

指導士レポートの書き方

作成 指導士認定制度委員会

心臓リハビリテーション指導士とは

心臓リハビリテーション（以下心臓リハ）は、かつては急性心筋梗塞後の離床とデコンディショニング（脱調節）予防が主たる目的でした。しかし、近年では再灌流療法やCCUの普及、心臓手術の進歩により早期離床・早期退院が可能となったため、冠危険因子是正による二次予防（再発予防）のための心臓リハへと目的が変わってきています。つまり心臓リハは単に運動療法のみを行っていれば事足りるものではなく、食事療法や禁煙指導を含めた包括的リハビリを目指すべきであり、そのためには、医療専門職間の連携や共同作業（チーム医療）が必要となります。また、チームが円滑に機能するためには、心臓リハに関する共通認識と知識や用語の共有化、定期的なカンファレンスやミーティングなども行う必要があります。このような状況の中、日本心臓リハビリテーション学会は、心臓リハビリテーション指導士（以下、心臓リハ指導士）の認定制度を2000年に発足させました。（学会HPより）

医師の管理下ではあるが、医師がいない状態で対応ができるのが心臓リハ指導士です。具体的には、疾患の管理、冠危険因子・再発リスクを踏まえた患者指導、運動療法に対するリスクの評価、運動耐容能評価・処方・運動療法の指導、急変時対応や状態悪化時の受診への誘導ができる人材であることです。内科／外科、急性期/回復期施設に関わらず、幅広い知識と技能が求められます。

レポートでの評価のポイント

- 第三者が一読することで、その症例を理解できるかどうか重要である。
- 心血管疾患を理解・評価していること。
- 心臓リハにおけるリスクの評価をしていること。
- 適切に運動耐容能を評価していること。
- 運動耐容能評価をもとに、科学的な運動処方をしていること。
- 疾患・心血管リスク・背景に準じ、患者に適切な指導をしていること。

不十分・不適切な例

- 病歴・検査、リスク評価が不十分。運動耐容能評価がない。科学的な運動処方がない。患者に合わせた指導がない。指導結果の評価と考察がない。自己の職種部分のみの記載。

適切な記載の例

文章は全角の句読点を使用する。

【診断名】

- 主たる診断名を心血管疾患にすること。

開心術後の時には手術名もしくは○○に対する■■■術後 と記載する。

- 脳梗塞、骨折後廃用症候群など、主たるリハビリ理由が適切ではない症例は変更する。

【保険適応病名】

- 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）、経カテーテル大動脈弁置換術(TAVI)後、慢性心不全、間欠性跛行を呈する末梢動脈閉塞性疾患の中から選択する。

【急性期・前期回復期・後期回復期・維持期】はまたがって○をつけても良いが、○をつけたところは全て記載すること。

【既往歴】

- 全てを記載する必要はないが、関連する内容は必要十分に記載する。

【経過・現病歴】

- 3行程度で簡潔かつ心臓リハに必要なかつ十分な内容を記載する。
- 次項の【評価】とあわせて、心臓リハに必要な臨床情報、リスクが十分に伝わるように記載する。
- 発症から受診、診断根拠、治療についてわかりやすく記載する。
- 検査値と数値、数値と単位の間を半角空ける。例: Peak VO₂ 12.3 ml/min/kg (Peak VO₂(半角空欄)12.3(半角空欄)ml/min/kg)

急性心筋梗塞の場合

- 診断根拠、Peak CK、責任病変、治療、Killip分類、合併症、残存病変の有無、心機能、経過などを記載する。

心不全の場合

- 初発か慢性心不全の増悪か、原疾患はなにか、増悪要因は何か
- BNPまたはNT-proBNP、心エコー結果、不整脈などを記載する。

【評価】

- 疾患の評価と運動療法に必要な十分な内容を記載する。
- 個々の症例指導時に必要なデータは記載する。

【身体所見、心機能】（ポンプ機能、不整脈、冠動脈狭窄、弁膜症）

- リハビリ開始時の所見を記載すること。
- 不整脈、弁疾患、冠動脈残存病変等も含めて必要十分に記載すること。
- 注釈なく使用してよい略語。循環器学用語集 (<https://www.j-circ.or.jp/yougoshu/>) に準ずる。
- 例: CPX (心肺運動負荷試験)、AT (嫌気性代謝閾値)、 VO_2 (酸素摂取量)、VE (分時換気量)、 VCO_2 (二酸化炭素排泄量)、WR (仕事率)、RER または R (ガス交換比)、HR (心拍数)、SBP (最大収縮期血圧)、DBP (拡張期血圧)、LVEF (左室駆出率)、LVDd/Ds (左室拡張期終期径/左室収縮終期径)、BMI (Body mass index)、BNP (脳性ナトリウム利尿ペプチド)、NT-proBNP (N末端プロ脳性ナトリウム利尿ペプチド)、eGFR (推算糸球体濾過量)、DM (糖尿病)、ABI (足関節上腕血圧比)、ASO (閉塞性動脈硬化症)、AP (狭心症)、MI (心筋梗塞)、STEMI (ST上昇型心筋梗塞)、NSTEMI (非ST上昇型心筋梗塞)、UAP (不安定狭心症)、CHF (うっ血性心不全)、IE (感染性心内膜炎)、DCM (拡張型心筋症)、HCM (肥大型心筋症)、AF (心房細動)、NSVT (非持続性心室頻拍)、弁膜症として AS・AR・MS・MR・PS・PR・TR、CABG (冠動脈バイパス術)、PCI (経皮的冠動脈インターベンション)、ISR (ステント内再狭窄)、MVR (僧帽弁置換術)、TAVR (経カテーテル大動脈弁置換術)、
- 循環器用語集にはないが、慣用的に使用してよい略語: Cr (クレアチニン)、HbA1c (ヘモグロビンA1c)、LDL-C (LDLコレステロール)、HDL-C (HDLコレステロール)、TG (トリグリセライド、中性脂肪)、CES-D (うつ病自己評価尺度)、GDS (老年期うつ病評価尺度)、HRQOL (健康関連QOL)、PHQ (Patient Health Questionnaire)

VO_2 、 VCO_2 や VE の V にはドットをつけなくてもよい。

【運動耐容能】

- 運動耐容能評価は必須である。
- CPXを使用しない場合は、それに準じる運動耐容能評価を記載する。6分間歩行試験など。
- SPPBや筋力測定などを補助的に用いる。
- 安静度アップ、ADL確認、病棟リハメニューなどは運動耐容能評価ではない。

【冠危険因子】（年齢、喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病、肥満、運動不足、うつ等）

- 全例必ず冠危険因子を評価する。
- 入院前生活の確認や抑うつスクリーニング（抑うつ尺度など）はしましたか？
- 根拠となる測定値を記載する。「その他」項目に記載の内服薬と齟齬がでないように。

【その他】（その他リハビリ進行上考慮すべき点）

- 内服の記載は目的別に整理する。循環動態作動薬（降圧薬）利尿薬・抗血小板／抗凝固薬・リスク管理（糖尿病／スタチンなど）・その他など。指導・考察で言及するものは必ず記載する。

【運動指導と患者教育】

- 科学的根拠の運動処方（指導士必携に準じる）を記載する。
- 全症例でまったく同じ処方・指導内容はない。
- 多職種カンファレンスの実施内容を記載する。

【運動処方】（強度、時間、頻度、期間）

- 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。（AT処方・Karvonen法などを併用）
- 症例にあわせて具体的に指導した強度・頻度・時間・期間をきちんと記載する。
- Borg処方の場合、過負荷でないか留意する。

【心臓リハビリテーション考察】

- 必須ではないが、介入によりどのような効果がえられたかなどを考察する。

HPの例は、参考程度にして下さい。