

## 特定健診判定基準

検査項目		異常なし		保健指導判定値	受診勧奨判定値		
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	119以下	129以下	130～139	140～159	160～179	180以上
		かつ	かつ	または	または	または	または
	拡張期血圧 (mmHg)	79以下	84以下	85～89	90～99	100～109	110以上
	分類	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	149以下		150～299	300以上		
	HDLコレステロール (mg/dl)	40以上		39～35	34以下		
	LDLコレステロール (mg/dl)	119以下		120～139	140以上		
肝機能検査	AST(GOT) (U/l)	30以下		31～50	51以上		
	ALT(GPT) (U/l)	30以下		31～50	51以上		
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)	50以下		51～100	101以上		
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	99以下		100～125	126以上		
	HbA1c (%)	5.5以下		5.6～6.4	6.5以上		
尿検査	尿糖	尿糖(-)			尿糖(±)以上		
	尿蛋白	蛋白(-)(±)			蛋白(+)以上		
貧血検査	血色素 (g/dl)	男	13.1以上	男 12.1～13.0	男 12.0以下		
		女	12.1以上	女 11.1～12.0	女 11.0以下		
	ヘマトクリット値 (%)	男	39.0以上		男 38.9以下		
		女	36.0以上		女 35.9以下		
心電図検査	所見	所見なし			異常Q波の疑い 左室高電位差 T平低・二相性 PQ延長 完全・不完全右脚ブロック 散発性期外収縮 その他( )	異常Q波 ST上昇・下降、陰性T 完全房室ブロック 完全・不完全左脚ブロック 心房細動・心房粗動 頻発性期外収縮(心室性・上室性)	
眼底検査	KW慶大変法 所見	0・I			IIa・IIb・III・IV		

## メタボリックシンドローム判定基準

メタボリックシンドロームについては、基準該当、予備群該当、非該当に判定する。

判定方法については、腹囲周囲径が男性で85cm以上、女性では90cm以上であること、もしくは内臓脂肪面積が100cm<sup>2</sup>以上に相当(男女とも)することに加え、次の3項目のうち1つが該当する者は予備群該当、2つ以上該当する者は基準該当となる。

- 中性脂肪が150mg/dl以上、または(かつ)、HDLコレステロールが40mg/dl未満、もしくはコレステロールを下げる薬を服用
- 収縮期血圧130mmHg以上、または(かつ)、拡張期血圧が85mmHg以上もしくは血圧を下げる薬を服用
- 空腹時血糖が110mg/dl以上またはHbA1c6.0%※以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用  
※空腹時血糖110mg/dlに相当する値

(なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先する)

## 特定健康診査以外の検査項目の判定基準

検査項目	異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
総コレステロール (mg/dl)	150～219	220～239 149以下	240以上
血清クレアチニン(※) (mg/dl)	男	1.1以下	男 1.4以上
	女	0.9以下	女 1.1以上
随時血糖 (mg/dl)	139以下		140以上
血清尿酸 (mg/dl)	6.9以下	7.0～7.9	8.0以上
総蛋白 (g/dl)	6.5以上		6.4以下
尿潜血	潜血(-)(±)		潜血(+)以上

※ eGFR(推算糸球体濾過量)を判定基準として用いる場合は、「CKD進展予防のための判定基準及び対応フローチャート」参照。