一般アンケート報告

「ハイリスク合併症を有する高血圧治療」に関するアンケート

石川辰雄
石川循環器クリニック／院長
長村好章
山田循環器科医院／院長
大林完二
清水クリニック

冠不全研究会では，毎年その年のテーマに関するアンケートを行い，その集計結果を報告しております。今年は，「ハイリスク合併症を有する高血圧治療」をテーマとし，実地医家レベルでの合併症を有する高血圧診療の実態を浮き彫りにすることを目的としてアンケート調査を行いました。本年もまた，日本全国989名の先生方から詳しい回答をいただき，誠にありがとうございました。

先生方のプロフィールは，病院の先生（以下，Hp）556名，診療所の先生（以下，GP）433名の合計989名で，昨年同様，Hp，GPとも循環器科を専門・標榜とされる先生が内科を上回っています。“ハイリスク合併症を有する高血圧”に対する循環器科医の関心の高さが伺えます。年齢構成は，Hpでは40歳代の，GPは50歳代の先生方を中心にご回答いただきました。病床数は，Hpでは「300床以上」が多く，GPでは多くが無床の診療所ですが，CAGやPCIをされる有床の診療所の先生からも7.9%でご回答いただいております。

Q1-1では，過去1年間で薬物治療を要する高血圧患者数をお聞きしました。Hpでは「201～300人」が，GPは「501人以上」が最も多い項目でした。合併症を有する高血圧患者の割合は（**Q1-2**），Hp，GPとも「21～50%」が5割前後と最も多いのですが，Hpでは「51%以上」も4割を占めており，Hpでの合併症を有する患者の多さが伺えます。

Q1-3では，どのような合併症が，ガイドラインのいう“積極的適応”の対象となるかについてお尋ねしました。Hpではやはり心不全が多く（69.1%），一方GPでは糖尿病・メタボリックシンドローム，CKDといった，いわゆる生活習慣病が多く挙げられています。

合併症ごとの降圧薬の選択をお尋ねしました（**Q1-4**）。まず“合併症がない場合”では，Hp，GPともCa拮抗薬（ジヒドロピリジン系）とARBの多さが際立っており，それぞれ5割から7割近くを占めています。一方，“狭心症・心筋梗塞合併”では，そこにACE阻害薬とβ遮断薬が加わり，なかでもβ遮断薬はHp，GPともに5割を占めています。虚血性心疾患はβ遮断薬を考慮する合併症として一番に挙げられるものだと思います。また，“頻脈合併”では，当然ではありますが，他の降圧薬が10～20%程度であるのに比し，β遮断薬が突出しています（Hp：91.2%，GP：91.9%）。“心不全合併”でも，ARB，ACE阻害薬，β遮断薬がそれぞれ50～60%で挙がっていますが，それに加えてループ利尿薬（3～4割）とアルドステロン拮抗薬（2～3割）が挙げられていることも注目されます。

Q2-1では，降圧薬の選択において配慮する点をお聞きしました。Hp，GPとも同じような傾向で，「ガイドライン」や「有効性」「副作用」が挙げられ

ましたが，コンプライアンスを意識した，「1日1回服用」への回答も3～4割でございます。

こうした治療を行って，それでも降圧目標に達しない患者の割合について，先生方の感触としてお尋ねしました（**Q2-2**）。「11～20%」の患者が目標に達していないとする先生が45%程度で，「21～50%」とする先生も3～5割いらっしゃいます。

Q2-3は，降圧が24時間持続できない場合の対処についての質問ですが，「朝晩2回分服」「晩や就寝前に追加」「複数薬併用」を選択される先生が多かったようです。

Q2-4は，日常診療での高血圧の評価方法ですが，診察室測定が6～7割であるのに対して，家庭血圧測定が9割以上を占め，診察室測定を上回っていることが注目されます。一方，ABPMによる24時間測定はまだハードルが高いようですが，Hpで6.7%，GPで13.6%で選択されています。

モーニングサージの臨床経験については（**Q2-5**），「時々ある」が約7割，「頻繁にある」は2割弱でご回答いただきました。夜間高血圧症（nondipper型，riser型）については（**Q2-6**），約7割の先生が「時々ある」を選択されています。これらモーニングサージや夜間高血圧に対する薬物治療については（**Q2-7**），服用時間・投薬回数の調整や，24時間型の持続が期待できる薬剤を選択するなどで対応されているようです。

アドヒアランス向上のための工夫としては（**Q2-8**），「1日1回服用」が8割近くを占め，次点の「薬剤一包化」（3割程度）を大きく引き離しています。「その他」の意見として，「家庭血圧の測定」を挙げる先生がいらっしゃるのが印象的です。

Q2-9では高血圧リスク軽減のための患者指導について伺いました。「減塩」が9割近くを占めていますが，「運動」「禁煙」「減量」とともに，ここでも「家庭血圧測定」が6割程度で挙げられています。

現在の高齢化社会を考えると，今後，在宅医療の重要性が増していくと考えられます。今後の資料とする意味合いもあって，在宅医療についてお聞きしました。Hpでは66.7%が「行っていない」と回答され，「行っている」と回答された15.1%を大きく上回っている一方，GPでは51.3%が「行っている」と回答されています。ただし，そのうちの6割が年間「1～10人」の患者数との回答です（**Q3-1**）。在宅医療を行っている先生のうち，3割程度の先生が，半数以上の患者に高血圧を認めています（**Q3-2**）。

Q4は循環器疾患を合併する高血圧において積極的適応とされるβ遮断薬についてお聞きしました。β遮断薬の印象は（**Q4-1**），9割近い先生が「ハイリスク例に有用」と認識され，「その他」の回答では，Hpの先生方からはその使用についての踏み込んだ意見が多く書かれており，β遮断薬の使用により慣れておられるようです。一方，「禁忌が多い」という印象を挙げる先生も1～2割おられます。

世界初のβ1遮断薬の経皮吸入剤（ビソノ®テープ）が発売になりましたが，その有用性が期待できる使い方をお尋ねしました。「嚥下困難」のある患者に有用とする回答がHp 79.0%，GP 65.6%でした。また，作用が緩徐であるということからか「頻脈」の患者で有用とする回答，また，アドヒアランス向上を期待した「併用薬が多い」患者に対して有用と考える先生が多くいらっしゃいました。また，「その他」として，Hpからは「周術期・挿管中」の患者に対する有用性が期待されています。

Q5～7は記述式で回答していただいたものですが，高血圧診療の最前線からしか得られない貴重なご意見やご経験が多数含まれています。私も毎年興味深く読ませていただいておりますが，皆さまもぜひご一読ください。

＊

今回のアンケート調査を集計しての私なりの印象を申し上げます。今回は循環器科を標榜する先生からの回答が多いこともあって，ハイリスク合併症を有する高血圧症に対する，先生方が捉えるβブロッカーの有用性が伺い知れる結果であると思います。βブロッカーを使い慣れた先生方にとっては，それをそつなく職人的に使う“醍醐味”もあるのではないかと感じた次第です。このアンケート結果と本日の講演により，ハイリスク合併症を有する患者の高血圧治療での皆さんの疑問点が，1つでも解決できれば幸甚です。最後に，本年もまた多くの先生方から回答やご意見をいただきましたことを，重ねて御礼申し上げます。

コメント・質疑応答

倉林（座長）　アンケート集計報告を石川辰雄先生から頂戴しました。石川先生は昭和51年日本医科大学を卒業され，同大学病院小児科に入局後，東京女子医科大学循環器小児科に国内留学され，56年からニュージーランドのグリーンレーン病院で小児心臓病学等の勉強をされています。ご帰国後，日本医科大学小児科に帰局，昭和62年群馬循環器病院診療部長を経て，平成3年に現在の石川循環器クリニックを開設されています。平成13年から本会の幹事をお務めいただいています。

アンケート結果をみると，GP，Hpの回答に大きな差はなく，疑問な点や苦労されている点はかなり似通っているという印象を持ちました。なかでも高血圧の治療が不十分であるという印象をお持ちの先生が多く，自己満足せずに，しっかりと，より厳格なコントロールを心がけている先生が多いことに感銘を受けました。

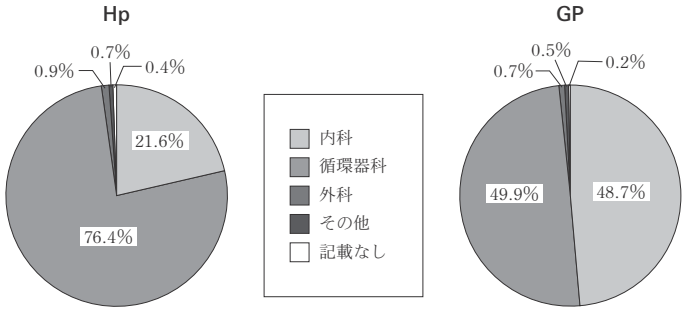
家庭血圧などを利用している先生も多いと思いますが，夜間あるいは早朝の血圧に苦労している先生は多いのでしょうか。

石川　ABPMの普及はまだまだというのが実感で，それをどうやって見つけるのかについて，本日も勉強したいと思っています。

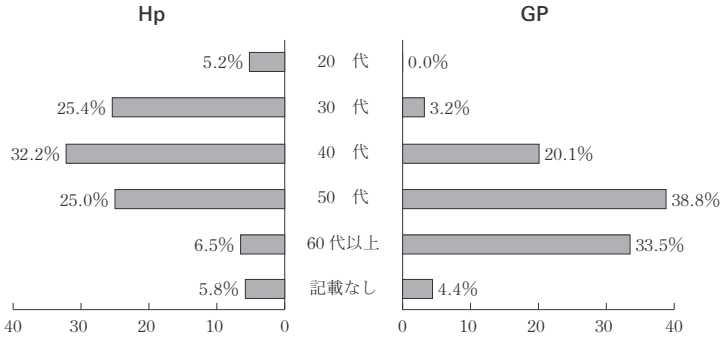
ご協力いただいた先生方のプロフィール

病院［Hp］	556 人（56.2%）
診療所［GP］	433 人（43.8%）
総数	989 人

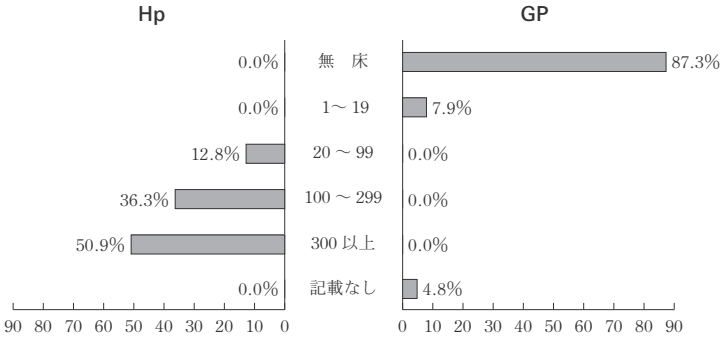
診療科目



年齢構成



病床数



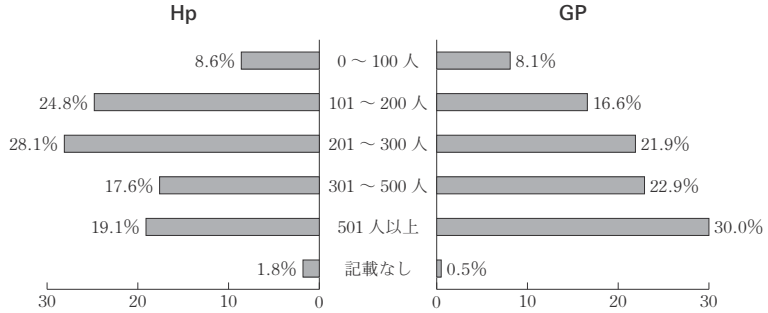
循環器専門医

	Hp	GP
認 定 医	367（66.0%）	251（58.0%）
非認定医	133（23.9%）	137（31.6%）
記載なし	56（10.1%）	45（10.4%）

Q1-1　過去 1 年間に通院履歴のある薬物治療を要する高血圧患者数は何人でしたか。

a.　0 ～ 100 人
b.　101 ～ 200 人
c.　201 ～ 300 人
d.　301 ～ 500 人
e.　501 人以上

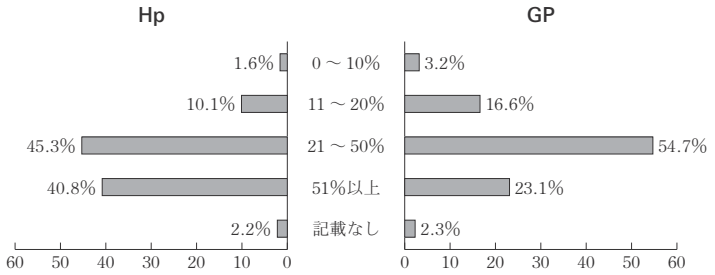
Q1-1　過去 1 年間の薬物治療を要する高血圧患者数



Q1-2　上記のうち，合併症（Q1-3）を有する高血圧患者さんの割合はどの程度でしたでしょうか。

a．0 ～ 10%
b．11 ～ 20%
c．21 ～ 50%
d．51%以上

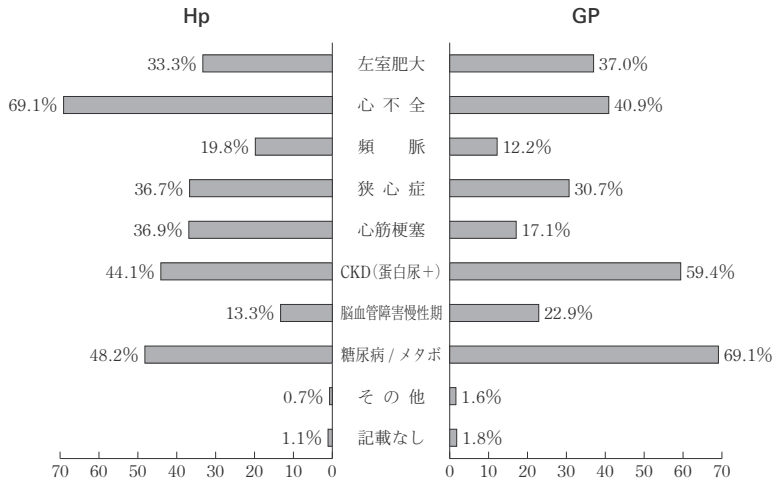
Q1-2　合併症を有する高血圧患者の割合



Q1-3　薬物治療を要する高血圧患者さんの中で，JSH2009 の主要降圧薬 5 剤（Ca 拮抗薬，ARB，ACE 阻害薬，利尿薬，β遮断薬）が積極的適応（降圧薬の積極的な適応）となる病態で多いものを 3 つ選んでください。

a．左室肥大
b．心不全
c．頻脈
d．狭心症
e．心筋梗塞
f．CKD（蛋白尿＋）
g．脳血管障害慢性期
h．糖尿病／メタボリックシンドローム
i．その他

Q1-3　主要降圧薬の積極的適応となる病態



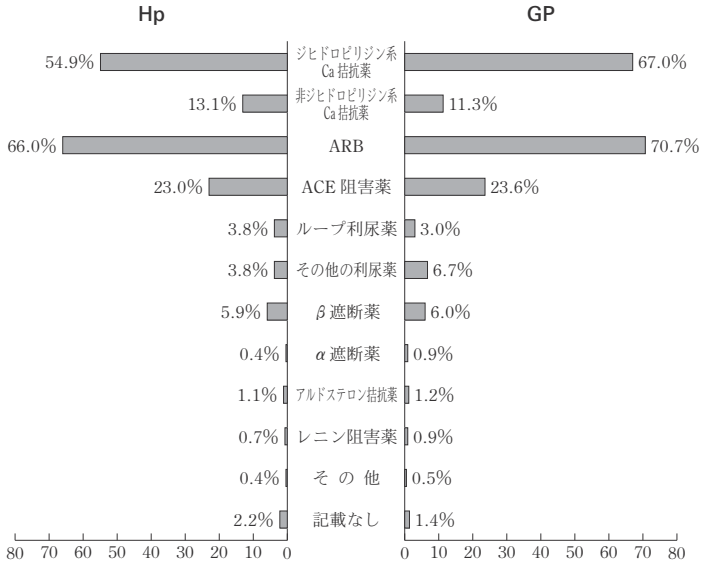
＊その他
Hp：脂質異常症…2 件／ **199** 心房細動／ **579** 動脈瘤
GP：脂質異常症…4 件／ **697** 本態性高血圧／ **717** 頚動脈硬化症（IMT）／ **861** マルチリスクファクターを持つ患者

Q1-4　高血圧の治療の際，ハイリスク合併症によって積極的に処方されている薬剤（内服薬）を下記の【治療薬剤】より選択し，それぞれ丸印をつけてください（複数回答可）。

〔積極的な適応となる合併症のない場合に最初に選択される薬剤〕

【治療薬剤】
a．ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬
b．非ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬
c．ARB
d．ACE 阻害薬
e．ループ利尿薬
f．その他の利尿薬
g．β遮断薬
h．α遮断薬
i．アルドステロン拮抗薬
j．レニン阻害薬
k．その他

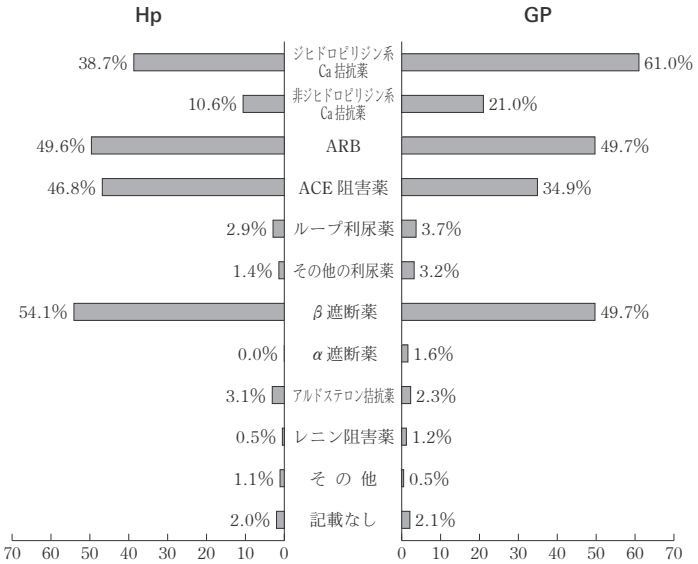
Q1-4　ハイリスク合併症によって積極的に処方される薬剤
〔合併症のない場合〕



＊その他
Hp：**370** ARB ／ **486** レニベース／ **488** 利尿剤（配合剤）
GP：**130** ARB，Ca 拮抗薬，配合剤／ **366** 各自のケースによる為

〔狭心症・心筋梗塞を合併する場合に選択される薬剤〕

〔狭心症・心筋梗塞合併〕



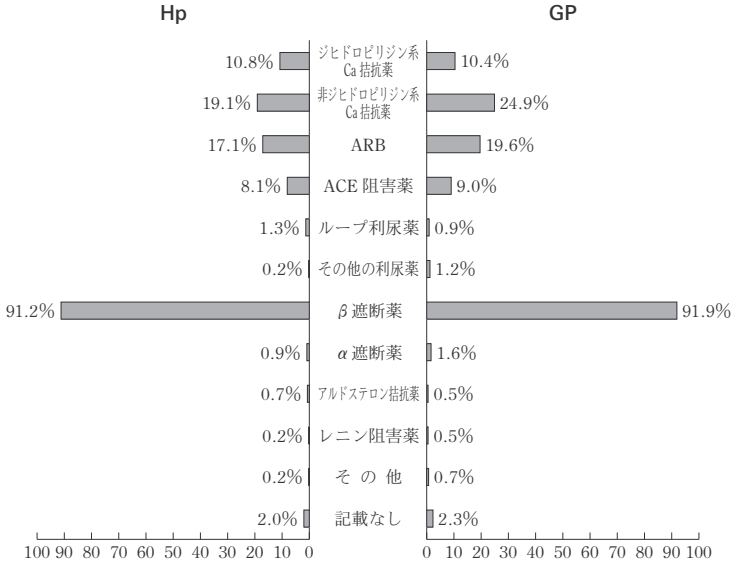
＊その他

Hp：Ca 拮抗薬…3 件／ **183** 抗血小板剤／ **318** アムロジン，コニール／ **486** レニベース

GP：**366** 各自のケースによる為／ **968** ニトロ系

〔頻脈を合併する場合に選択される薬剤〕

〔頻脈合併〕



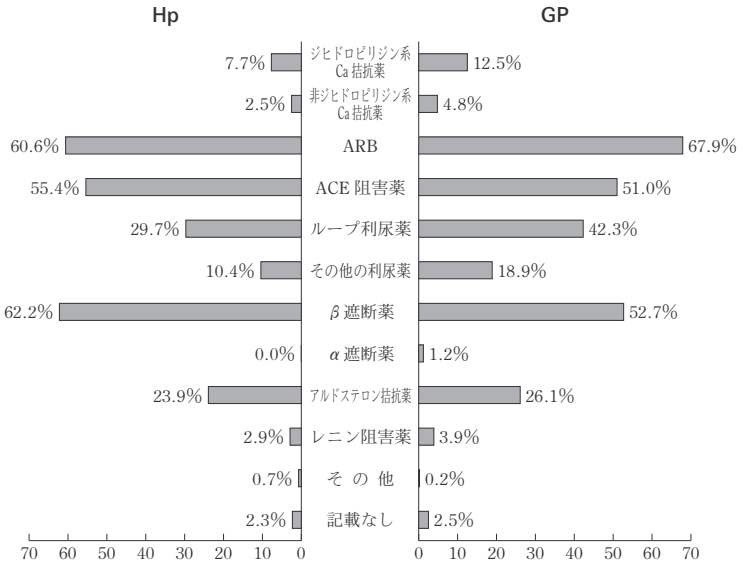
＊その他

Hp：**486** メインテート

GP：**174** Digoxin ／ **366** 各自のケースによる為／ **405** ジヒドロピリジン系でもシルニジピン

〔心不全を合併する場合に選択される薬剤〕

〔心不全合併例〕



＊その他

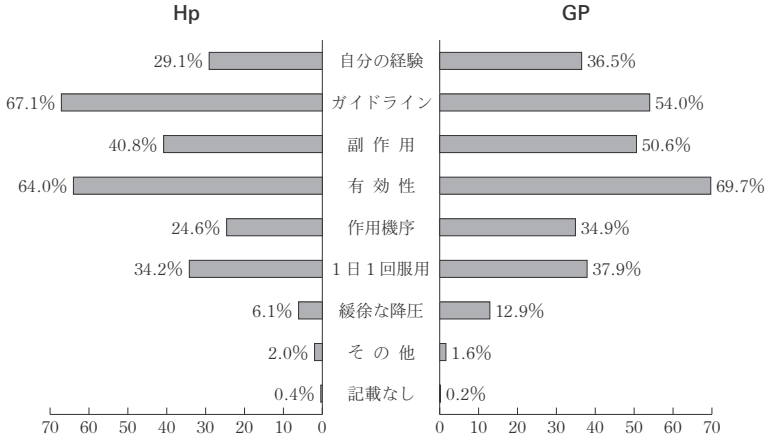
Hp：カルベジロール…2 件／ **183** ジギタリス製剤／ **370** 不定

GP：**366** 各自のケースによる為

Q2-1　降圧薬は，長期にわたる服用が必要ですが，どのような点に日頃配慮して薬剤選択されていますか（複数回答可）。

a．自分の経験
b．ガイドライン
c．副作用
d．有効性
e．作用機序
f．1 日 1 回服用の薬剤が望ましい
g．降圧目標に数カ月で達成するくらいの緩徐な降圧
h．その他

Q2-1　降圧薬の薬剤選択時に配慮される点



＊その他

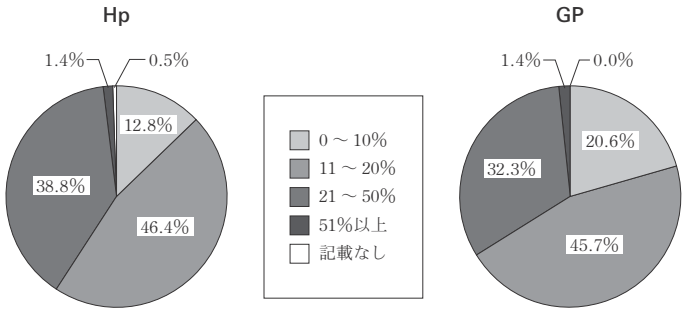
Hp：日内変動が少ないもの…2 件／ **015** できるだけ，家庭内血圧を測定させる／ **328** 24 時間安定した（効果が持続する）薬／ **336** 早朝高血圧に対する処方／ **347** 致死性イベント低下のエビデンスのあるもの／ **644** 2 次予防／ **646** エビデンス／ **723** 薬価／ **782** 予後の改善／ **872** 降圧しすぎないこと

GP：薬価…2 件／ **098** 配合剤／ **463** 早めの降圧／ **506** ケースバイケース／ **604** 半減期／ **643** 早朝高血圧の改善

Q2-2　降圧目標に達していない患者さんの割合はどのくらいですか。

a．0 ～ 10%
b．11 ～ 20%
c．21 ～ 50%
d．51%以上

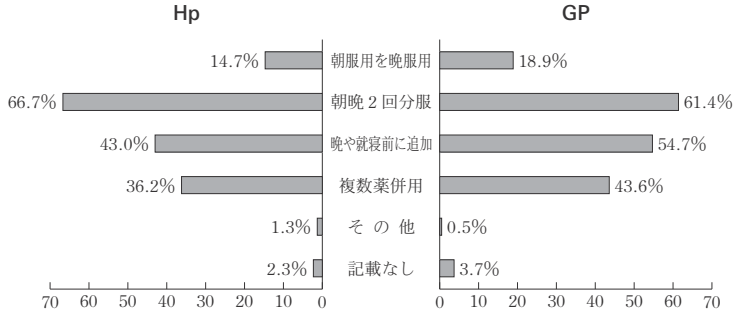
Q2-2　降圧目標に達しない患者の割合



Q2-3　現在市販されている降圧薬は必ずしも効果が 24 時間は持続しないことが少なくないですが，効果が持続しない場合どのような対処をされていますか（複数回答可）。

a．朝服用を晩服用
b．朝晩の 2 回分服
c．晩や就寝前に追加投与
d．複数薬併用
e．その他

Q2-3　効果が 24 時間持続しない場合の対処



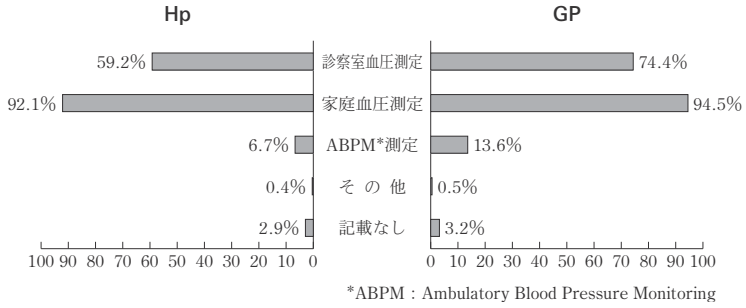
＊その他

Hp：長く効く薬剤に変更…3 件／ **114** 他剤に変更／ **232** 持続しない薬は用いない／ **468** SAS の確認／ **606** 気にしすぎてません
GP：**573** 起床時と PM 3 ～ 5 時／ **926** 長時間作用型

Q2-4　日常診療で血圧値の評価は，どのような方法で行われていますか（複数回答可）。

a．診察室血圧測定
b．家庭血圧測定
c．24 時間自由行動下血圧測定
d．その他

Q2-4　日常診療での血圧値の評価方法

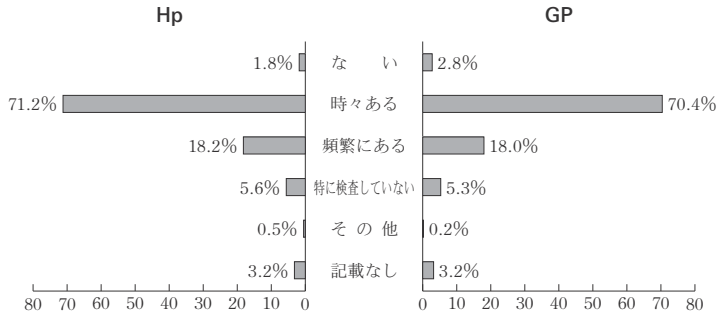


＊その他

Hp：**186** 待合室血圧測定／ **346** 心電図の LVH
GP：**392** 脈波解析／ **800** NS が処置室で測定することも

Q2-5　モーニングサージの患者さんをご経験されたことはございますか。
a．ない
b．時々ある
c．頻繁にある
d．特に検査していない
e．その他

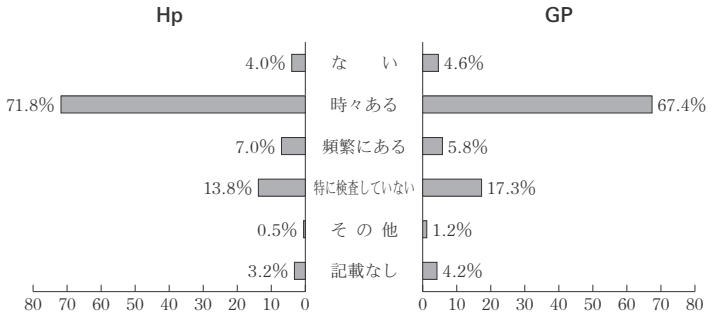
Q2-5　モーニングサージ患者の経験



＊その他
Hp：**388** α1 遮断薬が有効／ **493** 現在の病院では ABPM を測定できない／ **755** まれにある
GP：**367** 時にある

Q2-6　夜間の血圧は昼に比べて低下しているのが一般的ですが，夜間の血圧が低下していなかったり（nondipper 型），上昇している（riser 型）高血圧の患者さんをご経験されたことはございますか。
a．ない
b．時々ある
c．頻繁にある
d．特に検査していない
e．その他

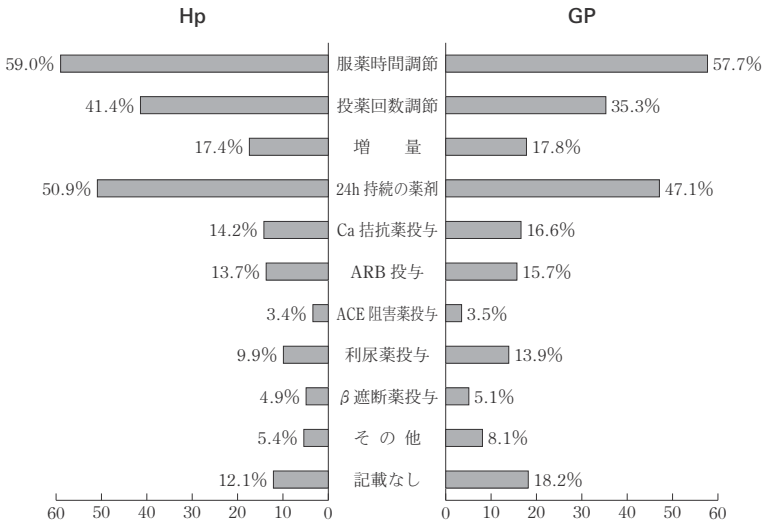
Q2-6　夜間高血圧（nondipper 型，riser 型）患者の経験



＊その他
Hp：**346** 調べもしていない／ **438** ABPM をほとんど実施しないので判断できない／ **755** 夜間はどうやって測るのですか
GP：**035** まれにある／ **092** ABPM がないので分からない／ **142** 特に検査はしていないが患者自身で測定して訴えることがある／ **948** 当院では測定ができない

Q2-7　Q2-5，2-6 で経験があるとお答えの先生にお伺いします。どのような薬物治療の対処をされていますか（複数回答可）。
a．服薬時間を調節
b．投薬回数を調節
c．投与中の薬剤を増量
d．24 時間効果の持続が期待できる薬剤を投与
e．Ca 拮抗薬投与
f．ARB 投与
g．ACE 阻害薬投与
h．利尿薬投与
i．β遮断薬投与
j．その他

Q2-7　モーニングサージ，夜間高血圧患者への薬物治療の対処方法



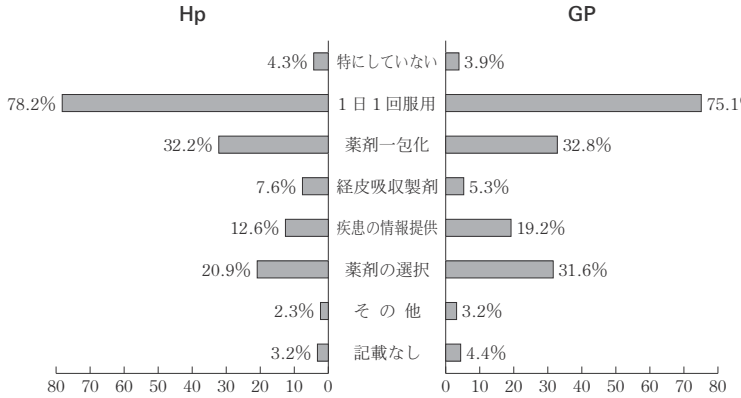
＊その他
Hp：α遮断薬を投与…17 件／睡眠時無呼吸症の検査…4 件／ **329** セララ夜間投与／ **330** 解決策なし／ **374** 異なる薬剤を時間差で投与／ **443** 夕に内服／ **621** 食塩の

制限／ **718** アルドステロン阻害薬／ **723** RA 系阻害剤の眠前投与／ **755** 夜間の暖房と夕食時の水分のさし控え

GP：α遮断薬を投与…20 件／睡眠時無呼吸症の検査…6 件／ **095** 種類は問わず増量する／ **107** 多剤投与／ **143** 就寝前に薬剤を追加投与／ **307** 精神安定剤，睡眠前節遮断薬／ **331** 利尿剤／ **643** 一剤を夕に内服／ **790** ビソノテープを使用開始／ **802** 抗不安薬など応急／ **849** 夕食後又は寝る前にα-blocker，中枢性交感神経抑制剤投与／ **861** 睡眠等生活習慣を改善するような薬剤を併用する

Q2-8　アドヒアランス向上のためにどのような努力をしていますか（複数回答可）。
a．特にしていない
b．1 日 1 回服用
c．一包化パッケージに服用の日にちや時間を表示
d．経皮吸収製剤
e．疾患に関する情報提供
f．効果が高く，副作用の少ない薬剤の選択
g．その他

Q2-8　アドヒアランス向上のための工夫



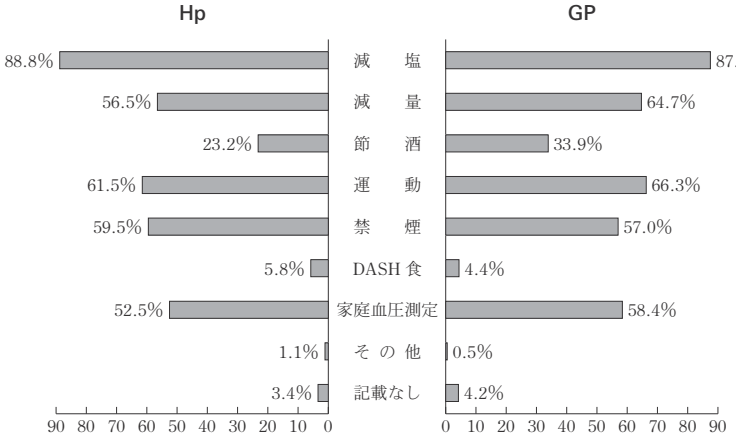
＊その他

Hp：合剤を利用…5 件／家庭血圧も測定させる…4 件／患者説明…2 件／ **279** 一包化／ **346** 合併症への理解／ **477** 多剤服用の場合／ **775** 価格（薬価）を考慮／ **912** 血圧手帳の活用

GP：患者説明…4 件／合剤を利用…2 件／ **035** 自宅血圧測定の指導／ **323** 生活習慣，睡眠，食塩など食事指導／ **562** 受診間隔を大きくしない／ **651** 内服しやすい時間帯を選択／ **783** 家族の協力

Q2-9　高血圧のリスク軽減のためにどのような患者指導を積極的に行っておられますか。
a．減塩
b．減量
c．節酒
d．運動
e．禁煙
f．DASH食（高血圧患者のための食事療法）
g．家庭血圧測定の指導
h．その他

Q2-9　高血圧のリスク軽減のための患者指導



＊その他

Hp：**057** SAS の指摘／ **161** 薬のみで頑張る／ **346** 野菜／ **347** 鎮痛薬（NSAIDs）の禁止／ **388** 患者の生活習慣の改善／ **628** 節煙

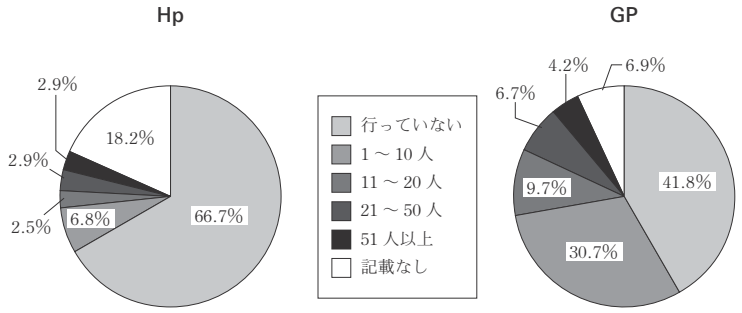
GP：**024** ストレス軽減など生活状況の指導／ **077** 薬剤服用

【高血圧患者さんの在宅医療についてお伺いします】

Q3-1　先生の施設で過去１年間に在宅医療を受けておられる患者数は何人でしたか。

a．在宅医療を行っていない
b．1 ～ 10 人
c．11 ～ 20 人
d．21 ～ 50 人
e．51 人以上

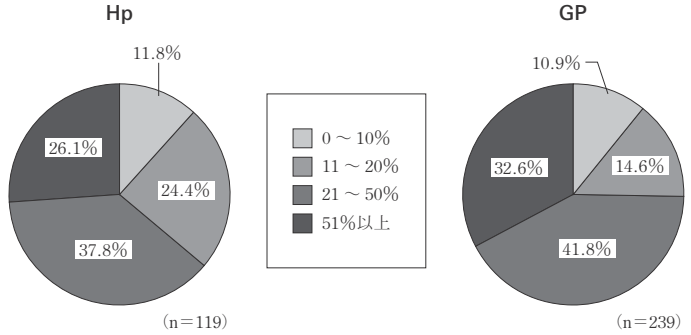
Q3-1　過去１年間に在宅医療を受けている患者数



Q3-2　在宅医療を受けておられる患者さんで，高血圧を合併する患者さんの割合はどのくらいですか。

a．0 ～ 10%
b．11 ～ 20%
c．21 ～ 50%
d．51%以上

Q3-2　在宅療法を受けている患者での高血圧合併の割合

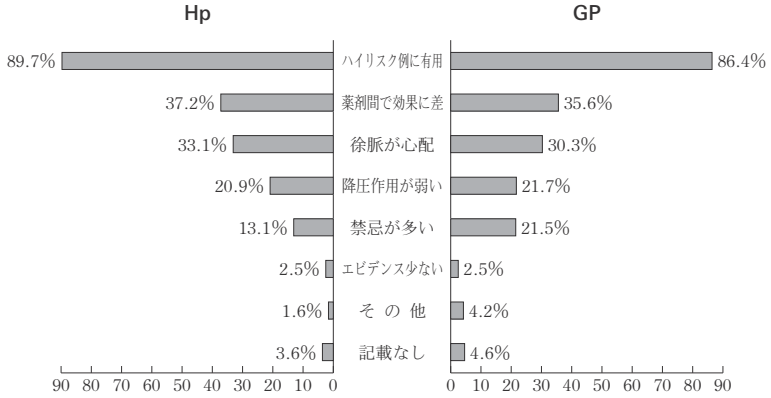


【β遮断薬についてお伺いします】

Q4-1　高血圧治療におけるβ遮断薬について，どのような印象をお持ちですか（複数回答可）。

a．心筋梗塞・頻脈・心不全合併などのハイリスク例に有用
b．β遮断薬間で心血管イベント抑制効果に差がある
c．徐脈が心配である
d．降圧作用が弱い
e．喘息など禁忌が多い
f．エビデンスが少ない
g．その他

Q4-1　高血圧治療におけるβ遮断薬の印象



＊その他

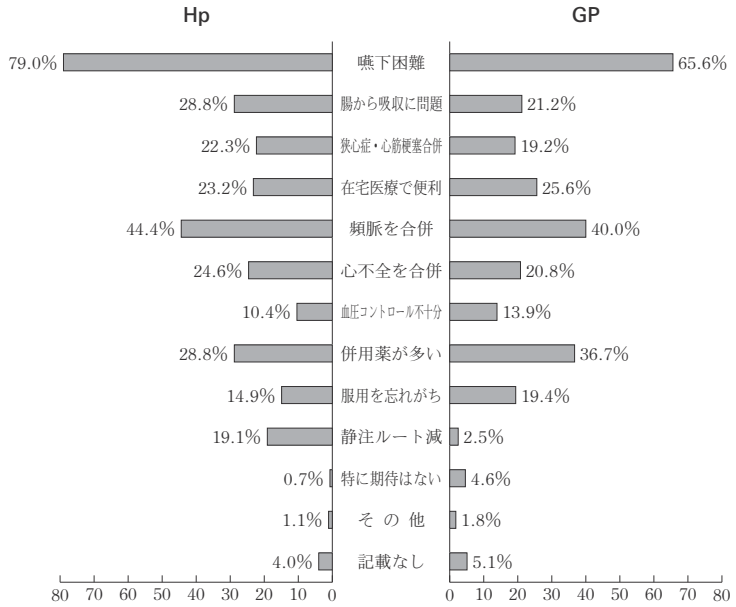
Hp：**004** 若年者には有効，高齢者は副作用出やすい／ **026** 中年のストレスの多い症例への処方を考えます／ **166** 血圧コントロール以前の徐拍化に期待している（徐脈の人の方が予後が良いことの数々のエビデンスがある）／ **329** ビソプロロールは喘息患者でも比較的安全に投与できる。テープでも細かく調節できた方が良い／ **346** 拡張期血圧を下げる first choice，徐脈に使えない／ **380** β-ブロッカーなら喘息の高血圧でも使用している／ **435** 若年高血圧に有用／ **445** 最近過少評価されている，症例をきちんと選べば良い薬／ **477** 多種投与の薬剤服用患者でβ-blocker（貼付剤）を使用／ **598** 意外と安心して使える／ **872** 薬価が高い

GP：患者によって差がある…2 件／ **070** 冠彎縮性狭心症が心配／ **077** あまり使用しない／ **117** 適応のある方には非常に有用／ **122** 脈がおちる／ **139** 若い人や肥満で頻脈の人には効果がある／ **143** カルシウム拮抗薬との併用で収縮期血圧，拡張期血圧共に 2 剤の相乗効果で非常に有効である／ **207** 第一選択薬でなくなったことが理解できない／ **614** 急激な血圧上昇を抑える／ **651** 相互作用／ **742** レートコントロール／ **783** 高齢者が多いので，徐脈が心配になる／ **856** 先製品の薬価が高すぎる

Q4-2　このたび，世界初のβ1遮断薬の経皮吸収剤が発売になりましたが，どのような患者さんに期待されますか。

a. 嚥下困難
b. 腸からの吸収に問題がある
c. 狭心症・心筋梗塞を合併する
d. 在宅医療で使いやすい
e. 頻脈を合併する
f. 心不全を合併する
g. 血圧のコントロールが不十分
h. 併用薬が多い
i. 薬を服用しているかどうかを忘れがち
j. 静注ルート確保を1つでも減らしたい
k. 特に期待はない
l. その他

Q4-2　β1遮断薬の経皮吸収剤の有用性が期待できる患者像



＊その他

Hp：周術期・挿管中…6件／**117** 内服薬と違って患者の受けがよい／**328** 服薬アドヒアランスが悪い患者／**500** 内服6剤未満にしたい患者

GP：副作用出現時に中止しやすい…2件／**139** 知りませんでした／**573** この剤形があって，助かったという実感がない／**783** 血中濃度を一定に保ちたい→徐脈や立ちくらみを減少できる／**817** 全然期待していない

Q5　先生が日常診療で診ておられる高血圧の患者さんの治療において特に苦労されたこと，印象に残る症例がありましたら，ご紹介下さい。（例えば，治療法の選択に悩まれた症例，治療に苦労した症例や印象に残った症例がありましたら具体的にご記入下さい。）

Hp

【血圧変動】

008 DMの患者さんは血圧の変動が大きくて苦労することが時々ある。

015 ふだんは（平均値をとると）血圧高値だが，時々（2～4週間に1回）著明に低下し失神にまでいたる症例。

026 血圧変動の大きい症例の治療に困ります。そのような方は大多数が家庭血圧計を持っており，まじめです。時間外に受診することも多いです。精神安定剤を処方すると気分を害します。血圧神経症とでもいうのでしょうか…。

040 血圧の日内変動がある症例。

043 血圧変動の強い患者の加療。

330 早朝高血圧に対し解決策がない。

336 日中時に血圧が急上昇して顔のflushingが出る（普段はおちついているが）。

347 血圧の日内変動が大きく高い血圧が夜間から早朝にみとめられる例で，βブロッカーの経皮吸収薬を寝る前に貼布することで安定した。

437 家庭血圧と診療室血圧に大差ある患者の降圧目標。

510 血圧の日内変動が大きい例（例えば，BP 180からBP 100まで変動する）。

784 内服中に急に血圧上昇がみられる症例。新薬のreboundか？（効果低減していると思われる症例）

864 家庭血圧と診療室血圧とのギャップが強い。

872 来院時血圧はコントロールされているが，早朝血圧が高い（1回の変動が大きい）人のコントロールは難しい。

873 診療時の血圧が家庭より大分高くなりやすい。

917 早朝6時の血圧が収縮期に160台と高値だが，8時位には120台と降下し，日中は100台くらいになり，薬の効きに難渋した症例あり。

928 日中の血圧変動が激しく著明な血圧上昇と降圧によるふらつきをきたしているケース。
960 血圧の変動性の大きい患者のコントロールに苦労する事がある。ABPM をつけたり，より長時間作用型の薬剤にかえてみたりして，変動性の少ない，薬剤への切りかえをこころみている。

【多剤併用例】

031 多剤 5 ～ 6 種使用しても目標より高いケース多々あり。
040 降圧剤 3 剤併用しても血圧コントロール不十分である症例。
162 多剤使用でも（4 ～ 5 剤）control 出来ない例がある。
173 ARB ＋ β ＋ α ＋ CCB にかえても下がらない人。
479 Ca 拮抗薬，ARB，利尿剤，β 遮断薬を使っても血圧がまだ 150 台。
491 多剤の降圧薬でも降圧困難例。
500 多剤併用でも降圧の難しい患者，白衣高血圧症であっても日中ずっと高い人に投薬させてもらえない。
501 多剤併用でも降圧効果得られない，治療低抗性高血圧。透析中に血圧低下高度な症例。
528 多くの種類の降圧剤で副作用が出現し（腹痛，下痢，湿疹）十分な降圧ができない。
649 4 剤併用でコントロール良好となった例。
711 3 種類の降圧剤でもコントロールできない方。
736 3 ～ 4 剤内服してもコントロール不良の Pt，次の薬剤を何にするか。
743 多剤投与でも血圧コントロール困難（内服を増やすのに抵抗があるとのことであり，1 剤でも降圧効果のある貼付薬があればと思っていました）。
756 多剤の投薬でコントロールがつかなかった時に，セララ，アルドメット，メインテートを最後の 1 剤として追加したら改善したことがある。
934 多剤併用でも下がらない・夜間だけ良い・起立性低血圧があるが継続で良い
943 降圧剤を多剤投与しても，血圧低下認められず，脳卒中を発症した症例。

【薬剤選択】

009 治療抵抗性の HT の PT のジヒドロピリジン系による edema の side effect があるときに薬剤のコントロールが難しい。
057 頻脈合併の高血圧で抗心不全効果のあるメインテートを選択したが，もともと飲んでいるエビデンスのないテノーミンを希望された。
328 薬価が高い。
461 降圧目的に Ca 拮抗薬を 2 剤用いて治療したところ，HR 110 前後の洞性頻脈になってしまい，リハビリ制限を生じてしまった。
493 経管栄養の高血圧患者に対し経皮吸収剤や粉（or 細粒）の降圧剤は使用しやすいので，今後も新薬に期待する。
556 心不全例に使用できる用量の貼付薬を期待する。
698 経皮吸収 β ブロッカーで，夜～朝の脈拍，血圧が安定（HR 70 ～ 90 → 60 台）。
725 夜間高血圧の方が心不全をくり返し，アジルバで改善した。
864 副作用で薬剤の選択が困難。
872 発作時に血圧があがって不安になる人に，アダラート（5）カプセルを頓服として出すと救外に来る頻度が下がる。
914 血圧は高いが HR 48 前後であり，β-blocker の処方がためらわれた。
932 大動脈解離の Pt がメトプロロール 240 mg にて血圧安定し，瘤が小さくなった。

【アドヒアランス】

051 3 剤目の降圧剤追加を拒否されたことがある。
067 服薬数が多くなるとなかなか確実に服用してもらえない。
154 高齢者であり認知症，服薬アドヒアランス不良の PT。一包化処方で対応していたがなかなかうまくいかなかった。
197 コンプライアンス
346 内服が増える事に対する，認容を説明することが大変！
514 内服を飲まない人がいる。
536 内服コンプライアンス不良の PT や，自分が高血圧症であることを認めない PT に対していかに理解してもらうか。
606 降圧薬を自己調節される例。
678 認知症の患者の内服。
711 白衣高血圧と思われるが，自宅血圧を測定してくれない方の評価。
738 家庭での減塩が現実的に困難である。
928 家庭血圧を全く測定してくれない症例（特に白衣血圧が疑われるケース）。

【難治例】

004 診察室血圧はまあまあの 130 ～ 140 台の患者が急性大動脈解離発症した。Ca 拮抗薬のみだった。はたして masked HT ？→ Riser 型だったのか？
075 高血圧心不全で難渋している。
388 85 歳女性。血圧 180 ～ 200 の高血圧があり，生活習慣上は 93 歳の夫が脳卒中となり介護をしている間，高血圧は変化せず服薬によっても下がらなかったが，夫が特別養護老人ホームに入所すると血圧は下がって安定

した。
510 難治性高血圧患者
625 二次性高血圧患者（糖尿病，偽アルドステロン症，褐色細胞腫，クッシング症候群）の早期診断，早期治療，悪性高血圧患者の管理。
644 どうしても血圧が下がりきらない症例。
649 難治性であったものが，徐々に減量可能となった例。
688 肥満を伴うケース，コントロール困難が多い。
723 若年者でジャンクフード，スナック菓子の摂取多く食塩感受性が亢進し，治療に難渋した症例。
784 なかなか下がりにくい症例が時々ある。
824 AAA で高齢者は進行抑制が難しい。
979 高齢者では夏期の脱水などで，ARB や Ca 拮抗薬などは下がり過ぎることがある

【腎疾患合併例】
189 末期腎不全の患者さんで，Ca 拮抗薬と β 遮断薬が高用量内服されるも降圧目標に届かない症例。
621 Ca 拮抗剤を多用する内に CKD が悪化し浮腫が悪化し，ループ利尿剤併用しさらに CKD が悪化した。
641 末期腎不全のコントロール不良患者。
701 CKD にて血圧の変動が激しい症例。
918 腎機能低下例のコントロール不良。
928 透析導入前の高度 CKD 患者。
930 腎性高血圧症＋高齢者 80 歳（Stage 3，Ccr 14）の方。Ca 拮抗剤 Max，ARB 少量，β ブロッカー（アーチスト 5 mg），α ブロッカー，カルデナリン 2 mg。血圧 150 mmHg で効果不十分で，ビソノテープ 4 mg で下がった。
942 透析症例では内服薬を数種類組み合わせても，降圧目標に達しないケースが時々ある。

【睡眠時無呼吸症候群合併例】
394 早朝高血圧や睡眠時無呼吸症候群合併の症例は，薬剤抵抗性であることが多い印象。
468 起床時高血圧の患者は高頻度で SAS が合併しており，CPAP 導入してコントロールが可能である。
598 睡眠時無呼吸は絶対調べるべき。

【その他】
390 たまに BP 上昇しては大騒ぎする患者が多すぎる。教育しているのだが忘れてしまうらしい。
398 脳血管障害合併症例，座位性血圧低下
403 2 例突然死あり，年末に初診で来られて 250 mmHg 以上，1 月になり来院せず。
492 この人に内服加療して，生命予後が改善できるのだろうか？　と思う人々が多い。
558 若年発症，尿蛋白（＋）本態性？→妊娠
866 大動脈炎症候群

GP

【血圧変動】
024 長年市内の総合病院の循環器科で通院加療を続けていて，家庭自己血圧記録表を診察時に提示すると，担当 Dr. は自分では血圧を測定せず，良好な自己血圧測定値を見て「良いですね」と言い続けて長年経過し，もう近くの診療所で診察してよいと言われて来院したときの診察室血圧は高値で，心臓超音波検査では心筋肥厚など明らかにコントロール不良であった高血圧症の所見を認め，大動脈径も 4.0 cm 以上と有意に拡大していて，冠動脈 2 本もほぼ完全閉塞でインターベンション治療が必要であった患者を経験しました。総合病院循環器科でのこれまでの対応を大いに疑問を感じました。
038 白衣高血圧の Pt。自宅と診療室で 50 ～ 60 程度の差がある。自宅での血圧が不明であれば内服薬の増量をするところであるが，自宅での血圧を重視している。
042 血圧の変動が大きい患者さん。
125 1.　血圧コントロール不安定な患者がいる。平常 good control されているか？
2.　夜間（12 時頃）急に動悸 BP 200 以上となり，救急外来を訪れる急患女性がいる。神経性ということで，Ca ブロッカー，β ブロッカーの屯用をすすめ，さらに朝 1 回降圧利尿剤の追加で治まった。
126 80 歳代の糖尿病合併の方。血圧変動が大きくて降圧薬調整がとても困難です。
139 朝の血圧が下がらなくて困ることが多いです。
192 日内変動がとても激しい患者さんが時々あり，β ブロッカーや交感神経抑制作用のある CCB，長い半減期のくすりを選択，家庭血圧の測定の仕方の指導や 1 日複数回内服などありとあらゆる手だしても併用しないとよくならない。
323 精神的ストレスで昇圧することあり。性格的なものもあり，難しいことあり。
351 定年後で 3 日 / 週程で仕事しており，仕事日だけ家庭血圧・ABPM 共に高くなる方がおり，どう処方したものか悩ましい。
355 家庭血圧が高く不安定，変動しやすい。
377 日内変動の大きい例。
416 頚髄損傷で手術を受けられた方，血圧の動揺が激しくコントロール不能です。
423 いわゆる白衣高血圧の患者で診療室で高い血圧あり，投薬を増すと日常の生活でフラツキ強く自分で中止することが多い。適切な投薬を決めるのが難しい。
686 家庭血圧測定で朝の血圧が高く，眠前が低い（その差が非常に大きい）患者に対する降圧薬の選択。

719 血圧変動の大きいケース。

829 血圧が 110 ～ 190 mmHg の間を変動して安定しない人がいる。

939 白衣高血圧の方の内服調整。

948 白衣高血圧の患者のコントロール，院内で 200/110 自宅で 110/60。

959 1. 家庭内血圧測定で診療時の血圧と比し極端に高いが，その割りに自覚症状のないケースに対して，降圧剤を追加増量する必要があるか。
2. 会社検診での血圧値が高いということで受診されるが，診察の時は正常のケースが多々ある。測定条件が影響していると思われるケース。

【多剤併用例】

065 4 ～ 5 剤でも BP 130/80，肥満治療（拡張期が下がらない）。

089 多剤（Ca ブロッカー，ARB，利尿剤，β ブロッカー，α ブロッカー）を使用しても血圧コントロール困難な症例が時々あり，おおむね心療内科に通院している。

107 降圧剤多剤投与にもかかわらず，どのような組合わせでも降圧困難な症状で，日常生活のストレスについての問診をきちんとした上で，安定剤の追加投与で徐々に降下したケース。ながい時間をかけ問診していないのが現状で，改めて考えなおさせられた症例がありました。

109 全身の動脈の高度の硬化のため多剤併用しても降圧が得られない。

121 おそらく本態性高血圧なのだが，3 剤，4 剤の併用で下がらない例で生活習慣の改善も難しい例。

235 何剤併用しても血圧が下がらない。

348 50 代の男性，follow 術後の患者 ARB，Ca 拮抗剤，利尿剤（ナトリックス 2 mg）など使用するも 150 ～ 160 台，obesity があり体重減少をすすめたところ，150 前後となる。

429 何を投薬しても血圧が下がらない case。

431 85 歳男性，本態性高血圧，糖尿病，多発脳梗塞，アダラート L（20）3 T，ラジレス（150）1 T，ミコンビ BP 1 T，カルデナリン（2）3 T（朝 2 夜 1）服用するも血圧 150 ～ 160/80，ときに 170 ～ 180/80 と降圧に苦慮，尿蛋白なるもクレアチニン正常。

456 Ca 拮抗薬で浮腫が出現し他剤に変更するが，どれも降圧効果が中止薬に追いつかず多剤併用で苦労した。

563 降圧薬の数が増えていき，これ以上追加できない状況となること。

586 30 代男性，BMI ＝ 30 超えている，3 年前より健診で HT 指摘され加療開始，主要 5 剤を使うも降圧不十分 160 ～ /100 前後服薬状況は良好，痩せれない以外は症状なし。降圧をもっとするにはどうしたら良いのか？下げるべきか？　難渋例（アダラート CR（20）2 T/2 × 1，オルメテック（40）1 T，メインテート（5）1 T，ダイアート（60）1 T，タナトリル（5）1 T/3，カルデナリン（2）2 T/2 × 1）。

604 ホルモン異常でもなく，ほぼすべての降圧剤を最大容量で使用しても，十分な降圧が出来ない Pt。

653 3 剤で下がらない人がいる，次の薬に困る。

685 ARB，Ca 拮抗薬，β 遮断薬を使っても血圧が下がらない症例，アムロジピンを 5 → 10 mg/1 日にすると降圧できるが，下肢浮腫が増強した。

761 BMI : 29，高尿酸血症（UA : 8.0），糖尿病境界型，気管支喘息を合併する 40 歳代男性。テルミサルタン 80 mg，アムロジピン 10 mg 投与するが，BP 150/90 mmHg 以上の状態（初診 BP : 180/100 mmHg）。合併症のため β-blocker，利尿薬が使用できないため，エプレレノン 50 mg 投与。エプレレノン追加にても BP 140/85 mmHg。アリスキレンを投与したが，DM に移行したため中断。α メチルドーパを投与したが，ふらつき強く中止。BMI : 29 → 24 に減量にて，BP 130/80 mmHg 前後になった。レニン - アルドステロン，CA（カテコールアミン）3 分画は正常，睡眠時無呼吸症候群もなしの患者です。

【薬剤選択】

070 ある降圧剤で安定していた患者さんに同成分のジェネリック製品を投与したところ血圧が上昇不安定になり，もとにもどしても安定するまで時間がかかったことがある。

077 220 mmHg の患者は舌下しかない。近場の患者はその位にならないとこない。220 mmHg はこわいでしょ。

112 色々の降圧剤で下がらなかった血圧が，オルメテック 40 mg の投与で下がった例あり。

115 早朝高血圧患者さんで，α-blocker 無効で Ca 拮抗薬の効果が高い印象があります。

116 高血圧症のケースで ARB 処方し，高カリウム血症を呈し，高度徐脈となった事があり，大変だった（2 例ありどちらもリカバーした）。

143 たとえば 120/100 mmHg となった時に拡張期血圧だけを下げる薬剤がない→ドキサゾシンがよいといわれるが収縮期血圧も下がってしまう。動揺性高血圧例は目標血圧が決めにくい。決められた通り服用するアドヒアランス良好な症例は約 1/4 しかない。

144 高齢者は薬の安全域がせまくなってくるということを実感。60 歳代から β 遮断薬（アーチスト）使用していましたが Ⅰ 度 AV-block になり，中止したらもどった例及び Ⅱ 度を起こした部分をホルターで Catch，止めて再びホルターをやったら消失してしまいました。高齢者は β 遮断薬は ECG を比較的よくとり，観察をしない

といけないと思いました。

234 高齢，難反応性高血圧患者に，ARB（HD）＋CCB（ニフェジピン）＋ループ＋エプレレノン投与するも降圧不十分，直接的レニン阻害剤（DRI）を併用し目標達成する。しかし，併用禁止となりDRI中止するが再上昇なし，現在も維持している。

524 ARB，CCA，β-blocker使用しても高血圧の人には抗アルドステロン剤が有効のようです。

783 一部のARBは，夏期に過度の降圧をもたらし危険！

790 リウマチのPTで疼痛のコントロール不良にて専門医でブレディニンの変更後，洞性頻脈となり他のβ-blockerでコントロール不良に対しビソノテープ（4 mg）1～1/2枚の使用にて頻脈がコントロールされた。

802 高齢者のCCBはむくむ，そのため必要以上に利尿剤投与例がある。

831 1. ハイリスクかつ難治性高血圧の症例でARB＋利尿剤＋Ca拮抗剤でなかなか下がらない場合，抗アルドステロン薬 or β-blocker or α-blockerのいずれかで悩む（高Kや頻脈や効果の面で時々）。
2. Ca拮抗剤が歯肉増殖で使えない場合。

848 他剤服用している患者さんで，まだ目標の血圧に到達していない場合，利尿剤の追加（サイアザイド類似薬）でうまくコントロールができた症例があるが，他の患者さんではうまくいかなかった等，利尿剤の反応も個人差が大きいと感じた。

【アドヒアランス】

110 家庭血圧の高低で自分で服薬調整して，その他の診察室血圧が不充分になってしまう。

130 家庭血圧測定を勧めた結果，服薬調整を勝手にして血圧コントロールが悪くなった例がある。

158 降圧剤内服を自己調整したり中断したりする，アドヒアランス不良の症例。

351 1～2週間毎に勤務時間の変わるシフトワーカーの人たちに服薬をどうしてもらうか悩むことが多い。

513 高齢の方が多いため治療が難しい場合が増えている（薬の飲み方，食事）。

653 体重が軽いが減塩の出来ない人がいる。

796 内服コンプライアンスが悪い。

968 今のところ特になし，薬が多すぎて困ります。

【難治例】

427 時々難治性高血圧症（二次性高血圧をcheckするが生活異常みつからず）。

657 難治性高血圧症

860 降圧薬の副作用が出やすくコントロールがうまくいかない。

990 薬剤抵抗性HT，変動性HTはコントロールがむずかしいです。

【腎疾患合併例】

048 慢性腎不全非代償期に入り，浮腫体液貯留をきたし，BUN 70～80 mg/dL，血清クレアチニン4～5 mg/dLになると，終日血圧が180/90と上昇してくる。自尿がループ利尿薬やサムスカ錠でまだ反応し2000 mL/日くらい出て，透析導入を拒まれたため，やむなくアダラートCR（40）2 T 2 × M vds，イルベタン（100 mg）2 T 2 × M vds，カルデナリン（4 mg）2 T 2×M vdsを処方し血清K値に注意しアルダクトンA 2 T，ほかCCBの併用（ランデル60 mg/日）追加し，かつラシックス注とh-ANP注0.05 γの持続注入を行い，ほぼ140/90位を終日維持できることができた。当然ながら尿量が減ってきた際に透析導入し，血圧は130/80に安定し降圧剤は減量できた。

098 血圧280/150の眼科から紹介された悪性高血圧のPt。CKD，LVH合併，ARB＋CCB合剤と利尿剤でコントロールできた事。

134 後に腎血管性高血圧と判明した患者さんは最大4剤を用いても，血圧が下降しなかった。

135 CKD合併の方の確実な降圧など。

142 70歳の女性高血圧，慢性腎盂炎，いつも自転車で受診される方で常に140/80位の方。脈がいつも漢方で硬脈と言われそうな脈をしていた。卓球を毎週され元気そのものだったが練習中に倒れ，くも膜下出血で開頭手術を受けたが，なお動脈瘤が2カ所存在するので，手術を要するとのことであった。

666 1. 腎動脈狭窄症の少女
2. 腎不全時の降圧の程度

705 腎不全患者のコントロールがやはり困難（使用薬剤が限られているし，重症高血圧例が多い）。

935 高齢者でCKD合併のⅢ°高血圧。

【睡眠時無呼吸症候群合併例】

127 早朝高血圧が著明だったが，睡眠時無呼吸症候群と診断。その治療（C-PAP）したところ，早朝高血圧がコントロールできた。頑固な早朝高血圧はSASの検査を!!

209 睡眠時無呼吸が原因の高血圧。

243 睡眠時無呼吸症候群を合併する高血圧患者を診察する機会が多く，重症SASに対してはCPAPに優る降圧治療はないと考える。しかし，CPAPのコンプライアンスが必ずとも高くないことが，悩みである。

305 睡眠時無呼吸症候群の例は，治療困難例が多い。

380 モーニングサージがあり多剤併用しても十分な降圧がはかれない症例には，睡眠時無呼吸症候群が合併してる事が多い印象を持っている。

【その他】

117 意外に原発性アルドステロン症の患者が多い。

120 減塩指導治療
146 高血圧緊急症が時にあります。その誘因原因がほとんど不詳で，薬の追加や緊急時の Ca 拮抗薬（ジヒドロピリジン系）でおさまっています。二次性チェックではっきりせず困る例があります。
174 CCB の歯肉腫脹，ACEI のせき，他の副作用。
547 患者さんの経済的負担の増大，薬価が高過ぎる。
560 カテコラミン 3 分画 etc，二次性高血圧の check を全例にできていない。
599 厚労省による量の制限→多剤併用にならざるを得ず。
687 心肥大患者さんの血圧コントロール。
720 二次性高血圧
769 うつ病に合併する高血圧患者は，夜間の降圧が不充分となる場合がある。ABPM 測定が必要になる。
856 Ca 拮抗剤によるむくみが多い。

Q6　高血圧の患者さんの治療で注意していること（生活習慣指導を含む），工夫していることがありましたらご記入下さい。

Hp

【生活指導】
009 減塩の指導
015 家庭血圧重視，肥満是正，禁煙指導
021 食事運動療法の啓蒙
031 減塩
040 減塩指導，食事指導・運動
043 減塩，ダイエット，運動
051 運動して減量につとめてもらう。
067 減塩指導がっちり行なう。
128 生活習慣指導（栄養師さんも含め）を定期的にしている。
162 減塩のみを行なうことは困難で減カロリーすることが必要（食塩摂取量とカロリー摂取量は比例する）。
163 生活習慣の改善をできるだけ指示する。
166 1.　減塩に関して具体的に塩分の多い食品の例を挙げて説明する。
　2.　栄養士による栄養相談を受けてもらう。
173 畑仕事推奨
180 運動療法，減塩の重要性
197 減塩
390 とにかく運動できるかどうかが key point。
459 減塩
461 できるだけ栄養指導を受けていただく。
479 減量と walking
491 生活指導（減塩等）
510 禁煙，減塩，体重を維持（減量）
516 減塩
528 日本人には塩分感受性高血圧が多いと云われているので，減塩を指導している。また近年は肥満者が多いので，減量をすすめている。日本人高齢者では半分以上が高血圧であり，実際は個々の患者に十分な時間がとれないのが現状。
536 塩分制限の指導
568 栄養指導
606 減塩，運動は併行して頂くことが重要と話します。
621 減塩です。
641 減塩，減量
645 生活習慣指導には栄養指導で栄養士に指導してもらっている。
688 糖質制限食でダイエットをすすめる。
701 減塩
711 睡眠確保
735 減塩，減カロリーの励行
741 生活習慣や服薬時間の規則化，減塩，3 回 / 週以上の運動（散歩など歩行から）を促す。
755 寝る部屋の冷暖房の徹底，自己血圧記録シートの手渡しとチェックとリアクション，尿中 Na 測定による客観的な塩分摂取量の評価。
756 まず最初に必ず栄養指導，6 ヶ月後に再度行う（必ず食事療法が Loose になるため）。
785 薬物療法をするにしても減塩，減量など非薬物療法が基本。
855 減塩
864 季節間での変化，減塩指導
866 食塩感受性
872 減塩・過食については必ず患者に言うようにしている。体重を減らすように必ず言うようにしている。運動（散歩）している人は必ずほめるようにしている。
873 減塩食について指導。
914 内服開始の前にまずは食事療法を行う。

【血圧測定】

031 家庭血圧必ずつける事。
072 家庭血圧（自宅血圧）の記録
084 家庭血圧を必ず測らせる。
328 家庭血圧測定のすすめ
346 目的の明確化と家庭血圧の冷静な継続の教育
398 家庭用血圧測定の導入
441 自宅血圧をつける。
461 家庭血圧測定をすすめる。
491 家庭血圧を測っていただくよう指導。
492 散歩の前後で HBP 測定してもらっている。
493 自宅血圧測定
500 早朝血圧を家庭で測定してもらう。
501 家庭血圧測定，朝食前，起床時及び就寝前
536 家庭血圧のチェックを指導。
629 自宅での血圧測定をうながしている，血圧手帳を渡している。
711 必ず自宅での血圧を測定する事。
824 血圧手帳の記録（検査で意欲を保つ）
891 家庭血圧を必ず測定していただく。
928 とにかく，家庭血圧を計測するよう指導している。
934 治療への参加，家庭血圧
942 家庭血圧をなるべく測定するように指導している。

【アドヒアランスを高める工夫】

040 服薬コンプライアンス
043 合剤の使用
187 内服回数を減らすようにしてから血圧パターンを見て徐々に回数を増やすかどうか検討しています。
189 必ず内服できるタイミングを聞くこと。
330 服薬コンプライアンスの向上のみ。
347 血圧のコントロールの悪い例で NSAIDs，飲酒を禁止することでコントロールが容易になった。朝夕 2 回の服用を夕又は寝る前 1 回にしても血圧のコントロールは変化なく服薬コンプライアンスはよくなった。
349 診察の回数を増やす。
425 降圧目標を意識する。血圧の降下に対する患者の不安をとりのぞく。
461 できるだけ合剤を処方する。
550 合剤使用，薬剤数を減らす。
598 飲み忘れの有無を聞くのではなく，残薬の回数を尋ねるようにしている。
644 厳格なコントロールのため 3 剤併用を頻繁にしている。
734 1 日 1 回の長時間作用薬を choice する。
736 24 時間作用する薬剤に変更している。
918 継続できる治療，患者教育。
960 なるべく薬のアドヒアランスを良くするため，合剤を使って薬の種類を減らしたり一包化したり，今後ビソノテープを併用したりしていきたい。
979 きちんと飲むこと。

【診断・検査・薬剤選択】

026 中年の働き盛りの方の血圧についてガイドラインでは β ブロッカーははずせないと思いますし，患者様から感謝される薬と思うのですが。
057 初診時では二次性高血圧の除外。
166 二次性高血圧の有無を検索する。
468 SHS のチェック（仰臥位低血圧症候群），CPAP の積極的な導入
568 SAS check
723 易怒性の高い患者には，脂溶性の高い β-blocker を用いると血圧が安定する（上下の差が少なくなる）ことが多い。
784 合併症の有無を評価するように心がけています。

【患者教育】

041 治療目標，目的を意識させること。
066 今後の合併症の説明を十分にする。
161 あまりうるさく言わない，PT も気楽になってもらう。
537 高血圧に伴うリスク上昇疾患の恐ろしさをお伝えしております。
546 とにかく高血圧治療の意義を，機会に触れて繰り返して説明，伝達する。
712 最近ではテレビ番組でも高血圧等について，詳しく分かり易く解説しておられるため，出来るだけ，そういう番組を見て参考にする様アドバイスしています。
743 治療の継続性

【その他】

558 case by case
775 血圧測定に神経質になり，頻回に測定したり，かえって血圧が上昇するような患者さんへの対処。
906 早朝高血圧に対し眠前に内服。

GP

【生活指導】

013 まず食事に関して指導し，血圧手帳を持たせて家庭血圧測定と 24 時間自由行動下血圧測定を行い管理している。
038 食事における塩分の制限について。
042 運動療法を啓蒙するようにしています。
053 減量，減塩，ストレス，運動
070 高齢者の場合食事摂取量が少なく，塩分を制限していると夏になり極端な低血圧がおこることが多い，季節により塩分水分の摂り方に注意している。

082 減塩，運動
089 食事（特に減塩）は守られているか。（実行されているか？）
090 減塩につき薄味にするのではなく，塩分の絶対量を少なくするよう注意している，例えばラーメンではスープを残すようにとか…。
107 control を第一に，メタボがあればその要因の control に努めるよう食事指導，運動療法を進めている。必ず血圧ノート，朝，夕，の血圧観察の記録をさせる。
115 塩分制限，減量，適度な運動の組み合わせ。
116 患者さんの生活習慣を把握する事，年齢，体型によって降圧剤を選択しています。
121 塩分制限を守ってもらうよう何度も説明する。
124 体重測定，尿中 Na 測定→ 1 日塩分量
125 1. メタボの患者は運動，減量をすすめる。
2. 減塩と食事指導は全員にすすめている。
130 肥満の是正，減塩指導，節酒，早寝早起，ストレッチ体操の励行
133 ラーメン，うどん，そばのつゆは飲まないようにと指導しています。
135 肥りすぎや塩分
143 生活習慣は外来で通り一遍なことを言っても実行するのは 10 ～ 20 人に 1 人で，今の診療報酬では一人の患者に時間をかけれないのでまず無理である。
182 血圧が安定したら，過剰に家庭血圧を計らない→気にしすぎるため
209 禁煙指導
243 肥満改善，減塩，禁煙でかなりの降圧ができると考えている。降圧薬を内服するのであれば 1 日 1 回内服にこだわっている。
322 減塩，運動
323 栄養士さんによる個人指導，高血圧食。
348 降圧剤は規則とし服用。塩分はひかえめ，みそ汁は一杯。
351 ときどきスポット尿で Na 摂取量を check し減塩指導に利用している。
355 減塩，減量，禁煙
388 減塩，生活習慣の改善
429 減塩
456 生活習慣，睡眠，運動，塩分（外食）
560 一日塩分摂取量の説明
572 いかに診察中の短期間の間に必要な情報を得て，また必要な指導を行うかを重視しています。特に安定している方では診察がマンネリ化することがよくありますのでそのあたりは注意して診察するように心がけています。
604 全身のストレッチ（頚部，肩，背部をとくに）
653 体重減，運動力，減塩食についてパンフ等を使用して説明している。
657 減塩，運動
661 生活療法を基本として薬物を追加してコントロールするようにしている。
666 立ちくらみの予防・脈拍数の管理
672 減塩のみで降圧が十分に得られる症例も多い。あらかじめ食塩 6 g をはかってそれを用いて一日の食事を調理してもらう。
698 前日夜の天気予報で朝の気温を見て眠前の薬の量を調節してもらう。
705 運動療法をすすめている。
720 減塩指導
724 減塩の投与
747 塩分制限の徹底，食事メニュー管理
796 ダイエット
831 早めの指導が重要。
848 禁煙指導（チャンピックス処方）を積極的に行っている。
857 塩分（とくに調味料）のつけ方に注意。
860 1. 塩分濃度測定
2. 食事療法（管理栄養士から）
861 減塩食を理解してもらう，運動する，内臓脂肪の解消を目指す。
862 減塩を中心に指導。
925 薬物療法開始前の生活習慣の是正。
948 禁煙パンフレット etc
959 常時，塩分制限や体重を減らすこと no smoking の励行，アルコール摂取制限を受診時に聴取することと説明をしている。
964 減塩食，運動，禁煙

【血圧測定】

012 自己血圧測定方法に関して正しい方法を指導している。
048 1. 2014 年ガイドライン発表前より，家庭血圧の重要性を説明し外来血圧は治療効果の参考程度にしていた。今回の 2014 年ガイドラインの発表を聞いて，今までの方針で良かったと思った。
2. 24 時間 ABPM を治療抵抗性高血圧の方には積極的に装着するようにし，夜間高血圧 pattern（Nondipper-Riser）の患者さんには降圧剤の眠前服用や利尿剤＋ ARB の合剤を眠前に併用する。
092 家庭血圧の測定をすすめている（血圧手帳を渡して）。
117 家庭血圧測定してもらい，その値をみて治療薬の変更などをしている。
127 家庭血圧をとにかくつけさせること，モチベーショ

ンを上げること。
134 自宅に血圧計を持っている患者さんには最低でも1日2回（起床後，夕食前）に血圧を測っていただく，診察室での血圧より大きく低下している患者さんが時々おられます。
158 家庭血圧測定の徹底を指導。
192 家庭血圧測定をしてもらうことにより行動の修正をはかる。
351 家庭血圧を重視して治療しているが，office 血圧と解離が大きいケースでは必ず ABPM で check し，確認している。
380 何といっても家庭血圧を測定させる事，患者のモチベーションを上げる事につながっている。
423 家庭での血圧測定をすすめている。
430 起床後1時間以内部屋の温度 20℃心身共におちついている時の自宅血圧を最重要視しております。
431 出来れば家庭血圧を。
511 家庭血圧を重視しています。
552 早朝血圧をなるべく測定するようにすすめている。
563 家庭血圧を重視。
565 家庭血圧測定
669 家庭血圧を勧める。
671 高血圧患者のほぼ9割以上の方に家庭血圧を測定してもらっている。
687 血圧記録ノート
694 家庭血圧をきちんとノートにつけて毎回持参されるようにすすめている。これがかっちりと出来ている患者さんの血圧コントロールは，他の患者さんと比べ極めて良好であるし薬の増減に関しても共有できる。
726 やはり家庭血圧測定をすすめることです。
769 ほとんどの患者さんに家庭血圧を測定してもらっている。
829 自宅での血圧チェックの重要性を説明する。
860 家庭血圧測定
892 定期的に血圧 check を行う。

【アドヒアランスを高める工夫】

087 きちんと通院してもらうこと。
088 高齢者が多いので，受診する度服薬状況を確認，定期的受診がない時は血圧変動を招き体調に悪いことを説明する。
089 本当に降圧薬を内服しているか。
120 アドヒアランスの工夫
121 服用をしっかり行なってもらうことをくりかえし伝える。
125 継続的に治療を守ってもらう。
431 くすりを忘れないこと。
547 副作用の出現，いかに途中で脱落させないか。
588 アムロジピン 2.5/5 mg と利尿剤（フルイトラン 1 mg，2 mg ？）の合剤が欲しい！→アドヒアランス向上のために…。
647 患者にあわせた内服薬の時間。
892 薬を飲むことに対して抵抗がないように配慮している。

【診断・検査・薬剤選択】

048 ストレス性高血圧（職場高血圧など）は交感神経や RA 系の亢進があり，β ブロッカーや ARB の併用も行っている。ビソノテープは理にかなっており，貼付剤であり心理的にも安心感を得るようである。
098 1. 二次性高血圧のスクリーニング施行している間に CCB からスタート（効果発現が早い，確実な降圧）。
2. 人生初の降圧薬に何を選ぶか！
109 二次性高血圧の検査をする。
131 適度な降圧を心掛ける，血圧を下げ過ぎないこと，血圧値の動揺に配慮する。
142 70 歳未満の男性。肥満性高血圧，高脂血症が 50 歳代からあり 2 ～ 3 年前から糖尿病を併発。50 歳代の折にも時折脈拍が 60 以下になり，起床出来ず欠勤することがあった。心電図には左室肥大位しかなかったが，脈拍をもう少し多くしたいと専門家に相談したが満足させる回答はなかった。脈は硬脈と言える程ではなかったが半年前朝食後テレビを見ながら突然死した。一応脈拍の少ない場合は要注意しているが…。
158 季節性変動時の降圧剤の調整。
234 高齢者の BNP 高値症例は，十分精査を行い可能な限り原因疾患を究明し本人の妥協できるベースラインを設定し維持管理している。その際の β-blocker の投与は第一選択薬に匹敵。
351 初診時には極力 hormonal な検査をして，治療抵抗性で，低レニン高アルドステロンのケースではスピロノラクトンを試してみる。
380 1 年に 1 回は頚動脈エコーを行いプラークの進展など動脈硬化進展がないかどうかを必ずチェックしている。
427 1 日尿から NaCl，BUN →蛋白尿等の check
524 降圧しすぎることに注意！　特に 100 以下にならないように。
585 血圧が下がり過ぎないこと。
761 治療中に急激な血圧上昇，若い年齢での高血圧の患者に対し，レニン，アルドステロン，CA3 分画 Check し，二次高血圧の Screening を必ず行っている。
783 1. 浮腫との関連。
2. SAS
802 下げすぎないこと。

856 心エコーによる，LVH の確認。
935 降圧剤だけで良いということではないこと。
【患者教育】
011 例を具体的に指示。
024 高血圧は元来症状のない「サイレントキラー」である事を良く説明し，減塩や体重，腹囲などの自己コントロールがとても大事なこと，自己血圧を測定してもし十分な低値でも支持している服薬はそのままで継続し，何か不都合があれば担当 Dr. に相談して自分で服薬の調節は絶対に行わない事など，繰り返し指導説明しています。
110 初診の場合 PWV で血管年齢を呈示して，内服の必要性，効果について納得してもらう。
305 とにかく患者の教育。
337 高血圧が脳，冠動脈疾患のリスクである。
403 薬剤がなくなりそうになったら，半量で確実服用し，絶対に急に中止しないよう指導。
513 本人が理解力低下している場合は，家族に電話し相談。
614 説明に対し過度の不安をかけないようにリスクを理解してもらう様注意しています。
669 高血圧治療の意義の説明。
686 高血圧治療の目的を正しく理解してもらえるように努めている。
987 血圧を下げることは大事であるが，それが最終目標ではなく合併症（脳，心，腎，etc）を防ぐことが治療の目的であることをわかってもらえるよう，図表を使って説明している。
【その他】
112 高齢になるにつれて心不全（心拡大）になる。
139 副作用
295 安全な治療を効率よく行う。
573 case by case
599 腎機能を保護，電解質バランスを保持。
817 時に応じて対処。
968 放置すると合併症が起こりやすくなるという実証が難しい。
990 他の risk も一緒にコントロールすること。

Q7　テーマに沿った質問等がありましたらご記入下さい。（お答え頂きたい先生がおられましたらご記入下さい。）

Hp

【薬剤について】
162 確かにβ-blocker は 1 st choice としては使用頻度は低いが，絶対に必要な薬剤だと思います。
606 心不全への適応を早くして下さい。アーチストの貼付版をお願いします。
784 β遮断薬について詳しく教えて下さい。
872 1. ディオバンにはほんとうに脳卒中発症予防効果があるのか，国が責任を持って検証してほしい。
→きっちりとした前向きな研究をしてほしい。
2. ARB には脳卒中予防効果があるのかないのか，同種の薬剤間で差があるが検証してほしい。（どれも同じなのか否か。）
【治療選択について】
040 βブロッカーを他の降圧剤と併用する場合（合併症例の推奨される組み合わせ）。
347 致死性イベントを低下させる降圧療法のエビデンスにそった講演が少ないのでもう少し増やして貰いたい。
【管理指標について】
004 現在至適降圧下である事，安定した降圧状況を確認する手段がなかなかない事。ABPM ？　ABI 尿蛋白等でしかないのか？
398 脳血管障害合併例でも，症例の ADL の差に基づいた降圧目標の差（立位歩行，車イス ADL，Bed 上 ADL に応じた）
【その他】
492 高血圧は積極的に治療した方が良いのか？　いつも思ってしまうのですが，この様なアンケートは各々の医師がかなり不確実な回答をすると予想されるのです。集計して何か大事なことが分かるのでしょうか？

GP

【薬剤について】
687 添付書が朝 1 回の薬剤を就寝前に使用しても査定を受けないか。
764 血圧のしおり，一日一回型はレセプト上，分 2 にはできません。

【治療選択について】

024 小川聡先生へ：心房細動に対してかなり積極的に専門病院ではアブレーション治療が行われていますが，血圧のコントロール，心拍数とβ遮断薬で調整し，NOACで脳塞栓症を防止して対応すれば，リスク・コスト・ベネフィットの観点からも薬物療法で十分対応してよいと思っているのですが，如何なものでしょうか？

089 喘息を有してβブロッカーを使用しにくい症例に対しての，心房細動の加療方法について。

142 現在東洋医学会では循環器科の先生から漢方薬の使用報告例がみられるようになった。器質的病変のないものに，漢方薬が使用されることが多いとは思われるが，本会でも発表されてもよいと思われます。

209 異型狭心症にβ-blockerを使った時の危険性。

653 1人住まいの老人で，不安感の強い人の血圧は高い時250低い時は90と上下の差が1回の内にある。血圧の薬を増加すべきか悩む。又安定剤を投与しても好転するか心配で投与しにくい。

【管理指標について】

416 1. 外来診療で塩分摂取量の測定評価をどのようにしているか？

2. ABPMは結構面倒ですが，どんな時に何回くらい測定したらよいでしょうか？

429 24時間血圧計普及

588 ライザー早朝高血圧のケースをどうやったらもっとピックアップできるか？　ホルターBP計しかないのか？　それをもっと使うべきなのか，悩ましい…。

【その他】

110 DM腎症などで複数の降圧薬を服用の場合に，5年以上に渡り服薬アドヒアランスを低下させないコツ

139 今回とても良いテーマと思います。日常診療で困っている問題をとりあげていただきありがたいです。

323 整形外科ですので，むずかしいcaseは内科へ紹介することを主体としています。

416 日本人は比較的高血圧に対する意識は高いものの，肥満，脂質，糖代謝に対する意識は低いと思いますが，どう指導するのがよいのか？

614 ストレスと冠疾患，動脈硬化，血圧