

脳心血管病 発症予防のための 包括的リスク管理チャート

2025年版

本チャートは、脳心血管病の発症予防（一次予防）を目的とし、
各リスク因子を並行して同時に評価・管理することで、包括的な患者管理に活用できるツールとして作成しました。
各リスク因子の評価・管理方法については、各関連学会の診療ガイドラインを参考にしながら作成しております。
健診などで脳心血管病リスク因子の異常を指摘され来院する患者を主な対象としていますが、
すでにリスク因子加療中の患者に対しても、管理状態の評価ツールとしてご活用ください。

日本医学会連合 領域横断的連携活動事業<TEAM事業>
脳心血管病予防に関するリスク管理チャートの改訂と発行後の周知普及にて作成した

日本栄養改善学会、日本栄養・食糧学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本循環器学会、日本小児科学会、日本神経学会、日本腎臓学会、日本心臓血管外科学会、
日本体力医学会、日本痛風・尿酸核酸学会、日本糖尿病学会、日本動脈硬化学会、日本内科学会、日本肥満学会、日本末病学会、日本老年医学会
編集協力：日本医師会

STEP

1 基本的な診察・検査（最小限必要項目）

問診

年齢・性別、自覚症状、家族歴、合併症・既往歴、服薬歴、生活習慣（喫煙・アルコール）、食習慣、
身体活動・運動習慣、睡眠、家庭血圧

身体所見

身長、体重、BMI、腹囲（ウエスト周囲長）、診察室血圧、脈拍／分（整・不整）、胸部聴診など

検査

TC(or LDL-C※)、HDL-C、non-HDL-C (TC - HDL-C)、TG※※、AST、ALT、γ-GT、
血清クレアチニン(eGFR)、尿酸、HbA1c、血糖※※、尿一般(定性)、心電図

※Friedewaldの式(TC-HDL-C-TG/5)で算出(空腹時かつTG<400 mg/dLの場合)、または直接法で測定。

※※空腹時が随時かを確認。

STEP1で以下の所見を認めた場合は、専門医にすみやかに紹介する

高血圧

- 未治療で拡張期血圧 ≥ 120 mmHg (高血圧緊急症・切迫症疑い)
- 薬物治療中で $\geq 180/110$ mmHg または降圧薬多剤併用でも降圧目標未達成(治療抵抗性高血圧疑い)



高血圧専門医

糖尿病

- 尿ケトン体強陽性(1型糖尿病疑い)
- HbA1c $\geq 10.0\%$ 、空腹時血糖 ≥ 200 mg/dL、随時血糖 ≥ 300 mg/dL (コントロール不良な糖尿病)
- すでに糖尿病合併症(糖尿病網膜症など)を指摘されている場合



糖尿病専門医

脂質異常症

- LDL-C ≥ 200 mg/dL ● LDL-C ≤ 15 mg/dL ● non-HDL-C ≥ 230 mg/dL
- TG $\geq 1,000$ mg/dL ● HDL-C ≤ 25 mg/dL
- アキレス腱肥厚／黄色腫の存在(家族性高コレステロール血症疑い) → (FHガイドライン)



(FHガイドライン)



動脈硬化専門医

慢性腎臓病 (CKD)

- 高度尿蛋白(3+) ● 蛋白尿と血尿を両方認める ● eGFR <45 mL/min/1.73 m²
- eGFR <60 mL/min/1.73 m²で40歳未満が蛋白尿を認める。



腎臓専門医

肥満

- 高度肥満症 (BMI ≥ 35 kg/m²かつ11の健康障害*のいずれか)

*1) 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)、2) 脂質異常症、3) 高血圧、
4) 高尿酸血症・痛風、5) 冠動脈疾患、6) 脳梗塞・一過性脳虚血発作、
7) 非アルコール性脂肪性肝疾患、8) 月経異常・女性不妊、9) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群、10) 運動器疾患(変形性関節症：膝関節・股関節・手指関節、変形性脊椎症)、11) 肥満関連腎臓病



肥満症専門医



産婦人科専門医

- 上記所見を認め、妊娠中の症例

下記が存在する、あるいは疑われる場合

- 心臓血管病 ● 心電図異常(心房細動など)
- 大動脈疾患 ● 末梢動脈疾患(PAD)



循環器専門医



心臓血管外科専門医

- 脳血管疾患



脳卒中専門医



神経内科専門医



脳神経外科専門医

2 リスク因子の診断

メタボリック シンドローム

腹囲(ウエスト周囲長)男性 ≥ 85 cm、女性 ≥ 90 cm かつ、下記1-3のうち2項目以上

- ①. HDL-C < 40 mg/dL、または空腹時TG ≥ 150 mg/dL ②. 空腹時血糖 ≥ 110 mg/dL
③. 収縮期血圧 ≥ 130 mmHg、または拡張期血圧 ≥ 85 mmHg

高血圧

診察室血圧 $\geq 140/90$ mmHg、または家庭血圧 $\geq 135/85$ mmHg

(必要に応じた追加検査項目: ●Na、K、Cl ●レニン ●アルドステロン など)

糖尿病

●空腹時血糖値 ≥ 126 mg/dL ●随時血糖値 ≥ 200 mg/dL ●HbA1c $\geq 6.5\%$
上記項目を2回確認する(1回は必ず血糖値で確認する)

(必要に応じた追加検査項目: ●Cペプチド ●インスリン値 ●抗GAD抗体 など)

脂質異常症

以下のいずれか ●LDL-C ≥ 140 mg/dL ●HDL-C < 40 mg/dL ●non-HDL-C ≥ 170 mg/dL
●空腹時TG ≥ 150 mg/dL 随時TG ≥ 175 mg/dL

(必要に応じた追加検査項目: ●TSH ●fT4 ●リポタンパク分画 など)

CKD

●eGFR < 60 mL/min/1.73 m²、あるいは蛋白尿が3か月以上持続

肥満症

●BMI ≥ 25 kg/m²かつ 以下のいずれか

●腹囲:男性 ≥ 85 cm、女性 ≥ 90 cm ●11の健康障害



(肥満症診断のフローチャート)

高尿酸血症

●血清尿酸値 > 7.0 mg/dL

動脈硬化のスクリーニング検査

- 身体所見:四肢動脈触知、頸部・腹部・腎動脈血管雑音など
- 画像検査:頸動脈エコーなど

可能なら考える検査

- 生理検査:足関節上腕血圧比(ABI)、PWV、CAVIなど

本STEP以降 における留意点

必要に応じた専門医への紹介

- 追加検査や治療の過程で専門医への紹介が必要な病態であることが判明した場合、あるいは診断や治療に苦慮する場合は、速やかに専門医に紹介する。参考資料を以下の二次元バーコードに示す。
- 動脈硬化が強く疑われる場合:冠動脈CT、頭部MRI/MRAを専門医に相談する。

参考



二次性高血圧



二次性糖尿病



続発性脂質異常症



二次性肥満



CKDステージ分類と
専門医紹介基準



PA検査時の注意点



糖尿病の分類



原発性脂質異常症



肥満と肥満症



二次性高尿酸血症

高齢者※での留意点 ※高齢者:75歳以上または65~74歳でフレイルまたは要介護状態の方

- 高齢者では脳心血管病の予防だけでなく、心身の機能や生活機能に応じ、それらが低下しない管理を目指す。
- 把握する項目:栄養状態、認知機能、フレイル、日常生活動作(基本ADL、手段的ADL)、服薬状況。
- 評価方法:右二次元バーコードを参照。
- 糖尿病:ADLと認知機能に基づいてカテゴリー分類を行い、年齢と使用薬剤を考慮し、目標値および目標下限値を設定。
- 高血圧症、脂質異常症:フレイル、認知症、要介護状態にある人では目標値は個別に判断。
- 栄養:サルコペニア予防には、重度の腎機能障害がなければ十分な蛋白を摂取するよう指導。
- 身体活動・運動:運動機能や転倒リスクに注意。有酸素運動に加えて筋力トレーニング・バランス運動・柔軟性などの多要素運動を励行。
- 環境や身体の状態(脱水や食事摂取量低下など)に伴い、減薬や薬剤中止(休薬を含む)も考慮。
- エンドオブライフの状態にある人:QOLを考慮して、薬物の減量・中止も考慮する。



日本老年医学会
高齢者診療におけるお役立ちツール



老年科専門医

STEP

3 リスク因子と個々の病態に応じた管理目標の設定

■ 高血圧

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
● 75歳未満の成人 ● 尿蛋白陽性のCKD患者 ● 糖尿病患者 ● 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
● 75歳以上の高齢者※ ● 尿蛋白陰性のCKD患者	<140/90	<135/85

※併存疾患などによって一般的な降圧目標が130/80 mmHg未満とされる場合、忍容性があれば130/80 mmHg未満を目指す。過降圧の危険性には注意する。

日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン2019より引用改変

■ 糖尿病

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c	<6.0%	<7.0%	<8.0%

日本糖尿病学会 糖尿病治療ガイド2022-2023より引用改変

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ		カテゴリーⅢ		
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立		①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害		
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満		8.0%未満	
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)		8.5%未満 (下限7.5%)	

日本老年医学会・日本糖尿病学会 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023より引用改変

■ 脂質異常症

①性別	ポイント	④血清LDL-C	ポイント	ポイント合計	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳
女性	0	<120 mg/dL	0	0	<1.0%	<1.0%	1.7%	3.4%
男性	7	120～139 mg/dL	1	1	<1.0%	<1.0%	1.9%	3.9%
		140～159 mg/dL	2	2	<1.0%	<1.0%	2.2%	4.5%
		160 mg/dL～	3	3	<1.0%	1.1%	2.6%	5.2%
				4	<1.0%	1.3%	3.0%	6.0%
				5	<1.0%	1.4%	3.4%	6.9%
				6	<1.0%	1.7%	3.9%	7.9%
				7	<1.0%	1.9%	4.5%	9.1%
				8	1.1%	2.2%	5.2%	10.4%
				9	1.3%	2.6%	6.0%	11.9%
				10	1.4%	3.0%	6.9%	13.6%
				11	1.7%	3.4%	7.9%	15.5%
				12	1.9%	3.9%	9.1%	17.7%
				13	2.2%	4.5%	10.4%	20.2%
				14	2.6%	5.2%	11.9%	22.9%
				15	3.0%	6.0%	13.6%	25.9%
				16	3.4%	6.9%	15.5%	29.3%
				17	3.9%	7.9%	17.7%	33.0%
				18	4.5%	9.1%	20.2%	37.0%
				19	5.2%	10.4%	22.9%	41.1%

①～⑥のポイントを合計後、右表にてリスク区分を設定。

低リスク 中リスク 高リスク
日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版より引用改変

管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
	LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
低リスク	<160	<190	<150 (空腹時)	≥40
中リスク	<140	<170		
高リスク	<120 <100※	<150 <120※	<175 (随時)	

糖尿病、PAD、慢性腎臓病は高リスクに区分。
※糖尿病において、PAD・細小血管症合併時、喫煙ありの場合に考慮



脂質管理目標値
設定アプリ

■ CKD 血圧、血糖、脂質、体重の適切な管理 (CKD悪化予防)

■ 肥満症 高度肥満症: 体重5-10%減; 肥満症: 体重3-5%減

■ 高尿酸血症 尿酸値<6 mg/dL (痛風、および腎障害予防)



肥満症治療の流れ
(Step5まで含む)



痛風・高尿酸血症
治療の流れ

STEP

4 生活習慣の改善

- 禁煙: 禁煙は必須。受動喫煙の防止。
- 体重管理: 適正体重を目指す。
- 食事管理: 減塩 (食塩6 g/日未満)、適正エネルギー量、三大栄養素やビタミンのバランスよい摂取、食物繊維・多価不飽和脂肪酸の摂取励行、コレステロール・飽和脂肪酸・単純糖質の摂取制限。プリン体・果糖の摂取制限。十分な飲水。
- 身体活動・運動管理: 活動的な生活と運動で毎日60分・8000歩以上 (高齢者は40分・6000歩以上)。座位時間の短縮。週2～3日の筋力トレーニング。
- 節酒: エタノール換算で一日25 g以下に制限。休肝 (酒) 日の設定。



身体活動・運動の
推奨事項一覧

5 薬物療法

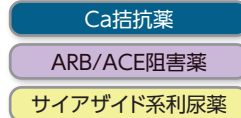
生活習慣の改善は継続し、薬物療法の開始や継続は個々のリスク因子の状態や病態に応じて慎重に行う。
ただし、リスクが高い場合は厳格な薬物療法が必要である。各ガイドラインに従って治療を行う。

■ 高血圧

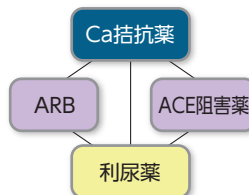
主要降圧薬の積極的適応

	Ca拮抗薬	ARB/ ACE阻害薬	サイアザイド系 利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
左室駆出率の低下した心不全		●*	●	●*
頻脈	● 非ジヒドロピリジン系			●
狭心症	●			●**
心筋梗塞後		●		●
たんぱく尿/微量アルブミン尿を有するCKD		●		
脳血管障害後	●	●	●	

※少量から開始し、注意深く漸増する。※冠攣縮性狭心症には注意

第一選択薬
(積極的適応がない場合)

2剤の併用



ARBとACE阻害薬の併用は一般的に用いられないが、腎保護のために使用するときは、腎機能、高K血症に留意して慎重に行う

主要降圧薬の禁忌や慎重投与となる病態

	禁忌	慎重投与
Ca拮抗薬	徐脈 (非ジヒドロピリジン系)	心不全
ARB	妊娠	腎動脈狭窄症*** 高カリウム血症
ACE阻害薬	妊娠 血管神経性浮腫 特定の膜を用いる アフェレシス/ 血液透析	腎動脈狭窄症*** 高カリウム血症
サイアザイド系利尿薬	体液中のナトリウム、カリウムが明らかに減少している病態	痛風 妊娠 耐糖能異常
β遮断薬	喘息 高度徐脈 未治療の褐色細胞腫	耐糖能異常 閉塞性肺疾患 末梢動脈疾患

※※※両側性腎動脈狭窄の場合は原則禁忌

日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン2019より引用改変

■ 糖尿病

目標HbA1c値の設定

必要に応じた薬剤選択

非肥満 [インスリン分泌不全を想定]	肥満 [インスリン抵抗性を想定]
● DPP-4阻害薬 ● ビグアナイド薬 ● α-グルコシダーゼ阻害薬 ● グリニド薬 ● SU薬 ● SGLT2阻害薬 ● GLP-1受容体作動薬 ● イメグリミン	● ビグアナイド薬 ● SGLT2阻害薬 ● GLP-1受容体作動薬 ● DPP-4阻害薬 ● チアゾリジン薬 ● α-グルコシダーゼ阻害薬 ● イメグリミン ● チルゼパチド

安全性への配慮

- 低血糖リスクの高い高齢者にはSU薬、グリニド薬は避ける
- 体重への影響が高い場合は、SU薬、チアゾリジン薬は避ける
- 腎機能障害合併者にはビグアナイド薬、SU薬、チアゾリジン薬、腎排泄型のグリニド薬を避ける(高度障害ではSU薬、ビグアナイド薬、チアゾリジン薬は禁忌)
- 心不全合併者にはビグアナイド薬、チアゾリジン薬を避ける(禁忌)

Additional benefitsを考慮すべき併存疾患

慢性腎臓病*	心不全	心血管疾患
● SGLT2阻害薬** ● GLP-1受容体作動薬	● SGLT2阻害薬**	● SGLT2阻害薬** ● GLP-1受容体作動薬

※特に顕性腎症 ※※一部の薬剤には適応症あり

◆服薬継続率やコストなども考慮し薬剤を選択。

◆薬物療法開始後は、およそ3か月ごとに治療法の再評価と修正を検討する。

◆目標HbA1cを達成できなかった場合は、病態や合併症に沿った食事療法、運動療法、生活習慣改善を促すと同時に、「必要に応じた薬剤選択」に立ち回り、薬剤の追加等を検討する

糖尿病 66 (10), 715-733, 2023より引用改変

■ 脂質異常症

主要薬剤と注意点

適応	薬剤	禁忌・慎重投与	注意する副作用
高LDL-C血症	スタチン	肝障害、妊婦・授乳婦、シクロスポリン等との併用	横紋筋融解症、筋肉痛や脱力感などミオパチー様症状、肝障害
	小腸コレステロールトランスポーター阻害薬(エゼチミブ)	肝障害	肝障害
	陰イオン交換樹脂(レジン)	胆道閉塞、ジギタリス・ワルファリン等との併用	消化器症状
高TG血症	フィブラート系薬	肝障害、腎障害、妊婦・授乳婦	横紋筋融解症、胆石症、肝障害
	選択的PPARαモジュレーター(SPPARMα)	肝障害、腎障害、妊婦・授乳婦	横紋筋融解症、胆石症
	n-3系多価不飽和脂肪酸	出血	出血傾向

日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド 2023年版より引用改変

処方例

LDL-C高値:以下の順に追加・増量



- ◆上記でも治療困難例は専門医に紹介
- ◆妊娠例ではレジンのみ投与可

TG高値

- ◆SPPARMα or フィブラート系薬
- ◆n-3系多価不飽和脂肪酸

スタチン関連筋症状・障害時の推奨アプローチ

