

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-1 ※3刷にて反映できている箇所、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇 所	誤(修正前)	正(修正後)
2	図1 A.正面の説明の2行目	その直下には僧帽弁があり	その直下のやや上方に僧帽弁があり
8	9行目	末梢	末梢
12	図8	<p>図8 運動負荷強度と心拍数の関係</p>	<p>図8 運動負荷強度と心拍数の関係</p>
17	図13	<p>図13 運動負荷強度と最大酸素摂取量</p>	<p>図13 運動負荷強度と最大酸素摂取量</p>
20	2行目	筋の収縮を起こす直接の化学的エネルギーは、ATPの分解により生じる(図16)。	筋の収縮を起こす直接の化学的エネルギーは、ATPの分解により生じる。
	6行目	有気的な経路では、ピルビン酸や遊離脂肪酸からミトコンドリア内のクエン酸回路により水素が産生され	有気的な経路では、ピルビン酸や遊離脂肪酸からミトコンドリア内のクエン酸回路によりATPおよび水素が産生され
21	図16	<p>図16 細胞内エネルギー代謝</p> <p>ADP : アデノシン2リン酸 ATP : アデノシン3リン酸 CPK : クレアチニンfosfオキナーゼ Cr : クレアチン PCr : クレアチニンリン酸 Pi : 無機リン</p>	<p>図16 細胞内エネルギー代謝とその相互関係</p> <p>ADP : アデノシン2リン酸 ATP : アデノシン3リン酸 CPK : クレアチニンfosfオキナーゼ Cr : クレアチン PCr : クレアチニンリン酸 Pi : 無機リン</p>
	1行目	実際の運動に関しては無気的代謝と有気的代謝は密接に関連しており、純粋な無酸素運動や有酸素運動は存在しない。	実際の運動に関しては無酸素代謝と有酸素代謝は密接に関連しており、純粋な無酸素運動や有酸素運動は存在しない。すなわち同じ酸素環境下でも有酸素代謝と無酸素代謝は同時に生じており、運動負荷試験やトレーニングの解釈には理解しておく必要がある。
	7行目	(酸素負債: $O_2$ debt)。	(酸素負債: $O_2$ debt)。 有気的代謝と無気的代謝の関連を図16に示す。
	8行目	・運動が開始されるときに消費されたATPはすぐにPCrの分解により再合成される。	・運動が開始されるときに消費されたATPはすぐにPCrの分解により再合成される(①)。

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-2 ※3刷(2012.12)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇 所	誤(修正前)	正(修正後)
21	11行目	ミトコンドリアの呼吸(酸素利用)速度を調節するのはATPが分解してできたADP量に比例するといわれ、PCrの分解量と有氣的代謝速度とは密接に関連する。	ミトコンドリアの呼吸(酸素利用)速度を調節するのはATPが分解してできたADP量に比例するといわれ、PCrの分解量と有氣的代謝速度とは密接に関連する(②)。
	16行目	運動を維持するのに十分でなければ使いきれないピルビン酸は乳酸へ変化し蓄積されることになる。	運動を維持するのに十分でなければ使いきれないピルビン酸は乳酸へ変化し蓄積されることになる(③)。 ・運動が長時間に及ぶと次第に有酸素的に使われる脂肪の比率が高くなり、エネルギー効率は高くなる。
23	7行目	生物学的老化、病的老化、生活習慣(廃用)による老化の重なり。	生物学的老化、病的老化、生活習慣(廃用)による老化の重なりで生じる。
24	表5「心外膜炎」の「持続時間」	時間～日の単位時に反復する	時間～日の単位、時に反復する
39	図29の下方にある表記	(左から) I 音 II 音 III 音	(左から) I 音 II 音 I 音
	図30	※(R波の高さ)を示す線	※縁の高さに修正
24行目		このST部分は特に注意をすべきである。	このST部分は特に注意をすべきである(ST偏位の計測方法については166頁、図17を参照)。
52	23行目	自然停止しない場合には、抗不整脈薬の静注や内服治療、必要に応じて電気的除細動を行う。	自然停止しない場合には、抗不整脈薬の静注や内服治療を行い、必要に応じて電気的除細動を行う。
60下から3行目		数個のQRSに対し	数個のP波に対し
69	4行目	洞調率復帰	洞調律復帰
71	最終行	DVIモード	DDIモード
73	「参考文献」の欄	8)日本循環器学会編、循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2005年度合同研究班報告)－不整脈の非薬物治療ガイドライン(2006年改訂版)[班長:笠貫宏]	8)日本循環器学会、他、編. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2005年度合同研究班報告)－不整脈の非薬物治療ガイドライン(2006年改訂版)[班長:笠貫宏]
83	6行目	アスピリン、チクロピジン、ヘパリン	アスピリン、チクロピジン、クロピドグレル、ヘパリン
	最終行	冠(状)動脈の血管弛緩因子と収縮因子の作用バランスが崩れて冠攣縮を生じ、心筋虚血を発症する。	冠(状)動脈の血管弛緩因子と収縮因子の作用バランスが崩れて冠攣縮を生じ、心筋虚血を発症する。冠攣縮性狭心症は安静時(早朝、夜間など)に冠攣縮によって心筋虚血を生じ、症状が出現するが、冠攣縮は器質的冠狭窄の少ないところにも高度の部位にも起こる。器質的狭窄度の強いところではわずかの冠攣縮でも虚血発作を生じる。
84	3行目	[心電図所見]の項 発作時のST上昇(図45)	冠攣縮により冠動脈が完全閉塞するとSTは上昇(図45)するが、高度狭窄であればST低下のこともある。
	4行目	○診断に有用な検査:	[診断に有用な検査]
	9行目	○薬物療法の「予防」の項 予防→カルシウム拮抗薬	予防→カルシウム拮抗薬、持続性硝酸薬
97	図61の3行目、中央	右室拡大、リモデリング	左室拡大、リモデリング
104	32行目	しかし、本邦での心移植は年間10例前後で極めて少ないため、	平成22年の移植法案改正により心移植数の増加は見られるものの、いまだ十分ではなく、
106	「2.疾患別診断」の検査所見の心電図の説明部分	左房 負荷	左房負荷 (※「左房」と「負荷」の間のスペース不要)
111	「8)肺動脈弁閉鎖不全(逆流)症の[診断]の図の部分	Tr雑音	三尖弁閉鎖不全雑音
112	8行目	(c)血栓塞栓症症状	(c)血栓塞栓症状
129	7行目	※安静臥床が長くなると静脈うつ滞は助長され、血栓はできやすくなり、成長しやすくなるため、床上リハや早期離床が、予防に極めて重要にな	※安静臥床が長くなると静脈うつ滞は助長され、血栓はできやすく、かつ成長しやすくなるため、床上リハや早期離床が、静脈血栓の予防に極めて重要な
130	2行目	次項	肺高血圧症の項
	15行目	安静臥位の平均肺動脈圧が25mmHgを超える病態をいう。	安静臥位の平均肺動脈圧が25mmHgを超える病態を肺高血圧症という。
	19行目	診断上、特に有用な検査は心エコー図法で、非侵襲的に肺動脈圧を類推できる。確定診断は、右心カテーテル検査で行う。	診断上、特に有用な検査は心エコー図法で、非侵襲的に肺動脈圧を推測できる。確定診断は、右心カテーテル検査で肺動脈圧を測定する。
	23行目	1-1)、2)	1.1、1.2
139	表37	6)抗凝固療法(ワルファリン)、抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン)	6)抗凝固療法(ワルファリン)、抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン、クロピドグレル)

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-3 ※3刷(2012.12)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇 所	誤(修正前)	正(修正後)																																																	
130	2行目	次項	肺高血圧症の項																																																	
	15行目	安静臥位の平均動脈圧が25mmHgを超える病態をいう。	安静臥位の平均動脈圧が25mmHgを超える病態を肺高血圧症という。																																																	
	19行目	診断上、特に有用な検査は心エコー図法で、非侵襲的に肺動脈圧を類推できる。確定診断は、右心カテーテル検査で行う。	診断上、特に有用な検査は心エコー図法で、非侵襲的に肺動脈圧を推測できる。確定診断は、右心カテーテル検査で肺動脈圧を測定する。																																																	
	23行目	1-1)、2)	1.1、1.2																																																	
139	表37	6)抗凝固療法(ワルファリン)、抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン)	6)抗凝固療法(ワルファリン)、抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン、クロビドグレル)																																																	
144	2行目	高血圧患者は約3,500万人おり、	高血圧患者は約4,000万人おり、																																																	
146	表45 神経系調節の「β受容体遮断薬」	β受容体遮断薬の記載内容を変更しています。	<p><b>表45 主な降圧薬（長時間作用型の降圧薬を使用）</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">作用機序と分類</th> <th>一般名</th> <th>商品名</th> <th>投与量(mg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">神経系調節</td> <td>β受容体遮断薬</td> <td>ビソプロロール</td> <td>メインテート</td> <td>2.5～5</td> </tr> <tr> <td>α受容体遮断薬</td> <td>ドキサツシン</td> <td>カルデナリン</td> <td>0.5～8</td> </tr> <tr> <td>αβ遮断薬</td> <td>カルベジロール</td> <td>アーチスト</td> <td>2.5～20</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">体液性調節</td> <td>利尿薬</td> <td>尿中Na排泄増加</td> <td>ヒドロクロロチアジド トリクロルメチアジド</td> <td>ダイクロトライド フルイトラン</td> <td>6.25～25 0.5～2</td> </tr> <tr> <td>レニン</td> <td></td> <td>アレスキレン</td> <td>ラジレス</td> <td>150～300</td> </tr> <tr> <td>ACE阻害薬</td> <td></td> <td>エナラブリル リシノブリル イミダブリル</td> <td>レニベース ロングエス タナトリル</td> <td>2.5～10 5～20 2.5～10</td> </tr> <tr> <td>アンジオテンシンII 1型受容体拮抗薬</td> <td></td> <td>ロサルタン カンデサルタン バルサルタン</td> <td>ニュートラン プロプレス ディオバン</td> <td>25～100 2～12 25～100</td> </tr> <tr> <td>ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬</td> <td></td> <td>スピロノラクトン エブレノン</td> <td>アルダクトンA セララ</td> <td>25～100 25～100</td> </tr> <tr> <td>血管拡張薬</td> <td>Ca拮抗薬</td> <td>ニフェジピン アムロジピン ジルチアゼム</td> <td>アララートCR ノルバスク、アムロジン ヘルベッサーR</td> <td>10～40 2.5～10 100～200</td> </tr> </tbody> </table>	作用機序と分類		一般名	商品名	投与量(mg)	神経系調節	β受容体遮断薬	ビソプロロール	メインテート	2.5～5	α受容体遮断薬	ドキサツシン	カルデナリン	0.5～8	αβ遮断薬	カルベジロール	アーチスト	2.5～20	体液性調節	利尿薬	尿中Na排泄増加	ヒドロクロロチアジド トリクロルメチアジド	ダイクロトライド フルイトラン	6.25～25 0.5～2	レニン		アレスキレン	ラジレス	150～300	ACE阻害薬		エナラブリル リシノブリル イミダブリル	レニベース ロングエス タナトリル	2.5～10 5～20 2.5～10	アンジオテンシンII 1型受容体拮抗薬		ロサルタン カンデサルタン バルサルタン	ニュートラン プロプレス ディオバン	25～100 2～12 25～100	ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬		スピロノラクトン エブレノン	アルダクトンA セララ	25～100 25～100	血管拡張薬	Ca拮抗薬	ニフェジピン アムロジピン ジルチアゼム	アララートCR ノルバスク、アムロジン ヘルベッサーR	10～40 2.5～10 100～200
作用機序と分類		一般名	商品名	投与量(mg)																																																
神経系調節	β受容体遮断薬	ビソプロロール	メインテート	2.5～5																																																
	α受容体遮断薬	ドキサツシン	カルデナリン	0.5～8																																																
	αβ遮断薬	カルベジロール	アーチスト	2.5～20																																																
体液性調節	利尿薬	尿中Na排泄増加	ヒドロクロロチアジド トリクロルメチアジド	ダイクロトライド フルイトラン	6.25～25 0.5～2																																															
	レニン		アレスキレン	ラジレス	150～300																																															
	ACE阻害薬		エナラブリル リシノブリル イミダブリル	レニベース ロングエス タナトリル	2.5～10 5～20 2.5～10																																															
	アンジオテンシンII 1型受容体拮抗薬		ロサルタン カンデサルタン バルサルタン	ニュートラン プロプレス ディオバン	25～100 2～12 25～100																																															
	ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬		スピロノラクトン エブレノン	アルダクトンA セララ	25～100 25～100																																															
	血管拡張薬	Ca拮抗薬	ニフェジピン アムロジピン ジルチアゼム	アララートCR ノルバスク、アムロジン ヘルベッサーR	10～40 2.5～10 100～200																																															
148	図92	※診断基準が新しくなっています(右図参照)。	<p><b>図92 糖尿病の診断フローチャート</b></p> <p>糖尿病型</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 血糖値：空腹時126mg/dL、OGTT2時間≥200mg/dL、随時≥200mg/dLのいずれか</li> <li>● HbA1c (JDS値) * ≥6.1%</li> </ul> <p>初回検査</p> <p>・ 糖尿病の典型的な症状 ・ 確実な糖尿病網膜症の有無</p> <p>あり → 糖尿病</p> <p>なし → 再検査</p> <p>なるべく 1ヶ月以内に</p> <p>再検査 (血糖検査は必須)</p> <p>3～6ヶ月以内に 血糖値・HbA1cを再検査</p> <p>* HbA1c (JDS値) とは、日本糖尿病学会 (Japan Diabetes Society : JDS) の基準値で表記されたHbA1c値のこと、現在のHbA1c値を示す。HbA1c値の国際標準化に伴い、将来のHbA1c (国際標準値) と区別するために、特にこのように表記している。</p> <p>(日本糖尿病学会編 糖尿病治療ガイド2012-2013より引用)</p>																																																	

『心臓リハビリテーション必携』正誤&改訂表-4 ※3刷(2012.12)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇 所	誤(修正前)	正(修正後)																																																																	
148	表46	※糖尿病治療薬の現状を踏まえて、右図のとおり改変しました。	<p><b>表46 主な経口糖尿病治療薬</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>種類・作用機序</th><th>一般名</th><th>商品名</th><th>作用時間</th><th>投与量(mg)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">インスリン分泌促進薬： ①膵臓β細胞膜上のスルホニル尿素受容体に結合しインスリン分泌を促進する</td></tr> <tr> <td rowspan="3">スルホニル尿素系</td><td>第1世代</td><td>トルブタミド</td><td>ラストノン</td><td>6~12</td><td>250~1,500</td></tr> <tr> <td>第2世代</td><td>グリベンクラミド</td><td>ダオニール</td><td>12~24</td><td>1.25~10</td></tr> <tr> <td>第3世代</td><td>グリメビリド</td><td>アマリール</td><td>6~12</td><td>1~6</td></tr> <tr> <td colspan="5">②インクレチニン関連薬：膵β細胞からのインスリン分泌促進</td></tr> <tr> <td colspan="2">ジペプチドリバブチダーゼ4阻害薬</td><td>シタグリブチン ビルダグリブチン</td><td>ジャヌビア エケア</td><td>24時間 12~24時間</td><td>25~100 50~100</td></tr> <tr> <td colspan="5">インスリン抵抗性改善薬</td></tr> <tr> <td>肝臓での糖新生抑制</td><td>ビグアナイド</td><td>メトホルミン</td><td>メトグルコ</td><td>6~14</td><td>250~750</td></tr> <tr> <td>肝臓・筋肉・脂肪組織に作用する</td><td>チアツリジン</td><td>ピオグリタツン</td><td>アクトス</td><td>20</td><td>30</td></tr> <tr> <td colspan="5">二糖類分解抑制薬：腸管からの糖質の吸収を遅らせる</td></tr> <tr> <td colspan="2">αグルコシダーゼ阻害薬</td><td>アカルボース ボグリボース ミグリトール</td><td>グルコバイ ベイスン セイブル</td><td>2~3 2~3 1~3</td><td>150~300 0.6~0.9 150~225</td></tr> </tbody> </table>	種類・作用機序	一般名	商品名	作用時間	投与量(mg)	インスリン分泌促進薬： ①膵臓β細胞膜上のスルホニル尿素受容体に結合しインスリン分泌を促進する					スルホニル尿素系	第1世代	トルブタミド	ラストノン	6~12	250~1,500	第2世代	グリベンクラミド	ダオニール	12~24	1.25~10	第3世代	グリメビリド	アマリール	6~12	1~6	②インクレチニン関連薬：膵β細胞からのインスリン分泌促進					ジペプチドリバブチダーゼ4阻害薬		シタグリブチン ビルダグリブチン	ジャヌビア エケア	24時間 12~24時間	25~100 50~100	インスリン抵抗性改善薬					肝臓での糖新生抑制	ビグアナイド	メトホルミン	メトグルコ	6~14	250~750	肝臓・筋肉・脂肪組織に作用する	チアツリジン	ピオグリタツン	アクトス	20	30	二糖類分解抑制薬：腸管からの糖質の吸収を遅らせる					αグルコシダーゼ阻害薬		アカルボース ボグリボース ミグリトール	グルコバイ ベイスン セイブル	2~3 2~3 1~3	150~300 0.6~0.9 150~225
種類・作用機序	一般名	商品名	作用時間	投与量(mg)																																																																
インスリン分泌促進薬： ①膵臓β細胞膜上のスルホニル尿素受容体に結合しインスリン分泌を促進する																																																																				
スルホニル尿素系	第1世代	トルブタミド	ラストノン	6~12	250~1,500																																																															
	第2世代	グリベンクラミド	ダオニール	12~24	1.25~10																																																															
	第3世代	グリメビリド	アマリール	6~12	1~6																																																															
②インクレチニン関連薬：膵β細胞からのインスリン分泌促進																																																																				
ジペプチドリバブチダーゼ4阻害薬		シタグリブチン ビルダグリブチン	ジャヌビア エケア	24時間 12~24時間	25~100 50~100																																																															
インスリン抵抗性改善薬																																																																				
肝臓での糖新生抑制	ビグアナイド	メトホルミン	メトグルコ	6~14	250~750																																																															
肝臓・筋肉・脂肪組織に作用する	チアツリジン	ピオグリタツン	アクトス	20	30																																																															
二糖類分解抑制薬：腸管からの糖質の吸収を遅らせる																																																																				
αグルコシダーゼ阻害薬		アカルボース ボグリボース ミグリトール	グルコバイ ベイスン セイブル	2~3 2~3 1~3	150~300 0.6~0.9 150~225																																																															
149	表47	※注射薬療法の現状を踏まえて、右図のとおり改変しました。	<p><b>表47 主な注射薬療法</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分類</th><th>商品名</th><th>発現時間</th><th>持続時間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>超速効型インスリン</td><td>ヒューマログ</td><td>15分未満</td><td>3~5時間</td></tr> <tr> <td>速効型インスリン</td><td>ヒューマリンR</td><td>30~60分</td><td>5~7時間</td></tr> <tr> <td>中間型インスリン</td><td>ヒューマリンN</td><td>1~3時間</td><td>18~24時間</td></tr> <tr> <td>混合型インスリン</td><td>ヒューマログミックス: 超速効型:中間型 ヒューマリン3/7 速効型:中間型=3:7</td><td>15分未満 30分</td><td>18~24時間 18~24時間</td></tr> <tr> <td>持効型溶解インスリン</td><td>ランタス レベミル</td><td>1~2時間 1時間</td><td>24時間 24時間</td></tr> <tr> <td>GLP-1受容体作動薬</td><td>ビクトーザ バイエッタ</td><td></td><td>24時間 8時間</td></tr> </tbody> </table>	分類	商品名	発現時間	持続時間	超速効型インスリン	ヒューマログ	15分未満	3~5時間	速効型インスリン	ヒューマリンR	30~60分	5~7時間	中間型インスリン	ヒューマリンN	1~3時間	18~24時間	混合型インスリン	ヒューマログミックス: 超速効型:中間型 ヒューマリン3/7 速効型:中間型=3:7	15分未満 30分	18~24時間 18~24時間	持効型溶解インスリン	ランタス レベミル	1~2時間 1時間	24時間 24時間	GLP-1受容体作動薬	ビクトーザ バイエッタ		24時間 8時間																																					
分類	商品名	発現時間	持続時間																																																																	
超速効型インスリン	ヒューマログ	15分未満	3~5時間																																																																	
速効型インスリン	ヒューマリンR	30~60分	5~7時間																																																																	
中間型インスリン	ヒューマリンN	1~3時間	18~24時間																																																																	
混合型インスリン	ヒューマログミックス: 超速効型:中間型 ヒューマリン3/7 速効型:中間型=3:7	15分未満 30分	18~24時間 18~24時間																																																																	
持効型溶解インスリン	ランタス レベミル	1~2時間 1時間	24時間 24時間																																																																	
GLP-1受容体作動薬	ビクトーザ バイエッタ		24時間 8時間																																																																	
150	表48	※右図のとおり、「境界域高LDLコレステロール血症」を追記しました。	<p><b>表48 リポ蛋白異常</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>高LDLコレステロール血症 境界域高LDLコレステロール血症*</td><td>LDLコレステロール 140 mg/dL以上 LDLコレステロール 120 ~139mg/dL以上</td></tr> <tr> <td>低HDLコレステロール血症</td><td>HDLコレステロール 40 mg/dL未満</td></tr> <tr> <td>高トリグリセリド血症</td><td>トリグリセリド 150 mg/dL以上</td></tr> </tbody> </table>	高LDLコレステロール血症 境界域高LDLコレステロール血症*	LDLコレステロール 140 mg/dL以上 LDLコレステロール 120 ~139mg/dL以上	低HDLコレステロール血症	HDLコレステロール 40 mg/dL未満	高トリグリセリド血症	トリグリセリド 150 mg/dL以上																																																											
高LDLコレステロール血症 境界域高LDLコレステロール血症*	LDLコレステロール 140 mg/dL以上 LDLコレステロール 120 ~139mg/dL以上																																																																			
低HDLコレステロール血症	HDLコレステロール 40 mg/dL未満																																																																			
高トリグリセリド血症	トリグリセリド 150 mg/dL以上																																																																			
153	図98	<p>「臍高のCT画像」の下の記載 腹囲測定箇所を示したイラストの右側の「脂質の異常」に関する記載</p> <p>内臓脂肪の増加100cm<sup>2</sup>以上 ≠ 中性脂肪140 mg/dL以上</p>	<p>内臓脂肪の増加100cm<sup>2</sup>以上</p> <p>中性脂肪150 mg/dL以上</p>																																																																	

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-5 ※3刷(2012.12)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇 所	誤(修正前)	正(修正後)
153 ～ 154		※「慢性腎臓病(CKD)」の概念が浸透してきたことから、新たに「慢性腎臓病(CKD)」の項を設け、右の通り、加筆しました。	E. 慢性腎臓病(CKD) CKDとは、①腎臓の障害(蛋白尿など)、②糸球体濾過量(GFR)60 mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の腎機能低下、①の②いずれか、または両者が3カ月以上持続するものである。CKDは心血管疾患および末期腎不全の重要な危険因子である(表50)。 <b>表50 CKDの重症度分類</b> 原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを縁のステージを基準に、黄、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほど、リスクは上昇する。  推算GFR(eGFR) = 194 × Cr <sup>-1.15</sup> × 年齢 <sup>-0.207</sup> 女性の場合は0.739を乗じる。 (日本腎臓病学会編 CKD診療ガイド2012より引用)
165	表4 「心電図変化」の項	下行性ST低下(2 mm以上)またはQ波が内誘導でのST上昇(1 mm以上)、心房細動、上室性頻拍、期外収縮連発、心室頻拍、心室粗細動、房室ブロック、心室内伝導障害の発生	下降性ST低下(2 mm以上)またはQ波がない誘導でのST上昇(1 mm以上)、心房細動、上室頻拍、期外収縮連発、心室頻拍、心室粗細動、房室ブロック、心室内伝導障害の発生
167	表5 「陽性」の項	上向型:2mm(1mm)以上の低下	上向型:2mm以上の低下
185	14行目	片脚立位保持時間が5秒未満では、歩行において何らかの介助を必要とすることが報告されている。	片脚立位保持時間が5秒未満になると、歩行において何らかの介助が必要となることが報告されている。
185	25行目	方向転換、椅子に戻ってくるまでの時間を測定する(図46)。	方向転換して、椅子に戻ってくるまでの時間を測定する(図46)。
206	図1	※新しいデータをもとに更新しました。	<b>図1 心臓リハビリテーション指導士数の年次推移</b>  ※2012年には、同年度合格者も含む。
225	3行目	中程度のリスク	中等度のリスク
230	表10の7行目	・中程度から	・中等度から

『心臓リハビリテーション必携』正誤 & 改訂表-6 ※3刷(2012.12)の制作に伴い、表現を見直した箇所、新ガイドラインの公表に準拠して修正した箇所を含みます。

ページ	箇 所	誤(修正前)	正(修正後)
243	「参考文献」の欄	6) Hambrecht R, Walther C, M?bius-Winkler	6) Hambrecht R, Walther C, Möbius-Winkler(※Möbiusのoにはウムラウト[ö]が付きます)
252	表29 欄外	HF:心不全	CHF:うつ血性心不全
264	12行目	DC(除細動器)	除細動器
269	5行目	②合併症や二次障害を予防し	②合併症や廃用等による二次的障害
	14行目	順次、日常生活活動や	段階的に日常生活活動や
	18行目	待期的な大動脈瘤症例	待機的な大動脈瘤症例
270	表37の「心拍数・不整脈」の項	・さまざまな要因により不整脈が出現する可能性があり、術後新たに発生したものや運動負荷により増加するものに関しては注意する。	・さまざまな要因により不整脈が出現する可能性があり、術後新たに発生したものや運動負荷により増加する不整脈に関しては注意する。
	表37の「血液検査」の項	・術後は、他の組織に侵襲のため、周術期心筋梗塞はCPKやCPK-MBを確認し、6%以上の場合は心筋障害を疑い12誘導心電図とともに評価する。	・術後は、他の組織に侵襲のため、CPKやCPK-MBが上昇する。よってCPK-MB/CPKが正常上限の10倍以上のときは心筋障害や周術期心筋梗塞を疑い12誘導心電図とともに評価する。
271	17行目	薬物による	薬剤による
272	22行目	臥床のみしか行えていない患者には徐々にギャッジベッドを起こし、リスクを管理しながら耐性を	臥床のみしか行えていない患者には、リスクを管理しながら徐々にギャッジベッドを起こし、座位に対する耐性を

VI	執筆者一覧	※所属先など最新のデータに修正しています。	
346	奥付	※3刷の表記などを追加しています。	
裏表紙	バーコード		