

第10回

**日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会**

プログラム・抄録集

会期

2023年3月5日（日）

会長

神津 玲

（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野 教授）

開催方式

WEB開催（ライブ配信）

会長挨拶

この度、第 10 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会九州・沖縄支部学術集会を 2023 年 3 月 5 日(日)、Web でのライブ配信にて開催させていただくことになりました。私ども長崎大学で本学術集会を担当させていただくのは、第 1 回(千住秀明教授)ならびに第 4 回(神津玲)に続いて 3 回目となります。また、今回は九州・沖縄支部において第 10 回目の節目となる開催でもあり、責務を感じながら実り多い学術集会となるよう鋭意準備を進めているところでございます。

呼吸ケア・リハビリテーションは、対象疾患の拡大とともに高度急性期から生活期、さらには終末期まで対象者の幅広い病期にわたって開く展開されるようになり、この 10 年間で大きな発展を遂げています。特にその先駆けであり、中心的対象でもある「COPD」に対する呼吸リハビリテーションの方法論は「円熟期」にあり、エビデンスもほぼ確立したと言え、各種診療ガイドラインでもその実施が強く推奨されるに至っています。その反面、特に回復期や生活期を中心とした呼吸リハビリテーションは、十分に提供されていないことも指摘されており、本学会が中心となって取り組むべき重要な課題となっています。

そのため、本学術集会では「呼吸ケア・リハビリテーションの課題」をキーワードとして、特別企画、2 つの教育講演、シンポジウムといったプログラムを準備いたしました。学術集会ならではの最新の知識や動向を提供するとともに、今回は特に、呼吸ケア・リハビリテーションの現状や課題を共有し、そしてその解決とともに将来に向けた取り組みを参加者の皆様とともに考え、学びあえる場にしたいと強く願う次第です。そのような意味で、この領域を長きにわたって牽引してこられた津田徹先生と力富直人先生による「特別企画：レジェンド対談」では呼吸ケア・リハビリテーションの真髄とともに、課題解決のための有益なヒントや方向性を示していただけるものと期待しております。

今回の学術集会はオンライン配信のみでの開催となります。モニター越しとはなりますが、ディスカッションを交わしながら、参加者の皆様にとって多くの学びが得られるひと時となりますようお願いしております。ぜひ、多くの皆様のご参加をお待ちしております。

第 10 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会九州・沖縄支部学術集会

会長 神津 玲

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野 教授

学会参加者へのご案内

▶学会名

第 10 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 九州・沖縄支部学術集会

▶会 期

2023 年 3 月 5 日（日） 9:00～15:50

▶会 長

神津 玲（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科医療科学専攻理学療法学分野 教授）

▶学術集会ホームページ

【URL】 <https://yumejuku.org/regional.html>



▶WEB 開催内容

<ライブ配信> 特別企画レジェンド対談・教育講演・シンポジウム・一般演題
配信方法：Zoom を利用してのリアルタイム配信となります。

▶参加登録

学術集会ホームページ上でのオンライン受付となります。

受付期間：2022 年 12 月 26 日（月）～ 2023 年 3 月 2 日（木）正午

参加費：会員 2,000 円，非会員 3,000 円，学生 1,000 円（オンライン決済）

▶閲覧方法

- 1) 参加登録が完了された方へ，WEB 閲覧用の URL を配布いたします。
- 2) ご登録頂きましたメールアドレス宛に 2023 年 3 月 4 日（土）午後までに当日視聴用の Zoom オンライン URL を送付いたします。

▶領収書・参加証明書

- 1) 領収書：お振込み確認後に領収書を発行し，ご登録メールアドレスに送付いたします。
- 2) 参加証明書：当日の参加を確認後に発行いたします。

▶参加単位

本学術集会への出席および発表に際し下記の単位が取得できます。

- ・呼吸ケア指導士認定更新単位取得：出席 10 単位，筆頭演者 10 単位
- ・3 学会合同呼吸療法認定士資格認定更新単位取得：
 - a. 出席 20 点
 - b. 呼吸療法に直接関連した演題の第 1 演者 20 点，共同演者 10 点
 - c. 講師として講義・講演した場合 30 点

▶**特別企画 レジェンド対談・教育講演・シンポジウム・一般演題発表者・座長について**

学術集会参加登録が必須となりますので、必ず参加登録をお願いいたします。特別企画 レジェンド対談、教育講演、シンポジウムの発表者につきましては、運営事務局より直接ご連絡いたします。

▶**注意事項**

学術集会当日は、動画およびスライドデータの写真・スライド・映像・音声の録音、録画、キャプチャ、スクリーンショット等の行為は禁止いたします。

▶**九州・沖縄支部代議員会**

2023年3月5日（日）16:00 開始となります。

▶**学会事務局**

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野

〒852-8501 長崎市坂本 1-7-1

TEL : 095-819-7963

E-mail : nagasakiyumejuku.extension@gmail.com

日程表

時間	ライブ配信
8:55-9:00	開会式 (会長 神津 玲)
9:00-10:30	特別企画 レジェンド対談 「呼吸ケア・リハビリテーションの歩みと未来：次世代へのメッセージ」 演者：津田 徹 (霧ヶ丘つだ病院) 力富 直人 (長崎呼吸器リハビリクリニック) 座長：神津 玲 (長崎大学大学院)
10:35-11:15	教育講演 学び直しセミナー I 「急性期の呼吸ケア・リハビリテーション：最近の進歩」 演者：里井 陽介 (那覇市立病院看護部) 座長：下川 満美 (国立病院機構 福岡病院看護部)
11:20-12:20	一般演題 I (6 演題) 座長：朝井 政治 (大分大学福祉健康科学部)
12:30-13:10	教育講演 学び直しセミナー II 「生活期の呼吸ケア・リハビリテーション：最近の進歩」 演者：筒井 宏益 (江南病院リハビリテーション科) 座長：高岡 俊夫 (かごしま高岡病院)
13:15-14:05	一般演題 II (5 演題) 座長：松元 信弘 (国立病院機構 宮崎東病院呼吸器内科)
14:10-15:40	シンポジウム 「呼吸リハビリテーションはなぜ普及しないのか？」 1. 「本邦における呼吸リハビリテーションの現状」 演者：田中 貴子 (長崎大学大学院) 2. 「当院における呼吸リハビリ導入までの過程と現状」 演者：宇都宮嘉明 (宇都宮内科医院) 3. 「ケアマネジメントに関わる立場から」 演者：戸村 孝章 (ケアプランセンター・バディ) 4. 「退院後もリハビリテーションを！ 患者団体の立場から」 演者：吉田なぎさ (NPO 法人日本呼吸器障害者情報センター) 座長：北川 知佳 (長崎呼吸器リハビリクリニック), 田中 貴子 (長崎大学大学院)
15:45-15:50	閉会式 (次期会長 高岡 俊夫)

ライブ配信プログラム

2023年3月5日（日）

- 特別企画 レジェンド対談
- 教育講演 学び直しセミナー I
- 一般演題 I
- 教育講演 学び直しセミナー II
- 一般演題 II
- シンポジウム

8:55 ~ 9:00 開会式

9:00 ~ 10:30 特別企画 レジェンド対談

座長：神津 玲（長崎大学大学院）

呼吸ケア・リハビリテーションの歩みと未来：次世代へのメッセージ

津田 徹（霧ヶ丘つだ病院）

力富 直人（長崎呼吸器リハビリクリニック）

10:35 ~ 11:15 教育講演 学び直しセミナー I

座長：下川 満美（国立病院機構 福岡病院看護部）

急性期の呼吸ケア・リハビリテーション：最近の進歩

里井 陽介（那覇市立病院看護部）

11:20 ~ 12:20 一般演題 I

座長：朝井 政治（大分大学福祉健康科学部）

0-1 COPD 患者のセルフケア指導後の継続状況

井手上恭子（国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院）

0-2 サルコペニアを合併した COPD 患者の息切れスケールに関連する 6 分間歩行距離テスト時の症状

猿渡 聡（長生堂渡辺医院）

0-3 セルフマネジメント能力の差は 1 年後の呼吸リハビリテーション効果に差があるか～男性

COPD 患者の初期・1 年後の比較～

古河 琢也（長生堂渡辺医院）

0-4 心理変化に合わせた患者教育で仕事の継続が可能となった COPD 患者の経験

三上 結樹（かごしま高岡病院リハビリテーション科）

0-5 COPD 患者に対する外来呼吸リハビリテーション継続方法の検討

城石 涼太（宇都宮内科医院リハビリテーション科）

0-6 運動耐容能低下に吸気筋トレーニング追加が有効であった COPD 症例

椿 拓実（霧ヶ丘つだ病院）

12:30 ~ 13:10 教育講演 学び直しセミナー II

座長：高岡 俊夫（かごしま高岡病院）

生活期の呼吸ケア・リハビリテーション：最近の進歩

筒井 宏益（江南病院リハビリテーション科）

13:15 ~14:05 一般演題 II

座長：松元 信弘（国立病院機構 宮崎東病院呼吸器内科）

0-7 当クリニックにおける呼吸リハビリテーションの現状

森 健太郎（まさき内科呼吸器クリニック呼吸リハビリテーション科）

0-8 HOT 導入による復職困難な IPF 患者に対する多職種連携支援

結城 翼（霧ヶ丘つだ病院）

0-9 体組成計を用いた間質性肺疾患患者の状態管理の検討

杉木優一郎（かごしま高岡病院）

0-10 顔面への冷風刺激が健常者の運動耐容能に与える影響

田中健一朗（大分大学福祉健康科学部）

0-11 高齢肺炎患者における退院時の運動耐容能への影響要因

禹 炫在（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

14:10 ~ 15:40 シンポジウム

座長：北川 知佳（長崎呼吸器リハビリクリニック）

田中 貴子（長崎大学大学院）

呼吸リハビリテーションはなぜ普及しないのか？

1. 本邦における呼吸リハビリテーションの現状

田中 貴子（長崎大学大学院）

2. 当院における呼吸リハビリ導入までの過程と現状

宇都宮嘉明（宇都宮内科医院）

3. ケアマネジメントに関わる立場から

戸村 孝章（ケアプランセンター・バディ）

4. 退院後にもリハビリテーションを！ 患者団体の立場から

吉田なぎさ（NPO 法人 日本呼吸器障害者情報センター）

15:45 ~ 15:50 閉会式

抄録集

2023年3月5日（日）

- 特別企画 レジェンド対談
- 教育講演 学び直しセミナー I
- 教育講演 学び直しセミナー II
- シンポジウム
- 一般演題 I
- 一般演題 II

特別企画 レジェンド対談

呼吸ケア・リハビリテーションの歩みと未来：次世代へのメッセージ

座長：神津 玲（長崎大学大学院）

呼吸ケアリハチームとブランディング

霧ヶ丘つだ病院 院長

○津田 徹

1965 年に津田稔が COPD の呼吸リハをわが国で初めて日本胸部臨床に報告。40 年以上が経過した 2006 年にやっと呼吸リハは健康保険適応となり、呼吸リハを志す PT も増えてきた。しかし、地域差、無床診療所での保険適応基準が厳しいため、COPD においても 5~20%しか患者さんの手に届いていない。

1965 年の報告においても医師、PT、OT、看護師からなるチームでの呼吸リハが提唱され、現在の当院での活動の一端を紹介しながら、チームに求められるもの、セルフマネジメントによる行動変容、ブランディング、地域で持続可能な包括ケア体制構築について述べたい。

COPD 患者の平均寿命は 80 歳前後と、一般的な高齢者と変わらなくなっており、病気になってからの生活を支えることも重要であり、残りの人生をその人らしく過ごすことを支えるのが呼吸ケアの基本と考える。「非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針 2021」では、最終末期まで、急性期の治療（NPPV や NHFC）と呼吸困難に対する緩和ケアは並行して行われていることが多く、終末期において基本的治療から緩和ケアにスイッチするのではなく緩和ケア的要素を加えていくとした。

一方、間質性肺炎では予後が不良であり、診断されて 2 年以内の早期の呼吸リハの導入、緩和ケアが重要である。

まず、理想とする医療を構築する、それに対して医療保険適応が後追いでついてくるのは、呼吸リハの歴史を見ても明らかであり、厚生労働省と連絡を密にして、呼吸不全に対する医療体制を整備していくことが望まれる。

特別企画 レジェンド対談

呼吸ケア・リハビリテーションの歩みと未来：次世代へのメッセージ

長崎呼吸器リハビリクリニック 理事長

○力富 直人

呼吸リハビリは経験に基づく治療から始まり、科学的知見の積み重ねによる医療として発展してきたが、その道を切り開いたパイオニアの努力に敬意を表する。私自身が呼吸リハビリと関わりを持つようになったのは 1979 年に長崎大学の熱研内科に勤務するようになり重症の慢性呼吸器病患者を診るようになってからである。薬剤や酸素療法も十分でない当時であっては患者の呼吸困難や ADL の改善は困難を伴うことが多かった。

日本の呼吸リハビリのパイオニアの一人である千住先生からの影響をうけ、研究としてではなく現場で実践するため開業し、外来と入院で呼吸リハビリを続けて 25 年が経った。呼吸器疾患の中で COPDこそ呼吸リハビリの効果が確立されたが、間質性肺炎など克服できていない疾患も少なくない。

また一口に呼吸リハビリの普及といっても、医療従事者だけでなく患者・家族への周知や啓蒙は当院のみで解決できる問題ではなかった。それにもまして開院当時の呼吸リハビリに対する低い診療報酬はこれを続ける足かせとなり、閉院まで考える状況に直面したが呼吸リハビリに関係した様々な方面からの助力、協力によりなんとか山積した問題を乗り越えてきた。結果として「呼吸リハビリの普及」に対して学会賞が当院に与えられが、これは我々の力だけではなしえないことであり、関係各位のこれまでのご支援に感謝したい。これまでの当院の歩みを通して得られた経験から呼吸リハビリの問題と将来を考えたい。

教育講演 学び直しセミナー I

座長：下川 満美（国立病院機構 福岡病院看護部）

急性期の呼吸ケア・リハビリテーション：最近の進歩

地方独立行政法人 那覇市立病院看護師

○里井 陽介

看護における呼吸ケアの代表的なものとして、吸引・吸入、体位ドレナージなどが挙げられます。このような基本的なケアでもフィジカルアセスメントのような知識・技術は欠かせません。急性期における呼吸器の問題点は、肺炎などの呼吸器疾患には限らず、心不全に併発する肺水腫、脳卒中疾患でよく見られる誤嚥性肺炎、外科術後における無気肺、種々の原因に引き続いて生じる肺傷害（ARDS 含む）など、全科において呼吸ケアの知識は必要不可欠です。また、呼吸ケアは看護介入だけでの解決は困難であり、リハビリテーションによるサポートも必要となります。その際、リハビリテーション科をはじめとした他科との連携が重要です。

近年、比較的新しい酸素療法として、ハイフローネーザルカニューラが登場し、場面ごとにおける適切な酸素療法デバイスの選択が必要となっています。基本的なデバイスの知識、使用上の注意を交え説明します。

教育講演 学び直しセミナー II

座長：高岡 俊夫（かごしま高岡病院）

生活期の呼吸ケア・リハビリテーション～最近の進歩～

一般財団法人杏仁会 江南病院 リハビリテーション科

○筒井 宏益

生活期の呼吸ケア・リハビリテーションは、呼吸器疾患患者の増悪の予防、呼吸困難感の軽減、運動耐容能向上および身体活動量の向上・維持が目的となる。運動療法（全身持久力、筋力トレーニング中心）、呼吸練習、コンディショニング、ADL トレーニングより構成され、セルフマネジメント教育、栄養療法等の包括的な個別プログラムを作成し実践する。特に、生涯にわたり健康維持・増進や増悪予防のためのセルフマネジメント行動が継続できるようセルフマネジメント支援が重要になる。心身機能の改善に加え活動と参加を含めた包括的な生活機能の向上を目的にバランスよく実践する必要がある。

2022 年 9 月には「呼吸器疾患のセルフマネジメント支援マニュアル 2022」が発刊された。従来の「呼吸リハビリテーションマニュアル」の患者教育の内容に ACP と緩和ケア、地域包括ケアにおけるセルフマネジメント支援 等が付け加えられ、呼吸器疾患患者の健康の維持・増悪の予防に寄与し、予防から終末期までのシームレスな管理が可能になると思われる。

今回、COPD 患者の生活期における呼吸ケア・リハビリテーションとして①増悪の予防・早期対応 ②日常生活の工夫と息切れの管理 ③身体活動向上・維持を目指した支援 ④在宅での NFNC（ハイフローセラピー）の活用等を述べたい。また、地域包括ケアシステムの一翼を担う当院の熊本県地域リハビリテーション広域支援センターの活動を紹介する。

シンポジウム 呼吸リハビリテーションはなぜ普及しないのか？

座長：北川 知佳（長崎呼吸器リハビリクリニック）
田中 貴子（長崎大学大学院）

本邦における呼吸リハビリテーションの現状

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野

○田中 貴子，神津 玲

COPD を始めとした慢性呼吸器疾患患者に対する呼吸リハビリテーションは、呼吸困難、運動耐容能を改善し、健康関連 QOL を向上させるといった高いエビデンスをもった標準的治療として考えられている。COPD 診断と治療のためのガイドライン 2022 でも、呼吸リハビリテーションは強く推奨されている。また、本学会を中心に呼吸リハビリテーションのステートメントならびに運動療法や患者教育マニュアルなども発刊されている。

しかしその一方で、呼吸リハビリテーションが十分に普及していないことが指摘されている。2022 年 11 月に千葉で開催された本学会学術集会に際して、呼吸リハビリテーションの現状を把握する目的で、我々は患者団体、長崎市医師会、本学会の会員の方々を対象に呼吸リハビリテーションに関するアンケート調査を行った。

今回、このアンケート調査結果を踏まえ、本邦の呼吸リハビリテーションの現状について報告し、呼吸リハビリテーションが普及しない原因、そして呼吸リハビリテーションの今後の普及に向けて議論したい。

シンポジウム 呼吸リハビリテーションはなぜ普及しないのか？

当院における呼吸リハビリ導入までの過程と現状

宇都宮内科医院 院長

○宇都宮嘉明

当院は福岡市の南に隣接した大野城市で 2000 年に開業し呼吸器疾患を中心に診療している。特に息切れを主症状とする COPD などの呼吸器疾患は薬物療法を開始しても、重症化すると在宅酸素療法を導入し、ついには呼吸不全で最期を迎えるという症例を数多く経験した。呼吸器リハビリテーションの必要性を切に感じていたもののリハビリを実施できる施設がほとんどなく、殊に外来で呼吸器リハビリを提供している施設は皆無であった。このため当院自らが呼吸器リハビリを提供する施設として 2016 年に移転し開業した。

このように呼吸器リハビリが普及しない大きな理由の一つとして呼吸器リハビリを提供している施設が極端に少ないことである。当院に関しても相応の広さの場所やスキルのある理学療法士の確保、融資などの課題があり構想から開業まで 3 年を要した。

そしていざ開設したものの数多くの問題に直面した。一番は呼吸器リハビリの認知度が低い点である。勉強会や研究会、インターネットなど様々な手段を講じて呼吸器リハビリの普及に尽力している。

その他、開業医ならではの課題も多い。例えば患者さんの交通手段や、COVID-19 流行時における感染予防や一時的ではあったが受診控えなどがあり、ひいては医業収益にも影響した。

今回の発表では当院が呼吸器リハビリを導入した過程と現状について紹介するとともに経営面も含めた利点と課題について考察し呼吸器リハビリの普及の一助になればと考えている。

シンポジウム 呼吸リハビリテーションはなぜ普及しないのか？

ケアマネジメントに関わる立場から

株式会社 Life buddy ケアプランセンター・バディ

○戸村 孝章

私が“呼吸リハ”を知ったのは、約 20 年前、担当の呼吸器疾患患者に対して PT が“呼吸リハ”を行っている場面に同席し、患者の呼吸が楽になるのを目の前で見たのが初めでした。ケアプランは、入院中にリハを行っていた場合はそのまま継続したプランを、リハを行っていない場合でも必要性があればリハを考慮したプランを検討します。呼吸器疾患患者も同様で、私は“呼吸リハ”のことを知っている経験から、その必要性を判断し“呼吸リハ”を含め呼吸器疾患に対応してくれる訪問看護や訪問リハなどの事業所に繋げていきます。しかし、ケアマネージャだけでなく、訪問看護や訪問リハ、その他職種でも“呼吸リハ”の認知度は決して高いとは言えず、ケアプランの中に“呼吸リハ”の要素が入っていないのも現実です。また、“呼吸リハ”を含め対応してくれる事業所も限られています。

リハビリは“運動”、“訓練”のイメージがまだまだ強いので、呼吸困難が強い患者のケアプランに“呼吸リハ”を組み込まないことも考えられます。またケアマネ研修にはリハの項目はあるものの、内容に“呼吸リハ”はありません。患者、家族をはじめ、われわれ医療従事者の“呼吸リハ”に対する認識・認知不足は大きいと思います。

発表では、在宅でケアマネジメントに関わり、ケアプラン作成を行っている立場から、私が感じる“呼吸リハ”の現状などについてお話できればと思います。

シンポジウム 呼吸リハビリテーションはなぜ普及しないのか？

退院後にもリハビリテーションを！ 患者団体の立場から

NPO 法人 日本呼吸器障害者情報センター J-Breath

○吉田なぎさ

呼吸リハビリテーション（以下、呼吸リハ）指導の多くは院内で途切れ、在宅療養まで介入が継続していることは少なく、戸惑いや不安を抱えたまま療養生活に突入されている患者が多いと感じている。J-Breath では 2021 年度の会報紙の特集で一貫して会員に対し「待つのでなく自分から主治医に『リハビリを受けたい』と相談しよう」と呼びかけた。その結果、2022 年春の会員アンケートでは「相談した」「リハビリを始めた」との回答が回答者の 4 割を占めた。長い療養生活を送ることになる患者にとって、在宅でみてくれる医師やセラピストと早くから関わりをもっておくことは重要であり、こうした患者自らの勇気ある行動が呼吸リハの裾野を広げることにも繋がると考えている。また患者自身が介護サービスについて具体的に「リハビリを受けたい」と明確に希望することは、介護保険の認定が低く見積もられがちな慢性呼吸器疾患において、介護保険の現場における認知向上につながる可能性がある。患者がこうした行動をとれるような患者教育サポートへの関心が高まることを期待したい。

患者らからは「相談してみたが、うちではやっていないといわれた」といった声も多い。その高いエビデンスと推奨度に見合った呼吸リハの普及が実現することを望んでいる。

一般演題 I

座長：朝井 政治（大分大学福祉健康科学部）

0-1 COPD 患者のセルフケア指導後の継続状況

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

○井手上恭子, 坂井陽子, 緒方勇成, 上村美里, 田代貴大, 丸塚 孝

【はじめに】COPD の管理には、禁煙・薬物療法・呼吸リハビリテーション・酸素療法などが重症化を防ぐ上で必要であるが、COPD の初期では自覚症状に乏しいため早期発見が難しくセルフケア指導を行うことが難しい現状がある。そのため指導を受けた患者の継続状況を調査した報告は少ない。今回術前検査で初めて COPD と診断された患者に対し、セルフケア指導を実施した。退院後の継続状況を明らかにすることを目的に、外来時に数値化できる禁煙・吸入・運動（歩数）について調査を行った。

【方法】対象は呼吸器外科病棟に入院され肺切除術を受ける COPD 患者 15 名。周術期パスに運動させ、手術日～胸腔ドレーン抜去日までを除いた入院期間にセルフケア指導を実施した。術後 1・3・6 ヶ月の外来受診時に継続ができていないか自記式質問紙で調査した。

【結果】回答を得られたのは術後 1 ヶ月は 15 名、術後 3 ヶ月は 10 名、術後 6 ヶ月は 5 名。運動は、歩行の継続ができていないと回答があったのは 1 名で、理由は疼痛だった。歩数が減少した理由は、疼痛、呼吸困難感、疲労感、気候だった。禁煙は全員継続できており、吸入は 1 名が疼痛のため継続できていなかった。

【まとめ】COPD 患者のセルフケア指導で、運動の継続はできるが運動量の保持が難しいことがわかった。今回の結果により今後の教育方法について示唆を得た。

0-2 サルコペニアを合併した COPD 患者の息切れスケールに関連する 6 分間歩行距離テスト時の症状

1) 長生堂渡辺医院 2) NPO 法人はがくれ呼吸ケアネット 3) 奈良学園大学 4) 京都橘大学
5) 高木病院○猿渡 聡^{1,2)}, 古河琢也^{1,2)}, 日高晴菜^{1,2)}, 阿波邦彦^{2,3)}, 堀江 淳^{2,4)}, 林 真一郎^{2,5)}, 渡辺 尚^{1,2)}

【目的】COPD サルコペニア患者と COPD 非サルコペニア患者の mMRC 息切れスケールに関連する 6 分間歩行テストの症状を検討し、サルコペニア COPD 患者の特徴を検討すること。

【方法】対象は外来安定期 COPD 患者 66 名とし、サルコペニアの判定は AWGS2019 の基準に準じ行った。評価指標は、年齢、mMRC 息切れスケール、6 分間歩行距離テスト(6MD)、6MD 開始前・終了時・終了 2 分後の SpO₂・脈拍・息切れ下肢疲労とした。年齢と 6MD 歩行距離を制御変数とした偏相関分析を実施した。また、副次的に 2 群間における各指標を対応のない t 検定で比較した。

【結果】COPD サルコペニアは 21 名、COPD 非サルコペニアは 45 名であった。COPD サルコペニアの mMRC 息切れスケールと有意な相関が認められた項目は、6MD 終了 2 分後の SpO₂($r=-0.533$, $p=0.019$), 6MD 終了時の息切れ($r=0.682$, $p=0.001$), 6MD 終了 2 分後の息切れ($r=0.661$, $p=0.002$)であった。COPD 非サルコペニアの mMRC 息切れスケールと有意な相関が認められた項目は、6MD 終了 2 分後の脈拍($r=0.321$, $p=0.038$), 6MD 終了時の息切れ($r=0.411$, $p=0.007$)であった。なお、COPD サルコペニアは COPD 非サルコペニアよりも、6MD ($p<0.001$) が有意に低下していた。

【結論】COPD サルコペニアは運動後の酸素化能と息切れのリカバリー能力が低下している可能性が示唆された。

一般演題 I

0-3 セルフマネジメント能力の差は 1 年後の呼吸リハビリテーション効果に差があるか ～男性 COPD 患者の初期・1 年後の比較～

1) 長生堂渡辺医院 2) NPO はがくれ呼吸ケアネット 3) 奈良学園大学 4) 京都橘大学大学院
○古河琢也^{1,2)}, 日高晴菜^{1,2)}, 猿渡 聡^{1,2)}, 阿波邦彦^{2,3)}, 堀江 淳^{2,4)}, 渡辺 尚^{1,2)}

【目的】本研究の目的は、男性 COPD 患者における初期のセルフマネジメント能力の差が 1 年後の呼吸リハビリテーション (PR) の効果に差があるかを検証することとした。

【方法】対象は安定期にある男性 COPD 患者 43 名 (75.6±7.5 歳) を対象とした。セルフマネジメント能力の指標は Lung Information Needs Questionnaire (LINQ) を用い、群分けを行った。中央値である 9 点を除き、8 点以下を「高セルフマネジメント群 (高 SM 群)」、10 点以上を「低セルフマネジメント群 (低 SM 群)」に分類した。高 SM 群は 15 名、低 SM 群は 20 名であった。評価指標は、BMI、呼吸機能 (%FVC, %FEV1.0)、身体能力は握力、膝伸展筋力、6 分間歩行距離 (6MD)、Life-space Assessment Test とし、長崎大学呼吸器 ADL 質問票、健康関連 QOL、心理機能を測定した。初期および 1 年後の 2 群間の比較は分割プロットデザインによる分散分析、post hoc は Bonferroni 検定で実施した。

【結果】すべての項目で時期の主効果が認められ、高 SM 群と低 SM 群は 1 年後で多くの身体能力指標、ADL、健康関連 QOL に改善が認められた。しかし、すべての項目において交互作用は認められなかった。

【結論】男性 COPD 患者において初期のセルフマネジメント能力に関わらず、1 年後の PR 効果が得られる可能性が示唆された。

0-4 心理変化に合わせた患者教育で仕事の継続が可能となった COPD 患者の経験

かごしま高岡病院リハビリテーション科

○三上結樹, 假屋礼子, 杉木優一郎, 矢野亜利佐, 伊集院愛莉香, 山本 誠, 高岡俊夫

【はじめに】今回タクシー運転手をしている COPD 患者に対して、短期入院での HOT 導入を経験したためここに報告する。本症例は、接客業ということもあり、HOT 導入に対して否定的であり受容が困難であった。HOT 導入に向けて、障害の受容過程に当てはめて心理的变化を把握し、その過程に応じた患者教育やアプローチを行ない、6MWT、心理面、QOL の評価を行った。

【結果】6MD:290m→370m, HADS: (不安 17 点→0 点, 抑うつ 12 点→12 点), CES-D:16 点→9 点, SGRQ (Total score) :22.96→17.45 と改善がみられた。

【考察】本症例が HOT の受容に難渋したことについて、HOT 導入は患者が自己像の崩れなどを体験している中で、行動変容を必要とし、生活の変化が大きく、ストレスがかかる。加えて、HOT に対する社会からの偏見、および羞恥心、心理的混乱などのストレスの他、見た目上病人としてみられることなどが、公共の場で使用を避ける要因になり、HOT 導入に対する受容が困難になったと考える。本症例に対して、障害の受容過程を参考に心理的变化を把握し、心理状況に合わせた患者教育や酸素を使った身体的トレーニングを行なったことで、HOT 導入に対して否定的であった心理状態が、疾患や HOT の必要性を認識し、実際に運動耐容能の向上といった身体的変化を体験していくなかで、不安が解消され、HOT に対する受け入れも良好となり、仕事が継続でき、QOL の改善にも繋がったと考える。

一般演題 I

0-5 COPD 患者に対する外来呼吸リハビリテーション継続方法の検討

- 1) 宇都宮内科医院リハビリテーション科 2) 長崎呼吸器リハビリクリニックリハビリテーション科
3) 宇都宮内科医院内科
○城石涼太¹⁾, 中村雅司¹⁾, 周藤亮太¹⁾, 北川知佳²⁾, 宇都宮嘉明³⁾

【目的】 COPD に対する外来呼吸リハビリテーション（以下、外来呼吸リハ）の短期効果として、運動耐容能や QOL 改善などの報告がある。一方でその効果は呼吸リハの終了と共に消失し、長期継続を促す方法が課題である。今回、当院の外来呼吸リハの継続状況と 3 年間継続可能であった患者の長期効果を調査し、継続方法を検討した。

【対象と方法】 外来呼吸リハを実施した COPD 患者 208 名の呼吸リハの継続状況と、月 1 回以上の頻度で 3 年間継続した患者の身体機能を調査した。継続例は開始時、3 ヶ月、1 年、2 年、3 年時点の BMI、呼吸機能、6 分間歩行距離、mMRC 息切れスケール、握力、下肢筋力、NRADL、CAT、HADS、CES-D を後方視的に調査した。統計解析は経年的変化に対して多重比較を行った。

【結果】 3 年間継続出来なかった患者は 189 名で、理由は自己中止を含む不明が 73 名と最も多く（外来受診のみ 17 名、受診なし 56 名）、原疾患や他疾患の増悪、死亡は 39 名だった。3 年間継続出来た患者は 19 名（平均年齢 72 歳、%FEV58.5%、6 分間歩行距離 451m）、約 10%であったが、開始から 1 年後まで 6 分間歩行距離の改善（開始 442m→1 年 477m）を認め、その他の項目は 3 年後も有意な低下を認めず、身体機能は維持していた。

【結論】 継続出来なかった患者は、不明が最も多く、通院手段など他の要因の検討が必要である。継続例では身体機能の維持が可能であることから、それらの結果を示すなど呼吸リハ継続の必要性について指導方法の工夫が必要と思われた。

0-6 運動耐容能低下に吸気筋トレーニング追加が有効であった COPD 症例

- 1) 霧ヶ丘つだ病院 2) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
○椿 拓実¹⁾, 池内智之^{1) 2)}, 松尾 聡¹⁾, 森 駿一朗¹⁾, 森 大地¹⁾, 河野哲也¹⁾, 津田 徹¹⁾

【症例】 COPD の 70 歳男性。 mMRC 4 の呼吸困難。 500m の散歩が目標（Demand）。

【評価】 6MWD=130m（最大連続歩行距離：60m、修正 Borg scale：胸部 4）、CAT=17 点。口すぼめ呼吸は行えておらず、労作時には口呼吸となり、呼吸困難と気道短縮を認めた。また、最大屋外歩行距離は 180m（休息 2 回）であった。Demand 獲得のためには、運動耐容能の向上が必要であった。

【介入・結果】 呼吸法訓練と運動療法を実施した。30 日後、6MWT 中の最大連続歩行距離は 132m、息の吸いにくさの訴えは改善を認めなかった。吸気筋の筋力低下を疑い、最大吸気圧（以下、P_Imax）=55.3cmH₂O であったため、吸気筋トレーニング（以下、IMT）を追加した。パワーブリーズを P_Imax の 30% 負荷で設定し使用、1 回 15 分間を 1 日 2 回実施した。2 週間ごとに負荷を再設定した。IMT 追加 30 日後、P_Imax=89.6cmH₂O、6MWD=207m（休息なし、修正 Borg scale：胸部 3）、CAT=15 点に改善した。「息の吸いにくさ」の自覚症状も改善し、Demand の 500m 散歩を完遂できた。

【結論】 COPD 患者に通常の全身持久力トレーニングに IMT を加え、Demand を達成できた症例を経験した。患者の訴えに応じて早期からの積極的な IMT の考慮が重要であると思われた。

一般演題 II

座長：松元 信弘（国立病院機構 宮崎東病院呼吸器内科）

0-7 当クリニックにおける呼吸リハビリテーションの現状

1) まさき内科呼吸器クリニック呼吸リハビリテーション科 2) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
○森 健太郎¹⁾, 田中貴子^{1, 2)}, 真崎宏則¹⁾, 神津 玲²⁾

【目的】当クリニックは 2022 年 4 月より呼吸器リハビリテーション科を開設し、PT1 名で運動療法を中心に週 2 回、90 日間の診療実施計画に沿って呼吸リハビリテーション（呼吸リハビリ）を提供している。今回、当クリニックの呼吸リハビリの現状を把握する目的で患者の状態と呼吸リハビリの完遂状況について調査したので報告する。

【対象・方法】2022 年 4 月から 8 月までに呼吸リハビリの処方があった患者 86 名を対象にカルテより後方視的に診断名、年齢、性別、呼吸機能、mMRC 息切れスケール、6MWD、呼吸リハビリの完遂の有無について調査し、呼吸リハビリ完遂群と非完遂群の 2 群間で各評価項目を比較検討した。

【結果】気管支喘息+肺気腫が 29 名（33.7%）と最も多く、%FEV₁ は平均で 84.9%、mMRC は Grade 2 が 57% を占めていた。呼吸リハビリ完遂群は 56 名（65.1%）、非完遂群は 30 名（34.9%）であり、非完遂群は FVC (p=0.039) と 6MWD (p=0.011) が有意に低値を示した。

【結論】当クリニックの呼吸リハビリ対象者は、気管支喘息+肺気腫が多く、軽症例が多いものの呼吸機能、運動耐容能が低下している患者ほど呼吸リハビリの完遂が困難であることが明らかとなった。

0-8 HOT 導入による復職困難な IPF 患者に対する多職種連携支援

1) 霧ヶ丘つだ病院 2) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
○結城 翼¹⁾, 池内智之^{1, 2)}, 森 駿一朗¹⁾, 末松利加¹⁾, 河野哲也¹⁾, 津田 徹¹⁾

【症例】IPF の 64 歳男性。前医で急性増悪治療後、mMRC4 の労作時呼吸困難。呼吸リハビリテーションと HOT 導入目的で当院へ転院。職業は介護タクシー運転手。対象者は介護を要する乗客の為、身体的負担が大きい。就労時間を含む屋外活動時間は約 9 時間。経済的な事情で仕事継続を強く希望。【評価】Demand は「仕事を続けたい」。自宅環境は出入りに 30 段の階段昇降が必要。入院時より酸素療法を開始し、労作時は同調 5L/分で最低 SpO₂=87%、修正 Borg Scale 6。HOT 導入後、以前と同様の労働は不可能であると思われた。Demand に反し、活動意欲は低く、HADS で不安 8 点、抑うつ 18 点で急性増悪後の ADL 低下でうつ状態であると考えた。

【介入・結果】主治医判断の下、全身状態を考慮し、内勤業務での仕事継続は可能と判断。配置転換の提案により、多職種で復職支援を開始。MSW により、勤務先と交渉が開始し、退院後の職場への対応について提案された。また、酸素濃縮器の使用方法など、在宅に向けた教育が Ns より行われた。PT 介入後、パルスオキシメータのセルフモニタリングで SpO₂≥90% が可能となり、修正 Borg Scale 3 に自覚症状改善を認めた。就労時間を想定し、呼吸同調器を備えた携帯型酸素ボンベを導入。6 週間の呼吸リハビリテーションにより、HADS で不安 6 点、抑うつ 9 点と改善を認めた。

【結論】内勤業務への配置転換を提案し、勤務先と交渉を行い、酸素療法下での仕事継続に希望を見出すことが出来た。

一般演題 II

0-9 体組成計を用いた間質性肺疾患患者の状態管理の検討

かごしま高岡病院

○杉木優一郎, 假屋礼子, 矢野亜利佐, 伊集院愛莉香, 山本 誠, 三上結樹, 高岡俊夫

【はじめに】間質性肺疾患患者は拡散障害や肺活量の低下などにより軽労作での低酸素によって身体活動量が徐々に低下していく。そのため身体能力の低下だけでなく、骨格筋量の減少を伴い、四肢や体幹の筋萎縮に加え、さらには呼吸困難感による食事量の減少や抗線維化薬の副作用による胃腸への影響などから栄養障害も生じやすく、疾患進行的に悪化を認めることが多い。近年の研究によると間質性肺疾患患者の体重減少は生命予後にも影響するとされ、体重管理も重要な要素と考えられる。今回、外来通院で呼吸リハビリテーションを行なっている 1 例の間質性肺疾患患者に体組成計を用いて身体評価を行い、それに基づいたトレーニング指導を行なって変化を追った。運動内容は基本的なリハビリテーション内容に加え、胃腸障害の状況や食事内容の確認、栄養補助食品の指導や提案などを含めた栄養指導管理を行なった。

【結果】全身の体重は軽度の減少を認めた。上肢および体幹の筋肉量の減少を認めたが、下肢の筋肉量はわずかながらも増加を認めた。

【考察】体組成計を用いて具体的な数値で評価を行い、その結果を元にトレーニングや食事管理の指導などを行ったことで、疾患管理や栄養管理の意識付けが可能となり、下肢筋肉量の改善に繋がられたのではないかと考える。

0-10 顔面への冷風刺激が健常者の運動耐容能に与える影響

1) 大分大学福祉健康科学部 2) 社会保険大牟田天領病院 3) 福西会病院 4) 汐田総合病院

○田中健一朗¹⁾, 塚本真未²⁾, 久多良木恵哉³⁾, 井手口愛⁴⁾, 朝井政治¹⁾

【目的】顔面への冷風刺激が若年健常者の呼吸困難感および運動耐容能に影響を与えるか検証すること。

【方法】被験者は 20 歳以上の健常成人 20 名とした。研究はクロスオーバー試験とし、条件の異なる 2 条件の心肺運動負荷試験 (CPET) を自転車エルゴメータを用いて行った。条件 A は冷風刺激なし、条件 B は前方から冷風刺激を与える条件とした。各条件の CPET は 20W ランプ負荷試験とし症候限界まで実施した。測定項目は、呼吸困難、下肢疲労感の指標として、自覚的運動強度(Ratings of Perceived Exertion : 以下 RPE) を安静時と症候限界時に測定した。また、Visual Analogue Scale (VAS) を安静時と運動中の 1 分毎、症候限界時に測定した。また、運動耐容能の指標として運動継続時間を計測した。統計解析は条件 A および B の各測定項目の比較を対応のある T 検定を行った。

【結果】呼吸困難 RPE は、安静時と症候限界時ともに条件 A, B 間に有意な差をみとめなかった。また、下肢疲労感 RPE は安静時で、条件間に有意な差をみとめなかったが、症候限界時では条件 B の方が有意に高い値を示した。運動時間では、条件 B の方が有意に延長した。また、条件 A が症候限界の際、条件 B の呼吸困難は条件 A よりも有意に低い値を示した。

【結論】顔面への冷風刺激は呼吸困難感を軽減させ、運動耐容能を向上できる可能性が示唆された。

一般演題 II

0-11 高齢肺炎患者における退院時の運動耐容能への影響要因

1) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 2) 社会医療法人長崎記念病院リハビリテーション部
○禹 炫在¹⁾, 青木秀樹²⁾, 神津 玲¹⁾

【目的】高齢肺炎患者における低栄養、サルコペニア、フレイルの合併が、退院時の運動耐容能に直接与える影響と、身体活動量を介して間接的に与える影響を検討した。

【方法】入院前に歩行が可能であった高齢肺炎患者に対して、入院時に低栄養（高齢者栄養評価指数）、サルコペニア（握力、身体機能、下腿周径）、フレイル（基本チェックリスト）の合併有無を調査するとともに、入院後1週間の1日平均歩数を3軸加速度計（activPAL3μ）にて測定した。運動耐容能は退院時の6分間歩行距離（6MWD）を解析に用いた。統計学的分析にはパス解析を用いて、要因それぞれの6MWDへの影響度を定量的に検討した。

【結果】95名（平均年齢82歳）の解析対象のうち、低栄養は43名、サルコペニアは30名、フレイルは62名が該当して、1日平均歩数は1345歩であった。退院時の平均6MWDは255mで、フレイルは直接的な影響（パス係数 = -0.30）を、サルコペニアは直接的な影響（-0.21）に加えて、入院中の歩数を介して間接的に影響（-0.15）を及ぼすことが明らかになった（決定係数 = 0.44）。

【結論】高齢肺炎患者におけるサルコペニアの合併は、身体活動量の低下を引き起こし、運動耐容能にも影響する可能性が示唆された。

謝 辞

第10回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会九州・沖縄支部学術集会の開催にあたりまして、ご支援ならびにご協力をいただきました皆様に心より感謝申し上げます。

第10回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会
会長 神津 玲

第10回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会
プログラム・抄録集

学術集会長：神津 玲（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

準備委員長：田中貴子（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

準備委員： 陶山和晃（田上病院）

永田郁弥（田上病院）

北川知佳（長崎呼吸器リハビリクリニック）

花田匡利（長崎大学病院）

名倉弘樹（長崎大学病院）

松崎敏朗（長崎原爆病院）

遠山柊介（田上病院）

岩本昂樹（田上病院）

伊東 宏（長崎呼吸器リハビリクリニック）

及川真人（長崎大学病院）

竹内里奈（長崎大学病院）

髻谷 満（複十字病院）

発行：2023年2月

編集：第10回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

九州・沖縄支部学術集会 運営事務局

〒852-8501 長崎市坂本1-7-1

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野 内

TEL/FAX：095-819-7963

E-mail：nagasakiyumejuku.extension@gmail.com