

第50回福岡県医師会学校保健・学校医大会

# 学校心臓検診

2025/12/20

福岡県医師会学校保健委員会・心臓部門

石川 司朗

1

## これまでの 学校心臓検診に関連する法律

■ 学校教育法 昭和22年法律第26号（1947年）

■ 学校保健安全法 昭和33年法律第56号（1958年）

文科省主導

2

# 学校心臓検診

## 具体的な実施目標

1. 心疾患の早期発見、また心疾患を正しく診断し、それに応じた正しい管理指導区分を定め、適切な管理指導を行い、疾病の悪化を防ぐ。さらには突然死を防止する。
2. 心臓検診により医療や経過観察を必要とする症例を発見し、適切に治療や経過観察を受けるよう指導する。
3. 指導区分を適切に定め、過度の運動制限・無用な生活制限を解除する。

3

# 学校心臓検診

## 留意点

- 一次検診：あくまでもマススクリーニングである
  1. 疾患を可能な限りもれなく発見する。
  2. 心疾患であることがすでに分かっている児童生徒は、心臓検診調査票などを通じて適正に管理されているかを確認する。
- 精密検査：二次検診以降を“精密検査/一般診療”とする。
  1. 心疾患を正しく診断する。
  2. 重症度を決定し、適切な指導区分を決め、指導区分を正しく実行させる。
  3. 必要に応じて経過観察をする。
  4. 突然死またはその可能性のある疾患を早期に発見し、予防策を講じる。

4

## 令和の 学校心臓検診に関する法律

- 学校教育法 昭和22年法律第26号 (1947年)
- 学校保健安全法 昭和33年法律第56号 (1958年)
- 成育基本法 (通称) 平成30年法律第104号 (2018年)
- 循環器病対策基本法 (通称)  
平成30年法律第105号 (2018年)

文科省主導 → 厚労省おまかせ

5

## 令和の 学校心臓検診に関する法律

### ■ 循環器病対策基本法 (通称)

平成30年法律 第105号

子どもの頃から国民への循環器病に関する正しい知識  
(循環器病の予防, 発症早期の適切な対応, 重症化予防,  
後遺症等) の普及啓発の推進する。

“ 国民ひとりひとりの 生涯にわたる 健康維持増進 ”

6

# 循環器病とリスク要因

## ＜循環器病＞

- 1 脳卒中 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血
- 2 心血管疾患 心不全・心筋梗塞・狭心症・末梢動脈疾患・大動脈瘤・心臓弁膜症・先天性心疾患・心筋症・不整脈など

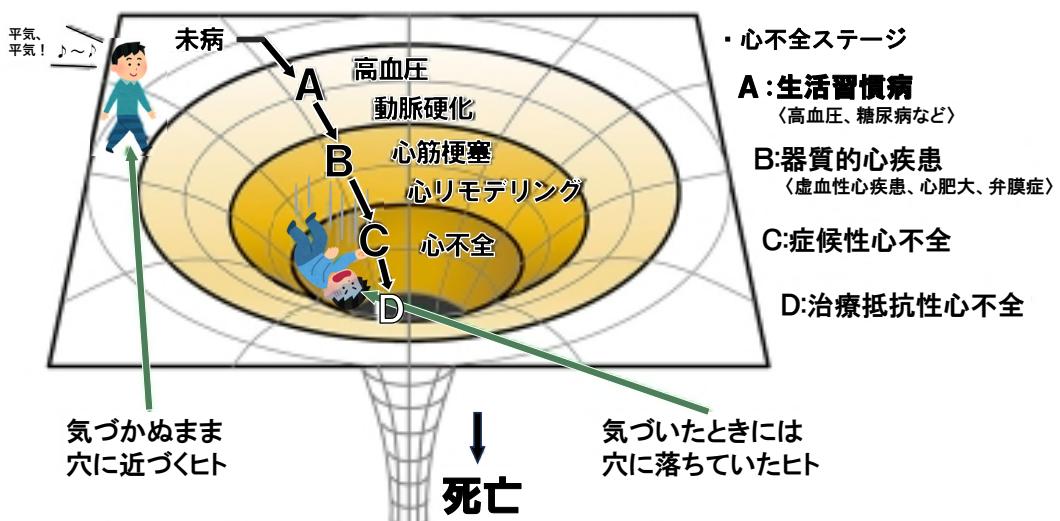
## ＜循環器病のリスクを高める要因＞

生活習慣病関連因子：肥満・高血圧・糖尿病・脂質異常症  
喫煙・過度な飲酒・運動不足・加齢など

7

## 生活習慣病から心不全死へ

「心不全の見えない落とし穴」に要注意！



- ✓ 心不全ステージは一方通行(後戻りできない)
- ✓ 心不全は予防できる(Cまでは踏みとどまる)

厚労省HPより

8

福岡県メディカルセンター  
**学校心臓検診**

**全面委託分**

- 昭和55年（1980年）～ 福岡県立高等学校 1年生全員
- 昭和56年（1981年）～ 十福岡県下 私立高等学校
- 昭和61年（1986年）～ 十福岡県下 私立小中学校
- 平成18年（2006年）～ **生活習慣病（肥満度異常）検診の導入**

|          | 高校1年生 | 中学1年生 | 小学1年生 | 定時制  | 特別支援 | 計                       |
|----------|-------|-------|-------|------|------|-------------------------|
| 委託学校数(校) | 153   | 24    | 5     | 19   | 21   | 222                     |
| 児童生徒数(人) | 39543 | 2067  | 232   | 1633 | 942  | 44417<br>R5年度比<br>-518名 |

福岡県下ほぼ全員の高校生

9

**学校心臓検診（循環器病検診）**

**1 心臓病検診（1980年～）**

先天性心疾患・後天的心疾患  
危険な不整脈や心電図異常

**2 生活習慣病検診（2006年～）**

循環器病の予防を目的とし肥満度  
異常を主たる指標として抽出

**一次検診**



**精密検診  
(医療機関)**

10

## 学校心臓検診調査票 (R6年度※R5年度と変更なし)

| 学校心臓検診調査票  |                                     | 氏名                                   |                                 | 年月日 |   | 性別 |     | コード計              |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----|---|----|-----|-------------------|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--|--|--------------------------------|--|--|--------------------|--|--|
| 学校   | クラス                                 | 番号                                   | 西暦                              | 年   | 月 | 日  | 男・女 | センター記入欄<br>(検診ID) |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 子どもたちが充実した学校生活を安全に送るために健康管理は欠かせません。その一環として学校健康診断に心臓検診を実施しています。この調査票の内容は検診以外の目的に使用することはできませんので、適切にご回答ください。  |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 保護者記入欄 (記入日: 月 日)  |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| すべての項目に“いいえ・はい”でお答えください(✓)。<br>※A,B,C,D,E,F,G,I “はい”的場合、右の追加の質問にお答えください。   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| <b>心臓病検診・生活習慣病検診について</b> <table border="1"> <tr> <td>A:生まれつきの心臓病と診断されている。(心室中隔欠損症、ファロー四徴症など)</td> <td>いいえ</td> <td>はい</td> </tr> <tr> <td>B: A以外の心臓の異常を指摘された。(心電図異常、不整脈など)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C:川崎病にかかったことがある。</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D:急に心臓がドキドキして不安を感じたことがある。<br/>(あきらかな緊張や運動時を除く)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E:突然倒れて気を失ったことがある。<br/>(てんかん発作・熱性けいれんなどは除く)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F:ぜんそく発作ではなく、急に胸が苦しくなったことがある。</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G:睡眠時無呼吸症候群を疑う症状がある。<br/>(いびきがひどく、日中に眠気があり、睡眠中に息が止まることがある)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H:「ふとりすぎ／やせすぎ」が気になるので、診察を受けたい。<br/>※「はい」の場合、追加2への質問は不要です</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>I:ご家族に以下の病気と診断された方がいる。<br/>(該当する病名に✓、よく覚えていない等、不確かな場合は「いいえ」に✓)<br/>※該当者に○を→ 祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">□ 大型心筋症 □ 扩張型心筋症 □ 拘束型心筋症</td> </tr> <tr> <td colspan="3">□ QT延長症候群 □ マルファン症候群 □ ブルガダ症候群</td> </tr> <tr> <td colspan="3">□ 脈高血圧症 □ 原因不明の突然死</td> </tr> </table> |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  | A:生まれつきの心臓病と診断されている。(心室中隔欠損症、ファロー四徴症など) | いいえ                                 | はい                               | B: A以外の心臓の異常を指摘された。(心電図異常、不整脈など) | <input type="checkbox"/>         | <input checked="" type="checkbox"/> | C:川崎病にかかったことがある。           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>  | D:急に心臓がドキドキして不安を感じたことがある。<br>(あきらかな緊張や運動時を除く) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | E:突然倒れて気を失ったことがある。<br>(てんかん発作・熱性けいれんなどは除く) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F:ぜんそく発作ではなく、急に胸が苦しくなったことがある。 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | G:睡眠時無呼吸症候群を疑う症状がある。<br>(いびきがひどく、日中に眠気があり、睡眠中に息が止まることがある) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | H:「ふとりすぎ／やせすぎ」が気になるので、診察を受けたい。<br>※「はい」の場合、追加2への質問は不要です | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | I:ご家族に以下の病気と診断された方がいる。<br>(該当する病名に✓、よく覚えていない等、不確かな場合は「いいえ」に✓)<br>※該当者に○を→ 祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | □ 大型心筋症 □ 扩張型心筋症 □ 拘束型心筋症 |  |  | □ QT延長症候群 □ マルファン症候群 □ ブルガダ症候群 |  |  | □ 脈高血圧症 □ 原因不明の突然死 |  |  |
| A:生まれつきの心臓病と診断されている。(心室中隔欠損症、ファロー四徴症など)  | いいえ                                 | はい                                   |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| B: A以外の心臓の異常を指摘された。(心電図異常、不整脈など)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| C:川崎病にかかったことがある。   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| D:急に心臓がドキドキして不安を感じたことがある。<br>(あきらかな緊張や運動時を除く)  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| E:突然倒れて気を失ったことがある。<br>(てんかん発作・熱性けいれんなどは除く)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| F:ぜんそく発作ではなく、急に胸が苦しくなったことがある。  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| G:睡眠時無呼吸症候群を疑う症状がある。<br>(いびきがひどく、日中に眠気があり、睡眠中に息が止まることがある)  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| H:「ふとりすぎ／やせすぎ」が気になるので、診察を受けたい。<br>※「はい」の場合、追加2への質問は不要です  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| I:ご家族に以下の病気と診断された方がいる。<br>(該当する病名に✓、よく覚えていない等、不確かな場合は「いいえ」に✓)<br>※該当者に○を→ 祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| □ 大型心筋症 □ 扩張型心筋症 □ 拘束型心筋症  |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| □ QT延長症候群 □ マルファン症候群 □ ブルガダ症候群   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| □ 脈高血圧症 □ 原因不明の突然死   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| <b>追加1. 病名または指摘された異常を記入し、現在の状況について選んでください。</b> <table border="1"> <tr> <td>診断されたとき</td> <td>才</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>詳しい検査は受けていない</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>病名または指摘された内容</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>診断または治療を受けた病院名</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>次回予定 年 月</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>最終受診 年 月</td> <td></td> </tr> </table>  |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  | 診断されたとき                                 | 才                                   | <input type="checkbox"/>         | 詳しい検査は受けていない                     | 100                              | 病名または指摘された内容                        |                            | <input type="checkbox"/> | 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”        | 100   | 診断または治療を受けた病院名           |                                     | <input type="checkbox"/>                   | 次回予定 年 月                 | 0                                   |                               |                          | <input type="checkbox"/>            | 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”                           | 0                        |                                     |   | <input type="checkbox"/> | 最終受診 年 月                            |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 診断されたとき  | 才                                   | <input type="checkbox"/>             | 詳しい検査は受けていない                    | 100 |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 病名または指摘された内容   |                                     | <input type="checkbox"/>             | 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”   | 100 |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 診断または治療を受けた病院名   |                                     | <input type="checkbox"/>             | 次回予定 年 月                        | 0   |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/>             | 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている” | 0   |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/>             | 最終受診 年 月                        |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| <b>追加2. お子様の現在の状況について、選んでください。</b> <table border="1"> <tr> <td>④ 詳しい検査は受けていない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>⑤ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>次回予定 年 月</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>最終受診 年 月</td> <td></td> </tr> </table>   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  | ④ 詳しい検査は受けていない                          | <input type="checkbox"/>            | 100                              | ⑤ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”  | <input type="checkbox"/>         | 100                                 | 病院                         | 次回予定 年 月                 |                                      | ⑥ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”             | <input type="checkbox"/> | 0                                   | 病院   | 最終受診 年 月                 |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| ④ 詳しい検査は受けていない   | <input type="checkbox"/>            | 100                                  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| ⑤ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察が予定されている”  | <input type="checkbox"/>            | 100                                  |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 病院   | 次回予定 年 月                            |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| ⑥ 詳しい検査や治療を受けて、“定期的な診察は不要と言われている”  | <input type="checkbox"/>            | 0                                    |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 病院   | 最終受診 年 月                            |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| <b>学校記入欄</b> <table border="1"> <tr> <td>学校1: 肥満度について</td> <td>・やせ傾向(-20%以下)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>(計測日: 月 日)</td> <td>・正常範囲(-20%~+20%)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>身長 . cm</td> <td>・軽度肥満(+20%以上 +30%未満)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>体重 . kg</td> <td>・中等度肥満(+30%以上 +50%未満)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>肥満度 . %</td> <td>・高度肥満(+50%以上)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>10</td> </tr> </table>   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  | 学校1: 肥満度について                            | ・やせ傾向(-20%以下)                       | <input type="checkbox"/>         | 3                                | (計測日: 月 日)                       | ・正常範囲(-20%~+20%)                    | <input type="checkbox"/>   | 0                        | 身長 . cm                              | ・軽度肥満(+20%以上 +30%未満)                          | <input type="checkbox"/> | 2                                   | 体重 . kg                                    | ・中等度肥満(+30%以上 +50%未満)    | <input type="checkbox"/>            | 10                            | 肥満度 . %                  | ・高度肥満(+50%以上)                       | <input type="checkbox"/>                                  | 10                       |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 学校1: 肥満度について   | ・やせ傾向(-20%以下)                       | <input type="checkbox"/>             | 3                               |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| (計測日: 月 日)   | ・正常範囲(-20%~+20%)                    | <input type="checkbox"/>             | 0                               |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 身長 . cm  | ・軽度肥満(+20%以上 +30%未満)                | <input type="checkbox"/>             | 2                               |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 体重 . kg  | ・中等度肥満(+30%以上 +50%未満)               | <input type="checkbox"/>             | 10                              |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 肥満度 . %  | ・高度肥満(+50%以上)                       | <input type="checkbox"/>             | 10                              |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| <b>学校2: 学校医、養護教諭などによる受診勧奨</b> <table border="1"> <tr> <td>学校医による受診勧奨</td> <td>異常な心雜音 <input type="checkbox"/> 100</td> <td>不整脈 <input type="checkbox"/> 100</td> </tr> <tr> <td>不要 <input type="checkbox"/> 0</td> <td>肥満傾向 <input type="checkbox"/> 10</td> <td>やせ傾向 <input type="checkbox"/> 10</td> </tr> <tr> <td>要 <input type="checkbox"/></td> <td>※ものいげかに✓</td> <td>その他 [ ] <input type="checkbox"/> 100</td> </tr> </table>   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  | 学校医による受診勧奨                              | 異常な心雜音 <input type="checkbox"/> 100 | 不整脈 <input type="checkbox"/> 100 | 不要 <input type="checkbox"/> 0    | 肥満傾向 <input type="checkbox"/> 10 | やせ傾向 <input type="checkbox"/> 10    | 要 <input type="checkbox"/> | ※ものいげかに✓                 | その他 [ ] <input type="checkbox"/> 100 |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 学校医による受診勧奨   | 異常な心雜音 <input type="checkbox"/> 100 | 不整脈 <input type="checkbox"/> 100     |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 不要 <input type="checkbox"/> 0  | 肥満傾向 <input type="checkbox"/> 10    | やせ傾向 <input type="checkbox"/> 10     |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| 要 <input type="checkbox"/>   | ※ものいげかに✓                            | その他 [ ] <input type="checkbox"/> 100 |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |
| (公財)福岡県メディカルセンター 令和6年版改訂   |                                     |                                      |                                 |     |   |    |     |                   |  |   |                                     |                                  |                                  |                                  |                                     |                            |                          |                                      |   |                          |                                     |  |                          |                                     |                               |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                           |  |  |                                |  |  |                    |  |  |

11

福岡県メディカルセンター

## 精密検査対象者の抽出法

### 1 心臓病 (1980年~)

先天性心疾患・後天的心疾患・危険な不整脈や心電図異常

抽出基準

心電図

異常所見あり

and/or

調査票

コード合計 100pt 以上

### 2 生活習慣病 (2006年~)

肥満度を主たる指標として抽出し、循環器病の診断と予防を目的

抽出基準

心電図

正常範囲

and

調査票 (肥満度を含む)

コード合計 10pt ~ 99pt

※コード合計2pt,3ptは注意喚起対象

※ 心臓病と生活習慣病の両者で抽出された場合は、心臓病として対応する。

12

# 学校心臓検診のながれ

## 一次検診…福岡県メディカルセンター 要精密検査対象者の抽出・受診勧奨

## 精密検診…登録された医療機関（保険診療）受診が基本 精密検診の受診・結果報告

## 児童生徒(保護者)・医療機関・学校・県メディカル 精密検査結果（学校生活指導区分など）の共有

13

# 学校心臓検診ガイドブック 2024年改訂版(医師用)

医療機関受診時に直接、担当医へお渡しください

## 医師用 学校心臓検診ガイドブック -2024年改訂版(案)-

心臓病編・生活習慣病編

2024年改訂内容  
①『区域検査』、ブルガダ症候群についての記載を追加しました。(P. 9 参照)

精密検査と受診票成績表の記入、作成についてのお願い  
◆ 本人・保護者に記載されている受診理由を欄單に説明して下さい。  
その内容に記した検査項目を選択して下さい。(項目の選択は任意)。  
▷一次検診で精密検査が必要と判定された理由は、受診票(複数用紙)の上段部分に記載して下さい。  
◆ 精密検査結果の説明に際しては、  
本人保護者にとって理解しやすく、安心でき、過剰な心配となるないように配慮して下さい。  
▷自身の歴史をきちんと確認する機会とすること  
▷必要な注意点を伝達し、状態に応じた経過観察をすること  
▷無理な心配、日常生活の制限が過度となるないようにすること  
ご理解とご協力に心より感謝申上げます

公益財団法人福岡県メディカルセンター

### 管理指導区分、観察間隔の目安

#### 検査項目の目安

1~3の程度で受け取った  
①より、検査日、受診部門、担当医名を記入  
②専用用紙をやり取りして、結果を添付  
1. 1ヶ月以内に心臓病の疑い  
2. 3ヶ月(学年、セクター別)  
→送付用封筒で各学校に送付  
4段目(本人用)以降→元気な人に送付

心臓病、生活習慣病編

心臓病、

福岡県メディカルセンター  
令和6年度(2024) 学校心臓検診  
循環器病検診

心臓病検診

(心電図 + 調査票)

心臓生活習慣病検診

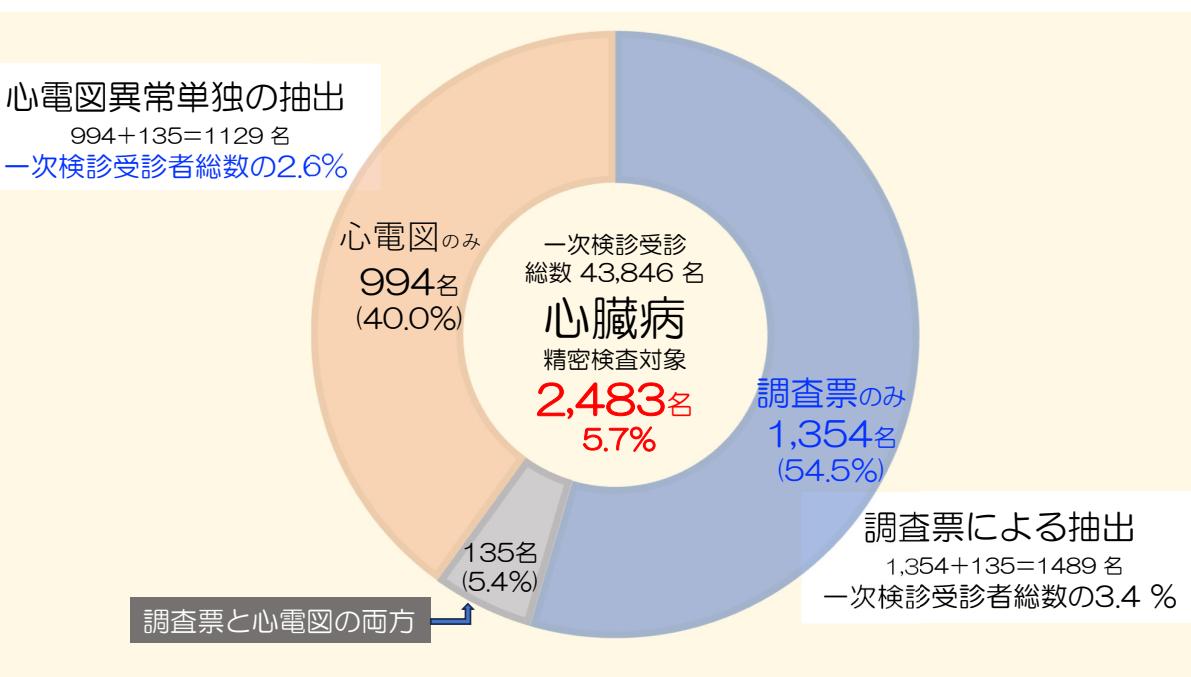
(肥満度 + 調査票)

15

令和6年度(2024)  
学校心臓検診  
心臓病検診

精密検査対象者の抽出

\*既管理者88名を除く



16

令和6年度(2024)

学校心臓検診

心臓病検診

## 精密検査の受診後報告

精検対象者  
2,483名\*

受診結果報告  
なし 29.0%  
721名

受診結果報告  
あり 71.0%  
1,762名

\*既管理者88名は除く

調査票による抽出

1,354名

37.1%

心電図による抽出

994名

19.0%

調査票、心電図の重複

135名

21.5%

精密検査結果回収率  
100%を目指す！

62.9%

851名

81.0%

805名

78.5%

106名

17

令和6年度(2024)

学校心臓検診

心臓病検診

## 精検受診後の要管理者数と 学校生活指導区分(=運動制限)

| 心臓病群                       | 要管理者<br>(人)  | 学校生活指導区分 |               |   |   |
|----------------------------|--------------|----------|---------------|---|---|
|                            |              | E        | D             | C | B |
| 先天性心疾患<br>267名             | 252          | 239      | 13            | 0 | 0 |
| 心筋症/川崎病など<br>288名          | 100          | 92       | 4             | 2 | 2 |
| 不整脈/心電図異常<br>543名          | 293          | 281      | 11            | 1 | 0 |
| 小計(精検所見あり)<br>1,098名(100%) | 645<br>(59%) | 612      | 28            | 3 | 2 |
| 運動制限なし                     |              |          | 運動制限あり<br>33名 |   |   |

18

令和6年度(2024)

学校心臓検診

心臓病検診

## 精検受診後の要管理者数と 学校生活指導区分 (＝運動制限)

| 心臓病群                                | 要管理者<br>(人)         | 学校生活指導区分   |    |   |   |
|-------------------------------------|---------------------|------------|----|---|---|
|                                     |                     | E          | D  | C | B |
| 先天性心疾患<br>267名                      | 252                 | 239        | 13 | 0 | 0 |
| 心筋症/川崎病など<br>288名                   | 100                 | 92         | 4  | 1 | 0 |
| 不整脈/心電図異常<br>543名                   | 293                 | 281        | 28 | 3 | 2 |
| <b>小計</b> (精検所見あり)<br>1,098名 (100%) | <b>645</b><br>(59%) | <b>612</b> |    |   |   |

運動制限なし

運動制限あり  
33名

学校生活管理は  
重要!

19

福岡県メディカルセンター  
令和6年度(2024) 学校心臓検診  
循環器病検診

心臓病検診

(心電図 + 調査票)

心臓生活習慣病検診

(肥満度 + 調査票)

20

学校心臓検診調査票による  
精密検査対象者の抽出

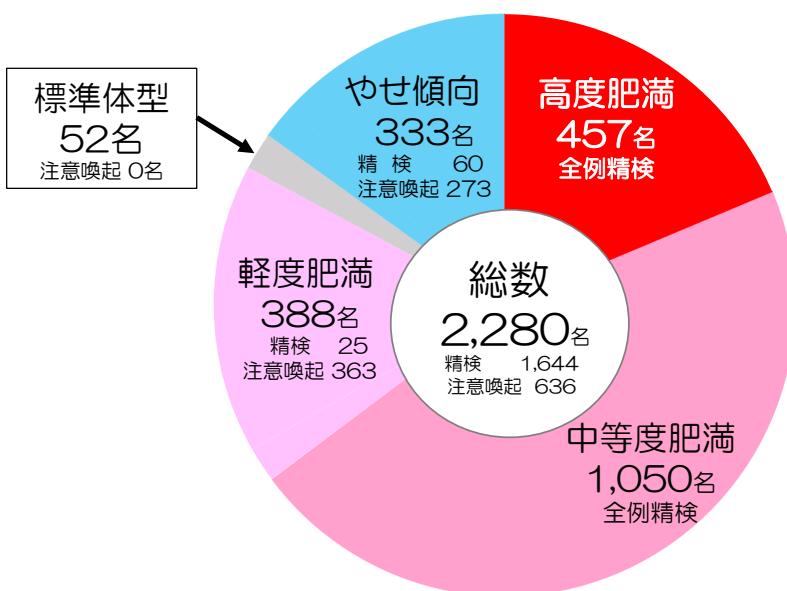
|  |   |  |
|--|---|--|
| 抽出条件   | 心電図所見が正常範囲<br>かつ、調査票コード合計が10pt以上100pt未満 |  |
| ※心電図異常がある場合、または調査票コード合計100pt以上の場合は、心臓病精密検査対象者として抽出される。 |   |  |

| 要 件   |        | コード                             |
|-------|--------|---------------------------------|
| 肥満度   | 質問 5   | やせ傾向 -20%以下 3                   |
|       |        | 軽度肥満 +20%～+30%未満 2              |
|       |        | 中等度肥満 +30%～+50%未満 10            |
|       |        | 高度肥満 +50%以上 10                  |
| 調査票   | 質問 1-F | 体型を気にして検査を希望 10                 |
| 学校医所見 | 4      | やせ もしくは 肥満傾向で精密検査が必要と指示されている 10 |

|      |   |
|------|---|
| 注意喚起 | やせ傾向(3pt) / 軽度肥満(2pt)の児童生徒は、<br>注意喚起文書を配布するが、精密検査対象とはしない！ |
|------|---|

21

精検勧奨と注意喚起



| 一次検診者中の比率        |       |
|------------------|-------|
| 心電図受験者43,846名のうち |       |
| 高度肥満             | 1.0 % |
| 中等度肥満            | 2.4 % |
| 軽度肥満             | 0.9 % |
| 標準体型             | 0.1 % |
| やせ傾向             | 0.7 % |
| 生活習慣病抽出者総数       | 5.1 % |

22

# 生活習慣病検診 精検勧奨者と注意喚起文書配布

## 精検勧奨者の対象者

- ・学校記入欄の肥満度が「中等度肥満」・「高度肥満」の児童生徒
- ・調査票の“質問 H：「ふとりすぎ/やせすぎ」が気になるので診察を受けたい”にチェックした児童生徒

## 注意喚起文書の配布対象者

- ・学校記入欄の肥満度は軽度肥満傾向もしくはやせ傾向であり、かつ、学校からの受診勧奨がない児童生徒

23

## 生活習慣病 2024年度 (R6) 精検対象者数と注意喚起者

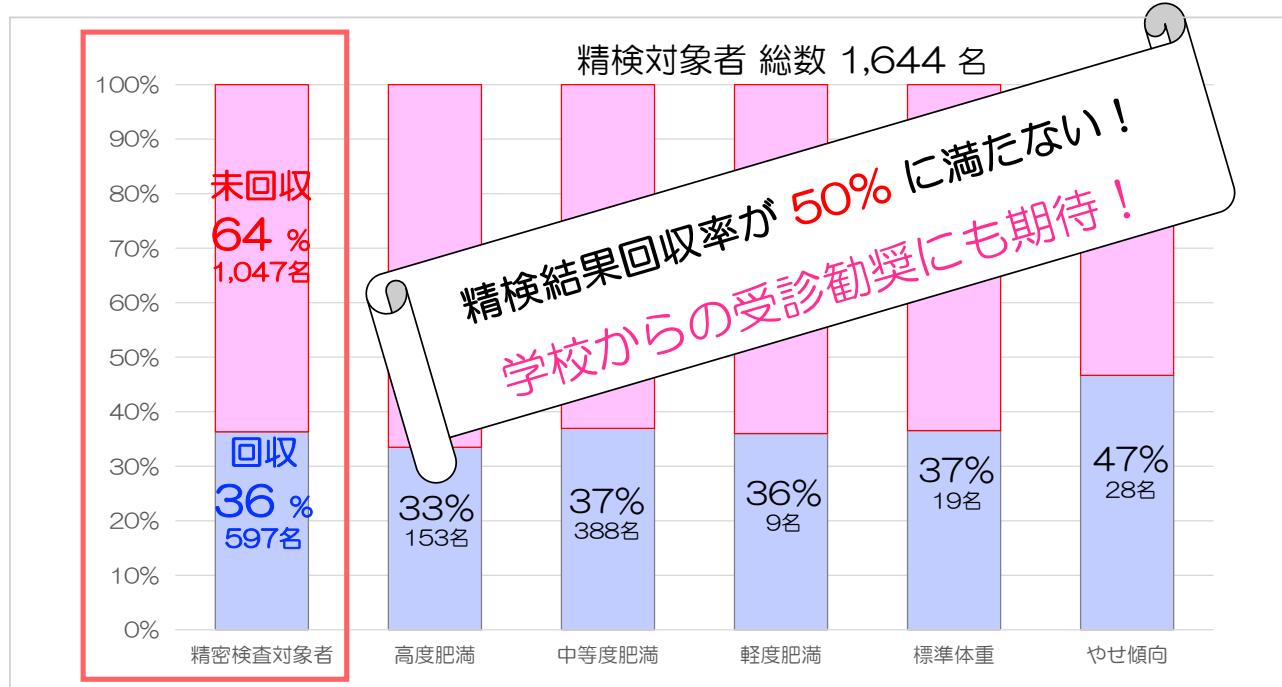
| 生活習慣病<br>検診 | 総抽出者  | 精検勧奨者 | 注意喚起文書<br>配布の対象者 |
|-------------|-------|-------|------------------|
| 総抽出者数       | 2,280 | 1,644 | 636              |
| 高度肥満        | 457   | 457   | -                |
| 中等度肥満       | 1,050 | 1,050 | -                |
| 軽度肥満        | 388   | 25    | 363              |
| 標準体型        | 52    | 52    | -                |
| やせ傾向        | 333   | 60    | 273              |

24

令和6年度(2024)

## 心臓生活習慣病検診

## 精密検査の結果回収率

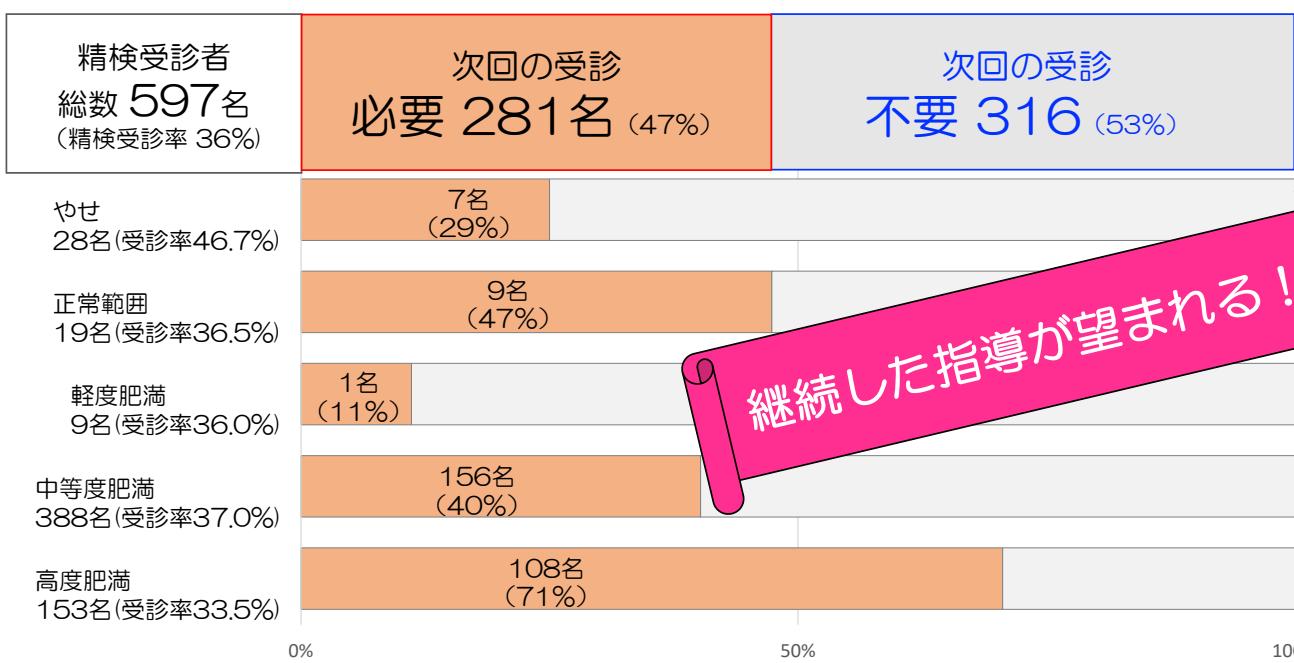


25

令和6年度(2024)

## 心臓生活習慣病検診

## 生活習慣病・要管理者数



100%6

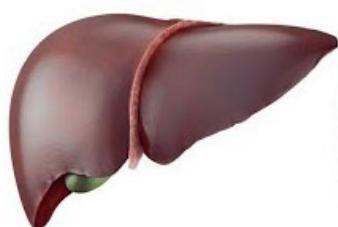
令和6年度(2024)

## 心臓生活習慣病検診

## 精密検査

結果回収者数：597名 (36%)

内臓脂肪蓄積は過栄養の結果であり、  
また種々の疾病発症の原因にもなる！



正常肝



脂肪肝

### 合併症（重複あり）

|       |      |
|-------|------|
| 肝機能障害 | 253名 |
| 耐糖能障害 | 15名  |
| 脂質異常症 | 252名 |
| 高血圧症  | 24名  |
| 高尿酸血症 | 144名 |
| 脂肪肝   | 96名  |

27

## 福岡県メディカルセンター 学校循環器病検診

令和6年度検診対象者 43846名

心臓・精密検診受診勧奨者  
2483名

生活習慣病・精密検診受診勧奨者  
1644名

心臓・精密検診結果報告  
1762名

生活習慣病・精密検診結果報告  
597名

心臓・要管理者  
645名(要運動制限：33名)

生活習慣病・要管理者  
281名

28

JAMA 2024

成人まえに心血管病リスク(BMI ≈ 肥満度)に  
介入すること（指導・治療）は、  
“成人後の心血管病発症を軽減する”

Original Investigation | Cardiology

## Cardiovascular Risk Factors in Childhood and Adulthood and Cardiovascular Disease in Middle Age

Noora Kartiosuo, MS; Olli T. Raitakari, PhD; Markus Juonala, PhD; Jorma S. A. Viikari, PhD; Alan R. Sinaiko, MD; Alison J. Venn, PhD; David R. Jacobs Jr, PhD; Elaine M. Urbina, MD; Jessica G. Woo, PhD; Julia Steinberger, MD; Lydia A. Bazzano, PhD; Stephen R. Daniels, MD; Costan G. Magnussen, PhD; Kazem Rahimi, PhD; Terence Dwyer, MD

29

福岡県メディカルセンター

## 令和の学校心臓検診

- ✓ 学校教育法と学校保健安全法に “循環器病対策基本法” が加わり  
“小児期から成人期にかけて切れ目なく必要な移行医療を支援すること”  
が求められる。
- ✓ 1980年にはじまった当センターの学校心臓検診では、2006年から生活  
習慣病検診も併せて展開し、**「循環器病検診」**として進化している。
- ✓ 引き続き “**精密検診の受診率向上**” に務める必要がある。