

専門医試験に向けて

今回より、日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科専門医試験における、各領域毎の代表的な専門医筆記試験問題例の解説、筆記試験・口頭試験に対して押さえておきたいポイント例、症例報告記載例を不定期掲載いたします。

認定委員会及び試験問題委員会 担当理事 蜂須賀研二, 安保 雅博
 試験問題委員会委員長 和田 太
 認定委員会委員長 菊地 尚久

1回目：分野 A, 領域 1 <脳血管障害, その他の脳疾患 (脳外傷を含む)>

1. 専門医筆記試験問題例 (2009年3月5日施行問題より)

61歳, 男性. 5カ月前に脳梗塞で右片麻痺となり, 下肢の麻痺はBrunnstrom stage III, 感覚障害はない. 痙縮はAshworth scale 3である. 座位で右内反尖足が強く, 立位でさらに増強する.

本患者の治療で適切でないのはどれか.

- ア. 斜面台でのストレッチ
- イ. 短下肢装具の作製
- ウ. 筋弛緩薬の投与
- エ. 脛骨神経ブロック
- オ. アキレス腱延長術

(1) ア, イ (2) ア, オ (3) イ, ウ (4) ウ, エ (5) エ, オ

答え
解説

(5) 内反尖足への対応は, ストレッチ, 短下肢装具, 筋弛緩薬, motor point block が主体となる. 前述していたものを施行しても内反尖足の改善がない場合や変形が著明な場合, アキレス腱延長術を施行する. まだ, 発症から5カ月である. ストレッチ, 短下肢装具, 筋弛緩薬, motor point block を積極的に行うべきである. 症例は, 感覚障害がない. 脛骨神経ブロックは感覚障害を生じさせるのでこの症例に関しては適応でない.

2. 筆記試験・口頭試験に対して押さえておきたいポイント例

- 脳卒中早期リハ・プログラム, 片麻痺の回復過程, 脳卒中の予後予測
- 脳卒中のCT・MRIの読影, SPECT
- 意識障害の検査法, 記憶障害の種類
- 高次脳機能障害の検査法とリハの進め方 (半側空間失認・観念運動失行など)
- 失語症の診断, 認知症の評価
- 嚥下障害の評価とリハ処方
- 短下肢・長下肢装具の適応とチェックポイント
- 脳卒中患者の上肢装具の適応とチェックポイント
- 脳卒中患者の上肢の二次障害 (肩関節亜脱臼, 肩手症候群など)
- 外傷性脳損傷のリハの特徴と留意点, 正常圧水頭症の症状
- 脳血管障害に伴う排尿障害の病態・診断と薬物療法
- motor point blockの手技, フェノールブロックの作用機序
- 出血性梗塞, ischemic penumbra とは, Alzheimer病と多発梗塞性認知症との鑑別
- 心疾患・高血圧の合併症のある脳血管障害のリハ, 降圧剤・抗凝固剤の基礎知識
- 筋弛緩剤 (中枢性と末梢性), 抗けいれん剤の基礎知識
- 認知症を起こす薬物, 向精神薬の薬理機序
- 錐体路について

3. 領域1：脳血管障害，その他の脳疾患（脳外傷を含む）の症例報告記載例

ふりがな	りは たろう	領域名	[脳卒中 その他の脳疾患]
受験者氏名	リハ 太郎	病 院 名	〇〇病院
領域番号	[1]	患者年齢	60 歳
		性別	男
該当期間	西暦 2002年 6月 16日～西暦 2002年 9月 14日		

※診断名，病歴，現症，評価，問題点，治療計画，経過，最終結果，考察などについて1000～1200字で作成し，最後に本文の総字数を記載すること。リハビリ治療に必要な評価，問題点を提示し，各問題点に対するリハビリ処方と治療経過を明確に記載すること。

【診断名】【注1】脳梗塞 [併存疾患] 糖尿病

【病歴】平成〇年6月6日朝8時頃，出勤時に左上下肢の脱力が出現，救急車で前医へ搬送された。脳梗塞と診断され，保存的加療を受けた後，6月16日，当院回復期病棟へ転院となった。

【既往歴】51歳時から糖尿病にて内服加療中。 [家族歴] 特記事項なし

【社会的背景】【注2】会社経営，妻と息子と3人暮らし。持ち家で寝室は2階。布団を使用。通勤は自家用車（運転手あり）。

【現症・評価】意識清明でコミュニケーション良好。脈拍72/分整。血圧140/86 mmHg。ROM（他動）左肩屈曲140度，外転120度，左足関節背屈10度（膝伸展位）。左肩関節に1横指の亜脱臼（+）。左片麻痺【注3】SIASm（00/220），Brunnstrom stage 上肢I手指I下肢Ⅲ。非麻痺側握力26 kg。左足クローヌス（+）。表在・深部感覚：軽度鈍麻。座位保持可能。起立，立位保持は支持物を利用して可能。MMSE【注4】26/30。線分2等分正常。模写正常。指模倣正常。抹消課題正常。行動性無視検査（BIT）：通常検査成績137/146，行動検査成績A 77/81。ADL【注5】：更衣，トイレ動作，移乗，移動など介助，FIM 66点。

【検査】頭部CT：右内包～放射冠に低吸収域。血液検査：空腹時血糖値143 mg/dl，HbA1c 7.2%。

【問題点】【注6】①左片麻痺 ②ROM制限 ③左肩関節亜脱臼 ④歩行障害 ⑤ADL障害 ⑥家屋 ⑦糖尿病

【治療計画】【注7】PT：ROM，麻痺肢促通，基本動作，立位・歩行訓練，装具の検討 OT：ROM，麻痺肢促通，ADL評価・訓練，高次脳機能評価，アームスリング作成。内科的管理：食事療法と内服による血糖の管理。目標：屋内歩行自立，ADL自立，在宅生活への復帰。

【経過・最終結果】【注8】7月上旬より左片麻痺が改善し，最終的にSIASm（21 a /330），Brunnstrom stage 上肢Ⅲ手指Ⅱ下肢Ⅳとなった。肩関節亜脱臼が改善したためアームスリングは除去したが，ROMには著変なかった。歩行は，足関節背屈不能のためプラスチック短下肢装具を作製し，平行棒内歩行，四点杖歩行訓練を経てT字杖歩行へとすすめた。経過中，左半側空間無視，注意障害が残存し，身体や進路の左側への不注意が遷延したため，歩行時の見守りは退院時まで続行した。ADLは，評価項目全てで改善し，FIMは107点となった。家屋評価を行い，玄関や浴室に手すりを設置，1階にベッドを導入後，退院とした。糖尿病は，空腹時血糖値116 mg/dl，HbA1c 5.6%と改善した。週に2日，午後のみ出動している。

【考察】【注9】座位保持可能，併存疾患が少なく，60歳という年齢などから，歩行自立をゴールと考えた。左半側空間無視や注意障害は，机上スクリーニングで検出されず，訓練開始時の問題点に挙げなかったが，実際の動作上で顕在化し，リハビリの阻害因子となり，歩行では見守りが必要であった。右大脳半球に主病巣がある脳卒中患者の場合，机上検査と実際の動作上での評価に乖離が生じる可能性のあることを念頭に置いて対応する必要があると考えられた。

本文字数【 1083字【注10】 】

作成にあたっての注意事項

【注1】主な障害の原因となる診断名となっているか。

【注2】就労については仕事の内容，社会的地位，通勤方法・時間等を記載。家族背景では人数に加えて，就労・就学の有無と形態が必要。居住環境は一戸建・マンション，外出アクセス，寝室の位置などを記載。

【注3】Brunnstrom stage やSIASで片麻痺の状況を記載。健側筋力は動作能力獲得の参考となる。

【注4】高次脳機能障害の有無，内容，机上テストの結果，ADL上の阻害等を記載。

【注5】FIMやBarthel Indexの点数，各項目の問題点を記載。

【注6】ICIDHに沿った記載が望ましい。

【注7】初期評価と問題点から可能な範囲でゴール設定・リスク管理を行い，治療計画を立てる。

【注8】治療計画に基づくリハ進行の経過・問題，治療に際する注意点・工夫などを記載。在宅復帰までフォローできた場合には家屋評価と住環境整備の内容，本人・家族への指導内容を記載。復職できた場合には仕事の内容，就労形態などを記載。

【注9】アプローチとして工夫した点，失敗した点と症例から学んだところを考察する。教科書や文献と症例の比較も記載するとよい。

【注10】字数を忘れずに。