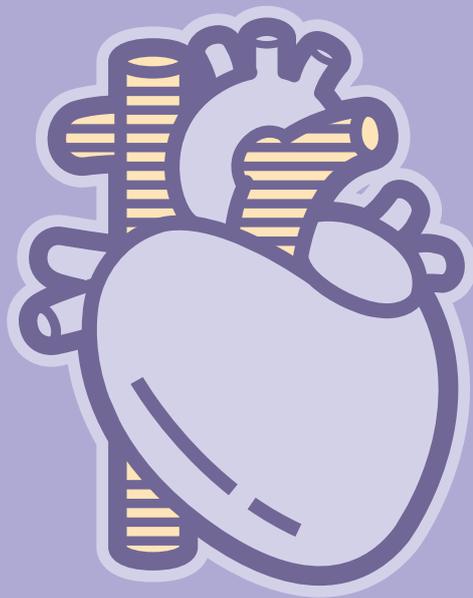


超高齢社会における かかりつけ医のための 適正処方の手引き

5 高血圧



[作成]

 **日本医師会**
Japan Medical Association

[作成協力]

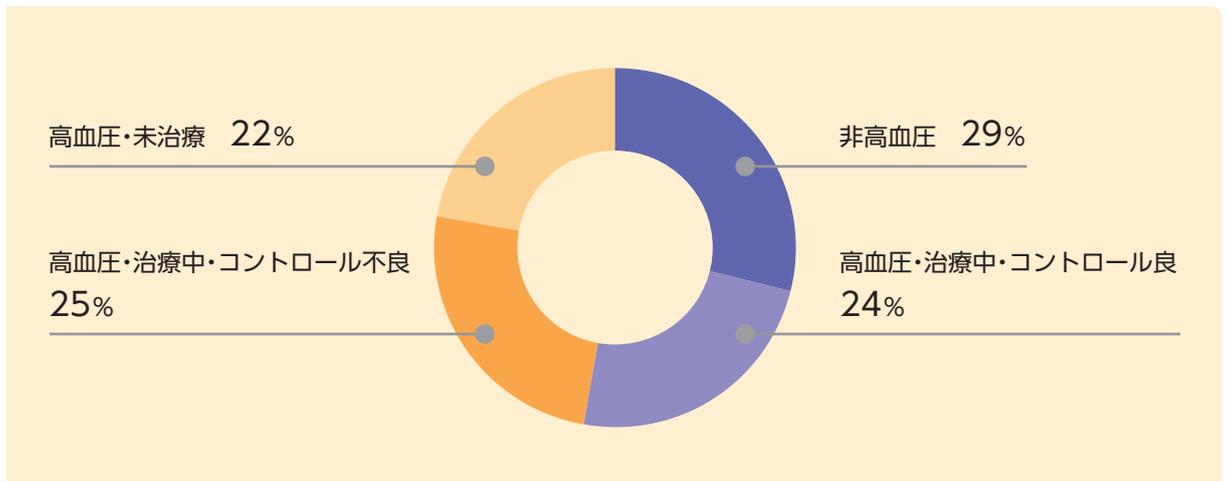


一般社団法人 **日本老年医学会**
The Japan Geriatrics Society

高齢者の高血圧の現状

日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインによれば、2017年のわが国の高血圧者（降圧薬内服または血圧140/90mmHg以上）の推計数は計4300万人であった。高齢になるほど高血圧者の割合は増える。国民健康・栄養調査（2018年）によれば、20～64歳の29%が高血圧者であるのに対して、65～74歳では67%、75歳以上では78%にまで高血圧者が著増する。図1に示すように、65歳以上では71%が高血圧で、未治療と治療中で血圧が140/90mmHg以上と治療中で血圧が140/90mmHg未満の割合はそれぞれ同程度であった。65歳以上高齢者の47%が血圧140/90mmHg以上であることは、大きな問題であると認識すべきである。

図1 65歳以上高齢者での血圧管理状況



（平成30年国民健康・栄養調査のデータを基に作成）

高齢者では、治療開始の基準値や、降圧目標値は年齢以外の要素も含めて個別に判断すべき場合も多い。一律に140/90mmHgを用いたデータでは診療現場と乖離した部分があるかもしれない。しかし、約7割の高齢者が高血圧という状況で、血圧管理がガイドラインやかかりつけ医自身が目標とする状況にあるかを個々の高齢患者について一度確認してみることは、大きな意義があると考えられる。

高齢者は一般に多病であり、病態は多様で、同じ年齢であっても生理機能の個人差が大きい。高齢者を年齢により一律に区分することには注意を要するが、75歳以上の高齢者は病態生理的变化を有することが多く、フレイルや認知機能障害など特有の病態の合併が多くなる。このことから、ポリファーマシー（P6「ポリファーマシーとその対策」参照）によるリスクも含め75歳以上の高齢者高血圧にはより注意が必要である。

高齢者高血圧の治療の目的

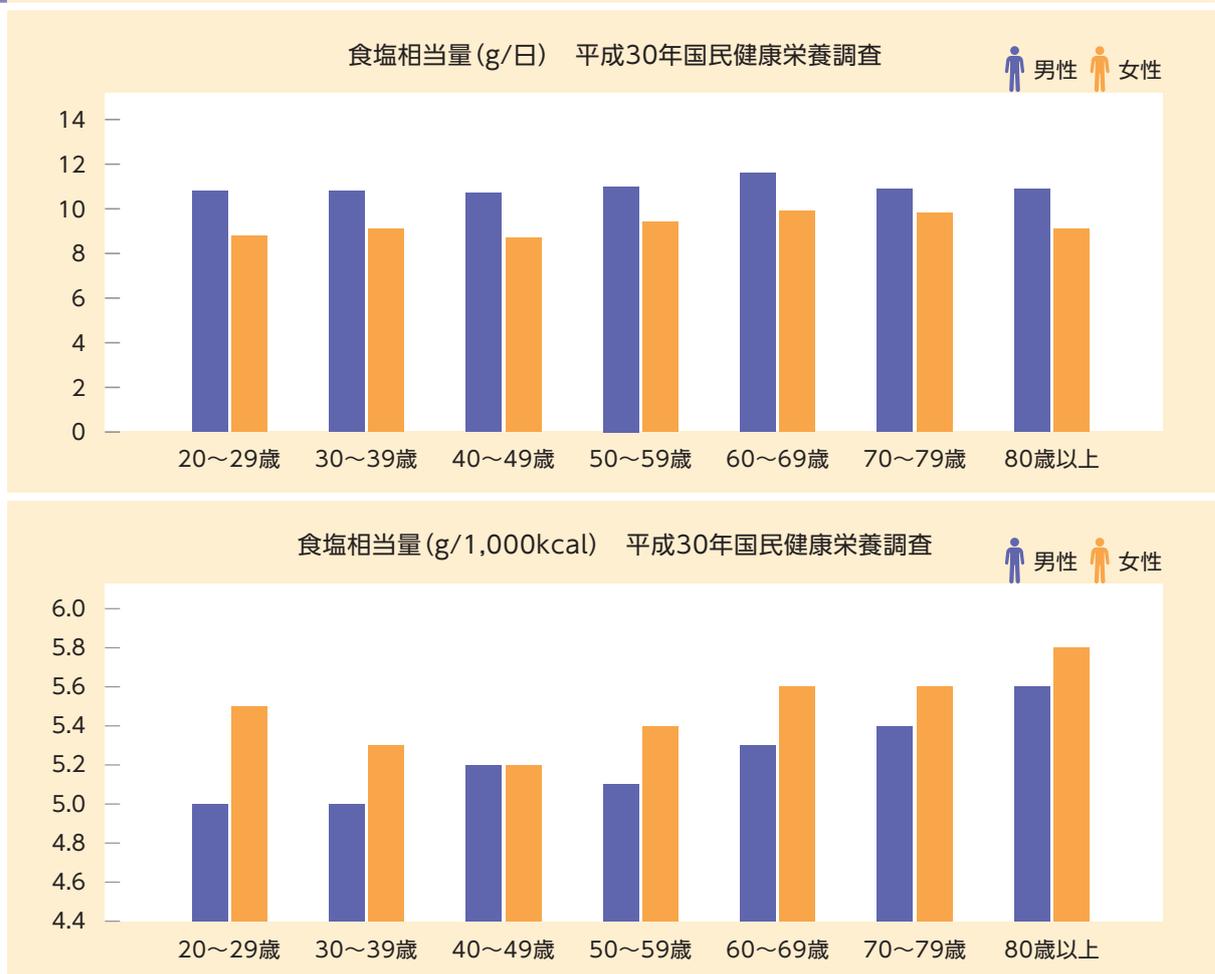
高血圧治療の目的は、高血圧の持続による脳心血管病の発症・進展・再発の抑制とともに、それらによる死亡を減少させることにある。加えて、生活機能に影響を及ぼす健康問題全般の発症・進展・再発予防が目的である。これは、すべての年齢層においていえることで、高齢者においても、脳卒中や心筋梗塞、心不全をはじめとする脳心血管病や慢性腎臓病（CKD）の発症・進展・再発の予防のために、高血圧症を適切に管理することは極めて重要である。

日本人の高齢者高血圧の特徴

日本人全般に、高血圧の要因として、食塩の過剰摂取があげられる。平成30年の国民健康・栄養調査結果では、20歳以上の国民1人1日当たりの食塩摂取量は平均10.1g(男性11.0g、女性9.3g)であり、過去10年間の推移で見ると、有意に減少しているものの、2012年に発表された世界保健機関(WHO)のナトリウム摂取量に関するガイドラインにおける一般成人の食塩摂取量の基準(5g/日未満)を大きく上回っており、国民全体におけるさらなる減塩の推進が必要である。年齢別にみると、男女共に60歳代が最も多いが、摂取カロリー単位では、男女ともに50歳代以上で増加する(図2)。食事量が一般に減少する高齢者で食塩摂取量が非高齢者より多くなっていることは、高齢者高血圧予防対策のためには、食品の嗜好、味覚の変化を考慮した加工食品を含む食材の工夫、食事のバランスや食習慣全般への対策が必要であることを強く示唆する。

また、近年、食習慣の変化により、わが国における肥満・メタボリックシンドロームを伴う高血圧者が増加している。平成30年の国民健康・栄養調査では20歳以上の男性の肥満者(BMI25以上)の割合が32.6%と過去30年で2倍となった。また同調査でメタボリックシンドロームが強く疑われる者の割合は65歳以上の男性で40%であり、高齢者においても減塩とともに肥満対策の推進が求められる。

図2 性・年齢階級別の食塩摂取量の平均値



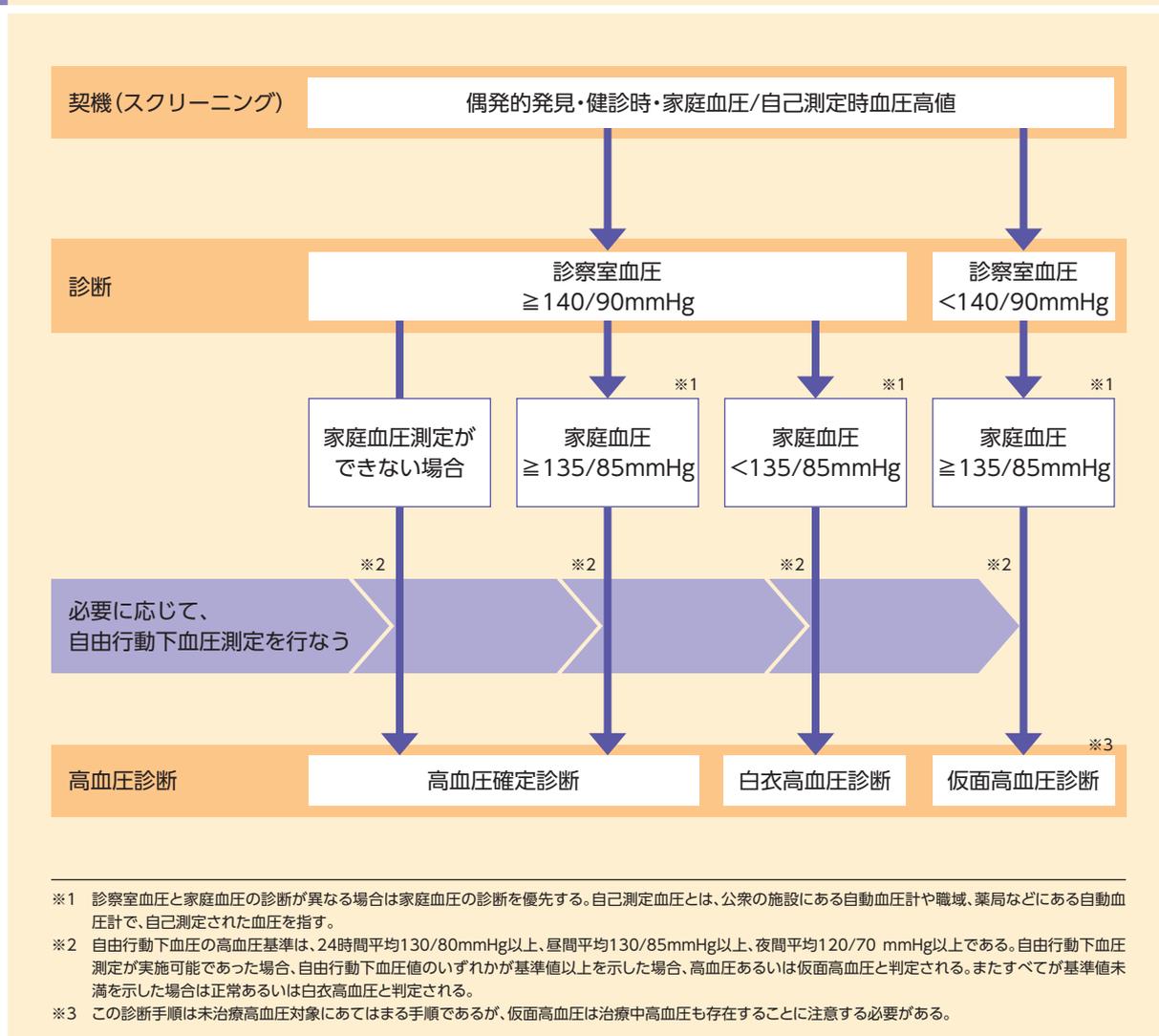
(平成30年国民健康・栄養調査のデータを基に作成)

高血圧の検査・診断

高血圧の診断の基準は、高齢者においても診察室血圧140/90mmHg以上、家庭血圧135/85mmHg以上である。可能な限り家庭血圧を確認することが推奨され、診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する。家庭血圧が測定できない場合や家庭血圧の信頼性に問題がある場合、家庭血圧の変動が大きい場合、家庭血圧と診察室血圧の差異が極めて大きい場合などでは24時間自由行動下血圧の測定が望ましい。図3に示すように、これらの値を総合的に判断して、仮面高血圧、白衣高血圧についても判断する。仮面高血圧は、診察室外血圧を用いて高血圧治療を行う対象となる。

診察室血圧測定について、高齢者は特に血圧動揺性が大きいため、1機会当たり複数回測定し、複数機会の値から判断する。高齢者では、起立性低血圧や食後血圧低下にも注意が必要で、初診時や降圧薬を変更した時には、起立時の血圧も測定する。

図3 血圧測定と高血圧診断手順



家庭血圧測定について、高齢者では自己測定や結果の管理がしっかりできているか懸念される状況も少なくない。測定タイミング、回数、血圧計の使用方法の確認の他、良い値だけを記録していないかなどもチェックする必要がある。家庭血圧計の精度管理も兼ねて、血圧計を診察室に持参してもらい自己測定の状況を確認することは有用である。認知機能の問題を含めて、自己管理が不確かな場合に同居者の補助やチェックも考慮する。家庭血圧計の購入自体が患者にとって負担になる場合があることにも配慮が必要である。

家庭血圧と診察室血圧との関係性について、2019年の高血圧治療ガイドラインの成人における血圧値の分類の表を示す(表1)。両者の差は、140/90mmHgまでは5mmHgだが、140/90mmHgを超えると収縮期は15~20mmHg、拡張期は10mmHgと大きくなることに注意する。家庭血圧が140mmHg台だから大丈夫ではなく、家庭血圧145mmHgなら診察室血圧160mmHgに相当し、Ⅱ度高血圧に相当する高い血圧であることを認識すべきである。

表1 成人における血圧値の分類

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
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	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
(独立性)収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

引用:高血圧治療ガイドライン2019(日本高血圧学会)

高齢者では、加齢に伴い、血管の弾力性が低下することで収縮期血圧の上昇がみられるも、拡張期血圧は低めにできることが多い。

診断と治療の各ステップにおける注意点

本態性高血圧として治療を開始する際に、降圧目標の設定、生活習慣修正の指導を行い、必要に応じて降圧薬を用いる。降圧薬の選択と用量の設定においては、服薬管理まで含めて検討する。臓器障害や合併症に応じた降圧目標や積極的適応となる薬剤選択があることは、通常の高血圧診療と同じであるが、治療に際してのすべてのステップで、図4に示すように高齢者に特有の注意点が多い。これらの注意点は高齢者の慢性疾患の診療全般において共通ともいえるポイントである。生活機能まで含めて高齢者を診る「窓」として高血圧診療を行うことは、より質の高い高齢者診療につながる。

高齢者においても二次性高血圧は常に念頭において鑑別されなければならない。既に治療中の患者であっても、血圧コントロールが不良になった際などには、改めて鑑別が必要である。高齢者での頻度や見逃しやすい病態の点から、薬剤誘発性高血圧、睡眠時無呼吸症候群、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、原発性アルドステロン症、腎血管性高血圧を意識して診療することを勧める。

ポリファーマシーとその対策

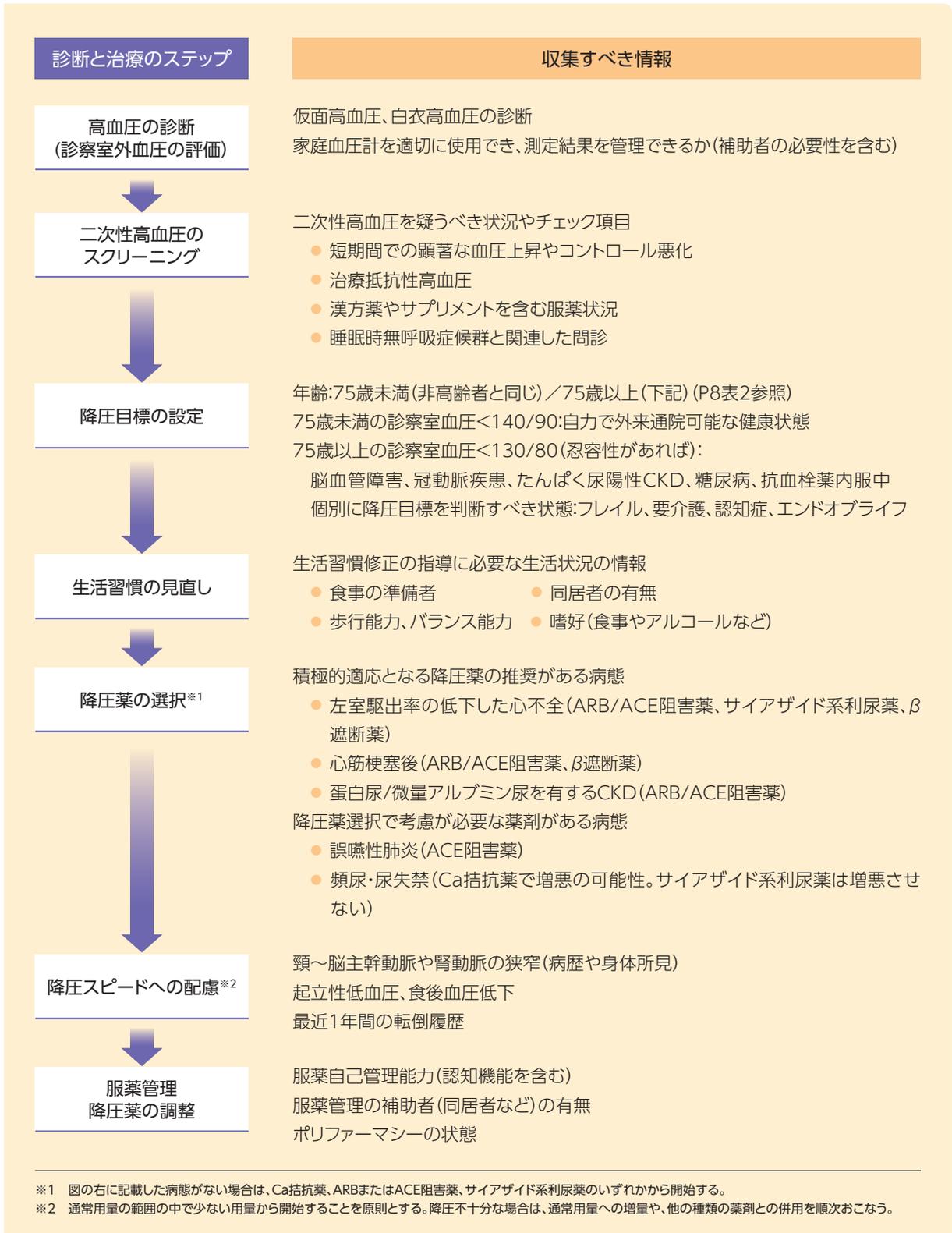
高齢者の特徴に配慮したよりよい薬物治療の実践を促進するため、厚生労働省は「高齢者の医薬品適正使用の指針（総集編）」をまとめた（2018年5月）。指針において「ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態である」と説明している。

ポリファーマシーを減らすためには、処方医の理解と協力が欠かせない。処方の見直しは定期的に行うほか、入院・入所する時や、転院や主な診療科が変わるとき、自宅に戻る時など、療養の環境が変わる時が見直しの好機といえる。

生活習慣の指導

高齢者血圧に対しても生活習慣の見直しは有用である。しかし、極端な生活習慣の変更はQOLを低下させる可能性があり、高齢者の特殊性や併存疾患を考慮して、非高齢者高血圧で推奨されている目標値を参考に個別に対応する必要がある。見直すべき生活習慣は、減塩、運動、適正体重への減量のように降圧効果や降圧薬の効果増強を期待するもの、肥満、飲酒、喫煙のようにそれ自体が心血管病発症リスクとなるために管理すべきものがある。

図 4 高齢者高血圧の診断と治療に必要な情報



※1 図の右に記載した病態がない場合は、Ca拮抗薬、ARBまたはACE阻害薬、サイアザイド系利尿薬のいずれかから開始する。
 ※2 通常用量の範囲の中で少ない用量から開始することを原則とする。降圧不十分な場合は、通常用量への増量や、他の種類の薬剤との併用を順次おこなう。

(作成者:楽木宏実)

高齢者高血圧の降圧目標

高血圧治療ガイドラインに示す降圧目標は、自力で外来通院可能なレベルの健康状態の人を対象としていることに注意する。フレイルや要介護の人、認知症の人などは、降圧治療開始基準や降圧目標を判定する十分なエビデンスはなく、降圧治療のメリット、デメリット、実行可能性を含めて個別に判断する。

一般的な降圧目標は、75歳未満では130/80mmHg未満、75歳以上では140/90mmHg未満である。家庭血圧ではそれぞれ5mmHg低い値が目標である。それぞれの年齢層において、より緩徐な降圧目標を目指すことから始める病態、あるいは、忍容性があれば最終的により積極的な降圧目標を目指す病態がある(表2)。

高齢者では、急激な降圧は避けるべきである。降圧薬の増量も3カ月くらいの間隔で行えばよい。ただし、脳心血管病発症リスクが高い患者においては、数週間以内に降圧目標に達することが望ましい。

過降圧の基準はなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

表 2 高血圧患者の年齢・病態別の降圧目標

		診察室血圧	家庭血圧
75歳未満	目標	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
	ただし、以下の病態では、右の値を目標とする。 ●脳血管障害 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価) ●尿蛋白陰性のCKD	140/90mmHg未満 130/80mmHg未満への降圧は個別に判断	135/85mmHg未満 125/75mmHg未満への降圧は個別に判断
75歳以上	目標	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
	ただし、以下の病態では、右の値を目標とする。 ●脳血管障害 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) ●冠動脈疾患 ●尿蛋白陽性のCKD ●糖尿病 ●抗血栓薬内服中	忍容性があれば 130/80mmHg未満	忍容性があれば 125/75mmHg未満

- 自力で外来通院できない健康状態の患者では、降圧治療のメリットとデメリット、実行可能性を含めて個別に判断する。
- 診察室血圧と家庭血圧に乖離が生じた場合は、家庭血圧の値を優先して判断する。
- 診察室血圧130~139/80~89mmHgの場合は、まずは生活習慣の修正を開始または強化する。

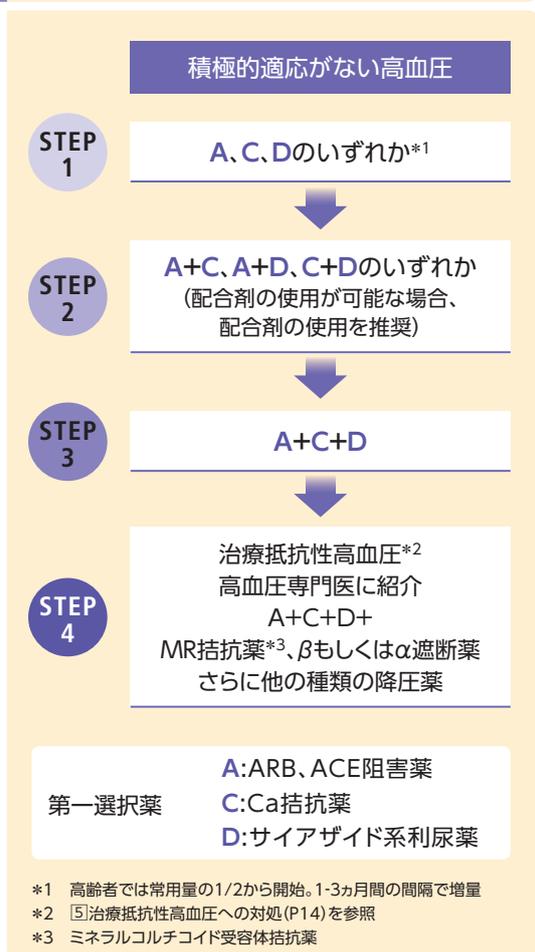
引用:高血圧治療ガイド2020(日本高血圧学会)

高齢者高血圧の降圧薬選択の原則

高齢者に対する降圧薬の選択は、併用療法を含めて非高齢者と同様である。主要降圧薬はCa拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、少量のサイアザイド系利尿薬、β遮断薬で、積極的な適応や禁忌もしくは慎重使用となる病態や合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する(表3)。薬物治療の開始に当たっては、単剤を少量から開始し、特に75歳以上の高齢者では常用量の1/2量から開始し、段階的に最終の降圧目標を目指す。降圧効果が不十分であれば、内服アドヒアランスが良好なことを確認したうえで、増量、他の種類の降圧薬への変更、他の降圧薬の併用を検討する。積極的適応がない場合の第一選択薬は、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、サイアザイド系利尿薬である(図5)。

併用療法においては、高血圧治療ガイドラインでは、特定の薬剤が積極的適応となる病態がない場合、Ca拮抗薬、ARBまたはACE阻害薬、利尿薬の3つのカテゴリーの薬剤を順次併用することを推奨している(図5)。服薬アドヒアランスの観点から配合剤の使用も考慮する。また、降圧薬については、ガイドラインでの積極的適応を理解して優先順位を決定する。これらを図6に一覧で示す。特に、左室駆出率の低下した心不全、心筋梗塞後、蛋白尿/微量アルブミン尿を有するCKDで、降圧薬選択の際の積極的適応の優先度は高い。

図5 高血圧に対する薬物の選択と留意点



引用:高血圧治療ガイドライン2019(日本高血圧学会)

図6 高齢者高血圧に対する降圧薬選択

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬	α遮断薬	MR拮抗薬
左室肥大	●	●				
LVEFの低下した心不全		●*1	●	●*1		●
頻脈	● (非ジヒドロピリジン系)			●		
狭心症	●			●*2		
心筋梗塞後		●		●		
蛋白尿/微量アルブミン尿を有するCKD		●				
前立腺肥大症					●	

*1 少量から開始し、注意深く漸増する
*2 冠攣縮には注意

引用:高血圧治療ガイドライン2019(日本高血圧学会)から作成

高齢者は、多病であり、無症候性の疾患を合併していることもある。多病に対して様々な薬剤が処方され、薬物相互作用や有害事象のリスク増加、服薬アドヒアランス低下等の問題が起きやすくなっている。個々人に必要な薬剤の優先順位を付けなければならないこともしばしばである。一方で、高齢者だからと言ってガイドラインを遵守せず必要な降圧薬の増量対応などをしないことは問題である。脳卒中や心筋梗塞の予防だけでなく、心不全パネデミックへの対策としても降圧治療は重要である。高齢者では過降圧の問題、薬物有害事象の問題を考慮しつつ、個人にとって最適の医療、最適の処方を目指すことになる。

最適の処方を考慮する際に、高齢者で開始を考慮すべき薬剤、特に慎重な投与を要する薬剤をチェックす

表 3 高齢者における降圧薬の副作用・使用上の注意、禁忌と慎重投与

分類	代表的な一般名	代表的な商品名
Ca拮抗薬 (ジヒドロピリジン系)	ニフェジピン、アムロジピン、 アゼルニジピンなど	アダラート、ノルバスク、カルブロックなど
ARB	カンデサルタン、テルミサルタン、 オルメサルタンなど	プロプレス、ミカルディス、オルメテック など
ACE阻害薬	エネラプリル、イミダプリル、テモカプリル など	レニベース、タナトリル、エースコールなど
サイアザイド系利尿薬	トリクロルメチアジド、インダパミド、 ヒドロクロロチアジドなど	フルイトラン、ナトリックス、テナキシル など
β 遮断薬	アテノロール、カルベジロール、 ビソプロロールなど	テノーミン、アーチスト、メインテートなど
Ca拮抗薬 (非ジヒドロピリジン系)	ジルチアゼムなど	ヘルベッサーなど
ミネラルコルチコイド 受容体拮抗薬	スピロラクトン、エプレレノン、 エサキセレノンなど	アルダクトン、セララ、ミネプロなど
α 遮断薬	ウラピジル、ドキサゾシン、ブナゾシンなど	エブランチル、カルデナリン、デタントール など

ることは重要である。

高血圧患者に対する降圧薬は服用開始を考慮すべき薬剤であるが、添付文書に示される禁忌や慎重投与にも注意して処方を開始する。なお、これらの薬剤以外にもミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MR拮抗薬)や α 遮断薬も併用薬として推奨される。併用療法において利尿薬は重要な位置づけにあり、低カリウム血症傾向の場合、K保持性のMR拮抗薬をサイアザイド系利尿薬に代わって用いたり、サイアザイド系利尿薬と併用したりすることも考慮する。配合剤の利用は服薬アドヒアランス向上に役立つ。治療抵抗性の場合、専門の医師に相談する。

副作用・使用上の注意	禁忌	慎重投与
浮腫、歯肉増生、便秘 夜間頻尿の増悪の可能性 グレープフルーツジュースと一緒に飲むと作用増強		心不全
高K血症(特に腎障害患者。ACE阻害薬とは併用しない。アリスキレン、アルドステロン拮抗薬との併用に注意)		両側性腎動脈狭窄 両側性腎動脈狭窄 片腎患者での腎動脈狭窄 高カリウム血症
空咳 血管神経性浮腫 高K血症(特に腎障害患者。ARBとは併用しない。アリスキレン、アルドステロン拮抗薬との併用に注意)	血管神経性浮腫の既往 特定の膜を用いるアフェレーシスや血液透析	両側性腎動脈狭窄 片腎患者での腎動脈狭窄 高K血症
低Na血症、低K血症、低Mg血症 高尿酸血症、高中性脂肪血症、耐糖能低下など代謝系への悪影響 夜間頻尿を増悪させる可能性は低い	体液中のNaやKが明らかに欠乏している状態 急性腎不全	低K血症、高Ca血症 eGFR<30mL/分/1.73m ² 痛風、耐糖能異常
徐脈 心不全(用量・用法が不適切な場合) 末梢循環悪化	気管支喘息 高度徐脈、高度伝導障害 未治療の褐色細胞腫	閉塞性肺疾患 耐糖能異常 末梢動脈疾患 冠攣縮性狭心症(Ca拮抗薬を併用する)
潜在性心疾患を有する高齢者やジギタリス、 β 遮断薬との併用には十分注意が必要	重篤な心不全 徐脈(Ⅱ度以上の房室ブロック、洞不全症候群)	心不全
高K血症(適宜モニターする) スピロノラクトンでは、男性の女性化乳房・陰萎	高K血症(K>5.0mEq/L) 中等度～重度の腎機能障害(スピロノラクトン:急性腎不全、エプレレノン:クレアチニンクリアランス<50mL/分、エサキセレノン:eGFR <30mL/分/1.73m ²) 微量アルブミン尿又は蛋白尿を伴う糖尿病(エプレレノン)	高K血症
起立性低血圧によるめまい、動悸、失神		起立性低血圧

高血圧と関連して処方される薬剤について、前立腺肥大症に対して服用開始を考慮すべき薬剤である α 遮断薬は起立性低血圧が出現する可能性があることにも注意が必要である。 β 遮断薬は、降圧薬としてだけでなく、心不全や不整脈治療として用いられることも多く、注意を要する(表3)。

降圧薬以外で高齢者高血圧患者に対して慎重な投与を要する薬剤を表4に一覧で示す。使用頻度の観点と

表 4 降圧薬以外で高齢者高血圧患者に対して慎重な投与を要する薬剤のリスト

分類	代表的な一般名	代表的な商品名
グリチルリチン製剤、 甘草を含む漢方製剤	グリチルリチン酸、甘草	強力ネオミノファーゲンシー、 グリチロン、芍薬甘草湯、 小青竜湯など
交感神経刺激作用を有する 抗うつ薬 (三環系・四環系・SNRIなど)	アミトリプチリン、ミアンセリン、 エスシタロプラム、 デュロキセチン	トリプタノール、テトラミド、 レクサプロ、 サインバルタなど
エリスロポエチン製剤	エポエチンアルファ、 エポエチンベータ、 ダルベポエチンアルファ、 エポエチンベータペゴル	エスポー、エボジン、 ネスプ、ミルセラ
グルココルチコイド製剤	プレドニゾロン、 デキサメタプレドニン、 ベタメタゾンなど	プレドニン、デカドロン、 リンデロンなど
非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)	セレコキシブ、 ロキソプロフェンナトリウム水和物、 ジクロフェナクナトリウム、 イブプロフェンなど	セレコックス、 ロキソニン、 ボルタレン、ナボール、 ブルフェンなど

かかりつけ医で処方することは稀であるが、シクロスポリン、タクロリムス、血管新生阻害作用のあるがん分子標的薬による血圧上昇の報告がある。

高血圧を意識しにくい点では、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)とカンゾウ(甘草)、抗うつ薬が慎重な投与を要する薬剤の代表である。ループ利尿薬は腎機能低下時のサイアザイド系利尿薬の代替薬として用いられ、合併する浮腫性疾患や心不全に対して用いられることが多い。いずれも目的を持って使われているものの、高齢者で合併しやすい疾患との関係で副作用に注意が必要である。

主な副作用・理由	推奨される使用方法
薬剤誘発性高血圧(11β-水酸化ステロイド脱水素酵素阻害によるコルチゾール半減期延長に伴う内因性ステロイド作用増強を介した水・ナトリウムの貯留とカリウム低下)	漢方薬などの減量・中止。MR拮抗薬の併用。
薬剤誘発性高血圧(α受容体刺激, 交感神経末端でのカテコールアミン再取込みの抑制など)	薬剤の減量・中止。他のタイプの抗うつ薬への変更。α遮断薬の併用。
薬剤誘発性高血圧(血液粘稠度増加、血管内皮機能障害、細胞内ナトリウム濃度上昇など)	エリスロポエチンの減量・中止。Ca拮抗薬、ACE阻害薬、ARB、β遮断薬、利尿薬などの併用。
薬剤誘発性高血圧(アンジオテンシノーゲンの産生増加、エリスロポエチン産生増加、NO産生抑制などが考えられるが十分には解明されていない)	グルココルチコイドの減量・中止。Ca拮抗薬、ACE阻害薬、ARB、β遮断薬、利尿薬、MR拮抗薬などの併用。
薬剤誘発性高血圧(腎プロスタグランジン産生抑制による水・ナトリウム貯留と血管拡張抑制、ACE阻害薬・ARB・β遮断薬・利尿薬の降圧効果を減弱)	NSAIDsの減量・中止。使用降圧薬の増量。Ca拮抗薬の併用。
腎機能低下、上部消化管出血のリスク	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用をなるべく短期間にとどめる 2. 中止困難例では消化管の有害事象の予防にプロトンポンプ阻害薬やミソプロストールの併用を考慮 3. 中止困難例では消化管の有害事象の予防に選択的COX-2阻害薬の使用を検討(セレコキシブなど) <ol style="list-style-type: none"> a. その場合も可能な限り低用量を使用 b. 消化管の有害事象の予防にプロトンポンプ阻害薬を考慮

高齢者高血圧で降圧目標が達成できない時、病態や治療目標の見直しを含めて対処する。要点を表5に一覧で示す。

表 5 高齢者高血圧で降圧目標未達成の場合の対応の要点

要 点	対策の概要
血圧値の診断は正しくできているか	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭血圧について測定条件を確認する(厚手の着衣の上から腕帯を巻いていないか、座ってから測定開始までの時間や状態など) ● 家庭血圧計を診察室に持参してもらい測定法を含めて精度を確認する ● 24時間自由行動下血圧測定を考慮する
服薬は正しくできているか	<ul style="list-style-type: none"> ● 残薬を本人や家族に確認する(利尿薬など一部の薬剤だけたくさん残している場合、意図的に服薬していないこともある) ● 服薬アドヒアランス不良が確認できれば <ul style="list-style-type: none"> ▶ 理由を確認する(内服必要性の理解度、経済的問題の有無、副作用への不安など) ▶ 認知機能をチェックする ▶ 一包化や家族による服薬管理などを考慮する
生活習慣の見直しは強化できるか	<ul style="list-style-type: none"> ● 食塩摂取量と栄養状態を把握した上で、実行可能性を含めて対応を本人や食事の準備者と相談する。必要に応じて管理栄養士と協力して栄養指導を実施する。 ● 運動を妨げる要因で介入可能なものがあれば個別に指導する
降圧薬の選択と処方量は適切か (治療イナーシャの回避 (P15「臨床イナーシャ」参照))	<ul style="list-style-type: none"> ● 利尿薬が処方されているか確認し、処方されていない場合に避けるべき理由があるのか確認する ● 腎機能低下例(eGFR 30 mL/分/1.73 m²未満)ではループ利尿薬を使用しているか確認する ● 個々の降圧薬の処方量について忍容性に基づき最大用量までの増量を考慮する
二次性高血圧の可能性 (診断イナーシャの回避 (P15「臨床イナーシャ」参照))	<ul style="list-style-type: none"> ● 腎障害の進行を確認する ● 薬剤誘発性高血圧の可能性について、他の医療機関での処方、漢方薬、健康食品などを含めて確認する ● 内分泌性高血圧の可能性について、降圧薬処方されている状態でも積極的にスクリーニング検査を行う

専門の医師との連携

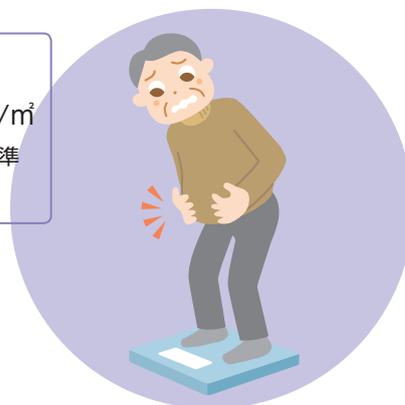
高血圧の診断後、血圧コントロールの観点から、二次性高血圧の疑いがあり特殊な検査や治療が必要な場合、拡張期血圧120mmHg以上の未治療の場合、血圧180/110mmHg以上または利尿薬を含む3剤併用で降圧目標未達成の場合は、専門の医師への紹介を考慮する。また、CKDの観点から、高度蛋白尿(2+以上)、蛋白尿(試験紙法で1+以上)かつ血尿(試験紙法1+以上)、eGFRが40mL/分/1.73m²以下)の場合も専門の医師への紹介を考慮する。

患者等への説明

食塩は1日6g未満
(日本高血圧学会)



適正体重は
BMI21.5~24.9kg/m²
(日本人の食事摂取基準
(2020年版))



1日の飲酒量の目安は
純アルコール量で
男性40g/日以下
女性20g/日以下



適度な運動を

通常の速さでの歩行など。運動に伴う転倒や関節障害、心負荷増大を個別に判断して指導する。



純アルコール量20g (アルコール度数)

ビール(5%)	500ml	ワイン(12%)	200ml
日本酒(15%)	180ml	缶チューハイ(7%)	350ml

65歳以上の目標歩数(「健康日本21(第二次)」)
男性7000歩 女性6000歩

臨床イナーシャ(Clinical inertia)

column

高血圧対策が不十分であることの要因として、服薬アドヒアランスの不良、不適切な生活習慣と共に、臨床イナーシャ(Clinical inertia)が注目されている。高血圧診療における臨床イナーシャは、「高血圧にもかかわらず治療を開始しない、または、ガイドラインで示されている降圧達成目標値よりも高いにもかかわらず、治療を強化せずそのまま様子を見ていること」を意味する治療イナーシャと、「難治性・治療抵抗性高血圧の原因を精査しないこと」を意味する診断イナーシャが含まれる。

作成委員会

(五十音順)

秋下 雅弘 (東京大学大学院医学系研究科加齢医学)

荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター)

荒木 厚 (東京都健康長寿医療センター)

清水恵一郎 (日本臨床内科医会 社会保険部医療保険担当)

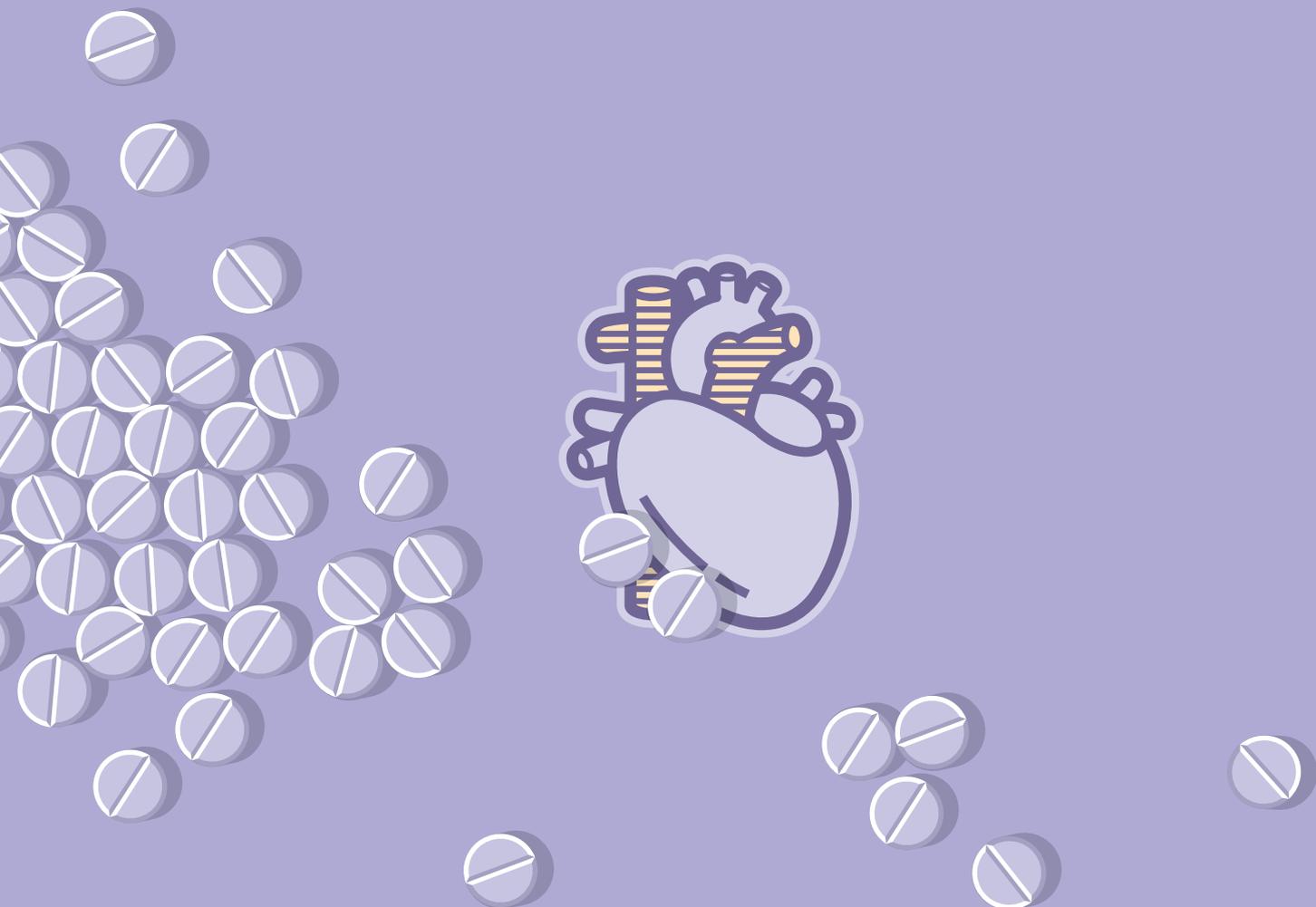
江澤 和彦 (日本医師会常任理事)

羽鳥 裕 (日本医師会常任理事)

羽生 春夫 (東京医科大学高齢総合医学)

松本 吉郎 (日本医師会常任理事)

榎木 宏実 (大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学)



超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き

5 高血圧

発行 公益社団法人 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL 03-3946-2121 (代)