

# 知的障害者用認知症判別尺度DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities) 日本語版について

## 1. DSQIIDとは

DSQIIDは、2007年に英国バーミンガム大学Deb教授らによって開発された知的障害者用認知症判別尺度です。評価方法は、支援を通して調査対象者をよく知る観察者がつける行動評価尺度です。

56の質問項目で構成されており、これら質問項目は、「記憶力の低下」、「混乱」、「生活力の低下」、「社会性の低下」、「行動の変化」、「精神症状」、「身体症状」、「睡眠障害」、「言語の異常」に対応して

## 2. DSQIIDの構成

質問用紙は、「最も高い能力に関する項目」(第Ⅰ部)、「認知症に関する行動や症状に関連する項目」(第Ⅱ部)、「全般的な変化に関する項目」(第Ⅲ部)に分かれています。

第Ⅰ部は、最も能力が高かった時の、「会話の能力」、「日常生活動作」に関する質問で構成されています。またそれとは別に、「現在の住居形態」と「その他関連情報」の自由記述欄があります。

第Ⅱ部は、43の質問項目から構成されています。内容は知的に障害がある人が認知症に罹った時にあらわれる症状について、「元々そうである」「元々そうであったがより低下した」「新しい症状である」「該当しない」の4件法で回答します。

第Ⅲ部は、10の質問で構成されています。これらの質問は、以前の状態との比較に基づいた2件法となっています。例をあげると、「より疲れやすくなった」、「より話さなくなった」といった質問に対し、「はい」、「いいえ」で回答します。

## 3. DSQIIDの評価の方法

認知症の疑いがあるかどうかは、第Ⅱ部と第Ⅲ部の特典の合計で判断します。

第Ⅱ部の特典の方法は、「元々そうである」「該当しない」を0点、「元々そうであったが低下してきた」「新しい症状(兆候)である」を1点とします。

第Ⅲ部は、「はい」を1点、「いいえ」を0点とし評価します。

なお自由記述は得点に含めません。**「認知症の疑いがある者」と判断する基準となる点数は、合計が20点以上**となります。

## 4. 評定者

DSQIIDが最も効果を発揮するのは、評定者が少なくとも半年以上調査対象を知っていて、対象者の行動等の変化を認識している場合です。

## 5. 注意点

①本スケールは、あくまでもスクリーニングのためのものであり、認知症の診断を確定するものではありません。診断が必要な場合は、専門医を受診してください。

②本テストは、**歩行ができない人(寝たきり、常時車いすを使用等)の認知症の判別には適していません。**

その他、お気付きの点、ご不明な点、ご意見等ございましたら以下にお問い合わせください。

独立行政法人  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町2120-2  
TEL 027-320-1450 FAX 027-320-1391  
URL:<http://www.nozomi.go.jp/>

# 知的に障害がある人のための 認知症判別テスト

(Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities)

## (日本語版DSQIID)

※DSQIIDは、2007年にイギリスバーミンガム大学Shoumitro Deb教授によって開発された知的障害者用認知症判別尺度です。なお、日本語版はShoumitro Deb教授の承諾を得、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園で翻訳し実用化の手続きを行ったものです。

※DSQIIDは臨床、調査、教育の目的で使用する場合は無料で使用することができます。  
ただし、営利や商業の目的においての一切の使用を禁じます。

なお、この尺度は以下の2つの論文に基づいてShoumitro Deb教授らによって作成されました。  
Deb S., Hare M., Prior L. & Bhaumik S. (2007) Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID). *British Journal of Psychiatry*, 190, 440-444.

Deb S., Hare M. & Prior L. (2007) Symptoms of dementia among adults with Down's syndrome: a qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 9, 726-739.

事業所名	
住所	
DSQIID記入者氏名	
調査対象者と記入者との関係	
DSQIIDの施行日	2013 年 月 日

該当するものに色を付けて下さい（→ 例: **女性** 男性 ）。

「その他／あり」は詳細に記入して下さい。

調査対象者の情報	女性 男性
身体的障害	なし 視覚障害 聴覚障害 その他／できるだけ詳細に→
その他医療的状況(健康状態)	特になし あり／できるだけ詳細に→
精神的 / 行動的な問題	なし あり／できるだけ詳細に→
現在の服薬状況(薬物治療) ※できるだけ詳細に記入してください。	

## 第 I 部 : 「最も高い」能力のレベル

次に示す行動で、調査対象者が能力を「最大限」に発揮した際に、できるまたはできていたレベルの □ に、●を付けて下さい。

<b>会話</b>	<input type="checkbox"/>	相手が理解できるように話したいことを伝えることができる。
	<input type="checkbox"/>	短文で話すことができる
	<input type="checkbox"/>	いくつかの単語のみを話すことができる
	<input type="checkbox"/>	ほとんど話すことはできないが、身ぶり手ぶりで話すことができる
	<input type="checkbox"/>	話すことも身ぶり手ぶりで意思表示もできない

<b>日常生活 動作</b> <small>(例: 着替え、 洗濯、食事、 その他)</small>	<input type="checkbox"/>	少しの介助で独居が可能である
	<input type="checkbox"/>	独居可能だが多くの介助を必要とする
	<input type="checkbox"/>	独居はできないが、日常生活動作の介助は少なくてもよい
	<input type="checkbox"/>	独居は不可能で、日常生活においても多大な支援が必要である

<b>現在の住居</b>	<input type="checkbox"/>	彼 / 彼女の持ち家
	<input type="checkbox"/>	親族と同居
	<input type="checkbox"/>	知人と同居(シェアハウス), 世話人付き住宅
	<input type="checkbox"/>	常勤(専任)職員がいるグループホーム
	<input type="checkbox"/>	24時間看護や介護体制が整っている入所施設
	<input type="checkbox"/>	その他 [ ]

その他関連情報:

---



---



---



---



---

## 第Ⅱ部

下記の質問に対し、該当する選択肢の口を「レ(クリック)」して下さい。

### 選択(回答)例

質問1 身体を洗う／入浴することが介助なしにはできない。

もし彼／彼女が成人してからの生活において体を洗う／入浴することが介助なしにはできない場合は、「もともとそうである」にチェックしてください。

もしこの項目における調査対象者のスキルが以前と比べて低下しているのであれば、「もともとそうであるが、より低下した」にチェックしてください。

もしその人が成人してからの生活ではできていたが、最近その能力を失った場合は、「新しい兆候」にチェックをしてください。

最終的に、もし質問がその人に適応しない場合(このケースだともし本人が身体を洗えて、その状態を継続している場合)は「該当しない」にチェックしてください。

	元々そうである	元々そうであったがより低下した	新しい兆候である	該当しない
介助なしには身体を洗ったり入浴することができない				
介助なしには着替えができない				
きちんと服を着られない(例:後ろ前に着る、不完全)				
服を脱いでしまう(例:公共の場で)				
食事に介助を要する				
排泄に介助を要する				
失禁をする(時々、まれに、含む)				
率先して会話をしない				
言葉を思い出せない				
簡単な指示が理解できない				
同時に2つ以上の指示が理解できない				
作業の途中で手を止めてしまう				

	元々そうである	元々そうであったがより低下した	新しい兆候である	該当しない
読むことができない				
書くことができない(自分の名前を書くことも含む)				
睡眠のパターンが変わった(より寝るようになった。寝る時間が減った)				
夜に頻繁に起きている(昼夜逆転する)				
夜になると混乱する				
日中寝ている				
夜に歩き回る				
慣れた道で迷う				
歩き回る(徘徊する)				
時間の感覚を失う(日中の時間、曜日、季節)				
道にひびがある道、地面に溝がある道、でこぼこな道を自信を持って歩くことができない				
歩行が不安定、バランスを崩す				
介助がなくては歩くことができない				
親しい人を認識できない(スタッフ / 関係者)				
親しい人の名前を覚えていられない				
最近の出来事を覚えていられない				
日中活動や戸外の活動に参加しようとしていない				
人と接触を持とうとしていない				
趣味や活動に興味がなくなった				
一人の世界にふけっている				
強迫的観念、情動的行為、反復的行為がみられる				
物を隠したり、内緒で溜め込んでいる				

	元々そうである	元々そうであったがより低下した	新しい兆候である	該当しない
物をなくす				
決められたの場所へ物をしまうことができない				
使い慣れた道具の使い方が分からない				
落ち着きがない				
悲観的になったり心配性になったりする				
抑うつ的である				
攻撃的になる(言動的にも、行動的にも)				
発作/ てんかんがある				
独語がある				
第Ⅱ部 合計得点	0			

### 第Ⅲ部

下記の質問に対し、該当する選択肢の口を「レ(クリック)」して下さい。

	はい	いいえ
今までできていたことができなくなった (例: 歯をみがく)		
話す(意思表示する)ことが少なくなった		
全般的に疲れてみえる		
涙もろくなったり、取り乱しやすくなってきた		
動作が遅くなってきた		
話し方が遅くなってきた		
以前より不精になってきた		
歩くのが遅くなってきた		
全般的に忘れっぽくなってきた		
全般的に混乱しやすくなってきた		
第Ⅲ部 合計得点	0	
第Ⅱ・Ⅲ部 合計得点 ※20点以上は「認知症の疑いあり」となります。	0	

コメント欄

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---