NO	回答	参考
1	4	p235 HC,FF、MS、HO、TOの5フェーズ HC(Heel Contact)：踵接地踵が地面に接地すること FF(Foot Flat)：足部水平足底面がすべて地面に接地すること HO(Heel Off)：踵離地踵が地面から離れること TO(Toe Off)：つま先離れつま先が地面から離れること
2	1	p 2 4 0 間欠性跛行(神経性・血行性)、疼痛性跛行 p 1 3 2 デュシェンヌ型 (DMD)、肢帯型筋ジストロフィー (LGMD)、先天性筋ジストロフィー (CMD)、 筋緊張症候群など多数の疾患があり、
3	1	下肢長棘果長 (SMD) 上前腸骨棘 ～ 内果 転子果長 (TMD) 大転子 ～ 外果 大腿長大転子 ～ 大腿骨外側上顆 下腿長大腿骨外側上顆 (または膝関節裂隙) ～ 外果 足長踵後端 ～ 第2趾先端 (または最も長い趾先端) ※3cm以上で異常
4	2	前脛骨筋麻痺、足関節背屈筋群麻痺、腓骨神経麻痺などで「鶏歩」になり、膝を高く上げて歩行
5	2	p 8 0 脳卒中 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) の後遺症による片麻痺や痙縮によって。 片麻痺歩行にて、マンウェルニッケ姿勢 1)患側上肢：肩関節屈曲・内転・内旋位、肘関節屈曲位、前腕回内位あるいは中間位、手 関節と手指は屈曲位 2)患側下肢：股関節屈曲・外転・外旋、膝関節と足関節伸展、足部は内がえし位、1 - 2) は歩行、精神緊張によって増強
6	3	p 2 3 5 加速期、遊脚中期、減速期
7	4	p 2 4 0 前脛骨筋麻痺、足関節背屈筋群麻痺、腓骨神経麻痺など。股関節脱臼では、軟性 墜下性跛行 (別名トレンデレンブルグ歩行) 変形性股関節症などでも。参考：硬化性墜下 性跛行は脚長差により。
8	1	中殿筋の筋力低下 (上殿神経I4 - 5) が主な原因でトレンデレンブルグ徴候が起こっている 場合は、大腿筋膜張筋および腸脛靭帯の張力を代償的に利用して下肢を支持します。そ れによって大腿筋膜張筋に過緊張を起こしているケースが臨床では多い。デュシェンヌ歩 行はトレンデレンブルグ歩行の代償として現れることもある。立脚期に大幹を立脚側 (患 側) へ傾斜させる現象
9	4	p 2 3 7 失調症やバランスが悪いと広がる。正常歩行では5～10cm
10	2	①罹患筋上の流注上の原穴は？ (京骨) 同名経 (手の太陽小腸経) の原穴は？ (腕骨)
11	3	あひる歩行 (動揺性歩行) の特徴：腰を左右に揺らしながら背を反り気味にして歩きま す。神経や筋の疾患(筋ジストロフィー症など)が原因
12	2	p 2 3 9 ヒラメ筋は主に立脚期

13	2	p 2 3 7 歩行重心位置：s 1～3の上縁間前方、身体全長の足底から55%、歩行によって重心は上下4～5cmの滑らかなサインカーブを（矢状面）を描く
14	4	p238 歩行の5要素必ず確認
15	4	p 2 3 9 MS～HOは下腿三頭筋、ヒラメ筋、立脚期後期は股関節内転筋群
16	1	足の少陽胆経
17	1	足の少陽胆経 丘墟 原、 外丘 郄、 光明 絡、日月 募穴 流注上の要穴注意！
18	3	p 2 3 5 教科書で確認
19	4	p 2 3 5, 2 3 6, 2 3 7 教科書で確認
20	3	p 1 8 7, 1 8 8 教科書で確認

②

21	3	p 2 3 9 教科書で確認
22	2	p240 1. 正しい。間欠跛行はその他、ASO（下肢閉塞性動脈硬化症）でもでる。 2. トレンデレンブルグ徴候は、先天性股関節脱臼や中殿筋麻痺などででる。 3. 正しい片麻痺 4. 正しい。パーキンソン病は、すくみ足で小歩症となる。
23	3	p 2 3 5 1. 歩行で60%という数字は立脚期に相当する 2. 歩行で40%という数字は遊脚期に相当する 3. 正解 二重支持期は15～25% 4. 不正解
24	4	症状は明らかな変形性膝関節症である。本問題は、罹患局所としているため、膝関節内側部に分布する経穴を選択することになる。 1. 誤り 2. 誤り 3. 誤り 4. 正解 罹患部位と経穴の確認が必要
25	3	病態は明らかなパーキンソン病と考えられる。 1. 下肢の疼痛による歩行 2. 先天性股関節脱臼、中殿筋麻痺の歩行 3. パーキンソン病 4. 脊髄後根・後索障害、小脳障害の歩行
26	2	歩行率は歩数/分で表す。歩幅が変わらなければ、1分間の走行距離が伸びて歩行速度が上がる。 1. 歩隔は左右の足の広さで、失調症等で大きくなる。 2. 正解 3. 1歩行周期の時間は短くなる。 4. 二重支持期の割合は歩行速度によって変化する。

27	4	<p>1. 平行棒からはじめる。</p> <p>2. 短下肢装具は感覚障害とは関係なく使用する。</p> <p>3. 患側に位置する。</p> <p>4. 正解</p>
28	1	<p>p 240 1, 正解：パーキンソン病では歩幅が小さくすくみ足も呈する。また、前傾姿勢になり突進歩行も呈する。薬剤投与と併行してリハも発病早期から実施すべき治療法であり、リラクセーション、筋力、動作のリズム、関節可動域、日常生活動作、構音・嚥下機能、平衡感覚などの維持・増強が図られる。</p> <p>2, トレンデレンブルグ歩行は中殿筋麻痺等 3, 失調歩行では、小脳障害により歩隔が大きくなり、よろめき歩行を呈する。4, 脳損傷や上位脊髄不全損傷にみられ、ハサミ足歩行をていする。</p>
29	2	<p>(1)腰背部：脊柱起立筋、広背筋</p> <p>(2)腹部：腹直筋、腸腰筋</p> <p>(3)臀部：大臀筋</p> <p>(4)大腿部全面：大腿四頭筋</p> <p>(5)下腿後面：下腿三頭筋 (1)～(5) 抗重力筋</p>
30	2	<p>p235.1歩行速度が「速くなると」が正解。 2 同側の足の初期接地から次の初期接地まで</p> <p>3 左右 いずれか一方のかかとが接地してから、逆側のかかとが接地するまでの 動作を 1 歩</p> <p>4 p 237踵接地間の中点を結ぶ左右間隔</p>
31	4	<p>1 鶏歩(けいほ)は、下垂足 (drop foot) で遊脚期の足関節背屈が不足している時、その代償として足を高く持ち上げる。総腓骨神経 (胃経・胆径)</p> <p>2 p 240中枢神経障害 痙性対麻痺に多く、股関節・膝関節軽度屈曲位で両膝をすり合わせるように歩行する。</p> <p>3片麻痺歩行 脳血管障害後の痙性片麻痺が影響。 骨盤を側方挙上することで下肢を引き上げる。</p> <p>4 トレンデレンブルグ兆候は、「患側下肢での片脚立位時に、骨盤の水平位を保つことができず遊脚側下肢の骨盤が落下する現象」です。デュシャンヌ兆候は、「患側下肢での片脚立位時に、患側へ体幹が側屈し、かつ骨盤傾斜も起こる現象」です。</p>
32	3	<p>1幸福度調査 2 立ち上がりテスト (下肢筋力)</p> <p>2 ステップテスト (歩幅) ロコモ25 (身体と生活状況)</p> <p>3 「肘掛のついた椅子にゆったりと腰かけた状態から立ち上がり、3mを心地よい早さで歩き、折り返してから再び深く着座するまでの様子を観察するもの」が原法 (歩行能力評価)</p> <p>4 p 39ADLの評価表 (評価方法) で全10項目を自立・一部介助・全介助の分類で100点満点で採点</p>

33	2	<p>p240 1パーキンソン病 歩行を開始しようとしても足が前に出ないすくみ現象や、歩くと次第に歩行速度が速くなり、前へつんのめる突進現象がおこります。4大症状として「振戦(ふるえる)」「固縮(かたい)」「寡動・無動(おそい)」「姿勢反射障害(ころびやすい)」</p> <p>2あひる歩行(動揺性歩行)とは、体幹を左右に揺らしたり、上半身をのけぞらせる姿勢や前傾した姿勢をとったりしながら歩く歩行、筋ジストロフィーや多発性筋炎</p>
34	4	<p>中脳(脳幹)の「黒質」にあるドパミン神経細胞が減少。「振戦」「無動・寡動(動作緩慢)」「姿勢反射障害」「筋固縮」の4つが挙げられます。自律神経症状による血圧変動(起立性低血圧を含む)、薬物療法の副作用としてせん妄や幻覚が生じる方もおり、さらにon-off現象や日内変動の存在など、注意しておくべきポイントは多岐パーキンソニズムの歩行障害に対する運動療法として、線引き等の視覚刺激や号令・メトロノーム等の聴覚刺激を利用した、いわゆる外的刺激が有効であることは知られている。</p>
35	4	<p>3「肘掛のついた椅子にゆったりと腰かけた状態から立ち上がり、3mを心地よい早さで歩き、折り返してから再び深く着座するまでの様子を観察するもの」が原法(歩行能力評価)</p>
36	2	<p>p 238 遊脚期に骨盤は「前方」に約4°回旋する。</p>
37	4	<p>歩行訓練やバランス訓練などで歩行障害や姿勢障害、関節のこわばりなどの症状の進行を遅らせ、身体機能を維持・向上させるための訓練</p>
38	1	<p>p 235 2二重支持期は15~20%である。3立脚相で膝関節は2回屈曲する。4 1サイクル遊脚相(約40%)が立脚相(約60%)。</p>
39	3	<p>1、2、4は低下する。</p>