestic AD dementia <input type="checkbox"/> non-a. AD d. <input type="checkbox"/> MCIである ⇒ <input type="checkbox"/> MCI due to AD である ⇒subtypeは <input type="checkbox"/> amnestic single <input type="checkbox"/> amnestic mult. <input type="checkbox"/> non-a. single <input type="checkbox"/> non-a. mult.	
	<input type="checkbox"/> 【a】記憶機能の障害: 新しいことを記憶し、それを思い出すことができない。		<input type="checkbox"/> 同じ質問を繰り返す。同じ話を繰り返す。 <input type="checkbox"/> 身の回りの物を置き忘れる。 <input type="checkbox"/> 出来事や約束事を忘れてしまう。 <input type="checkbox"/> 慣れた道に迷う。
	<input type="checkbox"/> 【b】実行機能の障害: 複雑な仕事において、段取りや調整ができない。		<input type="checkbox"/> 安全か危険かの判断ができない。 <input type="checkbox"/> 家計の管理ができない。 <input type="checkbox"/> 意思決定能力が低下した。 <input type="checkbox"/> 複雑で連続する仕事を計画することができない。
	<input type="checkbox"/> 【c】視覚空間機能の障害: 目で物を見ても、それが何なのか(意味や使い方)がわからない。		<input type="checkbox"/> 人の顔を見ても誰なのかわからない。 <input type="checkbox"/> 物を見ても何なのかわからない。 <input type="checkbox"/> 探し物を見つけられない。時間がかかる。 <input type="checkbox"/> 使い慣れた器械・道具がうまく使えない。 <input type="checkbox"/> 着衣がきちんとできない。
	<input type="checkbox"/> 【d】言語機能の障害		<input type="checkbox"/> 話すとき、適当な言葉が出てこない。口ごもる。 <input type="checkbox"/> 話す・読む・書くことで間違える。
	上記【a】~【d】のうち、最初に出現し最も目立つ障害はどれですか? <input type="checkbox"/> 【a】、 <input type="checkbox"/> 【b】、 <input type="checkbox"/> 【c】、 <input type="checkbox"/> 【d】		<input type="checkbox"/> 気分の変動、 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 人間関係や社会参加を避けて、ひきこもる。 <input type="checkbox"/> 関心がなくなる。共感しない。同情しない。、 <input type="checkbox"/> 異常なまでのこだわり。しないではいられない。 <input type="checkbox"/> 他人の迷惑になる社会的に不適切な行動
<input type="checkbox"/> 2. 日常生活において、上記【a】~【e】による支障がある★。	<input type="checkbox"/> 3. 認知機能および行動のレベルは、以前よりも低下している。		
<input type="checkbox"/> 4. せん妄または大うつ病ではない。	<input type="checkbox"/> 5. 上記【a】~【e】の評価・確認方法: 病歴の聴取・客観的な評価(MMSEなど): 【注】 各種の認知機能テストにおけるMCIのスコアは正常高齢者の-1~1.5標準偏差であるが、これはカットオフスコアではない。MMSE 23/24も目安と考えること。		

イ、アルツハイマー病による認知症(AD dementia)かどうか、probable AD dementia または possible AD dementia probable(可能性が高い、ほぼ確実)、possible(可能性がある、疑い)

probable AD dementiaの診断基準: core clinical criteria 右のA.B.C.D.のすべてを満たす。 【注】 MCI due to ADのcore clinical criteriaは、C.の下線部★が除かれる。	<input type="checkbox"/> A. 発症様式	<input type="checkbox"/> 数か月以上かけて、いつとはなしに発症。突然発症ではない。	
	<input type="checkbox"/> B. 明らかに悪化	<input type="checkbox"/> 認知機能は明らかに悪化している。(病歴報告および医師の観察)	
	<input type="checkbox"/> C. 初発かつ最も目立つ認知機能障害が【a】なのかそれとも【b】【c】【d】かにより、subtypeを決定する。	<input type="checkbox"/> 記憶障害型(amnestic) 最も目立つ障害は【a】。これ以外に 【b】、【c】、【d】、【e】の少なくとも一つがある★。 <input type="checkbox"/> 非記憶障害型(nonamnestic) 最も目立つ障害は、 【b】【c】【d】のどれかである。それ以外に少なくとも一つの障害がある★。	<input type="checkbox"/> 記憶障害型で単一領域(single domain) <input type="checkbox"/> 記憶障害型で複数領域(multiple d.) <input type="checkbox"/> 非記憶障害型で単一領域(s. d.) <input type="checkbox"/> 非記憶障害型で複数領域(m. d.)
	<input type="checkbox"/> D. 認知機能障害をきたす他の疾患・病態が除外されていること <input type="checkbox"/> (ア) 重い脳血管疾患がない: 例①認知機能障害の発症と悪化に関係する脳卒中、②多発性または広範な脳梗塞の存在、③重度の大脳白質の虚血性病変 <input type="checkbox"/> (イ) DLBの中核症状がない。(注意・覚醒の変動、ありありとした動きを伴う幻視、パーキンソニズム) <input type="checkbox"/> (ウ) 行動異常型FTDの特徴がない。(脱抑制行動、意欲低下、同情・共感の喪失、常同行動、過食・食行動の変化) <input type="checkbox"/> (エ) 意味性認知症、進行性非流暢性失語ではない。 <input type="checkbox"/> (オ) 他の神経疾患の合併、他の非神経疾患の合併、認知機能に影響する薬剤の使用がない。	<input type="checkbox"/> 非典型的な経過の場合: ①発症が突然であった。または、②認知機能の低下が進行性であることを十分に確認できない。 <input type="checkbox"/> 他の原因が混合している: 上記D.(ア)~(オ)が除外できない	

【注】 90歳以上における認知機能障害の基準は、現在のところ明確ではない。

参考: NIA/AA criteria, McKhann et al. 2011, Albert et al. 2011

VaD・VaMCI問診票 網かけ部分(担当医が記載)を除き、該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。		記載年月日 20()年()月()日
患者さんのお名前	記載者: □ ご本人、 □ 配偶者の方 □ 息子さん、 □ 娘さん、 □ お嫁さん □ 入所施設の方、 □ ケアマネさん、 □ その他の方	

ア、認知症かどうか

認知症の診断基準: 右の1.2.3.4.をすべて満たす 【注】 MCIの診断基準は、1.が「2つ以上★」ではなく「1つ以上」、2.が「支障がある★」ではなく「支障がない」。3.4.も満たすこと。	<input type="checkbox"/> 1. 認知機能の障害(【a】～【d】)のうち2つ以上★を認める。	判定欄 <input type="checkbox"/> 認知症である <input type="checkbox"/> MCIである <input type="checkbox"/> どちらにも該当しない <input type="checkbox"/> probable VaDである <input type="checkbox"/> possible VaDである <input type="checkbox"/> VaMCIである ⇒subtypeは <input type="checkbox"/> amnestic <input type="checkbox"/> a. plus other d. <input type="checkbox"/> non-a. single d. <input type="checkbox"/> non-a. mult. ⇒prob. or possib. <input type="checkbox"/> probable VaMCI <input type="checkbox"/> possible VaMCI <input type="checkbox"/> unstable VaD	
	<input type="checkbox"/> 【a】記憶機能の障害: 新しいことを記憶し、それを思い出すことができない。		<input type="checkbox"/> 同じ質問を繰り返す。同じ話を繰り返す。 <input type="checkbox"/> 身のまわりの物を置き忘れる。 <input type="checkbox"/> 出来事や約束事を忘れてしまう。 <input type="checkbox"/> 慣れた道に迷う。
	<input type="checkbox"/> 【b】実行機能(注意力)の障害: 複雑な仕事において、段取りや調整ができない。		<input type="checkbox"/> 安全か危険かの判断ができない。 <input type="checkbox"/> 家計の管理ができない。 <input type="checkbox"/> 意思決定能力が低下した。 <input type="checkbox"/> 複雑で連続する仕事を計画することができない。
	<input type="checkbox"/> 【c】視覚空間機能の障害: 目で物を見ても、それが何なのか(意味や使い方)がわからない		<input type="checkbox"/> 人の顔を見ても誰なのかがわからない。 <input type="checkbox"/> 物を見ても何なのかがわからない。 <input type="checkbox"/> 探し物を見つけられない。時間がかかる。 <input type="checkbox"/> 使い慣れた器械・道具がうまく使えない。 <input type="checkbox"/> 着衣がきちんとできない。
	<input type="checkbox"/> 【d】言語機能の障害		<input type="checkbox"/> 話すとき、適当な言葉が出てこない。口ごもる。 <input type="checkbox"/> 話す・読む・書くことで間違える。
<input type="checkbox"/> 上記【a】～【d】のうち、最初に出現し最も目立つ障害はどれですか? <input type="checkbox"/> 【a】、 <input type="checkbox"/> 【b】、 <input type="checkbox"/> 【c】、 <input type="checkbox"/> 【d】			
<input type="checkbox"/> 2. 日常生活において、上記【a】～【d】による支障がある★。(注意: その支障は、運動・感覚の障害によるものではない)			
<input type="checkbox"/> 3. 認知機能のレベルは、以前よりも低下している。			
<input type="checkbox"/> 4. 除外: せん妄のある患者は除外する。薬物・アルコールの乱用/依存も除外する。3か月以上にわたって中毒性物質を使用していないこと。			

イ、probable VaD★かpossible VaD★かどうか: probable(可能性が高い、ほぼ確実)、possible(可能性はある、疑い)

probable VaD★の診断基準: 1.2.を満たす。	<input type="checkbox"/> 1. 認知機能の障害があり、画像検査で脳血管疾患(CVD)がある。右のa.またはb.を満たす。	<input type="checkbox"/> a. 脳卒中と認知障害発症の間に明確な時間的關係がある。 <input type="checkbox"/> b. 認知障害の重症度・パターンとびまん性の皮質下脳血管病変の存在に明確な關係がある(例: CADASIL)。
	<input type="checkbox"/> 2. 脳卒中の前後に、非血管性の神経変性疾患を示唆する緩徐進行性の認知障害の病歴がない。	
possible VaD★の診断基準	<input type="checkbox"/> 認知機能の障害があり、画像検査でCVDを示す証拠はあるが、以下のいずれかに該当。	
	<input type="checkbox"/> 1. 血管病変(無症候性脳梗塞、皮質下小血管病変など)と認知障害との間に明確な關係(時間的關係、重症度、または認知障害パターン)が認められない。	
	<input type="checkbox"/> 2. VaD★の診断を下すには、情報が不十分(例: CVDは示唆されるが、画像検査が不十分)	
	<input type="checkbox"/> 3. 失語症が重症であるため、適正な認知機能評価ができない。ただし、失語症となる前に正常な認知機能であることを示す証拠があれば、⇒probable VaD★としてよい。	
<input type="checkbox"/> 4. 脳血管疾患に加え、以下に示すような、認知機能に影響を及ぼす可能性がある。		
<input type="checkbox"/> a. 他の神経変性疾患(パーキンソン病、進行性核上性麻痺、レビー小体型認知症など)の病歴		
<input type="checkbox"/> b. バイマーカー、または遺伝子解析によって生物学的にアルツハイマー病の存在を確認。		
<input type="checkbox"/> c. 認知機能に影響を及ぼす可能性のある活動性の癌や精神疾患や代謝疾患の病歴。		

ウ、VaMCIかどうか

VaMCIの診断基準	<input type="checkbox"/> 器械・道具を使った日常生活が、正常または軽度であり、日常生活に支障があるとは言えない。		
	<input type="checkbox"/> 【a】～【d】の4つの領域の評価を行う。最も目立つ障害が【a】かどうかによりsubtypeを決定する。	<input type="checkbox"/> 【a】⇒ <input type="checkbox"/> 【b】【c】【d】⇒	<input type="checkbox"/> 健忘型(amnestic) <input type="checkbox"/> 健忘型+他の領域の障害(a. plus other domains) <input type="checkbox"/> 非健忘型で単一領域の障害(nonamnestic single d.) <input type="checkbox"/> 非健忘型で複数領域の障害(nonamnestic multiple domain)

エ、probable VaMCIかpossible VaMCIかどうか: probable(可能性が高い、ほぼ確実)、possible(可能性はある、疑い)

上記イ、のVaD★をVaMCI★に変更して診断する。⇒ <input type="checkbox"/> probable VaMCI、 <input type="checkbox"/> possible VaMCI
--

オ、不安定なVaMCIの定義

<input type="checkbox"/> 不安定なVaMCI(unstable VaMCI): VaMCI(probable またはpossible)と診断されたが、その後症状が消退して正常に復した場合。
--

参考: AHA/ASA criteria, Gorelick et al. 2011

DLB問診票 網かけ部分(担当医が記載)を除き、該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。		記載年月日 20()年()月()日		
患者さんのお名前		記載者: □ ご本人、□ 配偶者の方、□ 息子さん、 □ 娘さん、□ お嫁さん、□ 入所施設の方、 □ ケアマネさん、□ その他の方		
1、必須要件 (essential requirement)	□ 認知機能が進行性に低下し、社会生活や職業や日常の家庭生活で支障をきたす(記憶障害は初期には目立たない)	注意の障害	□ 注意力・集中力が低下。	
		実行機能の障害	□ 段取りや調整が必要な仕事で支障をきたす。	
2、中核症状 (core clinical features) 必須+中核症状2つ以上⇒probable 必須+中核症状1つ+IB 1つ以上⇒probable 必須+中核症状1つ、IBなし⇒possible 必須+中核症状なし+IB 1つ以上⇒possible	(a) 注意・覚醒のレベルが①良い時と②悪い時があるて変動する	□ 右のような「②悪い時」が認められる	□ 昼間なのに眠そうできている □ 昼寝を2時間以上してしまう □ 空(くう)をじっと見つめている □ 会話が支離滅裂になる	
		(b) 具体的な内容ではっきりと見える幻視が繰り返し起こる (ありありとした動きを伴う幻視、夕方から夜に出現しやすい)	□ 動物に関する幻視	□ 犬や猫、□ ネズミやヘビ、□ 虫、□ その他 □ ○○にいる。 □ ○○を動きまわる。
	□ 人に関する幻視		□ 知らない人、□ 死んだ人、□ 子供・こびと □ 入ってくる。 □ 話かけてくる。 □ 動きまわる。	
	(c) レム睡眠行動異常	□ まわりの状況に関する幻視	□ 床に水たまり。 □ あたり一面が花畑。 □ 物が吸い込まれていく。 □ 光線が飛んでくる。	
		□ 気配、見間違い、変形	□ 気配を感じる(背後に人。誰かに見られている。) □ 見間違い(ゴミ⇒虫、物⇒動物、模様⇒人の顔) □ 変形したように見える(波打つ、傾く、ゆがむ。)	
	(d) 誘因がはっきりしないパーキンソニズム(薬剤によるものではない、脳血管障害によるものではない)(3つの主要症状のうち、1つ以上)	□ 睡眠中に、怖い夢を見たり、大声をたてたり、暴れたりする。 □ 寝ぼけて起き出して歩きまわる、外に出て行こうとする。	□ 動作が小さくなった、遅くなった。 □ じっとしていると手足がふるえる。 □ 首や手足の筋肉がこわばり、動かしにくい。	
		歩行: □ 一歩が出にくい、□ すり足・小刻み歩行、□ 前傾姿勢 □ 片方の腕をあまり動かさない、□ 前方や後方に転倒しやすい 歩行以外: □ 表情が乏しくなった、□ 喜怒哀楽が減った □ 字が小さくなった、□ 声が小さくなった		
	3、臨床的な支持所見 (supportive clinical features)	(a) 向精神薬による重い副作用	□ 向精神薬で副作用(幻視・妄想などが悪化した。パーキンソン症状が悪化した。動けなくなった。食べられなくなった。) □ 市販の胃腸薬や風邪薬を服用したら、具合が悪くなった。	
		(b) 姿勢が不安定	□ 姿勢が不安定(ふらふらする)	
		(c) 繰り返す転倒	□ 何回も転倒した	
(d) 失神または無反応		□ 失神した、□ 一過性に反応がなくなった		
(e) 重度の自律神経障害		□ がんこな便秘、□ 起立時にめまい・ふらつき、□ 尿漏れ・尿失禁		
(f) 過眠		□ 睡眠は十分のはずだが、日中に眠くなり、眠ってしまう。		
(g) 嗅覚減退		□ 臭いがわかりにくくなった、わからなくなった。		
(h) 幻視以外の幻覚		□ 聞こえないはずの声・音が聞こえる。		
(i) 幻視が妄想(思い込み)に発展		□ 知らない人が家に入ってきた⇒物を盗んでいった。 □ 男が座っている⇒財産をねらっている。		
(j) アパシー、心配、抑うつ状態		□ 無気力、無関心、□ 心配、□ 抑うつ状態(気分がふさぎ込み、悲観的で、憂うつな状態)		
4、中核症状に相当するバイオマーカー(*IB)	(a) DAT	□ SPECTまたはPET: 基底核でドパミン・トランスポーターの摂取率が低い		
	(b) MIBG	□ MIBG心筋シンチグラフィ: 取り込み低下		
	(c) PSG	□ 睡眠ポリグラフ検査で: 筋力低下のないレム睡眠		
5、支持所見に相当するバイオマーカー(**SB)	(a) CT/MRI	□ 内側側頭葉の構造が比較的保たれている		
	(b) SPECT/PET	□ 後頭葉で低集積、FDG-PETでcingulate island sign		
	(c) 脳波	□ 周期的に変動する後部徐波		

判定欄
□ probable DLBである
□ possible DLBである
□ どちらにも該当しない

【注】 probable (可能性が高い、ほぼ確実)、possible (可能性がある、疑い)

*IB: indicative biomarkers, **SB: supportive biomarkers

参考: Fourth consensus report of the DLB Consortium, McKeith et al. (Neurol 89:1-13, 2017)

bvFTD問診票 網かけ部分(担当医が記載)を除き、該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。		記載年月日 20()年()月()日		
患者さんのお名前		記載者: □ 配偶者の方、□ 息子さん、□ 娘さん、□ お嫁さん □ 入所施設の方、□ ケアマネさん、□ その他の方		
I、神経変性疾患(必須)	病歴から認知機能および/または行動は進行性に悪化している	CDR	□ 0、□ 0.5、□ 1、□ 2、□ 3	
		上記の認知機能の障害	□ 進行性である	
II、possible bvFTD A~Fのうち3つ以上の存在が必要 (A~Eは、1.2.3.)の項目が1つ以上あれば存在していると判定する。Fのみ1.2.3.のすべてが必要) 注: A~Dは発症から3年以内の症状。	A. 脱抑制行動(衝動や感情をおさえることができない)	□ A.1. 社会的に不適切な行動をとる(他人に迷惑をかける)	□ 平気で万引、放尿、おなら、裸になる。 □ 痴漢、性的逸脱行動(卑猥な話、体を触る) □ 我が道を行く行動(going my way behavior) □ 自分が病気だとは思っていない。	
		□ A.2. 礼儀作法やマナーが悪くなる	□ 不適切な場面で、笑う、歌う、大声を出す。 □ 失礼な発言、下品な発言、不愉快な冗談 □ 状況を考慮せずに立ち去る(立ち去り行動) □ 社会的ルールに違反: 行列に割り込む	
		□ A.3. 衝動的で軽率な行動をとる	□ 考えないで行動する。衝動的に手をだす(万引き) □ 無謀な運転、見境のない賭け事・金使い	
	B. 意欲低下(アパシー)・無関心	□ B.1. 意欲の低下	□ 意欲の低下、真剣に考えない、取り組まない。	
		□ B.2. 無関心	□ 自分の服装に無関心、周囲の出来事に無関心	
	C. 同情したり共感したりすることができない	□ C.1. 他の人々の立場が理解できない	□ 他人が困っていることや深刻なニュースに対して、反応がない、同情しない。	
		□ C.2. 思いやりや人間的な温かさがなくなる	□ 他人に対して思いやりのない発言をする。 □ 人間的な温かさがなくなる。冷やかになる。	
	D. 同じことを繰り返す	□ D.1. 単純な動作を繰り返す	□ 意味もなく、手をパチパチたたき続ける。 □ 膝をさすり続ける。	
		□ D.2. 決まった時間に同じことを行う	□ 毎日同じ所を散歩・ドライブ(常同的周遊) □ 決まった時間に決まった行動(時刻表的生活) □ 決まった時間に同じ食べ物(常同的食行動異常)	
		□ D.3. 同じ内容の言葉を繰り返す	□ 何をたずねても同じことを答える(滞続言語) □ 同じ内容の話を繰り返す(オルゴール時計症状) □ 相手の言葉をそのままおうむ返し(反響言語)	
	E. 食事に関する行動の変化	□ E.1. 嗜好の変化(例: 甘いものや味の濃いものを好むようになる)		
		□ E.2. 過食(□ 食べ過ぎ、□ アルコールの飲み過ぎ、□ タバコの吸い過ぎ)		
		□ E.3. 手にとるものを、何でも口に運ぼうとする(口唇傾向)		
	F. 神経心理学的特徴 F.1~F.3のすべてがある	□ F.1. 実行機能の障害	【質問】 段取りや調整が必要な仕事はできますか? □ できる、 □ 支障をきたす【⇒F.1.】	
		□ F.2. エピソード記憶が比較的保たれる	【質問】 経験したこと(例: ○週間前に、○○に行って、○○を食べた。)を覚えていますか? □ 覚えている【⇒F.2.】、 □ 忘れやすい。	
□ F.3. 視空間機能が比較的保たれる		【質問】 次の症状はありますか? □ 症状なし【⇒F.3.】 □ 症状あり(各□にチェック) □ 人の顔を見ても誰なのかがわからない。 □ 物を見ても何なのかがわからない。 □ 探し物を見つけられない。時間がかかる。 □ 使い慣れた器械・道具がうまく使えない。 □ 着衣がきちんとはできない。		
III、probable bvFTD: 右のアイウのすべてを満たす	□ ア. possible bvFTDを満たす(3つ以上)	□ A、□ B、□ C、□ D、□ E、□ F	判定欄 □ probable bvFTDである □ possible bvFTDである □ どちらにも該当しない	
	□ イ. CDRで著しい機能低下(1以上)	□ 0、□ 0.5、□ 1、□ 2、□ 3		
	□ ウ. ウ.1. またはウ.2. のいずれかがあること	ウ.1. MRIまたはCT		□ 前頭葉/前部側頭葉の萎縮
	ウ.2. PETまたはSPECT	□ 前頭葉および/あるいは前部側頭葉の血流低下あるいは代謝低下		

bvFTD: behavior variant FTD 行動異常型FTD probable(可能性が高い、ほぼ確実)、possible(可能性がある、疑い)
参考: international consensus criteria, Rascovsky et al. 2012

BPSD問診票

患者さんのお名前 () ()歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
情報提供者	<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、 <input type="checkbox"/> 医療従事者

評価年月日

年 月 日

評価者

--

↓ 以下20個の項目で、当てはまる症状の□にチェックを入れてください(☑)。

		I 【Motivation domain: 関心の領域】
1	<input type="checkbox"/> 興味・関心・意欲がなくなってきた。	<input type="checkbox"/> アパシー: apathy
		II 【Mood domain: 気分の領域】
2	<input type="checkbox"/> 不安を感じている。	<input type="checkbox"/> 不安: anxiety
3	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込んでいる。うつになっている。	<input type="checkbox"/> うつ: depression
4	<input type="checkbox"/> 気分が高揚している。過度に明るくなった。	<input type="checkbox"/> 多幸: Euphoria
		III 【Impulse control domain: 衝動制御の領域】
5	<input type="checkbox"/> 辛抱(しんぼう)がきかなくなった。すぐに「いらいら」する。大声を出す。	<input type="checkbox"/> 易刺激性: irritability <input type="checkbox"/> 焦燥性興奮: agitation
6	<input type="checkbox"/> 攻撃的で、怒りっぽくなった。暴行(たたく、ひっかく、かみつく、物を投げる)・暴言(どなる、ののしる)。	<input type="checkbox"/> 攻撃性: aggression
7	<input type="checkbox"/> 性的抑制がなくなった(触れる、抱きしめる、まさぐる)	<input type="checkbox"/> 不適切な性的行動
8	<input type="checkbox"/> 食行動の変化(食べすぎ・特定の物だけを食べる)。	<input type="checkbox"/> 食行動の変化
9	<input type="checkbox"/> あることを単純に繰り返す、またはそうしないではいけない。徘徊する。物をため込む(収集する)。	<input type="checkbox"/> 常同行動、異常行動、徘徊、収集
10	<input type="checkbox"/> 他人の食事をとってしまう。万引き・窃盗をした。	<input type="checkbox"/> 窃盗行為
		IV 【Social appropriateness domain: 社会的適切性の領域】
11	<input type="checkbox"/> 社会的なルールに関して、判断ができない。行ってはいけないことをしてしまう。自分勝手になった。	<input type="checkbox"/> 脱抑制: disinhibition
		V 【Thoughts/perception domain: 思考・感覚の領域】
12	<input type="checkbox"/> 「他人が自分に危害を加えようとしている、お金や物を盗もうとしている、配偶者が浮気をしている」と思い込んでいる、疑っている。	<input type="checkbox"/> 被害妄想、物とられ妄想、嫉妬妄想: delusion
13	<input type="checkbox"/> 「身近な人物が他人である、赤の他人が身近な人物である」と思っている。	<input type="checkbox"/> 誤認妄想
14	<input type="checkbox"/> 「ここは自分の家ではない。自分の家に帰る」と言う。	<input type="checkbox"/> 帰宅願望
15	<input type="checkbox"/> 実在しないもの(例: 人、動物、昆虫)が「見える」という。	<input type="checkbox"/> 幻視
16	<input type="checkbox"/> 誰かの声が聞こえている。誰かに話しかけている。	<input type="checkbox"/> 幻聴
		VI 【その他】
17	<input type="checkbox"/> 拒絶・拒薬・拒食	<input type="checkbox"/> 拒絶、拒薬、拒食
18	<input type="checkbox"/> 排泄物をもてあそぶ、排泄物で衣服や部屋を汚してしまう。	<input type="checkbox"/> 不潔行為
19	<input type="checkbox"/> 不眠、昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 睡眠・覚醒障害
20	<input type="checkbox"/> 睡眠中の異常な行動(寝言、手足が動く、叫ぶ、隣のものや人をなぐる・ける。起き上がって歩く、走る。)	<input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害

SD評価表 (MMSE-Jに追加する)

患者氏名:	検査年月日:	検査者:
-------	--------	------

		評価	
1、生年月日	生年月日は?		
2、利き手	利き手は?		
3、書字	「てんき」という言葉を漢字で書いてください。 (類音的錯書)		
4、読字	これを読んでください。 (類音的錯読)	海老	
		団子	
		土産	
		時計	
		三日月	
		baseball	
		blood	
5、ことわざの補完	「〇〇の後は何と続きますか」 (ことわざの補完障害)	例1) 犬も歩けば	
		例2) 猿も木から	
		例3) ちりも積もれば	

睡眠に関する問診票

記載年月日	(20)年 ()月 ()日	記載者
患者さんのお名前		<input type="checkbox"/> 患者さんご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他の方

以下、該当する□にチェック(☑)してください。

【A】 ご本人は、睡眠に関して、何らかの症状がありますか？

はい いいえ

はい の場合、以下の**【B】****【C】**にもお答えください。

【B】 どのような症状ですか？

1) 不眠症	入眠障害 (入眠困難)	<input type="checkbox"/> 夜、なかなか寝付けない <input type="checkbox"/> 眠るまで、30分から1時間かかる
	中途覚醒	<input type="checkbox"/> 夜中、何度も目が覚める <input type="checkbox"/> その後、なかなか眠れない
	熟眠障害	<input type="checkbox"/> 眠ったはずなのに、ぐっすりとした満足感がない
	早朝覚醒	<input type="checkbox"/> 朝早く目が覚めてしまう
2) 呼吸に関する障害	<input type="checkbox"/> 睡眠中の呼吸停止がある <input type="checkbox"/> 強いいびきに加え、日中の過剰な眠気がある	
3) 運動に関する障害	<input type="checkbox"/> 脚がむずむずする <input type="checkbox"/> 脚が勝手にピクンピクンと動く	
4) 睡眠時随伴症	<input type="checkbox"/> 睡眠中に、大声を出す、手足を動かす、歩き回る <input type="checkbox"/> 悪い夢、こわい夢、不快な夢をみる	
5) 睡眠・覚醒リズムの障害	<input type="checkbox"/> 夜眠れず昼に眠くなる(昼夜逆転)、 <input type="checkbox"/> 極端な宵っ張り <input type="checkbox"/> 朝寝坊、 <input type="checkbox"/> 極端な早寝早起き、 <input type="checkbox"/> 起きている時間と寝ている時間が不規則	
6) 日中の過剰な眠気	<input type="checkbox"/> 日中に過剰な眠気が生じる、居眠りをしてしまう	
7) その他：右の欄に具体的な内容をお書きください		

【C】 睡眠障害の頻度・持続と影響

1) 睡眠障害の頻度・持続・再発	頻度： 睡眠障害は、1週間にどのくらい起こりますか <input type="checkbox"/> 1夜、 <input type="checkbox"/> 2夜、 <input type="checkbox"/> 3夜以上
	睡眠障害の持続期間 <input type="checkbox"/> 1か月以内、 <input type="checkbox"/> 1か月から3ヶ月、 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上
	再発： <input type="checkbox"/> 1年に1回、 <input type="checkbox"/> 1年に2回以上起こる
2) 睡眠障害またはそれによる日中の疲労感による影響	<input type="checkbox"/> 苦痛を感じる
	次の分野で支障がありますか： <input type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 仕事・職業、 <input type="checkbox"/> 学業、 <input type="checkbox"/> 社会生活、 <input type="checkbox"/> 家庭生活

高次脳機能障害問診票： 網かけ部分(担当医が記載)を除き、該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。			記載年月日 20()年()月()日	
患者さんのお名前	年齢： □ 男性、□ 女性		記載者： □ ご本人、□ 配偶者の方。□ 息子さん、□ 娘さん、□ お嫁さん、□ 入所施設の方、□ ケアマネさん、□ その他の方	
主要症状	内容			備考
□ 1、記憶障害	<input type="checkbox"/> 最近言ったこと・行ったことを、部分的に覚えていない。 <input type="checkbox"/> 最近言ったこと・行ったことを、ほぼすべて覚えていない。 <input type="checkbox"/> 受傷前・発症前の出来事を、覚えていない。			前向健忘 逆向健忘
□ 2、注意障害	<input type="checkbox"/> ぼんやりしていることが多い。作業の途中でボーとしてしまう、眠ってしまう。 <input type="checkbox"/> 瞬時に対応しないといけないことが生じて、対応できない。(例：目の前に飛んできたボールをキャッチする) <input type="checkbox"/> 作業の途中で、気が散りやすい。 <input type="checkbox"/> 同時に二つのことができない(例：AをしながらBをする、数種類を同時に料理) <input type="checkbox"/> 集中力が長続きしない。 <input type="checkbox"/> 左(または右)側にある物に気が付かない、注意が行かない。			持続的覚醒の障害 瞬時的覚醒の障害 集中的注意の障害 分割的注意の障害 持続的注意の障害 半側空間無視
	<input type="checkbox"/> 複雑な仕事・連続する作業を、計画することができない。 <input type="checkbox"/> 複雑な仕事・連続する作業を、計画通りに実行することができない。			計画の障害 実行の障害
	<input type="checkbox"/> 子供っぽくなった。すぐに人に頼るようになった。 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールがむずかしい。興奮して大声で怒鳴り散らす。 <input type="checkbox"/> ほしいと思うと我慢ができない。(例：食べ物、コーヒー、タバコ、買い物) <input type="checkbox"/> 相手の気持ちをおしはかること・コミュニケーションをとることが難しい。			依存的行動 情動コントロールの障害 欲求コントロールの低下 対人関係の障害
	<input type="checkbox"/> ささいなことにこだわる。 <input type="checkbox"/> 一度決めたことを状況に合わせて変更できない。 <input type="checkbox"/> 意欲が低下した。 <input type="checkbox"/> 自分からは行動を起こさなくなった。			固執性 意欲・発動性の低下
	<input type="checkbox"/> 平気で万引、盗みを行う。 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行動(卑猥な話、体を触る)がある。			反社会的行動
1-4のうち最も目立つもの	□ 1、記憶障害	□ 2、注意障害	□ 3、遂行機能障害	□ 4、社会的行動障害
日常生活・社会生活	□ 普通に生活できる	□ 一定の制限がある	□ 日常生活で著しい制限がある。ときに援助が必要。	□ 日常生活で著しい制限がある。常時援助が必要。
備考： □ 身のまわりのことはほとんどできない。				

高次脳機能障害診断基準

I. 主要症状等	□ 1. 脳の器質的病変の確認	脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。 □ ①外傷性脳損傷、□ ②脳血管障害、□ ③低酸素脳症、□ ④脳炎、□ ⑤脳腫瘍、□ ⑥その他(注)PTSD=F43は除外。外傷性全生活史健忘に代表される機能性健忘=F40は除外。
	□ 2. 生活の制約と主要症状	現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である。
II. 検査所見	□ 脳の器質的病変の確認	MRI, CT, 脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。
	1. 主要症状を欠く	脳の器質的病変に基づく認知障害のうち、身体障害として認定可能である症状を有するが上記主要症状(I-2)を欠く者は除外する。
	□ 右の1.2.3に該当しない	2. 以前から 診断にあたり、受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外する。 3. 除外疾患等 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患(アルツハイマー型認知症=F00, パーキンソン病=F02など)を原因とする者は除外する。
IV. 診断	□ 1. 診断基準	I~IIIをすべて満たした場合に高次脳機能障害と診断する。(なお、診断基準のIとIIIを満たす一方で、IIの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障害者として診断されることはありうる。)
	□ 2. 診断時期	高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う。
	□ 3. 参考所見	神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。WAIS-III, MMSE, HDS-R
ICD-10	F04 器質性健忘症候群(アルコールその他の精神物質によらないもの) F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害 F07 脳の疾患、損傷及び機能不全による人格及び行動の障害	受傷・発症から診断日まで ()ヵ月、()年 最終診断 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害と診断する。 (□ F04, □ F06, □ F07) <input type="checkbox"/> 上記に該当しない。 医師名：()