

2026年度学校検尿について

令和7年の結果を振り返る

徳島赤十字病院 小児科 小谷裕美子

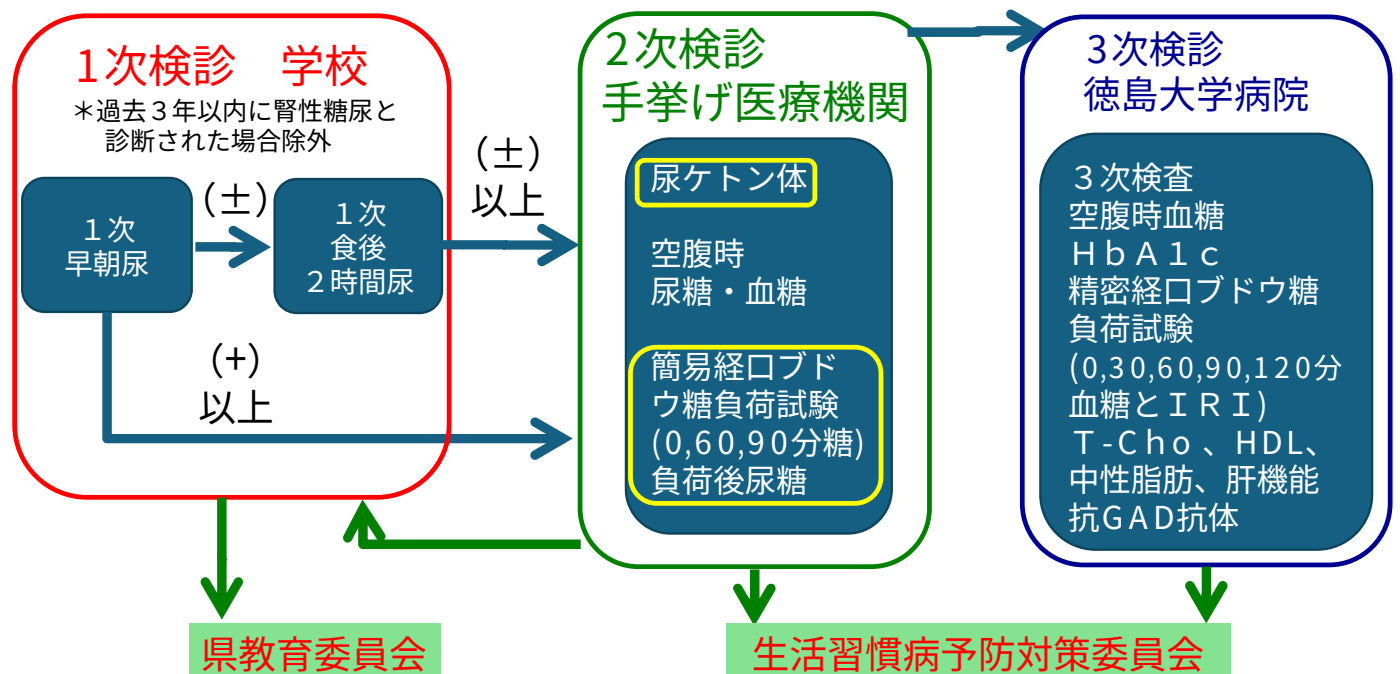
徳島大学病院 小児科 武井美貴子

2026/7/14

徳島県医師会館 4階ホール

小中学校検尿検診システム

糖尿病型
境界型



尿検査（尿糖）二次検診報告書（小学生・中学生用）

記 医 療 機 関 入 関	二次検診実施日	令和 年 月 日	二次検診医療機関名	
			担 当 医 氏 名	

検 診 結 果	検 査 項 目			検 査 結 果		
	身 長			cm		
	体 重			kg		
	尿検査	空 腹 時 尿 糖				
		空腹時尿ケトン体				
		負 荷 後 尿 糖	負荷60分後			
			負荷120分後			
	血液検査	空 腹 時 血 糖				
		ブドウ糖負荷試験 (負荷量 g)	負荷60分後		血糖値	mg / dl
負荷120分後			血糖値	mg / dl		
判 定	正 常 腎性糖尿 耐糖能異常（疑い） 糖尿病（疑い）					
備 考						
紹介三次（精密）検診依頼先医療機関			病 院 科			

〈個人情報保護〉個人情報の保護には万全を期します。ご記入いただいた個人情報は、検診及びそのデータ管理のためだけに使用し、目的以外で個人の情報が使用されることはありません。

尿検査（尿糖）二次検診報告書（小学生・中学生用）

記 医 療 機 関 入 関	二次検診実施日	令和 年 月 日	二次検診医療機関名	
			担 当 医 氏 名	

検 診 結 果	検 査 項 目		検 査 結 果		
	身 長		cm		
	体 重		kg		
	尿検査	空 腹 時 尿 糖			
		空腹時尿ケトン体			
		負 荷 後 尿 糖	負荷60分後		
			負荷120分後		
	ブドウ糖 負荷量	空 腹 時 血 糖			
ブドウ糖負荷試験 (負荷量 g)		負荷60分後	血糖値	mg / dl	
		負荷120分後	血糖値	mg / dl	
判 定	正 常 腎性糖尿 耐糖能異常（疑い） 糖尿病（疑い）				
	備 考				
家族歴、体重の変動、腹囲、腰囲など 紹介の有無					
紹介三次（精密）検診依頼先医療機関			病 院 科		

性別
身長
体重

空腹時ケトン体

空腹時血糖

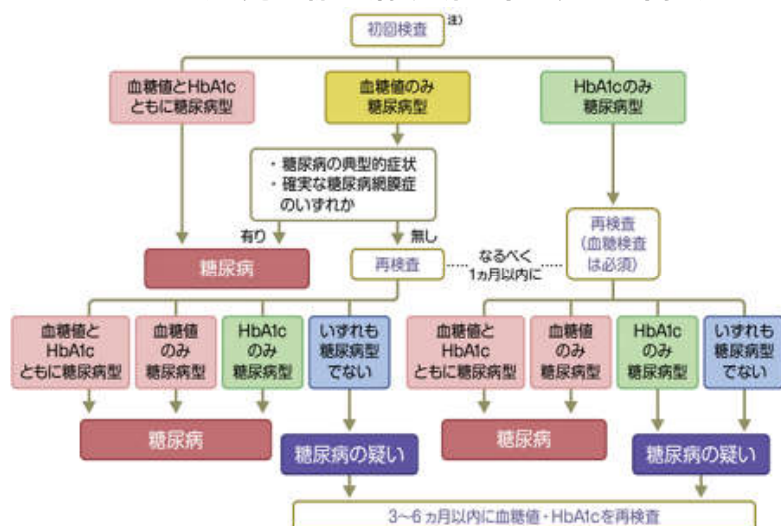
OGTT負荷量
食後60分
180mg/dlを
超えてないか

家族歴、体重の変動、腹囲、腰囲など
紹介の有無

〈個人情報保護〉個人情報の保護には万全を期します。ご記入いただいた個人情報は、検診及びそのデータ管理のためだけに使用し、目的以外で個人の情報が使用されることはありません。

糖尿病 診断基準

(小児の糖尿病診断基準は成人と同じ)



1 型糖尿病の診断基準

- 1) 一般に痩せ型で肥満歴がない。
- 2) 2 型糖尿病の濃厚な家族例がない。
- 3) acantosis nigricans などインスリン抵抗性を示唆する所見がない。
- 4) 単一遺伝子異常を示唆する所見がない。
- 5) 内因性インスリン分泌能の低下を認める。
 - a) 食後あるいはグルカゴン負荷試験*の C-ペプチド頂値 $< 1.0 \text{ ng/ml}$ ~ 感度以下 (* 3.0 ng/ml 未満で分泌不全を考える)
 - b) 24 時間尿中 C-ペプチド排泄 $< 20 \mu\text{g}$
- 6) 膵島自己抗体の検出
IAA, GAD 抗体, IA-2 抗体陽性〔近年亜鉛トランスポーター (ZnT8) 抗体が提唱された〕
- 7) 疾患感受性 HLA 遺伝子の同定
遺伝子タイピング: DRB1*0405, *0901
DQB1*0303, *0401
Haplotype として DRB1*0405-DQB1*0401
DRB1*0901-DQB1*0303

・糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告 日本糖尿病学会:
糖尿病2012;55 (7) :494

・小児内科40 (11) 1827-1835,2008

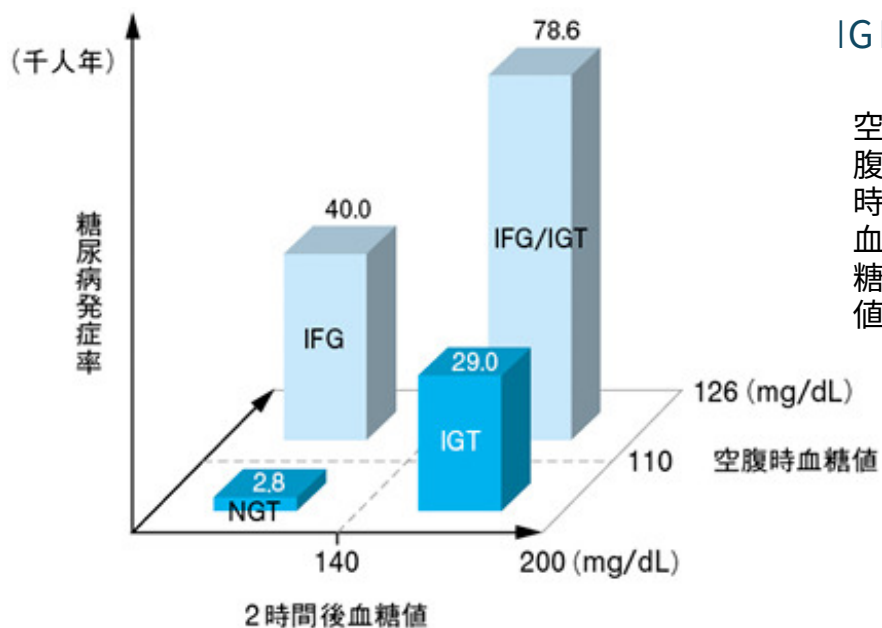
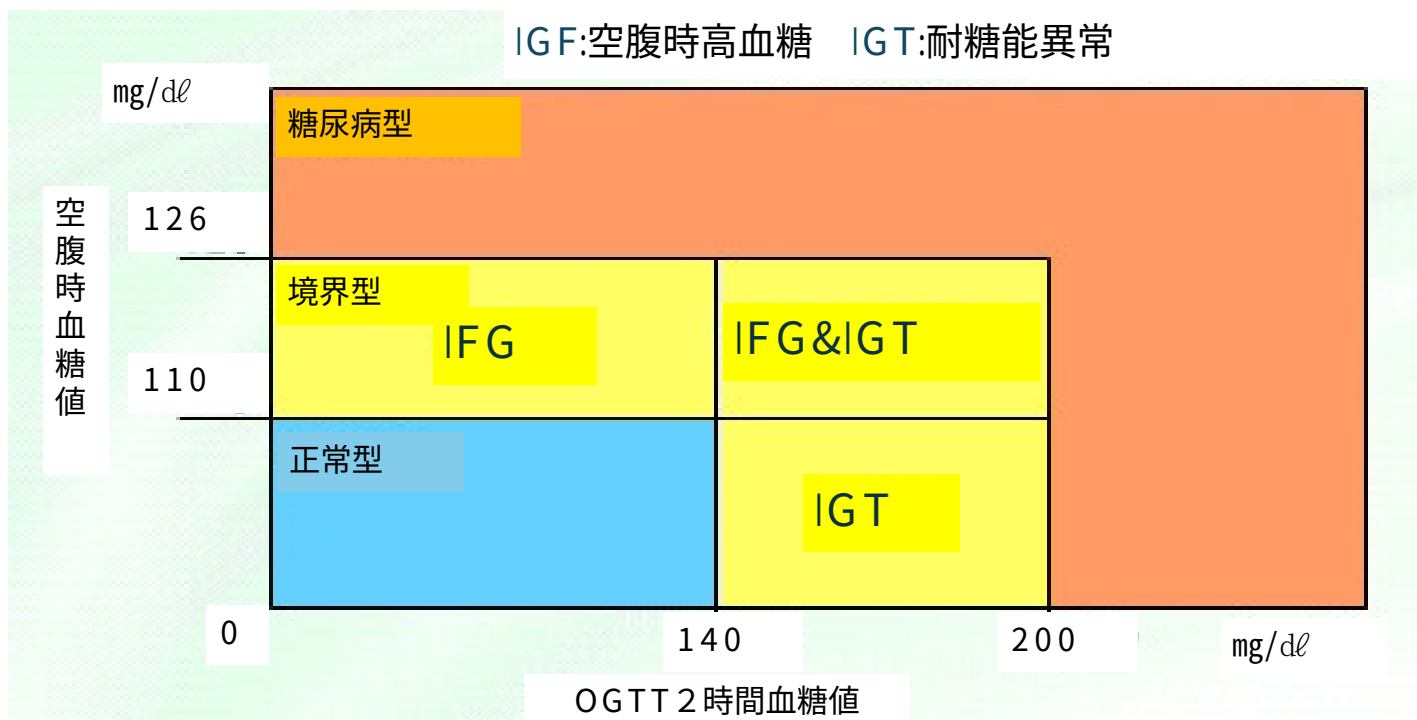
糖尿病型

- 血糖値: 空腹時 $\geq 126 \text{ mg/dL}$, OGTT 2時間 $\geq 200 \text{ mg/dL}$, 随時 $\geq 200 \text{ mg/dL}$ のいずれか
- HbA1c $\geq 6.5\%$

OGTT判定基準

	正常域	糖尿病域
空腹時血糖	$< 110 \text{ mg/dl}$	$\geq 126 \text{ mg/dl}$
OGTT 120分後	$< 140 \text{ mg/dl}$ (静脈血漿値)	$\geq 200 \text{ mg/dl}$ (静脈血漿値)
判定	両者を満たすものを正常型とする。OGTT 60分後が 180 mg/dl の場合は境界型に準ずる。	いずれかを満たせば糖尿病型とする。
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	

糖尿病の診断基準(ADA,1998)



IGF:空腹時高血糖 IGT:耐糖能異常

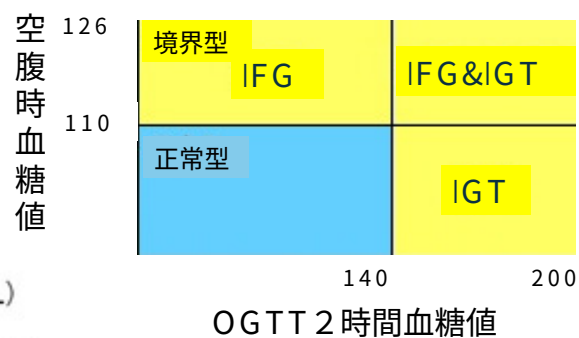


図2 耐糖能の違いと5年後の糖尿病発症リスク

舟形第1~3コホートの集計での($n = 3516$), 5年後追跡調査時の糖尿病発症率(千人年)を解析した。耐糖能異常(IGT), 空腹時過血糖(IFG)どちらも同様に正常耐糖能(NGT)と比して有意に糖尿病発症のリスクとなっていた(文献1より改変)

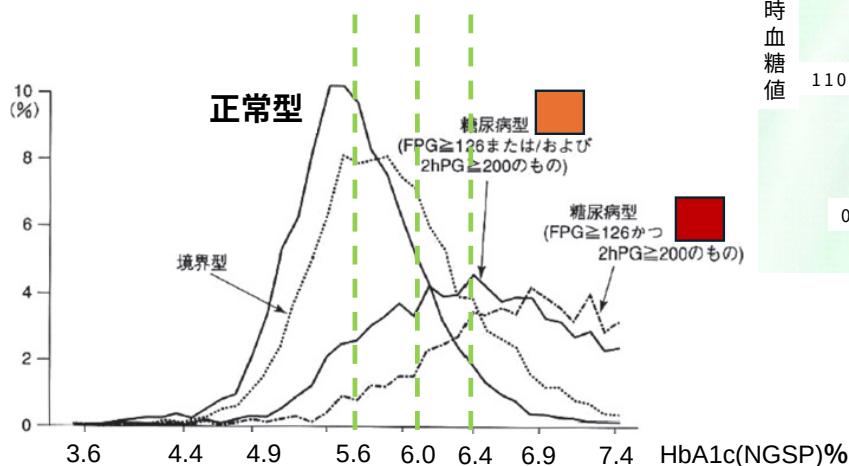
境界型の扱い

- 境界型は米国糖尿病学会（ADA）やWHO のimpaired fasting glucose (IFG) とimpaired glucose tolerance (IGT) とを合わせたものに一致し、**糖尿病型に移行する率が高い**。
- 境界型は糖尿病特有の合併症は少ないが、**動脈硬化症のリスクは正常型よりも大きい**。

HbA1cの考え方

- HbA1c（NGSP）が**6.0～6.4%**の場合は、**糖尿病の疑いが否定できない**。
- また、HbA1c（NGSP）が**5.6～5.9 %**の場合も含めて、現在糖尿病でなくとも将来糖尿病の**発症リスクが高いグループ**と考えられる。

HbA1c（NGSP） >5.6・6.0・6.4%とOGTTで診断される病型



		IGF:空腹時高血糖		IGT:耐糖能異常	
空腹時 血糖 値	mg/dℓ	糖尿病型			
	126				
	110	境界型 IFG	IFG&IGT		
	0	正常型	IGT		
		140		200	
		OGTT 2 時間血糖値			
		mg/dℓ			

- >5.6% 境界型の率が正常型より多くなってくる
- >6.0% 空腹時・随時血糖いずれかが糖尿病型になる率が正常型の率より高い
- >6.4% 空腹時・随時血糖両方が糖尿病型になる率が境界型の率より高い

- ▶ 令和7年度 尿検査人員/在籍者数
 (2025年) 小学校 30,794/30,974人 (99.4%実施)
 中学校 15,291/15,636人 (97.8%実施)
 高等学校 14,899/15,013人 (99.2%実施)

- ▶ 尿糖 学校保健統計 ; 2次検査者 / 2次検査異常有
 生活習慣病対策班; 2次検査者/3次検査受診

小学校	11 / 1	10 / 3(+0)
中学校	18 / 9	19 / 4(+6)
高等学校	24 / 9	25 / 7(+3) / 4例経過観察先記載 (既診断)

- ▶ 3次検査結果 耐糖能異常・糖尿病

小学校 0・3 中学校 3・1 高等学校 2・5

小・中学校 6名;徳島大学病院を受診 1名;吉野川医療センター内科を受診

★高校は経過観察先をお書きください

■ 1回目±で再検査の結果にかかわらず2次検診に進んだ場合

1次	性別	BMI	2次	OGTT(血糖/尿糖)			対応
1回目			判定	0分後	30分後	60分後	
±	女	不明	薬剤性	検査せず			
±	女	不明	正常	検査せず			早朝尿と随時尿で異常なし
±	男	15.3	腎性	82	117	78	
±	女	16.2	正常	79			HbA1c5.3%

■ 2025年 1回目±で再検査の結果にかかわらず2次検診に進んだ場合

1次	性別	BMI	2次	OGTT(血糖/尿糖)			対応
1回目			判定	0分後	30分後	60分後	
±	女	17.8 、	腎性	102/	HbA1c 5.3% HOMA-R1.86 HOMA-β68 CPRindex1.3		
±	男	14.9	正常	110/-	空腹時尿ケトン体(-)		HbA1c

MODY (maturity-onset diabetes of the young)

・Fajansらによって1975年に提唱された疾患概念

・診断基準として

- ・若年発症 (25歳未満)
- ・優性遺伝性 (3世代以上にわたり糖尿病罹患者がいる)
- ・非肥満
- ・膵関連自己抗体陰性 (抗GAD抗体、抗IA2抗体、抗ZnT8抗体など)
- ・発症後長期にわたり内因性インスリン分泌が残存 (Cペプチドなど)

これらを満たす場合、遺伝子検査を行うことが望ましい

➡ (保険適応外ではあるが、病型により治療方針や予後が異なるため、疑われる場合には積極的に遺伝子検査が勧められる)

・原因遺伝子として、現在までに14種類が報告されている

25歳未満での糖尿病診断例の11.5%がMODYともいわれる。

小児科臨床 Vol.73 No.5 2020 791-794

表 1 MODY の病型と治療法

型	遺伝子	染色体	発症率%	遺伝子機能	病 態	治療
MODY1	HNF4 α	20q13	5	transcription factor (nuclear factor)	β 細胞機能低下 新生児高インスリン血症	SU 薬
MODY2	GCK	7p13	15~25	hexokinase グルコース代謝	β 細胞機能低下 空腹時高血糖	食事療法
MODY3	HNF1 α	12q24	30~50	transcription factor (homeodomain)	β 細胞機能低下	SU 薬
MODY4	PDX1/IPF1	13q12.2	<1	transcription factor (homeodomain)	β 細胞機能低下 β 細胞無形成	食事療法 インスリン
MODY5	HNF1 β	17q12	5	transcription factor (homeodomain)	β 細胞機能低下 膵低形成、腎奇形	インスリン 経口糖尿病薬
MODY6	NEUROD1	2q31	<1	transcription factor BHLH	β 細胞機能低下 成人発症型	経口糖尿病薬 インスリン
MODY7	KLF11	2p25	<1	TGF- β	β 細胞機能低下 2 型糖尿病に類似	経口糖尿病薬 インスリン
MODY8	CEL	9q34	<1	膵臓の発生に関与	膵外分泌内分泌調節	インスリン 経口糖尿病薬
MODY9	PAX4	7q32	<1	transcription factor 胎児の発育に関与	β 細胞機能低下 ケトアシドーシスあり	インスリン 経口糖尿病薬
MODY10	INS	11p15	<1	β 細胞調節 ランゲルハンス細胞	インスリン遺伝子変異 PNDM	食事療法 インスリン
MODY11	BLK- β	8q23.1	<1	β 細胞 tyrosine kinase 機能	インスリン分泌低下 肥満	インスリン 経口糖尿病薬
MODY12	ABCC8	11p15	<1	インスリン分泌調節 細胞膜電位の代謝	ATP 依存性 K チャンネル PNDM, TNDM	インスリン 経口糖尿病薬
MODY13	KCNJ11	11p15.1	<1	膵 β 細胞グルコース 反応性インスリン分泌	ホモ接合体変異は新生児糖尿病	インスリン 経口糖尿病薬
MODY14	APPL1	3p14.3	<1	シグナル伝達障害	奇形 発育遅延	インスリン 経口糖尿病薬

■発症前遺伝学的検査

特定の遺伝性疾患（成人期発症の神経変性疾患、遺伝性腫瘍等）で、その時点ではまだ発症していない方が原因遺伝子の病的バリエーション（変異）の有無から**将来発症する可能性がどの程度あるかを調べる目的**で行われるもの。

■未成年者を対象とする場合の留意点

すでに発症している疾患の診断を目的とした場合、および**早期診断により予防や早期治療が可能となるような場合には、両親などから代諾を得、また本人にも理解度に応じた説明を行い、了解（インフォームド・アセント）を得てから実施することが望まれます。**

一方、非発症保因者遺伝学的検査や成年期以降に発症する疾患の**発症前遺伝学的検査**など、未成年のうちに遺伝学的検査を実施しないことの健康管理上のデメリットがない場合は、**本人が成人し、自律的に判断できるようになるまで実施を延期すべきです。**

MODYの遺伝学的検査を行う メリットとデメリット

■メリット

- MODYであることが確定し、より焦点を絞った経過観察・合併症のスクリーニングが期待される
- 当該家系における原因遺伝子変異が明らかになり、発症前診断がより行いやすくなる
- インスリン治療からSU薬への切り替えで血糖コントロールが改善するなど、よりよい治療を行うことができる可能性がある。

■デメリット

- 自らの子どもも約50%の糖尿病発症リスクがあることによる不安感などが増す恐れがある
- 少なからず費用が発生する**

2次検診結果

	小学校	中学校	高校
正常	2	3	11
腎性	4	6	4
耐糖能異常 (A)	0	3	2
糖尿病 (B)	3	2	5
フォロー中	0	5	3
診断名なし	1	0	0
(新規A+B)計	3	5	7

気になる症例 ⇒①一次検診 尿糖+でOGTT未施行。
 ②OGTT 60分値血糖183mg/dlで腎性判断。
 ③空腹時血糖101～109mg/dlの扱い。

内訳 →6名中 2型糖尿病 1名
 MODYの疑いの同胞例 3名
 腎性 2名

フォロー中の方の内訳

●小学校0名

●中学校6名 2型糖尿病
 (SGLT2阻害薬 4名、
 メトホルミン製剤+SGLT2阻害薬 1名、
 不明 2名)

●高校 3名 2型糖尿病
 (SGLT2阻害薬 2名、
 イメグリミン+SGLT2阻害薬 1名)

小児2型糖尿病に関する治療指針

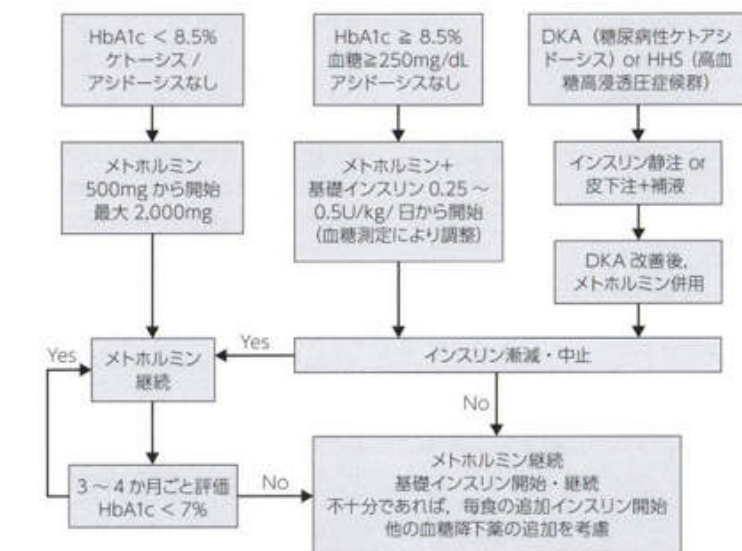


図 小児2型糖尿病に対する薬物療法のフローチャート (文献1)~3) を参考に筆者作図)

小児科診療 86(suppl-1): 602-604, 2023.

SGLT2阻害薬

ブドウ糖再吸収に関与するトランスポーターのSGLT2を阻害することで、ブドウ糖の再吸収を抑制する薬剤

- SGLT2阻害薬「ルセフィ® (ルセオグリフロジン)」が
2026年3月に小児 (10~17歳) への用法・用量追加承認を取得。
国内でSGLT2阻害薬として初めて小児に承認された。
- 小児2型糖尿病：10歳以上、1日1回投与、
用量は2.5mgから開始し必要に応じて5mgまで増量可能。
- 小児心不全：体重に応じたmg/kg投与が一般的。
- 尿路感染症や腎機能変化に注意。低血糖リスクは単独使用では低い
- 成人では慢性腎不全にも適応を持つ

・・・・・・・・・・・・・・・・

10歳以上で小児適応がある2型糖尿病の薬剤は

グリメピリド®(SU剤) メトグルコ®(メトホルミン製剤)

★薬剤性の場合、診断名と薬剤名をお書きいただけると嬉しいです

2次検査

MODYの可能性の確認
⇒家族歴によっては、肥満度の様子
空腹時血糖
十分な食事摂取2時間以内の血糖？
⇒HbA1cや家族歴によって
OGTTを期間をおいて再検査？

⇒可能な限りOGTTを期間をおいて再検査

腹部エコー (脂肪肝)

年齢		性	肥満度(%)	2次	3次検査										
					HbA1c (%)	OGTT 血糖 (mg/dL) インスリン(μU/mL) 尿糖			インスリン 分泌能評価		インスリン感受性 評価			診断	治療
						0分	60分	120分	HOMA-β	Insulinogenic Index	HOMA-IR	Matsuda Index	Disposition Index		
①	14	男	-10.3%	耐糖能異常疑い	5.2	83	148	122	135.0	1.50	1.54	3.59	5.4	腎性糖尿	フォロー終了
						7.5	131.4	108.9							
						(-)		(1+)							
②	11	男	77.9%	糖尿病疑い	6.9	133			203.7		13.00			2型糖尿病	食事運動療法
						39.6									
						(-)									
③	14	男	68.9%	糖尿病疑い	6.5	98	216	217	259.2	0.70	6.10	1.21	0.85	2型糖尿病	食事運動療法
						25.2	138.9	302.2							
						(-)		(±)							
④	14	男	-16.0%	境界型糖尿病疑い	5.3	97	100	140	82.6	1.40	1.87	5.04	7.04	腎性糖尿	フォロー終了
						7.8	18.1	49.1							
						(1+)		(1+)							

症例2 11歳 男児
肥満度：77.9%
家族歴：母 2型糖尿病

1次検診 尿糖1回目(2+) 2回目：施行なし

2次検診 OGTT 0分：血糖122 尿糖(+)
60分：血糖258 尿糖 施行なし
120分：血糖261 尿糖 施行なし ⇒診断：糖尿病疑い

3次検診 HbA1c：6.9% 肝機能障害
空腹時血糖：133mg/dL 低HDL血症
インスリン：39.6 μ U/mL (OGTT施行せず) 高TG血症
尿糖(-)
簡易ケトン：施行なし
自己抗体：抗GAD抗体陰性

インスリン分泌能評価 HOMA- β ：203.66
→正常

インスリン感受性評価 **HOMA-IR：13.00**

→インスリン抵抗性あり

⇒ 最終診断：2型糖尿病

治療方針：食事運動療法開始
メトグルコ併用

症例3 14歳 男児
肥満度：68.9%
家族歴：なし

1次検診 尿糖1回目：(3+) 2回目：施行なし

2次検診 OGTT 0分：血糖145mg/dL 尿糖(-)
60分：血糖270mg/dL 尿糖(+)
120分：血糖270mg/dL 尿糖(2+) ⇒診断：糖尿病疑い

3次検診 HbA1c：6.5%
簡易ケトン：0.1mmol/L
自己抗体：抗GAD抗体陰性
OGTT 0分：血糖98mg/dL インスリン25.2 μ U/mL 尿糖(-)
60分：血糖216mg/dL インスリン138.9 μ U/mL
120分：血糖217mg/dL インスリン302.2 μ U/mL 尿糖(±)

インスリン分泌能評価 HOMA- β ：259.2
→正常 insulonogenic index：0.70

インスリン感受性評価 **HOMA-IR：6.10**

→インスリン抵抗性あり

Matsuda index：1.21

Disposition index：0.85

⇒

最終診断：2型糖尿病
治療方針：食事運動療法開始
メトグルコ開始

三次検診 ＊インスリン抵抗性

●肝臓での抵抗性

$$\text{HOMA-R} = \text{FBS}(\text{mg/dl}) \times \text{IRI} (\mu\text{U/ml}) / 405$$

ただしFBS<140mg/dlとする

若年期 1.1以上で抵抗性あり

成人 2.0-2.4以上明らかな抵抗性あり

●空腹時感受性

QUICKI =

$$1 / [\log(\text{空腹時インスリン値}) + \log(\text{空腹時血糖値})]$$

0.3未満 明らかな抵抗性あり

0.3～0.45 正常

3.0以上 高インスリン感受性あり。

：：

●全身での抵抗性Matsuda-DeFronzo index

要OGTT 2.5以下は抵抗性あり

Matsuda-DeFronzo index

$$\text{ISI(comp)} = \frac{10000}{\sqrt{g_0 \times i_0 \times \frac{(g_5 \cdot 15 + g_{35} \cdot 30 + g_{65} \cdot 30 + g_{95} \cdot 30 + g_{125} \cdot 15)}{120} \times \frac{(i_5 \cdot 15 + i_{35} \cdot 30 + i_{65} \cdot 30 + i_{95} \cdot 30 + i_{125} \cdot 15)}{120}}}$$

g_0 : 0分の血糖値, g_5 : 30分の血糖値, g_{35} : 60分の血糖値, g_{65} : 90分の血糖値, g_{125} : 120分の血糖値
 i_0 : 0分のインスリン値, i_5 : 30分のインスリン値, i_{35} : 60分のインスリン値, i_{65} : 90分のインスリン値, i_{125} : 120分のインスリン値

Mean(range, ±SD) in healthy young persons

New Haven, CT (n=37)	5.43 (2.7-9.6, ±1.9)
San Antonio, TX (n=62)	4.34 (1.0-11.0, ±2.6)

Correlation with clamp: $r \geq 0.73$

Matsuda M, DeFronzo RA: Insulin sensitivity indices obtained from oral glucose tolerance testing. Comparison with the euglycemic insulin clamp.
Diabetes Care 22: 1462-1470, 1999.

● 空腹時分泌能 $\text{HOMA-}\beta$

$$\frac{\text{空腹時インスリン値}(\mu\text{U/ml}) \times 360}{(\text{空腹時血糖値}(\text{mg/dl}) - 63)}$$

[illegible]

● $\Sigma |R|(0,30,60,120)$

7-11歳	144.5 ± 66
12-16歳	203.4 ± 98.7

- 健康について正しく見直す機会ですので、OGTTも含め対応をお願いいたします。
- アンケートについては、できる限り記載をお願いいたします
- 記載が難しい場合でも、先生のお考えと対応を詳細にお知らせください。
- 診断や対応に迷うことがありましたら、ご相談ください。

令和6年度 高校生 尿糖陽性者

■新規陽性者 22名

■判定 糖尿病型5名 耐糖能異常2名

肥満を伴う糖尿病

BMI33.9	HbA1c 8.8%	TG・BP	三好病院紹介
BMI27.0	HbA1c12.8%	TG・BP	紹介先不明
BMI27.2	HbA1c 7.8%	TG	吉野川医療センター
BMI28.2	HbA1c 6.5%	TG	徳島県立中央病院
BMI25.7	HbA1c 9.5%	なし	2次検診病院

IGT

BMI20.1	HbA1c 5.2%	なし	紹介先不明
---------	------------	----	-------

耐糖能異常疑い

BMI25.4	HbA1c 5.8%	低HDL	OGTTなし	紹介先不明
---------	------------	------	--------	-------

■その他

BMI18.4	HbA1c 5.6%	LDL-C 154mg/dl	OGTT正常	2次検診病院
---------	------------	----------------	--------	--------

■空腹時血糖>100mg/dl、HbA1c(NGSP値)5.6%以上で3次医療機関

①BMI21.0 HbA1c 5.6% OGTT正常 ②BMI23.0 HbA1c 5.6% OGTT正常

③BMI19.3 HbA1c 5.8% 高血圧 OGTTなし

⇒濃厚な糖尿病の家族歴の有無の確認

高校生尿検査(尿糖) 二次検診報告書(高校生用)			
記入 医療機関 入院	二次検診実施日	令和 年 月 日	二次検診医療機関名 担当医氏名
検査結果	検査項目		検査結果
	身長		身長 cm
	体重		体重 kg
	尿検査	尿糖 (空腹時・食後 時間)	
		尿ケトン体 (空腹時・食後 時間)	
		ブドウ糖負荷試験後尿糖	
	血液検査	HbA1c (%)	%
		血糖値 (空腹時・食後 時間)	mg / dl
		ブドウ糖負荷試験 (負荷量 g)	負荷 60分後 血糖値 mg / dl 負荷 120分後 血糖値 mg / dl
		*1 総コレステロール	mg / dl
		*1 LDL-コレステロール	mg / dl
		HDL-コレステロール	mg / dl
		中性脂肪	mg / dl
		血圧	最高血圧/最低血圧
	判定	正常 腎性糖尿 耐糖能異常(疑い) 糖尿病(疑い)	
備考			
紹介三次(精密) 検査依頼先医療機関		病院 科	

生年月日

性別
身長
体重

肥満もやせもご注意ください

空腹時血糖>100mg/dl
HbA1c>5.6%

血圧

家族歴、腹囲、腰囲
など

注)*1:総またはLDLのどちらか一つ

(個人情報保護) 個人情報の保護には万全を期します。ご記入いただいた個人情報は、検査及びそのデータ管理のためだけに使用し、目的以外で個人の情報が使用されることはありません。

75 g 経口糖負荷試験（OGTT）が推奨される場合

(1) 強く推奨される場合（現在糖尿病の疑いが否定できないグループ）

- ・空腹時血糖値が110 ～ 125 mg/dl のもの
- ・随時血糖値が140 ～ 199 mg/dl のもの
- ・HbA1c (NGSP) が6.0 ～ 6.4 %のもの
- (明らかな糖尿病の症状が存在するものを除く)

(2) 行うことが望ましい場合（糖尿病でなくとも将来糖尿病の発症リスクが高いグループ：
高血圧・脂質異常症・肥満など動脈硬化のリスクを持つものは特に施行が望ましい）

- ・空腹時血糖値が100 ～ 109 mg/dl のもの
- ・HbA1c (NGSP) が5.6 ～ 5.9 %のもの
- ・上記を満たさなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの



明らかな症状のない

空腹時血糖 $125 > > 100$ mg/dl

$200 >$ 随時血糖 > 139 mg/dl

HbA1c (NGSP) $6.4 > > 5.6$ %

濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在する

合併症診断基準

（徳島県医師会生活習慣病対策委員会）

高血糖	FBS ≥ 110 mg/dl
高コレステロール血症	TC ≥ 220 mg/dl
低HDL血症	< 40 mg/dl
高中性脂肪血症	TG ≥ 120 mg/dl
高尿酸血症	UA ≥ 6.0 mg/dl
高血圧	年齢別判定基準による
高インスリン血症空腹時	≥ 15 μ U/ml
肝機能障害	ALT ≥ 30 U/L

小児の高血圧基準値

単位: mmHg

	高血圧		正常血圧	
	収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧
幼児	120以上	70以上		
小学校低学年	130以上	80以上	120以上	70以上
小学校高学年	135以上	80以上	125以上	70以上
中学男子	140以上	85以上	130以上	70以上
中学女子	135以上	80以上	125以上	70以上
高校生	140以上	85以上	130以上	75以上

小児期メタボリックシンドローム診断基準

腹囲	80cm以上 腹囲/身長 ≥ 0.5 小学生は75cm以上
中性脂肪かつ/または HDLコレステロール	120mg/dl以上 40mg/dl未満
収縮期血圧かつ/または 拡張期血圧	125mmHg以上 70mmHg以上
空腹時血糖	100mg/dl以上

1) があり2)~4)のうち
2項目を有する場合に
メタボリックシンド
ローム
と診断する。

■動脈硬化指数AI= (TC-HDL-C) /HDL-C <4

■LDL-C/HDL ≤ 3
LDL-C=TC-HDL-C-TG/5

高校生 尿糖陽性者について

- 健康について正しく見直す機会ですので、OGTTも含め対応をお願いいたします。
- アンケートについては、できる限り記載をお願いいたします
- 記載が難しい場合でも、先生のお考えと対応を詳細にお知らせください。
- 経過観察が必要と判断された場合どの医療機関にて経過観察されているかご記入ください