第56回
若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と　き　令和７年１月26日（日）9：30～16：00
ところ　ホテルグランヴェール岐山（岐阜県）

ワークショップⅠ

学校心臓検診と学校生活

①岐阜県の学校集団心電図検診46年間のあゆみと1992年より導入した超音波検査を用いた心臓２次検診

岐阜県医師会心電図解析委員会
副委員長　久野　保夫

岐阜県の学校集団心電図検診は、岐阜県医師会主導で1978年より、高校１年生全員約２万人と小中学生の一部を対象に始まった。1993年には県内の99％以上を網羅し、小１・小４・中１・高１の３年毎の心電図検診システムを確立し、毎年約８万人前後の児童生徒の心電図検診を行っている。心電図解析委員会は、検診システムの構築、心電図の判読、精度管理などに従事し、集計結果と関連情報を岐阜県内の全小学校・中学校・高校並びに関連施設に毎年報告してきた。

学校集団心電図検診１次受診者のうち要精密検査受診者が４％近くあり、医療側と患者側双方に時間的・経済的負担が多く、また要管理者の一部に心電図所見のみの病名が散見されたため、1992年より超音波検査を用いた心臓２次検診を導入した。現在、岐阜市、各務原市、羽島市、羽島郡、瑞穂市、本巣市、北方町、揖斐郡、多治見市の小学１年生の要精密検査受診者を対象に、医師と超音波検査士がその地区の保健福祉施設に出向き、超音波検査を用いた心臓２次検診を行っている。その結果、1997年～2023年の不完全右脚ブロック4,009人から心房中隔欠損症93人（2.3％）が新たに検出され、右室肥大・右軸偏位から原発性肺高血圧症やEbstein奇形などの稀な心疾患検出例も認めた。

その一方で超音波検査を用いた心臓２次検診を受診した児童の８～９割は、問診表でチェックされたが心疾患が認められなかったほか、心疾患の合併のない不完全右脚ブロックなど軽度の不整脈疾患、又は右室肥大・左室肥大・右軸偏位・左軸偏位・Q波異常・ST-T異常などの心電図所見のみで心疾患が認められず、３次医療機関への受診は不要としたため、医療側と児童側双方の時間的負担を少なくするスクリーニングの意味合いでも有益であったと思われる。２次検診施行地区が広がるとともに、参加協力する医師・超音波検査士も増加し今日に至っているが、医師の高齢化などの問題が課題として挙がっている。

②学校現場の立場より：岐阜県の学校集団心電図検診とその後の管理指導について

岐阜県教育委員会体育健康課　阪野きよみ

岐阜県では、「岐阜県医師会・集団心電図解析システム」として、42市町村の小・中学校、公私立高等学校（県下の検査対象者の約99％）において、小１・小４・中１・高１の３年毎の標準12誘導による心電図検診を平成29年度より実施している。

学校集団心電図検診を主とした学校心臓検診事業

①集団心電図解析システム「岐阜県方式」について

集団心電図検診において収集したデータ、要精密検査者が専門医療機関で得られた診断結果及び「岐阜県学校生活管理指導票」の管理状況は、県医師会（健康管理クリニック）において一括管理をしている。県医師会と各市町村教育委員会及び専門医療機関が役割を明確にして、児童生徒の健康管理に努めている。第１次検診検査結果は、コンピュータ解析及び心電図解析委員会にて判読・判定し、有所見者、心疾患で医療機関にて管理中の者などを学校医と共有し、学校医が総合判定を行っている。また、一部の地区においては、第１次検診において、「要医師総合診断」と判定

された小学校１年生及び学校医検診において「心雑音あり」と診断された小学校１年生を対象として、超音波検査を用いた心臓２次検診（聴診・心電図・超音波検査）を実施している。学校は、精密検査が必要な児童生徒に対して専門医療機関への受診を勧め、心疾患の早期発見・治療及び学校現場での適切な対応につなげている。

②心電図検診の現状（令和４年度調査より）

令和４年度の心電図検診受検者は小１児童15,653/15,698人（99.7%）、小４児童16,731/16,836人（99.4%）、中１生徒16,625/17,291人（96.1%）、高１生徒13,065/13,088人（99.8%）であり、ほぼすべての児童生徒が実施している。

心電図検査の有所見者率（要精密検査率）は、小１：4.83%、小４：4.37%、中１：4.59%、高１：4.95%であり、そのうち「管理票」の指導区分「E（可）」以上の要管理者は、小１は全受検者数の1.13%、小４は1.62%、中１は1.95%、高１は1.84%であった。要管理児童生徒において多い疾患は、小１では、心室中隔欠損、心室性期外収縮であった。小４、中１、高１では、心室性期外収縮が最多であった。また、要精密検査者の医療機関への受診率は、小４：92.6%、中１：92.8%、高１：88.8%であり、10%近い児童生徒が未受診であった。

本県におけるシステムは、心電図解析委員会の医師、並びに県下各市町村教育委員会及び学校関係者の方々の尽力により実施されている。毎年収集したデータを解析するとともにシステムの問題点を分析し改変を進め、昭和53年の開始から46年が経過した。今後も心電図検診が円滑に行われるよう連携に努め、児童生徒の心臓疾患を早期発見し、心疾患のある児童生徒に適切に対応し、必要あれば適切な治療を受けることができるよう働きかけを行いたい。

③病院の立場から：心房中隔欠損症の治療と管理
―学校集団心電図検診の役割―

岐阜県総合医療センター
小児循環器内科部長　桑原　直街

心房中隔欠損症（ASD）は学童期に発見され、無症状で治療されれば予後良好な疾患とされているが、成人期に有症状で発見される症例も散見される。当科で経験したASD症例の臨床治療経過より学校集団心電図検診の役割を明らかにする。

2008年以降当科で精査加療したASD328例（1次中隔欠損ASD及び部分静脈還流異常以外の他の合併心疾患合併は除く）を６歳未満の121例（A群）、６～15歳の158例（B群）及び16歳以上の49例（C群）に分類し、診断の契機、精査時の心電図所見（右軸偏位「SR' 型不完全右脚ブロック、V4誘導の陰性波、Ⅱ,Ⅲ,aVF誘導のCrochetageパターン、V6 誘導の幅広いS波）、不整脈の有無、臨床治療経過について検討した。

精査年齢は６歳前後にピークを認めたが、各年齢層において発見され精査を受けていた。A群では心雑音71/121（58.7%）が、B群では心電図検診などの検診109/158（69.0%）が主要診断契機だったが、C群では有症状18/49（36.7%）が最も多くみられた。心電図所見ではrSR' 型不完全右脚ブロックをA群66.5%、B群65.8%に認めたが、C群では32.7%に認めるのみだった。他の心電図指標もA、B群に比べ低い陽性率だったが、Crochetageパターンは36/49例（73.5%）でA群63.6%、B群61.4%に比べ高い陽性率を示した。不整脈についてはA、B群ではほとんど認めなかったが、C群では8/49例（16.3%）（上室性不整脈５例(心房細動ABL後３例)、心室性不整脈３例(心室頻拍ABL後１例)）に認めた、最大ASD径は各群間で有意の差は認めなかったが、C群は他の２群より体格に比しより小さな欠損孔と推測され、A群、B群に比しカテーテル治療選択例が多くなっていた（A群41/121例(33.9 %)、B群80/158例(50.7 %)、C群38/49例(77.6%)）。A群では体格が小さく大きな欠損孔で待機できない症例も多く、外科手術が多く選択されていた。ASDの診断契機については、幼児期は心雑音、学童期には心電図検診などの検診で発見される症例が多く、成人期に発見される症例の多くは不整脈など有症状により発見されており、年齢により診断契機が異なっていた。また、成人例の中には、心電図検診などの検診をすり抜け、その後有症状で発見される症例があると推測

された。学校心電図検診は要加療のASDの早期発見に重要な役割を果たしているが、心電図検診で発見されない症例も散見されており、さらなる診断精度の向上が望まれる。

④病院の立場から：学校検診と不整脈 ～検診で発見されたあるいは発見されない心室性不整脈診療の現状と課題～

大垣市民病院 第二小児科医長　太田　宇哉

学校心臓検診で抽出される不整脈の多くは無自覚・無症状のものである。検診で最も多く見つかる心室期外収縮（PVC）は、年齢とともに増加する傾向があり、多くの症例は基礎疾患を伴わず、無症状で予後も良好であるため治療の適応とならない。しかし、一部には連発や心室類などの危険な不整脈が含まれる。小児不整脈管理基準においては、PVC が認められる児童に対し、運動負荷心電図を記録することが推奨されている。以下に3症例を提示し、学校心臓検診における不整脈抽出基準及び管理方法について考察する。

症例１：中学１年生の男子が学校検診でPVCを指摘され受診。基礎疾患はなく無症状で、安静時心電図にて左脚ブロック型の右室流出路起源のPVCが確認された。マスタートリプル運動負荷試験で最大心拍数180bpmまで上昇しPVC は消失、負荷後に二段脈が出現した。ホルター心電図では総心拍数 126,257 回 / 日、PVC は 24,195 回 / 日（19.2％）で、連発はなく、睡眠中に多く見られ覚理時は減少していた。学校管理区分をE可とし、経過観察で減少が確認された。

症例２：4歳女児。39.5℃の発熱を主訴に近医を受診し、脈不整を指摘され安静時心電図で２連発のPVCを確認。心筋炎が疑われ紹介された。診察時に脈不整を認めたが、顔色は良好で、胸部X線で心胸郭比46%、肺鬱血なし。心臓超音波検査で左室駆出率64％、心拡大や弁逆流は認めず、血液検査でもBNP9.2pg/ml、心筋トロポニンT 0.001ng/ml以下と上昇を示さなかった。入院後はモニター管理下で経過観察し、解熱とともにPVCは減少・消失。マスタートリプル運動負荷試験では最大心拍数156bpmで30連発の単形性非持続室頻拍が出現し、負荷終了後に消失した。ホルター心電図で運動時心拍数144～180bpmの左脚ブロック型、右室流出路起源の非持続性心室頻拍を認め、アテノロール内服を開始。内服後、PVCは顕著に減少し、学校管理区分をD禁とした。

症例３：10歳女児。水泳授業で潜水中に溺水し、救出時に心肺停止状態であったが、学校の先生により心肺蘇生され回復。これまでに失神歴や学校検診で異常を指摘されたことはなかった。心臓超音波検査では基礎疾患を認めず、安静時心電図は正常であった。マスタートリプル運動負荷試験で心拍数130 bpmから多形性、二方向性心室類拍が出現し、負荷終了後に消失した。カテコラミン誘発多形性心室頻拍症と診断し、カルシウムブロッカー（ワソラン）を開始。学校管理区分はC禁としたが、２年後の発表中に失神し頭部を打撲。βブロッカーを追加し、管理区分をB禁に変更した。その後、さらにフレカイニドを追加し、失神イベントは再発していない。

学校心臓検診で指摘されるPVCは多くが無症状で、治療適応がない場合がほとんどであり、自然に改善する傾向がある。しかし、心室頻拍は稀な疾患であり、検診で指摘されることは少ない。特にカテコラミン誘発多形性心室頻拍症の診断においては失神歴、溺水歴、突然死の家族歴などの問診が重要で、運動負荷心電図が必須である。現行の１次検診では安静時心電図のみが行われ、地域により２次検診以降でも運動負荷心電図が実施されないことがあるため、重症な不整脈の早期診断は課題であり、さらなる検査体制の整備が望まれる。

⑤行政の立場より：岐阜県の学校におけるAED使用例について

岐阜県教育委員会体育健康課　池田　　勉

平成16年７月に一般市民へのAED使用が認められたことを契機に、岐阜県では平成18年度に全ての県立学校にAEDを配備した。同時期に

各市町村立学校でもAEDの設置が始まった。平成20年３月現在のAED設置状況は、全国では小学校47.6％、中学校69.0％に対し、岐阜県は小学校68.4％、中学校85.3％であった。平成20年度中の設置予定を含めると、全国では小学校72.0％、中学校89.8％に対し、岐阜県は小学校83.8％、中学校95.3％と全国平均よりもAEDの設置が進んでいた。

設置が始まった当時、AEDは校舎内（保健室や職員室前等）や体育館の入り口等に設置されることが多かったが、夜間や休日に一般の人が使用できないため、24時間誰もが使用できるように屋外に設置されることが多くなった。屋外の設置に当たっては、いたずらや盗難を心配する声もあったが、そのような事案はほとんど聞かれていない。

AEDの整備と同時に、学校ではAEDを使用した研修（緊急時対応訓練）が毎年実施されるようになった。特に、平成23年にさいたま市立小学校６年生児童が、駅伝の練習中に倒れ、AEDが使用されることなく亡くなった悲しい事故後、教員研修のための分かりやすいテキストとして「体育活動時等における事故対応テキスト～ASUKAモデル～」が作成され、全国的に心停止事案発生時のAED使用が急速に進んだ。

学校においてAEDが使用される事案が発生した場合は、各学校又は市町村教育委員会等を通じて、県教育委員会に第一報の報告がある。その後、詳細をまとめたものが提出されることになっているが、とりわけAEDを使用した事案は命に関わる重大事故として、事故の発生状況から学校の対応等を含めた全般について報告するよう求めている。

AEDの使用に関して県教育委員会から各学校へ指導している内容としては、

①各学校の実情に合わせた緊急時対応マニュアルを作成すること

②緊急時対応マニュアルを基にした緊急時対応訓練（AED使用を含む）を実施すること

等である。

AEDを使用した事案については、報告書を基に記録として県教育委員会で取りまとめている。県内でAEDが整備され始めた平成18年以降、24件のAED使用事案が発生している。校種別にみると、小学校６件、中学校５件、高等学校11件、特別支援学校２件となっており、高等学校での発生件数が最も多い。また、発生した24件の事案のうち、体育の授業中に８件、部活動中に６件発生しており、運動に伴う事案が多い。AEDを使用した24件の事案のうち８件でAEDが作動しており、そのほとんどが運動中に発生した事案であった。これらのことからも、学校では運動中の事故発生への備えが重要であると言える。

特別講演Ⅰ

心臓移植を受けて
－移植までの10年と移植後の11年－

千葉県こども病院循環器内科　青墳　裕之

演者は肥大型心筋症の診断を受けていたが、症状もなく通常勤務についていた。48歳時（2003年）に心室細動発作を発症し、救急救命士による除細動により一命をとりとめた。植え込み型除細動器の植え込み後に復職していたが、徐々に心不全症状が増悪し、渡航移植も提案されたが困難が予想され断念した。その後も各種内科的治療追加にも関わらず症状増悪、移植以外ない状態となった。国内心臓移植のドナーは少なく、臓器移植法が改正されたが（2010年）、その時点では体外型補助人工心臓しか保険償還されておらず、移植登録に踏み切れない状況であった。その後、植え込み型補助心臓（VAS）が保険償還され、VAS挿入下にて国内移植を希望することとした（56歳、2011年）。VAS挿入術直後は筋力低下が著しく、体と気持ちのリハビリが重要で、スタッフや家族、友人に助けられた。退院後の生活ではバッテリー管理、ドライプライン挿入部の感染対策、VAS本体の管理など注意が重要で、また血栓、出血等による脳神経障害、感染に対する日々の不安は大きかった。しかしながら、全般的には前向きな気持ちをもつことができ、ある程度歩行も可能となり生活の質は格段に向上し、勤務先施設の協力により勤務に復帰した。

VAS植え込み後、２年７か月にて心臓移植を受けることができた（58歳、2013年）。術後２

か月程度で退院、QOLはかなり改善し、３～４か月程度で通常に近い生活を送ることができるようになり、勤務も再開した。心臓移植術後の中長期予後を決定する因子には、拒絶を中心とする心臓の問題、免疫抑制剤の影響による易感染性、悪性腫瘍発生の問題が言われている。これらを踏まえて、現在の生活は、正確な服薬、感染予防への留意、生活習慣病対策同様の生活全般の管理などに注意している。一部食事制限もあるが、生活上の制限はほとんどなく国内旅行も可能である。年に一回、心筋生検などの入院検査がある。

術後約２年半にて運悪く移植後リンパ増殖性疾患（Post-Transplant Lymphoproliferative Disorders、PTLD：悪性リンパ腫）を発症し、大きなショックを受けた。約半年の抗がん剤治療にて、幸い現在寛解を保っている。そのほか、拒絶によると思われる心不全入院、胆炎、腹腔鏡による胆嚢摘出、間質性肺炎、腹壁瘢痕ヘルニア、鼠径ヘルニアの手術など多数の診療科のお世話になった。また９年目の生検組織検査では強い拒絶がみられパルス療法を受けた。

移植手術後11年間､かなりイベントの多い日々ではあったが、現在も家族や友人と楽しい日々を過ごせており、仕事も定年を過ぎた現在も続けている。このありがたい現在は、ドナー及びそのご遺族のご厚意に始まるが、医療従事者の皆様のおかげであるとともに、重症心不全に対する医療そのものの進歩､臓器移植ネットワークなどの体制、移植関連の法制度、薬事法の整備、救急隊の方々など、多数の方の努力が統合された結果であり感謝している。現在もドナー不足は著しく、移植待機期間は延長傾向にあるようであり、今後ドナー登録者が増えることを願う。

［報告：専務理事　伊藤　真一］

特別講演Ⅱ

日本の心臓移植の現況：特に小児心臓移植について

若年者心疾患・生活習慣病対策協議会名誉会長／国立循環器病研究センター名誉総長　北村惣一郎

1999年、日本の心臓移植医療は始まったが、その後小児（18歳未満）心臓移植には特別な配慮をする政策が取られている。その理由は小児特有の心筋症悪化の早さ、人工心臓使用に問題が多いこと、心臓の大きさ（サイズ）の違いが大きいことなど多々ある。2009年、民法上の遺言の不可能な15歳以下の子どもからの提供が認められ（保護者の同意で可能となった）、2010年、子どもの心臓は子ども優先で提供されることになった。これらの施策により小児心臓移植は徐々に増加し、2022年12月31日の時点で68例（成人636例）となった。現在は主に３か所の病院で行われている。

小児心臓移植の適応には先天性心疾患は少なく、拡張型や拘束型の心筋症が主体を占めている。年齢は平均9.4±5.6歳であった。移植までの待機期間は延長を続けており、小児では平均600～700日（成人1,816日）で待機中死亡は成人と合わせて24％に上る。移植後20年生存率は小児72％（成人81％）となっており、海外に比べてとても良い成績である。理由としては日本は遅くから始めたということ、それによってより良い免疫抑制剤が開発されたこと、待機時間が短いことが挙げられる。小児でも補助人工心臓の利用は多く、体外式のEXCOR（ベルリンハート）が多用され、新たに国立循環器病センター開発の軸浮上型遠心ポンプ補助人工心臓BIOFLOAT-NCVC）が保険償還されている。心臓手術の手術法は私どもが報告した「modified bicaval法」が多用され、全症例の90％以上を占めており、海外でも評価されている。移植後小児悪性腫瘍（PTLD）は悪性リンパ腫の一種であるが、10％ぐらいに発生することが言われており、EBウイルス陽性のドナーから陰性のレシピエントに移植した場合に起こることが多く、移植後１年以内の発生では９割以上、移植後７～10年後に発生する場合には50％以下がEB関連である。

人工心臓は進歩しているが、課題としては臓器提供の不足があり、心臓移植レシピエントの心臓の再利用がされている。心筋は不良でも大動脈や肺動脈は正常なことが多く、これらを凍結保存してホモグラフトとして利用されている。

ワークショップⅡ

生活習慣病、学校検尿から発見された糖尿病

①新型コロナによる行動制限が各務原市の小中学生の生活習慣に与えた影響と新しい試み

各務原市医師会学校活動医小委員会
那加こども医院院長　平野　量哉

各務原市では昭和63年に小児生活習慣病対策を開始し、平成４年から小学４年生で総コレステロール（TCH）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDL-C）の集団検査を開始し、現在もnon-HDL、LDL-コレステロール（LDL-C）、中性脂肪（TG）なども含めた脂質検査を行っている。令和４年から中学２年生の検査項目に血糖とHbA1cを追加した。

平成４年から平成31年までの各脂質値の変化は男女ともTCH、HDL-Cは上昇、TGは減少傾向を示し、平成中期（平成18～24年）と後期（平成25～31年）の脂質値の比較では、男女ともTCHは後期で有意に上昇、HDL-Cは女子のみ後期で有意な上昇を認めた。この平成期の小学４年生は、脂質摂取量は増加したが過剰なカロリー摂取はなく、食・運動習慣がバランス良い状態と考えられた。

運動能力検査のシャトルランで、男女とも平成期は横ばいであったが、令和期に入りコロナ禍で低下した。肥満者は、中学２年男子では平成後期に増加、女子は平成中期・後期は減少したが、令和期になり男女とも増加した。運動能力が低下し肥満度が増した令和期の中学２年生の脂質値を平成中期・後期の生徒と比較するとTCHは男女とも有意に減少、HDL-Cは男子で減少、TGは男女とも有意な増加を認めた。

令和４～５年の血糖値、HbA1cが正常値よりも高かった中学２年生は男子10％、女子12％、糖代謝異常はあるが脂質異常のない生徒で肥満を有する生徒が男子5.6％、女子11.3％で血糖値・HbA1cの追加により脂質検査をすり抜けた生徒を拾い上げることができた。

②下呂市における若年期からの生活習慣病予防対策について

下呂市市民保健部健康課課長補佐　中安　輝絵

下呂市は人口約２万９千人、高齢化率41％の市である。生活習慣病を予防することを目的として、平成30年度より飛騨圏域において学校健診の他に中学３年生健診、高校生健診（1年生から3年生まで）を実施している。中学３年生は市内の各学校に健診センターが巡回、市の保健師が健診結果をもとに健康教育を実施、保健体育の授業枠で健診・健康教育を行っており、ほぼ100％の受診率である。高校生健診は３校、市の集団健診会場で実施、受診率は40％前後である。

HbA1cが5.6％以上の割合が中学生・高校生ともに年々増加傾向にある。令和６年度の中学３年生は28.3％、高校生は17.8％であった。この生徒たちは体格が普通又はやせが多い。遺伝や生活背景（朝食欠食や野菜摂取量の減少、栄養バランスの偏り、運動習慣、生活リズムの乱れ）等の要因が大きく関与しているものと思われる。

この健診により、家族性高コレステロール血症、糖尿病境界型などが発見されて治療開始された事例、肥満の生徒に保健指導を実施し改善した例などがあった。

③岐阜県における学校検尿システムについて～若年者の糖尿病と腎疾患の早期発見を目的に～

岐阜県医師会学校腎臓検診委員会
副委員長　加納　正嗣

平成15年時、岐阜県では学校検尿で血尿・蛋白尿が見つかった事例に対して適切に診断、管理をされていない腎疾患児が多数存在していることを把握していた。そこで平成16年、県と県医師会が協働で岐阜県独自の学校検尿システムを開始した。検尿試験紙の判定を目視で行っている検査施設に問題があり、機械での判定にするように統一したところ精度のばらつきは改善した。

一次検尿に異常があった場合、二次検尿提出時に医療機関から血液検査・尿検査・既往歴・家族歴・BMIなどを記載した問診票を県の判定委員会に提出してもらう。判定委員会は春と秋の年２回行われ、春の委員会では、一次検尿有所見者す

べてを対象とし、学校検尿の結果・問診票情報などで判定をしている。血尿蛋白尿持続陽性例には慢性糸球体腎炎疑いとしている。秋の委員会では医療機関での診断・管理が適切であるか検討し、血尿蛋白尿用例を放置している場合には医療機関へ意見書を送付している。

この新しい検尿システムにより、診断・管理が適切に改善された。糖尿病の早期診断にも寄与している。

④学校腎臓検診による糖尿病スクリーニング
－岐阜県における16年間の成績－

岐阜県医師会学校腎臓検診委員会　田下　秀明

全国多くの自治体では、尿糖で１回陽性が見られた場合に精密検査を行うＡ方式と、２回続いた場合に精査を行うＢ方式のどちらかを採用している。岐阜県では一次検尿で尿糖（±）以上を陽性とし、加えて二次検査の陽性例も精査対象として尿糖スクリーニングを行っている。これをＢ方式に変えた場合の影響について検討した。

2008年から2023年度までに岐阜市の小中学校及び岐阜県の高校で行われた1,102,523人を対象として検討した。一次検尿における尿糖陽性の頻度は、１万人当たり小学生12.3人、中学生29.7人、高校生38.7人。全調査機関における糖尿病の発見率は、１型糖尿病で１万人当たり2.6人、２型を主とするその他の方の糖尿病で3.9人、糖尿病疑いとされた者は3.3人であった。一次検尿にて尿糖（±）を示した者は3,195人。二次検尿での陽性例を含めることで精査対象は50人増加した。糖尿病と診断された中で、一次検尿にて尿糖（±）／二次（－）であったものは28人、同様に一次検尿（－）／二次（±）は３人で、これらは「尿糖（±）が２回以上続いた場合」に変更した場合、見過ごされていた可能性がある。

⑤岐阜県学校検尿システム：県内統一に向けた軌跡

一般社団法人岐阜県医師会理事　西野　好則

岐阜県では2004年、県医師会に「学校腎臓検診委員会」を設立し、判定委員会で検尿結果を判定し、診療ポイントを示した判定書を作成し、学校を通じて児童・保護者に渡し、医療機関へ受診を促すシステムを構築した。

2003年各務原市の小中学校で試験的に開始し、2005年県立高校すべてを判定、その後各地域で小中学校を判定するために、地域医師会と自治体で協力し、判定委員会を各地区で順次設立、2024年最後に加茂地区で判定委員会が設立、これにより加茂郡を除くすべての地域（合計11の判定委員会）で岐阜県方式検尿システムが導入され、来年度に加茂郡も加茂地区での判定を目指す予定である。

判定委員会は岐阜県医師会に事務局を置き、県立高校生全てを判定、医療機関へ受診勧奨、受診しない児童には学校から受診を徹底的に促す体制を作った。小中学校は、地域医師会に判定委員会を設立し、高校と同様のシステムを構築していった。

課題として、各地区の資料の形式が違う、他地区へ転居でのデータの引継ぎができない、資料作成の手間、資料が手書きで読めないなどが挙げられる。

［報告：常任理事　河村　一郎］