

(別紙 1) ステーション課題 (サンプル)

症例 03. 右変形性膝関節症 右人工膝関節全置換術後症例

処方箋

氏名：山本 様 診断名：右変形性膝関節症 年齢：60 歳代
 性別：女性 主訴：痛みがあり膝曲げ伸ばしがし難い。
 家屋：2 階建て 家族構成：夫、息子と 3 人暮らし



手術前

手術後

【医学的情報】

〔画像〕手術前後 Xp (前額面)

〔血液データ〕介入当日

WBC $7.0 \times 10^3 / \mu\text{L}$ RBC $4.2 \times 10^6 / \mu\text{L}$ Hb 12.3g/dL Na 136mEq/L K 4.1mEq/L Alb 3.6g/dL

BUN 20mg/dL Cr 0.72mg/dL TC 218mg/dL TG 148mg/dL HbA1c 7.2% CRP 2.7mg/dL

〔服薬〕ロキソニン, メバロチン, エクア, メトホルミン

〔合併症〕脂質異常症, 糖尿病

〔他部門情報〕医師：術前の画像所見では右脛骨内側近位端に明らかな関節隙狭小化, 骨硬化像を認め gradeIV (Kellgren-Lawrence 分類) の状態であった。今回の手術は内側広筋付着部を展開する術式で, 従来の方法より切開範囲が狭く, 膝蓋大腿関節の安定性が得られやすい特徴がある。可動域は 0~110 度を目標とする。

〔食事摂取量〕主食 10 割 副食 10 割 摂取

【理学療法評価】 前日評価時

〔バイタルサイン〕血圧 127/66mmHg, 脈 76bpm, 呼吸数 15 回/分

※以下右下肢を除く検査結果 (左下肢・両上肢・体幹)

〔ROM〕左膝関節屈曲 120° 伸展 -5° その他基準範囲

〔筋力検査〕MMT：左膝伸展筋力 4 レベル その他は 5 レベル

〔疼痛〕左膝関節への疼痛はなし

〔形態計測〕棘果長の左右差 0cm, 転子果長の左右差 0cm

既往歴・現病歴

4~5 年前より歩行時に右膝の疼痛が生じていた。当初は関節内注射などにて疼痛の寛解もみられたが, 体重増加もあり, 次第に疼痛が増強し頻度も多くなったことから, 生活上での行動範囲が狭くなった。そこで, 手術目的で入院し, 右変形性膝関節症に対し, 2 週間前に人工膝関節全置換術 (TKA) を施行 (midvastus approach)。現在, 痛みがあるため院内は歩行器を使用し移動している。全荷重は許可されており, T 字杖を用いて歩行を練習している。機能改善, 退院に向けた理学療法を実施している。

〈設問〉

問診 (自己紹介, 患者の確認) をした後, 疼痛に配慮しながら右膝関節の ROM 測定を実施し, 床での立ち座り動作について評価後, その結果に基づいてリスク管理を含めて患者本人に動作指導をして下さい。

(別紙 2) 評価シート

OSCE 整形 学籍番号 _____ 氏名 _____

症例 03 課題 1

症例 03 TKA

課題 1 【膝関節 ROM 測定, 床での立ち座り指導】

問題 問診（自己紹介, 患者の確認）をした後, 疼痛に配慮しながら右膝関節の ROM 測定を実施し, 床での立ち座り動作について評価後, その結果に基づいてリスク管理を含めて患者本人に動作指導をして下さい。

- | | | |
|--------|---|---|
| 患者への配慮 | 1. 自己紹介 患者の確認は適切に行っていたか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 2. 視線, 姿勢, 言葉使いが適切だったか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 3. 疼痛に配慮しながら ROM 測定と立ち座り動作の指導を実施する旨を説明し, 同意を得たか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 測定・評価 | 4. 計測・動作指導に必要な物品を準備できたか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 5. ROM テストにおいてポジショニングは適切であったか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 6. ROM テストにおいて疼痛に配慮し最終域感の確認をしたか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 7. ROM テストにおいて基本軸, 運動軸は正しかったか | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 8. ROM テストにおいて代償運動に配慮できたか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 9. ROM テストの結果を対象者に適切に説明したか | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 指導 | 10. 立ち座り動作の指導において疼痛に配慮できたか | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 11. 立ち座り動作の指導において適切な指導位置にて動作誘導を行えたか | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 12. 立ち座り動作における患部を保護する動作説明をしたか | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 13. 立ち座り動作の指導において上肢や体幹など残存機能の使用に対する指導を行ったか | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 |
| | 14. 立ち座り動作の指導において動作の順序や声かけが適切であったか | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 |

課題達成度 10 - 8 - 6 - 4 - 0

計 _____ /30

総合意見

課題達成度が 6 未満の場合は, 具体的な視点を明記