

高血圧であった可能性は否定できない。その可能性を除いて、これらのグループについては、せっかく診断がついているので、厳格な追跡体制が構築されることが望ましい。

### 3. 未発見グループ

現在、日本は世界で最も医療機関への近接性(access)が高く、また老人保健事業や職場の健診等、多くの国民が高血圧の診断を受ける機会に恵まれている。にもかかわらず、高血圧と告げられた既往がなく、かつ旧定義の高血圧の値を示す人口が日本に550万人存在する。旧定義高血圧患者の約20%を占め、歴史的には次第に減少しているものの、いまだ大きな課題であるといえよう。もう一つの可能性は、このグループがかつて高血圧と診断されたが、その事実を忘れて診療を受けていない可能性である。すなわち、第二群と同様の経緯をたどっている可能性である。そうであるにせよ、そうではないにせよ、これらのグループが診療を受けていない事実は、高度に医療が発達した日本で極めて残念であるといえよう。

### 4. 新規に高血圧とされた群

2000年の高血圧ガイドラインによって、かつて境界域といわれていたグループを含め、140/90 mmHg以上が軽症高血圧と定義された。それによって、新たに境界域から高血圧とされたグループは1100万人に上る。このグループは、集団アプローチを用いても解消されるものではなく、高リスクアプローチを必要とする。すなわち、一対一の非薬物療法か薬物療法による血圧の管理を必要とすると医学的に宣言されたグループに他ならない。我々の研究から、収縮期血圧150 mmHg以上の場合には、治療の第一選択が非薬物療法ではなく薬物療法であると80%の開業医が考えていることが判明した。実は、非薬物療法は極めて手間がかかり人手を要するので、治療費は薬物療法と変わらないとの試算も存在する。しかし、高血圧ガイドラインでは、まず非薬物療法を施行することが推奨されているので、実態を踏まえて非薬物療法診療システムを構築するか、ガイドラインを変更する必要があるといえよう。非薬物療法診療システムの構築は極めて大きな課題であり、時間単価の安く、かつ効果の高い職種を教育し、1100万人の需要に対応する必要があるといえる。

### 5. 白衣高血圧の問題

高リスクアプローチは、高血圧の管理により有効であると同時に、副作用も大きい可能性がある。副作用は、単に薬理作用で生じるのみならず、治療へのコンプライアンスで生じうる。例えば、服薬方法の理解が悪く、また忙しい場合に飲み忘れ、血圧が高まり、そこで飲み忘れた薬を間違っただちに大量に服薬し、血圧が大幅に下がるというように、患者の理解度によって上がったたり下がったりするエレベーター治療になりやすく、高齢者にはこの危険度は高いといえよう。

さて、一部の人口では、医師等の医療従事者の前に出ると血圧が上がりやすい傾向を持ち、本来は高血圧ではない人口、いわゆる白衣高血圧人口が存在するといわれている。有病率は論文によって異なるが、数%から数十%まで幅が広い。この集団は、将来は高血圧になるので治療が必要であるという説があるが、大変乱暴で、追跡が必要かもしれないが、治療による費用と副作用から考えると、明確に白衣高血圧は除外診断しておく必要がある。さもなければ、不必要に医療費が使われ、5~15%から推計すると、100億円から数百億円にも上る可能性がある。一方、薬物療法による副作用は確実に出現し、場合によっては死に至らしめるので、不必要な副作用や死亡で苦しめることとなる。もしこのような白衣高血圧が存在するとすれば、診断の方法に問題があり、癌等と違って診断はいつでもどこでもできるシステムとなっていることに問題があるといえよう。医療費の観点からいえば、癌以上に大きな課題であり、厳密な確定診断システムを確立する必要があるといえよう。

## 6. 日本国民全体：集団アプローチの有効性

集団アプローチ、すなわち社会マーケティングや社会全体の構造変化、個人の意識の変化によって血圧を低下させることは、公衆衛生学者の夢である。また、有効な手法が開発された場合の対象人口は大きい。今日、マスメディアにおいても、現行の課題は極めて人気があるテーマで、このような社会的風潮と健康政策がうまく一致することが望ましい。しかし、残念ながらかつてのフィンランドのノースカレリアプロジェクトで開発された減塩パンや低脂肪ヨーグルト、あるいは昔の日本における減塩食等のように、影響度の大きい方策は当面存在していない。また、WHO/EIPの分析によると、集団アプローチは人口当たりの費用は低いが、効果も低く、費用対効果分析では高リスクアプローチに劣り、政策としては二つの組み合わせが有用とされている。したがって、高リスクアプローチと組み合わせた有効な集団アプローチの開発は、日本に必須といえよう。

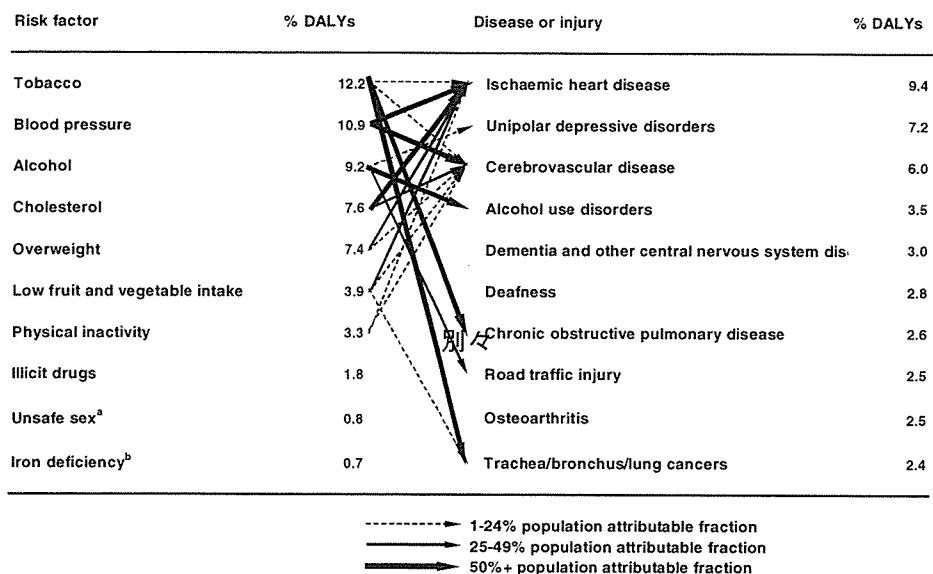
以上の6つの群と6つの課題を横断的に捉えると、高血圧診療の有効性と安全性、費用の課題が浮かび上がる。

特に、旧定義で500万人に上る高血圧管理不良者から、600万人に上る非治療者、さらには550万人に上る未発見者等、できる限り近代医学の恩恵に浴するよう診療を進めなければならない一方、そのことによって今日とほぼ同様の診療費、すなわち2兆円近い新たな医療費が必要となる。さらには、新軽症高血圧1100万人を診療するとなると、更にはほぼ同等の診療費が必要となると想定される。治療がどれくらいの脳卒中や心臓病を予防して医療費を削減できるか、改めてそれぞれの高血圧費用対効果を分析する必要がある。さらにこれらの膨大な新たな医療必要者を誰がどのようにケアするか、新しい医療システムの設計と構築が必要となる。これらについては、今後の研究課題として取り組むべきであると考えられる。

図表

図 1

Annex Table 16 Major burden of disease -- 10 selected risk factors and 10 leading diseases and Developed countries with very low or low child mortality levels (AMR-A, EUR-A, EUR-B, EUR-C, WPR-A)



<sup>a</sup>Unsafe sex disease burden is from HIV/AIDS and sexually transmitted diseases.

<sup>b</sup>Iron deficiency disease burden is from maternal and perinatal causes, as well as direct effects of anaemia.

Preventive fractions due to alcohol and cardiovascular disease in some regions are not shown in this table. NB. The selected risk factors cause diseases in addition to those relationships illustrated, and additional risk factors are also important in the aetiology of the diseases illustrated.

WHR2002

図 2

## 循環器病の自然史

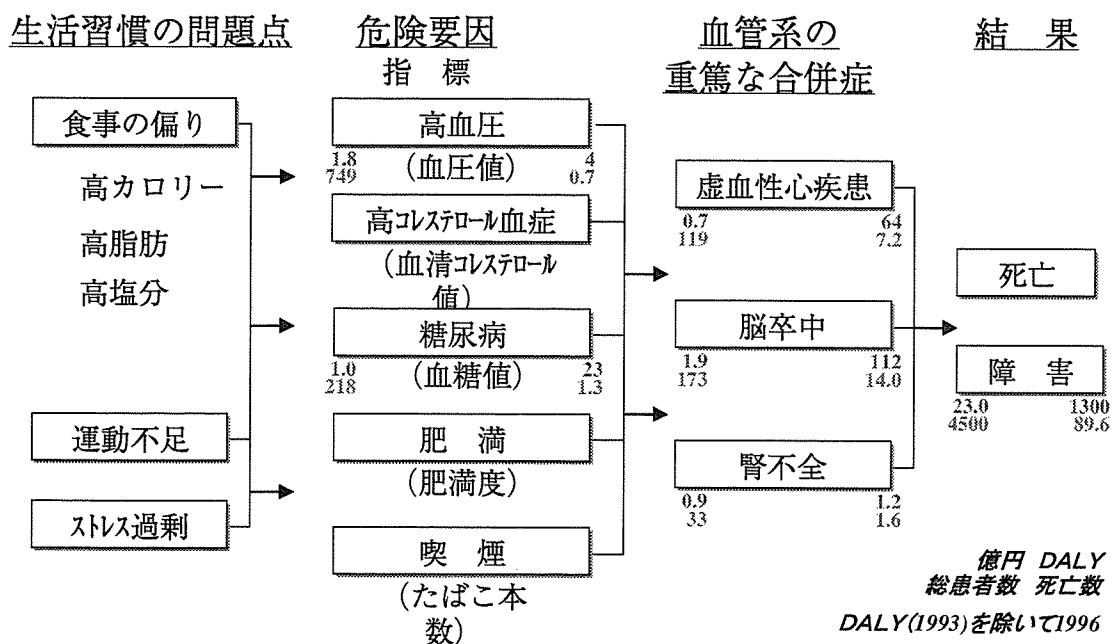


図 3

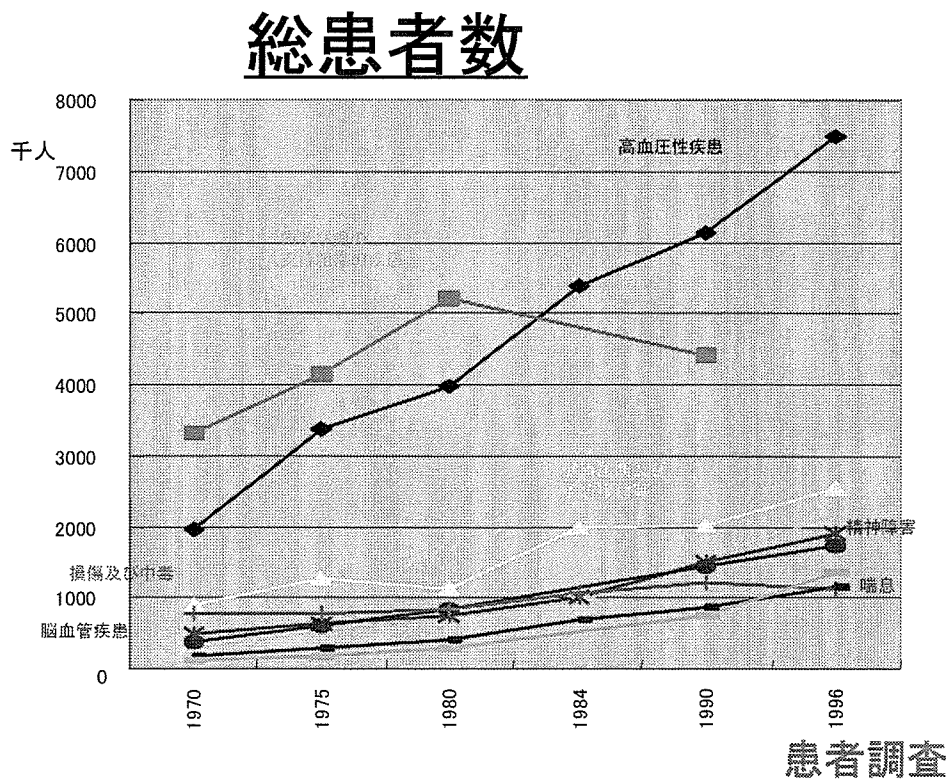


図 4

## 疾病別医療費年次推移

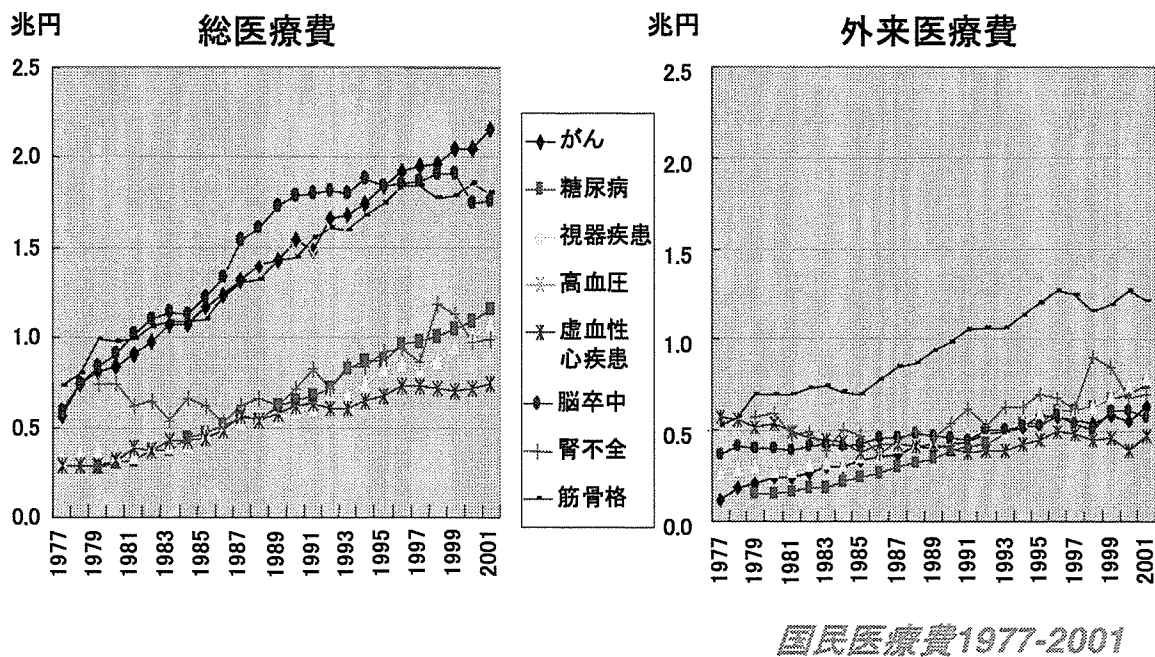


図 5

## DALY 1993

## 総患者数 1990

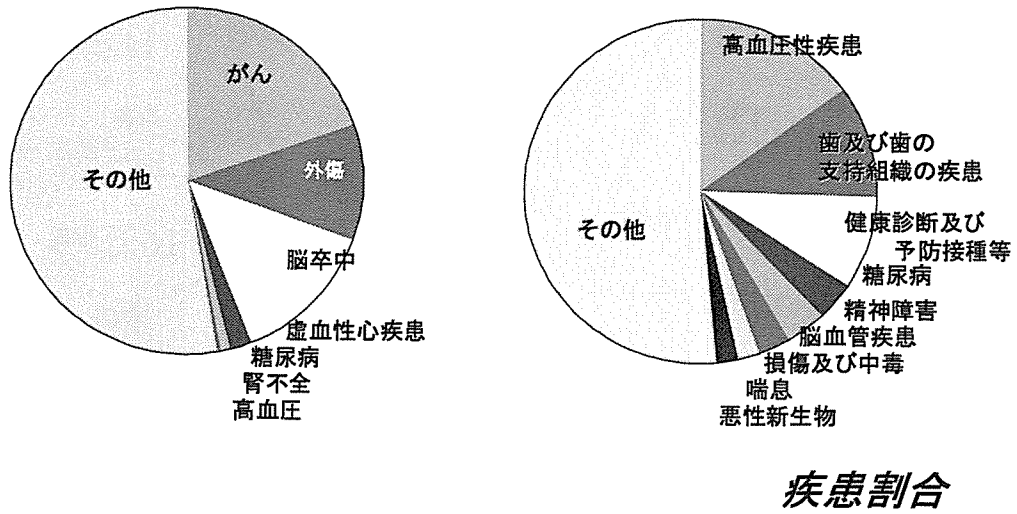
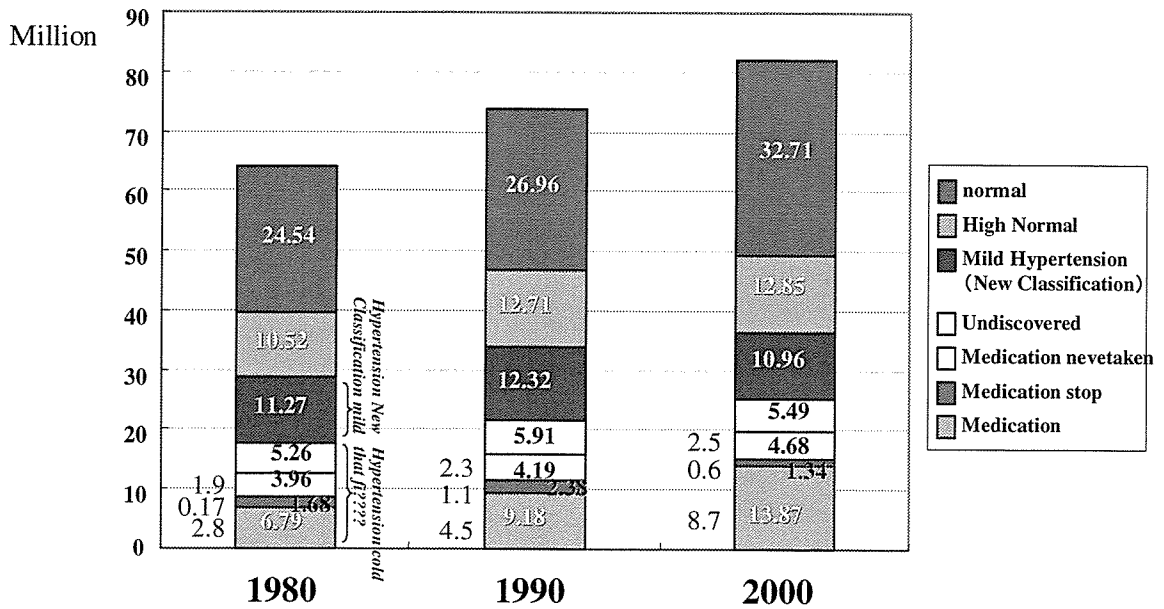


図 6

## Hypertension Status of Japan



National Cardiovascular Survey 1980, 1990, 2000

図 7

## 高血圧 脳卒中 合併症の流れ

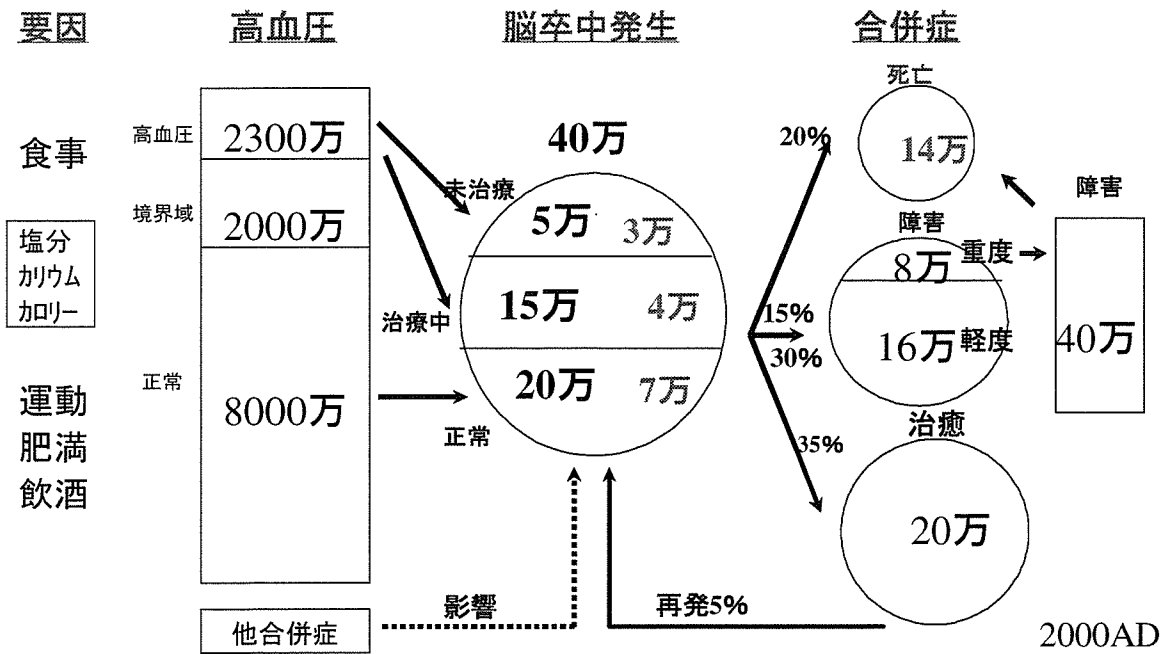
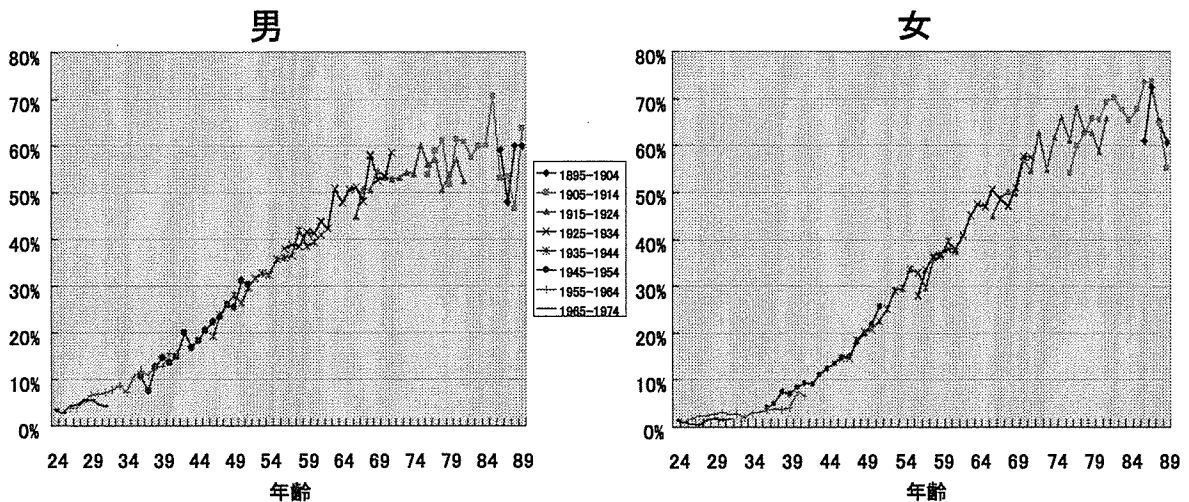


図 8

## 高血圧者割合 コホート別

[服用経験あり(毎日、時々、中止) + 未発見]/全体



国民栄養調査1976-2000

図 9

## 肥満割合 男性

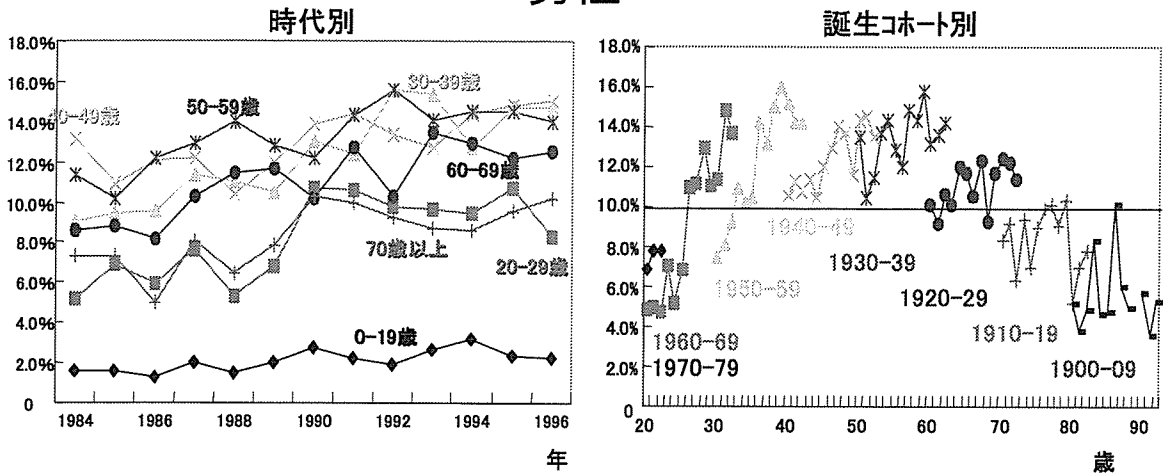
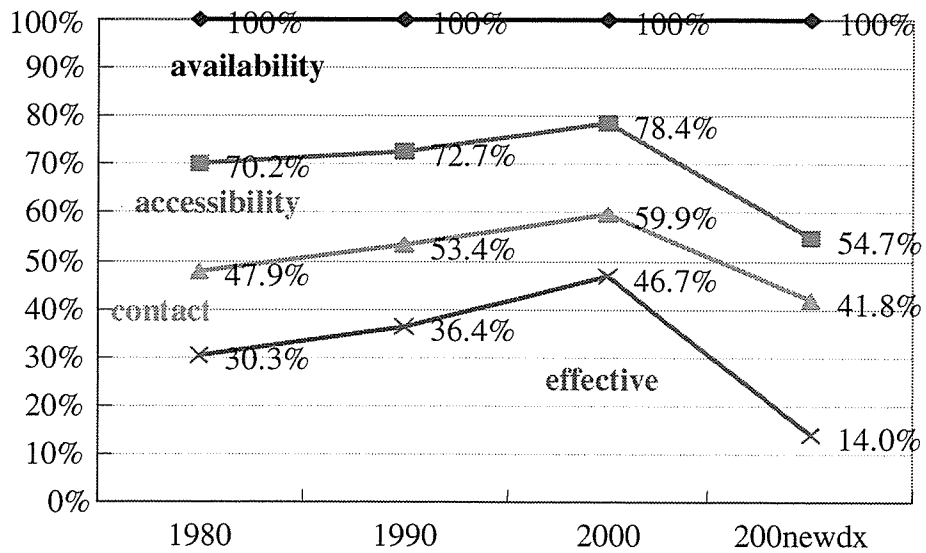


図 10

## Coverage Application to the Management of hypertension in Japan



National Cardiovascular Survey 1980,1990,2000

図 1 1

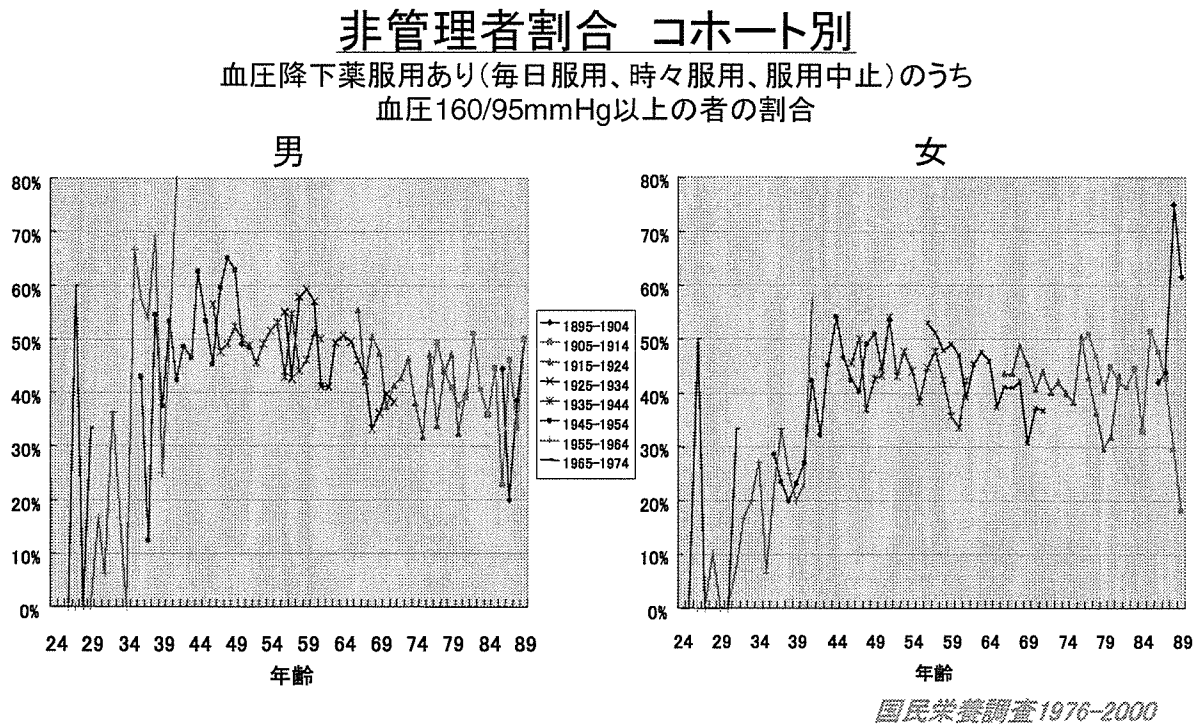


図 1 2

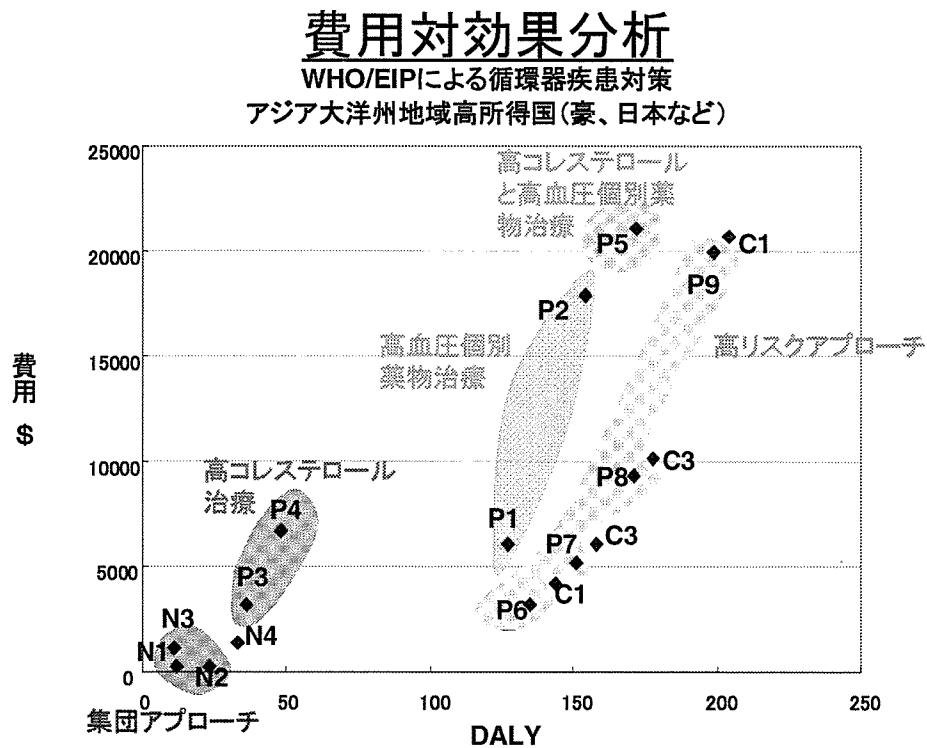
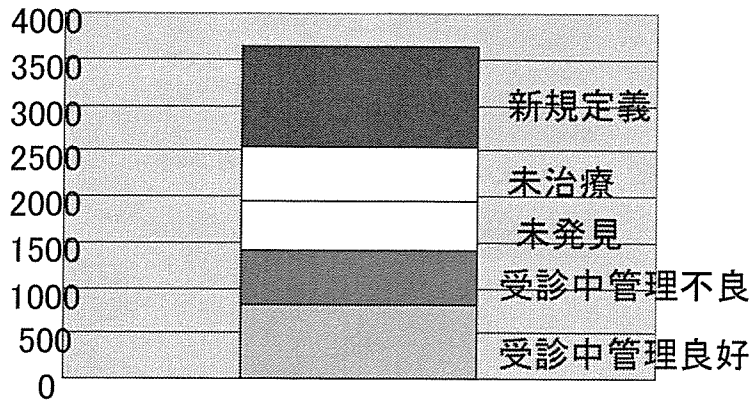




図 1 3

# 膨大な治療不全

万人

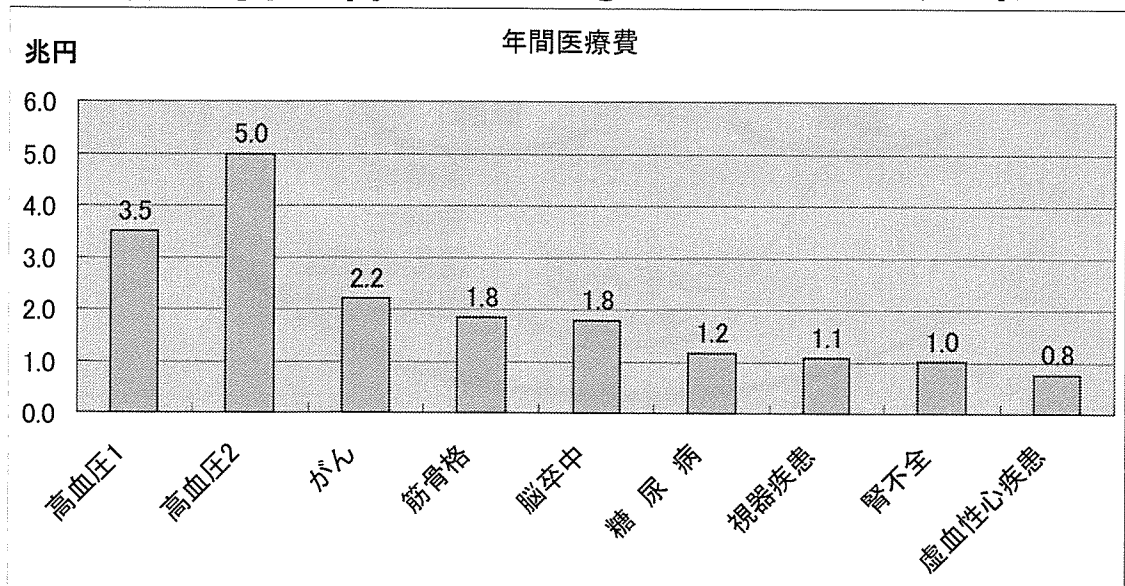


金は？  
 人は？  
 診療所は

循環器病基礎調査2000

図 1 4

## 総医療費8大疾患 受診割合増加によるシミュレーション



1 未治療患者すべて    2 新定義患者含む

国民医療費2001等から集計

図 1 5

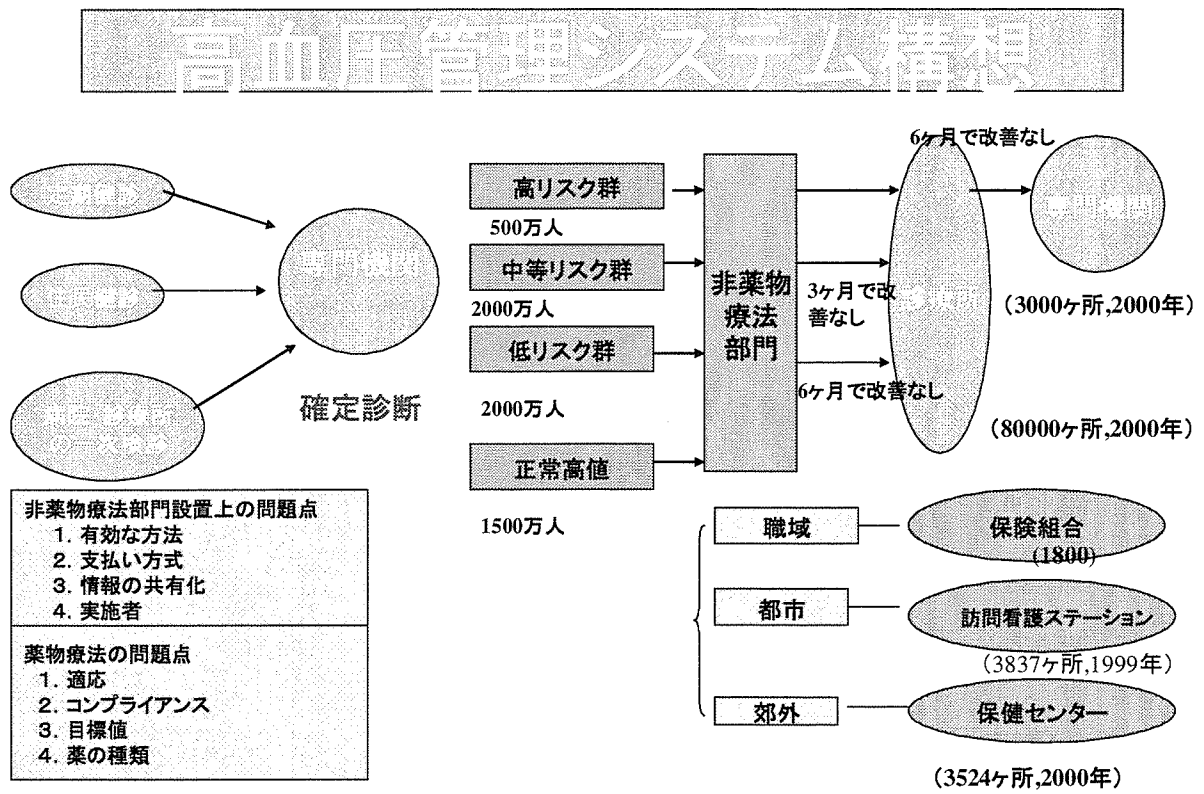


図 1 6

## 診療統合システム

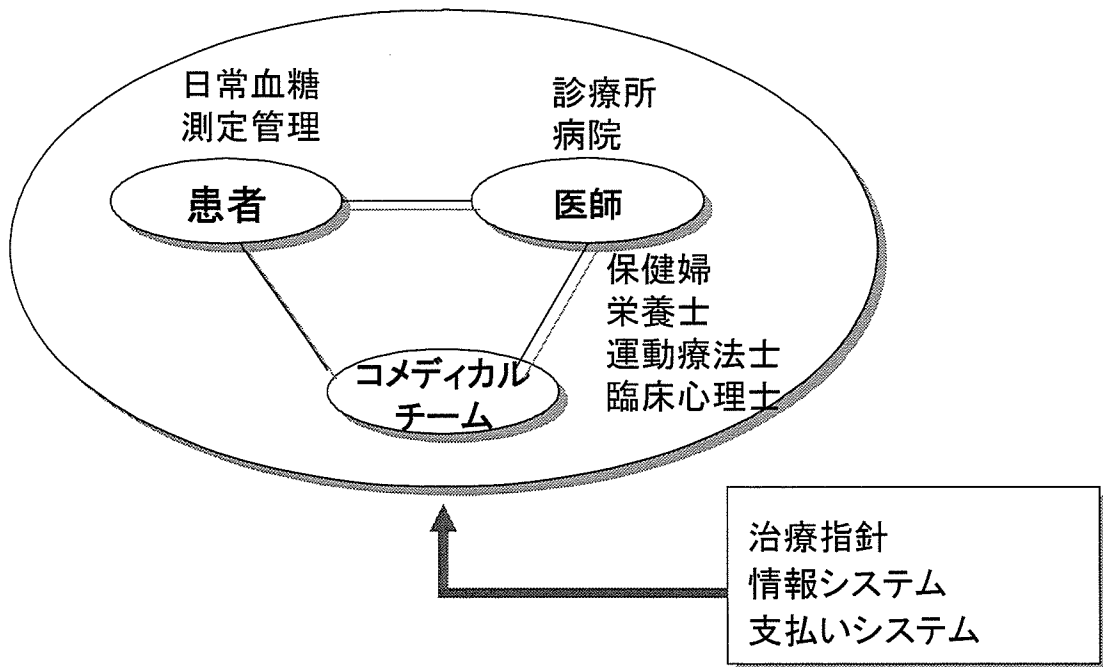


図 1 7

## 疾病管理の要因

