

# 高血圧ガイドラインJSH2019の勘所

## 令和時代の「厳格降圧」指針を専門医のコメントで読み解く

5年ぶりに改訂された「高血圧治療ガイドライン」。基準値こそ140/90mmHgに据え置いたが、大部分の患者に対する降圧目標を130/80mmHg未満に引き下げたのが特徴だ。「厳格降圧」にかじを切った、新ガイドラインJSH2019の勘所とは。



130/80mmHg以上は  
「正常な血圧」とは  
言えない

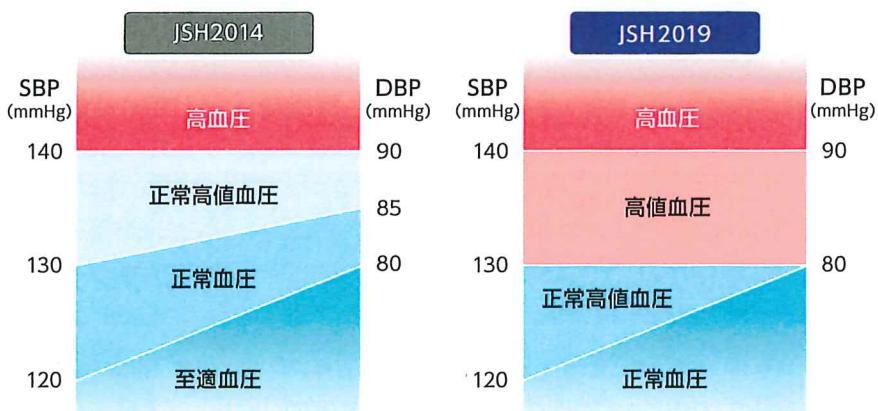
大久保 孝義氏  
帝京大学医学部衛生学公衆衛生学  
主任教授

従来のガイドライン（JSH2014）では、140/90mmHg未満を「正常域血圧」と定義していた。しかし、その後の臨床研究で、120/80mmHg未満の患者に比べると、120～129/80～84mmHgでは脳心血管病の発症率が高く、130～139/85～89mmHgだとさらに発症率が上昇するというエビデンスが国内外で蓄積した。また、120/80mmHg超だと、将来的な高血圧（140/90mmHg以上）への移行率が高いことが分かってきた。

こうした背景を踏まえ、大久保氏は、5月中旬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の「JSH2019を極める」のセッションで、「130/80mmHg以上は『正常な血圧』とは言えない」と強調。実際、大久保氏も作成に携わった高血圧治療ガイドライン2019（JSH2019）では、130/80mmHg超の分類名から「正常」の文字が消えた（図1）。

具体的には、130～139/80～89mmHgは「高値血圧」となり、120～

図1 JSH2014からJSH2019で「血圧値分類」はこう変わった



『高血圧治療ガイドライン2014』（JSH2014）と『高血圧治療ガイドライン2019』（JSH2019）の血圧値分類の表から一部を抜粋し、編集部で作図した。収縮期血圧（SBP）と拡張期血圧（DBP）のどちらかが境界値を超えていれば、上のランクの血圧値分類となる。例えば、「高血圧」の分類基準は「SBP 140mmHg以上かつまたは DBP 90mmHg以上」なので、145/95mmHgの患者はもちろん、142/88mmHgや135/94mmHgの患者は全て「高血圧」に分類される。

129/<80mmHgを「正常高血圧」に。JSH2014で「至適血圧」という名称だった120/80mmHg未満は、JSH2019では「正常血圧」となった。

### 基準値は140/90mmHgのまま

2017年改訂の米国のガイドライン（ACC/AHA2017）で大きく引き下げられ、日本の動向が注目されていた「高血圧基準値」は、JSH2014と同じ140/90mmHgに据え置きに。I～III度の高血圧分類も従来通りとした。

米ガイドラインでは、収縮期血圧

（SBP）・拡張期血圧（DBP）ともに10mmHg低い130/80mmHgに引き下げた。仮に日本でも高血圧基準値を130/80mmHgにすると、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）へと増加することになり、「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ランダム化比較試験（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、日本での基準値は据え置かれた。

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）

	日本 JSH2014	日本 JSH2019 <sup>*2</sup>	米国 ACC/AHA2017	歐州 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)	*1 忍容性があれば140/90mmHg未満を目指す
高齢者	<150/90 <sup>*1</sup> (75歳以上)	<140/90 <sup>*3</sup> (75歳以上)	SBP<130 (65歳以上)	130～139/70～79 (65歳以上)	*2 家庭血圧での降圧目標はいずれも5mmHgずつ低い値
糖尿病患者	<130/80	<130/80	<130/80	120～130/70～79	*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
CKD患者 (蛋白尿+)	<130/80	<130/80 <sup>*4</sup>	<130/80	130～139/70～79	*4 隨時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする
CKD患者 (蛋白尿-)	<140/90	<140/90			*5 兩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
脳血管障害患者	<140/90	<130/80 <sup>*5</sup>	<130/80	120～130/70～79	
冠動脈疾患患者	<140/90	<130/80	<130/80	120～130/70～79	

家庭血圧における高血圧基準値についても、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、欧米に先駆けて家庭血圧の重要性を強調しており、今回も同様の方針を踏襲した。



まず130mmHgまで  
下げ、問題なければ  
120mmHgまで降圧

石光 俊彦氏  
獨協医科大学腎臓・高血圧内科  
主任教授

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1）。複数のRCTのメタアナリシスで、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。

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、石光氏は「130/80mmHgより低くな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。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」と石光氏は解説した。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」と呼び掛けた。

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未満に下げた。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、日米欧の足並みがそろった形だ。

降圧薬選択についても、JSH2014から変更はない。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。次にこの中で2剤、3剤と追加し、3剤でも降圧目標に達しない治療抵抗性高血圧では、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。



高齢者でも積極的な  
降圧を否定する  
エビデンスはない

楽木 宏実氏  
大阪大学大学院医学系研究科  
老年・総合内科学教授

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にあれば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）などの併存疾患がある場合は、「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。併存疾患がある75歳以上の患者で積極降圧を推奨するエビデンスは存在しないが、栗木氏は「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。「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、専門家として結論した」と語る。



### 冠動脈疾患でも DBP 80mmHg未満を 目標す厳格降圧を

甲斐 久史氏  
久留米大学医療センター  
循環器内科教授

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未満への降圧を推奨する根拠は、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したメタアナリシスの結果だ。

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。

### 脳梗塞では血管病変の評価を

甲斐氏は「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」と話している。

脳梗塞慢性期（発症1ヵ月以降）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未満となった。

ただし、両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がある場合や、血管病変を未評価の場合は、降圧目標は140/90mmHg未満としている。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、「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」と注意を促している。



### 糖尿病合併例で RA系阻害薬を 優先する根拠はない

斎藤 重幸氏  
札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座教授

糖尿病患者の降圧目標は、前ガイド

ラインと同じ130/80mmHg未満に設定された。ただし、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。

斎藤氏は、「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。

### CKDの降圧目標は変更なし

心保護効果や降圧効果への期待が高まっているSGLT2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、ガイドラインに特に記載はないが、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）。

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未満、蛋白尿なしでは140/90mmHg未満。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』と整合性が取れた内容となっている。

（安藤 亮）