

リハビリ施設訪問

— 三浦病院 —

退院後の在宅医療へ力注ぐ

三浦病院（三浦裕一院長）は、平成元年11月1日、古川市（現在の大崎市）に開業した。当初の標榜診療科は、外科・脳神経外科・消化器科・内科・リハビリテーション科であり、当時の大崎医療圏で唯一脳外科の手術設備を備えており、くも膜下出血の緊急手術もこなしていた。その後、神経内科医を迎え標榜診療科に神経内科を加えて現在に至っている。病床は一般病床80床から始め、その後一般病床39床、療養病床40床という現在のスタイルに落ち着いた。また、地域連携パス（大腿骨頸部骨折）に参加しており、地域医療にも積極的に取り組んでいる。

リハビリテーション科のスタッフ構成は3人の常勤理学療法士と1人の事務担当職員で、施設基準は、脳血管疾患等（Ⅲ）と運動器（Ⅱ）及び呼吸器（Ⅰ）を取得している。三浦病院は特養や老健といった関連施設を持っていないため、その分自宅退院率が高く、継続してリハビリテーション（以下リハ）を必要とする患者へは、外来リハおよび訪問リハで対応している。

また、スタッフそれぞれが介護支援専門員や福祉住環境コーディネーターなどの資格を有しており、担当の介護支援専門員や福祉用具事業所などを伴った退院前訪問指導において、住宅改修や福祉用具選択のアドバイスを行ったり、退院前ケアカンファランスへの参加などを積極的に行い、地域リハにも力を注いでいる。

元々三浦病院では介護保険制度が始まる前から訪問診療や訪問看護を行っていて、在宅医療には力を入れており、今後も医療機関として在宅医療への積極的な取り組みが必要であると考えている。なお、宮城県理学療法士協会を通じて大崎市介護認定審査会や加美町訪問リハ事業への協力も

行っている。

地域リハ資源の限られている大崎圏域のリハ職として『住民が住み慣れた地域で自立した生活を送るために高齢者や障害者のさまざまな状況に応じたリハが適切かつ円滑に提供される体制の構築』に貢献できるように取り組んでいる。



三浦病院は、〒989-6154 大崎市古川三日町二丁目3番45号。電話0229-22-6656。

地域医療を担いたい

さまざまな変貌を遂げる保健医療制度の中、急性期医療を支える後方支援病院としての存在意義を痛切に感じるようになりました。亜急性期・回復期・維持期の医療を担い、ここ大崎の地で地域連携医療に積極的に取り組みながら、病院職員1人ひとりが同じ方向を見据えて、患者さん1人ひとりに向き合っていきたいと考えております。

（三浦裕一院長）

実地臨床における抗凝固療法の現状

土橋内科医院院長
小田倉 弘 典

1. はじめに

高齢化社会とともに、心房細動人口は増加の一途をたどっており、現在日本には100万人以上の患者がいると言われています。

心房細動の患者さんは脳卒中のリスクが高く、心房細動を持つ人はそうでない人に比べて脳梗塞リスクは約5倍と言われています。その予防には抗凝固療法が不可欠ですが、その代表的な薬であるワルファリンは管理が煩雑であり、内外の実態調査では抗凝固療法の適応とされている患者さんに対して、適切な処方では約50%の患者にしかなされていないと言われています。ワルファリンの欠点を克服すべく新規抗凝固薬が2011年3月に発売され、その使用実態は変化してきています。

今回、宮城県内の医療機関を対象とし、抗凝固療法の実態調査を行いましたので報告します。

2. 研究の方法

広南病院の脳卒中医療連携の会の登録医を中心とした宮城県内の医師567人を対象として、郵送により抗凝固療法の適応、ワルファリンの管理状況、消化器内視鏡検査時の処方等に関して問い合わせました。2012年10月に施行しました。

3. 結果

回答者は149人、回収率26%。

年齢構成は、30代3%、40代13%、50代42%、60代23%、70代12%、80代7%。男136人、女性13人。診療所勤務118人(81%)、病院勤務23人(16%)、その他4人(3%)でした。消化器内視鏡実施施設は47%でした(図1)。

(1) 抗凝固療法の適応(図2)

抗凝固療法の適応基準としては、CHADS2スコア(注1)を採用する医師が81人(58%)、CHA2DS2-VAScスコア(注2)が9人(6%)、特

※注1 心不全・高血圧・75歳以上・糖尿病を各1点、脳卒中／一過性脳虚血発作の既往を2点とする。

※注2 心不全・高血圧・糖尿病・血管疾患・65～74歳・女性を各1点、75歳以上・脳卒中／一過性脳虚血発作の既往を2点とする。

図1 回答者のプロフィール (n=149)

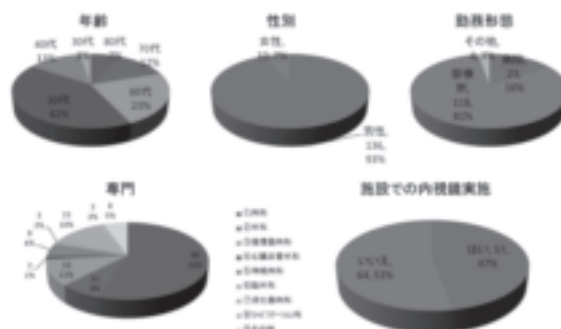
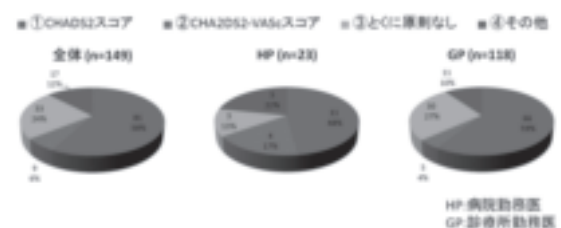


図2 「心房細動の抗凝固療法の適応はどのように決めますか？」に対する回答



に原則がないと答えた医師が33人(24%)でした。

CHADS2スコアの何点以上から抗凝固療法を開始するかとの問に対しては、1点が32人(38%)、2点が51人(60%)、3点以上が2人(2%)でした。CHADS2スコア2点以上で抗凝固療法を行っていない患者率は平均11%でした。その理由としては、高齢であることが46人、出血への懸念が15人、INR管理の煩雑さが4人でした。

(2) 抗凝固薬の選択

抗凝固薬の第一選択については、ワルファリン65%、ダビガトラン(プラザキサ)18%、リバーロキサパン(イグザレルト)3%、アスピリン13%でした。「ワルファリンからダビガトランに変更する場合、何を考慮するか(複数回答)」との問に対しては、「食品制限なし」が97人、「INR管理不要」が79人、「有効性、安全性が高い」が32人、「患者の希望」が32人でした。

(3) INR管理

ワルファリンの服用量を決めるときの目安とな

るPT-INRについては、「70歳未満は2.0~3.0、70歳以上は1.6~2.6」と回答した医師は66人(46%)、「年齢にかかわらず1.6~2.6」と回答した医師は69人(49%)でした。INRの測定間隔に関しては「1ヶ月に1回」が99人(74%)、「2ヶ月に1回」が23人(17%)、「3ヶ月に1回」が9人(7%)でした。「適正範囲から何回外れたらワルファリンの投与量を変更しますか?」という問に対しては、1回が54人(38%)、2回が50人(36%)、「過去数回の測定で判断」が35人(25%)でした。

(4) 抜歯時の対応

「抜歯時歯科医から相談を受けた際の対応」に関しては、「数日間休薬」が38人(27%)、休薬せずそのまま抜歯が75人(53%)、歯科医に任せる」が18人(12%)でした。

(5) 消化器内視鏡時の対応および消化器内視鏡診療ガイドラインに対する姿勢

2012年7月に日本消化器内視鏡学会から「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」が発表されました。

この中に特に実施医師にとって、大きな変化と思われるポイントとして、従来薬を中止することが推奨されていた生検(組織を取って調べる)時の対応が、「アスピリン、アスピリン以外の抗血小板薬、抗凝固薬のいずれか1剤を服用している場合には休薬なく施行してもよい」と変化したことが挙げられます。

この新しい推奨について「知っていた」との回答は90人(63%)、知らなかったは53人(37%)でした。「このガイドラインの変化をどう思うか」との質問には「積極的に利用したい」が74人(52%)、「抵抗がある」46人(33%)、その他21人(15%)でした。自ら内視鏡を実施する医師としない医師とで比較した場合、内視鏡実施医では「抵抗がある」との解答は20人(36%)であったのに対し、非実施医では18人(30%)と、内視鏡実施医で多い傾向を認めました。

「消化管内視鏡時、抗凝固薬について内視鏡医から相談を受けた際の対応」については、「数日間休薬」が37人(26%)、「初回休薬せずに行い、生検が必要な際は別の機会に行う」が84人(59%)、「休薬せずに生検を行う」が10人(7%)でした。「数日間休薬」と回答した医師は内視鏡実施医では10人(18%)であったのに対し、非実施医は22人(37%)と多い傾向がありました。

4. 考察

心房細動が、一般の診療所でも広く診療されるようになっている今、主にプライマリケア医を対象とした抗凝固療法の実態調査は、貴重と思われます。

今回の調査では、日本の特に診療所医師はやはりCHADS2スコアを判断基準としている実態が明らかとなりました。また、その際、日本のガイドラインの「推奨」に基づき、2点以上で治療開始とする医師が6割を占めたものの、1点から開始する医師も38%にも及び、この傾向は診療所医師、勤務医ともに変わらなかった点が注目されます。2011年に発表された日本循環器学会からの緊急ステートメントで、ダビガトランであれば1点以上から「推奨」とされた点や、近年の抗凝固療法への意識の高まりの反映と思われます。しかしながら一方、「抗凝固療法を行っていない理由」については、「高齢」であることが第1位でした。

このことは新規抗凝固薬においても残存する問題であり、今後の高齢者に対する抗凝固療法の適応についてさらなる検討を要する結果と思われます。

薬剤を選ぶに当たっては、ワルファリンが65%でしたが、調査時期が2012年10月であり、その後新規抗凝固薬の使用はさらに増加しているとも考えられます。INR管理については、勤務形態を問わず、日本循環器学会のガイドラインに反し、「年齢にかかわらず1.6~2.6」とする医師が全体の約半数を占めました。この傾向は専門病院を対象としたJ-RHYTHM Registryにおいても認められています。

抜歯時の対応は、日本循環器学会ガイドラインで、「休薬せず抜歯」が推奨されていますが、全体の4分の1以上で休薬を行っている実態が明らかとなりました。休薬により脳塞栓が約1%の確率で起こるとされており、今後医師へのさらなる普及が望まれます。

一方内視鏡に関しては、休薬なく生検を行うことは、ガイドラインの改定直後であり、今なお浸透度や実施への抵抗感は大いように思われます。

以上、CHADS2スコアの浸透度およびこのスコア1点への適応の普及や、新規抗凝固薬の使用が進んでいる一方、歯科治療や内視鏡生検時の対応は、今も多様である実態が明らかとなりました。今度さらなる実臨床での知見の蓄積により、より適正な抗凝固療法の普及が期待されます。

脳卒中とリハ栄養

宮城厚生協会坂総合病院リハビリテーション科科长

藤原 大

リハ医療と栄養ケアの必要性

「リハビリテーション rehabilitation」(以下、リハ)の語源は、ラテン語でre(再び)+habilis(適した)、すなわち「再び適した状態になること」「本来あるべき状態への回復」などの意味を持ちます。脳卒中は、運動麻痺・感覚障害・バランス障害・高次脳機能障害など、さまざまな身体機能の障害を引き起こします。その障害を回復させるため、また障害が残存しても1人ひとりが自分らしい人生を送るために行われる医療が「リハ医療」です。脳卒中におけるリハ医療は、大きく3つに分類されます(図1)。「急性期」は、脳卒中発症間もなくの段階で、発症早期からの介入と離床が行われます。「回復期」は、一定程度に病状が安定した段階で、多くの訓練の集中的な介入により大幅な改善が目標とされます。「維持期」は、外来・施設・在宅において実施され、基本的には「回復期」で改善した機能を維持することが目標とされます。

上記のリハにおける中心にあるのが“運動”です。健常人においても運動をする上では、必ずエネルギーを消費します。日常的に当たり前の生活動作(歩行、入浴、排泄など)を行うだけでもエネルギーを消費します。一方で、必要なエネルギー摂取は、全て“食事”によって行われます。すなわち、健常人でも障害を持った人でも、日々の生活を健やかに営むためには、“運動”と“食事”のバランスが欠かせないのです。

その視点からこれまでのリハ医療を振り返った時、疑問が生まれてきます。日常的に私たち医療者が主として提供してきたものは、身体機能の回復や体力向上のための訓練・運動が中心でした。一方で、そのために必要なエネルギー摂取の側面は軽視されてきた傾向があります。障害を持った患者に、十分なエネルギー・栄養を与えることなく訓練・運動を行うことで、むしろ障害を悪化させていた可能性はないのか。その振り返りから生まれたのが、「リハ栄養」という概念です。

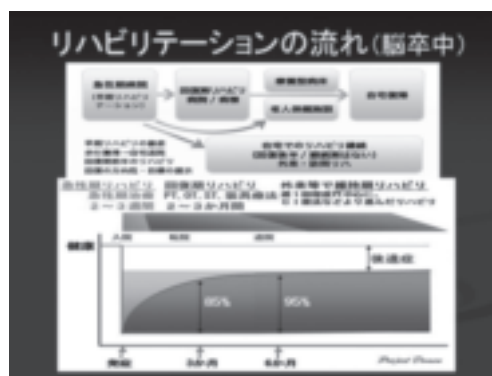


図1

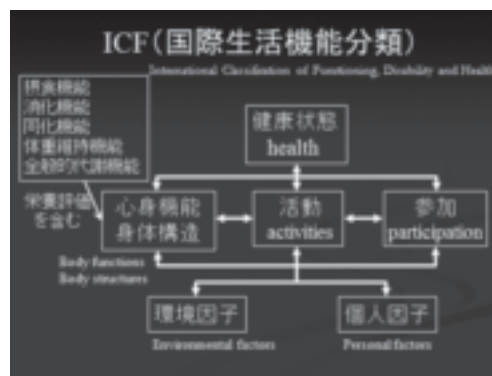


図2

リハ栄養とは

「リハ栄養」とは、栄養状態も含めてICF(国際生活機能分類)で評価し、適切な予後予測のもとで障害者や高齢者の機能・活動・参加を最大限発揮できるような栄養管理を実践することを示します。ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)とは、障害者の生活機能を、健康、心身機能・構造、活動、参加、個人因子、環境因子の6つの概念に分類することで、全人的に評価するためのツールです(図2)。そのうち、心身機能のなかには栄養関連の項目も含まれています。病気やけがはないか、精神状態はどうか、自分で身の回りの支度ができるか、地域社会に参加しているか、食生活はどうかなど、栄養に関連した項目も含めて多方面から総合的に評価を行います。また、予後予測はリハにおける目標設定を行う上では欠かせません。「1人で歩けるようにな

るのか?」「今後食事は食べられるようになるのか?」「いつごろ自宅に退院できるのか?」など、具体的な予後予測なしでは、日々の効果的なリハは成立しません。

ICFを軸とした機能評価、適切な予後予測、明確な目標の上に立った訓練内容・栄養管理、この3つがスタッフの間で徹底して議論され、実践される必要があるのです。

筋肉が減少する「サルコペニア」

高齢者数が急激な増加を遂げる日本社会において、脳卒中患者に限らず注意しておくべき概念として「サルコペニア」があります。「サルコペニア」は、狭義では加齢に伴う筋肉量の低下、広義ではすべての原因による筋肉量・筋力・身体機能の低下を意味し、「サルコ Sarco」は肉・筋肉、「ペニア Pania」は減少・消失を表す造語です。筋肉量・筋力ともに低下すると、日常生活動作や生活の質の低下、身体機能低下により疲れやすくなるだけでなく感染症にかかりやすくなり、最終的には死のリスクが高くなります。サルコペニアには、加齢に伴う筋肉量の減少を主とする「原発性サルコペニア」と、加齢以外の要因を主とする「二次性サルコペニア」がありますが、厳密に両者を分類することは困難です。特に患者が多いとされている「二次性サルコペニア」の原因は①活動、②栄養、③疾患に関連するものに分けられます(図3)。

①活動に関連するサルコペニア

活動量低下により筋肉を使わない状態が続くと、筋肉量・筋力ともに減少します。これを廃用性筋萎縮といい、主に寝たきり、運動不足、引きこもりなどが原因となります。

脳卒中においては、特に急性期の治療中に注意が必要です。早期離床・早期介入が提唱される所以もここにあります。

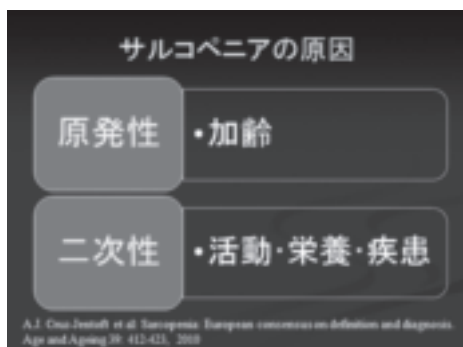


図3

②栄養に関連するサルコペニア

エネルギーやたんぱく質が不足する低栄養や、疾患などで長期の食欲不振が続くと栄養不足となり、筋肉が作られなくなります。さらに、不足している栄養素を筋肉から補おうとするため、筋肉の分解が進みます。この悪循環が続くと飢餓状態となり、最終的に筋肉量が減少します。

脳卒中においては、特に回復期や維持期で運動量・エネルギー消費量が増加する場合に注意が必要です。運動量に合わせた適切なエネルギー必要量をこまめに見直して、摂取量の調整を行う必要があります。体重や上腕・下腿周囲径の経時的な測定が役立ちます。

③疾患に関連するサルコペニア（侵襲、悪液質）

侵襲（急性疾患＝手術後、外傷、熱傷、骨折など）は、体内のエネルギー消費量が高くなるので、必要な栄養素を補わなければ筋肉が分解されて、最終的に筋肉量が減少します。

悪液質とは、慢性疾患（がん、慢性腎不全、慢性心不全、慢性呼吸不全など）による症候群とされ、栄養改善だけでは回復が難しい上に、筋肉が減少することが分かっています。

脳卒中においては、特に誤嚥性肺炎や尿路感染症など、細菌感染に伴うエネルギー消費量の増加に注意が必要です。合併症の治療とともに、 ω -3系脂肪酸を含む栄養剤の服用が有効と言われています。

栄養はリハのバイタルサイン

これまで見てきたように、運動と食事、リハと栄養は、まさに“ベストカップル”と言えます。

「栄養ケアなくしてリハなし、リハなくして栄養ケアなし」「栄養はリハのバイタルサイン」を合言葉に、その効果的な取り組みは、今後のリハ医療を大きく転換する起爆剤になるものと期待されます。しかし、この取り組みの実践は、単独の職種のみでは困難です。リハに関わる全ての職種が、共通言語と認識を持って、1人ひとりのケアに当たることが求められます。その目的を果たすべく、2011年12月には「日本リハ栄養研究会」

(<https://sites.google.com/site/rehabnutrition/>)が立ち上がり、全国集会をはじめ各地でのセミナーやフォーラムが開催されています。この記事が、多くの医療関係者および患者・家族の皆様において、業務や生活の変化に何らかのきっかけをもたらすことができれば幸いです。

医療の最前線

この人に聞く

均一な医療を提供できる体制整備を



東北大学病院高度救命救急センター助教
佐藤 健一さん

生まれは神奈川県横浜市。小学時代は三重県伊勢市、中学時代は福島県東白川郡棚倉町で過ごす。福島県立白河高等学校を卒業後、東北大学医学部に入学、1998年に卒業し、同年東北大学脳神経外科に入局した。2008年から広南病院血管内脳神経外科で脳血管内治療に携わり、2012年には東北大学神経病態制御学分野に所属し、今年4月から現職に至る。

自身が医学生だった1990年代、日本では生体肝移植が普及すると同時に「脳死」議論が盛んであり、一方、米国では1990年-2000年を“decade of brain”と法令で定め、脳研究が集中的になされた。巷では「脳」「脳死」関連の本がベストセラーになり、テレビで何度も特集が放送されていた時代背景の中で「自分も脳に関する仕事に携わりたいと考え、脳神経外科医局に入局しました。理由は自分が専門とし守るべき臓器に代替がないこと、脳にはまだ解明されていないことが多く、それゆえ脳外科治療も定型的でないこと（それだけ創意工夫の余地も多い）、そして脳はそのヒトそのものであり、脳をみることはヒトをみることだと考えたからです」と話す。

2013年4月からは東北大学病院高度救命救急センター所属になり、搬送される救急患者のうち、頭部疾患の患者の診療を主に行っている。また、脳血管障害入院患者の診療や脳血管内治療、脳血管撮影を行っている他に、大学病院ならではの仕事として「教育」の分野にも関わっている。「研修

医だけでなく、医学生、医工学部などの大学院生、看護学生、放射線技師や臨床検査技師や救命救急士の卵など、さまざまな学生が出入りしており、毎月何回かはどこかの学生に講義をしています。空いた時間を利用して講演会や学術雑誌から脳血管障害に関する最新の知見を勉強しています」と多忙な日々を送る。

当協会の平成22年度海外留学奨学制度を利用した海外施設見学の会報連載は記憶に新しく「非常に貴重な経験でした。当時お世話になった先生のうち何人かは、その後日本で再会することができました。今でも当時の日記をひもとき、「2年前の今日はどこで何を見て、何を得たのか」と読み返しています。目をつぶると、カルフォルニアの青い空やエッフェル塔の脇に沈む夕日が蘇ります。トロントの初夏の刺すような日差しやニューヨークの摩天楼から吹き下ろす冷たい秋風を感じることができます。これらは一生の思い出です。ご支援頂き本当にありがとうございました」と語る。

現在、宮城県内では複数の病院がそれぞれの診療マニュアルに従って脳卒中医療を展開している。「診療に携わっている先生はいずれも脳卒中の専門家ですが、その中でもそれぞれに得意分野があります。また宮城県内は都市部と農村部の地域格差が大きく、病院もその立地条件によって診療体制が異なります。自分は宮城県内の地域格差が治療成績の差に反映されるべきではないと考えます。そのためには宮城県内で共通の脳卒中診療マニュアルを作成し、各病院で均一な医療を提供できる体制を整備したいと考えます。また従来、治療困難な疾患では患者さんに病院間を移動して頂いていましたが、共通の脳卒中診療マニュアルのもとでは脳卒中に関わる医療従事者が有機的に病院間を移動することも可能なのではないかと考えています」と強調した。

当協会へは「県単位で市民と脳卒中医療従事者が連携できるのは他県にはない先進的な取り組みです。この体制を通して宮城県から日本の脳卒中医療を理想に近づけていけるよう、さらなるご発展を祈念します」とエールを送ってくれた。



Q 首の骨の形状（ストレートネック）と日常的に起きる頭痛とは、関係があるのか教えてください。

30代の頃から長年頭痛に悩まされ、最近は特に肩こりがひどく整骨院に通っているのですが、先生にストレートネックであることを指摘されました。肩こりだけでなく、ストレートネックであることも慢性的な頭痛の要因になっているのでしょうか？

55歳・女性

A 広南病院 頭痛外来 松森 保彦 先生

一口に頭痛と言ってもその種類は200以上あります。ちなみに「ただの頭痛」というものはなく、頭痛は「～頭痛」や「～による頭痛」と言った表現で、世界共通の診断基準により分類されています。そして、どのような頭痛に悩まされているかにより、ストレートネックと頭痛が関係しているか変わってきます。

ストレートネックに関する頭痛

日本人に多い頭痛として、緊張型頭痛（頭、くび、肩などの筋肉の緊張が持続して起きる）と片頭痛（比較的若い年代から不定期にズキンズキンする頭痛を繰り返し、吐き気や光・音過敏を伴う）の2種類が挙げられますが、質問者の方もおそらくどちらかの頭痛、もしくは両方を持っていらっしゃるのではないのでしょうか。

ストレートネックとは、本来少し前にカーブしている頰椎（くびの骨）の並びが真っ直ぐになっている状態のことを指します。そのため、ボーリング球ほどの重さのある頭を効率よく支えることができなくなり、後頭部、くび、肩の筋肉群に負担がかかることで緊張型頭痛を引き起こすことがあります。よって、普段の頭痛が緊張型頭痛であれば、頭痛とストレートネックはとても深い関係にあると言えます。

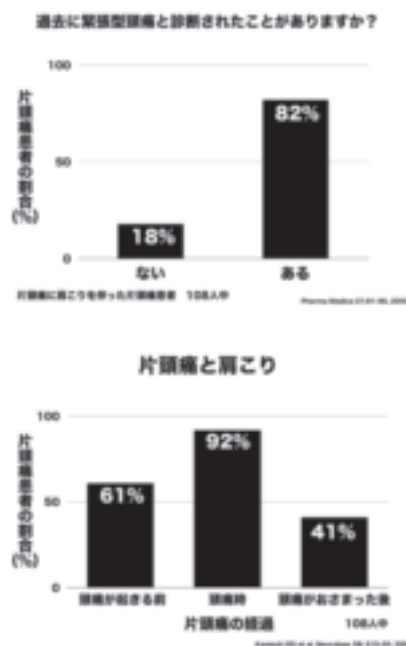
肩こりを自覚する片頭痛も

一方、片頭痛は頭部の血管と三叉神経という痛みの神経が関係している頭痛で、ストレートネックがあるから頭痛が悪化するということではなく、両者は基本的には関係ありません。片頭痛は、20～40歳代の方に多く見られ、特に女性では月経に伴って起きることがしばしばあります。また、あまり知られていませんが、実は片頭痛の患者さんのうち約75%の方が頭痛前や頭痛時、そして頭痛後にくびや肩のこりを自覚しており、自分は肩こりによる頭痛であると思っているそうです。また更年期に入ると「ズキンズキン」から「ズーン」と重苦しい頭痛に変わることもあります。

このような理由で、本当は片頭痛であるのに過去に緊張型頭痛と診断された方が80%以上いた、という報告もあり、脳神経の専門医でも両者を見分けることが難しい場合があります。必ずしも肩こりイコール緊張型頭痛ではないのです。

専門医による正しい診断を

片頭痛の方がより生活への影響度が高いため、しっかり片頭痛と診断をして治療を行うと、格段に生活の質が改善することが実際の診療でよく経験されます。質問者の方も30歳代からの頭痛持ちとのことで、片頭痛の可能性が高いのではないのでしょうか。普段から頭痛で悩んでいる方は、頭痛外来や頭痛専門医を受診し、自分の頭痛は「何頭痛」かを診断してもらい、日頃から適切な治療や対応ができるようにしておくことをお勧めします。



ストップ!NO卒中プロジェクト開催

「ストップ!NO卒中プロジェクト2013」が8月24日、仙台市青葉区のウェスティンホテル仙台で開かれ、当協会が共催しました。

独立行政法人国立病院機構京都医療センター循環器科医長・診療科長の赤尾昌治先生が「心房細動患者における脳卒中予防の現状と展望」と題してWEBにより講演し、東北大学大学院医学系研究科神経外科学分野准教授の清水宏明先生が「脳卒中の予防・治療と医療連携」と題して特別講演しました。

脳卒中治療研究会開催

宮城県対脳卒中協会主催の173回宮城県脳卒中治療研究会は7月18日、仙台市青葉区の江陽グラウンドホテルで開かれ、新潟大学脳研究所脳神経外科特任教授の伊藤靖先生が「FPD agio suiteの最新画像を用いた脳血管内治療」、岩手医科大学医歯薬総合研究所超高磁場MRI診断・病態研究部門教授の佐々木真理先生が「脳卒中画像診断の新しい展開-plaque imagingとpenumbral imagingを中心に」と題してそれぞれ特別講演しました。

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」が宮城県内2会場で開催されました。

6月26日午後7時から蔵王町ふるさと文化会館ございんホールで広南病院診療部長の大沼歩先生が「脳卒中と生活習慣病」=写真=、7月24日青葉区グランテラス仙台では広南病院東北療護センター長の長嶺義秀先生が「脳卒中から身を守る-特に脳梗塞とくも膜下出血について」と題してそれぞれ講演しました。

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の普及と啓発に取り組んでいます。講演会の申し込みは事務局へ。電話・FAX (022) 247-9749。



会員募集のお知らせ

宮城県対脳卒中協会は、脳卒中予防、治療および研究、患者の社会復帰訓練を推進し、脳卒中の追放を目指して、昭和55年に設立されました。

会報や健康読本「新編脳卒中百話」などの出版物を作成し、会員に配布しています。また、脳卒中の予防啓発の講演会の主催、講師派遣を実施しています。

こうした活動は、当協会の基金からの益金のほか、維持会員の会費によって支えられています。ぜひご入会ください。

維持会員

■ 個人会員 1口 5,000円

■ 法人・団体会員 1口 100,000円

(1口以上で上限はありません)

問い合わせ

公益財団法人宮城県対脳卒中協会事務局

〒982-0012 仙台市太白区長町南4丁目20-1 電話・FAX022-247-9749

ホームページアドレス：<http://www.miyagi-tainou.or.jp/>