

JSS & NHSS : 全て入力する。

① JSS & NHSS Scale ボタンをクリックすると、判定基準を表示することができる (* 1)。

片麻痺機能障害：全て入力する。

片麻痺機能障害

患者ID [] (ふりがな) [] 性別 [] 生年月日 [] 0 歳

患者名(漢字) []

基本情報 ADL 日常生活機能評価 合併症-既往症 リハビリ環境 訓練 メモ

診断-治療 意識障害 認知障害 JSS & NHSS 片麻痺機能障害 両全-偏下障害 [] は必須入力

片麻痺12グレード Brunstrom stage SIAS Fugl-Meyer Assessment

発症日 [] 入院年月日 [] 退院日 [] 重複(急性期)入院

Modified Ashworth scale:

筋緊張に増加なし。
 軽度の筋緊張の増加あり。随時にて、引っかけりと消失、あるいは可動域終わりに若干の抵抗あり。
 軽度の筋緊張あり。引っかけりが明らかに可動域の1/2以下の範囲で若干の抵抗がある。
 筋緊張の増加がほぼ全可動域を通して認められるが、容易に動かすことができる。
 かなりの筋緊張の増加があり、他動運動は困難である。
 固まっていて、随時あるいは伸展ができない。

障害側: 右 左 左右 問題なし 評価不能

肩手症候群の有無と病期: 無 有

失語の有無: 無 有

失行の有無: 無 有

半側無視の有無: 無 有

使用Scale: 片麻痺12グレード Brunstrom SIAS Fugl-Meyer assessment

①

① 使用スケールを選択し、各スケールの入力画面の入院時（リハ開始時）と退院時のデータを入力する。

片麻痺 12 グレード

片麻痺12グレード

患者ID [] (ふりがな) [] 性別 [] 生年月日 [] 0 歳

患者名(漢字) []

基本情報 ADL 日常生活機能評価 合併症-既往症 リハビリ環境 訓練 メモ

診断-治療 意識障害 認知障害 JSS & NHSS 片麻痺機能障害 両全-偏下障害 [] は必須入力

基本情報 片麻痺12グレード Brunstrom stage SIAS Fugl-Meyer Assessment

発症日 [] 入院年月日 [] 退院日 [] 重複(急性期)入院

	入院時						退院時					
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
未実施												

Brunnstrom Stage

Brunnstrom Stage 解除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID (ふりがな) 患者名(漢字) 性別 生年月日 0 歳

基本情報 ADL 日常生活機能評価 合併症/既往症 リハビリ履歴 別冊 メモ

診断/治療 意識障害 認知障害 JSS & NHSS 片麻痺重症化等 ※スケールのいずれか1つは必須入力

基本情報 片麻痺12グレード Brunnstrom stage SIAS Fugl-Meyer Assessment ※障害側が「左利き」の場合、患側側の障害側のScaleを入力してください。

発症日 来院年月日 退院日 片麻痺12グレードより選択

	入院時	退院時					
		0	1	2	3	4	5
上肢	01 動きなし(弛緩麻痺)	01	01	01	01	01	01
	02 適合反応	02	02	02	02	02	02
	03 共同運動	03	03	03	03	03	03
	04 分離運動の開始	04	04	04	04	04	04
	05 個別的な閉鎖運動可能	05	05	05	05	05	05
	06 全運動可能	06	06	06	06	06	06
0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施
下肢	01 動きなし(弛緩麻痺)	01	01	01	01	01	01
	02 わずかに起き	02	02	02	02	02	02
	03 座れるが開かない	03	03	03	03	03	03
	04 立つまま、わずかな歩行	04	04	04	04	04	04
	05 色々なつまみ、歩行可能	05	05	05	05	05	05
	06 歩行可能	06	06	06	06	06	06
0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施	0未実施

脳卒中リハ患者DB

検索なし 診断項目の絞り込み

エラー詳細表示
絞り込み結果と患者の属性が一致しません。

患者名	性	年齢	未入力
		0	124
		0	72
		0	124

SIAS

SIAS 解除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID (ふりがな) 患者名(漢字) 性別 生年月日 0 歳

基本情報 ADL 日常生活機能評価 合併症/既往症 リハビリ履歴 別冊 メモ

診断/治療 意識障害 認知障害 JSS & NHSS 片麻痺重症化等 ※スケールのいずれか1つは必須入力

基本情報 片麻痺12グレード Brunnstrom stage SIAS Fugl-Meyer Assessment ※障害側が「左利き」の場合、患側側の障害側のScaleを入力してください。

発症日 来院年月日 退院日 直接(急性期)入院

	入院時	退院時					
		0	1	2	3	4	5
運動機能	握・ロテテスト	00	01	02	03	04	05
	手指テスト	00	01A	01B	01C	02	03
	股関節屈曲テスト	00	01	02	03	04	05
筋緊張	肘関節伸縮テスト	00	01	02	03	04	05
	肩ハットテスト	00	01	02	03	04	05
	腕反射(上肢)	00	01A	01B	02	03	
	腕反射(下肢)	00	01A	01B	02	03	
	筋緊張(上肢)	00	01A	01B	02	03	
	筋緊張(下肢)	00	01A	01B	02	03	
感覚機能	触覚(上肢)	00	01	02	03		
	触覚(下肢)	00	01	02	03		
	位置覚(上肢)	00	01	02	03		
関節可動域	位置覚(下肢)	00	01	02	03		
	上肢(肩)	00	01	02	03		
疼痛	下肢(足)	00	01	02	03		
	疼痛	00	01	02	03		
体幹機能	腹筋力	00	01	02	03		
	垂直性	00	01	02	03		
探索空間認知スコア	探索空間認知スコア	00	01	02	03		
	言語機能	00	01	02	03		
非痛痺側機能	大腿四頭筋力	00	01	02	03		
	握力	00	01	02	03		

脳卒中リハ患者DB

検索なし 診断項目の絞り込み

エラー詳細表示
絞り込み結果と患者の属性が一致しません。

患者名	性	年齢	未入力
		0	124
		0	72
		0	124

Fugl-Meyer Assessment

Fugl-Meyer Assessment
印刷 全て表示 検索 数値 オプションメニュー メニューへ

患者ID (ふりがな) 性別 生年月日 0 歳

基本情報 ADL 日常生活機能評価 合併症/既往症 リハビリ種 訓練 メモ

診断/治療 薬剤情報 認知検査 ISS & MHSS 歩行/両足機能評価

基本情報 片麻痺/2グレード Brunstrom stage SIAE Fugl-Meyer Assessment

発症日 来院年月日 退院日 直接 (急性期) 入院

脳卒中リハビリ者DB

ユーザー登録表示

患者名	性別	年齢	集入力
		0	124
		0	72
		0	124

【入右】 [1] 運動機能とバランス

A 肩/肘/肘腕

I 反射(屈筋系/伸筋系の2項目)

II 共同運動

a 屈筋共同運動3要素

b 伸筋共同運動3要素

III 屈筋/伸筋共同運動の適合3動作

IV 共同運動を脱した3動作

V 正常反射

B 手関節5動作

C 手指7動作

D 協調運動/スピード(指鼻試験の3要素)

上肢運動機能合計

E 股/膝/足関節

I 反射(屈筋系/伸筋系の2項目)

II 共同運動(取位)

a 屈筋共同運動3要素

b 伸筋共同運動4要素

III 座位2動作

IV 立位2動作

V 正常反射

F 協調運動/スピード(指鼻試験の3要素)

下肢運動機能合計

G バランス7動作

H 感覚

a 触覚4ヶ所

【入左】 [1] 運動機能とバランス

A 肩/肘/肘腕

I 反射(屈筋系/伸筋系の2項目)

II 共同運動

a 屈筋共同運動3要素

b 伸筋共同運動3要素

III 屈筋/伸筋共同運動の適合3動作

IV 共同運動を脱した3動作

V 正常反射

B 手関節5動作

C 手指7動作

D 協調運動/スピード(指鼻試験の3要素)

上肢運動機能合計

E 股/膝/足関節

I 反射(屈筋系/伸筋系の2項目)

II 共同運動(取位)

a 屈筋共同運動3要素

b 伸筋共同運動4要素

III 座位2動作

IV 立位2動作

V 正常反射

F 協調運動/スピード(指鼻試験の3要素)

下肢運動機能合計

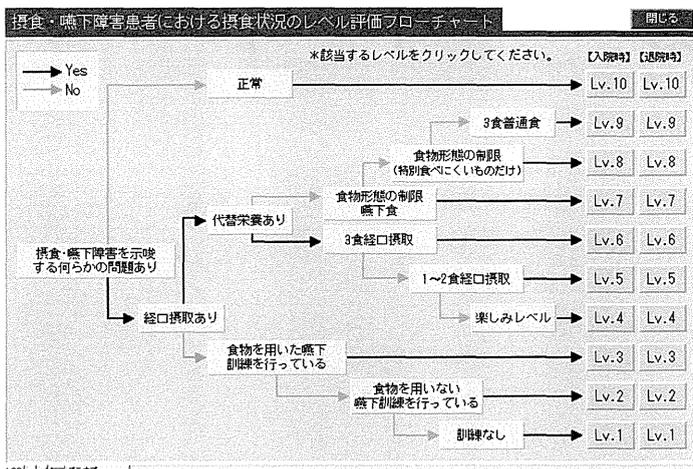
G バランス7動作

H 感覚

a 触覚4ヶ所

ブラウザ

摂食・嚥下障害：全て入力する。



① クリックすることによりフローチャートを表示することができる。（*1）

【補足】

① 入院時の脳卒中再発・再骨折例の扱い

→再発作、再骨折の時点で終了、評価は終了前の状態を入力する。終了した時点を入力した場合、訓練効果を判定するデータになり得ない。リハを実施したら悪化した結果になるからである。リハを再開した場合は、新しい症例とする（2症例として扱うことになる）。

② 入院後の増悪例（出血性梗塞・梗塞巣/出血巣の拡大）、合併症により2週間以上リハが中断した場合の扱い

→終了とする、前記と同様の扱い。

③ 手術を施行した場合のリハ開始日の扱い：術後の開始をリハ開始とするのか？

→術前にリハを開始する場合があります、術前・後に関わらずリハ開始日として入力する。

④ 死亡退院の扱い

- ・ 事前にリハ中止があった場合は〔基本情報〕の〔退院先〕では〔リハ中止〕を選択する。

ADLなどの評価の「退院時」とあるところは、すべてリハ中止時を記入する。

前日までリハを行っていて死亡した場合（リハ中止ではない）は、〔退院先〕で〔死亡〕を選択する。ADL評価などは自動的に〔評価なし〕が選択されるようになっている。

IV. ファイル管理

1. リハビリテーション患者データベースの入手とバージョンアップ

[マルチユーザ版の場合]

- ① パソコンにはFile Maker Pro8.5がインストールされている。
- ② 入力フォーム（リハ学会DB）は“リハビリテーション患者データベース”のホームページ（VI. 参照）から入手できる。
- ③ バージョンアップがあった場合、上記ホームページからメールで申請するとマルチユーザ版のダウンロードサイトを教えてもらえるので、そこから最新のファイルをダウンロードして使う。

[ランタイム版の場合]

バージョンアップがあった場合、リハビリテーション患者データベースのホームページからダウンロードして使用する。

2. ファイルの保存とバックアップ

誤って書き換えるミスを防ぐためにも、退院月毎のファイルに分け、保存しておく。（慣れてきたら4半期ごとにまとめるのが、後の統計処理にも便利だと思う）

分割などの作業の前にはファイルをコピーし、ファイル名の前にcopyと付けたバックアップを必ず作っておくこと。ファイルは自動で上書きされるため、作業でミスしたら元には戻れない。

※一例として2011年1月退院分を分離したい場合の手順

- ① ファイルのコピーをバックアップとは別に作成し、ファイル名を「リハ学会DBv140(2011年2月から)」に変える。
- ② FileMakerメニューの「レコード」→「レコードのソート」を選んで、「退院年月日」を「ソート優先順位」に指定し、「昇順」で「ソート」ボタンをクリックする。
- ③ 最初に退院年月日が空白のカード、次に退院年月日順にカードが並ぶので、1月退院のカードを「対象外」にする（メニューの「レコード」→「レコードを対象外に」をクリック。一度に複数のカードも対象外にできる）。
- ④ この段階でファイルのコピーを作り、ファイル名を「リハ学会DBv140(2011年1月)」に変えて保存しておく（ファイル→名前を付けて保存、保存形式は、「最適化コピー」がよい）
- ⑤ 「リハ学会DBv140(2011年2月から)」のファイルでは[対象外のみを表示]をクリックすると
③で対象外にした1月退院分が対象に換わるので「レコード」→「対象レコード削除」をクリックする。1月退院分が消え2月からのカードが残っているので、保存する。
- ⑥ もうひとつの④で作成した「リハ学会DBv140(2011年1月)」のファイルでは、「レコー

- ド」→「対象レコード削除」をクリックすると1月退院のカードが出るので、保存する。
- ⑦ ふたつのファイルのレコード数を足し、元のファイルのレコード数と一致することを確かめてから、copyと付けたバックアップファイルを削除する。
- ⑧ 「リハ学会DBv140(2011年1月)」のファイルを「未送信」フォルダに移動する（さらに「バックアップ」フォルダにもコピーしておくで安心）。
- データ送信時は、数か月まとめてひとつのファイルにして送るのが親切。例えば1月から3月分をまとめるには、1月のファイルのコピーを作り、ファイル名を「リハ学会DBv140(2011年1月から3月)」に変えておく。メニューの「オプションメニュー」→「リハDB (V3以上) 取込」をクリックして「OK」し、2月のファイルを指定して「開く」と結合できる。同様にして3月も取り込む。

V. データ送信

データ送信する時は「オプションメニュー」から「提出用データ作成」をクリックし、「退院年月」をいれて「OK」をクリックする。「ファイル名」に「(施設名)リハDBデータ」と入れ、デスクトップに保存する。

これを添付ファイルで添付し、リハ学会事務局宛に送る。

メールアドレス：(社)日本リハビリテーション医学会事務局 office@jarm.or.jp
送信後、デスクトップに置いた添付ファイルは捨てる。

※ データ送信先は変更の可能性あり。

VI. “リハビリテーション患者データベース”のホームページ

メインページ <http://square.umin.ac.jp/jarm-db/>

関係者専用ページ <http://plaza.umin.ac.jp/~jarm-db/>

ここにバージョンアップ情報や操作マニュアル、Q&Aなどが載っているので、随時参照する。

VII. SIAS（脳卒中機能障害評価法）について

慶応義塾大学医学部リハビリテーション医学教室ホームページを参照してください。

出典

1) Chino N, Sonoda S, Domen K, Saitoh E, Kimura A. Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) - A new evaluation instrument for stroke patients -. Jpn J Rehabil Med 31: 119- 25, 1994.

2) Chino N, Sonoda S, Domen K, Saitoh E, Kimura A: Stroke Impairment Assessment Set (SIAS). In Chino N, Melvin JL eds.: Functional evaluation of stroke patients, Springer-Verlag Tokyo, Tokyo, 1996, p.19-31.

<http://www.keio-reha.com/sias/index.htm>

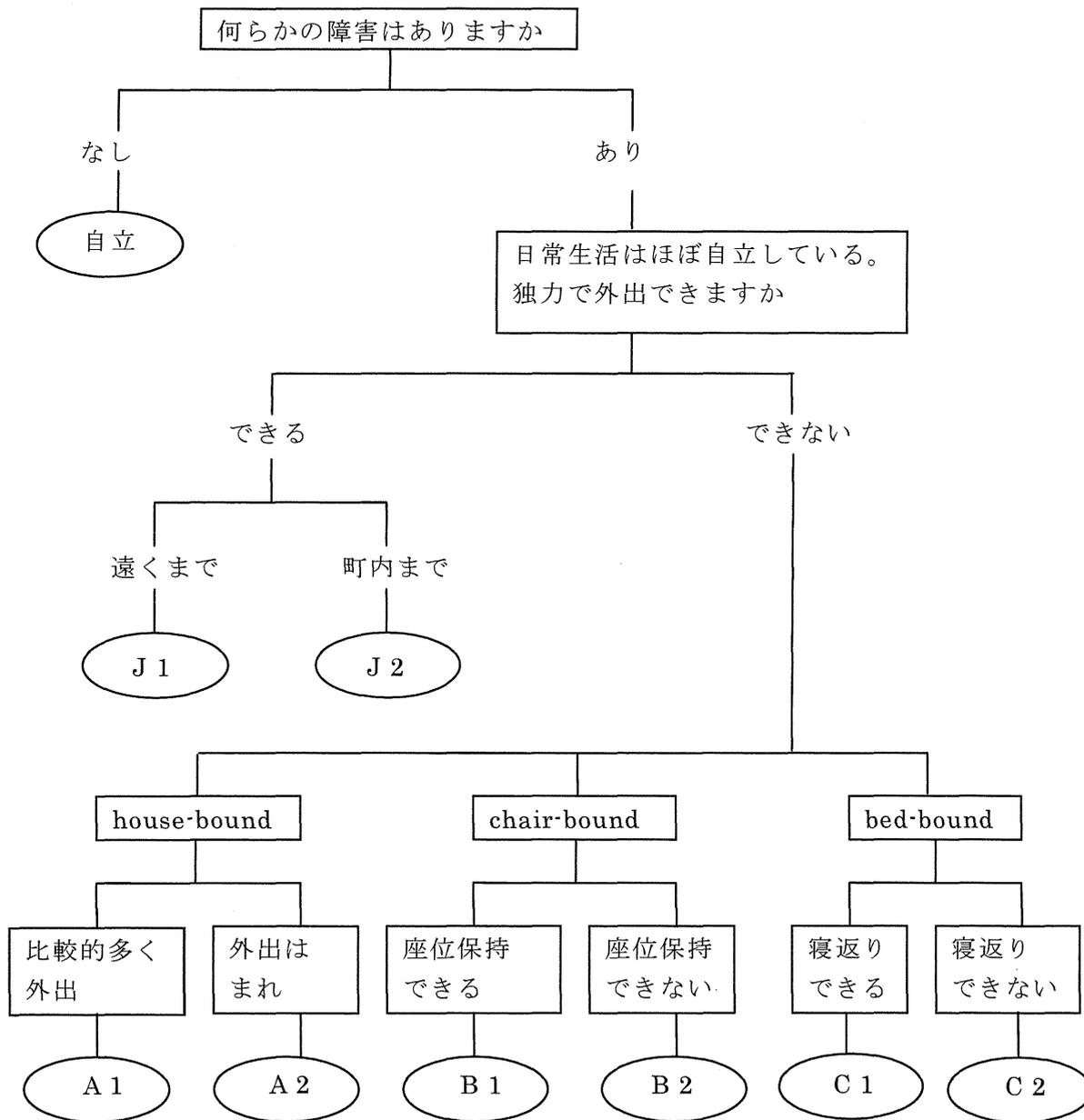
VIII. m-Rankin Scale

- | |
|--|
| Grade 0:全く症状がない |
| Grade 1:症状はあるが特に問題となる障害はない
(通常の日常生活および活動は可能) |
| Grade 2:軽度の障害
(以前の活動は障害されているが、
介助なしに自分のことが出来る) |
| Grade 3:中等度の障害
(何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) |
| Grade 4:比較的高度の障害
(歩行や日常生活に介助が必要) |
| Grade 5:高度の障害
(ベッド上生活、失禁、常に看護や注意必要) |
| Grade 6:死亡 |

IX. JSS & NIHSS Scale

1	質問に対する反応（現在の月名と年齢）	0：両方正解	1：片方正解	2：両方不正解
2	命令への反応（開閉眼と離握手）	0：両方可能	1：片方可能	2：両方不可能
3	Glasgow coma scale			
	開眼	言語	運動	
	4：自発的に開眼する	5：見当識良好	6：命令に従う	
	3：呼びかけにより開眼する	4：退化した会話	5：疼痛に適切に反応	
	2：痛み刺激により開眼する	3：不適切な会話	4：屈曲逃避	
	1：全く開眼しない	2：理解不能の応答	3：異常屈曲反応	
		1：反応なし	2：伸展反応（除脳姿勢）	
			1：反応なし	
4	意識レベル	0：清明	1：容易に覚醒し、従命、応答、反応が可能	
		2：刺激を繰り返したり、強い刺激により反応	3：反応なし	
5	失語	0：正常	1：軽度～中等度の失語	2：高度の失語
	構音障害	0：正常	1：軽度～中等度	2：高度
	言語総合	1：口頭命令で筆を作らせる	2：時計を見せて「時計」と云える	
		3：「サクラ」を繰り返して云える	4：住所、家族の名前が上手に云える	
		※正答できた個数を記入する。		
6	瞳孔異常	0：なし	1：片側の瞳孔異常有り	2：両側の瞳孔異常有り
7	注視	0：正常	1：部分的注視麻痺	2：完全注視麻痺
8	視野	0：異常なし	1：部分的半盲	2：完全半盲
				3：両側半盲
9	無視	0：線分二等分試験正常	1：線分二等分試験で半側無視（軽度～中等度）	
		2：麻痺に気がつかない、または一側空間を無視した行動をする（高度）		
10	顔面麻痺	0：正常	1：軽度の麻痺	2：部分的麻痺
				3：完全麻痺
11	上肢の運動（*仰臥位の時は45度）			
	右	0：10秒間90度*に保持可能（動揺なし）	1：10秒以内に動揺	
		2：10秒以内に下がる	3：重力に抗して動かない	4：動かない
	左	0：10秒間90度*に保持可能（動揺なし）	1：10秒以内に動揺	
		2：10秒以内に下がる	3：重力に抗して動かない	4：動かない
12	下肢の運動（仰臥位）			
	右	0：5秒間30度に保持可能（動揺なし）	1：5秒以内に動揺	
		2：5秒以内に下がる	3：重力に抗して動かない	4：動かない
	左	0：5秒間30度に保持可能（動揺なし）	1：5秒以内に動揺	
		2：5秒以内に下がる	3：重力に抗して動かない	4：動かない
13	運動系（臥位で検査）			
	手	1：正常	2：親指と小指で輪を作る、	3：そばに置いたコップが持てる
		4：指は動くが物はつかめない	5：全く動かない	
	腕	1：正常	2：肘を伸ばして腕を挙上出来る	3：肘を屈曲挙上出来る
		4：腕は動くが挙上不可	5：全く動かない	
	下肢	1：正常	2：膝を伸展して下肢を挙上出来る	3：自力膝立て可能
		4：動くが膝立ては出来ない	5：全く動かない	
14	足底反射	1：正常	2：.いずれとも云えない	3：病的反射(Babinski or Chaddock)陽性
15	失調	0：なし	1.一肢にあり	2.二肢にあり
16	感覚	0：正常	1：軽度～中等度障害	2：高度障害～感覚脱失

X. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定の流れ

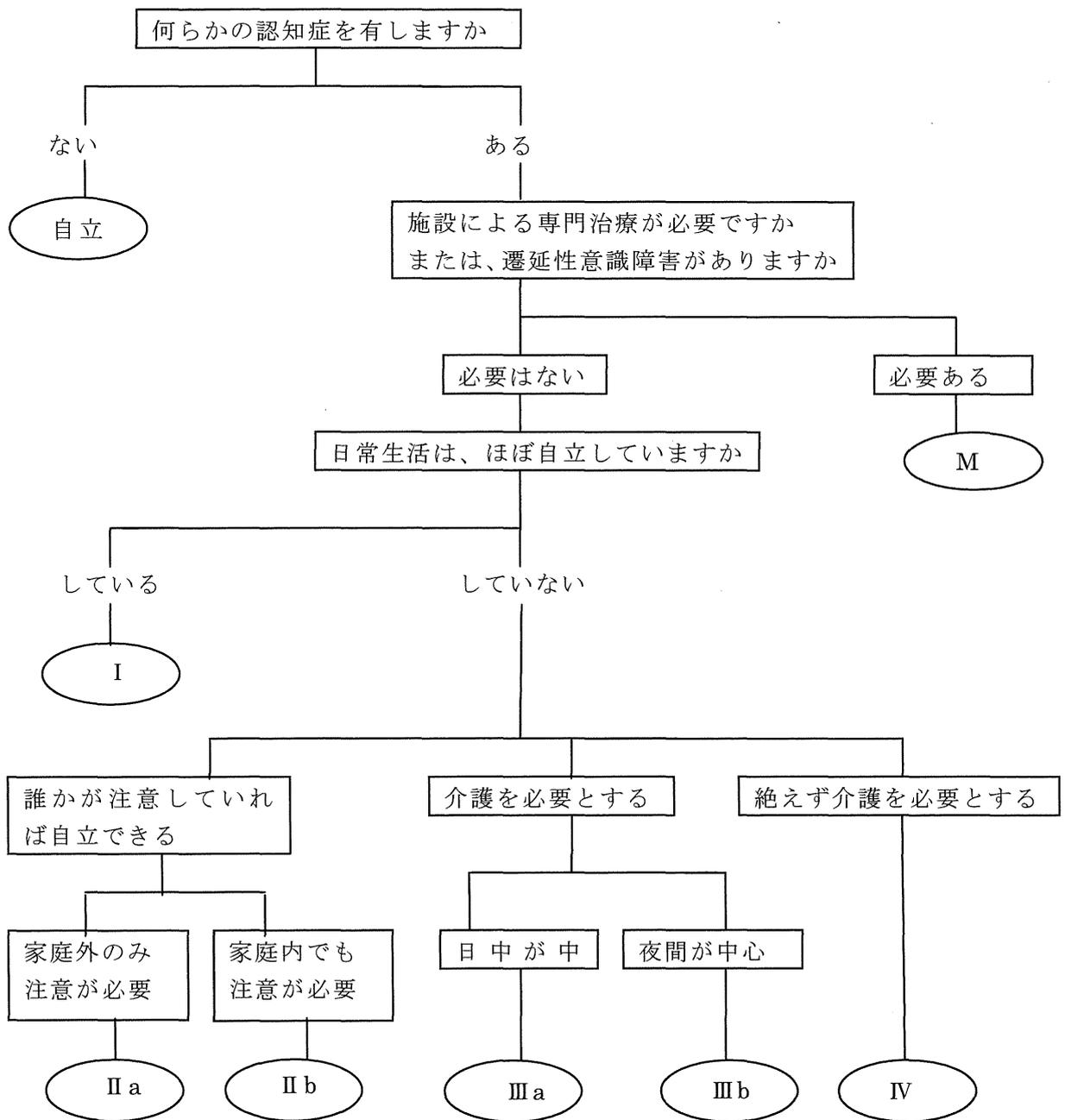


house-bound : 外出する時は介助を要するが、普段は離床している状態

chair-bound : 1日の大半をベッド上で過ごし、食事・排泄・着替えのいずれかにおいて、部分的に介助を要する状態

bed-bound : 1日中ベッドで過ごし、食事・排泄・着替えの全てに介助が必要な状態

XI. 認知症老人の日常生活自立度判定の流れ



XII. Japan Stroke Scale (第5版)

1. 意識

a) Glasgow Coma Scale

開眼 (Eyes Open)	言語 (Best Verbal Response)	運動 (Best Motor Response)
4 自発的に開眼する	5 見当識良好	6 命令に従う
3 呼びかけにより開眼する	4 混乱した会話	5 疼痛に適切に反応
2 痛み刺激により開眼する	3 不適切な言葉	4 屈曲逃避
1 全く開眼しない	2 理解不能の応答	3 異常屈曲反応
	1 反応なし	2 伸展反応 (除脳姿勢)
		1 反応なし

b) Japan Coma Scale

I 刺激しなくても覚醒している状態

9 全く正常

8 大体意識清明だが、今一つはっきりしない (I-1)

7 時・人・場所がわからない (見当識障害) (I-2)

6 自分の名前、生年月日が言えない (I-3)

II 刺激すると覚醒する状態

5 普通の呼びかけで容易に開眼する (II-10)

4 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する (II-20)

3 痛み・刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する (II-30)

III 刺激しても覚醒しない状態

2 痛み刺激に対しはらいのける様な動作をする (III-100)

1 痛み刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる (III-200)

0 痛み刺激に全く反応しない (III-300)

2. 言語

1. 口頭命令で拳をつくる (両側麻痺の場合は口頭命令で開眼する)

2. 時計を見せて“時計”と言える

3. “サクラ”を繰り返してと言える

4. 住所、家族の名前が上手に言える

3. 無視 : (可能な限り裏面の線分を使用のこと)

A. 線分二等分試験正常

B. 線分二等分試験で半側空間無視

C. 麻痺に気がつかない。あるいは一側の空間を無視した行動をする

* 注 : 実際のカードには裏面に長さ 25cm の太線が印刷してあるが、紙面の都合上省略・

4. 視野欠損または半盲

A. 同名性の視野欠損または半盲なし

B. 同名性の視野欠損または半盲あり

5. 眼球運動障害

A. なし

B. 側方視が自由にできない（不十分）

C. 眼球は偏位したままで反対側へ側方視できない（完全共同偏視または正中固定）

6. 瞳孔異常

A. 瞳孔異常（対光反射 and/or 瞳孔の大きさの異常）なし

B. 片側の瞳孔異常あり

C. 両側の瞳孔異常あり

7. 顔面麻痺

A. なし

B. 片側の鼻唇溝が浅い

C. 安静時に口角が下垂している

8. 足底反射

A. 正常

B. いずれとも言えない

C. 病的反射（Babinski または Chaddock）陽性（1回でも認めたら陽性）

9. 感覚系

A. 正常（感覚障害がない）

B. 何らかの軽い感覚障害がある

C. はっきりした感覚障害がある

10. 運動系（臥位で検査する）

Hand（手）

1. 正常

2. 親指と小指で輪を作る

3. そばに置いたコップが持てる

4. 指は動くが物はつかめない

5. 全く動かない

Arm（腕）

1. 正常

2. 肘を伸ばしたまま腕を挙上できる

3. 肘を屈曲すれば挙上できる

4. 腕はある程度動くが持ち上げられない

5. 全く動かない

Leg（下肢）

1. 正常
2. 膝を伸ばしたまま下肢を挙上できる
3. 自力で膝立てが可能
4. 下肢は動くが膝立てはできない
5. 全く動かない

X Ⅲ. NIHSS; National Institute of Health Stroke Scale 入力の手引き

世界的に使用されている脳卒中患者の包括的評価スケールである。15 項目について 3 または 4 段階評価で判定する。最重症は、40 点(42 点満点)で、以下の点について注意した上で施行しなければならない。

- ・リストの順に施行すること。
- ・各検査項目施行直後にその結果を記録する。
- ・逆に行ったり、評価を変更してはならない。
- ・各検査の行い方についての指示に従う。
- ・評点は、患者が出来るだろうと医師が推測して記載してはならない。
- ・特に指示されている部分以外では、患者を誘導してはならない。(例えば、何度も命令を繰り返すと患者は特別に努力をしてしまう)。
- ・いずれかの項目が実施されなかった場合は、その理由を明白に記載する。

1 a. 意識水準

気管内挿管、言語的障壁、あるいは口腔の外傷などによって評価が妨げられたとしても、患者の反応をどれか一つに評価選択すること。痛み刺激を加えられた際に患者が反射的姿勢以外には全く運動を呈さないときのみ 3 点とする。

- 0 : 完全に覚醒している、的確に反応する。
- 1 : 覚醒していないが簡単な刺激で覚醒し、命令に従ったり、答えたり、反応することができる。
- 2 : 覚醒していなくて、注意を向けさせるには繰り返し刺激する必要があるか、あるいは意識が混濁していて(常同的ではない)運動を生じさせるには強い刺激や痛み刺激が必要である。
- 3 : 反射的運動や自律的反応だけしかみられないか、あるいは完全に無反応、弛緩状態、無反射状態である。

1 b. 意識障害－質問

今月の月名および年齢を尋ねる。返答は正解でなければならず、近似した答えには点を与えない。失語症または昏迷の患者には 2 点を与える。気管内挿管、口腔外傷、強度の構音障害、言語的障壁あるいは失語症によらない何らかの問題のために患者が話すことができない場合には 1 点とする。最初の応答のみを評価することが重要であり、検査者は言語的あるいは非言語的な手がかりで患者を助けてはならない。

- 0 : 両方の質問に正解
- 1 : 一方の質問に正解
- 2 : 両方とも不正解

1 c. 意識障害－従命

「目の開閉」を命じ、続いて「手を握る・開く」を命じる。もし手が使えないときは他の 1 段階命令に置き換えてもよい。実行しようとする明らかな企図がみられるが、筋力低下のために完遂できないときは点を与える。もし患者が命令に反応しないときはパントマイムで示してみせる。外傷、切断または他の身体的障害のある患者には適当な 1 段階命令

に置き換える。最初の企図のみを評価すること。

- 0 : 両方とも遂行可
- 1 : 一方だけ遂行可
- 2 : 両方とも遂行不可

2. 最良の注視

水平眼球運動のみ評価する。随意的あるいは反射的 (oculocephalic) 眼球運動を評価するが caloric test は行わない。共同偏視を有しているが、随意的あるいは反射的にこれを克服できるときは 1 点とする。単一の末梢性脳神経 (III、IV、VI) 麻痺があるときは 1 点とする。注視は全ての失語症患者で評価可能なはずである。眼外傷、眼帯、病前からの盲、あるいは他の視野視力障害を有する患者は反射的運動あるいは適切な方法で評価する。視線を合わせ、患者の周りを横に動くことで注視麻痺の存在を検知できることがよくある。

- 0 : 正常
- 1 : 部分的注視麻痺。注視が一側あるいは両側の眼球で異常であるが、固定した偏視や完全注視麻痺ではないとき。
- 2 : 「人形の目」手技で克服できない固定した偏視あるいは完全注視麻痺。

3. 視野

視野 (上下 1/4) を対座法で動かしている指あるいは threat で検査する。患者を励ましてもよいが、動いている指の方を適切に向くのならば正常とする。一側眼の盲や単眼の場合は健常側の視野を検査する。1/4 盲を含む明らかな左右差が認められたときのみ 1 点とする。もし全盲であればどのような理由であっても 3 点とする。この時点で両側同時刺激を行い消去現象があれば 1 点とし、その結果は項目 11 の評点に用いる。

- 0 : 視野欠損なし
- 1 : 部分的半盲
- 2 : 完全半盲
- 3 : 両側性半盲 (皮質盲を含む全盲)

4. 顔面麻痺

歯をみせるか笑ってみせる、あるいは目を閉じるように命じるかパントマイムで示す。反応の悪い患者や理解力のない患者では痛み刺激に対する洗面の左右差でみる。顔面外傷、気管内挿管、包帯、あるいは他の身体的障壁のため顔面が隠れているときは、できるだけこれらを取り去って検査する。

- 0 : 正常な対称的な動き
- 1 : 軽度の麻痺 (鼻唇溝の平坦化、笑顔の不对称)
- 2 : 部分的麻痺 (顔面下半分の完全あるいはほぼ完全な麻痺)
- 3 : 完全麻痺 (顔面上半および下半の動きが全くない)

5 & 6. 上肢および下肢の運動

上下肢を適切な位置に置く : 上肢は 90 度 (坐位するとき) または 45 度 (仰臥位するとき)、下肢は 30 度 (必ず仰臥位)。上肢は 10 秒間維持できないとき、下肢は 5 秒間維持できない

いときに下垂と評価する。失語症患者には声やパントマイムで示すが、痛み刺激は用いない。各肢は順に検査するが最初は非麻痺側から検査する。切断肢や肩あるいは股関節の癒合のときのみ9点とし、検者は9点とつけた理由を明確に記録しておく。

(上肢)

- 0：下垂なし。90（または45）度を10秒間保持できる。
- 1：下垂する。90（または45）度を保持できるが、10秒以内に下垂してくる。しかしベッドを打つようには）度の挙上または保持ができない。
- 3：重力に抗しての動きがみられない。ベッド上に落ちる。
- 4：全く動きがみられない。
- 9：切断、関節癒合

(下肢)

- 0：下垂なし。30度を5秒間保持できる。
- 1：下垂する。30度を保持できるが5秒以内に下垂してくる。しかしベッドを打つように落ちることはない。
- 2：重力に抗して動きがみられる。下肢は落下するが、重力に抗する動きが認められる。
- 3：重力に抗しての動きがみられない。即座にベッド上に落ちる。
- 4：全く動きが見られない。
- 9：切断、関節癒合

7. 運動失調

この項目は一側性の小脳損傷に関する症候を評価するものである。検査は開眼で行う。視野障害がある場合は健常側で検査を行う。指－鼻－指試験と踵－脛試験は両側で行い、運動失調は、筋力低下の存在を割り引いても存在するときのみ有りとして評価する。理解力のない患者、片麻痺の患者では失調は無いと評価する。切断肢や関節癒合のときのみ9点とし、検者は9点とつけた理由を明確に記録しておく。全盲の場合は伸展位から鼻に触れることで検査する。

- 0：なし
- 1：1肢に存在
- 2：2肢に存在
- 9：切断、関節癒合

8. 感覚

知覚または検査時の pinprick に対する洗面、あるいは意識障害や失語症患者での痛み刺激からの逃避反応により検査する。脳血管障害に帰せられる感覚障害のみを異常と評価し、半側感覚障害を正確に調べるのに必要なできるだけ多くの身体部位（手ではなく前腕、下肢、体幹、顔面）を検査すること。重篤あるいは完全な感覚障害が明白に示された時のみに2点を与える。従って昏迷あるいは失語症患者は恐らく1または0点となる。脳幹部血管障害で両側の感覚障害があるときは2点とする。無反応あるいは四肢麻痺の患者は2点とする。昏睡患者（項目1 a = 3）は2点とする。

- 0：正常。感覚障害なし。
- 1：軽度から中等度の感覚障害。pinprick をあまり鋭くなく感じるか障害側で鈍く感じる。あるいは pinprick に対する表在感覚は障害されているが触られているという

ことは分かる場合。

2：重度から完全感覚脱失。触られているということも分からない。

9. 最良の言語

これより前の項目の検査を行っている間に言語理解に関する多くの情報が得られている。絵カードの中で起こっていることを尋ね、呼称カードの中の物の名前を言わせ、文章カードを読ませる。言語理解はここでの反応および前の神経学的検査の際の命令に対する反応から判断する。もし視覚障害によってこの検査ができないときは、手の中に置かれた物品の同定、復唱、発話を命ずる。挿管されている患者は書字するようにする。昏睡患者（項目 1 a = 3）は3点とする。昏迷や非協力的患者でも評点をつけなければならないが、患者が完全に無言か、1段階命令に全く応じない場合にのみ3点を与えることとする。

0：失語なし。正常

1：軽度から中等度の失語。明らかな流暢性・理解力の障害があるが、表出された思考、表出の形に重大な制限を受けていない。しかし、発話や理解の障害のために与えられた材料に関する会話が困難か不可能である。例えば、患者の反応から検者は答えを同定することができる。

2：重度の失語。コミュニケーションは全て断片的な表出からなっていて、聞き手に多くの決めつけ、聞きなおし、推測がある。交換される情報の範囲は限定的で、聞き手はコミュニケーションの困難性を感じる。検者は患者の反応から答えを同定することができない。

3：無言、全失語。有効な発話や聴覚理解は全く認められない。

10. 構音障害

もし患者が失語症でなかったら、前出のカードの音読や単語の復唱をさせることから適切な発話の例を得なければならない。もし患者が失語症なら、自発語の構音の明瞭さを評価する。挿管、発話を妨げる他の身体的障壁があるときのみ9点とし、検者は9点とつけた理由を明確に記録しておく。患者にこの項目の検査の理由を告げてはならない。

0：正常

1：軽-中等度。少なくともいくつかの単語で構音が異常で、悪くとも何らかの困難は伴うものの理解し得る。

2：重度。構音異常が強いため、検者が理解不能である。

9：挿管または身体的障壁

11. 消去現象と注意障害（無視）

これより前の項目の検査を行っている間に無視を評価するための十分な情報を得られている。もし2点同時刺激を行うことを妨げるような重篤な視覚異常がある場合、体性感覚による2点同時刺激で正常なら評価は正常とする。失語があっても両側に注意を向けているように見える時、評価は正常とする。視空間無視や病態失認の存在は無視の証拠としてよい。無視は存在した時のみ有りとして評価されるので、この項目は検査不能のはずはない。

0：異常なし

1：視覚、触覚、聴覚、視空間、あるいは自己身体に対する不注意、あるいは1つの感

覚様式で2点同時刺激に対する消去現象。

2：重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意。一方の手を認識しない、または空間の一侧にしか注意を向けない。

XIV. “日常生活機能評価”評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4. 評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示

【項目の定義】

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

【選択肢の判断基準】

「なし」：床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。

「あり」：床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

【判断に際しての留意点】

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

【項目の定義】

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

【選択肢の判断基準】

「できる」：いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。この行為を促す指示に従えなくても、いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられることが一度でも観察できれば「できる」とする。

「できない」：調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで片手を持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

【判断に際しての留意点】

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3 寝返り

【項目の定義】

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」：何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」：介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

【判断に際しての留意点】

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり

【項目の定義】