



日本心臓リハビリテーション学会

第11回 近畿支部地方会 プログラム・抄録集

会期 2026年2月11日(水・祝)

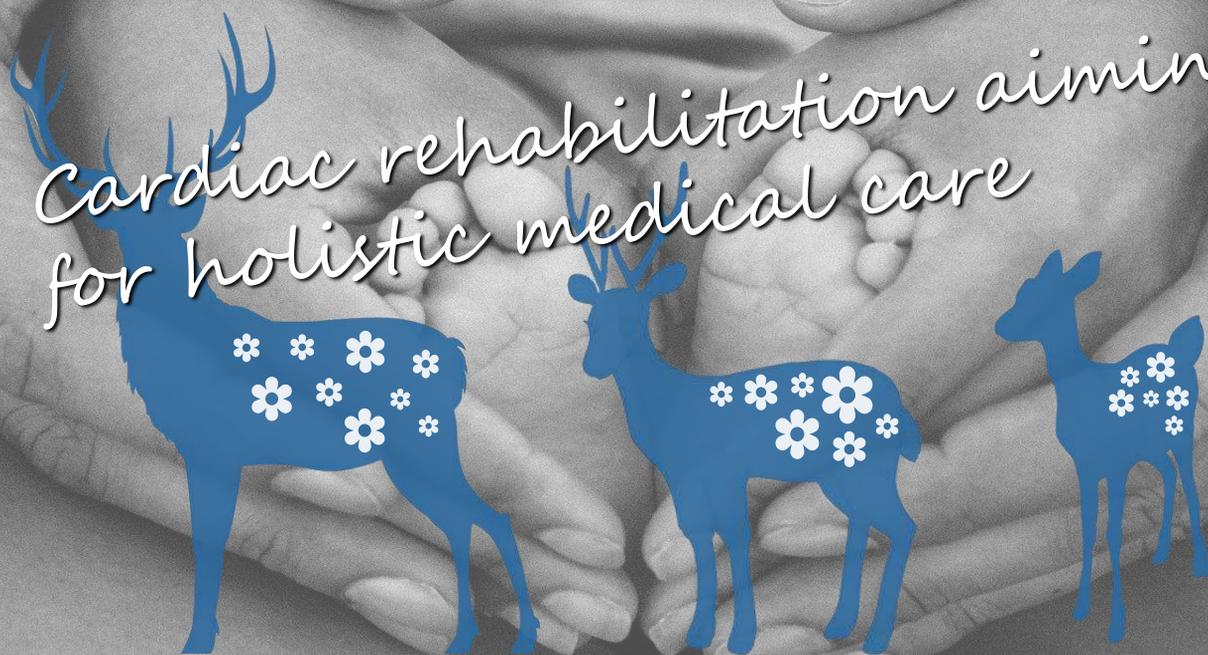
会場 奈良県コンベンションセンター

会長 近藤 博和 (天理よろづ相談所病院)

副会長 仲村 直子 (神戸市立医療センター中央市民病院)

全人的医療を目指した 心臓リハビリテーション

Cardiac rehabilitation aiming
for holistic medical care



日本心臓リハビリテーション学会
第11回近畿支部地方会

プログラム・抄録集

会 期：2026年2月11日（水祝）
会 場：奈良県コンベンションセンター
奈良県奈良市三条大路一丁目 691-1
Tel 0742-32-2290

会 長：近藤博和
公益財団法人天理よろづ相談所病院
副会長：仲村直子
地方独立行政法人 神戸市民病院機構
神戸市立医療センター中央市民病院

ごあいさつ

日本心臓リハビリテーション学会第 11 回近畿支部地方会
会長 近藤 博和
公益財団法人天理よろづ相談所病院
循環器内科・リハビリテーション部



この度、日本心臓リハビリテーション学会第 11 回近畿支部地方会を 2026 年 2 月 11 日（水祝）に奈良県コンベンションセンターにて開催させていただきます。

近畿支部地方会をこの奈良の地で初めて開催できますことを大変光栄に存じます。

今回のテーマは「心臓リハビリテーションで全人的医療に取り組む」といたしました。循環器疾患の治療は様々な技術の進歩、新薬と医療機器の開発によって革新的な進歩を遂げていますが、一方で、超高齢社会、医療費の高騰など医療を取り巻く社会環境も大きく変わってきております。

忙しい診療の中で、ともすればより短時間で病気だけにフォーカスした高度な診療に傾きがちである一方で、循環器疾患を患っている高齢者は多くの併存疾患、社会的・心理的問題を抱えており、多面的な介入、全人的なアプローチが必要です。心臓リハビリテーションは多職種のスタッフが一人の患者さんに対して全人的医療を実践する最適な場であると実感しております。

本会のシンポジウムおよびパネルディスカッションでは多疾患併存心疾患患者への対応、回復期リハビリ病棟での心リハ、在宅での心リハをさらには心理的アプローチ、個別的营养療法をテーマにご講演やご討議をいただきます。

また、日本心臓リハビリテーション学会創基 30 周年の近畿支部市民公開講座を同時に開催させていただきます。東大寺住職の森本公穰先生に“心臓の鼓動と仏教のころ”についてご講演いただきます。奈良のご当地キャラクターも登場するかもしれません。

都会からは少し離れた奈良の地での開催になりますが、平城旧跡や奈良公園からほど近くの会場になりますので、多くの皆様にご参加いただき、発表や討論、意見交換を通じて実りのある会となることを願っております。

大会の開催、運営に際しましてご協力ご支援いただきました関係各位に心より感謝申し上げます。



目 次

会長ごあいさつ	-----	1
参加者へのご案内	-----	3
会場へのアクセス	-----	8
会場案内図	-----	9
日程表	-----	10
プログラム	-----	11
抄録		
シンポジウム	-----	23
パネルディスカッション	-----	31
C P X セミナー	-----	35
優秀演題セッション	-----	37
一般演題	-----	41

参加者へのご案内

1. 参加受付・参加証について

【参加費 2026年2月9日正午まで】

※2026年2月9日正午を過ぎますと1,000円増しの金額になります。

会 員 医師 ¥5000（不課税）

会 員 メディカルスタッフ¥3000（不課税）

非会員 医師 ¥6000（消費税10%込）

非会員 メディカルスタッフ¥4000（消費税10%込）

【参加費のお支払いについて】

- ・「Peatix」のeチケット販売システムを利用して行います。
- ・お支払は、クレジットカードのみです。振込をご希望の場合は事務局までご連絡ください。
- ・決済完了後のキャンセル、二重登録のお取消し及びご返金は如何に関わらずお受けいたしませんのでご注意ください。

<https://peatix.com/event/4746268>

【参加証】

- ・参加証はお申し込み完了後約1週間以内にメール添付でお送りいたします。当日は印刷してお持ちください。
- ・ネームホルダー、抄録集はポスター・機器展示会場「2階会議室 201+202」に設置いたします。

3. 昼食について

ランcheonセミナーにてお弁当を準備いたします。

ランcheonチケットは受付（ポスター・機器展示会場「2階会議室 201+202」）にて配布いたします。

4. 支部評議員会 12 :00~12:30

会場: 1階 会議室 103+104

5. 学会への入会手続きについて

発表者は本学会会員に限ります。未入会の方は学会ホームページよりお手続きをお願いします。

<http://www.jacr.jp/web/join/>

<日本心臓リハビリテーション学会 事務局>

〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-23-1-260

TEL:03-6300-7977 FAX:03-6300-7966 E-mail:jacr-society@umin.ac.jp

6. その他

託児室の設置はございません。

会場での呼び出しはできません。

会場内での撮影・録画・録音はご遠慮ください。撮影・録画は事務局の許可が必要です。

会場内では携帯電話の電源を切るかマナーモードへ切り替えてください。

会場及び会場周辺は禁煙です。

心臓リハビリテーション指導士資格更新単位

認定更新単位は地方会参加で5単位、発表者は追加で3単位です。心臓リハビリテーション指導士、認定医、上級指導士の資格をお持ちの方は、総合受付にて「単位登録票」を配布いたしますので、必要事項をご記入の上、会期当日中に総合受付の単位受付までご提出ください。

健康運動指導士および健康運動実践指導者 3単位

健康運動指導士・健康運動実践指導者証をお持ちください。

当日総合受付で受講証を発行します。

口演発表 演者・座長・コメンテーターの皆様へ

1. 演者の皆様へ

- 発表時間 一般演題・優秀演題セッション(口演)：発表 7 分、質疑 4 分

※発表時間の厳守をお願いします。

- 発表にご使用いただく機材は PC (PowerPoint)のみとなります。発表会場には Windows の PC をご用意します。(演台にはマウスとキーボードが用意されています)。Macintosh をご利用の場合はご自身の PC をご利用ください。なお接続に必要な変換アダプタが必要な場合はご持参ください。(会場では HDMI 対応。)
- 動画ファイルを使用される方は、不具合が生じることがございますのでバックアップ用としてご自身のパソコンをお持参ください。
- 会場では office365 をインストールしたパソコンを用意しております。
- 発表データは USB メモリにてご持参ください。
- フォントは Windows 標準のフォントのみをご使用ください。(特殊なフォントを使用されますと代替フォントに置き換えられ、レイアウトが崩れることがあります)

● PC 受付

時間：2026 年 2 月 11 日(水・祝)8:30～16:00

会場：2 階 201+202(ポスター・展示会場)

※セッション開始の 30 分前までに、PC 受付にてデータの登録ならびに出力確認を行ってください。PC 持ち込みの場合も必ずお立ち寄りください。

- 発表の 10 分前までに会場内の次演者席で待機してください。
- ご発表時には、演台にセットされているモニター、マウス、パッドを使用してご発表してください。
- 「発表者ツール」の使用はできません。原稿が必要な場合は事前に印刷してお持ちください。
- 発表時間厳守をお願いします。

【PC 本体持込みによる発表の場合】

- 1) Macintosh をご使用の方は、必ずご自身の PC 本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するプロジェクターへの外部出力ケーブルコネクタの形状は、「HDMI」です。この出力端子を持つ PC をご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルも忘れずにお持ちください。
- 3) お持ちいただく PC から外部モニターに正しく出力されるか事前に動作確認を行ってください。
- 4) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“ 不要” に設定してください。
- 5) スクリーンセーバーならびに省電力設定、ホットコーナーは事前に解除しておいてください。
- 6) 動画データ使用の場合は、Windows Media Player で再生可能であるものに限定いたします。
- 7) PC 本体を持ち込まれる場合でも、必ず PC 受付で試写確認を行ってください。PC 受付で試写・受付後、PC 本体を会場内オペレーター席にご自身でお持ちください。
- 8) お預かりした PC 本体は、発表終了後、会場内のオペレーター席にて返却いたしますので、速やかにお受け取りください。

2. 座長・コメンテーターの皆様へ

- 担当セッションの 10 分前には、次座長席へご着席ください。
- 進行を一任しますので、時間遅延のないようご協力ください。

ポスター発表 演者・座長の皆様へ

1. ポスター発表の皆様へ

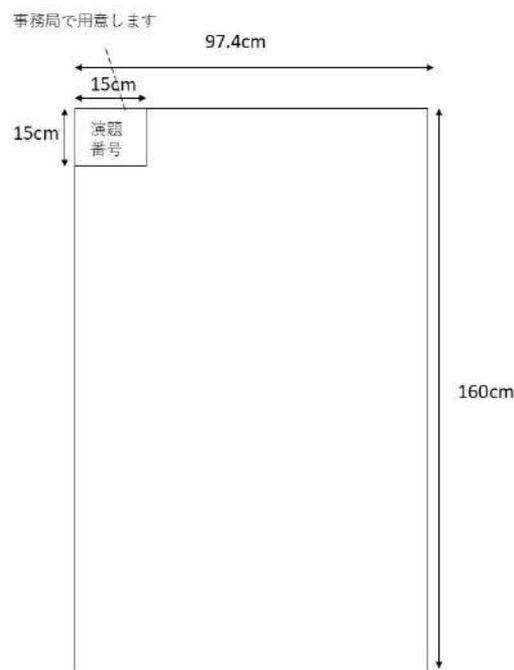
- 発表時 6分 質疑 3分
- 発表者の方は、演題番号をご確認のうえ、演題番号ごとに指定されたパネルにポスターを掲示してください。
- ポスター提示用のテープ等は事務局にて準備いたします。

2. 座長の皆様へ

- 10分前には、ポスター会場(2階 201+202)にお越しください。

■ ポスター掲示 160 cm×97.4 cm

3. 右図のポスターパネルをご用意いたします。貼付部分に収まるように掲示してください。(事務局では演題番号はをご用意いたしますが、演題名のパネルは用意いたしません。) 左上 15cm×15cm箇所に演題番号を貼付しますので、演題番号貼付箇所以外に収まるように作成してください。



■ ポスター会場

2階 (会議室 201+202)

■ ポスター貼付け・発表・撤去時間

貼り付け:

2026年2月11日(水・祝) 9:45~10:45

撤去: 2026年2月11日 16:35-17:00

撤去時間終了後に残っているポスターは、事務局にて処分いたします。

■ ポスター発表

発表 6分 質疑 3分 座長の指示に従ってください。

利益相反について

すべての発表者は学会規定に基づいて COI 開示をお願いしております。

<http://www.jacr.jp/web/assembly/coi/> に掲載されておりますく特定非営利活動法人日本心臓リハビリテーション学会「医学研究の利益相反 (Conflict of interest: COI) に関する指針」の細則) をご確認ください、申請見本をダウンロードまたは、同様式で作成のうえ、スライドの 1 枚目にご提示いただきますようお願いいたします

会場へのアクセス

奈良県コンベンションセンター
奈良県奈良市三条大路一丁目 691-1
近鉄・新大宮駅より徒歩約10分



	第1会場 コンベンションホールC	第2会場 会議室203	第3会場 会議室204	第4会場 会議室205/206	ポスター会場 会議室201/202
8:00		8:30 開場 参加受付開始			
9:00		9:30 開会式 宮脇郁子 近藤博和			
10:00		9:45~10:45 シンポジウム1 「回復期リハビリ病院における 心リハの立ち位置」 座長：森沢知之、石井 英 演者：森沢知之、服部 修 伊東剛志、前岡伸吾	9:45~10:45 優秀演題セッション 座長：白石裕一 笹沼直樹 審査員：彦惣俊吾 坂田泰彦 今井 優 正垣淳子 伊藤健一	9:45~10:45 一般演題口述セッション1 心リハ運営 座長：谷口良司 上坂建太 コメンター：中村洋貴 山端志保	ポスター掲示
11:00		10:50~11:50 パネルディスカッション1 「マルチモビリティに対する 心臓リハビリテーション」 座長：井澤和夫、黒瀬聖司 演者：杉本啓紀、尾倉朝美 涌田泰行、和田直子	10:50~11:50 シンポジウム2 「超高齢社会における在宅心臓リ ハビリテーション」 座長：岡田健一郎、鷺田幸一 演者：井谷祐介、河合寛子 國廣英一、水島美保	10:50~11:50 一般演題口述セッション2 心リハの有効性とリスク 座長：中根英策 岩田健太郎 コメンター：本多 祐 岩間 一	
12:00	12:30 開場	12:00~12:50 ランチョンセミナー1 「治療から回復の未来へ～大動 脈弁狭窄症におけるTAVI前後の 包括的心リハとケア～」 座長：田村 俊寛 演者：和田 輝明 共催：エドワーズライフサイエンス	12:00~12:50 ランチョンセミナー2 「在宅データを意識した 新たな心不全診療への模索」 座長：彦惣 俊吾 演者：朝倉 正紀 共催：アストラゼネカ	12:00~12:50 ランチョンセミナー3 「今さら聞けないATTRアミロイ ドシス～診断から治療まで～」 座長：尾上 健児 演者：田巻 庸道 共催：アレクシオンファーマ	休憩室
13:00	13:00~14:15 市民公開講座 「心臓の鼓動と仏教の"こころ"は どこで出会うのか」 特別講師：森本 公穰 「心不全と心臓リハビリ テーション」 講師：古川 裕 司 会：宮脇 郁子				
14:00		14:25~15:25 シンポジウム3 「Psychocardiologyの 基礎と重要性」 座長：水谷和郎、竹原 歩 演者：庵地雄太、小國恵子 共催：Hyogo Psycho-cardiology研究会	14:25~15:25 一般演題口述セッション3 地域連携・疾病管理 座長：川田啓之 小西治美 コメンター：上嶋運啓 石橋千賀	14:25~14:50 教育講演1：小笹寧子 「心疾患と漢方薬」 14:55~15:20 教育講演2：中川頌子 「心エコーの基本」 15:25~15:50 教育講演3：谷口達典 「遠隔心リハ」 15:55~16:20 教育講演4：岡山悟志 「肥満症と心疾患」	14:25~15:25 ポスターセッション 心不全 座長：田巻庸道 心リハ運営 座長：横松孝史 維持期リハ 座長：川上利香 症例 心不全 座長：森下好美 症例 虚血性心疾患・心不全 座長：川口民郎 症例 術後急性期～回復期リ ハ 座長：澁川武志
15:00	15:30~16:30 シンポジウム4 「心不全患者の個別的栄養療法を考える」 座長：小笹寧子、築瀬正伸 演者：上田耕平、原 嘉孝 井原妙奈 共催：関西中部心不全栄養療法研究会	15:30~16:30 CPXセミナー 座長：民田浩一 演者：三浦弘之	15:30~16:30 一般演題口述セッション4 心疾患全般・術後・デバイス関連 座長：村井亮介 田中 希 コメンター：高林健介 梅本旬男		
16:00	16:40 表彰式・閉会式				

第 11 回近畿支部地方会 プログラム

開会式

9 : 30~9 : 40

第 2 会場 会議室 203

近畿支部長 ; 神戸大学

宮脇 郁子

会長 : 天理よろづ相談所病院

近藤 博和

市民公開講座

13 : 00~14 : 15

第 1 会場 コンベンションホール C

司会 : 宮脇 郁子 (神戸大学)

講演 : 心不全と心臓リハビリテーション

古川 裕 (神戸市立医療センター中央市民病院)

講演 : 心臓の鼓動と仏教の“こころ”はどこで出会うのか

森本 公穰 (東大寺塔頭清涼院住職)

シンポジウム

シンポジウム 1 : 回復期リハビリ病院における心リハの立ち位置

9 : 45~10 : 45

第 2 会場 会議室 203

座長 :

神戸リハビリテーション病院 森沢 知之

八尾はあとふる病院 石井 英

S1-1 回復期病院における心臓リハビリテーションの実像 —全国レジストリ研究が示す現状—

神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部 森沢 知之

S1-2 回復期リハビリ病院での心リハ導入と今後の展開

神戸リハビリテーション病院 循環器内科 服部 修

S1-3 回復期リハビリテーション病棟における心疾患患者への目標設定の取り組み

—COPM を用いた実践報告—

天理よろづ相談所病院白川分院 リハビリテーション部 前岡 伸吾

S1-4 地域包括ケア病棟における心臓リハビリテーション

八尾はあとふる病院 リハビリテーション部 伊東 剛志

シンポジウム 2 : 超高齢社会における在宅心臓リハビリテーション

10 : 50~11 : 50

第 3 会場 会議室 204

座長 :

のぞみハートクリニック 岡田 健一郎

のぞみハートクリニック / 兵庫県立尼崎総合医療センター 鷺田 幸一

S2-1 訪問看護師が行う心臓リハビリテーションの実際

なな一る訪問看護ステーション 河合 寛子

S2-2 在宅心不全患者に対する理学療法士の役割 —訪問現場での実践と多職種協働の実際—
のぞみハートクリニック リハビリテーション部 井谷 祐介

S2-3 超高齢社会における在宅心臓リハビリテーション—各職種の役割を実践から学ぶ
～管理栄養士の立場から～
機能強化型認定栄養ケア・ステーション 在宅栄養もぐもぐ大阪 水島 美保

S2-4 重症心不全患者への静注強心薬持続投与による多職種連携在宅緩和ケアの事例
株式会社薬國堂 志都美薬局 國廣 英一

シンポジウム 3 : Psychocardiology の基礎と重要性

14 : 25～15 : 25 共催 : Hyogo Psycho-cardiology 研究会
第 2 会場 会議室 203

座長 : 六甲アイランド甲南病院 水谷 和郎
兵庫県立はりま姫路総合医療センター 竹原 歩

S3-1 Psychocardiology とは？

国立循環器病研究センター 心不全・移植部門 庵地 雄太

S3-2 狭心発作の再燃による不安を訴える患者に心臓リハビリテーションが奏功した 1 例
真星病院 看護部 小國 恵子

シンポジウム 4 : 心不全患者の個別的栄養療法を考える

15 : 30～16 : 30 共催 : 関西中部心不全栄養療法研究会
第 1 会場 コンベンションホール C

座長 : 高の原中央病院 小笹 寧子
藤田医科大学 築瀬 正伸

S4-1 高齢サルコペニア心不全

サルコペニアを合併した高齢心不全患者における栄養戦略

枚方公済病院 栄養科 上田 耕平

S4-2 中年肥満型肥満型

慢性心不全および腎機能低下等の多疾患を併存する症例に対する個別性を重視した栄養管理の一例

藤田医科大学 循環器内科 原 嘉孝

S4-3 若年心不全

蓄積エネルギーを考慮した栄養療法が奏功した若年重症心不全の 1 例

高の原中央病院 栄養科 井原 妙奈

パネルディスカッション1

マルチモビリティに対する心臓リハビリテーション

10:50~11:50

第2会場 会議室 203

座長:

神戸大学 井澤 和夫

大阪産業大学 黒瀬 聖司

PD-1 運動ができない心疾患患者をどう捉えるか

—心臓リハビリテーションにおけるロコモと運動器疾患—

西宮回生病院 整形外科・すぎもと整形外科・麻酔科 杉本 啓紀

PD-2 心腎疾患併存患者に対する運動療法

—CKM/CCKDの視点と最新ガイドラインに基づいて—

三田市民病院リハビリテーション科 尾倉 朝美

PD-3 「治療のハブ」として多疾患併存患者に対する心臓リハビリテーションへの薬剤師の介入

大和高田市立病院 薬剤部 涌田 泰行

PD-4 多疾患併存患者に対する心臓リハビリテーションにおける看護師の役割と調整の実際

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部/IT推進室 和田 直子

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

第2会場 会議室 203

12:00~12:50

「治療から回復の未来へ ~大動脈弁狭窄症における TAVI 前後の包括的心リハとケア~」

座長: 天理よろづ相談所病院 循環器内科

田村 俊寛

LS1 講師: 和歌山県立医科大学 循環器内科

和田 輝明

共催: エドワーズライフサイエンス

ランチョンセミナー2

第3会場 会議室 204

12:00~12:50

「在宅データを意識した新たな心不全診療への模索」

座長: 奈良県立医科大学 循環器内科

彦惣 俊吾

LS2 講師: 兵庫医科大学 循環器・腎透析内科

朝倉 正紀

共催: アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー3

第4会場 会議室 205+206

12:00~12:50

「今さら聞けないATTR アミロイドーシス～診断から治療まで～」

座長：奈良県立医科大学 循環器内科

尾上 健児

LS3 講師：天理よろづ相談所病院 循環器内科

田巻 庸道

共催：アレクシオンファーマ

優秀演題セッション

9:45~10:45

第3会場 会議室 204

座長：京都府立医科大学

白石 裕一

兵庫医科大学

笹沼 直樹

審査委員：

奈良県立医科大学 彦惣 俊吾

国立循環器病研究センター 坂田 泰彦

医仁会武田総合病院 今井 優

神戸大学 正垣 淳子

奈良学園大学 伊藤 健一

EX-1 心臓リハビリテーションを阻む重度の血圧変動：見落としてはならないパーキンソン病という鑑別疾患

岡山 悟志

奈良県西和医療センター リハビリテーション科、循環器内科

EX-2 Closed Loop Stimulation の設定により適切な運動療法が可能となった外来心臓リハビリテーションの一例

水野 修平

神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部

EX-3 運動時経皮的耳介迷走神経刺激による運動後副交感神経回復促進効果の検討—健常者クロスオーバー試験—

吉田 陽亮

奈良県西和医療センター リハビリテーション科

EX-4 地域包括ケア病棟でのリハビリテーション介入後も入院関連機能障害が残存した心疾患患者の特徴

小椋 梨香子

八尾はあとふる病院 リハビリテーション部

EX-5 外来心臓リハビリテーションにおける専任管理栄養士の取り組みについての報告

上田 耕平

枚方公済病院 栄養科

一般演題（口演セッション）

一般演題口述セッション1（心リハ運営）

9：45～10：45

第4会場 会議室 205+206

座長：兵庫県立尼崎総合医療センター
北野病院
コメントーター：高井病院
京都府立医科大学

谷口 良司
上坂 建太
中村 洋貴
山端 志保

- 01-1 外来心臓リハビリテーションへの参加促進に向けた取り組み
藤井 美和子
天理よろづ相談所病院 リハビリテーション部
- 01-2 当院心臓リハビリテーションにおけるフレイル教室の取り組み
福田 章人
医療法人新生会 総合病院 高の原中央病院 リハビリテーション科
- 01-3 心臓リハビリテーション導入後における回復期リハビリテーション病棟の実績指数の検討
長谷川 みさを
天理よろづ相談所病院白川分院 リハビリテーション部
- 01-4 回復期リハビリテーション病棟における心臓リハビリテーション効果の検討
～地域包括ケア病棟との比較～
和阪 主税
八尾はあとふる病院 リハビリテーション部
- 01-5 在宅有酸素運動様式の違いが運動耐容能改善に与える影響
青谷 亮輔
大津赤十字病院リハビリテーション科部

一般演題口述セッション2（心リハの有効性とリスク）

10：50～11：50

第4会場 会議室 205+206

座長：神戸市立医療センター中央市民病院
北野病院
コメントーター：兵庫県立はりま姫路総合医療センター
岩間循環器内科

岩田 健太郎
中根 英策
本多 祐
岩間 一

- 02-1 開業医でおこなう心リハ実施における医療費自己負担割合の影響
中川 彰人
医療法人彰々会 中川内科

- 02-2 肥満合併心疾患症例における高強度インターバルトレーニングの有効性についての検討
 小山田 尚史
 大津赤十字病院 循環器内科
- 02-3 外来心臓リハビリテーション患者の呼吸サルコペニア：14%の頻度と、運動耐容能、栄養状態との関連
 岡山 悟志
 奈良県西和医療センター リハビリテーション科、循環器内科
- 02-4 左室駆出率が保持された心不全における回復期心臓リハビリテーションの Myokine 動態への影響に関する検討
 近藤 匠巳
 大阪急性期・総合医療センター
- 02-5 経カテーテル大動脈弁留置術前後の血圧動態と骨折リスクとの関連性についての検討
 樽谷 玲
 和歌山県立医科大学循環器内科

一般演題口述セッション3（地域連携・疾病管理）

14：25～15：25

第3会場 会議室 204

座長：奈良県総合医療センター

川田 啓之

国立循環器病研究センター

小西 治美

コメンテーター：大和高田市立病院

上嶋 運啓

神戸市立医療センター中央市民病院

石橋 千賀

- 03-1 心臓リハビリテーションにおける行動経済学の利用とその効果：スコーピングレビュー
 岩佐 精志
 天理よろづ相談所病院 リハビリテーション部
- 03-2 循環器病棟看護師が捉える再入院リスクの高い心不全患者の特徴
 福井 佳苗
 大阪赤十字病院
- 03-3 心不全患者の外来心臓リハビリ後再入院の予測因子の検討
 萩野 凌
 社会医療法人同仁会 耳原総合病院
- 03-4 地域医療従事者との心不全連携と心臓リハビリテーション啓発の課題-大和高田市でのアンケート調査-
 梅津 俊介
 大和高田市立病院リハビリテーション科
- 03-5 当院における心不全地域連携構築への取り組み
 阪田 智子
 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 看護部

一般演題口述セッション4 (心疾患全般・術後・デバイス関連)

15 : 30~16 : 30

第3会場 会議室 204

座長：神戸市立医療センター中央市民病院

村井 亮介

京都大学

田中 希

コメンテーター：滋賀医科大学

高林 健介

天理よろづ相談所病院

梅本 旬男

04-1 認知機能低下を伴う高齢心不全患者に対する多職種介入 ー活動量計・ICT を活用した訪問看護師との連携ー

足立 結衣

兵庫県立尼崎総合医療センター リハビリテーション部

04-2 左室自由壁破裂術後に外来心臓リハビリテーションを継続し早期に良好な運動耐容能を示した一例

大谷 信彰

いしかわ心臓クリニック

04-3 入院期から初回外来までの再入院心不全患者のセルフモニタリングの段階的変化：単一事例の質的記述的研究

近藤 愛菜

大阪公立大学大学院看護学研究科

04-4 ICU-AW/PICS を呈した A 型急性大動脈解離術後症例における早期心リハと心理社会的介入の有用性

黄 啓徳

医仁会武田総合病院疾病予防センター

04-5 低強度活動時の心拍数上昇不良を確認し Rate response の再設定を行った洞不全症候群の1例

岩間 一

相志和診会 岩間循環器内科

一般演題 (ポスターセッション)

14 : 25~15 : 25

ポスター会場 会議室 201+202

ポスターセッション1 (心不全)

座長：天理よろづ相談所病院

田巻 庸道

P1-1 高齢心不全入院患者における歩数と身体活動量の関連性

岡山 悟志

奈良県西和医療センター, リハビリテーション科

P1-2 循環器病棟看護師が行う心不全患者の自己管理継続のための家族支援：質的記述的研究

谷口 美祐衣

広島大学病院看護部

- P1-3 高齢心臓弁膜症術後患者における術前基本チェックリスト項目と自宅退院との関連
 岩本 浩司
 神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション技術部
- P1-4 高齢心疾患患者が運動継続可能なアプローチ方法の文献検討
 八木 良子
 神戸常盤大学
- P1-5 MICS 後のリハビリ不要論に対する反証と提言：低侵襲手術時代における回復支援の再定義
 森本 喜久
 北播磨総合医療センター 心臓血管外科

ポスターセッション 2 (心リハ運営)

座長：三菱京都病院

横松 孝史

- P2-1 新規開業クリニックにおける外来心臓リハビリテーション導入初期の実態と課題
 大西 哲存
 おおにし心臓クリニック 内科・循環器内科
- P2-2 外来心臓リハの立ち上げと、心大血管疾患術後の回復期リハビリ病棟受け入れ体制構築について
 喜多 揚子
 南奈良総合医療センター
- P2-3 当院における心臓リハビリテーションの実施状況について ～令和6年度の実績より～
 井貫 博詞
 兵庫県立はりま姫路総合医療センター リハビリテーション部
- P2-4 地域かかりつけ医における外来心臓リハビリテーションの概況
 妹尾 翔平
 医療法人彰々会 中川内科
- P2-5 地域発！心臓リハ5年間の急成長と今後の課題
 秋田 晋吾
 まつまえ循環器内科クリニック

ポスターセッション 3 (維持期リハ)

座長：大阪府済生会吹田病院

川上 利香

- P3-1 外来心臓リハビリテーション通院患者の通院継続へのレーダーチャートの影響
 山本 敦暉
 愛仁会リハビリテーション病院 理学療法科
- P3-2 AI を活用した CPX 運動処方
 梅原 英太郎
 三栄会 ツカザキ病院

- P3-3 通所リハにおける集団心リハプログラムの効果検証
糸川 竜平
泉佐野優人会病院
- P3-4 地域連携室が行う心臓リハビリテーションにおける一次予防の取り組み
松本 祐子
医療法人社団志高会 三菱京都病院
- P3-5 外来心臓リハビリにおける機器レジスタンストレーニング導入の安全性と身体機能への影響
石本 一斗
兵庫県立はりま姫路総合医療センター リハビリテーション部

ポスターセッション4 (症例 心不全)

座長：もりした循環器科クリニック

森下 好美

- P4-1 外来心臓リハビリテーションにより運動耐容能が改善し就労復帰に至った肥大型心筋症の1例
山本 浩貴
南奈良総合医療センター リハビリテーション部
- P4-2 持続する変行伝導を有する重症心不全患者に対し、スマートウォッチで活動調整し心不全増悪を予防した一例
杉本 美乃里
兵庫県立淡路医療センター リハビリテーション部
- P4-3 外来心臓リハビリテーションの継続が病態変化の早期発見と治療に繋がった症例
上西 貴美子
医仁会武田総合病院 疾病予防センター
- P4-4 低頻度介入下の外来心臓リハビリテーションにおいても運動耐容能・セルフケア能力が改善した症例
新宮 広大
兵庫医科大学病院 リハビリテーション技術部
- P4-5 がん治療関連心筋障害による心不全に対して心不全療養指導を実施し身体機能向上がみとめられた症例
田村 拓人
社会医療法人 高清会 高井病院 リハビリテーション科
- P4-6 強心剤の漸減に難渋した重症心不全患者に多職種で関わり自宅復帰を果たした症例
早川 真由
医療法人社団志高会 三菱京都病院

ポスターセッション5（症例 虚血性心疾患・心不全）

座長：滋賀医科大学

川口 民郎

- P5-1 心房細動発作を契機として心不全の増悪を繰り返す超高齢者の1例
岩間 一
相志和診会 岩間循環器内科
- P5-2 急性右室梗塞による胸水貯留に対して Sara® Combilizer を用いた離床により呼吸状態の改善を得た一例
池内 悠登
大阪けいさつ病院
- P5-3 LMT 梗塞に伴う低心機能症例に対し高強度負荷を許容し良好な転機をたどった一症例
松浦 昭彦
大阪府済生会千里病院 リハビリテーション部
- P5-4 地域活動参加による心臓リハビリテーション継続支援が有用であった陳旧性心筋梗塞の一例
谷本 篤紀
京都中部総合医療センター リハビリテーション科
- P5-5 和温療法の実施により腎機能の改善を認めた高齢心不全の1例
平井 千裕
医療法人 新生会 総合病院 高の原中央病院 リハビリテーション科
- P5-6 外来心臓リハビリテーション期間中に COVID-19 を発症し身体機能は低下したが、精神機能は改善した症例
金光 智史
市立奈良病院

ポスターセッション6（症例 術後急性期～回復期リハ）

座長：南草津ひだまりハートクリニック

澁川 武志

- P6-1 腎筋跛行を呈した腹部大動脈ステントグラフト内挿術（EVAR）後患者における外来での運動療法の取り組み
村上 梓
奈良県総合医療センター リハビリテーション部
- P6-2 視覚障害を伴う心不全患者に対し職務動作再現による復職支援を行った一例
志方 俊則
大和高田市立病院 リハビリテーション科
- P6-3 心臓血管術後患者に対する回復期病棟での運動療法・患者教育が運動耐容能改善と再発予防に寄与した一症例
松下 愛里
関西電力病院 リハビリテーション部

- P6-4 弁膜症術後の長期 ICU 管理によって ICU-AW を呈したが、高頻度リハビリテーションにより ADL が改善した症例
竹内 維吹
神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション技術部
- P6-5 急性重症肺塞栓症により 2 度心停止した患者における運動処方と生活再建
石橋 佑実
医療法人春秋会 城山病院 リハビリテーション科
- P6-6 大動脈弁温存基部置換術、僧帽弁輪縫縮術後に不整脈を繰り返し自宅退院に難渋した症例
大田垣 辰実
医療法人社団志高会 三菱京都病院 リハビリテーション技術部

C P X セミナー

- 15 : 30 ~ 16 : 30 第 2 会場 会議室 203
- 座長 : 明石医療センター 民田 浩一
- 演者 : 国立循環器病研究センター 三浦 弘之

教育講演

- 第 4 会場 会議室 205+206
- 14 : 25 ~ 14 : 50
- ED1 心疾患と漢方薬 高の原中央病院 小笹 寧子
- 14 : 55 ~ 15 : 20
- ED2 心エコーの基本 天理よろづ相談所病院 中川 頌子
- 15 : 25 ~ 15 : 50
- ED3 遠隔心リハ 大阪大学国際医工情報センター 谷口 達典
- 15 : 55 ~ 16 : 20
- ED4 肥満症と心疾患 奈良県西和医療センター 岡山 悟志

表彰式・閉会式

- 16 : 40 ~ 16 : 55 第 1 会場 コンベンションホール C
- 会長 : 天理よろづ相談所病院 近藤 博和
- 副会長 : 神戸市立医療センター中央市民病院 仲村 直子

シンポジウム

抄 録

シンポジウム 1

「回復期リハビリ病院における心リハの立ち位置」

座 長

森沢 知之

(神戸リハビリテーション病院)

石井 英

(八尾はあとふる病院)

シンポジウム 2

「超高齢社会における在宅心臓リハビリテーション」

座 長

岡田 健一郎

(のぞみハートクリニック)

鷺田 幸一

(のぞみハートクリニック/兵庫県立尼崎総合医療センター)

シンポジウム 3

「Psychocardiology の基礎と重要性」

座 長

水谷 和郎

(六甲アイランド甲南病院)

竹原 歩

(兵庫県立はりま姫路総合医療センター)

共催：Hyogo Psycho-cardiology 研究会

シンポジウム 4

「心不全患者の個別的栄養療法を考える」

座 長

小笹 寧子

(高の原中央病院)

築瀬 正伸

(藤田医科大学)

共催：関西中部心不全栄養療法研究会

シンポジウム 1

回復期リハビリ病院における心リハの立ち位置

S1-1

回復期病院における 心臓リハビリテーションの実像 —全国レジストリ研究が示す現状—

森沢 知之¹ 松尾 知洋² 前川健一郎²
阪口 将登² 堀田 旭² 岩田健太郎²
山本 智史² 伊藤 豪司² 増田 紘将²
加藤 倫卓² 高橋 哲也²

¹ 神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部

² Japanese Convalescent REhabilitation Ward multi-center
registry of Cardiac Rehabilitation

本邦の高齢心不全患者約1万例を対象としたJ-Proof HF 研究では、急性期病院において入院早期から積極的に心臓リハを実施しても、退院時に回復期リハビリ病棟の入院基準に該当する患者が約6割に達することが報告された。近年、フレイルや多疾患併存症を有する高齢の重症循環器患者が増加しており、急性期治療後に「より集中的かつ専門的なリハビリを提供する回復期病院」の役割は、ますます重要になっている。

我々は数年前より、回復期病院における心臓リハの効果を検証するために多施設研究を実施しており、その結果、複合的なリハビリにより身体機能、運動耐容能、ADL および QOL が改善することを報告してきた。さらに2023年からは全国7施設が参加するレジストリ研究

(Japanese Convalescent REhabilitation Ward multi-center registry of Cardiac Rehabilitation: J-CREW 研究) を主導しており、現在までに約200例が登録されている。本シンポジウムでは、これらのレジストリデータの間接解析結果をもとに、本邦における回復期病院の心臓リハの実態について報告する。

S1-2

回復期リハビリ病院での 心リハ導入と今後の展開

服部 修¹ 森沢 知之² 高橋真弓子³
前川健一郎² 下出 優²

¹ 神戸リハビリテーション病院 循環器内科

² 神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部

³ 神戸リハビリテーション病院 看護部

当院は回復期リハビリテーション病棟180床を有する兵庫県内最大級の回復期専門病院である。

患者高齢化、疾病重複化に伴う循環器患者の増加に対応するため、当院では神戸地域一体型リハビリテーションコンソーシアム(CURE-KOBE)への参画を中心に地域連携を強化し、積極的な循環器患者の受け入れを行っている。急性期病院とセラピストの人事交流を行い急性期のノウハウを取り入れる、病棟勉強会を通じてスタッフ教育・リスク管理体制の強化に努めるなど、病棟における循環器患者の管理能力向上を図っている。2024年6月には回復期から生活期への心リハ継続を進めるべく外来心リハを立ち上げた。当初エントリー枠を16人/週から開始したが多くの需要があり、36人/週まで増枠し80%以上の稼働率を維持している。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーなど多職種協同で従来の包括的心リハを充実させるとともに、回復期リハビリの視点からより生活に促した支援を行っている。2025年度からは新しい試みとして集団作業療法を導入し、患者のセルフマネジメント支援を進めている。

シンポジウム 1

回復期リハビリ病院における心リハの立ち位置

S1-3

回復期リハビリテーション病棟における 心疾患患者への目標設定の取り組み —COPM を用いた実践報告—

前岡 伸吾¹ 後藤 総介¹ 大西 美江¹
坂上 祐司¹ 近藤 博和²

¹ 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 白川分院

² 天理よろづ相談所病院

回復期リハビリテーション病棟では、目標設定の際に FIM などの ADL 評価を用いることが多い。しかし、心疾患患者では ADL 尺度のみでは把握しきれない「活動」や「参加」への制限、さらには再発予防を視野に入れた生活行動の調整が重要となる。

本邦では、がん患者に対して個別的に活動や参加に焦点を当てた、目標設定に関する研究が散見されるが心疾患患者を対象とした作業療法の視点からの検討は依然として少ない。加えて、当院では回復期病棟に心大血管リハ対象患者の受け入れを開始したことから、退院後の趣味活動や生活役割など「その人らしさ」を踏まえた作業目標の共有が課題となっていた。

そこで当院では、入院早期から患者が価値を置く作業を抽出し、多職種間で共有するために Canadian Occupational Performance Measure (COPM) を導入した。COPM は重要度・遂行度・満足度を本人視点から明確化でき、作業療法の介入方針を個別化するうえで有用である。

本報告では、COPM 導入の背景、目標設定の実施手順を説明するとともに、2 事例を通して「活動・参加」に焦点を当てた作業療法介入の実践を報告する。

S1-4

地域包括ケア病棟における 心臓リハビリテーション

伊東 剛志 久保田祐介 和阪 主税
小松梨香子 石井 英

八尾はあとふる病院

地域包括ケア病棟(地ケア病棟)は、病名に関係なく、急性期治療後などの亜急性期や、在宅・施設からの緊急入院まで、幅広い病期・状況の患者が入院できる病棟で、入院期間は原則 60 日以内と制限されている。

また、リハビリテーション(リハビリ)に関しては、入院費に包括化され、リハビリを提供する患者には 1 日平均 2 単位以上の実施が必要とされている。そのため、人員配置などを考えると、一般的には回復期リハビリテーション病棟と比較してリハビリの提供時間が短くなってしまふ。

本院では、心臓リハビリチームを結成して 4 年目を迎え、このような特徴を有する地ケア病棟で、心大血管疾患患者に対してより効果的な心臓リハビリを提供することを目指して、チーム内で継続的に検討を重ねてきた。具体的には、スタッフ教育や患者教育の充実、集団起立運動などに取り組んできた。

当院でこれまで行ってきた心臓リハビリチームの地ケア病棟での取り組みについて紹介する。

シンポジウム 2 超高齢社会における在宅心臓リハビリテーション

S2-1

訪問看護師が行う 心臓リハビリテーションの実際

河合 寛子

なな一る訪問看護ステーション

在宅は患者主体のフィールドであり、医療者目線で有用な介入も取捨選択される状況にある。そのため、病院と比べ専門職間の垣根を越えた柔軟な役割分担が求められ、看護師が心臓リハビリテーション（以下、心リハ）の実働を担う場面も少なくない。また高齢患者は、心身機能の低下や社会的孤立感から自身の存在価値を見失いやすく、モチベーション維持の難しさも伴う。今回、短期間で再入院となった70歳代の心房細動・HFpEF女性患者に対し、看護師が主体となり心リハを展開した事例を報告する。介入では、在宅移行期支援において「どう生きたいか」を引き出す関わりに注力した。主婦役割に誇りを感じていたことから、買い物同行による心リハを提案・実施し、併せて減塩やBorgスケールを用いたセルフモニタリング指導を統合的に行った。結果、セルフモニタリング力の向上と6分間歩行距離の改善を認め、家事役割の遂行やQOL改善、再入院防止に繋がった。訪問看護師が包括的心リハの知識を持ち介入することは、生活に即した目標設定や身体活動の評価、療養行動支援に有効である。本事例を通じ、在宅心リハを推進するための連携の在り方について検討したい。

S2-2

在宅心不全患者に対する 理学療法士の役割 —訪問現場での実践と多職種協働の実際—

井谷 祐介¹ 大浦 啓輔² 古田 佳佑²
鬼村 優一² 山田 愛晃² 岡田健一郎²
土肥 智貴² 弓野 大²

¹ のぞみハートクリニック リハビリテーション部

² 医療法人社団ゆみの

超高齢社会において在宅療養を選択する心不全患者が増加する中、訪問リハビリテーションにおける理学療法士の役割はますます重要となっている。病院での心臓リハビリテーションとは異なり、在宅では患者の生活環境や価値観に寄り添った個別性の高い介入が求められる。当事業所では、心不全患者の再入院予防とQOL向上を目指し、日常生活動作における心負荷評価と動作指導・環境調整、患者の自宅環境に応じた運動プログラムの立案、セルフモニタリング能力の向上・支援、運動耐容能と生活動作を統合した段階的な活動量増加によるフレイル予防、を実践している。多職種連携では、主治医、ケアマネジャー、訪問看護師などとバイタルサインや体重変動、日常生活動作や身体活動における心負荷を情報共有し、患者の安心・安全な生活を支援している。本発表では、実際の症例を通じて、在宅特有の課題と工夫、さらに連携を円滑にするための具体的取り組みを提示し、参加者の明日からの実践に活かせる知見を共有したい。

シンポジウム 2 超高齢社会における在宅心臓リハビリテーション

S2-3

超高齢社会における 在宅心臓リハビリテーション —各職種の役割を实践から学ぶ ～管理栄養士の立場から～

水島 美保

機能強化型認定栄養ケア・ステーション在宅栄養もぐもぐ大阪

2024年の診療報酬改定で新設されたリハビリテーション（以下リハ）・栄養・口腔の一体的な取組は、診療報酬改定の毎に加算項目など進化されているためか、最近では多職種の栄養に対する関心が高くなっている。

リハの効果を上げるためには栄養をなくしては考えられないが、在宅では要介護者の低栄養の問題は深刻で、在宅高齢者に関わる全職種に低栄養について関心を持って欲しいと考えている。特に在宅の心不全患者は炎症性疾患であるため、エネルギー消費が大きく多くの患者がサルコペニアであり低栄養状態になっており、在宅訪問管理栄養士は体重減少を防ぐ対応や減塩を継続できる方法などを提案している。在宅において管理栄養士との連携が進まないのは、管理栄養士がどのような働きをしているかを知られていないことが問題だと思い、このセッションでは、在宅でのリハと栄養（治療食）が連携した症例を発表し、在宅訪問管理栄養士の認知度につなげたいと考えている。

S2-4

重症心不全患者への静注強心薬持続投与 による多職種連携在宅緩和ケアの事例

國廣 英一¹ 北 和也² 辻本 雄大³
豊田 綾子⁴ 西川 章代⁵

¹ 株式会社薬國堂志都美薬局

² 医療法人やわらぎ会やわらぎクリニック

³ クリケア訪問看護ステーション

⁴ 認定栄養ケアステーション ディーアールディー

⁵ ケアプランセンター ここなら

超高齢化社会の日本における死因第二位は「心疾患」であり、なかでも心不全による死亡者数は過去20年で約2倍に増加し、急性心筋梗塞の減少分を補うほど急増している。このような背景からも重症心不全患者が在宅で最期を迎えたいという要望も増えており、2024年度の診療報酬改定により「在宅強心剤持続投与指導管理料」の新設や、心不全末期患者の呼吸苦緩和目的に注射用麻薬を用いた場合も「在宅麻薬等注射指導管理料」が加算できるようになった。また、2024年3月に日本心不全学会および日本在宅医療連合学会から「重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針」（以下指針）が示されるなど、制度面だけでなく実践面にも充実化が図られているのが心不全患者を取り巻く在宅医療の現状である。

我々は上述の指針発出後に、病棟で静注強心薬を持続投与されていた予後1か月のStage D末期重症心不全患者をシームレスに在宅へ移行し、2か月間在宅で生きることができた事例を基に、病診連携ならびに多職種連携による具体的な実践例と課題をこのセッションで報告し、参加者と意見交換したいと考える。

シンポジウム 3 Psychocardiology の基礎と重要性

S3-1

Psychocardiology とは？

庵地 雄太

国立循環器病研究センター 心不全・移植部門

WHO は健康を「身体的・精神的・社会的に良好な状態」と定義しており、心不全診療においてもこの視点は不可欠である。

Psychocardiology は、心疾患と心理・社会的要因との相互作用を包括的に捉える概念であり、心臓リハビリテーションにおける実践と親和性が高い。心不全患者では、うつや不安、認知症を背景にセルフケアがうまくいかず、療養指導に難渋する場面が少なくない。また、近年注目される「発達凹凸」を有する患者では、情報理解や行動の特性が意思決定や自己管理に影響を及ぼすことがある。加えて、喪失体験は心理的適応を困難にし、ACP や意思決定支援をより複雑にする。本発表では、日ごろ多職種が行っている関わりやコミュニケーションを

Psychocardiology の視点で再定義し、心臓リハビリテーションにおける心理社会的アプローチの意義を再確認する。

S3-2

狭心発作の再燃による不安を訴える患者に心臓リハビリテーションが奏功した1例

小國 恵子

医療法人社団まほし会 真星病院 看護部

不安とは、将来起こりうる危険や苦痛の可能性から生じる不快な情動の総称である¹⁾。ストレスに対して不安を感じることは正常の反応であるが、不安がコントロール困難で日常生活に支障をきたすことにしばしば遭遇する。「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」では、心臓リハビリテーションにおいて、精神・心理専門職による単独のサポートではなく、多職種介入により多面的な精神・心理面のサポートがコラボレイティブケア(統合的支援)を通して提供可能であり、抑うつ、不安の改善やQOLの向上が期待されることが明記されている。

今回、冠攣縮性狭心症による狭心発作を繰り返し、不安を訴える患者に外来心臓リハビリテーションを活用したサポートにより、日常生活へ復帰可能であった1例を提示する。本セッションはHyogo Psycho-cardiology 研究会の企画であり、会場にお越しいただいた参加者の方と介入方法を検討し、学びを深める機会とさせていただきたい。

1) 古川壽亮, 神庭重信編: 精神科診察診断学エビデンスからナラティブへ, 医学書院, 東京, 2003: 157-164.

シンポジウム 4 心不全患者の個別的栄養療法を考える

S4-1

サルコペニアを合併した 高齢心不全患者における栄養戦略

上田 耕平

枚方公済病院 栄養科

高齢者心不全患者では、加齢に伴う食欲低下や身体活動量の低下により、サルコペニアやフレイルを高率に合併し、その結果として低栄養状態に陥る患者も少なくない。一方、心不全患者に対する栄養療法では、心不全増悪を回避する目的から塩分・水分制限が優先されることが多い。しかし、これらの制限を過度に重視することで、さらなる食欲低下を招き、エネルギーおよびたんぱく質摂取不足を生じ、筋量・筋力低下を助長する可能性が指摘されている。高齢化が進む日本社会においては、治療の一環として患者の病態を適切に把握し、必要エネルギー量や栄養基質を考慮した個別化された栄養療法の実践が求められている。本シンポジウムでは、管理栄養士の立場から、高齢者サルコペニア心不全患者における栄養評価の考え方と、栄養管理プランの設定など、実臨床における栄養療法のポイントを概説する。さらに、当院で経験した高齢心不全患者に対し、栄養介入を強化することで臨床経過の改善が得られた症例を提示し、心臓リハビリテーションにおける運動療法との今後の接点について述べたい。

S4-2

慢性心不全および腎機能低下等の 多疾患を併存する症例に対する 個別性を重視した栄養管理の一例

原 嘉孝¹ 築瀬 正伸¹ 河合 秀樹¹
西村 豪人¹ 寺嶋 一裕¹ 丹羽 雄大¹
佐藤 司¹ 早瀬 卓矢¹ 高原 周平¹
林 宣宏¹ 鈴木 俊陽¹ 長井ひなの²
井澤 英夫¹

¹ 藤田医科大学病院 循環器内科

² 藤田医科大学病院 食養部

【目的】

心不全患者の栄養管理において、患者の食習慣、体脂肪率、腎機能等の背景を加味した食事内容を設計することが望まれる。今回、心不全を含む多疾患併存例の栄養管理を経験したので報告する。

【症例】

症例は肥満、慢性腎臓病、慢性心不全を持つ60歳女性。心不全治療を一時自己中断していたが、呼吸困難を伴ったことでX-3年よりA病院で通院を再開した。NTproBNP800 pg/mLで推移していたが、X年8月に2950 pg/mL、9月に4510 pg/mLと上昇傾向であったためX年9月に精査目的で当科外来に紹介受診し、慢性心不全増悪と診断され入院加療となった。

【経過】

かかりつけにて栄養指導はされており減塩はできていた。しかし勤務時間の関係から食事摂取時間が不規則であり、食事のバランスも不良であったため、以下の指導を行った。入院経過中の食事摂取カロリーは標準体重を基準とした制限をかけつつ、腎機能障害に配慮して低蛋白食とした。入院32日目に心不全改善につき退院となった。

【考察】

心不全に肥満と腎機能低下を併存する患者では、過度な制限による低栄養を防ぎつつ、個別性の高い栄養管理を行うことが望まれる。

シンポジウム 4 心不全患者の個別的栄養療法を考える

S4-3

蓄積エネルギー量を考慮した栄養療法が奏効した若年重症心不全の1例

井原 妙奈

高の原中央病院 栄養科

【はじめに】

2025年心不全ガイドラインでは、包括的心不全ケアの重要性が強調されている。栄養療法においてはエネルギー30kca/kgが基本とされている。今回、蓄積エネルギー量を考慮した栄養強化療法が奏効した症例を経験したので報告する。

【症例】

20代、女性。重症の大動脈弁閉鎖不全症を背景にしたうっ血性心不全に対して、大動脈弁置換術（生体弁）および弓部大動脈置換術（TAR+FET）を施行、術後に脳梗塞（右後頭葉内側、右左小脳半球）を認めた。回復期リハビリ目的で当院に転院となった。身長166cm、体重41.4kg、BMI15.0、EF25%、BNP934.6pg/ml。

【経過】

入院当初は嚥下食1を提供、順調に嚥下機能は改善し常食1400kcalの提供可能となったが食欲あり、2000kcalまで増量していた。しかし体重増加が認められず、入院10週目に基礎代謝量を測定した結果、REE1747kcalと算出された。活動量および蓄積エネルギー量を考慮し、1日の目標エネルギー量を3200kcalに設定した。入院20週目には体重50.7kg、BMI18.4と病前体重に戻り、EF52%、BNP129.9pg/mlと心機能も改善し自宅退院となる。

【考察】

重症心不全患者では、エネルギー代謝などを評価し、個別化栄養管理を行なう必要性が示唆された。

パネルディスカッション1

抄録

パネルディスカッション1
「マルチモビディティに対する心臓リハビリテーション」
座長
井澤 和大（神戸大学）
黒瀬 聖司（大阪産業大学）

パネルディスカッション1

マルチモビディティに対する心臓リハビリテーション

PD-1

運動ができない心疾患患者をどう捉えるか —心臓リハビリテーションにおける ロコモと運動器疾患—

杉本 啓紀^{1, 2, 3} 福西 成男¹ 稲垣 有佐⁴

¹ 西宮回生病院 整形外科

² 医療法人仁寿会すぎもと整形外科・麻酔科

³ 西和医療センター 整形外科

⁴ リハビリテーション医学講座

心臓リハビリテーション(心リハ)は有酸素運動を治療の中心とするが、変形性脊椎症、変形性股関節症、変形性膝関節症などの運動器疾患を併存する高齢患者では、十分な運動負荷をかけられないことも多い。これらの運動器疾患はロコモティブシンドローム(ロコモ)と強く関連しており、ロコモ患者の多くは何らかの整形外科的疾患を合併している。「運動ができない心疾患患者」ではなく、「運動器の問題により運動が制限される心疾患患者」と捉え直す視点が重要である。変形運動器疾患に対する外科的治療によってロコモが改善することは多くの報告で示されており、運動耐容能向上を通じて心リハ実施を支える一因となり得る。ロコモ診断ツールとしてはロコモ25、2ステップテスト、立ち上がりテストが代表的であるが、ロコチェックは簡便かつ有用な診断ツールであり、我々はその有用性を報告してきた。さらに、脆弱性骨折はADL低下を介してロコモ進行を加速させるため、骨粗鬆症治療による一次・二次骨折予防は心リハ成功の前提条件である。心リハの質向上には、運動器評価を共有した上で整形外科と連携した包括的介入が必要不可欠である。

PD-2

心腎疾患併存患者に対する運動療法 —CKM/CCKDの視点と 最新ガイドラインに基づいて—

尾倉 朝美¹ 井澤 和太²

¹ 三田市民病院 リハビリテーション科

² 神戸大学大学院保健学研究所

心血管疾患(CVD)と慢性腎臓病(CKD)は高頻度に併存し、運動耐容能の低下や生活の質(QOL)の低下を伴うことが多い。こうした心腎機能障害に対する新たな治療戦略として、心血管管代謝(CKM)症候群および慢性心血管腎疾患(CCKD)が相次いで提唱された。これらの概念は、個別臓器への介入にとどまらず、両疾患に共通するリスク因子(高血圧、脂質異常症、糖尿病など)や病態生理学的機序(内皮機能障害、炎症、酸化ストレス、神経ホルモン活性など)を治療標的とすることで、心腎機能障害の進行抑制と予後改善を図る点に特徴がある。なかでも運動療法は、これら共通の危険因子や病態機序に直接介入し得る非薬物的治療戦略として注目されている。

近年、CKD患者における運動療法では、高強度インターバルトレーニング(HIIT)を含む多様な運動様式の有効性が示されている。本講演では、心腎疾患併存患者に対する運動療法について、CKM/CCKDの概念的枠みに基づく考え方と、最新のエビデンスやガイドラインで推奨される運動様式について述べる。

パネルディスカッション1

マルチモビディティに対する心臓リハビリテーション

PD-3

「治療のハブ」として多疾患併存患者に対する心臓リハビリテーションへの薬剤師の介入

涌田 泰行¹ 梅津 俊介² 志方 俊則²
井上 拓也² 中村 輝夫² 中野 知哉³
上嶋 運啓³

¹ 大和高田市立病院 薬剤部

² 大和高田市立病院 機能訓練技術科

³ 大和高田市立病院 循環器内科

多疾患併存を有する患者においては、心不全や虚血性心疾患をはじめとする循環器疾患に対する標準治療に、他疾患治療が加わることで、薬剤の相互作用や副作用、さらにはポリファーマシーのリスクを軽減する視点が求められる。その中で薬剤師は、処方適正化、服薬アドヒアランスの向上、多職種との情報共有、在宅や地域医療との連携など、きわめて重要な役割を担っている。

本発表では、マルチモビディティに対する心臓リハビリテーションの解決の糸口となるよう、

- ①多疾患併存に伴うポリファーマシー
- ②薬物が運動療法に及ぼす影響を理学療法士と連携し評価する動的モニタリング
- ③退院後の心臓リハビリテーション継続を見据えた移行期管理と保険薬局を含む地域連携の可能性の以上3点を整理し、薬剤師の専門的介入の意義について議論を深めたい。

PD-4

多疾患併存患者に対する心臓リハビリテーションにおける看護師の役割と調整の実際

和田 直子

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部 / IT推進室

多疾患併存を有する患者に対する心臓リハビリテーションでは、疾患ごとに求められる管理や行動が多岐にわたり、患者にとって大きな負担となり得る。外来リハビリテーションの場面では、各疾患に応じた管理行動が重なり合い、一つの疾患を重視した対応が、結果として他の疾患や生活面に影響を及ぼすことも少なくない。さらに、複数診療科の医師が関わることで、患者から「医師ごとに異なる指示を受けて混乱している」と訴えられる場面もみられる。このような状況の中で、看護師はチーム医療における調整役として、患者が安心して疾患管理行動を選択できるよう、情報整理や優先順位の共有、生活に落とし込む支援を担っている。その際、疾患ごとの管理に分断されるのではなく、患者の生活全体に影響する一連の課題として捉え、「今どの行動が最も患者にとって有益か」「患者の関心がどこにあるのか」を意識しながら関わることを重視している。

本発表では、多疾患併存患者の心リハ介入において日々行っている工夫や、外来リハで直面する困難および看護師の役割について、具体例を交えて報告する。

CPX セミナー

抄 録

CPX セミナー

心臓リハビリテーションに活かす心肺運動負荷試験

三浦 弘之¹ 村田 誠² 坂田 泰彦³ 野口 暉夫¹

¹ 国立循環器病研究センター 心臓血管内科

² 国立循環器病研究センター 心臓血管内科/心血管リハビリテーション科

³ 国立循環器病研究センター 臨床研究推進センター

心肺運動負荷試験（CPX）は、呼気ガス分析を用いて運動中の循環・呼吸・代謝応答を統合的に評価できる検査であり、心臓リハビリテーションにおける中心的な検査の一つである。CPX は予後評価、運動処方、病態推定を一つの検査で同時に行える点が最大の特徴で、最高酸素摂取量（Peak $\dot{V}O_2$ ）、嫌気性代謝閾値（AT）、VE vs. $\dot{V}CO_2$ slope（VE:分時換気量、 $\dot{V}CO_2$:二酸化炭素排出量）といった指標を駆使して評価を行う。本講演ではCPXの安全性や禁忌、運動負荷プロトコル、主要指標の定義と解釈を整理し、実際の症例の呼気ガス分析データの提示を交えながら、最大負荷の妥当性確認やAir漏れ、Pseudo-threshold、運動時周期性呼吸変動（EOV）を有する場合などにおける注意点について解説する。さらに虚血性心疾患、HFrEF、COPD患者への応用を通じ、CPXを用いた重症度評価、効果判定、適切な運動処方など、心臓リハビリテーションにおけるCPXの実践的活用について概説する。

優秀演題セッション

抄 録

EX-1

心臓リハビリテーションを阻む 重度の血圧変動：見落としてはならない パーキンソン病という鑑別疾患

岡山 悟志

奈良県西和医療センター リハビリテーション科 循環器内科

【はじめに】

心臓リハビリテーション（CR）は心血管疾患の予後改善に必須であるが、重度の血圧変動は安全確保を困難にし実施の妨げとなる。背景には自律神経障害があるが、循環器疾患以外に原因が潜むこともあり、多角的に鑑別することが重要である。

【症例】

84歳、男性。軽度の冠動脈病変に対しCRが開始されたが、収縮期血圧70~130mmHgという著しい変動と立ちくらみのため実施困難であった。経過中にHFpEFを合併した。24時間血圧測定では昼間114/68mmHg、夜間156/87mmHgの夜間高血圧（Riser pattern）を呈した。当初、①心不全、慢性腎不全、食塩過剰摂取などによる循環血液量の増加、②睡眠時無呼吸症候群などによる睡眠障害、③糖尿病などによる自律神経障害、④降圧薬の効果減弱を鑑別したが、神経内科紹介の結果、パーキンソン病と診断された。I123-MIBG心筋シンチグラフィで心臓交感神経障害を確認し、重度の血圧変動はパーキンソン病による自律神経障害、夜間高血圧は臥床高血圧であると判断した。

【結語】

CRの継続を阻む重度の血圧変動を呈する症例では、循環器疾患に伴う自律神経障害だけでなく、パーキンソン病も鑑別疾患として念頭に置く必要がある。

EX-2

Closed Loop Stimulation の設定により 適切な運動療法が可能となった 外来心臓リハビリテーションの一例

水野 修平¹ 松木 良介¹ 前川健一郎¹

菊地 聡子¹ 森沢 知之¹ 高橋真弓子²

服部 修³

¹ 神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部

² 神戸リハビリテーション病院 看護部

³ 神戸リハビリテーション病院 診療部

【目的】

今回、心臓再同期療法（CRT）導入後に心拍応答不全を呈した症例に対して、Closed Loop Stimulation（CLS）機能を使用することで適切な心拍応答が得られ、効果的な運動療法が実施できた症例を経験したので報告する。

【臨床経過】

症例は70代男性。心肺停止にて救急搬送された。初期波形は心室細動で低左室収縮能を認め、入院27日後にCLS機能を有するCRT（DDD-R, 60-130ppm, 非生理学的センサー）を導入した。急性期病院退院後に当院外来心臓リハビリテーションに参加となった。初回心肺運動負荷試験（CPX）ではpeakHRが年齢予測心拍数の72%と心拍応答不全を認め、6分間歩行試験時には急激な心拍上昇をするなど運動処方に難渋した。このためにCLS機能を設定し、再度CPXを実施した結果、peakHRは年齢予測心拍数の86%となり、歩行時の急激な心拍上昇は消失した。この結果を基に運動処方を行い、3ヶ月後の外来終了時は $\Delta V O_2 / \Delta W R$ 8.7→9.79ml/min/W、6分歩行試験の歩行距離は385→550mとなった。

【結語】

ペーシング機能を有するデバイス留置後の症例では、CLS機能を理解した上で心拍応答を評価することで、より効果的な運動療法が可能となる。

優秀演題セッション

EX-3

運動時経皮的耳介迷走神経刺激による 運動後副交感神経回復促進効果の検討 —健常者クロスオーバー試験—

吉田 陽亮^{1,2} 藤原 大輔¹ 福井 恵¹
山田 綾美¹ 谷山みどり¹ 土居 尚樹¹
高橋 瑠奈¹ 松浦 豊^{1,3} 岡山 悟志^{1,3}

¹ 奈良県西和医療センター リハビリテーション科

² 畿央大学大学院 健康科学研究科

³ 奈良県西和医療センター 循環器内科

【目的】

経皮的耳介迷走神経刺激 (taVNS) は非侵襲的に迷走神経を賦活し自律神経調節を改善する可能性があるが、運動中の taVNS が運動後の Heart Rate Recovery (HRR) に与える影響は不明である。本研究は健常者における運動中 taVNS の HRR および自律神経変動、循環動態への影響を検討した。

【方法】

健康成人 16 名を対象にランダム化クロスオーバー試験を実施した。各被験者は taVNS 条件 (100 Hz, 600 μ sec) および without taVNS 条件で自転車エルゴメータ運動負荷試験を行った。運動終了 1 分後の HRR (HRR1) および自律神経変動 (LF/HF)、循環動態 (血圧、心拍出量、末梢血管抵抗) を評価した。

【結果】

taVNS 条件では HRR1 が有意に高値 (27.6 \pm 15.1 bpm vs 21.8 \pm 13.0 bpm, $p=0.015$) を示し、運動後 1 分間 HR も有意に低下した (104.0 \pm 15.0 vs 115.0 \pm 11.4 bpm, $P<0.001$)。LF/HF も安静時 (1.6 \pm 1.3 vs 3.7 \pm 2.5, $p<0.001$) および最大運動時 (1.2 \pm 0.9 vs 4.5 \pm 4.5, $p<0.001$) に有意に低値を示した。血圧への影響は最小限であった。

【考察】

運動中 taVNS は健常者の運動後副交感神経再賦活を促進し、HRR 改善を介して心拍回復を向上させる可能性が示された。今後は心疾患患者における臨床応用を検討する必要がある。

EX-4

地域包括ケア病棟でのリハビリテーション 介入後も入院関連機能障害が残存した 心疾患患者の特徴

小椋梨香子¹ 久保田祐介¹ 伊東 剛志¹
和阪 主税¹ 石井 英²

¹ 八尾はあとふる病院 リハビリテーション部

² 八尾はあとふる病院 循環器内科

【目的】

入院関連機能障害 (HAD) は心疾患患者の予後に影響することが報告されている。急性期病院から地域包括ケア病棟に転院する症例は、ADL が低下している方が多い。今回、当院地域包括ケア病棟でのリハビリテーション介入後も HAD が残存した心疾患患者の特徴を調べた。

【方法】

2022 年 4 月から 2025 年 6 月に急性期病院から当院地域包括ケア病棟へ転院となった心疾患患者 61 例を対象とした。当院退院時の Barthel Index (BI) が急性期病院入院時の BI と比較して 5 点以上低下したものを HAD とし、当院退院時に HAD を有した例 (H 群) と HAD を有さなかった例 (NH 群) の群間比較を行った。

【結果】

H 群は 48 例、NH 群は 13 例であった。NH 群と比較し、H 群は年齢が高く (85 歳 [82-90] vs 79 歳 [76-84])、心不全症例が多く (70.8% vs 38.5%)、急性期病院入院時と当院転院時の BI の差が大きかった (42.5 点 [23.8-55.0] vs 25.0 点 [15.0-40.0])。

【考察】

高齢、心不全症例、急性期病院入院中に BI が大きく低下した症例は、地域包括ケア病棟退院後においても HAD が残りやすいことが示唆された。特にこのような症例に対しては、身体活動量を確保できるよう介入方法の工夫が必要と考える。

EX-5

外来心臓リハビリテーションにおける 専任管理栄養士の取り組みについての報告

上田 耕平¹ 池田 力² 高橋 留佳¹
原 智恵¹ 松村 幸一² 大木 敦司²
佐々木宏樹² 坂本 璃穂² 阪田 智子³
藤田 亮子⁴ 木村 剛⁴

¹ 枚方公済病院 栄養科

² 枚方公済病院 リハビリテーション科

³ 枚方公済病院 看護部

⁴ 枚方公済病院 循環器内科

【目的】

心不全患者において多職種介入は再入院率や死亡率を低下させることが知られているが、外来心臓リハビリ（外来心リハ）に管理栄養士が継続的に関与している施設は少ない。当院では専任管理栄養士を配置し、体系的な栄養介入体制を構築したため、その取り組みを報告する。

【方法】

2021年度より外来心リハに専任管理栄養士2名を配置し、外来心リハ対象者全例を介入対象とした。少なくとも月1回の栄養指導を実施し、介入内容を標準化するために栄養介入フローチャートを作成した。

【結果】

2020年度の栄養指導件数は99件/年であったが、専任配置後は2021年度351件、2024年度には534件に増加した。また、医師・理学療法士・看護師ら多職種と同一空間・同時間で介入することで、心不全増悪兆候や体重変化、筋力低下などを早期に把握でき、より適切な栄養介入が可能となった。

【考察】

専任管理栄養士の配置と介入体制の標準化により、栄養指導件数が増加し、多職種連携の中で質の高い栄養支援が実現した。本取り組みは、外来心リハにおける多職種チーム医療の質向上に寄与する可能性が示唆された。

一般演題（口演セッション）

抄 録

一般演題口述セッション1
（心リハ運営）

一般演題口述セッション2
（心リハの有効性とリスク）

一般演題口述セッション3
（地域連携・疾病管理）

一般演題口述セッション4
（心疾患全般・術後・デバイス関連）

一般演題口述セッション1 (心リハ運営)

01-1

外来心臓リハビリテーションへの 参加促進に向けた取り組み

藤井美和子¹ 岩佐 精志¹ 黒川貴美恵¹
岡本 敦¹ 田巻 庸道² 近藤 博和^{1,2}

¹ 天理よろづ相談所病院リハビリテーション部

² 天理よろづ相談所病院循環器内科

【目的】

当院は入院から外来心リハへの移行率が低く、外来参加者の確保が課題であった。2023年度より、外来心リハへの参加促進を目的にチームで取り組んだ成果を報告する。

【方法】

①月1回の心リハチーム会議にて、各職種でできる支援内容を整理し心リハチーム内での連携強化を図った。

②年1回、医師・他職種向けの心リハ体験会を開催し、心リハチーム外のスタッフへ啓発を行った。

③循環器内科医師へ心リハの重要性を説明し、主治医からの心リハ紹介促進を図った。

④循環器内科および心臓血管外科外来に心リハ案内ポスターを掲示し新規患者の獲得を図った。

⑤心リハの予約空き状況を受付に掲示し、既存や新規の患者が予約を取りやすい体制を整備した。

【結果】

外来新規患者数(月平均)は2023年5.0人、2024年9.2人、2025年9.3人(9月現在)と増加した。外来実施件数(月平均)も2023年238件、2024年257件、2025年293件と推移した。

【考察】

チーム内外への働きかけにより各職種が患者支援を再度意識したことで外来案内への意識が高まった。結果として新規患者が増加し、実施件数の増加に寄与したと考える。今後は紹介経路を分析し、さらなる参加促進を図る。

01-2

当院心臓リハビリテーションにおける フレイル教室の取り組み

福田 章人^{1,3} 小笹 寧子^{1,2} 吉富麻衣子¹
松端賢太郎¹ 平井 千裕¹ 片岡 千春¹
片岡 一明² 野原 隆司²

¹ 医療法人新生活会 総合病院 高の原中央病院
リハビリテーション科

² 医療法人新生活会 総合病院 高の原中央病院 循環器内科

³ 兵庫医科大学大学院 リハビリテーション科学研究科

【目的】

近年、心疾患患者において身体的フレイルのみならず精神心理的フレイルへの対応が重要視されており包括的支援が求められる。当院では、2025年4月より心臓リハビリテーション(心リハ)の一環として「フレイル教室」を実施し、離床時間延長、身体機能のみならず心理的状态の維持・向上を目的に音楽を取り入れたプログラムを導入している。

【方法】

対象は入院中に心リハを実施している患者50名(年齢 84.1 ± 8.1 歳、男性20名)を対象とし、個別リハビリと別に週5回、1時間の集団教室を開催し、音楽や映像の鑑賞を行いながらストレッチや筋力トレーニングを実施している。フレイル教室を開始する前後での単位数を検証した。

【結果】

フレイル教室を開始後での一患者における単位数増加が認められ離床時間の延長に繋がった(昨年1275.1単位 vs 本年1555.4単位)。参加者からは「音楽で気持ちが和らいだ」「他者との交流が励みになった」との意見が多く聞かれた。

【結語】

心リハに音楽を取り入れたフレイル教室は、身体的のみならず心理的側面にも有効な介入手段となる可能性が示唆された。今後は、より体系的な評価を通じて多面的介入の効果を検証していく予定である。

一般演題口述セッション1 (心リハ運営)

01-3

心臓リハビリテーション導入後における 回復期リハビリテーション病棟の 実績指数の検討

長谷川みさを^{1,2} 後藤 総介¹ 岡本 敦^{1,3}
前岡 伸吾¹ 西村 理¹ 坂上 祐司⁴
近藤 博和^{2,3}

¹ 天理よろづ相談所病院白川分院 リハビリテーション部

² 天理よろづ相談所病院 循環器内科

³ 天理よろづ相談所病院 リハビリテーション部

⁴ 天理よろづ相談所病院白川分院

【背景】

回復期リハビリテーション病棟では、施設基準としてリハビリテーション実績指数が評価される。しかし、心疾患患者は運動障害を有さないことが多く、Functional Independence Measure (FIM) 効率が低く実績指数が下がりやすい。さらに心大血管リハビリテーション料算定患者は実績指数から除外可能だが、除外率は入棟患者の三割以下に制限されている。当院では従来から除外対象患者が多く、心疾患患者を除外できず実績指数低下の懸念があった。

【目的】

心リハ導入後のFIM利得と実績指数を検討した。

【結果】

2024年4月からの1年間に心臓血管手術後に転院した24例を対象とし、在院日数、入退院時FIM(運動項目)を解析した。平均実績指数は69で、回復期リハ入院料1の基準(40以上)を大きく上回った。実績指数40未満は3例のみであった。

【考察】

急性期では未実施であった浴槽移乗・階段昇降などが入院時低得点となり、退院時改善しFIM利得を押し上げた。

【まとめ】

心リハ導入後も除外率に配慮すれば、回リハ病棟として十分な実績指数を維持できることが示唆された。

01-4

回復期リハビリテーション病棟における 心臓リハビリテーション効果の検討 ～地域包括ケア病棟との比較～

和阪 主税¹ 伊東 剛志¹ 小椋梨香子¹
久保田祐介¹ 石井 英²

¹ 八尾はあとふる病院 リハビリテーション部

² 八尾はあとふる病院 循環器内科

【目的】

当院は回復期リハビリテーション病棟(以下、回リハ)59床、地域包括ケア病棟(以下、地ケア)60床のリハビリテーション病院である。近年の診療報酬改定で、回リハで心大血管リハビリテーション料が算定可能となり、当院も2022年4月より受け入れを始めた。今回、回リハの心臓リハビリテーションの効果を検討した。

【方法】

対象は2022年4月～2025年6月に急性期病院から当院へ転院した、急性発症した心大血管疾患または心大血管疾患手術後の患者とした。回リハ入院群と地ケア入院群の2群に分類し、入院日数、FIM点数、FIM利得、FIM効率を比較した。

【結果】

回リハ入院群29例、地ケア入院群18例であり、年齢、性別、疾患、FIM点数、急性期病院の入院日数は有意差を認めなかった。一方で、当院の入院日数も両群間で有意差を認めなかったが、回リハ入院群は介入単位数が多く、FIM利得、FIM効率が地ケア入院群より有意に高値を示した。

【考察】

回リハでは地ケアより実施可能単位数が多く、集中的かつ個別的介入が実施できるため、より効率的で効果の高いリハビリが提供できたと考えられた。よって、回リハにおいて心臓リハビリテーションを行うことは有用であると示唆された。

在宅有酸素運動様式の違いが 運動耐容能改善に与える影響

青谷 亮輔^{1,2} 田辺 篤志¹ 田中 修人¹
筒井 恒太¹ 渡辺 健史¹ 内田 佑樹¹
小山田尚史² 富岡 大資² 中関 典子²
陣内 俊和² 貝谷 和昭²

¹ 大津赤十字病院リハビリテーション科部

² 大津赤十字病院循環器内科

【目的】

外来心臓リハビリテーション（CR）において、在宅での有酸素運動の種類が運動耐容能改善に及ぼす影響を検討した。

【方法】

当院の5か月間のCRを修了した心疾患患者72例を対象とし、在宅運動としてエルゴメータを継続的に実施した群（以下E群）46例と、歩行など他の有酸素運動を行った群（以下NE群）26例に分類した。介入前後で心肺運動負荷試験指標および身体機能を比較・検討した。

【結果】

Peak VO_2 、Peak METS、AT METSは両群で有意に改善し、変化量はE群が有意に大きかった。Peak VO_2/HR および VE/VCO_2 slopeはE群のみ有意な改善を示した。 $\Delta\text{VO}_2/\Delta\text{WR}$ は両群で有意な変化を認めず、膝伸展筋力体重比は両群で有意に改善したが、群間差はなかった。

【考察】

E群では監視下CRのエルゴメータ負荷設定をそのまま在宅運動に適用できたことで、心拍数や運動負荷を客観的に管理でき、天候など外的要因の影響を受けにくく、運動継続を促す点でも有効であった。在宅でも運動“頻度”および“強度”が定量的かつ継続的に担保されたことが酸素摂取能や換気効率の向上に寄与したと考えられる。在宅運動としてのエルゴメータは、CR効果を高める有用な手段と考えられた。

一般演題口述セッション2 (心リハの有効性とリスク)

02-1

開業医でおこなう心リハ実施における 医療費自己負担割合の影響

中川 彰人^{1,2,3} 妹尾 翔平¹

¹ 医療法人彰々会 中川内科

² 大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学

³ 大阪大学大学院医学系研究科 医療情報学

【背景】

維持期心リハではその継続に大きな課題がある。当院では2023年4月より外来心リハを導入、個別指導を重視しマンツーマン体制を敷いており、実施頻度・継続における医療費自己負担割合の影響を検討した。

【方法】

2023年4月から2025年8月までの心リハ実施101例（年齢中央値82歳[女性46%]）のうち、生活保護1例を除く100例（10%負担51例：86歳[59%]、20%負担32例：81歳[41%]、30%負担17例：64歳[12%]）を比較検証した。

【結果】

月1回での実施頻度が最多層（全例中27例[29%]）であったが、実施間隔は10%：29日（四分位15-36日）、20%：41日（23-69日）、30%：62日（34-99日）と自己負担低額層で実施頻度が高かった（ $P=0.0003$ ）。76例（76%）で150日を超え実施、離脱症例は22例（継続率78%）おり10%：15例（29%）、20%：6例（19%）、30%：1例（6%）（ $P=0.1106$ ）と有意差はなかった。

【考察】

年齢等回避困難な交絡因子はあるものの、自費負担割合が高いほど実施頻度は低下していた。一方頻度の調整により離脱例が最小限に抑制され、継続率が向上した可能性も考えられる。実施継続に当たっては患者の経済的負担も十分に考慮した対応が必要となることを示唆する結果と考える。

02-2

肥満合併心疾患症例における 高強度インターバルトレーニングの 有効性についての検討

小山田尚史¹ 富岡 大資¹ 中関 典子¹

陣内 俊和¹ 貝谷 和昭¹ 青谷 亮輔²

田中 修人² 田辺 篤志² 内田 佑樹²

柴田 健治²

¹ 大津赤十字病院 循環器内科

² 大津赤十字病院 リハビリテーション科

心臓リハビリテーションでは、嫌気性代謝閾値レベルによる有酸素運動(moderate intensity continuous training: MICT)が主流であるが、間歇的な高強度運動を行う高強度インターバルトレーニング(high-intensity interval training: HIIT)は運動耐応能の向上により有効とする報告がある。当院で5カ月間の外来心リハを継続できたBMI>25kg/m²の肥満合併症例において、MICT (n=29)もしくはHIIT (n=10)の2群にわけ、体重や心肺能力等につき比較検討した。心リハ前後において、体重はHIIT群で有意に低下を認め(-2.54±3.28kg vs +0.26±2.43kg, $p=0.014$)、PeakVO₂(+5.22±3.56ml/kg/min vs +2.79±2.23ml/kg/min, $p=0.034$)や6分間歩行試験(+96.4±81.1m vs +46.1±53.6m, $p=0.047$)とも有意に改善した。肥満症例心疾患症例において、HIITが有効な運動様式として選択されうる可能性が示唆された。

一般演題口述セッション 2 (心リハの有効性とリスク)

02-3

外来心臓リハビリテーション患者の 呼吸サルコペニア：14%の頻度と、 運動耐容能、栄養状態との関連

岡山 悟志¹ 谷山 みどり² 吉田 陽亮²

¹ 奈良県西和医療センター
リハビリテーション科, 循環器内科

² 奈良県西和医療センター リハビリテーション部

【背景】

呼吸サルコペニアは、「全身のサルコペニアと呼吸筋量低下に加えて呼吸筋力低下および/または呼吸機能低下を認める状態」と定義されている。外来心臓リハビリテーション患者におけるその頻度と臨床的特徴についての報告は少ない。

【目的】

外来心臓リハビリテーション患者における呼吸サルコペニアの頻度と、その臨床的特徴を明らかにすること。

【対象と方法】

外来心臓リハビリテーション患者 50 例を対象とした。呼吸サルコペニアの診断アルゴリズムに基づき、以下の 4 群に分類し、臨床指標を比較検討した。ロバスト群（全身と呼吸のサルコペニアなし）：17 例、全身性サルコペニア群（全身のサルコペニアのみ）：10 例、呼吸サルコペニア群（全身のサルコペニアに加えて呼吸筋力低下あり）：7 例、呼吸筋力低下単独群（全身のサルコペニアなしで呼吸筋力低下のみ）：16 例

【結果】

呼吸サルコペニア群は、ロバスト群と比較して、peak V02, peak WR, PE max, PI max, GNRI の全項目において有意に低値を示した。

【結語】

外来心臓リハビリテーション患者の 14%に呼吸サルコペニアが認められた。その臨床的特徴は、運動耐容能の低下と低栄養状態であることが示唆された。

02-4

左室駆出率が保持された心不全における 回復期心臓リハビリテーションの Myokine 動態への影響に関する検討

近藤 匠巳 菊池 篤志 山田 貴久
浅井 光俊 森田 孝 川崎真佐登
河合 努 瀬尾 昌裕 中村 淳
藤田 岳史 國分 祐樹 古田 雄三
吉田 基志 阪井 克祥 緒林 秀和
栗原 光 八木 涼太 内藤 進
福並 正剛

大阪急性期・総合医療センター

【目的】

本研究は左室駆出率の保持された心不全において、回復期心臓リハビリテーションが CPX 前後での Myokine の動態および運動耐容能に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】

左室駆出率の保持された急性心不全症例のうち、外来心臓リハビリテーションを行った群と行わなかった群各 3 症例を前向きに登録した。リハビリ群では週 1-2 回、エルゴメータを用いて AT レベルの定量負荷を行った。両群で退院時と 5 か月後において筋肥大を抑制する Myokine である Myostatin の CPX 前後での血中濃度の変化 (Δ Myostatin) を評価した。

【結果】

登録時における両群の患者背景や CPX 測定値、安静時 Myostatin 濃度に有意差は認めなかった。外来リハビリテーション期間を通じてリハビリ群で AT と peakV02 が上昇傾向にあったが (AT: $p=0.051$, peakV02: $p=0.0995$)、対照群では有意な変化を認めなかった。退院時から 5 か月後にかけて Δ Myostatin は、リハビリ群で有意に低下した (-476 vs 610 pg/ml, $p=0.007$)。

【考察】

左室駆出率の保持された心不全における回復期心臓リハビリテーションは運動耐容能を改善させる傾向がみられ、Myostatin の動態の変化が関連している可能性が示唆された。

02-5

経カテーテル大動脈弁留置術前後の
血圧動態と骨折リスクとの
関連性についての検討

樽谷 玲 和田 輝明 田中 篤

和歌山県立医科大学循環器内科

【背景】

経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI) は、重症大動脈弁狭窄症に対する治療法であり、術後血行動態の改善が期待される。しかし、術後の血圧変化と健康状態、特に骨折リスクとの関連は十分に検討されていない。本研究では、TAVI 前後の血圧変化と骨折発生率の関連を評価することを目的とした。

【方法】

当院で 2021 年 1 月から 2023 年 12 月までに TAVI を施行した 126 症例を対象とした。TAVI 前日および 2 日後の血圧を基に、TAVI 施行後に収縮期血圧が 10mmHg 以上上昇した群 (Increase BP 群、59 例) とそれ以下であった群 (Stable BP 群、94 例) に分類した。主要評価項目は TAVI 施行後 1 年以内の骨折イベントとし、血圧変化との関連性を Kaplan-Meier 曲線を用いた Log-rank 検定にて検討した。

【成績】

骨折発生率は Stable BP 群で有意に高く (2% vs 20%、 $p < 0.01$)、Log-rank 検定においても有意差を認めた ($p < 0.01$)。左室心筋重量が Increase BP 群において有意に重かった (115g vs 98g、 $p = 0.02$)。

【結論】

TAVI 施行後に血圧上昇がない患者では骨折リスクが高い可能性が示唆され、TAVI 施行後の血圧管理が骨折リスク低減に重要であるという術後管理における新たな視点を提供するものと考えられる。

一般演題口述セッション3 (地域連携・疾病管理)

03-1

心臓リハビリテーションにおける 行動経済学の利用とその効果： スコーピングレビュー

岩佐 精志¹ 後藤 健一¹ 櫻井美和子¹
黒川貴美恵¹ 岡本 敦¹ 田巻 庸道²
近藤 博和^{1,2}

¹ 天理よろづ相談所病院 リハビリテーション部

² 天理よろづ相談所病院 循環器内科

【目的】

心リハ（CR）の対象患者の行動変容促進のために行動経済学に基づく介入を系統的に特定し、その効果に関するエビデンスを統合的に概観すること。

【方法】

スコーピングレビューのための PRISMA ガイドラインに従い、MEDLINE、CENTRAL、医中誌および AI 検索エンジンを利用し、該当文献を系統的に検索した。選択用語は心臓リハビリテーション、行動経済学の各種理論とした。

【結果】

各種検索で 618 件の文献が抽出され、スクリーニングの結果、4 件が最終的に採択された。金銭的インセンティブが低社会経済的地位患者の CR 完了率を約 2 倍に高め、入院・救急受診を 47% 減らした。損失回避型報酬や非金銭ゲーミフィケーションは歩数を有意に増加させ、インセンティブ終了後も効果が持続する傾向を示した。

【考察】

行動経済学的手法は、低社会経済的地位患者が抱える遅延報酬への抵抗を即座の報酬で解決し、高リスク集団の CR 参加促進への有効性を示した。損失回避型の金銭的インセンティブや非金銭的ゲーミフィケーションも身体活動量を増加させ、その効果の持続性を示している。これらの手法は、CR 施設にアクセスできない患者への二次予防を提供する可能性を示している。

03-2

循環器病棟看護師が捉える 再入院リスクの高い心不全患者の特徴

福井 佳苗¹ 正垣 淳子² 宮脇 郁子²

¹ 大阪赤十字病院

² 神戸大学大学院保健学研究科

【目的】

個別の病状や生活様式に合わせた自己管理が必要な心不全患者の再入院予防では、患者個々の再入院の要因を踏まえた支援が求められる。看護師の「再入院しそうだ」という直感的評価は、個別的支援の検討に有用な示唆を与えると考えられる。そこで本研究は、循環器病棟看護師が、再入院のリスクが高いと感じる心不全患者の特徴を明らかにし、個別的支援への示唆を得ることを目的とした。

【方法】

循環器病棟に勤務する看護師を対象に、再入院リスクが高いと感じる心不全患者の特徴について半構造化面接を実施した。得られたデータは質的帰納的に分析した。

【結果】

対象は経験年数 4~30 年の看護師 6 名であった。分析の結果 4 テーマが抽出された：①心不全自己管理の知識とスキルが乏しい人、②独居で医療資源が効果的に受けられない人③生活を変える意識がない人④心臓や腎臓の機能が低下している人

【考察】

看護師は入院中の患者の言動から退院後の自己管理行動を予測し、病識の乏しさや医療資源活用の困難さを再入院リスク要因として認識していた。これらの視点は、再入院予防に向けた個別的支援において、再入院要因を捉えるうえで有用な視点と考えられた。

一般演題口述セッション3 (地域連携・疾病管理)

03-3

心不全患者の外来心臓リハビリ後再入院 の予測因子の検討

萩野 凌

社会医療法人同仁会 耳原総合病院

【目的】

外来リハビリテーション（以下、外来リハビリ）に通院する心不全患者において、心肺運動負荷試験（CPX）が1年以内の（心不全）再入院の予測に寄与するかを検討する。

【方法】

2018～2024年で当院の外来リハビリに通院中であつた心不全患者（14名、男性8名、女性6名平均年齢72歳、左室駆出率平均44%）を対象とした。全例にCPXを施行し、最大酸素摂取量（Peak VO₂）やVE/VC0₂、METS、VO₂/WRを測定した。CPX実施後、1年間の心不全で再入院の有無を追跡調査した。1年以内に再入院した群（再入院群）と再入院しなかった群（非再入院群）の2群間で、CPX指標を含む患者背景を比較検討した。

【結果】

対象者14名のうち、6名（40%）が1年以内に心不全で再入院した。

有意差を認めなかったのは、年齢・左室駆出率・骨格筋量、Peak VO₂、VO₂/WR、METSであつた。VE/VC0₂は再入院群で非再入院群と比較して有意差を認めた。

【考察】

外来リハビリに通院する心不全患者において、1年以内の再入院群はVE/VC0₂が有意に高いことが示し、長期的な再入院予測と強く関連する可能性が示唆された。今後VE/VC0₂の評価は、リスク層別化や介入強化の判断や介入方法を検討するに有効と言えた。

03-4

地域医療従事者との心不全連携と 心臓リハビリテーション啓発の課題 -大和高田市でのアンケート調査-

梅津 俊介¹ 涌田 泰行² 志方 俊則¹

中村 輝夫¹ 井上 拓也¹ 上 絵理香³

菊谷 俊彦³ 太田 七海³ 後藤 知里³

中野 知哉⁴

¹ 大和高田市立病院リハビリテーション科

² 大和高田市立病院薬剤部

³ 大和高田市立病院看護部

⁴ 大和高田市立病院循環器内科

【目的】

心不全患者の増悪予防には、医療・介護が連携した病院-地域間のシームレスな心臓リハビリテーション（心リハ）の推進が重要である。しかし地域医療従事者における心リハの理解は十分でなく、病院との連携にも課題がある。当地域の現状を把握し、今後の連携方法を検討するため調査を実施した。

【方法・結果】

当地域で地域医療従事者を対象に「心不全地域連携の会」を開催し、参加者30名にアンケートを実施した。回答は23名（回答率76%）で、職種は薬剤師、看護師、介護支援専門員、理学療法士、介護福祉士であつた。7割が病院と連携していたが、2割は情報共有に課題を感じていた。患者情報の主な入手先は医師や退院時情報提供書が多く、リハビリテーション専門職からの情報は少なかった。8割が心リハを必要と認識していたが、7割は内容を十分に理解していなかった。また、全員が心不全ケアを必要と認識していたが、8割は学習機会が乏しいと感じていた。

【考察】

当地域の医療従事者の心リハに関する理解不足や学習機会の乏しさが地域連携の阻害要因となっている可能性が示唆された。地域における心リハの啓発や病院-地域間での情報共有体制の構築が課題である。

当院における心不全地域連携構築への 取り組み

阪田 智子¹ 池田 力² 松村 幸一²
大木 敦司² 佐々木宏樹² 坂本 璃穂²
北本 広美³ 藤田 亮子⁴ 木村 剛⁴

¹ 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 看護部

² 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 リハビリテーション科

³ 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 地域連携室

⁴ 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 循環器内科

【目的】

2025年心不全診療ガイドラインで地域連携・地域包括ケアの章が新設されたが、具体的な連携構築の方法は示されていない。当院では、2025年より心不全患者を中心としたシームレスな連携、および地域連携マップの作成のために、地域連携の会を開催している。今回、地域連携の会の開催経緯について報告することを目的とした。

【方法】

2025年5月より3ヶ月毎に地域連携の会を開催することとした。元より心臓リハビリテーション室と連携のある施設だけでなく、地域連携室に協力を依頼して、当院と連携のある施設まで広く開催を周知した。また、ハイブリット形式で開催することで、参加しやすい環境を整えた。

【結果】

参加施設は11施設で、当院、回復期病院2施設、診療所1施設、訪問看護ステーション5施設、通所介護1施設、フィットネスジム1施設だった。参加者は第1回が40名（うち院外23名）、第2回が48名（うち院外27名）だった。参加職種は看護師が最も多かった。

【考察】

地域連携室との協働により、従来の関係施設以外からも多領域の参加を得ることができた。今後も参加施設の拡大を図り、地域全体で心不全患者を支える連携体制の強化を目指す。

一般演題口述セッション4 (心疾患全般・術後・デバイス関連)

04-1

認知機能低下を伴う高齢心不全患者に 対する多職種介入 —活動量計・ICTを活用した 訪問看護師との連携—

足立 結衣^{1,2} 吉田 貴信^{1,2} 山中 妙³
鷺田 幸一³ 梶浦 佳奈^{1,2} 末廣 鈴花^{1,2}
綾川 耀介¹ 堀田 幸造⁴ 石原 温子⁵
白井 文晶⁵ 谷口 良司⁴ 中村 圭介¹
佐藤 幸人⁴

¹ 兵庫県立尼崎総合医療センター リハビリテーション部
² 兵庫県立尼崎総合医療センター 心臓リハビリテーション室
³ 兵庫県立尼崎総合医療センター 看護部
⁴ 兵庫県立尼崎総合医療センター 循環器内科
⁵ 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児循環器内科

【はじめに】

認知機能が低下した高齢心不全患者に対し、活動量計やICTを活用して訪問看護師と連携することで、心不全増悪なく経過した症例を経験したため、その要因を考察する。

【症例】

ペースメーカー植え込み歴のある心不全患者でMMSE 18点、妻と同居、家人の協力は妻のみである80歳代男性。今回、心不全増悪による入院となり、EF 29%と心機能低下を認めた。退院前のCPXではpeak VO_2 11.7ml/min/kg、AT 2.7METsを示し、生きがいである散歩の再開を希望した。

【介入・結果】

ATが3METs以下で活動による心不全増悪リスクが高いと判断し、退院後に特別訪問看護指示による訪問看護導入を調整した。退院前に散歩コースをマップ化し、活動強度・休憩地点を訪問看護師と共有した。退院後は体重、内服状況、活動量計データをICTで共有し、活動を調整した。その結果、退院後3ヶ月間で活動量は2000から5000歩/日に増加し、心不全増悪なく経過した。

【考察】

活動量計と散歩マップにより活動強度と休憩地点を可視化し、安全に散歩を継続できた。さらにICTを介した訪問看護師との連携により、在宅でも入院時と同様のモニタリングと活動調整が可能となり、心不全増悪予防につながったと考える。

04-2

左室自由壁破裂術後に 外来心臓リハビリテーションを継続し 早期に良好な運動耐容能を示した一例

大谷 信彰 石川 千紗都

いしかわ心臓クリニック

【はじめに】

心筋梗塞に伴う左室自由壁破裂(FWR)は予後不良の合併症であり、救命後も心機能低下や過度な活動制限によるディコンディショニング、さらには再破裂による死亡報告も少なくない。今回、退院後早期に外来心臓リハビリテーション(外来心リハ)へ移行し、心肺運動負荷試験(CPX)で良好な運動耐容能を確認できた症例を経験したので報告する。

【症例】

60歳男性。旅行中に意識消失しA病院へ救急搬送。急性～亜急性心筋梗塞に伴うFWR・心タンポナーデと診断され、PCPS装着のうえ翌日B病院へ搬送。同日、左室後壁の約5cmのoozing type破裂に対しsutureless repair施行。術後冠動脈造影で右冠動脈#3-4PD-AV領域に有意狭窄を認めた。

【経過】

PCPS離脱X-4日、人工呼吸器離脱X-5日、IABP離脱X-6日、一般病棟転棟X-11日、退院X-19日。その後当院外来心リハに移行し、過度な活動制限なく継続。退院1か月後のCPXでPeak VO_2 26.2 mL/kg/min (106%)、AT VO_2 13.2 mL/kg/min (81%)と良好であった。

【考察】

FWR術後という高リスク症例でも、急性期から外来心リハへ円滑に移行することで過度な活動制限を回避し、運動耐容能低下の防止に寄与したと考えられた。

一般演題口述セッション4 (心疾患全般・術後・デバイス関連)

04-3

入院期から初回外来までの再入院心不全患者のセルフモニタリングの段階的変化：単一事例の質的記述的研究

近藤 愛菜¹ 正垣 淳子² 宮脇 郁子²

¹ 大阪公立大学大学院看護学研究科

² 神戸大学大学院保健学研究科

【目的】

移行期の心不全患者のセルフモニタリング支援への示唆を得るため、入院中から初回外来までのセルフモニタリングの段階的な変化を明らかにする。

【方法】

心不全で再入院した、A氏80歳代男性1例に、心不全セルフモニタリングについての半構造化面接を実施した。調査は2024年8月に実施し、面接は入院中3回、初回外来で1回行った。語りから逐語録を作成し、服部(2010)らの「セルフモニタリングの概念」に基づき、先行要因、自覚、測定、解釈、帰結が語られている箇所を抜き出し、特徴のある時期ごとに整理し、テーマを抽出した。

【結果】

A氏のセルフモニタリングの変化は6期にわかれた。①体調悪化の実感と加齢によるという誤解、②身体が楽になった実感、③症状落ち着き実感と新たな懸念の混在、④症状の安定と心臓への関心の高まり、⑤さらなる安定と退院後の生活への関心の高まり、⑥併存疾患への関心の高まりと症状の意味の変化

【考察】

移行期のセルフモニタリングは、患者の体調の変化と関心の焦点の移行に応じて段階的に変化する。各時期の患者の体調と関心の特徴に合わせた、段階的な支援が重要である。

04-4

ICU-AW/PICSを呈したA型急性大動脈解離術後症例における早期心リハと心理社会的介入の有用性

黄 啓徳¹ 今井 優¹ 三重野繁敏²

岸田 賢治² 佐々木良雄³

¹ 医仁会武田総合病院疾病予防センター

² 医仁会武田総合病院心臓血管外科

³ 医仁会武田総合病院循環器内科

緒言：

急性大動脈解離は緊急手術を要する重篤疾患であり、術後には合併症による長期入院や身体機能低下が問題となる。特に、ICUにおける長期滞在は、身体機能低下、認知機能、精神的問題からなる。本症例は術後にPICSを呈したA型急性大動脈解離の1例で心臓リハビリテーション介入を通じて自宅退院に至ったプロセスを報告する。

症例：

70歳代女性。A型急性大動脈解離にて緊急手術を施行。術後、声帯麻痺による嚥下・呼吸機能障害のため、約1ヶ月の長期人工呼吸器管理を要し、ICUに長期間滞在。抜管・病棟復帰時にはPICSの身体的側面として、ICU-AWによる重度の全身筋力低下(MMT 1-2)や、せん妄、抑うつ状態を呈し、日常生活動作(ADL)は全介助であった。さらに一般病棟では食思不振、易疲労性、倦怠感でリハビリへの意欲低下を招いた。

リハビリテーション経過

心リハはICUより開始し早期離床を軸とし心リハを展開。自宅退院まで約半年を要したが、退院時には歩行器を用いた自立歩行、屋内ADL自立を達成。

結論：

本症例は重症心疾患患者におけるICU-AW/PICSの早期発見と多職種連携による長期的な心リハ継続および心理社会的要因への包括的な介入の重要性を示す知見となった。

04-5

低強度活動時の心拍数上昇不良を確認し
Rate response の再設定を行った
洞不全症候群の1例

岩間 一¹ 笠井 美佳¹ 紀 ひとみ¹
篠田由紀子¹ 池島 幸栄¹ 内藤 紘一^{1,2}
笠井 佑哉¹ 松岡紗貴子¹

¹ 相志和診会 岩間循環器内科

² 名古屋薬大学

症例：62歳，男性。49歳時に発作性心房細動を発症し，2回のカテーテルアブレーションを施行された。心房細動の再発はなかったが，58歳時に洞不全症候群のため恒久的ペースメーカー植え込み術（Accolade MRI EL DE, Boston Scientific）が施行された。60歳頃より座位で2時間程度作業をしていると嘔気やめまいを自覚する様になった。めまいを自覚する際に血圧を測定すると最高血圧が150から170mmHg程度に上昇していることがあったが，無症状の時は正常血圧であった。デバイス植え込み病院へも受診したが，ペースメーカーの作動状況に異常は指摘されず，心房細動の再発も認められなかった。近医への受診を指示され当院を受診した。ABPMでは記録中心拍数の変化がほとんど観察されなかった。心臓リハビリテーション室でトレッドミルでの運動を行いバイタルサインが観察された。4.5から6.5km/hr.まで歩行速度を変化させたところ心拍数の増加が観察されたが，動作の開始時の心拍応答は緩慢であった。低強度活動時の心拍応答を改善させるため分時換気量センサーの応答係数を調整したところ自覚症状の改善が認められた。

一般演題（ポスターセッション）

抄 録

ポスターセッション1
(心不全)

ポスターセッション2
(心リハ運営)

ポスターセッション3
(維持期リハ)

ポスターセッション4
(症例 心不全)

ポスターセッション5
(症例 虚血性心疾患・心不全)

ポスターセッション6
(症例 術後急性期～回復期リハ)

ポスターセッション1 (心不全)

P1-1

高齢心不全入院患者における 歩数と身体活動量の関連性

岡山 悟志^{1,2} 吉田 陽亮³ 藤原 大輔³
谷山みどり³ 山田 綾美³ 大垣 晋吾³
梅山 和宏¹ 松井 元哉¹ 服部 悟治²
岩井 篤史² 中村 通孝⁴ 渡邊 真言²
土肥 直文²

¹ 奈良県西和医療センター リハビリテーション科

² 奈良県西和医療センター 循環器内科

³ 奈良県西和医療センター リハビリテーション部

⁴ 奈良県西和医療センター 集中治療科

【目的】

高齢心不全入院患者において、加速度センサーで測定した歩数と身体活動量の関連を明らかにすること。

【方法】

対象は心臓リハビリテーションを実施した高齢心不全入院患者 104 名とした。心臓リハビリ開始後の 3 日間、加速度センサーを用いて歩数と身体活動量（座位時間、低強度活動時間、中高強度活動時間、座位中断回数）を測定し、その 1 日平均値を用いて解析した。

【結果】

1 日平均値は、歩数 491.4 ± 415.0 ステップ、座位時間 738.5 ± 69.0 分、低強度活動時間 (LPA) 98.7 ± 67.5 分、中高強度活動時間 (MVPA) 2.9 ± 3.8 分、座位中断回数 22.2 ± 14.6 回であった。歩数と各身体活動量の関連を検討した結果、歩数は LPA と最も強い相関を示し ($R^2 = 0.9672$, $p < 0.0001$)、MVPA との相関は極めて弱かった ($R^2 = 0.1369$, $p < 0.0001$)。

【結語】

高齢心不全入院患者では、健常者とは異なり、歩数と MVPA との相関が極めて弱く、LPA との相関が最も強かった。今後、この集団に対する歩数目標設定を行う際には、その解釈に注意を払う必要がある。

P1-2

循環器病棟看護師が行う心不全患者の 自己管理継続のための家族支援： 質的記述的研究

谷口美祐衣¹ 正垣 淳子² 宮脇 郁子²

¹ 広島大学病院看護部

² 神戸大学大学院保健学研究科

目的：

心不全患者の再入院予防において、入院中からの家族への支援が重要とされているが、その実態は十分に明らかにされていない。本研究は、循環器病棟看護師による心不全患者の自己管理継続のための家族支援を明らかにすることを目的とした。

方法：

急性期病院の循環器病棟看護師を対象に、心不全患者の自己管理継続に向けた家族支援の実践について半構造化面接を実施し、質的記述的に分析した。

結果：

対象者は 20 ~ 50 歳代、看護師経験 4~30 年の看護師 6 名（男性 2 名、女性 4 名）であった。分析の結果、16 カテゴリ、4 テーマが抽出された：【入院前の家族の生活状況と自己管理支援方法を知る】【家族の受け入れや協力体制を踏まえて指導の方針を考える】【家族の反応を見ながら最低限必要なことを支援する】【再入院までの期間と再入院時の病状で家族支援を評価する】。

考察：

循環器病棟看護師は、家族の生活や自己管理方法、理解や感情を直接対話を通して把握し、家族の負担を考慮しながら、最低限必要な自己管理支援に焦点を当てていた。この実践は、心不全患者が退院後も効果的に自己管理を継続できるために、家族の負担を考慮した支援が重要であることを示唆した。

ポスターセッション1 (心不全)

P1-3

高齢心臓弁膜症術後患者における 術前基本チェックリスト項目と 自宅退院との関連

岩本 浩司¹ 岩田健太郎¹ 滝本 龍矢¹
伊藤 翼¹ 横山 璃奈¹ 善本 航基¹
谷 良祐¹ 村井 亮介² 幸原 伸夫³
古川 裕²

¹ 神戸市立医療センター中央市民病院
リハビリテーション技術部

² 神戸市立医療センター中央市民病院 循環器内科

³ 神戸市立医療センター中央市民病院
リハビリテーション科

【目的】

心臓弁膜症術後患者の自宅退院を予測する指標として、術前基本チェックリスト (KCL) の有用性を検討した。

【方法】

2021～2022年に当院で待機的に開心術を施行した心臓弁膜症患者103例を対象とした。

術前のKCL各項目、年齢、性別、Barthel Index (BI)、LVEF、手術時間を説明変数、自宅退院の有無を目的変数として単変量・多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

全103例中、自宅退院困難症例は17例 (16%、回復期転院15例、療養転院2例)であった。対象の平均年齢は71.7±12.5歳、女性52例 (50%)であった。

単変量解析ではKCL項目No.1 (外出自立度)、3 (金銭管理)、9 (転倒歴)、14 (嚥下機能) およびBIが自宅退院困難と有意に関連した。多変量解析ではNo.3 (OR 14.9, p=0.045)、No.9 (転倒歴) (OR 5.83, p=0.023)、年齢 (OR 1.23, p=0.002) が独立した関連因子として抽出された。LVEF および手術時間は有意な関連を認めなかった。

【考察】

KCLの下位項目が心臓弁膜症術後患者の自宅退院可否を予測する有用な指標となる可能性が示唆された。術前からKCLを活用し、身体的・社会的側面を含めた包括的評価と介入を行うことで、自宅復帰支援の質向上につながると考えられる。

P1-4

高齢心疾患患者が運動継続可能な アプローチ方法の文献検討

八木 良子¹ 小椋 雅也²

¹ 神戸常盤大学

² 北播磨総合医療センター

【研究目的】

高齢者心疾患患者が運動継続できる有効なアプローチ方法を明らかにする。

【研究方法】

文献研究

医中誌 Web 版において2014年～2024年の10年間を検索した。「心臓リハビリテーション」「高齢者」「運動療法」「在宅」をキーワードとし、本研究に関連する「運動継続」について記述されているものを抽出した。その結果、本研究の目的に沿った文献として、10件を絞り込んだ。

【結果】

分析の結果、高齢者心疾患患者が運動継続できる有効なアプローチ方法として、4カテゴリ、12サブカテゴリーが生成された。

【考察】

高齢心疾患患者が運動を継続する上で、フレイル状態にある身体で安全に運動を行う必要があり、【信頼できるスタッフの在宅運動指導】が効果的であり、日常生活動作に組み入れやすい〈安全な在宅運動指導〉が有効と考える。また、〈理学療法士主導の在宅運動管理〉による適切な運動指導は、生活を支える居宅支援スタッフとの協同体制が運動継続できる効果的な方法と考える。生活上の支援を要する心疾患高齢者は、一人で運動を継続することが困難であるため、【身近な居宅支援スタッフの運動指導】が日常生活に取り入れやすく運動継続を支える要因となる。

P1-5

MICS 後のリハビリ不要論に対する 反証と提言：低侵襲手術時代における 回復支援の再定義

森本 喜久

北播磨総合医療センター 心臓血管外科

近年、MICS の普及により、術後疼痛や創部合併症が軽減され、入院期間の短縮が可能となっている。一方で、「MICS は低侵襲であるため、従来のような積極的リハビリは不要である」とする考え方が一部に存在する。しかしながら、この「リハビリ不要論」は科学的根拠に乏しく、患者の術後回復や社会復帰における重要な要素を見落としている可能性がある。

本研究では、MICS 術後の機能的回復におけるリハビリテーションの意義について、近年の文献的検討および自施設の経験をもとに再評価を行った。文献レビューでは、MICS であっても高齢者やフレイル患者では ADL・呼吸機能・QOL の低下が一定割合で認められ、術後早期からの離床・歩行訓練が再入院抑制や回復促進に寄与することが示唆された。また、ERAS プロトコルとの併用により、術後合併症の低減や在院日数短縮などの好影響も報告されている。

これらの結果を踏まえ、MICS 後であっても包括的かつ早期のリハビリテーション介入は不可欠であり、特に高齢・脆弱な患者群においては、創部以外の全身的機能支援の視点が求められる。今後は MICS に特化した標準的リハビリ介入プロトコルの構築と、その有効性の検証が重要であると考えられる。

ポスターセッション2 (心リハ運営)

P2-1

新規開業クリニックにおける 外来心臓リハビリテーション導入初期の 実態と課題

大西 哲存 藤原 絢

おおにし心臓クリニック 内科・循環器内科

目的：

高齢化を背景にした心不全増悪を抑制するため、外来心臓リハビリテーション（以下心リハ）を介した患者管理体制の構築は本邦の喫緊の課題である。当院開業にあたり地域における心不全診療の一環として心リハを導入したため、初期運用状況を整理し、患者背景・継続状況・離脱理由を明らかにすることで、今後の外来心リハ体制構築に向けた課題を検討する。

方法：

開設後に心リハを処方された患者を対象に、1か月あたりの介入人数、算定疾患、年齢層、通院手段、継続率および離脱理由を後方視的に集計した。

結果：

算定疾患は心不全が最多であり、年齢は高齢層が中心であった。通院手段は徒歩・公共交通機関に加え、送迎を必要とする例もみられた。継続人数は限られ、離脱理由として、運動耐容能の改善、病状コントロール不良、通院困難などが認められた。

考察：

心リハ導入初期では、患者背景や生活環境により継続が困難となる例が一定数存在した。一方、運動耐容能改善により離脱する例もみられ、適切な目標設定と個別化支援の必要性が示唆された。地域で心不全患者を支えるためには、患者特性に応じた柔軟なプログラム提供と多職種連携の強化が求められる。

P2-2

外来心臓リハの立ち上げと、 心大血管疾患術後の回復期リハビリ病棟 受け入れ体制構築について

喜多 揚子 山本 浩貴 上北 真美

南奈良総合医療センター

【目的】

当院は心大血管手術や心臓カテーテル治療が出来ないが、HFrEF患者や手術後の患者は多数存在する。これまで奈良県南和地域には外来心臓リハビリ施設が無かった為、2024年4月より外来心臓リハを開設した。その後CPXを導入し、他院で心大血管手術を受けた患者を回復期リハビリ病棟で受け入れる事が可能となった。

【方法】

2024年4月～2025年10月までの取り組みと課題について検討する。

【結果】

外来心リハは1年半で計21名実施した。疾患名は、OMIが7名、non-ICMでHFrEFが11名（DCMが7名、ATTR心アミロイドーシスが1名）、AS術後1名、HCM1名、狭心症に対するPCI術後が1名であった。他院で心大血管疾患手術を受けた患者の転院受け入れは1年間で5名で、内訳は大血管術後が2名、severe ASに対するTAVI術後が1名、AS+CABG術後が1名、CRT-D植え込み術後が1名であった。外来心リハでは、社会復帰希望の患者は全て復帰した。課題は看護師不足と、リハビリ通院の頻度が少ない方に対して運動耐容能をどう維持するかである。

【考察】

他院からの術後リハビリ受け入れについては、入院だけでは無く、最近では他院退院後、外来での受け入れも行うようにしており、今後も外来心臓リハビリテーション件数の増加に務める。

ポスターセッション2 (心リハ運営)

P2-3

当院における心臓リハビリテーションの 実施状況について ～令和6年度の実績より～

井貫 博詞¹ 増田 佳久¹ 有年 徳也¹
志波 雅之¹ 吉田 安伸¹ 石本 一斗¹
久保 徳昌¹ 木田 尚也¹ 相馬 里佳²
大西 宏和² 小林 槇² 本多 祐^{1,2}

¹ 兵庫県立はりま姫路総合医療センター
リハビリテーション部

² 兵庫県立はりま姫路総合医療センター
リハビリテーション科

【はじめに】

多疾患併存患者へのリハビリテーション（リハ）介入は、心機能を中心に全身状態を把握することが重要である。そこで今回、令和6年度の心臓リハ（心リハ）の実施状況について調査したので報告する。

【方法】

正規一般職員の理学療法士17名、作業療法士5名の心リハ実施の有無、療法士1人当たりの個別療法（個別）実施件数、単位数および集団療法（集団）のセッション数。循環器内科（循内）、心臓血管外科（心外）からの理学療法（PT）、作業療法（OT）の新規処方件数、個別、集団の実施件数、単位数について調査した。

【結果】

全員心リハ実施、個別620.1件、760.1単位、集団セッション数32.6±件。新規処方では、PT循内1,088件、心外412件、OT循内164件、心外376件、循内個別9,877件、12,351単位、集団1,711件、5,016単位、心外個別7,464件、8,896単位、集団736件、1,913単位であった。

【考察】

多疾患併存患者の増加を見据え、リハ部ではすべての疾患に対応できることを方針としている。今回の結果より療法士全員が心リハを実施できていたことから、今後はすべての疾患に対し更に専門性が発揮できるよう研鑽を図ってきたい。

P2-4

地域かかりつけ医における 外来心臓リハビリテーションの概況

妹尾 翔平¹ 中川 彰人^{1,2,3}

¹ 医療法人彰々会中川内科

² 大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学

³ 大阪大学大学院医学系研究科 医療情報学

【目的】

地域かかりつけ医での心リハ実態報告は限定的であるが、当院では2023年4月より外来心リハを導入しており、参加患者の特性ならびに介入状況を検討した。

【方法】

2023年4月～2025年8月に外来心リハを導入した101例を対象に、年齢・性別、対象疾患、継続率、介入回数から算出した介入頻度、さらに脱落理由を後方視的に検討した。

【結果】

患者の年齢中央値は82歳、男性54%であった。対象疾患は心不全65%、狭心症20%、心臓外科術後7%、閉塞性動脈硬化症および大動脈疾患各4%であった。介入頻度は中央値31.8日/回であった。継続率は78.2%であり、脱落理由は病状悪化11例、転医7例、継続断念4例であった。介入後に入院の生じた症例は36例であったが、病状悪化による予定外入院は18例（うち心不全入院4例）であった。5例は入院後も心リハを再開、継続している。

【考察】

当院における外来心リハは、高齢患者の多様な心血管疾患を対象に月1回前後の介入で約8割が継続できている。脱落には病状悪化・転医・継続断念の要素があり、さらなる改善には地域医療における支援体制の強化が重要と考えられた。

地域発！

心臓リハ5年間の急成長と今後の課題

秋田 晋吾

まつまえ循環器内科クリニック

【目的】

循環器内科クリニックにおける心臓リハビリテーション（以下、心リハ）立ち上げから5年が経過し、その現状と今後の課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】

当院では患者数の増加を目的に、院内サイネージやニュースレターの発行で院内周知を実施した。スタッフ間での情報共有を目的に患者勧誘状況シートの活用を行った。

【結果】

心リハ参加延べ人数は1年目311人、4年目2514人、5年目は7月末時点で2010人と年々増加した。院内周知は効果を認め、患者参加数の拡大に寄与した。

【考察】

心リハの継続的増加には院内での情報提供が有効であった。一方で今後の課題として、退院後患者の心リハ目的での紹介数増加が必要であり、地域医療機関との連携強化、院外周知活動やSNS活用の推進が今後のさらなる患者数の増加には重要と考える。今後も地域における心リハの定着と発展を目指し、クリニックとして持続可能な運営体制の構築を進めていく。

ポスターセッション3 (維持期リハ)

P3-1

外来心臓リハビリテーション通院患者の 通院継続へのレーダーチャートの影響

山本 敦暉^{1,2} 氏内 康友¹ 池上 泰友¹
清水 洋志³

¹ 愛仁会リハビリテーション病院 理学療法科

² 高槻病院 技術部 リハビリテーション科 理学療法部門

³ 愛仁会リハビリテーション病院 リハビリテーション科

【目的】

外来心臓リハビリテーション（以下CR）患者において、身体機能評価をレーダーチャート（以下RC）で可視化しフィードバックすることが外来CRの継続に影響するかを明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は2023年4月～2025年3月に外来CRを開始した患者で、RCによるフィードバックを導入後に外来CRを開始した患者を「導入群」、それ以前の患者を「非導入群」に分類した。年齢、性別を調整変数とし医学的情報、理学療法評価、RCの導入を独立変数として多変量ロジスティック回帰分析を行った。主要評価項目はCRを150日間継続したかとした。

【結果】

解析対象は56人（導入群21人、非導入群35人）で、外来CRを150日間継続した人は導入群17人（81%）、非導入群22人（63%）であった。

RCの導入は外来CRの継続に有意な関連はなかったが、オッズ比3.24（ $p=0.11$ 、95%CI：0.83-15.65）であった。

【考察】

RCによるフィードバックは、外来CRの継続促進に寄与する可能性が示された。

またCRの継続をアウトカムとした報告は少なく、今後のCRプログラムの質向上に寄与する報告と考える。

P3-2

AIを活用したCPX運動処方

梅原英太郎 朝倉 義輝 小林 範昭
永澤 佳奈 宮島 淳 萩倉 新
楠山 貴教

三栄会 ツカザキ病院

【目的】

AIを活用した運動処方が可能かを検証すること。

【方法】

CPXを実施した連続20例を、医師によるTime Trend法（Dr-TT群）とChatGPTを用いた運動処方を比較した。プロトコール10+10W/分。Dr-TT群は二名の医師で設定。AIは測定データをもとにV slope法（AI-VS群）とTT法（AI-TT群）で指示した。

【結果】

<背景>年齢 67.0±12.4歳、男性16(80%)、BMI 23.3±3.7、虚血性心疾患15(75%)、弁膜症3(15%)、高血圧症17(85%)、閉塞性動脈硬化症2(10%)、不整脈3(15%)、開心術後6(30%)、EF 54.0(44.8-59.3)%、NT-Pro BNP 655.0(145.3-2620.7)pg/ml<解析>Ex-ATまでの時間をPearsonの相関係数、対応のあるt検定、Bland-Altmanで検証した。Dr-TT群 vs AI-VS群 $r=0.52$, $p=0.019$ と中程度の正の相関、Dr-TT群 vs AI-TT群 $r=0.72$, $p<0.001$ と強い正の相関を認めた。t検定はDr-TT群 vs AI-VS群 $p=0.194$, Dr-TT群 vs AI-TT群 $p=0.032$ とTT法で有意な差を認めた。Dr-TTに比しAI-VS群:-41.1±136.6秒、AI-TT群:-42.9±82.9秒と両者とも早い傾向、AI-VS群でバラツキが大きかった。

【考察】

AIを用いた運動処方ではVS法よりTT法で指示することで医師により近い処方となったが更なるデータ蓄積と改良が必要である。

ポスターセッション3 (維持期リハ)

P3-3

通所リハにおける 集団心リハプログラムの効果検証

糸川 竜平 辻中 椋 茶木 知子

泉佐野優人会病院

【目的】

心疾患の包括的管理に重要な心リハの地域提供機会を増やすため、介護保険下の通所リハにおいて心リハメソッドを取り入れた集団介入プログラムが、高齢心疾患利用者の運動耐容能およびQOLに与える効果を検証した。

【方法】

当院通所リハを利用する高齢心疾患利用者4名(平均年齢 81 ± 2.6 歳、男性2名・女性2名)を対象とした。心リハ指導士資格を持つ理学療法士が、有酸素運動、レジスタンストレーニング、健康教育を中心とした30分の集団CRを、月1回・全3回(3か月間)実施した。評価項目は運動耐容能(6分間または3分間歩行距離:6MWD)、QOL(日本版EQ-5Dスコア)、血圧、脈拍数とし、毎月測定した。

【結果】

介入後、主要評価項目の6MWDは4名中3名で改善した。EQ-5Dスコアは4名中2名で改善し、他2名も維持・改善傾向を示した。副次的に血圧・脈拍数の低下が見られ、観察期間中の再入院はなかった。

【結論】

通所リハにおける月1回の集団心リハプログラムは、高齢心疾患利用者の運動耐容能およびQOLの維持・向上、血圧等の健康指標の改善、再入院予防に寄与する可能性が示唆された。

P3-4

地域連携室が行う 心臓リハビリテーションにおける 一次予防の取り組み

松本 祐子 横松 孝文 三木 真司

医療法人社団志高会 三菱京都病院

心臓リハビリテーション(以下心リハと略す)における一次予防は、心血管疾患症リスクを低減し、生活の質を向上させる重要な役割を果たす。当院の位置する西京区は人口約14.7万人で高齢化率は29.2%である。高齢化率も高いが子育て層も多い地域である。生活習慣病や心血管リスク因子について住民に教育することは重要である。当院のハートケアチームと地域連携室が協働し2016年から市民講座などの取り組みを開始した。2ヶ月に一回「いきいき健康教室」と題し心不全や虚血性心疾患、他、疾患予防に関する講義を行なった。広報は行政からの協力を得て、区民新聞などへの掲載も行った。コロナ禍ではYouTubeでの配信に切り替えて実施した。2021年からは行政と近隣病院とが参画し、直接市民の集まりに赴く「出前出張講座」が開始となった。一次予防は地区行政と共に地域課題に即した情報発信と啓発活動を行いWEBサイトやSNS、ポスターなどを活用し予防の重要性を広く発信する必要がある。また成果の評価を地区行政と共有し、継続的にプログラムを改善する仕組みが必要である。このセッションでは心リハにおける一次予防の普及に向けた取り組みと今後の課題について述べる。

P3-5

外来心臓リハビリにおける
機器レジスタンストレーニング導入の
安全性と身体機能への影響

石本 一斗¹ 久保 徳昌¹ 増田 佳久¹
志波 雅之¹ 有年 徳成¹ 吉田 安伸¹
中村 裕秋¹ 小川 真人^{1,4} 井貫 博詞¹
本多 祐^{2,3}

¹ 兵庫県立はりま姫路総合医療センター
リハビリテーション部

² はりま姫路総合医療センター リハビリテーション科

³ はりま姫路総合医療センター 心臓血管外科

⁴ 神戸大学 生命・医学系 保険学域

【目的】

外来心臓リハビリテーションにマシンを用いたレジスタンストレーニング(RT)を導入し、その安全性と身体機能への影響を検討した。

【方法】

当院の外来心臓リハビリテーションに参加している慢性心不全または心筋梗塞患者でRT参加を希望した5名(44~70歳)を対象とした。有酸素運動に加え、下肢筋群を対象とした機器RTを実施し、介入前後で体組成、SPPB、CPX、心臓エコー、膝伸展筋力、握力などを評価した。

【結果】

介入期間中に中止を要する有害事象は認めなかった。骨格筋量は平均0.7kg、%peakVO₂は平均33.8%増加した。膝伸展筋力および握力においても増加傾向を示した。

【考察】

外来心臓リハビリテーションにおける機器RTの導入は、少数例ながら安全に実施可能であった。骨格筋量および運動耐容能に寄与する可能性が示唆された。今後は症例数を増やし、負荷設定や対象症例を含めた検討が必要である。

ポスターセッション 4 (症例 心不全)

P4-1

外来心臓リハビリテーションにより 運動耐容能が改善し就労復帰に至った 肥大型心筋症の1例

山本 浩貴¹ 喜多 揚子² 田中 耕嗣¹
上北 真美¹ 鎌田 幸希¹

¹ 南奈良総合医療センター リハビリテーション部

² 南奈良総合医療センター 循環器内科

【目的】

肥大型心筋症および慢性腎臓病を基礎疾患とし、運動耐容能の低下により就労困難となった症例に対し外来心臓リハビリテーション（以下、外来CR）を実施した。外来CRにより運動耐容能の改善と就労復帰が得られたため報告する。

【方法】

症例は30代前半の男性。学生時代は運動部に所属。悪性高血圧を契機に肥大型心筋症と診断され、慢性腎臓病の進行により透析導入となった。体力低下を認め退職したが、運動耐容能改善と就労復帰を目的に外来CRを導入した。週1回1時間、エルゴメーターによる有酸素運動20分、レジスタンストレーニング15分を実施。運動強度はカルボーネン法の負荷係数0.4~0.6を目標心拍数とし、トークテストを併用して修正Borgスケール4以下で実施可能な範囲を予測嫌気性代謝閾値（予測AT）とした。

【結果】

開始時の予測ATは2.9METs、膝伸展筋力は右38.3kg、左36.6kgfであったが、開始5か月後には予測AT3.9METs、右52.4kg、左56.3kgfへと改善し、日常生活での息切れが軽減、就労復帰へと至った。

【考察】

外来CRは肥大型心筋症および慢性腎臓病を併存する若年透析患者においても、運動耐容能を改善させ、社会復帰を促す有効な手段であると考えられた。

P4-2

持続する変行伝導を有する重症心不全 患者に対し、スマートウォッチで 活動調整し心不全増悪を予防した一例

杉本美乃里^{1,2} 森 義統¹ 中野 義之¹
新田 将大¹ 金 宏樹² 藤本 恒²

¹ 兵庫県立淡路医療センター リハビリテーション部

² 兵庫県立淡路医療センター 循環器内科

【症例紹介・経過】

既往のない40歳代女性。拡張型心筋症の診断で入院。心エコーではEF17%、moderate MR、著明な心拡大を認めた。入院後低心拍出量症候群のためIABP補助、挿管管理を要した。抜管後、第25病日に離床を開始した時点から持続する心室内変行伝導（以下：変行伝導）を認めた。第80病日での6MDは345mであったが、負荷中に変行伝導に移行した。運動時、再現性をもってHR>120bpmで変行伝導に移行し、収縮期血圧70mmHgまでの緩徐な血圧低下を認めた。自覚症状はなく、他覚所見として発汗を認めた。

【介入・結果】

スマートウォッチを導入しHR<120bpmを目標に自己管理するよう指導した。また、発汗を自己で確認するよう注意喚起した。これより、患者自身で活動の調整が可能となり、変行伝導移行頻度が低下した。

【考察・結語】

本症例ではEF低下と心室の非同期収縮により変行伝導移行時の心拍出量減少が考えられ、洞調律での脈拍管理が重要であった。スマートウォッチは意識的・連続的に脈拍数の管理が可能であるため、日常生活活動を自律するのに有効と考えられる。変行伝導による自覚症状がない本症例では、心不全の増悪予防や過活動の抑制に効果的であった可能性がある。

ポスターセッション4 (症例 心不全)

P4-3

外来心臓リハビリテーションの継続が 病態変化の早期発見と治療に 繋がった症例

上西貴美子¹ 今井 優¹ 黄 啓徳¹
塩見 玲子¹ 簀下 裕大¹ 長谷川陽子¹
横田 滉平¹ 藤井 唯人¹ 馬淵千恵子²
入江 大介³ 佐々木良雄^{1,3}

¹ 医仁会武田総合病院疾病予防センター

² 医仁会武田総合病院 看護部

³ 医仁会武田総合病院 循環器内科

【目的】

心不全再発予防には、疾患・服薬管理や心臓リハビリテーション（心リハ）が重要である。外来心リハ継続により、病態変化を早期に捉え、入院による薬剤調整や再教育が行えた症例を報告する。

【症例】

70歳代、女性。労作時喘鳴、呼吸苦、下腿浮腫を主訴に受診。頻脈性心房細動を伴ううっ血性心不全にて初回入院。

【経過】

初回入院時、心不全治療と心リハを実施し、退院後も週1回の外来心リハを継続した。その中で、無症候性に頻脈性心房細動から洞調律に復帰していることが確認できた。洞調律復帰後、血圧高値が問題となり、薬剤調整を試みるもコントロールに難渋した。運動は自覚症状や血圧変動を確認しながら低強度で継続した。主治医との相談により、薬剤調整と包括的な再教育を兼ねて再入院となった。入院中に多職種による更なる教育が行われ、そのことが患者の不安軽減などに有用であった。

【結語】

外来心リハの継続が、病態変化の早期発見（頻脈性心房細動から洞調律への復帰）を可能とした。これにより、急性増悪を未然に防ぎ、スムーズに再入院へと繋げることができ、安全に運動を提供し継続することができた。

P4-4

低頻度介入下の外来心臓リハビリテー ションにおいても運動耐容能・ セルフケア能力が改善した症例

新宮 広大¹ 山内 真哉¹ 真鍋 恵理²
江口 明世^{2,3} 笹沼 直樹¹ 高橋 敬子^{2,3}
内山 侑紀⁴ 石原 正治² 道免 和久⁴

¹ 兵庫医科大学病院リハビリテーション技術部

² 兵庫医科大学 医学部 循環器・腎透析内科学

³ 兵庫医科大学 医学部 医療クオリティマネジメント学

⁴ 兵庫医科大学 医学部 リハビリテーション医学講座

【目的】

心不全患者に対する外来心臓リハビリテーション（CR）は週2回以上の介入が推奨されているが現実には頻回通院が困難な症例も少なくない。今回、低頻度外来CR介入下でも運動耐容能とセルフケア能力が改善した症例を経験したため報告する。

【方法】

対象は心筋症疑いで左室駆出率19%の心不全にて緊急入院し治療後に自宅退院となった症例。生活習慣や復職希望に課題があり6ヶ月間外来CRを導入。通院は2週間に1~2回に限られたため、自宅運動プログラムの立案、食事内容の確認、セルフモニタリング表を活用し自己管理を支援した。外来時は心不全増悪の有無や運動・食事状況を確認し、心不全教育を併用した。

【結果】

PeakVO₂/W(体重)は19.9ml/kg/min(77.0kg)から23.2ml/kg/min(79.0kg)へ改善を認めた。さらにSelf-Care of Heart Failure Indexもカットオフを超え、セルフケア能力が向上した。

【結論】

外来CRの推奨頻度を満たせない症例でも、自宅運動指導と心不全教育の併用により身体機能とセルフケアの改善が得られ、頻回通院が困難な症例にも応用可能であると示唆された。

ポスターセッション 4 (症例 心不全)

P4-5

がん治療関連心筋障害による心不全に 対して心不全療養指導を実施し 身体機能向上がみとめられた症例

田村 拓人¹ 中村 洋貴¹ 笹本安寿治¹
今井 誠¹ 吉田 尚弘² 久我由紀子²
西田 育功²

¹ 社会医療法人 高清会 高井病院
リハビリテーション科

² 社会医療法人 高清会 高井病院 循環器内科

【目的】

今回トラスツズマブによりがん治療関連心筋障害、心不全を呈し介入初期から疾病、運動指導をした結果、身体機能向上に至った症例を経験したので報告する。

【方法】

70代女性、身長145cm、体重46.5Kg、診断名：心不全、がん治療関連心筋障害 既往歴：乳癌

X日呼吸苦があり両側胸水、BNP554を認め緊急入院。X+1日理学療法開始。全身状態に応じて、離床訓練、低強度の筋力増強訓練を実施。X+4日病棟ADL自立に至ったため指導中心に実施。X+8日退院。退院後自己管理で心不全手帳にて変化を確認し有酸素運動、下肢中心に筋力増強を行うよう指導した。6ヶ月後実施状況を確認し最終評価を行った。

【結果】

PT開始時から退院評価時のSPPBは10点から12点に向上しBNPは46まで低下した。6ヶ月後の再評価でSPPBの点数の変化はないが5回立ち座り時間が3.35s短縮しBNPは32.8となった。部位別筋肉量は下肢に向上がみられた。

【考察】

がん治療関連心筋障害に対する療養指導に関する報告は少なく、エビデンスも乏しい。がん患者に対する運動は運動耐容能、筋力、QOLの向上が期待されている。今回、がん関連心筋症に対する療養指導は退院後心不全増悪なく身体機能改善に有用と考えた。

P4-6

強心剤の漸減に難渋した 重症心不全患者に多職種で関わり 自宅復帰を果たした症例

早川 真由 田中 宇大 藤田 祐平
大田垣辰実 横松 孝史

医療法人社団志高会 三菱京都病院

【目的】

強心剤の漸減に難渋した重症心不全患者に対して多職種と連携し、包括的な介入を行うことで自宅復帰に至った症例を経験したため報告する。

【方法】

70歳代男性、拡張型心筋症により入退院を繰り返している。心不全増悪、低心拍出症候群(LOS)による食欲低下、体重減少、呼吸苦、歩行時の胃痛により当院入院となった。入院後強心剤投与が開始となり、翌日より心リハを開始した。入院期間中、合併症の併発により強心剤の増量を余儀なくされ離床に難渋した。主治医や病棟看護師と連携し、血行動態に注意しながら段階的に離床を進めADLの改善を図った。退院前に心肺運動負荷試験(CPX)を行い52日目に自宅退院となった。

【結果】

リハビリでは200mまで歩行可能となった。CPXの結果はPeakVO₂:5.7ml/min/kg(予測値の26%)、ATVO₂:5.1ml/min/kg 1.46METsであった。ADLは自立し、過負荷とならないよう生活指導を行った後自宅復帰を果たした。

【考察】

入院中全身状態の悪化により二度の強心剤増量が行われた。多職種と連携し段階的に離床を進めることでADLを改善することができた。また、CPXの結果に基づき活動量を設定し退院調整を行うことで自宅復帰へ繋げることができた。

ポスターセッション5 (症例 虚血性心疾患・心不全)

P5-1

心房細動発作を契機として 心不全の増悪を繰り返す超高齢者の1例

岩間 一¹ 笠井 佑哉¹ 笠井 美佳¹
紀 ひとみ¹ 松岡紗貴子¹ 篠田由紀子¹
池島 幸栄¹ 内藤 紘一^{1,2}

¹ 相志和診会 岩間循環器内科

² 名古屋葵大学

症例：92歳，女性。87歳時に健康診断で心房細動を指摘され前医へ紹介された。心エコーで左房径64mmの拡大を伴う連合弁膜症を指摘され、BNPも699pg/mLの高値を呈していたので、内服治療が開始されたが、DOACは出血傾向があり継続できず心房細動は保存的に観察する方針になった。当院へ転院後は心臓リハビリテーション（CR）を導入し、ARNIを開始したところ心房細動が自然停止して運動耐容能も改善したが、89歳時に脱水症を契機として心房細動が再発しショック状態と成救急搬送された。カルディオバージョン後にエドキサパン15mgと抗不整脈薬が開始された。出血合併症は認められず洞調律になったが、以降も夏期や気温上昇時に脱水傾向になることで心房細動が再発し血圧が著明に低下することで救急外来への受診をすることが数ヶ月毎にあった。CRを継続し脱水回避の指導を継続した。91歳時から心房細動が固定化した。BNPは300pg/mL程度の横ばいで血行動態の悪化もなかった。ADLの低下はなく92歳となったが、最近心房細動が再度自然停止している。長期にわたるCRの継続で超高齢者ながら入院を回避しStage Cの病状を維持できた経過を報告する。

P5-2

急性右室梗塞による胸水貯留に対して Sara® Combilizerを用いた離床により 呼吸状態の改善を得た一例

池内 悠登 中本 敬 南口 仁
市堀 泰裕 森 直己 神田 貴史
翁 佳輝 筒井 悠美 松村未紀子
豊島 拓 中渡瀬 智 咲尾 隆滋
吉井 大智 渋谷 祐樹 南 慎哉
越智 公一 甲田 献 兵庫 隆司
飯田 修

大阪けいさつ病院

症例は80代男性。胸痛を主訴に当院へ救急搬送となった。ST上昇型急性下壁心筋梗塞による徐脈、循環不全を呈しており、気管挿管、人工呼吸管理を開始した。右冠動脈の閉塞に対して経皮的冠動脈形成術を施行し、集中治療室入室となった。循環動態は改善したものの、右室梗塞による右心不全が遷延し、カテコラミンを使用し、利尿薬を増量するも胸水は減少せず、酸素化の改善が得られず抜管が困難な状態であった。自発呼吸の促進や胸水の再分布を期待してSara® Combilizer (Arjo社)を用いて段階的に離床を行い、座位・立位時間を延長したところ、呼吸状態が改善し抜管を果たした。抜管後も再びSara® Combilizerを活用してリハビリテーションを継続し、ADL向上を得た。

集中治療において早期離床により人工呼吸器装着期間が短縮されることが報告されている。Sara® Combilizerは体幹の安定性が低い患者、人工呼吸器装着中の患者でも体位を仰臥位、座位、立位へと変えることができる多機能リハビリテーション機器である。心不全による呼吸不全に対してSara® Combilizerを用いたリハビリテーションにより呼吸状態の改善を果たした1例を経験したので報告する。

ポスターセッション5 (症例 虚血性心疾患・心不全)

P5-3

LMT 梗塞に伴う低心機能症例に対し 高強度負荷を許容し 良好な転機をたどった一症例

松浦 昭彦¹ 加藤 大志² 奥田 啓二²
辻合 康浩¹ 城下 歩³ 村山 雅美³
舟田 晃² 西尾 まゆ² 廣岡 慶治²

¹ 大阪府済生会千里病院 リハビリテーション部

² 大阪府済生会千里病院 循環器内科

³ 大阪府済生会千里病院 看護部

【目的】

LMT 梗塞は高リスク群として監視下の運動療法が推奨されているものの evidence には乏しい。今回 AT 以上の運動強度を許容し身体機能が向上した症例を経験したので報告する。

【方法と結果】

70 歳男性。自宅で心停止となり当院救急搬送。補助循環のもと LMT に PCI 施行。Peak CK/MB:14991/1437 IU、DoB 下で EF:32%、Forrester:IV。脳低温療法、ECMO、IABP 離脱後 9 病日より運動療法介入。ADL 拡大を図るも DoB 漸減と重なり 24 病日に心不全増悪。残存病変への PCI 後、過負荷に注意し運動療法再開。40 病日に DoB 離脱、61 病日に独歩で退院となった。

退院後の CPX では AT から呼吸数の急激な上昇を認めた。AT:2.46METs でボルグ指数:9 であり症状と負荷量の解離がみられた。以降は AT 処方に基づき運動療法を行うも、階段昇降など日常生活で過負荷となりうる場面が多かった。そのため、AT を超える高強度運動を一部許容し、労作後の休息を自己管理するよう繰り返し指導した。心機能の改善は認めないが、約 6 ヶ月で SPPB:8→12 点、膝伸展筋力(体重比):50.5→76.6%に改善し再入院なく経過した。

【結論】

高リスク群においても休息を前提とした高強度負荷は身体機能を向上させる可能性がある。

P5-4

地域活動参加による 心臓リハビリテーション継続支援が 有用であった陳旧性心筋梗塞の一例

谷本 篤紀¹ 小谷阿記子¹ 高位 篤史¹
野村 哲矢²

¹ 京都中部総合医療センター リハビリテーション科

² 京都中部総合医療センター 循環器内科

【背景】

当院は京都府からの委託を受け、南丹圏域地域リハビリテーション支援センターとして、地域の関係機関からのリハビリテーションに関する相談対応を行っており、その一環として、社会福祉協議会を通じて自治会や高齢者サロンへの運動指導を実施している。

【症例】

症例は 70 代女性。急性心筋梗塞を発症し、約 1 年間の外来心臓リハビリテーション(心リハ)後、地域高齢者サロンへ移行した。担当者は本症例およびサロン参加者に対し、運動内容や自己検脈を用いた負荷量調整を指導した。本症例はその後の経過で運動耐容能の改善を認め、心血管イベントの再発・再入院なく良好な経過を示した。外来心リハ終了後も地域活動に参加することで、患者の運動機会や継続意欲の維持につながるとともに、同じ運動指導を受けるサロン参加者にも同様の効果が期待できる。

【考察】

心リハの運動処方是一般高齢者に推奨される運動と共通点が多く、運動処方に基づいた患者への指導は一般高齢者にも有効と考えられる。専門職が関与する地域活動への移行は、心疾患患者の良好な経過維持と地域高齢者の健康増進の双方に寄与する可能性が示唆された。

ポスターセッション5 (症例 虚血性心疾患・心不全)

P5-5

和温療法の実施により 腎機能の改善を認めた高齢心不全の1例

平井 千裕¹ 福田 章人¹ 吉富麻衣子¹

小笹 寧子^{1,2} 野原 隆司²

¹ 医療法人 新生会 総合病院 高の原中央病院
リハビリテーション科

² 医療法人 新生会 総合病院 高の原中央病院 循環器内科

【はじめに】

慢性心不全では、心拍出量の低下・交感神経亢進・腎血流減少により腎機能低下 (cardiorenal syndrome) が生じやすい。今回、当院で初めて和温療法を施行した回復期の心不全症例において、身体機能改善に加えて腎機能の改善を認めたため報告する。

【症例】

80代女性。初回の急性非代償性心不全の加療後、回復期リハビリテーション目的で当院へ転院となった。3ヶ月に及ぶ前医での入院期間中は循環動態不安定であり床上で過ごす時間が多く、転院時には重度のサルコペニアおよび抑うつ傾向を伴っていた。転院後も強い倦怠感・末梢冷感・食欲不振が持続し、リハビリを拒否することも多く、運動療法に加えて和温療法を開始した。

【経過】

和温療法開始後、翌日から全身倦怠感や末梢冷感が軽減し、笑顔が見られるようになった。食事摂取量の増加を認め、2週間の経過で平均エネルギー摂取量は1013 kcal から1341 kcal へ増加した。自力でのトイレ歩行が可能となりFIM運動項目が47点から69点へ向上した。採血検査では、Cre/BUN **/100.7 mg/dL から**/40.3 mg/dL へと腎機能の急速な改善を認めた。

【結語】

和温療法は、心不全患者の腎機能改善に有用である可能性が示唆された。

P5-6

外来心臓リハビリテーション期間中に COVID-19を発症し身体機能は 低下したが、精神機能は改善した症例

金光 智史 森本 翔也 高森 沙恵

紙谷 桃子 吉田 裕人 山本 剛司

市立奈良病院

【目的】

急性心筋梗塞発症患者に対し外来心臓リハビリテーション(心リハ)期間中、COVID-19を発症した患者の身体機能・精神機能に着目した。

【方法】

2021年12月11日に発症した70歳台女性。PCI施行後、心リハプログラムを行い12月23日に退院。2022年1月12日～5月11日以外来心リハ実施。3月17日COVID-19を発症し中断。4月6日より再開。外来心リハでは評価を初期(1月12日)・中間(3月7日)・最終(4月27日)に実施。評価項目は、握力、下肢筋力、筋力量、SPPB、10m歩行速度、シャトルウォーキングテスト、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)を実施。中断期間は定期的に電話での対応を行った。

【結果】

身体機能は初期から中間では改善したが最終では低下を認めた。一方HADSは不安8点→12点→5点、抑うつ8点→8点→7点と最終で改善を認めた。

【考察】

身体機能はCOVID-19による影響から中間から最終において低下が認められた。ただ、精神機能では初期から中間では悪化したものの、最終では改善を認めた。中間後不安に思っていることなど質問する内容を変え対応したことが改善に至ったと考えられる。また、中断期間も電話で継続し対応したことも改善した一つの要因とも考えられる。

ポスターセッション 6 (症例 術後急性期～回復期リハ)

P6-1

腎筋跛行を呈した腹部大動脈ステント グラフト内挿術 (EVAR) 後患者における 外来での運動療法の取り組み

村上 梓¹ 前村 優子¹ 福谷まり子¹
江口 愛理¹ 多良 祐一² 増田 崇¹

¹ 奈良県総合医療センターリハビリテーション部

² 奈良県総合医療センター心臓血管外科

【目的】

腹部大動脈ステントグラフト内挿術 (EVAR) 後では、内腸骨動脈閉塞に伴う腎筋跛行を呈し、連続歩行距離の短縮や ADL 低下を来すことがある。今回、自宅退院後外来にて殿筋群の筋活動促進を目的とした運動療法を実施し、連続歩行距離の延長と症状改善を認めた症例を経験したので報告する。

【方法】

症例は 70 歳代男性。EVAR 後、退院時に症状はなかったが、自宅生活中に歩行距離短縮および殿部の痺れ・疼痛が出現し外出困難となった。集団外来心リハ枠で週 1 回、ストレッチ、セラバンドを用いたレジスタンス運動を実施し、その後に殿筋群の活動を促す NU-STEP (セノー社製) による有酸素運動を 30 分間行った。

【結果】

導入 3 か月後、6 分間歩行テストは初回 75m から 292m へ改善し、殿部症状の軽減も認めた。痺れの軽減により旅行や帰省などの外出機会も増加した。

【考察】

運動療法により側副血行路の発達と殿筋群の筋血流増大が関与したと考えられる。腎筋跛行を呈した EVAR 後患者において、殿筋群筋活動に着目した運動療法は外来心リハ枠での実施が可能であり、ADL・QOL の維持・向上や患者支援の一助になることが示唆された。

P6-2

視覚障害を伴う心不全患者に対し 職務動作再現による 復職支援を行った一例

志方 俊則¹ 梅津 俊介¹ 中村 輝夫¹
井上 拓也¹ 中野 知哉² 上嶋 運啓²
福村 典男¹

¹ 大和高田市立病院 リハビリテーション科

² 大和高田市立病院 循環器内科

【目的】

心不全患者の復職支援では、身体的・心理的・社会的側面を踏まえた個別支援が重要となる。特に視覚障害を併存する場合、運動負荷の定量評価が困難となる。今回、視覚障害を有する心不全患者に対し、実際の職務動作を再現し心負荷を評価することで復職支援につながった症例を経験したため報告する。

【方法・結果】

40 代男性。全盲でマッサージ業に従事。拡張型心筋症 (左室駆出率 16%) による急性心不全で入院し運動療法を実施した。6 分間歩行試験は介助者速度に影響され運動負荷評価が困難であったため、実際の施術動作を心電図モニタリング下に再現し、心拍数・Borg スケール・自覚症状を指標として運動負荷を評価した。上下肢操作時の心拍数上昇を確認したため、息こらえ回避とした呼吸法や姿勢調整による心負荷軽減指導、および適切な休憩導入を指導した。心拍数上限はスマートウォッチにて自己管理を促した。その結果、目標心拍数内の職務遂行が可能となり、具体的な自己管理目標を獲得することができた。

【考察】

視覚障害を有する心不全患者では、個別化された職務動作再現は心負荷を可視化でき、復職後の自己管理能力の向上に有用と考える。

ポスターセッション 6 (症例 術後急性期～回復期リハ)

P6-3

心臓血管術後患者に対する回復期病棟での運動療法・患者教育が運動耐容能改善と再発予防に寄与した一症例

松下 愛里 渡辺 広希 宮崎 隆之

関西電力病院 リハビリテーション部

【目的】

診療報酬改定により、回復期病棟での心大血管リハビリテーション(CR)の算定が可能となっている。CRは運動耐容能改善のみならず疾病予防の役割も担っており、患者教育が重要となる。一方、回復期病棟での患者教育に対する報告は少ない。今回、心臓血管外科術後患者に対し回復期病棟でのCRと患者教育を行った結果、運動耐容能改善と再発予防が行えたため報告する。

【方法】

症例は50歳代男性。COVID-19罹患後、僧帽弁逆流症に対し、僧帽弁形成術と左心耳閉鎖術施行され、213病日目に当院回リハに転院となった。

【結果】

初期評価は、体重74.1kg、CPX:PeakV02:17.2 ml/min/kgであった。認知機能低下無く、SCHFIはAメンテナンス50点、Bマネジメント38点、Cモニタリング72点、D自信80点と自己管理と自信の乖離がみられた。病前体重が90kgかつ、早く体重を戻したいと発言あり、検査数値を確認しながら体液管理の元、体重増量を図った。退院後外来CRを継続し、心不全増悪なく408病日、CPX:PeakV02:24.3 ml/min/kgに改善した。

【考察】

本症例は病識に乏しく、セルフケアや心不全知識の定着を図る目的で回復期～外来CRでフォローを行った結果、再発予防可能となり、更なる運動耐容能改善に繋がったと考える。

P6-4

弁膜症術後の長期ICU管理によってICU-AWを呈したが、高頻度リハビリテーションによりADLが改善した症例

竹内 維吹¹ 岩田健太郎¹ 滝本 龍矢¹

岩本 浩司¹ 幸原 伸夫²

¹ 神戸市立医療センター中央市民病院

リハビリテーション技術部

² 神戸市立医療センター中央市民病院 リハビリテーション科

【目的】

弁膜症術後合併症に伴い長期ICU管理を要しICU-acquired weakness(ICU-AW)によりADLが著明に低下した症例に対し、高頻度リハビリテーション(以下、リハ)によりADLが改善したため報告する。

【方法】

症例は70歳代女性、BMIは23.0kg/m²で入院前FIM126点。重度僧帽弁閉鎖不全症に対して待機的にMICS-MVPを施行したが、術中合併症で大動脈遮断時間が295分へ延長した。術後は意識障害遷延と心不全を認め、5日目にIABP離脱、同日にカテコラミン投与終了となったがGCS:3T6、FIM:18点、MRC:0点でICU-AWと診断された。19日目に人工呼吸器離脱困難にて気管切開後、ICU在室中より1日4回のリハを実施し、装具歩行・座位・立位練習・作業活動・嚥下練習を多職種協働で行った。

【結果】

20日目に人工呼吸器離脱、61日目にスピーチカニューレでの会話開始、74日目に歩行補助具歩行を開始、109日目にGCS:4T6、FIM:84点、MRC:56点、独歩での6MDは120mに改善し回復期リハ病院へ転院した。

【考察】

本症例では、術中合併症と大動脈遮断時間延長がICU-AWを増悪させ、著明なADL低下を生じた。ICU早期からの高頻度かつ多職種協働リハにより、段階的かつ良好な機能回復を得られた。

ポスターセッション 6 (症例 術後急性期～回復期リハ)

P6-5

急性重症肺塞栓症により 2度心停止した患者における 運動処方と生活再建

石橋 佑実¹ 西山 正志¹ 赤松 邦洋¹
山中 祐輝²

¹ 医療法人春秋会 城山病院 リハビリテーション科

² 医療法人春秋会 城山病院 循環器科

【目的】

急性重症肺塞栓症は治療後も右心機能障害や運動耐容能低下を残すことがあり、慎重な心臓リハビリテーション（以下、CR）が求められる。本症例は2度の心停止を経験し、本人希望と家族の不安に乖離があったため、CPXを用いて安全かつ客観的に運動処方を設定し、段階的CRを通じ生活再建を支援した。

【方法】

60代男性。経皮的肺動脈血栓回収術および抗凝固療法後、ICUよりCR開始。入院時D-dimer 25.45 μg/mL、BNP 45pg/mL、BUN 30.4mg/dL、Cr 3.6mg/dL。心エコーで右心拡大を認めた。肺高血圧所見消失後にCPXを実施、AT時 VO_2 11.5 mL/kg/min、Peak VO_2 14 mL/kg/min (SpO₂ 96%)を基にAT強度を運動負荷設定の指標とした。

【結果】

患者・家族への病状説明時、本人は発症前同様の外出を希望、家族は不安から活動制限を希望した。CPX結果を提示し説明することで、家庭での運動目安を共有した。退院後は外来CRを継続し、運動耐容能の改善、活動意欲と自己管理意識の向上に努めた。

【考察】

高リスク症例においてCPXは安全性の確保と適切な運動処方により有用であり、家族支援を含む段階的CR介入により生活再建を支援できた。重症肺塞栓症患者のCRにおけるCPX活用の可能性が示唆された。

P6-6

大動脈弁温存基部置換術、 僧帽弁輪縫縮術後に不整脈を繰り返し 自宅退院に難渋した症例

大田垣辰実¹ 田中 宇大¹ 藤田 祐平¹
早川 真由¹ 横松 孝史²

¹ 医療法人社団志高会三菱京都病院

リハビリテーション技術部

² 医療法人社団志高会三菱京都病院心臓内科

【目的】

大動脈基部拡大、大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全に対する大動脈弁温存基部置換術、僧帽弁輪縫縮術後、洞停止や不整脈を繰り返し自宅退院に難渋した症例の術後リハビリを経験したため報告する。

【方法】

50歳代男性、大動脈基部拡大、大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全に対し大動脈弁温存基部置換術、僧帽弁輪縫縮術施行。術後ドブタミン(DOB)を投与され翌日よりリハビリ開始。洞停止、心房細動を認めDOB漸減に難渋したが、血行動態に注意し段階的に離床を拡大した。13日目にDOB投与終了、14日目にCPX施行した。自転車エルゴメーターにてATより低負荷から運動を実施し徐々に負荷量を調節した。

【結果】

CPXの結果、Peak VO_2 : 13.7ml/min/kg、AT: 3.45METs、66W、HR 104bpmであった。自転車エルゴメーターは40Wから開始、50Wまで漸増し20分実施した。また退院後の活動量が過負荷にならないよう指導。術後40日に自宅退院。退院後外来リハビリ開始となった。

【考察】

術後心不全を呈し、DOBの漸減に難渋した症例。心電図、自覚症状に対するモニタリングを徹底しCPXの結果に基づき運動負荷量を調節しながら運動を継続することで自宅復帰、外来リハビリへと繋ぐことができた。

近畿支部役員

支部長	宮脇郁子	神戸大学大学院
副支部長	古川 裕	神戸市立医療センター中央市民病院
幹事	民田浩一	社会医療法人愛仁会 明石医療センター
幹事	林 秀樹	宇治武田病院
幹事	井澤和大	神戸大学大学院
幹事	坂田泰史	大阪大学大学院医学系研究科
幹事	谷口良司	兵庫県立尼崎総合医療センター
幹事	今井 優	武田総合病院 疾病予防センター
幹事	小笹寧子	高の原中央病院
幹事	黒瀬聖司	大阪産業大学
幹事	仲村直子	神戸市立医療センター中央市民病院
幹事	鷺田幸一	のぞみハートクリニック
幹事	笹沼直樹	兵庫医科大学病院
幹事	坂田泰彦	国立循環器病研究センター
幹事	近藤博和	天理よろづ相談所病院
庶務幹事	白石裕一	京都府立医科大学

支部評議員

衣川 徹	きぬがわ内科循環器内科
高橋 敬子	兵庫医科大学
田中 希	京都大学
細川 了平	宇治病院
吉内佐和子	関西医科大学附属病院
小西 治美	国立循環器病研究センター
小林 昇	横山駅前ハート内科クリニック
水谷 和郎	六甲アイランド甲南病院
羽田 龍彦	羽田医院
中西 道郎	中西医院
本多 祐	兵庫県立はりま姫路総合医療センター
岡田健一郎	のぞみハートクリニック
林 宏憲	林ハートクリニック
木股 正樹	市立大津市民病院
若林 孝明	済生会滋賀県病院
豊福 守	市立三次中央病院
川上 利香	大阪府済生会吹田病院
中根 英策	北野病院 心臓センター
小林 成美	神戸大学大学院医学研究科
伊藤 健一	奈良学園大学
中川 理	市立豊中病院
大石 醒悟	まほし会 真星病院
星賀 正明	大阪医科薬科大学病院

川口 民郎	滋賀医科大学医学部附属病院
横松 孝史	三菱京都病院
谷本 貴志	和歌山県立医科大学
森下 好美	もりした循環器科クリニック
上坂 建太	北野病院
中川 義久	滋賀医科大学
野口 暉夫	国立循環器病センター
大久保英明	甲南医療センター
村田 誠	国立循環器病研究センター
笠井 健一	松下記念病院
村井 亮介	神戸市立医療センター中央市民病院
岩田健太郎	神戸市立医療センター中央市民病院
高林 健介	滋賀医科大学
柴田 敦	大阪公立大学大学院医学研究科
関 知嗣	京都府立医科大学
尾倉 朝美	三田市民病院
堀田 幸造	兵庫県立尼崎総合医療センター
中野 善之	兵庫県立淡路医療センター
山本 壱弥	国立循環器病研究センター
彦惣 俊吾	奈良県立医科大学
的場 聖明	京都府立医科大学
梅本 旬男	天理よろづ相談所病院

協賛一覧

【ランチョンセミナー】

エドワーズライフサイエンス合同会社
アストラゼネカ株式会社
アレクシオンファーマ合同会社

【広告】

ファイザー株式会社
日本ライフライン株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
ブリistol・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
マリクロットファーマ株式会社
MSD 株式会社
Alnylam Japan 株式会社
フクダ電子近畿販売株式会社
アボットメディカルジャパン合同会社

【企業展示】

ミナト医科学株式会社
株式会社リモハブ
株式会社インボディ・ジャパン

(順不同)

日本心臓リハビリテーション学会 第11回近畿支部地方会

会 長 近藤博和（天理よろづ相談所病院）
副会長 仲村直子（神戸市立医療センター中央市民病院）
事務局 後藤総介（天理よろづ相談所病院）

特定非営利活動法人 日本心臓リハビリテーション学会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-23-1-260
TEL 03-6300-7977 FAX 03-6300-7966

<次 期 開 催 予 定>

日本心臓リハビリテーション学会 第12回近畿支部地方会

テーマ： つながる心リハ♡つなげる心リハ

会 長： 坂田泰彦（国立循環器病研究センター）

日 時： 2027年2月14日（日） （予定）

会 場： 吹田市文化会館メイシアター （予定）