

特定健康診査判定基準

基本的な健診の項目

判定区分		異常を認めず	要指導 (保健指導判定値)	要受診 (受診勧奨判定値)	備考
腹囲測定 (cm)	男	85.0 未満	85.0 以上		
	女	90.0 未満	90.0 以上		
肥満度		25 未満	25 以上		BMI による
血圧 (mmHg)	収縮期	129 以下 かつ	130~139 または	140 以上 または	
	拡張期	84 以下	85~89	90 以上	
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	149 以下	150~299	300 以上	※必須ではない。 中性脂肪が 400 mg/dl 以上又は食 後採血の場合 LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステ ロールの測定でも可
	HDL コレステロール (mg/dl)	40 以上	35~39	34 以下	
	LDL コレステロール (mg/dl)	119 以下	120~139	140 以上	
	※Non-HDL コレステロール (mg/dl)	149 以下	150~169	170 以上	
肝機能検査	AST (GOT) (IU/l)	30 以下	31~50	51 以上	
	ALT (GPT) (IU/l)	30 以下	31~50	51 以上	
	γ-GT (γ-GTP) (IU/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	
	ヘモグロビン A1c (%)	5.5 以下	5.6~6.4	6.5 以上	
尿検査	尿糖	(-)	(±) 以上		
	尿蛋白	(-)~(±)	(+)	(++) 以上	

・上表の「空腹時血糖並びにヘモグロビン A1c」の判定値は、メタボリックシンドロームの判定基準とは異なるので要注意。

詳細な健診の項目

貧血検査	赤血球 ($10^4/\mu\text{l}$)	男	420 以上	400~419	399 以下		
		女	380 以上	350~379	349 以下		
	血色素 (g/dl)	男	13.1~17.9	12.1~13.0	12.0 以下 (18.0 以上)		
		女	12.1~15.9	11.1~12.0	11.0 以下 (16.0 以上)		
ヘマトクリット (%)	男	39.0 以上	33.0~38.9	32.9 以下			
	女	36.0 以上	30.0~35.9	29.9 以下			
eGFR (ml/min/1.73 m ²)		60 以上	59~45	44 以下			
心電図		0	I	II	III	IV	判定基準は別紙
眼底	Scheie分類	H ₀ S ₀	H ₁ S ₀ H ₀ S ₁ H ₁ S ₁	H ₂ S ₀ H ₂ S ₁ H ₀ S ₂ H ₁ S ₂ H ₂ S ₂	H ₃ S ₀₁ H ₃ S ₂ H ₀₂ S ₃₄	H ₄ S ₀₄ H ₃ S ₃₄	判定基準は別紙
		H が 0~1 で出血、白斑(浮腫)がある場合は II とするが、S が 3~4 の場合は III とする。					
改変 Davis 分類		異常なし			それ以外		

・BMI(ボディ・マス・インデックス) $\text{体重(kg)} \div [\text{身長(m)}]^2$

・判定区分は上記 3 区分とするが、心電図及び眼底については、「要指導」を「要観察」及び「要指導」に、「要受診」を「要精査」及び「要受診」等に細分化しても差し支えない。