

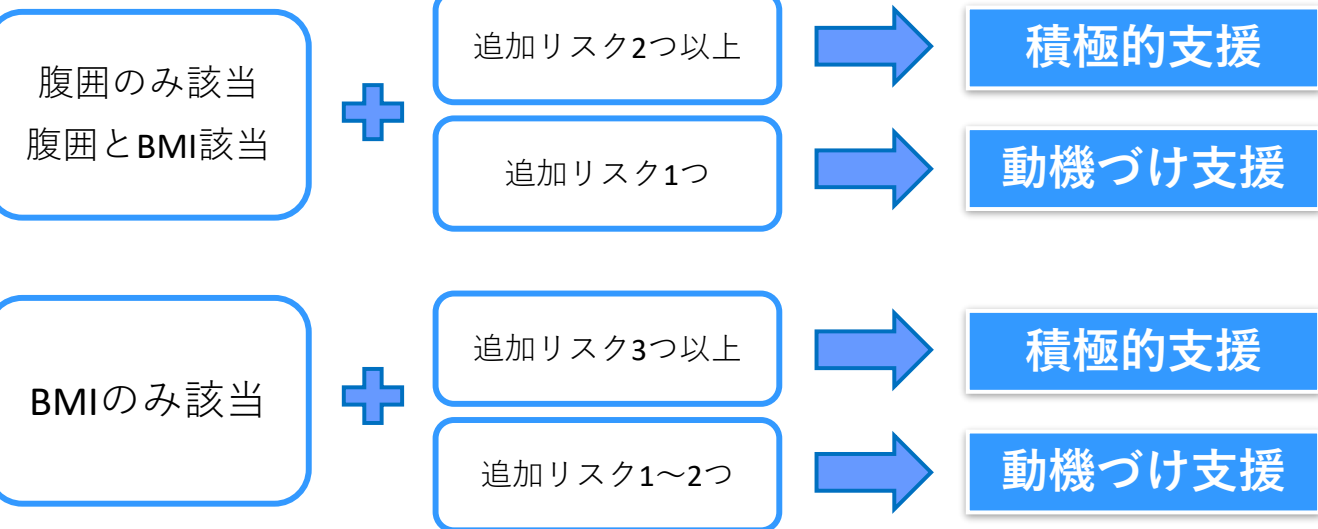
特定保健指導判定基準

必須項目

BMI25以上 または 腹囲男性85cm以上、女性90cm以上

追加リスク

- ① **血圧**：収縮期**130mmHg**以上 または 拡張期**85mmHg**以上
- ② **脂質**：空腹時中性脂肪**150mg/dl**以上 または
(随時中性脂肪**175mg/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 (やむを得ない場合は随時血糖) **100mg/dl**以上
または **HbA1c5.6%**以上
(両方測定している場合、空腹時血糖を優先し判定する)
- ④ **喫煙**あり (質問票より) かつ①～③のどれかに該当している



※65～74歳の方は追加リスクにかかわらず動機づけ支援

メタボリックシンドローム判定基準

必須項目

腹囲男性**85cm**以上、女性**90cm**以上 (内臓脂肪面積 男女ともに $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)

追加リスク

- ① **血圧**：収縮期**130mmHg**以上 または 拡張期**85mmHg**以上
- ② **脂質**：空腹時 (随時) 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**110mg/dl**以上
(未測定の場合のみ、HbA1c**6.0%**以上)

※すべての項目で、**薬物治療中**であればカウントする

