

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 ～評価ポケットマニュアル～

Made by とあるコメディカル【実習版】

PT・OT・ST を目指す学生向けの総合サイト

無料評価シート 100 種類以上、レジюме・レポートの記載例 70 例以上

<https://toaru-comedical.com/jissyu/>



* テキスト、画像等の無断転載・転売・複製・二次使用を固く禁じます。

* マニュアル等における責任は一切負いかねますので、何とぞご了承くださいたくお願い申し上げます。

目次

オリエンテーションの方法	4
バイタルサインの評価	5
意識障害の評価	6
形態測定（四肢長・四肢周径）	7
関節可動域検査（ROM）	8
筋力検査	10
筋緊張検査	12
感覚検査	13
反射検査	15
協調性検査	18
バランス検査	21
疼痛評価	24
片麻痺機能検査	25
脳神経検査	27
高次脳機能検査	29
認知機能検査	31
ADL 評価	32
歩行分析	34
整形外科テスト	35
その他の検査まとめ	39
購入者限定特典	40
実習が辛い人はコチラを見てね！	40

～評価ポケットマニュアルの使い方～

この評価ポケットマニュアルは、文字数に限界があるため必要最低限の評価方法に絞って掲載しております。

評価をする意義や詳しい評価方法などは、「評価ブックマニュアル（別冊）」をご参照ください。また、各評価ページ下部に記載してあるQRコードを読み込むと、評価方法をまとめてある当サイト（とあるコメディカル【実習版】）にアクセスができます。

休憩中やトイレ中にこっそりと復習するのもオススメです♪

とあるコメディカル


バイタルサインの評価
アンダーソン・土肥の運動基準

I. 訓練を行わないほうが良い場合	
1.	安静時脈拍120/分以上
2.	拡張期血圧120mmHg以上
3.	収縮期血圧200mmHg以上
4.	労作狭心症を現在有するもの
5.	新鮮な心筋梗塞が1ヶ月以内のもの
6.	うっ血性心不全の所見が明らかなもの
7.	心房細動以外の重しい不整脈
8.	訓練前にすでに動悸、息切れがあるもの
II. 途中で訓練を中止する場合	
1.	訓練中、中等度の呼吸困難、めまい、吐気、狭心痛などが出現した場合
2.	訓練中、脈拍140/分を超えた場合
3.	訓練中、1分間10回以上の期外収縮が出現するか、頻脈性不整脈（心房細動、上室性または心室性頻脈など）あるいは徐脈が出現した場合
4.	訓練中、収縮期血圧40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上上昇した場合
III. 次の場合は訓練を一時中止し、回復を待って再開する	
1.	脈拍数が運動前の30%を超えた場合、ただし2分間の安静で10%以下に戻らない場合は、以後の訓練は中止するか、または極めて軽労作のものに切り替える
2.	脈拍が120/分を超えたとき
3.	1分間に10回以下の期外収縮が出現した場合
4.	軽い動悸、息切れを訴えた場合

Fletcher-Hugh-Jones 分類（ヒュー・ジョーンズの基準）

重症度	症状
I 度：息切れなし	同年齢の健康人と同様の歩行ができ、歩行、階段昇降も健康人並にできる。
II 度：軽度の息切れ	同年齢の健康人と同様に歩行できるが、坂、階段は健康人並にできない。
III 度：中程度の息切れ	平地さえ健康人並に歩けないが自分のペースなら1.6 km以上歩ける。
IV 度：高度の息切れ	休みながらでなければ50ヤード（約46 m）以上歩けない。
V 度：極めて高度の息切れ	会話、着物の着脱も息切れする。息切れのため外出できない。

バイタルサイン



とあるコメディカル

実習版

バイタルサインを測定するときのポイントは以下の通りです。

≡ バイタルサインを測定するときのポイント

- 1 その患者に必要なバイタルサインを測定する
- 2 できるだけ素早く、正確に測定する
- 3 測定する場所に気をつける

step
1

その患者に必要なバイタルサインを測定する

教科書に載っているバイタルサインを、すべて測定しようとする学生が一定数います。

学生なら仕方ない、評価実習なら仕方ないという見方もあるかと思いますが、「その患者に必要なバイタルサインを測定する」ということは、常に頭に置いておきましょう。

QRコードを読み込むと
詳細ページにアクセスできる！

バイタルサインの評価

アンダーソン・土肥の運動基準

I. 訓練を行わないほうが良い場合
1. 安静時脈拍 120 /分以上
2. 拡張期血圧 120 mmHg 以上
3. 収縮期血圧 200 mmHg 以上
4. 労作狭心症を現在有するもの
5. 新鮮な心筋梗塞が1ヶ月以内のもの
6. うっ血性心不全の所見が明らかなもの
7. 心房細動以外の著しい不整脈
8. 訓練前にすでに動悸, 息切れがあるもの
II. 途中で訓練を中止する場合
1. 訓練中, 中等度の呼吸困難, めまい, 吐気, 狭心痛などが出現した場合
2. 訓練中, 脈拍 140 /分を超えた場合
3. 訓練中, 1分間 10個以上の期外収縮が出現するか, 頻脈性不整脈(心房細動, 上室性または心室性頻脈など)あるいは徐脈が出現した場合
4. 訓練中, 収縮期血圧 40 mmHg 以上または拡張期血圧 20 mmHg 以上上昇した場合
III. 次の場合は訓練を一時中止し, 回復を待って再開する
1. 脈拍数が運動前の30%を越えた場合, ただし2分間の安静で10%以下に戻らない場合は, 以後の訓練は中止するか, または極めて軽労作のものに切り替える
2. 脈拍が120 /分を越えたとき
3. 1分間に10回以下の期外収縮が出現した場合
4. 軽い動悸, 息切れを訴えた場合

Fletcher-Hugh-Jones 分類 (ヒュー・ジョーンズの基準)

重症度	症状
I 度: 息切れなし	同年齢の健常人と同様の歩行ができ, 歩行, 階段昇降も健常人並にできる.
II 度: 軽度の息切れ	同年齢の健常人と同様に歩行できるが, 坂, 階段は健常人並にできない.
III 度: 中程度の息切れ	平地さえ健常人並に歩けないが自分のペースなら 1.6 km 以上歩ける.
IV 度: 高度の息切れ	休みながらでなければ 50 ヤード (約 46 m) 以上歩けない.
V 度: 極めて高度の息切れ	会話, 着物の着脱も息切れする. 息切れのため外出できない.

メモ

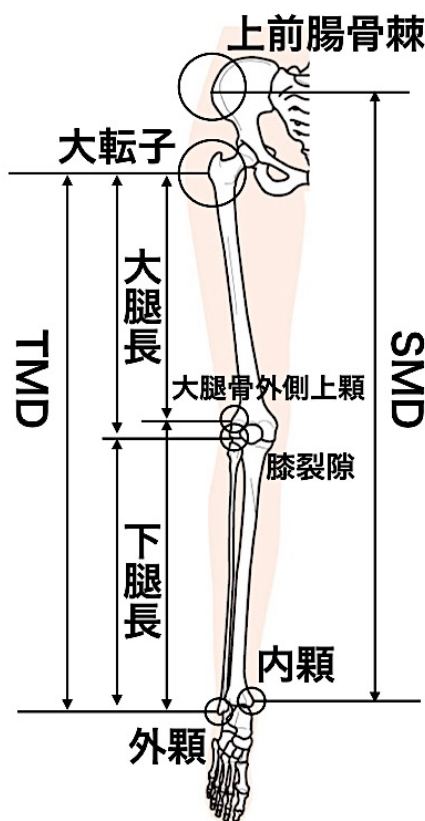
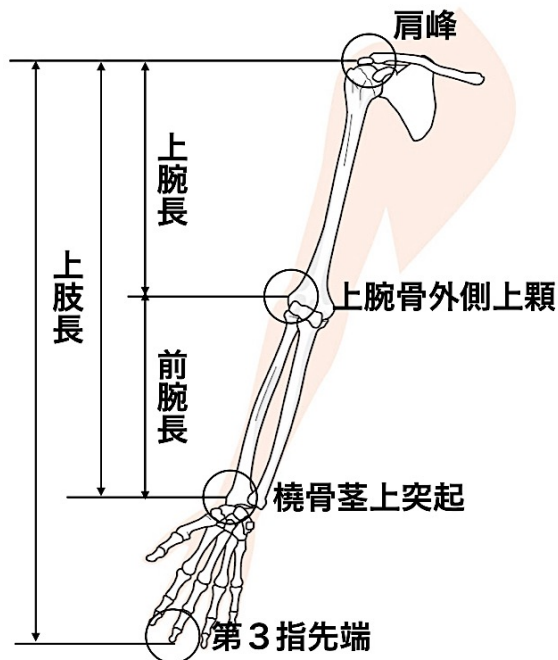
バイタルサイン



形態測定（四肢長・四肢周径）

四肢長の指標（ランドマーク）

上肢長	肩峰～中指先端
	肩峰～橈骨茎状突起
上腕長	肩峰～上腕骨外側上顆
	上腕骨大結節～上腕骨外側上顆
前腕長	上腕骨外側上顆～橈骨茎状突起
下肢長	SMD(上腕腸骨棘～脛骨内果)
	TMD(大転子～腓骨外果)
大腿長	大転子～大腿骨外側上顆
	大転子～膝裂隙
下腿長	大腿骨外側上顆～外果
	膝裂隙～外果
上肢実用長	腋窩～母指先端
上腕断端長	腋窩～断端
前腕断端長	肘頭～断端
	上腕骨外側上顆～断端
下肢の実用長	坐骨結節～床面
大腿断端長	坐骨結節～断端
下腿断端長	脛骨外側顆～外果
	膝裂隙～外果



四肢周径の指標（ランドマーク）

上腕周径	伸展位/最大
	屈曲位/最大
前腕周径	最大
	最小
大腿周径	膝蓋骨+5cm
	膝蓋骨+10cm
	膝蓋骨+15cm
	膝蓋骨+20cm
下腿周径	最大
	最小

形態測定



下肢

関節	運動方向 (参考可動域)	基本軸	移動軸
股関節	屈曲 (0-125°)	体幹との平行線	大腿骨
	伸展 (0-15°)	体幹との平行線	大腿骨
	外転 (0-45°)	両側の上前腸骨棘を結ぶ線への垂直線	大腿中央線
	内転 (0-20°)	両側の上前腸骨棘を結ぶ線への垂直線	大腿中央線
	外旋 (0-45°)	膝蓋骨より下ろした垂直線	下腿中央線
	内旋 (0-45°)	膝蓋骨より下ろした垂直線	下腿中央線
膝関節	屈曲 (0-130°)	大腿骨	腓骨
	伸展 (0°)	大腿骨	腓骨
足関節	底屈 (0-45°)	腓骨への垂直線	第5中足骨
	背屈 (0-20°)	腓骨への垂直線	第5中足骨
	外がえし (0-20°)	下腿軸への垂直線	足底面
	内がえし (0-30°)	下腿軸への垂直線	足底面
	外転 (0-10°)	第1・2中足骨の間の中央線	*基本軸と同じ
	内転 (0-20°)	第1・2中足骨の間の中央線	*基本軸と同じ
母趾	MP 屈曲 (0-35°)	第1中足骨	第1基節骨
	MP 伸展 (0-60°)	第1中足骨	第1基節骨
	PIP 屈曲 (0-60°)	第1基節骨	第1末節骨
	PIP 伸展 (0°)	第1基節骨	第1末節骨
足趾	MP 屈曲 (0-35°)	第2～5中足骨	第2～5基節骨
	MP 伸展 (0-40°)	第2～5中足骨	第2～5基節骨
	PIP 屈曲 (0-35°)	第2～5基節骨	第2～5中節骨
	PIP 伸展 (0°)	第2～5基節骨	第2～5中節骨
	DIP 屈曲 (0-50°)	第2～5中節骨	第2～5末節骨
	DIP 伸展 (0°)	第2～5中節骨	第2～5末節骨

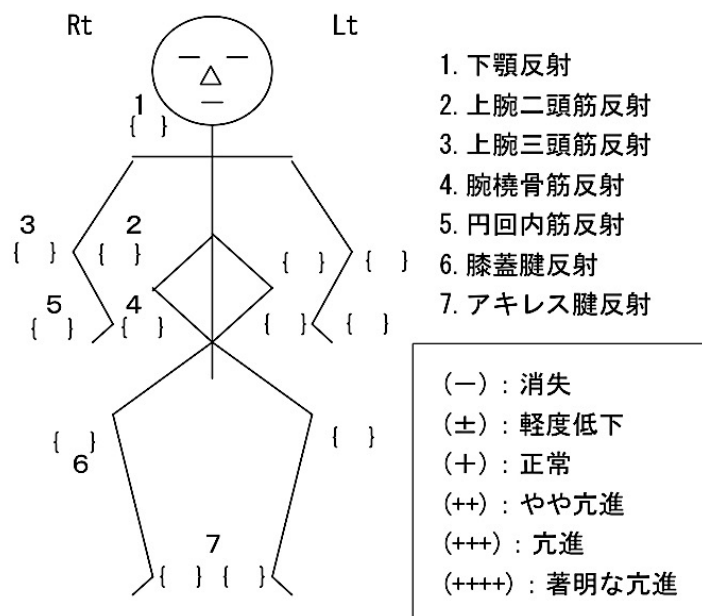
頸部・体幹

関節	運動方向 (参考可動域)	基本軸	移動軸
頸部	屈曲 (0-60°)	肩峰を通る床への垂直線	外耳孔と頭頂を結ぶ線
	伸展 (0-50°)	肩峰を通る床への垂直線	外耳孔と頭頂を結ぶ線
	回旋 (0-60°)	両側の肩峰を結ぶ線への垂直線	鼻梁と後頭結節を結ぶ線
	側屈 (0-50°)	第7頸椎棘突起と第1仙骨棘突起を結ぶ線	頭頂と第7頸椎棘突起を結ぶ線
胸腰部	屈曲 (0-45°)	仙骨後面	第1胸椎棘突起と第5腰椎棘突起を結ぶ線
	伸展 (0-30°)	仙骨後面	第1胸椎棘突起と第5腰椎棘突起を結ぶ線
	回旋 (0-40°)	両側の後上腸骨棘を結ぶ線	両側の肩峰を結ぶ線
	側屈 (0-50°)	ヤコビー線の中点に立てた垂直線	第1胸椎棘突起と第5腰椎棘突起を結ぶ線

ROM 検査



			に収縮を感じる程度	
腹筋反射	Th6-12	①上部：乳腺上で肋骨縁を叩打 ②中部：臍の高さで腹筋上に手掌または指を置き叩打 ③下部：恥骨結合中央より 1～2cm 外側を叩打	①臍が叩打した側の肋骨縁へ偏位 ②腹筋の収縮 ③臍が叩打した側の下方に偏位	亢進は錐体路障害
膝蓋腱反射	L2-4	椅子坐位またはベッド上坐位にて下腿を下垂させ、膝蓋腱部を叩打	筋の収縮により膝関節は伸展	亢進は錐体路障害
アキレス腱反射	S1.2	背臥位にて膝関節軽度屈曲させ足部を中間位または背屈位に保持し、腱を叩打（腹臥位・膝立ち位でも可能）	筋の収縮により足関節は底屈	亢進は錐体路障害
下肢内転筋反射	L3.4	背臥位にて股関節軽度外旋させ、大腿骨の下端内側に検指を置き叩打	筋の収縮により股関節は内転	亢進は錐体路障害
下腿屈曲反射	L4-S2	背臥位にて膝関節軽度屈曲させ、大腿後面に検指を置き叩打	筋の収縮により膝関節は屈曲	亢進は錐体路障害



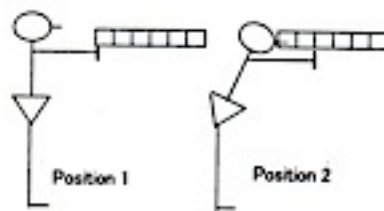
病的反射

名称	中枢	検査方法	判定	障害
吸引反射		軽く開口させ上唇から口角にかけて軽くこする	口をとがらせて哺乳運動がおこれば陽性	前頭葉障害・両側大脳の広範な障害、乳幼児では正常でも陽性
口とがらし反射		患者をリラックスさせ、上唇の中央を軽く叩打する	口輪筋の収縮により口を尖らせれば陽性	両側錐体路の障害
手指屈筋反射	ホフマン反射 C6-Th1	手関節軽度背屈位から中指中節部を検者の示指と中指で挟み、母指で患者の中指爪部を手掌側には	刺激により母指の内転がおこれば陽性	一側のみ陽性は錐体路障害

バランス検査

Functional Reach Test (FR)

- 1) 非麻痺側を壁にできるだけ近づけて立ち、両足の間は10cmあける。
- 2) 非麻痺側上肢を90度屈曲位にし、手のひらを壁側に向ける。
- 3) 2)の状態では中指を壁につけ、その先をマークする(図: Position 1)。
- 4) 足は動かさない状態で、可能なだけ前方にリーチしてもらい、最大限リーチした位置で中指を再び壁につけ、先端をマークする(図: Position 2)。
- 5) Position 1からPosition 2の距離を測定し、リーチ距離として記載する。



年齢	男性	女性
20~40	42.4±4.8 cm (27.4~47.8)	37.1±5.6 cm (26.2~48.8)
41~69	37.8±5.6 cm (23.6~49.0)	35.1±5.6 cm (21.6~44.5)
70~97	33.5±4.1 cm (24.9~39.4)	26.7±8.9 cm (4.3~38.9)

※高齢者では、到達距離が15.3cm未満で転倒の危険性が高くなる(カットオフ値)とされる。

Functional Balance Scale (FBS)

総得点は56点満点。転倒の危険性から見た場合には、45点がカットオフ値とされている。また、総得点が46~54点の場合には、1点減少するにつれて転倒の危険率が6~8%増加すると報告されている。

項目名・指示内容	点数	採点基準
1、 座位バランス 腕を組んで、背もたれにもたれずに座って てください。 保持時間：2分間まで	4	2分間安全に可(倒れる危険性なし)
	3	2分間見守りで可
	2	30秒間可(以下、見守りでも良し)
	1	10秒間可
	0	10秒間不可、要支持
2、 椅子からの立ち上がり 手を使わないで立ってください。	4	立ち上がり・立位自立
	3	手の使用で自立
	2	複数回実施して可(3回までとする)
	1	最小介助
	0	最大介助
3、 立位から椅子への腰掛け 椅子に腰を下ろしてください。	4	安全に可(片手でも使用したら3)
	3	両手使用にて可
	2	椅子に寄りかかって可
	1	制動困難
	0	介助
4、 椅子から別の椅子への移動 こちらの椅子へ乗り移ってください。 (椅子同士の配置は向かい合わせとし、 距離を1m離す)	4	安全に可
	3	手の使用にて可
	2	口頭指示・監視
	1	一人介助
	0	二人介助
5、 立位バランス 保持時間：2分間まで	4	2分間安全に可
	3	2分間見守りで可
	2	30秒間可
	1	複数回実施にて30秒間可
	0	介助
6、 閉眼での立位バランス	4	10秒間安全に可

整形外科テスト

A. 神経・筋

- 1. Elbow flexion test** : 椅検査側上肢肘関節を屈曲させ、そのまま5分間保持させる。肘屈曲により前腕・手の尺骨神経支配領域に疼痛・しびれが誘発されれば陽性。
- 2. Finger escape sign (digiti auinti sign)** : 肘90°屈曲・前腕回内位で指を揃えて伸展させ、30秒間その肢位を保持させる。その程度により、まず小指が環指より離れMP屈曲位となる。
- 3. Froment's sign** : 椅坐位。母指と示指で紙をピンチ（指横つまみ）させ、引き抜かれぬよう力を入れさせる。尺骨神経麻痺の診断。母指IP屈曲による代償が起これば陽性（母指内転筋の弱化）。
- 4. Benediction sign (tear drop sign)** : 母指と示指で指先つまみ（tip pinch）をさせる。
意義：前骨間神経（正中神経の枝）麻痺の診断。DIP屈曲できず伸展位でのつまみしか行えなければ陽性。
- 5. Morley's test** : 患者の斜角筋三角部（前斜角筋の第1肋骨付着部よりやや近位）を指先で1分間圧迫。胸郭出口症候群（斜角筋症候群）の診断。頸肩腕部に放散する痛み、しびれ、だるさなどが誘発されれば陽性。
- 6. Roos' test (3-minute elevated arm exercise test)** : 両上肢肩90°外転・外旋させ、手指の屈伸を3分間指示。胸郭出口症候群（過外転症候群）の診断。頸肩腕部に放散する痛み、しびれ、だるさなどが誘発され3分間テストを持続出来なければ陽性。
- 7. Phalen test (wrist flexion test)** : 両手背を合わせ両手関節を掌屈させていき、最大域で1分間保持させる。手根管症候群の症状誘発テスト。1分間以内に手指の正中神経支配領域にしびれ・感覚異常が誘発されれば陽性。
- 8. Tinel's test** : 検査神経の走行に沿って、末梢側から中枢に向かって検者の中指指尖で神経直上を軽く叩打していく。神経の圧迫・炎症・再生部位の状態の診断。叩打部位で、末梢側の神経支配領域に放散する鋭い疼痛・しびれ・蟻走感（fourmillement）を生じれば陽性。

B. 循環

- 1. Wright's test** : 両上肢を、手首部で橈骨動脈の拍動を触知しながら90°外転・外旋させる。胸郭出口症候群（過外転症候群）の診断。拍動が消失し、自覚症状が再現されれば陽性。
- 2. Eden's test** : 検査側上肢を下垂、更に後下方に牽引し、橈骨動脈の拍動を触知する。胸郭出口症候群（肋鎖症候群）の診断。拍動が消失し、自覚症状が再現されれば陽性。
- 3. Adson's test** : 頸部を後屈、検査側に回旋させ、検者は検査側上肢を肩伸展・外旋に保持、橈骨動脈の拍動を触知しながら深吸気のところまで止めるよう指示する。胸郭出口症候群（斜角筋症候群）の診断。拍動が消失し、自覚症状が再現されれば陽性。
- 4. Allen test** : 両手を前腕回外位で前方に出させ、強く握り拳をつくらせて1分間血液を駆血させる。次に検者は橈骨・尺骨動脈を圧迫、患者に指の屈伸運動を指示する。上肢の慢性動脈閉塞疾患の診断。橈骨・尺骨動脈において、血行の回復が見られなければ陽性（閉塞を示す）。
- 5. Buerger test** : 膝伸展位で股45°屈曲、足背屈させた後底屈させ3分間その肢位を保持させる。その後ベッド上端坐位をとらせ、両下肢下垂位にさせる。Buerger病などの下肢の血行障害の検査。虚血により蒼白に