別紙１

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベースJ-DOMEからの提言
（24FA1007）

令和7年度　総括研究報告書

研究代表者　野田　光彦
（国際医療福祉大学市川病院）

令和7（2026）年　3月

別紙2

目　次

Ⅰ．総括研究報告　研究代表者　野田　光彦　1
糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

※ 分担研究報告は総括研究報告に一括した

Ⅱ．資料集　7

資料集 内容一覧　7

資料 1　J-DOME レポート（第 7 回）プロトタイプ　8

資料 2 「J-DOME への登録患者の増加のための医療情報基盤の整備」　74
（令和 7 年 11 月 17 日 野田班 版会議 研究分担者資料）
中島直樹 九州大学 大学院 医学研究院 医療情報学講座 教授

資料 3　Noda M, Ueki K, Goto A, Node K, Rakugi H, Eguchi N: Regional Differences and Similarities in Diabetes Care in Japan: Insights from the J-DOME Registry. JMA J. 2025 Oct 15;8(4):1307-1314　78

資料 4　日本高血圧学会 学術委員会 J-DOME 研究解析ワーキンググループ　86

別紙3

厚生労働科学研究費補助金
（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善

―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

（24FA1007）

令和 7 年度 総括研究報告書

糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

研究代表者　野田 光彦
国際医療福祉大学市川病院　教授

研究要旨

日本医師会（日本医師会総合政策研究機構）が有する糖尿病と高血圧症を中心とした患者レジストリーであるJ-DOMEデータベースについて、広報等により患者登録の促進を図った。また、J-DOMEの既存データの整理と解析による情報発信を遂行した。これについては、全国を7つの地域に区分して地域比較を実施し、結果についての論文を作成・投稿した。公表した論文では、HbA1c値と血圧に関して地域差は認められず、また、定期的な眼科受診率と尿中アルブミン定量検査の実施率は、糖尿病非専門医が管理する施設と比較して、糖尿病専門医施設において有意に高かった。加えて、CKD患者では厳格な血圧目標達成は依然として不十分なことを報告している。

さらに、電子カルテ内蔵のテンプレート方式による患者登録システムの導入の検討を開始し、J-DOMEを補完しうる他のデータベースについても検討を行った。

引き続きJ-DOMEへの登録を促進し、その情報分析を行うことで、かかりつけ医における糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の診療動向と地域差を分析する。得られた情報を論文等で公表し、J-DOMEホームページでも公開することにより、わが国の糖尿病、高血圧症等の生活習慣病診療の均てん化に資することを企図している。

研究分担者

江口　成美　日本医師会総合政策研究機構 主席研究員
植木浩二郎　国立健康危機管理研究機構 国立国際医療研究所 糖尿病研究センター長
野出　孝一　佐賀大学医学部 教授
後藤　　温　横浜市立大学医学部・公衆衛生学教室 教授
津下　一代　女子栄養大学 栄養学部 教授
中島　直樹　九州大学 大学院医学研究院 教授

A. 研究目的

健康日本 21(第三次)において健康寿命の延伸と健康格差の縮小が目標として掲げられている。これら目標を達成するうえで、糖尿病など生活習慣病の重症化予防と生活習慣病対策の地域間格差の是正は重要である。

本研究では、日本医師会が全国展開する「日本医師会かかりつけ医診療データベース研究事業」で構築している既存の生活習慣病患者レジストリーJ-DOME(Japan medical association Database Of clinical Medicine;日本医師会かかりつけ医診療データベース)への登録患者を地域別に比較することで診療の地域差を把握し、診療の均てん化と生活習慣病対策の地域間格差の改善を目指した提言を行う。

具体的には、第 8 次医療計画における「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和 5 年 3 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)」のうち、「糖尿病の医療体制構築に係る指針」において、「医療体制の構築に必要な事項」として「糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい」と明記されていることからも、J-DOME を有する日本医師会はもとより、日本糖尿病学会、日本高血圧学会と協働し、本データベースの全国的な拡充を試み、その利活用によって、令和8年度末には、全国各地域の糖尿病など生活習慣病の治療状況と地域間格差を把握し、重症化予防と診療の均てん化、および地域間格差改善のための、かかりつけ医と専門医との連携を含む施策を提案する。最終年度には地域レベルでの治療状況の年度間比較による改善度を得て提示する。

B. 研究方法

本研究は、日本医師会が全国展開する「日本医師会 J-DOME 研究事業」で構築する既存の生活習慣病患者レジストリーJ-DOME（日本医師会において、江口 成美 日医総研主席研究員が研究責任者として統括）への登録患者を地域比較することで診療の地域差を把握し、診療の均てん化と生活習慣病対策の地域間格差の改善を目指した提言を行うものである。

J-DOME は生活習慣病（糖尿病、高血圧症を主たる対象とする）について既に維持されている患者レジストリーであり、地域的な偏りが相当程度認められるが、患者登録の拡充により、全都道府県での横断的、かつ、より稠密な生活習慣病患者データベースを企図し、それにより地域比較を行う。

本研究は以下の項目から構成される。

- 項目１　J-DOME 患者登録の各地域での拡充（研究代表者 野田、研究分担者 江口、植木、野出）
- 項目２　電子カルテ内蔵テンプレートの検討と推進(研究代表者 野田、研究分担者 江口、中島)
- 項目３　J-DOME データによる地域比較の可能性検証と他のデータベース使用についての調査（研究代表者 野田、研究分担者 後藤、津下）
- 項目４　地域比較と均てん化・地域間の格差改善のための提言（研究代表者 野田、研究分担者 江口、植木、野出、後藤、津下）

全般的方策：

[登録患者拡充のための方策]

(1)J-DOME の登録患者を拡充するべく、日本医師会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会は、各々次の取り組みを実施した。日本医師会は、江口 日医総研主席研究員を中心に、会員の負担を考慮しつつ、地域の糖尿病対策推進会議などを通して、参加についての意向を示す会員医師に、患者登録への協力を依頼した。日本糖尿病学会（植木 浩二郎 理事長）は各地で糖尿病診療を担う専門医や糖尿病対策推進会議と連携し、患者登録を促進した。また、日本高血圧学会（野出 孝一 理事）は、学会活動や、従来からの臨床研究などで培った地域医師会

とのネットワークなどを介して、患者登録を促した。（項目１）
(2)電子カルテ内蔵のテンプレート方式による患者登録システムについて検討し、従来からの方法も維持しつつ、電子カルテ直結型の症例登録を実現に移す。このための医療情報基盤整備を、中島 直樹 九州大学教授が担当した。（項目２）

[地域比較と提言]
地域比較とそれに基づく提言については、令和８年度に最終的な分析と取りまとめを行う。提言の検討においては、各研究分担者がそれぞれの立場から参画するが、とりわけ健康日本 21（第三次）推進専門委員会委員である津下 一代 女子栄養大学教授は、健康日本 21（第三次）の具体的な目標に照らして分析結果を提言に反映させる。（項目４）
医療統計学・疫学の専門家である後藤 温 横浜市立大学教授は、既存データによる情報発信、登録データからの地域格差の把握、診療均てん化・地域格差改善のための提言の作成を推進・支援する。（項目３、４）
J-DOME の補完となるデータベースについては、杉山 雄大 国立国際医療研究センター 医療政策研究室長（令和 7 年度から研究協力者）が、後藤氏とともに検討を行う。（項目３）

J-DOME 研究会議の座長であり、日本医師会・地域医師会との共同研究 J-DOIT2 の研究リーダーを務めた研究代表者 野田 光彦が以上を統括する。

（倫理面への配慮）
臨床データは日医総研の J-DOME レジストリーに格納する。登録は患者の同意を得て行い、J-DOME レジストリーは日本医師会倫理審査委員会の承認を得ている。個人情報を扱う場合は個人情報の管理を厳重に行い、個人同定可能な情報(名前、生年月日、住所等)は解析ファイル等では除外する。

C. 研究結果

研究結果の概要:
(1)既存データの整理と解析による情報発信を遂行した。
(2)研究発表等による普及・啓発を行った。
(3)外来データ提出加算とJ-DOME 登録を同時に可能とする電子カルテ内蔵テンプレートの開発を完遂した。
(4)J-DOME を補完しうる他のデータベースについての検討を実施した。
(5)全国を 7 つの地域に区分して地域比較を実施し、その結果の一部についての論文を公表した。

以下、これらの各々について述べる。

(1) 既存データの整理と解析による情報発信
情報発信に関しては、従来から J-DOME 登録データによるレポート等を公表しているが、2025 年 9 月 5 日に日医総研のサイトに第6回 J-DOME レポートを掲載した（下記 URL）。
https://www.jdome.jp/report-index.html
第7回 J-DOME レポートについても、そのプロトタイプを作成している（**資料1**）。また、2025 年 12 月 6 日の令和 7 年度 岐阜県糖尿病対策推進協議会総会においても、J-DOME の概要やこれまでの成果の紹介、患者登録の協力につき、野田による講演が行われている。

(2) 研究発表等による普及・啓発
今年度は J-DOME から 2 報の論文 [1,2]が公表され、うち 1 報 [1]は糖尿病診療に地域比較と専門

医/非専門医の比較に関するものである。

加えて、J-DOME 研究審査会にて承認済みの4課題の研究((1)東京大学「DKD*有病率の経時推移及び進行リスク因子の解明、高齢糖尿病患者の血糖管理の把握及び糖尿病治療新薬の効果についての実態調査」(補足*:糖尿病関連腎臓病):英文論文"Characteristics, risk factors, and vascular outcomes of diabetic kidney disease with type 2 diabetes: A multicenter cohort analysis in Japan"として投稿中、(2)京都府立医大学「高齢者糖尿病における血糖マネジメントの実態調査」、(3)神奈川県内科医学会「神奈川県実地医家における高血圧診療実態の経年的変化と血圧管理に影響する因子に関する調査研究」、(4)日本高血圧学会「J-DOME データを用いた高血圧管理状況の実態把握と経年変化の解析」)が進行中((1)(2)(4))ないしは他機関にて倫理審査中((3))である。

とくに(4)については、J-DOME での高血圧症診療に関して、糖尿病を対象に同趣旨の分析を行った上述の論文[1]と同様に、地域比較と専門医/非専門医比較等を行おうとするものであり、これに関して日本高血圧学会において解析ワーキンググループが立ち上がっていることを後述する。

(3) 電子カルテ内蔵のテンプレート方式による患者登録システム

昨年度に開始した電子カルテ内蔵のテンプレート方式による患者登録システムの導入の検討をさらに進め、外来データ提出加算と J-DOME 登録を同時に可能とする電子カルテ内蔵テンプレートの開発を完遂した(**資料2**)。これを電子カルテに実装することにより、一連の作業が簡易になる。今後は大分県別府市、熊本県天草市等の病院での実証研究の開始を見込んでいる。

なお、本分野に関して、来年度(令和 8 年度)から九州大学病院 メディカル・インフォメーションセンター 佐藤 直市 助教に研究協力者として参画いただく予定である。

また、生活習慣病に係る情報の電子的な標準様式のあり方について研究を進め、J-DOME で収集する生活習慣病に係る情報の各項目について、国際標準規格である HL7 FHIR の仕様としたものを、各々の電子カルテベンダー等へ普及するべく、準備を行っている。

(4) J-DOME を補完しうる他のデータベースについての検討

昨年度、J-DOME を補完しうる他のデータベースとして NDB(National Database)と社会保険診療報酬支払基金データベースについて検討し、前者(NDB)を優先することとした。また、具体的な診療の質指標については、昨年度、診療報酬点数表の区分番号により「D001-00 アルブミン定量(尿)」と「D255-00 精密眼底検査(片)または D255-00 精密眼底検査(両)」を主眼に分析を進めることとした。

今後、2014 年度～2024 年度のアップデートされた NDB データを厚生労働省から入手し、解析が可能になり次第、本年度から研究協力者として参画している杉山 雄大 国立国際医療研究所医療政策研究室長により、都道府県別の解析を進めることとしている。なお、病床数による線引きにより、診療所を抽出して分析する。

(5) 全国を 7 地域に区分した地域比較

全国を下記の 7 つの地域

1)北海道・東北(北海道・青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県)
2)北関東(茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県)
3)南関東(千葉県・東京都・神奈川県)
4)中部(新潟県・富山県・石川県・福井県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県)
5)近畿(三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県)
6)中国・四国(鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・香川県・愛媛県・高知県)
7)九州・沖縄(福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県)

に区分して実施した地域比較の結果について、日本医師会の論文誌である *JMA Journal* に原著論文として公表した(**資料3**)。結果については以下のとおりである。

2022 年度の J-DOME レジストリーの横断解析において、全国平均の HbA1c 値は 6.96%（標準偏差［SD］：0.46）であり、統計的に有意な地域差は認められなかった。同様に、全国平均の血圧は 129.7/73.0 mmHg（SD：6.1/5.7 mmHg）で、これに関しても地域差は認められなかった。定期的な眼科受診率と尿中アルブミン定量検査の実施率は、それぞれ 63.7%（SD：31.3）、40.2%（SD：38.4）であった。両者の実施率に関しても、いずれも統計的に有意な地域差を認めなかったが、両者ともに、実施率は、糖尿病非専門医が管理する施設と比較して、糖尿病専門医施設において有意に高かった（定期的な眼科受診率：非専門医施設：53.9%（SD：33.8）； 糖尿病専門医施設：78.5%（SD：19.5）、$p < 0.001$；顕性蛋白尿を認めない患者（尿蛋白定性検査 1+以下）における尿中アルブミン定量検査率：非専門医施設：33.5%（SD：39.0）；糖尿病専門医施設：62.5%（SD：35.5）、$p < 0.001$）。

さらに、データレジストリー内に保持するデータに基づく新たな集計・解析として、経口血糖降下薬と注射薬の薬効クラス別の集計、およびこれらに関して全国を上記の 7 つの地域に区分した地域比較を実施し、また、糖尿病専門医施設・非専門医施設間での比較も行った。各薬効クラスに関してそれらの使用に地域差を認めなかったが、専門医施設において、SGLT2 阻害薬が非専門医施設より有意に多く用いられていることが示された。

以上に関連して、糖尿病を対象とした上記の分析と同様に、日本高血圧学会において、J-DOME レジストリーから得られる高血圧症診療の情報に関し、地域比較と専門医/非専門医比較等を実施する“日本高血圧学会 学術委員会 J-DOME 研究解析ワーキンググループ”が令和 7 年 8 月に立ち上がった（**資料4**）。

D 考察

J-DOME への登録を促進し、その情報分析を行うことによって、かかりつけ医における糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の診療動向と地域差を分析し、得られた情報を論文、学会報告などで公表した。地域比較に関する現行の分析結果からは、診療の地域差・診療の均てん化と生活習慣病対策の地域間格差ついて、HbA1c 値と血圧に関して地域差は認められなかった。また、経口血糖降下薬と注射薬の薬効クラス別の解析では、各薬効クラスの使用に地域差を認めなかった。一方で、定期的な眼科受診率と尿中アルブミン定量検査の実施率は、糖尿病非専門医が管理する施設と比較して糖尿病専門医施設において有意に高かった。薬効クラスでは、SGLT2 阻害薬が、前者に比し後者で、より多く用いられていることが示された。このように、糖尿病専門医施設と非専門医施設では、その診療に一定の相違があることが示唆された。

登録症例の集計・分析結果を J-DOME レポートとしてホームページで公開することは、わが国の糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の診療実態を可視化するものであり、また、自院の治療管理や処方傾向が「全国平均や専門医の指標と比べて、どう位置づけられるか」を客観的に自己評価（ベンチマーク）できることにもなる。J-DOME の拡充は、わが国の生活習慣病診療の均てん化に大いに資するものと考える。

また、患者登録の拡充に向けた J-DOME 項目の電子カルテ実装への道は短くないものと思われるが、その情報項目についての HL7 FHIR 仕様の普及に期待したい。

2025 年度末（2026 年 3 月 31 日）時点で、J-DOME の登録患者数は全国で 32,350 症例であり、10 症例以上の登録のある医療機関数は 220 医療施設である。これらの医療施設を 5 施設以上含む広域地方公共団体は 15 都道府県に留まっており、今後、さらなる登録数の増加に向けて注力したい。

E 結論

J-DOME の登録データの解析により、HbA1c 値や血圧に関して地域差は認められなかったが、糖尿病非専門医が管理する施設と比較して糖尿病専門医施設では、定期的な眼科受診率、尿中アルブミン定量検査の実施率、SGLT2 阻害薬の処方率が有意に高いことが示された。このように、糖尿

病専門医施設と非専門医施設では、その診療に一定の相違があることが示唆された。
本研究では、日本医師会が保持するレジストリーにより、全国に稠密な糖尿病・高血圧症の患者データベースを構築することを目指している。、これにより地域の診療実態を明らかにするとともに、今後、地域ごとに適切な提言を行い、その後の実態を把握することを企図している。
J-DOME ではこれら両疾患はもとより冠動脈、脳血管疾患、脂質異常症といった疾病や、歯科医、眼科医、糖尿病専門医、腎臓専門医との連携についてもデータを収集しており、地域ごとにこれらの診療実態を明らかにすることは、生活習慣病対策の主眼である合併症対策の指針確立、ひいては国民医療費の適正化に大いに寄与しうると考える。

F 健康危険情報

該当なし

G 研究成果

1.論文発表

1) Noda M, Ueki K, Goto A, Node K, Rakugi H, Eguchi N: Regional Differences and Similarities in Diabetes Care in Japan: Insights from the J-DOME Registry. JMA J. 2025 Oct 15;8(4):1307-1314.
2) Kobayashi K, Chin K, Furuki T, Sakai H, Miyakawa M, Asayama K, Eguchi N, Katsuya T, Sato K, Tamura K, Kanamori A: Cross-sectional Survey of Hypertension Management among Patients Stratified by Chronic Kidney Disease in Japan. JMA J. 2025 Oct 15;8(4):1240-1249.

2.学会発表

1) Yoshida Y, Nishi H, Eguchi N, Noda M, Tanaka S, Matsuyama Y: “Characteristics, risk factors, and vascular outcomes of diabetic kidney disease with type 2 diabetes: Analysis of data from clinic-based patient registry (J-DOME) in Japan.” World Congress of Nephrology 2026, Yokohama, Japan, on March 28, 2026.

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3.その他

該当なし。

資料集　内容一覧

資料 1　J-DOME レポート（第 7 回）プロトタイプ

資料 2 「J-DOME への登録患者の増加のための医療情報基盤の整備」
（令和 7 年 11 月 17 日 野田班　版会議　研究分担者資料）
中島直樹　九州大学 大学院 医学研究院 医療情報学講座　教授

資料 3　Noda M, Ueki K, Goto A, Node K, Rakugi H, Eguchi N:
Regional Differences and Similarities in Diabetes Care in Japan:
Insights from the J-DOME Registry. JMA J. 2025 Oct 15;8(4):1307-1314

資料 4　日本高血圧学会 学術委員会 J-DOME 研究解析ワーキンググループ

資料1

御中

日本医師会J-DOME研究事業

第7回
J-DOME レポート

2026年

日本医師会総合政策研究機構

はじめに

先生方におかれましては、日頃より日本医師会の活動にご理解・ご協力を賜り御礼申し上げます。また、地域医療に日夜ご尽力をいただいている中、日本医師会J-DOME（ジェードーム）研究事業にご協力を賜り、深く感謝申し上げます。今般、2018年から2024年度までの登録症例の集計・分析をまとめた「第７回J-DOMEレポート」を作成しましたので、ご査収のほどよろしくお願いいたします。

J-DOMEの目的の１つは、現場のリアルワールド・データを地域のかかりつけ医の先生方と情報共有することです。糖尿病や高血圧を含む生活習慣病の患者さんの日常診療においてご参考になる情報がありますとまことに幸甚です。日本医師会はわが国の医療のさらなる充実のため、さまざまな形で課題解決に向けた対応を行っております。引き続き、先生方のご理解とご支援き賜りたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

２０２６年２月

公益社団法人 日本医師会

会長　松 本 吉 郎

目次

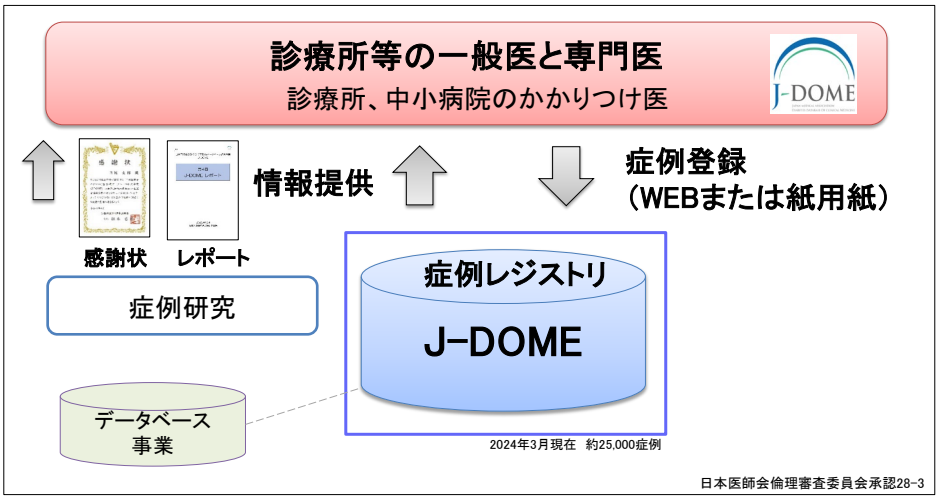
１．J-DOMEの概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
２．全症例の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
３．糖尿病コホート －貴院と全体（全体、一般医、専門医）（2018～2024年）
３－１ 基本情報、検査値・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
３－２ 糖尿病合併症・併発疾患・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
３－３ 処方薬の使用割合 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
３－４ 治療支援、他科受診 他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
３－５ 糖尿病性腎症に関わる検査の実施と腎症病期・・・・・・・・・・・・・・・26
３－６ 検査値の分布・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
４．高血圧症コホート －貴院と全体（全体、一般医、専門医）（2020年～2024年）
４－１ 基本情報、検査値・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
４－２ 併発疾患 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
４－３ 処方薬の使用割合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40
４－４ 治療支援と塩分摂取量、嗜好（喫煙・飲酒）・・・・・・・・・・・・・・・43
４－５ 検査値の分布 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
５．2024年登録症例
５－１ 糖尿病症例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・52
５－２ 高血圧症例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
５－３ 脂質異常症症例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59
５－４ CKD症例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60
６．まとめ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・62

【参考】J-DOME研究事業体制 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64
【参考】J-DOME症例登録票(2023年度) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・65

1. J-DOMEの概要

J-DOME：Japan medical association Database Of clinical MEdicine
（日本医師会かかりつけ医診療データベース研究事業）

図1-1 J-DOMEの概要図



J-DOMEは診療所を中心とした糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの診療の実態把握を目的としたレジストリです。かかりつけ医の先生方とデータを共有し、わが国の診療のさらなる向上を目指しています。

対象疾患： 糖尿病、高血圧症、脂質異常症、CKD
参加施設・医師： 診療所の非専門医、診療所の専門医、中小病院の非専門医
内容： 基本情報、検査値、処方薬、合併症・併発疾患、療養指導、家族歴等の問診情報

日本医師会のJ-DOME研究事業にご参加いただき、まことに有難うございます。

- ✓ 本レポートでは、糖尿病は2018年～2024年の7年間、高血圧症は2020年～2024年の5年の間に登録された症例、そして2024年に登録された全症例（単年分）の集計分析を行っています。各年は年度を示しています。
- ✓ 貴院の症例と全体の症例との比較が可能です。糖尿病もしくは高血圧の非専門医（以下、一般医）の症例と専門医の症例の集計も参考値として掲載しています。
- ✓ ここでの糖尿病専門医は日本糖尿病学会認定の専門医、高血圧専門医は日本高血圧学会認定の専門医です。一般医症例と専門医症例はもともとの患者像が異なっていることに留意する必要があります。
- ✓ 何らかのご事情で項目が空白であったり、処方や数値等に不明な点があった症例は、集計の対象外としている場合がございます（登録頂いた症例がレポートに反映されていない場合があります）。ご不明な点などございましたらご連絡をいただけますと幸いです。

2. 全症例の概要

表2-1 各年(度)の患者背景と分析対象

	2018年		2019年		2020年		2021年		2022年	
	糖尿病コホート症例(n=645)									
	高血圧症コホート症例(n=752)									
	n = 4,569		n = 3,654		n = 3,314		n = 3,620		n = 3,987	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢(歳)	67.9	11.8	68.7	11.6	69.1	11.6	69.7	11.6	69.5	11.9
BMI(kg/m$^{2)}$	25.1	4.3	25.1	4.3	24.9	4.3	24.9	4.2	24.7	4.3
性別(女性%)	41.8	%	41.7	%	41.1	%	42.7	%	42.7	%
喫煙率(%)	16.7	%	16.0	%	15.6	%	13.4	%	15.9	%
外来血圧(mmHg)										
収縮期	130.4	15.3	130.1	15.5	130.8	16.3	132.7	17.1	130.6	16.0
拡張期	73.2	11.0	72.6	11.2	73.0	11.6	74.4	11.8	73.6	11.2
HbA1c(%)	7.07	0.98	7.06	0.97	6.88	1.01	6.67	1.03	6.76	1.03
血糖値(mg/dL)(随時)	156.7	54.0	156.4	53.7	155.1	54.9	152.3	63.5	148.4	53.2
(空腹時)	129.6	30.1	129.6	32.5	124.9	32.3	119.0	51.6	122.1	44.6
中性脂肪(mg/dL)	150.6	105.0	155.4	110.9	151.1	101.0	141.3	93.9	147.8	107.5
LDL(mg/dL)	104.3	27.7	110.1	28.5	108.0	30.5	117.7	106.8	106.3	33.9
HDL(mg/dL)	56.9	16.2	57.0	15.9	57.5	16.3	58.2	16.2	58.8	16.7
総コレステロール(mg/dL)	191.9	33.3	192.4	33.2	190.4	33.6	188.8	34.0	190.6	34.1
eGFR(mL/min/1.73m^2)	70.4	21.4	69.0	20.2	67.2	20.5	67.0	20.2	67.0	20.0

	2023年		2024年	
	糖尿病コホート症例			
	高血圧症コホート症例			
	n = 3,486		n = 2,680	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢(歳)	70.4	11.6	70.9	11.6
BMI(kg/m$^{2)}$	24.6	4.1	24.5	4.3
性別(女性%)	44.2	%	43.1	%
喫煙率(%)	14.9	%	15.4	%
外来血圧(mmHg)				
収縮期	131.5	16.9	130.8	17.3
拡張期	73.9	11.5	73.2	12.1
HbA1c(%)	6.72	1.01	6.70	0.97
血糖値(mg/dL)(随時)	146.9	53.6	146.6	54.1
(空腹時)	117.4	28.8	118.2	26.6
中性脂肪(mg/dL)	141.0	99.9	137.2	95.3
LDL(mg/dL)	103.8	36.3	102.0	28.0
HDL(mg/dL)	59.0	16.8	59.3	16.6
総コレステロール(mg/dL)	186.9	34.8	184.3	35.7
eGFR(mL/min/1.73m^2)	66.4	20.0	65.4	19.3

各年ごとの症例登録数は2018年は4569例、2019年は3654例、2020年は3314例、2021年は3620例、2022年は3987例、2023年は3486例、2024年は2680例※であった。2020年以降は、糖尿病に加えて高血圧症の症例を含む。また、2022年から脂質異常症、CKDも対象としている。症例登録票では、以下の形式で該当疾患を選択（複数可）する形式としている。

該当疾患に☑（複数可）　□①糖尿病　□②高血圧症　□③脂質異常症　□④CKD

次ページからの分析対象は以下の通り：

3章　糖尿病コホート症例（ページの右肩ヘッダーに【糖尿病コホート症例】と表示）

2018年度～2024年度までの7年間連続して登録があった糖尿病症例（n=645）

4章　高血圧症コホート症例（同、【高血圧症コホート症例】）

2020年度～2024年度までの5年間連続して登録があった高血圧症例（n=752）

5章　2024年登録症例（同、【2024年登録症例】）

2024年度に登録があった全症例（n=2680）のうち糖尿病症例（n=1981）、高血圧症症例（n=1976）、

脂質異常症症例（n=1655）、CKD症例（n=715）

※本レポートの各年登録症例は、各医療機関からの登録症例数に上限（n=150）を設定し、上限を超えた場合、以降の登録症例は全体集計の対象外としている。ただし、各医療機関に届ける個別レポートの「貴院」部分には、登録された全症例を対象とした集計分析結果を記載している。

3. 糖尿病コホート　ー貴院と全体（全体、一般医、専門医）（2018～2024年）

2018年から連続して7年分の登録がある糖尿病コホート症例（n=645）を対象とする。

3－1　基本情報、検査値

表3-1 基本情報

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例※	
		n =		n = 645		n = 232		n = 413	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
性別　（女性%）	2024	%		41.9 %		45.3 %		40.0 %	
年齢（歳）	2018			65.0	10.7	68.0	10.4	63.3	10.4
	2019			66.1	10.6	69.1	10.4	64.4	10.4
	2020			67.2	10.6	70.2	10.3	65.5	10.4
	2021			68.2	10.6	71.3	10.4	66.5	10.4
	2022			69.2	10.7	72.3	10.3	67.4	10.4
	2023			70.3	10.6	73.3	10.4	68.5	10.4
	2024			71.3	10.6	74.3	10.3	69.5	10.4
体重（kg）	2018			67.0	14.4	65.2	13.9	68.0	14.7
	2019			66.8	14.4	65.1	14.0	67.8	14.6
	2020			66.4	14.4	64.6	14.1	67.4	14.5
	2021			66.1	14.6	64.2	14.2	67.1	14.7
	2022			65.5	14.5	63.9	14.3	66.5	14.6
	2023			64.9	14.6	63.0	14.1	65.8	14.8
	2024			64.3	14.6	62.2	13.9	65.4	14.8
BMI（kg/㎡）	2018			25.5	4.4	25.4	4.3	25.6	4.4
	2019			25.5	4.4	25.3	4.3	25.6	4.4
	2020			25.3	4.4	25.2	4.5	25.4	4.3
	2021			25.2	4.4	25.0	4.5	25.3	4.4
	2022			25.0	4.4	24.9	4.5	25.1	4.4
	2023			24.8	4.4	24.6	4.3	24.9	4.5
	2024			24.7	4.5	24.3	4.3	24.9	4.5
外来血圧 収縮期 （mmHg）	2018			129.8	13.8	130.1	14.0	129.6	13.7
	2019			129.6	13.9	129.2	14.4	129.8	13.7
	2020			130.0	13.2	129.6	12.8	130.1	13.4
	2021			129.8	13.8	129.5	14.2	130.0	13.6
	2022			129.1	13.9	128.7	14.6	129.3	13.5
	2023			129.1	15.4	129.6	15.4	128.7	15.4
	2024			128.6	14.6	129.0	15.2	128.3	14.2
外来血圧 拡張期 （mmHg）	2018			72.8	10.5	71.6	9.6	73.5	10.9
	2019			72.1	10.5	70.3	9.5	73.1	10.9
	2020			71.9	10.0	71.0	9.5	72.4	10.2
	2021			71.3	10.4	70.6	9.8	71.7	10.7
	2022			70.9	10.0	69.9	9.7	71.4	10.2
	2023			70.7	10.5	70.8	10.1	70.6	10.7
	2024			69.9	10.6	68.6	9.6	70.7	11.0
HbA1c（%）	2018			7.17	0.95	6.92	0.82	7.30	0.99
	2019			7.14	0.88	6.85	0.76	7.30	0.90
	2020			7.07	0.86	6.82	0.74	7.20	0.89
	2021			7.12	0.88	6.85	0.73	7.28	0.92
	2022			7.20	0.95	6.92	0.79	7.35	1.00
	2023			7.15	0.91	6.88	0.78	7.30	0.95
	2024			7.15	0.91	6.87	0.82	7.31	0.93

専門医症例の専門医は日本糖尿病学会認定の専門医。一般医症例の一般医は糖尿病専門医でないかかりつけ医

7年間連続して糖尿病症例として登録があった645症例について、基本情報を表3-1、表3-2に示す。2024年時の平均年齢は71.3歳(±10.6)、一般医症例については74.3歳(±10.6)、専門医症例では69.5歳(±10.4)である。75歳以上の割合は一般医症例では43.7%、専門医症例では37.0%を占め、一般医症例の方が高齢患者が多い。女性の割合は全体で約4割である。BMI、血圧値は一般医症例と専門医症例の間に大きな差がなく、また、コロナ禍を含む7年間を通しても大きな変化はない。HbA1cは全体で7.15%(±0.91)、一般医症例は6.87%(±0.82)、専門医症例は7.31%(±0.93)で、いずれも2018年から大きな変化がなく、全体として安定している。

表3-2 基本情報(高齢者割合、罹患年数、家族歴、喫煙、飲酒(2024年))

	貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
	n =	n =	645	n =	232	n =	413
65～75歳未満　割合	%	32.4	%	28.9	%	34.4	%
75歳以上　割合	%	43.7	%	55.6	%	37.0	%
罹患年数	年	17.8	年	16.4	年	18.6	年
糖尿病の家族歴　有り	%	50.6	%	45.7	%	53.4	%
喫煙　有り	%	16.3	%	12.1	%	18.6	%
以前有り	%	31.2	%	31.0	%	31.2	%
飲酒　毎日	%	18.1	%	17.8	%	18.2	%
週に4～6日	%	6.4	%	6.1	%	6.6	%
週に1～3日	%	12.7	%	8.7	%	15.0	%

糖尿病の罹患年数は、2024年時点で全体平均17.8年（一般医症例：16.4年、専門医症例：18.6年）で、専門医症例の方が患者の罹患年数がやや長くなっているが、全体の平均年齢では専門医症例の方が若く、比較的若い時期に糖尿病として診断され、治療を開始した患者の割合が高いと推察される。家族歴（２親等以内）がある症例は、一般医症例で45.7%、専門医で53.4%でいずれ約半数にのぼる。喫煙歴（登録時点での喫煙あり）は全体16.3%、一般医症例12.1%、専門医症例18.6%で、専門医症例の喫煙率が高い。

基本情報、血圧値、HbA1c値以外の検査値の推移を表3-3、表3-4に示す。基本情報と同様に、2018年から大きな変化は見られないが、eGFR値は登録患者の高齢化を反映して徐々に低下している。

表3-3 検査値 （検査値の分布を表3-22に掲載）

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		n =		n = 645		n = 232		n = 413	
	%	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
血糖値（随時）（mg/dL）	2018			156.8	52.6	152.4	50.9	159.0	53.4
	2019			155.6	55.1	150.7	54.6	158.0	55.3
	2020			153.3	51.8	148.8	54.4	155.2	50.7
	2021			157.2	55.9	144.7	48.7	162.6	58.0
	2022			154.2	48.8	141.1	45.0	159.9	49.4
	2023			158.3	57.4	144.2	46.3	164.5	60.6
	2024			161.3	58.8	148.4	51.1	166.5	61.0
	n			485		140		345	
血糖値（空腹時）（mg/dL）	2018			130.2	29.6	133.8	32.5	127.6	27.3
	2019			131.2	26.2	129.2	24.1	132.6	27.7
	2020			125.6	28.3	127.2	28.4	123.8	28.4
	2021			125.2	32.6	123.9	25.4	126.8	39.3
	2022			126.7	36.9	126.5	24.4	127.0	47.2
	2023			124.1	25.4	125.0	24.9	123.0	26.1
	2024			121.6	29.4	121.9	23.0	121.2	36.3
	n			151		86		65	
中性脂肪（mg/dL）	2018			149.9	95.7	137.7	91.7	155.8	97.2
	2019			153.3	101.5	135.3	69.5	161.4	112.2
	2020			158.7	105.0	142.7	84.3	166.6	113.1
	2021			152.3	96.2	135.4	89.4	160.8	98.5
	2022			155.6	107.5	140.4	86.9	164.0	116.7
	2023			148.2	92.4	134.9	79.0	155.2	98.1
	2024			148.1	100.0	127.2	77.4	159.1	108.5
	n			626		215		411	
LDL（mg/dL）	2018			107.9	26.7	－	－	107.9	26.7
	2019			109.1	27.4	110.3	26.6	108.6	27.8
	2020			106.9	26.7	105.9	26.9	107.4	26.5
	2021			106.6	27.2	105.9	28.1	107.0	26.8
	2022			106.2	27.3	105.1	27.6	106.8	27.1
	2023			102.7	26.7	100.0	26.4	104.0	26.7
	2024			102.1	27.2	99.8	27.1	103.3	27.3
	n			622		214		408	
HDL（mg/dL）	2018			57.0	14.8	58.8	15.3	56.2	14.6
	2019			57.2	15.3	59.3	15.6	56.3	15.0
	2020			56.6	16.3	58.8	17.0	55.6	15.8
	2021			56.6	15.4	59.6	15.4	55.2	15.3
	2022			56.9	16.2	58.7	16.8	55.9	15.8
	2023			57.1	16.1	58.9	16.9	56.1	15.6
	2024			57.1	15.8	58.7	16.1	56.3	15.6
	n			590		201		389	
総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（mg/dL）	2018			194.2	34.6	190.2	34.8	195.1	34.6
	2019			195.1	34.6	201.7	28.4	193.8	35.6
	2020			192.9	33.0	186.4	30.6	194.5	33.4
	2021			192.2	33.2	187.3	28.9	193.4	34.2
	2022			193.0	34.8	188.5	30.3	194.3	35.9
	2023			187.2	36.5	181.7	27.4	188.8	38.5
	2024			185.5	33.5	181.4	25.1	186.5	35.1
	n			360		69		291	

表3-4 検査値

血清クレアチニン（mg/dL）	2018		0.8	0.4	0.8	0.2	0.8	0.5
	2019		0.8	0.3	0.8	0.2	0.8	0.3
	2020		0.8	0.3	0.8	0.3	0.8	0.3
	2021		0.8	0.3	0.8	0.3	0.8	0.3
	2022		0.8	0.3	0.9	0.3	0.8	0.3
	2023		0.9	0.8	0.9	0.3	0.9	1.0
	2024		0.9	0.3	0.9	0.3	0.9	0.4
	n		601		223		378	
尿アルブミン/クレアチニン（mg/gCr）	2018		57.8	182.0	101.0	334.3	46.8	114.0
	2019		77.7	326.9	171.8	674.3	56.8	169.7
	2020		56.1	150.0	42.0	98.4	60.9	163.7
	2021		71.0	196.0	58.4	138.8	74.5	209.3
	2022		87.4	282.6	60.0	213.4	96.5	302.1
	2023		95.2	314.9	63.8	146.6	105.4	352.2
	2024		100.3	310.8	67.0	153.8	112.0	349.3
	n		418		109		309	
ALT（U/L）	2018		23.8	24.1	19.4	17.0	26.3	27.0
	2019		23.3	16.4	20.5	19.0	24.8	14.7
	2020		23.9	14.1	23.5	16.1	24.1	13.0
	2021		24.0	14.6	22.8	15.9	24.6	13.8
	2022		22.7	13.1	21.2	13.9	23.5	12.6
	2023		22.2	13.9	21.4	15.4	22.7	13.0
	2024		21.4	13.7	21.0	15.7	21.5	12.5
	n		608		205		403	
eGFR（mL/min/1.73㎡）	2018		73.1	23.5	71.9	29.3	73.6	20.3
	2019		71.4	19.2	69.1	18.4	72.5	19.5
	2020		69.3	19.1	66.4	18.0	70.9	19.5
	2021		69.2	19.3	66.4	18.8	70.7	19.4
	2022		67.7	19.2	64.6	19.0	69.6	19.1
	2023		66.0	19.9	63.9	19.0	67.3	20.3
	2024		66.0	19.7	63.5	18.8	67.5	20.1
	n		601		223		378	
尿酸値（mg/dL）	2018		5.4	0.9	－	－	5.4	0.9
	2019		5.2	1.4	5.1	1.2	5.3	1.4
	2020		5.3	1.3	5.2	1.2	5.3	1.3
	2021		5.2	1.5	5.2	1.4	5.3	1.5
	2022		5.2	1.3	5.1	1.4	5.2	1.3
	2023		5.1	1.2	5.0	1.2	5.2	1.2
	2024		5.0	1.2	5.1	1.2	5.0	1.2
	n		576		201		375	

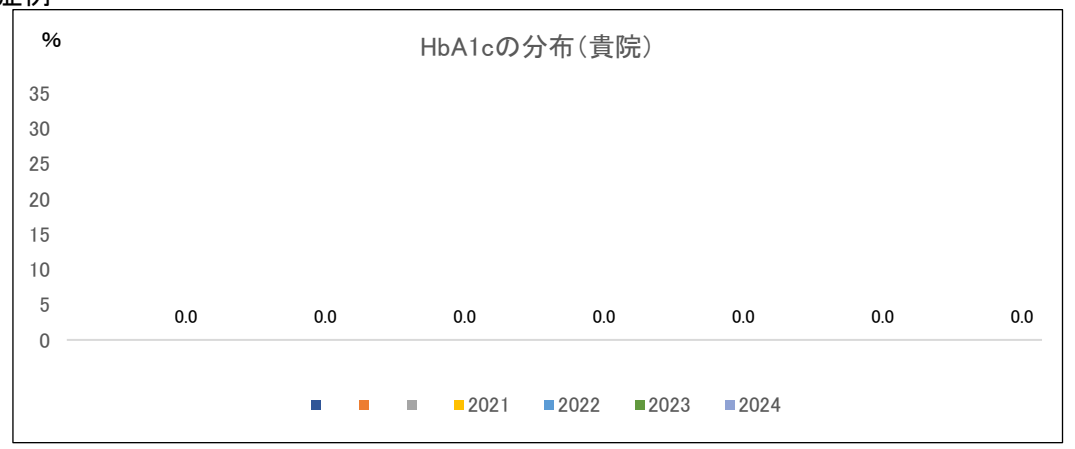
検査ごとに示す nは2024年のn数

図3-1に各年ごとの登録症例の分布（HbA1c値を6%未満～8.5%以上までを7分類したランク別）を示す。2018年登録開始時から6.5%以上7.0%未満の層が最多で、分布にほぼ変化は見られない。一般医症例と専門医症例の別でみると、一般医症例でHbA1c値7.0～8.5%未満症例の割合がやや減少して、6.5～7.0%未満の症例や8.5%以上の症例の割合の増加が見られた。一方、専門医症例では、2018年登録開始時から一般医症例に比べて高HbA1c値の症例の割合が高いが、2024年は6.5～7.0%の割合が微増し、8.5%以上の割合がやや減少している。

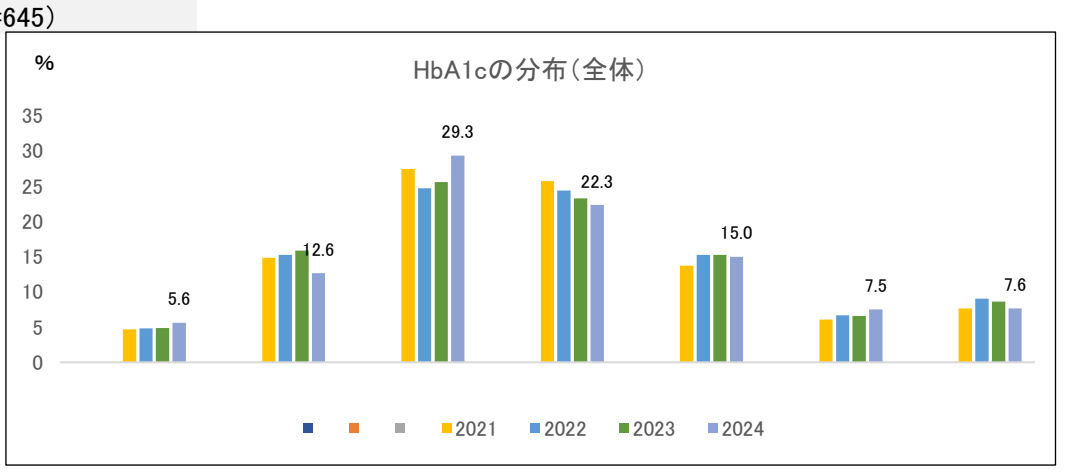
HbA1cの分布（2018年～2024年）

図3-1

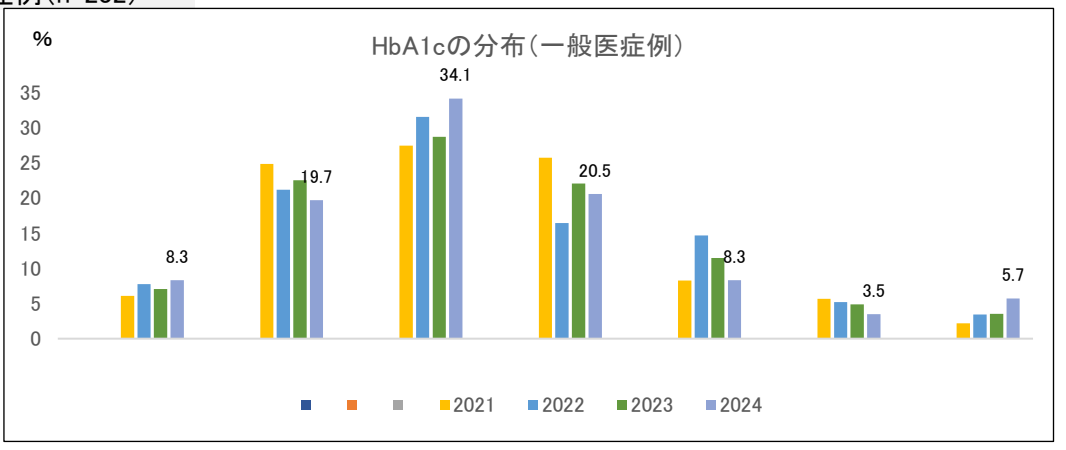
貴院の症例



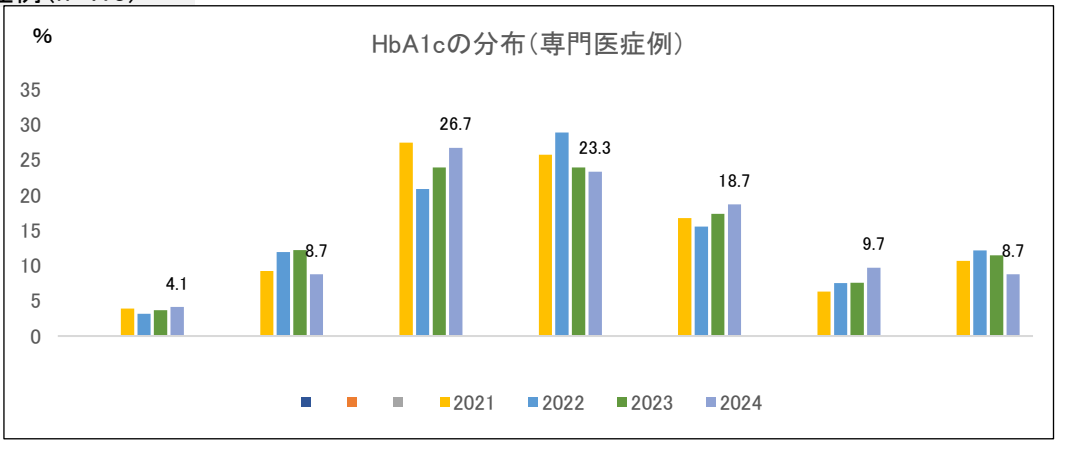
全体（n=645）



一般医症例（n=232）



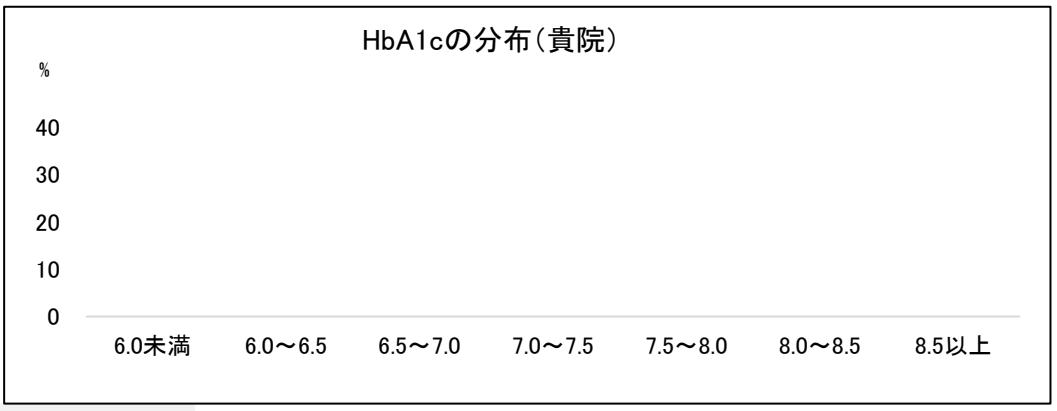
専門医症例（n=413）



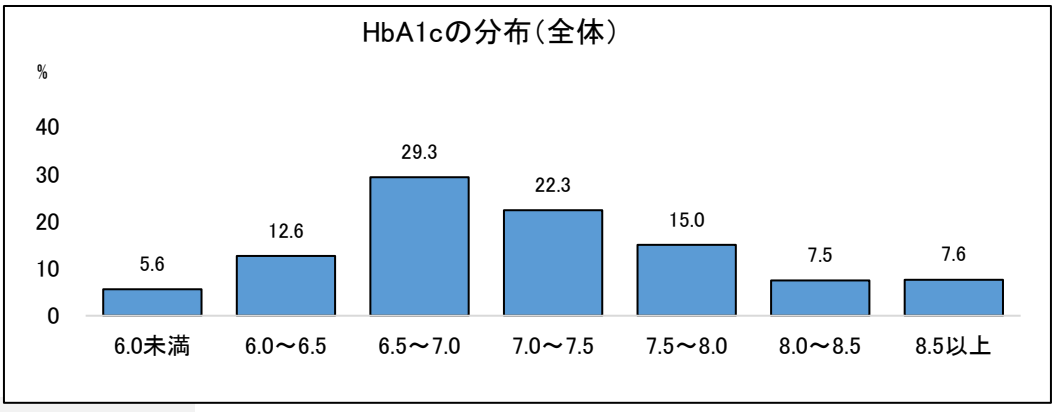
HbA1cの分布（再掲　2024年のみ）

図3-2

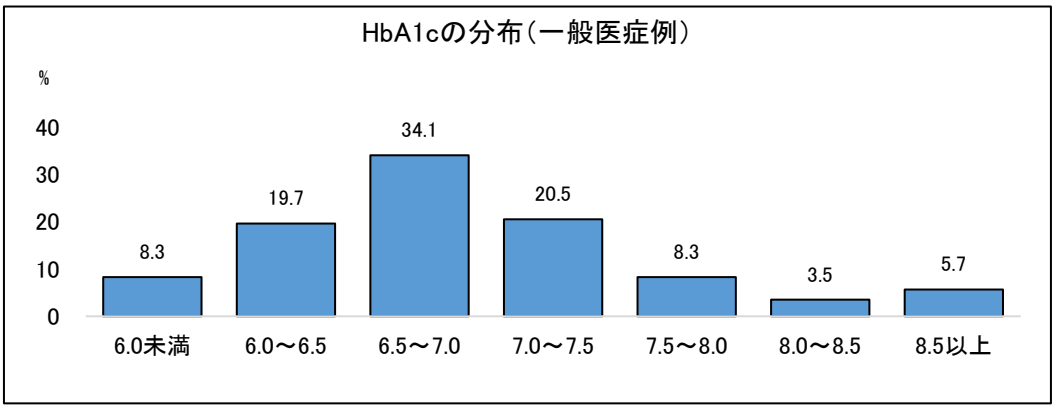
貴院の症例



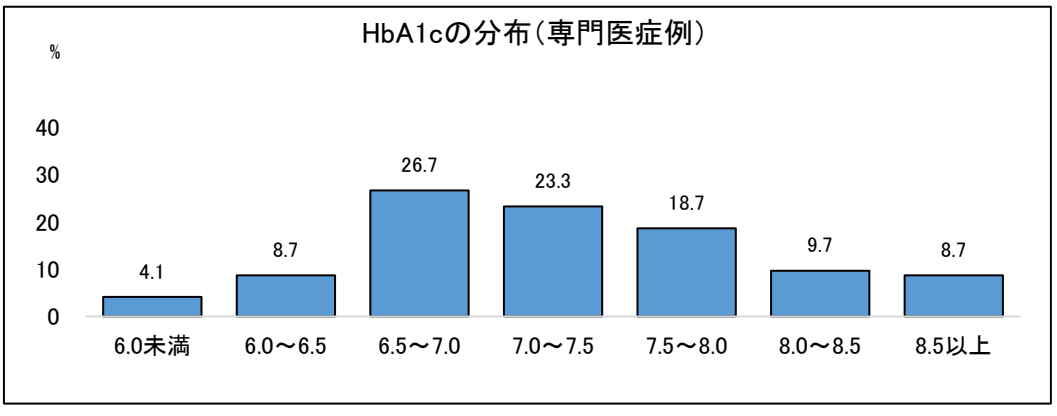
全体（n=645）



一般医症例（n=232）



専門医症例（n=413）



3－2 糖尿病合併症・併発疾患

表3-5 合併症を有する症例の割合（%）

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例※	
		n =	n = 645		n = 232		n = 413	
		あり （参考）不明	あり	（参考）不明	あり	（参考）不明	あり	（参考）不明
神経障害	2018		17.8	5.7	9.1	2.2	22.8	7.7
	2019		18.1	3.6	9.5	1.3	23.0	4.8
	2020		18.3	3.7	9.1	1.7	23.5	4.8
	2021		18.6	3.4	9.5	1.3	23.7	4.6
	2022		19.2	3.4	10.3	1.3	24.2	4.6
	2023		20.2	3.3	11.2	1.3	25.2	4.4
	2024		20.3	3.3	11.2	1.3	25.4	4.4
足白癬	2018		17.4	4.8	14.7	1.3	18.9	6.8
	2019		17.5	4.0	14.7	0.4	19.1	6.1
	2020		17.2	4.0	13.8	0.4	19.1	6.1
	2021		17.4	4.0	13.8	0.4	19.4	6.1
	2022		17.1	3.7	13.4	0.4	19.1	5.6
	2023		17.8	3.6	15.1	0.4	19.4	5.3
	2024		18.3	3.6	16.4	0.4	19.4	5.3
足病変	2018		1.2	4.3	2.2	1.3	0.7	6.1
	2019		1.2	3.9	2.2	1.3	0.7	5.3
	2020		0.9	3.9	1.3	1.3	0.7	5.3
	2021		0.8	3.9	1.3	1.3	0.5	5.3
	2022		0.9	3.7	1.3	1.3	0.7	5.1
	2023		0.8	3.4	1.3	1.3	0.5	4.6
	2024		0.9	3.4	1.3	1.3	0.7	4.6
糖尿病網膜症	2018		15.5	21.1	5.2	36.6	21.3	12.3
	2019		16.1	22.3	5.6	40.1	22.0	12.3
	2020		16.7	21.1	5.6	37.9	23.0	11.6
	2021		18.3	20.3	5.6	37.5	25.4	10.7
	2022		18.9	19.4	5.6	36.2	26.4	9.9
	2023		19.4	19.2	6.5	35.3	26.6	10.2
	2024		19.4	18.4	5.6	33.6	27.1	9.9
	2023 単純	－	13.8	－	3.9	－	19.4	－
	2023 増殖前	－	2.6	－	0.9	－	3.6	－
	2023 増殖	－	2.0	－	1.7	－	2.2	－
	2024 単純	－	13.3	－	3.0	－	19.1	－
	2024 増殖前	－	2.6	－	0.9	－	3.6	－
	2024 増殖	－	2.2	－	1.7	－	2.4	－
人工透析	2018	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
	2019	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
	2020	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
	2021	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
	2022	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
	2023	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
	2024	－	0.0	－	0.0	－	0.0	－

ここでの糖尿病専門医は日本糖尿病学会認定の専門医

糖尿病の合併症については、神経障害が全体で2018年17.8%から2024年20.3％に増加、糖尿病網膜症は全体で2018年15.5%から2024年19.4%に増加している。専門医症例では糖尿病網膜症が2018年21.3％から2024年27.1％に増加しており、ベースラインのHbA1c値が高い症例の割合が高いこと、罹患歴の長いことが一因と推測される。ただし、糖尿病網膜症に関して「不明」の割合は一般医症例33.6%、専門医症例9.9%で、一般医症例の3分の1が不明の状況である。

表3-6 ① 併発疾患の診断がある症例の割合（%）

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
		n =	n = 645	n = 232	n = 413
冠動脈疾患	2018		5.6	6.5	5.1
	2019		5.7	6.5	5.3
	2020		6.7	7.8	6.1
	2021		7.8	9.5	6.8
	2022		8.2	9.9	7.3
	2023		8.8	9.9	8.2
	2024		9.5	10.8	8.7
脳血管疾患	2018		3.4	3.0	3.6
	2019		4.0	3.4	4.4
	2020		4.2	3.9	4.4
	2021		4.3	4.3	4.4
	2022		4.7	5.2	4.4
	2023		5.6	6.0	5.3
	2024		6.2	6.5	6.1
がん・悪性腫瘍	2018		5.4	6.5	4.8
	2019		6.2	6.9	5.8
	2020		6.8	6.9	6.8
	2021		7.0	7.3	6.8
	2022		7.6	8.6	7.0
	2023		8.8	9.1	8.7
	2024		10.2	10.3	10.2
心不全	2020		3.6	7.8	1.1
	2021		3.7	7.8	1.1
	2022		4.1	8.3	1.7
	2023		4.9	10.7	1.7
	2024		4.9	10.0	2.0
	n		635	231	404
不整脈	2020		5.7	5.0	6.3
	2021		7.3	5.9	8.5
	2022		7.2	7.1	7.2
	2023		9.0	9.0	9.0
	2024		10.0	11.3	9.3
	n		599	212	387
フレイル	2020		1.7	3.2	0.8
	2021		2.2	4.4	0.8
	2022		3.1	7.4	0.7
	2023		3.9	6.8	2.3
	2024		4.9	8.9	2.5
	n		617	224	393
認知症（75歳以上）	2018		2.7	3.3	2.0
	2019		2.3	2.8	1.6
	2020		3.1	4.8	1.3
	2021		4.3	7.4	1.1
	2022		3.9	5.8	2.0
	2023		3.4	5.2	1.7
	2024		3.2	4.7	2.0

※認知症の割合は75歳以上を対象としているため、母数は毎年変化

表3-6①は冠動脈疾患、脳血管疾患、がん等の併発疾患の診断がある割合を示す。7年間の経時変化をみると、高齢化の影響もあり、ほぼすべての併発疾患について増加傾向が見られる。特に、心不全、フレイル、認知症については、一般医症例の高齢化を反映して、増加傾向が見られる。歯周病の割合は、全体で19.7%（2024年）で、前年度よりやや増加したが、「不明」の割合が前年度より約2%減少した（表3-6②）。

表3-6 ② 併発疾患の診断がある症例の割合（%）

%		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		あり	（参考）不明	あり	（参考）不明	あり	（参考）不明	あり	（参考）不明
歯周病	2018			20.0	36.7	17.2	28.0	21.5	41.6
	2019			18.9	36.3	13.8	28.4	21.8	40.7
	2020			18.9	37.5	13.8	31.5	21.8	40.9
	2021			19.7	35.8	14.7	31.5	22.5	38.3
	2022			20.3	33.0	14.7	31.5	23.5	33.9
	2023			18.3	35.5	13.4	32.8	21.1	37.0
	2024			19.7	33.2	15.5	32.3	22.0	33.7

表3-7 併発疾患の詳細（2024年）

%	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
%	n =	n = 645	n = 232	n = 413
冠動脈疾患あり		9.5	10.8	8.7
造影検査あり		0.8	0.4	1.0
その他検査 等		0.0	0.0	0.0
心筋梗塞		3.1	3.4	2.9
狭心症		5.9	7.3	5.1
血行再建治療あり		4.0	4.3	3.9
脳血管疾患あり		6.2	6.5	6.1
脳梗塞		4.8	4.7	4.8
脳出血		0.3	0.9	0.0
くも膜下出血		0.0	0.0	0.0
一過性脳虚血発作		0.5	0.4	0.5
がん・悪性腫瘍あり		10.2	10.3	10.2
胃がん		1.7	2.6	1.2
肺がん		1.1	0.9	1.2
大腸がん		2.2	2.2	2.2
乳がん		1.2	2.2	0.7
肝臓がん		0.8	0.4	1.0
すい臓がん		0.2	0.0	0.2
子宮体がん		0.2	0.0	0.2
膀胱がん		1.1	1.3	1.0
前立腺がん		1.2	0.9	1.5
その他		2.3	2.2	2.4
心不全あり		4.9	10.0	2.0
軽度		3.0	7.4	0.5
中等度		0.9	2.2	0.2
重度		0.0	0.0	0.0

※がんの種類のその他は食道がん、リンパ腫などを含む

表3-8 併発疾患の詳細（2024年）

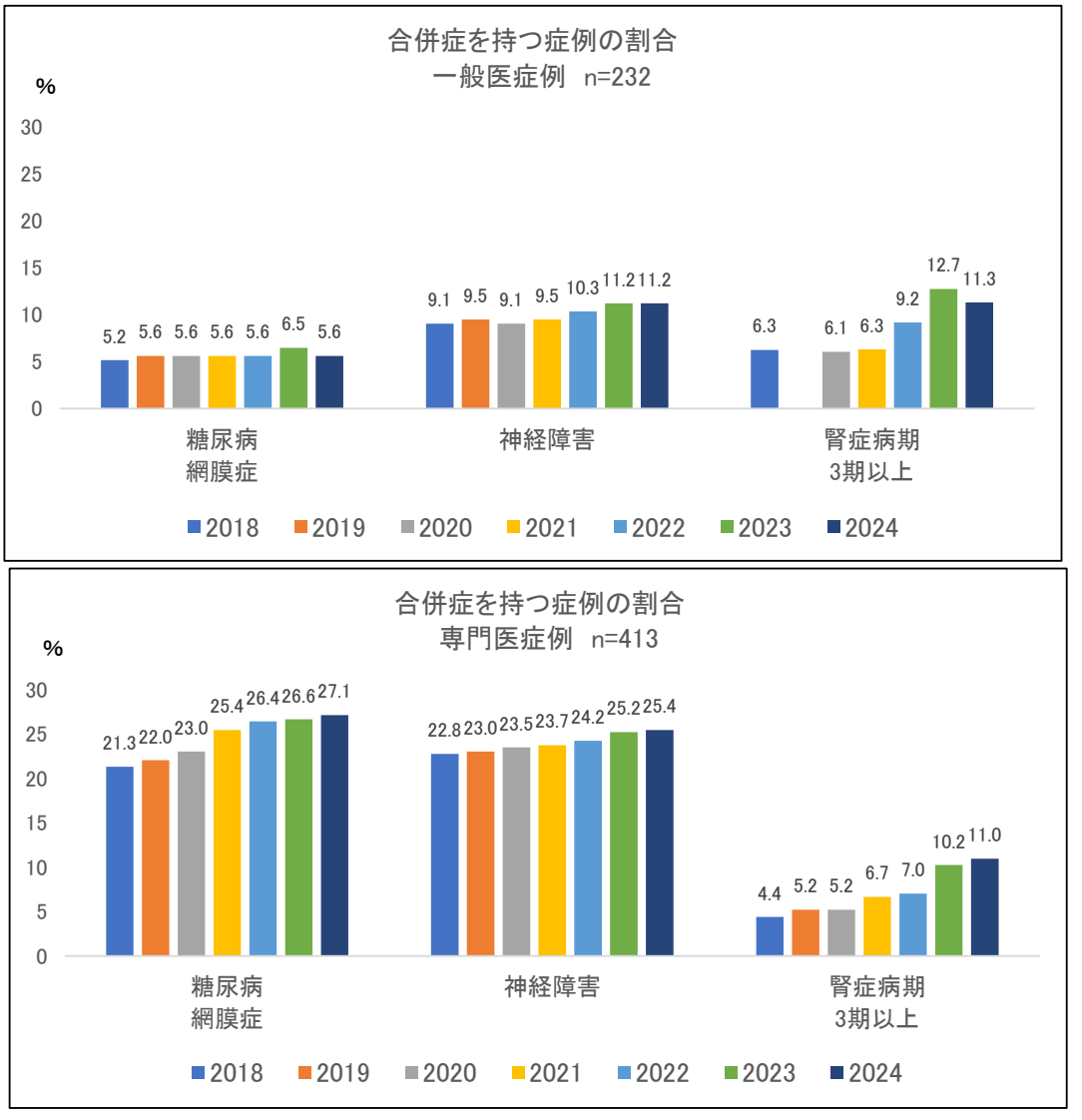
	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
%	n =	n = 282	n = 129	n = 153
認知症		3.2	4.7	2.0
アルツハイマー型		1.8	3.1	0.7
血管性		0.0	0.0	0.0
上記以外		0.4	0.8	0.0

表3-7の併発疾患の詳細（2024年）を見ると、冠動脈疾患がある症例は全体の9.5％で、個別の疾患では、狭心症が5.9%（一般医症例：7.3%、専門医症例：5.1％）と高く、冠動脈疾患の半数以上を占めている。脳血管疾患を併発している症例は6.2％であった。がん・悪性腫瘍を併発している症例は10.2％で、その中で大腸がんの症例の割合は2.2%、胃がんは1.7%、乳がんと前立腺がんがそれぞれ1.2%であった。

糖尿病合併症と併発疾患の発症割合の推移

一般医症例、専門医症例それぞれについて合併症（糖尿病網膜症、神経障害）を持つ症例の割合の推移を図3-3に示す。腎症の病期3期以上の症例割合の推移も示す。

図3-3　合併症を持つ症例割合の変化　（一般医症例と専門医症例別）

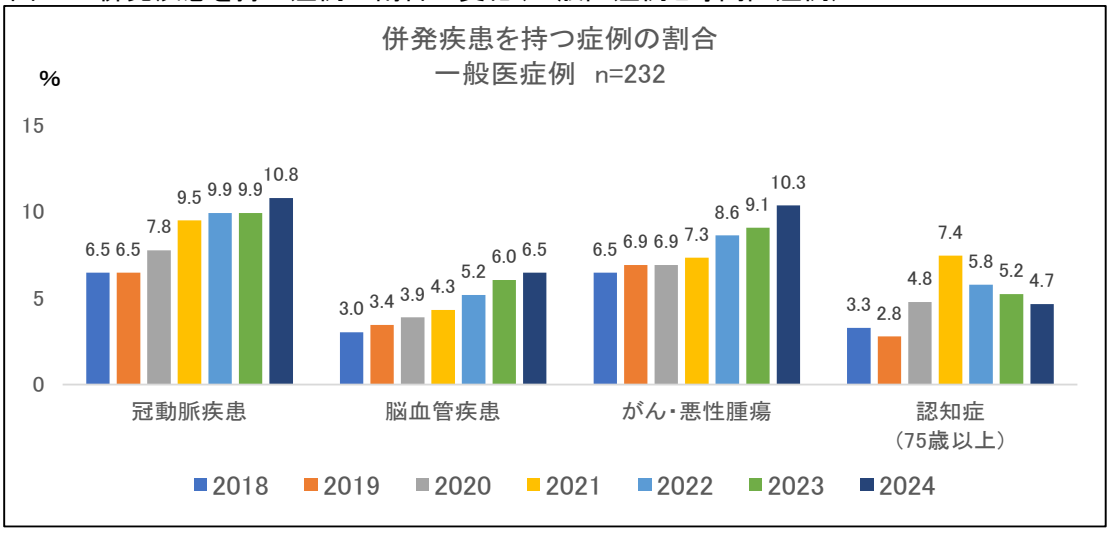


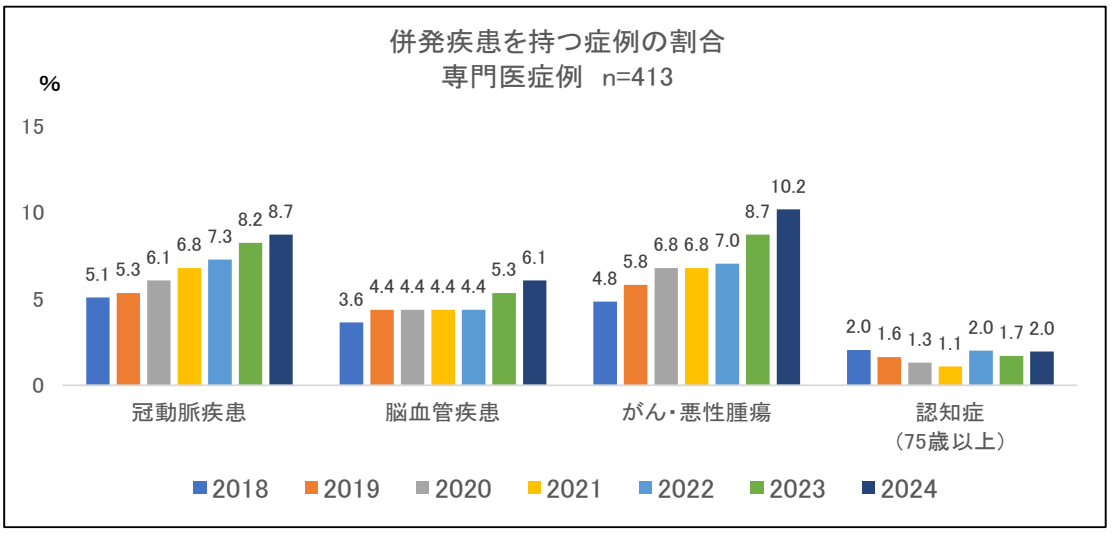
合併症を持つ症例の割合は7年間で増加傾向にあり、特に専門医症例の糖尿病網膜症の割合の増加と全症例における腎症病期3期以上の割合の増加が目立つが、前年度の比較では大きな変化はない。

併発疾患を有する糖尿病患者の割合

併発疾患がある症例の割合の推移を以下に示す（図3-4）（各疾患の数値については、表3-6に掲載）。いずれの疾患も高齢化の影響で増加傾向を示している。がん・悪性腫瘍の併発割合の増加は特に専門医症例に多く、一方認知症の割合は一般医症例に多いが、2022年

図3-4 併発疾患を持つ症例の割合の変化（一般医症例と専門医症例）





３－３　処方薬の使用割合（糖尿病治療薬、降圧薬、脂質異常症薬、抗血栓薬、抗認知症薬）

（2018年～2024年）

2018年から2024年の7年間の糖尿病処方薬の使用割合（表3-9、表3-10）と併発疾患に対する処方薬（降圧薬、脂質異常症薬、抗血栓薬、抗認知症薬）の使用割合（表3-12～表3-15）

	%	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
	n=		645	232	413
スルホニル尿素(SU)薬	2018		26.8	21.6	29.8
	2019		24.7	20.3	27.6
	2020		25.3	20.7	27.8
	2021		24.5	20.7	26.6
	2022		23.9	19.8	26.2
	2023		22.9	18.5	25.4
	2024		22.3	15.9	25.9
ビグアナイド薬	2018		47.8	43.1	50.4
	2019		47.7	44.4	50.0
	2020		49.1	46.6	50.6
	2021		49.1	46.6	50.6
	2022		48.2	46.6	49.2
	2023		49.1	46.1	50.8
	2024		50.5	47.8	52.1
DPP-4阻害薬	2018		62.0	63.4	61.3
	2019		62.2	65.9	59.6
	2020		63.3	68.5	60.3
	2021		62.2	70.7	57.4
	2022		59.7	69.0	54.5
	2023		58.0	68.1	52.3
	2024		54.0	63.8	48.4
SGLT2阻害薬	2018		21.7	15.5	25.2
	2019		26.4	21.1	29.9
	2020		31.0	25.4	34.1
	2021		35.5	28.0	39.7
	2022		38.3	30.6	42.6
	2023		41.7	34.5	45.8
	2024		43.9	39.7	46.2
αｸﾞﾙｺｼﾀﾞｰｾﾞ阻害薬	2018		10.7	14.2	8.7
	2019		9.9	13.8	7.3
	2020		11.0	13.4	9.7
	2021		10.7	12.9	9.4
	2022		9.9	12.9	8.2
	2023		9.1	11.6	7.7
	2024		7.1	8.2	6.5
チアゾリジン薬	2018		9.8	9.1	10.2
	2019		10.2	9.1	11.0
	2020		10.7	10.3	10.9
	2021		10.7	11.2	10.4
	2022		11.8	12.9	11.1
	2023		11.5	12.9	10.7
	2024		9.6	10.8	9.0
グリニド薬	2018		3.1	3.0	3.1
	2019		3.6	3.4	3.8
	2020		5.4	6.5	4.8
	2021		5.9	7.8	4.8
	2022		6.0	9.1	4.4
	2023		5.6	9.1	3.6
	2024		6.0	9.9	3.9
インスリン製剤	2018		18.1	13.8	20.6
	2019		18.1	12.9	21.5
	2020		17.5	12.5	20.3
	2021		19.7	13.4	23.2
	2022		20.2	13.8	23.7
	2023		19.8	13.8	23.2
	2024		19.5	12.9	23.2

表3-10 糖尿病治療薬（前ページ続き）

	%	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
	n=		645	232	413
GLP-1受容体作動薬（注射）	2018		3.6	1.7	4.6
	2019		4.3	1.7	6.1
	2020		5.7	3.0	7.3
	2021		7.9	3.0	10.7
	2022		7.3	3.9	9.2
	2023		7.4	3.0	9.9
	2024		7.9	4.7	9.7
GLP-1受容体作動薬（経口）	2020		0.0	0.0	0.0
	2021		1.2	0.9	1.5
	2022		3.7	2.6	4.4
	2023		4.8	2.2	6.3
	2024		8.4	2.2	11.9
イメグリミン	2022		0.2	0.0	0.2
	2023		2.6	3.0	2.4
	2024		4.0	3.4	4.4
糖尿病治療薬の処方なし	2018		7.0	4.3	8.5
	2019		4.9	3.4	5.8
	2020		4.5	2.6	5.6
	2021		5.3	3.9	6.1
	2022		6.0	5.2	6.5
	2023		6.4	5.6	6.8
	2024		6.7	6.5	6.8

（当該薬剤を処方している症例数÷全症例。配合薬も含む）
※2022年以降は処方薬の☑が0の症例を「処方なし」として算出

表3-11 糖尿病治療薬を3剤以上処方している割合

薬剤を3種類以上処方している症例の割合	2018		35.0	27.6	39.2
	2019		34.9	28.9	39.0
	2020		41.2	35.8	44.3
	2021		42.5	38.4	44.8
	2022		42.9	40.1	44.6
	2023		44.5	41.4	46.2
	2024		45.7	40.9	48.4

糖尿病治療薬の処方の割合は全体ではDPP-4阻害薬が54％と最多で、次いでビグアナイド薬が50％であった。一方、SU薬は減少傾向であるが2022年からはほぼ横ばいとなっている。代わってSGLT2阻害薬は、2018年は21.7％であったが2024年には43.9％に増加しており、前年度と比べても若干増加している。また、GLP-1（経口）処方薬も前年度と比べ増加が目立つ。

一般医症例、専門医症例別でみると、専門医症例でDPP-4阻害薬の処方割合が7年間で61.3%⇒48.4%と減少、SU薬も29.8%⇒25.9%と減少している。一方、SGLT2阻害薬、GLP-1受容体作動薬の処方（経口）は増加傾向が見られた。特にGLP-1（経口）薬の処方が前年度に比べて急増している。一般医症例では、DPP-4阻害薬の処方割合は7年間でほぼ変化ない（63.4%⇒63.8%）が、前年からは減少（68.1%⇒63.8%）、SGLT2阻害薬の処方割合は7年前と比べても前年と比べても増加している（34.5%⇒39.7%）。イメグリミンの処方割合は、一般医症例で3.4%、専門医症例で4.4%であった。

図3-5　糖尿病治療薬の処方 -2018年～2024年（全体）

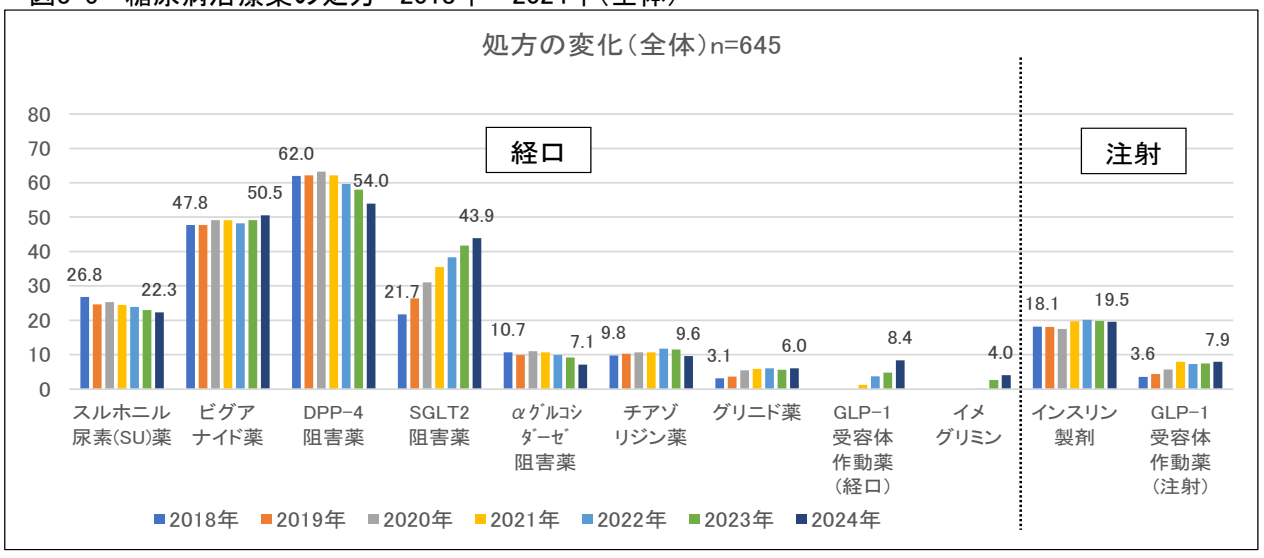


図3-6　糖尿病治療薬の処方 -2018年～2024年（一般医症例）

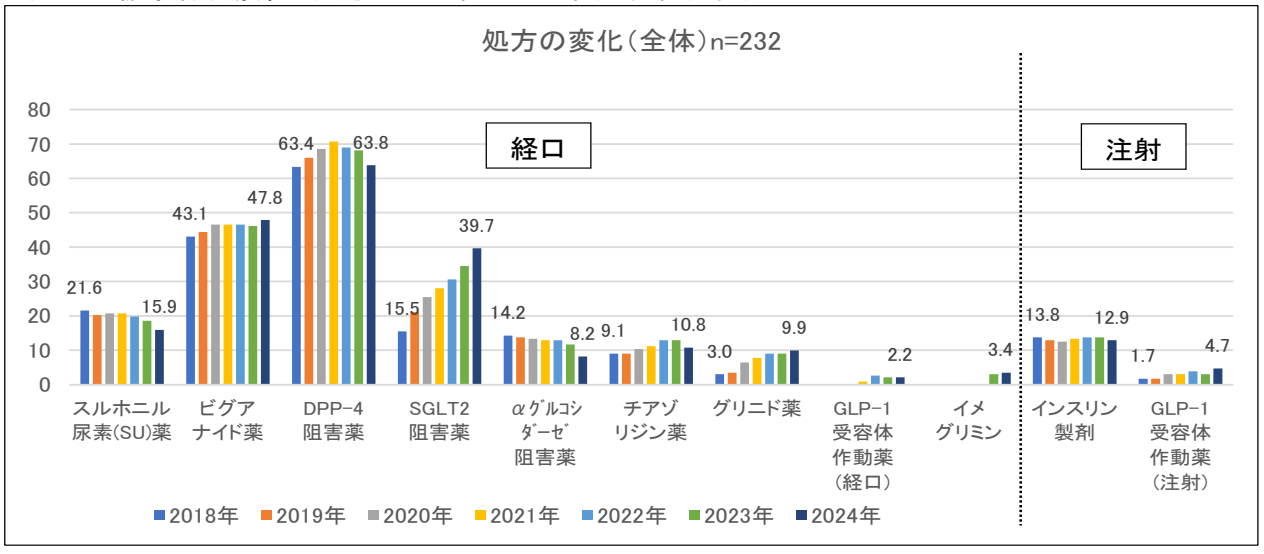
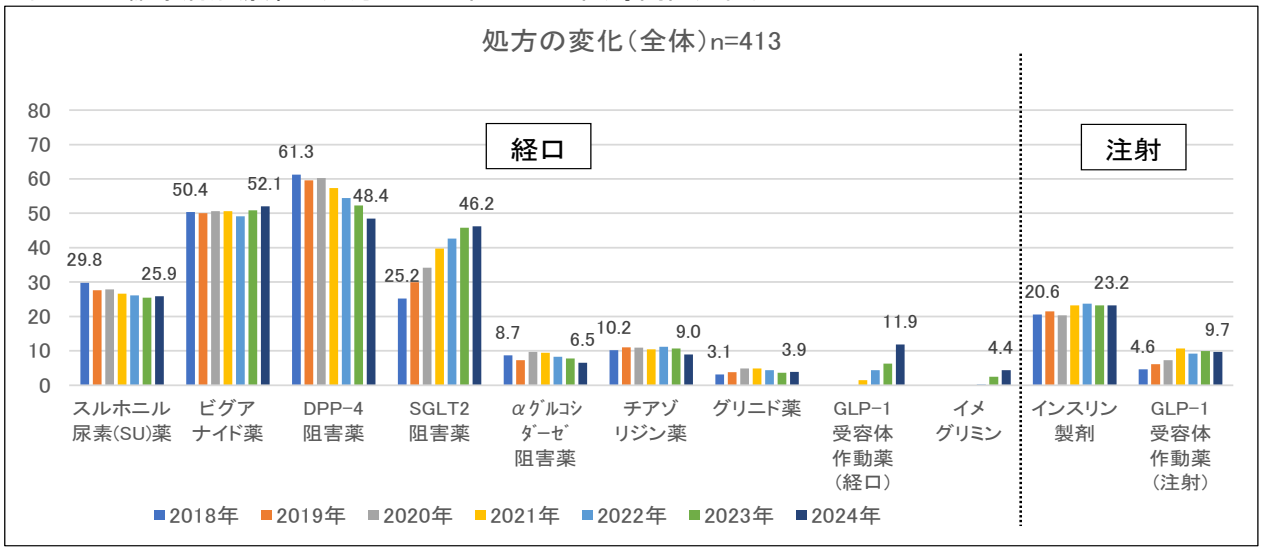


図3-7　糖尿病治療薬の処方 -2018年～2024年（専門医症例）



2024年の一般医症例と専門医症例の処方割合を図3-8に示す。DPP-4阻害薬、αグルコシダーゼ阻害薬は一般医症例のほうが専門医症例より高く、SGLT2阻害薬、GLP-1受容体作動薬（経口、注射）、インスリン製剤は専門医症例のほうが高い。

図3-8 【再掲】糖尿病治療薬の処方 － 一般医症例と専門医症例（糖尿病コホートの2024年症例のみ）

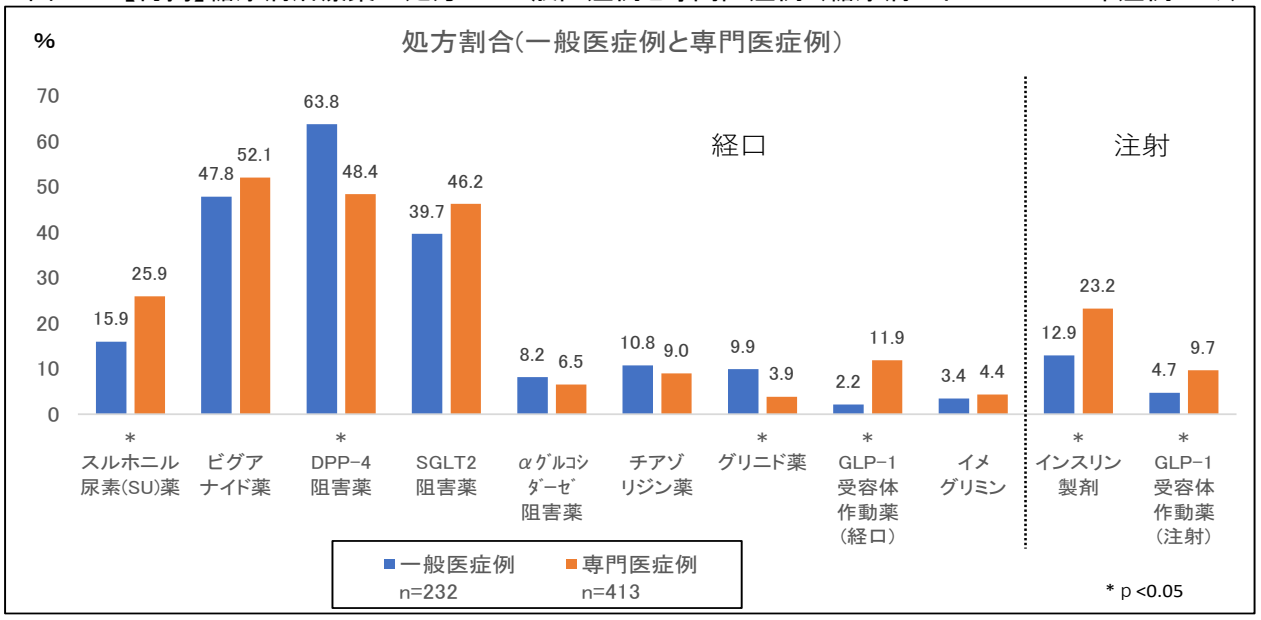


表3-12 降圧薬使用の割合（%）

	%	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
	n=		645	232	413
ARB アンジオテンシンII受容体拮抗薬	2018		43.1	51.3	38.5
	2019		46.7	53.4	42.2
	2020		42.3	52.2	36.8
	2021		44.3	49.1	41.6
	2022		43.3	47.4	40.9
	2023		42.3	47.8	39.2
	2024		41.4	45.7	39.0
カルシウム拮抗薬	2018		37.1	49.6	30.0
	2019		38.0	49.6	30.2
	2020		40.0	53.4	32.4
	2021		42.5	53.4	36.3
	2022		44.0	53.9	38.5
	2023		44.3	55.2	38.3
	2024		43.4	54.3	37.3
利尿薬	2018		4.5	4.3	4.6
	2019		5.6	8.2	3.8
	2020		7.4	10.8	5.6
	2021		6.4	9.1	4.8
	2022		5.6	8.2	4.1
	2023		6.2	9.1	4.6
	2024		5.4	6.9	4.6
β遮断薬	2018		3.6	4.3	3.1
	2019		3.6	3.9	3.5
	2020		3.6	5.2	2.7
	2021		5.4	6.9	4.6
	2022		5.9	7.8	4.8
	2023		7.3	8.2	6.8
	2024		6.0	6.9	5.6
ACE阻害薬	2018		2.3	3.4	1.7
	2019		2.3	3.0	1.7
	2020		2.8	3.4	2.4
	2021		2.8	4.3	1.9
	2022		3.3	5.2	2.2
	2023		2.9	3.9	2.4
	2024		2.6	3.4	2.2
鉱質コルチコイド受容体(MR)拮抗薬	2020		0.3	0.4	0.2
	2021		0.3	0.4	0.2
	2022		0.9	0.9	1.0
	2023		2.0	2.2	1.9
	2024		2.3	1.7	2.7
α遮断薬	2020		1.7	1.3	1.9
	2021		1.9	1.7	1.9
	2022		1.9	1.7	1.9
	2023		1.9	0.9	2.4
	2024		2.0	1.3	2.4
ARNI	2022		0.6	1.3	0.2
	2023		1.2	1.3	1.2
	2024		2.8	4.3	1.9
その他の降圧薬	2020		0.3	0.4	0.2
	2021		0.9	1.7	0.5
	2022		1.2	1.3	1.2
	2023		2.0	1.7	2.2
	2024		1.2	0.9	1.5

（当該薬剤を処方している症例数÷全症例、配合薬も含む）

降圧薬については、全体の43.4%がカルシウム拮抗薬を処方し、41.4%がARBを処方していた7年間の推移をみると、カルシウム拮抗薬の処方が37.1%⇒43.4% (一般医症例：49.6%⇒54.3%、専門医症：30.0%⇒37.3%) に増加していた。併発疾患として狭心症や不整脈が増加していることも関連していると思われる。ほか、7年間での推移をみるとMR拮抗薬やARNIが徐々に増えてきている。

表3-13 脂質異常症薬の使用割合（%）

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
スタチン系（HMG-CoA還元酵素阻害薬）	2018		40.5	46.6	37.0
	2019		44.8	50.0	41.3
	2020		42.5	50.9	37.8
	2021		45.3	51.3	41.9
	2022		45.3	52.6	41.2
	2022		47.0	53.9	43.1
	2023		46.5	51.3	43.8

表3-14 抗血栓薬の使用割合（%）

抗血小板薬	2020		8.1	10.3	6.8
	2021		9.0	10.3	8.2
	2022		9.3	11.6	8.0
	2023		9.6	10.8	9.0
	2024		9.0	12.9	6.8
抗凝固薬	2020		1.2	2.2	0.7
	2021		1.9	2.2	1.7
	2022		2.0	3.0	1.5
	2023		2.9	3.9	2.4
	2024		2.9	3.0	2.9
ワルファリン	2020		0.3	0.4	0.2
	2021		0.5	0.9	0.2
	2022		0.3	0.9	0.0
	2023		0.3	0.4	0.2
	2024		0.5	0.9	0.2
DOAC	2020		0.8	1.7	0.2
	2021		0.9	1.3	0.7
	2022		1.4	1.3	1.5
	2023		2.2	2.6	1.9
	2024		2.0	2.2	1.9

表3-15 抗認知症薬の使用割合（%）－75歳以上

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
コリンエステラーゼ阻害薬	2023		1.7	2.6	0.8
	2024		0.7	0.8	0.7
NMDA受容体阻害薬	2023		0.0	0.0	0.0
	2024		0.0	0.0	0.0

※抗認知症薬の割合は75歳以上を対象としているため、母数は毎年変化

脂質異常症薬の処方割合は、全体で2018年の40.5%から2024年に46.5%に増加しており、一般医症例、専門医症例のいずれも増加傾向がみられた。

また、抗血栓薬は全体で11.9%の患者に処方されており、一般医症例では15.9%で、専門医症例の9.7%より多く処方されている。一方、一般医症例のうち認知症の診断がある症例の割合は、75歳以上の3.2%（2023年、表3-8）で、抗認知症薬（コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体阻害薬）が処方されている割合は前年度と比べて一般医で2.6%⇒0.8%と減少していた。

3－4 治療支援、他科受診 他

表3-16 治療支援

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
	%	n =	n = 645	n = 232	n = 413
食事療法	2018		89.7	89.1	90.0
	2019		90.5	89.2	91.2
	2020		94.1	90.5	96.1
	2021		94.7	90.9	96.9
	2022		93.6	86.6	97.6
	2023		92.4	81.5	98.5
	2024		92.1	79.7	99.0
減塩の支援	2021		60.4	57.1	63.1
	2022		68.3	65.2	70.2
	2023		69.6	62.5	73.5
	2024		71.2	67.3	73.5
運動療法	2018		75.5	69.4	79.0
	2019		75.2	66.1	80.2
	2020		79.3	69.3	84.9
	2021		80.8	73.3	85.0
	2022		80.0	69.4	86.0
	2023		78.3	62.5	87.1
	2024		76.0	56.0	87.2

表3-17　歯科と眼科の定期受診

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		n =		n = 645		n = 232		n = 413	
	%	あり	不明	あり	不明	あり	不明	あり	不明
眼科定期受診	2018			61.8	5.3	42.2	10.8	73.0	2.2
	2019			62.3	4.4	43.5	8.6	73.0	2.0
	2020			63.1	4.4	45.7	8.6	73.0	2.0
	2021			63.3	4.4	44.8	8.6	73.8	2.0
	2022			63.8	4.2	44.8	8.6	74.6	1.7
	2023			63.9	4.8	45.5	9.5	74.3	2.2
	2024			63.5	5.0	43.5	9.5	74.8	2.4
歯科定期受診	2018			33.1	27.8	40.9	17.2	28.7	33.8
	2019			33.8	26.0	42.7	14.2	28.8	32.7
	2020			32.5	26.1	39.2	14.2	28.7	32.8
	2021			36.2	22.2	43.5	13.8	32.0	26.9
	2022			40.2	17.8	44.4	13.8	37.8	20.1
	2023			39.6	19.7	42.9	17.7	37.8	20.8
	2024			41.4	17.7	43.1	17.7	40.4	17.7

食事療法の支援は全体の90%以上、運動療法も80%近く行われている。特に専門医症例では食事療法99.0%、運動療法87.2%で、2018年に比べていずれも実施の割合が7ポイント強上昇している（表3-16）。年に1度の眼科定期受診と歯科定期受診は、糖尿病網膜症や歯周病の予防・管理のために重要とされている。眼科定期受診、歯科定期受診は一般医症例、専門医症例のいずれでも7年間の推移で増加し、有無を把握していない・不明の割合は減少している。（表3-17）。ただ、歯科の定期受診が不明の割合は、一般医、専門医いずれの症例でも約18%で、眼科受診に比べるとまだ把握できていない割合がやや高い。

表3-18　低血糖、骨折、連携状況など（2024年）

	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
	n =	n = 645	n = 232	n = 413
%	あり	あり	あり	あり
他者の介助を必要とする低血糖の発生		0.6	0.4	0.7
転倒による骨折の有無		5.1	6.6	4.2
糖尿病連携手帳の使用		78.1	54.3	91.5

表3-19　貴院以外の受診状況（併診）（2024年）

	貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
	n =		n = 645		n = 232		n = 413	
%	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
全体			20.0	79.2	24.1	75.4	17.7	81.4
うち糖尿病専門医		－	0.5	－	1.3	－	0.0	－
うち高血圧専門医		－	0.0	－	0.0	－	0.0	－
うち腎臓病専門医		－	0.9	－	0.9	－	1.0	－
うち上記以外		－	18.1	－	22.0	－	16.0	－

治療薬に起因する低血糖の発生の割合は全体で1%未満（2024年度）であったが、転倒による骨折は全体で5.1%、一般医症例で6.6%、専門医症例で4.2%であった。糖尿病連携手帳の使用は一般医症例で54.3%、専門医症例で91.5%であった。連携手帳は、以前より専門医の間で広く使用されている（表3-18）。自施設以外の受診（併診）状況は、全体で20.0%（一般医症例：24.1%、専門医症例:17.7%）であった（表3-19）。

3－5 糖尿病性腎症に関わる検査の実施と腎症病期

血液検査、尿検査の実施率をみると、2024年度は尿蛋白は一般医症例で82.8%、専門医症例で96.9%であった。尿アルブミン/クレアチニン比の検査実施率（尿蛋白がー、±、＋の症例のみを対象）は、一般医症例で54.5%、専門医症例で77.7%であった。尿アルブミン/クレアチニン比の検査実施率は、全体として増加傾向にある。

腎症病期の第2期は、一般医症例で27.8%、専門医症例で33.2%を占めた。第3期以降はそれぞれ11.3%（5.2%＋6.1%＋0%）、10.9%（6.8%+4.1%+0%）であった。

表3-20 検査の実施率（一般医症例と専門医症例）

	一般医症例（n=232）						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
尿蛋白	94.4%	95.7%	94.4%	90.9%	90.9%	93.1%	82.8%
血清クレアチニン	77.2%	73.7%	90.1%	94.0%	96.1%	95.3%	96.1%
尿アルブミン／クレアチニン比	28.8%	24.8%	47.9%	47.3%	48.2%	48.2%	54.5%
ケトン体	－	92.7%	95.7%	90.9%	84.1%	81.5%	64.7%
尿酸値	－	68.1%	79.3%	84.5%	85.8%	87.5%	86.6%
	専門医症例（n=413）						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
尿蛋白	91.3%	99.0%	96.6%	94.7%	96.9%	98.1%	96.9%
血清クレアチニン	92.3%	92.3%	93.2%	95.9%	87.9%	91.3%	91.5%
尿アルブミン／クレアチニン比	64.1%	63.4%	70.0%	84.5%	70.5%	74.5%	77.7%
ケトン体	－	97.6%	96.1%	96.4%	95.9%	96.9%	96.9%
尿酸値	－	94.4%	90.8%	90.6%	90.6%	93.7%	90.8%

※尿アルブミン/クレアチニン比の実施率は尿蛋白の結果がー、±、＋の症例のみを対象

表3-21 腎症病期別の割合

一般医症例（n=115）

病期	尿アルブミン／クレアチニン（mg/gCr）	eGFR（mL/min/1.73㎡）	割合
第１期（腎症前期）	30未満	30以上	60.9%
第2期（早期腎症期）	30～300未満	30以上	27.8%
第3期（顕性腎症期）	300以上	30以上	5.2%
第4期（腎不全期）	問わない	30未満	6.1%
第5期（透析療法期）	透析療法中		0.0%

専門医症例（n=292）

病期	尿アルブミン／クレアチニン（mg/gCr）	eGFR（mL/min/1.73㎡）	割合
第１期（腎症前期）	30未満	30以上	55.8%
第2期（早期腎症期）	30～300未満	30以上	33.2%
第3期（顕性腎症期）	300以上	30以上	6.8%
第4期（腎不全期）	問わない	30未満	4.1%
第5期（透析療法期）	透析療法中		0.0%

日本腎臓学会　糖尿病性腎症病期分類(改訂）に基づく

３－６ 検査値の分布（2023年と2024年）

以下では2023年度と2024年度の直近2年間分について、それぞれ検査値の診断基準値を用いて分布を示す。その割合や改善度合いはアウトカムの参考値となる。

（検査に応じて母数が変動しているため、ｎ値を下段に記載している。検査値区分が３つ以上の項目は2023年と2024年を別表にして表示）

表3-22 検査値の分布

	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
BMI				
BMI（kg/㎡） 2023年				
18.5未満	%	5.8 %	7.9 %	4.7 %
18.5以上25未満	%	53.5 %	52.6 %	54.1 %
25以上30未満	%	29.0 %	28.8 %	29.1 %
30以上	%	11.6 %	10.7 %	12.1 %
BMI（kg/㎡） 2024年				
18.5未満	%	5.1 %	6.1 %	4.6 %
18.5以上25未満	%	54.5 %	57.5 %	52.9 %
25以上30未満	%	29.8 %	26.9 %	31.3 %
30以上	%	10.6 %	9.4 %	11.2 %
n		624	212	412
HbA1c				
HbA1c(%) 2023年				
6.0未満	%	4.9 %	7.0 %	3.7 %
6.0～6.5未満	%	15.9 %	22.5 %	12.2 %
6.5～7.0未満	%	25.6 %	28.6 %	23.9 %
7.0～7.5未満	%	23.2 %	22.0 %	23.9 %
7.5～8.0未満	%	15.2 %	11.5 %	17.3 %
8.0～8.5未満	%	6.6 %	4.8 %	7.6 %
8.5以上	%	8.6 %	3.5 %	11.5 %
HbA1c(%) 2024年				
6.0未満	%	5.6 %	8.3 %	4.1 %
6.0～6.5未満	%	12.6 %	19.7 %	8.7 %
6.5～7.0未満	%	29.3 %	34.1 %	26.7 %
7.0～7.5未満	%	22.3 %	20.5 %	23.3 %
7.5～8.0未満	%	15.0 %	8.3 %	18.7 %
8.0～8.5未満	%	7.5 %	3.5 %	9.7 %
8.5以上	%	7.6 %	5.7 %	8.7 %
n		641	229	412

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
外来血圧								
外来血圧　収縮期(mmHg)								
140以上	2023年	%	20.8	%	24.6	%	18.7	%
	2024年	%	21.0	%	25.1	%	18.6	%
	n		644		231		413	
外来血圧　拡張期(mmHg)								
90以上	2023年	%	4.8	%	4.7	%	4.9	%
	2024年	%	3.3	%	1.3	%	4.4	%
	n		644		231		413	
血糖値								
空腹時血糖値(mg/dL)								
110以上	2023年	%	70.9	%	75.6	%	65.8	%
	2024年	%	64.2	%	64.0	%	64.6	%
126以上	2023年	%	42.4	%	39.0	%	46.1	%
	2024年	%	33.8	%	36.0	%	30.8	%
	n		151		86		65	
随時血糖値(mg/dL)								
140以上	2023年	%	54.8	%	45.2	%	59.0	%
	2024年	%	58.6	%	51.4	%	61.4	%
200以上	2023年	%	19.2	%	10.3	%	23.2	%
	2024年	%	20.4	%	12.1	%	23.8	%
	n		485		140		345	
中性脂肪								
中性脂肪(mg/dL)								
150未満	2023年	%	63.5	%	69.1	%	60.5	%
	2024年	%	61.0	%	68.4	%	57.2	%
150以上	2023年	%	36.5	%	30.9	%	39.5	%
	2024年	%	39.0	%	31.6	%	42.8	%
	n		626		215		411	
LDL								
LDL(mg/dL)								
120未満	2023年	%	74.0	%	76.5	%	72.6	%
	2024年	%	75.7	%	78.0	%	74.5	%
120以上	2023年	%	26.0	%	23.5	%	27.4	%
	2024年	%	24.3	%	22.0	%	25.5	%
	n		622		214		408	

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	

HDL

HDL(mg/dL)								
40未満	2023年	%	10.7	%	8.4	%	11.9	%
	2024年	%	8.6	%	6.5	%	9.8	%
40以上	2023年	%	89.3	%	91.6	%	88.1	%
	2024年	%	91.4	%	93.5	%	90.2	%
	n		590		201		389	

総コレステロール

総コレステロール(mg/dL)								
220未満	2023年	%	85.5	%	93.9	%	83.2	%
	2024年	%	86.4	%	92.8	%	84.9	%
220以上	2023年	%	14.5	%	6.1	%	16.8	%
	2024年	%	13.6	%	7.2	%	15.1	%
	n		360		69		291	

尿酸値

尿酸値(mg/dL)								
7未満	2023年	%	92.0	%	93.6	%	91.2	%
	2024年	%	94.8	%	94.0	%	95.2	%
7以上	2023年	%	8.0	%	6.4	%	8.8	%
	2024年	%	5.2	%	6.0	%	4.8	%
	n		576		201		375	

尿蛋白

尿蛋白　2023年							
－	%	66.0	%	69.4	%	64.2	%
±	%	17.9	%	16.7	%	18.5	%
＋	%	8.9	%	6.0	%	10.4	%
2＋以上	%	4.5	%	3.7	%	4.9	%
未評価・不明	%	2.7	%	4.2	%	2.0	%

尿蛋白　2024年							
－	%	68.1	%	65.1	%	69.5	%
±	%	17.1	%	18.2	%	16.5	%
＋	%	8.1	%	8.3	%	8.0	%
2＋以上	%	5.2	%	4.2	%	5.8	%
未評価・不明	%	1.5	%	4.2	%	0.3	%
n		592		192		400	

	貴院	全体		一般医症例		専門医症例	

eGFR

eGFR(mL/min/1.73㎡) 2023年							
90以上	%	10.7	%	8.6	%	11.9	%
60以上90未満	%	50.8	%	48.0	%	52.5	%
45以上60未満	%	24.2	%	26.7	%	22.8	%
30以上45未満	%	10.9	%	12.7	%	9.8	%
30未満	%	3.3	%	4.1	%	2.9	%
eGFR(mL/min/1.73㎡) 2024年							
90以上	%	9.7	%	7.2	%	11.1	%
60以上90未満	%	53.7	%	49.8	%	56.1	%
45以上60未満	%	22.6	%	26.5	%	20.4	%
30以上45未満	%	10.8	%	13.5	%	9.3	%
30未満	%	3.2	%	3.1	%	3.2	%
n		601		223		378	

尿アルブミン/クレアチニン比

尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr) 2023年							
30未満	%	65.7	%	66.0	%	65.7	%
30以上300未満	%	27.5	%	28.9	%	27.0	%
300以上	%	6.8	%	5.2	%	7.3	%
尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr) 2024年							
30未満	%	59.6	%	64.2	%	57.9	%
30以上300未満	%	33.5	%	30.3	%	34.6	%
300以上	%	6.9	%	5.5	%	7.4	%
n		418		109		309	

ケトン体

ケトン体 2023年							
－	%	79.8	%	74.6	%	82.3	%
＋	%	0.7	%	0.5	%	0.8	%
2＋以上	%	0.0	%	0.0	%	0.0	%
未評価・不明	%	19.5	%	24.9	%	17.0	%
ケトン体 2024年							
－	%	79.6	%	68.7	%	83.8	%
＋	%	1.3	%	0.7	%	1.5	%
2＋以上	%	0.2	%	0.0	%	0.3	%
未評価・不明	%	18.9	%	30.7	%	14.5	%
n		550		150		400	

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
ALT								
ALT（U/L）								
30未満	2023年	%	80.7	%	82.5	%	79.8	%
	2024年	%	84.5	%	84.4	%	84.6	%
30以上	2023年	%	19.3	%	17.5	%	20.2	%
	2024年	%	15.5	%	15.6	%	15.4	%
	n		608		205		403	
血清カリウム								
血清カリウム （mEq/l） 2023年								
3.5以下		%	3.7	%	4.7	%	3.4	%
3.5より高く5.0より低い		%	88.6	%	90.7	%	87.8	%
5.0以上		%	7.7	%	4.7	%	8.8	%
血清カリウム （mEq/l） 2024年								
3.5以下		%	4.7	%	4.2	%	4.9	%
3.5より高く5.0より低い		%	89.2	%	89.8	%	89.0	%
5.0以上		%	6.0	%	5.9	%	6.1	%
n			465		118		347	
血清アルブミン								
血清アルブミン（g/dL） 2023年								
3.9未満		%	10.6	%	20.4	%	7.7	%
3.9以上5.0未満		%	86.9	%	74.1	%	90.7	%
5.0以上		%	2.5	%	5.6	%	1.6	%
血清アルブミン（g/dL） 2024年								
3.9未満		%	10.9	%	17.2	%	8.9	%
3.9以上5.0未満		%	87.1	%	79.3	%	89.5	%
5.0以上		%	2.0	%	3.4	%	1.6	%
n			248		58		190	

尿潜血

	貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
尿潜血　2023年							
ー	%	79.3	%	71.0	%	83.4	%
±	%	7.5	%	8.5	%	6.9	%
＋	%	5.5	%	7.0	%	4.7	%
2＋	%	2.7	%	2.0	%	3.0	%
3＋以上	%	0.8	%	1.5	%	0.5	%
肉眼的	%	0.0	%	0.0	%	0.0	%
未評価・不明	%	4.5	%	10.0	%	1.7	%
尿潜血　2024年							
ー	%	78.5	%	70.2	%	82.4	%
±	%	8.7	%	9.0	%	8.5	%
＋	%	7.7	%	8.0	%	7.5	%
2＋	%	1.0	%	1.1	%	1.0	%
3＋以上	%	0.5	%	0.5	%	0.5	%
肉眼的	%	0.0	%	0.0	%	0.0	%
未評価・不明	%	3.6	%	11.2	%	0.0	%
n		586		188		398	

4. 高血圧症コホート　ー貴院と全体（全体、一般医、専門医）（2020年～2024年）

2020年から連続して5年間の登録がある高血圧症コホート症例（n=752）を対象とする。

4ー1　基本情報、検査値

表4-1　基本情報

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		n =		n = 752		n = 597		n = 155	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
性別（女性%）	2024	%		39.6 %		38.0 %		45.8 %	
年齢（歳）	2020			68.1	10.8	67.6	10.8	70.1	11.0
	2021			69.1	10.9	68.6	10.8	71.1	10.9
	2022			70.1	10.8	69.5	10.8	72.1	10.9
	2023			71.2	10.8	70.7	10.8	73.1	10.9
	2024			72.1	10.8	71.6	10.8	74.1	11.0
体重（kg）	2020			67.3	14.2	67.8	14.6	65.4	12.4
	2021			67.0	14.3	67.5	14.7	65.0	12.8
	2022			66.4	14.4	66.9	14.8	64.2	12.8
	2023			65.8	14.7	66.4	15.1	63.6	13.1
	2024			65.1	14.5	65.6	14.8	63.3	13.3
BMI（kg/㎡）	2020			25.7	4.2	25.8	4.4	25.5	3.4
	2021			25.6	4.3	25.7	4.4	25.4	3.6
	2022			25.4	4.3	25.5	4.5	25.1	3.5
	2023			25.2	4.5	25.3	4.6	25.0	3.7
	2024			25.0	4.4	25.1	4.5	24.8	3.6

ここでの専門医は日本高血圧学会認定の専門医

表4-2　高齢者割合、罹患年数・家族歴（2024年）

	貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
	n =	n = 752		n = 597		n = 155	
65～75歳未満　割合	%	31.2	%	32.0	%	27.9	%
75歳以上　割合	%	47.3	%	44.9	%	56.5	%
罹患年数	年	14.9	年	14.5	年	16.1	年
高血圧の家族歴　有り	%	38.5	%	32.2	%	60.1	%

2020年度～2024年度まで5年間継続して登録のあった高血圧コホート症例は752例、登録症例全体の平均年齢は72.1歳（2024年）で、女性の割合は39.6%、75歳以上の割合は47.3%であった。糖尿病コホートとほぼ同様の構成であるが、高血圧コホートでは75歳以上の患者の占める割合がやや高く、特に、高血圧専門医症例で56.5%と高い割合であった（一般医症例では44.9%）。

表4-3　外来血圧値　（検査値の分布をp.42に掲載）

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
外来血圧 1回目 (mmHg)	収縮期 2020			134.1	15.3	132.7	15.1	139.2	15.2
	2021			133.1	15.9	131.9	15.2	137.7	17.6
	2022			134.0	16.0	132.7	15.3	139.1	17.5
	2023			134.2	16.6	133.3	16.7	137.8	15.9
	2024			132.9	16.9	131.6	16.6	138.0	16.8
	拡張期 2020			74.7	11.2	73.3	11.0	80.1	10.3
	2021			73.5	11.5	72.1	10.8	78.8	12.8
	2022			73.9	11.4	72.6	10.8	79.2	12.0
	2023			73.7	11.7	72.5	11.5	78.4	11.6
	2024			72.2	11.5	70.8	11.1	77.6	11.7
	収縮期n=			748		594		154	
	拡張期n=			748		594		154	
外来血圧 2回目 (mmHg)	収縮期 2020			137.5	15.5	135.9	15.7	141.9	14.1
	2021			139.8	16.3	138.1	14.3	142.8	19.0
	2022			135.7	15.6	133.8	15.1	139.0	16.0
	2023			135.8	16.1	134.2	16.1	139.5	15.6
	2024			135.5	16.4	134.2	16.4	137.8	16.2
	拡張期 2020			75.6	11.5	73.8	11.9	80.2	9.1
	2021			76.4	10.6	74.3	9.3	80.0	11.8
	2022			74.0	11.7	71.8	11.5	77.9	10.9
	2023			74.2	11.1	73.2	11.1	76.3	11.0
	2024			72.8	11.8	71.2	11.5	75.8	11.8
	収縮期n=			258		165		93	
	拡張期n=			258		165		93	

表4-4　家庭血圧値　（検査値の分布をp.42に掲載）

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
家庭血圧 直近 (mmHg)	収縮期 2020			128.4	10.9	130.0	11.7	127.2	10.1
	2021			127.3	11.3	127.4	11.3	127.1	11.4
	2022			128.8	11.6	127.0	12.2	129.9	11.2
	2023			128.6	10.9	130.0	12.1	127.2	9.4
	2024			128.2	11.3	128.9	12.7	127.7	10.2
	拡張期 2020			75.8	9.3	75.5	9.8	76.1	9.0
	2021			73.6	9.4	71.6	9.4	76.0	8.8
	2022			73.9	10.7	67.7	11.3	77.5	8.5
	2023			73.7	10.0	71.3	10.3	76.1	9.2
	2024			72.7	10.6	69.5	12.2	75.0	8.5
	収縮期n=			203		84		119	
	拡張期n=			202		84		118	
家庭血圧 前回 (mmHg)	収縮期 2020			127.2	11.6	126.8	12.5	127.5	10.9
	2021			127.8	11.4	128.1	11.0	127.3	12.0
	2022			127.3	9.9	128.3	9.4	126.5	10.3
	2023			126.5	11.1	128.1	11.6	124.4	9.9
	2024			128.3	12.4	129.6	12.7	127.4	12.1
	拡張期 2020			75.2	9.5	73.1	10.3	76.7	8.5
	2021			74.0	9.1	72.4	8.9	76.0	9.0
	2022			72.4	10.2	69.1	10.9	74.8	8.8
	2023			72.0	9.9	70.8	11.0	73.7	7.9
	2024			72.3	9.4	71.1	9.5	73.0	9.2
	収縮期n=			194		74		120	
	拡張期n=			194		74		120	

※診察室血圧をここでは外来血圧としている

登録症例全体の外来血圧と家庭血圧は5年間で変化はほとんどなく、2024年の外来血圧（1回目）収縮期平均値は132.9mmHg（±16.7）、拡張期平均値は72.2mHg（±11.5）、家庭血圧（直近）収縮期平均値は128.2mmHg（±11.3）、拡張期平均値は72.7mmHg（±10.6）であった。専門医症例の方が一般医症例に比べ外来血圧が収縮期、拡張期ともにやや高いが、5年間でほぼ変化ない。

表4-5　（参考）家庭血圧の測定

	2020	2021	2022	2023	2024	n
一般医症例	16.2%	16.4%	12.6%	19.1%	14.1%	597
専門医症例	85.2%	51.0%	80.0%	75.5%	76.8%	155

家庭血圧値が登録されていた割合は、一般医症例では14％、専門医症例では77％であった。家庭血圧の測定意義は十分周知されているものと思われるが、一般医症例、専門医症例ともに5年間で大きな増加は見られなかった。

表4-6 検査値（検査値の分布を表4-17に掲載）

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		n =		n =	752	n =	597	n =	155
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
HbA1c（%）	2020			6.8	1.0	6.9	1.0	6.3	0.9
	2021			6.8	1.0	7.0	0.9	6.3	0.9
	2022			6.9	1.0	7.0	0.9	6.4	1.0
	2023			6.8	1.0	7.0	0.9	6.3	0.9
	2024			6.8	1.0	7.0	0.9	6.3	1.0
	n			734		590		144	
血糖値（随時）（mg/dL）	2020			151.9	54.0	157.5	54.0	126.9	46.7
	2021			151.7	50.4	156.5	50.7	131.0	43.7
	2022			149.7	47.1	155.4	47.7	123.3	33.5
	2023			150.0	51.6	155.0	49.9	127.8	53.3
	2024			151.7	51.9	157.7	51.3	125.4	46.3
	n			567		462		105	
血糖値（空腹時）（mg/dL）	2020			124.3	26.6	127.0	27.0	107.6	16.1
	2021			126.9	30.9	129.9	31.4	107.7	18.3
	2022			125.0	27.8	128.1	28.1	106.1	16.5
	2023			125.2	28.7	127.6	29.4	110.0	17.2
	2024			124.7	27.2	126.4	27.4	114.0	23.4
	n			313		270		43	
中性脂肪（mg/dL）	2020			155.3	101.7	155.0	104.3	156.3	91.5
	2021			146.0	101.2	147.7	104.9	139.8	86.7
	2022			145.1	102.5	147.3	106.1	136.8	87.5
	2023			141.8	94.5	143.4	96.5	136.0	87.2
	2024			138.9	91.3	139.7	93.6	136.2	82.8
	n			694		542		152	
LDL（mg/dL）	2020			106.4	37.6	105.9	39.8	108.4	28.1
	2021			105.5	32.3	105.7	30.5	104.8	38.3
	2022			104.5	31.7	104.6	33.4	104.0	24.2
	2023			101.0	27.0	100.5	27.4	103.0	25.3
	2024			99.8	26.9	99.6	27.8	100.6	23.2
	n			711		564		147	
HDL（mg/dL）	2020			56.3	15.1	54.8	14.0	61.6	17.3
	2021			57.0	15.6	55.1	14.0	63.7	18.6
	2022			57.5	15.9	55.8	14.2	63.7	19.8
	2023			57.4	16.0	55.9	15.2	62.8	17.4
	2024			57.5	15.9	55.8	14.8	63.3	18.1
	n			691		539		152	
総コレステロール（mg/dL）	2020			185.7	34.2	185.4	34.2	194.9	36.8
	2021			185.1	32.9	184.9	33.0	187.8	30.6
	2022			185.7	34.4	185.9	34.1	182.8	40.0
	2023			182.0	35.3	182.5	35.2	165.0	35.6
	2024			179.2	34.5	179.4	34.3	173.4	39.2
	n			425		411		14	
血清クレアチニン（mg/dL）	2020			0.9	0.3	0.9	0.3	0.9	0.3
	2021			0.9	0.6	0.9	0.7	0.9	0.3
	2022			0.9	0.6	0.9	0.7	0.9	0.3
	2023			1.0	0.9	1.0	0.7	1.0	1.5
	2024			1.0	0.6	1.0	0.6	0.9	0.3
	n			717		569		148	
尿アルブミン/クレアチニン（mg/gCr）	2020			103.6	439.0	112.8	464.5	30.0	52.3
	2021			74.8	195.9	79.6	205.4	35.8	76.6
	2022			100.0	330.5	107.0	348.8	44.9	89.8
	2023			115.3	369.1	118.6	352.4	97.6	450.6
	2024			116.3	332.7	123.7	354.0	81.7	204.2
	n			448		369		79	
ALT（U/L）	2020			24.6	16.9	24.6	16.6	24.8	17.8
	2021			23.9	15.2	23.9	15.8	23.6	12.9
	2022			22.6	15.9	22.5	16.8	22.8	11.7
	2023			22.6	14.9	22.6	15.6	22.4	12.0
	2024			21.0	14.0	20.7	13.7	21.9	15.2
	n			705		558		147	

表4-6 検査値（続き）

eGFR（mL/min/1.73㎡）	2020		66.8	18.8	67.6	19.4	64.1	16.6
	2021		65.8	19.7	66.2	20.3	64.4	17.3
	2022		64.2	19.5	64.5	20.3	62.7	16.3
	2023		62.7	20.7	63.2	21.2	60.5	18.5
	2024		62.0	20.1	62.4	20.6	60.3	18.3
	n		717		569		148	
尿酸値（mg/dL）	2020		5.4	1.3	5.5	1.3	5.4	1.2
	2021		5.4	1.4	5.4	1.5	5.2	1.2
	2022		5.3	1.3	5.4	1.4	5.1	1.1
	2023		5.3	1.3	5.4	1.4	5.1	1.2
	2024		5.3	1.4	5.3	1.4	5.2	1.2
	n		686		537		149	

表4-7 脈拍数

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
		平均値 標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
脈拍数（外来血圧測定時）	1回目2020		77.4	13.2	78.4	14.2	76.4	12.1
	2021		77.8	11.8	77.8	12.6	77.8	10.4
	2022		76.0	12.4	74.7	12.4	79.5	11.7
	2023		75.7	12.7	74.9	12.7	78.2	12.7
	2024		75.2	12.8	74.0	12.4	78.8	13.4
	2回目2020		75.4	12.9	76.3	12.6	74.0	13.3
	2021		75.6	11.1	76.9	12.1	73.5	9.1
	2022		74.4	12.3	71.0	10.9	78.5	12.7
	2023		74.9	12.7	73.3	12.2	77.6	13.1
	2024		74.8	13.9	72.3	13.3	78.3	14.0
	1回目n=		593		445		148	
	2回目n=		211		124		87	
脈拍数（家庭血圧測定時）	直近2020		68.9	10.3	71.0	13.3	68.2	9.1
	2021		71.0	10.3	73.6	11.3	69.1	9.1
	2022		69.4	9.9	70.6	11.5	69.0	9.4
	2023		69.1	10.0	70.8	10.5	67.6	9.4
	2024		71.7	11.1	74.4	11.5	70.4	10.7
	前回2020		68.3	9.5	72.8	10.7	66.7	8.6
	2021		69.0	9.2	71.7	10.0	67.0	8.0
	2022		68.6	10.1	70.8	11.8	68.0	9.5
	2023		69.4	10.9	70.9	11.1	68.0	10.6
	2024		72.8	12.4	72.1	11.1	73.1	13.0
	直近n=		123		40		83	
	前回n=		135		40		95	

4－2 併発疾患

冠動脈疾患、脳血管疾患、がん、心不全、不整脈、その他の併発疾患の診断がある症例割合を表4-8に示す。高血圧症コホートは2020年度開始のため、5年間の経過であるが、いずれの疾患も軽度に増加傾向で、患者の高齢化を反映しているものと思われる。また、脂質異常症は全体で48.7%（2020年）から71.0%（2024年）に増加し、一般医症例は42.9%⇒70.9%、専門医症例は71.0%⇒71.6%で、一般医症例、専門医症例いずれの症例でも増加している。認知症の割合は専門医症例でわずかにお多いが、フレイルの割合は一般医症例で若干高い。一方、不整脈やがん・悪性腫瘍の併発割合は専門医症例の方が高く、一般医症例と専門医症例では、糖尿病コホート同様に、背景となる集団構成が異なることの影響が示唆される。

糖尿病コホート症例（表3-7）と比べると、全体では2020年開始時点において冠動脈疾患、脳血管疾患、心不全、不整脈の併発割合が高い。一方、フレイルや認知症は糖尿病コホート症例と同様に増加していた。

表4-8 併発疾患の診断がある症例の割合（%）（2020年～2024年）

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
%		n =	n = 752	n = 597	n = 155
冠動脈疾患	2020		8.5	9.2	5.8
	2021		9.2	10.1	5.8
	2022		9.6	10.6	5.8
	2023		10.0	10.9	6.5
	2024		11.3	12.4	7.1
脳血管疾患	2020		6.9	6.4	9.0
	2021		7.2	6.7	9.0
	2022		7.6	7.2	9.0
	2023		8.8	8.7	9.0
	2024		9.2	9.4	8.4
がん・悪性腫瘍	2020		7.0	6.4	9.7
	2021		7.6	6.7	11.0
	2022		8.6	8.0	11.0
	2023		9.7	8.5	14.2
	2024		10.8	9.9	14.2
心不全	2020		5.2	4.1	10.8
	2021		5.5	4.4	11.3
	2022		6.1	5.2	9.5
	2023		6.7	5.8	10.2
	2024		7.3	5.7	13.7
不整脈	2020		8.0	6.3	12.6
	2021		9.4	8.5	12.4
	2022		9.4	8.4	13.2
	2023		10.5	9.5	14.5
	2024		11.2	10.5	13.9
脂質異常症	2020		48.7	42.9	71.0
	2021		55.2	50.8	72.3
	2022		65.2	63.8	70.3
	2023		68.8	68.8	68.4
	2024		71.0	70.9	71.6
高コレステロール血症	2020		25.1	21.3	40.0
	2021		31.5	29.1	40.6
	2022		43.8	44.9	39.4
	2023		53.9	55.9	45.8
	2024		55.5	57.6	47.1
高中性脂肪血症	2020		17.3	13.6	31.6
	2021		20.1	16.9	32.3
	2022		23.3	20.9	32.3
	2023		25.5	24.3	30.3
	2024		26.5	25.5	30.3
フレイル	2020		1.1	1.4	0.0
	2021		1.6	1.9	0.0
	2022		2.8	3.2	1.4
	2023		4.1	4.3	3.4
	2024		5.0	5.2	4.1
認知症 （75歳以上）	2020		2.8	3.2	1.8
	2021		4.6	5.1	3.2
	2022		4.8	5.0	4.5
	2023		5.1	4.7	6.2
	2024		4.5	4.1	5.7
アルツハイマー型	2023		2.2	2.6	1.2
	2024		2.3	2.2	2.3
血管性	2023		0.6	0.9	0.0
	2024		0.6	0.7	0.0
上記以外	2023		0.3	0.0	1.2
	2024		0.0	0.0	0.0

表4-9 併発疾患の詳細(2024)

%	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
冠動脈疾患あり		11.3	12.4	7.1
造影検査あり		1.3	1.5	0.6
その他検査等		0.1	0.2	0.0
心筋梗塞		3.9	4.7	0.6
狭心症		6.4	7.0	3.9
血行再建治療あり		5.2	5.7	3.2
脳血管疾患あり		9.2	9.4	8.4
脳梗塞		6.9	7.2	5.8
脳出血		0.5	0.7	0.0
くも膜下出血		0.3	0.3	0.0
一過性脳虚血発作		0.5	0.7	0.0
がん・悪性腫瘍あり		10.8	9.9	14.2
胃がん		2.0	1.7	3.2
肺がん		1.3	1.0	2.6
大腸がん		2.4	2.0	3.9
乳がん		0.9	1.2	0.0
肝臓がん		0.8	0.7	1.3
すい臓がん		0.1	0.2	0.0
子宮体がん		0.3	0.2	0.6
膀胱がん		0.8	0.8	0.6
前立腺がん		0.8	0.8	0.6
その他		3.7	3.4	5.2
心不全あり		7.3	5.7	13.7
軽度		4.9	3.4	11.0
中等度		1.1	1.2	0.7
重度		0.3	0.2	0.7

がんの「その他」は、リンパ腫を含む

各併発疾患の詳細（2024年）を表4-9に示す。冠動脈疾患は、2020年の登録開始時から一般医での併発割合が専門医症例での併発割合よりも高く、内訳では狭心症の併発割合が高い。また、冠動脈疾患併発ありのうち、約半数が血行再建治療後であった。脳血管疾患の併発の割合も一般医症例の方がやや高く、内訳ではいずれも脳梗塞の併発割合が高い。一方、糖尿病コホート症例に比べると全体で脳出血やくも膜下出血の割合がやや高い傾向が見られた。

4－3 処方薬の使用割合 （降圧薬、脂質異常症薬、抗血栓薬、抗認知症薬）

表4-10 降圧薬

%	年	貴院	全体	高血圧一般医症例	高血圧専門医症例	糖尿病一般医症例	糖尿病専門医症例※
	n=		752	597	155	332	420
ARB（アンジオテンシンII受容体拮抗薬 ）	2020		64.6	59.0	86.5	71.7	59.0
	2021		66.4	62.0	83.2	68.7	64.5
	2022		64.4	61.0	77.4	65.7	63.3
	2023		61.8	60.1	68.4	61.7	61.9
	2024		60.8	59.8	64.5	57.5	63.3
カルシウム拮抗薬	2020		57.3	53.6	71.6	63.6	52.4
	2021		59.2	55.9	71.6	64.2	55.2
	2022		61.7	59.1	71.6	64.5	59.5
	2023		62.6	61.3	67.7	64.5	61.2
	2024		60.5	59.6	63.9	61.7	59.5
利尿薬	2020		13.8	13.4	15.5	14.8	13.1
	2021		14.2	13.6	16.8	16.9	12.1
	2022		11.3	11.6	10.3	11.4	11.2
	2023		13.3	13.7	11.6	14.8	12.1
	2024		11.0	11.1	11.0	11.1	11.0
β遮断薬	2020		10.5	7.0	23.9	16.0	6.2
	2021		11.8	9.5	20.6	16.0	8.6
	2022		11.6	9.2	20.6	16.0	8.1
	2023		13.8	10.6	26.5	18.1	10.5
	2024		13.7	10.2	27.1	17.5	10.7
ACE阻害薬	2020		2.9	3.7	0.0	2.7	3.1
	2021		3.7	4.7	0.0	4.2	3.3
	2022		3.9	4.9	0.0	4.2	3.6
	2023		3.2	3.9	0.6	3.6	2.9
	2024		2.9	3.5	0.6	3.3	2.6
鉱質コルチコイド受容体(MR)拮抗薬	2020		0.5	0.0	2.6	0.9	0.2
	2021		2.7	1.5	7.1	3.3	2.1
	2022		4.5	3.5	8.4	4.8	4.3
	2023		7.4	5.5	14.8	8.1	6.9
	2024		9.0	6.7	18.1	7.8	10.0
α遮断薬	2020		2.7	2.3	3.9	2.4	2.9
	2021		2.9	2.7	3.9	2.7	3.1
	2022		3.9	2.5	9.0	4.8	3.1
	2023		3.5	2.5	7.1	3.0	3.8
	2024		3.6	2.7	7.1	3.3	3.8
ARNI	2022		3.1	0.7	12.3	6.6	0.2
	2023		3.9	1.3	13.5	7.2	1.2
	2024		5.2	2.7	14.8	9.0	2.1
その他の降圧薬	2020		0.4	0.5	0.0	0.3	0.5
	2021		1.2	1.2	1.3	1.8	0.7
	2022		1.2	1.2	1.3	1.2	1.2
	2023		1.7	1.5	2.6	1.2	2.1
	2024		0.9	1.0	0.6	0.6	1.2

糖尿病専門医は日本糖尿病学会認定の専門医
高血圧専門医は日本高血圧学会認定の専門医

表4-11 脂質異常症薬

%	年	貴院	全体	高血圧一般医症例	高血圧専門医症例	糖尿病一般医症例	糖尿病専門医症例
スタチン系（HMG-CoA還元酵素阻害薬）	2020		46.3	43.6	56.8	50.9	42.6
	2021		48.5	46.1	58.1	51.2	46.4
	2022		48.1	46.4	54.8	51.8	45.2
	2023		50.0	47.4	60.0	54.5	46.4
	2024		49.6	47.2	58.7	52.4	47.4

表4-12 抗血栓薬

%	年	貴院	全体	高血圧一般医症例	高血圧専門医症例	糖尿病一般医症例	糖尿病専門医症例
抗血小板薬	2020		11.7	12.2	9.7	13.6	10.2
	2021		12.5	13.4	9.0	13.3	11.9
	2022		12.9	13.9	9.0	14.5	11.7
	2023		13.7	14.6	10.3	14.2	13.3
	2024		12.9	14.2	7.7	15.4	11.0
抗凝固薬	2020		2.9	2.7	3.9	3.6	2.4
	2021		3.5	3.2	4.5	4.2	2.9
	2022		3.1	2.7	4.5	3.6	2.6
	2023		4.0	3.5	5.8	4.8	3.3
	2024		4.9	4.0	8.4	6.0	4.0
ワルファリン	2020		0.5	0.7	0.0	0.6	0.5
	2021		0.5	0.7	0.0	0.9	0.2
	2022		0.4	0.5	0.0	0.6	0.2
	2023		0.4	0.5	0.0	0.3	0.5
	2024		0.5	0.7	0.0	0.6	0.5
DOAC	2020		2.3	1.8	3.9	3.0	1.7
	2021		2.5	2.0	4.5	3.3	1.9
	2022		2.4	2.2	3.2	2.4	2.4
	2023		3.2	2.5	5.8	3.9	2.6
	2024		3.9	2.8	7.7	5.1	2.9
その他	2020		0.1	0.0	0.6	0.3	0.0
	2021		0.5	0.5	0.6	0.9	0.2
	2022		0.3	0.3	0.0	0.3	0.2
	2023		0.5	0.7	0.0	0.3	0.7
	2024		0.8	1.0	0.0	0.3	1.2

表4-13 抗認知症薬（%）－75歳以上

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
コリンエステラーゼ阻害薬	2023		2.2	1.7	3.7
	2024		1.1	0.7	2.3
NMDA受容体阻害薬	2023		0.6	0.4	1.2
	2024		0.6	0.4	1.1

※抗認知症薬の割合は75歳以上を対象としているため、母数は毎年変化

図4-1 降圧薬の処方割合の推移

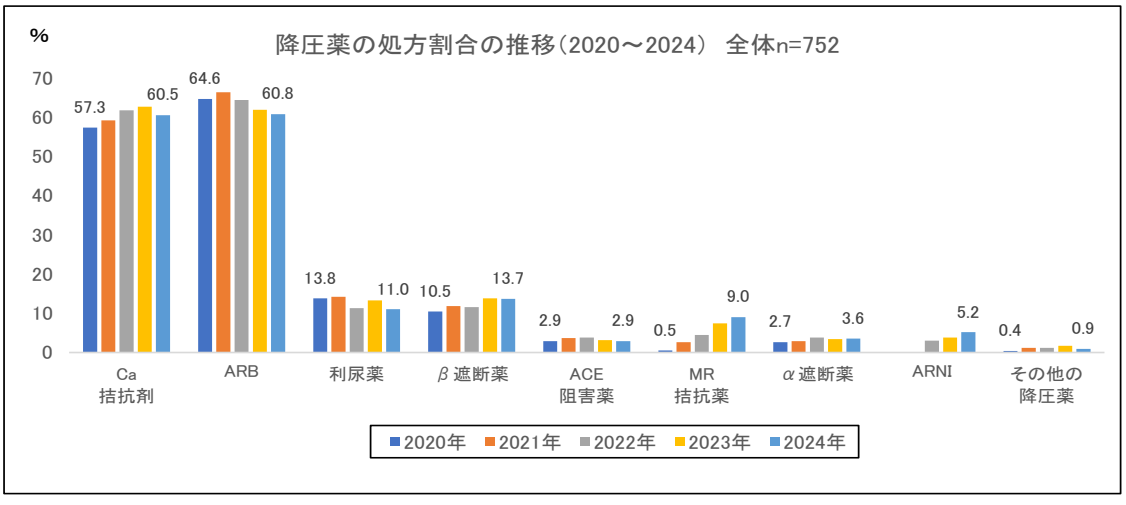
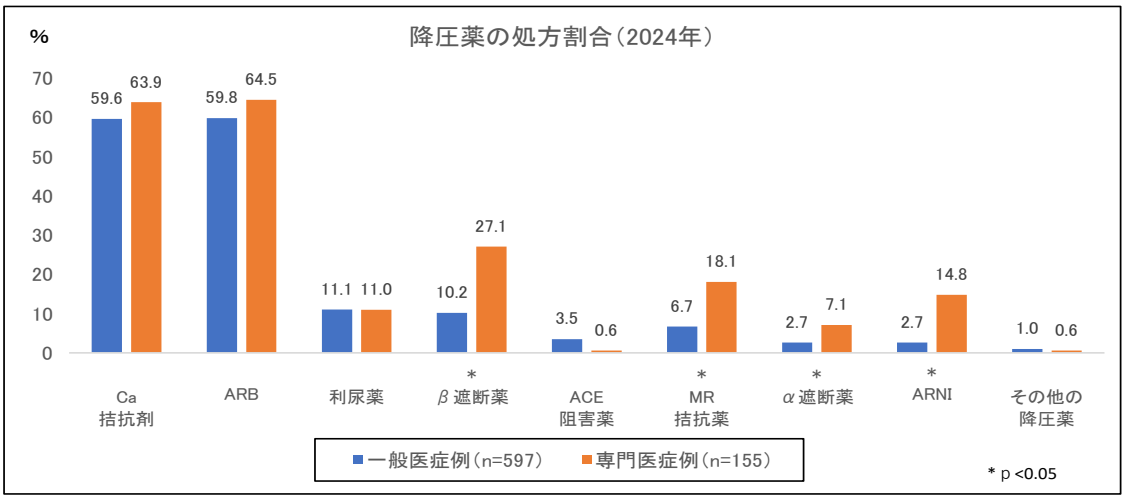


図4-2 降圧薬の処方割合 専門医症例と一般医症例（2024年のみ）



降圧薬の処方は、高血圧一般医症例、高血圧専門医症例ともにARB（アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬）とカルシウム拮抗薬が約6割と多く、利尿薬が約1割であった。降圧薬の処方割合は全体には2020年から2024年の5年間で大きな変化はないが、MR拮抗薬（鉱質コルチコイド受容体拮抗薬）の処方割合が一般医症例、専門医症例の両方で大きく増加している。

専門医症例では、ACE阻害薬を除くいずれの薬剤も一般医症例に比べて処方割合が高い。特にMR拮抗薬とARNIは一般医症例での使用割合がそれぞれ6.7%、2.7%であるが、専門医症例では18.1%、14.8%で差が見られた。一方、ACE阻害薬は一般医症例での処方割合が3.5%に対して専門医症例では0.6%と使用割合が少なかった。これらの傾向は前年度と同様で

あった。

4－4 治療支援と塩分摂取量、嗜好（喫煙・飲酒）

表4-14 食事、運動、減塩の支援

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
%		あり	あり	あり	あり
食事療法	2020		95.3	94.8	97.4
	2021		96.2	95.5	98.7
	2022		95.8	94.9	99.3
	2023		95.2	93.9	100.0
	2024		94.8	93.5	100.0
	n		750	597	153
運動療法	2020		80.0	81.9	72.9
	2021		80.6	82.5	73.5
	2022		80.3	82.1	73.4
	2023		79.7	81.1	74.2
	2024		78.3	79.4	74.0
	n		746	592	154
減塩の支援	2020		87.5	79.4	100.0
	2021		80.3	76.2	98.1
	2022		84.4	83.1	89.2
	2023		84.8	83.4	89.9
	2024		84.4	83.1	89.3
	n		707	557	150

表4-15 推定塩分摂取量(2020～2024)推定塩分摂取量は随時尿（起床後第2尿）検査による推定値

		貴院		全体		一般医症例		専門医症例	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
推定塩分摂取量(g)1日	2020			9.6	2.8	10.3	3.0	9.1	2.5
	2021			9.1	2.6	9.6	2.9	8.7	2.4
	2022			8.8	2.7	9.8	3.4	8.3	2.2
	2023			9.6	2.6	10.3	2.5	9.1	2.5
	2024			8.6	2.7	10.7	2.9	8.0	2.3
	n			171		39		132	

高血圧症患者への治療支援の実施率（2024年）は、全体で食事療法が94.8%、運動療法78.3%、減塩支援は84.4%で高い割合であった（表4-14）。1日の推定塩分摂取量は一般医症例で10.7g(±2.9)、専門医症例で8.0g(±2.3)であった（表4-15）。特に専門医症例では、減塩支援を行っている症例の8割以上で推定塩分摂取量の記載があり、日常診療において推定塩分摂取量を用いた減塩の支援が浸透しているものと推察される。

なお、推定塩分摂取量は随時尿から算出する手法が用いられており、日本高血圧学会では簡易ツールを公開している。

スポット尿による食塩・カリウム摂取量推定ツール：
https://www.jpnsh.jp/natkali-e/

表4-16 喫煙・飲酒頻度

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
	2020	%	18.8	%	20.5	%	12.3	%
	2021	%	18.4	%	20.1	%	11.6	%
喫煙　有り	2022	%	18.5	%	20.3	%	11.7	%
	2023	%	18.8	%	20.5	%	12.3	%
	2024	%	18.4	%	20.0	%	12.4	%
飲酒　毎日	2020	%	21.4	%	20.7	%	24.2	%
週に4～6日		%	6.2	%	5.7	%	8.1	%
週に1～3日		%	11.5	%	11.5	%	11.4	%
飲酒　毎日	2021	%	21.2	%	20.5	%	24.2	%
週に4～6日		%	6.3	%	5.5	%	9.4	%
週に1～3日		%	11.0	%	11.0	%	10.7	%
飲酒　毎日	2022	%	20.8	%	20.2	%	23.0	%
週に4～6日		%	6.6	%	5.8	%	9.9	%
週に1～3日		%	10.7	%	10.9	%	9.9	%
飲酒　毎日	2023	%	21.2	%	21.0	%	22.1	%
週に4～6日		%	6.3	%	5.5	%	9.7	%
週に1～3日		%	10.5	%	10.6	%	10.4	%
飲酒　毎日	2024	%	21.1	%	20.6	%	22.9	%
週に4～6日		%	6.3	%	5.3	%	10.5	%
週に1～3日		%	10.1	%	10.2	%	9.8	%

喫煙有りの割合は全体で18.4％（2020年は18.8％）で5年間の間に大きな変化は見られない。一般医症例は20.0%でやや高い割合となっている。また、飲酒頻度については、全体で毎日が21.1％、週に4～6日が6.3％、週に1～3日が10.1％で、いずれも2020年から変化は見られなかった。これらは一般医症例、専門医症例でも同様であった。

４－５　検査値の分布（2023年と2024年）

以下では2023年度と2024年度の直近2年間分について、それぞれ検査値の診断基準値を用いて分布を示す。その割合や改善度合いはアウトカムの参考値となる。

（検査に応じて母数が変動しているため、ｎ値を下段に記載している。検査値区分が３つ以上の項目は2023年と2024年を別表にして表示）

表4-17　検査値の分布

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
BMI								
BMI（kg/㎡） 2023年								
18.5未満		%	3.2	%	3.7	%	1.3	%
18.5以上25未満		%	51.7	%	50.9	%	54.7	%
25以上30未満		%	32.9	%	32.8	%	33.3	%
30以上		%	12.2	%	12.6	%	10.7	%
BMI（kg/㎡） 2024年								
18.5未満		%	2.8	%	3.2	%	1.3	%
18.5以上25未満		%	54.3	%	53.7	%	56.3	%
25以上30未満		%	31.7	%	31.0	%	34.4	%
30以上		%	11.2	%	12.1	%	7.9	%
	n		739		588		151	
外来血圧								
外来血圧　1回目　収縮期(mmHg)								
130以上	2023年	%	61.3	%	59.0	%	70.1	%
	2024年	%	56.6	%	53.2	%	69.5	%
140以上	2023年	%	33.8	%	31.2	%	44.2	%
	2024年	%	30.9	%	28.1	%	41.6	%
	n		748		594		154	
外来血圧　1回目　拡張期(mmHg)								
80以上	2023年	%	32.5	%	28.4	%	48.7	%
	2024年	%	28.2	%	23.9	%	44.8	%
90以上	2023年	%	9.6	%	8.2	%	14.9	%
	2024年	%	6.7	%	4.9	%	13.6	%
	n		748		594		154	
外来血圧　2回目　収縮期(mmHg)								
130以上	2023年	%	66.8	%	63.6	%	73.8	%
	2024年	%	66.3	%	63.0	%	72.0	%
140以上	2023年	%	41.2	%	36.4	%	51.5	%
	2024年	%	39.9	%	38.8	%	41.9	%
	n		258		165		93	
外来血圧　2回目　拡張期(mmHg)								
80以上	2023年	%	31.4	%	28.4	%	37.9	%
	2024年	%	30.2	%	25.5	%	38.7	%
90以上	2023年	%	8.2	%	7.6	%	9.7	%
	2024年	%	7.0	%	6.7	%	7.5	%
	n		258		165		93	

		貴院	全体		一般医症例		※専門医症例	
家庭血圧								
家庭血圧　直近　収縮期(mmHg)								
125以上	2023年	%	66.2	%	69.3	%	63.2	%
	2024年	%	63.1	%	58.3	%	66.4	%
135以上	2023年	%	29.4	%	36.0	%	23.1	%
	2024年	%	28.1	%	32.1	%	25.2	%
	n		203		84		119	
家庭血圧　直近　拡張期(mmHg)								
80以上	2023年	%	31.3	%	25.4	%	37.1	%
	2024年	%	30.2	%	27.4	%	32.2	%
85以上	2023年	%	13.9	%	9.6	%	18.1	%
	2024年	%	14.4	%	10.7	%	16.9	%
	n		202		84		118	
家庭血圧　前回　収縮期(mmHg)								
125以上	2023年	%	59.4	%	63.5	%	53.7	%
	2024年	%	66.0	%	70.3	%	63.3	%
135以上	2023年	%	21.3	%	25.2	%	15.9	%
	2024年	%	30.9	%	35.1	%	28.3	%
	n		194		74		120	
家庭血圧　前回　拡張期(mmHg)								
80以上	2023年	%	24.5	%	20.9	%	29.6	%
	2024年	%	23.7	%	24.3	%	23.3	%
85以上	2023年	%	10.2	%	11.3	%	8.6	%
	2024年	%	8.8	%	5.4	%	10.8	%
	n		194		74		120	
HbA1c								
HbA1c(%)　2023年								
6.0未満		%	16.3	%	9.6	%	44.4	%
6.0～6.5未満		%	21.0	%	21.1	%	20.4	%
6.5～7.0未満		%	22.9	%	25.1	%	13.4	%
7.0～7.5未満		%	18.0	%	19.7	%	10.6	%
7.5～8.0未満		%	10.7	%	11.8	%	6.3	%
8.0～8.5未満		%	4.4	%	4.9	%	2.1	%
8.5以上		%	6.8	%	7.8	%	2.8	%
HbA1c(%)　2024年								
6.0未満		%	16.1	%	9.7	%	42.4	%
6.0～6.5未満		%	18.9	%	19.2	%	18.1	%
6.5～7.0未満		%	26.6	%	29.3	%	15.3	%
7.0～7.5未満		%	16.5	%	18.3	%	9.0	%
7.5～8.0未満		%	10.4	%	10.5	%	9.7	%
8.0～8.5未満		%	5.7	%	6.1	%	4.2	%
8.5以上		%	5.9	%	6.9	%	1.4	%
	n		734		590		144	

		貴院	全体	一般医症例	専門医症例
血糖値					
空腹時血糖値（mg/dL）					
110以上	2023年	%	71.3 %	75.1 %	47.6 %
	2024年	%	69.3 %	73.0 %	46.5 %
126以上	2023年	%	41.7 %	44.9 %	21.4 %
	2024年	%	42.8 %	46.3 %	20.9 %
	n		313	270	43
随時血糖値（mg/dL）					
140以上	2023年	%	51.1 %	56.4 %	27.6 %
	2024年	%	53.1 %	59.1 %	26.7 %
200以上	2023年	%	13.8 %	14.5 %	10.5 %
	2024年	%	14.6 %	16.2 %	7.6 %
	n		567	462	105
中性脂肪					
中性脂肪(mg/dL)					
150未満	2023年	%	68.1 %	67.3 %	70.8 %
	2024年	%	66.7 %	66.2 %	68.4 %
150以上	2023年	%	31.9 %	32.7 %	29.2 %
	2024年	%	33.3 %	33.8 %	31.6 %
	n		694	542	152
LDL					
LDL(mg/dL)					
120未満	2023年	%	75.2 %	75.0 %	75.7 %
	2024年	%	79.3 %	78.7 %	81.6 %
120以上	2023年	%	24.8 %	25.0 %	24.3 %
	2024年	%	20.7 %	21.3 %	18.4 %
	n		711	564	147
HDL					
HDL(mg/dL)					
40未満	2023年	%	9.7 %	10.4 %	7.2 %
	2024年	%	7.8 %	8.5 %	5.3 %
40以上	2023年	%	90.3 %	89.6 %	92.8 %
	2024年	%	92.2 %	91.5 %	94.7 %
	n		691	539	152
総コレステロール					
総コレステロール(mg/dL)					
220未満	2023年	%	88.1 %	87.9 %	92.3 %
	2024年	%	88.5 %	88.6 %	85.7 %
220以上	2023年	%	11.9 %	12.1 %	7.7 %
	2024年	%	11.5 %	11.4 %	14.3 %
	n		425	411	14

		貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
尿酸値								
尿酸値(mg/dL)								
7未満	2023年	%	89.4	%	88.7	%	92.1	%
	2024年	%	91.7	%	91.2	%	93.3	%
7以上	2023年	%	10.6	%	11.3	%	7.9	%
	2024年	%	8.3	%	8.8	%	6.7	%
	n		686		537		149	
尿蛋白								
尿蛋白　2023年								
－		%	58.2	%	55.0	%	70.9	%
±		%	18.7	%	19.5	%	15.5	%
＋		%	12.6	%	14.0	%	6.8	%
2＋以上		%	7.8	%	9.4	%	1.4	%
未評価・不明		%	2.7	%	2.1	%	5.4	%
尿蛋白　2024年								
－		%	59.8	%	57.3	%	69.7	%
±		%	17.4	%	17.1	%	18.6	%
＋		%	11.9	%	13.7	%	4.8	%
2＋以上		%	9.2	%	10.5	%	4.1	%
未評価・不明		%	1.7	%	1.4	%	2.8	%
n			707		562		145	
eGFR								
eGFR(mL/min/1.73㎡)　2023年								
90以上		%	9.0	%	9.7	%	6.2	%
60以上90未満		%	46.4	%	46.6	%	45.5	%
45以上60未満		%	25.9	%	25.3	%	28.3	%
30以上45未満		%	13.4	%	12.5	%	17.2	%
30未満		%	5.3	%	6.0	%	2.8	%
eGFR(mL/min/1.73㎡)　2024年								
90以上		%	7.5	%	7.9	%	6.1	%
60以上90未満		%	46.3	%	47.5	%	41.9	%
45以上60未満		%	27.3	%	25.7	%	33.8	%
30以上45未満		%	13.0	%	12.7	%	14.2	%
30未満		%	5.9	%	6.3	%	4.1	%
n			717		569		148	

	貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
尿アルブミン/クレアチニン比							
尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr)　2023年							
30未満	%	61.7	%	59.2	%	75.0	%
30以上300未満	%	30.9	%	32.8	%	20.8	%
300以上	%	7.4	%	8.0	%	4.2	%
尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr)　2024年							
30未満	%	56.7	%	55.6	%	62.0	%
30以上300未満	%	34.6	%	35.5	%	30.4	%
300以上	%	8.7	%	8.9	%	7.6	%
n		448		369		79	
ALT							
ALT(U/L)							
30未満　2023年	%	80.2	%	80.9	%	77.7	%
30未満　2024年	%	84.4	%	84.8	%	83.0	%
30以上　2023年	%	19.8	%	19.1	%	22.3	%
30以上　2024年	%	15.6	%	15.2	%	17.0	%
n		705		558		147	
血清カリウム							
血清カリウム　(mEq/l)　2023年							
3.5以下	%	3.3	%	3.8	%	1.4	%
3.5より高く5.0より低い	%	84.3	%	83.5	%	87.1	%
5.0以上	%	12.4	%	12.7	%	11.4	%
血清カリウム　(mEq/l)　2024年							
3.5以下	%	3.5	%	4.0	%	2.0	%
3.5より高く5.0より低い	%	84.7	%	84.7	%	84.7	%
5.0以上	%	11.8	%	11.3	%	13.3	%
n		601		451		150	
血清アルブミン							
血清アルブミン (g/dL)　2023年							
3.9未満	%	11.2	%	11.4	%	10.7	%
3.9以上5.0未満	%	86.7	%	85.8	%	89.3	%
5.0以上	%	2.1	%	2.8	%	0.0	%
血清アルブミン (g/dL)　2024年							
3.9未満	%	15.0	%	17.0	%	9.0	%
3.9以上5.0未満	%	83.7	%	82.1	%	88.3	%
5.0以上	%	1.3	%	0.9	%	2.7	%
n		447		336		111	

	貴院	全体		一般医症例		専門医症例	
尿潜血							
尿潜血　2023年							
－	%	75.6	%	79.1	%	62.1	%
±	%	11.8	%	10.1	%	18.6	%
＋	%	6.3	%	5.2	%	10.3	%
2＋	%	2.4	%	2.1	%	3.4	%
3＋以上	%	0.6	%	0.5	%	0.7	%
肉眼的	%	0.0	%	0.0	%	0.0	%
未評価・不明	%	3.6	%	3.1	%	5.5	%
尿潜血　2024年							
－	%	73.4	%	76.8	%	60.0	%
±	%	13.0	%	12.2	%	15.9	%
＋	%	7.7	%	5.7	%	15.2	%
2＋	%	2.7	%	2.2	%	4.8	%
3＋以上	%	0.6	%	0.4	%	1.4	%
肉眼的	%	0.0	%	0.0	%	0.0	%
未評価・不明	%	2.7	%	2.7	%	2.8	%
n		702		557		145	

	貴院	全体	一般医症例	専門医症例
脈拍数				
脈拍数(外来血圧1回目　測定時)(bpm)　2023年				
60未満	%	6.4 %	5.8 %	8.3 %
60以上100未満	%	89.0 %	89.7 %	86.9 %
100以上	%	4.6 %	4.5 %	4.8 %
脈拍数(外来血圧1回目　測定時)(bpm)　2024年				
60未満	%	7.6 %	7.6 %	7.4 %
60以上100未満	%	88.4 %	89.0 %	86.5 %
100以上	%	4.0 %	3.4 %	6.1 %
n		593	445	148
脈拍数(外来血圧2回目　測定時)(bpm)　2023年				
60未満	%	8.2 %	7.6 %	9.2 %
60以上100未満	%	87.7 %	89.5 %	84.7 %
100以上	%	4.1 %	2.9 %	6.1 %
脈拍数(外来血圧2回目　測定時)(bpm)　2024年				
60未満	%	8.1 %	9.7 %	5.7 %
60以上100未満	%	87.7 %	85.5 %	90.8 %
100以上	%	4.3 %	4.8 %	3.4 %
n		211	124	87
脈拍数(家庭血圧直近　測定時)(bpm)　2023年				
60未満	%	17.5 %	12.5 %	21.9 %
60以上100未満	%	82.5 %	87.5 %	78.1 %
100以上	%	0.0 %	0.0 %	0.0 %
脈拍数(家庭血圧直近　測定時)(bpm)　2024年				
60未満	%	10.6 %	7.5 %	12.0 %
60以上100未満	%	88.6 %	90.0 %	88.0 %
100以上	%	0.8 %	2.5 %	0.0 %
n		123	40	83
脈拍数(家庭血圧前回　測定時)(bpm)　2023年				
60未満	%	17.0 %	14.1 %	19.7 %
60以上100未満	%	83.0 %	85.9 %	80.3 %
100以上	%	0.0 %	0.0 %	0.0 %
脈拍数(家庭血圧前回　測定時)(bpm)　2024年				
60未満	%	10.4 %	12.5 %	9.5 %
60以上100未満	%	86.7 %	87.5 %	86.3 %
100以上	%	3.0 %	0.0 %	4.2 %
n		135	40	95
塩分摂取量　随時尿(起床後第2尿)検査による推定値				
推定塩分摂取量(g)　2023年				
6.0未満	%	4.6 %	1.7 %	6.5 %
6.0以上10.0未満	%	51.6 %	43.3 %	57.0 %
10.0以上	%	43.8 %	55.0 %	36.6 %
推定塩分摂取量(g)　2024年				
6.0未満	%	4.7 %	0.0 %	6.1 %
6.0以上10.0未満	%	70.2 %	53.8 %	75.0 %
10.0以上	%	25.1 %	46.2 %	18.9 %
n		171	39	132

5. 2024年登録症例

5ー1　糖尿病症例　（2024年度「該当疾患：糖尿病」として登録された症例）

2024年度に登録された全糖尿病症例1,981症例（糖尿病コホートの645症例を含む）が対象

① 患者背景（年齢、性別、一般医・専門医症例別、HbA1c別）

表5-1　2024年糖尿病症例の患者背景 n=1981

	全体	性別		一般医症例			専門医症例		
		男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
年齢（歳）									
40歳未満	0.9%	0.7%	1.3%	0.4%	0.4%	0.3%	1.3%	0.9%	1.9%
40～50歳未満	3.9%	4.3%	3.3%	2.0%	2.3%	1.6%	5.4%	5.9%	4.5%
50～65歳未満	21.6%	24.4%	17.4%	17.3%	21.2%	10.7%	24.8%	26.8%	21.9%
65～75歳未満	31.2%	32.6%	29.0%	30.2%	33.1%	25.6%	31.9%	32.3%	31.4%
75歳以上	42.3%	38.0%	49.0%	50.1%	43.0%	61.8%	36.6%	34.1%	40.2%
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
n	1980	1198	782	840	523	317	1140	675	465
	100%	60.5%	39.5%	＊各項目欠損値を除いたn数を総数として割合を算出					
HbA1c （%）									
6.0未満	9.9%	10.5%	9.0%	12.8%	13.4%	11.7%	7.8%	8.3%	7.1%
6.0～6.5未満	20.0%	20.2%	19.7%	24.4%	24.4%	24.4%	16.8%	17.0%	16.4%
6.5～7.0未満	28.4%	27.3%	30.2%	28.6%	27.7%	30.2%	28.3%	27.0%	30.2%
7.0～7.5未満	20.1%	20.1%	20.1%	19.9%	19.8%	20.0%	20.2%	20.3%	20.1%
7.5～8.0未満	10.4%	11.2%	9.3%	6.9%	7.8%	5.4%	13.0%	13.8%	11.9%
8.0～8.5未満	5.7%	5.5%	6.0%	3.2%	2.9%	3.8%	7.6%	7.6%	7.6%
8.5以上	5.4%	5.2%	5.8%	4.2%	4.1%	4.4%	6.3%	6.1%	6.7%
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
n	1969	1191	778	831	516	315	1138	675	463

2024年度糖尿病登録症例の年齢、性別、HbA1cランク別の層別分布を表5-1に示す。全体の39.5%が女性、75歳以上の年代が約40%で、糖尿病コホートとほぼ同様の構成であった。一般医症例では75歳以上の割合が全体の50.1%と高く、特に女性では6割を超えている。専門医症例では75歳以上が全体の36.6%と最も多い年齢層となっているが、50歳～65歳も24.8%で若年層の症例も多く含まれている。

HbA1cの分布をみると、専門医症例ではHbA1c値7.5%以上の層の割合が一般医症例に比べて高く、糖尿病コホートと同様に一般医症例と専門医症例で症例集団の背景が異なることが示唆される。

② 検査値の層別解析（年齢、性別、罹患年数）

表5-2　検査値　ー性別・年齢階級別

		全体	年齢別			
			①65歳未満	②65歳～74歳	③75歳以上	
	n					
年齢	1980	70.7	55.4	70.2	80.6	*,**,#
性別 （女性%）	1981	39.5%	32.8%	36.7%	45.7%	**,#
体重 （kg）	1898	64.3	74.1	64.3	58.1	*,**,#
BMI （kg/m2）	1895	24.6	26.8	24.4	23.4	*,**,#
喫煙率 （現在 %）	1934	16.6%	25.9%	19.5%	8.6%	*,**,#
罹患年数	1844	16.1	12.6	15.9	18.5	*,**,#
HbA1c （%）	1969	6.9	7.1	6.9	6.9	*,#
収縮期血圧 （mmHg）	1974	129.4	126.9	130.0	130.4	*,#
拡張期血圧 （mmHg）	1974	72.2	76.2	72.9	69.2	*,**,#
総コレステロール値（mg/dL）	1070	181.6	190.1	181.5	175.3	*,**,#
LDL （mg/dL）	1678	100.4	106.9	98.9	97.3	*,#
HDL （mg/dL）	1675	57.5	56.2	58.6	57.4	*
中性脂肪 （mg/dL）	1700	139.6	162.7	136.4	127.0	*,**,#
eGFR （mL/min/1.73m2）	1669	66.2	78.0	66.0	58.6	*,**,#
ALT （U/L）	1635	22.3	28.3	21.6	18.9	*,**,#

*:①と②, **:②と③、#:①と③に5%水準で有意差あり

		全体	性別		
			男性	女性	
	n				
年齢	1980	70.7	69.9	71.9	*
性別 （女性%）	1981	39.5%	–	–	
体重 （kg）	1898	64.3	69.0	57.1	*
BMI （kg/m2）	1895	24.6	24.7	24.4	
喫煙率 （現在 %）	1934	16.6%	23.1%	6.7%	*
罹患年数	1844	16.1	16.4	15.7	
HbA1c （%）	1969	6.9	6.9	6.9	
収縮期血圧 （mmHg）	1974	129.4	129.0	130.0	
拡張期血圧 （mmHg）	1974	72.2	73.0	70.9	*
総コレステロール値（mg/dL）	1070	181.6	176.9	188.9	*
LDL （mg/dL）	1678	100.4	98.1	103.9	*
HDL （mg/dL）	1675	57.5	54.5	61.9	*
中性脂肪 （mg/dL）	1700	139.6	143.9	133.3	*
eGFR （mL/min/1.73m2）	1669	66.2	66.3	66.1	
ALT （U/L）	1635	22.3	23.4	20.8	*

*:5%水準で有意差あり

年齢階層別、性別の基本情報、検査平均値を表5-2に示す。

65歳未満、65歳～74歳、75歳以上をみると、年齢が低いほどBMI、喫煙率が高い。中性脂肪、ALT値も年齢が低いほど高く、有意差が見られる。男女別では喫煙率の差が大きい。

③ 糖尿病治療薬の処方割合（専門医症例・一般医症例別）

図5-1　糖尿病治療薬の処方割合（n=1981）

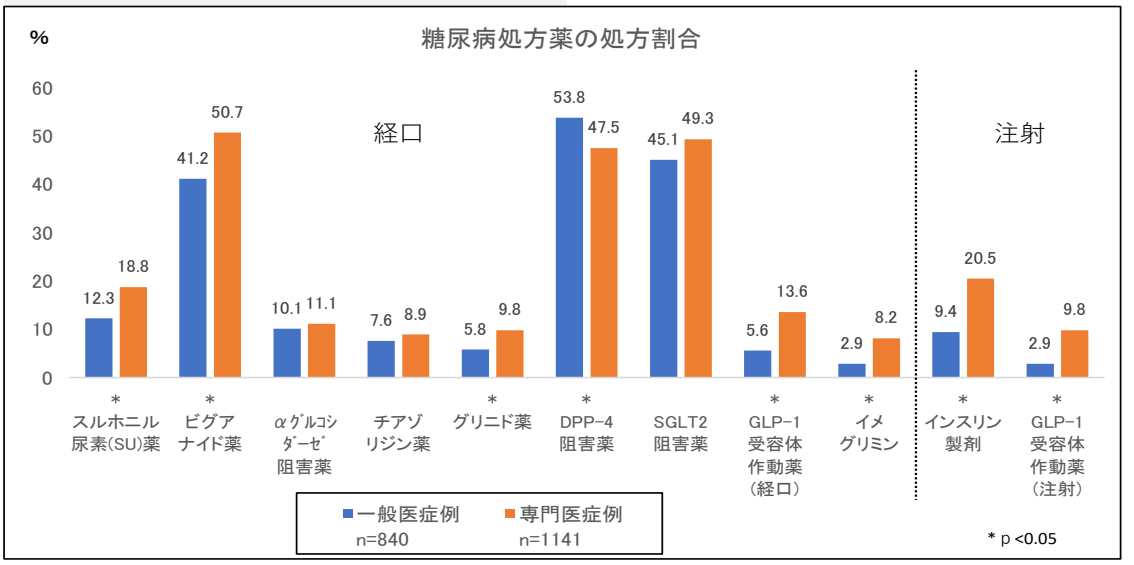


表5-3　糖尿病治療薬の処方数（一般医症例と専門医症例）

	平均値	標準偏差	n
糖尿病一般医	2.0	1.34	840
糖尿病専門医	2.5	1.31	1141
全体	2.3	1.35	1981

図5-1に糖尿病治療薬の処方割合を示す。糖尿病一般医症例ではDPP-4阻害薬が最多の54%で処方されている。次いでSGLT2阻害薬が45%、ビグアナイド薬が41%と続く。専門医症例では、ビグアナイド薬とSGLT2阻害薬が約50%処方されており、続いてDPP-4阻害薬が48%と続いている。専門医症例ではインスリン製剤も約2割で処方されている。傾向は糖尿病コホート症例の2023年と同様であった。

１症例当たり処方数の平均は、一般医症例は2.0剤、専門医症例は2.5剤で、専門医症例の処方薬剤数が多い（表5-3）。

5－2　高血圧症例　（2024年度「該当疾患：高血圧症」として登録された症例）

2024年度に登録された全高血圧症例1,976症例（高血圧症コホートの752症例を含む）が対象

① 患者背景（年齢、性別、一般医・専門医症例別）

表5-4　2024年高血圧症例の患者背景　n=1976

	全体			一般医症例			専門医症例		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性
40歳未満	0.5%	0.5%	0.3%	0.4%	0.4%	0.5%	0.6%	1.1%	0.0%
40～50歳未満	3.7%	4.2%	3.0%	3.5%	3.9%	2.9%	4.2%	5.2%	3.3%
50～65歳未満	19.1%	22.6%	14.6%	20.2%	23.3%	15.9%	16.1%	20.3%	12.0%
65～75歳未満	29.6%	32.9%	25.4%	31.2%	34.3%	26.8%	25.3%	28.4%	22.3%
75歳以上	47.2%	39.7%	56.6%	44.6%	38.0%	54.0%	53.8%	45.0%	62.4%
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
n	1974	1107	867	1429	836	593	545	271	274
	100%	56.1%	43.9%	＊各項目欠損値を除いたn数を総数として割合を算出					

2024年に高血圧症として登録された1976症例（うち性別不明の2症例除く）の年代別・性別・一般医症例/専門医症例別の内訳を表5-4に示す。女性が43.9%、年代別では75歳以上が47.2%を占め、糖尿病症例に比べて女性と75歳以上の症例割合が高い。

② 検査値の層別解析（年齢、性別）

※対象は2024 年に登録された高血圧症例

表5-5　検査値 -年齢別、男女別

		全体	年齢別			
			①65歳未満	②65歳～74歳	③75歳以上	
	n					
年齢 （歳）	1974	72.0	56.0	70.3	81.1	*,**,#
性別（女性%）	1976	43.9%	34.0%	37.7%	52.7%	**,#
BMI（kg/m2）	1894	24.8	27.1	24.8	23.6	*,**,#
喫煙率（現在）	1918	15.4%	25.3%	19.9%	7.6%	*,**,#
推定塩分摂取量	613	9.0	9.8	9.3	8.4	**,#
高血圧症罹患年数	1433	13.9	9.9	13.5	16.3	*,**,#
外来血圧　収縮期 （mmHg）	1964	132.9	131.1	132.8	133.9	#
外来血圧　拡張期 （mmHg）	1964	74.0	79.4	75.2	70.7	*,**,#
家庭血圧　収縮期 （mmHg）	616	125.5	124.1	124.4	126.8	**,#
家庭血圧　拡張期 （mmHg）	613	72.8	76.9	73.2	70.8	*,**,#
HbA1c （%）	1715	6.6	6.7	6.6	6.5	#
総コレステロール （mg/dl）	1029	184.2	193.4	182.6	179.6	*,#
LDL（mg/dl）	1647	101.9	107.7	101.2	99.6	*,#
HDL（mg/dl）	1634	58.9	57.8	58.2	60.1	**,#
中性脂肪 （mg/dl）	1662	140.0	170.3	139.0	125.6	*,**,#
ALT （U/L）	1611	21.9	29.3	20.9	18.7	*,**,#

*:①と②, **:②と③、#:①と③に5%水準で有意差あり

		全体	性別		
			男性	女性	
	n				
年齢 （歳）	1974	72.0	70.6	73.9	*
性別（女性%）	1976	43.9%			
BMI（kg/m2）	1894	24.8	25.1	24.4	*
喫煙率（現在）	1918	15.4%	23.2%	5.6%	*
推定塩分摂取量	613	9.0	9.5	8.5	*
高血圧症罹患年数	1433	13.9	13.9	13.9	
外来血圧　収縮期 （mmHg）	1964	132.9	131.8	134.3	*
外来血圧　拡張期 （mmHg）	1964	74.0	74.6	73.3	*
家庭血圧　収縮期 （mmHg）	616	125.5	126.8	124.2	*
家庭血圧　拡張期 （mmHg）	613	72.8	74.2	71.4	*
HbA1c （%）	1715	6.6	6.6	6.6	
総コレステロール （mg/dl）	1029	184.2	179.0	191.2	*
LDL（mg/dl）	1647	101.9	99.0	105.6	*
HDL（mg/dl）	1634	58.9	55.2	63.8	*
中性脂肪 （mg/dl）	1662	140.0	149.6	128.2	*
ALT （U/L）	1611	21.9	23.4	20.0	*

*:5%水準で有意差あり

年齢階層別、性別の検査平均値を表5-5に示す。

65歳未満の層でBMI、喫煙率が高く、また、総コレステロール値、中性脂肪、ALT値が高い。外来血圧、家庭血圧は年齢とともに収縮期血圧値の増加、拡張期血圧値の減少が見られた。推定塩分摂取量は75歳以上で減少しており、また、男性の方が女性に比べて摂取量がやや多い。

③ 高血圧治療薬の処方割合

図5-2　高血圧治療薬の処方割合（一般医症例と専門医症例）

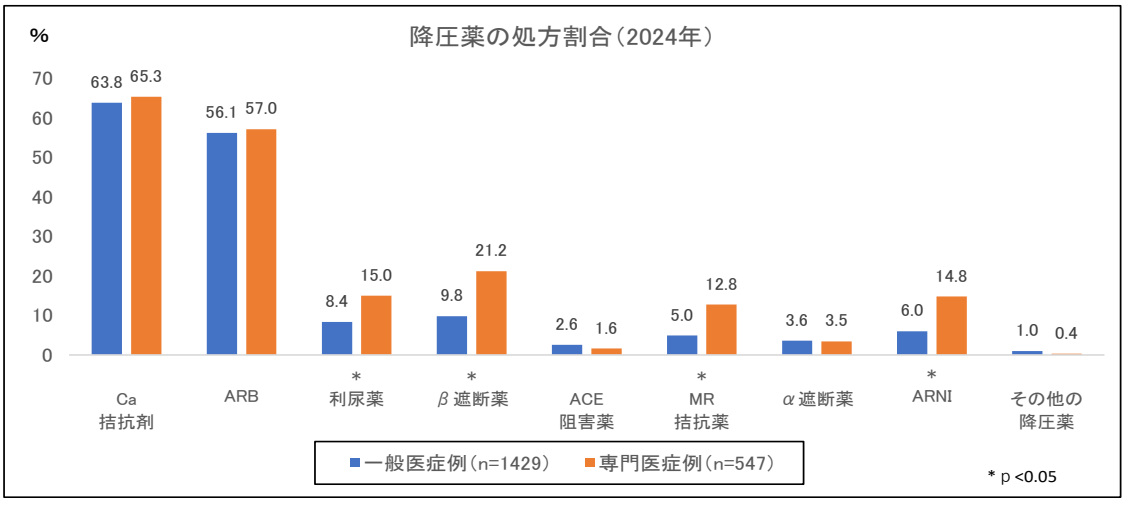


表5-6　降圧薬の処方数（専門医症例と一般医症例）

	平均値	標準偏差	n
高血圧一般医	1.6	0.96	1429
高血圧専門医	1.9	1.08	547
全体	1.7	1.01	1976

降圧薬の処方割合を図5-2に、処方数を表5-6に示す。専門医症例、一般医症例ともにカルシウム拮抗薬が約65%、ARB（アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬）が約55%と処方割合が高い。利尿薬、βブロッカーは専門医症例の15～20％で、また、MR拮抗薬、ARNIは約1割で処方されている。この傾向は高血圧コホート症例とも同様であった。

降圧薬の処方数は、専門医症例が平均1.9剤で一般医症例の1.6剤よりやや高い。

表5-7　外来血圧と家庭血圧の差（全体、男性、女性）

	全体（n=615）		男性（n=313）		女性（n=302）	
外来血圧－家庭血圧	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
収縮期血圧の差（mmHg）	4.5	1.7	4.2	1.7	4.9	1.6
拡張期血圧の差（mmHg）	3.8	1.2	3.7	1.2	3.9	1.1

表5-8　推定塩分摂取量と血圧値（外来血圧、家庭血圧）

外来血圧

推定塩分摂取量（g）	6.0未満		6.0～10.0未満		10.0以上		全体	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
外来血圧　収縮期血圧　mmHg	132.4	16.3	133.9	17.9	134.3	16.4	133.9	17.2
外来血圧　拡張期血圧　mmHg	72.6	11.8	74.4	11.7	77.1	11.3	75.2	11.7
n	58		346		209		613	

家庭血圧

推定塩分摂取量（g）	6.0未満		6.0～10.0未満		10.0以上		全体	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
家庭血圧　収縮期血圧　mmHg	121.8	10.6	125.4	11.0	126.4	12.7	125.4	11.6
家庭血圧　拡張期血圧　mmHg	70.1	8.6	73.3	9.0	74.7	8.7	73.5	8.9
n	38		243		126		407	

表5-7は外来血圧と家庭血圧の収縮期血圧値/拡張期血圧値の差を男女別にみたものである。全体では、外来血圧と家庭血圧の差は4.5mmHg/3.8mmHgで、男女での差はみられなかった。

表5-8は、推定塩分摂取量の区分別に外来血圧と家庭血圧の平均値を示している。推定塩分摂取量の増加に応じて、外来血圧、家庭血圧ともに数値がやや上昇しており、推定塩分摂取量が血圧値に影響している可能性がある。

5－3　脂質異常症症例（2024年度該当疾患：脂質異常症として登録された症例）

① 患者背景（年齢、性別、検査値分布）

表5-9　性別・年齢階級別分布（n=1655）

	全体	男性	女性
40歳未満	0.8%	0.8%	0.9%
40～50歳未満	4.1%	4.8%	3.2%
50～65歳未満	20.9%	25.4%	15.9%
65歳～75歳未満	30.2%	32.4%	27.8%
75歳以上	43.9%	36.6%	52.2%
%	100.0%	100.0%	100.0%
n	1653	879	774
%	100.0%	53.2%	46.8%

不明は除く

	男性				女性			
	60歳未満	60～74歳	75歳以上	合計	60歳未満	60～74歳	75歳以上	合計
中性脂肪（mg/dL）								
150未満	49.7%	63.4%	70.0%	63.2%	69.7%	69.6%	72.3%	70.9%
150以上	50.3%	36.6%	30.0%	36.8%	30.3%	30.4%	27.7%	29.1%
n	143	328	270	741	99	240	339	678
HDL（mg/dL）								
40未満	19.6%	9.8%	14.3%	13.3%	5.2%	1.7%	4.9%	3.8%
40以上	80.4%	90.2%	85.7%	86.7%	94.8%	98.3%	95.1%	96.2%
n	143	337	272	752	96	237	324	657
LDL（mg/dL）								
100未満	46.2%	58.1%	63.7%	57.9%	47.9%	47.9%	51.1%	49.5%
100～120未満	26.6%	24.0%	19.8%	22.9%	22.3%	26.3%	26.7%	25.9%
120～140未満	17.5%	9.9%	10.3%	11.5%	11.7%	15.7%	11.6%	13.1%
140～160未満	6.3%	5.1%	5.5%	5.5%	11.7%	6.8%	7.6%	7.9%
160以上	3.5%	3.0%	0.7%	2.3%	6.4%	3.4%	3.0%	3.6%
n	143	334	273	750	94	236	329	659

脂質異常症症例の基本情報（性別・年代別・検査値ランク別）を表5-9、表5-10に示す。全体の性別、年齢構成は女性が46.8%、75歳以上が43.9%で、糖尿病症例や高血圧症症例よりも女性の占める割合がやや高い。

検査値を年代・性別でみると、男性の60歳未満の中性脂肪150mg/dL以上が50.3%で、60歳未満の女性の30.3%に比べて高い。また女性では全ての年代でLDL140mg/dL以上の割合がそれぞれ男性よりやや高い傾向がみられた。

5－4　CKD症例（2024年度該当疾患：CKDとして登録された症例）

① 患者背景（年齢、性別、検査値分布）

表5-11　性別・年齢階級別分布（n=715）

	全体	男性	女性
40歳未満	0.6%	0.7%	0.3%
40～50歳未満	2.2%	2.4%	2.1%
50～65歳未満	10.1%	13.2%	5.6%
65歳～75歳未満	30.1%	34.9%	22.9%
75歳以上	57.0%	48.8%	69.1%
%	100.0%	100.0%	100.0%
n	712	424	288
%	100.0%	59.6%	40.4%

不明は除く

表5-12　性別・年齢階級別　検査値分布

	年代別				罹患年数別				
	60歳未満	60～74歳	75歳以上	合計	5年未満	5～10年	10～20年	20年以上	合計
併存疾患									
糖尿病あり	76.6%	83.4%	73.2%	77.1%	57.6%	80.7%	77.5%	90.8%	77.4%
なし	23.4%	16.6%	26.8%	22.9%	42.4%	19.3%	22.5%	9.2%	22.6%
n	47	259	406	712	59	88	178	65	390
高血圧あり	78.7%	83.0%	89.4%	86.4%	88.1%	83.0%	87.6%	96.9%	88.2%
なし	21.3%	17.0%	10.6%	13.6%	11.9%	17.0%	12.4%	3.1%	11.8%
n	47	259	406	712	59	88	178	65	390
心不全あり	2.2%	3.9%	13.1%	9.0%	1.7%	5.7%	10.8%	18.5%	9.5%
なし	97.8%	95.3%	85.4%	89.8%	96.6%	94.3%	86.9%	81.5%	89.2%
n	46	256	396	698	59	88	176	65	388
腎機能									
GFR区分（ml/ 分/1.73m2 ）									
G1(≧90)	12.2%	3.1%	1.4%	2.7%	5.7%	1.2%	3.0%	0.0%	2.5%
G2(60～89)	39.0%	25.1%	13.7%	19.5%	18.9%	20.7%	21.3%	20.3%	20.7%
G3a(45～59)	29.3%	47.6%	43.6%	44.1%	49.1%	41.5%	44.4%	52.5%	45.7%
G3b(30～44)	12.2%	18.1%	31.8%	25.6%	20.8%	28.0%	22.5%	22.0%	23.4%
G4(15～29)	7.3%	4.4%	8.7%	7.0%	3.8%	8.5%	8.9%	3.4%	7.2%
G5(<15)	0.0%	1.8%	0.8%	1.1%	1.9%	0.0%	0.0%	1.7%	0.6%
n	41	227	358	626	53	82	169	59	363

表5-13 併発疾患治療薬の処方割合（n=715）

	処方あり N = 715	処方なし N = 715
糖尿病治療薬		
SU薬	11.2%	88.8%
ビグアナイド	27.8%	72.2%
αーグルコシダーゼ	9.0%	91.0%
チアゾリン	7.7%	92.3%
グリニド	6.6%	93.4%
DPP4阻害薬	36.5%	63.5%
SGLT2阻害薬	40.7%	59.3%
インスリン	14.3%	85.7%
GLP1受容体作動薬（注射）	6.3%	93.7%
GLP1受容体作動薬（経口）	8.7%	91.3%
イメグリミン	4.9%	95.1%
降圧剤		
Ca拮抗薬	53.1%	46.9%
ARB	52.2%	47.8%
利尿薬	10.5%	89.5%
βブロッカー	16.0%	84.0%
ACE阻害薬	1.7%	98.3%
MR拮抗薬	11.5%	88.5%
αブロッカー	5.0%	95.0%
ARNI	11.0%	89.0%
その他	0.1%	99.9%
抗血栓薬		
抗血小板薬	19.6%	80.4%
抗凝固薬	6.2%	93.8%
ワーファリン	0.8%	99.2%
DOAC	4.3%	95.7%
その他の抗血栓薬	0.1%	99.9%
認知症治療薬		
コリンエステラーゼ阻害薬	0.8%	99.2%
NMDA受容体阻害薬	0.0%	100.0%

＊処方割合は各薬剤処方あり（なし）の症例数÷CKD該当あり症例数

2024年にCKDありとして登録された715症例は女性が40.4%、75歳以上が57.0%で、糖尿病や高血圧症例と比べて、男女比はほぼ同じであったが、75歳以上高齢者の割合が高かった（表5-11）。また、併存疾患では高血圧症が約9割弱と高い（表5-12）。GFR区分ではG3aが約45％と最多である。

CKD症例の併発疾患に対する処方薬は、糖尿病治療薬のDPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬が約4割、降圧薬のCa拮抗薬、ARBが約5割処方されている。

6. まとめ

本レポートでは、2018年～2024年の糖尿病コホート症例（n=645）、2020年～2024年の高血圧症コホート症例（n=752）、2024年に登録された糖尿病症例（n=1,981）、高血圧症例（n=1,976）、脂質異常症症例（n=1,655）、CKD症例（n=715）の状態把握を行った。

糖尿病コホート（n=645）のHbA1c値は7年間でほぼ変化がなく、比較的安定した血糖コントロールが行われていたと推察される。血圧値、中性脂肪、LDL、その他の血液検査値も悪化傾向は見られなかった。しかしながら、糖尿病網膜症などの合併症がある症例と冠動脈疾患やがん・悪性腫瘍などの併発疾患の割合は加齢の影響も受けて7年間で緩徐な増加傾向にある。生活習慣病指導や健診・検診の受診勧奨の必要性が改めて示された。一方、糖尿病治療薬は、7年間で一般医症例、専門医症例ともにSU薬、DPP-4阻害薬の処方割合の減少、SGLT2阻害薬の処方割合増加（一般医症例では15.5％（2018年）から39.7％（2024年）に、専門医症例では25.2％から46.2％）が見られた。前年度と比べると、専門医症例でGLP-1受容体作動薬（経口）が増加していた（6.3%から11.9%）。眼科定期受診は一般医症例で約4割、専門医症例で約7割、歯科定期受診は一般医症例、専門医症例ともに約4割で、他診療科とのさらなる連携が必要とされていた。血液検査の実施については、尿アルブミン/クレアチニン比の検査実施率（尿蛋白の結果がー、±、＋の症例を分母）が一般医症例で55%、専門医症例で78%と微増している。

高血圧症コホート症例（n=752）の平均血圧値は、2024年の外来血圧収縮期132.9mmHg（±16.9）、拡張期72.2mmHg（±11.5）、家庭血圧の収縮期128.2mmHg（±11.3）、拡張期72.7mmHg（±10.6）であった。家庭血圧値が登録されていた割合は、一般医症例では14％、専門医症例では77%であった。家庭血圧の測定意義は十分周知されているものと思われるが、啓発活動が求められている。冠動脈疾患、脳血管疾患などの併発疾患は、患者の高齢化を反映して軽度に増加した。降圧薬の処方は、高血圧一般医症例、高血圧専門医症例ともにARB（アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬）とカルシウム拮抗薬が6割と多く、利尿薬が約1割であった。減塩支援は全体の85.0％であった。1日の推定塩分摂取量は一般医症例で10.7g、専門医症例で8.0gであった。専門医症例では、減塩支援を行っている症例の8割以上で推定塩分摂取量の記載があり、日常診療において推定塩分摂取量を用いた減塩支援が浸透していることが推察される。

2024年糖尿病症例（n=1,981）の患者背景は、年齢階層が低いほどBMI、喫煙率が高く、中性脂肪、ALT値も年齢が低いほど高く、有意差が見られた。男女別では喫煙率の差が大きい。処方割合は一般医症例ではDPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬、ビグアナイド薬の順に多く、専門医症例ではビグアナイド薬、SGLT2阻害薬、DPP-4阻害薬の順に多かった。症例当たり処方数の平均は、一般医症例は2.0剤、専門医症例は2.5剤で専門医症例で処方薬剤数が多い。次に、2024年高血圧症症例（n=1,976）の患者背景は、65歳未満の層でBMI、喫煙率が高く、また、中性脂肪、ALT値が高い。外来血圧、家庭血圧は年齢とともに収縮期血圧の上昇、拡張期血圧の低下が見られた。推定塩分摂取量は75歳以上で減少しており、男性の方が女性に比べて摂取量がやや多い。カルシウム拮抗薬とARBの処方割合が高く、降圧薬の処方数は、専門医症例が平均1.9剤で一般医症例の1.6剤よりやや高かった。

一方、2024年脂質異常症症例（n=1,655）の患者背景は、年代・性別の分布をみると、男性の60歳未満の中性脂肪150mg/dL以上が女性に比べて高く、女性では60歳未満と75歳以上でLDL140mg/dL以上が男性よりやや多い。2024年CKD症例（n=715）については、併存疾患である高血圧症が約9割弱と高く、GFR区分ではG3aが約4割と最多である。併発疾患に対する処方では、糖尿病治療薬のDPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬の処方割合が約4割、降圧薬のCa拮抗薬、ARBが約5割であった。今後、脂質異常症とCKDについてさらなる分析を実施する予定である。

最後に、本レポートは、第1回から登録症例データの集計と分析結果を客観的に示し、臨床現場で参考にしていただくことを目的としている。専門医の医師と非専門医の医師の間での情報共有のツールとなり連携に資することも期待している。ご多忙の中、本研究事業に参加協力頂いている先生方、スタッフの皆様に改めて深謝申し上げます。

お知らせ

J-DOME症例データを用いた独自研究の実施もご検討ください。ご関心のある先生は、J-DOME事務局にご連絡ください。　J－DOME事務局　jdome@jdome.jp

令和6年度 J-DOME研究事業　体制

統括　　松本吉郎（日本医師会）
事業責任者　茂松茂人　宮川政昭　黒瀬巌 佐原博之（日本医師会）
研究責任者　江口成美（日本医師会総合政策研究機構）
事務局担当　平山真利子（日本医師会総合政策研究機構）、IVC

研究会議　（敬称略）

浅山敬	帝京大学	植木浩二郎	国立国際医療研究センター研究所
勝谷友宏	勝谷医院	田中司朗	京都大学
辻本哲郎	虎の門病院分院	鳥居明	東京都医師会
南雲晃彦	ナグモ医院	◎野田光彦	国際医療福祉大学市川病院
羽鳥裕	はとりクリニック	松葉育郎	松葉医院
山本雄士	エムスリー㈱	宮川政昭	日本医師会
黒瀬巌	日本医師会	佐原博之	日本医師会
江口成美	日本医師会総合政策研究機構	羽藤倫子	日本医師会総合政策研究機構

運営会議　（敬称略）

植木浩二郎	国立国際医療研究センター研究所	大江和彦	順天堂大学
苅尾七臣	自治医科大学	中島直樹	九州大学
野田光彦	国際医療福祉大学市川病院	三浦克之	滋賀医科大学
宮田裕章	慶應義塾大学	◎茂松茂人	日本医師会
宮川政昭	日本医師会	黒瀬巌	日本医師会
江口成美	日本医師会総合政策研究機構	オブザーバー	厚生労働省健康局

研究審査会（敬称略）

浅山敬	帝京大学	市原清志	山口大学
井上真奈美	国立がん研究センター	◎曽根博仁	新潟大学
野田光彦	国際医療福祉大学市川病院	松葉育郎	松葉医院　＋日本医師会

日本医師会 かかりつけ医診療データベース研究事業（J-DOME）

2023 年度 症例登録票

施設整理番号

症例登録票 v.7.0

該当疾患： □2 型糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症　□CKD

（複数ある場合はすべてに☑）

必須項目を赤字で示しています

全疾患

基本情報	登録番号（J-DOME 登録用の患者番号）		同意の取得	□あり
	診療日	20□□ 年　月　日		
	年 齢	（　　）歳	性 別	□男性　□女性
	身 長	（　　）cm　□変化なし	体 重	（　　）kg
	喫煙歴	□あり（　本/日 ・ 年数　年）　□なし　□過去にあり		
	飲酒 頻度	□毎日　□週に 4~6 日　□週に 1~3 日　□月に 1 日~3 日　□数ヶ月に 1 回　□飲まない		
	生活習慣指導	食事療法の指導：□行っている □行っていない	減塩の指導：□行っている □行っていない	運動療法の指導：□行っている □行っていない

血圧・血糖	外来血圧・脈拍（直近）	収縮期	（　　）mm Hg	拡張期	（　　）mm Hg	脈拍	（　　）bpm
	血糖値	□ 空腹時：（　　）mg/dl ／ □ 随時：（　　）mg/dl					
	HbA1c（2型糖尿病必須）	（　　）%					

検査値	中性脂肪	（　　）mg/dl	HDL コレステロール	（　　）mg/dl
	総コレステロール	（　　）mg/dl	LDL コレステロール	（　　）mg/dl
	ALT	（　　）IU/L	血清クレアチニン	（　　）mg/dl
	尿酸値	（　　）mg/dl		
	血清カリウム	（　　）mEq/l	血清アルブミン	（　　）g/dL
	尿蛋白	□−　□±　□+　□2+ □3+以上　□未評価・不明	尿潜血（複数☑可）	□−　□±　□+　□2+　□3+以上 □肉眼的　□未評価・不明
	尿ケトン体	□−　□+　□2+　□3+以上 □未評価・不明	eGFR NEW	（　　）mL/min/1.73m²
			尿アルブミン/クレアチニン比	（　　）mg/gCr

処方薬	糖尿病治療薬 （配合剤の場合は、含まれる薬効成分にチェック）	□ スルホニル尿素（SU）薬　□ ビグアナイド薬　□ αグルコシダーゼ阻害薬 □ チアゾリジン薬　□ 速効性インスリン分泌促進薬（グリニド薬） □ DPP-4 阻害薬　□ SGLT2 阻害薬　□ インスリン製剤 □ GLP-1 受容体作動薬（注射）　□ GLP-1 受容体作動薬（経口）　□ イメグリミン □ GIP/GLP-1 NEW　□ その他
	降圧薬 （配合剤の場合は、含まれる薬効成分にチェック）	□ カルシウム拮抗薬　□ アンジオテンシン II 受容体拮抗薬（ARB） □ 利尿薬　□ β遮断薬　□ ACE 阻害薬　□ 鉱質コルチコイド受容体(MR)拮抗薬 □ α遮断薬　□ ARNI　□ その他
	脂質異常症治療薬	□ HMG-CoA 還元酵素阻害薬（スタチン系）　□ その他
	抗血栓薬	□ 抗血小板薬　□ 抗凝固薬（□ ワルファリン　□ DOAC）　□ その他
	抗認知症薬	□ コリンエステラーゼ阻害薬　□ NMDA 受容体阻害薬

糖尿病

基本情報・合併症	糖尿病の診断年月	（西暦　年　月）　□不明		
	当院への糖尿病通院歴	□初診　□~1 年　□1~5 年　□6~10 年　□11~15 年　□15 年以上		
	糖尿病の家族歴（2 親等以内）	□あり　□なし　□不明		
	糖尿病網膜症	□あり（□単純　□増殖前　□増殖）　□なし　□不明		
	神経障害	□あり　□なし　□不明	人工透析	□なし　□あり
	足病変	□あり（□壊疽　□潰瘍　□切断）　□なし　□不明	足白癬	□あり　□なし　□不明

高血圧症

基本情報	高血圧症の診断年月	（西暦　　年　月）　□不明						
	高血圧症の家族歴（2 親等以内）	□あり　□なし　□不明						
	外来血圧・脈拍（診療日の 2 回目測定値）	収縮期	（　　）mm Hg	拡張期	（　　）mm Hg	脈拍	（　　）bpm	
	家庭血圧・脈拍　直近（診療日に最も近い日）	収縮期	（　　）mm Hg	拡張期	（　　）mm Hg	脈拍	（　　）bpm	
	家庭血圧・脈拍　前回（上記の次に新しい日）	収縮期	（　　）mm Hg	拡張期	（　　）mm Hg	脈拍	（　　）bpm	
	推定塩分摂取量※（可能な場合。随時尿（起床後第 2 尿）検査による推定 1 日食塩摂取量）					1 日食塩摂取量（　　）g/日		

※ 随時尿からの塩分摂取量推定は下記のツールがあります
https://www.jpnsh.jp/natkali-e/

全疾患

併発疾患	冠動脈疾患	□あり →（□造影検査※　□その他検査　等）※造影 CT も含む →□初回又は前回登録時以降 変化なし　□前回登録時以降 変化(新規イベント)あり 診断名：□心筋梗塞　□狭心症　□その他（　　）　□不明 血行再建治療（PCI／CABG 等）の有無：□あり　□なし　□その他（　　） □なし　□不明
	脳血管疾患	□あり　→□初回又は前回登録時以降 変化なし　□前回登録時以降 変化(新規イベント)あり 診断名：□脳梗塞　□脳出血　□くも膜下出血　□一過性脳虚血発作（TIA）　□不明 □なし　□不明
	がん	□あり　→□初回又は前回登録時以降 変化なし　□前回登録時以降 変化(新規イベント)あり 診断名：□胃がん　□肺がん　□大腸がん　□乳がん　□肝臓がん　□膵臓がん □子宮体がん　□膀胱がん　□前立腺がん　□その他（　　）　□不明 □なし　□不明
	心不全	□あり（□軽度　□中等度　□重度　□不明）　□なし　□不明
	不整脈	□あり　□なし　□不明 診断名：□心房細動　□その他（　　）　□不明
	脂質異常症 ありの場合	脂質異常症の診断年月 NEW（西暦　　年　月）　□不明 診断名：□高コレステロール血症　□高中性脂肪血症　□その他（　　）　□不明
	CKD ありの場合 NEW	CKD の診断年月 NEW（西暦　　年　月）　□不明
	認知症	□あり（□アルツハイマー型　□血管性　□左記以外　□不明 ）　□なし　□不明
	フレイル（65 歳以上）	□あり　□なし　□不明　★下段のフレイルの設問で、3つ以上の項目に該当する場合をフレイルとする

糖尿病

他科受診等	歯科定期受診（年 1 回以上）	□あり　□なし　□不明	歯周病	□あり　□なし　□不明
	眼科定期受診（年 1 回以上）	□あり　□なし　□不明		
	他者の介助を必要とする低血糖の発生	□あり　□なし		
	転倒による骨折の有無	□あり　□なし　□不明		
	糖尿病連携手帳の使用	□あり　□なし		

全疾患

その他	貴院以外の受診状況（併診）	□受診なし □受診あり（□糖尿病専門医　□高血圧専門医　□腎臓専門医　□左記以外の医師を受診）
	食事療法の実施者（該当者全て） NEW	□医師　□看護師　□管理栄養士（院内）　□管理栄養士（院外）　□その他のスタッフ
	オンライン診療の実施	□あり（ ）ヶ月に 1 度　□なし　□今後、実施を検討・予定
	生活習慣病関連の算定	□特定疾患療養管理料 □生活習慣病管理料 □地域包括診療加算 □地域包括診療料 □不明

以下は、わかる場合のみご回答ください

認知症	MMSE（　）点　/　長谷川式（　）点　（1 年以内の測定値がある場合のみ）	在宅医療の実施 NEW	□あり　□なし
フレイル★	□体重減少　□主観的疲労感　□日常生活活動量の減少　□身体能力（歩行速度）の減弱　□筋力（握力）の低下		
要介護度 NEW	□なし（非該当）　□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 □申請中　□認定なし　□不明		

過去に登録された患者さんの外来が途切れている場合のみ下記にお願いします

外来受診が途切れた場合 その理由	□転医・転居　□死亡（理由　　）　□その他（　　）　□不明

資料2

厚生労働科研・野田光彦班での取組み

J-DOMEへの登録患者の増加のための医療情報基盤の整備



佐藤直市、中島直樹
九州大学病院メディカル・
インフォメーションセンター

2025年11月17日

厚労科研　野田班

糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベースJ-DOMEからの提言―



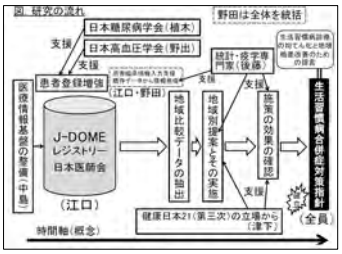
国際医療福祉大学 教授
野田 光彦先生

健康日本21(第三次)において**健康寿命の延伸**と**健康格差の縮小**が目標として掲げられている。
糖尿病など生活習慣病の**重症化予防と生活習慣病対策の地域間格差の是正は重要**である

J-DOMEへの登録患者を地域比較することで診療の地域差を把握し、それにより糖尿病など生活習慣病対策改善のための**方策を提示**し、診療の均てん化と地域間格差改善のための**提言を行う。**

令和６年度：患者登録の各地域での拡充を図る。
令和７年度：上記とともに、**電子カルテ内蔵テンプレートによる患者登録のシステムを検討**する。
令和８年度：登録数の増大に基づき、生活習慣病診療の均てん化、地域間の格差改善のた めの提言を行う。

研究班の全体像と中島班

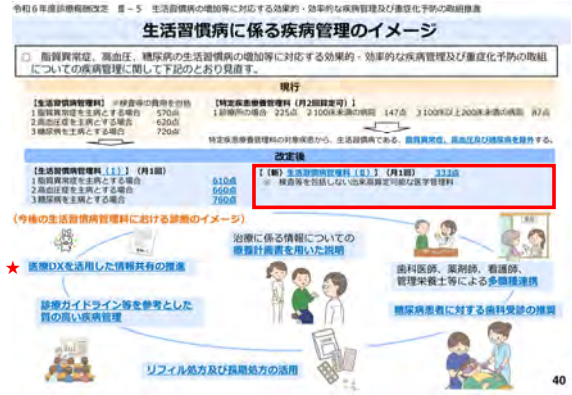


・J-DOME（日本医師会の糖尿病、高血圧症、CKDの疾患登録DB事業）の入力促進のための方策。

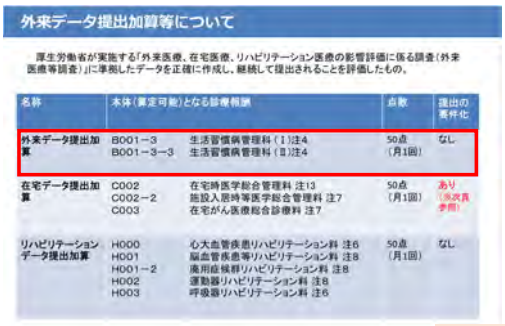
・厚労省が2023年度から開始した**外来データ提出加算が医師会員（開業医）が容易にとれる**ようにして、J-DOME項目を入力させる。

・**外来パスとテンプレートの組み合わせ**などで、外来データ提出加算用のデータ項目を取る。

生活習慣病管理料の改訂と診療のイメージ



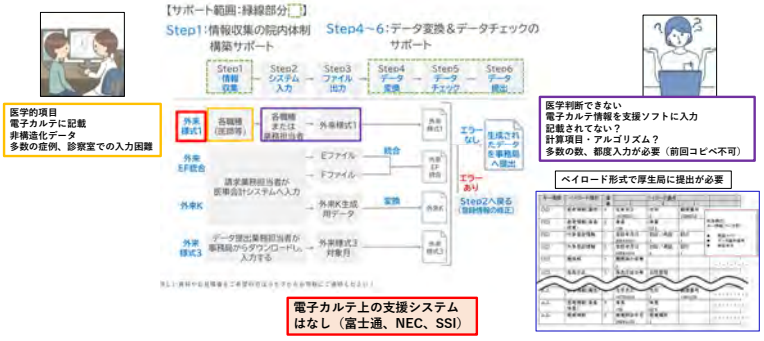
外来データ提出加算について



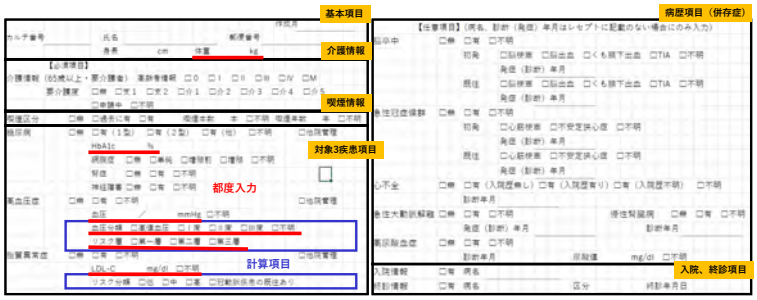
外来データ提出加算は生活習慣病管理料の加算

1症例50点／月
1日10例で年間120万円

外来データ提出加算のプロセスと課題

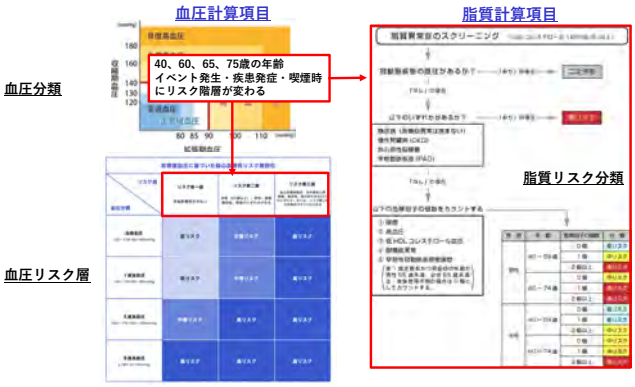


外来様式1の内容

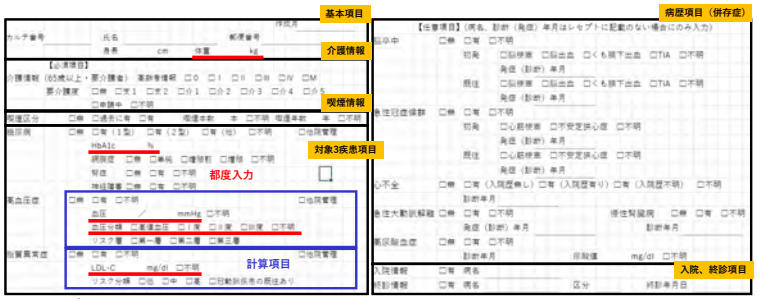


医学的項目が多岐にわたり、専門的知識を有する項目もあり、
事務担当者のみでの入力は不可能

計算項目のアルゴリズム



外来様式1の内容

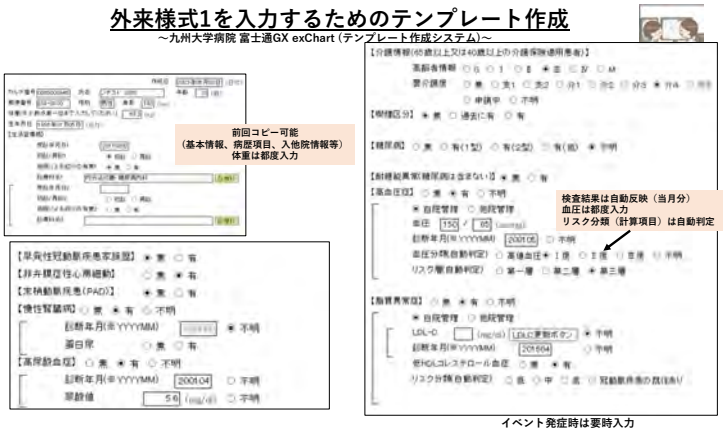




電子カルテでのテンプレート作成
DWHデータ出力

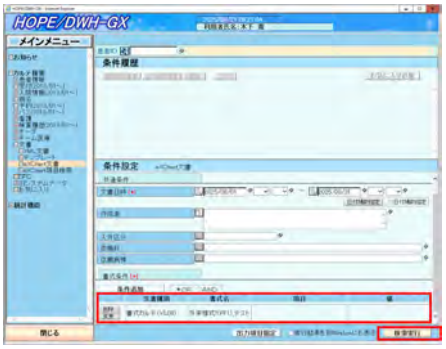
外来様式1を入力するためのテンプレート作成

～九州大学病院 富士通GX exChart（テンプレート作成システム）～



イベント発症時は要時入力

ＤＷＨ検索画面より外来様式データ抽出



ＤＷＨ検索画面より外来様式データを出力

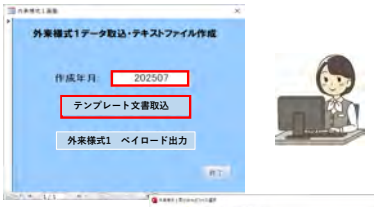






DWHから抽出したデータを
厚生局が要求する形式（ペイロード形式）に変換するアプリの開発

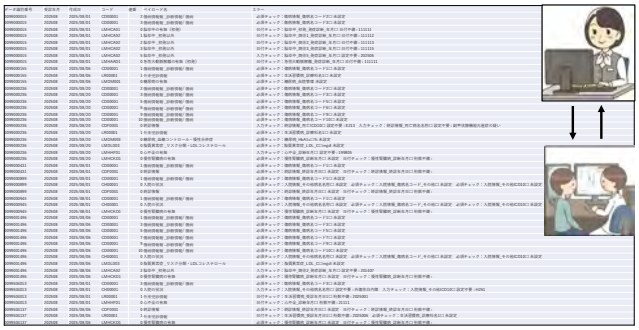
ＤＷＨより取得した外来様式１データの形式変換（ツール手順）







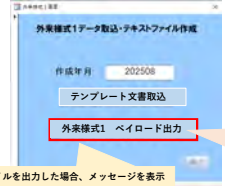
外来様式１エラーの一覧



エラーを是正する。
傷病名コードは事務で入力（病名とDPCが入っており、一意に定まる）
日付の入力ミス、入力漏れ→必要な項目は医師にフィードバック

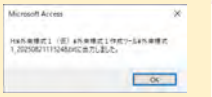
外来様式１ＣＳＶファイル出力（ペイロード形式）





エラーが存在した場合、メッセージを表示

ＣＳＶファイルを出力した場合、メッセージを表示

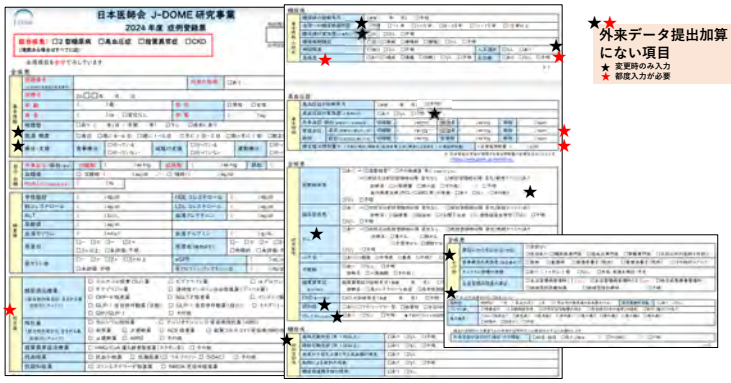


外来様式１ＣＳＶファイル出力（ペイロード形式）内容



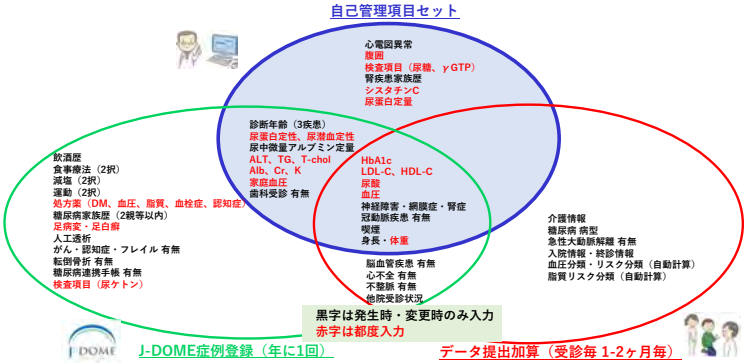


J-DOME症例登録票



★★ 外来データ提出加算にない項目
★ 変更時のみ入力
★ 都度入力が必要

各システムから収集されるデータ項目



各項目の時系列のデータ取得を考慮した外来パスの策定により日常診療の中で容易にデータ収集を行うことが可能

外来パスの策定により期待される効果と今後の課題



時系列にそった治療の標準化
よりよい診療のための情報提供と地域格差の是正
治療の効率と質、アウトカムの向上
病院経営指標の向上

課題
- 電子カルテ上のテンプレートとしてJ-DOME症例登録票を作成
- 外来パス/外来データ提出加算/J-DOME症例登録票のデータ連携
- クリニックや病院でのシステム構築
- システムの実証と運用

まとめ

外来データ提出加算算定の課題を抽出した。

課題解決のために電子カルテ上のテンプレートシステム、出力されたデータをペイロード形式に変換するシステムを開発した。

自己管理項目セット、J-DOME、外来データ提出加算の項目を考慮した外来パスは診療の中での効率的な情報収集を可能とする。

今回のシステムは富士通GXのexChart上で開発しており、他システムでの開発を進め、システム実証をすすめる。

JMA JOURNAL
DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

資料3

Original Research Article

Regional Differences and Similarities in Diabetes Care in Japan: Insights from the J-DOME Registry

Mitsuhiko Noda[1),2)], Kohjiro Ueki[3)], Atsushi Goto[4)], Koichi Node[5)], Hiromi Rakugi[6)], and Narumi Eguchi[7)]

Abstract:
Introduction: Comparing diabetes care across different regions of Japan is essential for informing future healthcare policy. Additionally, since many patients with diabetes receive treatment from non-specialist physicians, it is important to determine whether differences exist between diabetes specialists and non-specialists in terms of medical care and to identify specific areas, if any, where these differences occur.
Methods: To investigate this, we utilized data from J-DOME (Japan Medical Association Database of Clinical Medicine), a patient registry established as a nationwide project by the Japan Medical Association. Patients with type 2 diabetes were categorized into seven regional groups based on Japan's prefectural divisions, and a regional comparison was conducted. Differences between specialists and non-specialists were also examined.
Results: A total of 116 medical institutions encompassing 2,938 patients were included in the analysis. The nationwide mean glycated hemoglobin level was 6.96% (standard deviation [SD]: 0.46), with no statistically significant regional variations. Similarly, the nationwide mean blood pressure was 129.7/73.0 mmHg (SD: 6.1/5.7 mmHg), with no significant regional differences observed.
The average rates of regular ophthalmologic visits and urinary albumin quantification testing were 63.7% (SD: 31.3) and 40.2% (SD: 38.4), respectively. These rates were significantly higher in institutions led by diabetes specialists compared to those managed by non-specialists (regular ophthalmologic visit rate: non-specialists institutions: 53.9% [SD: 33.8]; diabetes specialist institutions: 78.5% [SD: 19.5], $p < 0.001$; urinary albumin quantification test rate among patients without macroproteinuria: non-specialist institutions: 33.5% [SD: 39.0]; diabetes specialist institutions: 62.5% [SD: 35.5], $p < 0.001$).
Conclusions: This survey revealed no significant regional differences in diabetes care. However, certain aspects of diabetes management differed significantly between diabetes specialists and non-specialist physicians.

Key Words:
diabetes care, regional difference in Japan, diabetes specialist, diabetes non-specialist, primary care institution, patient registry research

Introduction

The global population of patients with diabetes is increasing annually. The International Diabetes Federation estimates that, in 2024, the number of people with diabetes will reach 589 million [(1)]. In Japan, the Ministry of Health, Labour and Welfare reported in the National Health and Nutrition Survey 2019 that 19.7% of males and 10.8% of females were suspected to have diabetes, representing approximately one-seventh of the Japanese population [(2)].

Complications of diabetes mellitus not only worsen prognosis but also reduce quality of life, with the high cost of treatment being a significant social issue. Effective diabetes management, including long-term control of blood glucose, body weight, blood pressure, and lipids, is expected to prevent the onset and progression of microvascular (neuropathy, retinopathy, nephropathy) and macrovascular complications, thereby promoting a longer and healthier life.

Given the large number of individuals with diabetes, understanding the state of diabetes care in Japan, including re-

[1)] Department of Diabetes, Metabolism and Endocrinology, Ichikawa Hospital, International University of Health and Welfare, Chiba, Japan. [2)] Department of Endocrinology and Diabetes, Saitama Medical University, Saitama, Japan. [3)] Diabetes Research Center, Japan Institute for Health Security, Tokyo, Japan. [4)] Department of Public Health, School of Medicine, Yokohama City University, Kanagawa, Japan. [5)] Department of Cardiovascular Medicine, Saga University, Saga, Japan. [6)] Osaka Rosai Hospital, Osaka, Japan. [7)] Japan Medical Association Research Institute, Tokyo, Japan
Corresponding author: Mitsuhiko Noda, noda-m@iuhw.ac.jp
JMA J. 2025;8(4):1307-1314
Received: March 31, 2025 / Accepted: July 7, 2025 / Advance Publication: September 26, 2025 / Published: October 15, 2025
Copyright © Japan Medical Association

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

gional disparities, is crucial. This aligns with the objectives outlined in *Health Japan 21 (Third Phase)*, which aims to extend healthy life expectancy and reduce health disparities [3]. Preventing the progression of lifestyle-related diseases, such as diabetes, and addressing regional disparities in their management are essential.

Despite the high prevalence of diabetes, only 7,150 diabetes specialists were certified by the Japan Diabetes Society as of January 6, 2025 [4], suggesting that many patients with diabetes receive care from non-specialist physicians. Therefore, investigating potential differences in clinical management between specialists and non-specialists is vital.

In this study, we utilized the Japan Medical Association Database of Clinical Medicine (J-DOME), a registry of patients with lifestyle-related diseases established through the nationwide *Primary Care Physician Clinical Database Research Project* of the Japan Medical Association [5]. By conducting a regional comparison of registered patients, we aimed to assess regional variations in diabetes care and contribute to the development of strategies to improve the management of diabetes and other lifestyle-related diseases.

Materials and Methods

Study design and participants

This cross-sectional analysis targeted primary care institutions that registered patients in the Japan Medical Association Database of Clinical Medicine (J-DOME) during the 2022 fiscal year (registration period: April 2022-May 2023). J-DOME is a patient registry system managed by the Japan Medical Association, in which physicians at medical institutions voluntarily input their patients' data.

J-DOME began enrolling patients with type 2 diabetes, hypertension, dyslipidemia, and chronic kidney disease in 2018, 2020, and 2022, respectively. Inclusion criteria were as follows: (1) patients diagnosed with type 2 diabetes, hypertension, dyslipidemia, or chronic kidney disease by a physician; (2) patients receiving treatment at primary care institutions (clinics or small-to-medium-sized hospitals) in Japan; and (3) no age or sex restrictions.

Participants in the J-DOME were selected by their primary care physicians and registered after obtaining verbal informed consent. For this study (2022 fiscal year cross-sectional analysis), the analysis set consisted of patients registered as having type 2 diabetes, with the medical institutions as the unit of analysis. Inclusion criteria for medical institutions were as follows: (1) institutions participating in J-DOME and (2) institutions that registered patients in 2022. No exclusion criteria were defined. To reduce variability in the number of cases per institution, a maximum of 150 cases per facility were included in the analysis, with selection based on the earliest registration dates at each institution.

Regional classification

In this study, medical institutions were classified into seven regions based on their address:

1. Hokkaido/Tohoku: Hokkaido, Aomori, Iwate, Miyagi, Akita, Yamagata, Fukushima
2. Northern Kanto: Ibaraki, Tochigi, Gunma, Saitama
3. Southern Kanto: Chiba, Tokyo, Kanagawa
4. Chubu: Niigata, Toyama, Ishikawa, Fukui, Yamanashi, Nagano, Gifu, Shizuoka, Aichi
5. Kinki: Mie, Shiga, Kyoto, Osaka, Hyogo, Nara, Wakayama
6. Chugoku/Shikoku: Tottori, Shimane, Okayama, Hiroshima, Yamaguchi, Tokushima, Kagawa, Ehime, Kochi
7. Kyushu/Okinawa: Fukuoka, Saga, Nagasaki, Kumamoto, Oita, Miyazaki, Kagoshima, Okinawa.

Definition of specialist institutions

This study compared *specialist institutions* and *non-specialist institutions*. A specialist institution was defined as a medical facility where a physician certified as a diabetes specialist by the Japan Diabetes Society provided medical care.

Outcome measures for statistics

The following clinical parameters were analyzed: glycated hemoglobin (HbA1c) based on the National Glycohemoglobin Standardization Program standards, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, low-density lipoprotein (LDL) cholesterol, high-density lipoprotein (HDL) cholesterol, triglycerides, regular ophthalmologic visit rate, and urinary albumin quantification test rate.

Clinical data were measured and recorded at each primary care institution by the attending physician and subsequently registered in J-DOME. The most recent available data were used for analysis. Data were aggregated at the institution level, with laboratory values calculated as arithmetic means for each institution. Rates of regular ophthalmologic visits and urinary albumin quantification tests were also calculated per institution. As such, the average clinical indices, including test values, for patients at each facility were calculated and used as the representative values for that facility. In other words, each facility (i.e., medical institution) was treated as a single observation unit. Subsequently, the overall and region-specific averages were calculated at the facility level. At the same time, the variability in the representative values across facilities was expressed as the standard deviation (SD) for both overall and region-specific data. Since triglyceride levels did not follow a normal distribution and instead approximated a log-normal distribution, log-transformed values were used for statistical calculations.

Statistical analysis

The sample included all medical institutions that registered cases in J-DOME during the 2022 fiscal year.

Descriptive statistics were calculated for all institutions, by

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

region, and by specialist/non-specialist classification. Summary statistics included the mean, SD, median, and interquartile range.

To evaluate the heterogeneity in facility-representative laboratory values and regular examination rates between regions, the I^2 statistic was calculated, and Cochran's Q test was performed.

All statistical analyses were conducted using SPSS (version 24.0, IBM Japan, Ltd.).

Results

Study population

A total of 125 medical institutions, comprising 3,987 patients, were included in the analysis. The median age of these patients was 72 years (range: 8-99 years), with 2,286 males and 1,701 females. The mean number of patients per institution was 31.9 (range: 1-150). Of these, 2,938 patients diagnosed with type 2 diabetes were extracted and included in the current analysis. Descriptive statistics for this analysis set (patients with type 2 diabetes) are presented in **Table 1**. The median age of these patients was 71 years (range: 18-99 years), with 1,567 males and 1,371 females. The mean number of patients per institution was 25.3 (range: 1-150).

The regional distribution of participating institutions was as follows: (1) Hokkaido/Tohoku: 11 institutions (119 patients), (2) Northern Kanto: 13 institutions (483 patients), (3) Southern Kanto: 32 institutions (1,138 patients), (4) Chubu: 18 institutions (231 patients), (5) Kinki: 11 institutions (373 patients), (6) Chugoku/Shikoku: 19 institutions (375 patients), and (7) Kyushu/Okinawa: 12 institutions (219 patients).

Of the 116 institutions with patients with type 2 diabetes, 45 (1,567 patients) were classified as specialist institutions, and 71 (1,371 patients) were non-specialist institutions. Among these patients, 22.8% of those treated at specialist institutions and 7.7% at non-specialist institutions were with diabetic retinopathy (15.7% overall, $p < 0.001$ between groups). Similarly, diabetic nephropathy was observed in 21.8% of patients at specialist institutions and 16.1% at non-specialist institutions (19.1% overall, $p < 0.001$ between groups).

Regional differences in clinical practices

The mean clinical parameters by region are summarized in **Table 2**. The overall mean HbA1c level across all institutions was 6.96% (SD: 0.46). Similarly, the mean systolic blood pressure was 129.7 mmHg (SD: 6.1) and the mean diastolic blood pressure was 73.0 mmHg (SD: 5.7), with no significant regional differences (systolic blood pressure: $I^2 = 25.89\%$, $p = 0.216$; diastolic blood pressure: $I^2 = 0.00\%$, $p = 0.682$).

For lipid metabolism markers, the mean LDL cholesterol level was 105.6 mg/dL (SD: 12.5), and the mean HDL cholesterol level was 57.6 mg/dL (SD: 6.1). The mean triglyceride level, expressed as a log-transformed value, was 2.11 (SD: 0.10), which corresponds to an actual measurement of 129.5 mg/dL. No significant regional differences were observed for these markers (LDL cholesterol: $I^2 = 13.00\%$, $p = 0.302$; HDL cholesterol: $I^2 = 0.00\%$, $p = 0.477$; triglycerides: $I^2 = 3.11\%$, $p = 0.682$).

The mean rates of regular ophthalmologic visits and urinary albumin quantification tests by region are shown in **Figure 1**. The mean ophthalmologic visit rate was 63.7% (SD: 31.3), with a median and interquartile range of 66.7% (42.7%-94.6%) (**Figure 1a**). The mean urinary albumin test rate was 40.2% (SD: 38.4), with a median and interquartile range of 31.7% (0.0%-76.4%) (**Figure 1b**). No statistically significant regional differences were found for either measure (ophthalmologic visit rate: $I^2 = 0.01\%$, $p = 0.778$; urinary albumin test rate: $I^2 = 43.34\%$, $p = 0.124$). Moreover, among patients without macroproteinuria (*i.e.*, those with a negative, trace, or 1+ urine protein qualitative test), the mean urinary albumin test rate was 44.9% (SD: 40.1), with a median and interquartile range of 44.4% (0.0%-87.5%). No statistically significant regional differences were observed in this subgroup either ($I^2 = 48.17\%$, $p = 0.0758$) (**Figure 1c**).

Comparison between specialist and non-specialist institutions

The mean clinical parameters by specialist and non-specialist institutions are summarized in **Table 3**. The mean HbA1c level was significantly higher in specialist institutions (7.13% [SD: 0.41]) compared to non-specialist institutions (6.86% [SD: 0.46]; $p = 0.001$). No significant differences were found in systolic and diastolic blood pressure, LDL cholesterol, HDL cholesterol, or triglyceride levels between specialist and non-specialist institutions. The mean ophthalmologic visit rate was significantly higher in specialist institutions (78.5% [SD: 19.5]) than in non-specialist institutions (53.9% [SD: 33.8], $p < 0.001$). Similarly, the mean urinary albumin test rate among patients without macroproteinuria was significantly higher in specialist institutions (62.5% [SD: 35.5]) compared to non-specialist institutions (33.5% [SD: 39.0]; $p < 0.001$).

Discussion

The regional comparison of clinical practices revealed no significant deviations from the national average in any of the analyzed regions, indicating a relatively uniform standard of diabetes care across Japan.

In contrast, significant differences were observed between specialist and non-specialist institutions in key clinical practices. The rate of regular ophthalmologic visits and the implementation rate of urinary albumin quantification tests were significantly higher in specialist institutions than in non-specialist institutions. Additionally, the mean HbA1c level was significantly higher in specialist institutions than in non-specialist institutions. This discrepancy in glycemic control sug-

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

Table 1. Descriptive Statistics of the Analysis Set Population.

Statistics Item/Category/Region	Statistics
By medical institution unit	
Number of institutions (n)	116
Number of patients registered per institution (n)	
Mean (SD)	25.3 (29.8)
Median [IQR]	15.5 [7.0-30.0]
Range (min-max)	1-150
Specialist institutions/Non-specialist institutions (n)	45/71
Region (n)	
Hokkaido and Tohoku	11
North Kanto	13
South Kanto	32
Chubu	18
Kinki	11
Chugoku and Shikoku	19
Kyushu and Okinawa	12
By diabetes patient unit	
Number of patients (n)	2,938
Gender (male/female)	1,772/1,166
Age (years)	
Mean (SD)	69.2 (11.9)
Median [IQR]	71.0 [62.0-78.0]
Range	18-99
Specialist institutions/Non-specialist institutions (n)	1,567/1,371
Region (n)	
Hokkaido and Tohoku	119
North Kanto	483
South Kanto	1138
Chubu	231
Kinki	373
Chugoku and Shikoku	375
Kyushu and Okinawa	219

IQR: inter-quartile range; SD: standard deviation.

gests that specialist institutions tend to manage more complex diabetes cases that require specialized interventions and close monitoring, such as cases with a higher burden of comorbidities and/or difficulty achieving treatment goals, even with more intensive treatment.

Although there was a significant difference in HbA1c levels between specialist and non-specialist institutions, this was not the case with blood pressure or lipid profiles. As shown in **Table 3**, there were no statistically significant differences in blood pressure or lipid profiles. Taking this into account, it may well be possible that, with regard to blood pressure and lipid management, a greater portion of care is entrusted to non-specialist institutions compared to diabetes management.

As shown by Sugiyama et al. [6] using data from the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB) for fiscal year 2015, retinopathy examinations were conducted among 46.5% of patients, whereas our current data (63.7%) exceeds this level. This higher implementation rate may be due to the fact that our analysis is based on data collected 7 years after the study by Sugiyama et al. [6], and that our data were obtained from a survey of medical institutions participating in J-DOME, which

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

Table 2. Regional Aggregation of Mean Clinical Laboratory Values by Medical Institution Unit.

Region	Mean	SD	Median	IQR	I^2	p Value
HbA1c [NGSP] (%)					0.01%	0.242
All regions	6.96	0.46	7.0	6.7-7.2		
Hokkaido and Tohoku	6.53	0.63	6.7	6.1-7.1		
North Kanto	7.10	0.42	7.1	6.8-7.2		
South Kanto	7.03	0.35	7.0	6.8-7.3		
Chubu	6.97	0.41	7.0	6.7-7.1		
Kinki	7.00	0.55	7.1	6.5-7.4		
Chugoku and Shikoku	6.92	0.50	7.0	6.6-7.3		
Kyushu and Okinawa	7.07	0.35	7.1	6.8-7.4		
Systolic blood pressure (mmHg)					25.89%	0.216
All regions	129.7	6.1	130	126-134		
Hokkaido and Tohoku	130.4	6.4	131	127-134		
North Kanto	128.1	6.0	129	122-133		
South Kanto	130.7	4.6	130	128-134		
Chubu	129.2	6.8	128	125-133		
Kinki	129.5	6.7	129	125-134		
Chugoku and Shikoku	131.7	5.4	132	128-135		
Kyushu and Okinawa	125.7	7.5	124	120-129		
Diastolic blood pressure (mmHg)					0.00%	0.682
All regions	73.0	5.7	73	69-77		
Hokkaido and Tohoku	76.8	9.8	74	72-81		
North Kanto	72.5	6.1	72	66-79		
South Kanto	72.1	4.0	73	69-74		
Chubu	73.7	4.9	73	72-77		
Kinki	72.9	6.1	72	68-79		
Chugoku and Shikoku	73.2	5.4	73	69-77		
Kyushu and Okinawa	71.7	5.5	70	67-77		
LDL cholesterol (mg/dL)					13.00%	0.302
All regions	105.6	12.5	105	97-111		
Hokkaido and Tohoku	98.5	12.7	103	91-107		
North Kanto	104.4	13.9	106	98-115		
South Kanto	106.2	11.5	105	98-114		
Chubu	102.7	9.1	104	94-108		
Kinki	109.1	15.7	108	95-123		
Chugoku and Shikoku	109.7	13.2	109	103-111		
Kyushu and Okinawa	105.4	12.4	101	97-113		
HDL cholesterol (mg/dL)					0.00%	0.477
All regions	57.6	6.1	58	54-60		
Hokkaido and Tohoku	58.1	5.6	58	53-62		
North Kanto	54.4	5.8	55	53-58		
South Kanto	57.2	4.6	57	55-59		
Chubu	59.2	5.8	59	55-63		
Kinki	58.7	6.8	59	52-63		
Chugoku and Shikoku	57.6	7.9	58	53-61		
Kyushu and Okinawa	58.0	7.3	57	54-59		
log Triglyceride (mg/dL)*					3.11%	0.682
All regions	2.11	0.10	146	126-168		
Hokkaido and Tohoku	2.10	0.16	126	111-181		
North Kanto	2.12	0.11	148	122-179		
South Kanto	2.10	0.06	146	130-163		
Chubu	2.15	0.12	149	128-198		
Kinki	2.09	0.12	149	122-159		
Chugoku and Shikoku	2.13	0.09	143	131-176		
Kyushu and Okinawa	2.11	0.07	152	122-166		

p-value: Test for heterogeneity between regions (Cochran's Q test).
*The median and IQR for triglycerides are displayed as inverse log-transformed values (original scale).
IQR: interquartile range [25%-75%]; SD: standard deviation.

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

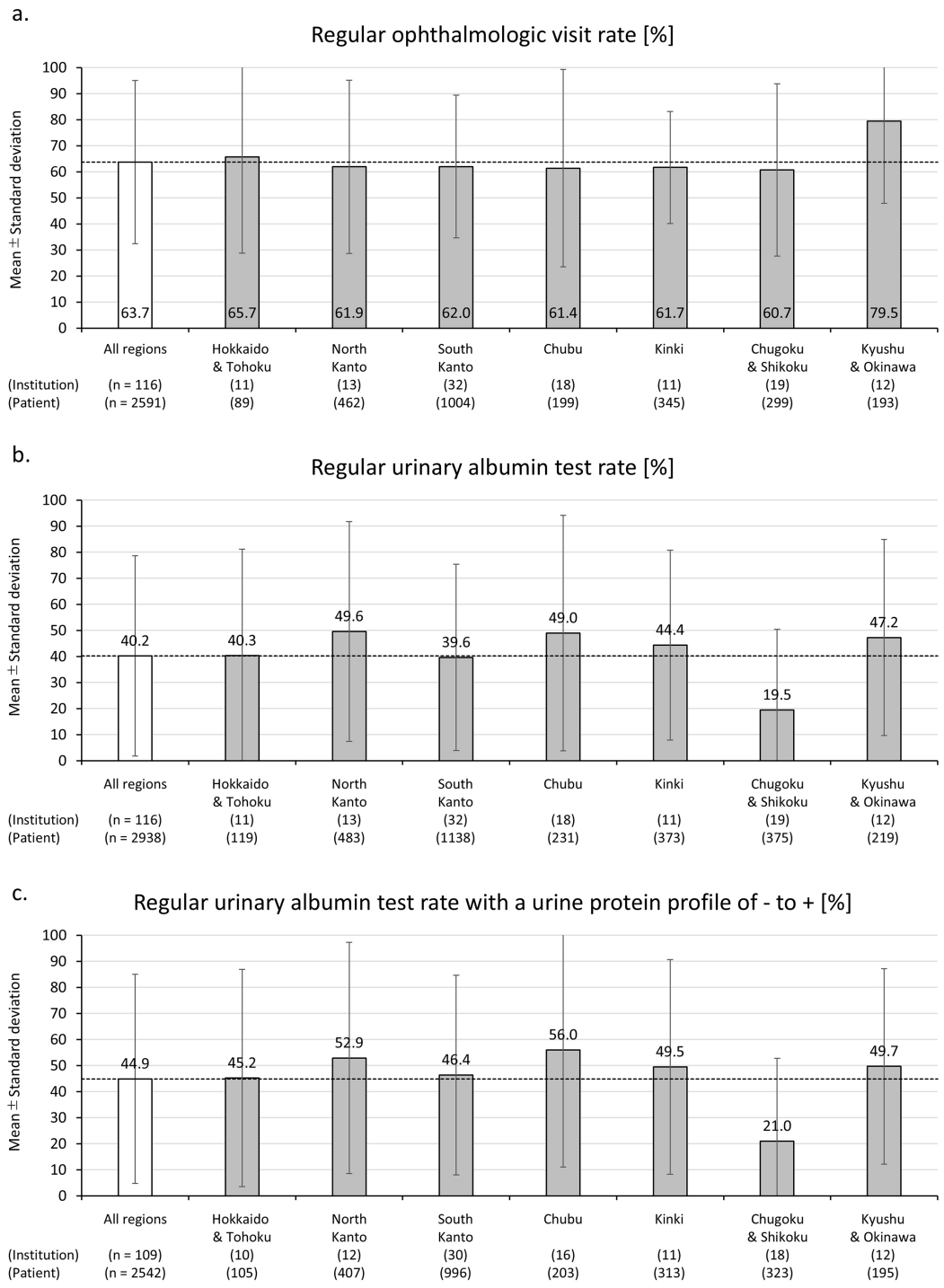


Figure 1. The bar graphs and error bars represent (a) the mean values (at the medical institution level) and standard deviations of the regular ophthalmology visit rate, (b) the urine albumin quantitative test implementation rate, and (c) likewise, among patients without macroproteinuria (*i.e.*, whose urine protein qualitative test is negative, trace (+/-), or 1+) by region.
No statistically significant differences were detected in either the regular ophthalmology visit rate (I^2 = 0.01%, p for heterogeneity = 0.778) (a), the urine albumin quantitative test implementation rate (I^2 = 43.34%, p for heterogeneity = 0.124) (b), or *ditto* among patients without macroproteinuria (I^2 = 48.17%, p for heterogeneity = 0.0758) (c).

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

Table 3. Mean Clinical Parameters by Specialist and Non-Specialist Institutions.

Clinical parameters	Mean	SD	Median	IQR	p Value
HbA1c [NGSP] (%)					
Non-specialist institutions	6.86	0.46	7.0	6.6-7.1	Ref
Specialist institutions	7.13	0.41	7.1	6.8-7.3	0.001
Systolic blood pressure (mmHg)					
Non-specialist institutions	130.8	6.6	131	126-135	Ref
Specialist institutions	128.9	4.7	129	126-131	0.105
Diastolic blood pressure (mmHg)					
Non-specialist institutions	73.5	6.3	73	69-78	Ref
Specialist institutions	72.2	4.6	73	69-75	0.191
LDL cholesterol (mg/dL)					
Non-specialist institutions	105.2	14.0	106	95-112	Ref
Specialist institutions	106.2	9.8	105	100-111	0.664
HDL cholesterol (mg/dL)					
Non-specialist institutions	57.8	6.8	58	54-60	Ref
Specialist institutions	57.2	5.0	57	55-61	0.631
log Triglyceride (mg/dL)*					
Non-specialist institutions	2.11	0.11	136	121-171	Ref
Specialist institutions	2.12	0.07	152	131-167	0.510
Ophthalmology follow-up rate (%)					
Non-specialist institutions	53.9	33.8	50.0	32.0-88.1	Ref
Specialist institutions	78.5	19.5	80.5	63.4-100.0	<0.001
Urinary albumin quantification test rate (%)					
Non-specialist institutions	28.8	35.7	0.0	0.0-57.5	Ref
Specialist institutions	58.1	36.0	70.0	21.6-88.9	<0.001
Urinary albumin quantification test rate among patients without macroproteinuria (%)					
Non-specialist institutions	33.5	39.0	13.9	0.0-73.6	Ref
Specialist institutions	62.5	35.5	75.3	33.3-92.7	<0.001

p-value: unpaired Welch's t-test.
*The median and IQR for triglycerides are displayed as inverse log-transformed values (original scale).
HbA1c: glycated hemoglobin; NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program; LDL: low-density lipoprotein; HDL: high-density lipoprotein; SD: standard deviation; IQR: interquartile range [25%-75%]; Ref: reference.

might introduce selection bias. On the other hand, the urinary quantitative protein or albumin examination rate reported by Sugiyama et al. [6] was 67.3%, while our rate (40.2%) is lower. However, it should be noted that the former figure includes measurements of urinary quantitative protein in addition to albumin. Considering that a portion of the former percentage is from urine protein measurement, our current results may be assessed within a similar range to the NDB data. In these regards, it is interesting and of note that ophthalmological assessment appears to be considerably acknowledged in the field of diabetes care.

Limitations

As of the end of 2022, the total number of registered patients in the J-DOME database was just under 20,000 [7]; by the end of 2024, this number is expected to reach 30,000 (unpublished data). However, this represents only a small fraction of the estimated 3.639 million individuals currently receiving treatment for type 2 diabetes in Japan, as reported in the 2023 Patient Survey by the Ministry of Health, Labour and Welfare [8]. Given this limited sample size, expanding the database is necessary for more detailed comparisons and to enhance the generalizability of the findings. In particular, we should be very careful in interpreting data from areas with fewer participating

DOI: 10.31662/jmaj.2025-0152
https://www.jmaj.jp/

institutions, such as Hokkaido/Tohoku and Kinki, due to potential biases caused by the limited sample size.

Although the observed differences between specialist and non-specialist institutions are intriguing, our registry has only limited entries regarding therapy, such as types of drugs administered, whether or not dietary therapy by a registered dietitian was introduced, and likewise, exercise therapy. For these items, we have found only a little difference between specialist and non-specialist institutions in the registry as a whole at that time [9] and we have been unable to elucidate the reasons for the above-described differences.

Future perspective

As mentioned above, we do not have sufficient data on psychological care. However, precisely because of this background, collaboration with multidisciplinary healthcare professionals, which is definitely important for diabetes care, should be assessed in forthcoming protocols.

Future studies should consider stratifying analyses by secondary medical care areas, taking into account regional characteristics such as metropolitan areas, regional cities, and rural or depopulated areas. This approach could provide deeper insights into potential disparities in diabetes care across various healthcare settings.

Article Information

Acknowledgments

The authors express the deepest gratitude to all medical institutions participating in the J-DOME database and to all patients who contributed to this study through their registrations. We also express our profound gratitude to the Practitioners Subcommittee in the Japanese Society of Hypertension for their contributions. In addition, we thank Drs. Norihito Kamimura (Kamimura Clinic), Yoshihisa Takada (Takada Clinic), Masahiro Fukuda (Fukuda Clinic), Hidekatsu Sugimoto (Sugimoto Clinic), Tetsuro Tsujimoto (Toranomon Hospital Kajigaya), Iseki Takamoto (Tokyo Medical University), Kei Asayama (Teikyo University School of Medicine), and Tomohiro Katsuya (Katsuya Clinic) for their collaborative participation in this work.

Author Contributions

Mitsuhiko Noda and Atsushi Goto contributed to the analysis of the data and to the writing of the manuscript. Kohjiro Ueki, Koichi Node, Hiromi Rakugi, and Narumi Eguchi interpreted the results and the supervision of the manuscript. Mitsuhiko Noda and Narumi Eguchi contributed to the design and implementation of the study. All authors discussed the results and contributed to the final manuscript.

Conflicts of Interest

None

Funding

This work was supported by the *Health Labour Sciences Research Grant* (21FA0301 and 24FA1007) to Mitsuhiko Noda.

Ethical Approval

This study was approved by the Japan Medical Association Ethical Review Board (28-3-4).

Disclaimer

Kohjiro Ueki and Narumi Eguchi are the Editors of JMA Journal and on the journal's Editorial Staff. They were not involved in the editorial evaluation or decision to accept this article for publication at all.

References

1. Magliano DJ, Boyko EJ. IDF diabetes atlas. 11th ed, 2025 [Internet]. International Diabetes Federation. [cited 2025 Aug 11]. Available from: https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025.pdf
2. The National Health and Nutrition Survey in Japan, 2019 [Internet] Japanese. Ministry of Health, Labour and Welfare. [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/001066903.pdf
3. Health Japan 21 (Third Phase) [Internet] Japanese. Ministry of Health, Labour and Welfare. [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf
4. Specialist Search [Internet] Japanese. The Japan Diabetes Society. [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.jds.or.jp/modules/senmoni/
5. Japan medical association Database Of clinical MEdicine [Internet] Japanese. Japan Medical Association. [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.jdome.jp/overview.html
6. Sugiyama T, Imai K, Ihana-Sugiyama N, et al. Variation in process quality measures of diabetes care by region and institution in Japan during 2015-2016: an observational study of nationwide claims data. Diabetes Res Clin Pract. 2019;155:107750.
7. Kobayashi K, Chin K, Hatori N, et al. Cross-sectional survey of hypertension management in clinical practice in Japan: the Kanagawa Hypertension Study 2021 conducted in collaboration with Japan Medical Association Database of Clinical Medicine. Hypertens Res. 2023;46(11):2447-59.
8. Patient Survey [Internet] Japanese. Statistics of Japan. [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022
9. The 4th J-DOME report; 2023 [Internet] Japanese. Japan Medical Association. [cited 2025 Feb 3]. Available from: https://www.jdome.jp/doc/jdome-report2022-4th.pdf

JMA Journal is an Open Access journal distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view the details of this license, please visit (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

資料4

日本高血圧学会・学術委員会
J-DOME研究解析ワーキンググループ

【委員長】　浅山 敬#,§（帝京大学）

【班員】*　勝谷 友宏#,§（勝谷医院）
苅尾 七臣§（自治医科大学）
西山 成（香川大学）
野田光彦§（国際医療福祉大学）
柴田 茂（帝京大学）
小林 一雄（内科クリニックこばやし）
八田 告#（八田内科医院）
牛込 恵美（京都工芸繊維大学）
江口 成美§（日本医師会総合政策研究機構）
篠原 啓介（九州大学）
広浜 大五郎（帝京大学）
野里　陽一（市立豊中病院）
佐々木 健介（広島大学）

*順不同
#JSH J-DOME事業タスクフォース
§日本医師会 J-DOME研究事業

日本高血圧学会・学術委員会
J-DOME研究解析ワーキンググループ

【背景】

日本高血圧学会（JSH）は 2020年、日本医師会診療データベース研究事業（J-DOME研究; 次頁参照）に参画した。現在、JSHでは J-DOME事業TFを組んで、実地臨床の先生方のご参加と研究遂行をプロモートしている。

今般、J-DOME研究から、糖尿病の管理状況に関する論文が受理されたことを受けて、高血圧の管理状況について同様に論文をまとめて欲しい、との依頼が日本医師会・J-DOME側より届いた。

【目的】

本依頼を基盤に、これから遺漏なく研究解析・論文化を実施し、若手研究者を育成し、かつ学術団体であるJSHとしての公的責任を果たすための、専門の研究解析ワーキンググループを設立したい。

【活動内容】

J-DOME研究側での各種申請登録などの事務処理、若手研究者を主軸とした解析・論文化を、本WG委員長・委員がサポートし、以下のステップを着実に実行する。

・Initial step（～1年）: 糖尿病管理論文を参考に、高血圧の管理状況に関する論文を上梓する。
・Second step（～3年）: 実地臨床から寄せられている解析のアイディアを活かし、成果を輩出する。
・Final step（～5年）: J-DOME研究を、高血圧に関する国内随一の臨床レジストリ研究に育て上げる。

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Noda M, Ueki K, Goto A, Node K, Rakugi H, Eguchi N	Regional Differences and Similarities in Diabetes Care in Japan: Insights from the J-DOME Registry.	JMA J	Oct 15;8(4)	1307-1314	2025
Kobayashi K, Chin K, Furuki T, Sakai H, Miyakawa M, Asayama K, Eguchi N, Katsuya T, Sato K, Tamura K, Kanamori A	Cross-sectional Survey of Hypertension Management among Patients Stratified by Chronic Kidney Disease in Japan.	JMA J	Oct 15;8(4)	1240-1249	2025

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　鈴木　康裕

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

３．研究者名　（所属部署・職名）　市川病院　糖尿病・代謝・内分泌内科・教授

（氏名・フリガナ）　野田　光彦・ノダ　ミツヒコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　公益社団法人 日本医師会

所属研究機関長　職　名　会長

氏　名　松本　吉郎

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

３．研究者名　（所属部署・職名）　日本医師会総合政策研究機構　主席研究員
（氏名・フリガナ）　江口成美　エグチナルミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講　■　　未受講　□

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 15 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

３．研究者名　（所属部署・職名）　糖尿病研究センター　・　センター長

（氏名・フリガナ）　植木　浩二郎　・　ウエキ　コウジロウ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年　3　月　31　日

厚生労働大臣　殿

機関名　佐賀大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　野出　孝一

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善

―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

３．研究者名　（所属部署・職名）　学長

（氏名・フリガナ）　野出　孝一　・　ノデ　コウイチ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 20 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　横浜市立大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　石川　義弘

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医学研究科公衆衛生学教室・教授

（氏名・フリガナ）　後藤　温・ゴトウ　アツシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　女子栄養大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　香川　明夫

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

２．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善
―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

３．研究者名　（所属部署・職名）　栄養学部・教授

（氏名・フリガナ）　津下　一代　・　ツシタ　カズヨ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 1 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立大学法人九州大学

所属研究機関長　職　名　総　長

氏　名　石橋　達朗

次の職員の（令和）7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1．研究事業名　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2．研究課題名　糖尿病など生活習慣病の地域格差の把握とその改善

―日本医師会かかりつけ医診療データベース J-DOME からの提言

3．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医学研究院・教授

（氏名・フリガナ）　中島　直樹・ナカシマ　ナオキ

4．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	日本医師会倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

6．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。