

認知症初期症状 11 質問票 マニュアル

Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire (SED-11Q)

目的: 認知症のスクリーニングです。当質問紙は、認知症の診察の必要性の目安として用います。

記入: 介護者などが、対象者の最近 1 か月の状態について、日々の生活の様子から判断して、あてはまるものに○を付けます（ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます）。

記入は、同居の方など、対象者の生活状況を良く知っている方にお願いします。認知症を発症すると、病識が低下するので、本人が記入したものではありません。

”ある”、もしくは”ない”、のいずれかで記入し、”ある”の合計数を点数とします。どちらともいえない場合は、不明ではなく、なるべく”ある”か”ない”で記入してもらいます。

判断基準: 医療機関では、3 点以上で認知症を強く疑います。地域での認知症スクリーニングでは 4 点以上で受診を勧めます。点数が高いから直ちに認知症ということではありません。なお、被害妄想などの妄想や、幻視・幻聴がある場合には、点数にかかわらず、受診・精査を勧めます。

解説: ROC カーブの area under curve は 0.932 (95%信頼区間 0.903-0.979)と良好で、2/3 のカットオフ値では、感度が 84%、特異度が 90%、となります。統計的に最適なカットオフ値は 2/3 で、診療ではこのカットオフ値を、認知症の詳しい検査に進む目安とすることが出来ます。地域で認知症のスクリーニングに用いる場合は、3/4 のカットオフ値を用いることが推奨されます。この場合、感度は 76%と下がりますが、特異度が 96%となります。地域では、“見過ぎ”の擬陽性の危険を少なくするために、高い特異度が優先されます。

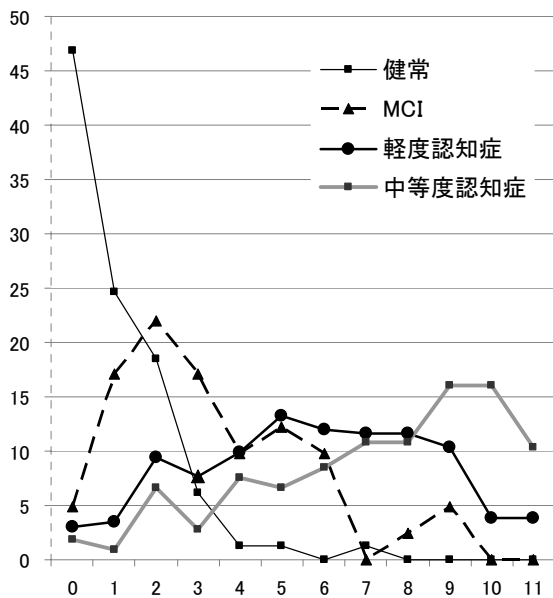


図 1 CDR0-2 の回答割合

CDR 0 が健常、0.5 が軽度認知障害 (MCI)、1 が軽度認知症、2 が中等度認知症です。

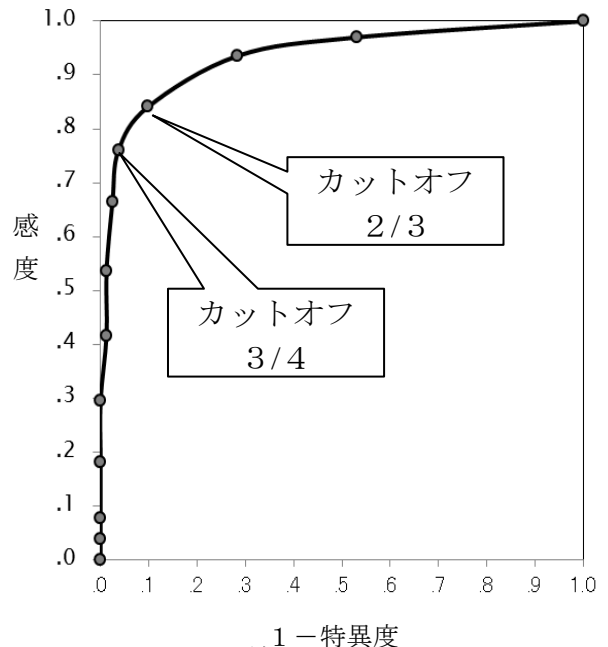


図 2 ROC 曲線

文献: Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H: Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire (SED-11Q): A brief informant-based screening for dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 3: 131-142, 2013 (DOI:10.1159/000350460)

認知症初期症状11質問票

記入日： 年 月 日

患者様お名前 ID

記入者お名前 関係

記入方法 家族等 ・ 家族等から聞き書き

最近1か月の状態について、日々の生活の様子から判断して、あてはまるものに○を付けてください(ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます)。

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れてたり、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	認知症初期症状11質問票 合計項目数

次の2項目も、あてはまるものに○をつけてください。

	被害妄想(お金を取られる)がありますか
	幻視(ないものが見える)がありますか

質問票

記入日： 年 月 日

お名前 ID:

記入方法 ご本人記入 ・ 聞き書き

最近ご自身の1か月の状態について、あてはまるものに○を付けてください。
(ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます。)

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	合計項目数

認知症初期症状 11 項目質問票 (SED-11Q) を用いた病識評価について

生活状況を知る家族や介護職などが記入する「介護者用」と、本人が自分で記入する「本人用」を同時に（ただし記入は別個で）記入することで、本人の感じている障害の程度と家族・介護者が感じている障害の程度を比較することで、主観と客観の差から病識を推定できます。

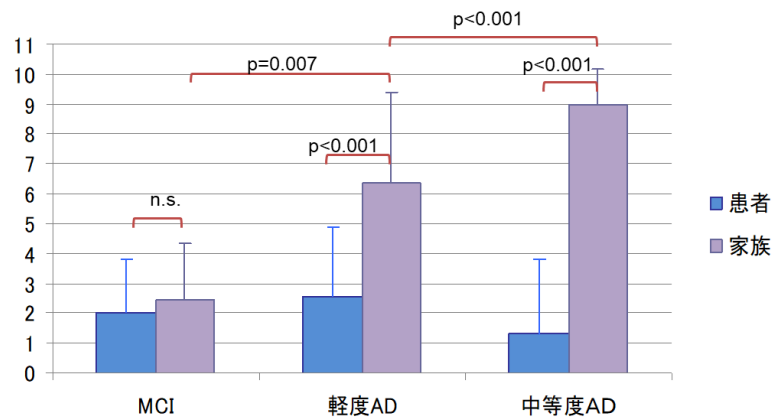
例えばアルツハイマー型認知症の初期では、家族が 6 項目該当すると評価しますが、本人は 2-3 項目しか該当しないと感じています (図)。これを、病識が低下した状態ととらえます。中等度のアルツハイマー型認知症では家族が 9 項目該当と評価しますが、本人は 1-2 項目で、解離がさらに大きくなっています (病識低下が進行) <文献 1>。

病識が低下していても、病識が皆無ではありません。何か変だと病感があります。

病識は、アルツハイマー型認知症と行動障害型前頭側頭型認知症では低下していることが多く、レビー小体型認知症や血管性認知症では、逆に病識が保たれていて、抑うつ傾向になります<文献 2>。

認知症ケアでは、本人が自身の認知機能低下・生活障害をどれだけ自覚してるのか、病識を評価してケアすると、介護拒否を受けにくくなります。

アルツハイマー型認知症 107ペアでの解析
SED-11Qの介護者—本人間のずれが大きいほど病識が低下



病識保持事例と病識低下事例の比較

項目	病識保持事例	病識低下事例
障害の自覚	自覚あり	自覚に乏しく、自信過剰
代償・ケア	可能・受け入れる	不可能・拒否: 例えば服薬支援を拒否
適切な判断	可能	困難: 財産管理、受診、運転免許返納など
危険	少ない	高い: 運転、外出して戻れないなど
BPSD	少ない	妄想や暴言・暴力などの増加
情動	うつ傾向	多幸傾向、失敗の指摘に対する怒り
本人のQOL	低くなる	むしろ高い
介護者	影響が少ない	介護負担増大、介護者のQOL低下
病型	レビー小体型、血管性	アルツハイマー型、行動障害型前頭側頭型

山口晴保©

参考文献 (掲載サイトからフリーダウンロード)

- 1) Maki Y et al: Evaluation of Anosognosia in Alzheimer's Disease Using the Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire (SED-11Q) Dement Geriatr Cogn Disord Extra 3:351-359, 2013 [DEE355367.indd \(karger.com\)](https://www.karger.com/Article/Fulltext/DEE355367)
- 2) 山口晴保、ほか: 病識低下がBPSD増悪・うつ軽減と関連する 認知症疾患医療センターもの忘れ外来 365 例の分析. 認知症ケア研究誌 2: 39-50, 2018 [t30_j_20180305_gentyo1.pdf \(dcnet.gr.jp\)](https://www.dcnets.jp/30_j_20180305_gentyo1.pdf)