

特定保健指導対象者の判断基準

㉑ 腹囲

男性 **85cm** 以上
女性 **90cm** 以上

㉒ BMI

腹囲は基準未満だが
BMI **25** 以上

① 血圧

- ・収縮期血圧 **130mmHg** 以上 または
- ・拡張期 **85mmHg** 以上

② 脂質

- ・中性脂肪 **150mg/dl** 以上 または
- ・HDL コレステロール **40mg/dl** 未満

③ 血糖

- ・空腹時血糖 **100mg/dl** 以上 または
- ・ヘモグロビン A1c **5.6%** 以上

④

喫煙

- ・喫煙歴あり
(上記①～③のいずれかに該当する場合のみカウントする)

㉑に該当し①～④が

2 つ以上は

積極的支援

1 つは

動機付け支援

㉒に該当し①～④

3 つ以上は

積極的支援

1 ～ 2 つは

動機付け支援

注意：65歳から74歳の方は、判断基準結果が「積極的支援」の対象であっても「動機付け支援」となります。

高血糖・脂質異常症・高血圧の薬剤治療を受けている方は特定保健指導の対象とはなりません。