



京悠会

第17号

たより

令和4年7月発行

安心とやすらぎをつなぐ広報誌 編集・発行元 社会福祉法人京悠会 埼玉県所沢市下富1206-1 TEL04-2990-1133



カワセミは、飯能市に隣接する日高市の「市の鳥」に指定されています

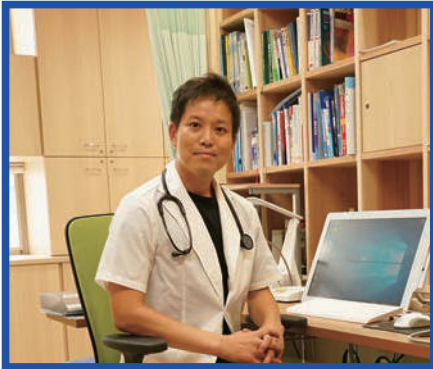
先日なんと！ 円野の隣の池に可愛らしい素敵なお客様が訪れました。

梅雨の晴れ間に誘われたのか、カワセミがカモとともにひと時の昼下がりを楽しんでいました。

美しい色のカワセミに私ども職員は、しばし見とれコロナの不安から解放された一瞬でした。どうか皆様が安心して暮らせる日が訪れますように。

【 脳卒中についてお話しします 】 第7回

「危険因子を知って脳卒中を防ぐ」について



葵クリニック院長 出口 一郎

危険因子を知って脳卒中を防ぐ

前回は心房細動という不整脈についてお話をさせていただきましたが、今回は脳卒中の最大の危険因子であります高血圧についてお話しします。

I. 血圧（高血圧）とは何か

血圧とは心臓から送り出される血液が全身へと流れていく際に動脈の内側にかかる圧力のことです。血圧は心臓に近い血管ほど高く、手足などの末梢血管に行くほど低くなります。血圧は心臓が収縮して血液を送り出すときの「収縮期血圧」と、心臓が拡張して心臓へ血液が戻るときの「拡張期血圧」で示されます（収縮期血圧は最高血圧とか上の血圧と言われ、拡張期血圧は最低血圧とか下の血圧と言われます）。診察室で測った血圧が140/90mmHg以上、家庭で測った血圧が135/85mmHg以上の状態が続いた場合に高血圧と診断されます。高血圧だけでは自覚症状は乏しく、病気であると認識することはなかなかできません。

※収縮期血圧と拡張期血圧の差を「脈圧(みやくあつ)」といいます。正常値は40から60で、この差が大きいほど大動脈が硬くなって柔軟性を失っています。つまり動脈硬化が進行しているサインになります。

II. 高血圧と脳卒中との関係

高血圧は心臓病（心筋梗塞、狭心症、心不全など）や腎臓病（腎不全、腎硬化症など）を引き起こすだけではなく、脳卒中を引き起こす最大の原因でもあります。高血圧の状態が長く続くと動脈硬化が進行し、以前にお話しした「ラクナ梗塞」や「アテローム血栓性脳梗塞」が起りやすくなります。

また高血圧による心臓への負担は、前回お話しした「心房細動」を引き起こす誘因にもなります。さらに、高血圧によって血管に負担がかかり続けることで、「脳出血」や「くも膜下出血」を起こすこともあります。高血圧を治療することでこれら脳卒中の発症を大きく減らすことができます。血圧が正常の人は高血圧にならないように注意し、また既に高血圧の人は血圧を正常化することが必要です。

III. 家庭で正しく血圧を測る方法

血圧は1日中常に変動しており、睡眠・起床・食事・入浴・運動などの行動や環境によって変動します。そのため、診察室で測定する血圧だけでなく、家庭で測定する家庭血圧が重要視されています。家庭での血圧測定は可能であれば朝と晩の1日2回測定してください（朝と晩のどちらかしか測定できない場合は朝に測定する方が良いとされています）。朝は起床後1時間以内に測定します。その際には排尿を済ませて朝食や服薬の前に行います。夜の測定は入浴直後や飲酒後は避けて、就寝前に測定しましょう。1度の測定につき2回測定してその平均を出します。【図1】

●腕で測るタイプと手首で測るタイプの血圧計の違いは？

日本高血圧学会では、家庭血圧の測定の場合は腕で測るタイプの血圧計で測定することを推奨しています。腕で測るタイプと手首で測るタイプの血圧計は血圧計の精度として違いはありませんが、手首での血圧測定は腕に比べて心臓から離れるため、腕で測定した数値とは±10mmHg程度の差がでます。また、血圧計は測定部位を心臓の高さに調整して測定する必要があるため、手首タイプでは位置がうまく合わせられずに誤差が出ることが高くなります。

IV. 降圧目標は年齢や基礎疾患によって異なります。

75歳以上の高齢者、両側頸動脈狭窄の認められている脳血管障害患者、尿蛋白陰性の慢性腎臓病患者は、家庭血圧で135/85mmHg以下、診察室血圧では140/90mmHg以下へのコントロールが推奨されています。

一方で75歳未満の成人、両側頸動脈狭窄の認められていない脳血管障害患者、冠動脈疾患患者、尿蛋白陽性の慢性腎臓病患者、糖尿病患者及び抗血栓薬使用中の患者は、家庭血圧で125/75mmHg以下、診察室血圧では130/80mmHg以下と更なる厳格な血圧コントロールが推奨されています。【図2】

図1～3：武田薬品工業医療関係者向け情報 Takeda Medical siteより引用

血圧の基本

正しい家庭血圧の測定方法は？

家庭血圧は、朝と夜の1日2度測るのが原則です。朝は起床後1時間以内に排尿を済ませ、朝食や服薬の前に測定します。夜の測定は入浴後や飲酒後は少し時間を置いて、就寝前に測定しましょう。1度の測定につき、2回測定してその平均値を出します。

血圧の正しい測り方

環境

- 静かな環境
- 椅子に座り、1～2分の安静後
- カフの位置を心臓の高さに

測定回数

- 1度につき原則2回測定し、その平均をとる*

測定条件

- 朝 起床後1時間以内
- 排尿後
- 朝の服薬前
- 朝食前
- 入浴直後、飲酒直後は避ける

*1度につき2回のみ測定した場合は、その血圧値を記録する

血圧の基本

血圧はどこまで下げればいいのか？

降圧目標値は、「診察室血圧」と「家庭血圧」の2つの条件下で設定されています。合併症の有無などにより値が異なりますのでご自身の目標値をしっかりと把握しておきましょう。

血圧の目標値

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人*1 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) 冠動脈疾患患者 CKD患者(蛋白尿陽性)*2 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
75歳以上の高齢者*3 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価) CKD患者(蛋白尿陽性)*2	<140/90	<135/85

*1 未治療で診察室血圧130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1ヵ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。
 *2 随時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする。
 *3 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。
 降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

日本高血圧学会、高血圧治療ガイドライン2019、p.63

V. 高血圧の治療は生活習慣の改善と薬物療法を組み合わせで行います。

高血圧の治療

血圧を下げるには何をしたらいいの？

高血圧の治療を行う上で基本となる方法が食事療法と運動療法です。生活習慣の乱れが原因で高血圧を発症する方が多いため、生活習慣を改善することが最も重要です。食事療法・運動療法のみで血圧のコントロールがうまくいかない場合は、薬物療法もあわせて行っていきます。

日本高血圧学会、高血圧治療ガイドライン2019、p.68

生活習慣の乱れが原因で高血圧を発症する方が多いため、生活習慣を改善することが最も重要です。生活習慣の改善とは肥満、塩分の取りすぎ、運動不足、喫煙などの生活習慣を見直すこととなります。生活習慣の修正だけでは血圧が下がらない場合、薬物療法を併用します。

薬物療法とは降圧薬によって血圧を下げることです。医師は年齢、高血圧の重症度や合併症の有無などを考慮し、ご自身に合った降圧薬を選び治療を行います。【図3】

円野



コロナ禍で生き抜く生活の知恵や楽しみ方を職員の手で紡ぎだしています

節分



現況報告

円野 副施設長 古久保 算子

令和3年度は、新型コロナウイルスの流行が収まる気配を見せない中、利用者様、職員共にコロナワクチンを3回接種しました。

職員はPCR検査の結果がでるまでドキドキし、後日、結果が出るたびに胸をなでおろす日々が続きました。

現在も新しい生活様式（感染症予防対策）を実践して予防に努めています。

新年度は、中止にしていた余暇活動のカラオケやゲーム等のレクリエーションを感染状況に応じ、規模を縮小しながら再開しています。

食の面では「食べる力は生きる力」と考えて、外出が制限されている利用者様のストレスを軽減できるように好きな物を外注食やおやつの中から選んでいただき提供しています。

今後も更に利用者様の意見を聞き、食生活を充実させていきたいと考えています。

面会については、長期の自粛をご家族様にもご協力いただき、1人の感染者を出す事もなく生活を送ることができました。心より感謝申し上げます。この度、6月より短時間にはなりますが相対の面会を再開しました。ご利用者様とご家族様が久しぶりに顔を合わせ、笑顔弾けるひと時を過ごしていただきました。立ち会った職員もほっとしています。

5月中旬、新たにインドネシア人技能実習生3人が入職し、介護業務の習得に日々頑張っています。すでに日本語資格（N2、3）を取得済みで、利用者様とのコミュニケーションも積極的に行い、施設内が明るくなりました。若いっていいですね。

直近の報道（7月7日現在）では、感染者が徐々に増え始めており、出口が見えそうで見えないのが現状です。引き続き緊張感をもって業務にあたる所存です。

ひな祭り



職員手作りの雅な十二単ハイポーズ♪



お祝いご膳

お花見

4月3日と7日の二日間にかけてお花見会を開催し、昼食にお弁当を提供させて頂き、お花と食事で皆さんの笑顔がたくさん見る事が出来ました。



端午の節句



1F



兜を被れば鬼に金棒



2F

5月5日には、職員謹製の兜を被ったり、布芝居の朗読を行いました。利用者様は暖かい雰囲気でも聞き入り、とてもほのぼのとした雰囲気でも楽しめました。

【つれづれなるままに ～認知症を語る～】第13回

【認知症と高齢者層の運転免許更新について】

皆様、こんにちは！！いかがお過ごしですか？すっかり季節は初夏を迎え、暑い日々が続いていますね。皆様、熱中症など体調管理には十分気をつけてください。コロナの感染者数は徐々に低下してきており、埼玉に遊びに行くのを楽しみにしております。

今回は「認知症と高齢者の運転免許証更新」について書こうと思います。

その理由は、高齢者の方が免許証の更新時に受けるテストの結果、認知症が疑われるということで、（認知症ではないとの）診断書を書いてほしいと来院される方が非常に増えてきているからです。

道路交通法改正 高齢者の更新ハードルUP

2017年（平成29年）3月12日に道路交通法（道交法）の改正が行われました。実はその当時、私は厚生労働省に在籍していたのです。令和4年5月13日から道路交通法がさらに改正され、75歳以上高齢者の免許の更新内容が新たに変更になりました。

では、どういうところが変更になったのでしょうか？ここに簡単な表（表1）を示します。

74歳以下の方は、従来通り約2時間の高齢者講習をうけて免許更新となります。

ここからが重要です！

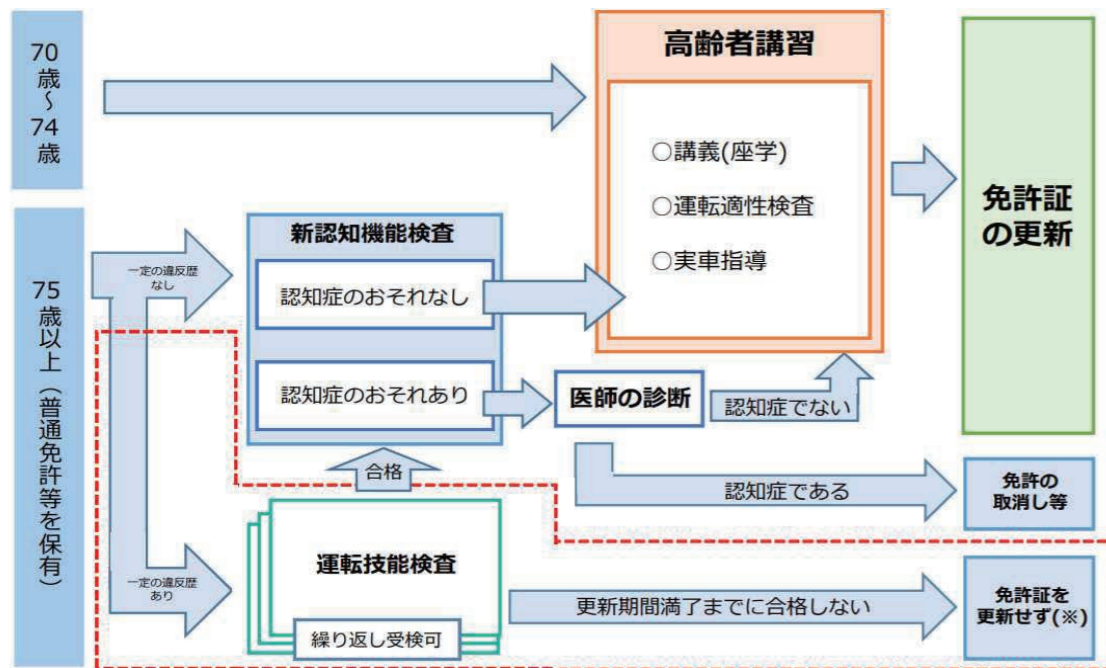
75歳以上になると、一定の違反歴のない人は皆さんすべて以前と同様に、「認知機能検査」を受けないといけません。そして、一定の違反歴がある人は認知機能検査を受ける前に、実車による「運転技能検査」を受けないといけなくなってしまいました。

そしてこれらの検査を無事に通過したら、最後に認知症の「おそれなし」ということで高齢者講習をうけ、免許の更新ができるということになります。



ちなみに認知機能検査で認知症の「おそれあり」と判定された方は、医療機関を受診して認知症の診察を受けないといけなくなっております。

以上、簡単に高齢者ドライバーの免許更新時の概略を述べさせていただきましたが、主に変更になったポイントは右記の3点です。



（表1）改正の概要（警察庁の報告書より抜粋）

認知症の初期・中期症状



大田 秀隆（おおたひでたか）

秋田大学高齢者医療先端研究センター長・教授

東京大学大学院医学研究科加齢医学を修了し、医学博士を取得。ハーバード大学MGH客員研究員、東京大学医学部附属病院老年病科・助教、特任講師を経て、平成27年より日本医療研究開発機構(AMED)、厚生労働省老健局に勤務され、平成30年から現職に至る。

1. 一定の違反歴のあるものは、免許更新時に実車による「運転技能検査」を受検しないといけなくなった。
2. 安全運転サポート車（いわゆるサポカー）限定免許が導入された。
3. 認知機能検査が簡略化された。

違反で実車テスト

それでは、1から順番に見ていきましょう。

1つ目は、免許更新時の過去3年間に一定の違反で警察に捕まったことのある人は、実車テストを受けないといけなくなりました。

一定の違反歴とは、信号無視、通行区分違反・通行帯違反等、速度超過、横断等禁止違反、踏切不停止・遮断踏切立ち入り、交差点右折左折方法違反、交差点安全進行義務違反、横断歩行者等妨害、安全運転義務違反、携帯電話の使用などです。

皆さん、これらの違反をやったことのある人いませんか？ちょっと油断すると、白バイの警察の方々にこれらの違反で捕まっているということがあり得そうですね。

そうすると若いころに自動車教習所で免許を取った時のように、実車テストを受けないといけなくなりました。

その実車テストは100点満点で採点されますが、タイヤの脱輪や乗り上げはもちろん減点ですし、【道路の逆走】や【信号無視】をすると一発不合格という、結構厳しい内容になっております。この検査に合格しないと、もう免許の更新はできなくなるのです…。

ただしこの検査は、更新期間内であれば何度も受検可能です。地域によっては検査の予約が殺到し、予約すらなかなか取れない状況も起きているようです。

2つ目は、「サポカー限定免許」というものが新設されました。これは自主申請するものなのですが、返納するまでの間サポカーに限って運転の継続を認められる制度です。

安全運転支援システムが最近の車にはほとんど搭載されているようですから、今自分のお持ちの車がサポカーにあたるか調べてみるとよいかもしれませんね！

そして最後の3つ目は、新しい認知機能検査が始まりました。いままでは、手がかり再生（記憶力）、時間の見当識（今日は何月何日？）、時計描写（時計の絵を書き写す）ということが紙（ペーパーテスト）で行われてきました。

今後はすべて電子タブレットで行うことになり、さらに簡略化されます。時計描写の試験がなくなるのです。デジタル化されるため、リアルタイムで採点もなされるようです。

このテストの結果で、認知症の「おそれあり」か「おそれなし」と、どちらかに判定されることとなります。

このように認知機能検査自体は簡略化されたのですが、この検査だけでは判別が困難な軽度認知機能障害(MCI)のかたも「おそれなし」と判定されることが多くなる可能性もあると思われます。

以上、3つのポイントについて述べさせていただきましたが、いかがでしょうか？

自主返納への対策

最近高齢者の運転事故は年々増えている現状もあり、運転免許を維持していくことは徐々に難しくなっています。

そのため自主返納するという方も増えています。自主返納すると「運転経歴証明書」という証明書が発行してもらえますので、その証明書があれば公的な身分証明書(ID)として生涯利用できることになっております。