



The Japanese Association of Cardiac Rehabilitation

日本心臓リハビリテーション学会 第10回中国支部地方会

プログラム・抄録集

会期 2024年11月30日(土)・12月1日(日)

会場 倉敷市芸文館

会長 齋藤 博則 (岡山赤十字病院 医療社会事業部長)



日本心臓リハビリテーション学会 第10回中国支部地方会

プログラム・抄録集

会期：2024年11月30日(土)・12月1日(日)

会場：倉敷市芸文館

会長 齋藤 博則

岡山赤十字病院 医療社会事業部長

目 次

ご挨拶	3
交通のご案内	4
会場案内図	5
ご案内	6
日程表	10
プログラム	
日循・心リハ ジョイントセッション	17
ランチョンセミナー	18
ティータイムセミナー	18
メディカルスタッフ企画	19
YIA (優秀演題アワード)	20
一般演題	21
抄 録	
ランチョンセミナー	29
ティータイムセミナー	33
メディカルスタッフ企画	37
YIA (優秀演題アワード)	41
一般演題	47
共催・協賛企業一覧	61

ご挨拶

日本心臓リハビリテーション学会第10回中国支部地方会

会長 齋藤 博則

岡山赤十字病院 医療社会事業部長

2024年11月30日(土)・12月1日(日)、岡山県倉敷市にて日本心臓リハビリテーション学会第10回中国支部地方会を国立病院機構岡山医療センターの松原広己先生が会長を務められる第125回日本循環器学会中国地方会と同時開催させていただく事になりました。

元旦に起きた能登半島地震、またCOVID-19の3年におよんだ感染対応においては、高齢者への医療が寸断されてしまい、高齢化社会における医療の持続性・継続性の脆弱性が浮き彫りになりました。このような時代背景の中、心不全患者の急増は「心不全パンデミック」と称されていますが、在院日数の短縮が求められる急性期病院においては早期から開始するリハビリテーションの重要性は増えています。心臓リハビリテーションは運動療法のみならず、患者家族教育や生活復旧支援のためのメンタルヘルスケアも重要であり、そのために多職種が集まり、情報共有することで早期の社会復帰を目指すものでありますが、継続していくためには地域包括ケアシステムの中で、急性期病院、慢性期病院、リハビリ施設、一般診療所、運動施設がしっかりと連携をとり、シームレスにリハビリテーションを行える環境整備を地域として考える必要があります。日本循環器学会との合同セッションでは「地域で考える心臓リハビリテーションの連携」について企画しました。

中国支部地方会は節目となる10回目を迎え事になりました。私達会員に求められる知識や技術も多岐にわたっています。メディカルセッションでは、「心疾患患者における治療と仕事の両立支援」、「重症心不全に対するLVAD・心臓移植の現状と課題」を企画しました。就労・復職支援も大切なリハビリテーションの一環であり、今後増加してくる重症心不全に対するリハビリテーションについても学べる機会を設けました。その他3つのセミナーでは「AED市民解禁から20年 ホームAEDへの期待」、「携帯型の心電図計を使った地域医療連携」、「クリニックベース心リハの開業について」等、会員の皆様に有用となるよう企画をしていますので楽しみにしてください。

交通のご案内



お車をご利用の場合

市営美観地区南駐車場(有料)、会場周辺有料駐車場には限りがあります。なるべく公共交通機関をご利用ください。

JR倉敷駅から

- 徒歩で約15分
- 市役所・吉岡方面行バス
(倉敷駅南口バス乗り場3・4番)で
中央2丁目(倉敷市芸文館)下車すぐ
- タクシーで約5分

電車で

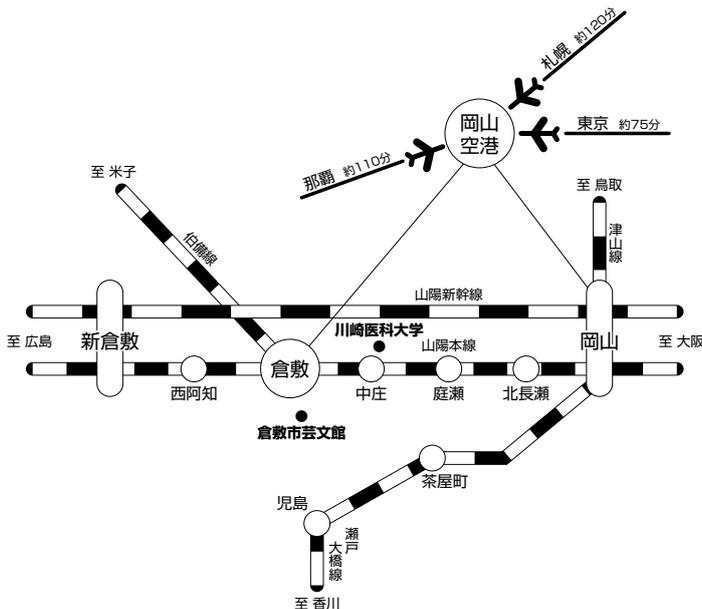
- 岡山駅から倉敷駅まで約17分
(山陽本線または伯備線)
※新幹線をご利用の際は岡山駅で降車ください

岡山空港から

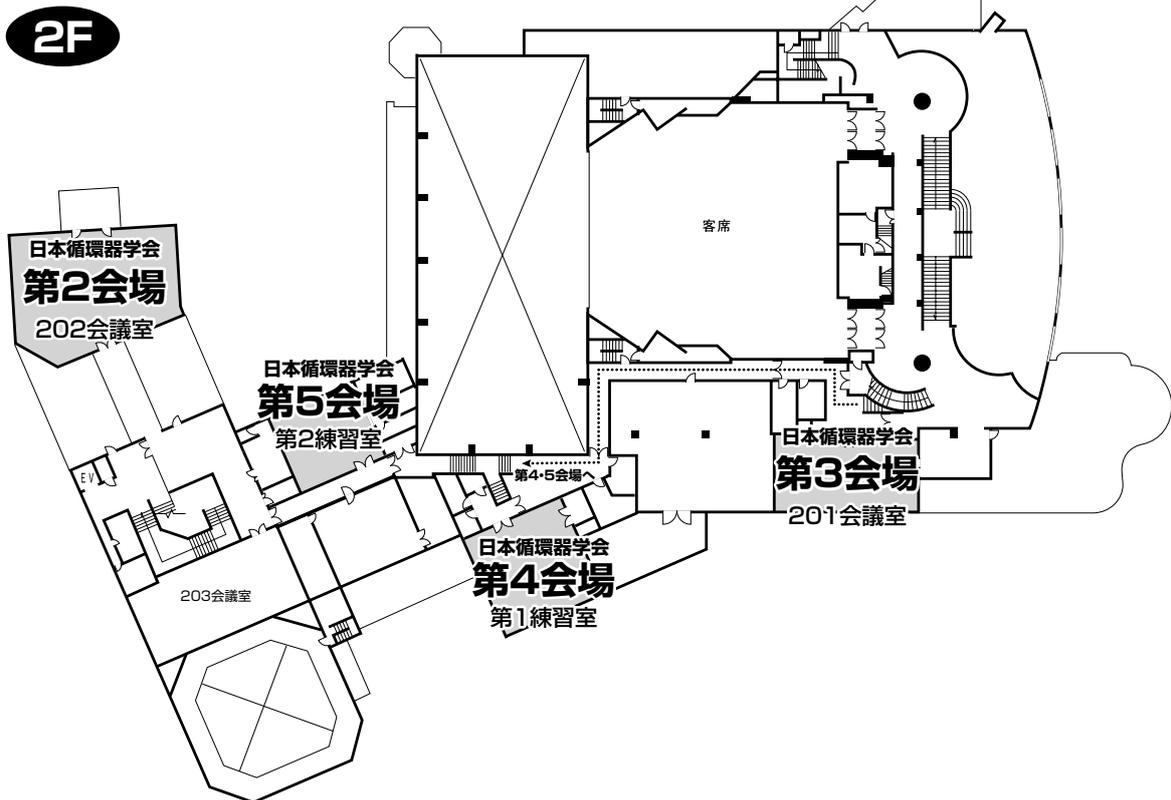
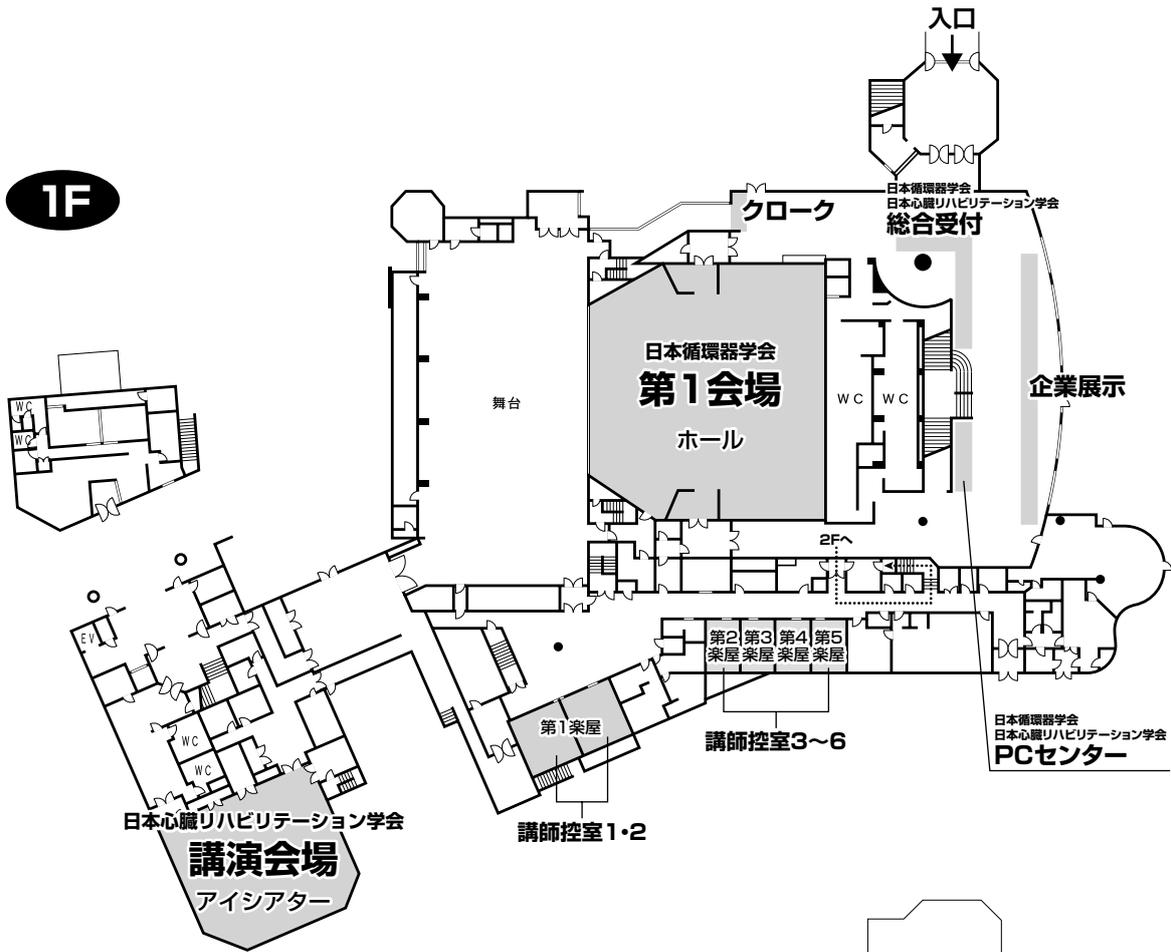
- 岡山駅までのリムジンバス、倉敷駅まで約60分
(1,110円)
- 倉敷駅までのリムジンバス約35分(1,150円)
- 倉敷市芸文館までタクシーで約40分(約7,000円)

お車で

- 倉敷IC(山陽自動車道)から約20分
- 早島IC(瀬戸中央自動車道)から約20分



会場案内図



ご案内

参加者の皆様へ

◆参加受付

日時：11月30日(土) 8:30～16:30

12月1日(日) 8:30～12:30

場所：総合受付(1F ロビー)

◆地方会参加費

会 員(不課税) 3,000円

非会員(課 税) 4,000円

- ・お支払いは現金のみ受付可能です。(クレジットカードはご利用できません)
- ・会場内では必ず参加証(兼領収書)に所属・氏名を記入のうえ、携帯してください。
- ・参加証(兼領収書)の再発行はできませんので、大切に保管してください。
- ・本会参加で第125回日本循環器学会中国地方会の聴講は可能ですが、循環器専門医資格更新、心不全療養指導士 参加単位・発表単位の単位取得は出来ませんので、予めご容赦ください。

◆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/>

- ・ご不明な点は下記学会事務局までお問い合わせください。

[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

◆心臓リハビリテーション指導資格更新単位の登録方法

研修単位：5単位(筆頭演者として発表の場合は、別途3単位取得可能)

※他支部からの参加も可能ですが、指導医資格更新単位として有効になるのは3つまでと制限させていただきます。

参加登録：参加受付期間中

受付場所：1F ロビー「単位受付」

◆評議員会

日時：11月30日(土) 14:30～14:50

場所：講演会場(1F アイシアター)

◆ランチョンセミナー・ティータイムセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入室時にお弁当、軽食等をお受け取りください。

◆クローク

日時：11月30日(土) 8:30～18:00

12月1日(日) 8:30～14:00

場所：1F ロビー

◆託児室

会期中は託児室を設置いたします。(完全予約制)

◆事務局

主催事務局 岡山赤十字病院 医療社会事業部
〒700-8607 岡山県岡山市北区青江2-1-1

運営事務局 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344
E-mail：jacr-ch10@med-gakkai.org

◆その他

- 1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。
- 2) 会場内は全館禁煙です。
- 3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

発表者へのご案内

◆PC発表データの受付

日時：11月30日(土) 8:30～16:30

12月1日(日) 8:30～14:00

場所：1F ホールロビー

◆進行情報

セッション名	発表	質疑
YIA (優秀演題アワード)	7分	3分
一般演題	6分	3分

- ・発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。
- ・舞台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。

◆試写・発表方法

- ・ご自身の発表30分前までにPCセンター（1F ホールロビー）にて発表データの試写ならびに受付をお済ませください。
- ・口演発表はすべてPC発表（PowerPoint）のみといたします。
- ・発表データは、Windows PowerPoint で作成してください。
- ・PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自でご準備ください。
- ・画面サイズはすべての会場で「16：9」です。

<データ発表の場合>

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

<PC本体持ち込みによる発表の場合>

- 1) Macintoshでの作成したものと動画・音声データを含む場合は、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PCケーブルコネクタの形状は「HDMI端子（図参照）」です。この端子を持つPCをご用意ください。または、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は必ずご持参ください。
- 3) 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。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) 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。
- 6) PCをご持参された方は、発表終了後、降壇時に各会場のPCオペレーター席にてPCをお受け取りください。



◆利益相反（COI）開示について

すべての筆頭発表者は利益相反状態について、発表スライドの1枚目または2枚目（タイトルスライドの前または後）に、申告用スライドを作成し利益相反について掲示してください。

心臓リハビリテーション学会ホームページに開示例が掲載されておりますので、見本（スタイルの変更は可）に準じて作成してください。

座長へのご案内

ご担当セッション開始約15分前までに会場内前方の「次座長席」にご着席ください。

進行は座長に一任しますが、時間厳守にご協力をお願いします。

コメンテーターへのご案内

ご担当セッション開始約15分前までに会場内前方「コメンテーター席」にご着席ください。
座長に代わりご質問いただき、活気あるディスカッションをお願いいたします。

YIA (優秀演題アワード) について

◆審査員の皆さまへ

会場内にて、会場責任者より審査用紙のお渡しをさせていただきます。

◆発表者の皆さまへ

閉会式にて表彰いたします。表彰時、会場までお越しいただけない場合は、後日あらためて受賞者にご連絡いたします。

◆表彰式

日時：12月1日(日) 13:20～

会場：1F ホール

第125回日本循環器学会中国地方会と合同で表彰式をいたします。

日程表 11月30日(土)

	第1会場 (日循会場) 1F ホール	第2会場 (日循会場) 2F 202会議室	第3会場 (日循会場) 2F 201会議室
8:55			
9:00	開会式		
	<p>日本循環器学会 心臓リハビリテーション学会 合同企画 日循・心リハ ジョイントセッション 「地域で考える心臓リハビリテーションの連携」 座長：福家 聡一郎／渡邊 敦之 演者：川瀬 裕一／小野 環 渡邊 紀晶／上田 健太郎</p>	<p>日本循環器学会 学生・初期研修医奨励賞 1 (R-01～R-05) 座長：宗政 充／須澤 仁</p>	<p>日本循環器学会 学生・初期研修医奨励賞 2 (R-06～R-10) 座長：赤木 達／末富 建</p>
10:30			
10:40	<p>日本循環器学会 研修医教育セミナー 「先生、それ循環器Emergencyです！ ～クイズで学ぶ、見落としがちな着目点～」 座長：網岡 尚史／中島 充貴 コメンテーター：中島 充貴／廣延 直也 小室 あゆみ／三木 崇史 演者：岡本 公志／網岡 尚史 岡村 祥央／中村 研介 高張 康介</p>	<p>日本循環器学会 ダイバーシティ推進委員会企画 「循環器診療における多職種連携」 座長：玉田 智子／石田 万里 演者：森 真由子／中山 奈都子 重見 優太／原 克典 斎藤 和也</p>	<p>日本循環器学会 学生・初期研修医奨励賞 3 (R-11～R-16) 座長：門田 一繁／吉田 雅言</p>
11:06			
11:15			<p>日本循環器学会 一般演題 弁膜症 1 (O-10～O-15) 座長：遠藤 昭博／岡田 大司</p>
11:30			
11:40		<p>日本循環器学会 一般演題 心不全 1 (O-01～O-04) 座長：池田 安宏／平井 雅之</p>	
12:10			
12:20	<p>日本循環器学会 ランチョンセミナー 1 座長：門田 一繁 演者：久保 享 共催：アストラゼネカ株式会社／ 小野薬品工業株式会社</p>	<p>日本循環器学会 ランチョンセミナー 2 座長：渡邊 敦之 演者：平松 茂樹／西井 伸洋 共催：バイオロニックジャパン株式会社／ フクダ電子岡山販売株式会社</p>	<p>日本循環器学会 ランチョンセミナー 3 座長：小田 登 演者：川瀬 裕一 共催：バイエル薬品株式会社</p>
13:20			
13:30	<p>日本循環器学会 評議員会</p>		
14:00			
14:10	<p>日本循環器学会 学生・初期研修医奨励賞 4 (R-17～R-21) 座長：中村 一文／高張 康介</p>	<p>日本循環器学会 学生・初期研修医奨励賞 5 (R-22～R-27) 座長：福家 聡一郎／三木 崇史</p>	<p>日本循環器学会 学生・初期研修医奨励賞 6 (R-28～R-33) 座長：森田 宏／橋 元見</p>
15:05			
15:10	<p>日本循環器学会 教育セッション 1 (基礎系) 「水素医療の実装化をめざした トランスレーショナル研究」 座長：湯浅 慎介 演者：佐野 元昭</p>	<p>日本循環器学会 ティータイムセミナー 1 座長：田坂 浩嗣 演者：木村 朋生／末成 和義 坂之上 春菜 共催：日本ライフライン株式会社</p>	<p>日本循環器学会 ティータイムセミナー 2 座長：山本 一博 演者：土肥 由裕 共催：ヤンセンファーマ株式会社</p>
16:00	<p>日本循環器学会 教育セッション 2 (外科系) 「CTEPHに対する肺動脈内膜摘除術」 座長：笠原 真悟 演者：石田 敬一</p>		
16:50	<p>日本循環器学会 教育セッション 3 (内科系) 「generalな視点で循環器疾患の 最新を語る」 座長：渡邊 敦之 演者：奥村 恭男</p>	<p>日本循環器学会 一般演題 心不全 2 (O-05～O-09) 座長：河合 勇介／多田 毅</p>	<p>日本循環器学会 一般演題 心膜・腫瘍 (O-16～O-21) 座長：木下 弘喜／森川 喬生</p>
17:40			

第4会場 (日循会場) 2F 第1練習室	
9:00	日本循環器学会 一般演題 心内膜炎 (O-22~O-27) 座長：太田 哲郎/泉 可奈子
9:42	
10:00	日本循環器学会 ティータイムセミナー3 座長：奥村 恭男 演者：茶谷 龍己/中野 由紀子 共催：第一三共株式会社
11:00	
11:10	日本循環器学会 一般演題 肺循環 (O-28~O-32) 座長：土肥 由裕/黒沼 圭一郎
11:45	
14:10	日本循環器学会 一般演題 心筋炎・心筋症 (O-33~O-37) 座長：田中屋 真智子/木村 晃久
14:45	
15:20	日本循環器学会 ティータイムセミナー4 座長：上村 史朗 演者：三好 亨 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社/ 日本イーライリリー株式会社
16:20	
16:30	日本循環器学会 一般演題 虚血性心疾患1 (O-38~O-42) 座長：片山 祐介/赤坂 俊彦
17:05	

第5会場 (日循会場) 2F 第2練習室	
9:00	日本循環器学会 DVDセッション 「倫理に関する講演会」 座長：植田 真一郎 演者：Isla Mackenzie 「医療安全に関する講演会」 座長：井澤 英夫 演者：伊東 昌広
11:00	
14:00	日本循環器学会 中国支部AHA BLSヘルスケア プロバイダーコース
17:00	

講演会場 (心リハ会場) 1F アイシアター	
8:55	
9:00	開会式 心臓リハビリテーション学会 YIA (優秀演題アワード) (Y-1~Y-5) 座長：湯浅 慎介/安信 祐治
9:50	
10:00	心臓リハビリテーション学会 一般演題1 運動耐容能 (O-01~O-06) 座長：安信 裕治/小田 登 コメンテーター：金井 香菜/中 麻規子
10:54	
11:00	心臓リハビリテーション学会 一般演題2 包括的心リハ (O-07~O-11) 座長：加藤 雅彦/荻野 和秀 コメンテーター：曾田 武史/濱本 奈末
11:45	
12:20	心臓リハビリテーション学会 ランチョンセミナー1 座長：齋藤 博則 演者：石見 拓 共催：セコム株式会社
13:20	
13:30	心臓リハビリテーション学会 一般演題3 患者教育・地域連携 (O-12~O-17) 座長：太田 哲郎/今岡 圭 コメンテーター：黒崎 智之/森脇 陽子
14:24	
14:30	心臓リハビリテーション学会 評議員会
14:50	
15:00	心臓リハビリテーション学会 ティータイムセミナー 座長：小野 環 演者：二階堂 暁 共催：オムロンヘルスケア株式会社
16:00	
16:10	心臓リハビリテーション学会 メディカルスタッフ企画1 【重症心不全に対する LVAD・心臓移植の現状と課題】 座長：衣笠 良治/三好 亨 症例提示：岩崎 慶一郎 演者：塚本 泰正 共催：SatgeDの心不全患者のケアを考える会
17:40	

日程表 12月1日(日)

第1会場 (日循会場) 1F ホール		第2会場 (日循会場) 2F 202会議室		第3会場 (日循会場) 2F 201会議室	
9:00	日本循環器学会 若手研究者奨励賞 (YIA) (Y-01～Y-03) 座長：田邊 一明/吉川 泰司	9:00	日本循環器学会 成人先天性心疾患セミナー 「肺高血圧を併した成人先天性心疾患： 経験をシェアし今後の診療に生かす」 座長：杜 徳尚/脇 研自 コメンテーター：小坂田 皓平/中川 直美 小谷 恭弘 挨拶：松原 広己/赤木 禎治 症例提示：田邊 淳也/中村 研介 小室 あゆみ/植田 裕介 エキスパートレクチャー：赤木 達	9:00	日本循環器学会 一般演題 虚血性心疾患2 (O-48～O-52) 座長：城田 欣也/池田 哲也
9:30	日本循環器学会 一般演題 弁膜症2 (O-43～O-47) 座長：田村 健太郎/熊谷 国孝	10:30	日本循環器学会 災害対策特別シンポジウム 座長：上村 史郎/齋藤 博則 演者：齋藤 博則/上村 史朗 高村 雅之 ディスカッサント： 宇都宮 裕人/吉田 賢司 今井 孝一郎/望月 守 渡邊 伸英/赤坂 俊彦	9:35	
10:10		10:40		10:00	日本循環器学会 ティータイムセミナー5 座長：中村 一文/湯浅 慎介 演者：湯浅 慎介/中村 一文 共催：ファイザー株式会社
10:20	日本循環器学会 心不全療養指導士セッション 「中国県民カミングアウト！ 退院支援・地域連携でうまく いった症例いかなかった症例」 座長：衣笠 良治/小田 登 演者：浦上 悠/濱本 奈未 コメンテーター：月城 一志/前原 宏樹 小山 勝真/小田 さゆり	12:10		11:00	
11:50		12:20	日本循環器学会 ランチョンセミナー4 座長：松原 広己 演者：谷口 悠 共催：MSD株式会社	11:10	日本循環器学会 一般演題 虚血性心疾患3 (O-53～O-57) 座長：塩出 宣雄/住元 庸二
12:20		13:20	日本循環器学会 ランチョンセミナー5 座長：下川原 裕人 演者：田邊 信宏 共催：持田製薬株式会社	11:45	
13:20	表彰式・閉会式			12:20	日本循環器学会 ランチョンセミナー6 座長：永瀬 聡 演者：草野 研吾 共催：ファイザー株式会社
13:30				13:20	
14:00	日本循環器学会 市民公開講座 「知っておきたい心臓と血管の病気 ～これからも生き生き過ごすために」 座長：杜 徳尚 演者：湯浅 慎介/谷本 敦史 三好 亨/松原 広己 齋藤 博則/村尾 卓哉 笠原 真悟				
15:30					

第4会場 (日循会場) 2F 第1練習室	
9:00	日本循環器学会 一般演題 末梢血管 (O-58～O-61) 座長：辛島 詠土／網岡 尚史
9:28 9:35	日本循環器学会 一般演題 大動脈 (O-62～O-65) 座長：柚木 継二／荒川 三和
10:03 10:08	日本循環器学会 一般演題 デバイス (O-66～O-69) 座長：永瀬 聡／福田 昌和
10:36 10:45	日本循環器学会 一般演題 肺循環・その他 (O-70～O-74) 座長：下川原 裕人／佐田 良治
11:20 11:25	日本循環器学会 一般演題 不整脈 (O-75～O-79) 座長：城 日加里／岡村 祥央
12:00	

講演会場 (心リハ会場) 1F アイシアター	
9:00	心臓リハビリテーション学会 一般演題4 多職種協働・疾病管理プログラム (O-18～O-22) 座長：山本 健／立石 裕樹 コメンテーター：前原 達哉／櫻木 悟
9:45 9:50	心臓リハビリテーション学会 メディカルスタッフ企画2 「心疾患患者における 治療と仕事の両立支援」 座長：岡 岳文／前原 達哉 演者：豊田 章宏／田邊 淳也
11:20 11:25	心臓リハビリテーション学会 一般演題5 臨床研究・疫学・術後 (O-23～O-27) 座長：西崎 真里／小幡 賢吾 コメンテーター：花田 真嘉／安藤 可織
12:10 12:20	心臓リハビリテーション学会 ランチョンセミナー2 演者：岡 岳文／二階堂 暁 共催：インターリハ株式会社／ フクダ電子岡山販売株式会社
13:20	

プログラム

日循・心リハ ジョイントセッション

11月30日(土) 9:00～10:30

地域で考える心臓リハビリテーションの連携

第1会場(日循会場)

座長：福家 聡一郎 (岡山赤十字病院 循環器内科)

渡邊 敦之 (独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 循環器内科)

1 倉敷地区における心臓リハビリテーションの連携 急性期の立場から

倉敷中央病院 循環器内科

川瀬 裕一

2 倉敷地区における心臓リハビリテーションの連携 維持期の立場から

小野内科医院 院長

小野 環

3 広島における心臓リハビリテーションの取り組み

広島大学大学院医系科学研究科 循環器内科学

渡邊 紀晶

4 広島市中心部における心臓リハビリテーションの連携について

上田循環器八丁堀クリニック 院長

上田 健太郎

ランチョンセミナー1

11月30日(土) 12:20~13:20

講演会場(心リハ会場)

座長：齋藤 博則(岡山赤十字病院 医療社会事業部)

～AED市民解禁から20年～

心臓突然死を減らす多面的・戦略的アプローチとホームAEDへの期待

石見 拓(京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 予防医療学分野)

共催：セコム株式会社

ランチョンセミナー2

12月1日(土) 12:20~13:20

講演会場(心リハ会場)

循環器疾患患者の包括的ケア ～外来心臓リハビリテーションから地域連携まで～

岡 岳文(津山中央病院 副院長)

二階堂 暁(八王子みなみ野心臓リハビリテーションクリニック 院長)

共催：インターリハ株式会社/フクダ電子岡山販売株式会社

ティータイムセミナー

11月30日(土) 15:00~16:00

講演会場(心リハ会場)

座長：小野 環(小野内科医院)

Clinic-base心臓リハビリDr.が語る！携帯型心電計の臨床活用の可能性

二階堂 暁(八王子みなみ野心臓リハビリテーションクリニック)

共催：オムロンヘルスケア株式会社

メディカルスタッフ企画

メディカルスタッフ企画1

11月30日(土) 16:10~17:40

重症心不全に対するLVAD・心臓移植の現状と課題

講演会場(心リハ会場)

座長：衣笠 良治（鳥取大学医学部 循環器・内分泌代謝内科学分野）
三好 亨（岡山大学学術研究院医歯薬学域 循環器内科学）

症例提示：岡山大学病院における重症心不全診療の現状

岡山大学学術研究院医歯薬学域 循環器内科学
岩崎 慶一郎

MS1 重症心不全診療の現状 ～心臓移植・補助人工心臓～

国立研究開発法人国立循環器病研究センター 心不全・移植部門 移植医療部
塚本 泰正

共催：SatgeDの心不全患者のケアを考える会

メディカルスタッフ企画2

12月1日(土) 9:50~11:20

心疾患患者における治療と仕事の両立支援

講演会場(心リハ会場)

座長：岡 岳文（津山中央病院 循環器内科）
前原 達哉（山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部）

MS2-1 心疾患患者における治療と仕事の両立支援

中国労災病院 治療就労両立支援センター
豊田 章宏

MS2-2 島根大学病院における心不全両立支援の取り組みについて

島根大学医学部附属病院 循環器内科¹，島根大学医学部附属病院 リハビリテーション部²，
島根大学医学部附属病院 看護部³
田邊 淳也¹，今岡 圭²，大矢 菜穂子³，川原 洋¹，岡田 大司¹，香川 雄三¹，佐藤 寛大¹，
渡邊 伸英¹，遠藤 昭博¹，田邊 一明¹

YIA (優秀演題アワード)

11月30日(土) 9:00~9:50

講演会場(心リハ会場)

座長：湯浅 慎介 (岡山大学学術研究院医歯薬学域 循環器内科学)
安信 祐治 (三次地区医療センター 病院長)

Y-1 心不全患者における自覚的味覚障害とうつとの関連

松江赤十字病院 リハビリテーション技術部¹, 松江赤十字病院 循環器内科²
須山 朋子¹, 杉原 志伸², 須山 竜二¹, 城田 欣也²

Y-2 90歳以上の超高齢心不全患者は一度離床までのプロトコル成功後の離床遅延が退院先の帰結に影響する

芳野病院 リハビリテーション科¹, 芳野病院 外科², 芳野病院 内科³,
津山中央病院 心臓血管センター 循環器内科⁴
前原 宏樹¹, 藤本 宗平², 中山 洋一³, 藤本 竜平^{3,4}

Y-3 サルコペニア肥満と高齢外来心臓リハビリテーション患者におけるフレイルとの関連

医療法人桃山会 小野内科医院
澁谷 諒, 赤澤 奈緒, 小野 環

Y-4 心不全患者における社会的孤立に影響する因子の検討

山口県立総合医療センター リハビリテーション部¹,
山口県立総合医療センター 循環器内科²
山本 拓海¹, 三浦 正和¹, 角上 勇作¹, 大野 豊¹, 江口 奈穂¹, 橋本 実央¹, 赤瀬 英亮²,
中尾 文昭², 上山 剛², 池田 安宏²

Y-5 多発脳梗塞や両側腓骨神経麻痺を合併したLVAD装着患者の在宅復帰を多職種・地域連携を経て獲得できた一例

山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹,
山口大学医学系研究科 器官病態内科学講座循環器内科²,
山口大学医学部附属病院 看護部³, 山口大学医学部附属病院 ME機器管理センター⁴,
山口大学医学部附属病院 薬剤部⁵, 山口大学医学部附属病院 医療支援課患者サポート係⁶,
山口大学医学部 高齢者心不全治療学講座⁷
前原 達哉¹, 藤村 達大², 村橋 千里³, 富貞 公貴⁴, 佐々木 孝彰⁵, 梶間谷 百恵³,
宮川 雅人⁶, 泉 博則¹, 熊野 未来¹, 大野 誠², 小林 茂樹^{2,7}, 佐野 元昭²

一般演題

一般演題1

11月30日(土) 10:00~10:54

運動耐容能

講演会場(心リハ会場)

座長：安信 祐治 (三次地区医療センター 病院長)

小田 登 (広島大学大学院医系科学研究科 循環器内科学)

コメンテーター：金井 香菜 (広島大学病院 リハビリテーション部)

中 麻規子 (広島大学病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター)

O-01 外来心臓リハビリテーションが効果的であった入退院を繰り返していた心不全Stage D患者の1例

岡山赤十字病院 リハビリテーション科¹, 岡山赤十字病院 循環器内科²,
兵庫医科大学大学院リハビリテーション科学研究科³
安藤 可織^{1,3}, 小幡 賢吾¹, 福家 聡一郎², 松沢 良太³, 玉木 彰³

O-02 急性期心肺運動負荷試験による目標心拍数について β 遮断薬内服の有無を踏まえた検討

広島心臓血管病院 リハビリテーション科¹, 広島心臓血管病院 循環器内科²
寅丸 幸栄¹, 中村 真幸²

O-03 心筋ブリッジによる小児心筋梗塞患者に対する運動療法の調整と効果

鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹, 鳥取大学医学部附属病院 小児科²,
鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション科³
廣瀬 佳乃子¹, 曾田 武史¹, 成瀬 健次郎¹, 上榎 仁志², 尾崎 まり^{1,3}

O-04 当院の心不全パスが離床時期や退院時歩行能力に及ぼす効果

松江市立病院 リハビリテーション部¹, 松江市立病院 看護部²,
松江市立病院 循環器内科³, 松江市立病院 リハビリテーション科⁴
黒崎 智之¹, 上田 正樹¹, 森山 修治¹, 伊藤 麻里子¹, 川島 展之¹, 松浦 佑哉¹, 井原 伸弥¹,
東 由貴¹, 森脇 陽子², 小林 ゆかり², 佐貫 仁宣³, 広江 貴美子³, 福永 典子⁴, 太田 哲郎³

O-05 心原性ショックで救急搬送されたがADL自立まで回復し転院できた重症心不全の一例

岡山大学病院 総合リハビリテーション部¹, 岡山大学病院 看護部²,
岡山大学病院 循環器内科³
大塚 貴久¹, 木元 朗¹, 原賀 泰誠¹, 遠部 千尋², 三好 亨³

O-06 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た薬剤性心筋症の1例

岡山大学病院 総合リハビリテーション部¹, 岡山大学病院 看護部²,
岡山大学病院 循環器内科³
木元 朗¹, 原賀 泰誠¹, 大塚 貴久¹, 遠部 千尋², 三好 亨³

座長：加藤 雅彦（鳥取大学医学部保健学科検査技術科学専攻 病態検査学講座）
萩野 和秀（鳥取赤十字病院 循環器内科）

コメンテーター：曾田 武史（鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション部）
濱本 奈未（鳥取赤十字病院 看護部）

0-07 クリニックで行う看護師を中心とした心臓リハビリテーション

さくらぎ循環器・内科クリニック
櫻木 悟

0-08 地域連携心不全情報共有シート・心不全手帳を用いた心不全教育・地域連携

鳥取大学医学部附属病院 看護部¹，鳥取大学医学部 循環器・内分泌代謝内科学分野²，
鳥取大学医学部保健学科検査技術科学専攻 病態検査学講座³，
鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション部⁴，鳥取大学医学部附属病院 栄養部⁵，
鳥取大学医学部附属病院 薬剤部⁶
万場 みどり¹，衣笠 良治²，石賀 奈津子¹，曾田 武史⁴，中山 奈都子⁵，大草 由佳子⁶，
赤川 彩音¹，中村 研介²，平井 雅之²，加藤 雅彦³，山本 一博²

0-09 外来心臓リハビリテーションにて治療と仕事の両立支援を行い復職に至った特発性拡張型心筋症の一例

川崎医科大学附属病院 リハビリテーションセンター¹，川崎医科大学 循環器内科²
杉 吉郎¹，岡本 公志²，上村 史朗²

0-10 過活動によるS-ICD再作動への不安に対し、歩数計を用いた運動量管理を行うことで低活動予防を図った一症例

鳥根県立中央病院
藤丘 政明

0-11 心臓リハビリテーション外来からメディカルフィットネスへ ～当院での取り組みについて～

社会医療法人創和会 しげい病院
原 昌斗，井本 洋史，西濱 美絵，熊代 博文

座長：太田 哲郎 (松江市立病院 循環器内科)

今岡 圭 (島根大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

コメンテーター：黒崎 智之 (松江市立病院 リハビリテーション部)

森脇 陽子 (松江市立病院 看護部)

O-12 急性期から維持期まで継続した包括的心臓リハビリテーションが奏功した2症例

岡山済生会総合病院 リハビリテーションセンター¹, 岡山済生会総合病院 循環器内科²,
岡山済生会総合病院 看護部³

茅本 洋平¹, 川北 祝史², 山下 智徳¹, 岡田 千明³, 遠藤 有二¹

O-13 当院で心臓リハビリテーション実施した患者の退院後の就労状況に関するアンケート調査

島根大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹, 島根大学医学部附属病院 看護部²,
島根大学医学部 リハビリテーション医学講座³, 島根大学医学部附属病院 循環器内科⁴
今岡 圭¹, 野口 瑛一¹, 福原 翔¹, 中尾 珠里¹, 江草 典政¹, 大矢 菜穂子², 田邊 淳也⁴,
酒井 康生³

O-14 HFNCを用いた急性期心臓リハビリテーションと、抜管後の嚥下機能評価が有用であった心肺停止蘇生後症例

総合病院岡山協立病院 リハビリテーション部¹, 総合病院岡山協立病院 麻酔科²,
総合病院岡山協立病院 内科³

桃谷 雅彦¹, 真鍋 郁也¹, 岸本 朋子¹, 井上 幸治¹, 坂下 臣吾², 角南 和治³

O-15 外来心臓リハビリテーションから通所リハビリテーションに移行した患者の特徴 - 4症例での検討 -

医療法人桃山会 小野内科医院

赤澤 奈緒, 澁谷 諒, 小野 環

O-16 心不全発症後に不安感から活動性低下したが外来心臓リハビリテーションにて不安感軽減し活動性向上した1例

玉島中央病院 医療技術部 リハビリテーション課¹, 玉島中央病院 看護部²,

玉島中央病院 医療技術部 薬剤課³, 玉島中央病院 医療技術部 栄養課⁴,

玉島中央病院 循環器内科⁵

竹田 圭佑¹, 西尾 佳晃¹, 木村 龍¹, 小野 昌平¹, 口ノ町 美鈴¹, 村上 里美², 中川 睦美²,

赤木 明莉², 湊 秀聡³, 宮 千紘⁴, 三好 章仁⁵

O-17 大腿骨頸部骨折患者の術後心不全発症に対しアセスメントしながら介入した症例 - 限られたリソースで出来る事 -

社会医療法人水と会 水島中央病院¹, 岡山赤十字病院 リハビリテーション科²,

医療法人桃山会 小野内科医院³

板谷 早紀¹, 安藤 可織², 赤澤 奈緒³, 加原 尚明¹, 松尾 龍一¹

座長：山本 健 (山口大学大学院医学系研究科 病態検査学)

立石 裕樹 (ハートクリニック南山口 循環器内科)

コメンテーター：前原 達哉 (山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

櫻木 悟 (さくらぎ循環器・内科クリニック)

O-18 入院期心不全患者における塩分摂取量で分類した臨床的特徴

山口県立総合医療センター リハビリテーション部¹,

山口県立総合医療センター 循環器内科²

三浦 正和¹, 大野 豊¹, 江口 奈穂¹, 橋本 実央¹, 角上 勇作¹, 山本 拓海¹, 赤瀬 英亮²,

中尾 文昭², 上山 剛², 池田 安宏²

O-19 異常歩行に着目した個別のリハビリテーションプログラムが身体機能の改善に功を奏した重症心不全の一症例

岡村一心堂病院 リハビリテーション室¹, 岡村一心堂病院 健診部²,

岡村一心堂病院 循環器内科³, 川崎医科大学 総合内科学^{3 4}

山本 貴大¹, 迎山 加奈¹, 空閑 奈津子¹, 友野 彩華¹, 川場 香苗¹, 武井 智恵子²,

岡村 暢大³, 伊藤 浩⁴

O-20 玉島中央病院における心臓リハビリテーション患者に対するハートカフェ開催の取り組みの報告

玉島中央病院 医療技術部 リハビリテーション課¹, 玉島中央病院 看護部²,

玉島中央病院 医療技術部 薬剤課³, 玉島中央病院 医療技術部 栄養課⁴,

玉島中央病院 循環器内科⁵

西尾 佳晃^{1,2,3}, 木村 龍¹, 小野 昌平¹, 竹田 圭佑¹, 口ノ町 美鈴¹, 赤木 明莉², 村上 里美²,

中川 睦美², 湊 秀聡³, 宮 千紘⁴, 三好 章仁⁵

O-21 当院の外来心臓リハビリテーションにおける現在までの経過と新たな取り組みについて

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

齋藤 聖平, 浜野 泰三郎

O-22 退院後早期再入院を来した心不全患者に多職種協働での退院支援を行った一例

広島心臓血管病院 リハビリテーション科¹, 広島心臓血管病院 循環器内科²

板井 ツカサ¹, 中村 真幸², 星子 展洋², 寅丸 幸栄²

座長：西崎 真里（独立行政法人国立病院機構岡山医療センター
リハビリテーション科）

小幡 賢吾（岡山赤十字病院 リハビリテーション科）

コメンテーター：花田 真嘉（倉敷中央病院 リハビリテーション部）

安藤 可織（岡山赤十字病院 リハビリテーション科）

0-23 慢性血栓塞栓性肺高血圧症における運動時心拍出量と心肺運動負荷試験の各パラメータの関連性についての検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

勝部 翔，西崎 真里，山口 雄太，岡田 真理香，大石 達也，守谷 梨絵，中野 愛理，松尾 剛

0-24 慢性血栓塞栓性肺高血圧症患者における健康関連QOLの経時的変化の検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター リハビリテーション科

山口 雄太，西崎 真里，勝部 翔，岡田 真理香，大石 達也，守谷 梨絵，中野 愛理，松尾 剛

0-25 経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)後、外来心臓リハビリテーションを実施し運動耐容能改善を認めた一症例

玉島中央病院 医療技術部 リハビリテーション課¹，玉島中央病院 看護部²，

玉島中央病院 医療技術部 薬剤課³，玉島中央病院 医療技術部 栄養課⁴，

玉島中央病院 医療技術部 臨床検査課⁵，玉島中央病院 循環器内科⁶

口ノ町 美鈴¹，西尾 佳晃¹，木村 龍¹，小野 昌平¹，竹田 圭佑¹，村上 里美²，津田 理恵²，

赤木 明莉²，中川 睦美²，湊 秀聡³，宮 千紘⁴，古城 素士⁵，三好 章仁⁶

0-26 短期間の回復期病棟での心臓リハビリテーションを実施し、復職の支援が可能であったTAVI後症例

川崎医科大学附属病院 リハビリテーションセンター¹，川崎医科大学 循環器内科学²

眞鍋 良太¹，杉 吉郎¹，橋爪 奏子¹，岡本 公志²，山田 亮太郎²，上村 史朗²

0-27 急性大動脈解離緊急手術施行後患者の心臓リハビリテーションの経過とリスク管理

岡山大学病院 総合リハビリテーション部¹，岡山大学病院 看護部²，

岡山大学病院 循環器内科³

原賀 泰誠¹，木元 朗¹，大塚 貴久¹，遠部 千尋²，三好 亨³

抄 録

ランチョンセミナー

～AED市民解禁から20年～ 心臓突然死を減らす多面的・戦略的アプローチとホームAEDへの期待

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 予防医療学分野
石見 拓

2004年に市民によるAEDの使用が解禁されてから今年で20年の節目の年を迎えた。日本では毎年約9万人の病院外心原性心停止が発生しており、その数は増加傾向にある。心停止現場に居合わせた市民が胸骨圧迫を行うことで救命率は約2倍、AEDを使って電気ショックを行うことでさらに2倍向上し、これまで累計8,000人の命がAEDによって救われてきた。AEDの効果は証明されているが、いまだに目撃された院外心停止の約4%しかAEDを用いた電気ショックに至っていないという現実がある。AEDを活用して心臓突然死を減らすためには、学校教育をはじめとした体系的な教育、AED使用に関わる障壁の除去、テクノロジーを活用した救助者やAEDの現場への運搬などの蘇生ガイドラインで推奨されている取り組みの強化に加え、院外心停止の約7割を占める自宅での心停止へのアプローチ、すなわちホームAEDの本格的な普及が求められる。

ホームAEDをより効果的なものにするためには、突然の心停止発生リスク予測を、従来以上の精度で実現する必要がある。心臓突然死を予防するために、昨今ウェアラブルデバイスなどから得られる血圧、体重、脈拍等のバイタルサインをはじめとした健康情報、自覚症状等を集積する個人データ(Personal Health Record: PHR)の活用が期待されている。デジタル教材を活用した心肺蘇生やAEDに関する教育と普及の戦略、PHRを用いた心臓突然死の予防策まで、心臓突然死を減らすための多面的、戦略的なアプローチを紹介する。

循環器疾患患者の包括的ケア ～外来心臓リハビリテーションから地域連携まで～

津山中央病院 副院長

岡 岳文

八王子みなみ野心臓リハビリテーションクリニック 院長

二階堂 暁

病院からの視点として、津山中央病院

岡山県北唯一の心臓リハビリテーション施設を有する急性期病院で、2010年から活動を行っている。2023年からは高齢心不全患者に対応するため心リハ・心不全ケアサポートチームとして地域との関わりを強化したので活動の一部を紹介する。

運動療法は自転車エルゴメーターによる有酸素運動の他に、HUR社5xによるレジスタンストレーニングマシンおよび心電図モニタリングシステムRH-1000の後継機種でタブレットタイプのモニターにもなるRH-2000を紹介する。

クリニックからの視点として、八王子みなみ野心臓リハビリテーションクリニック

自施設は外来心臓リハビリテーションに特化した施設であり、循環器疾患患者の急性期～回復期を中心に診療を行っている。

また維持期において保険診療対応終了後の受け皿として介護施設やメディカルフィットネスとの連携を模索・実践している。

当日は、自施設での取り組みや運動療法の現場におけるレッドコードの活用事例の紹介、また地域の循環器診療のHUBとしての今後の展望・課題などについてお話させていただく。

抄 録

ティータイムセミナー

Clinic-base心臓リハビリDr.が語る！携帯型心電計の臨床活用の可能性

八王子みなみ野心臓リハビリテーションクリニック

二階堂 暁

自施設では、Clinic-baseでの外来心臓リハビリテーションを中心に、「急性期」を脱した患者が「回復期」「維持期」に無理なく移行し、再発予防やWell-beingを獲得・維持できるよう包括的な支援・サポートを実践している。

心臓リハビリの現場においては、介入する患者の多くがPCIやアブレーションを行った後であり、施設外で発生した動悸・胸痛の原因究明や緊急性・重要性の判断に苦慮するケースが多く、そういったケースに対して有症状時の心電図波形を確認できる携帯型心電計は極めて有用と考える。

この度、オムロンヘルスケア株式会社の協力のもと、八王子市で循環器急性期疾患の診療にあたっているみなみ野循環器病院を核とし、循環器専門・非専門は問わず、実地医科の先生方と協力し、同社の携帯型心電計を介した病診連携の強化・効率化を目的としたトライアルを行った(ハチトラ：仮称)。

当日はハチトラで得られた心房細動や狭心症の早期発見・再発検出事例をご紹介しつつ、携帯型心電計の更なる臨床活用の可能性について、岡山のClinic-base心臓リハビリDr.である小野先生と来場の皆さまを交えてディスカッションを深めたい。

抄 録

メディカルスタッフ企画

MS1

重症心不全診療の現状 ～心臓移植・補助人工心臓～

国立研究開発法人国立循環器病研究センター 心不全・移植部門 移植医療部
塚本 泰正

多くの医療機関で入退院を反復する重症心不全患者やPCPS、IABPおよびImpellaなど補助循環を必要とする心原性ショック症例の診療がおこなわれている。こういった重症症例のうち、静注強心薬や補助循環からの離脱が困難な症例など、それぞれの施設で限界と考えられたような症例については、移植や補助人工心臓を含めた重症心不全診療のために心臓移植実施施設や補助人工心臓実施施設など、より高度な医療機関に転院し治療継続となることもしばしばあるものと推察する。しかしながら一方で転院した症例がどのような経過をたどったのか、補助循環から離脱したのかあるいは植込型補助人工心臓装着されたのか、そして治療の結果どのような転帰をたどったか、ということについて、紹介元の医療従事者に十分な情報提供がなされているとは言いつらい状況と考える。

今回、心臓移植や植込型補助人工心臓、体外式補助循環などの適応や治療成績を含めた重症心不全診療の現状について、当院での診療経験を交えながら、報告する。

MS2-1

心疾患患者における治療と仕事の両立支援

中国労災病院 治療就労両立支援センター
豊田 章宏

平成28年3月厚生労働省から事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインが発表された。これは働く意欲のある労働者が、たとえ病気になっても治療を受けながらいきいきと働き続けられる社会を目指すもので、子育て・介護とともにワーク・ライフ・バランスを実現するための制度である。しかし、残念ながら子育て・介護に認められている休業法はなく企業の努力目標であることから、なかなか浸透していないという現実がある。

一方で令和元年12月に脳卒中・循環器病対策基本法が施行され、令和3年3月には対策推進基本計画が発表された。この計画は回復期以後生活期の医療・ケアにも基軸をおいた整備が重要なテーマとされ、治療と仕事の両立支援・就労支援も明記されている。振り返ってわれわれは病気の治療には積極的に関わってきたが、果たして患者を生活者としてとらえ、どこまで対応してきたであろうか。特に循環器系疾患においては超急性期～急性期医療を重視してきた感がある。せっかく救命できた患者が自宅退院することに満足せず、労働者にとっての真の社会復帰である職場復帰のために何が必要なのか。企業文化との違いを知り、医療機関と企業を繋ぐ情報共有のあり方について考えたい。

MS2-2

島根大学病院における心不全両立支援の取り組みについて

島根大学医学部附属病院 循環器内科¹, 島根大学医学部附属病院 リハビリテーション部²,
島根大学医学部附属病院 看護部³

田邊 淳也¹, 今岡 圭², 大矢 菜穂子³, 川原 洋¹, 岡田 大司¹, 香川 雄三¹, 佐藤 寛大¹, 渡邊 伸英¹,
遠藤 昭博¹, 田邊 一明¹

療養・就労両立支援の取り組みが、がん、脳血管疾患、肝疾患、指定難病に加えて令和4年度から心疾患、糖尿病、若年性認知症と対象へと拡大したことを受けて、島根大学医学部附属病院循環器内科でも心不全患者さんを対象に治療と仕事の両立支援を行う体制作りに取り組み始めている。心不全患者さんが仕事を続けるためには定期的な休憩の取り方、ストレス管理、作業内容・作業環境の調整など、職場の条件と健康状態に応じた具体的な配慮が必要になりますが、心不全の重症度は患者さんによって異なるため、周囲の理解を十分に得られないことが課題である。

当院での両立支援の状況を確認するために行った患者さんへのアンケート調査や、島根産業保健総合支援センターと協働して作成した両立支援の普及のためのリーフレット、心肺運動負荷試験の結果を患者さんへの適切なフィードバックなど、当院の取り組みについて事例を交えながら紹介し、心不全両立支援の課題や今後のあり方について議論したい。

抄 録

YIA (優秀演題アワード)

Y-1

心不全患者における自覚的味覚障害とうつとの関連

松江赤十字病院 リハビリテーション技術部¹, 松江赤十字病院 循環器内科²
須山 朋子¹, 杉原 志伸², 須山 竜二¹, 城田 欣也²

【目的】心不全患者では、味覚障害は低栄養の一因であることが明らかとなっている。味覚障害の評価として、一般的に濾紙ディスク法が実施されるが煩雑であり、患者によっては実施できないことがある。質問紙で評価する自覚的味覚評価は簡便に実施できるが、心不全患者に与える影響については明らかになっていない。以上より本研究では、心不全患者において自覚的味覚障害と関連する因子について調査した。

【方法】2023年から2024年に心不全増悪により入院加療し生存退院した89例(年齢 81 ± 11 歳、女性44.9%)を対象とした。自覚的味覚障害は質問紙法のChemotherapy-induced taste alteration scale (CiTAS)を使用し、身体機能およびうつスクリーニング(PHQ-2)、認知機能(Mini-Cog)の評価を実施した。

【結果】自覚的味覚障害を有する割合は70.8%であった。味覚障害は身体・認知機能との関連性は認めなかった。一方うつは全体の14.6%に認め、味覚障害とうつが関連していた($p < 0.05$)。

【結語】心不全患者において、自覚的味覚障害はうつと関連することが示唆された。

Y-2

90歳以上の超高齢心不全患者は一度離床までのプロトコル成功後の離床遅延が退院先の帰結に影響する

芳野病院 リハビリテーション科¹, 芳野病院 外科², 芳野病院 内科³,
津山中央病院 心臓血管センター 循環器内科⁴
前原 宏樹¹, 藤本 宗平², 中山 洋一³, 藤本 竜平^{3,4}

【目的】超高齢心不全患者のリハ開始後の離床遅延が与える影響の関連因子や退院先の帰結を明らかにすることである。

【方法】対象は2018年1月から2022年12月まで入院時に心エコー検査を実施した90歳以上の患者に対し、解析対象となった超高齢心不全患者37名。(年齢中央値93)。診療録より情報を収集し、連続臥床日数については、リハ開始してから一度離床までのプロトコルが成功し、以降の休日を除いた日数のうち最も臥床期間が長い日数を算出した。連続臥床日数の中央値を基準に通常離床群と離床遅延群の2群に分類した。退院先の帰結は、入院前から退院後の居住場所に変更があるかを収集した。

【結果】連続臥床日数の中央値は0日と算出された。0日を通常離床群20名、1日以上を離床遅延群17名と分類した。離床遅延群は、退院先変更の有無が有意に高値であった($p = 0.008$)。ROC曲線よりリハ開始後の連続臥床日数のカットオフ値は2日と算出された。

【考察】超高齢心不全患者のリハ実施日に2日連続で離床遅延すると退院先の帰結に影響するため、毎日の離床可否の判断が重要であると考えられる。したがって、中核病院における超高齢心不全患者のリハの必要性が示されたと考える。

Y-3

サルコペニア肥満と高齢外来心臓リハビリテーション患者におけるフレイルとの関連

医療法人桃山会 小野内科医院
澁谷 諒, 赤澤 奈緒, 小野 環

【目的】サルコペニア肥満はフレイルと関連するが、診断基準に一定の見解はなく頻度も2～19%と様々である。当院におけるサルコペニア肥満と心疾患患者のフレイルとの関連を明らかとする。

【方法】当院外来心臓リハビリに通院する65歳以上の者を対象とし、Asian Working Group for Sarcopenia 2019よりサルコペニアを、体脂肪率より肥満を判定した。サルコペニア肥満群と対照群の2群間および正常群、肥満群、サルコペニア群、サルコペニア肥満群の4群間で基本チェックリスト(KCL)との関連を検討した。

【結果】解析対象者は61例(80.1±6.1歳、男性31%)であり、11%にサルコペニア肥満を認めた。2群間で開始時と150日後のKCL総得点の変化を比較した結果、対照群では有意に改善したが(7(4-10) vs. 5(3-7)、 $p<0.01$)、サルコペニア肥満群では有意な改善を認めなかった(10(8-11) vs. 8(7-13)、 $p=0.832$)。4群間で150日後のKCL総得点を多重比較した結果、正常群に比べサルコペニア肥満群が有意に高得点であった(4(2-6) vs. 8(7-13)、 $p=0.023$)。

【考察】サルコペニアと肥満を併せ持つことで、フレイルの改善を妨げるため、介護予防を目的とした早期からのアプローチが必要になると考える。

Y-4

心不全患者における社会的孤立に影響する因子の検討

山口県立総合医療センター リハビリテーション部¹, 山口県立総合医療センター 循環器内科²
山本 拓海¹, 三浦 正和¹, 角上 勇作¹, 大野 豊¹, 江口 奈穂¹, 橋本 実央¹, 赤瀬 英亮², 中尾 文昭²,
上山 剛², 池田 安宏²

【目的】心不全患者における社会的孤立に影響する因子を明確にすることである。

【方法】対象は2023年4月から2024年4月に心不全の急性増悪で入院し心臓リハビリテーションを行った230例とした。社会的孤立のスクリーニングとしてLubben Social Network Scale-6(LSNS-6)を使用し、12点未満を社会的孤立あり群(150例, 82.0歳, 女性40%), 12点以上を社会的孤立なし群(80例, 82.5歳, 女性50%)に群分けした。また、社会的孤立に関連する因子を抽出するために多重ロジスティック回帰分析を実施した($p<0.05$)。

【結果】社会的孤立あり群は、独居、介護保険取得、自宅退院不能、低身体・認知機能、手段的ADL能力であるFrenchay Activities Index(FAI)が有意に低かった。多重ロジスティック回帰分析の結果、社会的フレイル(Odds ratio[OR]=5.870; 95%confidence interval[CI]=1.880-18.30, $p=0.002$)、FAI(OR=0.926; 95%CI=0.889-0.965, $p<0.001$)は社会的孤立と関連した。

【考察】社会的孤立を呈する心不全患者に対して、社会的フレイル、IADLへの介入が有用である可能性が示唆された。

多発脳梗塞や両側腓骨神経麻痺を合併したLVAD装着患者の在宅復帰を多職種・地域連携を経て獲得できた一例

山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹,
山口大学医学系研究科 器官病態内科学講座循環器内科², 山口大学医学部附属病院 看護部³,
山口大学医学部附属病院 ME機器管理センター⁴, 山口大学医学部附属病院 薬剤部⁵,
山口大学医学部附属病院 医療支援課患者サポート係⁶, 山口大学医学部 高齢者心不全治療学講座⁷
前原 達哉¹, 藤村 達大², 村橋 千里³, 富貞 公貴⁴, 佐々木 孝彰⁵, 梶間谷 百恵³, 宮川 雅人⁶, 泉 博則¹,
熊野 未来¹, 大野 誠², 小林 茂樹^{2,7}, 佐野 元昭²

【目的】多発脳梗塞や両側腓骨神経麻痺を合併し植込み型左室補助人工心臓(以下LVAD)装着患者に対し多職種および地域連携を経て在宅復帰を獲得できた症例を経験したので報告する。

【症例】55歳男性. 左冠動脈主幹部99%狭窄(MAX CK22,564 IU/L)に対してPCIが施行された. 血行動態が保てずECMO, Impella等が導入された後に理学療法を開始. 途中, 多発脳梗塞, 両側腓骨神経麻痺を合併. 心移植, LVAD目的に移植施設へ転院. LVADが施行され心臓リハビリテーション継続と在宅環境整備目的に当院へ転院. 医師, 看護師, 臨床工学技士が連携しLVAD管理体制の整備や機器操作, 創処置指導等がなされた. 理学療法は病棟での移乗や入浴動作指導, 歩行補助具や装具を用い残存機能を生かした歩行練習やADL練習を実施. 在宅復帰に向け訪問看護や訪問リハと連携し家屋調査や福祉用具の選定, 住宅改修を含めた環境整備を行った.

【結果】移植施設からサポートを受けながら多職種・地域連携し在宅復帰が達成でき現在も在宅管理が継続できている.

【考察】合併症にて身体機能低下を有するLVAD患者においては残存機能を考慮し安全な在宅環境を整え, 継続的なりハビリテーションを行うことが有用である.

抄 錄

一般演題

0-01

外来心臓リハビリテーションが効果的であった入退院を繰り返していた心不全 Stage D患者の1例

岡山赤十字病院 リハビリテーション科¹, 岡山赤十字病院 循環器内科²,
兵庫医科大学大学院リハビリテーション科学研究科³
安藤 可織^{1,3}, 小幡 賢吾¹, 福家 聡一郎², 松沢 良太³, 玉木 彰³

【はじめに】入退院を繰り返していた心不全 Stage D患者の外来心臓リハビリテーション（以下、外来心リハ）を経験したので報告する。

【症例】70歳代。男性。広範囲の心筋梗塞を発症（peakCK 15946U/L）し、他院でCABGを施行。退院後は短期間に3度心不全により当院に入院し、外来心リハに移行した（NYHA Ⅲ、NT-proBNP 19708pg/ml, EF 17%, TRPG 54mmHg）。僅かな負荷により心不全増悪する危険性があり、有酸素運動ではテラスエルゴⅡ使用でEx時間1分のインターバルトレーニングを取り入れ実施した。外来開始以降も3ヶ月間は心不全増悪、脱水や低心拍出量による失神により3度入院を必要としたが、外来心リハ時に体重の増減や自覚症状で薬剤調整を適時行っていたため、いずれも重症化には至らなかった。利尿剤は体重による自己管理とし、外来心リハ時にフィードバックを行なった。心不全増悪することなく1年が経過（NT-proBNP 1472pg/ml、TRPG 20mmHg）し、エルゴメーターExは30分実施可となり運動耐容能は改善した。

【考察】外来心リハ時にバイタル評価による内服や活動量、食事などの微調整を行なうことで、重症心不全になることなく運動耐容能を改善することが可能と考える。

0-02

急性期心肺運動負荷試験による目標心拍数について β 遮断薬内服の有無を踏まえた検討

広島心臓血管病院 リハビリテーション科¹, 広島心臓血管病院 循環器内科²
寅丸 幸栄¹, 中村 真幸²

【目的】心疾患患者に対する運動処方では、心肺運動負荷試験（CPX）を行い嫌気性代謝閾値（AT）を求めることが多い。CPXの実施が困難な施設ではKarvonen式から算出した予測心拍数（KHR）を用い、係数 $k = 0.4 \sim 0.6$ の強度が推奨されている。当院では急性冠症候群や急性心不全による入院患者に対して、リハビリ室での運動療法が可能となった時点でATまでのCPXを実施し負荷量を設定している。

【方法】CPXを実施した137名を β 遮断薬内服群（ α β 群・ β 1群）・非内服群に分類し、各群のAT時心拍数（ATHR）を比較した。また、各群間でATHRとKHRと比較した。

【結果】 β 1群のATHRは非内服群より有意に低かった。また、各群ともにATHRは推奨KHR（ $k = 0.2 \sim 0.3$ ）より有意に低くなった。

【考察】心疾患発症急性期ではKHRを用いて運動処方を行うと、ATより高負荷になると考えられるが、 $k = 0.2 \sim 0.3$ の低強度では運動耐容能の改善効果が小さいため、運動療法開始以降も定期的にCPXを行い、目標心拍数設定の見直しを行っていくことが推奨される。

0-03

心筋ブリッジによる小児心筋梗塞患者に対する運動療法の調整と効果

鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹, 鳥取大学医学部附属病院 小児科²,
鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション科³
廣瀬 佳乃子¹, 曾田 武史¹, 成瀬 健次郎¹, 上榎 仁志², 尾崎 まり^{1,3}

【目的】心筋ブリッジ(以下、MB)は冠動脈の一部が心筋内に埋没している病態で、頻脈によるMB部分の過収縮が心筋虚血を起こす要因となる。運動機能の改善を目的とし、運動負荷量の調整に取り組んだ小児症例を経験したため報告する。

【症例】4歳男児。尿道下裂形成術を施行し、術後に心筋梗塞を発症した。精査の結果、冠動脈奇形およびMBによる心筋梗塞と診断された。29病日に理学療法を開始した。運動療法中のHRは上限130bpmとの医師の指示のもと介入を行ったが、80mの歩行で、HR 150bpmまで上昇した。1日の生活の中でのHRおよび心電図変化のモニタリングを行い、急な他者の訪室や午睡前後の場面では興奮して頻脈となりやすかったため、午睡前後の時間を避け、あらかじめ理学療法が行われることを家族から伝えてもらった上で運動療法を行った。76病日に自宅へ退院した。

【結果】運動療法中に胸部症状の出現は認めず、退院前評価では筋力、歩行距離、バランス能力が改善した。200m以上の歩行でもHRは130bpm以下で推移した。

【考察】モニタリングを行いながら適切な運動負荷量を決定し、レクリエーションや歩行練習を実施したことが運動機能の変化に影響したと推察する。

0-04

当院の心不全パスが離床時期や退院時歩行能力に及ぼす効果

松江市立病院 リハビリテーション部¹, 松江市立病院 看護部², 松江市立病院 循環器内科³,
松江市立病院 リハビリテーション科⁴

黒崎 智之¹, 上田 正樹¹, 森山 修治¹, 伊藤 麻里子¹, 川島 展之¹, 松浦 佑哉¹, 井原 伸弥¹, 東 由貴¹,
森脇 陽子², 小林 ゆかり², 佐貫 仁宣³, 広江 貴美子³, 福永 典子⁴, 太田 哲郎³

【目的】当院の心不全パスは入院後の基本的な心不全治療計画に加えて、入院翌日からの心臓リハビリテーション(心リハ)開始の指示が自動的に入力される。本研究の目的は当院の心不全パスが離床時期や退院時歩行能力に及ぼす効果を検討することである。

【方法】当院で心リハを実施した症例を対象とし、パス群(51例)、非パス群(73例)に分類し、離床開始時期や退院時歩行能力等について比較した。また、退院時歩行自立を目的変数とし、年齢やBNP等から算出した傾向スコアで調整した単変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】年齢、EF、NT-pro BNPは両群間で有意差はなかった。パス群と非パス群の離床開始病日(日)はそれぞれ、座位 1.8 ± 1.7 、 4.3 ± 3.8 、立位 2.4 ± 2.0 、 5.7 ± 6.1 、歩行 4.2 ± 2.5 、 7.2 ± 7.1 で有意にパス群が早かった。退院時歩行自立の割合は有意にパス群が高く、ロジスティック回帰分析の結果、心不全パスの有無、座位開始病日、立位開始病日、歩行開始病日が退院時歩行自立の有意な因子であった。

【考察】当院の心不全パスは早期離床を促進し、入院による歩行能力の低下を予防できたと考える。

0-05

心原性ショックで救急搬送されたがADL自立まで回復し転院できた重症心不全の一例

岡山大学病院 総合リハビリテーション部¹, 岡山大学病院 看護部², 岡山大学病院 循環器内科³
大塚 貴久¹, 木元 朗¹, 原賀 泰誠¹, 遠部 千尋², 三好 亨³

【目的】心原性ショックにて当院救急搬送, Impella/VA-ECMO導入後, 回復されADL自立となって転院した特発性拡張型心筋症患者を経験したので報告する。

【方法】症例は心不全歴がない60歳代男性。バイク運転中に呼吸苦を自覚, 改善しないため自ら救急要請。来院時LVEF10%で心原性ショックと診断され, Impella/VA-ECMO導入。血行動態は徐々に安定し, ICUにて第19病日より心臓リハビリテーション開始となった。

【結果】第15病日にImpellaをCPから5.5へ変更, 第19病日にECMO抜去。Impella挿入下でリハビリ継続し, 第35病日にImpella抜去。第41病日より作業療法・言語聴覚療法開始, 第46病日にICU退室された。退出時身体機能評価ではIMS 3, FSS-ICU 10/35点, 握力11.3kg/5.5kg, MRC score 28/60点, BI 0点, Mini-Cog 3点であった。第69病日にはIMS 9, FSS-ICU 35/35点, 握力21.5kg/6.2kg, MRC score 46点, SPPB(バランス4点, 歩行4点, 立ち上がり0点)8/12点, 6分間歩行距離398m, BI 95点(減点項目は入浴), Mini-Cog 4点に改善し, 転院となった。

【考察】本症例は, ICU滞在期間46日, 在院日数69日で長期入院となっていたが, 心臓リハビリテーション介入により転院時にはADL自立まで回復できた。

0-06

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た薬剤性心筋症の1例

岡山大学病院 総合リハビリテーション部¹, 岡山大学病院 看護部², 岡山大学病院 循環器内科³
木元 朗¹, 原賀 泰誠¹, 大塚 貴久¹, 遠部 千尋², 三好 亨³

[はじめに]左乳癌術後、分子標的薬使用後に薬剤性心筋症となり心不全を発症し運動耐容能低下を来した症例。外来心臓リハビリテーションを行うことにより運動耐容能改善を経験したため報告する。

[方法]50歳代女性。乳癌のため当院で加療していた。X年に息切れ認め心機能低下(EF 18%)、心不全のため当院入院加療となった。カテーテルにてPCWP 23、CI 1.2でフォレスター分類Ⅳであり心不全治療薬、カテコラミン投与開始した。第5病日にIABP挿入、理学療法開始した。第18病日でIABP離脱し以降は段階的に離床を行った。第62病日で自宅退院し、以降は外来リハビリテーションを行った。

[結果]退院前の心機能はEF 20%、CPXはAT 9.9ml/min/kg (2.8Mets)、Peak VO₂ 12.4ml/min/kg (3.5Mets)であった。退院後は3ヶ月間の外来リハビリテーション継続しEF 51%、CPXはAT 11.4ml/min/kg (3.3Mets)、Peak VO₂ 17.5ml/min/kg (5Mets)まで改善した。労作時症状軽減し心不全増悪なく日常生活送れるため外来リハビリテーション終了となった。

[考察]担癌患者でも継続的な運動療法を行うことが運動耐容能改善につながったと考えられる。

0-07

クリニックで行う看護師を中心とした心臓リハビリテーション

さくらぎ循環器・内科クリニック

櫻木 悟

心臓リハビリテーション(心臓リハビリ)とは、心臓病再発予防を目的とした総合的活動プログラムを指す。他の疾患別リハビリテーションと異なり、心臓リハビリは、理学療法士不在下においても、看護師が担当することが可能である。当クリニックでは看護師を中心とした心臓リハビリを行っており、その概要について報告する。

2019年11月の当クリニック開業とともに心臓リハビリを開始し、2022年12月末までに、44名の心疾患患者が心臓リハビリに参加した。内訳は、男性20名、女性24名、平均年齢は74歳であった。心不全ステージB 16名、C 24名、D 4名だった。平均リハビリ参加回数は46回で、150日達成率は56%だった。アンケート調査において、77%が満足していると回答した。心臓リハビリ開始後一年間の予後について、心不全入院は4名であり、そのうち3名は心不全ステージDであった($p<0.0001$)。

結語：当クリニックにて心臓リハビリを行い、患者満足度、予後ともに良好な結果を得た。

0-08

地域連携心不全情報共有シート・心不全手帳を用いた心不全教育・地域連携

鳥取大学医学部附属病院 看護部¹、鳥取大学医学部 循環器・内分泌代謝内科学分野²、

鳥取大学医学部保健学科検査技術科学専攻 病態検査学講座³、

鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション部⁴、鳥取大学医学部附属病院 栄養部⁵、

鳥取大学医学部附属病院 薬剤部⁶

万場 みどり¹、衣笠 良治²、石賀 奈津子¹、曾田 武史⁴、中山 奈都子⁵、大草 由佳子⁶、赤川 彩音¹、

中村 研介²、平井 雅之²、加藤 雅彦³、山本 一博²

【目的】心不全患者は年々増加し、高齢心不全患者の多い鳥取県では地域との連携が不可欠となっている。鳥取県西部地区では地域連携心不全情報共有シート(以下共有シート)と心不全手帳を用い心不全教育の内容を共有することで、切れ目のない移行期ケアに繋げている。

【方法】共有シートは心不全管理と支援方法を患者・家族、かかりつけ医、介護施設等と共有するための申し送りツールとして使用し、心不全手帳で患者の日々の体調の情報共有を行っている。共有シートには支援に必要な5つの情報(患者目標、セルフケアのメンテナンスやモニタリング、マネジメント、サポート、患者の思い)を記載し、患者・家族指導、かかりつけ医や地域への申し送りに使用している。

【結果】共有シートと心不全手帳を用いることで、心不全管理のポイントや日常生活上の注意点を病院と地域で共有でき、心不全再入院率が低下した。患者の生活指導に対する満足度はできている、おおむねできていると評価した人の割合が9割以上であった。

【考察】患者・家族、病院、地域で心不全管理と支援方法を共有し統一したケアを行うことは、心不全再入院予防と患者満足度向上に繋がると考える。

0-09

外来心臓リハビリテーションにて治療と仕事の両立支援を行い復職に至った特発性拡張型心筋症の一例

川崎医科大学附属病院 リハビリテーションセンター¹, 川崎医科大学 循環器内科²
杉 吉郎¹, 岡本 公志², 上村 史朗²

【はじめに】外来心臓リハビリテーション(以下、外来心リハ)を介入の場として、療養・就労両立支援指導料を活用し復職に至った症例を報告する。

【症例】心室内血栓除去術後2か月で退院となった、特発性拡張型心筋症の50歳代男性である。本症例はパン工場への復職を希望していたが、退院時の左室駆出率は16%、心肺運動負荷試験による最高酸素摂取量は15ml/min/kgと低値であった。そのため復職は困難と判断し、外来心リハを継続しながら復職への支援を行った。支援内容は、医療者と事業者間で情報共有を行い、療養と仕事の両立を目指す重要性について、患者に理解を得ることから開始した。また理学療法士は、仕事で必要となる筋力や運動耐容能獲得に向けた運動療法を提供すると同時に、外来心リハ中に得た情報をもとに医師や社会福祉士と連携し、事業者と情報共有を行った。

【結果】4か月間の外来心リハにより最高酸素摂取量は19.2ml/min/kgに改善し、職場の配置転換や業務調整の配慮により復職が可能となった。

【考察】運動耐容能低下が復職の阻害要因となる心疾患患者において、心リハと両立支援は親和性が高く、円滑な支援が可能であったと考えられる。

0-10

過活動によるS-ICD再作動への不安に対し、歩数計を用いた運動量管理を行うことで低活動予防を図った一症例

鳥根県立中央病院
藤丘 政明

【目的】過活動による皮下植込み型除細動器(以下、S-ICD)再作動を不安視し、活動を制限する傾向にある患者に対し、低活動予防を図るため歩数計を使用した介入を行い、運動量の自己管理方法獲得に至ったので報告する。

【方法】対象は50代女性。心停止によりS-ICD植込み術を行い、S-ICDの作動なく自宅退院したが、退院翌日にS-ICDが作動し再入院となった。患者はS-ICD作動の原因を過活動だと考えており、再作動への不安から活動量を制限する傾向にあったため、通常の運動療法と併せて、歩数計を用いて一日の運動量を測定し、運動量の自己管理が行えるよう指導を行った。評価項目は筋力や6分間歩行距離、QOL、HADSなどとした。発表にあたり本人に対して説明を行い同意を得た。

【結果】開始時に約1,500歩であった一日の運動量は、退院時には約2,500歩まで増加し、不整脈の出現なく、筋力や運動耐容能も維持することができた。またQOLも向上し、「ICDが作動しない歩数がわかって安心したので退院後もこのくらいの歩数で動きます」との発言も聞かれた。

【考察】歩数計を用いて運動量を可視化することは、適切な運動量の自己管理に有用である可能性が示唆された。

0-11

心臓リハビリテーション外来からメディカルフィットネスへ ～当院での取り組みについて～

社会医療法人創和会 しげい病院
原 昌斗, 井本 洋史, 西濱 美絵, 熊代 博文

【目的】当院における心リハ外来からメディカルフィットネス(以下はあもにい倉敷心リハ講座)への移行方法を紹介。

【方法】

1. 当院心リハの概要、はあもにい倉敷心リハ講座の概要説明
2. はあもにい倉敷心リハ講座への紹介方法について
 - ①当院心リハ外来からの紹介
 - ②当院心リハ外来以外の専門外来からの紹介
 - ③他院からの紹介

【結果】当院外来心リハよりはあもにい倉敷心リハ講座に繋がった症例は328例中10名、他科専門外来からの紹介患者は1例であった。

講座受講者11名の平均年齢は 68.7 ± 8.5 歳、主病名はAMI 3名、OMI 3名、DCM 1名、Ope後 3名、CHF 1名、心不全ステージBは91%、Cが9%となっている。4名の患者が心リハ講座から一般講座(通常フィットネス)に移行しており、心不全再発・再入院症例はなく経過している。

【考察】当院心リハ外来患者の多くが心不全ステージB・Cの症例であり、また専門外来通院患者においても心疾患を併存している場合が多いため、維持期心リハのフォローアップ体制を構築する必要がある。

0-12

急性期から維持期まで継続した包括的心臓リハビリテーションが奏功した2症例

岡山済生会総合病院 リハビリテーションセンター¹, 岡山済生会総合病院 循環器内科²,
岡山済生会総合病院 看護部³
茅本 洋平¹, 川北 祝史², 山下 智徳¹, 岡田 千明³, 遠藤 有二¹

【背景】心臓リハビリテーション(心リハ)は維持期以後も継続することが重要だが、実際の心リハ継続率は非常に低い。今回、数年間の心リハ継続にて良好な結果を得た高齢心不全2例について報告する。

【症例①】76歳男性。169.8cm、62kg。既往は高血圧。病前ADLは自立で農作業も行っていた。今回、咳嗽症状が改善せず他院より紹介受診。検査にて心拡大、両側胸水を認め心不全精査で入院となった。

【症例②】86歳男性。170.0cm、57.6kg。既往の腎性貧血と肺気腫にて定期受診中であった。病前ADLは自立で、自転車買い物に行くなど活動的であった。今回、労作時の息切れ増悪にて救急受診。慢性心不全増悪として入院となった。

【経過】急性期心リハは、①・②それぞれ入院4日目、8日目に開始し、退院前日にCPXを実施。退院後は毎週1日・60分/回の頻度で当院の関連施設にて心リハが継続となった。その後、①は1年後、②は2年後にCPX再検し、初回比166%、125%といずれも改善を認めた。

【考察】維持期に渡る継続的な心リハは良好な結果をもたらす可能性が示唆された。今後は、継続した運動療法の重要性を今回の成功事例を交えて説明し、心リハの継続率が向上するよう取り組んでいく。

O-13

当院で心臓リハビリテーション実施した患者の退院後の就労状況に関するアンケート調査

島根大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹, 島根大学医学部附属病院 看護部²,
島根大学医学部 リハビリテーション医学講座³, 島根大学医学部附属病院 循環器内科⁴
今岡 圭¹, 野口 瑛一¹, 福原 翔¹, 中尾 珠里¹, 江草 典政¹, 大矢 菜穂子², 田邊 淳也⁴, 酒井 康生³

【目的】当院で心臓リハビリテーション(以下心リハ)を行った患者の復職状況、復職時の不安について調査し、今後の就労支援の一助とすること。

【対象】2018年1月から2023年3月までに当院で心リハを行った患者のうち、18歳から64歳で、除外基準に該当しない136名を対象とした。

【方法】対象患者へアンケートを郵送し、郵送またはWebにて回答を収集した。

【結果】回答数は57名(平均年齢54.6歳)で、元の職場に復職可能だった患者(A群)47名、元の職場の違う仕事に復帰した患者(B群)9名、復職しなかった患者(C群)2名であった。復職に要した期間はA群で91%、B群は44%が3ヶ月未満となっていた。復職に向けての不安として、仕事が体力的にきついかもしれないと感じた患者がA群は57%、B群は67%、C群は100%であり、復職にあたって相談した相手は3群合わせて医師67%、看護師18%、リハビリテーションスタッフ32%であった。

【まとめ】復職に向けて仕事が体力的にきついかもしれない不安を持っている患者が多かった。しかし、医療職に相談した患者は少なく、患者が相談しやすい体制の構築が必要である。

O-14

HFNCを用いた急性期心臓リハビリテーションと、抜管後の嚥下機能評価が有用であった心肺停止蘇生後症例

総合病院岡山協立病院 リハビリテーション部¹, 総合病院岡山協立病院 麻酔科²,
総合病院岡山協立病院 内科³
桃谷 雅彦¹, 真鍋 郁也¹, 岸本 朋子¹, 井上 幸治¹, 坂下 臣吾², 角南 和治³

【目的】重症患者では合併症により急性期心臓リハビリテーション(Cardiac Rehabilitation, CR)が遅延することがある。今回、心肺停止蘇生後に肺炎を合併した患者に対し、急性期CRを実施できた症例を報告する。

【症例】70歳代男性、X日に急性前壁心尖部心筋梗塞にて入院。X+7日に心室細動による心肺停止を呈し、自己心拍再開後に人工呼吸管理、低体温療法を実施。X+8日に肺炎を合併。X+13日に人工呼吸器を離脱したが、酸素化不良と身体機能低下が認められた。この時点で労作誘発性低酸素血症や嚥下機能障害による誤嚥性肺炎などのリスクがあるため、CRが実施できず、身体機能のさらなる低下が懸念された。このため高流量鼻カニューラ酸素療法(High-Flow Nasal Cannula, HFNC)に変更したところ、低酸素や努力性呼吸を回避してCRを実施でき、さらに抜管後早期に嚥下内視鏡検査による誤嚥リスクを評価できた。

【結果】有害事象なくCRが実施でき、経口による必要栄養量を早期に確保できたことで、身体機能改善に繋がった。

【結語】HFNCを用いたCRと抜管後の嚥下機能評価は、重症患者の急性期CRを可能にし、前期回復期CRへ繋ぐ有用なアプローチであると考えられる。

0-15

外来心臓リハビリテーションから通所リハビリテーションに移行した患者の特徴 – 4症例での検討 –

医療法人桃山会 小野内科医院
赤澤 奈緒, 澁谷 諒, 小野 環

【目的】心臓リハビリテーション(心リハ)を必要とする心疾患患者の高齢化がすすんでいる。高齢患者では、様々な要因で外来心リハへの参加が困難となることが見受けられ、適切な対応が必要となる。今回、外来心リハから介護保険を利用した通所リハビリテーション(デイケア)へ移行した4例の特徴および移行理由について検討した。

【方法】2022年7月から2024年7月まで当院外来心リハに通院した者のうち、デイケアを利用した患者4名(85.8±3.9歳、男性75%)を対象とした。診療録より患者属性、デイケアへ移行した理由を調査した。

【結果】基礎心疾患は心不全3例、狭心症1例であり、デイケアへの移行理由として、入院に伴う低ADLが2例、整形疾患による疼痛にて通院困難が1例、徒歩による外来心リハ通院困難が1例という結果となった。外来心リハ終了からデイケア開始までの期間は、14日が最速で最も遅いもので101日であった。

【考察】様々な要因により通院が困難となった患者に対し、外来心リハからシームレスな地域でのリハの継続につなげることが必要である。

0-16

心不全発症後に不安感から活動性低下したが外来心臓リハビリテーションにて不安感軽減し活動性向上した1例

玉島中央病院 医療技術部 リハビリテーション課¹, 玉島中央病院 看護部²,
玉島中央病院 医療技術部 薬剤課³, 玉島中央病院 医療技術部 栄養課⁴, 玉島中央病院 循環器内科⁵
竹田 圭佑¹, 西尾 佳晃¹, 木村 龍¹, 小野 昌平¹, 口ノ町 美鈴¹, 村上 里美², 中川 睦美², 赤木 明莉²,
湊 秀聡³, 宮 千紘⁴, 三好 章仁⁵

【目的】心不全入院から不安感増強し活動性低下したが、外来心臓リハビリテーション(以降外来CR)にて知識の向上がみられ、活動性の向上がみられた症例を経験したため報告する。

【方法】症例は70歳代前半の女性。心房細動にて他院でカテーテルアブレーション治療を実施。その後、心不全に対しての知識が乏しく、不安感増強し5年間屋内生活が主であった。その後、労作時にめまいの症状あり再度受診し、洞不全症候群に対してペースメーカー植込み実施。その後当院外来CR介入。運動療法実施し、外来CR時には心不全の教育動画を視聴し、心不全についての知識向上を図った。

【結果】外来CR開始時CPXではAT:2.7 METSであったが、外来CR開始5ヶ月でAT:3.5 METSと改善を認めた。また、週2回の外来CRも継続出来ており、外来CR開始5ヶ月でLSA:84点と外出頻度も増加し、活動性の向上を認めた。また不安感も、外来CR開始5ヶ月でGAD-7:2点と改善を図れた。

【考察】活動性下し、屋内生活が主の症例でも、継続して外来CRを行うことで身体機能が向上し、運動耐容能の向上が図れた。また、心不全に対する知識が向上したことで不安感も軽減し、活動性向上を図れた。

0-17

大腿骨頸部骨折患者の術後心不全発症に対しアセスメントしながら介入した症例 –限られたリソースで出来る事–

社会医療法人水と和会 水島中央病院¹, 岡山赤十字病院 リハビリテーション科²,
医療法人桃山会 小野内科医院³
板谷 早紀¹, 安藤 可織², 赤澤 奈緒³, 加原 尚明¹, 松尾 龍一¹

【はじめに】当院は地域密着型の急性期～回復期病棟であり、高齢かつ多併存疾患を有する患者も多い。循環器医師は不在のため、心疾患を有する患者における理学療法内容はセラピストが限られた検査データを評価し判断する必要がある。今回、大腿骨頸部骨折患者に対し、術後心不全を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性、大腿骨頸部骨折に対して人工骨頭挿入術を施行、翌日より理学療法開始となる。既往にPM植え込み、LVEF 40%であった。

【入院の経過】初回介入時、酸素8L、尿量300ml/日、血液検査ではBNP 390.1pg/ml、Hb 8.8g/dl、Xp上では胸水増加、肺野透過性低下を認めており、さらに両側下腿や背側部有意の浮腫が出現していた。主治医へ報告し内科医介入となり輸血や利尿剤が開始となった。理学療法内容は、心不全徴候に留意しながら離床および下肢機能維持向上を中心に行った。結果、心不全の増悪を認めず術後8日で車椅子離床が可能となり、術後14日に当院回復期病棟へ転棟した。

【考察】整形術後に心不全を発症した症例に対し全身状態をアセスメントすることで心不全の増悪を認めることなく理学療法が円滑に介入出来たと考えられる。

0-18

入院期心不全患者における塩分摂取量で分類した臨床的特徴

山口県立総合医療センター リハビリテーション部¹, 山口県立総合医療センター 循環器内科²
三浦 正和¹, 大野 豊¹, 江口 奈穂¹, 橋本 実央¹, 角上 勇作¹, 山本 拓海¹, 赤瀬 英亮², 中尾 文昭²,
上山 剛², 池田 安宏²

【目的】入院時心不全患者において塩分摂取量で分類した臨床的特徴を明確にすること。

【方法】対象は2019年1月から2024年7月に入院時に採取したスポット尿から塩分摂取量を測定できた心不全患者316例(82歳, 女性40%)である。入院時塩分摂取量6g以下(6g以下群)・以上(6g以上群)で2群に分け、患者背景, 初期治療, 基礎疾患, 合併症, 退院時服薬, 心エコー検査値, 認知・身体機能, フレイルの有無比較した。

【成績】入院時塩分摂取量の中央値は10.0g, 6g以下群は68例(22%), 6g以上群は248例(78%)であった。6g以下群は, 6g以上群と比較して, 入院時収縮期血圧が低値, 入院1・2日目の尿量が少なく, 心リハ介入時FIMが低値, 退院時50m歩行が不可能である患者が多かった。入院時塩分摂取量と年齢, 認知機能, 栄養指標であるGNRIの相関関係を確認したがいずれも有意な関連は認めなかった。

【結論】入院時に測定した塩分摂取量6g以下を達成できている患者は22%に留まっており, 塩分過多による再入院を抑止するために, 栄養指導を含めた包括的心リハ介入の重要性が示唆された。

0-19

異常歩行に着目した個別的リハビリテーションプログラムが身体機能の改善に功を奏した重症心不全の一症例

岡村一心堂病院 リハビリテーション室¹, 岡村一心堂病院 健診部², 岡村一心堂病院 循環器内科³, 川崎医科大学 総合内科学^{3,4}

山本 貴大¹, 迎山 加奈¹, 空閑 奈津子¹, 友野 彩華¹, 川場 香苗¹, 武井 智恵子², 岡村 暢大³, 伊藤 浩⁴

【背景】先行研究によると、急性心不全で入院した高齢患者に対する運動機能の個別的なリハビリテーション(リハ)は、従来ガイドラインで推奨されているリハと比較し身体機能を大幅に改善する。異常歩行を呈する高齢心不全患者に個別的なリハで身体機能が改善し、再入院も予防できたため報告する。

【症例】12月X日、慢性心不全急性増悪で入院した80歳代男性。基礎疾患は虚血性心疾患。入院時、BNP 1643pg/ml、左室駆出率25%、完全左脚ブロックであり、心不全コントロール後にCRTD植え込みの方針となった。X+2日後リハ開始、立位姿勢はワイドベースで重心は右後方に偏位、トレンデレンブルグ歩行を呈していた。X+9日後SPPB 9点、6分間歩行試験(6MWT) 270m。リハプログラムはレジスタンストレーニングや有酸素運動に加え、殿筋群の筋力強化やバランスに重点を置いた。X+19日後SPPB 11点、6MWT 298mで退院時に運動指導を実施した。退院から4ヶ月後SPPB 10点、6MWT 240m。この間、再入院はなくCRTD植え込みのため他院に紹介となった。

【結語】高齢心不全患者に対する運動機能の個別的なリハは身体機能を大幅に改善し、心不全増悪による再入院を防ぐことができる。

0-20

玉島中央病院における心臓リハビリテーション患者に対するハートカフェ開催の取り組みの報告

玉島中央病院 医療技術部 リハビリテーション課¹, 玉島中央病院 看護部², 玉島中央病院 医療技術部 薬剤課³, 玉島中央病院 医療技術部 栄養課⁴, 玉島中央病院 循環器内科⁵ 西尾 佳晃^{1,2,3}, 木村 龍¹, 小野 昌平¹, 竹田 圭佑¹, 口ノ町 美鈴¹, 赤木 明莉², 村上 里美², 中川 睦美², 湊 秀聡³, 宮 千紘⁴, 三好 章仁⁵

【目的】外来心臓リハビリテーション(以下外来CR)患者を対象に患者間交流促進を目標にハートカフェを開催した。

【方法】参加は事前予約制とし、1時間程度の開催とした。1グループ5人程度に事前に振り分けを行った。講師は循環器内科医師や看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士の多くの専門職種が担った。内容としては各専門職種がクイズを提示し、グループ内で話し合い解答を行った。

【結果】外来CR患者は現在87名(平均年齢:77.3±9.1歳, 男女比:M:F=16:13, 心不全:46.0%, 狭心症:11.5%, 心筋梗塞:26.4%, 大血管術後:4.6%, 末梢動脈疾患:1.1%, その他:10.3%)実施している。当日のハートカフェ参加者は29名(平均年齢:79.3±5.3歳、男女比:M:F=13:16, 心不全:55.2%, 狭心症:13.8%, 心筋梗塞:13.8%, 大血管術後:10.3%, その他:6.9%)参加率33.3%であった。5段階評価とする受講者アンケートから、9割以上が満足という非常に高い結果が得られた。

【考察】今回外来CR患者対象にハートカフェを開催した。多職種での指導や患者間交流を行った意義は非常に大きかったと実感している。しかし、心筋梗塞患者の参加率低下を認めため、次回は不参加理由を調べ、参加率向上に努めていきたいと考える。

0-21

当院の外来心臓リハビリテーションにおける現在までの経過と新たな取り組みについて

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院
齋藤 聖平, 浜野 泰三郎

【目的】2020年より短期間で再入院を繰り返す症例や入院中から心不全管理に難渋する重症例を対象とした外来リハビリテーションを開始した。現在までの経過と2023年度より心不全指導の充実を目的に新たな取り組みを行ったため報告を行う。

【方法】心不全管理の評価項目としてヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度と心不全知識評価を追加した。評価日は初回外来介入時から3か月おきに定期評価を行った。また、医師、理学療法士に加え新たに心不全看護認定看護師が外来リハビリテーションに参加し多職種で心不全指導に取り組んだ。

【結果】ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度の評価では、症状悪化時の受診目安と感染予防の項目で改善を認めた。心不全知識評価では、起座呼吸についての正答率が68%から79%へ改善、食事と内服管理の正答率が48%から71%へ改善を認めた。

【考察】評価スケールの導入により心不全管理の問題点の抽出が容易となり明確な指導が可能となった。心不全看護認定看護師の参加により多職種連携が図れた心不全管理の把握や指導が充実したと考えられる。今後の課題として、外来頻度の調整やドロップアウト患者への対策など検討が必要と考えられる。

0-22

退院後早期再入院を来した心不全患者に多職種協働での退院支援を行った一例

広島心臓血管病院 リハビリテーション科¹, 広島心臓血管病院 循環器内科²
板井 ツカサ¹, 中村 真幸², 星子 展洋², 寅丸 幸栄²

【症例】80歳代女性、独居。要支援2。

【主訴】動悸、呼吸苦

【現病歴】脳梗塞を発症し、リハビリテーション病院退院後から動悸を自覚した。かかりつけ受診時に呼吸苦、浮腫を認め、退院10日後に当院へ紹介となる。持続性心房細動による頻脈誘発性心筋症の診断で入院加療し、薬剤による心拍数コントロールで良好に軽快となった。退院前にCPX施行し高度フレイル(Peak VO₂:6.1ml/min/kg, 1.74METs)と診断した。両心カテーテル検査で肺高血圧がないことを確認し、退院した。しかし、退院後7日で再入院となった。再入院予防のため多職種による患者・家族指導も開始となり、退院前に他職種協働でカンファレンスを行い、介護保険サービスが整ったところで自宅退院となった。

【考察】今回の早期再入院は①フレイル状態での過活動、②患者・家族の病態理解・自己管理が不十分であることが原因と考えた。本症例は高度フレイルであり、METsを用いて患者・家族指導し、病態理解、生活指導を行った。

心疾患など内部障害は障害の見えやすい整形疾患等と比べて目に見え辛く、特に患者・家族への生活指導や在宅支援スタッフとの情報共有を難しく感じた症例であった。

0-23

慢性血栓塞栓性肺高血圧症における運動時心拍出量と心肺運動負荷試験の各パラメータの関連性についての検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

勝部 翔, 西崎 真里, 山口 雄太, 岡田 真理香, 大石 達也, 守谷 梨絵, 中野 愛理, 松尾 剛

【目的】慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) 患者は、運動時に心拍出量 (CO) 増加不足を来すことが明らかとなっているが、運動中の測定は侵襲性が高く一般的に困難である。そこで、心肺運動負荷試験 (CPX) の各種パラメータがその指標となるかを検討した。

【方法】対象は、2020年7月～2023年12月に右心カテーテル留置下にCPXを実施したバルーン肺動脈拡張術施行後のCTEPH患者47例 (女性40例、平均66±12歳)とした。測定値よりFick式を用いてCOを算出し、CPXの各種パラメータとの関連性を検討した。統計ソフトはIBM SPSS Statistics 29.0.0.0 (IBM社)を使用し、全ての検定の有意水準は $P=0.05$ とした。

【結果】peak COは、peak呼気終末二酸化炭素分圧と相関がなかった一方でmin VE/VCO₂と負の相関を認め、peak一回心拍出量 (SV) はpeak酸素脈と正の相関を認めた。

【考察】CPXでのmin VE/VCO₂はpeak COを、peak酸素脈はpeak SVを反映している可能性が示唆された。一方、peak呼気終末二酸化炭素分圧はpeak COと関連を認めず、peak CO以外の要因が影響している可能性が考えられた。

0-24

慢性血栓塞栓性肺高血圧症患者における健康関連QOLの経時的変化の検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター リハビリテーション科

山口 雄太, 西崎 真里, 勝部 翔, 岡田 真理香, 大石 達也, 守谷 梨絵, 中野 愛理, 松尾 剛

【目的】慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) 患者において、健康関連QOLを経時的な変化を検討すること。

【方法】2014年3月～2017年10月に当院にてバルーン肺動脈形成術 (BPA) 治療が行なわれたCTEPH患者のうち、治療前・治療後1年にMedical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)を用いて、健康関連QOL評価を行うことのできた27名を対象とした。

【結果】対象患者の年齢 59.4 ± 13.6 歳、男女比は4:23であった。治療前の平均肺動脈圧は 37.5 ± 9.8 mmHg、膝伸展筋力左右平均は 23.9 ± 18.1 kgf/kg、6分間歩行距離は 319 ± 121 mであった。健康関連QOLではサマリースコアで精神的健康度MCS (51.0 ± 11.3 点)の低下は認められなかったが、身体的健康度PCS (30.0 ± 16.6 点)、役割/社会的健康度RCS (35.8 ± 16.0 点)で著しい低下を認めた。治療後1年では平均肺動脈圧、膝伸展筋力、6分間歩行距離で有意な改善を認めた。健康関連QOLでは役割/社会的健康度RCS (41.4 ± 11.5 点)で改善、身体的健康度PCS (38.2 ± 15.3 点)で有意に改善を認めたが国内平均と比較すると低値であった。

【考察】治療後1年で健康関連QOLに改善は認めるものの身体面・社会面での得点は国内平均と比較し低い傾向にあった。

0-25

経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)後、外来心臓リハビリテーションを実施し運動耐容能改善を認めた一症例

玉島中央病院 医療技術部 リハビリテーション課¹, 玉島中央病院 看護部²,
玉島中央病院 医療技術部 薬剤課³, 玉島中央病院 医療技術部 栄養課⁴,
玉島中央病院 医療技術部 臨床検査課⁵, 玉島中央病院 循環器内科⁶
口ノ町 美鈴¹, 西尾 佳晃¹, 木村 龍¹, 小野 昌平¹, 竹田 圭佑¹, 村上 里美², 津田 理恵², 赤木 明莉²,
中川 睦美², 湊 秀聡³, 宮 千紘⁴, 古城 素士⁵, 三好 章仁⁶

【目的】近年、大動脈弁狭窄症に対するTAVIが心大血管疾患リハビリテーション料の対象疾患に明記された。外来心臓リハビリテーション(以下CR)を行ったことで運動耐容能改善を認めた症例を報告する。

【方法】80歳代女性。労作時の息切れを認め、当院にて重症大動脈弁狭窄症、中等度僧帽弁閉鎖不全症の診断あり入院加療開始。薬物療法にて一時症状改善するも、再燃し他院にてTAVI、経皮的僧帽弁クリップ術施行。術後翌日には歩行訓練を開始し、術後3日目で当院再転院となりCR再開。術後12日目に自宅へ退院し、外来CRへ移行後は自転車エルゴメータでの有酸素運動やレジスタンストレーニングを実施した。

【結果】術前評価では、握力や歩行速度低下、体重減少、疲れやすさを認めCHSによるフレイルの診断基準にて4項目該当していたが、術後半年時点では自覚症状と体重の2項目が改善した。また心肺運動負荷試験にて、術後1ヶ月でPeak VO₂ 10.6ml/min/kgであったが、3ヶ月後には14.9ml/min/kgへと改善した。

【考察】当院での術前評価にてフレイルを認める状況であったが、週2回外来CRを継続したことで運動耐容の改善を認め、プレフレイルへと移行することができたと考えられる。

0-26

短期間の回復期病棟での心臓リハビリテーションを実施し、復職の支援が可能であったTAVI後症例

川崎医科大学附属病院 リハビリテーションセンター¹, 川崎医科大学 循環器内科学²
眞鍋 良太¹, 杉 吉郎¹, 橋爪 奏子¹, 岡本 公志², 山田 亮太郎², 上村 史朗²

【目的】経カテーテル大動脈弁留置術(以下;TAVI)後の患者に対して、13日間の回復期リハビリテーション病棟(以下;回りハ病棟)での心臓リハビリテーション(以下;心リハ)を実施し、復職の支援が可能であったため報告する。

【方法】60歳代男性。職業はし尿処理業者。大動脈弁狭窄症・閉鎖不全症による心不全を発症し、入院6日目に準緊急でTAVIを施行された。復職を目標に、術後9日目に回りハ病棟に転棟した。転棟時の評価結果は、peak VO₂ 11.8ml/min/kg、TV/RR slope 136、脚伸展筋力0.73Nm/kgであった。回りハ病棟での心リハは、理学療法にて有酸素運動と筋力増強運動を中心とした運動療法、運動指導を実施し、作業療法時に日常生活動作や復職を想定した動作練習、生活指導を実施した。頻度と時間は、週7回、平均76分(40~120分)実施した。

【結果】退院前の評価結果は、peak VO₂ 18.4ml/min/kg、TV/RR slope 200、脚伸展筋力1.21Nm/kgであった。術後21日目に自宅退院となった。

【考察】回りハ病棟での心リハは、一般病棟と比べて、リハビリ実施時間が増加するため、短期間であったが、運動耐容能の改善や退院後の安全な復職に貢献する可能性を示した。

急性大動脈解離緊急手術施行後患者の心臓リハビリテーションの経過とリスク管理

岡山大学病院 総合リハビリテーション部¹, 岡山大学病院 看護部², 岡山大学病院 循環器内科³
原賀 泰誠¹, 木元 朗¹, 大塚 貴久¹, 遠部 千尋², 三好 亨³

急性大動脈解離 (Stanford A型) を発症し緊急手術を施行された患者の心臓リハビリテーションの経過とリスク管理について報告する。対象は2019年7月～2023年2月に当院で弓部大動脈置換術を施行された25例を対象とした。心臓リハビリテーションを施行した患者のICU管理下と一般病棟での経過とリスク管理について検討した。結果はICU管理下では血圧コントロール不良、せん妄、不整脈のあった患者で離床が遅れICU入室期間が長くなった。一般病棟では侵襲的な影響による炎症反応が高値の患者で十分な運動負荷を掛けられず入院期間も延長した。血流障害など術後の全身状態により心臓リハビリテーション時の対応は異なるが、個別的に判断することで安全に心臓リハビリテーションが実施できると考えられる。

共催・協賛企業一覧

以下の企業および団体から、ご支援をいただきました。ここに記して、厚く御礼を申し上げます。

株式会社アルム
インターリハ株式会社
株式会社インボデイ・ジャパン
岡山赤十字病院
オムロン ヘルスケア株式会社
セコム株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
トーアエイヨー株式会社
株式会社ネオメディック
ファイザー株式会社
フクダ電子岡山販売株式会社

(50音順、敬称略)

2024年11月6日現在

MEMO

Allm SHAPING
HEALTHCARE

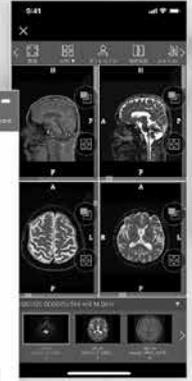
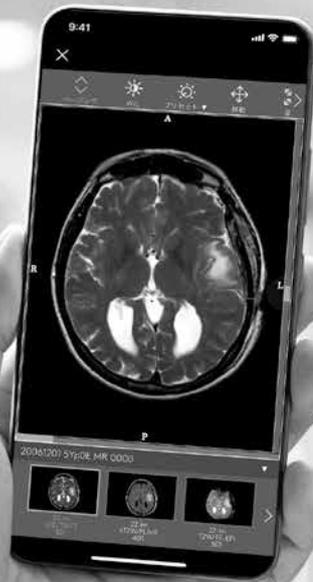
医療関係者間
コミュニケーションアプリ

Join

汎用画像診断装置用プログラム

GET IT ON
Google Play

Download on the
App Store



医療現場をMobile×Cloudで変える新しいコミュニケーションのかたち

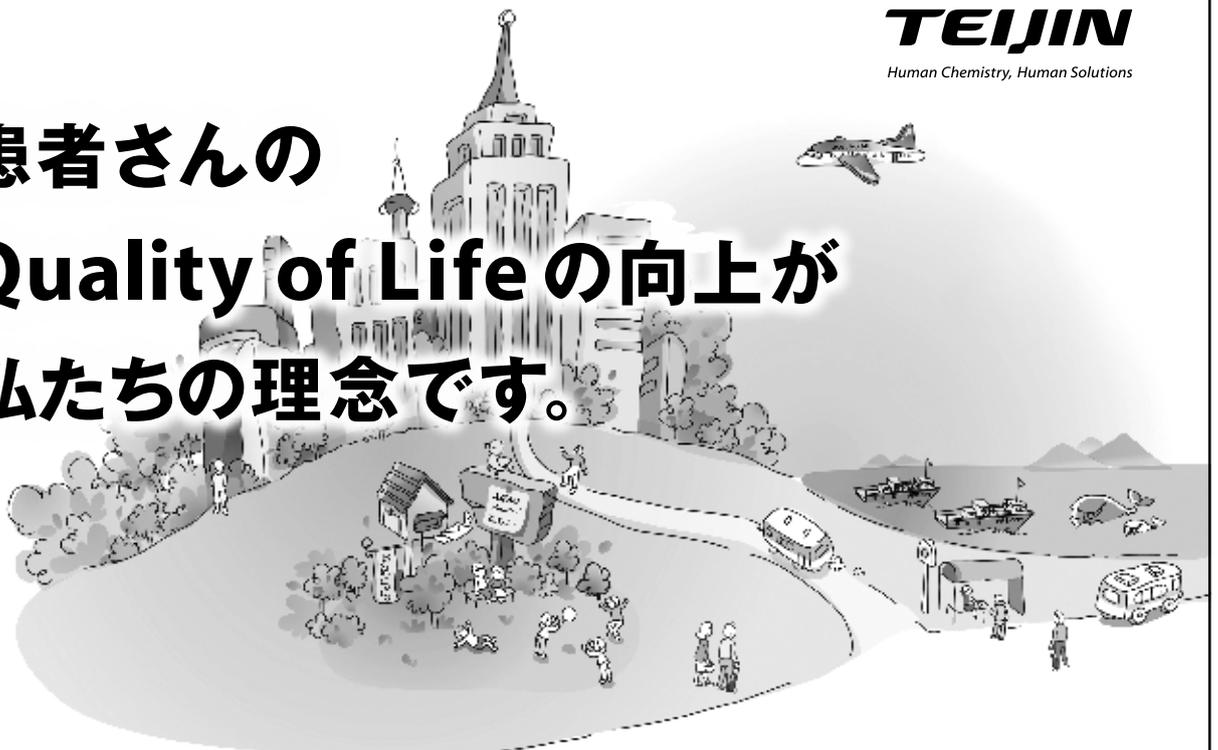
Joinは医療関係者のコミュニケーションをスムーズにするためのアプリです。標準搭載されたDICOMビューワーにより、MRI・CTなどの医用画像を閲覧・共有できます。高度なセキュリティで安心して病院内外での情報共有が可能です。院内の多職種連携や施設間連携において、症例相談・患者紹介が容易になり、緊急時には救急搬送プロセスの効率化に繋がります。

製造販売業者

株式会社アルム www.allm.net

販売名: 汎用画像診断装置用プログラム Join 医療機器認証番号: 227A0BZX00007Z00 クラス分類: 管理医療機器
写真はイメージです。実際とは異なる場合がございます。Joinは、株式会社アルムの商標または登録商標です。

患者さんの Quality of Lifeの向上が 私たちの理念です。



TEIJIN

Human Chemistry, Human Solutions

帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD003-TB-2103-1

経皮吸収型・β₁遮断剤 薬価基準収載

処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

β ビソノテープ[®] 2mg・4mg・8mg

(ビソプロロール・テープ剤) *Bisono tape 2mg・4mg・8mg*

トーアエイヨー
製造販売

■効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等詳細は、製品添付文書をご参照ください。

2021年10月作成 BTA4207D

[文献請求先・お問い合わせ先] トーアエイヨー株式会社 信頼性保証部 / 電話 0120-387-999

最先端医療機器の提供を通じ 人にやさしい医療の確立を目指します

世界中の数ある優秀な医療用具・機器メーカーから
最もニーズに適合した商品のみを現場に提供しています
そして単に医療用具・機器の提供だけにとどまらず
それに伴う高付加価値の創造と共有こそが私たちの一番大切な使命と考えます



医療機器・病院設備
株式会社 ネオメディックス

- 札幌本社 札幌市白石区菊水7条2丁目7番1号
TEL (011) 837-6305 FAX (011) 837-6306
- 北見営業所 北見市中央三輪1丁目422番地 パナプラザビル2階
- 旭川営業所 旭川市神楽4条6丁目1番15号 第一レジデンス太陽の郷1階C号室
- 名寄営業所 名寄市字徳田51番地25
- 釧路営業所 釧路市堀川町5番 アピタシオンリビエール214号
- 帯広営業所 帯広市東4条南20丁目1番地1 EST HOUSE 1階
- 苫小牧営業所 苫小牧市若草町3丁目2番7号 大東若草ビル3階B室
- 岡山営業所 岡山県岡山市北区大元駅前3番50号 大元駅前ビル6階
- 九州営業所 福岡県福岡市南区平和2丁目6番3号2階
- 北関東営業所 埼玉県川口市西川口1丁目26-4 上新ビル201号室
- 横浜営業所 神奈川県横浜市港北区新横浜3丁目13番6号 新横浜山第3ビル501号室
- 品川営業所 東京都品川区西五反田6丁目1番7号 西村ビル2階



注意一特例承認医薬品

抗ウイルス剤

薬価基準収載

😊 パキロビッド® パック 600/300

Paxlovid®PACK

ニルマトレルビル錠/リトナビル錠

創薬、処方箋医薬品[※]

注）注意一医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「禁忌を含むその他の注意」等に
ついては、電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467
<https://pfizerpro.jp/> にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

PAX72N003B
2023年8月作成

日本心臓リハビリテーション学会
第10回中国支部地方会
プログラム・抄録集

発行 2024年11月

編集 岡山赤十字病院 医療社会事業部
〒700-8607 岡山県岡山市北区青江2-1-1
TEL：086-222-8811 FAX：086-222-8841

印刷 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345