## 高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待(V)

## 高血圧治療の医療経済

慶應義塾大学名誉教授

## 齊 藤 郁 夫

(聞き手 大西 真)

大西 齊藤先生、高血圧治療の医療 経済ということで、経済的な側面をい ろいろおうかがいしたいと思います。

初めに、高血圧治療の経済的要因を 考える必要性、そのあたりからお話を うかがえますでしょうか。

**齊藤** 高齢化に伴って高血圧患者さんはどんどん増えて、今、4,300万人といわれています。医療費は無制限ではありませんから、臨床家は費用と効果を考えながら治療しているはずなのですけれども、ご自分の患者さんにしている治療が費用対効果という面からどうかは意外とわかりにくいところが問題です。

大西 そうしますと、費用や効果を どのように数値化したらいいかという、 費用対効果の評価ですか、そのあたり はどのようにすればよろしいでしょう か。

**齊藤** 例えば高血圧の場合は薬を使って血圧が下がる。そうすると、降圧薬の値段と血圧の低下が見えるのですが、高血圧の治療の目的は、それによ

って起こる心臓血管系合併症を予防し、 病気、あるいは死亡しないということ で、これらが効果としては最重要なわ けです。また、費用にしても、降圧薬 の値段もありますけれども、合併症を 起こすと、かなりのお金がかかるので、 それらも含めて、その人の生涯にわた る費用も考えるということになります。

そこでこれまでやってきた治療と新しい治療を比べる場合に、新しい治療のほうが費用が多くなるけれど、効果もよいということがあります。お金もかかるけれども効果もよいという場合が多くて、それを評価していかないといけないわけです。その場合、血圧が下がる、脳卒中が減るというのも効果の一つですけれども、いろいろの病気で共通して使える効果として質調整生存年があります。

quality adjusted life year (QALY) なのですけれども、100%のクオリティで1年間生きるのが $1 \times 1$ で1QALY になります。クオリティ50%で2年間生きる。そうすると、 $0.5 \times 2$ で、これ

も1QALY。そういったかたちで、効果を標準化して見ていこうという動きがあって、1QALY延ばすのに幾らお金がかかるのかということになり、これを増分費用効果比といいますが、米ドルで5万ドル、日本では500万円ぐらいならば新たな治療を認めて採用していいという動きがあります。

大西 なかなか難しいようですが。 齊藤 そうなのです。ただ、計算自 体はそんなに難しくはないのですけれ ども。

大西 実際、海外でいろいろ分析されていると思いますけれども、海外での分析事例をご紹介いただけますか。

齊藤 高血圧について、海外では大規模な臨床試験が行われていまして、今の数値がどうなのかということも報告されています。例えばCa拮抗薬とACE阻害薬の併用とβ遮断薬と利尿薬の併用を比較したASCOT-BPLAという研究があるのですけれども、その研究では、Ca拮抗薬とACE阻害薬の併用が費用対効果から見てよい。

もう一つ、ALLHATというアメリ カの研究があるのですが、利尿薬もよ いのですけれども、Ca拮抗薬も費用対 効果がよい。

それから、LIFEという、ARBと  $\beta$  遮断薬の比較の試験があるのですが、ARBも増分費用効果比 5 万ドル以下という成績が出ています。

大西 そうしますと、実際、日本の

診療ガイドラインでの現状はどのよう になっていますか。

**齊藤** 日本では数万例の比較試験というのはまだ行われていないので、先ほどのようなかたちでは数値が出てきません。そこで、私たちが以前から試みてきたのが、人の一生をモデル化して見ていこうということです。

日本での疫学研究が、薬を使った小 さい研究もアメリカでの研究結果を日 本人の疫学に合わせて調整することな どを組み合わせますと、日本人の高血 圧患者さんが治療を受けていくと、ど のぐらいの確率で脳卒中、あるいは心 筋梗塞になり、生存あるいは死亡する、 あるいはどのぐらいの確率で介護が必 要になるとか、あるいはどのぐらいの 確率で糖尿病になって、糖尿病とその 合併症の治療をしなくてはいけないと か、モデル化できるわけです。臨床家 はそれらをだいたい想定しながらやっ ているのです。マルコフモデルという のですが、人の一生がどういくのかと いうことを推定する。

それを例えば1万人の集団になった場合に、何人がどういう病気になってどうなるとか、いえるわけですから、それに伴ってお金もどうかかるということがいえるということで、計算を行いましたところ、日本ではCa拮抗薬、あるいはARBを中心とする治療、あるいはその併用が多く用いられているのですけれども、費用対効果から見ると

妥当である。

高血圧の治療をしないという選択肢もなくはないのですが、治療をしないで、お金がかからないでよいとはいえない。脳卒中で倒れた場合には治療が行われる。無治療では脳卒中が増加するので、高血圧治療をしないほうが得ということではない。治療をしたほうが費用対効果から見ると妥当ということもわかっています。

日本の高血圧治療ガイドラインは2009年にJSH2009が、2014年にJSH2014が出ましたけれども、その2つのガイドラインでは、費用対効果の分析から、日本で行われているARB、Ca拮抗薬を中心とした治療が妥当と書かれています。

大西 2009年と2014年で少し考え方が変わった点はあるのでしょうか。

**齊藤** 例えば後期高齢者の降圧目標が少し高めになった。これは費用対効果から見ても、支持できるところです。

**大西** 先生のお話は非常に重要な視点だと思いますけれども、これからま

すます高齢者も増えて、きっといろい ろな合併症の方も増えると思います。 実際の日々の現場ではどのように考え ながらやっていったらよろしいでしょ うか。

齊藤 日本の先生方はすごくまじめで、費用と効果、副作用を考えながら行っているわけです。ただ、日本での降圧薬の使い方は、どちらかというと新しく高いものを使うともいわれています。

大西 そういう傾向はありますね。 齊藤 費用対効果という意味からいっても、必ずしも無駄遣いしているわけではないということです。イギリスのNICEから費用対効果を重視した高血圧ガイドラインが出ているのですけれども、そのガイドラインでも日本と同様に、Ca拮抗薬を中心とした治療を推奨しています。

**大西** 現場では適切に行れていると 考えてよろしいですね。

齊藤 そういうことですね。

大西 ありがとうございました。