

リハビリ施設訪問

—医療法人松田会 松田病院—

～その人らしい暮らしを共に形にする伴走者～

松田病院は、1982年仙台市泉区西部の閑静な泉パークタウン内に、内科と整形外科を主な診療科として開院しました。以来、救急医療と高齢者医療を主軸に、また身近なかかりつけ医として、地域住民の皆様健康管理に携わってまいりました。現在では、急性期病棟49床、地域包括ケア病棟28床、回復期リハビリテーション病棟48床に加え、訪問診療や訪問看護の機能を有し、急性期から在宅まで一貫した医療サービスを提供しています。

当院のリハビリテーション（以下、リハ）部は、理学療法士81名、作業療法士14名、言語聴覚士8名が在籍し、各病棟ではかねてより365日体制でリハを提供しています。入院リハの対象となる患者様の約7割は整形外科疾患ですが、慢性心不全や糖尿病などの基礎疾患のある方も多く、入院中に病状変化を来すリスクも少なくありません。そこで当院では、各病棟に「心臓リハビリテーション指導士」「糖尿病療養指導士」「3学会合同呼吸療法認定士」などの資格を持つセラピストを配置しています。病状変化のリスク管理を徹底し、どのような状態の患者様でも安心してリハに取り組める体制を整えています。

回復期病棟においては、脳卒中の患者様を中心に「上肢・歩行訓練支援ロボット」を用いた先進的なリハを取り入れています。お一人おひとりの回復度合いに応じた精密な調整のもと、質の高い反復訓練を行うことで、早期の身体機能回復を目指します。さらに、リハ室で獲得した動作を実際の病棟生活へスムーズに落とし込めるよう、セラピストが積極的に生活場面へ介入することはもちろん、病棟看護師とも密に連携し、早期の日常生活動作の自立を図っています。

当法人では、医療施設だけでなく介護老人保健施設などの介護保険事業所を有しており、退院後も住

み慣れた地域で自分らしく生活できるよう包括的に支援しています。退院支援の一環として、病棟スタッフと訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所のスタッフによる定期的な連携会議を開催し、安心して在宅生活を送るための最適な介護サービスを検討しています。また、リハ部内においては生活期リハの経験が少ない若手セラピストの育成も兼ね、週に数回、訪問リハのセラピストが病棟業務をサポートする取り組みを行っています。退院間近の患者様を訪問リハのセラピストが介入することで、在宅生活に向けた具体的な課題を病棟スタッフと共有し、より実践的な退院支援につなげています。

当院は「日本一安心でぬくもりのある医療・福祉サービスをお届けし、人々の幸せづくりのお手伝いをします」というビジョンを掲げています。リハ部ではこれからも、その人らしい暮らしを共に形にする伴走者として、急性期から在宅までシームレスに、安心とぬくもりを届けられるリハを提供してまいります。



医療法人松田会松田病院は、
〒981-3217 宮城県仙台市泉区実沢字立田屋敷17-1
電話 022-378-5666(代表)

(リハビリテーション部 部長 金子 亮太郎)

頸動脈と脳卒中 ―― 首の血管から脳を守る ――

仙台医療センター 脳神経外科 医長

内 田 浩 喜

「脳卒中」と聞くと、多くの方は「脳の血管の病気」を思い浮かべるとと思います。しかし、脳梗塞の原因となる病変が、実は脳の外、つまり「首」に存在することがあります。その代表が頸動脈の動脈硬化です。

頸動脈は、心臓から脳へ血液を送る大切な血管です。首の左右を走り、それぞれ途中で二つに分かれます。このうち脳へ血液を送る血管を「内頸動脈」と呼びます。脳は大量の酸素と栄養を必要とする臓器ですので、この血管に異常が起こると脳梗塞につながる可能性があります。

頸動脈が狭くなるとなぜ脳梗塞になるのか

年齢を重ねることや、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙などによって動脈硬化が進むと、血管の壁にコレステロールなどがたまります。このかたまりを「プラーク」と呼びます。プラークが大きくなると血液の通り道が細くなり、これが頸動脈狭窄症です。

頸動脈狭窄症から脳梗塞が起こる大きな原因の一つは、単純に血管が細くなることだけではありません。プラークの表面が傷つくと、そこに血液のかたまり、すなわち血栓ができます。その一部が血流に乗って脳へ流れ、脳の細い血管を詰まらせることがあります。

道路に例えるなら、首の大きな道路で起こった「崩落」の破片が下流へ流れ、脳の細い道路をふさいでしまうようなものです。このような動脈硬化を背景として起こる脳梗塞は、「アテローム血栓性脳梗塞」と呼ばれます（図1）。

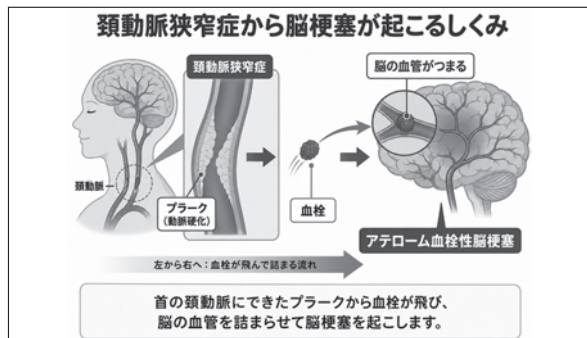


図1 頸動脈狭窄症による脳梗塞と治療(生成AIを用いて作成)

症状としては、突然片方の手足が動かしにくくなる、顔がゆがむ、言葉が出にくい、相手の言葉が理解できない、片方の目が見えにくくなる、といったものがあります。数分から数十分で症状が消えてしまうこともあります。これは「一過性脳虚血発作（TIA）」と呼ばれ、その後に本格的な脳梗塞を起こす前触れである場合があります。

薬だけでなく、狭くなった血管そのものを治療する

頸動脈狭窄症の治療でまず重要なのは、動脈硬化そのものを進ませないことです。血圧、コレステロール、糖尿病などを適切に管理し、禁煙に取り組めます。また、必要に応じて血小板の働きを抑えて血栓をできにくくする「抗血小板薬」を使用します。こうした内科治療は、すべての治療の土台となります。

一方、すでに脳梗塞やTIAを起こし、頸動脈が大きく狭くなっている患者さんでは、薬による治療だけでなく、狭窄そのものを治すことで、その後の脳梗塞を減らせることがわかっています。代表的な治療が、頸動脈内膜剥離術（CEA）と頸動脈ステント留置術（CAS）です。症状を起こした中等度から高度の頸動脈狭窄では、適切な患者さんを選んで内科治療にCEAを加えることが脳梗塞再発の予防に有効であることが、多くの研究によって示されています。

CEAは、首を切開して頸動脈を直接露出し、血管を開いて中にたまったプラークを取り除く手術です。いわば、血管の中の「詰まりのもと」を掃除する治療です。

これに対してCASは、足の付け根や腕などの血管から細いカテーテルを入れ、狭くなった頸動脈の内側に「ステント」と呼ばれる金属製の筒を広げる治療です。血管を内側から支えることで、血液の通り道を確保します。

どちらが適しているかは、年齢、全身状態、狭窄した場所、プラークの性質、血管の形などによって異なります。CASは単純にCEAより新しい治療だから優れている、あるいはCEAより体への負担が小さいから常に安全、というわけではありません。

ん。現在は、それぞれの長所と短所を考えながら、その患者さんに適した治療を選ぶことが重要とされています。

また、頸動脈が狭いというだけで、すべての人に手術が必要になるわけではありません。特に症状のない軽度から中等度の狭窄では、まず適切な内科治療を行うことが重要です。近年は薬による動脈硬化の管理も大きく進歩しており、手術を行うことによって得られる利益と、治療そのものが持つ危険性を比較して判断する必要があります。

頸動脈が完全に閉塞してしまった場合

頸動脈の病気には、狭窄だけでなく、内頸動脈が完全に閉じてしまう**内頸動脈閉塞症**もあります。

「脳へ血液を送る血管が一本閉じてしまったら、すぐに脳梗塞になるのでは」と思われるかもしれませんが、しかし、人間の脳には複数の血管がつながり合い、別の血管から血液を補う「側副血行路」という仕組みがあります。そのため、内頸動脈が閉塞していても、十分な血液が脳に届いている人も少なくありません。

問題となるのは、この助け合いの仕組みを使っても血液が十分に届かない場合です。脳の血流が低下すると、脳の血管はできるだけ多くの血液を取り込もうとして拡張します。それでも血流を保てなくなった状態では、脳はいわば「ぎりぎりの血流」で働いています。血圧の低下や脱水などをきっかけに血流がさらに減少すると、脳梗塞を起こす危険があります。このような「血流不足」が重要なタイプでは、SPECTやPETなどの検査を用いて、脳にどれだけ血液が届いているのか、さらに血流を増やす余力が残っているのかを調べます。

別の血管から脳へ血液を届ける「バイパス術」

内頸動脈などが閉塞し、脳への血流が著しく不足している一部の患者さんでは、**脳血管バイパス術**が検討されます。

代表的な方法が「浅側頭動脈—中大脳動脈バイパス術」です。頭皮を流れている浅側頭動脈という血管を、脳の表面を走る中大脳動脈につなぎます。道路に例えれば、通行止めになった幹線道路を無理に開通させるのではなく、別の道路から脳へ血液を届ける「迂回路」を新しく作る手術です。

日本で行われた臨床研究では、脳血流が大きく低下し、血流を増やす能力も低下した患者さんを適切に選択した場合、バイパス術によってその後の脳虚血発作を減らせる可能性が示されました。

一方で、血流低下が比較的軽い患者さんでは内科治療による経過が良好で、バイパス術の利益は期待しにくいことも示されています。

したがって、「内頸動脈が閉塞しているからバイパス手術をする」ではありません。閉塞しているに加えて、そのために本当に脳の血流が不足しているかを詳しく調べることが、治療を決めるうえで非常に重要です。日本の脳卒中治療ガイドラインでも、症状のある内頸動脈や中大脳動脈の閉塞・狭窄では、脳循環を定量的に評価したうえで、条件を満たす患者さんにバイパス術を検討することが示されています（図2）。

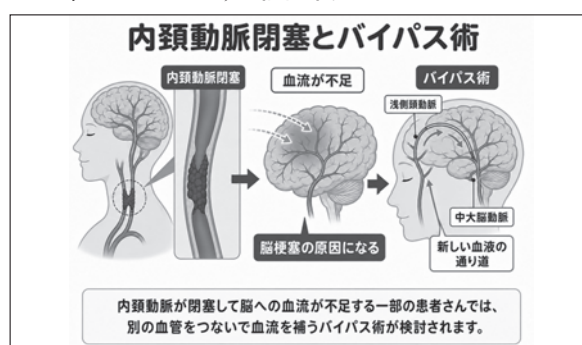


図2 頸動脈閉塞症による脳梗塞と治療(生成AIを用いて作成)

首の血管を診ることが、脳を守ることにつながる

脳梗塞は「脳だけの病気」ではありません。脳へ血液を届ける頸動脈に動脈硬化が起これば、そこから血栓が脳へ飛んで脳梗塞を起こすことがあります。

一方、内頸動脈が閉塞すると、今度は脳に届く血液そのものが不足して脳梗塞を起こすことがあります。つまり頸動脈の病気による脳梗塞には、「血栓が飛ぶ」問題と「血液が足りない」問題という二つの側面があります。

前者に対しては、薬による動脈硬化の管理を基本としながら、必要に応じてCEAやCASによって脳梗塞の原因となる狭窄を治療します。後者に対しては、脳の血流を詳しく調べ、血流が本当に不足している限られた患者さんではバイパス術が選択肢となります。

大切なのは、頸動脈が「何%狭いか」「閉塞しているか」だけを見るのではなく、これまでどのような症状があったのか、プラークがどのような性質なのか、そして脳に十分な血液が届いているのかを総合的に判断することです。

首の血管を正しく評価し、一人ひとりに合った予防と治療を行うこと。それが、脳卒中から脳を守るための大切な一歩なのです。

もやもや病の疾患感受性遺伝子*RNF213* 遺伝子

東北大学大学院医学系研究科 神経外科学分野

田 代 亮 介

もやもや病とは？

「もやもや病」は、脳に血液を送る主要な血管である「内頸動脈（ないけいどうみゃく）」の末端が狭くなる脳血管疾患です（図1）。脳への血流が不足すると（脳虚血）、体はそれを補おうとして脳の底に網目状の細い血管を発達させます。この細い血管網を撮影した際、タバコの煙がモヤモヤと立ち上る様子に似ていたことから、東北大学（当時）の鈴木二郎教授らによって「もやもや病」と命名されました(1)。脳梗塞や脳出血は高齢者に多い病気ですが、もやもや病は小児や若い世代で発症する点が大きな特徴です。

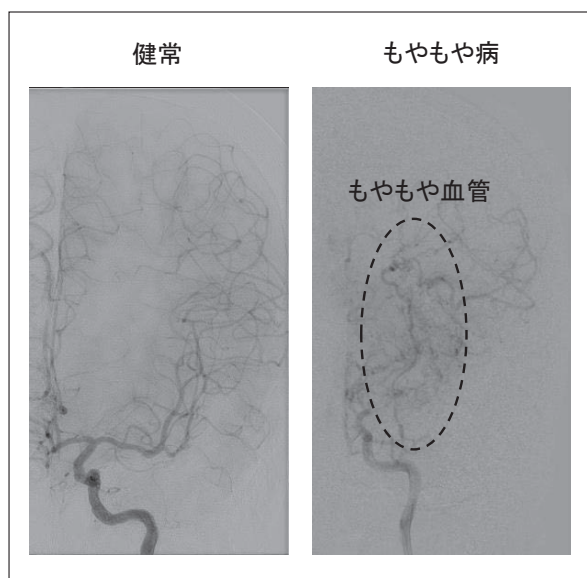


図1 もやもや病の血管像（内頸動脈撮影）

*RNF213*遺伝子の発見

もやもや病は、日本・韓国・中国などの東アジア系集団に多く、患者の約20%に家族内発症がみられることから、古くから遺伝的因子の関与が疑われていました。2000年代からの研究を経て、2011年に東北大学や京都大学などの研究チームに

より、もやもや病と強く関連する*RNF213*という遺伝子の変化（遺伝子多型）が同定されました(2, 3)。*RNF213*はRINGドメインとE3リガーゼドメインからなる蛋白であることがわかりましたが、その機能は不明でした。その後の研究により、*RNF213*タンパク質は細菌の排除や免疫のコントロールなど、体の様々な免疫応答に関与していることが分かってきました(4)。しかし、「なぜ頭蓋内の血管が狭窄するのか」という根本的な発症メカニズムの解明に向けては、現在も世界中で研究が続けられています。

*RNF213*遺伝子多型

もやもや病患者の約80%が、*RNF213*遺伝子に特定の大切な変化（p.R4810Kと呼ばれる遺伝子多型）を持っています。*RNF213*遺伝子の4,810番目のアミノ酸のアルギニンがリジンに置き換わる遺伝子多型です。この遺伝子変化は心臓の冠動脈や肺動脈など、全身の血管狭窄症とも関連することが分かってきました(5)。

ただし、「この遺伝子変化がある＝必ずもやもや病を発症する」わけではありません。日本人の健常な方の約2%（約50人に1人）も同じ遺伝子変化を持っています。*RNF213*遺伝子多型に加えて、何らかの環境要因（脂質異常症やホルモン異常、放射線等）が加わることで、もやもや病の発症に至ると考えられています。*RNF213*遺伝子多型を有するとしても、血縁関係にあるご家族、例えばお子さんや兄弟・姉妹も、もやもや病を発症するか否かを予測することは困難です。この遺伝子多型は、あくまで「発症リスクを高める因子（疾患感受性遺伝子）」と位置づけられています。

なお、人間は同じ遺伝子を両親から1つずつ（計2つ）引き継ぎます。両方の遺伝子に変化がある「ホモ型」の方は、片方だけの「ヘテロ型」

の方と比べて、乳幼児期の発症が多く、重症化しやすい傾向があることも明らかになっています（図2）。

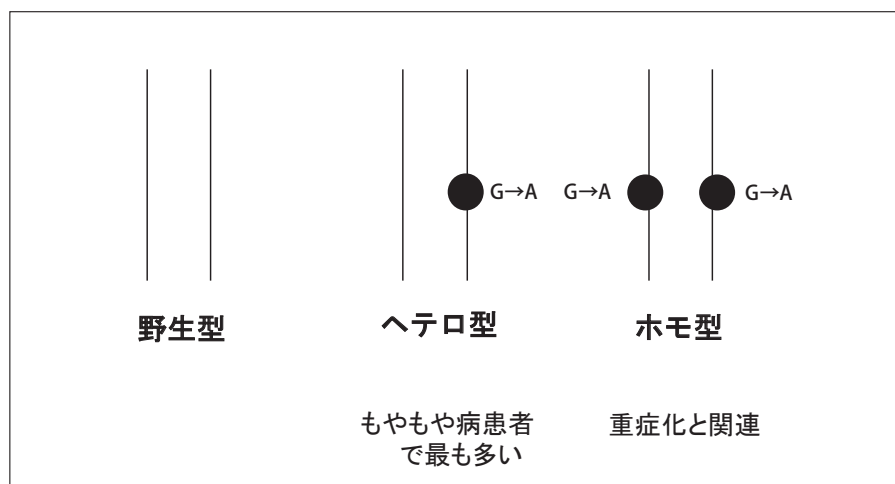


図2 RNF213遺伝子多型

RNF213遺伝子検査の役割と注意点

RNF213遺伝子多型は、少量の血液等から「PCR法」という技術を用いて調べることができます。現在、この検査は保険適用外ですが、以下のような目的で有用とされています(6)。

- ① 診断の補助：他の病気との鑑別や診断の確定に役立つ。
- ② 進行の予測：今後の血管狭窄の進行リスクを推定する。
- ③ 手術後の見通し：バイパス手術後の新しい血流（側副血行路）の発達や、合併症リスクの予測に役立つ(7)。

注意点として、現在の遺伝子検査はあくまで診断や経過観察を補うための補助的な手段です。検査を受ける際は、その有用性と限界（わからないこと）について、患者さん自身がよく理解したうえでRNF213遺伝子検査を受けて頂くことが大切です。

文献

1. Suzuki J., Takaku A. *Arch Neurol* (1969).
2. Kamada F. *et al.*, *J Hum Genet* (2011).
3. Liu W. *et al.*, *PLoS One* (2011).
4. Tashiro R. *et al.*, *J Cell Physiol* (2021).
5. Ozaki D. *et al.*, *Cerebrovasc Dis* (2022).
6. 難治性疾患克服事業もやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）における難病の医療水準の向上や患者のQOL向上に資する研究班, RNF213バリエーションの臨床的意義と情報提供のあり方に関する提言 第1版. (2026年).
7. Tashiro R. *et al.*, *J Neurosurg* (2021).

中枢神経損傷に対するブレイン・コンピューター・インターフェースの臨床応用

大崎市民病院 脳神経外科

岩 本 憲 宏

はじめに

脳卒中は、脳の損傷により、手足が動かなくなったり（運動麻痺）、物を触っている感覚が分からなくなったり（感覚麻痺）することから、患者さんの生活の質を著しく低下させます。脳卒中発症後の数カ月間は、リハビリテーションを行うことで、これらの症状の改善が期待できます。しかし、脳の損傷が重度である場合、最終的に運動麻痺や感覚麻痺が後遺症として残ることも少なくありません。こうした脳卒中の後遺症を完全に克服する治療法は、未だに確立されていないのが現状です。そこで、脳損傷によって失われた機能を取り戻すための新たな治療法として、ブレイン・コンピューター・インターフェース（Brain-computer interface: BCI）が注目されています。本稿では、身体を自由に動かす働きを「運動機能」、触った感覚や手足の位置・動きを感じる働きを「体性感覚機能」と呼ぶこととし、主にこの2つの機能に焦点を当てて、BCIの概要と臨床応用に関する最近の研究動向について紹介します。

脳とコンピューターをつなぐBCIとは？

BCIとは、脳をコンピューターに直接つないで操作することで、脳機能の回復や補完を可能にする技術です。BCIの基礎となる研究は1960年代から始まり、1970年代にBCIの概念が提唱されました。2000年代からヒトへの臨床応用が本格化し、近年では人工知能やロボット工学の進歩とともに、BCI技術は世界的に急速な発展を遂げています。

失われた運動機能を取り戻す運動BCIと失われた体性感覚機能を取り戻す感覚BCI

本来、脳と末梢は電気信号を使って情報をやりとりしています（図1A）。例えば、われわれが運動するとき、脳の運動の指令が筋肉まで伝わり、筋肉が収縮することで運動が生まれます。逆に、自分の身体の位置や動きを感じたり、物に触れた

りするとき、皮膚や筋肉の生体センサー（感覚受容器）で得られた感覚の情報が脳まで伝わることで知覚が生まれます。

BCIは、運動機能を取り戻す運動BCIと、感覚機能を取り戻す感覚BCIに分けられます。運動BCIの目的は、運動麻痺のある患者さんが、意図したとおりに自分の身体やロボットアームなどの外部装置を動かせるようにすることです。一方、感覚BCIの目的は、感覚麻痺のある患者さんが、人工センサーを使って、自分の身体や周囲の状態を把握できるようにすることです。

脳卒中で脳が損傷すると、脳と末梢の間で電気信号の伝達が障害されます（図1B）。この障害された電気信号の伝達を、コンピューターで代行することで、脳からの運動指令を筋肉に伝達したり、末梢のセンサー情報を脳へ伝達したりできるようになります。

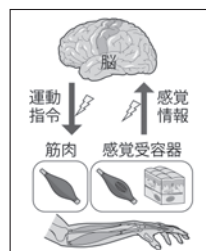


図1A 健常者

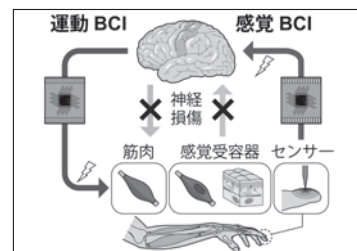


図1B 脳卒中へのBCIの応用

運動BCIの仕組み

運動BCIの仕組みは、(1) 脳活動を計測する、(2) 計測した脳活動をコンピューターで解析する、(3) 解析結果をもとに対象を動かす、という3つのプロセスから成ります（図2）。

(1) 脳活動の記録によく用いられる電極は、脳内で記録する剣山状の電極、脳表面で記録するシート状の電極、頭皮から記録する帽子型の電極、の3つです。剣山電極とシート電極は頭蓋骨を開ける手術が必要となりますが、運動の意図をより正確に読み取ることができます。一方、帽子型の電極は脳波キャップを被るだけで簡単に記録できま

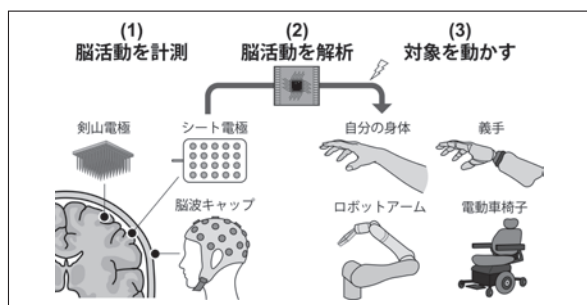


図2 運動BCIの概略図

すが、運動意図を読み取る精度が劣るというデメリットがあります。

(2) 脳活動の解析では、コンピューターを使って脳活動から動かす対象の位置や速さなどを予測します。患者さんとコンピューターが学習を繰り返すことで、意図したとおりに予測できるようになります。

(3) 動かす対象は、自分の身体、ロボットアーム、義手、電動車椅子など様々です。自分の身体を動かすのであれば、筋肉や脊髄を電気刺激することで、麻痺した手足を動かすことができます。海外の臨床試験では、四肢麻痺の患者さんが自らの麻痺した手を使って、物をつかむ、持ち上げる、放すといった日常動作を再び行えるようになったという報告や、歩行が困難だった下肢麻痺の患者さんが自らの麻痺した足で再び歩けるようになったという報告がなされています。

このように運動BCIによって、失われた運動機能は取り戻されつつあります。一方で、洋服のボタンを留めるような繊細な動きを実現するためには、単に指を動かすだけでは不十分で、どの指がどれくらいの力で触っているかといった、体性感覚の情報が必要不可欠です。したがって、より実用的な運動機能を取り戻すには、運動BCIだけでなく、体性感覚機能を回復する感覚BCIの発展も重要です。

感覚BCIの仕組み

体性感覚機能を取り戻す感覚BCIの仕組みは、(1) 人工センサーから感覚情報を取得する、(2) 取得した感覚情報からコンピューターで電気刺激を生成する、(3) 脳を電気刺激して人工的な体性感覚を誘発する、という3つのプロセスから成ります(図3)。

(1) 感覚情報の取得には、手袋のように自分の身体に身に付けられるセンサーや、ロボットアーム

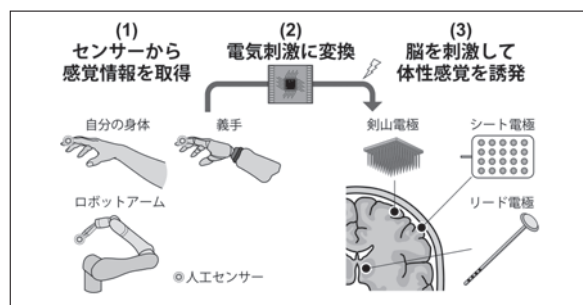


図3 感覚BCIの概略図

や義手などの外部装置に搭載されたセンサーが用いられます。これらの人工センサーは、どれくらいの力で物を触っているか、手足がどこにあってどのように動いているのか、といった体性感覚にとって重要な情報を取得します。

(2) 人工センサーからの感覚情報をもとに、刺激の強さや頻度を調整することで電気刺激を生成します。例えば、棒で強く押されている感覚を誘発したい場合、刺激の強さを大きくしたり、頻度を増やしたりすることで押されている感覚の強さや質を表現できます。

(3) 脳への電気刺激は、脳表面ではシート状の電極、脳内では剣山状またはリード状の電極が用いられます。いずれも手術を必要としますが、現在のところ、最も自然に近いリアルな触覚を誘発できるのは、剣山電極から脳内を電気刺激する方法です。海外の臨床試験では、感覚麻痺のある患者さんに、丸みや縁のある立体的な物を手で触っている感覚や、手で触れている物体があたかも動いているような感覚を人工的に誘発できたことが報告されています。

さいごに

今回紹介したBCIの多くは主に海外で研究が進められている技術ですが、国内でも手術をせずに歩行機能の回復を目指す「人工神経接続」などの研究開発が進められています。

BCIが目指すものは、失われた脳機能を補い、患者さんが家族と意思を伝え合ったり、趣味を楽しんだり、その人らしい豊かな生活を送れるよう支援することです。かつては遠い未来の技術とされていたBCIは、今では臨床応用が進み、私たちの生活のすぐそばまで来ています。今後、BCIはさらに高性能で安全な技術へと発展し、脳卒中患者さんの生活を支えるために、なくてはならない技術となることでしょう。

理事会・評議員会の報告

●令和7年度第3回理事会について

令和7年度第3回理事会は令和8年3月9日（月）午後6時20分より江陽グランドホテルで開かれました。

理事会は理事9名全員、監事2名全員が出席しました。定足数を満たし適法に成立しました。事業計画、予算案など、当該議案はいずれも承認されました。

- ◇第1号議案 海外留学奨学金取り崩しの件
- ◇第2号議案 令和8年度事業計画および事業概要承認の件
- ◇第3号議案 令和8年度収支予算承認の件
- ◇第4号議案 令和8年度資金調達および設備投資の見込み承認の件
- ◇第5号議案 原稿料および謝礼等の支払に関する内規の件
- ◇第6号議案 公益社団法人日本脳卒中協会との業務連携協定の件
- ◇第7号議案 監事の辞任に伴う後任者推薦の件
- ◇第8号議案 評議員会の招集の件
- ◇報告事項 業務執行状況の報告

●令和7年度第2回評議員会(書面審議)について

令和8年3月10日に遠藤英徳会長が評議員の全員に対して、次の議案を提案して、令和8年3月23日までに評議員全員から書面により同意の意思表示を得ると共に、監事の全員から書面により異議を述べない旨の回答を得たので、当該提案を可決する旨の評議員会の決議及び報告があったものとみなされました。

- ◇第1号議案 監事辞任に伴う後任者の選任の件
- ◇報告事項1 海外留学奨学金取り崩しの件
- ◇報告事項2 令和8年度事業計画および事業概要承認の件
- ◇報告事項3 令和8年度収支予算承認の件
- ◇報告事項4 令和8年度資金調達および設備投資の見込み承認の件
- ◇報告事項5 原稿料および謝礼等の支払に関する内規の件
- ◇報告事項6 公益社団法人日本脳卒中協会との業務連携協定の件

●令和8年度第1回理事会(書面審議)について

令和8年4月27日に遠藤英徳会長が理事及び監事の全員に対して、次の議案を提案して、当該提案について、令和8年5月11日までに理事の全員から書面により同意の意思表示を得ると共に、監事の全員から書面により異議を述べない旨の回答を得たので、当該提案を可決する旨の理事会の決議及び報告があったものとみなされました。

- ◇第1号議案 令和7年度事業報告承認の件
- ◇第2号議案 令和7年度計算書類および財産目録承認の件
- ◇第3号議案 評議員会の招集の件
- ◇報告事項 業務執行状況の報告

●令和8年度定時評議員会について

令和8年度定時評議員会は6月10日（水）午後6時30分より、江陽グランドホテルで開かれました。

評議員会は評議員8名全員、理事2名（会長、業務執行理事）、監事2名全員が出席しました。定足数を満たし適法に成立しました。刈部博評議員が議長に選任され、事業報告等の当該議案はいずれも承認されました。

- ◇第1号議案 令和7年度事業報告承認の件
- ◇第2号議案 令和7年度計算書類および財産目録承認の件

●役員の辞任、就任について

辞任：令和8年3月31日付：佐藤巖 監事／

一般財団法人広南会広南病院法人事務局長

就任：令和8年4月1日付：岡本和則 監事／

一般財団法人広南会広南病院経営企画部長



令和8年度定時評議員会