

日本心臓リハビリテーション学会 第10回関東甲信越支部地方会

心臓リハビリテーションとACCCA

プログラム・抄録集



会 長 石田 岳史 東京科学大学

副会長 田嶋 明彦 新潟薬科大学

会 期 2025年11月1日(土)

会 場 東京科学大学 (旧東京医科歯科大学)
M&Dタワー 鈴木章夫記念講堂

日本心臓リハビリテーション学会 第10回関東甲信越支部地方会

心臓リハビリテーションとACCCA

プログラム・抄録集

【会 期】 2025 年 11 月 1 日（土）

【会 場】 東京科学大学（旧東京医科歯科大学）
M&Dタワー 鈴木章夫記念講堂

【会 長】 石田 岳史（東京科学大学総合診療科）

【副会長】 田嶋 明彦（新潟薬科大学循環生理学教室）

日本心臓リハビリテーション学会 第10回関東甲信越支部地方会 開催のご案内



日本心臓リハビリテーション学会
第10回関東甲信越支部地方会

会 長 石田 岳史
(東京科学大学 総合診療科)

この度、日本心臓リハビリテーション学会 第10回関東甲信越支部地方会を2025年11月1日（土）に東京科学大学鈴木章夫記念講堂において開催する運びとなりました。関係者一同、大変光栄に存じます。

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法に基づき策定された「循環器病対策基本計画」では、循環器病に対する包括的な対策として、心臓リハビリテーションの意義と役割が明記され、すでに回復期リハビリテーション病棟での心大血管疾患リハビリテーション料の算定が可能となっております。今後は継続率が低いと指摘されている生活期・維持期における心リハの充実が強く望まれます。

今回の地方会テーマは「心臓リハビリテーションとACCCA」といたしました。プライマリ・ケア領域で知られている ACCCA という言葉は、多くの本学会員にとって、あまり馴染みがないかもしれません。ACCCA は米国国立科学アカデミーが提唱したプライマリ・ケアの5つの要素（Accessibility, Comprehensiveness, Coordination, Continuity, Accountability）の頭文字を並べたものです。これらの要素は回復期から維持期の心リハにも応用できる概念です。すなわち「通いやすい地域において、包括的に、多職種で連携し、継続的に、さらに心リハ指導士・上級指導士・認定医による質の高い心リハの提供」を意味しており、まさに我々学会員が2040年に向けて取り組むべき課題であると考えています。このテーマに沿って、基幹病院、小規模病院、クリニック、メディカルフィットネス、介護事業者、さらにそれらをつなぐ関連企業が協力し、地域連携の礎となる、本地方会独自の特色あるプログラムを用意しました。

特別講演には、パンデミック対応の陣頭指揮を執られた尾身茂先生をお迎えします。また会長特別企画として「メディカルフィットネスのリアルワールド ～バーチャル施設見学～」を開催いたします。さらに、地域の会員同士が直接交流できるよう、一般演題はすべて口述発表といたしました。会員の交流促進、地域固有の課題解決の一助となる場として、本地方会の魅力を存分に感じていただければ幸いです。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
参加者の皆様へ	7
口演発表演者・座長の皆様へ	8
日程表	10
プログラム	11
抄 録	
会長講演	23
特別講演	27
会長特別企画	31
教育講演	35
シンポジウム	43
スポンサード教育講演	57
共催セミナー	61
一般演題	67
日本心臓リハビリテーション学会支部制度規則	86
日本心臓リハビリテーション学会 関東甲信越支部役員	92
協賛一覧	95

会場のご案内

東京科学大学 湯島キャンパスへのアクセス

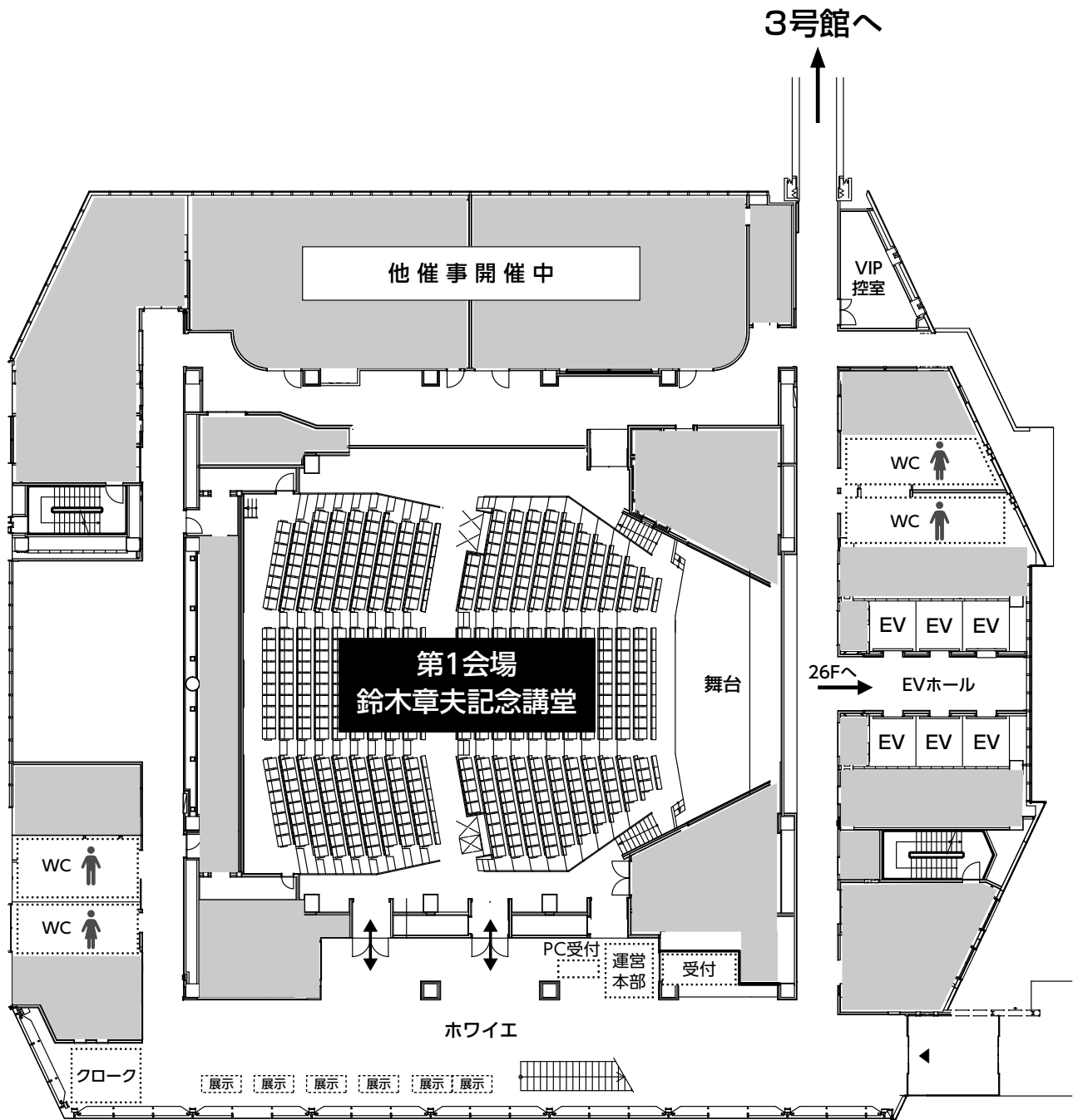
最寄り駅

- ・JR御茶ノ水駅下車 徒歩3分
- ・地下鉄丸の内線 御茶ノ水駅下車 徒歩1分
- ・地下鉄千代田線 新御茶ノ水駅下車 徒歩5分



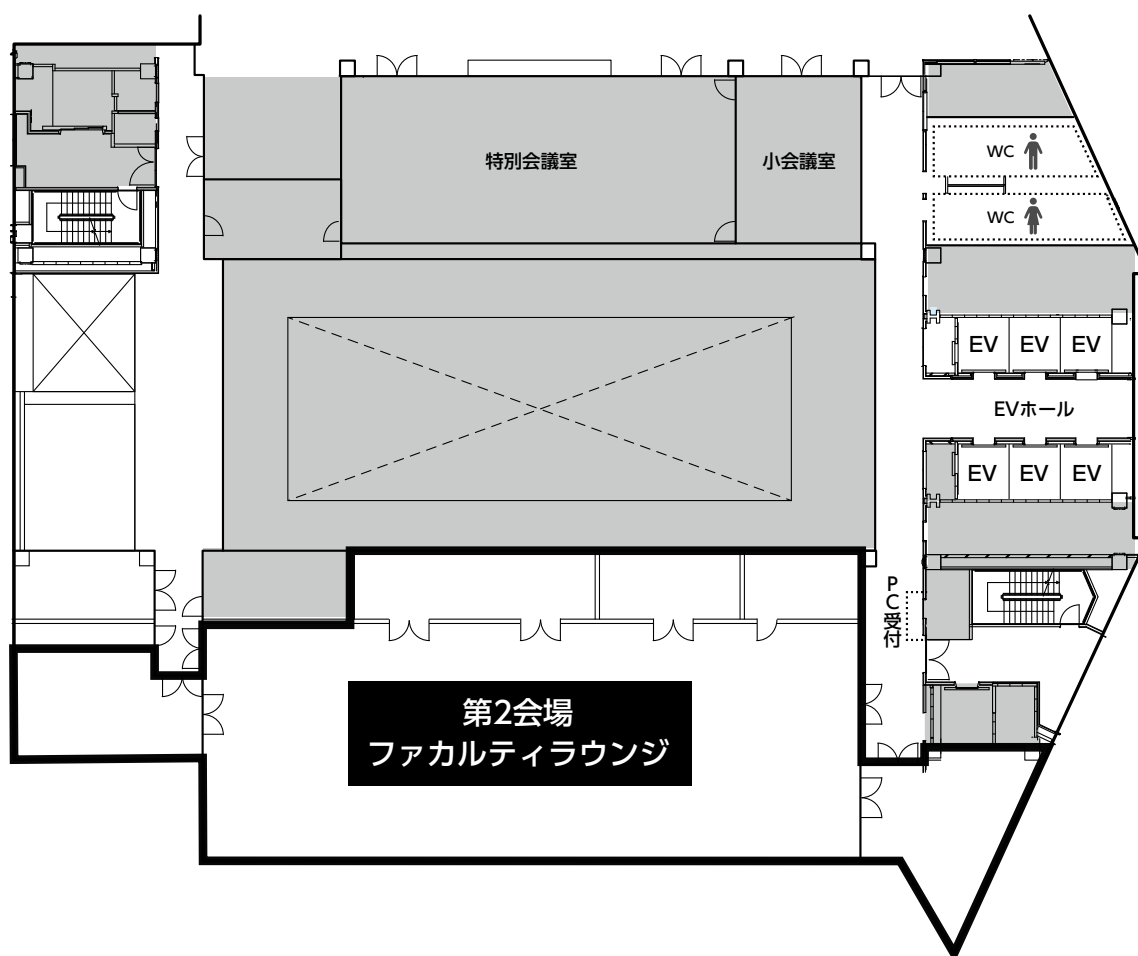
会場案内図

▶ M&Dタワー 2F

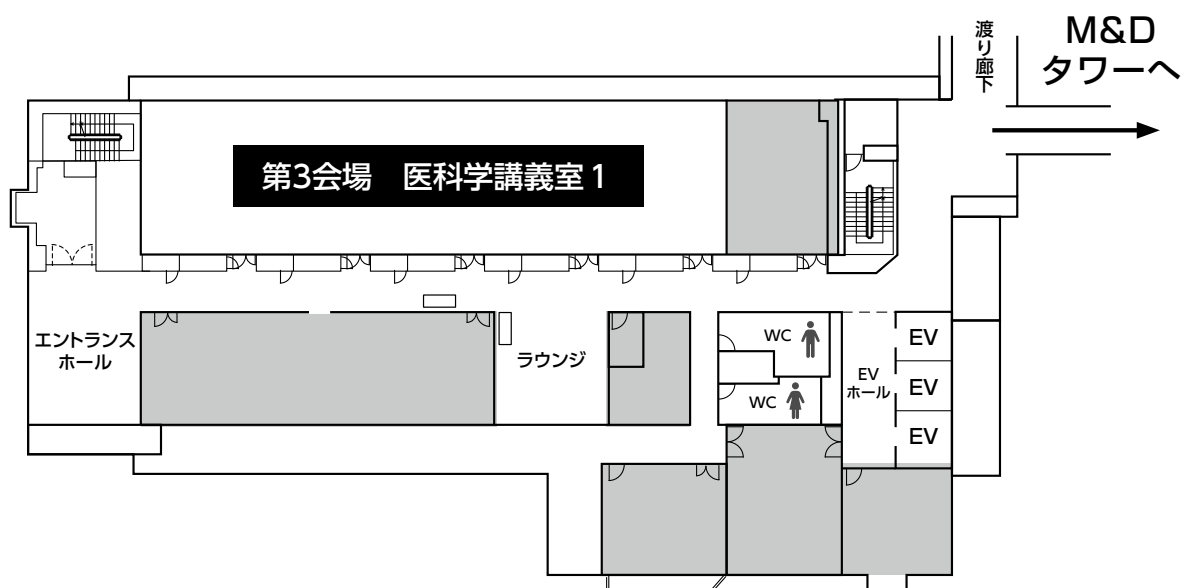


*同じフロアで他催事も開催中です。
ネームカードは必ず着用してください。

▶ M&Dタワー 26F



▶ 3号館 2F 医科学講義室 1



参加者の皆様へ

1. 参加受付・参加証について

参加受付は現地にのみ行います。

参加受付：11月1日（日）8：00～

受付場所：M&Dタワー 2F ホワイエ

参加費：会員医師・一般	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・一般	6,000円（内消費税10% 545円）
非会員メディカルスタッフ	4,000円（内消費税10% 363円）

※現金のみ受付けます。

※学生は学生証をご提示ください。

※参加証の再発行はいたしません。

※会期中は必ず参加証を着けてください。

2. クロークについて

M&Dタワー 2F ホワイエにクロークを設置します（開設時間：8：00～17：30）。

貴重品および傘はお預かりできませんので、あらかじめご了承ください。

3. 昼食について

ランチョンセミナーにて昼食をご提供します。数量に限りがありますので予めご了承ください。

ランチョンセミナー整理券は、M&Dタワー 2F ホワイエにて配布します。

お弁当を受け取る際は、参加証を必ずご提示いただき、ランチョンセミナーチケットをご提出ください。

飲食は指定の場所をお願いします。

4. 支部幹事会・評議員会

支部幹事会：11時35分～ M&Dタワー 9F 大学院講義室4にて

評議員会：12時5分～ M&Dタワー 9F 大学院講義室4にて

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いたしません。

会場内での撮影・録画・録音はご遠慮ください。撮影・録画・録音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に切り替えてください。

会場およ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

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受付に設置の「指導士単位受付」までお越しください。単位票をお渡ししますので、必要事項をご記入の上、会期当日の17:15までに指導士単位受付までご提出ください。後日の提出は無効となりますのでご注意ください。

※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。当日受付で受講証を発行します。

□演発表演者・座長の皆様へ

1. 演者の皆様へ

- ・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)。
- ・口演で発表する方は、利益相反の申告をお願いいたします。<http://www.jacr.jp/web/assembly/coi/>に掲載されています〈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〉をご確認いただき、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。
- ・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、ご自身のパソコンと変換ケーブルをお持ちください。
- ・発表データはMicrosoft Power Point2021までのいずれかで作成してください。
- ・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受付は各講演会場の前にあります。ご自身の発表会場前のPC受付をご利用下さい。
- ・発表予定時間の30分前までに、PC受付にて動作確認およびデータ登録を済ませてください。
Macintoshをご利用の場合は、念のためPCをお持ちください。
なお変換ケーブルはご持参ください。(会場ではHDMI対応。)

- ・ PC受付では、試写およびデータ登録のみで、当日のデータ作成や修正はできません。予めご了承ください。
- ・ 発表の10分前までに講演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。円滑な進行にご協力をお願いいたします。
- ・ 発表時間厳守でお願いします。

【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本体をお持ち込みください。
- 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、HDMIに変換するアダプターをご持参ください。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“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. 座長の皆様へ

- ・ 担当セッションの10分前には、講演会場内の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。

	第 1 会場	第 2 会場	第 3 会場
	M&D タワー 2F 鈴木章夫記念講堂	M&D タワー 26F ファカルティーラウンジ	3 号館 2F 医科学講義室 1
8:30	8:30～8:40 開会式		
9:00	8:40～10:10 スポンサー教育講演 ライブレクチャー“リアルCPX” 座長：星野圭治 田嶋明彦 演者：前田知子 安達 仁 共催：ミナト医科学株式会社 フクダ電子株式会社	8:40～9:45 一般演題 1 若手研究者セッション 座長：加藤祐子 柿 聡子	8:40～9:15 教育講演 2 心臓リハビリテーションをサイエンスで斬る！今 注目すべき動脈硬化指標およびバイオマーカー 座長：横山美帆 演者：木庭新治
			9:20～9:50 教育講演 3 特例子会社における合理的配慮の事例～ひとりひと りが働きやすい職場づくりの取り組みについて～ 座長：長谷川恵美子 演者：山本千晴
10:00	10:15～10:55 シンポジウム 1 症例から学ぶ下肢閉塞性動脈疾患の 運動療法の課題とコツ 座長：安 隆則	9:50～10:35 一般演題 2 疾患別リハビリ 座長：長田尚彦 北山達郎	9:55～10:25 教育講演 4 日常臨床における INOCA の診断 座長：中村智弘 演者：杉山知代
11:00	11:00～11:30 会長講演 心臓リハビリテーションと ACCCA 座長：橋本正良 演者：石田岳史	10:40～11:25 一般演題 3 患者教育と ADL 座長：内山 寛 田宮 創	10:30～11:30 シンポジウム 5 ガイドラインに載っていない、 わが施設秘伝の心リハ/検査の工夫 座長：小幡裕明 田村由馬
12:00		11:40～12:30 ランチョンセミナー 1 座長：横山美帆 演者：白石裕一 共催：バイエル薬品株式会社	11:40～12:25 一般演題 4 維持期・在宅リハビリ 座長：紺野久美子 正保 哲
13:00		12:40～13:30 ランチョンセミナー 2 座長：浅井邦也 演者：飯嶋賢一 共催：アストラゼネカ株式会社 小野薬品工業株式会社	12:30～13:15 一般演題 5 心リハの運営 座長：新保麻衣 甲賀真理
14:00	13:40～14:40 特別講演 地域のリーダーとしての期待 ー新型コロナや WHO の経験を通してー 座長：石田岳史 演者：尾身 茂	13:40～14:40 教育講演 1 臨床研究ははじめの一步 座長：櫻田弘治 演者：岩津弘太郎	13:25～14:55 シンポジウム 6 至適デバイス設定を極める！ 運動負荷とのコラボレーション デバイス患者の心リハにおける ビットフォールと生活指導の実際 座長：安達 仁 宇賀田裕介
15:00	14:45～15:30 会長特別企画 メディカルフィットネスのリアルワールドと 今後の課題（心リハクリニックバーチャル見学会） 座長：石田岳史・石川昌弘 演者：土肥智貴・佐藤雅也	14:45～15:25 シンポジウム 3 デジタル医療最前線！ 遠隔心リハの社会実装を目指して 座長：明石嘉浩	15:00～15:50 教育講演 5 心不全の検査所見を読んで活かす～メディカ ルスタッフのための実践ポイント講座～ 座長：小坂橋紀通 演者：星野圭治
16:00	15:40～17:10 シンポジウム 2 心リハ難民をなくそう！ ー私たちの取り組みー 座長：原田忠宜 田嶋明彦	15:35～16:25 コーヒブレイクセミナー 遠隔心リハの流れのまとめ 座長：笹野哲郎 演者：網谷英介 共催：日本ベリンガーインゲルハイム株式会社	15:55～17:15 神奈川心不全栄養研究会 慢性期・在宅診療でも心不全患者に 栄養療法を届ける ～急性期と慢性期のシームレスな栄養療法～ 座長：伊地知健・朝倉之基 ディスカッサント：福勢麻結子・石坂光央 菅原康介 演者：澁谷泰介・角屋 桜雪
17:00		16:30～17:15 シンポジウム 4 心臓リハビリテーションにおける ウェルビーイングの最前線 座長：佐藤真治・武田智徳	
17:30	17:15～17:20 閉会式		

プログラム

第1会場 (M&Dタワー 2F 鈴木章夫記念講堂)

8:30～8:40

開会式

8:40～10:10

スポンサード教育講演

「ライブレクチャー“リアルCPX”」

座長：星野 圭治（群馬県立心臓血管センター）

田嶋 明彦（新潟薬科大学 医療技術学部）

CPXを実施するうえでの注意点

前田 知子（公益財団法人榊原記念財団 榊原記念病院附属クリニック 検査科）

CPXの準備

前田 知子（公益財団法人榊原記念財団 榊原記念病院附属クリニック 検査科）

CPXパラメータの解説

安達 仁（群馬県立心臓血管センター）

解析のポイントと注意点

安達 仁（群馬県立心臓血管センター）

共催：ミナト医科学株式会社／フクダ電子株式会社

10:15～10:55

シンポジウム 1

「症例から学ぶ下肢閉塞性動脈疾患の運動療法の課題とコツ」

座長：安 隆則（獨協医科大学 日光医療センター 心臓 血管 腎臓内科）

S1-1 高齢者における下肢閉塞性動脈疾患におけるリハビリテーションのコツ～跛行を呈するLEAD患者症例を通して～

田中 成周（IMSグループ イムス三芳総合病院 リハビリテーション科）

S1-2 老年症候群を視野に入れた下肢閉塞性動脈疾患患者への介入

斎藤 直哉（国際医療福祉大学病院 診療技術部 リハビリテーション室）

11:00～11:30

会長講演

座長：橋本 正良（東京科学大学 総合診療科）

心臓リハビリテーションとACCCA

石田 岳史（東京科学大学 総合診療科）

13:40～14:40

特別講演

座長：石田 岳史（東京科学大学 総合診療科）

地域のリーダとしての期待 ―新型コロナやWHOの経験を通して―

尾身 茂（公益財団法人結核予防会 理事長）

14:45～15:30

会長特別企画

「メディカルフィットネスのリアルワールドと今後の課題 （心リハクリニックバーチャル見学会）」

座長：石田 岳史（東京科学大学 総合診療科）

石川 昌弘（岩槻南循環器クリニック）

医療とフィットネスの融合で心臓病を予防する

土肥 智貴（医療法人社団ゆみの／順天堂大学医学部 循環器内科）

佐藤 雅也（岩槻南循環器クリニック 心臓リハビリテーション科）

15:40～17:10

シンポジウム 2

「心リハ難民をなくそう！―私たちの取り組み―」

座長：原田 忠宜（いたばし・ハートクリニック）

田嶋 明彦（新潟薬科大学 医療技術学部）

S2-1 当院における心臓リハビリテーション難民への取り組み

行光 望（東十条ホープ内科・循環器内科クリニック）

S2-2 超高齢社会におけるクリニックが行う心臓リハビリテーション

野田 千春（ちはるハートクリニック）

- S2-3 地域医療での心臓リハビリテーションクリニック開設・運営の観点からー
原田 忠宜（いたばし・ハートクリニック）
- S2-4 当法人における心リハ立ち上げからメディカルフィットネス開設に至るまでの
経緯
丸山 泰幸（岩槻南病院 循環器内科）

17:15～17:20 閉会式

第2会場（M&Dタワー 26F ファカルティールラウンジ）

8:40～9:45 一般演題 1

「若手研究者セッション」

座長：加藤 祐子（心臓血管研究所附属病院）

榊 聡子（IMS（イムス）グループ春日部中央総合病院）

- O1-1 運動強度設定に難渋した肺気腫＋心不全(HFrEF)患者に対する回復期心臓リハ
ビリテーション
早乙女勇哉（医療法人社団幸正会 岩槻南病院 心臓リハビリテーション科）
- O1-2 HFpEF患者のSGLT2阻害薬の使用による筋力や骨格筋量の変化 少数例パ
イロット調査
伊藤 宏哉（獨協医科大学日光医療センター リハビリテーション部）
- O1-3 産褥期に診断された重症肺高血圧症患者に対して心負荷を考慮した運動強度設
定と育児動作練習を行った一例
中西 りか（杏林大学医学部附属病院 リハビリテーション室）
- O1-4 心不全SGLT2阻害薬内服症例における歩行機能の検討
福田 瑞恵（獨協医科大学日光医療センターリハビリテーション部）
- O1-5 介護支援専門員に対する心臓リハビリテーションの認識と実態調査
水口 藍実（医療法人 八香会 湯村温泉病院）

- 01-6 連携により地域病院で入院・外来心リハを継続し、運動耐容能が向上したCTEPHの一例
相田 稜介（新潟大学医歯学総合病院医療技術部リハビリテーション部門）
- 01-7 心臓リハビリテーションプログラム導入後のアンケート調査～看護師に向けた追跡調査～
堀内 洋平（山梨大学医学部附属病院）
- 01-8 リハビリ・栄養・口腔連携体制加算対象病棟における心不全既往患者の特徴
大橋 利紗（獨協医科大学日光医療センターリハビリテーション部）
- 01-9 低還流時間が延長した心停止蘇生後患者への早期離床介入：自宅退院に至った3例
阿達 公嗣（千葉大学医学部附属病院 リハビリテーション部）

9:50～10:35

一般演題 2

「疾患別リハビリ」

座長：長田 尚彦（聖マリアンナ医科大学循環器内科）

北山 達郎（いたばし・ハートクリニック）

- 02-1 LVAD装着術後における地域医療と外来心リハとの包括的多職種連携の在り方
小久保 徹（医療法人社団久福会 関野病院）
- 02-2 抗VEGF抗体によるがん治療関連心筋障害（CTRCD）に対して心臓リハビリテーションが奏効した一例
矢ヶ崎 萌（独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院）
- 02-3 運動負荷心エコーとCPXを用いたLVAD患者の運動時血行動態評価
山上 洋介（新百合ヶ丘総合病院 循環器内科）
- 02-4 閉塞性肥大型心筋症を有する患者に対し安全に運動療法を導入できた経験
永井 洋平（南長野医療センター篠ノ井総合病院リハビリテーション科）
- 02-5 心臓血管外科患者における術前の上腕周径が入院関連機能障害と関連する
吉田 流星（医療法人社団 誠馨会 新東京病院 リハビリテーション室）
- 02-6 脂質に対する中長期的な外来心臓リハビリテーションの効果
設楽 達則（医療法人千心会 櫻井医院）

「患者教育とADL」

座長：内山 覚（新東京病院）

田宮 創（新潟医療福祉大学リハビリテーション学部理学療法学科）

03-1 当院における心不全教育入院の取り組みと今後の課題
ー理学療法士の視点からー

青山 大輝（東京科学大学病院 リハビリテーション部）

03-2 退院後ADLに沿ってゴール設定を工夫した植込型補助人工心臓装着術後の1例

青山 大輝（東京科学大学病院 リハビリテーション部）

03-3 心不全教育入院による自己管理能力と運動耐容能の改善

濱野 一平（総合病院土浦協同病院 リハビリテーション部）

03-4 ペースメーカー留置後に合併症を呈した高齢心疾患患者に対しCR導入でADL
を維持し在宅復帰が可能となった1例

関根 渉（東京科学大学病院 リハビリテーション部）

03-5 当院健診受診者の喫煙率調査

山崎佐枝子（笛吹中央病院）

03-6 通信技術を活用した心臓リハビリテーション栄養指導の新たな展開

横澤 尊代（医療法人千心会櫻井医院）

座長：横山 美帆（順天堂大学医学部附属順天堂医院 循環器内科 准教授）

HFrEF 患者の運動耐容能に対する薬物療法の影響
～ベリシグアトの役割を考える～

白石 裕一（京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学 講師）

共催：バイエル薬品株式会社

12:40～13:30 ランチョンセミナー 2

座長：浅井 邦也（日本医科大学付属病院 循環器内科 主任教授 副院長）

科学的根拠の蓄積とともに高まる循環器診療におけるSGLT2阻害薬の重要性

飯嶋 賢一（順天堂大学医学部附属順天堂医院 循環器内科 准教授）

共催：アストラゼネカ株式会社／小野薬品工業株式会社

13:40～14:40 教育講演 1

座長：櫻田 弘治（心臓血管研究所付属病院 リハビリテーション室）

EL1 臨床研究ははじめの一步

岩津弘太郎（順天堂大学 保健医療学部理学療法学科）

14:45～15:25 シンポジウム 3

「デジタル医療最前線！遠隔心リハの社会実装を目指して」

座長：明石 嘉浩（聖マリアンナ医科大学 循環器内科）

S3-1 遠隔心臓リハビリテーションの現在

網谷 英介（東京大学医学部附属病院 循環器内科）

S3-2 遠隔心臓リハビリテーションの実際、今後の展望や課題

高橋 哲也（順天堂大学 保健医療学部理学療法学科）

15:35～16:25 コーヒーブレイクセミナー

座長：笹野 哲郎（東京科学大学 循環制御内科学分野 教授）

遠隔心リハの流れのまとめ

網谷 英介（東京大学医学部附属病院 循環器内科）

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

16:30～17:15

シンポジウム 4

「心臓リハビリテーションにおけるウェルビーイングの最前線」

座長：佐藤 真治（帝京大学 医療技術学部）

武田 智徳（医療法人恒仁会 新潟南病院 リハビリテーション部）

S4-1 ウェルビーイングとは何か？

佐藤 真治（帝京大学 医療技術学部）

S4-2 作業療法士が考える心不全患者のウェルビーイング

武田 智徳（新潟南病院 リハビリテーション部／新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学）

S4-3 維持期心臓リハビリテーション患者のwell-being

三上 健太（岩槻南病院 心臓リハビリテーション科／岩槻南循環器クリニック）

S4-4 社会的処方地域高齢者のウェルビーイングに与える効果 ～東京ウェルビーイングプロジェクト～

岡村 大介（聖路加国際病院リハビリテーション科）

S4-5 高円寺での社会的処方における演劇の効果

山元佐和子（アール医療専門職大学 理学療法学科）

第3会場（3号館 2F 医科学講義室1）

8:40～9:15

教育講演 2

座長：横山 美帆（順天堂大学大学院医学研究科 循環器内科学）

EL2 心臓リハビリテーションをサイエンスで斬る！今注目すべき動脈硬化指標 およびバイオマーカー

木庭 新治（昭和医科大学 医学部内科学講座循環器内科学部門）

9:20～9:50

教育講演 3

座長：長谷川恵美子（聖学院大学 心理福祉学部）

- EL3 特例子会社における合理的配慮の事例
～ひとりひとりが働きやすい職場づくりの取り組みについて～
山本 千晴（グリービジネスオペレーションズ株式会社 代表取締役社長）

9:55～10:25

教育講演 4

座長：中村 智弘（さいたま市民医療センター 循環器科）

- EL4 日常臨床におけるINOCAの診断
杉山 知代（東京科学大学 循環制御内科学）

10:30～11:30

シンポジウム 5

「ガイドラインに載っていない、わが施設秘伝の心リハ/検査の工夫」

座長：小幡 裕明（新潟大学大学院医歯学総合研究科
地域連携のための内部障害リハビリテーション学講座）
田村 由馬（獨協医科大学日光医療センター）

- S5-1 心臓リハビリテーションの総合窓口として
伊東 秀崇（虎の門病院循環器センター内科）
- S5-2 高齢者の末期心不全に対するリハビリテーション
中村 智弘（さいたま市民医療センター）
- S5-3 雪国地域における心臓リハビリテーションの課題と「みなみメソッド」を用いた解決策
星合 愛（新潟南病院 内科・リハビリテーション科）
- S5-4 透析合併例の心臓リハビリテーション
臼井 直人（嬉泉病院 リハビリテーション科／
順天堂大学大学院 医学研究科 腎臓内科学）

「維持期・在宅リハビリ」

座長：紺野久美子（帝京大学医学部附属病院）

正保 哲（文京学院大学 保健医療技術学部 理学療法学科）

04-1 低体力患者は外来心臓リハによる、運動耐容能の改善が大きい

相良 貴義（医療法人財団 明理会 イムス富士見総合病院 リハビリテーション科）

04-2 無床診療所における外来心臓リハビリにより維持期まで運動耐容能が改善した急性心筋梗塞患者の一例

中島 達也（東十条ホープ内科・循環器内科クリニック）

04-3 南長野心疾患地域連携パスを開始して見えてきた問題点への対策 ～チェックリスト、加算、多職種連携教育～

小林 隆洋（南長野医療センター篠ノ井総合病院 循環器科）

04-4 コミュニティホスピタル構築における心リハ指導士の役割
～ ACCCAの視点から～

川瀬 義隆（本多病院 リハビリテーション科）

04-5 脳卒中の既往がある人工血管置換術後の高齢者に歩行ガイド下で訪問心臓リハビリテーションを実施した1例

吉田 政人（きょう訪問看護リハビリステーション浅草）

04-6 演題取り下げ

「心リハの運営」

座長：新保 麻衣（榊原記念病院）

甲賀 真理（埼玉医療福祉専門学校）

05-1 整形外科病院がゼロイチで始めた心リハ／CLTI患者のmajor amputationを回避できた一例

松本 充也（所沢第一病院 循環器内科）

05-2 外来・病棟、多職種連携により心不全入院を繰り返す患者が行動変容でき、手段的日常生活動作が改善した一例

齊藤 美和（順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部）

- 05-3 心大血管疾患リハビリテーション料算定疾患について
小山 照幸（亀田総合病院 リハビリテーション科）
- 05-4 心不全におけるフィジカルアセスメントの看護師とリハビリテーション職種での実施状況と職種間の差について
石川 雄太（公立藤岡総合病院）
- 05-5 演題取り下げ
- 05-6 心臓リハビリテーションにおける心理的スクリーニングの現状評価と課題
乙部 知子（総合病院 土浦協同病院 看護部）

13:25～14:55 シンポジウム 6

「至適デバイス設定を極める！運動負荷とのコラボレーション
デバイス患者の心リハにおけるピットフォールと生活指導の実際」

座長：安達 仁（群馬県立心臓血管センター）
宇賀田裕介（西部総合病院 循環器内科）

- S6-1 不整脈チームサイドから どのように初期設定するか？
知って欲しいデバイス機能
宇賀田裕介（西部総合病院 循環器内科）
- S6-2 デバイスナースの観点から ～チームで患者さんのQOL、
生命予後改善に取り組む～
鈴木まどか（順天堂大学大学院医学研究科 循環器内科学）
- S6-3 デバイス患者×心リハ！ デバイス植込み患者の心リハの実際
佐藤 一美（西部総合病院 循環器内科）

総括&総合討論

安達 仁（群馬県立心臓血管センター）

15:00～15:50 教育講演 5

座長：小板橋紀通（群馬県立心臓血管センター 循環器内科）

- EL5 心不全の検査所見を読んで活かす～メディカルスタッフのための実践ポイント
講座～
星野 圭治（群馬県立心臓血管センター 循環器内科）

「慢性期・在宅診療でも心不全患者に栄養療法を届ける
～急性期と慢性期のシームレスな栄養療法～」

座長：伊地知 健（東海大学医学部附属病院 循環器内科）

朝倉 之基（Five Star 訪問看護・栄養管理Station）

ディスカッサント：福勢麻結子（東京医科大学病院 栄養管理科）

石阪 光央（聖マリアンナ医科大学病院 看護部）

菅原 康介（はなまるクリニック リハビリテーション室）

在宅診療における心不全管理の実際

澁谷 泰介（医療法人社団ユニメディコ サンライズファミリークリニック）

症例提示～訪問管理栄養士の立場から～

角屋 桜雪（医療法人社団ユニメディコ サンライズファミリークリニック）

会長講演

抄 録

心臓リハビリテーションとACCCA

石田 岳史

東京科学大学 総合診療科

1970～80年代、急性心筋梗塞の保存的治療が主流であった時代に、一部の専門施設で心臓リハビリテーションが開始された。のちに、CPXガイドに基づく安全で有効な心リハが確立し、2002年に「心疾患における運動療法に関するガイドライン」が作成され標準化が進んだ。近年では、運動療法に加え、食事療法、薬物療法の最適化、セルフケア、心理社会的支援に至るまで、心血管疾患患者の人生全体に関わる「包括的心リハ」という概念が浸透した。一方、総合診療の領域では、1970年代にプライマリ・ケアの定義としてACCCA（Accessibility, Comprehensiveness, Coordination, Continuity, Accountability）が提唱された。異なる背景をもつ心リハと総合診療ではあるが、Cardiovascular-kidney-metabolic syndromeやCardio-renal anemia iron deficiency syndromeなどの多臓器連関を考慮する時代に、新たな融合の可能性がある。超高齢社会、重複障害、そして地域包括ケアを見据えた心リハの展開を模索したい。

特別講演

抄 録

地域のリーダーとしての期待 ―新型コロナやWHOの経験を通して―

尾身 茂

公益財団法人結核予防会 理事長

WHOでの経験や新型コロナウイルス感染症分科会長としての経験を基に、これからの地域のリーダーに求められる力、リーダーシップについてお話いたします。

会長特別企画

抄 録

医療とフィットネスの融合で心臓病を予防する

土肥 智貴^{1,2}

¹ 医療法人社団ゆみの、² 順天堂大学医学部 循環器内科

地域医療において心臓病予防への関心が高まる中、我々のメディカルフィットネスジム LEX では、心不全症状が現れる前段階（Stage A/B）からの予防を目的に、生活習慣病患者や高齢者の心臓病患者を対象としたパーソナルトレーニングサービスを提供している。週 1 回を基本とする自費パーソナルトレーニングに加えて、行動変容を促す疾患改善プログラムを展開している。その一例が自費肥満治療プログラムである。医師・看護師が伴走し、遠隔デジタルサポートで日常生活をきめ細かくモニタリングすると共に、熟練したトレーナーによるパーソナルトレーニング、管理栄養士による栄養指導、薬物療法（GLP-1 受容体作動薬）までの包括的プログラムである。医療施設併設という安心感に加え、「身体が変わる」「疾患パラメータが改善する」といった実感が行動継続を後押ししている。トレーニング中に症状の増悪等を認めた場合には、主治医へ迅速に橋渡しするシステムを構築している。今後は「心臓病予防ヘルスケアモデル」として、心血管病・心不全発症の早期予防アクションの新たな選択肢となり得ることを本シンポジウムで提示したい。

教育講演

抄 録

臨床研究ははじめの一步

岩津弘太郎

順天堂大学 保健医療学部理学療法学科

臨床実践の効果を最大化させるための知識基盤を築き、発展させていくことは、医療に関わる全ての専門家の使命である。知識基盤を形成する源となるのが研究であり、特に臨床実践に最も近い臨床研究から得られる知見が果たす役割は大きい。したがって、研究者ではなく、臨床家こそが知識基盤の形成・発展の主役であると言っても過言ではない。しかしながら、日々の業務に追われる中、いざ臨床研究をしようと思っても、どう取り組んで良いかわからず、二の足を踏んでしまうことも多い。本講演では、一般病院に勤める1人の理学療法士として、チームで協力しながら臨床研究を実践してきた経験から、実臨床で臨床研究を実施していくための工夫を提示したいと思う。本講演が、これから臨床研究を志す臨床家の背中を押す一助となれば幸いである。

心臓リハビリテーションをサイエンスで斬る！今注目すべき動脈硬化指標およびバイオマーカー

木庭 新治

昭和医科大学 医学部内科学講座循環器内科学部門

動脈硬化指標には、血管内皮機能を評価する血流依存性血管拡張反応（FMD）や動脈硬化度を評価する心臓足首血管指数（CAVI）や脈波伝播速度（PWV）がある。CTやMRIで非侵襲的に冠動脈のプラーク性状を評価可能である。バイオマーカーには脂質と炎症がある。HDL以外のリポ蛋白のコレステロールの総和がnon-HDLコレステロールで、低比重リポ蛋白（LDL）とレムナント粒子のコレステロールを包含する。その粒子数を表す指標がアポリポ蛋白Bである。小粒子で比重の高いLDL粒子をsmall dense LDL（sdLDL）と称し、動脈硬化惹起性の脂肪酸の含有量が多く、被酸化性、被糖化性が高く、トリグリセリドの増加と関連する。動脈硬化促進因子には、マロンデアルデヒド修飾LDLやLp(a)がある。HDLのコレステロール引き抜き能の低下は動脈硬化の促進因子である。インターロイキン6やTNF α などの炎症性サイトカインは肝臓でのCRP産生を促進し、その増加は動脈硬化促進因子である。マイクロRNA(miRNA)は22塩基程度のメッセンジャーRNAの翻訳に影響し、遺伝子発現を制御する物質である。様々なmiRNAの血中濃度が動脈硬化の進展や抑制に関わることが報告されている。

EL3

特例子会社における合理的配慮の事例 ～ひとりひとりが働きやすい職場づくりの取り組みについて～

山本 千晴

グリービジネスオペレーションズ株式会社 代表取締役社長

グリービジネスオペレーションズ株式会社は、「障がい者が自身の能力を最大限に発揮でき、仕事を通じて自律的に成長し続けられる会社を創る」を企業ビジョンとした、発達障がいのある社員が約8割を占める設立13年目の特例子会社です。

当社が取り組んできた職場づくりについて、具体的な合理的配慮の事例を交えながらどのような環境整備やサポート体制が個々の能力開花に繋がるのかをご紹介します。

また、誰もが持つ「得意なこと」と「苦手なこと」の差は、発達障がいの有無に関わらず存在します。この講演を通じ、医療の現場でも合理的配慮がもたらす効果について考えるきっかけになれば幸いです。

日常臨床における INOCA の診断

杉山 知代

東京科学大学 循環制御内科学

近年、狭心症を示唆する症状や徴候、心筋虚血を示す客観的な検査所見を有するものの、冠動脈に器質的有意狭窄を認めない慢性の症候群として、冠動脈閉塞を伴わない心筋虚血（ischemia with non-obstructive coronary arteries: INOCA）という疾患概念が提唱されている。INOCA の成因としては、主に冠攣縮（心外膜および/あるいは微小血管）と冠微小循環障害の二つが挙げられる。そのため INOCA が疑われる患者に対しては、包括的・侵襲的診断手順（interventional diagnostic procedure: IDP）として、①侵襲的冠動脈造影による器質的狭窄病変の評価、②冠動脈収縮反応の評価（冠攣縮薬物誘発試験）、③微小循環の評価（圧・温度センサー付きガイドワイヤーによる生理学的検査）を組み合わせを行い、INOCA の成因（endotype）を明らかにすることを推奨している。

本セッションでは、日常臨床における INOCA の診断の現状と今後の展望について紹介する。

心不全の検査所見を読んで活かす～メディカルスタッフのための実践ポイント講座～

星野 圭治、小板橋紀通、安達 仁、内藤 滋人

群馬県立心臓血管センター 循環器内科

心不全は、病態や症状が多様かつ非特異的で、複数臓器に影響を及ぼすため、理解と対応が難しい疾患である。この複雑さゆえに、医師のみならず、看護師、臨床検査技師、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士など多職種が、それぞれの専門性を活かし、立場ごとに病態を多角的に捉え、連携して患者支援にあたることが重要である。とりわけ高齢化や合併症の増加により、現場では一層のチーム医療が求められている。

本講演は、多職種が現場で自信を持って心不全患者のケアに取り組めるようになることを目的とする。そのために、心不全診療において基本となる心電図、胸部X線、血液検査、心エコーといった主要な検査所見の読み方や意義について、日常診療の実例を交えて具体的に解説する。これらの検査所見が、心不全の診断や、病態把握、治療方針の立案、さらに心臓リハビリテーションの安全な実施や介入効果の評価といった場面で、どのように役立つかを整理する。単なる「情報」として検査データを眺めるのではなく、「現場の意思決定」に活かすための視点と技能の習得を目指す。

シンポジウム

抄 録

シンポジウム 1

「症例から学ぶ下肢閉塞性動脈疾患の運動療法の課題とコツ」

シンポジウム 2

「心リハ難民をなくそう！ー私たちの取り組みー」

シンポジウム 3

「デジタル医療最前線！遠隔心リハの社会実装を目指して」

シンポジウム 4

「心臓リハビリテーションにおけるウェルビーイングの最前線」

シンポジウム 5

「ガイドラインに載っていない、わが施設秘伝の心リハ / 検査の工夫」

シンポジウム 6

「至適デバイス設定を極める！運動負荷とのコラボレーション
デバイス患者の心リハにおけるピットフォールと生活指導の実際」

S1-1

高齢者における下肢閉塞性動脈疾患におけるリハビリテーションのコツ～跛行を呈するLEAD患者症例を通して～

田中成周¹、千喜良佳織¹、田中菜月¹、福田千文²、
内村智生³

¹ IMSグループ イムス三芳総合病院 リハビリテーション科

² IMSグループ イムス三芳総合病院 外科

³ 牟礼の里駅前クリニック

間歇性跛行患者に対して、初期治療として監督下運動療法を行うことが推奨クラスⅠ、エビデンスレベルAとしてガイドラインで提言されているが、主治医からの指示がないことや、専門知識を有するスタッフが少ないこと、ガイドラインで推奨される週3回、3～6ヶ月の実施は困難なことが多く普及はしていない。当院では跛行を呈するLEAD患者に対して、2週間の監督下運動療法を実施し、その後非監督下での運動療法を継続している。運動療法を行う上での注意点や、評価方法について症例を通して報告する。

症例は80歳女性、2014年頃より右下肢の跛行を自覚し、2017年当院血管外科受診。安静時ABI右0.49、左0.81。右CIA閉塞、左EIA、SFAの狭窄を認め、本人より運動療法の希望にて、入院監督下運動療法開始となる。運動療法を開始し、跛行距離延長し退院となる。退院後月に1度の外来フォローと、歩数計を使い自身での歩行を継続してもらい、ADL制限は認めなかった。運動療法を開始してから4年後に間歇性跛行が増悪。患者希望にて血行再建施行。安静時ABI改善し、OPE直後より間歇性跛行認めず、ADL制限も認めない。現在運動療法開始から7年半経過するも、運動療法を継続できている。

S1-2

老年症候群を視野に入れた下肢閉塞性動脈疾患患者への介入

斎藤直哉

国際医療福祉大学病院 診療技術部 リハビリテーション室

動脈硬化性の下肢閉塞性動脈疾患（LEAD）は、アテローム性の動脈硬化を背景に末梢動脈の狭窄や閉塞によって生じる動脈疾患である。

LEADは臨床症状として、無症候性や軽症な状態から始まり、間欠性跛行(IC)や包括的高度慢性下肢虚血(CLTI)を呈することを特徴とし、重症度の進行とともに肢切断リスクや死亡リスクが増大する。

症状進行とともに増悪する慢性的な下肢疼痛は生活範囲の縮小や活動量の低下に影響を及ぼすとされている。また、元々低活動であるがために疼痛を認知していない無症候性の患者がいることや間欠性跛行の疼痛を避けるために虚血閾値を下回るよう活動を自己制限する患者がいることが先行研究により知られている。

これらの活動制限はフレイル・サルコペニアなどの老年症候群を併発させる可能性が高く、老年症候群の存在はLEADの予後悪化やその他の血管疾患の発生リスクを増大させる可能性にもなりうる。そのため、LEADの特異的な所見と合わせて、評価・介入をしていく必要がある。

そこで今回は、在宅での運動習慣定着を目標に長期的に外来でフォローした症例を例題に、LEADにおける老年症候群を視野に入れた介入の必要性について解説していく。

S2-1

当院における心臓リハビリテーション難民への取り組み

行光 望

東十条ホープ内科・循環器内科クリニック

当院は、2023年7月に心臓リハビリテーションを行うクリニックとして開業した。

心臓リハビリテーションはその有効性が認められているが、現状本邦では慢性期の心臓リハビリテーションが十分に実施されていない。

急性期病院で心不全入院した患者のうち外来心臓リハビリが導入された患者は7.3%という報告もある。

当院は地域医療を担うクリニックとして、地域連携によりご紹介していただいた患者の継続の他に、心臓リハビリ難民を見逃さないための対策として、「かくれ心不全」の診断をすることが重要と考えている。

浮腫など心不全が疑われる患者や、高血圧などの基礎疾患のある患者に対して、CPX等で精査を行う。その結果、かくれ心不全を診断し、心臓リハビリという治療があることを知ってもらい、心臓リハビリにふれもらうことが難民を救出していく一歩目になると考えている。今回その他にも、心臓リハビリ開始後の当院の心臓リハビリ難民を減らす取り組みなども述べる。

S2-2

超高齢社会におけるクリニックが行う心臓リハビリテーション

野田千春

ちはるハートクリニック

世界的な高齢化に伴って、わが国でも高齢の心疾患患者が増加の一途をたどっている。最近の複数の研究では、心臓リハビリテーション(以下、心リハ)は高齢フレイル患者においてより大きな効果を示す可能性があることが示唆されている。循環器病対策基本法では、急性期から生活期までのシームレスな心リハの提供が掲げられており、外来心リハの実施件数はその普及状況を示す重要な指標とされている。しかし、外来心リハの普及率は複数の調査で10%未満あり、その拡充が長年の課題である。かかりつけ医による心リハの提供は、その突破口となる重要な役割を担うと考えている。とはいえ、高齢心疾患患者の多くは多疾患有病のフレイル患者であり、多職種による包括的かつ長期的なアプローチが個別に必要であり、その実践には多くの問題が存在する。

今回は、当院でこれまで行ってきた取り組みを紹介し、今後の在り方と方向性、さらに超高齢社会にける役割について述べる。

S2-3

地域医療での心臓リハビリテーションクリニックー開設・運営の観点からー

原田忠宜

いたばし・ハートクリニック

心大血管リハビリテーション（心リハ）実施の重要性が周知されるに伴い、心リハ実施施設は増加を認めている。

特に無床診療所での外来心リハに関しては、ある調査によると新規開業を考える循環器系医師のうち半数以上が自身のクリニック内での外来心リハ併設を検討しているとの報告もある。

当院は2018年都内では比較的早い段階から心リハ施設を併設するクリニックとして開院し、東京都城北地区を中心に地域医療連携を活用しながら回復期-生活期における心疾患患者を中心に診療を行っている。

今回は普段議論として上がりづらい心リハ施設を併設することによる開院に際しての課題、医療機関としてある意味重要な「運営」について当院の経験を踏まえ報告するとともに、今後の展望についても少々紹介できればと考えている。

S2-4

当法人における心リハ立ち上げからメディカルフィットネス開設に至るまでの経緯

丸山泰幸

岩槻南病院 循環器内科

当法人は、2004年より循環器救急疾患に対してのカテーテル治療なども含めた施設を新たに併設し地域医療に根差した病院を開設した。その後、心疾患の再発、予防も含めて2014年10月より心臓リハビリ室を立ち上げた。これによりある一定の効果は得られたが、その後心不全患者が急増し、当施設での心臓リハビリを受けることが出来ない患者が散見されてきた。その大きな要因としては高齢化による通院困難などがあり、そこで患者のニーズに応えるべくアクセスのよい地元の駅前でのサテライトクリニックを2023年5月より新たに開設し、これにより心臓リハビリを受ける事の出来る患者数も増加した。ただその後は維持期の患者に対しての継続的なフォローが生命予後改善の観点からも非常に重要であり、このことも踏まえて2024年4月より心疾患の再発予防のみならずメタボリックシンドロームの予防に加えて健康寿命の増進も考え医療法42条施設としてメディカルフィットネスをオープンした。本シンポジウムではこれらの立ち上げに関しての経緯や問題点なども含めてこれから施設の立ち上げなどを検討している方々に対しての一助となれればと考える。

S3-1

遠隔心臓リハビリテーションの現在

網谷英介

東京大学医学部附属病院 循環器内科

心臓リハビリテーション（CR）は、心血管疾患における臨床イベントの低減に効果が確立されている治療法の一つですが、その普及率は低く、CRを受けるべき多くの患者がCRを受けられていないのが現状です。この解決策の一つとして、遠隔技術を用いた遠隔CRが挙げられ、国内外で遠隔CRの方法は数多く報告され、それは近年増加傾向です。しかしながらその内容は多岐にわたり、その方法論も多様であるため、多くの課題が存在します。その中でも、安全性に関するガイドラインの策定、医療従事者のための効率的なシステム構築、そして受療者のITリテラシーといった共通の課題が挙げられます。本講演では、遠隔CRの現状や予想される課題について現状を整理できればと思います。

S3-2

遠隔心臓リハビリテーションの実際、今後の展望や課題

高橋哲也¹、横山美帆²、岩津弘太郎¹、山田莞爾¹、
齊藤正和¹、南野 徹²、代田浩之²

¹ 順天堂大学 保健医療学部理学療法学科

² 順天堂大学大学院医学研究科 循環器内科学

2025年改訂版心不全診療ガイドラインでは、退院直後の心不全が悪化しやすく、注意深い管理と支援が必要な「脆弱期」が定義された。日本では高齢心不全患者の約37%が退院時に入院関連能力低下（HAD）を呈すると報告されており、外来心臓リハビリテーションはHAD軽減に重要であるが、アクセス、費用、恐怖回避行動により参加率は低迷している。

近年、外来心臓リハの代替策として遠隔心臓リハビリテーションが注目されている。デジタルヘルスを基盤とする遠隔リハビリは、同期・非同期・ハイブリッドなど多様なモデルがあり、運動耐容能、再入院率、QOLの改善で従来CRと非劣性を示し、満足度や完遂率も高い。遠隔リハは患者アクセスを広げ、医療資源の効率化にも寄与する。一方で、デジタルリテラシー、通信環境、機器の提供、診療報酬、緊急時対応、標準化、公平な提供体制など課題も多い。

順天堂医院での経験を基に、遠隔心臓リハビリテーションの実際、今後の展望と課題を解説する。

S4-1

ウェルビーイングとは何か？

佐藤真治

帝京大学 医療技術学部

ウェルビーイングとは何か？ウェルビーイングの直訳は「幸福の多義的概念」である。この言葉が広がるきっかけとなったのは1946年に公布された世界保健機関（WHO）憲章である。健康の定義「身体的、精神的、社会的に完全な良好な状態（英訳：= well-being）」にウェルビーイングという言葉が初めて使われた。そして今、このウェルビーイングが再評価されている。ビジネスや教育、文化など様々な場面でウェルビーイングという言葉を目にする。一方で、その多義的概念の故に、ウェルビーイングには“わかりにくさ”もつきまとう。実際、「ウェルビーイングって、何ですか？」という質問に正確に答えるのは難しい。ここでは、ウェルビーイングに関する国内外の動向やエビデンス、実践例を網羅的に紹介することで、「心臓リハビリテーションにおけるウェルビーイングとは何か？」、「患者のウェルビーイング達成のために、医療者や運動指導専門家ができることは何か？」を議論するための資料を提供したい。

S4-2

作業療法士が考える心不全患者のウェルビーイング

武田智徳^{1,4}、塩田繁人²、笹井祥充³、小幡裕明⁴、猪又孝元⁴

¹ 新潟南病院 リハビリテーション部

² 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門

³ 自治医科大学さいたま医療センター リハビリテーション部

⁴ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学

近年、心臓リハビリテーションのアウトカムとして患者報告型アウトカムが注目されており、その中でも筆者は特にウェルビーイングに注目している。しかし、ウェルビーイングの概念、評価方法、介入方法など整理すべき課題は多く存在する。

我々は現在、心不全患者に対して、従来の運動療法に作業療法（OT）を追加することで協調的幸福感尺度が改善するのかを検討した。OTは本人が重要と感じる作業を面接にて明らかにし、作業が達成できるように練習を行った。従来の運動療法中心の介入（CR群：11例、83.8 ± 6.8歳、EF：66.4%）と運動療法に加えてOTが介入した群（OT群：14例、84.8 ± 6.2歳、EF58.5%）について、初回、退院時、退院後1カ月の協調的幸福感尺度の経時的変化を比較した。協調的幸福感は初回（27.8 ± 6.7点 vs 30.2 ± 6.7点）、退院時（34.2 ± 5.9点 vs 31.1 ± 5.5点）、退院後1カ月（31.8 ± 5.7点 vs 31.9 ± 6.2点）であった。群間による主効果は認めなかったが、時間経過の主効果、群間と時間経過での交互作用を認め、OTが介入することで継続的な協調的幸福感の改善が得られる可能性が示唆された。

本シンポジウムでは、現在進めている研究および事例を通してウェルビーイングの具体化を目指す。

S4-3

維持期心臓リハビリテーション患者の well-being

三上健太^{1,5}、北山達郎²、佐藤真治³、原田忠宜⁴、石川昌弘⁵、丸山泰幸^{5,6}

¹ 岩槻南病院 心臓リハビリテーション科

² いたばし・ハートクリニック リハビリテーション科

³ 帝京大学 医療技術学部

⁴ いたばし・ハートクリニック 循環器内科

⁵ 岩槻南循環器クリニック

⁶ 岩槻南病院 循環器内科

本邦において維持期心臓リハビリテーション（CR）患者における well-being に関する報告は少ない。

我々は、埼玉県と東京都に位置する2つのCR実施施設において、維持期CRに参加した患者115例を対象に well-being に関する横断的な調査を実施し、well-being に関連する因子を明らかにした。well-being 指標として改訂版PGCモラル・スケール（PGC-MS）を自記式で調査した。平均年齢76歳、男性79例（66.9%）、左室駆出率57.5%の対象におけるPGC-MS総得点は中央値（四分位範囲）13.0（10.0-14.0）点で地域在住高齢者と同程度であった。また、PGC-MS総得点を従属変数とする重回帰分析（ステップワイズ減少法）の結果、社会的フレイルの有無（ $\beta = -1.146$, $p = 0.030$ ）、peakVO₂（ $\beta = 0.241$, $p < 0.001$ ）、複数回心不全入院の有無（ $\beta = -2.127$, $p = 0.006$ ）で関連を認めた。

本シンポジウムにおいては、上記の研究結果に加えて、当院における well-being に主眼をおいた取り組みについて紹介する。

S4-4

社会的処方が地域高齢者のウェルビーイングに与える効果～東京ウェルビーイングプロジェクト～

岡村大介¹、石塚亮平²、山元佐和子³、外山洋平⁴、佐藤真治⁵

¹ 聖路加国際病院リハビリテーション科

² 帝京大学大学院公衆衛生研究科

³ アール医療専門職大学

⁴ 川口きゅうぼろリハビリテーション病院 リハビリテーション科

⁵ 帝京大学 医療技術学部スポーツ医療学科

日本人の高齢化に伴い、孤立高齢者の数も増加している。日本の高齢者では1200万人、東京都内では約100万人の孤立高齢者が存在すると推計される。イギリスをはじめ、諸外国では孤立対策として非医療的な地域資源につなげる「社会的処方」という取り組みが制度化されており、本邦でも社会的処方の試みが各地で行われている。しかし、社会的処方の効果を客観的に評価した研究報告はまだ少ない。

我々は、日本における社会的処方の実装に向けて、東京都内で実現可能性に関する研究に取り組んできた。介入は2021年から2年間、東京都杉並区高円寺近郊に在住の地域高齢者を対象とし、リンクワーカー（地域との繋がりを作る役割）が、地域活動への参加を支援した。評価は、開始時と半年後の2回実施し、社会的孤立の有無、歩数、幸福尺度、フレイル尺度を測定した。結果、社会的孤立者はゼロになり、主観的幸福度の向上とフレイルを改善させる可能性を確認した。社会的処方ではリンクワーカーや新たな仲間とのコミュニケーション、役割の創出など、個人に対して社会との繋がりを生み出し、孤立や心身の健康を改善し、ウェルビーイングの向上に寄与すると考える。

S4-5

高円寺での社会的処方における演劇の効果

山元佐和子¹、佐藤真治²、岡村大介³、石塚亮平⁴

¹ アール医療専門職大学 理学療法学科

² 帝京大学

³ 聖路加国際病院 リハビリテーション部

⁴ 帝京大学 公衆衛生学研究科 博士後期課程

【はじめに】

東京都杉並区高円寺で2019年から実施されている社会的処方では、「夕焼け散歩」と題して近隣を普段よりもゆっくり歩く散歩をメインとしている。散歩の前1時間程度は健康関連の情報提供や、座位でも可能な運動を行っている。その一環であり、不定期に開催されている医療従事者による健康関連情報を題材とした寸劇「劇団CCC（スリーシー）」の効果を検証したので報告する。

【対象と方法】

対象は近隣に在住の高齢者9名（60－80歳代）で男性3名、女性6名であった。調査方法は観劇前後の幸福度、日常生活における身体認知に関する3つの項目について、幸福度は10段階、その他の項目については5段階評価の自記式で調査し、全員から回答を得た。

【結果】

幸福度については観劇前より上昇した対象2名を認めた。また、身体認知に関する項目のうち、「緊張しているとき、身体のだの部分が緊張しているか気づいている」という設問に対し、観劇前より増加していた対象を3名認めた。

【考察】

観劇の内容が日常の健康に関連したものであったことと、2019年から少しずつ人間関係が醸成されてきている場であることが観劇前後の幸福度や身体認知に影響したと考えられる。

S5-1

心臓リハビリテーションの総合窓口として

伊東秀崇¹、丸野実佳¹、伊藤広也²、岩澤京子²、
関口尚美²、西山奈葉²、小清水孝彦³

¹ 虎の門病院循環器センター内科

² 虎の門病院リハビリテーション科

³ 虎の門病院栄養部

当院において本格的な心臓リハビリテーションは2022年より開始した。

当初対面のリハビリのみ行っていたが、入院患者の中央監視型リハビリテーションの開始、包括リハビリテーションの充実、外来リハビリテーションの開始等徐々に拡大している。

当施設では、「地域で支えるシームレスな心臓リハビリテーションの構築」をスローガンに心臓リハビリの充実及び拡大をめざしている。特に重要視したのは、心臓リハビリ総合窓口としての役割を外来心臓リハビリテーション外来に持たせることであった。次に啓蒙活動及び包括リハビリのため専従の診療看護師（NP）を活用した。医療従事者への教育、適応患者への漏れのないリハビリ導入を目指している。特に心臓病教室は、講義型と体験型に分けて行っており、患者の積極的な参加と動機付けを促した。加えて外来リハビリ中は、心リハチームである医師、看護師、理学療法士、管理栄養士は、外来リハビリテーション室に在籍し、常に患者の相談に応えられるように工夫している。このように、心臓リハビリに関しての質問は、外来リハビリテーションの予約を取れば、説明をしてくれるというシステムを構築している。

S5-2

高齢者の末期心不全に対するリハビリテーション

中村智弘

さいたま市民医療センター

身体活動に制限がある高齢者の末期心不全においては、症例に応じた対応が必要になってくる。今回、当院で実施している高齢者末期心不全に対する「足浴療法」と「経口オピオイド治療」について報告する。

重症心不全症例に対する和温療法は確立されているが、全施設、全症例で施行することは難しい。当院ではベッドサイドでも可能な足浴療法を施行しおり、足浴療法前後で血管内皮機能、臨床所見の改善を認めており、今回報告する。

また、末期心不全患者に対する経口オピオイドの使用は推奨されているものの、普及率は高くない。当院では経口オピオイド使用のプロトコールを作成し慎重に使用している。この結果、呼吸困難感の緩和を得る事が可能となり、経静脈的投与と比較して生存期間の延長が認められた。

今後、高齢者末期心不全患者が増加することは明らかであり、治療の選択肢の一つとして有用であると考えられるため、当院での経験を報告する。

S5-3

雪国地域における心臓リハビリテーションの課題と「みなみメソッド」を用いた解決策

星合 愛¹、渡部 裕¹、遠山岳海²、武田智則²、
田宮 創^{2,3}、山口兼司²、石塚光夫¹、八木原伸江¹、
阿部 暁¹、和泉 徹¹

¹ 新潟南病院 内科・リハビリテーション科

² 新潟南病院 リハビリテーション部

³ 新潟医療福祉大学 理学療法学科

積雪下でも柔軟に対応し、安全かつ効果的な心臓リハビリを行うことは、雪国の医療機関において共通の課題である。当院は新潟市に位置する177床の二次救急病院であり、心臓カテーテル検査は未実施ながら、三次救急病院と連携し、救命治療後の迅速な転院及び心臓リハビリを積極的に行っている。当院独自の「みなみメソッド」を通じ、病気だけでなく患者全体を診る全人的診療を目指しており、地域に根ざした包括的な対応を心がけている。新潟市は県内でも比較的積雪は少ない傾向にあるが、冬季には数日間にわたり記録的な降雪となることもあり、生活や通院に影響を及ぼすことがある。冬季は寒冷による血圧上昇や心疾患増悪の危険性だけではなく、雪があるかないかで安全な歩行が困難となり、転倒リスクが増加するなどの安全面への配慮も必要となってくる。公共交通機関の遅延や自家用車の利用困難など通院手段の制限、運動環境確保の困難さ、除雪に際する指導などが課題となる。積雪による制限下での地域特有の心臓リハビリにおける課題と「みなみメソッド」を用いた解決策について紹介する。

S5-4

透析合併例の心臓リハビリテーション

白井直人^{1,2}、小島 将¹、西山裕貴¹、上畑昭美³

¹ 嬉泉病院 リハビリテーション科

² 順天堂大学大学院 医学研究科 腎臓内科学

³ 嬉泉病院 循環器内科

慢性腎臓病（CKD）患者では左室肥大、心拡張障害、心筋線維化を特徴とする尿毒症性心筋症を呈することが多く、CKDステージ2～3の早期段階から潜在的な心予備能の低下に伴って運動耐容能が低下することが知られている。末期腎不全である血液透析患者では運動耐容能の障害はより高度となるほか、慢性的な体液過剰状態、骨ミネラル代謝異常、CKD特有の栄養障害であるprotein-energy wastingなど多様な合併症を有する。当院ではこのような透析集団に対して、定期的な心肺運動負荷試験や身体機能測定を実施し、経時的な変化を追跡するとともに、必要な患者に早期からの運動療法が提供されるように取り組んでいる。透析患者では、透析前、透析後、透析中などの状態により体液過剰や尿毒症の状態は異なり、タイミングによって介入の方法には留意が必要である。また、心不全患者と同様に肥満パラドックスを認め、特に悪液質などprotein-energy wastingに伴うリスクが高い高齢患者では、外来患者であっても多職種、および地域の担当者や家族とも共同した取り組みが必要となる。本講では、このように多彩な合併症を呈する透析患者に対する当院独自の取り組みを紹介する。

S6-1

不整脈チームサイドから どのように初期設定するか？知って欲しいデバイス機能

宇賀田裕介

西部総合病院 循環器内科

近年、デバイス植込み治療の発展とガイドラインの整備によりデバイス植込み患者の増加が予想される。徐脈性不整脈に対するペースメーカー植込みは従来広く行われており、対象患者は主に高齢患者であることから心不全、虚血性心疾患、弁膜症を背景に持つ症例が多い。また致命的な心室性不整脈（心室頻拍、心室細動）に対する突然死予防として使用される植込み型除細動器（implantable cardioverter defibrillator; ICD）、心不全治療の一環として行われる心臓再同期療法（cardiac resynchronization therapy; CRT）の患者も増えてきている。

一方、心臓リハビリテーションを行う医療スタッフは、デバイス診療に関わる経験や知識を得る機会が少ないと思われる。本講演では、日常診療でデバイス植込み患者について「DDD ってどういう意味？」、「運動療法するときの注意点はどんなこと？」「このモニター心電図の波形は正常なの？異常なの？」など疑問を持つ各医療スタッフ、特に初学者にむけて各デバイスの作動の仕組みや日常臨床で知っておくべきデバイスの基本的な知識についてわかりやすくポイントを解説する。

S6-2

デバイスナースの観点から ～チームで患者さんのQOL、生命予後改善に取り組む～

鈴木まどか¹、横山美帆¹、林 英守¹、中出泰輔¹、
粕谷宏樹¹、大澤翔太²、山口有理奈¹、南野 徹¹

¹ 順天堂大学大学院医学研究科 循環器内科学

² 順天堂大学医学部附属順天堂医院

植込み型心臓不整脈デバイス（CIEDs）の進歩に伴い、高度な専門知識を有し、個々の患者に寄り添った看護介入を実現するデバイスナースの存在が注目されている。当院では2020年から循環器内科不整脈チームにデバイスナースを配属し、医師のタスクシフトおよび患者のQOL向上を目指して活動している。デバイスチェック、退院前指導、生活相談、遠隔モニタリング管理などの役割を担い、医師、臨床工学技士と協同して、患者の病状、年齢、生活状況、自覚症状に応じたCIEDsの至適化を行っている。また、心臓リハビリテーションチームとの連携を通じて、運動耐容能の向上や、日常生活における労作時症状の軽減といった成果を得ている。CIEDsの設定変更に伴う患者の不安や予期せぬ症状に対してデバイスナースが積極的に介入し、運動能力の向上と心理的安定の達成を得られたケースも経験した。医師や臨床工学技士とは異なる看護の視点から、生涯にわたる包括的なCIEDs管理を支えるデバイスナースの役割と成果を報告する。

S6-3

デバイス患者×心リハ！ デバイス植込み患者の心リハの実際

佐藤一美

西部総合病院 循環器内科

デバイス植込み患者では、不整脈の治療やデバイスの管理は勿論必要ですが、心不全や虚血性心疾患の合併も多いことから、心不全管理を含めた包括的心臓リハビリテーションの適応患者も多くいます。また、日本循環器学会ガイドラインにおいてもデバイス植込み患者の包括的心臓リハビリテーション（class I）や心肺運動負荷試験による運動処方の実施（class II a）が推奨されています。皆さんの施設でも、心リハに参加しているデバイス植込み患者がいるのではないのでしょうか？

一方で、デバイスが発展し、機能が多様化している中で、適切なデバイス設定、運動処方や生活指導を行うのが、難しいと感じる場面はないのでしょうか？「デバイス患者×心リハ」の組合せはまだまだ発展途上です。多職種連携で知恵を出し合うことが不可欠だと考えます。

本セッションでは、実際の症例を用いながら、心肺運動負荷試験を活用した最適な運動処方など、具体的なデータを提示して、デバイス植込み患者に対する適切な運動処方や生活指導を、会場の意見を取り入れながらカンファレンス方式で考えたいと思います。どんな妙案が飛び出すのか？皆さんのご参加をお待ちしています。

スポンサード教育講演

抄 録

CPXを実施するうえでの注意点・ CPXの準備

前田知子

公益財団法人榊原記念財団 榊原記念病院附属クリニック
検査科

CPXは検査中に患者さんとの会話ができず、やり直しの利かない“一発勝負”の検査であるため緊張を伴います。比較的安全な検査とはいえ、運動負荷をかける以上、急変のリスクはゼロではありません。特に重症心不全や術後の症例では、どこまで負荷をかけるべきか、不安に感じることもあります。たった4つの呼気ガスパラメータしか測定していないのに、教科書通りの安静時データが得られないという相談もよく受けます。では、どのようにすれば安全に、失敗なく検査を行えるのでしょうか。心電図、血圧、呼気ガスデータを正確に測定し、緊張している患者さんから安定したデータを得るためには、いくつかのポイントがあります。これらのポイントを押さえ、準備を怠らず、手順を覚え、毎回同じ流れで検査を実施すれば、多くのケースでうまくいくようになります。観察力を養い、経験を積むことで、マスクを装着してから数分以内に異常を見つけられることができるようになりますし、どの程度まで負荷をかけて良いかの判断もできるようになります。

CPXは診断において非常に有用な情報を与えてくれる検査であり、心臓リハには欠かせない検査です。前向きに、楽しみながら実施できるようになりましょう。

CPXパラメータの解説、 解析のポイントと注意点

安達 仁、星野圭治、小板橋紀通

群馬県立心臓血管センター

CPXはVO₂（酸素摂取量）、VCO₂（二酸化炭素排泄量）、TV（一回換気量）、RR（呼吸数）などを計測し、これらの計測指標を組み合わせて、さらにさまざまな指標を示せる検査である。これ等の指標を組み合わせて解釈することによって病態を把握でき、また、ラング負荷を用いることによってどの程度の活動レベルで異常な状況が発生するか、疾患の重症度を評価することができる。

今回、実際のCPXデータから、どのようにパラメータを解釈するかについて解説する。

共催セミナー

抄 録

ランチョンセミナー 1

ランチョンセミナー 2

コーヒーブレイクセミナー

HFREF 患者の運動耐容能に対する薬物療法の影響 ～ベルイシグアトの役割を考える～

白石裕一

京都府立医科大学大学院医学研究科 循環器内科学 講師

心不全の治療目標として、予後の改善およびQOLの改善が挙げられている。運動耐容能の低下は心不全の主徴の1つであり、心不全の重症度だけでなく、日常生活の活動度の低下や生活の質（QOL）の悪化とも密接に関連している。HFREF患者における運動耐容能は予後規定因子でありその改善は治療の重要な目標のひとつである。

本講演ではQOLや運動耐容能の評価について見直すとともに、薬物療法によるそれらの改善効果について言及する。また、NO-sGC-cGMP経路をターゲットとした薬剤として用いられる、ベルイシグアトの心機能および運動耐容能改善効果について述べたい。

ランチョンセミナー 2

科学的根拠の蓄積とともに高まる循環器 診療における SGLT2 阻害薬の重要性

飯嶋 賢一

順天堂大学医学部附属順天堂医院 循環器内科 准教授

SGLT2 阻害薬は近位尿細管のナトリウムグルコース共輸送体2を選択的に阻害し、尿糖排泄を増やすことで血糖値低下をもたらす薬剤で、新たな機序の糖尿病治療薬として上市された。その後の臨床使用から得られたデータや臨床試験の結果から、SGLT2 阻害薬は単に血糖値を下げるのみならず、心保護作用、腎保護作用などの効果を合わせ持つことが明らかとなった。循環器領域では左室機能の低下した心不全（HFrEF）症例における心血管イベント抑制効果が示され、“Fantastic 4”とも称される HFrEF 治療に不可欠な薬剤の一つに挙げられている。また、一部の SGLT2 阻害薬は左室機能に関わらず、心不全患者の心血管死を抑制することで生命予後を改善し、心不全患者における使用の安全性についても検討されている。本ランチョンセミナーでは現在まで蓄積された SGLT2 阻害薬に関する基礎研究の知見を含む科学的根拠をレビューし、それに基づき拡大する適応や今後の展望について述べる。

遠隔心リハの流れのまとめ

網谷英介

東京大学医学部附属病院 循環器内科

心臓リハビリテーション（心リハ）はあらゆる循環器疾患の増悪を予防するための手段として確立している、運動療法を軸とした包括的な介入である。心不全領域でも例外ではなく、SGLT2阻害薬など新規の薬剤も含めて治療が多様化していくなかで、それぞれにふさわしい心リハの案内が求められている。心リハが行われる場所は入院あるいは外来での集合型の心リハが一般的であるが、既存のパッケージだけでは十分な患者に理想的な形の心リハを案内できていない状況があり、それらを解決する一つの方法として遠隔技術を用いた心リハがさまざまな形で試みられている。本講演では遠隔心リハの現在の報告、問題点などをまとめ、今後より進めていく上での課題について概観する。

一般演題

抄録

- 一般演題 1 若手研究者セッション
- 一般演題 2 疾患別リハビリ
- 一般演題 3 患者教育と ADL
- 一般演題 4 維持期・在宅リハビリ
- 一般演題 5 心リハの運営

O1-1

運動強度設定に難渋した肺気腫＋心不全 (HFrEF) 患者に対する回復期心臓リハビリテーション

早乙女勇哉¹、三上健太¹、三浦慶秋¹、新井萌希¹、石井里実¹、高橋柊次¹、渡辺 文¹、田嶋明彦²、丸山泰幸³

¹ 医療法人社団幸正会 岩槻南病院 心臓リハビリテーション科

² 新潟薬科大学 医療技術学部 臨床検査学科

³ 医療法人社団幸正会 岩槻南病院 循環器内科

【症例】

当院に肺気腫と心不全を発症して入院となった59歳の男性。入院時、NYHAⅢ度、NT-proBNP3390pg/ml、心電図は頻脈性心房細動、左室駆出率は18%で弁膜症は認めず、肺うっ血と下肢浮腫を認めた。冠動脈造影検査では有意狭窄を認めず、退院後に大学病院で頻脈性心筋症と診断された。入院中から心臓リハビリテーション(CR)開始し、外来CR継続となった。

【経過】

外来CRでは労作性呼吸困難感の改善、運動耐容能改善、心不全管理定着を目標に運動療法と患者教育を開始した。開始時、有酸素運動はボルグスケール11-13を目安に調整したが、SpO₂は87%まで低下を認めた。心肺運動負荷試験(CPX)実施後はAT負荷で調整することでSpO₂は90%で維持されたが、ボルグスケール9であり、楽すぎるとの訴えが聞かれた。運動療法は5ヶ月間実施され、peakVO₂は25.3→23.8ml/kg/minと改善を認めなかったものの、MRC息切れスケールはgrade4→grade3、NT-proBNPは3390→229pg/mlへと改善を認めた。

【考察】

肺気腫を合併するHFrEF患者において、運動中の自覚症状と身体所見が一致しないため運動負荷調整に難渋した。再発予防に向けた生活指導にも注意が必要な症例である。

O1-2

HFpEF患者のSGLT2阻害薬の使用による筋力や骨格筋量の変化 少数例パイロット調査

伊藤宏哉¹、田村由馬²、高橋もも¹、高橋治憲¹、福田瑞恵¹、安 隆則³、前嶋恭浩³

¹ 獨協医科大学日光医療センター リハビリテーション部

² 獨協医科大学日光医療センター 臨床研究支援室

³ 獨協医科大学日光医療センター 心臓・血管・腎臓内科

【目的】

左室駆出率の保たれた心不全(HFpEF)の治療としてSGLT2阻害薬(SGLT2-I)がクラスⅠで推奨されるが、SGLT2-I使用による体重減少や筋タンパク質の異化を促進する可能性が危惧される。本研究の目的は、SGLT2-Iが筋力や骨格筋量に与える影響を明らかにすることである。

【方法】

心不全急性増悪で入院し、退院時および3か月後の身体機能を測定した男性のHFpEF患者を対象とした。SGLT2-Iを服用した4例と過去のデータベースより背景因子をマッチした対照者4例の身体機能の改善の程度を比較した。

【結果】

SGLT2-I群(76.8±9.1歳)と対象群(75.3±10.1歳)の退院時から3か月の変化量はそれぞれ握力では-2.0±1.8kg、0.63±2.8kg。SMIでは0.5±0.3kg/m²、0.2±0.5kg/m²。体重では0.5±1.9kg、0.1±3.0kg。BMIでは0.14±0.66、-0.03±1.14。リハビリテーション参加回数は13.8±5.0回、21.0±3.4回となっていた。

【結論】

SGLT2-I群は対象群に比べ、握力が低下しており、SGLT2-Iの影響やリハビリ不足が筋力維持に影響している可能性がある。しかし、SMIや体重に変化はみられておらず、SGLT2-Iを服用していても心臓リハビリテーションを行うことで骨格筋量や体重の減少は回避できる可能性がある。

O1-3

産褥期に診断された重症肺高血圧症患者に対して心負荷を考慮した運動強度設定と育児動作練習を行った一例

中西りか¹、増田桃子¹、合田あゆみ³、原 優子¹、
西田悠一郎¹、千木良寛子⁴、菊池華子³、伊波 巧³、
田代祥一²、山田 深²、河野隆志³

¹ 杏林大学医学部附属病院 リハビリテーション室

² 杏林大学医学部附属病院 リハビリテーション医学教室

³ 杏林大学医学部附属病院 循環器内科

⁴ 杏林大学医学部附属病院 看護部

【目的】

特発性肺動脈性肺高血圧症(IPAH)は若年女性に好発し、妊娠や出産を契機に顕在化することがある。今回、産後にIPAH・右心不全を呈した症例に対し、育児動作を中心に運動指導を行った経過を報告する。

【症例・経過】

34歳女性、産後3日目に低酸素血症と頻脈を認め、重症IPAH(平均肺動脈圧58mmHg・肺血管抵抗14.5 Wood単位)と診断され、薬物療法を開始。産後16日目の6分間歩行検査(酸素2L/分)は距離:300m・HR:125bpm・SpO₂:94%・Borg scale:15/9・emPHasis-10:27点であった。退院後の生活を見据えHR<120bpmを指標に、重錘を用いた抱っこやオムツ交換等の育児練習を実施した。連続動作で上限値の超過を認めたため、Borg scale:11-12も指標に加え、5分毎の休息で過負荷を回避可能と評価した。産後29日目の6分間歩行検査(室内気)は距離:416m・HR:134bpm・SpO₂:82%・Borg scale:15/11・emPHasis-10:14点であった。在宅酸素療法を導入し産後32日目に退院。

【考察】

重症IPAH患者では、慎重な運動強度の管理が求められる。本症例はHRとBorg scaleを指標にした運動指導を行い、過負荷を回避した。また母親としての役割を視野に入れた個別性の高い介入は、QOLの改善に寄与した可能性があった。

O1-4

心不全SGLT2阻害薬内服症例における歩行機能の検討

福田瑞恵¹、田村由馬¹、高橋もも¹、高橋治憲¹、
伊藤宏哉¹、安 隆則²、前嶋康浩²

¹ 獨協医科大学日光医療センターリハビリテーション部

² 獨協医科大学日光医療センター 心臓・血管・腎臓内科

【目的】

SGLT2阻害薬は転倒リスクの増加に関連する。歩行の評価は、歩行速度や動的バランス指標であるHarmonic Ratio (HR)、そのほか持久力として6分間歩行試験、転倒を予測する評価としてTimed up and go test (TUG)などが広く用いられる。本研究の目的は、心不全患者でSGLT2阻害薬の内服有無による各種歩行機能評価を比較することである。

【方法】

対象は、外来通院中の心不全患者のうち歩行評価を実施した30名とした。HRの評価はwalkview (HOMER ION製)を用いて行い、SGLT2阻害薬内服有無により2群に分け比較検討した。

【結果】

内服群(17名、うち男性7名、66.7±11.8歳)は非内服群(13名、うち男性8名、66.1±11.1歳)と比較し、6MDが有意に短く(380.2±89.8 vs 431.7±104.0 m)、TUGも延長していた(8.30±2.3 vs 6.56±3.1秒)(p<0.05)。HR(88.9±3.8 vs 89.9±8.1点)と歩行速度(1.2±0.2 vs 1.3±0.3 m/s)は群間に有意差を認めなかった。

【考察】

心不全SGLT2内服症例において、歩行速度は保たれるが転倒リスクが高まる可能性を示唆した。6分間歩行距離も短縮しており、バランス機能が影響している可能性がある。薬剤との直接的な関連を探っていく。

O1-5

介護支援専門員に対する心臓リハビリテーションの認識と実態調査

水口藍実、藤田理恵

医療法人 八香会 湯村温泉病院

【目的】

介護支援専門員を対象としたアンケート調査により、心臓リハビリテーション（以下、心リハ）に対する認知度や必要性、地域課題を明確化し今後の普及啓発活動や地域連携に活かす。

【方法】

当院の訪問または通所リハビリテーションを利用したところのある甲府市及び甲斐市の事業所63か所に対し、循環器疾患の有無や心リハの認識などに関するアンケートを郵送し、結果を集計した。

【結果】

心リハを知らないとの回答が半数近くの49.2%、循環器疾患の既往がある利用者に対し、心リハをケアプランに導入しているのは25%に留まった。89%のケアマネジャーが心リハ実施施設があれば利用者に紹介したいと回答した一方で、70.3%が心リハ実施施設を知らないと回答した。

【考察】

地域における心リハの需要は高いものの、認知度は低く、導入が少ない現状であることがわかった。心リハは体力回復、自信の再獲得、再発・再入院の減少、活動的な生活の実現を目的としており、再発予防や疾病管理には長期的かつ継続的な関わりが必要である。今後、地域で継続的に心リハが受けられるシステムの構築と、心リハに関する普及啓発、医療・介護連携の強化が重要な課題であると考えられる。

O1-6

連携により地域病院で入院・外来心リハを継続し、運動耐容能が向上したCTEPHの一例

相田稜介¹、高山亜実²、清野健二¹、菰澤紀文¹、金井千春³、岡村俊孝²、熊木隆之²、久保田直樹²、萱森裕美²、柏村 健²、中村裕一⁴、猪又孝元²

¹ 新潟大学医歯学総合病院医療技術部リハビリテーション部門

² 新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科

³ 長岡中央総合病院リハビリテーション科

⁴ 長岡中央総合病院循環器内科

【はじめに】

CTEPH患者に対する運動療法は、運動耐容能改善に有用であるが、経験豊富な施設での実施が推奨されている。当院は肺高血圧センターの役割を担う県内唯一の病院であり、遠方から紹介となる症例も多いが、当院への外来リハ通院は困難なため、十分な運動耐容能改善のための心リハ継続には地域病院との連携が重要である。

【症例】

46歳女性。前医にて乳がん術後ホルモン療法中、両側胸水・心膜液を伴う高度肺高血圧(TRPG 98mmHg)を認め前医入院、17日後に当院へ転院した。CTEPHと診断し、肺血管拡張薬と2回のBPAを実施し、mPAPは41→26mmHgまで低下し、転院45日後に前医へ再転院した。この間、転院14日目に理学療法開始、BPA後の転院32日以降に酸素流量を変えての6MWDおよびCPXを実施し、HOT導入および運動処方を行い前医と情報共有した。再転院後数日を経て自宅退院し、外来リハを継続した。当院転院前評価から、追加BPA目的入院時評価までの約45日で、6MWD 260→315m(O₂ 1L)、308→333m(O₂ 2L)、peak VO₂ 13.1→14.3ml/min/kgと運動耐容は改善していた。

【考察】

CTEPH症例において、肺高血圧センターと地域病院の連携は、重症例での安全な入院・外来心リハ継続、運動耐容能の改善に有用であると考えられた。

O1-7

心臓リハビリテーションプログラム導入後のアンケート調査～看護師に向けた追跡調査～

堀内洋平、中村和人、植松 学、渡邊陽介、
出山順太郎、相沢聖子、中島博之、加賀重亜喜、
波呂浩孝、八木野孝義、上原泰樹、市川美華、
齊藤風沙、高橋里香、小林伊吹、武藤裕紀、
田邊玲子、岩澤久美、鈴木聖美、佐藤 明

山梨大学医学部附属病院

【目的】

先行研究で心リハプログラム導入による看護師の意識変化に対するアンケート調査を行った。アンケートの中でリスク管理と患者指導の項目があり、回答として「よくできる」が少数であった。今回は原因追求のために追加のアンケートを実施したためここに報告をする。

【方法】

循環器に関わる病棟看護師を対象にクラウド上で複数回答形式のアンケートを実施し、リスク管理と患者指導の面で不安要素となりうる8項目と7項目を上げその結果を調査した。

【結果】

回答数は135名、回答率は86.5%であった。抄録では看護師向けアンケート調査集計結果の一部を紹介する。リスク管理の不安点では、「急変時対応」、「モニター心電図の理解と観察」が上位回答であった。患者指導の不安点では、「心リハの概要」、「運動指導について」、「日常生活上の注意点について」が上位回答であった。

【考察】

リスク面では、臨床の中で重要視されている部分が上位回答となった。また患者指導面では、心リハの概要、運動指導が上位回答に挙がっており、循環器の中でも特に心リハ分野に興味を持つ看護師が増加していると考えられる。今後は看護師向けの勉強会や心リハプログラムの刷新を行う。

O1-8

リハビリ・栄養・口腔連携体制加算対象病棟における心不全既往患者の特徴

大橋利紗¹、須藤 誠¹、田村由馬^{1,2}、安 隆則³

¹ 獨協医科大学日光医療センターリハビリテーション部

² 獨協医科大学日光医療センター臨床研究支援室

³ 獨協医科大学日光医療センター心臓・血管・腎臓内科

【目的】

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（以下、当加算）が新設された。当加算の届出率は9.0%にとどまっている。当加算対象の非循環器病棟における心不全既往患者の特徴について調査した。

【方法】

対象は2025年4～6月に当病棟より退院した275例、調査項目は年齢、主病名、既往歴を入院時に、Revised Oral Assessment Guide (ROAG)、Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM基準)、Barthel Index (BI) を入院時及び退院時に調査した。心不全既往の有無で2群に分け、Student t testを用いて比較した。統計解析ソフトはJASPを用い、有意水準は5%未満とした。

【結果】

心不全既往あり群は55例（20%）で、心不全なし群と比較して高齢($p > .001$)で、在院日数が長く($p = .024$)、入院時BIが低かった($p = .029$)。

【考察】

既往に心不全を有する者は主病名に関わらず在院日数が延伸する可能性が示唆された。高齢かつ低ADLを認める患者に対して、リハビリ、栄養、口腔の三位一体による多職種連携アプローチを行うことで在院日数の短縮につながる可能性がある。

O1-9

低還流時間が延長した心停止蘇生後患者への早期離床介入：自宅退院に至った3例

阿達公嗣¹、増本枝里子¹、駒井佑哉²、村田 淳¹

¹ 千葉大学医学部附属病院 リハビリテーション部

² 千葉大学医学部附属病院 循環器内科

【目的】

心停止蘇生後患者の転帰は、低還流時間（LFD）の延長に伴い予後不良な例が多くなり、退院支援に難渋する。今回、自己心拍再開までに15分以上要したが、早期離床を含めた理学療法を実施し、自宅退院に至った心停止蘇生後患者3例を経験したため報告する。

【方法】

症例1：26歳男性、院外心停止・LFD 17分。症例2：84歳男性、院外心停止・LFD 22分。症例3：54歳男性、院内心停止・LFD 30分。全例ともに心室細動由来の心停止蘇生後（無還流時間0分）であった。理学療法はICUより開始し、GCSはE1VtM1、Medical Research Council（MRC）スコアは0点、ADLは全介助であったが、早期離床練習を継続した（40分/日、5日/週）。

【結果】

全例において、早期離床により介入8日以内に監視歩行を獲得し、退院時GCS 15およびMRCスコア 60の改善を認め自宅退院に至った。

【考察】

早期離床により意識障害や筋力低下、ADL低下が改善できたことで早期の歩行練習に繋がった可能性がある。予後不良因子であるLFD延長例でも、早期離床により自宅退院に寄与する可能性が示唆された。

O2-1

LVAD装着術後における地域医療と外来心リハとの包括的多職種連携の在り方

小久保徹

医療法人社団久福会 関野病院

【目的】

補助人工心臓（VAD）は心臓移植への橋渡し治療（BTT）として導入されるが、本邦では待機期間が5年近くに及ぶ異常な状況である。長期の移植待機期間中における心不全管理やQOL維持には包括的な心臓リハビリテーション（CR）が非常に重要である。今回、植込み型LVAD装着術後に在宅復帰した一症例を通じ、地域医療における連携の実際と課題を報告する。

【症例・経過】

40歳代男性。全身性サルコイドーシスによりCRT-Dを植込み後、心不全進行によりLVAD導入。術後5カ月で退院し、訪問看護・外来診療を継続しつつ、1カ月後より外来CRを開始。当初は身体活動量の増加に苦慮し、CPXで運動耐容能の著明な低下を認めた。基幹病院、訪問看護ステーションと共にSNSを用いた包括的心臓リハビリテーションに関する情報共有を行い、外来CRに加えて在宅運動療法のプログラム立案・継続により、6分間歩行距離は450mに改善、活動性も向上した。

【結語】

移植待機期間が長期化するLVAD装着例においては、維持期の外来CRと多職種・多施設間の連携が有用であり、地域全体で包括的心リハを支える体制が求められる。

O2-2

抗VEGF抗体によるがん治療関連心筋障害（CTRCD）に対して心臓リハビリテーションが奏効した一例

矢ヶ崎萌¹、相沢聖子²、中村和人²、大森一平²、渡邊陽介²、出山順太郎²、植松 学²、中村貴光²、石原 司¹、佐藤 明²

¹ 独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院

² 山梨大学医学部附属病院

症例は69歳女性。S状結腸癌・多発肝転移に対しmFOLFOX + panitumumab療法後、腹腔鏡下S状結腸切除術・人工肛門造設術を施行。mFOLFOX + bevacizumab療法を経て開腹肝部分切除を施行した。術後1年で急性心不全を発症し、心電図は洞調律、R波増高不良、V4-6陰性T波、心エコー図にてEF 15%、CTRCDと診断。利尿薬、 β 遮断薬、MRA、ACEi、SGLT2iによる治療と共に心臓リハビリテーションを開始。心肺運動負荷検査（CPX）ではオシレーション、Peak VO₂ 12.2mL/min/kg (51%)、AT10.1mL/min/kg (61%)、VE/VCO₂ slope 52.1、 Δ VO₂/ Δ WR 5.97 mL/min/Wと運動耐容能の低下および換気血流不均衡を認めた。5か月後の評価ではEF58%、BNP45.8pg/mL、Peak VO₂ 17.9mL/min/kg (75%)、AT12.8mL/min/kg (78%)、VE/VCO₂ slope 29.8、 Δ VO₂/ Δ WR 8.77 mL/min/Wと運動耐容能および換気血流不均衡は改善した。抗VEGF抗体によるCTRCDは高血圧が多く、心不全の頻度は比較的少ない。抗VEGF抗体関連CTRCDに対し心不全加療および心臓リハビリテーションが有効であったため報告する。

O2-3

運動負荷心エコーとCPXを用いたLVAD患者の運動時血行動態評価

山上洋介¹、平澤憲祐²、大森真理²、落田美瑛²、杉山知代²、藤原立樹³、米津太志²、藤田知之³、笹野哲郎²

¹ 新百合ヶ丘総合病院 循環器内科

² 東京科学大学病院 循環器内科

³ 東京科学大学病院 心臓血管外科

【目的】

左室補助人工心臓（LVAD）装着患者の運動時血行動態には不明点が多い。本研究はLVAD装着患者に対して運動負荷心エコー（ESE）と心肺運動負荷試験（CPX）を用い、運動時の血行動態変化を明らかにすることを目的とした。

【方法】

LVAD植込み後の連続11症例を対象とした後ろ向き研究である。安静時に対する運動時の左室拡張末期径、右室拡張末期径、LVADポンプ流量の比を算出し、 $LVDd_{ex}/LVDd_{rest}$ 、 $RVDd_{ex}/RVDd_{rest}$ 、 PF_{ex}/PF_{rest} とした。これらのESEパラメータとCPXで評価した運動耐容能との相関を検討した。

【結果】

平均年齢は 56 ± 10 歳、嫌気性代謝閾値、 $peak\ VO_2/HR$ は各々 2.24 ± 0.50 METs、 6.4 ± 1.8 であった。 $peak\ VO_2/HR$ と $RVDd_{ex}/RVDd_{rest}$ は負の相関($r=-0.71$)を、 $LVDd_{ex}/LVDd_{rest}$ ($r=0.44$) と PF_{ex}/PF_{rest} ($r=0.52$) は正の相関を示した。

【考察】

ESEで評価した運動に対する右室耐容能は、LVAD患者の運動耐容能と強く関連することが示唆される。

O2-4

閉塞性肥大型心筋症を有する患者に対し安全に運動療法を導入できた経験

永井洋平¹、安田亜美香¹、田中康弘¹、佐藤元信¹、春日 信¹、小林隆洋²

¹ 南長野医療センター篠ノ井総合病院リハビリテーション科

² 南長野医療センター篠ノ井総合病院循環器内科

【目的】

閉塞性肥大型心筋症（HOCM）患者の運動療法は禁忌とされている。しかし、一方ではHOCM患者に対する運動療法の報告も散見されるほか、アメリカ心臓病学会/アメリカ心臓協会の肥大型心筋症ガイドラインにおいては、低中等度の運動療法は推奨とされている。今回、HOCM患者に、運動療法を導入した経過を報告する。

【方法】

症例は、67歳の男性。65歳でHOCMと診断された。今回、非ST上昇型の急性心筋梗塞にて入院となり、第2病日から心臓リハビリテーションを開始し、第5病日に退院となった。HOCMを有していたが、運動耐容能の改善や冠危険因子を是正するために、運動療法が必要と考えた。そこで、医師と協議を行い、運動療法の許可を得た。

【結果】

第18病日に亜最大負荷までのCPXを実施したが、終了まで血圧低下はなく、第22病日より外来リハビリを開始した。有酸素運動においては、自転車エルゴメータを用い、負荷量はCPXの結果より31wattsで実施し、心房細動を有していたことからBorg13を目安にした。結果、現在まで有害事象なく運動療法を継続できている。

【考察】

HOCMの運動療法は禁忌であるが、適切な評価を実施すれば運動療法が可能と思われる。

O2-5

心臓血管外科患者における術前の上腕周径が入院関連機能障害と関連する

吉田流星¹、内山 覚¹、寺西 司¹、西 将則²

¹ 医療法人社団 誠馨会 新東京病院 リハビリテーション室

² 医療法人社団 誠馨会 新東京病院 リハビリテーション科

【目的】

心臓血管外科患者における術前の上腕周径と入院関連機能障害（HAD）との関連を明らかにする事とした。

【方法】

2023年6月から2024年10月に前向き観察研究に登録し、当院心臓血管外科で開胸術を行った65歳以上153例を対象とした。Barthel Index（BI）が退院時に術前より5点以上低下した場合をHADと定義した。術前に上腕周径を評価し性別毎の中央値を基準に低値群と高値群に分け、患者特性を比較した。多変量ロジスティック回帰分析を用いて、HADと上腕周径との関連を調査した。その際の調整変数は既報にて示されている関連因子から算出した傾向スコアとした。

【結果】

術前BIが95点以下であった者は153例中11例（7.2%）であり、上腕周径の中央値は男性：27.5cm、女性：24.3cmだった。HADは、23例（15.0%）に認めた。低値群は、高値群と比較しHADが有意に多かった（22.4% vs 7.8%）。多変量ロジスティック回帰分析の結果、術前の上腕周径はHADの独立した関連因子として抽出された（OR：3.92）。

【考察】

上腕周径は除脂肪体重と相関する事が報告されており、骨格筋量の減少がHADと関連したと考える。上腕周径は簡便にHADを予測できる評価として重要である。

O2-6

脂質に対する中長期的な外来心臓リハビリテーションの効果

設楽達則、櫻井繁樹、櫻井和代、大崎 愛、
内海恵李加、横澤尊代、設楽 希、竹田由美子、
設楽優香

医療法人千心会 櫻井医院

【目的】

脂質に対する中長期的な外来心リハの効果を検討すること。

【方法】

2014年1月からの10年間に一年以上当院外来心リハに参加した虚血性心疾患および動脈硬化性疾患患者49例（66 [60-73] 歳、男／女：41／8例）。心リハ開始から0ヵ月（0M）、3ヵ月（3M）、6ヵ月（6M）、9ヵ月（9M）、12ヵ月（12M）のHDLコレステロール（HDL）、LDLコレステロール（LDL）、中性脂肪（TG）を後方視的に調査した。各指標に対し、縦断的に一元配置分散分析および多重比較分析を行った。

【結果】

HDL（0M、3M、6M、9M、12M：46 [36-52]、51 [42-59]、54 [43-61]、53 [46-66]、54 [45-65] mg/dL、 $P = 0.0031$ ）に有意差を認め、LDL（82 [70-103]、83 [70-99]、82 [69-95]、80 [75-95]、82 [68-100]、0.9606）とTG（126 [96-166]、119 [86-157]、115 [79-138]、121 [81-146]、125 [92-163]、0.4782）には有意差を認めなかった。また、HDLにおいて以下の組み合わせで有意差を認めた（0M vs. 6M： $P = 0.0408$ 、0M vs. 9M：0.0057、0M vs. 12M：0.0107）。

【考察】

6ヵ月以降でHDLの改善が確認された。このことからHDLの改善には少なくとも150日間の外来心リハを継続する必要があると考えられた。

O3-1

当院における心不全教育入院の取り組みと今後の課題 ―理学療法士の視点から―

青山大輝¹、立石 遼²、石山純子³、岡安 健¹、
酒井朋子⁴

¹ 東京科学大学病院 リハビリテーション部

² 東京科学大学病院 循環器内科

³ 東京科学大学病院 看護部

⁴ 東京科学大学 リハビリテーション科

【目的】

当院は、心不全患者の再入院や増悪予防などを目的に、2024年4月から心不全教育入院を開始している。教育入院は、5日間の入院中に多職種が連携して指導を行う。その活動の振り返りと課題検討を目的として、理学療法士(PT)の視点から、症例の経過と共に報告する。

【方法】

症例は40代女性、laminA/C遺伝子(LMNA)関連心筋症を背景とするうっ血性心不全の診断。教育入院パスやCPXの結果に則り、セルフエクササイズや日常生活における活動量の目安を指導した。多職種カンファレンスにて指導内容を共有し、外来医師や看護師へ引き継いだ。

【結果】

教育入院後、1年間再入院なく経過した。活動量は、専業主婦であり外出は少なく、自宅内での活動にとどまった。心不全症状は増悪と寛解を繰り返した。

【考察】

教育入院による運動指導が、本症例における適切な負荷量の活動についての理解と実践に繋がり、再入院予防を図れた一助となったと考えられた。その反面、教育入院終了後にPTとの関わりは少なく、心不全増悪時における活動量の調整や、指導内容と日常生活とのギャップ等を聴取する必要がある、今後の課題であると考えられる。

O3-2

退院後ADLに沿ってゴール設定を工夫した植込型補助人工心臓装着術後の1例

青山大輝¹、高田将規¹、山本 司¹、岡安 健¹、
酒井朋子²

¹ 東京科学大学病院 リハビリテーション部

² 東京科学大学 リハビリテーション科

【目的】

本邦では、2021年にdestination therapy(DT)としての植込型補助人工心臓(iVAD)治療が保険収載された。DTは65歳以上も適応となる可能性があり、様々な併存症を抱えた症例が増加すると予測される。今回、併存症などを考慮しゴール設定を行い、退院プログラムを工夫したDT症例を経験したため報告する。

【方法】

61歳男性、急性広範前壁心筋梗塞により当院へ救急搬送され、DT目的にLVAD植込み術を施行された。長期ICU在室による運動耐容能低下や人工股関節全置換術の既往などにより、通常の退院プログラムの達成は困難と判断された。退院後ADLに沿ったプログラム内容に変更し、物拾い動作ではリーチャーの使用、外出訓練では車椅子移動を設定した。

【結果】

修正した退院プログラムを合格し自宅退院となった。物拾い動作や屋外移動は入院中に練習した内容で実施できており、安全に日常生活を送っている。

【考察】

本症例は依存症により、通常の退院プログラムの達成は困難と判断され、退院後のADLに準じた内容に変更することが必要であった。DT症例は、患者のADL状況などを考慮したゴール設定が重要である。

O3-3

心不全教育入院による自己管理能力と運動耐容能の改善

濱野一平¹、山本 学¹、色川沙織¹、柏 俊一¹、
乙部知子²、臼井英祐³、角田恒和³

¹ 総合病院土浦協同病院 リハビリテーション部

² 総合病院土浦協同病院 看護部

³ 総合病院土浦協同病院 循環器内科

【目的】

心不全教育入院は、自己管理能力を高め、再入院の予防や運動耐容能の向上につながることを期待される。本報告では、心不全教育入院を実施した5症例の経過を通じて、その有用性を検討した。

【方法】

心不全のため教育目的で入院した5名に対し、多職種による病態説明、服薬指導、栄養・運動療法、自己管理支援を行った。退院後は外来にて心臓リハビリテーションを継続し、終了時にCPXを実施した。また、再入院状況や運動習慣、自己管理行動を観察した。

【結果】

5症例中4症例でPeakVO₂の改善がみられた(10.6→12.6、15.5→15.8、12.2→16.9、11.4→13.0 mL/kg/min)。2症例は運動習慣を新たに獲得し、他の症例も運動内容の改善がみられた。また、全症例で怠薬はなく、自宅での血圧・体重測定も継続されていた。1症例において、退院228日後に再入院を認めた。他4例は419日(210-712)のフォローアップで再入院なく経過していた。

【考察】

心不全教育入院は、患者の自己管理能力を向上させ、再入院予防および運動耐容能の改善に寄与する有効な介入である可能性がある。症例数を増やしていくことが今後の課題である。

O3-4

ペースメーカー留置後に合併症を呈した高齢心疾患患者に対しCR導入でADLを維持し在宅復帰が可能となった1例

関根 渉¹、高田将規¹、青山大輝¹、石田 亮¹、
岡安 健¹、酒井朋子²

¹ 東京科学大学病院 リハビリテーション部

² 東京科学大学 リハビリテーション科

【目的】

高齢心疾患患者ではペースメーカー (PM) 植込み (PMI) 後などの術後合併症により入院関連機能障害 (HAD) を発症するリスクが高まり、発症後は在宅復帰率が低下するとされ予防が重要である。テンポラリーペースメーカー (tPM) 留置後のペースリング不全発生率は9.5%、PMI後の合併症として気胸は1.3%と少ない。今回tPM留置後にペースリング不全を伴う心不全症状や気胸などの合併症を呈したが、心臓リハビリテーション (CR) によりADL維持や在宅復帰が可能となった一症例を経験したため報告する。

【方法】

91歳女性。PM植込み後感染症の診断でX-20日に当院へ入院、X-16日にPMシステム全抜去術およびtPM留置術後に心不全症状を呈した。X日にPMI後、気胸を合併した。

【結果】

X-12日よりCR開始。入院前Barthel Index (BI) は100点、介入初期は、20m歩行で息切れを認め、Short Physical Performance Battery (SPPB) は10点であった。CRを施行した結果、退院時BIは100点、6分間歩行テスト303m、SPPB11点であり、X+12日に自宅退院となった。

【考察】

本症例は、周術期合併症を伴う高齢心疾患患者であったがCR導入によりHAD発症を防ぎ、ADL維持と在宅復帰が可能であったことを示唆する。

O3-5

当院健診受診者の喫煙率調査

山崎佐枝子

笛吹中央病院

【目的】

当院は15,000人／年の健診を行っているが、受診者のデータ集計、解析は行われていない。健診受診者の冠危険因子を集計し、傾向を把握する。

【方法】

2025年6月に健診目的に心電図検査を行った677人を対象に、特定健診の問診票を用いて、喫煙の有無、生活習慣病の治療歴の有無を確認した。

【結果】

対象者677人の平均年齢は47.3才、男性413人（61%）、女性264人（39%）であった。喫煙率は全体30.6%、男性40.0%、女性15.6%であった。

【考察】

当院の健診は企業の定期健康診断が多いことと、婦人科検診がないことから、男性の割合が多く、全体の喫煙率は高い傾向になる。厚生労働省が公表している2023年調査では男性の喫煙率25.6%、女性の喫煙率6.9%、全体の喫煙率15.7%であった。都道府県別データでは山梨県の喫煙率は16.7%であり、全国平均よりも高かった。当院の健診の結果説明の大半は郵送であり、直接指導する機会がなく行動変容につながっていない可能性がある。喫煙の危険性について、受診者へ周知する方法を検討していく必要がある。

O3-6

通信技術を活用した心臓リハビリテーション栄養指導の新たな展開

横澤尊代、櫻井繁樹、設楽達則、櫻井和代、大崎 愛、内海恵李加、設楽 希

医療法人千心会櫻井医院

【目的】

心リハ指導士7,300名超のうち管理栄養士資格を有する者は0.55%にとどまり専門的な栄養支援人材の不足が課題である。本研究では通信技術を活用し、在宅勤務の管理栄養士が地理的制約を超えて心リハ患者へ栄養指導を行える体制の構築を目指した。

【方法】

回復期・維持期の心リハ患者を対象とした。在宅勤務の管理栄養士はセキュアな環境下で電子カルテにアクセスし、遠隔操作型ロボットを用いて運動療法中の患者と対話し情報収集を行った。多職種カンファレンスはGoogle Meet等で開催。栄養指導はタブレットやスマートフォンを用いたビデオ通話で実施した。

【結果】

導入後栄養指導の実施機会が増加し、その結果実施件数および継続率が向上した。患者からは「利便性が高い」「家族も参加しやすい」「料理を画面で相談できてわかりやすい」などの肯定的意見が得られ、生活環境を把握した上での具体的な指導が可能となった。

【考察】

本取り組みは、心リハ指導士である管理栄養士の有効活用と患者の生活に即した支援を実現した。これは通信技術が地域や専門人材の偏在といった医療アクセスにおける課題を軽減し、医療資源の効率的な活用を達成する可能性を秘めている。

O4-1

低体力患者は外来心臓リハによる、運動耐容能の改善が大きい

相良貴義¹、坂元 敦²、與沢直子²、小川晴美²、
神田さやか²、富本眞保¹、仲間俊爾¹、龍健太郎¹、
慶野美羽¹、栗田真央¹、阿久津佐弥¹、大塚充子³

¹ 医療法人財団 明理会 イムス富士見総合病院 リハビリテーション科

² 医療法人財団 明理会 イムス富士見総合病院 循環器内科

³ 医療法人財団 明理会 イムス富士見総合病院 検査科

【目的】

外来心臓リハビリテーション（心リハ）において低体力患者の心リハ参加は課題である。心リハ初期の低体力（低いPeakVO₂）と改善量には、強い負の相関が指摘されており、広く知られている。『低体力者ほど心リハによるPeakVO₂変化量（以下、 Δ VO₂）が大きい』という仮説を立て当院症例で検証し、他の関連因子を多変量解析で検討した。

【方法】

対象は心リハに参加した63名。 Δ VO₂を目的変数とし、年齢、性別、疾患、EF、心リハ開始時PeakVO₂（以下、初期VO₂）、VE vs VCO₂ slope、BNP、eGFR、脱落（4ヶ月以内での自己終了）を説明変数として多重線形回帰分析を実施し、多重共線性はVIFで確認した。

【結果】

モデル全体は統計的に有意であった（ $F=2.229$ 、 $R^2=0.2745$ ）。個別因子では、初期VO₂が Δ VO₂に対し有意な負の影響を示し（回帰係数 -0.2779 、 $p=0.010$ ）仮説は支持された。男性は改善傾向を示したが有意水準には達せず（ $p=0.0504$ ）、その他因子に有意な影響は認めなかった。多重共線性も問題なかった。

【考察】

他の因子を調整した上でも今回の結果を得て『予後不良因子である低PeakVO₂患者への積極介入の重要性』を確認した。低体力患者への心リハ参加を一層喚起していきたい。

O4-2

無床診療所における外来心臓リハビリにより維持期まで運動耐容能が改善した急性心筋梗塞患者の一例

中島達也、行光 望

東十条ホープ内科・循環器内科クリニック

【背景】

心筋梗塞患者に対する外来心臓リハビリ（以下、外来心リハ）は身体機能やQOLの改善、再発予防に有効であるとされている。しかし、本邦における外来心リハの実施率は低値であり、無床診療所における外来心リハの効果を具体的に示す報告は多くない。今回、急性心筋梗塞患者の外来心リハで後期回復期から維持期にかけて運動耐容能の改善を認めたため報告する。

【対象および経過】

既往歴に高血圧症、脂質異常症、糖尿病をもつ73歳女性。他院にて急性心筋梗塞を発症し、同日、右冠動脈（#2 100%→0%）に対して経皮的冠動脈インターベンション（以下、PCI）を実施。発症15日後に残枝の左前下行枝（#6 75%→0%、#7 75%→0%）、左回旋枝（#13 90%→25%）に対してPCI施行後に退院となり、当院での外来心リハが開始となる。

【結果】

外来心リハは週1回の頻度で発症後10ヵ月後まで実施した。開始時および5ヶ月時、10ヵ月時のpeakVO₂は17.3ml/min/kg（82%）→19.7ml/min/kg（94%）→22.5ml/min/kg（107%）と改善を認めた。BNPに関しては46.2→26.1→20.0まで改善を認めた。

【考察】

今回、10ヵ月間の包括的な外来心リハで運動耐容能が改善した症例を経験したため文献的考察を合わせて報告する。

O4-3

南長野心疾患地域連携パスを開始して見えてきた問題点への対策 ～チェックリスト、加算、多職種連携教育～

小林隆洋¹、辻 紀子²、権田達弥²、坂井啓子²、牧 佳子²、山岸美枝子²、小松淳子²、安田亜美香³、永井洋平³、佐藤元信³、市川博祥³、中澤美保⁴、西澤 恵⁴、小日向恵⁵、嶋根 哲⁶、後藤博久⁷、塩原さとみ⁸、矢彦沢久美子¹、近藤絢美⁹、三澤卓夫¹⁰

¹ 南長野医療センター篠ノ井総合病院 循環器科

² 篠ノ井総合病院 看護部

³ 篠ノ井総合病院 リハビリテーション科

⁴ 篠ノ井総合病院 栄養科

⁵ 篠ノ井総合病院 薬剤部

⁶ 篠ノ井総合病院 歯科口腔外科

⁷ 篠ノ井総合病院 心臓血管外科

⁸ 篠ノ井総合病院 地域医療連携課

⁹ 長野松代総合病院 看護部

¹⁰ 長野松代総合病院 循環器内科

【目的】

長野医療圏南部地域で、包括的心臓リハビリテーションから連続させ、地域の多職種による情報共有と疾病管理を重視した南長野心疾患地域連携パスを作成した。2023年9月から運用を開始して出てきた問題点への対策を検討した。

【方法・結果】

地域連携協議会や総合病院内の多職種チームで問題点を挙げた。パス導入時に「記載、説明、指導など行うべきことの漏れが多い」点に対し、職種毎に行うことを列記した「チェックリスト」を作成した。患者が「連携手帳を提出しない」「症状増悪時の対応やセルフモニタリングができない」ことに対し、上記チェックリストを用いた指導の強化と共に、連携手帳の表紙への注意書きの追加やレイアウトの見直し、MMSEの結果を元にした家族介入の推進を行った。「対象者であることの伝達不足」に対し「対象患者連絡票」を作成した。

連携を推進するためには加算も有効と思われ、連携手帳を用いて「退院時薬剤情報連携加算」「調剤後薬剤管理指導料」「栄養情報連携料」の算定を開始した。質の高い多職種連携を行うため、多職種連携教育としてまずは院内で多職種による勉強会を開催し、今後地域での勉強会に移行していく予定とした。

O4-4

コミュニティホスピタル構築における心リハ指導士の役割～ ACCCAの視点から～

川瀬義隆¹、石川 輝^{2,3}、田中征任^{2,3}、重吉慎子^{2,3}

¹ 本多病院 リハビリテーション科

² 本多病院 総合診療科

³ 東京科学大学 総合診療科

【背景】

コミュニティホスピタル構築を目指す当院は、循環器専門医が常勤しない、総合診療医主導の小規模病院である。超高齢社会において多疾患併存患者が増加し、心臓リハビリテーション（心リハ）は地域包括ケアへの展開が求められている。

【目的】

プライマリ・ケアの構成要素である ACCCA の視点から心リハ指導士の役割を検討する。

【方法】

総合診療医、非常勤循環器専門医、心リハ指導士を含む多職種による循環器カンファを実施し、介入を検討した心不全2例を通じて、心リハ指導士の介入方法・内容を整理した。

【結果】

症例1は老健入所中の患者に対する定期訪問と施設スタッフへの生活・運動指導により再入院なく経過した。症例2では再入院を繰り返す患者に訪問リハを導入し、多職種連携で疾病管理を行った。A：直接訪問による指導、C：施設や家族への情報提供、C：多職種連携の中核および地域連携の橋渡し、C：退院後の再発予防、A：心リハの専門家として機能していた。

【考察】

心リハ指導士が主体的に関わることで ACCCA の各側面から地域医療における高齢心不全患者の継続的なケアに貢献できる可能性が示唆された。

一般演題 4

O4-5

脳卒中の既往がある人工血管置換術後の高齢者に歩行ガイド下で訪問心臓リハビリテーションを実施した1例

吉田政人、林百合子、中村豪人、伊藤貴典

きょう訪問看護リハビリステーション浅草

【目的】

脳卒中の既往があり、上行胸部大動脈瘤に対し人工血管置換術を施行した高齢者への、退院後歩行ガイド下で訪問心臓リハビリテーション（以下訪問心リハ）を実施した症例の1年の経過を報告する。

【方法】

70歳代女性。既往に左視床出血あり。左延髄梗塞のため入院後、上行胸部大動脈瘤が発見され人工血管置換術を施行した。入院中心臓リハビリテーションを行い、術後28病日に退院。退院日に訪問看護、2日後より訪問心リハを開始した。退院後は身体機能の低下と胸水貯留を認め、伝い歩きでのトイレ歩行や家事で息切れが生じていた。また、入浴や階段、外出が困難で生活への不安を訴えていた。訪問心リハとして段階的な運動処方、心負荷軽減のための環境調整と活動調整、心不全手帳を用いた疾病管理指導と症状観察、内服の確認などを行なった。

【結果】

退院後1ヶ月で身体機能と運動耐容能、息切れの改善を認め、日常生活への不安が軽減した。3ヶ月後には近隣のスーパーに買い物など活動範囲の拡大に至った。

【考察】

高齢者に対し回復期から維持期にかけて歩行ガイド下で訪問心リハを行うことは、退院後の不安の解消や身体機能、活動範囲の維持・向上に有用と考える。

O4-6

演題取り下げ

O5-1

整形外科病院がゼロイチで始めた心リハ／CLTI患者のmajor amputationを回避できた一例

松本充也¹、越坂部直人²、富田開斗²、川手浩史³、
木村麻衣⁴、堀内信栄⁴

¹ 所沢第一病院 循環器内科

² 所沢第一病院 リハビリテーション科

³ 所沢第一病院 形成外科

⁴ 所沢腎クリニック

【目的】

整形外科診療が経営母体である当院では、2024年2月より心臓リハビリテーションを導入し、2024年3月～2025年2月までの1年でCPX22件、外来心リハ導入患者7件の運営をできた。他職種協働で管理することでmajor amputationを回避出来たCLTI症例を交えて報告する。

【方法】

69歳男性、糖尿病性腎症にて維持透析導入中。2020年に冠動脈バイパス術（3枝）、左LEADに対してステント留置後。術後にコレステリン塞栓（blue toe）を発症した経緯あり。2024年6月フォローアップのABI検査で右0.78と有意に低下認め、同年8月には右足趾の潰瘍形成・黒色変化が進行し当科紹介。

【結果】

コレステリン塞栓の既往からEVT実施できず血管外科に依頼。右後脛骨動脈バイパス術を施行し、右3-5趾基節骨切断のみにとどめることができた。術後疼痛により廃用が進んだため当院で心リハを開始した。下肢筋力の低下が著しく6MWD評価困難レベルだったが、退院時には自力で杖歩行可能となった。

【考察】

心リハ介入の他、形成外科の指示のもと透析中に医療者介入下で処置を行った。他職種で質の保たれた医療サポートを遂行でき、適切な管理環境を整えることができた。

O5-2

外来・病棟、多職種連携により心不全入院を繰り返す患者が行動変容でき、手段的日常生活動作が改善した一例

齊藤美和¹、三宅敦子¹、花澤千尋¹、木村綾夏¹、
鶴野結子²、柳 萌菜²、加藤隆生³、横山美帆³、
南野 徹³

¹ 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部

² 順天堂大学医学部附属順天堂医院 栄養部

³ 順天堂大学大学院医学研究科 循環器内科学講座

【はじめに】

入院日数は年々短縮され外来での治療・継続看護が求められる。心不全患者に対する多職種連携は、患者の生活の質の向上へと繋がる。外来・病棟、多職種と連携し心不全指導を行った患者が行動変容し、手段的日常生活動作（IADL）が向上したため報告する。

【事例紹介】

60代男性、肥大型心筋症・洞不全症候群にて通院中。今回、うっ血性心不全のため緊急入院となった。薬物治療の強化・ペースメーカ植込み術を施行し退院となった。入院前のADLは、息切れが強く杖歩行であった。食事は、タンパク質やサプリメントのみ摂取していた。

【実践】

外来看護師が療養指導を実施していたため、緊急入院となった際に看護師を始めとした病棟スタッフと連携をとり、早期に医師や栄養士・リハビリテーションなど多職種でカンファレンスを実施し指導を行った。結果、食事は減塩に加えバランスのよい内容に改善され、セルフモニタリングを行うだけでなく自らアセスメントが可能となった。また、外来心臓リハビリテーションを継続し、杖を使用せず階段昇降が実施できIADLの向上を認めた。

【結語】

患者の行動変容には、外来・病棟間・多職種連携を行う事が重要でありIADLの改善にも繋がった。

O5-3

心大血管疾患リハビリテーション料算定疾患について

小山照幸

亀田総合病院 リハビリテーション科

【目的】

心大血管疾患リハビリテーション料算定数は年々増加しているが、どのような疾患に対して実施しているのかは不明である。今回、本邦の循環器疾患の患者数の年次変化と年齢構成について調べたので報告する。

【調査方法】

厚生労働省が公表している「患者調査」から、「循環器系疾患」のうち心リハ料算定可能な狭心症、心不全、陳旧性心筋梗塞の総患者数の年次変化と年齢階級別年次変化を調べた。

【結果】

令和5年度の循環器疾患総患者数の内訳をみると、狭心症は第2位で、97.8万人（27%）であった。続いて心不全72.2万人（20%）、陳旧性心筋梗塞25.5万人（7%）であった。狭心症のピーク年齢は70歳代前半で、それ以上の年齢で減少していた。心不全は高齢になるほど増加していた。

【考察】

近年狭心症と心不全患者の増加が著しく、年齢階級別では狭心症は75歳以上で減少するのに対して、心不全は増加していた。心リハ料算定において高齢者の入院外は少なく、通院が難しいことがうかがわれる。

【まとめ】

心大血管疾患リハビリテーション料算定数の増加は高齢層で増加しているが、この増加は、心不全患者の増加によると考えられた。

O5-4

心不全におけるフィジカルアセスメントの看護師とリハビリテーション職種での実施状況と職種間の差について

石川雄太、小田成美、谷川真穂、田村優樹

公立藤岡総合病院

フィジカルアセスメント(PA)は心不全患者を非侵襲的に評価し、運動療法の安全性を確保するために不可欠である。本研究では心不全におけるPAの実施状況と職種間の違いを検討した。

【方法】

対象は当院HCU・循環器病棟の看護師(Ns)35名と理学療法士(PT)5名。心不全のうっ血・低灌流所見の評価状況をアンケート調査、実施状況をカルテより後方視的に調査した。①自己申告による「日常的な評価所見」と「日常的なカルテ記載所見」、②自己申告の「日常的なカルテ記載所見」と実際のカルテ記載状況の乖離を差分分析、③職種間比較をFisherの正確確率検定で解析し、有意水準は5%とした。

【結果】

①Nsでは頸静脈怒張・拍動で自己申告による所見評価率(91.4%)とカルテ記載率(74.3%)の間に有意差を認めた。②Nsでは頸静脈怒張・拍動で自己申告(74.3%)と実際(8.0%)のカルテ記載率の間に、PTではチアノーゼで自己申告(80.0%)と実際(7.0%)のカルテ記載率の間に有意差を認めた。③頸静脈怒張・拍動(Ns<PT)、チアノーゼ(Ns>PT)で有意差を認めた。

【考察】

職種によりPAの視点が異なり、自己評価が実態を過大に反映している可能性を示唆し、記録実態の客観的評価の必要性を示すものである。

O5-5

演題取り下げ

O5-6

心臓リハビリテーションにおける心理的スクリーニングの現状評価と課題

乙部知子¹、堀越明德¹、濱野一平²、臼井英祐³、
角田恒和³

¹ 総合病院 土浦協同病院 看護部

² 同 リハビリテーション部

³ 同 循環器内科

【目的】

心臓リハビリテーション（以下、心リハ）は、身体機能の回復にとどまらず、心理的側面も含めた包括的な介入によって再発予防や生活の質（QOL）の向上を図ることが重要である。看護師による抑うつや性格傾向を踏まえた心理スクリーニングの実施状況を評価し、今後の課題を検討する。

【方法】

2020～2024年に心リハを受けた急性冠症候群（ACS）患者1,088名を対象に、独自のツールを用いて、看護師が抑うつや性格傾向をスクリーニングし、心理支援が必要と判断した患者への心理師介入の実施状況を評価した。

【結果】

スクリーニングで心理的支援が必要とされたのは全体の3.8%（41名/1,088名）であった。ACS患者の特徴や心理的リスクを考慮すれば、心理的支援を必要とする患者は潜在的に存在している可能性が高く、現在のスクリーニング体制では十分に拾い上げられていない可能性が示唆された。

【考察】

心理的支援の重要性は広く認識されているものの、看護師のスクリーニングに対する技術や認識不足が危惧された。スクリーニング方法の見直しや教育の充実、多職種連携を推進させ、患者の性格傾向を踏まえた個別性のある患者指導に繋げていくことが今後の重要な課題である。

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

日本心臓リハビリテーション学会 関東甲信越支部役員

支 部 長	安達 仁 (群馬県立心臓血管センター)
副 支 部 長	石田 岳史 (東京医科歯科大学)
支 部 幹 事	木庭 新治 (昭和医科大学病院) 阿古 潤哉 (北里大学医学部) 明石 嘉浩 (聖マリアンナ医科大学) 小林 欣夫 (千葉大学大学院医学研究院) 南野 徹 (順天堂大学医学部) 曾川 正和 (社会医療法人社団 森山医会 森山記念病院) 安 隆則 (獨協医科大学医学部日光医療センター) 高橋 哲也 (順天堂大学) 田嶋 明彦 (新潟薬科大学) 石原 俊一 (文教大学) 池亀 俊美 (榊原記念病院) 藤田 英雄 (自治医科大学附属さいたま医療センター) 島田 和典 (千川通りクリニック) 桑原宏一郎 (信州大学) 丸山 泰幸 ((医社)幸正会岩槻南病院)
庶 務 幹 事	宇賀田裕介 (医療法人聖仁会 西部総合病院) 岡 和博 (社会医療法人 さいたま市民医療センター)
支部評議員	加藤 穰 (霞ヶ浦医療センター) 近野 宏知 (つくば心臓血管内科 メイククリニック) 田中 宏和 (ゆみのハートクリニック) 大関 直也 (東京医科大学茨城医療センター) 田村 由馬 (獨協医科大学日光医療センター) 山崎佐枝子 (笛吹中央病院) 草深 恵 (諏訪赤十字病院) 渡辺 徳 (社会医療法人抱生会 丸の内病院) 尾崎 和幸 (新潟市民病院) 柏村 健 (新潟大学医歯学総合研究科) 岡田 将 (千葉大学医学部附属病院) 岩花 東吾 (千葉大学大学院医学研究院) 内山 覚 (新東京病院) 石川 哲也 (獨協医大埼玉医療センター)

支部評議員

松永 篤彦 (北里大学)
小山 照幸 (亀田総合病院)
畦地 萌 (株式会社孫の手あらまき)
車谷 容子 (公益社団法人山梨勤労者医療協会 甲府共立病院)
安達 太郎 (昭和医科大学医学部)
加藤 祐子 (心臓血管研究所附属病院)
長田 尚彦 (聖マリアンナ医科大学病院)
磯 良崇 (昭和医科大学藤が丘病院)
西 功 ((医)孝仁会釧路孝仁会記念病院)
宗村 和幸 (済生会新潟病院)
小林 隆洋 (南長野医療センター 篠ノ井総合病院)
星出 聡 (自治医科大学)
中出 泰輔 (順天堂大学大学院医学研究科)
西川 淳一 (帝京大学医学部附属病院)
榊 聡子 (IMS(イムス)グループ春日部中央総合病院)
紺野久美子 (帝京大学医学部内科学講座)
岡村 大介 (聖路加国際病院)
藤田 真弓 (埼玉医科大学国際医療センター)
新保 麻衣 (榊原記念病院)
古川 博史 (東京女子医科大学附属足立医療センター)
樋口 智子 (信州大学医学部附属病院)
山本 周平 (信州大学医学部附属病院)

日本心臓リハビリテーション学会 第10回関東甲信越支部地方会 プログラム委員

池亀 俊美 宇賀田裕介 岡 和博 北山 達郎 小林 康之 榊 聡子
武田 智徳 田村 由馬 富田 晴樹 中村 智弘 横山 美帆

(五十音順)

協賛一覧

第10回日本心臓リハビリテーション学会関東甲信越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関東甲信越支部地方会

会 長 石田 岳史

副会長 田嶋 明彦

【共催セミナー】

アストラゼネカ株式会社／小野薬品工業株式会社

バイエル薬品株式会社

フクダ電子株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ミナト医科学株式会社

【広 告】

インターリハ株式会社

キヤノンメディカルシステムズ株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

興和株式会社

日本光電工業株式会社

日本ライフライン株式会社

ファイザー株式会社

フクダ電子株式会社

株式会社ユネクス

【企業展示】

株式会社インボディ・ジャパン

株式会社HST

株式会社ケアコム

ミナト医科学株式会社

株式会社リモハブ

【寄 付】

インターリハ株式会社

(五十音順)

日本心臓リハビリテーション学会
第10回関東甲信越支部地方大会
プログラム・抄録集

発行日 2025年10月29日
会 長 石田 岳史（東京科学大学）
副会長 田嶋 明彦（新潟薬科大学）

会長事務局 東京科学大学病院 総合診療科
〒113-8510
東京都文京区湯島1-5-45 MDタワー14階
TEL：03-5803-5229

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：10kanto-jacr@m-qol.co.jp