



2026 年 7 月 9 日放送（2025 年 12 月 11 日の再放送）

高血圧管理・治療ガイドライン 2025

日本高血圧学会
ガイドライン作成委員長 大屋 祐輔

本日は 8 月に発表しました、『高血圧管理治療ガイドライン 2025』について、その基本方針と何が変わったのかご説明したいと思います。

まず、ガイドライン作成に関して COI が重要ですので、一言述べさせていただきます。私の COI は、日本医学会の診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス 2023 の委員長基準をクリアしているということです。

ガイドライン作成背景

それでは背景に移りたいと思います。我が国において脳心血管病の危険因子で最も重要なものは高血圧です。実際に 2019 年のデータでは、1 年間に約 17 万人の方が高血圧原因の脳心血管病でお亡くなりになっています。

一方、降圧治療については、これまで様々な大規模介入試験が行われ、その結果からその有効性はしっかりと示されており、具体的には 10mmHg の降圧が得られると、脳心血管病は約 20%減少することが示されています。

しかしながら、我が国の血圧コントロール状況は良好とは言えません。具体的には、約 4,300 万人の高血圧者のうち、治療を受けて適切に血圧がコントロールされているのは約 27%、1,200 万人であり、残りの 3,100 万人の方は血圧が高いままということがわかっています。

このような血圧管理状況というのは、他の国と比べてはどうでしょうか。これまで報告されている他の先進国と比べたデータでは、我が国の血圧コントロール状況は最下位レベルと報告されています。非常に残念なことです。このような状況を我々医療者そして国民にぜひ知っていただくことが重要かと考えています。

よって、今回のガイドラインの改訂では、国民及び高血圧患者の血圧を下げるということ

を大きな目標としました。そのために、「理論でなく行動のためのガイドラインとする」「内容をシンプルで分かりやすくすること」且つガイドラインにとって必要であるのは科学的な根拠であるということから「エビデンスに基づくものにする」こととしました。

さらに、高血圧の予防や高血圧になっていないけど、やや血圧が高い方たちへの対応も含めるために、名称も「高血圧管理治療ガイドライン」と「管理」という言葉を入れました。

もう一つ大きく変えた点は、内容を対象者、そして利用者によって 3 つのパートに分けたことです。第 1 部では、対象は国民、地域住民などの集団、利用者は行政担当者、公衆衛生に関わる方、産業保健に関わる方達としました。また、第 2 部は、対象者は高血圧患者さんとし、利用者を実地医家とそれに関係する医療者とししました。第 3 部は、対象を特殊な高血圧として、利用者は各種専門医としています。このように対象者や利用者を明確にすることで、内容が分かりやすく、利用しやすくなるということを狙っています。さらに、内容の記載についても、先ほども申し上げましたが、可能な限り平易に記載していただくこと、また、まとめをしっかりと作っていただくこと、図を多用することなどを執筆者にお願いしました。

高血圧への対応

高血圧についてですが、アメリカでは高血圧の基準が低くなっており、130/80mmHg 以上とされていますが、今回のガイドラインでは、これまでと同じ 140/90mmHg 以上を高血圧としました。これは、すでに我が国で行われている様々な検診、診療、特に保険診療などとの関わりから、数字を変えることは社会の混乱を招くということで、十分に社会的なコンセンサスを得られてから変更を考えていこうということにしたためです。

しかし、我が国の疫学データからは、例えば 120/80mmHg の方達を基準として、130-140/80-90mmHg という人達も、脳心血管病は約 2 倍に増えるということが報告されています。すなわち、決して 130~140 の人達を放置してはいけないということです。そのようなこともあり、我々としては、高血圧は 140/90 以上ですが、高値血圧と言われている上の血圧が 130~139、下の血圧が 80~89 の人達についても何らかの対応が必要であるとしていますし、それより下の正常高値血圧という人達も、今後血圧が高くならないようにと何らかの対応をしていただくということが望ましいとしています。

それでは、具体的に血圧が高いことが分かった人達をどうすればいいかということについてお話を移したいと思います。血圧が高いと分かった人達、高血圧と診断を下された方達は全員、生活習慣の改善を行っていただきたいと思います。一方、これまで生活習慣の改善は 3 ヶ月程行い、それから薬物治療を考えるという考え方で、ガイドラインにも記載されていましたが、昨今の研究から、3 ヶ月を待つのは少し遅いのではないかとということで、今回から 1 ヶ月以内に薬物治療の必要性を判断しましょうと変えています。

次に、今回のガイドラインの改訂で最も大きな変更であるところの治療の目標値の変更です。今回、治療の目標値は 130/80mmHg 未満と統一しました。これについては、ただ思いついて下げたのではなく、様々なエビデンスを検討した結果です。しかしながら、やみくもに下げること、副作用・有害事象が出る方はおられるので、そのような可能性のある方については、実際に診療にあたっている先生方に、十分に注意してくださいという注意書きも併せて記載させていただいています。

血圧の管理・治療

次に、血圧の管理・治療の基本です。高血圧の治療の基本は、これまでの生活習慣の改善、降圧治療に加えて、共同意思決定を重視するという記載を加えています。これは生活習慣病である高血圧は、患者本人の治療参加が血圧コントロールのために重要であるという考え方です。

生活習慣の改善については、食塩を 1 日 6g 未満とすることなどについては変えていませんが、今回はカリウム摂取の重要性をしっかりと記載しています。また、このカリウム摂取の評価法として、尿中のナトリウムとカリウムの比を利用することを紹介しています。また、運動療法では、従来の有酸素運動に加えて、レジスタンス運動、すなわち筋トレなども血圧を下げることに有効であることを記載しています。

薬物治療についてですが、長時間作動型ジヒドロピジリン系 Ca 拮抗薬、ARB、ACE 阻害薬、少量のサイアザイド系利尿薬、 β 遮断薬を主要降圧薬としていることは変わりません。しかしながら、現状のところ、カルシウム拮抗薬と ARB の利用が主体であるということを考え、それ以外のサイアザイド利尿薬や β 遮断薬も上手に使って血圧管理に活かしていただきたいということを追加で記載しています。

また、併用についても、遅れることなく併用を行っていただきたいということを記載しています。基本的に 2 種類の薬剤を使う時は、先ほど述べた 5 種類の主要降圧薬の 2 種類を選んでいただきますが、最近出てきたアンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬や MR 拮抗薬についても病態によって使用可能としました。

薬物の選択については、心筋梗塞後、心不全合併、脳卒中既往、タンパク尿の合併などの方達については積極的な適用ということで、そのエビデンスで証明された薬剤を利用していただきたいとしています。一方、積極的な適用がない場合についても、病態によって血圧の下がりやすさ、そして QOL の観点から 5 種類の主要降圧薬について、どのように使い分けるかということをガイドラインに記載しました。例えば、高齢者は Ca 拮抗薬、若年者は妊娠可能な女性を除いては ARB や ACE 阻害薬、食塩摂取が多い患者さんではサイアザイド利尿薬、若年・頻脈傾向・高ストレスなどの交感神経亢進が背景にある場合は β 遮断薬というふうに記載しています。

さらに、高血圧の患者さんの血圧が下がっていない場合についても、多くのページを割い

て、どのようにしたらよいかということを記載していますので、ぜひガイドラインを手にとって、ご参照いただければと考えています。

啓発資材

また、国民に向けて正しい情報を知っていただくということで、「高血圧の 10 のファクト」というものを作って、このガイドラインの付録としています。ガイドラインを見ていただいたり、また、高血圧学会のホームページからも無料でダウンロードできますし、高血圧協会の血圧手帳にも記載されていますので、ぜひご利用していただければと思います。

最後ですけれども、日本高血圧学会から国民へ向けての情報発信として、YouTube チャンネル、「良塩（よしお）くんの部屋」というものを始めています。非常に分かりやすい短い動画が複数出ていますので、これもぜひご活用いただければと思います。

薬剤師の皆様、そしてその他の医療者の皆様、そして国民の皆様全ての方にとって、このガイドラインはお役に立つものと考えています。ぜひご活用いただければと思います。