

第13回 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 東北支部学術集会

プログラム・抄録集

ひとつのチームとして
— 呼吸ケアの輪を東北から —

会 期 2026年7月4日(土)
会 場 青森新都市病院 講堂

目次

会長あいさつ	1
開催概要	2
プログラム	3
会場までのアクセス	4
会場案内図	5
ご参加の皆様へ	6
座長・演者の皆様へ	8
一般演題 抄録	10
協賛企業・団体一覧	17



第 13 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 東北支部学術集会

学術集会長 田坂 定智

第 13 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会東北支部学術集会を 2026 年 7 月 4 日に青森新都市病院で開催させていただきます。ご講演・ご発表いただく先生方、ならびにご参加の皆様を心より歓迎いたします。

今年で 2011 年の東日本大震災から 15 年になります。震災以降、地域包括ケアや在宅呼吸ケアの重要性がこれまで以上に認識されるようになりました。一方、高齢化に伴う慢性呼吸器疾患患者さんの増加や、急速に進む人口減少による医療・介護現場の担い手不足など、この地域の呼吸ケアとリハビリテーションを取り巻く課題は多岐にわたります。

本学術集会では、「ひとつのチームとしてー呼吸ケアの輪を東北からー」としました。医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・薬剤師・栄養士・臨床工学技士など多職種が互いの知見を持ち寄り、切れ目のない呼吸リハビリテーションを実現するためのヒントを共有したいと考えています。

ご参加の皆様には日頃の臨床実践や研究の成果をお聞かせいただき、この東北の地から、新たな呼吸ケア・リハビリテーションの潮流を生み出すきっかけといたしましょう。多くの皆様方のご協力を得ながら準備を整えております。

青森の夏のひとときを実りある学びと交流の場としていただくとともに、少しでもこの地の魅力を味わっていただければ幸いです。

開催概要

■テーマ

ひとつのチームとして ― 呼吸ケアの輪を東北から ―

■会 期

2026 年 7 月 4 日（土）

■会 場

青森新都市病院 3 階 講堂

■開催形式

現地開催

■会 長

田坂 定智（弘前大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座 教授）

■主 催

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会東北支部

■参加費

会 員	医師、メディカルスタッフ	1,500 円
非会員	医師、メディカルスタッフ	2,000 円
学 生	（学生証をご提示ください）	無料

プログラム

10:00 ～

開会の辞

第 13 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会東北支部学術集会
会長 田坂 定智

10:05 ～ 10:45 教育セミナー

「急性呼吸不全患者の管理：UP-TO-DATE」

座長：當麻 景章 先生（弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科、感染症科）
演者：田坂 定智 先生（弘前大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座）

10:50 ～ 11:50 一般演題

座長：森本 武史 先生（青森県立中央病院 呼吸器内科）

11:55 ～ 12:55 ランチョンセミナー

「間質性肺疾患における治療の今とこれから—薬物療法と非薬物療法—」

座長：田坂 定智 先生（弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科学講座 教授）
演者：早稲田 優子 先生（福井大学医学系部門 呼吸器内科学分野 教授）
共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

12:55 ～

閉会の辞

第 13 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会東北支部学術集会
会長 田坂 定智

会場までのアクセス



青森新都市病院

〒038-0003 青森県青森市石江3丁目1番地

Tel.017-757-8750

- 鉄道 / JR新青森駅西口より徒歩3分
- 車 / 青森駅より約15分、青森空港より約30分
- バス / ・青森駅⑥番のりばから

「青森市営バス 西部営業所方面行き（新青森駅南口・ガーラタウン経由）」で約20分
 ・青森駅⑦番のりばから「あおりシャトル de ルードバスねぶたん号」で約20分



会場案内図



ご参加の皆様へ

1. 開催形式

本大会は、現地会場のみで開催いたします。

ライブ配信・オンデマンド配信は行いませんので予めご注意ください。

2. 参加受付

参加受付時間：2026 年 7 月 4 日（土）09:30 ～ 12:00

参加受付場所：青森新都市病院 3 階 講堂前

<事前参加登録がお済みのかた>

当日会場で受付を行います。Payventのお申込み・お支払い完了のお知らせメール画面の[QRコード]を受付でご提示ください。ネームカード（参加証）とお引換えいたします。

ネームホルダーをお渡ししますので、会場内では常にネームカードを着用ください。

<当日現地参加登録されるかた>

下記の QR コード、もしくは会場内の参加登録用 QR コードを読み取り、Payventで参加登録を行ってください。参加登録画面を受付で提示し、ネームプレートを受け取ってください。

※当日参加登録のお支払いはクレジットカード決済のみとなります。



3. ランチョンセミナー

整理券の配布はございません。

4. 抄録集

冊子の配布はございません。

学会ホームページからダウンロードしてご利用ください。

5. クローク

クロークはございません。

会場内に簡単な荷物置きを設置いたしますので、そちらをご利用ください。なお、荷物の盗難・紛失・破損等につきましては一切責任を負いかねますので、自己責任でご利用ください。

6. 単位について

呼吸ケア指導士認定更新単位取得

出席者 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筆頭演者 20 点（共同演者 10 点）
- c. 講師として講義・講演した場合 30 点

7. お問い合わせ先

第 13 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会東北支部会学術集会 運営事務局

株式会社東北共立

E-mail : 13jsrcrtohoku@tohoku-kyoritz.co.jp

TEL : 022-246-2591

座長・演者の皆様へ

■座長の皆様へ

ご担当セッションの開始 10 分前までに次座長席（会場内右手前方）へお越しください。進行はご一任いたしますが、時間厳守にてお願いいたします。

■演者の皆様へ

- ・一般口演発表は質疑応答含めて 10 分（口演 7 分、質疑 3 分）です。
- ・発表データは、USB メモリにてご提出していただくか、ご自身の PC をお持ちください。
- ・Macintosh をご使用の場合は、ご自身の PC をお持ちください。
- ・当日、午前 10 時 30 分までに、会場左手前方の PC オペレーションデスクまで、ご発表データのいった USB メモリ、またはご自身の PC をご提出ください。
- ・発表時は演台上のマウスとキーパッドをご自身で操作してください。
- ・円滑な進行のため、発表者ツールはご使用いただけません。

<発表データを持ち込まれる方へ>

- ・Microsoft Power Point で動作可能なファイルを作成し、次の OS 標準フォントをご使用ください。

【日本語】 MS ゴシック・MSP ゴシック・MS 明朝・MSP 明朝

【英 語】 Times New Roman・Arial・Arial Black・Arial Narrow・
Century・Century Gothic

- ・動画は使用可能ですが、Windows（OS）及び Windows Media Player の初期設定に含まれるコーデックで再生できる動画ファイルをお持ちください。動画ファイルは WMV、MP4 形式を推奨します。
- ・音声をご使用の場合は、PC 受付にてお申し出ください。
- ・発表に使用する PC の解像度は 1920 × 1080 に統一しますので、ご使用の PC の解像度をこの解像度に合わせてからレイアウトをご確認ください。
- ・メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルスチェックソフトでスキャンを行ってください。

＜PC 本体をご持参いただく方へ＞

- ・ 外部出力の接続は、HDMI によるモニタ出力に限ります。一部のノートパソコンでは本体付属のコネクタが必要な場合がございますので、必ず各自でご用意ください。
- ・ 動画・音声も再生可能ですが、PC センターにて必ず動作確認を行ってください。
- ・ 動画の解像度は 1920 × 1080 に統一しますので、ご使用の PC の解像度をこの解像度に合わせてからレイアウトをご確認ください。
- ・ スクリーンセーバー、省電力設定、ウイルスチェックならびに起動時のパスワードは予め解除しておいてください。
- ・ バッテリーでのご使用はトラブルの原因となりますので、電源アダプターを必ず持参ください。
- ・ 発表終了後は会場内左手前方の PC オペレーションデスクにて PC をご返却いたします。発表終了後は速やかにお引き取りくださいますよう、お願いいたします。

■倫理上の注意

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会では、2025 年開催第 35 回学術集会から演題登録の際に、研究倫理等の申告を行っていただくことになりました。

本集会では申告を義務としませんが、学会 HP「学会発表における研究倫理等」を参照し、倫理的配慮を十分に考慮した内容としてください。

※「学会発表における研究倫理等」 https://www.jsrccr.jp/about/research_ethics.html

一般演題 抄録

I - 1

GLP-1 受容体作動薬 exenatide の急性投与が呼吸調節に与える影響

○福士勇人^{1,2,3}, 横田茂文⁴, 武田湖太郎^{3,5}, 佐藤 裕⁶, 糸賀正道², 梅田 啓⁷, 田坂定智², 岡田泰昌³

¹ 青森県立保健大学大学院健康科学研究科, ² 弘前大学大学院医学研究科呼吸器内科学,

³ 村山医療センター臨床研究部, ⁴ 鳥取大学医学部医学科, ⁵ 藤田医科大学保健衛生学部,

⁶ 徳島大学大学院社会産業理工学研究部, ⁷ 国際医療福祉大学塩谷病院

【はじめに】

糖尿病治療薬である GLP-1 受容体作動薬は、抗炎症作用、抗酸化作用、神経保護作用を有し、さらには視床下部への作用を介した体重減少効果を示すことから、肥満低換気症や睡眠時無呼吸症候群などの症状改善が期待されている。しかし、GLP-1 受容体作動薬が呼吸に及ぼす影響については、ほとんど報告されていない。そこで本研究では、GLP-1 受容体作動薬が呼吸に及ぼす影響を明らかにするための実験を行った。

【方法】

まず、8 週齢マウスを用いて、間脳および脳幹の呼吸調節関連領域における GLP-1 受容体の分布を in situ hybridization 法により解析した。次に、若齢 (7.0 ± 0.0 週齢, $n=10$) および高齢 (90.9 ± 16.0 週齢, $n=7$) の健常マウスを対象に、呼吸パラメータ（一回換気量、呼吸数、分時換気量）を whole body plethysmography で計測し、GLP-1 受容体作動薬 exenatide の投与前と比較して、低用量 ($2\mu\text{g/kg}$) および高用量 ($20\mu\text{g/kg}$) 投与後における room air 下の換気および低酸素換気応答の変化を解析した。

【結果】

視床下部の室傍核、背内側核、脳弓背外側部、および延髄腹側の preBötzinger complex および pFRG/RTN において GLP-1 受容体の発現が認められた。また、exenatide の急性投与は、投与量・週齢によらず、room air 下の呼吸および低酸素換気応答のいずれにも影響を与えなかった。

【考察】

GLP-1 受容体が脳内呼吸関連領域に発現していたことは、GLP-1 が呼吸調節に関与している可能性を示す。一方で、exenatide の急性投与はマウスの呼吸に影響を及ぼさなかった。臨床での患者への長期投与を想定すると、今後は exenatide の長期投与が呼吸調節機能に及ぼす影響について検討する必要があると考えられる。

I - 2

在宅 HFNC を外来導入した取り組み～治療効果と課題～

○鈴木洋子¹, 増田 徹²

¹ 仙台徳洲会病院看護部, ² 仙台徳洲会病院呼吸器内科

【はじめに】

安定期 COPD で HOT に高流量酸素療法（以下 HFNC と略）を併用すると、中等度以上の増悪頻度が有意に減少することが示されている。HFNC を外来導入した取り組みを継続群と脱落群に分けて年齢、体重、HFNC 体験前後と受診毎の CAT 点数、6 MWT、血ガス、肺活量、1 秒率で比較し報告する。

【研究対象者の選定】

研究期間 2024 年 6 月～2025 年 9 月

対象 全体数 3 例（後方視的研究）

対象者背景年齢、体重、BMI・HFNC 体験前後と受診毎の CAT 点数、6 MWT、血ガス、肺活量、1 秒率

統計方法 HFNC 継続群（2 名）と脱落群（1 名）集計

【結果】

継続群の A 氏は急性増悪入院をしたが、気道クリアランス効果や呼吸仕事量軽減で増悪を繰り返す事は無かった。B 氏は労作時の息切れはあるが増悪を起こさないで過ごされている。HFNC 効果から A 氏、B 氏は CAT 点数、6 MWT、血ガス、肺活量、一秒率はほぼ横ばいであった。脱落群の C 氏はトイレ歩行、入浴以外は活動量が少ない。6 MWT は 38m、血ガスは PCO_2 48.6 ～ 55 で眠気や倦怠感がある。肺活量は 78.49 だが胸郭横隔膜運動は硬く、呼気力が弱いため 1 秒率 40 であった。両者を比較した場合、継続群は栄養状態が保たれ、HFNC 効果が得られている。しかし脱落群は負のスパイラルに陥り、低栄養で体重や筋肉量が落ち、身体活動量低下し日常生活の疲労感が強まり意欲低下に繋がっている。

【結論】

継続群は急性増悪頻度が減少し外来通院している。外来導入の限界があり、看護外来以外は電話対応になってしまい対応が遅くなる。またランニングコストによって躊躇し導入が遅くなる。今後アドヒアランス不良の場合や HFNC 設定変更の場合は入院導入（パス検討）していく必要がある。

I - 3

体外式膜型人工肺により救命しえた鑄型気管支炎の 1 例

○當麻景章，田中寿志，牧口友紀，糸賀正道，坂本博昭，秋田貴博，福島高志，布村恭仁，
向井峻太，田坂定智

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科

【症例】20 歳，男性．15 歳時に乳び心膜症を発症したが原因は特定されず，穿刺排液後も再貯留を繰り返していた．今回，半年前より咳嗽が増悪し，胸部 CT で右中間幹および底幹の閉塞を認めた．気管支鏡では吸引により樹枝状の鑄型（cast）を除去し，病理所見は炎症細胞に乏しいムチン主体の無構造～軽度層状構造を示す物質であった．以上より鑄型気管支炎Ⅱ型と診断した．当初は週 2 回程度の気管支鏡的除去で対応可能であったが，徐々に気管内挿管下でも制御困難な cast 形成を呈するようになり，体外式膜型人工肺（ECMO）管理下に当院搬送となった．鼠径部からの順行性リンパ管造影では胸管は描出されるものの，肺門・縦隔・頸部リンパ節への逆流を認め，中枢リンパ流異常（CCLA, リンパ管拡張症）と診断した．また中心静脈圧は 20 cmH₂O と高値であり，乳び心嚢液貯留に加え，長期経過に伴う心膜癒着・硬化による心拡張障害を認めた．以上より，基礎に CCLA が存在し，心拡張障害に伴う中心静脈圧およびリンパ管内圧の上昇によりリンパ漏が増悪し，鑄型気管支炎を発症したと推察した．中心静脈圧およびリンパ管内圧の低下を目的に，心膜開窓術，静脈角でのリンパ管静脈吻合術，さらに CHDF（持続緩徐式血液濾過透析）による除水を施行したところ，cast 形成は減少し ECMO 離脱に至った．術後に左乳び胸を認め持続ドレナージを要したが，気道閉塞の再発は認めていない．【考察】鑄型気管支炎Ⅱ型はリンパ流異常に起因する難治性病態であり，特に Fontan 術後など中心静脈圧上昇を伴う症例で多く報告されている．本例は CCLA を基礎に発症し，一時は気管内挿管下でも気道確保が困難となったが，ECMO による救命的支持療法のもと多職種で病態を評価し，増悪因子の是正により救命しえた．

I - 4

慢性呼吸器疾患患者のフレイル、サルコペニア、低栄養に対する 包括的評価と取り組み ―当院の現状―

○小野央人¹, 三塚由佳², 小林武史¹, 村上知征¹, 高橋識至³

¹東北医科薬科大学若林病院リハビリテーション部, ²同看護部, ³同内科

【はじめに】

慢性呼吸器疾患患者において、フレイル、サルコペニア、低栄養は重要な併存症であり、死亡リスクや急性増悪頻度の増加、入院期間の延長、医療介護費の増加などへの影響は多岐にわたる。当院では、2000 年から 6 か月ごとに運動耐容能、筋力、身体活動量などを定期的に評価（以下定期評価）し、その後、サルコペニア、フレイル（J-CHS）、低栄養（GLIM 基準）の評価を追加して、包括的に実施してきた。当院での現状を報告し、今後の課題を検討した。

【方法】

対象者は当院内科に通院している慢性呼吸器疾患患者（慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、気管支拡張症等）で、2025 年 1 月から 12 月までにフレイル、サルコペニア、低栄養の評価を行った患者 76 名とした。

【結果】

対象者 76 名のうち、フレイルは 21 名（27.6%）、サルコペニアは 23 名（30.3%）、低栄養は 16 名（21.1%）であった。一方で、これらに該当した患者全員に、十分な介入が行き渡っていないことも判明した。そこで、低栄養及びサルコペニアに対しては栄養指導や漢方薬、栄養補助食品の処方や提案などを行った。また、フレイル及びサルコペニアに対しては、外来リハビリにて自主トレ指導やリハビリ頻度の調整を行い、筋力や身体活動量の維持、改善を図った。看護外来では社会的な側面を考慮した生活指導を行った。療養日誌に自主トレ指導の内容を記載して、在宅サービスの担当者と共有した。

【結論】

定期評価を行うことで、介入が必要な患者を抽出することができた。評価結果から介入が不十分であった患者への対応を検討することができた。行った介入の効果については今後検証が必要となる。

I - 5

早産児の仰臥位と側臥位が横隔膜移動距離に及ぼす影響

○ 渋間勇人^{1,4}, 青木倉揚², 森 直樹³, 大河内眞也⁴, 色川俊也⁴, 小川浩正⁴, 赤羽和博², 黒澤 一⁴

¹ 済生会山形済生病院リハビリテーション部, ² 済生会山形済生病院小児科,

³ 山形県立保健医療大学作業療法学科, ⁴ 東北大学大学院医学系研究科産業医学分野

【背景】

新生児に対する横隔膜超音波検査の研究が普及され、その知見が蓄積されているが、早産児についての知見、姿勢変化による横隔膜運動の変化については不明瞭な点が多い。早産児は、仰臥位に比べ側臥位で換気効率が良く、側臥位姿勢で管理されることが多い。しかし、仰臥位と側臥位姿勢の実質的な換気効率を反映する横隔膜移動距離への影響は未検討である。

【目的】

早産児における仰臥位と側臥位の横隔膜移動距離を比較し、姿勢変化が横隔膜機能に及ぼす影響を明らかにすることである。

【方法】

研究デザインは単施設前向き観察研究、クロスオーバーデザイン。対象は在胎週数 37 週未満で出生した早産児。評価は修正週数 39 ～ 40 週時に静睡眠時の仰臥位および側臥位にて実施し、DE は右肋骨弓下斜走査、Tdi は右第 8 ～ 9 肋間中腋窩線上にて測定した。副次的評価項目として、心拍数、呼吸数、SpO₂、一般出生情報、呼吸器管理期間、呼吸窮迫症候群（RDS）の有無を記録した。仰臥位と側臥位の DE の比較には対応のある t 検定を用いた。また、横隔膜移動距離とそれぞれの値の相関は Pearson の相関係数を用いた。

【結果】

対象は 17 名、在胎週数 34 週 3 日 ± 1 週 6 日、出生体重 1971 ± 512g、Apgar score 7.8 ± 0.4 点であった。横隔膜移動距離は、仰臥位 4.68 ± 1.38mm、側臥位 5.77 ± 1.45mm、 $p < 0.01$ 、95% 信頼区間は 0.38-1.80 であった。横隔膜移動距離と呼吸数の相関係数は 0.58 ($p < 0.01$) であった。

【結論】

早産児において、側臥位での姿勢管理は、仰臥位に比べ横隔膜移動距離を増大させ、呼吸数を減少させることが示唆された。

I - 6

特発性間質性肺炎（IIP）における呼吸器リハビリ介入の効果についての検討

○森本武史，鹿内久嵩，小山新太郎，三浦桐子，藤嶋駿介，三浦 大，長谷川幸裕

青森県立中央病院 呼吸器内科

【はじめに】

近年，特発性間質性肺炎（IIP）における呼吸器リハビリ介入で，運動耐容能，労作時呼吸困難，健康関連 QOL を改善させることが示され，ATS/ERS/JRS/ALAT のステートメントで推奨される治療と位置付けられている．今回我々は IIP で難病申請をおこなった症例について，リハビリ介入による予後に与える効果について検討した．

【方法】2021 年 1 月から 2022 年 12 月までの 2 年間に IIP の難病申請を行った患者について，呼吸リハビリの施行の有無，Nintedanib 投与の有無と，その後の予後について 3 年後までの経過を後方視的に評価した．

【結果】IIP の難病申請は 27 例，うち 17 例でリハビリ介入が行われていた．Nintedanib の導入は 26 例で行われていた．全患者の経過は難病申請から 1/2/3 年後の評価で，生存：20/13/11 例，転医：4/5/7 例，死亡：3/9/9 例であった．そのうちリハビリ介入した患者では 1/2/3 年後が，生存：13/8/6 例，転医：2/3/5 例，死亡：2/6/6 例であった．一方リハビリ介入していない患者では，1/2/3 年後が，生存：7/5/5 例，転医：2/2/2 例，死亡：1/3/3 例であった．また症例のうち特発性肺線維症は 19 例で Nintedanib は全例に投与されており，予後は 1/2/3 年後で，生存：13/7/5 例，転医：4/5/7 例，死亡：2/7/7 例であった．

【考察】IIP 患者で Nintedanib がほぼ全例に投与されていた半面，リハビリ介入は 63%とあまり高くなかった．患者状況が一樣でなく，症例も少ないためリハビリの有無での有意差の評価はできないが，2 年と 3 年で死亡患者が増えておらずリハビリ介入の効果の可能性はある．より詳細な状況を解析して報告する．

本学術集会の開催にあたり、皆様から多数のご協力を賜りました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第 13 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 東北支部学術集会
会長 田坂 定智

＜広 告 協 賛＞

アストラゼネカ株式会社

インスメッド合同会社

MSD 株式会社

医療法人三良会

株式会社シバタ医理科

中外製薬株式会社

帝人ヘルスケア株式会社

株式会社富士商会

医療法人雄心会 青森新都市病院

＜共催セミナー＞

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

(敬称略・五十音順)