

JSH2025でどう変わる？ クリニックの降圧療法 〈知らんぷり高血圧の克服をめざして〉



勝谷医院院長

勝谷友宏

1989 年和歌山県立医科大学卒業。1993 年大阪大学医学部大学院内科系博士課程修了。Stanford 大学 Falk 心臓血管研究所留学を経て、大阪大学で助手、講師を務めた後、2009 年より勝谷医院を父から継承。現在、大阪大学招聘教授、大阪医科薬科大学教育教授、千里金蘭大学客員教授、森ノ宮医療大学客員教授、兵庫県内科医会会長、尼崎市内科医会副会長を併任。5 つの学会の理事を務める傍ら英文原著論文 220 編 (Nature, Lancet, 他) を発表。高血圧、老年病、抗加齢医学、未病などの専門医。産業医、健康スポーツ医、認知症サポート医などを務める他、ケアマネ資格も有する。兄はコラムニストの故 勝谷誠彦。

1 日本の高血圧診療の現実を直視することから始めよう	p02
2 「知らんぷり高血圧」の実態	p04
3 家庭血圧の正しい測定と記録を行うために血圧手帳を活用する	p05
4 正常血圧を説明し、降圧目標の妥当性を理解してもらう	p07
5 降圧目標の一本化	p08
6 治療を待ちすぎない・ためらわない	p09
7 降圧薬の新しいグループ分類の意味	p11
8 日本人の食塩感受性と降圧薬の作用機序の違いから考える併用療法	p13
9 β 遮断薬の「復権」	p15
10 降圧薬としてのARNIの登場	p16
11 非ステロイド骨格を有するMRAの使い方	p17
12 配合剤を使いこなす	p18
13 治療抵抗性高血圧の診断と治療	p20
14 高齢者高血圧の治療で気をつけたい点	p21
15 「知らんぷり高血圧」の撲滅をめざそう！	p22

 **HTML版**
スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

 **無料会員登録**
無料会員登録の手順の解説です。

 **オリジナルコンテンツ**
日本医事新報社のオリジナル Web コンテンツや関連書籍を検索できます。

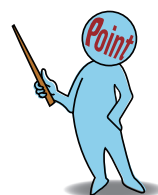
ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし、医学・医療は日進月歩であり、記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって、実際、診断・治療等を行うにあたっては、読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が、その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して、著者ならびに出版社は、その責を負いかねますのでご了承下さい。

私が伝えたいこと

- 高血圧は日常臨床で最も接する疾病であり、医師に対するアンケート調査で治療満足度が最も高い疾患とされる。
- 日本の降圧目標達成は27%と先進国で下から2番目で、年間約17万人の命が高血圧に起因して失われており、「高血圧治療ガイドライン2019 (JSH2019)」の記載より約7万人も増加している。
- 高血圧患者に対して降圧薬を投与し、I度高血圧状態で目標を達成していなくても「知らんぷり」をしている高血圧パラドックスがこの事態をまねいている。
- 医師・患者ともに高血圧に対する意識を改め、協働して降圧目標達成に速やかに向かうためには、アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 (ARNI) やミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 (MRA) も含めた適切な降圧薬の使用と適塩化が鍵を握る。
- 「高血圧管理・治療ガイドライン2025 (JSH2025)」はこれらを実現するための「攻めのガイドライン」となっており、本稿と併せて読むことで、高血圧に起因する死亡者が年間1万人以上減ることを切に祈っている。



1 日本の高血圧診療の現実を直視することから始めよう

1 日本の高血圧診療の現実

2025年8月29日に「高血圧管理・治療ガイドライン2025 (JSH2025)」¹⁾が発刊された。高血圧の診断・治療は日常臨床で最もありふれたものと認識されており、各種医療メディアが実施する医師に対するアンケート調査において、治療満足度No.1の疾病とされる(対極にあるのがパーキンソン病などの神経難病である)。では、日本の高血圧の「管理」は十分なのだろうか。

JSH2025の冒頭に記された疫学データによれば、高血圧患者数は約4300万人で、過去3回のガイドライン改訂を通じてまったく変化していないにもかかわらず、高血圧に起因する死亡者数は約17万人/年と、「高血圧治療ガイドライン2019 (JSH2019)」²⁾よりも約7万人も増加している。この「約7万人」という数は、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が最も流行した2022年の死亡者数約5万人や、2025年の年間自殺者数約2万人と比較しても大変大きな数であることが容易に想像される。

さらに、降圧目標の達成、いわゆるコントロール率を国際比較すると、日本は先進国内でワースト2位の状況で、これはお隣の韓国の約半分という



図1 高血圧診療の国際比較と日本のコントロール率

a：高血圧診療の国際比較

(%)

	女性			男性		
	有病率	治療率	コントロール率	有病率	治療率	コントロール率
カナダ	36	66	50	34	81	69
ドイツ	43	80	58	46	70	48
米国	44	80	54	45	70	49
韓国	34	74	53	44	65	46
英国	36	59	37	40	55	37
豪州	33	65	38	39	55	28
ニュージーランド	41	62	35	45	55	28
フィンランド	52	59	29	59	55	26
イタリア	45	68	31	56	56	23
スペイン	36	56	29	53	51	25
日本	40	55	29	56	52	24
アイルランド	43	50	26	56	39	17

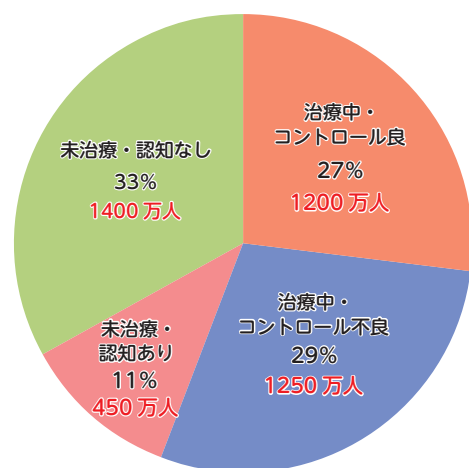
日本のコントロール率は、先進国内でワースト2位

(文献3より作成)

b：わが国の高血圧有病者、薬物治療者、管理不良者などの推計数（2017年）

高血圧有病者 **4300万人**

血圧 140/90mmHg 以上の国民 **3100万人**



有病率、治療率、コントロール率は2016年（平成28年）国民健康・栄養調査データを使用。

人口は平成29年推計人口。認知率はNIPPON DATA 2010から67%として試算。

高血圧有病は血圧140/90mmHg以上または降圧薬服用中、コントロールは140/90mmHg未満。

（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会編：「高血圧管理・治療ガイドライン2025」ライフサイエンス出版、p-30、図1-5より転載）

惨憺たる有様である（図1）¹⁾³⁾。この事実は、「高血圧を診断し、治療していること」と「死亡や心血管イベントを防げていること」が必ずしも一致しないことを示している。

2 JSH2025をいかに活用するか

JSH2025が提示している最大のメッセージは、新規エビデンスの追加そのものよりも、治療が十分に実装されていない現状への問題提起である。外来診療では、ある程度の降圧が得られていれば治療強化を見送り、「次回も同様であれば検討する」といった判断が繰り返されやすい。このような診療における惰性（clinical inertia）は、米国心臓協会（AHA）/米国心臓病学会（ACC）ガイドライン⁴⁾や欧州高血圧学会（ESH）ガイドライン⁵⁾に

JSH2025の最大のメッセージ

治療が十分に実装されていない現状への問題提起

これに対して、わが国はⅠ度高血圧で足踏みしている対象者（高血圧と診断されている者も未受診者も含めて）が多く、欧米の議論にまで達していないのが現状である。ご存知のように、米国では130/80mmHgを高血圧(hypertension)の基準として、定義まで改変しており、120～129mmHgが高値(elevated)血圧という認識である。

2 正常血圧の意義

当院にも「先生、血圧が125/85mmHgまで下がって心配なので、薬を飲むのをやめたよ」と自己判断する患者が散見されるが、正常高値血圧・高値血圧の状態では正常血圧者に比べて心血管病リスクが2倍高いことを説明し、降圧目標未達であることを理解してもらっている。家庭血圧で正常血圧は<115/75mmHgであり、収縮期血圧110mmHg台前半は下がりすぎではなく、至適血圧であることをしっかりと伝えていきたい。また、

図4¹⁾に示すように、家庭血圧で165/90mmHgの患者はⅢ度高血圧に相当し、速やかな対応が求められる高リスク者であることに注意する。

筆者の講演時などによくある質問が、「高値血圧の人に降圧薬などで治療してよいのですか？」というものがある。JSH2025では生活習慣指導を行う、と書かれているが、指導を行っても血圧が下がらない、ときどきⅠ度高血圧レベルまで上がる、という患者の場合は、患者の同意が得られれば「高血圧」と診断して降圧薬治療の土俵に上げるべきである。

高値血圧の患者に生活習慣指導を行っても血圧が下がらない、ときどきⅠ度高血圧レベルまで上がる場合は、降圧薬治療を検討する



5 降圧目標の一本化

1 全年齢 130/80mmHg未満の意味

JSH2025の最大のインパクトは、降圧目標が「患者背景を問わず原則130/80mmHg未満(診察室血圧)」へ一本化された点にある。JSH2019では、75歳以上の高齢者、脳血管障害患者、蛋白尿陰性の慢性腎臓病(chronic kidney disease:CKD)患者などには「140/90mmHg未満」という緩やかな目標が設定されていた。これはJSH2025で撤廃され、より積極的な降圧がすべての患者に求められるようになった。

この変更は、JSH2025の作成に際して実施されたシステマティック・レビューとメタ解析に基づいている。高値血圧であっても心血管病の発症・死亡リスクが有意に上昇すること、および積極的降圧(収縮期血圧を120～130mmHg程度まで)が心血管イベントを抑制するというSPRINT試験⁷⁾やSTEP研究⁸⁾等の複数の国際的大規模試験の知見が、この方針転換を支持している。

JSH2025の最大のインパクト

降圧目標「患者背景を問わず原則130/80mmHg未満(診察室血圧)」に一本化

2 実臨床での重要な注意点

実臨床での重要な注意点は、「原則」という言葉の意味である。JSH2025は降圧目標の一本化を示しながらも、個々の患者において有害事象（低血圧、起立性低血圧、腎機能悪化など）が懸念される場合には、担当医が個別に判断することを許容している。特に高齢者でフレイルや認知症を合併する症例、頸動脈に狭窄のある症例などでは、130/80mmHgへの到達を焦らず、有害事象を観察しながら段階的に降圧を図ることが賢明である。「目標値は同じでも、そこへのアプローチは患者ごとに変える」という姿勢が求められる。

なお、降圧薬開始時に有害事象が認められることが多く、このときの体験が治療抵抗性にもつながりかねないことから、降圧目標達成までは、1～2週間、長くて1カ月までの間隔で来院するように勧めたい。したがって、3カ月処方の大学病院や基幹病院で高血圧治療を開始することは困難であり、一般的な開業医のように患者の日常生活を熟知した主治医が、自覚症状を確認し、腎機能や電解質に配慮した採血を行うなど、きめ細かいモニタリングを行いながら降圧目標を患者と一緒にめざすという姿勢が求められる。**表1**¹⁾²⁾に降圧目標の変遷を新旧ガイドライン比較で示す。

表1 JSH2019とJSH2025の降圧目標比較

患者背景	JSH2019の目標（診察室血圧）	JSH2025の目標（診察室血圧）
75歳未満の成人	130/80mmHg未満	130/80mmHg未満（変更なし）
75歳以上の高齢者	140/90mmHg未満	130/80mmHg未満（厳格化）
脳血管障害患者	140/90mmHg未満	130/80mmHg未満（厳格化）
CKD（蛋白尿陰性）	140/90mmHg未満	130/80mmHg未満（厳格化）
糖尿病合併	130/80mmHg未満	130/80mmHg未満（変更なし）
家庭血圧目標	125/75mmHg未満（75歳未満） 135/85mmHg未満（75歳以上）	125/75mmHg未満（全年齢統一）

目標値は同じでも、目標達成までのアプローチは個々の患者に応じて工夫する

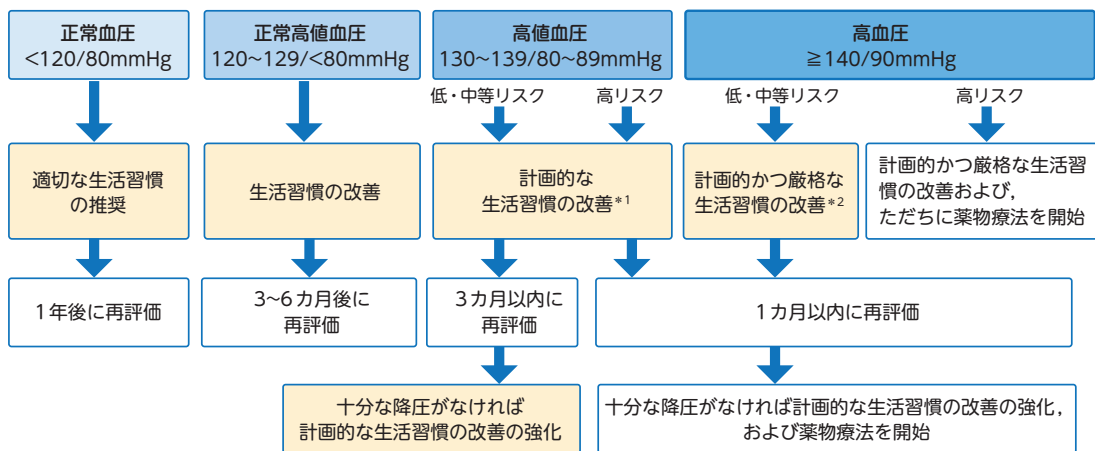
（文献1，2より作成）

6 治療を待ちすぎない・ためらわない

1 治療介入のタイミング

JSH2025の「攻めの姿勢」が最も鮮明に表れているのが、治療介入のタイミングに関する記述である。JSH2019では、生活習慣改善を指導したのち「おおむね1カ月後をめどに再評価」し、改善が見られなければ薬物治療を開始する、という記載であった。これに対してJSH2025では、**図5**¹⁾に示すように、より積極的で早期の介入が明文化された。

図5 初診時血圧レベル別の高血圧管理計画



受診勧奨により受診した場合、継続的に血圧が高値であるかを確認し、フローチャートに従う。

*1 計画的な生活習慣の改善とは、患者の同意を得ながら、今後の治療の目標（降圧目標など）や生活上の注意点など具体的な治療計画を策定し、治療計画に基づき生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことである。

*2 これまでに高血圧であることが確認されて生活習慣の改善などが指導されていた場合には、初診であっても薬物治療を開始することを考慮してもよい。

（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会編：「高血圧管理・治療ガイドライン2025」ライフサイエンス出版，p-67，図6-1より転載）

リスク層別の治療方針は「初診時血圧レベル別の高血圧管理計画」(図5)¹⁾を参照すると理解しやすい。ここで述べる低リスクとは、血圧が高値血圧かI度高血圧で予後規定因子がないこと（リスクゼロ）を指す。中等リスクとは、リスクゼロのII度高血圧か、「高齢者、男性、脂質異常症、喫煙」の中の2つまでを有する高値血圧またはI度高血圧患者を指す。喫煙している男性高齢者は高値血圧で高リスクと認定される。この場合、図5の矢印をたどると、生活習慣改善を行い、1カ月以内に再評価、十分な降圧がなければ計画的な生活習慣改善の強化および薬物療法を開始、ということになる。高血圧と診断された患者であれば、高リスクにおいては、厳格な生活習慣改善および直ちに薬物療法を開始、となっている。

JSH2025 では、より積極的で早期の介入が明文化された



2 米国のガイドラインとの比較

米国のガイドライン(図6)⁴⁾と比較すると、米国でも日本と同様に治療計画の柱は生活習慣改善と薬物治療で、血圧重症度が増すほど速やかな是正を求めている。JSH2025では臓器障害や合併症のリスクを重視したのに対し、「AHA/ACCガイドライン2025」では心血管病リスク（特に糖尿病やCKD合併）を重視しているという違いがある。

3 早期ステップアップ

JSH2025で特筆すべきは「早期ステップアップ」の概念である。薬物治療