高血圧・糖尿病の管理にむけて（Ⅰ）

高血圧とクリニカルイナーシャ

日野原記念クリニック所長／ライフ・プランニング・センター理事長
久　代　登志男
（聞き手　大西　真）

大西　久代先生、高血圧とクリニカルイナーシャというテーマでお話をうかがいたいと思いますので、よろしくお願いします。

まず初めに、高血圧における血圧管理の意義を教えていただけますか。

久代　高血圧は喫煙とともに心血管系疾患の最大の危険因子で、きちんと血圧を下げればそのリスクを減らせることが介入試験で確認されています。日本を含めて先進国では高血圧診療ガイドラインにより降圧目標と標準的な治療が示されています。それに準拠した治療を実践すれば、将来の心血管系疾患リスクを減らせるエビデンスも示されています。しかし、現状では降圧目標達成率が低い状態で続いていることが世界共通の課題になっています。

大西　特に日本では必ずしも十分とは言えない状況なのでしょうか。

久代　私も驚いたのですが、2019年、Lancet（2019；394：639-51）に高所得12カ国の血圧管理状況について、各国の大規模調査のデータを用いて約52万例の解析結果が示されました。140/90㎜Hg未満への降圧目標達成率は、日本とフィンランド、アイルランド、スペインが最低グループで、例えば、女性で140/90㎜Hg未満に下がっているのは、日本29％、上位グループのドイツ58％、カナダ50％、韓国53％とされています。先進国の中で日本の管理状況はあまり好ましくない状況ですが、日本高血圧学会ガイドラインは、75歳未満の高血圧患者の降圧目標を診察室血圧は130/80㎜Hg、家庭血圧は125/70㎜Hg未満に下げました。

大西　ちょっと厳しいような気もしたのですが。

久代　新しい降圧目標で評価すれば、血圧管理状況が一層悪くなってしまいます。

大西　かえって悪くなってしまいますよね。降圧目標が下げられたのは何か理由があったのでしょうか。

久代　欧米で実施された介入試験、例えば米国で実施されたSPRINTと呼ばれる試験では、50歳以上で糖尿病以

外の複数の心血管系疾患危険因子を持つ高血圧患者約9,000例を対象に、収縮期血圧120㎜Hg未満を目標にした強化治療群では、140㎜Hg未満の標準治療群に比し全死亡が27％、心血管系疾患死亡43％、心不全発症が38％少なくなったと報告されました（N Engl J Med 2015；373：2103）。両群のQOLには差がなく（N Engl J Med 2017；377：733）、米国では高血圧の診断基準血圧と降圧目標が130/80㎜Hgに下げられました。2018年の欧州高血圧学会ガイドラインも降圧目標を130/80㎜Hgに下げました。降圧目標を達成するためには、薬剤費を含めた医療費は高くなりますが、心不全を含めた心血管系疾患の医療費が下がり、全体では医療費節減になることも示されています。

大西　糖尿病などがあると少し厳しくしなければいけないことはわかるのですが、ご高齢の方はどこまで下げていいのか迷うこともあります。

久代　はい。日本のガイドラインは、75歳以上の場合は140/90㎜Hg未満を目標にすることを勧めています。ガイドラインは原則を示したもので、特に高齢者の場合、実臨床では個々の患者さんの状況により主治医が判断すべきです。しかし、降圧目標まで降圧しないほうが良い理由がはっきりしない場合でも、降圧療法が強化されないことが問題になっています。

欧米では、臨床イナーシャという言葉が使用されています。イナーシャという言葉は惰性とか慣性という意味ですが、最新のガイドラインで示された降圧目標に達しておらず、下げたほうが良いと考えられる状況であるにもかかわらず、治療が強化されないで、そのまま続けてしまう場合、治療イナーシャと呼ばれます。それから治療抵抗性高血圧の原因に、二次性高血圧とか睡眠時無呼吸症候群などがありますが、それを確認しないまま続けてしまう診断イナーシャ、さらに服薬コンプライアンスの確認と、きちんと服薬していない場合の理由を十分確認しないなど治療全体の課題を含めて臨床イナーシャと呼ばれています。

大西　特に生活習慣病関係で問題かという気もしているのですが。

久代　そうですね。高血圧や糖尿病、脂質異常症など、長期管理が必要で標準的な治療法がガイドラインで示されている疾患で臨床イナーシャが問題になっています。

大西　血圧などはあまり自覚症状もないですよね。

久代　自覚症状がない人に対して降圧治療をして、副作用による症状が起こってしまうと治療の継続が困難になってしまいます。医療者は、それを心配して無症候の患者さんに積極的な治療を控えてしまうこともあります。

大西　多くの場合、病院に来たときは血圧はちょっと高いですよね。血圧

表　クリニカルイナーシャがどのような場合に起こっていたか。
降圧薬治療中高血圧患者２万6,871例のメタ解析

- 降圧目標近くまで血圧が下がっている（near target）
  →医師、患者ともに、許容範囲と考えてしまう。
- 高血圧患者は高い血圧に慣れているが、低い血圧に対する耐性が少なく、脳や冠動脈血流量低下を心配する医療者が多い。
- 血圧値に対する疑問：仮面高血圧、白衣高血圧などで何が本当の血圧なのかについて疑問を持っている。
- 多剤併用療法に伴う治療費に対する配慮。
- 医師は自分が診療している患者の治療状況を良い方向に判断しがち。
  →血圧管理に関する患者の満足度が影響しているようだ。
  →治療に満足して継続している患者の評価が重視され現状の治療が維持される。

（Milman T et al. Medicine 2018；97：25-34より）

手帳を見ると、だいたいどれぐらいにおさまっているのかはわかりますが、そのあたりを総合的に判断して管理目標を決めていくことになるのですか。

久代　白衣現象や白衣高血圧と呼ばれる状況ですね。この場合、未治療と治療中に分けて考える必要があります。

未治療の場合、今までは薬物療法をせずに経過観察が勧められていました。しかし、白衣高血圧の長期縦断調査では持続性高血圧への移行率が高く、脳卒中などのリスクも高いことが示されています。2019年のガイドラインでは、注意深い観察が必要とされています。降圧薬治療中の白衣現象については、家庭血圧と診察室血圧の両方とも高かった持続性高血圧から移行する場合があり、その場合は診察室血圧も管理するほうが良いと考えられます。

いずれにしても診察室血圧と家庭血圧に乖離がある場合は、医療者にとってもわかりにくく、それも積極的な降圧をためらう理由になっています。

大西　臨床現場はなかなか忙しいと思うのですが、クリニカルイナーシャの状況というのは、ついつい惰性に流されることもままあるということなのでしょうか。

久代　イナーシャが起こりやすい状況について、約２万6,000例の解析結果が示されています（**表**）。表の状況以外に高齢者の収縮期高血圧、予測寿命が短い方、脳梗塞既往例、精神疾患合併例を合併している場合もイナーシャ

が起こりやすいとされています。日常診療で多いのは、血圧が目標近くまで下がると、降圧療法が強化されないことが多いようです。医師も患者さんも、「まあいいかな」と思ってしまうようです。

大西　患者さんの希望に沿ってしまうようなところがあり、このあたりはなかなか難しいですね。

久代　おっしゃる通りです。症状があまりない病気なので、治療を強化したら症状が起こってしまった場合にどう対応するか、医療者は心配します。

大西　どういうふうに対応したらいいか教えていただきたいのですが、まず薬の処方に関してはどうしたらよいですか。

久代　生活習慣の修正で期待できるのは収縮期血圧で４～６㎜Hgとされています。ですから、多くの高血圧患者で降圧薬が必要になります。私は患者さんに、「現在使用されている降圧薬のほとんどは、上市されて10年以上経ち、世界中で何億人が既に服用し、安全性は確立されています。予想できない重篤な副作用はまずないので、定期的に受診していれば、副作用を心配する必要はありません。単剤で目標血圧まで下げられるのは３割くらいの患者さんなので、多くの場合、多剤併用療法が必要になります」と説明しています。

ヨーロッパ高血圧学会は2018年に、160/100㎜Hg以上の場合、最初から異なる降圧薬の併用療法を勧め、錠剤数を増やさないために積極的な配合剤処方を勧めています。

大西　合剤がだいぶ出ていますね。

久代　患者さんは錠剤の数が増えると嫌がるけれども、錠剤数が増えなければ受け入れやすいようです。別々に処方するよりも安いですしね。残念ながら日本では最初から配合剤を処方することはできません。また、日本は匙加減が大切にされていますし、最初から併用療法をすると、副作用が起こったときにどちらが原因かわからない心配もあります。しかし、2019年の日本高血圧学会のガイドラインでは160/100㎜Hg以上あったときには最初から併用療法を考慮してもいいのではないかとしています。

大西　最近の配合剤の進歩はいいような印象を持っているのですが。

久代　特にARBとCa拮抗薬の配合剤はよく使われており、私もよく処方しています。配合剤も後発品が上市され、後発品を別々に処方するよりも安価ですので、積極的に配合剤をお使いになるといいと思います。

大西　クリニカルイナーシャの問題は、患者さん側としては、教育をするとか、意識を高めるためにはどのようにしたらよいのでしょうか。

久代　高血圧は自覚症状のない患者さんに将来の効果を期待して治療を継

続してもらわなければなりません。治療の必要を説明する場合、心不全の方が脳卒中予防より直感的にわかりやすいようです。「高い血圧が何年も続くとポンプである心臓がくたびれてしまいます。あなたが70歳過ぎて心不全になってしまうと、その後の人生は大きく障害されます。血圧を下げて心臓の負担を軽くしてあげれば、心不全は予防できます。そのためには診察室血圧と家庭血圧の両方とも、生涯にわたってきちんとコントロールしてください。それには、あなたの協力が必要です」と話しています。

大西　治療を始めるときに「ずっと飲むのですか」とよく聞かれるのですが。

久代　私は患者さんに、「加齢に伴い血圧は上がります。高齢になるほど心臓の予備力は少なくなるので、血圧をコントロールすることが大切になり、降圧薬が増える可能性があります。もし今の降圧薬でコントロールし続けられればラッキーです。現在の医学では、高血圧の原因を治すことができませんが、血圧コントロールはきちんとできるようになっています。近視は治せないけれど、眼鏡で矯正できるのと似ています。医学がもっと進歩して高血圧の原因を治せるようになったら、薬がいらなくなる時代がくるかもしれませんが、それまでは一生続けるつもりでいてください」と申し上げています。

大西　医療体制のほうで何か問題点はありますか。

久代　以前、英国はPay for performanceという、血圧コントロール状況によって医師への支払いを変える方法を導入しましたが、うまくいかなかったようです。降圧薬の服薬率が下がると、降圧薬にかかる医療費は減りますが、心不全などに対する医療費増加のほうがずっと大きいことも示されているので、例えばカナダでは国を挙げて降圧薬をきちんと服用するように啓発活動をしているようです。欧米では高血圧治療をプログラム化し、薬剤師やナースが降圧薬変更を含めた治療に関与できるようにして降圧目標達成率が改善しています。

日本でも薬剤師とナースがもっと積極的に高血圧治療に携わるチーム医療の推進が必要だと思います。薬剤師がガイドラインに沿った血圧測定法を指導したり、外来ナースが問診と血圧測定をして問題点を整理してから医師に伝えるなどの工夫がもっとあって良いと思います。

大西　チーム医療というか、いろいろな職種がかかわるということですね。

久代　はい。高血圧治療に関してチーム医療が日本でもっと普及するといいと思います。チームの中心は医師なので、チーム医療が推進できるようにプライマリケア医が旗振りをしてほしいと思います。

大西　医師についても、必ずしも循環器でない先生方が降圧剤を使っているケースも多いと思うのですが、専門家ともうまく連携を取ることが重要ですか。

久代　高血圧はプライマリケア医の役割が大切です。高血圧学会は専門医を認定していますが、紹介が必要な場合は、治療抵抗性高血圧、二次性高血圧が疑われる場合、合併症のため降圧目標の設定が難しい場合などです。治療抵抗性高血圧は、利尿薬を含めて３種類の降圧薬を処方しても降圧目標に達しない場合です。

きちんと服薬していない、肥満者に幅が狭いカフを使用している場合は、見かけ上の治療抵抗性になります。日常診療で多い原因は、肥満、睡眠時無呼吸症候群、食塩やアルコール摂取過多で、それらの改善指導が必要になります。服薬状況を確認し、適切に血圧を測り、生活習慣指導をしても高い場合は、降圧薬の強化が必要になります。

私は、RA系阻害薬、カルシウム拮抗薬、少量のサイアザイド系利尿薬を併用しても降圧目標に達しない場合、アルドステロン拮抗薬やα・β遮断薬の併用をしますが、それぞれの薬剤は禁忌や注意すべき場合があります。使い慣れていない場合は、二次性高血圧を含めて専門医に紹介して問題解決をしてもらうと良いと思います。

大西　どうもありがとうございました。