

第〇回心臓リハビリテーション指導士受験用 自験例報告書 不適切例

申請者名 心臓太郎  
所属長名 心臓三郎 所属長認印(心)  
症例番号 〇 施設名 心臓リハビリテーション病院  
患者年齢 73 性別 男性

【診断名】脳梗塞、肺線維症

【既往歴】心房細動

【家族歴】なし

【経過・現病歴】【急性期・回復期・維持期】

平成〇年〇月 頭痛、吐き気が出現し、その後左半身の脱力感あり、嘔吐も見られたため救急搬送された。平成〇年〇月 リハビリ目的で当院へ転院した。

【評価】

①身体所見 身長 158 cm、体重 66.1kg、BMI26.5

②心機能 (ポンプ機能、不整脈、冠動脈狭窄)

心肥大、心房細動

③運動耐容能 (運動負荷試験結果)

入院時 HR110 台、安静座位 HR110 台、立位・歩行時 HR120 台

酸素投与 (経鼻) 下での歩行で SpO<sub>2</sub> が低下した。

④冠危険因子：糖尿病

⑤その他：脳梗塞による左片麻痺、注意障害

【その他リハビリ進行上考慮すべき点】 栄養指導：1600Kcal

内服：アローゼン、マグミット

職業：無職

【運動処方と患者教育】

①運動処方 (強度、時間、頻度、期間)：安静座位より HR110 台が認められたため、主治医に報告し安静度を確認した。自覚症状と血圧に変化なければリハ継続可との指示であった。心電図モニターを装着し、HR120 台以上となれば休憩をとるように進めた。また、立位動作など訓練負荷が増大した場合に心拍数、自覚症状の有無を確認するようにした。

②患者指導・教育：糖尿病のため食事指導を数回行った。

【心臓リハビリテーション考察】心房細動、心肥大がある症例で、安静時より HR110 台であり、立位関連動作実施しても HR120 を超えないよう改善することを目標にリハビリテーションを実施した。運動負荷が増加する際には心電図モニターを装着し、自覚症状の有無を確認するようにした。300mの杖歩行が可能となったので自宅退院となった。BMI 26.5 より 1600kcal の栄養指導を行い、現在 BMI 25.6 となり-8.9kg 減量しているが間食もみられている。

コメントの追加 [注意1]: 主たる診断名を心疾患にすること。

コメントの追加 [注意2]: 心疾患以外は合併症・既往症とすること。

コメントの追加 [注意3]: 心疾患に関する経過記載をすること。

コメントの追加 [注意4]: 心電図の所見のみでは心機能の評価をしたとはいえない。

コメントの追加 [注意5]: 運動耐容能の記載とはいえない。運動耐容能については、呼気ガス分析のデータでなくともかまわないので患者の耐容能がわかる客観的データを示すこと。これにより運動処方が可能となる。この欄の無記載は認めない。

コメントの追加 [注意6]: 循環器系の薬物以外は必要最小限にすること。

コメントの追加 [注意7]: 運動障害患者への理学療法内容であり、リスク管理について述べたに止まりこの記載は不適である。運動負荷試験結果から有酸素トレーニングにおける運動処方を主として記載すること。この欄の無記載は認めない。

コメントの追加 [注意8]: 総合：心疾患を保有する運動障害患者のリハ報告であるが、本来の心リハとは異なるため、今後はこのような報告は認めない。報告書の書き方の注意点を参照すること。