

血糖に関する判定区分の改定(2026年4月施行)

会員よりご要望の強かった低血糖、二日ドックの75gブドウ糖負荷試験に関する判定区分をそれぞれ American Diabetes Association(ADA)、日本糖尿病学会からの報告に準拠して作成しました。なお判定区分は基本検査項目(空腹時血糖・HbA1c同時実施)を基に作成しています。

日本糖尿病学会では、低血糖を①薬剤性低血糖症と②その他の低血糖症(腫瘍性疾患、内分泌疾患、肝疾患、インスリン自己免疫症候群等)に分類し、糖尿病治療中の者以外にも低血糖が起こりうるとしています。本学会が会員施設より収集した2014年度大規模調査から、70mg/dL未満は1,291,025人中1,786人(糖尿病治療薬使用中114名、非使用者1,565名、不明107名)でした。さらに近年、糖尿病治療薬のSGLT2阻害薬は糖尿病非合併者の慢性腎臓病ならびに慢性心不全の治療薬として健康保険適用が認可されたことにより使用例が増加し、本年5月に会告「人間ドック受診者への注意事項」(<https://www.ningendock.jp/sglt2/>)を発出いたしました。

2025年9月のパブリックコメントのご意見を踏まえ、案の一部を改訂しここに公表いたします。

一日ドック

	A異常なし	B軽度異常	C要再検査・生活改善 *1	D要精密検査・治療 *2
空腹時血糖(FPG) mg/dL	FPG : 70-99 かつ	1) FPG : 100-109かつ HbA1c : 5.9以下 2) FPG : 70-99かつ HbA1c : 5.6-5.9	1) FPG : 110-125 2) FPG : 126以上かつHbA1c : 6.4以下 3) FPG : 70-109かつHbA1c : 6.0以上 4) FPG : 54-69	1) FPG : 126以上かつ HbA1c : 6.5以上 2) FPG : 53以下
HbA1c % *9	HbA1c : 5.5以下	1), 2)のいずれかのもの	1), 2), 3), 4)のいずれかのもの	1), 2)のいずれかのもの

脚注

*9 FPG110~125mg/dLまたはHbA1c6.0~6.4%の場合はOGTTを推奨する。

参考

The 2025 Standards of Care in Diabetes, from the American Diabetes Association(ADA), lists glucose levels in hypoglycemia as follows: Level 1 - Glucose level between less than 70 mg/dL(<3.9 mmol/L) and at or above 54 mg/dL(≥3.0 mmol/L) Level 2 - Glucose level less than 54 mg/dL(<3.0 mmol/L)

出典 : https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S111/153951/6-Glycemic-Goals-and-Hypoglycemia-Standards-of

二日ドック 75gブドウ糖負荷試験

単位(mg/dL)	A(異常なし)	B(軽度異常)	C(要再検査・生活改善)	D(要精密検査・治療)
空腹時血糖	99以下	100-109	110-125	126以上
60分値			180以上	
120分値	139以下		140-199	200以上

脚注

- ・3回の検査の中でもっとも悪い判定を採用する。
- ・空腹時血糖低値については一日ドックの血糖・HbA1cの判定区分に従う。

- ・明らかに糖尿病と判明している場合は中止が望ましい。
- ・妊娠者：妊娠者のブドウ糖負荷試験の診断基準は関係学会で別途作成されている。妊娠中に妊婦健康診査で糖尿病スクリーニングが実施されること、陽性妊婦者の管理ならびに本試験はしかるべき医療機関で行うのが適切であるため、負荷試験の実施を推奨しない。
- ・胃切除後者：日本糖尿病学会等から胃切除者の診断基準は策定されていない。胃切除者（部分切除含む）は、本検査で特有の高血糖が生じるため、本判定区分を適用すると偽陽性が生じる。加えて終了前後に低血糖が生じる可能性があることから、胃切除者は本検査の実施を推奨しない。

参考

糖尿病診断基準に関する調査検討委員会：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告（国際標準化対応版） 糖尿病 2012；55：485-504

https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyoy/55/7/55_485/_pdf/-char/ja

なお、パブリックコメントにより eGFR の低下は判定区分に組み込まず、脚注としました。また、厚生労働省標準的な健診・保健指導プログラム令和6年版プログラムに従い、Non-HDL-C の判定が LDL-C の判定より悪い場合は LDL-C の判定と同一にする、個々の脂質検査をとりまとめた脂質判定を行う場合には Non-HDL-C コレステロールの判定は採用しないこと、を脚注に追記しました。

判定区分(2026年4月1日改定)

項 目			A 異常なし	B 軽度異常	C 要再検査・生活改善 *1	D 要精密検査・治療 *2	E 治療中 *3
体格指数(BMI)	kg/m ²		18.5-24.9		18.4以下, 25.0以上		
腹 囲	cm	男性	84.9以下		85.0以上		
		女性	89.9以下		90.0以上		
血 圧 (2回測定:平均値)	mmHg *1	収縮期	129以下	130-139	140-159	160以上	
		拡張期	84以下	85-89	90-99	100以上	
心拍数(仰臥位)	回/分		45-85		40-44, 86-99	39以下, 100以上	
視力(裸眼, 矯正両方の場合には矯正で判定) (悪い側で判定)			1.0以上		0.7-0.9	0.6以下	
聴力	dB	1000Hz	30以下		35	40以上	
		4000Hz	30以下		35	40以上	
呼吸機能 (スパイロメトリー) 小数点1ケタ表記に変更 *4		1秒率(%)	70.0以上			69.9以下	
		%1秒量 (予測1秒量に対する%)	80.0以上 (1秒率70.0%以上)		79.9以下 (1秒率70.0%以上) または 80.0以上 (1秒率69.9%以下)	79.9以下 (1秒率69.9%以下)	
		%肺活量(%)	80.0以上			79.9以下	
総たんぱく	g/dL		6.5-7.9	8.0-8.3	6.2-6.4	6.1以下, 8.4以上	
アルブミン	g/dL *5		3.9以上		3.7-3.8	3.6以下	
クレアチニン (eGFRを優先して判定) (小数点2ケタ表記に変更)	mg/dL	男性	1.00以下	1.01-1.09	1.10-1.29	1.30以上	
		女性	0.70以下	0.71-0.79	0.80-0.99	1.00以上	
eGFR(mL/分/1.73m ² による) *6 (小数点1ケタ表記に変更)			60.0以上		45.0-59.9	44.9以下	
尿酸	mg/dL		2.1-7.0	7.1-7.9	2.0以下, 8.0-8.9	9.0以上	
HDL コレステロール	mg/dL		40以上		30-39	29以下	
Non-HDL コレステロール	mg/dL *7		90-149	150-169	170-209	89以下, 210以上	
LDL コレステロール	mg/dL		60-119	120-139	140-179	59以下, 180以上	
中性脂肪(トリグリセリド)	mg/dL *8		30-149	150-299	300-499	29以下, 500以上	
AST(GOT)	U/L		30以下	31-35	36-50	51以上	
ALT(GPT)	U/L		30以下	31-40	41-50	51以上	
γ-GT(γ-GTP)	U/L		50以下	51-80	81-100	101以上	
空腹時血糖(FPG)	mg/dL		FPG : 70-99 かつ HbA1c : 5.5以下	1)FPG : 100-109かつ HbA1c : 5.9以下 2)FPG : 70-99かつ HbA1c : 5.6-5.9 1), 2)のいずれかのもの	1)FPG : 110-125 2)FPG : 126以上かつ HbA1c : 6.4以下 3)FPG : 70-109かつ HbA1c : 6.0以上 4)FPG : 54-69 1), 2), 3), 4)のいずれかのもの	1)FPG : 126以上かつ HbA1c : 6.5以上 2)FPG : 53以下 1), 2)のいずれかのもの	
HbA1c	% *9						
白血球数	10 ³ /μL		3.1-8.4	8.5-8.9	9.0-9.9	3.0以下, 10.0以上	
血色素量	g/dL	男性	13.1-16.3	16.4-18.0	12.1-13.0	12.0以下, 18.1以上	
		女性	12.1-14.5	14.6-16.0	11.1-12.0	11.0以下, 16.1以上	
血小板数	10 ⁴ /μL		14.5-32.9	12.3-14.4, 33.0-39.9	10.0-12.2	9.9以下, 40.0以上	
CRP (小数点2ケタ表記に変更)	mg/dL		0.30以下	0.31-0.99		1.00以上	
梅毒反応			陰性			陽性	
HBs抗原			陰性			陽性	
HCV抗体			陰性			陽性	
尿蛋白			(-)	(±)	(+) *10	(2+)以上	
尿潜血			(-)	(±)	(+) *10	(2+)以上	
尿糖			(-)	(±)以上			
尿沈渣 *11							
便潜血 2日法		1日目・2日目	(-)			いずれか(+)	
子宮頸部細胞診 *12		ベセスダ分類	NILM		不適正標本=判定不能 (すみやかに再検査) *12	ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL/CIN2, HSIL/CIN3, SCC, AGC, AIS, Adeno- carcinoma, Other malign	

判定区分は、初回受診時の拠り所とするものです。要精密検査・治療(判定D)と判定した例において、精密検査の結果、異常となる原因が明確なものなかった、生まれつきなものであった、陰影の大きさが変わらないなどの結果が得られた場合は、その内容によって判定C等に変更することが適切です。初回であっても、年齢、既往・検査歴などから、判定区分の変更されることも適切です。がん関連検査は、慎重に判断されてください。一方、がんが濃厚である場合は、その旨を記載し受診を強く勧奨してください。

- * 1 C要経過観察の表現を改訂する。Xか月後など再検査時期を明記し、受診者行動を明確に指示する。画像検査・生理検査などは1年後の再検査としてもよい。
なお経過観察、定期的検査、症状あれば受診、などの不明瞭な記載は行わない。血圧は健診機関での再検査よりも家庭血圧測定を推奨する。
- * 2 D要医療の表現を改訂する。精密検査を行うか、治療を行うかは、紹介先が決定することになるためD1、D2を併合する、値の高低・所見によって要精密検査、要治療を使い分けしてもよい。
- * 3 治療中の場合はE判定とする。
- * 4 呼吸機能検査は検査者、被験者の良好の関係が数値を微妙に変えるので注意する。
また、1秒率、%1秒量の組み合わせで閉塞性障害の重症度を判定する。
1秒率が70%未満かつ%1秒量80%以上が軽症、79%以下が中等症以上と判定する。
1秒率、%肺活量の組み合わせで閉塞性、拘束性、混合性換気障害と判定する。
- * 5 アルブミンのBCG法とBCP改良法の差異は以下を参照する。
<http://www.jslm.org/others/news/20131225albumin.pdf>
- * 6 1～3年間でeGFR40もしくは30%以上の低下は有意なCKD進行の指標であり腎臓専門医へ紹介する(日本腎臓学会CKD診療ガイド2024 p13, 19)ことも考慮する。
- * 7 原則としてLDL-Cは直接法(空腹・随時ともに可能)で測定し、Non-HDL-Cの判定よりもLDL-Cの判定を優先する。
厚生労働省標準的な健診・保健指導プログラム令和6年版プログラムに従い、Non-HDL-Cの判定がLDL-Cの判定より悪い場合はLDL-Cの判定と同一にする。個々の脂質検査をとりまとめた脂質判定を行う場合にはNon-HDL-Cコレステロールの判定は採用しない。
(1)中性脂肪400mg/dL以上や食後採血の場合：LDL-C算定にFriedewald式は用いない。中性脂肪600mg/dL以上ではnon-HDL-C値は信頼性が乏しくなる。
また1000mg/dL以上ではLDL直接法も信頼性が乏しいとされている。
(2)中性脂肪400mg/dL未満かつ空腹時採血の場合：Non-HDL-Cの値を判定に用いない。LDL-C(Friedewald式または直接法)で判定する。
HDL組成が正常と著しく異なる場合(HDL-C<20mg/dL, ≥120mg/dL, 胆汁うっ滞性肝障害など)では、LDL-C, HDL-Cも不正確となるので、再検査等ではアポ蛋白など他の検査を併用する。
総コレステロールからnonHDL-Cを算出する場合はLDL-Cの判定を優先し総コレステロールの判定は行わない。
血糖・脂質に影響を与えるために空腹時採血を前提としている。
- * 8 FPG110～125mg/dLまたはHbA1c6.0～6.4%の場合はOGTTを推奨する。
- * 9 尿蛋白が(+)かつ尿潜血が(+)である場合は、尿蛋白をD判定とする。
- * 10 尿沈渣は別表の判定区分表を参照する。
- * 11 採取器具は綿棒ではなくブラシ、へら、サイトピック等を使用し、可能であれば液状化検体法(LBC)にて検体を保存する。
子宮頸部細胞診の検体は医師採取のみとし、自己採取は認めない。
- * 12 不適正標本はすみやかに再検査。ASC-USはHPV-DNA検査あるいは6か月後、12か月後の反復細胞診、またはコルポスコピーによる精密検査を実施する。
- * 眼圧の基準範囲は9～20mmHgであるが、緑内障の7割がこの範囲内にあるので、判定区分を設定していない。
- * 総ビリルビンについては中等度までは上昇に比例して死亡率の減少、動脈硬化予防となるので判定区分を設定していない。
- * ALPは2020年度からJSCC法からIFCC法に変更された。その結果、血液型の影響は少なくなったが残存し、閉経の影響は従前同様に強く存在するため、ALPの判定区分は従来通り作成しない(2023年8月理事会)。
参照 <http://jscc-jp.gr.jp/file/2019/alpld2.pdf> / <http://jscc-jp.gr.jp/file/2019/alpld4.pdf>
- * 胸部X線、上部消化管エックス線、上部消化管内視鏡、腹部超音波、心電図、眼底の画像健診判定マニュアルについては、日本人間ドック・予防医療学会ホームページを参照。

* 11 尿沈渣 判定区分

種 類	説 明	判定	A	B	C	D
赤血球*	腎尿路疾患および全身性の出血疾患の一部にみられます。判定は算定数(以下同様)です。	C～D	5未満/HPF		5-9/HPF	10-/HPF
白血球	尿路系の細菌性感染症にみられます。	B～D	5未満/HPF	5-9/HPF	10-/HPF 尿路系の臨床症状がある時	
尿管上皮細胞	腎臓内の尿管上皮細胞が剥離したもので、腎臓疾患にみることが多いです。	D	1未満/HPF			1-/HPF
尿路上皮細胞	腎臓の一部～尿管～膀胱～尿道の一部にかけての細胞が剥離したものです。	B	1未満/HPF	1-/HPF		
扁平上皮細胞	外尿道口付近の上皮細胞が剥離したものです。	B	1未満/HPF	1-/HPF		
卵円形脂肪体	ネフローゼ症候群などの腎疾患に伴って出現する脂肪顆粒を含む細胞です。	D	0/WF			1-/WF
細胞質内封入体細胞	尿路系の炎症時に出現する変性細胞です。	D	1未満/HPF			1-/HPF
核内封入体細胞	ヘルペスウイルス、サイトメガロウイルスなどのDNAウイルス感染により出現する細胞です。	D	0/WF			1-/WF
異型細胞	がんを疑う細胞です。	D	0/WF			1-/WF
円柱	円柱は辺縁が並行で両端が丸くなったもので、腎疾患の目安です。下記のように多くの種類があります。					
硝子円柱	タンパクの一種が尿管腔で貯留したもので、健康人でも激しい運動後にみることがあります。	B～C	0/WF	1-4/WF	5-/WF	
上皮円柱	尿管の傷害により剥離した尿管上皮細胞が封入された円柱です。	D	0/WF			1-/WF
顆粒円柱	顆粒成分(円柱内に封入された細胞が変性したもの)が封入された円柱です。	D	0/WF			1-/WF
ろう様円柱	尿管腔の長期閉塞により顆粒円柱が徐々に崩壊した太い円柱で、慢性腎不全にみることがあります。	D	0/WF			1-/WF
脂肪円柱	脂肪顆粒や卵円形脂肪体を含んだ円柱です。尿タンパク量が多い場合にみられます。	D	0/WF			1-/WF
赤血球円柱	腎臓(糸球体)で出血があった時にみることの多い赤血球を含有した円柱です。	D	0/WF			1-/WF
白血球円柱	白血球を多く含んだ円柱で、糸球体腎炎や腎盂腎炎の活動が考えられます。	D	0/WF			1-/WF
空胞変性円柱	円柱内に大小の空胞を認める円柱で、重症の糖尿病性腎症で多く認められます。	D	0/WF			1-/WF
塩類・結晶円柱	リン酸塩や尿酸の塩類、シュウ酸カルシウム結晶などを封入した円柱です。	B	0/WF	1-/WF		
細菌	細菌がみられ、尿路感染症が疑われます。同時に白血球がなければ問題はありせん。	B	—	1+以上		
真菌	カビの一種で特別な治療を行わなくても消失しますが、糖尿病など免疫機能低下がある時は要注意です。	B	—	1+以上		
原虫	性感染症の原因となるトリコモナスなどの原虫がいます。治療が必要となります。	D	—			1+以上

- * 尿潜血と尿赤血球の判定が異なる場合は、尿赤血球の判定を優先する。人間ドックの時点では糸球体型赤血球と非糸球体型赤血球の区別は行わなくても良いが、再検査・精密検査の時点では実施が望ましい。

略語 HPF(high power field), WF(whole field)

75g ブドウ糖負荷試験(二日ドック)の判定区分

単位(mg/dL)	A(異常なし)	B(軽度異常)	C(要再検査・生活改善)	D(要精密検査・治療)
空腹時血糖	99以下	100-109	110-125	126以上
60分値			180以上	
120分値	139以下		140-199	200以上

- ・3回の検査の中でもっとも悪い判定を採用する。
- ・空腹時血糖低値については上述の血糖とHbA1cとの組み合わせで行う。
- ・明らかに糖尿病と判明している場合は中止が望ましい。
- ・妊娠者：妊娠者のブドウ糖負荷試験の診断基準は関係学会で別途作成されている。妊娠中に妊婦健康診査で糖尿病スクリーニングが実施されること、陽性妊婦者の管理ならびに本試験はしかるべき医療機関で行うのが適切であるため、負荷試験の実施を推奨しない。
- ・胃切除後者：日本糖尿病学会等から胃切除者の診断基準は策定されていない。胃切除者(部分切除含む)は、本検査で特有の高血糖が生じるため、本判定区分を適用すると偽陽性が生じる。加えて終了前後に低血糖が生じる可能性があることから、胃切除者は本検査の実施を推奨しない。