

	解答又は解答例
問題 1	看護理論は、「記述」、「説明」、「予測」という目的によって、現象に対する系統的な見方を提示する。体系化された看護理論から様々な状況を一般化することにより、看護師は、臨床現場にある膨大な情報を整理し、その情報を理解することが可能となる。 人の理解をすること、人の行動を理解することには2つの方法があると言われており、一つは観察による帰納的な推論によるものであり、もう一つは理論を通して分かるという演繹的な推論によるものである。理論に従って分析・解釈することは、患者の行動や言葉、しぐさなどの反応が、何を意味しているかの解釈や推測に意味を与えてくれる。 看護理論は、看護の専門職の境界を定め、看護実践を他の専門職の実践と区別することに役立つ。 【参考文献】 ・佐藤栄子（2025）：中範囲理論の概説，事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門，p.10～31，日総研. ・アン・マリナー・トメイ著／都留伸子（2011）：看護理論家とその業績，p.3～65，医学書院.
問題 2	① 学習者の自己概念を考慮する。 成人は自己決定的でありたいという心理的ニーズをもっている。人間は成長するにつれて依存から自己決定性が増大する。看護師はこの自己決定性を尊重する。 ② 学習者の経験を活用する。 成長・発達につれて蓄積した成人の経験は豊かな学習資源となる。 ③ 学習へのレディネスを把握する。 社会的役割や生活課題に基づく現実生活の課題や問題に対処するため、人は、学習の必要性を実感した時に学習しようとする。看護者は、学習者が「知への欲求」を発見するための条件をつくり、そのための道具や手法を提供する。 ④ 本人の課題が解決できるよう支援する。 学習の方向付けは、その患者の課題達成中心的である。 ⑤ 内的動機付けを促す。 興味や関心などの内的動機付けが有力である。 【参考文献】 ・広瀬会里（2025）：アンドラゴジー成人教育理論，佐藤栄子編，事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門，p.477～487，日総研. ・矢田眞美子著・黒江ゆり子編（2023）：成人看護学概論／成人保健，p.214～220，メヂカルフレンド社.

問題 3	自殺者数推移は、令和 2 年に 11 年ぶりに増加に転じた後 21,000 人台で推移し、令和 5 年は 21,837 人と前年より減少した。男女別にみると、男性は 2 年連続の増加、女性は 4 年ぶりに減少した。年齢階級別の自殺死亡率（10 万人当たりの自殺者数）は、令和 2 年以降多くの年齢階級で上昇しており、特に 40 歳代は令和 5 年まで連続して上昇し、50 歳代は令和 3 年から 4 年にかけて大きく上昇した。10 歳代は近年緩やかな上昇傾向であり、令和 5 年の小中高生の自殺者数は 513 人と、過去最多であった。 「ゲートキーパー」とは、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人のことである。 自殺対策では、悩んでいる人に寄り添い、関わりを通して「孤独・孤立」を防ぎ、支援することが重要である。多くの方に、ゲートキーパーとしての意識を持っていただき、専門性の有無にかかわらず、それぞれの立場でできることから進んで行動を起こしていくことで自殺対策につなげることをねらい、「自殺総合対策大綱（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）」において、重点施策の一つとしてゲートキーパーの養成を掲げている。 ゲートキーパーは「変化に気づく」「じっくりと耳を傾ける」「支援先につなげる」「温かく見守る」という 4 つの役割が期待されている。 【参考資料】厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seika_tsuhogojisatsu/gatekeeper_index.html
問題 4	【背景】 人生百年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対する、きめ細かな高齢者保健事業と介護予防の実施の重要性は益々高まっている。 高齢者については、複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的な脆弱性のみならず、精神的、心理的または社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすい傾向にある。そのため、高齢者保健事業と介護予防の実施に当たっては、高齢者の精神的、心理的または社会的な特性を踏まえ、効果的かつ効率的で、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応を行うことが必要となる。 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者保健事業について、広域連合と市町村が連携し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業（以下、「国保保健事業」という。）と一体的に実施できるよう、「高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施」（以下、「一体的実施」という。）が制度化され、令和 2 年 4 月から取組が開始された。この一体的実施は、令和 6 年度までに全ての市町村で実施することを目指している。

	【高齢者に対する保健事業の意義・目的】 高齢者保健事業の目的の一つは、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者を増加させることである。後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する。また、複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になる。さらに、医療のかかり方として、多医療機関の受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。したがって、後期高齢者に対する健康支援に当たって、壮年期における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定保健指導等）から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要である。 一体的実施では、医療保険による保健事業と、介護保険による介護予防事業、かかりつけ医による医療を組み合わせ、フレイルのおそれのある高齢者を包括的に支援していく仕組みづくりを目指す。重症化予防等の高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を両輪として実施していくことで、高齢者の健康の保持増進とQOLの向上を図る。 【参考資料】厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku_hoken/hokenjigyou/index_00003.html https://www.mhlw.go.jp/content/001239590.pdf
問題 5	1) 「プレコンセプションケア」は若い男女が将来のライフプランを考えながら、日々の生活や健康と向き合うことです。 これは今の自分や将来の自分の健康につながるだけでなく、将来の次世代を担う子どもたちの健康にも関わる。将来の妊娠・出産を希望しない方でも、性や妊娠・出産について科学的に正しい知識を持っておくことは、自分や相手を守るためにも必要なことといえる。プレコンセプションケアは、満ち足りた自分（well-being）の実現につながるヘルスケアとして注目されている。 https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/preconception/ 国立成育医療研究センター 「プレコンセプションセンターについて」より 2) プレコンチェック（検診とカウンセリング） プレコンチェック（検診とカウンセリング）では、妊娠・出産を含めたラ

	イフプランを考慮しながら、あらゆる視点から現在の健康状態のチェック（検診）を行い、日々の生活や健康について医師や管理栄養士によるカウンセリングを行う。 実際には、栄養や生活、生理周期、ワクチン接種、貧血、骨、妊娠のしやすさ、若い人に多くみられる病気、薬の影響、心の状態などについてのトータルケアが必要となる。女性だけではなく、カップルで受診することもできる。 https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/preconception/check.html 国立成育医療研究センター 「プレコンチェック（検診とカウンセリング）」より
問題 6	災害時やパンデミックなどの緊急事態において、慢性疾患をもつ子どもや医療依存度が高い医療的ケア児は、特に支援が行き届きにくい存在である。平時に整っている医療・福祉のサービスが途絶えることで、命に関わるリスクが増大する。 【主な課題】 ・避難環境の未整備 医療的ケアに対応した避難所が少なく、電源や衛生管理が不十分である。 ・専門支援者の不足 災害時に医療的ケア児を支えられる看護職などの人員が限られている。 ・家族への過重な負担 訪問看護や通院が中断し、保護者が 24 時間ケアを担わざるを得ない。 ・情報と連携の不足 必要な支援情報や支援者との連絡が遮断されやすい。 【課題に対する対策】 ・災害時個別支援計画の作成 平時から医療・福祉・教育・行政が連携し、避難先や必要な支援を可視化しておく必要がある。 ・地域での多職種連携体制の構築 災害拠点病院や保健センターや学校などと連携し、支援の分担と情報共有を進めておく必要がある。 ・レスパイトケアや相談体制の整備 災害時にも子どもと家族が安心して生活できるよう、看護職は身体的・心理的両面から支援する役割を担う必要がある。 【文献】 佐藤美奈子（2022） 災害時の看護職による医療的ケア児への支援体制構築に向けた課題.災害医学研究, 24(1), 12–19.

	厚生労働省(2021). 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212022_00002.html 新井貴子・石井美恵 (2020) . 災害時における医療的ケア児への支援体制に関する検討 ―多職種連携の観点からの課題と提言―.日本小児看護学会誌, 29(3), 312–319. 内閣府(2020). 避難行動要支援者の避難支援関係ガイドライン. https://www.bousai.go.jp/taisaku/hinan_guideline/
問題 7	1. 診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる 38 の行為のこと（厚生労働省 HP : https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html) 2. 「特定行為に係る看護師の研修制度」は、保健師助産師看護師法に位置付けられた研修制度で、2015 年 10 月から開始されています。手順書により特定行為を行う場合は、本研修の受講が必要となります。研修を修了した看護師には、患者さんの状態を見極め、タイムリーな対応をすることなどが期待されています。（厚生労働省 HP:同上） 3. 2025 年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要があります。 このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的です。 （厚生労働省 HP: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html)
問題 8	1. 「医療安全支援センター」 https://www.anzen-shien.jp/aboutus/ 医療法の規定に基づき日本全国 380 か所以上に設置されている。医療に関する苦情・心配・相談に対応。医療機関、患者、住民に対しての助言・情報提供を行う。 主な業務：患者・住民からの苦情や相談への対応（相談窓口の設置）

	地域の実情に応じた医療安全推進協議会の開催 患者さん・住民からの相談等に適切に対応するために行う、関係する機関、団体等との連絡調整 医療安全の確保に関する必要な情報の収集及び提供 研修会の受講等によるセンターの職員の資質の向上 医療安全の確保に関する必要な相談事例の収集、分析及び情報提供 医療安全施策の普及・啓発 2. 「公益社団法人 日本看護協会」 https://www.nurse.or.jp/nursing/anzen/mc_safesys.html 医療機関などで求められる安全管理体制、医療法により定められている医療の安全の確保のための措置などの情報提供、各種制度の紹介、案内、支援 3. 「公益社団法人 日本医療機能評価機構」 https://jcqhc.or.jp/about/work 病院機能評価では、病院の組織的活動を患者さんの目に触れない部分も含めて第三者として評価し、病院の優れている点や課題を明らかにしている。審査の結果、一定の水準を満たしていると認められた病院に対して認定証を発行する。 認定病院を対象に、救急医療・リハビリテーションの各機能に特化して評価する病院機能評価 高度・専門機能も行っている。 その他の機構の事業としては、教育研修事業、認定病院患者安全推進事業、産科医療補償制度運営事業、EBM 医療情報事業(Minds)、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集事業など。
問題 9	トリアージとは、災害時や多数の傷病者が発生した場合に傷病の緊急度や重症度に応じて治療の優先順位を決定することで、その主な目的は限られた医療資源を最も必要とする患者に集中させ、有効活用した上で患者の救命率の向上を図ることである。 災害現場で救急隊員や医療スタッフが最初に行う一次トリアージと、搬送先の病院でより専門的な医療機器を用いた検査等で治療の優先順位を決める二次トリアージがある。 一次トリアージではトリアージタグにより以下の 4 種類の色分けが行われる。 赤（最優先治療群）：生命に危険が及び、一刻も早い治療が必要な患者。 黄（待機的治療群）：状態は安定しているが、注意深く経過観察が必要な患者。 緑（保留群）：軽傷で、自力で歩行可能な患者。

	黒（非処置群/死亡群）：既に心肺停止状態であるか、救命の見込みがない患者。
問題 1 0	以下の図表（著作権の都合上、非公表）の赤字に当たる代表的疾患から列挙。重要なのは、①急性心筋梗塞(急性冠症候群)、②大動脈解離、③肺塞栓症、④気胸、など 著作権の都合上、胸痛の鑑別及び検査の進め方に関する図表は非公表
問題 1 1	臓器移植法ガイドライン第 4 によると、臓器摘出の場を提供する必要な体制があること、脳死下臓器提供に関する院内の合意が得られており、施設内の倫理委員会等で承認が得られていること、適正な脳死判定を行う体制があること、救急医療において高度な医療を行なえる施設であること（いわゆる 5 類型施設：大学附属病院、日本救急医学会指導医指定施設、日本脳神経外科学会の基幹施設・連携施設、救命救急センター、日本小児総合医療施設協議会の会員施設）が条件である。5 類型施設に該当しても、体制整備をするかどうかは施設に委ねられるため、実際には 5 類型施設に該当する施設の約半数が体制整備を実施しているにとどまる。5 類型施設の体制整備を促進するためには、経験の豊富な施設による未経験の施設の支援、施設間の協力体制の構築、スタッフの支援、業務の簡略化、脳死下臓器提供に係る費用を十分にする等、様々な課題解決が不可欠である。
問題 1 2	生体臓器移植における家族・親族の範囲は、日本移植学会倫理指針では、配偶者、6 親等の血族、3 親等の姻族が対象となる。意思決定支援のポイントとしては、移植手術を受ける可能性がある段階からレシピエント移植コーディネーターは関わる。医師の説明が理解できたか確認し、不足の場合は理解が促進できるよう情報提供を行う。患者の文化的、宗教的、経済的状况を把握する。家族のパワーバランスを見極め、ドナー、レシピエントだけでなく、関係する家族の来院を促す。ドナー、レシピエントともに、自由な意思決定ができるよう、本心を語れる場を設ける。必要があれば、それぞれ別の面談の機会を設ける。意思決定能力、判断能力に問題がないかどうかの精神的評価を行うよう、精神科医にコンサルトする。臓器提供は無償であることを確認する。移植のメリット、デメリットを十分説明する。腎不全のように透析が代替療法としてある場合は透析のメリット、デメリットについても十分説明する。提供することによるリスクは、ドナーだけでなくレシピエントにも説明する。ドナーは残存する臓器で健康が維持できるよう慎重に適応評価されるが、提供前とは同一ではないことを十

	分伝える。特にドナーに対しては、その立場やパワーバランスによっては強制力が働くかもしれず、レシピエント移植コーディネーターがドナーの代弁者となることを伝える。レシピエント自身も、ドナー側や家族に移植を強制されることもあるので、移植を受ける気持ちが本心であるかどうかを確認する。レシピエント移植コーディネーターは移植側に偏らない中立な第3者として関わる。生体移植を勧めることはしない。ドナー、レシピエント双方に、十分に考える時間を提供する。移植を希望しないという決定になった場合も、その決定を支持する。レシピエントが子どもの場合は、親の決定に拠りがちだが、意見表明できる年齢であれば本人の希望を確認する。提供・移植について共に考える姿勢を示す。患者や家族の考えや価値観を尊重する。
問題 1 3	例) 水準 I 指導者の直接監視下で実習生 により実施されるべき項目 教育目標 臨床実習で修得し対象者に実践できる ただし、対象者の状態としては、全身状態が安定し、実習生 が行う上でリスクが低い状態であること動作介助（誘導補助）技術 基本動作・移動動作・移送介助、体位変換、リスク管理技術 スタンダードプリコーション（感染に対する標準予防策）、症状・病態の観察、バイタルサインの測定、意識レベルの評価、各種モニターの使用（心電図、パルスオキシメータ、筋電図）、褥瘡の予防、転倒予防、酸素吸入療法中の患者の状態観察 理学療法治療技術 （検査・測定技術） 情報収集、診療録記載（実習生 が行った内容）、臨床推論 問診、視診、触診、聴診、形態測定、感覚検査、反射検査、筋緊張検査、関節可動域検査、筋力検査、協調運動機能検査、高次神経機能検査、脳 神経検査、姿勢観察・基本動作能力・移動動作能力・作業工程分析（運動学的分析含む）、バランス検査、日常生活活動評価、手段的日常生活活動評価、疼痛、整形外科的テスト、脳卒中運動機能検査、脊髄損傷の評価、神経・筋疾患の評価（Hoehn & Yahr の重症度分類など）、活動性・運動耐容能検査、各種発達検査、理学療法治療技術、運動療法技術、関節可動域運動、筋力増強運動、全身持久運動、運動学習、バランス練習、基本動作練習、移動動作練習（歩行動作、応用歩行動作、階段昇降、プール練習を含む）、日常生活活動練習、手段的日常生活活動練習物理療法技術 ホットパック療法、パラフィン療法、アイスパック療法、渦流浴療法（褥瘡・創傷治療を除く）、低出力レーザー光線療法、EMG バイオフィードバック療法、義肢・装具・福祉用具・環境、整備技術、義肢・装具（長・短下肢装具、SHB など）・福祉用具（車いす、歩行補助具、姿勢保持具を含め）の使用と使用方法の指導

問題 1 4 現代におけるリベラルアーツ教育とは、人文科学、社会科学、自然科学にわたる幅広い学問分野を学際的に学ぶことを通して、論理的思考力と規範的判断力を磨き、課題発見・解決、社会システムの構想や設計などのための基礎力を身に付けることである。また、これには、コミュニケーション能力、表現力、高い倫理観、多文化共感性、そして市民性も含まれる。一般的に単なる一般教養よりも知識レベルは高度であり、知識を活用して知恵を高めるための能動的な学びである。

問題 1 5

定義

名称	時期	始まり	終わり
イニシャルコンタクト	0%	観察脚が接地した瞬間	
ローディングレスポンス	0~12%	初期接地	反対脚が床から離れた瞬間
ミッドスタンス	12~31%	反対脚が床から離れた瞬間	観察脚の踵が床から離れた瞬間
ターミナルスタンス	31~50%	観察脚の踵が床から離れた瞬間	反対側の初期接地
プレスイング	50~62%	反対側の初期接地	観察脚のつま先が床から離れた瞬間
イニシャルスイング	62~75%	観察脚のつま先が床から離れた瞬間	両側の足関節が矢状面で交差した瞬間
ミッドスイング	75~87%	両側の足関節が矢状面で交差した瞬間	観察脚の下腿が床に対して直角になった瞬間
ターミナルスイング	87~100%	観察脚の下腿が床に対して直角になった瞬間	観察脚が床に触れた瞬間

相	役割
イニシャルコンタクト	衝撃吸収の準備
ローディングレスポンス	衝撃を吸収
ミッドスタンス	荷重を支えつつ安定性を保証 前方への動きの保持
ターミナルスタンス	支持している足の前足部の上まで身体を運ぶこと 脚と身体の安定性の確保
プレスイング	支持足（立脚肢）の直上を越えて身体を前に運ぶ
イニシャルスイング	床から足が離れること 脚を前に運ぶこと
ミッドスイング	脚を引き続き前に運ぶこと
ターミナルスイング	足と床の十分なクリアランスを確保 足を前に運ぶことの終了 イニシャルコンタクトの準備

問題 1 6 半側空間無視は、空間性注意障害によるというのが主流の考え方である。左側空間に障害を生じることが多く、日常生活にも障害を生じる。
症状の改善：症状自体を改善させるというもので、認知しない左側の空間

	への注意を改善させるものである。一般的には視覚走査訓練や、プリズム眼鏡の利用などがある。 ADL 訓練：半側の空間を認知しないことで、日常生活上に様々な障害を生じる。左側の机上の食事を食べ忘れる、左側の角を曲がらない、部屋にたどり着けない、などである。全体を俯瞰して確認する、手でたどる、左側を向くなどを習慣的に取り入れるためには繰り返しの練習が必要になる。失われた空間の中で再度動く方法を体得することが必要である。 感覚間の統合：見て認知できない、というのが症状であるため、触覚や聴覚など他の感覚を視覚と合わせて、左側に空間があることを再度認識させるようにする。具体的には、麻痺側の上下肢を見ながら、触るなど、座位とともに体幹を回旋させるなどである。人は色々な感覚を取り入れて自分の身体像を作り上げている。半側空間無視の患者では身体像が崩れていることがあり、それを再度構築させることになる。 環境調整：無視が重度である人が環境を認知しやすくなるような工夫をいう。アンカーの利用、目印の利用などで空間の認識が歪んでいる人にとってストレスを少なくするような調整を行う。
問題 1 7	姿勢調整の目的は、重力を利用または空間を操作して、食塊の通過経路と通過速度を変化させ、誤嚥や咽頭残留の軽減をはかることである。重力を利用した姿勢にリクライニング座位、空間を操作する姿勢に頭部回旋がある。リクライニング座位は口腔から咽頭は傾斜がつき、重力がより作用するようになり、食塊移送を促進する。また咽頭から食道は急傾斜から緩やかな傾斜となり重力の影響が小さくなり、食塊移送は緩徐となる。このように床面に対する体幹の角度調整にて、咽頭、口腔にかかる重力および気管と食道の位置関係が変わり食塊通過速度を変え誤嚥や残留を軽減させる。口腔期の障害をみとめ舌による食塊の送り込みが低下している例や嚥下反射の惹起遅延があり急な食物の移送に対して嚥下が間に合わない場合に適応される。頭部回旋は、頭部を左右に回旋することで回旋側の梨状窩が狭まり、反対側の咽頭が広がり、広くなった咽頭側に食塊が誘導される。食塊を機能の良い側の咽頭腔に誘導することで、誤嚥や咽頭残留を軽減させる。咽頭機能に左右差がある場合や一側性の喉頭不全や喉頭閉鎖不全や UES 開大不全がある場合に適応される。 重力の利用および空間の操作の両方が必要な場合は、単純にリクライニング座位と頭部回旋を組み合わせると誤嚥のリスクを高めることになる。何故なら、リクライニングによる重力で、食塊が目的とする回旋反対側ではなく、狭まっている回旋側に誘導されてしまうからである。これを防ぐためには、リクライニング座位に体幹回旋を付加し頭部は正中を向いた姿勢を調整する必要がある。

問題 1 8	嚥下前誤嚥とは、嚥下反射が惹起される前に起こる誤嚥である。嚥下反射惹起遅延や食塊の口腔内保持不良で起こる。嚥下反射の惹起が遅延したり、口腔内保持が不良であると、喉頭が開放されたままであるにもかかわらず食塊が咽頭に流入するため誤嚥が起こりやすくなる。 嚥下中誤嚥とは、嚥下開始から終了までの間に起こる誤嚥である。嚥下反射の惹起が遅延すると、喉頭閉鎖が不完全な状態で食塊が咽頭に流入し誤嚥しやすくなる。また時間的には保たれていても、筋力低下などで喉頭挙上が不十分で喉頭前庭が閉鎖しきらない、声帯閉鎖が不十分であると、喉頭閉鎖が不完全な状態となり、食塊が咽頭に流入し誤嚥しやすくなる。 嚥下後誤嚥は、嚥下反射の終了後に起こる誤嚥で咽頭内に残留していた食塊を誤嚥する。すなわち誤嚥の原因は咽頭残留である。残留の原因は、食道入口部の弛緩障害や舌骨上筋群の筋力低下に伴う喉頭挙上低下により食道入口部の開大が制限され、食塊の食道入口部通過が不良となることである。また咽頭収縮が不良で食塊推進力を十分に高められない場合もありうる。
問題 1 9	Stage I：随意的な筋収縮なし。筋緊張は低下。弛緩性麻痺。 Stage II：随意的な筋収縮または連合反応・痙縮が出現。わずかな屈筋共同運動、伸筋共同運動。 Stage III：共同運動による関節運動が明確・（関節運動をとまなう屈筋共同運動、伸筋共同運動）。 Stage IV：共同運動から逸脱し、以下の分離運動が出現。 ①手背を腰部につける（腰の後ろに手をもっていく） ②上肢を肘関節伸展位で前方水平位まで挙上する ③肘関節屈曲 90 度で前腕を回内・回外する Stage V：共同運動から比較的独立し、以下の運動が可能。 ①肘関節伸展位かつ前腕回内位で、上肢を側方水平位まで挙上（肘伸展回内位で肩外転 90 度）。 ②肘関節伸展位で、上肢を前上方へほぼ垂直位（頭上）まで挙上する。 ③肘関節伸展位（肩屈曲 90 度）で前腕を回内・回外する。 Stage VI：各関節運動が自由に分離。ほぼ正常の協調性（健側と同等）。 【出典】 美崎定也，柴田雅祥，PT 評価ポケット手帳。

	<table><tr><td>stage</td></tr><tr><td>【Ⅰ】 随意運動なし</td></tr><tr><td>【Ⅱ】 共同運動が一部出現 連合運動が誘発される (痙性の発現)</td></tr><tr><td>【Ⅲ】 十分な共同運動または、共同運動 の要素を随意的に起こしうる</td></tr><tr><td>【Ⅳ】 分離運動が一部出現 共同運動から逸脱した運動</td></tr><tr><td>【Ⅴ】 分離運動が全般的に出現 共同運動から独立した運動</td></tr><tr><td>【Ⅵ】 分離運動が自由にできる やや巧緻性に欠ける</td></tr></table>	stage	【Ⅰ】 随意運動なし	【Ⅱ】 共同運動が一部出現 連合運動が誘発される (痙性の発現)	【Ⅲ】 十分な共同運動または、共同運動 の要素を随意的に起こしうる	【Ⅳ】 分離運動が一部出現 共同運動から逸脱した運動	【Ⅴ】 分離運動が全般的に出現 共同運動から独立した運動	【Ⅵ】 分離運動が自由にできる やや巧緻性に欠ける
stage								
【Ⅰ】 随意運動なし								
【Ⅱ】 共同運動が一部出現 連合運動が誘発される (痙性の発現)								
【Ⅲ】 十分な共同運動または、共同運動 の要素を随意的に起こしうる								
【Ⅳ】 分離運動が一部出現 共同運動から逸脱した運動								
【Ⅴ】 分離運動が全般的に出現 共同運動から独立した運動								
【Ⅵ】 分離運動が自由にできる やや巧緻性に欠ける								
問題 2 0	著作権の都合上、歩行・車椅子の採点に関する図表は非公表 【出典】 千野直一，椿原彰夫，園田茂，道免和久，高橋秀寿. 脳卒中の機能評価 —SIAS と FIM [基礎編]. 金原出版, 2012.							
問題 2 1	筋が一定長の時、γ運動ニューロンが興奮すると錘内筋線維は収縮して 1a 群求心性線維から α運動ニューロンへの入力は増加する。α運動ニューロンも興奮して筋収縮が起こり、筋紡錘の緊張は緩み、1a 群求心性線維からの入力は減少し、筋長は短くなった位置にとどまる。随意運動では筋短縮によって筋紡錘が弛緩しないように、上位中枢からの運動指令が α運動ニューロンと γ運動ニューロンとを同時に興奮させる。 随意運動のときに 1a 群求心性線維からの入力を減少させては、随意運動が成り立たなくなってしまうため、それを防ぐ 手段として α—γ連関が存在している。上位中枢である大脳皮質運動野（中心前回）から錐体路（皮質脊髄路）を介して α運動ニューロンが骨格筋（錘外筋）を支配しているので興奮が伝われば筋が伸びる。その命令（興奮）が伝われば筋が伸びた状態を維持できる。							
問題 2 2	運動時には深部体温の上昇により運動能力が抑制される。なお、運動時の深部体温上昇は中枢性疲労と末梢性疲労の両方の発生を助長すると考えられる。運動時の高体温に起因する中枢性疲労は深部体温が各個人の上限値または臨界深部体温まで上昇することが主な原因と考えられている。一方、末梢性疲労は深部体温上昇に伴う心臓血管系の機能低下が活動筋への酸素運搬能力を低下させ活動筋内での代謝機能を抑制することが主な原因と考えられている。 【出典】監修 玉木 彰、編集 解良武士 リハビリテーション運動生理学 P.124 MEDICAL VIEW							