

リハビリ施設訪問

—仙塩総合病院—

良質な医療を提供し地域貢献

医療法人寶樹会仙塩総合病院は、仙台港に程近い、都市と自然の調和が取れた多賀城市東部に位置する。主な診療圏は、多賀城市内のほか、塩竈市、七ヶ浜町、仙台市東部地区などで「最良の医療と思いやりを提供し、地域医療に永続的に貢献する」を基本理念に地域に根ざした中核病院を目指し日々取り組んでいる。

1963年、仙塩病院として開設し、1979年に現在の場所に移転している。2012年には、利府町内に仙塩利府病院を開院、仙塩総合病院はこれまで行っていた手術や救急対応を利府病院に移管し、通常診察と療養期医療に特化する病院として役割を明確化した。

現在、内科・外科・整形外科等の7診療科を標榜し、病床数は143床で、一般病床98床、療養病床45床である。リハビリテーション部（以下リハ）は、脳血管疾患等リハ（I）、運動器疾患リハ（I）の施設基準を取得し、理学療法士8人、作業療法士4人、マッサージ師1人、助手1人の体制で、入院、外来、訪問のリハ診療を行っている。対象疾患は、脳血管疾患、整形外科的疾患、廃用症候群などで、いずれも急性期を脱した回復期・維持期が主である。

リハ部では、医師や他部門との情報交換をしながら、常に患者の生活を意識したサービス提供を心がけている。定期的なカンファレンスはもとより、食事・休息場面などにも積極的に出向き、患者が持っている能力を最大限に発揮できる工夫、介助法などを一緒に検討している。

退院前は、必要に応じ、各サービス部門間での情報交換、退院前訪問指導を行い、退院後も訪問リハへの移行など、退院調整の充実も図っている。その中で、患者一人ひとりに合わせた適切な関わ

りができているか意見交換を密にし、専門職として必要な最新の知識や技術習得のため自己研鑽を重ねている。

今後も、仙塩利府病院との連携を図りながら、併設する訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所とともに地域の中核医療機関となるよう取り組んでいきたいとの考えだ。



医療法人寶樹会仙塩総合病院は、〒985-0842
 多賀城市桜木2丁目1-1。電話022-367-4111。

復興の一助に

当院は、東日本大震災で津波による建物被害を受けましたが、たくさんの支援をいただき、2カ月後に通常診療に戻ることができました。周辺住民も同じ場所、地域で生活再建されている方が多く、昨年、近くに災害公営住宅も建設されました。今後も地域の方とともに歩み、健やかな暮らしや、より良い生活の一助となれるよう、地域医療に貢献していきたいと考えております。

にしむらとしひろ
 (西村俊洋理学療法科主任)

脳卒中医療の現状と展望

公益財団法人 宮城県対脳卒中協会代表理事
東北大学大学院医学系研究科神経外科学分野教授

富 永 悌 二

この会報では、脳卒中について分かりやすく解説したり各病院を紹介したりしていますが、今回は、脳卒中を扱う医療者側の最近の事情について解説したいと思います。

社会の変化と医療の現状

日本の医療政策は、時々の経済状況を反映して変化してきました。経済状況の変化に6-8年遅れて医療政策が変化します。高度成長期（1954-1974年頃 経済成長率約10%）の始まりに7年遅れて、1961年から国民皆保険、老人医療無料化、新設医大設置などの医療拡大政策が採られました。1974年からの安定期（経済成長率約4%程度）に遅れること8年、1982年より医療費抑制政策に移行しました。1983年には、当時の吉村厚生省保険局長の「医療費亡国論」がクローズアップされ、1992年からの超低成長期（経済成長率0-1%）への移行後も当然医療費抑制政策が続きました。そして小泉内閣に始まる医療費削減が直接の引き金となり、2000年代に入っていわゆる「医療崩壊」が叫ばれるようになりました。マスコミはあまり取り上げませんでしたでしたが、この時期医療界では、ほとんど休みなく日勤当直を繰り返す激務に耐えかねた働き盛りの病院勤務医が、職場を辞めていく「立ち去り型サボタージュ」が話題になりました。2011年東日本大震災が起これ、以後の経済状況の変化もあって現在は医療の再生機運にあると言われます。

日本は、国民皆保険により誰でも安く医療を受けることができ、長寿を誇り死亡率も低い世界で最も保健医療政策が成功した国です。これはWHO（世界保健機関）も認めています。しかも国民総生産に占める医療費の割合は、OECD加盟国の中でも中位であり、お金をあまりかけずして高度な医療を行っています。理想の医療は、「質の高い医療」「誰でも医療が受けられる」「最小のコスト（医療費）」の3つが達成されることですが、世界の常識ではこのうち2つしか達成できないと考えられています。例えば、質の高い医療が誰でも

享受できるとしたら、医療費がかさむということであり、日本はこの3つが比較的バランスよく達成されています。これは当たり前すぎてマスコミも取り上げませんが、実は誇るべきことなのです。しかし生産年齢人口が減少し、さらに高齢者の占める割合が増加しつつある現在、国庫の中で費やすことができる医療費にも限界があります。医療の再生機運にあるとはいえ、従前の医療を今後も展開するのは困難な状況になるのは目に見えています。世界に率先して超高齢化社会や低成長社会に即した新たな医療の再構築が求められており、現在はその転換期にあるとも言えます。

脳卒中の現状と医療体制

脳卒中は、戦後長く日本人の死因のトップでしたが、現在はがん、心臓病、肺炎に次いで第4位となりました。これは脳卒中の診断治療が進歩し、高血圧に対する薬物治療や啓発が進んだことによります。自宅でも市販の血圧計で手軽に血圧が測れるようになり、自分で血圧に注意している方は大勢います。血圧が管理された結果、戦後多かった脳内出血が減り死亡率も減少してきました。しかし、脳卒中全体を見ると、年間1兆7千億円を超える医療費が脳卒中に費やされ、65歳以上で寝たきりになる一番多い原因は脳卒中です。しかも介護度が上がる程脳卒中の割合が多くなります。ですから脳卒中はいまだ国民病と言っても過言ではありません。

宮城県の事情を見ると、人口10万人当たり脳卒中中で死亡する方は年間120人を超えており、東北6県の中では最も低いのですが、それでも約100人程度の全国平均を大きく上回っています。ちなみに全国で脳卒中による死亡が最も多いのは岩手県であり（約180人）であり、最も低いのは、沖縄県です（約60人余り）。がんや心臓病と比べてみても、宮城県ではそれぞれの年齢調整死亡率が全国平均とほぼ同程度であるのに対して、脳卒中だけが大きく上回っています。また年次変化を見ても、ここ20年以上宮城県の脳卒中死亡率は横ばいであり、

減少している訳ではありません。

宮城県の中でも医療圏によって、脳卒中の死亡率に差があります。仙台医療圏（塩竈、名取、岩沼、多賀城市他を含む）における死亡率は県平均を下回っていますが、特に死亡率が高い医療圏もあります。その原因の一つは、脳卒中に対する医療体制にあると考えられます。脳卒中患者を急性期に受け入れ、更に専門医の適切な治療が行えないと、やはり命を救えない患者さんも出てきます。日本の脳卒中医療は、他国と比べれば全国に漏れなく行き渡っていますが（均霑化）、それでもやはりこのような医療の偏在の問題は起こります。ではどのような脳卒中の医療体制が必要なのでしょう。

日本の医療行政は今後、高齢化への対応と医療費削減を目指して病床数を減らし、病院を機能分化させ（急性期病院、慢性期病院など病院の役割を明確にする）、更に退院後は地域で包括的に患者を見ていくこと（地域包括ケア）を目指しています。”地域包括ケア”は、病気の治療後患者さんが自宅に戻り、必要に応じて診療所に通いあるいは必要な期間病院に入院し医療を受けますが、あくまで自宅を基盤として医療や福祉サービスを受けるといえるものです。脳卒中になった場合は、まず脳神経外科手術、血管内治療など専門的な治療ができる高度専門病院での治療が必要です。仙台市内の大きな病院あるいは地域の核となっている中核病院が専門治療を行います。その後必要に応じて慢性期病院、リハビリ病院等に転院し自宅退院を目指します。退院後は今後脳卒中にならないようにする二次予防が大切で、かかりつけの先生のところ、様々な薬物治療や血圧のコントロールなど脳卒中になりやすい因子の管理を行います。

30年前と比べて脳卒中の治療は様々な面で進歩しました。急性期治療における血管内治療や、世界規模の大きな研究で効果が明らかにされた薬物治療、ロボットスーツまでに進化したりハビリなど、枚挙にいとまがありません。それぞれの分野で深化しているのです。ですから脳卒中治療のすべてを知っているスーパーマンはいません。そこで現在脳卒中治療ガイドラインが作られ、医療情報のネットワーク化が進められています。脳卒中治療ガイドラインは、日本脳卒中学会が母体となり関連5学会が協力して、脳卒中の種類別にどのような治療をしたらよいか、これまでに報告されている膨大なデータを分析して科学的に妥当な治

療指針を示しています。これにより日本における脳卒中治療の内容がある程度標準化されることになりました。また医療ネットワークは、診療科や職種を超えて、患者さんのデータを共有することにより、医療をより効率的で安全なものにしようとするものです。

宮城県の医療ネットワーク

東日本大震災後、宮城県では医療ネットワークが構築されています。震災ではカルテなどの医療記録が喪失し、被災した人たちはどのような薬を飲んでいたかの記録もなくなり、避難所にあっても適切な薬をもらうのも大変でした。このような経験から、みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会が設立され、県の復興事業の一つとして、医療情報のネットワーク化が進められています。県内の主な病院、あるいは診療所、薬局、介護所などが加盟し、それぞれのカルテに記録された電子データが一括してデータサーバーに保存されています。現在約200万人分の患者データが蓄積されています。これから災害にあつて病院や診療所の記録が喪失したとしても、そのバックアップができていくということになります。このデータを使って医療連携ができると、急性期の病院から診療所、薬局、介護所に至るまで患者さんのデータを共有することができるので大変効率的になります。国が進める”地域包括ケア”もこのような医療情報の共有を前提としています。

この医療福祉ネットワーク（みんなのみやぎネット：略称はエムエムウィン「MMWIN」）に参加すると、患者さんにとって大変便利になります。まずかかりつけの病院、診療所で参加したい旨申し出て同意書を提出すると、無料で登録できカードが配布されます。このカード一枚で、大学病院でも診療所でもこれまでのカルテの内容を医療従事者が見ることができるので、例えば大学病院での検査の結果も地元の診療所で見ることができるようになります。また介護施設で何か具合が悪くなった時にも、このカードを持っていれば、これまでどのような病気をしたのか分かり、適切に対応できるようになります。薬局でもこのカードがあれば、必要な医療情報を参照することができますので間違いなく薬を処方できます。患者さんにとっても医療従事者にとっても大変メリットのあるネットワークですから、この会報をお読みの皆様は、是非参加することをお勧めします。

コンピュータシミュレーションによる脳動脈瘤解析

東北大学大学院医学系研究科神経外科学分野助教

新 妻 邦 泰

数値流体力学（CFD）とは？

近年のコンピュータの性能の向上に伴い、以前はスーパーコンピュータを用いなければ不可能だった複雑な計算などが、個人のコンピュータでも行えるようになってきました。「数値流体力学（CFD）解析」は、そのようなコンピュータの進歩により身近になった技術です。

気体や液体のように、少しの力を加えただけで容易に形を変えたり流れたりするものを「流体」と呼びますが（身近なものでは空気や水）、CFDはこの流体の流れをコンピュータシミュレーションにより観察します。航空機、自動車、建築物などの設計に広く活用されています。

CFDの医療応用

最近では、CTやMRI、血管撮影など様々な手法でヒトの体内の血管の3次元的情報が得られるようになりました。ヒトの体の中を流れる血液も流体ですので、医療画像から取り出した血管の情報を用いてCFD解析を行い、実際の医療の場で活用されるようになってきました。2012年5月に発表された、American Heart Association/American Stroke Associationの「くも膜下出血の診療ガイドライン」においては、未破裂脳動脈瘤の診療方針において、「脳動脈瘤の破裂リスクを検討する際には、脳動脈瘤のサイズ、部位、患者の年齢、状態に加え、脳動脈瘤の形態学的・血行力学的特徴を考慮してもよい」と記載されるまでになりました。私たちの施設でも、脳動脈瘤に対するCFD解析を積極的に行っていますので、今回はそれについて説明します。

脳動脈瘤とは？

脳動脈瘤とは、（正確な言い方ではありませんが）脳動脈の一部が風船状に膨らんだ病変です。未破裂脳動脈瘤が偶然に発見される割合は増加しており、脳ドックでの発見率は50歳以上においては6%にまで達しています。未破裂瘤の破裂率は、全体を平均すると年間1%程度です。動脈瘤破裂

に関する詳細について、本邦ではUCAS JAPANという未破裂脳動脈瘤の自然歴に関する大規模な研究が報告されました。その中で明らかになったことは、①小さな動脈瘤でも破裂しますが大きな動脈瘤ほど破裂の危険が高い②前交通動脈や、内頸動脈-後交通動脈分岐部など、破裂しやすい部位がある③不整系や突出のある動脈瘤は1.6倍破裂しやすい—ことなどです。

脳動脈瘤が破裂すると、致死率30%のくも膜下出血を発症します。上述のUCASなどの報告に基づき、大きさ、場所や形などから危険性を判断し、手術自体の危険性と照らし合わせて治療法を決定しますが、破裂によるくも膜下出血を回避するために過剰な予防的治療が行われがちです。治療を行わずに経過観察を選択した場合も、不安によって生活の質の悪化が生じることも問題になっています。

脳動脈瘤のCFD解析

現状での脳動脈破裂リスク算定は、大きさ、部位と形状に基づきますが、動脈瘤の中をどのように血液が流れているか、動脈瘤の壁にどのような力がかかっているかというような個々の動脈瘤特有の状況が反映されていないことが問題と考えられます。そこで、脳動脈瘤に対してCFD解析を行うと、いろいろな動脈瘤固有の情報が得られることとなります。

私たち東北大学病院や広南病院のグループでは図（次頁）のような形で動脈瘤のCFD解析結果を提示しています。図の下側がCFD解析結果ですが、左側2つのように、動脈瘤の中をどのように（渦を巻いたりして）血液が流れるかを示す「流線」、中央の2つのように予測される「動脈瘤の壁の色調（薄い、動脈硬化が進んでいて固いなど）」、右上のように動脈瘤の壁にかかる「壁せん断応力（壁と血流の間の摩擦力のような力。血管を引き裂くような方向にかかる）」、「壁にかかる圧力」や、その他のことを算出します。これらのCFDから得られる情報は、他の手段ではほとんど得ることがで

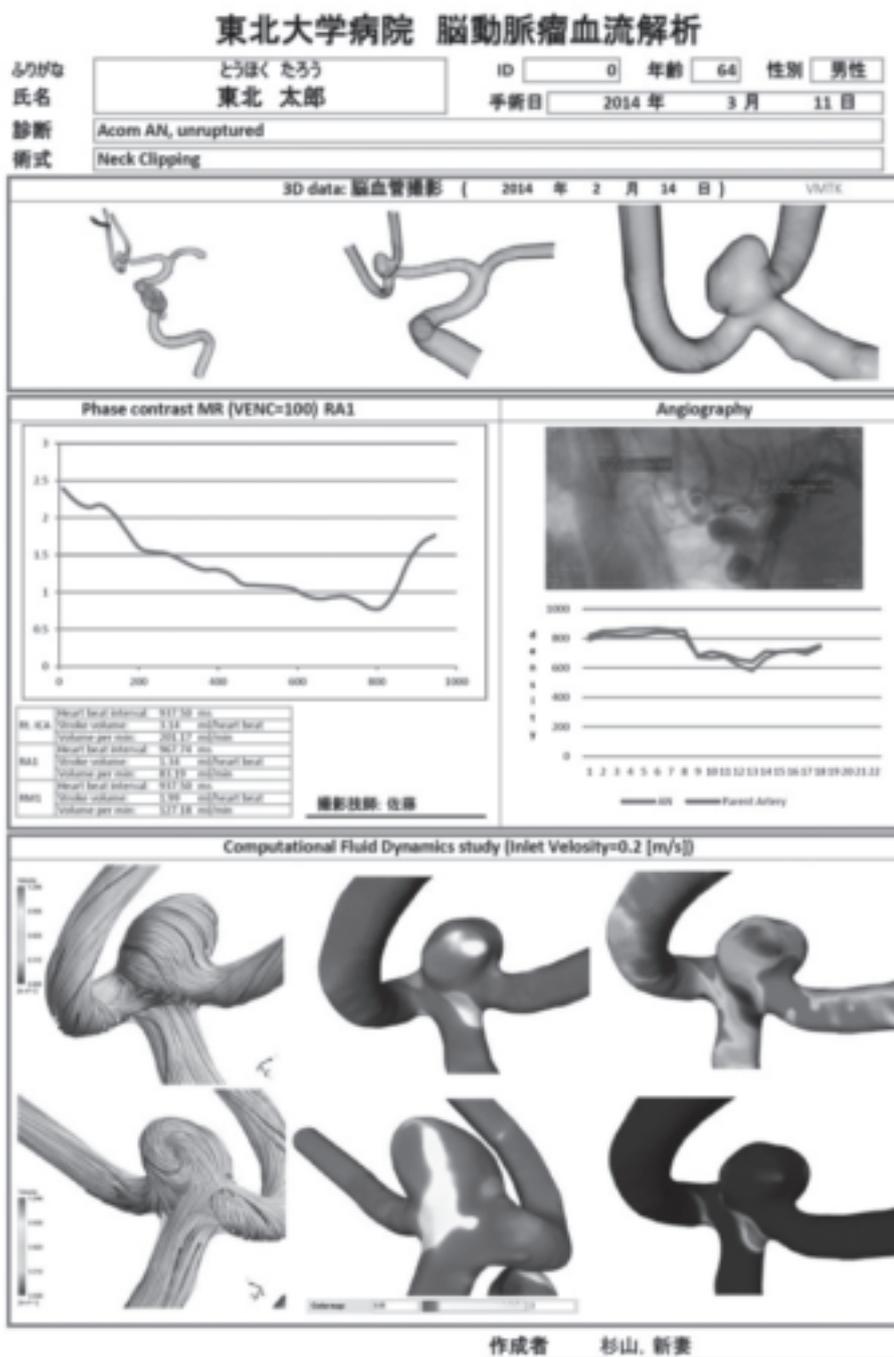
きない情報です。このようなCFDの解析結果を組み合わせることで、より精度の高いリスク評価につながると考えています（我々は過去に壁せん断応力が低いことと破裂が関与することなどを報告しています）。

CFDの検証

ここまでで、CFDにより今までは得ることができなかった動脈瘤の情報が得られることを示しましたが、「CFDは、あくまでもコンピュータシミュレーションにより計算されたものである」ということは肝に銘じておく必要があります。コンピュータシミュレーションの結果が、本当に一人ひとりの患者さんの現実と一致しているかということは、未だ細かくは検証されていません。CFDがさらに普及するためには、一例一例CFD結果と実際の動脈瘤とを突き合わせて検証を進め、信頼に足るデータであることを示していかなければなりません。

おわりに

ここまでCFDについて概要を述べてきましたが、近年の技術の進歩により身近になった、今まで見えなかったものが見えるようになる革新的技術です。このシミュレーション技術は、脳動脈瘤の破裂予測や壁の性状予測などのほかに、手術シミュレーションなどでの活用も期待できます。将来的には脳ドックに組み込んで、動脈瘤破裂危険



性検出システムのようなものも開発できる可能性もありますし、破裂しなさそうな安全性の高い動脈瘤を指摘することによっても、患者さんが安心して生活できるようになりそうです。また、脳動脈瘤のみならず、心臓や大動脈など、他の領域でも面白い研究が出てきておりますので、他分野での発展も期待しながら今後も研究を続けていきたいと思っております。



Q プラークはどのくらいの大きさだと治療が必要でしょうか？これ以上大きくならないようにするために気を付けなければならないことがあったら教えてください。

先日、頚動脈エコーの検査で右の頚動脈に1.8 mmのプラークがあることが分かりました。コレステロールは標準より高めですが、1年後に再検査と今のところ食事改善するだけで早急に治療の必要性はないと言われました。

47歳・男性

A 広南病院副院長
古井 英介 先生

頚動脈エコーが普及し、通常の診療あるいは人間ドック・脳ドックでこの検査を受ける機会が増えていきます。そして、多くの患者さんが、頚動脈エコーでプラークが発見されたことを理由に広南病院に紹介されてきます。このような場合、どう対応すべきでしょうか？

動脈硬化による部分的肥厚がプラーク

血管は3つの層から出来ていて、内側から外側に向けて、内膜、中膜、外膜と呼ばれます。頚動脈エコーでは、血管の遠い側の壁にやや低輝度の層と、その外側に高輝度の層を観察することが出来ます。やや低輝度の層の始まりから高輝度の層の始まりまでが内膜と中膜を表します。そして、この厚さが内中膜複合体厚 (intima-media thickness: IMT) と呼ばれます (図1)。このIMTが心筋梗塞・脳梗塞などの危険因子と深く関連し、将来の心筋梗塞・脳梗塞などの予測因子であることは、多くの大規模臨床試験によって証明されています (Atherosclerosis 2013; 228: 1 など)。IMTが肥厚して、限局的に突出するとプラークと呼ばれるようになります (図2)。ほとんどが動脈硬化によって生じる動脈硬化性プラーク (粥腫) と

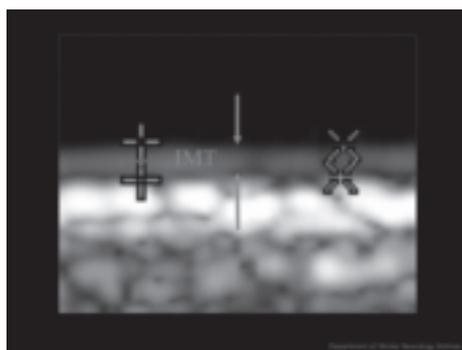


図1 血管の遠い側の壁を拡大して表示しています。矢印で示した間がIMTです。

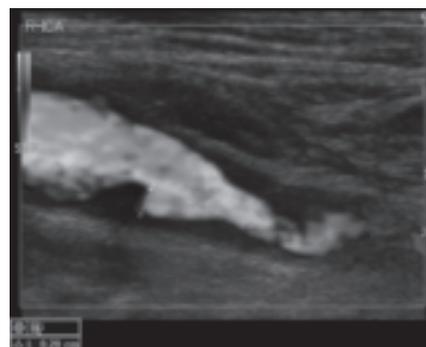


図2 血流にカラーをつけて表示しています。2 mm程度の厚さのプラークが見られます。

考えられます。これまで国内ではIMTが1.1 mmを超えるとプラークとされる場合が一般的でした。ただ、現在改訂作業中の日本超音波医学会の「超音波による頚動脈病変の標準的評価法」においては、1.5 mm以上の限局的に突出した病変にプラークの定義が変更される予定で、国内ではこれからはこの定義が広く使われるようになるでしょう。

家庭血圧を測定し危険因子に対応

まず、プラークが見つかった場合、動脈硬化を進行させる危険因子への厳格な対応が必要となります。禁煙、多量飲酒の制限にまず取り組むべきです。また、高血圧、糖尿病、脂質異常症が既に診断されている場合には、各々に対して適切な治療がなされているか、今一度見直すべきでしょう。これまで危険因子が見逃されていた場合もよく見受けるので、プラークが見つかった場合は家庭血圧を測定することを必ず勧めています。

脳梗塞、心筋梗塞など一度も発症していない場合のアスピリン (バイアスピリン、パファリンなど) の効果に関しては、十分な根拠 (エビデンス) が存在しないのが現状です。昨年アメリカ食品医薬品局 (FDA) は一次予防にアスピリンを推奨し

ないとHPに発表しました。

(<http://www.fda.gov/drugs/resourcesforyou/consumers/ucm390574.htm>)。また、1つ以上の危険因子を有した60歳以上の日本人を対象としたJPPP研究でも、アスピリンの一次予防の効果は否定されています(JAMA 2014;312:2510)。現時点では、プラークが見つかったからといって、安易にアスピリンなど抗血小板薬(脳梗塞や心筋梗塞の予防薬、プラビックス、プレタールなど)を追加すべきでないと考えられます。もし、脳梗塞、心筋梗塞など一度も経験していないのにアスピリンなどの抗血小板薬を内服している場合は、継続の必要性を主治医とよく相談すると良いでしょう。

初回検査結果が極めて重要

プラークが見つかる、通常1年ごとに検査を受ける場合が多いようです。患者さんはプラークが昨年と変化なければ来年まで大丈夫と、間違っ理解することが多いように感じています。これは検査結果の間違った解釈方法、頸動脈エコーの間違った利用方法でしょう。いくつものIMT研究をまとめて解析したデータによると、数年程度でプラークが増大してもしなくても将来の脳梗塞、心筋梗塞などが起こるかどうかに差がありませんでした。ただし、初回検査で発見されたIMT・プ

ラークの厚さによって、将来の脳梗塞、心筋梗塞などの発症が決まるようです。つまり、初回検査の結果を最も重視すべきということになります。

プラークが存在し、例えば50%程度以上の狭窄(血管が狭くなった状態)が疑われる場合は、一度脳血管の専門医療機関を受診するのが望ましいでしょう。ただし、一度も脳梗塞を起こしていない段階で頸動脈狭窄へ外科手術をしても、脳梗塞の予防効果はあまり大きくはないとされています(Stroke 2009;40:e573など)。

頸動脈エコーで血管を守る意識促す

プラークの経過観察では、あらかじめ患者さんに脳卒中の症状(突然体の片側の力が抜ける、呂律が回らないなど)を説明し、これが起こった場合は脳血管の専門医療機関に救急車で受診するように話しています。また、心房細動が出現することもあり、脳梗塞予防の観点からは、プラークの対応より心房細動への対応がより重要な場合が一般的です。プラークの画像を患者本人に見せることで、「あなたの血管はこんなふうに壁が厚くなり傷んでいるので、その原因にきちんと対応し、全身の血管を守る意識が大切です」と動機づけに用いることが出来ます。これが頸動脈エコーの大きな利点と考えています。

平成27年度事業計画・予算を承認

平成26年度第2回宮城県対脳卒中協会理事会は3月4日午後6時30分から、江陽グランドホテルで開かれました。

理事会は9人中6人が出席し適法に成立しました。富永悌二会長を議長に選任、事業計画、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27年度事業計画承認の件」

議長の指名によって平成27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2号議案「平成27年度収支予算承認の件」

議長の指名によって平成27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3号議案「平成27年度資金調達及び設備投資の見込み承認の件」

議長の指名によって平成27年度資金調達及び設備投資の見込み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「寄附金等取扱規程の制定の件」

議長の指名によって新規規程を制定する旨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。

◇報告事項「業務執行状況報告の件」

代表理事及び業務執行理事の職務についてそれぞれ報告がありました。

なお、平成27年度の予算総額は11,249,520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⑤Jリーグ試合会場での予防啓発イベント
- (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海外留学奨学金を給付

事業報告・決算案など承認

(公財)宮城県対脳卒中協会平成27年度総会開く

平成27年度宮城県対脳卒中協会第2回理事会並びに評議員会は5月29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6人が出席、評議員会は8人中6人が出席、いずれも適法に成立しました。

初めに定款に基づき、富永悌二会長が「本日はお忙しい中、平成27年度第2回理事会、評議員会にお集まりいただき感謝申し上げます。第1回理事会につきましては全員の同意を得て書面決議とさせていただきますが、その議案を本日評議員会で審議いたしますので理事の皆様も再度資料をご確認ください。なお、今回は任期満了に伴う理事・監事の改選および代表理事等の選定がございますので、よろしく願いいたします」と挨拶しました。

続いて議事に入りました。定款の規定によって評議員会は佐藤智彦氏を議長に選任、評議員会議事録署名人に沖田直氏および森正行氏を指名し議案審議に移りました。

提出議案は次の通りで事業報告、決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26年度事業報告承認の件」

議長の指名によって平成26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26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26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「理事の選任の件」

現在の理事全員が任期満了となるため会長は理事の選任について説明、これを受けて議長が候補者1名ずつの選任を諮り理事9氏の選任を決めました。選任された理事は就任を承諾されました。

◇第4号議案「監事の選任の件」

現在の監事全員が任期満了となるため会長は監事の選任について説明、これを受けて議長が候補者1名ずつの選任を諮り監事2氏の選任を決めました。選任された監事は就任を承諾されました。

報告事項「平成26年度事業計画承認の件」「平成26年度収支予算承認の件」について議長から3月4日に開催された平成26年度第2回理事会においていずれも原案通り承認可決されたとの報告がありました。

今評議員会で選任された役員は次の通りです。

(敬称略・五十音順)

[理事]青木正志、荒井啓晶、出江紳一、一力雅彦、嘉数研二、櫻井芳明、富永悌二、長嶺義秀、松本純

[監事]大森光徳、並木孝氏

評議員会終了後、理事会は定款の規定により富永悌二会長を議長に選任し議案審議に移りました。

◇第1号議案「会長（代表理事）・副会長・業務執行理事の選定の件」

理事会は会長に富永悌二氏、副会長に青木正志氏、業務執行理事に長嶺義秀氏を選定しました。

◇報告事項「業務執行状況報告の件」

代表理事及び業務執行理事の職務についてそれぞれ報告がありました。

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。