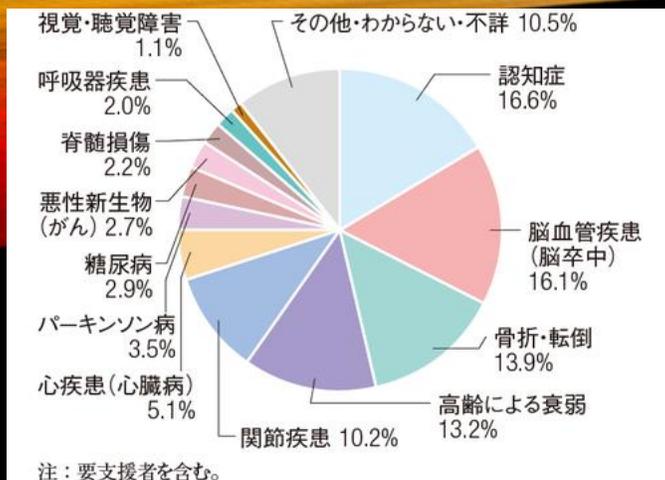


日本人と高血圧症

～ 日本人に祟る高血圧症を制圧するには？ ～

日本人の寝たきり(要介護・要支援)の原因

厚生労働省 国民生活基礎調査 2022年



	第1位		第2位		第3位	
	要支援者・要介護者	認知症	16.6%	脳血管疾患(脳卒中)	16.1%	骨折・転倒
要支援者	関節疾患	19.3%	高齢による衰弱	17.4%	骨折・転倒	16.1%
要介護者	認知症	23.6%	脳血管疾患(脳卒中)	19.0%	骨折・転倒	13.0%

★ 要介護 5

脳血管疾患 26.5%

認知症

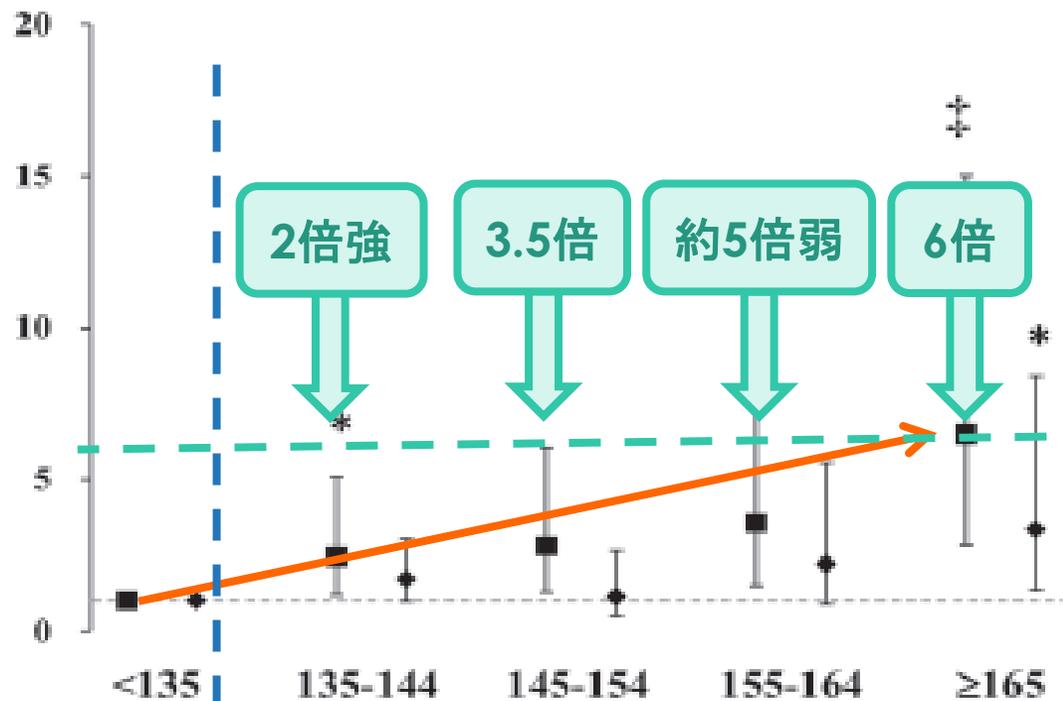
23.1%

骨折・転倒 11.3%

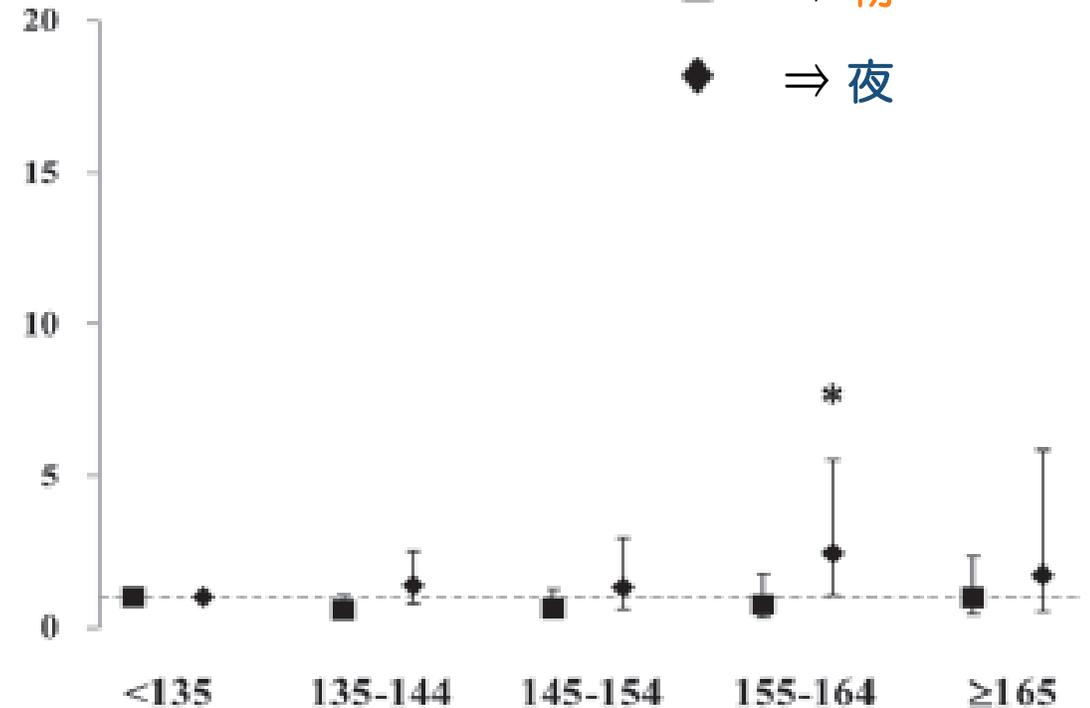
日本の医療において 家庭血圧 と 脳卒中 の関係は？！

J-HOP研究 65歳前後の日本人 4310人 4年間経過観察 HYPERTENSION 2016

脳卒中発症リスク



心血管疾患発症リスク



収縮期血圧 (上の血圧) (mmHg)

高血圧症 と 認知症

アルツハイマー病の危険因子

(相対危険度)

①喫煙	1・59 (1・15-2・20)
②低身体活動	1・82 (1・19-2・78)
③低教育水準	1・59 (1・35-1・86)
④中年期高血圧症	1・61 (1・16-2・24)
⑤糖尿病	1・39 (1・17-1・66)
⑥中年期肥満	1・60 (1・34-1・92)
⑦うつ	1・90 (1・55-2・33)

これらの影響を10~25%減ずれば、世界で
100~300万人のアルツハイマー病を予防できる

The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence Barnes, Yaffe et.al
Lancet Neurology 2011 ; 10 : 819-828

なぜ日本人は高血圧症対策が必須なのか？ まとめ

- ・脳血管疾患(脳卒中)は、必ず日本人死因のトップ5に入っている
- ・脳血管疾患(脳卒中)と認知症は、必ず日本人寝たきり原因(要介護者)の1位・2位である
- ・脳血管疾患(脳卒中)は、日本人要介護5(寝たきり最重症)の原因トップ
- ・脳血管疾患(脳卒中)による入院患者は、桁外れに多い

- ・高血圧症は、脳血管疾患(脳卒中)の最大原因(糖尿病や脂質異常症はリスクとして弱い)
- ・中年期の高血圧症は、認知症の原因
- ・高血圧症の通院患者は、他の生活習慣病と比して圧倒的に多い

★日本人の死因・寝たきり原因となる

脳血管疾患(脳卒中)と認知症を撲滅するには

その最大原因および有病率が高い“高血圧症”を

制圧することが必須である

高血圧症 の 特性

～ どこに注目して高血圧症をコントロールすればよいのか ～

“病院で測ってもらおうと

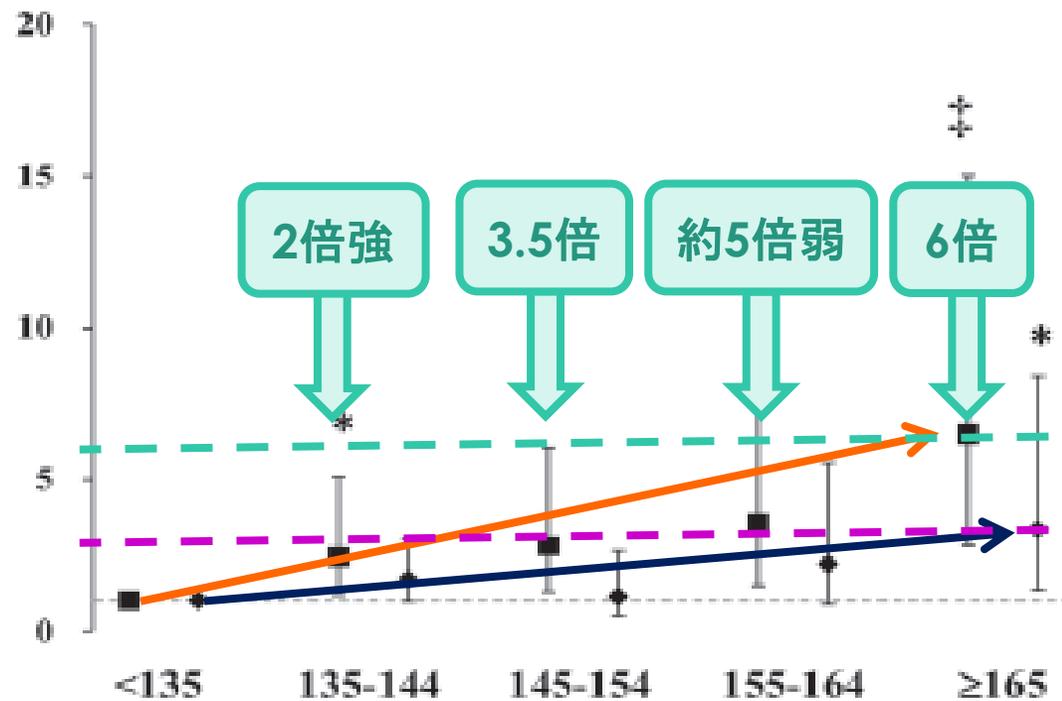
血圧は問題ないんで… “の罨



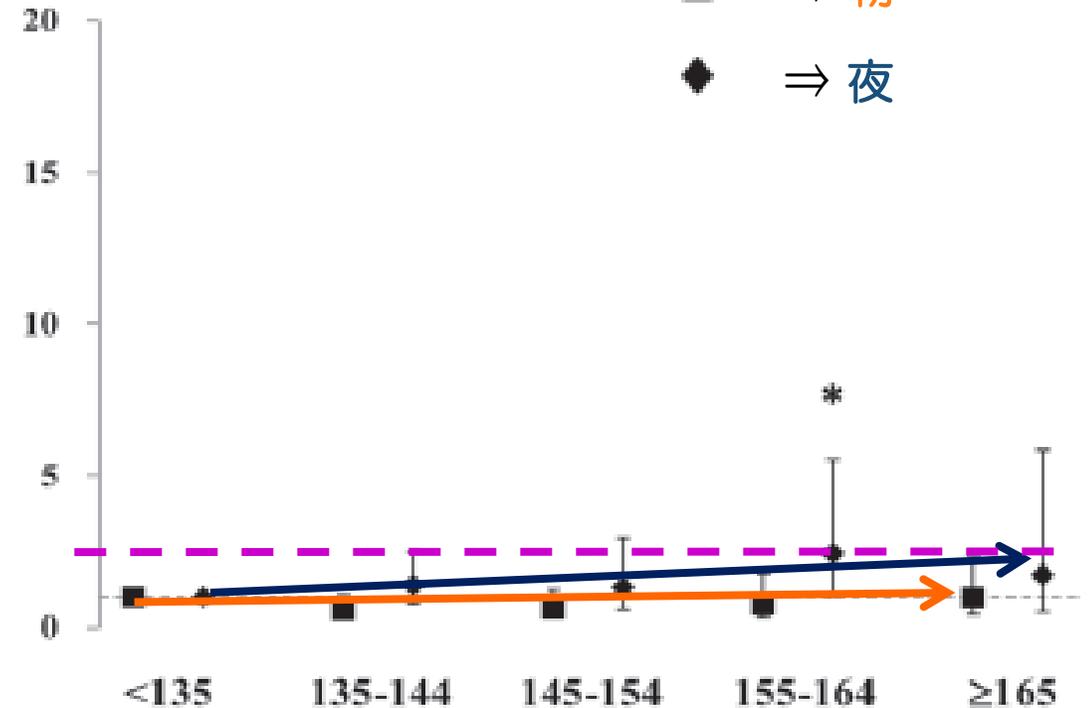
日本の医療において 朝と夜の家庭血圧と 脳卒中・心血管疾患発症の関係は？！

J-HOP研究 65歳前後の日本人 4310人 4年間経過観察 HYPERTENSION 2016

脳卒中発症リスク



心血管疾患発症リスク



収縮期血圧 (上の血圧) (mmHg)

就寝時の高血圧治療が心血管リスクを改善

European Heart Journal. 2020 Dec 21;41(48);4565-4576.
doi: 10.1093/eurheartj/ehz754.

目的：高血圧を、通常どおりの起床時内服治療と比較して、就寝時内服治療が優れた心血管疾患(CVD)リスク改善効果を示すかどうか？

対象：高血圧患者19084例(男性10614例/女性8470例、年齢60.5±13.7歳)
降圧薬を就寝時に摂取する群(n=9552)、起床時に摂取する群(n=9532)

※CVD: Cardiovascular disease = 心血管疾患

結果：6.3年の追跡期間中、1752例が主要CVDアウトカム発症

主要CVD転帰のハザード比: 0.55 (95%CI 0.50-0.61) P<0.001

CVD死亡 : 0.44 (0.34-0.56)] 心筋梗塞 : 0.66 (0.52-0.84)

冠動脈血行再建術 : 0.60 (0.47-0.75) 心不全 : 0.58 (0.49-0.70)

脳卒中 : 0.51 (0.41-0.63)

結論：高血圧患者が、就寝時に血圧降下薬を内服することにより、

24時間血圧コントロールが改善し、主要なCVD発生が顕著に減少する。

高血圧症の特性 まとめ

- 高血圧症の診断は、家庭血圧測定において**135/85mmHg**以上
- 血圧の高低よりも、**臓器障害**に注目することが肝要
- 臓器障害の評価には、胸部レントゲン、心電図、腹部エコー、
検尿、頸動脈エコー、脈波検査が有用
- 生活習慣の是正によって血圧を下げることは可能
(ただし、臓器障害があれば、早々に降圧剤を使用することが望ましい)
- **家庭血圧測定**をしなければ、**血圧治療は不可能**
(仮面高血圧、早朝高血圧のあぶり出しが必須！)
- **下手な血圧治療**は、脳血管疾患(脳卒中)を**増**やす恐れあり！
- 白衣高血圧は、今は大丈夫だが、放置して良いわけではない

世の中の高血圧症対応 ドタバタ

～ 日本の予防医療戦略や経済性の観点から ～

健診における血圧上昇者の呼び出し基準変更

『収縮期血圧 140mmHg以上、または、拡張期血圧90mmHg以上』で医療機関へ受診推奨



①『収縮期血圧 160mmHg以上、または、拡張期血圧100mmHg以上』で医療機関への**至急受診**

②『収縮期血圧 140～159mmHg、または、拡張期血圧90～99mmHg』

かつ

脳心血管病、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病などの**リスクあり** → 医療機関への**至急受診**
上記**リスクがない**場合は、まずは1ヶ月間、運動や減塩など生活習慣を改善に努める



改善無ければ、**医療機関への受診**

健診における 血圧上昇者の 呼び出し基準変更の 光と陰

光：血圧上昇者のリスクを、**層別化**した

陰：あいかわらず、**家庭血圧測定**の必要性啓蒙の姿勢が見られない
層別化したにも関わらず、
高血圧症の合併症に関する呼び出し基準に関して言及がない
(尿：たんぱく陽性は？ 胸部レントゲン・心電図：心拡大は？)



かえって **健康被害** を招く！

特定健診における受診勧奨判定値についての正しいご理解を

特定健診の第4期(令和6年度から)用いられている血圧の受診勧奨判定値について、一部で**基準が変わったという誤解**が広まっています。厚生労働省による「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」¹⁾の受診 勧奨判定値を超えるレベルの対応についてこの内容は、以下のようになっており、これは、**日本高血圧学会による高血圧治療ガイドライン2019年版の推奨と同じ**です。

● 収縮期血圧 ≥ 160 mmHg又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg

→ ①すぐに医療機関の受診を

● 140 mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg又は 90 mmHg \leq 拡張期血圧

→ ②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関 の受診を

今回の誤解は、2つの記載の①だけを強調されたものと考えられます。

(中略)

健診結果に基づく受診勧奨も、高血圧治療ガイドラインも科学的エビデンスに基づいて作成されています。これらに**変更があったわけではないことを繰り返し申し上げます。**

令和 6 年 5 月 24 日 日本高血圧学会