

目次

第1部 総論

1章 高齢化と血圧の関係（リスクとしての高血圧） — 【名郷 直樹】 2

1. 高齢者の高血圧を区別して考える必要性あり？
2. 心血管の高血圧リスクは年齢とともに減少
3. 高齢者では血圧で寿命が縮むことはない
4. 高齢者に「高血圧は明らかな死因リスクではない」と説明する

2章 高齢者の高血圧の問題とは何か（さまざまな PECO）

————— 【名郷 直樹】 13

1. そもそも高齢者の高血圧は問題ではないかも…
2. 高齢者で「高血圧を問題にし過ぎる」
3. PECO で「治療問題を定式化」する
4. 治療以前にまず予後の問題を！
5. 予後の問題は3つの PECO で整理する

3章 ガイドラインはどうなっているか

（日本のガイドライン，欧米のガイドライン） — 【名郷 直樹】 23

1. まずは，ガイドラインへの誤解と盲信を糺す
2. 降圧薬の中止も検討すべき（『高齢者高血圧診療ガイドライン 2017』）
3. 降圧療法の下限についての議論が不足（『高血圧治療ガイドライン 2019』）
4. 米国は日本と似たような推奨度，ヨーロッパは最もシンプル
5. 4つのガイドラインに3つの基準，客観的科学的基準はない
6. ガイドラインは概念である

第2部 各論 (必須の論文を押さえながら)

4章 高齢者の血圧に影響する因子とその対応 ————— 【名郷 直樹】 34

1. 血圧の変動性。収縮期血圧は加齢で増加，拡張期血圧はU字型
2. 高齢者の収縮期血圧，同じように測っても10%弱は変動
3. 血圧変動の対処の基本は「定量的に知る」と「少しはましな説明」
4. 起立性低血圧のチェックと対処法を心得る

5章 高齢者血圧の治療効果 ————— 【名郷 直樹】 44

1. 論文を読むときはPECOより始め，次にデザインを分類
2. 治療効果検討の一般的方法は，イベント率，RR，CI，NNTで行う
3. 高齢者の治療効果の特異性は「先送り効果」
4. 論文の結果から個別の解釈は導けない
5. 研究結果と個別の患者のギャップを埋める
6. 4分割表で考える（「降圧薬を飲まずに血管疾患にならない」が最高）

6章 多様な疾患の中での高血圧治療 (糖尿病，慢性腎臓病，二次予防，フレイル) ——— 【名郷 直樹】 59

1. 単独のRCTのサブグループ分析から
「糖尿病合併高血圧の治療効果なし」とするのは早計
2. CKDでは利益とリスクの両面があり，
120 mmHgを目指す治療がいいとは限らない
3. 二次予防（脳卒中），高齢者に関する研究は不十分だが，
相対危険では一次予防と同等
4. 骨粗鬆症と利尿薬の関連性にも着目
5. フレイル高齢者でも降圧効果は同様だが，まだ研究半ば…

7章 高血圧のエビデンスから高血圧の診療へ ：個別性から関係性へ ————— 【名郷 直樹】 78

1. エビデンスが示す治療効果の曖昧さ（前提条件）
2. 外部のエビデンスから個別臨床へ（どちらも曖昧）
3. 平均値に過ぎない「研究結果と患者の希望」（同じ穴の貉）
4. いわゆる個別性から関係性としての個別性を考える
5. 関係性としての医療を突き詰める

8章 高齢者高血圧の診療の実際へ向けて ————— 【名郷 直樹】 88

1. 「血圧は測らなくてもいいし，治療しなくてもよい」から始める
2. 今の不安は，あれもこれもこのスタンスで相談に乗る
3. 将来の病気とその不安は，当然の話として肯定する
4. 寿命の長短の価値も関係性が決める
5. 高血圧診療は「幸せと不幸の表裏一体」

第3部 極論 (世の中のでたらめに一言)

9章 認知症と高血圧 ————— 【名郷 直樹】 101

1. 高血圧治療は認知症を予防するのか？（「わからない」が妥当）
2. 血圧と認知症の関係は？（高血圧がリスクかどうか不明確）
3. アウトカムの問題（認知症の先送りにはデメリットが）
4. 個別性，関係性に戻る（もやもや感を認識する）

10章 血圧が高いと救急外来を受診する高齢者 ——— 【名郷 直樹】 116

1. 救急外来を訪れる高血圧患者（何もしないが得策）
2. 短時間作動型降圧薬のエビデンス（舌下屯用は危険）
3. 患者が変わらないことに対して寛容になるためのエビデンス

11章 ポリファーマシーにはこう介入する (医療側の問題を中心に) ————— 【名郷 直樹】 123

1. ポリファーマシーのエビデンスに確たるものなし
2. 曖昧な中での降圧薬の中止（お金と手間のみ）
3. 「正しい治療」の先のポリファーマシーは世の中の王道
4. 「薬ありで幸せ」から「薬なしで幸せ」という時代

12章 介護施設における高血圧管理 (デイサービス，入浴前の血圧測定) ————— 【名郷 直樹】 134

1. 要介護高齢者の血圧は別問題
2. 介護施設における血圧測定を再考する
3. 起立性低血圧，食後低血圧を予防する
4. 低血圧に対する無関心に対して一言（医者の役割大きい）

13章 終末期ケア（終末期の対応、中止時の不安、低血圧の問題） —————【名郷 直樹】 145

1. 終末期は、要介護の延長上にあると同時に断絶している
2. 結果としての高血圧は、結果の要因を糺せばよい
3. 情報の普及を阻むもの（理屈では説明できない断絶）
4. 医療者と患者の断絶（断薬をめぐる解釈を知る）
5. 徐々に衰え死ぬ過程（緩和ケアや訪問診療は必須）

14章 高齢者が血圧を測らない世の中 —————【名郷 直樹】 154

1. 序文に戻って「元気な人は高齢者じゃない」
2. 境目の問題はあるが降圧薬はいらぬが基本
3. 「そもそも血圧測定が必要か…？」を考える
4. アウトカムの問題再び（関係性と相談）

第4部 対談

15章 対談（高血圧編） —————【岩田健太郎・名郷 直樹】 164

1. 高血圧マネジメントの流れに抗いたい
2. 薬の効果も薬の違いによる効果もどうでもいい
3. 薬を出さないのは変な医者。抗うのは難しい
4. カプランマイヤー曲線。タテでみるかヨコでみるか
5. 要介護老人には血圧を測るな！
6. 「個別性」より「関係性」で考える

16章 対談（意思決定編） —————【岩田健太郎・名郷 直樹】 175

1. わけのわからない世の中、「適当」に決めるしかない
2. ACPで決める世界と決められない世界がある
3. 患者任せ、医者任せもダメ。「まだ、その別に…」が大事
4. 「死」はコントロールできるのか、もう一度考える
5. 「本当」が出てくると、もうどうしようもなくなる

17章 対談（世の中編） —————【岩田健太郎・名郷 直樹】 185

1. 専門職セクターの限界を指摘してくれた本
2. EBM ははっきりしている問題には無力
3. 行き過ぎの社会にはディスったっていい
4. 「みんなの責任だよ」の世の中がいい
5. しんどいけど、しんどくないようにやろうね
6. 自分と違って人がいるのは当たり前

付録 高齢者高血圧の勉強法（論文を読まずに診療できるのか）

—————【名郷 直樹】 7

つばやきコラム一覧

- アウトカムのいろいろ 20
- フォレストプロット 56
- サブグループ分析 64
- 予防か、先送りか 94
- 高齢者の拡張期高血圧と収縮期高血圧と認知症 110
- 製薬メーカーのはっきりした利益が他を圧倒する 128
- ガイドラインではどうか…？ 139
- 寿命が重要なアウトカムでなくなるとき 157