

判定基準

JCS Japan coma scale

I 覚醒している(1桁の点数で表現)	
0	意識清明
1(I-1)	見当識は保たれているが意識清明ではない
2(I-2)	見当識障害がある
3(I-3)	自分の名前・生年月日が言えない
II 刺激に応じて一時的に覚醒する(2桁の点数で表現)	
10(II-1)	普通の呼びかけで開眼する
20(II-2)	大声で呼びかけたり、強く揺るなどで開眼する
30(II-3)	痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けるとかろうじて開眼する
III 刺激しても覚醒しない(3桁の点数で表現)	
100(III-1)	痛みに対して払いのけるなどの動作をする
200(III-2)	痛み刺激で手足を動かしたり顔をしかめたりする
300(III-3)	痛み刺激に対してまったく反応しない

R(不穏)・I(糞尿失禁)・A(自発性喪失)などの付加情報をつけて、JCS200-Iなどと表す

判定基準

mRS modified Rankin Scale

Grade 0	全く症状なし
Grade 1	何らかの症状はあるが障害はない:通常の仕事や活動は全て行える
Grade 2	軽微な障害:これまでの活動の全てではできないが身のまわりのことは援助なしでできる
Grade 3	中等度の障害:何らかの援助を要するが援助なしで歩行できる
Grade 4	中等度から重度の障害:援助なしでは歩行できず、身のまわりのこともできない
Grade 5	重度の障害:ねたきり、失禁、全面的な介護
Grade 6	死亡

判定基準

NIHSS

1a.意識水準		<input type="checkbox"/> 0:完全覚醒 <input type="checkbox"/> 1:簡単な刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 2:繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 3:完全に無反応
1b.意識障害－質問	今月の月名及び年齢	<input type="checkbox"/> 0:両方正解 <input type="checkbox"/> 1:片方正解 <input type="checkbox"/> 2:両方不正解
1c.意識障害－従命	開閉眼、手を握る・開く	<input type="checkbox"/> 0:両方正解 <input type="checkbox"/> 1:片方正解 <input type="checkbox"/> 2:両方不正解
2.最良の注視		<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:部分的注視視野 <input type="checkbox"/> 2:完全注視麻痺
3.視野		<input type="checkbox"/> 0:視野欠損なし <input type="checkbox"/> 1:部分的半盲 <input type="checkbox"/> 2:完全半盲 <input type="checkbox"/> 3:両側性半盲
4.顔面麻痺		<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽度の麻痺 <input type="checkbox"/> 2:部分的麻痺 <input type="checkbox"/> 3:完全麻痺
5.上肢の運動(右)	仰臥位のときは45度右上肢	<input type="checkbox"/> 0:90度を10秒保持可能(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:90度を保持できるが10秒以内の下垂 <input type="checkbox"/> 2:90度の挙上または保持ができない <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
上肢の運動(左)	仰臥位のときは45度左上肢	<input type="checkbox"/> 0:90度を10秒保持可能(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:90度を保持できるが10秒以内の下垂 <input type="checkbox"/> 2:90度の挙上または保持ができない <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
6.下肢の運動(右)		<input type="checkbox"/> 0:30度を5秒保持可能(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:30度を保持できるが5秒以内の下垂 <input type="checkbox"/> 2:重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
下肢の運動(左)		<input type="checkbox"/> 0:30度を5秒保持可能(下垂なし) <input type="checkbox"/> 1:30度を保持できるが5秒以内の下垂 <input type="checkbox"/> 2:重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3:重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4:全く動きがみられない
7.運動失調		<input type="checkbox"/> 0:なし <input type="checkbox"/> 1:1肢 <input type="checkbox"/> 2:2肢
8.感覚		<input type="checkbox"/> 0:障害なし <input type="checkbox"/> 1:軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2:重度から完全
9. 最良の言語		<input type="checkbox"/> 0:失語なし <input type="checkbox"/> 1:軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2:重度の失語 <input type="checkbox"/> 3:無言、全失語
10.構音障害		<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2:重度
11.消去現象と注意障害		<input type="checkbox"/> 0:異常なし <input type="checkbox"/> 1: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 <input type="checkbox"/> 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

判定基準

バーセルインデックス (Barthel Index)

項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介助器具をつけることができ、適切な時間内食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立(洗面、歯磨き、整髪、ひげそり)
	0点	全介助
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレトペーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立(浴槽につかる、シャワーを使う)
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上平地歩行可、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

判定基準

FIM

項目		点数	
セルフケア	A食事(箸・スプーン)	1-7点	
	B整容	1-7点	
	C清拭	1-7点	
	D更衣(上半身)	1-7点	
	E更衣(下半身)	1-7点	
	Fトイレ	1-7点	
排泄	G排尿コントロール	1-7点	
	H排尿コントロール	1-7点	
移乗	Iベッド、椅子、車椅子	1-7点	
	Jトイレ	1-7点	
	K浴槽、シャワー	1-7点	
移動	L歩行、車椅子	1-7点	
	M階段	1-7点	
コミュニケーション	N理解(聴覚、視覚)	1-7点	
	O表出(音声、非音声)	1-7点	
社会認識	P社会的交流	1-7点	
	Q問題解決	1-7点	
	R記憶	1-7点	
合計		18-126点	

運動項目

認知項目

自立	7 完全自立
	6 修正自立(時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮が必要)
部分介助	5 監視、準備(監視、指示、促し、準備)
介助あり	4 最小介助(75%以上自分で行う)
	3 中等度介助(50%以上75%未満を自分で行う)
完全介助	2 最大介助(25%以上50%未満を自分で行う)
	1 全介助(25%未満しか自分で行わない)

判定基準

障害高齢者の日常生活自立度

ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 日中も寝たきり起きたきりの生活をしている
ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 介助なしで車椅子の移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

判定基準

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいがづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせることで利用する。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻雑に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するように勧める必要がある。

判定基準

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点:0~19点		合計得点	点
※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。			

判定基準

CPSチェックシート

(監修: 札幌医科大学医学部脳神経外科 教授 三國 信啓 先生)

複雑部分発作(CPS)は気付かれにくく、見過ごされていることが多い発作です。しかし、CPSを拾い上げて治療することで、大発作への全般化を減らし、発作による事故などを少なくできる可能性があります。本CPSチェックシートを有効にご活用下さい。

※複雑部分発作(CPS)は患者さん本人の自覚がない発作のため、ご家族など、日常生活をともにされている方にチェックをいただく必要があります。
 ※1個でもチェックがついたら、発作が完全にゼロになっていないことを疑ってください。
 ※薬物治療の強化を行っても症状の改善が見られない場合は、専門医への紹介を考慮ください。
 ※飲み忘れ・怠薬がないかどうかを常に確認することが大切です。

チェック項目	A 月1~2回ほど	B 週に1~2回ほど	C 週に3回以上
①1点をず一つと見つめ、ぼ一つとしているときがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②こちらの問いかけに答えが返ってこなかったり、まと外れな答えが返ってきたりすることがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③口をもごもごしたり、手をもぞもぞしたりして意識がはっきりしないときがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④動作が止まっていることがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤“何をしていたか覚えていない”という時がある。(いつの間にか移動していた等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計点	A	B	C

(1) B・C合わせて2点以上

⇒すぐに薬物治療強化を行います。

(2) Cが1点(その他の項目はAに限る)

⇒具体的なエピソードを聞き、下記リスクの有無をご確認ください。

●生活に支障をきたしているかどうか

●危険を伴う事が起こりそうかどうか(仕事関係・一人で過ごす時間も多し等)

⇒1つでも当てはまればリスクあり: すぐに薬物治療の強化を行います。

当てはまらなければリスクなし : 様子を見る。次回の外来時も続けてチェックがつくようであれば、治療強化を考えます。

(3) 上記以外の場合

⇒様子を見る。次回の外来時も続けてチェックがつくようであれば、治療強化を考えます。

判定指標

簡易栄養状態評価表

Mini Nutritional Assessment

MNA

性別	年齢	歳	体重	Kg	身長	cm
----	----	---	----	----	----	----

スクリーニング

A	過去3カ月で食欲不振、消化器・嚥下の問題で食事が減少したか？
0	： 著しい食事量の減少
1	： 中等度の食事量の減少
2	： 食事量の減少なし
B	過去3カ月で体重減少がありましたか？
0	： 3kg以上の減少
1	： わからない
2	： 1～3kgの減少
3	： 体重減少なし
C	自力で歩けますか？
0	： 寝たきりまたは車いす常時使用
1	： ベッドや車いすを離れられるが、歩いて外出はできない
2	： 自由に歩いて外出できる
D	過去3カ月間で精神的ストレス、急性疾患を経験しましたか？
0	： はい
1	： いいえ
E	神経・精神的問題の有無
0	： 強度認知症またはうつ状態
1	： 中等度の認知症
2	： 精神的問題なし
F	BMI 体重(Kg) ÷ [身長(m)] ²
0	： BMIが19未満
1	： BMIが19以上、21未満
2	： BMIが21以上、23未満
3	： BMIが23以上

スクリーニング値	小計(最大14ポイント)
12-14ポイント	： 栄養状態良子
8-11ポイント	： 低栄養のおそれあり
0-7ポイント	： 低栄養