

内部障害分野（呼吸・循環・がん）

学習資料

重要な指標

換気障害判定：FEV1/FVC、%VC

呼吸困難：Borg scale、修正Borg、mMRC、VAS

運動耐容能：6分間歩行試験（6MWT）、SWT

酸素化・換気：SpO₂、PaO₂、PaCO₂、pH、HCO₃⁻

COPD：GOLD分類、CAT、NRADL、BI-d

栄養評価：GLIM基準

心不全：NYHA、LVEF、BNP/NT-proBNP

循環動態：Nohria-Stevenson分類、CTR

虚血性心疾患：ST変化、異常Q波、CK/トロポニン

末梢動脈疾患：ABI、Fontaine分類、跛行距離

心電図・運動処方：HR、PVC/Lown、AT、Borg

がん：TNM分類、PS、リンパ浮腫、骨転移、GVHD

指定テキストおよび内部障害系運動療法学の講義資料を参照の上、事前学習しなさい。

Level 1

内部障害の領域と疾患別リハビリテーション

空欄を埋めなさい。

項目	内容
内部障害	心臓、じん臓、呼吸器などの機能障害で、日常生活が著しく制限されるもの。
心大血管疾患リハ料	急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、TAVI後、大血管疾患、慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患など。
慢性心不全の対象基準	LVEF（ ）%以下、peak VO ₂ 基準値（ ）%以下、BNP（ ）pg/mL以上など。
呼吸器リハ料	COPD、間質性肺炎、気管支喘息、気管支拡張症、神経筋疾患、人工呼吸管理下など。
廃用症候群リハ料	FIM（ ）点以下、BI（ ）点以下など。

呼吸器の構造・呼吸調節

空欄を埋めなさい。

項目	内容
気道	上気道：鼻腔・咽頭・喉頭／下気道：気管・気管支。
主気管支	右：約（ ）°、左：約（ ）°。誤嚥性肺炎は（ ）に好発。
肺葉・肺区域	右肺：（ ）葉・（ ）区域、左肺：（ ）葉・（ ）区域。
肺循環	肺動脈は（ ）を多く含み、肺静脈は（ ）を多く含む。
呼吸中枢	主な呼吸中枢は（ ）。中枢化学受容体も同部位に存在する。
呼吸筋	横隔膜は（ ）神経 C3～5、肋間筋は（ ）神経 T1～T11支配。

肺機能検査と換気障害

空欄を埋めなさい。

項目	内容
スパイロメトリ	肺気量、努力肺活量、呼吸筋力などを測定する。
FEV ₁	最大努力呼気開始後（ ）秒間に呼出される量。
FEV ₁ /FVC	一般に（ ）%未満で閉塞性換気障害を疑う。
%VC	一般に（ ）%未満で拘束性換気障害を疑う。
閉塞性換気障害	気道狭窄・閉塞により呼出障害を示す。代表疾患：（ ）、気管支喘息。
拘束性換気障害	肺が広がりにくい。代表疾患：（ ）、神経筋疾患、頸髄損傷。

呼吸困難評価

空欄を埋めなさい。

評価法	内容
Borg scale	主に（ ）感の程度を評価する。
修正Borg scale	主に（ ）症状の程度を評価する。
VAS	痛みや呼吸症状を直線上で評価する。
mMRC Grade 0	激しい運動をした時だけ息切れがある。
mMRC Grade 2	息切れのため同年代より歩行が遅い、または平地歩行で立ち止まる。
mMRC Grade 4	息切れが強く家から出られない、または着替えでも息切れがある。

呼吸パターンと異常呼吸

空欄を埋めなさい。

項目	内容
正常呼吸数	成人安静時は（ ）～（ ）回/分。
頻呼吸	呼吸数（ ）回/分以上。心不全、肺炎、発熱などでみられる。
徐呼吸	呼吸数（ ）回/分以下。脳圧亢進、薬剤などでみられる。
クスマウル呼吸	ゆっくりとした深い規則的呼吸。糖尿病性昏睡、尿毒症性昏睡など。
チェンストークス呼吸	無呼吸→過呼吸→減呼吸→無呼吸を繰り返す。心不全、脳出血など。
ビオー呼吸	不規則に速く深い呼吸と無呼吸が繰り返す。脳腫瘍、脳外傷など。

視診・触診・打診・聴診

空欄を埋めなさい。

評価	国試頻出ポイント
視診	表情、チアノーゼ、鼻翼呼吸、口すぼめ呼吸、頸静脈怒張、呼吸補助筋、胸郭変形を確認。
胸郭評価	上部胸郭：（ ）モーション、下部胸郭：（ ）モーション。
打診：清音	正常な肺野で聴かれる音。
打診：濁音	肝臓や含気が低下した肺野、無気肺などで聴かれる。
打診：鼓音	胃や含気が異常に亢進した肺野、肺気腫、気胸などで聴かれる。
聴診	目的：肺野の（ ）確認、副雑音の確認。左右対称に上部から下部へ聴取。

6分間歩行試験と運動負荷試験

空欄を埋めなさい。

項目	内容
運動負荷試験の目的	診断、病態評価、運動能力評価、運動処方作成、予後評価など。
6MWT	() 分間で最大限歩ける距離を測定する。
SWT	1分ごとに歩行速度が増す() 負荷試験。
中止基準	胸痛、耐えがたい呼吸困難、ふらつき、冷汗、顔面蒼白、SpO ₂ 低下など。
運動処方	症状、SpO ₂ 、心拍数、血圧、Borg、歩行距離を統合して決定する。

血液ガス・酸素療法

空欄を埋めなさい。

項目	内容
PaO ₂	動脈血酸素分圧。低酸素血症の判断に用いる。
PaCO ₂	動脈血二酸化炭素分圧。換気状態の判断に用いる。
I 型呼吸不全	PaO ₂ () Torr以下、PaCO ₂ () Torr以下。
II 型呼吸不全	PaO ₂ () Torr以下、PaCO ₂ () Torrを超える。
SpO ₂	パルスオキシメーターで測定する末梢動脈血酸素飽和度。
酸塩基平衡	pH、PaCO ₂ 、HCO ₃ ⁻ からアシドーシス・アルカローシスを判断する。

COPDの病態と評価

空欄を埋めなさい。

項目	内容
病態	主に喫煙を背景とする慢性の（ ）性換気障害。
主症状	労作時息切れ、咳嗽、喀痰。
動的過膨張	呼気が不十分なまま次の吸気に入ることによって肺容量が増加し、呼吸困難を増悪させる。
肺機能	FEV ₁ /FVC低下、フローボリューム曲線で呼出障害。
ADL/QOL評価	NRADL、BI-d、CATなど。
合併問題	肺高血圧・肺性心、栄養障害、サルコペニアなど。

COPDの理学療法

空欄を埋めなさい。

介入	内容
呼吸体操	胸郭可動性改善、呼吸補助筋の過活動軽減を目的に行う。
口すぼめ呼吸	気道内圧を保ち、呼気延長と息切れ軽減をねらう。
横隔膜呼吸	腹式呼吸練習により横隔膜優位の呼吸を促す。
ADL指導	呼吸困難が強い動作では休息、動作分割、呼気に合わせた動作を指導する。
全身持久力訓練	歩行、自転車エルゴメータ、インターバルなどを用いる。
筋力・呼吸筋訓練	下肢筋力、骨格筋、吸気筋を対象とする。

間質性肺炎・肺水腫・ARDS

空欄を埋めなさい。

疾患	ポイント
間質性肺炎	肺胞壁・間質の線維化により（ ）性換気障害を示す。
肺機能	%VC低下、DLCO低下、運動時SpO ₂ 低下が重要。
聴診	吸気終末に（ ）を聴取しやすい。
肺水腫	肺血管外に水分が貯留し、呼吸困難、湿性ラ音、胸部X線異常を呈する。
ARDS	急性炎症により肺胞・毛細血管透過性が亢進し、重篤な低酸素血症を呈する。
PT上の注意	急性増悪や低酸素血症では運動負荷より医学的安定化を優先する。

周術期・PICS・ICU-AW

空欄を埋めなさい。

項目	内容
術後低酸素血症	疼痛、麻酔、臥床、分泌物貯留、無気肺などが関与する。
下側肺障害	臥位で背側肺の換気低下・含気低下が生じやすい。
PICS	ICU退室後に残存する身体・認知・精神機能障害。
ICU-AW	ICU管理後に生じるびまん性筋力低下。
せん妄	不穏・興奮・注意障害を伴い、早期離床や環境調整が重要。
周術期PT	呼吸練習、排痰、早期離床、ADL再獲得を目的とする。

排痰法・呼吸介助手技・吸引

空欄を埋めなさい。

方法	内容
体位排痰法	重力を利用して分泌物を中枢気道へ移動させる。
ハフティング	声門を開いた状態で強制呼気を行い、分泌物移動を促す。
ACBT	呼吸コントロール、胸郭拡張運動、ハフティングを組み合わせる。
胸郭モビライゼーション	胸郭の可動性・柔軟性改善を目的とする。
徒手呼吸介助	呼気相に胸郭運動を介助し、換気効率改善をねらう。
吸引合併症	低酸素、気道損傷、迷走神経反射、不整脈、感染リスクなど。

人工呼吸器管理・NPPV・在宅酸素療法

空欄を埋めなさい。

項目	内容
人工呼吸器	呼吸仕事量軽減、酸素化改善、換気補助を目的に使用する。
陽圧換気	自発呼吸と異なり、陽圧により肺へ空気を送り込む。
NPPV	気管挿管せずマスクで陽圧換気を行う。COPD急性増悪などで用いられる。
人工呼吸患者のPT	バイタル、同調性、鎮静、せん妄、チューブ類を確認して行う。
HOT	慢性呼吸不全患者の在宅酸素療法。酸素流量とSpO ₂ を確認する。
注意	酸素投与中もCO ₂ 貯留、労作時低酸素、転倒・火気に注意する。

心不全の病態と分類

空欄を埋めなさい。

項目	内容
定義	心臓のポンプ機能低下により息切れ、浮腫、易疲労性などを呈する（ ）。
LVEF分類	HFrEF : LVEF () %未満、HFpEF : LVEF () %以上。
左心不全	肺うっ血、労作時呼吸困難、起坐呼吸、肺水腫など。
右心不全	体静脈うっ血、頸静脈怒張、肝腫大、浮腫など。
NYHA分類	身体活動による自覚症状の程度から心不全重症度を分類する。
Nohria-Stevenson分類	うっ血（wet/dry）と低灌流（warm/cold）で病態を整理する。

心不全の評価と再発予防

空欄を埋めなさい。

項目	内容
BNP	心室負荷を反映するマーカー。NYHA重症度と関連する。
NT-proBNP	BNP前駆体N端フラグメント。心不全評価に用いる。
胸部X線	心拡大、肺うっ血、胸水などを確認する。
増悪因子	塩分・水分過多、服薬不良、感染、不整脈、過労など。
教育	体重、浮腫、息切れ、服薬、塩分、運動、受診目安を指導する。
フレイル・サルコペニア	心不全患者の予後・ADL・運動耐容能に影響する。

心不全の運動療法とリスク管理

空欄を埋めなさい。

項目	内容
禁忌	急性増悪、安静時呼吸困難、著明な低血圧、重篤な不整脈など。
中止基準	胸痛、強い息切れ、冷汗、血圧低下、SpO ₂ 低下、危険な不整脈など。
評価項目	症状、体重、血圧、脈拍、SpO ₂ 、心電図、Borg、運動耐容能。
運動療法	有酸素運動、レジスタンス運動、ADL練習、患者教育を包括的に行う。
強度設定	CPX、AT、Borg、心拍数、症状を用いて安全域を設定する。
重要	「症状安定」と「循環動態安定」を確認してから負荷を上げる。

虚血性心疾患・急性冠症候群

空欄を埋めなさい。

項目	内容
狭心症	一過性心筋虚血。安静や硝酸薬で症状が改善しやすい。
心筋梗塞	冠動脈閉塞により心筋（ ）をきたす。
ACS	プラーク破綻と血栓形成により冠動脈内腔が急速に狭窄・閉塞する病態。
症状	胸痛、圧迫感、冷汗、悪心、放散痛など。
心電図	ST上昇・低下、T波変化、異常Q波などを確認する。
血液検査	CK、CK-MB、トロポニンなどが心筋障害の指標となる。

急性心筋梗塞のリハビリテーション

空欄を埋めなさい。

項目	内容
急性期PT	再虚血、不整脈、心不全を監視しながら段階的離床を進める。
クリニカルパス	1～2、2～3、4～5、6～8 METs程度へ段階的に拡大する。
モニタリング	胸痛、心電図、血圧、脈拍、SpO ₂ 、Borgを確認する。
中止・相談	胸痛、ST変化、危険な不整脈、血圧低下、冷汗、強い息切れ。
二次予防	禁煙、血圧、脂質、糖尿病、体重、運動習慣、服薬アドヒアランス。

大動脈疾患

空欄を埋めなさい。

項目	内容
大動脈瘤	大動脈壁の一部が拡張した状態。破裂リスクが問題となる。
大動脈解離	内膜亀裂から血液が流入し、中膜が解離する病態。
分類	Stanford分類では上行大動脈を含むものを（ ）型、含まないものを（ ）型。
症状	突然の激しい胸背部痛、移動する痛み、臓器虚血症状など。
術後PT	血圧管理、疼痛、呼吸合併症、早期離床、ADLを確認する。
保存療法	血圧上昇を避け、負荷量を段階的に調整する。

末梢動脈疾患（LEAD/PAD）

空欄を埋めなさい。

項目	内容
病態	下肢動脈の狭窄・閉塞により血流が低下する。
主症状	歩行で疼痛が出現し休息で改善する（ ）。
Fontaine分類	I：無症状、II：跛行、III：安静時痛、IV：潰瘍・壊疽。
ABI	足関節収縮期血圧÷上腕収縮期血圧。一般に（ ）未満で異常。
鑑別	脊柱管狭窄症では姿勢による症状変化が重要。
運動療法	監視下歩行訓練で疼痛出現→休息→再歩行を反復する。

心電図・不整脈

空欄を埋めなさい。

項目	内容
刺激伝導系	洞結節→房室結節→His束→脚→Purkinje線維。
P波	() の興奮を表す。
QRS波	() の興奮を表す。
T波	心室の () を表す。
PVC	心室性期外収縮。多発、連発、R on Tでは注意が必要。
Lown分類	心室性期外収縮の重症度分類。運動時リスク管理で重要。

CPXと運動処方

空欄を埋めなさい。

項目	内容
CPX	心肺運動負荷試験。呼気ガスを測定し運動耐容能を評価する。
peak VO ₂	最高酸素摂取量。運動耐容能・予後評価に重要。
AT	嫌気性代謝閾値。持続可能な運動強度設定に用いる。
Fickの式	$VO_2 = \text{心拍出量} \times \text{動静脈酸素較差}$ 。
運動処方	種類、強度、時間、頻度、進行方法を決定する。
モニタリング	症状、心拍数、血圧、心電図、SpO ₂ 、Borgを確認する。

心臓リハビリテーションと二次予防

空欄を埋めなさい。

項目	内容
心リハ	医学的評価、運動療法、患者教育、カウンセリングを含む包括的介入。
時期区分	急性期、回復期、維持期に分けて目標と負荷量を調整する。
身体的効果	運動耐容能、血管内皮機能、骨格筋機能、QOLの改善など。
危険因子管理	禁煙、血圧、脂質、糖尿病、体重、身体活動を管理する。
患者教育	心不全増悪因子、セルフモニタリング、服薬、食事、運動を指導する。
チーム医療	医師、看護師、PT、薬剤師、管理栄養士、心理職、MSWなどが連携する。

がんリハビリテーション

空欄を埋めなさい。

項目	内容
定義	がん患者の生活機能とQOLを可能な限り高く保つためのリハビリテーション。
分類	予防的、回復的、維持的、緩和的リハビリテーション。
TNM分類	T：原発腫瘍、N：（ ）、M：（ ）。
対象障害	廃用、疼痛、麻痺、リンパ浮腫、呼吸障害、嚥下障害、骨転移など。
PS	Performance Status。全身状態・活動性を評価する。
チーム医療	治療方針、有害事象、予後、患者希望を踏まえて目標設定する。

リンパ浮腫・骨転移・造血幹細胞移植

空欄を埋めなさい。

項目	内容
リンパ浮腫	リンパ流障害により四肢などに浮腫が生じる。
複合的理学療法	スキンケア、用手的リンパドレナージ、圧迫療法、運動療法、生活指導。
骨転移	疼痛、病的骨折、脊髄圧迫、高カルシウム血症に注意する。
画像評価	骨シンチ、MRI、CT、単純X線などを目的に応じて用いる。
造血幹細胞移植	大量化学療法後に造血幹細胞を移植し造血機能を回復させる治療。
GVHD	移植片対宿主病。皮膚、消化管、肝臓などの障害に注意する。

Level 2

内部障害概論

次の質問に答えなさい。

- ・ 内部障害として扱われる主要な機能障害を挙げなさい。
- ・ 内部障害患者が増加している背景を、高齢化と生活習慣病の観点から説明しなさい。
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる代表疾患を3つ以上挙げなさい。
- ・ 呼吸器リハビリテーション料の対象となる代表疾患を3つ以上挙げなさい。
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料が内部障害患者で用いられる理由を説明しなさい。

呼吸器構造・肺機能

次の質問に答えなさい。

- ・ 右主気管支に異物が落ち込みやすい理由を説明しなさい。
- ・ 右肺と左肺の肺葉・肺区域の違いを説明しなさい。
- ・ 肺動脈と肺静脈に含まれるガスの特徴を説明しなさい。
- ・ 横隔膜と肋間筋の神経支配を答えなさい。
- ・ 閉塞性換気障害と拘束性換気障害の判定方法を、 FEV_1/FVC と $\%VC$ を用いて説明しなさい。
- ・ フローボリューム曲線から呼出障害を評価できる理由を説明しなさい。

呼吸困難・呼吸パターン・診察技術

次の質問に答えなさい。

- ・ Borg scale、修正Borg scale、VAS、mMRCの違いを説明しなさい。
- ・ mMRC Grade 2とGrade 3の違いを説明しなさい。
- ・ 頻呼吸、徐呼吸、クスマウル呼吸、チェーンストークス呼吸、ビオー呼吸の特徴を説明しなさい。
- ・ 視診で呼吸困難を示唆する所見を5つ挙げなさい。
- ・ 打診で清音、濁音、鼓音が示す病態を説明しなさい。
- ・ 聴診を左右対称に上部胸郭から下部胸郭へ行う理由を説明しなさい。

運動負荷試験・血液ガス・酸素療法

次の質問に答えなさい。

- ・ 運動負荷試験の目的を、診断・病態評価・治療の3側面から説明しなさい。
- ・ 6分間歩行試験で評価できる内容を説明しなさい。
- ・ 6分間歩行試験の中止基準を5つ以上挙げなさい。
- ・ I型呼吸不全とII型呼吸不全の違いを PaO_2 と PaCO_2 で説明しなさい。
- ・ SpO_2 と PaO_2 の違いを説明しなさい。
- ・ 酸素療法中の理学療法で注意すべき点を説明しなさい。

COPD

次の質問に答えなさい。

- ・ COPDの病態を「閉塞性換気障害」「気流制限」「動的過膨張」を用いて説明しなさい。
- ・ COPD患者で労作時呼吸困難が出現しやすい理由を説明しなさい。
- ・ COPD患者の肺機能検査とフローボリューム曲線の特徴を説明しなさい。
- ・ CAT、NRADL、BI-dで評価できる内容を説明しなさい。
- ・ 口すぼめ呼吸が有効となる機序を説明しなさい。
- ・ COPD患者のADL指導で重要な工夫を3つ以上挙げなさい。
- ・ COPD患者に全身持久力訓練と筋力訓練が必要な理由を説明しなさい。

間質性肺炎・肺水腫・ARDS

次の質問に答えなさい。

- ・ 間質性肺炎が拘束性換気障害を示す理由を説明しなさい。
- ・ 間質性肺炎で運動時SpO₂低下が重要となる理由を説明しなさい。
- ・ COPDと間質性肺炎の肺機能検査の違いを説明しなさい。
- ・ 肺水腫の病態と臨床所見を説明しなさい。
- ・ ARDSの病態を肺胞・毛細血管透過性の観点から説明しなさい。
- ・ 急性増悪や重度低酸素血症を疑う場合の理学療法の優先順位を説明しなさい。

周術期・排痰・人工呼吸管理

次の質問に答えなさい。

- ・ 外科手術後に低酸素血症や無気肺が生じやすい理由を説明しなさい。
- ・ PICSとICU-AWの違いを説明しなさい。
- ・ 体位排痰法、ハフティング、ACBTの目的と違いを説明しなさい。
- ・ 徒手呼吸介助手技の目的を説明しなさい。
- ・ 吸引操作で起こり得る合併症を5つ挙げなさい。
- ・ 人工呼吸器管理中の患者に理学療法を行う際の確認事項を挙げなさい。
- ・ NPPVと侵襲的人工呼吸の違いを説明しなさい。

心不全

次の質問に答えなさい。

- ・ 心不全が単一疾患ではなく症候群とされる理由を説明しなさい。
- ・ HFrEFとHFpEFの違いをLVEFで説明しなさい。
- ・ 左心不全と右心不全の症状の違いを説明しなさい。
- ・ 起坐呼吸が生じる機序を説明しなさい。
- ・ NYHA分類でII、III、IV度の違いを説明しなさい。
- ・ Nohria-Stevenson分類でwet/dryとwarm/coldが意味するものを説明しなさい。
- ・ BNP/NT-proBNPが心不全評価で用いられる理由を説明しなさい。

心不全の運動療法・再発予防

次の質問に答えなさい。

- ・心不全患者の運動療法を開始する前に確認すべき項目を挙げなさい。
- ・心不全患者の運動療法の禁忌・中止基準を説明しなさい。
- ・CPX、AT、Borgを用いて運動強度を設定する考え方を説明しなさい。
- ・心不全増悪因子を5つ以上挙げなさい。
- ・心不全患者教育で指導すべきセルフモニタリング項目を説明しなさい。
- ・心不全にフレイル・サルコペニアが合併すると問題となる理由を説明しなさい。

虚血性心疾患・急性心筋梗塞

次の質問に答えなさい。

- ・狭心症と心筋梗塞の違いを説明しなさい。
- ・急性冠症候群の発症機序をプラーク破綻と血栓形成から説明しなさい。
- ・心筋梗塞発症時にみられる代表的症状を挙げなさい。
- ・ST変化と異常Q波の意味を説明しなさい。
- ・CK、CK-MB、トロポニンが何を反映するか説明しなさい。
- ・急性心筋梗塞急性期リハビリテーションで中止すべき所見を説明しなさい。

大動脈疾患・末梢動脈疾患

次の質問に答えなさい。

- ・ 大動脈瘤と大動脈解離の病態の違いを説明しなさい。
- ・ Stanford分類A型とB型の違いを説明しなさい。
- ・ 大動脈疾患術後・保存療法中の理学療法で血圧管理が重要な理由を説明しなさい。
- ・ LEAD/PADで間欠性跛行が生じる機序を説明しなさい。
- ・ Fontaine分類I～IVを説明しなさい。
- ・ ABIの計算方法と異常値の目安を説明しなさい。
- ・ LEADと腰部脊柱管狭窄症の鑑別ポイントを説明しなさい。

心電図・不整脈

次の質問に答えなさい。

- ・ 刺激伝導系の流れを順に答えなさい。
- ・ P波、QRS波、T波が示す電氣的活動を説明しなさい。
- ・ 心電図で心拍数を読み取る方法を説明しなさい。
- ・ PACとPVCの違いを説明しなさい。
- ・ PVCで注意すべき所見を挙げなさい。
- ・ Lown分類が運動療法中のリスク管理で重要となる理由を説明しなさい。
- ・ 運動療法中にST変化を確認する理由を説明しなさい。

CPX・運動処方・心臓リハビリテーション

次の質問に答えなさい。

- ・ CPXで評価できる内容を説明しなさい。
- ・ peak VO_2 、AT、 VE/VCO_2 slope、RERが何を示すか説明しなさい。
- ・ Fickの式から酸素摂取量を規定する要因を説明しなさい。
- ・ 心疾患患者にとって「適度な運動強度」を設定する考え方を説明しなさい。
- ・ 運動処方に含めるべき要素を説明しなさい。
- ・ 心臓リハビリテーションの時期区分と各時期の目的を説明しなさい。
- ・ 再発予防におけるチーム医療の意義を説明しなさい。

がんリハビリテーション

次の質問に答えなさい。

- ・がんリハビリテーションの目的を生活機能とQOLの観点から説明しなさい。
- ・予防的、回復的、維持的、緩和的リハビリテーションの違いを説明しなさい。
- ・TNM分類でT、N、Mが示す内容を説明しなさい。
- ・がん患者で理学療法の対象となる障害を5つ以上挙げなさい。
- ・Performance Status（PS）が臨床判断に用いられる理由を説明しなさい。
- ・化学療法・放射線療法の有害事象を踏まえたリスク管理を説明しなさい。

リンパ浮腫・骨転移・造血幹細胞移植

次の質問に答えなさい。

- ・リンパ浮腫の病態と生活上の注意点を説明しなさい。
- ・複合的理学療法に含まれる要素を答えなさい。
- ・骨転移患者で病的骨折や脊髄圧迫に注意する理由を説明しなさい。
- ・骨転移の評価に用いられる画像検査を挙げ、それぞれの目的を説明しなさい。
- ・造血幹細胞移植後のリハビリテーションで注意すべき合併症を説明しなさい。
- ・GVL効果とGVHDの違いを説明しなさい。