

リハビリ施設訪問

— 栗原市立栗原中央病院 —

地域と共に歩むリハ目指す

宮城・岩手・秋田にまたがる秀峰栗駒山を望み、宮城県最北端に位置する栗原市は、県内最大の面積を有しながら、過疎と少子高齢化の進む自治体の一つである。栗原医療圏の1次・2次医療を担う栗原市立栗原中央病院は平成14年7月1日、栗原地域医療組合による栗原中央病院として227床で開院した。平成17年4月町村合併により栗原市立栗原中央病院と名称が変更され、平成21年4月300床に増床された。また、平成23年4月にはリハビリテーション（以下リハと略す）棟が既存の施設に加え増設された。

開院当初理学療法士4人、作業療法士1人、助手2人であったリハ科スタッフ数も、現在理学療法士7人、作業療法士3人、言語聴覚士2人、補助事務2人へと充実が図られている。

リハ診療については、施設基準、脳血管疾患等リハ(I)、運動器疾患リハ(I)、呼吸器疾患リハ(I)を取得している。また、東北厚生年金病院、東北大学肢体不自由学分野内部障害学分野から週2度の診療応援を受け、リハ診療の充実に努めている。対象疾患の割合は平成23年度で見ると、脳血管等疾患48%、運動器疾患49%、呼吸器疾患3%となっており、脳血管等疾患の20%程度が廃用症候群となっている。

病院の基本方針に従い、リハ診療も急性期を主な対象としつつ、医療資源の少ないこともあり、一部回復期までのリハ診療を担っている。さらに大崎市民病院と脳卒中連携パスの利用を含め、脳卒中リハ患者の積極的な受け入れも行っている。

少子高齢化の進展が著しい地域として、地域医療連携室を中心に、病病、病診連携の充実、介護保険事業所との連携強化に取り組んでいる。退院前ケアカンファレンスへの参加、退院前訪問指導、

栗原市訪問リハ相談事業への協力、また地域リハ、ケアマネージャー職と協同での研修企画や、施設の提供等を行いながら、退院調整の充実と地域に開かれた病院の実現に努めている。

今後の検討課題としてリハ医師の招聘、回復期リハ病棟の開設、療法士の充実を挙げている。



リハ職ケアマネ情報交換会（栗原中央病院講義室）



栗原市立栗原中央病院は、〒987-2205 栗原市築館宮野中央3-1-1。電話0228-21-5330。

在宅への復帰を目標に

栗原中央病院は、この地域で急性期医療の核を担っています。メタボリック症候群の方が多いことや高齢者が多いことなど脳卒中の患者さまが多いのが現状で、出来得る限り自宅へお返しできるように努めることも使命の一つです。リハビリテーション科のスタッフは全員がその目標に励んでいますし、回復期リハビリテーション病棟の開設に向けてさらに充実を図って行きたいと考えています。

(小林 光樹 病院長)

脳卒中の救急—現況と今後の課題

仙台医療センター救命救急部長兼脳神経外科医長

上之原 広 司

はじめに

脳卒中は発症してしまうと時間経過とともに急激に脳の不可逆的变化を来し、重篤な後遺症状を獲得してしまうことが多い。当然、発症予防の観点から危険因子を検討し適切な指導を行うことが最も必要なことである。しかし、ひとたび発症した後には、脳卒中の予後改善のための救急医療が大切なことは言うまでもない。その取り組みとして、発症直後の適切な救護の標準化として、脳卒中病院前救護（PSLS:Prehospital Stroke Life Support）が開発され、救急隊などに普及してきた。さらに、受け入れ救急施設における脳卒中初期診療（Immediate Stroke Life Support）の標準化とともに、脳卒中発症直後の救急医療体制が整備されてきた。本稿では①急性期脳梗塞およびクモ膜下出血の治療の現況②脳卒中病院前救護（PSLS）・脳卒中初期診療（ISLS）③脳卒中ガイドラインおよび地域連携パス④脳卒中の救急の現状評価および今後の課題—について述べ、最後にドクターヘリの活用等についても言及する。

急性期脳梗塞とクモ膜下出血の治療

急性期脳梗塞、特に脳主幹動脈が閉塞して引き起こされる脳塞栓症については、発症3時間以内の血栓溶解剤（t-PA）の静脈投与が普及してきたが、入院脳梗塞患者の約6%程度に施行できているにすぎない。3時間以内の治療という厳しい適応条件があることも多くの症例に治療が行えない原因となっている。

近年、何とか発症3時間を過ぎた患者さんにも行える新たな治療法として特殊なカテーテルを使用して血栓を回収するMERCICカテーテルやPenumbraカテーテルなどの開発がされ、臨床に使用されている。さらに、昨年秋からt-PAの静脈投与が、発症4.5時間後まで適応拡大され、より多くの患者さんに急性期脳梗塞の治療を提供できる環境が整備されつつある。一方、クモ膜下出血に対しては、開頭手術による脳動脈瘤クリッピング

あるいは血管内手術による脳動脈瘤のコイル塞栓術を患者さんにより使い分けることで、その治療成績を向上させてきた。

脳卒中病院前救護・脳卒中初期診療

脳卒中患者の状態を評価し、適切な病院選択により最適な急性期治療を提供するために、病院前の救護が標準化されている。日本で開発された倉敷病院前脳卒中スケール、シンシナティ病院前脳卒中スケールやロサンゼルス病院前脳卒中スケールなどの病院前評価の普及、各消防機関におけるメディカルコントロール下の各種プロトコールが整備されてきた。急性期脳卒中受け入れの救急システムとしては、その連携の重要性を「脳卒中救急の輪」（患者さんの知識・救急要請・患者搬送システム・救急科の初期対応・脳卒中チーム・SCUなどの専門病床）として普及してきた。さらに、AHA（アメリカ心臓協会）ガイドラインでは脳卒中診療の「7つのD」①発見・通報（Detection）②救急車出動（Dispatch）③病院搬送（Delivery）④救急外来入室（Door）⑤情報収集・検査（Data）⑥治療方針決定（Decision）⑦薬剤選択（Drug）—などのポイントについて要点を示し、初療の標準化に寄与してきた。

一方、地域の救急活動の最前線である仙台市消防においても119番通報受付要領（脳卒中・ACS判断プロトコール）に基づき、発症1時間以内の患者さんは救命コール対象として指令課手配による迅速な対応が行われている。その有効性は仙台市消防の調査で支持されている。さらに、最近の救急搬送の検討では緊急度判定（トリアージ）としては、家庭自己判断、電話相談、119番通報、現場搬送の各段階が再検討されている。

脳卒中においても、市民の一過性脳虚血発作や脳梗塞の一般的症状についての理解が必要である。閉塞性脳血管障害の初発症状として大切な、片側の麻痺、一側のしびれ、言語障害、片側の失明、めまい、失調などの症状について発症直後の自己診断に生かせるよう住民への啓発活動の継続

が必要である。

脳卒中ガイドラインと地域連携パス

入院後の治療に関しては省略するが、脳卒中治療ガイドラインに沿って、現在の標準的な治療が各施設で行われている。個々の施設によりクリニカルパスとして治療の標準化がなされ、入院後の急性期から慢性期の治療の流れをER（急患室）、ICU/SCU（脳卒中ユニット）、急性期リハビリ、回復期リハビリ、そして在宅／療養施設への連携として構築している。救急医療を受け入れるにはいわゆる「出口問題」といわれる後方施設との連携は必要不可欠である。これを踏まえ、宮城県内では地域連携パスとしては宮城県脳卒中ネットワーク“スマイルネット”が整備されてきたが、今後はさらに発展し、包括的な医療福祉情報ネットワークの構築が予定されている。益々の高齢化に伴い、脳卒中患者の増加が予想され、その対応には地域連携の構築・強化により最大限の救急医療を提供することが必要不可欠である。

脳卒中の救急の現状評価と課題

JRC（Japan Resuscitation Council）蘇生ガイドライン2010によると、脳卒中の病院前救護については成績向上のために脳卒中スケールや搬送方法を含めた救急活動が検討されてきたが、今後は、住民の脳卒中に対する認識や発症時の対応の向上も同様の関心が払われなくてはならないことが指摘されている。また、血管障害の急性期治療の専門施設へ直接搬送されることの有益性、長距離搬送におけるドクターヘリの利用についても言及されている。これら、救急搬送システムのさらなる改善および高度化を目指す必要がある。

一方、地域の救急現場では、急激な高齢化に伴う救急搬送件数の増加に伴い、受け入れ困難事例が発生し、入院まで長時間を要するほか、隣接医療圏への入院とならざるを得ない症例をしばしば認める。その中に、脳卒中症例が時々認められ、その検証・対策が急務となっている。

今後の病院前救急、特に救急搬送についての将来推計（平成22年度「救急業務高度化推進検討会報告書」総務省消防庁）では、2010年から人口の減少に変わった日本においても、人口構成の変化（高齢人口の増加）により救急搬送人員および救急出動件数の増加は続き、2030年ごろにピークを迎えることが予想される。救急出動件数で

6,086,065件、救急搬送人員は5,545,762人に達することが見込まれる。これは平成22年と比較して約11.4%の伸びとされる。さらに核家族化、高齢者世帯の増加、移手段がないなどの理由により救急要請が増加することも予想される。この対策として平成23年度社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会報告書では、緊急度判定（トリアージ）における段階、緊急度判定・運用体制などについて検討されている。これによると、緊急度判定体系を構築することにより「急ぐ者は急ぎ、待つべきは待つ」といった行動規範をサポートし、利用者、関係機関が「救急医療は緊急対応を要する傷病者のためにある」ということを再確認することが必要とされている。限られた救急医療資源の中で効果的に緊急性が高い傷病者に対し優先し資源を投入することにより、救命率の向上を図っていくことが肝要かと思われる。一方、高齢者、独居に関する救急搬送の諸問題は社会的問題を多く含んでおり、これに対するセーフティネットの整備も併せて必要である。

最後に

最近開発された新しい血管内治療および救急体制の整備により、脳梗塞急性期に対する治療の時間的な壁を解消する試みがされている。このような専門的かつ技術集約的な治療を展開するためには、専門医療機関の整備とともにそれを可能にする救急搬送システムが必要である。その中で専門医療機関の有効利用の方策として、欧米をはじめわが国でもドクターヘリを中心とするヘリコプターによる患者搬送の有用性が検討されている。国内ではドクターヘリの利用により、クモ膜下出血において早期に血圧を安定化すること、脳梗塞に関しては搬送時間の削減が予後の好転に寄与しているとの報告がある。さらに、患者ヘリ搬送は発症現場からの搬送時間の短縮に役立つだけでなく、病院間搬送により専門施設への転送で高度治療を提供できるものである。脳梗塞急性期の治療としてはDrip & ShipおよびDrip, Ship & Retrieveとして、血栓溶解療法、カテーテルによる血栓摘出と患者のヘリ搬送（ドクターヘリ）を踏まえた治療システムが試みられている。ドクターヘリ先進国の欧米からはその有用性が報告されている。これは治療機会の地域格差を補い、治療成績の向上を目指すものであり、本県でも早期の導入が望まれる。

海外血管内治療施設訪問記(第4回フランス)

東北大学大学院医学系研究科神経病態制御学分野助教

佐藤 健一

シュレンヌ (フランス: Foch Hospital, Division of Neuroradiology)

パリ、シュレンヌ

10月には最終目的地、フランスに到着した。ニューヨークから初めて大西洋を横断しましたが、夜間飛行だったこともあり何の感慨もありませんでした。

パリは予想以上に英語標識が少なく、また道も入り組んでいたのが、本当によく道に迷いました。ただ異国情緒はさすがに満点で、パンをかじりながらよく散歩をしました=写真1=。

フランスは私が思っていた以上に親日国だと感じました。古い歴史と文化を大事にする国民性が似ていること、柔道が盛んなこと、各本屋には日本のアニメ・漫画コーナーが必ずあること、日本食レストランをあちらこちらで見かけることができ、特に日本人経営のレストランはいつも満員なことなど、各世代でそれぞれの理由で、日本文化に接する機会があるようでした。あるフランス人は、日本が第2次世界大戦後の廃墟から今日の繁栄を築き上げた精神は、ドイツに陥落されながらも、誇りを失わずに戦ったパリ人の精神に通じるものがあると語っていました。

パリにはさまざまな人種が住んでいることも意外でした。さすがに東洋人は目立たないのですが、アフリカからの移民と思われる集団やフランスの海外県から移住した人などの黒人や中南米系の人種が多く見られました。そして有色人種が多く住む地域はやはりどこか寂れていて、治安も悪い印象がありました。人種差別の問題、所得格差の問題は世界共通で、日本が奇跡的に例外なのかもしれません。

シュレンヌ市はパリのブローニュの森とはセーヌ川をはさんで接しています。パリ市街地の喧噪とは別世界の閑静な住宅地でありました=写真2=。パリまでは電車と地下鉄を乗り継いで15分程度、パリと反対方向に向かうとベルサイユ宮殿まで電車で30分の所に位置します。滞在した10月か



写真1 = オペラ通り



写真2 = シュレンヌの住宅街



写真3 = ブローニュの森の紅葉

ら12月にかけては、夏の終わりから冬にかけてと、自然の移り変わりがとても美しかったです=写真3=。

Foch Hospitalにおける脳血管内治療

お世話になったG. Rodesch先生はルクセンブルク生まれの55歳で、7年前まで15年間、Lasjaunias先生のもとで脳血管内治療の研鑽を積まれていました=写真4=。彼の卓越した技術と豊富な知識は広く知れ渡っており、滞在中もヨーロッパ中から患者さんの紹介がありました。また講演活動も盛んに行っており、仙台にも2回ほどいらしゃったことがあります。

治療は脊髄血管奇形に対するものがほとんどでした。これは、フランスで疾患頻度が高いということではなく、他の施設で治療を断念された症例がRodesch先生のもとに集まって来るからでした。彼の治療を3カ月間見学して、最初は病態が複雑すぎてよく分からなかったのですが、実は驚くほどシンプルで均一な治療をされているということが分かりました。複雑な病態を紐解き、原理原則に忠実に、一つ一つシンプルな手技でつぶしていく過程は、数学の問題を解いているような明快ささえ持っていました。

フランスでは「神経血管解剖学の父」と言われるDjindjian教授の地元だけあり、以前から脳神経血管内治療が非常に盛んな国です。脳動脈瘤の治療には開頭手術治療と血管内治療がありますが、日本では半々か6対4の割合で開頭手術が行われているのに対して、フランスでは8割で血管内治療が行われています。しかしながらフランスのすべての神経血管内治療医が同じ方向を向いているわけではなく、大きく2つの流れに別れているようです。1つは新たな血管内治療器具をどんどん導入し、今まで血管内アプローチでは治療が不可能と考えられていた疾病や病態を治療しようとする流れです。もう1つは脳血管撮影から得られる神経血管解剖・病態解明の研究です。脳血管撮影が解像度を増せば、それだけ見える血管もより詳しく、正確になります。通常は機能していない正常血管構築が、疾病を罹患することにより明らかになることもあります。また疾病も無秩序の発生するわけではなく、何らかの法則を持っています。その法則を脳血管撮影所見から明らかにすることにより、治療の効率を上げることを目的とします。血管内治療器具の開発会社なども関与して派手に宣伝する前者の流れに対して、後者は明らかに地味なのですが、どちらも神経血管内治療の発展には欠かすことが出来ない流れだと思います。G.Rodesch先生は後者の流れに属する研究者であ

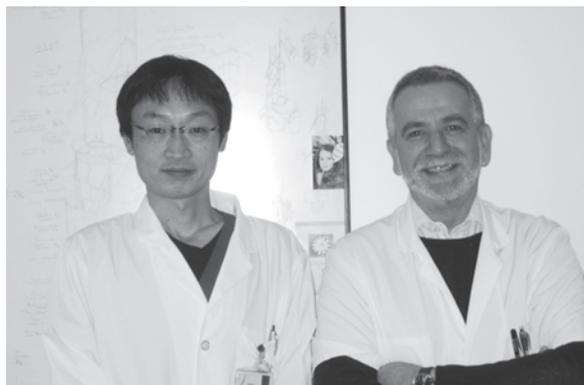


写真4 =Rodesch先生と

りました。Djindjian先生からP. Lasjaunias先生に引き継がれた神経血管解剖学分野の精神を忠実に実行しており、日本では「Surgical Neuroangiography」などの本でしか学ぶことができない内容も、実際に目で見て、感じて、discussionすることが出来ました。血管内治療を志す人間として非常に幸せな一時であったと共に、この経験を日本で生かす責任を考えると、身が引き締まる思いでした。

終わりに

2011年留学体験記を連載させていただきました。紙面をお借りできたことに感謝申し上げます。留学理由が脳血管内治療という特殊なテーマであったので、あえて各国の文化や暮らしぶりなどで感じたことにも多く触れました。しかし、こういったものは受け取る個人の考え方にも依存するため、異論があるだろうと思います。大事なことは、実際に自分で経験してみても、そして自分はどう考えるか？であると思います。その意味では自分はとても貴重な経験をさせていただきました。本当にありがとうございました。

海外滞在は、異文化に触れる刺激もありますが、同時に生まれ育った日本を外から眺めるよい機会でもあります。日本人は世界中から高い評価を受けていることを、今回の留学でよく実感しました。外から見た日本は、古代からほぼ単一の民族によって歴史が築き上げられた世界的にも奇跡の国でした。日本のどこに行っても、同じ外見の同じ価値観を持った人間が暮らしています。そして「世間体」という特有の概念をもって、自己を律しています。私も1人の日本人として、この美しい文化、美しい国を後世に引き継ぐべく、今後も日々精進を重ねていきたいと思っています。

脳血管疾患死亡率、前年を10.8ポイント上回る

— 宮城県の平成22年人口動態統計 —

宮城県はこのほど、平成22年の人口動態統計を発表しました。

統計によると、宮城県での死因別の順位は、1位が「悪性新生物」(がん)、2位は「心疾患」、3位が「脳血管疾患」(脳卒中)で、平成22年の脳血管疾患の死亡率は121.2ポイと前年を10.8ポイ上回りました。この3大疾病の全死亡に占める割合は、男女合わせて57.0%となっています。

このうち脳卒中による死亡者数は2,830人(前年2,565人)で、265人増加しました。全死因に占める割合は、12.9% (前年12.3%)、死亡率は(人口10万対)121.2ポイ (前年110.4ポイ)で、全国平均では死亡率97.7ポイ、全死因に占める割合が10.3%です。宮城県の死亡率は、全国平均より23.5ポイ高いことが分かります。

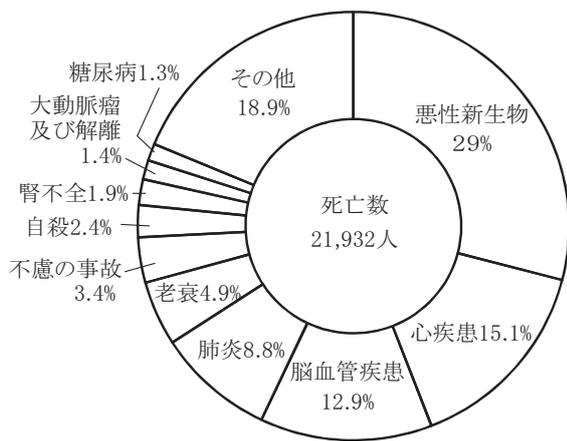
宮城県の脳卒中男性死亡者数は1,358人で、死亡率は119.7ポイ、全死因に占める割合が11.7%でした。これに対し、女性の死亡者数は1,472人で死亡率122.6ポイ、割合で14.2%になっています。

これを脳血管疾患の分類別死因で見ると、1位が「脳梗塞」、2位は「脳内出血」、3位が「くも膜下出血」となっています。ちなみに、脳梗塞は1,636人で男性が738人、女性が898人。脳内出血は810人で、男性が468人、女性が342人でした。くも膜下出血は321人で、男性が123人、女性198人となっています。

男性は女性に比べて脳内出血の比率が高く、女性は脳梗塞、くも膜下出血ともに比率が高くなっています。

また、がんの死亡率は全国の279.7ポイに対し、宮城県では272.8ポイ、心疾患の死亡率は全国149.8ポイに対し、宮城県は141.4ポイとなって、ともに全国平均より低くなっています。

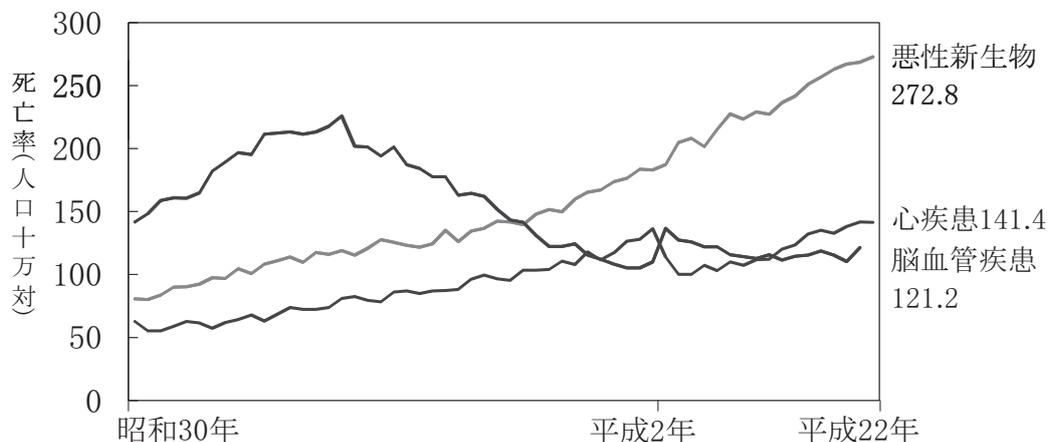
図1 平成22年死因順位 (宮城県)

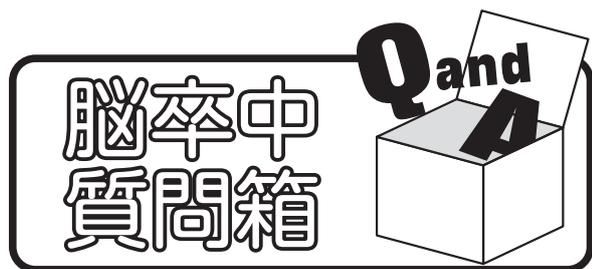


全国の死因別の順位と比較すると同じですが、人口10万人当たりの死亡率で見ると、がん、心疾患は全国平均より低いのに、脳卒中に関しては、前年度を上回り、さらに高い傾向を示しています。

宮城県の平成22年の総死亡者数は21,932人(前年20,808人)で、1,124人増加しました。

図2 主要死因別死亡率の推移 (宮城県)





Q リハビリ病院を退院した後、療養型病院の他にもリハビリを受けられる施設がありますか？
利用するために必要な手続きについても教えてください。

父が脳梗塞の後遺症のため、リハビリ病院に入院し間もなく退院ですが、まだ自力での起き上がりも無理な状況です。リハビリ療養型病院への転院を希望していますが、受け入れが厳しいと聞きました。今後どのようにしてリハビリを続けることができるのか、施設以外にも在宅で受けられる介護サービスについて知りたいのですが…。

48歳・女性

A KKR宮城野
訪問看護ステーション管理者
古積 美栄子 先生

リハビリテーションを目的とした療養は、施設へ入所して受けることが出来る施設サービスと家庭等で受けることができる在宅サービスが介護保険制度のサービスとしてあります。

介護保険サービスを利用するためには各市町村が行う「要介護認定」を受けなければなりません。

介護保険サービスを利用するための手続き

※介護保険の利用には申請が必要です。

① 申請をする

申請の窓口は各市町村の介護保険担当課で行います。本人や家族、又は地域包括支援センターや居宅介護支援事業所・介護保険施設にでも申請の依頼が出来ます。

② 要介護認定

申請をすると市町村の担当調査員が訪問し、心身の状態や日中の生活、家族・居住環境等について聞き取り調査をします。その調査の後に審査判定が行われ要介護度が決まります。

③ 結果の通知

通知は原則申請から30日以内に届きます。要介護度に応じて月々のサービス利用限度額等が違い

ます。

認	要介護 1～5	介護サービス
定	要支援 1～2	介護予防サービス

④ 介護サービスを利用するときは

要介護認定を受けた方は居宅介護支援事業者のケアマネージャーに申し込みをする。

要支援認定を受けた方はお住まいの地域の地域包括支援センターに申し込みをする。

施設サービスの利用

症状が安定し、入院治療の必要はないものの、リハビリに重点を置いたケアが必要な方が利用できる施設が介護老人保健施設（老人保健施設）です。機能訓練や日常生活上の介護サービスを提供し、家庭への復帰を支援する施設です。

また、自宅で療養しながらでも定期的に短期間施設に一時的に入所をし、集中的にリハビリを行う短期入所生活介護（ショートステイ）の利用もできます。

在宅サービスの利用

I. 自宅で利用できるサービス

① 訪問リハビリテーション

医師の指示に基づいて、理学療法士や作業療法士又は言語聴覚士が各家庭を訪問し、リハビリテーションを行うサービスです。

② 訪問看護

医師の指示に基づいて訪問看護ステーションに所属している理学療法士や作業療法士が各家庭を訪問しリハビリテーションを行うサービスです。

II. 自宅から出かけて利用できるサービス

① 通所リハビリテーション（デイケア）

老人保健施設、病院等で理学療法士や作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーションなどを日帰りで行うサービスです。個別メニューを作成し、運動器機能向上や栄養改善・口腔機能向上サービスに加え、送迎や入浴・食事のサービスもあります。

上記のようなさまざまなサービスがありますので、その方の状態にあったサービスを選択利用することが大切です。担当のケアマネージャーや包括支援センター職員と相談し決定されることが良いと思います。

すこやか脳を守る講演会

わが国の死亡原因第3位の脳卒中を正しく理解してもらおうと毎年開催している「すこやか脳を守る講演会」が3月19日午後3時から仙台市中央市民センターで、研修会参加者を対象に開催され、広南病院東北療護センター長の長嶺義秀先生が「いろいろな脳卒中について」と題して講演します。

当協会では公益事業の一環として、市町村、事業所などに講師を派遣し、脳卒中予防をはじめ健康についての正しい知識普及と啓発に取り組んでいます。平成25年度の「すこやか脳を守る講演会」の申し込みは当協会事務局で受け付けています。電話・FAX (022) 247-9749。

脳卒中の薬物療法研究会開く

8回目となる脳卒中の薬物療法研究会が2月8日、仙台市青葉区の江陽グランドホテルで開かれました。

広南病院血管内脳神経外科医長の近藤竜史先生が「各種抗血小板の作用機序と評価法」、仙台医療センター脳神経外科医長の江面正幸先生が「内頸動脈狭窄症に対するステント留置術—特に周術期の薬物療法について」と題してそれぞれ発表し、国立循環器病研究センター脳血管内科医長の古賀政利先生が「脳卒中の急性期治療戦略と再発予防」

と題して特別講演しました。

TOHOKU Stroke Forum開く

「TOHOKU-Stroke-Forum—日本から世界へ Protect4.5—」が1月26日、仙台国際センターで開かれ、当協会が共催しました。

順天堂大学医学部附属浦安病院脳神経内科教授の卜部貴夫先生が「脳梗塞における糖代謝異常の診断・治療の重要性」、岩手医科大学脳神経外科学講座教授の小笠原邦昭先生が「脳卒中に対するラジカットの有用性Revisit」と題してそれぞれ講演し、国立循環器病センター名誉総長の山口武典先生が「Protect4.5—新たなエビデンスを発信するために—」と題して指定講演しました。

脳卒中治療研究会開催

宮城県対脳卒中協会主催の172回宮城県脳卒中治療研究会は1月24日、仙台市青葉区の江陽グランドホテルで開かれ、社会医療法人財団慈泉会相澤病院脳卒中脳神経センターリハビリテーション科統括医長の原寛美先生が「急性期から開始する脳卒中リハビリテーションの理論と実際」、東京女子医科大学八千代医療センター脳神経外科教授の川俣貴一先生が「慢性期血行再建術と周術期管理」と題してそれぞれ特別講演しました。

『脳ドック』のご案内

当協会では会員の皆様方に、『脳ドック』を勧めております。

脳ドックは、脳卒中を中心として、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、痴呆などの脳の病気を早期に発見、治療すること、さらにこれらの病気を予防することを目的としており、最先端機器で精密チェック致します。何らかの異常所見が認められました場合には、再検査、追加検査も含め最も適切な治療を致します。ご希望の方は当協会事務局までお問い合わせください。

1. 検査内容：血圧測定、血液検査、尿検査、心電図検査、脳MRI、MRI脳血管検査(MRA)
2. 検査料金：40,000円(一般に脳ドックの検査には保険の適用がありません。ただし、病気が発見された時点から保険適用となります)
3. 検査日時：毎週木曜日午後1時から、所要時間は約1時間
★申し込みは予約制となっております。
4. 検査場所：財団法人広南会広南病院1F 脳ドック外来
★検査の15分前までに問診票を持参して広南病院受付にお越しください。