

リハビリ施設訪問

—— 登米市立登米市民病院 ——

患者に寄り添うリハに努力

登米市は宮城県の北東部に位置した人口約8万5千の市である。圏域の中心の迫町にある当院は、昭和25年に厚生連佐沼病院として開院。昭和30年には迫町へ委譲・改称され、平成23年に診療科数15科、許可病床数258床の「登米市立登米市民病院」へと改称、同時期に回復期リハビリテーション病棟30床を開設した。

現在、リハビリテーション室には理学療法士11人、作業療法士7人、言語聴覚士2人、業務補助助手1人がおり、脳血管疾患、整形外科疾患、廃用症候群等その他の疾患を対象に、超急性期から回復期までのリハビリテーション（以下リハ）を提供している。

県内でも特に療養病床数の少ない登米市では、重篤な障害を有したまま在宅復帰となる患者も多いために、リハ介入早期にカンファレンスを開催し、地域スタッフ（介護支援専門員等）を含めた各スタッフと連携・調整を行っている。

特に、平成23年に開設した回復期リハ病棟では、医師、看護師とともに病棟専従及び専任のリハスタッフ6人を中心に、患者及び家族の希望に沿えるよう、患者の機能及び能力評価、環境調整を随時行い、自立した活動が増えるように介入している。また、毎週開催されている作業療法士による作業活動（カレンダーや花瓶作り等）や病棟看護師、介護福祉士らと考案・実施する季節ごとの行事（七夕会等）等、離床を促すさまざまな活動を行っている。参加した患者からは、機能回復だけではなく精神の安定や活性化が図られたとの好評を得ており、リピーターとして参加する自宅復帰患者も多い。更に在宅復帰にあたっては、家族や患者を含めたカンファレンスや聞き取り調査、外泊訓練等を通して、問題の発見や整理、対策を

検討し、安心した在宅復帰を支援している。

回復期病棟患者を含め、リハ対象の患者の多くが登米市在住であり、今後も地域リハの中心病院としての役割を担うため、リハ医師の招聘やリハスタッフの充足を図り、これまで以上に質の高いリハビリ医療の提供が行えるよう技術の研鑽・習得に努めることが今後の課題となっている。



◇ ◇
登米市立登米市民病院は、〒987-0511 登米市迫町佐沼下田中25。電話 F A X 0220-22-5511。

回復期リハ病棟の充実に向けて

平成23年5月に回復期リハ病棟を開設いたしました。地元の患者様で当院内科や整形外科などに急性期に入院された患者様は勿論、地元から他地域に在る高次医療機関に紹介され急性期医療を終えられた患者様が入棟することが多いです。最も回復が期待出来る時期にリハビリを集中的に提供し、病棟専従の各専門スタッフがチームを組みながら患者様やご家族とともに目標に向かってお手伝いをさせていただいております。

うつみよしや
(内海由也リハビリテーション科長)

正常圧水頭症

東北大学大学院医学系研究科高次機能障害学分野教授

森 悦 朗

脳脊髄液はリンパ液のように無色透明な液体で、脳室とくも膜下腔すなわち脳の周囲を満たしています。脳脊髄液は血液から産生されて、脳室やくも膜下腔を巡ってまた血液に戻るという循環をしています。脳脊髄液の産生と流れ、吸収のバランスが何らかの理由で崩れて起こってくるものの代表に水頭症があります。脳脊髄液が頭蓋内にたまったものが水頭症で、たまった脳脊髄液によって脳室が大きく拡大し、脳の実質を周りに向かって圧迫する疾患を言います。

正常圧水頭症は、脳脊髄液循環に異常があって、歩行障害、認知障害、尿失禁を呈する症候群で、脳脊髄液シャント術（後述）によって症状改善が得られる病態を言います。脳室は拡大していますが頭蓋内圧は正常範囲内であるというところから正常圧と呼ばれています。正常圧水頭症は、くも膜下出血や髄膜炎に続発する二次性正常圧水頭症と、原因の明らかでない特発性正常圧水頭症とに分けられます。

二次性正常圧水頭症は通常の急性の疾患が先行して、比較的急速に進行してくるので診断はそれほど難しくはありません。一方、特発性正常圧水頭症は、何の前触れもなく高齢者を冒し、アルツハイマー病やパーキンソン病、あるいは脳血管障害など他の認知症や運動障害を起こす疾患や、さらには加齢現象と間違われやすく、この疾患の存在が知られて50年も経つにもかかわらず、正しく診断治療がなされてきませんでした。

最近になって、診療ガイドラインが出版されたこと、MRIを使った診断が可能になったこと、患者数が多いということが分かったことなどから、特発性正常圧水頭症は大変注目されるようになっていきます。

この先は特発性正常圧水頭症に焦点を当てて解説していきます。特発性正常圧水頭症は英語で idiopathic normal pressure hydrocephalus と言い、長い病名なので頭文字を取って一般にはiNPHと略されます。ここでもこれ以下はiNPHと呼ぶことにします。

頻 度

iNPHはこれまで稀少と考えられてきましたが、診療ガイドラインに基づいて地域住民に対する疫学調査のデータがMRIと症候の点から再分析され、iNPHの疑いのある方は、高齢者の1.1%、全人口10万人当たり250人ぐらいになることが明らかにされました。ただし、その方たちが間違いなくiNPHかどうか、手術が必要な方々なのかということは確認できていません。それでも仮にその半分が真のiNPHだったとしても、パーキンソン病の頻度と同じ程度で大変ありふれた疾患だと言えます。高齢者の認知症や運動障害のかなり大きな割合を占めていることになります。

症候と病態

iNPHの診断において重要なことは、歩行障害、認知障害、尿失禁という3つの特徴的な症状です。最も特徴的なのは歩行障害です。歩行は遅くなり、歩幅が小さく、足の挙がりが小さくて摺り足になり、両足間の幅が大きくなります。パーキンソン病の歩行とちょっと似ていますが、運動失調に似て両足間の幅が広いところが異なります。方向転換時には特に不安定になります。起立した時後ろに腰が引けた感じになり、それがひどい場合は支えがなしでは立てなくなります。このようなiNPHの歩行は一般に失行性・失調性歩行と表現されています。パーキンソン病、進行性核上性麻痺、小脳性運動失調、および高齢者の運動器障害の際の歩行障害との鑑別が要ります。

認知障害としては、もちろん記憶障害も見られますが、アルツハイマー病と比べるといわゆる前頭葉機能障害が目立つのが特徴的です。注意障害や思考速度の低下が目立ちます。自発性低下がひどく、時には興奮や易怒性を含む精神症状も比較的よく見られます。

頻尿および尿失禁が見られます。高齢者には男性の前立腺肥大や、女性の腹圧性尿失禁と間違われていることがよくあります。尿失禁や頻尿が歩行障害や認知障害とともに見られた時にはiNPH

を疑う必要があります。

画 像

診断でもう一つ重要なのは画像所見です。CTあるいはMRIで脳室拡大、すなわち水頭症の存在を確認することが診断には必須です。Evans Index、すなわち側脳室前角幅と同じ断面の脳の横幅比は30%を超えます。大脳萎縮でも脳室拡大が見られますが、脳萎縮では脳室が脳溝・脳槽と平衡して拡大しているのに対して、iNPHの脳室拡大は高位円蓋部あるいは正中部の脳溝あるいは、くも膜下腔が逆に狭小化していることが特徴的です。

iNPHでは脳室拡大に加えて、シルビウス裂より下のくも膜下腔も拡大し、脳脊髄液の貯留が見られます。つまり、くも膜下腔がシルビウス裂より上方では狭小化し、下方では拡張しています。従って大脳が上方の内側に向かって偏倚して頭蓋に押しつけられたようになっています。時々一部の脳溝が局所的に拡大していることがあります。

このような特徴的な脳の形態的な変化の所見を示す水頭症はDisproportionate subarachnoid space hydrocephalus、略してDESHと言います。MRIに比べCTでは診断しにくい場合もあり、拡大しているシルビウス裂や局所的に拡大した脳溝を脳萎縮や脳梗塞と誤ることもあります。

髄液排除試験

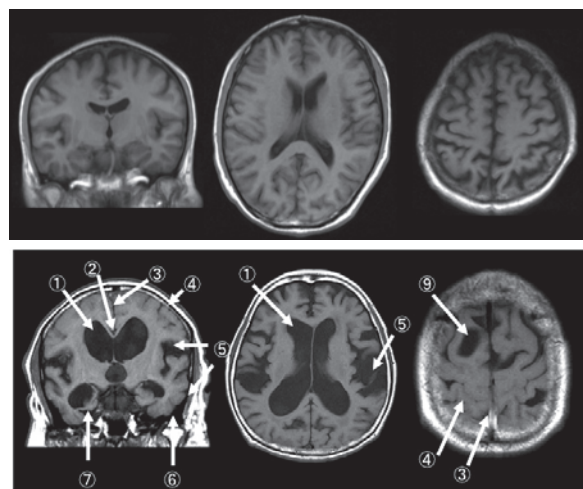
専門科においては、画像検査の後、脳脊髄液シャント術に対する反応性を判断することも含めて、診断をより確実にするために、腰椎穿刺を行って髄液排除して症候の変化を見る方法、すなわちタップテストを行うことがあります。症候や画像所見が典型的であればタップテストは診断に必須ではありませんが、二次性正常圧水頭症の鑑別のために腰椎穿刺と脳脊髄液検査を行い、脳脊髄液圧（20cm以下）、蛋白・細胞数は正常範囲内であることの確認は必須です。タップテストでは、腰椎穿刺を行って、圧測定の後髄液を30ml抜き、その前後で症候の改善の有無を評価します。髄液排除後の通常数日以内にいったん症状の改善が見られ、1週間ほどで元の状態に戻ります。症状の改善が見られた場合、一般的にはシャント術に対する反応も良好です。

治 療

現在のところiNPHに対する有効な治療は脳脊

髄液シャント術のみです。脳室・腹腔短絡術および腰部くも膜下腔・腹腔短絡術が一般的です。この手術では、チューブを皮下に埋め込んで脳室あるいは腰部くも膜下腔から腹腔まで通し、脳脊髄液を腹腔に流すようにします。どちらも全身麻酔下で行います。チューブには圧調整弁が付いていて、術後は体外から脳脊髄液の排出量を調整できるようになっています。脳脊髄液シャント術の最大の副作用は過剰排出によって生じる慢性硬膜下血腫ですが、それが生じないように調節し、また生じたとしても軽いものであれば圧調整弁の設定を高くすることで改善できます。逆に症状に十分な改善が得られない時は設定圧を低くして流量を増やしてみます。脳脊髄液シャント術によって症状が軽減し、多くの方で介護が楽になります。何らかの歩行障害や認知障害が残ることもあり、そのため術後のリハビリテーションや介護支援も重要です。

図 特発性正常圧水頭症に特徴的なMRI所見



上段は、健常高齢者、下段は特発性正常圧水頭症。

①著明な脳室拡大、②シルビウス裂と脳底部のくも膜下腔の拡大、③高位円蓋部のくも膜下腔（脳溝）の狭小化、④半球間裂のくも膜下腔の狭小化、⑤海馬及び海馬傍回は圧排伸展されて萎縮しているかのように見えます。⑥著明な脳室拡大、⑦シルビウス裂のくも膜下腔の拡大、⑧高位円蓋部のくも膜下腔の狭小化はこの断面では確認できません。⑨高位円蓋部と半球間裂のくも膜下腔の狭小化、⑩局所的な脳溝の半卵円形の拡大。（森悦朗：iNPHの診断の要点。脳神経外科ジャーナル 16：387－391、2007より改変）。

頭が痛い

愛宕橋にしざわ脳神経外科クリニック院長

西 澤 義 彦

はじめに

頭が痛いと自覚した時、多くの人は脳卒中になるのではないかという不安に駆られます。不安は増大し、日常生活も著しく障害される場合も多く見られます。このような不安を取り除くためには、頭痛に対する的確な判断を持つことが大切です。

頭痛は一次性頭痛と二次性頭痛に分けられますが、緊急性を持つ二次性頭痛は20%にすぎません。多くは一次性頭痛です。この中では、片頭痛で苦しんでおられる患者数は多く、現在おおよそ840万人と言われております。この数は高血圧症の患者800万人、糖尿病患者600万人より多いのです。ところがこれだけ頭痛の患者さんが多いにもかかわらず、正確な診断がされず、治療も受けていない方がかなり多くおられるのが現状です。

一次性頭痛

頭痛の診断は国際頭痛分類（ICHD—II）に従って的確になされます。頭痛は一次性頭痛と二次性頭痛に分けられます。一次性頭痛は片頭痛、緊張型頭痛、群発性頭痛に分けられます。二次性頭痛は緊急を要する疾患が含まれますが、その頻度は20%以下で、本当に見逃してならない疾患（くも膜下出血等）は1～5%程度です。

（1）片頭痛

片頭痛は頭の片側あるいは両側がズキズキと拍動性の痛みが発作性に現れます、痛みは6時間以内で回復してきますが、1～2日持続することもあります。月に1～2回、多い時で週に2回程繰り返して起こります。これをエピソード的な頭痛と言います。日常生活・動作に影響がある頭痛です。悪心・嘔吐、光過敏・音過敏を伴います。

片頭痛は前兆のない片頭痛と前兆のある片頭痛とに分けられます。前兆には視覚性前兆が最も一般的なタイプです。キラキラした光・点・線が現れたり、視覚消失の症状を伴ったりします。これを閃輝暗点と言います。次に見られる前兆に感覚

症状があります。チクチク感として現れ、発生部位から身体および顔面の領域にさまざまな広がりを持って波及します。頻度は低いのですが失語症や脱力を伴う場合もあります。このような前兆は連続して出現することが多いのです。

片頭痛の発生機序は血管内にセロトニンが大量に異常放出され、血管の収縮が起こります。セロトニンが出尽くすと血管はその反動で急激に拡張します。異常に拡張した血管が周囲の三叉神経を興奮させ炎症物質が分泌される、同時に拡張した血管が三叉神経を圧迫して片頭痛を起こすと考えられております。

男女比で見ると1：4と圧倒的に女性に多く20代から40代、特に30代に多く見られます。女性に多い理由の1つに、片頭痛の発作が排卵日と月経の初日前後多く認められることから、女性ホルモンであるエストロゲンの上昇後の急激な減少が関与していることが挙げられます。

（2）緊張性頭痛

緊張型頭痛は片頭痛より多く2000万人以上に認められます。一般的に頭の両側からじわっと締め付けられるような重い感じの痛みや、後頭部から首筋を中心とした頭全体に及ぶ痛みです。痛みは30分から7日ほど持続し反復して起こります。3か月以上に渡って繰り返し続くこともあります。性差は少ないのですがやや女性に多く見られます。

原因はパソコンに向かって作業をするような長時間不自然な姿勢を続けたり、歯の噛み合わせが悪い状態が続いたりする身体的ストレスや、仕事関係のトラブルや対人関係、不安などの精神的ストレスによって起こるとされます。僧帽筋、後頭筋、側頭筋の緊張によって頭痛がもたらされると考えられます。

頭痛の他に肩や頸のこり、吐き気を伴うこともあります。精神的ストレスが背景となることから筋肉の緊張とは関係なく、うつ病など心の病気が原因のことがあります。また緊張性頭痛と片頭痛の合併する症例も多いのです。

(3)群発性頭痛

群発性頭痛は、ある一定の期間、毎日のように明け方のほぼ決まった時間に起こる激しい頭痛で、その起こり方が群発地震に似ているためこのように呼ばれます。頭痛発作は1～3時間持続しますが、いったん発作が起こると1～2か月の間、毎日のように起こります。20～30代の男性に圧倒的に多く見られますが、最近では生活習慣の変化から女性にも見られるようになりました。

原因として内頸動脈の炎症が生じ血管の拡張により三叉神経を刺激し、痛みを発生すると考えられています。睡眠中に起こることから視床下部からのホルモンのコントロールが狂って内頸動脈の変化をもたらすとされています。症状は片側の目の奥に我慢のできないほど激しい痛みが出現する、痛みと同じ側で涙が出るほか、目の充血、まぶたの垂れ下がりや腫れ、鼻水、鼻づまりの症状がある。頭の痛みのためにじっとしていられなくなる。このような頭痛を過去に何度か経験しています。群発期と群発期の間に頭痛のない期間が数か月～数年間続くのが特徴です。

(4)薬物乱用性頭痛

薬物乱用性頭痛は鎮痛剤の飲みすぎによって起こります。市販の頭痛薬や医師の処方される鎮痛剤を必要以上に連用するとさらに強い頭痛を招くようになります。代表的薬物としては、エルゴタミン、トリプタン、各種鎮痛剤、オピオイド、バルビタール、カフェインが挙げられます。いずれも3か月以上の期間、1か月に10日以上服用している場合に、頭痛の出現、著明な悪化を見ます。薬剤の使用中止後、頭痛が消失、または以前のパターンに戻ることが薬剤乱用性頭痛の診断基準になります。

(5)小児の片頭痛

一般的に小児は症状に対する説明が上手くできず、さらに回復が早いいため軽く考えられがちですが、頭痛の度合いは大人と変わりありません。まわりの大人が片頭痛の知識を持ち、痛みの理解に努めることが重要です。小児の片頭痛の特徴として、①下痢、嘔吐、腹痛症状が現れ②発作時間が1時間から半日と短い③2～3時間の睡眠で寛解する場合が多い④低年齢では緊張型頭痛様の症状が見られる⑤年齢層ごとに痛みの性質が変化する⑥運動後や緊張からの解放時に見られる⑦片頭痛

を有する家族（特に母親）がいる⑧乗り物酔いをしやすいなどが挙げられます。

(6)さまざまな頭痛(作田学:頭痛2004より)

- ①アイスクリーム頭痛：咽頭部の奥にある内頸動脈が冷やされ、血管の収縮によって生じる
- ②高山病：高山で酸素不足により、後頭部から始まる拍動性頭痛
- ③潜水病：潜水後に拍動性頭痛、めまい、悪心、嘔吐、意識障害、麻痺
- ④香水頭痛：甘いバラ系の香りで誘発される拍動性頭痛
- ⑤チャイニーズレストラン症候群：グルタミン酸ナトリウム（味の素）が原因
- ⑥シャルドネ頭痛：過量のソルビン酸（樽の消毒に亜硫酸、ワインの保持にソルビン酸）
赤ワイン頭痛：赤ブドウの果皮に多いレスベラトール（植物エストゲン）
- ⑦二日酔い：脱水と低血糖
- ⑧せんべいと頭痛：顎関節症
- ⑨シャンプーと頭痛：急性緊張型頭痛
- ⑩美容室での洗髪時頭痛：椎骨動脈の解離によるワレンベルグ症候群
- ⑪不思議の国のアリス症候群：片頭痛の前兆で奇妙な身体イメージの変形や歪みをみる

二次性頭痛

二次性頭痛とはいつもと違う頭痛を自覚した時、脳血管障害、脳腫瘍などの疾患が疑われます。すぐに医療機関を受診してください。いつもと違う頭痛とは、①今までにない強い頭痛②突然の激しい頭痛③痛みが急に強くなる④回を重ねるごとに痛みが徐々に強くなる⑤発熱を伴う頭痛⑥手足のしびれがある⑦痙攣を伴う⑧意識がもうろうとなる一が挙げられます。

今回詳述は割愛させていただきます。

おわりに

頭痛を診断するポイントは、①性質②出現部位③合併症状の有無④時間的経過⑤持続時間⑥頭痛時の行動様式—などを全体的に把握、判断することが肝要です。緊急性を要する頭痛はほんのわずかで1～5%ほどですので、緊急性を要しない場合は、頭痛イコール救急車と考える前に、専門医である脳神経外科医や神経内科医を受診されることが大切です。

医療の最前線

この人に聞く

他科との連携強め 協力体制確立を



東北大学大学院医学系研究
科神経病態制御学分野講師
藤村 幹さん

出身は仙台市。仙台第一高等学校卒業後、東北大学医学部に進学し、平成6年卒業と同時に東北大学脳神経外科に入局した。広南病院、岩手県立中央病院で初期研修を受けた後大学院に入学し第一医化学教室、米カリフォルニア大学サンフランシスコ校、スタンフォード大学で脳虚血の基礎研究に携わり学位を取得し、さらに青森県立中央病院や東北大学で研修し脳神経外科専門医を取得した。その後、白河厚生総合病院、仙台市立病院、東北大学、広南病院、仙台医療センターなどの施設で脳血管障害の外科治療を中心に研鑽を積み、現在に至る。

脳神経外科を選択したのは、学生時代臨床実習で最初に配属されたのが脳神経外科であったこと、当時の脳外科スタッフの先生方が人間的にも外科医としても極めて活動的で魅力にあふれていたことが要因であったと振り返り、「大学生時代は交響楽団に所属し『文科系』の生活を送っていた自分にとっては、脳神経外科を選択することは体力的にも大変な挑戦とも思われました。しかし、一生かけて取り組むのにふさわしい仕事であると直感し、迷わず脳神経外科学教室の門をたたきました」と語る。

朝は午前5時半頃に起床し、職場には7時前後に出勤。回診・カンファレンスなどの後に9時頃から手術や外来に従事し、夕方の各種会議やデスクワーク後に帰宅、午前零時頃には就寝。そんな

多忙な日課の中で「早朝や早めに帰宅できる日を活用して運動や楽器の練習も細々と続けています」と話す。

最近、最もうれしかった出来事は2013年度の『日本脳卒中の外科学会賞（鈴木賞）』を受賞する機会に恵まれたことだという。

「日本脳卒中の外科学会は1年目の時初めて全国学会で発表して以来、毎年参加している自分にとって最も重要な学会の1つです。さらに『もやもや病に対するバイパス術の周術期管理』という長年取り組んできた課題に関する論文で受賞できたことを大変ありがたく思っています」と喜びを語る。同時に「これまでご指導いただきました多くの先生方に改めて深謝申し上げます」と謝意を述べた。

一方で「外来から手術、そして退院後のフォローアップと個々の患者さんについての全経過に関与できることが日本の脳外科医のある意味で恵まれた環境であると考える半面、脳神経外科の専門領域である手術・手術指導、または学術的活動などの比重をもっと高めたいとの葛藤があります」と漏らす。

日本における脳卒中医療はこの20年間で飛躍的に発展・進化し、脳神経外科医だけではすべての脳卒中医療を担うことはできなくなってきており、「これまでさまざまな施設で、神経内科、救急科、循環器内科など多くの科の先生方に助けていただきながら仕事をする機会に恵まれてきましたが、今後さらに加速的に他科との連携を強め、脳卒中医療における協力体制を確立する必要があると感じています」と強調した。

当協会へは「宮城県対脳卒中協会の皆さんからはさまざまな勉強の機会やご支援をいただいております、この場をお借りして感謝申し上げます。脳卒中医療は特に社会性を求められる分野と改めて自覚しています。市民の皆さん、患者さん、そしてさまざまな職種の医療従事者、各科の脳卒中医どうしの連携をより深める機会を今後も提供いただければ幸いです」とエールを送ってくれた。

事業計画・予算案など承認

(公財)宮城県対脳卒中協会平成25年度総会開く

平成25年度第1回宮城県対脳卒中協会理事会・評議員会は6月10日午後6時30分から、仙台市青葉区の江陽グランドホテルで開かれました＝写真＝。



理事会は9人中8人が出席、評議員会は8人全員が出席、いずれも適法に成立しました。

初めに新定款に基づき、富永悌二会長が「本日はお忙しい中、公益財団法人に移行して第1回目となる平成25年度理事会・評議員会にお集まりいただき感謝申し上げます。なお、評議員会につきましては新法による規定上、議案について審議をしていただき、同意書によるみなし決議となります。後ほどこの件につきまして事務局より説明がありますので、よろしくお願い申し上げます」と挨拶しました。

続いて議事に入りました。新定款の規定によって理事会は富永悌二会長、評議員会は遠藤実氏をそれぞれ議長に選任、議案審議に移りました。

提出議案は次の通りで、決算、予算案などいずれも原案通り承認可決されました。

◇第1号議案「平成24年度事業報告承認の件」

議長の指名によって平成24年度事業報告について長嶺義秀理事から説明、全員異議なく原案通り承認可決されました。

◇第2号議案「平成24年度計算書類及び財産目録承認の件」

議長の指名によって平成24年度計算書類及び財産目録について長嶺義秀理事から説明、並木孝氏

監事が監査結果を報告し、全員異議なく原案通り承認可決されました。

◇第3号議案「平成25年度事業計画承認の件」

議長の指名によって平成25年度事業計画について長嶺義秀理事から説明、全員異議なく原案通り承認可決されました。

◇第4号議案「平成25年度収支予算承認の件」

議長の指名によって平成25年度収支予算について長嶺義秀理事から説明、全員異議なく原案通り承認可決されました。

◇第5号議案「評議員会招集の決定の件」

議長の指名によって評議員会招集について、法人法194条ならびに同法195条に定める評議員会の決議の省略及び報告の省略の方法による案を長嶺義秀理事が説明し、全員異議なく原案通り承認可決されました。

◇報告事項「業務執行状況報告の件」

議長の指名によって定款第26条第3項の規定に基づき代表理事及び業務執行理事の職務の執行状況について長嶺義秀理事が報告し、会長から宮城県の平成23年度脳卒中死亡率（人口10万当たり）について統計的データに基づく報告があった。

その後、議長は提出議案の審議がすべて終了したことを告げ、出席の理事、監事、評議員に協力を感謝して閉会を宣言しました。

なお、平成25年度の予算総額は12,716,430円で、主な事業計画の内容は次の通りです。

- (1) 啓発普及事業 ①会報の発行②「すこやか脳を守る講演会」の共催③予防講演会等への講師派遣④脳卒中予防関連講演会への後援
- (2) 研究、研修事業 ①医師、医療技術者研修の助成②宮城県脳卒中治療研究会の開催③脳ドック研究会の共催④専門医向けの講演会⑤脳卒中予防関連の研究会への後援
- (3) 脳卒中患者登録事業および疫学的研究の実施 ①脳卒中患者登録事業②疫学的研究の実施
- (4) 奨学金給付事業 ①海外留学奨学金1人当たり200万円を給付

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20日午後5時から仙台市パレス宮城野で、所属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「いろいろな脳卒中とその予防」と題して講演しました。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。

中田支部で総会

宮城県対脳卒中協会中田支部は3月9日、太白区中田市民センターで年次総会を開き、平成24年度事業報告・決算報告を承認し、平成25年度事業計画(案)予算(案)を原案通り裁決しました。

続いて、広南病院東北療護センター長の長嶺義秀先生が「東日本大震災被災時の脳卒中診療の状況についてー宮城県における近況報告と課題ー」と題して講演しました。

公益財団法人に移行しました

財団法人宮城県対脳卒中協会は、平成25年4月1日付で公益財団法人への移行登記を完了し、今後は公益財団法人宮城県対脳卒中協会として引き続き活動いたします。

公益法人制度改革関連三法が成立し、平成20年12月1日から施行されたことに伴い、公益財団法人への移行を目指し準備を進めてきました。これらの準備が完了し、公益認定等委員会に対し移行認定申請を行い、平成24年11月20日付で同委員会から移行認定答申が行われ、平成25年1月23日に公益財団法人移行認定書を受領いたしました。

この結果、当初から目標としていた平成25年4月1日付での公益財団法人移行登記が完了いたしました。これにより当協会の名称は公益財団法人宮城県対脳卒中協会と変更され、従来の寄附行為も改正されて公益財団法人宮城県対脳卒中協会定款となりました。業務内容は新定款においても実態のない部分を削除したほかは全く変わっておりませんので、従前の事業を継続いたします。

※発足時の最初の理事、監事、評議員は以下の方々です。

役員名簿(平成25年4月1日現在)

(敬称略五十音順)

代表理事(会長)	富永 悌二	評議員	上之原広司
副会長	青木 正志	評議員	遠藤 実
業務執行理事	長嶺 義秀	評議員	沖田 直
理事	荒井 啓晶	評議員	亀山 元信
理事	一力 雅彦	評議員	佐藤 智彦
理事	大沼 歩	評議員	清水 宏明
理事	嘉数 研二	評議員	星 徹
理事	櫻井 芳明	評議員	森 正行
理事	松本 純		
監事	大森 光徳		
監事	並木 孝氏		