

超図解

令和7年度

児童・生徒生活習慣病予防健診

(小学4年生、中学2年生の健康チェック)

マニュアル Ver15.0



令和7年6月30日

別府市医師会

I. 実施内容

- 1 健診実施から報告までの運用について 1

II. 医療機関での事務

- 1 問い合わせへの対応 2
2 当日の窓口事務 2
3 健康診査終了後の事務 2～3

III. 健診実施の流れ

- 1 児童・生徒の生活習慣病予防健診実施の流れ 3～5
2 健診終了後の受診者への説明 6

(参考) 小児生活習慣病血圧基準値について (別紙1 参照)

(文献: 日本高血圧学会高血圧治療 GL 作成委員会/医療・GL (09 年) /ガイドライン)

(参考) 小児生活習慣病健診項目判定基準 (別紙2-1～2 参照)

(参考) 肥満傾向児・痩身傾向児の出現率の算出・判定方法 (別紙3 参照)

(文献: 「児童・生徒の健康診断マニュアル (改訂版)」平成18年3月31日発行 財団法人日本学校保健会)

(参考) 児童・生徒の生活習慣病予防健診とピロリ菌検査の検査依頼方法 (別紙4 参照)

(参考) 成長曲線のみかた (別紙5 参照)

(資料提供: 西別府病院 小児科 今井 一秀先生)

IV. 個人情報同意書の取得の流れ

- 個人情報同意書の取得の流れについて 7～11

(参考) 小児生活習慣病研究のデータ収集協力をお願い (依頼書)・同意書・同意撤回書

V. 肥満予測ポイントシステムについて

- 肥満予測ポイントシステムについて 12

(参考) 肥満予測ポイントシステムとは (実施医療機関説明用・一般用)

VI. 家族性高 LDL コレステロール血症 (FH) の方への 遺伝子検査実施について

- 遺伝子検査について 13

(参考) LDL コレステロール結果値別対応の流れ (フローチャート) について

(参考) 小児生活習慣病健診項目判定基準 (別紙2-1～2 参照)

Ⅶ. 様式（別添）

様式 1 号	小学 4 年生、中学 2 年生の健康チェック票
様式 2 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診請求明細チェックリスト
様式 3 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診料請求内訳
様式 4 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診の結果について（お知らせ）
様式 5 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診精密検査依頼書
様式 6 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診精密検査受診票
様式 7 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診の問診による婦人科受診依頼書について（お知らせ）
様式 8 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診の問診による婦人科受診依頼書
様式 9 号	児童・生徒の生活習慣病予防健診婦人科受診票
様式 1 0 号	色覚検査で所見が認められた方へ

I. 実施内容

1 健診実施から報告までの運用について（下記図参照）

（１）小児生活習慣病とは

現在、日本では肥満、高血圧、高脂血症、心筋梗塞、糖尿病といった生活習慣病が子ども達の間に広がってきています。

小児生活習慣病の一般的な概念は「成人になったときの状態を考慮しながら、小児期から治療や管理をしなければならない疾患」となっており、厚生労働省では「小児期のライフスタイルの改善等により予防し得る病気である」としています。

別府市では肥満度 30%以上の肥満児だけを対象とした血液・生化学検査を行っていましたが、真の意味での生活習慣病予防検診とはなっておらず成人になってからの予防では遅く、小児期からの生活習慣病予防に対する健康教育が必要であるため、小学４年生と中学２年生全員を対象とした小児生活習慣病予防健診を実施するようにしました。

（２）対象者

別府市内在住の小学校４年生（８２０名）中学校２年生（８７０名）の希望者

（３）健診項目

問診・身体計測（身長・体重・BMI 及び肥満度）

血圧測定（注：小学校４年生についてはマンシートのフィッティングに注意）

血液生化学検査 HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪・GPT・GOT

尿酸・白血球・赤血球・血色素量・ヘマトクリット値・HbA1C

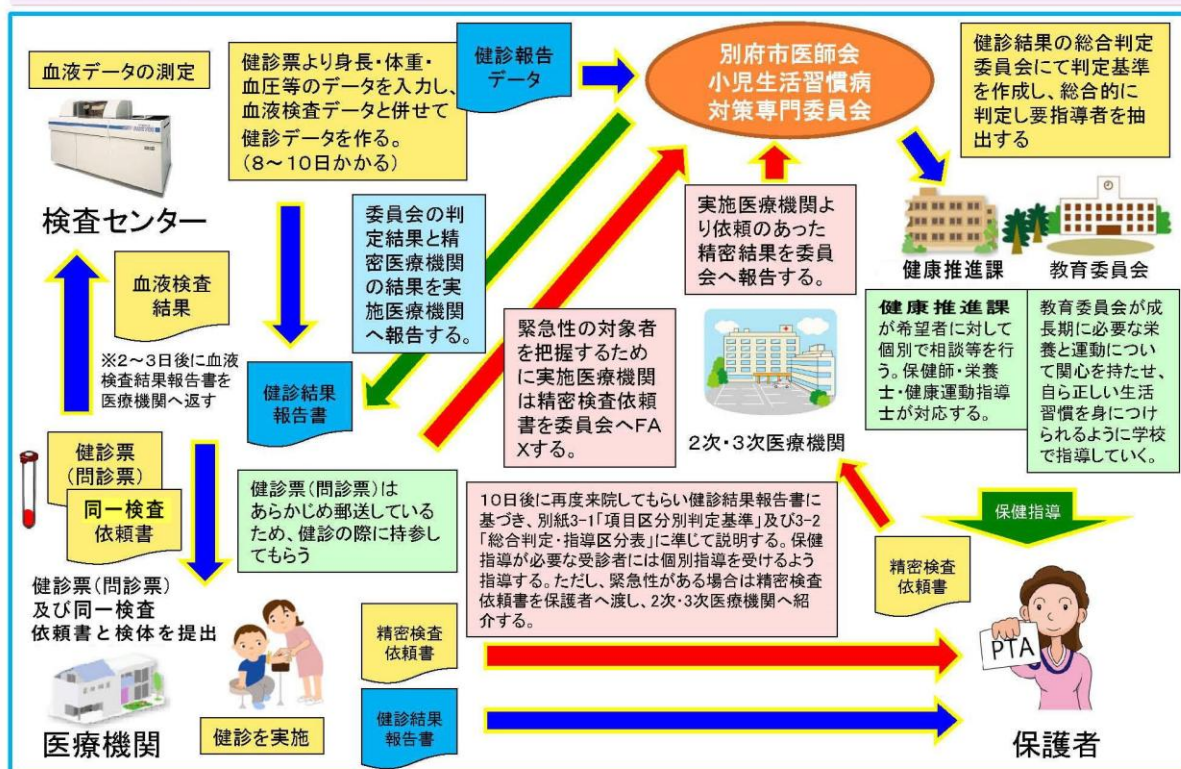
色覚検査（希望者のみ）※中学２年生のピロリ菌検査は別紙マニュアルをご覧ください。

腹囲測定（中学２年生任意）※小児生活習慣病研究のデータの収集目的にて実施

（４）実施期間

令和７年７月１日～９月３０日

健診実施から報告までの運用について



一般社団法人 別府市医師会

Ⅱ. 医療機関での事務

1 問い合わせへの対応

健診の受診を希望する方から事前に問い合わせがありましたら、健診が可能な日時、持参する書類の内容等をお知らせして下さい。

2 当日の受付事務

(1) 受診に必要な書類の確認

- ・健診受診対象者には、健康推進課及び別府市教育委員会から、受診する問診・健康票等の書類が受診者へ事前に配布されています。
- ・健診当日は、下記の書類を受け取ってから健診を実施して下さい。

健診票（様式1号）（成長曲線が記載されている用紙：A3サイズ）

※持参していない場合は予備として若干数健診票（様式1号）を配布いたしますが、下記（2）本人確認（資格確認）を必ず行って下さい。

(2) 本人の確認（資格確認）

住民票の確認（住民票が別府市にあるか聞いて下さい。）

生年月日が判る物（保険証・母子手帳等）

- ・小学校4年生 平成27年4月2日～平成28年4月1日生まれ
- ・中学校2年生 平成23年4月2日～平成24年4月1日生まれ

(3) 色覚検査の意思確認

色覚検査については必ず保護者に「希望する」、「希望しない」の確認を取って下さい。

(4) 腹囲測定（中学2年生任意）について

小児生活習慣病研究データ収集目的に実施します。ご協力いただける方のみの実施となります。意思確認欄の「希望する」、「希望しない」の確認を取って下さい。

(5) 個人情報取得のための同意書について

小児生活習慣病研究データ収集目的に実施します。条件を満たし同意を得られる方のみ実施となります。※マニュアル7ページ参照

3 健診終了後の事務

(1) 健診票（様式1号）の記載確認

すべての健診が終わりましたら、健診票（様式1号）に記載もれがないか十分に確認して下さい。健診結果は医療機関で渡し説明をします。受診後、約10日～14以内に結果をお返ししますので必ず来院するようにお伝え下さい。健診費用については無料ですので徴収しないようにして下さい。

(2) 健診費用の請求と支払

①健診費用の請求

健診費用の請求は、別府市医師会から実施医療機関へ健診期間終了後（10月上旬）に一括して請求明細チェックリスト（様式2号下記参照）を実施医療機関に送付し、チェックしていただいた後、児童・生徒の生活習慣病予防健診料請求内訳（様式3号）にて別府市医師会を通じ別府市の担当課へ請求いたしますので、人数と金額をチェックして10月末までに別府市医師会へ提出して下さい。期間が延長した場合は再度締め切りをご連絡いたします。

②健診費用の支払

別府市医師会を通じ別府市へ請求した分につきましては一端、別府市医師会が総額を受け取り、実施機関が指定した口座（できれば市がん検診と同じでお願いします。）にお支払いします。下記表①については検査請求明細書に載って請求されます。②については別途請求書があります。

健診料	別府市委託料 小学4年生・中学2年生 6,160円（税込み） ※令和6年度より、金額変更となっています。	1名につき 6,160円（税込み）
	別府市委託料 採血のみ未実施の場合 3,300円（税込み）	1名につき 3,300円（税込み）
検査料	①血液検査料 中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール GOT（AST）・GPT（ALT）・尿酸・ 血液一般（白血球・赤血球・血色素量・ヘマトクリット値） HbA1C	1名につき 1,078円（税込み）
手数料	②入力・請求データ処理手数料 a. 入力手数料（605円（税込）/1名） ・属性・問診情報入力（フリーハンド入力） ・血液検査結果取込み ・CSVデータ作成・出力 b. 請求データ処理手数料（220円（税込）/1名） ・各実施医療機関別請求データ集計 ・報告書作成 ・チェックリスト明細書作成	1名につき 825円（税込み）

（3）データ管理（個人情報の適切な管理）

受診者の健診データは、その他の医療情報と同様に重要な個人情報です。健診業務の実施に当たっては、記録の漏洩を防止するとともに、事業に携わる担当者には守秘義務を課すなど、契約で示される個人情報取扱注意事項、関係法令、「医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いのためのガイドライン」（令和7年6月1日最終改正及び施行）に則った適切な管理をお願いします。

Ⅲ．健診実施の流れ

1 児童・生徒の生活習慣病予防健診（小学4年生、中学2年生の健康チェック）実施の流れ

（1）属 性

健診票（様式1号）の属性部分はあらかじめ保護者が記載してくるため、記載もれがないか確認して下さい。特にフリガナ・名前・住所・保護者氏名・連絡先等については記載もれがないことを十分に確認して下さい。

別紙 1		No. _____	
小学4年生・中学2年生の健康チェック票			
受診日 令和 年 月 日			
名 前	フリガナ _____	男 女	生年月日 _____ 平成 年 月 日（ 歳）
保護者氏名	_____		連絡先 _____
住 所	(874-) 別府市 _____	学校名	_____

(2) 問 診

健診票（様式1号）をあらかじめ保護者が記載してくるため質問項目に沿って、現病歴、体調、生活習慣等（①～⑬）を確認し、未記入等があれば医療機関で確認して訂正・記入して下さい。

別紙 1

No.

小学4年生・中学2年生の健康チェック票

受診日 令和 年 月 日

名 前	フリガナ	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳)
保護者氏名	連絡先			
住 所	(874- 別府市)	学校名		
①治療中の病気はありますか？	1.なし 2.あり ※「あり」の場合は下記から選んで下さい。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎症 その他 ()			
②体の調子はよいですか？	1.よい 2.悪い ※「悪い」の場合は下記から選んで下さい。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 便秘がある <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 保健室で休むことが多い <input type="checkbox"/> 楽しいことがない その他 ()			
※中学2年生女子のみ記入してください。	生理は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> まだ始まっていない ※「ある」場合は下記から選んでください。 生理痛は？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度(日常生活支障なし) <input type="checkbox"/> 高度(日常生活支障あり) 生理の量は？ <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い(日常生活支障なし) <input type="checkbox"/> かなり多い(日常生活支障あり)			
③食事について	今日、最後の食事から4時間経過していますか？ 1.はい 2.いいえ 朝ごはんを抜くことが週に3回以上ありますか？ 1.はい 2.いいえ 日頃、家族と一緒に夕食を食べますか？ 1.はい 2.いいえ 寝る前の2時間以内に夕食を食べることが週に3回以上ありますか？ 1.はい 2.いいえ			
④間食について	甘い飲み物(ジュースやイオン飲料、お砂糖を入れたコーヒー紅茶など)を週に3回以上飲みますか？ 1.はい 2.いいえ ※「はい」と回答した方にお聞きします。1日に500ml以上飲みますか？ 1.はい 2.いいえ 間食を週に3回以上食べますか？ 1.はい 2.いいえ ※「はい」と回答した方にお聞きします。何を食えることが多いですか？ <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> アイスクリーム <input type="checkbox"/> 菓子パン その他 ()			
⑤運動について	体育の授業以外に運動やスポーツを週3回以上していますか？ 1.はい 2.いいえ 下記の運動を(複数の組み合わせでも可)毎日平均1時間以上していますか？ 1.はい 2.いいえ <input type="checkbox"/> 散歩・自転車通学 <input type="checkbox"/> 運動・スポーツ(体育含む) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 鬼ごっこ等友達と体を使って遊ぶ			
⑥体型について	お子さんが太っている あるいは 痩せていると思われるか？(下記から選んで下さい。) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 少し太っている <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し痩せている <input type="checkbox"/> 痩せ ※成長曲線を必ずご記入ください			
⑦家族歴について	家族(親、祖父母、兄弟・姉妹)で次のような病気になった方はいますか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 糖尿病(親、祖父母、兄弟・姉妹) <input type="checkbox"/> 心臓病(親、祖父母、兄弟・姉妹) <input type="checkbox"/> 脳卒中(親、祖父母、兄弟・姉妹) <input type="checkbox"/> 腎臓病(親、祖父母、兄弟・姉妹) <input type="checkbox"/> 高血圧(親、祖父母、兄弟・姉妹) <input type="checkbox"/> 中性脂肪・コレステロール値の異常(親、祖父母、兄弟・姉妹) その他 ()			
⑧睡眠について	よく眠れていますか？ 1.はい 2.いいえ 起床・就寝時間を教えて下さい。 起床()時 <input type="checkbox"/> 5時 <input type="checkbox"/> 6時 <input type="checkbox"/> 7時 <input type="checkbox"/> 8時 <input type="checkbox"/> 時間が不規則) 就寝()時 <input type="checkbox"/> 8時 <input type="checkbox"/> 9時 <input type="checkbox"/> 10時 <input type="checkbox"/> 11時 <input type="checkbox"/> 12時以降 <input type="checkbox"/> 時間が不規則)			
⑨放課後の過ごし方について	放課後はどのように過ごすことが多いですか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 勉強、学習塾 <input type="checkbox"/> 家族と過ごす <input type="checkbox"/> スポーツクラブ・部活 <input type="checkbox"/> 習い事 <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶ(屋内) <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶ(屋外) <input type="checkbox"/> テレビ()時間 <input type="checkbox"/> 1時間 <input type="checkbox"/> 2時間 <input type="checkbox"/> 3時間 <input type="checkbox"/> 4時間以上) <input type="checkbox"/> ゲーム・スマートフォン()時間 <input type="checkbox"/> 1時間 <input type="checkbox"/> 2時間 <input type="checkbox"/> 3時間 <input type="checkbox"/> 4時間以上)			
⑩相談について	困ったことがあった時、誰に相談しますか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 学校の先生 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 次のような胃の症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 空腹時の胃の痛み <input type="checkbox"/> 食後の胃の痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振			
⑪ピロリ菌検査について(中学2年生のみ)	家族(親、祖父母、兄弟・姉妹)で次のような病気になった方はいますか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃がん 家族(親、祖父母、兄弟・姉妹)でピロリ菌の除菌をしたことがある方はいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない			
⑫色覚検査について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
⑬腹囲測定について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※小児生活習慣病研究のデータ収集を目的に行います。ご協力いただける方のみ実施します。			

(3) 身体計測

身長、体重の計測を行います。(肥満度・BMIの計算は自動計算します。

別紙3 肥満傾向児・痩身傾向児の出現率の算出・判定方法をご参照下さい。

(4) 血圧測定

血圧計により、収縮期、拡張期血圧を測定します。

収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上の場合は、受診者に数回深呼吸をさせた後、もう一度測定して下さい。(別紙1 小児生活習慣病血圧基準値について参照)

また、腕が細い児童・生徒は小児用のマンシェットでフィティングに注意して測定して下さい。

健診内容				成長曲線判定	医療機関名(電話)
計測	身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 医学的管理
	腹囲	cm			
血圧			mmHg		
色覚検査	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり				

身長・体重・腹囲は小数点第1位まで記入して下さい。

血圧の結果を記入して下さい。

※研究のために匿名化したデータとして扱われます。ご協力いただける方がいましたら腹囲を記入して下さい。

— 4 —

(5) 色覚検査（希望者のみ）

医師会より配布された色覚検査表の判定基準に従い検査し、所見がある場合は別紙様式10号「色覚検査で所見が認められた方へ（市内眼科医療機関記載）」をお渡しして、精密検査依頼書（様式4号、5号、6号）を保護者へ渡し、眼科医療機関を紹介して下さい。

⑫色覚検査について	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
-----------	-------------------------------	--------------------------------

希望しない場合はここにチェックがありますので無理に勧めないで下さい。

健診内容			成長曲線判定	医療機関名(電話)
計測	身長	cm	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 医学的管理	結果をチェックして下さい。
	体重	kg		
	腹囲	cm		
血圧	～ mmHg			
色覚検査	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり			

※研究のために匿名化したデータを二次利用させていただくことがありますのであらかじめご了承ください

(6) 血液検査

項目については下記の通りです。

中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・GOT (AST)・GPT (ALT)・尿酸
血液一般（白血球・赤血球・血色素量・ヘマトクリット値）・HbA1C

生化学用真空採血管（茶色）及び血液一般用真空採血管（紫色）の2本採って下さい。

採血量については下記の通りです。

- ・生化学用真空採血管（茶色）は5ml
- ・血液一般用真空採血管（紫色）は2ml

依頼方法は健診票（様式1号）及び同一検査依頼書（小児専用）と検体を一緒に集配便に預けて下さい。別紙4）児童・生徒の生活習慣病予防健診とピロリ菌検査の検査依頼方法を参照

※血液検査はデータ管理上原則として医師会地域保健センター（BML）をご利用下さい。

(7) 成長曲線

成長曲線については保護者が記入してくるので記載しなくて結構ですが、**【成長曲線判定】**がありますので、記載のない場合は必ず保護者へ記入をお願いして下さい。判定につきましては、成長曲線のみかた（別紙5参照）にて確認をお願い致します。また、当日の身長・体重の結果により記載も可能です。

健診内容			成長曲線判定	医療機関名(電話)
計測	身長	cm	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 医学的管理	判定をチェックして下さい。
	体重	kg		
	腹囲	cm		
血圧	～ mmHg			
色覚検査	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり			

※研究のために匿名化したデータを二次利用させていただくことがありますのであらかじめご了承ください

2 健診終了後の受診者への説明

健診結果は小児生活習慣病対策専門委員会の判定基準（別紙2-1～2）を基に総合判定し、約10日～14日以内に実施医療機関へ1部控えと保護者用報告書として1部お返しいたしますので、保護者へ結果の説明をお願いいたします。その際に「小学4年生・中学2年生の健康チェックをお受けになった方へ」（下記参照）を結果報告書と一緒にお渡ください。

また、問診②「体の調子はよいですか？」の中学2年生女子のみの回答で、日常生活に支障がある場合は専門医の受診を促して下さい。

なお、血液検査結果により緊急を要する場合は精密検査依頼書（様式4号、5号、6号）を保護者へ渡し、精密医療機関（別府医療センター・西別府病院・鶴見病院）を紹介して下さい。その際に精密検査依頼書（様式4号）を医師会へFAXして下さい。（緊急対象者の把握のため FAX 番号:26-4001）

なお、精密検査結果は小児生活習慣病対策専門委員会へ届きますのでその際は依頼された実施医療機関へ複写をお送りいたします。

【血液検査結果票】

【健診結果票】

【小学4年生・中学2年生の健康チェックをお受けになった方へ】

【健康チェックを受けられた方へ】※結果説明の予約時にご使用下さい。

IV. 個人情報同意書の取得の流れ

1 個人情報同意書の取得の流れについて

- (1) 令和4年度より小児生活習慣病研究のデータ収集目的にて、保護者の方の生年月日を同意のもと取得することとなりました。データ収集目的は下記依頼書を参照して下さい。
- (2) 同意書記入依頼の前に、小児健診受診者の保護者へ健診受診歴チェック表(下記参照)を渡して、健診受診歴チェック表に回答してもらう。回答内容によって取扱方法が決まってくるので、下記：個人情報取扱同意書記入依頼の流れ(フローチャート)についてを参照して下さい。
- (3) 同意書の医療機関保管用がなくなりましたら、別府市医師会地域保健センターへ電話連絡をお願い致します。必要枚数を集配便にて送らせていただきます。

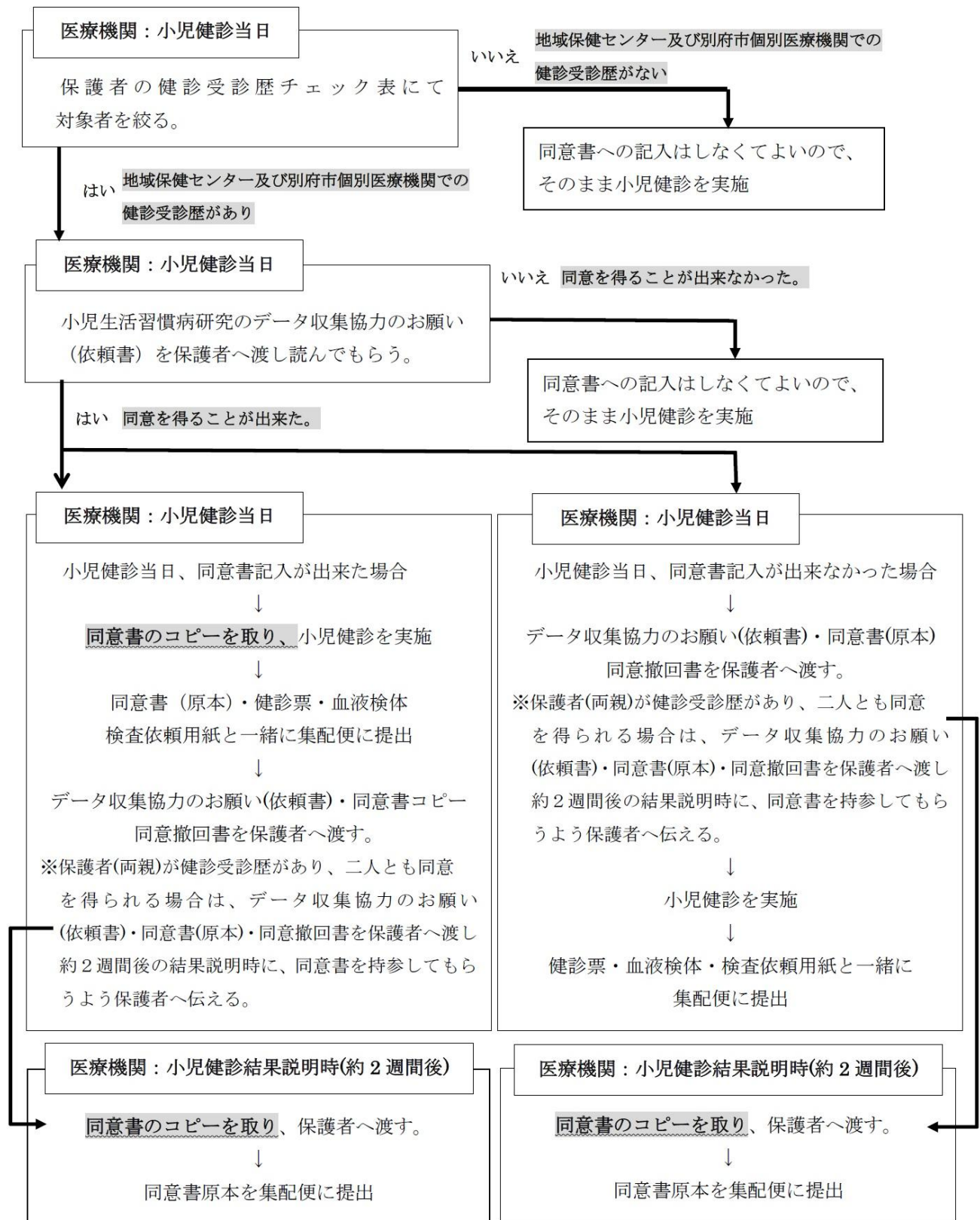
保護者の健診受診歴チェック表

【保護者の方へ】

健診受診歴について下記設問の番号に○を付けてご回答お願い致します。

- 1 : 別府市医師会地域保健センター及び別府市内の個別医療機関にて健康診断を受けたことがある。
- 2 : 他の健診センター及び別府市外の医療機関にて健康診断を受けたことがある。
- ※ : 健康診断は、職場における健診(事業所健診等)や特定健診(国保・社保・共済・健保など)を含みます。

【個人情報取扱同意書記入依頼の流れ（フローチャート）について】



別府市医師会地域保健センター

TEL(0977)23-2279 FAX(0977)26-4001

小児生活習慣病研究のデータ収集協力をお願い（依頼書）

【データ収集目的】

生活習慣が原因で起こる「生活習慣病」ですが、今や大人だけでなく、子どもにも身近なものとなっています。予防には食生活を始めとする子どもの頃からの生活習慣がとても大切で、その先の一生の健康を左右するともいわれています。また、生活習慣は親から引き継がれることが多く、肥満だけでなく痩せすぎも身長伸び悩みやホルモンバランスの乱れなど成長へ悪影響を及ぼすリスクがあり、注意が必要です。

子どもの頃に備わった食べ物の好みや生活習慣は、そう簡単に変えられるものではありません。

そこで、子どもの生活習慣病の予防には保護者の協力がとても大切です。食事や運動、生活スタイルなどを今一度見直し、子どもの未来の健康を守っていくということから児童生徒と保護者の生活習慣病危険因子等の相関をみるためのデータ収集を実施していきたいと考えています。

【収集データ】

別府市医師会地域保健センター（以下「当センター」といいます。）及び別府市内の各医療機関（特定健診等）で健康診断受診歴のある児童生徒の保護者の生年月日の御記入をお願いいたします。保護者は、児童生徒と同居している父・母をいいます

なお、当センター及び別府市内の各医療機関にて健康診断の受診歴がない保護者は、データ収集の対象外となりますので、同意書への生年月日の御記入・提出は必要ありません。

【説明事項 個人情報保護について】

- 1 当センターでは、得られた収集データにつきましては、厳重に保存いたします。
- 2 データ収集に同意をいただいても、いつでも撤回は可能です。
- 3 得られた収集データは、研究のために匿名化したデータを二次利用させていただくことがあります。
- 4 得られた情報は、研究以外の目的で使用いたしません。

研究代表者

別府市医師会地域保健センター

施設長 岡田 豊和

別府市医師会小児生活習慣病対策専門委員会

委員長 松本 重孝

連絡先

別府市西野口町15番33号

別府市医師会地域保健センター

電話

0977(23)2279

※この依頼書は同意書と共に保存してください。

同意書

私は、依頼書(別紙)のデータ収集目的・収集データ・説明事項を読み、十分に理解しましたので、小児生活習慣病研究のデータ収集について、私及び私の子(氏名・年 月 日生)の個人情報を利用することを同意いたします。

【説明事項 個人情報保護について】

- 1 当センターでは、得られた収集データにつきましては、厳重に保存いたします。
- 2 データ収集に同意をいただいても、いつでも撤回は可能です。
- 3 得られた収集データは、研究のために匿名化したデータを二次利用させていただくことがあります。
- 4 得られた情報は、研究以外の目的で使用いたしません。

令和 年 月 日

署名
生年月日 西暦 年 月 日

研究代表者

別府市医師会地域保健センター

施設長 岡田 豊和

別府市医師会小児生活習慣病対策専門委員会

委員長 松本 重孝

連絡先

別府市西野口町15番33号

別府市医師会地域保健センター

電話

0977(23)2279

※この同意書は、依頼書と共に保存してください。

同意撤回書

別府市医師会地域保健センター施設長 殿

私 は、 年 月 日、「小児生活習慣病研究のデータ収集」への協力依頼について同意
いたしましたが、同意を撤回することにいたしました。

令和 年 月 日

署 名 _____

※同意の撤回は、原則として同意書に署名した人が行ってください。

「小児生活習慣病研究のデータ収集」への協力依頼についての同意の撤回を確認しました。

令和 年 月 日

確 認 者

所 属

氏 名
(自署)

V. 肥満予測ポイントシステムについて

「肥満予測ポイントシステムについて」

別府市児童・生活習慣病健診小学4年生の過去データ（2011年から2019年）を用いて作成された肥満発症予測ツールを導入致します。こちらのツールは、大分大学公衆衛生・疫学講座教授 齊藤 功先生に作成していただき、日本衛生学会の英文雑誌に論文が掲載されています。

アンケート(健診票)により、現在の子供さんの肥満率とアンケートにて選択した生活習慣や家族歴などの回答の中から選択された危険因子ごとにポイントを付け、ポイントの合計数によって将来の肥満発症を予測するものです。

ポイントが多いほど将来肥満になるリスクが高くなり、9点以上がハイリスクとなります。
ポイントが9点以上の方は食生活や運動など生活習慣の見直しをお勧めします。

ただし、これは現在肥満率10.0%～19.9%未満の軽度肥満の子供さんが将来肥満となるリスクを判定するものですので、現時点で肥満がない場合やすでに肥満率20%以上の肥満がある場合には判定の対象ではないためポイントが付きません。あくまでも現時点で軽度の肥満傾向のある子供さんが将来肥満になりやすいかどうかの判定基準となります。

表記目的は、食生活や運動などの生活習慣に対しての指導に役立ていただくために参考値として結果表へ記載します。

【結果表への肥満予測ポイントシステム表記場所】

加	ヘマトクリット	男 39.8～51.8 女 33.4～44.9					
ピ	ヘリコバクター抗体	3.0未満 (-)					
参考	肥満予測ポイント						

※ 上記の基準値は、別府市小児生活習慣病対策専門委員会にて、独自に定めた基準値です。

⑨放課後の過ごし方	
⑩相談	
⑪胃の症状	

【肥満予測ポイントシステム：実施医療機関説明用】

小4児童における肥満予測ポイントシステムについて

A point system to predict the future risk of obesity in 10-year-old children.
 肥満発症や高血圧症などの生活習慣病をはじめ数多くの病気の元となるといわれる「肥満」、肥満傾向の子は将来、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病を患ってしまう可能性が高くなります。

肥満予測ポイントシステム＝肥満発症予測ツールです。

※肥満傾向の子とを明らかにしていくためにエビデンスに基づいて作成されたシステムです。事後指導などに活用して下さい。

肥満予測ポイントシステムとは？

別府市児童・生活習慣病健診小学4年生の過去データ（2011年から2019年）を用いて作成された肥満発症予測ツールです。保護者に対する自記式アンケート(健診票)により、現在の子供さんの肥満率とアンケートにて選択した生活習慣や家族歴などの回答の中から選択された危険因子ごとにポイントをつけ、ポイントの合計数によって将来の肥満発症を予測するものです。

ポイントが高いほど肥満リスクがあり9点以上がハイリスクとなります。
 (9点未満としても肥満リスクを判定するものではありません)

ただし、これは現在肥満率10.0%～19.9%未満の軽度肥満の子供さんが将来肥満となるリスクを判定するものですので、現時点で肥満がない場合やすでに肥満率20%以上の肥満がある場合には判定の対象ではないためポイントが付きません。

肥満予測ポイントシステムの予測値と実測値との比較 (有意性)

【過去データを分析し導き出した肥満発症率】

肥満率	実	推
10.0%未満	10.0%	10.0%
10.0%～19.9%	10.0%	10.0%
20.0%以上	10.0%	10.0%

【※5年度小4児童における肥満予測ポイントシステム結果】

	9点以下	10～19点	20～29点	30～39点	対象外	合計
男子	218	20	21	7	266	
女子	210	22	14	12	258	
合計	428	42	35	19	524	

ポイントが多いほど肥満リスクがあり、9点以上では将来肥満になる可能性が高いと予測されるため生活習慣の改善が必要です。

生活習慣を改善し、早期に予防することが大切！

【肥満予測ポイントシステム：受診者説明用】

肥満予測ポイントシステムとは？

別府市児童・生活習慣病健診小学4年生の過去データ（2011年から2019年）を用いて作成された肥満発症予測ツールです。ご記入いただいたアンケート(健診票)により、現在の子供さんの肥満率とアンケートにて選択した生活習慣や家族歴などの回答の中から選択された危険因子ごとにポイントをつけ、ポイントの合計数によって将来の肥満発症を予測するものです。

ポイントが多いほど将来肥満になるリスクが高くなり、9点以上がハイリスクとなります。
 (3～8点でも肥満リスクが低いわけではありませんのでご注意ください)

ポイントが9点以上の方は食生活や運動など生活習慣の見直しをお勧めします。

ただし、これは現在肥満率10.0%～19.9%未満の軽度肥満の子供さんが将来肥満となるリスクを判定するものですので、現時点で肥満がない場合やすでに肥満率20%以上の肥満がある場合には判定の対象ではないためポイントが付きません。

あくまでも現時点で軽度の肥満傾向のある子供さんが将来肥満になりやすいかどうかの判定基準とお考え下さい。

生活習慣を改善し、早期に予防することが大切！

※受診者説明用は、対象児の結果表へホッチキス止め致します。

VI. 家族性高 LDL コレステロール血症（FH）の方への 遺伝子検査実施について

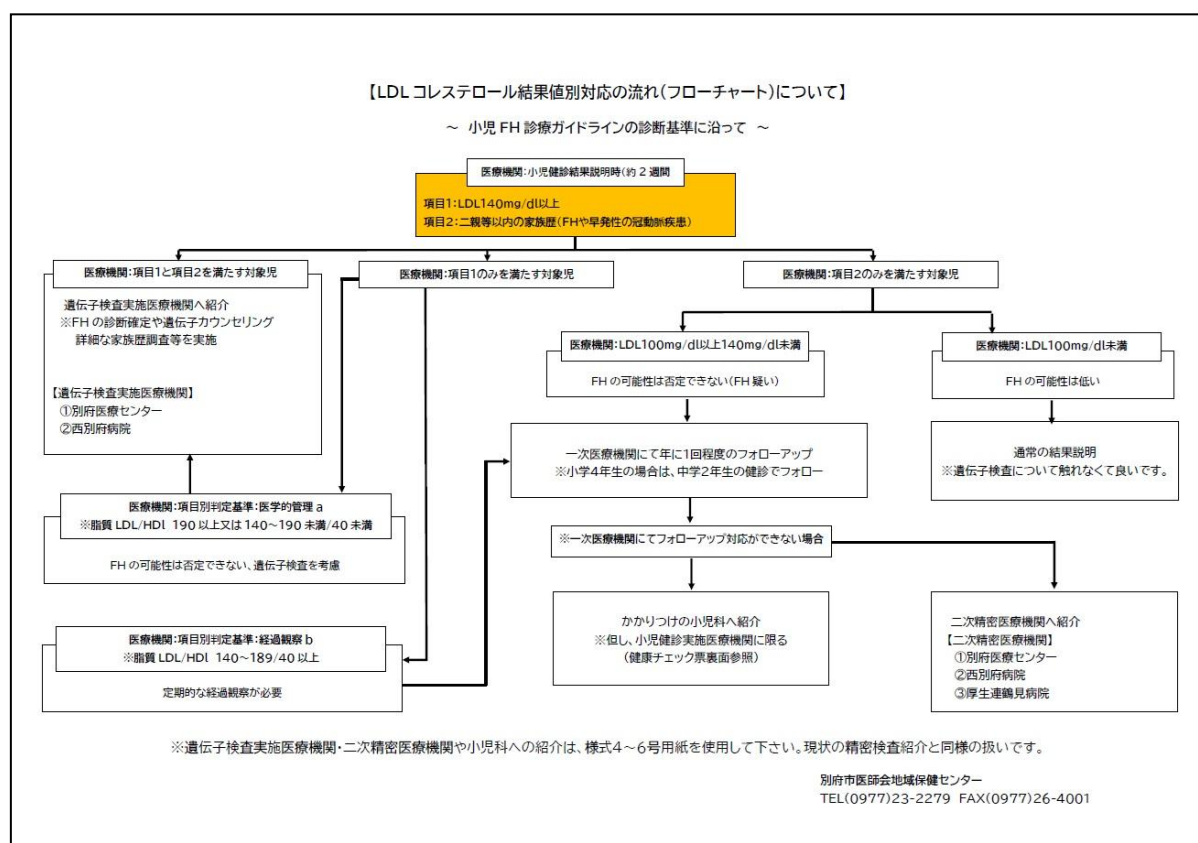
「導入経緯」

令和5年度第2回小児生活習慣病対策専門委員会にて、別府市の児童・生徒の生活習慣病予防健診に今現在、香川県が取り組んでいます小児生活習慣病予防健診事業における二次検査で実施の“**遺伝子検査**”の導入を検討していただきたいという主旨のもと、当時、大分県福祉保健部理事兼審議監：藤内修二様よりご講演がありました。

家族性高コレステロール血症については、遺伝性代謝疾患の中でも最も多く、コレステロールの代謝に関わる遺伝子の変異で、コレステロール値が高く、早期に心臓の冠動脈に動脈硬化を起こす遺伝性疾患であり、親、兄弟、叔父、叔母などにも同様に若い頃から心疾患を発症していることが特徴です。早期に発見し治療につなげ、また親や兄弟の病気も見つかることもあり、家族全体における心疾患発症予防ができます。※香川県では300人の親子が診断

この講演を聞き、別府市の児童・生徒の生活習慣病予防健診に遺伝子検査の導入をすることとなりました。

香川県及び小児 FH 診断ガイドライン 2022 を基に別府市の現行システムに合わせた【**LDL コレステロール結果値別対応の流れ(フローチャート)**】を作成。フローチャートに沿ってご対応の程宜しくお願い致します。



※上記フローチャートに基づき、各実施医療機関にて過去の小児健診で脂質異常にて管理中の対象児で
遺伝子検査考慮対象となる児に対しても同様に遺伝子検査対応していただけます。

【第 15 版】

児童・生徒の生活習慣病予防健診
マニュアル

発行日 令和 7 年 6 月 30 日

発行所 一般社団法人別府市医師会
地域保健センター

TEL 0977-23-2279

FAX 0977-26-4001