

令和7年度市民健康教室 2025.10.18

『高血圧について』



函館市医師会病院循環器科 心血管カテーテル室 中川裕也



循環器科科長
心血管カテーテル室室長
中川裕也

当院心血管カテーテル室では、PCI・EVT・CIED・ABL治療を行っております。

現在、常勤医1名でのカテーテル治療となっておりますが、難治例の治療の際には外部より専門医を招聘して、安全に治療を行っております。

当院はJCSならびにCVIT認定施設です。専攻医の先生方で、たくさんカテーテル治療経験を積みたいけどなかなか実現できていない先生がおられましたら、当院で経験を積まれてはいかがでしょうか？ 専門医取得のお手伝いをさせていただきます。

お問い合わせは、こちらまで。

採用募集情報



略歴

- 2004年3月 札幌医科大学医学部医学科卒業
- 2004年4月 初期臨床研修（札幌大病院、JCHO北辰病院）
- 2006年4月 後期臨床研修（東京大学病院プログラム） 心臓血管研究所附属病院循環器科レジデント
- 2009年4月 東京北医療センター循環器内科医長
- 2013年1月 Case Western Reserve University（オハイオ州クリーブランド）
- 2013年4月 カレスサッポロ時計台記念病院 循環器センター
- 2016年9月 函館市医師会病院循環器科

所属学会・資格 MEMBERSHIPS/BOARD AND FELLOW CERTIFICATIONS

日本内科学会認定医

日本循環器学会専門医・指導医

日本心血管インターベンション学会(CVIT)専門医・施設代表医

日本心臓病学会

日本不整脈心電学会

日本フットケア・足病医学会

浅大腿動脈ステントグラフト実施医

高血圧症とは？

	診察室で測定	家庭で測定
上の血圧 (収縮期)	 140 mmHg以上	 135 mmHg以上
下の血圧 (拡張期)	または 90 mmHg以上	または 85 mmHg以上

- 高血圧というのは、血圧が高いという病態です。
- たまたま測った血圧が高いときには血圧が高いといえますが「高血圧症」とは言い切れません。
- 高血圧症とは、くり返して測っても血圧が正常より高い場合をいいます。
- くり返しの測定で診察室血圧で140/90mmHg以上であれば、高血圧と診断されます。
- 家庭血圧であれば135/85mmHg以上の場合、高血圧と診断されます。

⇒ これらの数値を超えた場合、医療機関の受診が推奨されています。

なぜ血圧は上がるの？

- 血圧は、腎臓や神経系・内分泌系・血管内皮からの物質など、多くの因子によって調整されていますが、その中でも生活習慣などの環境因子の影響を強く受けています。
- 過剰な塩分摂取、肥満、過剰飲酒、精神的ストレス、自律神経の調節異常、運動不足、野菜や果物（カリウムなどのミネラル）不足、喫煙などが、生活習慣などの環境因子にあたります。
- 血圧は常に変動しています。通常は朝の目覚めとともに上昇し、日中は高く、夜間・睡眠中は低くなります。また、冬は夏より高くなります。

▼ 遺伝



▼ 塩分の過剰摂取



▼ 肥満



▼ ストレス



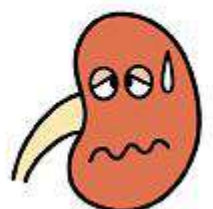
▼ 喫煙



▼ 飲酒



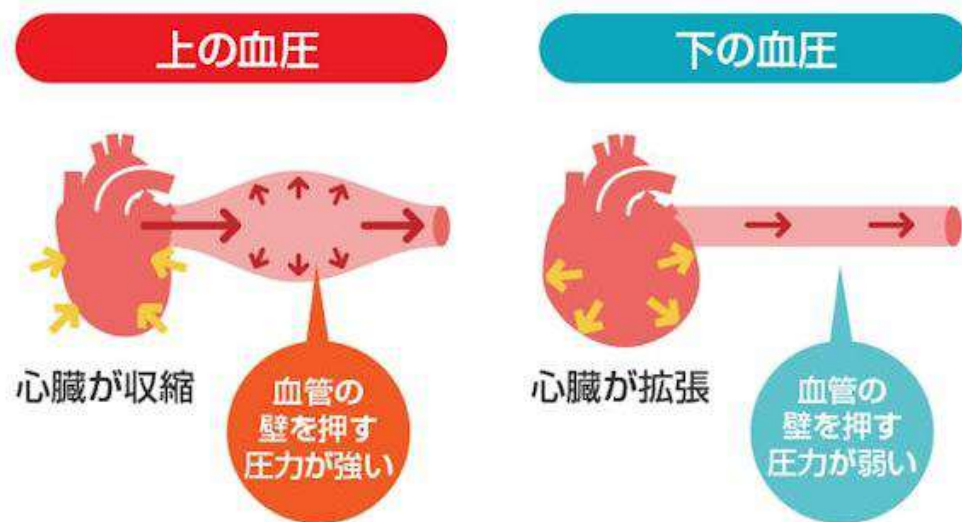
▼ その他の病気



上の血圧：「収縮期血圧・最高血圧」

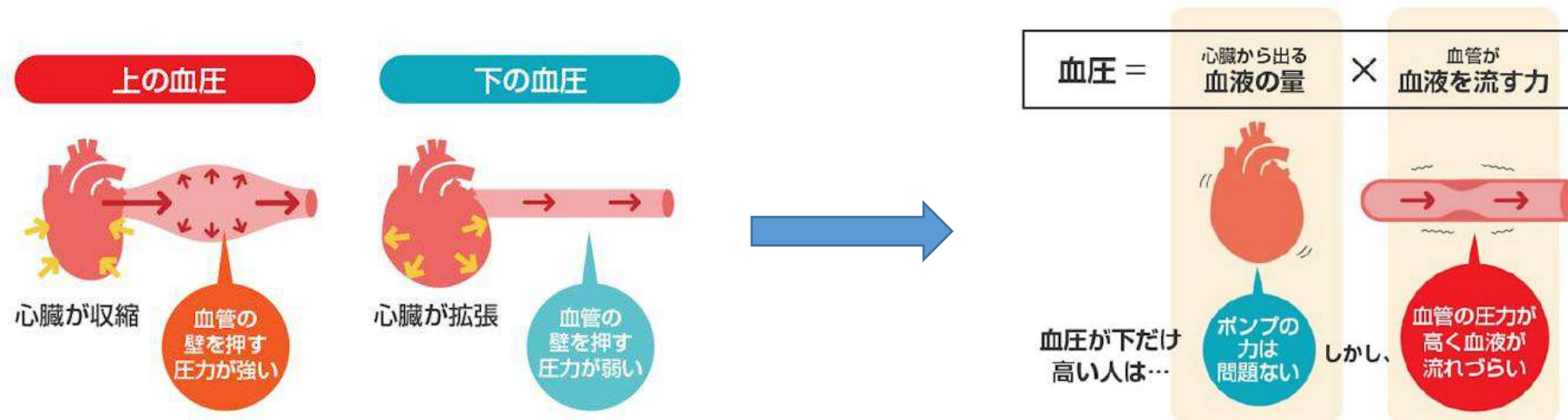
下の血圧：「拡張期血圧・最低血圧」

- 心臓は、収縮と拡張を繰り返して血液を送り出しているので、動脈の中の血圧は心臓の収縮、拡張に応じて上がったり下がったりします。
- 動脈の血圧が心臓の収縮により最高に達したときの値が「最高血圧または収縮期血圧」です。
- 動脈の血圧が心臓の拡張により最低に達したときの値が「最低血圧または拡張期血圧」です。



よくある疑問①・・・下の血圧だけ高いのはどうして？

- 血圧 = 心拍出量【心臓から出ていく血液の量】× **末梢血管抵抗【血管の硬さ】**
- **末梢血管抵抗【血管の硬さ】**が大きい、つまり動脈硬化が強いと、血圧は高値になります。
- 心臓から連続する太い血管は、高い血圧にも耐えられるようにクッションのように弾力性に富み、収縮期には広がり拡張期にはゴムのように元に戻ろうとします。この元に戻ろうとする圧力により、血液をさらに末梢に送り出します。
- 血管の動脈硬化はあるが、太い血管の弾力性は下の血圧が高くなるのは、心臓から遠い細い血管（末梢血管）が動脈硬化により硬くなっていくために起きてきます。下の血圧のみが高い場合は、末梢保たれている事が考えられます（動脈硬化の初期段階）。



よくある疑問①・・・下の血圧だけ高いのはどうして？

- 肥満、運動不足、喫煙者、アルコール過剰摂取の方に多く見られます。
- 若年者や更年期女性にも比較的多く認められます。
- 下の血圧のみが高くても高血圧と診断されます（例：家庭血圧130/95mmHg）。
- その後加齢と共に、大動脈（太い血管）の動脈硬化も進展していくと収縮期血圧の上昇と共に収縮期血流も増加するため、拡張期血圧は低下し拡張期の血流は低下します。
- このように高血圧は、最初は拡張期血圧優位の高血圧になり、いずれ収縮期・拡張期の両者が上昇する高血圧へ、さらに収縮期優位の高血圧へ変遷することになります。

「診察室血圧」と「家庭血圧」

- 「診察室血圧」は、測定頻度が少なく、標準化が難しく、再現性が悪く、白衣現象をきたすことがあり、日内変動の評価が難しい、などといったデメリットが多いとされます。
- したがって、「家庭血圧」による診断・評価が優先されます。
- 「家庭血圧」の測定は、「白衣高血圧」や「仮面高血圧」の診断に有用とされています。
- 上腕式自動血圧計での測定が望ましいです。
- なお、手首式血圧計で測定は推奨されていません。



「家庭血圧」の測定方法

- ・血圧は、運動・安静・入浴・排便・食事・睡眠・体調・精神緊張等の条件で著しく変わります。
- ・血圧を測る前には、座位で数分間安静にし条件を一定にした状態で測ることが望ましいです。
- ・血圧を測るときは、きついシャツ等で腕の上部を締め付けないようにしましょう

図2-10) 家庭血圧の測り方



(例)	腕	人によって左右差があります。左と右で血圧が10mmHg以上違う場合は、高い方の腕で測りましょう。	
	姿勢	座った姿勢が望ましいです。座った後、1~2分安静後に測定しましょう。	
	時間	朝	- 起床後1時間以内 (食事、服薬の前に)
		夜	- 就寝前
		(その他)	- 体の調子が悪いとき

「家庭血圧」の測定方法



- 1機会に「原則2回」測定し、平均値をその機会の血圧値とします。1回測定の場合は、それをその機会の血圧値とします。
- 高血圧診断、降圧薬の効果判定には、朝・晩それぞれの測定値の5日間平均値を用います。
- 朝の家庭血圧平均値、晩の家庭血圧平均値のいずれか、あるいは両者が家庭血圧の高血圧基準（135/85mmHg）を満たす場合、家庭血圧に基づく高血圧と診断します。
- 朝・晩の家庭血圧平均値ともに降圧目標を達成した場合、家庭血圧の降圧目標を達成したと判断します。

今月のチャレンジ! [休肝日を週4日つくる!]

2024年 月/日		4/1(月)		4/2(火)		4/3(水)		4/4(木)		4/5(金)		4/6(土)		4/7(日)	
		朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜	朝	夜
1 100mmHg	最高血圧	152	138	148	135	144	140	125	134	135	128	120	134	146	140
	最低血圧	92	85	88	86	85	80	76	80	80	72	70	77	82	80
	脈 拍	68	65	67	68	63	61	60	63	62	66	62	64	66	68
2 100mmHg	最高血圧	150	136	148	138	142	138	127	132	133	125	122	138	144	142
	最低血圧	92	86	85	83	83	78	79	77	78	74	73	78	80	83
	脈 拍	65	63	65	67	64	60	61	61	63	65	60	62	63	65
体 温		36.6	36.8	36.3	36.4	36.1	36.2	36.2	36.0	36.1	36.3	36.4	36.0	36.2	36.0
服薬 チェック		朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前	朝 夕 昼 寝る前
睡眠時間		5h	7h	6h	7h	7h	7h	7h	8h	6h					
血 圧 (mmHg)															
体 重		74.3		74.0		74.2		73.9							
歩 数		6000	6500	6000	8000	6000	6500	12000							
朝 食			115 205		118 215		108 202								
昼 食			120 212		125 230		112 225								
夕 食			125 230		118 280		121 238								
メモ欄		朝、頭痛 通院、薬と変更 夜、ケキ10 ワイン2杯 サウ2杯 プール1h ゴルフ、ビール1本													

飲酒、食事
運動、通院
イベントや
体調変化

最初は1週間に1回測定できれば十分です！

最初は1週間に1回測定できれば十分です!

血圧ノートの使い方

毎月の目標を立てましょう。
2週間ごとに達成度を評価します
(右ページに◎○△×があります)

1週間で1ページになっているので、
週単位で血圧の変化が把握できます

血圧は変動しやすいので2回測ると
よいでしょう

脈拍、体温、睡眠時間を記録して、
健康管理できます

薬の飲み忘れがないか、服薬したら
○をつけましょう

高血圧ラインがわかるように目印が
ついています

2回測った平均値をグラフに記入すると、
血圧の変動が一目瞭然です

体重や歩数を測っている人は記録しま
しょう

血糖値を測っている人は食前・食後の
数値を記録できます

メモ欄には、飲酒量や体調の変化、
運動内容、通院記録など気になる出来
事を記録しましょう

ノートに記録をして血圧の測定が習慣化する
と、自分の健康に関心が向くはずです。そうな
ったら、次のステップにチャレンジです。月に1
つずついいので、何か行動を変えてみる。例
えば以下のようなものはどうでしょう。

日々の生活が私たちの体を作っています。習
慣が変われば、体は確実に変わっていきます。
今からでも遅くはありません。大切な自分の体
をケアしていきましょう。

12か月のチャレンジ例

- ① ラーメンやそばの汁を飲まずに残す。
- ② レモンや酢、七味などで味を補い、
塩分をなるべく減らす。
- ③ 最寄り駅の1つ手前で降りて、
歩く距離を増やす。
- ④ 1日の純アルコール摂取量を
20グラム未満にしてみる。
- ⑤ 毎日スクワット30回×2回をやる。
- ⑥ 夜はごはんの量を半分ににする。
- ⑦ 1週間に3回は1万歩歩く日を作る。
- ⑧ 1日の塩分摂取量
6グラム以下をめざす。
- ⑨ ジム通いや水泳、
ランニングなどを始めてみる。
- ⑩ 家での晩酌は
1週間に1回までにする。
- ⑪ 禁煙に挑戦してみる。
- ⑫ 1週間に5回は
1万歩歩くようにする。

記録を「習慣化」
するために
このノートを活用して
健康意識を高めて
ください!



高血圧治療ガイドライン（JSH）における降圧目標

- JSH2019では、一般成人、高齢者および冠動脈疾患患者の降圧目標が従来よりも厳格化された。

JSH 2014 ¹⁾		
	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
若年、中年、 前期高齢者患者	<140/90	<135/85
後期高齢者患者	<150/90 (忍容性があれば <140/90)	<145/85 (目安) (忍容性があれば <140/90)
糖尿病患者	<130/80	<125/75
CKD患者 (蛋白尿陽性)	<130/80	<125/75 (目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	<140/90	<135/85 (目安)

注) 目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧140/90mmHg、家庭血圧135/85mmHgが、高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである。

JSH 2019 ²⁾		
	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
<ul style="list-style-type: none"> ● 75歳未満の成人 *1 ● 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) ● 冠動脈疾患患者 ● CKD患者 (尿蛋白陽性) *2 ● 糖尿病患者 ● 抗血栓薬服用中 	<130/80	<125/75
<ul style="list-style-type: none"> ● 75歳以上の高齢者 *3 ● 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価) ● CKD患者 (尿蛋白陰性) *2 	<140/90	<135/85

*1：未治療で診察室血圧130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1ヵ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。

*2：随時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする。

*3：併存疾患などによって一般に降圧目標が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。降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、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。

1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）．高血圧治療ガイドライン2014，p.35，ライフサイエンス出版，2014

2) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）．高血圧治療ガイドライン2019，p.53，ライフサイエンス出版，2019

降圧目標

診察室血圧 < 130/80mmHg

家庭血圧 < 125/75mmHg

- * 高値血圧（診察室血圧130～139/80～89mmHg）で脳心血管病の発症が低・中等リスクの場合（脳心血管病の既往や糖尿病を伴わないような場合）は生活習慣の改善を強化する。
- * めまい・ふらつき・立ちくらみ・倦怠感・失神などの症候性低血圧、起立性低血圧、急性腎障害、高カリウム血症などの電解質異常といった有害事象の発症に注意しながら降圧を進める。

日本の高血圧の現状

高血圧有病者
(2017年推計)¹⁾

4300万人

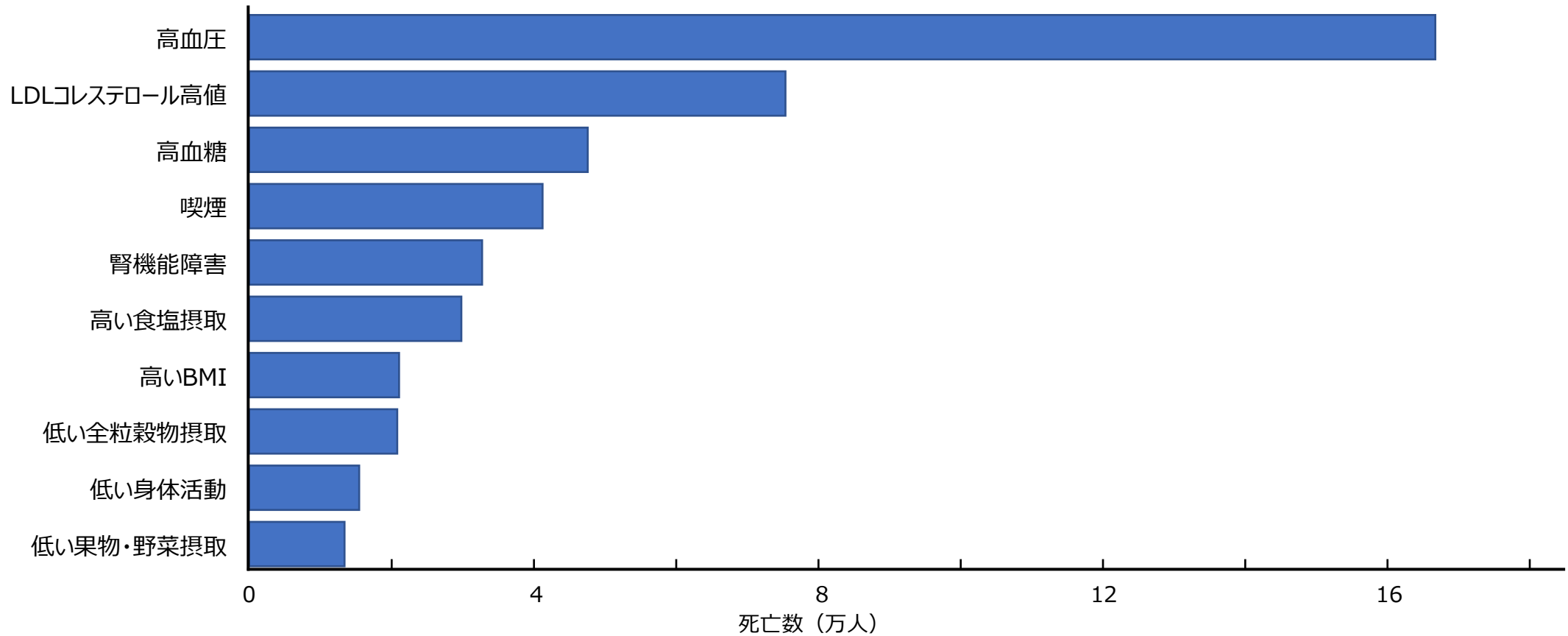
高血圧に起因する
脳心血管病死亡者数²⁾

年間約17万人

1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）．高血圧治療ガイドライン2025, p.27, ライフサイエンス出版, 2025
2) Nomura S, et al. Lancet Reg Health West Pac. 2022;21:100377. PMID: 35098183

わが国における2019年の脳心血管病死亡数への各種危険因子の寄与 (男女計)

JSH2025



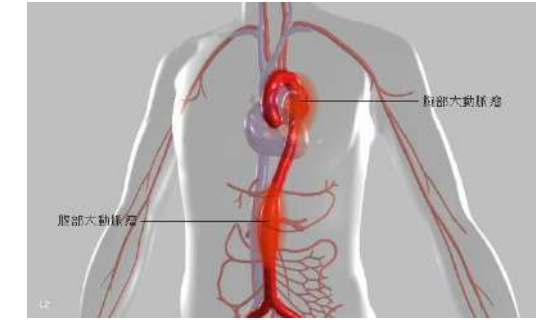
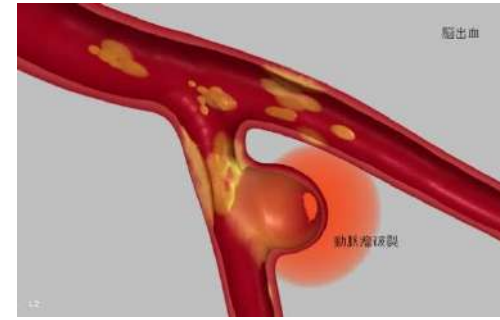
対象：保健指標評価研究所により公開されたGlobal Burden of Disease Study (GBD) 2019における全年齢層の日本人男女データ

方法：2019年における心血管イベントによる死亡者数を、予防可能な行動、代謝リスク等別に算出した

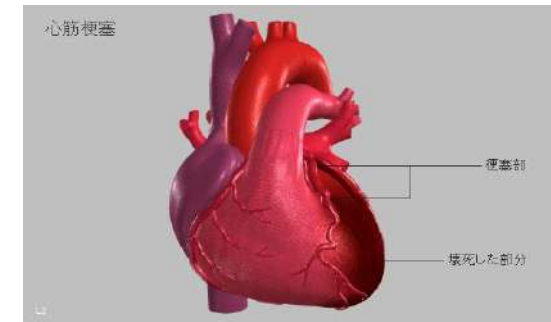
限界：GBD 2019に含まれない疾患やリスク因子については検討していない。

Nomura S, et al. : Lancet Reg Health West Pac 2022 ; 21 : 100377より作図

よくある疑問②・・・血圧が高いとどうなる？



- 脳心血管疾患に罹患するリスクが高まります。
 - 脳梗塞・脳出血などの脳卒中
 - 狭心症・心筋梗塞・心不全・心房細動などの心疾患
 - 大動脈瘤・急性大動脈解離などの大血管疾患
 - いずれも死と隣り合わせの病気であり、罹患するとその後の人生が大きく変わります。
-
- 例えば、高齢者心不全の疫学を見てみると・・・
 - 予後が悪い：**5年生存率：50%**（全悪性腫瘍の5年生存率：68%）
 - 根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患である



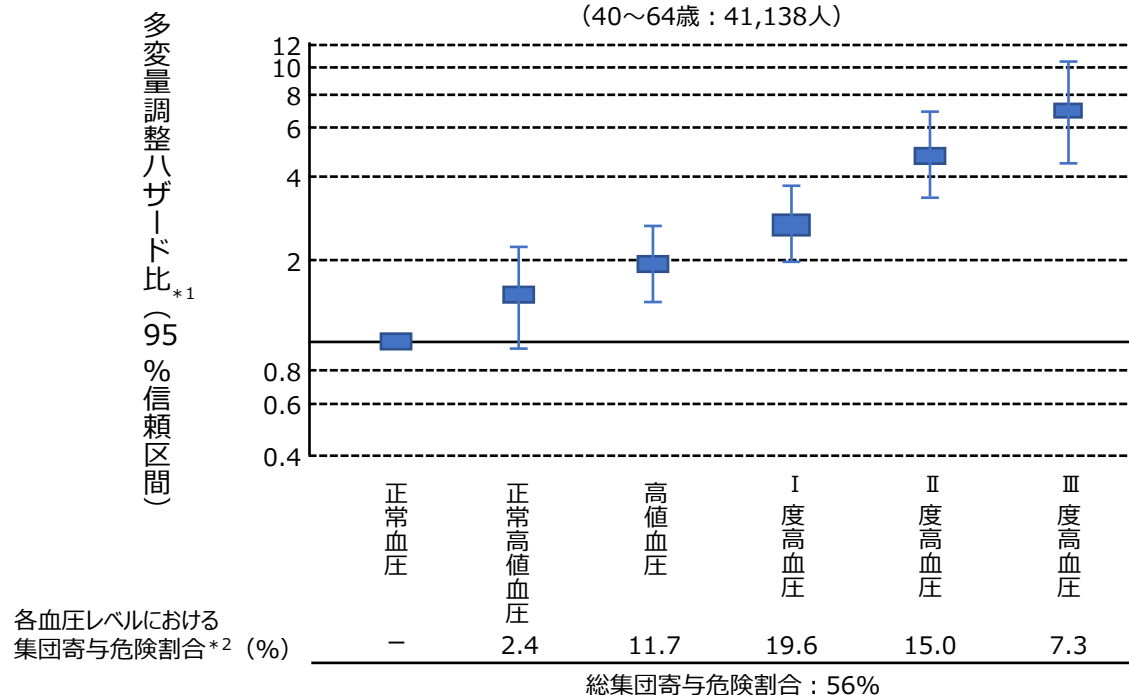
血圧レベル別の脳心血管病死亡ハザード比と集団寄与危険割合

JSH2025

EPOCH-JAPAN。国内10コホート（降圧薬非服用者約5万8千人）のメタ解析。年齢階級別。

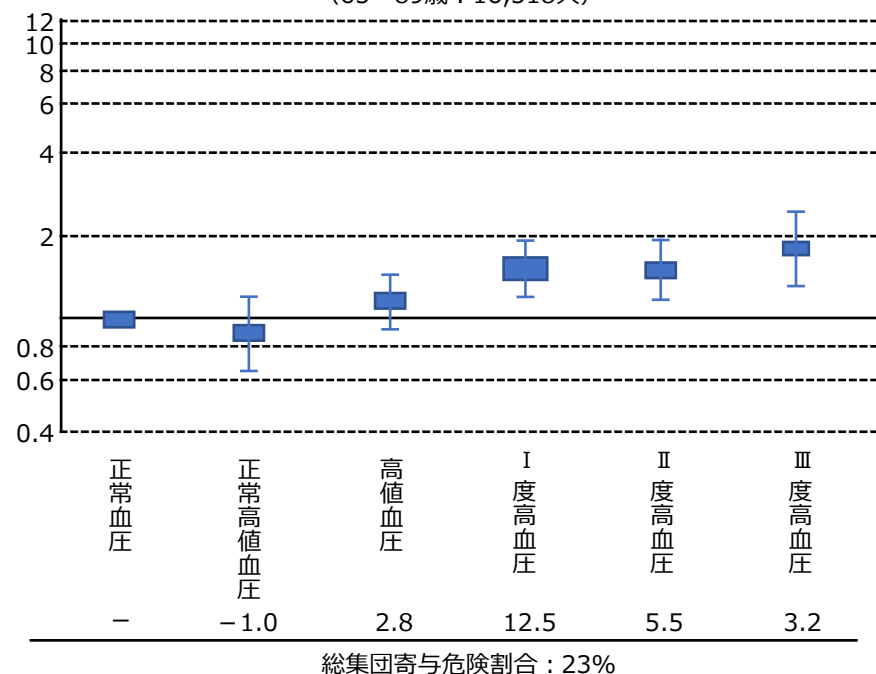
中壮年者

(40～64歳：41,138人)



高齢者

(65～89歳：16,518人)



*1 ハザード比は年齢、性、総コレステロール値、喫煙、飲酒、BMI、糖尿病にて調整

*2 集団すべてが120/80mmHg未満だった場合に予防できたと推測される死亡者の割合

対象：40～89歳の日本人男女70,570名のうち、降圧薬非服用者57,656名

方法：国内で実施された大規模観察研究の対象となった10コホート〔久山町コホート、NIPPON DATA80/90コホート、大迫コホート等〕より対象者を抽出し、血圧レベル別の脳心血管病死亡ハザード比と集団寄与危険割合を検討した。

限界：①併合されたデータには、追跡調査期間中の参加者の状態は含まれていない。②本研究は、単一の機会において測定されたオフィスの血圧測定値に基づいて実施された。③本解析は、死亡率に関する結果に限定されている。④潜在的な交絡因子である塩分摂取量と身体活動レベルに関するデータは本データベースには含まれていない。

Satoh M, et al. : Hypertens Res 2025 ; 48(4) : 1428-1433

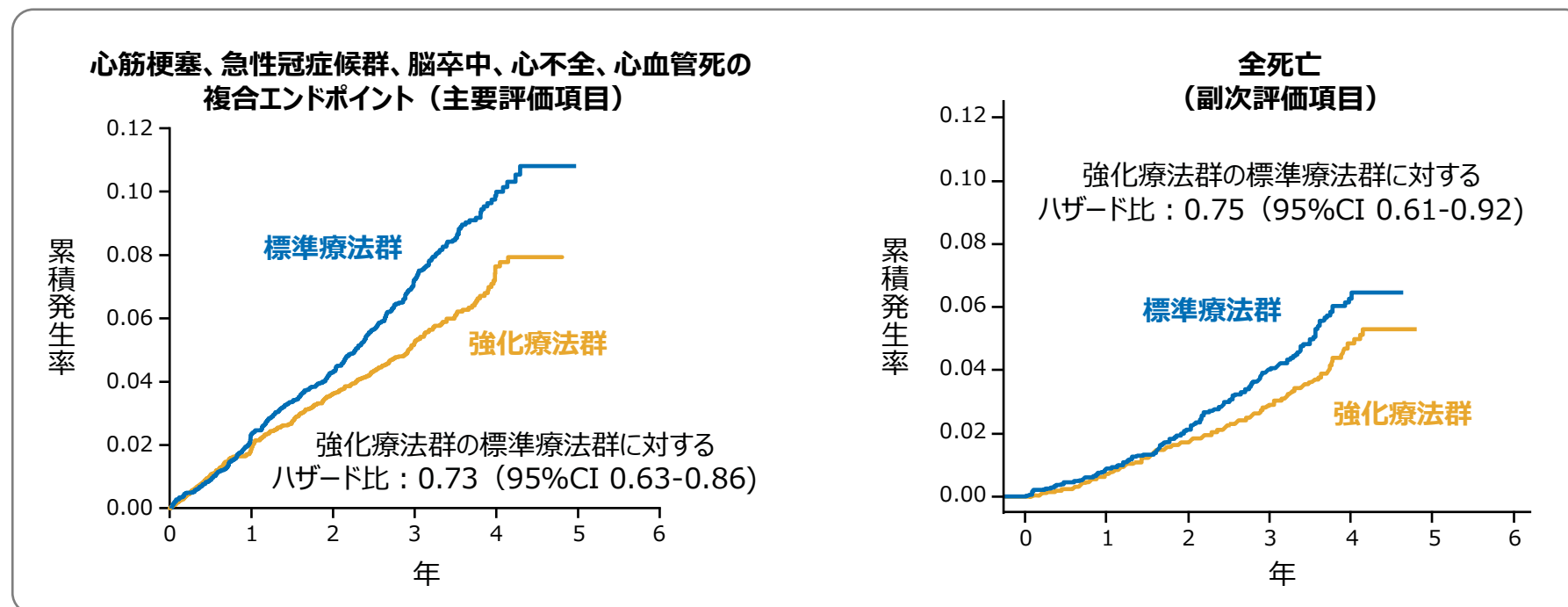
日本高血圧学会「高血圧管理・治療ガイドライン2025」作成委員会 編：「高血圧管理・治療ガイドライン2025」ライフサイエンス出版、p25、図1-1より転載

降圧と心血管イベントリスクの関連：SPRINT試験

<海外データ>

- 厳格な降圧により、致死性／非致死性心血管イベントの発生率は有意に低下した

高血圧に対する強化療法と標準療法の心血管イベント発生率の比較（最終解析）



SPRINT：Systolic Blood Pressure Intervention Trial

試験デザイン：多施設共同、無作為化、非盲検比較試験

対象：50歳以上、収縮期血圧（SBP）130～180mmHg、心血管イベント高リスク、糖尿病非合併患者9,361例

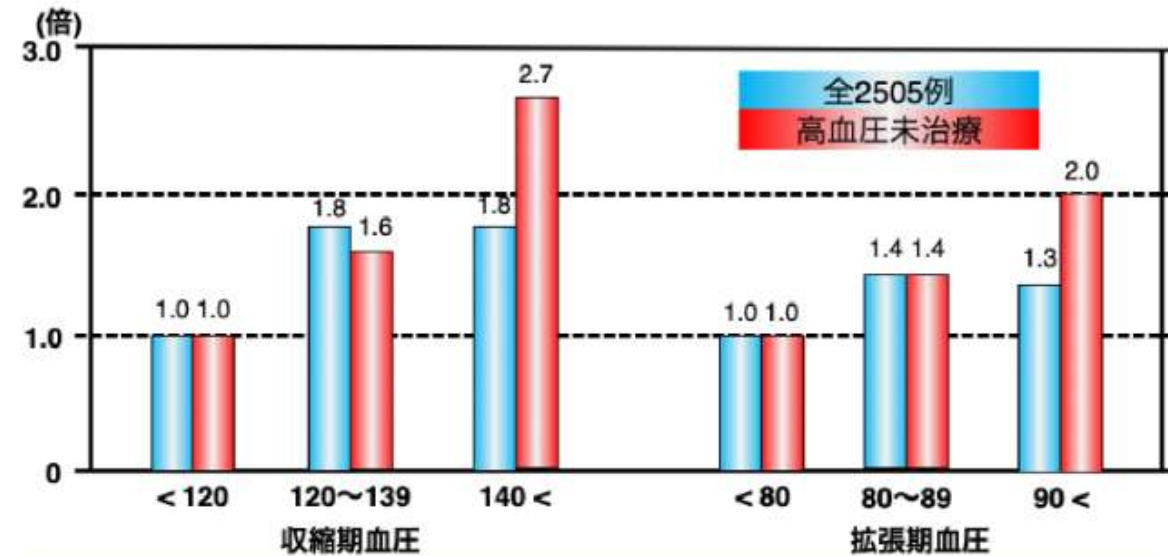
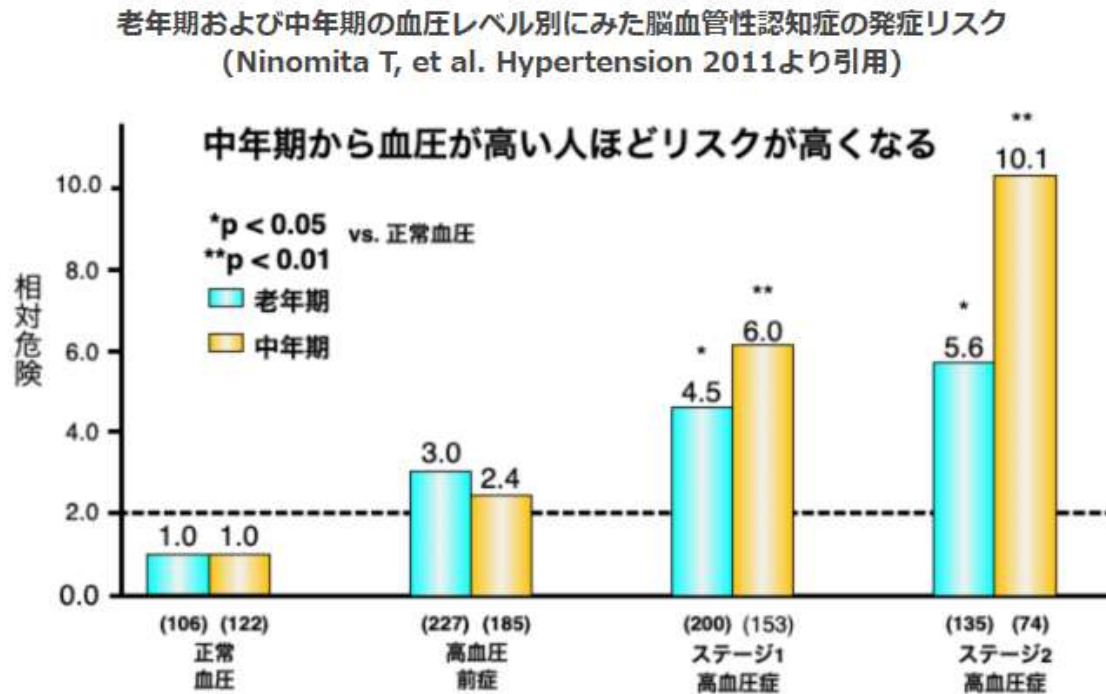
方法：対象をSBP<120mmHgを目標とした降圧治療を行う群（強化療法群）とSBP<140mmHgを目標とした降圧治療を行う群（標準療法群）に無作為割付し、心血管イベントの発生率を比較した。主要評価項目は心筋梗塞、急性冠症候群、脳卒中、心不全、心血管死の複合エンドポイント、副次評価項目は全死亡および心筋梗塞、急性冠症候群、脳卒中、心不全、心血管死、全死亡の複合エンドポイントとした。心血管イベント発生率の比較には、Cox比例ハザード回帰解析を用いた。有意水準は両側5%とした。

よくある疑問②・・・血圧が高いとどうなる？

- 慢性腎臓病のリスクが高まります。
末期腎不全→血液透析へ移行・・・予後不良です
- 認知症のリスクが高まります。



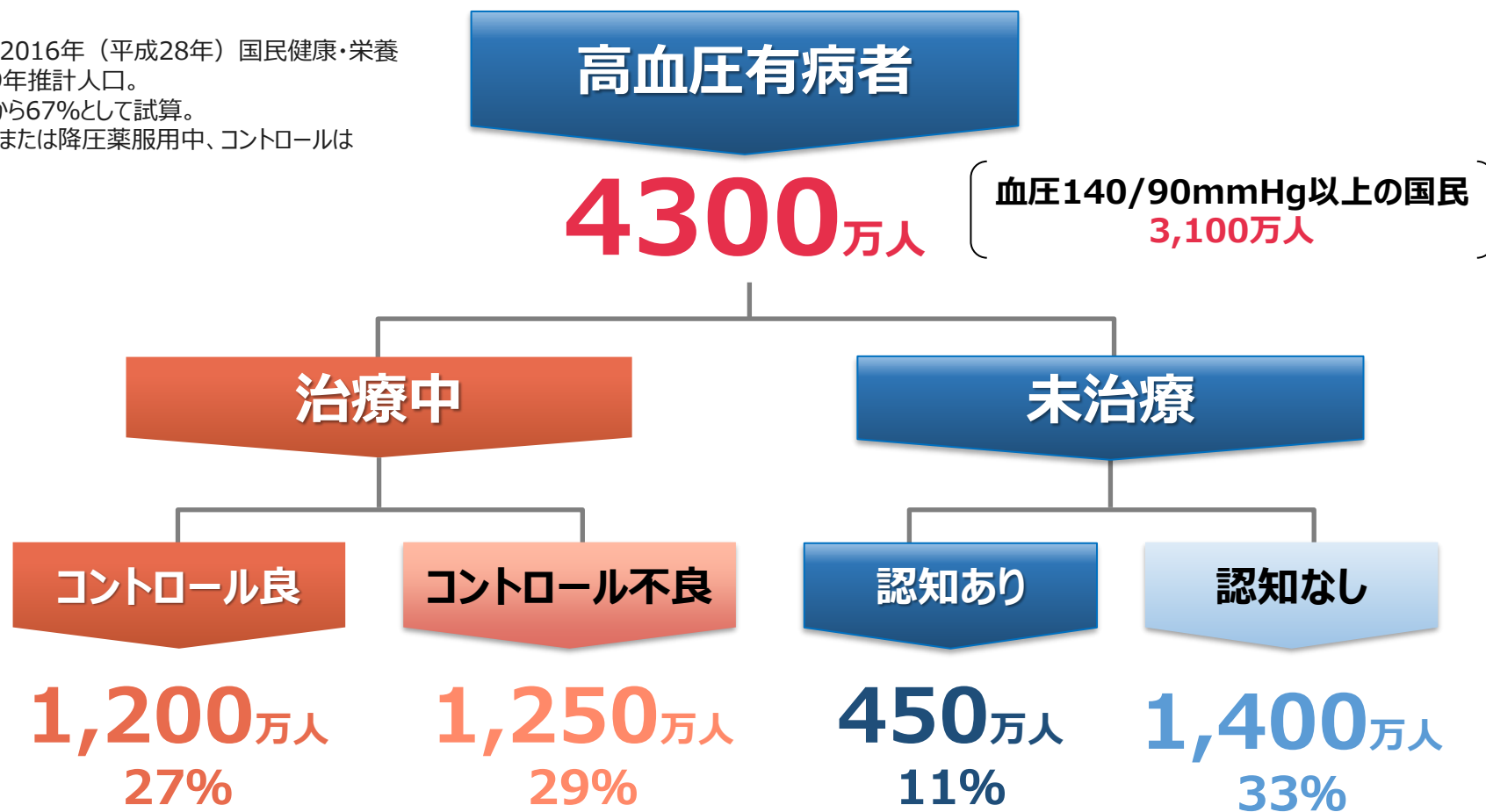
中年期高血圧と認知症リスク
(Freitag MH, et al. Stroke 2006より引用)



中年期に高血圧を治療しなかった群では、高率に認知症を発症
(アルツハイマー病 61%、脳血管性認知症 16%、パーキンソン病 23%)

日本の高血圧有病者、薬物治療者、管理不良者などの推計数 (2017年)

有病率、治療率、コントロール率は2016年（平成28年）国民健康・栄養調査データを使用。人口は平成29年推計人口。
認知率はNIPPON DATA2010から67%として試算。
高血圧有病率は140/90mmHgまたは降圧薬服用中、コントロールは140/90mmHg未満



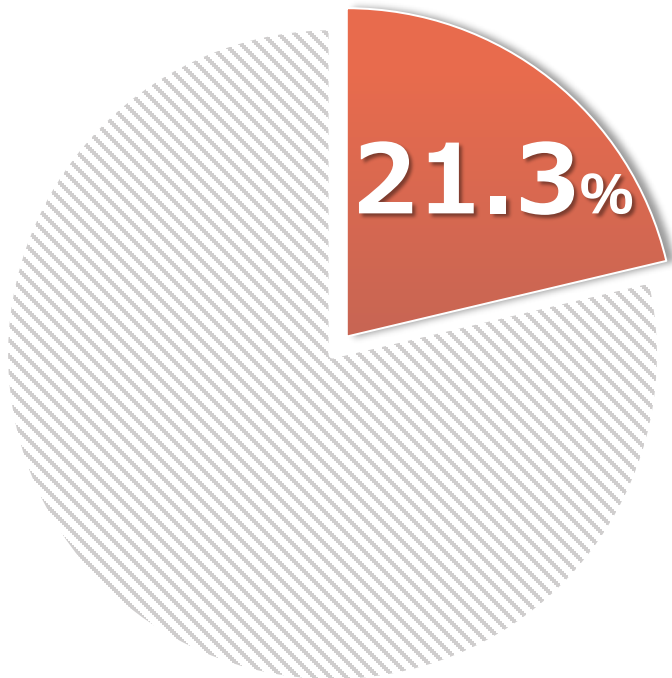
クリニカルイナーシャ（臨床的惰性）が深く関わっている

JSH2019降圧目標（<130/80mmHg）の達成状況

- Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study（JALS）における降圧薬服用患者の130/80mmHg未満達成率は21.3%。

<130/80mmHg達成率

全例（n=20,769）



年齢別

≤49歳 (n=652)	16.9%
50～59歳 (n=3,193)	19.1%
60～69歳 (n=7,210)	22.0%
>70歳以上 (n=9,714)	21.8%

対象・方法：1999年～2005年に収集されたJapan Arteriosclerosis Longitudinal Study（JALS）のデータ*を用いて、降圧薬を服用している男女20,769例の
血圧管理状況を、JSH2019降圧目標（<130/80mmHg）を基準に再解析した。

※25の自治体ベースコホートおよび7の職場ベースコホートを統合

Asayama K, et al. J Hypertens 2017; 35: 1808-15
Asayama K, et al. J Hypertens 2019; 37: 652-3より作図

高所得12カ国の血圧管理状況

	Women				Men			
	Prevalence	Awareness	Treatment	Control	Prevalence	Awareness	Treatment	Control
Australia (2012)	33%	75%	65%	38%	39%	67%	55%	28%
Canada (2016-17)	36%	72%	66%	50%	34%	84%	81%	69%
Finland (2017)	52%	77%	59%	29%	59%	74%	55%	26%
Germany (2008-11)	43%	87%	80%	58%	46%	82%	70%	48%
Ireland (2009-11)*	43%	56%	50%	26%	56%	46%	39%	17%
Italy (2008-12)	45%	77%	68%	31%	56%	69%	56%	23%
Japan (2015)	40%	66%†	55%	29%	56%	65%‡	52%	24%
New Zealand (2015-16)	41%	75%	62%	35%	45%	69%	55%	28%
South Korea (2016)	34%	76%	74%	53%	44%	68%	65%	46%
Spain (2015)‡	36%	69%	56%	29%	53%	64%	51%	25%
UK (2016)	36%	70%	59%	37%	40%	67%	55%	37%
USA (2015-16)	44%	86%	80%	54%	45%	79%	70%	49%

Lancet (2019 ; 394 : 639-51)

降圧目標を達成するために薬剤費を含めた医療費は高くなるが、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が示されている

高血圧治療について -基本の3本柱-

① 生活習慣の改善

- ・高血圧は生活習慣病の 1 つであり、生活習慣の改善により高血圧の予防および降圧が期待できます。
- ・多くの患者さんは生活習慣の改善だけでは目標とする降圧を達成することはできませんが、降圧剤の効果を高め薬剤数と容量を減じることができます。

② 薬物療法

- ・多くの患者さんで薬物療法が必要となります。

③ 共同意思決定の推進

- ・高血圧症は自覚症状に乏しいことから、治療によって得られる利益や不利益についてよく説明し、患者さんとはよく話し合い、患者さんの希望を尊重して治療法を選択する必要があります。

① 生活習慣の改善

修正項目	具体的な内容
減塩	食塩摂取量6g/日未満
肥満の予防や改善	体格指数 (BMI) ^{*1} 25.0 kg/m ² 未満 150cm→56kg、160cm→64kg、170cm→72kg
節酒	アルコール量で男性20～30mL/日以下 ^{*2} 、女性10～20mL/日以下
運動	毎日30分以上または週180分以上の運動
食事パターン	野菜や果物 ^{*3} 、多価不飽和脂肪酸 ^{*4} を積極的に摂取、飽和脂肪酸・コレステロールを避ける
禁煙	喫煙のほか間接喫煙（受動喫煙）も避ける（加熱式たばこも含む）
その他	防寒、情動ストレスのコントロール、適切な睡眠時間の確保、便秘の回避

^{*1} 体格指数：「体重 (kg) ÷ {身長 (m)}²」で算出

^{*2} おおよそ日本酒1合、ビール中瓶1本、焼酎半合、ウィスキー・ブランデーはダブルで1杯、ワインは2杯

^{*3} 肥満者や糖尿病患者では果物の過剰摂取に注意。野菜や果物の摂取については腎障害のある患者では医師に相談が必要

^{*4} 多価不飽和脂肪酸は魚などに多く含まれる

『減塩』・・・これが一番重要です！



おいしく減塩するコツ

● 作るときのコツ

酸味の利用

酢や柑橘などの酸味で味のメリハリをつけましょう



香辛料や香味野菜を利用

香りのある野菜やスパイス、ハーブ、唐辛子などで味にアクセントをつけましょう



汁物はだしをきかせて具を増やす

だしの旨味を上手に利用すると減塩効果大。汁物は野菜を入れて、具沢山にしましょう



献立にメリハリを

全て薄味だと物足りないので、1品は普通の味付けにすると食事の満足度が高まります



● 食するときのコツ

食塩を多く含む食品を避ける

食塩が多い食品は控えましょう。漬物や練り物などの加工食品は食塩を多く含むので注意が必要です。



減塩食品を利用

減塩醤油など、塩分を減らした食品を利用しましょう



食るときに味付けする

下味はつけずに調理し、食るときに塩をふりかけたり、醤油をつけて食べましょう



汁物の汁を残す

塩分を含む汁は残し、汁物は1日1杯までにしましょう





特定非営利活動法人

日本高血圧学会

The Japanese Society of Hypertension

一般の方

会員・医療関係者

Google 提供



[HOME](#) > [一般の方 TOP](#) > [さあ、減塩！（減塩・栄養委員会から一般のみなさまへ）](#) > 食塩の知識

さあ、減塩！ ～減塩・栄養委員会から一般のみなさまへ～



HOME	食塩の知識	減塩・栄養委員会の取組、活動	減塩食品の紹介 (食塩含有量の少ない食品の紹介)	減塩活動の支援と紹介	書籍など	各種申請	他の減塩活動
----------------------	-----------------------	--------------------------------	--	----------------------------	----------------------	----------------------	------------------------

> 食塩の知識

減塩について

減塩の必要性

心血管病の原因となる高血圧はいろいろな生活習慣の歪みで生じますが、そのうちの最も重要なものの一つに食塩過剰摂取があります。海から陸に上がった生命体の生命維持機構の重要なものの一つに食塩（ナトリウム）が体外に失われることを防ぐということがありました。しかし、文明の進化とともに食塩摂取量は石器時代の1日1～2g以下から10g以上へと増えてしまいました。このため、高血圧が増え、それに伴う脳卒中や心臓病、腎臓病などが増加しています。また、食塩の過剰摂取は高血圧を介さず、直接心血管病の原因になることもあるといわれています。そのため、減塩は高血圧の患者さんだけではなく、健康な人たちにとっても大切なことなのです。

減塩目標

> TOP

> 理事長からのメッセージ

> 高血圧専門医

> 出版物案内

< 生活習慣について (減塩・禁煙等)

> 「高血圧の日」について

> 「日本高血圧協会」のご案内

> 高血圧療養指導士のご紹介

減塩目標

日本高血圧学会では食塩摂取量1日6g未満の目標を掲げています。この値はたくさんの高血圧患者さんで減塩の試験をして確実に血圧が下がった値を参考にして決めたものですが、実は中間目標なのです。本来はもっと少ない値にすべきだというのが専門家の意見で欧米ではもっと少ない値が最終目標として示しているようです。

(ASN Statement in Support of US Dietary Guidelines for Americans 2010)

ところが、「日本人の食事摂取基準」においては男性の1日の食塩摂取量の目標値が7.5g未満、女性が6.5g未満という目標値があげられています。これは血圧が正常の人では減塩はそれほどしなくてもいいということではなく、平均食塩摂取量は1日10.7gの日本人が1日6g未満にするのは現状では無理だろうからということで決まったものなのです。高血圧学会の1日6g未満が中間目標といいましたが、この「日本人の食事摂取基準」の目標値はさらに暫定的な値といえます。

減塩に関する問題点

私たちは加工食品やレストランでの外食、市販の弁当などの食事をたくさん摂っています。もちろん、減塩のための個人の努力は重要です。しかし、もともとは食塩（ナトリウム）を保持するように身体ができており、食塩に対する嗜好も強いわれわれが、食塩にあふれた現在の環境で減塩の努力することは決してたやすくはありません。すなわち、政府や企業の方々の協力なくしては減塩の推進は難しいと考えられます。

ガイドラインにおける食塩摂取量目標値



＊ JSH減塩食品リストをお渡しします。どうぞお役立てください。

電気の力で減塩食品の塩味やうま味を増強する減塩サポート食器「エレキソルト」が新商品の「カップ」とリニューアルした「スプーン」を9月9日（火）より販売開始

CSV

商品・サービス

研究・技術

印刷

2025年9月9日



キリンホールディングス株式会社

・「エレキソルト」は、“おいしい食事のある人生を、すべての人に。”を基本の考え方として、塩分の取り過ぎという社会課題とお客様の減塩食の味に対するニーズに向き合うために開発された減塩サポート食器です。減塩に取り組む方々の「『ご褒美食』としてラーメンなどを濃い味で楽しみたい」、「日常的に食べていた汁物を、おいしく食べ続けたい」といった声を踏まえ、家庭での使いやすさや食べたいメニューを考慮した食器の開発に取り組み、2024年5月に「エレキソルト スプーン」を発売しました。その後、スプーンを使わずに汁物を食べる習慣のある方々のニーズを受け、「エレキソルト カップ」を新たに開発しました。

・減塩食品の塩味を約1.5倍に増強させる独自の電流波形の技術（特許第7704793号）を搭載しています。

・カップ内部の電極から微弱な電流が食品に流れ、塩味やうま味など、食事の味わいを増強する効果を発揮します。安定して電流が流れる電極構造、耐熱性や耐久性の高い機器設計、食洗機で洗浄可能な構造としました。

医師会病院には禁煙外来があります！

上手に禁煙するために

健康保険が
使えます

禁煙外来を活用しましょう！

禁煙は自力でも可能ですが、医療機関での禁煙治療や禁煙補助薬を利用した場合、ニコチン切れの症状を抑えることができるため、「比較的楽に、しかも自力と比べて3～4倍も禁煙成功率が上がる」と言われています。上手に禁煙するために、医療機関を受診して禁煙治療を受けませんか？

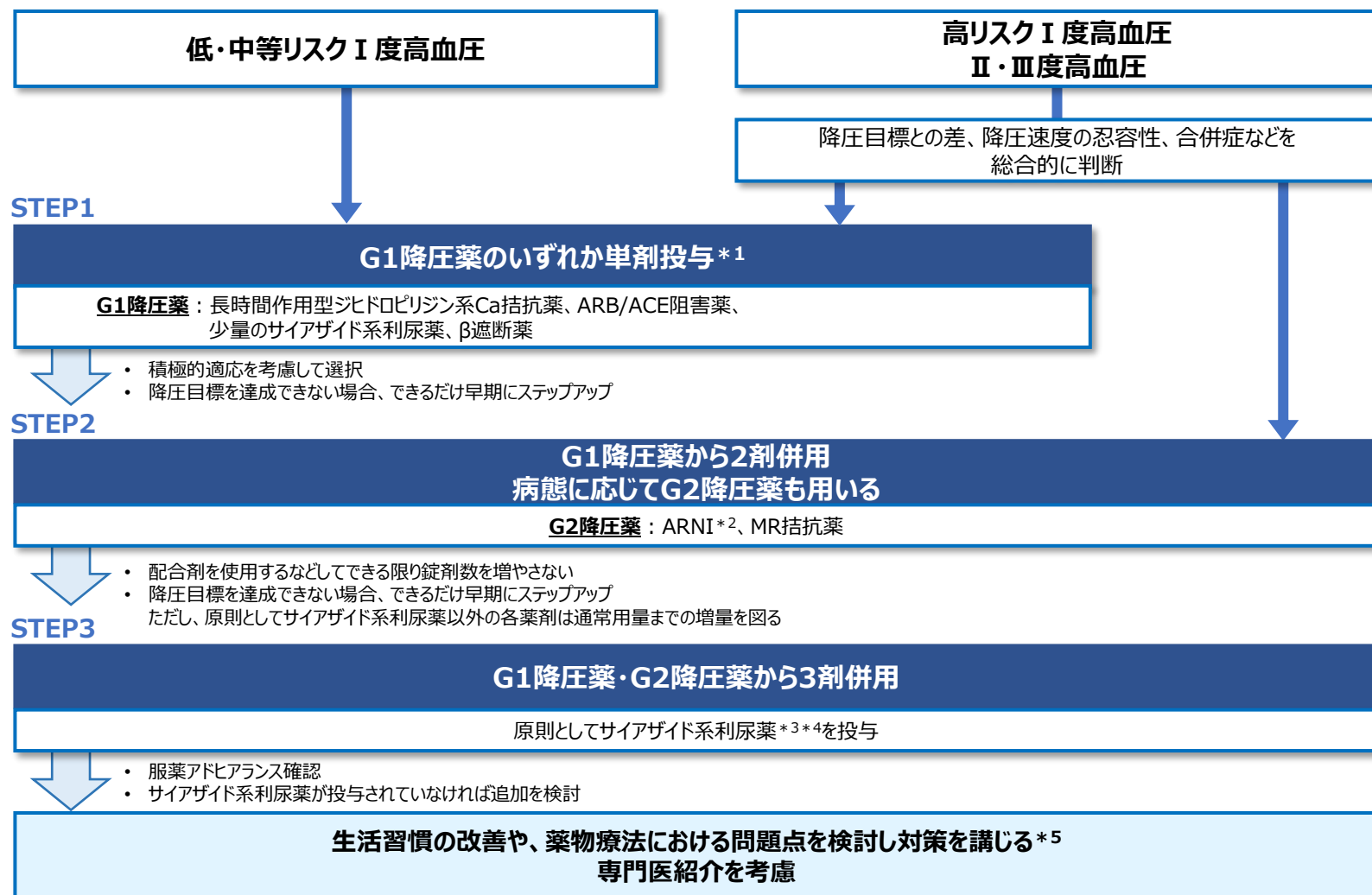
北海道支部の喫煙者の割合は全国ワースト1位であり、喫煙率の高さが健康課題になっています。
(男性7位(43.7%)、女性1位(21.9%)、男女計1位(35.3%)) ※

※出典：協会けんぽ都道府県支部別健診・問診結果の状況（令和4年度）

高血圧に対する降圧薬治療STEP： 降圧目標を達成するための降圧薬の使い方

② 薬物療法

JSH2025



- *1 75歳以上の高齢者や腎機能低下例（CKDステージ4以上、eGFR30mL/分/1.73m²未満）では一般的に通常用量の半量の単剤から開始する。
- *2 ARNIとACE阻害薬は併用しない。ACE阻害薬からARNIへの切替え時には36時間以上の休薬期間をおく。添付文書上、原則として1剤目として投与しない。
- *3 eGFR30mL/分/1.73m²未満ではループ利尿薬。
- *4 ナトリウム排泄作用を有するARNI、MR拮抗薬も可。
- *5 「第11章 コントロール不良の高血圧」参照。

② 薬物療法

- 降圧薬の脳心血管病抑制効果の大部分は、その種類よりも降圧度によって規定されます。
- 各種降圧薬単剤で降圧目標未達成の場合には、すみやかな2,3剤の併用が推奨されています。単剤の増量よりも多剤併用の方が降圧効果が大きいとされています。
- 3剤併用で降圧目標に達しない場合には、生活習慣の改善を図り薬物療法の問題点を検討し対策を講じるべきです。
- 降圧剤は1日1回投与を原則としますが、24時間にわたって降圧することが重要です。
- 配合剤の使用による処方単純化はアドヒアランスを改善し、血圧コントロールの改善につながります。

③ 治療の継続のための共同意思決定の構成要素

- 高血圧による脳心血管病発症のリスクと治療の有益性について説明し、患者さんの理解を深め関心を高めることが重要です。
- 生活習慣の改善や降圧薬などの治療の選択肢を示し、それぞれの長所と短所を説明することが重要です。
- 降圧目標値を共有することが重要です。
- 患者さんの価値観と希望を尊重し、患者さんの嗜好や生活にあった治療方針を選択することも必要です。
- 処方を見直し、服薬回数、服薬錠数を減らすことも重要です（配合剤の使用や一包化調剤など）。
- 家庭血圧の自己測定・記録を勧め、その評価をフィードバックすることが重要です。
- 医療スタッフ（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士など）、患者さんとその家族を含めた治療支援体制を構築することが重要です。
- コミュニケーションを継続し、治療状況や患者さんのニーズ、嗜好の変化に対応することも重要です。
- 服薬忘れや治療が中断した場合には、費用や副作用など、その理由について話し合い、必要であれば薬剤の変更を考慮します。

上記に基づいた治療を進め、患者さんのQOLを維持することが、治療の中断・脱落や臨床イナーシャの回避に有効です。

臨床イナーシャ（臨床的惰性）

- ▶ 治療目標が達成されていないにもかかわらず、治療が適切に強化されていないことと定義される
- ▶ 医療者側：治療目標に達していないのに今までの処方をも漫然と継続していたり、原因検索しないまま放置していたり、患者さんの内服状況を確認しないまま同じ処方量を出し続けていたりするなど
- ▶ 患者さん側：治療における大きな壁となる。食生活の乱れや運動不足、喫煙、過度の飲酒など、今の生活習慣を変えないといけないとわかっていても、それができないままにいるなど

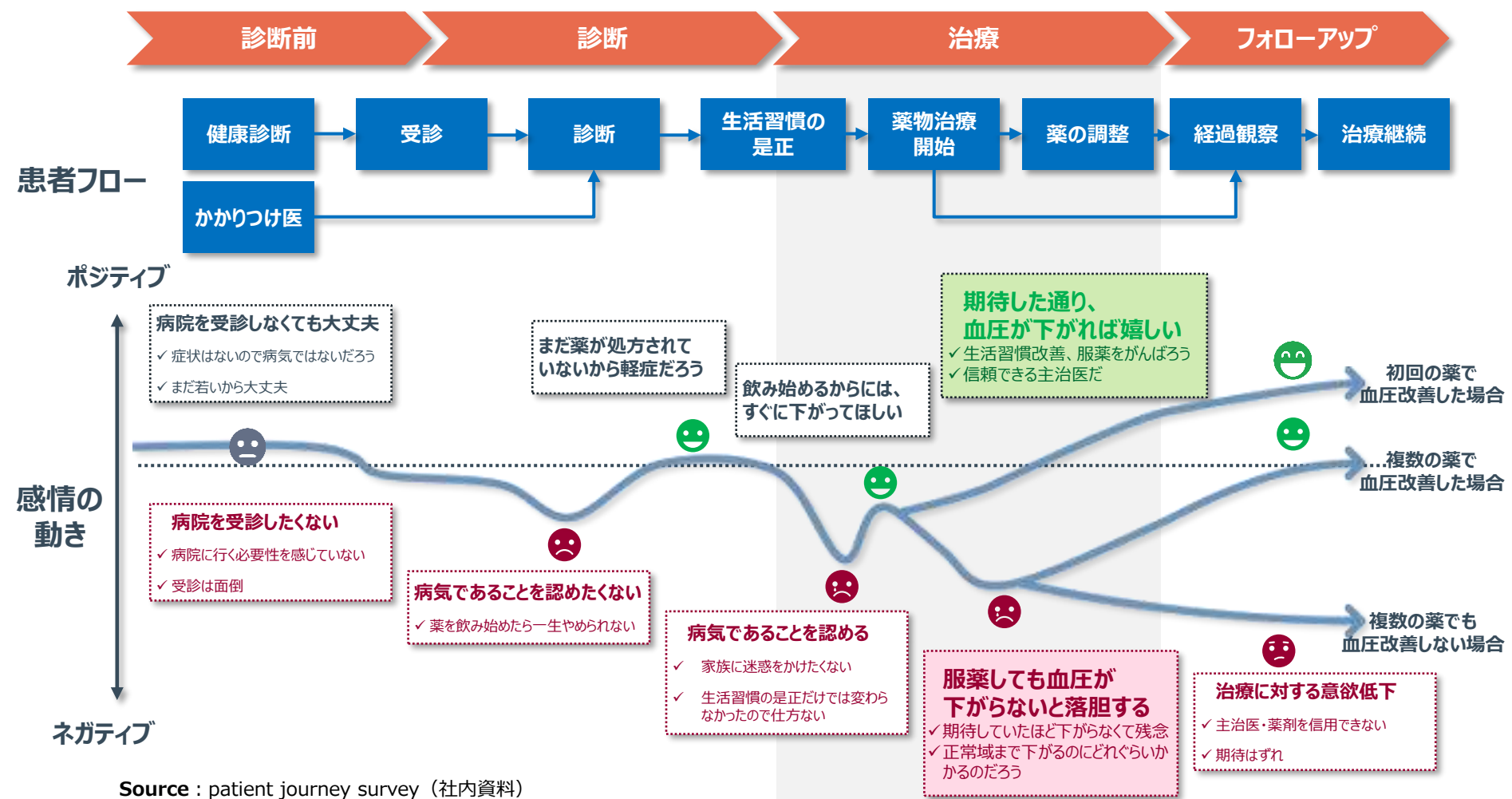
表 クリニカルイナーシャがどのような場合に起こっていたか。
降圧薬治療中高血圧患者 2万6,871例のメタ解析

- ・ 降圧目標近くまで血圧が下がっている (near target) 『まあ、このくらいでいいかな』
→ 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)

- ▶ 上記以外にも、高齢者の収縮期高血圧、予測寿命が短い方、脳梗塞既往例、精神疾患合併例などもイナーシャが起こりやすいとされている
- ▶ 自覚症状のない患者さんへの降圧治療をして、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ることもある。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る

かかりつけ医に通われている高血圧患者の患者フローと感情の動き



Source : patient journey survey (社内資料)
調査対象 : かかりつけ医に通う50代~60代の高血圧患者8名
調査方法 : インタビュー形式
実施時期 : 2020年3月に実施

高血圧の10のファクト～国民の皆さんへ～

1. 高血圧は、将来の脳卒中・心臓病・腎臓病・認知症の発症リスクを高める病気です

2. 日本では、1年間に17万人が、高血圧が原因となる病気^{注1}で死亡しています^{*1}

3. 日本の血圧コントロール状況は、主要経済国の中で最下位レベルです^{*2}

4. 上の血圧（収縮期血圧）を10mmHg下げると脳卒中・心臓病が約2割減少します

5. 高血圧の人では、年齢に関わらず、上の血圧を130 mmHg未満、下の血圧を80mmHg未満まで下げると、それ以上の血圧に比べて、脳卒中や心臓病が少なくなります

6. 生活習慣の改善（減塩，運動，肥満の是正，節酒など）で血圧は下がります

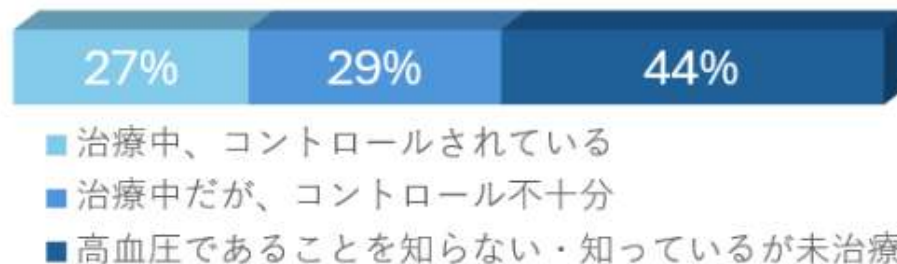
7. 日本人の食塩摂取量は10g/日と世界の中でも高く、高血圧の人は6g/日未満にすることがすすめられています^{*3}

8. 目標の血圧レベルに達するために、多くの高血圧患者では血圧を下げる薬が2種類以上必要です

9. 血圧を下げる薬は、安価・安全で効果があり、副作用よりも血圧を下げる利益の方が大きいことがほとんどです

10. 日本は家庭血圧計が普及しており、家庭での血圧測定は高血圧の診断と治療に役立ちます

日本の高血圧者4,300万人の血圧コントロール状態（2017年）



注1：この場合の「病気」とは脳心血管病を指しています。

出典：

^{*1} The Lancet Regional Health - Western Pacific 2022;21: 100377.

^{*2} 高血圧管理・治療ガイドライン2025, Lancet 2019; 394: 639-51. (【参考データ】血圧コントロールされている割合(女性):日本29%, カナダ50%, ドイツ58%, 米国54%, 韓国53%。
同(男性):日本24%, カナダ69%, ドイツ48%, 米国49%, 韓国46%)

^{*3} 厚生労働省「日本人の食事摂取基準」(2025年版), 高血圧管理・治療ガイドライン2025, エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023



ご清聴ありがとうございました



かかりつけ医とともに皆さまの健康を守ります
Hakodate Medical Association Hospital

函館市医師会病院循環器科 心血管カテーテル室 中川裕也