

# 動機付け支援レベル と判定されました

## 特定保健指導の判定基準

### ステップ1

|          |           |                          |
|----------|-----------|--------------------------|
| <b>A</b> | 腹囲        |                          |
|          | 男性        | 85 cm以上                  |
|          | 女性        | 90 cm以上                  |
| <b>B</b> | BMI 25 以上 |                          |
|          | 腹囲        | 男性 85 cm未満<br>女性 90 cm未満 |

BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

### ステップ2

|          |     |                   |                       |
|----------|-----|-------------------|-----------------------|
| <b>1</b> | 血糖  | 空腹時血糖※            | 100 mg/dl 以上 または      |
|          |     | ヘモグロビンA1c (HbA1c) | 5.6%以上                |
|          |     |                   | ※条件により随時血糖でも可。        |
| <b>2</b> | 脂質  | 中性脂肪              | 150 mg/dl 以上 または      |
|          |     | HDL コレステロール       | 40 mg/dl 未満           |
| <b>3</b> | 血圧  | 収縮期血圧             | 130mmHg 以上 または        |
|          |     | 拡張期血圧             | 85mmHg 以上             |
| <b>4</b> | 喫煙歴 | 質問票で判定            | 1~3 が 1 つ以上ある場合のみカウント |

ステップ1 … **A** に該当  
ステップ2 … いずれか 1 つ該当

ステップ1 … **B** に該当  
ステップ2 … 1~2 つ該当

動機付け支援レベル

今の状態のままでは、メタボリックシンドロームやさらにおそろしい病気になる危険性があります。特定保健指導で、生活習慣の改善を！