

医療労働者としての医師たち --- 高血圧・糖尿病などの基準値を例として

患者が亡くなった。医師は死亡診断書を書いて遺族に署名を求めた。

奥さんは涙ながらにペンを取り上げて…

医師： 奥さん、違います、そこは死因の欄ですよ。

奥さん： はい、ですから、先生の名前をここに…

§ 1 問題の所在

現代の医療システムでは、医師は専門の知識と技能を教育され、医師の資格を認定されてはじめて医療にたずさわることができる。医師は患者の利益を優先して診療にあたるのが規範とされており、それ故に聖職とみなされている。実際多くの医師は倫理的にも誠意を以って望もうとしているであろう。

しかし冒頭のブラックジョークのような事態はあながち冗談でなく起こっている。それは、局部的・還元的に診断・処置する外科部門では過誤によって起こることが多いだろうが、慢性疾患、精神疾患など総合的に診断・処置しなくてはならない多くのケースでは意図されずに常態的に起こっている¹と云って良い。これは、分析に優れるが総合は苦手である“現代科学”の在り方が医学においても現れている形であると評論できるが、私たちの生活や生命に直接関係のあること故評論で済ませる訳にはいかない。

そこで、身体を総合的に見なくてはならない症状に対して医学は何をやっているのかを、高血圧がどのように取り扱われているのかという切り口から、§ 2、§ 3で考察する。§ 5では、医学がこのような誤った医療を続けていることの原因を考察する。その議論を先取りすると、つまるところ医師は聖職者ではなく、労働者として囲い込まれているためであると指摘することになる。科学技術が現代資本主義に奉仕させられ、私たちが“消費者”として組み込まれている姿がここにも同じように見られるのである。

§ 2 血圧の基準値

世界保健機関の調査によると、25歳以上で高血圧と診断される人は世界で10億人(3人に1人)を超えたとされる(WHO, 2008)。日本でも、収縮期(最高)血圧が140mmHg以上の者の割合は男性36.9%、女性27.4%と、ほぼ3人に1人である(2011年国民健康・栄養調査報告)。“高血圧治療の対象”となる人が極めて多いのは驚くほどである。この数字の背景には“血圧の基準値”の操作があることはよく指摘されている。高血圧の基準値は以下のように年次を追ってかさ上げされてきている。

1993 高血圧基準

¹ “医者に殺される”という云い方がされることがある。“殺される”は極言だが、“症状が改善されない、いつまでも医者に通い続ける”、“(副作用によって)悪化させた”という事例は多いように思われる。そのようなことについてのキチンとしたデータは見当たらないが、“医原病”という言葉があることはそのような事実があることを示している。

収縮期血圧（上の血圧）が 160～180、拡張期血圧（下の血圧）が 90～105 は軽症高血圧。180/105 までなら特別危険因子（持病）がなければ、3ヶ月程度生活習慣を改善するなどして様子を見て、それでも 160/95 を超えているなら、降圧剤を使うことになっていた。

2000 高血圧基準（日本高血圧学会 JSH2000）

140/90 以上が高血圧とされ、目標数値は 130/85 未満。これによって「高血圧患者」は、約 3500 万人に急増。

しかし 60 歳以上の高齢者の基準はもっと緩やかな扱い。最大血圧の目標値は 60 歳代では 140 mmHg 以下、70 歳代では 150~160mmHg 以下、80 歳代では 160~170mmHg 以下、拡張期血圧は年代にかかわらず 90mmHg 未満。

2003 高血圧基準（日本高血圧学会）

60 歳以上の高齢者も 60 歳未満の基準で降圧剤を処方することになった。

2008 メタボ検診（特定健康診査・特定保健指導）

上が 130mmHg 以上、もしくは下が 85mmHg 以上で特定保険指導の対象となった。年齢とともに白血球の中の顆粒球が増えるために血圧が上昇する 60 代以降の多くは、高血圧症にされる。これによって、高血圧症患者にされる人は全国で 5000 万人。

2014 基準値見直し提言²（2014/4/4 日本人間ドック学会と健康保険組合連合会）

健康な男女グループでの血圧値上限は、収縮期血圧 147mmHg、拡張期血圧 94mmHg。糖尿病や腎疾患といった持病がなければ、緩められる新基準の範囲であれば薬を減らせる可能性がある。

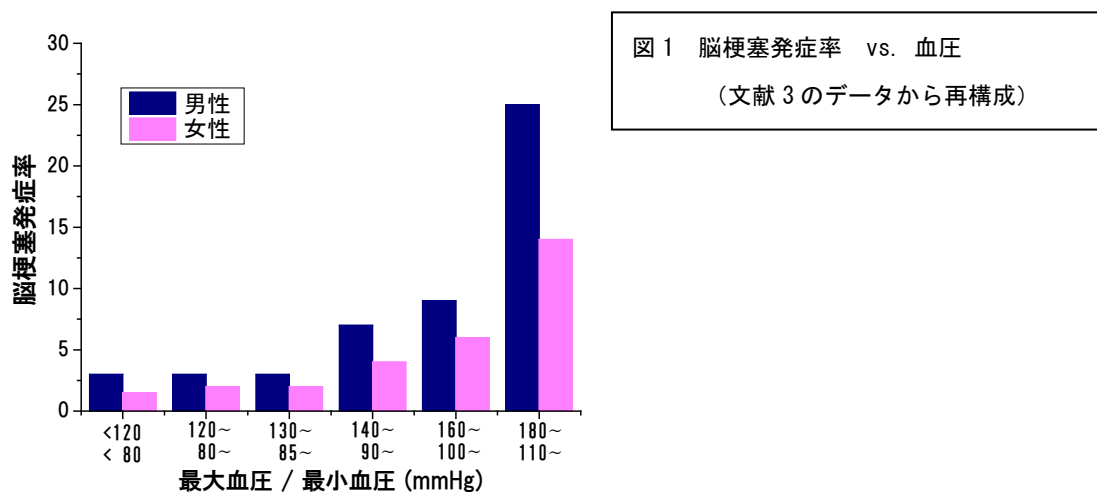
肥満度・肝機能・総コレステロール・LDL コレステロールの基準値も同時に見直されている（次表）。

表 1 2014 日本人間ドック学会・健康保険組合連合会による新基準（案）

健康診断項目	現行基準値	提案された基準値	
	男女とも	男	女
収縮期血圧 mmHg	<130	88~147	
拡張期血圧 mmHg	<85	51~94	
肥満度 BMI (体重 kg/身長 m ²)	<25	18.5~27.7	16.8~26.1
肝機能 ALT<GPT>=U/I	0~30	10~37	8~25
総コレステロール mg/dL	140~199	151~254	145~238(30-44 歳)
			163~273(45-64 歳)
			175~280(65-80 歳)
LDL コレステロール mg/dL	60~119	72~178	61~152 (30-44 歳)
			73~183 (45-64 歳)
			84~190 (65-80 歳)

² この提言は医師団体の強い反発によって立ち消えの方向であると云う。

実際のところ、血圧が高いと脳梗塞の発症率は大きい（図 1）。このデータが示すところでは血圧は 130/85 程度以下にした方がよいように見える。

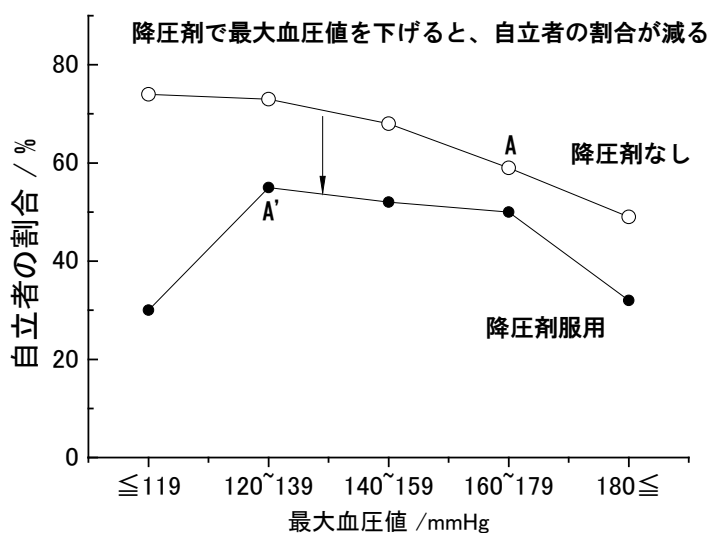


§ 3 降圧剤を服用すると死亡率が高まる

しかし、降圧剤を使用した人は、使用しない人に比べて、14年後の自立者の割合が低くなるという調査結果がある。

厚生省国民栄養調査では対象者（1980年に無作為抽出された30歳以上の男女1万人）について、14年後、脳卒中・心筋梗塞・骨折その他により自立できなくなった人と、ずっと健康であったかまたは病気にかかっても自立できないほどの後遺症が残っていない人について調べられた（降圧剤の種類が特定されていないが、当時主流であったカルシウム拮抗剤が主であったとみられる）。

図 2 14年後自立割合 vs. 最大 および 最小 血圧値 (文献 3)



全ての血圧レベルにおいて、降圧剤を飲んでいる人の方が、飲んでいない人よりも自立度が低い。降圧剤を飲んで最高血圧を 120~140 未満の「正常血圧」に保っていた人 (A') は、降圧剤を飲まずに 160~179 もある人 (A) より自立度が低かった。降圧剤を服用して再興ウ血圧を 120~139 に落とすよりも、降圧剤を飲まずに 160~179 で居た方が良いということになる。また降圧剤なしで 180 以上のグループの自立度は、降圧剤服用して 140~159 のグループの自立度と大差ない。

最小血圧について図 2 と同様のプロットをしても、降圧剤を使用しなかった人は、最小血圧 100 以上はもちろん、たとえ 110 以上あっても、降圧剤を使用して 90~100 未満に抑えた人たちよりも、14 年後の自立率が高いという結果であった。

年齢層別

文献 3 には、調査開始時の年齢ごとに、降圧剤服用の有無が 14 年後の自立度にどのように影響するかを調べた結果もある。60 歳以下および 60~70 歳の年齢層では、当初の最高血圧がどのような値であっても、降圧剤を服用していると自立度が低下する。60~70 歳の年齢層では、最大血圧値を服薬して 119 以下にすると自立の割合が著しく減少する。

副作用

以上の結果は、降圧剤は明らかにマイナスの影響をもたらすことを示している。

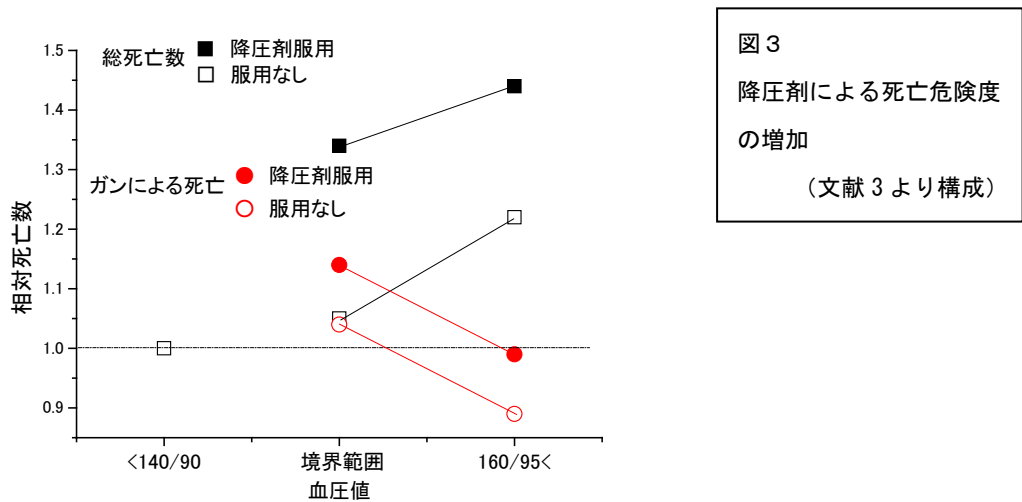
実際この調査の過程で、症状が出て臨床試験を中止しなければならなかった事例が降圧剤グループ、対照 (プラシーボ) グループ共にあったが、その事例は降圧剤グループの方で多かった。特に、がんの発症は降圧剤グループにおいて有意に多かった。

心筋梗塞は降圧剤グループと対照群で有意な差がなかったが、脳梗塞は、降圧剤グループの方がわずかに多かった。すなわち、降圧剤によって心筋梗塞や脳梗塞が少なくなるという結果にはなっていない。

ここでの降圧剤はカルシウム拮抗剤と見られるが、カルシウム拮抗剤は免疫細胞の働きを弱める可能性があるという。

上記の調査とは独立に、降圧剤を服用すると総死亡危険度およびがん死亡危険度ともに大きくなるという報告がある。この報告では、がん死亡の危険度は血圧の高い方が小さい傾向があるとされている。図 3 は、最高血圧/最低血圧が 140/90 以下のグループの死亡数を 1 として、血圧の高い 2 つのグループの死亡数をプロットしたものである。血圧が高いとおおむね死亡数も高くなるが、降圧剤を服用すると一層死亡数が大きくなる。

ガン死に限ってみれば、血圧が高いほうがわずかではあるが、死亡率が低下している。



降圧剤を服用すると死亡率が高まることは茨城県の調査でも報告されている（文献 2）：165/95 以上の高血圧でありながら、降圧剤を飲んでいない人は、降圧剤を服用して 140/90 未満の正常血圧になっている人より、あらゆる病気での全死亡率もガン死亡率も低かった。

§ 4 血圧が高いことを怖がらない知見・意見の数々

- ・血圧は、体の要求に従って、上げ下げするので、薬などで人為的（強制的）に血圧を下げることが、体調を良くすること、長生きすることにつながるという医学的根拠はない。
- ・高齢では機能が低下するため、血圧が高くないと脳などに血液が行きわたらなくなるので、血圧は自ずから高くなる。それは自然なことである。上の血圧は「年齢+90」³を基準としてよい。
- ・高齢者ほど、ある程度血圧が高い人の方が、長生きをするという調査報告がある。
- ・上/下が 170/100 以下なら心配ないという医師も居る（年齢や体格にもよる）。
- ・大櫛陽一（東海大学・医学部）は 2004 年日本総合検診医学会シンポジウムでの発表：全国の検診実施機関から集めた～70 万人の健康診断受診者を分析し、日本の健康診断基準で「再検査」～「異常」とされていた多くの人が「健康」の範囲に入ってしまうという結果であった。大櫛らの結果では、50～54 歳では上の血圧 90～155（男）82～151（女）、60～64 歳では 92～164（男）88～159（女）の範囲であれば健康上の血圧の問題はないと云う。これは当時話題になったが、医学界からは闇に葬られてた。（文献 7）
- ・脳梗塞を治療する救急医療では、血栓と溶かす「t-PA」という薬剤を使用する際の基準は上の血圧を 185 までとしている。T-PA を使っているときに血管が破れると止血で

³ 「年齢+90」は昔の米国の基準

きなくなる怖れがあるが、185までは血管は破れないという認識に基づいている（文献7）。

- ・コーカサス地方の百寿者の調査（1977年）では、どの人も180mmHg以上あり、中には200mmHgの人もあった。（参考文献2）
- ・安保徹（新潟大学、免疫学）自らについての記述によれば、ここ10年間170mmHgを下回ることにはなかった。冬場には200mmHgを越えることもあるが、それでも良好な体調を維持している。安保氏曰く「働くべき時に猛烈に働き、休息すべき時にはしっかりと休む」というメリハリのある生活をするのが自律神経に負担を掛けない生き方なのだ」

高齢者の高血圧（ヨーロッパ高齢者高血圧研究会 1984 発表）

対象：最高血圧 160~239（平均 182）最低血圧 90~119（平均 101）の60歳以上の高齢高血圧者 840人

平均年齢 72歳（70%が女性）、1/3は既に心臓病などの合併症を持っていた。

降圧剤群に 利尿剤系+メチルドパ（神経の興奮を抑える）投与

対照群に プラシーボを投与

結果：降圧剤群では

- ・心臓病・脳卒中など循環器系による死亡が減少（47→34/1000人・年）
- ・腎臓病や循環器系以外の病気が増えた（29→35/1000人・年）
- ・死亡率全体では、有意差なし（76→69/1000人・年）
- ・循環器系の死亡が減少したのは75歳まで、75歳以上は対照群とあまり変わらない
- ・80歳以上では、対照群に比べて循環器系の病気による死亡が増える

全体として、降圧剤によって寿命が延びる効果は認められなかった。

降圧剤効果の長期追跡調査（フィンランド、1972-73~86）

対象：1972-73時点で38-54歳の男性会社員で、高血圧・高コレステロール・喫煙・肥満などの危険因子を持っている1222人を非介入群と介入群の2グループに分けた。

（心筋梗塞や脳卒中などの重大な病気を患っている人を除く）

非介入群（610名）：最小血圧が110以上の人にもみ受診することを助言するが、特別な治療指導はしない。

介入群（積極療法群 612名）：食事指導などの助言をし、それでも改善がみられない場合に薬物療法を行う（降圧剤・コレステロール低下剤投与）。

5年後の結果

- ・血圧は介入群（148/96→138/88）の方が非介入群（146/94→142/91）よりも下がった。
- ・コレステロールも介入群（260mg/dL）の方が非介入群（276mg/dL）より下がった。
- ・脳卒中 非介入群 8、介入群 0

- ・総死亡 非介入群 5 介入群 10
- ・心筋梗塞 非介入群 9 介入群 19

5年後以降は介入を停止し、介入群・非介入群ともに通常の診察をするだけで13年間追跡

18年後（介入試験終了13年後）

死亡者数は、非介入群 65 に対して、介入群は 95。5年間介入したグループの方が、死亡危険度が 5割増えたことになる。5年間の薬剤使用などの影響が、その後も持続したのではないかと考えられた。介入は余計なおせっかいだったことになる。

脳卒中など心臓病以外の循環器の病気による死亡は、非介入群の 7 に対し、介入群の 3 と、非介入群の方が数的には多いが、統計学的に有意な差ではない。

心臓死は、介入群の 39 に対して、非介入群では 19 と差が大きくなり、心臓死の相対危険度は介入群で 2倍以上。

事故死や自殺といった外因による死亡は、非介入群の 1 に対して、介入群では 16 と、相対危険度は 16 倍にも達している。降圧剤などの薬剤が、うつ病などの精神系疾患と何らかの関係があるのではないか、あるいはまた反射神経を鈍らせるような作用が薬剤にあって事故死に関係していると推定されている。

この調査は介入を好ましいものと期待して始めたものと思われるが、結果は逆になっている。高血圧に起因する死因の中でもっとも多い心筋梗塞や脳卒中でさえ、フィンランドで実施した積極療法では改善できなかったことになる。

§ 5 医療システムに囲い込まれた医療労働者

最大血圧/最小血圧 140/90 以上では脳梗塞の発症率は大きくなる。しかし、よって降圧剤を使って血圧をこのレベル以下にするというのは短絡である。血圧が高くなっているのにはそれなりの理由があるのであって、降圧剤で血圧を下げる対症（直撃）療法は原因を残したまま血圧を下げてしまうのだから、かえって危険と考えるべきである。事実、降圧剤によって脳梗塞が増えるようでもあるし、種々の副作用によって命を縮めることになる。降圧剤を使わないで血圧を下げる、脳梗塞の危険を防止するなどの手だてをすることが望ましい。また多くの場合、特に“本態性”高血圧という医師でさえ意味が分かっていないらしい症状については、それは可能である⁴。

⁴ とは云え、高血圧は全て医者要らずということではない。たとえば、高血圧の 5~20%を占めるという原発性アルドステロン症（副腎の腫瘍または肥大によってアルドステロンというホルモンが過剰生産されて高血圧の原因となるもの）は手術によって治すことが出来る。そのようなケースの診断と治療は医師の力に依らなくてはならない。頼るべきところは頼り、忌避すべきところは忌避するという判断力を私たちが蓄えていかなくてはならないということであろう。

このような知見は相当積み重ねられてきており、それを指摘する大衆書も少なくない（文献 9,10）。にも拘らず、病院では、特に本態性高血圧と称する症状に対し治療として降圧剤を処方することが続けられている。そこには医師の不勉強があるのかもしれないが、より本質的には医師が“医療システム”に囲い込まれているためであろう。現代の医療システムは製薬産業や医療機器産業が主導権を握っており⁵、医学部と医師会はその強い影響下にある。医師は医学部に入学してから医局に入り一人前の医師になる過程で一貫してこの医療システムの中で育てられるという構造になっている。これは一般的に技術者、研究者、官僚などを育てる、労働者の育成・管理過程と相似形である。さらに日本の場合「自由開業医制度」と云って、いったん医師の免許を取得すれば、どこでも、かつ内科・外科・小児科などどの科目でも、自分の裁量で任意に診療できるので、勉強不足の専門領域にも手を下すことが可能になるというあぶない問題がある。

システム化された医療プログラムの中に置かれた医師は“それはシカジカに考えるのですよ”という形の医療知識を詰め込まれ、なおかつ膨大な情報を詰め込んだ医療ソフトウェアを使うことを要請される⁶。このようなソフトウェアは「シカジカの高血圧症状にはカルシウム拮抗剤（あるいは利尿剤、等）である〇〇のシカジカの容量を処方すべし」という詳細指針を即座に提供するだろうが、「(本態性)高血圧に降圧剤を使うな」という情報は入っていないことは想像に難くない。

そういう訳なので不勉強な医師は降圧剤の功罪を知ることはない。勉強してこの問題に気づいた医師は困難なことになる。降圧剤を処方しない正しい行為をしたら圧力がかかるかもしれないし、それ以上に、投薬処方がポイントになる現在の健康保険制度の下では、投薬処方しないことは収入の減少につながる。医師は労働者としての自分の位置に葛藤するか、医療システムの指針のままに行動する安易な道を行くかの選択を迫られるか、ジレンマに陥る。

これは普通の労働者が置かれている状況と質的には同じであり、医師だけの問題ではない。汝らのうち罪なき者石を持って打て。医師を糾弾することで問題が解決することはない。システムを（・・・医師のシステムを、私たちの消費システムを、拙論「世界の動く仕組み」の表現によれば私たちのタコツボ構造を・・・）変えていく必要がある。

具体的にはどうすべきなのか？ 医療の問題について云えば、患者は自分の身体のことを良く知りかつよく勉強して医師に接することが肝要だろう。医師は医療における諸々の技術と権利を独占しているので、それに頼らざるを得ない。しかし医療システムが誤って

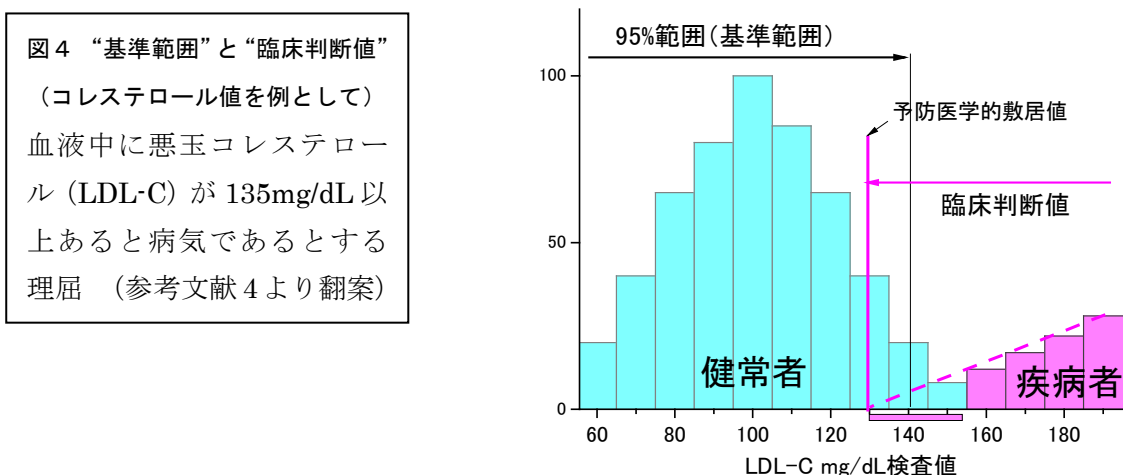
⁵ 「薬事法」は安全で効果的な医療の指針を提供することを表向きの看板としているが、製薬会社等の意向が強く盛り込まれた内容になっている。例えば、2014年末に施行予定の改正薬事法「医薬品・医療機器等法」では、医療機器やそのソフトウェアを規制して統一しようとしている。それは医療機器分野を国内経済再生に向けた重点産業に位置付ける戦略の一環であることを、関係筋は隠していない。

⁶ 現在病院では、医師は医療ソフトウェアを搭載したパソコンに向かって診断する。予め看護師が問診した結果がパソコンに入力されており、医師はそれを読みとり、さらに患者の話を聞いてパソコンに書き込んでいく・・・ことに精いっぱい、患者に向き合うことができない、患者の顔も見ないことも少なくない。

いる場合も少なくないという不幸な状況では、頼り切ることにはできない。間違っていること乃至不服があればそれを指摘して、医師に勉強してもらおうようにするのである。医師を糾弾するというのではなく、とりこまれた医師を目覚めた医師に改造し、医師と共闘する姿勢、あるいは医師という専門家を使いこなす姿勢である⁷。

これは高血圧のことだけではない。コレステロール値（§ 補足-1）、中性脂肪（高脂血症）、“メタボ”、BMI値なども医療側の利益誘導と思われる基準値設定が行われているし、精神的な“疾患”ではうつ病、不眠、新型うつ病、自律神経失調症、不安障害、強迫性障害、摂食障害、発達障害、自閉症、アスペルガー症候群、等などと、際限なく病名が“発明”されて患者が多数“生産”され、睡眠薬・抗うつ剤・向精神薬・・・が処方されている。これによって症状が改善されることは稀⁸で、症状が悪化するか持続することの方が多という。また東京都医務監察院の調べでは、不審死の 50%強で医薬品が検出されており、その大半は精神科で処方されている薬剤であるという（文献 8）。ここに至っては、冒頭のブラックジョークはジョークならぬ真実として語られるものになる。この場合も、医者に頼り切って任せっぱなしにしないだけの判断力を私たちは持つ必要がある。繰り返すことになるが、医者は聖職者ではなくて医療労働者なのだを割り切って、医者の良い面と悪い面とを見極めて、医者を使いこなすことが重要である。

補足一 1 基準範囲と臨床判断値（コレステロールを例として）（参考文献 4 の抜粋）



⁷ それは、家や電気器具や車の修繕は大工などそれぞれの専門技術者に頼らざるを得ないが、専門家に云われるままになるのでは賢明な消費者と云えないという事情と同根である。拙論「世界の動く仕組み」の表現によれば、消費社会の“羊の群れ”にならないということである。

⁸ もちろん「医者にかかって治った」と見做されるケースも少なくないだろうが、病気と云うものは本来自ら治るものだし、ここに挙げられている“病名”のほとんどはそもそも病気でない。医者への寄り道は余計なこと、座禅でもやって心身を鍛練すべしとする方がよい。

§2に記した“基準値”の考え方は、日本医学会会長の説明によれば以下のようなものである。

基準範囲： 多くの健常人から得られた検査値分布の中央 95%を含む数値範囲を算出したもの（図4の■）。この95%の外の値は稀な例として除外される。日本医学会会長によれば、このような基準範囲は疾病の診断、将来の疾病発症の予測、治療の目標などの目的に使用することに適さないと云う。

臨床判断値：この疾病を持っている人の分布から判断した値（図4の■）で、疾病の診断・予測・治療の目標に用いられるべきは判断値であると日本医学会会長は云う。健常人分布から見た基準範囲と疾病者分布から見た臨床判断値の重なり合った部分（■）は患者側にカウントされることになる。このようにして「健康な患者」が発生し、毎年1兆円も増え続けると云う国民医療費の急膨張の一因となっている。

動脈硬化学会は、LDL-コレステロールが血液140mg/dL以上で病気としている。一方人間ドック学会の新基準値は女性だと年齢ごとに変わるが、65歳以上では190mg/dLまでは健康とする。男性は178mg/dLまで健康とする。両者のギャップ（男性で140と178の間）にあたる人は健康であっても、コレステロール値を下げる薬を飲まされる対象になる。コレステロール低下薬は日本だけで年間3000億円以上が消費されている（2008年度）。コレステロール低下薬が癌などの疾患を増やすとすれば、国民医療費に与える負荷はさらに大きくなる筈。

動脈硬化学会によると、日本人の中高齢者は高血圧などの問題点がなければ、10年以内に冠動脈疾患で死亡する確率は1~2%以下である。LDL-C値の高い人が、それを下げてもこの死亡率は0にならない。また低下薬で死亡率が2~3割減るといふ疫学研究の結果は、1%の死亡率が0.7%に下がる程度であることを意味している。

LDL-Cを含む総コレステロール値が低いと、日本人にはもともと少なかった冠動脈疾患は減るものの、多かった脳卒中などが増えるという疫学研究や、悪玉コレステロールの高い人ほどトータルの死亡率は下がるとの研究結果がある。特に男性では悪玉コレステロールが低いグループほど癌や呼吸器系疾患の死亡率が高い。

1995~2005 神奈川県伊勢原市の男性9,949人(平均年齢64.9才)、女性16,172人(平均年齢61.8才)を追跡して、LDL-Cレベルと原因別死亡率を調べた結果が文献4に示されている。「悪玉コレステロール」が増えるほど死亡率が高いことが期待されたのだが、調査の結果は逆であった。

LDL-C値が一番高い男性のグループでは、コレステロールが問題になるであろう虚血性心疾患などがやや増えているものの、LDL-C値が低いグループはおしなべて悪性新生物や

呼吸器系の疾患が多くて遙かに高い死亡率になっている。LDL-C が足りないと抵抗力が弱まるためとされる。

一方、女性ではガン、呼吸器系疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、循環器疾患など諸疾患と LDL-C 値との関係性は小さく、あえて LDL-C を下げる必要性は無いという結果になっている。

低下薬プラバスタチンについての英国の調査。

低下薬で心筋梗塞が減るものの、プラセボ群の 12%に対して投薬群で 10%になる程度。一方で癌の発生と死亡が明らかに増え、死亡総数ではプラセボ群と投薬群で差が無い。この薬は一生飲み続けるので、癌発生を長期に追跡すればもっと多発する可能性がある。お金をかけた医療がこの集団全体に対しては何をしているのか？

補足一 2 (降圧剤に依らない) 高血圧対策

降圧剤を処方する対症療法は、血圧が高くなる真の原因については何もしていないので、高血圧症状はなくならず、別途危険な状態を創り出す⁹。降圧剤以外に医師がする助言に“食塩の摂取量を減らす”というものがあるが、これは多くの場合効果が無い。減塩の根拠は、エスキモーやピグミーなどは血圧が低く、これらの人たちは食塩の摂取量が少ない…といった類の現象認識の程度でしかない。因果関係の理解において短絡的であり科学的な姿勢とは云えない。事実、減塩で効果があるのは高血圧患者の 2~3 割とされるが、このように小さな関係でしかないものをおおごとに云い立てるのは、ともかく少し効果があるなら嘘ではないだろうし、減塩しても悪い影響はない筈だから云っておこう…という考えかと勘繰りたくなる¹⁰。

そんな状態だから高血圧に対する真の療法を医師に期待することはできないが、もちろん色々なことが断片的に指摘されており、民間療法にも多くの情報がある。人はこれらを参考にして、試行錯誤によって自らの解を見つけようとする。高血圧の原因は一とおりではないようなので、どれが一番良いかという形で整理できないが、これらの多様な情報を科学的に評価し、身体の状態に照らして合理的な療法として整理する余地が多分にあるように思われる。これは、現代の医療システムに取り込まれない良き医師団を育てる中で解決する方向を期待したい。

取り敢えずは、そのような断片情報を拾い上げて私自身が実践しているものを以下に書き出してみる。

⁹ 中東のテロは、欧米が政治経済の押し付け・抑圧を行っていることへの抗議が噴出した症状である。これに対症直撃療法（テロ撲滅）を以ってして症状を悪化させていることに、よく似ている。

¹⁰ 更に、あまり効果のないことで患者をつなぎ止めておくという魂胆との勘繰りもあり得る。

食事

- ・食事は腹 7~8 分目にする。
- ・夜 8 時以降の食事はしない、朝は食べないか、水・青汁・リンゴ野菜ジュースなど。
(血液を体内浄化に使う時間を長くする)
- ・プチ断食 (丸一日水以外を摂取しない) は血圧を下げる効果大きい (私も時に行つて効果を実感しているが、恒常的に行っているわけではない)。
- ・カリウムを多く取る。(野菜や果物を多く食べる)
- ・糖質の摂取を少なくする (これはむしろ糖尿病向けか)
- ・アルコールは適量 (日本酒二合相当)

体温を下げない、身体を温める (血管を収縮させない。冬場に特に重要)

- ・暖かい服装 (首、手首、足首など動脈の集まる部位を温める)
- ・足湯 (半身浴も良いと云う)

運動

- ・ラジオ体操、ストレッチ、ウォーキング
- ・腹式深呼吸 (深く呼吸することを常時の習慣とする)
- ・筋肉もみ、血管もみ
(午前中食事を控えている時間帯にこれらの運動をして血液を体内に巡らす)
(こまめに時間を見つけてこれらの運動を行い、身体の温まりやストレッチ効果を持続させる。腹式深呼吸は電車の中や何かの時間待ちにでも相当できる。)

ストレス管理 (ストレスで血圧は 20~30 高くなる)

- ・過剰なストレスは避け、平常心で血圧を低く保つように訓練する。
(自己暗示、瞑想などは効果がある。癒し系の音楽を聞くのも良い。)
- ・活動しているときに血圧が高くなるのは当たり前であると理解して、気にしない。活動している時は楽しく熱中して血圧のことは忘れる方がよいようだ。
- ・眠くなったら眠る。

以上は私が現在実践している途上の項目である。結構項目が多いがそれぞれ適当な時間の隙間にこまめにやればよいので、格別困難なものではない。これらをやすることで、数か月の単位でジワジワと効果が感じられる。上の血圧が 170 前後あったところが、今は 150 前後に下がっている。

[参考文献]

1. 「医療問題」 池上直己 (日本経済新聞社 1998)
2. 「100 歳まで介護が要らない人になる 4 つの習慣」 石原結實 (PHP 2012)
3. 「高血圧は薬で治すな」 浜六郎 (角川 One テーマ 21, 2005)
4. WebRonza 「人間ドックの健診基準見直し立ち消えか 医師側の反発強く」 2014/08/09

<http://astand.asahi.com/magazine/wrscience/special/2014080900001.html>

5. 「日本人は LDL-C の高い方が長生きする」大櫛陽一・東海大医学部教授ら
(脂質栄養学:2009)
6. 「コレステロール医療の方向転換—緊急の課題」奥山治美 (薬学雑誌 2005)
7. 「血圧 147」で薬は飲むな 大櫛陽一 (小学館 2014)
8. 「精神科医は今日もやりたい放題」内海聡 (三五館、2012)
9. 「医原病—医療信仰が病気をつくりだしている」近藤誠 (講談社プラスアルファ新書、
2000)
10. 「医者の本音」柴田二郎 (私版本)