

リハビリ施設訪問

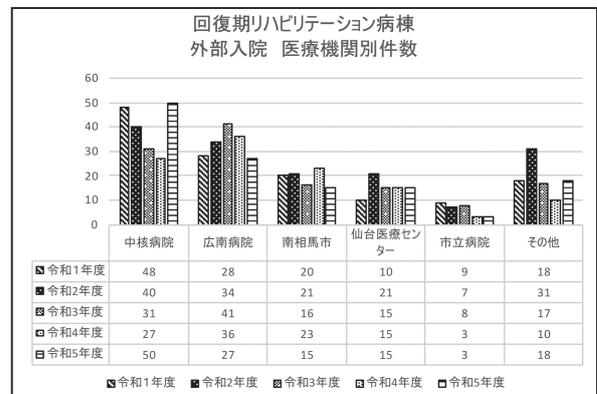
— 社会医療法人将道会 総合南東北病院リハビリテーションセンター — ～ 県南の総合的リハビリテーション科をめざして～

「すべては患者様のために」という当グループの目標に集約されます。仙台の南、岩沼市に当病院はあります。リハビリテーション科（以下、リハ）の患者様は発病直後「急性期リハ」、やや間を置いて家庭復帰を目指す段階に入った「回復期リハ」、家庭に帰ったあと（「生活期」と言います）病院に来て行く「通所リハ」、お家から出られない方のための「訪問リハ」まで幅広く行っています。

スタッフは、医師2名（今泉茂樹：リハ医学会認定臨床医、脳外科学会専門医、片倉隆一：脳外科学会専門医）と療法士=therapist 122名（安孫子 洋：認定理学療法士 他）です。療法士=therapistの内訳は、足の運動療法を専門とする理学療法士（PT: physical=「身体」のtherapist）68名、日常生活に戻れる動作、特に手を専門とした作業療法士（OT: occupational=「職業」のtherapist）45名、首から上、つまり知能、話すこと、飲み込むことなどの専門家である言語聴覚士（ST: speech=「話すこと」のtherapist）9名が在籍しており、多いようですがまだ足りません。さらに、他の病院と当院「回復期病棟」リハへの架け橋役を担っている医療福祉士2名（目黒宣子・森 優子）、急性期病棟、回復期病棟のナースなど多くの医療スタッフの協力のもとに業務を行っています。

病院に隣接した介護老人保健施設サニーホーム（柴崎 淳：認定理学療法士、事務長）は、リハに特化したプログラムが特徴です。

回復期病棟でのリハを行うために収容された外の病院からの患者様は次のグラフのようになります。みやぎ県南中核病院、広南病院、南相馬市立



総合病院、仙台医療センター、仙台市立病院から多くの患者様をご紹介いただきました。回復期病棟では、特に下肢静脈血栓症（エコノミークラス症候群）と筋肉減少症（サルコペニア）の予防と治療に力点を置いています。これから先、ますます患者の皆様のお役に立てるよう職員一同切磋琢磨する所存です。



◇ ◇
 総合南東北病院リハビリテーションセンターは、
 〒989-2483 宮城県岩沼市里の杜一丁目2-5
 電話 0223-23-3151（代表）

（リハビリテーション統括センター長 今泉 茂樹）

手術で治せる認知症もあります —「慢性硬膜下血腫」という病気について—

仙台市立病院脳神経外科
刈 部 博

認知症は治せない？

脳神経外科の外来を訪れる患者さんに、CTやMRI画像の説明をすると決まって返ってくるフレーズがあります。「先生、わたし認知症になってないですか？」。

認知症とは、生後いったん正常に発達した種々の精神機能が、慢性的に減退・消失することで日常生活や社会生活を営めない状態のことを言います。具体的には、記憶障害（もの忘れなど）、精神症状（暴言や怒りっぽいなど）、行動異常（徘徊など）、失語（言葉が話したり理解したりすることができない）、失行（麻痺がないのに普段行っている動作ができない）、失認（感覚障害がないのに物体や人の顔などが認識できない）、などの症状が出現します。

令和元年に行われた内閣府の世論調査によれば、「認知症になったとしたらどんなことに不安を感じるか」という設問に対し、過半数の人が「家族に負担をかける」「他人に迷惑をかける」「大切な思い出を忘れてしまう」「買い物、料理、車の運転などができなくなる」などの不安を持っているという調査結果が公表されています。また、約3分の1の人が「認知症は治らない」という不安を持っているという調査結果も出ています。

認知症の原因となる病気は、アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症など様々で、治療効果が得られない場合も少なくないのですが、手術で治すことができる認知症もあります。それが慢性硬膜下血腫です。

慢性硬膜下血腫の多くは

ちょっとしたケガがきっかけ

慢性硬膜下血腫は、頭蓋骨の内側で脳全体を覆う硬膜と脳の間血腫を生じる病気で、高齢者に多く発生します（図1）。慢性硬膜下血腫の原因の多くは頭部外傷と考えられており、外傷後30～60日かけて血液がゆっくり貯留して脳を圧迫するようになり、慢性硬膜下血腫が発症すると考

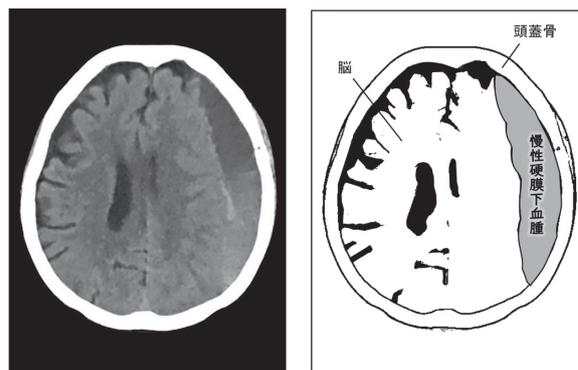


図1：慢性硬膜下血腫の頭部CT画像（左）と、その概略図（右）。慢性硬膜下血腫により脳が圧迫されると脳の表面のシワシワが見えにくくなります。

えられています。原因となる頭部外傷には交通事故のような重大な外傷もないわけではありませんが、転倒などの軽微な外傷が多いとされています。中には、尻もちをついただけ、など直接頭をぶつけていない場合もあります。ただし、症状が出現してから病院を受診した患者さんに病歴を聞くと30～60日以上前に外傷があったかどうか思い出せなくなっている患者さんもいて、原因不明の慢性硬膜下血腫も20～30%くらい存在します。症状は頭痛、右（または左）半身の麻痺、言語障害、尿失禁、認知症状などですが、血腫量が多くなり脳の圧迫が強くなりすぎると、意識障害が進行し、治療が遅れば死に至ることもあります。

慢性硬膜下血腫は近年増加している

慢性硬膜下血腫は古くから知られている脳の病気の一つですが、近年、特に発生頻度が増えています。約50年前にフィンランドのヘルシンキで行われた調査では、人口10万人あたり年間2～3人程度の発生頻度とされていましたが、約10年前に宮城県で行われた調査では、人口10万人あたり年間約20人が慢性硬膜下血腫を発症することが判明しています。近年、慢性硬膜下血腫の発生頻度が増加しているのは、画像診断機器の発達により診

断が容易になったことに加え、人口の高齢化が関与していると考えられています。

さらに最近では、脳梗塞の予防・再発予防を目的として、血液をサラサラにする薬の内服治療が広まったことも慢性硬膜下血腫の発生頻度が増加した要因のひとつと考えられています。血液がサラサラになると脳梗塞のように血管が詰まる病気が起こりにくくなる反面、外傷などにより出血した場合に血が止まりにくくなるため慢性硬膜下血腫が発生しやすくなると考えられています。

慢性硬膜下血腫は多くの場合、手術で治ります

慢性硬膜下血腫では認知症状を呈する場合があります。アルツハイマー型認知症など認知症状を呈する多くの病気と異なり、慢性硬膜下血腫は手術で治すことができる数少ない認知症のひとつです。手術法にはいくつかありますが、最もよく行われているのは、穿頭ドレナージ術あるいは穿頭洗浄ドレナージ術という手術法です。この手術法は局所麻酔で行うことができるため、全身麻酔のリスクがある高齢者など、全身諸臓器機能が低下した患者さんでも比較的安全に行うことができます。穿頭ドレナージ術は、頭皮に局所麻酔の注射をして5cmほど線状に切開し、頭蓋骨に穴を開けて硬膜を切開し、硬膜下に貯留した血腫の中に管を挿入してゆっくり血腫を吸い出して除去する手術です(図2)。凝固して硬くなった血腫が混

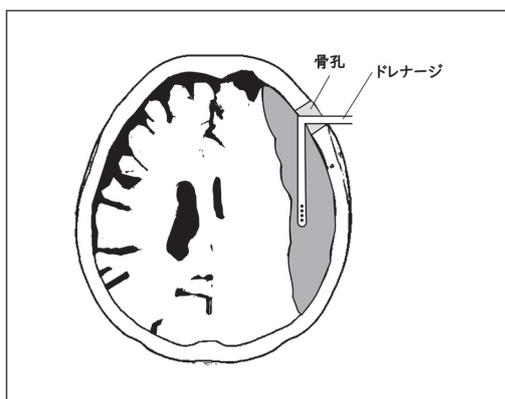


図2:慢性硬膜下血腫の手術では、頭蓋骨に穴(骨孔)を開け、ドレナージ(管)を血腫腔内に挿入して血腫を排出します。

じっている場合には、血腫の中に挿入した管から、生理食塩水を繰り返して注入して血腫を吸い出す穿頭洗浄ドレナージ術という手術法がとられることもあります。いずれも30分~1時間以内の短時間の手術です。入院期間は、順調に経過した場合には数日~10日程度です。合併症を併発した場合や、術後のリハビリテーションに時間がかかる場合など、中~長期入院が必要となる場合があります。

ただし再発することも

慢性硬膜下血腫の手術治療成績は概ね良好で、一部の例外を除いてほとんどの患者さんは病前の状態に回復しますが、再発する場合があります。再発率は施設によって多少の差はありますが、おおよそ10%前後とされています。再発した場合の治療は再手術を行う場合がほとんどです。仙台市立病院脳神経外科で2001年から2020年までの20年間に手術を行った慢性硬膜下血腫1,100例では、再発率は7.6%。つまり、手術により92%以上の患者さんが治癒しています。また、再発した患者さんに再手術を行った場合の再々発率は7.1%。つまり、再手術まで含めれば99%以上の患者さんが治癒していることとなります。

一方、再発例に対する手術以外の治療として、最近では、慢性硬膜下血腫の被膜を栄養する血管を、カテーテルを使って詰めてしまう治療法が行われることがあります。再発予防のため止血薬や漢方薬などの薬剤が投与されることもあります。

認知症を疑ったら

以上述べてきたように、慢性硬膜下血腫は、認知症状を呈する様々な病気の中で、手術で治すことができる数少ない病気のひとつです。特に、認知症状だけではなく、頭痛や半身麻痺、シビレ、言語障害などを伴っている場合には、慢性硬膜下血腫の可能性があります。認知症を疑ったら、「もう治らない」とあきらめる前に医療機関を受診し、画像診断も含めて診療を受けることをお勧めします。

脳卒中とてんかんのあれこれ ～運転免許のあれこれ～

東北大学病院 脳神経外科

大 沢 伸一郎

はじめに

てんかんという病気を聞いて、みなさんは何を連想されるでしょうか。

生まれつきの病？全身のひきつけ？頭がどうにかなりそう…？なんとなくイヤな病気である、という印象をお持ちの方は少なくないものと推測します。本コラムでは、そんな皆様の食わず嫌いを吹き飛ばし、さらに他人事ではないという事実を感じていただくため、いくつかの興味深い事実と共に脳卒中と切っても切れないてんかんの話題をお届けします。

てんかんのあれこれ（いくつ御存知ですか？）

- 全人口の約1%がてんかんを発症（結構多い？）
- 脳卒中患者の10～30%はてんかん発作を経験する（大分多い？）
- てんかんは「脳」の病気（人格や知的障害とは全く別もの）
- てんかん患者の半数は知的に正常（でも偏見で…）
- 内服薬で無発作となる方は6～8割にのぼる（でも働くなと言われ…）
- てんかんがあっても運転可能（…となる方も大勢います）
- 発作がおさまらない人は手術で治すことも可能（えっ？）
- 発作そのものより、社会的なマイナスが多い病気の代表（無知、偏見、自己否定…）

脳卒中とてんかん

脳卒中によりキズを負ってしまった脳が、いつしかてんかん発作を起こすようになります。ただどの患者さんも同じ確率というわけではなく、脳卒中のタイプ（例：くも膜下出血＞脳内出血＞脳梗塞）によるとされています。またキズを負った場所によっても違い、脳の表面である皮質（神経細胞が居る場所）に損傷が及んでいること、より広範囲の損傷である、出血性脳卒中（くも膜下出血、脳内出血）の方が虚血性脳卒中（脳梗塞）よりてんかん発症しやすい、などがあります。最後の出血性病変のくだりはなんで？と思われるかも

知れませんが、血液の成分である赤血球は鉄を多く含んでおり、出血して脳表に鉄分が残る（ヘモジデリン沈着）と、神経に対して興奮作用がある（＝てんかん発症につながる）とされています。

発作は脳卒中発症直後ではなく、数ヶ月～数年経って出現するので、「なんで今頃私に降りかかるの？」と誤ってしまいますが、脳もおそらく残った機能を活かしていかねばと必死なのです。病気のメカニズムは元々生物に備わっている、生きるための機能が方向性を誤って起こることが多くあります。細胞が増えすぎると癌になる、興奮しすぎるとてんかんになる、外敵から自分を守ろうと免疫機能が頑張りすぎると膠原病になり得ます。ですから現実的には辛い事実があったとしても、多少家族が頑張りすぎてしまい、かえって家計が大変な最中…という認識の方が、病気を持つ自分への思いやりも持ちつつ、苦笑して頑張れるのではないのでしょうか。

てんかんと運転免許

患者さん、医療者を問わずよく質問を受けるテーマとして、今回は運転免許を取り上げます。

長らくてんかんは運転免許の「絶対的欠格事由」（何が何でもダメ）とされて来ましたが、2002年の道路交通法改正（意外に最近！）により、一定条件を満たせば免許取得が可能となりました。現在は病状申告が義務化され、免許の取得、更新の際に質問票へ虚偽で記載した場合の罰則が加えられ、患者の運転適性欠格について医師の任意届け出が可能（守秘義務の対象外で、患者さんの同意は必ずしも必要なし）となりました。ずいぶん厳しいようですが、現実的には患者さんと医療者の信頼関係があることから、突然通報されるようなことはまずありません。我々主治医は皆さんの免許を取り上げたいと思うことはありませんし、「疑わしきは本人の利益に」という原則があります。疑問があれば、皆さんもぜひ将来のために主治医の先生と話し合ってください。

法令上の運転制限

てんかん診断がついた時、もしくは数年以上発

作がなくても「再発」した際には、一定期間運転できない期間が生じます。基本的には、「運転に支障を来す発作がなくなって2年」の無発作期間が必要で、これはかなり長いと感じられる方が多いです。ただし法令は本人の利益保護の一方で社会安全の為に作られている側面もあり、「運転中に発作を起こせばブレーキなしで突っ込む恐れがあり、他人の生死に関係してくる」と説明して納得していただくこともあります。

この法令の取り扱いについては複雑で、脳卒中専門の名医でもてんかん関連の法律まで専門になるのは大変です。自分の現状に疑問があれば、東北大学てんかんセンター（てんかん科、小児科、脳神経外科、脳神経内科）を一度受診希望されてみてはいかがでしょうか。主治医の先生に、私のてんかん治療はこれでいいのですか？と訊いてみられれば、てんかん専門外来へ紹介していただければと思います。長い人生で付き合っていく相棒？のことで、よく知っておくには如くはありませんね。

もし知りながら運転していたら…

上記のてんかん発作が安定していない状態（＝最後の発作から2年以内）で運転すると、その結果で交通事故を起こした場合、重罪化する可能性（過失致死傷罪：7年以下の懲役⇒自動車運転死傷処罰法：20年以下の懲役）があります。また実際問題としていわゆるもらい事故などであっても、疾患名が後出しで判明すれば不利益になることがあり、このような際にカルテ開示が行われれば、医療者は患者さんをかばうのが難しい状況に陥ってしまいます。穏やかでない話題で恐縮ですが、基本的に我々は皆さんの不利になることはしませんし、常にうまく社会対応できるよう助力したいと思っています。なるべくお互いに残念な事態にはならないで欲しいですね。

免許手続きについて、知っておくと便利なこと

てんかん発作があるため公安委員会に申告すると、運転免許は取り消しとなります。ただしこの届け出は法律で義務づけられたものではなく、上述のように罰則は運転時に事故が起こった場合のものです。よって「免許を持っていて絶対に運転しない」状態で罰せられることはありません。この情報は、決して著者がこの方法を抜け道として使うことを勧めるものではありません。あくまで適切な情報を提供する、という観点から記しておきます。

またてんかん発作が原因で取り消しとなった運

転免許は、その後の治療経過で運転適性が回復すれば、学科試験や実技試験は免除で再取得できます。また取り消し期間中も、その免許が継続していたものとみなされます。

また免許取得や更新の時には、病状質問票に答えることになりますが、この際に正確に申告していなければ、その行為自体が罰則対象（1年以下の懲役または30万円以下の罰金）となります。

本当にてんかん患者の運転は危ない？

こんなに色々と制限にまつわる話をされると、皆さんは疑念が湧いてくるのではないのでしょうか。

「本当にてんかんを持っていて運転するのは危ないの？」

勿論、様々な客観的データは存在します。豆知識として皆さんに提供しますと、

- てんかん患者の事故は全ての交通事故の0.25%（てんかん患者は人口の～1%）
- 上記の内、発作に関係する事故は11%（あまり多くない？）
- 全運転免許取得者の平均と比して、てんかん患者の交通事故リスクは1.8倍（多いと感じる？）だが、さらに高リスクな群が存在する（健常高齢者 3.1倍、25歳以下男性 7.0倍）
- てんかん患者の交通事故リスクは、無発作期間に反比例して低くなり、6ヶ月の無発作期間で健常者と比して1.38倍、2年で1.16倍となる。これは20代男性（1.70倍）や75歳以上の高齢者（2.78倍）より低い。

上記をまとめますと、てんかん患者さんばかりが特別運転成績が悪い訳ではなく、疾患の社会的背景、認知度などが法令にも影響している可能性があります。これは今後より質の高いデータと疾患認知により、改変されていくかも知れません。

ただしそのためには、我々当事者も一人一人がてんかん全般にわたって知識を身につけ、損をしないように付き合っていくことで、社会もそれに追随してくるのかと思います。

まとめ

ちょっとややこしい話だったかも知れませんが、皆さんの周りに沢山いらっしゃる（もしくは自分が将来発症するかも？）てんかんについて、生活に直結する運転免許を題材にお話ししました。運転についての知識と共に、てんかん疾患の持つ社会背景も感じていただければ、より深い話になるかと期待しております。

広南病院市民公開講座シリーズ その2 フレイルとは？フレイル予防運動

広南病院 リハビリテーション部室長
関 崇 志

フレイルとは

フレイルとは「健康な状態と要介護状態の中間の段階」であることをさします。フレイルの状態でありながら、何も対策をとらずに放置していると、要介護状態になってしまう可能性が高くなります。したがって、フレイルを予防し健康な状態を維持することが大切です。フレイルには、身体的に虚弱した状態の「身体的フレイル」、社会との繋がりが希薄になる「社会的フレイル」、精神的に虚弱した状態の「精神心理的フレイル」など、いくつかの種類がありますが、本稿では「身体的フレイル」を中心に述べたいと思います。

フレイルであるかを判断する方法の代表的なものに「日本語版フレイル基準」があります(図1)。「体重減少」、「筋力低下」、「疲労感」、「歩行速度」、「身体活動」これら5項目のうち3項目以上が該当するとフレイル、1項目でも該当すればプレフレイル(フレイルの1歩手前)と判断します。この他、もっと簡便な方法で「指輪っかテスト」があります(図2)。このテストはサルコペニア(筋肉量の減少と筋力の低下)から、身体的フレイルが進行しているかを評価する方法です。両手の人差し指と親指で輪っかをつくり、ふくらはぎの最も太い部分を囲んで隙間ができる人は、サルコペニアの危険度が高くフレイルに陥っているかもしれません。

項目	評価基準
体重減少	6か月で2kg以上の(意図しない)体重減少
筋力低下	握力：男性<28kg、女性<18kg
疲労感	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒←10mに10秒以上かかる
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」

3つ以上該当：フレイル
1～2つ以上該当：プレフレイル(フレイルの1歩手前)

図1 日本語版フレイル基準

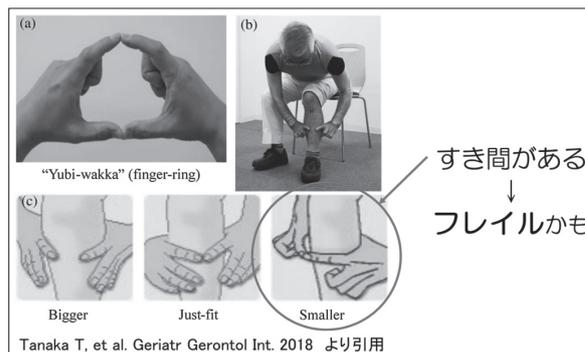


図2 指輪っかテスト

フレイル予防

フレイル予防には「栄養(バランスのとれた食事と口腔内の清潔)」「身体活動(運動と歩行)」「社会参加(社会とのつながり)」の3つの柱があります。柱の1つがおろそかになることで、他の2つの柱も「ドミノたおし」のように崩れ、フレイルへの連鎖が始まります。そうならないよう、それぞれの予防に努めることが大切です。

フレイル予防の柱の1つである「身体活動」とは、いったいどの程度の運動をすればいいのでしょうか。運動強度の指標にMETs(メッツ：代謝当量)という単位があります。安静時座位の運動強度を1METsとして、その2倍の身体活動を2METs、3倍を3METsと表現します。3METs(少しつらいと感じる中くらいの運動強度)以上の身体活動を8分以上おこなうことがフレイル予防に有効であるという報告があります。身近な運動で例をあげますと、ラジオ体操は3～4METsの運動強度で、ラジオ体操第1から第3までの所要時間が10分です。ラジオ体操を毎日行うことはフレイル予防に有効といえます。フレイル予防には歩行も有効です。1日に5,000歩以上(距離にすると4km以上、時間にすると40分以上が目安)の歩行の継続を目標にするとよいでしょう。歩行機能を維持する上で、足の筋力を鍛えておくことも大事で、特に「お尻の筋肉」、「太もも

の筋肉]、「ふくらはぎの筋肉」は重要な筋肉です。
図3に安全に行えるトレーニング方法を紹介していますので参考になさってください。



図3 歩行で重要となる筋肉のトレーニング

脳卒中とフレイルの関係

脳卒中とフレイルとの関係について考えてみたいと思います。

脳卒中を発症しますと、左右どちらか片側の顔、手、足に運動麻痺が生じることがあり、これを片麻痺といいます。片麻痺になり足の運動が不自由になれば歩行能力が低下します。片麻痺患者の歩行能力には、「①麻痺した足の筋力」、「②その反対側の麻痺の無い足の筋力」、どちらも関連するのですが、「①麻痺した足の筋力」は、脳卒中で運動神経がどの程度損傷したか、ということが影響します。一方、「②麻痺のない側の足の筋力」は、脳卒中とは関係のない「元々の筋力」です。つまり、フレイルによる筋力低下の影響を強く受けることになります。従って、脳卒中後の歩行能力のより良い回復をえるためにも、日頃から身体機能を維持しフレイルを予防しておくことが大事といえます。

フレイルの予防には運動が不可欠なわけですが、脳卒中の予防にも運動が有効である可能性が示されています。日本人高齢者を対象に「運動量と脳卒中発症リスクの関係」を調査した報告があります(図4)。1日の運動量が増えるほど、脳卒中を発症するリスクは下がっていき、5~10METs・時(“運動強度METs”に“運動した時間”をかけることで“運動量”を表した単位)の運動量で脳卒中の発症リスクを30%減らせる可能性があることを示しています。1日の運動量を10METs・時以上に増やしても、更に脳卒中発症

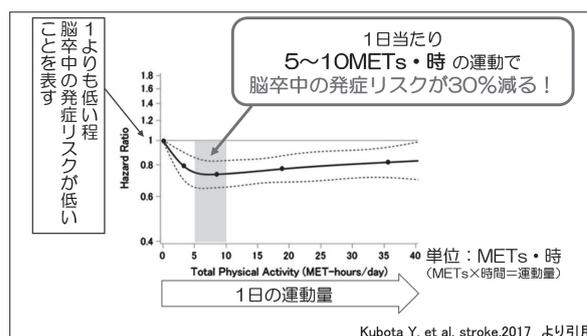


図4 運動量と脳卒中発症リスクの関係

セルフケア (身のまわり動作)	2 METs	
だけでは不十分		
家事 (調理、皿洗い、掃除)	3 METs	
座位で子ども遊ぶ	2 METs	
立位で子ども遊ぶ	3 METs	
歩行(ゆっくり~普通)	2~3 METs	
歩行(速く)	4~6 METs	

図5 1日あたり5~10METs・時の運動とは?

リスクが下がっていくわけではありません。たくさん運動量でなくていいので「1日あたり5~10METs・時の運動」を継続することが大事です。5~10METs・時の運動内容の一部を図5に示します。セルフケアを1時間行ったとしても2METs・時ですので、これだけでは足りません。日常的な家事動作を1時間行くと3METs・時ですので、これで合計5METs・時の運動量になります。できれば、もう少し運動量を増やしたいところです。例えば、1時間座って活動をすれば2METs・時の運動量、立った状態での活動であれば3METs・時の運動量になります。足に特に障害がない人であれば、普段よりも「少し速く歩く」時間を作りましょう。早歩きを1時間行くと4~6METs・時、30分であればその半分の量ですので2~3METs・時の運動量ということになります。図5に示しているのは「1時間運動した場合の運動量」ですが、1時間連続して行う必要はありません。時間を分けてもいいので、合計で5~10METs・時の運動量を目指しましょう。

さいごに

普段の生活の中に少し運動を取り入れることが、フレイル予防、脳卒中予防につながります。適度な運動を継続し、健康で元気にお過ごしください。

理事会・評議員会の報告

●令和5年度第3回理事会について

令和5年度第3回理事会は令和6年3月11日(月)午後6時30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8名中8名が出席し、定足数を満たし適法に成立しました。事業計画、理事の選任など、当該議案はいずれも承認されました。

◇第1号議案 令和6年度 事業計画承認の件

◇第2号議案 令和6年度 収支予算承認の件

◇第3号議案 令和6年度 資金調達および設備投資の見込み承認の件

◇第4号議案 理事(業務執行理事)選任の件

◇報告事項1 富永悌二理事(業務執行理事)および出江紳一評議員の辞任の件

◇報告事項2 業務執行状況報告の件

●令和5年度第2回評議員会(書面審議)について

令和6年3月12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6年3月15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 理事辞任に伴う後任者選任の件

●令和5年度第4回理事会(書面審議)について

令和6年3月12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6年3月22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ました。また、監事の全員から書面により異議がない旨の意思表示を得たので、当該提案を承認可決する旨の理事会の決議があったものとみなされました。

◇第1号議案 業務執行理事選任の件

●令和5年度第5回理事会(書面審議)について

令和6年3月22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6年3月25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ました。また、監事の全員から書面により異議がない旨の意思表示を得たので、当該提案を承認可決する旨の理事会の決議があったものとみなされました。

◇第1号議案 事務局長任免の件

●令和6年度第1回理事会(書面審議)について

令和6年5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6年5月31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ました。また、監事の全員から書面により異議がない旨の意思表示を得たので、当該提案を承認可決する旨の理事

会の決議があったものとみなされました。

◇第1号議案 令和5年度 事業報告承認の件

◇第2号議案 令和5年度 計算書類及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 業務執行状況報告の件

●令和6年度定時評議員会について

令和6年度定時評議員会は6月27日(木)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6名中6名が出席、定足数を満たし適法に成立しました。佐藤智彦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5年度 事業報告承認の件

◇第2号議案 令和5年度 計算書類及び財産目録承認の件

◇報告事項1 令和6年度 事業計画承認の件

◇報告事項2 令和6年度 収支予算承認の件

◇報告事項3 業務執行理事選任の件

◇報告事項4 事務局長任免の件

●役員の変更、就任について

辞任 令和6年3月31日付：富永悌二理事(業務執行理事、事務局長)／東北大学理事・副学長

令和6年3月31日付：出江紳一評議員／前・東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野教授

就任 令和6年4月1日付：中里信和理事(業務執行理事、事務局長)／東北大学大学院医学系研究科てんかん学分野教授

評議員は辞任に伴う補充はなく、7名から6名となりました。



令和6年度定時評議員会