

平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業

乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」
及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究

研究報告書

研究代表者

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

小枝 達也

平成 30（2018）年 3 月

目次

研究の概要	1
研究内容の報告	
1. 「保健指導マニュアル（仮称）」作成事業	
研究課題 1-1	5
乳幼児健診における標準的な問診項目への回答者の状況と背景因子に関する調査	
研究課題 1-2	25
乳幼児健診における現場担当者の保健指導スキルに関する調査と研修プログラム案の 試行	
2. 「身体診察マニュアル（仮称）」作成事業	
研究課題2-1-1	49
乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、医師研修に関する実態調査	
研究課題2-1-2	63
乳幼児健診における医師の診察等の実施項目に関する検討	
研究課題 2-2	81
乳幼児健診における標準的な医師の診察に関する検討	
3. 乳幼児健康診査事業 実践ガイド	87
4. 乳幼児健康診査 身体診察マニュアル	235

研究概要

I. 研究の背景

我が国では母子保健法によって乳幼児健康診査が実施されていて、1歳6か月児健康診査および3歳児健康診査のほかに乳児期に行われる3、4か月児健康診査や9、10か月児健康診査の実施率も高く、また近年では発達障害の幼児に焦点を当てた5歳児健康診査を実施する自治体も増えてきている。

このように乳幼児健康診査は我が国の母子保健事業の中心的な柱の一つであるが、実施に当たっては、問診の内容や仕方、診察項目と診察法、判定基準、精度管理や担当者の研修の有無などに大きな地域差が存在するなど、さまざまな課題が指摘されている（乳幼児健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方；平成27年度AMED【成育疾患克服等総合研究事業】乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究班）。

本研究ではこうした課題の中で標準的な保健指導と医師の診察手法に関するマニュアルを作成することを目的として、乳幼児健康診査の問診項目や保健指導スキルなどに関する調査を実施するとともに、現在わが国で実施されている乳幼児健康診査の自治体が作成しているマニュアルや出版されている乳幼児健康診査マニュアルを調査して、標準的なマニュアル作成の資料として活用した。身体診察マニュアル作成に際しては、前述の資料を活用するとともに、日本小児医療保健協議会健康診査委員会に執筆や編集協力を依頼して、小児科医の視点に加えて整形外科医、眼科医、耳鼻科医、精神科医といった専門診療科の視点も取り入れて、包括的なマニュアルとなることを目指した。

II. 研究内容

本研究事業は、主として下記の5つの内容を含む。

研究課題 1-1

乳幼児健診における標準的な問診項目への回答者の状況と背景因子に関する調査

平成27年度から「健やか親子21（第2次）」の指標の一部（15項目）が、乳幼児健診の標準的な問診項目として把握されている。これらの問診項目としての活用状況、特に導入時に現場から多様な意見が出た質問項目の回答者の状況や背景因子について、抽出地域での乳幼児健診受診者への質問紙や、事業担当者への聞き取り調査で把握し、標準的な問診項目の意義を検討する。

研究課題 1-2

乳幼児健診における現場担当者の保健指導スキルに関する調査と研修プログラム案の試行

先行研究により明らかとなった乳幼児健診の保健指導に求められる顕在的および潜在的な健康課題の抽出および継続的支援の技術を具体化するため、現場経験の豊富な保健師等が用いているスキルや手法を、聞き取り調査等により把握する。あわせて、乳幼児健

診に従事する非常勤職員（保健師等）の教育背景や経験等の特徴や研修受講の実態等を把握するとともに、保健指導に関する研修等に対するニーズ把握を行う。さらに、先行研究や現場のニーズ、および上記調査の結果をもとに、現場従事者の保健指導スキルを標準化するための研修プログラム案を作成・試行する。

研究課題 2-1

乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、医師研修に関する実態調査

先行研究により特定地域における医師の診察項目や精度管理の状況が把握されているが、全国規模での調査はこれまで認められない。標準的な医師診察項目を検討するため、サンプリングにより 200 の市町村の乳幼児健診事業で実施している医師の診察項目、および乳幼児の疾病のスクリーニングとしての問診項目等を収集し、分析する。あわせて、疾病スクリーニングについて市町村が集計している項目とその活用方法に関する情報を収集する。また、乳幼児健診を担当する医師に対する技術研修の実態についても調査する。

研究課題 2-2

乳幼児健診における標準的な医師の診察に関する検討

日本小児医療保健協議会（四者協）健康診査委員会が主催する乳幼児健診講習会での講演内容を元に、医師診察における手技や診察の留意点などの情報を収集する。また、先行研究や本調査結果を踏まえ、乳幼児健診における医師の標準的な診察項目や精度管理について検討し、「身体診察マニュアル（仮称）」にまとめる。

Ⅲ．成果物

乳幼児健康診査事業 実践ガイド 全 134 頁 カラー印刷用 CD および研修用スライド・動画付き

乳幼児健康診査 身体診察マニュアル 全 104 頁 カラー印刷用 CD 付

IV. 事業担当者・研究協力者

事業担当者

小枝達也 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター こころの診療部
山崎嘉久 あいち小児保健医療総合センター
田中恭子 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 児童思春期リエゾン診療科

研究協力者

原田直樹 福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
松浦賢長 福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
草野恵美子 大阪医科大学看護学部公衆衛生看護学領域
佐藤睦子 大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程
樺山 舞 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

乳幼児健康診査事業 実践ガイド 執筆者

山崎 嘉久	あいち小児保健医療総合センター
山縣 然太朗	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座
佐藤 拓代	大阪府立病院機構大阪母子医療センター
秋山 千枝子	あきやま子どもクリニック
小倉 加恵子	森之宮病院神経リハビリテーション研究部
佐々木 溪円	横浜創英大学こども教育学部幼児教育学科
朝田 芳信	鶴見大学歯学部小児歯科学講座
船山 ひろみ	鶴見大学歯学部小児歯科学講座
田村 光平	東京都多摩小平保健所
高澤 みどり	千葉県市原市保健センター
松浦 賢長	福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
原田 直樹	福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
草野 恵美子	大阪医科大学看護学部公衆衛生看護学領域
佐藤 睦子	大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程
樺山 舞	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
市川 香織	文京学院大学保健医療技術学部看護学科
黒田 美保	広島修道大学健康科学部
石川 みどり	国立保健医療科学院生涯健康研究部
衛藤 久美	女子栄養大学栄養学部国際協力学研究室
祓川 摩有	聖徳大学児童学部児童学科
高橋 希	千葉県健康福祉部健康づくり支援課
前野 佐都美	あいち小児保健医療総合センター保健センター

乳幼児健康診査 身体診察マニュアル 執筆者

秋山千枝子	あきやま子どもクリニック
朝貝芳美	信濃医療福祉センター整形外科
河野由美	自治医科大学小児科
小枝達也	国立成育医療研究センターこころの診療部
阪下和美	国立成育医療研究センター総合診療部
立花良之	国立成育医療研究センターこころの診療部
田中恭子	国立成育医療研究センターこころの診療部
成田雅美	国立成育医療研究センターアレルギー科
仁科幸子	国立成育医療研究センター眼科
平澤恭子	東京女子医科大学小児科
前川貴伸	国立成育医療研究センター総合診療部
益田 慎	県立広島病院小児感覚器科
編集協力	日本小児医療保健協議会健康診査委員会

乳幼児健診における標準的な問診項目への 回答者の状況と背景因子に関する調査

原田直樹

福岡県立大学看護学部

松浦賢長

福岡県立大学看護学部

山崎嘉久

あいち小児保健医療総合センター 保健センター

要旨

各市町村で実施される1歳6カ月健診時に親子関係と社会とのつながりに関する調査をおこなった。その中で、乳幼児健診における標準的な問診項目のうちの一つである「虐待をしていると思われる」親の行為をとりあげ、これらの状況と属性との関連性をみることにした。

社会とのつながり等については、「地域の活動に積極的に関わっている」という者は49.9%、「困ったときに、よく近所の人と助け合っている」という者は55.8%と、約半数の家族が地域・近所と積極的な関わりを有していることがうかがえた。一方で、「他の人との交流が少ない」者は26.9%、「地元には属しているという感覚はない」という者は35.6%であり、約4分の1を超える者が地域との関わりが希薄になっている現状が明らかになり、これらから二極化とも言える状況がうかがえた。

虐待をしていると思われる親の行為であるが、「いずれも該当しない」が66.4%であった一方で「感情的な言葉で怒鳴った(19.0%)」「感情的に叩いた(6.0%)」の行為は5%を超えていた。これらから、「怒鳴る・叩く」は、現実的に生じている望ましくはない2大行為と言えた。

自身の幼少期(小学校入学前)の家族との関係については、「親によく怒鳴られた」者は25.9%、「親によくたたかれた」者は15.4%であった。これらの経験のない者は約7~8割であった。また、「親はしつけのために私をたたくことはなかった」に否定的な回答をしたもの(たたかれた可能性があると言える)は38.0%であった。育児における「たたく」行為は決して少なくはないことが明らかとなった。

属性と虐待をしていると思われる親の行為であるが、唯一有意な関連がみられたのは、母親の最終学歴と「乳幼児だけを残して外出した」であった。割合をみると、学歴中卒のものにこの割合が多いことがわかった。より詳細に検討するためには、子どもをもうけた時期(母親の年齢)等を加味した分析が必要といえた。

【はじめに】

平成 27 年度から「健やか親子 21(第 2 次)」の指標の一部(15 項目)が、乳幼児健診の標準的な問診項目として把握されている。

山崎ら(2015)は、この新たな問診項目に対する考え方として、「健やか親子 21(第 2 次)」における健康の社会的決定要因の考え方を挙げ、それを、個人と社会とのつながりや子どもの健康課題の格差の存在に目を向けた上で、社会に生きる子どもの健やかな育ちを支援しようという考え方であるし、このような考え方が乳幼児健診にも取り入れられることが求められており、従来の乳幼児健診の考え方に大きな変革が求められてきたとしている。その上で、従来の「個から個」に加え、これからは「個から社会へ」「社会から個へ」、そして「集団と社会」という見方で問診項目を捉える必要があり、これは地域ごとの比較や経年推移の検討の上に成り立つものである。そのためには、全国で共通の問診項目を共有することと、それを個と地域への還元につなげることが求められているとしている。

そこで、これらの問診項目としての活用状況、特に導入時に現場から多様な意見が出た質問項目の回答者の状況や背景因子について、抽出地域での乳幼児健診受診者への質問紙調査等で把握し、標準的な問診項目の意義を検討する基礎資料とするために調査を実施することとした。

【目的】

本調査では、各市町村で実施される 1 歳 6 カ月健診時に親子関係と社会とのつながりに関する調査をすることにより、虐待に関する背景因子との関連についての示唆を得

ることを目的とした。

【対象・方法】

1) 調査対象地区等

47 都道府県の各都道府県の市町村から無作為抽出した計 141 市町村に対して調査協力依頼をした。そのうち調査を承諾した 66 市町村を調査対象地区とした。

2) 調査対象者等

抽出した市町村で実施される 1 歳 6 カ月健診を受診する子どもの保護者を対象とした。事前に受診見込数を確認し、6,137 名を調査対象者とした。

3) 調査方法

各市町村で実施される 1 歳 6 カ月健診の会場において、保護者に調査票を配布し、待ち時間などを利用して記入してもらい、封筒に封入したものを回収する。調査期間終了後に回収した全ての封筒をレターパックにて返送してもらうこととした。

4) 調査時期

平成 29 年 11 月 10 日から平成 29 年 12 月 28 日とした。

5) 調査内容

地域からの孤立の状況、虐待に関連する項目、保護者の成育歴、経済状況、主観的健康度など、虐待に関する背景因子との関連について質問した。

地域からの孤立の状況を問う「社会とのつながり等について」、及び保護者の成育歴を問う「あなたの幼少期(小学校入学前)の家族との関係について」は「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件法(3 問のみ 7 件法)で質問した。

虐待に関連する項目を問う「この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか」

は、「しつけのし過ぎがあった」「感情的に叩いた」「乳幼児だけを残して外出した」「長時間食事を与えなかった」「感情的な言葉で怒鳴った」「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」「いずれも該当しない」の8項目について複数回答で有無を質問した。

経済状況については、「大変ゆとりがある」から「大変苦しい」までの5件法、主観的健康度は「良好」から「よくない」までの5件法で質問をした。

さらに個人属性を問うフェイスシートでは、年齢、性別の他に保護者の最終学歴についても質問した。

詳細は本稿末の調査票を参考にされたい。

【結果】

1) 回収状況

配布 6,137 人中 2,286 人分を回収した。回収率は 37.2%であった。ただし、配布数は市町村からの健診受診見込数であり、実際の配布数とは乖離がある。

2) 回答者等の属性

(1) 回答者の年齢

回答者の年齢は最小値 18 歳、最大値 68 歳で、平均値は 32.8 歳、標準偏差は 5.268 であった。

(2) 健診受診児の性別

健診受診児の性別は、2,286 人中、男子が 1,084 人で 47.4%、女子が 1,112 人で 48.6%、無回答が 90 人で 3.9%であった。

(3) 健診受診児との続き柄

健診受診児との続き柄は、2,286 人中、母親が 2121 人で 92.8%、父親が 77 人で 3.4%、その他の保護者が 8 人で 0.3%、無回答が 80

人で 3.5%であった。

(4) 保護者の最終学歴

保護者の最終学歴は、まず母親について、2,286 人中、中卒が 98 人で 4.3%、高卒が 645 人で 28.2%、短大・高専・専門学校卒が 840 人で 36.7%、大卒が 569 人で 24.9%、大学院卒が 47 人で 2.1%、無回答が 87 人で 3.8%であった。

次いで父親は、2,286 人中、中卒が 119 人で 5.2%、高卒が 683 人で 29.9%、短大・高専・専門学校卒が 370 人で 16.2%、大卒が 764 人で 33.4%、大学院卒が 134 人で 5.9%、無回答が 216 人で 9.4%であった。

3) 社会とのつながり等について

社会とのつながり等についての質問は、地域からの孤立の状況を問う質問であり、全 8 問からなっている。

(1) 「私の近所の人達は、互いに信頼し合っている。」の質問については、「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」の 3 件から回答を得た。2,286 人中、「そう思う」が 523 人で 22.9%、「ややそう思う」が 1,122 人で 49.1%、「あまりそう思わない」が 605 人で 26.5%、「無回答」が 36 人で 1.6%であった。

(2) 「私には、地元属しているという感覚はない。」の質問については、「とてもそう思う」から「全くそう思わない」までの 7 件から回答を得た。2,286 人中、「とてもそう思う」が 213 人で 9.3%、「そう思う」が 240 人で 10.5%、「まあまあそう思う」が 362 人で 15.8%、「どちらとも言えない」が 610 人で 26.7%、「あまりそう思わない」が 270 人で 11.8%、「そう思わない」が 224 人で 9.8%、「全くそう思わない」が 310 人で 13.6%、

「無回答」が57人で2.5%であった。

(3)「私は、地元の人と親しいと感じている。」の質問については、「とてもそう思う」から「全くそう思わない」までの7件から回答を得た。2286人中、「とてもそう思う」が269人で11.8%、「そう思う」が372人で16.3%、「まあまあそう思う」が426人で18.6%、「どちらとも言えない」が554人で24.2%、「あまりそう思わない」が254人で11.1%、「そう思わない」が209人で9.1%、「全くそう思わない」が169人で7.4%、「無回答」が33人で1.4%であった。

(4)「地元は、居心地が良い。」の質問については、「とてもそう思う」から「全くそう思わない」までの7件から回答を得た。2286人中、「とてもそう思う」が603人で26.4%、「そう思う」が467人で20.4%、「まあまあそう思う」が444人で19.4%、「どちらとも言えない」が478人で20.9%、「あまりそう思わない」が154人で6.7%、「そう思わない」が74人で3.2%、「全くそう思わない」が43人で1.9%、「無回答」が23人で1.0%であった。

(5)「私の家族は、地域の活動（祭り、防災訓練等）に積極的に関わっている。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が425人で18.6%、「ややそう思う」が784人で34.3%、「あまりそう思わない」が713人で31.2%、「そう思わない」が341人で14.9%、「無回答」が23人で1.0%であった。

(6)「私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っている。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」

が386人で16.9%、「ややそう思う」が890人で38.9%、「あまりそう思わない」が703人で30.8%、「そう思わない」が295人で12.9%、「無回答」が12人で0.5%であった。

(7)「私の家族は、友達を家に呼んだり友達の家に遊びに行ったりしている。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が658人で28.8%、「ややそう思う」が887人で38.8%、「あまりそう思わない」が538人で23.5%、「そう思わない」が185人で8.1%、

「無回答」が18人で0.8%であった。

(8)「私の家族は、他の人との交流が少ない。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が134人で5.9%、「ややそう思う」が480人で21.0%、「あまりそう思わない」が1061人で46.4%、「そう思わない」が598人で26.2%、「無回答」が13人で0.6%であった。

4) この数か月の間に、家庭であったこと

この数か月の間に、家庭であったことは、家庭における養育態度に虐待行為がなかったかを問う質問であり、全8項目からなる複数回答形式の質問である。

2286人中、「1. しつけのし過ぎがあった」が74人で3.2%、「2. 感情的に叩いた」が138人で6.0%、「3. 乳幼児だけを残して外出した」が31人で1.4%、「4. 長時間食事を与えなかった」が1人で0.0%、「5. 感情的な言葉で怒鳴った」が434人で19.0%、「6. 子どもの口をふさいだ」が5人で0.2%、「7. 子どもを激しく揺さぶった」が2人で0.1%、「8. いずれも該当しない」が1518人

で 66.4%であった。

5) あなたの幼少期（小学校入学前）の家族との関係について

あなたの幼少期（小学校入学前）の家族との関係については、保護者の成育歴を問う質問であり、全 13 問からなっている。

(1) 「親によくたたかされた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 89 人で 3.9%、「ややそう思う」が 263 人で 11.5%、「あまりそう思わない」が 600 人で 26.2%、「そう思わない」が 1319 人で 57.7%、「無回答」が 15 人で 0.7%であった。

(2) 「親によく怒鳴られた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 177 人で 7.7%、「ややそう思う」が 415 人で 18.2%、「あまりそう思わない」が 865 人で 37.8%、「そう思わない」が 778 人で 34.0%、

「無回答」が 51 人で 2.2%であった。

(3) 「親によくひどい言葉で傷つけられた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 78 人で 3.4%、「ややそう思う」が 200 人で 8.7%、「あまりそう思わない」が 719 人で 31.5%、「そう思わない」が 1230 人で 53.8%、「無回答」が 59 人で 2.6%であった。

(4) 「親は、しつけのために私をたたくことはなかった。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 918 人で 40.2%、「ややそう思う」が 437 人で

19.1%、「あまりそう思わない」が 547 人で 23.9%、「そう思わない」が 322 人で 14.1%、「無回答」が 62 人で 2.7%であった。

(5) 「親は私の意思を大事にしてくれた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 1057 人で 46.2%、「ややそう思う」が 831 人で 36.4%、「あまりそう思わない」が 264 人で 11.5%、「そう思わない」が 67 人で 2.9%、「無回答」が 67 人で 2.9%であった。

(6) 「親は私のことを信じてくれた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 1260 人で 55.1%、「ややそう思う」が 739 人で 32.3%、「あまりそう思わない」が 189 人で 8.3%、「そう思わない」が 40 人で 1.7%、「無回答」が 58 人で 2.5%であった。

(7) 「困ったときは、親が助けてくれた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 1595 人で 69.8%、「ややそう思う」が 499 人で 21.8%、「あまりそう思わない」が 105 人で 4.6%、「そう思わない」が 32 人で 1.4%、「無回答」が 55 人で 2.4%であった。

(8) 「親は、私の気持ちをわかってくれなかった。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件から回答を得た。2286 人中、「そう思う」が 309 人で 13.5%、「ややそう思う」が 492 人で 21.5%、「あまりそう思わない」が 721 人で 31.5%、「そう思わない」が 711 人で 31.1%、「無回答」が 53 人で 2.3%であった。

(9) 「親から過剰に干渉されていた。」の質

間については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が131人で5.7%、「ややそう思う」が361人で15.8%、「あまりそう思わない」が883人で38.6%、「そう思わない」が847人で37.1%、「無回答」が64人で2.8%であった。

(10) 「私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が1500人で65.6%、「ややそう思う」が572人で25.0%、「あまりそう思わない」が104人で4.5%、「そう思わない」が45人で2.0%、「無回答」が65人で2.8%であった。

(11) 「親が近くにいと緊張した。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が78人で3.4%、「ややそう思う」が276人で12.1%、「あまりそう思わない」が599人で26.2%、「そう思わない」が1274人で55.7%、「無回答」が59人で2.6%であった。

(12) 「会話の多い家族だった。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が1152人で50.4%、「ややそう思う」が685人で30.0%、「あまりそう思わない」が331人で14.5%、「そう思わない」が62人で2.7%、「無回答」が56人で2.4%であった。

(13) 「自分の気持ちを親に話せなかった。」の質問については、「そう思う」から「そう思わない」までの4件から回答を得た。2286人中、「そう思う」が160人で7.0%、「ややそう思う」が574人で25.1%、「あまりそう

思わない」が782人で34.2%、「そう思わない」が711人で31.1%、「無回答」が59人で2.6%であった。

6) あなたの暮らし向きや主観的な健康について

あなたの暮らし向きや主観的な健康については、保護者の経済状況と主観的健康度を問う質問である。

(1) 「現在の暮らしの経済状況を総合的にみて、どう感じていますか。」の質問については、「大変ゆとりがある」から「大変苦しい」までの5件から回答を得た。2286人中、「大変ゆとりがある」が90人で3.9%、「ややゆとりがある」が385人で16.8%、「普通」が1201人で52.5%、「やや苦しい」が456人で19.9%、「大変苦しい」が87人で3.8%、「無回答」が67人で2.9%であった。

(2) 「あなたの最近の心身の調子はいかがですか。」の質問については、「良好」から「よくない」までの5件から回答を得た。2286人中、「良好」が597人で26.1%、「やや良好」が843人で36.9%、「どちらともいえない」が602人で26.3%、「ややよくない」が150人で6.6%、「良くない」が26人で1.1%、「無回答」が68人で3.0%であった。

7) フェイスシートとこの数か月の間に家庭であったこととの関連

フェイスシートのうち、子どもの性別、保護者の続き柄のうち父親と母親、父親と母親の最終学歴を独立変数とし、この数か月の間に家庭であったことのうち「感情的にたたいた」と「感情的な言葉で怒鳴った」のそれぞれを従属変数としてクロス集計を実施した。なお、父親と母親の最終学歴につい

ては、この数か月の間に家庭であったことのうち「乳幼児だけを残して外出した」も従属変数としてクロス集計を実施した。

(1)「性別」と「感情的にたたいた」「感情的な言葉で怒鳴った」との関連

「感情的にたたいた」は、男子が 1084 人中 60 人で 5.5%、女子が 1112 人中 70 人で 5.9%であり、「感情的な言葉で怒鳴った」については、男子が 1084 人中 196 人で 18.1%、女子が 1112 人中 224 人で 20.1%であり、いずれも男子より女子の割合がやや高かったが、 χ^2 二乗検定の結果、統計的に有意な差はなかった。

(2)「続き柄」と「感情的にたたいた」「感情的な言葉で怒鳴った」との関連

「感情的にたたいた」は、母親が 2121 人中 129 人で 6.1%、父親が 77 人中 5 人で 6.5%であり、母親より父親の割合がやや高かった。また、「感情的な言葉で怒鳴った」については、母親が 2121 人中 412 人で 19.4%、父親が 77 人中 11 人で 14.3%であり、父親より母親の割合が高かった。しかし、いずれも統計的に有意な差はなかった。

(3)「父親と母親の最終学歴」と「感情的にたたいた」「感情的な言葉で怒鳴った」との関連

「感情的にたたいた」は、母親の最終学歴のうち、中卒が 98 人中 12 人で 12.2%、高卒が 645 人中 40 人で 6.2%、短大・高専・専門学校卒が 840 人中 50 人で 6.0%、大卒が 569 人中 28 人で 4.9%、大学院卒が 47 人中 3 人で 6.4%と、中卒の割合が高いことが目立った。また、父親の最終学歴のうち、中卒が 119 人中 9 人で 7.6%、高卒が 683 人中 40 人で 5.9%、短大・高専・専門学校卒が 370 人中 21 人で 5.7%、大卒が 764 人

中 50 人で 6.5%、大学院卒が 134 人中 8 人で 6.0%と、中卒の割合がやや高かったが、母親、父親ともに統計的に有意な差はなかった。

「感情的な言葉で怒鳴った」については、母親の最終学歴のうち、中卒が 98 人中 25 人で 25.5%、高卒が 645 人中 125 人で 19.4%、短大・高専・専門学校卒が 840 人中 158 人で 18.8%、大卒が 569 人中 105 人で 18.5%、大学院卒が 47 人中 10 人で 21.3%と、こちらも中卒の割合が高いことが目立った。また、父親の最終学歴のうち、中卒が 119 人中 27 人で 22.7%、高卒が 683 人中 120 人で 17.6%、短大・高専・専門学校卒が 370 人中 73 人で 19.7%、大卒が 764 人中 147 人で 19.2%、大学院卒が 134 人中 32 人で 23.9%と、こちらも中卒の割合がやや高かったが、母親、父親ともに統計的に有意な差はなかった。

しかしながら、「乳幼児だけを残して外出した」については、母親の最終学歴のうち、中卒が 98 人中 5 人で 5.1%、高卒が 645 人中 5 人で 0.8%、短大・高専・専門学校卒が 840 人中 8 人で 1.0%、大卒が 569 人中 10 人で 1.8%、大学院卒が 47 人中 0 人で 0.0%と、全体的に度数は少ないが、 χ^2 二乗検定の結果、中卒が有意に多いことが分かった。

【考察】

1) 社会とのつながり等について

「地域の活動に積極的に関わっている」という者は 49.9%、「困ったときに、よく近所の人と助け合っている」という者は 55.8%と、約半数の家族が地域・近所と積極的な関わりを有していることがうかがえた。一方で、「他の人との交流が少ない」者は 26.9%、

「地元に属しているという感覚はない」という者は 35.6%であり、約 4 分の 1 を超える者が地域との関わりが希薄になっている現状が明らかになった。二極化とも言える状況である。

2) この数か月の間に、家庭であったこと

適切とはいえない養育態度を問うた問 10 であるが、「いずれも該当しない」が 66.4%と最も多かった。一方で「感情的な言葉で怒鳴った (19.0%)」「感情的に叩いた (6.0%)」の行為は 5%を超えていた。これらから、「怒鳴る・叩く」は、現実的に生じている望ましくはない 2 大行為と言えた。

3) あなたの幼少期 (小学校入学前) の家族との関係について

「親によく怒鳴られた」者は 25.9%、「親によくたたかれた」者は 15.4%であった。これらの経験のない者は約 7~8 割であった。

また、「親はしつけのために私をたたくことはなかった」に否定的な回答をしたもの (たたかれた可能性があると言える) は 38.0%であった。育児における「たたく」行為は決して少なくはないことが明らかとなった。

4) 属性とこの数ヶ月の間に家庭であったこととの関連

今回のクロス集計において、唯一有意な関連がみられたのは、母親の最終学歴と「乳幼児だけを残して外出した」であった。割合をみると、学歴中卒のものにこの割合が多いことがわかった。より詳細に検討するためには、子どもをもうけた時期 (母親の年齢) 等を加味した分析が必要となる。

【文献】

山崎嘉久：標準的な乳幼児期の健康診査と

保健指導に関する手引き～「健やか親子 21 (第 2 次)」の達成に向けて～. 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業) 乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班, 2015.

集計表

【社会とのつながり等について】

1. 私の近所の人達は、互いに信頼し合っている。

	度数	割合 (%)
そう思う	523	22.9
ややそう思う	1122	49.1
あまりそう思わない	605	26.5
無回答	36	1.6
合計	2286	100.0

2. 私には、地元には属しているという感覚はない。

	度数	割合 (%)
とてもそう思う	213	9.3
そう思う	240	10.5
まあまあそう思う	362	15.8
どちらとも言えない	610	26.7
あまりそう思わない	270	11.8
そう思わない	224	9.8
全くそう思わない	310	13.6
無回答	57	2.5
合計	2286	100.0

3. 私は、地元の人と親しいと感じている。

	度数	割合 (%)
とてもそう思う	269	11.8
そう思う	372	16.3
まあまあそう思う	426	18.6
どちらとも言えない	554	24.2
あまりそう思わない	254	11.1
そう思わない	209	9.1
全くそう思わない	169	7.4
無回答	33	1.4
合計	2286	100.0

4. 地元は、居心地が良い。

	度数	割合 (%)
とてもそう思う	603	26.4
そう思う	467	20.4
まあまあそう思う	444	19.4
どちらとも言えない	478	20.9
あまりそう思わない	154	6.7
そう思わない	74	3.2
全くそう思わない	43	1.9
無回答	23	1.0
合計	2286	100.0

5. 私の家族は、地域の活動（祭り、防災訓練等）に積極的に関わっている。

	度数	割合 (%)
そう思う	425	18.6
ややそう思う	784	34.3
あまりそう思わない	713	31.2
そう思わない	341	14.9
無回答	23	1.0
合計	2286	100.0

6. 私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っている。

	度数	割合 (%)
そう思う	386	16.9
ややそう思う	890	38.9
あまりそう思わない	703	30.8
そう思わない	295	12.9
無回答	12	0.5
合計	2286	100.0

7. 私の家族は、友達を家に呼んだり友達の家遊びに行ったりしている。

	度数	割合 (%)
そう思う	658	28.8
ややそう思う	887	38.8
あまりそう思わない	538	23.5
そう思わない	185	8.1
無回答	18	0.8
合計	2286	100.0

8. 私の家族は、他の人との交流が少ない。

	度数	割合 (%)
そう思う	134	5.9
ややそう思う	480	21.0
あまりそう思わない	1061	46.4
そう思わない	598	26.2
無回答	13	0.6
合計	2286	100.0

【この数か月の間に、家庭であったこと】

10. この数か月の間に、家庭であったこと(複数回答) n=2286

	度数	割合 (%)
1. しつけのし過ぎがあった	74	3.2
2. 感情的に叩いた	138	6.0
3. 乳幼児だけを残して外出した	31	1.4
4. 長時間食事を与えなかった	1	0.0
5. 感情的な言葉で怒鳴った	434	19.0
6. 子どもの口をふさいだ	5	0.2
7. 子どもを激しく揺さぶった	2	0.1
8. いずれも該当しない	1518	66.4

【あなたの幼少期(小学校入学前)の家族との関係について】

9. 親によくたたかれた。

	度数	割合 (%)
そう思う	89	3.9
ややそう思う	263	11.5
あまりそう思わない	600	26.2
そう思わない	1319	57.7
無回答	15	0.7
合計	2286	100.0

11. 親によく怒鳴られた。

	度数	割合 (%)
そう思う	177	7.7
ややそう思う	415	18.2
あまりそう思わない	865	37.8
そう思わない	778	34.0
無回答	51	2.2
合計	2286	100.0

12. 親によくひどい言葉で傷つけられた。

	度数	割合 (%)
そう思う	78	3.4
ややそう思う	200	8.7
あまりそう思わない	719	31.5
そう思わない	1230	53.8
無回答	59	2.6
合計	2286	100.0

13. 親は、しつけのために私をたたくことはなかった。

	度数	割合 (%)
そう思う	918	40.2
ややそう思う	437	19.1
あまりそう思わない	547	23.9
そう思わない	322	14.1
無回答	62	2.7
合計	2286	100.0

14. 親は私の意思を大事にしてくれた。

	度数	割合 (%)
そう思う	1057	46.2
ややそう思う	831	36.4
あまりそう思わない	264	11.5
そう思わない	67	2.9
無回答	67	2.9
合計	2286	100.0

15. 親は私のことを信じてくれた。

	度数	割合 (%)
そう思う	1260	55.1
ややそう思う	739	32.3
あまりそう思わない	189	8.3
そう思わない	40	1.7
無回答	58	2.5
合計	2286	100.0

16. 困ったときは、親が助けてくれた。

	度数	割合 (%)
そう思う	1595	69.8
ややそう思う	499	21.8
あまりそう思わない	105	4.6
そう思わない	32	1.4
無回答	55	2.4
合計	2286	100.0

17. 親は、私の気持ちをわかってくれなかった。

	度数	割合 (%)
そう思う	309	13.5
ややそう思う	492	21.5
あまりそう思わない	721	31.5
そう思わない	711	31.1
無回答	53	2.3
合計	2286	100.0

18. 親から過剰に干渉されていた。

	度数	割合 (%)
そう思う	131	5.7
ややそう思う	361	15.8
あまりそう思わない	883	38.6
そう思わない	847	37.1
無回答	64	2.8
合計	2286	100.0

19. 私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。

	度数	割合 (%)
そう思う	1500	65.6
ややそう思う	572	25.0
あまりそう思わない	104	4.5
そう思わない	45	2.0
無回答	65	2.8
合計	2286	100.0

20. 親が近くにいると緊張した。

	度数	割合 (%)
そう思う	78	3.4
ややそう思う	276	12.1
あまりそう思わない	599	26.2
そう思わない	1274	55.7
無回答	59	2.6
合計	2286	100.0

21. 会話の多い家族だった。

	度数	割合 (%)
そう思う	1152	50.4
ややそう思う	685	30.0
あまりそう思わない	331	14.5
そう思わない	62	2.7
無回答	56	2.4
合計	2286	100.0

22. 自分の気持ちを親に話せなかった。

	度数	割合 (%)
そう思う	160	7.0
ややそう思う	574	25.1
あまりそう思わない	782	34.2
そう思わない	711	31.1
無回答	59	2.6
合計	2286	100.0

【あなたの暮らし向きや主観的な健康について】

23. 現在の暮らしの経済状況を総合的にみて、どう感じていますか。

	度数	割合 (%)
大変ゆとりがある	90	3.9
ややゆとりがある	385	16.8
普通	1201	52.5
やや苦しい	456	19.9
大変苦しい	87	3.8
無回答	67	2.9
合計	2286	100.0

24. あなたの最近の心身の調子はいかがですか。

	度数	割合 (%)
良好	597	26.1
やや良好	843	36.9
どちらともいえない	602	26.3
ややよくない	150	6.6
良くない	26	1.1
無回答	68	3.0
合計	2286	100.0

【あなたとあなたのお子さん（この健診に来られている）について】

あなたの年齢

度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
2209	18	68	32.78	5.268

お子さんの性別

	度数	割合 (%)
男子	1084	47.4
女子	1112	48.6
無回答	90	3.9
合計	2286	100.0

あなたとお子さんの関係

	度数	割合 (%)
母親	2121	92.8
父親	77	3.4
その他の保護者	8	0.3
無回答	80	3.5
合計	2286	100.0

母親の最終学歴

	度数	割合 (%)
中卒	98	4.3
高卒	645	28.2
短大・高専・専門学校卒	840	36.7
大卒	569	24.9
大学院卒	47	2.1
無回答	87	3.8
合計	2286	100.0

父親の最終学歴

	度数	割合(%)
中卒	119	5.2
高卒	683	29.9
短大・高専・専門学校卒	370	16.2
大卒	764	33.4
大学院卒	134	5.9
無回答	216	9.4
合計	2286	100.0

【フェイスシートとこの数か月の間に家庭であったこととの関連】

「性別」と「感情的にたたいた」とのクロス

	2. 感情的に叩いた				合計	
	なし		あり		度数	割合(%)
	度数	割合(%)	度数	割合(%)		
男子	1024	94.5%	60	5.5%	1084	100.0%
女子	1042	93.7%	70	6.3%	1112	100.0%
合計	2066	94.1%	130	5.9%	2196	100.0%

$$\chi^2=0.569 \quad P=0.451$$

「性別」と「感情的な言葉で怒鳴った」とのクロス

	5. 感情的な言葉で怒鳴った				合計	
	なし		あり		度数	割合(%)
	度数	割合(%)	度数	割合(%)		
男子	888	81.9%	196	18.1%	1084	100.0%
女子	888	79.9%	224	20.1%	1112	100.0%
合計	1776	80.9%	420	19.1%	2196	100.0%

$$\chi^2=1.51 \quad P=0.219$$

「続き柄」と「感情的にたたいた」とのクロス

	2. 感情的に叩いた				合計	
	なし		あり		度数	割合(%)
	度数	割合(%)	度数	割合(%)		
母親	1992	93.9%	129	6.1%	2121	100.0%
父親	72	93.5%	5	6.5%	77	100.0%
合計	2064	93.9%	134	6.1%	2198	100.0%

$$\chi^2=0.02 \quad P=0.882$$

「続き柄」と「感情的な言葉で怒鳴った」とのクロス

	5. 感情的な言葉で怒鳴った				合計	
	なし		あり		度数	割合 (%)
	度数	割合 (%)	度数	割合 (%)		
母親	1709	80.6%	412	19.4%	2121	100.0%
父親	66	85.7%	11	14.3%	77	100.0%
合計	1775	80.8%	423	19.2%	2198	100.0%

$\chi^2=1.26$ P=0.261

「母親の最終学歴」と「感情的にたたいた」とのクロス

	2. 感情的に叩いた				合計	
	なし		あり		度数	割合 (%)
	度数	割合 (%)	度数	割合 (%)		
中卒	86	87.8%	12	12.2%	98	100.0%
高卒	605	93.8%	40	6.2%	645	100.0%
短大・高専・専門学校卒	790	94.0%	50	6.0%	840	100.0%
大卒	541	95.1%	28	4.9%	569	100.0%
大学院卒	44	93.6%	3	6.4%	47	100.0%
合計	2066	94.0%	133	6.0%	2199	100.0%

$\chi^2=7.944$ P=0.094

「父親の最終学歴」と「感情的にたたいた」とのクロス

	2. 感情的に叩いた				合計	
	なし		あり		度数	割合 (%)
	度数	割合 (%)	度数	割合 (%)		
中卒	110	92.4%	9	7.6%	119	100.0%
高卒	643	94.1%	40	5.9%	683	100.0%
短大・高専・専門学校卒	349	94.3%	21	5.7%	370	100.0%
大卒	714	93.5%	50	6.5%	764	100.0%
大学院卒	126	94.0%	8	6.0%	134	100.0%
合計	1942	93.8%	128	6.2%	2070	100.0%

$\chi^2=0.863$ P=0.930

「母親の最終学歴」と「感情的な言葉で怒鳴った」とのクロス

	5. 感情的な言葉で怒鳴った				合計	
	なし		あり		度数	割合 (%)
	度数	割合 (%)	度数	割合 (%)		
中卒	73	74.5%	25	25.5%	98	100.0%
高卒	520	80.6%	125	19.4%	645	100.0%
短大・高専・専門学校卒	682	81.2%	158	18.8%	840	100.0%
大卒	464	81.5%	105	18.5%	569	100.0%
大学院卒	37	78.7%	10	21.3%	47	100.0%
合計	1776	80.8%	423	19.2%	2199	100.0%

$$\chi^2=2.94 \quad P=0.568$$

「父親の最終学歴」と「感情的な言葉で怒鳴った」とのクロス

	5. 感情的な言葉で怒鳴った				合計	
	なし		あり		度数	割合 (%)
	度数	割合 (%)	度数	割合 (%)		
中卒	92	77.3%	27	22.7%	119	100.0%
高卒	563	82.4%	120	17.6%	683	100.0%
短大・高専・専門学校卒	297	80.3%	73	19.7%	370	100.0%
大卒	617	80.8%	147	19.2%	764	100.0%
大学院卒	102	76.1%	32	23.9%	134	100.0%
合計	1671	80.7%	399	19.3%	2070	100.0%

$$\chi^2=4.045 \quad P=0.400$$

「母親の最終学歴」と「乳幼児だけを残して外出した」とのクロス

	3. 乳幼児だけを残して外出した				合計	
	なし		あり		度数	割合 (%)
	度数	割合 (%)	度数	割合 (%)		
中卒	93	94.9%	5	5.1%	98	100.0%
高卒	640	99.2%	5	0.8%	645	100.0%
短大・高専・専門学校卒	832	99.0%	8	1.0%	840	100.0%
大卒	559	98.2%	10	1.8%	569	100.0%
大学院卒	47	100.0%	0	0.0%	47	100.0%
合計	2171	98.7%	28	1.3%	2199	100.0%

$$\chi^2=15.056 \quad P=0.005 / \text{Fisher's exact test}=0.021$$

親子関係と社会とのつながりに関するアンケート調査（1歳6ヶ月健診用）

1歳6ヶ月健診を受診の保護者の皆さまへアンケート調査ご協力をお願い

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター
副院長・こころの診療部長 小枝 達也

時下、益々で清祥のことと存じます。

この度、弊センターでは平成 29 年度 厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業、乳幼児健康診査のための調査研究に取り組むこととなり、その一環として、「親子関係と社会のつながりにするアンケート調査」を実施することになりました。つきましては、調査へのご協力をお願い申し上げます。

アンケートは答えにくいところは空欄でかまいません。裏面にも質問がありますので、ご回答をお願いいたします。ご回答いただいた内容は市町村担当者が見ることはありません。無記名のアンケートで、統計的に処理いたしますので、個人が特定されることもありません。

お子様の健診の最中、大変恐縮ではございますが、上記ご了解の上、何卒ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

末筆ながら、お子様の健やかな成長を祈念いたしております。

調査に関するお問い合わせ先

福岡県立大学看護学部 教授 松浦 賢長
〒825-8585 福岡県田川市伊田 4395
Tel. 0947-42-1905 Fax. 0947-46-3722
Eメール matsuura@fukuoka-pu.ac.jp

【社会とのつながり等についてお答えください。あてはまる番号1つに○をつけてください。】

(1) 私の近所の人達は、互いに信頼し合っている。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない

(2) 私には、地元属しているという感覚はない。

1. とてもそう思う --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7. 全くそう思わない

(3) 私は、地元の人と親しいと感じている。

1. とてもそう思う --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7. 全くそう思わない

(4) 地元は、居心地が良い。

1. とてもそう思う --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7. 全くそう思わない

(5) 私の家族は、地域の活動（祭り、防災訓練等）に積極的に関わっている。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(6) 私の家族は、困った時に、よく近所の人と助け合っている。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(7) 私の家族は、友達を家に呼んだり友達の家に遊びに行ったりしている。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(8) 私の家族は、他の人との交流が少ない。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(9) 親によくたたかれた。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

【この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。】

1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叫びた
3. 乳幼児だけを残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった
5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. 子どもの口をふさいだ（3歳児は除外）
7. 子どもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない

裏面に続きます⇒

【あなたの幼少期（小学校入学前）の家族との関係についてお答えください。当てはまる番号1つに○をつけてください。】

- (11) 親によく怒鳴られた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (12) 親によくひどい言葉で傷つけられた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (13) 親は、しつけのために私をたたくことはなかった。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (14) 親は私の意思を大事にしてくれた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (15) 親は私のことを信じてくれた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (16) 困ったときは、親が助けてくれた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (17) 親は、私の気持ちをわかってくれなかった。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (18) 親から過剰に干渉されていた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (19) 私の親は、親としての責任をしっかりと果たしていた。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (20) 親が近くにいと緊張した。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (21) 会話の多い家族だった。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない
- (22) 自分の気持ちを親に話せなかった。
1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

【あなたの暮らし向きや主観的な健康についてお答えください。当てはまる番号1つに○をつけてください。】

- (23) 現在の暮らしの経済状況を総合的にみて、どう感じていますか。
1. 大変ゆとりがある 2. ややゆとりがある 3. 普通 4. やや苦しい 5. 大変苦しい
- (24) あなたの最近の心身の調子はいかがですか。
1. 良好 2. やや良好 3. どちらともいえない 4. ややよくない 5. よくない

【あなたとあなたのお子さん（この健診に来られている）について教えてください。】

- あなたの年齢は.....（ ）歳
お子さんの年齢は.....（ ）歳
お子さんの性別は..... 1. 男子 2. 女子
あなたとお子さんとの関係は..... 1. 母親 2. 父親 3. その他の保護者
あなた（母）及び父の最終学歴を教えてください。
母..... 1. 中卒 2. 高卒 3. 短大・高専・専門学校卒 4. 大学卒 5. 大学院卒
父..... 1. 中卒 2. 高卒 3. 短大・高専・専門学校卒 4. 大学卒 5. 大学院卒

ご協力ありがとうございました。封筒に入れシールを閉じて、市町村の担当者にお渡しください。

研究課題 1-2

乳幼児健診における現場担当者の保健指導スキルに関する調査と 研修プログラム案の試行

小枝達也

国立研究開発法人国立成育医療研究センター こころの診療部

山崎嘉久

あいち小児保健医療総合センター 保健センター

草野恵美子

大阪医科大学看護学部

佐藤睦子

大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程

樺山 舞

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

要旨

全国どの自治体で受診しても一定水準以上の支援が行き届くための乳幼児健診における保健指導スキルの標準化に向けて、2つの調査を実施するとともに、調査結果等から研修プログラム案を作成し試行した。調査1では非常勤保健師の研修実態やニーズを把握し、非常勤従事者も含めたスキルアップ研修プログラム案作成の際の資料とした。調査2では熟練保健師へのインタビュー調査を実施し、その結果を熟練保健師が駆使している技術として研修で紹介するとともに、ロールプレイ演習の際に活用した。

これまで詳細な実態が示されていなかった非常勤従事者の研修ニーズ等を把握でき、また、定型化が難しい保健指導技術の可視化を試みるとともに、乳幼児健診における保健指導のスキルアップ研修プログラム案の提示につなげることができたと考えられる。

はじめに

乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）における保健指導の目的は、親子の顕在的および潜在的な健康課題を明確化し、その健康課題の解決に向けて親子が主体的に取り組むことができるよう支援することである（標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き、2015）。保健師が行う保健指導の中でも乳幼児健診では特に、短時間のうちに、顕在的のみならず潜在的な健康課題

を明確にし、総合的判断をしてその後の継続的支援に結びつけるために、より高度な技術が必要とされるという特徴がある。

乳幼児健診は全ての親子と接することができる貴重な母子保健事業の1つであるが、昨今、健康課題が複雑多様化する中で信頼関係を構築し、必要な支援につなげることが難しくなっている。加えて新任期やパート雇用者が多く参加する事業であるが、たとえ新任期であろうともある一定水準以

上の保健指導を提供する必要がある、特に新任期・パート雇用者への研修が重要と考えられる。実践的および継続的な研修は不可欠ではあるが、研修実態や研修ニーズを明確にし、また、熟練の技を可視化することで、経験が少ない健診従事者の理解を促進し、効果的に研修を進めるための一助となると考えられる。

そこで、乳幼児健診における保健指導スキルの標準化に向けて、本研究課題では2つの調査を実施し、非常勤保健師の研修実態やニーズを把握するとともに、熟練保健師の保健指導技術の可視化を目指した。さらに、その調査結果や先行研究等を踏まえて現場担当者に協力を仰ぎながら研修プログラム案を作成して試行したので報告する。

本報告の構成は次の通りである。

- I. 調査1:乳幼児健康診査に従事する非常勤保健師の実態および研修ニーズに関する調査
- II. 調査2:乳幼児健康診査での熟練保健師の保健指導技術に関する調査
- III. 研修プログラム案の作成と試行

I. 調査1:乳幼児健康診査に従事する非常勤保健師の実態および研修ニーズに関する調査

1. 目的

乳幼児健診には自治体によっては非常勤保健師も多く従事し、重要な役割を担っている。本乳幼児健康診査に従事する非常勤保健師の実態及び研修へのニーズを把握し、非常勤保健師も含めた研修プログラム案を検討するための基礎資料とすることを目的とした。

2. 対象および方法

2017年12月に乳幼児健診に従事する非常勤保健師を対象とした調査を実施した。本調査において非常勤保健師とは、「正職員以外の保健師」を指す。全国市区町村(政令指定都市は各区)の乳幼児健診担当保健師に、研修ニーズが高いと考えられる従事年数3年未満の非常勤保健師1名(3年未満の保健師がいない又は複数いる場合は最も従事年数が短い1名)への調査票配布を郵送にて依頼した。倫理的配慮として、調査票は無記名とし、文書による説明を行い、調査票の返送をもって同意とすることとした。また調査票の配布を依頼した乳幼児健診担当保健師には調査への協力の有無がわからないようにするために、調査票は返信用封筒で直接、調査実施者に返送することとした。全国市区町村(政令指定都市は各区)1,897自治体に発送し、そのうち非常勤保健師がいない等の理由で該当者なしとの連絡があった36自治体を除く1,861自治体のうち、575人から回答を得た(回収率30.9%)。

3. 結果

1) 回答者の背景

回答者の勤務地を図1に示す。また回答者が勤務している自治体の人口(区の場合は区の人口)は5万~20万人が35.5%と最も多かった(図2)。自治体の種類は保健所設置市以外の市が44.0%と最も多く、次いで町が28.5%であった(図3)。

回答者の平均年齢(±SD)は39.1(±11.7)歳であった。また保健師経験年数の平均(±SD)は10.1(±11.5)年であり、乳幼児経験年数の平均(±SD)は7.8(±9.3)年で

あった。回答者のその他の基本情報を表 1 に示す。保健師免許取得教育機関は 53.2% が大学であり、11.8% は助産師の免許も保有していた。また地区担当をしている者は 41.0% であり、乳幼児健診以外にも育児相談・育児教室 (67.5%) をはじめとする各種母子保健事業に従事する回答者や母子保健分野以外にも従事している回答者もいた。乳幼児健診に従事している頻度は週に 1 階が 22.1% で最も多く、乳幼児健診での担当内容は問診が 90.6% と最も多く、次いで個別の保健指導 77.4% であった。事務作業も 36.2% の回答者が担当していた。

2) 健診前のフォローケースの情報共有やカンファレンス、マニュアル配布状況
健診前のフォローケースの情報共有については、「紙で共有」が 62.4%、「カンファレンスで共有」が 55.7% であった (表 2)。一方、「事前共有なし」も 6.8% いた。

健診後のカンファレンスへは 91.7% が参加しており、カンファレンスへの参加により自分自身に役立つ点としては、「フォロー判断に関するスキルアップ」84.5% が最も多くなっていた (表 3)。

乳幼児健診に関するマニュアルは 63.5% の回答者の自治体で配布されていたが、13.6% が配布されておらず、15.3% がマニュアルがないと回答していた (表 4)。

3) 乳幼児健診従事への自信と従事する際の相談体制

乳幼児健診に従事するにあたってどの程度自信があるか尋ねたところ、「あまり自信がない」「かなり自信がない」を合わせると 54.5% が自信がないと答えていた (表 5)。

乳幼児健診に従事する際の相談体制は 82.8% があると答えていたが、11.1% は特にないと回答していた。

4) 乳幼児健診に従事する中で感じる困難

乳幼児健診に従事する中で感じる困難について図 4 に示す。「かなり困難を感じる」「少し困難を感じる」を合わせて困難を感じている割合が 50% 以上であった項目は、「3) 問診での潜在的な健康課題やニーズの把握」(68.9%)、「5) 個別の保健指導」(58.9%)、「7) 対象者との信頼関係づくり」(50.9%)、「8) 拒否的傾向にある対象者への対応」(85.3%)、「10) 精神的発達 (心理発達) に関するアセスメント」(77.6%)、「11) フォローアップの必要性に関する判断」(69.3%)、「13) 地域の社会資源に関する情報提供」(52.5%)、「15) 苦情への対応」(70.0%) であった。

5) 乳幼児健診に従事する中で感じるやりがい

乳幼児健診に従事する中で感じるやりがいについて、図 5 に示す。「1) 元気な子どもと接した時」や「2) 保護者等の満足感が感じられた時」、「3) 保護者等の不安の解消に役立ったと感じる時」、「4) 保護者等の笑顔がみられた時」などが多くなっていた。

6) 研修受講状況

乳幼児健診に関する研修の受講状況について表 6、7 に示す。受講経験がない回答者は 49.0% であった。また、受講経験がある者のうち、受講頻度は「1 年に 1 回以上」が 62.6% と最も多く、受講した研修の主催団体は「都道府県」が 53.6% と最も多かった。

7) 研修ニーズ (図 6)

受講してみたい研修内容については、「とても受けたい」の割合が最も多かったものは精神(心理)発達に関すること(75.5%)であった。次いで身体面の発育発達に関すること(59.5%)、個別保健指導(50.3%)となっていた。

8) 乳幼児健診と「健やか親子21(第2次)」 (表 8)

「健やか親子21(第2次)」を勉強する機会については、「あまりない」45.0%「ほとんどない」29.9%となっており、また、「健やか親子21(第2次)」における乳幼児健診の位置づけについて考える機会も「あまりない」47.5%「ほとんどない」27.8%となっており、約7割の回答者が「健やか親子21(第2次)」や乳幼児健診との関連について考える機会をあまりもっていなかった。

4. 考察

非常勤保健師に関する先行研究については、専門職務遂行能力に関する研究(佐伯ら、2014: 会議録)はあるものの、乳幼児健診に特化した研究はほとんど見当たらない。今回、従事年数が少ない保健師を対象としたことや回収率が約3割であったこと等から、全ての非常勤保健師の実態を明らかにするには限界があったが、非常勤保健師の実態やニーズについてある程度把握できたと考えられる。

今回の回答者は、平均すると比較的経験年数も長く、乳幼児健診以外にも各種母子保健事業にも従事している者もあり、場合によっては新任期より様々な経験をしてい

ることがうかがえた。そのような経験を積んでいるものの、乳幼児健診従事への自信については、54.5%が「あまり自信がない」「かなり自信がない」と答えており、11.1%が相談体制がないとしていた。また49.0%が研修受講経験がないと答えていた。さらに詳細な把握が必要ではあり、自治体の状況は多様で一概には言えないが、非常勤保健師の場合、短期間雇用の場合もあるため、長期的および系統的な研修や指導体制を組むことが難しく、様々な経験を統合してスキルアップにつなげる機会を得ることが難しい状況が考えられた。

乳幼児健診に従事する中で感じる困難感が高かった項目の1つに「個別の保健指導」があり、これは研修ニーズが高い項目でもあった。また、約9割が問診に従事していたが、「問診での潜在的な健康課題やニーズの把握」について約7割が困難を感じていた。さらに「対象者との信頼関係づくり」や「拒否的傾向にある対象者への対応」、「精神的発達に関するアセスメント」、「フォローアップの必要性の判断」に困難を感じる者も多く、問診や結果説明を含めた個別性の高い保健指導スキル向上のニーズが高いことが考えられた。

また、「地域の社会資源に関する情報提供」に困難感を感じる者も多く、地区担当をしない非常勤保健師も多くいることから、なんらかの工夫が必要であることが考えられた。

乳幼児健診は連続性のある母子保健指導の一時点であり、連動性のある母子保健事業の一事業である。その母子保健の目指すところの1つに「健やか親子21(第2次)」があり、乳幼児健診はその達成を目指すた

めにも重要な事業である。しかしながら「健やか親子21（第2次）」についての学習機会や乳幼児健診の位置づけを考える機会がない者が多く、研修プログラムを検討する際にはその点の考慮も必要と考えられた。

今後の課題として、保健指導スキルの標準化を目指すにあたっては地域特性を加味

することは重要であり、今回、全ての市区町村を対象とし、全国各地から協力が得られたため、地域別の分析等も必要であると考えられる。その他、回答者の背景からみた困難感や研修ニーズの分析など、さらに詳細な分析が必要と考えられた。

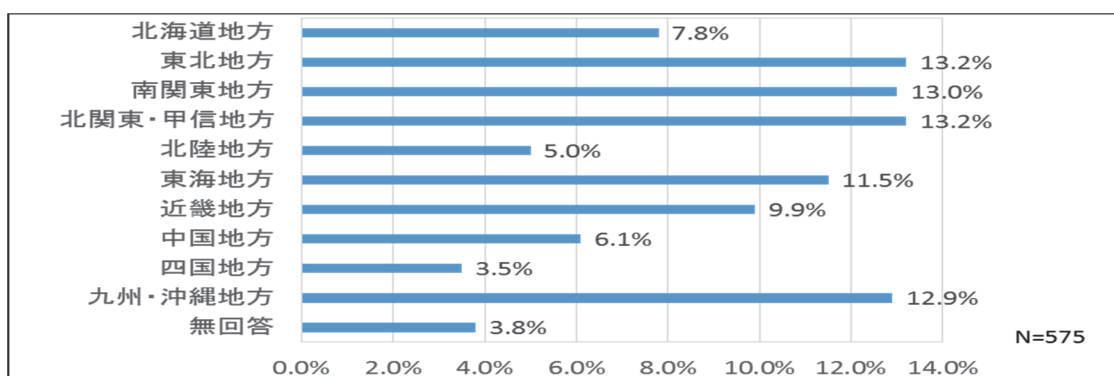


図1 回答者の勤務地

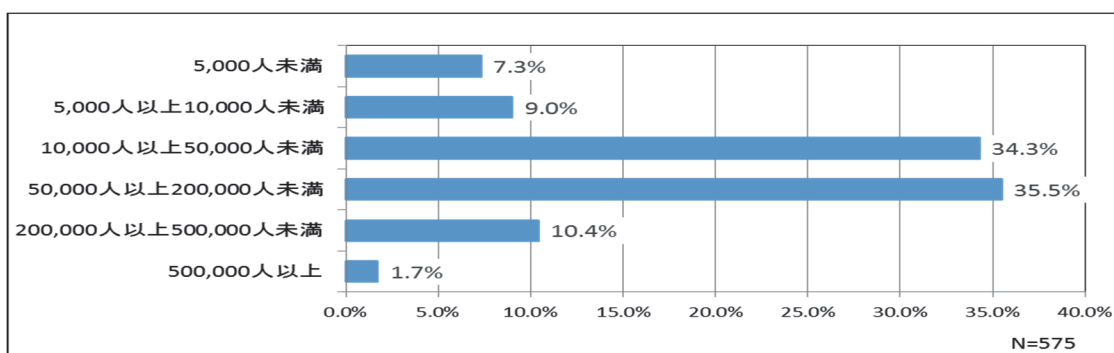


図2 回答者が勤務している自治体の人口

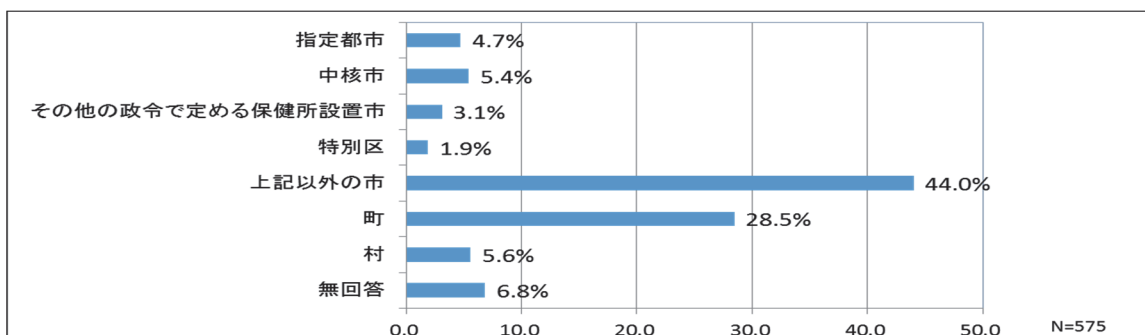


図3 回答者が勤務している自治体の種類

表1 回答者の基本的情報

		人(%)、N=575
性別	男	6(1.0)
	女	565(98.3)
	無回答	4(0.7)
保健師免許取得教育機関	大学院	2(0.3)
	大学	306(53.2)
	短大専攻科	57(9.9)
	専門学校	199(34.6)
	その他	3(0.5)
	無回答	8(1.4)
助産師の免許取得の有無	助産師の免許を取得している	68(11.8)
地区担当の有無	担当地区をもっている	236(41.0)
乳幼児健診以外に従事している母子保健事業 (複数回答)	育児相談・育児教室	388(67.5)
	妊婦教室等	172(29.9)
	離乳食教室	136(23.7)
	母乳相談	123(21.4)
	二次健診	109(19.0)
	電話相談	326(56.7)
	家庭訪問	406(70.6)
	その他	131(22.8)
	従事していない	53(9.2)
	母子保健事業以外に従事している保健分野 (複数回答)	成人保健分野
高齢者保健・福祉分野(介護予防)含む		134(23.3)
難病分野		37(6.4)
精神保健分野		97(16.9)
障害者福祉分野(精神以外)		35(6.1)
その他		71(12.3)
母子保健事業以外は従事していない		170(29.6)
乳幼児健診に従事している頻度 (他の市区町村での従事も含む)	1ヶ月に1回以下	112(19.5)
	1ヶ月に2回	114(19.8)
	1ヶ月に3回	121(21.0)
	週に1回	127(22.1)
	週に2回以上	88(15.3)
	無回答	13(2.3)
乳幼児健診での担当内容 (複数回答)	問診	521(90.6)
	集団での健康教育	84(14.6)
	計測	194(33.7)
	診察介助	148(25.7)
	結果説明	323(56.2)
	個別の保健指導	445(77.4)
	事務作業	208(36.2)
	受付	124(21.6)
その他	43(7.5)	

表2 健診前のフォローケースの共有(複数回答)

	人(%)、N=575
カンファレンスで共有	320(55.7)
紙で共有	359(62.4)
事前共有なし	39(6.8)
その他	31(5.4)
無回答	9(1.6)

表3 健診後のカンファレンスに関すること

	人(%)、N=575	
健診後のカンファレンスへの参加	参加している	527(91.7)
	参加していない(フォローケース申し送りは個別)	27(4.7)
	参加していない(フォローケース申し送りない)	5(0.9)
	カンファレンスがない	6(1.0)
	その他	3(0.5)
	無回答	7(1.2)
健診後のカンファレンスに参加することで 自分自身に役立つ点 (複数回答)	フォロー判断に関するスキルアップ	486(84.5)
	発育発達のアセスメントに関するスキルアップ	462(80.3)
	地域の療育機関や子育て支援機関に関する情報収集	335(58.3)
	多職種の視点が参考になる	422(73.4)
	その他	20(3.5)
	特になし	5(0.9)

表4 勤務している自治体における乳幼児健診に関するマニュアル配布の有無

	人(%)、N=575
配布あり	365(63.5)
配布なし	78(13.6)
マニュアルなし	88(15.3)
その他	29(5.0)
無回答	15(2.6)

表5 乳幼児健診従事への自信、従事する際の相談体制

	人(%)、N=575	
乳幼児健診従事への自信	とても自信がある	4(0.7)
	ある程度自信がある	247(43.0)
	あまり自信がない	289(50.3)
	かなり自信がない	24(4.2)
	無回答	11(1.9)
乳幼児健診に従事する際の相談体制の有無	あり	476(82.8)
	特になし	64(11.1)
	その他	27(4.7)
	無回答	8(1.4)

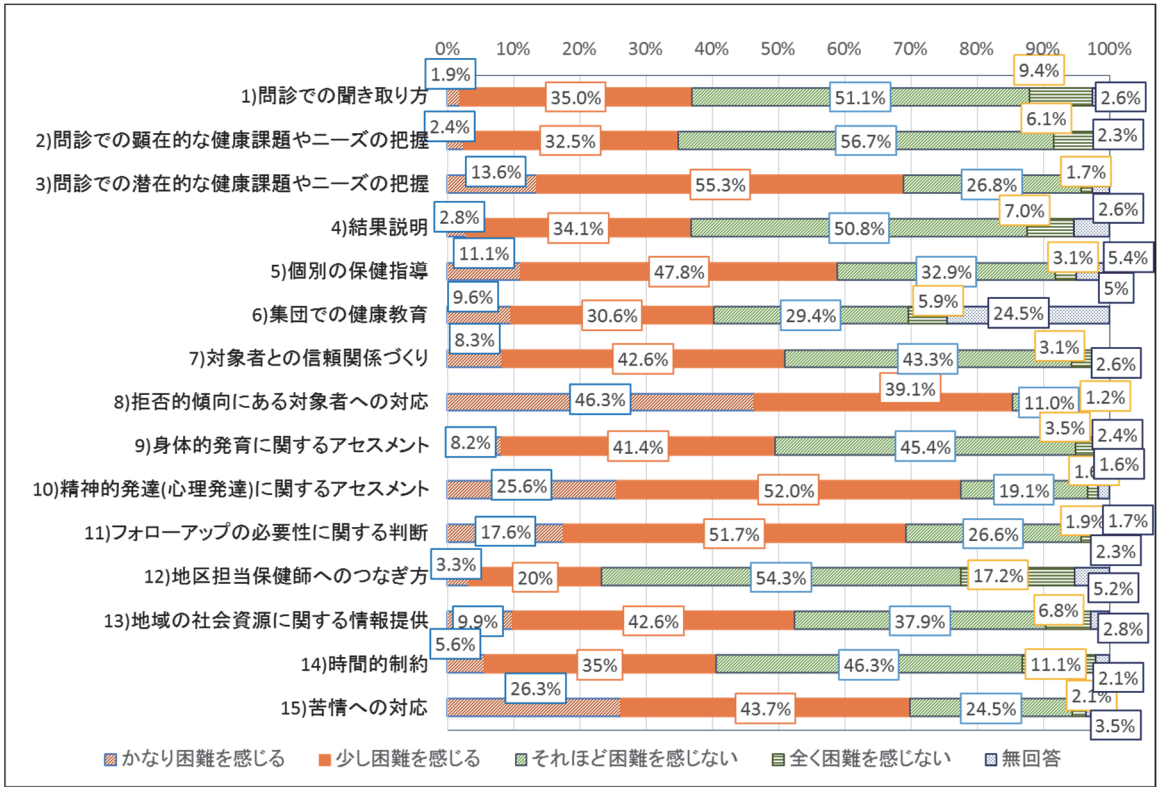


図4 乳幼児健診に従事する中で感じる困難の程度

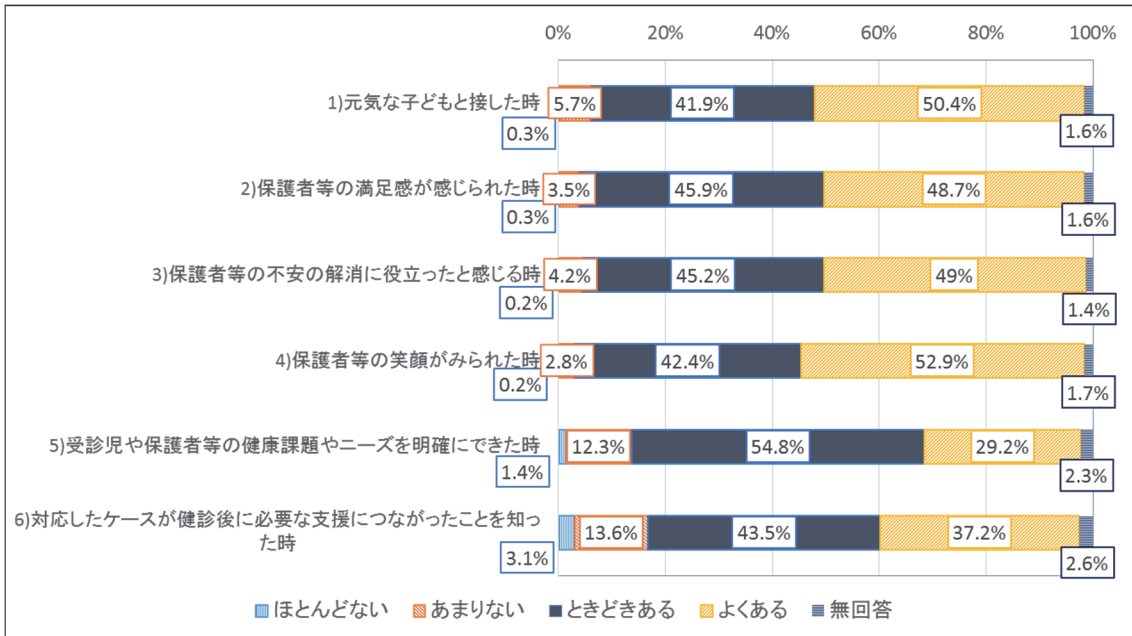


図5 乳幼児健診に従事する中で感じるやりがい

表6 乳幼児健診に関する研修の受講経験の有無

	人(%)、N=575
受講経験がある	289(50.3)
受講経験がない	282(49.0)
無回答	4(0.7)

表7 乳幼児健診に関して受講した研修について(受講経験ありの場合のみ回答)

	人(%)、N=289	
受講頻度	1年に1回以上	180(62.3)
	2~3年に1回程度	59(20.4)
	2~3年に1回未満	49(17.0)
	無回答	1(0.3)
受講した研修の主催団体 (複数回答)	勤務先	118(40.8)
	都道府県	155(53.6)
	看護協会	25(8.7)
	日本家族計画協会	27(9.3)
	小児保健協会	26(9.0)
	学術団体	23(8.0)
	その他	38(13.1)
受講した研修の情報入手方法 (複数回答)	勤務先	272(94.1)
	自分で	26(9.0)
	その他	7(2.4)

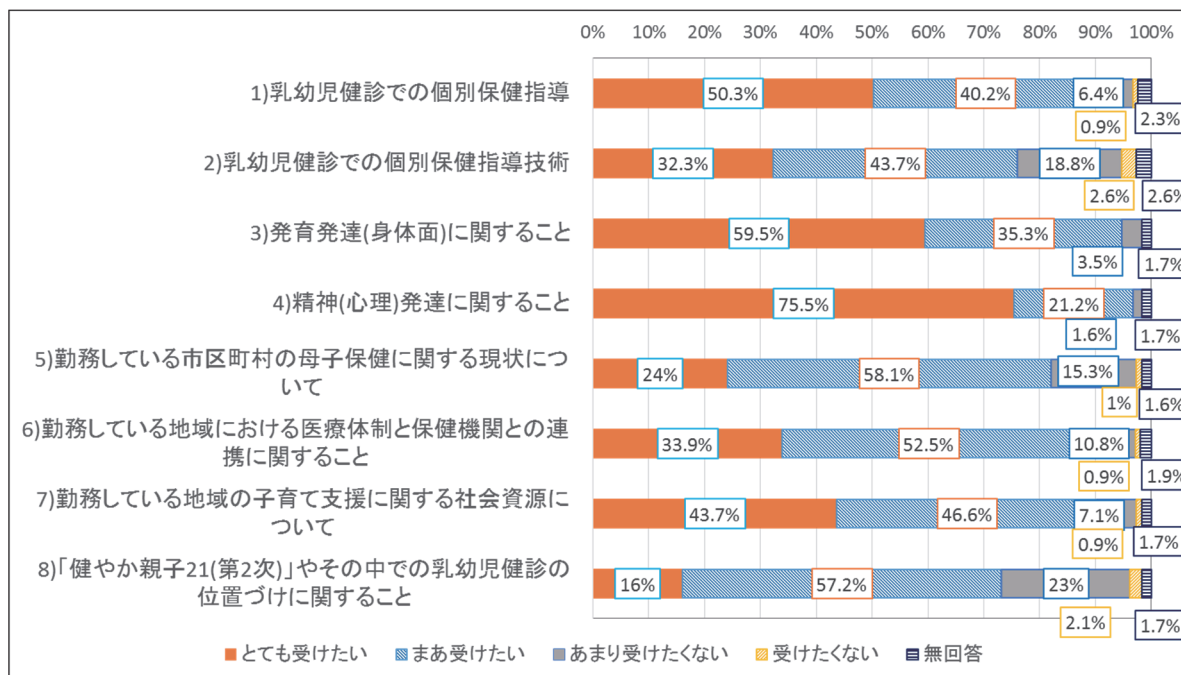


図6 乳幼児健診に関する研修ニーズ

表8 乳幼児健診と「健やか親子21(第2次)」について

		人(%)、N=575
「健やか親子21(第2次)」を勉強する機会	よくある	7(1.2)
	ときどきある	129(22.4)
	あまりない	259(45.0)
	ほとんどない	172(29.9)
	無回答	8(1.4)
「健やか親子21(第2次)」における乳幼児健診の位置づけについて考える機会	よくある	9(1.6)
	ときどきある	126(21.9)
	あまりない	273(47.5)
	ほとんどない	160(27.8)
	無回答	7(1.2)

II. 調査2：乳幼児健康診査での熟練保健師の保健指導技術に関する調査

1. 目的

熟練の保健師が用いている技術を収集することにより、顕在的および潜在的な健康課題の抽出および継続的支援に必要とされる保健指導技術を収集し、新任期や非常勤保健師の研修等に活かせる基礎資料を得ることを目的とした。

2. 対象および方法

対象を保健師経験 25 年以上または母子保健分野の業務への従事経験 10 年以上の市区町村保健師とし、便宜的サンプリングとスノーボールサンプリングの併用により 4 自治体の保健師を抽出した。候補となった保健師が所属する所属長に研究協力を依頼し承諾を得た後に、研究者と候補者が直接連絡をとって文書および口頭にて説明をし、承諾が得られた場合、インタビュー日等を調整した。インタビュー日にはさらに直接、口頭および文書にて研究の趣旨を説明し、同意書による最終的な同意を得た。インタビューは 1 時間半程度とし、インタビュー実施場所は研究参加者が希望する場所で

プライバシーができる個室を確保して実施した。倫理的配慮として、上記の手続きを踏むとともに、インタビュー後も協力撤回ができることなどを合わせて説明した。

インタビューの主な内容は、保健師経験年数、母子保健分野での経験年数、勤務先の種類(区・指定都市・中核市・それ以外の市・町・村)、乳幼児健診における保健指導に必要と思われる技術(短時間での信頼関係構築、顕在的および潜在的な健康課題の抽出、継続的支援、アセスメント技術、新任期の保健師へ教授している技術)であった。同意が得た上でインタビュー内容を録音して逐語録を作成し、内容毎に整理した。

3. 結果

協力が得られた保健師 4 名であり、所属自治体の種類は政令指定都市・特別区 2 名、市 2 名、保健師経験年数は 14 年～35 年、母子保健従事年数は 11 年～35 年であった。

主な結果を表 9 に示す。なお、結果を整理する際には、将来的に、研修資料として使用できることを意識して行い、またイメージしやすいように具体例をインタビュー内容から抽出して添えることとした。

表 9 以外に記載した内容以外にも、ベテランの心構えとして、『来てよかったな』思える健診はどんな健診か、常に意識して考える」などが挙げられていた。また、乳幼児健診を通じた人材育成のコツ・後輩へのアドバイスとして、「カンファレンスの場を活かす」「対象者から学ばせてもらう姿勢が大事」「たくさんの親子に会うことに尽きる」などが挙げられた。

4. 考察

乳幼児健診の標準化に向けて、例えばマニュアル等で最低限クリアすべき内容を提示することは効果的な方策の1つとして挙げられる。ただし、対象者の背景や課題が複雑多様化する中で、特に個別の保健指導をマニュアル等で定型化することは難しい。基本的信頼関係の構築と、親子の困りごとに対して寄り添う姿勢、そして、多くの親子と真摯に向き合う経験を積み重ね、先輩の背中をみながら、保健指導で活用できるたくさんの“引き出し”を持つことが、乳幼児健診を受診する親子の満足感につながるのではないかと考えられる。今回の調査から一部ではあるがそのヒントを得ることができたのではないかと考えられる。

表9 乳幼児健診における保健指導技術 ～熟練保健師インテビューから探る“コツ”～

問診の前におさえるコツ	
問診票から対象者にメッセージを伝える糸口をさぐる	「問診票からびびりと引く張らないといけなかなと思うんですよ。兄弟関係、何人いるとか、上の子は何歳で下の子は何歳かって、この子はどの順位か…そこから話題になってきていていので、話ができませんよね。なので、やっぱり基本情報を健診の前にさっと見る。そのお母さんにメッセージを伝える糸口にする。」
待合いのところで、まずはアセスメントする	「名前呼ぶ前にまず、どんなふうに通じてるか、母子関係、名前を呼んで、名前を呼んだのに反応するか、名前を呼んだときにこっちを振り返るか…指示に忠じて立ち上かってついてこれるか、歩き方とかかみたいな形で、発達の評価の部分だったら大概そこでわかる」
持っている荷物からもアセスメントする	「おむつとか、最低限持っておかないといけないものがあるじゃないですか。でも、それを持たずに来てたら、気になりますよね。荷物の量も、持ち過ぎのお母さんがいたら、不安なんだろうなって思う…」
健診時の信頼関係構築のコツ	
「来てくださってありがとうございます」の気持ち	「健診は評価される場所だと思ってお母さん来るお母さんもおられるので、私たち、評価者じゃないよというメッセージ伝えないといけない…決まりきってるかもしないけど、『ほんとうによいお出でください』暑いのにね、大変でしたよね』というふうな、『よくお出でくださいました』というエルカムメッセージが大事。あとは、それこそね、笑顔なんですよけれどね。やっぱりその辺が自然と出るように。」「来てくれて当然じゃない、みんな時間をつとめて来てくれるので、来てよかったですと思える健診になるような態度を示す」
まずは挨拶から・必ず自己紹介してから始める	「やっぱりファーストコンタクトとか、第一声目のときに、『こんにちは』『お待ちしました』という言葉かけを入れる」 「子どもの目線に立って挨拶をする」 「『私は保健師の何々です』といってから、『お名前教えてください』とき」
基本的なことに気を付ける	「名前と性別を間違えない」「上から目線にならない」 「きちんとやわらかい笑顔がつけられる」 「『保健師さん、感じいいかも』と思ってもらえるように」
ともに成長を喜び合う・子どもを褒める	「『大きくなったね』とか、『かわいくなったね』といったところから共有する」
ここから情報が漏れることはない伝える	「健診の場からは漏れないことを伝えてあるので、『お母さん、誰にも言えないような悩みとか、あるよね』とか、『ここからだたら漏れることはないから、友達とかに話していくことか話していいんだよ』といったことが伝わるようにする」
きちんと同意を得る	「お母さんに、『2歳になってどんなことできるようになったか、直接子どもとやりとりさせてもらいますね』っていろいろな形で同意を得る。『～させてもらいますね』みたいな感じでやりとりするようにはマナーとして大事かなと思います」
1つでも“お土産”を持って帰ってもらう	「何か1個はお土産を持って帰ってもらおうかなっていろいろのは思うので、きょうのお土産をどうしようかなど考える」

問診のコツ	
長くなりすぎない（ただし必要時には時間をかける）	「問診、基本的に10分以内、ちょっとその辺はセーブしなからやっています」
最初に健診の意義を伝える	「健診が何をやる場所かというところを伝える」
“テンポ感”も大事	「子どもがとにかく飽きないようテンポよく」
複数の視点から多角的に親子をみる工夫	「問診と相談は必ず別の保健師が入るようになっているので2つの目で見える。問診で気になった部分があったら、シートに書き込むなどして相談の保健師に伝える」
健診時の緊張をほぐすコツ（“かたい”“緊張している”対象者に対応する際のコツ）	
何かを一緒にして場を共有し、その空間を和ませる	「1歳から4か月だったらベビーチェアに乗って頂くので、そこでね、やっぱりぎこちなくしてお母さんだったら一緒にやりますよ」ってやらしてもらったりとか、やっぱりそういう場を共有していったりとか、『お母さん、大丈夫？』とか、『荷物、ここに置いてください』とか、何かそういう、ちょっとお母さんを案内するようなどころで和まるとオーケーです」 「4か月だったらマガザズバッグ持ってるんですよ。片側にさげて、赤ちゃんだっこして、でも、結構な荷物、持ってたりますので、そのかばんをささっとね、…お母さんは赤ちゃんをどうにかしないといけないって、もそもそされるので、『ここに置いてね』とか、『ちょっと預かるね』、だっこのもとかしてたら『ちよっと外すね』とか、そんな形で、わりとお母さんは4か月の時は自分自身の身のこなしができていない時期なので、まずそこで何かできると思っています」
遠回しからスタート	「難しいなと思うたら、もうほんどうにその話題にはちょっと触れずに、遠回しからスタートっていうところもある。見きわめるのはやっぱり、初対面のときのやっぱりお顔のかたとさとか、お母さんの態度とか」
引くことも大事	「働きかけをしていてもやっぱりかたいていことになると、かなりお母さんの中でのしんどい状況があるんだなと思うたらそういうときはちょっと引いてですね」
健診時に助言する際のコツ	
認めて、共感して、できそうなことから	「できてるところを認めて、大変なところに共感しつつ、ここ、もう一踏ん張りみたいなところは、『じゃ、ここだけやろっか』みたいな感じで伝える」
他にできそうな方法を一緒に考える	「大体のお母さんはいらないってこともわかっているから、『じゃ、別の方法、何かある？』みたいな感じで…」
頑張っていることをみつけて認める、保護者が意図してやっていると伝える	「お母さんの健全性とか、お母さんの今ままで経てきたところの、頑張っておられるところとか、いいところ絶対あると思うんですね。だから、やっぱりそこをあらゆるデータから探しているというのが、保健師の面接の前にやっておくっていうのは大切」 「お母さんの上手なかわり、子どものタイプに合わせた上手なかわりっていうのを、そこ、すごいよねって…」

<p>をキャッチする</p> <p>継続的支援、「つながる関係性づくり」のコツ</p>	<p>聞いて潜在的な課題を把握する。」</p>
<p>子どもの遊ばせる場所など、保護者の関心が高いような話題から入る</p> <p>拒否傾向でもこちらはこれからはこれからも支援したいことを発信しておくことが大事</p>	<p>「お母さんに、『お母さんって行く場所とか、近所とかで、何かそういう、子どもさんって、遊ばせる場所とか、どこがある？』って聞いてるのは結構聞いてますね。それなら、『ここ、ここ』とか、『ない』とか、あと、何かか言ってくれはるので、そこを糸口にして、『こんなところあるけど、知ってる？』とか。あとは、一緒に行くこともね、場合によってはしないといけないので、ただ、健診では自分がその地区担かどうかわからないので、その場合には、『ちょっと地区担に言っとね』とか、そういう感じとかでつなげていく</p> <p>「しつこいて言われるかもしれないし、それが逆に追いつめてるっていうこともあるかもしれないので、そこはちょっと見きわめられますけども、相手の方にもタイムングがあって、結構やっぱり拒否の方って波があるの、すごう拒否的なときと、何かふっと入るときがあったりとか、ほんとに困ったときに、どうしようもないっていつかタイムングだったりするので、やっぱり諦めずになんかどうにかできたらいいなと思います。」</p>
<p>具体的に伝える</p>	<p>「やっぱりやってもらうことも具体的に伝えるっていうことですよ。例えば、指さしてできなかつたら、『お散歩、どこ行くの？』といったことから入り、『じゃ、お散歩のときに』って言って、お花とか見るとか、犬好きとかであれば、『あ、なそれら、そのときに、お母さんね』って言って、『あ、わんわんね』って言って、『お母さん、ここでこうやってね』って、『それなら、子どもさん、この指先の先のわんわんちゃん見るからね』という感じで、『そういうことをしてると、その中から木っというのが入ってきますよ』って言って、『それで自分が犬を見たときに、わんわんって言ってくれる』っていろいろ、お母さんのそういう働きかけがいろいろに返ってくるっていうのを具体的に伝えます」</p>
<p>見通しをつける</p>	<p>「例えば発達検査で、できなかつたことが、今のところではこのレベルっていうところで、ここから半年で、お母さんがこういうふうにするってこと、こういうふうに伸びていくと思うので、このところをこいうふうにしていただくっていうように…」</p>
<p>継続的支援、「つながる関係性づくり」のコツ</p> <p>保護者が受け入れやすい職種からまずはアプローチする</p>	<p>「お母さんと早いうちに子どものタイプを共有しておきたいっていうようなお子さんがいた場合、言語聴覚士さんの相談なら、発音とか言葉を増やすとか、そういう視点だったら来てくれるとお母さんもいるので、1回そっちに来てもらって、言語聴覚士の先生と一緒に共有しながら、じゃ、この部分は心理の先生にもう一回確認しようみたいな感じで心理相談にもって行っていろいろやり方をすることもある」</p>
<p>他機関連携の際のコツ</p> <p>連携する目的やその際の保健師の役割を明確にして同意を得る</p>	<p>「『私、心配なので…』みたいな感じで、『だから、ちょっと念のために、園に入った様子、聞いてもいいですか？』といった感じで了解を得る」「園生活でも、じゃ、家と同じように困ってるかもしれないって、子どもが困らない環境をつくるように園と橋渡しするっていうのが保健師のできることでよっていいところを伝えた中で、園と連携することの同意を得る。」</p> <p>「子どもの生活しやすい環境をつくるために、保育園とか、専門機関もあわせて、支援者と母子をつなぐことができるのが私たち保健師の役割だから、お母さん、困ったことがあったら力になりたいから言ってくださいっていうような立場を伝える」</p>

Ⅲ. 研修プログラム案の作成と試行

1. 背景および目的

乳幼児健診の標準化に向けては、常勤のみならず、非常勤従事者のニーズもふまえることが必要と考えられる。そこで、現場の協力を仰いで必要とされている研修についての意見を収集するとともに、前述の調査結果もふまえて、非常勤従事者も含めた研修プログラム(基本編)の案作成と試行を目的とした。

2. 研修プログラム案への調査結果の活用

調査1の結果にもあったが、協力を仰いだ現場の意見からも「健やか親子21(第2次)」についての学習機会や乳幼児健診の位置づけを考える機会が少ない現状があり、その内容も含めて、乳幼児健診の基本と意義について改めて振り返ることとした。また、調査1の結果において非常勤保健師が困難に感じている割合が高かった項目の中でも今回の基本編のプログラムとしては、「問診での潜在的な健康課題やニーズの把握」「対象者との信頼関係づくり」「拒否的傾向にある対象者への対応」に焦点を当てることとした。

調査2の熟練保健師のインタビュー調査の結果から「保健指導のコツ」として様々な熟練保健師が駆使している技術を紹介するとともに、ロールプレイ演習の際に活用した。

3. 研修プログラム試行への協力自治体について

今回の試行に協力頂いた自治体は、大阪府高槻市である。高槻市は京都と大阪の中間に位置する人口約35万人の中核市で、高

齢化率は27.6%(平成27年12月31日)、年間出生数2,663人(平成28年)、出生率は人口千対7.6(平成28年)である。

複雑多様化する対象者の背景や健康課題に対応し、対象者が「来てよかった」と思える健診を目指して、「寄り添う支援」をキーワードとした研修を平成29年度に実施した。本研修は高槻市子ども未来部子ども保健課と当事業における保健指導編担当者とのタイアップにより「健診従事者スキルアップ研修」として実施した。(**「実践ガイド」**にも自治体の許可を得て概要を記載)

4. 研修の対象

新任期や非常勤保健師等を主な対象と想定してプログラムを作成した。ただし試行の際には、新任期や非常勤保健師に限定せずに参加者を募った。

5. 研修の構成とねらい

研修は2回シリーズとした。いずれも多くの職員が参加しやすいよう2回ずつ開催した。また所要時間は各回2時間とした。各回の研修のねらいは次の通りである。

【1回目】

- ①「健やか親子21(第2次)」からみた健診の位置づけを確認し、前向きに健診に従事できるような動機づけができる
- ②乳幼児健診における保健指導の基本と意義を確認できる
- ③寄り添う支援の重要性を確認できる

【2回目】

- ①健康課題の明確化(潜在的、顕在的含む)に関するスキルアップを目指す
- ②信頼関係構築を大切にし、寄り添う支援を目指した保健指導について体験的に学

び、考察できる。

6. 研修内容の概要

1 回目は「講義編」として座学形式で行った。内容は次の通りである。

- ①現代の親子が抱える課題
- ②いま、改めて…乳幼児健診の役割を再確認
- ③「健やか親子 21（第 2 次）」からみた乳幼児健診の重要性
- ④子育て支援・虐待予防の観点からの乳幼児健診の重要性 ～事例紹介～
- ⑤「健やか親子 21（第 2 次）」の重点課題における乳幼児健診の役割
- ⑥乳幼児健診における保健指導の基本

2 回目は「演習編」とし、主にロールプレイ演習を行った。内容は次の通りである。

- ①前回の復習「乳幼児健診における保健指導の基本」
- ②スキルアップ演習～寄り添う支援につながるスキルを磨く～
- ③振り返りと発表（共有）
- ④講評・ポイント解説・まとめ

7. 2 回目の演習について

場面設定は健診の最後の個別相談の場面とし、4 か月児健診と 1 歳 6 か月児健診の 2 種類の架空事例を作成して実施した。ロールプレイでは 3～4 人 1 組となり、2 パターンのロールプレイを実施した。1 パターンは、意図的に「寄り添っていない保健師」の設定でまずは実施し、その振り返りを行った上で、次に「寄り添った保健師」のパターンで実施した。「母親役」も体験することとした。問診票や場面の状況は可能な限り、

研修開催自治体の状況に合わせた。

日常的には寄り添った支援をしている保健師にとって、「寄り添っていない保健師」の設定は特に難しいと考えられたため、調査 2 から得られた熟練保健師が行っている保健指導の「逆」の保健指導を演技例として提示した。

最後に、今回のロールプレイを振り返り、「寄り添った保健師」をした際に活用した技を抽出するグループワークを実施した。

2 回目の研修の流れは次のとおりである。

時間	内容
5 分	開会挨拶、本研修の趣旨説明
5 分	講師自己紹介
15 分	前回の復習（保健指導の基本）
10 分	演習方法の説明
5 分	事例の確認
10 分	演習 1：A パターン（4 か月児健診） 「寄り添っていない保健師」編
15 分	各グループでの振り返りと B パターン実施の準備
10 分	演習 2：B パターン（1 歳 6 か月児健診） 「寄り添っている保健師」編
15 分	振り返りと活用した技の抽出（グループワーク）
15 分	発表（学習成果の共有）
15 分	講評・ポイント解説・まとめ

8. 考察

参加者の感想として、1 回目の講義編では、「健やか親子 21（第 2 次）」の理念などを改めて振り返ることで、広い視野をもって健診について考えることができた」「健診の基本を見直すことで、1 つ 1 つの場面で丁寧にみていく必要性を改めて確認できた」「生まれたときから支援はスタートしている」「多職種で関わる意義を再確認できた」などの感想が聞かれた。母子保健のめざすところである「健やか親子 21（第 2 次）」については、多忙な日常業務の中でなかなか落ち着いて振り返る機会がないことが多

いが、1 回目の講義編では改めて振り返る機会となり、日々の健診事業での関わりが、最終的には親子の健やかな生活につながることに、その意義などを考察できる機会となったと思われる。また 1 回目は保健師以外の職種も参加可能とした結果、多くの職種の参加が得られた。職種は違っても目指す方向は同じであることから、多職種による目指す方向の確認と共有の一助となったと考えられる。

2 回目の演習編では、「ロールプレイといえども、母親の気持ちを実感できた」「寄り添っていない保健師の設定は、保健師役も母親役もつらく、寄り添った支援の重要性をより体感できた」などの意見が出され、

母親役の気持ちも改めて実感したり、寄り添う支援について考えることができる機会となったと考えられる。さらに、グループワークで今回のロールプレイ演習で用いた保健指導技術について議論することで、普段用いている技術を可視化することができた。それらを共有することで今後の支援能力向上に向けて、各自がもつ保健指導技術の「引き出し」を増やすことにもつながったのではないかと考えられる。

さらに、非常勤従事者も含めて同じ研修を行うことで、全体の対応・水準の質が保たれた標準的な保健指導体制構築にもつながったことが考えられた。

「乳幼児健診に従事する非常勤保健師の実態および研修ニーズに関する調査」

※本調査での非常勤保健師とは、「正職員以外の保健師」を指します。

◆お願い◆

「その他」の場合、その内容をできるだけ具体的にお書きくださいますようお願いいたします。

I. 乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）に従事している勤務先についてお伺います。
複数の市区町村で従事されている場合は、この調査票を受け取った勤務先についてお答え下さい。

【問1】ご勤務されている市区町村がある地方はどちらですか？あてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。（カッコ内は該当する都道府県名です）

- 1) 北海道地方（北海道）
- 2) 東北地方（青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島）
- 3) 南関東地方（埼玉、千葉、東京、神奈川）
- 4) 北関東・甲信地方（茨城、栃木、群馬、山梨、長野）
- 5) 北陸地方（新潟、富山、石川、福井）
- 6) 東海地方（岐阜、静岡、愛知、三重）
- 7) 近畿地方（滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山）
- 8) 中国地方（鳥取、島根、岡山、広島、山口）
- 9) 四国地方（徳島、香川、愛媛、高知）
- 10) 九州・沖縄地方（福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄）

【問2】勤務されている市区町村の人口はおおよそどのくらいですか？ 約 人
（区の場合は、区の人口。以下、同様）

【問3】勤務されている自治体の種類はどれですか？あてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

- | | | | |
|-----------|--------|---------------------|--------------------------------|
| 1) 指定都市 | 2) 中核市 | 3) その他の政令で定める保健所設置市 | 4) 特別区 |
| 5) 上記以外の市 | 6) 町 | 7) 村 | 8) その他（ <input type="text"/> ） |

【問4】勤務されている市区町村の平成28年度の年間出生数をお教え下さい。 人

【問5】勤務されている市区町村の現在の高齢化率をお教え下さい。 %

【問6】勤務されている市区町村の現時点での常勤保健師数を教えて下さい。 人
（産休・育休含む）

II. あなたご自身についてお伺いたします。

【問7】あなたの年齢はおいくつですか？ 歳

【問8】性別（どちらかに○） 1) 男性 2) 女性

[次ページにつづく](#)

【問 9】 保有している看護職の免許はどれですか？あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- 1) 看護師 2) 保健師 3) 助産師

【問 10】 保健師免許を取得した教育機関をお教えてください。あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい。

- 1) 大学院 2) 大学 3) 短大専攻科 4) 専門学校 5) その他 ()

【問 11】 看護職（看護師・保健師・助産師・准看護師）としての経験年数はどのくらいですか？
正職員として 合計 約 年 か月 非常勤として 合計 約 年 か月
(いずれも保健師歴を含む)

【問 12】 保健師としての経験年数はどのくらいですか？ 約 年 か月

Ⅲ. 勤務状況についてお伺いいたします。

【問 13】 あなたは、現在勤務されている市区町村では、どのくらいの頻度で勤務されていますか？
平均 月に 日 × 時間

【問 14】 あなたは、現在勤務されている市区町村において、地区担当をもっておられますか？
あてはまる番号 1 つに○をつけて下さい。

- 1) はい 2) いいえ 3) その他（具体的に：)

【問 15】 あなたは、現在勤務されている市区町村において、母子保健事業では乳幼児健診以外にどのようなお仕事を従事されていますか？あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- 1) 育児相談・育児教室 2) 妊婦教室・両親学級（マタニティクラス等）
3) 離乳食に関する教室 4) 母乳に関する相談や教室
5) 二次健診（要経過観察健診） 6) 電話相談
7) 家庭訪問 → 該当するものすべてに○をつけてください。
(新生児訪問、こんには赤ちゃん訪問、健診未受診訪問、その他)
8) その他 () 9) 乳幼児健診以外には従事していない

【問 16】 あなたは、現在勤務されている市区町村において、母子保健事業以外にどのような分野のお仕事を従事されていますか？あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- 1) 成人保健分野 2) 高齢者保健・福祉分野（介護予防含む）
3) 難病分野 4) 精神保健分野 5) 障害者福祉分野（精神以外）
6) その他（具体的に：)
7) 母子保健事業以外には従事していない

次ページにつづく

IV. 乳幼児健診についてお伺いいたします。

【問 17】乳幼児健診に従事している期間はどのくらいですか？

(他の市区町村での経験も含めて) 約 年 か月

【問 18】現在、どのくらいの頻度で乳幼児健診に従事していますか？

(他市区町村での従事も含めて)

- | | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 1) 1ヶ月に1回以下 | 2) 1ヶ月に2回 | 3) 1ヶ月に3回 |
| 4) 週に1回 | 5) 週に2回以上 | |

【問 19】乳幼児健診ではどのようなお仕事を担当されていますか？あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- | | | | |
|---------------------|-------------|---------|---------|
| 1) 問診 | 2) 集団での健康教育 | 3) 計測 | 4) 診察介助 |
| 5) 結果説明 | 6) 個別の保健指導 | 7) 事務作業 | 8) 受付 |
| 9) その他(具体的に: _____) | | | |

【問 20】乳幼児健診に従事する中で、次の内容についてどの程度困難さを感じますか？それぞれ一番近い番号1つに○をつけてください。

内容	4. かなり困難を感じる 3. 少し困難を感じる 2. それほど困難を感じない 1. 全く困難を感じない
1) 問診でのききとり方	4・3・2・1
2) 問診での顕在的な(明らかとなっている)健康課題やニーズの把握	4・3・2・1
3) 問診での潜在的な(対象者からの訴えはないが保健師として気になる)健康課題やニーズの把握	4・3・2・1
4) 結果説明	4・3・2・1
5) 個別の保健指導	4・3・2・1
6) 集団での健康教育	4・3・2・1
7) 対象者との信頼関係づくり	4・3・2・1
8) 拒否的傾向にある対象者への対応	4・3・2・1
9) 身体的発育に関するアセスメント	4・3・2・1
10) 精神的発達(心理発達)に関するアセスメント	4・3・2・1
11) フォローアップ(継続的支援)の必要性に関する判断	4・3・2・1
12) 地区担当保健師へのつなぎ方	4・3・2・1
13) 地域の社会資源に関する情報提供	4・3・2・1
14) 時間的制約	4・3・2・1
15) 苦情への対応	4・3・2・1
16) その他(具体的に: _____)	4・3・2・1

【問 21】乳幼児健診に従事する中で下記のようなやりがいを感じる時はどれくらいありますか？それぞれ一番近い番号1つに○をつけてください。

内容	4.よくある 3.ときどきある 2.あまりない 1.ほとんどないよくある
1) 元気な子どもと接した時	4・3・2・1
2) 保護者等の満足感が感じられた時	4・3・2・1
3) 保護者等の不安の解消に役立ったと感じる時	4・3・2・1
4) 保護者等の笑顔がみられた時	4・3・2・1
5) 受診児や保護者等の健康課題やニーズを明確にできた時	4・3・2・1
6) 対応したケースが健診後に必要な支援につながったことを知った時	4・3・2・1
7) その他（具体的に： _____）	4・3・2・1

【問 22】健診前にフォローケース等の情報共有をしていますか？あてはまる番号すべてに○をつけて下さい。

1) カンファレンスで共有している	2) 紙に書かれたもので共有している
3) 事前の情報共有は行われていない	4) その他（具体的に： _____）

【問 23】健診後のカンファレンスに参加されていますか？あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1) はい → 【問 23-1】へ
2) 参加していない（フォローケースの申し送りは個別に健診担当者へ） → 【問 24】へ
3) 参加していない（フォローケースの申し送りは特にない） → 【問 24】へ
4) カンファレンスが行われていない → 【問 24】へ
5) その他（具体的に： _____） → 【問 24】へ

【問 23-1】健診後のカンファレンスに参加されている方へお伺いいたします。

カンファレンスへの参加はどのような点でご自身にとって役立っていますか？

あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1) 特にない
2) 健診後のフォローの判断に関するスキルアップ
3) 児の発育発達のアセスメントに関するスキルアップ
4) 地域の療育機関や子育て支援機関に関する情報収集
5) 他職種の視点からの意見が参考になる
6) その他（具体的に： _____）

(全員お答え下さい)

【問 24】お勤めの市区町村の乳幼児健診に関するマニュアルは配布されていますか？あてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

1) はい 2) いいえ 3) マニュアルはない 4) その他 (具体的に: _____))
--

【問 25】乳幼児健診への従事に関する自信度はどの程度ですか？最もあてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

1) とても自信がある 2) ある程度自信がある 3) あまり自信がない 4) かなり自信がない
--

【問 26】乳幼児健診に従事するにあたって困ったときの相談体制はありますか？あてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

1) はい 2) 特になし 3) その他 (具体的に: _____))
--

V. 乳幼児健診に関する研修についてお伺いたします。

【問 27】次の乳幼児健診に関する研修について、どの程度受けてみたいですか？それぞれ一番近い番号 1 つに ○ をつけてください。

内容	4.とても受けない 3.まあ受けない 2.あまり受けない 1.受けない
1) 乳幼児健診での個別保健指導 (座学)	4・3・2・1
2) 乳幼児健診での個別保健指導技術 (ロールプレイ)	4・3・2・1
3) 発育発達 (身体面) に関すること	4・3・2・1
4) 精神 (心理) 発達に関すること	4・3・2・1
5) 勤務している市区町村の母子保健に関する現状について (統計情報含む)	4・3・2・1
6) 勤務している地域における医療体制と保健機関との連携に関すること	4・3・2・1
7) 勤務している地域の子育て支援に関する社会資源について	4・3・2・1
8) 「健やか親子 21 (第2次)」やその中での乳幼児健診の位置づけに関すること	4・3・2・1
9) その他 (具体的に: _____))	4・3・2・1

【問 28】「健やか親子 21 (第2次)」について話を聞いたり勉強する機会がありますか？あてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

1) よくある 2) ときどきある 3) あまりない 4) ほとんどない

次ページにつづく

【問 29】「健やか親子 21（第2次）」における乳幼児健診の位置づけについて考える機会がありますか？あてはまる番号 1 つに ○ をつけて下さい。

- 1) よくある 2) ときどきある 3) あまりない 4) ほとんどない

【問 30】 これまでに乳幼児健診に関する研修を受けたことがありますか？

- 1) はい 2) いいえ →問 31 へ

↓
問 30 で「1)はい」の方におたずねします。

【問 30-1】 研修受講頻度はどのくらいですか？

- 1) 1年に1回以上 2) 2～3年に1回程度 3) 2～3年に1回未満

【問 30-2】 その研修はどこが主催していたものですか？あてはまるもの すべてに○ をつけて下さい。

- 1) 勤務先の市区町村 2) 都道府県 3) 看護協会
4) 日本家族計画協会 5) 小児保健協会 6) 学術団体（学会など）
7) その他（具体的に： _____）

【問 30-3】 その研修の情報はどのように手に入れましたか？あてはまるもの すべてに○ をつけて下さい。

- 1) 勤務先から 2) 自分で探して 3) その他（具体的に： _____）

（全員お答え下さい）

【問 31】 乳幼児健診に関する 研修へのご希望 について、ご自由にご意見をお聞かせ下さい。

()

【問 32】 その他、乳幼児健診に関して、ご自由にご意見をお聞かせ下さい。

()

以上で質問は終わります。貴重なご意見を反映するために、もう一度、記入漏れがないか、ご確認ください。

☆ご協力いただきまして、本当にありがとうございました☆

研究課題 2-1-1

乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、
医師研修に関する実態調査

小枝達也

国立研究開発法人国立成育医療研究センター こころの診療部

山崎嘉久

あいち小児保健医療総合センター 保健センター

要旨

市町村の乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）事業において、従事している医師の診察項目、および市町村が実施している健診結果の集計や、医師等の従事者に対する研修の状況について把握するため、全国市町村の乳幼児健診担当者を対象とした調査を実施し、874件（50.2%）の回答が得られた。

乳幼児健診の受診結果データを定期的に集計している697市町村中552市町村（79.2%）が、医師の所見の有無の判定（有所見率）を集計していた。精密検査の医療機関を特定していると回答した333市町村では、その対象項目は「聴覚検査」69.4%、「発達の遅れ」66.7%、「視覚検査」64.3%、「股関節脱臼」59.2%であった。従事する医師の診療科目は、小児科医が多いものの、集団健診でも個別健診でも、内科・小児科医の占める割合が相当数認められた。市町村が、医師に対して乳幼児健診に関する何らかの研修を実施しているのは41市町村（4.7%）で、このうち定期的に実施しているのは25市町村、過去5年以内に実施したことがあるのは16市町村であった。一方、医師・歯科医師以外の健診従事者への研修は、303市町村（34.7%）が実施していると回答しており、医師・歯科医師の実施状況と大きく異なっていた。健診従事医師に対する研修等に対応している市町村は極めて少数であり、ほとんど医師に任せきりになっている状況が明らかとなった。小児科医以外の診療科の医師も含めた健診従事医師への研修等の充実が喫緊の課題と考えられた。

【はじめに】

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）事業は、母子健康手帳と共に自治体の母子保健活動の根幹をなすものであるが、事業主体となる市町村がそれぞれの状況に応じて事業内容を決定していることから、その実施内容には大きな違いが認められる。今回、乳幼児健診における医師の診察項目、

精度管理、医師研修などの実態を把握するため全国調査を実施した。

【目的】

市町村の乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）事業において、従事している医師の診察項目、および市町村が実施している健診結果の集計や、医師等の従事者に対する研修

の状況について把握すること。

【対象・方法】

全国 1,741 市町村の乳幼児健診担当者を対象とし、「医師の診察項目、精度管理および医師研修等に関する調査票」を作成し、平成 29 年 10 月～11 月に郵送にて回収した。

【結果】

1. 回答市町村の状況

874 件 (50.2%) の回答が得られた。回答市町村が実施している乳幼児健診の状況は、厚生労働省「乳幼児健康診査事業の実施状況 (平成 27 年度)」で示された全市町村の状況と比較して、3 歳児健診等の個別健診の実施割合が高い傾向を認めた。

都道府県別の回答市町村の状況は、各都道府県平均 17.6 か所、最大 84 か所 (北海道)、最小 7 か所 (富山県) で、都道府県内市町村数に対する割合は、最大 88.6% (群馬県)、最小 23.5% (高知県) であった。なお、48 件が市町村名無回答であった。

<集計結果 1 参照>

2. 乳幼児健診に従事する医師の診察等の状況

1) 医師の診察項目の集計

乳幼児健診の受診結果データを定期的に集計している 697 市町村中 552 市町村 (79.2%) が、医師の所見の有無の判定 (有所見率) を集計していた。

子育て支援の必要性の判定は、スクリーニングとは別の集計区分が必要である。保健指導の判定の集計に用いている区分に関する

質問において、121 市町村 (17.4%) は、要経過観察・要医療等の疾病のスクリーニングとは独立した保健指導区分を用いていない状況が把握された。

<集計結果 2 参照>

2) 精密検査医療機関を特定している項目
乳幼児健診では、医師の診察でスクリーニングされる疾病だけでなく、問診により基礎疾患や治療中の疾患なども把握される。また厚生労働省の通知*に示されている医師が診察すべき項目は、多くの分野に渡っている。今回は、市町村が疾病のスクリーニングとして優先している疾病を把握するため、「健診後の精密検査として医療機関を特定している」診察の項目を把握することとした (表 1)。

何らかの疾患について精密検査の医療機関を特定していると回答した 333 市町村のうちで対象となる診察項目は、選択肢で示した「聴覚検査」69.4%、「発達の遅れ」は 66.7%、「視覚検査」64.3%、「股関節脱臼」59.2% の割合は高く、6～8 割の市町村が優先度を置いていることが示された。「尿検査」は 31.8% であった。また、これらの項目は、健診結果を定期的に集計している 528 市町村のうち 6～8 割が集計対象であるとの回答であった。

さらに、その他の項目に回答のあった自由記載から、対象となる疾病名を抽出し、厚生労働省の通知において「診察所見」に例示している疾患群にしたがって整理した。

通知に示された診察所見の疾患群のうち、自由記載から抽出した疾患名が、身体的発

*厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長「乳幼児に対する健康診査の一部改

正」について (雇児母発 0911 第 1 号 平成 27 年 9 月 11 日)

表 1. 市町村が精密検査の医療機関を特定している診察項目

診察所見	選択肢	回答頻度	抽出した疾患名	件数
身体的発育異常			低身長	14
			体重増加不良	4
			肥満	3
精神発達障害	発達の遅れ	66.7%		
運動発達異常				
けいれん				
神経系・感覚器系の異常	視覚検査	69.4%	発達遅れに伴う視覚異常	1
	聴覚検査	64.3%	発達遅れに伴う聴覚異常	1
			神経内科疾患	1
血液疾患				
皮膚疾患			アトピー性皮膚炎	2
			血管腫	1
股関節	股関節脱臼	59.2%		
斜頸			小児外科疾患	2
循環器疾患			先天性心疾患	12
消化器系疾患			小児外科疾患	2
泌尿器系疾患	尿検査	31.8%		
			泌尿器系疾患	3
			停留精巣	3
			尿道下裂	1
			陰唇癒合	2
先天性代謝異常				
先天性形態異常			頭部変形	1
			脳神経外科疾患	1
その他の異常			早発乳房	2

育異常に該当したのは、低身長、肥満、体重増加不良、神経系・感覚器系の異常では、発達遅れに伴う視覚異常や聴覚異常など、皮膚疾患では、アトピー性皮膚炎、血管腫、泌尿器系疾患では、停留精巣、尿道下裂、唇癒合などであった。通知の疾患群のうち、けいれん、先天性代謝異常に該当する記述は認められなかった。また、健診結果を定期的に集計している 528 市町村の自由記述の分析でも、表 1 とほとんど同じ疾患名が集計対象となっていたが、その状況は市町村によって大きく異なっていた。なお、集計結果の活用として、641 市町村

(73.3%) が都道府県（保健所）への報告と回答しており、都道府県の集計表を分析することにより、状況の違いを把握する可能性が示唆された。

3) 疾病スクリーニングの状況

個別の疾患のスクリーニングのうち、乳児股関節検診、視覚検査（3 歳児）、聴覚検査（3 歳児）、尿検査（3 歳児）に関する市町村の実施状況について把握した。乳児股関節検診を一般の乳幼児健診と別に実施している 76 市町村のうち超音波検査を用いているのは 10 市町村、視覚検査の一次スクリ

ーニングに眼科医または視能訓練士が関与しているのは124市町村、聴覚検査の一次スクリーニングに耳鼻咽喉科医または言語聴覚士が関与しているのは103市町村、尿検査で超音波検査を利用しているのは10市町村などであった。

<集計結果3参照>

3. 医師に関する研修等の状況

1) 従事する医師の診療科目

集団健診では、市町村が契約している医師は、市町村規模にかかわらず小児科医の占める割合が最多で、大規模市町村では小児科医との契約が9割を超えたが、小規模市町村では小児科医の契約割合が少なくなった。次いで内科医(内科・小児科)が5割ほどを占め、契約医師数でも小児科医の半数程度であった。耳鼻咽喉科医、整形外科医が1割ほどを占め、眼科医の割合はこれらに比べ少なかった。

個別健診では、実施自治体が最も多い9~10か月児健診について分析した。小児科医との契約は、受診対象者が250人以上の市町村ではすべてが小児科医と契約していたが、50人から250人未満では頻度が低下した。内科医(内科・小児科)の占める頻度は、受診対象者が250人以上の市町村では6割を超え、集団健診に比べて比較的高い割合であった。耳鼻咽喉科医、整形外科医、眼科医の頻度は、集団健診の割合よりも低く、産婦人科医の割合が、受診対象者が250人以上の市町村では3割を超えるなど比較的高い割合であった。

<集計結果4参照>

2) 医師に対する研修の状況

市町村が、医師に対して乳幼児健診に関す

る何らかの研修を実施しているのは41市町村(4.7%)で、このうち定期的に行っているのは25市町村、過去5年以内に実施したことがあるのは16市町村であった。一方、医師・歯科医師以外の健診従事者への研修は、303市町村(34.7%)が実施していると回答しており、市町村の実施状況は大きく異なっていた。実施内容は、医師に対しては「診察や判定に関すること」が39件(95.1%)、「発達障害や療育に関すること」が29件(70.7%)で、医師・歯科医師以外の健診従事者では、「保健指導上必要な知識」が210件(69.3%)、「発達障害や療育に関すること」が200件(66.0%)であった。

<集計結果5参照>

現実の乳幼児健診に関する研修会は、都道府県や小児科学会などの団体等により実施されていることが多い。調査では、都道府県や他団体等が主催する研修会への参加や情報提供に関する市町村の対応状況を把握した。医師・歯科医師の参加状況を把握しているのは5市町村(0.6%)、医師・歯科医師に情報提供しているのは34市町村(3.9%)で、621市町村(71.1%)は参加状況を把握していなかった。医師・歯科医師以外の従事者(常勤)や従事者(非常勤)に対する状況とは、大きく異なっていた(表2)。

3) 医師に対する診断の手引き等の状況

医師・歯科医師向けの診断の手引き等について、市町村作成のものを利用が51市町村(5.8%)、都道府県作成のものを利用が146市町村(16.7%)で、医師・歯科医師に任せているが523市町村(59.8%)であった。また、医師・歯科医師向けの健診事業に関する業務に関する説明会は、659市町村

表2. 都道府県や他団体等が主催する研修会に対する市町村の対応状況（複数回答）

対象者	情報提供あり	参加状況の把握あり	参加状況把握なし	旅費・参加費等の確保可能
医師・歯科医師	34 (3.9%)	5 (0.6%)	621 (71.1%)	3 (0.3%)
従事者* (常勤)	516 (59.0%)	307 (35.1%)	171 (19.6%)	369 (42.2%)
従事者* (非常勤)	345 (39.5%)	67 (7.7%)	477 (54.6%)	81 (9.3%)

*医師・歯科医師以外

(75.4%)であったが、業務説明書の作成は174市町村(19.9%)で、うち医師向けのもので作成しているのは59市町村であった。医師・歯科医師以外の従事者への説明会は、729市町村(83.4%)、従事者向けの業務説明書は303市町村(34.7%)が作成している状況であった。

<集計結果5参照>

4. 推奨問診項目の活用状況

「健やか親子21(第2次)」では、指標の一部について、全国共通の問診項目を設定し、毎年度の調査で状況を把握する取組が行われている。全国共通の問診項目(15項目)は、指標を評価する意義だけでなく、個別の対象者の健康状況を把握し保健指導につなげる意義の両面を有している。しかしこの15項目のみでは、個別の健康状況の把握には不十分である。そこでこれら問診項目の活用について検討した先行研究では、共通の問診項目を補完するための問診項目(推奨問診項目)を作成し、「手引き」†に示した。今回その活用状況に関する調査を実施した。

推奨問診項目(全13項目)を全項目取り入れているのは、3~4か月児健診で145(16.6%)、1歳6か月児健診157(18.0%)、3歳児健診151(17.3%)、一部の項目を取り入れているのは、3~4か月児健診で666(76.2%)、1歳6か月児健診689(78.8%)、3歳児健診693(79.3%)であった。

特徴的な項目として、保護者の学歴(3~4か月児健診)の項目の取入れは、「いいえ」が847(96.9%)、「はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている)」が9(1.0%)、「はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている)」が2(0.2%)であった。スマホ育児の項目の取入れは、3~4か月児健診では、「いいえ」が795(91.0%)、「はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている)」が21(2.4%)、「はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている)」が42(4.8%)、1歳6か月児健診では、「いいえ」が747(85.5%)、「はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている)」が35(4.0%)、「はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている)」が76(8.7%)、3歳児健診では、「いいえ」が742(84.9%)、「はい(「手引き」の質

†平成24~26年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり

方に関する研究」班作成:標準的な乳幼児健康診査と保健指導に関する手引き~「健やか親子21第2次」の達成に向けて~

問と選択肢を用いている)」が 31 (3.5%)、
「はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢
等を用いている)」が 87 (10.0%)であった。
〈集計結果 6 参照〉

【考察】

先行研究の成果物である「手引き」では、
乳幼児健診における疾病スクリーニングの
精度管理に用いる標準的な指標として、有
所見率、フォローアップ率、発見率及び陽性
的中率を示した。国の調査（平成 28 年度）
では、疾病スクリーニングに（数値指標を用
いた）精度管理を実施しているのは 339 市
町村（19.5%）であったが、今回調査から、
有所見率を集計していたのは、受診結果デ
ータを定期的に集計している 697 市町村中
552 市町村（79.2%）であった。

医師の判定状況を把握することは、精度管
理に不可欠な要素である。医師の診察項目
の標準化の目的には、データ集計によって
市町村比較を行い、その結果を判定の標準
化に生かすこともある。約 8 割の市町村が
有所見率を集計していることから、有所見
率を用いた評価方法が実務上可能であるこ
とが示されたといえる。

乳幼児健診事業で取り扱う健康課題は多
岐にわたっており、疾病スクリーニングの
精度管理は、対象項目に優先度をつけて実
施することが現実的である。今回は、精密検
査の医療機関を特定している疾病の回答か
ら重要性を把握した。選択肢を用いた集計
では、聴覚検査、視覚検査や発達の遅れ、及
び股関節脱臼の項目は、健診結果を定期的
に集計している 528 市町村のうち 6～8 割
が集計対象としていたが、選択肢の中で、尿
検査の頻度はこれらの半数程度であった。

また、自由記載から、低身長、肥満、体重増
加不良、発達遅れに伴う視覚異常や聴覚異
常、アトピー性皮膚炎、血管腫、停留精巣、
尿道下裂、唇癒合などが抽出できたが、その
頻度は少数であった。

医師に対する研修を検討する上で、乳幼児
健診に従事する医師の診療科目のデータは、
研修方法や対象を考慮する点で重要である。
今回の結果からは、健診従事医師の中心は
小児科医であることが確認されるとともに、
内科・小児科医など小児科以外の医師の個
別健診に従事する割合が、市町村の関与が
強い集団健診よりも多い市町村のあること
が示された。この点は、医師の診察だけでな
く、支援の必要性の情報共有においても留
意すべきと考えられた。

医師に対する研修等の調査からは、市町村
が実施している研修や診断の手引き等の作
成状況、さらに都道府県や他団体等が主催
する研修会に対する対応状況を含めても、
対応している市町村は極めて少数であり、
ほとんど医師に任せきりになっている状況
が明らかとなった。小児科医以外の診療科
の医師も含めた健診従事医師への研修等の
充実が喫緊の課題と考えられた。

<集計結果1> 回答市町村の状況

主な健診対象年齢別の実施状況

3～4か月児健診 n=874			集団 個別 両方		
実施有り回答	829	94.9%	650	186	20
実施無し回答	2	0.2%	78.4%	22.4%	2.4%
無回答	43	4.9%	n=829		

9～10か月児健診 n=874			集団 個別 両方		
実施有り回答	630	72.1%	311	317	10
実施無し回答	93	10.6%	49.4%	50.3%	1.6%
無回答	151	17.3%	n=630		

1歳6か月児健診 n=874			集団 個別 両方		
実施有り回答	852	97.5%	823	34	21
無回答	22	2.5%	96.6%	4.0%	2.5%
			n=852		

3歳児健診 n=874			集団 個別 両方		
実施有り回答	848	97.0%	828	18	12
無回答	26	3.0%	97.6%	2.1%	1.4%
			n=848		

5歳児健診 n=874			集団 個別 両方		
実施有り回答	100	11.4%	83	15	3
			83.0%	15.0%	3.0%
			n=100		

【参考】平成27年度乳幼児健康診査の実施状況(厚労省調査)

	実施あり	実施なし	回答割合*	
3～4か月児健診	1702	39	829	48.7%
9～10か月児健診	1261	480	630	50.0%
1歳6か月児健診(集団)	1676		823	49.1%
1歳6か月児健診(個別)	52		34	65.4%
3歳児健診(集団)	1708		828	48.5%
3歳児健診(個別)	23		18	78.3%
5歳児健診	209	1532	100	47.8%
全国市町村数	1741		874	50.2%

*平成27年度の実施状況に対する回答市町村の割合

回答市町村の規模

3歳児健診等対象者数	回答数	比率
1,000人以上	152	17.4%
500～999人	125	14.3%
250～499人	152	17.4%
100～249人	168	19.2%
50～99人	102	11.7%
50人未満	118	13.5%
無回答	57	6.5%
計	874	100.0%

都道府県別回答数

	回答数	割合	市町村数
1 北海道	84	46.9%	179
2 青森県	24	60.0%	40
3 岩手県	19	57.6%	33
4 宮城県	20	57.1%	35
5 秋田県	9	36.0%	25
6 山形県	15	42.9%	35
7 福島県	23	39.0%	59
8 茨城県	22	50.0%	44
9 栃木県	14	56.0%	25
10 群馬県	31	88.6%	35
11 埼玉県	24	38.1%	63
12 千葉県	30	55.6%	54
13 東京都	29	46.8%	62
14 神奈川県	15	45.5%	33
15 新潟県	16	53.3%	30
16 富山県	7	46.7%	15
17 石川県	12	63.2%	19
18 福井県	8	47.1%	17
19 山梨県	16	59.3%	27
20 長野県	35	45.5%	77
21 岐阜県	24	57.1%	42
22 静岡県	25	71.4%	35
23 愛知県	37	68.5%	54
24 三重県	13	44.8%	29
25 滋賀県	10	52.6%	19
26 京都府	12	46.2%	26
27 大阪府	24	55.8%	43
28 兵庫県	13	31.7%	41
29 奈良県	10	25.6%	39
30 和歌山県	11	36.7%	30
31 鳥取県	9	47.4%	19
32 島根県	11	57.9%	19
33 岡山県	13	48.1%	27
34 広島県	11	47.8%	23
35 山口県	10	52.6%	19
36 徳島県	8	33.3%	24
37 香川県	13	76.5%	17
38 愛媛県	12	60.0%	20
39 高知県	8	23.5%	34
40 福岡県	21	35.0%	60
41 佐賀県	8	40.0%	20
42 長崎県	10	47.6%	21
43 熊本県	12	26.7%	45
44 大分県	8	44.4%	18
45 宮崎県	15	57.7%	26
46 鹿児島県	14	32.6%	43
47 沖縄県	11	26.8%	41
無回答	48		
計	874	50.2%	1,741

＜集計結果 2＞ 医師の診察項目の集計

1.1 乳幼児健診事業の受診結果の集計についてお尋ねします。

質問A1:乳幼児健診の受診結果について定量的にデータを集計していますか	1.はい	697	79.7%	n=874
	2.いいえ	171	19.6%	
	9.回答	6	0.7%	
質問A2:集計している健診対象年・月齢	1.3～4か月児	648	93.0%	n=697
	2.9～10か月児	420	60.3%	
	3.1歳6か月児	683	98.0%	
	4.3歳児	684	98.1%	
	5.5歳児	72	10.3%	
	6.その他	200	28.7%	
質問A3:集計の頻度	1.年1回	445	63.8%	n=697
	2.その他	249	35.7%	
	9.無回答	9	1.3%	
質問A4:医師の診察所見の集計	1.いいえ	100	14.3%	n=697
	2.はい(所見ありの頻度を集計)	552	79.2%	
	3.その他(2以外の項目を集計)	49	7.0%	
質問A5:医師の診察結果の判定の集計に用いている区分	1.異常なし	689	98.9%	n=697
	2.既医療	553	79.3%	
	3.要指導	482	69.2%	
	4.要経過観察	673	96.6%	
	5.要紹介(要精密・要治療)	662	95.0%	
	6.その他	136	19.5%	
質問A6:保健指導の判定の集計に用いている区分	1.特に問題なし(支援不要)	520	74.6%	n=697
	2.助言等で自ら対応可能	308	44.2%	
	3.保健師による支援が必要(保健機関継続支援)	472	67.7%	
	4.他機関連携支援	349	50.1%	
	5.その他の支援が必要	98	14.1%	
	6.その他の判定区分	87	12.5%	
	8.独立した保健指導区分なし	121	17.4%	
	9.その他	121	17.4%	
質問A7:健診後のカンファレンスの参加職種	1.保健師(常勤)	847	99.1%	n=855
	2.保健師(非常勤)	560	65.5%	
	3.助産師	203	23.7%	
	4.看護師	360	42.1%	
	5.(管理)栄養士(常勤)	609	71.2%	
	6.(管理)栄養士(非常勤)	380	44.4%	
	7.歯科衛生士(常勤)	175	20.5%	
	8.歯科衛生士(非常勤)	422	49.4%	
	9.保育士	270	31.6%	
	10.医師	83	9.7%	
11.歯科医師	19	2.2%		
12.その他	378	44.2%		
13.カンファレンスを実施していない	12	1.4%		
(再集計)健診後のカンファレンスの実施	855	97.8%	n=874	
参加職種に記述あり	7	0.8%	n=874	
無回答	7	0.8%	n=874	

2. 一般健康診査受診後の疾病スクリーニングに対するフォローアップについてお尋ねします	質問A11:精密検査が必要な場合に受診する医療機関の選択	1.すべて親に任せている	327	37.4%	n=874
		2.特定の医療機関への受診を勧奨する検診項目がある	237	27.1%	
		3.契約医療機関のみに限る健診項目がある	61	7.0%	
		4.すべて特定の医療機関で行っている	35	4.0%	
		5.その他	207	23.7%	
		9.無回答	7	0.8%	
質問A12:受診医療機関を特定している健診項目	1.発達の遅れ	222	66.7%	n=333	
	2.股関節脱臼(股関節開閉制限)	197	59.2%		
	3.視覚検査	214	64.3%		
	4.聴覚検査	231	69.4%		
	5.尿検査	106	31.8%		
	6.その他の診察項目	68	20.4%		
質問A13:受診医療機関への紹介状等の利用	1.健診医が紹介状を書く	369	42.2%	n=874	
	2.精密検査依頼状を利用	571	65.3%		
	3.その他保健機関からの文書	91	10.4%		
	4.親に口頭で伝える	121	13.8%		
質問A14:精密検査を依頼する医療機関と契約を結んでいますか	1.いいえ	88	8.8%	n=874	
	2.一部契約している健診項目がある	487	55.7%		
	3.すべての精密検査を契約医療機関で実施	214	24.5%		
	4.その他	79	9.0%		
	9.無回答	17	1.9%		
	9.無回答	17	1.9%		
質問A14-1:どのような健診項目について契約していますか	1.発達の遅れ	122	41.9%	n=291	
	2.股関節脱臼(股関節開閉制限)	119	40.9%		
	3.視覚検査	178	61.2%		
	4.聴覚検査	179	61.5%		
	5.尿検査	138	47.4%		
6.その他	122	41.9%			
質問A14-2:契約医療機関への支払いがありました	1.はい	225	77.3%	n=291	
	2.いいえ	74	25.4%		
質問A15:精密検査結果を健診項目別に集計していますか	1.いいえ	324	37.1%	n=874	
	2.はい	528	60.4%		
	3.その他	11	1.3%		
	9.無回答	11	1.3%		
質問A15-1:どのような健診項目について集計していますか	1.発達の遅れ	381	72.2%	n=528	
	2.股関節脱臼	352	66.7%		
	3.視覚検査	440	83.3%		
	4.聴覚検査	424	80.3%		
	5.尿検査	393	74.4%		
	6.その他	183	34.7%		

＜集計結果 3＞ 疾病スクリーニングの状況

3. 股関節脱臼(股関節閉鎖)のスクリーニング体制に関してお尋ねします

質問A15-2: 次の把握方法のうち最も多い方法はどれですか	1. 医療機関からの返信等	495	56.6%
	2. 郵に尋ねる	56	6.4%
	3. 医療機関に照会する	0	0.0%
	4. その他	6	0.7%
	9. 無回答	317	36.3%
質問A16: 集計結果は何に活用していますか	1. 都道府県(保健所等)に報告	641	73.3%
	2. 市区町村の会議資料	407	46.6%
	3. 精度管理に利用	119	13.6%
	4. 事業計画に利用	321	36.7%
	6. 個別対応に活用(自由記述から抽出)	10	1.1%
	5. その他	38	4.3%
	8. 活用していない	47	5.4%
質問A17: 精密検査結果を健診担当医に知らせていますか	1. いいえ	493	56.4%
	2. はい	266	30.4%
	3. その他	81	9.3%
	9. 無回答	34	3.9%
質問A21: スクリーニングしている主な月齢	1. 3~4か月児	810	92.7%
	2. 9~10か月児	166	19.0%
	3. 1歳6か月児	68	7.8%
	4. 3歳児	41	4.7%
	5. その他の対象月・年齢	163	18.6%
質問A22: 乳児股関節健診の現在の状況	1. 一歳乳児健診の中で担当医師が行っている	753	86.2%
	2. 股関節健診を別に施行	76	8.7%
	3. 一歳乳児健診で股関節健診を行っていない	35	4.0%
	4. その他	3	0.3%
	9. 無回答	7	0.8%
質問A22-1: 診察のチェック項目	1. 閉鎖制限	548	62.7%
	2. 大腿皮膚溝非対称	428	49.0%
	3. 脚長差	400	45.8%
	4. クリック	332	38.0%
	5. その他の項目	87	10.0%
	6. 医師に任せており不明	288	33.0%
質問A22-2: スクリーニングはい/はい/乳児股関節健診推奨項目として問診を活用していますか	1. はい	234	26.8%
	2. はい(下記以外の項目)	42	4.8%
	3. いいえ	233	26.7%
	4. 医師に任せており不明	281	32.2%
	9. 無回答	84	9.6%
質問A22-3: (股関節健診を別に施行している場合) 健診担当医師	1. 小児科医	5	6.6%
	2. 整形外科医	74	97.4%
	3. その他	4	5.3%
(参考) 質問A22-3: 健診担当医師(回答生データ)	1. 小児科医	65	-
	2. 整形外科医	105	-
	3. その他	4	-
質問A22-4: (股関節健診を別に施行している場合) 健診の方法	1. 身体所見	59	77.6%
	2. X線検査	29	38.2%
	3. 超音波検査	10	13.2%
	その他	10	13.2%
(参考) 質問A22-4: 健診の方法(回答生データ)	1. 身体所見	89	-
	2. X線検査	36	-
	3. 超音波検査	14	-
	その他	13	-
質問A23: 乳児股関節健診推奨項目を知っていますか	1. 知らない	199	22.8%
	2. 知っている	474	54.2%
	3. 担当医に聞知している	95	10.9%
	9. 無回答	106	12.1%

4. 3歳児視覚検査のスクリーニング体制についてお尋ねします

眼科(3歳児視覚検査)	
質問A31:主な検査対象年齢	1.3歳0か月～3歳6か月未満 452 51.7%
	2.3歳6か月～4歳未満 322 36.8%
	3.3歳～4歳未満 121 13.8%
	4.その他 13 1.5%
質問A32:スクリーニング方法にどのような方法が用いられていますか	
	1.問診 794 90.8%
	2.医師の診察 411 47.0%
	3.視覚検査 701 80.2%
	4.屈折検査 93 10.6%
	5.両眼視機能検査 43 4.9%
	6.その他 100 11.4%
質問A33:一次スクリーニングに眼科医や視能訓練士が関わっていますか	
	1.視能訓練士、眼科医が関与 10 1.1%
	2.視能訓練士のみ関与 102 11.7%
	3.眼科医のみ関与 12 1.4%
	4.いずれも関与していない 737 84.3%
	5.その他 8 0.9%
	9.無回答 5 0.6%
質問A34:判定はどのような方法が用いられていますか	
	1.異常があれば要精査 704 80.5%
	2.異常があれば再検査 288 33.0%
	3.その他 87 10.0%
質問A35:精密検査結果の把握はどのように行っていますか	
	1.連携眼科医療機関に照会 21 2.4%
	2.書面で確認 719 82.3%
	3.電話で確認 253 28.9%
	4.確認不能 7 0.8%
	5.その他 57 6.5%

5. 3歳児聴覚検査のスクリーニング体制についてお尋ねします

耳鼻科(3歳児聴覚検査)	
質問A41:スクリーニング方法にどのような方法が用いられていますか	1.問診のみ 103 11.8%
	2.問診とささやき音検査 676 77.3%
	3.問診とささやき音検査+α 86 9.8%
	9.無回答 9 1.0%
質問A42:一次スクリーニングに耳鼻咽喉科医や言語聴覚士が関わっていますか	
	1.どちらも関わっていない 765 87.5%
	2.耳鼻咽喉科医が関わっている 54 6.2%
	3.言語聴覚士が関わっている 39 4.5%
	4.どちらも関わっている 10 1.1%
	9.無回答 6 0.7%
質問A43:判定はどのような方法が用いられていますか	
	1.聴覚意のみを抽出 314 35.9%
	2.発音、言葉の遅れも抽出 280 32.0%
	3.他の耳鼻咽喉科疾患も抽出 216 24.7%
	4.保護者の相談がなければ抽出しない 42 4.8%
	5.その他 6 0.7%
	9.無回答 16 1.8%
質問A44:「様子を見ましよう」など経過観察とした児の対応について	
	1.その後のフォローアップはしない 39 4.5%
	2.保護師による定期的なフォローアップを実施 462 52.9%
	3.4歳で呼び出し 39 4.5%
	4.5歳児健診時に重点観察対象となる 42 4.8%
	5.その他(フォローアップ実施) 152 17.4%
	6.対応を決めていない 98 11.2%
	7.その他 136 15.6%

6. 3歳児聴覚検査のスクリーニング体制についてお尋ねします

3歳児聴覚検査	
質問A51:スクリーニングに用いる検査項目	1.実施者 851 97.4%
	2.実施無 10 1.1%
	3.他状況 1 0.1%
	9.無回答 12 1.4%
質問A52:判定は何を基準としていますか	
	1.尿蛋白 850 99.9%
	2.尿潜血 680 79.9%
	3.尿糖 724 85.1%
	4.尿白血球 103 12.1%
	5.その他 28 3.3%
質問A53:乳幼児健診で超音波検査を利用していますか	
	1.日本小児腎臓病学会の基準 535 62.9%
	2.その他 291 34.2%
	1.いいえ 835 95.5%
	2/はい 14 1.6%
	3.その他 2 0.2%

<集計結果4> 健診従事医師の状況

集団健診における医師の契約状況

市町村が契約している医師の診療科別の割合

市町村規模	1,000人以上		500～999人		250～499人		100～249人		50～99人		50人未満	
回答市町村数	117	100.0%	115	100.0%	141	100.0%	161	100.0%	100	103.1%	110	96.5%
小児科医	115	98.3%	109	94.8%	137	97.2%	144	89.4%	78	80.4%	89	78.1%
内科(内科小児科)医	55	47.0%	58	50.4%	69	48.9%	67	41.6%	42	43.3%	25	21.9%
眼科医	7	6.0%	6	5.2%	4	2.8%	3	1.9%	5	5.2%	0	0.0%
耳鼻咽喉科医	16	13.7%	7	6.1%	13	9.2%	9	5.6%	7	7.2%	6	5.3%
整形外科医	12	10.3%	11	9.6%	24	17.0%	17	10.6%	8	8.2%	7	6.1%
産婦人科医	7	6.0%	7	6.1%	14	9.9%	8	5.0%	1	1.0%	0	0.0%
その他外科医	3	2.6%	1	0.9%	6	4.3%	4	2.5%	1	1.0%	0	0.0%
総合診療科医	6	5.1%	0	0.0%	2	1.4%	2	1.2%	2	2.1%	5	4.4%
上記以外	15	12.8%	14	12.2%	25	17.7%	33	20.5%	20	20.6%	24	21.1%

市町村が契約している医師数(診療科別)

市町村規模	1,000人以上		500～999人		250～499人		100～249人		50～99人		50人未満	
	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)
契約医師数	110.1	443.9	13.9	14.9	11.9	15.7	7.8	34.1	2.9	2.8	2.1	3.6
小児科医	58.1	263.8	6.7	6.3	4.5	7.9	2.5	3.5	1.8	1.9	2.2	6.7
内科(内科小児科)医	16.4	26.7	8.0	7.5	7.0	6.5	3.5	2.6	2.2	1.9	1.2	0.4
眼科医	14.0	11.2	3.8	3.8	2.0	1.4	1.0	0.0	2.8	3.0		
耳鼻咽喉科医	12.8	18.4	2.9	2.5	2.8	4.6	1.8	1.6	1.0	0.0	1.0	0.0
整形外科医	7.3	8.2	2.7	2.1	3.0	3.3	1.1	0.3	1.0	0.0	1.0	0.0
産婦人科医	1.7	1.1	2.0	1.8	1.4	0.9	1.0	0.0	1.0			
その他外科医	32.7	53.1	1.0		1.0	0.0	1.0	0.0	1.0			
総合診療科医	7.5	5.4			2.0	0.0	1.5	0.7	1.0	0.0	1.2	0.4
上記以外	182.0	482.1	16.9	12.1	15.1	10.2	6.5	5.9	2.3	2.0	2.0	2.4

個別健診における医師の契約状況(9～10か月児健診)

市町村が契約している医師の診療科別の割合

市町村規模	1,000人以上		500～999人		250～499人		100～249人		50～99人		50人未満	
回答市町村数	43	100.0%	16	100.0%	11	100.0%	13	100.0%	4	100.0%	7	100.0%
小児科医	43	100.0%	16	100.0%	11	100.0%	8	61.5%	3	75.0%	7	100.0%
内科(内科小児科)医	31	72.1%	10	62.5%	7	63.6%	3	23.1%	4	100.0%	0	0.0%
眼科医	0	0.0%	1	6.3%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
耳鼻咽喉科医	5	11.6%	1	6.3%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
整形外科医	3	7.0%	1	6.3%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
産婦人科医	17	39.5%	5	31.3%	4	36.4%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%
その他外科医	2	4.7%	1	6.3%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
総合診療科医	4	9.3%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%
上記以外	5	11.6%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

市町村が契約している医師数(診療科別)

市町村規模	1,000人以上		500～999人		250～499人		100～249人		50～99人		50人未満	
	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)	mean(人)	SD(人)
契約医師数	62.7	44.3	115.8	173.0	70.0	137.4	102.3	132.9	11.3	6.7	4.0	4.8
小児科医	36.4	37.0	57.0	124.9	25.1	47.7	46.0	100.0	5.3	3.8	2.9	3.2
内科(内科小児科)医	31.7	51.5	58.9	119.1	24.7	53.1	13.3	16.3	5.0	5.7		
眼科医			8.0		2.0							
耳鼻咽喉科医	1.0	0.0	7.0		2.0							
整形外科医	8.0	12.1	19.0		2.0							
産婦人科医	5.2	10.1	10.6	20.9	12.5	22.3	13.0					
その他外科医	1.0	0.0	31.0		34.0							
総合診療科医	13.8	10.1			31.0				1.0			
上記以外	2.0	2.2			4.5	5.0						

＜集計結果5＞ 医師等の研修に関する状況

C. 医師等の研修に関する実態調査

1. 自治体が実施している医師・歯科医師への乳幼児健診事業に関する研修についてお尋ねします

質問C1: 自治体では、医師または歯科医師に研修を実施していますか	1. いない	788	90.2%	n=874
	2. 実施有	69	7.9%	n=874
	3. 実施有(過去5年以内)	16	39.0%	n=41
	4. 定期的(実施医師)	11	45.8%	n=24
	5. 定期的(実施(歯科)医師)	25	61.0%	n=41
	6. その他	13	54.2%	n=24
	7. 無回答	17	1.9%	n=874
質問C1-1: 開催頻度(医師)	1. 年1回	22	53.7%	n=41
	2. 数か月に1回	5	12.2%	n=41
	3. 不定期だが事業計画に盛り込んである	5	12.2%	n=41
	4. その他	10	24.4%	n=41
質問C2: 研修内容(医師)	1. 診察や判定に関すること	39	95.1%	n=41
	2. 保健指導上必要な知識	24	58.5%	n=41
	3. 発達障害や療育に関すること	29	70.7%	n=41
	4. 虐待や子育て支援	17	41.5%	n=41
	5. 精度管理に関すること	9	22.0%	n=41
	6. その他	9	22.0%	n=41
質問C3: 研修内容(歯科医師)	1. 診察や判定に関すること	20	83.3%	n=24
	2. 保健指導上必要な知識	19	79.2%	n=24
	3. 発達障害や療育に関すること	6	25.0%	n=24
	4. 虐待や子育て支援	8	33.3%	n=24
	5. 精度管理に関すること	4	16.7%	n=24
	6. その他	8	33.3%	n=24
質問C4: 都道府県や他団体等が主催する研修会の参加状況の把握	1. 医師・歯科医師に情報提供している	34	3.9%	n=874
	2. 参加状況を把握している	5	0.6%	n=874
	3. 設置や参加費の予算がある又は確保が可能	3	0.3%	n=874
	4. 参加状況把握なし	621	71.1%	n=874
	5. その他	2	0.2%	n=874
質問C5: 医師・歯科医師に研修受講を義務付けていますか	1. 契約的条件として	6	0.7%	n=874
	2. できる限り研修受講するよう勧奨している	11	1.3%	n=874
	3. 特に取り決めはない	713	81.6%	n=874
	4. 必要性は感じるが現実的でない	59	6.8%	n=874
	5. その他	4	0.5%	n=874
	6. 無回答	81	9.3%	n=874

質問C6: 医師・歯科医師向けの業務説明会を実施していますか	1. 実施有	659	75.4%	n=874
	2. 実施有(過去5年以内)	54	9.7%	n=659
	3. 定期的(実施医師)	486	73.7%	n=659
	4. 定期的(実施(歯科)医師)	125	19.0%	n=659
	5. その他	99	11.3%	n=874
	6. 無回答	116	13.3%	n=874
質問C7: 医師・歯科医師向けに共通の「診断手引き等」を利用していますか	1. 市町村作成のものを利用	51	5.8%	n=874
	2. 都道府県作成のものを利用	146	16.7%	n=874
	3. 医師会作成のものを利用	9	1.0%	n=874
	4. 一般書籍を利用	14	1.6%	n=874
	5. 医師・歯科医師に任せている	523	59.8%	n=874
	6. その他	40	4.6%	n=874
	7. 無回答	91	10.4%	n=874
質問C8: 医師・歯科医師向けの業務説明書を作成していますか	1. 作成なし	632	72.3%	n=874
	2. 作成有	174	19.9%	n=874
	3. 医師向けのものを作成	59	33.9%	n=174
	4. 歯科医師向けのものを作成	40	23.0%	n=174
	5. 従事者全体のものを作成	94	54.0%	n=174
	6. その他	24	13.8%	n=174
	7. 無回答	68	7.8%	n=874
質問C9: 医師・歯科医師と健診結果について協議する場(健診後のカンファレンス等は除く)がありますか	1. 実施なし	97	11.1%	n=874
	2. 実施有	688	78.7%	n=874
	3. 定期的な会議を開催	92	13.4%	n=688
	4. 定期的に対応している	537	78.1%	n=688
	5. その他	71	10.3%	n=688
	6. 無記入	89	10.2%	n=874
質問C10: 医師・歯科医師に健診後のフォローアップや地域の連携体制を周知していますか	1. 周知しておりほぼ理解されている	289	33.1%	n=874
	2. 周知しているがあまり理解されていない	96	11.0%	n=874
	3. 周知の機会がない	300	34.3%	n=874
	4. その他	117	13.4%	n=874
	5. 無記入	72	8.2%	n=874

C. 医師等の研修に関する実態調査

2. 貴自治体が実施している医師・歯科医師以外の従事者への乳幼児保健事業に関する研修についてお尋ねします

質問C11: 貴自治体では、医師または歯科医師以外の従事者への研修を実施していますか	1. いない	539	61.7%	n=874
	2. 実施有	303	34.7%	n=874
	2. 実施したことがある(過去5年以内)	131	43.2%	n=303
	3. 定期的に実施している	123	40.6%	n=303
	4. その他	34	11.2%	n=303
	5. 他機関研修で実施(自由記述から抽出)	15	5.0%	n=303
	9. 無記入	32	3.7%	n=874

質問C11-1: 開催頻度(従事者)	1. 年1回	122	40.3%	n=303
	2. 数か月1回	78	9.2%	n=303
	3. 不定期だが事業計画に盛り込んである	22	23.8%	n=303
	4. その他	-	-	n=303
	9. 無記入	81	26.7%	n=303

質問C11-2: 研修対象	1. 保健師(常勤)	187	61.7%	n=303
	2. 保健師(非常勤)	164	54.1%	n=303
	3. 助産師	84	27.7%	n=303
	4. 看護師	122	40.3%	n=303
	5. (管理)栄養士(常勤)	100	33.0%	n=303
	6. (管理)栄養士(非常勤)	94	31.0%	n=303
	7. 歯科衛生士(常勤)	54	17.8%	n=303
	8. 歯科衛生士(非常勤)	101	33.3%	n=303
	9. 心理職	58	19.1%	n=303
	10. 保育士	65	21.5%	n=303
	11. その他	40	13.2%	n=303

質問C11-3: 研修内容(従事者)	1. 計測や判定に関すること	98	32.3%	n=303
	2. 保健指導上必要な知識	210	69.3%	n=303
	3. 発達障害や療育に関すること	200	66.0%	n=303
	4. 虐待や子育て支援	151	49.8%	n=303
	5. 精選管理に関すること	47	15.5%	n=303
	6. その他	44	14.5%	n=303

質問C12: 従事者(非常勤)に研修受講を義務付けていますか	1. 契約の条件としている	2	0.2%	n=874
	2. できる限り研修受講をよう勧奨している	153	17.5%	n=874
	3. 特に取り決めはない	586	67.0%	n=874
	4. 必要性は感じるが現実的でない	32	3.7%	n=874
	5. その他	8	0.9%	n=874
	6. 研修を実施していない(自由記述から抽出)	3	0.3%	n=874
	9. 無記入	90	10.3%	n=874

質問C12-1: C12の研修は業務として実施(賞金あり)	1. 業務として実施(賞金あり)	130	14.9%	n=874
	2. 業務として実施する場合がある	141	16.1%	n=874
	3. すべて業務ではない(賞金なし)	221	25.3%	n=874
	4. その他	20	2.3%	n=874
	6. 研修を実施していない(自由記述から抽出)	24	2.7%	n=874
	9. 無記入	338	38.7%	n=874

質問C13: 従事者向けの業務説明会を実施していますか	1. 実施有	729	83.4%	n=874
	1. 毎年度開催	126	17.3%	n=729
	2. 研修契約時に個別に説明	546	74.9%	n=729
	3. その他	85	11.7%	n=729
	2. 実施無	69	7.9%	n=874
	9. 無回答	76	8.7%	n=874

質問C14: 従事者向けの業務説明書を作成していますか	1. 作成している	303	34.7%	n=874
	2. 作成していない	472	54.0%	n=874
	3. その他	50	5.7%	n=874
	9. 無回答	49	5.6%	n=874

質問C15: 都道府県や他団体が主催する研修会の参加(非常勤)	1. 従事者に情報提供している	516	59.0%	n=874
	2. 参加状況を把握している	307	35.1%	n=874
	3. 旅費や参加費の予算がある又は確保が可能	369	42.2%	n=874
	4. 参加状況を把握なし	171	19.6%	n=874
	5. その他	6	0.7%	n=874

質問C16: 都道府県や他団体が主催する研修会の参加(非常勤)	1. 従事者に情報提供している	345	39.5%	n=874
	2. 参加状況を把握している	67	7.7%	n=874
	3. 旅費や参加費の予算がある又は確保が可能	81	9.3%	n=874
	4. 参加状況を把握なし	477	54.6%	n=874
	5. その他	18	2.1%	n=874

質問C16-1: 対象職種(C16で3の回答のみ)	2. 保健師(非常勤)	57	70.4%	n=81
	3. 助産師	24	29.6%	n=81
	4. 看護師	27	33.3%	n=81
	6. (管理)栄養士(非常勤)	40	49.4%	n=81
	8. 歯科衛生士(非常勤)	32	39.5%	n=81
	9. 心理職	9	11.1%	n=81
	10. 保育士	12	14.8%	n=81
	11. その他	6	7.4%	n=81

質問C16-1: 対象職種(C16で3以外にも回答)	2. 保健師(非常勤)	257	-	n=874
	3. 助産師	119	-	n=874
	4. 看護師	137	-	n=874
	6. (管理)栄養士(非常勤)	176	-	n=874
	8. 歯科衛生士(非常勤)	157	-	n=874
	9. 心理職	53	-	n=874
	10. 保育士	52	-	n=874
	11. その他	16	-	n=874

質問C17: 従事者と健診結果について協議する場(健診除く)がありますか	1. 実施なし	60	6.9%	n=874
	2. 実施有	735	84.1%	n=874
	1. 定期的に会議を開催	141	19.2%	n=735
	2. 個別に対応している	582	79.2%	n=735
	3. その他	33	4.5%	n=735
	9. 無記入	79	9.0%	n=874

質問C18: 従事者に健診後のフォローアップや地域の療育体制を周知していますか	1. 周知しておりほぼ理解されている	601	68.0%	n=874
	2. 周知しているがあまり理解されていない	42	4.8%	n=874
	3. 周知の機会がない	118	13.5%	n=874
	5. 周知により異なる(自由記述より抽出)	38	4.1%	n=874
	4. その他	31	3.5%	n=874
	9. 無記入	22	2.5%	n=874

＜集計結果6＞ 推奨問診項目の活用状況

B:「手引き」に示した推奨問診項目の活用状況			
1. 3～4か月児健診の推奨問診項目の活用についてお尋ねします			
質問B1:推奨問診項目(全13項目)を取り入れていますか	1.全項目取り入れている 2.一部の項目を取り入れている 3.全く取り入れていない 4.その他 9.無回答	145 666 46 6 11	16.6% 76.2% 5.3% 0.7% 1.3%
質問B2:推奨問診項目を取り入れる予定はありますか	1.すでに取り入れている 2.平成30年度に全項目取り入れる予定 3.平成30年度に一部項目を取り入れる予定 4.今後とも取り入れる予定はない(未定含む) 9.無回答	362 19 55 405 33	41.4% 2.2% 6.3% 46.3% 3.8%
質問B13:保護者の学歴を聞いていますか	1.いいえ 2.はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている) 3.はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている) 9.無回答	847 9 2 16	96.9% 1.0% 0.2% 1.8%
質問B14:保護者の学歴を問う項目を取り入れる予定はありますか	1.すでに取り入れている 2.平成30年度に入れる予定 3.今後とも取り入れる予定はない(未定含む) 9.無回答	7 10 841 16	0.8% 1.1% 96.2% 1.8%
質問B15:スマホ育児の項目を取り入れていますか	1.いいえ 2.はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている) 3.はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている) 9.無回答	795 21 42 16	91.0% 2.4% 4.8% 1.8%
2. 1歳6か月児健診の推奨問診項目の活用についてお尋ねします			
質問B21:推奨問診項目(全15項目)を取り入れていますか	1.全項目取り入れている 2.一部の項目を取り入れている 3.全く取り入れていない 4.その他 9.無回答	157 689 11 2 15	18.0% 78.8% 1.3% 0.2% 1.7%
質問B22:推奨問診項目を取り入れる予定はありますか	1.すでに取り入れている 2.平成30年度に全項目取り入れる予定 3.平成30年度に一部項目を取り入れる予定 4.今後とも取り入れる予定はない(未定含む) 9.無回答	373 20 59 395 27	42.7% 2.3% 6.8% 45.2% 3.1%
質問B23:スマホ育児の項目を取り入れていますか	1.いいえ 2.はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている) 3.はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている) 9.無回答	747 35 76 16	85.5% 4.0% 8.7% 1.8%
3. 3歳児健診の推奨問診項目の活用についてお尋ねします			
質問B31:推奨問診項目(全15項目)を取り入れていますか	1.全項目取り入れている 2.一部の項目を取り入れている 3.全く取り入れていない 4.その他 9.無回答	151 693 12 3 15	17.3% 79.3% 1.4% 0.3% 1.7%
質問B32:推奨問診項目を取り入れる予定はありますか	1.すでに取り入れている 2.平成30年度に全項目取り入れる予定 3.平成30年度に一部項目を取り入れる予定 4.今後とも取り入れる予定はない(未定含む) 9.無回答	366 20 62 398 28	41.9% 2.3% 7.1% 45.5% 3.2%
質問B33:スマホ育児の項目を取り入れていますか	1.いいえ 2.はい(「手引き」の質問と選択肢を用いている) 3.はい(「手引き」とは異なる質問・選択肢等を用いている) 9.無回答	742 31 87 14	84.9% 3.5% 10.0% 1.6%

乳幼児健診における医師の診察等の実施項目に関する検討

小枝達也

国立研究開発法人国立成育医療研究センター こころの診療部

山崎嘉久

あいち小児保健医療総合センター 保健センター

要旨

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）における医師の診察等の実施項目について検討するため 213 市町村（3～4 か月児健診 203 か所、9～10 か月児健診 113 か所、1 歳 6 か月児健診 211 か所、3 歳児健診 213 か所）の帳票（カルテ及び問診票）から、医師の診察等の実施項目に関するデータセットを作成した。これを「厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「乳幼児に対する健康診査の実施について」の一部改正について（雇児発 0911 第 1 号 平成 27 年 9 月 11 日）」の通知（別添 5）から抽出した A 群～Q 群 175 項目に対応させ、各項目に合致する市町村の頻度を、区分 A：90%以上、区分 B：90%～75%、区分 C：75%～25%、区分 D：25%～10%、区分 E：10%以下に分類した。その結果、区分 A であったのは、E 群：身体測定「1.身長(cm)」(3～4 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)、「2.体重(g)」(3～4 か月児健診)、「3.体重(kg)」(1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診)、「5.頭囲(cm)」(3～4 か月児健診)であった。医師の診察等の標準的な項目を検討するため、市町村の帳票のデータセットと合致する頻度に基づいて選定するための考え方や留意点について考察した。

【はじめに】

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）は、長い歴史と多くの成果があり、現在も高い受診率が得られているが、「「健やか親子 21（第 2 次）」について検討会報告書」（平成 26 年 4 月）では、乳幼児健康診査における問診内容や健康診査時の手技が標準化されておらず、診察する医師や関わる看護職等のスタッフの技量により結果が大きく異なるとの指摘がある。

乳幼児健診事業で実施すべき健診項目については、厚生労働省雇用均等・児童家庭局

長通知「乳幼児に対する健康診査の実施について」の一部改正について（雇児発 0911 第 1 号 平成 27 年 9 月 11 日）（以下、「通知」とする。）により、乳幼児健診の実施項目と「基本情報票」や「健康診査票」等の帳票が例示されている。しかし、市町村が乳幼児健診に用いている健診項目に関する調査は行われておらず、実態把握が必要である。

【目的】

市町村が乳幼児健診事業に用いている帳票（カルテ及び問診票）から医師の診察等の

実施項目のデータセットを作成し、その解析を行うこと。

【対象】

医師が診察に利用している「カルテ」（医師の診察項目（身体計測等も含む）、および「問診票」（疾病のスクリーニングとして質問している問診項目等が記述されたもの）など、乳幼児健診に市町村が用いている帳票（以下、「帳票」とする。）の項目を対象とした。対象市町村は、「研究課題 2-1 乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、医師研修に関する実態調査」に回答が得られた 874 市町村のうち、46 都道府県から健診対象者数を考慮して各 5 か所程度、及び沖縄県は統一帳票のため 1 か所を抽出した。

【方法】

通知の（別添 5）にある「基本情報票」、「か月児健康診査票（参考として 3～4 か月児健康診査票を掲げる）」、「1 歳 6 か月児健康診査票」および「3 歳児健康診査票」に示された項目のうち、疾病のスクリーニングや発達に関わる項目を中心に、健診データが把握される時期、疾病スクリーニングとしての健診時の所見、所見を把握する担当者（医師、保健師ほかのスタッフ）、事後指導の方針とその担当者などのポイントを定めて分類を試みた。なお、氏名や住所等の個人情報に関する項目、予防接種に関する項目や「1 歳 6 か月児健康診査票」および「3 歳児健康診査票」に示された「歯科所見、軟組織異常、咬合異常、清掃不良、その他口腔所見の異常」は除外した。通知の（別添 5）に示された「基本情報票」および「健康診査票」の項目をコード化し、

その内容から A 群：妊娠・出産 15 項目、B 群：新生児期 6 項目、C 群：授乳 2 項目、D 群：新生児期検査 5 項目、E 群：身体測定 7 項目、F 群：既往症 2 項目、G 群：小児科医所見 73 項目、H 群：小児科医所見の判定 7 項目、I 群：眼科医所見 8 項目、J 群：眼科医所見の判定 7 項目、K 群：耳鼻咽喉科医所見 8 項目、L 群：耳鼻咽喉科医所見の判定 7 項目、M 群：検尿所見 4 項目、N 群：保健指導等の所見 6 項目、O 群：保健指導の判定（総合判定を含む）5 項目、P 群：子どもの発達や病気に関する問診 10 項目、Q 群：フォローアップ結果 2 項目の大分類を作成した（表 1）。

このうち G 群は、医師診察の中核となる分類であるため、「健康診査票」の項目に従って中分類を設け、G01 群：身体的発育異常 2 項目、G02 群：精神発達障害 6 項目、G03 群：けいれん 3 項目、G04 群：運動発達異常 4 項目、G05 群：神経系・感覚器系の異常 9 項目、G06 群：血液疾患 3 項目、G07 群：皮膚疾患 4 項目、G08 群：股関節 3 項目、G09 群：斜頸 2 項目、G10 群：循環器系疾患 3 項目、G11 群：呼吸器系疾患 4 項目、G12 群：消化器系疾患 6 項目、G13 群：泌尿器系疾患 4 項目、G14 群：先天性代謝異常 2 項目、G15 群：先天性形態異常 6 項目、G16 群：その他の異常 2 項目、G17 群：生活習慣上の問題 4 項目、G18 群：情緒行動上の問題 6 項目とした（表 2）。

A 群から Q 群の計 175 項目に対して、市町村の帳票の項目を対応させたデータセットを作成した。「まったく同一の項目」および「表現は異なるが同様な意味を持つ項目」を合わせ、帳票の項目の該当頻度等について解析した。

なお、「A群別項目」などした項目は、A群に属する内容ではあるが、それぞれの項目とは異なる疾病や徴候を意味する場合に集計する項目とし、大分類に19項目、G群中分類に18項目含めた。

これらの項目が、帳票の項目とマッチする市町村の頻度を、区分A：90%以上、区分B：90%～75%、区分C：75%～25%、区分D：25%～10%、区分E：10%以下に整理した。

(倫理面への配慮)

本研究には、倫理面に配慮が必要な内容は含まれていない。

【結果】

分析対象は213市町村で、都道府県別には平均4.6か所、最大8か所(北海道)、最小2か所(富山県、福井県、大分県)、沖縄県1か所(共通帳票利用)であり、健診対象別には、3～4か月児健診203か所、9～10か月児健診113か所、1歳6か月児健診211か所、3歳児健診213か所であった。

1) 基本情報票の項目(表3)

A群：妊娠・出産15項目、B群：新生児期6項目、C群：授乳3項目、D群：新生児期検査5項目は、「基本情報票」の項目である。市町村の帳票では、家族状況や妊婦の情報などを記載した帳票に記述される場合や各健診ごとの帳票の一部として記述される場合があった。今回の集計では、基本的に3～4か月児健診の帳票の項目に含めて集計し、9～10か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診の帳票に記述されている場合にはそれぞれに集計した。

3～4か月児健診のA群～D群の項目の出現頻度は、多くが区分Cであり、C群：授乳「栄養方法1.授乳：母乳・人工乳・混合」のみが区分Bであった。

2) 身体測定及び既往症の項目(表4)

E群：身体測定7項目のうち、「1.身長(cm)」はすべての健診で、「2.体重(g)」は3～4か月児健診、「3.体重(kg)」は1歳6か月児健診、3歳児健診で区分Aであった。身長や体重に該当がなかった帳票は、計測値ではなくパーセンタイル区分などのみで記述される場合などであった。また3～4か月児健診と9～10か月児健診で、「1.身長(cm)」の頻度より「2.体重(g)」の頻度が少ないのは、「2.体重(g)」ではなく「3.体重(kg)」で記述されている場合に、集計上E群別項目となったためなどであった。

「4.胸囲(cm)」は9～10か月児健診で区分B、「5.頭囲(cm)」は、3～4か月児健診では区分A、9～10か月児健診と1歳6か月児健診では区分Bであった。

「6.カウプ指数」は、すべての健診で区分Cであったが、E群別項目に、パーセンタイル区分値や肥満度、ローレス指数、BMIなどの指標が含まれており、「9.E群別項目」の該当数や平均値、最大値は比較的大きな値となった。追加調査を用いてこれらの頻度を集計する予定である。

F群：既往症2項目については、通知の項目である「1.既往症1.無・有()」とともに、具体的な病名が記述されていることが多く「9.F群別項目」に該当する市町村が多く、その項目数も比較的多く認められた。

3) 小児科医の診察所見(表5)

G群：小児科医所見は、73項目（別項目18項目を含む）の具体的な疾病や徴候を分類するものであるが、区分Bは、3～4か月児健診のG08群：股関節「1.開排制限」と、1歳6か月児健診、3歳児健診のG07群：皮膚疾患「9.G07群別項目」で、他は区分C～区分Eであった。

特にG06群：血液疾患3項目、G17群：生活習慣上の問題4項目はすべて区分Dまたは区分Eであった。

G16群：その他の異常は、上記の中分類に含めることができないものを分類した。その主なものは、一般外来の小児科診察項目である顔色や表情・機嫌、口腔内の舌や咽頭や扁桃の所見・舌小帯短縮・驚口瘡、頸部の腫瘤・リンパ節腫脹・甲状腺腫、内分泌・代謝疾患、乳腺腫大などが3～4か月児健診、9～10か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を通じて認められたが、その頻度は10%に満たなかった。

特異な項目として、被虐待跡（愛知県共通項目）や育児環境（外傷・骨折・あざ）の項目が一部に認められた。沖縄県と他のごく一部で血液検査を用いた血色素量(g/dl)の項目が認められた。

4) 小児科医診察所見の判定（表6）

H群：小児科医所見の判定の7項目は、基本的には、国の地域保健・健康増進事業報告の2(2)母子保健（健康診査）の一般健康診査に対する「異常なし」、「既医療」、「要観察」、「要医療（再掲）精神面・（再掲）身体面」「要精密」の区分に基づいている。市町村の帳票での該当状況は、「1.異常なし」、「3.要経過観察」、「4.要紹介（要精密）」はすべての健診で区分Aまたは区分Bであ

り、ほとんどの市町村が利用している項目である。これらの項目の市町村ごとの平均値は2～5項目と比較的高い値を示し、最大項目数では100項目を越える場合も認められた。その理由は、複数の所見に対してこの判定区分を用いているためである。

具体的には総合判定、精神面、身体面、精神発達、運動発達などの項目を用いている場合や、G群中分類の項目のすべてに判定区分を充てている場合（最大項目数が100を超えた市町村は、要精密と要医療を別に集計しているため該当数が倍になった）、医師による反射所見、整形外科医所見、腎臓検診所見・検尿所見に対する判定など、きわめて多彩な状況であった。

5) 視覚・聴覚・尿検査（表7）

I群からM群の35項目は、3歳児健診において視覚検査、聴覚検査や尿検査が多く実施されていることから、3歳児健診の該当頻度について分析した。

区分Bは、M群「1.検尿 1. 蛋白（－・±・＋）」と「1.検尿 2. 糖（－・±・＋）」であり、他は区分Cから区分Eであった。

6) 保健指導等の所見と判定（表8）

N群：保健指導等の所見6項目で、区分Bとなったのは、3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診の「9.N群別項目」であり、「3.栄養指導 1.良・要指導」はすべての健診で区分C、「1.育児指導等」3項目はすべての健診で区分Eであった。育児指導等の所見と同じ内容の項目が、今回は集計対象外とした子育てや生活習慣、親や家庭の状況などの問診等や自由記載欄に極めて多数の項目が帳票に認められていたが、今

回は、所見の有無を分類している項目のみについて該当数を集計した。

O群：保健指導の判定（総合判定を含む）5項目は、ほとんどが区分Cまたは区分Dであった。医師の診察所見とは別に総合判定や保健師等による保健指導の判定として、**H群**の同様の区分を用いている場合は、医師の所見に対する**H群**と区別して「**9.O群別項目**」に集計した。

Q群：フォローアップ結果2項目のうち、「1.記事」のように自由記述である場合はごく少数であった。国の地域保健・健康増進事業報告の2(2)母子保健（健康診査）の精密健康診査の受診結果に対する「異常なし」、「要観察」、「要医療（再掲）精神面・（再掲）身体面」の区分を用いるなど医師診察所見の判定で、精密検査等が必要となった場合に、精密検査の結果を医療機関等から把握して記述している場合や、保健指導後のフォローアップ結果を記述する項目も「**9.Q群別項目**」に対応させたが、その頻度は区分Cまたは区分Dであった。

7) 子どもの発達や病気に関する問診項目（表9）

P群：子どもの発達や病気に関する問診10項目のうち「1.発達（問診）1. 笑う（ ）か月」から「1.発達（問診）9. 二語文（ ）歳（ ）か月」に該当する市町村の帳票項目は、「はい・いいえ」の選択肢など発達が通過したかどうかを尋ねる形式が多くを占めていた。これらを同じ意味の項目として集計した。区分Bまたは区分Cであった項目は、3～4か月児健診では、「1.笑う（ ）か月」から「4. 人の声のするほうに向く（ ）か月」、9～10か月児健診では、「4. 人の声

のするほうに向く（ ）か月」から「6.お座り（ ）か月」、1歳6か月児健診では「7. 発語（ ）か月」と「8.ひとり歩き（ ）か月」、3歳児健診では、「9. 二語文（ ）歳（ ）か月」と、子どもの発達過程の順序に沿った出現頻度であった。

保健師等が発達について問診する際に、積み木や絵カードなどを用いて観察や検査をする項目（保健師等による子どもの発達の観察や検査項目）については、医師の発達の所見と区別するため「**9.P群別項目**」に集計した。なお、問診の中には、「歩き方や足の形など気になること」、「聞こえが悪い」、「目が見えにくい」、「くせ（指しゃぶり、どもり、性器いじりなど）」など、発達と病気の区別が曖昧な項目も認めたことから、これらすべてを「**9.P群別項目**」に含めた。このため**P群**を「子どもの発達や病気に関する問診」としたが、疾患の有無を尋ねる問診は**F群**：既往症に分類されており、ほとんどは発達に関連した内容を含んだ内容となっていた。

「**9.P群別項目**」はほとんどの市町村の帳票に含まれ、市町村ごとの項目の平均値、最大値とも極めて高値であり、特に1歳6か月児健診では、平均値26.4項目、最大値79項目、3歳児健診では、平均値30.2項目、最大値102項目であった。

なお、上記の**A群**から**Q群**の分類に当てはめることができない項目として、受診態度（機嫌がよい・泣いている・その他）や、3歳児健診で1歳6か月児健康診査の状況を把握している項目などが認められたが、いずれもごく少数であった。

【考察】

今回の調査により、全国213市町村から得

られた3～4か月児健診、9～10か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診に用いられている帳票の項目を、通知の(別添5)に示された項目に対応させたデータセットを作成し、その出現頻度を分析することができた。本調査の解析結果は、市町村の帳票における出現頻度に基づいて、標準的な医師診察等の実施項目を検討する基礎資料としての活用が期待されている。このため標準的な項目を選定するための考え方について考察した。

標準化の適合性を検討するものである視点から、出現頻度が区分A(90%以上)であることは、標準項目の候補として「適当」と判定することができる。一方、出現頻度が区分D(25%～10%)または区分E(10%以下)であり、かつその項目を含む群の別項目も区分Dまたは区分Eである場合は、標準項目の候補として「不適当」と判定すべきであろう。

両者以外の出現頻度の項目については、出現頻度のみから標準項目の候補としての適否を判定するのではなく、臨床的な意義を加味した検討が必要な項目(「要検討:臨床的意義」)、または標準的な項目の検討が必要な項目(「要検討:要標準項目」と判定する考え方を示した。

データセット化した175項目のうち、通知の(別添5)から抽出した138項目(分析のために設けた各群別項目37項目、及びH群の項目を除く)の中で、区分Aであったのは、E群:身体測定「1.身長(cm)」(3～4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)、「2.体重(g)」(3～4か月児健診)、「3.体重(kg)」(1歳6か月児健診、3歳児健診)、「5.頭囲(cm)」(3～4か

月児健診)であった。

E群:身体測定「2.体重(g)」のうち9～10か月児健診は区分Bであった。今回調査では、9～10か月児健診で「3.体重(kg)」であった場合は「E群別項目」に集計することとした。「2.体重(g)」と「3.体重(kg)」をいずれかに統一すれば、区分Aとなる可能性がある。

このように、区分B(90%～75%)であっても、その項目を含む群の別項目が区分C(75%～25%)である場合には、別項目とした内容によっては、標準項目の候補と考えられる。これに該当したのは、C群:授乳「1.授乳:母乳・人工乳・混合」(3～4か月児健診)、G08群:股関節「1.開排制限」(3～4か月児健診)、M群:検尿「1.蛋白(-・±・+)」(3歳児健診)と「2.糖(-・±・+)」(3歳児健診)であった。このうちM群:検尿(3歳児健診)については、標準項目とするためには、有所見率の検討が必要と考えられた。

また、「4.胸囲(cm)」(9～10か月児健診)、「5.頭囲(cm)」(9～10か月児健診、1歳6か月児健診)については、「E群別項目」に集計される頻度は少なく、「要検討:臨床的意義」と判断した。

対象項目の出現頻度が区分D(25%～10%)または区分E(10%以下)であり、かつその項目を含む群の別項目も区分Dまたは区分Eであったのは、G06群:血液疾患3項目、G14群:先天代謝異常、G17群:生活習慣上の問題4項目であった。これらは、標準項目の候補として「不適当」と判定すべきであろう。なおG06群については、一部の市町村で血液検査により貧血のスクリーニングが実施されていることを記述しておきた

い。

また、G18 群：情緒行動上の問題は、3 歳児健診の「3.多動」と1 歳6 か月児健診、3 歳児健診の「90.G18 別項目」が区分 C であったが、他は区分 D または区分 E であり、同様に「不適當」と考えられた。

臨床的な意義を加味した検討が必要な項目（「要検討：臨床的意義」として、A 群：妊娠・出産、B 群：新生児期、D 群：新生児期検査、F 群：既往症、G 群：小児科医所見（G08 群、G17 群、G18 群を除く）、I 群：眼科医所見、K 群：耳鼻咽喉科医所見、M 群：検尿所見（3.潜血）が考えられた。このうち G02 群、G04 群、G13 群については、項目ごとの出現頻度は多くないものの臨床的な意義が高い項目が多いと考えられた。

また、G18 群については、1 歳6 か月児健

診と3 歳児健診では「G18 群別項目」が区分 C であり、特にこの時期に社会性の発達が大きな課題であることから、臨床的な意義を考慮した標準項目の作成が必要と考えられた。

標準的な項目の検討が必要な項目（「要検討：要標準項目」としては、E 群：身体測定「6.カウプ指数」、H 群：小児科医所見の判定、J 群：眼科医所見の判定、L 群：耳鼻咽喉科医所見の判定、N 群：育児指導等の所見、O 群：保健指導の判定、Q 群：フォローアップ結果など、標準項目の作成に向けた今後の検討が必要と考えられた。

なお、通知の（別添 5）の項目には、多くの「その他」の項目があるが、これらはすべて集計上の意義が少ないと考えられた。

表 1. 大分類とその内容

大分類	内容	分析のポイント	
A	妊娠・出産	妊娠期から分娩および産褥期の「母親の状況」に関する項目。市区町村項目に胎児の状況がある場合はこの大分類に該当する。	主に 3～4 か月児健診で把握されるが、乳児期の健診を個別健診で実施する場合など例外的に、1 歳 6 か月児健診や 3 歳児健診に A 群の項目が存在する場合がある。
B	新生児期	出産から新生児期（生後 7 日まで）の「子どもの状況」に関する項目。	
C	授乳	授乳方法を把握する項目。選択肢は、母子健康手帳で「1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合」の 3 択である。1 か月児や 3～4 か月児の授乳の状況を把握する場合がほとんどである。	3 択以外に、ミルク量や回数など詳細な内容に対する記述がある場合も同一項目として対応させる。
D	新生児期検査	新生児期に医療機関で「子ども」に対して実施される検査項目。通常、先天性代謝異常等検査と新生児聴覚検査のみである。	
E	身体測定	身長、体重、胸囲、頭囲。体格を評価する指標には、標準項目の「カウプ指数」以外に、パーセントイル値、肥満度、ローレル指数、BMI があり、この分類に含める。	体重（g）と体重（kg）は別項目とする。
F	既往症	「子ども」に関する既往症を把握する項目。母の病気や家族歴は該当しない。	既往症として具体的な病名等が記載されている場合は、それぞれ別の意味を持つため、別項目とする。
G	小児科医の診察所見	医師が診察した所見の有無や異常の有無を判定する項目。疾患群別に対応を検討するため、中項目として G01～G18 を設定して、対応を検討する。厚生労働省の標準項目の疾患群には、所見や病名その他が混在しているため、中分類を設けて整理する。	診察所見に関する問診項目は、P 群（子どもの発達や病気に係る問診項目）に紐づける。
H	小児科医の診察所見の判定	G 群の診察所見に対して、精密検査が必要かどうかについて指導するための判定項目。地域保健・健康増進事業報告の 2(2)母子保健（健康診査）の一般健康診査並びに精密健康診査の受診結果の区分によることが多いが、各市区町村の判定区分のばらつきを分析する。なお、G 群に属する類似項目の例として、「要フォロー（発達）」や「心理相談」の対象、「事後教室」の対象など、具体的な指導内容を記載した区分を設けている場合がある。	要経過観察と要観察は同一。要紹介と要精密検査、要治療は同一。 なお、J 群、L 群、S 群や O 群（のうちの総合判定）は、判定区分は同じであるが異なる所見を扱うため、別の群として分析する。 また、G 群の中分類や小分類の項目ごとに、この判定が用いられている場合には、H 群に複数計上する。
I	眼科医所見（3 歳児）	3 歳児健診のみに適応する。眼科医が、視力検査・視覚検査や眼科疾患の所見の有無を判定する項目。	
J	眼科医所見（3 歳児）の判定	3 歳児健診のみに適応する。I 群の眼科医所見に対して、精密検査が必要かどうかについて指導するための判定項目。	要経過観察と要観察は同一。要紹介と要精密検査、要治療は同一。J 群に属する類似項目として、視覚検査についての「要再検査」や「未実施」などの項目が対応する場合がある。
K	耳鼻咽喉科医所見（3 歳児）	3 歳児健診のみに適応する。耳鼻咽喉科医が、聴力検査・聴覚検査や耳鼻咽喉科疾患の所見の有無を判定する項目。	K105 言語発達の遅れは、G02 精神発達障害に類似項目がある。3 歳児健診で G 群小児科医の診察所見とは別に、耳鼻咽喉科医所見の記載欄がある場合のみに対応させる。
L	耳鼻咽喉科医所見（3 歳児）の判定	3 歳児健診のみに適応する。K 群の耳鼻咽喉科医所見に対して、精密検査が必要かどうかについて指導するための判定項目。	要経過観察と要観察は同一。要紹介と要精密検査、要治療は同一。L 群に属する類似項目として、聴覚検査についての「要再検査」や「未実施」などの項目が対応する場合がある。
M	検尿（3 歳児）	基本的には 3 歳児健診の項目であるが、1 歳 6 か月児健診で該当項目が存在する市区町村もある。	（一・±・+）の選択肢の不一致は、M 群に属する別項目とする。検尿所見について、「再判定」や「要精密検査」の指導区分が市区町村にある場合は、H 群に属する追加項目とする。
N	育児指導等の所見	育児指導や栄養指導が必要となる（母）親の状況を把握する項目。（母）親の育児に改善すべき問題がないかどうかを、保健師等の健診従事者が把握するために、（生活リズムや母の心身状態、心配事の有無などの）区分を設けている場合に対応させる。栄養の項目は、授乳や離乳、食事やおやつなどの状況を把握する区分が対応する項目である。	市区町村の項目には該当する問診項目が多数認められると予測されるが、問診項目に対応させる必要はない。歯科の項目として、おやつや甘い飲み物の摂取状況を問診している項目が予想されるが、問診項目は分析対象外である。また、起床時間、就寝時間、朝食などを具体的に記述する項目がある。生活リズムを尋ねる問診であるが、集計対象としない。
O	保健指導の判定	N 群の育児指導等の所見に対して、支援が必要かどうかを判定する項目。	医師等の診察結果を踏まえて総合的に判定する「総合判定」で H 群の判定区分を用いている場合は、O 群の項目に含めて集計する。
P	子どもの発達や病気に関する問診	親が回答する問診項目である。通常は、「〇〇ができますか」などの質問文と選択肢からなっており、厚生労働省の標準項目とは違った記述が多いが、標準項目の「笑う」、「追視」などのキーワードにより対応を判定する。	基本的に、問診項目（親や家族の状況、子どもの生活習慣等）は分析対象外とするが、子どもの発達や診察項目に関する問診は、乳幼児健診事業として重要であることから、例外的に分析対象とするために、対応を求めるものとする。
Q	フォローアップ結果	フォローアップ結果	健診後に医療機関で受けた精密検査の結果を把握する項目。

表 2. G 群の中分類とその内容

中分類		内容	分析のポイント
G01	身体的発育異常	体重、身長などによって示される発育の異常の有無を判定する項目。例として、体重増加不良、低身長、肥満などの項目名が該当する。 ※頭囲拡大など頭囲に関する所見は、G15 先天性形態異常(頭)に対応させる。	体重増加不良、低身長、肥満などは、それぞれ別の意味を持つため、別項目として整理する。
G02	精神発達障害	精神機能の発達の異常の有無を判定する項目。 乳児期の選択肢(ア 笑わない、イ 喃語が出ない、ウ 視線が合わない)は、問診項目に同一文言のあることが予測されるが、問診項目はG02群には対応させず、P群：子どもの発達や病気に関する問診項目として対応させる。	精神発達異常を表す診断名や区分は、数多存在する。例えば、知的障害、精神発達遅滞、言語発達遅滞、認知の異常、社会性の障害や、行動の障害、疾病名として自閉症スペクトラム症候群もこの範疇にある。いずれも、別の意味を持つため、別項目として整理する。
G03	けいれん	医師の所見に「けいれん」または「熱性けいれん」の有無を記述する欄がある場合のみ対応させる。既往症や問診でけいれん等の既往を尋ねる項目は、F群に対応させる。	
G04	運動発達異常	運動機能の発達の異常の有無を判定する項目。 乳児期の選択肢(ア 定額未完了、イ 物をつかまない)は、問診項目に同一文言のあることが予測されるが、問診項目はG04群には対応させず、P群：発達に関する問診の項目として対応させる。	未歩行、お座りしないなども、問診で親に尋ねている場合は、P群：発達に関する問診の項目である。 運動の異常の原因の中でも、四肢の骨や関節の形態の異常に関連する項目は、G15 先天性形態異常(四肢)(体幹等)またはG17 その他の異常に対応させる。
G05	神経系・感覚器系の異常	視覚や聴覚および神経系の異常の有無を判定する項目。 問診項目に関連する内容のあることが予測されるが、問診項目はG05群には対応させず、P群：発達に関する問診の項目として対応させる。	視覚についてはI群に類似項目が、聴覚についてはK群に類似項目が認められる。I~L群は3歳児健診において、視覚検査と聴覚検査が特別に実施されていることが類似項目の重複の原因である。3歳児健診において、G群の診察項目とは別に、眼科と耳鼻科の項目がある場合のみにI~L群に対応させる。
G06	血液疾患	貧血など血液疾患の所見の有無を判定する項目。	
G07	皮膚疾患	湿疹やアトピー性皮膚炎など皮膚疾患の所見の有無を判定する項目。	
G08	股関節	股関節の異常の有無を判定する項目。(先天性)股関節脱臼・発達性股関節形成異常等を発見することを目的とした項目。	
G09	斜頸	乳児期の斜頸の所見の有無を判定する項目。	
G10	循環器系疾患	先天性心疾患の所見の有無を判定する項目。標記が「心雑音」ではなくとも、先天性心疾患の所見を示す項目(心音異常ほか)は、同一項目とする。	
G11	呼吸器系疾患	ぜんそくなどの呼吸器系疾患の所見の有無を判定する項目。	
G12	消化器系疾患	消化器系疾患の所見の有無を判定する項目。 通常は、ア 腹部膨満・腹部腫瘤、イ そけいヘルニア、ウ 膈ヘルニアなど具体的に記述されることが多い。	
G13	泌尿器系疾患	泌尿器系疾患の所見の有無を判定する項目。 通常は、ア 停留精巣、イ 外性器異常など具体的に記述されることが多い。	仙骨部の陥凹は、G15群とも関連するがこの群に含める。
G14	先天性代謝異常	先天性代謝異常の所見の有無を判定する項目。	先天性代謝異常症は、通常、乳幼児健診よりも新生児期のマスキングでの発見を目指すことが多い。
G15	先天性形態異常	小奇形や形態の異常の有無を判定する項目。	
	先天性形態異常(頭)	例)頭囲拡大、大泉門(開大、閉鎖)、水頭症、小頭症、頭蓋変形ほか	小分類としてコード化する。
	先天性形態異常(顔面)	例)顔貌異常、小耳、耳介変形、唇裂・口蓋裂ほか	小分類としてコード化する。
	先天性形態異常(四肢)	例)多指(趾)症、O脚、X脚ほか	小分類としてコード化する。
	先天性形態異常(体幹等)	例)漏斗胸、鳩胸、胸郭変形ほか	小分類としてコード化する。
G16	その他の異常	G01~G15、及びG17、G18に含まれない診察所見の有無を判定する項目。	
G17	生活習慣上の問題(医師の診察所見の場合のみ)	小食や偏食などの生活習慣上の問題の有無を判定する項目。 市区町村の問診項目に類似の項目が認められると予測されるが、問診項目を対応させない。	小食や偏食は市区町村の栄養指導(標準項目ではN群に該当)に記述されている場合も予測されるが、本分析では、G18に対応させる。診察項目ではなく保健指導の対象項目として、生活習慣上の問題が記述されている場合は、O保健指導の判定の関連項目に対応させる。
G18	情緒行動上の問題(医師の診察所見の場合のみ)	指しゃぶり、吃音、多動、不安・恐れなどの情緒行動上の問題を判定する項目。市区町村の問診項目に類似の項目が認められると予測されるが、問診項目は対応させない。	診察項目ではなく保健指導の対象項目として、情緒行動上の問題が記述されている場合は、O保健指導の判定の関連項目に対応させる。

表 3. 基本情報票の項目

大分類	中分類	項目	3～4か月児 (n=203)		9～10か月児 (n=113)		1歳6か月児 (n=211)		3歳児(n=213)	
			市町村 数	該当割 合	市町村 数	該当割 合	市町村 数	該当割 合	市町村 数	該当割 合
A 妊娠・ 出産	妊娠中の特記事項	1 妊娠高血圧症候群	62	30.5%	1	0.9%	14	6.6%	14	6.6%
		2 尿(蛋白)	31	15.3%	0	0.0%	3	1.4%	3	1.4%
		3 尿(糖)	23	11.3%	0	0.0%	2	0.9%	2	0.9%
		4 高血圧/浮腫	35	17.2%	0	0.0%	3	1.4%	2	0.9%
		5 貧血	66	32.5%	1	0.9%	14	6.6%	15	7.0%
		6 糖尿病	36	17.7%	0	0.0%	5	2.4%	4	1.9%
		7 切迫流産	56	27.6%	0	0.0%	11	5.2%	9	4.2%
		8 切迫早産	56	27.6%	0	0.0%	11	5.2%	9	4.2%
		9 多胎妊娠	20	9.9%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%
		10 その他	70	34.5%	2	1.8%	14	6.6%	15	7.0%
B 新生児 期	分娩時の特記事項	1 帝王切開術	91	44.8%	10	8.8%	19	9.0%	19	8.9%
		2 骨盤位	79	38.9%	3	2.7%	9	4.3%	11	5.2%
		3 その他()	80	39.4%	8	7.1%	13	6.2%	13	6.1%
C 授乳	産褥期の特記事項	1 無・有	10	4.9%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%
		0	126	62.1%	14	12.4%	37	17.5%	41	19.2%
		1 ()週	128	63.1%	24	21.2%	61	28.9%	70	32.9%
		1 仮死	81	39.9%	4	3.5%	27	12.8%	29	13.6%
		2 その他()	57	28.1%	2	1.8%	13	6.2%	14	6.6%
		1 黄疸治療()	95	46.8%	3	2.7%	25	11.8%	27	12.7%
		1 ()g	140	69.0%	26	23.0%	67	31.8%	75	35.2%
		0	132	65.0%	12	10.6%	48	22.7%	53	24.9%
		1 授乳：母乳・人工乳・混合	176	86.7%	72	63.7%	35	16.6%	5	2.3%
D 新生児 期検査	新生児聴覚検査	0	93	45.8%	7	6.2%	8	3.8%	4	1.9%
		1 異常無・有()	50	24.6%	0	0.0%	2	0.9%	1	0.5%
		1 初回検査受けた(正常・再検査)・受けていない	81	39.9%	0	0.0%	3	1.4%	2	0.9%
D 新生児 期検査	新生児聴覚検査	2 初回検査再検査結果(正常・要精密検査)	18	8.9%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.5%
		3 精密検査受けた(正常・異常)・受けていない	9	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
D 新生児 期検査	D群別項目	0	22	10.8%	2	1.8%	0	0.0%	1	0.5%

表 4. 身体測定及び既往症の項目

大分類	中分類	項目	3～4か月児 (n=203)			9～10か月児 (n=113)			1歳6か月児 (n=211)			3歳児(n=213)		
			市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分
E 身体測定	1 身体測定	1 身長 () c m	193	95.1%	A	108	95.6%	A	208	98.6%	A	209	98.1%	A
		2 体重 () g	185	91.1%	A	99	87.6%	B						
		3 体重 () k g												
		4 胸囲 () c m	152	74.9%	C	87	77.0%	B	208	98.6%	A	209	98.1%	A
		5 頭囲 () c m	183	90.1%	A	100	88.5%	B	166	78.7%	B	156	73.2%	C
		6 カウブ指数	93	45.8%	C	54	47.8%	C	68	32.2%	C	61	28.6%	C
9 E群別項目	0	該当市町村数	122	60.1%		55	48.7%		141	66.8%		155	72.8%	
		総項目数	513	-	C	168	-		451	-	C	504	-	C
		平均値 (市町村)	4.2	-		3.1	-		3.2	-		3.3	-	
		最大値	13	-		9	-		12	-		16	-	
		無・有 ()	121	59.6%	C	55	48.7%	C	122	57.8%	C	115	54.0%	C
F 既往症	1 既往症	該当市町村数	119	58.6%		58	51.3%		179	84.8%		181	85.0%	
		総項目数	318	-	C	141	-		698	-	B	785	-	B
		平均値 (市町村)	2.7	-		2.4	-		3.9	-		4.3	-	
		最大値	18	-		17	-		30	-		30	-	

表 5. 小児科医の所見 (1)

中分類	項目	3~4か月児 (n=203)		9~10か月児 (n=113)		1歳6か月児 (n=211)		3歳児(n=213)	
		市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合
G01	1 (有・無)	16	7.9%	2	1.8%	28	13.3%	24	11.3%
	0 G01 群別項目	109	53.7%	64	56.6%	119	56.4%	144	67.6%
G02	1 笑わない	17	8.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2 喃語が出ない	13	6.4%	5	4.4%	0	0.0%	0	0.0%
	3 視線が合わない	12	5.9%	7	6.2%	9	4.3%	6	2.8%
	4 精神発達遅滞	1	0.5%	0	0.0%	61	28.9%	63	29.6%
	5 言語発達遅滞	0	0.0%	0	0.0%	84	39.8%	88	41.3%
G03	0 G02 群別項目	30	14.8%	34	30.1%	59	28.0%	63	29.6%
	1 けいれん	49	24.1%	22	19.5%	0	0.0%	0	0.0%
G04	2 熱性けいれん	0	0.0%	0	0.0%	80	37.9%	78	36.6%
	0 G03 群別項目	38	18.7%	28	24.8%	131	62.1%	118	55.4%
G05	1 定額未完了	110	54.2%	4	3.5%	1	0.5%	1	0.5%
	2 物をつかまさない	18	8.9%	6	5.3%	2	0.9%	0	0.0%
	3 (機能)	0	0.0%	0	0.0%	68	32.2%	60	28.2%
	0 G04 群別項目	124	61.1%	73	64.6%	109	51.7%	85	39.9%
	1 追視しない	100	49.3%	12	10.6%	2	0.9%	2	0.9%
G05	2 斜視	95	46.8%	44	38.9%	113	53.6%	103	48.4%
	3 視覚	7	3.4%	8	7.1%	112	53.1%	40	18.8%
	4 聴覚異常	99	48.8%	44	38.9%	0	0.0%	0	0.0%
	5 聴覚	3	1.5%	0	0.0%	141	66.8%	41	19.2%
	6 筋緊張異常	112	55.2%	34	30.1%	34	16.1%	23	10.8%
G05	7 てんかん性疾患	1	0.5%	1	0.9%	19	9.0%	19	8.9%
	8 その他	32	15.8%	8	7.1%	30	14.2%	20	9.4%
G05	9 G05 群別項目	97	47.8%	64	56.6%	122	57.8%	74	34.7%
	0								

表 5. 小児科医の所見 (2)

中分類	項目	3~4か月児 (n=203)			9~10か月児 (n=113)			1歳6か月児 (n=211)			3歳児(n=213)		
		市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分
G06 血液疾患	1 貧血	20	9.9%	E	9	8.0%	E	28	13.3%	D	27	12.7%	D
	2 その他	14	6.9%	E	4	3.5%	E	20	9.5%	E	18	8.5%	E
	90 G06 群別項目	10	4.9%	E	4	3.5%	E	8	3.8%	E	10	4.7%	E
G07 皮膚疾患	1 湿疹	115	56.7%	C	58	51.3%	C	101	47.9%	C	94	44.1%	C
	2 アトピー性皮膚炎	38	18.7%	D	19	16.8%	D	98	46.4%	C	98	46.0%	C
	3 その他	56	27.6%	C	28	24.8%	D	79	37.4%	C	73	34.3%	C
G08 股関節	90 G07 群別項目	145	71.4%	C	71	62.8%	C	167	79.1%	B	165	77.5%	B
	1 開排制限	154	75.9%	B	38	33.6%	C	19	9.0%	E	6	2.8%	E
	2 M字型開脚ではない	16	7.9%	E	1	0.9%	E	0	0.0%	E	0	0.0%	E
G09 斜頸	90 G08 群別項目	91	44.8%	C	25	22.1%	D	20	9.5%	E	14	6.6%	E
	1 (有・無)	90	44.3%	C	27	23.9%	D	30	14.2%	D	26	12.2%	D
	90 G09 群別項目	12	5.9%	E	3	2.7%	E	1	0.5%	E	1	0.5%	E
G10 循環器系疾患	1 心雑音	138	68.0%	C	66	58.4%	C	153	72.5%	C	157	73.7%	C
	2 その他	35	17.2%	D	13	11.5%	D	48	22.7%	D	46	21.6%	D
	90 G10 群別項目	77	37.9%	C	44	38.9%	C	117	55.5%	C	129	60.6%	C
G11 呼吸器系疾患	1 (有・無)	26	12.8%	D	5	4.4%	E	0	0.0%	E	0	0.0%	E
	2 ぜんそく性疾患	7	3.4%	E	1	0.9%	E	36	17.1%	D	44	20.7%	D
	3 その他	3	1.5%	E	0	0.0%	E	44	20.9%	D	44	20.7%	D
G12 消化器系疾患	90 G11 群別項目	92	45.3%	C	48	42.5%	C	118	55.9%	C	123	57.7%	C
	1 腹部膨満・腹部腫瘤	59	29.1%	C	30	26.5%	C	50	23.7%	D	47	22.1%	D
	2 そけいヘルニア	95	46.8%	C	44	38.9%	C	123	58.3%	C	117	54.9%	C
	3 臍ヘルニア	78	38.4%	C	37	32.7%	C	60	28.4%	C	34	16.0%	D
	4 便秘	6	3.0%	E	0	0.0%	E	9	4.3%	E	9	4.2%	E
	5 その他	35	17.2%	D	17	15.0%	D	55	26.1%	C	58	27.2%	C
90 G12 群別項目	115	56.7%	C	56	49.6%	C	146	69.2%	C	155	72.8%	C	

表 5. 小児科医の所見 (3)

中分類	項目	3~4か月児 (n=203)			9~10か月児 (n=113)			1歳6か月児 (n=211)			3歳児(n=213)			
		市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	市町村数	該当割合	区分	
G13	泌尿器系疾患	1	110	54.2%	C	55	48.7%	C	130	61.6%	C	130	61.0%	C
		2	16	7.9%	E	4	3.5%	E	16	7.6%	E	14	6.6%	E
		3	39	19.2%	D	19	16.8%	D	54	25.6%	C	55	25.8%	C
G14	先天性代謝異常	9	112	55.2%	C	59	52.2%	C	114	54.0%	C	119	55.9%	C
		0	15	7.4%	E	4	3.5%	E	5	2.4%	E	1	0.5%	E
		9	4	2.0%	E	1	0.9%	E	3	1.4%	E	3	1.4%	E
G15	先天性形態異常	1	133	65.5%	C	65	57.5%	C	126	59.7%	C	102	47.9%	C
		2	94	46.3%	C	43	38.1%	C	75	35.5%	C	68	31.9%	C
		3	102	50.2%	C	56	49.6%	C	145	68.7%	C	157	73.7%	C
		4	85	41.9%	C	35	31.0%	C	110	52.1%	C	126	59.2%	C
		5	1	0.5%	E	0	0.0%	E	17	8.1%	E	19	8.9%	E
G16	その他の異常	9	55	27.1%	C	20	17.7%	D	53	25.1%	C	46	21.6%	D
		0	97	47.8%	C	40	35.4%	C	110	52.1%	C	103	48.4%	C
		9	128	63.1%	C	72	63.7%	C	144	68.2%	C	146	68.5%	C
G17	生活習慣上の問題	1	0	0.0%	E	0	0.0%	E	21	10.0%	E	25	11.7%	D
		2	0	0.0%	E	0	0.0%	E	27	12.8%	D	29	13.6%	D
		3	0	0.0%	E	0	0.0%	E	15	7.1%	E	18	8.5%	E
G18	情緒行動上の問題	9	16	7.9%	E	10	8.8%	E	34	16.1%	D	53	24.9%	D
		0	0	0.0%	E	0	0.0%	E	13	6.2%	E	12	5.6%	E
		2	0	0.0%	E	0	0.0%	E	1	0.5%	E	19	8.9%	E
		3	0	0.0%	E	1	0.9%	E	49	23.2%	D	55	25.8%	C
		4	0	0.0%	E	1	0.9%	E	39	18.5%	D	28	13.1%	D
5	0	0.0%	E	0	0.0%	E	31	14.7%	D	30	14.1%	D		
9	2	1.0%	E	4	3.5%	E	86	40.8%	C	89	41.8%	C		

表 6. 小児科医の所見の判定

大分類	中分類	項目	3~4 か月児 (n=203)		9~10 か月児 (n=113)		1 歳 6 か月児 (n=211)		3 歳児(n=213)		区分
			市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	
H 小児科医 所見の判 定	1 診察所見 の判定	1 異常なし	194	95.6%	98	86.7%	203	96.2%	203	95.3%	A
			546	-	151	-	539	-	539	-	
			2.8	-	1.5	-	2.7	-	2.7	-	
			60	-	16	-	55	-	56	-	
		2 既医療	143	70.4%	77	68.1%	149	70.6%	149	70.0%	C
			362	-	116	-	378	-	362	-	
			2.5	-	1.5	-	2.5	-	2.4	-	
			54	-	14	-	55	-	46	-	
		3 要経過観察	188	92.6%	93	82.3%	198	93.8%	200	93.9%	A
			588	-	169	-	620	-	608	-	
			3.1	-	1.8	-	3.1	-	3.0	-	
			63	-	16	-	62	-	56	-	
		4 要紹介(要精密)	193	95.1%	99	87.6%	203	96.2%	205	96.2%	A
			1,038	-	290	-	1,138	-	1,150	-	
			5.4	-	2.9	-	5.6	-	5.6	-	
			123	-	28	-	110	-	112	-	
		6 紹介先	37	18.2%	19	16.8%	39	18.5%	43	20.2%	D
			52	-	26	-	53	-	59	-	
			1.4	-	1.4	-	1.4	-	1.4	-	
	7		-	6	-	7	-	7	-		
7 診断医名	165	81.3%	82	72.6%	172	81.5%	174	81.7%	B		
	192	-	86	-	182	-	188	-			
	1.2	-	1.0	-	1.1	-	1.1	-			
	3	-	2	-	3	-	3	-			
9 H群別項 目	0 該当市町村数	155	76.4%	78	69.0%	161	76.3%	165	77.5%	B	
		824	-	239	-	864	-	934	-		
		5.3	-	3.1	-	5.4	-	5.7	-		
		121	-	32	-	110	-	112	-		

表 7. 視覚・聴覚

大分類	中分類	項目	3～4か月児 (n=203)		9～10か月児 (n=113)		1歳6か月児 (n=211)		3歳児(n=213)		区分
			市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	
I 眼科医所 見	1 眼科所見	1 視力 両眼：	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	40	18.8%	D
		2 視力 右眼：	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	57	26.8%	C
		3 視力 左眼：	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	57	26.8%	C
		4 屈折：	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	3.3%	E
		5 眼底：	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.9%	E
		6 眼位異常 無・有・疑 ()	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	20	9.4%	E
		7 眼球運動異常 無・有・疑 ()	4	2.0%	2	1.8%	5	2.4%	26	12.2%	D
		8 その他の所見	1	0.5%	1	0.9%	2	0.9%	43	20.2%	D
J 眼科医所 見の判定	9 I群別項目	0	10	4.9%	5	4.4%	18	8.5%	144	67.6%	C
		1 異常なし	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	88	41.3%	C
		2 既医療	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	38	17.8%	D
		3 要経過観察 (か月後位)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	43	20.2%	D
		4 要精密検査	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	83	39.0%	C
		5 診断医名	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	17	8.0%	E
		0	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	92	43.2%	C
		1 聴力 右 (正常・難聴 db)	0	0.0%	1	0.9%	0	0.0%	31	14.6%	D
K 耳鼻咽喉 科医所見	1 耳鼻咽喉科 所見	2 聴力 左 (正常・難聴 db)	0	0.0%	1	0.9%	0	0.0%	31	14.6%	D
		3 テイパノメトリー 右 A B C 型	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	4.7%	E
		4 テイパノメトリー 左 A B C 型	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	4.7%	E
		5 言語発達の遅れ 無・有	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	6.1%	E
		6 構音障害 無・有	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	8.5%	E
		7 その他の所見	1	0.5%	1	0.9%	1	0.5%	44	20.7%	D
		0	11	5.4%	4	3.5%	20	9.5%	145	68.1%	C
		1 異常なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	79	37.1%	C
L 耳鼻咽喉 科医所見 の判定	9 I群別項目	2 既医療	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	39	18.3%	D
		3 要経過観察 (か月後位)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	37	17.4%	D
		4 要精密検査	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	74	34.7%	C
		5 診断医名	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	8.0%	E
		0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	84	39.4%	C

表 8 尿検査

大分類	中分類	項目	3～4か月児 (n=203)		9～10か月児 (n=113)		1歳6か月児 (n=211)		3歳児(n=213)		区分
			市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	
M 検尿	1 検尿	1 蛋白 (-・±・+)	4	2.0%	4	3.5%	17	8.1%	186	87.3%	B
		2 糖 (-・±・+)	4	2.0%	3	2.7%	15	7.1%	169	79.3%	B
		3 潜血 (-・±・+)	1	0.5%	2	1.8%	13	6.2%	147	69.0%	C
	9 M群別項目	0	2	1.0%	2	1.8%	8	3.8%	91	42.7%	C

表 9 保健指導等の所見と判定

大分類	中分類	項目	3～4か月児 (n=203)		9～10か月児 (n=113)		1歳6か月児 (n=211)		3歳児(n=213)		区分
			市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	市町村数	該当割合	
N 育児指導等の所見	1 育児指導等	1 生活リズム	11	5.4%	4	3.5%	17	8.1%	16	7.5%	E
		2 母の心身状態	6	3.0%	1	0.9%	12	5.7%	12	5.6%	E
		3 その他	12	5.9%	3	2.7%	14	6.6%	14	6.6%	E
O 保健指導の判定	1 子育て支援の必要性の判定	1 無・有 ()	9	4.4%	3	2.7%	6	2.8%	6	2.8%	E
		2 心配事	71	35.0%	37	32.7%	96	45.5%	88	41.3%	C
		3 栄養指導	158	77.8%	80	70.8%	166	78.7%	164	77.0%	B
P フォローアップ結果	9 O群別項目	0	66	32.5%	36	31.9%	75	35.5%	76	35.7%	C
		1 特に問題なし	41	20.2%	20	17.7%	47	22.3%	48	22.5%	D
		2 保健師による支援が必要 その他の支援が必要 ()	32	15.8%	15	13.3%	37	17.5%	38	17.8%	D
Q 精密検査の結果等	9 Q群別項目	3 保健指導の判定者	98	48.3%	40	35.4%	116	55.0%	120	56.3%	C
		0	113	55.7%	60	53.1%	133	63.0%	140	65.7%	C
		1 記事	1	0.5%	0	0.0%	1	0.5%	4	1.9%	E
	9 Q群別項目	0	56	27.6%	25	22.1%	51	24.2%	74	34.7%	C

表 10. 子どもの発達や病気に関する問診項目

大分類	中分類	項目	3～4 か月児 (n=203)		9～10 か月児 (n=113)		1 歳 6 か月児 (n=211)		3 歳児(n=213)	
			市町村 数	該当割 合	市町村 数	該当割 合	市町村 数	該当割 合	市町村 数	該当割 合
P 子どもの 発達や病 気に関す る問診	1 発達 (問 診)	1 笑う () か月	173	85.2%	13	11.5%	14	6.6%	6	2.8%
		2 追視 () か月	169	83.3%	17	15.0%	28	13.3%	5	2.3%
		3 定頸 () か月	165	81.3%	16	14.2%	49	23.2%	17	8.0%
		4 人の声のするほうに向く () か月	155	76.4%	43	38.1%	69	32.7%	6	2.8%
		5 おもちゃをつかむ () か月	122	60.1%	40	35.4%	33	15.6%	3	1.4%
		6 お座り () か月	22	10.8%	65	57.5%	49	23.2%	13	6.1%
		7 発語 () か月	20	9.9%	14	12.4%	173	82.0%	46	21.6%
		8 ひとり歩き () か月	14	6.9%	13	11.5%	184	87.2%	51	23.9%
		9 二語文 () 歳 () か月	5	2.5%	2	1.8%	19	9.0%	60	28.2%
		0	該当市町村数	187	92.1%	102	90.3%	205	97.2%	206
9 P群別 項目*	総項目数	2,035	-	1,658	-	5,417	-	6,217	-	
	平均値 (市町村)	10.9	-	16.3	-	26.4	-	30.2	-	
	最大値	57	-	54	-	79	-	102	-	

乳幼児健診における標準的な医師の診察に関する検討

小枝達也

国立研究開発法人国立成育医療研究センター こころの診療部

研究要旨

日本小児医療保健協議会（四者協）健康診査委員会が主催する乳幼児健診講習会での研修内容を元に、医師診察における手技や診察の留意点などの情報を収集した。また、現在わが国で実施されている乳幼児健康診査の自治体が作成しているマニュアルや出版されている乳幼児健康診査マニュアルを調査して、標準的なマニュアル作成の資料として活用した。

身体診察マニュアル作成に際しては、前述の資料を活用するとともに、日本小児医療保健協議会健康診査委員会に執筆や編集協力を依頼して、小児科医の視点に加えて整形外科医、眼科医、耳鼻科医、精神科医といった専門診療科の視点も取り入れて、包括的なマニュアルとなることを目指した。

I. はじめに

我が国の乳幼児健康診査は、その実施率が高い一方で、統一された標準的な身体診察マニュアルがなく、診察する医師の判断に任されている状態の自治体や、独自のマニュアルを作成して健診の均質化を図ろうとしている自治体があるなど、その対応は様々である。また担当する医師も必ずしも小児の診療を専門としている医師とは限らず、内科医等が担当している地域もある。

厚生労働省は、「乳幼児に対する健康診査の実施について」（平成10年4月8日児発第285号厚労省児童家庭局長通知）（最終改正平成27年9月11日 雇児発0911第1号）の中で、乳幼児健康診査で医師が診察すべき診察項目や所見を明示していることから、この通知に沿った診察が行われるべきであるが、その所見の取り方や判断基準、その後の対応については、統一された手順や基準の身体診察マニュアルが作成されていないのが現状である。そこで本研究では、標準となる身体診察のマニュアル作成を目的とする。

II. 方法

標準となる身体診察のマニュアルを作成するにあたっては、まず基本となる健康診査の型を求める必要がある。日本小児医療保健協議会（いわゆる四者協）健康診査委員会は、乳幼児健康診査の研修会を定期的で開催しており、参加した医師からの質問や要望、提案を次回の研修会に活かすというフィードバック方式を取って、乳幼児健康診査の所見の取り方や判断基準、その後の対応についてレベルアップを図ってきている。年に2回のペースで研修会を開催し、平成25年度から5年間に1700名を超える医師に研修してきたという実績がある。また、研修会での動画やスライドを関連学会や団体のホームページに掲載し、医師からのアクセスビリティを高め、日常的な研修の教材として提供している。

以上より、まずは日本小児医療保健協議会健康診査委員会の乳幼児健康診査研修会の研修内容を元に、各自治体で作成している乳幼児健康診査マニュアルおよび出版物

として刊行されている乳幼児健康診査に関する書籍の内容を吟味して、身体診察マニュアルを作成することとした。

作成にあたっては、日本小児医療保健協議会健康診査委員会をスーパーバイザーとして位置付け、同委員会の委員および研修会担当者から執筆担当者を選出した。とくに小児科専門医の視点に限定しないように、整形外科医、眼科医、耳鼻科医、精神科医にも執筆を担当してもらい、専門診療科の視点を取り入れることとした。

III. 結果

表1-4に示した診察項目と所見のうち表2、3の所見を基本項目として、所見の取り方、判定と対応について、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査についてまとめた。1か月児健康診査、3、4か月児健康診査、9、10か月児健康診査については、表5の3、4か月児健康診査所見を基準とした。乳児健康診査では、とくに早期産児の割合が増えていることから早期産児の発育や発達について、出産予定日を念頭に置いた修正月齢を考慮する際の考え方を示した。

また、体重・身長・頭囲の発育評価に関しては、肥満に該当する小児の割合が増加していることを踏まえ、身体発育曲線（平成12年度乳幼児身体発育調査 e-stat 政府統計の窓口より）を用いることとした。

整形外科的な疾患、眼科的疾患、耳鼻科的疾患等については各年齢別の健康診査の中に組み込むこととした。さらに健やか親子21（第2次）の重点課題に掲げられた妊娠期からの虐待防止の一環として、周産期のメンタルヘルスについても、独立した章を設定して、現時点で健康診査に関わる医師

が留意すべき視点やチェック項目を加えることができた。乳幼児健康診査では、子どもの診察が主であることは言うまでもないが、保護者の様子も観察しておくことの大切さや診るべきポイントを示した。

以上の内容を「乳幼児健康診査 身体診察マニュアル」全104頁（カラー印刷用CD付）の冊子として、全国の自治体および医療関連団体に配布した（本報告書〇頁一〇頁）。

IV. 考察

診察に関しては科学的に検証された確固とした手順や所見の取り方があるわけではなく、医師として長年にわたって実務に当たってきた経験則に基づいたものであることが多い。例えば1歳6か月児健康診査で言葉の遅れと判断する基準も有意味語数が2つ未満、2つ以下、3つ以下など各自治体のマニュアルごとに異なっていて、どれを標準的な基準とするかについては判断できていない。何をターゲットとした基準なのかによっても基準値は異なってくるであろう。

したがって本研究で作成した身体診察マニュアルは、完成したものではなく今後の緻密な調査、研究によって完成へと導くための原案であるという位置づけが妥当であろうと考える。

V. 文献

1. 平岩幹男. 乳幼児健診ハンドブック 改訂第4版. 診断と治療社, 2015.
2. 福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会. 乳幼児健診マニュアル 第5版. 医学書院, 2016.
3. 前川喜平, 小枝達也. 写真でみる乳幼児

- 健診の神経学的チェック法 改訂 9 版.
南山堂, 2017.
4. 小児科編集一同. 乳幼児健診 新庄のポイント&保護者の疑問・相談にこたえる.
小児科臨時増刊号, 金原出版, 2017.
 5. 三重県母子保健・健診マニュアル 第 2 版
 6. 鳥取県乳幼児健康診査マニュアル 平成 26 年度版
 7. 愛知県母子健康診査マニュアル
 8. 新潟県乳幼児健康診査の手引き 改訂 第 5 版
 9. 奈良県乳幼児健康診査マニュアル(診察編)
 10. 徳島県乳幼児健康診査における精神運動発達のチェックポイント及び発達障害児の療育支援の手引き

表1 1歳6か月児健康診査の診察項目

<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体発育状況 2. 栄養状態 3. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無 4. 皮膚の疾病の有無 5. 眼の疾病及び異常の有無 6. 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無 7. 四肢運動障害の有無 8. 精神発達の状況 9. 言語障害の有無 10. 予防接種の実施状況 11. その他の疾病及び異常の有無 12. 育児上問題となる事項（生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等）先天異常 13. その他の疾病及び異常の有無
--

表2 1歳6か月児健康診査の診察所見

<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体的発育異常 2. 精神的発達障害・・・精神発達遅滞、言語発達遅滞 3. 熱性けいれん 4. 運動機能異常 5. 神経系・感覚器の異常・・・視覚、聴覚、てんかん性疾患、その他 6. 血液疾患・・・貧血、その他 7. 皮膚疾患・・・アトピー性皮膚炎、その他 8. 循環器系疾患・・・心雑音、その他 9. 呼吸器系疾患・・・ぜんそく性疾患、その他 10. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他 11. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他 12. 先天異常 13. 生活習慣上の問題・・・小食、偏食、その他 14. 情緒行動上の問題・・・指しゃぶり、多動、不安・恐れ、その他
--

表3 3歳児健康診査の診察項目

1. 身体発育状況
2. 栄養状態
3. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
4. 皮膚の疾病の有無
5. 眼の疾病及び異常の有無
6. 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
7. 四肢運動障害の有無
8. 精神発達の状況
9. 言語障害の有無
10. 予防接種の実施状況
11. その他の疾病及び異常の有無
12. 育児上問題となる事項（生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等）先天異常
13. その他の疾病及び異常の有無

表4 3歳児健康診査の診察所見

1. 身体的発育異常
2. 精神的発達障害・・・精神発達遅滞、言語発達遅滞
3. 熱性けいれん
4. 運動機能異常
5. 神経系・感覚器の異常・・・視覚、聴覚、てんかん性疾患、その他
6. 血液疾患・・・貧血、その他
7. 皮膚疾患・・・アトピー性皮膚炎、その他
8. 循環器系疾患・・・心雑音、その他
9. 呼吸器系疾患・・・ぜんそく性疾患、その他
10. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他
11. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他
12. 先天異常
13. 生活習慣上の問題・・・小食、偏食、その他
14. 情緒行動上の問題・・・指しゃぶり、吃音、多動、不安・恐れ、その他
15. その他の異常（児童虐待など）

表5 3～4か月児健康診査の診察所見

1. 身体的発育異常
2. 精神発達障害・・・笑わない、声がでない、視線があわない
3. けいれん
4. 運動発達異常・・・頸定未完了、物をつかまない
5. 神経系の異常・・・筋緊張異常、反射の異常
6. 感覚器の異常・・・追視をしない、斜視、聴覚異常
7. 血液疾患・・・貧血、その他
8. 皮膚疾患・・・湿疹、その他
9. 股関節・・・開排制限、M字型開脚ではない
10. 斜頸
11. 循環器系疾患・・・心雑音、その他
12. 呼吸器系疾患
13. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他
14. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他
15. 先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）
16. その他の異常（児童虐待など）

乳幼児健康診査事業 実践ガイド

平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び
「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

（平成 30 年 3 月）

序文

「身体診察マニュアル」および「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」は、平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 課題 23「乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究」の事業費により作成した。その主旨は、以下の通りである。

1 調査研究事業の目的

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）における問診内容や健康診査時の手技が標準化されていないため、診察する医師や関わる看護職等のスタッフの技量により結果が異なるといった課題に対し、乳幼児健康診査の標準化につなげるため、現場で実践可能なマニュアル等を作成する。

2 調査研究事業の内容

「標準的な乳幼児健診に関する調査検討委員会」を組織し、日本小児医療保健協議会（四者協）健康診査委員会や関係学会・団体等と密接に連携して事業を実施した（担当責任者：国立成育医療研究センター 小枝達也）。

なお、本研究事業では下記の調査を実施した。

- 乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、医師研修に関する実態調査
- 乳幼児健診における標準的な問診項目への回答者の状況と背景因子に関する調査
- 乳幼児健診における現場担当者の保健指導スキルに関する調査

3 冊子の内容

「身体診察マニュアル」は、乳幼児健診事業で診察に従事する医師を主な対象として、厚生労働省が示している標準的な診察項目に基づいて、具体的な実施方法を記述した。

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」は、市町村が実施する乳幼児健診事業の企画、運営から評価の実践方法、及び多職種が連携する保健指導（乳幼児健診結果を踏まえた事後指導を含む。）について、保健師をはじめとするすべての乳幼児健診事業の従事者、および市町村を支援する都道府県の関係者を対象として記述した。

すべての自治体において、両冊子が相補的に利用され、乳幼児健診事業の標準化や「健やか親子 21（第2次）」の展開が進むことを期待する。

2018年3月

事業担当者：国立成育医療研究センター こころの診療部 小枝 達也
あいち小児保健医療総合センター 保健センター 山崎 嘉久
国立成育医療研究センター こころの診療部 田中 恭子

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」の目的と活用

1 目的

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」（以下、「本書」とする。）の目的は、乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）における問診項目や健康診査時の手技が標準化されていないため、診察する医師や関わる看護職等のスタッフの技量により結果が異なる課題に対し、乳幼児健診事業の標準化につなげるため、現場で実践可能な業務指針等を提供することである。

2 対象と活用

本書は、乳幼児健診事業に携わる保健師をはじめとする多職種の従事者を対象としている。自治体事業の視点から、標準的な保健指導につなげるための問診項目や多職種間で共有すべき情報の活用、事業評価の方法等を示している。

乳幼児健診事業の企画・運営や評価にあたる市町村の担当者や、市町村事業への助言指導にあたる都道府県の担当者に対しては、乳幼児健診従事者への研修、業務手順書の見直し、都道府県版の乳幼児健診マニュアルの作成や見直し等への活用が期待される。

付属 DVD には、乳幼児健診事業の従事者を対象とした新規または現任者研修等に活用する目的で作成した「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」の内容に関する研修教材等を収載している。併せて発刊する「身体診察マニュアル」は主に医師を対象としているが、乳幼児健診事業に従事するすべての職種が、双方の内容を共有すべきである。

3 本書の作成

本書は、標準的な乳幼児健診事業に関する厚生労働科学研究班等の先行研究¹の担当者（巻末参照）が、執筆にあたった。

「身体診察マニュアル」とともに、平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究」により「標準的な乳幼児健診に関する調査検討委員会」を組織し、関係学会・団体等と密接に連携して事業を実施した。

本書は、日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会および日本小児期外科系関連学会協議会で構成される日本小児医療保健協議会の健康診査委員会での検討を経て作成した。

¹ 平成 24～26 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究

平成 27～28 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究

乳幼児健康診査事業 実践ガイド 目次

第1章 総論

第1節	母子保健事業における乳幼児健診事業の位置付け	95
第2節	事業計画に基づいた企画と評価の必要性	103
第3節	「健やか親子21（第2次）」の基本的理解と乳幼児健診の活用	112

第2章 標準的な保健指導の基礎

第1節	保健指導に必要な基本的な考え方	118
第2節	「健やか親子21（第2次）」の問診項目ならびに推奨問診項目の活用方法	125
第3節	多職種が連携して実施する保健指導のポイント	136

第3章 乳幼児健診における情報共有と情報活用

第1節	妊娠期からの支援と支援対象者の情報の活用	164
第2節	多職種間での情報共有（健診後のカンファレンス）のあり方	167
第3節	委託医療機関との情報共有	172

第4章 乳幼児健診の評価の実践

第1節	疾病スクリーニングの精度管理	175
第2節	支援対象者のフォローアップと評価	181

第5章 多職種間で共通に理解すべき情報

第1節	「健やか親子21（第2次）」の重点課題① 「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」	187
第2節	「健やか親子21（第2次）」の重点課題② 「妊娠期からの児童虐待防止対策」	194
第3節	社会性の発達状況の把握と支援のポイント	198
第4節	歯科保健分野の保健指導のポイント	207
第5節	栄養分野の保健指導のポイント	215

【参考文献】		225
--------	--	-----

【付属 DVD】

付属 DVD の活用方法について	232
✓ 現場従事者等を対象とする研修教材（Power Point）	
✓ 「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」ならびに「身体診察マニュアル」の PDF データ	

【参考資料 DVD】

- ✓ 「乳幼児期健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方」等に関する講義（動画）

第1章 総論

第1節 母子保健事業における乳幼児健診事業の位置づけ

1 乳幼児健診事業の根拠と実施状況

わが国の乳幼児健診事業は、母子保健法に基づいて実施されている。第12条には「市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。」と定められ、「満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児」（1歳6か月児健診）および「満三歳を超え満四歳に達しない幼児」（3歳児健診）を対象とする健診は、法定健診とも言われる。これ以外の対象者については、第13条に「前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。」と定められている。

母子保健関連施策の中で、乳幼児健診事業は、妊娠の届出・母子健康手帳の交付、妊婦健診や産婦健診、乳児家庭全戸訪問事業などに引き続いて実施されるものである（図1-1）。長い歴史と高い住民の理解の下に、現在でも高い受診率が得られている。

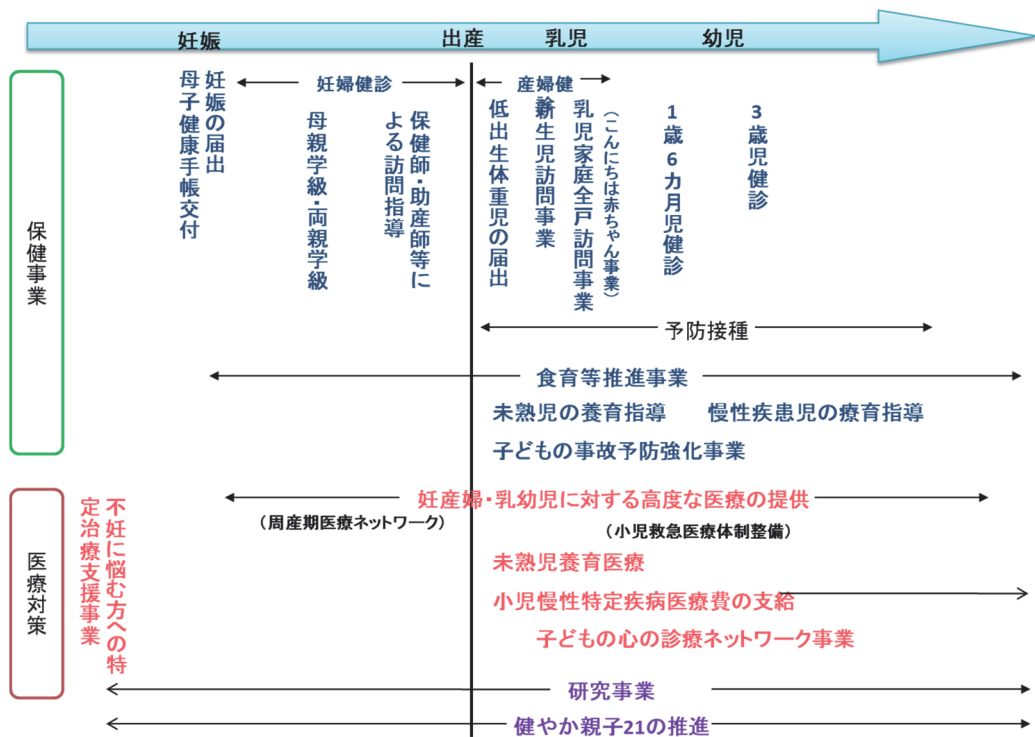


図1-1 母子保健関連施策の体系（厚生労働省子ども家庭局母子保健課）

法定健診以外にも市町村では、様々な健診が実施されている（表1-1）。このうち3～4か月児健診はほとんどの市町村で実施され、9～10か月児健診がこれに次いで多い。2歳児歯科健診や6～7か月児健診、5歳児健診など、市町村によりさまざまな対象時期で実施されているが、実施する市町村数は多くない。なお、小児科の診療所などで、かかりつけ医として独自に実施している健診の実施状況は把握されていない。

乳幼児健診には、市町村の保健センター等で行う集団健診と、医療機関に委託して行う個別健診がある。法定健診のほとんどは集団健診で実施されているが、乳児期の健診では個別健診の割合が比較的高くなっている。対象時期や集団健診か個別健診かの実施方法は、市町村により様々な状況にある。

表 1-1 乳幼児健診の実施状況（平成 27 年度（1741 市町村））

健診	一般健康診査				歯科健康診査			
	実施あり	公費負担あり	集団健診	個別健診	実施あり	公費負担あり	集団健診	個別健診
2 週間児健診	16	13	2	14	0	0	0	0
1 か月児健診	456	432	9	447	0	0	0	0
2 か月児健診	119	116	48	71	6	6	6	0
3～4 か月児健診	1,702	1,658	1,371	331	50	50	47	3
5 か月児健診	193	188	134	59	23	22	23	0
6～7 か月児健診	766	751	481	285	53	52	52	1
8 か月児健診	225	222	3	135	29	27	29	0
9～10 か月児健診	1,261	1,233	664	593	108	103	103	5
11 か月児健診	239	234	124	115	36	34	36	0
1 歳児健診	331	314	288	43	180	173	166	14
1 歳 6 か月児健診	1,741	1,741	1,676	52	1,741	1,741	1,664	51
2 歳児健診	441	421	434	7	874	849	800	74
3 歳児健診	1,741	1,741	1,708	23	1,741	1,741	1,678	44
4 歳児健診	42	39	40	2	74	72	67	7
5 歳児健診	209	205	201	8	117	113	105	12
6 歳児健診	16	16	15	1	39	38	36	3

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調査（一部改編）

2 乳幼児健診事業の歩み

わが国の乳幼児健診事業は、国民皆保険が成立する以前から医療保険制度とは独立して、主に自治体の施策として発展してきた（Power Point 1 章 1 節 4（PP 1-1-4））。

1937 年（昭和 12 年）に保健所法が制定され、保健所における乳幼児保健指導が開始された。1939 年に愛育会と中央社会事業協会が提唱した「乳幼児一斉健康診断」が、わが国の乳幼児健診の始まりとされる¹⁾。1942 年の妊産婦手帳の開始に伴い、最低 3 回（妊婦届、妊娠 5～6 か月頃、妊娠 9 か月頃）の診察（妊婦健診）が奨励され、翌年の「妊産婦保健指導指針」において、産後の 2 回（産後 2 か月と 6 か月）の診察が追加された²⁾。第二次世界大戦後の 1947 年に児童福祉法が公布され、1948 年には（都道府県）保健所で乳幼児健診が開始された。同時に厚生省告示第 26 号で母子手

帳が定められ、1965年（昭和40年）の母子保健法の公布で母子健康手帳と改称された。その後、保健所での3歳児健診（1961年）、委託医療機関での個別健診（1969年）、市町村の1歳6か月児健診（1977年）が開始され、3歳児健診への視聴覚検査（1990年）が追加された。

1997年（平成9年）に母子保健法が改正され、乳幼児健診事業の実施主体が市町村となった。1998年、厚生省児童家庭局長通知「乳幼児に対する健康診査の実施について」（児発第285号）が発出され、乳幼児健康診査実施要綱が示された。2015年からの「健やか親子21（第2次）」では、乳幼児健診事業の評価指標が定められるとともに、評価指標の一部を乳幼児健診の必須問診項目に設定し、母子保健課調査として毎年度把握されることとなった。これを受け局長通知が改正され、「事業の評価を定期的に行う体制を整え、効果的な事業の運営を図る。」ことが明記された（第3次改正 雇児発0911第1号2015年）。

3 健康課題の重層性と多職種連携

乳幼児健診で取り扱う健康課題は、戦前・戦後の発育や栄養の改善から（三次予防）、股関節脱臼など疾病の早期発見と治療、脳性まひや視覚・聴覚異常の発見と療育（二次予防）、肥満やう蝕[†]の予防、社会性の発達、親子の関係性や親のメンタルヘルス、子ども虐待の未然防止など（一次予防）、時代とともに大きく変遷してきた。課題の多くは現在にも通ずるもので、乳幼児健診で取り扱う健康課題は重層化していることが特徴である。そして、現在では、健康課題のスクリーニングの視点だけでなく、支援（サポート）の視点が必要となっている（図1-2）。

これに呼応して乳幼児健診に従事する職種も、医師・歯科医師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、心理職、保育士などの多くの職種がかかわりをもつようになった。多職種の従事者がワンストップのサービスを提供する集団健診は、乳幼児健診に特有のスタイルである。

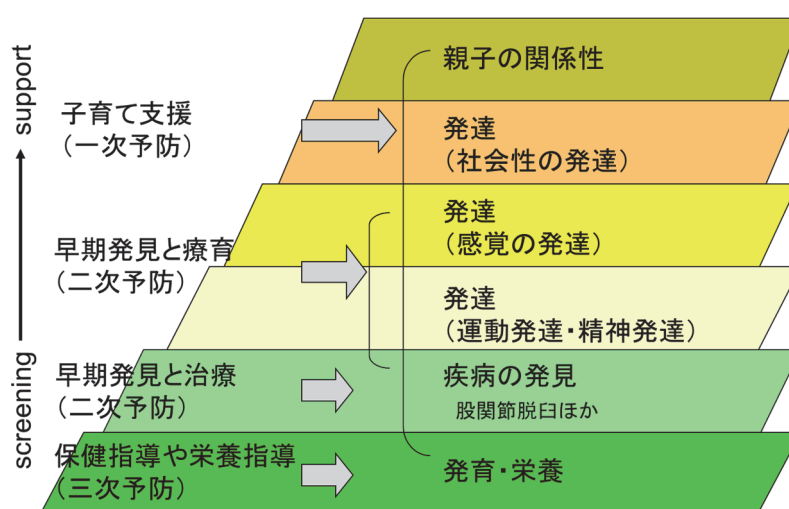


図 1-2 乳幼児健診の主要課題の重層性

[†] 「う蝕」は、「むし歯」の同義語である。歯科医療の用語として広く使用されていることから、本マニュアルでは「う蝕」で統一している。

4 新たな課題の出現等による母子保健関係業務の複雑化

「健やか親子21」の最終評価報告書では、母子保健事業の推進のための課題として、新たな課題の出現等による母子保健関係業務の複雑化が指摘された（PP 1-3-2）。母子保健を取り巻くその他の分野の概念が、複雑かつ密接に関わり、その境が分かりにくくなったこと、関連施策や計画等が増えてきたことが課題として挙げられた（図1-3）。

乳幼児健診に関係する法律としては、地域保健法（1947年）、児童福祉法（1948年）、母子保健法（1965年）が挙げられる。近年になり、児童虐待の防止等に関する法律（2000年）、次世代育成支援対策推進法（2003年）、少子化社会対策基本法、発達障害者支援法（2004年）、食育基本法（2005年）、子どもの貧困対策の推進に関する法律（2013年）など、幅広い分野の法律や関連通知等に、乳幼児健診事業の役割や活用に関する記述が認められるようになった。乳幼児健診事業は、母子保健事業のみならず、様々な施策のいわば根幹をなす事業と位置づけられるものとなっている。

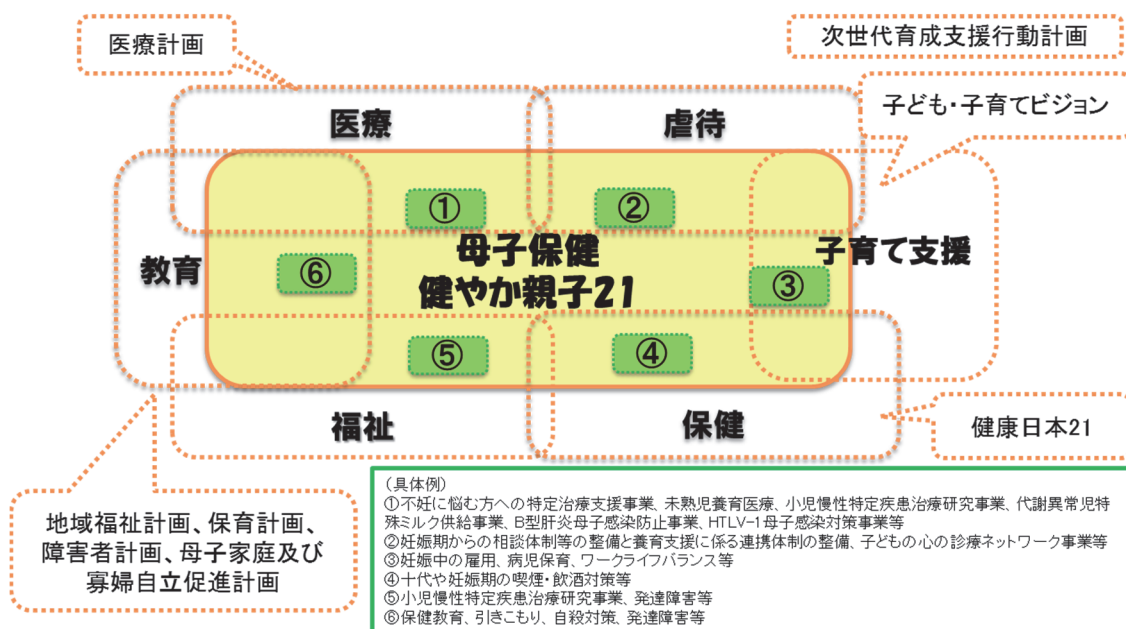


図 1-3 母子保健事業と関連する事業のイメージ図

子育てに何らかの困難や要因がある場合の支援策には、様々な状況がある。保健師等との良好な信頼関係を結び、助言や情報提供があれば、近隣のサポートを受けるなど自ら対処可能な親がいる。一方、困難を打開するためには、保健機関による個別支援（電話や家庭訪問、面接など一定の方針を立てて仕掛ける継続的な相談）や、事後教室などの支援事業（市町村ごとの年度計画による事業）が必要な親に対しては、「暖かなおせっかい」で関係を結ぶ必要がある。さらに、保健機関の個別支援と共に、福祉部門や医療機関など他機関と連携した支援が必要な場合もある。支援の必要性を認めない場合も含めて、すべての親子が母子保健事業の対象である。乳幼児健診事業においては、健診受診者の支援の必要性を把握するとともに、未受診者を必要な支援につなげることで、すべての親子に必要な支援を届けることができる（PP 1-1-7）。

5 乳幼児健診データの活用による母子保健事業等の評価

乳幼児健診は全国の市町村で高い受診率が得られていることから、そこで得られる個別の健康状況データを地域の状況把握に活用することができる。つまり、問診場面で把握される状況から、個別の相談や支援につなげると共に、その時期までの市町村における母子保健事業等をリアルタイムで評価する数値として活用することが可能である（PP 1-1-8）。

母子保健事業等の評価として、例えば、市町村は、食生活や生活習慣、歯科保健に関する問診データ等の経年変化を集計することで、乳幼児健診の保健指導を評価することができる。国の集計では、地域の健康度の経年変化等を用いた歯科や栄養、生活習慣などに関する評価が、795市町村（45.7%）で実施されている（平成27年度）。都道府県や保健所単位で、その地域で特に重要な健康課題について共通の問診項目を定めることで、都道府県の健康状況を把握し、都道府県の母子保健計画等の評価に活用するとともに、管内市町村の比較により市町村への技術的助言に活用できる。愛知県では、2011年度から県共通の問診項目を定めて、活用している³⁾。「健やか親子21（第2次）」では、評価指標のうち「健康水準の指標」や「健康行動の指標」を把握する設問を、3～4か月児健診、1歳6か月児健診と3歳児健診の全国共通の問診項目として、毎年度、母子保健課調査として実施されている（PP 1-1-9）。

全国共通の問診項目の活用の考え方は以下の通りである（図 1-4）。3～4か月児健診、1歳6か月児健診と3歳児健診すべてで対象となっている問診項目は、「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合（重点課題①-1）」「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合（①-2）」「積極的に育児をしている父親の割合（基盤課題 C-5）」など、子どもの成長が、回答結果と関連する指標である。これらの項目を用いた実際の問診場面では、子どもの状況変化に苦慮する様々な姿が把握される。「この地域で子育てをしたいと思う親の割合（C-1）」の項目などとともに、それぞれの回答割合を集計し、他市町村や都道府県・国の平均値と比較することで、対象年齢によって異なる母子保健事業や子育て支援の施策の効果を直接、間接的に評価できる。なお、「子どもを虐待していると思われる親の割合（②-2）」に関連した問診項目は、質問文にある通り、この数か月間に家庭内で起きた子育て上のトラブルに関するものであり、集計値は、親の虐待の頻度を示すものではない。

3～4か月児健診に特有の問診項目では、妊娠や出産後の保健指導などに関連する事業の状況が把握されるとともに、個別の問診場面では妊娠中から出産後の状況を振り返り、今後の支援につなげることができる。なお、「乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）を知っている親の割合（重点課題②-5）」の指標に関する問診項目は、乳児の激しい揺さぶりが脳障害を引き起こすことを啓発する意味も込められている。

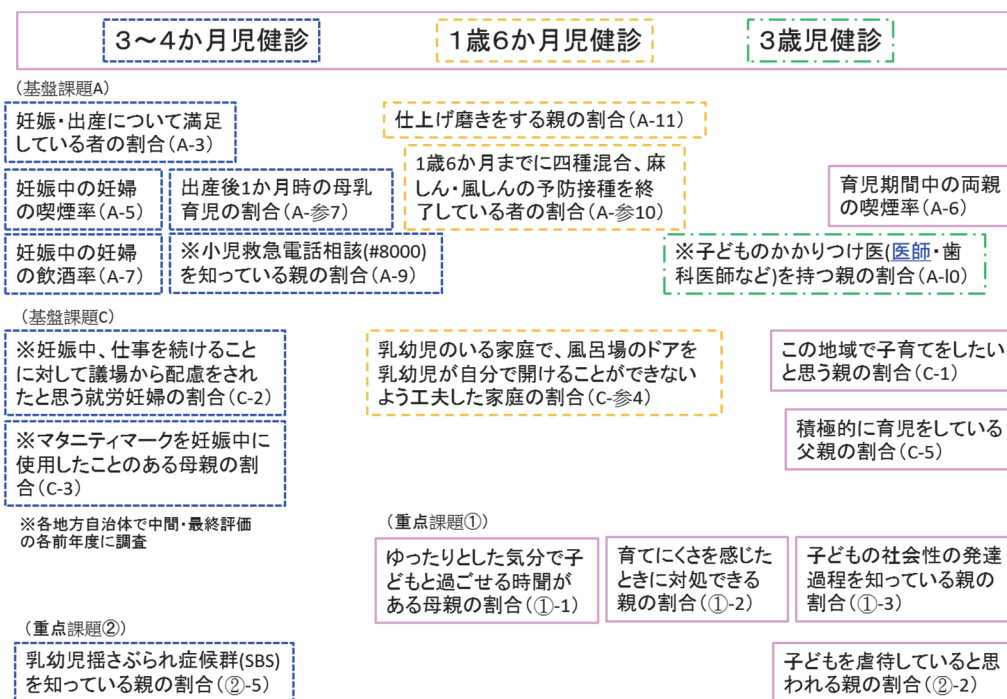


図 1-4 問診等で状況を把握する指標とその時期

1歳6か月児健診に特有の項目では、「仕上げ磨きをする親の割合 (A-11)」に関する問診項目が設定されている。う蝕の予防とともに親から子どもへのかかわりを促す項目である。また、予防接種や子どもの事故に関する項目は、予防接種事業、子どもの事故予防強化事業の評価につなげるとともに、問診項目以外の予防接種の勧奨や家庭内での事故予防策に活用することができる。

6 乳幼児健診事業の今後のあり方

1) 子育て世代包括支援センターとの関連

現在、全国展開を目指している子育て世代包括支援センター (PP 1-1-11) には、妊娠初期から子育て期にわたり、妊娠の届出等の機会に得た情報を基に、妊娠・出産・子育てに関する相談に応じ、必要に応じて個別に支援プランを策定し、保健・医療・福祉・教育等の地域の関係機関による切れ目のない支援を行うことが求められる⁴⁾。今日、ほとんどの市町村において、妊娠の届出時にアンケートを実施する等の方法で、妊婦の身体的・精神的・社会的状況が把握されている状況である。乳児家庭全戸訪問 (こんにちは赤ちゃん) 事業もほとんどの市町村で実施され、支援対象者は健診受診以前に把握されていることも少なくない。乳幼児健診は、支援対象者との関係性を結びなおし、継続的な関係を構築する場でもある。

ほとんどの市町村で実施されている3~4か月児健診と、法定健診である1歳6か月児、3歳児健診を、未受診者も含めたすべての親子の状況を確認する機会と位置付けて、定期的に支援やフォローアップの状況を見直すことで、子育て世代包括支援センター事業の評価につなげることができる (第4章第2節)。

2) 他の健診事業等との連携の考え方

乳幼児健診は、妊婦健診や学校健診とともに、すべて長い歴史と高い受診率が得ら

れ、住民にしっかりと根付いた制度である。妊婦、乳幼児、児童・生徒と対象は移り変わるが、一貫して健康の保障（健康の保持・増進）を目的としている。乳幼児健診と学校健診では、身長、体重などの身体測定値、問診や診察により子どもの健康状況の把握が行われている。妊婦健診だけでなく、近年、産婦健診も開始されて、妊婦のメンタルヘルスや社会的要因の把握の役割も果たすようになってきている。乳幼児健診との連携で、親と子の社会的な健康も保障する役割が求められている。また、乳幼児健診で取り扱う発達の保障は、就学時健診や学校健診との連携により、就学の保障や基礎的学力を保障するための教育の提供にもつながっている。

妊婦健診・産婦健診、乳幼児健診と学校健診は、住民のライフサイクルの中で、健やかな次世代を継承することを目指す、いわば「基本領域」と考えることができる（図1-5）。一方、妊婦健診・産婦健診、乳幼児健診、学校健診には、その年齢や対象ごとに、早期に発見し、治療につなげるための検査項目がある。例えば、妊婦健診では妊娠高血圧症、感染症スクリーニングが行われる。新生児期には先天代謝異常スクリーニングや聴覚スクリーニングが実施され、乳幼児健診では、乳児股関節検診、視覚検査、聴覚検査が行われている。学校健診でも心電図検診、学校検尿などが実施されている。職域・地域保健領域では、特定健診・特定保健指導、各種のがん検診や、労働者がメンタルヘルス不調になることを未然に防止するメンタルチェックなど、個別の健康課題に対する健診事業が中核となっている。その目的には、医療費削減という共通点がある。乳幼児健診や学校健診の年齢や対象ごとの検査項目とともに、いわば「個別疾患領域」の健診事業と整理することができるのではないだろうか。

さらに、わが国では国民皆保険制度が整い、現在ではすべての市町村において、子ども医療費助成制度等の医療費を援助する制度が利用できる。これらの医療制度は、「何かおかしい」と気づいた親が医療機関を受診するモチベーションを高め、事実上、疾病を早期に発見する役割も担っている。また小児科の診療所を中心に、一般診療中でのいわゆる「子育て相談」に対する関心も高い⁵⁾。すべての親子に必要な支援を届けるためには、乳幼児健診の充実とともに、妊婦健診・産婦健診、学校健診等の健診事業や、医療保険制度による医療サービスが、複合的な基盤として活用されるための情報の共有と利活用が求められる。

2013年6月に閣議決定された成長戦略「日本再興戦略」を契機として、現在、すべての健康保険組合において、データヘルス計画が実施されている。これを背景とし、未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合（厚生労働省、総務省、文部科学省）では、乳幼児期・学童期の健康情報の連携についての検討が始まっている⁶⁾。今後、これらの検討結果も踏まえた、乳幼児健診事業のあり方についての議論が期待される。

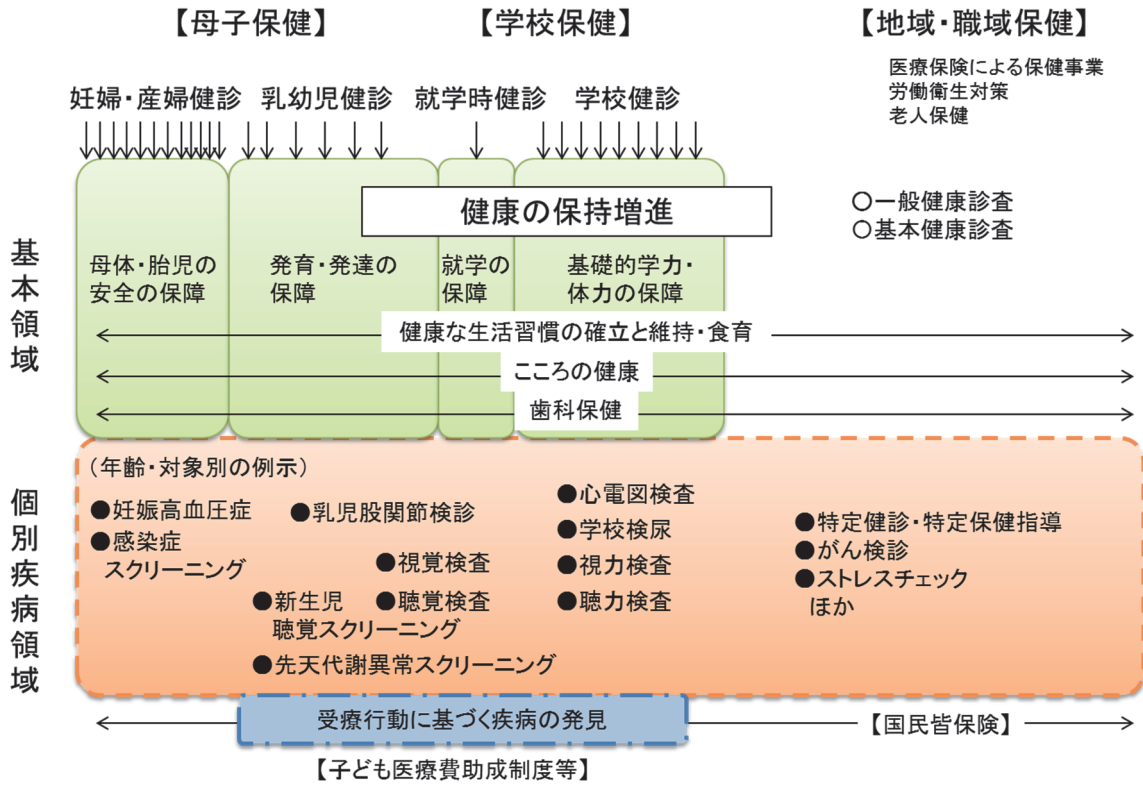


図 1-5 乳幼児健診事業と他健診事業等との連携の考え方

第1章 第2節 事業計画に基づいた企画と評価の必要性

1 母子保健事業の推進のための課題

「健やか親子21」最終評価報告書では、母子保健事業の推進のための課題が明確となった⁷⁾。母子保健に関する計画策定として、1997年から母子保健計画（市町村）の策定と見直しが行われたものの、その後、次世代育成支援対策推進法に基づく次世代育成行動計画（都道府県・市町村・事業主）への包括化や健康増進計画（都道府県・市町村）などとの関係から、どの計画に位置付けられるか、取組や実施体制等にも自治体ごとに異なる状況となっていることが示された。また、乳幼児健診事業の内容や手技が標準化されていないこと、問診内容等が市町村ごとに異なること、情報の利活用が不十分な状況も指摘された（表1-2）。

表1-2 最終評価の検討において指摘された今後の課題

母子保健事業の推進のための課題

1. 母子保健に関する計画策定や取組・実施体制等に地方公共団体間の格差があること
2. 新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化
3. 母子保健事業の推進のための情報の利活用の状況について
 - 健康診査の内容や手技が標準化されていないこと
 - 情報の利活用が不十分なこと
 - ✓ 問診内容等情報の地方公共団体間の比較が困難なこと
 - ✓ 情報の分析・活用ができていない地方公共団体があること
 - ✓ 関連機関の間での情報共有が不十分なこと

わが国の母子保健の状況を振り返ると、20世紀中盤には、乳児死亡率などの基本的な保健指標が顕著に改善しているが、これは母子保健事業の成果と言えるだろう。その成因として、中村⁸⁾は、当時の一般的な女性の教育レベルの高さや住民組織の存在、保健師等の訪問活動や現任者教育システムとともに *discretion in front-line service*（現場裁量権）の存在を指摘している。つまり、保健師等の現場従事者が、地域や住民のニーズに合わせて現場レベルで工夫できたことが、成果の一因ということである。母子健康手帳においても、省令様式以外のいわゆる任意様式については、市町村により独自に工夫されている。乳幼児健診の実施状況が異なるのは、保健指導などの個別性の高い業務と直結するため、現場のニーズを反映する工夫によるといえる。これまでの母子保健事業の成果は、個別の対象者や現場のニーズに対峙した保健師等の熱意と努力で達成されてきた。しかし、この強みは、現場従事者の個々のスキルに依存するという短所と表裏一体である。また、母子保健事業の複雑化や地域の健康格差を踏まえた事業展開が、乳幼児健診事業においても求められている。

2 事業計画と評価

「乳幼児に対する健康診査の実施について」の局長通知の改正（2015年）では、「事業の評価を定期的に行う体制を整え、効果的な事業の運営を図る」ことが明記された

(第3次改正雇児発0911第1号)。事業計画に基づいた評価は、行政サービスの標準化のためだけでなく、現場ニーズに呼応した人材育成や事業実施体制の改善に必要な予算獲得のためにも不可欠といえる。

1) 乳幼児健診事業の企画

乳幼児健診事業は、日常の現場業務としてしっかりと根付いた事業であるが、その企画にあたっては時代の変化に伴う事業の意義に照らし合わせるべきである。標準的な乳幼児健診事業と保健指導について検討を重ねてきた研究班⁹⁾では、親子の健康を保障するための乳幼児健診の今日的な意義として、次の4点を示した。

①健康状況の把握：受診者個々の健康状況の把握に加え、問診情報の集計などにより地域の健康

状況を把握すること。

②支援者との出会い：親子が支援者と出会う場であるとともに、支援者との継続的な関係を

構築・再確認し、すべての親子を必要な支援につなげること。

③多職種の視点：多職種が有する知識や技量を共有し、従事する職種が限られていても、

すべての従事者が多職種の視点で保健指導を行うこと。

④共通の基盤：すべての都道府県と市町村が、地域の状況に合わせて工夫をするとともに、

一貫した行政サービスを提供するための共通の基盤を整えること。

これらの意義を事業展開するために必要なのが、事業計画に基づいた実施と評価である（Power Point 1章2節4(PP 1-2-4)）。

2) 実施体制の構築

乳幼児健診事業では、毎年度の事業計画に基づいて、対象者の把握（事前の情報把握を含む）、健診の実施（問診・観察・診察と判定、保健指導とカンファレンス）、健診後のフォローアップ（精密検査結果の把握、支援状況の把握等）、未受診者対応、支援の実施（相談・訪問などの個別支援や事後教室等の支援事業等）を行う（図 1-6）。これらの実施結果を市町村で集計し、また県・保健所や国への報告・還元情報を用いて、評価を行う実施体制を構築する必要がある。

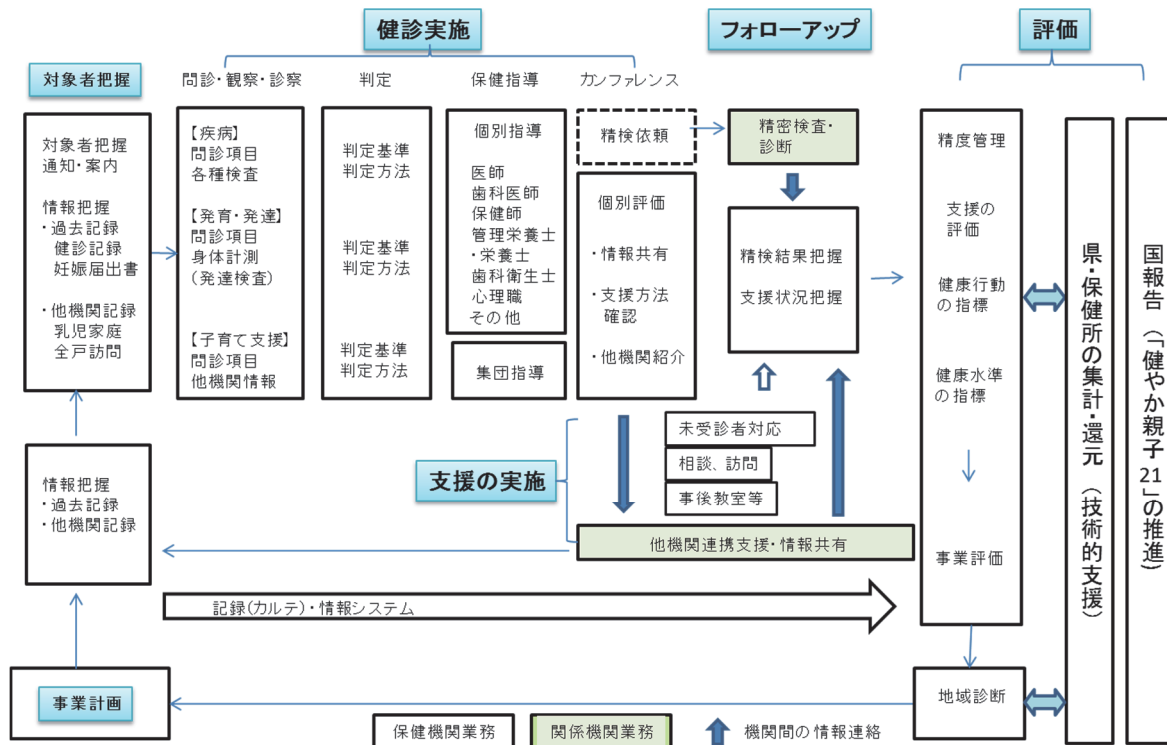


図 1-6 標準的な乳幼児健診の実施体制と評価

医療機関に委託する個別健診には、相応の利点が認められるが¹⁰⁾、図 1-6 に示した集団健診の実施体制から見て、委託可能な業務は「健診実施」の一部など限定的である。疾病のスクリーニングだけではなく、支援対象者の把握と支援が求められる乳幼児健診事業において、事業実施主体である市町村は、委託医療機関との円滑な情報共有など、間隙を埋めるための業務を盛り込む必要がある。

3) 個別ケースへの対応の振り返りから事業評価へ

研究班が実施した支援対象者への評価に関する調査では、事前の情報を健診前に健診従事者間で共有して問診にあたることや、健診後のカンファレンスにおいて、健診場面で把握した情報を共有して対応方針を決定し、ケースを担当する保健師に業務をつなげるなど個別ケースへの対応は、多くの市町村で実施されていることが把握された¹¹⁾。また、訪問記録やフォローアップ台帳などを回覧することや部内の話し合いの場を持つなどしてフォローアップ状況を共有し、支援方針を見直すなどの振り返りも少なからず実施されている。これらの個別ケースの評価は、現場対応に不可欠である(第 4 章第 2 節)。

一方、乳幼児健診事業においても、事業計画(plan)、事業実施(do)、事業評価(check)とこれらの情報に基づいた計画の見直し(action)のPDCAサイクルを用いた評価と運営が求められる。しかし、研究班の調査では、乳幼児健診受診者数や保健指導の件数など業務実績は集計されていても、PDCAサイクルを用いた評価を実施している事例はほとんど把握できなかった(PP 1-2-6)。これまでの研究等で提示された評価方法は現場業務には複雑で、外部委託の画一的な集計は現場業務に生かす結果につながりにくい。このため研究班では、乳幼児健診事業を評価するために現場業務で実現可能な考え方を示した(PP 1-2-7)。

3 これまでの評価の状況

2001年に始まった国民運動計画である「健やか親子21」は、母子保健事業の目標を構造化し、数値評価する画期的なものであった。しかし、この分野では初めての取り組みであったことなどから、2回の中間評価や最終評価においては、状況を把握する設問や調査方法が変更された指標も認められた。例えば、「乳幼児の健康診査に満足している者の割合（課題4-11）」では、計画策定時には、幼児健康度調査の設問「お子さんがこれまでに受けた健診に満足していますか」に対する択一式で「1. 満足している」の回答割合で求められた。第1回中間評価以降は、1歳6か月児と3歳児健診受診者への設問「健診を受けた感想はいかがですか」に対する複数選択式で「1. 信頼ができて安心できた」の回答割合とされた。最終評価時には、満足している割合の選択肢が変更されたことなどから総合評価では「評価できない」となった（PP1-2-7）。集団健診の現場では、受診者の利便性やいわゆる顧客満足度が受診率の向上につながるなどの考え方がある。一方で、多様なニーズに応じた支援や、そのための支援者との継続的な関係性の構築という手間と時間を要する業務が重要であることも、健診従事者に認識されている。したがって、乳幼児健診の立ち位置の複雑さが評価を困難にしていたと考えられる。

「育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合（課題4-12）」が、「健やか親子21」の評価指標に設定されたことで、子育て支援の視点が乳幼児健診の目的として明確化された意義は画期的であった。しかし、評価に用いられた調査データは、自治体に対して「育児支援に重点を置いた乳幼児健康診査の実施」の項目に、「1. 取り組んでいる 2. 取り組んでいない」の択一式で回答する方法で集計された。その結果、計画策定時には6割程度の市町村が該当する状況であったが、第1回中間評価以降は、ほとんどの市町村が「取り組んでいる」と回答したため、調査データからは一気に全国に広まって「改善した（目標に達していないが改善した）」との総合評価であった（PP1-2-9）。この結果について、子育て支援に重点を置いた乳幼児健診の必要性を唱える論評や専門家の意見が認められたものの、その回答内容や基準は市町村の担当者に任されていた（PP1-2-10）。また、各市町村では、限られた状況の中でそれぞれに工夫していたが、何をどこまで実施すれば取り組んでいると回答できるのかは示されていない。市町村にとって評価結果を活用することは、困難であったと考えられる。

乳児健診未受診児など生後4か月までに全乳児の状況把握に取り組んでいる市町村の割合（課題4-13）においても、同様に「1. 取り組んでいる 2. 取り組んでいない」の二者択一で評価しているため、評価結果を市町村事業に生かす方向性は示されていない。最終評価報告書には、調査・分析上の課題として、「全数把握を目標とするあまり個々の対応が浅くなる懸念もあり、量的な評価だけでなく、量と質のバランスもまた重要である。家族の持つそれぞれのニーズに応じた適切な支援が行われているかどうかの分析も必要である。」と記されている。

4 「健やか親子21（第2次）」で示された乳幼児健診事業の評価指標

評価結果を一般化するためには、評価指標の妥当性や関係者の共通理解が必要である。「健やか親子21（第2次）」で示された評価指標は、エビデンスに基づいた検討がされており、標準的な評価指標としての意義がある。また、「健やか親子21」の最

終評価での経験を踏まえ、環境整備の指標に対しては、指標を満たすための条件が示されている。これらの条件は、市町村や都道府県・保健所の取り組みの方向性を示すものである。市町村は、乳幼児健診で得られたデータ、および国や都道府県（保健所）から還元される情報などを用いて、乳幼児健診事業や母子保健事業全体の事業評価につなげることができる。都道府県は、市町村の事業計画、実施、評価に必要な助言や情報提供を行うことが求められる。

以下に、乳幼児健診事業を評価する指標とその活用のポイントを示す。また、研究班が作成した「手引き」¹⁰⁾ の P. 100～144 には、乳幼児健診に関連したその他の指標、母子保健事業の評価につなげるための問診項目の活用のポイントが示されている。

1) 乳幼児健康診査事業を評価する体制がある市区町村の割合（基盤課題 A-16）

乳幼児健康診査事業を、PDCA サイクルに沿った評価手法を用いて実施することを目指す指標である。すでに母子保健課調査で把握されている状況とともに、市町村での活用法について示す。

①母子保健計画に基づいた評価

事業評価の基本は、計画づくりである。指標や目標値は、例えば、受診率、未受診者の把握率（現認率）など地域の状況に応じて定める。目標値は、単に数値を羅列するのではなく、その必要性やこれを達成するために必要なインプット（予算や人材等）について十分に検討し、達成過程を明らかにすべきである。可能な限り都道府県単位で共通の指標を持つことが望ましく、達成度に応じて定期的に見直すべきである。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、母子保健計画は 1,442 市町村（82.8%）で策定されているが、乳幼児健診に関する指標や目標値を定めているのは 1,047 市町村（60.1%）である。母子保健計画の未策定市町村は、健診受診率など既存の指標や目標値を定める計画策定を行い、計画策定がされている場合でも評価結果を活用する体制の構築が求められる。

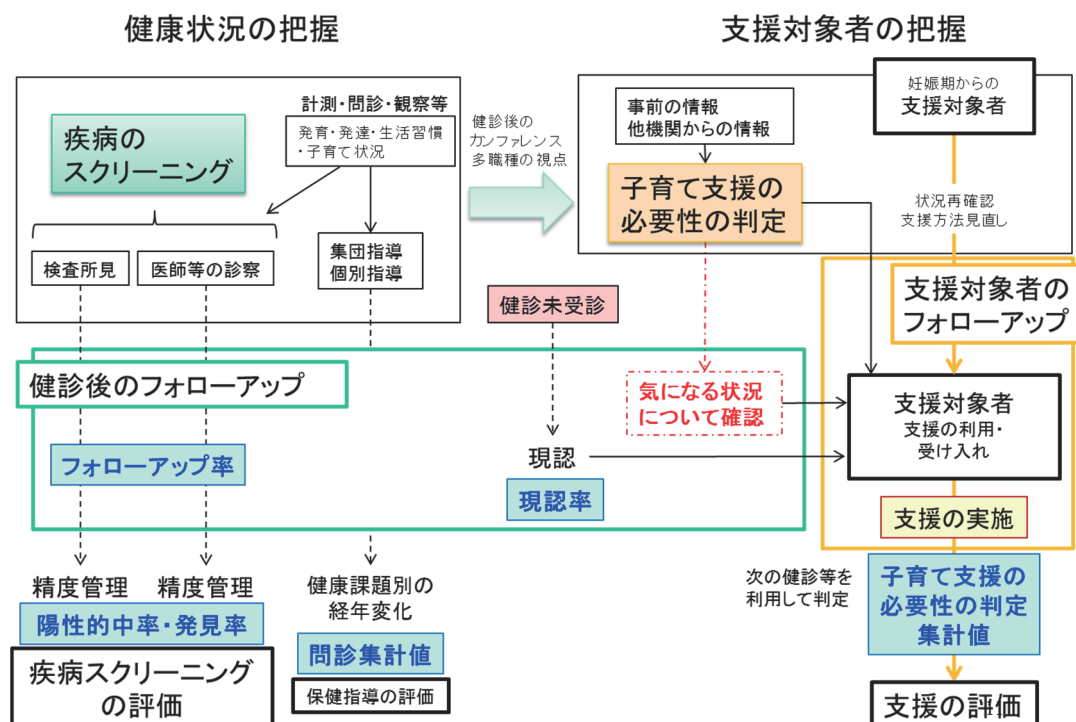


図 1-7 乳幼児健診事業における評価指標

② 疾病スクリーニングの精度管理

今日の乳幼児健診事業には、従来行われてきた子どもの健康状況の把握に加えて、親子への子育て支援の必要性の検討が求められている。事業評価につなげるためには、疾病スクリーニングと支援対象者のフォローアップと評価を区別して捉える必要がある（PP 1-2-10）。

疾病スクリーニングの精度管理は、対象となる疾病を特定し、健診後のフォローアップ業務として医療機関の精密検査結果を把握し、精度管理を行う。評価には、判定の標準化のために判定のばらつきの状況を確認し、数値指標（フォローアップ率、発見率と陽性的中率の算出）を用いた精度管理を行う（図 1-7）。具体的な方法は、第 4 章第 1 節に示した。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、精度管理の実施が 362 市町村（20.8%）と少なく、「研究班調査」^{12, 13)}では数値指標を用いた精度管理の実施率は 1 割に満たない。都道府県との連携で、対象とする疾病を特定し、市町村ごとの数値指標の結果に基づいて、判定基準やフォローアップ方法、精密検査医療機関との連携を展開する必要がある。

③ 支援対象者のフォローアップと評価

支援の必要性の検討は、健診後のカンファレンスで多職種の視点を入れて、子育て支援の必要性の判定など標準的な区分を用いて判定する。健診未受診者は、健診後のフォローアップ業務として現認し、必要な支援につなげる。また、支援対象者は、妊娠期から把握されていることも少なくない。支援対象者のフォローアップ業務として、個別支援の受け入れや支援の利用状況を他機関との情報共有も含めて把握する（図 1-7）。3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診を、すべての親子の状況を確認

し、支援事業を評価する機会とすることができる（第4章第2節）。

母子保健課調査（平成27年度）では、1,309市町村（75.2%）の実施状況となっているが、研究班調査では、ほとんどが個別ケースの評価にとどまっている。事業評価が実施できる体制の構築が必要である。

④健診医に対するフィードバック

疾病スクリーニングの精度管理には、見逃しケースを把握する体制を構築するとともに、精度管理結果を健診医にフィードバックする機会を設ける必要がある。保健所や都道府県が地域医師会などと連携し、協議の場や研修会を実施することが求められる（第4章第1節）。

母子保健課調査（平成27年度）では、661市町村（35.1%）と少ない実施状況にある。保健所や都道府県に連携を求め、実施体制を構築する必要がある。

⑤保健指導の効果の評価

歯科保健分野では、う蝕の有病率の集計値の経年変化を用いて、保健指導の効果を評価する方法が、すでに一般化している。保護者の喫煙などの生活習慣や食生活に関する問診項目の集計値を経年的に分析することで、保健指導の効果を評価することができる。

母子保健課調査（平成27年度）では、795市町村（45.7%）が実施している。「健やか親子21（第2次）」の共通問診を活用して、妊娠中の喫煙や飲酒、育児期間中の父母の喫煙、親の仕上げ磨き、事故予防策は、都道府県との連携で保健所管内市町村とのデータを比較するなどの分析が可能である。愛知県では、県内共通の問診項目として、朝食、就寝時間、テレビ等の視聴時間などの生活習慣の状況を集計している。都道府県や保健所との連携で、評価項目を検討することが市町村事業の評価に有用である。

2) 市町村の乳幼児健康診査事業の評価体制構築への支援をしている県型保健所の割合（基盤課題 A-16）

「健やか親子21（第2次）」では、地域格差の解消に向けて市町村の母子保健事業を標準化するため、都道府県の役割が指標に盛り込まれている。母子保健課調査の設問・選択肢に示された条件は、乳幼児健診事業の評価体制に構築のために必要な都道府県・保健所の役割である。

①母子保健計画に基づいた評価

母子保健事業が複雑化している中でも、乳幼児健診事業はその根幹をなすものである。乳幼児健診に関する都道府県計画の目標値や指標は、市町村事業の標準化や健康格差の解消に向けた施策の展開に不可欠である。

母子保健課調査（平成27年度）では、都道府県の母子保健計画において、乳幼児健診に関する項目を定めて評価していたのは27都道府県（57.5%）であった。

②評価項目を定めた健診情報の収集による分析

評価項目として、「健やか親子21（第2次）」の指標が活用できる。市町村間の比

較だけでなく、全国集計値との比較により都道府県事業の評価としても活用できる。都道府県や保健所単位で、地域の状況に応じ独自に評価項目を定めることは、市町村の状況把握するためにより適している。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、94 保健所（25.5%）の実施状況であった。

③健診結果の評価に関する管内会議の開催

収集された健診情報の分析や評価には、関係者間で情報を共有し、現場の意見を踏まえた議論が必要である。市町村の実態を共有し、市町村事業に生かすことができる。保健所の保健師が管内市町村の乳幼児健診を巡回することは、状況把握としても、現任者研修の場としても有用である。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、101 保健所（27.5%）の実施状況であった。

④市町村向けの研修の実施

医師・歯科医師を含め乳幼児健診事業の従事者の多くが、非常勤職員であることから、健診従事者への研修機会の提供には市町村の高いニーズがある。乳幼児健診事業の意義や目指している方向性を共有し、精度管理や支援結果などの評価方法の理解を促すための研修は、業務の標準化と質の向上に不可欠である。なお、中期的な研修計画の項目の一つとして、乳幼児健診事業の評価方法が含まれることが指標に示された条件である。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、16 都道府県（34.0%）、55 保健所（15.0%）の実施状況であった。

3) 乳幼児健診の受診率（基盤課題 A-8 重点課題②-3 再掲）

受診率は、乳幼児健診への住民参画の状況を示す指標として、また、市町村や都道府県の母子保健計画の評価指標として用いることが可能である。「健やか親子 2 1（第 2 次）」では、すべての親子に必要な支援を届ける視点から、未受診率を指標としている。

受診率に影響を与える因子は、地方自治体側の周知方法や開催日時や場所などの実施体制の要因と、住民側の意識や生活状況などの要因が複合的に関与していると考えられる。平成 27 年度の未受診率は、3～5 か月児 4.4%、1 歳 6 か月児 4.3%、3 歳児 6.7%で、いずれの健診でも直近 10 年間は着実に減少しているが、都道府県間や同一都道府県内の市町村比較では違いを認めている。受診率に影響を与える要因は、地域によって異なると考えられ、受診率向上のための計画策定には、まずは地域ごとの要因の分析が必要である。

受診率は、年度内に受診した実人数をその対象者で除したものであるが、次項の未受診者の全数把握を標準化するためにも、乳幼児健診の未受診者を定義づける必要がある。具体的には、「未受診」を、「受診促し対応期間[†]中の健診を受診していない」「受診促し対応期間を設けない児が、受診対象日の健診を受診していない」と定義し、受診促し対応期間を 3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診ごとに決め、乳幼児健康診査未受診児対応業務フローを作成することが求められる¹⁴⁾。

[†] 受診促し対応期間とは、健診を受診しなくても未受診としない期間であり、その間は受診日の変更及び再通知を行うなど受診の機会を設ける。

4) 乳幼児健康診査の未受診者の全数を把握する体制がある市区町村の割合（基盤課題 C-6）

乳幼児健診の未受診者の中から子ども虐待による死亡などの重大事例が報告されていることから、未受診者の把握は重要である。把握の期限を定め、直接児を確認する必要がある。また、市町村の母子保健担当部署のみでは対応に限界があることから、他部署や他機関等と連携して未受診者を把握することが重要である。

母子保健調査で把握する設問・選択肢に、全数を把握する体制の条件として、①把握する期限、②把握方法、③現認率の算出、④期限内に把握できない場合の対応が設定されていることで、市町村が実施すべき方向性が示されている。未受診者に対しても、現認したうえで支援の必要性について検討し、支援につなげることが必要である（第4章第2節）。

母子保健課調査（平成27年度）では、1,682市町村（96.6%）が全数把握体制ありと回答したが、①把握期限 1,297市町村（74.5%）、②把握方法 1,443市町村（82.9%）、③現認率の算出 548市町村（31.5%）、④期限内に把握できない場合の対応 1,319市町村（75.8%）であった。体制がない市町村だけではなく、体制があると回答した市町村においても、不足する業務を補足する必要がある。

5) 市町村の乳幼児健康診査の未受診者把握への取組に対する支援をしている県型保健所の割合（基盤課題 C-6）

母子保健課調査で把握する設問・選択肢に、未受診者把握への取組に対する支援の条件として、①市町村との情報共有、②未受診者対応の評価、③市町村向けの研修の実施が設定されている。都道府県では市町村支援を保健所以外の福祉事務所等が行っているところがあり、母数を母子保健担当部署が支援している県型保健所の数としている。なお、研修については、中期的な研修計画の項目の一つとして、未受診者対応に関する内容が含まれることが指標の条件である。

母子保健課調査（平成27年度）では、支援しているとの回答は93保健所（25.3%）で、うち92保健所が母子保健担当部署で実施していた。支援していると回答した保健所のうち、①～③のすべてを実施しているのは40保健所（10.9%）であった。未受診者への個別対応においては、児童相談所などとの連携の必要な場合があるが、すべての親子を対象とする乳幼児健診事業の評価や研修への支援は、都道府県や保健所の母子保健担当部署が役割を果たす必要がある。

第1章 第3節 「健やか親子21（第2次）」の基本的理解と乳幼児健診の活用

1 健やか親子21

「健やか親子21」は21世紀初頭の母子保健における、2001年から2014年までの国民運動計画である。健やか親子21は4つの主要課題、すなわち、20世紀中に達成できなかった課題として「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」、少子化対策として「妊娠出産に関する安全性と快適さの確保、不妊への支援」、世界トップの水準の小児保健医療を維持するための課題として「小児保健医療水準を維持向上させるための環境整備」、そして、21世紀に入り問題が顕著化するとと思われる虐待対策である「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」が設定された。厚生労働省は2013年に「健やか親子21最終評価等に関する検討会」を立ち上げ、健やか親子21の最終評価¹⁵⁾を行い、それを踏まえて健やか親子21（第2次）を2014年5月に提示した¹⁶⁾。

2 健やか親子21の最終評価

最終評価では、指標の80%以上で改善が認められた。69の指標・74の項目のうち、20項目(27.0%)が目標を達成し、目標に達成していないが改善したものが40項目(54.1%)であった。悪くなっている項目は2項目(2.7%)であり、10代の自殺の割合と低出生体重児の割合である。一方で、大きく改善したものに、未成年の喫煙率がある。ベースラインのデータ(1996年)では、高校3年生の男子で1か月以内に喫煙をした者が約36%であったが、2010年の厚生労働省の研究班調査では8.6%に減少した。また、飲酒に関しても同様に大きく改善しており、種々の取り組みの成果と言える。同様に妊婦の喫煙率、飲酒率も改善した。

新たに注目されたことは地域間の健康格差の存在である。例えば3歳のう蝕の有病率は都道府県格差が約2.5倍あり、10歳(小学校5年生)の男子の肥満の割合は都道府県間に2倍以上の開きが認められた。また、市町村における健診後のフォローアップ実施や健やか親子21の指標の取り組みなどで、母子保健サービスの地域間格差も存在していた。

3 最終評価から見えてきた課題

最終評価によって見えてきた母子保健の課題を表1-3にまとめた。思春期の保健対策、児童虐待(子ども虐待)対策に加えて、育てにくさを感じる親への支援、発達障害の理解、DOHaD(Developmental Origin of Health and Disease)の概念、ソーシャル・キャピタルの醸成などの課題が新たに加わった。

一方、母子保健事業の推進のための課題として、①母子保健に関する計画策定や取り組み・実施体制等に地方公共団体間の格差、②新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化、③母子保健事業の推進のための情報の利活用の状況が挙げられた。情報の利活用については、乳幼児健診の内容や手技が標準化されていないことによる、診察する医師や関わる保健師等のスタッフの技量により大きく結果が異なる状況が発生していること、情報の利活用が不十分であり、情報収集しても集計、分析を十分に行っておらず、事業評価、地域格差などの把握のための情報の共有ができていないことが指摘された(表1-4)。

表 1-3 最終評価からみえた母子保健の課題

-
- (1) 思春期保健対策の充実
- ✓ 10代の自殺が増加しており、子どもの心の健康は喫緊の課題である。
 - ✓ 子どもの肥満の出現率は横ばいであるが、思春期の不健康なやせは増加している。適正体重の啓発や対策が必要である。
 - ✓ 女子の朝食欠食割合の増加、飲酒割合が男子を上回るなど、女子に対する更なる保健対策が必要である。
 - ✓ 性感染症が増加しており、要因分析が必要である。
- (2) 周産期、小児救急、小児在宅医療の充実
- ✓ 周産期医療ネットワークは整った。今後は機能の充実強化や連携が課題である。
 - ✓ 産婦人科医、助産師の地域偏在が課題である。
 - ✓ 低出生体重児数が減少していない。胎児期、新生児期の環境影響が将来の健康に関わるという DOHaD (Developmental Origin of Health and Disease)の概念も踏まえた対策が必要となる。
- (3) 母子保健事業間の有機的な連携体系
- ✓ 関連機関が乳幼児健診、予防接種等の情報を共有して、有効な子育て支援に結びつける必要がある。
 - ✓ 母子保健サービスの地域間格差を解消していくための施策が必要である。
 - ✓ 妊娠・出産・産後における地域での切れ目のない支援のために、医療機関や保健センターでの母子保健サービスの有機的な連携体制の強化が求められる。
- (4) 安心した育児と子どもの健やかな成長を支える地域の支援体制作り
- ✓ 健康の社会的決定要因が注目される中、地域で子どもの健康を支えるという母子保健領域におけるソーシャル・キャピタルの醸成が課題である。
 - ✓ 育児不安につながる、育児に取り組む保護者の孤立への対策が必要である。
 - ✓ 子育て情報や相談について、情報通信技術 (ICT) 等を活用する親に応じた支援体制の整備が求められる。
- (5) 「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援
- ✓ 「育てにくさ」の要因は、子どもの心身の状態、親の子育て経験の不足、周囲の支援の不足など多面的な要素を含むため、その要因を見極めた支援が必要である。
 - ✓ 発達障害などで育てにくさを感じる親に寄り添う支援と、発達障害に対する社会の理解が必要である。
- (6) 児童虐待防止対策の更なる充実
- 児童相談所における虐待件数は増加の一途をたどっており、児童虐待防止対策を更に充実する必要がある。そのために、
- ①発生予防、②早期発見・早期対応、③子どもの保護・支援、保護者の支援
- について取り組む必要がある。
-

4 健やか親子21 (第2次)

健やか親子21の最終評価を踏まえた「健やか親子21 (第2次)」の10年後にめざす姿は「すべての子どもが健やかに育つ社会」である¹⁷⁾。「すべての子どもが健やかに育つ社会」は2つの方向性がある。一つは日本全国どこで生まれても一定の質の母子保健サービスを受けられ、生命が守

られるという地域間の健康格差の解消という視点であり、もう一つは、疾病や障害、親の経済状態等、個人の家庭環境の違いを超えて、多様性を認識して母子保健サービスを展開するという視点である。また、子どもの健やかな発育のためには、子どもへの支援に限らず、親がその役割を發揮できるよう親への支援をはじめ、地域や学校、企業といった親子を取り巻く温かな環境の形成や、ソーシャル・キャピタルの醸成が求められる。そして、母子保健活動は命を守る「子育て健康支援」であるという思いが込められている（図 1-8）。

表 1-4 母子保健事業の推進のための課題

(1) 母子保健に関する計画策定や取り組み・実施体制等にある地方公共団体間の格差
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 母子保健計画は母子保健課長通知に基づき市町村で作成されていたが、次世代育成支援対策推進法の行動計画の一部として位置付けてよいことになり、その作成状況に地域差がある。 ✓ 母子保健事業の実施主体が都道府県から市町村へ移行して、市町村間の体制等の格差が生じている。
(2) 新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 発達障害者支援法の成立、生殖補助医療技術の進歩、各種制度に基づく関連計画の策定により、「母子保健」が担ってきた役割やその範囲が拡大し、複雑になってきた。
(3) 母子保健事業の推進のための情報の利活用の状況
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 健康診査の内容や手技が標準化されておらず、乳幼児健診に従事する医師や保健師等の技量により、結果が大きく異なる状況が発生している。 ✓ 情報の利活用が不十分であり、情報収集しても集計、十分に分析をしていないなど、事業評価、地域格差などの把握のためにも情報の共有ができていない。

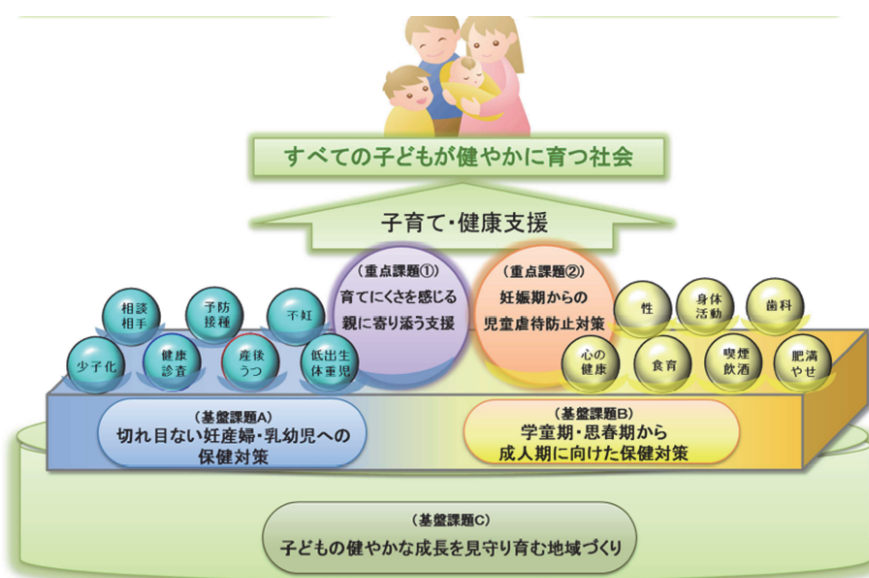


図 1-8 健やか親子 21（第 2 次）

健やか親子 21（第 2 次）では 3 つの基盤課題と 2 つの重点課題を設定し、52 の指標、すなわち、健康水準の指標（16）、健康行動の指標（18）、環境整備の指標（18）について目標値を定めた。

加えて、指標には目標値は定めないが注視していく 28 の参考指標を示した。

基盤課題 A は「切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策」で、妊産婦死亡率の低下や低出生体重児の割合の低下を健康水準の指標としている。基盤課題 B が「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」で、健康水準の指標として、十代の自殺率、未成年の人工妊娠中絶率の低下を指標としている。基盤課題 C は「子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」で、ソーシャル・キャピタルの醸成により、この地域で子育てをしたいと思う親の割合を増加させるといったことがその指標になっている。

重点課題は数多くある母子保健の課題の中から喫緊の課題となっている 2 つを設定した。重点課題①は「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」で、発達障害を念頭におき、子ども達が育つ環境整備を推進するとした。重点課題②は「妊娠期からの児童虐待防止対策」であり、さらなる虐待防止対策に取り組むこととした。

5 乳幼児健診の位置づけ

健やか親子 2 1 の推進において、乳幼児健診は命を守る子育て健康支援という中心的な役割を果たす。それは、①医学的健康支援、②育児環境支援、③児童虐待（子ども虐待）予防の 3 点に集約できる。そして、いずれも個別支援と公衆衛生が両輪となる。表 1-5 に 3 つの視点とその方略および関連する健やか親子 2 1（第 2 次）の関連指標をまとめた。

乳幼児健診は、命を守る支援の本丸であることは言うまでもなく、全国どこでも標準化された健診が実施され、すべての子どもの健康課題を支援することによって健やか親子 2 1（第 2 次）で目指す姿の実現のための重要な基盤である。これには、妊娠期からの母親の心身の健康状態を踏まえた親子の健康支援が必要となる。また、乳幼児健診事業の PDCA サイクルを回してよりよい健診の実施に努めるように、健診事業の評価体制を有することやそれを支援する県型保健所の役割が健やか親子 2 1（第 2 次）の指標に組み込まれている（第 1 章第 2 節）。

育児環境の視点は、妊娠期からの親子を取り巻く環境を、経済面、家庭や周囲の支援等の面からアセスメントして支援のあり方を検討することである。少子化に伴う「子育て過疎」により保護者は孤立に陥りやすくなっており、保護者が孤独感を感じないですむ支援が必要となる。また、公衆衛生面から地域の子育てソーシャル・キャピタルを醸成するための基礎資料および事業評価として、乳幼児健診での育児環境のアセスメントは有効である。

児童虐待予防における乳幼児健診の役割は、健診での異常の発見のみならず、受診率を 100%にして地域のすべての親子と繋がることである。未受診者対策は特に重要であり、医療機関や児童相談所等との連携、さらに、転居の際のフォローアップのための市町村間連携の構築が必要となる。

乳幼児健診のデータの利活用は上記の視点における現状の把握、事業計画の資料、事業評価に欠かせないものである。また、ある地域の状況と他の地域との比較によって課題を抽出するためには問診項目が共通である必要があり、子どもの経年的変化の分析や要因分析には個別データを活用する必要がある（第 2 章第 2 節）。母子保健版データヘルスともいえるデータ利活用の整備は母子保健推進のための課題に挙げられている（表 1-4、第 1 章第 1 節）。

表 1-5 健やか親子 2 1 における乳幼児健診の位置づけ

視点	方略	健やか親子 2 1（第 2 次）関連指標 [†]
----	----	-----------------------------------

①医学的健康支援	<ul style="list-style-type: none"> ・標準化された乳幼児健診、保健指導の実施 ・切れ目のない支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健康診査の受診率 ・全出生数中の低出生体重児の割合 ・仕上げ磨きをしている親の割合[†] ・う蝕のない3歳児の割合 ・1歳6か月までに四種混合、麻しん、風しんの予防接種を終了している者の割合[‡] ・子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合[†] ・乳幼児健康診査事業を評価する体制がある市区町村の割合 ・市町村の乳幼児健康診査事業の評価体制構築への支援をしている県型保健所の割合
②育児環境支援	<ul style="list-style-type: none"> ・親子を取り巻く育児環境のアセスメントと支援 ・切れ目のない支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠・出産について満足している者の割合[†] ・妊娠中の妊婦、育児期間中の両親の喫煙率[‡] ・妊娠中の妊婦の飲酒率[†] ・この地域で子育てをしたいと思う親の割合[†] ・積極的に育児をしている父親の割合[†] ・乳幼児のいる家庭でのお風呂のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合[†] ・ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある市区町村の割合 ・市町村のハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている県型保健所の割合
③児童虐待防止	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りのシステム ・切れ目のない支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健康診査の受診率 ・乳幼児健康診査の未受診者の全数の状況を把握する体制がある市区町村の割合 ・児童虐待による死亡数 ・ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合[†] ・育てにくさを感じた時に対処できる親の割合[†] ・子どもを虐待していると思われる親の割合[†] ・乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）を知っている親の割合[†]

[†]乳幼児健診に関連する指標のみを示す。

[‡]乳幼児健診での「共通問診項目」となっている項目。

健やか親子21（第2次）における子育て支援の理念は、すべての子どもが健やかに育つ社会のために、①切れ目のない支援、②多様性に応じた子どもと親への支援、③孤立をさせない支援の3点と考えられる。

団塊の世代は 270 万人が出生したが、20 万人が 1 歳の誕生日を迎えられなかった。一方、現在は 100 万人弱の出生ではあるが、1 歳の誕生日を迎えられない乳児は 1,900 人余りである。これは、健康弱者の子どもや社会的弱者の子どもと一緒に生活できるようになったことを意味しており、子どもの多様性が増すとともに親も様々な点で多様化したことを意味する。しかし、疾病・障害の有無や社会経済的状況の格差、価値観の多様性に応じたきめ細かい対応は十分とは言えない。これらの課題に応えられるように、現代の乳幼児健診は PDCA サイクルを回しながらより良い健診を実施することが必要であり、これが、健やか親子 21（第 2 次）推進の乳幼児健診の役割である。

第2章 標準的な保健指導の基礎

第1節 保健指導に必要な基本的な考え方

1 乳幼児健診における保健指導の目的 (Power Point 2章1節3 (PP 2-1-3))

乳幼児健診は、子どもの発育・発達の節目に行く。子育ての不安が最も高い時期は、子どもが生後1～2か月の時期であるが、子育ての悩みはその内容を変えて存在し続ける。従って、発育・発達の節目にその時々小さな不安をタイムリーに解消していくために、乳幼児健診を活かすことが保健指導として重要である。

乳幼児健診における保健指導の目的は、親子の顕在的および潜在的健康課題を明確化し、その解決に向けて親子が主体的に取り組むことができるよう支援することである。

2 乳幼児健診における標準的な保健指導 (PP 2-1-4)

市町村が行う乳幼児健診は、全国どこでも一定水準のサービスを受けられることが必要である。「健やか親子21 (第2次)」では、10年後に目指す姿として、①日本全国どこで生まれても、一定の質の母子保健サービスを受けられ、かつ生命が守られるというように、地域間での健康格差を解消し、②疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスを展開することにより、すべての子どもが健やかに育つ社会を目指している (第1章第3節)。

本節では、全国どこでも、どの健診従事者が実施しても、全ての親子に必要な支援が行き届くために最小限必要な保健指導を「乳幼児健診における標準的な保健指導」と定義し、全ての健診実施主体および健診従事者が共通認識しておくことが必要な保健指導の基本的なポイントについて概説する。

3 乳幼児健診における保健指導の特徴

1) 対象者の特徴 (PP 2-1-5, 6)

(1) 現代の親子を取り巻く健康課題

例えば、母親の精神的健康については、「産後うつ」に関する課題がある。「健やか親子21」最終評価では、産後1か月でエジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS) が9点以上の褥婦の割合は9.0%と1割弱が該当しており、産後うつを経験する母親は少なくない。また、育児不安をもつ母親は昔も今も変わらず認められるが、育児不安に対する支援不足は子ども虐待につながる可能性もある。児童相談所での虐待相談対応件数は年々増加しており、保護者への精神的支援、養育環境に対する支援等の充実がますます必要となっている。

子どもが生まれながらにして持つ、「育っていく力」を十分発揮するためには、保護者が子どもの「育っていく力」を信頼して見守ることが重要である。しかし、核家族化、地域における人間関係の希薄化などにより、妊産婦や子どもに接する機会がないまま妊娠や出産を経験し、「親」になる者が増えている。そのため、子どもの発達・発育過程に関する保護者自身の知識や経験不足と、子どもの心身の状態や発達・発育の偏り、疾病によるものが相まって「育てにくさ」を感じる原因になることがある。これらを踏まえて、親子自身もつ氣質の特徴やその背景を個別に捉えたとうえで、問題の所在を見極め、支援にあたる必要がある。

さらに、現代の情報過多社会では、多くの健康関連情報から正しい情報を探索して選択していくことは難しいことであり、保護者の中には過度な不安を抱く者がいることも考えられる。そのため、

画一的な指導の実施などの支援者の対応によっては否定的な印象のみを与え、健康課題等がより潜在化する可能性もある。今までの経過等をふまえて保護者の話をよく聞き、支援者として情報提供を行うとともに、保護者が好ましい自己決定ができるよう支援を行う必要がある。

(2) 対象者の多様性 (PP 2-1-7)

健診の対象は、その地域に住む対象年齢の子どもと保護者という共通項はあるが、家族の状況や家庭の形態は多様化している。かつては少数派だった共働き世帯が増加し、外国人世帯も増加している。また、祖父母や親族、里親や乳児院等の施設職員などのように、主な養育者が母親以外である場合や、ひとり親家庭等、様々な家庭の背景を持つ子どもが対象であることを十分に認識する必要がある。さらに、地域にはアレルギー疾患等の様々な健康課題を持つ子どもが生活している。対象者の多様性を踏まえた個別性の高い支援につなげることが重要である。

2) 子どもは一人ひとり異なる資質や特性をもっている (PP 2-1-8)

子どもは一人ひとり異なる資質や特性を有しており、その成長には個人差がある一方、子どもの発達過程やその順序性には、共通する特徴がある。発育・発達段階に応じた好ましい生活や活動を十分に経験することで、子どもの継続性のある望ましい発育・発達が期待される。子どもは周囲との相互作用を通じて発育・発達することから、これらの発達段階に応じて、保護者が抱える育児に関する心配事も変化し、周囲に求められる育児環境のポイントも異なる。乳幼児健診では、これらの発育・発達のプロセスを見通した予防的・継続的な支援を行うことが重要である。また、予防的・継続的支援においては、これまでの子どもの発育・発達の経過や、保護者および家庭の背景などを踏まえた支援の視点も必要である。

4 乳幼児健診における保健指導実施のプロセスと留意点 (PP 2-1-9)

乳幼児健診における保健指導の際には、親子の生活全体について多角的視点からアセスメントし、総合的に支援やフォローアップを判断することが求められる。そのためには、生活全般において「親子の困りごとやニーズ (潜在的なものも含む)」をアセスメントし、継続的支援の必要性を見極める技術が重要である。次頁に、集団健診のプロセスに沿って、どのような保健指導が行われているかを図示する (図 2-1)。

1) 事前カンファレンス (PP 2-1-10)

乳幼児健診は親子のライフサイクルを通じた母子保健活動の一つであり、健診までの経過を踏まえた継続性のある保健指導が重要である。そのため、特に継続支援ケースでは、健診の前に健診従事者間で、これまでの経過や今回の健診で重点的に確認すべきことなどの情報共有が有用である。また、健診では問診や個別の保健指導を行う場面だけでなく、待ち合いなどの様々な場所での親子の様子から得られる情報が有用なことも多く、全ての健診従事者が情報を共有することで、支援に必要な情報等を把握することにつながる。

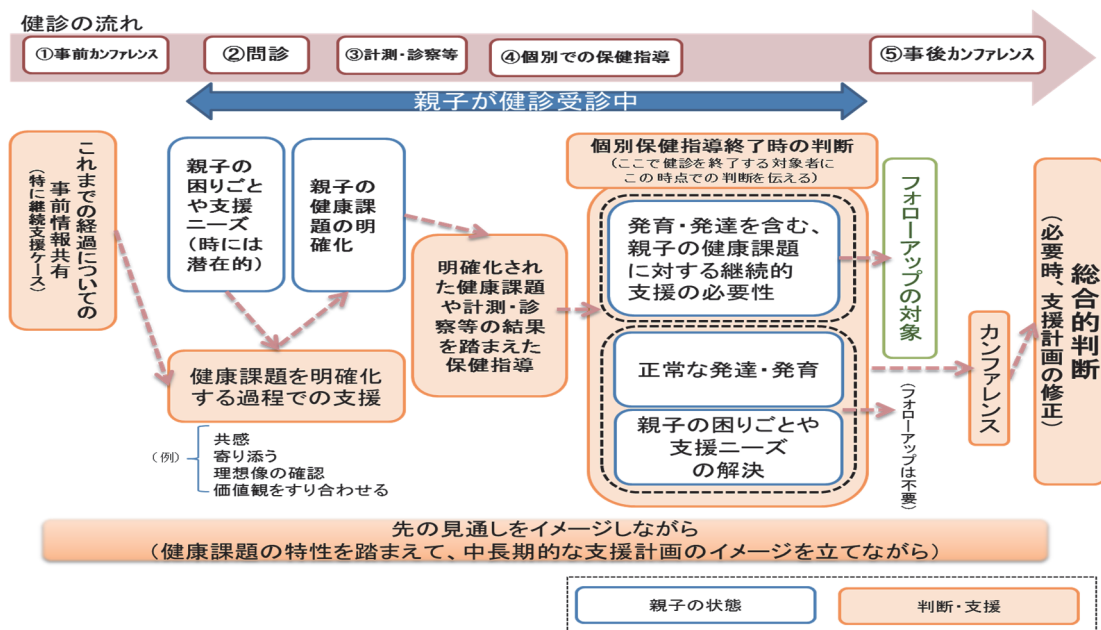


図 2-1 乳幼児健診時の保健指導プロセスの一例（「手引き」¹⁰ P. 59）

2) 問診 (PP 2-1-11, 12)

問診では、「親子の健康課題の明確化」を行う。「親子の困りごとや支援ニーズ」は、明らかに表出されることもあれば、健康課題に気づいていない潜在的な場合もある。よりの確な保健指導を行うためには、問診で（できるだけ直接対面して）十分に状況を把握し、健康課題を明確化することが必要である。このプロセスそのものが、保護者の気持ちに寄り添う支援の始まりでもある。このためには、健診が最初の出会いの場として信頼を得られる対応が必要である。また発育・発達状況に加えて、生活習慣や親子関係、家族の健康状態、保護者の生活状況などを含めて多角的にアセスメントすることが重要である。

3) 計測・診察 (PP 2-1-13)

計測や診察は、子どもの全身の観察ができる機会であり、他の場面では見ることができない子どもの反応やそれに対する保護者の対処も把握できる。また、保健師が問診を行うことが多いが、計測・診察場面に従事する医師・歯科医師や看護師等の別の職種が対応することで新たな情報を引き出せることもある。多職種が関わる利点を活かし、得られた情報をカンファレンス等で共有することが重要である。

4) 個別の保健指導とフォローアップについての判断 (PP 2-1-14)

健診を進めるなかで、発育・発達、授乳・離乳、栄養・食習慣、歯・口腔機能、生活習慣および生活環境全般等について、「明確化された健康課題や計測・診察等の結果をふまえた保健指導」を進める。特に、一般的には最後に行われることが多い保健師による個別の保健指導では、健診結果の説明や結果に伴い必要な指導が求められる。また、現在明らかな問題だけでなく、対応が遅れることで疾病や養育上の問題が起こる可能性が考えられるリスクについて、「先の見通しをイメージしながら」予防する保健指導を行うことが必要である。「個別保健指導終了時の判断」では、発育・発達を含む、親子の健康課題に対する継続的支援の必要性について判断する。

フォローアップとは、その後の経過を追い結果の確認を行うことである。継続的支援が必要であ

るか、今回の支援でまずは解決しそうか（フォローアップ不要）を判断し、フォローアップが必要な場合には、その内容を保護者に伝えて共有し、今後の支援につなげる必要がある。対象となる保護者との関係性が切れないことが重要である。

これらのためには、保健指導に必要な知識だけでなく、活用できる地域の資源等の情報を熟知したうえで保健指導にあたることが重要である。さらに、保護者の認識や心情に配慮して、場合によっては結論を急がず、まずは次につながる関係性づくりが重要となる。このためには、保健指導を次の段階に進めることを少し待てる猶予があるのかどうかなど、『先の見通しをもった判断』が必要である。先の見通しをもった判断とは、その親子がもつ健康課題の特性を踏まえて、中長期的な支援計画のイメージをもって判断することを意味する。例えば、発達障害の可能性が疑われても、保護者はすぐに受容できず拒否的な態度をとることがある。そのような場合、中長期的に考えると、無理に療育等をすすめて関係が途切れて必要な支援が届かなくなるよりは、少し待って信頼関係の構築を優先することが有益であると判断する場合もある。一方で、保護者に精神的課題があり十分な養育ができない場合などは、保護者が拒否的な態度を示しても待つことが子どもの生命に関わることも考えられ、そのような場合には早急に支援を行う判断が必要である。いずれにしても保健師等の地区活動における個別支援を基盤として、保護者との関係構築を優先し、個別性の高い支援を行っていくことが重要である。

5) 事後カンファレンスおよび総合判定（PP 2-1-17, 18）

医師・歯科医師の診察結果や保健指導の結果、保健師、助産師、看護師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士などの健診従事者の情報を持ち寄り、カンファレンスを行う。ここでは、個別の保健指導で行ったフォローアップに関する判断の妥当性を検討し、必要時には修正して「総合的判断」を行う。その結果、「発育・発達を含む、親子の健康課題に対する継続的な支援が必要」と判断した場合は、「フォローアップの対象」として保健師等による経過観察や支援、さらに必要に応じた医療や療育機関、保育所等[†]の他機関との連携による継続的支援とその結果の確認を行う。この際には、健診従事者全体で支援の方向性を一致させておくことが必要である。

なお、個別の保健指導での判断の妥当性に関するカンファレンスは、親子に対する支援の質の向上だけでなく、新任期の健診従事者が自身の判断の妥当性を検証したり、熟練者の判断を具体的に学べるため、新任期のOJT（on-the-Job Training）教育の場としても有用である。

5 個別指導と集団指導によるアプローチ（PP 2-1-19）

特に、集団健診を行う際には、個別指導と集団指導によるアプローチを組み合わせることが効果的である（図 2-2）。

様々な健康関連情報がある現代において、乳幼児健診は全ての親子に正しい健康情報を専門職から伝えられる機会である。乳幼児健診には、「標準的な発育・発達と親子の健康な生活習慣の目安」を伝える役割があり、これは乳幼児健診における保健指導の主なポイントでもある（次項）。その際には、月齢や年齢の目安だけでなく、少し先の見通しや目安を伝えることも保健指導の重要である。以上の標準的な内容は、原則的には全ての親子に伝える内容であるため、集団指導が効率的である。また、集団指導では他の親子との交流の中から保護者が気づく利点もある。さらに、保育士や子育て支援センター職員等による、子育て支援の視点からの情報提供なども実施できる機会となる。留意点としては、子どもは個人差が大きいことを補足説明し、保護者の過剰な不安を助長しないこと

[†] このマニュアルでは、保育所等とする記載には保育所・幼稚園・認定こども園を含む。

が求められる。

個別指導では、特に個別性を重視した指導を行う。子どもの月齢や年齢における「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」と合わせて、「親と子どもの現状」をアセスメントし「期待される状況」とのギャップを確認して、対象となる親子の健康課題や支援ニーズだけでなく、親子が持つ強み、すなわち健康課題の解決に活かせるような、親子が既に持っている力や資源を確認し、個別性を重視して保護者に具体的なアドバイスを行う。

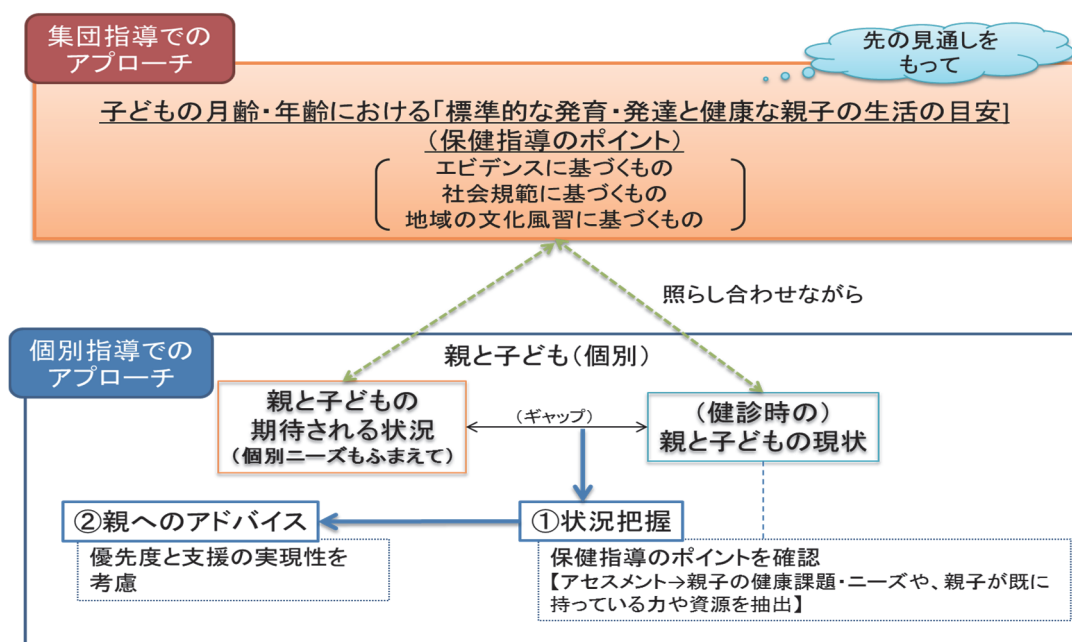


図 2-2 乳幼児健診における個別指導と集団指導によるアプローチ（「手引き」¹⁰⁾ P. 62)

6 対象時期別保健指導のポイント (PP 2-1-20)

保健指導を行う健診従事者は、保護者がわが子の成長を自ら確認できる力を持つことができる支援を目指し、月齢・年齢に応じた「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」について理解しておくべきである。母子健康手帳の「保護者の記録」の項目は、すべての健診従事者が踏まえておくべき標準的な発育・発達の目安である。また、保健指導では、健診受診時のポイントだけでなく、次の健診やフォローアップの時期を見通した「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」を伝えることも支援のひとつである。また、対象となる親子の健康課題や支援ニーズ・強みを確認し、個別性を重視して保護者へ具体的なアドバイスを行う。

第 2 章第 3 節および「手引き」P. 64~65 では、対象時期別に着目すべき確認事項を示しているので参照されたい¹⁰⁾。

7 乳幼児健診を軸とした継続的支援 (PP 2-1-21, 22)

乳幼児健診における保健指導は、連動性のある母子保健事業における一事業である。このため、対象者に対する妊娠期からの継続的かつ一貫した支援の一つとなることが必要であり、他の保健事業とも効果的に連動することで充実した支援を行うことが大切である。

1) 親子への継続的支援 -妊娠期からの一貫した情報把握と支援体制-

それぞれの親子に対して、妊娠の経過や出産時の状況、これまでの子どもの発育・発達の経過等について縦断的に把握し、保健指導にあたることを基本とすべきである。そのためには、健診の場でこれまでの経過を縦断的に確認できる必要がある。多くの市町村では「母子カード」などを活用しているが、最近では電子カルテの導入も散見される。各市町村の実情に合わせた方法を選択するのがよいが、一貫した支援が実現できる工夫が必要である。特に、個別健診を利用している場合は、母子保健担当者が縦断的な把握を行い、委託医療機関との連携により一貫した支援につなげることが大切である。図 2-3 では、医療機関が主に関わる部分をピンク色、地域保健機関が関わる部分を緑色で示した。この割合が変わっていく時期が出産から産後 1 か月のあたりとなるが、その時期は里帰り出産をした地域から戻る時期であるとともに、最も育児不安が高い時期でもあるため、支援がより必要となる。従って、支援者側の連携が不可欠となる。

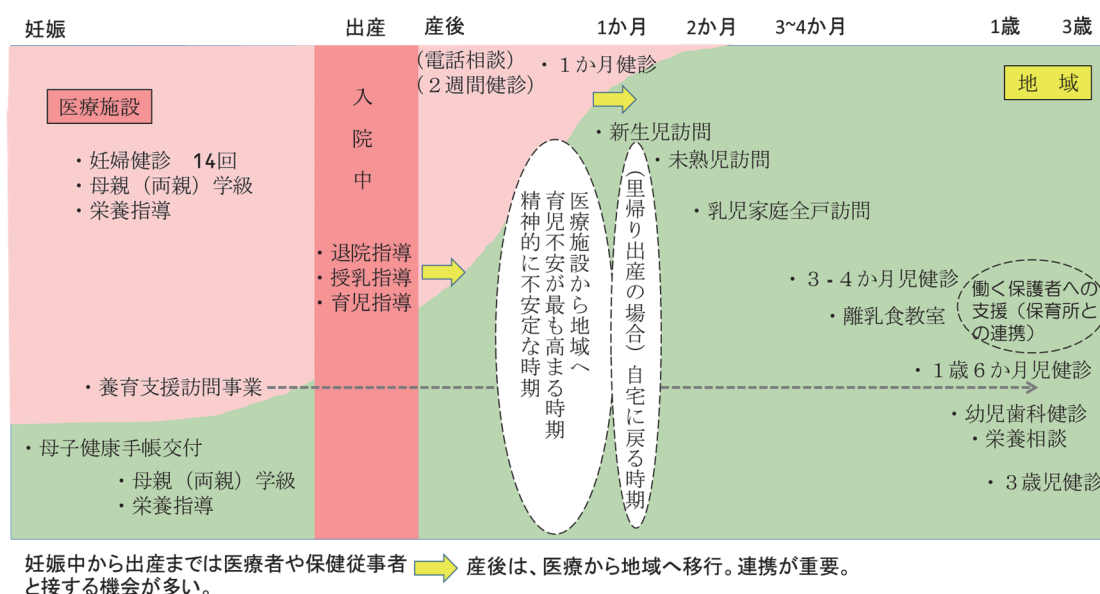


図 2-3 多職種連携による母子保健指導における妊娠期からの継続的支援（「手引き」^{10）} P. 68）

2) フォローアップが必要な場合の継続的支援

乳幼児健診における総合的判断の結果、その後の経過を把握し、必要な支援を行うとともにその結果の確認を行う必要がある場合（すなわち、フォローアップが必要な場合）は、経過観察健診や二次健診等の活用のほか、その内容に応じた他機関との連携や支援の継続が必要である。

フォローアップにあたっては、まず保健師等のフォローアップ担当者が、親子の状況をアセスメントした上で、その親子に必要な個別支援を行うことが継続的支援の基盤となる。個別支援の中で、必要に応じて親子教室などの集団的支援を効果的に組み合わせ、定期的にフォローアップ結果を評価し、支援計画を修正しながら継続的な支援を実施する。

また、発達障害は、1 回のスクリーニングのみで専門機関へ紹介することが困難なことがある。一定期間のアセスメントと保護者への心理的支援を行いながら、診断につなげることや福祉等による支援の要否を判断していく必要がある。したがって、スクリーニング後のフォローアップ体制をシステムとして構築するべきであり、フォローアップ体制は母子保健・医療・福祉の連携のもとで行う必要がある。発達障害が強く疑われ、医療や福祉による支援が必要と判断される場合は、子どもの状況に合わせて医療機関、児童発達支援センター、児童発達支援事業所などの機関へ紹介していく。子どもに発達障害の特性があるものの、医療や福祉につなぐべき状況か判断がつかない場合

や、医療や福祉につなげることにに対する保護者の動機づけが未形成の場合には、母子保健のフォローアップ機能を主軸とする。

3) 母子保健事業に関わる関係機関の連携

予防接種や各種教室などの母子保健事業では、多くの親子と直接会い、様々な情報を得る機会が多い。必要に応じて関係機関と情報共有と連携をすることで、さらに質の高いサービスの提供につながる。

「健やか親子21（第2次）」検討会報告書では、「情報の共有・還元の仕組みを含めた母子保健事業間の有機的な連携体制の強化が課題」とされている。親子に関わる機関は民間も含めて多種多様であるため、地域の実情に合わせて普段からの関係づくりと連携体制の強化が重要である。

4) 地域の資源へのつなぎ

少子化の進展、核家族化、地域のつながりの希薄化等により、親子の孤立が課題となって久しく、各地域で様々な努力がなされているが、例えば、虐待死やその予備群の事例は後を絶たない。個人、家族で解決できる範疇を超えた課題があり、地域全体で子育てを支える仕組みづくりが重要である。この視点から乳幼児健診の役割として期待されることは、既に孤立している親子だけでなく孤立予備群を把握し、活用可能な地域の資源につないで孤立を予防することである。また、保健師等の健診従事者は、多くの地域の資源を日頃から把握しておく必要があり、そのためには地域において関係者との関係づくりをしておくことが重要である。行政ができる子育て支援には限りがあるため、地域住民・関係機関との協働が不可欠である。

8 スキルアップ（PP 2-1-23～25）

乳幼児健診に限らず、対人関係スキルを含めた日常の保健活動に必要なスキルと共通するものが多く、日々の活動の中で丁寧に対象者と向き合い、対話し、支援につなげるスキルの向上が重要である。また、目指す目的や健診の意義を、健診従事者間で共有することも大事である。同時に、乳幼児健診には長い歴史があるがゆえにルーティン化された内容があり、健診従事者が果たす役割を再認識し、モチベーションの向上につなげることが時には有効である。所属する市町村の母子保健計画や「健やか親子21（第2次）」で母子保健の目指す理念を改めて確認し、その中での乳幼児健診の位置づけと意義を振り返る機会を研修等で設けることも有用と考えられる。また、知識や情報の習得も不可欠であるが、これだけで保健指導スキルを向上させることは難しく、経験を積むことが最も大切である。日々の活動の中で、先輩を規範としながらスキルを向上させるとともに、自身の保健指導について振り返る機会として、落ち着いた状況で取り組める研修やロールプレイなどで体験的に学習することも有用と考えられる。日々の活動の中では、先述のように、事後カンファレンスをスキルアップの機会とすることもできる。業務で忙しい日々の中で、改めて研修に行くことも難しいこともあるかと思われるが、このように日々の活動の中にスキルアップの機会をみつけていくことも保健指導の質の向上につながると考えられる。

なお、熟練保健師へのインタビュー調査結果から得た「保健指導のコツ」についてまとめたものをPower Point（2-1資料1）に掲載している。また、Power Point（2-1資料2）には、非常勤保健師を対象とした研修の現状および研修ニーズに関する全国調査の結果を記載している。スキルアップのヒントや研修企画の参考になれば幸いである。

スキルアップ研修の事例（大阪府高槻市）

高槻市では複雑多様化する対象者の背景や健康課題に対応し、対象者が『来てよかった』と思える健診を目指して、「寄り添う支援」をキーワードとした研修を平成29年度に実施した。本研修は高槻市子ども保健課と当事業の保健指導編担当者とのタイアップにより実施した。概要は以下のとおりである。

- 研修テーマ：乳幼児健診の意義～寄り添う支援に向けて～
- 主な対象者：乳幼児健診に従事する保健師（非常勤従事者を含む）
- 研修のねらい：
 - ① 「健やか親子21（第2次）」からみた健診の位置づけを確認し、前向きに健診に従事できるような動機づけの機会となる
 - ② 乳幼児健診における保健指導の基本と意義を確認できる
 - ③ 寄り添う支援の重要性を確認できる
- 方法：
 - 1 コース（全2回）の研修
 - 1 回目：講義（上記のねらいに関連した内容）
 - 2 回目：演習（個別保健指導の場面を想定したロールプレイ）
 - ※ロールプレイは以下の2パターンを実施
 - 始めに、意図的に「寄り添っていない保健師」の設定で実施。
 - その振り返りを行ったうえで、次に「寄り添った保健師」の設定で実施。
 - ロールプレイでは、「母親役」も体験する。
- 参加者の主な感想
 - 講義では、「健やか親子21（第2次）」の理念などを改めて振り返ることで、広い視野をもって健診について考えることができた」「健診の基本を見直すことで、一つ一つの場面で丁寧にみていく必要性を改めて確認できた」「生まれたときから支援はスタートしている」「多職種に関わる意義を再確認できた」などの感想が聞かれた。
 - 演習では、「ロールプレイといえども、母親の気持ちが実感できた」「寄り添っていない保健師の設定は、保健師役も母親役もつらく、寄り添った支援の重要性をより体感できた」などの意見が得られた。
- ファシリテーターの視点からみた研修の効果
 - 母子保健の目指すところである「健やか親子21（第2次）」については、多忙な日常業務の中でなかなか落ち着いて振り返る機会がないことが多い。しかし、講義が改めて振り返る機会となり、日々の健診事業での関わりが、最終的には親子の健やかな生活につながることで、その意義などを考察できる機会となったと思われる。また、演習では、母親役の気持ちも改めて実感したり、寄り添う支援について考えることができる機会となった。さらに、今回のロールプレイで用いた保健指導技術についてグループワークによって議論することで、普段用いている技術を可視化することができた。それらを共有することで今後の支援能力向上に向けて、各自がもつ保健指導技術の「引き出し」を増やすことにもつながったのではないかと。また非常勤従事者も含めて同じ研修を行うことで、全体の対応・水準の質が保たれた標準的な保健指導体制構築にもつながると考えられる。

第2章 第2節 「健やか親子21（第2次）」の間診項目ならびに

推奨問診項目の活用方法

1. 「健やか親子21（第2次）」の問診項目ならびに推奨問診項目の活用方法

「健やか親子21（第2次）」の理念は、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を（10年後に）実現することである。その実現のために2つの目的が設定されている。1つ目は、「日本全国どこで生まれても、一定の質の母子保健サービスが受けられ生命が守られるという地域間での健康格差の解消」であり、2つ目は、「疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスの展開」である。すなわち「健やか親子21（第2次）」の理念達成の鍵は、「健康格差の解消」と「多様性への対応」といえる。この2つの鍵は、新たな学術的潮流である「健康の社会的決定要因」の考え方の流れの中にあり、従来の個別対応・個別指導といったアプローチに加え、社会的な状況把握や集団の背景分析をもとにした個別・集団アプローチを提起している。

これらの新しい考え方の実践に求められるのは、『比較』による評価である。ある市町村の母子保健の現状は、隣接する市町村と比較してどのような状況にあるのか。ある市町村の中の地域間に格差はあるのか。全国と同じような人口規模の市町村と比較してどのような特徴が見出されるのか。ひとつの市町村をみても、以前と比較してどのような傾向にあるのか。これらの問いに答えるには、測る『ものさし』を同じものにする必要がある。その『ものさし』の一つが、乳幼児健診における「共通問診」である。本稿では、この「共通問診」に関する最新の状況を概説する。

1) 「共通問診」とは

「健やか親子21（第2次）」に関連する「共通問診」は、3つの種類に分類される。

- ① 必須問診項目（15項目）
- ② 中間評価前把握項目（5項目）
- ③ 推奨問診項目（13～15項目）

このうち、①必須問診項目と②中間評価前把握項目は、「健やか親子21（第2次）」の指標となっている。

2) 必須問診項目とは

「健やか親子21（第2次）」の指標となっている必須問診項目は15項目ある。狭義の「共通問診」はこの15項目を指す場合が多い。表2-1に「健やか親子21（第2次）」の指標番号と指標課題名（問診項目）を示す。

これら必須問診項目の導入状況であるが、厚生労働省母子保健課調べ（平成27年度、1,733市町村が回答（以下、「母子保健課調べ」と略す）の結果をみると、全項目実施市町村が1,073（61.9%）、一部項目の実施市町村が239（22.3%）、実施無しが421（24.3%）となっていた。さらに、実施予定の状況を見ると、平成28年度から実施を予定している市町村が546、平成29年度（以降）が64、実施予定無しが32となっており、平成29年度には98%程度の市町村で必須問診項目が導入される見込みとなっている。このように必須問診項目の導入が進んでいる状況下にあるため、「健やか親子21（第2次）」の理念達成に必須となっている「健康格差」と「多様性」の分析が格段に進む素地ができたといえるだろう。ここで確認しておきたいのは、問診項目の設定の文言と、選択肢の文言（番号）を一文字も変えずに設定することである。この前提がないと比較が困難となる。

なお、便宜上、本節では、必須問診項目で得られる指標15項目に①～⑤の連番を振った。それぞれの項目の考え方については後述する。

表 2-1 必須問診項目一覧

問診項目の主たる内容	健やか親子21 (第2次) 指標番号
① 妊娠・出産について満足している者の割合	基盤課題 A-3
② 妊娠中の妊婦の喫煙率	基盤課題 A-5
③ 育児期間中の両親の喫煙率	基盤課題 A-6
④ 妊娠中の妊婦の飲酒率	基盤課題 A-7
⑤ 仕上げ磨きをする親の割合	基盤課題 A-11
⑥ 出産後1か月時の母乳育児の割合	基盤課題 A-参7
⑦ 1歳6か月までに四種混合、麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合	基盤課題 A-参10
⑧ この地域で子育てをしたいと思う親の割合	基盤課題 C-1
⑨ 積極的に育児をしている父親の割合	基盤課題 C-5
⑩ 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合	基盤課題 C-参4
⑪ ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	重点課題 ①-1
⑫ 育てにくさを感じたときに対処できる親の割合	重点課題 ①-2
⑬ 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合	重点課題 ①-3
⑭ 子どもを虐待していると思われる親の割合	重点課題 ②-2
※ 「しつけのし過ぎがあった」「感情的に叫んだ」「乳幼児だけを家に残して外出した」「長期間食事を与えなかった」「感情的な言葉で怒鳴った」「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」のいずれか1つでも回答した割合であることに留意。	
⑮ 乳幼児揺さぶられ症候群 (SBS†) を知っている親の割合	重点課題 ②-5

3) 中間評価前把握項目とは

「健やか親子21 (第2次)」の中間評価と最終評価の前年度に各市町村において把握することになっている項目が、この中間評価前把握項目である。「健やか親子21 (第2次)」の指標としては次頁の表 2-2 に示すように4指標であるが、項目としては5項目となっている。これは、かかりつけ医の有無について、医師と歯科医師を分けて把握する (基盤課題 A-10 を参照のこと) ためである。

表 2-2 中間評価前把握項目一覧

† Shaken Baby Syndrome

指標番号	指標
基盤課題 A-9	小児救急電話相談（#8000）を知っている親の割合
	子どものかかりつけ医（医師）を持つ親の割合
基盤課題 A-10	子どものかかりつけ医（歯科医師）を持つ親の割合
基盤課題 C-2	妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思う就労妊婦の割合
基盤課題 C-3	マタニティマークを妊娠中に使用したことがある母親の割合

4) 推奨問診項目とは

母子保健の歴史は長い。乳幼児健診に用いられる問診項目は、各市町村でそれぞれ『進化』を遂げてきている。各市町村では、問診項目の見直しが適宜行われているが、ほとんどの市町村で問診項目数は増加の一途をたどっており、すでに飽和状態にある。

そこで、これまでの 40 年近くの間診項目を分析し、実際に市町村で用いられた実績がある問診項目を絞り込んで提示したのが、推奨問診項目である。長い歴史を持つ、発達関連の項目も吟味し、前述の必須問診項目と推奨問診項目をあわせた問診項目数を 25 項目になるように開発されている。25 項目という数は、『飽和』の手前にある数であり、多すぎて健診に影響を与えるというレベルではない。これらの推奨問診項目も全国的に導入が進んでおり、「健康格差」と「多様性」の把握ができる素地ができつつある。推奨問診項目については、研究班が既にまとめた「手引き」¹⁰⁾の P. 145～150 を参照されたい。

2. 各必須問診項目の保健指導のポイント

約 70 万人のデータをもとにした平成 28 年度の母子保健課調べを引用しながら、必須問診項目 15 項目についてそれぞれ保健指導のポイントを確認していきたい。

① 妊娠・出産について満足している者の割合

設問（基盤課題 A-3）：3～4 か月	選択肢
産後、退院してからの 1 か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。	1. はい
	2. いいえ
	3. どちらとも言えない

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」を選択した者の割合は 81.1%であった。「2. いいえ」が 5.6%、「3. どちらとも言えない」が 13.3%であることから、満足しているとは言えないものが 2 割（約 5 人に 1 人）に上ることが明らかになっている。

隣接の市町村と格差がみられる場合、あるいは、市町村内において地区により格差がある場合には、出産施設からの退院指導や 1 か月健診の対応に要因がある可能性もある。出産施設の専門職と連携を図りながら、新生児訪問や産後ケア事業をより良いものにしていく必要がある。

また、すでに子育て世代包括支援センターが整備されている場合には、「2. いいえ」「3. どちらとも言えない」と回答した者について、妊娠中からの支援がどのように行われていたのかを一度振り返り、適切な支援を構築する必要がある。産前産後の直接的なケア・支援の状況に加えて、妊娠前後の環境・家庭要因も影響するからである。これらの関連要因や背景については、子育て世代包

括支援センターの機能をより良いものとする PDCA サイクルを不断に回していきたい。母子保健事業における PDCA サイクルの重要性については、第 1 章第 2 節を参照されたい。

② 妊娠中の妊婦の喫煙率

設問（基盤課題 A-5）：3～4 か月	選択肢
妊娠中、あなた（お母さん）は喫煙をしていましたか。	1. なし 2. あり（1日 本）

母子保健課調べの結果をみると、「1. なし」を選択した者の割合は 97.1%であり、「2. あり」は 2.9%であった。

妊娠前に喫煙していた者の多くは、自身の妊娠をきっかけとして“一旦”禁煙をする。しかし、一部の者はそのまま喫煙を継続するが、その割合が全体の 2.9%と決して少なくないことがわかった。妊娠中にも喫煙を継続する、依存度の高い状況は、虐待予防の観点からのリスクと見なされている。この問診項目に「2. あり」と答えた者については、③育児中の喫煙状況の項目（基盤課題 A-6）はもとより、④不適切な子育てに関する項目（重点課題②-2）の回答状況についてもあわせて把握する必要がある。これらの項目にも気になる回答が示されていれば、多職種連携によるカンファレンス等で対応を検討していきたい。

③ 育児期間中の両親の喫煙率

設問（基盤課題 A-6）：3～4 か月、1歳6か月、3歳	選択肢
1) 現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか。	1. なし
2) 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	2. あり（1日 本）

母子保健課調べの結果をみると、「2. あり」を選択した母親は、3～4 か月時点で 4.0%、1歳6か月時点で 7.2%、3歳時点で 8.7%と、子どもの年齢が上がるとともに増加していることがわかった。このように該当率が増加する主な要因は、“一旦”禁煙をした母親の『再喫煙』と考えられる。

妊娠（出産）は、自身の禁煙の動機付けとなっているが、それは妊婦（母親）が、妊娠出産を禁煙するに値する『価値あるもの』『大切なもの』と認識しているからである。しかし、再喫煙は、その後の育児の過程において、育児ストレスや周囲の支援状況の乏しさ等により、その『価値あるもの』としての認識が薄れていく、あるいは『価値あるもの』として認識する余裕が失われていくということの意味するものであり、包括的な支援が求められている。

一方、父親の喫煙は 3～4 か月時点で 37.8%、1歳6か月時点で 38.6%、3歳時点で 38.9%と、子どもの年齢に応じた変動はみられない。母親の状況と比較すると、父親には『再喫煙』は見られないが、これは妊娠から出産後も含めて、禁煙した父親が少数であることに起因すると推察される。

このことは、②妊娠中の妊婦の喫煙率に大きく影響している。妊娠中あるいは産後の禁煙継続には、父親の禁煙が一つの支えとなるが、その父親の禁煙があまり望めないという現状が示された。さらに、乳幼児のいる家庭の 40%程度に喫煙者がいることが、改めて明らかになった。家族内に喫煙者がいる場合は、たとえベランダ等で喫煙していたとしても、子ども（家族）への受動喫煙があることをしっかりと説明していくことが望まれる。

妊婦の喫煙経験や喫煙・禁煙状況については、妊娠届出時の問診等で把握されたとしても、妊婦本人への禁煙指導や禁煙継続支援だけでは大きな効果は見込めず、父親を含めた家族（同居の親族も）を対象とした禁煙支援が早期から必要となるだろう。

隣接市町村との比較、あるいは市町村内の地区比較で格差がみられる場合は、地域の特性にアプ

ローチする必要がある。思春期以降の喫煙が影響していることも考えられるので、市町村の教育委員会と調整し、学校における『喫煙防止教育』に際して、市町村のデータや比較データを用いた授業を展開することも考慮したい。

④ 妊娠中の妊婦の飲酒率

設問（基盤課題 A-7）：3～4 か月	選択肢
妊娠中、あなた（お母さん）は飲酒をしていましたか	1. なし 2. あり

母子保健課調べの結果をみると、「2. あり」を選択した者の割合は1.3%であった。妊娠中の飲酒はほぼ避けられている状況にある。引き続き、飲酒の健康への影響をわかりやすく説明するなど、個別の保健指導と啓発活動を展開していく必要がある。

⑤ 仕上げ磨きをする親の割合

設問（基盤課題 A-11）：1歳6か月	選択肢
保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか	1. 仕上げ磨きをしている (子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) 2. 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている 3. 子どもだけで磨いている 4. 子どもも保護者も磨いていない

母子保健課調べの結果をみると、「1. 仕上げ磨きをしている」を選択した者の割合は72.7%、「2. 保護者だけで磨いている」が21.4%であった。一方、「3. 子どもだけで磨いている」は4.1%、「4. 子どもも保護者も磨いていない」の1.8%と合わせて5.9%の保護者は、子どもの口腔保健に関わっていないことが明らかになった。

保護者による仕上げ磨きは、う蝕[†]予防などの口腔の健康維持に加えて、生活習慣の確立、スキップの向上等の複合的な意味合いを持つ行動となる。子どもが先に磨き、その後、保護者が仕上げ磨きをするという2段階の行動に重要な意義があることを、住民に啓発することを基本にする。また、保護者の関与がみられない場合には、多忙な中でも時間を割く価値があること、そこから新たな健康課題の早期発見に結びつくことなど、保護者の生活状況に合わせた仕上げ磨き『習慣』の確立を促したい。

「3. 子どもだけで磨いている」もしくは「4. 子どもも保護者も磨いていない」を選択した者の中で、他の項目（例えば、⑭不適切な子育てに関する項目）にも気になる回答がみられた場合には、同胞に関する情報も（あれば）合わせて収集し、背景要因を把握した上で、多職種カンファレンスで親子への対応・支援を進めていく。

⑥ 出産後1か月時の母乳育児の割合

設問（基盤課題 A-参 7）：3～4 か月	選択肢
生後1か月時の栄養法はどうか	1. 母乳 2. 人工乳

[†] 「う蝕」は、「むし歯」の同義語である。歯科医療の用語として広く使用されていることから、本マニュアルでは「う蝕」で統一している。

3. 混合

母子保健課調べの結果をみると、「1. 母乳」は47.6%、「2. 人工乳」が7.0%、「3. 混合」が45.4%となっていた。この割合は地域によって異なる可能性がある。母乳育児指導に熱心な産科施設の存在や、経済的に厳しい状況にある地域などによって割合は異なってくる。その地域に合わせた産科施設との連携や、母乳育児支援が求められる。

個別の指導では、指導する側が柔軟な考え方をもち、本人の希望を踏まえて、本人の状況に合わせた栄養法の指導・支援をおこなう。その際には『授乳・離乳の支援ガイド』を参考にされたい¹⁸⁾。また、本項目は母乳育児を選択しない者への支援のきっかけにもなる問診項目となっている。

⑦ 1歳6か月までに四種混合、麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合

設問（基盤課題 A-参 10）：1歳6か月	選択肢
四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）の予防接種を済ませましたか	1. はい 2. いいえ
麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」を選択した者の割合は、四種混合が96.2%、麻しん・風しんは90.8%であった。一方で、未接種の割合をみると、四種混合で3.8%であるのに対し、麻しん・風しんでは9.2%と比較的高くなっていた。

未接種には、明示的・意図的に接種をしない場合と、接種の機会を逃している場合がある。まずは、なぜ接種を済ませていないのかを丁寧に聞き取りたい。子どもの上に同胞がいれば、その同胞の接種状況も合わせて把握しておきたい。その上で、接種の機会を逃している場合には、接種を受ける具体的な行動を支援することになる。医療機関・保健センター等の日時・場所の情報と、そこに至るまでの交通機関の利用について一緒に考えること等、支援的な対応をしたい。

また、未接種の場合、他の項目においても気になる回答があった時には、子どもの健康に対する関心が乏しい可能性があるため、要支援者として多職種カンファレンス等で支援・指導について共有することが求められる。子育て世代包括支援センターが整備されている場合には、乳幼児健診の未受診と同様に、継続的に状況を把握するためにも重要な項目である。

⑧ この地域で子育てをしたいと思う親の割合

設問（基盤課題 C-1）：3～4か月、1歳6か月、3歳	選択肢
この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない

母子保健課調べの結果をみると、「1. そう思う」と回答した者は、3～4か月で67.1%、1歳6か月で67.7%、3歳で68.5%と、横断的な数値ではあるが、児の成長につれて肯定的な意見が若干増加する傾向がみられた。

この問診項目は、市町村の母子保健サービスの質だけではなく、他の側面、たとえば医療機関の状況、交通機関や道路状況、学校や遊び場、保育所や幼稚園等の子育てインフラなど、市町村あるいは隣接市町村まで含めた多岐に渡る要因が反映されるといえる。もちろん、自治体行政の枠を越

えた環境問題や気候変動なども影響することだろう。その意味で、この問診項目にどれほどの住民が肯定意見を持っているのかは、健やか親子21（第2次）に留まらない、市町村の将来を示唆するデータとなるだろう。地区別の格差があるかどうかについても、あわせて検討しておきたい。なお、結果は母子保健担当課だけではなく、自治体内の他部局にも結果を共有して検討する機会をぜひ設けられたい。それが健康部局の壁を越える『唱導』につながる取組、すなわちヘルスプロモーションの核となる取組といえる。

また、個別にどの選択肢を選んだのかは、そこから家庭背景・地域背景の把握に切り込む良いきっかけとなる。「なぜ、『3. どちらかといえばそう思わない』を選んだのですか、」どの問いが思わぬ支援の糸口となるので、他の項目の回答と併せて確認しながら、当該地域の子育てに肯定感を持ってない背景を把握したい。特に孤立した子育てについては、必ず把握し対応したい課題である。

⑨ 積極的に育児をしている父親の割合

設問（基盤課題 C-5）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
お子さんのお父さんは、育児をしていますか	1. よくやっている
	2. 時々やっている
	3. ほとんどしない
	4. 何ともいえない

母子保健課調べの結果をみると、「1. よくやっている」と回答した者は、3～4 か月で 62.5%、1 歳 6 か月で 60.2%、3 歳で 56.3%と、横断的な調査ではあるが、児の成長につれて肯定的な意見が減少する傾向がみられていた。この減少傾向は、⑩ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合と同様の傾向である。

以前の父親の『育児参加』の時代から、現在は父親の『積極的育児』の時代に移行してきた。積極的に育児をしていると母親から『評価されている（みなされている）』父親は、約 3 分の 2 が該当するということになる。この結果は、一方で、育児をあまりしていない父親に対する不満も大きくなる時代であることを意味している。

この項目の回答は、短期的・長期的な夫婦関係や家族関係に左右される。核家族世帯においては、夫の育児観や勤務形態を把握し、その上で良好な家族関係の中で育児が営まれるようなアドバイスが求められる。三世代家族（特に夫の親との同居）においては、夫とその親の関係性について把握し、家族関係の『やり過ごし方』についてアドバイスなどを行いたい。

無回答の場合には、「父親」あるいは「夫」などの単語にからむ複雑な背景が潜む可能性や、役所への届け出とは異なる家族関係が存在することもある。経済的困窮や DV の可能性なども念頭に置き、支援につなげていく。

⑩ 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合

設問（基盤課題 C-参 4）：1 歳 6 か月	選択肢
-------------------------	-----

浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないよう
な工夫がしてありますか

1. はい
2. いいえ
3. 該当しない

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」と回答した者が45.1%、「2. いいえ」が54.9%であった。

家庭内の事故防止策として、多くの市町村でチェックリストを活用した啓発が行われている。この問診は、それらの中で代表的な1項目を用いて設定されており、この項目だけで家庭内の事故防止対策が把握できるものではない。特に「2. いいえ」の回答については、チェックリストの他項目と合わせて活用していきたい。

浴室に関しては、高齢者向けの浴室・浴槽デザイン（入りやすいドアや浴槽縁の低さ）の流通もあり、家族の理解を得ておくことがまずは必要になる。その前提条件は、残し湯をしない、ということである。わが国では、防災時の対応という意図もあろうが、依然として多くの家庭で残し湯がされていることを考えると、「2. いいえ」の回答者には残し湯をしないことをしっかりと指導しておきたい。近年では、幼児がお風呂浴室で溺れる場合、静かに浴槽に沈んでいくこと（本能的溺水反応）も指摘されており¹⁹⁾、浴室内の状況が把握しやすい場合でも、リスクが多大であることを保護者と共有しておきたい。

「1. はい」の回答を増やすためには、家庭にあった工夫を写真入りの例で説明し、手軽にできる工夫等を始められるように支援する。

⑩ ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合

設問（重点課題 ①-1）：3～4か月、1歳6か月、3歳

選択肢

お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間
がありますか

1. はい
2. いいえ
3. 何ともいえない

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」と回答した者は、3～4か月で87.6%、1歳6か月で78.0%、3歳で71.3%と、横断的な数値ではあるが、子どもの成長につれて肯定的な意見が減少する傾向がみられた。歩行が可能になり活動範囲が格段に大きくなったことや、子どもの下に同胞が生まれたこと、職場に復帰したことなど、この減少傾向の背景には複合的な因子が考えられる。

この問診項目は、健やか親子21の第1次計画から導入されている指標に関連する項目である。母親の子育てに関する余裕はもとより、生活の精神的な余裕、家族や周囲からの支援の状況、そして母子保健サービスの提供状況等、多くの因子がこの回答に関連している。

「2. いいえ」を回答した者には、共感の姿勢を保ちつつ、どのような因子が否定的な回答の背景にあるのかを丁寧に把握し、支援につなげていきたい。

これまでに、この問診項目は、他の項目（必須問診項目以外も含む）と関連していることが分かっている。「母親が喫煙・飲酒していない」「子育て状況や健診状況に満足している」「相談相手がいる」「育児に自信が持てている」「虐待はしていないと思っている」の割合が高い方が、「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある」割合が高い傾向が見られた。また、「父親が子どもとよく遊んでいる」「母親が育児休業中や働いていない」「地域のお祭りなどに参加している割合が高い」ことも、この指標の割合が高いことと関連することが示唆されている。

このような特性のある問診項目であるので、個別指導にも集団指導・事業改善にも用いることのできる包括的項目の一つといえる。

⑫ 育てにくさを感じたときに対処できる親の割合

設問（重点課題 ①-2）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
①あなたは、お子さんに対して育てにくさを感じていますか	1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない
②（設問①で「1. いつも感じる」「2. 時々感じる」と回答した人に対して） 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方 法を知っていますか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、設問①について「1. いつも感じる」または「2. 時々感じる」を選択した者は、3～4 か月で 13.3%、1 歳 6 か月で 25.3%、3 歳で 34.8%と、横断的な数値ではあるが、児の成長につれて育てにくさを感じる者が増加していく傾向がみられた。さらに、それらの回答をした者を母数にした設問②では、「1. はい（解決する方法を知っている）」と回答したものは、3～4 か月で 84.1%、1 歳 6 か月で 79.1%、3 歳で 82.9%となっていた。

育てにくさを感じる要因は様々である。子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、さらには環境の要因など、これらが複合的に関係している。因子が複合的な場合、個別指導においても、指導は複合的であることが求められる（第 5 章第 1 節）。そのためには、多職種カンファレンスなどによる様々な見方をもとにした支援をできるだけ早期に多角的・複合的に展開していくことが求められる。

また、3 歳児健診において、この設問に気になる回答が見られた場合、その後、就学までどのように支援していくのか見通しをもって対応できることが望ましい。そのためには既存の取組みのあり方を見直す（例えば、就学時健診に母子保健側からも参画する等）ことが必要となることもあるだろう。就学前には、設問②の回答（「1. はい」）が 100%となるような仕組みを作り上げていきたい。

⑬ 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合

設問（重点課題 ①-3）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
(3～4 か月) 生後半年から 1 歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いを する」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ
(1 歳 6 か月) 1 歳半から 2 歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を 持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ
(3 歳) 3 歳から 4 歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから 誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい（知っている）」と回答した者は、3～4 か月で 90.1%、1 歳 6 か月で 94.2%、3 歳で 82.3%となっていた。

この問診の特徴は、現在、その項目ができていくかどうかではなく、これから数か月のうちに子どもの姿が変わるとの「見通し」を与え、保護者が子どもの社会性の発達に注目し、成長を楽しむ視点からその知識を問うものとなっている。また、社会性の発達について、誰もが関心を持ち、その後の集団生活の場などにおいて、子どもの多様性をお互いに受け止める素地を作り出す意味がある。

⑭ 子どもを虐待していると思われる親の割合

※「しつけのし過ぎがあった」「感情的に叩いた」「乳幼児だけを家に残して外出した」「長期間食事を与えなかった」「感情的な言葉で怒鳴った」「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」のいずれか1つでも回答した割合であることに留意。

設問（重点課題 ②-2）：3～4 か月、1歳6 か月、3歳 この数ヶ月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。 あてはまるものすべてに○を付けて下さい	母子保健課調べ		
	3～4 か月	1歳6 か月	3歳
1. しつけのし過ぎがあった	0.8%	2.2%	5.1%
2. 感情的に叩いた	1.3%	6.0%	10.8%
3. 乳幼児だけを家に残して外出した	2.1%	1.1%	1.5%
4. 長時間食事を与えなかった	0.1%	0.1%	0.1%
5. 感情的な言葉で怒鳴った	5.7%	17.9%	36.9%
6. 子どもの口をふさいだ（3歳は選択肢無し）	0.4%	0.6%	-
7. 子どもを激しく揺さぶった（3歳は選択肢無し）	0.2%	0.2%	-
8. いずれも該当しない	90.3%	77.4%	57.7%

母子保健課調べの結果を上表の右欄に示した。選択肢1～7（3歳児は1～5）のいずれか1つでも該当した者は、3～4 か月で9.7%、1歳6 か月で22.6%、3歳で42.3%となっており、子どもの年齢が上がるとともに該当率が大きく上昇していた。特に、「2. 感情的に叩いた」は、3～4 か月では1.3%であったが、3歳ではその約8倍（10.8%）に上昇している。この問診は、「子どもを虐待していると思われる親の割合」の指標に関連した問診としており、健診の現場では、叩かない子育て等、適切な育児を支援するためのきっかけとなる項目として、虐待予防に向けた入口の設問として大いに活用されたい。これらに該当する保護者には様々な状況があり、回答者の潜在的なニーズを把握するためには、丁寧な対応が必要である。また、「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」など、明らかなSOSのサインと捉え、しっかりと気持ちを傾聴する必要がある。この指標に関連し、叩かない育児の啓発については、厚生労働科学研究（妊産褥婦健康診査の評価および自治体との連携の在り方に関する研究）の成果物である「子どもを健やかに育むために～愛の鞭ゼロ作戦～」を活用されたい²⁰⁾。

⑮ 乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）を知っている親の割合

設問（重点課題 ②-5）：3～4 か月	選択肢
赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きることを知っていますか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」が97.6%となっており、啓発が進んでいるものと考えられる。乳幼児揺さぶられ症候群が発生する背景には、泣きやませようとしても泣き止まない乳児に特有の泣き行動（パープル・クライング）がある。泣きをコントロールできないことに対する保護者の焦りやイラつきが激しい揺さぶりにつながることを、当事者が認識する必要がある。また、どうしても泣き止まない場合には、子どもを安全な場所に寝かせて、その場を離れて自分がリラックスする対処法を伝えたい。厚生労働省ウェブサイトには、啓発動画『赤ちゃんが泣き止まない～泣きへの対処と理解のために～』が公開されているので、保護者にお勧めしていただきたい²¹⁾。

第2章 第3節 多職種が連携して実施する保健指導のポイント

1 本節について (Power Point 2章3節3~6 (PP 2-3-3~6))

本節では、乳幼児健診で保健指導をする際に、確認すべき事項とそのポイントを簡略的に概観できるように、研究班が既にまとめた「手引き」¹⁰⁾を再構成・加筆して、健診時期別にまとめた。

乳幼児健診で保健指導を行う健診従事者は、保護者がわが子の成長を自ら確認できる力をもてる支援を目指しつつ、子どもの月齢・年齢に応じた「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」について共通に理解しておくべきである。母子健康手帳の「保護者の記録」の項目は、すべての健診従事者が踏まえておくべきその時期の親子の標準的な発育・発達の目安である。次項ではそのような目安と照らし、着目すべき確認事項とそのポイントを健診時期別に栄養・歯科・保健・看護等の多職種の視点から整理した^{10, 18, 22-46)}。

乳幼児健診の保健指導では、対象となる親子の健康課題や支援ニーズ・強みを確認し、個別性を重視して保護者へ具体的なアドバイスを行うことが大切である。さらに、健診受診時の状況だけでなく、次の健診やフォローアップの時期を見通した「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」を伝えることも支援のひとつである。

しかし、短時間となる乳幼児健診での保健指導で全てを解決できないこともある。まずは対象者の困りごとなどに耳を傾け、対象者と一緒に問題を整理し、その他の客観的情報(対象者からの訴えがないものも含む)とともに総合的に判断し、さらに詳細な保健指導が必要な場合は、次の支援につなげることが重要である。

2 健診の時期別にみた保健指導のポイント

本項では、各健診時期の特徴を概説した後、保健指導の際に着目すべき事項とそのポイントを表として示した。この表は、「手引き」¹⁰⁾の表 6.1 をもとに、さらに詳細な保健指導のポイントを加筆したものである。健診時期別に記載しているが、今後の見通しやどのように変化していくかなどを確認したい場合は、「手引き」や本稿の最後に掲載している表を活用して全体像を確認頂きたい。

1) 1か月児健診 (PP 2-3-7~10)

生後1か月頃の子どもは、原始反射がまだ認められる時期であり、大きな音には四肢を動かして反応する。また、良好な対光反射がみられる。体重増加は1日 20~50g であり、生理的体重減少の最小値以降の1日あたりの増加分を計算する。仰臥位では、四肢を良く動かす。特にこの時期は、①体重増加不良、哺乳力の弱さ、②筋緊張低下、③皮膚色不良、④嘔吐、下痢、⑤臍炎・臍肉芽腫、臍ヘルニアに注意する。

栄養指導においては、この時期は栄養面だけではなく、母体の回復やアタッチメント(愛着)の形成、子どもの免疫力、乳幼児突然死症候群(Sudden infant death syndrome; SIDS)の予防などの面からも、母乳育児をサポートする。体重増加不良や保護者の不安、乳房トラブル等がある場合は可能な限り、母乳育児に関する専門職(助産師、保健師、看護師、管理栄養士・栄養士など)と一緒に授乳の実際の様子やリズムを確認し、相談対応するようにつなぐ。

1か月児健診でみられる保護者の心配事は、多い順に「顔や体のブツブツ」「ゲップが出づらい」「鼻づまり」「よく吐く」「おしりかぶれ」「授乳量がわからない」と報告されている。生後2週間から1か月頃は、育児不安が最も強く現れる時期でもあり、保護者からの質問には丁寧に答えるとと

もに、保護者の表情や養育態度も観察して問題がありそうな場合は必ず継続フォローとして、関係機関と連携してサポートしていく。保護者と児を取り巻く家族の存在も大きい時期であるため、併せて支援する。1か月児健診は、産科退院後初めての外出であることが多いため、保護者へのねぎらいの声掛けは重要であり、体重増加が良く一般状態が良好であれば、育児がうまくいっていることを強調してエンパワーする。

表 2-3 1か月児健診における保健指導のポイント

発達の日安（母子健康手帳（省令様式）における「保護者の記録」項目より転載）		
	<ul style="list-style-type: none"> ・裸にすると手足をよく動かしますか ・お乳をよく飲みますか ・大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか ・おへそはかわいていますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか 	
項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・授乳方法・回数・1回量等	授乳は子どもの欲するままに与える。母親は落ち着いた気分で行う。あくまでも目安であり、個人差はあるが、授乳回数は1日7、8回～それ以上、1回の授乳時間は10～15分程度、1回の哺乳量は生後1～2か月で120～150ml程度である。成長曲線で発育、母乳・ミルクの回数・量、時間を確認する。育児用ミルクを使用する場合は、授乳を通じて親子関係づくりが進むよう、母親の心の状態等に配慮した支援を行う。母乳不足のために混合栄養を行う場合は、母乳分泌を維持するために、授乳回数をできるだけ増やすとともに搾乳を積極的に行う。
	・哺乳後の排気方法（溢乳と吐乳の違い等を含む）	溢乳を防ぐためには縦抱きで授乳したり、授乳後に乳児をまっすぐに抱いたりして、背中をさすり嚥下した空気を吐き出させる。授乳後は逆流した乳汁が気道につまらないように、上半身が高くなるような姿勢で寝かせたり、顔を横に向けて寝かせたりする。
	・母乳栄養の場合： 母乳不足・乳房トラブル等の有無 ・人工栄養の場合： 調乳方法、器具の消毒管理等	母乳不足：母乳不足感か、本当に母乳不足かを確認する。母乳不足の場合、母親に低栄養、ストレス、疲労、睡眠不足など、母乳不足の原因がないかを確認する。

（次頁に続く）

		<p>乳児に乳首だけでなく乳輪まで深くふくませることで、乳腺を圧迫して乳汁の分泌が容易になる。</p> <p>哺乳瓶を嫌がる：種類、メーカーをかえる。母親以外の人が試す等。</p> <p>母親の食事の栄養バランスを確認し食事の重要性を伝える（母乳への影響、子どものアレルギー発症を心配して、母親が食物除去をしても、アレルギー疾患発症リスクに変化がないこと、過剰な食物除去を行うと、母子共に健康障害を引き起こす可能性があること、適切な量と食べ方、授乳中のダイエットは不要等）。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・母乳、育児用ミルク以外に与えている飲料 	<p>生後1か月頃は、母乳や育児用ミルクのみでも水分補給は可能である。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠と授乳のサイクル 	<p>未確立の時期。1～2か月で落ち着くことが多いという見通しを伝える。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・昼夜の生活リズム 	<p>夜泣きの状況を含む</p>
睡眠・生活リズム	<ul style="list-style-type: none"> ・電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間 	<p>2歳までの子どもにはテレビやDVD等をみせないようにする。</p> <p>授乳中のテレビやDVD等の視聴をしないようにする。</p> <p>電子メディア・情報通信機器（テレビ・DVD・ビデオ・タブレット端末・スマートフォン等）が子どもに与える影響を説明する（電子メディア・情報通信機器への接触時間が親子とのふれあい等他の重要な時間を奪ってしまうこと（displacement theory）や、内容によっては視聴内容が悪影響を及ぼすこと（content theory）、今後の言語発達の遅れや生活リズムの乱れなどにつながる可能性があること、電子メディア・情報通信機器によるブルーライトが視力や睡眠に影響する可能性があること等を説明する。）</p>
遊び・対人関係	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者からのかかわり ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等） 	<p>あやす、声をかける、抱く</p> <p>子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等で気になるところはないか。</p>
保護者の健康、親子関係	<ul style="list-style-type: none"> ・乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無 ・マタニティブルーや産後うつ病 	<p>子どもの体重増加と授乳状況の確認。母乳分泌不足、乳腺炎、しこり（乳がん疑い）等の有無。痔や尿漏れ等の有無。</p> <p>表情や言動から疲労感、不安な状態が</p>

		ないか。マタニティブルーの場合は一過性だが、症状が続く場合は産後うつを疑い相談できるよう連絡先を伝える。不眠や食欲低下の有無。産後うつを早期に把握し適切な支援へとつなげるために EPDS [†] を実施(9点以上は保健センターへ連絡)。
	・ 受胎調節や家族計画	避妊に関するパートナーの協力状況。必要に応じて IUD [‡] の使用も考慮。
	・ 基本的信頼感の確立	子どもへの養育態度で気になるところはないか。
	・ 母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか(産後うつ疑い)。
	・ 育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・ 家族の状況(経済状況、就労状況等含む)	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
	・ 支援者の有無	里帰りから自宅へ戻る時期であることが多いため、支援の減少への対応ができていないか。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・ 地域とのつながり	また外に出にくい時期であり、特に母親は産後の心身ともに不安定であるため、社会的孤立等によるストレスを感じないように、身近な支援者の確保ができていないか、市町村保健センター等の社会資源を知っているかなどについて確認する。
	・ 社会資源活用状況	市町村保健センターや産後ケア、新生児訪問、乳幼児全戸訪問事業などの社会資源の活用について情報提供する
排泄	・ 排泄回数・色・性状・量等	母乳栄養児と人工栄養児の便の特徴、新生児の排泄の特徴について説明する。その際、母子健康手帳の便カラーカードの活用についても説明する。
	・ 皮膚の汚れやかぶれの有無等、保清スキンケアの方法等	沐浴から大人と一緒にのお風呂に移行する時期であり、入浴に関する不安がないか確認する。新陳代謝が活発で顔や頭皮の皮脂の分泌が盛んな時期のため、石鹸で洗う(特に大泉門や首回りなど)。顔もよく泡立てた石鹸で洗う。その後保湿剤などでスキンケアをすると良い。
清潔・入浴	・ おむつ交換の手技	退院後、何か困っていることがないか確認する。必要時清潔を保持するための手技ができていないか振り返る。
	・ 衣服の調節	生後2か月以内は大人より1枚多くするのが目安であるが、汗ばんでいないか確認して調整する。
歯・口腔機能	・ 歯みがきの準備状況(アタッチメント	先天性歯やリガ・フェーデ病による潰

[†] Edinburgh Postnatal Depression Scale (エジンバラ産後うつ自己評価票)

[‡] Intrauterine device (子宮内避妊具)

	形成の一環として)	瘍がある場合は、歯科受診を勧める。 上皮真珠は、特に心配する必要はない。 ヘルペス性歯肉炎で症状が重い場合は、小児科や歯科の受診を勧める。 歯の萌出前は、口腔内の清掃は必要ない。口腔内カンジタ症の場合は、口腔内及び口に入れそうなものを清潔に保つようにする。
環境整備	・室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
	・外気浴の状況	生後1か月から行う。戸外の空気にふれることを外気浴という。新鮮な空気を吸うことは呼吸器系を刺激し、気温の変化に順応するために効果的である。ただし、天候に応じて無理のない範囲で行う。
	・過度な冷暖房使用がないか	季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風が当たらないようにする。
事故防止	・授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備をする。
	・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	SIDS 予防、転落防止（ベッド柵は必ず上げる）、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）、低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、車に児を残さない、乳幼児揺さぶられ症候群、家庭外での事故防止等
保護者など周りの人の喫煙状況	・家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	児のまわりに細かい小物などを置かないようにする。児の寝ているところに壁や棚からものが落ちてこないようにする。 受動喫煙の害が及ばないように注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

- ・妊娠期からの継続的な支援の視点が重要であり、産科との連携も必要
- ・育児不安が特に高い時期である
- ・先天性疾患の早期発見につながる時期であるため、保護者が児に対して気になっている症状などについて注意深く聞く

次の健診に向けて

予防接種や今後の健診スケジュール等の見通しや、育児の相談窓口、子育て支援センター等の地域で活用できる子育て支援に関する社会資源の情報提供を行う。

2) 3～4 か月児健診 (PP 2-3-11~13)

3～4 か月児健診は、親子が初めて地域の保健機関に出向く機会であることも多いため、地域の安心できる育児の相談支援機関となるよう、信頼される関係を築くことが重要である。授乳・睡眠・排泄は、保健指導・支援のきっかけとなる。栄養指導に関しては現在の授乳状況等だけでなく、離乳開始に向けた準備の時期であることを念頭におく。乳房トラブルについては新生児期から健診時までの状況を確認し、適切な授乳方法を継続できるよう支援する。また、母親の精神的な健康状態の把握として、産後うつ病の可能性についても継続して確認しておく。さらに、子どものあやし方からアタッチメントの形成状況など親子関係について把握し、基本的信頼感の確立について確認する。また、事故、SIDS、乳幼児揺さぶられ症候群 (Shaken Baby Syndrome; SBS) などの予防に関する指導は欠かせない。また今後、発育・発達が著しく児の動きが活発になってくるため、先を見通した事故予防対策についても保護者に伝えることが重要である。

保護者の身体的・精神的負担感や問題解決能力、育児の相談者や協力者の存在、子どもの受容等は、保護者の育児に関する生活の質やソーシャル・サポートおよびネットワークを把握する項目として、どの時期においても大切なポイントである。

表 2-4 3～4 か月児健診における保健指導のポイント

発達の目安 (母子健康手帳 (省令様式) における「保護者の記録」項目より転載)

- ・首がすわったのはいつですか
- ・あやすとよく笑いますか
- ・目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか
- ・見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか
- ・外気浴をしていますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
	・授乳方法・回数・1回量等	眠る時間が長くなり、授乳回数が6～7回くらいになる。授乳は子どもの欲するままに与え、母親は落ち着いた気分で行う。 成長曲線で発育、母乳・ミルクの回数・量、時間を確認する。
授乳・離乳、食事・食習慣	・水分摂取のタイミングや内容	離乳の開始前は、母乳・育児用ミルク以外の飲み物は不要であるが、大量に汗をかいた場合などの水分補給は、白湯や麦茶でよく、果汁は与えなくてよい。 甘い飲み物は、糖分が多く食欲に影響しやすく、習慣化しやすい。イオン飲料は、医師の指示があった場合のみとする。発熱や嘔吐後のイオン飲料の習慣化に注意する。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 離乳の開始に向けた準備 	<p>離乳食に対する不安がある者には、不安を取り除くように話を聞く。</p> <p>授乳のリズムを作ることから、生活リズムを整え、離乳開始に備える。</p> <p>離乳は、健康状態の良好なときに開始する。</p> <p>調理の不安を取り除くため、簡単にできる料理（調理法）を具体的に提案する。</p> <p>離乳食の開始時期と完了までのプロセス、食品の組み合わせ、固さ、大きさ、禁止食品、調理法（調味）などを説明する。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 離乳の進め方、アレルギーの有無 	<p>適切な形態・量（咀嚼、月齢にあった固さ）の食事をフードモデルやパンフレットで示す。</p> <p>特定の食べ物ばかり食べたがる、嫌いなものは口にしない等の状況は、その食べ物が嫌いというより、食べなれていないことにより起こりがち（新奇性恐怖による）である。食べ物の好き嫌いはこの時期には固定しない。</p> <p>生活（授乳）リズムを整える。</p> <p>離乳の開始にあたり、ベビーフードの利点と留意点を説明する。</p> <p>食物アレルギーは、個人によりアレルゲンが異なる。除去食の必要性の有無や制限範囲は医師の診断のもとに決定する。アレルギー対応レシピ、代替食品を紹介する。</p>
<p>睡眠・生活リズム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠・昼夜の生活リズム 	<p>睡眠・覚醒のリズムがかなり完成し、昼はよく起きていることが多く、夜はしっかり眠るようになる。ただし夜泣きする場合もあるので児の睡眠の状況を確認するとともに、保護者の睡眠状況・疲労等にも気を配る。昼と夜の区別がつくようになるので、昼は外気浴をして遊び、夜は静かな環境を作る。生活リズムを作っていくために沐浴や散歩などを決まった時間帯にする（夜泣き対策となることもある）。</p>
<p>遊び・対人関係</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間 ・ 保護者からのかかわり 	<p>2歳までの子どもにはテレビやDVD等をみせないようにする。</p> <p>授乳中のテレビやDVD等の視聴をしないようにする。</p> <p>電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する（1か月児健診を参照）</p> <p>あやす、声をかける、抱く</p>
<p>保護者の健康、親子関係</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 親子関係 	<p>子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等で気になるところはないか。</p>

	・乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無	子どもの体重増加と授乳状況の確認。母乳分泌不足、乳腺炎、しこり（乳がん疑い）等の有無。痔や尿漏れ等の有無。
	・産後うつ病	表情や言動から疲労感、不安な状態が続いていないか。体調不良や意欲の減退はないか。不眠や食欲低下の有無。必要時 EPDS の実施を考慮（9 点以上は保健センターへ連絡）。
	・基本的信頼感の確立	子どもへの養育態度で気になるところはないか。
	・母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか（産後うつ疑い）。
	・育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・家族の状況	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
	・支援者の有無	支援者の有無を確認し、支援が不十分であり、養育上の困難点等が確認される場合は、担当保健師等に引き継ぐなど継続的支援を行う。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・地域とのつながり	定額している児も増え、外に出やすくなるため、周りに子育て仲間等がない場合は、親子が集える場の情報提供などを行う。
	・社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
	・排泄回数・色・性状・量等	便秘に関する質問が多い時期でもある。2～3 日便が出なくても腹部膨満がなくミルク・母乳の飲みもよく、機嫌もよければ様子をみてかまわない。苦しそうであれば、腹部マッサージや綿棒等での刺激方法について伝え、それでも改善しない場合はかかりつけ医への相談をすすめる。
清潔・入浴	・皮膚の汚れやかぶれの有無、保清スキンケアの方法等	新生児期にひきつづき、新陳代謝が活発であるため、スキンケアが重要である。湿疹がみられることも多いが、清潔にしていれば軽いものは軽快する。ただし、治りにくかったり悪化するようであればかかりつけ医への相談をすすめる。
	・おむつ交換の手技	新生児期に引き続き、清潔な方法で行っているか確認し、困りごとがないか確認する。
	・衣服の調節	大人と同じ枚数であるが、汗ばんでいる場合は 1 枚少なくする。手足の動きが活発になるため、吸湿性のよい肌着と動きやすい衣服を選ぶ。

<p>歯・口腔機能</p>	<p>乳歯が生える前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯みがきの準備状況（アタッチメント形成の一環として） 	<p>乳歯の手入れ方法は、保護者の心配ごととなりやすいが、歯の萌出前は口腔内の清掃は必要ない。</p> <p>「寝かせみがき」の練習として、保護者の膝の上に寝かせ、清潔な指で口の周りや口唇を触れることに慣れさせる。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・室内環境の清潔保持状況 	<p>極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。</p>
<p>環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外気浴の状況 	<p>戸外の空気にふれることを外気浴という。新鮮な空気を吸うことは呼吸器系を刺激し、気温の変化に順応するために効果的である。ただし、天候に応じて無理のない範囲で行う。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・過度な冷暖房使用がないか 	<p>季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風が当たらないようにする。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・授乳や食事の環境整備 ・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況 	<p>安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備を行う。</p> <p>SIDS 予防、転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）、低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等</p>
<p>事故防止</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・室内の環境整備 	<p>今後、児の動きが活発化してくるため、誤飲防止のため小さなものや危険なものは少なくとも1m以上の高さに移動させる。また、まだ寝返りをしていない児もいつするかわからないため、引き続きベビーベッド柵の確認等高所からの転落防止に努める。</p>
<p>保護者など周りの人の喫煙状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか 	<p>受動喫煙の害が及ばないよう注意する。受動喫煙の児への害について説明する。</p>

留意点

- ・健診によって、地域の保健機関との接点を初めて持つケースも多いため、出会いの場として信頼関係の構築が重要

次の健診に向けて

予防接種や今後の健診スケジュール等の見通しや、育児の相談窓口、子育て支援センター等の地域で活用できる子育て支援に関する社会資源の情報提供を行う。次の健診は委託医療機関での個別健診である自治体も多いため、何か気になることがあれば、保健センターにも相談してもらえるよう伝える。

3) 9～10 か月児健診 (PP 2-3-14~16)

9～10 か月児は、好奇心が旺盛で様々なものに興味を示すようになり、盛んに模倣遊びも始まってくる。子どもによっては、はいはいや伝い歩きが始まるため、丸々とした「赤ちゃんらしい」感じの体型から引き締まった体型に少しずつ変化が見られる。「ダメ」というような簡単な大人の言うことを理解したり、音に意味のない言葉（喃語）を盛んに発するようになる。表情も豊かになる時期であるが、人見知りの強い時期でもあり、診察に支障をきたすこともある。粗大運動の発達では、座位の安定性が高まり、座位のまま長時間遊ぶようになったり、つかまり立ちもできるようになる。屈筋優位から抗重力筋である伸筋が優位になり、立位に適するようになってくるため、早い子は「よちよち歩き」を始めている子もいる。10 か月児では、半数以上でつたい歩きができ、一人で歩くことができる子どももみられる。一方で、座位のみで、つかまり立ちやはいはいをしていない子もいる。中には座ったまま移動し独歩が遅れる「シャフリングベビー」という児もいる。微細運動や精神発達等に問題がない場合は特に心配はいらないことが多いが、診察等での確認が重要である。微細運動では、手先も器用になり、拇指、示指、中指を使う橈側握りが上達し、小さい物をつかんだり、片手で持ったものを逆の手に持ち変えも可能になる。

食生活では、離乳の完了にむけ、1日の食事・生活リズムを整える。

このように、子ども一人ひとりの発達のバリエーションが大きい時期であり、保護者が発達の遅れなどに気が付きにくい時期でもある。一方で、子育て中の保護者も、自分の子どもの発達の状況が、遅れているのか、正常の範囲内なのか不安を抱きやすい時期でもあるため、そのような心情に配慮した言葉かけが重要である。その場合は、先の見通しをもった助言や、発達の遅れや疾病などのリスクばかりの説明ではなく、子どもの発育・発達の支援や安心のために経過を確認するなどの声かけが必要である。

表 2-5 9～10 か月児健診における保健指導のポイント

発達の目安 (母子健康手帳 (省令様式) における「保護者の記録」項目より転載)		
	<ul style="list-style-type: none"> ・はいはいをしたのはいつですか ・つかまり立ちをしたのはいつですか ・指で、小さい物をつまみますか ・機嫌よくひとり遊びができますか ・離乳は順調にすすんでいますか ・そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか ・後追いをしますか ・歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることがありますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか 	
項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・食生活のリズム	1日3回食を進める、お腹がすくリズムをつくるために生活リズムを整える。
	・適量、食品の種類と組み合わせ	適切な形態、量 (咀嚼、月齢にあった固さ (歯茎でつぶせる固さ程度) の食事)。フードモデルやパンフレットで適量を示す。
(次頁に続く)		

	<p>穀類、野菜・果物、たんぱく質性食品を組み合わせた食事とし、色々な食品を楽しむ。</p> <p>生後9か月以降は鉄が不足しやすいので、赤みの魚や肉、レバーを取り入れ、調理用に牛乳・乳製品のかわりに育児用ミルクを使用する等工夫する。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。</p>
・調理形態、調理方法	<p>味覚の発達、身体への影響を伝える。簡単にできる料理（調理法）を提案する。</p> <p>離乳食の開始時期と完了までのプロセス、食品の組み合わせ、固さ、大きさ、禁止食品、調理法（調味）などを説明する。</p>
・家族と一緒に食事を楽しむ	<p>1日1回は、家族で食べられるように、協力しあう。夕食時間の設定を遅くせず、帰宅時間の遅い家族とのふれあいは、他の方法を提案する。</p>
・手づかみ食べ	<p>手づかみ食べにより、自分で食べる意欲や、目・手・口の協調動作（運動）を育てる。</p> <p>手づかみ食べのできる食事、汚れてもよい環境、食べる意欲を尊重する。</p>
・離乳の進め方、アレルギーの有無、離乳の完了に向けた準備	<p>食事の様子（歯茎でつぶして、飲み込んでいるか等）を見る。</p> <p>特定の食べ物ばかり食べたがる、嫌いなものは口にしない等の状況は、その食べ物が嫌いというより、食べなれていないことにより起こりがち（新奇性恐怖による）である。食べ物の好き嫌いはこの時期に固定しない。</p> <p>生活（授乳）リズムを整える、口腔機能にあった調理形態にする、焦らず、無理強いをしない。</p> <p>1日の食事のリズム、食べられる食品の増やし方、適量を説明する。</p> <p>の母乳または育児用ミルクの回数を減らしていき食事を中心にする。</p> <p>離乳の完了は、形のある食物をかみつぶす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る12か月から18か月頃である。</p> <p>十分な活動で空腹をつくり、質の良い睡眠を得る、それらが食欲へとつながる環境づくりを行う。</p>

		(次頁に続く)
		ベビーフードの利点と留意点を説明する。 食物アレルギーへの不安から、自己判断で食物除去を行うことのないよう注意し、必ず医師の指示を受ける。アレルギー疾患の予防や治療を目的として医師の指示を受けずにアレルゲン除去を行うことは、子どもの発育・発達を損なう恐れがある。 甘い飲み物は、糖分が多く食欲に影響しやすく、習慣化しやすい。イオン飲料は、医師の指示があった場合のみとする。発熱や嘔吐後のイオン飲料の習慣化に注意する。
睡眠・生活リズム	・就寝時間	日中の平均睡眠時間は、11～13 時間で 夜まとまって寝る時間が長くなる。 昼間はお散歩や室内でたっぷり遊び、運動させて、午後 8 時頃までには寝るように生活環境を整える。
	・午睡の状況	昼食後に 1～2 時間程度にし、夕方になると、睡眠に影響がでないようにする。
遊び・対人関係	・電子メディア・情報通信機器 (テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等) の視聴時間	2 歳までの子どもにはテレビや DVD 等をみせないようにする。 電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する (1 か月児健診を参照)
	・保護者と子のかかわり	「親と視線が合う」「大人のすることを真似する」「親の後追いをする」など
	・遊び相手を欲しがるときは原則として相手になる	「いないいないばあ」や「おつむてんてん」の他、模倣遊びなどでやり取りを楽しむ。
	・親子関係	子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等
保護者の健康、親子関係	・基本的信頼感の確立	「後追い」は保護者と保護者以外の人を認識し始めたことを示す行動である。無視したりせずに、気長につきあう。
	・母親の食欲・睡眠等状況、体調	うつ状態の有無や子どもの夜泣きによる睡眠不足、ストレス等をよく聞く
	・育児不安、育児困難感の有無	動きがでてくるので、目が離せなくなったり、後追いや夜泣きなど困難を感じることもあるので、不安な点をよく聞く
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・家族の状況	経済状況、就労状況等含む
	・支援者の有無	家族などの身近な支援者等、
	・地域とのつながり	保健師や保育士等地域の支援者や遊び場等の利用状況等

	・社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
排泄	・排泄回数・色・性状・量等	便の回数は減り、固形便に変化し始める。離乳食の回数増加や主食の移行に伴い少し便秘気味になることもあるので、水分補給やマッサージなどを行う。
清潔・入浴	・皮膚の汚れやかぶれの有無等・保清スキンケアの方法	新陳代謝が活発であるため、スキンケアが重要である。湿疹がみられることも多いが、清潔にしていれば軽いものは軽快する。ただし、治りにくかったり、悪化するようであればかかりつけ医への相談をすすめる。 急に入浴を嫌がり出すこともあるが、成長過程で遭遇する機会が多い。
	・衣服の調節	新生児期に引き続き、清潔な方法で行っているか確認し、困りごとがないか確認する。
	・乳前歯が生えてくる	一般に大人よりも、一枚少ないくらい 生後 8～9 か月頃から乳前歯が生えてくるが、歯の生え方、形、色などは個人差がある。 かかりつけ歯科医での定期健診やフッ化物歯面塗布を勧める。
歯・口腔機能	・寝かせみがきをしているか	保護者の膝の上に寝かせてみがかく習慣を付ける。 汚れを落とすことを目的とするのではなく、無理せず楽しい習慣とすることが大事である。
	・（歯が生えたら）歯ブラシを使った仕上げみがきをしているか	歯ブラシの毛先の感触や刺激に慣れさせ、短時間で終わらせるようにする。
	・水分摂取は甘くない飲み物にしているか	水分摂取に甘い飲み物は用いない。
	・室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
環境整備	・外気浴の状況	動ける範囲が広がり周囲のものに興味を示し始める時期。天気の良い時には散歩をしたり公園に連れて行くことをすすめる。
	・過度な冷暖房使用がないか	暖房利用時は湿度調整に注意を（加湿器や濡れタオル等の利用）
	・授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備
事故防止	・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	何でも口に入れるため、誤飲やおつかまり立ちやハイハイによる転落等が多いため注意が必要である。SIDS 予防、転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）低温火傷の防止、チャイル

		ドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等についても注意する。
	・室内の環境整備	子どもの手が届かないところに物をおく習慣をつける。
保護者など周りの人の喫煙状況	・家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないように注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

- ・発達の個人差・バリエーションが大きい時期であり、戸惑う保護者も多い

次の健診に向けて

予防接種の今後のスケジュールを確認する。次の健診は1歳6か月児健診であることが多くこれまでより間隔が長くなるため、何か困ったときの相談先として保健センターなどの社会資源について説明する。

4) 1歳6か月児健診 (PP 2-3-17, 18)

1歳6か月児健診では、乳児期から幼児期へ移行し、自我の芽生え、一人歩きや意味のある単語を話すなど発育・発達の節目であるとともに、育児ポイントや育児不安も大きく変化する時期である。人とのやりとりを通して、コミュニケーション力が育まれ、言葉の理解や発言が広がることから、子どもの発達や、食事や生活リズムなどの生活習慣、親子関係など丁寧な聞き取りと観察、必要に応じた経過観察も重要である。

生活リズム、遊びの時間と内容、精神発達や身体発達の確認とこれに見合う遊びの実施状況を把握し、個別に合わせて具体的な方法の指導をし、継続支援につなげる。

食生活に関しては、食生活のリズム、食品の種類と組み合わせ、調理形態、家族と楽しく食べる食生活習慣や子どもの食行動などについて確認する。

歯・口腔機能では、乳前歯が8本生えそろい、乳臼歯が生えてくる時期である。う蝕予防のため、フッ化物配合歯磨剤を用いた仕上げみがき習慣の確立やフッ化物歯面塗布および甘味摂取の状況などを確認する。

表 2-6 1歳6か月児健診における保健指導のポイント

発達の目安 (母子健康手帳 (省令様式) における「保護者の記録」項目より転載)

- ・ひとり歩きをしたのはいつですか
- ・ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか
- ・自分でコップを持って水を飲みますか
- ・哺乳ビンを使っていませんか
- ・食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか
- ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか
- ・極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になったりしませんか
- ・うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか
- ・どんな遊びが好きですか
- ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	<ul style="list-style-type: none"> ・ 幼児食への移行 ・ 離乳の完了 	<p>1日の食事リズム、食べられる食品の増やし方、適量の助言を行う。現物やパンフレット、フードモデルで適量を提示。食事量は個人差もあるので、バランスに気をつけるよう指導する。食事の様子（しっかり噛んで、飲み込めているかなど）を見ながら、離乳食を完了していくことを伝える。牛乳・乳製品の必要量を説明する。食事時間が空腹で迎えられるように生活リズムを整えていく。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事・生活のリズム 	<p>朝、起きられるような生活リズムの確立。食事のリズムが生活リズムの確立に利用できるように支援する。子どもの時間に合わせた生活リズムをつくる。日中の活動量、睡眠も含めて見直す。食事は1日3回となり、その他に、必要に応じて1日1～2回の間食が目安である。食事リズムを整え、空腹感をもたせる。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 間食の時間、内容、量は適切か 	<p>間食は、食事の一部である。1日3回の食事で、補えないエネルギーや栄養素を補う内容とし、時間を決める。現物やフードモデルで適量を提示。空腹で食事時間が迎えられるような生活リズムをつくる。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食品の種類と組合せ 	<p>食品の種類を増やし、主食・主菜・副菜を基本に、色々な食品を楽しませる。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調理形態 	<p>子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどへの配慮をする。咀嚼機能の獲得のため、一緒に噛む見本を示して、噛むことの大切さを伝える。乳歯の生えそろう3歳頃までは、食べづらさや窒息や誤嚥の原因になる食品（弾力のあるもの、繊維のある肉・</p>

		<p>野菜、ピーナッツや大豆など)には配慮が必要である。</p> <p>窒息事故や誤嚥予防のために、食べる時に遊ばせない、泣かせない、仰向けに寝た状態や歩きながら食べさせない、食べ物を口に入れたまま会話をさせない、食事中に驚かさない、早食いさせないなどの注意が必要である。</p>
	・家族と楽しく食べる	<p>食事の楽しさは、食欲や健康状態、食事内容、食事の手伝いへの意欲とも関連し、食生活全体の良好な状態を示す。</p> <p>1日1回は、家族で食べられるように、協力しあうとよい。</p>
	・丸のみ、噛まない	<p>噛むことを体験させるように。手づかみ食べにより、自分で食べる意欲や目・手・口の協調動作(運動)を育てる。手づかみ食べしやすい調理のアドバイスをする。</p> <p>丸のみ、噛まない悩みに対しては、前歯でかじり取る体験を手づかみ食べなどで十分にさせることで、咀嚼を促していく。</p> <p>授乳、生活リズムの確認。食べる環境を整える。</p> <p>小食、偏食、むら食い、だらだら食べなどの原因が生活リズムの乱れにないかを確認する。</p>
	・自分から進んで食べる	<p>食べやすい形態、調理法にしてみる、食に興味を持たせること、よく遊び、リズムをもって食事時間が迎えられるようにする。</p>
睡眠・生活リズム	・生活リズムの獲得状況	<p>午後8~9時頃までには就寝、午前6~7時に起床等。夜泣きなど夜間覚醒がみられることもある。昼間の適度な運動や添い寝等でのスキンシップも有効である。</p>
	・午睡の状況	<p>少なくとも1回</p>
	・電子メディア・情報通信機器(テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等)の視聴時間	<p>2歳までの子どもにはテレビやDVD等をみせないようにする。</p> <p>電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する(1か月児健診を参照)</p>
遊び・対人関係	・保護者と子のかかわり	<p>「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」、「いつもと違うことがあると、親の顔を見て確認する」など</p>
	・親子関係	<p>子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等</p>
保護者の健康、親子関係	・基本的信頼感の確立	<p>子どもへの養育態度で気になるところはないか。子どもからのメッセージもうまく受け止め、甘えを十分受け止</p>

		めることも大切である。
	・母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか。
	・育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・家族の状況	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・支援者の有無	支援者の有無を確認し、支援が不十分であり、養育上の困難点等が確認される場合は、担当保健師等に引き継ぐなど継続的支援を行う。
	・地域とのつながり	周りに子育て仲間等がない場合は、親子が集える場の情報提供などを行う。
	・社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
排泄	・トイレトレーニングの状況	トイレトレーニング開始の条件について説明する。無理強いしない。
清潔・入浴	・皮膚の状態	皮膚の清潔を保ち、刺激をさけ、保湿等で皮膚を保護する。アトピー性皮膚炎等がないか確認する。
	・衣服の調節	大人より1枚少ない程度であるが、季節や気候に合わせて調節する。
	・乳臼歯が生えてくる	乳臼歯が生えてくる時期であるが、個人差がある。 癒合歯や反対咬合等の症状もこの時期は特に心配はない。 かかりつけ歯科医での定期健診を勧める。
歯・口腔機能	・子ども自身での歯みがき習慣	子ども自身が「まねっこ」で歯みがきの習慣を付ける時期である。 汚れをとることだけではなく、子ども自身でみがく真似をし、就寝前の保護者による仕上げみがきの習慣付けが大事になる。 歯ブラシによる事故には十分留意する。
	・就寝前の仕上げみがき	乳臼歯が生えてきたら、就寝前は保護者による仕上げみがきの習慣をつける。 仕上げみがきを嫌がる時期ではあるが、無理をせず、音楽をかけたり、歌を歌いながらなど、楽しい雰囲気で行う。 仕上げみがきは、あまり押さえついたり、長い時間行うのではなく、終了後はよく褒めるようにする。
	・哺乳ビンの使用状況	使用している場合は、2歳までにはやめるようにする。 就寝前の使用や甘いものを入れての使用はやめるようにする。
	・フッ化物配合歯磨剤の量	歯が生えたらフッ化物配合歯磨剤を使用する。

		切った爪程度で、保護者の仕上げみがき時に使用する。 残余物があれば軽くふき取る。
	・ 歯磨剤の使用状況	保護者の仕上げみがき時に使用しているかどうかを確認する。
	・ 定期的なフッ化物歯面塗布の有無	かかりつけ歯科医での定期健診とフッ化物歯面塗布を勧める。
	・ 室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
環境整備	・ 外気浴の状況	動ける範囲が広がり周囲のものに興味を示し始める時期。天気の良い時には散歩をしたり公園に連れて行くことをすすめる。
	・ 過度な冷暖房使用がないか	季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風が当たらないようにする。
	・ 授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備
事故防止	・ 乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	一人歩きを始め、行動範囲が広くなり、何にでも興味を示す時期であり、店頭転落、火傷、溺水、交通事故、たばこ等の誤飲などの事故が多くなる。まだ危険を理解できないため環境整備が必要。 転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）・低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等に注意する。
	・ 室内の環境整備	たばこ、アルコールなどを手の届くところに置かない。お風呂場に入れないようにする（残り湯は捨てる）。引き出しなど危険なものが入っているものにはロックをする。
保護者など周りの人の喫煙状況	・ 家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないように注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

- ・ 乳児期から幼児期へ移行し、子の発達にあわせて育児ポイントも大きく変化する時期

次の健診に向けて

次は3歳児健診となるが、2歳代で歯科健診等が入る自治体もある。自治体の健診実施状況に応じて、次の健診について説明する。

5) 3歳児健診 (PP 2-3-19~21)

食習慣、歯磨き習慣、睡眠時間、排泄の自立、遊び等、健康的な基礎習慣が確立する時期である。また、友達遊びができるようになり、家庭外へ関心が向き社会性が発達する時期でもある。健診ではその様な発達段階をふまえ、今後も子どもの社会性の発達が促される方向にあるか留意し、保護者が子どもを手助けする関わりが実施できているかを確認する。3歳児健診は、就学時までの最後の健診となる自治体が多い。そのため、集団生活の開始に向けた視点からも、社会性を中心とした発達の確認および健康的な生活習慣の確立の確認が重要である。

食生活に関しては、食生活のリズム、調理形態、子どもの食行動、スプーンや箸の使用状況などとともに、様々な人との共食を楽しむ食生活習慣が身についてきているかなどを確認する。

歯・口腔機能では、乳歯 20 本が生えそろう時期であり、う蝕を持つ子どもが増える時期でもある。歯科健診では、う蝕の有無だけでなく歯列不正に影響する口腔習癖の確認も重要である。

表 2-7 3歳児健診における保健指導のポイント

発達の目安 (母子健康手帳 (省令様式) における「保護者の記録」項目より転載)

- ・手を使わずにひとりで階段をのぼれますか
- ・クレヨンなどで丸 (円) を書きますか
- ・衣服の着脱をひとりでできますか
- ・自分の名前が言えますか
- ・歯みがきや手洗いをしていますか
- ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか
- ・いつも指しゃぶりをしていませんか
- ・よくかんで食べる習慣はありますか
- ・斜視はありませんか
- ・物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしませんか
- ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりませんか
- ・かみ合わせや歯並びで気になることがありますか
- ・歯にフッ化物 (フッ素) の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか
- ・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか
- ・遊び友だちがいますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・食事のリズム	食事のリズムを生活リズムの確立に利用できるように支援する。子どもの時間に合わせた生活リズム (日中の活動量、睡眠も含めて) をつくとよい。外遊びの習慣等をつけ、空腹状態で、食事時間を迎える。食事の時間を決め、30分程度で終了にするなど食事環境を整えることで食事のリズムを確立する。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 様々な人との共食を楽しむ 	<p>仲間と一緒に食事を楽しみ情報交換ができるようになる。</p> <p>共食を楽しみながら、思いやりの気持ちを育む。仲間と食事のペースを合わせたり、自分だけが沢山食べたりしないよう、相手を思いやる気持ちが芽生えるような声かけをする。</p> <p>1日1回は、家族等で食べられるように協力しあうとよい。しかし夕食時間設定は遅くせず、帰宅時間の遅い家族とのふれあいは他の方法を考える。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 食具（箸の使い方等） 	<p>自分で食べたがる意欲を大切に、手づかみから食具の使い方を覚える。自分にあった一口量を確認し咀嚼への動きにつなげる。</p> <p>保護者が見本となる。</p> <p>食事以外の遊びの中でも、指先を使った動きを取り入れ、食具の使い方を獲得していく。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 咀嚼機能と食事の調理形態 	<p>誤嚥、窒息の事故に気をつける。食べ物を大きいまま飲み込む、食べながら走る、遊ぶなどの時に起こりやすい。食事中に驚かさない、食べ物を口に入れたまま会話させない、早食いをさせない。</p> <p>口腔機能の発達と食形態が合うように、食材の形や調理形態（子どもの口腔の大きさに合った大きさや、咀嚼を促す大きさや固さ等）を助言する。噛む練習として、周囲の大人が噛む姿を示したり、音を楽しませる。</p> <p>噛む力をつける食材やメニューを紹介する。一口の量を確認し、嚥下してから、次の一口を入れる。</p> <p>食事の様子（しっかり噛んで、飲み込んでいるかなど）を見る。</p> <p>咀嚼機能は、発達遅滞や歯科との関連もあるため、多職種と連携し統一した方向性を検討し、個別相談に対応する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の調理形態 	<p>子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどの配慮をする。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の適量、小食、偏食 	<p>1日の食事リズム、食べられる食品を増やし適量を理解する。空腹で食事を迎えるようにする。</p> <p>好き嫌い・偏食は無理強いせず、しかし調理方法を変えたりして、食卓には出す。周囲の大人がおいしそうに食べるとよい。</p> <p>むら食い・食事を食べない時には、リズムを確認する。1週間程度の状況を確認し、環境等で左右されることもあること伝える。</p> <p>間食の与え方は、1日1～2回とする。子どもが欲しかるままに与えようと舐めや肥満、偏食の原因になりやすいので時間と量を決めて与える。</p> <p>食事リズムを作り、空腹で食事時間を迎えるよう工夫する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活リズム、食事のリズムの獲得状況 	<p>食事リズムが生活リズムの確立に利用できるように支援する。生活習慣病予防について。子どもの時間に合わせた生活リズムを。日中の活動量、睡眠も含めて見直す。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活リズム、食事のリズムの獲得状況 	<p>午後8～9時頃までには就寝、午前6～7時に起床、規則正しい食事時間等の生活リズムが確立しているか確認する。</p>
<p>睡眠・生活リズム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間 	<p>長時間の視聴は言葉の発達に影響することもある。全ての電子メディア・情報通信機器への総接触時間を2時間未満にする。食事中のテレビやDVD等の視聴をしないようにする。子ども部屋にはビデオやパソコンを置かないことを推奨する。保護者と子どもで電子メディア・情報通信機器を上手に利用するルールをつくる。電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する（1か月児健診を参照）</p> <p>昨今の電子メディア・情報通信機器においては教育的使用も増えてきている。電子メディア・情報通信機器の問題点と有益性を考慮しつつ、子どもの生活の中での位置づけを常に考えることが重要である。</p>
<p>遊び・対人関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の子どもとのかかわり 	<p>「同年齢の子どもと接する場面で、他の子どもに話しかけようとする」、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」など</p>

	・親子関係	子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者を安全基地として家庭外の世界へ関心が向けられているか等
保護者の健康、親子関係	・自我の発達、社会性の発達	3歳以降に現れる第1反抗期は自主性の発達の上で重要である。過保護、過干渉に気を付け、子どものやる気の芽を伸ばし、自我の発達、社会性の発達を促す。
	・母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか。
	・育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・家族の状況	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
	・支援者の有無	支援者の有無を確認し、支援が不十分であり、養育上の困難点等が確認される場合は、担当保健師等に引き継ぐなど継続的支援を行う。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・地域とのつながり	特にまだ幼稚園等の所属がない場合は社会的孤立に注意する。周りに子育て仲間等がない場合は、親子が集える場の情報提供などを行う。
	・社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
排泄	・トイレトレーニングの完了状況	過敏にならず、失敗は怒らず、うまくいったらほめる。まだ夜間の排尿抑制は難しい場合も多い。
清潔・入浴	・皮膚の汚れやかぶれの有無等・保清スキンケアの方法	皮膚の清潔を保ち、刺激をさけ、保湿等で皮膚を保護する。アトピー性皮膚炎等がないか確認する。
	・衣服の調節	大人より1枚少ない程度であるが、季節や気候に合わせて調節する。
歯・口腔機能	・乳歯列が完成する	乳歯列が完成するが、本数や時期、かみ合わせや歯並びには個人差がある。かかりつけ歯科医での定期健診を勧める。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯列不正に影響がある口腔習癖の有無 	<p>指しゃぶりは、3歳頃までは生理的な行動として捉え、指を使った遊びや外遊びを増やすなど、否定せず褒めながら様子を見る。</p> <p>指にタコができるほどの過度な指しゃぶりは、かかりつけ歯科医に相談することを勧める。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食後の歯みがき習慣 	<p>家族みんなが食べたら歯をみがくよう習慣付けを行う。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ うがいの練習をしているか 	<p>口唇を閉じてのブクブクうがいは、口腔機能の発達と深い関連がある。ブクブクできなくても、口唇を閉じて水をため、吐き出すことから練習をする。</p> <p>4歳以降に始められるフッ化物洗口のためにも、練習を開始する。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就寝前の仕上げみがき 	<p>就寝前の仕上げみがきを継続する。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ フッ化物配合歯磨剤の使用状況 	<p>5mm以下（エンドウ豆の大きさ）で使用し、うがいは1回程度とする。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的なフッ化物歯面塗布の有無 	<p>かかりつけ歯科医での定期健診とフッ化物歯面塗布を勧める。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 室内環境の清潔保持状況 	<p>極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外気浴の状況 	<p>天気の良い時には散歩をしたり公園に連れて行くことをすすめる。</p>
環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過度な冷暖房使用がないか 	<p>季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風が当たらないようにする。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 授乳や食事の環境整備 	<p>安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備</p>
事故防止	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況 	<p>屋外での事故が増えてくる。特に交通事故予防は重要である。まだ大人より視野が狭く近づく車が目に入るのが遅かったりするなどするため、大人がいつでも対応できるようにする。</p>
保護者など周りの人の喫煙状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか 	<p>受動喫煙の害が及ばないよう注意する。受動喫煙の児への害について説明する。</p>
留意点		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 以降就学までの最後の健診であることが多く、集団生活開始に向けた社会性の発達確認と生活習慣の確立が重要 		
次の健診に向けて		

5 歳児健診を実施する自治体もあるが、多くは就学まで健診がないため、現在の困りごとへの対応を
するとともに、今後の発育・発達の見通しを示しながら、健診がなくても心配なことがあれば市町村
保健センター等に相談するなど社会資源の活用について伝える。

表 2-8 主な健診時期における保健指導の際の確認事項

項目	新生児期 1か月	乳児期前期 3~4か月
発達 の目安 (母子健康手帳(省令様式)における「保護者の記録」項目より転載)	<ul style="list-style-type: none"> 裸にすると手足をよく動かしますか お乳をよく飲みますか 大きな音にビックッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか おへそはかゆいっていますか 子育てについて気軽に相談できる人はいいますか 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか 	<ul style="list-style-type: none"> 首がすわったのはいつですか あやすによく笑いますか 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか 見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか 外気浴をしていますか 子育てについて気軽に相談できる人はいいますか 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか
授乳・離乳、食事・食習慣	<ul style="list-style-type: none"> 授乳方法・回数・1回量等 哺乳後の排気方法(溢乳と吐乳の違い等含む) (母乳栄養の場合)母乳不足・乳房トラブル等の有無(人工栄養の場合)調乳方法、器具の消毒管理等 	<ul style="list-style-type: none"> 授乳方法・回数・1回量等 離乳の開始に向けた準備 水分摂取のタイミングや内容
睡眠・生活リズム		<ul style="list-style-type: none"> テレビ、DVD、ビデオ等の視聴時間
遊び・対人関係	<ul style="list-style-type: none"> 保護者からのかかわり(あやす、声をかける、抱く) 	
保護者の健康、親子関係	<ul style="list-style-type: none"> 親子関係(児の要求に対する保護者の応答性・関わり等) 乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無 マタニティブルーや産後うつ病 受胎調節や家族計画 	<ul style="list-style-type: none"> 親子関係(子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等) 乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無 産後うつ病
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	<ul style="list-style-type: none"> 支援者の有無 地域とのつながり 社会資源活用状況 	<ul style="list-style-type: none"> 基本的信頼感の確立 親の食欲・睡眠等状況、体調 育児不安、育児困難感の有無 家族の状況(経済状況、就労状況等含む)
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 排泄回数・色・性状・量等(母乳栄養児と人工栄養児の便の特徴、新生児の排泄の特徴含む) 	<ul style="list-style-type: none"> 排泄回数・色・性状・量等
清潔・入浴	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚の汚れやかぶれの有無等 おむつ交換の手法 保清、スキンケアの方法 衣服の調節 	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚の汚れやかぶれの有無等 おむつ交換の手法 保清、スキンケアの方法 衣服の調節
歯・口腔機能		<ul style="list-style-type: none"> 歯みがきの準備状況(アタッチメントの一環として)
環境整備	<ul style="list-style-type: none"> 室内環境の清潔保持状況 体温調節のための環境整備状況(室温や衣類の調節、採光、風通し等) 外気浴の状況 過度な冷暖房使用がないか 授乳や食事の環境整備(安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備) 	
事故防止		
保護者など周りの人の喫煙状況	<ul style="list-style-type: none"> 家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか 	
予防接種	<ul style="list-style-type: none"> 予防接種の接種状況(必要性についての認識、スケジュール管理状況含む) 	
留意点	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠期からの継続的な支援の視点が重要であり、産科との連携も必要 育児不安が特に高い時期である 先天性疾患の早期発見につながる時期であるため、保護者が子どもに対して気になっている症状などについて注意深く聞く 	<ul style="list-style-type: none"> 健診によって、地域の保健機関との接点を初めて持つケースも多いため、出会いの場として信頼関係の構築が重要

乳児期後期 9～10 か月	幼児期前期 1歳6か月	幼児期後期 3歳
<ul style="list-style-type: none"> ・はいりまいをしたのはいつですか ・つかまり立ちをしたのはいつですか ・指で、小さい物をつまみますか ・機嫌よくひとり遊びができますか ・離乳は順調にすすんでいますか ・そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか ・後追いをしますか ・歯の生え方、形、色、歯肉などについて気になることがありますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり歩きをしたのはいつですか ・ママ、プープーなど意味のある言葉をいくつか話しますか ・自分でコップを持って水を飲みますか ・哺乳ビンを使っていませんか ・食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか ・極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になったりしませんか ・うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか ・どんな遊びが好きですか ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか 	<ul style="list-style-type: none"> ・手を使わずにひとりで階段をのぼれますか ・クレヨンなどで丸（円）を書きますか ・衣服の着脱をひとりですたがりますか ・自分の名前が言えますか ・歯みがきや手洗いをしていますか ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか ・いつも指しゃぶりをしていませんか ・よくかんで食べる習慣はありますか ・斜視はありませんか ・物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしませんか ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりませんか ・かみ合わせや歯並びで気になることがありますか ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか ・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか ・遊び友だちがいますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか
<ul style="list-style-type: none"> ・食生活のリズム（1日3回食を進めているか、お腹がすくリズムをもっているか） ・食品の種類と組み合わせ（色々な食品を楽しんでいるか） ・調理形態、調理方法は合っているか ・家族一緒に食事を楽しんでいるか ・手づかみ食べの練習をしているか 	<p>幼児食への移行、離乳の完了</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食生活のリズム（食事は1日3回となり、その他に1日1～2回の間食が目安） ・間食の時間、内容、量は適切か ・食品の種類と組合せ（食品の種類を増やし、色々な食品を楽しんでいるか） ・調理形態（子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどの配慮等） ・家族と楽しく食べる食生活習慣が身についているか ・子どもの食行動（小食、偏食、むら食い、だらだら食べなど） ・自分から進んで食べるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活のリズム（間食のとり方含む） ・様々な人との共食を楽しむ食生活習慣 ・食事に必要な基本的態度 ・スプーンや箸を使って食べているか ・よく噛んで食べているか ・調理形態（子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどの配慮等） ・子どもの食行動（小食、偏食、むら食い、だらだら食べなど）
<p>離乳の進め方、アレルギーの有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就寝時間（午後8時頃までに） ・午睡の状況（1～2時間程度） 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズムの獲得状況（午後8～9時頃までには就寝午前6～7時に起床等） ・午睡の状況（少なくとも1回） 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズム、食事のリズムの獲得状況
<ul style="list-style-type: none"> ・保護者とのかかわり（「親と視線が合う」「大人のすることを真似する」「親の後追いをする」など） ・遊び相手を欲しがるときは原則として相手になる ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・親とのかかわり（「何か々に興味を持った時に、指さして伝えようとする」「いつもと違うことがあると、親の顔を見て確認する」など） ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・他の子どものかかわり（「同年齢の子どもと接する場面、他の子どもに話しかけようとする」「他の子どもから誘われははき遊びに加わろうとする」など） ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者を安全基地として家庭外の世界へ関心が向けられているか等） ・自我の発達、社会性の発達
<ul style="list-style-type: none"> ・排泄回数・色・性状・量等 	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレトレーニングの状況 	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレトレーニングの完了状況
<p>乳前歯が生えてくる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・寝かせみがきをしているか ・（歯が生えたら）歯ブラシを使った仕上げみがきをしているか ・フッ化物配合歯磨剤の量（切った爪程度） ・水分摂取は甘くない飲み物にしているか 	<p>乳白歯が生えてくる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子ども自身での歯みがき習慣（まねっこ） ・就寝前の仕上げみがき（奥歯が生えてきたら） ・哺乳ビンの使用状況（いつまでも使わない） ・歯磨剤の使用状況（仕上げみがき時に使用しているか） ・定期的なフッ化物歯面塗布の有無 	<p>乳歯列が完成する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯列不正に影響がある口腔習癖の有無 ・食後の歯みがき習慣 ・うがいの練習をしているか ・就寝前の仕上げみがき ・フッ化物配合歯磨剤の使用状況（5mm以下で使用、うがい回数は1回程度）
<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況（SIDS 予防、転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）・低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等） ・室内の環境整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児期から幼児期へ移行し、子どもの発達にあわせて育児ポイントも大きく変化する時期 	<ul style="list-style-type: none"> ・以降就学までの最後の健診であることが多く、集団生活開始に向けた社会性の発達確認と生活習慣の確立
<ul style="list-style-type: none"> ・発達の個人差・バリエーションが大きい時期であり、戸惑う保護者も多い 		

が重要

第3章 乳幼児健診における情報共有と情報活用

第1節 妊娠期からの支援と支援対象者の情報の活用

1 妊娠期からの支援の必要性と課題

妊娠期から妊婦の健康問題や社会的リスクを把握し、必要な支援をスタートすることは、母子保健にとって重要である。妊娠届出時の保健師等による妊婦面談は、これらの問題を把握し支援を開始するのに、最も適した機会となる。妊娠期に何らかの問題が把握され、支援対象者と判断した場合、早めに支援計画を立て、支援が必要と考えられる時期に合わせて介入することができる。特に、医療機関との連携が必要な場合や、産後早期に訪問等の支援が必要な場合に、タイムリーに支援を行うことができる。

女性の出産年齢の高齢化とともに、身近な支援者となる実父母や義父母も高齢化しているため、里帰りしたいができないというケースも増えている。その場合、出産後すぐから産婦本人とパートナーだけの育児が始まるが、出産による身体的疲労からの回復もままならないうちに、十分な睡眠時間も確保できずに慣れない育児を始めることは負担が大きく、心身がともに窮迫されることで、産後うつや子ども虐待のリスクも高まると考えられる。妊娠期から産後の状況を予測して、妊婦が自ら支援体制を考慮し、産後の準備ができれば良いのだが、妊娠中はその時点の自分の身体的変化や、出産そのものが気がかりで、産後のことまでイメージできない人も多い。そのため、出産後になって支援の必要性を感じても、どこに支援の糸口があるかも分からないまま、必死に目の前の育児をこなすしかない状況が生まれる。このような現状をふまえると、妊娠期に家族の支援状況を把握し、産後の支援の必要性を共に考えることは、生活する地域において必要不可欠な支援である。高齢妊婦は、産科合併症のリスクが高まり、それに起因する帝王切開の可能性も増える。また、経膈分娩であっても出産時の体力消耗による分娩時間の遷延、産後の疲労回復の遅れ、母乳分泌の遅れなど、様々なリスクが考えられる。本人のリスクだけでなく、子どものリスクも考えれば、医療機関と連携した支援を行う必要があり、保健機関が早めに情報を得ておくことが必要である。

高齢妊婦が増える一方で、若年妊婦の支援も重要な課題である。10代では8割が婚前の妊娠であり、それらは予期せぬ妊娠とも考えられるため、望まない妊娠になってしまう可能性も高い。妊娠に気付くのが遅れたり、相談相手がないまま、あるいは相談できた時にはすでに妊娠中絶が不可能な時期だったりした場合、出産に至らざるをえない。10代の出産での課題は、妊婦が精神的に未熟であることが多いため、育児の支援者の必要性が極めて高いという点である。また、パートナーとの人間関係の構築や、地域社会との関係構築なども難しく、孤立しがちである。自分自身も成長期にある中で、自分の子どもを育てていくという状況は、周囲の支援なしには成立しない。学生であれば学業継続についての問題があり、家庭を築く場合は経済的な自立がなければ経済基盤の問題にも直面する。若年妊娠は子ども虐待のハイリスク要因でもあり、妊娠出産の時点だけでなく、学校教育、福祉、保健、医療など多機関多職種による支援が必要である。また、精神疾患の既往を含むメンタルヘルス、シングルマザー、外国人、経済的困窮、障害など、社会的ハイリスクと考えられる妊婦に対しても、妊娠早期に妊婦とその家族の状況を把握し、継続的な支援につなぐことが重要である。

平成28年6月の母子保健法の改正により、母子保健が子ども虐待の予防及び早期発見に資するものとされ、子育て世代包括支援センター（法律上の名称は母子健康包括支援センター、平成29年4月1日施行）設置が市町村の努力義務となり、平成32年度末までに全国展開が目指されている。

子育て世代包括支援センターでは、母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供できるよう、きめ細かな相談支援等を行うことが求められており、従来行われていた妊娠届出時から始まる各種母子保健事業に加え、利用者の立場に立った関係機関の連携による支援が求められている。平成29年8月には、子育て世代包括支援センターのガイドラインが公表され、主な業務として、①妊産婦及び乳幼児等の実情を把握すること、②妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと、③支援プランを策定すること、④保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこととされた⁴⁾。子育て世代包括支援センターでは、リスクや障害の有無に関わらず、全ての妊産婦・乳幼児等を対象として、情報を継続的かつ一元的に収集し、関係機関と連携して支援することが求められており、妊娠届出から全ての妊産婦を把握し、子育て期まで情報を継続して活用していくことが具体化されなければならない。子育て世代包括支援センターは、新たにセンターを立ち上げてゼロから事業をスタートさせることではなく、これまで母子保健事業として行ってきた業務を見直し、子育て世代包括支援センターとして整備し直すことで、さらにきめ細かな妊産婦、乳幼児の把握、支援につながると考えられる。

2 妊娠期からの支援を行う具体的な方法

1) 妊娠届出時の妊婦のアセスメント

妊娠届出時に、必要書類のみの届出だけではなくアンケート等も用いて支援対象者を把握している市町村は多く、保健師等は、提出された書類やアンケート等に基づき、面談を行ってアセスメントをしていると考えられる。益邑らの調査によると、妊娠届出時に、原則として届出者全員に届出当日に個別面談を実施している市町村は72.7%あり、面談担当者の92.4%が保健師であると報告されている⁴⁾。研究班調査においても、母子健康手帳交付時(妊娠届出時)に全妊婦のアセスメントを行っている市町村は907か所(77.6%)で、アセスメントを行い継続支援に関する計画立案を行う職種は保健師であるところが多く95.6%という結果であった^{12,13)}。妊娠届出時に保健師が全ての妊婦と個別面談を行ってアセスメントする機会は整いつつあると考えられる。

しかし、妊娠の届出を市民課や支所等で受け付け、保健師等による面談がその場で行えない場合は、後日集約した書類から支援対象者を把握し、あらためて連絡することとなる。その場合、電話がつながりにくかったり、相談ニーズが引き出しにくかったりするため、効果的な支援に結び付けにくい場合も多くなる。妊娠届出時に保健師等が面談する体制を整え、その場でアセスメントすることで、ニーズも抽出しやすく、その後の継続的な支援につなげていくことがスムーズになる。市民の利便性の観点から、必ずしも保健師等の面談等ができない市町村もあるが、妊娠届出は、妊婦自らが行政に出向く数少ない貴重な機会であることを認識し、この機会に妊娠期から育児期までの切れ目ない支援をスタートさせ、併せて支援対象者のスクリーニングを行えるよう工夫する必要がある。今後は、子育て世代包括支援センターが展開され、同センターは全ての妊産婦・乳幼児を対象とすることから、妊娠届出時の全数面談への整備はさらに進むと考えられる。

面談後の継続的な支援につなげるためには、この個別面談時のアセスメントの質を高める必要がある。まず、実際に面談を行う場所は、プライバシーに配慮した環境を確保することが望ましい。その後の継続した相談につないだり、困った時の相談場所として足を運んでもらいやすくしたりするためにも、保健師と妊婦が「顔の見える関係」であることは重要であり、この機会に、信頼関係を構築できるような面談を行うことが大切である。

次に、妊婦のアセスメントの基準だが、現状では、面談を実施した保健師等の力量や判断に委ねられている。誰が行ってもアセスメントが変わらず、その後の支援につなげられるよう、アセスメ

ントの基準を標準化する必要がある。一方で、面談者の「何となく違和感がある」等の直感の重要性も指摘されており、経験や資質の向上もスクリーニングには大きな要素となっている。

アセスメントツールの例として、愛知県では妊娠届出書の標準様式を示しており、今回の妊娠が分かった時の気持ち、現在の困りごととして身体面、経済面、夫婦関係等、また、うつの症状の有無などについても記入できる様式となっている⁴⁸⁾。また、奈良県では乳児期早期の虐待予防に向けて、妊娠届出時の面談で保健師が行う具体的な指導内容、妊娠届出のアンケートで得られた情報を元に面談で確認する内容、説明する内容、配慮すべき点、リスクアセスメント項目等をマニュアルで示し標準化している⁴⁹⁾。まずは、各市町村で現在使用しているアンケートなどを活用し、スクリーニングした妊婦および乳児の状況を乳幼児健診につなげていくこと、その上でフィードバックし内容や方法を改善していくことが望まれる。また、今後は、一定の質の担保ができる標準的なツールについて検討していく必要があると考えている。

2) 母子健康手帳交付後の妊娠期間中の全妊婦のアセスメント

母子健康手帳交付時にアセスメントする機会が持てなかった妊婦や、妊娠期間中の転入者、医療機関で把握されたハイリスク妊婦の情報など、母子健康手帳交付後もさまざまな機会を通じて、妊婦のアセスメントを行う必要がある。その際は母子健康手帳交付時と同様に、妊婦のアセスメント基準に沿って対応する必要がある。現状では、妊婦健診に通う医療機関や出産施設からの情報提供や、新生児訪問、乳児家庭全戸訪問、本人や家族からの連絡、福祉関係部署からの情報提供などが把握のきっかけになっていることが多い。

妊娠中や子育て期間中の転出入は少なくなく、特に妊婦の把握が難しい場合があり、出産間近の転入は把握までの期間が短いため、情報収集や対応に苦慮することが多い。市民課等の事務担当者が保健センターに誘導するなど関係者間の連携を構築した市町村や、転入時にも妊娠届出を提出することで把握機会を設ける工夫をしているところもある。

3) 全妊婦のアセスメントのための医療機関との連携

ハイリスク妊産婦は妊婦健診を実施している医療機関でも把握されることが多く、医療機関と市町村の連携と情報共有は妊産婦の支援の重要な課題である。研究班調査でも、母子健康手帳交付後に支援が必要な妊産婦を把握するきっかけとして最も多いのが、出産した医療機関からの情報提供であった。また、市町村が妊娠中および出産後に医療機関から得ている情報は、①身体的・精神的なリスク（妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの既往、精神疾患既往、エジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS）高得点、産後うつ、アルコール・薬物依存等）、②子どものリスク（子どもの疾患、低出生体重児、早産児、障害、多胎等）、③社会的ハイリスク（若年・高齢の初産婦、外国人妊婦、妊婦健診未受診、支援者不在、通院費未払い、未婚、望まない妊娠、DV、経済的な問題等）、④医療機関が気になった点（育児不安、育児技術、愛着の不安、母親の成育歴、低い理解度、生活能力不足、妊産婦の言動などの具体的エピソード）、⑤入院中の経過・産婦の状況（産婦の入院期間・病歴・退院時処方・妊娠中の異常・特記事項、子どもの出生時の状況・疾患・保育器収容や治療などの状況・退院指導の内容、入院中の育児手技の獲得状況、パートナーとの関係性等）が挙げられており、ハイリスク妊産婦の情報だけでなく、医療機関で気になった妊産婦の状況や家族背景、子どもの養育に影響を及ぼす可能性のある情報が連絡されており、アセスメントの重要な情報源となっている^{12,13)}。情報共有の方法としては、情報提供用紙や連絡票等や連絡会議などで連携する方法が認められた。状況によっては、妊婦健診に同行受診して情

報を共有することも重要である。

現在、他の研究班において、医療機関と市町村が共通のアセスメントツールを活用して連携する方法を検証する研究が始まっている。光田班で現在問診票の項目として検討されている内容は、①基本情報（学歴など）、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊婦の状態、⑤産後の生活準備、⑥妊娠のうけとめ、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居である。また、問診時の観察項目として、妊娠中の服装・身なり、母子健康手帳の親の記入欄の記録状況、妊婦健診の受診状況が挙げられている⁵⁰⁾。今後、妥当性、有効性の検証を経て、標準的な問診票が示されるものと考えられる。また、連携時期や情報共有方法については、さらに山縣班でモデル地域による検証が行われる予定である⁵¹⁾。これらの結果もふまえて、医療機関と市町村の効果的な連携方法について検討が必要である。

また、妊産婦のメンタルヘルスは母子保健の重要な課題の一つとなっている。EPDSを用いてスクリーニングし、支援につなげる市町村も多くなり、精神的に不安定な妊産婦に対しては、精神科との連携も必要になっている。総合病院であれば、産科と精神科、あるいは小児科との連携は比較的スムーズと考えられるが、それぞれが別の医療機関である場合、市町村がその連携に関与することはハードルが高い可能性がある。都道府県と都道府県医師会等の連携なども視野に入れながら、妊産婦にとって必要な支援体制を考える必要がある。

4) 特定妊婦の把握と支援

特定妊婦の把握は、医療機関や福祉機関との連携にも関わる母子保健の重要課題である。特定妊婦を把握した際、その後の支援計画の作成が重要だが、特定妊婦とされる妊産婦の背景や状況は個別性が大きく、ケースごとに支援の時期や対応頻度、継続性は異なるため、定型的なプランを示すことは難しい。妊産婦やその家族がどのように子育てをしていくことが望ましいか、それぞれの家族の目標を関係者間で検討、共有する必要がある。また、効果的な支援のためには望まない妊娠など、複雑な背景がある妊婦の支援技術も必要となる。すでに、要保護児童対策地域協議会との情報共有が進んでいる市町村もあるが、今後、支援の必要な妊婦を把握した場合に、速やかに関係機関と連携し、継続した支援ができるよう、今後も検討していくべきである。

5) 妊娠期からの支援対象者のフォローアップと評価

妊娠期間中に、アセスメント基準によるハイリスク妊婦の把握と支援を行った場合、妊娠期の支援を評価し、乳幼児健診につなげることが重要である。支援対象者のフォローアップと評価については、妊娠期だけではなく、その後に続く乳幼児健診への継続的なフォローアップと評価の流れの中に位置づけ、対応していく必要がある。

支援対象者のフォローアップ方法では、母子健康カードの工夫や、妊婦の情報を子どものカルテに継続して表記する工夫などを実践している市町村もあるが、多くのところでは様々な課題があり、継続した支援は容易ではない。また、妊娠期には、妊婦本人が必要性を認識していないため支援を拒否するケースもあるが、しばらく状況確認のみを行う時期がある場合もある（第4章第2節）。

ハイリスク妊産婦の支援の終了は、それぞれのケースで背景や状況が異なるため、標準的な基準を設けることは困難である。また、対象となっている妊産婦がその後、第2子、第3子を妊娠した場合もハイリスクとなるケースも考えられる。しかし、その際の要因はその都度検討し、それぞれの対象に応じて適切に判断する必要がある。

第2節 多職種間での情報共有（健診後のカンファレンス）のあり方

1 健診後のカンファレンスの意義と機能

乳幼児健診の実施前後で行う多職種間の情報共有は、親子の抱えている問題に気づき、有効な支援を行うために重要である。情報共有は様々な場面で行われるが、本節では、健診後のカンファレンスに特化して記述する。

カンファレンスには、次のような意義と機能が求められている。

1) 健診で発見された疾病等の共有の場

成人の健診ではその時点での血液検査のデータ等で判断し、正常値より外れている場合は精密検査や治療が必要となる。乳幼児健診でも心雑音のように、その場で医師や歯科医師が判断して、精密検査や治療のための医療機関受診の指示や指導が行われることがある。この場合はカンファレンスでの検討は必要ないが、健診に従事した専門職はそのことを共有する必要がある。すなわち、カンファレンスは健診で判断されたことを共有する場としての役割がある。

2) 一職種や一個人では判断が難しいことの共有・検討の場

小児では、上記のように健診時点で異常や疾病の有無を判断できることは比較的少なく、多職種により発育や発達の経過を診る必要がある。以下に例を示す。

✓ 体重増加が過大

母乳育児の乳児では、哺乳量の制限を行わず経過をみるだけでよい。しかし、夜泣きや日中に泣き止まないことへの対処として、頻回の授乳を行っていることがあり、そのような状態を健診の専門職が把握していないか、情報を共有し支援について検討する。また、幼児では外遊びはどうか、おやつや夕食の時間など生活習慣の情報を共有し検討する。

✓ 体重増加不良

成長曲線を作成して共有し、感染症等のエピソードによる低下なのか、乳児期後半で離乳食への移行状況や活動量の増加による低下なのか等を検討する。離乳食や幼児食の移行がうまく進んでいない、おやつが多い、食生活のリズムが定まっていない等の場合は、管理栄養士・栄養士、保健師が具体的に家庭での状況を把握して指導する等の方針を立てる。

✓ 発達の遅れやアンバランスが疑われる

子どもの発達でどこに問題があるのか、発達検査等が必要である。カンファレンスで心理職による発達検査の導入（市町村により健診当日に検査を行っている場合は、カンファレンスの結果を待つまでは必要ない）、家庭訪問での親子の生活の把握、あるいは集団の場に導入して子どもの遊びと保護者の関わりを見ることも検討する。

✓ 漠然とした問題意識

疾病があるわけではなく、発育・発達の問題もないが、このままの生活が続くと子どもに問題が生じるのではないかと、という問題意識が実は重要である。多くの子どものに接する専門職だからこそ、この問題意識を持つことができ、職種の垣根を取り払って率直に意見交換を行う。医療では、医師が診断の責任を持つので、その他の専門職は意見を述べることを遠慮する場合があ

る。しかし、乳幼児健診は医療とは異なり、疾病だけでなく、診断がつく前の子どもの発育や発達、子育てなど幅広く総合的に親子を診て、健やかな育ちを目指すものである。ゆえに、専門職がヒエラルキーを作らず、誰でもが親子に対して感じたことや「こうしたら良いのではないか」という意見を活発に発言することが重要である。

3) 地域の問題への気づきの場

各専門職は、それぞれが「活動の場」を持っていることが多く、健診で得られた子どもの疾病等の情報は地域に還元することができる。例えば、ある地域のう蝕の罹患率が高いと気づけば、歯科保健や医療の場でより積極的にう蝕予防の啓発を行うことや、管理栄養士・栄養士、保健師も地域活動の場で予防活動に反映することできる。健診で得られた気づきは、年度単位のデータを集計・分析することでより明確となるので、専門職に報告する研修等も必要である（第1章、第4章）。

2 健診後のカンファレンスの現状

研究班調査^{12,13)}で得られた、設問「対応に配慮を要する親子（保健師や関係機関が支援中など）が乳幼児健診を受診する際の取り決めがありますか」に対して、健診後のカンファレンスで検討していると回答した市町村について、健診対象時期と医療機関に委託して行う個別健診の有無で表に示す（表3-1）。各健診時期で高い実施率が示されたが、この回答に反映されたカンファレンスとは、既に把握されている親子に関するものである。健診後のカンファレンスは、ほとんどの市町村において実施されている。個別健診における健診後のカンファレンスにおいて対応に配慮を要する親子に関する情報の共有が十分される等、丁寧に実施することが望まれる。

3 カンファレンスの実施

1) 集団健診

集団健診の特長は、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、心理職等の多職種が協働していることである。また、受付を行う事務職、ボランティア等も関与し、健診会場への入場から退場まで親子を様々な視点で見守っている。これらの従事者が健診後に集まり、健診で得られた情報等を共有し、支援方針を決定することが望ましい。しかし、非常勤雇用の医師等がカンファレンスに参加できない場合は、気になる親子に対応した都度、あるいはその日の診察終了時にまとめて意見を出してもらう。

受診者数が少ない場合は、全員を検討していくことも可能であるが、多い場合は効率的かつ効果的な検討のために、健診従事者が一人ずつ気になる親子を記録に取り検討することが考えられる。後者の場合、「健診従事者の氏名・職種」を記入した用紙に、一覧表で「受診者氏名」「発育」「発達」「疾病」「生活習慣」「親子関係」「その他」などの問題と思われる内容と、そのことに対する「保護者の問題意識」を簡潔に書き込むこと方法等が挙げられる。

表 3-1 対象時期別の事後カンファレンスの実施状況

対象時期	個別健診なし			個別健診あり		
	3～4 か月児 (n=729)	1歳6 か月児 (n=956)	3歳児 (n=904)	3～4 か月児 (n=255)	1歳6 か月児 (n=47)	3歳児 (n=24)
実施市町村	684 (93.8)	889 (93.0)	842 (93.1)	230 (90.2)	42 (91.5)	20 (83.3)

値はカンファレンスを実施している市町村数 (%) を示す。

カンファレンスの記録は共有しやすいよう、簡潔でポイントを押さえたものとする。例えば、状況を確認する内容として疾病精査、発育・発達などの項目に分け、方法（受診勧奨、保健指導、栄養指導など）や手段（地域サービス提供、機関連携支援（連携する機関に同行支援する場合もある）、家庭訪問、面接、集団指導）などと具体的に示す。カンファレンスに地区担当者等が参加していない場合は、担当者のチェック欄を設けることで、確実に結果を共有できるようにするのも一つの案である。これらの状況を組織として把握しておく必要があり、健診以外の機会も含め、状況確認の結果や検討スケジュールを検討する場を定期的に設けておくことが重要である。

(1) カンファレンスの内容・進め方

司会・進行役、記録者を置く。カンファレンスに出席できない従事者がいる場合は、出席者があらかじめ「気になる親子」の情報について申し送りを受け、その内容を簡潔に報告する。多職種のカンファレンスでは、職種等によるヒエラルキーを取り払い同等に発言できることが重要であり、進行役は職種に偏らず発言してもらうように配慮する。

✓ 受診者が少ない場合

受診台帳に従い、一人ずつ発育・発達、疾病、生活習慣、親子関係の問題等がないか情報を共有し、状況を確認する内容や方法・手段と担当する職種と担当者、今後のスケジュールを検討する。

✓ 受診者が多い場合

各市町村で工夫して検討しているが、例えば、前述した記録等による場合はカンファレンスの前に集め、複数の従事者から問題点が上がっている受診者から検討することが考えられる。記録の内容について、それぞれが簡潔に発言し、問題の共有を行い、状況を確認する内容や方法・手段と担当する職種と担当者、今後のスケジュールを検討する。

(2) カンファレンスの評価

支援対象者の選定やフォローアップが適切にされて、必要な支援が行われる必要がある。乳幼児健診受診者から疾病特定のための機関紹介、発育や発達あるいは親子問題がグレーゾーンにある場合に保健師や関係機関による支援がどの程度行われたか等について、カンファレンスで従事者の親子を見る視点の質的向上を図ることができる。これは、カンファレンスの評価の一つでもある。また、年度を通して後から健診で把握されるべき問題が多かった、あるいは、わずかな支援で問題が消失する割合が高く状況を確認することにした対象者数が過大ではなかったか等、カンファレンスを評価することで健診そのものの評価に寄与することができよう（第4章）。

2) 個別健診（委託健診）後のカンファレンス

個別健診では、事前に、委託医療機関に参加者の情報提供を行うことが重要である。しかし、受診者が自由に医療機関を選択する場合、受診する可能性のある健診先すべてに情報を提供することは実質的に困難と考えられる。受診者に時間をかけて接することができる予約制の方法等について、委託医療機関と健診の運営の仕方を検討することも重要である。

緊急度が高い情報は、健診後に市町村へ提供されていると考えられる。しかし、緊急度が高くはないが、長期的支援では必要な情報は、委託医療機関で把握されても市町村へ提供されていないことがある。そのため、委託医療機関と市町村で、顔の見える定期的な情報交換の場を設けることが望ましい。その際、これまで委託医療機関から情報を提供された事例の現時点での状況を市町村から提供し、予防接種など健診以外の機会に医療機関を受診する際に、見守り機関としての役割も果たしていただけるよう働きかける。

第3章 第3節 委託医療機関との情報共有

乳幼児健診を標準的なものにするためには、全国どこの市町村でも、健診従事者が多職種間で情報共有し、連携して保健指導を実施することで、すべての親子に必要な支援が行き届くことを保障することである。そこで、本節では、研究班調査^{12,13)}と委託による個別健診を行っている医療機関の実態調査の結果をもとに、委託医療機関との情報共有のあり方について概説する（Power Point 3章3節1(PP 3-3-1)）。

1 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携の調査

1) 目的

研究班調査^{12,13)}の項目のうち、委託医療機関との子育て支援に関する情報連携について分析した。本節では、保健所と都道府県から得られた結果も併せて(PP 3-3-2)、委託医療機関との子育て支援に関する情報連携について考える。

2) 市区町村の状況

1084 市町村の回答が得られ、「連携する仕組みがある」と答えたのは 235 件 (21.7%) で、「仕組みはないが、状況により対応する」は 335 件 (30.9%) であった。「連携していない」という回答も 51 件認められた (PP 3-3-3)。「連携する仕組みがある」と回答した中で、情報連携について分析したところ、「問診票・健診票」や「連絡票」等を用いて市町村が把握するものがあつた (表 3-3、PP 3-3-4~6)。

表 3-2 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携についての調査

乳幼児健診全国調査

「医療機関委託健診を実施している場合に、保護者の子育て支援に関する情報を、委託医療機関から市区町村に伝えて連携する仕組みがありますか。」 (n=1,084)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
連携する仕組みがある	202	19.8%	33	51.6%	235	21.7%
状況により対応する	311	30.5%	24	37.5%	335	30.9%
連携していない	51	5.0%	0	0.0%	51	4.7%
委託健診を全くしていない	429	42.1%	5	7.8%	434	40.0%
その他	27	2.6%	2	3.1%	29	2.7%

全国市区町村1,741か所都道府県保健所366か所、47都道府県の母子保健主管部(局)等を対象に、平成27年8月に実施。
回答数(率):市区町村1,172件(回答率67.3%)都道府県保健所218件(59.6%)、都道府県39件(83.0%)

3) 保健所の状況

委託医療機関との子育て支援に関する情報連携について何らかの取り組みが認められたのは 217 件の有効回答のうち 18 件 (8.3%) で、このうち管内市町村が実施できるように支援しているという回答は 5 件 (2.3%)、市町村の連携状況を把握しているとの回答は 13 件 (6.1%)、把握した状況を評価しているのは 8 件 (3.7%) であった (PP 3-3-7)。

表 3-3 市町村と委託医療機関との情報連携方法

三重県津市	医療機関が「母の問診票」を用いて市町に指示
高知県土佐市	乳児健診の受診結果に応じて、医療機関が2か月後くらいに市へ報告
東京都足立区	保健師が健診結果で必要時フォロー
大阪府藤井寺市	市が健診後の受診票で支援の必要なケースについてフォロー
高知県高知市	健診結果通知書に保健師による訪問指導の必要の有無を記入する欄がある
愛媛県愛南市	保健師の訪問（要・不要）を記入する項目がある
福井県高浜町	問診票に継続支援の必要性を記入する項目がある
愛知県豊田市	「母子連絡票」で把握
福岡県久留米市	「連携シート」を作成し情報共有
香川県善通寺市	市保健師が支援担当として委託医療機関の健診に参加
福井県鮎川村	担当保健師も健診に参加して把握
長野県天龍村	村の保健師が問診を行い、カンファレンスをしている

4) 都道府県の状況

委託医療機関との子育て支援に関する情報連携に関する内容が、母子保健計画などや市町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は5件（12.8%）と低い頻度であった（PP 3-3-8）。

5) 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携についてのまとめ

主な情報連携の仕組みは、問診票等を用いた把握、連絡票の利用などであり、一部には、支援担当として自治体保健師が委託医療機関の健診に参加するなどの工夫があった。情報連携の課題として、問診票が届くまでの連絡の遅滞、委託医療機関による情報内容の温度差、個人情報保護の観点から連絡の同意に関する事が考えられた。情報連携の仕組みについて、都道府県等とも連携した標準的モデルが必要である（PP 3-3-9）。そこで、そのモデル事業を紹介する（図 3-1、PP 3-3-10）

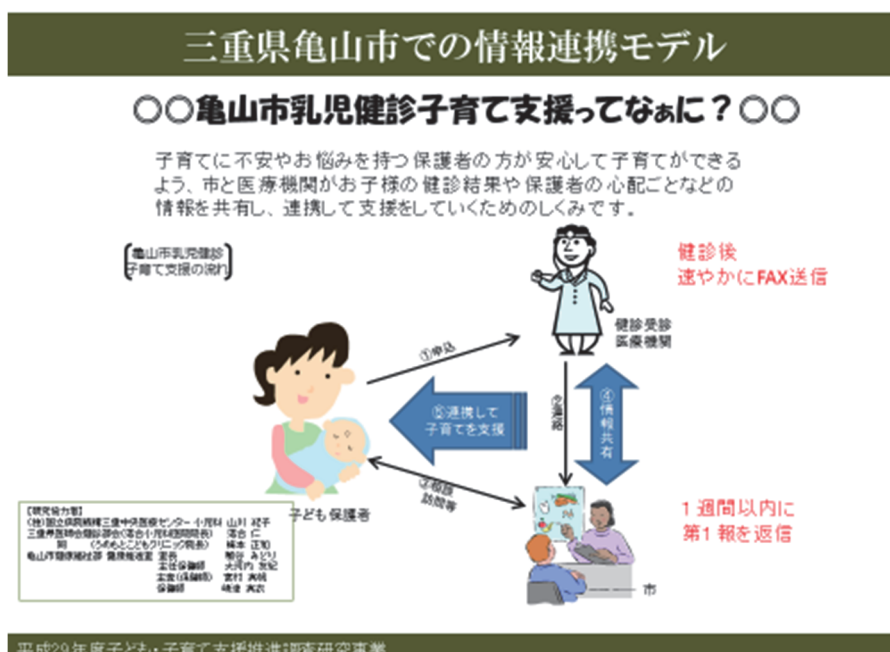


図 3-1 情報連携モデル

2 委託による個別健診を行っている医療機関の実態調査⁵²⁾

1) 目的

母子保健事業の一つである乳幼児健診は、問診内容や手技が標準化されていないために、診察する医師や関わるスタッフの技量により結果が大きく異なることが報告されている。そこで、東京都における1歳6か月児健診を個別健診で行っている委託医療機関の実態を調査した。

2) 対象と方法

東京都の62区市町村のうち、委託による1歳6か月児個別健診を実施している25区市町村の健診医1535件に質問紙を郵送し、無記名で回答を得た。調査時期は2015年11月18日～12月31日であり、519件(33.8%)の回答があり、有効回答数は438件であった。そこで、小児科284件と小児科以外154件を比較検討した(PP 3-3-11)。

3) 健診内容の比較

小児科と小児科以外の健診内容を比較した結果、健診内容にはばらつきがあり、80%以上が確認している項目は小児科では14項目で小児科以外は11項目であった(PP 3-3-12)。

4) 連携支援経験の比較

子育て支援の必要性が気づかれたときに、行政機関との連携をしたことがない医師は、小児科では35%、小児科以外では70%が該当した(PP 3-3-14)。

5) 委託による個別健診を実施している医療機関の実態についてのまとめ

委託による個別健診の健診内容は小児科と小児科以外でばらつきがあり、事後指導に行政機関との連携したことがない小児科は35%、小児科以外は70%と高い該当率が示された。課題として、委託医療機関による健診内容のばらつきと、行政機関との連携に温度差があげられ、健診の標準化のためには、まず健診内容を統一し、保健指導や事後指導を行うことが重要である(PP 3-3-15)。

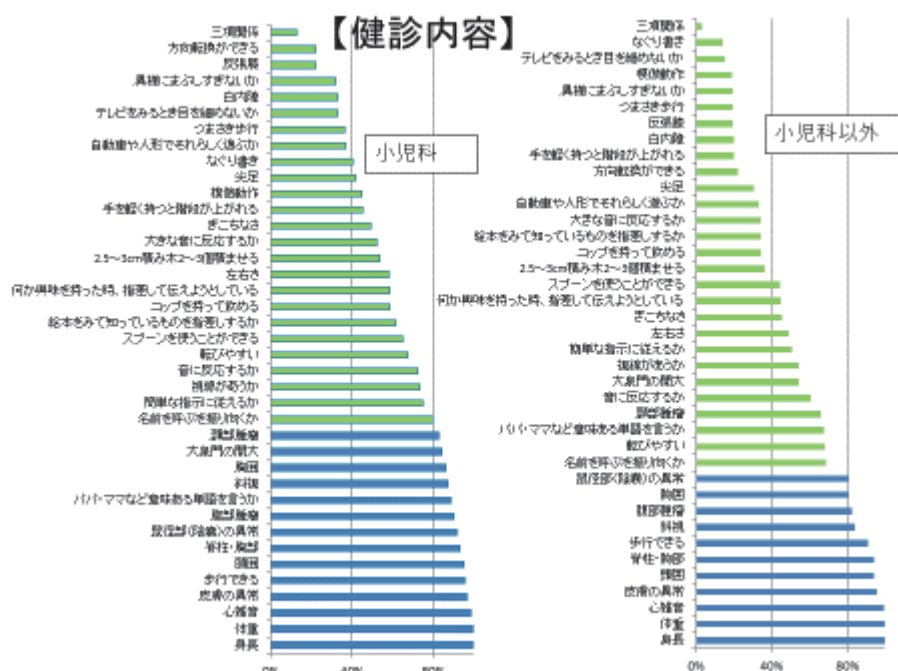


図 3-2 東京都調査における小児科と小児科以外の健診内容の比較

1歳6カ月健診時や事後指導の時に、保護者の子育て支援の必要性に気づかれたときの連携支援について

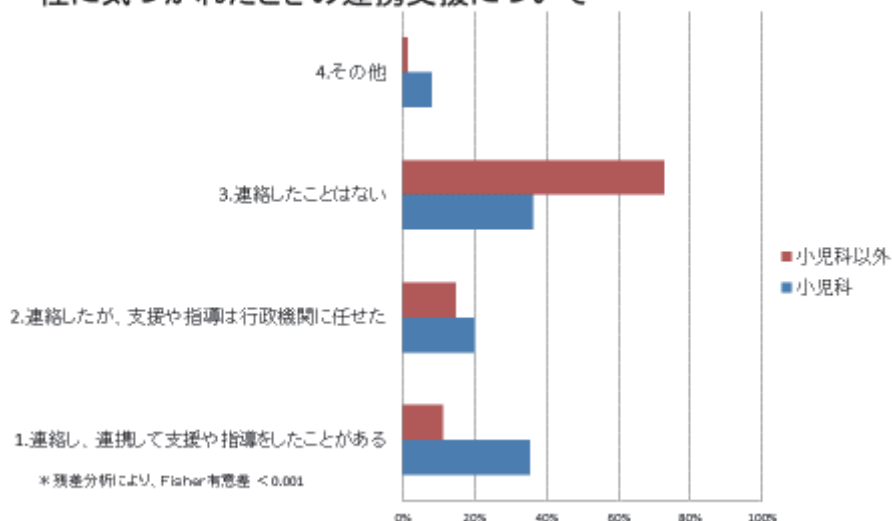


図 3-3 東京都調査における小児科と小児科以外との連携支援の比較

3 委託医療機関との情報共有への提言 (PP 3-3-16)

- ✓ 委託による個別健診で疾病と保健の両方を評価する健診内容に統一する必要がある。
- ✓ 疾病と保健の健診結果を情報共有し、行政機関と連携するシステムを構築する必要がある。
- ✓ 健診は小児科と小児科以外の医師が行っていることを考慮して、健診マニュアルの活用及び研修会により、医療と保健の連携を深める必要がある。

第4章 乳幼児健診の評価の実践

第1節 疾病スクリーニングの精度管理

疾病スクリーニングの精度管理は、乳幼児健診事業でスクリーニングすべき疾病のうち、地域の状況や重要度などから優先すべき疾病を特定し、個別の疾病について、健診後のフォローアップを通じて状況を把握し、標準的な数値指標を用いて評価するものである。研究班調査^{12,13)}では、疾病スクリーニングの精度管理を実施していないとの回答が86.5%と多数を占め、乳幼児健診現場にとっての大きな課題となっている (Power Point (PP) 4章1節3,4)。精度管理には様々な手法や手順が存在するが、本稿では、乳幼児健診の現場担当者が保健所や都道府県と連携し、対応可能な精度管理の方法について示す (表 4-1)。

表 4-1 乳幼児健診事業における疾病スクリーニングの精度管理

1. 判定の標準化
2. 評価に用いる数値指標
フォローアップ率、発見率と陽性的中率の算出
3. 見逃しケースの把握体制の構築
4. 精度管理結果の健診医へのフィードバック
5. 保健所や都道府県の精度管理への積極的な関与

1 判定の標準化

乳幼児健診における疾病のスクリーニングでは、その判定が一定の水準を保つ必要がある。そのため、実施主体である市町村は、把握すべき標準的な診察項目に対する診察や検査方法の手順書などを作成し、健診に従事する医師や歯科医師、検査を担当する従事者に対して、判定方法や基準、問診項目の意味などを具体的に示す必要がある。また、検査を担当する従事者に対しても、検査方法や判定基準、問診の活用方法などを繰り返し周知する機会を定期的に設ける必要がある。

判定のばらつきには、従事者ごとの違いだけでなく、市町村間の判定頻度の違いが存在する。全国で統一された判定区分を用いたう蝕[†]の判定では、歯科医師の判定の違いが課題であったが、近年では、「健やか親子21」の最終評価報告書で示されているように、判定頻度の違いが健康格差の指標として活用されるなど、標準化に向かっている¹⁵⁾。

一方、医師の判定については、市町村間の判定頻度の違いが大きな課題であり、3歳児健診の聴覚検査や視覚検査、検尿についても判定頻度には大きな違いがある。疾病スクリーニングの精度管理のために、直ちに取り組むべき課題となっている。

2 評価に用いる数値指標

精度管理に用いる数値指標としては、フォローアップ率、発見率、陽性的中率を用いる。

1) フォローアップ率

フォローアップ率は、フォローアップ対象者を一定期間フォローアップした後に、その状況を確認した者（結果把握者）の割合と定義する（式 (a)）。

$$\text{フォローアップ率 (\%)} = \text{結果把握者数} \div \text{フォローアップ対象者数} \text{ ----- (a)}$$

疾病のスクリーニングの精度管理において、フォローアップ対象者とは、医師の診察や検査によるスクリーニングで精密検査のために医療機関に紹介する対象となったもの（「要紹介」と判定されたもの）、または、「要観察」と判定され、保健機関で経過観察されたものである。「要紹介」と判定されたものは、医療機関での診断結果を把握した場合に、結果把握者数に計上する。「要観察」と判定されたものは、保健機関での再判定で「異常なし」となるか、または、再判定で「要紹介」とされた後に、医療機関での診断結果を把握した場合に、結果把握者数に計上する。

フォローアップ率の目標値は、100%である。フォローアップ率が低い場合には、精度管理データの信頼性が低くなる。

モデル地域での状況からは、例えば3歳児健診の視覚検査や検尿など、健康課題によってはフォローアップ率の低い市町村が認められる。その原因は、「要紹介」と判定されても親に検査の重要性が理解されずに医療機関を受診しない場合や、市町村が紹介状や精密検査依頼状を発行せず、親に口頭で受診を勧めたのみで、医療機関からの受診結果が把握できない場合もある。また、地域に専門的な医療機関がなく、診断できないことや回答しない場合もある。フォローアップ率の低い市町

[†] 「う蝕」は、「むし歯」の同義語である。歯科医療の用語として広く使用されていることから、本マニュアルでは「う蝕」で統一している。

村では、疾病ごとに原因を分析し、医療機関の体制については保健所や都道府県と連携して体制を整える。こうした取り組みにより、転居などを除いて 100%を目指す必要がある。

なお、スクリーニング対象者数に占めるフォローアップ対象者数の割合を、漠然と「フォロー数」あるいは「フォロー率」と呼ぶ場合もあるが、ここで用いるフォローアップ率とは意味が異なるので注意が必要である。

2) 発見率

発見率は、乳幼児健診の受診者のうち医療機関での診断によって、「異常あり」と判定された者（異常あり者）の割合と定義する（式 (b)）。

$$\text{発見率 (\%)} = \text{異常あり者数} \div \text{受診者数} \quad \text{----- (b)}$$

疾病スクリーニングの対象となる疾病は、おおよその罹患率が疫学的に把握されており、かつ感染症のように季節性や地域性のある疾患は、通常対象ではない。乳幼児健診の受診率が 9 割以上と高いことから、発見率はその地域の罹患率とほぼ同程度と推定できる。罹患率を参考として、疾患ごとに標準的な発見率の目標値を定めることができるため、市町村の数値評価が可能となる。ただし、罹患率が千人あたり数人未満の疾患については、小規模町村では単年度での評価は妥当ではなく、複数年の集計や保健所単位での集計などの配慮が必要である。

評価にあたっては、以下に例示するような、医療機関も含めた事前の取り決めが必要である。

- 親からの情報のみでは不正確になるので、医療機関からの情報を把握する。
- 医療機関の診断結果を正確に把握するため、スクリーニング対象の疾病ごとに「異常あり」の定義を明確にした報告書式を定める。医療機関からの診断病名を単純に把握するだけでは、保険病名や不必要な経過観察を区別することができない。
- 乳幼児健診以前に発見され、すでに医療機関で治療や管理中であるものを発見率に含めるかどうかを疾病ごとに決定する。例えば、3 歳児健診の聴覚検査においては、新生児聴覚スクリーニングの影響を考慮する必要がある。

3) 陽性的中率

スクリーニング検査の精度 (accuracy) は、感度・特異度で測定されることが一般的である。スクリーニング結果と精密検査結果の関係を示す表において、感度は①÷ (①+③)、特異度は②÷ (②+④) だが、ともに、スクリーニング結果が陰性であった対象者のフォローアップ・データ (③および④) が必要となる (表 4-2)。しかし、乳幼児健診では、所見がなかった対象者は精密検査を受診しないため、フォローアップ・データを把握することは現実的ではない。日常業務として、感度・特異度の算定は困難といえる。

表 4-2 スクリーニング結果と精密検査結果の関係

スクリーニング結果	精密検査結果	
	異常あり	異常なし
陽性	①	②
陰性	③	④

$$\text{陽性的中率} = \frac{\text{①}}{\text{①} + \text{②}}$$

陽性的中率（陽性反応的中率）は、スクリーニング検査が陽性であった対象者（①+②）のうち、精密検査で異常があったもの（①）の割合である。陽性的中率は、感度と比較して有病率の影響を受ける難点があるが、乳幼児健診でスクリーニング対象となる疾患の罹患頻度には、大きな地域差は認められないと推測されることから、精度管理の指標として用いることができる。

乳幼児健診の陽性的中率は、医師の診察や検査において、精密検査対象として医療機関に紹介するため「要紹介」と判定した者（要紹介者）のうち、医療機関での診断によって「異常あり」と判定された者（異常あり者）の割合と定義する（式（c））。医師の診察や検査で、「要観察」と判定した者については、その後のフォローアップ期間に「要紹介」と判定した者も集計に含める。

$$\text{陽性的中率 (\%)} = \text{異常あり者数} \div \text{要紹介者数} \quad \text{----- (c)}$$

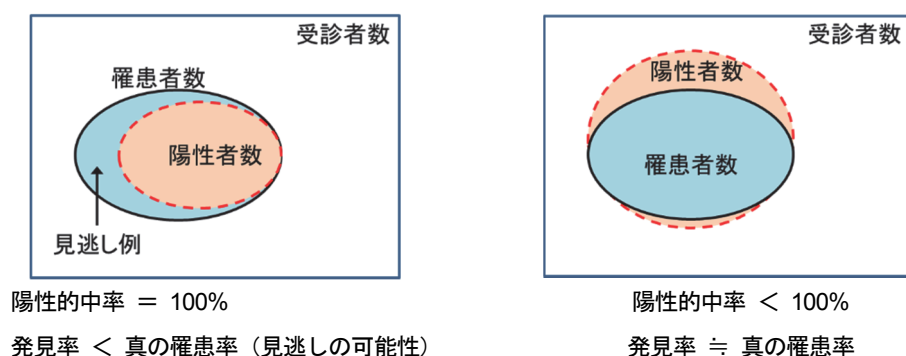


図 4-1 陽性的中率の留意事項

陽性的中率は、精密検査を必要とした「要紹介者」のうち、疾病が発見された割合を示しているため、スクリーニング手法の効率性を示す指標としての活用が期待される。

乳幼児健診で実施されているスクリーニング手法は、疾病ごとに異なっている。妥当な発見率を得るために必要な値を、スクリーニング手法ごとに、標準的な目標値とする。疾病によっては、スクリーニング手法が複数存在する場合もあり、手法の効率性を検証することが可能となる。

精度の評価では、陽性的中率が高いほど正しく判定していることになるが、陽性的中率が 100%であった場合には、精密検査対象者が真の罹患患者より少なく、見逃し例の存在に留意する必要がある。図 4-1 の左図は、精密検査対象例のすべてが疾病を有しているため陽性的中率が 100%となっているが、精密検査対象例の選別を厳しくし過ぎたため、見逃し例が認められる。この場合、発見率は、罹患率より低い値を示す。右図は、陽性者数の中からすべての罹患患者が発見されている。陽性的中率が 100%より小さくなっている。すなわち、陽性的中率が 100%など極端に高い場合には、見逃しリスクに留意する必要がある。

乳幼児健診は、複数の疾病に対するスクリーニングをワンストップで実施していることが特徴である。精度管理は、多種多様な疾患の中から、優先度の高い課題から順に精度管理を進めるなど対象疾患を特定することが現実的といえる。地域の健康課題や、他研究班等との情報共有から、研究班では、乳児股関節検診や視覚検診、聴覚検診などが、現時点において日本全国で精度管理を実施すべき対象疾患と考えている。まずは、これらの疾病のスクリーニングに対する精度管理から取り組むべきである（PP 4-1-12~13）。

3 見逃しケースの把握体制の構築

今回示した数値指標には、特異度や陰性的中率は含めていないため、いわゆる見逃しケースが評価できない。地域の医療機関等と連携し、見逃しケースを把握する仕組みを構築することが必要である。

4 精度管理結果の健診医へのフィードバック

医師の判定のばらつき、発見率や陽性的中率等のデータは、現場の従事者・担当者に適切にフィードバックされ、業務の改善につながってはじめて精度管理の目的が達成される。

モデル地域での検討では、医師の判定頻度の情報が健診医に伝達されたことで、その後の改善につながったとの報告も認められている⁵³⁾。

5 保健所や都道府県の精度管理への積極的な関与

数値指標の評価には、市町村間のデータを比較することが有効な手段であるため、県型保健所や都道府県に大きな役割がある。

まず、精度管理すべき対象疾病を地域の状況に応じて取り決め、都道府県や保健所管内で共通に評価する体制を作る必要がある。具体的な取り組みとして、県型保健所には、精度管理に関する研修会を実施する、判定の標準化、陽性的中率の市町村間比較など市町村の状況を評価し還元することが求められる。また、見逃し例などについて健診担当医師等にフィードバックする際には、地区医師会との協議の場を設けることが期待される。

都道府県には、市町村および保健所の情報を分析・評価し、母子保健計画等の策定について助言・指導などを行うことが期待される（第1章第2節）。

疾病スクリーニングの精度管理と3歳児健診

乳幼児健診で用いられるスクリーニング手法が複数存在する代表例としては、視覚検査がある。3歳児健診で行われる視覚検査では、絵視標と比較して、ランドルト環の特異度が高い⁵⁴⁾。しかし、3歳0か月児によるランドルト環の検査可能率は低く、3歳6か月児で95.0%に達する⁵⁵⁾。現在、3歳児健診の対象年齢は、3歳0か月頃を始期とする市町村と3歳6か月前後を始期とする市町村に二分でき、わが国全体でみると両者の割合はほぼ同率で構成されている⁵⁶⁾。

3歳児健診の始期を3歳6か月前後にすることで、視覚検査などの精度管理が行いやすいメリットがあるが、受診以前に必要な支援に結びつかなかった場合に、支援の開始が遅れることや、歯科健診の間隔が長くなるデメリットがある。これを回避するためには、3歳児健診の対象年齢に関わらないことであるが、1歳6か月児健診までの子育て支援面も含めた状況把握と確実なフォローアップ体制の確立が不可欠である。また、約70%の市町村では、1歳6か月児歯科健診と3歳児歯科健診の間に2歳児歯科健診を実施しており、歯科保健に限らない多職種が連携した子育て支援の機会として活用できる（5章4節）。さらに、懸念される疾病スクリーニングの精度管理に直結する課題として、3歳6か月前後を始期とした場合の受診率低下が挙げられる⁵⁷⁾。しかし、研究班調査では、各市町村の努力によって、3歳0か月頃を始期とする場合との受診率の差はわずかとなっている⁵⁸⁾。受診率が低下する主な要因は、児の成長に伴う保育所等の利用者の増加と考えられる⁵⁸⁾。近年は、育児中に仕事を再開する女性が増加しており、保護者が保育所等を利用することは生活様式の一つである。した

がって、現代の健診体制としては、保育所等との連携により、児の発達や育児の支援を要する事例を把握する体制が、3歳児健診の始期に関わらず不可欠である。

第4章 第2節 支援対象者のフォローアップと評価

乳幼児健診事業には、これまで中心であった子どもの健康状況の把握に加えて、親子や家族も含めた支援対象者の把握が求められており、評価にあたっては、それぞれの健康課題に応じた評価が必要となる。支援対象者のフォローアップと評価とは、乳幼児健診事業で把握される支援対象者について、どのように把握し、支援の必要性をアセスメントするとともに、健診後のフォローアップや支援対象者のフォローアップを通じて状況を把握し、評価するものである。

1 健診後のフォローアップと支援対象者のフォローアップ

母子保健領域において「フォローアップ」という用語は、いろいろな使い方がされている。このため、フォローアップの考え方を整理する必要がある。乳幼児健診事業の標準的な評価のため、フォローアップ業務を「対象者の状況変化について、期間・時期を定めて確認する業務」と定義する。

乳幼児健診事業においては、フォローアップ業務を健診後のフォローアップと支援対象者のフォローアップに分けて定義する必要がある⁵⁹⁾。健診後のフォローアップとは、健診で把握された状況について事後に確認することである。一方、支援対象者のフォローアップとは、妊娠期から子育て期まで支援対象者の状況を継続的に確認することである。

健診後のフォローアップでは、確認の時期や方法は健康課題や状況により異なる。例えば、疾病スクリーニングに対する健診後のフォローアップの終結は、医療機関からの結果を把握した時点である。未受診者に対する健診後のフォローアップは、現認のうえで支援の必要性について判定した時点である。一方、支援対象者のフォローアップにおいて、支援対象者は、乳幼児健診に限らず妊娠期から育児期のすべてのタイミングで把握される。乳幼児健診は対象者把握の場であるとともに、継続的な支援対象ケースの状況確認と支援方法の見直しの機会として活用することができる。

フォローアップ対象者を、疾病スクリーニングに対するフォローアップ、発達支援や子育て支援などの支援対象者のフォローアップに分け、健診後のフォローアップと支援対象者のフォローアップの考え方を示す（表4-3）。

表4-3 フォローアップ対象者による整理

	健診後のフォローアップ	支援対象者のフォローアップ	
疾病のスクリーニング	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 要観察結果を確認 ✓ 受診結果を確認 	—	
支援対象者の把握 (発達支援・子育て支援)	気になる状況*の変化を確認	支援や介入後の 状況変化を確認	受け入れや利用が ない場合の勧奨

*子どもの発育・発達・栄養、子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況、および親子の関係性

疾病スクリーニングのフォローアップは、要観察結果や再検査結果を確認すること、医療機関に紹介した後の受診結果（精密検査結果）を確認することであり、どちらも健診後のフォローアップ業務に位置付けて行う。疾病スクリーニングのフォローアップには、支援対象者は含まれない。支援対象者のフォローアップについては、まず発達支援の場合、健診後直ちに事後教室の参加や療育機関の受診などの支援につなげる場合だけでなく、少し時間をかけて子ども自身の発達の伸びや変化を待った上で、発達支援の対象者とするかどうか判断する場合がある。子育て支援全般の支援

対象者の判定においても同様で、子どもの発育・発達・栄養や子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況および親子の関係性に気になる状況はあるものの、直ちに支援対象者とはせずに、一定期間、状況変化を確認することがある。この期間に、具体的な支援を実施していないが、気になる状況の変化を確認することは、乳幼児健診の保健指導に求められる重要な視点である。潜在的なニーズも含め、先の見通しをイメージしながら行う保健指導の特徴と言える。発達支援として事後教室等の支援や介入を行った対象者には支援対象者のフォローアップとして状況変化を確認する。また、支援の対象でありながらも教室等に参加しないなど支援の受け入れがなかった場合も、支援対象者のフォローアップとして相談等で状況確認を行うとともに、機会を捉えて支援を勧奨する。子育て支援全般の支援対象者に対しても、同様に支援事業や介入を行った場合も、支援の受け入れがない場合にも、支援対象者のフォローアップとして状況変化を確認する。

2 支援対象者のフォローアップと評価の手順

支援対象者のフォローアップと評価の具体的な手順を示す。

1) 支援対象者の選定

健診後のカンファレンス等において、多職種が参加して支援対象者を選定する。選定には、子育て支援の必要性の判定（Power Point 4 章 2 節 14～16 (PP 4-2-14~16)）など健診従事者間で共通の判定区分を用いることが、支援の評価には必要である。乳幼児健診時の判定では、ただちに何らかの支援を始めるケース（支援対象者）以外に、健診場面の様子だけでは、潜在的なニーズが十分に把握できない場合や少し先に問題が起きる可能性が感じられるなど、気になる状況にあるケースに気付くこともある。気になる状況にあるケースは、健診後のフォローアップ対象者とし、期限を決めて再アセスメントし、支援の必要性について判定する。

2) 未受診者からの支援対象者の把握

健診未受診者は、支援対象者の選定において重要な対象である。なぜなら、子ども虐待の死亡事例の検証等においては、乳幼児健診の未受診が、子ども虐待による死亡のリスクとして繰り返し挙げられているためである⁶⁰。健診後のフォローアップとして、その状況を「現認」する。現認とは、大阪府における乳幼児健康診査未受診児対応ガイドラインに基づいて、「保健師若しくは関係機関や関係者が目視により児を確認すること」と定義する¹⁴。保護者への電話による聞き取りや、親戚や近隣住民からの情報提供は現認には含めない。現認で把握した状況から支援の必要性を検討することが、支援につなげるためには必要である。また、支援対象者の把握は、乳幼児健診の機会以外にも、保護者や関係者からの相談等により、支援対象者として把握される場合がある。

3) 支援対象者のフォローアップ

支援対象者には、状況を確認しつつ必要な支援を実施する。支援を拒否する場合や、支援の利用に同意が得られない場合には、「全ての親子に必要な支援が行き届くことを保障する」との標準的な保健指導の考え方に基づいて、丁寧なフォローアップと相手の状況に合わせた支援への促しが必要である。実際の支援場面では、支援の実現性を左右する様々な要因がある。保護者の意欲・関心、支援者との関係や来所の可能性、家庭訪問の同意が得られるか、家庭訪問は受け入れ難くても、Mother and Child Group (MCG)などの母子保健事業や子育て支援センターなどの他機関の事業なら参加できないか、さらには家族や近隣との関係など、様々な状況の違いによって、支援方法やタ

イメージを工夫する。

4) 支援の効果を評価する

発達支援や子育て支援の効果を評価する一般化された方法はない。ここでは一つの考え方として、「支援を利用した・受け入れた」ケースの状況変化から支援の効果を評価する方法を提言する。

効果を評価するためには、まず支援の利用や受け入れ状況を集計する区分を定義する必要がある。支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事業などの支援事業に分けた集計区分を例示する（表 4-4）。

表 4-4 支援の利用・受け入れ状況の集計区分

手段	支援の利用・受け入れ状況
電話相談	1. 相談した、2. 相談できなかった、3. つながらなかった、4. しなかった
家庭訪問	1. 継続訪問した、2. 1回で終了した、3. 行ったが会えなかった 4. 行かなかった
面接（教室等を含む）	1. 面接した、2. 面接しなかった
保健機関事業	1. 利用した、2. 利用しなかった
他機関事業	1. 利用した、2. 利用しなかった

例えば、電話相談では、「1. 相談した、2. 相談できなかった、3. つながらなかった、4. しなかった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1. 相談した」を支援の利用・受け入れありと定義する。家庭訪問では、「1. 継続訪問した、2. 1回で終了した、3. 行ったが会えなかった、4. 行かなかった」に区分し、「1. 継続訪問した」を支援の利用・受け入れありとし、「2. 1回で終了した」の場合は、状況確認の結果、その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け入れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する。

また、支援の利用・受け入れを評価するために、支援業務を体系づける必要がある（表 4-5）。特に個別支援は、状況確認のためのフォローアップと表裏一体であるが、状況確認の電話や家庭訪問と個別支援の業務を、評価のためにあえて区別して集計に用いる。このため、個別支援を、「電話や家庭訪問、来所面接などの日常業務による一定の方針のもとに仕掛ける相談」と定義する。相談を仕掛けるためには、潜在的なニーズも含め、先の見通しをイメージすることが必要である。仕掛ける時期は、長期的な視点で、対象者の状況から頃合いを図り、場合によってはしばらく状況確認のみを行って『寝かせる』時期があってもよい。このような業務を、個別支援業務と定義する。支援対象者から連絡を受ける場合には、求められての相談に応ずることになる。仕掛ける相談を繰り返したことで対象者から受ける連絡は、状況変化を把握するためにもきわめて重要な機会であるとともに対象者との関係性の構築や維持に重要な機会でもある。フォローアップ業務としての価値が高いものの、相談が次の支援策の提示につながることもあることから、支援の利用・受け入れありの状況に集計する。

表 4-5 支援業務の体系化

個別支援	電話や家庭訪問、来所面接など日常業務において、一定の方針のもとに <u>仕掛ける相談</u>
支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 保健機関事業 <ul style="list-style-type: none"> 個別支援との併用が基本。 事業計画に基づいた評価が必須。 評価結果・地域のニーズ把握により優先度判定。 ✓ 他機関事業 <ul style="list-style-type: none"> 個別支援との併用（他機関連携支援）/自ら利用。 利用結果の確認・情報共有で有用度を評価する。

次に支援事業は、対象者や方法などを明確にした事業計画に基づいて、(通常は予算化して) 行う事業と定義する。支援対象者については、基本的に個別支援と併用する。個別の相談や家庭訪問の同意が得られない場合に、小集団の事業などなら参加できれば、これを契機に個別支援につなげることを目指す。保健機関事業は、保健機関自らが、事業計画に基づいて評価する必要がある。その際には事業利用者の状況変化による評価を行う。PDCA サイクルを用いて、評価結果や事業対象者の数の変化などの地域のニーズを把握することで、新規事業の企画、事業継続や廃止を検討する。一方、支援業務の中での他機関事業とは、支援に利用できる保健機関以外の地域の資源（公的機関や民間等）のうち、保健機関が事業や実施内容を把握し、直接・間接に個別の状況確認情報の共有が可能な機関の事業とする。

支援対象者の選定とその後のフォローアップ、そして支援の評価について1歳6か月児健診を例に具体的に示す(図4-2)。1歳6か月児健診の健診後のカンファレンス等で、「子育て支援の必要性の判定」を用いて支援対象者を選定する(PP 4-2-14~16)。気になる状況の場合は、一定期間フォローアップしたのちに再判定する。健診未受診の場合には、現認によって支援の必要性を判定する。これらは、ともに健診後のフォローアップ業務に位置付ける。

支援対象者に対しては、個別支援として継続的な相談・訪問を行い、必要な場合は支援事業につなげる。支援事業の利用者や相談・訪問を受け入れる場合には、支援の折に、支援対象者のフォローアップ業務としてその状況変化を確認する。支援事業や相談・訪問を利用しない、または受け入れない場合にも、支援対象者のフォローアップ業務として状況変化を確認する。次の健診時期である3歳児健診時には、支援を利用・受け入れた人も、利用や受け入れがなかった対象者も合わせて状況を確認し、支援を評価する。例えば、子の要因(発達)の支援対象者は、健診時の社会性の発達に関する問診や観察等で選定する。直ちに支援対象でなくとも気になる状況があり、例えば、2歳児歯科健診の受診時に再確認する場合は、健診後のフォローアップ例に位置付ける。事後教室参加や療育機関利用、継続相談を受け入れる場合は、支援の利用・受け入れ例に位置付ける。3歳児健診で発達状況を確認し、支援の効果を評価することができる。

支援対象者とフォローアップ対象者を区別して集計することで、フォローアップに必要な業務量や、支援事業の対象人数や事業に必要な地域の資源量などを定量化することができる。同様に、親・家庭の要因の支援対象者は、問診や観察、健診受診時までの他機関の情報で選定する。

健診未受診者は、現認による状況把握により支援対象者を把握する。直ちに支援対象でなくとも気になる状況がある場合には、「1か月後に電話で状況を確認」するなど健診後のフォローアップ業務として確認する。この際に確認する期間をあらかじめ決めておくことがポイントとなる。

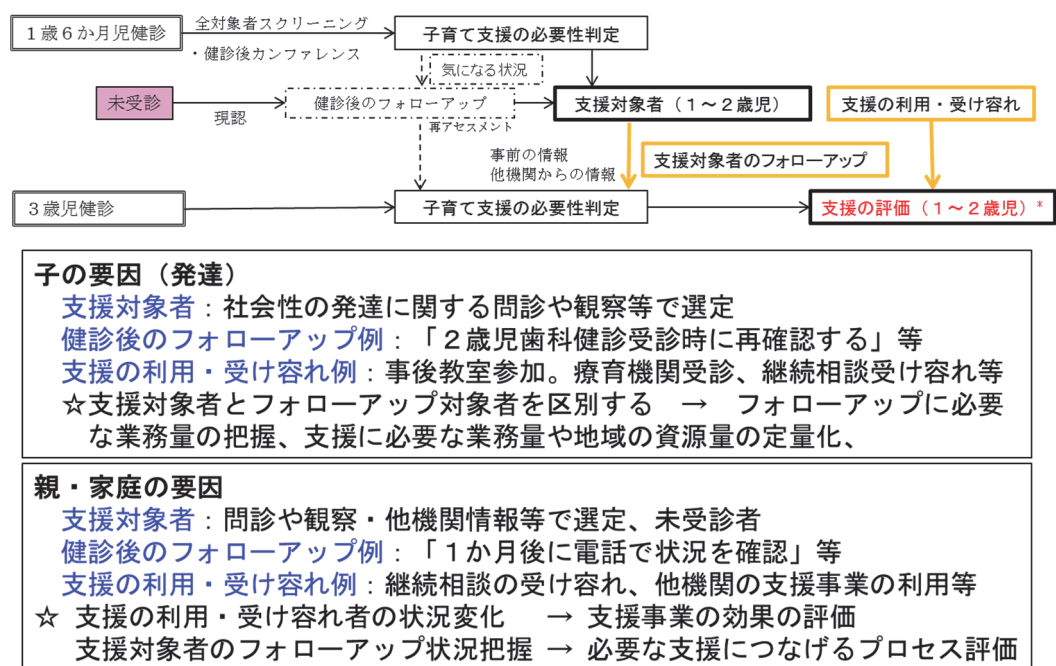


図 4-2 支援対象者の選定と支援の評価例

個別支援や支援事業の利用・受け入れ例は、その後の状況変化を3歳児健診で確認し、支援の効果の評価することができる。支援対象者であっても、支援を利用しない・受け入れない場合にも、支援対象者のフォローアップ業務として期間を決めて状況を確認する。支援の受け入れや利用状況（受け入れや利用の割合などの量的な状況や、質的な状況）を把握することで、必要な支援につなげるためのプロセス評価が可能になる。

5) 気になる状況にあるケースのフォローアップに対する評価

気になる状況にあるケースのフォローアップは、健診後のフォローアップ業務に位置づけて行う。気になる状況をフォローアップ対象者とするのは、乳幼児健診の保健指導のうえで重要なことであるが、実務上は、どこまでの状況をフォローアップ対象とするかが、業務量を左右する大きな問題となる。また、健診従事者間で判定を標準化するためにも、フォローアップ状況を振り返る必要がある。

気になる状況の確認のためにフォローアップ対象とした人数に対する、再判定で支援対象となった人数の割合を「効率性」と定義し、業務量を示す数値指標とする。「効率性」を用いて他市町村との比較ができる。乳幼児健診時の子育て支援の必要性の判定は、受診者の要因だけでなく、支援者側との関係性や支援体制等にも左右される。市町村それぞれにおいて、気になる状況でフォローアップ対象とする場合の判定方法や基準を振り返ることで、従事者間の判定の標準化につなげる。

6) 支援対象者の評価

支援対象者への支援やフォローアップは、時には子が成長して親になった後にも、世代を越えて継続される場合がある。支援の必要性は、いったん改善された後にも子どもの成長や家庭状況に伴って変化する。また、さまざまな業務に追われている現場において、評価のためだけの業務を追加することはできれば避けたいものである。このため、支援対象者の評価を乳幼児健診のタイミングで縦断的に行う手法が実用的といえる。子育て支援の必要性の判定などの評価指標を用い、支援の

必要性の変化を分析する（図 4-3）。

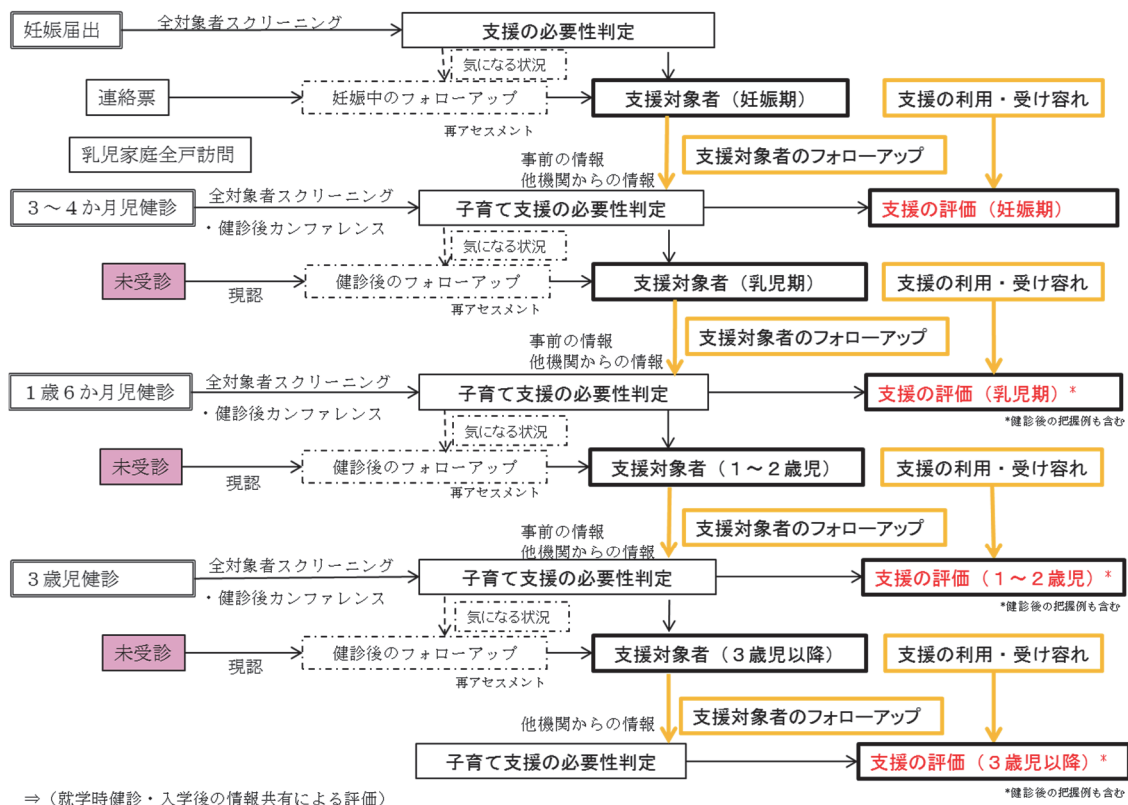


図 4-3 支援対象者のフォローアップと支援の評価の体系

妊娠期から把握された支援対象者（妊娠期）は、3～4 か月児健診時に評価し、3～4 か月児健診以降の支援対象者（乳児期）は、1歳6か月児健診時に、その後の支援対象者（1～2歳児）は、3歳児健診時に評価する。これらの健診の受診率は高く、未受診児についても現認のうで支援の必要性の判定を行えば、判定の妥当性の評価も可能となる。これらの健診は、全国のほとんどの市町村で実施されているため、都道府県での集計や評価にも活用できる。3歳児健診やその後に支援対象者と判定される支援対象者（3歳児以降）については、個別フォローアップの状況を年度ごとに集計する。評価は、「子育て支援の必要性の判定」など一定の区分を用い、支援の必要性の変化を分析する。

第5章 多職種間で共通に理解すべき情報

第1節 「健やか親子21（第2次）」の重点課題①

「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」

子育ての過程において、保護者が何らかの育児不安を感じることはめずらしくない。しかし、近年、育児に取り組む家庭が孤立し、保護者が感じる育児の不安や困難さが解消されず、それらを抱え込むことが危惧される。また、子育てが親の負担になったり、生活そのものを大きく乱したりする場合は、子育てに拒否的になることも想定される。子育てに取り組む保護者が育児に余裕と自信をもち、その役割を發揮できる社会を構築するために、「健やか親子21（第2次）」において「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」が重点課題の一つとして取り上げられた。

「育てにくさ」とは、子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的な要素を含む（Power Point 5章1節3, 4（PP 5-1-3, 4）¹⁵⁾。近年の乳幼児健診は、疾病スクリーニングだけではなく子育て支援にも重点が置かれるようになっており、乳幼児健診に従事する保健師等に対して、家族が抱える育児不安・育児困難感への早期介入や予防的支援への期待が高まっている。「育てにくさ」の概念は広く、一部には発達障害などが原因になっている場合がある。2004年に制定された発達障害者支援法では、乳幼児健診を行うにあたり発達障害の早期発見に十分留意する必要性が明記されている⁶⁾。乳幼児健診事業を通じた的確な評価と適切な保健指導、さらには福祉サービス等への橋渡しといった役割が重要視されている。

「健やか親子21（第2次）」で新しく追加された指標のうち、「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合（健康行動の水準）」、「育てにくさを感じた時に対処できる親の割合（健康水準の指標）」が、乳幼児健診での必須問診項目として設定された。本節では、それぞれの項目に関して、研究班調査^{12, 13)}により明らかになった課題と保健指導に関する提言を以下にまとめる。

1 社会性の発達過程に関する保健指導

1) 背景データ

(1) 「健やか親子21（第2次）」ベースライン調査

「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合」は、3~4か月児と1歳6か月児では知っている者の割合が8~9割である一方で、3歳児は約7割に減っていることが示されている（PP 5-1-8）。

(2) 市町村における現状と課題

研究班調査では、設問「子どもの少し先の社会性の発達過程について、乳幼児期からその見通しを親に指導する機会を確保していますか」に対して、「1. している」「2. していない」「3. その他」の択一式で回答を求めた。回答があった1,161市町村のうち、社会性の発達過程に関する指導を実施していたのは721件（62.1%）であった（PP 5-1-9）。自治体規模の間には有意な差は認めなかった。

二次調査として、「1. している」と回答し自由記載欄に記載のあった605件のうち、社会性の発達に関連した記載のあった463件についてキーワードを抽出し、指導の機会と方法を分析した（PP 5-1-10, 11）。乳幼児健診の際に指導の機会をもつ場合がもっとも多く（343件）、その中でも3~4

か月児健診を含む複数回にわたって実施されることが多かった(262件)。健診以外の指導機会としては、親子教室や離乳食教室などの集団教育の場や、相談事業や訪問事業など子育て事業の機会が活用されていた。指導方法は、説明指導が最も多く260件であった。具体的な指導方法としては、個別指導、集団指導、講演・講話などがあった。説明時に何らかの資料を用いる場合は184件あり、その資料として、母子健康手帳、自治体独自で作製したパンフレット・リーフレット等、市販されている小冊子、日本版デンバー発達スクリーニング検査などの発達検査などが用いられていた。資料送付のみの場合は22件で、健診の場でパンフレットやリーフレットなどの資料を配布したり、健診案内に資料を同封したりすることで社会性の発達に関する情報提供をおこなっていた。

社会性の発達過程の保健指導の際、日本版デンバー発達スクリーニング検査を使っているとの回答が複数あった。日本版デンバー発達スクリーニング検査は、乳幼児期に発達の遅滞や歪みのあるものをスクリーニングする目的で考案された検査であり、保健指導用に開発されたツールではない。6歳までの発達過程が一覧できるため、説明の仕方によっては子どもの状態に対して保護者が過剰な不安をもつことが懸念される。そこで、同検査を用いると記載していた7自治体について、具体的な指導方法と配慮点について電話による聴き取り調査を実施した。その結果、全ての自治体が乳幼児健診で説明をおこなっており、6自治体では全ての乳幼児健診対象者に対して個別指導を実施し、1自治体では全対象者への集団指導の後にハイリスク者への個別指導を実施していた。個別指導の流れは共通しており、具体的には次の通りであった：①対象者の現状がどの発達段階であるかについて親とともに確認、②現状から望まれる次の発達段階の共有、③次の段階に進んでいくための遊びやかかわり方の指導(PP5-1-12)。先天性の異常や障害がある子どもについては、家族の希望を確認したうえで、グループ学習への参加なしに最初から別室で個別指導をするなどの個別に配慮がなされていた。これらの結果から、発達検査を用いた保健指導に際しては、発達経過の個人差や正常バリエーションの存在などを説明した上で対象者の発達状況を伝えるように配慮することや、少し先の発達過程に重点をおいて今できることを具体的に伝えることが重要であると考えられた。

(3) 都道府県・保健所における現状と課題

研究班調査では、保健所と都道府県の現状把握も行った^{12,13)}。保健所では、社会性の発達過程に関する親への指導について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち51件(23.5%)であった。このうち市町村が実施できるように支援しているとの回答は21件(9.7%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は36件(16.6%)、把握した状況を評価しているのは4件(1.8%)であった。また、都道府県では、社会性の発達過程に関する親への指導に関する内容が母子保健計画などや市町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件の有効回答のうち9件(23.1%)であった。

(4) 現状に対する考察

ベースライン調査からは、社会性の発達が複雑になっていく3歳児時点で、保護者の約3割が少し先の社会性の発達過程が分からずに子育てをしていることが分かった。また、研究班調査からは、社会性の発達過程に関する指導は約7割の市町村で実施されており、その約半数は、乳幼児健診の機会を活用していることが分かった。その中には、資料配布のみで対応している自治体もあった。説明の機会が確保できていない自治体についてはヒアリング調査を通して、指導にかかる時間不足や人的資源の乏しさなどの制約があることが分かった。説明の時期としては3~4か月児健診を最

初の説明機会としている自治体が多く、乳児期早期からの子どもの発達に親が関心をもてるよう配慮されていると考えられた。

発達には身体発達、情緒的発達、知的発達など様々な軸がある。その中で、社会性の発達は、対人関係を形成して集団の中で協調的な行動をとり、将来自立した社会生活を営むために必要な能力である。社会性の発達に関する知識を得ることは、保護者がこれから数か月のうちに子どもの行動様態が変わっていくことに対する見通しと、かかわりを楽しむ視点を与える¹⁰⁾。また、社会性の発達の遅れが自閉スペクトラム症など一部の発達障害の特性と関連していることから、発達障害の早期発見に寄与するという目的も兼ねる。保護者にとって子どもの発達状況が気になる段階での気づきを促し、気づきを適切な支援につなげていくことが重要である。そのためには、乳幼児健診の全ての対象者に対して正しい知識を伝える必要がある。市町村で全例を対象とした早期乳幼児期からの指導実施を促していくうえで、都道府県の計画整備や、県型保健所における市町村に対する積極的な支援・評価を進めていく必要がある。

2) 保健指導

(1) 乳幼児健診の対象者全員を対象とする (PP 5-1-13)

親や養育者に少し先の社会性の発達過程について指導することは、初めて子育てをする保護者にとって、現在の状態に振り回されることなく、見通しをもったゆとりある子育てをする上で役に立つことは言うまでもない。さらに、全ての保護者にとって、日常生活における気づきを促すうえで有用である。子どもの社会性の発達特性は、歩く・話すなどのマイルストーンで示される機能的な発達指標とは違い、日々の子育ての中で親子がふれあう場面において観察される。保護者が知識を得ることで、日常の観察の視点が深まると考えられる。それはまた支援者にとっては、親や養育者の子に対するかかわりの程度や観察力を知り、親子関係を推察する情報源となる。以上から、発達の遅れが明らかな子どもだけではなく、乳幼児健診の対象者全員に対して、社会性の発達過程に関する指導を実施することが望ましい。

(2) 早期乳児期から指導をおこなう (PP 5-1-14)

親の気づきに対する保健指導には、①子どもの発達特性に対する理解を深め、②子どもの発達段階に応じた適切なかかわり方を指導し、③親子への支援の機会を逃さず子育て支援や発達支援に結びつける目的がある。子どもの社会性の基礎は0歳代からの親子関係を通して築かれるため、①～③の目的を果たすうえで3～4か月児健診など早期乳児期から指導を開始することが望まれる。

(3) 発達の遅れに対する保護者の受容を見極め、早期に適切な支援へつなぐ (PP 5-1-15)

発達の遅れに対して親は不安を抱きやすい。また、保護者や兄弟が典型例と異なる発達経過をたどっている場合もある。発達過程を説明する場合、特に発達検査のように典型発達との差異が明確に示されるような場合は、子どもの発達過程には多様性、個人差があることを先に説明することが重要である。その上で、対象となる子どもの発達状況と典型的な発達過程との違いに気づかせ、今日からできるかかわり方の工夫を指導し、保護者の受け入れ状態を確認しながら適切な支援につなげることが肝要である。

2 育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価

1) 背景データ

(1) 「健やか親子21（第2次）」ベースライン調査

「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」について、「あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。」という設問に対して、「いつも感じる」と「時々感じる」の合計は、3～4か月児で約15%、1歳6か月児では約27%、3歳児では約35%であった（PP 5-1-18）。これらの回答者に対して、「育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。」という設問をしているが、3～4か月児、1歳6か月児、3歳児のどの月齢においても約15%の保護者が解決方法を知らないと回答していた（PP 5-1-20）。

(2) 市町村における現状と課題

研究班調査では、設問「育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価をしていますか」に対し、「1. 評価をしている」「2. 評価をしていない」「3. その他」の択一式で回答を求めた。回答があった1,165件のうち、育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価を実施していたものは307件（26.4%）であった。なお、自治体規模の比較においては有意な差は認めなかった（PP 5-1-21）。

二次調査として、「1. 評価をしている」と回答した307件のうち、自由記載欄に記載のあった市町村254件（83%）について記載内容を分析した。「評価」の解釈にバラつきがみられ、保健指導の対象者選定のための評価の場、あるいは「育てにくさを感じる親」の具体的な把握方法について回答されたものが多かった。保健指導の対象者を決める場としては、会議（ケースカンファレンス、スタッフミーティング、他施設との連携会議など）が145件、健診後のフォローアップが30件、臨床心理士や言語聴覚士など専門職による判定の適否検討が11件であった（PP 5-1-23）。把握方法としては、問診（31件）、アンケート（29件）、アセスメント・ツール（7件：フェイススケール、親の自信度、乳幼児期自閉症チェックリスト修正版（Modified Checklist for Autism in Toddlers; M-CHAT）、発達障害チェックシート、新版K式発達検査）、新生児訪問時と乳幼児健診時でのエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS）の得点差（2件）であった（PP 5-1-24）。

「育てにくさを感じる親」と判断する基準を設けているという回答が1件あり、回答した自治体に対して電話による聞き取りをおこなった。問診項目に「育てにくさを感じている」および「虐待をしていると思う」という設問を加え、①「育てにくさを感じている」の設問に対して「いつも」あるいは「ときどき」と回答し、かつ、相談先を知らないと回答した親、②「虐待していると思う」という設問の下位選択肢（3～4か月児および1歳6か月児は7項目：「しつけのし過ぎがあった」「感情的に叩いた」「乳幼児だけを家に残して外出した」「長時間食事を与えなかった」「感情的な言葉でどなった」「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」、3歳児は5項目：前述の前から5項目）を一つでも選択した親全例を対象とするというものであった。

また、「健やか親子21（第2次）」で定義された「育てにくさ」の説明にある背景（子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、親子をとりまく環境の要因）に準じて要因を分析し、支援を行っているという回答が2件あった。これら対しても、回答した自治体（高崎市、美唄市）に対して電話によって内容の聞き取り調査を行った。高崎市では、問診と診察による通常の判定に加えて、健診後に対象者全員の問診内容や所見など約400項目をデータベースに入力して要因分類していた。健診後にカンファレンスを実施し、その後にデータ入力と分析が行われる。要支援者は事後指導教室につなぎ、事後教室の親子の様子を踏まえて「育てにくさ」の主要因を明らかにし、訪問や電話など個別のフォローアップや子育て支援・発達支援など専門的支援につなげていた。また、美唄市では、健診後のカンファレンスにおいて、健診の場で得た情報に加えて、母子健康手帳交付

時に記録した家族構成や家族の就労状況など家族背景や訪問指導で得た家庭状況記録などの情報、保育所等や子育て支援センターなど関係機関からの情報を集めてリスク事項を整理し、「育てにくさ」としての要因分類をすることで個別の課題を明確化し、支援の要否を決定するとのことであった。

さらに、評価をしていると記載され、要因分析に関する記載がなかった市町村に対して、無作為に抽出した7自治体を対象に、要因分析の有無について電話による聴き取りをおこなった。対象とした全ての自治体は要因分析を行っておらず、その理由は「要因がたくさんあるので分類できない」「一番の問題点に対してアプローチするので分類の必要がない」「要因分析をしなくても、保健師の経験があるので、気になる親子は抽出できる」などの意見が得られた。

(3) 都道府県・保健所における現状と課題

研究班調査で得られた保健所の現状としては、育てにくさを感じる親への保健指導の評価について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち96件(44.2%)であった^{12,13)}。このうち市町村が実施できるように支援しているとの回答は57件(26.3%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は49件(22.6%)、把握した状況を評価しているのは8件(3.7%)であった。また、都道府県では、社会性の発達過程に関する親への指導に関する内容が母子保健計画などや市町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち15件(38.5%)であった。

(4) 現状に対する考察

ベースライン調査からは、子どもの成長とともに「育てにくさ」を感じる保護者の割合が増えて、3歳児では保護者の約3人に1人は育てにくさを感じていることが分かった。さらに、「育てにくさ」を感じる3~4か月児、1歳6か月児、3歳児の保護者の約15%が解決方法を知らないということも明らかになった。「育てにくさ」を感じることはどのような保護者にも起こりうるが、それを解決しながら前向きに子育てに取り組めるかどうかが問題である。したがって、「育てにくさ」を感じた全ての保護者を確実に何らかの解決方法につなげるための保健指導が必要不可欠と言える。

乳幼児健診の評価については、「手引き」¹⁰⁾で基本的な考え方が示されている。支援対象者のフォローアップのステップに沿った分類としては、①判定の標準化・共有、②支援対象者および健診のフォローアップ対象者の個々の状況把握、③個別ケースの支援評価、④事業評価が挙げられる^{12,13)}。研究班調査では、約3割の市町村が「育てにくさ」を感じる親への保健指導の評価をおこなっており、上記①~③のいずれかがおこなわれていた。その中には、構造化・標準化された方法による判断基準を設けている自治体があった。一方で、④の「事業評価」に該当する評価をおこなっていると回答したものはなく、要因を分析して評価をおこなっていると記載のあった市町村は2件のみであった。要因分析をおこなっていない理由として、時間や労力の負担になっている場合や熟練保健師の存在により必要性を感じていない場合があった。

県型保健所の役割として、管内市町村の事業評価、事業計画の立案等への支援・協力がある¹⁵⁾。上述した通り、調査結果から市町村において事業評価は十分に行われていない状況と考えられた。市町村における事業の適性を高めるために、県型保健所が間接支援を積極的におこない、事業評価を進めていくことが求められる。「健やか親子21(第2次)」の重点課題として、「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」があげられている。都道府県の計画整備や、県型保健所による市町村の事業評価支援に対する専門的・技術的助言などの支援も進めていく必要がある。

2) 保健指導

(1) 「育てにくさ」を感じてもいい -発信しやすい空気をつくる (PP 5-1-25)

「育てにくさ」につながる育児上の困り感は、多様な因子による総合的な保護者の感覚である。子育てにかかわれば、多少なりとも育てにくいと感じる場面は生じうる。「育てにくさ」は、『日常のちょっとした対応法』を知ることによって解消するような困難感である場合もあれば、虐待につながるような過剰な負担感や疲労感をともなう場合もある。いずれにせよ、保護者から困っていることを発信してもらうことが必要だが、健診の場では「育てにくさを感じている」と発言することに抵抗を感じることは少なくないだろう。乳幼児健診においては、保護者が「育てにくさ」を感じていると言いだせる空気をつくり、困難感の程度やリスクを見極めながら、育てにくさを共有してともに解決していくための保健指導が求められる。

(2) 潜在ニーズを見落とさないために「育てにくさ」の要因を分析する (PP 5-1-26)

「育てにくさ」を感じていても、助言・援助を求めるサインを発信できない保護者は潜在する。保護者の潜在する支援ニーズに気づくには、保健師個々の技能が求められる。熟練した保健師は、親の主訴を整理し、しぐさから何を思考しているか読み取り、他の専門職の目もかりてより多角的に対象を捉え、援助の必要性を見極め支援に結び付けている⁶²⁾。しかし、人材資源は限られており、全ての市町村に熟練した保健師が常在し、乳幼児健診に従事しているわけではない。誰がおこなっても見落とすことなく潜在するニーズに気づくためには、手間はかかるが、「育てにくさ」の背景にある多面的な要素を抽出・整理し、多職種の視点と併せて分析したうえで、適切な支援につないでいくことが望まれる。

(3) どのような支援が必要か?という視点で要因分析を行う (PP 5-1-27)

分析方法の例を次頁の表 5-1 に示した。要因を分析するにあたっては、どのような支援が必要かという観点から課題を整理することに注力することがポイントとなる (PP 5-1-28)。問題点をあげつらったリストを作成するのではなく、問題解決につながる項目を作り分類することに留意していただきたい。例えば、「ひとり親」を要因の一つと考えたとき、経済的な問題があるのか、親子で過ごす時間が少なく親子関係に問題があるのか、親が疲労しているという親の身体的・精神的問題になっているのかなど、状況によって提供できる支援は異なってくる。

「育てにくさ」の背景を要因にわけるとは、要因を一つにしぼることが目的ではない。「育てにくさ」という保護者の感覚的な主訴をそれぞれの要因別に分類し、その相互関連性を質的に検討することで、「育てにくさ」の本質に近づき、より効率的かつ効果的な支援に結び付けていくことが目的である。要因の組み合わせによっては支援方法も変わりうる。さらに、育てにくさの背景にある多面的な要素に対して、多職種の視点で多角的に分析することで潜在するニーズを明らかにすることが重要である。子どもの年齢や発育・発達状況、親子関係や家庭環境など、時間の経過や関係性の変化などにより主要因は変わりうる。乳幼児健診の場で問診や診察所見など得られた情報、過去の情報、関係機関から得られた情報を整理し、「育てにくさ」の所在と関連性を分析したうえで支援策を講じ、機会があるごとに再評価することが望まれる。

表 5-1 「育てにくさ」の背景の要因分析と対応の検討のための整理表

要因	支援を要する事項	健診での確認 問題の有無	支援、治療状況		今後の対応	
			支援状況	医療機関受診の有無	支援の要否	支援資源
本人	発育状況 (疾病、食事の問題、生活リズムなど)					
	運動発達への支援 (遅れ、偏り、障害など)					
	知的発達への支援 (遅れ、偏り、障害など)					
	社会性発達への支援 (遅れ、偏り、障害など)					
親・養育者	親・養育者になることを受容状況 (望まない妊娠、若年、特定妊婦など)					
	親・養育者の育児過負担 (疾患、障害、虚弱など)					
	子どもとの関わり方 (子育て経験の不足、特異な育児感など)					
	情報不足への支援 (一般的な育児情報、公共サービス・自助団体 など資源情報など)					
親子関係	愛着形成					
	子どもへの無関心					
	子どもへの過干渉					
環境	経済的不安、困窮					
	子どもと関わる時間がとれない (就労状況、ひとり親、兄弟の育児、介護など)					
	相談相手がない (同年代の知り合いがない、地域の繋がりが 弱い、かかりつけ医がないなど)					

第2節 「健やか親子21（第2次）」の重点課題② 「妊娠期からの児童虐待防止対策」

1 妊娠期からの児童虐待（子ども虐待）予防の必要性

子どもが虐待を受けると、最悪の場合は死に至る場合があるが、死に至らなくても子どもに障害を生じたり、身体面では何事もなかったように見えても心に傷を負ってしまう。また、子どもが成長した後に、意識していなくても自分が保護者にされたような子育てをしてしまい、虐待の連鎖が起こることもある。子ども虐待は、子どもの人生に重大な影響を及ぼす親子関係の最先鋭の問題であり、予防する必要がある。しかし、子ども虐待は日常生活の中で起こり、日々の親のストレス等の様々な要因によって一見すると問題のない親子から、緊張関係にある親子、虐待が起こっている親子と揺れ動き、固定的に親子を捉えていると虐待を予防できないことがある。親子の状況を継続的に把握し、妊娠期から出産、子育てに至る切れ目のない支援が必要である。特に妊娠・出産は、自分と保護者との関係性を振り返り、新しい命を迎える非常にセンシティブな時期であると同時に、異なる生育歴を持つパートナーと生活を始める時期でもある。これまでの人生では問題が生じていなかったことでもこのような負荷がかかることにより、弱者である子どもが攻撃の対象となってしまう。

ポピュレーションアプローチの指導・支援と、ポピュレーションアプローチから疾病や障害、行動情緒問題等の早期発見と支援のハイリスクアプローチを行ってきた母子保健は、これまでも子ども虐待の予防や早期発見・支援を行ってきたが、2016年6月の母子保健法改正で、「母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する施策は、乳児及び幼児に対する虐待の予防及び早期発見に資する」ことが国及び地方公共団体の責務（第5条）とされ、その取り組みが明確に位置づけられた。また、それまでの母子健康センターから改められた母子健康包括支援センター（第22条）が「母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する包括的な支援」を行い、その設置が市町村の努力義務とされた。この母子健康包括支援センターは、2016年6月3日付雇児発0603第1号通知で、すでに2014年の閣議決定「まち・ひと・しごと創生総合戦略」で名称が出ていた子育て世代包括支援センターであるとされ、2020年度末の全国展開を目指すとされている。

子育て世代包括支援センターの対象者は「主として、妊産婦及び乳幼児並びにその保護者」、実施場所は「母子保健に関する専門的な支援機能及び子育て支援に関する当事者目線での支援機能を有する施設・場所」、事業内容は（1）妊産婦及び乳幼児等の実情を把握すること、（2）妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと、（3）支援プランを策定すること、（4）保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと、とされている⁴。特に、利用者支援事業の母子保健型の子育て世代包括支援センターでは、市町村への妊娠届出時に面接を妊婦に行き状況把握し、必要に応じて支援プランを作成して支援することが重要な事業である。このように、妊娠期からの子ども虐待予防は重点的に取り組むべき課題として明確に位置づけられている。

2 妊娠期からのアセスメント

妊娠期から効果的な支援を行うためには、面接や関係機関等からの情報提供による支援を要する妊婦の把握と、支援を要する背景要因のアセスメントを行う必要がある（第3章第1節）。平成27年度に行われた研究班調査^{12,13}による、妊娠期間中のアセスメントの実施状況を表5-2に示す。

回答した市町村の11.6%が妊娠期間中にアセスメントを実施していないことから、88.4%の市町

村は母子健康手帳交付時または交付後の妊娠期間、あるいはそのいずれでもアセスメントを行っていることになる。母子健康手帳交付時にアセスメントを行っている割合について市町村全体と比較すると、母子健康手帳交付数が200～299件と1,000件以上の市町村では実施率が低かった。また、交付後の妊娠期間にアセスメントを行っている市町村では、全体での実施率と比較して、母子健康手帳交付数が200～299件の市町村が低く、1,000件以上の市町村の実施率は高かった。交付数が1,000件以上の市町村は出生数が多く、保健師等の専門職による面接が困難であることが推察されるが、医療機関等との連携による情報は多く得られている可能性がある。しかし、交付数が200～299件の市町村は異なる要因があると考えられ、状況について検討する必要がある。いずれの時期にもアセスメントを行っていない市町村は、母子健康手帳交付数が300～499件、500～999件の自治体にやや多く、実態を把握する必要があると考えられた。

表 5-2 母子健康手帳交付数と妊娠期間中のアセスメントの実施状況

	母子健康手帳 交付時		交付後の 妊娠期間		いずれの時期も 実施していない		その他	
実施市町村 (n=1158)	901	(77.8)	289	(25.0)	134	(11.6)	100	(8.6)
<u>母子健康手帳交付数別 (1年)</u>								
～49件 (n=259)	208	(80.3)	68	(26.3)	33	(12.7)	15	(5.8)
50～99件 (n=147)	122	(83.0)	38	(25.9)	16	(10.9)	8	(5.4)
100～199件 (n=170)	141	(82.9)	38	(22.4)	17	(10.0)	10	(5.9)
200～299件 (n=107)	77	(72.0)	20	(18.7)	16	(15.0)	9	(8.4)
300～499件 (n=143)	120	(83.9)	30	(21.0)	12	(8.4)	12	(8.4)
500～999件 (n=150)	118	(78.7)	39	(26.0)	14	(9.3)	19	(12.7)
1000～件 (n=182)	115	(63.2)	56	(30.8)	26	(14.3)	27	(14.8)

値は該当する市町村数 (%) を示す。

3 妊娠期からの支援

産前産後の子ども虐待を予防する支援は、妊婦が妊婦健診を受診し、医療機関等の専門職がいるところで母児ともに安心・安全な出産ができるよう支援し、子どもの出生後は安定した生活ができ、育児の支援を得て母親が子どもに没頭できる環境を整えることにある。子育て期も妊娠中に把握された虐待が危惧される状況が継続することがあり、妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援が必要である。特に、初めての妊娠・出産は未だかつて経験したことのない人生の大きな激動期であり、医学的知識を持ちソーシャルワークのできる保健師の支援が重要である。

1) 妊娠中から整える虐待を予防する環境整備

虐待の背景には、多くの親が子ども時代に大人から愛情を受けていなかったこと、生活にストレス（経済不安、夫婦不和、育児負担）が積み重なって危機的状況にあること、社会的に孤立し援助者がいないこと、親にとって意に沿わない子（望まぬ妊娠・愛着形成がうまくいっていない・育てにくい子）の4つの要素が揃っていることが指摘されている⁶³⁾。しかし、これらを親は自覚していないことが多く、パートナーやその他の家族も含めた、子どもを育てにくい家族の状況がないか、個室等の話しやすい環境で親を受容し把握する必要がある。妊娠中の環境を整える視点は以下のとおりであり、これらを整え改善できるよう支援を行う。

表 5-3 妊娠中の環境を整える視点

視点	例
身体的健康	生活習慣を整え、妊婦健診を受診
精神的健康	うつ的になっていないか 等
パートナーとの関係	DV はないか
経済的視点	費用（妊婦健診、出産費用、養育費用）
定まった空間	現在の生活の場、里帰りなど
育児の支援	具体的に誰がどのくらい支援できるか
本当のことを相談できる相手	実父母との関係、パートナーとの関係

2) 乳幼児健診における虐待予防・早期発見

乳幼児健診は受診率が 95%以上と高く、ポピュレーションアプローチとして重要な場である。

①虐待予防の啓発

集団指導やポスター掲示、または個別指導等において、子ども虐待予防の啓発を行う。乳児期には乳幼児揺さぶられ症候群の啓発が重要で、研究班調査^{12,13)}では、啓発を行っている自治体は 67.4%であった。しかし、内容にはパンフレットの手渡しのみ等の市町村も含まれていたことから、厚生労働省¹⁷⁾の啓発 DVD 等による、より効果の高い啓発を行うことが望まれる。

②虐待疑いの早期発見の体制づくり

乳幼児健診に従事する者は、虐待に関する知識を研修等で得るとともに、健診場面で虐待が疑われる児を発見したときには、組織としての対応を行うことが重要である。研究班調査^{12,13)}では、「乳幼児健診の面談や問診票で、新たに虐待の疑いを把握したときのマニュアルや取り決め等が自治体にありますか」との設問に対し、「ある」と回答したのは 610 市町村 (52.0%) であった。内容は、「親子の様子のアセスメント」74.1%、「上司に報告等の組織的対応」79.3%、「健診スタッフが認識する仕組み」85.6%、「親子の心情に寄り添う関わり」55.9%、「担当保健師につなぐ等の橋渡し」86.1%であった。取り決めやマニュアルの有無やそれぞれの内容についても、すべての項目で規模の大きな市町村の頻度が有意に高い状況であったが、小規模の市町村でもマニュアルや取り決め等が定められていることが望ましい。

3) 母子保健サービスを利用しない・利用しにくい親への気付きと支援

子ども虐待の最悪の事態である虐待死は、検証によると第 1 次から第 13 次報告までの心中による虐待死は 486 人、心中以外の虐待死は 678 人報告されている⁶⁰⁾。心中以外の虐待死で 0 歳児は 46.2%を占め、生後 0 日の死亡は 18.3%と極めて多い。また、妊娠期・周産期の問題としては、「若年妊娠」（出産時の母親の年齢が 10 代）17.6%、「予期しない／計画していない妊娠」が 25.2%あったとされている。第 13 次報告の 0 日死亡 11 人の母の状況は、「予期しない／計画していない妊娠」が 9 人 (81.8%)、「若年妊娠」3 人 (27.3%)、「母子健康手帳の未発行」10 人 (90.9%)、「妊婦健診未受診」11 人 (100%) と、人口動態統計による母の出産年齢 10 代が 1.1%に比べて 10 代が非常に多く、母子保健サービスを利用しない、妊娠期から子どもの受容に問題があった事例と考えられる。

乳幼児健診が未受診である状況も、第13次報告で3～4か月児健診14.8%、1歳6か月児健診23.5%、3歳児健診40.0%と、同じ時期の全国の乳幼児健診の未受診率はそれぞれ、4.5%、4.3%、5.7%であることから著しく高く、しかも子どもの年齢が上がるにつれて高くなっていった。3歳児健診では受診可能時期が3歳児から4歳児に至るまでの1年と長く、未受診者の把握が困難であることも影響している可能性がある。

①乳幼児健診未受診者への対応の標準化

これまでに研究班が示した「手引き」¹⁰⁾では、地域に暮らす乳幼児の全数把握の必要性と、健診未受診者への対応の標準化について記載している。ポイントは、「健診未受診者の把握期限の設定」「妊娠期・周産期情報の活用」「他機関との情報共有」「情報を共有できない場合の対応方針の事前の取り決め」である。詳細は「手引き」を参照されたい。

②予期しない妊娠に対する対応

予期しない妊娠は、結婚していても「まだ子どもは早いと思っていた」「就職が決まったばかりで職場にいいにくい」など多くの女性におこりうるが、妊娠したことをパートナーや実父母、職場等に打ち明けることができれば、理解と支援が得られ望む妊娠に変化していく。しかし、中には身近な人間に相談できないような、「未婚」「レイプされた」「パートナーに捨てられた」「不倫関係にある」などの事例がある。このような女性は市町村に妊娠届出をしないことが多く、匿名で相談できるところによりやく相談している状況がある。妊娠届出をした妊婦、乳幼児健診受診者の親にも、このような背景を持つ親がいることを踏まえ、どのような経緯で妊娠した親に対しても偏見を持たずに受容する支援が重要である。

第5章 第3節 社会性の発達の把握と支援のポイント

1 社会性の発達のつまずきと発達障害

1) 発達障害をめぐる現状

近年、社会性（対人コミュニケーション）の発達につまずきのある子どもたちが増加しているといわれている。社会性だけでなく、社会性のつまずきを主症状とする自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder; ASD）やそれ以外の発達障害も増加しているといわれ、文部科学省の2012年調査では、通常学級のなかに6.5%の発達障害の可能性のある子どもがいることが示されている。この中には診断がついていない者も含まれるが、15人に1人は発達障害やその傾向が強くある子どもがいる概算となる。一方で、「大人の発達障害」の問題にも注目が集まっている。「大人の発達障害」とは成人期に初めて診断を受ける人たちのことであり、成人期になって「発達障害にかかる」ではない。これらの人たちは、もともと発達障害がありながら、それに気づかれないうちで成長し、理解のない環境のなかで、うつや不安障害などの精神疾患を発症し、その治療過程で発達障害と診断されることがある。こうした発達障害の二次障害には、精神疾患ばかりでなく、大きな社会問題となっている「ひきこもり」なども含まれる。アメリカ合衆国の医療経済的試算ではあるが、ASDの人の一人につき、早期発見されない場合の生涯のコストは3.2億円にのぼる⁶⁴。こうした成人期の不適応状態を防ぎ、発達障害のある人が意義ある人生を送るために、また、社会的損失を回避するためにも、発達障害を早期に発見し、その支援をすることは喫緊の課題である（Power Point 5章3節1（PP 5-3-1））。

2) 社会性の発達のつまずき、自閉症スペクトラムへの早期支援

ASDの中核症状である社会性の問題は、早期支援によって予後の改善がみられることが明らかになってきた⁶⁵⁻⁶⁷。このため、早期発見・早期支援が世界的な潮流となっている。日本では1歳6か月児健診や3歳児健診で、ASDの特性のある子どもを発見し療育につなげるシステムをとっている地域も増えている。こうした取り組みは、子どもの社会性のつまずきの克服に大きく役立つ。また、周囲が子どもの特性を理解することで、子どもの行動を受け入れやすくなったり、子どもにあった療育や支援を選択できたりする。こうしたことが、将来の二次障害を予防することにつながる。発達障害はスペクトラムであり、前述のように、ASDと診断されなくともその特徴のある子どもも多くいる。こうした診断に至らない子どもへの支援も、予防的見地から重要である。

発達障害は、2013年に改訂されたアメリカ精神医学会が定める診断基準DSM-5においては、「神経発達症群/神経発達症群」という名称のグループにまとめられている。その主なものは、自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder; ASD）、注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（Attention-deficit / Hyperactivity Disorder; ADHD）、限局性学習症/限局性学習障害（Specific Learning Disorder; SLD）である。ASDは、社会性とコミュニケーションの障害と興味の偏り・こだわりを特徴とする。ADHDは、不注意や集中の難しさといった注意の問題と、多動・衝動性といった問題の特徴とする。SLDは、学習のある分野が特異的にできないことを特徴とする（PP 5-3-3）。それ以外に、発達性協調運動症/発達性協調運動障害（Developmental Coordination Disorder; DCD）も含まれるが、これは協調運動の苦手さ、不器用をいう。これらの発達障害の中で、発達早期からその特徴がみられるのがASDである。

本節では、乳幼児期の社会性の発達と社会性の発達につまずきのある障害（自閉スペクトラム症）

の特徴とその把握、社会性の発達に関して乳幼児期健診に求められる役割、地域でのフォローアップ方法について述べる。また、乳幼児期は、ASDの確定診断が難しい時期でもあることや、傾向はあるが診断基準をみたすほどではない子どもを含んだ支援を考えるため、本節では、スライドも含め、自閉症スペクトラムという用語を用いる。

2 乳幼児期の社会性の発達と自閉症スペクトラムの特徴

1) 乳幼児期の社会性の発達

社会性の発達において、1歳6か月は大きなターニングポイントである。80%以上の子どもが、乳幼児期の社会性を示す行動である「共同注意」「要求行動」「模倣」などを通過する⁶⁸⁾。乳幼児は、生後9か月くらいから、すでに他者と自己の違いに気づき、他者の興味がどこに向かっているかを知ろうとする。これが共同注意であるが、乳幼児の示す社会的行動の中で最も重要視されている。この共同注意が、その後の言語獲得やコミュニケーション、情緒の発達の基盤となると考えられている(PP 5-3-6)。そこで、1歳6か月でみられる社会的行動を共同注意と、共同注意以外の社会的行動にわけて概説する。共同注意には、子どもからの自発的な行動と、その逆の受容的な行動の2種類がある。自発的なものは、自分の興味のあるものを指さして伝える行動、興味のあるものを持ち上げて見せる行動、興味のあるものを渡すという行動などがある。受容的な行動としては、他人の指さしたほうを見る、他人の見つめている視線の先を見る、といった行動がある。これらの行動の根底には、自分の興味や他人の興味を共有したいという気持ちがある。こうした気持ちこそが、社会性の第一歩となる。共同注意以外の社会的行動には、欲しいものを取ってほしい時や開けてほしい時にみられる要求の指さしや手渡し、他の子どもの様子を見たり寄っていくなどの他者への関心や働きかけ、他者と目を合わすアイコンタクト、他者に感情を示す表情を向けたり、うなずいたりといったジェスチャーをするようになる。名前を呼ばれたときに反応すること、大人から微笑まされると微笑み返すこと、うれしいことがあると大人のほうを見てニコニコしたり手を振ったりと喜びを共有しようとするなど、他人の真似やふりをすることがある。要求の指さしと共同注意の指さしは、行動としては同じだが、意図が違い、他者への意識という点では共同注意のほうが強いので、区別して行動観察をして保護者への聞き取りをする必要がある(PP 5-3-7)。

2) 自閉症スペクトラムの初期兆候

1歳6か月児くらいで見られる自閉症スペクトラムの初期兆候には、障害の特徴的行動(陽性症状といえるもの)と、定型発達の子どもの当然みられる行動の出現が少ないことやないこと(陰性症状といえるもの)の2種類がある。陽性症状としてあげられるものに、手のフラッピング(掌を繰り返しひらひらとふること)、ぴよんぴよん跳ぶなどがみられる。またクレーン現象といわれる、母親の手をひっぱり開けてほしい瓶の蓋に直接おいたりするといった人の手を道具のように使う行動がみられる。また、エコラリアと呼ばれる、即時の人の言ったことを真似たり、過去に聞いたセリフなどを繰り返したりする行動もある。奇妙なイントネーション、抑揚が聞かれる場合もある。興味のあるものへの没頭や、感覚的要素への普通でない興味が見られることもある。陰性症状としては、前述したような社会的行動のすべての乏しさや、みられないということがある(PP 5-3-8, 9)。

3歳児では、知的水準が正常域の場合、言語に問題がないことも多い。しかし、自分が興味のあることについては、一方的に話すことはできるが、保育所や幼稚園であったことを保護者にわかるように話すなど、相手の知識に配慮しながら話したり、会話を続けたりするなどが難しいといった行動特徴がみられる。また、仲間関係が広がる時期にもかかわらず、他者への関心が乏しかったり、

他者の気持ちを理解することが難しく、仲間関係を形成したり維持することに難しさがでてくる。また、適応行動といわれる、実際の対人場面でのコミュニケーション能力、身辺自立、保育所・幼稚園、地域でのルールに沿った行動や友人関係の維持など、日常生活を処理する基本的な能力の乏しさが目立ってくる。

3 1歳6か月児健診および3歳児健診で社会性の発達を測る有効なスクリーニングツールとその使い方

1) 社会性を測るアセスメント

社会性の発達において重要な時期である1歳6か月という時期にある乳幼児健診は、悉皆的に地域の子どもの社会性の発達を把握することができ、保護者も気づいていないかもしれない社会性の問題をいち早く把握するという点で、大きな役割を果たしている。1歳6か月という時期に健診が実施されるという利点を活かし、有効なツールを使って社会性のつまずきのある子どもを的確に把握する必要がある。これまでも、知的障害が併存する子どもについては、比較的早い時期に把握がされていたが、高機能の場合は、学齢期や成人期に診断を受ける人が多い現状から考えても、見逃しが多いことが推察される。見逃しがなく、社会性の発達につまずきのある子どもを把握するためにはスクリーニングに適したアセスメントツールが必須である。

まず、本項では、スクリーニングツールも含むアセスメント全体について述べる。自閉症スペクトラムの特徴を調べるアセスメントツールはいくつかあるが、スクリーニングと診断・評価用に分かれている。スクリーニングはあくまでも何らかの心配がある子どもをふるい分けることが目的なので、決して、そのまま診断を意味するわけではないことに注意を要する。自閉症スペクトラムの診断や評価については、日本語版 ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule -Second Edition) などを用いる必要がある (図 5-1)。

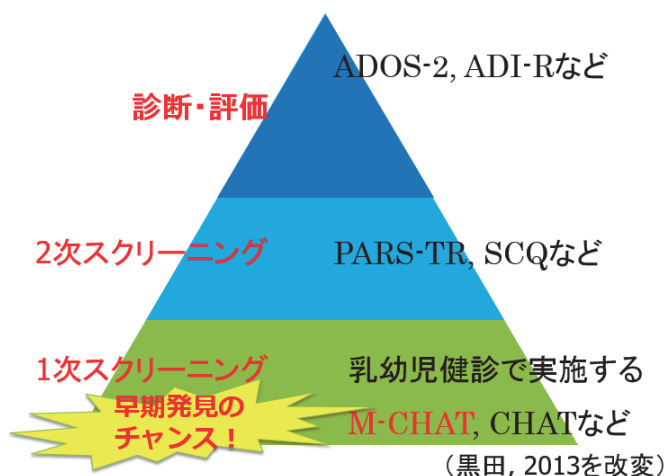


図 5-1 乳幼児の社会性 (自閉症スペクトラム) を調べる検査

2) 乳幼児健診でのスクリーニングツール : M-CHAT

1歳6か月児健診の社会性の発達把握において、最も有効性が高いアセスメントは、世界的にみても、乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (Modified Checklist for Autism in Toddlers; M-CHAT) である。対象を生後16~30か月とした、子どもの行動観察ではなく養育者を回答者とする他者記入式質問紙となっている。共同注意、社会的参照、模倣などの非言語性コミュニケーション、聴覚過敏や衝動的運動など ASD 独特の行動について尋ねる全23項目から構成される。「はい」「いいえ」の二肢選択で回答し所要時間は約5分である。標準的なスクリーニング手続きは、子どもの発達の個人差を考慮し、質問紙への回答と1~2か月後の電話面接の複数段階となっている (PP 12-10, 11)。実施時間が数分であり、費用もほとんどかからないため地域全体の乳幼児集団を対象として悉皆的に行う一次スクリーニングとして、非常に適している。M-CHAT 日本語版では、原版の質問紙に、共同注意や社会的参照についてのイラストが追加されており、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研究部のウェブページから入手できる⁶⁹⁾。また、複数回スクリーニングの電話面接用の質問項目も入手できる⁷⁰⁾。これらの使用については、開発者の神尾陽子氏に相談の上、健診に従事するスタッフ全員に研修などを実施することが必要である。

1歳6か月児健診における日本語版 M-CHAT の感度・特異度に関する研究も行われ、第1段階スクリーニングでの感度は0.69, 特異度は0.84であった。第2段階スクリーニングの感度は0.48, 特異度は0.99で、陽性的中率は0.45とやや低かったが、非 ASD と判断された場合も、全般的発達、言語発達、多動、注意機能などの側面にニーズがあったと報告されている⁷¹⁾。また、1歳6か月児健診で有効な短縮項目について、6項目 (標準化判別係数の高い順に、6: 要求の指さし、13: 模倣、14: 呼名反応、5: ふり遊び、15: 指さし追従、21: 言語理解) が ASD の判別に有効であることが示唆されており⁷²⁾、実地的に意義が特に高い。1歳6か月児健診では発達障害のスクリーニングだけでなく運動発達・言語発達・親子関係・身辺自立・食生活や口腔内の問題点など調べる項目は多い。その中で23項目を実施することは保護者側の負担にもなるので、少ない項目数で判別力が高いことが望まれていた。

M-CHAT の限界として、回答者 (主に母親) の子どもの行動への認識が強く影響することが挙げられる。たとえば、回答者が子どもの行動をきちんと把握していないと誤謬が生じ、回答者が文言を誤解する場合もある。そのため、M-CHAT の項目のいくつかを健診中に実施して直接確認している自治体もある。直接行動観察の方法については、パワーポイントに詳細を述べた (PP 5-3-14, 15)。また、健診時のフィードバックも保護者への気持ちに寄り添い、保護者が子育てにネガティブな気持ちを持つことのないように配慮する必要がある。子どもの社会性の発達の問題点を伝えるというよりも、子どもとの遊び方などを教えるなど、子どもとのかかわり方を保護者に教えていくことが重要である (PP 5-3-18, 19)。

今後、日本において、M-CHAT がより有効に使われるための要は、普及にある。研究班調査¹²⁾の2次調査では、健診後のフォローを行っている約400の市町村等に、1歳6か月児健診で M-CHAT を利用しているかどうか調査した。有効回答が127と少なかったが、M-CHAT を全体および部分的に使用している割合は約17%であった。もちろん全数調査ではないが、健診後フォローを行う発達支援に熱心な地域でさえ、M-CHAT の利用率が低いことは、普及に課題があることを示唆している。

生後1歳から1歳6か月という早期のスクリーニングについては、生物学的指標への関心が高まっている。Klin らは、Eye Tracker (注視点追跡装置) を用いて視線の合いにくさの定量化を試み、視線の動きを調べることで1歳前から ASD を特定できると報告している⁷³⁾。日本でも、土屋らが Gaze Finder (注視点分布計測装置) を開発し、1歳6か月児健診で ASD のリスクのある幼児の把

握を試みている。こうした生物学的指標は、養育者のバイアスがかからず、健診場面での実施における手続きの容易さや精度の高さが保障されることで、今後、普及していくものと考えられる。

3 歳児健診においては、社会性（対人コミュニケーション）のポイントとして、「視線が合わない」「名前を呼んでも振り向かない」「表情が乏しい」「同年齢の子とも遊ばない」「興味があるものを共有しない」「言語発達が遅れている」「会話が続かない」「他児とごっこ遊びをしない」などが挙げられる。反復行動・興味の限局としては、「変わったものへの興味、興味への没頭」「決まった手順にこだわる」「切り替えが苦手」「決まったフレーズを繰り返す」「同じビデオを見る」「おもちゃの部分で遊ぶ」「感覚の敏感・鈍感さ・偏食」「感覚面への興味」などが挙げられる。これらの行動について、観察や聞き取りをする必要がある。行動観察については、集団での社会的行動が求められる時期なので、小集団での行動観察などが望まれる。市町村によっては、健診時にグループ活動を行い、手遊びや簡単なゲームを行い社会性の観察を行っているところもある。3 歳児健診では、1 歳 6 か月児健診のように有効なスクリーニングツールがないため、M-CHAT のように簡便で感度・特異度のバランスが良いスクリーニングツールの開発が望まれる。現在、保育所・幼稚園でスクリーニングとして使われているタasp (Transitional Assessment Sheet for Preschoolers; TASP) などから、開発されることが期待される⁷⁴⁾。TASP は、多動・不注意関連特性として、落ち着き（多動・衝動性）、注意力（不注意）、対人社会性関連特性として、社会性、順応性（こだわり）、コミュニケーション、運動関連特性として、微細運動、粗大運動といった 7 領域各 5 項目、合計 35 項目からなる。健診用スクリーニングが作られ広く使用されることで、3 歳児健診でも社会性のつまずきがある、自閉症スペクトラムの子どもの把握が容易になると考えられる。また、3 歳児健診は、1 歳 6 か月児健診で、社会性のつまずきを把握された子どもで、支援につながっていない子どものフォローアップの絶好の機会ともなるので、その機能も大切にしていきたい。

3) 診断・評価のアセスメント：ADOS-2 日本語版

スクリーニングのアセスメントに続いて、診断・評価のアセスメントが必要である。自閉症スペクトラムの特性を調べるアセスメントツールの開発について、日本は先進国のなかで後れをとってきたが、近年、アセスメントツールが揃いつつあり先進的医療機関や地域で使用されている。その中でも、1 歳から実施できる行動観察検査 ADOS-2 日本語版は非常に有効なアセスメントツールである⁷⁵⁾。ADOS-2 は、生後 12 か月の幼児（非言語性精神年齢 12 か月以上）から成人までの幅広い年齢を対象とし、年齢と言語水準に応じた 5 つのモジュールから構成されている。各モジュールの言語水準と推奨年齢は、以下のとおりである。モジュール T：無言語～1、2 語文レベル（推奨年齢 12～30 か月）、モジュール 1：無言語～1、2 語文レベル（推奨年齢 31 か月以上）、モジュール 2：動詞を含む 3 語文以上～流暢に話さないレベル、モジュール 3：流暢に話す幼児～青年前期（推奨年齢 4 歳以上～15 歳）、モジュール 4：流暢に話す青年後期～成人（推奨年齢 16 歳以上）である。乳幼児には、モジュール T あるいは 1、2 を用いる。

ADOS-2 は対象者の行動や回答内容を見るため、遊びなどの活動や質問項目が設定された半構造化面接となっている。各モジュールに 10～15 の課題が用意されている。年齢や言語発達を加味した課題が設定され、モジュール間で課題が重複しながら上のモジュールに移行する。各課題で観察されるべき行動は複数あり、特定の働きかけがどのような行動特徴をみるためのものか熟知しておく必要がある。実施にあたっては、観察後の評定を念頭に置きながら把握すべき行動（アイコンタクト、表情、身ぶりなど）を記録する。例えば「シャボン玉遊び」であれば、ただ一緒に遊んでいるのではなく共感的に遊びを楽しめるかを観察し、わざとシャボン玉を作るのをやめ、子どもがど

のようにシャボン玉を要求するかなどを見ていく。所要時間は40分～1時間である。

観察された行動について、「A. 言語と意思伝達」「B. 相互的対人関係」「C. 遊び」「D. 常同行動と限定的興味」「E. その他の異常行動（ASDに併存しやすい多動や不安といった症状）」の5領域を構成する約30項目があり、評定基準に従って評定される。一般的な検査とADOS-2との大きな違いは、「観察」でみたそれぞれの行動を評定するのではなく、検査全体を通して行動すべてを総合して「評定」する点である。さらに、評定項目のなかから、現在の診断基準に最も適合する項目が抽出され、診断アルゴリズムが構成される。これを用いて「自閉症」「自閉症スペクトラム」「非自閉症スペクトラム」という診断分類（モジュールTでは懸念の程度で分類）を行なうことができる。また、モジュール1、2、3の診断アルゴリズムには年齢と合計得点に基づく変換表があり、ADOS比較得点を算出することで重症度を調べられる。関東のT市や佐賀県などでは医療機関などと提携し、健診後に自閉症スペクトラムの疑いのある子どもには、ADOS-2が実施されている。

アセスメントは、社会性のみを調べるのではなく、子どもを包括的にとらえるために、発達状況、適応状況、家庭や地域の状況なども考慮する必要がある。発達状況については、保健センターなどで、新版K式発達検査、田中ビネー知能検査などが実施されている。適応行動については、実施している地域は非常に少ないが、日本版Vineland-II適応行動尺度（0歳から実施できる親聞き取り式のアセスメント）も開発されており、利用が望まれる⁷⁶⁾。特に3歳児においては、実際の生活上で使えるコミュニケーション力や集団適応などを詳細に評価することができる。問診内容によるが、家庭や地域の状況把握については、保健センター等は多くの情報を持っていることが多い。こうした、発達段階や適応行動と社会性の発達を合わせて考え、家庭の養育能力や地域の様子なども鑑みながら、フォローアップの方法を検討することが重要である。

4 地域におけるフォローアップ

1) 子ども自身への支援と家族への支援

自閉症スペクトラムの子どもについては、健診後のフォローアップや支援も重要である。保健センターで最初のフォローアップとして支援をするところも多い。支援は子ども自身と家族の双方に行う必要がある。この二つは車の両輪のようなもので、どちらが欠けてもうまくいかない。多くの市町村で、母子グループ等を実施しており、子どもの発達を見守りつつ保護者の心配事を傾聴し子どもへの対応を相談することは有効な支援である。また、子どもへの支援として、保育所・幼稚園への巡回をしているところもある。巡回相談は、子どものフォローアップと同時に、保育・教育機関への支援にもなる。家族支援としては、心理職による保護者相談が多いが、新しい試みとして、ペアレント・プログラムを導入している地域もある。ペアレント・プログラムは、子どもに対する保護者の認知を変えることで子どもの捉え方や子育てを楽しくする小集団プログラムである。不安な保護者に寄り添い、社会性のつまずきを受け入れられるよう支援する点で、健診後、保健センター等で行われる最初の支援は極めて重要である。

2) 子どもへの支援

アセスメントにより社会性につまずきがあると分かった場合、それに応じた支援をすることが重要である。ASDに対する心理療法としては、ABA（Applied Behavioral Analysis：応用行動分析）やTEACCH（Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped Children）、早期療育ではESDM（Early Start Denver Model）などが知られている。ABAは、Antecedents（先行条件）、Behavior（行動）、Consequence（結果事象）の関係の中で行動を変容する方法で、

子どもに直接働きかけることで適応行動を促進するアプローチである。TEACCH は環境の構造化、つまり時間的・空間的構造化を行うことで子どもの精神的安定と適応行動を促進する。この2つの療法は包括的療法と位置づけられている。ESDM は、発達の視点と ABA を統合したアプローチで、幼児期に特化した心理療法である。近年、アメリカ合衆国では JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation) という支援法が開発され一般の幼稚園で実施されており、日本への導入も期待される⁷⁷⁾。現状として、世界水準の支援を実施する施設は多くはないが、質がより良い療育方法を選んでいく必要がある。なお、このような療法は、対立するものではなく総合的に使っていけばよいものである。専門的な療育のすべての過程を保健センターで実施するのは難しいが、そのコンセプトをフォローアップの中に活かすことは、可能と思われる。もちろん、健診後に保護者と相談しながら、地域の専門機関に紹介していくことも重要である。

3) 保護者への支援

保護者への支援は、子どもへの直接介入以上に重要である。自閉症スペクトラムでは日々の対応が重要であり、保護者を中心とした家族は心理職以上に子どもの良きセラピストとなる。保護者支援としては、ペアレント・トレーニング (ペアトレ) が開発されている。ペアトレとは、ABA に基づき、保護者に子どもの行動の見方や関わり方を教え、対応方法を変えることで子どもの行動を変えようとする方法である。ペアトレの全国共通モデルである「プラットホーム」というプログラムも、開発されている。ペアトレは小集団で行い、1クールが5~10回 (1回90分程度) となっている。近年、ペアトレには統一モデルが提案され、日本ペアレント・トレーニング研究会も立ちあがっている⁷⁸⁾。

ペアトレを改訂して地域で実施できるペアレント・プログラム (ペアプロ) が開発されている。ペアトレが、保護者が子どもをほめることで適応的行動を身に着けると同時に、子どもの不適応行動に保護者が働きかける方法を身につけることの両方を目標としている。一方、ペアプロは、子育てのより基礎的な内容に特化し、子どもへの働きかけ以前に、子どもの行動を客観的に捉えることや、保護者の子どもや子育てへの認知をより肯定的なものに変えていくことに重点をおいている。また、心理職でなくとも、子育てに携わる専門家であれば実施できる。ペアトレ同様、小集団で行い、1クール、6回 (1回90分程度) である。現状把握表という用紙に、子どもの行動だけでなく保護者自身の行動をまとめることで、保護者が子育てに自信を取り戻す効果もある。現在、ペアプロは、厚労省の推奨プログラムとなっており⁷⁹⁾、こうした保護者支援が専門職の少ない地域にも普及していくことが望まれる。福井県小浜市では、平成 25 年度にモデル事業 (厚生労働省障害者総合福祉推進事業) として保健師が中心となってペアプロの研修を受け、平成 26 年度には保健師のみで地域の療育教室に通う保護者を対象に実施した。福島県の南相馬市でも、平成 26 年度から、保健センター内で、健診のフォローアップとしてペアプロが行われている。

4) 地域におけるフォローアップ

健診で把握された時点では診断確定には至らないが、フォローアップにおいても診断にこだわる必要はなく、何らかのニーズがある子どもを見守っていくことが必要である。そのためには、地域で見守ることが重要であり、自治体を連携の中心としながら、実際の日常生活水準の支援は子どもたちが通う保育所・幼稚園で行うのが望ましい。保育所・幼稚園と保健センター等の連携方法では、巡回相談が多い。社会性の発達につまずきがある子どもは、保健センター、保育所等のフォローアップだけでは、対応が困難な場合もあるので、児童発達支援施設や、地域によっては、さらに専門性の高い施設での療育を考慮する必要がある。また、診断や薬物療法などにおいては、医療機関との連携も必要となる。

巡回相談に関しては、市町村のスタッフが行うことがほとんどだが、福島県白河市では、平成27年度から自治体スタッフ（主に保健師）以外に、県内の大学やNPOなどと連携し、臨床心理士・児童精神科医・ソーシャルワーカーなどがチームになり、フォローアップが必要な子どものいる園への巡回相談を行っている。チーム自体が多職種で構成されており、子どもたちを多様な専門職の視点からみていくことができるのも大きなメリットである。健診後に保健センターでのフォローアップを経て、この巡回相談へとつなげているが、自治体が主体となることで継続的な支援が可能となっている。このシステムは、経済的な負担も少なく、他の自治体でも取り組みやすいシステムと考えられる。

また、館林市（PP5-3-22）では、市の異なる課が協力することで、健診から始まる、生涯にわたる切れ目のない支援を構築しつつある。同時に、1歳6か月児の健診も多職種連携や他機関と連携しながら行っている（図5-2）。佐賀県では、県が主導して、健診から始まる各市での生涯支援を構築している。同県で特徴的なことは、子どもの診断や医療的ケアを児童精神科医のみに期待するのではなく、発達障害に関する教育をかかりつけ医にすることで、診断や医療的ケアの機会を増やす点である（図5-3）。

それぞれの自治体で、こうした生涯にわたる支援の構築がされている、あるいは、されつつあると考えるが、その地域の実情に合わせた方法を考える必要がある。地域連携には、要となる施設が必要で、それが保健センターになると考えられる。しかし、研究班調査等から、政令指定都市などでは、保健センターによるフォローアップがほとんど機能していない。こうした大都市では、横浜市のように、児童精神科医が常駐する発達に特化した地域療育センターを作ることにも必要と考えられる。

現在、社会性のつまずきに代表される発達障害については、新しいアセスメントや支援方法が次々に開発されている。自治体での早期発見・早期支援、切れ目のない生涯にわたる有効な支援のためには、アセスメントや支援方法の情報収集と的確な導入、スタッフの研修システムが欠かせない。日本のどこに住んでいても、すべての子どもが標準的な支援を受けられるようになることが重要である。

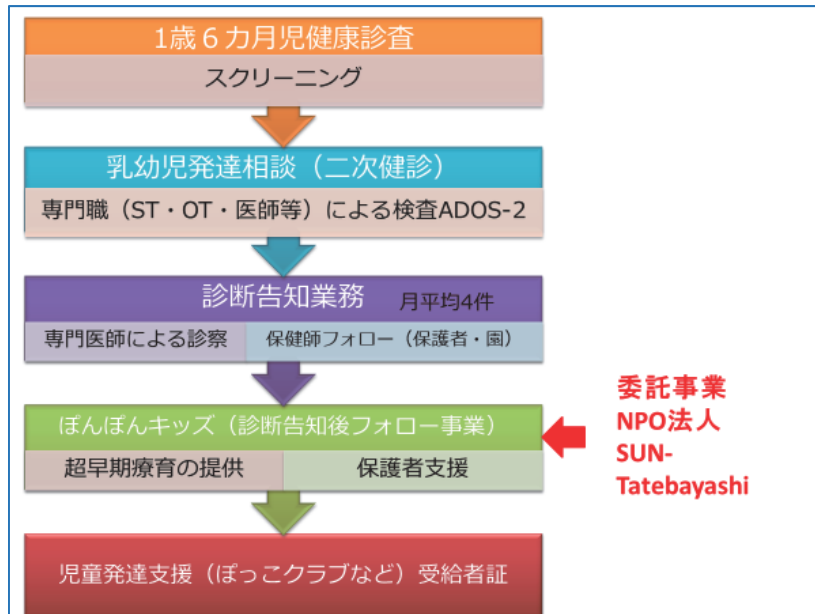


図 5-2 館林市における1歳6か月児健診後のフォローアップ

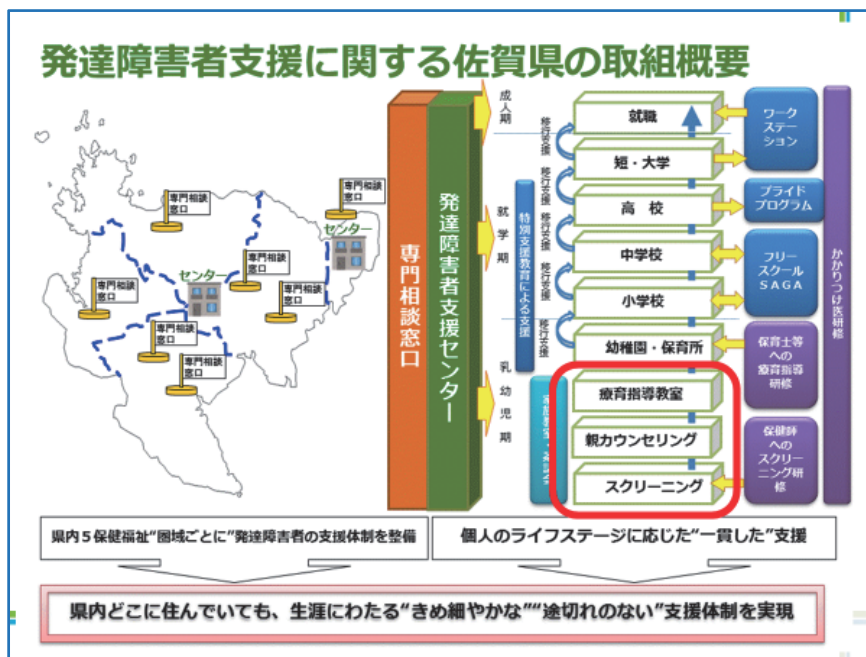


図 5-3 佐賀県における健診後のフォローアップ体制

第5章 第4節 歯科保健分野の保健指導のポイント

本節では、最近の乳幼児の口腔内の問題点を踏まえた保健指導のポイントを概説する。

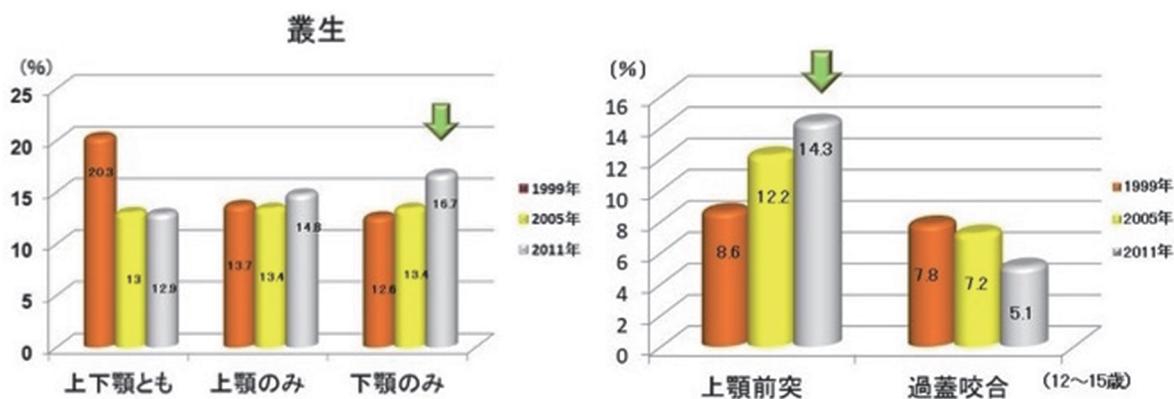
1 乳幼児の口腔内の問題点

1) う蝕の減少と軽症化が進む中での幼児期の有病者率の増加

う蝕の予防は最も重要な歯科保健課題である。近年、う蝕は減少傾向にあり、口腔衛生に関する課題は確実に成果を上げている。しかし、わが国の小児のう蝕有病者率は1990年代からようやく減少が認められるようになったばかりで、現在もその傾向は続いているが、国際社会においては依然高い水準にある。厚生労働省歯科疾患実態調査をもとに作図された乳歯のう蝕有病者率の年次推移（Power Point 5章4節3（PP 5-4-3））をみると、8歳以降は乳歯の脱落とともに年齢が上がるにつれて乳歯のう蝕有病者率は減少してきて、1993年の調査より、う蝕有病者率は漸減しているが、乳幼児期に急激に増加する傾向は変わっていない^{80）}。「健やか親子21（第2次）」では、「むし歯のない3歳児の割合」を90%、「子どものかかりつけ歯科医師を持つ割合」を3歳児で50%、「歯肉に炎症のある十代の割合」を20%にすることを歯科に関する目標として掲げている^{16）}。う蝕有病者率は、都道府県レベルで中間評価目標、市町村レベルではすでに目標を達成しているところもあるが、生活習慣が確立する乳幼児時期に口腔衛生に関心を高めることが重要と思われる。

2) 口呼吸、低位舌などの口腔機能に問題があり、生じると予想される不正咬合の増加

2011年の厚生労働省歯科疾患実態調査では、下顎の叢生と上顎前突の増加が示されている（図5-4）^{80）}。上顎前突の増加傾向の背景には、口呼吸が要因として挙げられている。口呼吸により上顎口蓋形態が狭小化し、歯の萌出方向が唇側傾斜することにより上顎前突が生じる。



資料：厚生労働省歯科疾患実態調査(2011)より作図

図5-4 不正咬合の増加

3) 口唇閉鎖力、食の問題など口腔機能に問題を抱える子どもの増加

最近、口唇閉鎖力、食の問題など口腔機能に問題を抱える子どもの増加も憂慮されている。日本歯科医学会重点研究「子どもの食の問題に関する調査」(2015年)によると、保護者の食事についての心配事は、ある者が5割強と、ない者より若干多く存在していた(PP 5-4-5)。子どもの食事について相談できる人や手段の有無については、9割と多くの者には相談先があり、相談相手は自分の母親が最も多く、次いで友人知人、夫または妻と続いていた(PP 5-4-5)。子ども側の心配事としては、「偏食」「食べるのに時間がかかる」「むら食い」「遊び食い」が多く(図 5-5)、保護者側の問題では、「食事の作り方がわからない」「忙しくて手をかけてあげられない」「食事を作るのが苦痛・面倒」「食べさせる時間がない」などが多く挙げられていた⁸¹⁾。食事マナーに関連する問題が多く挙げられるなか、「偏食」「食べるのに時間がかかる」「よく噛まない」などの問題は、子どもの年齢をみながら、母親が感じている食生活の心配事・困りごとを理解し、従来の口腔の器質的要因に対する指導のみならず、生活全般を支える必要がある。

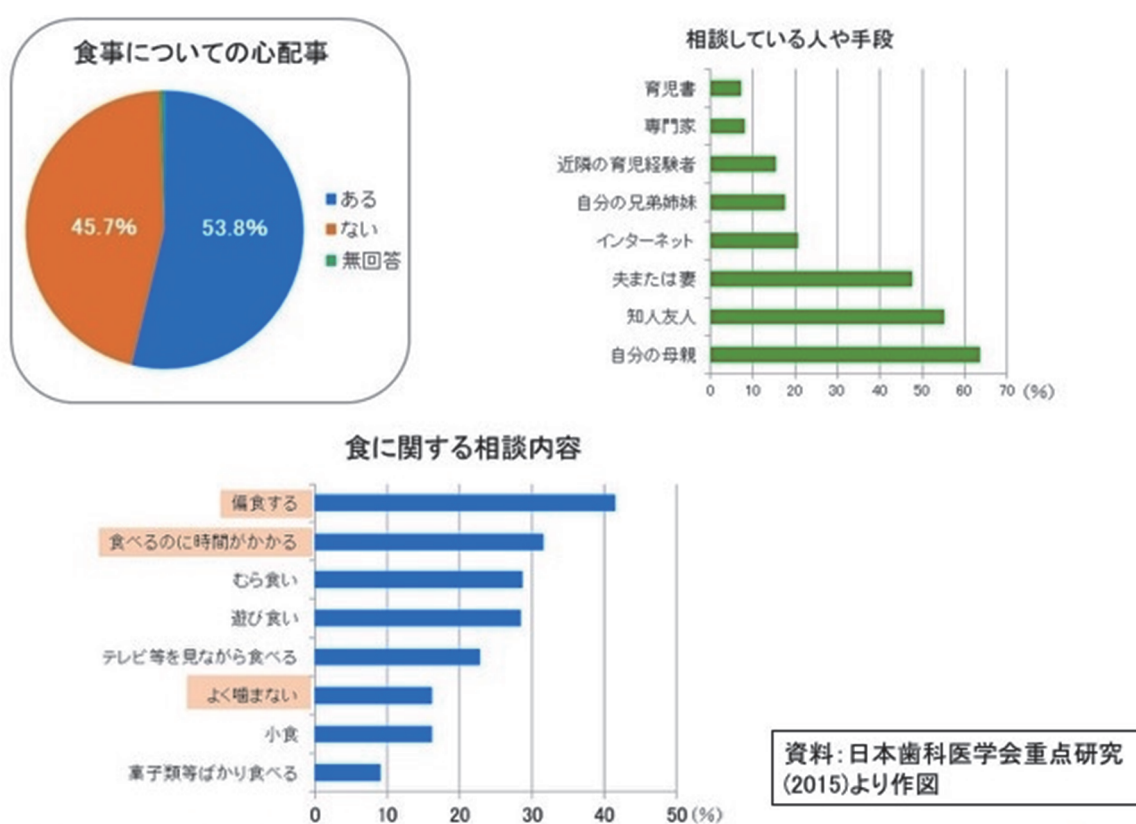


図 5-5 子どもの食の問題

2 乳幼児の口腔機能の発達

これまでの様な、う蝕を中心にした対応から、子どもの口腔機能の発育も視野に入れた支援が求められている。集団健診では時間の制約もあるが、限られた時間だからこそ、様々な専門職が簡単に理解・判断できる指標を用いて子どもの発育を把握し、情報提供・協力することが不可欠である。

1) 年齢と歯の萌出時期に対応した口腔機能発達

出生時の反射から始まる哺乳行動、離乳期を経て獲得される摂食行動、そして摂食機能の発達とともに獲得される言葉とコミュニケーションなど、『口』を使った行動は、子どもの身体発

育や精神発達に密接に関連している。近年の保護者の子どもの口腔への関心事は、授乳・離乳、口腔機能・摂食・言語、習癖、歯並びなど、う蝕以外にも多岐にわたっている。その相談に対応するためには、口腔機能の発達状況について、『口』を通した生活行動から評価し、生活支援型の健診を行うことが求められている。PP 5-4-6 に年齢と歯の萌出時期に対応した口腔機能発達を示したが、近年の保護者は、幼児書などを参考にして発育を月齢・年齢で評価しがちであるが、歯の萌出との関連もみて離乳をすすめていくことが肝要である⁸²⁻⁸⁴⁾。

2) 健診時の口腔機能発達評価の目安について

乳幼児歯科健診および相談では、哺乳や離乳などの訴えに、育てにくさのサインを読みとり、子育てに寄り添う支援策を講じることが重要である。離乳開始は、原始反射、とくに固形物を舌で排除する舌突出反射が消失する生後 5 か月頃が離乳開始のサインとなる。乳前歯萌出期になると口腔内の前方部が広くなり、口腔内での舌の運動範囲が広がる。また、口唇もしっかり閉じられるようになるため、口腔の発達状態のチェックポイントとしては、2 歳頃は口唇を閉じて嚥下できるかどうか、3 歳頃は前歯でかみ切り奥歯ですりつぶすといった咀嚼がうまくできているか、道具を使った食べ物の取り込みや、一口量の調節がうまくできているか、4 歳児の場合はぶくぶくうがいができるかどうか、口腔機能のみならず全身の発達の指標となりえる (PP 5-4-7)^{84, 85)}。これらのポイントについては、歯科健診従事者だけではなく、多職種が理解・判断できる指標を用いて口腔機能の発達を評価する。ただし、口腔機能の発達は個人差も大きく、画一的な保健指導を行った場合には育児不安につながるが多いため、個々の子どもの特性や発達全体のバランスに配慮し、不安を起こさせない注意も必要である。

3 う蝕予防とフッ化物の応用

わが国全体のう蝕減少の要因については、フッ化物利用 (歯磨剤・塗布・洗口) があげられ、特にフッ化物配合歯磨剤の普及の効果が大きい⁸⁶⁾。

1) フッ化物のう蝕抑制効果

フッ素は、自然界に広く分布している元素で、土の中や海水にも含まれている。また、飲料水やほとんどの食品に含まれており、私たちの歯や骨、血液中や軟組織にも存在する。フッ素元素が陰イオンの状態にあるフッ化物イオン (フッ化物) が、う蝕を抑制する⁸⁷⁾。

フッ化物には、3 つのう蝕抑制効果がある⁸⁷⁾。1 つ目は、歯の質を強くする効果である。フッ化物によって、歯の表面にあるエナメル質の構造の一部が変化して、細菌が産生する酸に対する抵抗性 (耐酸性) を持つことで、エナメル質中のリン酸カルシウムの脱灰を抑制する。2 つ目は、再石灰化の促進効果である。フッ化物が唾液中に存在すると、リン酸やカルシウムとの反応性が高まり、カルシウムなどが再び歯に戻る際に、エナメル質の構造が変化し、結晶性が向上する。3 つ目は、口腔細菌の代謝 (酸産生) 抑制である。フッ化物がプラーク (歯垢) 中に取り込まれると、細菌の代謝系酵素を阻害し、酸の産生を抑制する⁸⁷⁾。PP 5-4-8 の下図は、う蝕、脱灰、再石灰化の関係を示した模式図であるが、脱灰時に口腔内にフッ化物イオンが存在することで、上記の 3 つの効果が発揮される。文献にもよるが、フッ化物歯面塗布では乳歯う蝕を 40~50%ほど、フッ化物洗口では永久歯う蝕を 50~60%ほど、フッ化物配合歯磨剤では永久歯う蝕を 30~40%ほど抑制する⁸⁸⁾。

2) 市町村でのフッ化物応用の取り組み

わが国で行われているフッ化物の応用方法には、主に、フッ化物歯面塗布、フッ化物洗口、フッ化物配合歯磨剤の3つがある⁸⁷⁾。

フッ化物歯面塗布は、比較的、高濃度（9,000 ppm）のフッ化物溶液やゲル（フッ化ナトリウムなど）を用いて、歯科医師、歯科衛生士が実施する方法である。主に、乳歯のう蝕予防として、1歳頃から塗布を開始する。年に2～3回程度、定期的に塗布を行うことで、う蝕予防効果が期待できる^{87,88)}。市町村では、乳幼児健診の後、う蝕のリスクが高い子どもに実施されることが多い⁸⁹⁾。研究班調査では、2歳児歯科健診での実施が最多で、64%の市町村で実施していた（PP 5-4-9）⁹⁰⁾。また、かかりつけ歯科医で塗布を受ける場合に対して、補助や無料券を出している市町村もある⁸⁹⁾。

フッ化物洗口は、比較的、低濃度（225～900 ppm）のフッ化物溶液 5～10 ml（フッ化ナトリウム）を用いて、毎日もしくは週1回、30秒～1分間洗口（ぶくぶくうがい）する方法である^{87,88)}。主に、永久歯のう蝕予防として、うがいができるようになる4歳児頃から洗口を開始する。個人が家庭で実施できる方法であるが、う蝕予防効果を高めるため、市町村では、主に学校等で、集団で実施する方法を普及している⁸⁹⁾。全国の保育所、幼稚園、小学校、中学校、特別支援学校のうち、平成28年3月現在、12,103施設（17.4%）、1,272,577人（10.4%）が洗口を実施している⁹¹⁾。12歳児の永久歯う蝕が最も少ない新潟県は、全国で最も早く集団での洗口を取り入れている⁹²⁾。

フッ化物配合歯磨剤について、わが国で販売されている歯磨剤の約9割にフッ化物が配合されている^{87,88)}。市町村では、主に、歯科健診や歯科相談を行う際に、フッ化物配合歯磨剤の使用を推奨している⁸⁹⁾。わが国では、これまで1,000 ppm以下の濃度の歯磨剤しか販売されていなかったが、平成29年3月に1,500 ppm以下の濃度まで上限が拡大されている。1,000 ppmを超える歯磨剤に関しては、「6歳未満」の子どもには使用を控えることが推奨されている⁹³⁾。

現在、わが国では実施されていないが、フッ化物の応用方法には、フロリデーション（水道水フッ化物濃度調整法）もある。上記の3つの方法は、局所応用であるが、フロリデーションは全身応用となり、公衆衛生的に最も優れたう蝕予防方法である^{87,88)}。

3) 年齢別のフッ化物の利用法

年齢別のフッ化物の利用法については、まず、乳歯が生えてくる頃（8～9か月頃）に、今後、乳前歯が生えそろったら、保護者が行う仕上げみがきの際に、フッ化物配合歯磨剤を使用するよう説明する（PP 5-4-10）。次に、前歯が生えそろったら（1歳頃から）、仕上げみがきの時に、フッ化物配合歯磨剤を使用しているか、状況を確認する。フッ化物配合歯磨剤の量は、「切った爪程度」で使用するよう指示する。かかりつけ歯科医もしくは市町村の健診などで、年に2～3回程度、定期的にフッ化物歯面塗布を行うよう勧める。

乳歯列が完成したら（3歳頃から）、フッ化物配合歯磨剤の量は、歯磨剤をチューブから出す際に5 mm以内にして使用するよう説明する。フッ化物のう蝕予防効果を得るため、うがいは口腔内に行き渡らせるように1回程度にするよう指示する。定期的にフッ化物歯面塗布を実施しているかどうかを確認する。フッ化物洗口のためだけではなく、口腔機能の発達の状況も考慮して、ぶくぶくうがいの練習を行っているか、ぶくぶくうがいができているか状況を確認す

る。ぶくぶくうがいができるようになったら（4歳頃から）、家庭や保育所等で行うフッ化物洗口について、う蝕予防効果等を説明し、利用を勧める。

4 歯科健診の機会を利用した保健指導

研究班調査では、乳幼児歯科健診および相談事業は母子保健法に基づく1歳6か月児および3歳児健診以外にも各自治体にて、高い実施率で行われていることがわかっている。1歳児や2歳児、5歳児などの年齢において、歯科健診を実施している市町村が比較的多く存在する⁹⁰⁾。乳幼児歯科健診および相談事業は、育てにくさを訴える保護者および「気になる子ども」の状況確認の場としてのきっかけ作りに活用しやすい。

1) 1歳6か月児および3歳児健診の受診率およびそれ以外の年齢での歯科健診

乳幼児歯科健診の受診率は、もともと高かったが、近年、1歳6か月児、3歳児とも上昇傾向がみられる（PP 5-4-11）⁹⁴⁾。研究班調査では、市町村における法定の乳幼児歯科健診以外では、乳児（0～11か月）で64%、1歳児（1歳6か月以前）で40%、2歳児（2歳0か月～11か月）で71%、その他の年齢（5歳児など）で37%の実施率である（図5-6）⁹⁰⁾。特に、2歳児の歯科健診は、71%の市町村で実施されているうえに、受診率も70%前後と比較的高く、これまでも歯科保健以外の保健指導の場としても活用されていることが予想されるが、今後も、積極的に活用を奨めていくべきである。

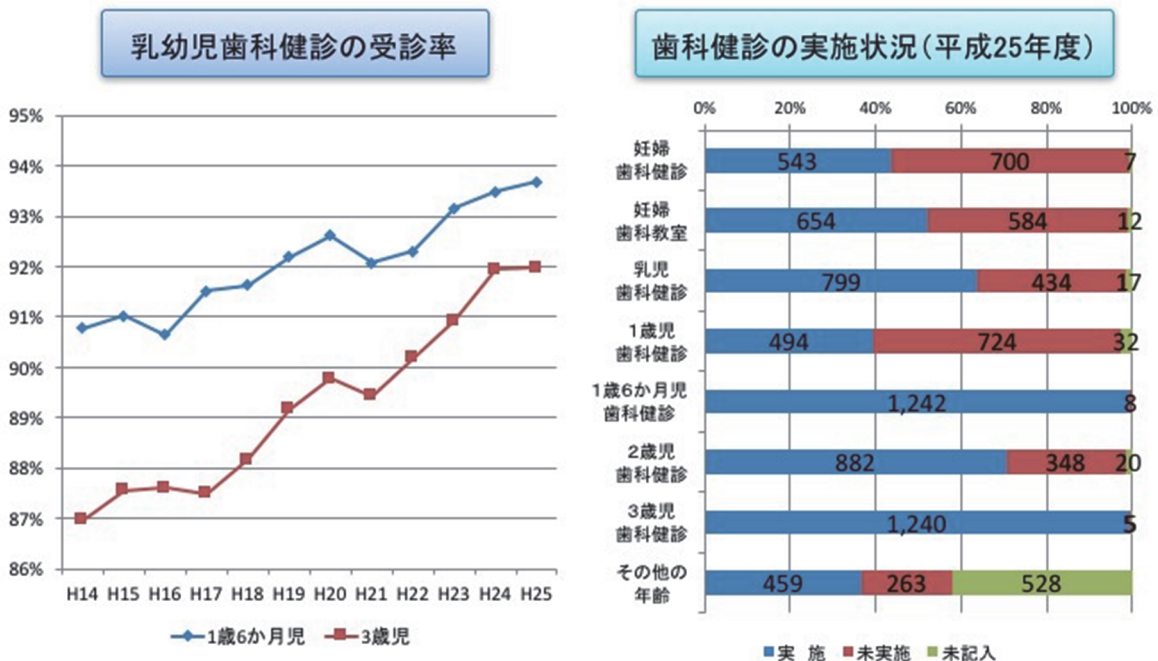


図 5-6 1歳6か月児および3歳児健診の受診率およびそれ以外の年齢での歯科健診

2) 歯科健診の機会を利用した保健指導 (PP 5-4-12, 13)

生涯にわたる噛むことを主とした食べる機能の基礎は、乳幼児期に構築される⁹⁵⁾。乳幼児歯科健診の場では、傾聴と共感の姿勢で、多方面からの総合的な指導や助言を行う事が重要である。乳幼児歯科健診および相談事業では、乳児期は主に歯の生える時期や順序の不安が多く、1歳前後は仕上げみがきの仕方や仕上げみがきを嫌がることについて不安を持つ保護者が多く

みられる。乳歯は生後8～9か月頃から生え始め、2歳6か月～3歳頃には乳歯20本が生えそろうが、歯の生える時期や生え方については個人差が多いことを伝え、不安を取り除くことが重要で、併せて早期からかかりつけ歯科医を持つことを勧める¹⁰⁾。歯みがきについては、う蝕予防効果より習慣づけを目的に親子で楽しむ時間とすることが大切である。仕上げみがきを嫌がる子どもは特別なことではなく、一時的なことであることも伝え、無理せず、大人の膝に仰向けに寝かせ、子どもの口を観察することから始めるよう指導する。嫌がる時は歌を歌ったり音楽をかけたりするなど、例えを示し、楽しく短時間で済ませる工夫や、よく褒めるなどのアドバイスを行うと良い。1歳～3歳前半頃までに歯みがき中の喉突き事故が多発しているため、子どもに歯ブラシを持たせる時は、怪我をしないように十分気を付けることも指導する⁹⁶⁾。フッ化物のう蝕の予防効果についての情報と年齢に応じたフッ化物の使用方法についても説明する(PP 5-4-9 参照)。

乳幼児期は、味覚と食習慣の基礎を作るのに重要な時期でもある。食材の「味」を覚えることが大切で、おやつが食事に影響しないよう、時間と量を決めて、回数が多くならないようにすることが重要である。特に水分補給は甘くない飲料を用いることを早期から伝える。哺乳ビンにミルク以外の甘い飲み物を入れて使用するとう蝕のリスクが高まるため、注意が必要である。離乳期は、「噛まない」「丸飲み」「いつまでも口に入れている」等の食べ方に不安をもつ保護者も多い。味覚などの五感を味わえるよう、月齢や口腔機能、歯の生え方に応じた食品の選び方や食べさせ方の知識が必要となる。保護者の不安も多い時期なので、共感しながら専門的なアドバイスを行う¹⁰⁾。

昨今、学齢期に口唇閉鎖が不十分で口呼吸になっている児童も多く、乳幼児期の口唇閉鎖による鼻呼吸の獲得が重要であり、多職種で支援していく必要がある。指しゃぶりに関しては、3歳頃までは特に禁止する必要がないことを保護者に伝え安心させるとともに、生活のリズムを整え、外遊びや運動、手や口を使う機会を増やすように指導する。スキンシップを図り、声かけや褒めながら様子を見ていき、子どもを安心させるようにすることが大切である。3歳以降になるとすでに習慣化した指しゃぶりでも、保育所等で子ども同士の遊びなど社会性が発達するにつれて自然に減少することが多い。しかし、なお頻繁な指しゃぶりが続く場合、指導を要することがある⁹⁷⁾。

3) 多数歯う蝕がある子どもと家庭への対応 –他職種連携・地域連携– (PP 5-4-14)

乳歯のう蝕は減少傾向にあるが、う蝕経験のない子どもが増加する一方、1人で多数のう蝕をもつ子どももいる。う蝕の要因は、フッ化物応用や生活習慣だけでなく、家族構成や出生順位、保護者の収入や学歴等の影響も受け、子どもを取り巻く様々な環境が作用し、口腔内だけの問題に留まらない。う蝕の受療行動にも保護者の教育歴や収入が影響している。多数歯う蝕がある子どもと家庭への対応は、多職種・他機関との連携が必要となる。乳幼児歯科健診および相談事業の場は、目に見える口腔内の困りごとなどが保護者と共有できる話題となりやすく、支援や相談に入りやすい特徴がある。法定健診以外の2歳児歯科健診を実施している自治体も多く⁹⁰⁾、多職種で取り組むきっかけとなることが期待できる。3～5歳児が乳歯う蝕増加のピークとなるため、保育所等の他機関との連携も重要である(PP 5-4-3)。幼稚園等では、歯や口を題材に歯科衛生士や住民ボランティアが巡回教室を実施している自治体も多い。歯と口は多職種、住民および園児自身とも共通の話題や題材となり、健康教育や集団フッ化物洗口等の地

域連携がしやすい特徴もある。保健部門と地域の橋渡し役となることも期待できる。また、歯科健診は、歯や口腔内の外傷だけでなく、説明のつきにくい放置されたう蝕など、虐待の可能性を把握できる場ともなりうる⁹⁷⁾。

5 う蝕に対する事業評価の活用・う蝕以外の保健活動

1) う蝕の保健指導の成果を評価し次年度の事業評価に活用している市町村

研究班調査では、41.3%に当たる 491 の市町村が乳幼児歯科健診および相談事業におけるう蝕の保健指導の成果を評価し、次年度等の事業計画に活用していると回答した(表 5-4)^{12, 13)}。この調査では、市町村による意識の差が大きく、都道府県単位での介入が必要と考えられた。活用の方法としては、市町村単位で集計された乳幼児歯科健診および相談のデータを、都道府県が市町村および保健所にフィードバックし、さらに、市町村が地域の歯科医師会など歯科健診事業の受託団体に情報を提供することにより、より現状に即した事業計画の活用につながると思われる。乳幼児歯科健診および相談で得られたデータをもとに、う蝕に対する事業評価を行い、それを次年度の事業計画に活用することは、地域における特性を加味したう蝕予防に寄与すると考えられる。

表 5-4 う蝕の保健指導の成果を評価し次年度の事業評価に活用している市町村

(n=1,163)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
活用できている	453	41.3%	38	58.5%	491	42.2%
活用できていない	583	53.1%	21	32.3%	604	51.9%
その他	62	5.6%	6	9.2%	68	5.8%

全国市区町村1,741か所都道府県保健所366か所、47都道府県の母子保健主管部(局)等を対象に、2015年8月に実施。回答数(率):市区町村1,172件(回答率67.3%)都道府県保健所218件(59.6%)、都道府県39件(83.0%)

2) う蝕の保健指導の成果を評価し次年度の事業評価に活用している市町村での活用内容

う蝕の保健指導の成果を評価し次年度の事業評価に活用している市町村での活用内容を自由記載から集計すると、乳幼児歯科健診および相談事業の従事者内で指導内容に反映させているとの回答が 26%と最も多かった。自治体規模別の分析では、規模の大きな自治体の活用率が最も高く、自治体規模と活用率に関連が認められた(PP 5-4-16)^{12, 13)}。

3) う蝕の保健指導の成果を評価し次年度の事業評価に活用している県と保健所

研究班調査では、保健所と都道府県の現状も把握した。保健所では、う蝕に対する事業評価の活用について何らかの取り組みが認められたのは、57.1%(124/217保健所)であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は 46件(21.2%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は 98件(45.2%)、把握した状況を評価しているのは 33件(15.2%)

であった。保健所に対して状況把握と評価を調査した項目の中では、この項目が最も高い該当率を示した項目の一つであった。都道府県では、「う蝕に対する事業評価活用が母子保健計画などや市町村への技術的助言指導計画に含まれている」との回答は 44.7% (17/39 都道府県) であった。都道府県ごとの市町村と県型保健所の集計値に関連性は認められず、県および政令市・特別区で集計されたう蝕有病率等（歯科健康診査実施状況）と今回の調査結果との関連もみられなかった（PP 5-4-17）^{12, 13)}。

4) 市町村が乳幼児歯科健診および相談事業においてう蝕以外で重点を置いている項目

研究班調査では、う蝕以外で重点を置いている項目の中では、「仕上げ磨きの有無」が 369 件（32.5%）と最多であり、次に「口腔衛生状態」が 257 件（22.6%）と続いた。この順序に市町村の規模による違いはみられなかった。「フッ化物の応用」は 149 件の回答があった。今回の調査結果から、近年はう蝕が減少しているとはいえ、これまで歯科健診を行う際は、乳幼児期において最も頻度の高い疾患であるう蝕を中心に診査・指導・目標の設定が行われて来た経緯もあり、さらなる予防に重点をおく自治体が多いものと考えられた。しかし、う蝕以外の事項に重点をおいているとの回答の頻度は、調査担当者の予測をかなり下回る頻度だった。乳幼児歯科健診の際には、乳児期に生え始め、幼児期に生えそろう乳歯に関する相談や、乳幼児期を通して発達する哺乳から食べる機能、そして口腔機能の発達とともに獲得されてくる言葉に関する心配を持つ保護者に遭遇することも多い。これからは、う蝕や歯周病などの疾患を中心とした対応から、子どもの口腔機能発育も視野に入れた支援を行っていく必要がある（表 5-5）^{12, 13)}。

研究班調査で得られた保健所の状況では、う蝕以外に重点をおいた取り組みについて何らかの実施が認められたのは 217 件の有効回答のうち 112 件（51.6%）だった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は 44 件（20.3%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は 82 件（37.8%）、把握した状況を評価しているのは 25 件（11.5%）であった。保健所に対する質問項目の中で、この項目の実施率がう蝕に対する事業評価に次いで高い結果だった。

また、都道府県では、う蝕以外に重点をおいた取り組みが母子保健計画などや市町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39 件のうち 25 件（64.1%）で、都道府県への質問項目の中で最も実施率が高い項目の一つであった。

表 5-5 市町村が乳幼児歯科健診および相談事業においてう蝕以外で重点を置いている項目

(n=1,135 複数回答)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
仕上げ磨きの有無	357	33.4%	12	18.5%	369	32.5%
口腔衛生状態	242	22.6%	15	23.1%	257	22.6%
フッ化物の応用	132	12.3%	17	26.2%	149	13.1%
虐待やネグレクト	57	5.3%	2	3.1%	59	5.2%
離乳や卒乳	41	3.8%	0	0.0%	41	3.6%
摂食・咀嚼機能	39	3.6%	3	4.6%	42	3.7%
習癖(口呼吸・指しゃぶり)	13	1.2%	1	1.5%	14	1.2%
歯並び	8	0.7%	0	0.0%	8	0.7%
軟組織の異常	8	0.7%	0	0.0%	8	0.7%
歯の数や形態	4	0.4%	0	0.0%	4	0.4%
歯の萌出順序	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	134	12.5%	14	21.5%	148	13.0%
う蝕以外の重点なし	48	4.5%	1	1.5%	49	4.3%

6 乳幼児歯科健診および相談事業の役割

歯と口腔の健康増進が全身の健康状態の維持・改善に寄与することが明らかとなり、超高齢化社会を迎えた現在、生涯にわたり歯と口腔の健康を保持していくためには、小児期からの歯科疾患の発症予防が重要となっている。う蝕の予防は重要な歯科保健課題であるが、近年、う蝕は減少傾向にあり口腔衛生に関する課題は着実な成果を上げているものの、1人で多数のう蝕を持つ子どももいる。一方で、少子化に伴い、一人ひとりの子どもに対する保護者の関心は高まっており、今後国民の健康や生活の質を高めるためには、口腔機能の維持・向上はますます重要になるものと考えられる。全身の健康増進の観点からも、乳幼児期からの歯と口の健康が生涯を通じた全身の健康に繋がることを広く国民に啓発していく必要がある。すべての歯科健診および相談事業をとおして、子どもの診察や発達の評価の結果を保護者の育児の評価として受け止めたり、指摘された生活上の問題点を必要以上に重く受け止めたり、育児不安を軽減・解消すべき健診の場が保護者の不安を増長したり自信喪失を招くようにならないように、健診従事者は保護者に十分配慮した傾聴・共感の姿勢が必要である。

第5章 第5節 栄養分野の保健指導のポイント

1 栄養学から見た妊婦・乳幼児健診における母子保健指導に関する市町村調査

顕在的、潜在的な栄養・食生活面におけるニーズを把握した上で、全ての親子に必要な支援が行き届くように、多職種が連携した取組みの実態把握を行った。また、全国の市町村が実施している乳幼児期の健診における栄養指導の実施状況・指導内容を量的に明らかにし、さらに栄養指導における心配事およびフォローに関する内容を質的に分析した（Power Point 5章5節4(PP 5-5-4)）。まず、本項では、これらの調査結果で把握した栄養分野の保健指導の現状を概説する。

1) 実施状況・指導内容

全国 1742 市町村の母子保健事業の栄養担当者を対象に、2017 年 1～3 月にインターネット調査を実施し（回答に不備があった場合は、郵送法により、再調査）、840 市町村を解析対象とした（PP 5-5-5）²²⁾。調査項目は、乳幼児健診時における栄養指導担当者の業務、栄養指導内容等とした。

栄養指導担当者の業務は、3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診でどれも共通して、発育評価、食事のリズム（食事時間）が多かった（PP 5-5-6）。栄養指導で多く取り上げられる内容は、乳児期（3～4 か月児健診）では、離乳食、食物アレルギー、授乳（PP 5-5-7）、幼児期では、集団指導・個別指導に共通して、食事・間食のリズムが多くみられた。また、集団指導では、食事を楽しむことや、色々な食品に親しむことが多く、個別指導では、間食の取り方や食事全体のバランスや適量に関する内容が多く挙げられた（PP 5-5-8, 9）。

これらの結果から、乳幼児健診の栄養指導は、国のガイドラインに基づいた内容が実施されていることが確認された（PP 5-5-10）。

2) 心配事・フォローに関する内容

全国 1742 市町村の母子保健事業の栄養担当者を対象に、2013 年 1～3 月にインターネット調査を実施し（回答に不備があった場合は、郵送法により、再調査）、980 市町村を解析対象とした（PP 5-5-11）^{10, 23)}。調査項目は、栄養担当者の視点からみた親子（乳幼児期）に関する心配事及びそのフォロー例（自由記述、多いケースを 1～3 つ）とした。心配事およびそのフォローを健康日本 21 の栄養・食生活分野の目標設定の枠組みを参考とした 4 つのカテゴリ「QOL」「健康・栄養状態」「食事内容」「食生活習慣」に分類し、分類できないものは 5 つめのカテゴリとして「その他」（ソーシャルサポート等含む）に分類した（PP 5-5-12）。次に 1 つのケースに複数の心配事が含まれている場合は分割し、重複するものは削除した。その後、上述した 5 つのカテゴリに分類したものをさらに、上位サブカテゴリ、下位サブカテゴリに分類した。

(1) 乳児期

乳児期における栄養担当者の視点による親子の心配事とそのフォロー例を表 5-6 に、これらのうち回答が多かったものを Power Point に示した（PP 5-5-13）。QOL では、「離乳食に対する不安」が最も多く、フォロー例として、「不安を取り除くように話を聞く」「簡単な調理法の提案」が挙げられた。「健康・栄養状態」では、「食物アレルギーへの対応・予防」が最も多く、フォロー例は、「アレルギー対応のレシピ・代替食品の紹介」「医師の指示に従い、保護者の勝手な判断で不必要な除去や離乳開始時期を遅らせたりしない」「初めて与える食品は、少量から、午前中に試す」などがあつた。「食事内容」では、「食事の摂取量」が最も多く、フォロー例は、「フードモデルやパンフレットで適量を示す」「離乳期は、授乳・離乳の支援ガイドの量を参考」があげられた。「食生活習慣」では、「離乳食の進め方がわからない」「食べない」が多く挙げられ、「授乳・離乳の支援ガイドをもとに説明」「調理実習を行う」「生活（授乳）リズムを整える」「口腔機能にあつた調理形態にする」「焦らず、無理強いせず、神経質にならず」があげられた。平成 27 年度乳幼児栄養調査（厚生労働省）において²⁵⁾、「離乳食について困ったこと」を 0～2 歳児の保護者に調査した結果、乳児期における栄養担当者の視点による親子の心配事で多かつた、「離乳食に対する不安」「食事の摂取量」「離乳食を食べない」「離乳食の進

め方がわからない」が、共通して多く見られた（PP 5-5-14）。

「授乳・離乳の支援ガイド」において¹⁸⁾、離乳期は、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、家庭の食習慣等を考慮し、個々に合わせて進めていくことが重要とされ、画一的な指導とならないことが示されている（PP 5-5-15）。また、栄養担当者の視点により把握された心配事の内容も、乳児の発育・発達や地域や家庭の食習慣により異なる「離乳食の進め方」や、子どもの個性により様々である「食べ方」といった、個々に合わせた食生活視点が求められる内容が、乳幼児栄養調査と共通して多く挙げられた。

（2）幼児期

幼児期における栄養担当者の視点による親子の心配事とそのフォロー例を表 5-7 に、さらに、回答が多かったものを Power Point に示した（PP 5-5-16）。健康・栄養状態では、「体重増加過多・肥満」が多くあげられ、フォロー例は、「食事・間食・飲み物の摂取量、活動量、生活リズムを確認し、アドバイスする」「発育曲線を確認する」があげられた。「食事内容」では、「食事の摂取量」が多く挙げられ、フォロー例は、「写真、パンフレット、フードモデルで量を提示」「食事量は個人差もあるので、バランスに気をつけてもらう」があげられた。「食生活習慣」では、「間食の与え方」「偏食」「小食」「むら食い」があげられ、「無理強いをしないこと」「料理法の工夫」「食事リズムを整え、空腹感をもたせる」「間食の与え方」「1週間単位で1日の平均の量を考える」などがあげられた。平成 27 年度乳幼児栄養調査において²⁵⁾、「現在子どもの食事で困っていること」を 2～6 歳の保護者に聞いたところ、幼児期における栄養担当者の視点による親子の心配事で多かった「偏食」「むら食い」「小食」が共通して多く見られた（PP 5-5-17）。

幼児期の「偏食」「むら食い」は、幼児期における発達の特徴である味覚の発達、自己主張、自我の芽生え等の影響による一過性のものであり、「小食」は子どもの体格や活動量などの個人差が影響する（PP 5-5-18）。栄養担当者の視点による幼児期の心配事および乳幼児栄養調査の結果は、子どもの発達や発育状況により個人差が生じる内容である。

乳幼児期における栄養担当者の視点による親子の心配事および乳幼児栄養調査の結果から、地域や家庭の食習慣・食文化、QOL、子どもの健康・栄養状態、食事内容、食生活習慣を考慮して、画一的でなく、個々に合わせた食生活支援が求められていることが明らかになった（PP 5-5-19）。なお、市町村の栄養相談業務において、国の施策にあるツールの活用状況では、「楽しく食べる子どもに～食からはじまる健やかガイド～」²⁷⁾の活用状況は低いですが、ある一時点に目を向けた支援ではなく、子どもの成長過程や、子どもを取り巻く食環境に対して、俯瞰した支援を行うための全体像が示されているため、個々にあわせた支援に活用することもできる（PP 5-5-20）。

表 5-6 栄養担当者の視点による乳児期における親子の心配事^{10, 22)}

カテゴリ (テキスト数)	上位サブカテゴリ (テキスト数)	下位サブカテゴリ (テキスト数)	% n=980	フォロー例		
QOL	(13) 育児	(3) 育児不安	(2) 0.2	自信を持たせ、個体差を説明。		
			(1) 0.1	コミュニケーションをとることの大切さを個別で説明。		
		食生活	(9) 0.9	不安を取り除くように話を聞く。簡単な調理法の提案。		
		家庭環境	(1) 0.1	母親の気持ちに寄り添い、話を聞く。		
健康・ 栄養状態	(318) 健康状態	(204) 食物アレルギーへの対応・予防	(161) 16.4	アレルギー対応レシピ、代替食品の紹介。離乳食の内容、与え方の説明。親の勝手な判断で、除去や開始時期を遅らせたりしない。医師の指示に従う。不必要な除去により、必要な栄養素がとれなくなってしまう可能性があることを説明。初めて与える食品は、少量から。たんぱく質を多く含む食品は、児の体調のよい午前中に試すことをすすめる。		
			(30) 3.1	母乳・ミルクの量、離乳食の内容、水分摂取状況、生活リズムを確認。マッサージの紹介。生活リズムを整え、身体活動を増やすようにすすめる。水分摂取、果汁、ヨーグルト、野菜をとるようにすすめる。		
			(11) 1.1	動物性たんぱく質の摂取や、鉄分の多い食品の紹介。母乳栄養であれば、ミルクの追加をアドバイス。		
			(2) 0.2	たんぱく質の話をし、様子を見て不安なら医師に相談するようアドバイス。		
		発育状態	(112) 体重増加不良・やせ	(75) 7.7	成長曲線を確認。母乳・ミルクの授乳方法、回数、時間、量や離乳食の内容、量を確認し、アドバイス。	
				(27) 2.8		
				(10) 1.0		
		発達状態	(2) 発達心配	(2) 0.2	なし	
		食事内容	(439) 授乳 の内容	(5) フォローアップミルクの	(5) 0.5	きちんと食べていたら、積極的に必要なしとアドバイス。
				(204) 調理形態・固さ	(69) 7.0	調理実習を行い、試食してもらう。資料や写真で示す。
	(45) 4.6			レシピ集(大人からの取りわけ方法も)の配布。		
	(34) 3.5			月齢別の食べられる食品、調理法を説明。大人からの取り分け方法。		
	(27) 2.8			メニューがマンネリ		
	(23) 2.3			味付けが分からない		
	(6) 0.6			月齢別食べてよい食品、いけない食品		
間食	(36) 嗜好飲料の摂取過多			(33) 3.4	甘い飲み物は、糖分が多く食欲に影響しやすく、習慣化しやすいので、甘くない飲み物(白湯や麦茶)を与える。イオン飲料は、体調不良や医師の指示があった場合のみ。	
				(3) 0.3	嗜好品・菓子類の摂取過多	
食事量	(183) 食事の摂取量			(183) 18.7	フードモデルやパンフレットで、適量を示す。授乳・離乳の支援ガイドに基づき指導。身体発育曲線を見せながら体重を確認。	
水分	(11) 水分補給の仕方	(11) 1.1	外出後やお風呂あがりなどに白湯や麦茶を与えて、欲しがらなければ必要ない。			
食生活 習慣	(1138) 授乳	(132) 回数・量が多い、少ない	(73) 7.4	成長曲線で発育の状況を確認。母乳・ミルクの回数・量、離乳食の内容・量、時間の確認。		
			(21) 2.1	生活リズム、授乳リズムなど児の哺乳状況を確認し、アドバイス。離乳食2時間以内は、授乳しないように十分時間を空けるように指導。		
			(20) 2.0	方法、時期を説明。		
			(13) 1.3	状況聞き、個別に対応。		
			(5) 0.5	種類、メーカーをかえる。マグやスプーンを使う。母親以外の人が試してみる。		
		離乳食の 進め方	(470) 進め方が分からない	(297) 30.3	発達の目安、月齢を説明。授乳・離乳の支援ガイド、パンフレットをもとに、説明。調理実習を行う。	
				(126) 12.9	生活のリズム、哺乳回数、調理形態等を確認しアドバイスしている。進み具合には個人差があるので児のペースをあせらず進めるよう伝える。	
			(34) 3.5	成長曲線で発育の状況や離乳食の状況を確認。個人差があるため、そのケースにあった方法を説明。		
			(11) 1.1	月齢や発育状態、消化力等を確認しながら進める		
			(2) 0.2	修正月齢で開始、首のすわりなど発達の状況も確認。かかりつけの医師と相談することを伝える。		
	食事づくり	(15) 作るのが面倒・作らない	(15) 1.5	簡単に作れる離乳食のアドバイス。冷凍保存の方法。		
	食事・間食 のリズム	(66) 食事・生活リズム	(39) 4.0	早寝早起きをして、生活リズムを整える。		
			(25) 2.6	適量と適切な与え方を説明する。大人と乳児の間食の違いについて。		
			(2) 0.2	すぐに与えられるもの(甘くないパン・幼児用のお菓子など)を用意しておく、それを与えてもらうようにアドバイス。		
	離乳食の 食べ方	(427) 食べない	(186) 19.0	生活リズム(授乳リズム)を整える。口腔機能に合った調理形態にする。あせらず、無理強いせず、神経質にならず。		
			(59) 6.0	食事量、形態を確認し、成長曲線をみながら判断。		
			(57) 5.8	調理法や形態。生活リズムを整え、お腹をすかせる。周りがおいしく食べている雰囲気を作る。少量ずつチャレンジさせる。無理強いしない。声かけ。ほめる。		
		(28) 2.9	授乳のリズム、量、食事(間食も)量を確認。生活リズムを整え、昼間よく遊ばせるなど、お腹をすかせる。食事に集中できる環境を作る(TVは消す、おもちゃは片付ける)。日によって食欲にムラがある。無理強いしない。			

表 5-6 栄養担当者の視点による乳児期における親子の心配事 (つづき) 10, 22)

カテゴリ (テキスト数)	上位サブカテゴリ (テキスト数)	下位サブカテゴリ (テキスト数)	% n=980*	フォロー例
食生活 習慣	離乳食の 食べ方 (427)	食べ過ぎる (26)	2.7	授乳、生活リズム、量、固さ、大きさを確認し、アドバイス。
		遊び食い (20)	2.0	生活リズムを整え、お腹をすかせる。食事に集中できる環境を作る(TVは消す、おもちゃは片付ける)。食事時間を決める。
		手づかみ食べ (3)	0.3	メニュー紹介。
		だらだら食い (1)	0.1	なし
		ばっかり食べ (1)	0.1	他の食品にも目がいくようにアドバイス
		よく噛まない (39)	4.0	適切な形態にあわせる。手づかみ食べや、大きめに切って、歯や歯茎で噛み潰すことを経験させる。声かけ。親と一緒に口を動かす。一口ずつ口に入れて、飲み込んでから、次の一口を入れる。
		口から出す (5)	0.5	食事内容、かたさ、大きさ、食欲を確認。調理法や形態。生活リズムを整え、お腹をすかせる。
	親の 食生活 習慣 (14)	親の食事の栄養バランス (5)	0.5	母乳に影響すること、適切な量と食べ方を説明。
		親の食生活に対する意識が低い (4)	0.4	母乳と自分の食事が関係している。
		親の欠食 (3)	0.3	簡単な調理法の提案。
		親のダイエット (2)	0.2	授乳中は、ダイエットは不要。母親の食事の重要性を伝える。
	育児方法 (12)	食べさせ方 (8)	0.8	実演。
		離乳食の情報が多い (3)	0.3	今、食べている離乳食の内容を確認しながら、かたさ、量などのアドバイスをする。
保育所 対策 (2)	哺乳瓶の練習 (1)	0.1	保育園に入所ようになってから対応していけばいい。	
	給食 (1)	0.1	なし	

表 5-7 栄養担当者の視点による幼児期における親子の心配事 10, 22)

カテゴリ (テキスト数)	上位サブカテゴリ (テキスト数)	下位サブカテゴリ (テキスト数)	% n=980	フォロー例	
QOL	(1) 育児	(1) 育児不安 (1)	0.1	栄養指導というより関わり方、ほめることなどを説明。	
健康・ 栄養状態 (174)	健康状態 (70)	食物アレルギーへの対応 (35)	3.6	除去食・代替食や調理方法の工夫。食物アレルギー相談可能か医療機関の紹介、生活上の注意点の説明。保育施設との情報共有	
		便秘への対応・予防 (22)	2.2	水分・野菜の摂取状況を確認し、繊維の多いものを紹介。遊びやマッサージも紹介。	
		虫歯予防 (10)	1.0	間食について助言、仕上げ磨きの実行。	
		貧血への対応・予防 (3)	0.3	肉・魚は、咀嚼等から、調理形態について助言。	
	発育状態 (95)	体重増加過多・肥満 (70)	7.1	鉄分の多い食品の利用方法 一日の食事、間食、飲み物量や活動量、生活リズムのチェックをしアドバイス。肥満度、発育曲線を確認し、経過観察、医療機関紹介へ	
		体重増加不良・やせ (19)	1.9	生活リズムを整え、生活全体の活性化・空腹のための配慮(食事前の飲み物は水かお茶など)。お菓子や母乳への依存があれば、母自身が気づいて改善していけるよう促す。	
	発達状態 (9)	発達上の心配 (9)	他の子との体格の違いに対する心配 (6)	0.6	今まで伸びや増え、食事状況・家族性・運動量から、食事指導。身長・体重の経過観察。
食べられる食品を増やしていく。調理や盛り付け、声かけ等、療育の観点から支援。発達障害の有無(幼児の観察や指導、関係機関との連携)。			0.9		
食事内容 (244)	授乳 (1)	フォローアップミルクの移行 (1)	0.1	個々のケースに応じて個別相談。	
		幼児食への移行 (13)	1.3	卒乳の時期、1日の食事リズム、食べられる食品の増やし方、適量食事の様子(しっかりかんで、飲み込めているかなど)を見ながら、離乳食を完了していきましょうと伝えている。	
	食事内容 (46)	食事・栄養バランス (37)	3.8	色々な味や食感を体験させる大切さを伝える。主食、主菜、副菜それぞれのはたらきを説明し、バランスよく食べる習慣を身に付けてもらえるよう指導。レシピ、冊子配布。食事バランスガイドを用いて説明し、家族の食卓の実情に合わせた献立の立て方等について一緒に考える。	
		朝食内容バランス (9)	0.9	朝、起きられるような生活リズムの確立。乳製品や果物、簡単な野菜を追加できるようにメニューの提案。	
		食品 (13)	1.2	1日の適量を伝えるとともに不足・過剰による影響についても啓発する。	
	間食 (103)	牛乳・乳製品摂取過剰・魚摂取不足 (1)	0.1	なし	
		嗜好飲料の摂取過多 (57)	5.8	現物やフードモデルで、砂糖の量を知ってもらう。ジュースは買い置きせず、水やお茶・牛乳にできるように、家族で取り組む。与え方(回数・時間・内容・量)や注意点(食事に影響しないように、虫歯との関係)。	
	食事量 (67)	食事の摂取量 (67)	嗜好品・菓子類の摂取過剰 (46)	4.7	幼児の間食は補食と考えてもらう。内容(エネルギー、ビタミン、ミネラルも摂れるおやつ・野菜や果物、おにぎり、牛乳・乳製品、芋類、果物類)。実際に糖質がどのくらい含まれているか中を見せる。
			食事量や内容を記載したパンフレットや、写真などの媒体を使用。写真、パンフレット、フードモデルで食事量を提示。「1歳6か月児・3歳の食事ガイド」の活用。食事量は個人差もあるので、バランスに気を付けてもらう。	6.8	
	水分 (1)	水分補給の仕方 (1)	0.1	脱水症状を起こさないようにこまめに飲むように促す。	

表 5-7 栄養担当者の視点による幼児期における親子の心配事 (つづき) 10, 22)

カテゴリ (テキスト数)	上位サブカテゴリ (テキスト数)	下位サブカテゴリ (テキスト数)	% n=980		フォロー例
食生活 習慣	(1704) 授乳	(37) 回数・量が多い	(11)	1.1	母乳の回数を減らしていき食事メインに。十分な活動は空腹を作り、質の良い睡眠を得ること、それらが食欲へとつながるなど卒乳できる環境づくりのアドバイス。時期、乳製品の必要量を説明。昼間の回数から減らしていく。食事リズムづくり、食事時間を決めてお腹を空かせる。食事量や発育に影響が出ている場合には、断乳。
		卒乳	(26)	2.7	授乳状況、生活リズム、食事の状況、本児の様子を確認し、保護者の考えを聴き出来るだけ沿うようにアドバイスする。ただ、静かにさせるために飲ませているなどの場合には、授乳の必要性や栄養、口腔ケアの話をし、卒乳ポイントなどを紹介する。
食事づくり	(12) 味付けが分からない	調理の仕方が分からない	(8)	0.8	味覚の発達、身体への影響を伝える。塩分の過剰摂取などの問題を伝える。薄味にし、食材の味を大切に作る。
		おてつだい	(1)	0.1	なし
		食事の環境	(1)	0.1	なし
		食事・生活リズム	(1)	0.1	なし
食事・間食 のリズム	(213) 間食の与え方	決まった時間(だらしがない)と量(適量を小皿で渡す。食べてしまったらそれ以上ないこと伝える)	(147)	15.0	決まった時間(だらしがない)と量(適量を小皿で渡す。食べてしまったらそれ以上ないこと伝える)
		食事・生活リズム	(25)	2.6	食事リズムが生活リズムの確立に利用できるように支援する。生活習慣病予防について。子どもの時間に合わせた生活リズムを。日中の活動量、睡眠も含めて見直す。
		欠食習慣	(23)	2.3	生活リズム(早寝、早起き、朝ごはんの重要性、おやつ)。家族でも何かをまです一口だけでも食べることから始める。
		間食の兄弟による影響	(3)	0.3	上の子にも協力を求め、一緒に食べる時は下の子に合わせたものを用意。
食べ方	(1415) 偏食・好き嫌い	間食の祖父母等による影響	(15)	1.5	必要に応じて祖父母等にもリーフレットを配布。
		無理強いせず、食卓には出す。調理(細かく刻み、混ぜる)を工夫し、食環境を整える。周囲の大人がおいしそうに食べる。	(419)	42.8	無理強いせず、食卓には出す。調理(細かく刻み、混ぜる)を工夫し、食環境を整える。周囲の大人がおいしそうに食べる。
		偏食(野菜)	(182)	18.6	野菜の役割、調理の工夫(切り方・味付け)、代替食品案の提供。栽培・収穫・調理を通して食べ物にふれる。小さく刻んだり、とろみをつける。ハンバーグや炒飯、シチューのように混ぜ込む。大人がおいしそうに食べる。公園でお弁当等環境、同世代の児と食事する機会。
		偏食(牛乳)	(16)	1.6	料理に使ったり、他のカルシウム摂取食品を紹介、少しずつ飲ませる。1日の適量を伝える。
		偏食(白いご飯)	(10)	1.0	おにぎりなど見た目を工夫する。ごはんの固さの確認、副菜の工夫。わんや弁当箱にごはんの適量を盛り付け展示。
		小食	(212)	21.6	おなかをすかせることを基本。量を小さくして食べやすく調理の工夫、提供方法を提示。食事環境を整える。お手伝いや買い物に参加してもらう。
		むら食い	(178)	18.2	食べない時の食事リズムを確認。1週間単位で平均的に食べているか確認し、環境、心理面で左右されることもあることを伝える。対応(量の確認、食事の与え方の工夫、食卓の雰囲気づくり、間食の与え方についての助言)
		遊び食べ	(127)	13.0	30分で切り上げる。時計をみせる。焦らず、無理強いせず、叱らず。生活リズム。おやつとの質と量の確認。空腹にする。食前の手洗い、「いただきます」「ごちそうさま」の声かけ。
		食べ過ぎる	(37)	3.8	ゆっくり、噛んで食べる。おやつを減らす。1日の摂取量や野菜など食材・調味料の工夫。
		食欲がない	(27)	2.8	食事リズムや間食の内容について見直し、お腹を空かせること、一緒に食べることなどについて助言。
		座って食べない	(12)	1.2	空腹な状態で食事を開始する、おやつとの関係。30分で片づける。食事環境を整える、座るように声かけする。共食。
		ばかり食べ	(11)	1.1	長くは続かないので様子を見よう。他の食材にも興味をもてるような環境作り等の話。
		だたら食い	(11)	1.1	外遊び習慣等をつけ、空腹状態を、食事を迎える。30分程度で切り上げる。時間を決める。食事の環境を整える。
		自食しない・興味がない	(9)	0.9	食べやすい形態にしてみる、食に興味を持たせること、よく遊び、リズムをもって食事をににする
		偏食(肉)	(7)	0.7	ひき肉をつかったり、小さくしたり、とろみをつける調理方法、ハンバーグなどに持って食べられる形といった食べやすい形態へ。噛む練習。
食べなくなった	(3)	0.3	空腹で食事を迎えるように。食べなくても食卓に出す。調理方法を変えたり、何かに混ぜる。		
よく噛まない	(154)	15.7	噛む力をつける食材やメニューの紹介。一口の量を減らし、次の一口はなくなってから入れる。発達遅滞や歯科との関連もある児が多いため、他職種と連携して、統一した方向性を検討し、個別相談に対応。		
共食方法	(3) 孤食	(3)	0.3	1日1回は、家族で食べられるように、協力しあう。夕食時間設定を遅くせず、父とのふれあいは、他の方法を提案。	
親の食生活	(9) 親の食生活に対する意識	親の食生活に対する不十分	(5)	0.5	集団指導を通しての幼児食の啓発等
		食品に対するこだわり・考え方	(3)	0.3	薄味、調理形態を子どもに合わせるように指導。栄養士、保健師で対応。
			(1)	0.1	なし
育児方法	(7) 母が子どものなすがままの対応	食べさせ方	(5)	0.5	いろいろな食品を楽しんでたべられるような工夫を食育の教室等でフォロー。
			(2)	0.2	なし
マナー・しつけ	(8) 食具の持ち方	食具の持ち方	(4)	0.4	親が見本となる。遊びの中でも、指先を使ったり練習する。スプーンを下から持っているかどうか
		食事マナー	(3)	0.3	繰り返し教えること、学習させること、「ほめることも忘れずに」と話している。
		待つ体験	(1)	0.1	なし
その他	(4) 母の状況	複雑な家庭環境	(1)	0.1	関係する職種や関係機関と情報を共有し、支援や指導の方向性を確認しながらケースに関わるよう配慮する。
		育児方法	(3)	0.3	育児方法
		母以外の家族の対応	(1)	0.1	なし
		指しやぶり	(1)	0.1	なし

2 栄養指導のポイント (12, 18)

研究班では、栄養学から見た妊婦・乳幼児健診における母子保健指導に関する市町村調査をふまえて、標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き（栄養指導のポイント）を作成した（PP 5-5-21）。

1) 乳児期における栄養指導

管理栄養士・栄養士が乳児や乳児を持つ保護者への栄養指導を行う際には、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、保育士及び心理相談を担当する者をはじめ、母子保健に関与する職種のすべてと連携し、乳幼児をめぐる授乳、離乳をはじめとする栄養の諸問題に対して、多方面から総合的な指導や助言を行うことが必要である。

(1) 生活の質（QOL）

授乳は、安心と安らぎの中で母乳（ミルク）を飲む心地よさを味わい、安心感や基本的信頼感を確立する。離乳が始まると、乳児期の子どもにとって食事の楽しさは、食欲や健康状態、食事内容、一緒に食べる人といったこととも関連し、食生活全体の良好な状態を示す一つと考えられている。

(2) 健康・栄養状態

乳児期の栄養指導では、成長曲線による成長の経過、母乳・ミルクの時間・量、離乳食の内容・量、子どもの様子などから、成長・発達や栄養の状態を確認する。それらをふまえ、保護者の状態をしっかりと受け止め、子どもの健康を維持し、成長・発達を促すよう支援を行う。

(3) 食事内容

授乳期は、乳汁分泌を促すために母親は十分な栄養と休息をとることが大切である。適切な授乳方法を選択でき、実践できるような支援が必要となる。

離乳期は、子どもがいろいろな味や舌ざわりを楽しみ、味覚などの五感を味わうことができるよう、子どもの月齢、口腔機能の発達に応じた離乳食の食品の種類と組み合わせ、調理形態・調理方法、離乳の進め方の目安に関する知識やスキルが必要となる。調理形態は、5～6 か月頃は滑らかにすり潰した状態、7～8 か月頃は舌でつぶせる固さ、9～11 か月頃は歯ぐきでつぶせる固さ、12～18 か月頃は歯ぐきで噛める固さを目安とする。

なお近年、食物アレルギーに対する関心が高まっている。「授乳・離乳の支援ガイド」では、食物アレルギーへの対応の基本として「アレルギー疾患の予防や治療を目的として医師の指示を受けずにアレルゲン除去を行うことは、子どもの成長・発達を損なう恐れがあるので、必ず医師の指示を受ける。」としている。食物アレルギー診療ガイドラインでは、「正しい診断に基づいた必要最小限の食物除去」とする治療方針が示されていることから⁹⁹⁾、食物アレルギーに対する不安により、自己判断で食物除去を行うことがないよう注意が必要である。

(4) 食生活習慣

授乳は、親子の健やかな関係を形成する上で重要である。母親の優しい声かけとぬくもりの中で、ゆったりと飲むことで、子どもの心が安定し、食欲が育まれていく。授乳時は、できるだけ静かな環境で、しっかり抱いて、優しく声をかけるよう支援する。

離乳期には、離乳食の回数、母乳・ミルクの与え方等の進め方の目安、完了に関する知識が必要となる。さらに子どもは、離乳開始時には食物に興味を示し始め、後半には自分で食べたがるようになる。色々な食べ物を見て、触って、味わい、自分で進んで食べようとする力が育まれる。手づかみ食べや家族と一緒に食べることを楽しむことで、食べる楽しさを体験させていくことが大切である。なお、子どもによって個人差があるため、子どもの発達や日々の様子を把握しながら、離乳をすすめ、強制しないように配慮することを伝えていく。

(5) ソーシャルサポート

授乳期には、授乳への理解と支援が深まるように父親（パートナー）や家族、身近な人への情報提供をすすめていく。また、授乳で困ったときに気軽に相談できる場所づくりや、授乳期間中でも、外出しやすく、働きやすい環境を作っていくことも必要である。

2) 幼児期における栄養指導

管理栄養士・栄養士が子どもや保護者への栄養指導を行う際には、市町村保健センター内での栄養指導のみでなく、その後のフォローも考慮し、保健所、医療機関、助産所、保育所、地方公共団体、地区組織等すべての関係機関が有機的に連携しうよう、地域の組織的な体系を整備することを含めた支援を検討することも重要となる。

(1) QOL

幼児期の子どもにとって、乳児期同様、食事の楽しさは、食欲や健康状態、食事内容、一緒に食べる人、食事の手伝いなども関連し、食生活全体の良好な状態を示す一つと考えられている。具体的には、お腹が空き、食事を喜んで食べ、心地よい生活を味わえるようになることなどが重要である。また幼児期は、自立心が高まる時期である。食事でも子どもができることを増やし、達成感や満足感を味わえる体験や子ども自身が意欲的に取り組む体験をつむことが重要である。

(2) 健康・栄養状態

幼児期は、乳児期に次いで心身の発育・発達が著しい時期である。子どもの身体発育や栄養の状態を定期的に確認する。

(3) 食事内容

子どもの咀嚼機能や摂食行動の発達を促すため、また様々な食べ物を食べる楽しさを味わうため、色々な種類の食べ物や料理を味わう体験を積み重ねられる支援を行う必要がある。子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じて、食品の種類、量、大きさ、固さなどの調理形態に配慮する必要がある。さらに幼児期は消化機能が未熟であるため、3回の食事では必要な栄養素を摂ることが難しい。間食の摂り方には、果物、野菜、牛乳・乳製品、穀類、いも、豆類など、食事で摂りきれない栄養素を補えるものを選択できるよう配慮が必要である。

(4) 食生活習慣

規則正しく食事をする習慣の獲得、食事リズムの基礎の形成など、食習慣の基礎が確立する

重要な時期である。食事及び間食のリズムを整え、お腹が空くリズムを持つよう支援を行う。

発達の間では、咀嚼機能が獲得されていく重要な時期である。よく噛む習慣を導くため、一緒に噛むまねをして噛むことの大切さを伝えていく。また食行動が発達していく時期でもあり、手づかみ食べからスプーンや箸等を使用する食べ方の変化だけでなく、自分に見合った食事を理解し、自分で食べる量を調整する、食事・栄養バランスを理解し実践する、また食べ物や身体のことを話題にするなど、食生活や健康に主体的に関わるようになっていく。共食に関しては、家族や仲間と食事を楽しめるようになり、食事マナーを身につけることも必要となる。食事づくりに関しては、食事の準備や調理などに関わることができるようになる。これらの発育・発達に応じて、子どもの食べる力を育てる支援を行っていく。

一方、幼児期は食欲不振、偏食、少食、むら食い、咀嚼拒否等の問題が起こりやすい。食事を無理強いしない、食事時間を決めたら食べることをやめる、お腹が空くリズムを持つ、家族そろって楽しく食事ができる雰囲気を作るなど、その子の状況に応じた支援を行う。

(5) ソーシャルサポート

家庭内や地域の育児支援が得られるよう、母親への情報提供が必要である。その際には、幼児期の成達は、地域社会や集団生活の影響を受けることが大きくなることから、保育所や幼稚園等の地域資源の情報も視野に入れることが必要である。

3 他機関と連携した栄養指導・食育

1) 他機関と連携した栄養指導・食育の実態調査

研究班では、「手引き」の作成を踏まえた全国調査（研究班調査）を実施し、標準的な乳幼児健診モデルの作成につながる論点を整理した（PP 5-5-21）¹²⁾。栄養に関しては、多職種の専門分野の強みを生かす保健指導として、他機関と連携した集団の栄養指導・食育の評価の実施状況とした（PP 5-5-22, 23）。なお、他機関と連携および評価していると回答した市町村には、栄養指導・食育の連携組織および職種について再調査した。

他機関と連携した集団の栄養指導・食育の評価の実施状況は、設問「乳幼児期の子どもや保護者を対象とした、集団で実施される栄養指導や食育の取組みを他機関（保育所、幼稚園、関係団体、企業など）と連携して行い、その評価をしていますか」に対して、「他機関と連携しており、評価もしている」「他機関と連携しているが評価していない」「他機関と連携していない」

「その他」から択一式で回答を得た（PP 5-5-24）。他機関と連携している市町村は、全体の約7割で、連携して評価まで行っているのは、全体の約3割だった（PP 5-5-25）。なお、これらの該当率に自治体規模による違いはみられなかった。

さらに、二次調査を行い、栄養指導や食育の事業の実態や評価をする上で、どのような組織と連携したか回答を求めた（PP 5-5-26）。その結果、連携組織で、最も多かったのが保育所で、食生活改善推進員、母子保健推進員等の住民組織、子育て支援センター、幼稚園の順に多いことが明らかになった。また、栄養指導や食育の事業を実施および評価する際に、どのような職種が関わったか調査したところ、管理栄養士が最も多く、次いで保育士・幼稚園教諭、保健師、栄養士が多いことが明らかになった。

2) 他機関と連携した栄養指導・食育の評価のポイント¹³⁾ (PP 5-5-27,31)

(1) 他機関と連携した集団の栄養指導・食育の評価のポイント

栄養指導・食育の評価を実施するため、保育所、幼稚園、関係団体、企業などと連携するポイントは3つある。

1つ目に、他機関に対して栄養指導・食育に関する課題と、達成目標及び指標を明確に提示し、共有することである。また栄養指導・食育の対象者の行動変容を促すためには、地域関係者ととともに課題を明らかにし、達成目標を決定することが有効ともされている。

2つ目は、評価方法（評価の視点、評価基準など）を栄養指導・食育に係わる関係者が共有する。乳幼児は発育の個人差も大きく、発達過程の途中であるため、すぐに栄養指導や食育の効果を判断することは難しいこともある。したがって、他機関との連携は一時点に限らず、長期的な地域内の体制作りも重要である。

3つ目は、これらの一連の過程を実践する場をどう設定するかにある。すでに多くの市町村業務を実施している中で、他機関と栄養指導・食育に関する課題共有、評価を行う場を新たに設定することは（その課題に対する緊急性の高さにもよるが）、現実的には難しい。母子保健における栄養指導・食育で扱う課題も多く、優先課題を検討することも困難となる場合がある。また実施者や評価者によって扱う課題の内容が変わってくる。他機関との連携がない市町村においては、すでに他機関と連携し取り組まれている課題（低出生体重児や発達障害、妊産婦の喫煙等）に対する事業があれば、既存の事業の中で、栄養指導・食育に関わる課題を提案し評価項目に加えることも方法の一つである。他機関と連携した事業を実施しているが、評価していない場合においては、既存の事業の範囲で、まずは対象者の実態把握を行い、課題の共有、評価指標の決定、評価を行う一連の流れを事業の中に組み込むことが必要である。

(2) 地域性を考慮した栄養指導・食育への応用・展開について

集団で実施される栄養指導や食育の取り組みは、各市町村の実態に応じて進めることが重要であり、また市町村にある他機関とのつながりが地域によって様々であるため、実施方法や評価方法を標準化することが難しい。そのため各市町村の栄養指導担当者が、実態に応じた栄養指導・食育を他機関と連携して実施・評価することが望まれる。また地域性を把握し、栄養指導、食育における優先課題を検討するためには、他市町村等、他地域との比較や議論をする場が望まれる。このような場の設定において、保健所には、地域の健康・栄養状態や食生活に関する管内市町村の状況の差を明らかにする役割があることから、保健所の担う役割は大きいと考える。

しかし、ゼロから新しい事業を実施・評価することは現実的には難しい。そのため、いくつかの市町村及び保健所で実施されたグッドプラクティス（好事例）を提示し、各市町村の乳幼児や保護者の健康・食生活上の課題、実施側のマンパワーや連携できる他組織とのネットワークの形成状況等に応じて、応用・展開していくことが必要であり、その支援体制を整える必要がある。

参考文献

- 1) 日本小児科学会・日本小児保健協会・日本小児科医会・日本小児科連絡協議会ワーキンググループ編. 子育て支援ハンドブック. 日本小児医事出版. 2011; 1-5.
- 2) 西内正彦. 母子保健刊行委員会編. 日本の母子保健と森山豊～すべての母と子に保健と医療の恩恵を. 日本家族計画協会. 1988; 123-124.
- 3) 愛知県健康福祉部・愛知県母子健康診査等専門委員会・愛知県小児保健協会編. 愛知県母子健康診査マニュアル. 改訂第9版. 2011.
- 4) 厚生労働省. 子育て世代包括支援センター業務ガイドライン. 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf> (2018年3月5日アクセス確認)
- 5) 吉永陽一郎. 育児不安や育児相談にどのように小児科医がかかわるのか. 小児科臨床 2015; 68: 2307-2310.
- 6) 未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/index.html> (2018年3月5日アクセス確認)
- 7) 健やか親子21標準スライド集CD【2014年9月16日版】②母子保健の現状及び取り巻く環境の変遷 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060348.html> (2018年3月5日アクセス確認)
- 8) Nakamura Y. Improvement of IMR in Japan. Proceedings of International Symposium for Maternal and Child Health, ACIH. 1999; 3-7.
- 9) 平成24～26年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究.
- 10) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」班編. 標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き - 「健やか親子21（第2次）」の達成に向けて. 2015. http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manual_yamazaki.pdf (2018年3月5日アクセス確認)
- 11) 山崎嘉久、他. 乳幼児健康診査の実施と母子保指導等に関する研究 第4報 乳幼児健康診査の評価の実態に関する検討. 厚生労働科学研究「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」平成25年度総括・分担報告書. 2014; 52-59.
- 12) 平成27年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）【成育疾患克服等総合研究事業】「乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究」班編. 乳幼児健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方. 全国調査データと標準的な乳幼児健康診査モデル作成のための論点整理. 2016.

- <http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/pdf/ronten.pdf> (2018年3月5日アクセス確認)
- 13) 平成27年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 【成育疾患克服等総合研究事業】「乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究」班編. 標準的な乳幼児健康診査モデル作成に向けた提言. 2016.
<http://sukoyaka21.jp/pdf/suggestion.pdf> (2018年3月5日アクセス確認)
- 14) 大阪府. 大阪府における乳幼児健康診査未受診児対応ガイドライン. 2014.
http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/boshi/mijyusinji_guideline.html (2018年3月5日アクセス確認)
- 15) 厚生労働省. 「健やか親子21」最終評価報告書. 2014.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html> (2018年3月5日アクセス確認)
- 16) 厚生労働省. 「健やか親子21 (第2次)」について検討会報告書. 2014.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000044868.html> (2018年3月5日アクセス確認)
- 17) 山縣然太郎. 「健やか親子21 (第2次)」-10年後にめざす姿-. チャイルドヘルス 2015; 18: 633-639.
- 18) 厚生労働省. 授乳・離乳の支援ガイド. 2007.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0314-17.pdf> (2018年3月5日アクセス確認)
- 19) ウェンディ・スー・スワンソン. 五十嵐隆 (総監訳)、吉田穂波 (監訳) ママドクターからの幸せカルテ. 子育ても仕事も楽しむために. 西村書店 2017.
- 20) 厚生労働省. 体罰によらない育児を推進するための啓発資料について. 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000174787.pdf> (2018年3月5日アクセス確認)
- 21) 厚生労働省. 広報啓発 DVD (赤ちゃんが泣き止まない～泣きへの対処と理解のために～).
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/nakiyamanai.html (2018年3月5日アクセス確認)
- 22) 衛藤久美、他. 全国市区町村における乳幼児期を対象とした栄養指導の実施状況および指導内容の実態. 厚生指標 2017; 64: 27-34.
- 23) 高橋希、他. 市町村母子保健事業の栄養担当者の視点による母子の心配事の特徴 妊娠期・乳児期・幼児期に関する栄養担当者の自由記述の分析. 日本公衆衛生雑誌 2016; 63: 569-577.
- 24) 石川みどり、他. 栄養学から見た妊婦・乳幼児健診における母子保健指導のモデル開発に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業) 「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」平成24～26年度総合研究報告書, 98-116, 2015
- 25) 厚生労働省. 平成27年度乳幼児栄養調査結果の概要. 2016.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000134460.pdf> (2018年3月5日アクセス確認)
- 26) 堤ちはる、他. 子どもの食と栄養. 中央法規出版 2016.
- 27) 厚生労働省. 楽しく食べる子どもに～食からはじまる健やかガイド～「食を通じた子ども

- の健全育成（－いわゆる「食育」の視点から－）のあり方に関する検討会」報告書。
2004.
- 28) 福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会. 乳幼児健診マニュアル第5版. 医学書院. 2015.
- 29) 水野克巳. お母さんがもっと元気になる乳児健診. メディカ出版. 2017.
- 30) 田原卓浩 他. 乳幼児を診る 根拠に基づく育児支援. 中山書店. 2015.
- 31) 山中龍宏. 子どもの誤飲・事故（やけど・転落など）を防ぐ本. 三省堂. 1999.
- 32) 日本小児科医会子どもとメディア委員会. 「子どもとメディア」の問題に対する提言.
2004. http://www.jpa-web.org/about/organization_chart/cm_committee.html (2018年3月5日アクセス確認)
- 33) 加納亜紀 他. テレビ・ビデオの長時間視聴が幼児の言語発達に及ぼす影響. 日本小児科学会雑誌 2004; 108: 1391-1397.
- 34) 服部伸一 他. テレビ視聴時間の長短が幼児の生活習慣に及ぼす影響. 小児保健研究 2004; 63: 516-523.
- 35) 伊藤幸生 他. 「子どもとメディア」に関する意識調査. 0歳から2歳児のメディア環境の現状について-テレビやビデオ視聴2時間の影響-. 日本小児科医会会報 2005; 30: 120-125.
- 36) 澤井遵 他. 「子どもとメディア」に関する意識調査-乳幼児期のテレビ・ビデオ長時間視聴が子どもの発達、行動におよぼす影響. 日本小児科医会会報 2005; 30: 113-119.
- 37) 服部伸一 他. 幼児の就寝時刻と両親の帰宅時刻並びに降園後のテレビ・ビデオ視聴時間との関連性. 小児保健研究 2006; 65: 507-512.
- 38) 加納亜紀 他. 3歳児におけるテレビ・ビデオ視聴時間と発達との関連. 日本小児科学会雑誌 2007; 111: 454-461.
- 39) 加納亜紀 他. 幼児期のテレビ・ビデオ視聴と養育環境の関連. 小児保健研究 2009; 68: 549-558.
- 40) 服部伸一 他. 幼児の生活状況と疲労症状との関連について. 関西福祉大学社会福祉学部研究紀要 2011; 14: 155-161.
- 41) 佐藤和夫. メディアづけ-どう指導したらいいのか-. 外来小児科 2014; 17: 176-181.
- 42) 川上一恵. 子供の言葉の発達とメディア. 小児耳鼻咽喉科 2016; 37: 286-289.
- 43) American Academy of Pediatrics. The use and misuse of fruit juice in pediatrics. Pediatrics 2001; 107: 1210-1213.
- 44) Chassiakos YR, et al., Children and adolescents and digital media. Pediatrics 2016; 138: pii: e20162593.
- 45) Heyman MB, et al. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. Pediatrics 2017; 139: pii: e20170967.
- 46) American Academy of Pediatrics. Starting solid foods.
<https://www.healthychildren.org/english/ages-stages/baby/feeding-nutrition/pages/switching-to-solid-foods.aspx> (2018年3月5日アクセス確認)
- 47) 益邑千草, 他. 母子保健活動における継続的支援と母子保健情報の活用に関する研究(1)-妊娠届出時の情報把握に関する研究-. 日本子ども家庭総合研究所紀要 2012; 49: 1-14.
- 48) 愛知県. 妊娠届出書様式 http://www.pref.aichi.jp/uploaded/life/131419_118454_misc.pdf

(2018年3月5日アクセス確認)

- 49) 奈良県. 妊娠期からの母子保健活動マニュアル～乳児期早期の虐待予防に向けて～
<http://www.pref.nara.jp/secure/106714/manual2013.pdf>(2018年3月5日アクセス確認)
- 50) 山崎嘉久、他. 機関連携によるハイリスク妊産婦の把握と支援に関する研究. 平成27年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究.
- 51) 松田義雄、他. 妊婦健康診査における情報収集と利活用に関する研究. 平成27年度厚生労働科学研究費補助金(健やか次世代育成総合研究事業)「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民運動計画の推進に関する研究. 2016; 343-357.
- 52) 秋山千枝子、他. 1歳6か月健診における個別健診の実態. 日本小児科医会会報 2016; 52: 109.
- 53) 山崎嘉久、他. 自治体における母子保健情報の利活用に関する研究. 「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究 平成27年度総括・分担研究報告書. 2016; 547-553.
- 54) 神田孝子、他. ランドルト環および絵指標による3歳児の視力検査. 日本公衆衛生雑誌 1993; 40: 893-900.
- 55) 神田孝子、他. 保育園における3～4歳児の視力検査. 眼科臨床医報 1993; 87: 288-295.
- 56) 佐々木溪円、他. 3歳児健康診査の実施対象年齢に関する全国調査. 厚生指標. 2016; 63: 8-13.
- 57) 山崎嘉久、他. 乳幼児健診の実施対象年齢に関する全国調査. 厚生労働科学研究「健やか親子21」を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」平成21年度総括・分担報告書. 2010; 82-90.
- 58) 松野郷有実子、他. 乳幼児健康診査における未受診者の検討. 小児保健研究 2005; 64: 527-533.
- 59) 山崎嘉久、他. 乳幼児健康診査後のフォローアップの現状と事業評価に向けた概念整理. 東海公衆衛生雑誌 2017; 5: 121-127.
- 60) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第13次報告). 2017.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173329.html> (2018年3月5日アクセス確認)
- 61) 発達障害者支援法. http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=416AC1000000167
(2018年3月5日アクセス確認)
- 62) 都築千景. 援助の必要性を見極める乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術. 日本看護科学会誌 2004; 24: 3-12.
- 63) 厚生労働省. 健やか親子21検討会報告書「母子保健の2010年までの国民運動計画」
http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html (2018年3月5日アクセス確認)
- 64) Ganz ML. The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism.

- Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2007; 161: 343-349.
- 65) Dawson G, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics* 2010; 125: e17-e23.
- 66) Kasari C, et al. Communication interventions for minimally verbal children with autism: a sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 53: 635-646.
- 67) Pickles A, et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016; 388: 2501-2509.
- 68) Inada N, et al. Developmental chronology of preverbal social behaviors in infancy using the M-CHAT: Baseline for early detection of atypical social development. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2010; 4: 605-611.
- 69) 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研究部.
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf>(2018年1月10日アクセス確認)
- 70) 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研究部.
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/Japanese%20follow-up%20manual.pdf> (2018年1月10日アクセス確認)
- 71) Kamio Y, et al. Effectiveness of using the modified checklist for autism in toddlers in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2014; 44: 194-203.
- 72) Kamio Y, et al. Best discriminators for identifying children with autism spectrum disorder at an 18-month health check-up in Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2015; 45: 4147-4153.
- 73) Jones W, et al. Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature* 2013; 504: 427-431.
- 74) 辻井正次 (監修) 伊藤大幸 (作成) TASP (Transitional Assessment Sheet for Preschoolers) 保育指導要領のための発達評価シート. スペクトラム出版 2017.
- 75) 黒田美保, 他. (監・訳) ADOS-2 日本語版. 金子書房 2015.
- 76) 辻井正次, 村上隆 (監修) 黒田美保, 他 (作成) Vineland-2 日本語版. 日本文化科学社 2014.
- 77) 下山晴彦・黒田美保編. 発達支援のアセスメント. 臨床心理学 16巻 金剛出版 2016.
- 78) 日本ペアレント・トレーニング研究会. <http://parent-training.jp/> (2018年1月10日アクセス確認)
- 79) 発達障害情報・支援センター. <http://www.rehab.go.jp/ddis/こんなとき、どうする？/家族支援/ペアレントプログラム/> (2018年1月10日アクセス確認)
- 80) 厚生労働省歯科疾患実態調査. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html> (2018年1月10日アクセス確認)
- 81) 日本歯科医学会重点研究委員会. 日本歯科医学会重点研究「子どもの食の問題に関する調査」報告書. 2015. http://www.jads.jp/activity/search/shokunomondai_report.pdf (2018年1月10日アクセス確認)

- 82) 千葉県歯科医師会. よく噛んで食べる子に育てよう.
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/kuchi/shikashoku.html> (2018年1月10日アクセス確認)
- 83) 鳥取県歯科医師会. こどもの口腔機能の向上について. <http://ttrda.jp/info/925/> (2018年1月10日アクセス確認)
- 84) 田隅勝、他編. 小児の摂食嚥下リハビリテーション. 第2版. 医歯薬出版. 2015.
- 85) Ogawa A, et al. Effectiveness of a mouth rinsing function test for evaluating the oral function of children. *Pediatric Dental Journal*, 2017; 27: 85-93.
- 86) 安藤雄一、他. 政策声明 う蝕のない社会の実現に向けて. *口腔衛生学会誌* 2013; 63: 399-411.
- 87) e-ヘルスネット. フッ化物利用 (概論). <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/teeth/h-02-006.html> (2017年11月20日アクセス確認)
- 88) 平成12~14年度厚生労働科学研究「フッ化物応用の総合的研究」班編. ひと目でわかるフッ化物応用: https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/ffrg/d/fluoride2_3.html (2017年11月20日アクセス確認)
- 89) 平成16年度厚生労働科学研究「フッ化物応用による歯科疾患の予防技術評価に関する総合的研究」班編. 地方自治体におけるフッ化物利用に関する全国実態調査報告書.
https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/contents/F_Use_LocalGov_Report_2006.pdf (2017年11月20日アクセス確認)
- 90) 丸山進一郎、他. 乳幼児健康診査の実施と母子保健指導等に関する研究. 第3報. 母子歯科健診および相談事業の実施に関する全国調査. 厚生労働科学研究「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに他職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」平成25年度総括・分担報告書. 2014; 40-51.
- 91) 特定非営利活動法人日本フッ化物むし歯予防協会. 2016年フッ化物洗口確定値.
<http://www.nponitif.jp/H182812yearsoldDMFT.ppt> (2017年11月20日アクセス確認)
- 92) 特定非営利活動法人日本フッ化物むし歯予防協会. 平成18・28年都道府県別12歳の一人平均永久歯むし歯本数 (グラフ付). <http://www.nponitif.jp/H182812yearsoldDMFT.ppt> (2017年11月20日アクセス確認)
- 93) 日本歯磨工業会. フッ素情報館 4. 日本歯磨工業会の取り組み.
<http://www.hamigaki.gr.jp/hamigaki1/fusso04.html> (2017年11月20日アクセス確認)
- 94) 国立保健医療科学院. 全国乳幼児歯科健診結果.
<https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/infantcaries.html> (2017年11月20日アクセス確認)
- 95) 日本歯科医師会. 母子健康手帳活用ガイド. 2012.
https://www.jda.or.jp/news/pdf/boshikenkou_katyuyou_v1.pdf (2018年1月15日アクセス確認)
- 96) 東京都生活文化局. 乳幼児の歯みがき中の喉突き事故に注意!
<http://www.shouhiseikatu.metro.tokyo.jp/manabitai/kyouzai/main/documents/321.pdf> (2017年11月20日アクセス確認)

- 97) 小児科と小児歯科の保健検討委員会. 「指しゃぶり」についての考え方. 2006.
http://www.jspd.or.jp/contents/main/proposal/index03_05.html#pro05 (2017年11月20日アクセス確認)
- 98) 日本小児歯科学会. 子ども虐待防止対応ガイドライン. 2009.
http://www.jspd.or.jp/contents/common/pdf/download/boushi_guide.pdf (2017年11月20日アクセス確認)
- 99) 日本小児アレルギー学会. 食物アレルギー診療ガイドライン 2016. 協和企画 2016.

付属 DVD の活用方法について

現場従事者等を対象とする研修教材（Power Point）について

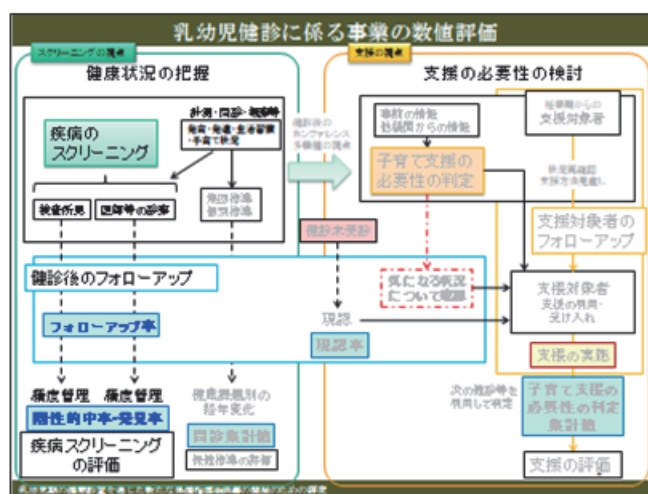
「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」では、乳幼児健診事業の標準化につなげるための研修教材を DVD に収録しました。乳幼児健診事業の従事者を対象とした新規または現任者研修等に活用していただくことができるよう、項目ごとに Power Point を作成しました。

Power Point のノートには、それぞれのスライドの説明を加えてありますので、乳幼児健診事業の企画・運営や評価にあたる市町村の担当者や、市町村事業への助言指導にあたる都道府県の担当者が、現場での研修の講師として、その内容を従事者向けに伝達いただくことが可能です。

尚、一部を改変して使用する場合は、引用元および改変した旨を利用されるスライドに記載していただくようお願いいたします。

【ノート表示の例】

第4章 第1節 疾病スクリーニングの精度管理



乳幼児健診事業に対する数値評価項目の全体像を図に示します。乳幼児健診事業には、これまで中心であった子どもの健康状況の把握に加えて、親子に対する子育て支援の必要性の検討が求められています。事業評価に当たっても、それぞれの健康課題に応じた評価指標が必要です。（第1章第2節参照）。

この中で、疾病スクリーニングの精度管理とは、乳幼児健診事業でスクリーニングすべき疾病のうち、地域の状況や重要度などから優先すべき疾病を特定し、その個別の疾病について、健診後のフォローアップを通じて状況を把握し、標準的な指標を用いて評価するものです。

< 研修指導のポイント >

- ・ 「健康状況の把握」と「支援の必要性の検討」に区別する意味

従来、乳幼児健診後の保健指導区分として、子どもの疾病や発育、発達状況に対して、ざっくりとした意味で「要指導・要観察・要精密」などの区分が用られてきました。特に発育や発達においては、この保健指導区分には、漠然と支援的なかかわりの意味も込めて利用されていましたが、その区別は明確ではありませんでした。妊娠期からの継続的な支援が重要な課題となっている今日の乳幼児健診事業の状況から、健康状況の把握と支援の必要性の検討を区別して捉え、評価につなげる必要があります。

詳しくは、研修資料「支援対象者のフォローアップと評価」を参照してください。

乳幼児健康診査事業 実践ガイド 執筆者

山崎 嘉久	あいち小児保健医療総合センター
山縣 然太郎	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座
佐藤 拓代	大阪府立病院機構大阪母子医療センター
秋山 千枝子	あきやま子どもクリニック
小倉 加恵子	森之宮病院神経リハビリテーション研究部
佐々木 溪円	横浜創英大学こども教育学部幼児教育学科
朝田 芳信	鶴見大学歯学部小児歯科学講座
船山 ひろみ	鶴見大学歯学部小児歯科学講座
田村 光平	東京都多摩小平保健所
高澤 みどり	千葉県市原市保健センター
松浦 賢長	福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学
原田 直樹	系
草野 恵美子	福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学
佐藤 睦子	系
樺山 舞	大阪医科大学看護学部公衆衛生看護学領域
市川 香織	大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程
黒田 美保	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
石川 みどり	文京学院大学保健医療技術学部看護学科
衛藤 久美	広島修道大学健康科学部
祓川 摩有	国立保健医療科学院生涯健康研究部
高橋 希	女子栄養大学栄養学部国際協力学研究室
前野 佐都美	聖徳大学児童学部児童学科
	千葉県健康福祉部健康づくり支援課
	あいち小児保健医療総合センター保健センター

乳幼児健康診査 身体診察マニュアル

序文

「乳幼児健康診査 身体診察マニュアル」および「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」は、平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 課題 23「乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究」の事業費により作成した。

その主旨は、以下の通りである。

1 調査研究事業の目的

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）における問診内容や健康診査時の手技が標準化されていないため、診察する医師や関わる看護職等のスタッフの技量により結果が異なるといった課題に対し、乳幼児健康診査の標準化につなげるため、現場で実践可能なマニュアル等を作成する。

2 調査研究事業の内容

「標準的な乳幼児健診に関する調査検討委員会」を組織し、日本小児医療保健協議会（四者協）健康診査委員会や関係学会・団体等と密接に連携して事業を実施した（担当責任者：国立成育医療研究センター 小枝達也）。

なお、本研究事業では下記の調査を実施した。

- ・乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、医師研修に関する実態調査
- ・乳幼児健診における標準的な問診項目への回答者の状況と背景因子に関する調査
- ・乳幼児健診における現場担当者の保健指導スキルに関する調査

3 冊子の内容

「乳幼児健康診査 身体診察マニュアル」は、乳幼児健診事業で診察に従事する医師を主な対象として、厚生労働省が示している標準的な診察項目に基づいて、具体的な実施方法を記述した。

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」は、市区町村が実施する乳幼児健診事業の企画、運営から評価の実践方法、及び多職種が連携する保健指導（乳幼児健診結果を踏まえた事後指導を含む。）について、保健師をはじめとするすべての乳幼児健診事業の従事者、および市区町村を支援する都道府県の関係者を対象として記述した。

すべての自治体において、両冊子が相補的に利用され、乳幼児健診事業の標準化や「健やか親子 21（第 2 次）」の展開が進むことを期待する。

2018 年 3 月

事業担当者：国立成育医療研究センター こころの診療部 小枝 達也
あいち小児保健医療総合センター 保健センター 山崎 嘉久
国立成育医療研究センター こころの診療部 田中 恭子

目次

第1章 総説	241
第2章 乳児健康診査	243
第3章 1歳6か月児健康診査	279
第4章 3歳児健康診査	297
第5章 養育者のメンタルヘルス	313
Appendix	321
巻末資料	333

第1章 総説

第1節 乳幼児健康診査の意義

わが国の乳幼児健康診査には、以下のような意義がある。

1. 健康状況の把握

乳幼児健康診査の意義で最も重要なのは、健康状況の把握である。全身の計測および医師や歯科医師の診察によって、心身の健康状況を把握しもって健康増進に役立てたり、疾病の早期発見と早期治療のきっかけとなる情報を受診者に提供することがもっとも重要な役割である。

「検診」は特定の疾病があるかどうかを診るものであるのに対し、「健康診査」は総合的な健康診断であるという違いにも留意する必要がある。ある特定の疾病や状況の把握に偏り過ぎず、社会面も考慮した総合的な観点からまんべんなく診るとというのが基本的なスタンスである。

2. 地域における健康状況の把握への活用

個人の健康状況の把握だけでなく、居住する地域全体の乳幼児の健康状況を把握することも乳幼児健康診査の意義である。乳幼児集団の健康状況をモニターし、母子保健事業計画に有効に活用することにも大きな意味がある。

3. 出会いの場

乳幼児健康診査には、医師、歯科医師、助産師、保健師、管理栄養士、心理相談担当者など多職種が関わっている。日頃の子育ての疑問や悩みを相談し、継続的な相談相手を得る場としての意義は大きい。集団健康診査では、他の子どもや保護者の様子を見聞きする場でもある。

第2節 健康診査における医師の役割

1. 診察

乳幼児健康診査では、疾病のスクリーニングから子どもの発育や発達の確認、生活習慣の確立に向けた支援、子育て支援につなげる保健指導などさまざまな内容を取り扱う。その中で医師の役割は、問診での情報や全身の計測結果を参考にしながら、診察にて乳幼児の健康状況の全体像を把握することである。スクリーニングすべき疾病や状態を念頭に置きながら、見立てとして「所見あり」なのか「所見なし」なのかの判定を行う。

2. 多職種連携

子どもや保護者の状態によっては、継続的な育児支援が必要ということもある。そうした育児支援の必要性については、健康診査に関わった行政も含めた多職種の者が参加するカンファレンス等において、さまざまな情報を持ち寄って総合的に判断するため、そのカンファレンス等に医師も参加することが望ましい。

第3節 健康診査時の留意事項

健康診査での診察は、短時間でまんべんなく診ることに留意する。時間をかけた詳細な診察ではないので、保護者に所見があったことを伝える際には、疑いであっても病名を伝えることは慎重にすべきである。不安を与えるのが健康診査の目的ではない。

また、疑わしき所見があったときには、保護者に対して具体的に次取るべき行動を示唆することが望ましい。単に「様子を見ましょう」というあいまいな指示で終わることは避けるべきである。様子を見るにしても、いつまで様子を見るのか、その後はどこに相談したり受診すればよいのかなどの情報提供を行うことがとても重要である。

第4節 母子健康手帳の活用について

厚生労働省からの通知（雇児発 0911 第1号）に、母子健康手帳の活用については下記表のように記してある。

表 1-1 母子健康手帳に関する通知

健康診査においては、母子健康手帳の内容を参考とし、それまでの発達状況等を保護者の記録も含めて確認するとともに、実施した健康診査の結果について同手帳に記入する。また、児の健康状態の一貫的な把握を行うため、保育所等が実施する健康診断の結果について同手帳への記入がなされるよう、協力を求めるとともに、保護者が自らその結果を確認するよう指導する。

健康診査の場は、子どもにとって緊張する場でもあるので、普段の様子とは異なることが容易に想像される。そのため前述の通知には、普段の様子をよく知っている保護者の記載を確認して診察時の参考にすることの大切さが明記されている。また医師には通知を遵守して、診察結果を母子健康手帳に記載することが求められる。

何らかの所見があった場合には、直接的な表現で記載することがためられることもある。たとえば「言葉の遅れ」などである。そうした所見については、保護者が母子健康手帳に書かないように求めてくることも想定される。その場合には「絵本の読み聞かせをふやしましょう」や「もっとたくさん話しかけてあげましょう」などアドバイスという形で「言葉の遅れ」をうかがわせる記載にするとよい。保護者の気持ちを汲み取るがゆえに、母子健康手帳に何も記載しないというのは、上記の通知を遵守していないことになってしまうので注意が必要である。

第2章 乳幼児健康診査

第1節 法的位置づけ

市区町村は、乳幼児健康診査（満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児と満三歳を超え満四歳に達しない幼児）に加えて、必要に応じ、妊産婦又は乳児もしくは幼児に対して健康診査を行うことが、母子保健法により定められている。これに基づき、乳児健康診査として、ほとんどの市区町村で3～4か月児健康診査が実施されており、ついで9～10か月児健康診査が実施されている。1か月児健康診査は出生した医療機関で行われることが多く公的实施率は高くはないが、ほとんどすべての児が受ける健康診査である。

第2節 乳児期共通の診かた

1. 問診での確認事項

以下の項目については、問診で確認してから診察を行う。

1) 健康診査時の月齢

＊修正月齢：低出生体重児、早産児では出産予定日を出生日として換算した「修正月齢」を求め、身体発育、精神運動発達、離乳の進み方などの評価に用いる。いつまで修正年齢を使うかコンセンサスはないが、一般には、極低出生体重児や在胎34週未満出生の早産児では2～3歳まで、34週以降～37週未満(late preterm)の早産児では1歳頃まで修正年齢を用いる。より未熟性のつよい児は3歳以降も修正年齢での評価が必要な場合がある。

(コラム1参照)

2) 先天異常、合併疾患

3) 家族歴：特に、先天性の視覚・聴覚障害、股関節脱臼について注意

4) 新生児期の異常：仮死、NICUへの入院

5) 栄養方法：母乳、混合、人工栄養、離乳食

6) 排泄：尿・便の色、性状と回数

7) 養育不安：育児に対する感情、母子健康手帳への記載内容

8) 発達のマイルストーン(表2-1)による発達レベル (コラム1参照)

表 2-1 乳児期の発達のマイルストーン

(Denver II—デンバー発達判定法— 観察項目の90%の子どもの達成月齢から作成)

	個人—社会	微細運動—適応	言語	粗大運動
0か月	顔を見つめる		ベルに反応、声をだす	左右対称の運動
1か月		正中線まで追視		頭を上げる
2か月		正中線を越えて追視	「アー」「ウー」などの発声	
3か月	笑いかける、あやし笑い		声を出して笑う	45° 頭を上げる、首がすわる
4か月	手を見つめる	ガラガラを握る、180° 追視、両手を合わす	キャアキャア喜ぶ	90° 頭を上げる、両足で体を支える
5か月		レーズンを見つめる、物に手を伸ばす	音の方に振り向く	胸を上げる、頭とともに引き起こされる
6か月	玩具をとる		声の方向に振り向く	寝返り
7か月		熊手形でつかむ、毛糸を探す		
8か月	自分で食べる	両手に積み木をもつ	パ、ダ、マなどをいう	座れる、5秒以上
9か月		積み木を持ちかえる		
10か月		親指を使ってつかむ	喃語を話す	つかまり立ち、5秒以上、一人ですわる
11か月		積み木を打ち合わせる	ダ、ガ、バ等の音を3つ以上つなげる	つかまって立ち上がる
12か月	拍手をまねる、欲しいものを示す、バイバイをする		意味なく「パパ」「ママ」という	

(コラム1)

低出生体重児の運動発達のマイルストーン

低出生体重児、特に極低出生体重児は、明らかな障害のない児であっても、運動発達や言葉の発達が遅く、後から追いついてくる場合もあり、その発達過程は一人一人異なる。

運動発達指標(マイルストーン)の獲得時期は、下の表にみられるよう、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。発達遅滞は、早産の程度、出生体重を考慮して修正月齢を用いて評価する。

低出生体重児の運動発達指標の獲得時期:出生体重別の運動機能獲得の 90 パーセント通過月齢 (河野由美ら, 小児保健研究 2005;64:258-264)

出生体重	一人座り		つかまり立ち		つたい歩き	
	暦月齢	修正月齢	暦月齢	修正月齢	暦月齢	修正月齢
	(か月)	(か月)	(か月)	(か月)	(か月)	(か月)
1000g未満	12.9	10	14.6	12.1	19.6	16.5
1000～1499g	11.4	9	13.4	10.9	17.3	15.3
1500～1999g	10	8.4	12.5	11.1	16.2	14.9
正期産児(厚生労働省調査)	8.4		10		14.6	

2. 身体計測値の評価

- 1) 乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）に計測値をプロットして評価する。（巻末資料）
- 2) 主要パーセンタイル曲線（3、10、25、50、75、90、97パーセンタイル曲線）の2本を短期間で横切る場合を体増加不良の判定とする。あるいは、プロットした曲線が主要曲線の傾きより横にねてきた場合も増加不良が示唆される。
- 3) 増加不良が認められた場合、その月年齢と随伴する症状を把握することは重要である。また、原因として適切な栄養が与えられているか、育児過誤や虐待も念頭にいれ問診を確認する必要がある。
- 4) 出生体重が小さいほど、修正月年齢をもちいて評価しても相当年齢の発育値とくらべ、特に低年齢の間、下回ることが多い。さらに、より小さく生まれた児ほど、暦月齢での正常範囲にキャッチアップする時期は遅くなる。**Small for dates**児（出生体重、身長とも在胎期間相当の10パーセンタイル未満）や**Light for dates**児（身長のいかに関わらず出生体重が10パーセンタイル未満）は、**Appropriate for dates**児（出生体重、身長ともに在胎期間相当の10パーセンタイル以上90パーセンタイル未満）よりも体重、身長のキャッチアップ率が低い（コラム2参照）。

（コラム2）

発育のキャッチアップ

キャッチアップとは、「一過性の発育の停滞があった後、ある年齢あるいはある成熟の時期にみられる標準的な増加速度の限界以上に成長すること」とされる。

低出生体重児の身体発育では、身長、体重、頭囲がそれぞれ年齢相当の発育値の-2SD未満であったものが-2SDを越えた場合に使われることが多いが、3パーセンタイルや10パーセンタイルを基準としている場合もある。

乳幼児発育曲線でプロットした場合、3パーセンタイルまたは-2SDの曲線の下方にあったのが、曲線をまたいで上方に達してきた場合をいう。2歳以降では、暦月齢でキャッチアップを評価する。

第3節 1か月児健康診査（新生児の診かた）

1か月児健康診査は、産科退院後初めて診察をうける機会となることが多い。周産期リスク要因を確認して診察にあたる。活気や呼吸状態、哺乳状況や体重増加、筋緊張などの神経学的異常についての診察評価が重要である。1か月健康診査での標準的な診察所見について、表2-2に挙げた。以下、表の診察所見の順に「所見の取り方」と「判定と対応」を解説する。

表2-2 1か月児健康診査の診察所見

1. 身体的発育異常
2. 精神発達障害・・・視線があわない、音や声に反応しない
3. けいれん
4. 運動発達異常・・・姿勢の異常、自発運動の異常
5. 神経系の異常・・・筋緊張異常、反射の異常
6. 感覚器の異常・・・視覚異常、聴覚異常
7. 血液疾患・・・貧血、その他
8. 皮膚疾患・・・湿疹、その他
9. 股関節・・・開排制限、M字型開脚ではない
10. 斜頸
11. 循環器系疾患・・・心雑音、その他
12. 呼吸器系疾患
13. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他
14. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他
15. 先天性代謝異常
16. 先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）
17. その他の異常（児童虐待など）

1. 身体的発育異常

1) 所見の取り方

- (1) 性別の身体発育曲線上で3パーセントイル以上97パーセントイル未満を正常範囲とする。
- (2) 体重増加量：産科退院後の1日あたり体重増加は通常20～50g/日
- (3) 全身のプロポーション：頭部と躯幹、四肢の長さ、左右差など全身のプロポーションを確認する。
- (4) 小頭症・大頭症がないか、急激な増加はないか頭囲を確認する。

2) 判定と対応

- (1) 体重、身長、頭囲のいずれかが3パーセントイル未満、あるいは97パーセントイル以上の場合、出生時からの増加をみて異常かどうかを判断する。

- (2) 産科退院後の1日あたり体重増加量が20g/日未満の場合は、栄養方法に過誤がないか確認し指導する。嘔吐や便秘などの症状、脱水を疑う時は精密検査が必要である。
- (3) 頭部が大きく四肢が極端に短い場合には、精密検査とする。
- (4) 大頭・小頭は、家族性のこともあるが、増悪の傾向が認められる場合には経過観察あるいは精密検査とする。

2. 精神発達障害

1) 所見の取り方

20~30cmの高さのペンライトや検者の顔を注視する(固視)。ゆっくり左右に動かすと追視がみられることが多い。大きな音に反応する。母の声かけなどで静まり、機嫌がよければ泣き声以外の「あー」「うー」などの声(cooing)がきかれる。

2) 判定と対応

固視が確認できれば追視はみられなくても経過観察でよい。Cooingも3か月頃から出てくる例もあり、なくても経過観察とする。

3. けいれん

1) 所見の取り方

新生児が、小さな刺激に反応して手足や口をピクピクさせるのは生理的な動きがほとんどである。チアノーゼや無呼吸を伴う、眼球偏位、一点凝視を伴う、四肢の大きな動きであるなど場合にはけいれんの疑いがある。

2) 判定と対応

生理的な反応かどうかを判定し、けいれんが疑われる場合には精密検査のために医療機関を紹介する。

4. 運動発達異常

1) 所見の取り方

1か月児健康診査での運動機能は、姿勢の観察による粗大運動と四肢の動きを見て所見をとる。

- (1) 仰臥位での姿勢: 上下肢は軽く屈曲し、手は軽く握っている。抗重力的に、四肢をそれぞれ自由動かす。
- (2) 自発運動: 手足は自由に動かす。頭部は左右のどちらかを向いているが、時向きを動かす。

2) 判定と対応

以下の所見が認められた場合には精密検査とし、医療機関を紹介する。

- (1) 仰臥位での姿勢で明らかな反り返り(後弓反張)、強い非対称性緊張性頸反射肢位、

- 四肢を床面につけたままの姿勢（いわゆる蛙肢位）は異常な姿勢である。
- (2) 手足の動きの明らかな左右差は、分娩麻痺、片麻痺の疑いがある。

5. 神経系の異常

1) 所見の取り方

- (1) 筋緊張は、上肢・下肢の筋肉をつまんで、弾性をみる。関節を屈伸させ、関節可動域の亢進や制限をみる。
- (2) 引き起こし反応：検者の母指を手掌に握らせて、検者の他の四指で児の手背から前腕遠位端部を支えてゆっくりと引き上げる。1か月では頭は後屈し、上肢は伸展または軽度屈曲し、下肢は開いたままである（図 2-1 a）。
- (3) 水平抱き（腹臥位懸垂）：胸腹部を支えてもちあげ水平位にする。少し頭を持ち上げようとするが背部は軽度曲がっている（図 2-2 a）。

2) 判定と対応

以下のような明らかな筋緊張低下や亢進、姿勢の異常は精密検査とし、医療機関を紹介する。

- (1) 筋緊張の極端な低下ではいわゆる蛙肢位をとる。極端な亢進では、躯幹が反り返った反張位や、四肢の屈曲の著しい制限を認める。
- (2) 引き起こし反応で、身体が棒のように立ってしまったり（図 2-1 b）、頭が極端に後屈したり、肘関節が完全に伸展し肩が抜けそうになったり（図 2-1 c）するのは病的と判断する。
- (3) 水平横抱きでは、体幹が極端に逆 U 字型に曲がれば筋緊張低下であり（図 2-2 b）、逆に顔をあげ、下肢も伸展している姿勢（図 2-2 c）は 1 か月では筋緊張亢進が疑われる。

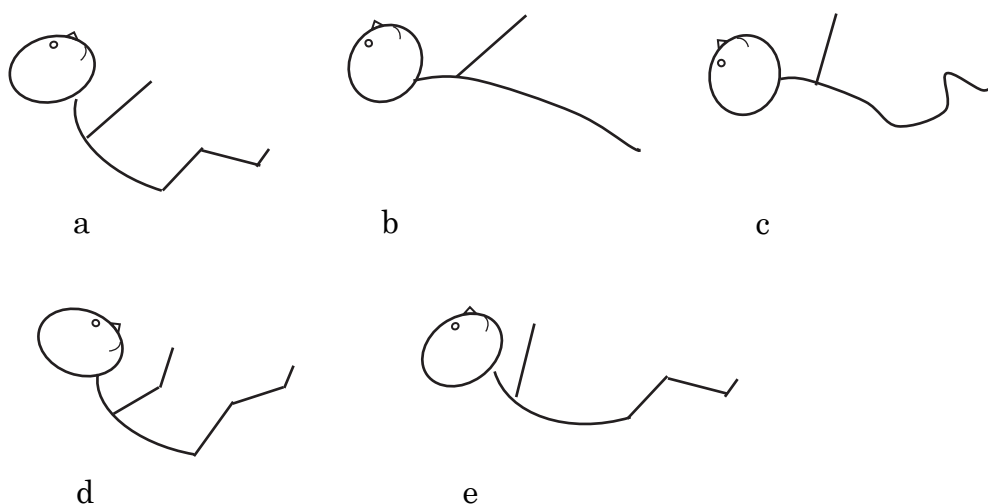


図 2-1 引き起こし反応

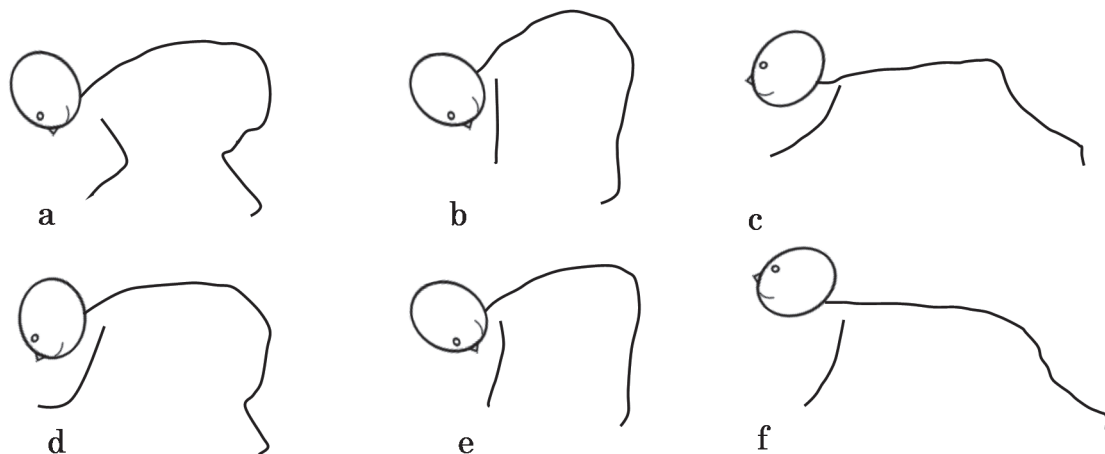


図 2-2 水平抱き(腹臥位懸垂)の姿勢

6. 感覚器の異常

6.1 視覚の異常

1) 新生児期に注意すべき眼科疾患

新生児の視力はおおよそ 0.01~0.02、生後 2 か月頃から急速に発達し、3 歳で 0.5 以上の視力となる。成人と同じレベルに達するのは 8~9 歳である。視力の発達途上で感受性の高い 0~2 歳に起こる眼疾患は、発見が遅れると視力予後不良となる。先天白内障、先天緑内障、先天眼底疾患、網膜芽細胞腫は、頻度は 1~2 万人に 1~3 人と少ないが、早期に発見したい重症眼疾患である。先天白内障は視覚刺激を遮断するため、両眼性は生後 10~12 週以内、片眼性は生後 6 週以内に手術治療を行って、速やかに屈折矯正(眼鏡・コンタクトレンズ装着)と弱視訓練を開始しないと良好な視力は望めない。先天緑内障は早急な手術治療を行わないと、角膜混濁や視神経障害が起こり重篤な視力障害をきたす。先天眼底疾患には網膜剥離へ進行して失明する疾患があり、早期の眼底検査と治療が視力予後を左右する。

2) 診察項目

視診：異常徴候の検出

3) 所見の取り方

ペンライトを使用して瞳孔反応をみる。続いて外眼部・前眼部を注意深く診察する。白色瞳孔(瞳の奥が白い)、羞明、流涙、充血、眼球の大きさの左右差、瞼の異常、瞳孔の形の異常、角膜混濁、瞳孔領白濁などの異常所見があれば眼疾患が疑われる(表 2-3 コラム 3 参照)。

4) 判定と対応

視診にて異常所見のある児は、早急に眼科での精密検査をすすめる。

参照：日本視能訓練士協会 <http://www.jaco.or.jp/pdf/mame/check.pdf>

表 2-3 眼疾患を疑う異常所見

異常所見	眼疾患
白色瞳孔	網膜芽細胞腫 網膜硝子体疾患 網膜剥離 硝子体出血 眼内炎
羞明・流涙・充血	先天緑内障 前眼部形成不全 睫毛内反 眼内炎
角膜混濁	先天緑内障 分娩時外傷 角膜デルモイド 前眼部形成不全
眼球・角膜の左右差	先天緑内障(大きい) 小眼球・小角膜(小さい)
眼瞼の異常	眼瞼下垂 動眼神経麻痺 眼瞼欠損 小眼球
瞳孔の形の異常	先天無虹彩 前眼部形成不全 瞳孔膜遺残
瞳孔領白濁	先天白内障

(コラム3)

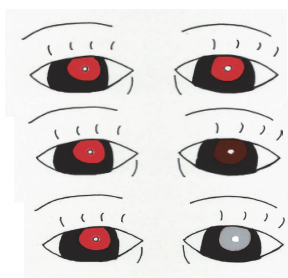
Red reflex 法

直像鏡（検影器）を使用して眼底からの反射を瞳孔から観察する方法であり、角膜混濁、白内障、網膜芽細胞腫、網膜剥離などの疑いのある児を簡便に検出できる有効な方法である。両眼から同じ大きさの黄橙色の明るい反射が観察できれば正常である（図）。暗室で実施した方が瞳孔径が大きくなり観察しやすいが、半暗室や明室でも検査可能である。検者は腕の長さの距離（約 50cm）から患児の瞳孔に直像鏡の光を当てて観察する。左右眼いずれかでも反射が観察できない児は、早急に眼科での精密検査を勧告する。

Red reflex法



簡便な直像鏡



正常
両眼から同等の反射

左眼強度屈折異常
左眼の反射が暗い

左眼白内障
左眼の反射がない

6.2 聴覚の異常

1) 所見の取り方

母子健康手帳に新生児聴覚スクリーニングの結果が記載されているかどうかを確認する。

2) 判定と対応

母子健康手帳に「両耳リファー」もしくは「右耳リファー」「左耳リファー」と記載されている場合には精密聴覚検査機関を受診したかどうかを確認する。精密聴覚検査機関を受診していない場合には速やかに受診をするように促す。

新生児聴覚スクリーニングを受検していないことが確認できた場合には、聴覚発達のチェックリストにしたがって、聴性行動の発達を確認しながら子育てをするように保護者に伝える。(4か月健康診査を参照)

(コラム4)

新生児聴覚スクリーニングの結果の解釈

新生児聴覚スクリーニングは主に2種類の検査機器で実施される。自動 ABR と OAE スクリーナーであるが、OAE スクリーナーでは偽陽性が多く、スクリーニング機器として自動 ABR を推奨する自治体が多い。

いずれの方法で実施されても結果はリファー（要再検）とパス（反応あり）で表現される。

自動 ABR でスクリーニング検査をした場合、両側パスの5人のうち3人で補聴器が必要となる両側難聴が発見され、一側リファーの12人のうち1人が両側難聴である。したがって、両側リファーのみならず、一側リファーであっても確実な精密聴覚検査が必要となる。

なお、新生児聴覚スクリーニング後の精密聴覚検査機関のリストは日本耳鼻咽喉科学会のホームページに公開されている。

一方、新生児聴覚スクリーニング実施後に難聴を発症し、両側パスから両側難聴になるケースもある。新生児聴覚スクリーニングで両側パスという結果であったとしても、保護者に聞こえに関する不安があった時には随時相談するように説明することも肝要である。



7. 血液疾患

1) 所見の取り方

- (1) 貧血：全身の皮膚色、眼瞼結膜の色調をみる
- (2) 黄疸：皮膚と眼球結膜の色調をみて黄疸の有無を判断する。
- (3) 出血：ビタミン K 欠乏性出血症は主として生後3週間から2か月までに発症し、母乳栄養児に多い。乳児では頭蓋内出血が多いが、ほかに消化管出血がある。

2) 判定と対応

- (1) 顔面蒼白や眼瞼結膜の蒼白がある場合や明らかな頰脈、心尖部および心基部の収縮期雑音が聴取される場合には、精密検査のため医療機関を紹介する。
- (2) 黄疸を認めたら、栄養方法と便の色調を母子健康手帳の便色カードで確認する。
閉塞性黄疸では便は灰白色（便色カード1、2、3に該当）、皮膚はくすんだ黄色を呈する。高度な黄疸、閉塞性黄疸が疑われる場合には直ちに精密検査のため医療機関の受診をすすめる。
- (3) 日本小児科学会のビタミンK製剤投与の改訂ガイドライン（2011年）（コラム5参照）に沿って、ビタミンK内服が確実に行われていることを確認する。

(コラム5)

新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症に対するビタミンK製剤投与の改訂ガイドライン
(修正版) 抜粋. (出典: 白幡聡、他 日児誌 115:705-712, 2011)

合併症をもたない正期産新生児への予防投与

- ① 第1回目: 出生後、数回の哺乳により哺乳が確立したことを確かめてから、ビタミンK2シロップ1ml(2mg)を経口的に1回投与する。なお、ビタミンK2シロップは高浸透圧のため、滅菌水で10倍に薄めて投与するのほひとつの方法である。
- ② 第2回目: 生後1週間または産科退院時のいずれかの早い時期に、ビタミンK2シロップを前回と同様に投与する。
- ③ 第3回目: 1か月健康診査時にビタミンK2シロップを前回と同様に投与する。

留意点等

- 1) 1か月健康診査の時点で人工栄養が主体(おおむね半分以上)の場合には、それ以降のビタミンK2シロップの投与を中止してよい。
- 2) 出生時、生後1週間(産科退院時)および1か月健康診査時の3回投与では、我が国およびEU諸国の調査で乳児ビタミンK欠乏性出血症の報告がある。このような症例の発生を予防するため、出生後3か月までビタミンK2シロップを週1回投与する方法もある。
- 3) ビタミンKを豊富に含有する食品(納豆、緑葉野菜など)を摂取すると乳汁中のビタミンK含量が増加するので、母乳を与えている母親にはこれらの食品を積極的に摂取するようにすすめる。母親へビタミンK製剤を投与する方法も選択肢のひとつであるが、現時点では推奨するに足る十分な証左はない。
- 4) 助産師の介助のもと、助産院もしくは自宅で娩出された新生児についてもビタミンK2シロップの予防投与が遵守されなければならない。

8. 皮膚疾患

1) 所見の取り方

- (1) 視診・触診で湿疹の部位、性状を診る。脂漏性湿疹は、頭部、頬部、眉毛部、耳介周囲などに油脂性の鱗屑が付着し、黄白色の厚い痂皮を呈する。
- (2) 多発する黒子、カフェ・オ・レ斑や巨大な色素性母斑等では母斑に併発する神経皮膚症候群を考慮する。
- (3) 乳児血管腫（いわゆるいちご状血管腫）は典型的には生後1～4週に出現し増大するやや盛り上がった赤色を呈する。産科退院時には気づかれていないことも多い。

2) 判定と対応

脂漏性湿疹などのいわゆる乳児湿疹では、皮膚の清潔と保湿を中心とするスキンケアを指導する。湿潤や出血があるなど程度が強い時、悪化傾向にあるときは医療機関の受診をすすめる。神経皮膚症候群が疑われる場合も、精密検査のために医療機関を紹介する。乳児血管腫は治療の適応が考えられる場合には医療機関を紹介する（コラム6参照）。

(コラム6)

乳児血管腫（血管腫・血管奇形診療ガイドライン 2017 より）

乳児血管腫（infantile hemangioma）は、本邦で従来用いられている「いちご状血管腫」と基本的に同義だが、国際的な分類に則って「乳児血管腫」という呼称が浸透しつつある。典型的には、生後1～4週に薄い紅斑、毛細血管拡張などとしてあらわれて徐々に鮮紅色となり、1年以内に急速に増大し、2歳頃まで増大する時期（増殖期）を経て、8歳頃までに退縮する。機能障害や潰瘍・出血・二次感染・敗血症の危険性、また将来的にも整容的な問題を惹起する可能性のある病変では、早期に治療を検討・開始する必要がある。そのような可能性が低ければ wait-and-see policy で、必要に応じて精神的なサポートを行う。乳児血管腫の治療法には、薬物療法のほか、手術療法、レーザー治療、冷凍凝固療法、持続圧迫療法、塞栓療法、放射線療法などがある。最近では慎重な観察下でのプロプラノロール内服療法が薬物療法の第1選択となりつつある。

9. 股関節

1) 診察項目

発育性股関節形成不全（先天性股関節脱臼）の所見として以下の2項目を診る。

- (1) 股関節開排制限
- (2) 大腿皮膚溝またはそけい皮膚溝の非対称

2) 所見の取り方

3～4か月児健康診査の項を参照。

3) 判定と対応

1 か月健康診査では早期予防が大切であり、全ての児、特に医療機関紹介基準に該当する例は、M字型開脚での下肢の自由な動きを妨げない扱い方や頭部を保持してのコアラ抱っこ、向き癖への対応などを指導する。

(コラム7)

発育性股関節形成不全（先天性股関節脱臼）

生後早期からの扱い方で予防ができる。

- ・ M字型開脚での、下肢の自由な動きを妨げない。
- ・ 向き癖反対側の立て膝など非対称肢位に注意する。

全ての児、特に医療機関紹介基準に該当する例は、下肢の自由な動きを妨げない扱い方や頭部を保持してのコアラ抱っこ、向き癖への対応などを指導する。

「先天性股関節脱臼予防」パンフレットは日本小児整形外科学会 HP (<http://www.jpoa.org/>「公開資料」)からどなたでもダウンロード可能。

右図は非対称肢位を示す。右への向き癖の児は左下肢が立て膝～内倒れになっている。



10. 斜頸（先天性筋性斜頸）

1) 所見の取り方

向き癖と反対側の胸鎖乳突筋に腫瘤を触れる時は斜頸を疑う。腫瘤と同側への回旋、反対側への側屈が制限される。

2) 判定と対応

頸部は腫瘤側に傾き、顔面は非腫瘤側を向く。胸鎖乳突筋に腫瘤を触知する場合は医療機関を紹介する。

11. 循環器系疾患

1) 所見の取り方

心音はできるだけ安静な状態で、聴診により、心音の速さ、リズム不整がないかを確認する。高肺血流疾患で肺高血圧があると II 音の亢進が聴かれる。心雑音を聴取する場合には、聴取する場所、最強点、収縮期か拡張期か連続性かを判定する。

2) 判定と対応

心音の異常、心雑音を聴取する場合には、他の症状・所見もあわせて、精密検査のために医療機関へ紹介する。経過観察とする場合は必ず 1～2 か月後に再診察とする。

12. 呼吸器系疾患

1) 所見の取り方

呼吸音は、左右差がないか、ラ音や喘鳴などの異常音がないか確認する。ラ音や喘鳴がある場合には、吸気性か呼気性か、多呼吸・陥没呼吸等の症状はないかをみる。

2) 判定と対応

左右差がある場合、ラ音や喘鳴がある場合には、多呼吸・陥没呼吸、チアノーゼ等の症状もあわせて評価し、精密検査のために医療機関へ紹介する。強い吸気性喘鳴は、喉頭・気管軟弱症や喉頭・気管狭窄症の疑いがあり、直ちに受診をすすめる。

13. 消化器系疾患

1) 所見の取り方

(1) 腹部膨満は、視診で膨満の程度、皮膚の光沢、左右対称性を、触診で緊満感を診る。腹部腫瘤は腹部全体を触り、腫瘤の有無を確認する。

(2) 肝脾腫：肝臓は正常でも触れることがあるが、正常では平滑で柔らかく、大きさも1横指(2cm)以下である。

(3) そけいヘルニア：視診、触診によりそけい部、陰囊、陰唇の腫脹がないかをみる。通常は腫脹の内容は腸管であり、手で腫脹を圧迫するとグル音とともに整復される。女児でリンパ節様の可動性のあるやや硬い腫瘤を触知する場合には卵巣脱出が考えられる。

(4) 臍ヘルニアがある場合には大きさを観察する。

(5) 便秘：便の回数は個人差があり、栄養方法によっても異なる。哺乳状況、腹部膨満、拡張した腸管の有無や、便が粘土状の固形でないか、爆発的な排便がないかななどの症状を確認する。

(6) 便色：母子健康手帳の便色カードで確認する。便色カード1、2、3の記入がある場合には可能な限り医師等が肉眼で確認する。

(7) 診察の最後に舌圧子を用いて、口腔内を観察する。口蓋裂、軟口蓋裂、先天歯の有無、口腔カンジダ症による白斑の有無を診る。

2) 判定と対応

腹部膨満は便秘や嘔吐の症状がなければ経過観察とするが、程度が強い場合や症状を伴う場合は、医療機関の受診をすすめる。腹部腫瘤を触れる場合には、神経芽細胞腫、ウィルムス腫瘍、奇形腫や水腎症などの可能性があり、精密検査のため医療機関を紹介する。そけいヘルニアを認める場合も、医療機関を紹介する。臍ヘルニアは6か月頃までに自然軽快することが多く経過観察のみでよい場合がほとんどであるが、著しく大きい場合には、医療機関の受診をすすめる。著しい腹部膨満、血便などの症状を伴う便秘は医療機関の受診をすすめる。灰白色便(便色カード1、2、3に該当)

を認める場合には、閉塞性黄疸をきたす肝胆道系疾患が疑われるため、直ちに医療機関に紹介し精密検査を行う。口蓋裂、軟口蓋裂を認めた時は、専門の医療機関の受診をすすめる。先天歯は哺乳に影響がなければ経過観察でもよい。口腔カンジダ症は程度に応じて治療が必要なことを説明する。

14. 泌尿生殖器系疾患

1) 所見の取り方

- (1) 停留睾丸は、両側陰嚢内にそれぞれ睾丸を触知できるか、できない時はそけい部から軽く圧迫して触知できるかどうかにより確認する。
- (2) 外生殖器異常：男児では、陰嚢腫大がみられたら、透光性を確認する。透光性があり手で押さえて整復できない場合には陰嚢水腫や精索水腫が疑われる。外尿道口が亀頭の先端より根元側（会陰、陰嚢、陰茎、冠状溝など）にないか、包皮が左右に開いた形をとっていないかを確認する。女児では、視診により陰核肥大、陰唇癒合の有無と色素沈着の程度を診る。
- (3) 肛門周囲の発赤、膿瘍、瘻孔の有無を診る。肛門の位置の確認も必要である。
- (4) 皮膚洞：腰仙部正中の皮膚の陥凹（dimple）を診る。陥凹部の位置、陥凹の深さ、陥凹部分に色素性母斑や発毛の有無、腫瘤の有無を診る。

2) 判定と対応

- (1) 停留睾丸は、経時的に陰嚢内に降りる場合もあり、1か月健康診査では経過観察とする。陰嚢水腫や精索水腫も経過観察とするが、そけいヘルニアと鑑別がつかない場合、他に症状がある場合には、医療機関の受診をすすめる。
- (2) 尿道口の開口位置の異常は尿道下裂が疑われ、専門医療機関に紹介する。女児の外陰で陰核肥大、陰唇癒合、高度な色素沈着は、精密検査のため医療機関を紹介する。
- (3) 肛門の位置異常、瘻孔を認める場合には、医療機関を紹介する。
- (4) 皮膚洞の陥凹部が臀裂上縁や臀裂外にある、陥凹が深い、陥凹部分に母斑や発毛がみられる、腰仙部に腫瘤を認める場合には精査が必要である。臀裂内で尾骨部にある浅い陥凹は必ずしも紹介は必要でない。

15. 先天性代謝異常

1) 所見の取り方

先天性代謝異常の新生児マススクリーニングの結果を確認する。

2) 判定と対応

全項目で「正常」であることを確認して結果を渡す。再採血、要精密検査の判定の場合、すでに実施されているかを確認し、未採血、未受診の場合はただちに受診させる。

16. 先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）

1) 所見の取り方

出生前の原因による形態異常であり、出生時に認めるか、あるいは生後しばらくして気づかれる疾患や病態である。先天奇形、染色体異常症、先天奇形症候群などの多彩な疾患が含まれる。

(1) 頭、顔面、四肢などの小奇形：全身の視診により表 2-4 の項目を診る。

(2) 顔貌異常：ダウン症候群などの独特の顔貌をもつ症候群、特定できないが、なんとなく変わった顔つき（odd looking face）、顔面筋の筋力低下によるミオパチー顔貌等の有無をみる。

2) 判定と対応

形態異常から、先天奇形、染色体異常症、先天奇形症候群が疑われた場合には、異常所見を保護者に説明した上で、精密検査のため医療機関を紹介する。

表 2-4 乳児健康診査でみる主な外表小奇形

頭 部	短頭、長頭、後頭部突出、後頭部扁平、三角頭
顔 面	三角形の顔、四角い顔、前額突出、小顎症、下顎突出、下顎後退
眼	眼間離開、眼球近接、眼瞼裂斜上、眼瞼裂斜下、内眼角贅皮、眼瞼裂狭小、眼瞼下垂、眉毛癒合、長い睫毛
鼻	低い鼻梁、突出した鼻梁、広い鼻梁、低い鼻低、突出した鼻、上向き鼻孔、未発達な鼻翼、長い人中、深い人中
耳	耳介変形、突出した耳、大耳、小耳、副耳、耳介低位、耳瘻孔、耳前瘻孔
口	広い口、狭い口、口角下垂、上口唇・下口唇の肥厚・皮薄、巨歯、巨舌、舌癒着、高口蓋、粘膜下裂口蓋、魔歯、口蓋垂裂
頸	翼状頸、短い頸、後頸部皮膚のたるみ
下肢	揺り椅子状の足底、幅広い母趾、サンダルギャップ、突出した踵、内転中足、折り重なり趾、合趾症、多趾症
上肢	小さい手、短指症、細長い指、母指欠損、内転母指、幅広い母指、屈指症、彎指趾症、太鼓ばち指、先細り指、幅広い指突
手掌紋	単一手掌屈曲線、手掌皮線の欠損

詳しくは以下を参照のこと

日本小児遺伝学会（国際基準に基づく小奇形アトラス 形態異常の記載法 一写真と用語の解説）<http://plaza.umin.ac.jp/p-genet/atlas/index.html>

17. その他の異常（児童虐待など）

1) 所見の取り方

身体の見診にて傷跡、打撲痕、出血斑、やけど痕などに留意する。とくに目立たない臀部や大腿内側に注意し、皮膚の汚れの有無にも留意する。

2) 判定と対応

複数の傷や傷跡があったり、皮膚の汚れが目立ったりする場合、体重増加不良を伴うなどの場合には育児支援の必要度が高いと判定する。母子保健行政担当者と相談の上、子ども家庭相談センター等へ連絡する。

(コラム8)

新生児期からの保湿剤塗布によるアトピー性皮膚炎の発症抑制

アトピー性皮膚炎はかゆみを伴う特徴的な湿疹が、増悪・寛解を反復する乳幼児期に多い疾患である。アレルギー素因や生来の皮膚バリア機能障害に様々な環境因子が関与して発症すると考えられている。アトピー性皮膚炎を発症した児では、まだ湿疹がない生後1週間以内でも皮膚バリアが弱く乾燥しやすい傾向が認められていた。それでは生後すぐから保湿剤で皮膚バリア機能を補強すれば、アトピー性皮膚炎の発症を予防できるのだろうか？最近の国内外の研究ではアトピー性皮膚炎の家族歴がある新生児では、生後早期（遅くとも3週間以内）から保湿剤を毎日全身に1日1回塗布することにより乳児期のアトピー性皮膚炎の発症を3-5割減らすことができたと報告されている。使用された保湿剤の種類は限定されておらず、いずれも低刺激性の市販品であった。もちろん保湿剤だけではアトピー性皮膚炎の完全な発症予防はできない。発症した場合にはスキンケア（皮膚洗浄と保湿）、ステロイド外用薬塗布を含む適切な対応が必要である。また注意すべきなのは、これらの研究はアレルギー疾患の家族歴がある新生児を対象としたもので、家族歴のない一般の新生児では保湿剤塗布による予防効果は認められていない（もともと発症が少ない）という点である。

第4節 3～4か月児健康診査

3～4か月は、Moro 反射などの原始反射から離脱する時期で、顎定、手の協調運動、追視などの機能を獲得する。3～4か月児健康診査での標準的な診察所見について、表 2-5 に挙げた。以下、表の診察所見の順に「所見の取り方」と「判定と対応」を解説する。

表 2-5 3～4か月児健康診査の診察所見

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 身体的発育異常2. 精神発達障害・・笑わない、声がでない、視線があわない3. けいれん4. 運動発達異常・・顎定未完了、物をつかまない5. 神経系の異常・・筋緊張異常、反射の異常6. 感覚器の異常・・追視をしない、斜視、聴覚異常7. 血液疾患・・貧血、その他8. 皮膚疾患・・湿疹、その他9. 股関節・・開排制限、M 字型開脚ではない10. 斜頸11. 循環器系疾患・・心雑音、その他12. 呼吸器系疾患13. 消化器系疾患・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他14. 泌尿生殖器系疾患・・停留睾丸、外性器異常、その他15. 先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）16. その他の異常（児童虐待など） |
|--|

1. 身体的発育異常

1) 所見の取り方

体重、身長が、乳児身体発育曲線に沿った増加かどうかを確認する。小頭症・大頭症がないか、急激な頭囲の増加はないか確認する。

2) 判定と対応

3 パーセンタイル未満、97 パーセンタイル以上、または曲線を 2 つ以上横切る場合は精査を要する。3 パーセンタイル前後で発育曲線に沿って増加がみられている場合には経過観察とする。

2. 精神発達障害

1) 所見の取り方

目をあわせると笑ったり、話しかけたり、おもちゃを見せたりしてあやすと笑う。4 か月では声を出して笑う。声かけに応じて、泣き声以外の「あー」「うー」などの声（cooing）がきかれる。

2) 判定と対応

笑わない、声がでない、視線があわない場合には、精神発達遅滞が疑われる。程度に応じて経過観察または精密検査のための医療機関への紹介とする。

3. けいれん

1) 所見の取り方

一般的に、乳幼児期におこるけいれんで最もよく見られる熱性けいれんは、1歳以降が好発年齢である。よって乳児期、特に6か月未満に見られる全身けいれんは、発熱に伴う場合であっても注意が必要である。

2) 判定と対応

乳児期から軽微な発熱によってけいれんを繰り返している場合には、何らかの基礎疾患を有している場合もあることを考慮し専門の医療機関に紹介する。

4. 運動発達異常

1) 所見の取り方

仰臥位で顔は正面を向き両下肢は屈曲して両足を浮かし、両手を顔の前にもってきて遊ぶ。四肢は活発に動かし、手は開いていることが多い。手にふれたものをつかむことができる。腹臥位では顔が床に対して90度になり、正面を向き、顔が肩より高い位置に来て上半身を両肘で支える。肘の位置は肩より前方になる。引き起こし反応：4か月では、頭部と体幹が平行し肘関節、肩関節に力が入り上肢を屈曲させて、床から45度までひきおこした時に頭部が後ろに倒れない(図2-1 d)。

2) 判定と対応

仰臥位で頭は一方をむいたままで動かさない(強い非対称性緊張性頸反射肢位)、60度まで引き起こしても頭部が前屈せず、頭部が後屈したままならば、頸定は未完了である(図2-1 e)。頸部と体幹の軸が一致していれば、頸定と判断する。90度まで引き起こし前後に首を軽くゆすった時に、頭部が大きく揺れて立ち直りできない場合も頸定していない。手を強く握ったままで物に触れても開いてつかもうとしない場合、異常が疑われる。頸定が未完了の場合、3か月～4か月前半であれば、約1か月後の経過追跡とする。4か月後半の場合や、明らかな姿勢や運動の異常、筋緊張の異常を伴う場合には、医療機関への受診をすすめる。

5. 神経系の異常

1) 所見の取り方

仰臥位、腹臥位での姿勢を観察する。引き起こし反応、水平抱き(腹臥位懸垂)での姿勢から筋緊張低下や亢進を評価する。筋肉をつまみ弾性をみる。水平抱きでは、やや頭を挙げ、体幹は軽度の屈曲か伸展、上肢は軽く伸展し手を開き、下肢は軽く伸展

する（図 2-2 d）。原始反射である Moro 反射、手の把握反射は消失している。

2) 判定と対応

明らかな反り返り（後弓反張）、四肢を床面につけたままの姿勢（いわゆる蛙肢位）、強い非対称性緊張性頸反射肢位、強く手を握っているのは異常な姿勢である。水平抱きで体幹が逆 U 字型（低緊張）（図 2-2 e）、頭部が後屈し下肢が伸展する反り返り（緊張亢進）（図 2-2 f）がみられるのは異常所見である。姿勢や反射で異常が認められる場合には、医療機関の受診をすすめる。

6. 感覚器の異常

6.1 視覚の異常

1) 乳児期に注意すべき眼科疾患

新生児期と同様に重症眼疾患の早期発見が重要である。さらに生後 2～3 か月頃から、両目で物を立体的にとらえる機能（立体視）が急速に発達するが、この時期に顕性化してくるのが乳児内斜視である。正常な乳児では生後 4 か月で約 85%、生後 6 か月になると 95%以上が正位となる。生後 2 か月以降に大角度の内斜視がある場合には自然軽快はほとんどない。乳児内斜視は未治療のまま 3 か月以上放置すると、弱視をきたし立体視の獲得が困難となる。

乳児期から目に関する問診（表 2-6）を積極的に行い、気になる症状があれば眼科受診を促す。

表 2-6 乳幼児の目に関する問診

生後 2～3 か月までに開始	(はい いいえ)
・ 瞳が白くみえたり、光ってみえることはないですか	
・ 眼の大きさや形がおかしいと思ったことがありますか	
・ 視線が合いますか	
・ 動くものを目で追いますか	
・ 目がゆれることはないですか	
・ 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか	
・ 極端にまぶしがることはないですか	
・ 片目を隠すと嫌がりませんか	

2) 診察項目

- (1) 視診：異常徴候の検出
- (2) 固視検査：視反応の左右差を検出
- (3) 眼位検査：斜視の検出

3) 所見の取り方

- (1) 新生児期と同じ (表 2-3)。さらに自然な状態で頭位異常や眼位異常 (斜視) の有無を観察する。
- (2) ペンライトや興味をひくおもちゃを使用して固視と追視を観察する。片眼性の疾患は良い方の目で見ているため異常に気づきにくい。必ず片眼ずつ交互に手指で隠して、左右の視反応 (固視、追視) に違いがないか観察することが重要である。一眼を隠したときだけ嫌がるしぐさ (嫌悪反応) がみられる場合や (図 2-3a)、一眼だけが常に斜視で、斜視でない方の眼を遮閉すると、他眼では固視できずに視線が定まらない場合には (図 2-3b) には、他眼に重症眼疾患がある可能性が高い。
- (3) ペンライトを両眼にあてて角膜からの反射を観察する。左右眼ともに瞳孔の中心に反射光が観察されれば正位 (顕性斜視なし)、反射光が瞳孔中心からずれていれば内、外、上、下斜視が疑われる (図 2-4 Step 1: 角膜反射法)。次に、片眼ずつ遮閉して他眼の動きを観察する。他眼の位置ずれが起これば斜視と判定できる (図 2-4 Step 2: 遮閉試験)。内眼角贅皮のために内側の白目 (強膜) が隠れて、見かけ上の内斜視 (仮性内斜視) を呈することがある。角膜反射法と遮閉試験を行えば真の斜視かどうか判別できる。

3) 判定と対応

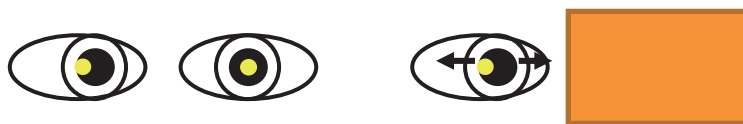
視診にて異常所見のある児、視反応が不良な児、左右眼の視反応に差がある児、斜視のある児は、早急に眼科での精密検査をすすめる。

a 嫌悪反応



左眼を隠したときだけ嫌がる

b 片眼の斜視



左眼 (斜視でない方の眼) を遮閉すると
右眼では固視できず眼球が揺れる

図 2-3 片眼性眼疾患の検出 (右眼に疾患のある場合)

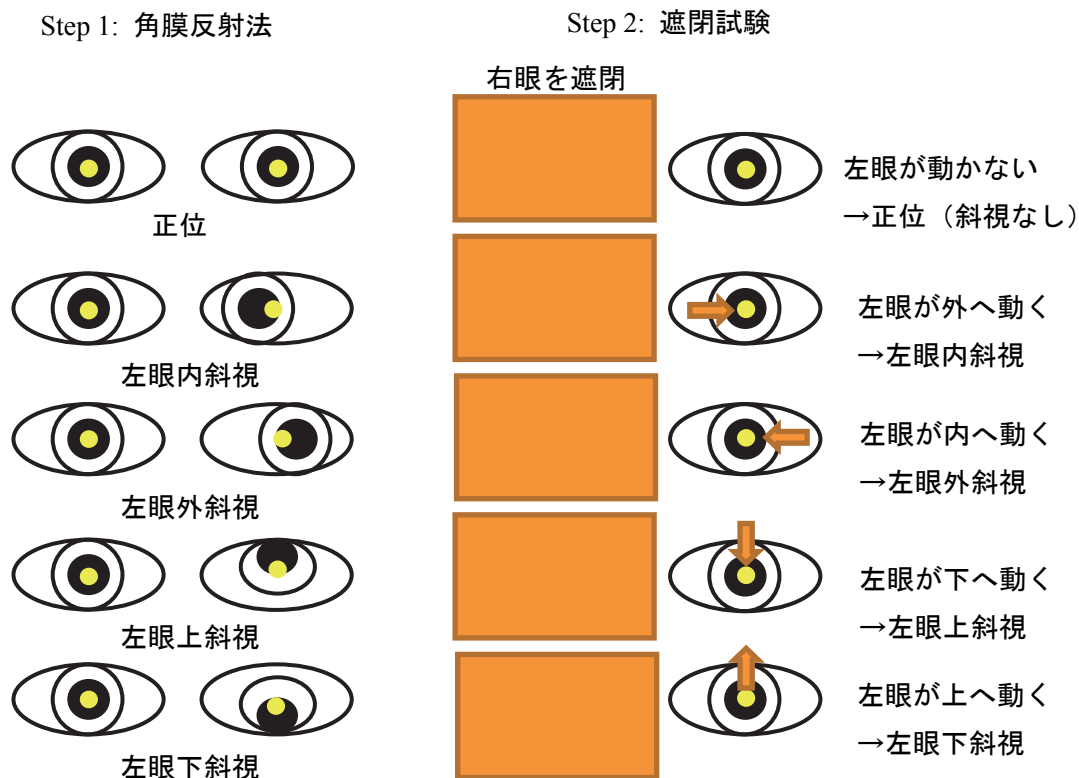


図 2-4 眼位検査（左眼斜視の検出）

6.2 聴覚の異常

1) 所見の取り方

保護者から「聞こえていない」という不安の訴えがあった場合に、「聴覚発達チェックリスト」（表 2-7）をつけてもらう。

2) 判定と対応

傍から観察できる聴性行動は生後 4 か月前後に一時的に鈍くなり、周囲からみて「聞こえていない」ようにみえる。このためこの時期に難聴に対する不安を訴える保護者は多い（図 2-5）。

「聴覚発達チェックリスト」を生後 4 か月以降につけると、Moro 反射などの原始反射を評価する 0 か月から 2 か月の項目には「×」がつくのが健聴児の所見となる。なお、健聴では 3 か月以降の項目のいくつかに「○」が付き、高度以上の難聴児では全ての項目で「×」が付く。

また、先天性難聴の多くは内耳性難聴であるが、難聴に併発して前庭機能の機能異常が発生し首の据わりが遅れることがある。この時期に首が据わっていない場合には難聴である可能性も考慮する必要がある。

加えて新生児聴覚スクリーニングを受検していない、新生児聴覚スクリーニングで両側もしくは一側リファーであって精密聴覚検査機関に通院していない児については精密聴覚検査機関を受診することが推奨される。

上記のいずれにも該当しない児では、月齢にしたがって聴性行動が回復してくるかどうかを保護者が「聴覚発達チェックリスト」に基づいてチェックし、難聴に対する不安があったら精密聴覚検査機関を受診するように促す。

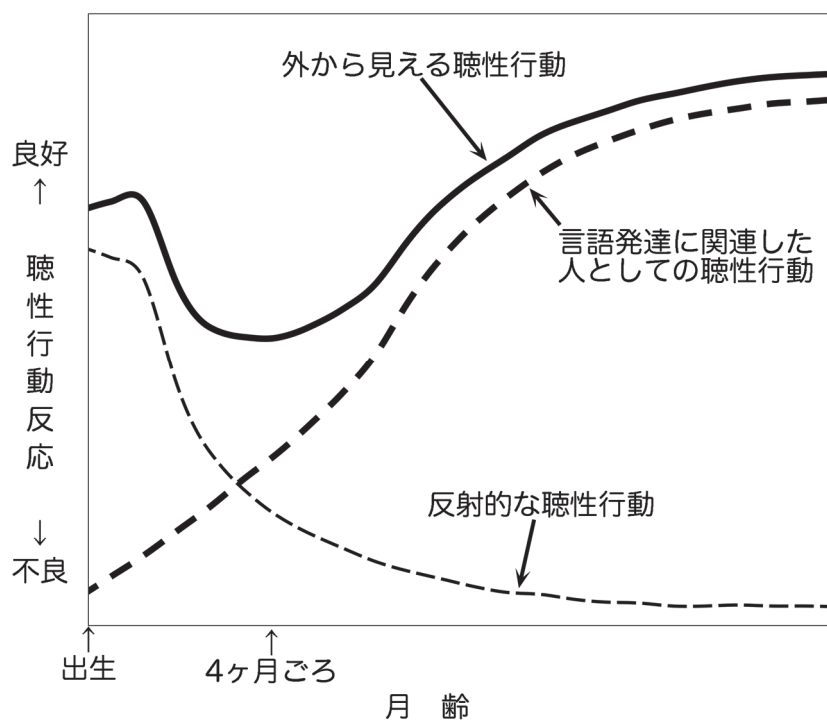


図 2-5 聴性行動の発達
(益田 慎：小児の聴覚の正常発達. 小児内科 42 : 456-459, 2010)

表 2-7 聴覚発達チェックリスト (田中・進藤式)

0 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 突然の音にビクッとする <input type="checkbox"/> 突然の音にまぶたをぎゅっと閉じる <input type="checkbox"/> 眠っているときに突然大きな音がするとまぶたが開く
1 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 突然の音にビクッとして手足を伸ばす <input type="checkbox"/> 眠っていて突然の音に目を覚ますか、または泣き出す <input type="checkbox"/> 目が開いているときに急に大きな音がするとまぶたを閉じる <input type="checkbox"/> 泣いているとき、または動いているとき声をかけると泣きやむか動作を止める <input type="checkbox"/> 近くで声をかける (またはガラガラを鳴らす) とゆっくり顔を向けることがある
2 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 眠っていて急に鋭い音がすると、ビクッと手足を動かしたりまばたきをする <input type="checkbox"/> 眠っていて子どもの騒ぐ声や、くしゃみ、掃除機などの音に目を覚ます <input type="checkbox"/> 話しかけると、アーとかウーとか声を出して喜ぶ (またはニコニコする)
3 か月ごろ	<input type="checkbox"/> ラジオの音、テレビの音、コマーシャルなどに顔 (または眼) を向けることがある <input type="checkbox"/> 怒った声や優しい声、歌や音楽に不安げな表情をしたり喜んだり嫌がったりする
4 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 日常のいろいろな音 (玩具・テレビ・楽器・戸の開閉) に関心を示す (振り向く) <input type="checkbox"/> 名を呼ぶとゆっくりではあるが顔を向ける <input type="checkbox"/> 人の声 (特に聞き慣れた母の声) に振り向く <input type="checkbox"/> 不意の音や聞き慣れない音、珍しい音にははっきり顔を向ける
5 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 耳元に目覚まし時計を近づけると、コチコチという音に振り向く <input type="checkbox"/> 父母や人の声などよく聞き分ける <input type="checkbox"/> 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
6 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 話しかけたり歌をうたってやるとじっと顔をみている <input type="checkbox"/> 声をかけると意図的にさっと振り向く <input type="checkbox"/> ラジオやテレビの音に敏感に振り向く
7 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 隣の部屋の物音や、外の動物の鳴き声などに振り向く <input type="checkbox"/> 話しかけたり歌をうたってやると、じっと口元を見つめ、時に声を出して応える <input type="checkbox"/> 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振り向く <input type="checkbox"/> 叱った声 (メッ、コラなど) や近くでなる突然の音に驚く (または泣き出す)
8 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 動物のなき声をまねるとキャッキヤと言って喜ぶ <input type="checkbox"/> きげん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 <input type="checkbox"/> ダメッ、コラッなどという、手を引っ込めたり泣き出したりする <input type="checkbox"/> 耳元に小さな声 (時計のコチコチ音) などを近づけると振り向く
9 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 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 (音のほうにはってゆく、または見まわす) <input type="checkbox"/> 「オイデ」「バイバイ」などの人のことば (身振りを入れずにことばだけで命じて) に応じて行動する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 音楽や、歌をうたってやると、手足を動かして喜ぶ <input type="checkbox"/> ちょっとした物音や、ちょっとでも変わった音がするとハッと向く
10 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 「ママ」、「マンマ」または「ネンネ」など、人のことばをまねていう <input type="checkbox"/> 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
11 か月ごろ	<input type="checkbox"/> 音楽のリズムに合わせて身体を動かす <input type="checkbox"/> 「・・・チョウダイ」というと、そのものを手渡す <input type="checkbox"/> 「・・・ドコ？」と聞くと、そちらを見る
12～15 か月ごろ	<input type="checkbox"/> となりの部屋で物音がすると、不思議がって、耳を傾けたり、あるいは合図して教える <input type="checkbox"/> 簡単なことばによるいいつけや、要求に応じて行動する <input type="checkbox"/> 目、耳、口、その他の身体部位をたずねると、指さす

(コラム9)

摂食・嚥下について

哺乳量が確保できず、体重増加不良のある児の中に、空気嚥下が多く腹部が膨満し放屁が多い児がいる。その中の多くが嚥下に問題を抱えている。

顎を前に突き出すような体位（Sniffing position）をとることで、嚥下が改善することも多いが、口の中を観察したときに真っ先に舌下部が見えるような場合では高口蓋に伴う嚥下障害があり、専門医や言語聴覚士の診察が必要になることが多い。

嚥下障害を放置しておくと離乳食がすすまず、離乳食後期で窒息するリスクが増えることになる。また2歳前後から構音障害が問題になることもある。

7. 血液疾患

1) 所見の取り方

貧血について、全身の皮膚色、眼瞼結膜の色調をみる。点状出血斑、紫斑の有無をみる。

2) 判定と対応

皮膚、眼瞼結膜の蒼白、複数の点状出血斑、紫斑を認めた場合には、専門の医療機関を紹介する。

8. 皮膚疾患

1) 所見の取り方

視診・触診で湿疹の部位、性状を診る。いわゆる乳児湿疹には、乳児脂漏性湿疹やアトピー性皮膚炎、接触性皮膚炎などが含まれる。脂漏性湿疹は生後3か月を過ぎると皮脂の分泌が低下し自然軽快することが多い。アトピー性皮膚炎は、やや遅く発症し、顔面、頭部を主体に生じ、左右対称性に体幹、四肢にも病変が波及する。痒みが強く掻爬痕、痂皮などを伴うことが多い。多発する黒子、カフエ・オ・レ斑や巨大な色素性母斑等では母斑に併発する神経皮膚症候群を考慮する。

2) 判定と対応

乳児湿疹では、皮膚の清潔と保湿を中心とするスキンケアを指導する。湿潤や出血があるなど程度が強い時、悪化傾向にあるときは医療機関の受診をすすめる。神経皮膚症候群が疑われる場合も、精密検査のために医療機関を紹介する。

9. 股関節

1) 診察項目

- (1) 股関節開排制限
- (2) 大腿皮膚溝
- (3) そけい皮膚溝の非対称

2) 所見の取り方

(1) 股関節開排制限

赤ちゃんを仰臥位に寝かせ、骨盤を水平にし、股関節と膝関節を 90 度～100 度に屈曲して開く。骨頭に傷害が生じることもあり、開排制限があれば無理に開かない。股関節を開いたとき、床からの角度(a)が 20 度以上ある場合を開排制限陽性とする(図 2-6)。

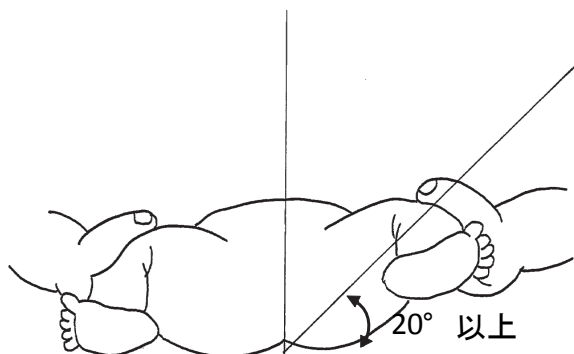


図 2-6 左股関節開排制限

(2) 大腿皮膚溝非対称

赤ちゃんを仰臥位に寝かせて、下肢を伸展し大腿皮膚溝の深さ、長さ、位置の非対称を診る。深く大腿後面まで達する左右差を陽性とする。

(3) そけい皮膚溝非対称

開排制限がある側(この図では左)のそけい皮膚溝が深く長くなる(図 2-7)。

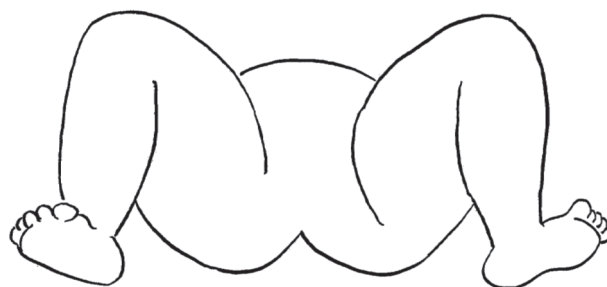


図 2-7 そけい皮膚溝非対称(左そけい皮膚溝が深く、長い)

(コラム 10)

発育性股関節形成不全（先天性股関節脱臼）

スクリーニングは身体所見のみでなく、問診が極めて重要で家族歴、女兒、骨盤位分娩の危険因子を確認する必要がある。

日本整形外科学会、日本小児整形外科学会による医療機関への紹介基準は、

- ① 股関節開排制限
- ② 大腿皮膚溝、またはそけい皮膚溝の非対称
- ③ 家族歴：血縁者の股関節疾患
- ④ 女兒
- ⑤ 骨盤位分娩（帝王切開時の肢位を含む）

である。

対応としては、①開排制限が陽性であれば医療機関へ紹介する。または②、③、④、⑤のうち2つ以上あれば医療機関へ紹介する。

10. 斜頸

1 か月児健康診査の項目を参照

11. 循環器系疾患

1 か月児健康診査の項目を参照

12. 呼吸器系疾患

1 か月児健康診査の項目を参照

13. 消化器系疾患

1 か月児健康診査の項目を参照

14. 泌尿生殖器系疾

1) 所見の取り方

- (1) 停留睾丸は、両側陰嚢内にそれぞれ睾丸を触知できるか、できない時はそけい部から軽く圧迫して触知できるかどうかにより確認する。
- (2) 外性器異常：男児では、陰嚢腫大がみられたら、透光性を確認する。透光性があり手で押さえて整復できない場合には陰嚢水腫や精索水腫が疑われる。外尿道口の開口部の位置をみて、尿道下裂がないか確認する。女児では、視診により陰核肥大、陰唇癒合の有無と色素沈着の程度を診る。

2) 判定と対応

停留睾丸は、経時的に陰嚢内に降りる場合もあり、3～4 か月健康診査でも経過観

察としてもよいが、全く睾丸を触知しない場合には医療機関に紹介する。陰嚢水腫や精索水腫も経過観察とするが、そけいヘルニアと鑑別がつかない場合には、医療機関の受診をすすめる。尿道口の開口位置異常は尿道下裂が疑われ、専門医療機関に紹介する。女兒の外陰で陰核肥大、陰唇癒合、高度な色素沈着は、精密検査のため医療機関を紹介する。

15. 先天性形態異常（頭、顔面、四肢、体幹等）

頭、顔面、四肢については1か月児健康診査の項目を参照

1) 診察項目

腰仙部

2) 所見の取り方

腰仙部の腫瘤、血管腫や皮膚所見、陥凹(dimple)の位置や深さをみる。

3) 判定と対応

腫瘤や血管腫、正中部の異常発毛や母斑など皮膚所見のある例、陥凹の位置が臀裂上縁や臀裂外の例、陥凹が深い、臀裂が中央からずれている、臀部の大きさに左右差がある例は医療機関へ紹介する。臀裂内で尾骨部にある浅い陥凹は必ずしも紹介は必要でない。

16. その他の異常（児童虐待など）

1か月児健康診査の項目を参照

(コラム 11)

湿疹があっても離乳食開始時期を遅らせない～食物アレルギーの発症を防ぐ～

食物アレルギーは乳幼児期に多く近年増加傾向にある。以前は食物アレルギー発症予防のための妊娠中や授乳中の母親の食物制限や、乳児の離乳食開始時期遅延、特定の食物除去が推奨された時代もあった。ところが最近の研究ではこのような食物除去は予防効果がないばかりか、湿疹がある乳児で卵やピーナッツを除去すると、その食物へのアレルギーが増加するという、予想とは逆の結果になることが明らかになってきた。日本で実施されたランダム化比較試験でも、生後6か月未満にアトピー性皮膚炎を発症した乳児が生後12か月まで鶏卵摂取を完全に除去すると、生後6か月から少量の加熱全卵を摂取した乳児と比べて、卵アレルギーの発症率が有意に高くなった(37.7% vs 8.3%)。これまで生後3、4か月の乳児に湿疹やアトピー性皮膚炎があると、「念のため卵は1歳まで控えておきましょう」といった指導が多くなされてきたが、むしろ卵アレルギー増加の一因となった可能性がある。食物は経口摂取すると腸管で免疫寛容が働きアレルギーが抑制される一方で、湿疹などの炎症がある皮膚から吸収されると異物とみなされ攻撃の対象になる(経皮感作される)ためと考えられている。そのため湿疹のある乳児では速やかに皮膚の治療を行い経皮感作を防ぐとともに、生後5、6か月ごろから少量の卵も含めた離乳食を開始して経口免疫寛容を誘導することが食物アレルギーの発症予防のために有効だと推奨されている。

(日本小児アレルギー学会 HP 参照)

<http://www.jspaci.jp/modules/membership/index.php?page=article&storyid=205>

もちろんすでに食物アレルギーを発症した乳児に原因食物摂取を促すことは危険であるが、血液検査での抗原特異的 IgE 抗体陽性(感作)のみで食物アレルギーと確定診断はできない。感作のみを理由とした安易な食物除去指導は推奨されず、診断に迷う場合には食物負荷試験が実施できる専門医へ紹介することが望ましい。

第5節. 9～10か月児健康診査

9～10か月には姿勢の変化による重心移動に対して姿勢を保つ平衡反応が出現する。パラシュート反射が確立し、安定した座位、四つ這い、つかまり立ちが可能となり、多様なめらかな運動がみられる。9～10か月児健康診査での標準的な診察所見について、表2-7に挙げた。以下、表の診察所見の順に「所見の取り方」と「判定と対応」を解説する。

表2-7 9～10か月児健康診査の診察所見

1. 身体的発育異常
2. 精神発達障害・・・呼びかけに応じない、喃語がでない、まねをしない、人見知りをしてしない
3. けいれん
4. 運動発達異常・・・座位をとれない、四つ這いをしてしない、つかまり立ちをしてしない、物をつかまない
5. 神経系の異常・・・筋緊張異常、反射の異常
6. 感覚器の異常・・・追視をしてしない、斜視、聴覚異常
7. 血液疾患・・・貧血、その他
8. 皮膚疾患・・・湿疹、その他
9. 股関節・・・開排制限、下肢長差（Allis 徴候）
10. 循環器系疾患・・・心雑音、その他
11. 呼吸器系疾患
12. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他
13. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他
14. 先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）
15. その他の異常（児童虐待など）

1. 身体的発育異常

1) 所見の取り方

体重、身長が乳児身体発育曲線に沿った増加かどうかを確認する。小頭症・大頭症がないか、頭囲の急激な増加はないか確認する。

2) 判定と対応

3パーセンタイル未満、97パーセンタイル以上、または曲線を2つ以上横切る場合は精査を要する。3パーセンタイル前後で成長曲線に沿って増加がみられている場合には経過観察とする。6か月以降の体重増加が少ない場合には、離乳食の進み方を確認し適切な指導を行う。

2. 精神発達障害

1) 所見の取り方

呼びかけに応じて視線があう。近くにあるおもちゃをつかんでとり、振ったり、なめたりして一人で遊ぶ。二つの積み木を持って打ち合わせることができる。拍手などのまねをする。知らない人をじっとみたり、見て泣いたりするなどの人見知りをする。

2) 判定と対応

よびかけに応じない、まねをしない、この時期までに全く人見知りをしない、周囲に無関心な場合には精神発達の異常および聴力の異常を疑う。視覚に異常がある場合もあるので注意する。他に所見がなければ親子遊び、おもちゃ遊びなどの指導を行い経過観察とするが、他の異常所見を伴う場合には医療機関の受診をすすめる。

3. けいれん

1) 所見の取り方

9～10 か月くらいに好発する頭部を前屈、両上肢屈曲する一瞬の発作を短時間繰り返す場合には West 症候群が疑われる。West 症候群では発作が見られる時期に前後して、笑わなくなる、お座りが不安定になるなど、発達の退行も特徴であることに留意する。

2) 判定と対応

West 症候群は早期の治療介入が予後を改善するといわれているため、疑われた場合は早急に脳波検査が必要であり医療機関への紹介とする。

4. 運動発達異常

1) 所見の取り方

仰臥位、座位、腹臥位、立位での姿勢と運動をみる。

- (1) 仰臥位～座位：仰臥位で四肢の運動を観察する。健常児では股関節を屈曲したまま、左右別々に膝を屈曲したり伸展したりする膝の分離した動きがみられる。引き起こすと協力して座位をとる。10 か月では手放しで座位保持ができる。座位の姿勢は、背中はずっと伸ばし下肢は前方に投げだし、両股関節は半外転、両膝半屈曲の座位が一般的である（図 2-8 a）。
- (2) 腹臥位（はいはい）：両手で上体を支え、胸をあげ、腰を上げた四つ這いで前方にすすむ。手を着地させ、肩と股関節の高さを維持したままで、下肢は膝で支持して股関節の屈曲伸展を交互に繰り返す。
- (3) 立位（つかまり立ち）：片膝立ちから上肢で支えて立ち上がることができる。つま先立ちになることもあるが、一時的であり足底をついて体を支えることができる。
- (4) つかみ方：小さな積み木などをわたして物のつかみ方の発達をみる。小さな物を 1 指と 2 指ではさんでつまむことができる（図 2-9 c, d）。持ち替えもできる。この時期に利き手はまだなく、左右同じように使える。

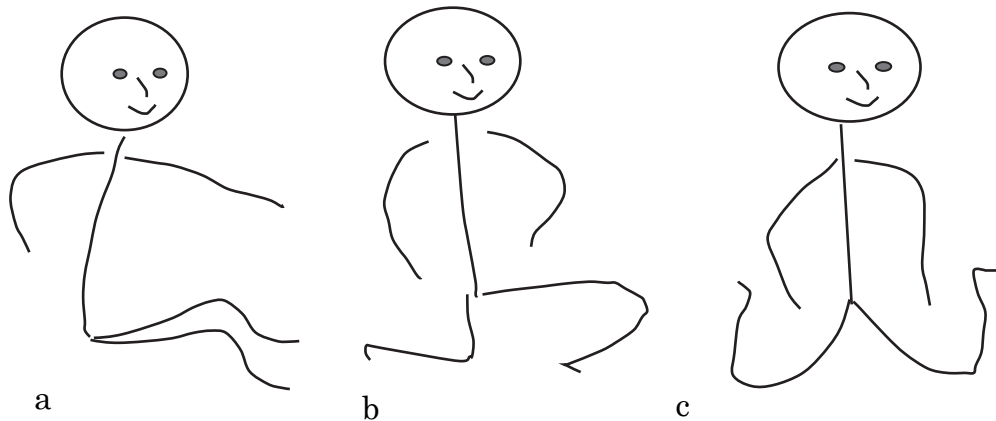


図 2-8 座位

2) 判定と対応

(1) 座位ができなければ運動発達に明らかに問題がある。横座位(図 2-8 b)や割り座(図 2-8 c)は片麻痺や痙性両麻痺で見られるが、精神運動発達遅滞や健常児でもみられることがあり、他の所見とあわせて判断する。

(2) 四つ這いができないでずり這いのままの児、背這いをする児、腹臥位にされることをいやがり、はいはいをしないシャッフリング ベビー (shuffling baby) などのバリエーションがある。これらは脳性麻痺、知的障害、発達障害、先天性神経筋疾患等の除外が必要であるが、予後正常な児の中にもみられる(コラム 12)。

- ① つかまり立ちで、両下肢伸展、つま先立ちのまま上肢のみで支えるのは異常である。両脇をもって引き上げ立たせても(垂直懸垂)、下肢を曲げて立とうとしない場合、逆に下肢を伸展交叉し尖足がみられる場合には異常が疑われる。
- ② 物を渡しても落としてしまう、掌全体でつかむ(図 2-9 a、b)、明らかな左右差などの所見が見られるときは異常が疑われる。

以上のような、運動発達の異常が疑われる場合には、異常・遅れの程度と他の所見との重複などから、経過観察とするか、精密検査のために医療機関への紹介とするかを判断する。経過観察とする場合には観察期間を決め、獲得する運動機能を養育者に説明する。

(コラム 12)

シャッフリング ベビー

四つ這いをせず、座位のまま下肢でこぐようにして移動するいわゆる“いざり移動”をする児をシャッフリング ベビー(shuffling baby)という。腹臥位を嫌い、うつぶせにしてもすぐに背臥位や座位の姿勢になる。懸垂姿勢にして立たせようとしても下肢をひいて、足底を床につけたがらない。はいはいをしないまま、つかまり立ちをすることも多く、歩き始めは 1 歳半～2 歳ぐらいに遅れることが多い。移動運動だけの遅れであれば、歩行開始後追いつくことが多く心配はないが、全体的な発達の遅れがある、視線が合わない、指さしをしないなどの自閉スペクトラム症が疑われる場合、筋緊張低下や筋力低下を伴う場合など、他に所見があれば精査や経過フォローが必要である。

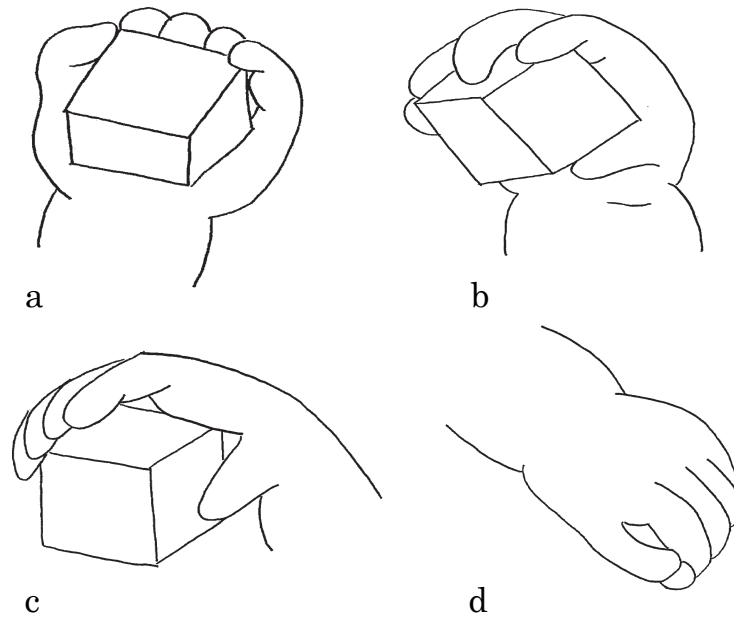


図 2-9 手のつかみ方

(前川喜平、小枝達也：写真でみる乳幼児健診の神経学的チェック法 南山堂：p121, 2017)

5. 神経系の異常

1) 所見の取り方

- (1) 筋緊張は、筋肉の弾性と関節可動域を利用して評価する。股関節の屈曲、足関節の背屈を行う。
- (2) パラシュート反射：座位で左または右に倒すと倒れる方の手を伸ばし、手を広げて床面につける（側方パラシュート反射（図 2-10 a、b））。躯幹を支えて抱き上げ上体を頭から落下させるようにすると両上肢を伸展させ両手、指を開いて体を支えようとする（前方パラシュート反射（図 2-10 c））。
- (3) Landau 反応（反射）：腹臥位で胸部を支えて持ち上げ、自動的または他動的に頭を挙上すると脊柱と下肢は伸展し、次に頭を他動的に屈曲すると脊柱と下肢は屈曲する反応をいう。
- (4) ホッピング反応：支えて立たせた状態で体を前後左右に倒そうとすると倒れないように足を踏み出す反応をいう。

2) 判定と対応

(1) この時期に筋緊張亢進を認めるのは痙直型脳性麻痺が多い。床に寝かせて、非検査下肢は床につけた状態で、下肢の膝を伸ばしたまま片方の股関節を屈曲させてみる。床と下肢の角度が70度以下であれば大腿後面筋群の異常筋緊張を考える。また、膝関節を伸展させて足関節を背屈させると抵抗が強く背屈できない、あるいは足クローヌスがみられ、膝蓋腱反射が亢進している等の所見があれば痙直型脳性麻痺を疑う。

(2) 10 か月で前方パラシュート反射がみられないもの(図 2-10 d)、左右差のあるもの、手の開きがわるいものは異常である。Landau 反応は正常では6か月より出現し、2歳半まで持続する。ホッピング反応がないときも異常が疑われるが、後ろに倒した時の反応は必ずしも出ていない。

筋緊張と異常、反射の異常がみられた場合には、精密検査のため医療機関を紹介する。ただし、関節の可動域や反射の判定は、診察時の子どもの状態に左右されることも少なくない。判定が困難な場合には、経過観察として1か月程度の経過観察とする。

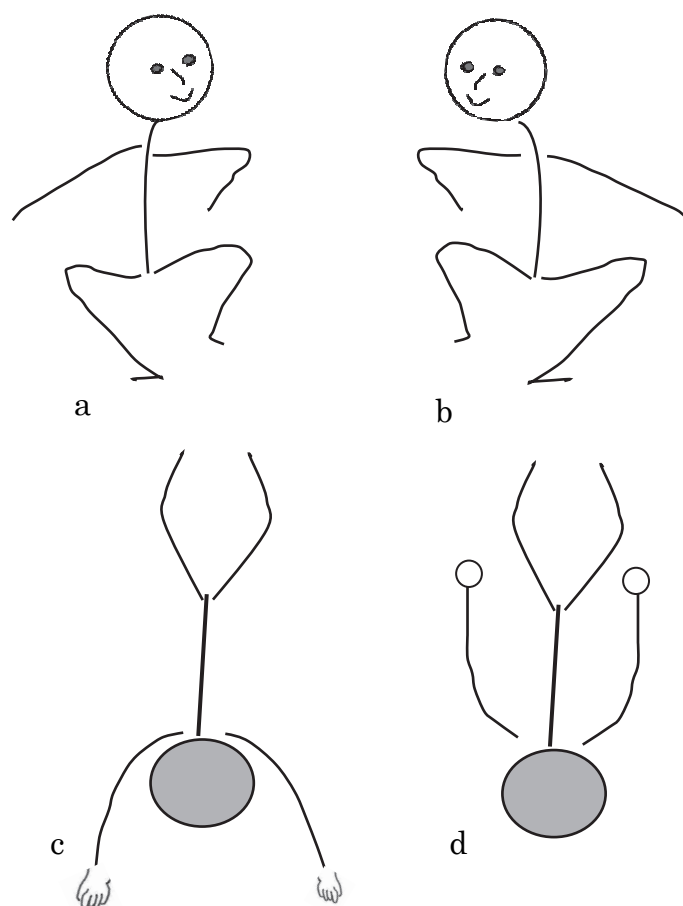


図 2-10 パラシュート反射

6. 感覚器の異常

6.1 視覚の異常

乳児期と同様に、先天白内障、先天緑内障、先天眼底疾患、網膜芽細胞腫などの重症眼疾患と乳児内斜視の早期発見が重要である。

1) 診察項目

3～4か月児健康診査の項を参照

2) 所見の取り方

3～4か月児健康診査の項を参照

6.2 聴覚の異常

9～10か月での聴覚に関する異常については、精神発達障害の項を参照

7. 血液疾患

3～4か月健康診査の項目を参照

8. 皮膚疾患

1) 所見の取り方

視診・触診で湿疹の部位、性状を診る。アトピー性皮膚炎の特徴的皮疹として、頭、顔から始まりしばしば体幹や四肢に下降する。紅斑や湿潤性紅斑を認め、掻痒を伴う。2か月以上の慢性、反復性の経過をとる。

2) 判定と対応

乳児湿疹では、皮膚の清潔と保湿を中心とするスキンケアを指導する。アトピー性皮膚炎が疑われ、掻痒が強い、湿潤や出血があるなど程度が強い時、悪化傾向にあるときは医療機関の受診をすすめる。

9. 股関節

下肢長差以外は3～4か月児健康診査の項目を参照

下肢長差(Allis 徴候)

1) 所見の取り方

下肢長差(Allis 徴候)は仰臥位で両側股関節、膝関節を屈曲し踵を床面につけ、立て膝状態として両膝の高さの差を診る。

2) 判定と対応

脱臼側の下肢は短縮し、膝の高さは低くなる。両膝の高さに左右差があれば、医療機関へ紹介する。

10. 循環器系疾患

1 か月健康診査の項目を参照

11. 呼吸器系疾患

1) 所見の取り方

呼吸音に左右差がないか、ラ音や喘鳴などの異常音がないか聴診する。夜間や感冒罹患時の喘鳴について聴取する。

2) 判定と対応

ラ音や呼気性喘鳴を聴取する、あるいは問診で夜間や感冒罹患時の喘鳴を繰り返している場合には、気管支喘息が疑われ、医療機関への受診をすすめる。

12. 消化器系疾患

1 か月健康診査の項目を参照

13. 泌尿生殖器系疾患

1) 所見の取り方

(1) 停留睾丸は、両側陰嚢内にそれぞれ睾丸を触知できるか、できない時はそけい部から軽く圧迫して触知できるかどうかにより確認する。そけい部と陰嚢内を移動して触知する場合には移動性睾丸が疑われる。

(2) 外性器異常：3～4か月児健康診査の項目を参照

2) 判定と対応

停留睾丸は、経時的に陰嚢内に降りる場合もあるが、全く睾丸を触知しない場合、睾丸の大きさに左右差を認める場合には医療機関に紹介する。陰嚢水腫や精索水腫、尿道下裂が疑われる場合にも専門医療機関に紹介する。女兒の外陰で陰核肥大、陰唇癒合、高度な色素沈着は、精密検査のため医療機関を紹介する。

14. 先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）

1) 所見の取り方 頭、顔面、四肢などの小奇形：全身の視診により表 2-4 の項目を診る。1 か月児健康診査の項目を参照

2) 判定と対応

形態異常が疑われた場合には、専門の医療機関に紹介する。

15. その他の異常（児童虐待など）

1 か月児健康診査の項目を参照

(コラム 13)

乳児重症アトピー性皮膚炎への不適切な対応は成長発達の遅れの原因となる

～医療ネグレクト～

乳児アトピー性皮膚炎のほとんどは軽症で、全身的な合併症もなく成長に伴い改善する。しかし一部の重症患者では強い掻痒感による夜間の睡眠障害、湿疹からの浸出液によるタンパク喪失、過度の食物除去による栄養障害などのため、身長体重増加不良・低タンパク血症・不機嫌・活気低下・発達の一時的な遅れなどの重篤な合併症がみられる。このような患者にはステロイド外用薬を用いた寛解導入療法を早期に行う必要がある。しかし保護者が不適切な情報に基づいてステロイド外用薬の副作用を過剰に心配し、使用を拒否していることがある。このような保護者は過度の食物除去や民間の代替療法など不適切な治療に依存して適切な医療機関を受診しておらず、「医療ネグレクト」に該当する場合さえある。ステロイド外用薬は適切に使用すれば副作用を回避しながらアトピー性皮膚炎をコントロールできる。おこるとは限らないステロイド外用薬の副作用よりも、重症なアトピー性皮膚炎を放置するほうが子どもへの不利益は大きい。

健康診査は治療が不十分なアトピー性皮膚炎乳児を発見して適切な医療機関へと繋げることができる貴重な機会である。

第3章 1歳6か月児健康診査

第1節 法的位置づけと概要

1歳6か月児健康診査は、母子保健法第12条に定められていて、「満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児」を対象として、市町村が実施者として行われている。平成27年9月に乳幼児健康診査の実施要綱修正版が厚生労働省より通知されていて、その中に最新の診察項目と診察所見が記されているので、健康診査を担当する医師は、これらの事項について診察し、その所見の有無についてもれなく判断することが求められる。

1歳6か月は脳支配が優位になり、運動面・知的面・行動面において人間としての基本的な能力を獲得し、外界に対して探索を広げるようになる時期である。身体的には呼吸機能・循環器機能・消化管機能・免疫機能が向上し、脆弱な乳児から幼児へと身体的安定が進む時期である。1歳6か月児健康診査では、身体的発育、運動発達・精神発達、身体所見の異常の有無をチェックする。先天異常の多くはすでに発見され医療機関で相談を受けていることが多い時期であるが、効率よく全身を診察して身体的健康状態を評価することが求められる。そのためには、診察の手順を決めておくとよい。以下にその1例を示す。

1. 診察の手順

1歳6か月の幼児では、保護者との分離不安が高まっている時期でもあるため、不安で泣き出したり、親にしがみついて離れなかつたりするため、十分な診察ができないことも少なくない。医師は以下に例示した診察手順に慣れておくとよい。

- 1) はじめに問診票（既往歴・発達歴・生活歴・予防接種・養育環境）の記載内容、身体計測結果（身長・体重・頭囲・胸囲、肥満度）と成長曲線を確認する。
- 2) おむつだけで、保護者と手をつないで診察室に入室してもらう。
- 3) 保護者の膝の上に児を座らせる。座ったら児と目を合わせて、優しく話しかけ緊張をほぐす。
- 4) 視診、触診、聴診を行い、最後におむつを外して外陰部診察を行う。これらの項目は児が、泣いていてもすばやく実際に診察すべき事項である。
- 5) 保護者に説明を行い、母子健康手帳に必要事項を記入する。
- 6) 育児に支援的な言葉かけをするよう心がける。
- 7) 保護者に「他に心配なことはありますか？」と確認し、診察を終了する。

2. 診察項目

表は平成27年9月に一部改正された乳幼児健康診査実施要綱(※1)に記載されている診察項目と診察所見を示した。第2節以降は表3-2の診察所見の順にしたがって(1)所見の取り方、(2)判定と対応について記述する。

表 3-1 1 歳 6 か月児健康診査の診察項目

1. 身体発育状況
2. 栄養状態
3. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
4. 皮膚の疾病の有無
5. 眼の疾病及び異常の有無
6. 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
7. 四肢運動障害の有無
8. 精神発達の状況
9. 言語障害の有無
10. 予防接種の実施状況
11. その他の疾病及び異常の有無
12. 育児上問題となる事項（生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等）先天異常
13. その他の疾病及び異常の有無

表 3-2 1 歳 6 か月児健康診査の診察所見

1. 身体的発育異常
2. 精神的発達障害・・・精神発達遅滞、言語発達遅滞
3. 熱性けいれん
4. 運動機能異常
5. 神経系・感覚器の異常・・・視覚、聴覚、てんかん性疾患、その他
6. 血液疾患・・・貧血、その他
7. 皮膚疾患・・・アトピー性皮膚炎、その他
8. 循環器系疾患・・・心雑音、その他
9. 呼吸器系疾患・・・ぜんそく性疾患、その他
10. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他
11. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他
12. 先天異常
13. 生活習慣上の問題・・・小食、偏食、その他
14. 情緒行動上の問題・・・指しゃぶり、多動、不安・恐れ、その他
15. その他の異常

※ 1：「乳幼児に対する健康診査の実施について」（平成 10 年 4 月 8 日児発第 285 号厚労省
 児童家庭局長通知）（最終改正平成 27 年 9 月 11 日 雇児発 0911 第 1 号）

第2節 診察内容

1. 身体的発育異常

1) 所見の取り方

身長、体重、頭囲の3つについて、成長曲線に過去の計測値と今回の計測値をプロットし、計測値の位置（パーセンタイル）と経時的変化（曲線の形）を確認する。身長と体重のバランスは肥満度曲線を用いて判定する。

2) 判定と対応

正常の判定は、身長・体重・頭囲が3～97パーセンタイル内のものとする。また、身長、体重、頭囲が成長曲線に沿って増加し、急激な変動が見られないことや肥満度が-15%から15%以内であることも正常と判定する要件である。

異常と判定するのは、以下の場合である。

- (1) 身長・体重・頭囲が3パーセンタイル未満または97パーセンタイル以上
- (2) 身長が3パーセンタイル未満で、成長曲線を外れて身長増加が停滞する（成長率の低下を伴う低身長）
- (3) 体重が3パーセンタイル未満で、成長曲線を外れて体重増加が停滞または減少する（体重増加不良）
- (4) 肥満度が15%以上で、成長曲線を外れて増加する（肥満）
- (5) 頭囲が成長曲線を外れて急激に増加する（頭囲拡大）

対応としては、身体発育異常が見られる場合、養育環境の確認や原因疾患の精査が必要であり、医療機関への紹介を考慮する。低身長の原因には①家族性、②SGA 性低身長、③栄養不足、④慢性疾患に伴う成長障害（心疾患、腎疾患、消化器疾患など）、⑤内分泌疾患（成長ホルモン分泌不全、甲状腺機能低下症など）、⑥遺伝的疾患（染色体異常など）、⑦骨系統疾患などがある。①や②は通常成長率の低下をきたさない。成長率の低下を伴う低身長を認める場合は、③栄養不足や④～⑦の基礎疾患の可能性を考慮する必要がある。

体重増加不良は低体重かつ体重増加の停滞が見られるもので、この時期に見られる身体発育異常の1つである。原因として①栄養摂取量不足（種々の要因が含まれる）、②栄養吸収障害（下痢、腸疾患、消化管アレルギー）、③エネルギー消費亢進や利用障害（慢性疾患、代謝疾患）などがある。①栄養摂取不足が原因であることが多いが、その要因も多様である。生活習慣・養育環境の確認や原因疾患の精査が必要であり、医療機関への紹介を考慮する。養育環境の確認や原因疾患の精査が必要であり、保健相談を行い、医療機関への紹介を考慮する（コラム14参照）。

頭囲成長が曲線に沿っており家族歴がある場合は家族性大頭症であることが多いが、頭囲拡大が進行している場合は水頭症など原因精査が必要であり医療機関を紹介する。

(コラム 14)

食習慣と体重増加不良

母乳やミルク以外の味を受け入れ、もぐもぐ・ごっくんができるように咀嚼嚥下機能が発達し、楽しく美味しく食べることを覚えることで、1歳6か月までにおおむね離乳が完了し食行動・食習慣の基礎が確立する。この食行動・食習慣獲得の過程に何らかの困難がある場合、結果として栄養摂取量不足となることが多い。児の要因として生来の食の細さ（SGA 児など）や受け入れられる味覚・食感の少なさ（自閉症児でしばしば見られる）や食事への集中困難、保護者の要因として不適切な知識や心身の不安定（うつ病など）、不安定な養育環境（貧困、過度なストレス環境）がある場合、適切な食習慣の獲得が阻害される可能性があり留意が必要である。児の要因として摂取量が不足する場合、食事を食べさせることが保護者のストレスとなり、本来なら楽しいはずの食事の時間が苦痛に満ちた時間となり、子育て全般の質の低下につながるため、適切な評価と支援が必要である。

（SGA：small-for-gestational age）

■ 体重増加不良を見たときに考慮すべき要因

児の要因	保護者の要因	相互関係の要因	環境の要因
<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体疾患（口腔消化器疾患、慢性疾患、アレルギー、便秘等） ・ 生来の食の細さ ・ 味覚や食感の受容が限定的 ・ 落ち着きのなさ ・ 空腹のサインをうまく出せない ・ 難しい気質 ・ 発達障害 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心身の疲労 ・ 不適切な知識 ・ 児のサインを適切に受け取れない ・ 子どものペースにあわせられない ・ 発達障害 ・ ネグレクト ・ 愛情遮断 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空腹や欲求のサインの相互のやりとりの不和 ・ 不適切な欲求表現（例えば、子どもが食べないことで保護者の気を引こうとする） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもがリラックスできない環境 ・ 食事に集中できない環境 ・ 不適切な食器 ・ 貧困

2. 精神的発達障害

1歳6か月児は周囲の認知が進み、保護者から離れて遊ぶことができるようになる一方で、周囲への警戒心が強くなる時期でもある。健康診査（特に集団健康診査）という不慣れな場面では保護者から離れられず、医師の診察時に緊張してやりとりに応じられなかったり、泣いてしまったりすることが良くある。身体診察の前に、よりリラックスできる環境で発達面の評価を行うなど工夫をすることが望ましい。子どもが評価に応じることが難しい場合は保護者からの問診を参考に評価する。

1) 所見の取り方

精神的発達は、(1) 知的発達と (2) 社会性・行動の発達の2つの視点をもって、おもに (1) 知的発達は言語理解と発語の程度で、(2) 社会性・行動の発達は相手を意識した視線・指差しの有無で評価する。

(1) 知的発達

① 言語理解

・ 絵の指差し(応答の指差し)

絵カード（または絵本）を見せて「わんわんはどれ？」などと質問すると、質問に対して絵を指差しして応える（応答の指差しが見られる）かどうか評価する。絵カードがないときは「おめめはどこ？」「おくちはどこ？」など体の部位を質問する。

・ 言語指示に従う

積み木などを持たせて、言葉だけで「お母さんにあげてください」や、「ないしないでください」（コップに積み木をいれるように）など指示し、簡単な指示に従うことができるか評価する。言葉の指示だけでは指示に従えない場合、ジェスチャーを加えて「どうぞ」「ちょうだい」とやりとりができることを確認する。

② 言語表出

診察時に発語があればそれを所見とする。または、絵カード（または絵本）をみせて、「これなあに」と聞いて、物の名前を言わせてみる（犬、ねこ、ボール、車など見慣れているものが好ましい）。発語がない場合には保護者からの問診により、有意語の数を確認する。有意語を3語以上話せば正常である。

(2) 社会性・行動の発達

① 社会性の発達

社会性の発達としては、コミュニケーション能力を診るとよく、以下にその一例を示す。

・ こちらからの問いに対する反応（アイコンタクト、動作模倣）

まず、保護者の膝の上に児を座らせる。座ったら児と目を合わせて、「○○ちゃん、こんにちは」と言って頭を下げる。視線があうかどうか、まねて頭を下げ

るかどうか観察する。

- ・共同注意の確認

少し慣れてきたら、「はい、どうぞ」と物（積み木やボール）を子どもに手渡す。物を受け取るかどうか、またそのときに子どもの視線が物だけでなく相手にも向けられるかどうか、物をはさんで子どもと興味を共有できるか（共同注意が成立するか）を観察する（共同注意についてはコラム 16 を参照）。

- ・やりとりの成立

子どもが物をうけとったら、今度は「先生にちょうだい」と言い、物のやりとりができるかどうかを確認する。ジェスチャーを交えてよい。やりとりするときにも視線が合うかどうか、「えらいね！」「すごいね！」とほめたときに嬉しそうにするか観察する。

② 行動の発達

診察の場でいろいろな行動が観察できるとは限らないし、時間もない。そこで養育者への問診で、日常生活の中で見られる遊びの発達や生活行動を確認する。収集する情報としては、「大人のまねをするか」「おもちゃや人に興味を示すか」「簡単なやりとりができるか」「少し強い言葉で制すると、少し待てるか」などが挙げられる。

2) 判定と対応

(1) 知的発達

応答の指差しが見られない、言語指示が通らない場合は、①聴力障害、②精神発達遅滞、③コミュニケーションの発達の遅れ（自閉スペクトラム症）、④養育環境の問題の可能性を考える必要がある。聴力障害がないかどうかは常に留意が必要である。1回の評価では不正確なこともあるので、追跡観察を行い、言語発達の遅れが続く場合は療育機関や医療機関を紹介する。

言語理解の遅れに加え、運動発達の遅れ（歩行未開始）、微細運動の遅れ（積み木が積めない）、遊びや基本的な生活行動の発達の遅れ（おもちゃを用いて遊ぶことができない、スプーンを使って食べる・簡単なお手伝いをするなどの行動が見られない）があれば全般的な精神運動発達遅滞が疑われるので医療機関を紹介する。

1歳6か月児の90%以上は3語以上の有意語を話すので、有意語が3語未満の場合は言語表出の遅れと判定する。有意語がないあるいは2語以下であっても、言語理解が良く、社会性の発達が良好である（言葉は話さないが、応答の指差しが可能で、視線がよく合い、言語のみの指示に的確に従うことができる）は表出性言語遅滞の可能性が高い。家族歴があればさらに可能性は高まる。通常3歳までに言葉表出が伸びることが多く、無理に言語表出を促す必要はないが、2歳時にフォローアップを行い、ことばの発達を確認することが望ましい。

(2) 社会性・行動の発達

1歳6か月児は他者を意識し、安心できる他者（特に母親）に対しては、自分の

興味・関心を共有しようと積極的に働きかける。名前をよんであいさつをしても視線が合わない、物のみに注意が向き相手に注意を向ける様子（共同注意）が見られない、言語指示のみでなくジェスチャーを交えたやりとりも全く成立しない場合は、コミュニケーションの発達の遅れ（自閉スペクトラム症）が疑われる。この年齢の子どもは緊張してやりとりに応じられないことが良くあるが、これらの様子が目立つ場合は再評価が必要である。フォローアップを行い、医療機関や療育機関へ紹介する。保護者から普段の様子や育児で気になること・育てにくさがないかどうかを確認することも大切である。

3. 熱性けいれん

1) 所見の取り方

問診で熱性けいれんの状況を確認する（コラム 15 参照）。

2) 判定と対応

- ・無熱時の発作を伴うもの、神経学的異常を遺すものは、熱性けいれんとは異なる。医療機関を受診していない場合は、医療機関を紹介する。
- ・熱性けいれんの持続時間が長時間（15 分以上）であった場合や熱性けいれんを繰り返している場合、まだ医療機関に相談をしたことが無いならば、今後の発熱時の対応について医療機関に相談することをすすめる。

(コラム 15)

熱性けいれん診療ガイドライン

- ・日本小児神経学会は「熱性けいれん診療ガイドライン 2015」を公表し、熱性けいれんに関する総論とクリニカルクエスチョンおよびそれぞれの推奨グレードを示している。
- ・ガイドラインでは、熱性けいれんは「主に生後 6～60 か月までの乳幼児期に起こる、通常は 38℃以上の発熱に伴う発作性疾患（けいれん性、非けいれん性を含む）で、髄膜炎などの中枢神経感染症、代謝異常、その他の明らかな発作の原因がみられないもので、てんかんの既往のあるものは除外される」と定義されている。また熱性けいれんは単純型熱性けいれんと複雑型熱性けいれんに分類され、1) 焦点性発作（部分発作）の要素、2) 15 分以上持続する発作、3) 一発熱機会内の、通常は 24 時間以内に複数回反復する発作、の 3 項目の 1 つ以上をもつものを複雑型熱性けいれんと定義している。
- ・日本人での有病率は 7～11%、再発率は約 30%で、再発予測因子（両親いずれかの熱性けいれん家族歴、1 歳未満の発症、短時間の発熱-発作間隔（概ね 1 時間以内）、発作時体温 39℃以下）をもたない熱性けいれんの再発率は約 15%である。
- ・熱性けいれんの既往がある小児における発熱時のジアゼパム投与について、ルーチンに使用する必要はないが、1) 遷延性発作（持続時間 15 分以上）または 2) i. 焦点性発作（部分発作）または 24 時間以内の反復、ii. 熱性けいれん出現前より存在する神経学

的異常、発達遅滞、iii. 熱性けいれんまたはてんかんの家族歴、iv. 12 か月未満での発症、v. 発熱後1時間未満での発作、vi. 38℃未満での発作)のうち2つ以上を満たした熱性けいれんが2回以上反復した場合に使用することを推奨している。

4. 運動機能異常

4.1 運動の遅れ

1) 所見の取り方

運動機能は、身体の粗大運動と、手指の巧緻運動にわけて判定する。

(1) 粗大運動

- ・上手に歩くことができるかどうかで判定する。
- ・おむつのみで歩かせて診察室に入らせる。保護者から離れることができない場合は無理に分離させず、上手に歩くことができるか、歩き方に心配がないかどうか保護者に確認する。身体診察後に診察台から保護者のところまで歩くことができるかどうかを確認する。手が肩よりも上に上がっている状態（ハイガード）、手が腰の辺りまで下がってきている状態（ミドルガード）、手が下に下りている状態（ローガード）の順に歩容としては成熟したものとなる。



ハイガード

ミドルガード

ローガード

図 3-1 歩行の様子

(2) 巧緻運動

- ・おもちゃや道具を用途にあわせて操作することができることを確認する。
- ・色のついた立方体の積み木（1辺3cm）を積むことができるかどうかで判定する。
指に使い方、両手の協調、手と目の協調に注目する。

2) 判定と対応

- ・歩行が未開始の場合、積み木をつまむことができない場合で、神経学的異常所見を伴う場合は医療機関を紹介する。

- ・歩行開始の遅れのみで、精神発達が良好である場合は追跡観察で粗大運動の発達を再評価する。

4.2 運動機能異常

1) 診察項目

運動機能異常としては四肢や脊柱の異常も含めて診察の対象である。以下のものを診察する。

- (1) O脚
- (2) 歩容異常
- (3) 胸郭変形
- (4) 脊柱変形

2) 所見の取り方

- (1) O脚は立位又は仰臥位で左右の足関節内果部をつけた状態で膝部の離開をみる。
- (2) 歩容異常は、歩く様子を見る
- (3) 胸郭変形は、座位または立位で正面、側面と背面から胸郭の変形をみる。
- (4) 脊柱変形は、座位または立位で正面、側面と背面から脊柱の変形をみる。とくに脊柱側弯は背面から体幹前屈位で棘突起の配列や肋骨隆起をみる。

3) 判定と対応

- (1) 3横指の離開がみられた例は、家庭で経過観察し増悪したら医療機関で精査するように指導する。4横指以上の例は二次健康診査へ紹介する。低身長を伴う例や左右の膝形態が異なる例は注意が必要となる。
- (2) 発育性股関節形成不全、くる病、O脚などでみられる動揺歩行、脚長差のある例にみられる墜下性歩行、尖足歩行など異常があれば医療機関へ紹介する。発育性股関節形成不全例でも疼痛はなく、走ることもできる。
- (3) 強度の胸郭変形（鳩胸、漏斗胸、胸郭の大きさに左右差があるなど）は医療機関へ紹介する。保護者の精査希望にも配慮する。
- (4) 明らかな斜頸（左右側屈・回旋に明らかに左右差がある）、明らかな側弯、後弯（胸腰椎移行部や腰椎に角状の背側への突出がある）、前弯は医療機関へ紹介する。発育性股関節形成不全など下肢長差による代償性脊柱側弯や両側脱臼例の腰椎前弯増強にも注意する。斜頸については筋性、眼性、炎症性、骨性斜頸などとの鑑別が必要となる。

5. 神経系・感覚器の異常

5.1 視覚の異常

眼疾患、斜視、弱視の原因となる強度屈折異常の早期発見が重要である。

(1) 診察項目

3～4か月児健康診査と同じ

(2) 所見の取り方

3～4か月児健康診査と同じ

(3) 判定と対応

3～4か月健康診査と同じ。頭位異常（斜頸）のある例は、眼性斜頸の鑑別のため頭部傾斜試験を行って眼位を観察する。

5.2 聴覚の異常

1) 聴力の異常

(1) 所見の取り方

表 3-3 に示した問診票をつけてもらう。

表 3-3 聞こえに関する問診票

1. 聞こえの反応
1) 見えないところからの呼びかけ、テレビから流れてくるコマーシャルの音楽や番組のテーマ音楽などに振り向きませんか。
2) 耳の聞こえが悪いと思ったことがありますか。
3) “ささやき声”で名前を呼んだときに振り向きませんか。
2. ことばの発達
1) 簡単なことばによる言いつけができますか。
2) 意味のあることばを3つ以上言えますか。
3. その他の難聴に関連する項目
1) 家族（父母、祖父母、兄弟姉妹など）に、小さい時から聞こえの悪い方がいますか。
2) 妊娠中に風疹にかかりましたか。
3) 1500g未満で生まれましたか。あるいは、5日以上NICUに入院しましたか。
4) 仮死で生まれましたか。
5) 黄疸が強く、交換輸血を受けましたか。
6) 耳や口に形態異常がありますか。あるいは、頭髪の一部が白くなっていませんか。
7) 髄膜炎にかかりましたか。
8) 頭部を骨折して入院しましたか。

(2) 判定と対応

図 3-2 に示したプロトコールにしたがって、パスとリファーを判定する。

リファーとした場合には地域の幼児聴力検査が可能な耳鼻咽喉科での精密聴覚検査が必要となる。

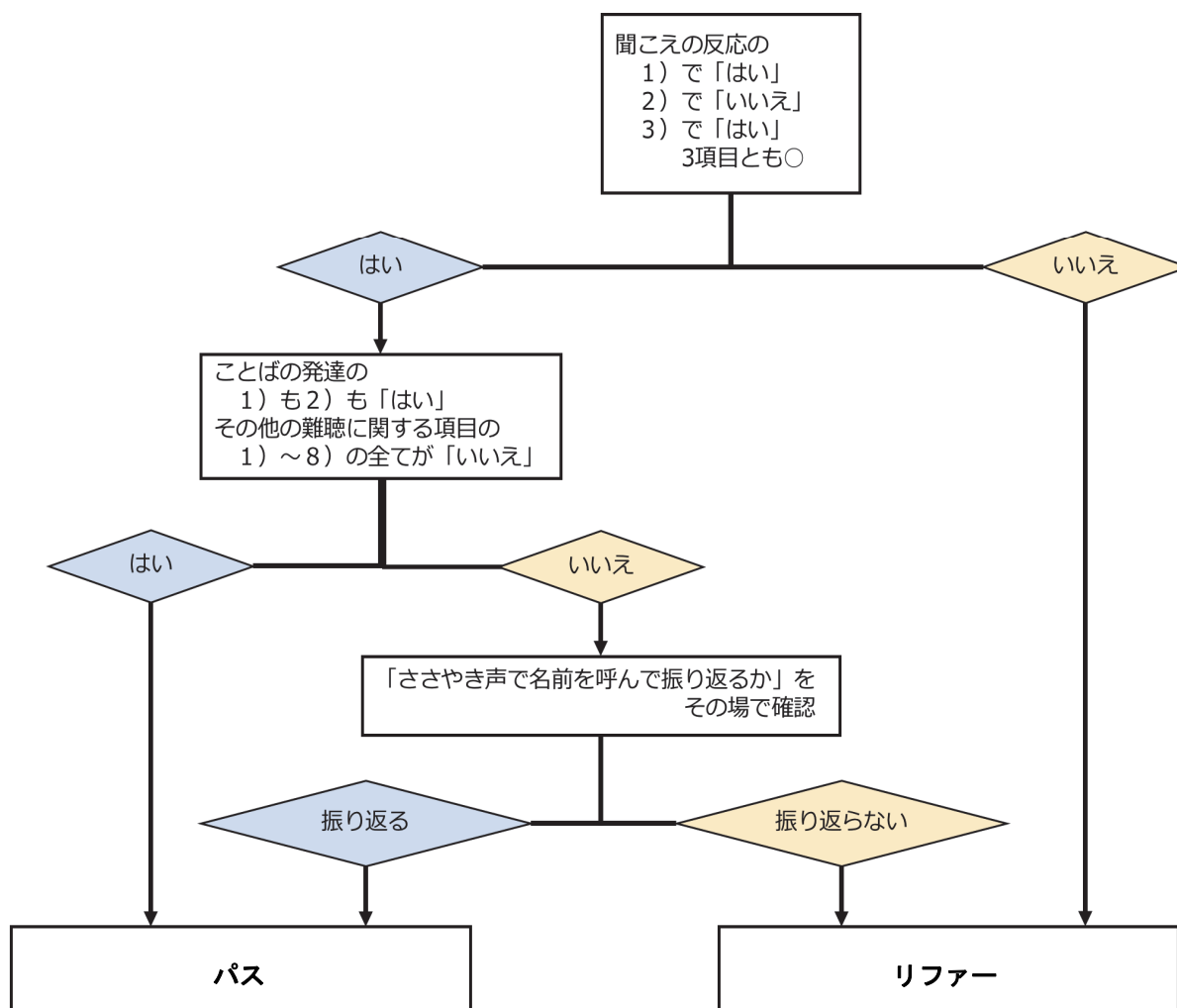


図 3-2 聞こえに関するプロトコール

6. 血液疾患

1) 所見の取り方

視診により、顔色、眼瞼結膜、爪床の色調を観察して判定する。

2) 判定と対応

- ・顔面蒼白が目立つ場合、栄養摂取状況（鉄欠乏の原因となる長期間の母乳主体の栄養、偏食の有無）、消化管出血を示唆する病歴（黒色便、食欲不振）、慢性疾患や悪性疾患を示唆する症状や所見（体重減少、活気不良、リンパ節腫脹や肝脾腫）を確認した上で医療機関への紹介を考慮する。

7. 皮膚疾患

1) 所見の取り方

明るい室内で全身の皮膚を視診と触診により診察して判定する。皮膚付属器である爪や毛髪にも注意をはらう。びらんや浸出液を伴う皮膚を診察する場合はディスポーザブル手袋を着用する。皮膚の色、皮膚乾燥の程度、皮膚の清潔、皮膚の異常所見として湿疹（アトピー性皮膚炎を含む）、紫斑や点状出血、白斑・色素斑・母斑、血管腫、皮膚感染の有無を確認する。異常所見がある場合は、その大きさや全身の分布を確認する。

2) 判定および対応

- (1) 程度が強い湿疹を認める場合は医療機関の受診をすすめる。アトピー性皮膚炎は「増悪・寛解を繰り返す、痒痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ」と定義される慢性の皮膚疾患である。かゆみが強い湿疹が特徴的な場所（乳児では顔面や四肢遠位、幼児期以降は眼周囲・耳介周囲・頸部や四肢屈曲部）に見られ2か月以上続いている場合はアトピー性皮膚炎の可能性を考えるが、湿疹の原因は多様なので、健康診査の場のみでアトピー性皮膚炎と診断はせず、スキンケアの指導を含めた事後対応を含めて医療機関の受診をすすめる。
- (2) 膝や前脛骨部など打撲しやすい場所に見られる単独の軽微な紫斑に病的意義は少ないが、紫斑が目立つ場合や打撲することがない部位（背部や大腿内側など）に紫斑を認める場合は、易出血素因の有無や身体的虐待の可能性を考慮し、医療機関を紹介する。
- (3) 白斑（木の葉状）が3か所以上の場合には結節性硬化症、5 mm以上の褐色斑（カフェ・オ・レ斑）が6か所以上の場合には神経線維腫症の可能性を考慮して医療機関を紹介する。
- (4) 母斑（色調あるいは形の異常を主体とする限局性の皮膚奇形）は扁平母斑、色素性母斑、大田母斑、異所性蒙古斑、脂腺母斑などがある。美容的な観点から保護者の心配があれば医療機関を紹介する。
- (5) 「サーモンパッチ」は眉間、眼瞼に好発する限局性の血管拡張性病変（血管奇形の1つであり、血管腫とは区別される）である。出生後すぐから鮮紅色の皮膚変化として見られ、増大傾向は示さず、2歳までに癒痕を残さず退色する。後頸部・後頭部に見られるものは「ウンナ母斑」と呼ばれ、退色に時間がかかるが、それでも大部分は5歳頃までに目立たなくなるため、経過観察のみでよい。一方、乳児血管腫は血管内皮細胞の増殖性病変で、生直後にはほとんど目立たないが生後1～4週に明らかとなり1歳までに急速に増大（増殖期）し、5～7歳までに数年間かけて退縮（退縮期）することが特徴である。βブロッカーやレーザー治療の適応となることがあり乳児期（増殖期のうち）に医療機関を紹介することが望ましい。その他にも広い皮膚血管病変を認め、医療管理が行われていない場合は、医療機関を紹介

する。

(6) 皮膚感染症で多いものは、伝染性膿痂疹（とびひ）、伝染性軟属腫（水いぼ）、皮膚真菌症である。無治療であれば医療機関を紹介する。

8. 循環器系疾患

1) 所見の取り方

視診（チアノーゼ・パチ指の有無）と心音の聴診（心拍数、リズム、心雑音、過剰心音の有無）、触診（手足末梢冷感の有無）により判定する。

2) 判定および対応

異常を認める場合、保護者に既往歴と家族歴を確認する。先天性心疾患はすでに診断されていることが多いが、健康診査で初めて異常を認めた場合は医療機関を紹介する。明らかな心拍数やリズムの異常、過剰心音、末梢冷感等を認める場合は速やかに医療機関を紹介する。

9. 呼吸器系疾患

1) 所見の取り方

視診（呼吸器症状、頻呼吸、努力呼吸の有無）と左右の前胸部・側胸部・背部の聴診（呼吸音の異常、副雑音の有無）により判定する。副雑音は①stridor、②crackles、③wheezes に大別される。

2) 判定と対応

健康診査は体調がよいときの受診が基本であるが、ときに体調不良時に健康診査を受けにくる場合がある。呼吸器症状がある場合は適切に隔離を行い、呼吸器症状の程度に応じて医療機関を紹介する。

wheezes は気管支喘息発作時に聴取する副雑音であるが、健康診査の場でウイルス性気管支炎と気管支喘息発作を区別することはできない。喘鳴反復（風邪をひくたびにゼイゼイする）、気管支喘息の家族歴、アトピー素因を併せ持つ場合は気管支喘息の可能性を考慮し医療機関での相談を提案する。

10. 消化器系疾患

1) 所見の取り方

診察台で仰臥位として診察する。保護者から離れることができない場合、保護者の膝の上で保護者の体にもたれるように半坐位として診察する。視診、触診の順に診察をする。視診では腹部膨満、臍ヘルニアや臍の異常の有無、そけい部の膨隆の有無を確認する。触診では手を温めてから優しく子どもの臍部に手を当てる。表面的な触診を行い、明らかな不快感や圧痛がないことを確かめてから、深い触診で腹部腫瘤、肝腫大、脾腫、便塊貯留の有無を確認する。

2) 判定と対応

- (1) 腹部膨満と便塊の貯留が目立つ場合、特に新生児期からの頑固な便秘、排便時の不快や排便をこらえる行動が見られる場合は、医療機関を紹介する。
- (2) 便塊以外の腹部腫瘤を触知する場合は腫瘍（肝芽腫、神経芽腫、ウィルムス腫瘍、奇形腫など）の可能性を考慮して医療機関を紹介する。
- (3) 臍ヘルニアは腹直筋の成長とともに自然に目立たなくなるとされるが、ヘルニア門が大きい（2 cm 以上）場合にはヘルニアが残存しやすいとの報告もある。保存的圧迫療法が行われることもあるため、臍の突出が目立つ場合や家族が希望する場合には医療機関への紹介を考慮する。
- (4) そけいヘルニアは自然治癒することがなく、経過観察によりヘルニア嵌頓を発症する可能性があることから、早期に医療機関（小児外科）を紹介する。

11. 泌尿生殖器系疾患

1) 所見の取り方

男児の場合は視診により陰茎と陰囊の形態異常の有無を確認してから陰茎と陰囊を触診する。陰茎の大きさを確認し、やさしく包皮を翻転させ外尿道口が正常位置に見えることを確認する。翻転できない場合は無理に翻転させなくてもよい。次に陰囊を触診し、陰囊腫大の有無、両側の陰囊内に精巣を触知することを確認する。陰囊腫大がある場合は透光性を確認する。女児では視診により陰核と陰唇の形態異常の有無を確認する。次に両手で大陰唇を左右にやさしく押し広げ、陰唇癒合がなく、外尿道口と膣口が観察できることを確認する。

2) 判定と対応

男児

- (1) 陰囊腫大は、柔らかく円滑で波動があり透光性を認める場合は陰囊水腫である可能性が高い。陰囊水腫は交通性陰囊水腫が多く、腫大のサイズが体位で変化することが特徴である。陰囊水腫は自然消失が期待できる（多くは2歳まで）ため経過観察でよいが、そけいヘルニアを合併する際は外科的治療が考慮される。透光性がない場合や陰囊水腫と判断しにくい場合は医療機関を紹介する。
- (2) 陰囊内に精巣を触知しない場合、停留精巣が疑われる。1歳6か月で精巣下降がなければ経過観察により自然下降することはなく、不妊症や精巣腫瘍の発生の問題があるため外科的治療が必要になるため医療機関を紹介する。
- (3) 1歳6か月児の包茎は正常であるが、包皮先端がピンホール状で全く包皮翻転ができず、排尿時に包皮が膨らむバルーニングが見られるなど排尿異常を伴う場合や、尿路感染を合併する場合は、医療機関を紹介する。

女児

- (1) 陰唇癒合は女児の左右の小陰唇がくっついて膣口が隠れてしまっている状態をい

う。一部または全部が癒着（ゆちやく）し、時には尿道までが隠れてしまうこともある。膣や尿の出口を塞いでしまうため、膀胱炎や膣炎を引き起こす可能性があるため、医療機関を紹介する。

(2) 外陰部膣炎では黄色や緑のおりもので発見される。通常、女兒におりものはみられないため、下着の汚れがあれば医療機関への受診をすすめる。

12. 先天異常

1) 診察項目

1歳6か月では明らかな先天異常については、乳児健康診査において指摘されており、新たに注意すべきものは少ない。その中で頭蓋骨の変形は、1歳6か月健康診査にて注意して診察すべきものである。

2) 所見の取り方

触診により頭の形、大泉門、縫合線を評価する。

3) 判定と対応

向き癖による変形の時もあるが、まれに骨縫合早期癒合症による変形のことがある。極端な頭蓋の変形があれば、医療機関を紹介する。

13. 生活習慣上の問題

1) 所見の取り方

問診で確認する。1日の生活リズム、食習慣の基礎の確立の有無、排便や排尿の回数、歯磨きや入浴など保清の状況を尋ねる。

2) 判定と対応

1歳6か月は、食事や睡眠を含めた生活習慣の基礎が確立する時期である。一方で、それまで保護者に依存していた生活行動が、少しずつ「自分で」できるようになる（でもまだ上手にはできない）自立への入り口の時期でもある。生活習慣に問題がある場合は、保健指導を指示する。

14. 情緒行動上の問題

1) 所見の取り方

1歳6か月の子どもは身体面では自由に体をコントロールができるようになり活動範囲が急速に拡大する。認知面の発達により、自我が芽生え、自立欲求が強くなるため自己主張やイヤイヤが激しくなる。同時に、自分と相手の違いを理解できるようになり、自分と異なる相手に興味を持つようになる。想像力や記憶力の発達により、みたくて遊びができるようになり、少しずつ物事の予測をたてることができるようになる。新奇場面への予期不安が強まる時期でもある。保護者を安全基地として外界に探索をしては安全基地に戻るという行動を繰り返しながら成長する。

1歳6か月健康診査は子どもにとっては緊張する非日常的な場面である。このため

1歳6か月健康診査では非日常的な場面に対する子どもの反応、他人である医師への反応、保護者とのアタッチメントを行動観察により評価する。

行動観察の工夫の一例を示す。

子どもを直接診察する前に、子どもが興味を示しそうなおもちゃを保護者から少し離れた場所に置いておき、子どもを自由にさせておく。医師は保護者からの問診を確認しながら、その間の子どもの行動観察を行う。保護者と親しげに話をするにより他者である医師への子どもの警戒心が軽減する。そのなかで子どもの行動観察を行う。

2) 判定と対応

はじめは保護者の近くから離れないか、少し離れて遊んでは保護者の近くに戻ってくる。保護者から離れて遊んでいる間も、ときどき保護者の方を振り返って大丈夫かどうか確かめる（社会的参照：Social referencing）、おもちゃへの興味や関心を自分から保護者に伝えようとする（誘導的共同注意：Initiating joint attention）行動が見られることが普通である。新規場面への緊張は正常の反応であるが、ある程度の時間がたっても保護者にしがみつき全く離れようとしない場合や泣き続ける場合は新規場面に対しての不安・不快が過度である。日常生活場面でも母が困りを感じていることがよくあるので、育児上の困りがないかどうか確認し、必要な支援を検討する。新規場面でおもちゃのみに興味を示し、全く保護者を参照しない、周囲に関心を示さない場合は、コミュニケーションの発達やアタッチメント形成の問題が考慮されるため、育児状況を確認しフォローアップを検討する。

(コラム 16)

共同注意 (Joint attention) と指差し (pointing)

共同注意とは、ある物や出来事に対する興味・関心を他者と共有する行動のことである。「ほら見て！」と子どもが興味の対象を相手に伝え、相手の関心を自分の興味の対象に引き付け、興味の対象を共有し、さらには対象に対するお互いの感情（すごいね、楽しいね）も共有できている状態が成熟した三項関係である。同じ物や出来事を挟んで「シェアできている」「つながっている」と感じられることが重要である。

指差しにも同様に発達段階があり、1歳6か月では自分の興味・関心を相手に伝えることを目的とした「共感の指差し」（叙述の指差し）が見られることが重要である。

共同注意による三項関係の成立と、共感の指差しができるようになることは、この時期の社会性発達として非常に重要である。

発達段階	年齢	内容
視線と意図の検出	0～9か月	他者の視線と意図を検出し、他者に関心を示す。 (二項関係)
応答的共同注意	3～18か月	相手の視線や振向き、指差しに反応して、相手の注目している物を察知し、共有する。
誘導的共同注意	6～24か月	自分の興味の対象を相手に伝え、相手の関心を引き付け、相手と興味の対象を共有する。(三項関係)

■ 指差しの発達

指差しの種類	年齢	内容
興味の指差し	10～11か月	興味のあるものを指さす。相手がいないこともある。
要求の指差し Imperative pointing	10～14か月	自分の欲しいのを取るよう相手に要求をする。要求伝達が主目的である。
叙述の指差し Declarative pointing	12～18か月	自分が気になったものを相手に知らせ、相手に見ることを求める。「共感の指差し」
応答の指差し	18か月	相手からの質問に対して答えるための指差し。

(コラム 17)

M-CHAT を用いた自閉スペクトラム症への気づき

厚生労働省は1歳6か月健康診査にて、幼児の社会的行動を記した 23 項目からなる M-CHAT という質問紙を用いて、自閉スペクトラム症に気付くことを推奨している。医師診察では行わないが、保健師が問診で使用していることがあることを知っておくとよい。

・第1段階スクリーニング

3項目/23項目 以上の不通過または 1項目/重要 10項目 以上の不通過

重要 10項目とは項目番号が以下のものをさす;2、7、9、13、14、15、6、20、21、23

・第2段階スクリーニング

保健師による電話での聞き取りを実施する

3項目/23項目 以上の不通過または 2項目/重要 10項目 以上の不通過

M-CHAT については <https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf> からダウンロードができる。使用については、国立精神神経医療研究センター神尾陽子先生から許諾を得る必要がある。

15. その他の異常

1) 所見の取り方

健康診査の場面で以下の様子が見られる場合には、不適切な養育の可能性に留意して、特に注意深い身体診察を行う。

(1) 子どもの様子

- ① 明らかな皮膚や衣服の不潔
- ② 体重増加不良
- ③ 予防接種の未実施
- ④ 極端な分離不安

(2) 保護者の様子

- ① 子どもに無関心（子どもを放置してスマホに夢中になっているなど）
- ② 子どもの周囲で喫煙をしている
- ③ 子どもに強く怒鳴りつけている、子どもを叩いている
- ④ 表情が沈んでおり無気力、抑うつ的

2) 判定と対応

不適切な養育については要支援と判断し、適切な保健相談・育児支援を行い、積極的な見守りとフォローアップを検討する。児童虐待を疑う所見を認める場合は、保健行政と相談の上、子ども家庭相談センター等へ連絡する。

第4章 3歳児健康診査

第1節 法的位置づけと概要

3歳児健康診査は母子保健法第12条に定められていて、「満三歳を超え満四歳に達しない幼児」を対象として、市町村が実施者として行われている。平成27年9月に一部改正された乳幼児健康診査実施要綱が厚生労働省より通知されていて、その中に最新の診察項目と診察所見が記されているので、健康診査を担当する医師は、これらの事項について診察し、その所見の有無についてもれなく判断することが求められる。

集団健康診査においては、一人当たりの診察時間が短いため、要領よくポイントを抑えて診察する必要がある。

1. 診察手順

3歳の幼児では、保護者が近くにいれば独りでも行動ができるようになっており、1歳6か月健康診査のときのように不安で泣き出したり、親にしがみついて離れないといったことはほとんどなくなる。しかし、初めての場所や人の前では話ができなくなったり、動けなくなるなどの反応が見られることも少なくない。

医師は以下に例示した診察手順に慣れておいて、円滑に診察することが求められるし、実際に診察できなかったことを養育者に尋ねて、診察の補完的な情報として活用するとよい。

- 1) はじめに問診票（既往歴・発達歴・生活歴・予防接種・養育環境）の記載内容、身体計測結果（身長・体重・頭囲・胸囲、肥満度）と成長曲線を確認する。
- 2) 下着1枚で保護者と一緒に診察室に入室してもらう。
- 3) 保護者とは別の椅子（小さめのもの）に座るように指示する。座ったら児と目を合わせて、挨拶をする。嫌がる場合には保護者の膝の上に児を座らせてもよい。
- 4) 挨拶に続いて児の名前を尋ねる、年齢を尋ねるなどの会話をする。言語発達やコミュニケーション能力を診ることが目的だが、診察の場や医師に慣れるための準備でもある。
- 5) 大小や長短などの弁別ができるかどうか、色の呼称ができるかを診る。
- 6) 座位のまま視診、触診、聴診を行う。
ベット上仰臥位にて外性器を診察する。時間的に実施が困難であれば問診で代用する。
- 7) 椅子から下りて立つように指示し、両足でのジャンプや片足で立つように指示して粗大運動発達を診る。
- 8) 保護者のほうを向かせて、後ろからささやき声にて聴力を診る。保護者に向かってお辞儀をさせて脊柱の様子を見る。

- 9) 保護者に説明を行い、母子健康手帳に必要事項を記入する。
- 10) 保護者に「何か心配なことはありますか?」と尋ね、短く答えられる範囲で対応し、終了する。詳しく説明が必要な内容は、保健師に連絡して保健指導や子育て支援の対象として挙げる。

2. 診察項目

表 4-1 に厚生労働省から通知されている 3 歳児健康診査の診察項目を挙げた。表 4-2 には同様に通知されている診察所見を挙げた。

以下、表 4-2 の診察所見の順に「所見の取り方」と「判定と対応」を解説する。

表 4-1 3 歳児健康診査の診察項目

<ol style="list-style-type: none">1. 身体発育状況2. 栄養状態3. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無4. 皮膚の疾病の有無5. 眼の疾病及び異常の有無6. 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無7. 四肢運動障害の有無8. 精神発達の状況9. 言語障害の有無10. 予防接種の実施状況11. その他の疾病及び異常の有無12. 育児上問題となる事項（生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等）先天異常13. その他の疾病及び異常の有無
--

表 4-2 3 歳児健康診査の診察所見

1. 身体的発育異常
2. 精神的発達障害・・・精神発達遅滞、言語発達遅滞
3. 熱性けいれん
4. 運動機能異常
5. 神経系・感覚器の異常・・・視覚、聴覚、てんかん性疾患、その他
6. 血液疾患・・・貧血、その他
7. 皮膚疾患・・・アトピー性皮膚炎、その他
8. 循環器系疾患・・・心雑音、その他
9. 呼吸器系疾患・・・ぜんそく性疾患、その他
10. 消化器系疾患・・・腹部膨満・腹部腫瘤、そけいヘルニア、臍ヘルニア、便秘、その他
11. 泌尿生殖器系疾患・・・停留睾丸、外性器異常、その他
12. 先天異常
13. 生活習慣上の問題・・・小食、偏食、その他
14. 情緒行動上の問題・・・指しゃぶり、吃音、多動、不安・恐れ、その他
15. その他の異常（児童虐待など）

第 2 節 診察内容

1. 身体的発育異常

1) 所見の取り方

満 3 歳を超え満 4 歳に達しない幼児の体格は、おおむね身長 90cm、体重 15kg が目安である。性別の成長曲線上（資料参照）で 3 パーセントイル以上 97 パーセントイル未満を正常範囲とするが、過去の成長の状況を参考にして、急激な変化にも留意する必要がある。

健康診査において身体計測は、診察前に保健師ないしは看護師が担当することを推奨する。身長は臥位または立位で 0.1cm 単位まで測定する。体重は 100 g 単位まで測定する。頭囲は眉間の中点と外後頭隆起をつなぐ線にて 0.1cm 単位まで計測する。ポイントとしては、計測した値を成長曲線のグラフに記入してもらうことである。医師はグラフを見て、身長、体重、頭囲の 3 つについて、3 パーセントイルの線を下回っていないこと及び 97 パーセントイルの線を上回っていないことを視認するとよい。

身長と体重がそれぞれ正常範囲であっても、体格のバランスに留意する必要がある。肥満度は -15% から +15% が正常範囲である。3 歳児では、視診にて肋骨や鎖骨が見えるくらいの状態が標準体重前後であり、肋骨や鎖骨が見えないくらいの体格では、およそ 20% くらいの肥満度となる。

2) 判定と対応

低身長は身長が 3 パーセントイル未満、高身長は身長が 97 パーセントイル以上の時

に疑う。3歳児健康診査をきっかけに成長ホルモン分泌不全性低身長が発見されることも少なくない。健康診査の時点で3パーセント以上であっても、それ以前の身長と比較して伸びが停滞している場合には、経過観察が必要である。

痩せは肥満度-15%未満が続く場合に、肥満は肥満度+15%以上が続く場合に疑う。いずれも追跡観察とする。また、身長、体重が正常範囲内であっても、急激な変動がある場合にも追跡観察とするとよい。

頭囲では97パーセント以上を大頭（あるいは巨頭）、3パーセント未満を小頭とする。家族性の大頭や小頭のこともあるが、背景に様々な疾患が疑われることが少なくない。これまでの頭囲曲線を参考にしながら、増悪の傾向が認められる場合には経過観察あるいは精密検査とする。

2. 精神的発達障害

1) 所見の取り方

3歳における精神的発達の診察は、大きく認知能力の発達と言語能力の発達の2つに分けることができる。認知能力では、比較級が理解できるようになって、大小や長短の区別ができるし、色の弁別や呼称が可能となる。

言語能力では多語文（形容詞+名詞+動作語など；赤いくつをはくなど）を話し、疑問形に応答するなど会話ができるようになる。基本的なオリエンテーションが身について、自分の姓名や年齢が言える。

(1) 認知発達の診察

- ① 大小のりんごの絵を見せて、その大小を尋ね指差しさせる。
- ② 電車の絵を見せて、その長短を尋ね指差しさせる。
- ③ 積み木を2個と4個を別々に積んで、その高低を尋ね指差しさせる
- ④ 色つきの自動車（赤、青、黄、緑）の4色を見せて、色を尋ね指差しさせる。

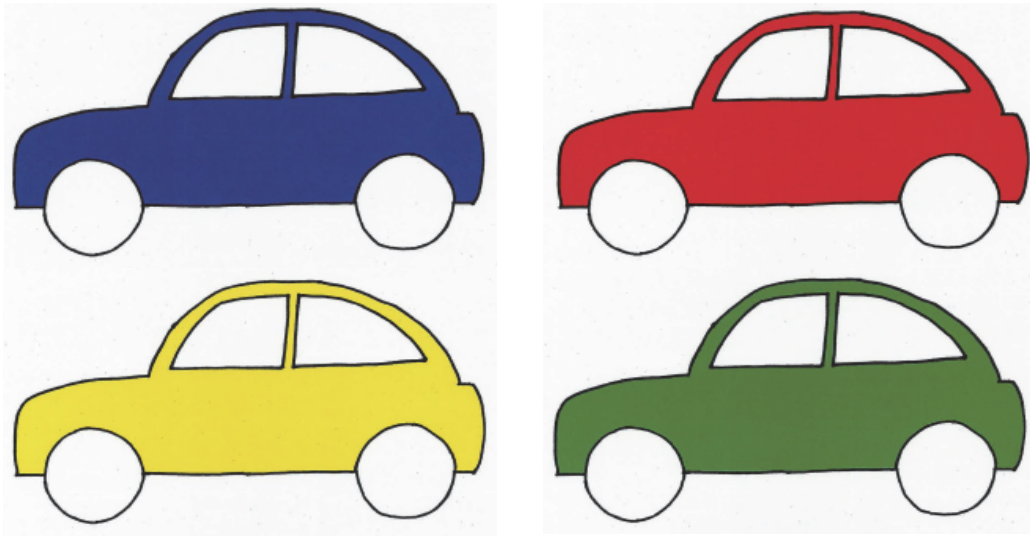


図 4-3 色の呼称に使う自動車

(2) 言語発達の診察

- ① 子どもに名前と年齢を尋ねて答えさせる。
- ② 今日は誰と一緒に来たのかを尋ねて答えさせる。
- ③ 家庭での様子（遊びや食事で好きなものなど）あるいは保育所での様子を尋ねて答えさせる。
- ④ 6つの絵（ねこ、りんごなど身近なもの）を見せて、その名前を答えさせる。

2) 判定と対応

(1) 認知発達の判定と対応

3歳で大小と長短が理解できない場合には、明らかに理解力の遅れが疑われるので医療機関を紹介する。高低が理解できなかつたり、4色のうちいくつか答えられない場合には経過観察とする。3歳6か月以降では、高低が理解できない場合や4色のすべてが答えられない場合には理解力の遅れが疑われるので医療機関を紹介する。

(2) 言語発達遅滞の判定と対応

3歳で自分の名前と年齢が答えられない場合や二語文が話せないときは、言葉の遅れとして医療機関や療育機関を紹介する。絵の呼称の正答数が3つ以下だったり、誰と来たのかが答えられない、あるいは家庭や保育所での様子が答えられない場合には経過観察するとよい。3歳6か月の場合には絵の呼称の正答数が3つ以下だったり、誰と来たのかが答えられない場合には医療機関や療育機関を紹介する。

話すことはできるが、尋ねたことに答えることができず会話が成立しにくい場合には自閉症を疑う必要があるので留意する。

3. 熱性けいれん

1) 所見の取り方

問診上で情報を収集する。熱性けいれんとは「主に生後6か月から60か月までの乳幼児期に起こる、通常は38℃以上の発熱に伴う発作性疾患（けいれん性、非けいれん性を含む）で、髄膜炎などの中枢神経感染症、代謝異常症、その他の明らかな発作の原因が診られないもので、てんかんの既往があるものは除外する（日本小児神経学会のガイドラインより）」となっている。本邦での頻度は約2%である。

2) 判定と対応

熱性けいれんは問診にて情報を収集する。

問診にての段階で下記のポイントを聞き取り、医療機関を受診しているかを確認する。医師は単純型以外であると判断したときに、医療機関を紹介する。

4. 運動機能異常

4.1 運動発達の異常

1) 所見の取り方

運動機能は、身体の移動等の粗大運動と手指の動きを見る微細運動に分けて所見をとる。3歳児は成人と同様に手と足を交互に振って歩くことができる。また走行や跳躍が可能になり、足を交互にして階段を上ることができるようになる。微細運動も器用になり、鉛筆で○を書くことや、大きなボタンであればかけることができる。

以下に診察のポイントを示す。

2) 判定と対応

以下の所見が認められた場合には精密検査とし、医療機関を紹介する。

- ① 歩行が不安定だったり、左右への重心の動揺がある
- ② 片足立ちができない、あるいは階段を一段ずつ継ぎ足で登る
- ③ 真似て○が描けない
- ④ 親指と人指し指でつまむことができない

4.2 整形外科的異常

1) 診察項目

- (1) O脚
- (2) X脚
- (3) うちわ歩行
- (4) 胸郭変形
- (5) 脊柱変形

2) 所見の取り方

- (1) O脚：1歳6か月児健康診査健康診査と同様

- (2) X脚：立位又は仰臥位で左右の膝部をつけた状態で足関節内果部の離開をみる
- (3) うちわ歩行：歩行時の爪先の向きをみる
- (4) 胸郭変形：1歳6か月児健康診査と同様
- (5) 脊柱変形：1歳6か月児健康診査と同様

3) 判定と対応

- (1) O脚：1歳6か月健康診査と同様
- (2) X脚：3横指の離開がみられた例は、家庭で経過観察し増悪したら医療機関で精査するように指導する。4横指以上の例は医療機関へ紹介する。低身長を伴う例や左右の膝形態が異なる例は注意が必要となる。
- (3) うちわ歩行：下腿内捻が強く爪先が内側に向き「ハの字」で歩行するが、先天性内反足などの変形がなければ、成長と共に改善されることが多い。目立つ例は医療機関へ紹介する。
- (4) 胸郭変形：1歳6か月児健康診査と同様
- (5) 脊柱変形：1歳6か月児健康診査と同様

5. 神経系・感覚器の異常

5.1 視覚の異常

斜視や高度の屈折異常（遠視や乱視）があると、中枢へのシナプス形成が阻害され、眼鏡やコンタクトレンズでは矯正できない片眼または両眼の視力不良（弱視）となる。弱視は予防・治療が可能であるが、感受性期間（6～8歳）を過ぎると不可逆的な視力不良となる。弱視の有病率は約2%で、小児や若年者の視力不良の原因として頻度が高い。大部分の弱視は3歳児健康診査で早期に検出されれば予後良好で、矯正眼鏡の常用と健眼遮閉治療・弱視訓練によって就学までに治癒することができる。

3歳児視覚検査ではアンケート（表4-3）と視力検査が必須項目である。一次検査はアンケートと家庭での視力検査、二次検査はアンケート記入項目の確認と二次問診、家庭での視力検査結果の確認と視力の再検査、医師の診察である。二次検査に屈折検査や両眼視機能検査（立体視検査）を加えると弱視や斜視の検出に効果的である

表 4-3 目に関するアンケート

1)	目つきや目の動きがおかしいですか
2)	まぶしがりますか
3)	目を細めて見ますか
4)	物に近付いて見ますか
5)	頭を傾けたり、横目で見たりしますか
6)	明るい戸外で片目をつぶりますか
7)	目が揺れていますか
8)	まぶたがさがっていますか
9)	黒目の大きさが左右で違いますか
10)	瞳孔（黒目の中央）が白っぽく見えることがありますか
11)	近くのものを見るときに、目が内側に寄ることがありますか
12)	親、兄弟姉妹に弱視、斜視、生まれつきの目の病気の人がありますか

1) 診察項目

- (1) 視診：異常徴候の検出
- (2) 眼位検査：斜視の検出
- (3) 眼球運動検査

2) 所見の取り方

- (1) 3～4か月児健康診査と同じ
- (2) 3～4か月児健康診査と同じ
- (3) ペンライトや興味をひくおもちゃを使用して眼球運動障害の有無をみる。

3) 判定と対応

視診にて異常所見のある児、斜視のある児、眼球運動異常のある児は、眼科での精密検査をすすめる。

参照：日本弱視斜視学会 <https://www.jasa-web.jp/general/3sai-guide>

4) 視力検査

視力検査は、2.5m の検査距離で 0.1（練習用）と 0.5 に相当するランドルト環単独視標を使って片眼ずつ行う。検査セットを送付し、家庭での視力検査を正確に行うように、わかりやすい説明書を配布する。

5) 判定と対応

家庭での視力検査で左右眼いずれかでも視力 0.5 が確認できなかった児、検査のできなかった児は二次検査にて視力の再検査を行う。月齢や発達状況によって検査ができないことがあり、3歳6か月頃になると検査可能率が向上する。

二次検査で視力の再検査を実施した結果、左右眼のいずれかでも視力 0.5 が確認できなかった児、検査のできなかった児は眼科での精密検査を勧告し、受診結果について保護者に確認をする必要がある。

5.2 聴覚の異常

1) 所見の取り方

健康診査を受診する前に問診票が配布され、ささやき声検査などが家庭で実施されているので、その結果を確認する。なお、自治体によっては、ティンパノメトリーや指こすりテスト、信号音による聞き取りテスト、耳鼻咽喉科医や言語聴覚士による診察を加えて聴覚検診の精度を上げる試みがされている。

表 4-4 聴覚に関わる問診

1)	家族、親戚の方に、小さいときから耳の聞こえのわるい方がいますか。
2)	中耳炎に何回かかかったことがありますか。
3)	普段鼻づまり、鼻水が多い、口で息をしている、のどれかがありますか。
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ときがありますか。
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。
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。
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。

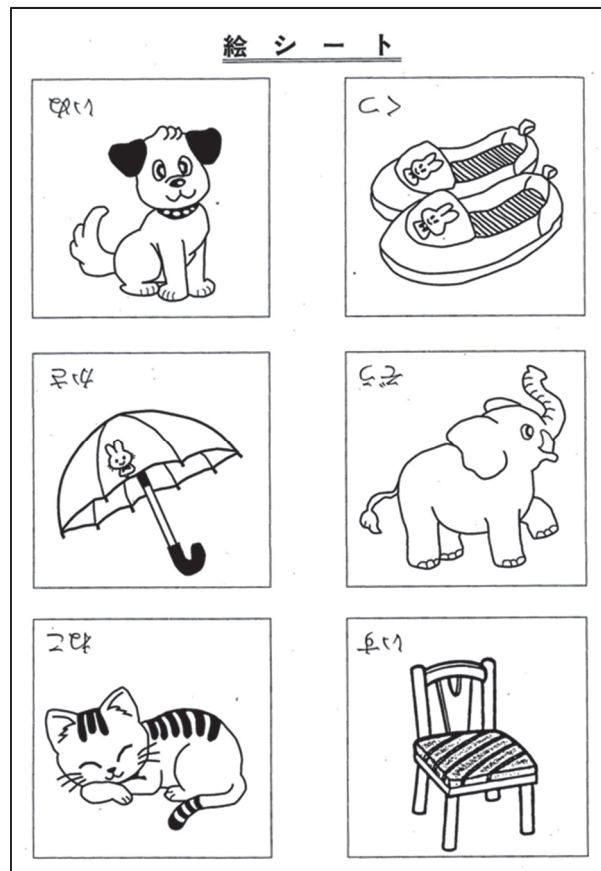


図 4-4 ささやき声検査で用いられる絵シート

2) 判定と対応

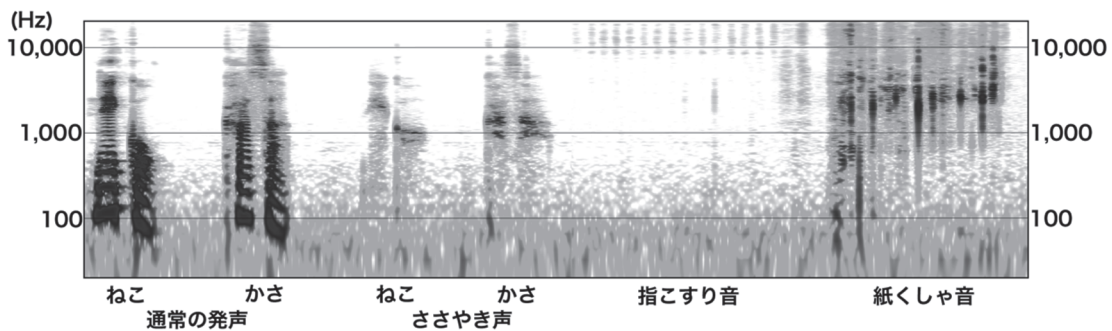
表 4-3 の問診票の第1項目はあまり重要視されない。問診票の第2、第3項目は滲出性中耳炎を念頭においたものである。滲出性中耳炎によっても軽度から中等度の難聴を発症することがあるので、耳鼻咽喉科医に精査を依頼する。問診票の第4、第5項目は直接難聴の有無を問う問診であり、いずれかにチェックが入っていた場合にはリファーとしてよい。問診票の第6、第7項目のいずれかにチェックが入った場合、ささやき声検査の結果を参照する必要がある。ささやき声検査でも難聴が疑われた場合には難聴疑いとしてリファーとする。

(コラム 18)

ささやき声検査

正しいささやき声の発声は意外に難しい。「のどぼとけに手を触れながら発声して、手に振動を感じたらささやき声ではありません。」「ないしょ話の時の発声です。」という説明文を3歳児健康診査の問診票を配布する際に各自治体が同封しているが、通常の話し声で話しかけて偽陰性になったり、声にならない声で話しかけて擬陽性になったりする。

耳元で指をこすったり、紙をくしゃくしゃにしたりして聞こえを確かめる方法もあるが、指こすり音は会話域よりも高い音域の音を中心でありエネルギーも弱く、擬陽性になりやすい。一方、紙をくしゃくしゃにする時に出る音は低音から高音までの音が出ており、瞬間的には通常の発声に匹敵するエネルギーの音が出ることもことから偽陰性のリスクがある。ささやき声は、会話の際に重要となる1,000Hzから2,000Hzの音が強調された弱い音であり、問題となる難聴を効率よく検出するのに好都合である。そのような理由で乳幼児健康診査ではささやき声検査が推奨される。



5.3 てんかん性疾患

てんかんとは「種々の病因によってもたらされる慢性の脳疾患であり、大脳神経細胞の過剰な放電から由来する反復性の発作（てんかん発作）を唯一の症状あるいは主徴とし、これに種々の臨床症状および検査所見を伴う状態(WHO)」と定義されている。健康診査

では問診では、以下のポイントを参考に情報を収集するとよい。いわゆる「ひきつけ」や「けいれん」とは重なる部分はあるものの同一ではないことに留意する。

6. 血液疾患

1) 所見の取り方

貧血の主症状である顔面、口唇、口腔粘膜、眼瞼結膜、爪床の蒼白化は、ヘモグロビン濃度が8 g/dl 以下になると認められるようになる。5 g/dl 以下では聴診にて心雑音を聴取するようになる。偏食の有無も貧血の発症に関連するので重要である。

2) 判定と対応

顔面蒼白や眼瞼結膜の蒼白化がある場合や心尖部および心基部の収縮期雑音、頸静脈部のコマ音が聴取される場合には、精密検査のため医療機関を紹介する。

7. 皮膚疾患

1) 所見の取り方

皮膚色(黄疸の有無)、皮膚の緊満度(turgor)、皮膚の乾燥度(脱水のときやアトピー性皮膚炎のときは乾燥肌になる)、色素沈着、発疹や出血、皮膚の感染症などをチェックする。所見が認められるのに医療管理が行われていない場合には、医療機関を紹介をする。自然消退するものや悪性化の可能性がないものでも、美容的な観点で医療機関への紹介が必要になることがある。

2) 判定と対応

- (1) 程度の強い湿疹、例えば湿潤や出血があつたり、掻爬痕があり強いかゆみを訴える湿疹などでは医療機関の受診をすすめる。
- (2) アトピー性皮膚炎では、かゆみを伴うもの、顔面を超えて体幹、四肢に広がっているもの、2か月以上持続しているもの、家族歴や合併アレルギー疾患がある場合では、医療機関受診をすすめる。
- (3) 白斑(木の葉状)が3個以上の場合には結節硬化症を疑って精密検査とする。
カフエ・オ・レ斑では、5mmサイズ以上のものが6個以上認められる場合には神経線維腫症を疑って精密検査とする。
- (4) 血管腫では、サーモンパッチ、イチゴ状血管腫、単純性血管腫、海綿状血管腫などがある。これらが認められた場合、緊急性はないが、保護者の心配があれば、医療機関を紹介する。
- (5) その他の母斑、例えば扁平母斑、色素性母斑、大田母斑、異所性蒙古斑、脂腺母斑などは緊急性はないが、美容的な観点から保護者の心配があれば、医療機関を紹介する。
- (6) 皮膚感染症として膿化疹や皮膚真菌症がある。膿化疹は小水疱やそれが破れてびらんとなっていたり、痂皮化していたりする。治療が必要なので未治療であれば医

療機関を紹介する。皮膚真菌症では、カンジダ症や頭皮白癬、爪白癬などがある。いずれも無治療であれば医療機関を紹介する。

8. 循環器系疾患

1) 所見の取り方

心臓から聞こえる音は、心音と雑音に分かれる。心音は弁の閉鎖音、雑音は血流が乱流となって作る音である。先天性心疾患はすでに医療管理されていることが多いが、ときに小さな雑音であれば発見されないでいることもある。

- (1) 心音は、心尖部で聴取しやすいI音（僧帽弁と三尖弁の閉鎖音）と、第2肋間胸骨左縁で聴取しやすいII音（大動脈弁と肺動脈閉鎖音）の状態（亢進しているか減弱しているかII音の分裂はどうかなど）を確認する。
- (2) 心雑音は収縮期雑音、拡張期雑音、連続性雑音がある。
- (3) リズムが不規則か異常に早いか遅いかを確認する。脈拍が吸気時に早く呼気時に遅くなる時は、呼吸性不整脈を考え、幼児期や学童期にはよく認められる。安静脈拍数は2歳110（80～130）、4歳100（80～120）である。

2) 判定と対応

- (1) 心音異常として、I音は一般に頻脈、運動、発熱などで亢進するが、僧帽弁狭窄や心房中隔欠損などの疾患でも亢進する。一方、僧帽弁閉鎖不全や心不全では減弱する。II音の分裂は、生理的にみられる吸気時の正常呼吸性分裂以外は、心疾患に起因することが多く医療機関を紹介する。
- (2) 心雑音は、収縮期雑音（I音からII音までの間の雑音）には正常でも聞こえる無害性雑音があるが、拡張期雑音はすべて異常であり、医療機関を紹介する。連続性雑音は動脈管開存などの疾患以外に、無害性雑音の一つである静脈コマ音（Venous ham）の事もあり鑑別が必要で、確定診断のため医療機関へ紹介する。
- (3) 脈拍の異常として頻脈は120/分以上、徐脈は50/分以下、あるいは脈の不整を認める場合には原因について検討する必要がある。興奮、発熱、脱水による頻脈以外、徐脈、脈の不整は医療機関へ紹介する。

9. 呼吸器系疾患

1) 所見の取り方

呼吸音の減弱または増強の有無とその部位、副雑音の有無とその部位について確認する。正常呼吸音には気管支音脈（気管支を気流が通過するときに生じるとされる音で呼気時に強い）と、肺胞音（気管支より末梢で発生すると考えられ、吸気終末に強い）がある。副雑音には連続性ラ音（以前は乾性ラ音と呼ばれた）と、断続性ラ音（以前は湿性ラ音）がある。ラ音よりもさらに大きな音で聴診器を用いずに聴くことができる喘鳴もある。

2) 判定と対応

呼吸音が聞こえにくいときは、広範囲の肺炎、無気肺、重症の気管支喘息などの肺に空気が十分入っていないときや、胸水や膿胸など肺に空気が入っていても聞こえにくい場合である。副雑音である乾性ラ音や湿性ラ音は気流障害物によって生じるため、原因検索が必要である。喘鳴は、吸気性の場合は喉頭部の浮腫や分泌物や異物で生じ、呼気性の喘鳴は気管支喘息や急性細気管支炎で生じることが多い。呼吸状態によって、医療機関の受診をすすめる。

10. 消化器系疾患

1) 所見の取り方

仰臥位にて腹部の視診を行う。3歳児では仰臥位でも腹部は平坦ではなく、やや盛り上がっていることが多い。視診にて臍ヘルニアの有無を確認する。

触診は臍部辺りに手掌を当てて、ゆっくりと押して掌に腫瘍が触れるかどうかを確認する。緊張やくすぐったがって腹筋が硬直し十分に触診できないときは、話しかけてリラックスさせたり、口を開けて腹式呼吸をさせたりするとよい。ついで左右の側腹部に手を当てて、同様に腫瘍の有無を確認する。右上側腹部では肝腫大の有無を、左上側腹部では脾腫大の有無を確認する。左下腹部では便塊による腫瘍に留意しながら、下行結腸あたりを触診する。

下腹部では視診と触診にて、そけいヘルニアの有無を確認する。

2) 判定と対応

著名な腹部膨満や腹部腫瘍がみられたときは、固形腫瘍なのか、のう腫なのか、臓器の腫大によるものか、糞便によるものかを区別する必要がある。腹部腫瘍がみられたときには、まず悪性腫瘍を考えるべきで、速やかに医療機関を紹介する。脾や肝の辺縁は通常で子どもが深い呼吸の吸気時に触れることができ、肝腫大は心不全、造血器疾患、転移性腫瘍など、脾腫大は急性炎症性疾患や造血器疾患に伴ってみられるため、医療機関に紹介する。

そけいヘルニアは、3：2で男児に多く、そけい部から陰囊にかけて還納可能なヘルニア腫瘍を生じ、腸管が内容の場合は還納時にグル音を聴取し、治療は外科的手術になる。

11. 泌尿生殖器系疾患

以下の診察は、ベット上臥位での診察が望ましい。時間的に実施が困難な場合には、保護者への問診で代用する。

1) 所見の取り方

男子の場合は左右の精巣（睾丸）が触知でき、左右差はないかどうか、尿口の位置、陰茎の大きさ、包皮を冠状溝まで反転できるかを確認する。女子の場合は、陰核・陰

唇のサイズや色、膣分泌物の有無を確認する。そけい部の膨隆の有無、その左右差を確認する。

2) 判定と対応

- (1) 陰嚢腫大は触診所見、透光性の確認などの所見をもとに、陰嚢水腫、そけいヘルニア等が発見される。この時期の陰嚢水腫の自然治癒率は低く、手術適応となる。
- (2) 停留精巣（睾丸）は陰嚢に精巣（睾丸）を触知しない場合で、不妊症や悪性腫瘍の発生の問題があるため手術が必要になるため医療機関を紹介する。
- (3) 包茎は包皮を手でむくことができない真性包茎や、（保護者への聞き取りで）尿線が弱く、感染繰り返している場合にはステロイド軟膏による保存的治療の対象となるため医療機関への受診をすすめる。
- (4) 陰唇癒合は女児の左右の小陰唇がくっついて膣口が隠れてしまっている状態をいう。一部または全部が癒着し、時には尿道までが隠れてしまうこともある。膣や尿の出口を塞いでしまうため、膀胱炎や膣炎を引き起こす可能性があるため、医療機関を紹介する。
- (5) 外陰部膣炎では黄色や緑のおりもので発見される。通常、女児におりものはみられないため、下着の汚れがあれば医療機関への受診をすすめる。

12. 先天異常

1) 所見の取り方

先天異常とは、出生前の原因による機能異常や形態異常であり、出生時に認めるか、あるいは生後しばらくして気づかれる疾患や病態である。すなわち、先天奇形、染色体異常症、先天奇形症候群、先天代謝異常症、遺伝性神経筋疾患、血液免疫疾患など多彩な疾患が含まれる。

2) 判定と対応

外表奇形では、表 2-4 を参考に小奇形をチェックする。複数の先天奇形を認めた場合には何らかの症候群が疑われることになる。先天異常の治療、健康管理、そして家族への心理社会的な面への専門的な対応が必要となる。

13. 生活習慣上の問題

1) 所見の取り方

問診にて行う。起床と就寝、食事の回数や時間帯、排便の回数や時間帯などの生活リズム、歯磨きや入浴の有無といった保清の状況、着替えや排尿の自立などしつけ面についても尋ねる。

2) 判定と対応

3歳児にとって基本的な生活習慣は発育発達にとってきわめて重要な事項である。医師は生活習慣に問題があれば、保健指導を指示する。被虐待に気付くきっかけにもなる。

14. 情緒行動上の問題

1) 所見の取り方

一般的に3歳では自己主張が強くなり、自己中心的な言動が増えてくる時期であるが、遊びや会話におけるやり取りは成立するし、相手を見て必要な要求を伝えることができる。また親から離れて同年齢の子どもと一緒に遊ぶようになる。

2) 判定と対応

医師を見ることがない、簡単な指示に従えずじっとしていない、簡単な会話ややり取りが成立しない場合には医療機関や療育機関を紹介する。保護者を参照しなかったり、友達と遊ぶことが少なく一人遊びが多い場合には社会性やコミュニケーションの問題が疑われるので、追跡観察にするとよい（コラム19参照）。

ただし健康診査という非日常場面での出来事であることにも留意する必要がある。とくに物怖じする子どもであったり、恥ずかしがる子どもでは医師を見ることができないこともあるため、保護者に家庭や保育所でも同様のことがあるかを確認するとよい。

15. その他の異常（児童虐待など）

1) 所見の取り方

身体の視診にて怪我の有無や傷跡、打撲痕などに留意する。とくに目立たない臀部や内股、皮膚の汚れの有無にも留意する。対人関係で不安そうに見えるなど、違和感を感じないかどうかについて観察する。

2) 判定と対応

目立つ傷やその跡の数が複数であったり、う歯が多かったり、口腔内が不衛生であったり、皮膚の汚れが目立つ場合には育児支援の必要度が高いと判定する。火傷や骨折、縫合を必要とした怪我などが複数認められた場合には、被虐待を疑い、保健行政と相談の上、児童相談所や子ども家庭相談センター等へ連絡する。

子どもの様子や家族関係より性的虐待が疑われた場合には専門的な診察を要するので、すみやかに通報する。

(コラム 19)

PARS-TR を用いた自閉スペクトラム症への気づき

厚生労働省は3歳児健康診査にて、PARS-TR (Pervasive Developmental Disorders Autism Spectrum Disorders Rating Scale-Text Revision) という質問紙を用いて、自閉スペクトラム症に気づくことを推奨している。就学前向けに 34 項目の質問があり、基準値以上で疑わしいと判定する。12 項目からなる短縮版もあり、0、1、2点で点数化し5点以上でスクリーニングするという基準になっている。医師診察では行わないが、保健師による問診で実施されていることもあることを知っておくとよい。

第5章 養育者のメンタルヘルス

1. メンタルヘルス不調やその他の心理社会的リスクのある養育者とその子どもへの対応

産後は産後うつをはじめとしてメンタルヘルスの不調をきたしやすい時期である。母親のメンタルヘルス不調は養育不全や児童虐待のリスク因子となる。母子保健関係者がそれぞれの持ち場で多職種によるセーフティネットの役割を担い、メンタルヘルス不調のみならず、養育不全や児童虐待につながりうる心理社会的リスクを見逃さずに、支援につなげることが重要である。乳幼児健康診査においても、小児科医が養育者のメンタルヘルス不調やその他の心理社会的リスクに対する早期介入・早期支援のためのゲートキーパーになることで、切れ目ない母子の支援や児童虐待予防に重要な役割を果たすと考えられる。

本稿では、乳幼児健康診査の場で遭遇することがあり、かつ、精神科医でなくても見立てが可能でかつ支援につなげることが必要な養育者のメンタルヘルス不調として、産後うつと産褥精神病を取り上げる。さらに、妊娠期から育児期にかけての切れ目のない支援において知っておくべき母子保健の仕組みやツールについて述べる。

2. 乳幼児健康診査で特に注意すべき2つのメンタルヘルス不調

乳幼児健康診査で特に注意すべき母親のメンタルヘルス不調は、うつ状態と幻覚妄想状態である。この2つは精神科専門でなくても判断が比較的容易で、かつ、母子の安全確保に極めて重要である。うつ状態の場合、産後であれば産後うつ病を疑ったほうが良い（他には、うつ病、双極性障害の可能性もある）。また、幻覚妄想状態の際には、産褥精神病や統合失調症が疑われる。いずれの疾患も、重症化すれば、母親の自殺企図・子どもへの危害・母子心中などのリスクがある。養育者がこれらの精神症状を呈することが疑われた場合には、保健師と情報共有して母子のサポートを検討する。図5-1は対応の流れの案である。養育者のメンタルヘルスのチェックはルーチンに行うことが望ましい。その方が見逃しが少なく済む。

1) 産後うつ

産後うつは産後に気分が沈み、日常の生活でそれまで楽しいと思えていたことが楽しいと思えなくなったり、物事に対する興味がなくなったりする症状を呈する。そのようなことが一日中あり、また一定期間（一つの目安としては大体2週間以上）続く。産後にこのようなうつ状態が続くと児に向き合うことも難しくなる。

気持ちの落ち込んでいる時間があっても短時間のみで、ほかの時間帯は楽しいことを楽しめ、育児もしっかりとできていれば産後うつの可能性は低い。

(1) うつ病の見立てに有効なスクリーニング

乳幼児健康診査の場において、養育者のメンタルヘルスのチェックはルーチンに

行うことが望ましい。多忙な乳幼児健康診査の場で小児科医にとって、子どもの母親の精神的問題にアセスメントをすることは、意識して行わなければ困難であろう。

うつ病の見立てに有効なスクリーニングとして、Whooley の二質問法がある（図 5-2）。これは、うつ病の 2 大症状である、興味喜びの消失と持続する抑うつ気分について問うものである。欧米ではプライマリケア医が成人のうつ病のスクリーニングに利用することが多い。Whooley の二質問法は精神医学の国際的な診断基準である Diagnostic Statistical Manual-5 (DSM-5) の大うつ病性障害の 2 大症状をそのまま尋ねるものであり、米国での研究でうつ病に対する感度は 96%、特異度は 57% とスクリーニングとしては十分の精度であることがわかっている。Whooley の二質問法は、日常臨床の中で母親への問診の中でも実施可能なので、育児不安が強い母親の相談にのる中で、さりげなく二質問法の内容を織り交ぜてアセスメントするのも良い。二つの質問のうちで一つでも「はい」があれば、さらに、PHQ-9 を行うということもプライマリケア医の間では行われている。PHQ-9 のかわりにエジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)) を使うのも良い（図 5-3）。

また、産後うつをきたしやすい要因として、精神疾患の既往、ソーシャルサポートの乏しさ、大きなストレスイベントが海外の研究で明らかとなっており、日本の疫学研究では他に初産婦や妊娠中のうつ状態、孤立があがっている。これら母親のメンタルヘルス不調のリスク因子を念頭に置きながら母子にかかわることは、メンタルヘルス不調の母親の早期発見に有益であろう。

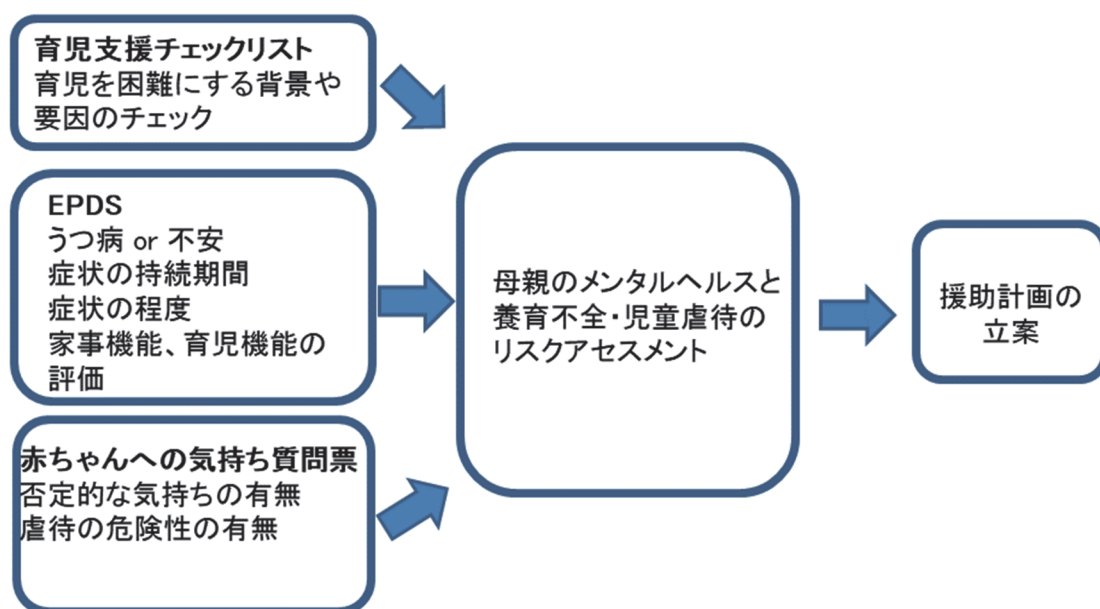


図 5-1 養育者のメンタルヘルスへの対応

以下の質問にお答えください

(「はい」か「いいえ」のどちらか、より当てはまる方に○をつけてください)

①	この1か月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	はい	いいえ
②	この1か月間、どうも物ごとに対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	はい	いいえ

上記の①②のどちらかに「はい」とお答えした方にうかがいます。

③	何か助けが必要だったり、助けてほしいと思ったりしますか。	はい	いいえ
---	------------------------------	----	-----

図 5-2 うつ病に関する二質問法 (うつのスクリーニング)

日本語版エジンバラ産後うつ病質問票 (The Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。

今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

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

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

(日本語版) 岡野禎治、村田真理子、増地聡子他：日本語版エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) の信頼性と妥当性、精神科診断学、7: 523-533. 1996)

図 5-3 日本語版エジンバラ産後うつ病質問票

(2) 産後うつ病への対応

産後うつが疑われた場合、下記のような保健指導をすると良いであろう。

① 産後の母親には誰にでも起こりうるものであることを説明

出産後は、女性ホルモンであるエストロゲンが下がるなど、ホルモンバランスの急激な変化が起こりうること、児の世話で心身の疲労がたまりやすく、この時期の心身の不調はそのお母さんにも起こりうるものであることを説明する。

② 睡眠衛生指導

産後うつ病からの回復には心身の十分な休息が必要である。そのためには睡眠をしっかりととることが欠かせない。しかし、産後の母親は夜間の授乳のため、そもそも十分な睡眠をとることが難しい。そのため、あらかじめ搾乳しておいて夫や実母・義母などに授乳してもらったりするなど、母親が夜にゆっくり休んでもらうことをすすめることが大切である。

③ 可能であれば周りの人にできる限りサポートしてもらう

一人で抱え込まずに、可能であれば夫や実母・義母に家事・育児をしてもらうことをすすめる。

④ つらい気持ちを共有

つらい気持ちを一人で抱え込まずに、パートナーや実母など身近な信頼できる人と共有することをすすめる。それが難しい場合は、保健師等の専門職に相談することをすすめる。

⑤ 気軽に話し合える仲間を作る

母子が孤立しないように、児童館や子育て広場に参加し子育てについて気軽に話し合える仲間を作ることをすすめる。

⑥ 母親の負担を減らす

実母や姑、夫の手伝いを増やしてもらったり、市区町村が提供しているヘルパーサービスの利用、生後3か月以降であれば託児サービスの利用をしたりするなど、さまざまなサポートを組み合わせて、できるだけ本人が休めるようにする環境を作ったほうが良い。また夜間に休めなければ、日中児が休んでいるときにしっかり自分も休むこと、完璧に家事や育児をこなそうと思わず手を抜けるところは手を抜くことをすすめたりすると良い。初産婦の場合、経産婦に比べ、特に出産後数か月の間、いままで経験していなかった育児のことが押し寄せて心理的負荷が強く、育児不安がつのったりうつ状態になったりしやすい。「はじめての子育て」の母親に対してはより注意深いケアが必要と考えられる。

「二質問法」の両方を満たすようなうつ状態が疑われる際には、上記のような環境調整に加え、精神科治療を要する可能性があるため、その後の対応・フォローアップを保健師に依頼する。

上記①～⑥は、産後うつになっている人に限らず、全ての産後の母親にとっても良好なメンタルヘルス維持において重要なことなので、予防的に保健指導の中で母親に伝えるのもよいと考えられる。

2) 産褥精神病

産後の母親の言動が支離滅裂であったり、つじつまが合わなかったり、被害妄想にもとづくようなまとまりのないものであったら、産褥精神病または統合失調症を疑うべきである。幻覚は幻聴の形をとることが多いが、明確な幻聴ではなく、「ひどい耳鳴りがする」「プールで水が詰まったみたいな感じがして耳がよく聞こえない」など聴覚過敏症状としてあらわれることもある。

特に産褥精神病は産後間もない時期に急激に発症し、母親の自殺企図や母子心中の原因にもなる。産褥精神病は1000分娩に約1例の発症率とされており、多くの新生児の母親に対応している小児科医にとっては時折遭遇しうる疾患である。また、統合失調症の可能性もある。精神医学の専門家でなければ、産褥精神病か統合失調症かの鑑別をする必要はない。

(1) 産褥精神病が疑われた場合に確認すべきこと

乳幼児健康診査の中で母親に産褥精神病が疑われた場合、幻覚妄想がいつからあったかをまず確認することが重要である。

幻覚妄想が産後に急激に始まっていけば、直ちに精神的な対応を必要とする緊急事態である。母親のみならず、子どもの安全も確保する必要がある。産後は夜間授乳や子どもの世話で不眠になりがちだが、ほとんど寝られていない状態が数日続くなど幻聴や妄想が出現することがある。睡眠をしっかりとすることで症状は改善することもあるが、睡眠をとっても幻覚妄想が改善しない場合もあるので、保健師に状態を伝え、精神科や心療内科の受診を検討してもらうのがよいであろう。

妊娠前からある慢性的な幻覚妄想であり、かつ、症状も変化がないようであれば緊急の精神科治療を要さないことが多い。一方で、慢性的な幻覚妄想があり、かつ、最近悪化しているようであれば危険サインであり、直ちに精神科や心療内科で対応してもらった方がよい。この場合は、保健師と本人で精神科・心療内科受診を相談してもらうとよいであろう。

母親に幻覚妄想状態がある場合は、養育状況を確認することが重要である。急激に幻覚妄想状態が出現している場合は、児の安全の確保を検討する必要がある。養育状況について問診の上、保健師と情報共有し、必要があれば保健師のフォローアップや要支援児童・要保護児童としての対応を検討してもらう。

(2) 産褥精神病への対応

産褥精神病の症状は環境調整や保健指導だけでは改善せず、精神科・心療内科での対応が必要になる。精神科・心療内科受診を進めることについて、保健師と協議する。紹介できるような精神科・心療内科があれば、直接健康診査医が紹介しても

よい。その場合も、児のケアについてなど保健師に対応してもらうことが必要である。

4. メンタルヘルス不調以外の養育者の心理社会的リスク

現在、妊娠期からの切れ目のない母子の支援が、母子保健における重要政策となっており、乳幼児健康診査の担当医もその一部を担う必要がある。母子の健康水準を向上させるための様々な取り組みを推進する国民運動計画である「健やか親子21（第2次）」で、基盤課題Aに「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」、重点課題①に「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」、重点課題②に「妊娠期からの児童虐待防止対策」があげられている。これらの課題・重点課題において、妊娠期からハイリスクの母親や子どもに早期に気づき、切れ目のない支援を行っていくことが重要であると考えられる。乳幼児健康診査で出会う母親の中には、妊娠期や新生児訪問などで産科医療機関や保健機関でフォローアップされている人がいる。乳幼児健康診査の担当医が、そのような支援情報を保健師と共有し、健康診査の場で母子を支援することは有益であると考えられる。

この項では、妊娠期からの切れ目のない母子の支援のために乳幼児健康診査の担当医が知っておくべき母子保健の知識について取り上げる。

1) 妊娠期からの切れ目のない支援における多職種連携において必要な心理社会的リスクの共通認識

現在、多くの自治体で妊娠期に保健師等の専門職が面接をし、心理社会的リスクのある妊婦にはその後フォローアップする取り組みが行われるようになってきている。また、産科医療機関も様々なスクリーニングツールを使って、妊婦の心理社会的リスクを同定し、保健機関と連携して母子の支援を行っている。

(例えば http://pmhguideline.com/consensus_guide/cq06.pdf)

また、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」を特定妊婦として、産科医療機関や保健機関でフォローアップされることも多い。乳幼児健康診査は現在の母子保健の支援システムにおいて産後から育児期の橋渡しとなる時期であり、その後の母子への保健指導を担う小児科医も、妊娠期からの産後にかけて母子関係者がどのような場合に心理社会的リスクがある母子としてとらえて支援が行われているかの共通認識を持つことで、妊娠期からの切れ目のない支援における関係者間の連携がスムーズになると考えられる。

2) 新生児訪問で用いられることの多い3つの質問票

新生児訪問等で用いられることの多い3つの質問票で出産後保健師が家庭を訪問した際に、多くの自治体でエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS）の日本語版、The Mother-to-infant bonding scale の日本語版である赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストからなる「3つの質問票」が広く用いられている。保健師は、上記のような質問票などを使い、心理社会

的リスクのある母子をアセスメントし、援助計画を立案している。

3) 子ども・家族の心理社会的リスクについての保健・福祉との共有

保健師が持っている母子についての重要な情報を共有してその情報をもとに小児科診察や保健指導で対応することは切れ目のない母子への支援に有益である。通例、乳幼児健康診査の事前カンファレンスでは、妊娠期や新生児訪問時などで保健師や産科医療機関などが把握している心理社会的リスクのある母子についての情報をもとに、健康診査で注意して対応すべきケースについて話し合われる。この事前カンファレンスの情報を健康診査開始前に保健師と共有して健康診査で母子に対応すると良い。さらに、健康診査での診察内容をもとに事後カンファレンスなどで対応について協議を行うのもよいであろう。

また、集団健康診査では会場に保健師がいるので心理社会的リスクのある子どもや家族について保健師と相談しやすいが、健康診査を個別で実施している場合も、子ども・家族の心理社会的リスクを把握した場合は保健師と情報共有しながらサポートを行っていくと良い。保健師と連絡を取る場合は、できる限り本人の同意を得ることが望ましい。保健師への連絡について了承が得られない場合も、平成 28 年 10 月に一部改正された児童福祉法（平成 28 年法律第 63 号）では、「支援を要する妊婦などを把握した医療機関や学校などは、その旨を市町村に情報提供するように努めるものとする。」と明記され医療機関から保健機関への情報提供が努力義務となっている（児童福祉法第 21 条の 10 の 5）。養育不全・児童虐待が懸念される場合は児童福祉へ連絡する。

上記のように子ども・家族の心理社会的リスクが懸念される場合には保健機関または福祉機関（児童相談所・子ども家庭支援センターなど）と連絡を取り、連携して支援を行っていくことが重要である。

Appendix

一歩進んだ健康診査を目指して：～子どものヘルススーパービジョンとしての健康診査～

1. はじめに

わが国では、地方自治体を中心に乳幼児健康診査がおこなわれ、小児の成長発達における問題の早期発見に重要な役割をはたしてきた。しかしながらこの半世紀で時代背景、子どもの考え方、育児の在り方や、小児の疾病構造も大きく変化を遂げた。とくに 2000 年代以降は、発達障害の早期発見、子育て・家族支援の視点が重要視されてきている背景があり、このような時代のニーズに沿った形で健康診査内容やあり方もブラッシュアップが必要である。子どもの自立、そして子育て支援に重点を置いた乳幼児健康診査とは、子どもの疾病のスクリーニングの場としてだけでなく、子どもと家庭の状況を把握する機会と捉え、必要な支援につなげることで、重要であると考えられている。

本項では米国における **Bright Futures**（かかりつけ医を中心とした予防医学を効果的に実践している米国の政策）の理念をベースとし、子どもの育てにくさの要因に分類され今後健康診査システムの組み入れるべき“親子の関係性”、“環境に起因するもの”に関するアセスメントにつき **Biopsychosocial** の視点で概説する。

2. Biopsychosocial にみた発達

一歩進んだ健康診査として必要とされるのは、一方的な指示や助言のみならず、実際に関わりながら観察し、支援することである。このような“関与しながらの観察”（**H S. Sullivan**）は対人関係理論に記されているように発達に伴い関わった場面そのものが支援に関係するとされる。健康診査の場において問診のみでない関わりの時間を共有すること自体が支援の場とつながることを意識したい。実施の前提には、人間のライフステージに沿った **Bio-Psycho-Social** にみた発達に関する知識が必要である。

1) Biological にみた発達

(1) 脳神経の発達

神経細胞の髄鞘化及び神経細胞間のネットワーク形成の拡大により生後数年で、脳容量は 2 倍以上、灰白質容量は 4 倍になるといわれる。頭囲は出生時の 33 cm から、1 歳で 42 cm 程度、5 歳では 50 cm を超える。脳神経発達をアセスメントする上で頭囲の継時的測定は重要である。脳・神経発達は主に以下の 2 つの過程で重要である。

① 神経細胞の髄鞘化

情報伝達の効率は髄鞘化によってなされ、すでに胎児期から始まり、脳幹など生命維持に必要な脳部位の髄鞘化は早く、大脳皮質では感覚野はより早く、前頭前野は青年期まで続くことが示されている。

② 神経細胞間の（シナプス間）のネットワーク形成

生後の経験により、必要なネットワークと不要なネットワークに選別が行われ、情報伝達という意味で効率のよい脳内ネットワークが形成されていく。刈りこみの時期は脳の領域によって異なり、一時視覚野など感覚野ではそのタイミングは早く、前頭前野のような連合野ではそのタイミングは遅いとされる。

この過程を経て人は発達し活動範囲を広げ、より合理的に、複雑な社会の中で生きる能力、適応力を獲得していく。そしてこの2つの過程は遺伝によって定められた部分とその後の環境によって修飾される。環境は発達に重要な交絡因子であり、適切な遊びの環境、愛着、栄養、などによりとくに乳幼児の発達は影響される。

(2) 神経伝達物質の関与

胎児期から脳幹セロトニン、ノルアドレナリンが海馬、扁桃核、小脳形成に、生後の睡眠覚醒リズムや、ロコモーション、シナプス形成に深く関わっている。乳児期後期からのドーパミンが主に関与し実行機能に関わる背外側前頭前野-大脳基底核-視覚サーキットと、共感などの社会的感情に関わるセロトニンが主に支配する前頭葉眼窩部-辺縁系-視床サーキット、動機付けや強化学習にかかわる前帯状回サーキットが完成されてくる。

(3) こころの理論の発達

乳幼児期における社会脳の始まりであるアイコンタクト、共同注意は、情動処理系を経由して前頭葉の発達に関与していることが判明してきた。なお大脳基底核は手続き記憶、認知や情動に関わる役割をはたしており小脳は空間における運動機能や思考の流れといった心的機能を認識することを可能にしている。こころの発達の順序性はまず行動抑制が出現することで外界からの支配から解放され、表象能力が誕生する。次にワーキングメモリー、実行機能が順次認められこの認知過程は15歳にかけて成人レベルに達する。内側前頭前野も生後5か月程度で人に対して特異的に活動する可能性が示され、その後こころの理論発達を促す起点となり1歳までに人に対して選択的に活動を示すことが明らかになっているが、他者の心的状態に関する認知が促されるのは主に児童期以降であることが生物学的に示されつつある。

(4) 反射の発達

新生児は主に延髄橋の一部の機能により生活する。発達とともに、運動機能は橋より中脳の機能、更に大脳皮質の機能により営まれるようになる。上位ニューロンが発達すると下位ニューロンをコントロールする方向に進むと考えられ、すなわち、橋の反射は、中脳の機能により修飾され、それはさらに間脳、大脳皮質の発達により、コントロールされるようになる。

2) Psycho-Social にみた発達

子どもの発達には素因も環境因も互いに関連することは周知の事実である。以下に

紹介する歴史的ないくつかの理論は科学的検証やエビデンスによって実証されてはならず反論も出ている現状がある一方で、子どもの発達に対する私たちの理解を助け支援の在り方や枠組みを提示する上で重要な key point となり得る。Piaget J は、認知機能発達の立場から出生から青年期までを4つの段階に示した。またフロイトは精神分析理論に基づき性的エネルギーlibido 発達を中心に精神・性的発達段階を考え出生から青年期までを5段階に分けている。一方、エリクソンはフロイトの考え方を基本におき、性よりも社会的発達を重視しフロイトの5段階に相当するものに青年期以降死亡するまでの3段階を加え8段階に分けている。

(1) 乳児期

出生直後は自分の生理的、身体的欲求を自力で満たすことはできず、泣いて助けを求める。養育者に抱かれて授乳されると新生児は養育者の働きかけに反応し視線を合わせ(アイコンタクト)、声やにおいを識別するなど、ある程度の親子相互関係が成立し、この母子間相互の働きかけはエンタテインメント、と呼ばれる。このような生理的身体的欲求が満たされてもらうというこのプロセスの重複が精神的安らぎも与えることに繋がり乳児は自分が置かれている世界や親がくれるものを信頼するという感情や自分の存在を肯定的にとらえる自己信頼感が養われるようになる。これがその先の間人間関係に大きな役割を果たすと言われている。乳児は3か月になると周囲のものを視覚的に把握し初め追視が始まり、無差別に反応する社会的微笑が現れる。8か月になると、人見知りが始まり、親と他のものとの違いを認識し親以外の人を恐れ不安をもって接するようになり、乳児は基本的信頼感を養うと同時に自分の欲求が満たされないときは不信の感覚を芽生えさせる。このように乳児の精神的健康のためには、重要他者である親との関係が密接で満足に満ちたものであることが必要であり、これが何らかの理由で欠如した場合は精神的不安定となり、その後の人格形成にも大きな影響が及ぶ。ボウルビーは乳児が親に愛着を覚えるのは食欲などの生物学的本能を満たすだけでなく母親への愛着行動自体が根源的欲求であるとし、これをアタッチメントと呼び、エリクソンは基本的信頼感と評した。

この時期の認知発達の基礎となるのが、馴化新奇選考である。馴化現象(Habituation)とは新しいものを見ることによる脳へのコード化する過程をいい、新奇選好(Novelty Preference)とは新奇なものを更にコード化する過程をいう。この2つの現象は乳児が特定の視覚的特徴に対して示す定位反応であり、この過程では乳児の注意の分配や記憶などの情報処理機構が評価され、この過程の繰り返しにより乳児はより合理的に外界に順応・適応し、より効果的に集中し処理する。乳児期後半になると高次機能を司る前頭葉の発達が始まり、ものの永続性の認知(目の前から見えなくなったものでも永続することを理解)することから、探索行動が始まり、また、目標を達成するために手段を考え問題解決し、計画をたて行動するという高次機能が芽栄える。(たとえばクロスの上に置かれた手の届かない範囲のコッ

プの下に隠されたおもちゃを取るためには、まずクロスを手前に引っ張り、コップを持ち上げ、下のおもちゃを取るといった合目的行動など) 更に、手先の巧緻運動の発達がみられる1歳過ぎでは、おもちゃを片付けたり、積木を積むといった合目的遊びが見られ、新奇反応の減少とともに集中力が発達し始め、一つのもの(おもちゃなど)に対する指先を用いた探索、操作的動作が始まる。とくに指の感覚と運動の発達は、環境や生活との関わりにおいて大切な分野であり手を使う機会を多くすることは認知の発達に大切である。

(2) 幼児期

歩くこと、話すことという人間固有の機能の発達がみられる。自分の意思や考えを他者に伝えるとともに、人間的コミュニケーションも芽生える。離乳も親からの独立を促進し自律性へと出立する。ピアジェの認知発達では前操作期の直感的思考の段階となるが、特徴として、事物に対応するときに、理論的でなく、直感的に行うことが多い。また思考の特徴としては自己中心的であり、これはわがままというものではなく、まだ自分の立場からしかものごとをみることが出来ないからである。4歳以上では、創造力・判断力・自発性の発達が更にのび、因果関係の理解も見られ始める。社会的知性の発達として適切に社会行動を行う知性や誤った概念の認識・抑制力、自己のコントロールが見られてくる。ワーキングメモリーの発達がみられる。(行動や決断を導く認知機能)

この時期の課題はしつけであり、自律性の獲得である。乳児期のように動いてくれなくなり(従わなくなり)排せつ、摂食、衣類着脱、睡眠時間など、社会の規範に従って行動するように要求する時に自らを律するしつけがうまくいくためには、児と親が愛情のきずなで結ばれている必要がある。親が喜ぶことをする、という親を愛する気持ちが児に自律性を獲得させる。自分が愛されるだけでの立場ではなく、他者を愛する喜びを学ぶという人としての成熟における前進がみられる。しつけが不十分であると基本的生活習慣や自律性が育ちにくく欲求不満耐性(我慢強さ)が形成されにくく、しつけが厳しすぎると児は自信をもてず、やはり自律性が育たない。さらに恥の感情が芽生え、自律性として欲求された行動をうまくできないと自分で気づいたとき自分はダメだという否定的なイメージとして恥の感情生じる。これを克服していくことも発達に繋がるエリクソンは、この時期を積極性の獲得および人物、物事、技量など目標を攻撃し征服することがこの時期の中心で同時に価値観も生じ、過去、未来、結果などの概念をもつようになる。フロイトはこの時期を男根期とよび、性に関する知識が芽生えはじめる。異性の親への接近、同性の親への敵視などの傾向が見られ、エディプスコンプレックスと言われる。その後同性の親への同一化がおこりコンプレックスが克服され倫理や道德に関する超自我が発達していく。ピアジェは、2~6歳をまとめて前操作期とよび、象徴化の機能が著しく発達するが、言語機能、延滞模倣(少し前に経験したことを真似すること)の

出現、象徴的遊びや描画の開始などによって行われるとした。

3. BPSモデルをベースとした遊びと親子関係性の変化

1) 遊びの発達

(1) 乳児期～1歳半

生後2～4か月ごろにはあやすと笑う。生後6～10か月ごろにはおとなの相手を求めるようになり、はいはいが始まる8か月以降は、母親の後追いが激しくなる。遊びでは感覚、運動的遊びの段階であり、聞いたり、見たり、触ったり、嘗めたりしてその感覚を楽しむ遊びと、手足を動かして、動き事態と物への関わりを楽しむ遊びで、感覚器官の発達や運動能力の発達の段階。(例・がらがらなど音の出るもの、鏡を見て反応する、積木をかちかちあわせる、など)。乳児期後半～幼児期前半(10か月～1歳半頃まで)は、

機能的遊びの段階とされ、物やおもちゃの仕組や機能を理解し、それに合った遊びをする。この機能的遊びは、模倣能力が伸びてくる。親との情緒的な結び付きの形成が、この段階の遊びの発達に関係している。(積木のものいれ、ボタン押しのおもちゃ、なぐり書きなど)

(2) 幼児期中期(1歳半～3歳頃まで)

1歳～1歳半ごろには他の子どもに興味を示すようになり1歳半～2歳ごろには一緒に同じようなことをして遊ぶことができる。象徴的遊びの段階とされ、変わりの物を使う、見立てる、空想する、イメージの世界を作り出す遊びの世界を組み立て構成するということが特徴で、象徴的能力の発達の段階。(積木をつむ、パズルはめ、ごっこ遊びなど)

(3) 幼児期後期(3歳以降～就学前)

3～4歳ごろには一つの遊びを共同で行うようになる、遊びのルールや約束を理解するようになる。またごっこ遊びを通して、社会的常識、道徳、習慣などを身につけていく。さらに運動遊びを通して、身体の運動機能を発達させることができる。社会的遊び、ルール遊びの段階であり、仲間との相互性、役割を演じること、協力すること、ルールを作り守ること、ゲーム性が特徴である。この段階の遊びには、子どもの象徴能力の発達に加えて、高次脳機能の発達が進み、他者との関係の中で自分を主張したり我慢したりして強調するようになる。(カードゲーム、記憶を要するゲーム、性的役割のあるごっこ遊びなど)

2) 親子関係

(1) 関係性から生じるメンタルヘルスの問題

就学前までの子どもの精神保健として、親子関係性がある。人格、とくに後天的に形成されるといわれる特徴(意思や感情表現)は主に乳幼児期に形成されるので、養育者や養育態度は人格形成にきわめて重要である。スキンシップによって愛情の

保障があって初めて安定した精神発達にさらにしつけによる行動制限や多くの欲求不満を感じる経験をするがこのような関わりが、親の愛情のもとで繰り返されれば、時には自分の欲求を制し、時には欲求不満に耐えるという耐性が高まる。過保護、放任、過干渉などの養育は、その後の人格形成に影響を及ぼし、この時期の異常行動(指しゃぶり、過度のかんしゃく、自傷、チックなど)、睡眠障害(夜驚、悪夢など)、摂食(偏食、拒食など)、言語(どもりなど)に関連すると言われる

(2) 関係性の発達

2か月ころまでに養育者と子どもはアイコンタクトみられ4か月時には、クーイングが盛んになり声を出してコミュニケーションすることが多くなるため育児がより楽しくなる時期である。6か月になると相互のやりとりができるようになり見知らぬ人とよく知っている人を区別し養育者と一緒にいることをより好むようになる。9～10か月になると活動範囲が広がり、主張が強くなるので、ダメという枠組みを両親で確認しながら作っていく必要がある。1歳過ぎるとより自立心が高まり1歳半を過ぎるとさらに積極的に行動し自分の欲求にこだわり意思表示が増えるが、それを明確に伝えるほどの言語能力に乏しく、甘えてきたりかんしゃくを起こすなどの情動面での波が強くなる。養育者の悩みや不安も増大する傾向にある時期である。安全を確保しながら、子どもの良い行動とよくない行動の枠組みのレパートリーをさらに増やしていく必要がある。2歳～3歳にかけては排泄など基本的な生活習慣の獲得時期であり、何でも自分でやりたがる子どもの意欲を尊重しながら枠組のある選択肢を提示し子どもが意思決定する場を作ることが必要となる。兄弟けんかも増える時期でもあり家族全体をとらえながらの支援を要する時期である。4歳～5歳は集団生活が始まる次期であり、他人とどう関わるかなどの心の理論に基づいた対人コミュニケーションスキルがみられる時期である。子どもに対して敬意をもって接しているか、拙い表現しようとする子どもの声に耳を傾けているか、表現することを親としてサポートできているか、地域などでの集団遊びの場に参加する機会をもっているか、などが重要なポイントとなる。

3) 観察のポイント

具体的な到達ポイントがあるわけではないが、見えにくい関係性評価を前述した **Biopsychosocial** にみた発達理論を踏まえながら、健康診査の際にみられる親子の関係性を確認することも子どもの健全なヘルスプロモーションには重要である。

- ・健康診査時の子どもの反応に対する親の言動(無関心、過干渉など)
- ・あやし笑いにおける相互反応
- ・玩具を親に与えて子どもとの親との相互反応(言語的、非言語的に)をみる
- ・衣服着脱などを親に行っていただき介助行動の適切さなどの行動観察を行う
- ・計測の際に、親から離れた時の子どもの反応、親の反応(親同室の際の愛着行動、親再会時の親子の反応:身体接触、子どもの混乱、攻撃、関心の度合いなど)

- ・健康診査時の家族の状況（夫婦関係性、兄弟関係や、養育者の子どもの状況の把握状況など）
- ・母子健康手帳の記入状況

4. エビデンスをベースとした保健指導～Bright futures を参考に～

次頁より、子どもの発達・行動科学に基づく保護者への助言・指導内容を記載する。養育環境をより良く支援するための助言として、Bright Futures ガイドラインから本邦に活用できる箇所を抜粋・改変し、①児のケアと関わり方、②栄養、③保護者・家族の well-being、④安全の確立の4項目に分類し記載した。個別健康診査の際の、保護者からの質問への回答や、より詳しい保健指導の際に参考になれば幸いである。

(コラム 21)

アタッチメント

人は自己感と他者感が明確になる生後半年頃、乳児は親との安心した交流体験を基盤に、親に情緒的な慰めや安心感を求め、歩き始めると、「安全基地」としての親の存在を確かめながら離れて遊びに出かけていく。疲れたり、不安を感じたりすると親のもとに戻り、慰めを得ると再び遊びに出かけていく。すなわち親を愛着対象とみなし、「安全基地」である親に対する愛着が形成される。このように乳児は「愛着と探索のシステム」を有効に活用して、外界を能動的に探索し、事物を操作しながら生活世界を広げていく。とくに生後一年の乳児はスキンシップを好み、抱っこされたい、話しかけてほしい、あやしてほしいといった社会的刺激を必要とし、このような身体的心理的社会的な自分の欲求が満たされることにより、「私はここにいていいのだ」といった基本的信頼感を獲得する。

一方で、虐待や劣悪な養育環境により、「安全基地」であるはずの親や養育者との愛着形成に重篤な障害、すなわち愛着障害を持つ乳幼児が存在し、これら子どもたちに対する支援・介入は現在、精神保健の重要な国際的課題となっている。愛着関連の精神疾患としての愛着障害は、この50年以上にわたって報告され、精神障害の診断と統計マニュアル（DSM）がそれを正式に取り上げて以来約25年になる。この数十年で、ルーマニアの施設養育を受けた子どもたちについて、国際里子となった各国とルーマニアその他での直接的な実証的研究などが行われ、愛着障害についての研究は著しく進んだ。その結果、DSM-5に反応性アタッチメント（愛着）障害と脱抑制型愛着障害として記載されている。

保護者への助言・保健指導例

3～4か月健康診査

①児のケアと関わり方	②栄養	③保護者 家族の well-being	④安全の確立
<p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんは睡眠のパターンを作っている途中で。夜には4～5時間続けて眠れるようになります。お昼寝と夜寝る時間は、できるだけ毎日同じにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> SIDS(乳幼児突然死症候群)のリスクを減らすため、仰向けで寝かせましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんが声をだしたら、あなたも声出して答えてあげましょう。話しかけるときには顔を見せて話し、赤ちゃんにも「話し返す」よう促しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> テレビやビデオは2歳以下の子どもには見せないようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんはたくさん泣くもので、泣くことが赤ちゃんの害になることはありません。</p>	<p><input type="checkbox"/> 生後4～6か月までの母乳栄養は大切です。</p> <p><input type="checkbox"/> 生後5～6か月に離乳食を始めるまでの赤ちゃんにとって、最適な栄養源は母乳・育児用ミルクです。基本的には、それ以外のものをあげる必要はありません。</p> <p><input type="checkbox"/> 頻回の溢乳があるときは飲ませすぎの可能性があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 哺乳瓶をくわえさせたまま寝かせてはいけません。窒息の原因になります。</p> <p><input type="checkbox"/> 離乳食を進めていく過程は赤ちゃんによって異なります。首のすわりがしっかりと、哺乳反射(舌を突き出して口の中から物を出そうとする反射)が弱くなってくる生後5～6か月頃が適当です。</p>	<p><input type="checkbox"/> ご両親とも、赤ちゃんのお世話をしない「自分のための時間」を取ることが大切です。</p> <p><input type="checkbox"/> 友人や家族と連絡を取り、社会的に孤立してしまわないようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんが不機嫌で泣いている場合、哺乳やおむつ、安全を確かめまします。特に問題がないのに泣き止まず、自分がいらしてきたくきは、安全な場所に赤ちゃんを置いて自分もその場を離れて少し休憩を取りましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> ひきつづき禁煙しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> (同胞がいる場合)上のお子さんには、一緒に赤ちゃんのお世話を手伝ってもらいと満足感を感じてもらうことができます。またご両親が上のお子さんと1対1で過ごす時間を定期的にとることも大切です。</p>	<p><input type="checkbox"/> チャイルドシートは、これまでと同様、後部座席に後ろ向きに設置し使用しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 大人と一緒に布団・ベッドで寝るのは窒息や転落の危険があるのでやめましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 転落の危険があるので、ソファ、ベッドに放置してはいけません。</p> <p><input type="checkbox"/> やけどの危険があるので、赤ちゃんを抱っこしながら、熱い飲み物を飲んだり料理をしたりしてはいけません。また、給湯器は常に48度以下に設定しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 溺水の危険があるので、浴槽に決して赤ちゃんを置き去りにしてはいけません。</p> <p><input type="checkbox"/> 窒息やケガを予防するため、小さな物はすべて手の届かない場所にしまいましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 転落の原因や運動発達の妨げになることがあるので、歩行器は使わないようにしましょう。</p>

6～7か月健康診査

①児のケアと関わり方	②栄養	③保護者・家族の well-being	④安全の確立
<p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんの視力はだんだんと良くなり、6か月までに人が動く目で追えるようになります。起きている時間は、ベビーチェアなどに座らせ、赤ちゃんにたくさん周りを見せ、赤ちゃんとたくさんお話をできるようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> できるだけ、決まったスケジュールで1日を過ごしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> おもちゃや掴んだり、何かをなめたりなど、「自分を落ち着かせること」ができるようになります。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんは「自分で眠る」ことを覚えなければなりません。赤ちゃんがうとうとしかけた時に布団に入れ、自分で眠るようにしましょう。夜に起きてしまったら、特に構わず、「自分で眠りなおす」ことを覚えてもらいましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 乳菌が生えたら軟らかい菌ブラスカ布に水を付けて磨きましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> 離乳食が1回のうちは母乳・育児ミルクは赤ちゃんが欲しがるときに与えましょう。離乳食が2回になったら、母乳・育児用ミルクは離乳食の後に与え、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3回程度にしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事の時は、頭、体幹、足がきちんと支持できる椅子かバウンサーに赤ちゃんを座らせましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 離乳食をあげるとき、適切な食べ物を選び与えるのはお父さん・お母さんですが、食べる量を決めるのは赤ちゃんです。</p> <p><input type="checkbox"/> 新しい食材は一度に一種類だけ与え、数日間様子をみましょう。食材を試して食べなかった場合は、気にせず、後日また試しましょう。無理矢理食べさせてはいけません。</p>	<p>※産後数か月が経過すると、育児だけでなく、産前と同様に、家庭でのいろいろな役割をこなす義務が生じることがあります。(例えば家業の手伝い、高齢の家族の介護、同胞の送迎など)家庭によってはそれらすべてを一人(特に母親)が担うことがあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 家事の中で、自分でなくてもできるものは、人に頼めるかどうか考えてみましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 育児以外の家事が多い場合や環境を変えづらい場合は、それがストレスになることもあります。できるだけ家族皆で役割分担をしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> (同胞がいる場合)上のお子さんには、一緒に赤ちゃんのお世話を手伝ってもらいと満足感を感じてもらえることができます。またご両親が上のお子さんと1対1で過ごす時間を定期的にとることも大切です。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1歳以上かつ9kgを超えるまで、チャイルドシートは後部座席に、後ろ向きに取り付けます。</p> <p><input type="checkbox"/> 6か月からははいをする子もいます。家の中の安全を確認し台所、階段、ストーブ周りには柵をしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> なんでも口に入れる時期なので、小さいものを周囲に置かず、まめに掃除機をかけましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 窒息予防のため1cmより大きな食べ物やポップコーンは4歳になるまであげてはいけません。</p> <p><input type="checkbox"/> 洗剤や化学薬品、薬などは手の届かないところへ置きます。誤飲の際は速やかに医療機関受診か、中毒情報センターに連絡を。</p> <p><input type="checkbox"/> ベッドを使っている場合、今の赤ちゃんの背に対してベッド柵の高さ十分か確認をしましょう。</p>

9～10 か月健康診査

①児のケアと関わり方	②栄養	③保護者・家族の well-being	④安全
<p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんは分離不安を持つようになり、後追いをするようになりま</p> <p><input type="checkbox"/> 「いないいないばあ」やまねっこ遊びを楽しむようになります。</p> <p><input type="checkbox"/> 2歳以下の子どもにはテレビ、DVD、ビデオ、コンピュータは見せないようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 声や身振りでの意思表示ができるようになります。赤ちゃんの意思を読み取ってやり取りに伝えることが大切です。</p> <p><input type="checkbox"/> しつけをする上で、周りの大人が「常に同じ態度をとる」とことと、安全でない行為にのみ「だめ」を言うことが大切です。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんが夜中に起きてしまったら、おむつと安全の確認をし、問題なければ、親は特に何もせず見守り、自分自身で眠りなおさせるようにしましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> 9か月頃から離乳食を3回程度にし、食欲に応じて離乳食の量を増やしていきましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 赤ちゃんが新しい食べ物に挑戦し自分で食べることが辛抱強く見守りましょう。いろいろな食感の食べ物を与えましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事中はテレビを消し食事に集中できる環境を作りましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 適切な食べ物を選び与えるのは親で、食べる量を決めるのは赤ちゃんです。無理矢理食べさせないようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> この時期になると、大部分の赤ちゃんが家族の食事スケジュールと合わせて朝屋タの3回食べられるようになります。</p> <p><input type="checkbox"/> コップで飲む練習を始めてみましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> 一人の時間や夫婦の時間(パートナーとの時間)を大切にし、家族や友人とつながりを持ちましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> (同胞がいる場合)上の子にはできる範囲で赤ちゃんのお世話をしてもらうとよいでしょう。家族の一員であるという感覚や「何かしたい」という気持ちに配慮することができます。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1歳以上かつ9kgを超えるまで、チャイルドシートは後部座席に、後ろ向きに取り付けます。ハーネスが身長・体格に合っているか確認しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> つかまり立ち・つかまり歩きができるようになる時期です。火傷、怪我、転落が起こらぬよう家庭でしっかり事故予防をしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 浴槽やベビープールなど水の近くにいるときは、必ず、大人が手の届く範囲で監視しましょう。年長のお子さんに監視させてはいけません。また、使用後は浴槽、プールは空にしましょう。災害対策や洗濯用として残り水を残す場合は必ず浴室に施設しましょう。</p>

1歳半健康診査

①児のケアと関わり方	②栄養	③保護者・家族の well-being	④安全
<p><input type="checkbox"/> この時期は合計11～13時間の睡眠が理想です。哺乳瓶を飲みながら寝るのはやめましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> お子さんの良い行動や達成したことを褒めましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> やってはいけないことはしっかり説明しましょう。特に、叩く、かむ、など暴力的な行為を許してはいけません。</p> <p><input type="checkbox"/> やっていいこと・いけないことを家族の中で統一し、周囲の大人が常に同じ対応しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 言葉の発達を促すため、本を読んだり、歌ったり、一緒に見ているもの・していることについてお話をしましょう。気持ちを表す言葉がけをしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> なにか指示をする時には、簡単でわかりやすく伝えましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> トイレトレーニングは本人のペースにあわせて始めます。他の子と比べて焦らないように。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1日3回の食事に1～2回の間食が理想的です。</p> <p><input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いがはっきりしてくる時期ですが好物だけをあげるのとは避けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 新しい食べ物を拒否した場合、何度も試し、すぐにあきらめないようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 大人と同じ食べ物を食べる機会が増えてくるので、大人が意識して栄養バランスの良い食事を摂るようにしましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> お父さん・お母さん自身も健康に気を付けて食事・運動しましょう。お子さんと一緒に体を動かす遊びをしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> (同胞がいる場合)それぞれのお子さんとは個別に過ごす時間を作りましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> きょうだいげんかは、できるかぎり、一方の味方をすることなく解決するようにしましょう。たとえば、おもちゃの取り合いでけんかになったら、おもちゃを片付けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> この月齢の子どもが他の人におもちゃを貸すことは難しいです。年長のお子さんには、その子専用のおもちゃと片づけ場所を与えましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> チャイルドシートは後部座席に設置し、頭頸部保護のため、シートに記載されている最高身長・最大体重に達するまでは後ろ向きが望ましいです。</p> <p><input type="checkbox"/> お子さんを先に降車させて駐車する場合、必ずもう一人の大人が安全な場所を抱っこします。お子さんが車へ向かって突然飛び出し、事故になることがあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 上手に登ることができるようになる時期です。火傷、怪我、転落が起こらぬよう家庭で事故予防をしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> スプーンや手である程度食事を自分で食べるようになりますが、食事中は必ず見守りましょう。食べ物で窒息することがあります。</p>

3歳健康診査

①児のケアと関わり方	②栄養	③保護者・家族の well-being	④安全
<p><input type="checkbox"/> この時期睡眠は 11～12 時間ほどになる子が多いです。寝る時間に近づいたらテレビを消し静かな環境にしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 本の読み聞かせや歌、看板を読みながらの散歩など、お子さんの言葉の発達や文字の学びを楽しみながら伸ばしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 集団生活を経験していない場合は、同じ年頃の子どもと一緒に遊ぶ機会を作りましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> テレビやビデオ、タブレットの視聴は1日2時間以内とします。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己主張が強くなる時期です。着る洋服や読む本、行く場所など、お子さんが自分で選ぶことができることを増やしてみましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 暴力的な行動は許さず、すぐによめさせてその行動により他の人がどう感じるかを説明します。自分です謝ることができるよう手助けしましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養バランスのよい3回の食事と、1～2回の間食が理想的です。</p> <p><input type="checkbox"/> できるだけ家族でそろって食事し「食事は楽しいもの」という理解を促しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 遊び食べはまだ多い時期です。「いただきます」、「ごちそうさま」の挨拶をお子さんと一緒に言うことで、食事には始まりと終わりがあるというルールを理解しやすくなります。</p> <p><input type="checkbox"/> 味の嗜好は強くなるため、親が健康的な食材・食事を選び与えることが大切です。栄養価の低いスナック菓子やジュースは避けましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> お父さん・お母さん自身も健康に気を付けて食事・運動しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 大人のテレビ視聴の習慣は、子どもの習慣に影響します。目的もなくテレビをつけっぱなしにする、「とりあえずテレビをつける」習慣があると、お子さんも自然にテレビを見る時間が増えてしまいます。また、番組によってはいろいろな刺激がお子さんに入ってしまうので、大人が覗く時も気を付けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> (同胞がいる場合)きょうだいはいは衝突するものです。きょうだいげんかは、できるかぎり、一方の味方をするのではなく解決するようにしましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> お子さんの体格にあったチャイルドシートを使用しましょう。必ず後部座席に座らせ、シートのハーネスを調節しましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 車が通る路地で遊ぶときは絶対に目を離さないでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 年の小さいお姉ちゃんやお兄ちゃんにお子さんの見守りを任せてはいけません。</p> <p><input type="checkbox"/> よじ登るのがとても上手になる時期です。転落を予防するために、窓の近くから家具をどかしましょう。ペランダには踏み台になってしまいそうな物を置かないようにしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 好奇心が旺盛になり、何でも触る年です。火器・酒類・薬剤・毒物・洗剤・コードなど危険物は手の届かない場所に保管しましょう。</p>

資料

乳幼児（男児）体重発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）
乳幼児（女児）体重発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）
乳幼児（男児）身長発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）
乳幼児（女児）身長発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）
乳幼児（男児）頭囲発育パーセンタイル曲線（平成12年調査）
乳幼児（女児）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）

身体発育曲線（平成12年度乳幼児身体発育調査） e-stat 政府統計の窓口より

図1. 乳幼児(男子)体重発育パーセンタイル曲線(平成12年調査)

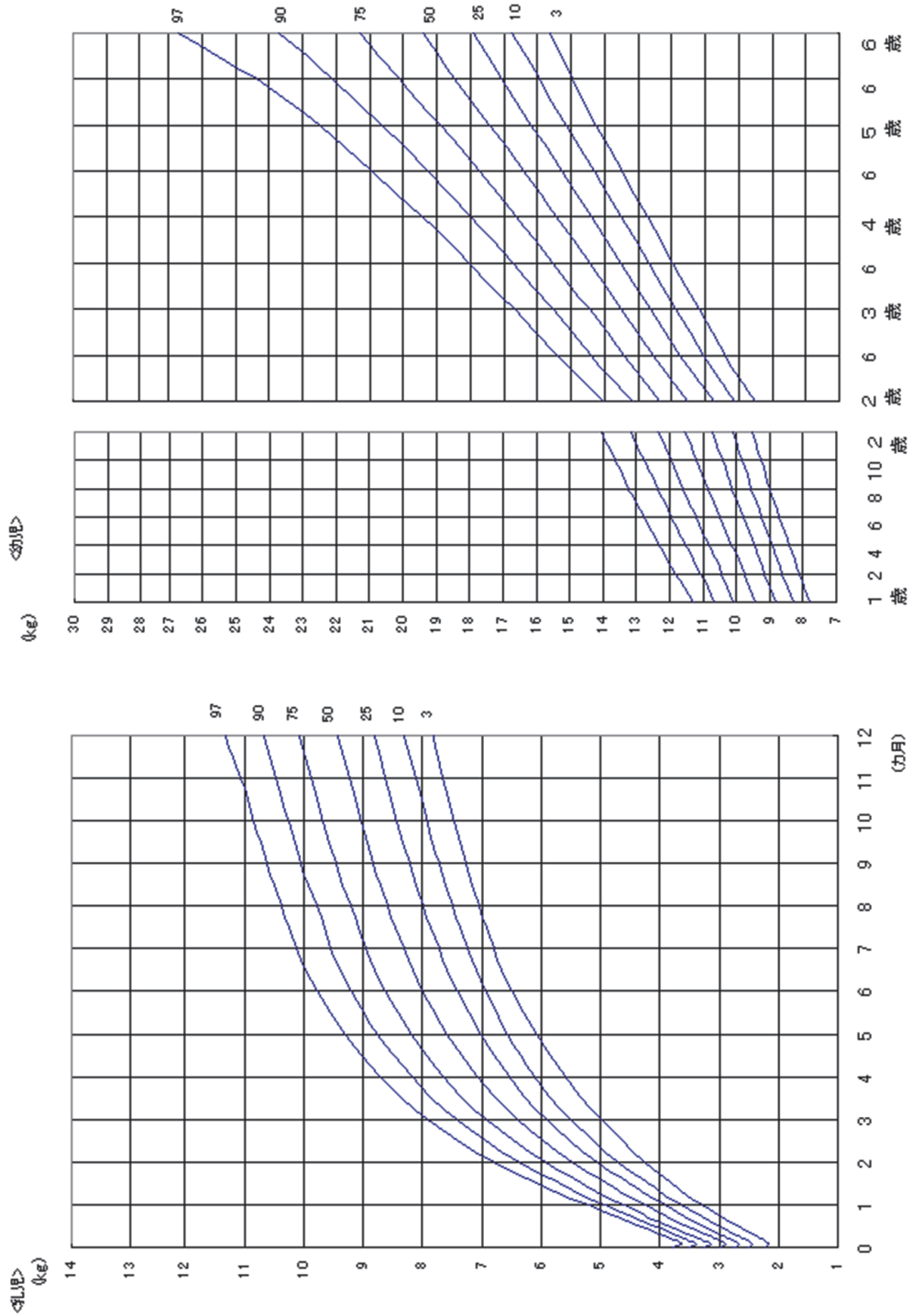


図2. 乳幼児(女子)体重発育パーセンタイル曲線(平成12年調査)

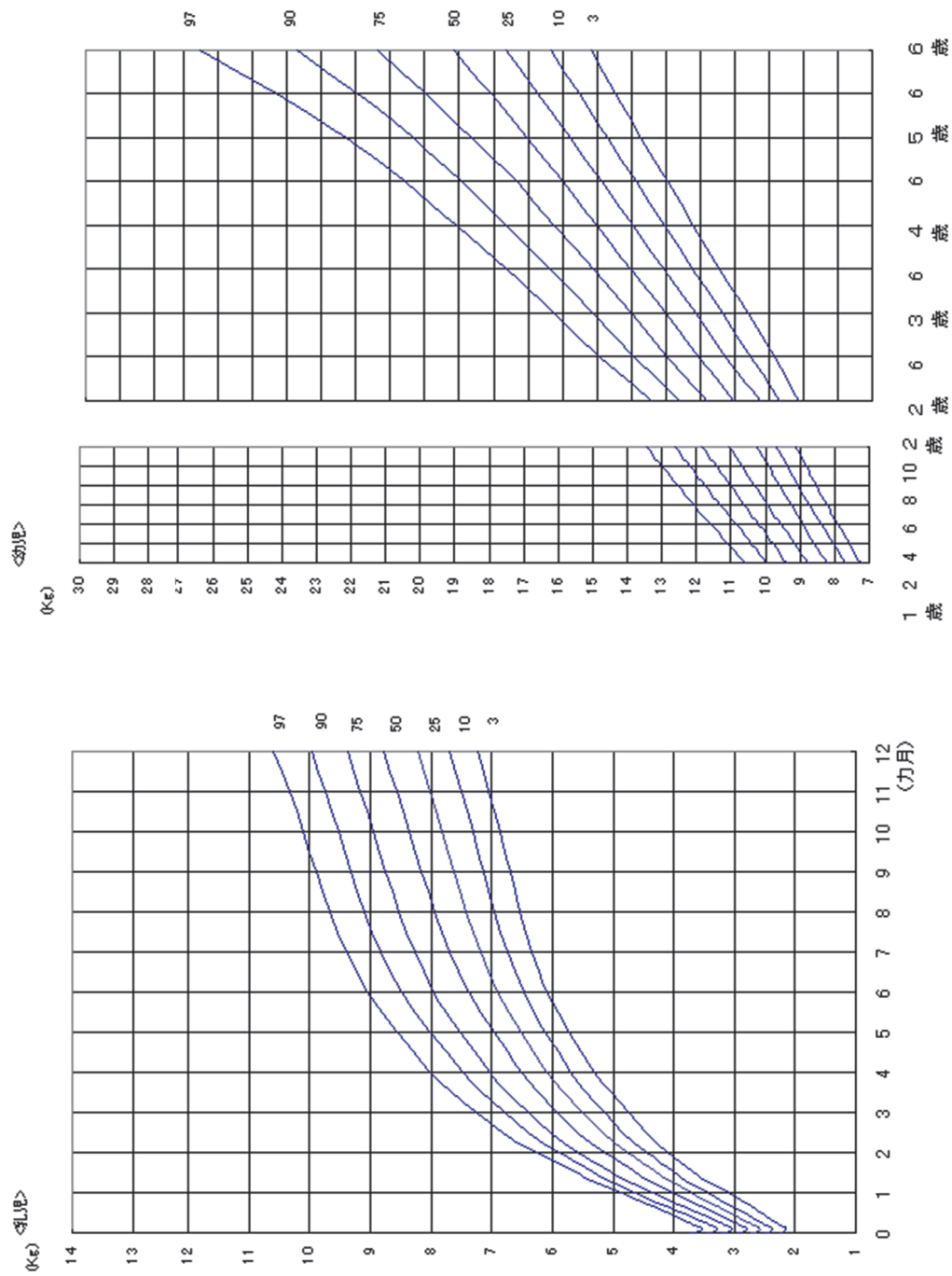


図3. 乳幼児(男子)身長発育パーセンタイル曲線(平成12年調査)

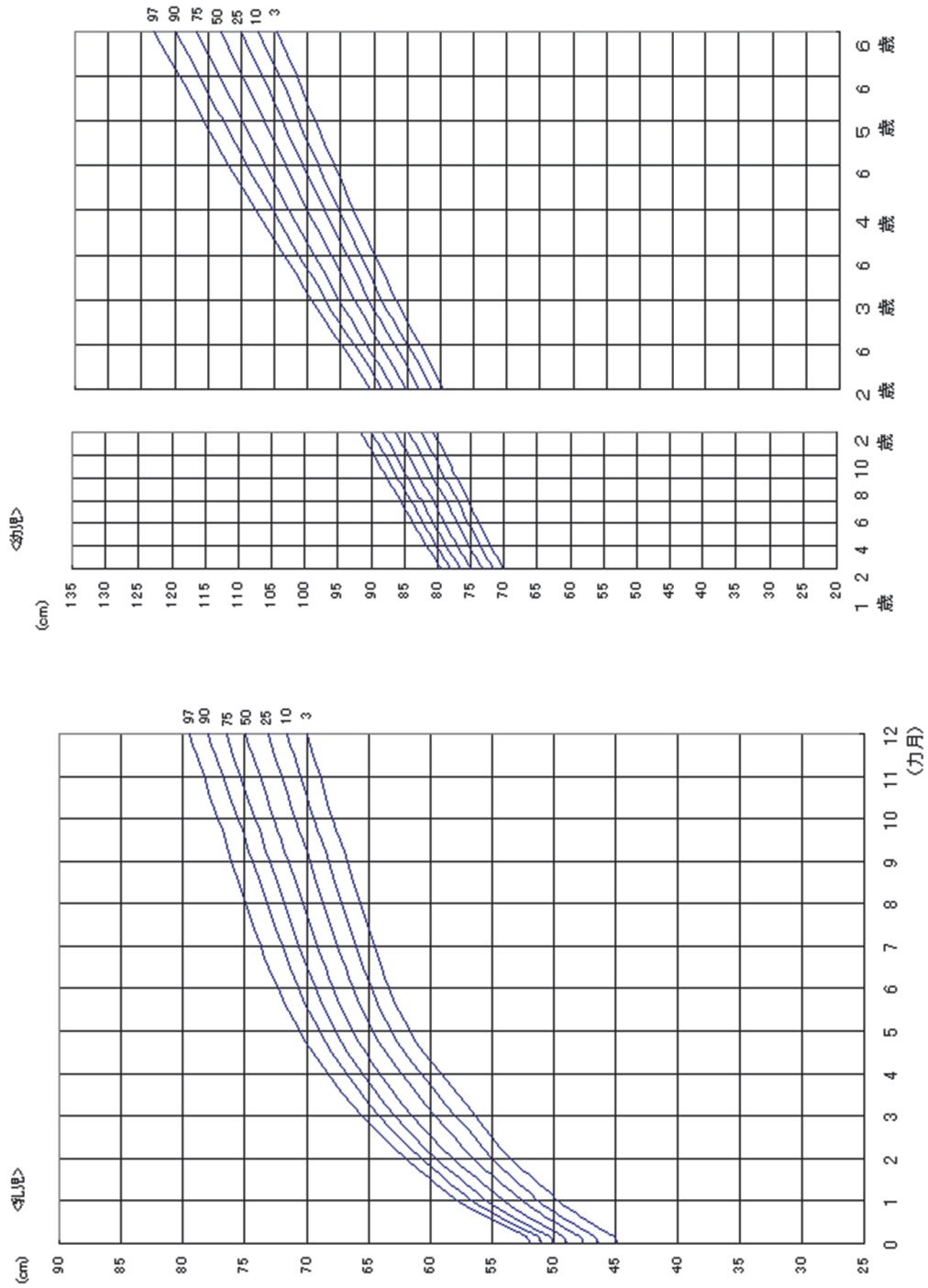


図4. 乳幼児(女子)身長発育パーセンタイル曲線(平成12年調査)

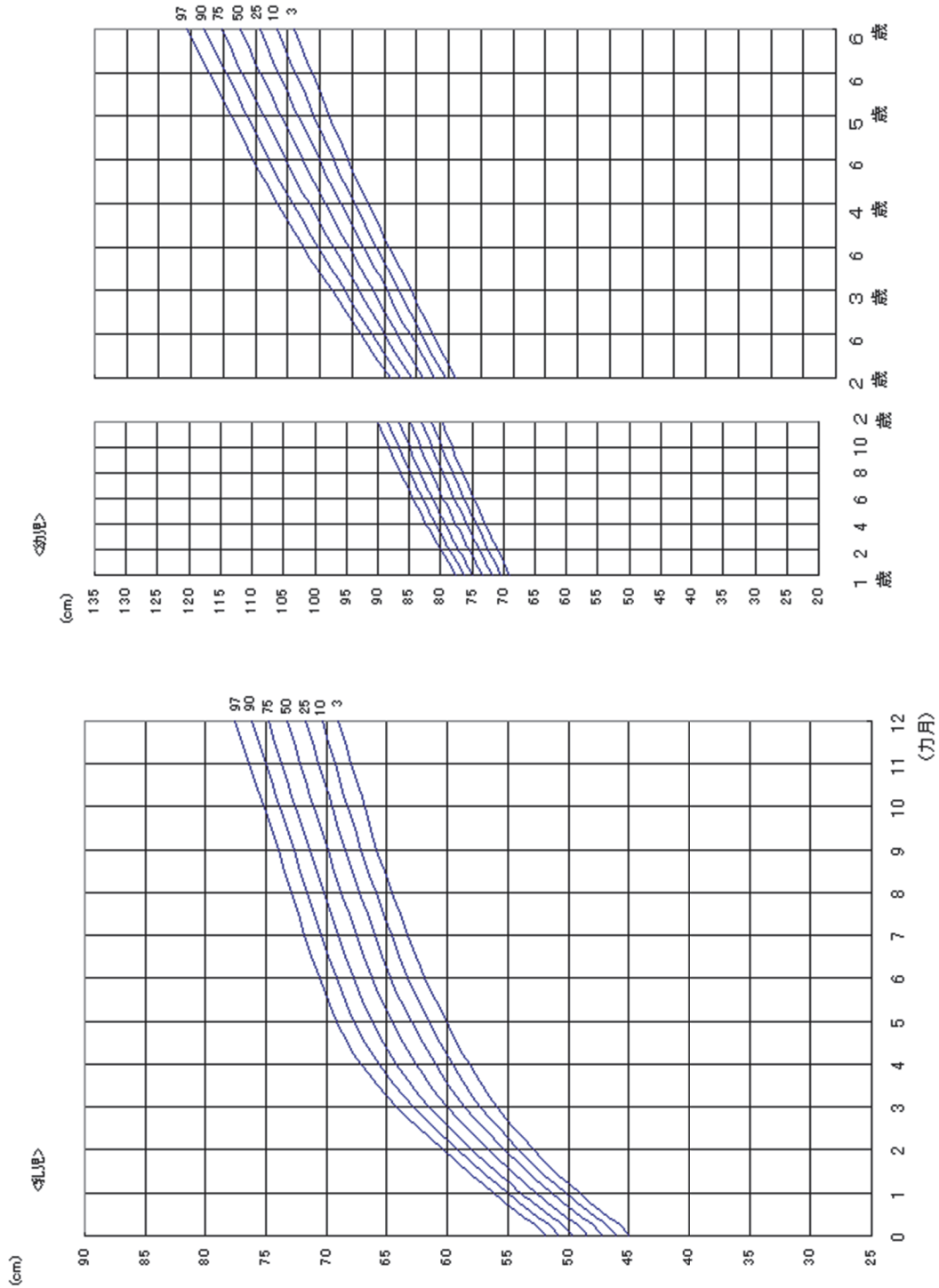


図7. 乳幼児(男子)頭囲発育パーセンタイル曲線(平成12年調査)

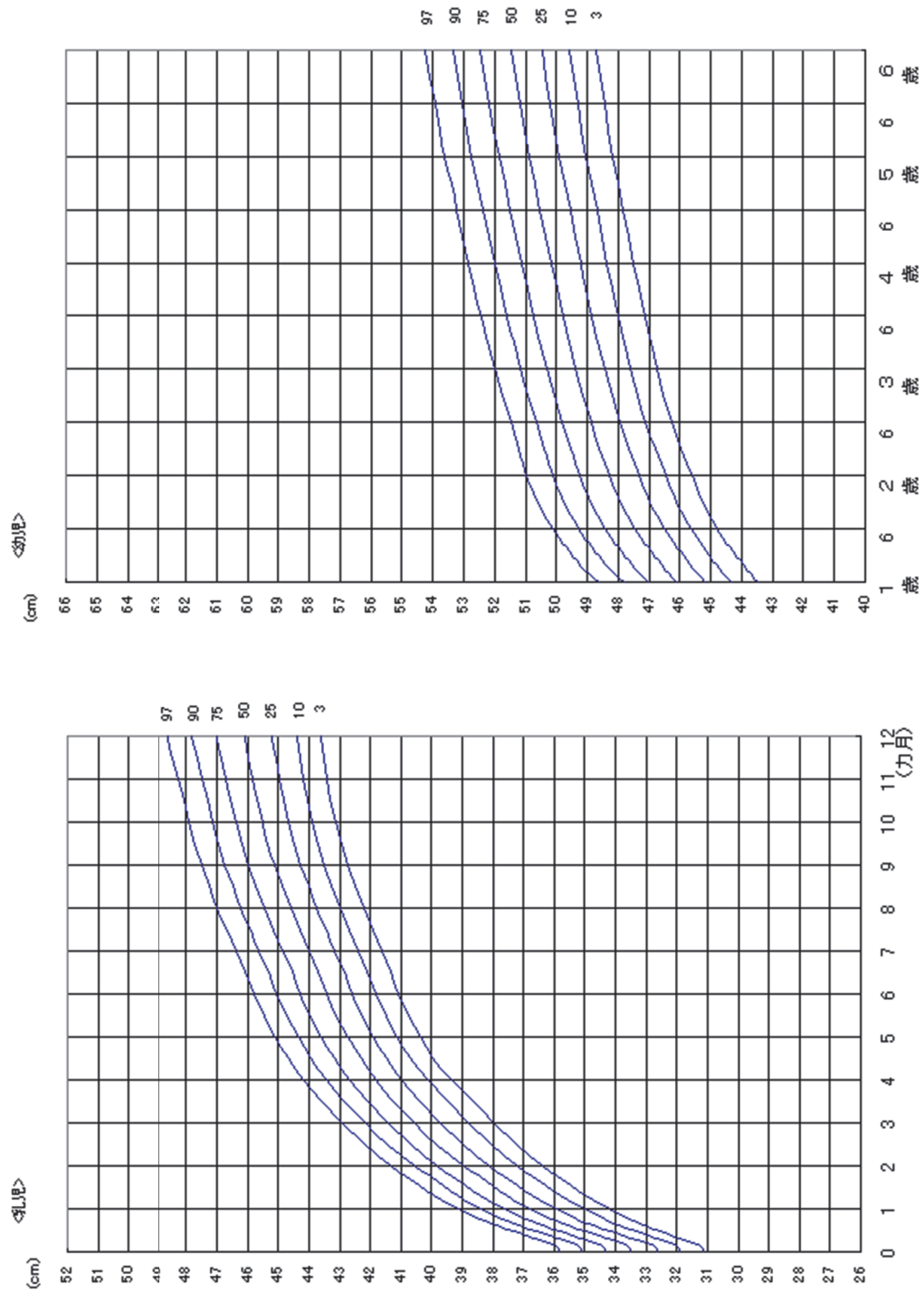


図8. 乳幼児(女子)頭囲発育パーセンタイル曲線(平成12年調査)

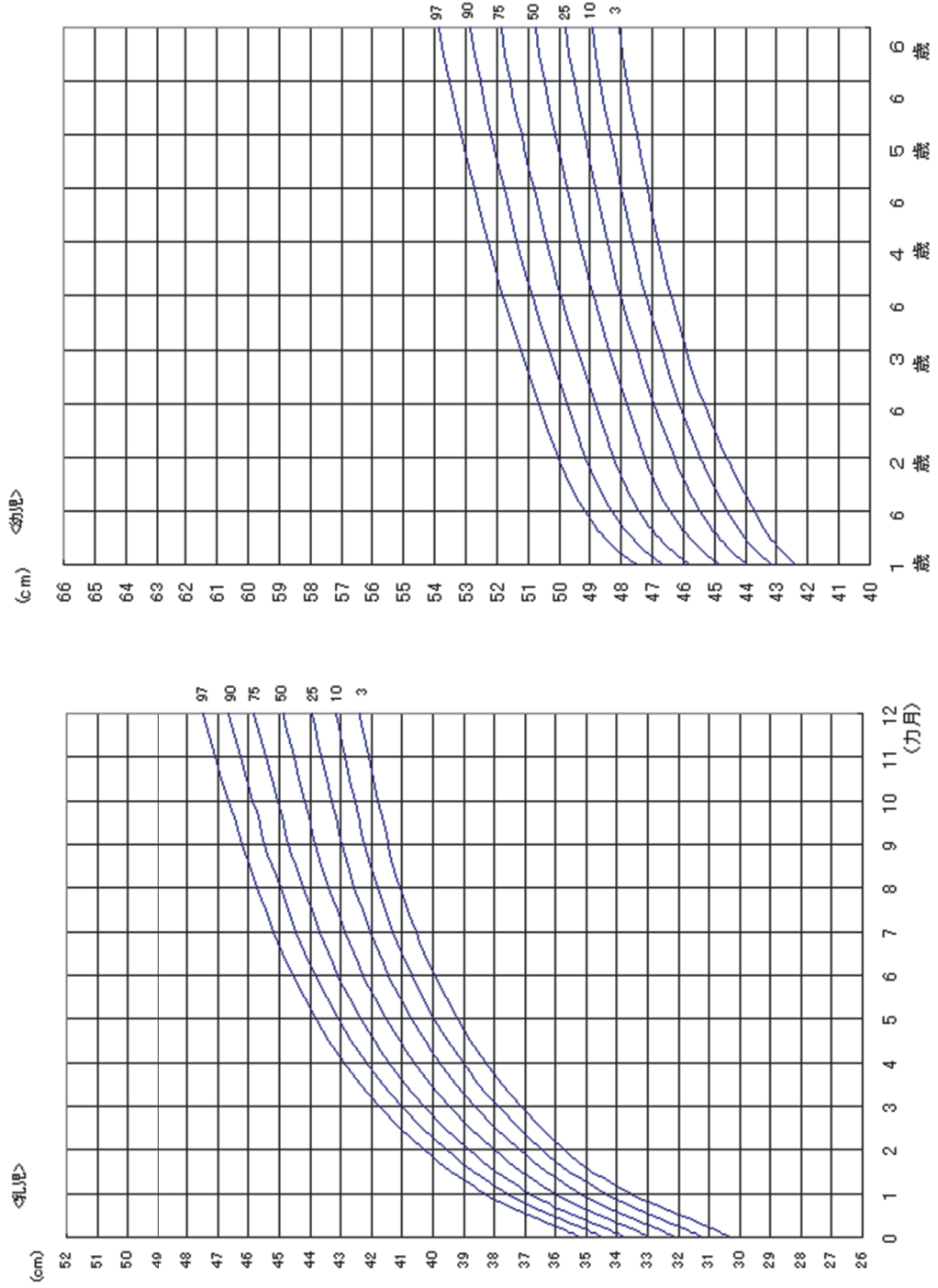
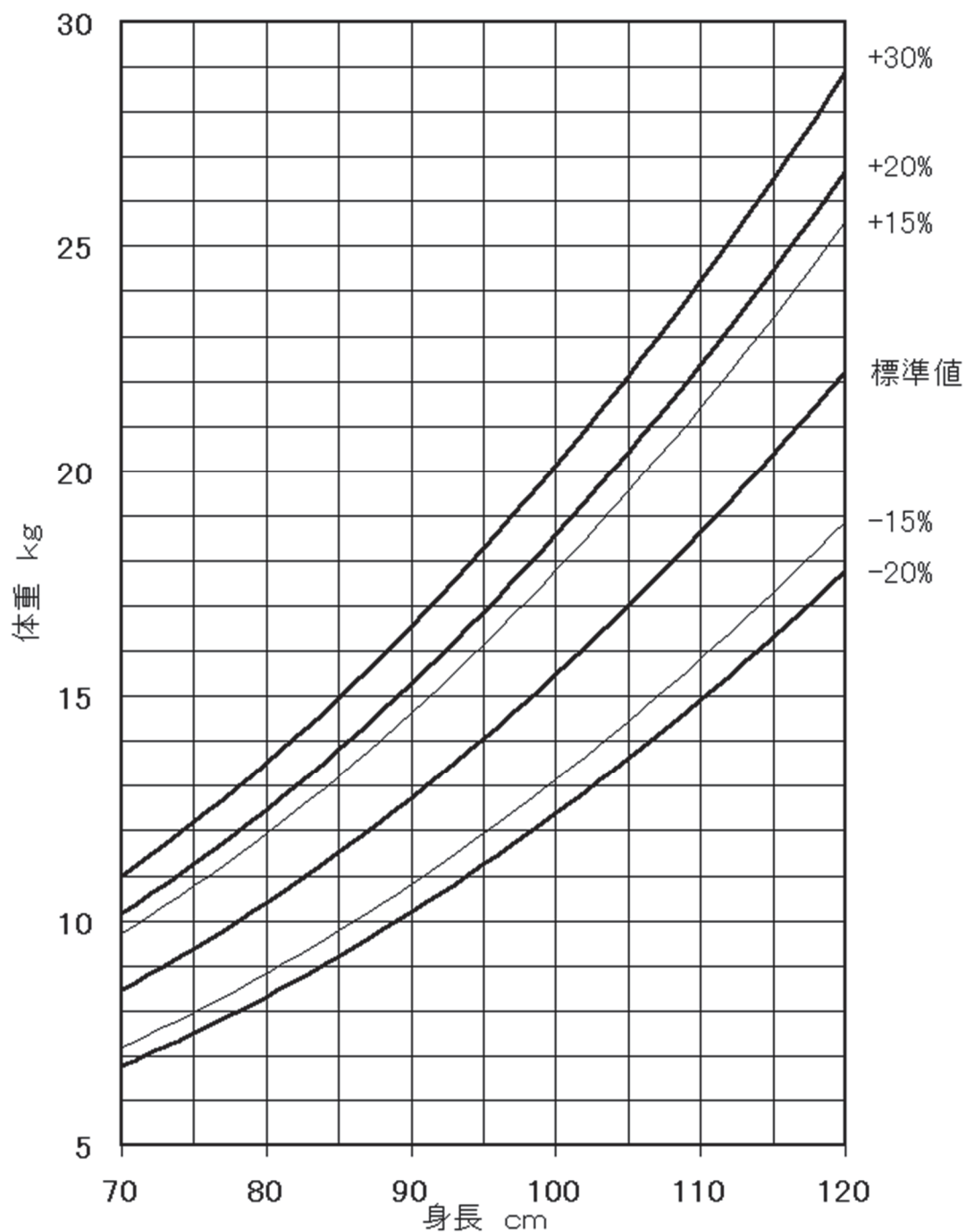


図11-1 幼児の身長体重曲線（男）

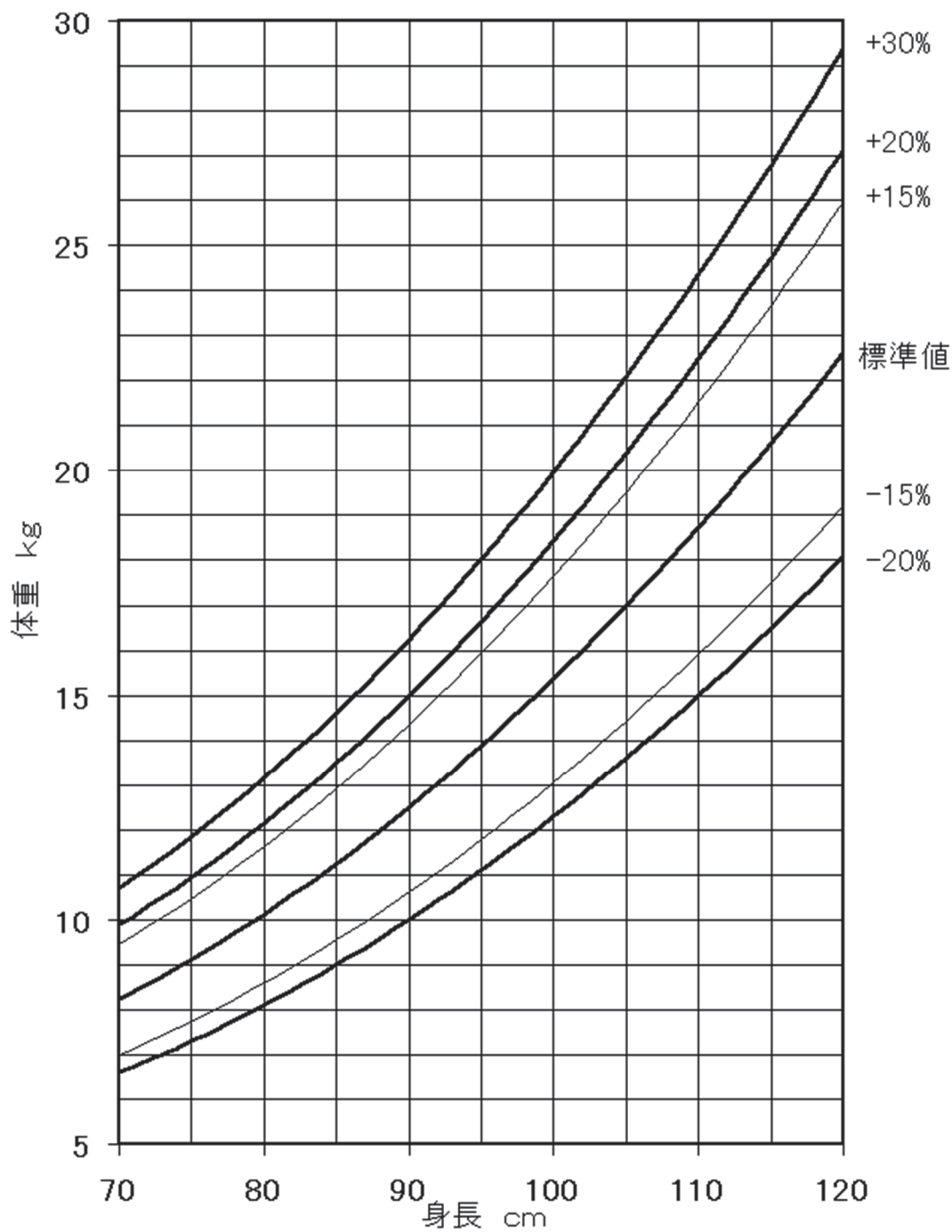
（身長70～118cmのデータを基に2次曲線で近似した成績を採用）



近似式: $Y = 0.00206 X^2 - 0.1166 X + 6.5273$

図11-2 幼児の身長体重曲線（女）

（身長70～118cmのデータを基に2次曲線で近似した成績を採用）



近似式: $Y = 0.00249 X^2 - 0.1858 X + 9.0360$

執筆担当者

秋山千枝子	あきやま子どもクリニック
朝貝芳美	信濃医療福祉センター整形外科
河野由美	自治医科大学小児科
小枝達也	国立成育医療研究センターこころの診療部
阪下和美	国立成育医療研究センター総合診療部
立花良之	国立成育医療研究センターこころの診療部
田中恭子	国立成育医療研究センターこころの診療部
成田雅美	国立成育医療研究センターアレルギー科
仁科幸子	国立成育医療研究センター眼科
平澤恭子	東京女子医科大学小児科
前川貴伸	国立成育医療研究センター総合診療部
益田 慎	県立広島病院小児感覚器科

編集協力

日本小児医療保健協議会健康診査委員会

標準的な乳幼児健診に関する調査検討委員会

執筆担当者

秋山千枝子	あきやま子どもクリニック
朝貝芳美	信濃医療福祉センター整形外科
河野由美	自治医科大学小児科
小枝達也	国立成育医療研究センターこころの診療部
阪下和美	国立成育医療研究センター総合診療部
立花良之	国立成育医療研究センター乳幼児メンタルヘルス診療科
田中恭子	国立成育医療研究センター児童・思春期リエゾン診療科
成田雅美	国立成育医療研究センターアレルギー科
仁科幸子	国立成育医療研究センター眼科
平澤恭子	東京女子医科大学小児科
前川貴伸	国立成育医療研究センター総合診療部
益田 慎	県立広島病院小児感覚器科

編集協力：日本小児医療保健協議会健康診査委員会

日本小児科学会担当理事	松原知代	独協医科大学小児科
同 副担当理事	岡 明	東京大学医学部小児科
同 副担当理事	廣瀬伸一	福岡大学医学部小児科
日本小児科学会選出委員	◎小枝達也	国立成育医療研究センターこころの診療部

○渡辺 博	帝京大学医学部附属溝口病院小児科
鮎沢 衛	日本大学医学部小児科
河野由美	自治医科大学小児科
平澤恭子	東京女子医科大学小児科
成田雅美	国立成育医療研究センターアレルギー科
前田美穂	日本医科大学小児科
山崎嘉久	あいち小児保健医療総合センター
渡部 茂	明海大学歯学部小児科
堤 ちはる	相模女子大学栄養科学部健康栄養学科

日本小児保健協会選出委員

神川 晃	神川小児科クリニック
秋山千枝子	あきやま子どもクリニック
稲光 毅	医療法人ISC いなみつこどもクリニック
川上一恵	かずえキッズクリニック

日本小児期外科系関連学会協議会選出委員

朝貝芳美	信濃医療福祉センター整形外科
江口佳孝	国立成育医療研究センター整形外科
仁科幸子	国立成育医療研究センター眼科
仲野敦子	千葉県こども病院耳鼻咽喉科
渡井 有	昭和大学横浜市北部病院こどもセンター小児外科

◎委員長、○副委員長