

【2024年度健康保険組合が実施する保健指導の種類および対象基準】

■特定保健指導プログラム対象基準値

保健指導の種類	対象基準
特定保健指導 (40歳以上対象)	STEP1)～3)の順で判定 <u>STEP1) 内臓脂肪の蓄積リスク判定</u> 腹囲：男性85cm以上、女性90cm以上… (1) 腹囲：男性85cm未満、女性90cm未満かつBMIが25以上… (2) <u>STEP2) 追加リスクをカウント</u> ①血圧：収縮期…130mmHg以上 または 拡張期…85mmHg以上 ②血糖：空腹時血糖…100mg/dl以上 または HbA1cの場合…5.6%以上 ③脂質：中性脂肪…150mg/dl以上 または HDLコレステロール…40mg/dl未満 ④問診票：喫煙歴…あり (①～③のリスクがある場合にカウント) <u>STEP3) 保健指導レベルをグループ分け</u> STEP1) の判定が(1)の場合 STEP2)の①～④のリスクのうち、追加リスクが2個以上：「積極的支援」、1個：「動機付け支援」、0個：「情報提供レベル」 STEP1)の判定が(2)の場合 STEP2)の①～④のリスクのうち、追加リスクが3個以上：「積極的支援」、1個または2個：「動機付け支援」

■各保健指導プログラム対象基準値

保健指導の種類	対象基準
1.メタボ予備群プログラム (全年齢対象)	対象者①：39歳以下で特定保健指導の対象レベル該当者(年度末年齢) 対象者②：40歳以上で、情報提供レベル(服薬者除く)のうち以下のa、b両方の該当者 a) 腹囲：男性80cm～84.9cm、女性85cm～89.9cm b) 血圧・脂質・血糖で特定保健指導該当レベルの項目がある
2.糖尿病予防プログラム (全年齢対象)	対象者：H b A 1 c 6.5%以上 (未実施の場合は空腹時血糖126mg/dl以上)
3.糖尿病性腎症重症化予防 プログラム (全年齢対象)	対象者：以下の条件で「a)+b)」または「a)+c)」の該当者 a) H b A 1 c 7.0%以上 (未実施の場合は空腹時血糖130mg/dl以上) b) 尿蛋白1+以上 c) eGFR30以上60未満 ※クレアチニン検査が未実施の場合は、a) ・ b) のみの条件で抽出