

要介護高齢者の降圧療法に関するステートメント

日本老年医学会・日本高血圧学会 合同ステートメント 「要介護高齢者における降圧療法の適正化に関する実践的指針」

臨床サマリー：実践の要点

- 👤 対象は要介護高齢者（JSH2025 カテゴリー3～4、65歳以上）とする。
- 🎯 血圧管理の目的は、数値の達成よりも転倒予防・認知機能の維持・生活の質（QOL）の確保を重視する。
- 📄 カテゴリー3（要介護）では降圧目標を収縮期 150mmHg 未満とし、120mmHg 未満への過度な降圧は避ける。
- ⌚ カテゴリー4（エンド・オブ・ライフ）では収縮期 140～160mmHg 程度を許容範囲とし、新規降圧薬は開始せず、減薬・中止を原則とする。
- 🍎 収縮期 130mmHg 未満で2剤以上を内服し、起立性低血圧や転倒を認める場合などでは、段階的な減薬（Deprescribing）を検討する。
- ⚠️ 慢性腎臓病（蛋白尿あり）、心不全、冠動脈疾患、脳血管疾患を合併する場合には、減薬の判断に慎重さを求める。
- 📊 血圧測定は症状を重視し、カテゴリー3では週1～2回、カテゴリー4では症状出現時のみに限定するなど適宜可能な回数に設定する。
- 🛀 入浴管理では、収縮期 160mmHg 以上や体調不良時には入浴を控え、湯温 41℃以下、10分以内を目安とする。
- 🏃 リハビリテーション施行時には、軽度の血圧上昇のみで施療を過度に制限せず、症状出現時に中止する。
- 🏠 在宅での血圧の測定・管理、症状観察などの情報は、介護者だけでなく多職種で共有できるように支援する。
- 🔄 要介護高齢者を対象とした大規模試験は不足しており、本提案は暫定的指針とし、今後のエビデンスの蓄積に応じて改訂する。

本ステートメントの目的

高血圧治療ガイドライン 2025(JSH2025)では「収縮期血圧 130mmHg 未満」を降圧目標の原則としています。ただし、75歳以上の高齢者では、健康・機能状態に応じたカテゴリー分類に基づいた

個別化された目標設定の重要性を強調しています[1]。本ステートメントは、**要介護状態にある高齢者**（JSH2025 カテゴリー3～4）への適切な降圧療法の在り方についての**実践的指針**を提案するものです。

要介護高齢者では、**血圧値のみを管理するのではなく、転倒予防、認知機能の維持、生活の質（QOL）の確保**が重要な治療目標となります[1]。また、入浴やリハビリテーションでの安全管理や、無症状かつ軽度な血圧上昇では過度な活動制限をしない配慮も重要な課題です。限られたエビデンスの中で、現実的かつより安全な管理方針を示すことを本提案の目的とします。

1. 対象と定義

1.1 対象患者

本ステートメントの主な対象は、JSH2025の機能状態分類でカテゴリー3（要介護）およびカテゴリー4（エンド・オブ・ライフ）に該当する**高齢者**です[1]。ここでの要介護高齢者には、介護施設入所者だけでなく在宅医療中の要介護高齢者も含まれます。すなわち、施設・在宅を問わず**包括的な介護を要する高齢者**を想定しています。**ただし、介護施設入所者であっても、ADL（特に自力での移動能力）が保たれている場合には、カテゴリー1,2に基づく降圧療法を検討すべきとされていることに留意してください。**

JSH2025における高齢者機能分類[1]：

- **カテゴリー1（健常-フレイル）**：自力での外来通院が可能でADLが保持されている。
- **カテゴリー2（フレイル-要介護(軽度)**)：外来通院に介助が必要で手段的ADL（買い物、食事準備、服薬管理、金銭管理、交通機関の利用など）が低下している。
- **カテゴリー3（要介護）**：外来通院が困難で、手段的ADLが高度に低下し、かつ基本的ADL（移動、階段昇降、入浴、トイレ動作、食事、着衣、排泄など）に明らかな障害を有し、自立困難となっている。
- **カテゴリー4（エンド・オブ・ライフ）**：基本的ADLが高度に低下しており**予後が限定的**と判断される（人生の最終段階に相当）。

1.2 医学的「要介護」の定義

医学的に定義される「要介護」状態は、介護保険制度での要介護認定と必ずしも一致しません。

Lawton の手段的 ADL 尺度および **Barthel Index による基本的 ADL 評価**など、客観的な医学的指標で判断します。一般的に、医学的な要介護状態は介護保険の要介護 2～5 程度に相当するとされていますが、個別の詳細な機能評価が重要です。つまり、**ADL の程度は医学的指標に基づいて総合的に評価**します。

2. エビデンスの現状と限界

2.1 機能良好な高齢者における降圧療法のエビデンス

比較的元気で機能の保たれた高齢者（JSH2025 でのカテゴリー1 に相当）については、質の高い臨床試験のエビデンスが存在します。JSH2025 ガイドラインの CQ14 でのシステマティックレビューでは、**75 歳以上高齢者**での「収縮期血圧 130mmHg 未満」を目標とした降圧療法の有効性が確認されました[1, 2]。具体的には、75 歳以上の参加者を対象にして、異なる降圧目標を設定して降圧療法を比較した複数のランダム化比較試験(RCT)でメタ解析を行ったところ、**収縮期 130mmHg 未満への降圧**が以下のベネフィットをもたらすことを認めました[1, 2]。

- 複合心血管イベントのリスク低下
- 全死亡（全死亡率）の低下
- 脳心血管疾患死亡の低下

一方で、**重篤な有害事象の増加は認めませんでした**[1, 2]。すなわち、75 歳以上においては収縮期 130mmHg 未満の降圧目標の達成が安全かつ有効であることが高いエビデンスレベルで示されました。

2.2 要介護高齢者におけるエビデンスの限界

上記のエビデンスの対象者には、**介護施設の高齢者や進行した認知症は含まれていない**ことに留意が必要です。現時点で利用可能なエビデンスの多くは**観察研究**であり、因果関係の明確な証明には限界があります[1]。

代表的な観察研究では、フランス・イタリアの **PARTAGE 研究**では、介護施設に入所中の 80 歳以上の高齢者では、**2 剤以上の降圧薬を内服して収縮期血圧が 130mmHg 未満**の群では高い死亡リスクを認めました[3]。また、米国の退役軍人省系介護施設での研究では、**収縮期血圧**

110mmHg 未満の高齢者では高い心血管イベントや死亡リスクを認めました[4]。本邦での在宅治療中の65歳以上の高齢者では、収縮期血圧124mmHg未満で高い入院リスクを認めています[5]。これらはいずれも観察研究であり、慎重な解釈が必要ですが、要介護高齢者に対して健常高齢者と同様の基準で降圧療法を行うことは過剰医療となる可能性が否定できません[6, 7]。

3. 降圧目標と薬物療法

3.1 海外での要介護高齢者への降圧薬の開始基準と降圧目標値

本邦からを含む複数の高血圧治療ガイドラインを比較した2023年の報告では、全部で13報のガイドラインのうち、降圧薬治療を開始する血圧の基準値と降圧目標値を示しているのは、それぞれ2報と4報でした[8]。

降圧薬治療の開始は、2報ともに収縮期血圧160mmHg以上を基準値としていますが、他の3報のガイドラインでは「患者背景を考慮して」開始することを推奨しています。

降圧目標値は、4報ともに「収縮期血圧130mmHg未満を目指さない」としています。ただし、「要介護度」の基準は各ガイドラインで異なる可能性があるため慎重な解釈が必要です。

3.2 JSH2025でのカテゴリー別の降圧目標設定

上述のエビデンスに基づきJSH2025ではカテゴリー分類毎に下記の降圧目標を設定しています。本ステートメントの主な対象は、カテゴリー3およびカテゴリー4に該当します[1]。近年の研究では、一定の条件を満たす場合には安全に降圧薬を減量できることを示すエビデンスがあります。

- **カテゴリー1（健常-フレイル）**：降圧目標は130/80mmHg未満で非高齢者と同じ降圧目標値になります。
- **カテゴリー2（フレイル-要介護(軽度)）**：降圧目標は収縮期血圧140mmHg未満として、130mmHg未満を目指すことは合併症の有無によって個別の判断となります。収縮期血圧120mmHg未満では降圧薬の減量を考慮します。
- **カテゴリー3（要介護）**：降圧目標は「**収縮期血圧150mmHg未満**」を基本として**収縮期血圧120mmHg未満への降圧は避ける**。必要に応じて降圧薬を段階的に減量すること（Deprescribing）を積極的に検討します。

- **カテゴリー4（エンド・オブ・ライフ）**：**降圧目標**は個別に検討されますが、目安として「収縮期血圧 140～160mmHg 程度」を許容範囲とします。**降圧薬を服用していない場合には、新たな降圧薬治療は行わないこと**、継続中の降圧薬についても患者の状態に応じて段階的に減量・中止することを原則とします。

3.3 降圧薬の減量・中止（Deprescribing）の考慮

要介護高齢者では、**降圧薬の段階的減量・中止（Deprescribing）**を積極的に検討すべき状況があります。**2剤以上の降圧薬**を内服している患者では、減薬の適応となる可能性があり、降圧薬の減薬に関するエビデンスも蓄積されつつあります。

要介護状態にある高齢者（カテゴリー3～4）を対象とした RCT として、フランスでの 80 歳以上の介護保険施設入所中の 1,048 名（平均 90.0±4.8 歳、試験開始前の血圧 113±11/65±10mmHg）を対象にした **RETREAT-FRAIL 試験**（Reduction of Antihypertensive Treatment in Frail Patients）があります[9]。2 剤以上の降圧薬を内服中の**収縮期血圧 <130mmHg の高血圧患者を対象に**、降圧薬を減らす群（2.6±0.7 から 1.5±1.1 種）と減らさない継続群（2.5±0.7 から 2.0±1.1 種）で降圧薬の減薬の有益性を比較したところ、減薬群のほうが収縮期血圧は上昇（+4.1mmHg）しましたが、約 3 年間での有害事象に差はなく、安全性が確認されています。このことは、収縮期血圧 130mmHg 未満での降圧薬の減量は、血圧値を上げるものの有害事象をもたらさない可能性を示しています。

英国での 80 歳以上の高齢高血圧患者 569 名を対象にした **OPTIMISE 試験**（OPTIMising Treatment for Mild Systolic Hypertension in the Elderly）[10]では、**収縮期血圧 <150mmHg の高血圧患者を対象に**降圧薬を 1 剤減らす群と減らさないコントロール群を比較しています。**12 週後に収縮期血圧 <150mmHg を維持した割合はほぼ同じで（減薬群 86.4% vs コントロール群 87.7%）、減薬群の約 7 割（66.3%）は試験終了時（12 週後）まで減薬を継続しています**。また、減薬群に血圧値の上昇（収縮期血圧で +3.4mmHg）を認めましたが、有害事象に差はなく、短期的な安全性が確認されています。このことは、適切な患者での降圧薬の減量は、短期的には血圧コントロールを不良にしない可能性を示唆しています。さらに、試験が終了してから約 4 年後においても、減薬群は 0.4 剤少ない降圧薬で治療されており、入院や死亡を増やしませんでした [11]。

オランダでの介護保険施設に入所中の中等度から高度の認知症患者 205 名(中央値の年齢 85.8 歳, 収縮期血圧 134mmHg)を対象にした DANTON 試験(Discontinuation of Antihypertensive Treatment in Older people with dementia living in a Nursing home)[12]では、収縮期血圧が 160mmHg 未満の高血圧患者を対象に、降圧薬の中止(試験前は 2 種を服用)と継続(試験前は 1.5 種を服用)で身体機能や有害事象を比較しています。中止群でも収縮期血圧 180mmHg までを許容範囲として、血圧値 200/120mmHg を越えた場合には再開していますが、降圧薬の中止は認知機能や身体機能を改善させず、脳心血管リスクが高くなる傾向を認めました。

Cochrane レビュー (2020 年) での高齢者での降圧薬中止の影響を検討したメタ解析では、**降圧薬の中止は、継続と比べて全死亡率、入院率、脳卒中発症率に差がなく、慎重に症例を選択して降圧薬を減らすことの安全性が示唆**されました[13]。つまり、一定の基準に該当する患者では、降圧薬の減量は主要転帰に悪影響を及ぼさない可能性があるといえます。

減薬基準の提案:以下のような条件がある場合には、降圧薬の減量・中止を考慮します
(**RETREAT-FRAIL** 試験等の基準等を参考) [9, 10]。

減薬を検討すべき基準:

- **症候性の低血圧**が頻発している
- **起立性低血圧**を認める(起立時に収縮期血圧が 20mmHg 以上低下する)
- 降圧薬との関連を疑う**転倒歴**がある

減薬を検討できる基準:

- **2 剤以上の降圧薬を内服**
- **収縮期血圧 < 130mmHg を達成している**

上記に該当する場合には、減薬による有益性(低血圧や転倒リスクの軽減、ポリファーマシーの改善など)が期待できます。ただし、減薬後は 2~4 週間程度の経過観察期間を設定できる体制が望まれます。また、減薬する場合には、**複数の降圧薬を同時に中止しないで、1 剤ずつ用量を減量するか中止**することを原則として段階的に行います[9, 10]。減薬後は、血圧や症状の変化を注意深く観察します。**収縮期血圧 > 160mmHg を放置することの有益性は証明されていないため**[12]、必要な場合には中断した薬剤の再開を検討します。

3.3 減薬実施時に慎重な判断が必要な病態

以下のような**合併症を有する場合**には、降圧薬の減薬の影響を慎重に検討する必要があります。減薬による危険と有益性を個別に検討して、必要な場合には専門医と相談して判断することが望まれます[14, 15]。

- **蛋白尿を伴う慢性腎臓病（CKD）**：RA系阻害薬(ACE阻害薬やARB)を減薬する場合には腎機能や心血管疾患への影響を考慮します。
- **心不全（特に左室収縮能低下を伴う心不全）**：心不全治療として重要な薬剤(β遮断薬、RA系阻害薬など)を減薬する場合には、心不全の悪化のリスクを考慮します。
- **冠動脈疾患（虚血性心疾患）**：降圧療法は二次予防として重要であるため、減薬には注意が必要です。
- **脳血管疾患の既往**：降圧療法は二次予防として重要であるため、降圧薬の減薬による影響を慎重に考慮します。
- **胸部・腹部大動脈瘤**：血圧値の上昇は大動脈瘤が大きくなることや破裂のリスクとなる可能性がありますので、減薬には注意が必要です。

上記の合併症を有する場合には、主治医だけでなく、必要に応じて**各専門科の医師**と連携し、診療科横断的に減薬の可否を判断します。減薬後は、**長期の経過観察期間（4～8週間）**を設定し、**頻回（週1～2回程度）に状態を評価**するなど、慎重な観察が推奨されます。また、高齢者では降圧薬以外の薬剤を服用していることが多いため、併用している薬剤の見直しも重要です。血圧を上昇させる可能性のある具体的な薬剤については「**高血圧管理・治療 2025**」での第15章 二次性高血圧「**4. 薬剤誘発性高血圧**」[1]を参照ください。

4. 血圧管理の実際

4.1 血圧測定の実践方法

要介護高齢者では、体位変換や起立が困難なため**座位での血圧測定が難しい**場合があります。可能な場合には、**背中を預けて寄りかかる部分(背もたれ)を起こした座位姿勢**で測定することを基本とし、臥位でのみ測定可能な場合には、測定時の体位を一定に保つようにします。血圧測定の回数については、患者や介護者の負担を考慮しつつ、**カテゴリ-3では週1～2回程度**、カテゴリ-4では**症状出現時のみ**とするなど適宜可能な回数に設定します。

血圧管理においては**日常での症候の観察**も重要です。例えば、**めまい、ふらつき、顔色不良、活動性の低下**などの血圧異常を示唆する症状の有無や、**食事・水分摂取量の変化、転倒の有無、意識レベルの変化**などを毎日確認します。これらの情報と血圧値を総合的に評価し、血圧値だけでなく**症状と全身状態を考慮して複合的に判断**することが大切です。

4.2 入浴時の安全管理

浴槽に浸かる入浴（浴槽浴）回数(頻度)の多い高齢者には脳卒中や虚血性心疾患[16]、要介護者[17]が少ないことが前向きコホート研究で示されています。ただし、高齢者の浴槽浴は、入浴による温熱作用と静水圧が心血管系に影響を与えて血圧を変動させるリスクがあります。高温（42℃）での入浴は、入浴時に収縮期血圧と脈拍数を上昇させて、入浴中に血圧を低下させる[18]ために注意が必要です。

厚生労働省が2023年に発表した家庭内事故死件数[19]のデータでは、不慮の事故による死因（約16,000人）の内訳のうち、浴槽内での溺死及び溺水は最も多い（約6,300人）。また、高齢者に多い入浴中の死因には、溺死のほかに、高血圧関連疾患である心疾患や脳血管疾患なども多く、これらを含めた入浴関連心停止（浴室内での心停止）は全国で約19,000人（冬季のみで約13,000人）[20]と推計されています。

本邦のような入浴習慣のある国は少なく、海外ではサウナやシャワー浴が中心であるために、浴槽浴における安全な血圧、特に要介護高齢者での入浴時の血圧管理についてのエビデンスはほとんどありません。訪問介護での入浴前の血圧値と入浴事故・体調不良の発生を検討した症例対象研究では、収縮期血圧が101～129mmHgと比べて160mmHg以上では3.63倍、拡張期血圧が61～84mmHgと比べて100mmHg以上では14.71倍、それぞれ高いことが報告されています[21]。ただし、エビデンスレベルの高い研究で検討された報告はほとんどないために、これまでの知見に基づいて、以下のような**慎重な提案**を行います。

- **入浴実施の判断基準（提案）**：血圧値のみで入浴の可否を決定するのではなく、**症状の有無**を重視して判断します。居室や自宅での血圧を参考に、通常より明らかに血圧値が高い場合には、安静にしたのちに複数回測定します。
- **収縮期血圧値が160mmHg未満**で、かつ**自覚症状がない場合**：通常通りの入浴を実施します。普段の入浴前よりも血圧値が明らかに異なる場合には慎重に検討し、**短時間の入浴や付き添い・見守りを強化**して入浴を実施します。

- **収縮期血圧値が 160mmHg 以上で無症状の場合**:血圧が、入浴前は常に高値であるものの、居室や自宅では高値ではない場合には、白衣現象の可能性が高いため、**付き添い・見守りを強化して短時間の入浴**の実施を検討します。これまでの入浴前の血圧値と比べて明らかに高い場合には、特別な理由がない限り中止することが妥当です。
- 血圧値にかかわらず、発熱や**普段とは異なるふらつき、体調不良**などの症状がある場合には血圧変動による事故を避けるため入浴を中止します。
- 血圧は食後・飲酒後に低下することが多いため、食事・飲酒後すぐの入浴は避けることが望まれます。症状を伴う食後低血圧の場合には、一定時間(2 時間程度)を経たのちに入浴することを推奨します[22]。湯温は 41℃以下で、入浴時間は 10 分程度にすることが勧められます。心臓への負荷を減らすためには半身浴も効果的です。起立性低血圧を避けるために、浴槽からゆっくり立ち上がる。また、脱衣所・浴室間の急激な温度変化による血圧の変化にも注意が必要なために、両室ともに温めておくことが望まれます。入浴前後での適度な水分補給も脱水による血圧低下を予防します。また、入浴事故を早期に発見するためには、入浴時に家人などに声掛けをすることや、デイサービスでの入浴なども検討します[23]。

※上記の基準はあくまで参考情報であり、最終的な実施可否の判断は患者の状態を最もよく知る主治医や看護師の責任において行ってください。現場ではバイタルサインだけでなく表情や訴えの変化にも注意して、安全を最優先した対応をお願いします。

4.3 リハビリテーション施行時の管理

要介護高齢者のリハビリテーション（運動療法）時での循環管理については、質の良いエビデンスは限られています。運動中止基準については、日本リハビリテーション医学会からは、安静時血圧では 200/120mmHg 以上では積極的なリハビリは実施しない、また運動中に血圧が 40/20mmHg 以上上昇した場合には中止することとしています[24]。日本循環器学会/日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドラインでは、200/100mmHg 以上では積極的な運動療法を禁忌として、運動療法中の血圧が 250/115mmHg 以上に上昇した場合や収縮期血圧が 80mmHg 未満に低下した場合には運動療法を中止すべきとしています(相対的中止基準)[25]。ただし、これらの血圧値の基準値は質の良いエビデンスに基づいておらず、必ずしもコンセンサスが得られた数値ではないことに留意する必要があります[26-29]。リハビリテーションの施行の可否は、血圧値だけでなく、自覚症状、心拍数、酸素飽和度などの他覚所見に基づいて判断することが重要で、**現場の状況に対応した柔軟な判断**が必要です。

具体的な管理ポイントとしては、リハビリ・運動を行う前に**血圧値と症状の有無を確認**し、運動中も定期的に状態を観察します。特に**症状の有無には**注意すべきであり、めまいや胸部不快感、著しい血圧

変動などを認めた場合には直ちに運動を中止・休止します。一方で、**症状のない軽度の血圧上昇のみで運動を過度に制限しない**ことも重要です。血圧値が非リハビリ・運動時より軽度上昇していても、無症状の場合には、そのまま継続可能な範囲でのリハビリを継続し、活動を過度に制限しないようにします。リハビリ・運動は**生活の質（QOL）**の維持の観点からも重要であり、軽度の血圧変動を理由に中断してしまうことで筋力低下や廃用を招く恐れがあるためです。

5. 在宅医療における特別な考慮事項

要介護高齢者への医療提供には、**介護施設と在宅医療**に大別されます。在宅療養中の高齢者は、施設入所中とは異なり、医療者の**訪問頻度が月 1～2 回程度**と限られることや、常時の監視体制がないことなどがあります。したがって、**家族や介護者**による日常観察には重要な役割があります。医療・介護スタッフが近くにいない時間が長いため、在宅での症候の変化を早期に発見できる体制づくりが必要です。

5.1 在宅での血圧管理

家庭での血圧測定が可能な場合には、デジタル血圧計などを活用して**家庭血圧**を積極的に記録することが望ましいです。医師・看護師は家族や介護者に正しい血圧測定方法を指導して、異常値での対応についても説明します。家庭血圧の測定が困難な場合には、**定期訪問時に重点的に血圧測定・評価**すると同時に、家族・介護者による**症状観察を中心とした管理**を行います。具体的には、めまい、ふらつき、活動性の低下などの**観察ポイントが分かるように介護者を支援**し、変化を認めた場合には報告する体制を整えます。在宅では限られた情報で判断する必要があるために、**介護者の支援と多職種連携**が極めて重要になります。

5.2 在宅での降圧薬減薬の管理

在宅医療での降圧薬の減薬は、**慎重なスケジュール管理で行う**必要があります。減薬後の観察期間は、訪問診療の間隔を考慮して、施設よりも**長めに設定**します（例：4週間以上など）。家族・介護者に緊急時の連絡方法を周知して、**血圧値や症状が変化した場合の対応手順**を事前に詳細に指導します。減薬中に何らかの異常があればすぐ受診することや、夜間や週末でも連絡可能な体制を伝えて安心感を与えることも大切です。

訪問看護師やケアマネジャーとも密接に連携し、多職種で情報を共有する仕組みを構築します。例えば、訪問看護師が定期的に血圧や症状を評価して主治医に報告する、ケアマネジャーが生活上の変化を把握してチーム内で共有するなどの体制が重要です。多職種チームによるサポートは、在宅でも減薬に伴う徴候を早期に発見し、速やかな対応を可能にします。

6. 今後の課題

要介護高齢者の降圧療法についての**質の高いエビデンスが不足していることが最大の課題**になります。要介護高齢者を対象とした大規模ランダム化比較試験の実施は急務であり、今後のエビデンスの蓄積が望まれます。特に、入浴時・リハビリ時の安全な血圧管理基準についてのエビデンスはほとんど無いために、科学的根拠に基づいた指針の策定が必要です。また、個々の多様性を考慮した**包括的治療指針**の開発も求められています。フレイル評価、認知機能評価、ADL 評価などを統合して、個人の状態に応じて治療目標や方針を決めるような、きめ細かい指針が求められています。

また、在宅医療と介護施設では環境や支援体制が異なるため、それぞれに適した実践的指針の確立も課題になります。例えば、在宅では家族支援の強化や遠隔モニタリングの活用、施設ではスタッフ教育や転倒防止策の標準化など、環境に応じた工夫が求められます。今後は現場の知恵と経験も取り入れつつ、**エビデンスが乏しい領域において柔軟かつ実用的な提案**を作り上げていくことが重要でしょう。

7. 結論

要介護高齢者（JSH2025 カテゴリー3～4）の降圧療法では**個別化アプローチ**が必要です[1]。基本的な降圧目標として「収縮期 150mmHg 未満」を目安として、**120mmHg 未満への降圧は避け**、可能な場合には降圧薬を段階的に減量・中止することを積極的に検討すべきです。また、入浴やリハビリテーションでは、**無症状かつ軽度の血圧上昇では過度に活動を制限しない**ことなど、症状を重視して柔軟に判断します。エビデンスが限定的であるために、それぞれの医療現場の状況と患者の状態に応じて**個別に慎重に判断**することが最も重要です。本提案は、現時点で活用可能な限られたエビデンスと専門家の見解に基づいた暫定的な指針です。今後のさらなる研究の発展により継続的な見直しと改訂が必要ですが、要介護高齢者の安全性と生活の質の向上のために、本ステートメントが現場での実践に少しでも寄与できることを期待します。

表: 本ステートメントの要点

	カテゴリ 3 (要介護)	カテゴリ 4 (エンドオブライフ)
定義	<ul style="list-style-type: none"> ● 外来通院が困難 ● 基本的 ADL が高度に低下し自立困難 	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本的 ADL が高度に低下し予後が限定的
降圧目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 収縮期 150mmHg 未満 ● 120mmHg 未満への降圧は避ける 	<ul style="list-style-type: none"> ● 収縮期 140～160mmHg 程度を許容範囲新 規降圧薬は開始せず、減薬・中止を原則
降圧薬の減薬	<ul style="list-style-type: none"> ● 検討すべき: 症候性低血圧、起立性低血圧、降圧薬に関連した転倒歴 ● 検討できる: 2 剤以上の降圧薬内服、収縮期血圧 < 130mmHg 未満 	
減薬での原則	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 剤ずつ用量を減量するか中止し、減薬後は、血圧や症状の変化を注意深く観察 ● 収縮期血圧 > 160mmHg が持続する場合は薬剤の再開を検討 ● 心血管合併症などハイリスク高血圧では専門医と相談も考慮 	
入浴管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 収縮期血圧 160mmHg 未満かつ無症状の場合では通常の入浴を許可 ● 収縮期血圧 160mmHg 以上や有症状の場合は短時間入浴や中止を検討 ● 湯温は 41℃以下・入浴時間は 10 分以内・脱衣所の保温・緩徐な起立・水分補給・見守り体制を徹底 	
リハビリテーションの実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 運動療法時は血圧値だけでなく症状や他覚所見を重視 ● 急激な血圧変動や不快症状時には中止するなどの対応 ● 無症状の軽度血圧上昇では過度に制限せず、筋力維持と廃用予防を重視 	

参考文献

1. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 高血圧管理・治療ガイドライン 2025. 日本高血圧学会. 2025.
2. Nozato Y, Nohara-Shitama Y, Kubozono T, Akasaka H, Takami Y, Arima H, et al. Targeting a systolic blood pressure of <130 mmHg is beneficial in adults with hypertension aged ≥ 75 years: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res*. 2025.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40790093>
3. Benetos A, Labat C, Rossignol P, Fay R, Rolland Y, Valbusa F, et al. Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality in Older Nursing Home Residents: The PARTAGE Study. *JAMA Intern Med*. 2015; 175 (6):989-995.
4. Liu X, Steinman MA, Lee SJ, Peralta CA, Graham LA, Li Y, et al. Systolic blood pressure, antihypertensive treatment, and cardiovascular and mortality risk in VA nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2023; 71 (7):2131-2140.
5. Koujiya E, Kabayama M, Yamamoto M, Akiyama M, Higami Y, Kodama K, et al. Associations of blood pressure levels with clinical events in older patients receiving home medical care. *Hypertens Res*. 2021; 44 (2):197-205.
6. Masoli JAH, Delgado J, Pilling L, Strain D, Melzer D. Blood pressure in frail older adults: associations with cardiovascular outcomes and all-cause mortality. *Age Ageing*. 2020; 49 (5):807-813.
7. Todd OM, Wilkinson C, Hale M, Wong NL, Hall M, Sheppard JP, et al. Is the association between blood pressure and mortality in older adults different with frailty? A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2019; 48 (5):627-35.

8. Hu K, Zhou G, Jiang M, Wei X, Yu J, Liu L, et al. Hypertension Treatment in Frail Older Adults: A Systematic Review and Appraisal of Guidelines. *Drugs Aging*. 2023; 40 (10):881-893.
9. Benetos A, Gautier S, Freminet A, Metz A, Labat C, Georgiopoulos I, et al. Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents. *N Engl J Med*. 2025. doi: 10.1056/NEJMoa2508157
10. Sheppard JP, Burt J, Lown M, Temple E, Lowe R, Fraser R, et al. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020; 323 (20):2039-2051.
11. Sheppard JP, Temple E, Wang A, Smith A, Pollock S, Ford GA, et al. Effect of antihypertensive deprescribing on hospitalisation and mortality: long-term follow-up of the OPTiMISE randomised controlled trial. *Lancet Healthy Longev*. 2024; 5 (8):e563-e573.
12. Bogaerts JMK, Gussekloo J, de Jong-Schmit BEM, Le Cessie S, Mooijaart SP, van der Mast RC, et al. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2024; 53 (7): afae133, <https://doi.org/10.1093/ageing/afae133>.
13. Reeve E, Jordan V, Thompson W, Sawan M, Todd A, Gammie TM, et al. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 6 (6):CD012572.
14. Benenson I, Waldron FA, Bradshaw MJ. Treating hypertension in older adults: Beyond the guidelines. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2020; 32 (3):193-199.
15. Scott IA, Hilmer SN, Le Couteur DG. Going Beyond the Guidelines in Individualising the Use of Antihypertensive Drugs in Older Patients. *Drugs Aging*. 2019; 36 (8):675-685.

16. Ukai T, Iso H, Yamagishi K, Saito I, Kokubo Y, Yatsuya H, et al. Habitual tub bathing and risks of incident coronary heart disease and stroke. *Heart*. 2020; 106 (10):732-737.
17. Yagi A, Hayasaka S, Ojima T, Sasaki Y, Tsuji T, Miyaguni Y, et al. Bathing Frequency and Onset of Functional Disability Among Japanese Older Adults: A Prospective 3-Year Cohort Study From the JAGES. *J Epidemiol*. 2019; 29 (12):451-456.
18. Ono J, Hashiguchi N, Sawatari H, Ohkusa T, Miyazono M, Son SY, et al. Effect of water bath temperature on physiological parameters and subjective sensation in older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2017; 17 (11):2164-2170.
19. 厚生労働省 令和5年(2023)人口動態統計(確定数)の概況 人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡上巻 5-35 家庭における主な不慮の事故による死因(三桁基本分類)別にみた年齢(特定階級)別死亡数及び百分率 | 統計表・グラフ表示 | 政府統計の総合窓口
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411678>
20. Suzuki M, Shimbo T, Ikaga T, Hori S. Sudden Death Phenomenon While Bathing in Japan - Mortality Data. *Circ J*. 2017; 81 (8):1144-1149.
21. 早坂 信哉, 原岡 智子, 尾島 俊之. 入浴介護に関連した体調不良・事故発生と入浴前血圧, 体温との関連: 症例対照研究. *日本温泉気候物理医学会雑誌(0029-0343)79 巻2号 Page112-118(2016.05)*
https://www.jstage.jst.go.jp/article/onki/79/2/79_2294/_article/-char/ja/
22. Huang L, Li S, Xie X, Huang X, Xiao LD, Zou Y, et al. Prevalence of postprandial hypotension in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2024; 53 (2): afae022. doi: 10.1093/ageing/afae022.
23. 消費者庁公表資料 冬季に多発する高齢者の入浴中の事故に御注意ください! -自宅の浴槽内での不慮の溺水事故が増えています-
https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/caution/caution_042/assets/consumer_safety_cms204_20201119_02.pdf

24. 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会 編『リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン 第2版』2018年
<https://www.shindan.co.jp/np/isbn/9784787822857/>
25. 日本循環器学会/日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン. 2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン. 2012.
26. Fletcher GF, Ades PA, Kligfield P, Arena R, Balady GJ, Bittner VA, et al. Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 128 (8):873-934.
27. Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, Chaitman BR, Fletcher GF, Froelicher VF, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines). *J Am Coll Cardiol*. 2002; 40 (8):1531-1540.
28. Singh JP, Larson MG, Manolio TA, O'Donnell CJ, Lauer M, Evans JC, et al. Blood pressure response during treadmill testing as a risk factor for new-onset hypertension. The Framingham heart study. *Circulation*. 1999; 99 (14):1831-1836.
29. Allison TG, Cordeiro MA, Miller TD, Daida H, Squires RW, Gau GT. Prognostic significance of exercise-induced systemic hypertension in healthy subjects. *Am J Cardiol*. 1999; 83 (3):371-375.