

## 2026 年度判定区分改定 (案)

### 1. 血糖・HbA1c の判定区分の追記

血糖低値に関する判定区分を改変・追記した (太字)

項目	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
FPG (血漿) 空腹時血糖 mg/dL	<b>FPG:73-99</b> かつ HbA1c:5.5 以下	1)FPG:100-109 かつ HbA1c:5.9 以下	1)FPG:110-125 2) HbA1c:6.0-6.4 3) FPG : 126 以上かつ HbA1c : 6.4 以下	1)FPG:126 以上かつ HbA1c:6.5 以上
HbA1c(NGSP) % <b>*7</b>		<b>2)FPG:73-99 かつ</b> <b>HbA1c:5.6-5.9</b> 1), 2)のいずれかの もの	<b>4) FPG : 73-99 かつ</b> <b>HbA1c : 6.5 以上</b> <b>5)FPG:54-72</b> 1) ~5) のいずれかのもの	<b>2)FPG:53 以下</b> 1), 2)のいずれかの もの

脚注

\*7 空腹時血糖、HbA1c(NGSP)併合判定C区分の 1) 2) と判定した場合は OGTT を推奨する。3) 4) と判定した場合は、生活改善指導等を実施後その結果を短期間で再評価することが望ましい

治療中は E 判定 (治療中) とする。

参考

- ・ HbA1c の低値の判定区分は定めない
- ・ 血糖単独の判定区分は従前どおり定めない
- ・ 異常なし (A 判定) の下限値は日本臨床検査標準協議会「共用基準範囲の利用と手引き」(2022 年版) を使用した

<https://www.jccls.org/wp-content/uploads/2022/10/kijyunhani20221031.pdf>

- ・ 血糖低値の要精密検査・治療のカットオフ値は ADA の勧告を採用した

Diabetes Care 2024;47(Supplement\_1):S111-S125

[https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement\\_1/S111/153951/6-Glycemic-Goals-and-Hypoglycemia-Standards-of](https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S111/153951/6-Glycemic-Goals-and-Hypoglycemia-Standards-of)

## 2. 75 g ブドウ糖負荷試験（2日ドック）の判定区分

### 75 g ブドウ糖負荷試験（2日ドック）（案）

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

（脚注の設定）

- ・ 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1日目に実施する血糖と 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省略し「空腹時血糖」を実施する
- ・ 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るべき医療機関で行うのが適切であるため、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/tonyobyos/55/7/55\\_485/pdf-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyos/55/7/55_485/pdf-char/ja)

### 3. eGFR 判定区分の追記

日本腎臓学会の CKD 診療ガイド 2024 において、「末期腎不全を予測する因子として 1～3 年間で eGFR40%もしくは 30%の低下が有意な因子であり、CKD 進行の指標である（p13）」、「3 か月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合、すみやかに腎臓専門医・専門機関への紹介すること（p.19）」と記載されている。これは自然経過にみあわない急速な腎機能低下が疑われる患者に対して、原因精査のうえで、腎保護療法を開始すれば、透析導入を遅延させる可能性があるためである。

また、国際的なガイドラインである KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International (2024) 105 (Suppl 4S), S117–S314 の中で

<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>

Chapter 2: Risk assessment in people with CKD（S155 ページ、S196 - S198）

Practice Point 2.1.3: For people with CKD, a change in eGFR of >20% on a subsequent test exceeds the expected variability and warrants evaluation. と記載されている。

以上の報告を踏まえて、人間ドックは通常年 1 回の受診であるという状況から、「eGFR 値 30%以上/年の低下」を「D要精密検査・治療」に追加する。

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
eGFR (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> ) (小数点 1 ケタ表記に変更)	60.0 以上		45.0-59.9	44.9 以下 または <b>30%以上/年の低下*</b>

以上