

乳幼児健康診査の手引

改訂第5版

疾病の早期発見・健康の保持増進とともに
児童虐待の早期発見と子育て支援の充実に向けて

平成26年3月

新潟県福祉保健部
新潟県医師会

発刊にあたり

乳幼児健康診査は、疾病の早期発見や健康の保持増進を目的に実施されていますが、核家族化、少子化などの様々な環境の変化の中で、子育て支援の場としての機能も求められています。

このたび、社団法人新潟県医師会にお願いしまして、理事の諸先生及び乳幼児健診の手引作成委員の先生方の御協力により、昭和59年3月に発刊した「乳幼児健康診査の手引」の第5版として本書が完成いたしました。

特に今回は、近年の乳幼児虐待相談件数及び低出生体重児の増加、発達障害児など気になる子どもや養育者への支援などの重点ニーズに対応するため、大幅に改訂をいたしました。本書が、医師、保健師等、母子保健関係者の皆様から乳幼児健康診査の指針として活用され、安心して子どもを産み育てる支援の一助となりましたら幸いです。

また、本書の姉妹編として発刊した「乳幼児保健指導の手引（第4版）」も併せて御活用ください。

最後に、本書を作成するにあたり、御指導くださいました先生方に深く感謝申し上げます。

平成26年3月

新潟県福祉保健部長

本 間 俊 一

発刊にあたり

この度、「乳幼児健康診査の手引」を12年ぶりに改訂いたしました。わが国においては少子高齢化の状況は依然と続いており、来たるべき超高齢化社会への対応が求められています。一方晩婚化、少子化により「子は国の宝」という思いはますます強いものになり、医療の立場からも子どもの健やかな成育は大きな課題であります。

今回は、前回改定以降の各種法改正及び指針の改訂を踏まえての改訂となったわけですが、予防接種や児童虐待への対応、発達障害への支援など、最近の子育て支援に重要な部分が大きく改訂されております。

県からの委託により、新潟県医師会母子保健委員会のメンバーを中心に、分担での改訂作業を行い、さらに充実した素晴らしい改定版が出来上がったと自負しております。

この手引が実際に乳幼児の健康診査に携わる多くの先生に、十分活用していただけることを願っております。とくに若い小児科医にとっては、乳幼児健診の重要性を認識し、常に手元において確認しながら健康診査にあたる格好の教科書となるものと思います。

最後に、本改定版の発行にご尽力いただきました新潟大学医歯学総合研究科小児科学分野齋藤昭彦教授をはじめ、特別委員の先生、母子保健委員の先生、そして県福祉保健部の担当の方々に心より御礼申し上げます。

平成26年3月

新潟県医師会長

渡 部 透

目 次

I 乳児健康診査の手引	1
1 健康診査の目的	1
2 健康診査の項目	1
(1) 発育栄養状態	1
(2) 精神・運動機能の発達	1
(3) 疾病又は異常	1
3 健康診査実施要領	3
(1) 身体計測	3
(2) 診察	5
(3) 健診時における発達チェック要領	7
(4) 神経学的スクリーニング	10
(5) 視覚スクリーニング	18
(6) 難聴のスクリーニング	20
(7) 産後うつへの支援	24
(8) HTLV-1スクリーニング	25
(9) 低出生体重児の健診	26
(10) 歯（口腔）	27
(11) マス・スクリーニング	28
4 乳児の保健指導	28
(1) 保健指導の要点	28
(2) 母乳哺育のすすめ方	29
(3) 離乳食のすすめ方	29
II 1歳6か月児健康診査の手引	34
1 健康診査の目的及び意義	34
2 問診	34
(1) 問診項目	34
(2) 問診項目の解説	36
3 健康診査の実施要領	49
(1) 家族歴	49
(2) 出生歴	49
(3) 既往歴	51
(4) 予防接種	51
(5) 発育	52

4	診察	52
(1)	受診態度	53
(2)	体格	53
(3)	栄養状態	53
(4)	筋骨	53
(5)	診察所見	53
(6)	形態異常	53
(7)	皮膚所見	53
(8)	聴診	53
(9)	腹部	54
(10)	神経学的所見及び運動機能	54
(11)	視覚スクリーニング	54
(12)	聴覚スクリーニング	55
(13)	歯（口腔）	55
5	事後措置	57
Ⅲ	3歳児健康診査の手引	58
1	健康診査の目的	58
2	問診	58
(1)	問診項目	58
(2)	問診項目の解説	60
3	健康診査実施要領	62
(1)	健康診査項目	62
(2)	健康診査方法	63
4	保健指導	63
(1)	栄養指導	63
(2)	生活指導	63
(3)	精神衛生	64
(4)	事故防止	64
(5)	予防接種	64
(6)	疾病対策	64
(7)	育成医療、療養の給付などの医療給付制度や施設入所など福祉制度の該当を検討する	64
5	3歳児の育児・行動上の問題	64
(1)	3歳児の心の特徴（養育者、多くの場合母親からの分離期）	64
(2)	母子分離状態の評価	65
(3)	3歳児の行動上の問題と診断・方針	66
6	診察	69

(1) 目的	69
(2) 診察法	69
(3) 健診項目	69
(4) 幼児の肥満（傾向）の判定基準	70
(5) 3歳児検尿	71
(6) 3歳児視聴覚検査	71
IV 児童虐待の予防と早期発見の視点	78
1 児童虐待の予防と早期発見に向けた乳幼児健診の役割	78
2 健診における育児支援	78
(1) 健診場面での具体的活動の充実について	78
(2) 健診場面でのスタッフの態度について	78
(3) 健診の事後処理について	79
3 児童虐待についての基本的理解	79
(1) 児童虐待とは何か	79
(2) 虐待発生のリスク要因と保護要因	82
4 児童虐待・ハイリスク者の早期発見のための視点	86
(1) 発見のための留意点	86
(2) 観察項目	87
5 児童虐待を疑った場合の対応	88
(1) 健診の場での留意点	88
(2) 児童相談所への通告	88
(3) 健診後の事後フォローについて	89
(4) 関係機関との連携について	90
参考資料	
「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表（九大小児科改訂版）」	97
「乳児の運動発達」	98
「日本版DDST用紙」	99
「乳幼児の発育値及びパーセントイル曲線（平成12年調査）」	100
「幼児の身長体重曲線」	101
「母子健康記録票」	113

I 乳児健康診査の手引

1 健康診査の目的

乳児健康診査の目的は、すべての子どもが身体的、精神的及び社会的に最適な成長発達を遂げることを助けることにある。

具体的な目標として次のような項目が挙げられる。

- (1) 子どもの成長発達の状態を明らかにし、最適な成長発達を遂げるよう健康管理、保健指導を行う。
- (2) 出生前及び出生時の原因による異常は、生後3～4週間以内、遅くとも生後3～4か月以内に発見する。
- (3) 放置されやすい軽微な疾病異常、慢性疾患及び障害を早期に発見する。
- (4) 発見された疾病異常については、早期治療、継続的健康管理及び療育相談などの措置を講ずる。
- (5) 行動発達上の問題を早期に発見又は予防する。
- (6) 健康診査並びに保健指導は、家族を含めた心理面、情緒面、社会性経済面を考慮した包括的総合的なものを目指す。

2 健康診査の項目

新生児期の発育、発達状態の観察を基礎にして次の事項に注意すること。

(1) 発育栄養状態

ア 身体計測（体重、身長、頭囲、胸囲など）

イ 筋骨の発達

ウ 皮膚の緊張

エ 皮下脂肪の発達

オ 血 色

(2) 精神・運動機能の発達

育児環境の影響の大きいことを重視し、発育栄養状態の観察と同じく継続的に順調な発育を遂げているか、活気に富んでいるかに注意する。

(3) 疾病又は異常

一般身体所見のほか、特に次の疾病に注意すること。

ア 発育不全（ことに低出生体重児であったものについて）

イ 栄養の不足又は過剰による身体症状

ウ 貧血・クル病（ことに低出生体重児であったもの、病気に罹りやすい子どもについて）

エ 急性感染症

オ 皮膚疾患（脂漏性湿疹、アトピー性皮膚炎、カンジダ性皮膚炎、膿痂疹、母斑など）

カ 先天奇形（心奇形、ヘルニア、先天性股関節脱臼、斜頸、口唇裂又は口蓋裂、内反足、頭蓋縫合早期癒合、水頭症、その他の外表奇形など）

キ 先天性代謝異常

ク 中枢神経系異常（精神発達の遅滞、脳性まひ、各種けいれん性疾患など）

ケ 腹部腫瘍

コ 聴力及び視力障害

サ 外表小奇形

(ア) 頭 部：小頭、大頭、頭蓋変形

(イ) 顔 面：小顎、顔面非対称

(ウ) 眼 部：斜視、内眼角ぜい皮、蒙古様眼裂、両眼離開、眼裂狭小、眼瞼下垂、小眼球、白内障、角膜混濁、融合した眉、毛と長い睫毛

(エ) 鼻 部：鞍鼻

(オ) 耳 部：耳介変形、耳介聳立、大耳症、小耳症、副耳、耳孔欠損、耳介低位

(カ) 口 部：巨舌、高口蓋、二分口蓋垂、口唇裂、口蓋裂、先天歯、上皮真珠

(キ) 頸 部：翼状頸、斜頸、短頸

(ク) 胸 部：胸郭変形、漏斗胸、鳩胸

(ケ) 腹 部：臍ヘルニア、鼠径ヘルニア

(コ) 脊 柱：前彎、後彎、側彎、二分脊椎、仙骨部の毛巣洞、ろう孔

(サ) 外陰部：停留精巣、陰のう水腫、尿道下裂

(シ) 四 肢：短い肢、小さい手・足

(ス) 手・足：クモ手、短指、過剰指趾、第5指内彎・短小、合指症、幅広い拇指趾、指趾の重なり

(セ) 手掌紋：猿線、手掌三叉線高位

(ソ) 皮 膚：Café-au-lait斑、白斑、局所性多毛、血管腫

(タ) その他：O脚、X脚

表：乳児健診の重点

		0～2か月	3～4か月	6か月	9～10か月	12か月
リスク要因の確認		◎（初回）				
発 成 長 ・ 達	身体計測	○	○	○	○	○
	行動発達社会性（遊び）		○	◎	◎	○
習 生 慣 活	聴 覚		○	○		
	視覚・斜視		○			
食 事 行 動 上 の 問 題	食 事	母乳栄養		離 乳	離乳の進行	完了の準備
	育児行動		○			○
リ 疾 病 の ニ ン ス グ ク	先天奇形・外表奇形	◎	心奇形			
	先天性股関節脱臼	○	◎			
	神経学的異常			◎		
	発達遅滞			○		
脳 性 ま ひ	脳性まひ			○		
	先天性代謝異常	◎				
予 防 接 種	予 防 接 種	○	○			

3 健康診査実施要領

発育、栄養状態及び精神運動機能の発達を評価し、疾病、異常を発見し、適切な保健指導を行い養育者に栄養と養護の重要性を認識してもらう。なお、その際、出生時の状態などを考慮し、画一的な評価にならないよう注意する。

(1) 身体計測

身体計測とその評価は乳児健康診査の最も重要な作業の一つである。一般には発育栄養状態の評価には身長・体重が計測される。頭囲は脳の異常に関連して測定される。

身体計測値及び指数は一般標準値と比較され評価されている。

ア 計測の一般的注意事項

- (ア) 計測にあたる者は計測の目的をよく理解し、正しい手技によって正確な計測を行わなければならない。
- (イ) 計測者がメモリを読む際は、計測機器の正しい位置を保って読みとること。
- (ウ) 計測した値が通常値と著しく異なる場合は、再度計測してまちがいないことを確認すること。
- (エ) 乳児は計測時に啼泣する場合もある。親や付添人の協力を得て、泣き止んだとき手早く行うこと。

イ 体重の計測

全裸で計測すること。おむつを敷いたり、乳児を布で包んで計測するときは、その重量を差し引くこと。

計測の単位は少なくとも10g単位までとする。ただし、デジタル式体重計で数値が示される場合はその値を記入のこと。

乳児は計測の際、啼泣することが多い。しかし、一瞬力を抜くことがあるので、このときの静止した状態での数値を読みとるとよい。

授乳直後の計測は避けること。体重計は時々点検する。

ウ 身長の計測

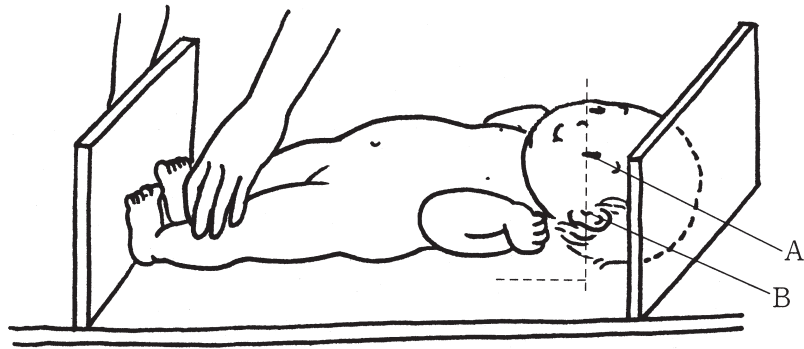
全裸にした子どもを仰向けにして身長計の台板上に寝かせ、1mm単位まで読みとること。

補助者は子どもの頭頂点を固定板につけ、耳眼面（耳珠点と眼窩点とがつくる平面）が台板と垂直になるように頭部を保持すること。

計測者は子どもの足側に立ち、左手で子どもの両膝をかるく台板におさえて下肢を伸展させること（図参照）。

右手で移動板をすべらせて子どもの足跡にあて、足跡が台板と垂直な平面をなすようにすること。

図：身長計測



眼窩点(A)と耳珠点(B)とを結んだ直線が台板（水平面）に垂直になるように頭を固定する。図では頭部を保持するための手を省略してある。

エ 胸囲の計測

上半身を裸にし、仰臥位 1 mm の単位まで計測すること。

左手に巻尺を持ち、乳児の背面に回し、巻尺が両肩甲骨下角すぐ下を通るようにすること。

前方に回した巻尺はややななめ上方に位置する左右の乳頭点を通ること。布製の巻尺は伸びやすいので、時々標準と比べて狂いのないことを確かめる。

巻尺は強くしめないこと。

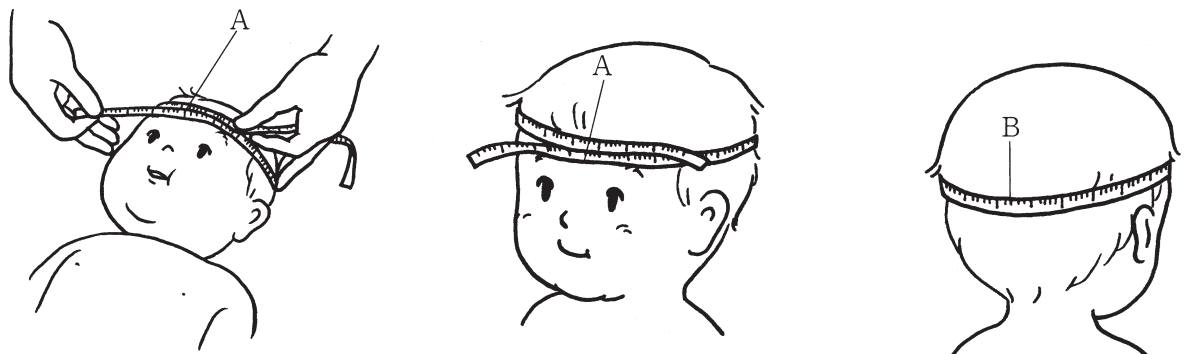
計測値を読むときは自然の呼吸をしているときに呼気と吸気の間であること。泣いているときは避けること。

オ 頭囲の計測

原則として仰臥位で計測すること。1 mm 単位まで計測する。ただし、泣いている場合は親などの養育者が抱いた状態でもよい。

計測者は一方の手に巻尺の 0 点を持ち、他方の手で後頭部の一番突出している点（高頭点）を確認してあて、左右の高さを同じくらいになるようにしながら前頭部に回して交差し、前頭部の左右の眉の間点（眉間点）を通るということである。水頭症など頭囲の異常が認められるとき最長周径を測定し、部位を記入しておく。

図：頭囲の測定



前方は眉間点(A)、後方は後頭部の一番突出している点すなわち後頭点(B)を通る周径を計測すること。前方の計測点はひたいの最突出部を通らないことに注意すること。

カ 計測値の評価

出生時及び現在の身長・体重・胸囲が10パーセンタイル未満及び90パーセンタイルを超えるものについては、必要ならば正確な再計測を行い確認し、診察所見と照合する。その上で身体計測値が3パーセンタイル未満及び97パーセンタイルを超えるもの、その他異常が認められるものについては継続観察を行う。

また、身体計測値の評価においては、出生時の身体計測値や在胎週数を考慮すべきである。

〈Kaup（カウプ）指数〉

身長・体重計測値から、計算図表によってKaupの指数を求める。

一般にはKaup指数15以下はやせ傾向、15～18は普通、18以上は肥満傾向とされるが、Kaup指数の変動は、ただちに皮下脂肪の過剰ないし減少を示すものでないから、Kaup指数が正常域から大きく隔たるものについては、皮下脂肪厚度や筋骨の発達、上下肢と体幹のバランスなどを照合し、太りすぎ、やせすぎを総合的に判定する。乳児と幼児では評価が異なる。

$$\text{Kaup指数} = \frac{\text{体 重 (g)}}{\text{身 長 (cm)}^2} \times 10$$

乳幼児期の栄養状態を評価し、また肥満、やせの判定などにも用いられ、身長と体重のバランスをみるものである。

表：カウプ指数早見表の削除

(2) 診察

診察は、乳児健康診査の重要な部分である。乳児健康診査の具体的目標として、次のような項目が挙げられる。

乳児期は生涯を通じて、発育の最もすみやかな時期であり、環境の変化及び刺激に対する反応は十分でない。したがって健全な発育・発達をもたらすために、養護栄養に重点をおくほか、疾病又は異常の

早期発見と予防に留意する。

ア 体格：身体発育状態を観察し左右不均整、小肢症などもみる。

栄養状態は肥満、普通、やせを区別する。

イ 筋緊張：下肢、上肢の筋肉をつまんで調べる。持ち上げて放した場合の弾性をみる、又は、関節可動域の亢進や制限を関節の屈伸運動などで調べる。

ウ 皮膚の緊張：大腿部、腹部の触診で皮膚の弾力を調べる。

皮膚は血色、黄染、チアノーゼ、皮疹、おむつがぶれ、色素異常、血管腫などに注意する。

エ 頭部：頭囲の標準偏差は乳幼児期の各年齢を通じ、ほぼ1.5cmであるから平均値から4cm以上隔たりのあるものをおよそ大又は小とし、2.5cm～4cmの隔たりのあるものを境界値とする。大又は小の場合には、特に大泉門、骨縫合の触知を注意して行う。胸鎖乳突筋の硬結、腫瘤の触知を行い、斜頸の有無を確認する。

オ 胸部：ロート胸、肋骨捻珠、多呼吸、呼吸音のゼイゼイ・ヒューヒュー音などに注意する。チアノーゼや心雑音は、心奇形の診断上重要であるが、新生児期は症状がなく3～4か月児健診で初めて異常が認められることもある。

カ 腹部：腹壁緊張を調べ肝脾の触知を行う。臍ヘルニアの大部分は放置しておいても自然治癒する。腫瘤を見落とさないようにする。便の色調にも注意する。色調カード3番以下なら精査が必要である。

キ 陰部：ヘルニア（鼠径）、陰嚢水腫、停留精巣は時々みられる小奇形である。また、稀に尿道下裂、性分化疾患などがある。ヘルニアがあれば小児外科医に紹介する。

ク 先天性股関節脱臼：早期発見に努める。女兒に多い。股関節検診がある場合は必ず受診させる。

〈先天性股関節脱臼の検査法〉

(ア) 視診

仰臥位にすると、脱臼側の股関節は十分に開排できずに立て膝になる。また、鼠径部から会陰にかけての皮膚のヒダは左右非対称となり、下肢長にも左右差がみられる（図1）。

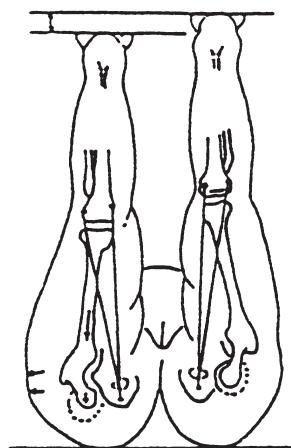
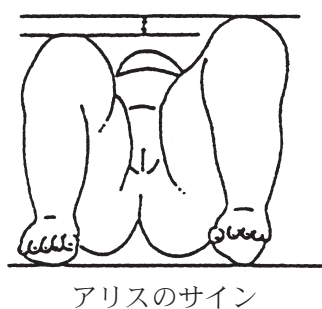
(イ) 徒手検査法（図2）

70°以上の開排ができない場合や開排に左右差がある場合は股関節脱臼を疑う。また、開排していくと軟骨が突然滑るような感じを中指に触れる（クリックサイン）。脱臼した骨頭が白蓋に整復されるため、最も確実な兆候である。

(ウ) X線検査

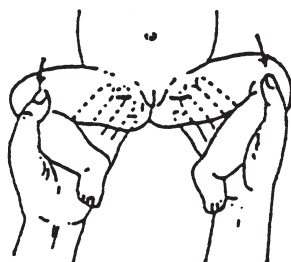
(ア)、(イ)は完全脱臼でのみ認められる徴候で、治療の対象となる股関節白蓋形成不全や亜脱臼は見逃されることもある。疑わしい場合は、生後3か月でX線検査を受けることが望ましい。

図1 下肢長左右差の見方



パローン (Baron) テスト
右大転子突出や腿部皮膚溝の
非対称もみられる。

図2 開排制限の見方



両中指で大転子を押さえ、母指を
最大限に曲げた膝の内側に置き開排
する。

ケ 次の病的症状がみられたときは、神経系の精査を実施する。

- (ア) 発達の全般的な遅れ
- (イ) 哺乳力が弱い
- (ウ) 筋緊張の低下。引き起こし反射で頭がついてこない。姿勢が軟弱である。
- (エ) 体が硬い。刺激で体が硬くなる。引き起こしに反応をみると頭がそり、ひどいときには脚を伸ばして立ってしまう。ことに低出生体重児に注意する。
- (オ) 被刺激性が著しく強い。泣いてばかりいる。非常に驚きやすい。
- (カ) 大泉門膨隆、頭囲の異常
- (キ) 体重・身長増加の著しい遅れ
- (ク) かん高い泣き声、微弱な泣き声
- (ケ) 姿勢の異常
 - ・極端に軟弱なときは、寝かせたままの姿位や蛙位をとる。
 - ・極端に筋緊張のあるときには、反張位をとったり、腕の下に手をあてて立位をとらせると両脚を伸屈して交叉位をとる。
- (コ) 毛髪の色、形態

(3) 健診時における発達チェック要領

ア 問 診

- (ア) 妊娠中の経過及び周産期の状況

流・早産、妊娠中の異常（妊娠中の感染・不明熱・性器出血・慢性疾患・薬剤使用・X線照射・妊娠高血圧症候群など）、周産期の異常（分娩・臍帯・胎盤・羊水の異常、新生児仮死、出生体重の異常、新生児黄疸の異常、新生児期不明熱など）に注目する。（→詳細は、49～51ページ参照）

- ② あやすと笑いますか (はい、いいえ)
 ③ 人の顔をじっと見たり、動く物を眼で追ったりしますか (はい、いいえ)
 ④ 首はすわっていますか (はい、いいえ)
 ⑤ 指しゃぶりをしますか (はい、いいえ)
 ⑥ 声のする方を向きますか (はい、いいえ)

7か月児

- ① 離乳食を喜んで食べていますか (はい、いいえ)
 ② おもちゃなどに手をのばしてとりますか (はい、いいえ)
 ③ 寝返りをしますか (はい、いいえ)
 ④ おすわりを少しでもしますか (はい、いいえ)
 ⑤ 腹這いで方向転換したり這ったりしますか (はい、いいえ)
 ⑥ 人やおもちゃに向かって声を出しますか (はい、いいえ)

10か月児

- ① ひとりでおすわりをしますか (はい、いいえ)
 ② つかまり立ちをしますか (はい、いいえ)
 ③ 四つ這いでハイハイをしますか (はい、いいえ)
 ④ つたい歩きをしますか (はい、いいえ)
 ⑤ バイバイ、アワアワなど何かマネをしますか (はい、いいえ)
 ⑥ 人見知りをしますか (はい、いいえ)

オ 要精検者の判定

0～2か月児

体重増加が20g/日以下なら、授乳状況を確認し、その後の体重増加についてフォローする。

体重増加は産院退院時の体重を基準に計算する。退院時から1か月健診までの測定があれば参考に
する。

4か月児

要精検 引き起こしても首がついてこない
追視しない
(→詳細は、13ページを参照)

7か月児

要精検 手をついてもおすわりが少しもできない
手を出してもものをつかまない

寝返りができればよい。この時期は発達の遅れだけでなく、異常兆候がはっきりしてくるので注
意する。

膝の上でピョンピョンしない、呼んでも振り向かなかつたり、股の開きが悪いときは **要精検**
である。

10か月児

全ての姿勢をチェックする必要はない。つかまって立っていない、立たせようとしても足をつけな

い場合、遅れの程度や異常徴候の有無をみる。この場合パラシュート反応を追加する。

下肢の支持性がなく、パラシュート反応もない場合は明らかに遅れがあるので **要精検** である。

2か月以内の範囲の遅れだけの場合は、2か月後に経過観察で伸び具合をみる。発達のみられないときは **要精検** を行う。

3か月以上の遅れをもっている場合も **要精検** である。

(4) 神経学的スクリーニング

ア 目的

神経学的選りわけ診察の主な目的は、次のとおりである。

- (ア) 発達遅延の早期発見
- (イ) 脳性まひ疑いのあるものの選り出し
- (ウ) 聴覚のスクリーニング
- (エ) 視覚のスクリーニング

イ 方法

- (ア) 家族歴、妊娠中、出産時の病歴のチェック（リスク要因のチェック）
- (イ) 一般理学的所見（小奇形など）のチェック
- (ウ) 一定のチェックリストによって、運動機能などの発達をチェックする。
- (エ) 反射及び姿勢反応を調べる。
- (オ) 股関節の関節可動域を調べる。
- (カ) いわゆる神経学的異常の有無を調べる。自発運動の状態、身体が硬い、やわらかい、顔面神経まひ、四肢のまひ、斜視など

実施上は出生前、周産期におけるリスク要因のある者とない者を区別しておくことよ。

これらのリスク要因のある者は脳損傷すなわち脳性まひの危険があり、また先天異常による神経学的異常を呈する可能性がある。

神経学的な選りわけにおいては、あらかじめいくつかの質問によって大体の発達のレベルをつかみ、ついで診察するのが能率的である。発達レベルが正常であれば多くは問題がない。

表：神経学的チェックポイント

各項目は、しだいに発達するものであることに注意。All or Noneでなくて、発達の程度を見てやること。

0～2か月	固視（眼と眼が合う） 音に反応する 吸啜が良好である	9～10か月	つかまり立ち ものまね「バイバイ」に対して反応 パラシュート反応
3～4か月	首がすわる（引き起こし反応） 追視（180°） あやすと笑う	1歳	ひとり立ち、つたい歩き つかみ方（器用に小さい物をつまむ） まねをして物を使おうとする ことばを1・2語正しくまねる ホッピング反応 （体を横や前に傾けると足を出す）
6～7か月	おすわり 顔にかけた布を取る （手を伸ばして、物をつかむ） 音に反応する 姿勢立ち直り反射		

ウ 神経学的検査

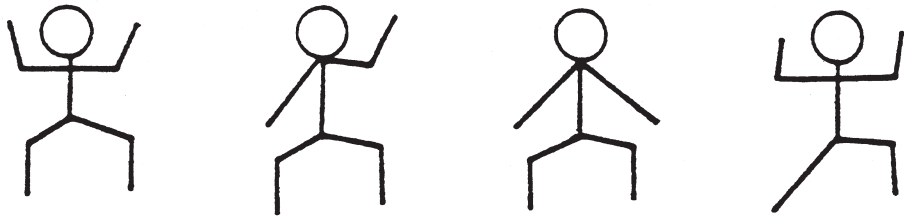
神経学的検査の目的として、0か月児にとっては出生前及び分娩時の原因による脳障害が最も重要である。すなわち脳の奇形、胎内感染、その他の胎児異常、胎児機能不全あるいは新生児仮死、低酸素性虚血性脳症などによる脳損傷が重要である。月齢が増すとともに後天性の脳障害、脳の変性疾患、発達遅滞、神経筋疾患などが問題になる。

診察は、発育、小奇形などをチェックする一般理学的診察に続いて神経学的診察を行う。神経学的診察では眼球運動を中心とした脳神経系、姿勢、四肢の自動運動、筋の緊張、関節の可動性、運動機能の発達、反射などを調べる。

以下スクリーニングに用いられる姿勢、自発運動、追視、反射、股関節の関節可動域について記す。

(ア) 0～2か月児

a 姿勢及び自発運動



正常児においては手を軽く握り、上記のいずれかの姿勢をしている。

緊張性頸反射



フェンシング肢位＝手にフェンシングを握り、同側の足を出して相手を見る姿勢

生後2か月から4か月頃まで正常児に出現する。
遅くとも7か月以降は消失し、もし出現したときは異常

b 追視

ペンライト（赤色）赤色点滅電球使用

左右の追視をみる。全く追視しないもの、瞬間的にしか追視しないものは異常

落陽現症



両側眼球が下方へ向き、陽が落ちるときのようにみえる。
水頭症、核黄疸などで出現する。

c モロー反射



後頭部と背部に検者の手を当て、頭部をできるだけ上に持ち上げる。乳児が緊張をゆるめたとき検者の手（頭部の）を急に離して下方で頭を受けるようにする。乳児は両手を広げ、さらに抱くような反射を起こす。生後5か月を過ぎても出現している時は、脳性まひなどを疑うべきである。

d 手掌把握反射



乳児の手指と手掌の間に検者の指を置き、少し圧を加えると乳児の指が曲がってくる。4～6か月で消失する。

e 足蹠把握反射



足跡と足蹠の境界に検者の拇指を置く。足跡が屈曲し把握したような状態になる。8～9か月以後は消失する。

f 引き起こし反射

背臥位の乳児の両手をもってゆっくり（全体で3秒）引き起こす。頭がやや背屈し、肘は伸展、もしくは半屈曲で下肢はそのまま保つ。

引き起こした時に、頭が数秒固定していることが多い。極端に頭が背屈したり、身体がそって、棒のように硬くなって立ってしまうもの、また引き起こす時に、両手に力がまったく入らず、筋トーヌスが低下しているために、肘が完全に伸展し頭部が背屈してしまうのは異常である。

g 自動歩行反射

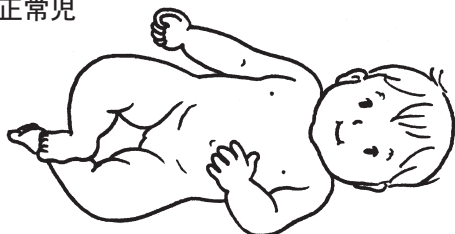


乳児の両脇をかかえ、足をつけベッドに平行に歩かせるように移動すると自動的に歩く。生後4～6週頃までみられる。

(イ) 3～4か月児

a 姿勢及び自発運動

正常児



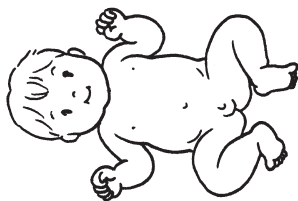
顔がほぼ正面を向き、手を開き、自発運動が盛んに見られる。周囲に対する関心もある。

後弓反張



脳性まひ（痙直型）などにみられる。

低緊張の姿勢（蛙肢位）



覚醒しているにもかかわらず、四肢の緊張は低下し運動は少ない。精神運動の発達遅滞児や各種神経筋疾患で見られる。

b 引き起こし反射

乳児を背臥位とし、検者の拇指を乳児の手掌で握らせ、他の手指で手首を握り、そして両上肢を引き起こす。引き起こす途中までは頭がやや背屈しているが、45度ぐらいで一旦止めてみると顔は体軸と平行となる。肩関節、肘関節に力が入り、引き起こした時に首はすわっている。引き起こした時に頭部が背屈しているものは異常と考える。

4か月正常児



c 追 視

ペンライト、赤鉛筆で180度にわたり左右の追視をみる。全く反応しないもの、瞬間的にしか追視しないものは異常とする。

d 腹臥位

正常では頭部が臀部より高く、肘と肩で上体を支えているのが、この月齢の正常の姿勢である。上肢を強く屈曲し、ちぢこまっているのは要注意の可能性はある。

e 垂直抱き

両腋下を支えて抱きあげ、足を床につけ2～3回はねさせる。足を床に付けさせるにつれ、両手を回内伸展、下肢を硬直伸展するのは異常であるが、下肢をつかないのは、これのみでは異常とはいえない。



垂直抱きを行うと痙直型脳性まひでは両上肢を屈曲し両下肢の伸展交叉位を示すことがある。

(ウ) 6～7か月児

a 姿勢及び自発運動

足の指をなめている



仰臥位では、姿勢は対称性で、しばしばこの頃は下肢のトーンが減弱するため、足の指をもって遊んだりしゃぶったりしている。

緊張性頸反射の姿勢（11ページ参照）などは異常である。

b 追視とつかみ方

おもちゃや積み木で追視をみた後にこれらをつかませる。ふつうは、手を伸ばしてつかみ、つかみ方は指全体でつかむか、拇指側でつかむ。物を追わないもの、つかもうとしないもの、つかみ方に左右差があるもの、つかみ方がおかしいものは異常とする。

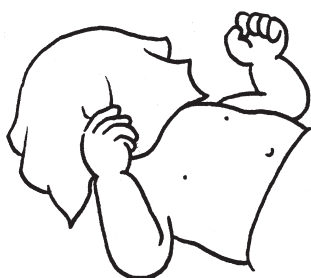
c 顔に布をかける（ハンカチ・テスト）

半分に切ったタオルまたはハンカチを使用する。

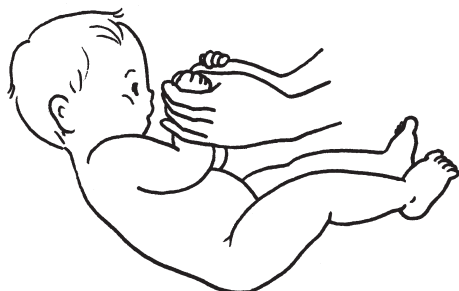
顔に布をかけその時の反応をみる。最初は両手を自由にして布をかけ、次に片手を押さえて左右の手の反応をみる。5か月では両手、6か月では片手でとる。

顔に布をかけられても反応しないもの、布を取り除くことができないもの、つかみ方がおかしいものは異常とする。

顔に布をかけるテスト（ハンカチ・テスト）



d 引き起こし反射



引き起こすときに、始めから頭が身体と平行してついてくる。上肢は屈曲して腕に力が入る。

下肢は屈曲して腹部に近づく。引き起こすとき、棒のように立ってしまうもの、逆に、上肢の屈曲がみられず、頭が背屈してしまうものは異常と考えるべきである。

e お座り

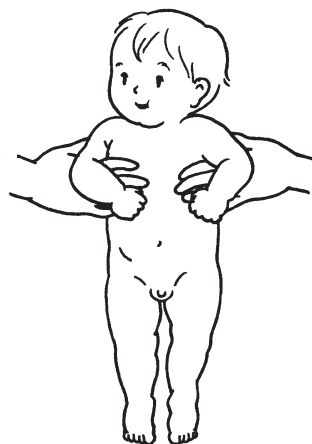
6か月では、両手を前について背中を丸めて数秒間座ることができる。

7か月では、背を伸ばしてひとりで座ることができるようになる。

f 抱いて立たせる

6か月では、体重を支える場合もあるが、下肢を屈曲したまま体重を支えない場合もある。後者も正常であることが多い。

つま先立ちは、しばらく立たせて、踵をつけば正常であるが、そのままつま先立ちをしている場合は、下肢に痙直型まひの存在を一応考えておく。

足底部をつけない

しばらく立たせていても足をつっぱり足底部をつけない場合は要注意としておく。

(x) 9～10か月児**a 追視、物のつかみ方**

一辺が3cmの積み木をつかませる。

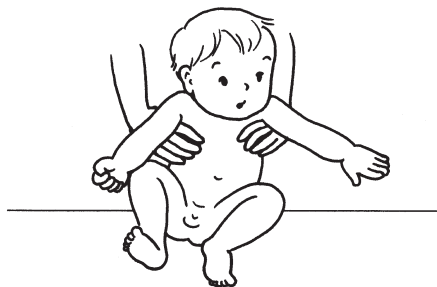
I～Ⅲ指（拇指～中指）、少なくとも拇指側でつかむ。つかみ方がおかしいもの、つかまない時は異常とする。

b パラシュート反応

座位で左又は右に倒すと手指を拡げて床面につける（側方パラシュート反応）。

次にかかえた乳児を、頭をさっと前方へ落下させると、着地するように左右両側の腕を伸ばして手指を開く（前方パラシュート反応）。この手指が開く様子をパラシュート反応という。

9か月で座位の側方パラシュート反応、10か月で前方パラシュート反応のみられないもの、左右差のあるものは異常。稀に9か月で腕を伸ばすが手の開きが悪いものが正常児でもみられる。

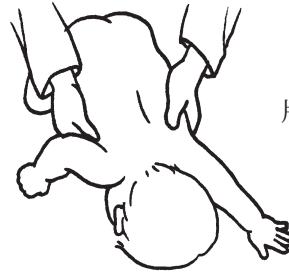
側方パラシュート反応

座位にしておいて急に側方へ倒すと、倒れる方の手を伸ばし手掌をパラシュートのよう開く（正常）。

前方パラシュート反応



(右手の開きがわるい例)



片まひが疑われる。

c 抱いて立たせる、ホッピング反応

抱いて立たせるとき、体重を支えようとしないものは異常

ホッピング反応とは、乳児を立たせた状態で体を左右前後に倒そうとすると、倒れないように足を踏み出すことをいい、つかまり立ち、つたい歩きができるようになると出現する。



(床)

7か月で、足をつかないときは、shuffling baby (いざりっ子) の疑いがある。

shuffling baby : おすわり、寝返りあたりから遅れ始め、うつぶせを嫌い、ハイハイをしないことが多い。

足を床につかせようと試みても、つこうとせず、空中でおすわりをする姿勢をとることもよくみられる。おすわりの姿勢で移動をするが多くは1歳6か月、遅くとも2歳までには歩く。普通は知的な遅れはない。知的な遅れを合併するときには、他の疾患を想定すべきである。

異常の判定基準

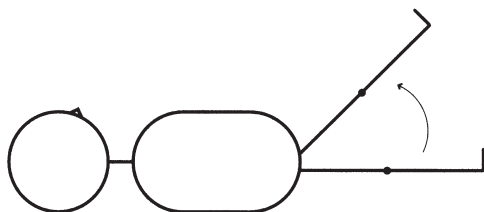
自発運動：運動指標にのっとった自発運動の有無、左右差に注意する。個人差は大きい時期であるが、3か月以上の遅れがある場合には経過観察が必要であろう。

筋緊張：乳児期早期からの屈筋優位の筋緊張亢進状態は、正常児では弱まりながら生後8か月頃まで続く。多くの脳性まひの筋緊張状態は生後5・6か月頃より異常に亢進してくる。痙直型脳性まひ乳児の典型を考えると、生後5・6か月から8か月では、正常の減弱しつつある筋緊張亢進状態と、徐々に出現しつつある病的筋緊張状態が混在することになる。生後5・6か月以前に異常筋緊張亢進状態が出現する例では重度な脳性まひであることが多い。脳性まひの多くは痙直型脳性まひであるが、乳児期の後半には関節可動域を利用して発見することもできる。すなわち、生後8か月以降にSLR (straight leg raising) 手技 (17ページ参照) で床と下肢のなす角度が70度以下であれば、大腿後面筋群の異常筋緊張の存在を示し、脳性まひをまずは疑うべきである。一部の精神遅滞児でも同様な関節稼働域制限を示す例があるが、稀である。

* SLR手技

子どもを仰臥位とし、非検査下肢を手で押さえ床につけておく。検査する側の下肢を伸展位のまま(膝を手で押さえて伸ばしたまま)、股関節屈曲の動作(上方にあげる)を検査者が行う。

速度はすばやく行っても、ゆっくり行っても良い。抵抗があり、これ以上はいかない、伸びないと思われるところまで屈曲する（上方にあげる）。この動作は乳児にとって痛みなどはないが、寝かせられ、若干おさえられることをいやがることはある。この時期に股関節が床面よりどのくらいの角度まであがったか（下肢と床面の角度）が問題となる。生後8か月以降に70度以下であれば、脳性まひをまずは疑うべきである。



検査下肢の膝は伸ばしたまま股関節を屈曲する。
非検査下肢を床につけておく。

周囲への反応：1・2か月での目と目を見つめ合っただけの微笑み、3・4か月のあやし笑い、5か月でのケタケタ笑い、養育者との声の掛け合い、真似しあいなどの存在、5か月での母親の認知、6・7か月での人見知りの存在は重要であり、これらの欠如は異常であろう。母子の愛着関係の確認が必要である。

よく見る神経疾患

頭囲拡大：時に大頭症で筋緊張低下を示す乳児に出会う。家族性大頭症で運動遅滞を示す例も稀ではない。家族の頭囲にも配慮すべきである。また頭蓋脳不均衡といわれる状態も多くみられる。これは生後6か月から1歳6か月にかけて頭囲拡大を呈し、筋緊張低下、運動遅滞を呈する状態であり、髄液の産生、吸収のアンバランスによる軽度の外水頭症と考えられているが、多くは経過観察の中で改善する。頭部のCTやMRI検査を行う。一部知的な遅れを合併する例がある。

フロッピーインファイト：これは筋緊張低下を主体とする乳児を示す。大脳、小脳、脊髄、筋など運動システムのどこの部位の障害でも出現しうる状態であり、責任病巣の医学的鑑別が必要である。運動系の疾病であることも多いが、精神遅延児の初期症状がフロッピーインファイトであることも多い。もちろんこれは各種疾病に伴う非特異的の症状名であり、精密検査で背景疾患の確認が必要になる。

※サイレントベビー：これは俗称であり、病名としてはこのような病名はない。しかし病的状態であるかの判断としてはこのような視点は必要であろう。おとなしく、あまり泣かない、一見育て易いと養育者が訴える乳児に出会うことがある。近年のテレビやビデオを長時間視聴させるという育児の中で、サイレントベビーと俗に言われる「物静かな赤ちゃん」が問題になっているが、乳児期後半には注意すべきである。もちろんこのような状態に出会ったら、まずは知的な遅れの存在や自閉症スペクトラム障害などを考えるべきであるが、愛着障害をきたすと予測されるテレビ、ビデオ長時間視聴など生活習慣の聴取にも努力を払うべきであり、そのような場合には生活面での助言が必要になる。

*** 自閉症スペクトラム障害と広汎性発達障害**

これまで、DSM-IVに準拠し、広汎性発達障害という診断名が使われてきました。この中には、自閉症スペクトラム障害が最多の疾患としてあるわけですが、自閉症スペクトラム障害以外に、Rett症候群、小児崩壊性障害などが入っていました。DSM-5では、従来の広汎性発達障害の中の自閉性障害は、自閉症スペクトラム障害と表記される流れです。本冊子では、Rett症候群、小児崩壊性障害といった疾患は希でも有り、これらを含む広汎性発達障害ではなく、自閉症スペクトラム障害という表現に変更・統一しました。

稀だが見逃さないように注意すべき神経疾患

點頭てんかん：乳児期に激烈なてんかん症状で発症する例は見逃されませんが、軽微な症状、例えばお辞儀をする動作、口を開く動作などでは見逃されやすい。一見芸当のようにみえることもあり、注意が必要である。

脳性まひ：乳児期早期からの、屈筋優位の筋緊張亢進状態が生後8か月頃まで続くが、徐々に軽快していくのが正常児である。多くの脳性まひの筋緊張状態は生後6か月頃から異常筋緊張亢進が出現してくる。生後6か月以前に異常筋緊張亢進状態が出現する例では重度な脳性まひであろうことを示している。

精神遅滞、自閉症スペクトラム障害：サイレントベビーや、目で養育者と子どもが見詰め合う動作、あやし笑いなど乳児期の共感行動がみられにくい場合は、知的障害や自閉症スペクトラム障害も鑑別に考えるべきである。自閉症スペクトラム障害では一般に運動遅滞はみられないが、精神遅滞には運動遅滞の合併は多い。

(5) 視覚スクリーニング

乳幼児期は、視機能の発達が旺盛であり、視力発達を阻害する因子を早期に発見し、早期治療を行い、正常の発達を促すか正常に近づける必要がある。本項においては、主に問診あるいはアンケート項目による乳幼児健診における視覚トレーニング法について記す。

ア 0か月**(ア) 問診あるいはアンケート項目**

- a 黒目（角膜）は左右同じ大きさですか
- b まぶた又は瞼裂は左右対称ですか
- c まぶたが腫れて眼指がたくさん出ますか
- d ひとみ（瞳孔領）が白いか、光ってみえますか

(イ) 確認事項

0か月児は視器及び付属器の先天異常の早期発見が目的となる。また眼科的チェック項目は神経学的チェック項目に類似するものが多く、常に全身的系統的背景を考慮する必要がある。0か月児では閉瞼し、眠っている時間が多いために確認し難い。必要があれば、小児用開瞼器を用いて検査する必要がある。まず、視診にて、眼瞼、睫毛、瞼裂の左右対称、大きさをみる。ついで、ペンラ

イトにて角膜、結膜、涙点、瞳孔領あるいは分泌物をみる。

(ウ) 異常の判定と事後措置

- a 角膜については、新生児の角膜径は正常では、横径9～10mmであり、それより小さいときは、小眼球症が疑われる。両眼性のこともあり、全身の先天異常を伴うことが多いので注意する。角膜径の大きい場合は、先天性緑内障（牛眼）を疑う。角膜混濁は、白内障・緑内障を疑う。
- b 眼瞼については、眼瞼下垂、眼瞼部分欠損、内眼角ぜい皮epicanthus folds・両眼球離開Hypertelorismを視診にて判定する。
- c 新生児結膜炎については、生後1週間過ぎても眼脂が多いときや眼瞼腫長している場合は、早急に眼科医による治療が必要である。
- d 白色瞳孔は、注意深くペンライトにて観察する。先天性白内障、網膜芽細胞腫の早期発見となる。
- e その他、眼球運動、斜視の発見は、この時期では困難である。

イ 3～4か月児及び乳児期全般

(ア) 問診事項

- a 明るく照らすと、まぶしそうにまばたきをしますか
- b おもちゃや赤色ペンライトあるいは親の顔を追視しますか
- c 眼球の動きが変だと思ったことはありませんか
- d 斜視の心配はありませんか
- e 涙や眼脂いつも出ていませんか

(イ) 確認事項

3～4か月あるいはそれ以降の乳児は、視器及び付属器の先天異常の早期発見と視力発達遅延の早期発見をする必要がある。主として視診とペンライトによる検査で十分確認が出来る。

- a 固視反応及び瞬目反応：ペンライトにて強い光を眼前にて照らすとその光を見ようとする固視反応とまぶしそうに眼瞼を閉じる瞬目反応がある。視力がないか、弱い場合は、反応がないか、鈍い。
- b 追視：光や物を追視する。精神発達とも関連するが、視力障害のあるものは追視しないことが多い。
- c 眼球運動：水平性眼振、眼彷徨（eye roving）をみることがある。重い視力障害、脳障害に起因するものが含まれる。
- d 斜視：ペンライトによる角膜反射法により早期発見する。
- e 涙目や眼脂：先天性鼻涙道通過不全は、鼻腔に通ずる開口部が膜によって閉鎖されたままになっているものである。涙液貯留や二次感染による涙嚢炎、眼脂をみる。

(ウ) 異常の判定と事後措置

視力障害が疑われる場合で、眼球振盪があり追視をしない場合は全身性、特に神経学的検査を行い、基礎疾患の有無を確認する。神経学的異常や全身性の小奇形を多数認めたりする場合は、小児神経科医のいる専門医療機関において精密検診を受ける必要がある。

先天性鼻涙道閉鎖は、生後6か月までは眼科医によるブジー法が必要となる場合もあるので、眼科医に相談する。斜視、緑内障、白内障なども早期に眼科的治療を要する。

(6) 難聴のスクリーニング

新生児聴覚検査は、障害を早期に発見し、早期に支援を開始することを目的に行うものであり、検査結果が「要再検」の場合には、適切な時期に、確実に精密検査を実施し、確定診断を行い、支援を行う体制が重要である。

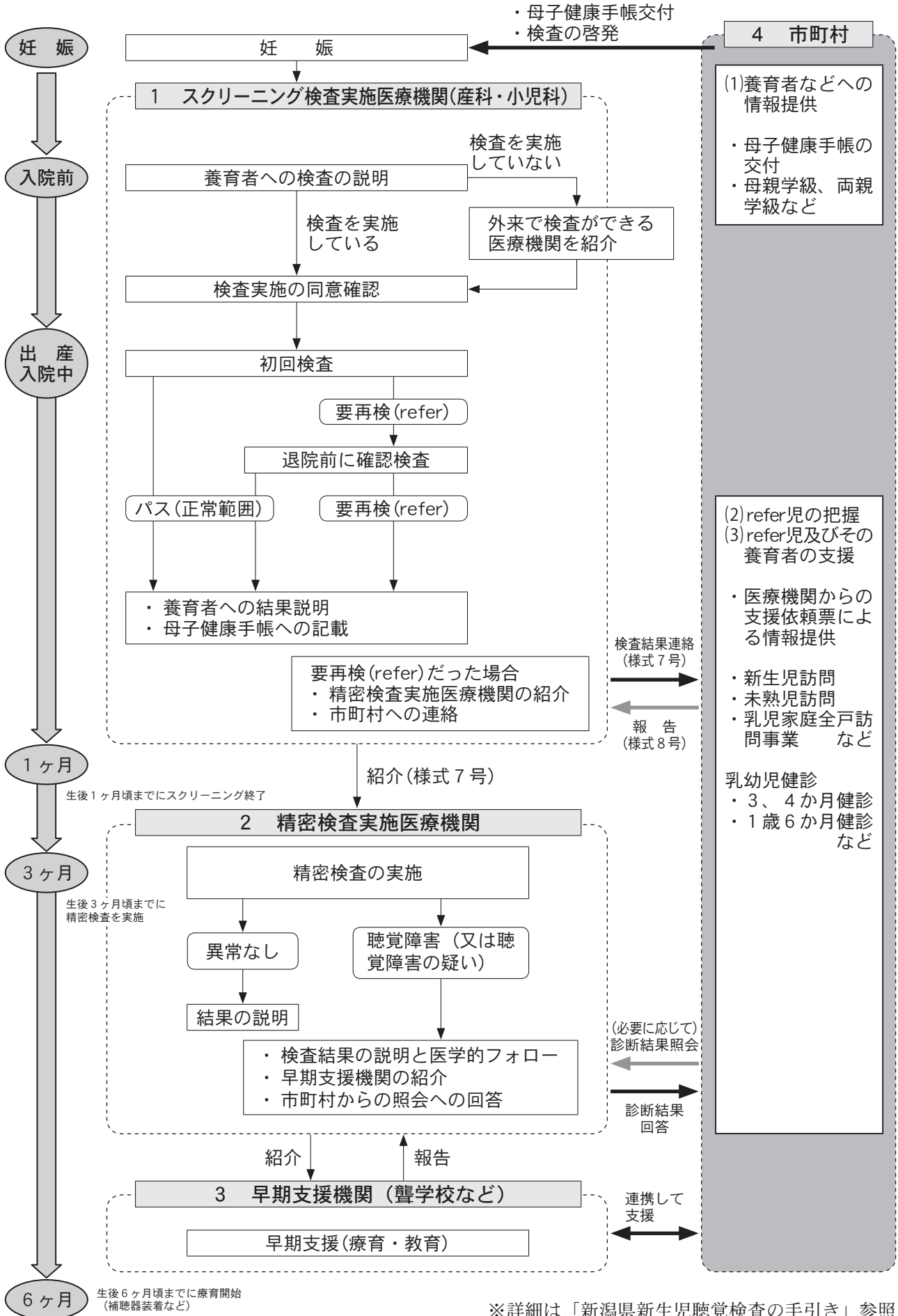
新潟県では、検査の結果、「要再検」となった子どもとその養育者が抱える心理的不安を軽減し、また精密検査を受けず「要再検」のまま放置されることのないようにするため、関係機関が連携して、子どもとその養育者を支援する体制を整備することとした。

新潟県における新生児聴覚検査から精密検査、支援の流れは、次のとおりである。

(表1) 聴覚障害のハイリスク因子

極低出生体重児
重症仮死
重症黄疸
子宮内感染（風しん、トキソプラズマ、梅毒、サイトメガロウィルスなど）
頭頸部の形態異常
聴覚障害合併がしられている先天性異常症候群
細菌性髄膜炎
先天性聴覚障害の家族歴
聴神経毒性薬剤使用
人工換気療法（5日以上）

図 新生児聴覚検査の流れ



※詳細は「新潟県新生児聴覚検査の手引き」参照

乳児の聴覚発達のテスト－難聴児早期発見のために－

使い方：●日常生活におけるいろいろな音に対して、子どもがどのように反応するかを、3日間折りにふれて、下記の表のチェック項目について観察する。

●その結果、確実に反応を認めた項目については、その項目の番号を○で囲む。

(これら以外でも特に気付いた反応があれば余白に記入して下さい)

〈乳児の聴覚発達 チェック項目〉表中の月齢は大体の目安であるので、必ずしもこれにこだわる必要はない。

月 齢	番号	項 目
0 か月児	1	突然の音にビクッとする (Moro反射)
	2	突然の音に眼瞼がギュッと閉じる (眼瞼反射)
	3	眠っているときに突然大きな音がすると眼瞼が開く (覚醒反射)
1 か月児	4	突然の音にビクッとして手足を伸ばす
	5	眠っていて突然の音に眼をさますか、又は泣き出す
	6	眼が開いているときに急に大きな音がすると眼瞼が閉じる
	7	泣いているとき、又は動いているとき声をかけると、泣き止むか又は動作を止める
2 か月児	8	近くで声をかける (又はガラガラを鳴らす) とゆっくり顔を向けることがある
	9	眠っていて、急に鋭い音がすると、ビクッとして手足を動かしたりまばたきする
	10	眠っていて、子どものさわぐ声や、くしゃみ、時計の音、掃除機などの音に眼をさます
3 か月児	11	話しかけると、アーとかウーと声を出して喜ぶ (又はニコニコする)
	12	眠っていて突然音がすると眼瞼をビクッとさせたり、指を動かすが、全身がビクッとなることはほとんどない
4 か月児	13	ラジオの音、テレビのスイッチの音、コマーシャルなどに顔(又は眼)を向けることがある
	14	怒った声や、やさしい声、歌、音楽などに不安そうな表情をしたり、喜んだり、又は嫌がったりする
	15	日常のいろいろな音 (玩具、テレビの音、楽器音、戸の開閉など) 関心を示す (振り向く)
	16	名を呼ぶとゆっくりではあるが顔を向ける
5 か月児	17	人の声 (とくに聞きなれた母親の声) に振り向く
	18	不意の音や聞きなれない音、珍しい音に、はっきり顔を向ける
	19	耳もとに目覚まし時計を近づけると、コチコチいう音に振り向く
6 か月児	20	父母や人の声、録音された自分の声など、よく聞き分ける
	21	突然の大きな音や声に、びっくりしてしがみついたり、泣き出したりする
	22	話しかけたり、歌をうたってやるとじっと顔を見ている
	23	声をかけると意図的にサッと振り向く
	24	テレビやラジオの音に敏感に振り向く
7 か月児	25	となりの部屋のもの音や、外の動物の鳴き声などに振り向く
	26	話しかけたり、歌をうたってやると、じっと口もとを見つめ、ときに声に出して答える
	27	テレビのコマーシャルや、番組のテーマ音楽の変わり目にパッと向く
	28	叱った声 (メッ! コラッ! など) や、近くで鳴る突然の音に驚く (または泣き出す)
8 か月児	29	動物の鳴き声をまねるとキャキャいって喜ぶ
	30	機嫌よく声を出しているとき、まねてやると、またそれをまねて声を出す
	31	ダメッ! コラッ! などというと、手を引っ込めたり、泣き出したりする
	32	耳もとに小さな音 (時計のコチコチ音など) を近づけると振り向く
9 か月児	33	外のいろいろな音 (車の音、雨の音、飛行機の音など) に関心を示す (音の方にはっていく、又は見まわす)
	34	「オイデ」、「バイバイ」などの人の言葉 (身振りを入れずことばだけで命じて) に応じて行動する
10 か月児	35	となりの部屋で物音をたてたり、遠くから名を呼ぶとはってくる
	36	音楽や歌をうたってやると、手足を動かして喜ぶ
	37	ちょっとした物音や、ちょっとしたでも変わった音がするとハッと向く
	38	「ママ」「マンマ」又は「ネンネ」など人の言葉をまねて言う
11 か月児	39	気づかれぬようにして、そっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと振り向く
	40	音楽のリズムにあわせて身体を動かす
	41	「……チョウダイ」というと、そのものを手渡す
12～15 か月児	42	「……ドコ?」と聞くと、そちらを見る
	43	隣の部屋でもの音がすると、不思議がって、耳を傾けたりあるいは合図して教える
	44	簡単な言葉によるいいつけや、要求に応じて行動する
	45	目、耳、口、その他の身体部位を尋ねると、指を指す

(田中、進藤による)

(文献:「写真でみる乳児健診の神経学的チェック法」)

表：音声に対する反応から推測される言語障害児の鑑別の手がかり

音声に対する反応	考えられる状態
全く反応がない	高度難聴ないし精神遅滞（多くは重度）
ドアの音、太鼓の音、相手には反応するが、電話の音に反応しない	低音部に聴力の残った中程度ないし高度難聴
比較的正確な旋律で歌うが、歌詞がはっきりせず言葉の理解も悪い	高音急墜型難聴 精神遅滞
環境音によく反応するが、言葉の理解が悪い	低音部がほぼ正常な難聴、精神遅滞 （ごくまれには）語聾
聞き返しが多く、話者の表情や口元に注目する	軽度ないし中程度難聴
言葉は遅れながらも発達するが発達のスピードがきわめて遅い	中程度難聴 精神遅滞
発音の障害がいつまでも続くが、言語理解はそれほど悪くない	軽度ないし中程度難聴、高音部聴力障害 器質的ないし機能的構音障害
名前を呼んでも反応せず、周囲の人や物、音声にも無関心だが、コマーシャルなどの特定の音に敏感だったり、突然の音に反応したりする	自閉症ないし自閉的傾向を有する精神発達遅滞 情緒障害
名前を呼んでも反応せず、常にあちこち動きまわっている	多動性精神遅滞、いわゆる“微細脳障害”
音声に対する反応はきわめて鈍いが、反応は確実にみられる	環境性、心因性言語発達障害

(文献：「写真でみる乳児健診の神経学的チェック法」)

表：言葉遅れの鑑別

	音に対する反応	周囲に対する関心、反応	運動発達	アテトーゼ瘻直などの協調運動障害症状	発語（喃語など）
正 常	あ り	あ り	正 常	な し	正 常
難 聴	な し ただしジェット機、戸を閉める音など特別な音のみ反応	あ り	正 常	な し	最初は正常、まもなく消失
知恵遅れ（精神遅滞）	時にあり 時になし	鈍 い	重症度に比例して遅れる	な し	少ない
自閉症（情緒障害）	鈍 い	な し	正 常	な し	な し
脳性まひ	不定 あるものも ないものも ある	不定	遅れる	あ り	一般に少ない

(文献：「写真でみる乳児健診の神経学チェック法」)

(7) 産後うつへの支援

産後うつ病は、出産2～3週間以降に、抑うつ気分、喜び減退、食欲不振、睡眠障害、口数減少、無気力、罪悪感、思考力低下、自殺念慮などの症状が2週間以上続く状態である。

健診時に、産後うつになりやすい因子（子どもの病気、入院、母親の若年、精神疾患の既往、支援が得られない家庭環境など）に注意し、上記の症状がある場合には、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を用いて産後うつ病のスクリーニングを行う。産後うつ病が疑われる場合は、母親の訴えを傾聴し、家族の協力を得て安静と睡眠を確保し、家事や育児を軽減することを提案する。それでも不安定な状態が続く時は相談のうえ、医療機関への受診を勧める。

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

- | | |
|---|---|
| <p>1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。</p> <p>(0) いつもと同様にできた。</p> <p>(1) あまりできなかった。</p> <p>(2) 明らかにできなかった。</p> <p>(3) 全くできなかった。</p> | <p>6. することがたくさんあって大変だった。</p> <p>(3) はい、たいてい対処できなかった。</p> <p>(2) はい、いつものようにはうまく対処できなかった。</p> <p>(1) いいえ、たいていうまく対処した。</p> <p>(0) いいえ、普段通りに対処した。</p> |
| <p>2. 物事を楽しみにして待った。</p> <p>(0) いつもと同様にできた。</p> <p>(1) あまりできなかった。</p> <p>(2) 明らかにできなかった。</p> <p>(3) ほとんどできなかった。</p> | <p>7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった。</p> <p>(3) はい、ほとんどいつもそうだった。</p> <p>(2) はい、時々そうだった。</p> <p>(1) いいえ、あまり度々ではなかった。</p> <p>(0) いいえ、全くなかった。</p> |
| <p>3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。</p> <p>(3) はい、たいていそうだった。</p> <p>(2) はい、時々そうだった。</p> <p>(1) いいえ、あまり度々ではなかった。</p> <p>(0) いいえ、全くなかった。</p> | <p>8. 悲しくなったり、惨めになったりした。</p> <p>(3) はい、たいていそうだった。</p> <p>(2) はい、かなりしばしばそうだった。</p> <p>(1) いいえ、あまり度々ではなかった。</p> <p>(0) いいえ、全くそうではなかった。</p> |
| <p>4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。</p> <p>(0) いいえ、そうではなかった。</p> <p>(1) ほとんどそうではなかった。</p> <p>(2) はい、時々あった。</p> <p>(3) はい、しょっちゅうあった。</p> | <p>9. 不幸せな気分だったので、泣いていた。</p> <p>(3) はい、たいていそうだった。</p> <p>(2) はい、かなりしばしばそうだった。</p> <p>(1) ほんの時々あった。</p> <p>(0) いいえ、全くそうではなかった。</p> |
| <p>5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。</p> <p>(3) はい、しょっちゅうあった。</p> <p>(2) はい、時々あった。</p> <p>(1) いいえ、めったになかった。</p> <p>(0) いいえ、全くなかった。</p> | <p>10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。</p> <p>(3) はい、かなりしばしばそうだった。</p> <p>(2) 時々そうだった。</p> <p>(1) めったになかった。</p> <p>(0) 全くなかった。</p> |

() 内は点数であり、0点から30点に分布する

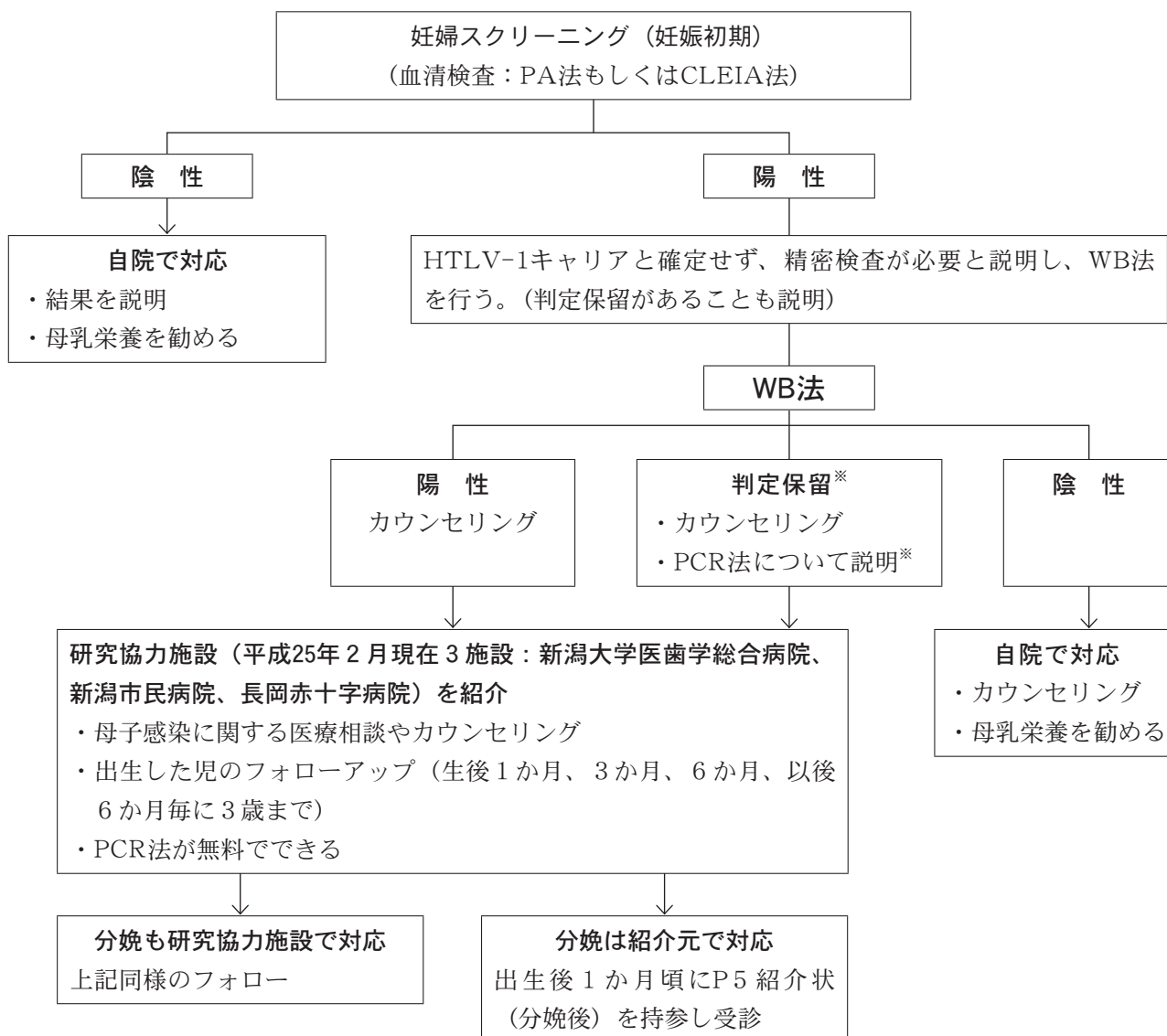
合計得点9点以上の場合に産後うつ傾向を有する母親と判断する。

(8) HTLV-1スクリーニング

HTLV-1スクリーニング（血中HTLV-1抗体測定）を妊娠初期にPA法もしくはEIA法（CLEIA法）で行う。どちらかの検査法で陽性と診断された場合、必ず精密検査（確認検査）Western blot法（WB法）を行う必要がある。両者とも陽性であればHTLV-1キャリアとして対応する。

新潟県におけるHTLV-1スクリーニングから精密検査、支援の流れは、次のとおりである。

図：HTLV-1スクリーニング検査及びフォロー体制



※判定保留者への説明の留意点

- ・判定保留であり、HTLV-1キャリアとは言えない。
- ・判定保留の中には、一部HTLV-1キャリアもいるが、全く感染していない人も含まれる。
- ・判定保留の中で、どのくらいHTLV-1キャリアがいるのかは現状では不明。
- ・判定保留の中に含まれるHTLV-1キャリアからの母乳を介した母子感染率について現在のところデータがない。
- ・PCR法を施行する方法もあり、上記研究協力施設では無料で実施できるが、それ以外は全額自己負担となる可能性が高い。

※詳細は「新潟県におけるHTLV-1スクリーニング検査及びフォロー体制」参照

(9) 低出生体重児の健診

ア 低出生体重児の健診

- (ア) 低出生体重児は医療機関でフォローアップを受けていることが多く、そのフォローアップ状況について確認する。
- (イ) 低出生体重児の健診では、在胎期間や出生体重にもよるが、正常産児とほぼ同じチェック項目で対応可能と思われる。しかし、早産低出生体重児に特有な評価方法に留意する。
- (ウ) 低出生体重児は発育発達のハイリスク児であるため、両親の育児に対する不安は大きい。養育者へはこの点に配慮した説明や適切な育児支援が重要である。

イ 低出生体重児の身体発育

- (ア) 低出生体重児の健診では、在胎週数、出生体重、A F D児（在胎期間に相当した体重児）かS F D児（在胎期間の割に低体重児）かを出生時の記録を基に評価しておく。
- (イ) 身体計測値を修正月齢（出産予定日から起算した月数）に相当する乳幼児身体発育基準値と比較し、評価する。出生体重1500g以上の低出生体重児は重篤な合併症がない限り、多くの場合は1歳までにキャッチアップすることが多く、概ね1歳まで修正月齢で評価する。極低出生体重児や超低出生体重児は3歳までにはキャッチアップすることが多く、3歳頃まで修正月（年）齢で評価する。

ウ 低出生体重児の精神運動発達

- (ア) 低出生体重児は運動発達・精神発達ともに乳児期は修正月齢で評価する。特に運動発達指標の獲得時期は、修正月齢でも出生体重がより小さいほど遅くなる傾向がある。概ね3歳には暦月齢で評価できる。
- (イ) 極低出生体重児や超低出生体重児の場合は特有な発達の経過をとる場合があり、長期的なフォローアップが必要である。
- (ウ) 発達異常が疑われた場合は、適切な療育が子どもの発達を促すために必要であることを伝え、養育者の理解を得た上で地域の療育サービスを紹介したり、主治医と相談して早期に療育機関の受診を勧める。

エ 低出生体重児の栄養

- (ア) 低出生体重児、特にS G A児の急激な体重増加と生活習慣病の関連が指摘されている。むやみに体重増加を急がずに、なるべく母乳栄養を勧める。
- (イ) 離乳食は修正月齢を基準にして進める。未熟性の強い極低出生体重児では運動機能や摂食機能の発達が遅く、離乳食も遅くなる場合が多い。

オ 低出生体重児の予防接種

早産や低出生体重だからといって、ワクチン接種において副反応が増加する危険性は認められていない。母親の移行免疫が少ないため、暦年齢に合わせて積極的に接種するよう指導する。

カ 低出生体重児の気道感染症（RSウイルス感染症重症化予防について）

人工呼吸管理や慢性肺疾患の既往のある低出生体重児は、気道感染症に罹患した場合に重症化しやすい。なるべく人ごみをさげ、家族のインフルエンザ予防接種を勧める。

早産児は、特にR Sウイルス感染症に罹患すると重症化しやすい。早産児はR Sウイルス感染症流行期に、R Sウイルスモノクローナル抗体であるパリビズマブ（商品名シナジス）の投与対象である。

投与については、主治医と相談するよう伝える。

(10) 歯（口腔）

ア 新生児期

目的：唇顎・口蓋裂などの先天異常の発見と適切な哺乳状況の確認

通常、この時期の健診は唇顎・口蓋裂などの先天異常の発見が優先される。

これらの外表奇形は出生時に発見され適切な医療が講じられているが、その他、先天性歯による授乳障害や口内炎による哺乳障害などによって適切な哺乳が妨げられている場合があり、母親からの口腔に関する相談として出てくる場合が多いので必要に応じて専門の医療機関への受診を勧める。

(ア) 先天性歯

先天性歯とは、乳歯が正常な萌出時期より早く萌えたもののうち、出生時に萌出しているか、生後1か月以内に萌出したものをいい、0.1%の頻度で出現する。通常下顎切歯部に1～2歯みられ正常な下顎乳中切歯のことが多いが、過剰歯である場合もある。先天性歯は、母体の乳頭を傷つけたり乳児の舌下面に潰瘍を作ったりして授乳障害を起こしたり、歯肉の炎症や、脱落による誤嚥、その後の咀嚼・審美的な影響を起こす場合があるので、歯科医への受診を勧める。

(イ) 上皮真珠

生後間もない乳児の歯槽提の歯肉部に米粒ないし小真珠大で、黄白色の半球状の結節となり、数个連なって、2～3%の頻度で出現するものである。これは歯の発育過程で歯提を形成する上皮細胞が一部残存し、角質化したものであり、数週ないし数か月以内に自然消失する。養育者の不安を解消するような指導を行う。

(ウ) 哺乳状況

哺乳における口腔領域の機能の発達を確認する。授乳や離乳食開始に向けて、哺乳反射の内容や乳児の口腔の形態などを見る。探索反射（乳探し反射）や吸綴反射など哺乳に関する原始反射の存在や消失の確認を行う。また乳児の口腔形態では、未熟児などで口蓋中央の陥凹の形が長楕円形となり吸綴力が弱いことがあり、授乳の方法などについて個別相談を必要とする。

イ 12か月児

目的：むし歯の予防、咀嚼機能の獲得状況の確認

(ア) 現在歯数

口腔内に萌出している歯数（現在歯数）は個人差が大きい。したがって現在歯数が少ないからといって過度の心配は不要であるが、ときに全身疾患の一症状として無歯顎（部分無歯顎）が見られることもあるので、必要があれば専門の医療機関へ受診を勧める。

(イ) むし歯

むし歯が初発するのがこの時期からである。むし歯をもつ者は約1～2%であるが、この後有病者率は急速に上昇する。特に上の前歯の歯と歯の間は好発部位であるので注意を必要とする。

他の臓器と異なりむし歯は、放置すれば進行する一方であり、しかも乳歯のむし歯は永久歯に比べ比較にならないほど進行が速い。

特に成長発育の最も旺盛な乳幼児期においては、歯は咀嚼や発音に重要な役割を果たすだけ

でなく、顎、顔面、頭蓋の発育などにも関与している。この意味でも乳歯は可及的に保護しなければならない。

したがって、むし歯の有無はもちろんのこと、保育環境の悪い者や口腔内が極度に汚れている者など、近い将来確実にむし歯の発生が予測できる者のチェックと適切な指導が極めて重要である。

中でも、哺乳びんの中に砂糖分を含んだ飲料を与えている場合や、母乳であってもダラダラ授乳は明らかにむし歯を多発させる要因であるので、歯科検診に併せて問診によるチェックを行うようにする。

さらに重要なことは、歯質強化対策が歯の萌出時期において最も有効であるので、フッ素塗布をこの時期から実施するよう指導するとともに、むし歯がある場合は歯科を受診するよう指導する。

(ウ) 歯肉炎

歯の萌出中にしばしば見られる歯肉炎を萌出性歯肉炎といい、歯の周囲の不潔など局所的原因で起こる。小さな粘膜損傷が細菌の侵入門戸になる場合もあり、重篤な疾患を招くこともあるので適切な指導を要する。歯肉嚢胞、萌出の咬み合わせ異常による歯肉外傷などにも留意する。

(エ) 小帯異常

重視しなければいけないのは、上唇小帯と舌小帯である。通常は、経過観察とし、この時期処置を急ぐ必要はない。しかし、舌小帯は異常の度合いにより、稀に、舌の運動が阻害され、哺乳・摂食障害、発育障害を起こすことがあるので、専門の医療機関への相談を勧める。

(オ) 咀嚼機能の獲得状況

離乳後期から完了後のこの時期では、軟固形の離乳食を上下の歯槽提間ですりつぶす咀嚼の動き、手と口の協調運動、前歯で食品をかじり取るなど前歯を使う感覚を養っているかなどをチェックする。

(11) マス・スクリーニング

「先天性代謝異常検査」を受けたか確認をする。

4 乳児の保健指導

(1) 保健指導の要点

栄養と養護の重要性を知ってもらうことに重点をおくこと。

ア 栄養指導については、母乳栄養をすすめ、その確立を図り、また母乳不足の場合は、混合・人工栄養を指導する。また適切な時期に、離乳について指導する。

イ 身体の清潔、寝具、玩具、歩行、外気浴、入浴、睡眠などについて生活指導を行う。

ウ 事故防止のため環境整備を行い、窒息、転落、熱傷、誤飲、誤嚥の防止について養育者の注意を喚起するよう指導する。

エ 養護について養育者の心構えを指導する。

オ 予防接種について指導する。

カ 先天奇形、先天異常の早期受診、治療の適期などについて医師の診断を受けさせ事後指導する。

(2) 母乳哺育のすすめ方

ア 母乳哺育のすぐれている理由

- (ア) 新生児を感染症から守り病気を防いでくれる。すなわち、その主役は母乳に含まれる分泌型免疫グロブリン（特に初乳に多量に含まれる）、ラクトフェリン、リゾチーム、マクロファージである。
- (イ) ミルクアレルギーを防ぐ。
- (ウ) 栄養面からは最も適当な成分を含む。
- (エ) 母親と子どもの心のつながりを強くすると同時に、子どもの心身の発育に良い影響を与える。
- (オ) 経済的にも優れている。
- (カ) 子どもの顎の発達・咀嚼の発達を促す。
- (キ) 子宮の復古作用を促進する。

イ 母乳を出すためにはどうすればよいか

- (ア) 妊娠中の手入れとして、胎動を感じたら、入浴後に、次のことを行うとよい。
 - ・クリームを付け、乳頭と乳輪をこする。
 - ・乳頭をひっぱる。ただし、お腹が張ったらすぐ止めること。また、お腹のはりのある期間は、手入れを控えるなどの注意が必要である。
- (イ) 産後には次のことに気をつける。
 - ・安易に人工乳や糖水を哺乳ビンで与えないこと
 - ・生まれたらできるだけ早くオッパイを吸わせること
 - ・生まれたばかりの頃は面倒がらずに何回でも吸わせること
 - ・分娩後間もない頃は、残ったオッパイは搾り出して空にするようにする。

ウ 母乳が出ない場合

母乳が出ない場合は、人工乳（粉ミルク）について指導する。

母乳栄養にこだわりすぎて、母親の心理的負担を増やすことのないよう配慮が必要である。人工乳でも、子どもの顔を見て話しかけながら飲ますことで、母乳と同じように親子の絆が育まれることを説明する。

(3) 離乳食のすすめ方

平成19年に策定された「授乳・離乳支援ガイド」を参考に指導する。

ア 離乳の支援に関する基本的な考え方

離乳については、乳児の食欲、摂食行動、成長・発達パターンあるいは地域の食文化、家庭の食習慣などを考慮した無理のない離乳の進め方、離乳食の内容や量を、個々にあわせて作ることが望まれる。子どもにはそれぞれ個性があるので、基準に合わせた画一的な離乳とならないよう留意しなければならない。

また、生活習慣病予防の観点から、この時期に健康的な食習慣の基礎を培うことも重要である。一方、離乳期は、多くの養育者にとって数々の不安やトラブルを抱えることも予想されるが、適切な支援があれば、安心して適切な対応が実践でき、育児で大きな部分を占める食事を通しての子どものかかわりにも自信が持てるようになってくる。

離乳の支援にあたっては、子どもの健康を維持し、成長・発達を促すよう支援するとともに、健やかな母子・親子関係の形成を促し、育児に自信を持たせることを基本とする。

イ 離乳の基準

(ア) 離乳の定義

離乳とは、母乳又は育児用ミルクなどの乳汁栄養から幼児食に移行する過程をいう。この間に子どもの摂食機能は、乳汁を吸うことから、食物をかみつぶして飲み込むことへと発達し、摂取する食品は量や種類が多くなり、献立や調理の形態も変化していく。また摂食行動は次第に自立へと向かっていく。

(イ) 離乳の開始

離乳の開始とは、なめらかにすりつぶした食物を初めて与えた時をいう。その時期は生後5・6か月頃が適当である。

発達の目安としては、首のすわりがしっかりしている、支えてやるとすわれる、食物に興味を示す、スプーンなどを口に入れても舌で押し出すことが少なくなる（哺乳反射の減弱）などがあげられる。

注) a 離乳の開始前に果汁を与えることについては、果汁の摂取によって乳汁の摂取量が減少すること、タンパク質、脂質、ビタミン類や鉄、カルシウム、亜鉛などのミネラル類の摂取量低下が危惧されること、また乳児期以降における果汁の過剰摂取傾向と低栄養との関連が報告されており、栄養学的な意義は認められてない。

b 通常5～7か月頃にかけて哺乳反射が減弱・消失していく過程でスプーンが口に入れることも受け入れられていくので、スプーンなどの使用も離乳の開始以降でよい。

(ウ) 離乳の進行

a 離乳の開始後ほぼ1か月間は、離乳食は1日1回与える。母乳または育児用ミルクは子どもの欲するまま与える。この時期は、離乳食を飲み込むこと、舌ざわりや味に慣れることが主目的である。

b 離乳を開始して1か月が過ぎた頃から、離乳食は1日2回にしていく。母乳または育児用ミルクは1日に3回程度与える。生後7、8か月頃からは舌でつぶせる固さのものを与える。

c 生後9か月頃からは、離乳食は1日3回にし、歯ぐきでつぶせる固さのものを与える。食欲に応じて、離乳食の量を増やし、離乳食の後に母乳または育児用ミルクを与える。離乳食とは別に母乳は子どもの欲するままに、育児用ミルクは1日に2回程度与える。鉄の不足には十分配慮する。

(エ) 離乳の完了

離乳の完了とは、形のある食物をかみつぶすることができるようになり、エネルギーや栄養素の大部分が母乳または育児用ミルク以外の食物からとれるようになった状態をいう。その時期は生後12～18か月頃である。なお、咀嚼機能は、奥歯が生えるにともない乳歯の生え揃う3歳頃までに獲得される。

注) 食事は1日3回となり、その他に1日1～2回の間食を用意する。母乳または育児用ミルクは、一人一人の子どもの離乳の進行および完了の状況に応じて与える。なお、離乳の完了は、母乳または育児用ミルクを飲んでいない状態を意味するものではない。

ウ 離乳食のすすめかたの目安

(ア) 食べ方の目安

食欲を育み、規則的な食事のリズムで生活リズムを整え、食べる楽しみを体験していくことを目標とする。

離乳の開始では、子どもの様子を見ながら、1さじずつ始め、母乳やミルクは飲みただけ飲ませる。

離乳が進むにつれ、1日2回食、3回食へと食事のリズムをつけ、生活リズムを整えていくようにする。また、いろいろな食品の味や舌ざわりを楽しむ、家族と一緒に食卓を楽しむ、手づかみ食で自分で食べることを楽しむといったように、食べる楽しさの体験を増やしていく。

(イ) 食事の目安

a 食品の種類と組合せ

与える食品は、離乳の進行に応じて、食品の種類を増やしていく。

- (a) 離乳の開始では、アレルギーの心配の少ないおかゆ（米）から始める。新しい食品を始める時には、1さじずつ与え、乳児の様子を見ながら量を増やしていく。慣れてきたらじゃがいもや野菜、果物、さらに慣れてきたら豆腐や白身魚など、種類を増やしていく。

なお、はちみつは乳児ボツリヌス症予防のため満1歳までは使わない。

- (b) 離乳が進むにつれ、卵は卵黄（固ゆで）から全卵へ、魚は白身魚から赤身魚、青皮魚へと進めていく。ヨーグルト、塩分や脂肪の少ないチーズも用いてよい。食べやすく調理した脂肪の少ない鶏肉、豆腐、各種野菜、海藻と種類を増やしていく。脂肪の多い肉類は少し遅らせる。野菜類には緑黄色野菜も用いる。

- (c) 生後9か月以降は、鉄が不足しやすいので、赤身の魚や肉、レバーを取り入れ、調理用を使用する牛乳・乳製品のかわりに育児用ミルクを使用するなど工夫する。フォローアップミルクは、母乳または育児用ミルクの代替品ではない。必要に応じて（離乳食が順調に進まず、鉄の不足のリスクが高い場合など）使用するのであれば、9か月以降とする。

このほか、離乳の進行に応じてベビーフードを適切に利用することができる。

離乳食に慣れ、1日2回食に進む頃には、穀類、野菜・果物、たんぱく質性食品を組み合わせた食事とする。また、家族の食事から調味する前のものを取り分けたり、薄味のを適宜取り入れたりして、食品の種類や調理方法が多様となるような食事内容とする。

b 調理形態・調理方法

離乳の進行に応じて食べやすく調理したものを与える。子どもは細菌への抵抗力が弱いので、調理を行う際には衛生面に十分に配慮する。

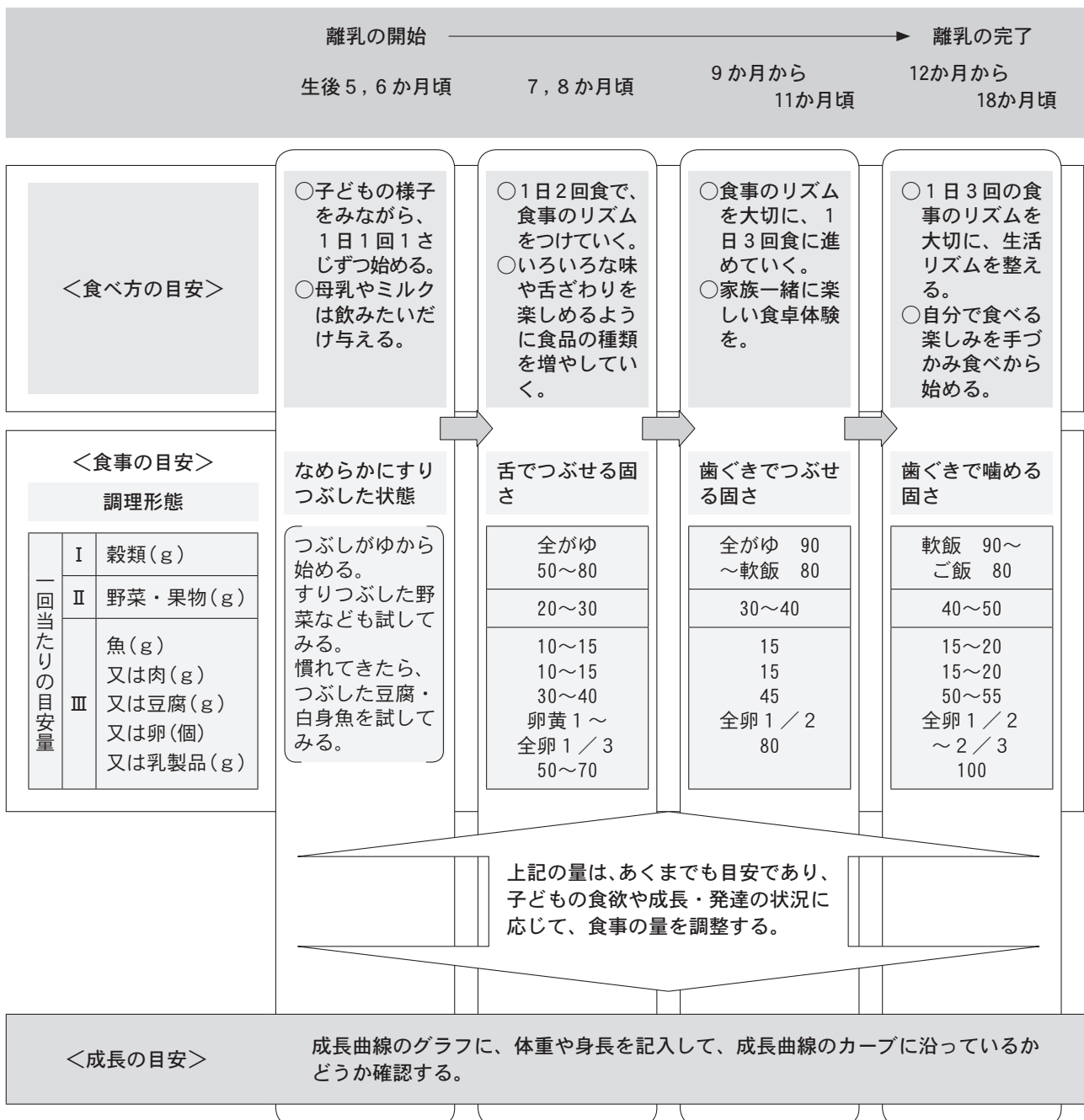
- (a) 米がゆは、乳児が口の中で押しつぶせるように十分に煮る。初めは「つぶしがゆ」とし、慣れてきたら粗つぶし、つぶさないままへと進め、軟飯へと移行する。
- (b) 野菜類はたんぱく質性食品などは、初めはなめらかに調理し、次第に粗くしていく。
- (c) 調味について、離乳の開始頃では調味料は必要ない。離乳の進行に応じて、食塩、砂糖など調味料を使用する場合は、それぞれの食品のもつ味を生かしながら、薄味でおいしく調理する。油脂類も少量の使用とする。

(ウ) 成長の目安

食事の量の評価は、成長の経過で評価する。具体的には、成長曲線のグラフに、体重や身長を記入して、成長曲線のカーブに沿っているかどうかを確認する。からだの大きさや発育には個人差があり、一人一人特有のパターンを描きながら大きくなっていく。身長や体重を記入して、その変化をみることによって、成長の経過を確認することができる。

体重増加がみられず成長曲線からはずれていく場合や、成長曲線から大きくはずれるような急速な体重増加がみられる場合は、医師に相談して、その後の変化を監察しながら適切に対応する。

離乳食の進め方の目安



ベビーフードを利用する時の留意点

- ◆ 子どもの月齢や固さのあったものを選び、与える前には一口食べて確認を。
子どもに与える前に一口食べてみて、味や固さを確認するとともに、温めて与える場合には熱すぎないように温度を確かめる。子どもの食べ方をみて、固さなどが適切かを確認。
- ◆ 用途にあわせて上手に選択を。
そのまま主食やおかずとして与えられるもの、調理しにくい素材を下ごしらえしたもの、家庭で準備した食材を味つけするための調味ソースなど、用途にあわせて種類も多様。外出や旅行のとき、時間のないとき、メニューを一品増やす、メニューに変化をつけるときなど、用途に応じて選択する。不足しがちな鉄分の補給源として、レバーなどを取り入れた製品の利用も可能。
- ◆ 料理名や原材料が偏らないように。
離乳食が進み、2回食になったら、ごはんやめん類などの「主食」、野菜を使った「副菜」と果物、たんぱく質性食品の入った「主菜」が揃う食事内容にする。料理名や原材料を確認して、穀類を主とした製品を使う場合には、野菜やたんぱく質性食品の入ったおかずや、果物を添えるなどの工夫を。
- ◆ 開封後の保存には注意して。食べ残しや作りおきは与えない。
乾燥品は、開封後の吸湿性が高いために使い切りタイプの小袋になっているものが多い。瓶詰やレトルト製品は、開封後はすぐに与える。与える前に別の器に移して冷凍又は冷蔵で保存することもできる。表示（注意事項）をよく読んで適切な使用を。衛生面の観点から、食べ残しや作りおきは与えない。

※文献：厚生労働省「授乳・離乳支援ガイド」

Ⅱ 1歳6か月児健康診査の手引

1 健康診査の目的及び意義

人間が動物と違う点は歩くことと、ことばを使用することである。転ばないで上手に歩け、意味のある単語をいうのが1歳6か月児である。その他、生活習慣からすると離乳は完了し、排尿・排便のしつけが始められている。絵本を見てワンワン、ニャーニャーなどの知っている動物を指さし、人形や自動車などを与えると抱っこしたり、ぶーぶーとやって押ししたりする。積み木も2～3個積めるし、相手をしてあげると非常に喜ぶ。

このように1歳6か月児では脳幹支配から大脳支配が優位となった、すなわち動物が人間となった最初のチェックである。したがって、運動面、言語、生活習慣、社会性においても、人間らしい最低のことをやっていなければならない。すなわち、歩行と意味のある単語と、排尿・排便のしつけの開始と、他の子どもに興味を示したり、養育者と一緒に遊ぶなどである。

この時期に十分に検査することにより、以前から疑われていた中程度以上の異常を再確認するとともに、注意欠陥／多動性障害、自閉症スペクトラム障害、軽度脳性まひ、軽度精神遅滞、斜視、視力障害、難聴などの異常の芽を発見し、早期に治療を結びつけるように努力する。

また1歳6か月になると、いろいろなことをしているので、アンケート・質問を十分に行うことにより、かなりの精度でスクリーニングを行うことができる。

表：幼児健診・保健指導の重点

	1歳6か月	3歳	5歳
リスク児の追跡	○	○	○
成長・発達 発育・栄養状態	○	○	○
行動発達	◎	○	◎
言語	○	◎	○
聴覚	◎	○	○
視覚・斜視	○	◎	○
生活習慣の自立	排泄のしつけ	清潔・排泄・整頓	就学準備状態
食事指導	◎	○	
行動上の問題	○	○	◎
育児態度	○	◎	○

2 問診

(1) 問診項目

問診票は、健診の実施を能率的効率的に行うための補助として、受診前に養育者が直接記入するか、面接して質問記入するために用いられる。

1歳6か月児健康診査問診票（例）

1歳6か月

		No.
本人氏名	保護者氏名	
住 所		
1 今までに健康診査や育児指導を受けたことがありますか。	ある () ない	
2 前回の健康診査はいつ受けましたか。	年 月 日	
3 前回何か指導を受けましたか。	受けない 受けた ()	
4 何か病気にかかり易いことがありますか。	ない ある (ひきつけをおこしやすい・よく熱を出す・下痢をし易い・湿しんがで易い・ぜいぜいしやすい・その他 ())	
5 前回の健康診査後に何か病気にかかりましたか。	かからない かかった (病名) 入院した (病名) 手術した (病名)	
6 現在、指導を受けたり治療中の病気はありますか。	いいえ はい ()	
7 日中お子さんは誰が見ていますか。	母 父 祖母 祖父 保育所 その他	
8 家族に何か病気はありませんか。	ない ある ()	
9 予防接種を受けていますか。	はい いいえ	
10 ひとりで上手に歩きますか。	はい いいえ	
11 小さな物（ボーロ、ほしぶどうなど）をつまみますか。	はい いいえ	
12 おもちゃや人形などでよく遊びますか。	はい いいえ	
13 テレビや人のまねをしますか。	はい いいえ	
14 「ママ」「ブーブー」などの意味のあることをいいますか。	はい いいえ	
15 「わんわん（にゃんにゃん）はどれ？」などと尋ねると指さして答えますか。	はい いいえ	
16 「おもちゃもってきて」「新聞もってきて」などの簡単なことばの指示に応えますか。	はい いいえ	
17 よその家やデパートなどの慣れない場所では、慣れるまで親の側にいますか。	はい いいえ	
18 誰がいても、まるで人がいないかのように無視して動き回ることがないですか。	ない ある	
19 おしっこや、うんちのしつけを始めていますか。	はい いいえ	
20 スプーンを持って自分で食べようとしますか。	はい いいえ	
21 現在の食事についてお聞きします。	食事 1日 ___ 回、間食 1日 ___ 回、ミルクまたは牛乳 1日 ___ cc 食事内容 (大人と同じもの・やわらかめのご飯や副食)	
22 哺乳ビンを使用していますか。	いいえ はい 時々	
23 名前を呼ぶと振り向きますか。	はい いいえ	
24 目つきや、目の動きが悪いという心配はありませんか。	ない ある わからない	
25 見えていると思いますか。	はい いいえ わからない	
26 何か相談したいことや心配はありませんか。	ない ある (発育や発達のこと・困ったことやくせなどの育児上のこと その他 ())	

(2) 問診項目の解説

発達の観点からみると人において新生児期は脊髄・延髄のレベルで原始反射、咳、くしゃみ、あくびなどの自然発生的自発運動が主にみられる。ついで3～4か月になると橋、脳幹のレベルとなり、足を突張ったり、視聴の両ききができるようになる。9～11か月までは中脳のレベルで排便・排尿はいきみができ、足を交互に出して腹這いをしたり、手を出してつまんだりできるようになる。12か月から1歳6か月にかけては初期大脳皮質レベルとなり、歩行と発語さらには視覚融像、立体聴音というヒトのみにしかできない水準に達する。1歳6か月において発達遅滞児ではことばが出ない、歩行ができないなど明確な徴候が出るため発達スクリーニングとしては重要なKey年齢となっている。

項目1 今までに健康診査や育児指導を受けたことがありますか。

項目2 前回の健康診査はいつ受けましたか。

項目3 前回何か指導を受けましたか。

項目4 何か病気にかかり易いことがありますか。

家族がはっきり覚えていない時は、母子健康手帳によりそれまでの健診歴を確認する。異常所見があり、医師の指示が行われていた時は、それが実行されたか尋ねる。例えば心雑音、ヘルニア、斜視などが指摘されていた場合には、受診の有無を確認する。

項目5 前回の健康診査後に何か病気にかかりましたか。

項目6 現在、指導を受けたり治療中の病気はありますか。

項目7 日中お子さんは誰が見ていますか。

項目8 家族に何か病気はありませんか。

きょうだいを含めた家族の感染症、神経・腎臓・心臓などの家族性疾患。養育者の健康状態が大切である。

項目9 予防接種を受けていますか。

予防接種歴は母子健康手帳により確認することが最も確実である。ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン、BCG、四種混合ワクチン(DPT-IPV)(または不活化ポリオワクチンと三種混合ワクチン)、麻しん・風しんワクチンの接種を確認し、接種していない場合は、接種の計画を立てる。また、任意接種ワクチンである水痘ワクチン、ムンプスワクチン、B型肝炎ワクチンの接種も重要であり、接種を推奨する。

項目10 ひとりで上手に歩きますか。

1歳6か月になると、部屋の中など普通の場所では、めったに転ばないで2～3m以上歩けるようになる。

2～3歩しか歩けないもの、独り立ちしかないものは歩行の発達が遅れているといえる。正常では1歳6か月で90%以上が歩行する。この月齢で歩行せず、足を床についたがらない場合は、いわゆるshuffling baby(16ページ参照)も考えられるが、これは正常のバリエーションで、いずれ歩行することもあり、養育者に無用な心配をさせない配慮が必要である。

項目11 小さな物(ポーロ、ほしぶどうなど)をつまみますか。

9か月には96%が拇指と人差し指でつまむ。つままなくてもコップの中に入っているものを1歳6か月では100%の子どもがどうにかして取り出す。したがってこれができないもの、つまみ方がおかしいもの、不随意運動を伴うものは異常と考え、専門医に紹介する。

項目12 おもちゃ、人形、ままごとセットを使って、日常生活を再現したりなど、みたくて遊びをしていますか。

ア 目的

象徴的遊びが展開できているかを判断する。

イ 確認、判定方法

おもちゃの自動車や電車を「ぶぶー」といいながら押して遊んだり、人形を抱いたり寝かせたり、ままごと道具でお茶を飲むまねをしたり、みたくて遊びができるかどうかを確認する。自動車のもつ本来の性質、機能を知らない遊び方をしているときやままごとセットのお野菜をただ切る動作を楽しんでいるだけのときは、要注意として観察が必要である。

ウ 判定の意味と指導指針

早い子どもでは1歳過ぎ、1歳2～3か月から、そして遅くとも1歳6か月にいたるまでには、象徴的遊びを展開するようになる。象徴的遊びとは、あたかも本物であるかのごとくにみたくて、例えば日常生活を再現するようにままごと道具を使うことである。その後1歳7・8か月頃より2歳にかけて、他者（養育者や他人の大人）に対して象徴的遊びを広げていくようになる。つまりお母さんや人形におもちゃのご飯を食べさせてあげたり、人形におもちゃの布団をかけて寝かせたりなどである。そして子どもたちは大人の世界のまねをすることを好むようになる。

もちろん、これらの遊びの経験をしていないために合格できない子どもも存在する。理由は遊び環境が不備であるなどである。例えば、ままごとで遊ばない男児は多い。養育者が与えてなく、経験がないのである。しかしそれまで経験がなくてもままごと道具を与えれば、これらを扱ってみたくて遊びを展開する子どもは多い。

男の子には、ヒーロー人形と怪獣、ないし電車、自動車のおもちゃといった偏った遊び道具しか与えないといったことのないように、また、テレビ・ビデオ・DVD育児にならないように、健診の場で助言、援助すべきであろう。何故ならば、大人と子どもの間で言葉のやり取りを展開できるのが、ままごと遊びだからであり、ことばや双方向のコミュニケーションを育てるには良い遊びであるからである。テレビ・ビデオ・DVDの長時間視聴はこれらの機会を奪う結果になる。発達遅滞や発達障害（精神遅滞、自閉症スペクトラム障害など）では、これらは遅れる。

項目13 テレビや人のまねをしますか。

ア 目的

模倣の対象が眼前にあり、それを模倣する（即時模倣）ことができるかどうかをみる。

イ 確認・判定法

目の前のテレビ番組をみて、そのしぐさをまねたり、また、母親が化粧したり、掃除をしたりするのを見て、まねることができればよい。もう少し発達してくると、以前覚えたしぐさを再現してみせたりしてくる（延滞模倣）。

自閉症スペクトラム障害及び精神遅滞の場合はこれらの模倣が遅れる。

項目14 「ママ」「ブーブー」などの意味のあることをいいますか。

ア 目的

1歳6か月時点で、意味のある話しことば（表出言語）を2語以上獲得しているかどうかをみる。

イ 確認

1歳6か月児が意味のある話しことばをいうとは、以下4つの条件をすべてクリアしている場合のことである。

(ア) 母親をママ、自動車をブーブーなどと幼児語であっても、きちんと対象とマッチングしているかどうか。

例えば、年齢や格好の似た人物をすべてママと呼んでいるレベルでは、まだ、その単語を獲得したとはいえない。

(イ) 喃語や単音のレベルでないかをチェックする。

アアア、ウーウーなどなんとなくそれらしいことば（喃語）を発声しているとか、母親をマ、自動車をブなど単音のみの表現では、まだ他者にはっきり通じる「意味のある話しことば」とはいえない。

(ウ) 発語の頻度がどうかをみる。

ママ、パパ、ブーブー、マンマなどの日常場面でよくみかける対象をごく稀にしか発語しないとしたら、まだ、その語の獲得が定着したとはいえない。

(エ) 語い数（発語数）はどうか

一般に意味のあることばを2・3語（以上）言えることが基準になっている。標準化された検査でみると日本版デンバー式検査（JDDST）では、「パパ、ママ以外に3語いう」（18か月で90%の通過率）、遠城寺式検査では「ウマウマ、パパ、ママなど2語いう」（16～17か月で98%の通過率）であり、1歳6か月時点で単語が2語以上（複数）獲得されていれば合格とする。したがって、発語が全くみられなかったり、発語が一つの場合はとりあえず不合格とする。

ウ 発達の意味

生後1年を過ぎた幼児は〈歩く〉と同時に〈話す〉ことがはじまり、これ以降、自己の世界を飛躍的に拡大していく。そして、この両者の発達は養育者の関心事であり、かつまた、養育者でも比較的容易に判断できる指標であることから、1歳6か月児健診に選ばれている理由の一つとなっている。他方、将来、精神面における発達障害へと発展する発達障害児（精神遅滞、自閉症スペクトラム障害など）はその初期症状として、この時期に多かれ少なかれ、「ことばの遅れ」を顕在化させている。

したがって、「ことばの遅れ」の中から、これらの発達障害へと発展するハイリスク児の一群とその後自然と正常化する群との鑑別をすることが求められている。

エ 判定方法と指導方針

「意味あることば」（表出言語）を②の確認のようにチェックしたとしても、その後、言語発達を含めた精神発達の予後の良否を予測するには、この表出言語のみでは不十分である。そこで、言語は表出言語と理解言語とに大別されることから、この両者をチェックするとともに、さらに、指さし行動、子どもの動きなどの行動発達を総合的にとらえることにより、この予測がある程度、可能である。

以下、その判定方法と指導方針を説明する。

- 「意味あることば」が2つ以上ある（はい、いいえ）

※いいえの場合

(ア) 表出言語のみの遅れ

アンケート項目13（指さし）、15（指さし）、16（言語理解）、17・18（動き）など、他の行動発達が全く問題なければ、単なる表出言語の遅れであり、いわば「晩成型」である。このタイプはそのまま放置していても自然と2歳前後、遅くとも3歳までには正常化する。したがって、このタイプは、フォロー、ケアの不要群であり、養育者に過剰な心配を与えないためにも、これと次のケア必要群と鑑別することが大切である。

(イ) 「精神面」における発達障害へ発展するハイリスク児の場合

この場合は、表出言語の遅れとともに、項目15（指さし）、16（言語理解）、17・18（動き）、さらには、12（つもり遊び）、13（模倣）など、他の行動発達のつまずきもみられる。この時には、養育者の情報だけでなく、必ず直接観察をしてこれらの項目をチェックし、可能であれば発達検査、その他を施行して確認することが望ましい。ここで、注意を要するのは1歳6か月児健診ではあくまで今後「精神面」における発達障害へ発展する可能性のあるハイリスク児の早期発見（早期ケア）であり、規制の医学的確定診断をすることではない。

なお、重度～中程度の精神遅滞はすでに0歳代の健診で発見されているだろうから、ここでは、軽度～中程度（一部）の精神遅滞、広汎性発達障害などのハイリスク児の発見ということになる。また、逆に、3歳児健診においてこれらの発達障害と診断されたグループは、1歳6か月児健診のアンケート項目14（表出言語）は勿論のこと、15（指さし）、16（言語理解）、17・18（動き）、などが高頻度につまずいていることが確認されている。以上から、1歳6か月児健診においてこの(イ)の場合には精神面における発達障害のハイリスク児として、少なくとも、3歳児健診まで、フォロー、ケアの必要群に入れていくことが原則であろう。

項目15 「わんわん（にゃんにゃん）はどれ？」などと尋ねると指さして答えますか。

ア 目的

「応答の指さし」が成立しているかをみる。この項目は重要である。なぜならば有意味語がなくても、問われている内容を理解し（もちろん学習がされているという前提が必要である）、問われているものを指でさせ、大人との双方向のコミュニケーションが基本的に成立していることを意味するからである。1歳6か月にはこれが要求されている。自己一物一他者の三項関係のもと、自己と他者間の伝達の機能を有していることの確認である。

イ 確認、判定方法

「わんわんはどれ?」「おめめはどこかな?」「電車はどれかな?」などで少なくとも、1つ2つはわかっていることが必要である。不合格は要注意として経過観察する。初めての健診場面ではこれらができなくても、家庭場面でできていることの確認が必要になる。

（津守式発達検査では、「おめめ（目、耳、口その他）はどこかな?」と尋ねるとその部位を指でさしますか?という項目は、18か月で80%以上通過、21か月では90%以上通過をし、遠城寺式乳幼児分析的発達検査では「目、口、耳、手、足、腹を指示する」で、6問中4問通過は、1歳4か月～1歳5か月で38%、1歳6か月～1歳8か月で65.6%、1歳9か月～1歳11か月で81.8%、2歳～2歳2か月で91.1%の通過率とされている。）

ウ 判定の意味と指導方針

生後10か月で三項関係は成立する。三項関係とは、例えば母親が「あそこにわんわんがいるよ」と指さした場合には、子どもはそちらの方向をみる。このときに母親、子ども、わんわんの三項目が互いに関連しあったことを意味し、三項関係といわれる。これは子どもが自ら指さしはしないが、そちらを志向するという意味で、「志向の指さし」と呼ばれている。次に生後12か月で「感動の指さし」といわれるものが見られてくる。これは子ども自らが、何かを見つけ、(たとえば、犬や点いている電気)、母親に「あれみて」といわんばかりに、指さして「あー」などと表現することをさしている。場所を定めるという意味で「定位の指さし」ともいわれているが、子どもは感動したごとくであり、わかりやすい表現として「感動の指さし」とした。生後14か月で「要求の指さし」が出現する。あっちにいきたい、あれとって、という意味を含む指さし動作である。そして生後18か月で「応答の指さし」が出現し、基本的なコミュニケーションが成立し、養育者と子どもの双方向のコミュニケーションが成立する。「報告の指さし」といいかえることもできよう。これらの指さしは有意語がない段階で始まることにより、前言語的コミュニケーションともいわれる。

これらの指さしが登場していない場合、精神発達での遅れを考えるべきであり、難聴の有無、精神遅滞、自閉症スペクトラム障害(従来の広汎性発達障害の中の自閉性障害、特定不能の広汎性発達障害)の存在を疑うべきであり、コミュニケーション能力が低いであろうことを推測すべきである。また不適切な養育環境かどうか(テレビ・ビデオ・DVDの長時間視聴などを含む)が問題になろう。指さし行動が遅れている子どもに対しては、指さし行動を促すために、養育者は日常生活の中で、指さししつつ声かけをするように助言すべきである。また長時間のテレビ・ビデオ・DVD視聴、食事時のテレビは消すなどをお勧めし、人に対する愛着形成を促すことが望ましい。

従来の「自動車や絵本などを見て、指さしますか」は誤解されやすい項目である。子どもにきちんと検査者が問いかけをして行い、子どもが指さして教えてくれるのであれば間違わないが、実際にそうではなく養育者に問診として聞いてしまい、できると答える場面も多かったのではと推測される。実際はこちらが期待しているものでない内容の子どものふるまいであっても、この項目はできると答える養育者が多いと推測できるからである。具体的には指さしができるということで1歳6か月を通過してしまい、3歳で発見される応答の指さしのない自閉症スペクトラム障害児童は少なくない。

指さしの各段階については、自閉症スペクトラム障害児において全員が出現しないわけではない。しかしより典型的な自閉症では指さしがなかなか出現できてない子どもが多い。出現しても「摂食の指さし」とでもいうべきものに限定していることが多い。これは自閉症児は自ら絵本の絵を指さしし、養育者にその名前を言わせて喜ぶということをくりかえすという形が多い。あたかも自閉症児は精神世界が狭く、とても遠くのところにある物は子どもの精神世界に入っていないかのごとくであるが、近いもので接触できる範囲であれば、このようなやりとりを養育者とする、ということは時々みられる。しかし一方的であり、双方向のコミュニケーションにはなっていないことが多い。これらの現象を、健診項目であげている双方向のコミュニケーションの形としての「指さし」ができていると誤解しないように注意が必要である。

【社会的相互関係としての「指さし」の発達】

乳児期早期（2～3か月）に共鳴動作であるあやし笑いや音声模倣があり、乳児期後半には原始的共感性の発達がみられる中で、大人と子どもの双方のやりとりが始まり相互作用が働き社会性が発達する。この中で、指さし動作がみられる。

- (ア) 志向の指さし（生後9～10か月）：母親が「ほら、わんわんがいるよ」と指を指し、子どもがその方向を見、その後目的物を見つけたことを母親に目線なりで知らせるといった動作を示すことを言う。共同注視、「三項関係」の成立と言われる。
- (イ) 感動の指さし（生後12か月）：乳児が自分で何かを見つけ感動したことを、指さしを使って養育者なりに伝えようとすることを言う。定位の指さしとも言われる。
- (ウ) 要求の指さし（1歳2か月頃）：児の行きたい方向、または取って欲しいものに向かって指さしをする動作を言う。
- (エ) 応答・報告の指さし（1歳半過ぎ）：芸当としてではなく、コミュニケーション・応答・報告としての指さしを言う。「ママのおめめは？」で、お母さんの目を指してくれる。

*接触の指さし：自閉症スペクトラム児では、遠くの物には指をさせないが、絵本の中の絵などに指や手を触れ、その名前を親に言ってもらうことを喜ぶ姿を時々見かける。接触の指さしと表現できる。これ以外の指さしがない場合は、自閉症スペクトラムを考えておくべきである。

*自閉症スペクトラムでは、オウム返しはあっても、各段階の指さしがないことが知られる。一方、自閉症スペクトラムの幼児で指さしがあると、知的には高い高機能自閉症スペクトラム者に発達していく事がよく経験される。

項目16 「おもちゃもってきて」「新聞もってきて」などの簡単なことばの指示に応えますか。

ア 目的

簡単なことばの指示・命令を理解して、それを実行できるかどうかをみる。

イ 確認、判定方法

「おもちゃもってきて」「新聞もってきて」のほかに、「戸をしめてきて」「絵本をもってきて」、さらに遊びが終わったとき、「おもちゃないないしようね」といわれておもちゃをしまうことなどができればすべて合格である。

この項目は1歳6か月時点で、このような言語理解が獲得されているかどうかをみるのに都合がよい。

通過率をみると遠城寺式検査では16～17か月で92%である。

※ 不合格、または、場面により変化して一定でない場合には以下のことが考えられる。

(ア) 不合格の場合

まず、軽度～中程度の精神遅滞になる可能性のあるハイリスク児の場合は、この項目を理解できない（重度～中程度の精神遅滞はすでに乳児期に発見されている）。この場合は発語や指さしも遅れ、さらに、動きの問題（動作緩慢、または、多動）が見られる。

次に自閉症スペクトラム障害と難聴の場合も不合格となる。

(イ) 一定しない場合

知的にも聴力的にも正常であるが、落ち着かなく多動な子どもの場合には、健診場面では課題に集中できずに不合格とされることがある。

この場合には、よく慣れた家庭場面で、かつ、子どもがゆったりしているとき興味、関心のあのおもちゃ、絵本、食物などを「もってきて」と言語指示を与えて、それに応じられれば合格とする。

項目17 よその家やデパートなどの慣れない場所では、慣れるまで親の側にいますか。

項目18 誰がいても、まるで人がいないかのように無視して動き回ることがないですか。

ア 目的

これは子どもから親、特定の養育者（多くの場合は母親）への愛着（アタッチメント）が形成されていないための「多動」があるかどうかをみる面と注意欠陥／多動性障害の可能性をみるものである。

イ 確認

家庭場面で、好きなテレビの番組をみたりおもちゃで遊ぶ際に、注意集中がある程度持続するかどうかを確認する。

次に、来客があったり、よその家やデパートなどの新奇な、不慣れな場面に直面したとき、その「多動」傾向が一層増加するかどうかをチェックする。

さらに、直接的には、健診会場にきたとき、ほとんど親のそばに寄りつかないで、健診器具をいじったり、部屋から飛び出したり、時には、机の上に登ったり、また、おもちゃを手あたり次第さわり、それをひっくりかえす行動などがみられるかどうかを確認する。

ウ 発達の意味

1歳代になり、ひとりで歩き出した子どもは養育者から少し離れて周囲を探索して自己の世界を拡大していく。

その際、健常児は自己にとって全く新奇なもの、人に直面したとき、「安全基地」として養育者（多くは母親）のところにすぐ戻り、不安、恐れ、緊張をしずめてまた、おもむろに、それらの新奇な対象を探索しはじめることが知られている。

このような子どもから母的人物への愛着（アタッチメント）は、生後6か月から約1年間までの母子相互作用の結果、形成されてくると考えられている。

エ 判定方法と指導方法

母子相互作用の立場から、子どもの愛着行動は「安定した愛着行動」と「不安定な愛着行動」とに分類されている。

この項目の場合は後者であるから、「多動」をもたらす母子相互作用のプロセスとして、次の2つが考えられる。

(ア) 先行要因としての子どもの側に問題がある場合

先行要因としての子どもの側に、多くは先天的に、一部後天的（乳児期）に脳レベルの何らかの機能的・器質的障害（生物学的脆弱性）を受けているために、養育者（多くは母親）が普通にかかわっても母子相互作用が充分育たず、子どもの行動上の問題が顕在化してくる。

その一つとして1歳6か月児健診で「多動」を認めることが多く、その後、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥／多動性障害などへ移行していく。

なお、乳児期に器質的障害があり、すでに発見・ケアされている子ども（點頭てんかん、脳炎後遺症、小頭症、重度精神遅滞など）も独立歩行後、多動化することもある。

(イ) 先行要因として親の側に問題がある場合

子どもは健康に生まれ、心身ともに正常であっても、子どもをかこむ家庭環境に何らかの問題があつて、養育者が子どものかかわり（育児行動）が不十分な結果、子どもが情緒的不安となり、「多動」化することがある。

指導方針としては、養育者の日常生活の中で、忘れられていた子ども自身へのかかわりの時間を、1日に20～30分でもきちんと確保する様に指導していけば、子どもは比較的早く安定化していく。

項目19 おしっこや、うんちのしつけを始めていますか。

うんちでいきみを感じるようになるのは脳幹レベルの発達といわれる。このとき出ているということを感じている。これを初期大脳皮質レベルへもっていくのは育児である。すなわちうんちが出ているときには「ウン」と一緒に力んでやることである。このようにして「出る」感覚を身につけさせる。さらに出たという感じを身につけさせるにはおむつがいつも清潔でなければならない。これによって便や尿がでている状態における不快感を学ぶことができる。おむつがいつもよごれているとトイレット・トレーニングは遅れる。2歳になるまでには80%が、2歳6か月までには全部の子どもが排尿をことばや身振りで予告するようになる。

項目20 スプーンを持って自分で食べようとしますか。

離乳食完了の頃、ひとりでスプーンを持って食べようとする。「コップを自分で持って飲む」、「スプーンですくう」には目と手の協調運動が必要である。これには後頭葉の発達、小脳の協調運動の発達が必要で通常1歳になるまでにはこのレベルに達する（12～13か月で、88%の通過率）。「自分で食べようとする」のひとり食べという摂食行動発達としては重要なキ一年齢である。こぼすことが多いが厳しく叱ったりすると食生活が楽しくなく情緒発達に悪い影響を及ぼす。

項目21 現在の食事についてお聞きします。

ア 目的

この時期においては既に離乳を完了し、軟飯、軟菜の幼児食へ移行していることが期待される。したがって、規則正しい食事回数が保たれているか、その量はほぼ適切で偏っていないかをチェックする必要がある。

イ 確認

1歳6か月児においては幼児食に移行し、2歳には食物の選択の要求、ひとり食べるの要求が出てくる。偏った好き嫌いに注意し、食事はなるべく広い食品で構成されるように気をつける。

また、スプーン、コップ、茶碗などの取り扱い（おもちゃとしてでなく道具として扱う）能力を発達させるようにする。

食事の行儀のしつけの受入れ準備状態はまだ不十分であるが、食物をおもちゃにしないことと、食前食後の清潔のしつけを始める。

(ア) 食事動作

食事動作は運動機能の発達と食事習慣に関するものである。子どもがコップから飲んだり、スプーンを使って自分で食べようとする意欲は助長されなければならない。

(イ) 食事行動（食欲、偏食など）

乳児期後半にしばしば低下する食欲は、1歳6か月に至っても回復していない場合がある。また、気が散りやすく注意散漫なため落ち着いて食べ終われない。したがって、少食になり、また食事がむらになりやすい。

この時期になると離乳はすでに完了し、幼児食となり、軟飯軟菜で3回分、さらに間食が1～2回与えられるパターンが確立している。不規則な食事パターンは食欲不振を招き、むし歯の発生や肥満などの原因となることを養育者にも認識させておく必要がある。特に遊びに夢中になっていたりして生活のリズムが乱れ、食欲不振に陥ったりすることが多く、間食回数が極端に多くなることもある。

さらに、この時期には体型が「やせ型」になってくるので、食べる量が少ないのではないかと心配する養育者が多くなる。この場合、無理に食べさせるのではなく、戸外遊びを多くしたり、間食時間の規則化や回数を減少させたりして、空腹の状態です事に望めるような工夫を指導する。

この時期にみられる食事の心配ごとは、食欲不振のほか、好き嫌いをする、遊び食べをする、食事時間が長いなどであるが、これは主として子どもの発達によるものの他、養育者や家族の扱い方、調理法に問題があることもある。

(ウ) 食事内容

味覚の形成の観点からは、幼児期から甘味塩味ともに薄味にした方がよい。加えて、離乳したとたん成人の固形食を与えることがあるが、これは歯の数や噛む力、嚥下能力、消化吸収の発達からみて、大人と同じものが食べられるわけがないので、その子の食べ方に応じた調理方法の指導が必要である。

なお、間食回数とむし歯発生の間には相関があるので、間食回数は1日2回以下に、そして時間を決めて与え、甘味の少ないものを与えるなどの指導を行う。幼児の食事嗜好はいろいろに変わっていくが、この時期に甘味嗜好が強められそれが定着することが多く、後では改善が難しいのでこの時期に甘味嗜好を定着させないような注意が必要である。また水分補給としては、お茶や水を摂ることを推奨する。

項目22 哺乳ビンを使用していますか。

ア 目的

この時期においては、哺乳ビンを使用してミルクなどを与えていることは、望ましくない。

また、哺乳ビンの使用は、むし歯発生にも大いに関係するので、確実にチェックすべきである。

イ 確認

問診票で、「はい」または「時々」と回答した者については、その状況を聞き取り再度把握するとともに、正しい育児指導を確実にを行う必要がある。特に、哺乳ビンを使用してジュース類や乳飲料などを与えていると、上顎前歯部のむし歯を発生させる可能性が極めて高いので、それらをチェックし直ちに止めさせるなど指導の徹底を図る。

項目23 名前を呼ぶと振り向きますか。

難聴のスクリーニングである。家族性、先天性（風しん、耳管狭窄、奇形など）、周産期（髄膜炎、核黄疸、低酸素性虚血性脳症など）、後天性（中耳炎、ムンプス、麻しん、耳垢など）の原因を参考として病歴を聞く。精神遅滞、自閉症スペクトラム障害が難聴とされていることはよくある。

項目24 目つきや、目の動きが悪いという心配はありませんか。

先天性内斜視（6か月以内に発病）、乳児内斜視（1歳までに発病）に注意する。検眼遮閉法を行い、弱視の予防、早期治療を行う。

白内障、白色瞳孔（猫眼→網膜芽細胞腫）に注意。

項目25 見えていると思いますか。

子どもの視力異常をまず見つけるには医師より養育者であることが多い。したがって養育者が視力に不安を持っているときは慎重に検査しなければならない。また、健診で行われる視力検査には時間的設備的に制約があるので眼科医に紹介した方がよい。診察法としては目が見える高さで楽に座らせ、泣かないように親しげに目と目で触れ合う。正面視で目がまっすぐかどうかをみる。ついで顔を目で追えるか、顔の表情に対する反応、小さいおもちゃに手を伸ばす。あるいは目で追う状態を診る。

項目26 何か相談したいことや心配はありませんか。

栄養に関しては哺乳ビンを用いない、子どもの自主性をある程度尊重した楽しい規則正しい食事を指導する。

事故の予防：階段、風呂、熱湯、薬品の誤飲、豆類やおもちゃなどの誤嚥などに注意する。

睡眠：時間的場所的に規則正しくする。短い睡眠儀式は安眠を誘う。

しつけ：ことばのみで行うと口やかましいだけの養育者、理解に乏しい子どもになる可能性がある。

ことばと行動で行う。例えば触ってならないものは駄目と言いながら除き、危ない所に行こうとするときはそのように言いながら抱え込む。

【M-CHATについて】

1歳半から2歳を標的として、自閉症スペクトラムの早期の気づきのためのスクリーニング用アンケートとして米国で開発された。

日本での検討結果の報告では、対象児1727人中のM-CHAT陽性者は44人（2.5%）であり、その内半数弱22人がASD（自閉症スペクトラム障害）と診断された。非ASDと診断された児も、全般的遅れなど支援が必要であったとのことである。M-CHAT陰性者の98.6%は非ASD児だったが、1.3%（22人）が見逃されたASDであった。対象全体の中でのASDは2.5%（42人）であり、半数はM-CHATで抽出できたが、半数はできなかった結果であった。

このようにM-CHATのみで早期の気づきがなされ診断に至るわけではなく、M-CHATで全てのASD児であることへの気づきを網羅出来るわけではなく限界はある。しかし、早期から気づき・支援を開始する上では有用であることと理解できる。今後乳幼児健診での導入が有用と考えられる。

【M-CHATの利用の仕方・判定基準（標準的な方法）】

○第1スクリーニング

【時期と方法】 1歳6か月健診時にM-CHATを養育者が記入

【陽性基準】 全23項目中 3項目以上の不通過

または

重要10項目中 1項目以上の不通過

（重要10項目2、6、7、9、13、14、15、20、21、23）

陽性者は第2スクリーニングへ

○第2スクリーニング

【時期】 第1スクリーニングから1～2か月後

【方法】 保健師がM-CHATの各項目を養育者に直接電話で確認

【陽性基準】 全23項目中 3項目以上の不通過

または

重要10項目中 2項目以上の不通過

○第2スクリーニング陽性者へのその後対応

2歳時に専門医に紹介 →診断へ

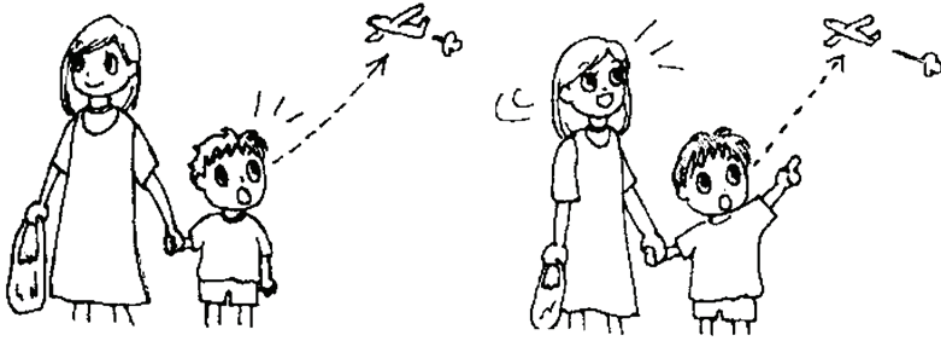
お子さんの目頃の様子について、もっとも質問にあてはまるものを○で囲んでください。すべての質問にご回答くださるようお願いいたします。もし、質問の行動をめったにしないと思われる場合は(たとえば、1, 2度しか見た覚えがないなど)、お子さんはそのような行動をしない(「いいえ」を選ぶように)とご回答ください。項目7、9、17、23 については絵をご参考ください。

1. お子さんをブランコのように揺らしたり、ひざの上で揺ると喜びますか?	はい・いいえ
2. 他の子どもに興味がありますか?	はい・いいえ
3. 階段など、何かの上に這い上がることが好きですか?	はい・いいえ
4. イナイナイバーをすると喜びますか?	はい・いいえ
5. 電話の受話器を耳にあててしゃべるまねをしたり、人形やその他のモノを使ってごっこ遊びをしますか?	はい・いいえ
6. 何かほしいモノがある時、指をさして要求しますか?	はい・いいえ
7. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか?	はい・いいえ
8. クルマや積木などのオモチャを、口に入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、オモチャに合った遊び方をしますか?	はい・いいえ
9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか?	はい・いいえ
10. 1, 2秒より長く、あなたの目を見つめますか?	はい・いいえ
11. ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか? (耳をふさぐなど)	はい・いいえ
12. あなたがお子さんの顔をみたり、笑いかけると、笑顔返してきますか?	はい・いいえ
13. あなたのすることをまねしますか? (たとえば、口をとがらせてみせると、顔まねをしようとしますか?)	はい・いいえ
14. あなたが名前を呼ぶと、反応しますか?	はい・いいえ
15. あなたが部屋の中の離れたところにあるオモチャを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか?	はい・いいえ
16. お子さんは歩きますか?	はい・いいえ
17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか?	はい・いいえ
18. 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか?	はい・いいえ
19. あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか?	はい・いいえ
20. お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか?	はい・いいえ
21. 言われたことばをわかっていますか?	はい・いいえ
22. 何もない宙をじーっと見つめたり、目的なくひたすらうろろろすることがありますか?	はい・いいえ
23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか?	はい・いいえ

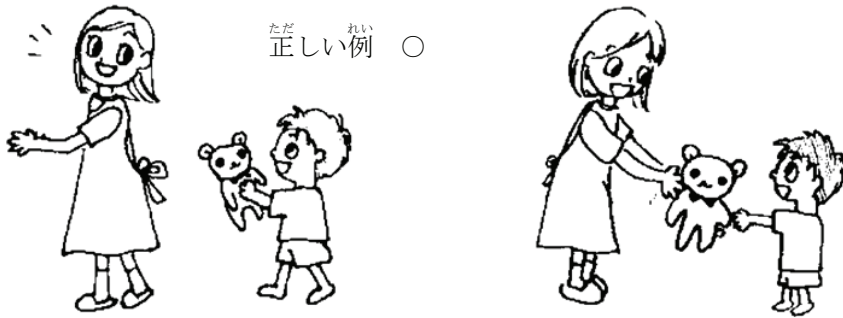
M-CHAT copy right (c) 1999 by Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Authorized translation by Yoko Kamio, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

M-CHAT の著作権は Diana Robins, Deborah Fein, Marianne Barton にあります。この日本語訳は、国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部部長の神尾陽子が著作権所有者から正式に使用許可を得たものです。

7. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？



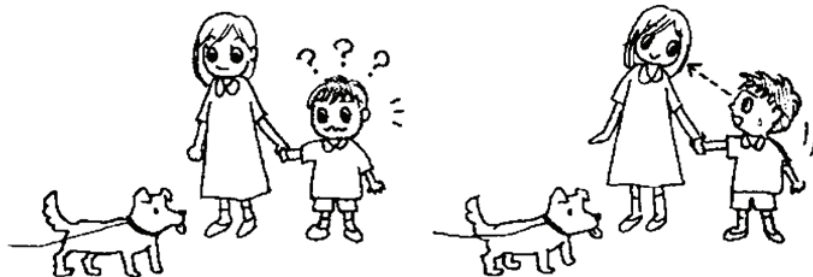
9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？



17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？



23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？



3 健康診査の実施要領

(1) 家族歴

家族歴および出生歴の聴取は、ハンディキャップ児の心身発達に影響している原因を探ることを目的とする。乳児期において放置されていたリスク事項については、母子健康手帳を参照しても必要な情報が得られにくいことが多いため、この1歳6か月児健診で確認を行う。

心身障害、発達遅滞の疑いのあるものについては、なるべく詳細なデータをとるように努める。父母の疾病については、慢性疾患、感染症などに注意する。特記事項は、遺伝性疾患、先天異常、難聴、精神遅滞、精神疾患、高血圧症などに注意する。近親結婚は、いとこ結婚などを明らかにする。地域的に家系内結婚の多いものや、先天異常の存在する場合には、特に注意して聴取する。

家族歴及び出生歴においてリスクのあるものは、その影響の持続や残存について、後述の行動発達や診察において特に注意し、観察、検討すること。なお、行動発達、育児上の問題、診察所見などに問題のあるものについては、家庭環境、社会環境上のリスクについても必要ならば訪問指導などを行い、その事情を明らかにすることが望ましい。

(2) 出生歴

ア 目的：妊娠、分娩時及び出生時期のハイリスク要因の有無を確認し、乳児期以後の発育、発達を把握することを目的とする。母子健康手帳に記載されている項目を転記し、他は問診による。

イ 妊娠中の母親の疾病、異常

妊娠高血圧症候群、糖尿病、妊娠初期の風しん罹患、風しんワクチン接種の有無、切迫流産、Rh（－）型かどうか、貧血、妊娠中の薬物服用の有無、高年齢出産かどうかを知る。

（ア）妊娠高血圧症候群：次の基準により母子健康手帳から転記する。

妊娠高血圧症候群の軽・重症度分類

妊娠高血圧症候群の軽症・重症判定基準を示す。重度妊娠高血圧症候群とは、高血圧、蛋白尿の症状のうち一つ以上が重症の範囲内のものをいう。

【軽度妊娠高血圧症候群】			
● 高血圧	収縮期血圧	140以上160mmHg未満	
	または	拡張期血圧	90以上110mmHg未満
	または	血圧の上昇	収縮期 30mmHg以上 (妊娠初期に比べて) 拡張期 15mmHg以上
● 蛋白尿	24時間尿で 300mg/日以上		
	2000mg/日未満		
	または	試験紙で連続2回陽性	

【重度妊娠高血圧症候群】			
● 高血圧	収縮期血圧	160mmHg以上	
	または	拡張期血圧	110mmHg以上
● 蛋白尿	24時間尿で2000mg/日以上		
	または	試験紙で新鮮尿で連続2 3回 3+ (300mg/dl) 以上のこの値を超えた場合	

- (イ) 糖尿病：母子健康手帳には尿糖について記されてあるので、(+) (++)のものについては、特記指示事項に糖尿病と記されているかをみる。不明の場合は母親に尋ねる。糖尿病の場合は、妊娠前に発症した糖尿病、妊娠時に診断された明らかな糖尿病、妊娠糖尿病の何れであるかを尋ねる。
- (ウ) 風しん罹患：妊娠中に風しんに罹患したかどうかを尋ねる。軽症の場合は、カゼ症候群に類似しているため、カゼ様症状があったかどうかを確認することが望ましい。
- (エ) 切迫流産：母子健康手帳の医師の特記指示事項に記されている場合は転記し、不明の場合は切迫流産による安静、治療の有無を尋ねる。
- (オ) Rh式血液型：Rh（-）の頻度は我が国では0.5～1.0%であり、しかも母児間不適合があっても、新生児溶血性疾患を発生する頻度はその約5%といわれる。
最近では未感作の母体に、妊娠28週前後と分娩後に抗Rhヒト免疫グロブリンを投与するため、新生児溶血性疾患の発生率は更に減少している。
- (カ) 貧血：母子健康手帳に検査されたヘモグロビン値が記されているので、Hb10g/dl以下を貧血とする。
- (キ) 妊娠中の薬物服用：妊娠中、長期にわたり服用した薬物があったかどうかを尋ねる。
- (ク) 高年齢出産：35歳以上の出産

ウ 分娩時の異常

- 分娩が異常であったか正常であったかを母子健康手帳より転記し、有無を尋ねる。
- (ア) 多児：母子健康手帳と問診による。
- (イ) 分娩遷延：母子健康手帳に分娩所要時間が記されているので、24時間以上を遷延とする。記されていない場合は、陣痛開始より分娩までの時間を尋ねる。
- (ウ) 骨盤位分娩：母子健康手帳により転記される。記されていない場合は、逆子であったかを尋ねる。
- (エ) 帝王切開：母子健康手帳の分娩経過、特記事項に記されていれば転記する。
- (オ) 鉗子・吸引分娩：鉗子、吸引など器械を用いた場合は、母子健康手帳の分娩経過、特記事項に記されていれば転記する。記載のない場合は、分娩の際に器械を用いたか否かを尋ねる。
- (カ) 前期破水：陣痛開始前に破水したか、破水より分娩までに24時間以上経過したかを尋ねる。母子健康手帳に記載があれば転記する。
- (キ) 羊水混濁、羊水過多：母子健康手帳に記載があれば転記する。
- (ク) 前置胎盤、胎盤早期剥離：母子健康手帳に記載があれば転記する。

エ 早期新生児の状態

- 新生児期に異常があったかを母子健康手帳により、あるいは問診により尋ねる。異常がなければ異常なしとする。
- (ア) 仮死：母子健康手帳より転記する。Apgar scoreが記されている場合は、6点以下を仮死とする。記載のない場合は、出生時暫く泣かないで蘇生術を行ったかを尋ね、行っていれば仮死とする。
- (イ) 強い黄疸：母子健康手帳より転記する。血清ビリルビン値が記されている場合は、成熟児では

17mg/dl、低出生体重児では15mg/dl以上を強い黄疸とする。

光線療法、交換輸血を行った場合（行ったかを尋ねる）は特記すること。

- (ウ) けいれん：母子健康手帳に記載があれば転記し、なければ、ひきつけの有無を尋ねる。
- (エ) 酸素使用：母子健康手帳より転記、記されてなければ使用の有無を尋ねる。
- (オ) 保育器使用：母子健康手帳より転記、記されてなければ使用の有無を尋ねる。
- (カ) その他の疾患：母子健康手帳よりの転記、なければ特別の疾患があったかを尋ねる。

オ 出生体重

カ 在胎週数

母子健康手帳より転記する。

(3) 既往歴

罹患した感染症、罹患した中程度以上の疾病、罹患傾向、予防接種について問診を行う。

感染症においては、近年抗生物質による細菌感染の抑止に伴い、ウイルス疾患が重要となっている。

疾病については、主に前回の健診受診後の中程度以上の疾病を聴取する。入院加療を要した疾患や外科手術はいうまでもないが、日常の健康管理や、生活指導上重要な慢性疾患アレルギー疾患などにも注意する。母体から移行したIgGは出生後しだいに減少し、新生児のIgG産生能は急に上がらないで、1歳前後は感染しやすく、特に上気道にいわゆるcommon cold virusの感染をくり返す。したがって1歳6か月時点では気管支喘息の診断には慎重を要する。なお、川崎病については経過観察が必要となる。

罹病傾向においては、けいれんや、小疾患の反復などを明らかにする。熱を出しやすい、かぜを引きやすい、下痢をしやすい、湿疹の持続などにおいては、罹患頻度と持続期間が問題になるが、常識的には、1か月に1回以上も罹患しているものについては罹患回数が多いとされよう。あまりに感染をくり返す場合は、免疫不全の場合があるので注意が必要である。

熱性けいれんは、大多数が6か月～3歳で初発する。すなわち38.0℃以上の発熱とともにけいれんが起こる。

次の場合は複雑型けいれんといい、精査を要する。

- ア てんかんの家族歴がある
- イ 発症年齢が6か月未満、6歳以上
- ウ 20分以上続いたとき
- エ 左右非対称
- オ 1回の発熱で2回以上のけいれん
- カ 発作終了後に持続性意識障害や片麻痺がある
- キ 発達遅滞、脳性まひなど神経学的異常があるとき

(4) 予防接種

接種時期を迎えたら、早期の接種が必要である。2か月でヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン、B型肝炎ワクチン（任意接種）、ロタウイルスワクチン（任意接種）、3か月から四種混合ワクチン（三種混合と不活化ポリオワクチンの混合ワクチン）の接種を開始する。また、それぞれのワクチンの必要な回数を適切な時期に接種する必要がある。BCGは生直後から接種可能であるが、標準的に5か月から7か月までに接種する。1歳から、麻しん・風しんワクチン、ムンプスワクチン（任意接種）、水痘ワクチン

ン(任意接種)を接種する。また、ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン、四種混合ワクチンの追加接種も忘れないことが重要である。日本脳炎ワクチンは標準的に3歳から接種が行われる。

また、生後6か月からは、毎年秋季(10-11月)にインフルエンザワクチン(任意接種)を接種する。これらについて、接種の聴取を行い、必要があれば、接種の計画を立てる。

※詳細は日本小児科学会推奨の予防接種スケジュールを参照(<https://www.jpeds.or.jp>)

(5) 発育

ア これまでの発育

出生後、健診を受けるまでの間における身体の成長と運動機能や精神発達の状況につき、簡潔に概略を知ろうとする項目である。

(ア) 成長：順調・障害疑い・不明

母子健康手帳の記録がある場合は、これまでの身長及び体重の計測値が、標準成長曲線の沿っており、乳児身体発育値の10パーセンタイル値を超えていれば、順調と区分してよい。(医学的には3パーセンタイル以下を要検査とする)ただし、標準成長曲線に沿った成長をしていない場合は、成長障害を疑い、要検査とする。

(イ) 運動機能：順調・遅い・不明

記録がある場合、「首のすわり」、「ひとりすわり」、「つかまり立ち」、「ひとり歩き」のいずれかに、9割基準(母子健康手帳の発育値欄下部に呈示されている矢印の右端月齢より)遅いものがあれば、「遅れ」と判定すべきである。

記録のない場合及び上記項目以外の運動機能については、身長・体重の場合と同様なんらかの健診で医師、保健師、心理判定員などから、「運動機能発達が遅れている」という意味のことをいわれたことがない限り、一般的には、「順調」としてよい。

(ウ) 知恵：順調・遅れ・不明

母子健康手帳の各月齢ごとの質問事項に関連した記録があれば総合的に判断して、「遅れ」の場合を判定することができよう。記録のない場合には、上記の運動機能と同じような考え方で区分してよい。

イ 身長

ウ 体重

カウプ指数(BMI)を追加

エ パーセンタイル値

10パーセンタイル未満、90パーセンタイル以上の子どもについては、身体所見や食事と照合して判断するが、必ずしも異常とはいえない。医学的に問題となるのは3パーセンタイル以下、97パーセンタイル以上、および標準成長曲線に沿っていない成長の場合である。

4 診 察

診察は健診の重要な部分である。心身障害(handicapping conditions)を判定するだけでなく、比較的軽度の疾病や欠陥異常ではあるが、子どもの機能の低下や、将来の教育に差し支えるおそれのあるものを識別すべきである。

(1) 受診態度

診察所見の信頼性の判断に関連して記入を必要とする。受診態度自体を評価しようとするものではない。ただし、精神発達遅滞児、発達障害児にあっては、その行動から異常を判定できることがある。

(2) 体格

主として身長の高低によって区分する。大柄は身長測定値が90パーセントイル以上、小柄は10パーセントイル未満とされるが、体格の価値判断と結びつくものではない。

(3) 栄養状態

診察所見、皮膚の緊満状態、体重、身長・成長曲線によって総合判定される。

(4) 筋骨

筋肉、骨の触診によって大まかに判定される。満2歳は、乳児期の体型から幼児期の体型への移行の時期であって、皮脂厚の漸減傾向によって知られるとおり、身長が伸びるとともにやせてくる印象を与える。離乳食から幼児食への移行が順調でないために体重の増加が停滞する場合もあるが、多くは生理的なものである。満2歳においては、年長児にみるような細長型、筋骨型、肥満型などの体型は、いまだはっきりしていないが、30か月過ぎには前記のような家族的な体型の特徴を示すようになってくる。

(5) 診察所見

主として疾病異常に関するものである。

乳児期に2～3回の適切な受診をしていると大部分の先天異常や慢性の疾病異常はすでに発見され、適当な処置を受けているはずである。したがって1歳過ぎにおいては、これらの発見は二義的なものである。

疾病異常については、慢性疾患や軽度の疾病異常で放置されているものが問題になる。放置されている鼠径ヘルニア、追跡観察されていない先天性心疾患などには適切な指導を行う。先天代謝異常や神経系変性疾患は、早期に発症するものはすでに乳児期に発症しており、幼児期に発症するものは少ない。

1歳6か月頃には、疾病の罹患傾向が明らかになりはじめる。これらの一部は体質的特性に、一部は生育環境に原因する。

熱性けいれん児は、てんかんと鑑別に注意して追跡する。乳児期の境界の神経学的異常はこのときまでの追跡でかなり判定できるようになる。

(6) 形態異常

奇形、小奇形（変質微候）に関するものである。大泉門の閉鎖を確認する。

(7) 皮膚所見

先天異常や湿疹などの後天性の皮膚疾患に注意するが、皮膚や下着の清潔度は一般的ケアの判定に役立つ。皮膚疾患においては、アトピー性皮膚炎、小児乾燥型湿疹、皮膚カンジダ症、皮膚化膿症、じんま疹などに注意する。

貧血の判定は視診だけでは困難であるため、血色素、ヘマトクリットなどの検査が必要である。

(8) 聴診

一般的な胸部診察であるが、いわゆる健康児でも喘鳴がみられるものがあるので注意する。

心雑音は、機能的と病的を区別するように努める。先天性心疾患の疑いのあるものについては、精検を勧める。

(9) 腹部

一般的視診、聴診で特殊な疾患を発見することは稀である。

(10) 神経学的所見及び運動機能

前記を参照

(11) 視覚スクリーニング

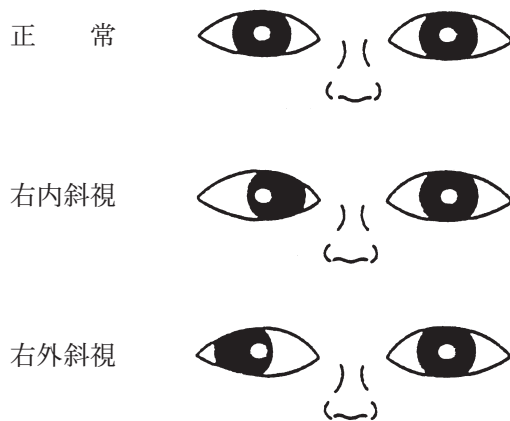
ア 目的：視力および両眼視機能の発達を阻害する因子を発見する。

イ 問題項目

- (ア) 瞳孔領が白いか、光って見えることはありませんか
- (イ) 極端に光を嫌がりませんか
- (ウ) 涙や眼指がいつもたまっていませんか
- (エ) 斜視はありませんか
- (オ) 眼球の動きがおかしいと思ったことはありませんか

ウ 確認事項

- (ア) 比較的部屋を暗くしてペンライトにて瞳孔領をみる。周囲を暗くすることは、瞳孔が散瞳するからである。白色瞳孔、角膜混濁などを観察する。虹彩欠損をみることもできる。
- (イ) ペンライトによる斜照法にて、角膜混濁、睫毛が角膜に接していないかなどをみる。羞明、角膜混濁、角膜径増大は、先天性緑内障（牛眼）の3大主徴である。
- (ウ) 視診やペンライトによる斜照法により涙や分泌物の状態をみる。また鼻根部を綿棒か指で強く押さえて膿や分泌物の逆流の有無をみる。
- (エ) 斜視は、角膜反射試験、固視、追視試験及びおおい試験（カバーテスト）にて発見する。



斜視の発見方法（角膜反射法）

（文献：「写真でみる乳児健診の神経学的チェック法」）

(オ) 眼球運動は、ペンライトの追視による左右及び上下方向の眼球運動をみる。眼振、眼球運動制限をみる。

(カ) 眼瞼下垂は、存在する場合は朝と午後の日内変動を聞く必要がある。

エ 異常の判定と事後措置

(ア) 白色瞳孔は、網膜細胞腫、未熟児網膜症、第一次硝子体過形成遺残、コーツCoats病、先天性白内障などにみられ、全身性病変の有無もチェックする。小児科専門医への受診が必要であり、純粹

に眼科的なものは眼科専門医に受診させる。角膜混濁は先天性緑内障、虹彩毛様体炎、虹彩欠損などがあれば全身的異常を伴うことがあるので注意を要する。

- (イ) 羞明は、白内障、無虹彩症、睫毛内反症、先天性角膜混濁、先天性緑内障にみられる。睫毛内反は日本人の乳児50%にみられ、正面視にて角膜に睫毛が接していると角膜炎を引き起こすので、1歳以後は手術が必要である。
- (ウ) 先天性鼻涙道閉鎖あるいは涙液通過不全は、発見次第、ブジーを通して膜を破る必要があり、生後6か月を過ぎると治療が難しい。眼科医による処置が必要である。
- (エ) 斜視は、眼位が正常でない左右眼の屈曲が等しくならず、視力も低下し、発達が阻害される。眼科医による精密検査が必要である。
- (オ) 眼球運動の異常や眼瞼下垂は、小児神経専門医への受診が必要である。

(12) 聴覚スクリーニング

ア 問診項目

- (ア) 普通の声で名前を呼ぶと振り向きますか
- (イ) 簡単ないつけ（例えば「新聞を持ってきて」など）が理解できますか
上記質問ができれば一応、合格とする。

イ 留意事項

- (ア) ことばの遅れのある子どもについては、必ず難聴の有無を検討すること。
理由：ことばの遅れが主訴の場合には心理相談へ回されるが、このような子どもの中に難聴児が混じっていることが稀ではない。心理相談員にも難聴児についての知識を持ってもらう必要がある。
- (イ) ただし、ことばの遅れた子どもで、日常生活でお気に入りのテレビコマーシャルや音楽に、テレビの见えないところにおいても敏感に反応する場合（母親に尋ねて確認する）には、難聴はないとみてよかろう。
- (ウ) 難聴かどうかの確認には難聴チェックリスト（22ページ参照）が役に立つ。

(13) 歯（口腔）

ア 検査

1歳6か月児では、むし歯の予防が最も重要な課題となる。むし歯は、1歳6か月児で1.7%の有病者率があり、その後急激に増加し3歳児では16.2%有病者率となる（平成24年度新潟県平均）。

特に、1歳6か月健診でむし歯を持っている子どもは、1歳6か月でむし歯がなかった子どもに比べ、3歳、5歳になった時、有意にむし歯の本数が多くなる。

むし歯の増加に最も大きく影響するのは保育環境であり、個々の子どもの保育環境を把握するとともに、問診や健診でスクリーニングし、適切な指導を行う必要がある。

むし歯は生活習慣病の一つと考え、むし歯の発見にとどまらず、将来のむし歯の発生や予防を考慮して、健診・指導を行う必要がある。

(ア) 歯

歯の萌出状況の診査を行う。1歳6か月の歯牙の萌出状況は、平均で12~16本くらいであるが、萌出の程度には個人差がある。しかし、乳歯の萌出が全く見られなかったり、萌出の順序に狂いが

生じている場合は、専門の医療機関への受診を勧める。

1歳6か月児におけるむし歯の好発部位は、上顎乳中切歯（A | A）の間であるので、精査を必要とする。第1乳臼歯（D）に見られる場合は、歯科医院での管理が必要となり、下顎乳前歯部（BA | AB）まで及ぶ場合は、医療機関・保健所を含めた総合的な管理指導体制を組む必要がある。

(イ) 歯列及び咬合

咬合はまだ完成しておらず、不安定な咬合関係をしている。この時期は、著しい顎の成長不全などが見られた場合、専門の医療機関（大学病院など）への受診を勧める。

この時期における指しゃぶりは、生理的なものとして考え、やめさせる必要はない。しかし、指しゃぶりは、前歯がかみ合わない状態（開咬）原因となるため、3～4歳頃までにやめられるように、話しておく必要がある。また、おしゃぶりも開咬の原因となるため、同様に2～3歳頃までにやめるよう話しをしておく必要がある。

(ウ) 歯肉

下顎乳前歯の舌側に、白色の歯石が沈着している場合がある。歯肉に炎症を起こす場合があるので、医療機関への受診を勧める。この時期、歯周病まで進行することはほとんどないので、あまり不安感を与えないように指導する。

(エ) 口腔機能

手づかみ食べからスプーンなどの食具を用いて食べる「食事の自立」が獲得されてきているか確認する。また、①噛まない、噛めない、②飲み込めない、口にためる、③口にためて吸う、④口に詰め込む、⑤噛まずに丸飲みする、⑥周囲を汚す、⑦食器がうまく使えないなど「食べ方が下手」と養育者が感じているかを聞き取る。指導評価には実際の食事の状況を見てからの判断となる。

イ 指導

(ア) 口腔清掃指導

歯垢は、むし歯発生の最大の原因となる。歯垢は、ふだんの生活の中で付着してくるが、通常は口腔の自浄作用やブラッシングによって除去されている。多くの歯垢が付着している場合は、ブラッシングの方法や食習慣について問題のある場合もある。

一般的に、歯垢染色剤を用いて歯垢を染め出し、歯の汚れ具合を養育者に認識させることは、むし歯の予防に対し大変有意義である。歯の汚れはプラーク・スコアを算出し行う。上顎乳中切歯、上顎乳側切歯（BA | AB）4本の歯面を3分割し、染め出された歯面の合計数が4以上のものを「要指導」とする。（スコア最高値は12）

この時期は、歯磨き習慣を定着させることを目標とし、「寝かせ磨き」で仕上げ磨きを行うことを指導する。さらに歯と歯の間のむし歯の予防にはデンタルフロス（糸状の清掃用具で、歯ブラシが届きにくい歯と歯の間の歯垢を取るもの）の使用を勧める。このような口腔衛生指導は、歯科医師や歯科衛生士が行うとよい。

(イ) フッ素塗布

むし歯の予防には、歯磨き習慣やおやつなどの食習慣を改善することが大切である。さらに、フッ素塗布を中心とする歯質強化を進めることが大切である。フッ素塗布実施にあたっては、歯の萌出直後から継続的に実施することにより、初めて効果が現れる。遅くとも1歳頃から開始し、3か月

毎に実施していく体制が望ましい。その間隔は長くとも6か月以内に実施することにより効果がある。なお、フッ素塗布の方法は、下記に示す「歯ブラシ法」が簡便であり、ほとんどすべての乳幼児に対して導入が可能である。また4歳児以上では、フッ素洗口を推奨する。

《「歯ブラシ法」によるフッ素塗布》

- ・子どもを膝に寝かせ、歯磨剤状のフッ素剤を歯ブラシに付け、約2分間塗布する。
- ・余剰の薬剤をふき取る。
- ・塗布後、30分の飲食を中止させる。



(ウ) 養育者からの感染（母子感染）

むし歯の原因となるミュータンス菌は、食べ物や食具などを通じて養育者から子どもに伝播する。

菌が萌出した後、だいたい1歳6か月から2歳頃に感染するといわれている。子どもを養育する養育者のむし歯を治療しておくことが、子どものむし歯予防にもつながる。

5 事後措置

1歳6か月児健康診査の結果、疾病や心身発達障害などの疑いがあると判断された子どもは、養育者の同意を得て精密検査を勧める。

各種疾病の疑いのある場合は、無料受診券により委託機関への受診となる。神経学的発達および精神発達遅滞の疑いある場合は、療育相談において、医療機関からの発達専門医による2次スクリーニングを行う。

また、3次スクリーニングとしては、専門医療機関、児童相談所が位置付けられているが、市町村における1次スクリーニングでの結果によっては、直ちに、この専門機関に紹介されることもある。

Ⅲ 3歳児健康診査の手引

1 健康診査の目的

幼児期において、身体発育および精神発達の面から最も重要である3歳児のすべてに対して、医師、歯科医師などによる総合的健康診査を実施して、その結果に基づき、適当な指導及び措置を行うものである。

3歳児に対する健康診査は、発育状態、栄養の良否、疾病の有無など従来行われていた健康診査の他に、歯科および精神発達などの検査、指導など、多角的な健診を行い、各種心身障害児早期発見に資するものである。

2 問診

(1) 問診項目

問診票は、健診の実施を能率的効率的に行うための補助として、受診前に養育者が直接記入するか、面接して質問記入するために用いられる。

3歳児健康診査問診票（例）

		No.
本人氏名	保護者氏名	
住 所		
1 速く走れますか。	はい	いいえ
2 足を交互に出して階段をのぼれますか。	はい	いいえ
3 丸が書けますか。	はい	いいえ
4 三輪車に乗ってこげますか。	はい	いいえ
5 何でも自分でしがりますか。	はい	いいえ
6 ごっこ遊び（ままごと、自動車ごっこなど）をしますか。	はい	いいえ
7 赤、青、黄、緑のうち3つの色がわかりますか。	はい	いいえ
8 自分の姓名がはっきり言えますか。	はい	いいえ
9 歌がうたえますか。	はい	いいえ
10 質問をさかんにしますか。	はい	いいえ
11 「パパ、カイシャ」などの二語文を話しますか。	はい	いいえ
12 友達と遊びますか。	はい	いいえ
13 大人と話ができますか。	はい	いいえ
14 自分のものと他人のものとの区別がわかりますか。	はい	いいえ
15 日中のおしっこがひとりでできますか。	はい	いいえ
16 手を自分で洗えますか。	はい	いいえ
17 食事は大体自分でできますか。	はい	いいえ
18 服の脱ぎ着を自分でしようとしますか。	はい	いいえ
19 右記のことがらで、特に気になることはありますか。	ない ある ひどく落ち着かない・極端に不安や恐れが強い 視線が合わない・甘えてこない かんしゃくがひどい・動きが乏しく、おとなしすぎる 親や周囲の人に無関心・人の言うことを聞かない 睡眠中に急に泣き出して起きることがよくある 小食で偏食がひどい・過食でふとりすぎである 指しゃぶり・爪かみ・性器をよくいじる どもり、チック 遊びや興味が偏る・寝付きが悪い よく頭痛や腹痛を訴える その他（ ）	

3
歳

(2) 問診項目の解説

項目1～4の通過率

項目	通過率
項目1 速く走れますか。	95%以上
項目2 足を交互に出して階段をのぼれますか。	88% (2歳9か月～2歳11か月で87.8%)
項目3 丸が書けますか。	84%以上 (2歳9か月～2歳11か月で84.6%、3歳～3歳3か月で84.9%)
項目4 三輪車に乗ってこげますか。	72%

ア 目的

運動発達の軽度異常の発見を目的とする。3歳児では重～中程度の障害はすでに発見されているものと思われるので軽症に重点を置いた。

イ 確認：一般医、保健師、臨床心理士が行う。

項目	通過率
(ア) 走らせる。(上手に走れたら合格)	75%以上
(イ) 開眼で片足立ちをさせる。(3秒以上させたら合格)	66%以上 (3歳～3歳3か月で66%、3歳4か月～3歳7か月で83.6%)
(ウ) 30cm以上の高さから両足を揃えて飛び降りる。(降りられたら合格)	90%以上 (高い所から飛び降りる3歳100%、階段3段目から飛び降りる3歳50%、4歳80%)
(エ) 1辺が3cmの積み木を重ねて塔を作らせる。(4個以上積めたら合格)	90%以上 (なお2つ3つなら、2歳で100%)

ウ 異常の判断基準と事後措置、問題点

確認で1項目以上不合格のものは、精密検査および経過観察を行う。

※注1：「項目1よく走る」は普通に走れるの意で、走るのが上手の意ではない。「項目2階段をのぼる」は、手すりにつかまらないで、自分で足を交互に出して階段をのぼるの意。

「項目3丸を書く」は、検者がまず紙に丸を書いてみせ、次に被験者に赤鉛筆を持たせて丸を書かせる。

項目5 何でも自分でしがりますか。

項目6 ごっこ遊び(ままごと、自動車ごっこなど)をしますか。

項目7 赤、青、黄、緑のうちの3つの色が分かりますか。

ア 目的

自我の確立が進み、社会適応能力が順調に伸びているかをみる。

イ 確認

3歳児の場合は、基礎的な常識的知識に関する問題と描画能力に関するテストを実施し、基礎的な社会的常識や手指の動きの巧緻性などが育っているかをみる。

(ア) 丸の手本を見せて書かせる。

丸の手本を見せて同じものを書かせる。大小は問わない。

(イ) 性別を聞く。

男の子には「男の子か、女の子か」女の子には「女の子か、男の子か」と聞く。

(ウ) 自分の身体の部位を当てさせる。

鼻、髪、歯、舌、へそ、爪の5つの部位について質問し、指さして答えてもらう。

ウ 異常の判断、事後措置

問診項目、テスト共に3問中2問通過ならばよしとする。しかし、3歳児の場合もその場の状況や本人の心身の状態によってはテストに必ずしも気が乗らない場合があるので、テストを拒否したような時は、1～2歳児の場合と同じようにアンケートの結果や他の関連領域の診断結果を参考にその発達状態を診断する。

項目8 自分の姓名がはっきり言えますか。

項目9 歌がうたえますか。

項目10 質問をさかんにしますか。

項目11 「パパ、カイシャ」などの二語文を話しますか。

ア 目的

相手が理解できる程度にはっきりした発音ができることと、ある程度対話ができることを確認する。

イ 確認

この年齢段階では、日常の会話が一応可能になる時期なので、次の3問のテストを課して発達状態を確認する。

(ア) 姓名を言わせる。

「あなたの名前は何というの」と名前を聞き、名前だけしか答えない場合は姓についても言わせる。

(イ) 簡単な質問2問

a おなかが空いた時はどうしますか。

「ごはんを食べる」とか「お菓子をもらう」などのように空腹を満たす手段が述べられればよしとする。

b ねむくなった時はどうしますか。

「寝る」とか「ふとんを敷いてもらう」などの答えが得られればよしとする。2問中1問できればよしとする。

(ウ) 2本の長短をあてさせる。

紙に描かれた6cmと5cmの直線の長短を指さして、当てさせる。位置を替えて3回試行し、3回全部を正しくあてることができればよしとする。

ウ 異常の判定、事後措置

3歳児の段階では、一応課題を与えてテストをすることが可能になるが、問題を持った子どもの場合には、しばしばテストに気が乗らず拒否する例が多いので、子どもと検査者との間に親和的な関係を作ることが肝要である。また、発音については、この段階では、誤りがあって当然であるが、極端に不明瞭な発音をするものや、誤った発音になるものについては詳しくその原因について調査の必要がある。

3歳で二語文がない場合には病的と考え、原因を検討する必要がある。原因には以下の4つが代表的なものである。

- (ア) 難聴
- (イ) 知的障害
- (ウ) 自閉症スペクトラム障害
- (エ) コミュニケーション障害（表出性ないしは受容性言語障害）

項目12 友達と遊びますか。

項目13 大人と話ができますか。

項目14 自分のものと他人のものとの区別がつかますか。

ア 目的

友達遊びに対する興味が育ち、友達遊びが行われているかをみる。

イ 確認

子どもに話しかけを行い、それに応じるかをみる。反抗したり、内気で緊張がひどいような時には、日常の状態について詳しく質問を行い、対人関係の問題の有無について聞くことが必要である。

ウ 異常の判定、事後措置

まだこの段階では自己中心性の強い時期なので、高度の協調性などを期待することはむろんできない。友達や大人との人間的な触れ合いに対する意欲がみられればよいわけである。アンケートの答えを参考にしながら、極端な偏りを示すものについては詳しく調べる必要がある。

項目15 日中のおしっこがひとりでできますか。

項目16 手を自分で洗えますか。

項目17 食事は大体自分でできますか。

項目18 服の脱ぎ着を自分でしようとしますか。

ア 目的

基本的な生活習慣の自立への意欲が育っているかをみる。

イ 確認

前項の項目について問診の場で確認する。

ウ 異常の判定、事後措置

3歳児の段階では排尿と食事の自立が可能であればよく、他のものについては可能でなくとも自分でやろうという意欲が育っていればよいわけである。

3 健康診査実施要領

(1) 健康診査項目

満3歳を超え満4歳に達しない幼児に対して行う健康診査の項目は次のとおりとする。

- ア 身体発育状況
- イ 栄養状態
- ウ 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- エ 皮膚の疾病の有無
- オ 眼の疾病及び異常の有無
- カ 耳、鼻、咽頭の疾病及び異常の有無

- キ 歯、口腔の疾病及び異常の有無
- ク 四肢運動障害の有無
- ケ 精神発達の状況
- コ 言語障害の有無
- サ 予防接種の実施状況
- シ 腎疾患の有無（尿蛋白、潜血の検査）
- ス 育児上問題となる事項
- セ その他の疾病及び異常の有無

(2) 健康診査方法

- ア 身体計測（体重・身長・胸囲・3歳までは頭囲を含む）

身体計測においては、乳児期と同じく、継続的に順調な発育を遂げているか否かに重点をおくこと。

- イ 栄養状態（筋骨の発達、皮下脂肪の充実、皮膚の緊満、血色など）

- ウ 精神機能及び運動機能の発達

育児環境の影響の大きいことを重視し、標準的な発達と比較し、継続的に順調な発達を遂げているか否かを観察すること。

特に精神発達については、知的発達・情緒発達ならびに社会性の発達について診査し、これらのものと育児環境との関連に留意すること。

運動機能の発達については、育児環境、遊び、練習の機会との関連に留意すること。

- エ 疾病又は異常

一般身体所見のほか、特に次の疾病又は異常に注意すること。

- (ア) 各種心身障害（肢体不自由・精神遅滞・自閉症スペクトラム障害・注意欠陥／多動性障害・言語障害・けいれん性疾患・聴力及び視力障害など）の発見と教育訓練への橋渡し
- (イ) 慢性疾患（結核・気管支喘息・リウマチ熱・他のアレルギー性疾患など）
- (ウ) 視聴覚器・呼吸器・消化器などにおける感染症
- (エ) むし歯・不正咬合などの疾病及び異常
- (オ) 特に疾病又は異常を認めないが、虚弱で疾病罹患傾向の大なるもの

4 保健指導

乳児期の保健指導の成果をさらに発展させ、身体・精神・運動機能の健全な発達に重点を置き、特に次の事項に注意することが必要である。

(1) 栄養指導

幼児食にふさわしいバランスの取れた食品構成の食事、よい食習慣の形成、食事のしつけ、間食、食欲不振、好き嫌い、食物アレルギーなどについて指導する。

(2) 生活指導

生活習慣の自主を図り、身体の清潔、衣服の着脱、排尿、排便のしつけ、遊び、運動、集団生活、友達などについて指導する。

(3) 精神衛生

家族関係、社会適応に留意し、行動異常、異常習慣の予防及び早期発見、矯正をはかるよう指導し、養護の過剰又は不足にならないように指導する。

(4) 事故防止

環境の整備及び幼児の安全教育について指導するとともに、特に交通事故、溺水、墜転落、火傷、熱傷、毒物誤飲などを起こさないよう指導する。

(5) 予防接種

小児に必要なワクチン、特にヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン、四種混合ワクチン、MRワクチン（定期接種）、水痘ワクチン、ムンプスワクチン（任意接種）について接種が完了しているかどうかを確認し、未接種のものは接種を受けるように指導する。

日本脳炎ワクチンは3歳より接種する。

(6) 疾病対策

特に保育所、幼稚園などの集団生活における感染防止について指導し、環境衛生、家族の健康についても指導する。

また、疾病異常の精密検査や治療、療育の指導を行う。

(7) 育成医療、療養の給付などの医療給付制度や施設入所など福祉制度の該当を検討する。

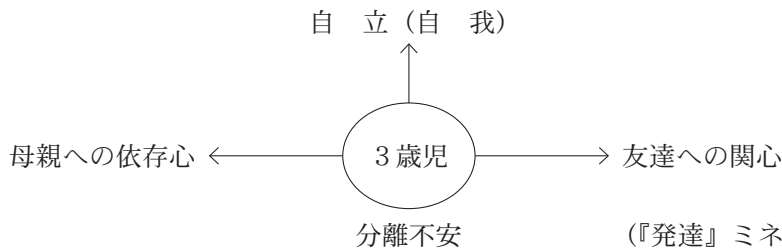
なお、肢体不自由、視覚障害、聴覚、平衡機能障害、音声言語機能障害などの身体障害を有するもので、必要と認められるものについては登録管理を行う。

5 3歳児の育児・行動上の問題

(1) 3歳児の心の特徴（養育者、多くの場合母親からの分離期）

これまで母親の感じ方、考え、行動するのに合わせて、子どもはそれをそのまま自分の感じ方、考え方、やり方としていたのに、3歳前後になると、徐々に、自分は自分なりの感じ方、考え方、やり方をするようになる。それが「自我」の芽生えであり、また、自己主張を全面に出してくることから「3歳児の反抗」と言われる（思春期の第2次反抗と対比して、第1次反抗と呼ばれる）。このように母親から、心理的に離れて、自立しようとする分離傾向は、この自我の芽生えとともに周囲にいる同年輩の友達への関心、友達との遊び（平行遊び）などにみられる「社会性」の高まりとあいまって、一層、促進されていく。しかし、他方、3歳児は、今までの母子の心の結合がまだ強く残っているから、3歳になっても、母親から離れることへの不安感があり母子分離不安状態となっている。

つまり、3歳児の心の特徴として、一方では自我と社会性の発達に伴って母親から分離、独立しようという強い分離傾向と、他方、これまでのように母親に依存し、その周辺から離れたくないという強い力が作用している。いわば、3歳児は母親への依存・愛着と友達集団への参加という2つの大きな力にはさまれた葛藤状態にある。この葛藤が分離不安である（図参照）。このような不安状態が根底にあるから、心理的に「赤ちゃん返り」現象（退行現象）が起こりがちである。



(『発達』ミネルヴァ書房 No26、Vol.7、1986)

例えば、3歳児の家庭に赤ん坊が生まれ、母親の関心が赤ん坊の方に移ると、それを敏感に察知し、急に母親に甘えだして、抱っこをせがんだり、指しゃぶりが激しくなったり、時には、再びおむつがいろいろになったりすることがある。これは「赤ちゃん返り」現象といわれ、多くの場合、子どもの自我の成熟に伴い間もなく解決するが、このような現象が特に3歳児に起こりやすいという事実は、この時期における子どもの心理が如何に不安であるかを物語るものといえよう。

そして、3歳児はその後この分離不安を克服して友達との仲間関係の形成へと発達していく。

(2) 母子分離状態の評価

3歳児健診の会場は期せずして、母親と同年齢の友達がいるという場面での母子分離状態をみるのに都合のよい場といえよう。基本的には、「自我・社会性の未熟な子どもほど母親に密着して離れられず、友達とも交われないが、自我・社会性の成熟している子どもほど母親からの依存から離脱して友達とも積極的に交われる」ということになる。この母子分離状態を健診場面（プレイルーム）を中心にもう少し詳しくわけると次の4群になる。

健診場面における母子分離状態

a	母親から離れて終始遊びに没頭する。
b	遊びが活発で没頭しているが、しばしば母親の側にもどる。
c	母親から離れているが不活発で没頭しない。 しばしば母親の姿を目で追う。
d	遊びが活発に見えるがまとまりがなく散漫で、しばしば遊び場から逸脱する。
e	終始母親の身辺におり、遊び場に入らない。
f	終始母親の身体に接触したまま離れない。
g	特異な行動・遊び方が認められ、母子関係が上記のいずれにも該当しない。

(『発達』ミネルヴァ書房、No26、Vol.7 1986)

ア 母子分離が健診場面で完了している場合

A群

健診場面で完了 (表のa、bの状態)

家庭場面でも完了 (食事・排泄の習慣が確立し、かつ自宅での遊びも可能)。

B群

健診場面で完了 (表のa、b)

家庭場面では未完 (食事・排泄の習慣が不確立か、又は、自宅での遊びが不可)。

イ 母子分離が健診場面で未完の場合

C群

健診場面で未完（表のc、d、e、f）

家庭場面では完了（A群の家庭場面と同じ）。

D群

健診場面でも未完（表のc、d、e、f）

家庭場面でも未完（B群の家庭場面と同じ）。

A群は健診場面でも家庭場面でも母子分離のよい群であり自我・社会性の発達の良好な群といえよう。

B群は家庭場面でややもすると母親に甘えて依存しているが、健診場面に来ると友達の中に交わって十分活躍できる子どもたちである。したがって健診場面では、A群と区別がやや難しいが、母親の方に分離不安が強く、家庭で手をかけすぎて「過保護」、「過干渉」になっている可能性がある。その点を健診場面ではよくチェックする。

C群は家庭場面では一見したところ、独立行動がとれているようにみえても、健診場面では、不安が強くなり、母親から離れられなくなる子どもたちである。この群は本当の意味で、心理的に母子分離しておらず、まだ、分離不安を強く持っている群である。子どもはまだ未熟で分離独立していないのに、母親は子どもの不安、恐れに気づかずに、形式的な「おませ」な行動を「しつけ」ている場面が多い。母親の「放任」、「無関心」がないかチェックする。

D群は家庭でも健診場面でも共に分離していず、強い分離不安の群である。

これらから、4群の食事、排泄、睡眠、集団参加などに関して5歳までの予後調査をみても、当然、A群は予後良好であるが、B群、C群、D群でも約7～8割は健常児と同じレベルに達している。しかし、他面、A群と比較してこれら（B、C、D群）の分離不安群は、2～3割が5歳児では、日常生活の習慣、幼稚園（保育所）における友達関係に問題が顕在化していると報告されている。

以上からB、C、D群を直ちに「異常」と判定しないこと。ただし、他方、上記に述べた養育者の育児行動上の問題がないかを聞き取り、及び直接観察でチェックし、母子相互作用の観点から子どもの状態にあわせられる養育者になるような保健指導が求められている。なお、この際、父親、祖父母などの他の家族構成員の参加協力を検討するとともに、母親が就労の場合は、それを否定的に評価せず、基本的には就労しながらも、有効なかかわりのポイントを具体的に助言することが重要である。

(3) 3歳児の行動上の問題と診断・方針

(2)では母子分離状態から、子どもの心の発達の成熟程度をみたが、ここでは子どもの行動上からみて、特に問題となるものを挙げ、その診断・方針を述べる。

なお、その問題行動から、直ちに、診断や処遇方針を決めるのは難しい。したがって、当然、生育歴、家族歴、子どもの直接観察、発達検査、場合によっては、医学的検査（EEG、CT、MRI、染色体分析など）も必要である。3歳児健康診査問診票（例）の項目19を参考にする。

ア ひどく落ち着かない

極端に落ち着きがなく、多動な子どもは、多くは相手の言うことも聞かなく、時には、物を投げたり、壊したり、さらに、相手を叩いたりする「らんぼう」な子どもであることがしばしばである。

この場合には大別して、精神面における発達障害（脳レベルの何らかの器質または機能障害）から起因している場合と、家庭環境から起因している場合に分けられる。

後者の場合は知的に正常であるが、明白に家庭的要因があって、その結果、情緒的に不安定になっていることが考えられる。したがって、この時の指導方針としては、養育者のかかわりの指導がポイントになる。

他方、前者の発達障害の場合には、次のいくつかの障害が考えられる。

(ア) 注意欠陥／多動性障害 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD)

注意散漫、多動、衝動性の三つの主症状からなる。

AD/HDには不注意優勢型、多動・衝動優勢型、混合型の3つに類型化されている。なお多動には動き回らなくても、座りつつも手をしょっちゅう動かしたりなど、じっとしていない状態も入る。これら症状が家庭、家庭の外において6か月以上続いているときに、この診断は考慮される。知能レベルは診断基準に含まれていないが、知的な年齢レベル不相応にこれらの症状があるときにこの診断が問題となる。一般に多動傾向のある3歳児でこの診断を下すのは困難であろう。AD/HDは単独でひとりの子どもに存在することもあるがAD/HDを疑われて受診する子どものなかには高機能の自閉症スペクトラム障害を合併していることも多々あることに注意すべきである。

(イ) 自閉症スペクトラム障害 Autism Spectrum Disorder (A. S. D.)

マイペースで、他人に関心が薄く、心と心がうまく通じている感触を得にくい子どもたちである。知能は正常から重度遅滞までである。

基本症状は、相互的な社会関係における質的異常、つまり対人関係の問題（視線が合いにくい、他児への関心が無い、思いを共有しようとしめないなど）、次に意思伝達コミュニケーションの質的な異常（ことばの遅れ、オウム返しといわれる即時模倣、遅延模倣など）、3つ目に行動や興味および活動性のパターンが制限され、反復的・常同的であることなど（順序、空間、同一の遊び、おもちゃへのこだわり、自閉ファンタジーなど）である。

この3方向の症状についての最近の説明では、「心の理論」の未獲得状態（他人を自分と同じ精神世界を持っている人であるという認識を持ちにくい、また他人と精神世界を共有することが苦手、そして他人の心を読むことが苦手という内容）に基づいているのではないかと説明されている。

経年的に自閉症状が軽快したり、知的レベルがIQ70以上に改善する例もある。このような例や、初期より知的に境界レベル以上の例は高機能の自閉症スペクトラム障害とされる。以前の表記（高機能広汎性発達障害）では、高機能の自閉症スペクトラム障害には高機能自閉症、アスペルガー症候群、特定不能の高機能PDDの3つが含まれる。高機能自閉症は3歳で二語文を話していなかった場合をいい、ことばの遅れがなかった場合アスペルガー症候群とされているが、この2つのタイプの区別は困難なことも多い。現在ではこれらは全て自閉症スペクトラム障害とまとめられた。

(ウ) 精神遅滞

知的障害が基本症状であるが、「多動」を随伴している例は多い。

以上のAD/HD、自閉症スペクトラム障害、精神遅滞でみられる「多動」で気をつけるべきは、これらの基本症状がある場合、多くの場合養育者、養育スタッフ、他児童から、「多動」であるが故に叱責などを受けてきた例が多い。この養育環境で二次的に発生する精神症状としての多動、落ち着きのなさが重なっていると思われる例も多い。叱責をやめるなど、養育態度の改善を必要とする例の多いことに注意すべきである。

また被虐待児が、AD/HD症状を示すこともあり、注意が必要である。

また、発達障害の診断は1回で診断は難しいこともあり、その時には経過を見て、確定診断を試みる。ここで重要なことはこれらの障害は、どれも発達障害であり、程度の差があっても、入学まで、さらには一生、障害を抱えていかなければならないことが多い。したがって、3歳児健診においては、大きく発達障害のカテゴリーに入るかどうかの判定が重要であり、その時、既成の確定診断ができなくとも、とりあえずケアの体制を整えることが大切である。そして、1次から3次までのケアのレベルを想定して、現在、どのレベルが活用できるかを判断して、処遇方針を定める。

基本的には個人または集団療育を勧めるとともに、3～4歳頃から保育集団への参加を併用させていく。その際、ケアの方法論は何種類かあるが、重要なことは、子どもが「あたりまえの生活」ができるように、家庭、療育場面、幼稚園（保育所）の三者の相互連携を密にとることである。

視覚支援や構造化といった考えに基づく支援は必要であり、子育てのユニバーサルデザインは普及させるべき内容である。

イ 極端に不安や恐れが強い

これは、母子分離状態では、D群（家庭でも、健診でも母子分離不可）の中の極端な分離不安の強い場合である。したがって、健診場面では「動きが極端に少ない」ことが多い。

性格的に内気、臆病とみられたり、他面、過敏で神経質な子どもとみられたりする。

これも大別して、知的には正常であるが、心理的に不安や恐れが高まって、時には登園拒否、場面かん黙症などに発展する場合と、知的な遅れ（精神遅滞）があるために状況が理解できなくて、分離不安が高まっている場合とに分けられる。

処遇方針としては、前者は遊戯療法が中心であり、後者は個人または集団による養育指導が中心となるので、両者の鑑別をして方針を定める必要がある。

ウ その他

習癖や環境不適応による育児上の問題としてはこの年齢では次のようなものが多い。

- (ア) 視線が合わない
- (イ) 甘えてこない
- (ウ) かんしゃくがひどい
- (エ) 動きが乏しく、おとなしすぎる
- (オ) 養育者や周囲の人に無関心
- (カ) 人の言うことを聞かない
- (キ) 睡眠中に急に泣き出して起きることがよくある（夜驚症）
- (ク) 小食で偏食が強い
- (ケ) 過食でふとりすぎである
- (コ) 指しゃぶりがひどい
- (サ) 爪をよくかむ
- (シ) 性器をよくいじる
- (ス) どもる、異常な瞬きなど身体を動かす癖（チック）がある
- (セ) 遊びや興味がことなる

- (ソ) 寝つきが悪い
- (タ) よく頭痛や腹痛を訴える

6 診 察

(1) 目 的：系統的に診察し、病的所見のスクリーニングを行う。

(2) 診 察 法：

- ア 年齢と名前を言わせる。
- イ 診察者と目線がよく合うことを確認する。
- ウ 走らせてみる。
- エ 片足立ちをさせてみる。
- オ 小さいものを指先でつまませてみる。

(3) 健診項目

- ア 受 診 態 度：子どもの発達、性向、育児態度、機嫌などを反映し、まだ心雑音や神経学的所見の精度に影響する協力的、非協力的を区分する。
- イ 体 格：大きさを区分する。パーセンタイルをみる。
- ウ 栄 養 状 態：肥満ややせただけでなく、皮膚の緊満、血色などを総合して判定する。
- エ 筋 肉：上腕や大腿の触診によって筋肉の発達を判定する。
- オ 形 態 異 常：形態異常の大部分は乳児期に発見され、医療を受けており、幼児期では未発見のもの、放置、適切な医療を受けていなかったものに注意する。大頭、小頭、頭の変形、斜頸、顔付きの異常、胸部の変形、鼠径ヘルニア、臍ヘルニア、姿勢と脊柱の異常などに注意する。
四肢においては足の変形、関節拘縮または弛緩、O X脚、扁平足などに注意する。
- カ 皮 膚：血管腫、あざなどの先天異常、色調、湿疹、皮膚の感染症などに注意する。
- キ 胸 部 聴 診：心雑音はもとより、心臓部の胸郭膨隆やスリル、脈拍異常のある者は心雑音がなくても精検にまわす。また、急性気道感染症や喘鳴に注意する。聴診時には胸郭の呼吸性の動きやハリソン溝に注意する。
- ク 腹 部：病的所見として肝脾の腫大や腫瘤に注意する。
- ケ 神経学的所見：運動機能の異常、発達遅滞、軽度の脳性まひなどに注意する。
- コ 視 覚：(後述72ページ参照)
- サ 聴 覚：(後述74ページ参照)
- シ 歯 (口 腔)：目的：むし歯、歯周病、摂食機能の指導

3歳の時点では既に20本の乳歯が萌出を完了しており、乳歯列が完成している。
また、食生活・食習慣、口腔清掃習慣も形成され、定着する時期でもある。一方、この年齢では、むし歯の罹患型がある程度決定されることから、それに見合った指導を効果的に進める必要がある。

また、3歳未満の幼児のむし歯好発部位が上の前歯の歯と歯の間であったのに対し、3歳では奥歯の咬む面と奥歯の間のむし歯が好発する特徴があることから、

これらの好発場所を考慮して診査及び指導にあたる必要がある。

(ア) むし歯のない者（O型）：指導内容は56ページ参照

(イ) むし歯のある者

A型：上顎前歯部のみ、又は臼歯部のみにもし歯がある者

（比較的軽傷）

- a 現在あるむし歯の治療を早期に受けるように指導する。
- b 上顎前歯部に強く限定してむし歯がある場合は、人工栄養や甘味飲料の過剰摂取、吸指癖などに関連があることも考えられるので、その点に注意、観察し、適切な指導を行うことによりむし歯の拡大を防止する。
- c その他の指導内容は56ページ参照

B型：臼歯部及び上顎前歯部にむし歯がある者

（放置すれば重症化の恐れ）

- a A型の指導要領に準じて指導する。
- b むし歯感受性が高いと思われる者については定期健診を確実に受けるよう、また甘味食品の摂取や、生活習慣の改善に対する指導も併せて行う。
- c 放置すればC型に移行するため、むし歯の拡大防止に努める。

C型：下顎前歯部のみ、又は下顎前歯部を含む他の部位に、むし歯がある者

（重症）

- a むし歯感受性は極めて高く、進行も急速である。したがって根本的な育児環境の改善とむし歯進行阻止を図る。
- b 直ちに歯科医を受診させるとともに定期的管理下に置く。
- c 全身的な要因または機能低下も存在する場合があるので、小児科医への受診を勧奨する。
- d その他はB型の指導に準ずる。

(ウ) 歯肉炎 1歳6か月健診の指導に準ずる。

(エ) 摂食機能 3歳では、ほとんど咀嚼の基本的な動きが獲得されている。

しかし、食事に対しうまく機能が引き出せていない場合がある。手と口の協調が悪かったり、一口量の調整が未熟で嚥下の前に次々と口に食物を運んだりする。問診にて診査する。特に発達障害を持っている場合は、摂食機能にも障害を持っている場合があるので注意して問診を行う。

(4) 幼児の肥満（傾向）の判定基準

肥満度（幼児の身長体重曲線）（100ページ参照）

肥満度＝（実測体重（kg）－標準体重（kg））÷標準体重（kg）×100（％）

肥満度は上記の式により算出される。学童期以後は一般に肥満度＋20％以上を肥満として取り扱っている。しかし、幼児期に肥満度＋15％以上のものはそのほとんどが小学校入学時に肥満に移行することから、幼児期に＋15％以上のものは肥満として取り扱うべきである。

肥満度+15%以上のものについては、(a) 成長曲線を作成し、身長、体重の増加パターンを把握し、太りはじめの時期を特定する。

(b) 顔貌、からだつき、皮膚緊満度をチェックする。(c) 家庭歴、食習慣、運動状況の詳細な聴取、などを実施する。

$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$ ※カウプ指数と同じ

1歳6か月健診時のBMIよりも3歳時健診のBMIが増加している例は、幼児期以降肥満になりやすい。その旨を養育者に伝え、日常生活（特に食事、間食）を注意するように指導する。また、定期的に身長体重測定を行い、標準成長曲線に沿った成長をしているかどうかを確認していく。

(5) 3歳児検尿

尿中蛋白・糖・潜血を検査することにより慢性腎炎、遺伝性腎炎、良性家族性血尿、腎尿路奇形、糖尿病などを早期に発見することを目的としている。この年齢では先天性腎尿路系疾患が多く、後天性の腎炎や糖尿病は少ない。但し、腎尿路奇形などでは尿異常がないことも多く、現行の検尿システムでは発見が難しい。

しかし、小児期慢性腎不全の原因の過半数を先天性腎尿路系疾患が占めるので、早期発見によりその後の対策を立てることが重要となる。そこで地域によっては現行の検尿システムに加え、超音波診断で腎尿路奇形のスクリーニング、 $\beta 2$ ミクログロブリンで逆流性腎症や腎機能低下のスクリーニングを行うなど発見の精度を上げる努力がなされている。

(6) 3歳児視聴覚検査

ア 視覚検査

〈目的〉

視力の発達を阻害する疾病（遠視・近視などの屈折異常、斜視など）の早期発見及び早期治療が目的である。

新生児は皆遠視で、視力は明暗がわかる程度である。見ることで視力が発達し、6歳までに正視に、視力は1.0～1.2を獲得してくるが、前述のような疾患があると視力が発達せず、将来弱視になる危険がある。弱視の頻度は0.5%～1%、斜視の頻度は0.6%～2%といわれる。

〈検査方法〉

視覚検査は、家庭で養育者が行う視力検査と問診により行う。

(ア) 事前に3歳児視覚検査セット（75ページ「お子さんの目に関するアンケート」など）を養育者に渡し、その結果をもとに、3歳児健診の場で問診・診察をする。

(イ) 「お子さんの目に関するアンケート」によるチェック方法

a 養育者による視力検査（ランドルト環）について

- ランドルト環（検査視力0.5：2.5m）による字一つ視力で測定する方法である。
- 検査ができなかった場合は、問診項目などで状況を確認し、家庭での再検査、又は精密検査の受診を勧める。

b アンケート項目とその目的

アンケート項目	目 的
1 目が内側に寄ることがある。	内斜視：視診及びペンライトなどによる角膜反射により判断する。特に、斜視・弱視になりやすいので内斜視の発見は重要である。また、幼少時期では、内眼角贅皮により内斜視に見えるものが多いので偽内斜視と鑑別する。
2 目が外や上にずれることがある。	○外斜視：間歇性のものが多く、その場合、弱視や両眼視機能が欠損することはあまりない。一方、眼底疾患や白内障などの先天性疾患や、脳性まひなど全身疾患が隠れていることもあるので、鑑別が必要である。 ○上斜視：眼筋まひによるものがほとんどで、頭部の異常（斜頸や顔の回しなど）を伴うことが多い。
3 テレビを近くで見ると、離れると見にくいようだ。	視力不良の発見のための項目であるが、テレビ番組の内容への関心で近づくことが多いので、離れた時の様子を併せて確かめる。 ○屈折異常：遠視、近視、乱視があるが、幼児では、弱視の原因となる遠視と乱視の検出が重要である。 ○弱 視：斜視や強い屈折異常のために視機能発達の停止や遅延のあるものをいうが、早期治療により視力は改善する。 ○器質的異常：高度の視力不足は3歳以前に発見されているが、程度の強くないものは見過ごされている。
4 ものを見る時、顔をしかめたり、目を細める。	
5 ものを見る時、頭を傾げる。	○眼筋まひ：斜筋のまひ（上斜筋まひが多い）のときに見られ、眼性斜頸という。 筋性斜頸との鑑別は、反対に向かせたとき抵抗がなく曲げることができ、また、このときの眼位の上下のずれが顕著となる。
6 顔を回して横目でものを見る。	○眼筋まひ：水平筋、特に外直筋のまひで見られる。反対方向に向かせると外転制限がはっきりする。 ○眼位性眼球振盪症：側方視に眼振の静止位があるもの。 ○強い乱視：通常、回す方向が定まっていない。
7 上目使いで見る。	○視力不良：強い乱視、高度遠視のときによく見られる。 ○眼位性眼球振盪症：上方視に眼振の静止位があるもの。 ○眼筋まひ：上方視をすると眼位がよくなるときに見られ、正面視や下方視で斜視が顕著になる。
8 明るい戸外で片目をつぶる。	○間歇性外斜視：戸外へ出ると片目つぶりを訴える者が多い。
9 まぶたが下がっている。	○眼瞼下垂：弱視、強い乱視、斜視を合併していることが多い。
10 じっと見ている時に、目が揺れる。	○眼球振盪症：眼球振盪症のみで視力の比較的良い者と、器質的異常があり高度の視力障害を有する者がある。
11 うす暗い所に入ると、いつまでも目が慣れず動きがにぶい。	○網膜色素変性症：高度の夜盲症と進行性視野狭窄を主症状とする遺伝性疾患である。家族歴のある者は検査をすると良い。
12 瞳(黒目の中央)が白っぽくみえることがある。	○網膜芽細胞腫：先天白内障などの発見
13 黒目の大きさ左右でちがう。	○小眼球（小さい）、先天緑内障（大きい）の発見（※項目12及び13は、乳児期に発見すべき異常のための質問であるが、まれに3歳まで見過ごされていることがある代表的な疾患である。）

〈判断及び事後措置〉

異常なし…チェックされる項目がない場合

要再検査…●養育者が家庭での検査をしてこなかった場合

- 養育者による検査のやり方に問題があった場合
- 年月齢や発達状況から判断し、経過をおいてからの検査が適当と思われる場所(但し、4歳までに行う。)
- 治療中や、発達の遅れなどがあり検査不可能の場合は、別な方法での検査を検討する。

要精密検査…問診項目中、異常を疑われる項目に該当した場合

イ 聴覚検査

〈目的〉

乳児健康診査の項で述べた感音性難聴に次いで問題になるもう一つの難聴のタイプは伝音性難聴で、代表的な滲出性中耳炎は幼少期ではありふれた頻度の高い疾患である。

1歳から5歳の子どもに多く中耳腔に滲出液が貯蓄する。難聴の程度は10-30dBで両側のことが多い。呼んでも振り向かない、テレビの音量を大きくするなどの訴えから発見されることが多い。このような軽度の難聴が言語能力や知的・情緒的発達にかなりの影響を及ぼすという研究報告も多く3歳児健診において重点的に取り組まれている。

中耳、外耳の奇形はときに60dB程度の伝音性難聴を伴う。

〈検査方法〉

聴覚検査は、養育者に対する質問表及び問診を主体に行われるものであり、参考として、養育者による自己検査(ささやき声検査)も実施する。

(ア) 事前に、3歳児聴覚検査セット(76ページ「お子さんの耳に関するアンケート」)を養育者に渡し、3歳児健診の場で問診・診察をする。

(イ) 「お子さんの耳に関するアンケート」によるチェック法

a 養育者による自己検査法(ささやき声検査)について

- 自己検査は、中等度の難聴の中でも50dB以上の比較的重い中等度難聴の発見に役立つ。
- 養育者は、必ずしも正しくささやき声を出すとは限らないので、必ず質問項目と併用して判断すること
- 指さしができれば心配ないが、絵がわからない場合は発達の遅れがないかなど総合的に判断し、健診医と相談する。
- 聞こえてくるか否かよくわからないものは、×とする。
- 遊んでできなかった場合は、再検査を勧める。

b アンケート項目とその目的

アンケート項目	目 的
1 家族・親類の方に、小さいときから耳の聞こえがわるい方がいますか。	先天性難聴の発生のリスクファクターの一つを尋ねるものである。例えば、高度・中等度、また一側性の感音難聴、ときに伝音難聴が遺伝性に発症することが知られている。
2 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	伝音難聴の原因となる滲出性中耳炎のリスクファクターとして、中耳炎の既往は重要となる。急性中耳炎から滲出性中耳炎に移行したり、急性中耳炎を繰り返す場合は滲出性中耳炎になっている場合があるためである。 特に、両耳合わせて5回以上の既往はリスクが高いため要注意。
3 ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のうち、どれかがありますか。	アデノイドや副鼻腔炎があると、このような症状が現れる。その際、滲出性中耳炎の発生が多いと同時に、これらの耳疾患が治癒がしにくくなる。
4 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえがわるいと思う時がありますか。	軽・中等度難聴について、親の日常印象からそれらを検出するための質問である。
5 保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいと言われたことがありますか。	家族は気づかないでいても、周囲の印象から難聴が発見される場合がある。
6 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど気になることがありますか。	話しことばの発達の遅れ、構音障害から難聴を検出するためのものであるが、難聴を原因としないことばの異常も検出対象として重要である。
7 あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。	難聴があると、声や話しことばだけでは理解できず、自然と周囲の人が動作を加えて、話しかけるようになる。そのことを確認し、難聴の有無を推定するための質問である。

〈判断及び事後措置〉

項目1～3は参考項目、項目4～7は重要項目であることに注意し、77ページフローチャートを参照し、判断し、事後のフォローをする。

お子さんの耳に関するアンケート

お子さんの氏名 _____

検査をした日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

★ささやき声による聴覚検査についてうかがいます。

検査の結果を下の表に正しく指せていけば○、聞こえていないようなら×を記入してください。

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

★お子さんの今までの病気や耳の聞こえ・ことばなどについてうかがいます。

「はい」か「いいえ」の当てはまる方を○で囲んでください。

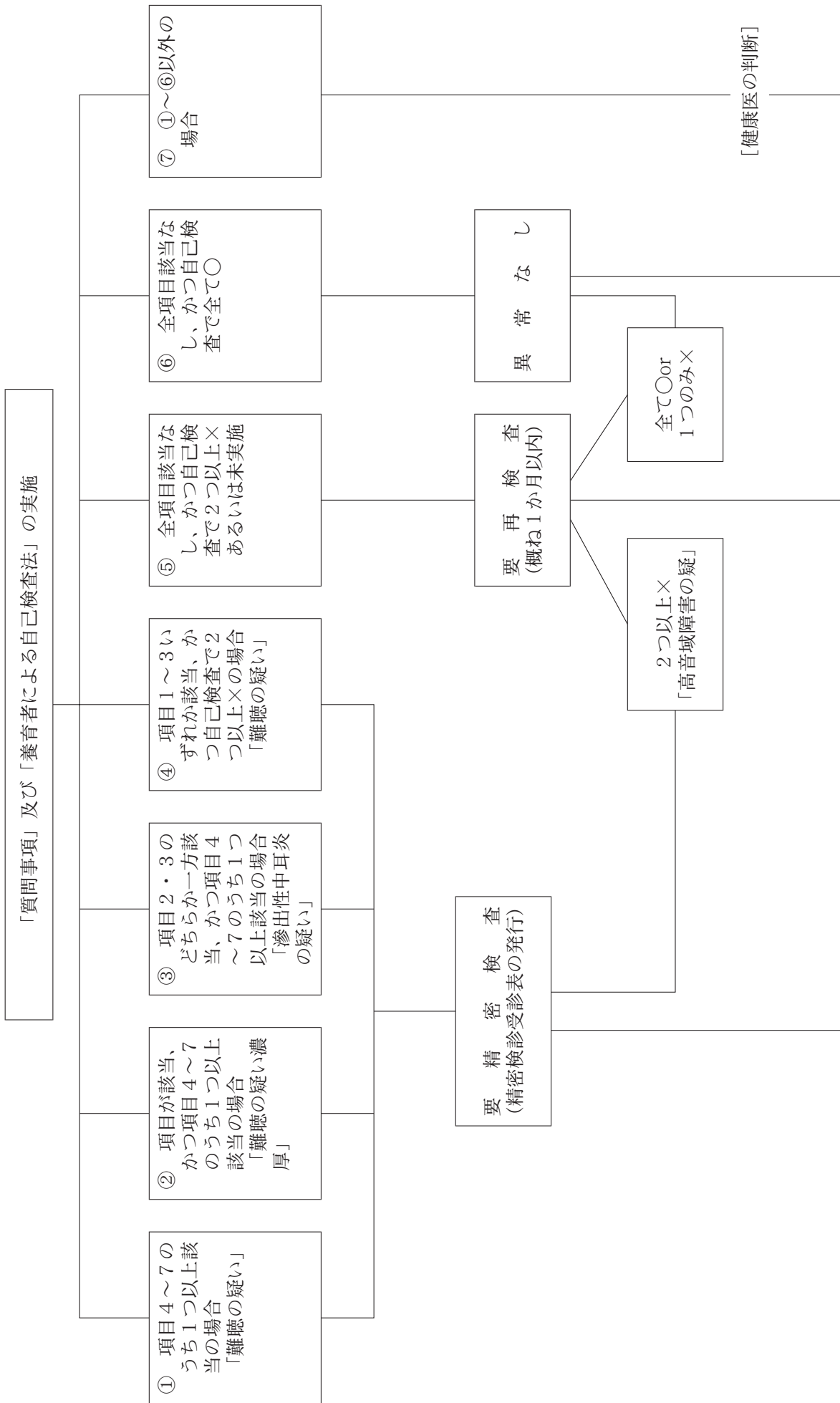
- 1 家族・親類の方に、小さいときから耳の聞こえがわるい方がいますか。 はい いいえ
 (「はい」の場合、お子さんとの続柄： _____)
- 2 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。 はい いいえ
 (「はい」の場合、その回数： _____)
- 3 ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のうち、どれかがありますか。 はい いいえ
- 4 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえがわるいと思う時がありますか。 はい いいえ
- 5 保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいと言われたことがありますか。 はい いいえ
- 6 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど気になることがありますか。 はい いいえ
- 7 あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。 はい いいえ
- 8 その他、耳について心配なことがあったらお書きください。

..... 以下は記入しないでください。

- ★指示 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ●異常なし
- 要再検査 (時期： _____)
 - 要精密検査
 - その他

3 歳児聴覚検査によるスクリーニング

平成6 年度改正



Ⅳ 児童虐待の予防と早期発見の視点

1 児童虐待の予防と早期発見に向けた乳幼児健診の役割

従来の乳幼児健康診査は、発育と発達をチェックを通して疾病や障害の早期発見をすることが役割であった。しかし今日では、これに加えて育児支援の場所としての機能が求められている。育児不安、育児困難を感じている養育者や、自分の子育てやしつけはこれでいいのだろうかと悩んでいる養育者が、「健診に来てよかった」、「相談してよかった」と思えるような場にすることが重要である。

また、父親の子育てへの参加時間の少ない現実では母親は孤立しやすく、不適切な母子関係や、ひいては虐待などに結びつきやすいことが考えられる。乳幼児健康診査は、今後、父親の子育て参加の機会として、一緒に参加できるように休日に行うなどの配慮が必要である。

具体的には、親子関係の検討や養育者と子どもの生活態度の検討、養育者と子どもの心の状態を観察すること、母親の子育ての悩みをゆっくり聞くことが大切である。これらを通して、親子間の不適切な関わりにつながる小さなサインをつかみ、虐待の予防や早期発見につなげていく努力が必要である。

児童虐待は、1歳から3歳では身体的虐待、ネグレクトがほとんどである事実を踏まえて、身体所見、親子関係（特に母子関係）などに気をつける。また、3歳児健診では心理的虐待が加わることにも注意を要する。さらにいずれの時期においても、性的虐待にも目を向けていく必要がある。

さらに健診後は、これらの気になる点をスタッフがカンファレンスなどを通して共有化し、事後フォローに役立てていくことが重要である。

2 健診における育児支援

(1) 健診場面での具体的活動の充実について

子育て支援の一環として、今後、乳幼児健康診査の場で以下のような企画が必要である。

- ア 子育ての意味についての学習の機会（子育てをしながら親が親として育っていける、できれば子育てを楽しむという観点を含む）
- イ 子どもとの遊び方の研修の機会（テレビ・ビデオ・DVDに頼った育児ではなく）
- ウ 実際に短時間親子遊びを企画する（保育士の参加のもと）。
- エ しつけと虐待の違いを学ぶ機会（パンフレットの配布や小講演会などの形式）
- オ 子育て悩み相談会の企画
- カ ペアレント・トレーニングなどの子育て支援プログラムの実施

(2) 健診場面でのスタッフの態度について

健診に訪れた養育者は、自分の言動により、自分が我が子を虐待していると思われるのではないかとおそれている場合がある。そのため、問題点を指摘する前に、「ここまで子育てよくがんばってましたね。大変でしたでしょうね。順調に育っていますよ。（もしくは、「この子なりに育ってますよ）」）というように、養育者のこれまでの養育をまずは評価する姿勢は是非とも必要である。健診の場は、医師、保健師、看護師などと養育者の初対面の場であり、またそれは、その後の関わりの出発点となることも多い。普段の育児において、見るべき点を見つつ、同時に養育者との関係作りを意識することは、車の

両輪であると言えよう。それを踏まえて、「気になる点として、以下があります。専門家に見てもらえる機会をつくれますが、いかがですか。」と問い掛けることになる。「お子さんは、このような問題点があるから、専門家にみてもらうべきですね。」というような一方的な伝え方は避けるべきである。一旦拒否されるとその後の信頼関係を作ることは非常に困難になることがあり注意を要する。

また、健診の場面で、診断名は告げる必要はない。短時間の健診の中での診断名のみ告知は、その後のフォローができない中では、無責任となる。診断名は、専門医療機関や相談事業（たとえば専門医による療育相談）で説明される内容であることを健診時に直接養育者に関わる医師、看護師、保健師などは認識しておくことが必要である。

(3) 健診の事後処理について

現在市町村によっては、健診でのグレーゾーンの子どもたちに対して、育児支援をしながら、発達援助をする場所として「療育教室」、「あそびの教室」などの名称で場所を用意し、気軽に親子が参加できるように工夫しているが、これは養育者にとっても安心して、利用しやすい場所と考えられる。保育所など集団保育前の育児支援としては、適切な場所づくりである。是非とも全市町村でこのような場所づくりが望まれる。また少なくとも週1回以上は参加できるような開催頻度が望ましい。規模の小さな町村などでは保育所に併設してそのような教室をつくっていくことも可能である。そのような中で、虐待の発見、発達の経過観察や療育相談、療育機関などへのつながりが可能となっていき、問題の解決に近づくことが期待できる。

3 児童虐待についての基本的理解

(1) 児童虐待とは何か

児童虐待は、WHO（世界保健機構）によれば、以下のように定義されている。

子どもに対し身体的、情緒的に不適切な接し方をすること、性的虐待、ネグレクトもしくは育児における怠慢、商業や他のことを目的とした搾取のすべての形。それらは実際に、もしくは潜在的に、子どもの健康、生存、発達、あるいは責任、信頼、力につながる尊厳が傷つけられる結果を生み出す。

児童虐待においては、子どもの側の視点に立って、この問題を捉えることが重要であり、乳幼児健診の実施に当たっては関係者、従事者には、特に次のような視点が必要である。

ア 子どもにとって生命の危険や身体的な後遺症を残す可能性がある。死亡例や頭蓋内出血などが原因で重度の身体的後遺症を残す例は乳幼児期に集中している。

イ 人生の早期に、家庭という、最も安全で安心できるはずの場所で、最大の安全感と安心感を与えられるべき親又は親に代わる保護者などから、正反対の感覚を繰り返し加えられる時の心の傷(心的外傷、トラウマ) は限りなく深く、その子どものその後の人生に深刻な影響を与え続けてしまう(複合型心的外傷後ストレス障害complex PTSD)。一旦、深い心の傷が生じてしまった場合の治療と回復は容易ではない。深い傷となる前になるべく早期に発見し、早期介入と予防に努めるべきである。

以上の観点から、乳幼児健診の機会を利用しての、児童虐待の早期発見と早期対応、予防の試みは重要である。

児童虐待防止法においては、児童虐待は次のように定義されている。

第2条 児童虐待とは保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するも

のをいう。)がその監護する児童(18歳に満たない者をいう)に対し、次に掲げる行為をすることをいう。

- (1) 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること
- (2) 児童にわいせつな行為をすること、又は児童をしてわいせつな行為をさせること
- (3) 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること
- (4) 児童に著しい心理的外傷を与える行動を行うこと

つまり、18歳までの児童に次のような行為や言動が加えられた場合が児童虐待に該当する。

ア 身体的虐待—生命・健康に危険のある身体的な暴行

- 打撲傷、あざ(内出血)、骨折、頭蓋内出血などの頭部外傷、内臓損傷、刺傷、たばこなどによる火傷などの外傷を生じるような行為
- 首を絞める、殴る、蹴る、投げ落とす、激しく揺さぶる、熱湯をかける、布団蒸しにする、溺れさせる、逆さ吊りにする、異物をのませる、食事を与えない、戸外にしめだす、縄などにより一室に拘禁するなどの行為

イ 性的虐待—性的なことでも子どもの心身に重大な傷を負わせる行為

- 子どもへの性交、性的行為(教唆を含む)
- 子どもの性器に触る又は子どもに性器を触らせるなどの性的行為(教唆を含む)
- 子どもに性器や性交を見せる。
- 子どもをポルノグラフィーの被写体などにする。 など

ウ ネグレクト(養育の怠慢・拒否)—保護の怠慢や拒否により健康状態や安全を損なう行為

- 子どもの健康・安全への配慮を怠っている。 など

例えば、(ア) 重大な病気になっても病院に連れて行かない

(イ) 乳幼児を家に残したまま外出する

なお、養育者がパチンコに熱中したり、買い物をしたりするなどの間、乳幼児などの低年齢の子どもを自動車の中に放置し、熱中症で子どもが死亡したり、誘拐されたり、乳幼児などの低年齢の子どもだけを家に残したために火災で子どもが焼死したりする事件も、ネグレクトという虐待の結果であることに留意すべきである。

- 子どもの意思に反して学校などに登校させない。子どもが学校などに登校するよう促すなどの子どもに教育を保障する努力をしない。
- 子どもにとって必要な情緒的欲求に応えていない(愛情遮断など)。
- 食事、衣服、住居などが極端に不適切で、健康状態を損なうほどの無関心・怠慢など

例えば、(ア) 適切な食事を与えない

(イ) 下着など長期間ひどく不潔なままにする

(ウ) 極端に不潔な環境の中で生活させるなど

- 子どもを遺棄したり、置き去りにする。
- 祖父母、きょうだい、養育者の恋人などの同居人や自宅に出入りする第三者がア～エに掲げる行為を行っているにもかかわらず、それを放置する。など

エ 心理的虐待—暴言や差別など心理的外傷を与える行為

- ことばによる脅かし、脅迫など
- 子どもを無視したり、拒否的な態度を示すことなど
- 子どもの心を傷つけることを繰り返し言う。
- 子どもの自尊心を傷つけるような言動など
- 他のきょうだいとは著しく差別的な扱いをする。
- 配偶者やその他の家族などに対する暴力や暴言
- 子どものきょうだいに、ア～エの行為を行う。 など

「マルトリートメント」（子どもへの不適切な関わり）について

虐待の発見と介入をより早期に行うことや積極的な予防を目的とした場合には、「マルトリートメント」という考え方をした方が、母子保健の課題として取り組みが、より容易になると考えられている。

マルトリートメントとは、諸外国で一般化している概念で、虐待より広い概念である。「大人の子どもに対する不適切な関わり」と訳されていて、図に示されるように、社会的介入のレベルから、グレーゾーン（要観察、要支援、啓発・教育）、イエローゾーン（要支援）、レッドゾーン（要保護）の3つに分類されている。

- (ア) グレーゾーン（要観察、要支援、啓発・教育）：虐待とまでは言えないが、不適切な養育と考えられる状態である。そのような家族観察をしながら、必要なら適切な支援をして、虐待へと深刻化していくのを防ぐレベルである。児童福祉施設、幼稚園、学校、保健所、産婦人科や小児科の開業医、小児歯科あるいは病院などにおいては、マルトリートメントを防ぐための啓発・教育プログラムの整備・発展がこれからの課題である。母子保健においては、中心的領域であり、母親学級による育児指導、妊婦健診、出産前小児保健指導（プレネイタルビジット）、新生児訪問、乳幼児健診などを活用して対応すべきゾーンである。
- (イ) イエローゾーン（要支援）：問題を重度化、深刻化させないために、児童福祉司（ソーシャルワーカー）、心理職、保健師、医師、歯科医師、看護師、助産師、保育士、幼稚園・学校の教職員、児童委員などが、セーフティー・ネットワーク（安全網）を形成し、子どもを見守りつつ、養育者への支援を行うレベルである。母子保健の領域では、様々なレベルのイエローゾーンの養育者と出会う機会が多いと考えられ、この領域での早期発見・早期介入が大切な役割である。
- (ウ) レッドゾーン（要保護）：子どもの命や安全を確保するために、児童相談所が強制的に介入し、子どもを保護するレベルである。

〈しつけ？虐待？〉 -WHO指針より-

「しつけ」と虐待との明確な違いを定義することは困難な場合があるが、WHOによる虐待予防・防止ガイド（エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と防止介入：明石書店）によれば、しつけと虐待の区別は、①その行為は子どもが本当に子どものため自分自身を思ってしていると信じ、適切に行動する力を伸ばすことであり、良好な人間関係を築く力を伸ばすのか、②その行為は養育者のため、養育者のストレスのはげ口として怒りの持続的感情や絶望的な行為な気持ちの表れではないのかを考えてみることは大切（その場合にはしばしば力と支配を伴うものである。）③それは、子どもの年齢、発達に沿ったものであるかなどによるとされている。すべての子どもにはしつけが必要であり、もし子どもが、自分で自制できるように発達していくことを後押しできればそれが最善なのである。しつけの方略は、体罰に代わる方法が推奨されるべきである。

(2) 虐待発生リスク要因と保護要因

なぜある人々は子どもに対し暴力的に行動するのかを説明できる単一の要因はない。

他の暴力の形と同様、児童虐待は異なるレベルにおける数多くの要因の複雑な相互作用をみることにより最もよく理解することができる—それは、児童虐待問題への対処を有効なものとするためには不可欠である。以下、レベル別に解説する。

モデルの第一レベルは個人要因である。ここでは、年齢や性別のような生物学的特性や個人の特性という視点から捉える。

第二レベルである関係性要因は、個人における親密な社会的関係—例えば、家族のメンバーや友人との—を表し、それは個人が児童虐待の加害者となるリスク、児童虐待の被害者となるリスクの両者から捉える。

第三レベルである地域要因は、社会的関係が生ずる場—近隣や職場、学校など—のような—や児童虐待に寄与する可能性のある状況という視点から捉える。

第四レベルである社会要因には、児童虐待に影響を及ぼし、さらにその基盤である社会の状態—例えば、子どもへの激しい体罰を奨励する社会規範、経済的不平等、社会福祉のセイフティネットの欠落、など—のような—視点から捉える。

児童虐待の受けやすさを増す要因はリスク要因として知られており、受けやすさを減らす要因は保護要因と言われる。下に掲げたリスク要因は、そのうちのどれが見つかったとしても、それだけでは児童虐待が起きているとの判断は必ずしも下せないが、これらが折り重なることにより、虐待が発生するリスクは高まることがわかっている。

ア リスク要因

(ア) 個人要因

a 養育者におけるリスク要因

児童虐待のリスクの増大は、親や他の家族に一定の要因が存在することと関連している。それには、以下のような養育者が挙げられる。

- ・新生児と心理的な結びつきを築くことが難しい—たとえば、困難を伴った妊娠、合併症を伴う

出産、乳児に失望した結果として。

- ・子どもに対し育てていこうとする態度を示さない。
- ・子どもの頃、虐待を受けた経験を持つ。
- ・子どもの発達に関して無知である、また、現実にそぐわない過度な期待により、子どもの要求や行動の理解ができない—例えば、子どもの、間違っただ行動を、発達段階として受容することをせず、意図的であると受け止める—などである。
- ・子どもの間違っただ行動について、意図的になされたもの、と解釈し、過度、もしくは、力的な懲罰や対処行動が子どもに対して向けられる。
- ・子どものしつけとしての体罰に肯定的である、又は体罰の有効性を信じている。
- ・子どものしつけに体罰を使う。
- ・身体的または精神的な健康問題を抱えたり、認知障害を患うことにより、養育能力が損なわれる。
- ・慌てた時や、怒りを感じた時に、自己コントロールを失う。
- ・アルコールや薬物などの乱用。それは子どもを世話する能力に影響を及ぼす行為であり、妊娠期間中も含めて考える。
- ・犯罪行為に巻き込まれ、親子関係に悪影響を及ぼす。
- ・社会的な孤立
- ・抑うつ気分、自己評価の低下や自己不適應感、—それらの感情は、子どもや家族の要求に十分こたえることできないことにより、さらに強化される可能性がある。
- ・若年であること、教育の欠如による養育スキルの乏しさ
- ・困難な経済状況

b 子どもにおけるリスク要因

あるリスク要因が子ども自身と関連することがすなわち、児童虐待について、子どもに責任があるということを意味するわけではない。しかし、次に掲げような妊娠、出産、養育における状況においては、子どもを養育することはより難しいものとなる可能性がある。

- ・望まない子ども、もしくは子どもが両親の期待や願いを満たさない場合—それはすなわち、性別、容貌、気質などにおいてや、また、生まれつき異常がある、などである。
- ・世話の要求度がより高い乳児—例えば、未熟児、いつも泣いている、精神身体面で障害を負っている、慢性疾患を持つ、などである。
- ・ずっと泣き続け、なだめるのが難しく、またなかなか慰めることができない。
- ・顔面部の異常のような身体的特徴により、養育者が嫌悪感を抱き、子どもに近づかなくなる。
- ・精神疾患の症状を示す。
- ・養育者が、問題があると見なす、子どもの性格や気質傾向—例えば多動や衝動性など
- ・多産児のうちの一りで、養育者が子どもを支援するのに必要とされる能力を超えるような重い負担をかける。
- ・養育者からの注意を求める、一人もしくは複数の一年齢が近いかもしれない—兄弟がいる。
- ・次のような危険な行動の問題を示す、もしくは、自身がそのような問題にさらされる子ども—親密なパートナー間の暴力、犯罪行為、自虐行為、動物虐待、仲間との持続的な攻撃など

(イ) 関係性要因

家族の構成は、固有の環境と地域社会の規範に従い、極めて多様である可能性がある。

多くの地域社会では既に、既婚の母親と父親と子どもから成る「伝統的」核家族は標準的な形態ではなくなっているのかもしれない。家族といってもそれは、子どもの親は母親しかいない、子どもの親は父親しかいない、同性のカップルである、年の離れた兄弟、など様々である可能性がある。家族、友人、親密なパートナー、遊び友達などの仲間 (peers) にあてはまる可能性のある児童虐待のリスク要因は、次のようなものである。

- ・親子間の愛着の欠如とボンディング形成の失敗
- ・家族の、身体的、発達の、精神的な健康問題
- ・家庭崩壊—結婚や親密な関係に問題が生じる、というよう—により、結果として子ども又は大人におけるメンタルヘルスの問題、幸福でない状態、孤独、緊張感、口論などを引き起こす。
- ・家族内暴力、養育パートナー同士の暴力、子ども同士の暴力、養育パートナーと子どもとの間の暴力、など。
- ・性別に基づく役割と結婚を含む親密な関係の中での役割の問題、それには、家庭内において、一人または複数を尊重しないことなどが挙げられる。
- ・地域の中での孤立
- ・他人との関係の中で生ずる、ストレスに満ちた、困難な状況を援助する支援ネットワークの欠如
- ・拡大家族から育児支援が得られない。
- ・人種・民族、国籍、宗教、性別、年齢、性的志向、障害、生活様式により、家族が差別される。
- ・地域で、犯罪や暴力行為に巻き込まれる。

(ウ) 地域要因

児童虐待のリスクの増大とそれに関連する地域環境の特性には以下のものが挙げられる。

- ・暴力の容認
- ・地域における、性別による、また、社会的な不平など
- ・住居がないか、あっても養育に適切とは言えない。
- ・特別にニーズを満たし、家族や制度を支援するサービスの欠乏
- ・高い失業率
- ・貧困
- ・環境における、有害レベルに達する鉛や他の毒物
- ・住民が流動的な近隣
- ・アルコールが簡単に入手可能なこと
- ・地域での薬物取引
- ・児童虐待を引き起こす可能性を高めるかもしれない、不十分な政策やプログラムといった制度

(エ) 社会要因

児童虐待の発生に寄与する要因には、以下のものがある。

- ・低い生活水準や社会経済上の不平等もしくは不安定をもたらす、社会政策、経済政策健康政策、教育政策

- ・ 対人暴力を促進、賞賛する社会、文化規範があること、そしてそれには体罰も含まれる—メディアや、ポピュラーミュージック、ビデオゲームなどにより描写されるように。
- ・ 男女の性別による役割に厳格であることを求める社会文化的規範
- ・ 親子関係において、子どもの立場を弱める社会文化的規範
- ・ 子どものポルノグラフィ、児童売春、児童就労が存在すること

イ 保護要因

子どもと家族において、児童虐待の受けやすさが増加する要因があるのと同様に、その影響から守る保護要因が存在する可能性もまたある。しかし不運なことに、これらの保護要因についてのシステマティックな調査は非常に乏しく、あまりよく理解されていない。これまでの調査では主としてレジリエンス要素に焦点が当てられており、それはすなわち、児童虐待の被害者の衝撃を和らげる要因のことである。レジリエンスを促進する要因には以下のものが挙げられる。

- ・ 家族の大人に対して、乳幼児が安定型アタッチメントを持っていること
- ・ 子どもの小児期に、父親が質の高い養育を行うこと
- ・ 非行、物質乱用に手を染める仲間とつながりを持たないこと
- ・ 虐待を行っていない親との関係が、温かく、支持的であること
- ・ 虐待関連のストレスがないこと

新たに起きた児童虐待の事例に対して、子どもと家族を保護する要因とは一体何なのか、という疑問につき、現在のところ、わかっていることはほとんどない。しかし、わずかな報告ではあるが、社会的結束が強い地域社会に居を構えることは保護効果があること、またそれにより暴力の危険性を減らすことが可能であり、それは、他の、家族に関するリスク要因があったとしても、同様であることが示されている。

幼少期の発達についての現在の理解に基づけば、また、児童虐待のリスク要因と、虐待防止戦略の効果についてのエビデンスに基づけば、安定した家族単位が維持されることは、子どもの保護要因の強力な発生源になり得ることは明白である。健全な養育、親子の強いアタッチメント、そして、体罰に寄らない肯定的なしつけは多くの場合保護要素となりうる。

これらのリスク要因を具体化すると以下ようになる。

表1 子ども虐待のリスク要因

妊 娠：望まない妊娠・出産
未婚
妊娠中に夫が死亡・離別
子ども：多胎
低出生体重児
先天異常
慢性疾患
精神発達遅滞
家庭外養育後（長期入院など）

	期待と異なる子ども
親	：精神疾患 アルコール中毒、薬物中毒 知的障害 性格障害 育児不安 育児知識や育児姿勢に問題 乳児特性（泣き声、匂い、おむつ替えなど）に拒否的 親自身の被虐待歴
家庭	：育児過大（多子、病人を抱えている） 夫婦不和 孤立家庭（転入後、外国人、配偶者の単身赴任や死別、実家と絶縁、 他人からの援助に拒否的） ひとり親家庭 経済的不安定 未入籍 反社会的な生活

4 児童虐待・ハイリスク者の早期発見のための視点

(1) 発見のための留意点

ア 虐待は「いつでも」「どこでも」「どんな人でも」

虐待の問題は、既にすぐ目の前に横たわっている問題である。乳幼児健診など、子どもと養育者が触れ合っている場では、日常的に擦れ違っているかもしれない問題であるという認識が必要である。そういう意識で養育者の訴えをよく聴き、子どもの様子や家族、生活環境を見ていくことが重要である。

イ 何かおかしいという直感が大切（3つの「変だな？」）

(ア) 子どもが何となく変だな

(イ) 養育者の様子の変だな

(ウ) 状況の変だな

子どもが養育者を避けている

養育者から引き離されるのを嫌がらない

養育者と子どもの関係などの状況から感じるもの

ウ 虐待は「シロかクロか」ではない

これは「虐待」といえるのか？という疑問が常についてまわる場合や、シロクロははっきりしないことは決して少ないことではない。クロだから関わるのではなく、疑いが生じるような状況があるならば、どんな状況でも養育者を援助し子どもを助けるために、その子どもや家族と関係を切らないで繋

がっていくことが大切である。

エ 「そんなはずはない」と思っても一度は疑ってみる。

疑いをもつことは、決してその家族や親を傷つける行為ではない。むしろ、子どもと養育者を支援するための勇気ある行為である。また、虐待している可能性のある養育者に対して、非難や怒りの気持ちではなく、養育者を支援するという立場からの関わりが、母子保健においては求められる。

オ 発見の瞬間から援助は始まる。

「虐待？」と感じても、様々な理由を探して関わらないことを正当化することは簡単だが、それが自己保身のためではないかと、自ら考える勇気が必要である。様子を見ている間にも、子どもが日々傷つけられている可能性があることを忘れてはならない。発見の瞬間から関わりは始まっている。

カ きょうだいがいたら、虐待を受けていないか検討する。

虐待を受けている可能性のある子どもをみたら、虐待が発生しやすい要因や環境があることを意味している。きょうだいがい場合は同様の虐待を受けている可能性がある。

キ 一般に、女兒は性的虐待を受ける頻度が高く、男児は身体的虐待を受ける頻度が高い。しかし性的虐待においては、表面化するのは氷山の一角であると言われており、被害実数は、報告数の数十倍に及ぶと言われていることに留意すべきであろう。

(2) 観察項目

ア 子ども・親・家庭環境の留意事項(92ページ参照)

イ 問診項目

問診を工夫することによって、不適切な養育の早期発見に繋げることが期待できる。しかし一方で、不適切な養育がなされていることを疑うことが、養育者が「子どもを虐待していると疑われているのではないかと警戒し、気持ちが頑なになり、気楽に悩みを話すことを拒否することにつながってしまう可能性がある。不適切な養育に関する直接的な質問、例えば「子どもを叩くことがありますか」といった質問項目は、養育者の警戒心を引き起こしてしまい、健診そのものが受容的な雰囲気を感じさせない場になる可能性があり避けるべきである。適切な質問として次のような問診項目が挙げられる。

(ア) 赤ちゃんとの暮らしに慣れてきましたか。(4か月児健診)

いいえ、どちらともいえない、はい

(イ) 育児は楽しいですか。(6～7か月児健診、9～10か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診)

いいえ、どちらともいえない、はい

(ウ) 育児に心配がありますか。(各健診共通)

いいえ、どちらともいえない、はい

(エ) 育児をしていてイライラすることが多いですか。(各健診共通)

いいえ、どちらともいえない、はい

(オ) 育児の相談相手や協力者はいますか。(各健診共通)

いいえ、どちらともいえない、はい

(カ) お母さん・お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。

健康についての不安、眠れない、家事や仕事が忙しい、精神的に悩んでいる、経済的な不安、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護の負担、住居のことなど

(養育者のうつ状態が疑われる場合には、EPDSの使用(24ページ参照)も検討する)

5 児童虐待を疑った場合の対応

(1) 健診の場での留意点

ア 健診時

- (ア) 「疑い」を大切にする。
- (イ) 付き添いの養育者に対して、受容的態度で、淡々とゆっくり話を聞きだす。
- (ウ) 複数の身体所見がある場合、すべて記載する。(例えば皮下出血の場合はその場所・大きさ・新旧など)
- (エ) 受傷の原因・事実関係を問いただし過ぎないように気をつける。
- (オ) 子どもと養育者の表情・態度・二人の関係など印象を記載する。
- (カ) 身体や衣服の清潔が保たれているかなど養育状況を示唆する所見を記載する。
- (キ) 最後に『何か気になることはありませんか。』『心配ごとがあればいつでも相談してください。』と一言付け加える。

イ 健診終了後

- (ア) その場の関係者間で情報を交換し、問題点を明確にする。その後の方針を話し合う。
- (イ) 身近な関係機関と対応を協議する。
- (ウ) 子どもを家庭から離す必要がある時、家族調整が必要な時など、児童相談所との連携が必要な場合は、速やかに連絡をする。(通告義務は守秘義務に優先される。)
- (エ) 関係者(関係機関)間の連絡を密にし、それぞれの役割を明確にする。
- (オ) 事態の急変が常にあり得るため、迅速に対応できる態勢を話し合っておく。

(2) 児童相談所への通告

児童相談所は、「虐待が疑われた」場合の通告先機関であり、子どもを養育者から離し一時的に保護する機能を持ち、また、虐待を受けていることが疑われる子どもを一時的に保護する児童福祉施設への入所を措置するなどの権限を有する。そのため「虐待への対応」において、中心的役割を担っている。

平成12年の児童虐待の防止などに関する法律(以下、児童虐待防止法)の施行にともない、児童相談所は児童虐待の防止、児童虐待の早期発見・早期対応、被虐待児童の保護、家族への支援などに関する取り組みを推進するよう明確に求められるようになった。

ア 児童相談所

- (ア) 児童福祉法に基づき、18歳未満までの児童に関する相談に応ずる行政機関である。新潟県には6か所設置されている。
- (イ) 児童福祉司による社会診断、児童心理司による心理診断、医師による医学診断、児童指導員などによる行動診断などを受けベースに、子どもと家族の背景や問題点などを見立て、これら多職種が協働して最も有効と思われる支援を行い、子どもの福祉を推進し、権利を保護することを目的としている。

イ 児童虐待防止法における「通告」などに関連する法的事項(一部簡略化)

(児童虐待の早期発見など)

学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。(第5条)

(児童虐待に関わる通告)

児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。

刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、児童虐待を受けた児童を発見した場合における児童福祉法の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない。(第6条)

(通告又は送致を受けた場合の措置)

児童相談所が児童虐待を受けたと思われる児童について通告又は送致を受けたときは、児童相談所長は、速やかに、児童の安全の確認を行うよう努めるとともに、必要に応じ一時保護を行うものとする。(第8条)

ウ 通告の実際

- (ア) 「虐待の疑いがある」と電話で一報を入れる。(所属と名前を告げる)
- (イ) おおよその緊急度を告げる。
- (ウ) その後の対応のために、お互いの連絡方法を確認しておく。(当人が不在である場でも、確実に連絡が伝わるようにする)

(3) 健診後の事後フォローについて

ア 医療機関につなぐ場合

医療機関でも精査をまず優先すべきか否かを、関係者間で協議をする。

最も有効なつなぎ方を検討する。

予め知り得た情報を医療機関のスタッフに伝えておく。

イ 保健師を中心とした育児支援を中心とする場合

育児不安を抱いている養育者に対しては、地域での支援態勢を検討する。

養育者の気持ちに寄り添い、聴くことを優先する。性急な聞き取りはしない。

育児の苦労を何気ないことばで労う。安易な励ましはしない。質問には、具体的にわかりやすく答える。求められた情報には、正確に丁寧に答えると同時にパンフレットなども渡す。

次の面接の約束をする。「何かあればいつでも連絡をください」と一言添える。

- (ア) 個別の育児相談・家庭訪問の継続
- (イ) 親子で参加する遊びの教室の利用(保育士による援助)
- (ウ) 保育所・子育て支援センターなどの利用
- (エ) 児童養護施設への一時保護委託(児童相談所を介して)
- (オ) 民生・児童委員、主任児童委員、母子保健推進員による近隣での援助
- (カ) 児童相談所への定期的通所(親へのカウンセリング・子どもの遊戯療法など)

(キ) 養育者を対象とした自助グループの育成（今後の課題）

(ク) 病院への紹介

(ケ) 臨床心理士への紹介

ウ 家族を対象とした福祉的援助を中心とする場合

家庭環境や養育状況が劣悪なためネグレクトが認められる場合、市町村担当課か児童相談所に連絡し、福祉的援助の道を探る。

家族の十分な理解を得ながら、福祉サービスを有効に活用する。

(4) 関係機関との連携について

児童虐待防止法第4条では、児童相談所などの公的関係機関と民間団体の連携強化を規定し、必要な体制の整備に努めるよう求めている。さらに「何人も、児童の健全な成長のために、良好な家族の関係および近隣社会の連帯が求められていることに留意しなければならない」とある。

地域ネットワークが整備されることによって、虐待の早期発見・子どもの救出と保護あるいは子育て支援が有効になされることが、当面の課題である。援助の最終目標は親子の心の回復と家族の関係修復である。また、地域ネットワークは個々の子どもや家庭への援助にとどまらず、次世代に繋がるより良い地域づくりの輪であることも望まれる。

ア 連携の意義

(ア) 虐待の背景には、養育者の生育環境の問題・虐待の世代間連鎖・経済的問題・夫婦間の問題・疾病・子どもの発達や情緒的問題など多彩な要因がある。医療・保健・福祉・教育など多方面からの援助を必要としている。

(イ) 多面的見方によって、情報に富んだ客観的な「虐待の評価」ができる。その結果、虐待の再発を未然に防ぐことが可能になる。また不適切な養育を改善してゆく手立ても生まれてくる。

(ウ) 連携を保つことで、保護者に振り回されたり巻き込まれることを、防ぐ効果が生まれる。

(エ) 養育者に対する共感的理解を必要とする一方で、危機介入にあたっては対立的立場を要求される。多職種・多機関の連携があって初めて可能になる。

(オ) 虐待には常に事態の急変があり得るという切迫感を維持しやすい。

(カ) ケース展開に行き詰まったり、担当者が無力感に陥った場合、支え合うことを通して新たな視点が生まれる。

イ 連携の実際

(ア) 関係者（関係機関）が共通の状況認識をもつために「要保護児童対策地域協議会」を開く。そこで役割分担を明確にする。

「虐待の評価」をして、それに基づき介入・援助の方針を決定する。

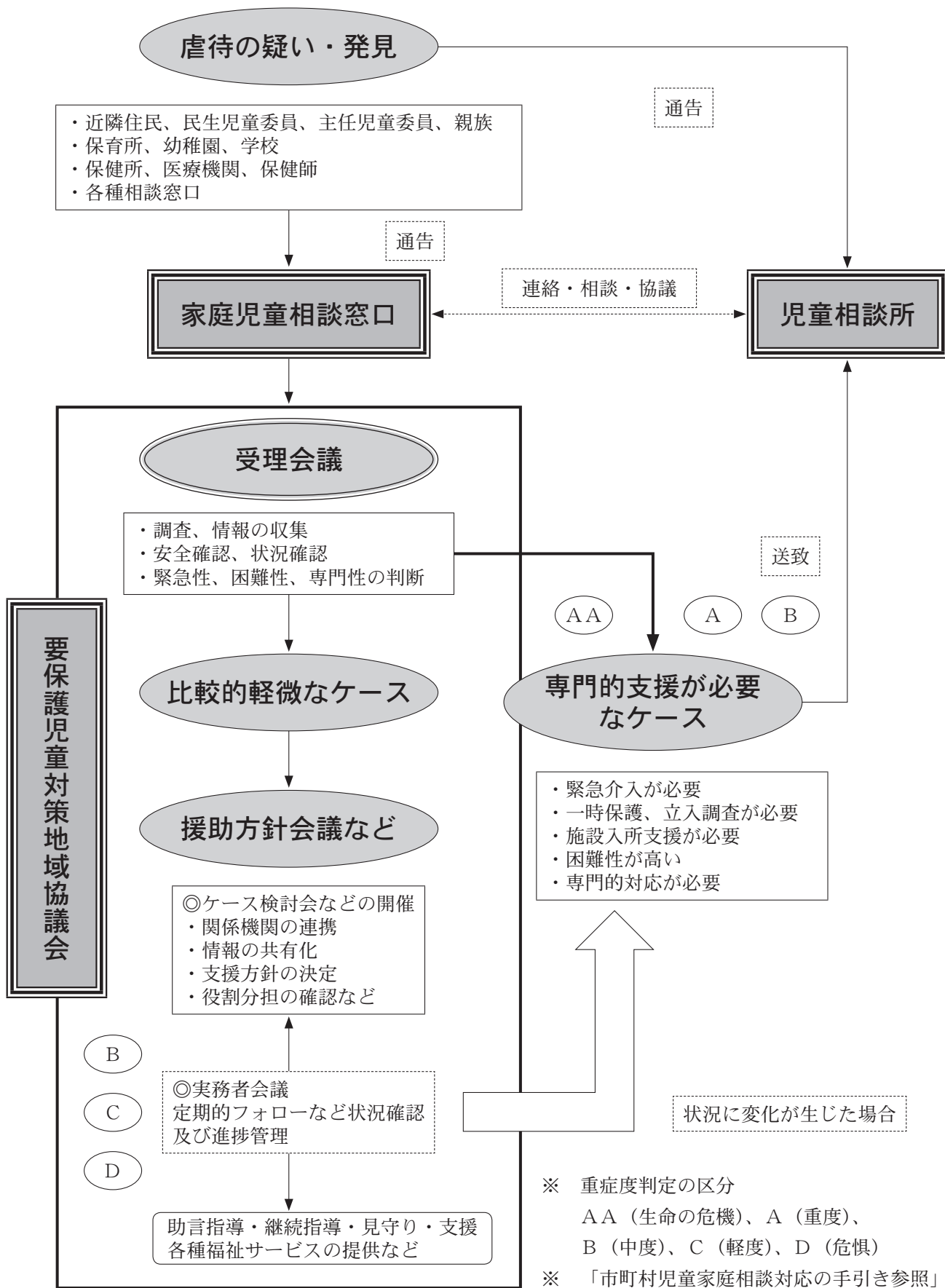
(イ) 必要に応じてその後も「要保護児童対策地域協議会」を開き、情報を共有化、再評価をする。その結果に基づき継続的援助のあり方を検討する。

子どもの心身の状態を確認し合い、役割分担の中で、治療的関わりを深めて行く。

家庭の中で親子の関係を的確に把握し、家族への支援のあり方を検討する。

(ウ) 定期的に地域の関係機関の代表が集まり、地域の子どものとりまく問題を話し合う。

児童虐待の対応（市町村対応）



児童虐待

児童虐待早期発見のためのチェックリスト

子ども、養育者、家庭の様子について、それぞれ『緊急に支援が必要』『虐待の疑いがある』『虐待の視点を持つ必要のあるもの』に分類し、チェック項目を示しています。『緊急に支援が必要』については、特に注意が必要な項目として児童相談所への通告を考えて下さい。ここに示してある項目は、虐待以外の理由によっても起こりうるものも含まれていますが、虐待の原因、兆候であったり、虐待の影響として起こる可能性が高い事項なので、注意深く見守って下さい。

	項目	状況	内容(具体例)
子どもの様子	緊急に支援が必要	<input type="checkbox"/> 保護を求めている	差し迫った事情が認められ、子ども自身が保護、救済を求めている。
		<input type="checkbox"/> 不自然なケガやアザ理由が把握できない	複数新旧の傷やアザ、骨折、打撲傷、入院歴、乳幼児揺さぶられ症候群(※シェイクンベイビーシンドローム) 入院加療が必要等な状態
		<input type="checkbox"/> 低栄養を疑わせる症状	低身長、低体重(※-2SD以下)、栄養失調、衰弱、脱水症状、医療放棄、治療拒否※特に乳児は注意を要する。
		<input type="checkbox"/> 性的被害	性交、性行為の強要、妊娠、性感染症に罹患している。
		<input type="checkbox"/> 自殺未遂	自殺を企てる、ほのめかす。
		<input type="checkbox"/> 不自然な長期の欠席	長期間全く確認できない状況にある、家庭訪問の際会ったことがない。
	虐待の疑いがある	<input type="checkbox"/> ケガを隠そうとする	話をしない、一貫しない説明、脱衣の拒否、夏に長袖
		<input type="checkbox"/> 異常に食欲がある	給食などむさぼるように食べ、際限なくおかわりをする、異食
		<input type="checkbox"/> 強い不安	衣類を着替える際など異常な不安をみせる。
		<input type="checkbox"/> 突然の行動の変化	ボーッとしている、話をしなくなる、鬱々とする。
		<input type="checkbox"/> 治癒しないケガ、虫歯	治療をしていないため治癒しない、治癒が不自然に遅い。
		<input type="checkbox"/> 繰り返される症状	膀胱炎症状の反復、尿路感染や膣炎(性的虐待を疑う)
		<input type="checkbox"/> 繰り返される事故	不自然な事故が繰り返し起きている。
		<input type="checkbox"/> 性的興味が強い	年齢不相応な性知識、自慰行為、他児の性器を触る、自分の性器をみせる。
		<input type="checkbox"/> 過去の介入歴	複数の通告、相談歴、一時保護歴、施設入所歴、入院歴がある。
		<input type="checkbox"/> 保護者への拒否感	恐れ、おびえ、不安を示す、大人に対しての執拗な警戒心がある。
	虐待の視点を持つ必要のあるもの	<input type="checkbox"/> 抑制的な行動が強い	無表情、凍り付くような凝視がある。
		<input type="checkbox"/> 恒常的な不衛生	不潔な衣服、異臭、シラミなどによる湿疹が多くみられる。
		<input type="checkbox"/> 攻撃性が強い	いじめ、動物虐待、他児への暴力
		<input type="checkbox"/> 孤立	友達と一緒に遊べなかったり、孤立する。
		<input type="checkbox"/> 体調の不調を訴える	※不安愁訴、反復する腹痛、便通などの異常
		<input type="checkbox"/> 睡眠の障害	夜驚、悪夢、不眠、夜尿(学童期以降に発現する夜尿は注意)
		<input type="checkbox"/> 不安	暗がりやトイレを怖がるようになる。
		<input type="checkbox"/> 過度の甘え行動が強い	年齢不相応な幼稚さ、担任などを独占したがるなど、過度のスキンシップ
		<input type="checkbox"/> 丁寧すぎる態度	年齢不相応の言葉遣い、態度、過剰適応
		<input type="checkbox"/> 性的関心が高い	豊富な性知識、性体験の告白、セクシーな雰囲気
		<input type="checkbox"/> 性的逸脱	不特定多数を相手にした性交渉、性的暴力、性的いじめ
		<input type="checkbox"/> 精神的に不安定である	精神的、情緒的に不安定な言動がある。
		<input type="checkbox"/> 反社会的な行動(非行)	深夜徘徊、喫煙、窃盗、シンナー吸引、不純異性交遊
		<input type="checkbox"/> 嘘が多い	繰り返し嘘をつく、空想的言動が増える。
		<input type="checkbox"/> 養育者の態度を窺う様子	養育者の顔色を窺う、養育者の意図を察知し行動、養育者と離れると笑顔をみせる。

※『乳幼児揺さぶられ症候群』:脳の成長が未成熟な乳幼児を激しく揺さぶり、衝撃を与え頭蓋内出血や脳の断裂を起こすこと。厚生労働省制作『赤ちゃんが泣きやまない(DVD)』参照

※『-2SD以下』:標準成長曲線に示される値(SD=標準偏差)-2SDは出現率2.3%の低い値

※『不定愁訴』:からだのあらゆる部分のだるさ、気持ち悪さなど、違和感の持続的訴え。家庭の不和、悩みなどの心理的要因が背景にある場合がある。

※本チェックリストは地域、学校、保健、医療などに共通する項目を示している。

	項目	状況	内容(具体例)
養育者の様子	緊急に支援が必要	<input type="checkbox"/> 子どもの保護を求めている	差し迫った事情が認められ、子どもの緊急の保護を求めている。
		<input type="checkbox"/> 生命に関わる危険な行為	頭部打撃、顔面打撃、首締め、シェイキング、道具を使った体罰、逆さ吊り、戸外放置、溺れさせる。
		<input type="checkbox"/> 性的虐待	性器挿入に至らない性的虐待も含む。
		<input type="checkbox"/> 養育拒否の言動	『殺してしまいそう』『叩くのを止められない』など差し迫った訴え
		<input type="checkbox"/> 医療ネグレクト	診察、治療が必要だが受診しない、個人的な考えや心情などによる治療拒否
		<input type="checkbox"/> 放置	乳幼児を家に置き外出、車内に置き去りにする。
		<input type="checkbox"/> 養育能力の著しく低い	著しく不適切な生活状況となっている。
		<input type="checkbox"/> 子どもを監禁	継続的な拘束、監禁、登校禁止
		<input type="checkbox"/> 虐待の認識、自覚無し	『しつけとして行っている』と主張し、罪悪感がない。
		<input type="checkbox"/> 子どものケガの不自然な説明	一貫しない説明、症状とは明らかな食い違い、詐病(※代理によるミュンヒハウゼン症候群)
虐待の疑いがある	<input type="checkbox"/> 偏った養育方針(しつけ)	体罰の正当化、非常識な養育観がある。	
	<input type="checkbox"/> 子どもへの過度の要求	理想の押しつけ、年齢不相応な要求がある。	
	<input type="checkbox"/> 育児への拒否的な言動	『かわいくない』『憎い』など差別的言動がある。	
	<input type="checkbox"/> DVがある	激しい夫婦間暴力の繰り返し認められる。	
	<input type="checkbox"/> 子どもへの愚弄(くろう)	繰り返し自分の子どもを愚弄する。	
	<input type="checkbox"/> きょうだいとの差別	きょうだいに対しての差別的な言動、特定の子どもへの拒否がある。	
	<input type="checkbox"/> 必要な支援の拒否	養育者自身の治療拒否、必要な社会資源の活用拒否	
虐待の視点を持つ必要のあるもの	<input type="checkbox"/> 精神状態	うつ的、不安定、妊娠・出産のストレス、育児ノイローゼがある。	
	<input type="checkbox"/> 性格的問題	一方的被害感、偏った思い込み、衝動的、未熟である。	
	<input type="checkbox"/> 攻撃性が強い	一方的な学校などへの避難、脅迫行為、他児の養育者との対立	
	<input type="checkbox"/> 交流の拒否	行事などへの不参加、連絡を取ることが困難	
<input type="checkbox"/> アルコール、薬物等の問題	現在常用している、過去に経験がある、依存性が高い。		
家庭の様子	緊急に支援が必要	<input type="checkbox"/> ライフラインの停止等	食事がとれない、電気、水道、ガスが止まっている。
		<input type="checkbox"/> 異常な音や声	助けを求める悲鳴、叫び声が聞こえる。
		<input type="checkbox"/> 家族が現認できない	家庭の状況が全く分からない。
	虐待を疑わせるもの	<input type="checkbox"/> 継続的な夫婦間の問題	日常的に夫婦間の口論、言い争いがある。
		<input type="checkbox"/> 不衛生	家中ゴミだらけ、臭異、シラミがわく、放置された多数の動物がいる。
		<input type="checkbox"/> 経済的な困窮	頻繁な借金の取り立てがある。
	<input type="checkbox"/> 確認できない長期の不在	原因不明の長期の留守、夜逃げの可能性ある。	
	虐待の視点を持つ必要のあるもの	<input type="checkbox"/> 近隣からの孤立	近隣との付き合いを拒否されたり、非難されている。
		<input type="checkbox"/> 家族間の暴力、不和	家族、同居者の間に暴力、不和がある。
		<input type="checkbox"/> 頻繁な転居	理由の分からない頻繁な転居がある。
<input type="checkbox"/> 関係機関に拒否的		理由なく関わりを拒否する。	
<input type="checkbox"/> 子どもを守る人の不在		日常的に子どもを守る人がいない。	
<input type="checkbox"/> 生活リズムの乱れ		昼夜逆転など生活リズムが乱れている。	
その他	虐待のリスクを高める要因	<input type="checkbox"/> 乳幼児	就学前の幼い子ども
		<input type="checkbox"/> 子どもの育てにくさ	子どもの生来的な気質などの育てにくさ
		<input type="checkbox"/> 子どもの問題行動	盗み、虚言、他害、自傷行為がみられる。
		<input type="checkbox"/> 生育上の問題	未熟児、慢性疾患、しょうがい、発育、発達の遅れ
		<input type="checkbox"/> 複雑な家族構成	親族外の同居人や、不安定な婚姻状況
		<input type="checkbox"/> きょうだいが著しく多い	無計画な出産による多子
		<input type="checkbox"/> 養育者の生育歴	養育者が虐待された経験がある。何らかの心理的な外傷を持っている。
		<input type="checkbox"/> 養育技術の不足	知識不足、家事・育児能力が低い。
		<input type="checkbox"/> 養育に協力する人の不在	親族や友人などの養育支援、協力者が近くにいない。
		<input type="checkbox"/> 望まない妊娠、出産	予期しない妊娠・出産、祝福されない妊娠・出産
		<input type="checkbox"/> 若年の妊娠、出産	親としての自覚、心構えのない出産



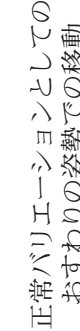
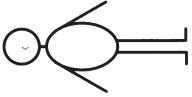

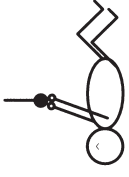

※『代理によるミュンヒハウゼン症候群』:子どもに不必要な、あるいは有害な薬などを飲ませて、子どもに不自然な症状を頻回に出現させる。

参 考 资 料

「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表（九大小児科改訂版）」

氏名	生年月日	年 月 日生	診 断	検査 項目	1. 年 月 日		3. 年 月 日	
					2. 年 月 日		4. 年 月 日	
4:8		スキップができる	紙飛行機を自分で折る	ひとりで着衣ができる	砂場で二人以上で協力して一つの山を作る	文章の復唱(2/3) <small>(子供が二人ブランコに乗っています。山の頂に大きな月が出ました。さきのお母さんと賞物に行きました。)</small>	左右がわかる	
4:4		ブランコに立ちのりしてこぐ	はずむボールをつかむ	信号を見て正しく道路をわたる	ジャンケンで勝負をきめる	四数詞の復唱(2/3) 5-2-4-9 6-8-3-8 7-3-2-8	数の概念がわかる (5まで)	
4:0		片足で数歩とぶ	紙を直線にそって切る	入浴後、ある程度自分で体を洗う	母親にことわって友達の家遊びに行く	両親の姓名、住所を言う	用途による物の指(5/5) (本、鉛筆、時計、いす)電話。	
3:8		幅とび(両足をそろえて前にとぶ)	十字をかく	鼻をかむ	友達と順番にものをを使う(ブランコなど)	文章の復唱(2/3) <small>(きれいな花がさいています。飛行機はそらを飛びます。しょうずに歌をうたいます。)</small>	数の概念がわかる (3まで)	
3:4		でんぐりがえしをする	ボタンをはめる	顔をひとりで洗う	「こうしていい？」と許可を求める	同年齢の子供と会話ができる	高い、低いかわかる	
3:0		片足で2~3秒立つ	はさみを使って紙を切る	上着を自分で脱ぐ	ままごとで役を演じることができる	二語文の復唱(2/3) (小さな人形、赤いふうせん、おいしいお菓子)	赤、青、黄、緑がわかる (4/4)	
2:9		立ったままぐるぐるまわる	まねて○をかく	靴をひとりではく	年下の子供の世話をやきたがる	二数詞の復唱(2/3) 5-8 6-2	長い、短いかわかる	
2:6		足を交互に出して階段をあがる	まねて直線を引く	こぼさないでひとりで食べる	友達とけんかをすると言いつけにくる	自分の姓名を言う	大きい、小さいがわかる	
2:3		両足でびよんびよん飛ぶ	鉄棒などに両手でぶらさがる	ひとりでパンツを脱ぐ	電話ごっこをする	「きれいね」「おいしね」などの表現ができる	鼻、髪、歯、舌、へそ、爪を指示する (4/6)	
2:0		ボールを前にける	積木を横に二つ以上ならべる	排尿を予告する	親から離れて遊ぶ	二語文を話す(「わんわんきた」など)	「もうひとつ」「もうすこし」がわかる	
1:9		ひとりで一段ごとに足をそろえながら階段をあがる	鉛筆でぐるぐるまるをかく	ストローで飲む	友達と手をつなぐ	絵本を見て三つもの名前を言う	目、口、耳、手、足、腹を指示する (4/6)	
1:6		走る	コップからコップへ水をうつす	パンツをはかせるとき両足をひろげる	困難なことに会おうと助けを求める	絵本を見て一つもの名前を言う	絵本を読んでもらいたがる	
1:4		靴をはいて歩く	積木を二つ重ねる	自分の口もとをひとりでふこうとする	簡単な手伝いをする	3語言える	簡単な命令を実行する (「新聞を持っていらつしゃい」など。)	
1:2		2~3歩あるく	コップの中の小粒をとり出そうとする	お菓子のつつみ紙をとって食べる	ほめられると同じ動作をくり返す	2語言える	要求を理解する(3/3) (おいで、ちょうだい、ねんね)	
1:0		座った位置から立ちあがる	なぐり書きをする	さじで食べようとする	父や母の後追いをする	ことばを1~2語、正しくまねる	要求を理解する(1/3) (おいで、ちょうだい、ねんね)	
0:11		つたい歩きをする	おもちゃの車を手で走らせる	コップを自分で持つて飲む	人見知りをする	音声をまねようとする	「バイバイ」や「さようなら」のことばに反応する	
0:10		つかまって立ちあがる	びんのふたを、あけたりしめたりする	泣かずに欲求を示す	身ぶりをまねする(オツムテンテンなど)	さかんにおしゃべりする(補語)	「いけません」と言うとき、ちょっと手をひっこめる	
0:9		ものにつかまって立っている	おもちゃのたいこをたたく	コップなどを両手で口に持っていく	おもちゃをとられると不快を示す	夕、ダ、チャなどの音声が出る		
0:8		ひとりで座って遊ぶ	親指と人さし指でつかもうとする	顔をふこうとするといやがる	鏡を見て笑いかけたり話しかけたりする	マ、バ、パなどの音声が出る		
0:7		腹ばいで体をまわす	おもちゃを一方の手から他方に持ちかえる	コップから飲む	親しみと怒った顔がわかる	おもちゃなどに向かかって声を出す	親の話し方で感情をききわける(禁止など)	
0:6		寝がえりをする	手を出してものをつかむ	ビスケットなどを自分で食べる	鏡に映った自分の顔に反応する	人に向かかって声を出す		
0:5		横向きに寝かせると寝がえりをする	ガラガラを振る	おもちゃを見ると動きが活発になる	人を見ると笑いかける	キヤーキヤー言う	母の声と他の人の声をききわける	
0:4		首がすわる	おもちゃをつかんでいる	さじから飲むことができる	あやされると声を出して笑う	声を出して笑う		
0:3		あおむけにして体をおこしたとき頭を保つ	親にふれたものを取ろうとして手を動かす	顔に布をかかけられて不快を示す	人の声がある方に向く	泣かずに声を出す(アー、ウァ、など)	人の声でしずまる	
0:2		腹ばいで頭をちょっとあげる	手を口を持っていつてしゃぶる	満腹になると乳首を舌でおし出したり顔をそむけたりする	人の顔をじいっと見つめる	いろいろな泣き声を出す		
0:1		あおむけでときどき左右に首の向きをかえる	手にふれたものをつかむ	空腹時に抱くと顔を乳の方に向けてはしがる	泣いているとき抱きあげるとしずまる	元気な声で泣く	大きな音に反応する	
0:0 (年:月)	歴移手基対発 年動の本人言 運運習関理 齡動動慣係語解	移動運動	手の運動	基本的習慣	対人関係	発 語	言 語 理 解	
		運 動		社 会 性		言 語		

乳児の運動発達

月齢	0か月	3か月	5～6か月	9か月	12か月
姿勢の変化	腹臥位	 肘で支える	 手で支える		 歩行
	仰臥位		 両手あそび オモチャを正中で、両手でつかむ		
反射・反応	脊髄				
	足底把握				
	手掌把握				
	自動歩行				
	Galant反射				
交叉伸展反射					
橋					
非対称性緊張性頸反射A TNR					
緊張性迷路反射TLR					
モロー反射					
中脳					
視性かつ迷路性立ち直り反射					
パラシュート反応					
皮質					
腹臥位、仰臥位における平衡反応					
坐位、四つ這い位での平衡反応					
立位での平衡反応（ホッピング）					
粗大運動					
発達指標	頸定				
	坐位				
	寝返り				
指しゃぶり					
指しゃぶり					
持たせれば持つ					
手全体でつかむ					
手のかえる					
手の桡側で持つ					
親指と人さし指でつまむ					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					
あやし笑い					
ケタケタ					
人見知り					
追視					

「乳幼児の発育値及びパーセンタイル曲線（平成12年調査）」

一般調査および病院調査による体重のパーセンタイル値（平成12年調査）

(kg)

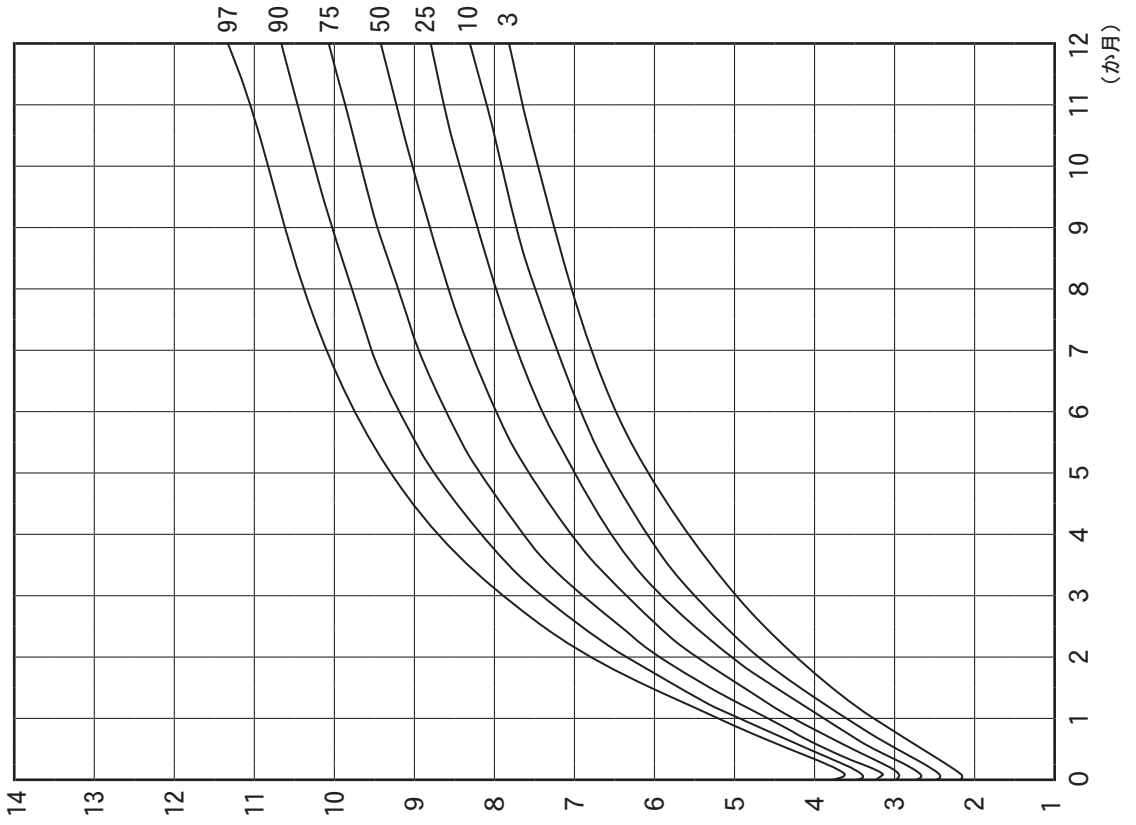
年・月・日齢	男 子							女 子						
	パーセンタイル値							パーセンタイル値						
	3	10	25	50 中央値	75	90	97	3	10	25	50 中央値	75	90	97
出生時	2.23	2.52	2.76	3.00	3.26	3.51	3.79	2.25	2.50	2.72	2.95	3.21	3.46	3.73
1日	2.18	2.47	2.70	2.93	3.18	3.43	3.70	2.18	2.41	2.62	2.84	3.09	3.33	3.58
2日	2.16	2.44	2.67	2.89	3.14	3.39	3.65	2.15	2.38	2.58	2.80	3.04	3.28	3.53
3日	2.17	2.46	2.69	2.92	3.17	3.41	3.65	2.15	2.39	2.59	2.81	3.05	3.29	3.54
4日	2.21	2.50	2.73	2.97	3.22	3.47	3.69	2.17	2.41	2.61	2.83	3.07	3.31	3.56
5日	2.25	2.55	2.78	3.02	3.28	3.53	3.74	2.20	2.43	2.64	2.86	3.11	3.34	3.60
6日	2.29	2.59	2.83	3.08	3.34	3.58	3.80	2.24	2.47	2.67	2.90	3.15	3.39	3.65
7日	2.33	2.64	2.88	3.13	3.39	3.63	3.85	2.28	2.52	2.72	2.95	3.20	3.45	3.70
30日	3.29	3.63	3.91	4.24	4.60	4.92	5.20	3.10	3.44	3.70	4.01	4.35	4.64	4.87
0年1～2月未満	3.82	4.21	4.52	4.90	5.32	5.71	6.09	3.69	4.00	4.29	4.64	5.03	5.33	5.63
2～3	4.63	5.14	5.52	5.97	6.47	6.94	7.40	4.44	4.83	5.17	5.57	6.03	6.40	6.81
3～4	5.31	5.84	6.26	6.78	7.33	7.85	8.36	5.05	5.45	5.82	6.24	6.75	7.17	7.68
4～5	5.85	6.35	6.80	7.35	7.94	8.49	9.04	5.53	5.91	6.31	6.75	7.29	7.76	8.29
5～6	6.29	6.75	7.22	7.79	8.41	8.98	9.55	5.90	6.30	6.72	7.18	7.74	8.25	8.80
6～7	6.66	7.10	7.58	8.16	8.80	9.39	9.97	6.23	6.62	7.06	7.54	8.12	8.67	9.23
7～8	6.91	7.36	7.85	8.45	9.09	9.67	10.26	6.44	6.85	7.31	7.82	8.40	8.98	9.53
8～9	7.15	7.61	8.11	8.70	9.34	9.92	10.49	6.62	7.05	7.53	8.05	8.64	9.22	9.78
9～10	7.36	7.82	8.32	8.93	9.57	10.15	10.73	6.78	7.22	7.72	8.26	8.85	9.42	10.00
10～11	7.56	8.02	8.52	9.13	9.78	10.36	10.95	6.69	7.40	7.91	8.46	9.06	9.64	10.21
11～12	7.73	8.21	8.72	9.33	9.97	10.57	11.18	7.14	7.59	8.12	8.67	9.28	9.85	10.45
1年0～1月未満	7.89	8.39	8.90	9.51	10.16	10.77	11.44	7.33	7.79	8.32	8.88	9.49	10.06	10.73
1～2	8.04	8.55	9.07	9.68	10.35	10.95	11.70	7.50	7.97	8.52	9.07	9.68	10.30	10.98
2～3	8.18	8.69	9.22	9.85	10.51	11.18	11.95	7.66	8.14	8.68	9.26	9.88	10.51	11.22
3～4	8.32	8.84	9.37	10.03	10.71	11.39	12.18	7.82	8.31	8.84	9.45	10.09	10.74	11.46
4～5	8.47	8.99	9.53	10.22	10.90	11.61	12.41	7.98	8.48	9.00	9.65	10.30	10.97	11.71
5～6	8.63	9.16	9.70	10.41	11.11	11.83	12.65	8.14	8.65	9.16	9.84	10.51	11.19	11.95
6～7	8.78	9.31	9.87	10.59	11.31	12.04	12.89	8.30	8.82	9.34	10.04	10.72	11.42	12.20
7～8	8.93	9.47	10.04	10.77	11.50	12.26	13.12	8.45	8.97	9.50	10.22	10.91	11.63	12.42
8～9	9.06	9.62	10.20	10.94	11.69	12.46	13.33	8.60	9.14	9.68	10.40	11.12	11.85	12.66
9～10	9.18	9.75	10.34	11.10	11.86	12.65	13.52	7.73	9.28	9.83	10.57	11.30	12.05	12.87
10～11	9.33	9.90	10.50	11.28	12.06	12.87	13.74	8.89	9.44	10.00	10.76	11.51	12.28	13.10
11～12	9.44	10.03	10.64	11.43	12.23	13.05	13.92	9.03	9.60	10.17	10.95	11.72	12.51	13.33
2年0～6月未満	9.97	10.59	11.26	12.07	12.91	13.81	14.74	9.45	10.07	10.77	11.53	12.38	13.26	14.17
6～12	10.80	11.46	12.18	13.01	13.92	14.97	16.04	10.22	10.95	11.68	12.51	13.46	14.51	15.57
3年0～6月未満	11.59	12.28	13.06	13.97	14.99	16.14	17.36	11.03	11.78	12.58	13.49	14.54	15.72	16.92
6～12	12.34	13.09	13.93	14.92	16.05	17.33	18.71	11.80	12.62	13.49	14.49	15.65	16.97	18.33
4年0～6月未満	13.10	13.90	14.82	15.90	17.16	18.60	20.17	12.57	13.46	14.41	15.50	16.79	18.27	19.84
6～12	13.86	14.72	15.72	16.91	18.30	19.93	21.71	13.33	14.29	15.32	16.52	17.96	19.62	21.37
5年0～6月未満	14.63	15.56	16.65	17.96	19.52	21.38	23.40	14.07	15.10	16.23	17.55	19.31	21.09	23.29
6～12	15.27	16.32	17.48	18.93	20.70	22.85	25.50	14.81	15.93	17.16	18.62	20.66	22.84	25.39
6年0～6月未満	15.93	17.14	18.38	19.87	21.94	24.67	28.03	15.49	16.71	18.06	19.69	22.06	24.64	27.71

※乳幼児身体発育調査結果を利用する際の留意事項：集団の長期的評価や医学的な判定に用いる場合は平成12年調査値を用い、母子健康手帳を用いた保健・栄養指導の際には、平成22年数値を用いることとされている

引用文献：厚生労働省「乳幼児身体発育評価マニュアル（平成24年3月）」

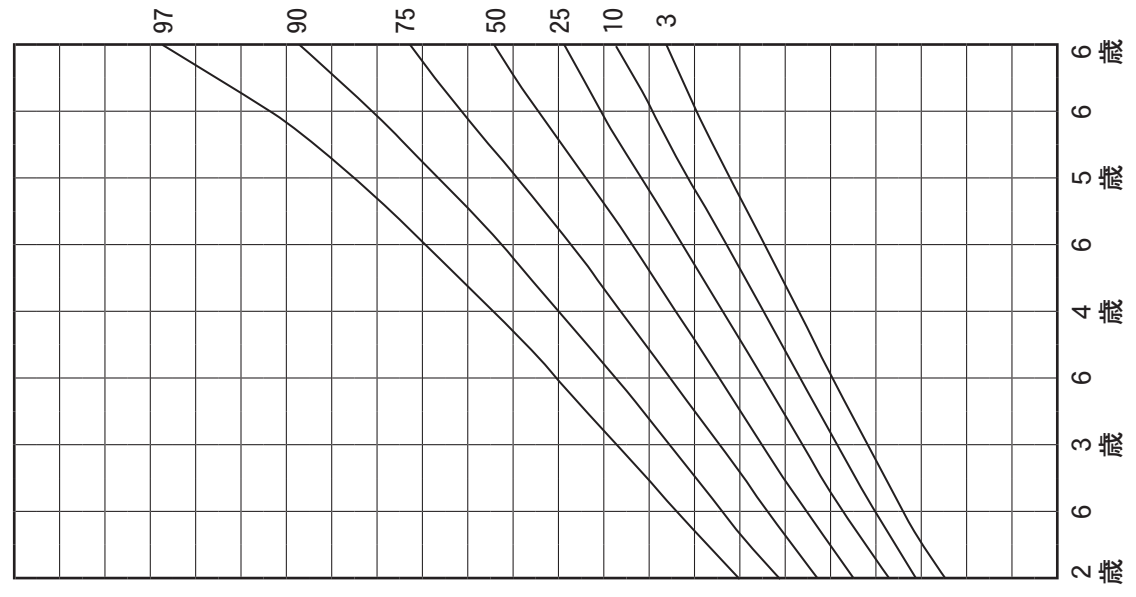
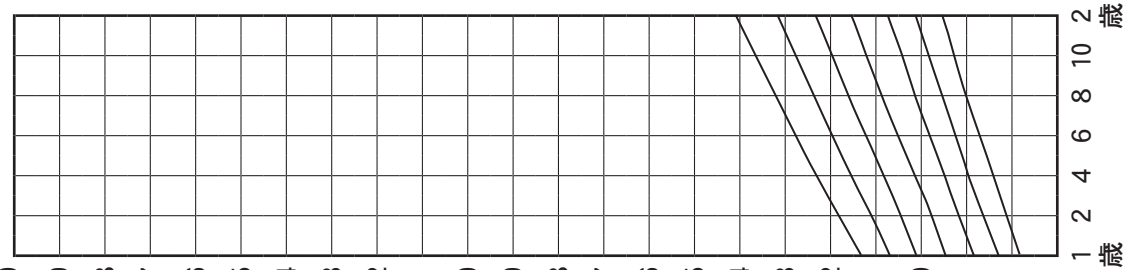
乳幼児（男子）体重発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）

〈乳児〉
(kg)



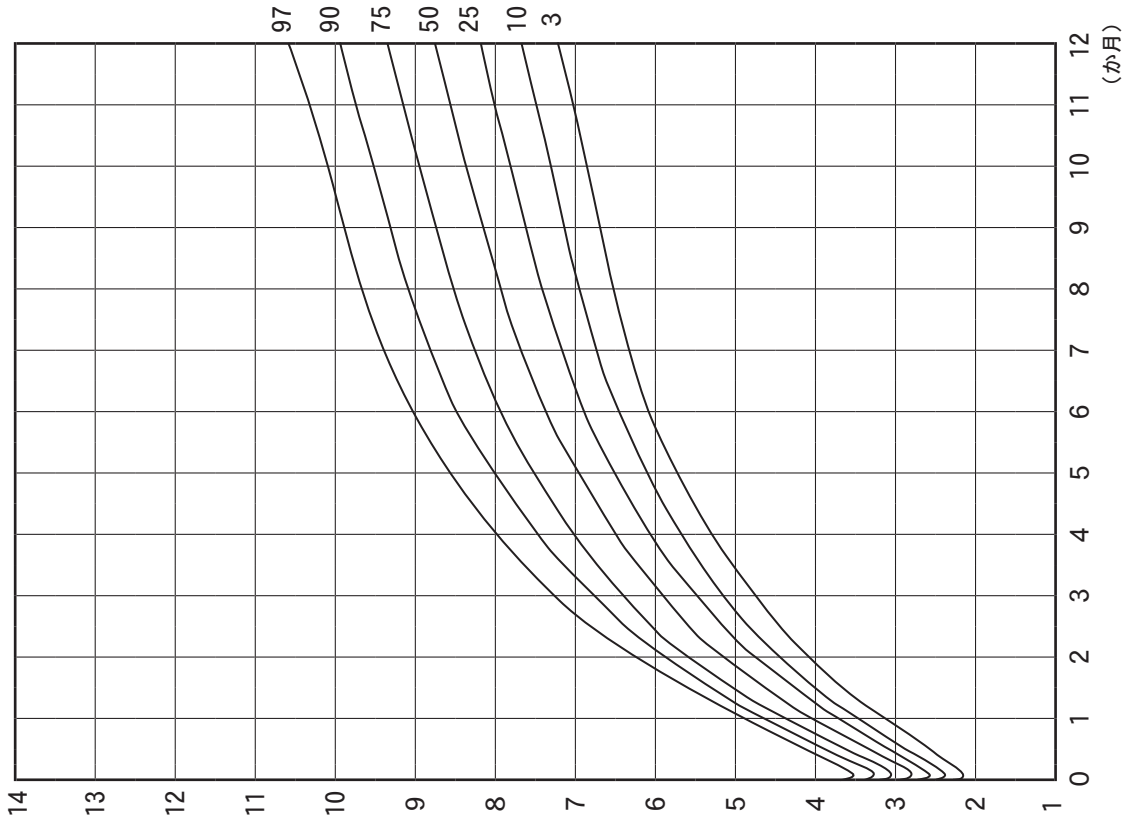
〈幼児〉

(kg)



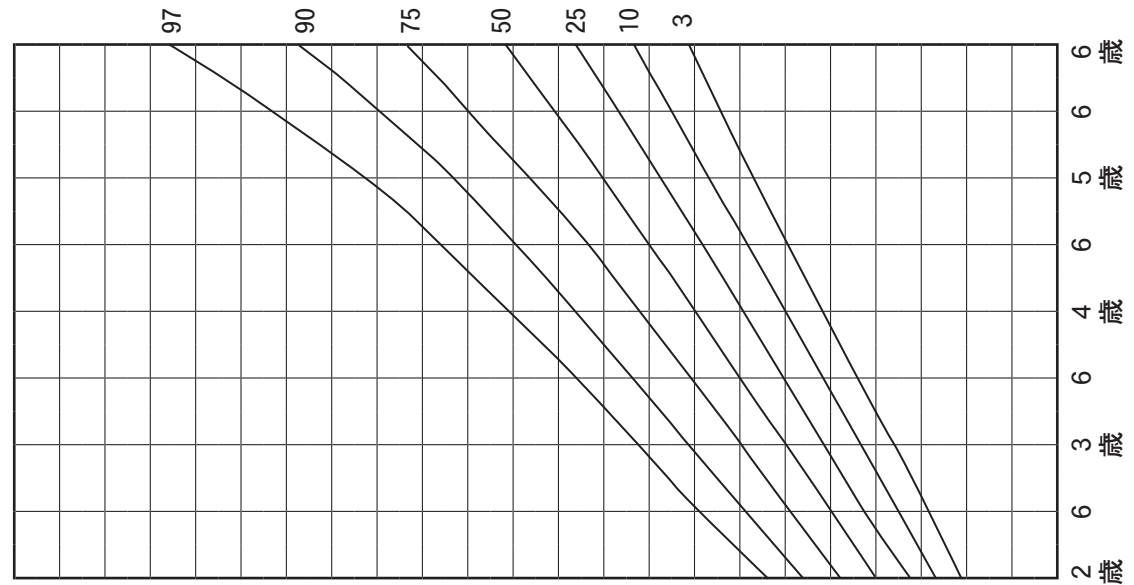
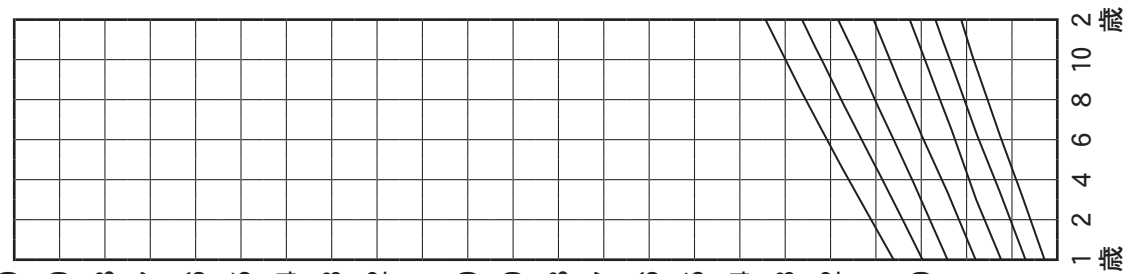
乳幼児（女子）体重発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）

〈乳児〉
(kg)



〈幼児〉

(kg)



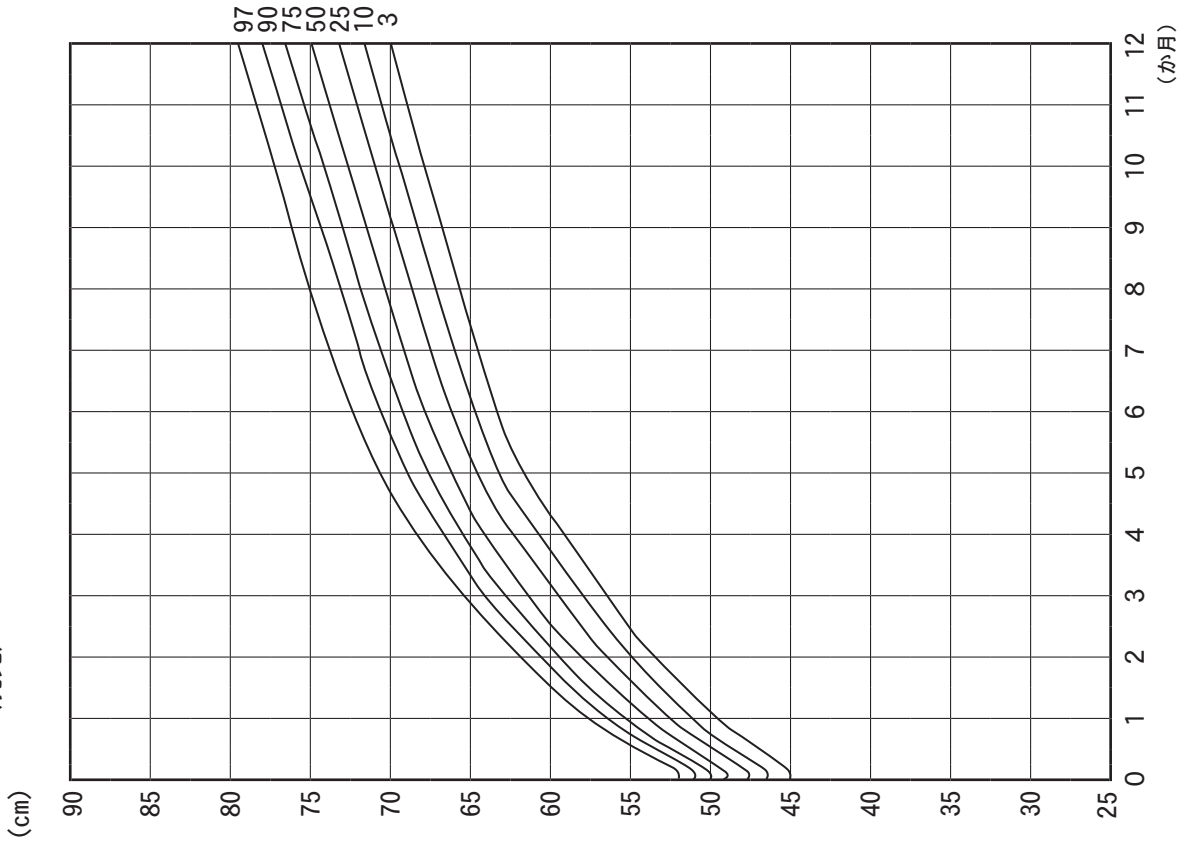
一般調査および病院調査による身長のパーセンタイル値（平成12年調査）

(cm)

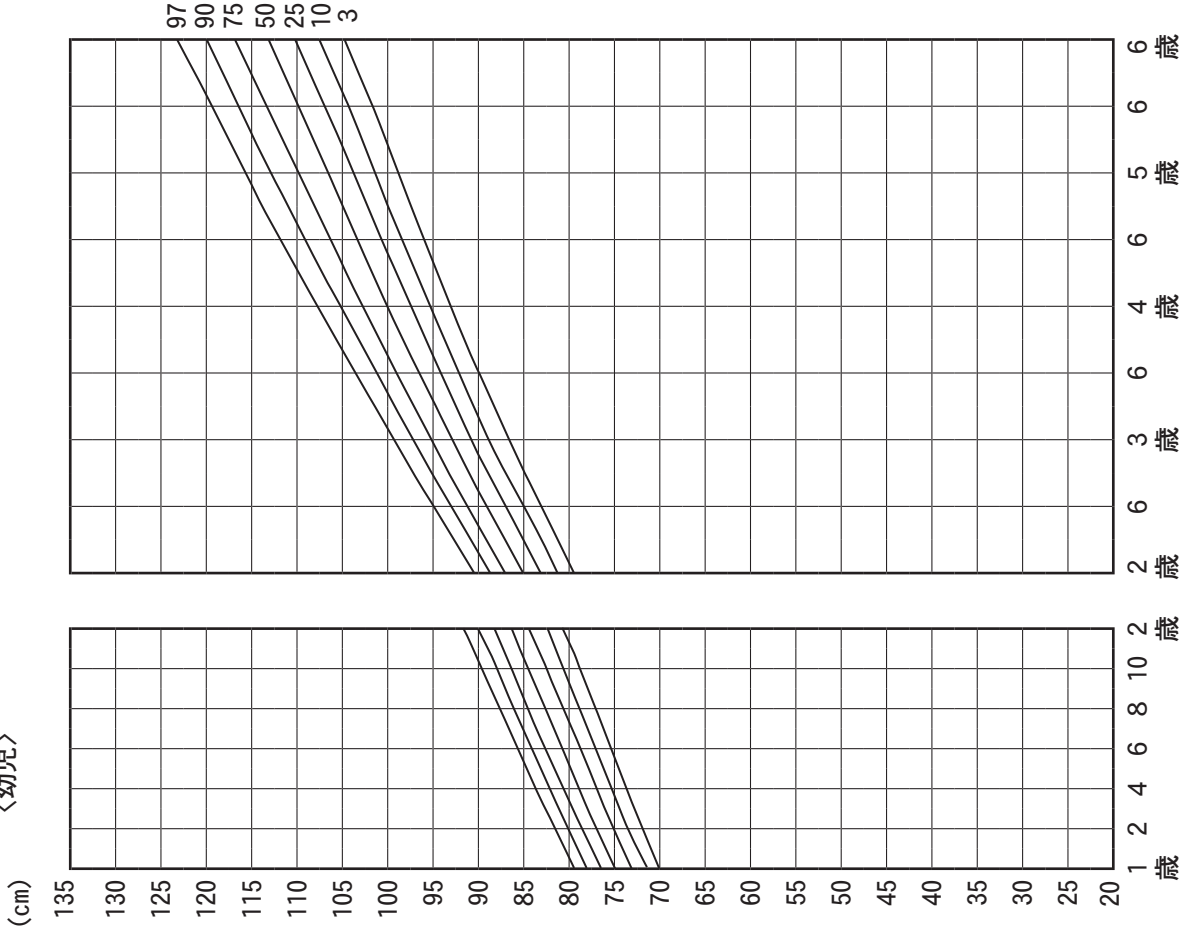
年・月・日齢	男 子							女 子						
	パーセンタイル値							パーセンタイル値						
	3	10	25	50 中央値	75	90	97	3	10	25	50 中央値	75	90	97
出生時	44.9	46.5	47.7	49.0	50.1	51.0	52.0	45.0	46.1	47.3	48.5	49.7	50.9	52.0
30日	49.5	51.2	52.5	54.0	55.3	56.5	57.7	49.1	50.2	51.3	52.6	53.9	55.0	56.1
0年1～2月未満	51.6	53.2	54.6	56.2	57.6	58.8	60.0	51.2	52.3	53.5	54.8	56.1	57.2	58.4
2～3	55.0	56.4	58.0	59.9	61.2	62.5	63.8	54.5	55.7	57.0	58.4	59.8	61.1	62.3
3～4	57.8	59.4	61.1	62.9	64.3	65.6	67.0	57.1	58.5	59.9	61.4	63.0	64.3	65.7
4～5	60.6	62.1	63.6	65.3	66.7	68.0	69.5	59.1	60.6	62.0	63.7	65.3	66.8	68.2
5～6	62.6	64.0	65.4	67.0	68.5	69.8	71.4	61.0	62.4	63.8	65.4	67.0	68.5	69.9
6～7	64.0	65.4	66.9	68.5	70.0	71.3	73.0	62.6	64.0	65.4	66.9	68.5	69.8	71.2
7～8	65.1	66.6	68.1	69.7	71.2	72.6	74.3	63.9	65.3	66.6	68.1	69.7	71.0	72.4
8～9	66.2	67.7	69.2	70.9	72.4	73.8	75.5	65.2	66.5	67.9	69.3	70.8	72.1	73.5
9～10	67.3	68.8	70.3	72.0	73.6	75.0	76.6	66.3	67.7	69.0	70.5	71.9	73.3	84.6
10～11	68.4	69.9	71.5	73.2	74.8	76.2	77.8	67.4	68.8	70.1	71.6	73.1	74.5	75.8
11～12	69.5	71.0	72.6	74.4	76.0	77.4	78.9	68.5	69.8	71.2	72.7	74.2	75.6	77.0
1年0～1月未満	70.4	72.0	73.6	75.4	77.0	78.5	79.9	69.5	70.9	72.3	73.8	75.4	76.8	78.2
1～2	71.5	73.1	74.7	76.5	78.1	79.6	81.1	70.5	71.9	73.3	74.9	76.5	78.0	79.4
2～3	72.4	74.0	75.6	77.5	79.1	80.6	82.1	71.4	72.9	74.3	76.0	77.6	79.1	80.5
3～4	73.3	74.9	76.6	78.4	80.1	81.6	83.1	72.3	73.8	75.3	77.0	78.7	80.2	81.7
4～5	74.1	75.8	77.5	79.4	81.1	82.6	84.1	73.2	74.8	76.3	78.0	79.7	81.3	82.8
5～6	74.9	76.6	78.3	80.2	82.0	83.5	85.1	74.2	75.8	77.3	79.1	80.8	82.3	83.9
6～7	75.8	77.5	79.2	81.1	82.9	84.5	86.0	75.2	76.7	78.3	80.0	81.8	83.3	84.9
7～8	76.6	78.3	80.1	82.1	83.8	85.4	87.0	76.1	77.7	79.2	81.0	82.7	84.3	85.9
8～9	77.5	79.3	81.1	83.0	84.8	86.5	88.1	77.0	78.5	80.1	81.9	83.6	85.2	86.7
9～10	78.3	80.1	81.9	83.9	85.7	87.4	89.0	77.8	79.4	80.9	82.7	84.5	86.1	87.6
10～11	79.2	81.0	82.8	84.8	86.7	88.3	90.0	78.6	80.2	81.8	83.6	85.4	87.0	88.6
11～12	80.1	81.9	83.8	85.8	87.7	89.4	91.0	79.4	81.0	82.6	84.4	86.2	87.9	89.5
2年0～6月未満	81.2	83.1	85.0	87.1	89.1	90.9	92.6	80.7	82.4	84.1	86.0	87.9	89.7	91.4
6～12	85.0	86.9	88.8	91.0	93.2	95.2	97.2	84.2	86.0	87.8	89.9	92.0	94.0	96.0
3年0～6月未満	88.3	90.3	92.3	94.6	97.0	99.2	101.4	87.6	89.5	91.5	93.7	95.9	98.3	100.4
6～12	91.5	93.6	95.8	98.2	100.9	103.3	105.7	90.9	92.9	95.1	97.4	99.7	102.3	104.6
4年0～6月未満	84.5	96.8	99.1	101.6	104.5	107.2	109.8	94.1	96.3	98.5	101.0	103.5	106.1	108.5
6～12	97.4	99.8	102.2	104.9	108.1	110.9	113.7	96.9	99.3	101.7	104.3	106.9	109.5	111.9
5年0～6月未満	100.2	102.7	105.3	108.1	111.4	114.4	117.4	99.8	102.3	104.8	107.6	110.4	112.9	115.4
6～12	103.1	105.8	108.4	111.4	114.9	118.0	121.1	102.6	105.2	107.9	110.8	113.7	116.4	119.0
6年0～6月未満	106.2	109.0	111.8	114.9	118.6	121.8	125.1	105.2	108.0	110.7	113.8	116.9	119.6	122.4

乳幼児（男子）身長発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）

<乳児>

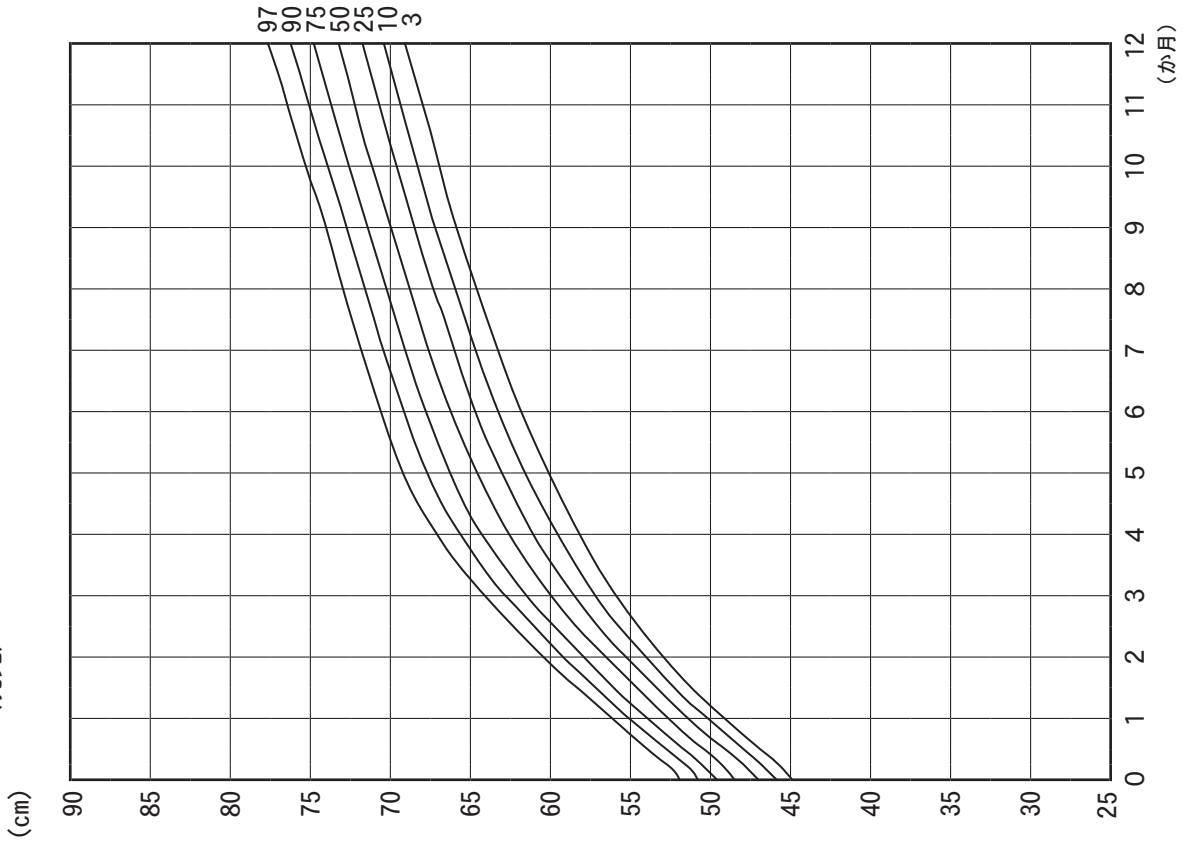


<幼児>

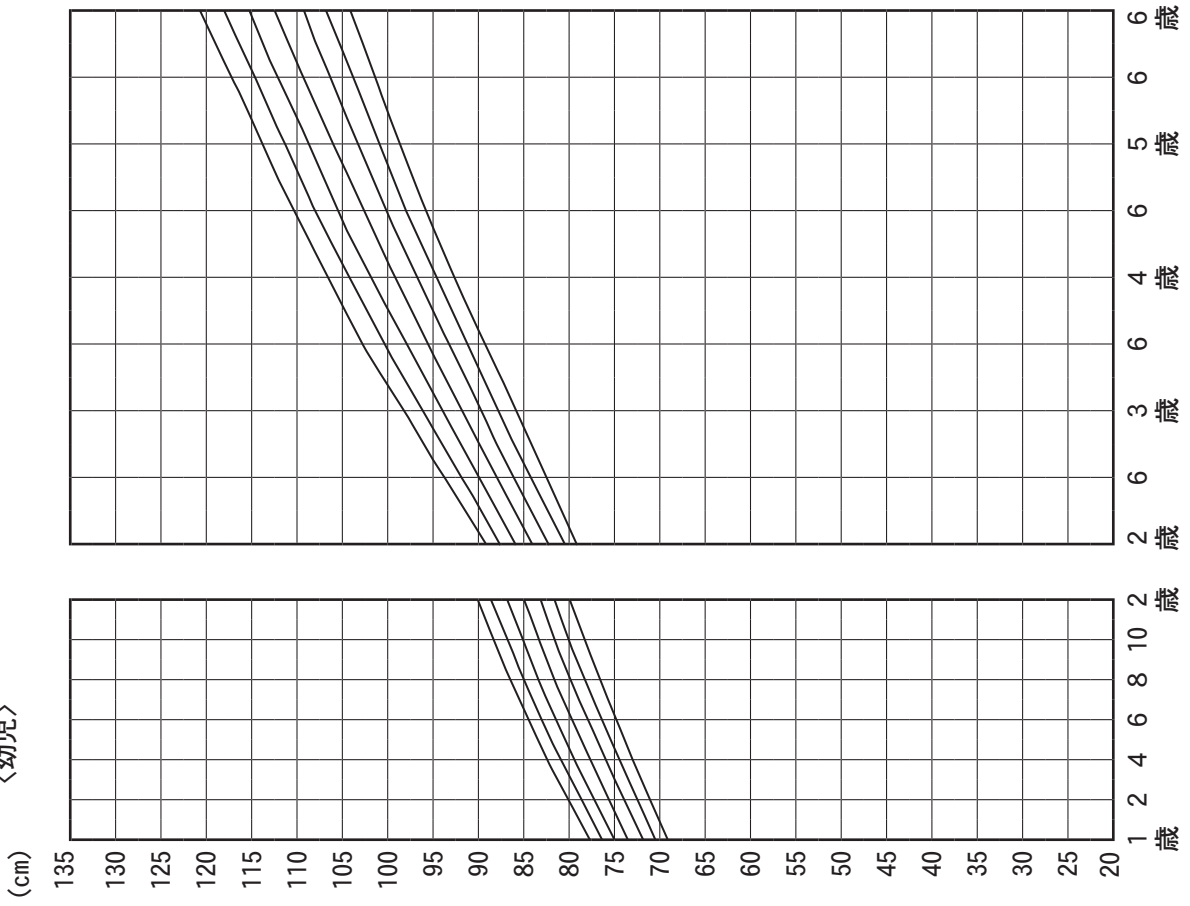


乳幼児（女子）身長発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）

<乳児>



<幼児>

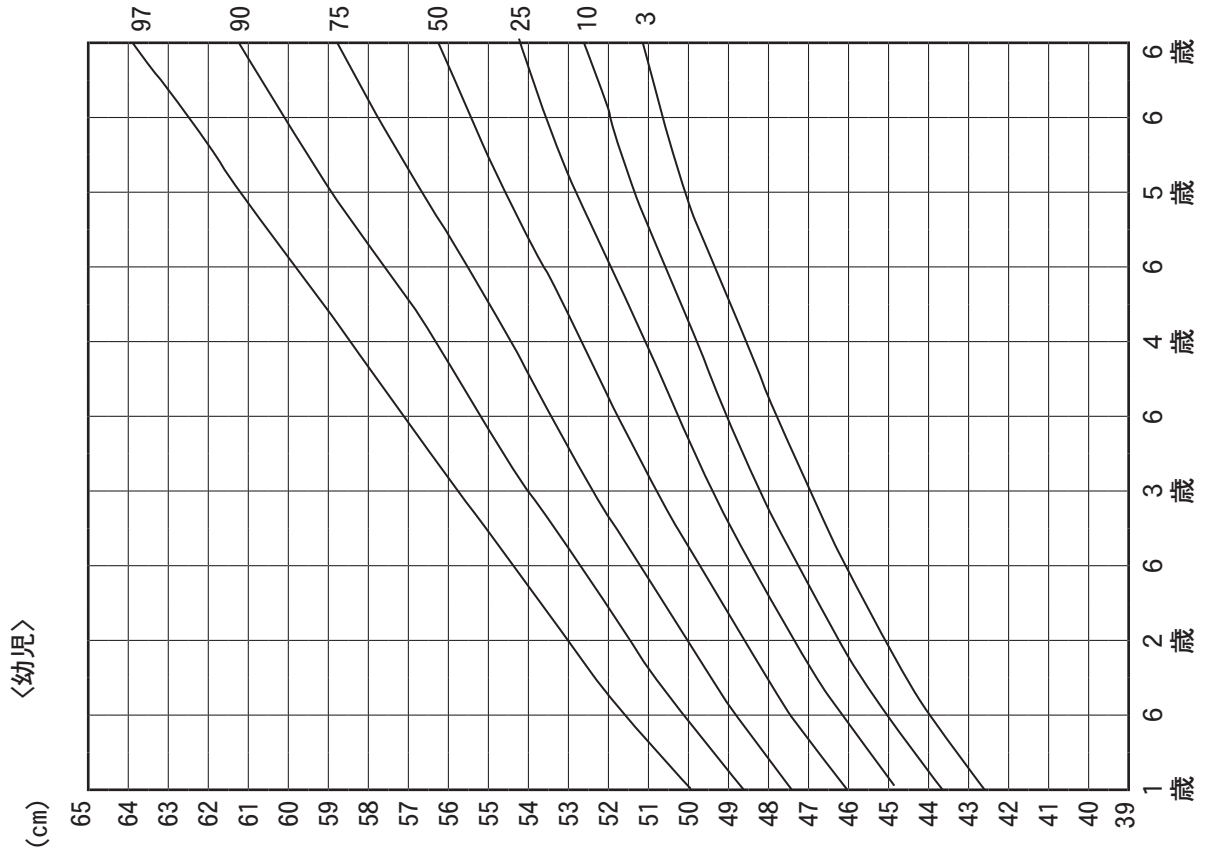
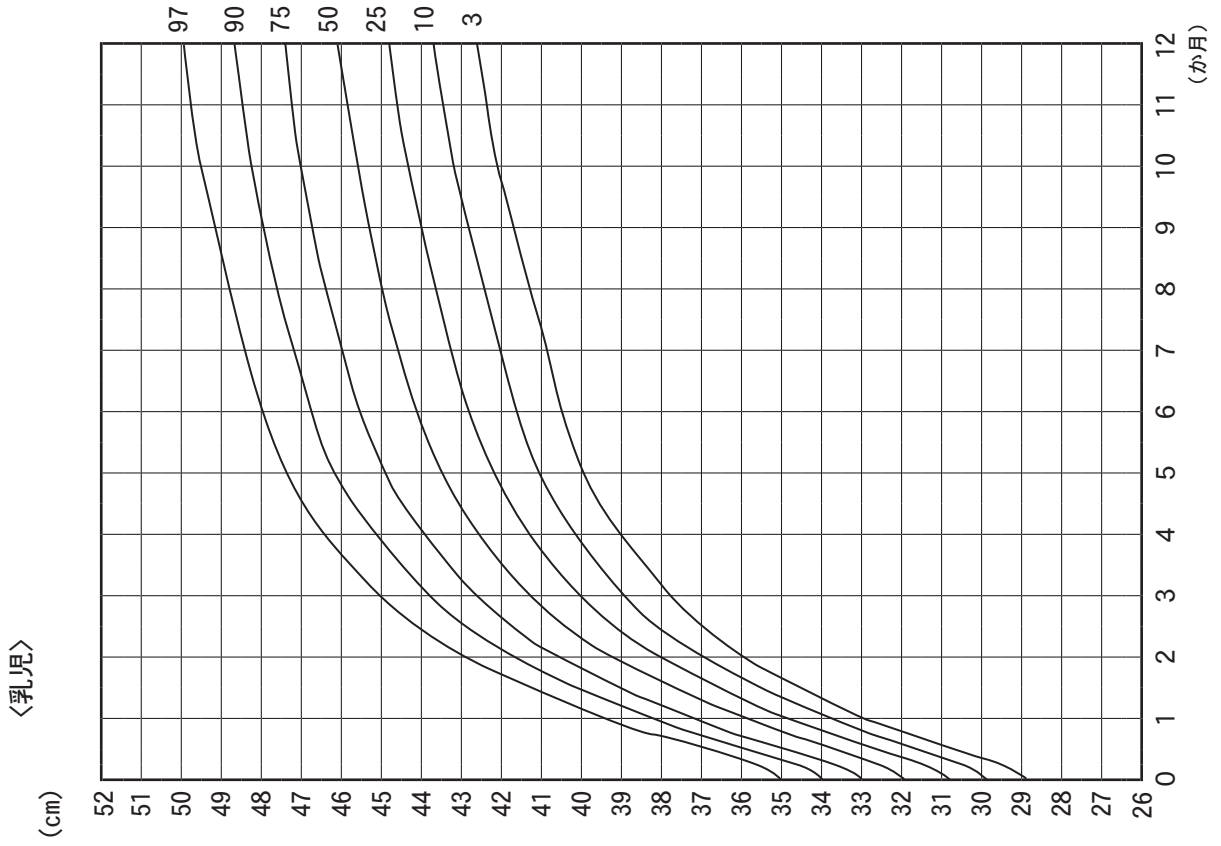


一般調査および病院調査による胸囲のパーセンタイル値（平成12年調査）

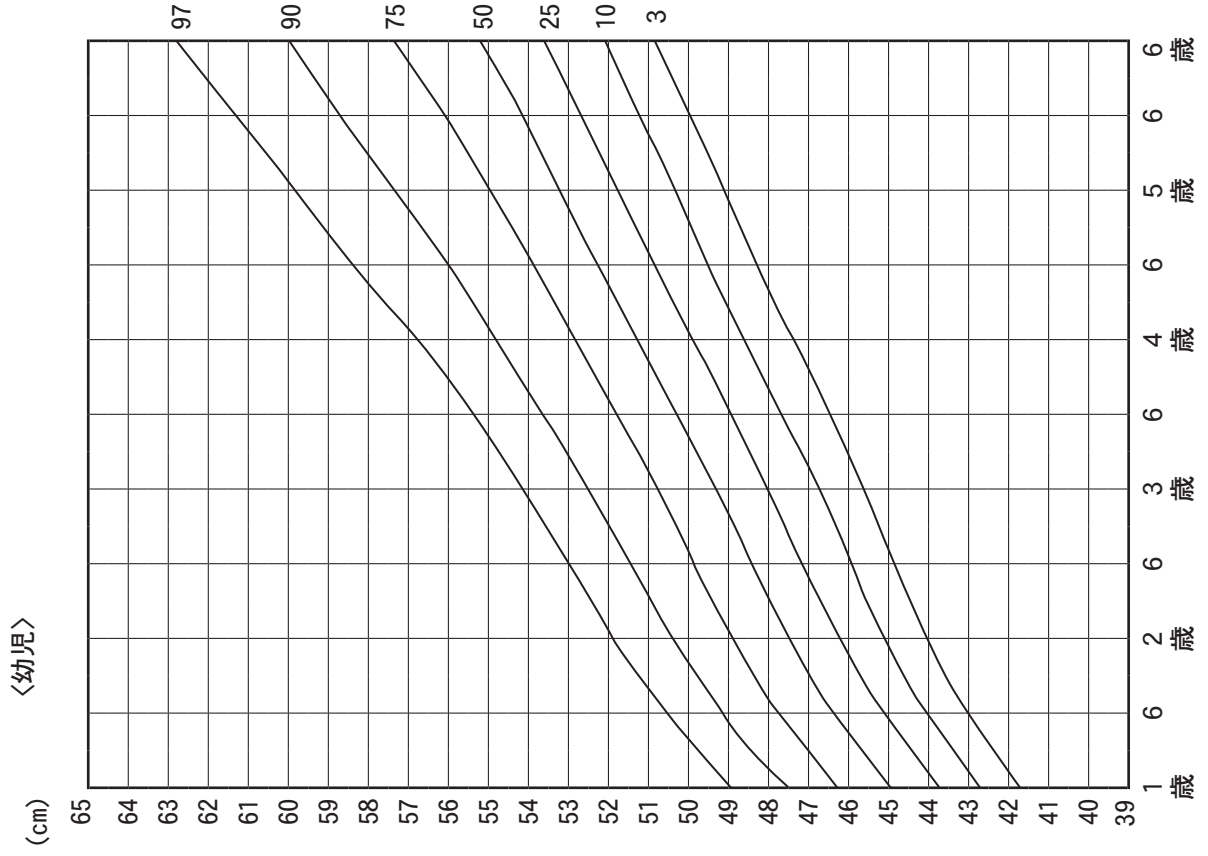
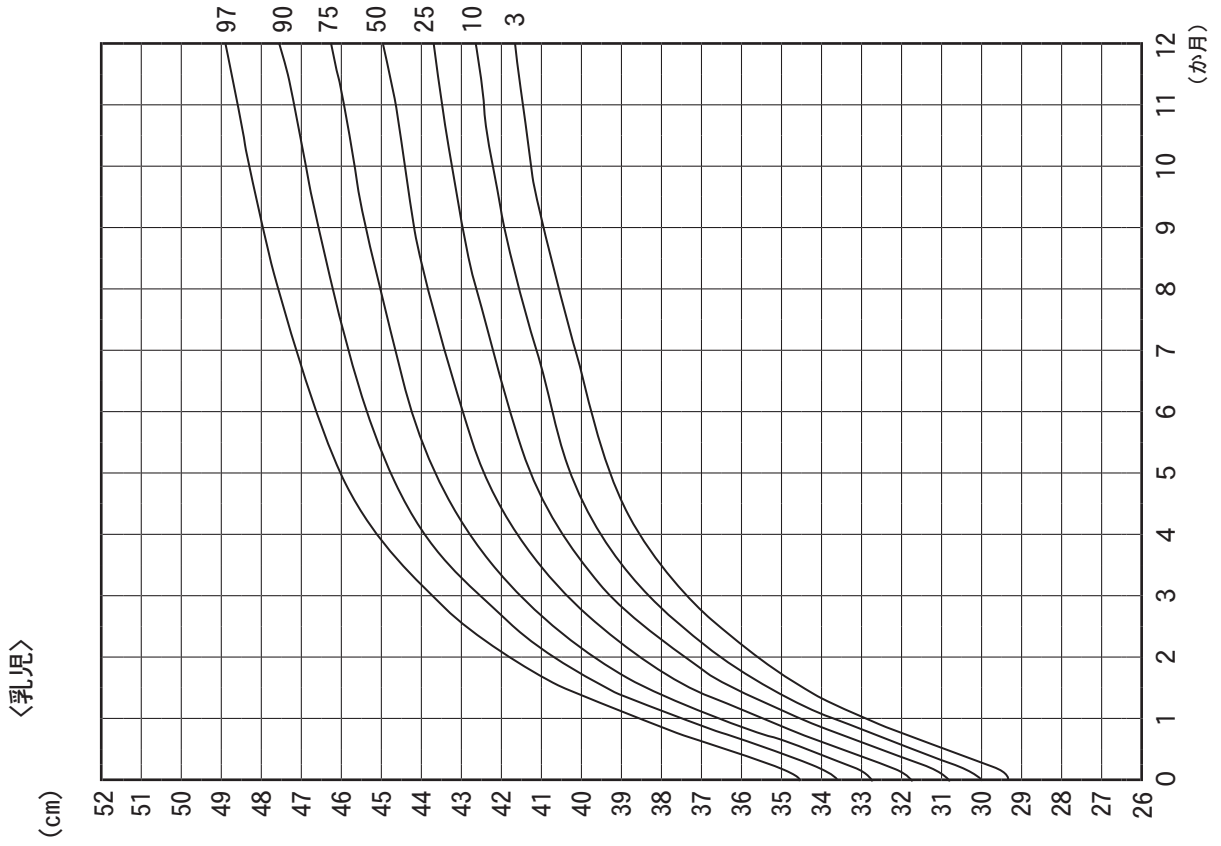
(cm)

年・月・日齢	男 子							女 子						
	パーセンタイル値							パーセンタイル値						
	3	10	25	50 中央値	75	90	97	3	10	25	50 中央値	75	90	97
出生時	28.9	29.9	30.9	32.0	33.1	34.1	35.1	29.3	30.1	30.9	31.8	32.8	33.7	34.6
30日	32.8	33.8	34.7	35.9	37.1	38.2	39.4	32.8	33.6	34.4	35.4	36.4	37.3	38.5
0年1～2月未満	34.6	35.6	36.6	37.8	39.1	40.2	41.4	34.4	35.3	36.2	37.2	38.3	39.4	40.5
2～3	37.1	38.1	39.2	40.5	41.8	43.0	44.2	36.5	37.4	38.4	39.5	40.6	41.7	42.8
3～4	38.5	39.6	40.7	42.0	43.4	44.6	45.8	38.0	38.9	39.9	41.1	42.2	43.3	44.5
4～5	39.6	40.6	41.8	43.1	44.5	45.7	47.0	38.9	39.9	40.9	42.1	43.3	44.4	45.6
5～6	40.2	41.4	42.5	43.9	45.2	46.5	47.7	39.5	40.5	41.5	42.7	44.0	45.1	46.4
6～7	40.7	41.8	43.0	44.4	45.7	47.0	48.2	39.9	40.9	42.0	43.2	44.4	45.6	46.9
7～8	41.1	42.2	43.4	44.8	46.1	47.4	48.6	40.3	41.3	42.4	43.6	44.8	46.0	47.3
8～9	41.5	42.6	43.8	45.2	46.6	47.8	49.0	40.8	41.8	42.8	44.0	45.2	46.4	47.8
9～10	41.9	43.0	44.2	45.5	46.9	48.1	49.3	41.1	42.1	43.1	44.3	45.5	46.7	48.1
10～11	42.3	43.4	44.5	45.7	47.1	48.4	49.6	41.3	42.3	43.4	44.6	45.8	47.1	48.4
11～12	42.5	43.6	44.7	45.9	47.3	48.5	49.8	41.6	42.6	43.6	44.8	46.1	47.3	48.7
1年0～1月未満	42.7	43.8	44.9	46.2	47.6	48.8	50.1	41.8	42.8	43.9	45.1	46.4	47.7	49.1
1～2	42.9	44.0	45.2	46.4	47.8	49.0	50.4	42.1	43.1	44.1	45.4	46.7	48.0	49.4
2～3	43.2	44.3	45.4	46.7	48.0	49.3	50.6	42.3	43.3	44.4	45.6	46.9	48.3	49.7
3～4	43.4	44.5	45.6	46.9	48.3	49.5	50.9	42.5	43.5	44.6	45.8	47.2	48.5	49.9
4～5	43.7	44.8	45.9	47.2	48.5	49.8	51.2	42.7	43.7	44.8	46.0	47.4	48.8	50.1
5～6	43.9	45.0	46.1	47.4	48.7	50.0	51.5	42.9	43.9	45.0	46.2	47.6	49.0	50.4
6～7	44.1	45.2	46.3	47.6	48.9	50.3	51.7	43.1	44.1	45.2	46.5	47.8	49.2	50.6
7～8	44.3	45.4	46.5	47.8	49.2	50.5	52.0	43.3	44.3	45.4	46.7	48.1	49.5	50.9
8～9	44.5	45.6	46.7	48.0	49.4	50.7	52.2	43.5	44.5	45.6	46.9	48.3	49.7	51.1
9～10	44.7	45.8	46.9	48.2	49.6	51.0	52.5	43.7	44.7	45.8	47.1	48.5	49.9	51.3
10～11	44.9	46.0	47.1	48.4	49.8	51.2	52.7	43.8	44.9	46.0	47.2	48.6	50.1	51.6
11～12	45.0	46.2	47.3	48.5	49.9	51.4	52.9	43.9	45.0	46.1	47.4	48.8	50.3	51.8
2年0～6月未満	45.6	46.7	47.9	49.2	50.6	52.1	53.7	44.5	45.5	46.7	48.0	49.4	51.0	52.4
6～12	46.5	47.7	48.9	50.3	51.8	53.4	55.1	45.2	46.3	47.5	48.9	50.3	52.0	53.6
3年0～6月未満	47.4	48.7	49.9	51.3	53.0	54.6	56.5	46.0	47.2	48.5	49.8	51.3	53.1	54.8
6～12	48.2	49.4	50.7	52.2	54.0	55.7	57.8	46.9	48.1	49.4	50.8	52.3	54.2	56.0
4年0～6月未満	49.0	50.2	51.5	53.1	55.0	56.9	59.2	47.8	49.0	50.4	51.8	53.3	55.4	57.6
6～12	49.8	51.0	52.4	54.2	56.1	58.3	60.6	48.7	49.9	51.3	52.7	54.4	56.7	59.1
5年0～6月未満	50.4	51.7	53.2	55.0	57.2	59.5	61.9	49.5	50.8	52.2	53.7	55.5	58.0	60.6
6～12	50.9	52.3	53.9	55.9	58.3	60.7	63.2	50.4	51.7	53.1	54.6	56.7	59.3	62.1
6年0～6月未満	51.4	52.9	54.5	56.7	59.3	61.8	64.5	51.3	52.6	54.1	55.7	57.9	60.7	63.6

乳幼児（男子）胸囲発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）



乳幼児（女子）胸囲発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）

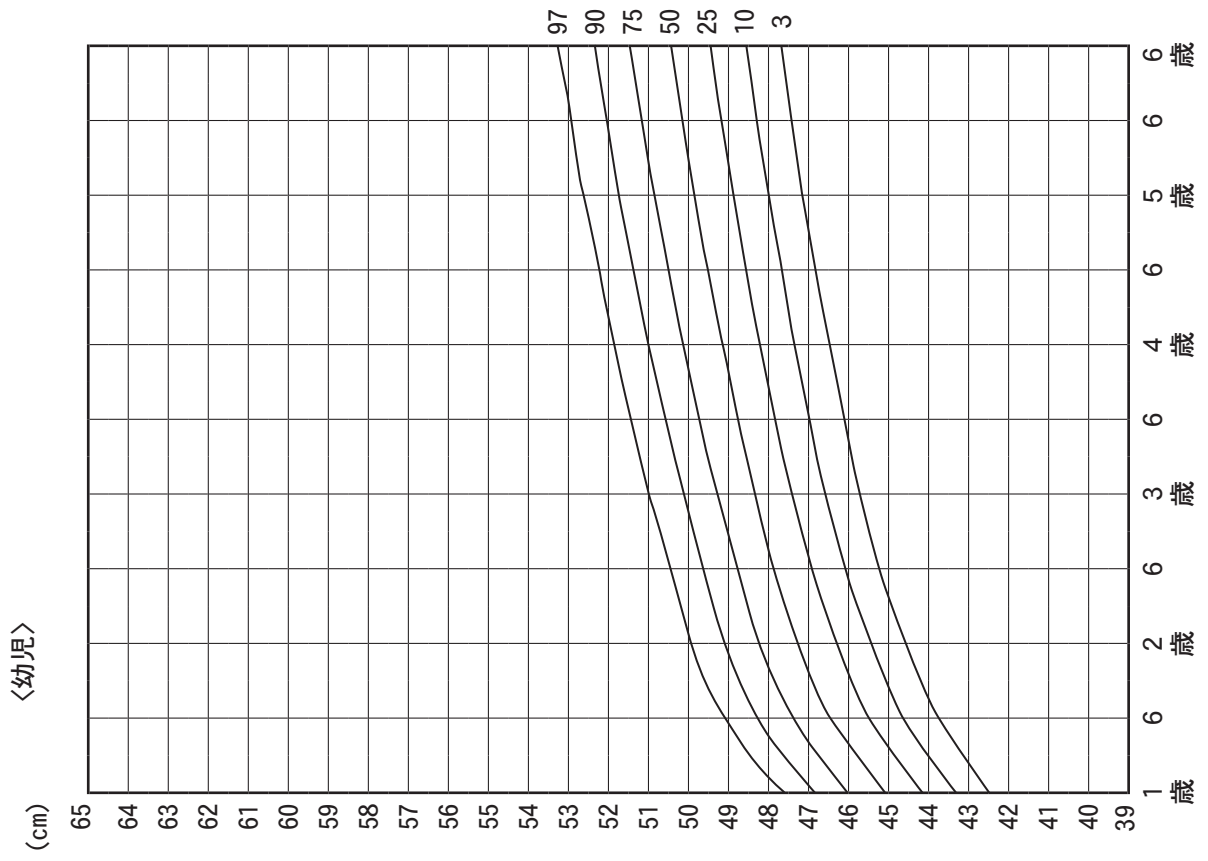
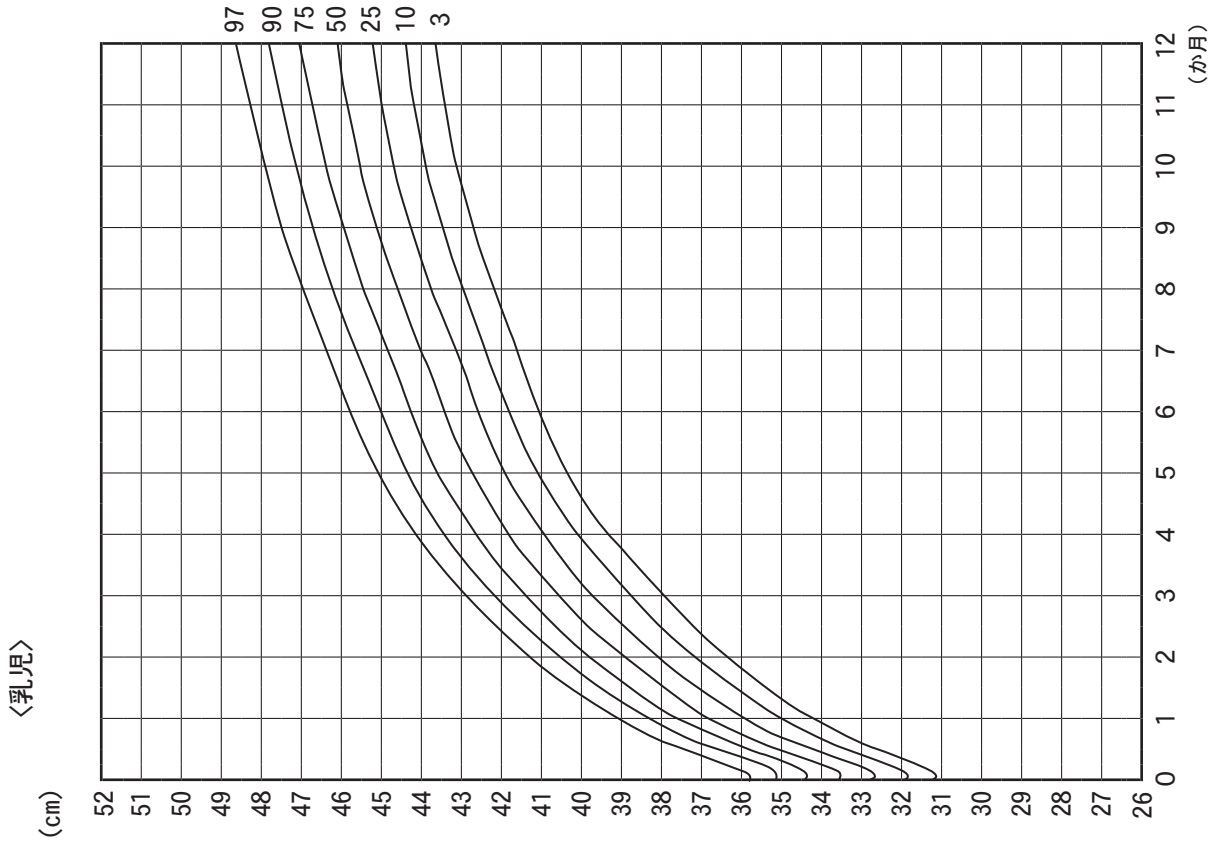


一般調査および病院調査による頭囲のパーセンタイル値（平成12年調査）

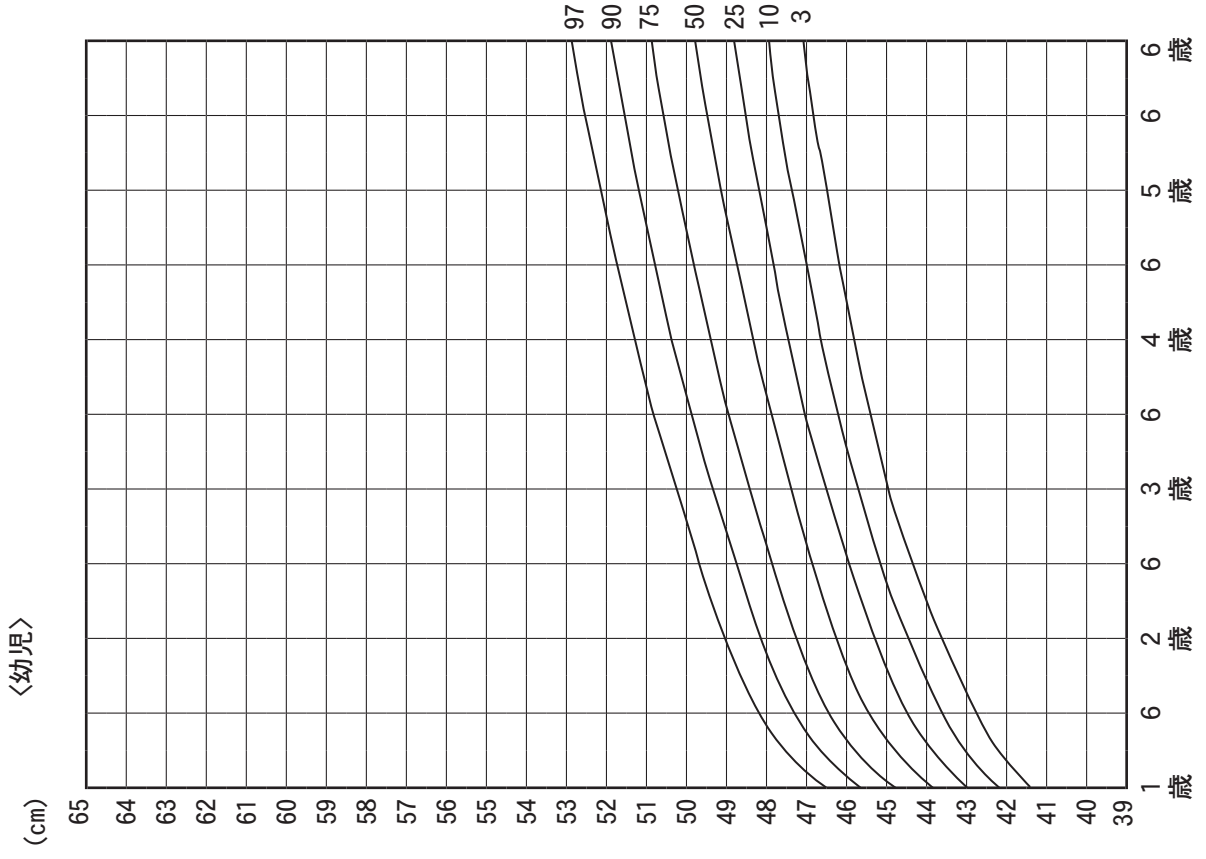
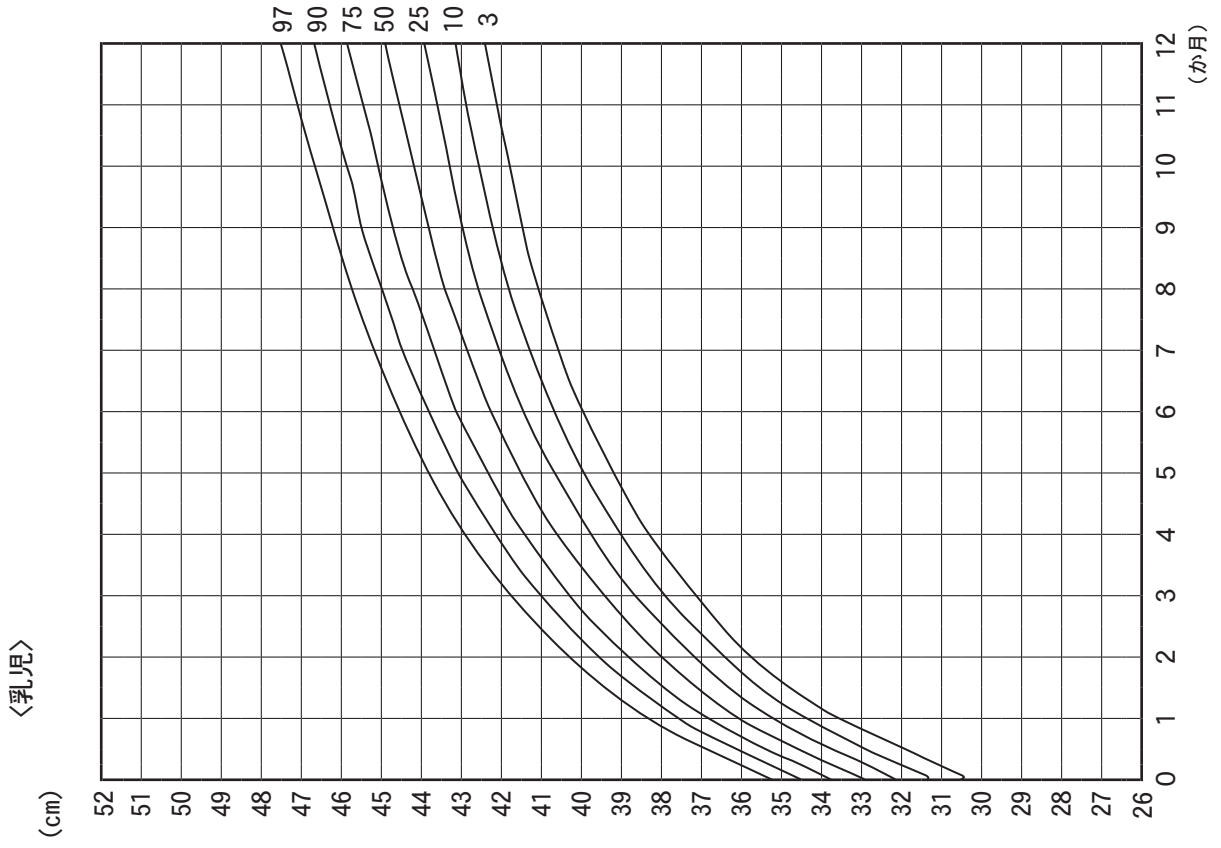
(cm)

年・月・日齢	男 子							女 子						
	パーセンタイル値							パーセンタイル値						
	3	10	25	50 中央値	75	90	97	3	10	25	50 中央値	75	90	97
出生時	31.2	31.9	32.7	33.5	34.3	35.1	35.8	30.4	31.3	32.2	33.0	33.8	34.6	35.3
30日	34.2	35.0	36.0	36.8	37.6	38.4	39.2	33.5	34.4	35.2	36.0	36.8	37.6	38.3
0年1～2月未満	35.3	36.2	37.2	38.0	38.8	39.6	40.4	34.8	35.6	36.3	37.1	37.9	38.7	39.4
2～3	37.0	38.0	39.0	39.8	40.7	41.4	42.2	36.5	37.2	37.9	38.8	39.6	40.3	41.1
3～4	38.5	39.5	40.5	41.3	42.2	42.9	43.7	37.8	38.5	39.3	40.1	40.9	41.6	42.4
4～5	39.8	40.7	41.5	42.3	43.2	43.9	44.7	38.8	39.5	40.3	41.1	41.9	42.6	43.4
5～6	40.5	41.5	42.2	43.1	43.9	44.7	45.4	39.6	40.3	41.1	41.9	42.7	43.5	44.2
6～7	41.1	42.1	42.8	43.7	44.5	45.3	46.1	40.3	41.0	41.8	42.6	43.4	44.2	44.9
7～8	41.7	42.6	43.4	44.3	45.1	45.9	46.7	40.8	41.5	42.3	43.1	44.0	44.7	45.4
8～9	42.3	43.2	44.0	44.9	45.7	46.5	47.3	41.3	42.0	42.8	43.6	44.5	45.2	46.0
9～10	42.7	43.6	44.4	45.3	46.2	46.9	47.7	41.6	42.4	43.1	44.0	44.9	45.7	46.4
10～11	43.1	43.9	44.7	45.7	46.5	47.3	48.1	41.9	42.7	43.5	44.4	45.3	46.1	46.9
11～12	43.4	44.2	45.1	46.0	46.9	47.7	48.5	42.2	43.0	43.8	44.7	45.6	46.5	47.3
1年0～1月未満	43.6	44.5	45.3	46.2	47.2	48.0	48.8	42.5	43.3	44.1	45.0	46.0	46.9	47.7
1～2	43.9	44.7	45.6	46.5	47.4	48.3	49.1	42.8	43.6	44.5	45.4	46.4	47.2	48.1
2～3	44.1	44.9	45.8	46.7	47.7	48.5	49.4	43.1	43.9	44.7	45.7	46.6	47.5	48.4
3～4	44.3	45.1	46.0	46.9	47.9	48.7	49.6	43.3	44.1	44.9	45.9	46.9	47.8	48.6
4～5	44.5	45.4	46.2	47.2	48.1	49.0	49.8	43.5	44.3	45.2	46.2	47.1	48.0	48.9
5～6	44.7	45.6	46.4	47.4	48.3	49.2	50.0	43.6	44.5	45.4	46.4	47.3	48.2	49.1
6～7	44.9	45.7	46.6	47.5	48.5	49.4	50.2	43.8	44.7	45.6	46.5	47.5	48.4	49.3
7～8	45.0	45.9	46.8	47.7	48.7	49.5	50.4	43.9	44.8	45.7	46.7	47.7	48.6	49.4
8～9	45.2	46.0	46.9	47.9	48.8	49.7	50.5	44.1	45.0	45.9	46.8	47.8	48.7	49.6
9～10	45.3	46.2	47.0	48.0	49.0	49.8	50.7	44.3	45.1	46.0	47.0	48.0	48.8	49.7
10～11	45.4	46.3	47.2	48.1	49.1	49.9	50.8	44.4	45.3	46.1	47.1	48.1	49.0	49.9
11～12	45.6	46.4	47.3	48.2	49.2	50.1	50.9	44.5	45.4	46.2	47.2	48.2	49.1	50.0
2年0～6月未満	46.0	46.8	47.6	48.6	49.5	50.4	51.2	45.0	45.8	46.6	47.5	48.6	49.5	50.3
6～12	46.5	47.4	48.2	49.1	50.1	50.9	51.7	45.6	46.4	47.2	48.1	49.1	50.0	50.9
3年0～6月未満	47.0	47.8	48.6	49.6	50.5	51.4	52.2	46.1	46.9	47.8	48.6	49.7	50.6	51.5
6～12	47.3	48.2	49.0	50.0	50.9	51.8	52.6	46.6	47.4	48.2	49.1	50.2	51.1	52.0
4年0～6月未満	47.7	48.5	49.4	50.4	51.3	52.2	53.0	47.0	47.8	48.6	49.6	50.6	51.6	52.5
6～12	48.0	48.9	49.7	50.7	51.7	52.5	53.4	47.3	48.2	49.0	49.9	51.0	52.0	52.9
5年0～6月未満	48.3	49.2	50.1	51.0	52.0	52.9	53.8	47.7	48.5	49.4	50.3	51.4	52.4	53.3
6～12	48.6	49.4	50.3	51.3	52.3	53.2	54.1	48.0	48.8	49.7	50.6	51.7	52.7	53.7
6年0～6月未満	48.8	49.7	50.6	51.6	52.6	53.5	54.4	48.2	49.0	49.9	50.9	52.0	53.0	54.0

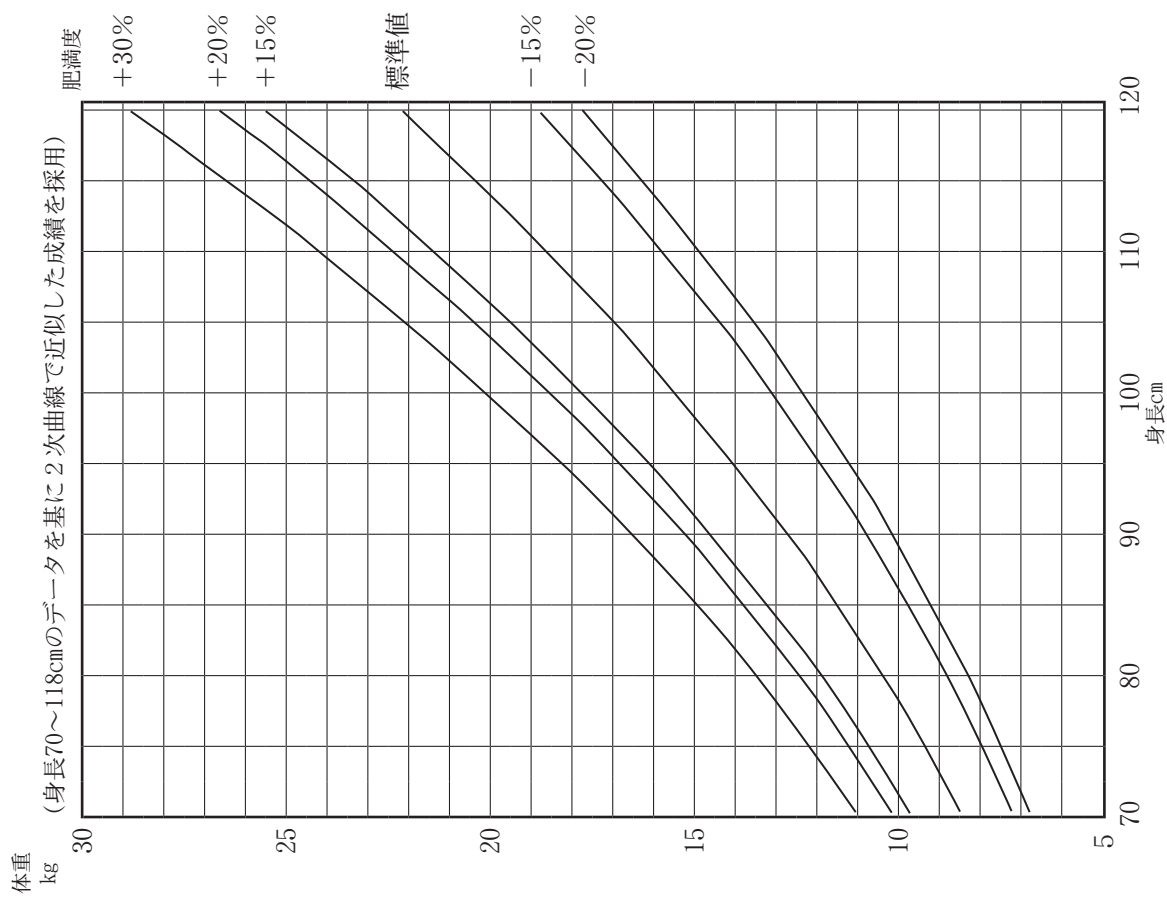
乳幼児（男子）頭囲発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）



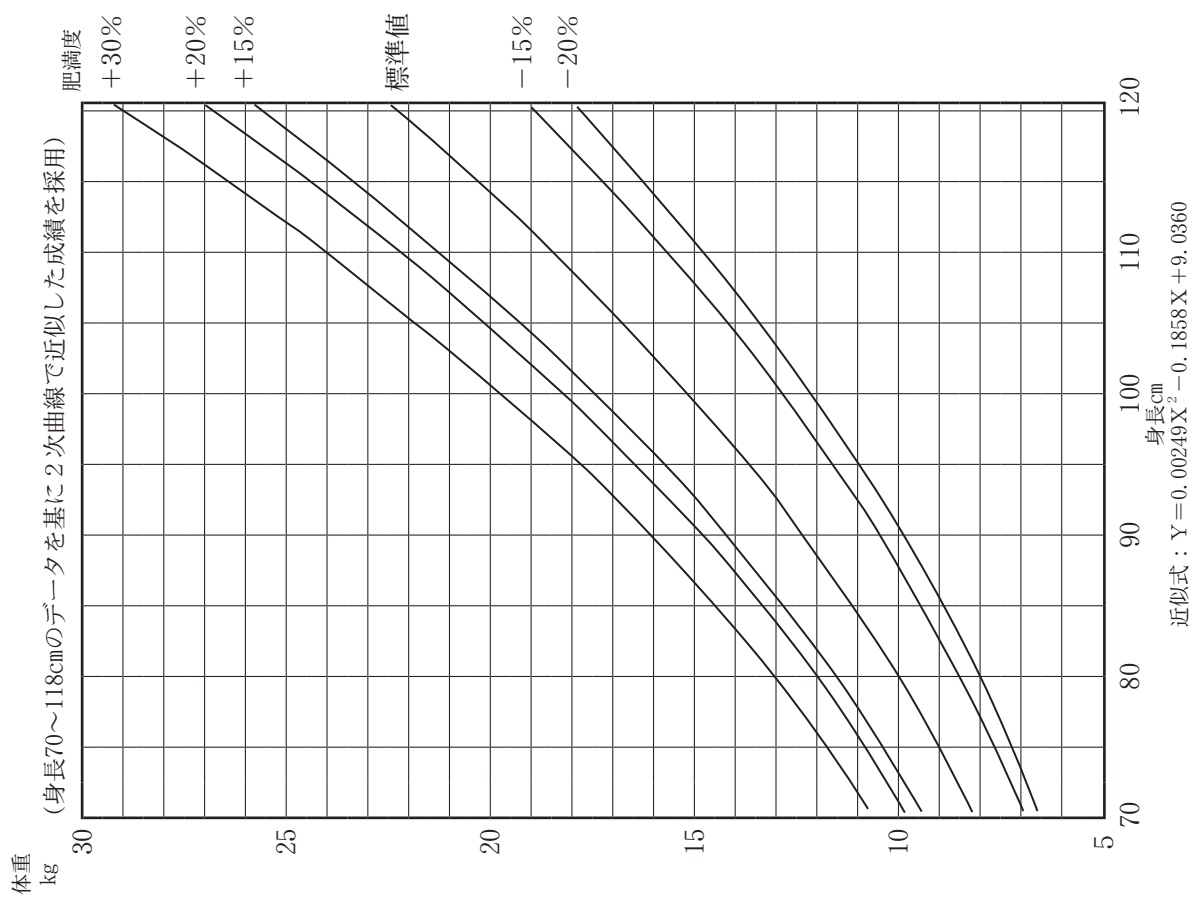
乳幼児（女子）頭囲発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）



幼児の身長体重曲線（男）



幼児の身長体重曲線（女）



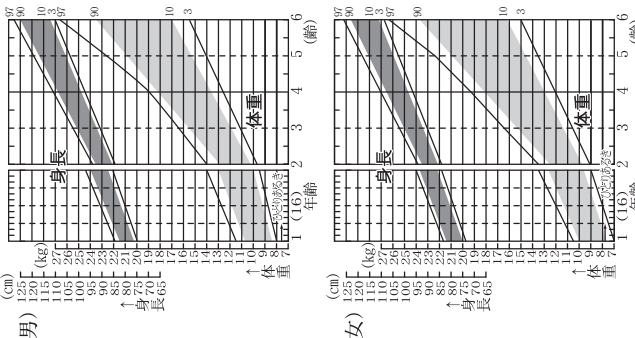
第一面 妊産婦欄

母子健康記録票

世帯番号

妊婦氏名	SH . . . 生 (歳)	夫氏名	SH . . . 生 (歳)	世帯主 ()	住所	TEL	妊娠健康診査受信用状況	住居	独立家屋 (アパート)	マンション (階建)	その他
職業	結婚年齢 (歳)	職業	勤務先	勤務先	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
勤務先	家族結婚 (有)	健康状態	血液型	血液型	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
妊婦届	受付妊娠週	疾病名	治療期間	治療期間	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
診断医師名	施設名	妊娠悪阻	-	-	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
出産予定場所 (里帰り先)	()	妊娠中毒上	-	-	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
出産予定日		妊娠貧血	-	-	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
最終月経	日～	切迫流産	-	-	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
回数	母の年齢	流産 (回数)	分娩 (回数)	健康状態 (治療含む)	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
1					胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
2					胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
3					胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
4					胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
既往疾患	無	有病名:			胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
治療中の疾患	無	有病名:			胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
既往・現症					胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況
記事					胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況	胎児健康診査受信用状況

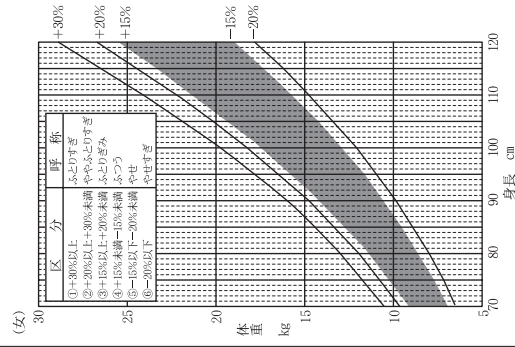
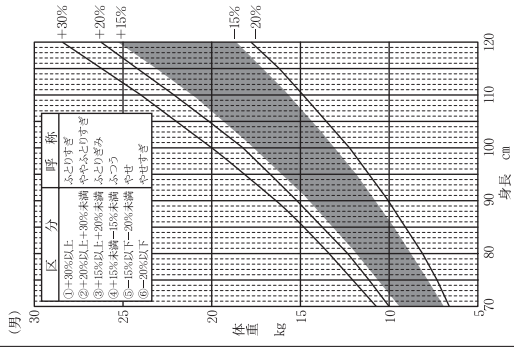
第三面 幼児 欄

年月日 面接者	計測値	既往歴 罹患傾向	主訴・現 問診内容	歯	科	診察所見・指示	相談・助言内容	母子保健法・児童福祉法 による各種援護事業等
1歳6か月児 健康診 断 (歳 か月) (面接者) 保育者 (昼) (夜)	体重 A B C 身長 肥満度 ふつう やせ ふとりぎみ 頭囲 胸囲 検尿結果 潜血 糖 - + ±		発育・発達状況 日常生活(食事・睡眠・排泄・清潔等) 育児	生歯 むし歯 うち処置歯 むし歯型 O ₁ 、O ₂ 、A、B、C その他異常 無 有() E D C B A A A B C D E E D C B A A A B C D E	(歯科医)	神経学的所見 形態異常 運動機能 聴覚 視覚 聴覚 内科的疾患異常 心疾患 ぜんそく その他 皮膚疾患 アトピー性皮膚炎 その他 言語発達 行動発達 1 異常なし 2 要観察 3 要精検 4 要医療 (医師)	(保健師)	養育医療 育成医療 小児慢性特定疾患 その他 子育て支援の状況等
(歳 か月) (面接者) 保育者 (昼) (夜)	体重 A B C 身長 肥満度 ふつう やせ ふとりぎみ 頭囲 胸囲 検尿結果 潜血 糖 - + ±		発育・発達状況 日常生活(食事・睡眠・排泄・清潔等) 育児	生歯 むし歯 うち処置歯 むし歯型 O ₁ 、O ₂ 、A、B、C その他異常 無 有() E D C B A A A B C D E E D C B A A A B C D E	(歯科医)	神経学的所見 形態異常 運動機能 聴覚 視覚 聴覚 内科的疾患異常 心疾患 ぜんそく その他 皮膚疾患 アトピー性皮膚炎 その他 言語発達 行動発達 1 異常なし 2 要観察 3 要精検 4 要医療 (医師)	(保健師)	幼児身体発育曲線 (平成12年調査) 
3歳児健康診 断 (歳 か月) (面接者) 保育者 (昼) (夜)	体重 A B C 身長 肥満度 ふつう やせ ふとりぎみ 頭囲 胸囲 検尿結果 潜血 糖 - + ±		発育・発達状況 日常生活(食事・睡眠・排泄・清潔等) 育児	生歯 むし歯 うち処置歯 むし歯型 O ₁ 、O ₂ 、A、B、C その他異常 無 有() E D C B A A A B C D E E D C B A A A B C D E	(歯科医)	神経学的所見 形態異常 運動機能 聴覚 視覚 聴覚 内科的疾患異常 心疾患 ぜんそく その他 皮膚疾患 アトピー性皮膚炎 その他 言語発達 行動発達 1 異常なし 2 要観察 3 要精検 4 要医療 (医師)	(保健師)	

記

録

幼児の身長体重曲線



母子健康記録票の記入要領

第一面〈妊産婦〉

- 1 世帯番号
- 2 妊婦氏名・生年月日
妊娠届出書により把握された妊婦の氏名・生年月日を記入し、必要があればふりがなを付す。
- 3 妊婦職業・勤務先
産後の職業・勤務先については、把握された時点で記入する。
- 4 結婚年齢
婚姻届出をした年齢を記入する。
- 5 血族結婚
血族結婚の有無を記入し、有の場合はその関係を記入する。
- 6 夫氏名・生年月日・職業・勤務先
必要があればふりがなを付す。
- 7 現住所・電話番号
住所及び電話番号を記入する。
- 8 保険別
保険の種類を○で囲む。その他の場合は種類を具体的に記入する。
- 9 住居・環境
住居の種類を○で囲み高層住宅入居者については、何階建て何階に住んでいるかも記入する。
- 10 妊娠届出受付・診断医師名・分娩予定場所
妊娠届出書から転記する。分娩予定場所及び分娩予定日については、里帰りのこともあるので届出時に確認し、必要により住所を記入する。
最終月経…今回妊婦の最終月経日を記入する。
- 11 既往妊娠歴
妊娠届出時に把握し記入する。妊娠回数ごとに母の年齢、妊娠分娩の状況及び出産産褥経過について記入する。
過去の母子健康手帳または母子健康記録票を参照できれば確実な情報が得られる。
- 12 既往疾患・現症
妊娠前の既往疾患名と罹患年齢及び現症を記入する。
- 13 今回の妊娠の経過
悪 阻……治療を要するものについては、その状況を記入する。
妊娠中毒症……症状が2つ以上ある場合は、疑いも含めてよい。
貧 血……医師の指示により治療をうけた状況を記入する。
 - (1) 食習慣と嗜好
飲 酒……飲酒の状況を記入する。
時々……1週間に数回

毎日……毎日飲酒

1日量を日本酒に換算してその量を記する

日本酒	1合
ウイスキーダブル	1杯
ビール大瓶	1本

喫煙……今回の妊娠で止めたのか吸うようになったかその理由も記入する。

(2) 検査結果

この欄は妊婦の健康状態を把握するために行った検査の所見を夫々の項目に記入する。

14 妊婦健康診査受診状況

医療機関委託健康診査等の状況を記入する。

15 精密検査

妊婦健康診査で精密検査を受診したものの結果を記入する。

16 妊産婦訪問時の健康状況

() 内に依頼助産師名を記入する。

助産師訪問指導票、または保健師の訪問等の状況及び相談助言内容を具体的に記入し、問題のあるものについて要点を記入する。

産婦訪問時に疾患の有無について記入し妊娠中毒症の後遺症、分娩出血による貧血など妊娠分娩に起因しておきた後遺症を具体的に記入する。

17 母親（両親）学級受講状況

有の場合は内容及び施設名を記入する。

18 母子栄養強化食品受給状況

市町村によって受給期間は異なるが、支給を受けたか否か記入する。

19 家族構成

同居家族の状況について記入する。

20 記事

妊産婦管理に必要な情報を記入する。

第二面〈乳児〉・第三面〈幼児〉

21 乳児氏名・生年月日・性別

出生届により把握された乳児の氏名・生年月日を記入し、必要があればふりがなを付す。

22 住所・電話番号・世帯主名

世帯主の氏名、住所、電話番号を記入する。

23 出生順位

出生順位を記入する。

24 保育担当者

昼夜の担当者を区別し、児との続柄を記入する。

25 家族の健康

世帯票などにより把握された家族員の健康状態を記入する。感染性疾患（とくに結核）についても記入

(1) 健診実施年月日

(2) 面接者

健診時に面接した人の子どもの続柄を（ ）内に記入する。

(3) 計測値

体重については、計測値を記入しパーセントイル値を記入する。

(4) 既往歴・罹患傾向

疾病名と罹患年月日又は月齢を記入する。

(5) 主訴・現症・問診内容

保護者の訴えを具体的にわかりやすく記入する。

発育・発達状況、日常生活、育児など問診により把握し、内容を具体的に記入する。

ア 発育・発達状況……身体的発達、運動機能、耳、目、精神的発達、精神面、言語、社会性

イ 日常生活……食事、睡眠、排泄、清潔、歯の衛生、哺乳びん事故防止

ウ 育児……かんが強くよくぐずる、異常におとなしい、周囲の人に無関心、極端に不安や怖れが強い、落ちつきがない、乱暴、動きが極端に少ない、その他の訴え、育児困難感、相談相手がいるか等、親の状況

(6) 歯科所見

歯科診察の結果を記入する。

(7) 診察所見・指示

該当する項目を○で囲み空欄に具体的な内容、医師の指示を記入する。

診察にあった医師名を（ ）内に記入する。

(8) 相談・助言

相談・助言内容を具体的に記入する。担当した保健師等のサインをする。

(9) 子育て支援状況等

子育て支援センター、子育てサークル等の利用状況や身近に子育てを助けてくれる人がいるかどうか記入する。

(10) シグナル

未熟児 赤
要治療 桃
要観察 黄
要訪問 青
未受診 黒

診察結果に基づき必要に応じてシグナルを貼付し管理する。

(11) 追求月

シグナルを貼る。

34 母子保健法・児童福祉法による各種援護事業等

各種医療給付を受けた者は医療券の有効期間を記入し、定期的に事後追求を行う。

参 考 文 献 (50音順)

引 用 文 献

- 上田 礼子 他 日本版デンバー式スクリーニング検査 医歯薬出版 1980
- 遠城寺宗徳、合屋 長英、黒川 徹 他 遠城寺式乳幼児分析的発達検査 慶応通信 1984
- 小川 毅 他 言語遅滞児の1歳6か月児健康診査における早期発見＝早期ケアの試み
〔Ⅱ〕小児の精神と神経 第27巻 第3号 1987
- 加我 君孝 乳幼児・小児の難聴の早期発見、早期教育と今後の課題
日耳鼻にいがた第18号 1998
- 田中 美郷 新生児難聴のスクリーニングの歴史 JOHNS vol.16 No.11 2000
- 津村 真 他 乳幼児精神発達診断法 0才～3才まで 大日本図書 1967
- 中沢 操 新生児聴覚スクリーニング 秋田県試行における耳鼻咽喉科対応
社団法人日本耳鼻咽喉科学会秋田県地方部会 2001
- 中山健太郎 乳幼児の健康診査とスクリーニング 医学書院 1980
- 中村健太郎 他 「乳幼児健康診査内容と年月齢との相関に関する研究班」 1968年厚生省委託
- 中村健太郎 他 1歳6か月児童健康診査の手引き 財団法人母子衛生助成会 1983
- 広島 英夫 編 新小児保健学 日本小児医事出版 1988
- 船川 幡夫 他 3歳児 医学書院 1975
- 前川 喜平 写真でみる乳幼児の神経学的チェック法 (第4版) 南山堂 1995
- 前川 喜平、青木 継稔 今日乳幼児検診マニュアル (改訂2版) 中外医学社 1997
- 柳澤 正義 改訂 子ども虐待 その発見と初期対応 母子衛生研究会 1999
- 山崎 晃資・栗田 広 編 自閉症の研究と展望 東京大学出版会 1987
- 厚生省保健医療局エイズ結核感染症課監修
予防接種ガイドライン財団法人予防接種リサーチセンター 1994.9
- 厚生省心身障害研究 (平成6年) 改定「離乳の基本」
- 厚生省児童家庭局母子衛生課監修 3歳児健康診査の手びき 財団法人母子衛生研究会 1990
- 厚生省児童家庭局母子保健課監修 母子保健マニュアル 財団法人母子衛生研究会 1996
- 厚生労働省 平成12年乳幼児身体発育調査報告書 2001
- 厚生省 子ども虐待対応の手引き 有斐閣 2001
- 厚生労働省 健やか親子21 2000
- 静岡県 母子保健子どもの虐待予防ガイドブック 2001
- 神奈川県 子ども虐待防止ハンドブック
- 新潟県 医療機関用 子ども虐待防止マニュアル 2000
- 新潟県 子ども虐待対応マニュアル 2000
- 新潟県 見えにくい親子の問題 1998
- 横浜市 「不適切な養育」気づきと支援のマニュアル
- 岡山県 岡山県新生児聴覚検査事業の手引き 2001

小児歯科学雑誌 vol.26 No.1 1988.

子どもの発達と診断 2 乳幼児後半 大月書店

社団法人日本小児保健協会監修

1歳6か月児健康審査の手引き〔改訂版〕 財団法人母子衛生研究会 1988

発達 「特集 3歳児心の健診」 ミネルヴァ書房 No.26、vol.7 1986

はまぐみ小児療育センター 「発達援助のために」

前川 喜平、小枝 達也 写真でみる乳幼児検診の神経学的チェック法（改定7版） 南山堂 2007

厚生労働研究「周産期ネットワーク：フォローアップ研究」班

ハイリスク児のフォローアップマニュアル メジカルビュー社 2007

佐藤 拓代 低出生体重児 保健指導マニュアル 2012

平岩 幹男 乳幼児健診 ハンドブック 診断と治療社 2006

藤田 一郎 子育て支援として産後うつ病スクリーニング 日小医会報No.42 2011

岡崎 禎治 他 産後うつ病ガイドブック 南山堂 2006

編集協力者

新潟県医師会乳幼児健康診査の手引き作成小委員会委員

齋藤昭彦	(新潟大学大学院医歯学総合研究科小児科学分野)
菊池透	(新潟大学大学院医歯学総合研究科小児科学分野)
永山善久	(新潟市民病院)
平野春伸	(済生会新潟第二病院)
沼田修	(長岡赤十字病院)
塚野真也	(県立新発田病院)
永井正志	(加茂市・永井こども歯科医院)
東條惠	(新潟県はまぐみ小児療育センター)
坂戸美和子	(新潟県中央福祉相談センター)

新潟県医師会母子保健部担当役員

渡部透	(会長)
吉沢浩志	(副会長)
柳原俊雄	(部長)
石田央	(副部長)
丸山明則	(理事)
川合千尋	(理事)

「乳幼児健康診査の手引」

発 行 昭和59年3月 初 版
平成元年3月 第2版
平成8年3月 第3版
平成14年3月 第4版
平成26年3月 第5版
編集・発行 新潟県福祉保健部健康対策課
社団法人 新潟県医師会
印 刷 阿部印刷株式会社