

A-1

64歳 男性 後頭葉脳出血、AVM (ISLS 症例 3)

このシナリオのポイント

- まずは刺激を与えず覚醒の評価
- 見当識の評価方法(時・場所・人)

想定

64歳 男性
突然の後頭部痛で発症。嘔気もあり改善ないため救急要請。
意識消失なし。
高血圧の指摘を受けたが未治療。

バイタルサイン

心拍数	87
血圧	168/88
SpO ₂	100
呼吸数	11

患者所見

自発的に開眼している。
自発語や合目的動作はなくてよい。質問・指示されたことに対してははっきりと正確に応じる。

JCS 0(or1)

開眼
E4

自発的に開眼。検者と視線が合う

GCS E4V5M6

言語
V5

構音障害なく話す
質問に正確に答える

ECS 1

運動
M6

命令に正確に従う

ポイントの解説例

まずは刺激をせず覚醒の評価

多くの評価者はいきなり呼びかけてしまいがち
まずは刺激しない状態で覚醒しているかどうかを短時間で評価すること(すべてのスケールに共通)

見当識の評価方法(時・場所・人)

見当識とは「自分のおかれている環境を正しく認識できる能力」で、時・場所・人の3つに分類
例:「今、何月ですか」「ここはどこかわかりますか」「一緒に来たこの方はどういうご関係ですか」
これらの質問のうち1つでも異常なら見当識障害あり
(生年月日や本人の氏名を尋ねる質問は、見当識というよりも記憶(長期記憶)の評価ととらえられる)

ファシリテーター向け注意点

「見当識」ありと「見当識障害」ありの混同がしばしばみられる。
医学用語としては「開眼」の方が適切という意見がある。本シナリオではスケールの用語にもとづいて「開眼」とした。

JCS 0とJCS 1の評価

JCSを1と評価した場合、理由を確認する→「意識はしっかりしているので1です」であれば誤り
JCSでは意識清明例は0である。
JCS 0(意識清明)とJCS 1(何となくはっきりしない)の違いは、評価者の主観によるところが大きいので、
本症例をJCS 1と評価することは誤りでない
(ECSでは、覚醒して見当識に異常のないものは多少ぼんやりしていてもすべて1となる。ECS0はない)

A-2

67歳 男性 脳梗塞 (ISLS 症例 5 改)

このシナリオのポイント

- JCS/ECS はまず桁、スコアの良い方から評価
- 麻痺・失語がある患者の評価

想定

67歳 男性
40分前に発語困難と右上下肢脱力で突然発症した。
心房細動で服薬中。

バイタルサイン

心拍数	80
血圧	165/80
SpO ₂	100
呼吸数	13

患者所見

失語のために、言葉を発することができず、指示動作もできないが、
評価者と目を合わせ、質問に対してうなずきながら答えようとする。
右片麻痺があるために、右上下肢の運動はせず、右上下肢への痛み刺激にも反応しない。

JCS 3

開眼
E4

自発的に開眼。検者と視線が合う

GCS E4V2M5

言語
V2

自発的にも、質問に対しても、理解できない発声があるが、
言葉になっていない

ECS 2

運動
M5

指示は聞こえている様子だが動作しない
胸骨や顔面に対しての痛み刺激では左手で払いのける
左上下肢の痛み刺激で引っ込める(M4相当) 右は無反応

ポイントの解説例

まずは刺激をせず覚醒の評価(再確認)

JCS/ECS はまず桁、スコアの良い方から評価

JCS/ECS ではまず1桁・2桁・3桁のどれにあたるかを評価(この手順を省略すると評価を誤る)
意識レベルは、患者がみせる反応のうち最良の(もっともスコアの良い)反応をもって評価するので、
スコアの良い方から順に評価をすすめると、より効率よく・不要な刺激をせず評価が可能

麻痺・失語がある患者の評価

麻痺があることをあらかじめ分かっているならば、痛み刺激・運動反応は健側で
失語がある患者では見当識の有無や指示動作の評価が困難

ファシリテーター向け注意点

不適切な手順にもとづく誤評価の例

- ・JCS 10 相当の患者。呼びかけで覚醒したが、名前・生年月日を言えたとの理由で JCS2 と評価
- ・GCS M6 相当の患者。指示動作を試みず、指先への痛み刺激で手を引っ込めたとの理由で M4 と評価
- ・ECS 20 相当の患者。痛み刺激に対し開眼もしたが、痛み部位に手が来たとの理由で ECS100L と評価

本シナリオで GCS の M の評価に受講者が迷う場合

四肢の痛み刺激に対する「引っ込める」反応のみで M4 と判断しそうになったら、
「胸骨にも痛み刺激をしてみましようか」などと M5 と判断できるよう誘導を行うとよい (A-3 で詳しく扱う)

A-3

57歳 男性 脳梗塞・脳ヘルニア (ISLS 症例 7改)

このシナリオのポイント

- 刺激は徐々に強く
- 痛み刺激を行う部位の考察

想定

57歳 男性
4日前に左片麻痺で発症。脳梗塞の診断で加療中であったが、意識障害が進行したために転院搬送。
フェイスマスクで酸素3L使用中だが舌根沈下ぎみとなり、用手気道確保を実施。

バイタルサイン

心拍数	84
血圧	188/98
SpO ₂	100
呼吸数	8

患者所見

痛み刺激に対する反応のみの症例

左麻痺あるため、右半側への刺激に対して右半側での運動で反応する

痛み刺激に対する反応は、「顔をしかめながら」「サッと動かす」のがコツ。上肢を引っ込める際には脇をあけて！！

JCS 200

開眼
E1

痛み刺激にも開眼しない

GCS E1V2M4

言語
V2

痛み刺激に対して、わずかにうなり声をだす

ECS 100W

運動
M4

命令には従わない 左上下肢への痛み刺激では無反応
右上下肢の痛み刺激で顔をしかめ引っ込める
胸骨や顔面に対しての痛み刺激で顔や体幹を少し動かす

ポイントの解説例

JCS/ECS はまず桁、スコアの良い方から評価(再確認)・麻痺・失語がある患者の評価(再確認)

刺激は徐々に強く

無刺激の状態では覚醒していなければ、刺激を与え、これを徐々に強くしてどの段階で覚醒するかを観察する
まずは体に触れず普通の呼びかけのみ(覚醒すればJCS10相当、GCS/ECSではこのステップを省略可)
次に大声で呼びかけ。呼びかけにあわせて体を揺さぶってもよい(覚醒すればJCS20、GCSE3、ECS10)
それでも覚醒しなければ痛み刺激を加えつつ呼びかけも繰り返す(覚醒すればJCS30、GCSE2、ECS20)
※付き添いなどがいれば、痛み刺激を与えることについて同意を得る(ECS評価マニュアルより)
(痛み刺激を繰り返すことを避けるため、この痛み刺激で覚醒の有無だけでなく
四肢の動きや、ECS/JCSでは「顔をしかめる(JCS200、ECS100W)」かどうかを観察)
なおも覚醒しなければ、刺激でも覚醒できないと判断(JCS/ECS3桁、GCSE1)

痛み刺激を行う部位の考察

[痛み刺激に対する反応でGCSM5⇔ECS100LおよびGCSM4⇔ECS100Wを確認したうえで、部位を考察]
まず、疼痛部へ四肢を持っていくかを評価するためには? 例:眉弓部や胸骨(四肢が届く範囲)
次に、引っ込めるか(逃避反応)を評価するためには? 例:上肢の方が動かしやすいはず。爪床の圧迫など
何を観察したいのか、目的によっていくつかの部位を選択して痛み刺激を与えるとよい

ファシリテーター向け注意点

四肢(たとえば手の爪)に痛み刺激を与えるのみで、M4(逃避反応)と評価する受講者が多い
健常な人でも疼痛に対して「引っ込める」反応をしうる部位への痛み刺激を行っただけでは
M5(疼痛部へ)の反応を行える患者の最良の反応を引き出せていないことに気づいてもらう

A-4

59歳 男性 視床出血、脳室穿破 (PSLS 症例 4 改)

このシナリオのポイント

- 異常肢位(除脳姿勢、除皮質姿勢)

想定

59歳 男性
新聞を読んでいるときに突然、激しい頭痛が出現。
その後反応がないとのことで救急要請。
高血圧に対し降圧薬内服中。
呼吸は失調性で4回/分、SpO₂:87%であり、補助換気を開始。

バイタルサイン

心拍数	116
血圧	238/88
SpO ₂	100
呼吸数	10

患者所見

痛み刺激に対してゆっくり四肢を動かし除脳姿勢をとる(痛み刺激に手をすばやく引っ込めるときとは対照的に)。
上肢は伸展、前腕は回内。股関節を内転、膝は伸展、足は底屈(つま先内向きで両足を背伸びするように伸ばす)。
体を弓なりにして背中が浮いてもよい。

Jcs 200

開眼
E1

痛み刺激にも開眼しない

Gcs E1V1M2

言語
V1

痛み刺激にも発声しない

Ecs 200E

運動
M2

命令には従わない
痛み刺激に両腕を体側でゆっくりと伸展する(除脳姿勢)
痛み刺激をやめると徐々に戻る

ポイントの解説例

刺激は徐々に強く(再確認)

異常肢位(除脳姿勢、除皮質姿勢)

このように上肢も下肢も伸展した姿勢を除脳姿勢という

[GCSM2=伸展反応 と ECS200E=伸展する は、いずれもこの除脳姿勢を指している]

この一歩手前の状態で、下肢は伸展するが、上肢は脇を閉めて肘と手首をまげた姿勢を除皮質姿勢という

[GCSM3=異常な屈曲運動 と ECS200F=屈曲する(脇を閉めて) は、いずれもこの除皮質姿勢を指している]

いずれも脳ヘルニアを示唆する姿勢である

ファシリテーター向け注意点

模擬患者に演技してもらいながら、2つの姿勢を提示する
GCSのM要素のよい覚え方があれば、ここで紹介するのもよい

A-5

59歳 女性 低血糖 (PSLS 症例 8 改)

このシナリオのポイント

- 傾眠患者への質問・指示は刺激しながら

想定

59歳 女性

銭湯の休憩室で閉店時間になっても眠っていたため店員が声をかけたところ、反応がおかしいとのことで救急要請。
付き添いはおらず、既往歴は不明。

バイタルサイン

心拍数	90
血圧	140/70
SpO ₂	97
呼吸数	14

患者所見

呼びかけで覚醒するが、何も刺激がなければ再度眠り込む
質問・指示には、肩を叩きながら or 大きな声で何度も繰り返された場合にのみ応じ、
刺激を伴わない質問や指示には応じない(開眼し「うん…」のみ)

JCS 10

開眼 E3 普通の呼びかけで開眼する
(刺激がなくなると15秒以内に目を閉じる)

GCS E3V4M6

言語 V4 刺激なしでの質問には、開眼して「うん…」(V2相当)
刺激されながら質問された場合のみ、
「今日の日付は…」など応答はするが、やがて眠る

ECS 10

運動 M6 痛み刺激に対しては払いのける(M5相当)
刺激されながら指示された場合のみ、
単純な指示動作を行える

ポイントの解説例

見当識の評価方法(時・場所・人)(再確認)・JCS/ECS はまず桁、スコアの良い方から評価(再確認)

傾眠患者への質問・指示は刺激しながら

傾眠 = 刺激をすれば覚醒するがやめると眠り込む状態 ⇔ JCS/ECS2 桁
傾眠患者には、呼びかけながら肩を叩くなど刺激して覚醒させつつ、質問や動作の指示を行い、
患者の最も良い反応を引き出す

ファシリテーター向け注意点

本症例で、適切な刺激をせずに GCS を E3V2M5 と評価した場合、
刺激しながら最良反応を得た場合の E3V4M6 と比べて、各要素の合計スコアで 3 点もの違いが生じる
このように傾眠患者を GCS で評価するとき、質問・指示のやり方によっては大きくスコアが変わってしまう可能性がある
(JCS/ECS は、傾眠患者 (= 2 桁) の評価のために質問や指示をしなくてよいので、このような差は生じない)

本シナリオで GCS の V の評価に受講者が迷う場合

V3 と V4 あたりで迷う受講者が多い
「見当識に関する質問に正しい答えが出ないので、V5 ではなく V4 と評価しましょうか」程度の説明に
とどめるほうがよい (A-6 で詳しく扱うため)

A-6

72歳 男性 症候性てんかん発作

このシナリオのポイント

- GCSにおける言語反応(V4とV3)

想定

72歳 男性
食事中に意識を失って倒れたため救急要請。
発見時には左向きの共同偏視があったが、現在偏視は改善。
もともと麻痺はなかったが、右とくらべ左手足の動きが弱い。
十年ほど前、転落により脳挫傷と右肩関節脱臼骨折を受傷。

バイタルサイン

心拍数	114
血圧	158/72
SpO ₂	96
呼吸数	12

患者所見

大声で呼びかけるとゆっくりと目を開け、刺激をやめると徐々に(15秒以内)目を閉じる。
左上下肢は完全麻痺ではなく、痛み刺激にも反応するが、動きには左右差があり左が弱い。

Jcs 20

開眼 E3 大声での呼びかけでかろうじて開眼する(刺激がなくなると15秒以内に目を閉じる)

Gcs E3V3M5

言語 V3 刺激なしでの質問には、開眼して「うーん・・・」(V2相当)刺激されながら質問された場合のみ、「はいはい・・・」「うるせえ」などと発語するが会話はできない

Ecs 10

運動 M5 命令には従わない 痛み刺激には顔をしかめつつ上下肢の痛み刺激で引っ込める(M4相当) 胸骨や顔面に対しての痛み刺激では右手で払いのける

ポイントの解説例

刺激は徐々に強く(再確認)・傾眠患者への質問・指示は刺激しながら(再確認) GCSにおける言語反応(V4とV3)

GCSV5は見当識に関する質問に正しく答える。
GCSV1は声さえもでない、GCSV2は「あー」「うー」言葉にならない音声のみで、これらの判断は比較的容易。
見当識の質問に正しく答えられない(V5ではない)が、言葉はでる(V2・V1ではない)がV4またはV3になる。
GCSV4とV3の日本語訳は複数あり、多様な解釈がある。ここではその一例を紹介する。
-V4:confused conversation(混乱した会話)「混乱しているが会話できる」→質問に対して応答するが間違える
-V3:inappropriate words(不適切な言葉)「不適切だが言葉はでる」→質問に対する応答ではない
→会話が成立しない(V4には及ばない)
つまり、会話が成り立つか否かでV4とV3を分けるという解釈。

ファシリテーター向け注意点

“word”を、「言語・言葉」ではなく「単語」と訳し、この複数形であるということからV3を「まとまりのない単語(群)」、2語以上で文章になっていればV4という解釈もある。(国内の医師向け外傷コースではこのように解釈、指導されている。
また、PSLS・PCECのコースガイドブックでもV3に「不適當な『単語』」という訳をあてている
GCSのV要素のよい覚え方があれば、ここで紹介するのもよい
※本症例の左上下肢の不全麻痺はTodd麻痺を想定している。

A-7

73歳 男性 小脳出血 (ISLS 症例 1 改)

このシナリオのポイント

- 意識レベルが覚醒の程度をうまく反映できない場合
- ECS における覚醒の3徴候

想定

73歳 男性
突然めまいと後頭部痛が出現し、起き上がることができず救急要請。
高血圧があり内服中。

バイタルサイン

心拍数	108
血圧	236/112
SpO ₂	100
呼吸数	12

患者所見

声をかけられる前から、閉眼したまま「頭痛い・気持ち悪い・ぐるぐるする」などと繰り返ししゃべりつつ、後頭部に手をやったり、上着のボタンをはずすなどする。(無刺激でも、自発的に発語と合目的動作があることを表現)めまいと頭痛のせいで、やや不穏ぎみに演じてもよい。

Jcs 100or0?

開眼 E1 かたくなに開眼を拒否する
痛み刺激をしたとしても開眼しない

Gcs E1V5M6

言語 V5 自発的な発語あり
質問にも正確に答える

Ecs 1

運動 M6 自発的な合目的動作あり
命令に正確に従うが、開眼の指示のみ拒否する

ポイントの解説例

意識レベルが覚醒の程度をうまく反映できない場合

同一患者を評価するとき、誰が評価しても同じスコアになるのが適当
基準から外れた解釈をすると、評価者ごとのばらつきが生じる原因となり、経時の変化を追う際の信頼性は低下する
一方、この症例で基準通り評価した JCS/GCS は、覚醒の程度をうまく反映できておらず誤解をうむ原因となる
どうする? →誤解が生じないようにコメントを添える(例:「開眼できないのはめまいのため」)のもひとつの方法

ECS における覚醒の3徴候

JCS は、開眼に重点をおいて覚醒を評価している。GCS は、開眼・言語・運動の3つをそれぞれ独立して評価している
JCS/GCS では、この症例のように何らかの理由で開眼できないときにスコアが減点となりうる
ECS では、覚醒の3徴候(自発的な開眼・発語または合目的動作)のうち、どれか1つでもあれば覚醒としている

ファシリテーター向け注意点

進行例

無刺激での自発語・合目的動作があるように演じることが大切なので、シミュレーション開始の合図を明確にすること
JCS の評価後、全員に意見を聞く。桁数だけでよい。ばらけた方がよいので...

1桁? →「でも一回も目を開けてない」 3桁? →「でも質問も指示動作も全く問題なし、目さえ開ければ JCS 0」
意見がばらけたところで、GCS へ。ここでも E1 または E4 で意見が割れる
ここで上記ポイント2つを解説したうえで、覚醒の3徴候を利用して ECS の評価をしてもらう

FAQ

この症例でも痛み刺激を与えなければならないのか? →この症例ではあえて行う必要はないと思います
うなっているだけでも覚醒としてよいのか? →自発的な「発語」が覚醒の条件です

A-8

32歳 男性 脳挫傷・外傷性 SAH

このシナリオのポイント

- ECSにおける無刺激覚醒の定義

想定

32歳 男性

脚立(きやたつ)の上で作業をしていた。物音に気付いた同僚が駆けつけると、床であおむけの状態。呼びかけに対し、数分ほどは反応なかったが、徐々に目を開けるようになったとのこと。

頸椎保護を実施。

バイタルサイン

心拍数	92
血圧	126/84
SpO ₂	98
呼吸数	12

患者所見

評価開始直後は、閉眼・無言・動作なし。普通の呼びかけに対して閉眼のまま返事。

大きな声で呼びかけると(又は、開眼を指示されると)、まぶしそうに目を開ける。

以後は刺激しなくても開眼したままで、見当識障害があることと、やや反応が鈍い以外には特に問題なし。

JCS 2

開眼
E4

普通の呼びかけでは返事するのみだが、大きな声での呼びかけ(又は体を揺さぶる)で開眼し、以後は刺激がなくても開眼しつづける

GCS E4V4M6

言語
V4

見当識に関する質問に、思い出さずぶりで答えようとするが「ちょっと、わかりませんねえ」など、具体的な返答なし
名前・生年月日はかろうじて答える

ECS 2

運動
M6

自発的な合目的動作あり
命令に対しては、やや時間がかかるものの従える

ポイントの解説例

刺激は徐々に強く(再確認)

GCSにおける言語反応(V4とV3) (再確認)

質問に対して「わからない」と言っており、会話としては成立している→GCSV4

ECSにおける無刺激覚醒の定義

大きな声で目を開けたので JCS20/GCSE3? or でもそのあとずっと開眼しているので 1桁で JCS2/GCSE4?

接触したとき、救急車から降りたときなど、意識障害がなく覚醒しているにもかかわらず開眼していないことは多い。

刺激で覚醒したのか、もともと覚醒しているのに単にまぶたを閉じていただけなのかどのように区別するとよいだろうか。

→刺激で覚醒したのならば、刺激をやめればまた眠り込むはず (JCS2桁の説明にも書いてあること)。

この症例では、刺激をやめても開眼しつづけているので、「無刺激で開眼している(JCS1桁/GCSE4)」としてよい。

ECSでは、具体的な数字として「無刺激で15秒以上覚醒できる」ことを基準として挙げている。

ファシリテーター向け注意点

模擬患者が生年月日や年齢を聞かれた場合、ファシリテーターはすかさずフォローを入れましょう。

(例:「免許証に書いてあるのと同じ生年月日を答えました」「〇〇歳だそうです」)

JCS 2とJCS 3の評価

開眼している(JCS1桁)が、見当識に関する質問に正しく答えられない場合、

さらに名前・生年月日も尋ね、これらが答えられれば見当識障害(のみ)としてJCS 2、

これさえも答えられなければJCS 3と評価する。

A-9

24歳 女性 解離性障害

このシナリオのポイント

- ECSにおける開眼の定義

想定

24歳 女性

職場で上司から叱られている最中にくずれるようにして倒れた。呼びかけに反応がないため救急要請。

既往歴は不明。

バイタルサイン

心拍数	80
血圧	118/76
SpO ₂	100
呼吸数	20

患者所見

閉眼している。評価者が強制的に目を開けようとする、抵抗し強く目を閉じようとする(その結果、白眼しか見えない)痛み刺激をされたときだけ、うなり声と逃避反応。患者自身の手を顔の前にやって落下させても、顔をよけて落ちる。「故意に瞬目させる必要はありません！」自然に目を閉じていれば、瞬目ができるはずです。

JCS 200?

開眼
E1

痛み刺激にも開眼しない
(閉眼しながらも、瞬目はみとれる)
用手的に開眼させると、抵抗して強くまぶたを閉じようとする

GCS E1V2M4

言語
V2

痛み刺激に対して、うなり声をだす

ECS 2

運動
M4

命令には従わない 痛み刺激には顔をしかめつつ
上下肢は「脇を開けて」サッと引っ込める
胸骨や顔面に対しての痛み刺激で顔や体幹を少し動かす

ポイントの解説例

痛み刺激を行う部位の考察(再確認)・ECSにおける覚醒の3徴候(再確認)

ECSにおける開眼の定義

JCS/GCSは? →JCS200、GCSE1V2M4

ECSは? →自発的な開眼・発語・合目的動作はない ECS100W?

この患者のまぶたをよくみると、まぶたは閉じているがときどきまばたき(瞬目)をしているのがわかる

ECSでは、まばたき(瞬目)があれば覚醒しているととらえてよい →ECS2

逆をいえば、まぶたの開いているCPA患者は瞬目がないので、覚醒していないと評価できる

多くの場合開眼→覚醒だが、瞬目の有無で評価することがより有用なこともある

ファシリテーター向け注意点

初めは、JCS200・GCSE1V2M4・ECS100Wと答えてもらってよい。

瞬目について説明したうえで、再度ECSのみ評価してもらう。

瞬目を覚醒ととらえる理由

ICLSコースガイドブック p.27 参照

ECSでは、睫毛反射(まつげに触れるとまばたきが起こる)は、刺激で覚醒したとして2桁ととらえることができる。

A-10

68歳 女性 くも膜下出血 (PSLS 症例 5 改)

このシナリオのポイント

- ディスカッション

想定

68歳 女性

家事をしていたら突然の頭痛が出現した。
頭痛は過去感じたことがないほど強いものであったと言っていた。
その後一度嘔吐して、眠り込んだという。
2年前に高血圧を指摘されたが未治療。

バイタルサイン

心拍数	100
血圧	200/120
SpO ₂	98
呼吸数	14

患者所見

刺激がなければじっとしている。痛み刺激でかろうじて開眼し、逃避反応するのみ。

Jcs 30

開眼 E2
痛み刺激でかろうじて開眼する
(刺激がなくなると15秒以内に目を閉じる)

Gcs E2V1M4

言語 V1
痛み刺激にも発声しない

Ecs 20

運動 M4
命令には従わない 痛み刺激には顔をしかめつつ
四肢の痛み刺激で引っ込める
胸骨や顔面に対しての痛み刺激で顔や体幹を少し動かす

ポイントの解説例

テーマ: 発症直後のくも膜下出血を強く疑う患者に対して、意識レベルの確認のため痛み刺激を加えるか

くも膜下出血の初期で大切なのは、再破裂の予防。痛み刺激も再破裂の原因となりうる。

一方、症状の変化を追ううえで意識レベルは非常に有用なバイタルサインの一つである。

たとえば再破裂を疑う意識レベルの急激な変化が生じたときに、変化前の意識レベルが明確でなければ専門医への伝達が不明確になりうる。また、医療機関では再破裂予防のため鎮静・鎮痛を行うことも多く、鎮静前の意識レベルを評価していなければ、二度と評価できないことにもなる。

くも膜下出血の重症度分類として用いられることのある WFNS SAH scale(1988)では、その重症度をグレード1~5に分類しており、GCS 各要素の合計点が用いられている。この症例は GCS 合計 7 点でグレードIVに分類されるが、もし 6 点以下と評価されればグレードV(=手術などの再出血予防処置の適応外)にあたる。意識レベルは治療方針を決めるうえでも重要な情報となることがあり、専門医の中には自らが診察するまで鎮静をしないことを求める医師もいる。

専門医の診察前に痛み刺激を加えてまで意識レベルを確認すべきかどうかについては様々な考えがある。

しかし、意識レベルを評価するならば、正確に、かつ、最低限の刺激で速やかに評価を終えることができるよう訓練しておくことは、患者の利益となるだろう。

ファシリテーター向け注意点

正解があるわけではないので、受講者の自由な意見を聞きながら進める。

互いの批判にならないように、ましてファシリテーターが受講者の意見を批判しないように注意。

痛み刺激を加えるべきかどうかは、自院の脳神経外科医師や MC(プロトコルや受け入れ先の医師)の考えに従う。