

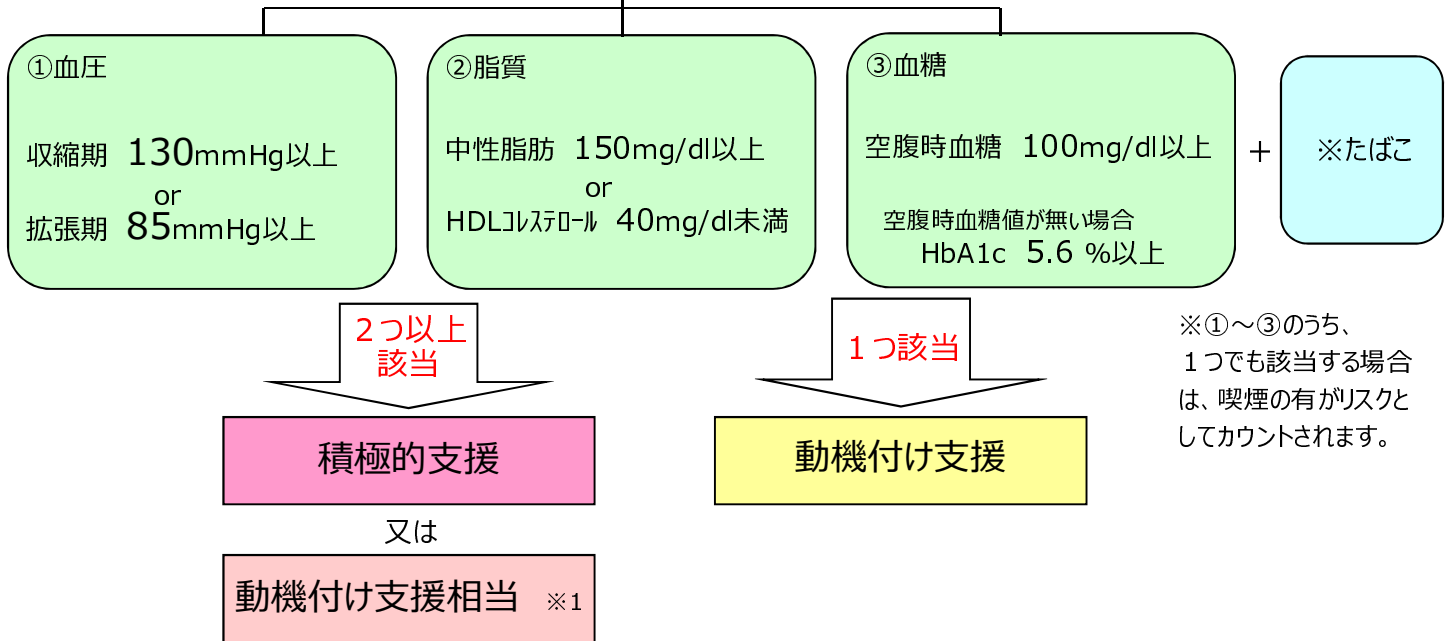
# 特定保健指導の基準値



\* 腹囲 \*

男性 85cm以上  
女性 90cm以上

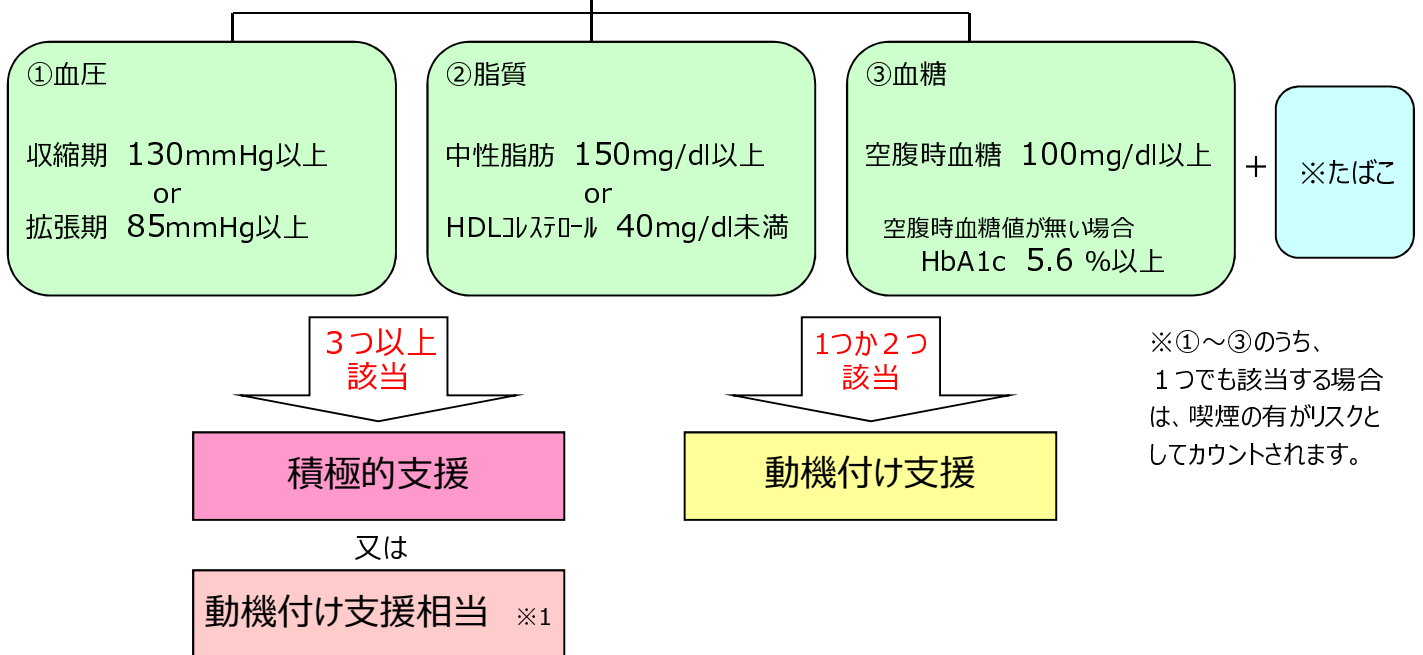
腹囲が基準値を超えていた方



\* BMI \*

25以上

腹囲が基準値以内でBMIが25以上の方



※1 「動機付け支援相当」は、健康診査の結果、積極的支援に該当する方であって、前年度に積極的支援を利用し、一定の改善が見られた方が対象です。支援の内容は、動機付け支援と同じとなります。

(改善 = BMI30未満:腹囲1cm以上かつ体重1kg以上、BMI30以上:腹囲2cm以上かつ体重2kg以上)