特定保健指導判定チャート

健診結果から、下表に基づき判定を行い、「積極的支援」または「動機付け支援」の対象者を選定します。

次のいずれかの薬を服薬中ですか？

- 血圧を下げる薬
- 血糖を下げる薬やインスリン注射
- コレステロールや中性脂肪を下げる薬

はい ⇒ **治療を継続してください。特定保健指導は対象外です。**

いいえ ⇓

「腹囲」はどのくらいですか？

男性：８５㎝以上？　女性９０㎝以上？

❶ はい ⇓

いいえ ⇓

「ＢＭＩ（体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m）」はどのくらいですか？

２５kg/㎡以上？

❷ はい ⇓

いいえ ⇒ 対象外

次の１～３のうち、いくつ当てはまりますか？

1　血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上

2　空腹時血糖：100mg/dL 以上 または HbA1c（NGSP 値）：5.6%以上
※ 空腹時血糖と HbA1c（NGSP 値）の両方を測定している場合は、空腹時血糖の値を優先します。
※ やむを得ず、空腹時以外において HbA1c（NGSP 値）を測定しない場合は、随時血糖 100mg/以上(食直後を除く)

3　空腹時中性脂肪：150mg/dL 以上 または HDL コレステロール：40mg/dL 未満
※ やむを得ず、空腹時中性脂肪を測定しない場合は、随時中性脂肪 175mg/dL 以上

- ❶で２つ以上該当 または ❷で３つ該当 ⇒ ６５歳以上(年度末年齢)
- ❶で１つ該当 または ❷で２つ該当 ⇒ たばこ？
- ❷で１つ該当 ⇒ 動機付け支援対象者
- 該当なし ⇒ 対象外

たばこ？ → 吸う ⇒ 動機付け支援対象者
たばこ？ → 吸わない ⇒ 動機付け支援対象者

６５歳以上(年度末年齢) → いいえ ⇒ 積極的支援対象者
６５歳以上(年度末年齢) → はい ⇒ 動機付け支援対象者

積極的支援対象者

動機付け支援対象者

対象外