

## REPORT

詳説◎改訂高血圧治療ガイドライン（JSH2019）《前編》

## 厳格降圧時代の新・高血圧ガイドラインの勘所

もはや130/80mmHg台は「正常な血圧ではない」

2019/6/4

安藤 亮 = 日経メディカル

令和時代の高血圧治療の基本となる「**高血圧治療ガイドライン2019（JSH2019）**」が、4月25日に刊行された。5年ぶりの改訂となった新ガイドラインの最大の特徴は、**高血圧基準値を140/90mmHg**に維持しつつも、大部分の患者に対して**降圧目標を130/80mmHg未満**へと強化したことだ。5月11～12日に福岡県久留米市で開催された第8回臨床高血圧フォーラムでは、「JSH2019を極める」と題された5つのセッションが開催された。登壇した専門家のコメントを交えつつ、改訂のポイントを紹介する。

「130/80mmHg以上は明らかに、正常な血圧とは言えない」——。こう強調するのは、「JSH2019を極める」のセッションに登壇した大久保孝義氏（帝京大学衛生学公衆衛生学主任教授）だ。

従来のガイドライン（JSH2014）では、140/90mmHg以上を「高血圧」、140/90mmHg未満を「正常域血圧」と定義していた。しかし、120/80mmHg未満の患者と比較して、120～129/80～84mmHgでは脳心血管病の発症率が高くなり、130～139/85～89mmHgでは発症率がさらに上昇するとのエビデンスが国内外で蓄積。また、これらの血圧値の患者は高血圧に移行する確率も高い。こうした背景を踏まえ、大久保氏は「120/80mmHg以上の血圧値を『正常』と呼ぶことは適当ではない」と指摘する。

JSH2019では、120/80mmHg未満を「**正常血圧**」と定義し、120～129/<80mmHgを「**正常高値血圧**」、130～139/80～89mmHgを「**高値血圧**」と名称変更した（表1）。大久保氏は、特に130/80mmHg以上の患者について「自分



帝京大の大久保孝義氏は「130/80mmHg以上は正常な血圧とは言えない」と指摘する。

が正常ではない血圧であることをしっかり認識してほしい」と改称の狙いを語る。なお、拡張期血圧（DBP）の境界値については、降圧目標との整合性の観点から、85mmHgを廃止して10mmHg刻みの区分に統一した。

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
至適血圧 正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常血圧 正常高値血圧	120~129	かつ	80~84 <80	115~124	かつ	<75
正常高値血圧 高値血圧	130~139	かつ/または	85~89 80~89	125~134	かつ/または	75~84
I度高血圧	140~159	かつ/または	90~99	135~144	かつ/または	85~89
II度高血圧	160~179	かつ/または	100~109	145~159	かつ/または	90~99
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性) 収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

表1 JSH2019における血圧値の分類（※クリックで拡大します）

## 高血圧基準値は140/90mmHgを維持

注目度が高かった高血圧基準値は、JSH2014と同じ140/90mmHgを維持し、I~III度の高血圧分類も従来通りとした。

2017年に改訂された米国のガイドライン（**ACC/AHA2017**）では、ランダム化比較試験（RCT）だけでなく観察研究の結果も含めたメタアナリシスを根拠として、高血圧基準値を従来の基準より収縮期血圧（SBP）・DBPともに10mmHg低い130/80mmHgに引き下げた（[関連記事](#)）。生活習慣改善を中心とした早期からの積極介入を行う明快な方針を示した形だが、米国では高血圧に分類される患者が7200万人から1億300万人へと激増した。

仮に日本で高血圧基準値が130/80mmHgになると、高血圧患者は4300万人から6300万人（30歳以上の国民の約7割）へと増加すると試算され、「治療・予防の対象としては多過ぎる」（大久保氏）。加えて、ACC/AHA2017で基準値変更の根拠としたRCTに日本での研究はほとんど含まれていないことなどから、日本での基準値は140/90mmHgに据え置いた。

**家庭血圧**での高血圧基準値も、JSH2014から変わらず135/85mmHgとなった。

家庭血圧計の普及率が高い日本では、従来のガイドラインから欧米に先駆けて家庭血圧の重要性を強調しており、JSH2019でも同様の方針を踏襲。診察室血圧と家庭血圧の間に差がある場合には、家庭血圧による診断を優先するとした。

家庭血圧に基づく診断と治療をさらに推進するため、JSH2019では新たに、家庭血圧による血圧値分類を設けた。この分類では、家庭血圧と診察室血圧との差は必ずしも5mmHgとはなっていない。診察室血圧の各分類での予後を見積もり、それと同等の予後に相当する家庭血圧の範囲を算出するという方法で作成されたためだ。

### 降圧目標を強化、日米欧の足並み揃う

JSH2019の最大の改訂ポイントは、合併症のない75歳未満の成人の**降圧目標を130/80mmHg未満**へと強化したことだ（表2）。複数のRCTのメタアナリシスから、130/80mmHg未満への降圧は、有害事象を増加させることなく心血管イベントと脳卒中のリスクを有意に低下させるとの結果が得られたことを根拠としている。

	日本 JSH2014	日本 JSH2019*2	米国 ACC/AHA2017	欧州 ESC/ESH2018
一般成人	<140/90 (75歳未満)	<130/80 (75歳未満)	<130/80 (65歳未満)	120~130/70~79 (65歳未満)
高齢者	<150/90*1 (75歳以上)	<140/90*3 (75歳以上)	SBP<130 (65歳以上)	130~139/70~79 (65歳以上)
糖尿病患者	<130/80	<130/80	<130/80	120~130/70~79
CKD患者 (蛋白尿+)	<130/80	<130/80*4	<130/80	130~139/70~79
(蛋白尿-)	<140/90	<140/90		
脳血管障害患者	<140/90	<130/80*5	<130/80	120~130/70~79
冠動脈疾患患者	<140/90	<130/80	<130/80	120~130/70~79

- \*1 忍容性があれば140/90mmHg未満を目指す
- \*2 家庭血圧での降圧目標はいずれも5mmHgずつ低い値
- \*3 併存疾患などにより一般に降圧目標が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
- \*4 随時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする
- \*5 両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がある場合、または未評価の場合は140/90mmHg未満

表2 日米欧のガイドラインにおける降圧目標（血圧の単位：mmHg）（※クリックで拡大します）

メタアナリシスには、120/80mmHg未満への厳格降圧の有用性を示した**SPRINT試験**の結果も含まれている。しかし、SBPで120mmHg未満を目指す厳格

降圧では有害事象が増加することなどから、120/80mmHg未満を降圧目標とするに足るエビデンスは十分ではないとした。

それでも、「130/80mmHgより低くなっても不利益な症状がなければ、降圧を緩める必要はない」と積極的な降圧治療の重要性を強調するのは、獨協医科大学腎臓・高血圧内科主任教授の石光俊彦氏だ。臨床試験では、全身状態の悪い患者が低血圧を呈した状態でイベントを起こす場合がある。こうした症例が、過降圧による有害事象としてカウントされて結果に影響するという「因果の逆転」の可能性も考慮に入れる必要があるという。



「不利益な症状がなければ降圧を緩める必要はない」と語る獨協医科大学の石光俊彦氏。

石光氏は具体的な降圧方針として「初期治療ではまずSBP 130mmHgまで降圧し、低血圧による症状や所見がなければ次に120mmHgまで降圧すれば、過降圧に伴う有害事象は起こりにくい」と解説。その上で、「SBP 120mmHg未満にまで降圧する場合には、過降圧による有害事象に注意する必要がある」と呼び掛ける。

なお、2018年に改訂された欧州のガイドライン（ESC/ESH2018）では、高血圧基準値を従来と同じ140/90mmHgに維持しつつ、ほぼ全ての患者の降圧目標を130/80mmHg未満に下げ、早期からの生活習慣改善や、薬物療法初期からの降圧薬2剤併用などを推奨している（[関連記事](#)）。結果的にJSH2019は、米国よりも欧州のガイドラインに近い枠組みを採用したこととなったが、大半の患者に130/80mmHg未満への積極的な降圧治療を行うという方針については、日米欧の足並みが揃った形だ。

## 薬物療法対象者の増加は限定的

今回の降圧目標の引き下げにより、降圧薬を新規処方される患者数が大幅に増加することはないとみられる。以前から降圧薬を処方されていた高血圧（140/90mmHg以上）患者に加えて薬物療法の対象となるのは、高値血圧かつ脳心血管病リスクが高リスクと判定される患者に限られるからだ（[表3](#)、[表4](#)）。

血圧		初期治療	再評価期間	十分な降圧が見られない場合
正常血圧 (<120/80mmHg)		適切な生活習慣の推奨	1年	
正常高値血圧 (120~129/<80mmHg)		生活習慣の修正	3~6カ月	
高値血圧 (130~139/ 80~89mmHg)	低・中等リスク	生活習慣の修正 / 非薬物療法	おおむね3カ月	生活習慣の修正 / 非薬物療法の強化
	高リスク*		おおむね1カ月	生活習慣の修正 / 非薬物療法の強化と薬物療法を開始
高血圧 (≥140/90mmHg)	低・中等リスク			
	高リスク		ただちに薬物療法を開始	

\*高値血圧では、後期高齢者(75歳以上)、両側頸動脈狭窄や脳腫冠動脈閉塞がある、または未評価の脳血管障害、蛋白尿のない慢性腎臓病(CKD)、非弁膜症性心房細動の場合は、高リスクであっても中等リスクと同様に対応する。その後の経過で症例ごとに薬物療法の必要性を検討する。

表3 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画 (※クリックで拡大します)

脳心血管病リスク	要件
低リスク	● 血圧160/100mmHg未満 かつ 予後影響因子なし
中等リスク	● 血圧160/100mmHg未満 かつ「年齢(65歳以上)・男性・脂質異常症・喫煙」のうちいずれかに該当 ● 血圧160~179/100~109mmHg かつ 予後影響因子なし
高リスク	● 脳心血管病既往 ● 非弁膜症性心房細動 ● 糖尿病 ● 蛋白尿のある慢性腎臓病(CKD) ● 「年齢(65歳以上)・男性・脂質異常症・喫煙」のうち3項目以上に該当 ● 血圧160/100mmHg以上 かつ「年齢(65歳以上)・男性・脂質異常症・喫煙」のうちいずれかに該当 ● 血圧180/110mmHg以上

表4 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク (対象：血圧130/80mmHg以上の患者) (※クリックで拡大します)

高値血圧で低・中等リスクの場合は、原則として生活習慣の修正により130/80mmHg未満への降圧を目指す。この区分の患者に対する薬物療法により、脳心血管病リスクが低減することを示すエビデンスが不足していたためだ。なお、高血圧患者が薬物療法開始後に高値血圧に達した場合も、低・中等リスクであれば生活習慣の修正を強化し、薬剤を追加することなく130/80mmHg未満への降圧を目指す。

JSH2019作成委員会事務局長を務めた平和伸仁氏  
(横浜市立大学附属市民総合医療センター腎臓・高血圧内科部長) は「疫学的には、正常血圧での脳心血管



横浜市立大学附属市民総合医療センターの平和伸仁氏は「正常血圧者も血圧上昇の予防が重要になる」と訴える。

病死亡が明らかに少ない。早期から生活習慣改善を行い降圧を目指すとともに、正常血圧者も血圧の上昇を予防することが重要」と語る。また平和氏は「正常血圧の維持は、若年者ほど効果が高い」と強調。脳心血管病の抑制につながることに加え、若年時から適切な生活習慣を続けることで、糖尿病や脂質異常症の予防にも効果的だからだ。

なお、治療法選択の鍵となる脳心血管病リスクは、予後影響因子の組み合わせによるリスク層別化（リスク第1層～第3層）と血圧区分（高値血圧およびI～III度高血圧）とのマトリックスによって判定する。各リスクに相当する具体的な要件は表4の通り。リスク層別化は、国内でのエビデンス（久山町研究およびJALS研究）に基づいて作成された日本独自のリスク指標となっている。

降圧薬選択についてはJSH2014から変更はなく、積極的適応となる併存疾患などがない患者の第一選択薬は、レニン・アンジオテンシン（RA）系阻害薬、カルシウム（Ca）拮抗薬、サイアザイド系利尿薬のうちいずれか。次にこのうち2剤、3剤と追加し、3剤を用いても降圧目標に達しない治療抵抗性高血圧の場合は、4剤目としてミネラルコルチコイド受容体（MR）拮抗薬、β遮断薬、α遮断薬などを追加する。

**後編**では、高齢者や併存疾患がある患者の降圧目標や降圧薬選択、治療上の注意点について取り上げる。

© 2006 -2019 Nikkei Business Publications, Inc. All Rights Reserved.

## REPORT

詳説◎改訂高血圧治療ガイドライン（JSH2019）《後編》

## 新高血圧GL、合併症を有する患者への対応は？

高齢者も合併症次第では130/80mmHg未満を目指す

2019/6/5

安藤 亮 = 日経メディカル

5年ぶりの改訂となった「高血圧治療ガイドライン2019（JSH2019）」。**前編**では、降圧目標の引き下げや、130/80mmHg台を「高値血圧」と改称した狙いなどを紹介した。**後編**では、過降圧による有害事象が懸念される**高齢者**や、**併存疾患**を抱える患者の降圧治療における注意点などについて、前ガイドライン（JSH2014）からの変更点を中心に見ていく。

	日本 JSH2014	日本 JSH2019 *2	米国 ACC/AHA2017	欧州 ESC/ESH2018
一般成人	<140/90 (75歳未満)	<130/80 (75歳未満)	<130/80 (65歳未満)	120~130/70~79 (65歳未満)
高齢者	<150/90*1 (75歳以上)	<140/90*3 (75歳以上)	SBP<130 (65歳以上)	130~139/70~79 (65歳以上)
糖尿病患者	<130/80	<130/80	<130/80	120~130/70~79
CKD患者	(蛋白尿+)	<130/80*4	<130/80	130~139/70~79
	(蛋白尿-)	<140/90		
脳血管障害患者	<140/90	<130/80*5	<130/80	120~130/70~79
冠動脈疾患患者	<140/90	<130/80	<130/80	120~130/70~79

\*1 忍容性があれば140/90mmHg未満を目指す

\*2 家庭血圧での降圧目標はいずれも5mmHgずつ低い値

\*3 併存疾患などにより一般に降圧目標が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

\*4 随時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする

\*5 両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がある場合、または未評価の場合は140/90mmHg未満

表1 日米欧のガイドラインにおける降圧目標（血圧の単位：mmHg）（※クリックで拡大します）

## 高齢者：併存疾患により一般成人並みの降圧も検討

**75歳以上の高齢者**の降圧目標は、自力で外来通院可能な健康状態であれば**140/90mmHg未満**となった。JSH2014での降圧目標は150/90mmHg未満だったが、「忍容性があれば140/90mmHg未満を目指す」との記述もあったことから、大きな変更とはなっていない。

一方、75歳以上でも、糖尿病や慢性腎臓病（CKD）などの併存疾患によって、降圧目標が130/80mmHg未満とされる条件に合致した場合には、「まず140mmHg未満を到達し、忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満への降圧を目指すことを提案する」との記述が追加された。

75歳以上で併存疾患がある場合については、130/80mmHg未満を推奨すべきか検証できるRCTが存在しないが、大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学教授の楽木宏実氏は「積極的な降圧を否定するエビデンスはなく、危険性が低いことも明らかになっている」と指摘。全ての高齢患者に対して130/80mmHg未満への降圧を行うわけではないしつつも、「過降圧による有害事象に注意し、個別に薬剤数や薬剤相互作用、薬剤費なども考慮しながら130/80mmHg未満を目指すことを、専門家の意見として結論した」と語る。



大阪大の楽木宏実氏は「フレイルや認知機能低下など患者の状況を細かく考慮してほしい」と呼び掛ける。

薬物療法の開始基準はJSH2014から変わらず、140/90mmHg以上としている。ただし、楽木氏は、JSH2019の高血圧管理計画（表2）で「75歳以上の場合には高リスクであっても中等リスクと同様に対応する」としていることに触れ、「薬物療法の開始前に、フレイルや認知機能低下など患者の状況を細かく考慮してほしい」と注意喚起する。

血圧		初期治療	再評価期間	十分な降圧が見られない場合
正常血圧 (<120/80mmHg)		適切な生活習慣の推奨	1年	
正常高値血圧 (120~129/<80mmHg)		生活習慣の修正	3~6カ月	
高値血圧 (130~139/80~89mmHg)	低・中等リスク	生活習慣の修正 / 非薬物療法	おおむね3カ月	生活習慣の修正 / 非薬物療法の強化
	高リスク*		おおむね1カ月	生活習慣の修正 / 非薬物療法の強化と薬物療法を開始
高血圧 (≥140/90mmHg)	低・中等リスク		ただちに薬物療法を開始	
	高リスク			

\*高値血圧では、後期高齢者（75歳以上）、両側頸動脈狭窄や脳腫冠動脈閉塞がある、または未評価の脳血管障害、蛋白尿のない慢性腎臓病（CKD）、非弁膜症性心房細動の場合は、高リスクであっても中等リスクと同様に対応する。その後の経過で症例ごとに薬物療法の必要性を検討する。



**表2 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画**（※クリックで拡大します）

脳心血管病高リスクと判定されるのは、以下のいずれかに該当する場合。

- ・脳心血管病既往
- ・非弁膜症性心房細動
- ・糖尿病
- ・蛋白尿のある慢性腎臓病（CKD）
- ・「年齢（65歳以上）・男性・脂質異常症・喫煙」のうち3項目以上に該当
- ・血圧160/100mmHg以上かつ「年齢（65歳以上）・男性・脂質異常症・喫煙」のうちいずれかに該当
- ・血圧180/110mmHg以上

## 冠動脈疾患：降圧目標を強化、心不全抑制効果も期待

冠動脈疾患患者の降圧目標は、JSH2014での140/90mmHg未満から、**130/80mmHg未満**に下げられた。SBP 130mmHg未満への降圧については、冠動脈疾患患者への降圧薬治療を行った複数のRCTで、136～140mmHg未満に降圧した場合と比較して心不全、脳卒中、心筋梗塞などのリスクがいずれも低下したとのメタアナリシスの結果を根拠としている。

冠動脈疾患では、過度にDBPが低下すると、心筋虚血を引き起こして心血管イベントがかえって増加する「Jカーブ現象」の可能性が以前から指摘されていた。だが、降圧薬介入群のDBP達成値が80mmHg未満だった7つのRCTのメタアナリシスを行った結果、80mmHg未満への降圧により心不全が有意に減少し、全死亡、心血管死亡、冠動脈疾患も増加しなかった。75mmHg未満への降圧についても同様の結果が得られたが、70mmHg未満については該当するRCTが存在せず解析できなかった。



「冠動脈疾患でもDBP 80mmHg未満への降圧を避ける必要はない」と語る久留米大学医療センターの甲斐久史氏。

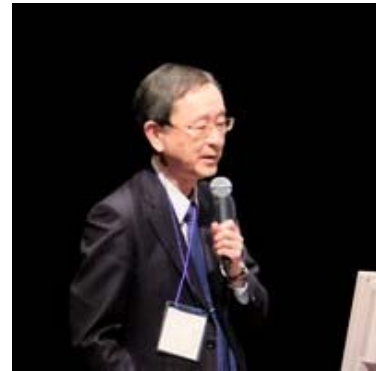
久留米大学医療センター循環器内科教授の甲斐久史氏は「冠動脈疾患患者ではSBP 130mmHg未満への降圧を優先すればよく、DBP 80mmHg未満への厳格降圧を避ける必要はない。75mmHgくらいまでは安全に降圧でき、心不全を抑制できるというメリットも得られる」と語る。

心疾患に関する上記以外の主な変更点として、甲斐氏は（1）左室駆出率の保たれた心不全（HFpEF）の降圧目標をSBP 130mmHg未満とする、（2）HFpEF合併心不全では、利尿薬を中心とした降圧治療を推奨する、（3）心房細動の新規発症予防および心房細動合併高血圧には、SBP 130mmHg未満への降圧を推

奨する——の3点を挙げている。

## 脳血管障害：血管病変の評価がより重要に

**脳梗塞**慢性期（発症1カ月以降）の患者の降圧目標は、両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がないケースでは、従来よりも10mmHgずつ低い**130/80mmHg未滿**となった。九州大学大学院医学研究院病態機能内科学教授の北園孝成氏は「改訂作業の当初は、JSH2014の降圧目標から変更しない方向だった」と振り返る。ところが、最近報告されたRESPECT試験を加えたメタアナリシスで、積極降圧による脳出血再発リスクの有意な低下が認められたことが明らかになった。「最新の研究結果と諸外国のガイドラインを勘案して、降圧目標を下げるという結論に至った」（北園氏）。



九州大の北園孝成氏は「血管病変をしっかり評価する必要がある」と訴える。

両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がある場合のほか、血管病変を未評価の場合は、降圧目標は**140/90mmHg未滿**としている。北園氏は「血管病変をしっかり評価する必要がある。未評価の症例でやみくもに降圧するのは望ましくない」と注意を促す。

また、脳出血急性期（発症2週間以内）の降圧目標は、従来の「SBP 140mmHg程度を目指す」から「できるだけ早期にSBP 140mmHg未滿に降下させ、このレベルを維持することを考慮しても良いが、降圧に伴う腎機能障害に注意を要する」との記載に改められた。

## 慢性腎臓病：CKDガイドラインとの整合性を重視

**慢性腎臓病（CKD）**患者の降圧目標はJSH2014から変わらず、蛋白尿ありの場合は**130/80mmHg未滿**、蛋白尿なしでは**140/90mmHg未滿**。この降圧目標は、2018年に発表された「**エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018**」（以下、CKDガイドライン2018）と整合性が取れた内容だ（[関連記事](#)）。

従来、CKD診療ガイドラインは専門医向けに執筆されていたが、CKDガイドライン2018からは、かかりつけ医を主たる読者として改訂された。川崎医科大学腎臓・高血圧内科学教授の柏原直樹氏は「CKDガイドライン2018はJSH2019と読者層が同じになったことから、内容に齟齬があつて混乱を招く事態を避けた」と、CKDガイドライン2018の内容を重視した背景を



「CKDガイドライン2018との齟齬が生じる事態を避けた」と語る川崎医科大学の柏原直樹氏。

説明する。

ただし、CKDガイドライン2018では「SBP 110mmHg未満へは降圧しないよう提案する」との記載があるが、JSH2019に同様の記述はない。この理由について柏原氏は、「110mmHg未満への厳格降圧を目指すべきでないとの十分なエビデンスが得られなかったため、推奨も否定もできない」と語る。

第一選択薬にも変更はなく、蛋白尿ありの場合はRA系阻害薬、糖尿病非合併で蛋白尿なしの場合は、レニン・アンジオテンシン（RA）系阻害薬、カルシウム（Ca）拮抗薬、サイアザイド系利尿薬のいずれかを

を推奨している。

## 糖尿病：第一選択薬は3剤が横並びに

糖尿病患者の降圧目標も、JSH2014と同じ**130/80mmHg未満**としているが、**降圧薬選択**には変更があった。JSH2014では、糖尿病患者の第一選択薬としてRA系阻害薬を推奨していたが、JSH2019では「RA系阻害薬に加え、Ca拮抗薬、少量のサイアザイド系利尿薬が推奨される」と改められた。RA系阻害薬と他の降圧薬を比較した16の研究のメタアナリシスから、心血管疾患の発症、心血管死亡、全死亡のいずれをアウトカムにした場合も、RA系阻害薬と他剤とで優劣がつかなかったためだ。

札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座教授の斎藤重幸氏は「欧米でも同様のエビデンスから、ガイドラインでは『RA系阻害薬を優先的に用いる』という記載をしていない」と指摘。改訂ポイントを踏まえ、「微量アルブミン尿や蛋白尿の評価を行うことが重要。蛋白尿がある場合はRA系阻害薬を用いるが、蛋白尿や腎障害がない場合は、血圧を下げることを重視して3種類のうちいずれかを使用する」と糖尿病患者の降圧治療の流れを説明する。

心保護効果や降圧効果への期待が高まっているSGLT2（ナトリウム依存性グルコース輸送担体2）阻害薬については、「降圧薬としての使用はまだ認められていないため特に記載はないが、今後の治験などを踏まえて検討すべき課題だと議論もある」（斎藤氏）。



「微量アルブミン尿や蛋白尿の評価が重要」と語る札幌医科大学の斎藤重幸氏。

## 「臨床イナーシャ」克服に向けて

JSH2019は、JSH2014と同様の教科書的記載に加え、臨床上の課題（CQ）17項目に対するシステマティックレビュー（SR）を実施し、その推奨文を記載する方式を併用している。また、SRを行うに足るエビデンスがないものの、日常診療で直面するような疑問に答えるため、9項目のクエスチョン（Q）に対する回答も記載している。

また、JSH2014の13章分に加えて、「高血圧管理の向上に向けた取組みと今後の展望」という新たな章が追加された。この中で、不十分な血圧管理の背景として、服薬アドヒアランスの不良や不適切な生活習慣とともに、「**臨床イナーシャ**（clinical inertia）」が挙げられている。イナーシャは「慣性」を意味する語で、高血圧であるのに治療を開始しなかったり、降圧目標に達していないのに治療を強化しないことなどが、高血圧診療における臨床イナーシャだ。



「JSH2019を多くの先生方に活用してもらいたい」と呼び掛ける横浜市立大学附属市民総合医療センターの平和伸仁氏。

JSH2019作成委員会事務局を務めた平和伸仁氏（横浜市立大学附属市民総合医療センター腎臓・高血圧内科部長）は「日本の高血圧患者4300万人のうち降圧治療を受けているのは約半数に過ぎず、JSH2014時点の降圧目標でさえ1200万人（27%）しか達成できていない」と問題提起する。

臨床イナーシャを改善して高血圧管理を向上させるために、平和氏は「医師患者間の治療に加え、専門医とかかりつけ医との連携や、保健師、管理栄養士、薬剤師などとの連携、さらに行政、マスコミ、産業界、学会を巻き込んだオールジャパン体制での多面的な取り組みが必要。そのために、ぜひ多くの先生方に、JSH2019を一読して活用してもらいたい」と呼び掛けている。

© 2006 -2019 Nikkei Business Publications, Inc. All Rights Reserved.