

椅子からの起立／着座動作

得点

検査日： 年 月 日
 患者名： 、療法士名：

/8

計測時の状況：

- 時刻：
- 治療薬の服用からの経過時間：
- 治療薬の服用量：
- 該当する場合、 オン状態 / オフ状態
- 検査場所：
- 椅子の高さ：

椅子に座り、両手は太ももの上に置いてください。これから、椅子から立ち上がってもらいます。
 椅子のひじ掛けやひざに両手をついて立ち上がっても構いません。
 立ち上がってからも、しばらくそのままです。

1-A. 起立動作（手を使わない）

ひざや椅子のひじ掛けに、手をつかずにご自身の力で立ち上がってください

・ 正常	: 一見して困難はみられない	<input type="checkbox"/> 4点
・ 軽度に困難	: バランスをとるためにつま先を挙上する、手を前方に振り出す、意識的に上体を揺らすなどの代償動作がみられる	<input type="checkbox"/> 3点
・ 困難	: 数回の努力を必要とするか、ためらいがみられる、動作がきわめて遅い、上体の前傾がほとんどみられない	<input type="checkbox"/> 2点
・ 不可能	: 介助なしでは立ち上がることができない（1-Bの実施）	<input type="checkbox"/> 0点

2-A. 着座動作（手を使わない）

ひざやひじ掛けに、手をつかずに椅子に腰かけてください

・ 正常	: 一見して困難はみられない	<input type="checkbox"/> 4点
・ 軽度に困難	: 着座が不安定	<input type="checkbox"/> 3点
・ 困難	: 勢いのついた着座、もしくは楽な座位姿勢で終了しない	<input type="checkbox"/> 2点
・ 不可能	: 介助なしでは着座することができない（2-Bの実施）	<input type="checkbox"/> 0点

1-B. 起立動作（手を使わない起立が不可能の場合のみ点数を付ける）

もう一度立ち上がってください。立ち上がってからもしばらくそのままです。今度は手をついても構いません。

・ 正常	: 一見して困難はなく、手を使えば可能	<input type="checkbox"/> 2点
・ 困難	: 数回の努力を必要とするか、ためらいがみられる、動作がきわめて遅い、上体の前傾がほとんどみられない	<input type="checkbox"/> 1点
・ 不可能	: 介助なしでは立ち上がることができない	<input type="checkbox"/> 0点

2-B. 着座動作（手を使わない着座が不可能の場合のみ点数を付ける）

もう一度、椅子に腰かけてください。今度は手をついても構いません。

・ 正常	: 一見して困難はなく、手を使えば可能	<input type="checkbox"/> 2点
・ 困難	: 勢いのついた着座、もしくは楽な座位姿勢で終了しない	<input type="checkbox"/> 1点
・ 不可能	: 介助なしでは着座ができない	<input type="checkbox"/> 0点

歩行時の無動症・アキネジア

得点

検査日： 年 月 日

患者名： 、療法士名：

/24

計測時の状況：

- 時刻：
- 治療薬の服用からの経過時間：
- 治療薬の服用量：
- 該当する場合、 オン状態 / オフ状態
- 検査場所：
- 椅子の高さ：

<準備>

- ・椅子（座面高さ 40 cm）
- ・歩行路（U字型にテープを貼る）
- ・プラスチック製のカップに3/4の水



椅子に腰をかけ、太ももの上に両手を置いて下さい。目の前のU字型のテープが見えますか？

これから、立ち上がってもらいます。必要であれば、両手をついて立ち上がっても構いません。

Uに向かって歩いていき、Uの内側をターンします。やり方は自由です。そして、椅子に戻って座ります。

速さを計測するものではありません。安全に行えるかどうかを見ています。よろしいですか？

それでは、立ち上がって、Uまで歩き、Uの内側をターンしたら、また戻ってきて椅子に座ってください。

方向転換が難しい向き

左回り 右回り （検査3～8はこの回り方で行うよう患者に指示）

今から、もう一度おこないます。

今度は先程とは反対の方向（転換が難しい向き）にUターンをします。

3. 歩行開始時の無動症 追加課題なし（立ち上がりで介助した場合、点数には反映させない）

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| ・ 正常、一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ ためらいや加速歩行が最大2秒間続く | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が2～5秒間みられる（加速歩行の有無を問わない） | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が5秒間以上みられる（加速歩行の有無を問わない） | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 介助なしでは歩き出すことができない（すくみ足がみられた後） | <input type="checkbox"/> 0点 |

4. 180度の方向転換 追加課題なし

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| ・ 正常、一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ ためらいや加速歩行が最大2秒間続く | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が2～5秒間みられる（加速歩行の有無を問わない） | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が5秒間以上みられる（加速歩行の有無を問わない） | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 介助なしでは歩き出すことができない（すくみ足がみられた後） | <input type="checkbox"/> 0点 |

つづいて、少し難しくなります。水の入ったコップを持って歩いてください。
立ち上がり、目印まで歩いたら U 字の内側でターンして、戻ってきたら椅子に座って下さい。

5. 歩行開始時の無動症 運動課題：コップ (立ち上がりに介助を行っても、点数には反映させない)

- | | |
|--|------------------------------|
| ・ 正常，一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4 点 |
| ・ ためらいや加速歩行が最大 2 秒間続く | <input type="checkbox"/> 3 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 2～5 秒間みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 2 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 5 秒間以上みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 1 点 |
| ・ 介助なしでは歩き出すことができない (すくみ足がみられた後) | <input type="checkbox"/> 0 点 |

6. 180 度の方向転換 運動課題：コップ

- | | |
|--|------------------------------|
| ・ 正常，一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4 点 |
| ・ ためらいや加速歩行が最大 2 秒間続く | <input type="checkbox"/> 3 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 2～5 秒間みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 2 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 5 秒間以上みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 1 点 |
| ・ 介助なしでは歩き出すことができない (すくみ足がみられた後) | <input type="checkbox"/> 0 点 |

さらに難しくなります：100 から 3 ずつ引き算をしながら歩きます (※)。
立ち上がり、目印まで歩いたら U 字の内側でターンして、戻ってきたら椅子に座ってください。

7. 歩行開始時の無動症 認知課題：引き算 (立ち上がりに介助を行っても、点数には反映させない)

- | | |
|--|------------------------------|
| ・ 正常，一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4 点 |
| ・ ためらいや加速歩行が最大 2 秒間続く | <input type="checkbox"/> 3 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 2～5 秒間みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 2 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 5 秒間以上みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 1 点 |
| ・ 介助なしでは歩き出すことができない (すくみ足がみられた後) | <input type="checkbox"/> 0 点 |

(※) 必要であれば、110 から 3 ずつ引き算する例を見せる。

8. 180 度の方向転換 認知課題：引き算

- | | |
|--|------------------------------|
| ・ 正常，一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4 点 |
| ・ ためらいや加速歩行が最大 2 秒間続く | <input type="checkbox"/> 3 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 2～5 秒間みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 2 点 |
| ・ 好ましくない動作の停止が 5 秒間以上みられる (加速歩行の有無を問わない) | <input type="checkbox"/> 1 点 |
| ・ 介助なしでは歩き出すことができない (すくみ足がみられた後) | <input type="checkbox"/> 0 点 |

ベッド動作 (臥床・起き上がり・寝返り)

得点

検査日： 年 月 日

患者名： 、療法士名：

/32

計測時の状況：

- 時刻：
- 治療薬の服用からの経過時間：
- 治療薬の服用量：
- 該当する場合、 オン状態 / オフ状態
- 検査場所：
- 椅子の高さ／ベッドの高さ：
- 使用する掛け布団：
- 枕の向き (ベッドに向かって)： 右側 ・ 左側

開始姿勢：患者はベッドの正面に立つ。寝返り (検査 10 および 13) の前に必要であれば、療法士は患者が楽な姿勢で臥床できるように介助する。検査場所が自宅ではない場合、枕を自宅と同方向に置く。自宅のベッドでは、枕は向かってどちら側にありますか？

9. ベッドに臥床する (掛け布団なし)

自宅で行われているように、楽な姿勢で仰向けに寝て下さい。

- | | |
|---|-----------------------------|
| ・ 正常，一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ 1つの困難を示す* | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 2つの困難を示す* | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 3つの困難を示す* | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする：患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | <input type="checkbox"/> 0点 |

* 下肢の持ち上げが困難.

* 体幹の移動が困難.

* 適切な最終肢位にたどり着くことが困難：機能的に制限されているか、楽な姿勢ではない：頭部がベッド上部にあたり違和感がある、下方が狭すぎて下肢を十分に伸ばせない。

10a. 左側への寝返り (掛け布団なし)

左側に寝返って下さい。さいごに楽な姿勢になって下さい。

- | | |
|---|-----------------------------|
| ・ 正常，一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ 1つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 2つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 3つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする：患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | <input type="checkbox"/> 0点 |

** 体幹／骨盤の回旋が困難.

** 体幹／骨盤の移動が困難.

** 適切な最終肢位にたどり着くことが困難：機能的に制限されているか、楽な姿勢ではない：下側に位置する肩と腕の外転が不十分で、コントロールができていない、頭部がベッド上部にあたって違和感がある、体幹～ベッド端の距離が 10cm 未満.

10b. 右側への寝返り（掛け布団なし）

仰向きになってください。

次は逆側、つまり右側に寝返って下さい。さいごに楽な姿勢になって下さい。

-
- | | |
|---|------|
| ・ 正常、一見して困難はない | □ 4点 |
| ・ 1つの困難を示す** | □ 3点 |
| ・ 2つの困難を示す** | □ 2点 |
| ・ 3つの困難を示す** | □ 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする：患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | □ 0点 |
-

** 体幹／骨盤の回旋が困難。

** 体幹／骨盤の移動が困難。

** 適切な最終肢位にたどり着くことが困難：機能的に制限されているか、楽な姿勢ではない：下側に位置する肩と腕の外転が不十分で、コントロールができていない、頭部がベッド上部にあたって違和感がある、体幹～ベッド端の距離が10cm未満。

11. ベッドからの起き上がり（掛け布団なし）

起き上がって、両足が床につくようにベッドの端に腰かけて下さい。

-
- | | |
|---|------|
| ・ 正常、一見して困難はない | □ 4点 |
| ・ 1つの困難を示す *** | □ 3点 |
| ・ 2つの困難を示す *** | □ 2点 |
| ・ 3つの困難を示す *** | □ 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする：患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | □ 0点 |
-

*** 体幹／骨盤の回旋が困難

*** 下肢の移動が困難

*** 適切な最終肢位にたどり着くことが困難：左右非対称、楽な姿勢ではない

12. ベッドに臥床する（掛け布団あり）

仰向けに寝て下さい。掛け布団をかけて、さいごに楽な姿勢になって下さい。

-
- | | |
|---|------|
| ・ 正常、一見して困難はない | □ 4点 |
| ・ 1つの困難を示す* | □ 3点 |
| ・ 2つの困難を示す* | □ 2点 |
| ・ 3つの困難を示す* | □ 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする：患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | □ 0点 |
-

* 体幹あるいは下肢の移動が困難。

* 掛け布団の位置の調整に困難がある（3回あるいは4回以上の試みでも不可能）、掛け布団を体全体にかけられない（例 背中の一部が布団から出ている等）。

* 適切な最終肢位にたどり着くことが困難：機能的に制限されているか、楽な姿勢ではない：頭部がベッド上部にあたり違和感がある、下方が狭すぎて下肢を十分に伸ばせない。

13a. 左側への寝返り (掛け布団あり)

左側に寝返って下さい。掛け布団の下で、さいごに楽な姿勢になって下さい。

- | | |
|--|-----------------------------|
| ・ 正常, 一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ 1つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 2つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 3つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする: 患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | <input type="checkbox"/> 0点 |

** 体幹/骨盤の回旋が困難

** 掛け布団の位置の調整に困難がある (3回あるいは4回以上の試みでも不可能)、掛け布団を体全体にかけられない (例 背中の一部が布団から出ている等)。

** 適切な最終肢位にたどり着くことが困難: 機能的に制限されているか、楽な姿勢ではない: 下側の肩と腕の外転が不十分で、コントロールができていない、頭部がベッド上部にあたって違和感がある、体幹~ベッド端の距離が10cm未満。

13b. 右側への寝返り (掛け布団あり)

右側に寝返って下さい。掛け布団の下で、さいごに楽な姿勢になって下さい。

- | | |
|---|-----------------------------|
| ・ 正常, 一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ 1つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 2つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 3つの困難を示す** | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 身体的な介助に依存する: 患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | <input type="checkbox"/> 0点 |

** 体幹/骨盤の回旋が困難

** 掛け布団の位置の調整に困難がある (3回あるいは4回以上の試みでも不可能)、掛け布団を体全体にかけられない (例 背中の一部が布団から出ている等)。

** 適切な最終肢位にたどり着くことが困難: 機能的に制限されているか、楽な姿勢ではない: 下側の肩と腕の外転が不十分で、コントロールができていない、頭部がベッド上部にあたって違和感がある、体幹~ベッド端の距離が10cm未満。

14. ベッドからの起き上がり (掛け布団あり)

ベッドから起き上がって、両足が床につくようにベッドの端に腰かけて下さい。

- | | |
|--|-----------------------------|
| ・ 正常, 一見して困難はない | <input type="checkbox"/> 4点 |
| ・ 1つの困難を示す*** | <input type="checkbox"/> 3点 |
| ・ 2つの困難を示す*** | <input type="checkbox"/> 2点 |
| ・ 3つの困難を示す*** | <input type="checkbox"/> 1点 |
| ・ 身体的な介助を必要とする: 患者がはっきりと助けを求めている、もしくは最終肢位と判断できる姿勢にたどりつけない。 | <input type="checkbox"/> 0点 |

*** 体幹/骨盤の回旋が困難

*** 下肢の移動が困難

*** 適切な最終肢位にたどり着くことが困難: 左右非対称、楽な姿勢ではない。