

# 日本心臓リハビリテーション学会 第10回東北支部地方会

地域循環器医療を支える心臓リハビリテーション  
—実践と普及の未来図—



## プログラム・抄録集

会期 **2025年11月30日**(日)

会場 **福島県立医科大学福島駅前キャンパス**

会長 **佐藤 崇匡** (福島県立医科大学 循環器内科学講座)



# 日本心臓リハビリテーション学会 第10回東北支部地方会

地域循環器医療を支える心臓リハビリテーション  
ー実践と普及の未来図ー

## プログラム・抄録集

【会 期】 2025 年 11 月 30 日（日）

【会 場】 福島県立医科大学福島駅前キャンパス

【会 長】 佐藤 崇匡（福島県立医科大学附属病院 循環器内科）

# 日本心臓リハビリテーション学会 第10回東北支部地方会 開催のご案内

日本心臓リハビリテーション学会第10回東北支部地方会

会 長 佐藤 崇匡

(福島県立医科大学附属病院 循環器内科)

この度、日本心臓リハビリテーション学会第10回東北支部地方会を、2025年11月30日（日）、福島県立医科大学福島駅前キャンパスにて開催させていただく運びとなりました。

今回のテーマは、「地域循環器医療を支える心臓リハビリテーション ―実践と普及の未来図―」です。超高齢社会を迎えた東北地方において、心不全を中心とする循環器疾患患者さんの増加に対応するためには、心臓リハビリテーションを日常診療の中に根づかせ、地域全体で支える体制を構築することが不可欠です。本地方会では、テーマに沿ったシンポジウムに加え、多職種による症例検討会、そして今後の展望をご示唆いただける特別講演を企画いたしました。臨床現場での具体的な実践や、職種を超えた協働の在り方について活発に議論し、心臓リハビリテーションのさらなる普及と発展につなげてまいりたいと考えております。

節目となる第10回の地方会が、東北の地における新たな一歩となりますよう準備を進めております。会員の皆様にとって実りある学びと交流の場となることを願い、多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

## 目 次

ごあいさつ .....	2
会場のご案内 .....	4
会場案内図 .....	5
ご参加の皆様へ .....	6
演者の皆様へ .....	7
座長の皆様へ .....	8
日程表 .....	10
プログラム .....	11
抄 録	
特別講演 .....	21
シンポジウム .....	25
症例検討会 .....	31
優秀演題審査セッション .....	35
一般演題 .....	41
デジタルポスター発表 .....	65
日本心臓リハビリテーション学会支部制度規則 .....	70
東北支部 役員・評議員 .....	76
協賛一覧 .....	81

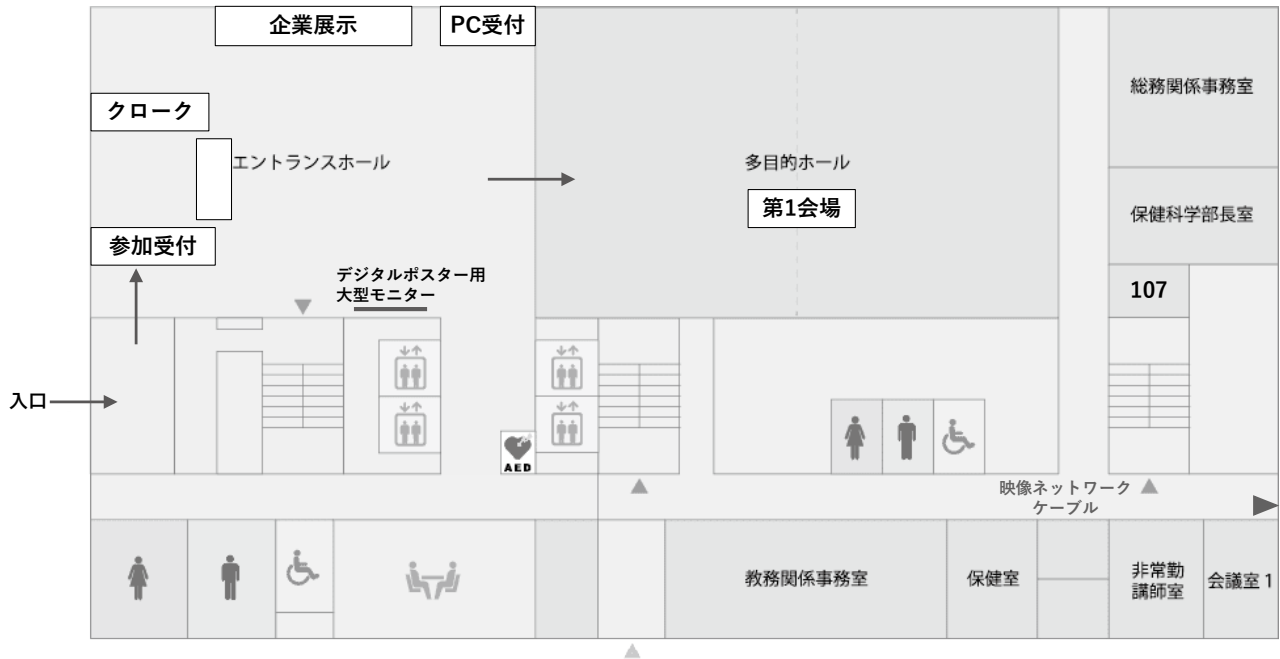
## 会場のご案内

福島県立医科大学 福島駅前キャンパス



# 会場案内図

1F



3F



# ご参加の皆様へ

## 1. 開催概要

会期：2025年11月30日（日）

会場：福島県立医科大学 福島駅前キャンパス

〒960-8516 福島県福島市栄町10-6

会長：佐藤 崇匡

（福島県立医科大学附属病院 循環器内科）

## 2. 参加費

会 員：医師・企業	5,000円（不課税）
会 員：メディカルスタッフ	3,000円（不課税）
非会員：医師・企業	5,500円（内消費税10% 500円）
非会員：メディカルスタッフ	3,300円（内消費税10% 300円）
医学系学部学生	無料（※受付時学生証をご提示ください）

## 3. 参加受付

エントランスホールに受付がございます。8時15分より受付を開始いたします。ネームカード（参加証）にはお名前・ご所属を記入の上、会場内ではご着用をお願いいたします。

※参加費のお支払いは現金のみです。

※事前参加登録はございません。

※ネームカード（参加証）は領収証を兼ねておりますので、再発行はいたしません。

※会場（福島県立医科大学 福島駅前キャンパス）の開館時間は8時です。8時前には入場できませんのでご注意ください。

## 4. プログラム・抄録集

受付時に無料配布いたします。数に限りがございますので、ご了承ください。

日本心臓リハビリテーション学会HP「<https://www.jacr.jp>」の地方会のページよりダウンロードが可能です。

## 5. 心臓リハビリテーション指導士資格更新単位

本地方会は、日本心臓リハビリテーション学会心臓リハビリテーション指導士制度委員会より、登録更新にかかる認定講習会として認定を受けております。認定単位は、地方会参加で5単位、発表者は追加で3単位が付与されます。単位票は、参加受付時にお渡しいたします。必要事項をご記入の上、16時30分までに受付デスクにご提出ください。開催当日にご提出いただいたもののみ有効です。後日の受付はいたしませんので、必ず当日中にご提出ください。

## 6. クローク

エントランスホールにございます。

## 7. PC受付（発表データ受付）について

受付開始時間：8時15分より受付を行います。

場所：エントランスホール

デジタルポスター発表も含め、発表の30分前までには、発表データの確認と登録を行ってください。

## 8. 昼食について

ランチョンセミナー（12時10分～13時00分）にてお弁当を用意いたします。

数に限りがございますので予めご了承ください。なお、整理券の配布はございません。

## 9. 支部評議員会

会場：第1会場（1F 多目的ホール）

時間：11時40分～12時

## 10. その他

会場内では、携帯電話・スマートフォンの電源を切るかマナーモードへの設定をお願いいたします。

会長の許可のない撮影・録画・録音・掲示・展示・印刷物の配布は、固くお断りいたします。

会場内及び周辺は、禁煙です。

会場内での呼び出しは出来ません。

## 演者の皆様へ

- ・一般演題の発表時間は5分、質疑時間2分です。
- ・発表セッション開始30分前までに、PC受付でご発表データをご確認・ご登録ください。
- ・発表セッション開始10分前までに会場左側前方の次演者席にお越しください。
- ・発表に使用する機材は、会場備え付けのPCのみとなります。発表会場にはWindows10のPCを用意いたします。※Macintoshでデータ作成された場合はご自身のPCをお持ち込みください。
- ・発表データは、Microsoft Power Point 2010以降のいずれかで作成してください。
- ・発表データをお持ちいただくメディアは、USBメモリを使用してください。
- ・フォントは、Windows標準のフォントのみをご使用ください。Mac版Power Pointで作成される際は「Windows Office Compatible」フォントを使用してください。
- ・会場スクリーンは1面（16：9）で、解像度はFullHD（1920×1080）となります。
- ・発表データサイズは16：9のサイズを推奨いたします。4：3でも投影は可能です。
- ・動画ファイルはWindows Media Player11以降の初期状態に含まれるコーデックで再生できるものをご準備ください。動画単体の形式はWMV又はMP4形式を推奨します。尚、拡張子m2tsファイルは動かないことがありますので、WMV等に変換することをお奨めします。Mac版で作成されたものは動かないことがあります。Power Point 2010以降は動画をスライドに埋め込む機能が



あります。ただし、2003互換で保存すると、その機能は失われます。

- ・ ご発表は演台のキーボードかマウスを使用し進めてください。演台上のモニターはスクリーンに投影されているものと同じものが表示されています。(発表者ツールは使用できません)

## デジタルポスター発表

- ・ 発表時間は5分、質疑時間2分です。
- ・ 発表セッション開始30分前までに、PC受付でご発表データをご確認・ご登録ください。
- ・ 発表セッション開始10分前までに1階エントランスのデジタルポスター用大型モニター前にお越しください。
- ・ 発表用のデータは、スライド10枚程度をご用意ください(データサイズは16:9)。

## 利益相反(COI)の申告について

すべての筆頭発表者は利益相反状態について、発表スライドの1枚目または2枚目(タイトルスライドの前または後)に、申告用スライドを作成し利益相反について掲示してください。心臓リハビリテーション学会ホームページに開示例が掲載されておりますので、見本(スタイルの変更は可)に準じて作成してください。

## 座長の皆様へ

- ・ 担当セッションの10分前には、発表会場の次座長席にご着席ください。デジタルポスター発表の場合は大型モニターの前にお越しください。
- ・ 進行を一任しますので遅延のないようご協力ください。

### 【事務局】

第10回東北支部地方会

福島県立医科大学 循環器内科学

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地



# 日程表

	第1会場	第2会場	デジタルポスター
	1F 多目的ホール	3F 講義室 1	1F エントランスホール
8:30	8:55~9:20 開会式		
9:00	9:00~10:20 シンポジウム 座長：渡辺 昌文 竹内 雅史	9:00~9:45 一般演題1 心肺運動負荷試験、心機能、血管機能 座長：小川 佳子 渡邊 秋江	
10:00		9:45~10:30 一般演題2 心不全・ACSに対する心臓リハ(1) 座長：齋藤 雅彦 高橋 裕介	
11:00	10:30~11:20 優秀演題審査セッション 座長／審査員：松岡 悟 審査員：舟見 敬成、齋藤 奈緒 熊谷亜希子、高橋 清勝	10:30~11:15 一般演題3 心不全・ACSに対する心臓リハ(2) 座長：鈴木 智人 青柳 暁美	10:30~11:20 デジタルポスター発表 座長：椎名 響子 百足昭一郎
		11:15~12:00 一般演題4 大血管疾患・心臓外科術後 座長：内藤 貴之 佐々木 健	
12:00	11:40~12:00 支部評議員会		
	12:10~13:00 ランチョンセミナー 1 地域と多職種で支える心不全診療： 疾病管理とGDMTの最前線 座長：渡辺 昌文 演者：佐藤 崇匡 共催：アストラゼネカ株式会社	12:10~13:00 ランチョンセミナー 2 不整脈専門医が舵取りする病院間心リハ連携と 心不全マネジメント〜ベレイシグアトに寄せる期待〜 座長：竹石 恭知 演者：有本 貴範 共催：バイエル薬品株式会社	
13:00	13:10~14:10 特別講演 高齢心不全患者に対する在宅での 心臓リハビリテーション 座長：佐藤 崇匡 演者：肥後 大基		
14:00	14:20~15:00 コーヒーブレイクセミナー 心不全の栄養障害 座長：伊藤 修 演者：義久 精臣 共催：沢井製薬株式会社	14:15~15:00 一般演題5 維持期・予防期における心臓リハ 座長：伏見 悦子 本田 貴博	
15:00	15:10~16:30 症例検討会 地域循環器医療を支える心臓リハビリテーション 司会：佐藤 聡見 菅原 重生 ディスカッサント：金澤 正範 庄司奈緒美 加賀屋勇気 菅野 舞香	15:00~15:45 一般演題6 患者教育・栄養 座長：吞香美佳子 櫻田 雄大	
16:00		15:45~16:30 一般演題7 併存疾患・重複障害 座長：成田 憲紀 齋藤 百合	
17:00	16:30~16:40 閉会式		

# プログラム

---

## 第1会場 (福島県立医科大学 福島駅前キャンパス 1F 多目的ホール)

8:55～9:00

開会式

9:00～10:20

シンポジウム

座長：渡辺 昌文（山形大学）  
竹内 雅史（東北大学病院）

- S-1 地域医療と「心臓リハビリテーション的視点」の重要性  
遠藤 教子（長者2丁目かおりやま内科）
- S-2 山形県村山地域における心臓リハビリテーション地域連携の現状  
大森 允（山形大学医学部附属病院 リハビリテーション部）
- S-3 地域で支える心リハの新たな選択肢：保険外・遠隔リハが拓く未来  
河村 孝幸（東北福祉大学 健康科学部 医療経営管理学科）
- S-4 高齢心不全患者の嚥下障害とリハビリテーションーサルコペニアとの関連ー  
横田 純一（弘前大学大学院 保健学研究科 総合リハビリテーション科学領域）
- S-5 持続的循環器ケアの実現にむけて 維持期リハ・心リハ看護師・地域を結ぶ  
鍛冶 優子（JA秋田厚生連平鹿総合病院）

10:30～11:20

優秀演題審査セッション

座長／審査員：松岡 悟（秋田厚生医療センター）  
審査員：舟見 敬成（総合南東北病院）  
齊藤 奈緒（宮城大学）  
熊谷亜希子（岩手医科大学）  
高橋 清勝（岩手県立中央病院）

- Ex-1 TAVI術後における入院関連機能低下は術日夜間の睡眠の質と関連する  
id005 術後せん妄患者を除いた検討  
石岡 新治（弘前大学医学部附属病院 医療技術部 リハビリテーション部門）
- Ex-2 多職種で高めるCPX急変対応力  
id007 ー実症例に基づくシミュレーションの継続とその変遷ー  
安杖 沙織（秋田大学医学部附属病院 看護部）

- Ex-3 加齢に伴う運動負荷時の血管反応性の違いに関する検討  
id008 小谷 斗彩（福島県立医科大学 大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 臨床検査学領域）
- Ex-4 TAVI後せん妄の最大の予測因子は術前フレイルであり双方の合併はTAVI半年後の機能予後と関連する  
id030 竹内 雅史（東北大学病院）
- Ex-5 地域在住高齢者における呼吸筋力とフレイルおよび生活機能との関係  
id033 羽生田乃愛（福島県立医科大学保健科学部理学療法学科）

## 12:10～13:00 ランチョンセミナー 1

### 「地域と多職種で支える心不全診療：疾病管理とGDMTの最前線」

座長：渡辺 昌文（山形大学医学部内科学第一講座 教授）

演者：佐藤 崇匡（福島県立医科大学 循環器内科学講座 准教授）

共催：アストラゼネカ株式会社

## 13:10～14:10 特別講演

座長：佐藤 崇匡（福島県立医科大学）

### 高齢心不全患者に対する在宅での心臓リハビリテーション

id055

肥後 大基（医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック渋谷）

## 14:20～15:00 コーヒーブレイクセミナー

### 「心不全の栄養障害」

座長：伊藤 修（東北医科薬科大学 医学部 リハビリテーション学 教授）

演者：義久 精臣（福島県立医科大学 保健科学部 臨床検査学科 教授／医学部 循環器内科講座 特任教授）

共催：沢井製薬株式会社

15:10～16:30

## 症例検討会

### 「地域循環器医療を支える心臓リハビリテーション」

司会：佐藤 聡見（福島県立医科大学）

菅原 重生（日本海総合病院）

ディスカッサント：金澤 正範（岩手県立中央病院）

庄司奈緒美（仙台循環器病センター）

加賀屋勇氣（秋田県立循環器・脳脊髄センター）

菅野 舞香（大崎市民病院）

#### ケース1 重症心不全患者に対する早期からの心臓リハビリテーションを紐解く

笹本雄一郎（太田西ノ内病院）

#### ケース2 ACPを踏まえ多職種が連携して支援した高齢心不全の一症例

鈴木 勝也（松田病院）

16:30～16:40

## 閉会式

## 第2会場（福島県立医科大学 福島駅前キャンパス 3F 講義室1）

9:00～9:45

## 一般演題 1

### 「心肺運動負荷試験、心機能、血管機能」

座長：小川 佳子（東北医科薬科大学若林病院）

渡邊 秋江（福島県立医科大学附属病院）

#### O-1 小児における睡眠時間と心臓足首血管指数(CAVI)に関する検討

id011

渡邊 拓夢（福島県立医科大学大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 臨床検査学領域）

#### O-2 心臓足首血管指数に及ぼす弾性及び筋性動脈の影響

id013

渡邊 拓夢（福島県立医科大学大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 臨床検査学領域）

#### O-3 心拍応答不全を示すも高い運動耐容能によりPMIを回避した症例

id020

成田 憲紀（弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座）

#### O-4 心肺運動負荷試験結果を活用した多職種カンファレンスの取り組み

id022

鈴木 翔（福島第一病院 心臓血管病センター／産業保健支援サービス siesta）

O-5 当院におけるSTEMI症例のCPXデータと予後の関係について  
id049 水上 浩行（寿泉堂総合病院）

O-6 市民マラソンに復帰し得た、頻脈誘発性心筋症の一症例  
id051 金澤 正範（岩手県立中央病院 循環器内科）

9:45～10:30 一般演題 2

「心不全・ACSに対する心臓リハ(1)」

座長：齋藤 雅彦（岩手県立中央病院）  
高橋 裕介（秋田大学附属病院）

O-7 初発心不全患者に対しセルフケア構築して実施した心臓リハビリテーションが  
id003 奏功した一例

橋本 詩汰（南相馬市立総合病院）

O-8 外来での心臓リハビリテーションにより再入院の抑制に寄与した一症例  
id012 工藤 壮永（あおもり協立病院リハビリテーション科）

O-9 Hb値，GNRI から構成される複合的評価を用いたMACEの発生予測について  
id015 中川 達裕（社会医療法人 将道会 総合南東北病院 リハビリテーション部／東北大学  
大学院 医学系研究科 臨床障害学分野／みやぎ県南中核病院 リハビリ  
テーション部）

O-10 若年心不全患者に対するIMPELLA下心リハと社会的役割再獲得の実践  
id017 小林 寛崇（福島県立医科大学付属病院 リハビリテーションセンター）

O-11 自施設における心臓リハビリテーションの現状と今後の展望  
id021 藤橋 伸弘（福島赤十字病院）

O-12 IMPELLA挿入下での術前リハビリテーションにより運動機会を維持すること  
id044 ができた症例  
新井田 瞭（公益財団法人 星総合病院 リハビリテーション科）



## 「心不全・ACSに対する心臓リハ(2)」

座長：鈴木 智人（秋田大学附属病院）

青柳 暁美（福島県立医科大学附属病院）

## O-13 心不全ステージDの在宅退院調整

id026

後神 利花（社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院）

## O-14 若年低心機能患者に対する高強度レジスタンストレーニングによるリハビリテーション介入報告

id027

菊池 美優（医療法人 友愛会 盛岡友愛病院 リハビリテーション技術部）

## O-15 当院の心不全入院患者における予後関連因子の検討

id037

小林 隆行（公益財団法人星総合病院）

## O-16 心不全入院患者のBMIおよび体温が院内死亡率に与える影響

id042

佐久間裕司（公益財団法人星総合病院 リハビリテーション科）

O-17 心不全患者の個別性に合わせた多職種連携の取り組み  
在宅療養指導を通して継続的に患者を支援する

id043

田島 一樹（日本赤十字社 福島赤十字病院 看護部）

## O-18 重症心不全患者に対する医療機関から在宅生活初期にわたる作業療法介入の一例

id053

佐藤 佑香（一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院 リハビリテーションセンター 作業療法科）

## 「大血管疾患・心臓外科術後」

座長：内藤 貴之（青森協立病院）

佐々木 健（山形大学）

## O-19 保存的治療を受けた急性大動脈解離 Stanford B型患者における入院関連機能障害と臨床転帰の特徴

id028

金子 桂汰（公益財団法人星総合病院 リハビリテーション科／福島県立医科大学大学院 保健科学研究科）

## O-20 心臓外科術後に長期挿管管理となり、ICU-AWを合併したが復職まで至った症例

id034

太田 裕也（東北医科薬科大学病院 リハビリテーション部）

- O-21  
id045 TAVIと心臓リハビリテーションを通じて趣味活動を再開し活気ある生活を取り戻した症例  
穂積 智巳（公益財団法人星総合病院リハビリテーション科）
- O-22  
id041 呼吸器・造血器疾患を併存するTAVI施行後の高齢重症AS患者への運動療法介入～HOT導入に至った難渋症例～  
笹本雄一郎（太田西ノ内病院 総合リハビリテーション 理学療法科／福島県立医科大学 大学院 保健科学研究科）
- O-23  
id050 再僧帽弁置換術後に入院期から外来期まで継続した心臓リハビリテーションにより社会復帰した一症例  
千葉 一幸（東北医科薬科大学病院リハビリテーション部／東北医科薬科大学病院リハビリテーション科）
- O-24  
id052 通院・内服を自己中断した心不全患者に対し、包括的指導や心臓リハビリテーションによって行動変容した一例  
相田 直紀（福島第一病院 リハビリテーション技術科）

## 12:10～13:00 ランチョンセミナー 2

### 「不整脈専門医が舵取りする病院間心リハ連携と心不全マネジメント ～ベルイシグアトに寄せる期待～」

座長：竹石 恭知（福島県立医科大学 副理事長）

演者：有本 貴範（山形大学医学部 内科学第一講座 講師）

共催：バイエル薬品株式会社

## 14:15～15:00 一般演題 5

### 「維持期・予防期における心臓リハ」

座長：伏見 悦子（平鹿総合病院）

本田 貴博（平野医院）

- O-25  
id006 縄跳びのすすめ－縄跳びによる高強度インターバルトレーニング(HIIT)を週3回8週間実施前後の血圧の変化  
三瓶 秀幸（公益財団法人 星総合病院 リハビリテーション科）
- O-26  
id010 地域での心臓リハビリテーション活動からみえてきたもの  
佐藤 志保（一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 心臓リハビリテーション室）

- O-27  
id014 中等度負荷で改善困難であった運動耐容能がHIITにより著明に改善した陳旧性心筋梗塞の一例  
菅野 友樹（上杉くつざわハートクリニック）
- O-28  
id018 療養行動継続の意識付けを図った維持期心臓リハビリテーション会の実践報告  
鈴木 聡子（米沢市立病院 看護部）
- O-29  
id046 当院外来心臓リハビリテーションへの参加率と関連因子の検討  
菅原 康平（一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 リハビリテーション部）
- O-30  
id054 COPD合併の重症心不全患者に対する長期人工呼吸器管理中の理学療法介入例～吸気筋力、身体機能に着目して～  
熊倉 貴大（太田西の内病院 総合リハビリテーションセンター 理学療法科）

15:00～15:45

## 一般演題 6

### 「患者教育・栄養」

座長：呑香美佳子（八戸市立市民病院）

櫻田 雄大（あおもり協立病院）

- O-31  
id016 当院における入院時のAWGCにて検出された心臓悪液質が1年以内の死亡率に及ぼす影響の検証  
鈴木 大輔（一般財団法人 脳神経疾患研究所附属総合南東北病院／福島県立医科大学大学院保健科学研究科）
- O-32  
id023 GLIM基準中等度低栄養の心不全患者に対し自宅退院に向けて多職種で関わった一症例  
小林 朋子（独立行政法人労働者健康安全機構 東北労災病院 栄養管理室）
- O-33  
id031 若年の急性心筋梗塞患者の社会復帰に向けた関わり～心臓リハビリ専従看護師として～  
相原 健志（秋田大学医学部附属病院 看護部）
- O-34  
id035 心臓病患者における除雪方法に関する教育内容を考えるー実態調査と除雪方法の検証からー  
齋藤 百合（地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院／JA秋田厚生連平鹿総合病院）
- O-35  
id038 継続的なセルフモニタリング指導が高齢慢性心不全患者の再入院予防に有用となった症例  
本多りり香（社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 リハビリテーション部）

O-36 当院心不全入院患者における多職種カンファレンスの取り組み

id039

齋藤 佑香（一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 栄養科）

15:45～16:30

一般演題 7

「併存疾患・重複障害」

座長：成田 憲紀（弘前大学病院）

齋藤 百合（日本海総合病院）

O-37 心不全入院を契機に不規則睡眠・覚醒リズム障害が顕性化し、治療に難渋した  
アルツハイマー型認知症の1例

id004

海老原八重（市立大森病院）

O-38 腎臓リハビリテーションに関する当院での取り組みについて

id024

坪井 良洋（社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院）

O-39 回復期リハビリテーション病棟における心血管疾患患者の栄養状態の変化と退  
院後の課題

id025

阿部 紀葉（医療法人松田会松田病院リハビリテーション部）

O-40 血液透析患者における心血管疾患の合併と身体活動量の関係  
～単施設での後ろ向き観察研究～

id032

物江 俊（若松あおいクリニック／福島県立医科大学大学院保健科学研究科）

O-41 超高齢心不全患者における体組成と退院時身体機能の関連

id040

星 直人（公益財団法人 星総合病院 リハビリテーション科）

O-42 shaggy aortaを既往に持ち腹部大動脈瘤術後にMNMSを発症した一症例  
～多職種介入の実践～

id047

渡邊 晨仁（太田西ノ内病院 総合リハビリテーションセンター 理学療法科）

## デジタルポスター（福島県立医科大学 福島駅前キャンパス エントランスホール）

### 10:30～11:20 デジタルポスター発表

座長：椎名 響子（いわき市医療センター）

百足昭一郎（白河厚生総合病院）

- P-1  
id001 “心リハ難民”を救え。地方都市における外来心リハは不利か。  
長島 瑞希（ほそごえハートクリニック 心臓リハビリテーション科）
- P-2  
id009 当院における在宅運動習慣支援プログラム“HEART program”について  
佐久間貞典（医療法人 ひろさか内科）
- P-3  
id019 心臓リハビリを終了した患者会の開催～多職種との協働による療養指導～  
西内友紀恵（社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院）
- P-4  
id029 地域開業クリニックにおける心臓リハビリ導入の経験  
沓澤 大輔（上杉くつざわハートクリニック）
- P-5  
id036 当院における外来心臓リハビリテーションの現状と課題  
高橋 裕介（秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部）
- P-6  
id048 心リハ継続における心臓リハビリテーション指導士の役割  
加藤 敏徳（長者2丁目かおりやま内科）

# 特別講演

抄 録



### 高齢心不全患者に対する在宅での心臓リハビリテーション

肥後 大基

医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック渋谷

高齢心疾患患者の増加にともない、通院困難で訪問診療に移行する患者も増加しつつある。これらの患者の特徴として、多重並存疾患を有し、フレイル、老々介護、認知機能低下などの課題を抱えていることが多い点が挙げられる。通院や通所が可能な患者では通院・通所型の心臓リハビリテーションの適応となるが、実は通院・通所が困難な患者ほどリハビリテーションの重要性はより大きく、訪問リハビリテーションの対象となる。高齢心疾患患者に対する訪問リハビリテーションは一般的には介護保険を利用して行われることが多いことから頻度や時間に制約が生じうるが、一方で、患者の実際の生活の場で患者のペースで長期間継続的にかかわることができるという大きなメリットを有する。訪問リハビリテーションでの実施内容には①運動療法②活動調整③環境調整④セルフケア支援などが含まれるが、運動療法にあたっては心肺運動負荷試験による運動処方などは困難な症例がほとんどであり、自覚的運動強度や心拍変動、血圧変動などを観察しながら運動強度や時間を決定していく必要がある。事例を提示しつつ、在宅での心臓リハビリテーションのあり方について概説したい。





# シンポジウム

抄 録



### S-1

#### 地域医療と「心臓リハビリテーションの視点」の重要性

遠藤教子

長者2丁目かおりやま内科

当院は、第2相、第3相心臓リハビリテーション（以下心リハ）を行っており、心不全患者の疾病管理は診療の中心である。近年、急性期病院、その後方支援の役割も担う慢性期病院など、各段階において、役割が明確化され、そのような施設から紹介され、地域の診療所で加療を継続することになる高齢の心疾患患者は今後増えると推察される。そのような、高齢の患者は、心疾患以外の他領域の合併症も有することが多い。また当院は、いわゆる内科も標榜しており、心疾患以外の患者も受診するところが、総合病院の循環器内科と大いに異なる点である。そのような地域での診療は、心リハに必要な包括的な視点がより活かされる場面が多い。当院では、診察室での患者指導（生活面、服薬、運動）、心リハの指導のほか、患者の疾病管理の一手段として、訪問看護の介入を勧めることもある。地域での診療は、患者の実生活に沿った関わりが求められ、多視点から全体像を把握する必要がある。多職種が関わりあって医療を提供する、いわゆる心リハ的視点は、地域医療において多視点からの介入を実践可能にしていると感じている。心リハ的視点が地域にどのように活かされているのかを考察したい。

### S-2

#### 山形県村山地域における心臓リハビリテーション地域連携の現状

大森 允

山形大学医学部附属病院 リハビリテーション部

山形大学医学部附属病院では、重症心不全や心血管手術の急性期治療を担い、2014年より心臓リハビリテーション（心リハ）の算定を開始した。当院で急性期心リハを実施した患者は、退院後に山形県村山地域の医療機関へ回復期～維持期の心リハを委託することで継続的な心リハを行っている。2016年からは当院を中心に関連医療機関と地域連携心リハ会議を毎月1回のペースでの開催し、その内容は外来心リハの実施状況、転院後の入院心リハの申し送り・引き継ぎ、運動療法に影響ある心疾患精査の依頼、心肺運動負荷試験結果の供覧、内服薬の調整などの診療情報の共有を行っている。COVID-19流行を契機に対面からオンライン開催へ形式を移行し、現在も継続中である。さらに、地域連携心リハ会議に参加している医療機関にはタブレット端末を配置して療法士や看護師間において退院前患者の心リハの実施状況やADLの確認、スタッフと患者の事前顔合わせなどにも活用する取り組みも実施した。本報告では、これらの取り組みを踏まえ、療法士の立場から症例を交えて山形県村山地域における心リハ地域連携の現状を紹介する。

### S-3

#### 地域で支える心リハの新たな選択肢： 保険外・遠隔リハが拓く未来

河村孝幸

東北福祉大学 健康科学部 医療経営管理学科

心臓リハビリテーション（心リハ）は二次予防に不可欠であるが、維持期継続は受け皿の不足・偏在や心理的・経済的負担など複合的要因により困難となる。この課題に対し、2004年より地域で展開してきた維持期心リハ「Medex Club」を基盤に、2021年11月から集団型遠隔心リハ「Tele-MedEx Club」を保険外サービスとして社会実装している。本モデルはWebシステムとオンライン会議を併用し、心リハ指導士と健康運動指導士の2名体制により安全性と質を担保する。参加者からは自宅から参加できる利便性に加え、仲間との交流が継続意欲の向上につながると報告されている。特徴的なのは、指導者の問いかけによる疾病管理の再意識化のほか、参加者間で成功・失敗体験を共有することにより、今後の困難への備えや相互の励ましを可能とする点である。オンラインによる社会的つながりは新たな関係性＝『知縁』を形成し、自己管理能力の強化と動機付けの持続を促進し、QOLを超えたウェルビーイングの実現を後押しする。保険外・遠隔リハは既存医療を補完し、地域における切れ目のない患者支援の新たな選択肢となり得る。

### S-4

#### 高齢心不全患者の嚥下障害とリハビリ テーションーサルコペニアとの関連ー

横田純一

弘前大学大学院 保健学研究科 総合リハビリテーション科学領域

現在、フレイルやサルコペニアは心不全の併存症として一般的であり、治療ターゲットとしての重要性も既に広く認知されている。一方で、嚥下障害はサルコペニアやフレイルが関連因子であることは明らかではあるものの、そのマイナーさからあまり注目されていない。しかしながら、嚥下障害は低栄養状態や誤嚥性肺炎による予後悪化の原因ともなるため、心不全の管理を考えるうえで極めて重要である。心不全における嚥下障害の主体はPresbyphagia（老嚥）やサルコペニア嚥下障害と考えられるため、従来の嚥下訓練に加えて、運動療法や呼吸筋トレーニングが予防、または、治療オプションとして有効である可能性がある。今回は、この点に関して、最近の知見をもとに発表させていただく。

### S-5

#### 持続的循環器ケアの実現にむけて 維持期リハ・心リハ看護師・地域を結ぶ

鍛冶優子

JA 秋田厚生連平鹿総合病院

【はじめに】 包括的心臓リハビリテーションは、疾病管理の手段であり、地域循環器医療において重要な役割を担う。しかし、外来心リハ実施率の低迷ほか、心リハ実施施設のみでは解決が難しい問題もある。

【目的】 各関係機関との連携により心疾患患者への継続的支援体制と、持続可能な疾病管理の構築を目指す。

【方法】 ①外来心リハ実施率低迷に対する代替手段を獲得する。②東北地方心リハ看護師（有志）による共同研究を行い発表する。③地域のメディカルスタッフと共に学ぶ心不全療養指導学会2025inYOKOTEネットワーク。

【結果】 ①「健康の駅よこて」で心臓病の低・中リスクの運動療法継続が可能となり、来院時運動記録持参により連携の形ができた ②共同研究により知識と技術の共有ができた。また、外部発表により心リハ看護師の役割認知につながるとわかれた。良好な関係性が構築でき、相談しあえる仲間となった。③学会を通じて「顔の見える関係」が築かれ、情報交換や相談がしやすくなった。人口減少地域でも、共通の専門知識を共有するメディカルスタッフが増えることで患者支援に一貫性が生まれ、医療格差縮小や地域全体で心不全患者を支える体制づくりに貢献できる可能性があると考えられた。



# 症例検討会

抄 録





### ケース 1

#### 重症心不全患者に対する早期からの心臓 リハビリテーションを紐解く

笹本雄一郎

太田西ノ内病院

### ケース 2

#### ACPを踏まえ多職種が連携して支援した 高齢心不全の一症例

鈴木勝也

松田病院

日本の循環器医療は高齢化の進展と多疾患併存患者の増加により、急性期から在宅までのシームレスな包括的支援が求められる。心臓リハビリテーションは、循環器疾患患者の機能回復と再発予防を目的とした標準治療として普及してきたが、実臨床では超急性期から回復期、さらには在宅へと切れ目なく支援する体制構築が依然課題である。本シンポジウムでは「地域循環器医療を支える心臓リハビリテーション」をテーマに、①超急性期症例に対するリハビリテーション、②回復期から在宅へつなぐリハビリテーションの2症例を提示し、医師、看護師、理学療法士、栄養士など多職種ディスカッサントとともに討議する。各病期における循環器チームの連携ならびに病期間の多職種連携、栄養管理、身体機能評価、在宅支援の実際など、多様な職種が果たす役割を多角的に検討し、地域包括ケア時代に求められる心臓リハビリテーションの新たな展開とチーム医療のあり方を探る機会としたい。



# 優秀演題セッション

抄 録



Ex-1

id005

### TAVI術後における入院関連機能低下は術日夜間の睡眠の質と関連する術後せん妄患者を除いた検討

石岡新治<sup>1</sup>、横田純一<sup>2</sup>、森川夏香<sup>1</sup>、渡邊菜緒<sup>3</sup>、佐藤 翔<sup>1</sup>、白川三桜<sup>1</sup>、川岸 亮<sup>1</sup>、関 栞<sup>1</sup>、成田憲紀<sup>4</sup>、市川博章<sup>4</sup>、横山公章<sup>4</sup>、富田泰史<sup>4</sup>、津田英一<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 弘前大学医学部附属病院 医療技術部 リハビリテーション部門

<sup>2</sup> 弘前大学大学院保健学研究科 総合リハビリテーション科学領域

<sup>3</sup> 自宅会員

<sup>4</sup> 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

<sup>5</sup> 弘前大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学講座

【目的】経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)後における入院関連機能低下(HAFD)と睡眠の質との関連について検討した。

【方法】2021年から2024年にTAVIを施行し、術前後に検査が可能で、術後せん妄を認めない139例を解析した。HAFDの定義は術後のSPPBが術前よりも1点以上低下とした。睡眠の質は日本語版 The Richards-Campbell Sleep Questionnaire (J-RCSQ)にて、術後1～3日目までの前夜の睡眠について調査した。統計解析は従属変数をHAFD、独立変数をJ-RCSQ、年齢、身体フレイル、術前SPPB、術前Mini-cogとしたロジスティック解析を実施した。

【結果】HAFD発生率は41.0% (57例)であり、術後1日目のJ-RCSQがHAFDと有意な独立変数(OR=0.982、95%CI: 0.966-0.997、P=0.018)であった。HAFD発生を判別する術後1日目J-RCSQのカットオフ値は78.0mmであった(P=0.001、AUC=0.663、感度=79.3%、特異度=52.6%、陽性的中率=50.6%、陰性的中率=77.1%)。

【考察】睡眠の質低下は脳代謝を低下させ、身体機能の低下に帰結する事が示されている。術中麻酔薬は脳代謝を低下させ、集中治療室における光やアラーム等の環境は睡眠の質低下を招く事から、術後1日目のJ-RCSQがHAFDの予測因子として選択された可能性がある。

Ex-2

id007

### 多職種で高めるCPX急変対応力—実症例に基づくシミュレーションの継続とその変遷—

安杖沙織<sup>1</sup>、高橋裕介<sup>2</sup>、濱浦昂佑<sup>3</sup>、佐藤晃太郎<sup>3</sup>、加藤 宗<sup>4</sup>、渡邊博之<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 看護部

<sup>2</sup> 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科

<sup>3</sup> 秋田大学医学部附属病院 臨床工学センター

<sup>4</sup> 秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

#### 【背景】

当院では医師1名、看護師(Ns)1名、臨床工学技士(CE)2名で心肺運動負荷試験(CPX)を実施している。2023年1月CPX中に心停止事例を経験したことを契機に、職種間の役割理解と迅速な連携の必要性を痛感し、多職種による急変時シミュレーションを開始した。本発表は2023年度地方会での報告を踏まえた取り組みの継続とその変遷、対応力向上に向けた実践的工夫を報告する。

#### 【内容】

参加者はCPXに携わるNs 2名、理学療法士4名、CE 7名とし、ICLSインストラクターの資格を有する心リハNsが講師を務めた。年間6回を目安に、実症例に基づくシナリオシミュレーションと振り返りを実施している。

#### 【結果】

職種毎の視点を共有し、知識の相互補完を行うことで、主体的に行動する姿勢が強まった。シナリオは標準対応に加え、胸骨正中切開後、ICD植込み後、VAD装着例へと拡張させることで、実践的対応力が向上した。記録用紙を改訂し、急変対応の要点を明文化したことで、対応の統一が図られた。

#### 【結論】

多職種での継続的なシミュレーションは、対話的振り返りと組み合わせることで、主体性と連携意識を高め、チームとしての急変対応力の向上に繋がった。

Ex-3

id008

### 加齢に伴う運動負荷時の血管反応性の違いに関する検討

小谷斗彩<sup>1</sup>、堀越裕子<sup>2</sup>、渡邊拓夢<sup>1</sup>、平田理絵<sup>2</sup>、  
義久精臣<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 臨床検査学領域

<sup>2</sup> 福島県立医科大学 保健科学部 臨床検査学科

<sup>3</sup> 福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

【目的】若年群と中年群における運動負荷による弾性動脈と筋性動脈の血管反応性（ステイフネス変化）の違いについて検討する。

【方法】対象は健康人53名（女性31名、平均年齢26.3歳）。心臓弁口部から脛骨動脈まで血管全長の動脈ステイフネス（Beta）をcaBeta、心臓-大腿部をctBeta（弾性動脈）、大腿部-脛骨動脈までをtaBeta（筋性動脈）と定義して分割測定し、運動負荷前後におけるBetaの変化について検討した。また、中年群（n=18）と若年群（n=35）にて比較検討した。測定機器はフクダ電子社製 Vasera VS 3000、運動負荷はマスター 2階段試験トリプルを行った。

【結果】負荷直後に全てのBetaは低下しtaBetaの低下が最大であった（caBeta:-9.84%、ctBeta:-7.74%、taBeta:-15.64%、 $p<0.05$ ）。また、若年群より中年群でtaBetaの変化率が小さかった（-0.09 vs. -23.64%、 $p<0.01$ ）。

【考察】運動負荷時のBeta変化は弾性動脈より筋性動脈の影響を反映し、また、加齢に伴いBeta変化は低下するものと考えられた。

Ex-4

id030

### TAVI後せん妄の最大の予測因子は術前フレイルであり双方の合併はTAVI半年後の機能予後と関連する

竹内雅史、辻村 淳、相馬奨太、馬場健太郎、  
吉田信哉、館岡未歩、瀬戸洸太郎

東北大学病院

【目的】TAVI術前はフレイルな高齢者が多く、術後に身体機能が改善できていない患者群への対応が急務である。せん妄はその一因とされ、遠隔期における予後不良因子とされている。本研究では、TAVI後せん妄（DAT）の予測因子を抽出し、せん妄との合併がTAVI半年後の機能予後に与える影響について明らかにする。

【方法】TAVI患者71例を対象とし、術前にフレイル（簡易フレイル・インデックス：FSI）、身体機能（SPPB）、栄養（MNA-SF）、認知機能（MMSE）を評価し、せん妄をアウトカムとしたLogistic回帰分析により、最大の術前因子を抽出した。次に、抽出された因子とDAT合併の有無による群分けにより、TAVI半年後におけるSPPBの平均値を比較し、SPPB10点未満（予後不良因子）との関連性を調べた。

【結果】DATは31%に生じ、最大の予測因子はフレイルであった（Cut-off：FSI 3点）。更に、術前フレイルおよびDATの有無によってSPPB得点を群間比較した結果、術前フレイルおよびDAT双方の合併群と、双方の合併がない群においてのみ有意差を認めた。

【考察】フレイルとせん妄双方の危険因子が半年後の機能予後を悪化させた可能性があり、ハートチームによる多面的介入の重要性が示唆された。

### 地域在住高齢者における呼吸筋力とフレイルおよび生活機能との関係

羽生田乃愛<sup>1</sup>、佐藤聡見<sup>1</sup>、星 真行<sup>1</sup>、中野渡達哉<sup>1</sup>、  
曾根稔雅<sup>2</sup>、柴 喜崇<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 福島県立医科大学保健科学部理学療法学科

<sup>2</sup> 福島県立医科大学保健科学部作業療法学科

【目的】 高齢者や心不全患者等における運動耐容能低下の要因の1つに、呼吸筋力の低下が指摘されている。一方、呼吸筋力がフレイルや生活機能に与える影響は不明である。本研究では地域在住高齢者を対象に呼吸筋力とフレイルならびに生活機能との関係を検証した。

【方法】 対象は福島県内3地域の生活機能測定会に参加した65歳以上の高齢者324名（平均年齢 $75.5 \pm 5.2$ 歳、男性82名）である。呼吸筋力は、最大吸気口腔内圧（MIP）および最大呼気口腔内圧（MEP）を測定した。フレイルの評価には改訂版J-CHS基準を用い、フレイルおよびプレフレイル該当をフレイル状態と定義した。生活機能は、基本チェックリスト（KCL）、歩行速度、膝伸展筋力等を評価した。フレイル状態または各生活機能を従属変数、MIP、MEP、各共変量を独立変数とした多変量解析を行った。

【結果】 MIPおよびMEPはフレイル状態に有意に関係した（ともに $p < 0.001$ ）。また、MIPおよびMEPは、KCL総点、歩行速度、膝伸展筋力に有意に関係した（すべて $p < 0.01$ ）。

【結論】 地域在住高齢者において、呼吸筋力はフレイルおよび生活機能と有意に関連し、健康寿命の維持における重要な指標となる可能性が示された。





# 一般演題

## 抄録

---

一般演題 1 心肺運動負荷試験、心機能、血管機能

一般演題 2 心不全・ACS に対する心臓リハ (1)

一般演題 3 心不全・ACS に対する心臓リハ (2)

一般演題 4 大血管疾患・心臓外科術後

一般演題 5 維持期・予防期における心臓リハ

一般演題 6 患者教育・栄養

一般演題 7 併存疾患・重複障害



O-1

id011

## 小児における睡眠時間と心臓足首血管指数(CAVI)に関する検討

渡邊拓夢<sup>1</sup>、平田理絵<sup>2</sup>、柏原里奈<sup>2</sup>、舟田理奈<sup>2</sup>、加瀬陽向<sup>2</sup>、熊はるか<sup>2</sup>、鈴木仁菜<sup>2</sup>、野崎百花<sup>2</sup>、小谷斗彩<sup>1</sup>、高橋恵里<sup>3</sup>、楠本泰士<sup>3</sup>、堀越裕子<sup>2</sup>、義久精臣<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> 福島県立医科大学大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 臨床検査学領域

<sup>2</sup> 福島県立医科大学 保健科学部 臨床検査学科

<sup>3</sup> 福島県立医科大学 保健科学部 理学療法学科

<sup>4</sup> 福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

目的：心臓足首血管指数(Cardio Ankle Vascular Index: CAVI)は動脈のスティフネスを評価する指標である。睡眠時間とCAVIとの関連について、高齢者において長い睡眠時間によりCAVIが上昇すると報告されているが十分に検討されていない。本研究では小児対象者における睡眠時間とCAVIの関係について検討した。

方法：小・中学生589名(男性284名、平均年齢10.5歳、6-15歳)を対象にCAVIを測定した。併せて、睡眠時間は子どもの眠り質問票に基づき算出した。

結果：学年階層が上がるほどCAVIは低値であった( $p<0.001$ )。全集団および男性では学年階層が上がるほど睡眠時間が低値となり( $p<0.001$ )、CAVIと睡眠時間に有意な負の相関を認めた(全集団 $r=-0.110$ ,  $p=0.008$ 、男性 $r=-0.185$ ,  $p=0.002$ )。一方、女性ではCAVIと睡眠時間に関連を認めなかった。学年で調整した重回帰分析では、CAVIと睡眠時間に有意な関連は認めなかった。

考察：小児において睡眠時間の短縮に応じてCAVIは高値であった。しかし、学年調整後に有意な関連は認められなかった。

O-2

id013

## 心臓足首血管指数に及ぼす弾性及び筋性動脈の影響

渡邊拓夢<sup>1</sup>、堀越裕子<sup>2</sup>、小谷斗彩<sup>1</sup>、平田理絵<sup>2</sup>、義久精臣<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> 福島県立医科大学大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 臨床検査学領域

<sup>2</sup> 福島県立医科大学 保健科学部 臨床検査学科

<sup>3</sup> 福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

目的：心臓足首血管指数(Cardio Ankle Vascular Index: CAVI)は心臓から足首までの動脈スティフネスを評価する指標であり、硬さ変化の指標としてBetaが用いられる。CAVI算出には心臓弁口部から脛骨動脈が用いられ、組織学的に異なる弾性及び筋性動脈の成分が含まれる。心臓弁口部から脛骨動脈の血管全長Betaに及ぼす弾性及び筋性動脈Betaの影響に関して検討した。

方法：対象は健康人53名(平均年齢26.3歳、女性31名)。安静時における血管全長のBetaをcaBetaとし、心臓-大腿部をctBeta(弾性動脈)、大腿部-脛骨動脈までをtaBeta(筋性動脈)と定義して分割測定した。さらに年齢、性別、身長、体重、血圧、心拍数等の影響について解析した。

結果：変数減少法による重回帰分析にて、回帰式( $caBeta=0.908*ctBeta+0.066*taBeta+0.013*年齢+0.487$ 、 $R=0.938$ ,  $R^2=0.879$ )が得られた。

考察：弾性動脈Betaは、筋性動脈Betaと比較し、全長Beta、すなわちCAVIに及ぼす影響が大きかった。

O-3

id020

## 心拍応答不全を示すも高い運動耐容能によりPMIを回避した症例

成田憲紀<sup>1</sup>、市川博章<sup>1</sup>、石田祐司<sup>1</sup>、石岡新治<sup>2</sup>、森川夏香<sup>2</sup>、佐藤 翔<sup>2</sup>、白川三桜<sup>2</sup>、川岸 亮<sup>2</sup>、関 栞<sup>2</sup>、横田純一<sup>3</sup>、津田英一<sup>4</sup>、富田泰史<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

<sup>2</sup> 弘前大学医学部附属病院 医療技術部 リハビリテーション部門

<sup>3</sup> 弘前大学大学院保健学研究科 総合リハビリテーション科学領域

<sup>4</sup> 弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座

### 【目的】

洞不全症候群や房室伝導障害に伴う心拍応答不全 (chronotropic incompetence: CI) は、運動耐容能低下や予後不良と関連する。一方で運動耐容能が良好に保たれている場合、ペースメーカ植込み (PMI) の適応は慎重な判断が求められる。今回、CIを認めつつも高い運動耐容能を示し、PMIを回避し得た症例を経験したので報告する。

### 【方法】

症例は74歳男性。一度房室ブロックの既往を有し、安静時心拍数48bpm、血圧130mmHg。主訴は労作時息切れ。自転車エルゴメータによる心肺運動負荷試験 (CPX) を施行し、運動耐容能と制限因子を評価した。

### 【結果】

CPXではAT VO<sub>2</sub> 16.5mL/kg/min、Peak VO<sub>2</sub> 20.2mL/kg/minと高値を示し、終了理由は下肢疲労 (Borg19) であった。最大心拍数は85bpm (予測最大心拍数の58%) とCIを認めたが、血圧応答は良好でVE/VCO<sub>2</sub> slopeも正常範囲であった。症状軽度かつ日常生活に支障がないため、PMIを回避し心臓リハビリと経過観察とした。

### 【考察】

CIは予後不良因子とされるが、Peak VO<sub>2</sub> 14mL/kg/min以上かつ症状軽度例では機能的予後が良好であり、PMI回避は妥当と考えられる。CPXはCI症例における症状制限因子を明確化し、治療方針決定に有用である。

O-4

id022

## 心肺運動負荷試験結果を活用した多職種カンファレンスの取り組み

鈴木 翔<sup>1,2</sup>、坪井好洋<sup>1</sup>、長尾祥光<sup>1</sup>、星野寧人<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 福島第一病院 心臓血管病センター

<sup>2</sup> 産業保健支援サービス siesta

### 【目的】

心肺運動負荷試験 (以下CPX) は運動処方のみならず予後や重症度評価、治療方針決定に有用であるが、解釈には循環器・呼吸器・運動生理学の知識を要し困難を感じる人が多い。そこでCPX結果を多職種で共有し、患者アプローチの質向上を目的にカンファレンスを開始した。

### 【方法】

外来心リハカンファレンスで情報共有を実施。参加者は医師、外来看護師、理学療法士、管理栄養士とした。CPX結果を①予後指標 (peak VO<sub>2</sub>, %peak VO<sub>2</sub>, VE/VCO<sub>2</sub> slope)、②循環動態の把握 (ETCO<sub>2</sub>, ΔHR/ΔWR, VO<sub>2</sub>/HR)、③生活活動負荷設定 (METs) の観点で共有した。

### 【結果】

医師は治療方針決定や重症度判別に活用し、コメディカルへ情報を共有。看護師は重症患者へのアセスメントを強化し心不全手帳を用いながら心不全指導の実施を行なった。理学療法士は運動前のアセスメント及び運動中のモニタリングを徹底。管理栄養士は減塩に加え、減量やフレイル対策を含めた食事指導を実施した。

### 【考察】

CPX解釈は複雑だが、共有テーマを明らかにすることで各職種の役割が明確となり、アセスメントや生活指導の質が向上し再入院予防にも寄与すると考えられる。

O-5

id049

## 当院におけるSTEMI症例のCPXデータと予後の関係について

水上浩行、廣坂 諒、谷川俊了

寿泉堂綜合病院

【目的】ST上昇型心筋梗塞（STEMI）に対する治療はprimary PCIが第一選択であり最も効果的な治療法である。PCI後は2次予防が重要となり、長期予後の確立が不可欠となる。心臓リハビリは予後への効果が期待でき、当院でも積極的に取り組んでいる。そして可能な限り退院前にCPXのデータから運動処方をおこなっている。そこで今回、当院でのSTEMI症例におけるCPXデータと予後について検討した。

【方法】2020年10月から2023年9月までの3年間で、当院でのSTEMIの診断でPCI施行し、退院前にCPXを施行しえた37症例につき検討を行った。

【結果】37症例は男性32症例（86.5%）、平均年齢60.7歳だった。その内、心疾患イベント（心不全、虚血性心疾患、不整脈）を発症した14症例とイベント発症しなかった18症例について比較検討を行ったところ、minimamVD/DT、PeakVO2で有意差を認めた。

【考察】STEMI症例におけるCPXデータで、イベント発生のリスク評価ができる可能性が考えられた。

O-6

id051

## 市民マラソンに復帰し得た、頻脈誘発性心筋症の一症例

金澤正範<sup>1</sup>、高橋清勝<sup>2</sup>、加藤星也<sup>2</sup>、伊藤佑介<sup>2</sup>、高橋弘平<sup>2</sup>、佐藤祐樹<sup>2</sup>、高橋宏幸<sup>2</sup>、工藤 仁<sup>2</sup>、三浦正暢<sup>1</sup>、片平晋太郎<sup>3</sup>、遠藤秀晃<sup>1</sup>、齋藤雅彦<sup>4</sup>、小田克彦<sup>3</sup>、中村明浩<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 岩手県立中央病院 循環器内科

<sup>2</sup> 岩手県立中央病院 リハビリテーション技術科

<sup>3</sup> 岩手県立中央病院 心臓血管外科

<sup>4</sup> 岩手県立中央病院 総合診療科

心疾患患者のスポーツへの復帰には様々な評価、検討を要する。頻脈誘発性心筋症のHFrEFから市民マラソンに復帰した一例を経験したので、文献的な考察とともに報告する。

症例は54歳男性。2020年にうっ血性心不全を呈し救急搬送された。HR 155bpmの心房細動、心エコー図検査ではLVEF 20%程度のHFrEFであった。利尿剤、心拍数管理で心不全の回復は良好で、心臓リハビリを行いながら心不全治療薬を導入した。第15病日に自然に洞調律化し、第17病日にCPXを施行した。peakVO<sub>2</sub> 24.5 mL/min/kg、AT 15.0 mL/min/kgと運動耐容能は良好であった。退院後は仕事の都合上、外来心臓リハビリへの通院は困難であったものの、自宅で運動処方に基づいたエアロバイク運動を継続し、6ヶ月後のCPXではpeakVO<sub>2</sub> 33.7 mL/min/kg、AT 18.0 mL/min/kgとさらなる改善を認め、心機能も正常化した。以前から参加していた市民マラソンへの復帰を希望され、心臓MRIにて心筋傷害がないことを確認し、CPXで運動耐容能が良好に維持されていることを確認し、市民マラソンへの復帰を許可した。COVID-19パンデミックで数年の遅れを生じたが、2024年に市民マラソンに参加、高強度スポーツへの復帰を果たした。

O-7

id003

### 初発心不全患者に対しセルフケア構築して実施した心臓リハビリテーションが奏功した一例

橋本詩汰<sup>1</sup>、只木正和<sup>1</sup>、渡邊貴文<sup>1</sup>、阿部諭史<sup>1</sup>、  
佐藤崇匡<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 南相馬市立総合病院

<sup>2</sup> 福島県立医科大学

#### 【目的】

心不全患者の予後改善には、運動耐容能の向上に加え、セルフケアの確立、運動習慣の定着、再発予防が重要である。本報告では、初発心不全患者に対して心臓リハビリテーション（以下心リハ）と並行してセルフケア教育を実施し、再発予防と良好な経過を得られた一例を報告する。

#### 【方法】

70代男性。初発心不全（LVEF35%、NYHAⅢ度）にて入院。発症初期より多職種で連携し、心臓リハを開始した。併せて、体重・血圧の自己管理、塩分・水分制限、服薬遵守、症状悪化時の対応などを含めた包括的なセルフケア教育を段階的に実施した。

#### 【結果】

退院時には6分間歩行距離が120mから300mに改善し、NYHAもⅢ度からⅡ度へと改善し、自己管理行動が定着を認めた。今後は外来看護師と連携し、継続的なセルフケア支援を行う予定である。

#### 【考察】

本症例では、段階的なセルフケア支援により、患者の理解と行動変容を促進でき、服薬・生活管理へのアドヒアランス向上に寄与した。初発心不全患者における再発予防の観点からも、リハビリと並行したセルフケア併行実施は有効であり、今後は他症例での検討が望まれる。

O-8

id012

### 外来での心臓リハビリテーションにより再入院の抑制に寄与した一症例

工藤壮永<sup>1</sup>、内藤貴之<sup>2</sup>、水尻 毅<sup>2</sup>、櫻田雄大<sup>1</sup>、  
須藤竜生<sup>1</sup>、盛 昭人<sup>1</sup>、濱田拓実<sup>1</sup>、四戸健太<sup>1</sup>、  
渡曾 爽<sup>1</sup>、嶋中虹奈<sup>1</sup>

<sup>1</sup> あおもり協立病院リハビリテーション科

<sup>2</sup> あおもり協立病院循環器内科

#### 【目的】

高齢心不全では多疾患合併を伴いやすく、身体的・社会的・心理的フレイルの予防が重要である。今回入院以外の治療選択肢を希望された高齢心不全患者に対して外来での心臓リハビリテーション（以下、CR）を経験したため、報告する。

#### 【症例】

89歳女性、中等度ASによる心不全増悪（LVEF67%、BNP180.5）。

アテローム血栓性脳梗塞、早期胃がん術後、胸腰椎圧迫骨折の既往あり。

入院治療に消極的で、外来診療の継続となるが、主治医よりCR紹介・介入に至る。

#### 【経過】

外来にて週1回、有酸素的にCR介入実施。

開始時→5か月時点の身体機能変化：BMI 18.5→17.8、握力（右11→8/左8→6）kg、膝伸展筋力体重比（右19→29/左22→32）%、下腿最大周径（右31.0→26.0/左30.0→26.5）cm、6分間歩行（T字杖）90→150m、SPPB4→5点、HADS（A10→4点、D11→2点）、自転車エルゴの連続運動10W3分→14W10分。

#### 【考察】

CR介入前後で病状に著明な悪化なく、下肢筋力向上、歩行距離延長、精神心理面の改善がみられた。多疾患の合併した高齢心不全患者であっても、病態・身体機能を考慮したCRプログラムは、在宅生活の継続や精神心理面軽減の一助になったと考える。



## Hb値, GNRI から構成される複合的評価を用いたMACEの発生予測について

中川達裕<sup>1,2,5</sup>、竹内雅史<sup>3</sup>、安孫子洋<sup>1</sup>、沼田直宏<sup>5</sup>、村上海夕<sup>5</sup>、豊島正子<sup>5</sup>、田中修平<sup>4</sup>、富岡智子<sup>4</sup>、三浦平寛<sup>2,3</sup>、海老原覚<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> 社会医療法人 将道会 総合南東北病院 リハビリテーション部

<sup>2</sup> 東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野

<sup>3</sup> 東北大学病院 リハビリテーション部

<sup>4</sup> みやぎ県南中核病院 循環器内科

<sup>5</sup> みやぎ県南中核病院 リハビリテーション部

【目的】本研究の目的は心不全患者の退院後1年間におけるMACE（主要心血管イベント）発生に関与する因子について検討することである。

【方法】2019年4月～2020年3月までに急性心不全、慢性心不全の急性増悪で入院した234例のうち対象症例を選定後、退院後1年以内のMACE群と非MACEの群間比較により説明変数を抽出後、多重logistic回帰分析を実施した。最後にHb、GNRIを組み合わせ、MACE発生までの日数をアウトカムとするlog-rank検定を実施した。

【結果】解析対象は146例（平均79.4歳）となり、MACE群47/非MACE群99例に群分けされた。群間比較では、年齢、心不全既往の有無、Hb、GNRI、SPPBにおいて有意差を認め（ $p < 0.05$ ）、logistic回帰分析では低Hb、低GNRIは共にオッズが2.3倍と高かった（ $p < 0.05$ ）。Hb値とGNRIを組み合わせた「H-GNRI」を用いたlog-rank検定では高リスク群は低リスク群と比較し、ハザード比が5.80（95%CI 1.76-19.13、 $p < 0.01$ ）となり、MACE発生をリスクに応じ層別化が可能であった。

【考察】MACE発生には貧血と栄養不良を強く反映することが推測され、複合的かつ簡便に評価できる「H-GNRI」は心血管イベントの予後予測において有用な可能性がある。

## 若年心不全患者に対するIMPELLA下心リハと社会的役割再獲得の実践

小林寛崇<sup>1</sup>、渡邊秋江<sup>1</sup>、佐藤崇匡<sup>2</sup>、清水竹史<sup>2</sup>、竹石恭知<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 福島県立医科大学付属病院 リハビリテーションセンター

<sup>2</sup> 福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

拡張型心筋症による重症心不全患者に対し、IMPELLA管理中から心臓リハビリテーション（心リハ）を導入し、身体機能の維持と社会的役割再獲得を支援した1例を報告する。10歳代男性。呼吸困難を主訴に近医を受診し、拡張型心筋症による重症心不全と診断され、当院へ転院し強心剤を開始したが、11病日に循環動態の悪化を認め、IMPELLA5.5を導入した。心リハは2病日より離床・ADL訓練を中心に開始し、IMPELLA管理下でも多職種と連携しながら、自転車エルゴメータを用いた軽負荷の有酸素運動を段階的に実施。35病日の心肺運動負荷試験ではAT 15.0mL/min/kg、48病日IMPELLA抜去後も運動を継続し、61病日の退院時にはAT 16.3mL/min/kgと改善が認められた。競技復帰は困難と判断され、部活動にはマネージャーとしての参加を検討した。本症例ではIMPELLA管理下においても多職種の協力により安全に心リハを実施でき、身体機能の維持と運動耐容能の改善が得られた。さらに、復学を見据えた実用的な動作の導入により、患者自身が自身の身体機能を客観的に理解し、過活動を避ける自己管理能力の向上にもつながった。これにより再入院予防や社会的役割の再獲得にも寄与する可能性が示唆された。



O-11

id021

### 自施設における心臓リハビリテーションの現状と今後の展望

藤橋伸弘、市村祥平、阪本貴之

福島赤十字病院

#### 【目的】

本研究は、当院の心臓リハビリ部門の現状を評価し、解決すべき課題を明確化することを目的とした。

#### 【方法】

2019年10月から2025年8月までに施行された心臓リハビリについて後方視的に検討した。多職種を対象に心臓リハビリに関するアンケート調査を行い、その結果を解析した。

#### 【結果】

入院中に心臓リハビリを行った患者は、延べ1778人であり、入院からリハビリ介入までの平均期間は5.8日であった。対象患者の平均年齢は84.1歳であり、75歳以上の患者は1473人（82.8%）と高齢者が多数を占めていた。外来患者へ移行した患者は36人（2.0%）であった。

#### 【考察】

心臓リハビリの早期介入は、複数の臨床アウトカムの改善と関連することが報告されており、特に入院後2日以内の介入が推奨されている。しかし、本研究で示された当院の現状は、この推奨から大きく乖離していた。対象患者の多くが高齢者であるため入院関連機能障害の発症リスクが高く、心臓リハビリのさらなる早期介入が不可欠である。加えて心不全再入院の予防や長期予後改善を目的として、入院期から外来期へのシームレスな移行を促進し、多職種協働による包括的プログラムを強化することが望まれる。

O-12

id044

### IMPELLA挿入下での術前リハビリテーションにより運動機会を維持することができた症例

新井田瞭<sup>1</sup>、佐久間裕司<sup>1</sup>、星 直人<sup>1</sup>、渡部朱織<sup>1</sup>、長谷川哲也<sup>1</sup>、坂本圭司<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 公益財団法人 星総合病院 リハビリテーション科

<sup>2</sup> 公益財団法人 星総合病院 循環器内科

【目的】 心筋梗塞後に心室中隔穿孔(VSP)、心不全を合併した患者に対して、IMPELLA CP挿入下において手術待機中から理学療法を行う事で心不全の増悪を予防し、運動機会を維持することができた症例を報告する。

【方法】 87歳女性。心筋梗塞によるVSPに対して閉鎖術が予定され、心不全を併発していたためIMPELLA CPを腋窩動脈へ人工血管を介して挿入された。術前より理学療法を開始し、第2病日から歩行練習、第5病日には歩行器で病棟トイレへ歩行誘導(15-50m)を開始し、手術日まで継続した。リハビリ前後でIMPELLAの事故抜去はなく、循環動態は安定していた。

【結果】 トイレ誘導を継続し心不全の増悪なく経過した。IMPELLA CPはP-6からP-5へ変更された。第8病日に心室中隔穿孔閉鎖術を施行となった。

【考察】 本症例は、腋窩動脈からのIMPELLA CP留置により術前からの立位介入が可能となり、トイレ活動や歩行練習を行うことができ、臥床による廃用症候群やせん妄の予防につながった可能性がある。したがって、IMPELLA挿入患者にも術前から早期離床を行うことは、運動機会を維持するために有効な手段となり得ると考える。

O-13

id026

### 心不全ステージDの在宅退院調整

後神利花、菱沼純子、根本愛理、星野寧人

社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院

症例は70歳代の女性。X-14年に前医でファブリー病と診断され、酵素補充療法が開始されたが大きな効果はなく経過していた。X-8年、X-3年には原疾患に起因する脳梗塞を発症され運動性失語、同名半盲あり。その後ADLも低下傾向にあった。X-1年前医より今後の心不全（stageD）治療目的に紹介された。当院でのフォローが開始された後も心不全による入退院を繰り返していた。X年Y月息切れがあり外来を緊急受診、療養環境の調節が必要と判断され翌日にレスパイト目的に入院した。各種心不全薬を継続に加え入院心リハが開始され、家族は以前から主治医から提案されていた在宅医療を希望した。入院後食事量が不安定であったことに加え今後自宅での加療も見据え第23病日にPICCカテーテルが留置された。退院後はデイサービスは使用せず訪問医療、訪問看護利用の方向となったため主治医や訪問医師、施設スタッフ等含め他職種で第26病日に合同カンファレンスを実施し退院調整を行った。第27病日に3度目の脳梗塞を発症され各種薬物療法が施されたが第32病日に死亡された。他職種と退院前カンファレンスを行うことで在宅医療の体制の準備を進めることができた一例を経験したので報告する。

O-14

id027

### 若年低心機能患者に対する高強度レジスタンストレーニングによるリハビリテーション介入報告

菊池美優<sup>1</sup>、小川大輔<sup>1</sup>、上野央幹<sup>1</sup>、高山 翔<sup>1</sup>、森田 匠<sup>1</sup>、下館 諒<sup>1</sup>、佐々木達哉<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 医療法人 友愛会 盛岡友愛病院 リハビリテーション技術部

<sup>2</sup> 医療法人 友愛会 盛岡友愛病院 循環器内科

【目的】低心機能患者における高強度レジスタンストレーニング（以下、高強度RT）を実施した症例の報告は少ない。今回、若年低心機能患者に対し有酸素運動と併用し、バイタル変動に留意しつつ高強度RTでの治療を経験したため報告する。

【方法】50代男性、身長166cm、体重69.8kg、既往歴 2型糖尿病（服薬自己中断歴有）、うっ血性心不全診断で当院入院。2病日よりリハビリテーション治療を開始。76病日で退院。

【結果】2病日検査所見はLVEF 21.9%、NT-proBNP 20681pg/mL。身体機能はSPPB 7点、握力(R/L) 25/21kg、下腿周径(R/L) 37/36.5cm、レッグプレス 30kg、CPX実施困難、最大歩行距離60mであった。高強度で3～5回、5setで治療実施。75病日検査所見はLVEF 42.1%、NT-proBNP 3955pg/mL。身体機能はSPPB 11点、握力(R/L) 25/23.3kg、下腿周径(R/L) 30/30cm、レッグプレス 83.6kg、CPX PeakVO2 9.2ml/kg/min（35%）、6分間歩行340mであった。

【考察】血圧の変動には頻度が影響しているため、今回の高強度RTにおいて症状増悪なく筋力の改善に至ったと考える。

O-15

id037

### 当院の心不全入院患者における予後関連因子の検討

小林隆行、佐久間裕司、坂本圭司

公益財団法人星総合病院

【目的】 当院における心不全入院患者の予後について、背景因子やADLの違いが予後に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】 対象は2014年に心不全加療のために当院入院した患者53例（担癌患者、急性冠症候群、透析を要する腎不全、ペースメーカー適応の徐脈、老衰、肺炎合併、身体計測不可例は除外）。退院後5年後の追跡調査を行い、生存例と死亡例における入院時の背景因子やADL状況などを比較検討した。

【結果】 院内死亡は5例、退院できた患者のうち20例が5年間で死亡していた。入院当時フレイルの正式な評価は行っていなかったが、記録からフレイルに該当する可能性の高い群では5年後の死亡率も有意に高く、入院時より独歩が維持できない群、食事を完食できない群、BMI < 20 kg/m<sup>2</sup> の群ではKaplan-Meier曲線上も死亡率が高い傾向を示した。

【考察】 入院中からADL低下や低栄養、フレイルに関連する因子を有する群では、退院後の中期予後が不良であることが示唆された。当時はフレイル評価を系統的行っていなかったが、記録から推定されるフレイル群では5年間の経過においても予後不良であり、フレイルの早期評価と介入の重要性が示された。

O-16

id042

### 心不全入院患者のBMIおよび体温が院内死亡率に与える影響

佐久間裕司<sup>1</sup>、三瓶秀幸<sup>1</sup>、坂本圭司<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 公益財団法人星総合病院 リハビリテーション科

<sup>2</sup> 公益財団法人星総合病院 循環器内科

目的：心不全入院患者のBMIおよび体温が院内死亡率に与える影響を検討した。方法：2014年に当院へ入院した心不全患者53例（がん、ACS、ペースメーカー適応の不整脈、血液透析、体重測定困難例を除外）を対象とした。院内死亡の有無と入院後の心不全代償期のBMIを測定した。入院時体温および入院1週間後の早朝体温が35.9度以下、36.0～36.9度、37.0度以上の3群に分類し、院内死亡率を調査した。結果：死亡群は5例（男性5名、女性0名、平均年齢76.4 ± 10.3歳）、生存群は48例（男性29名、女性19名、年齢78.5 ± 11.1歳）で、死亡群のBMIは有意に低かった（死亡群：18.7 ± 1.7 kg/m<sup>2</sup>、生存群：22.8 ± 4.4 kg/m<sup>2</sup>、P=0.045）。入院時体温別の死亡率は、35.9度以下群：0%、36.0～36.9度群：8.3%、37.0度以上群：18.2%で、1週間後の早朝体温では20.0%、5.3%、20.0%であった。体温と死亡率の有意差は認めなかった。考察：低BMIは先行研究と同様に心不全入院患者の院内死亡リスクに関連する可能性が示唆された。一方、体温は院内死亡率と明確な関連を示さず、本研究において短期予後予測の指標としては限界があると考えられた。今後は症例数を増やし、体温分類基準や栄養状態・身体機能を含めた包括的評価を再考し検証が必要であると考ええる。

O-17

id043

## 心不全患者の個別性に合わせた多職種連携の取り組み 在宅療養指導を通して継続的に患者を支援する

田島一樹<sup>1</sup>、市村祥平<sup>2</sup>、阪本貴之<sup>2</sup>、渡部研一<sup>2</sup>、大和田尊之<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 日本赤十字社 福島赤十字病院 看護部

<sup>2</sup> 日本赤十字社 福島赤十字病院 循環器内科

【目的】心不全診療において、セルフケアの向上に焦点を当てた心不全管理プログラムが入院や死亡のリスクを低減し、QOLを改善することが示されている。心不全患者の個別性に合わせた療養生活が送れるよう、当院では、診療報酬改定による慢性心不全在宅療養指導料算定を機にして、病棟看護師が多職種と連携した在宅療養指導に取り組んでおり、ここに報告する。【方法】／【結果】多職種でのワーキンググループを重ね、退院前に多職種カンファレンスを実施し、増悪因子の是正と退院時の指導について、情報を共有した。退院後の初回外来受診時に、外来看護師と病棟看護師が連携して、患者家族に在宅療養生活についてインタビューと指導を継続的に実施している。2025年2月より外来予約枠を確保し、週2名から運用を開始した。その後心不全入院患者全例を対象とし、現時点で25件の指導実施件数となっている。【考察】在宅療養指導料算定の記録ツールを活用し、多職種間で情報を共有することで、心不全患者の個別性に合わせた療養指導が実践出来ている。患者家族の満足度を得る機会となっている他、医療者側でも個別性を重視した情報共有ができるといった評価を得られた。

O-18

id053

## 重症心不全患者に対する医療機関から在宅生活初期にわたる作業療法介入の一例

佐藤佑香<sup>1</sup>、笹本雄一朗<sup>2</sup>、本泉宏道<sup>2</sup>、金澤晃子<sup>3</sup>、松本 亮<sup>4</sup>、藤宮 剛<sup>4</sup>、佐藤善之<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院 リハビリテーションセンター 作業療法科

<sup>2</sup> 一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院 リハビリテーションセンター 理学療法科

<sup>3</sup> 一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院 循環器センター 循環器内科

<sup>4</sup> 一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院 循環器センター 心臓血管外科

### 【はじめに】

今回、重症心不全患者に対し、入院中から退院後約2週間にわたり作業療法介入を行った。心不全の増悪なく生活が拡大できたため、考察を交えて以下に報告する。

### 【症例】

60歳代の女性、夫・孫との3人暮らし。家事の中心を担っていた。X-6年前に心不全を発症し、退院後に外来心臓リハを利用して。X日に感染を契機に心不全を発症し入院となった。

### 【経過】

非侵襲的人工呼吸器管理や強心剤等を使用しながら治療が行われたが、一時緩和ケアの方針も話し合われた。強心剤の終了までに時間を要したが、徐々に心不全のコントロールがなされた。症例からは家事への思いや、外来心リハにはピアサポート的な役割も窺えた。家事練習をしながら活動のバランスを調整し、X+3ヶ月後に自宅退院となった。退院後約2週間は在宅患者訪問リハビリテーション指導料にて、在宅での経過を追いながら具体的に調整した。心不全症状の増悪を認めず、外来心リハも再開となった。

### 【考察】

作業療法介入において、入院中から在宅生活直後の期間にわたり、状態に応じて生活のバランスの調整を行った。そのため生活が段階的に拡大でき、心不全の増悪なく生活の拡大に繋がったと考えられる。



O-19

id028

## 保存的治療を受けた急性大動脈解離 Stanford B型患者における入院関連機能障害と臨床転帰の特徴

金子桂汰<sup>1,3</sup>、佐久間裕司<sup>1</sup>、星 直人<sup>1</sup>、渡部朱織<sup>1</sup>、坂本圭司<sup>2</sup>、佐藤聡見<sup>3</sup>、岡崎可奈子<sup>3</sup>、鈴木大輔<sup>3</sup>、物江 俊<sup>3</sup>、笹本雄一郎<sup>3</sup>、森下慎一郎<sup>3</sup>、森下慎一郎<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 公益財団法人星総合病院 リハビリテーション科

<sup>2</sup> 公益財団法人星総合病院 循環器内科

<sup>3</sup> 福島県立医科大学大学院保健科学研究科

【背景】急性大動脈解離Stanford B型（B型AAD）は保存的治療が選択されることがあり、安静臥床に伴う入院関連機能障害（HAD）が生じる可能性がある。本研究は、B型AAD患者におけるHADの有無や臨床的特徴、転帰を明らかにすることを目的とした。

【方法】2023年6月から2025年7月までに当院へ入院し退院したB型AAD患者25例（男性17例、女性8例、平均年齢72.2±11.1歳）を対象とした。入院中にBarthel Indexが5点以上低下した患者をHAD群（4例）、それ以外を対照群（21例）とし、臨床データを比較検討した。

【結果】HAD群と対照群の間で、歩行開始日数および在院日数に有意差は認められなかった。しかし、HAD群は有意に高齢であった（HAD群：中央値84歳、対照群：中央値70歳、 $p=0.025$ ）。また、HAD群は転院となる割合が有意に高かった（HAD群：50%、対照群：0%、 $p=0.020$ ）。

【考察】B型AAD患者においてHADは少数ながら発生し、高齢に関連していた。またHAD発症患者は転院を選択する傾向が示された。入院早期からHADを考慮した介入や転帰先の検討は、HAD残存による在院日数延長の予防と、自宅退院後の予後不良を避けるための適切なフォローアップにつながる可能性が示唆された。

O-20

id034

## 心臓外科術後に長期挿管管理となり、ICU-AWを合併したが復職まで至った症例

太田裕也<sup>1</sup>、高橋麻子<sup>2</sup>、太田和寛<sup>3</sup>、伊藤 修<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 東北医科薬科大学病院 リハビリテーション部

<sup>2</sup> 東北医科薬科大学病院 リハビリテーション科

<sup>3</sup> 東北医科薬科大学病院 心臓血管外科

【はじめに】心臓外科術後に長期挿管管理となり、ICU-AWを合併した症例を経験した。経過の中で、職業復帰まで至ることができたため、その経過を報告する。【症例】50歳代、男性、ADL自立。大動脈弁閉鎖不全症および僧帽弁閉鎖不全症に対し、DVRが行われた。術後、腎不全や右心不全、高サイトカイン血症症候群を合併、術後35日目に人工呼吸器離脱となった。術後42日目ICU退室、術後99日目に自宅退院となった。外来リハビリへ移行後4か月間で終了となった。【介入と結果】術翌日より介入を開始、挿管中は神経筋電気刺激療法を実施。抜管後離床訓練を進めた。ICU退室時MRCスコア38点とICU-AWの状態にあった。ICU退室後は歩行訓練を中心に実施、術後70日目に歩行自立となった。その後は有酸素運動を実施、退院前CPXはAT2.10mets、PeakVO<sub>2</sub> 3.48metsであった。外来では週1回有酸素運動と筋力トレーニングを行い、術後110日目に軽作業から復職となった。術後253日目のCPXはAT3.12mets、Peak VO<sub>2</sub> 5.97metsと改善し、外来終了となった。【結語】ICU-AWは長期的に身体機能障害が残存し、社会生活に影響を及ぼす。本症例はリハビリ介入にて身体機能の改善が図られ、復職へ至ることができた。

O-21

id045

### TAVIと心臓リハビリテーションを通じて 趣味活動を再開し活気ある生活を取り戻 した症例

穂積智巳<sup>1</sup>、佐久間裕司<sup>1</sup>、坂本圭司<sup>2</sup>、國分知樹<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 公益財団法人星総合病院リハビリテーション科

<sup>2</sup> 公益財団法人星総合病院循環器内科

【目的】TAVIは高齢の重症大動脈弁共作症患者に対し低侵襲かつ有効な治療であるが、入院中のリハビリ介入と退院後の活動再開が生活の質(QOL)に与える影響は大きい。TAVI前後の包括的介入により身体機能を維持し、退院後に趣味活動を再開し生きがいを取り戻した経過を報告する。

【方法】90歳代女性。重症大動脈弁狭窄症と診断、転院しTAVIを実施した。術前は当院にて医師の指示のもと身体機能の維持、術前指導を行い、TAVI後は再度当院へ入院、フレイルの予防を意識しつつリスク管理下にてリハを実施、6分間歩行距離、心機能を評価した。

【結果】6MDは術前322m、術後は306m LVEFは73.9%から70.8%と著明な変化なし、BNPは低下、退院後は週に1度プール内ウォーキングより開始、患者は「生きがいを感じられるようになった」と自己評価した。

【考察】TAVIによる器質的改善に加え、術前準備、入院中のフレイル予防、術後リハが余生の生活の質向上に大きく寄与した。高齢患者においてリスク管理、趣味活動の再開を目標とする事で、生きがいの再獲得と活気のある生活を実現する上で重要であることを示唆した。

O-22

id041

### 呼吸器・造血器疾患を併存するTAVI施行 後の高齢重症AS患者への運動療法介入 ～HOT導入に至った難渋症例～

笹本雄一朗<sup>1,2</sup>、小林寛崇<sup>3</sup>、難波 誠<sup>1</sup>、渡邊晨仁<sup>1</sup>、  
本泉宏道<sup>1</sup>、佐藤聡見<sup>2</sup>、森下慎一郎<sup>2</sup>、鈴木大輔<sup>2</sup>、  
物江 俊<sup>2</sup>、金子桂汰<sup>2</sup>、金澤晃子<sup>4</sup>、神山美之<sup>4</sup>、  
八巻尚洋<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 太田西ノ内病院 総合リハビリテーション 理学療法科

<sup>2</sup> 福島県立医科大学大学院 保健科学研究科

<sup>3</sup> 福島県立医科大学附属病院 リハビリテーションセンター

<sup>4</sup> 太田西ノ内病院 循環器内科

#### 【はじめに】

フレイルや多併存疾患を有する高齢の重症AS患者に対し、TAVI適応は拡大している。今回、呼吸器・造血器疾患を併存する高齢重症AS患者のTAVI術後の運動療法(運動負荷量など)に難渋した。HOT導入にて自宅退院となった症例への運動介入について報告する。

#### 【症例】

80歳代の男性、BMI:19.8kg/m<sup>2</sup>、HFpEF。既往に右肺下葉切除術後、本態性血小板血症を有し、Hb 6～7g/dL台の高度貧血を認めた。労作時の息切れが増強し、貧血と重症ASが主因と考えられ、TAVI施行に至った。

#### 【経過】

TAVI術後に右無気肺を併発したが、離床を含む排痰介入にて改善に向かった。術後10日目に当院へ転院となり、リハビリを継続した。術後長期のベッド臥床や貧血などによる運動耐容能低下や易疲労性を認め、低負荷から漸増的に運動を導入した。歩数計を用いた活動量の可視化やSpO<sub>2</sub>値変動のモニタリング、呼吸指導、呼吸筋・全身筋力強化練習を組み合わせ、HOT導入に向けたADL動作獲得へ繋げた。握力:18.1→22.5kg(転院時→退院時(術後38日))、歩行速度:0.5→0.7m/s。

#### 【まとめ】

呼吸器疾患、造血障害を併存する複合症例では周術期から在宅生活までの段階的かつ包括的な運動介入が重要である。

O-23

id050

### 再僧帽弁置換術後に入院期から外来期まで継続した心臓リハビリテーションにより社会復帰した一症例

千葉一幸<sup>1,2</sup>、高橋麻子<sup>2</sup>、伊藤 修<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 東北医科薬科大学病院リハビリテーション部

<sup>2</sup> 東北医科薬科大学病院リハビリテーション科

#### 【緒言】

心臓外科手術後は手術侵襲や安静により筋力や運動耐容能が低下する。再手術例では回復遅延が懸念され、退院後の心臓リハビリテーション（心リハ）が重要である。本症例は再僧帽弁置換術（MVR）後に外来心リハを継続し日常生活に復帰した一例を報告する。

#### 【症例】

60歳代女性。8年前にMVRを施行したが逆流が再増悪し、今回再MVRが施行された。術後翌日より心リハを開始し、低強度から運動療法を導入した。約1か月の入院で歩行自立に至ったが、活動性の改善は十分ではなかった。退院後も課題が残存し、心リハ算定期間上限まで週1回外来通院を継続した。心肺運動負荷試験による運動耐容能の結果は横ばいであったが、握力やSPPBは改善し、筋力およびバランス機能の向上を認めた。結果として日常生活や屋外活動が安定して行えた。

#### 【考察・結語】

再手術後は運動耐容能の改善が得られにくく、標準的な介入期間では十分な成果に至らないことがある。本症例では心リハを算定期間上限まで継続したことで、筋力やバランス機能が改善し日常生活復帰につながった。再手術例においては、運動耐容能だけでなく日常生活に直結する身体機能を目指した長期的心リハの意義が示唆された。

O-24

id052

### 通院・内服を自己中断した心不全患者に対し、包括的指導や心臓リハビリテーションによって行動変容した一例

相田直紀<sup>1</sup>、星野寧人<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 福島第一病院 リハビリテーション技術科

<sup>2</sup> 福島第一病院 循環器内科

【目的】急性大動脈解離や心不全患者においては、服薬や通院の自己中断、生活習慣改善への抵抗が再発の要因となる。今回、入院中から多職種で介入し、行動変容を得られた症例を経験したので報告する。

【症例】50代男性。急性大動脈解離スタンフォードB型、心不全にて入院。3年前に心不全で他院へ入院歴があるが、その後の通院を自己中断していた。喫煙歴を有し、薬物療法や禁煙に抵抗を示していた。

【経過】入院中より医師・看護師・理学療法士が連携し、服薬の必要性や喫煙による再発リスクを繰り返し説明した。患者の理解度や心理的抵抗感に配慮し、段階的に教育を行った。その結果、当初は否定的であった服薬や禁煙に対して前向きな姿勢がみられるようになった。退院時には自己管理に対する意欲が高まり、外来心臓リハビリテーションの継続参加が可能となった。

【考察】本症例では、入院中からの多職種による継続的かつ個別性を重視した指導が、服薬継続や禁煙への動機づけにつながった。心臓リハビリテーションは身体機能改善のみならず、入院期からの行動変容支援として有効であることが示唆された。

O-25

id006

## 縄跳びのすすめー縄跳びによる高強度インターバルトレーニング(HIIT)を週3回8週間実施前後の血圧の変化

三瓶秀幸<sup>1</sup>、坂本圭司<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 公益財団法人 星総合病院 リハビリテーション科

<sup>2</sup> 公益財団法人 星総合病院 循環器内科

【目的】 Murase らの報告(2023年)でジョギング程度の頭部へ刺激で高血圧が改善することを報告した。そこで縄跳びでのジャンプ動作による高強度インターバルトレーニング(HIIT)が血圧の低下をもたらすか検討する。【方法】 CPXによるAT、RCポイント、peakVO2に加え、60秒間に100回のペースでの連続ジャンプ動作と10秒間ジャンプ動作後に10秒間足踏みを繰り返す動作の酸素摂取量も測定した。この結果から連続ジャンプ動作が高強度、10秒間ジャンプの後に10秒間足踏み動作を繰り返す動作が中強度程度であることを確認した。よって高強度3分4セット、中強度3分3セットのHIITとして運動を設定した。成人男性6名を対象とし運動群とした。週3回8週間HIIT完遂前後の血圧を測定した。control群6名(男性5名女性1名)として8週間前後で血圧を測定した。【結果】 運動群におけるHIIT開始前の平均血圧の平均値は85.8mmHg、8週間HIIT完遂後は82.3mmHg、control群の開始時81.1mmHg、8週間後は83.4mmHgであった。統計学的に有意な差はなかった。【考察】 本研究では平均血圧が運動群対象者6名中6名ともHIIT完遂後の値のほうが低値を示し縄跳びのジャンプ動作による頭部刺激による作用の可能性が考えられた。

O-26

id010

## 地域での心臓リハビリテーション活動からみえてきたもの

佐藤志保<sup>1</sup>、星 勇喜<sup>2</sup>、本名拓也<sup>2</sup>、渡部身江子<sup>3</sup>、川島 大<sup>4</sup>、岡野龍威<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 心臓リハビリテーション室

<sup>2</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 臨床検査科生理機能検査室

<sup>3</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 栄養科

<sup>4</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 心臓血管外科

### 目的

心臓リハビリテーション(以下心リハ)通院困難者や住民の一次予防のため地域での心リハとして運動や栄養指導を実施している。1年間の効果と課題について検討する。

### 方法

2024年1月から2025年4月までに初回と12か月後に身長、体重、BMI、握力、4m歩行時間、上肢筋厚、CAVI(足首心臓血管指数)を測定できた79名を対象とし測定結果はt検定を用いて検証した。

### 結果

対象は男性10名、女性69名、平均年齢は73.4歳であり、体重、BMI、上肢筋厚に有意な改善を認めた( $p < 0.001$ )。初回時BMI  $> 25$ の方の変化として60歳代は低下100%、70歳代は低下61.5%、上昇30.8%、維持7.7%、80代では低下100%であった。有意差は認めなかったがCAVIの年代別比較では基準値超えの割合が60歳代では低下し70歳代、80歳代では増加した。それ以外の項目では変化は見られず日本人の平均値を維持できていた。

### 考察

地域での心リハ活動により減量効果と筋肉量増加を認め、心血管疾患や生活習慣病の予防に寄与すると考える。また60歳代では70歳代、80歳代に比べBMIやCAVIに変化がみられ60歳代からの予防が効果的であると思われる若い世代の運動継続や活動への参加が課題である。



O-27

id014

## 中等度負荷で改善困難であった運動耐容能がHIITにより著明に改善した陳旧性心筋梗塞の一例

菅野友樹、阿竹里花、日野沙耶、片平真理、  
杵澤大輔

上杉くつざわハートクリニック

【目的】従来の中等度負荷（MICT）ではATの改善を認めなかったが、高強度インターバルトレーニング（HIIT）により著明な改善を認めた陳旧性心筋梗塞患者を報告する。

【方法】50歳台前半男性、陳旧性心筋梗塞（#2、EF35%）。外来心臓リハビリテーションでHIITを導入し、心肺運動負荷試験でAT、peak VO<sub>2</sub>を評価。

【結果】初回AT：10.4ml/min/kg（健常者比64%）、peak VO<sub>2</sub>：16.8ml/min/kg（64%）。MICTを3ヶ月継続後、AT：9.7ml/min/kg（60%）、peak VO<sub>2</sub>：21.2ml/min/kg（81%）とAT改善なし。HIIT導入後（低強度60-65%・高強度90-95% peak HR各3分×4set）、5ヶ月後AT：13.2ml/min/kg（82%）、peak VO<sub>2</sub>：23.1ml/min/kg（88%）と著明改善。

【考察】MICTでAT改善を認めなかったが、HIITで著明な改善を得た。近年、MICT（60-70% peak HR）は多くの心不全患者には不十分とされ、本症例も該当すると考えられた。HIITは心拍出量増加と末梢酸素利用能向上を促進し、peak VO<sub>2</sub>を平均3.1ml/min/kg改善すると報告されている。本症例でのAT改善（+3.5ml/min/kg）はこれと一致。適切な強度管理下でのHIITは低心機能患者の運動耐容能改善に有効であり、個別化処方的重要性が示唆された。

O-28

id018

## 療養行動継続の意識付けを図った維持期心臓リハビリテーション会の実践報告

鈴木聡子<sup>1</sup>、佐藤 健<sup>2</sup>、横山美雪<sup>3</sup>、上北洋徳<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 米沢市立病院 看護部

<sup>2</sup> 米沢市立病院 リハビリテーション科

<sup>3</sup> 米沢市立病院 循環器内科

【背景と目的】当院では、入院中から退院後の心臓リハビリテーション（心リハ）外来の療養指導に病棟看護師含め多職種関わっているが、終了後の関わりはなかった。今回、維持期心リハ会の開催により、心リハ外来終了後も療養行動継続の意識付けが図られるかを検討する。

【方法】維持期心リハ会は、健康観察後、ラジオ体操、心疾患に関するクイズ大会、自宅の味噌汁の塩分測定と座談会を多職種で運営した。参加者は心リハ外来利用患者8名で、会直後と1か月後に療養行動に関するアンケートを実施した。

【結果】会直後のアンケート（回答率100%）では、今後の目標として「モチベーションを保ちたい」「ウォーキングを毎日続けたい」と回答があった。1か月後（回答率75%）では「同じ病気の方々と話せてよかった」「減塩を意識している」「運動する時間や頻度が増えた」と療養行動の継続や行動変容が見られる前向きな回答があった。

【考察】維持期心リハ会の開催は、今回の参加者にとって、目標を持ち療養行動継続の意識付けができる方法として有効であった。今後は運営人員の確保やシステムの構築、心リハ外来に通院できない高齢患者への維持期心リハ会の提供が課題である。

O-29

id046

## 当院外来心臓リハビリテーションへの参加率と関連因子の検討

菅原康平<sup>1</sup>、五十嵐淳平<sup>1</sup>、三浦一真<sup>1</sup>、平野源太<sup>1</sup>、高橋友麻<sup>1</sup>、伊藤菜々花<sup>1</sup>、関矢竜生<sup>1</sup>、鈴木 聡<sup>2</sup>、川島 大<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 リハビリテーション部

<sup>2</sup> 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 循環器内科

<sup>3</sup> 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 心臓血管外科

【目的】心臓リハビリテーション(心リハ)は再入院予防や生命予後改善に有効であるが、外来心リハの参加率は依然として低い。本研究は当院における外来心リハ参加の現状と関連因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】2024年4月～2025年3月に当院入院中に心リハを施行した心疾患患者284例を対象に後方視的に調査した。対象を外来心リハ参加群と非参加群に分類し、比較検討した。

【結果】対象は参加群97例(34.2%)、非参加群187例であった。年齢中央値は参加群69歳(61.0-75.0)、非参加群77歳(70.5-83.0)であり、参加群が有意に若年であった( $p<0.05$ )。在院日数中央値は参加群13日(10.0-19.0)、非参加群11日(8.0-14.0)であり、参加群で有意に長かった( $p<0.05$ )。診療科別では心臓血管外科104例中70例(67.3%)が参加し、循環器内科では180例中27例(15.0%)にとどまり、有意差を認めた( $p<0.05$ )。地域別では市内居住例の参加率が高く、遠方の南会津郡では低率であった。

【考察】当院における外来心リハ参加率は34.2%であった。特に高齢者、循環器内科患者、南会津郡居住例で参加率が低かった。年齢や居住地域などの社会的背景に加え、診療科特性が影響していることが考えられた。

O-30

id054

## COPD合併の重症心不全患者に対する長期人工呼吸器管理中の理学療法介入例～吸気筋力、身体機能に着目して～

熊倉貴大<sup>1</sup>、笹本雄一郎<sup>1</sup>、半澤翔吾<sup>2</sup>、安藤卓也<sup>3</sup>、金澤晃子<sup>3</sup>、八巻尚洋<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 太田西の内病院 総合リハビリテーションセンター 理学療法科

<sup>2</sup> 太田西の内病院 総合リハビリテーションセンター 作業療法科

<sup>3</sup> 太田西の内病院 循環器内科

### 【背景】

心不全患者において、呼吸筋力、身体機能低下は生命予後の規定因子である。今回、吸気筋力低下を要因とする長期人工呼吸器管理症例に対し、離床やプレトレーニングを導入し、人工呼吸器離脱および自宅退院に至った症例を経験したため報告する。

### 【症例】

80歳代女性、BMI: 18.5kg/m<sup>2</sup>、既往歴にCOPD、肺高血圧症、狭心症、中等度ASを有する重症心不全患者(HFpEF)である。X日に入院となり、X+1日に呼吸状態悪化にて経口気管挿管、人工呼吸器管理となった。リハビリはX+3日より開始となり、抜管困難のためX+17日に気管切開となった。

### 【経過】

人工呼吸器管理中は離床(端座位～立位)、プレトレーニング、足踏みを進めた。人工呼吸器管理中の最大吸気圧(NIF)はX+19日:-17cmH<sub>2</sub>O→X+73日:-33cmH<sub>2</sub>Oであった。また、MRC scoreは58/60点と経過での変化は認めず、握力(max)はX+19日:13.5kg→X+73日:14.0kgであった。X+76日には終日人工呼吸器離脱となり、X+136日には在宅酸素療法を導入し自宅退院となった。

### 【考察】

長期人工呼吸器管理症例に対する理学療法は、吸気筋力や骨格筋力などの身体機能維持に寄与し、人工呼吸器離脱や自宅退院への一助になると考えられる。

O-31

id016

## 当院における入院時のAWGCにて検出された心臓悪液質が1年以内の死亡率に及ぼす影響の検証

鈴木大輔<sup>1,2</sup>、佐藤聡見<sup>2,3</sup>、笹本雄一朗<sup>4</sup>、  
物江 俊<sup>2,5</sup>、金子桂汰<sup>2,6</sup>、森下慎一郎<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> 一般財団法人 脳神経疾患研究所附属総合南東北病院

<sup>2</sup> 福島県立医科大学大学院保健科学研究科

<sup>3</sup> 福島県立医科大学 保健科学部 理学療法学科

<sup>4</sup> 一般財団法人 太田総合病院附属太田西ノ内病院

<sup>5</sup> 若松あおいクリニック

<sup>6</sup> 公益財団法人 星総合病院

【目的】 アジア・カヘキシア・ワーキンググループ (AWGC) より、悪液質の新しい診断基準が作成された。本研究はAWGCで診断された心臓悪液質の有病率、1年以内の死亡率を検証した。

【対象と方法】 2021年8月から2022年3月までに当院循環器内科に入院された65歳以上の心不全患者78名を対象とし、退院1年後に郵送にて実態調査を行った。AWGCに従い、BMI:21未満または体重減少を必須項目とし、食欲不振、握力低下、C反応性タンパク質 (CRP) レベルの上昇のいずれかを満たす場合とした。食欲不振に関しては、SGA項目の消化器症状より聴取した。統計学的解析は1年以内の死亡までの日数をエンドポイントとし、カプランマイヤー曲線を用いてログランク検定にて検証した。

【結果】 対象者78名の年齢中央値は85歳、男性56.3%であった。入院時心臓悪液質の有病率は33.3%であった。死亡率は1年間で23名 (29.5%) であった。ログランク検定により入院時にAWGCにて検出された心臓悪液質群は非心臓悪液質群と比較し、有意な差を認めた。

【結論】 AWGCにて診断された入院時の心臓悪液質患者は、1年以内の死亡に関与する可能性があることが示唆された。

O-32

id023

## GLIM基準中等度低栄養の心不全患者に対し自宅退院に向けて多職種で関わった一症例

小林朋子<sup>1</sup>、藤橋敬英<sup>2</sup>、田中光昭<sup>2</sup>、竹澤 実<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 独立行政法人労働者健康安全機構 東北労災病院 栄養管理室

<sup>2</sup> 独立行政法人労働者健康安全機構 東北労災病院 循環器内科

<sup>3</sup> 独立行政法人労働者健康安全機構 東北労災病院 中央リハビリテーション部

【はじめに】 令和6年度診療報酬改定により低栄養診断基準としてGLIM基準が導入された。高齢心不全患者はフレイルやサルコペニアのリスクが高く、病態や身体活動に応じた栄養管理が求められる。【症例提示と経過】 重急性心筋梗塞で入院した70代男性。心不全、上部消化管出血、肺炎を併発し、低BMIを認めたためGLIM基準により中等度低栄養と診断された。絶食管理後、易消化食から食事を開始。ベッド上安静を経て入院6日目からリハビリを開始。入院前ADLは自立していたが、立位訓練時には介助を要するほど顕著な筋力低下を認めていた。摂取量が安定した後に減塩食を再開、冠動脈造影で有意狭窄を認めPCIを施行。心臓リハビリによる身体活動量増加に合わせて栄養摂取量を調整し、身体機能は階段昇降可能なレベルまで改善。多職種による心不全療養を行い、入院49日目に自宅退院となる。【考察】 GLIM基準によって抽出された低栄養患者に多職種で関わることで栄養状態ならびに身体活動の改善に寄与することができた。心不全患者では浮腫などの体液量増加に伴い体重や筋肉量の適正評価ができない場合があるため、多角的な栄養評価が必要である。

O-33

id031

## 若年の急性心筋梗塞患者の社会復帰に向けた関わり ～心臓リハビリ専従看護師として～

相原健志<sup>1</sup>、佐藤寧々<sup>1</sup>、越川夏希<sup>1</sup>、秋山詞音<sup>1</sup>、  
大倉和貴<sup>2</sup>、高橋裕介<sup>2</sup>、加藤 宗<sup>3</sup>、渡邊博之<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 看護部

<sup>2</sup> 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部

<sup>3</sup> 秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

【はじめに】心臓リハビリテーション(心リハ)は運動療法だけではなく、患者への教育、栄養指導、生活指導などを含めた患者支援をしていく必要がある。今回、心リハを施行し、社会復帰した若年の急性心筋梗塞(AMI)患者を経験したので報告する。【症例】30代男性。自衛官。高血圧症、脂質異常症あり。1日20本以上の喫煙歴あり。趣味でフットサルをしている。妻子がいるが単身赴任中であつた。【経過】AMIを発症し、同日入院して経皮的冠動脈形成術を施行された。第4病日から心リハを開始した。CPXを施行し、第15病日に独歩で退院した。居住地が遠方であつたが、患者本人の強い希望があり月1回の外来心リハを行った。心不全手帳の説明内容を守ることができており、血圧、体重のセルフモニタリングもできていた。禁煙も継続できていた。InBodyを用いて毎回、体成分の分析を施行し、体脂肪率や筋肉量を確認した。スマートウォッチでATHRを目安に活動できており、趣味のフットサルを再開した。運動耐容能も向上し、心不全の増悪なく経過している。【まとめ】心リハを通じて、職場復帰と趣味を再開することができた。

O-34

id035

## 心臓病患者における除雪方法に関する教育内容を考える ～実態調査と除雪方法の検証から～

齋藤百合<sup>1,2</sup>、佐藤 瞳<sup>7</sup>、齋藤美保<sup>1</sup>、石黒貴子<sup>3</sup>、  
鈴木 彩<sup>4</sup>、青柳暁美<sup>5</sup>、疋田妙子<sup>6</sup>、鍛冶優子<sup>2</sup>、  
熊谷洋子<sup>8</sup>

<sup>1</sup> 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

<sup>2</sup> JA 秋田厚生連平鹿総合病院

<sup>3</sup> 地方独立行政法人市立秋田総合病院

<sup>4</sup> 弘前大学医学部附属病院

<sup>5</sup> 福島県立医科大学附属病院

<sup>6</sup> JA 秋田厚生連北秋田市民病院

<sup>7</sup> 社会福祉法人 明和会 中通りハビリテーション病院

<sup>8</sup> JA 秋田厚生連秋田厚生医療センター

【背景】北東北3県と山形県は県の全土が豪雪地帯で、除雪は生活を営むための日常生活活動である。心臓病患者の除雪教育についてガイドラインなどに記載はないが、雪国の心リハ看護師は、「除雪は患者自身で行わず代行依頼」をすすめている。それが不可能な場合は「軽いシャベル」「小さいスノーダンプで」などの患者教育を行っていた。

【目的】心臓病患者の除雪に関する教育内容の是非を明らかにし、根拠に基づいた教育実施を目的とする。

【方法】本研究は東北地方の心リハ看護師による共同研究である。【心臓病患者における除雪についての実態調査】と、【健常者による除雪方法の検証】の2つから、「除雪作業の現状把握」と、「防寒着」「除雪器具(スノーダンプ、シャベル)のサイズ・重量」「除雪速度」負荷を血圧・VO2・Mets他から評価した。

【結果】実態調査からは、心臓病患者の除雪の背景が明らかになった。検証研究からは、スノーダンプのサイズダウンスノードンプ重量の軽量化のみでは、除雪負荷の軽減につながらず、その背景として投雪速度や投雪回数の影響が明らかになった。



O-35

id038

## 継続的なセルフモニタリング指導が高齢慢性心不全患者の再入院予防に有用となった症例

本多りり香<sup>1</sup>、茂木崇宏<sup>1</sup>、宍戸哲郎<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 リハビリテーション部

<sup>2</sup> 社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 循環器内科

【目的】 外来心臓リハビリテーション(以下、リハ)やデイサービスでの運動に加え、セルフモニタリングの習慣化により再入院を予防できた症例について報告する。

【方法】 症例は80歳代後半男性、2回の再入院歴がある慢性心不全患者。既往は高血圧、高脂血症、糖尿病、慢性心房細動。入院時所見BNP 380.1 pg/ml、EF 55.3%、NYHA分類Ⅲ度。入院後4病日よりリハを開始し31病日に自宅退院、入院前から利用している週2回のデイサービスを継続し今回の退院後から月1回の外来リハを開始。体重、血圧、下腿浮腫等の症状を毎日に記録したものを服薬、栄養管理と共に外来時に確認。記録の習慣化に向け継続的なフィードバックを行った。

【結果】 本人へのモニタリング指導を入院中から外来へ移行後も継続に行ったことで、生活管理の必要性の理解が定着した。加えて体重や血圧の変動を自ら把握し、塩分摂取量を意識した食事管理も可能となった。

【考察】 本症例では、外来リハとセルフモニタリングの継続的な指導が、患者自身による早期の体調変化の把握と服薬、栄養管理の意識改善および行動変容に寄与した。その結果、再入院やイベントが発生せず生活の質を維持することができた。

O-36

id039

## 当院心不全入院患者における多職種カンファレンスの取り組み

齋藤佑香<sup>1</sup>、武藤裕子<sup>1</sup>、朝岡蒼津彦<sup>1</sup>、渡部身江子<sup>1</sup>、遠藤美織<sup>1</sup>、平野源太<sup>2</sup>、三浦一真<sup>2</sup>、五十嵐淳平<sup>2</sup>、佐瀬春世<sup>3</sup>、及川 愛<sup>3</sup>、鈴木 聡<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 栄養科

<sup>2</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 リハビリテーション科

<sup>3</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 看護部

<sup>4</sup> 一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 循環器内科

【目的と方法】 心不全患者は高齢者が多く、低栄養や心臓悪液質を合併する例も少なくない。当院では2020年4月から多職種による心不全カンファレンスを、2022年11月から管理栄養士を中心とした栄養サポートチーム(NST)を導入し、多職種による評価と介入を行ってきた。今回は心不全患者に対する栄養評価や栄養管理方針等について解析・検討しその取り組みを報告する。

【結果】 これまでに心不全カンファレンスは約200名を対象とし、NSTカンファレンスは224件実施した。当施設での調査では心不全入院患者の43%が低栄養と悪液質を合併しており、カンファレンスにより栄養状態や身体機能、社会背景を多角的に評価することは非常に重要であると考えられた。特にNSTカンファレンスでは摂取栄養量やリハビリでの活動量、ADL等を多職種で共有し、退院後を見据えた支援の方針を検討する機会となった。【考察】 急性期病院においては短期間での栄養状態改善には限界があるが、多職種カンファレンスは情報共有を促進し、入院中から退院後までを見据えた支援を検討できる場となった。今後は外来栄養指導や外来リハビリテーションと連携し、地域全体での継続的支援体制の構築が課題である。

O-37

id004

### 心不全入院を契機に不規則睡眠・覚醒リズム障害が顕性化し、治療に難渋したアルツハイマー型認知症の1例

海老原八重、小坂俊光、小野 剛

市立大森病院

【目的・方法】不規則睡眠・覚醒リズム障害（ISWRD）は明確な睡眠・覚醒の概日リズムの欠如を特徴とする睡眠障害である。慢性あるいは反復性の睡眠覚醒パターンは時間的な規則性を失い、24時間周期を通じて著しく変動するため患者からは不眠や過度の眠気を報告することになる。神経変性疾患や一部の小児発達障害に併存することが多いがアルツハイマー型認知症に合併する症例ではより高度な睡眠分断と概日リズムの振幅低下を呈するとされる。特に身体機能が保持されている場合には夜間の徘徊や危険行動などに起因して介護者の負担が増大するケースが散見されている。

今回は心不全入院を契機にせん妄を発症し、ISWRDが顕在化した症例に対して心臓リハビリテーション・薬物療法・光暴露などの環境調整を行いながら治療を行った心不全の症例についてこれまでの文献をもとに考察した。

【結果・考察】アルツハイマー型認知症に合併した不規則睡眠・覚醒リズム障害により服薬コンプライアンスの悪化やリハビリテーション介入が困難な症例を経験した。心不全の治療の基盤として睡眠障害に対する早期介入が重要であり、介護者との情報共有や多職種との連携が重要であると考えた。

O-38

id024

### 腎臓リハビリテーションに関する当院での取り組みについて

坪井良洋、村田聖弥、小野翔太、松本真理子、浅野有沙、高橋佑輔、鈴木 翔、長尾光祥、星野寧人

社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院

【目的】人工透析患者は運動耐容能が低下する。それによる日常生活動作能力の低下を予防する目的で、当院では腎臓リハビリテーション（以下腎リハ）に取り組んでいるが、腎リハスタッフには身体面・心理面で少なからず負担となっている。そこで腎リハの効果・安全性を担保しつつスタッフの負担を軽減するため、心肺運動負荷試験（以下CPX）やカンファレンスを行い、スタッフの意識の変化を調査した。

【方法】腎リハ希望者に対してCPXとカンファレンスを実施。腎リハ担当スタッフ5名（看護師2名、臨床工学技師3名）に対して、取り組み前後での腎リハに対する不安やその内容についてのアンケート調査を実施した。

【結果】取り組み前にあった不安が取り組み後は解消されたと全員が回答した。腎リハの方法や運動強度に対しての不安が聞かれていたが、取り組み後は特に強度に関して不安が解消された。

【考察】CPXにて強度を明確にしたこと、カンファレンスでの運動強度や方法の定期的な見直しを行ったことによってスタッフの不安の解消に繋がったと考えられる。今後の課題としては、CPXへの理解を深めることやカンファレンスの内容を吟味していくことが考えられる。

O-39

id025

## 回復期リハビリテーション病棟における 心血管疾患患者の栄養状態の変化と退院 後の課題

阿部紀葉<sup>1</sup>、金子亮太郎<sup>1</sup>、菅野美香<sup>1</sup>、鈴木勝也<sup>1</sup>、  
工藤つばみ<sup>1</sup>、小西章敦<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 医療法人松田会松田病院リハビリテーション部

<sup>2</sup> 医療法人松田会松田病院循環器科

### 目的

回復期リハビリテーション（回リハ）病棟の患者の栄養状態は経時的に改善したとの報告があるが、心血管疾患患者に言及した報告は少ない。そこで今回我々は、回リハ病棟の心血管疾患患者における栄養状態の変化を調査し、年齢による影響も検討したので報告する。

### 方法

心血管疾患患者35名（男性22名、女性13名、平均年齢 $80.5 \pm 9.0$ 歳）を対象に、入院時と退院時のMNA-SF、CONUT、GNRI、FIM運動項目を評価した。また、対象を80歳未満と80歳以上に分け、比較検討を行った。

### 結果

入院時のMNA-SFとCONUTに相関は認めなかった（ $r=0.34$ ）。MNA-SFの移動能力と精神的問題の項目、FIM運動項目は改善を認めた（ $P<0.01$ ）。CONUTとGNRIでは、80歳未満で有意な改善が得られた（ $P<0.05$ ）。

### 考察

MNA-SFの移動能力と精神的問題の項目、FIM運動項目が改善されたことで、包括的心臓リハビリテーションの効果が示された。栄養状態については、80歳未満では改善が得られたものの、80歳以上では維持に留まり、入院期間内での改善が見られなかった。以上のことから、80歳以上の高齢心血管疾患患者に対する入院中の栄養療法強化の必要性、及び退院後の継続的な栄養管理の重要性が示唆された。

O-40

id032

## 血液透析患者における心血管疾患の合併 と身体活動量の関係 ～単施設での後ろ向き観察研究～

物江 俊<sup>1,2</sup>、鈴木浩一<sup>1</sup>、金川真由美<sup>1</sup>、星 大祐<sup>1</sup>、  
佐藤聡見<sup>2</sup>、岡崎可奈子<sup>2</sup>、笹本雄一朗<sup>2</sup>、鈴木大輔<sup>2</sup>、  
金子桂汰<sup>2</sup>、森下慎一郎<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 若松あおいクリニック

<sup>2</sup> 福島県立医科大学大学院保健科学研究科

【目的】血液透析（以下、HD）患者は身体活動量が低下しやすい。また心血管疾患（以下、CVD）患者も身体活動量が低下しやすい。HD患者がCVDを合併した場合、身体活動量が顕著に低下している可能性がある。本研究の目的は、HD患者におけるCVDの合併と身体活動量の関係を調査することである。

【方法】2025年8月までにRep-netStudyに登録した32例を対象とした。診療録より患者背景、血液所見、身体活動量、身体機能、栄養・心理指標を収集した。CVDは虚血性心疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患と定義した。Mini-Cogが3点未満の者を除外し、CVDの有無で群間比較を実施した。さらに従属変数を身体活動量、説明変数をCVDの有無、共変量を年齢・性別とする重回帰分析を実施した。

【結果】解析対象は29例で、CVD合併群は16例。合併群は身体活動量が有意に低く（ $438\text{MET} \cdot \text{分}/\text{週}$  vs  $1440\text{MET} \cdot \text{分}/\text{週}$ ）、透析歴が長かった（ $110.5$ か月 vs  $26$ か月）。重回帰分析では、年齢・性別で調整後もCVDの有無は独立して身体活動量に関連していた。

【結論】CVDを合併するHD患者は身体活動量が低く、その関連は年齢と性別で調整後も認められた。今後は因果関係や透析日・非透析日での検証が必要である。

O-41

id040

## 超高齢心不全患者における体組成と退院時身体機能の関連

星 直人<sup>1</sup>、渡部朱織<sup>1</sup>、金子桂汰<sup>1</sup>、佐久間裕司<sup>1</sup>、三瓶秀幸<sup>1</sup>、坂本圭司<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 公益財団法人 星総合病院 リハビリテーション科

<sup>2</sup> 公益財団法人 星総合病院 循環器内科

### 【目的】

90歳以上の超高齢心不全患者における体組成評価と、身体機能の関連を検討した報告は少ない。本研究は、超高齢心不全患者において、入院初期および退院時の体組成と退院時身体機能との関連を検討することを目的とした。

### 【方法】

対象は、2025年1月から7月に当院で入院加療された90歳以上の心不全患者53名のうち、入院3日以内と退院3日以内の体組成測定が可能であった17名(年齢92.8歳±2.1、女性13名)とした。体組成測定はInBody S10(InBody社)を使用した。退院時のShort Physical Performance Battery(以下、SPPB)結果から高パフォーマンス群(≥10点)と低パフォーマンス群(<10点)の2群に分け、入院時および退院時の体組成測定結果を比較した。

### 【結果】

退院時SPPBが高パフォーマンス群において、入院初期のPhase Angle(位相角)( $p<0.05$ )が有意に高値で、退院時細胞外水分比(ECW/TBW)( $p<0.05$ )が有意に低値であった。

### 【考察】

入院初期の細胞膜機能や退院時の体液貯留が身体機能を推定する可能性が示唆された。入院時の体組成評価は、90歳以上の心不全患者においても退院時身体機能を推察する上で有用である可能性を示した。

O-42

id047

## shaggy aortaを既往に持ち腹部大動脈瘤術後にMNMSを発症した一症例 ～多職種介入の実践～

渡邊晨仁<sup>1</sup>、笹本雄一朗<sup>1</sup>、本泉宏道<sup>1</sup>、難波 誠<sup>1</sup>、佐藤佑香<sup>2</sup>、佐藤善之<sup>3</sup>、金澤晃子<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 太田西ノ内病院 総合リハビリテーションセンター 理学療法科

<sup>2</sup> 太田西ノ内病院 総合リハビリテーションセンター 作業療法科

<sup>3</sup> 太田西ノ内病院 循環器センター 心臓血管外科

<sup>4</sup> 太田西ノ内病院 循環器センター 循環器内科

### 【背景】

筋腎代謝症候群(MNMS)は急性動脈閉塞症に合併し、死亡率30～80%と予後不良である。今回、shaggy aortaを既往に持ち、腹部大動脈瘤(AAA)術後にMNMSを発症した症例に対し、多職種で介入を行ったため報告する。

### 【症例】

70歳代後半の男性、既往にCKD、shaggy aortaを有しAAAに対して瘤切除・人工血管置換術を施行した。術翌日にCK 44317U/Lまで上昇しMNMSを発症、CHDFを開始した。X+21日にCHDF離脱後HDへ移行し、X+58日にHD終了、X+81日にリハビリで転院した。リハビリでは歩行練習や下肢レジスタンス運動を低負荷から段階的に実施し、血圧変動や過負荷に注意した。さらに、看護師との協働によるトイレ誘導などの離床機会の増加ならびに医師・管理栄養士と連携した栄養補助食品導入を図り、身体機能向上に努めた。

### 【経過】

身体機能(X+61→80日)はSPPB:5→6点、歩数:530→1016歩と改善し、転院時には点滴台使用で50m歩行が見守り下にて可能であった(握力20.8kg、歩行速度0.66m/s)。

### 【考察】

MNMSは予後不良であるが、多職種による運動・栄養介入により身体機能改善が得られた。本症例は周術期合併症を抱える患者に対する多職種連携の有効性を示唆する。





# デジタルポスター発表

抄 録



P-1

id001

## “心リハ難民”を救え。地方都市における外来心リハは不利か。

長島瑞希<sup>1</sup>、細越亜身<sup>1,2</sup>、齊藤桂子<sup>2</sup>、末藤由佳<sup>2</sup>、  
米沢笑美子<sup>3</sup>、工藤美沙樹<sup>3</sup>、細越巨禎<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> ほそごえハートクリニック 心臓リハビリテーション科

<sup>2</sup> ほそごえハートクリニック 看護部

<sup>3</sup> ほそごえハートクリニック 医療事務

<sup>4</sup> ほそごえハートクリニック 循環器内科

【はじめに】 外来心臓リハビリテーション(心リハ)の重要性が再認識されている昨今、青森県における心リハ実施件数は大幅に全国を下回っており“心リハ難民”が生じている。その為、心リハが可能な体制構築が急務となっている。

【目的】 青森県八戸市に2025年4月に新規開設した心リハクリニックの現状を明らかにする。

【対象】 2025年4月18日から2025年6月末日時点で、心リハ処方された27例の内、心リハプログラムを実施しなかった患者(n=3)を除外した24例。

【方法】 2025年4月18日から2025年6月末日までの2.5月間を対象期間とした。CPX件数、心リハ利用状況(処方数、実施件数、稼働率、継続率)の推移を調査した。

【結果】 CPX件数は4月5件、5月14件、6月20件だった。CR処方数は4月2件、5月11件、6月14件だった。算定病名は心不全：19名(79.1%)、虚血性心疾患4名(16.6%)、末梢動脈疾患1名(4.1%)だった。CR件数は4月0件(稼働率0%)、5月32件(稼働率10.3%)、6月92件(稼働率24.2%)だった。継続率は100%だった。

【考察】 地方都市における心リハは、回復期・維持期の受け皿としての役割を担い、心リハ難民の解消に貢献出来ると考えられる。

P-2

id009

## 当院における在宅運動習慣支援プログラム“HEART program”について

佐久間貞典、廣坂遥華、星 浩幸、廣坂 諒、  
廣坂 朗

医療法人 ひろさか内科

### <目的>

心疾患患者が、在宅で適切かつ効果的な運動習慣を獲得するために、当院が独自に考案し、運用している支援システム（以下：HEART program）について検証する

### <方法>

対象は、当クリニックに通院中の心疾患患者。

HEART programとは、①四股踏み型スクワット②HIIT式足踏み、を在宅で実施することに同意を得られた患者に、1. 体組成検査(InBody) 2. 立ち上がり動作検査(ZaRitz) 3. 片足立ち上がりテスト・開眼片足立ちテスト(ロコモチェック)を施行。検査結果から、4. 各運動①②の推奨セット数を算出し、技術指導(体験)を行い、開始するシステムである。

加えて、(1) 患者に在宅で運動を実施出来た日付を記載してもらい、(2) 50日達成毎に、在宅運動番付を1階級ずつ格上げし、(3) 1. 2. 3. の再検査結果から、推奨セット数を再設定(4) 当クリニックより50日達成のプレゼントを贈呈する。(プレゼントは50日毎にグレードアップ)

### <結果>

当院の“HEART program”が、患者の在宅運動習慣の獲得や治療にどのような影響を与えるのか、多角的に評価をして報告する。

P-3

id019

### 心臓リハビリを終了した患者会の開催 ～多職種との協働による療養指導～

西内友紀恵、大澤順子、長尾光祥、坪井良洋、  
星野寧人

社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院

【目的】慢性心不全患者は悪化と改善を繰り返すため、5か月間の心臓リハビリ終了後も再発や増悪予防のためのセルフケアと療養の継続を支援することが重要である。そこで今回、心臓リハビリ終了患者を対象に医師、理学療法士との協働で初めての患者会を開催したため報告する。

【方法】心臓リハビリ終了患者5名を対象に、患者会として2025年8月に集団療養指導を実施。医師から心臓リハビリ修了証書が授与され、理学療法士は「暑い夏の運動について」、看護師は「心臓に優しい生活」の講話を実施。参加者による意見交換。終了後に、記念品として手作り入浴剤を配布した。

【結果】参加者は、医師からの修了証書授与に嬉しそうな表情であった。理学療法士や看護師の講話では、頷きや、質問、真剣な表情でメモを取る姿も見受けられた。参加者の意見交換では、近況報告や会の感想など積極的に前向きな発言が聞かれた。

【考察】心臓リハビリを終了した患者会での療養指導は、心臓リハビリ終了後の継続支援に有効である可能性が考えられる。今回、対象者が5名と少人数であった。今後は、対象患者を順次増やし継続的な取り組みへと繋げていく。

P-4

id029

### 地域開業クリニックにおける心臓リハビリ導入の経験

杓澤大輔、菅野友樹、阿竹里花、日野沙耶、  
片平真理

上杉くつざわハートクリニック

【背景】心臓リハビリテーション（心リハ）の有効性は広く認められているが、仙台市内では開業クリニックでの実施例はなく、地域での普及は課題となっていた。

【方法】当院は2024年秋に新規開業し、開業医としては市内で初めて心リハを導入した。施設設計段階からリハビリスペースの確保、スタッフ教育、医療機器整備を進め、地域医療圏での役割を意識した体制を構築した。

【結果】導入にあたり、保険請求やスタッフ配置の調整など運営面で多くの課題があったが、患者や地域医療機関から心リハ実施への期待の声が寄せられている。

【結語】仙台市内で前例のない開業クリニックでの心リハ導入は、多くの準備と工夫を要したが、地域に根ざした心疾患管理の新たなモデルとなり得ると考えられる。

P-5

id036

## 当院における外来心臓リハビリテーションの現状と課題

高橋裕介<sup>1</sup>、宮本大道<sup>1</sup>、相原健志<sup>2</sup>、安杖沙織<sup>2</sup>、  
工藤尚也<sup>3</sup>、貝森亮太<sup>4</sup>、加藤 宗<sup>4</sup>、渡邊博之<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部

<sup>2</sup> 秋田大学医学部附属病院 看護部

<sup>3</sup> 秋田大学医学部附属病院 NP室

<sup>4</sup> 秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

### 【目的】

当院は心臓リハビリテーション(心リハ)を開始して12年目を迎える。県内唯一の特定機能病院であり、地誌的要因や逆紹介、在院日数の短縮、リソースの不足など、心リハ外来の継続が不利な条件を抱えている。今回、当院の外来心リハの現状を明らかにすることを目的とした。

### 【方法】

心リハ立ち上げ1年目を除いた2015年から2024年までの10年間を調査期間とした。入院および外来を含む心リハ延べ実施件数を集計した。さらに直近3年間(2022年から2024年)について、年間新規患者数に対する外来新規患者数の比率を算出し、外来参加率とした。

### 【結果】

延べ件数は2015年の2995件から2020年の6153件へと2.2倍に増加し、その後は横ばいとなった。外来実施件数は2015年の227件から2017年の437件と1.9倍に増加したが、以降は219～306件であった。過去3年間の外来参加率の平均は7.4%であった。

### 【考察】

本邦での外来参加率は概ね3～11%程度であり、外来継続が不利な条件下にある当院でも同水準であった。しかし、延べ件数の増加に比して外来参加率は低く、外来心リハ体制のさらなる整備が求められる。

P-6

id048

## 心リハ継続における心臓リハビリテーション指導士の役割

加藤敏徳、遠藤教子、新妻健夫

長者2丁目かおりやま内科

目的：心疾患患者の心臓リハビリテーション(心リハ)の継続は、疾病管理において重要な一要因である。特に、診療所での心リハは限られた医療資源の中で実施されており、包括的な疾病管理、運動療法の指導が実践できる心リハ指導士の役割は重要である。本研究では、診療所における心リハ指導士の患者へのアプローチが心リハ継続に与える影響を探索する。

方法：対象は2023年4月から2年の期間、当院の心リハに参加した患者。この期間内に開始5ヶ月目を迎えた患者と、介入開始し継続中の患者を、継続できていると判断し、継続率を調査した。リハ内容は心リハ室で提供している心リハプログラム(ダイナミックストレッチ、有酸素運動、レジスタンストレーニング)と自宅での運動プログラムの提供、復職希望者については、復職指導も実施した。

結果：心リハ指導士によるリハビリ目標の共有と自宅での運動プログラム提供により、患者の心リハ継続率が、先行研究での報告より高かった。

考察：診療所での心リハ指導士による指導は、疾病教育はもちろん、実生活に則した活動の指導や運動の楽しさを伝えることができ、患者の継続的な参加促進に寄与する可能性がある。

# 日本心臓リハビリテーション学会支部制度規則

## 第1章 総則

### (支部の設置)

第1条 日本心臓リハビリテーション学会（以下「本学会」という。）は、定款施行細則第45条に基づき、次の各地方に支部（以下「支部」という。）を置く。

- (1) 北海道支部：北海道
- (2) 東北支部：青森県、秋田県、岩手県、山形県、宮城県、福島県
- (3) 関東甲信越支部：新潟県、群馬県、栃木県、茨城県、千葉県、埼玉県、東京都  
神奈川県、山梨県、長野県、
- (4) 北陸支部：富山県、石川県、福井県
- (5) 東海支部：静岡県、愛知県、岐阜県、三重県
- (6) 近畿支部：滋賀県、京都府、奈良県、大阪府、兵庫県、和歌山県
- (7) 中国支部：鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
- (8) 四国支部：徳島県、香川県、愛媛県、高知県
- (9) 九州支部：福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

2. 支部は、定款第4章に定める理事会（以下「本部理事会」という。）の議決により、合併、分割及び区分変更をすることができる。

### (支部の構成)

第2条 支部は本学会の会員をもって構成する。

2. 本学会の会員は、勤務地の所在する県が所属する支部に所属するものとする。
3. 勤務地のない会員については、住所地の県が所属する支部に所属するものとする

### (事務局の設置)

第3条 支部に事務局を置く。

2. 事務局は、支部長が指定する施設に置くことができる。

## 第2章 目的および事業

### (目的)

第4条 支部は、当該地方における本学会及び心臓リハビリテーションに関する学術研究の振興、人材育成、啓発を図ることを目的とする。

### (事業)

第5条 支部は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

- (1) 学術集会（以下「地方会」という。）の開催

(2) 幹事会・評議員会の開催、地方会開催に関連する会議の開催

第3章 支部役員

(支部役員)

第6条 第1条の各支部に次の役員を置く。

- (1)支部幹事 5人から20人程度
- (2)庶務幹事 1～2人

2. 支部幹事のうち、1人を支部長、1人を副支部長とする。

(選任等)

第7条 支部幹事は、前任の支部長、副支部長又は支部幹事の推薦により、前記の支部幹事会が選任する。

- 2. 支部長は、支部幹事の互選とする。
- 3. 副支部長は、支部長が指名し、支部幹事会の承認を得る。
- 4. 庶務幹事は、支部会員の中から支部長が指名し、支部幹事会の承認を得る。

(職務)

第8条 支部長は、支部の業務を総理する。

- 2. 副支部長は、支部長を補佐し、支部長に事故があるとき又は支部長が欠けたときは、その職務を代行する。
- 3. 支部幹事は、支部幹事会の決議に基づき、支部の事業を企画しこれを遂行する。
- 4. 庶務幹事は、支部の運営に必要な業務を行う。

(任期等)

第9条 役員の任期は2年とする。但し再任を妨げない。

- 2. 補欠のため又は増員により就任した役員の任期は、それぞれの前任者又は現任者の任期の残存期間とする。
- 3. 役員は、任期満了後においても、後任者が就任するまではその職務を行わなければならない。

(欠員補充及び解任)

第10条 支部役員の欠員補充及び解任は、定款第17条及び同18条を準用する。

- 2. 前項の場合、定款中「理事長」とあるのは「支部長」、「理事」とあるのは「支部幹事」、「理事会」又は「総会」とあるのは「支部幹事会」とする。



## 第4章 会議

### (種別)

第11条 支部の会議は、支部幹事会とする。

### (支部幹事会の構成)

第12条 支部幹事会は、支部幹事をもって構成する。

### (支部幹事会の権能)

第13条 支部幹事会は、次の事項を決議する。

- (1) 地方会会長の選任
  - (2) 支部における事業計画及び事業報告
  - (3) 支部長及び支部評議員の選任
  - (4) 次期支部幹事の選任
  - (5) その他必要と認めた事項
2. 前項により決定した事項については学会本部理事会の承認を得る。
3. 前項により決定した事項は支部会員に周知する。

### (支部幹事会の開催)

第14条 支部幹事会は、年1回以上開催する。

### (この規則に定めのない事項)

第15条 支部幹事会に関し、この規則に定めがない事項については、定款第33条、第38条の例による。

2. 前項の場合、定款に「理事会」とあるのは「支部幹事会」、「理事長」とあるのは「支部長」、「理事」とあるのは「支部幹事」とする。

## 第5章 地方会

### (目的)

第16条 地方会は、支部会員の研究発表の場とする。

### (地方会の開催)

第17条 地方会は、年1回以上開催し、その時期については本部会計年度末の時期を考慮して決定する。

### (地方会会長)

第18条 地方会に会長（以下「地方会会長」という。）を置く。

2. 地方会会長は、支部幹事（支部長を含む。）の互選により選任する。

（地方会会長の職務）

第 19 条 地方会会長は、地方会を主宰する。

## 第 6 章 会計

（支部の事業年度）

第 20 条 各支部の事業年度は、毎年 5 月 1 日に始まり翌年 4 月 30 日に終わる。

（支部の事業計画及び予算）

第 21 条

各支部の事業計画及びこれに伴う収支予算は、毎事業年度ごとに支部長が作成する。

2. 支部長は、本学会本部の理事会に対し、前項の事業計画書及び収支予算表を提出する。

3. 余剰金とは、地方支部に分配（預託）していた金額を含めた各支部収支差額から、分配金（預託）及び税金等を差し引き余った金額とする。

4. 余剰金が出た場合、地方会開催以外の活動を可能とするが、支部の活動ではなく、地方会制度部会の事業とする。地方会制度部会は、部会内の意見を取りまとめ、当該支部の活動内容を決め、活動計画に関して理事会承認後、余剰金の出た当該支部に伝える

※税金の計算は共催費、展示代の合計金額の 20%の金額の 30%とする。

（支部の事業報告及び決算）

第 22 条 各支部の会計は、最終的に本部で取りまとめることとし、定款第 6 章に定める会計に合算する。

（地方会の会計）

第 23 条 地方会の会計は、地方会会長がつかさどる。

2. 地方会会長は、地方会の運営につき独立採算の努力をする。

3. 地方会の計画及びこれに伴う収支予算は、地方会開催ごとに地方会会長が作成する。

4. 地方会会長は、地方会終了後、速やかに見積書等を本部に提出し、本部事務局にて収支報告書を作成し、地方会会長に報告する。

## 第 7 章 支部評議員会

（支部評議員）

第 24 条 各支部に評議員を置く。

2. 支部評議員の定数は、20 人以上 50 人以下とする。

(支部評議員の選任)

第 25 条 支部評議員は、支部長、副支部長又は支部幹事が支部会員の中から推薦し、支部幹事会において選任する。

(支部評議員の任期)

第 26 条 支部評議員の任期は 2 年とする。但し再任を妨げない。

(支部評議員会)

第 27 条 各支部に支部評議員会を置く。

2. 支部評議員会は、支部評議員をもって構成する。
3. 支部評議員会は年 1 回以上開催する。
4. 支部長は、支部評議員会に対し、支部幹事会決定事項を報告する。

(支部評議員会の権能)

第 28 条 支部評議員会は、支部長の諮問に応じ、支部の運営に関する助言をする。

## 第 8 章 規則の改廃

(規則の改廃)

第 29 条

この規則の改廃は、本部理事会の決議を経て、本学会の理事長がこれを行うことができる。

2. 理事長は、本部評議員会に対し、前項の改廃を報告するものとする。

## 附則

- 1 支部幹事は、次の条件を満たす者であることを要する。
  - (1) 就任年度の 5 月 1 日現在で満 65 歳未満であること。
  - (2) 定款第 9 章に定める評議員（以下「本部評議員」という。）であること。
  - (3) 支部幹事にふさわしい実績があること。
- 2 支部評議員は、次の条件を満たす者であることを要する。
  - (1) 就任年度の 5 月 1 日現在で満 65 歳未満であること。
  - (2) 支部評議員にふさわしい実績があること。
- 3 地方会会計は、次のとおりとする。
  - (1) 各支部には本学会本部から毎年一定額を預託する。これを「分配金」という。

- (2) 地方会会長は参加者に対し参加費を徴収することができる。
- (3) 地方会開催の案内、プログラム作成、郵送などにかかわる経費、招待講演者の謝礼などに充てる。

4 各支部の初代役員は、次のとおりとする。

- (1) 支部長 各支部に所属する本部理事の中から本部理事会により選任された者。所属する本部理事が不在の場合、各支部に所属する「本部評議員」の中から本部理事会から選任された者。
- (2) 支部幹事 各支部に所属する本部理事及び定款第 9 章に定める幹事並びに本部評議員の中から初代支部長が指名した者。
- (3) その他役員 本規則に定める方法により選任された者。
- (4) 任期は本部任期と同一とするため、初年度は 1 年とする。

5 名誉会員及び功労会員は、当該支部幹事会に出席して意見をのべることができる。ただし、議決権は有しない。

6 本支部会則は平成 27 年 4 月 29 日より施行する。

令和 2 年 1 月 24 日改訂

## 東北支部 役員

支 部 長	伊 藤 修	東北医科薬科大学医学部
副支部長	渡 辺 昌 文	山形大学
幹 事	富 田 泰 史	弘前大学大学院医学研究科
幹 事	石 岡 新 治	弘前大学医学部附属病院 医療技術部リハビリテーション部門
幹 事	渡 邊 博 之	秋田大学大学院
幹 事	松 岡 悟	秋田厚生医療センター
幹 事	鍛 冶 優 子	平鹿総合病院
幹 事	佐 藤 奈菜子	秋田厚生医療センター
幹 事	金 澤 正 範	岩手県立中央病院
幹 事	齋 藤 雅 彦	岩手県立中央病院
幹 事	熊 谷 亜希子	岩手医科大学
幹 事	安 田 聡	東北大学大学院医学系研究科
幹 事	熊 谷 浩 司	東北医科薬科大学
幹 事	竹 内 雅 史	東北大学病院
幹 事	菅 原 重 生	日本海総合病院
幹 事	有 本 貴 範	山形大学医学部附属病院
幹 事	竹 石 恭 知	福島県立医科大学
幹 事	佐 藤 崇 匡	福島県立医科大学
幹 事	舟 見 敬 成	総合南東北病院
庶務幹事	高 橋 麻 子	東北医科薬科大学
庶務幹事	河 村 孝 幸	東北福祉大学

## 東北支部 評議員

評 議 員	伏 見 悦 子	平鹿総合病院
評 議 員	鎌 田 潤 也	おおどおり鎌田内科クリニック
評 議 員	伊 藤 大 亮	仙台青葉学院短期大学リハビリテーション学科
評 議 員	高 橋 祐 司	盛岡赤十字病院
評 議 員	中 島 悟 史	三愛病院
評 議 員	高 橋 清 勝	岩手県立中央病院
評 議 員	佐 藤 千 恵	岩手医科大学附属病院
評 議 員	高 橋 裕 介	秋田大学医学部附属病院
評 議 員	阪 本 亮 平	中通総合病院
評 議 員	羽 尾 清 貴	東北大学病院

評 議 員	福 井 昭 男	山形県立中央病院
評 議 員	佐々木 健	山形大学医学部附属病院
評 議 員	遠 藤 教 子	長者2丁目かおりやま内科
評 議 員	森 野 禎 浩	岩手医科大学
評 議 員	今 田 篤	青森県立中央病院
評 議 員	鈴 木 智 人	秋田大学医学部循環器内科
評 議 員	井 口 敦 弘	岩手県立中部病院
評 議 員	齋 藤 百 合	日本海総合病院
評 議 員	内 藤 貴 之	あおもり協立病院 内科・循環器科
評 議 員	横 田 純 一	弘前大学大学院保健学研究科 総合リハビリテーション科学領域
評 議 員	須 藤 宗	青森県立中央病院 リハビリテーション科
評 議 員	関 貴 子	八戸市民病院 リハビリテーション部
評 議 員	加 藤 宗	秋田大学 循環器内科
評 議 員	佐 藤 誠	北秋田市民病院 循環器内科
評 議 員	加賀屋 勇 気	秋田県立循環器脳脊髄センター
評 議 員	三 浦 正 暢	岩手県立中央病院 循環器内科
評 議 員	三 浦 裕	石巻市立病院 循環器内科
評 議 員	原 田 卓	東北労災病院 リハビリテーション科
評 議 員	野 崎 直 樹	北村山公立病院
評 議 員	鈴 木 孝 氏	篠田総合病院
評 議 員	茂 木 崇 宏	山形済生病院
評 議 員	高 橋 忠 清	公立置賜総合病院
評 議 員	渡 部 美 穂	鶴岡市立荘内病院
評 議 員	義 久 精 臣	福島県立医科大学保健科学部 臨床検査学科
評 議 員	青 柳 暁 美	福島県立医科大学附属病院
評 議 員	渡 邊 秋 江	福島県立医科大学附属病院
評 議 員	成 田 憲 紀	弘前大学医学部附属病院
評 議 員	佐 藤 翔	弘前大学医学部附属病院
評 議 員	齊 藤 奈 緒	宮城大学
評 議 員	小 川 佳 子	東北医科薬科大学

**Memo** \_\_\_\_\_

**Memo** \_\_\_\_\_





## 協賛一覧

第10回日本心臓リハビリテーション学会東北支部地方会の開催にあたり、下記の皆様よりご協賛いただきました。ここに深甚なる感謝の意を表します。

第10回日本心臓リハビリテーション学会東北支部地方会  
会 長 佐藤 崇匡

### 【共催セミナー】

アストラゼネカ株式会社  
沢井製薬株式会社  
バイエル薬品株式会社

### 【広 告】

Alnylam Japan 株式会社  
アレクシオンファーマ合同会社  
MSD 株式会社  
サノフィ株式会社  
第一三共株式会社  
長者2丁目かおりやま内科  
テスコ株式会社  
ニプロ株式会社  
日本新薬株式会社  
ノバルティス ファーマ株式会社  
ブリストル マイヤーズ スクイブ株式会社  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
日本メドトロニック株式会社

### 【企業展示】

フクダ電子南東北販売株式会社  
ミナト医科学株式会社

### 【寄 付】

医療法人やすらぎ会 いがらし内科外科クリニック  
うじいえ内科クリニック  
この花内科クリニック  
内科・循環器内科ひがしはまクリニック  
医療法人 ひろさか内科クリニック  
社会医療法人福島厚生会 福島第一病院  
公益財団法人星総合病院  
医療法人医和生会 山内クリニック

(五十音順)

日本心臓リハビリテーション学会  
第10回東北支部地方大会  
プログラム・抄録集

---

発行日 2025年11月21日

会 長 佐藤 崇匡（福島県立医科大学 循環器内科学講座）

会長事務局 福島県立医科大学 循環器内科学  
〒960-1295

福島県福島市光が丘1番地

制 作 メディカルクオール株式会社 営業部  
〒103-0027

東京都中央区日本橋2-14-1 フロントプレイス日本橋9階  
TEL：03-6369-8715

E-mail：10tohoku-jacr@m-qol.co.jp