

Topics

2025-2026年 循環器内科最前線：
劇的な進化を遂げる最新の薬物治療

循環器内科副部長 西嶋 方展

はじめに

近年、日本の循環器内科における薬物療法は、ガイドラインの全面的な刷新と、革新的な標的分子・テクノロジーを有する新規薬剤の登場により、大きな転換期を迎えています。高齢化に伴う「心不全パンデミック」が深刻な課題となる中、2025年3月には日本の『心不全診療ガイドライン』が7年ぶりに全面改訂され、従来の「急性期」「慢性期」の区分を廃止した一貫した治療・予防管理の重要性が示されました。また、2025年8月に発表された高血圧ガイドライン（JSH2025）では、全年齢で目標血圧が一律に厳格化されるなど、先制医療（予防）への重点シフトが加速しています。本レターでは、最新の薬物療法や、臨床現場で今押さえておくべき主要トピックスを紹介します。

【最新】循環器領域における注目薬剤・薬物治療一覧

一般名（製剤名）	標的分子／作用機序	適応疾患／病態	主な対象フェノタイプ	投与経路	特徴・備考
マバカムテン （カムザイオス®）	心筋ミオシン阻害	閉塞性肥大型心筋症（oHCM）	左室流出路の閉塞を伴う症候性HCM患者（指定難病）	経口（1日1回）	過剰なミオシン-アクチン結合を分子レベルで直接阻害し、心筋の過収縮を緩和。流出路圧格差（閉塞）および心不全症状を強力に改善する世界初の薬剤。2025改訂ガイドラインで推奨クラスⅠ。
エンパグリフロジン／ ダパグリフロジン （ジャディアンス®／ フォシーガ®）	SGLT2阻害	心不全（HFrEF, HFmrEF, HFpEF）、2型糖尿病、CKD	左室駆出率（LVEF）を問わないすべての心不全、糖尿病・CKD合併群	経口（1日1回）	2025年改訂の心不全ガイドラインにて、EFに関わらずすべての心不全治療において推奨クラスⅠを獲得。糖尿病・CKD合併患者（ステージA）での発症予防でも推奨クラスⅠの地位を確立。
フィネレノン （ケレンディア®）	非ステロイド性選択的ミネラルコルチコイド受容体（MR）拮抗	心不全（HFmrEF, HFpEF）、2型糖尿病を合併する慢性腎臓病（CKD）	糖尿病合併CKD（ステージA）、うっ血を伴う軽度低下～保持心不全	経口（1日1回）	糖尿病合併CKDにおける心不全発症予防で推奨クラスⅠ。さらに、駆出率の保たれた心不全（HFpEF/HFmrEF）治療においても、従来のステロイド性MRAを上回る推奨クラスⅡaを獲得。

一般名（製剤名）	標的分子／作用機序	適応疾患／病態	主な対象フェノタイプ	投与経路	特徴・備考
チルゼパチド （マンジャロ®）	GLP/GLP-1 受容体デュアル作動	2 型糖尿病、肥満合併心不全（特に HFpEF）	肥満を伴う心不全、糖尿病を合併する心血管高リスク群	皮下注射（週 1 回）	SURPASS-CVOT 試験において、既存の GLP-1 作動薬と比較し全死亡や心不全入院を含む広範な複合イベントを 16% 有意に減少。2025 ガイドラインで肥満合併心不全への考慮がクラス II a に。

2025 -2026年の薬物療法トレンド解説

1. 高血圧ガイドライン「JSH2025」：全年齢「130/80 mmHg未満」への統一と徹底した管理

2025 年 8 月に発表された『高血圧管理・治療ガイドライン 2025（JSH2025）』は、これまでの複雑な年齢別・合併症別の降圧目標を廃止し、原則として全年齢一律で診察室血圧「130/80 mmHg 未満」（家庭血圧「125/75 mmHg 未満」）へ統一しました。この背景には、130～139/80～89 mmHg の「高値血圧」であっても、高齢者を含め脳心血管疾患の発症や死亡リスクが有意に上昇するという強固なエビデンスの蓄積があります。また、治療薬の導入ステップも「主要降圧薬（ARB、ACE 阻害薬、カルシウム拮抗薬、利尿薬）1 剤での開始後、未達成時は速やかに 2～3 剤の併用へ移行する」という、シンプルかつ迅速な治療アルゴリズムへ改訂されました。

2. 2025年改訂版心不全ガイドライン：予防重視と「Precision Medicine」への移行

全面改訂された心不全ガイドラインでは、発症前（ステージ A/B）からの「予防」に最も重きを置いています。特に、糖尿病かつ CKD 合併のステージ A（心不全リスクあり）患者に対する心不全発症・心血管死予防として、SGLT2 阻害薬または非ステロイド性選択的 MRA のフィネレノンの投与が「推奨クラス I」とされました。ステージ C（症候性心不全）以降では、LVEF を問わずすべての心不全（HFrEF、HFmrEF、HFpEF）に対して、大規模臨床試験での良好な予後改善データに基づき、SGLT2 阻害薬（エンパグリフロジン、ダパグリフロジン）が「推奨クラス I」に位置付けられました。さらに、患者それぞれの併存症（肥満、腎機能障害、電解質異常）にあわせた個別化治療（Precision Medicine）が提唱されており、肥満合併心不全に対するチルゼパチドなどのインクレチン関連薬の推奨（クラス II a）や、RAAS 阻害薬（特に MRA）の継続・増量を高カリウム血症による中断から守るためのカリウム吸着薬の併用推奨（クラス II a）など、既存の治療を最適化するための緻密な薬物カクテル治療が確立されています。

／ おわりに ／ 2025 年から 2026 年にかけての循環器内科における進歩は、「ただ薬を増やす」のではなく、「科学的なエビデンスに基づいて、患者のライフスタイルや QOL に即して薬を最適化する」という治療（Precision Medicine）を如実に示しています。心筋の異常にピンポイントに作用するマバカムテン、そして全身の代謝面から心不全や心血管イベントを予防するチルゼパチドなど、非侵襲的かつ高効率な薬理学的アプローチが現在のトレンドの中心にあります。これらの最新薬物エビデンスを深く理解し、患者背景に応じた柔軟かつ高度な「最適処方」を提供していくことが求められています。