

宮城県 寸脳卒中協会 会報

第 90 号

財団法人
宮城県対脳卒中協会
仙台市太白区長町南4-20-1
広南病院内(郵便番号982-0012)
電話番号 (022) 247-9749
平成22年3月15日発行



リハビリ施設訪問

広南病院はその名の由来でもあ
るように広瀬川の南に位置し、地
下鉄富沢駅から徒歩六分のところ
にある二〇九床の脳神経疾患の高
度専門病院である。リハビリテー
ション(以下、リハ)部門は平成十
三年五月から理学療法士二人の体

制で理学療法室として開設された。

その後、理学療法室はニーズに
伴い発展し、現在は常勤の脳神経

外科医師二人、理
学療法士九人、作
業療法士五人、言
語聴覚士三人体制
のリハ科となつて
いる。

また、東北大学
大学院肢体不自由
学分野からの協力
でリハ科医師五人
による定期的な診
察が行われている。

スタッフ数は増
加したものの空間
的な広がりには十分
とはいえないが、

賑々しくリハを展開している。
広南病院のリハは急性期脳卒中
や各種神経筋疾患が主な対象疾患

広南病院

早期から積極的離床を図る

急性期リハの充実に努める

脳卒中におけるリハの役割は非
常に大きいものがあり、早期から
積極的に介入する
ことが重要です。



当院では可及的
早期から急性期加
療と併用して発症
以前と同じような
身体活動量を維持できるよう急性
期リハの充実に努力しています。
(阿部浩明リハ科統括主任)

となり、入院患者だけを対象とし
ている。発症早期から十分な時間
をかけたリハ介入が推奨されたり
しているため、可能な限り早期に
リハを開始するよう努力をしてい
る。特に発症早期から積極的な離
床を図り、廃用症候群の予防と運
動機能拡大に努めている。

また、脳卒中急性期に多く合併
する嚥下障害に対しては、早期か
ら嚥下回診による嚥下機能評価を
行い、誤嚥性肺炎の発生を予防す
るよう努めており、同時に嚥下訓
練にも力を注いでいる。

リハカンファレンスが定期的に

開催されており、リハ評価や訓練
進捗状況は主治医および病棟看護
師へ報告され、これらの情報をも
とに在宅復帰に向けて取り組
むべきか、あるいは回復期リハ病
院への転院等を要する状態なのか
を各部門が情報を持ち合い協議し
ている。同時に、リハからの情報
が病棟看護師を中心とした関連ス
タッフ(栄養士やメデイカルソー
シャルワーカーも含む)に伝達さ
れ、その能力をより活かすため具
体的な看護および介入計画を立案。
各部門において明確な目標を掲げ、
それらに向かって積極的なアプロ
ーチがされている。

リハを受ける患者の約四割は自
宅に退院しており、特に重要視し
ている。積極的な応用動作訓練や
屋外歩行訓練、調理などの家事動
作直接訓練の実践、そして外泊訓
練等を通じて在宅生活の不安を解
消すべくアプローチしている。

◇ ◇
広南病院は仙台市太白区長町
南四二〇一、電話022-2
48-2131、FAX022-
248-11966です。

脳刺激による片麻痺リハ

東北大学大学院医工学研究科
リハビリテーション医工学分野教授

出 江 紳 一

脳卒中医療では、急性期の救命と脳組織の保護だけではなく、リハビリテーション（以下リハ）が重要です。本稿では、リハとはどのようなもののかを概説し、特に片麻痺のリハに最近導入された経頭蓋磁気刺激法を紹介します。

1. リハとは

①技術であり治療システム

リハはすべての疾患や外傷の発生時から社会復帰までにまたがって、さまざまな障害に対処する技術であり、治療システムです。技術とは、薬物、身体運動、熱や電気などの物理的な力、さらに義肢・装具・車いすなどの機器をさします。治療システムとは、このような医療・福祉の社会資源を最適な時期に提供する枠組みです。リハの技術を病気の発生時から提供することにより、治療や社会復帰までの時間を最短にすることができます。一方で、残念なが

ら治すことのできない障害が残る場合、後遺障害を早期に予測して適切な保険・福祉制度の活用を準備することによって、生活上の障害を最低限に軽減することが可能となります。

②発症時すぐ開始

リハは疾病や傷害の発生時に開始されます。それは必ずしも訓練ではなく、最適な姿勢を取るなどにも含まれます。寝たきりの状態では、筋力低下、関節拘縮、心肺機能の低下、さらに認知症などが出現します。これらを廃用症候群と呼びますが、特に高齢者では、疾病は治療しても廃用症候群のために歩行能力を回復できない場合があります。早期リハでは廃用症群をいかに防止するかが重要です。

③生活動作と質を改善

疾病が治癒しなくても障害を軽減することは可能です。たとえ

ば歩くことができなくても、車いすの使用方法を身につければ移動能力を回復することができます。さまざまな福祉機器を使用することによりスポーツを楽しむことが可能になることもあります。このように生活動作やQOL（生活の質）のレベルでの改善を追求することがリハの特徴のひとつです。

④手足以外にも対処

手足の運動機能障害だけではなく、失語症などの言語障害、嚥下障害、あるいは排尿障害などに対しても、診断・治療を行います。

また、高次脳機能障害という日常生活や社会生活を困難にするほどの記憶力や判断力、感情のコントロールなどの障害がある場合、脳機能の障害自体を軽減できなくとも、環境調整や家族への対応法の指導、携帯電話など外的補助手段の活用により、生活上の問題を解決できることがあります。

2. 脳研究の進歩とリハ

人間の脳はどのような設計図でどのような働きをしているのでしょうか。脳は科学者たちの大きな興味の対象でありながら研究手

段が少なく、「最後のフロンティア」と言われてきました。そのような中、二十世紀後半までの間に多分野から脳に対する研究が行われ、脳研究のための土台が整ってきました。本格的に脳を研究することが、病気の治療に結びつくばかりでなく、人間の意識や心について解明することも可能ではないかとの見通しも生まれました。そして二十世紀末にはさまざまな分野の科学を集結し、集中的に脳研究を行う機運が生まれたのです。

米国では一九九〇年代を「脳の十年」(The Decade of the Brain)と定め、六百億ドル以上の予算を投じ、国家的なプロジェクトとして脳研究が推進されました。欧州でも一九九一年に「EC脳の十年」委員会が発足し、活発な活動が行われました。やや遅れた一九九三年、わが国でも脳の研究者を中心に「脳の世紀推進会議」が組織されました。この活動を受け、一九九七年には脳研究を総合的に牽引する機関として脳科学総合センターが政府により設立されました。脳の働きを解明する「脳を知る」、

脳の病気を克服する「脳を守る」、脳型コンピューターを開発する「脳を創る」の三領域に研究チームを集約し、二十年計画で研究が進められています。また近年、新たに「脳を育む」という第四の領域も作られ、教育・育児にも脳科学が貢献することが期待されています。

「脳の十年」では膨大な成果が得られましたが、特筆すべき成果として、遺伝子の研究、脳活動部位の画像化（脳機能画像という）、神経細胞の再生、脳の可塑性の四項目があります。すなわち神経疾患の遺伝子的解析が急速に進み、治療法や予防法の説明が期待されています。また画像診断の進歩で、従来は動物実験でしか得られなかった脳機能に関する情報をヒトで得ることが可能となりました。そして脳の神経は再生することが明らかにされ、神経幹細胞や胚性幹細胞（ES細胞）、さらには人工的多能性幹細胞（iPS細胞）を用いた再生医療の可能性が見えてきました。さらに脳機能画像検査や神経生理学的手法を用いて成人の

脳における機能の再構築（可塑性といえます）に関する知見が集積されてきました。

障害のある身体を動かすことを研究するリハビリ医学にとって、身体機能の回復を症状の変化だけではなく、脳の神経回路の再構築として捉えられるようになったことの意義は極めて大きいといえます。

脳損傷後のリハビリ訓練が単なる残存機能の活用ではなく、脳の再構築を促すことが知られるようになり、さらには身体機能の回復につながるような脳の可塑的变化を誘導する治療技術が開発されました。そのひとつに脳を頭皮の上から痛みなく電流で刺激する経頭蓋磁気刺激法があります。

3. 経頭蓋磁気刺激で治療

大脳は右と左に分かれ、それぞれ右大脳半球、左大脳半球と呼ばれます。それぞれに運動神経の集まった領域（運動野）があり、運動野を電気で刺激すると反対側の手足が動きます。もし片側の大脳半球で脳梗塞や脳出血が起ると反対側の手足の麻痺が生じ、これを片麻痺といいます。片麻痺の回

復は概ね発症後六カ月以内に見られ、その時点で麻痺が残存している場合は後遺症として残る可能性が高くなります。

脳の可塑性（回復）を検討した動物実験やヒトの研究から分かることは、麻痺の訓練効果は課題特異的であるということです。言い換えると練習した動作が、その練習量に応じて改善します。そこで私たちは回復させたい目標運動を片麻痺の回復段階に合わせて設定し、目標運動の努力に同期（シンクロ）させた経頭蓋磁気刺激法を考案しました。

単に「目標運動」ではなく「目標運動努力」と書くのは、麻痺のために動かそうと思っても動かせない状態を治療するからです。もともと麻痺があると、運動を起こそうという努力をどのようにしたらよいか分かりません。また、麻痺があると、連合反応といって、動かしたい部位以外の筋肉も収縮します。運動努力が適切であれば連合反応を増強させることなく目標運動を実現できるかもしれません。目標運動努力と磁気刺激を同

期させることは、磁気刺激で誘発される運動がフィードバック効果を有すること（運動の努力が適切ならば反応が大きくなる）から、目的の動作を生む神経回路をより選択して活性化することを助けられると思います。つまり、この磁気刺激治療は、運動努力そのものを学習することを目標としているのです。具体的な方法や事例など詳細は拙著「回復する身体と脳」（中央法規出版）に書きました。参考にしていただければ幸いです。



「イラストは、右手を開こうとする努力に合わせて左運動野を刺激した時に、指が伸びる運動が誘発されている様子を示しています」

著者 出江紳一

宮城県南地域の脳卒中医療

みやぎ県南中核病院
脳卒中センター長

望 月

廣

仙台市よりも南の宮城県南には、二つの医療圏があり、急性期脳卒中を診る五病院があります(図)。仙南医療圏を中心に、脳卒中医療と地域医療の問題点について、私の勤務する「みやぎ県南中核病院」の現状とともに報告します。

地域救急救命センター計画

脳卒中中の急性期医療のためには、いつでも受け入れ可能な急患室、MRI、CTや脳血管撮影などの緊急放射線検査、血液生化学の検査、薬剤師の当直、緊急の脳神経外科手術などに対しては手術室や麻酔科医の待機体制、これらが二十四時間体制で整備された救急救命センターの機能が必要です。

また、脳卒中は生活習慣病や加齢の結果として発症する病気ですから、脳の専門家だけでは解決できない全身的な対応が必要とされます。循環器、呼吸器、消化器などの内科的な対応と、急性期にし



ばしば見られる急性胆嚢炎などには外科の協力も不可欠です。脳卒中中の全人的な医療の対応のためには、総合病院の機能が必要とされるのです。

このように脳卒中急性期医療は、複数診療科領域の重篤な患者に対し、高度な医療技術を提供する救

命救急センターを持つ総合病院だけが対応できるものです。

平成二十二年一月、宮城県は地域医療再生計画で、当院に「地域救急救命センター」を設置することを明示しました。当院の最近の医師数の増加や診療科の充実は、地域救急救命センターの役割を引き受ける能力を示すものです。

神経内科医三人と脳神経外科医二人の脳卒中チーム(理想は医師が十人以上)は、いつでも患者を受け入れ可能な体制を整備し、宮城県南の脳卒中中の急性期医療を担う覚悟を持っています。

脳梗塞の特効薬のt・PAの導入期には、多くの病院でt・PA治療が実施されていましたが、今では急性期患者を受け入れ可能とした整備の進んだ当院に集約されています。クモ膜下出血も手術件数は当院に集約されています。これらの急性期医療の集約化は、病院の持つ総合的な受け入れ能力の結果だと言えます。

脳卒中中の急性期医療と同時に入院当日に開始される急性期リハは、早期の機能改善と後遺症を軽くす

るために重要です。リハ療法士を十人以上確保してリハ施設基準1を取得し、休日リハも実施し、急性期リハに努力している点が、当院の特徴です。

回復期リハ病棟百床が必要

脳卒中中の急性期医療と急性期リハの後に、数カ月のリハを受けるためには、回復期リハ病棟を持つ病院への転院が必要です。回復期リハ病棟は、南東北病院と川崎こころ病院に設置されています。このほかに、宮城病院、仙南病院、公立刈田病院、金上病院などがリハを必要とする患者を受け入れています。

しかし、宮城県は、宮城県南では回復期リハ病棟がさらに百床程度が必要だと提言しています。その結果、今回の宮城県地域医療再生計画で、公立刈田病院に回復期リハ病棟五十床を開設することが示されました。このことが、病院の機能分化を進める糸口となるものと期待されます。今後、地域的な配分も考慮して、さらに五十床の回復期リハ病棟が新設されることが急務と考えています。

医療と介護の実態

脳卒中急性期を診ている現場での概算ですが、急性期に入院した患者の約三分の一は後遺症も軽く自宅退院が可能です。また、三分の一強の患者は回復期リハビリのある病院へ転院してリハビリが必要です。しかし、残りの三分の一弱の患者は後遺症が重く、自宅退院も自宅退院を前提とするリハビリ棟への転院も困難です。いわゆる「寝たきり」に近い患者には退院先が無い状態です。「寝たきり患者」によって救急病院のベッドが塞がれているのが現実です。

このような医療の度合いは低いが介護の度合いの高い人々の受け皿が介護施設です。介護施設には①医療は必要ないが、在宅生活への復帰を念頭に置いて、機能訓練、健康管理、入浴や食事などの日常生活の介護を必要とする人が入所する「介護老人福祉施設」特別養護老人ホーム「特養」②病状がほぼ安定し入院治療の必要はないが、リハビリを必要とする人が入所する「介護老人保健施設」老健③介護と医療の両方を必要とする人が

長期療養のために入所する「療養病床」があります。この療養病床には介護保険が適応される「介護療養病床」と医療保険が適応される「医療療養病床」の二つがあります。

これらの介護施設や病院が後方ベッドとなることで、急性期病院が回転して急性期医療が可能となるのですが、これらが絶対的に不足している現状です。

嫌な言葉ですが「社会的入院」として、介護療養病床や医療療養病床が現在の医療から切り捨てられつつある状態は、本当に正しいのでしょうか。看護面を含めて医療が必要であり、介護の度合いが高く、自宅での生活が困難な状態に陥る患者は、高齢化と医療の高度化によって以前よりも増加しているのが現状です。このような患者の受け皿が、それこそ社会的に必要なのだと思うのです。

機能の特化と役割分担

当院は、地域救命救急センターを目指しています。しかし、宮城県では仙台市にあれば十分だと考える心臓血管外科を持つとはし

ていません。また、脳卒中急性期治療に専念するので、回復期リハビリの必要は無いと考えています。それは近隣にこの機能を持つ病院があるからです。このように病院の機能は、必要とされ特化すべき機能、地域の医療需要から見て必要度が低い機能、近隣の病院に機能があるから当院では必要ないと判断する機能、などに分かれます。各病院は、自院にふさわしくないかと判断した機能を断念して他の病院に任せ、本当に必要な機能を明確にして充実させる必要があります。

地域救命救急センターを目指す病院、回復期リハビリ棟を開設する病院、慢性期患者を受け入れる療養病床を持つ病院、外来診療に励む開業医クリニック、自宅での生活が困難な人を受け入れる介護施設、このような地域の病院施設群が一体となつて機能を役割分担することで、地域全体の医療サービスを充実させていくことが可能となります。

連携を支える現場力
しかし、各病院には設立理念が

あり、住民の要望があり、経営と採算性の問題がありますから、病院の機能を変えて連携することは難しい問題です。病院長や市町村の首長や政治の話し合いでは、掛け声だけで進展しません。この間にも、多くの病院がその能力には重すぎる医療を行おうと無理をして、医師や看護師の医療スタッフが疲弊し、医療の質の確保が困難となる現実に直面しています。負担に耐えられず医療スタッフが辞めていけば、地域の医療崩壊につながります。

この現実を身に染みて感じているのは現場の医師や看護師や医療ソーシャルワーカーです。現実には既に、病院のマンパワーや設備機器の限界から、自院で無理な重症患者の急性期医療をするよりも、それが可能なセンター的病院へ紹介する、その代わり、慢性期治療やリハビリは引き受ける、その方が患者のためになる、と現場の医師のレベルで機能の分化が進んでいます。この現場力が、機能の特化、役割分担、連携で、宮城県南の地域医療を支えているのです。

医療の最前線

この人に聞く



仙台市立病院
脳神経外科部長
刈部 博さん

生まれは筑波山の麓にある茨城県真壁町（現・桜川市）。茨城県立水戸第一高等学校から東北大学医学部を平成元年に卒業、同時に東北大学医学部脳神経外科に入局後、東北各地の関連病院で臨床研修した。

平成三年九月から平成六年一月まで米カリフォルニア大学サンフランシスコ校脳神経外科に研究員として留学。平成七年脳神経外科専門医、翌年医学博士号を取得し、その後札幌医科大学脳神経外科助手、東北大学脳神経外科助手を経て、平成十六年から仙台市立病院に勤務。二十一年、脳神経外科部長となり現在に至る。

脳外科を選択したのは「祖父母をはじめ、身近な家族や親類で脳卒中にかかる人が少なくなかった。脳卒中で命を落としたり、一命は取り留めても、障害が残ったりするのを治療してあげられればいい

な」と思ったのがきっかけであり、

医学部の学生だった頃に広南病院で実習したときの指揮教官が親身に、時には厳しく指導してくれたため「これならきちんと育ててもらえる」と実感したのが動機だと振り返る。

一日のスケジュールは午前七時

救急医療システムの構築を急げ

三十分に出勤し、八時十五分からスタッフ全員で救命病棟、一般病棟の回診をして新入院の患者や手術を受ける患者のカンファレンス、

九時から午後一時ごろまで外来診療に当たる。午後は月、水、金曜と定期手術に参加し、火曜日は総血管造影などの検査、木曜日は総回診を行っている。そのほかに随時、救急診療や臨時手術を行う。

「午後五時以降は会議や診断書などの書類仕事に追われ、院内のカ

ンファレンスや講演会にも積極的に参加していますので、帰宅は午後十時以降になることがほとんどですし、当院は夜間の救急や当直の回数も多く、週に一、二回は病院で夜を明かします」と多忙な日々を送る。

一方で「月並みですが、治療を行った患者さんが無事退院する時に医師として充実感を感じます」と語り、「重症の頭部外傷で治療して退院した小学生の患者さんから感謝の手紙をもらいました」と最

近の最も嬉しかったエピソードを話してくれた。

現況における脳卒中医療の改善策については、脳卒中の救急医療システムを構築することであり、急務だと強調する。

「宮城県対脳卒中協会の講演会活動などを通して、多くの人が脳卒中診療の緊急性を理解されるようになり、発病から受診までの時間は短縮されました。しかし、高齢に伴い脳卒中中の患者数は増加し

ているにもかかわらず、脳卒中診療が可能な救急病院は多くはなく、満床などの理由で救急診療を受けることが困難な場合が見受けられます。脳卒中を急性期からスムーズに診療していくためには、救急病院ばかりではなく、リハビリを行う病院や長期療養型病院との連携など、地域全体での取り組みが必要不可欠だと思います」と救急体制の不備を指摘し、他施設間との継ぎ目のない医療連携の必要性を訴える。

また、「脳卒中の患者さんは高齢者など社会的弱者である場合も少なくないため、診療に当たる医師の人間性も常に磨いていかなければならないと思っています」と患者への気遣いを見せる。

当協会へは「脳卒中の治療は病院ですべてが完結するわけではなく、脳卒中になる前からできる生活習慣の改善などの予防策や、後遺症が残ってしまった場合の対応など、患者やその家族をサポートする信頼できる情報をどんどん発信してほしい」との意見を持っている。

脳卒中 質問箱

「脳卒中質問箱」は、脳卒中や血圧についての疑問、質問にお答えするページです。検査やりハビリテーションについての質問も、はがきで事務局にお寄せください。

問
多発性脳梗塞とはどのような病気で、今後進行しないためにはどんな注意が必要ですか？また、適当な漢方薬があったら教えてください。

六十歳頃から高血圧で薬を飲んでおります。半年ほど前、軽いめまいで脳外科の検査を受け、その結果「多発性脳梗塞」と診断されました。あまり聞いたことがない病名で不安です。

(六十七歳・女性)

答
せき内科 脳神経内科クリニック
院長 関 久友先生

高血圧と脳梗塞には密接な関係

があります。多発性脳梗塞と診断されたようですが、いわゆる無症候性脳梗塞でラクナ梗塞だったと考えられます。

高血圧の改善がまず大事

ラクナ梗塞は、脳の深部の基底核部にできる小さな梗塞を言いますが、高血圧が最も大きな原因と考えられています。

さらにラクナ梗塞を進行させないためには、高血圧のコントロールが最も重要です。六十五歳以上の方の場合、正常血圧は一四〇／九〇mmHg未満とされていますが、脳梗塞の再発予防にも、一四〇／九〇mmHg未満が適当であり、血圧が低いほど再発が少ないと言われています。

血管に強い狭窄がある場合には、あまり下げすぎるのは脳梗塞を誘発することがあり、MRAなどで確認しておいた方が良いでしょう。降圧剤を服用中なのですが、理想血圧まで下げていただくのが良いと思います。

血圧を下げるには、日常生活も大事です。中でも塩分制限が一番

重要です。一日六グラム以下が勧められています。塩分は少なければ少ないほど良いでしょう。野菜、果物を多く摂るようにし、動物性脂肪は少なく、魚を摂るようにしましょう。

高血圧、脂質異常症、肥満、糖代謝異常を合併するメタボリックシンドロームでは、内臓に溜まった脂肪が高血圧の原因である可能性が指摘されています。肥満を解消することで高血圧が改善する可能性があるので、食べ過ぎにも注意が必要です。

補助的治療としての漢方

次に、漢方の質問にお答えしたいと思います。

漢方には、血圧を下げる可能性のある処方、動脈硬化を改善する可能性のある処方などがあります。血圧を下げる可能性のある処方には、七物降下湯、黄連解毒湯、大柴胡湯、防風通聖散などがありますし、動脈硬化を改善する可能性のある処方には、八味地黄丸、釣藤散、抑肝散などがあります。

七物降下湯は、痩せ形で、疲れ

やすく、最低血圧の高い方に用いられます。黄連解毒湯は赤ら顔で、のぼせがあり、鼻出血しやすく、いらいらしやすすい方に用いられます。大柴胡湯は、肥満があり、便秘がちで、耳鳴り、肩こりがある方に用いられます。防風通聖散は、やはり肥満傾向で、便秘がちで、肩こり、のぼせのある方に用いられます。八味地黄丸は、疲労しやすく、倦怠感があり、排尿の異常、手足が冷えやすい方に用いられます。釣藤散は、頭痛、耳鳴り、肩こり、めまいなどのある方で、神経質な方に良いようです。抑肝散は、神経症で、興奮しやすい方に用いられ、脳卒中後遺症にも良い効果があります。七物降下湯、釣藤散、抑肝散に含まれる釣藤鈎は、血圧降下作用、鎮静作用、認知機能改善作用など、血圧や脳に作用することが報告されており、動脈硬化に役立つ生薬と考えられます。高血圧や脳梗塞後遺症の治療は、あくまで西洋薬治療が原則であり、漢方治療は、随伴症状の改善や西洋薬治療の補助的な治療と考えていただきたいと思います。

すこやか脳を守る講演会開く

わが国の死亡原因第三位の脳卒中を正しく理解してもらおうと毎年開かれている「すこやか脳を守る講演会」が角田市との共催で開かれました。

三月三日午後一時三十分から角

内臓脂肪の蓄積が原因で、心筋梗塞や脳卒中などを起こす危険が高くなるメタボリック症候群。食事療法で内臓脂肪を減らすことが重要だが、運動療法を併せて行うと血糖値を下げるインスリンの働きが改善し、効果がさらに上がる。専門家は「ジョギングなどの軽い有酸素運動を週三日以上、続けて欲しい」と話している。

有酸素運動が効果

インスリンの働き改善

食事、運動療法の効果が高いことは、糖尿病の予備軍を対象にした米国での大規模研究でも明らかになっている。薬物療法を受けたグループは糖尿病の発症率を三割抑制したのに対し、食事制限と運動で生活習慣を改善したグルー

田市西根自治センターで開催。講演会では、広南病院診療部長の大沼歩先生が「脳血管障害と認知症との関連」というテーマで講演しました。

宮城県対脳卒中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

プでは五八割も抑制できたという。食事を減らせれば減量効果があるというのは分かりやすい。だが運動に関しては正しい知識が理解されていないことが多いという。

メタボリック症候群の患者は内臓脂肪から分泌される物質がインスリンの働きを妨げる。「インスリン抵抗性」という状態になっている。これを改善するの

がジョギング、散歩、ラジオ体操、自転車、水泳などの軽い有酸素運動。有酸素運動を続けるとインスリンの働きが改善し、糖尿病や高脂血症などのリスクが下がる。週に一回程度の運動ではあまり効果がなく、週に三―五日は行うことが必要だ。

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。

平成二十二年度の「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。

テーマ別介護講座で講演

仙台市民を対象に「テーマ別介護講座」が三月二日、仙台市シルバーセンターで開催しました。(財)仙台市健康福祉事業団と当協会との共催です。

講演会では、広南病院東北療護センター長の長嶺義秀先生が「脳卒中の予防と対応―とくに脳梗塞とクモ膜下出血への対応―」と題して講演しました。

大崎で県北救急医療研究会

第十五回宮城県県北救急医療研究会が二月二十六日、大崎市の芙蓉閣で開かれ、当協会が後援をしました。

研究会では、日本ACLS協会理事東京大学救急医学講師の田中行夫先生が「PALS(小児高度

救命装置)コースの理論と実際」と題して特別講演しました。

富谷町で講演会開く

富谷町健康推進員を対象とする講演会が二月二十三日、富谷町役場で開かれました。富谷町と当協会との共催です。

講演会では、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―脳卒中の一次予防と二次予防―」と題して講演しました。

脳卒中治療研究会開催

宮城県対脳卒中協会主催の一六六回宮城県脳卒中治療研究会は一月二十一日、仙台市青葉区の江陽グランドホテルで開かれ、東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野講師の近藤健男先生が「宮城県脳卒中地域医療連携の現状と問題点」・熊本市立熊本市市民病院神経内科部長の橋本洋一郎先生が「脳卒中地域連携パス―リハビリテーションの継続性―」と題してそれぞれ発表しました。