

データヘルス時代の  
乳幼児健康診査事業企画ガイド  
～生涯を通じた健康診査システムにおける  
標準的な乳幼児健康診査に向けて～

【別添資料】

疫学的検討に基づいた  
乳幼児健診におけるスクリーニング対象疾病

厚生労働行政推進調査事業費補助金

成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

乳幼児健康診査に関する疫学的・医療経済学的検討に関する研究

令和2（2020）年3月

データヘルス時代の  
乳幼児健康診査事業企画ガイド  
～生涯を通した健康診査システムにおける  
標準的な乳幼児健康診査に向けて～

【別添資料】

## 疫学的検討に基づいた 乳幼児健診におけるスクリーニング対象疾病

厚生労働行政推進調査事業費補助金

成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）  
乳幼児健康診査に関する疫学的・医療経済学的検討に関する研究

令和2（2020）年3月



## 目次



別添資料について	1
----------	---

表 S-1. 健診対象時期別の医師診察標準項目	2
-------------------------	---

表 S-2. 疫学的検討によるスクリーニング対象疾病	4
----------------------------	---

### 《 3～4 か月児健診 》

① (-) …低身長の子ども <sup>†</sup>	8	⑱ 鉄欠乏性貧血	26
② 低出生体重児	9	⑲ 湿疹	27
③ 育児過誤	10	⑳ 乳児血管腫	28
④ 子ども虐待（児童虐待）	11	㉑ 海綿状血管腫	28
⑤ 嚥下障害	12	㉒ 単純性血管腫	28
⑥ (-) …体重増加過多の子ども <sup>†</sup>	13	㉓ 発育性股関節形成不全症	29
⑦ 水頭症	14	㉔ 先天性心疾患	29
⑧ (-) …小頭の子ども <sup>†</sup>	14	㉕ 神経芽腫	30
⑨ 発達遅滞	15	㉖ Wilms 腫瘍	30
⑩ 聴覚（聴力）障害	17	㉗ そけいヘルニア	31
⑪ 視覚（視力）障害	19	㉘ 臍ヘルニア	32
⑫ 運動発達遅滞	20	㉙ 停留精巣	32
⑬ 脳性麻痺	22	㉚ 陰嚢水腫	33
⑭ 先天緑内障	23	㉛ 精索水腫	33
⑮ 先天白内障	24	㉜ 陰唇癒合症	33
⑯ 網膜芽細胞腫	25	㉝ 潜在性二分脊椎症	34
⑰ 斜視	25		

<sup>†</sup>(-)は、3～4 か月児健診において低身長、体重増加過多、小頭に該当する疫学的検討によるスクリーニング対象疾病がないことを示している。

《 1歳6か月児健診 》

[1] SGA 性低身長	36	[14] 視覚（視力）障害	54
[2] (-) …高身長の子ども†	37	[15] 漏斗胸	55
[3] 低出生体重児	38	[16] 側弯症	55
[4] 育児過誤	39	[17] 運動発達遅滞	56
[5] 子ども虐待（児童虐待）	40	[18] 脳性麻痺	58
[6] 食物アレルギー	41	[19] くる病	59
[7] 原発性肥満	42	[20] 斜視	60
[8] (-) …大頭の子ども†	43	[21] アトピー性皮膚炎	60
[9] (-) …小頭の子ども†	43	[22] 神経芽腫	61
[10] 発達遅滞	44	[23] Wilms 腫瘍	62
[11] 自閉スペクトラム障害	47	[24] そけいヘルニア	62
[12] 聴覚（聴力）障害	50	[25] 臍ヘルニア	63
[13] 言語発達遅滞	51	[26] 停留精巣	63

《 3歳児健診 》

1 SGA 性低身長	66	14 漏斗胸	81
2 成長ホルモン分泌不全症	67	15 側弯症	82
3 (-) …高身長の子ども†	68	16 脳性麻痺	83
4 低出生体重児	69	17 くる病	84
5 育児過誤	70	18 斜視	84
6 子ども虐待（児童虐待）	71	19 弱視	80
7 食物アレルギー	72	20 遠視	80
8 原発性肥満	73	21 近視	80
9 発達遅滞	74	22 アトピー性皮膚炎	85
10 自閉スペクトラム障害	75	23 神経芽腫	86
11 聴覚（聴力）障害	77	24 Wilms 腫瘍	86
12 言語発達遅滞	78	25 そけいヘルニア	87
13 視覚（視力）障害	80	26 臍ヘルニア	87

†(-)は、高身長、大頭、小頭に該当する疫学的検討によるスクリーニング対象疾病がないことを示している。

## 別添資料について

乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）事業の標準化については、健やか親子21（第2次）の展開とともに、先行研究班や他研究班（本文中に記述）の成果が積み上げられてきた。本研究<sup>1</sup>では、これらの成果を踏まえるとともに、疫学的なエビデンスや医療経済学的な視点を加味して、標準化に必要な事項を検討した。

この別添資料は、本編である「データヘルス時代の乳幼児健康診査事業企画ガイド ～生涯を通じた健康診査システムにおける標準的な乳幼児健康診査に向けて～」で示した、疫学的検討によるスクリーニング対象疾病について、乳幼児健診で発見する手段（問診、計測値、検査等、視診、触診、聴診、および手技）、判定と対応の考え方、発見の臨界期、治療・介入効果、発症頻度、保健指導上の重要性を整理したものである。

「医師診察標準項目」と「疫学的検討によるスクリーニング対象疾病」の作成過程や考え方については、本編の第1章に示した。

本編ならびに別添資料の主な対象者は、各自治体の母子保健主管部（局）関係者、乳幼児健診事業に関わるすべての従事者、さらに母子保健事業と密に連携している医療、教育、福祉などの事業担当者とした。このため、別添資料の作成にあたっては、乳幼児健康診査身体診察マニュアル<sup>2</sup>や和文の解説などを主な参考文献として記載した。

### 《別添資料の構成》

- ・表 S-1 健診対象時期別で医師診察標準項目を記載した。厚生労働省の通知<sup>3</sup>に準拠し、各診察カテゴリーに「なし」も設定している。
- ・表 S-2 各医師診察標準項目を発見の主な手段とする「疫学的検討によるスクリーニング対象疾病」を記載した。各疾病に付記した囲み数字は、目次の記載順序を示す。
- ・対象疾病 健診対象時期別で、「疫学的検討によるスクリーニング対象疾病」の乳幼児健診で発見する手段（問診、計測値、検査等、視診、触診、聴診、および手技）、判定と対応の考え方、発見の臨界期、治療・介入効果、発症頻度、保健指導上の重要性を整理した。
- ・参考文献 資料作成にあたり、参考となる文献を示した。

<sup>1</sup> 平成29年度～令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）「乳幼児健康診査に関する疫学的・医療経済学的検討に関する研究」

<sup>2</sup> 乳幼児健康診査身体診察マニュアル。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」2018。

<sup>3</sup> 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）

表 S-1. 健診対象時期別の医師診察標準項目

	No.	カテゴリー	3～4 か月児健診	1歳6か月児健診	3歳児健診
保健師記入	P 1	身体的 発育異常	なし	なし	なし
	P 2		低身長	低身長	低身長
	P 3			高身長	高身長
	P 4		体重増加不良	やせ	やせ
	P 5		体重増加過多	肥満	肥満
	P 6		大頭	大頭	
	P 7		小頭	小頭	
	P 8		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	P 9	既往症・ 管理中の 疾病	なし	なし	なし
	P 10			熱性けいれん	熱性けいれん
	P 11		てんかん性疾患	てんかん性疾患	てんかん性疾患
	P 12			食物アレルギー	食物アレルギー
	P 13		アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎
	P 14			気管支喘息	気管支喘息
	P 15		心臓病 ( )	心臓病 ( )	心臓病 ( )
	P 16			川崎病	川崎病
	P 17			腎臓病 ( )	腎臓病 ( )
	P 18		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
P 19	生活習慣上の 問題	なし	なし	なし	
P 20		便秘	便秘	便秘	
P 21			小食	小食	
P 22			偏食	偏食	
P 23	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )		
P 24	情緒行動上の 問題		なし	なし	
P 25			指しゃぶり	指しゃぶり	
P 26			不安・恐れ	不安・恐れ	
P 27			その他 ( )	その他 ( )	
医師記入	D 1	精神的発達 障害	なし	なし	なし
	D 2		笑わない		
	D 3			指示理解の遅れ	指示理解の遅れ
	D 4		声が出ない		
	D 5			発語の遅れ	発語の遅れ
	D 6			多動	多動
	D 7		視線が合わない	視線の合いにくさ	視線の合いにくさ
	D 8				吃音
	D 9		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	D 10	運動発達異常	なし	なし	なし
	D 11		頸定の遅れ		
	D 12		物をつかまない		
	D 13		姿勢の異常		
	D 14			胸郭・脊柱の変形	胸郭・脊柱の変形
	D 15			歩行の遅れ	
	D 16			歩容の異常	歩容の異常
	D 17			O脚	O脚
	D 18		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )

(表 S-1 の続き)

	No.	カテゴリー	3～4 か月児健診	1歳6 か月児健診	3歳児健診
医師記入	D 19	神経系の異常	なし	なし	なし
	D 20		筋緊張の異常		
	D 21		反射の異常		
	D 22		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	D 23	感覚器の異常	なし	なし	なし
	D 24		追視をしない		
	D 25		斜視		
	D 26		眼の異常その他 ( )		
	D 27			眼位の異常	眼位の異常
	D 28			視力の異常	視力の異常
	D 29		聴覚の異常	聴覚の異常	聴覚の異常
	D 30		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	D 31	血液疾患	なし		
	D 32		貧血		
	D 33		その他 ( )		
	D 34	皮膚疾患	なし	なし	なし
	D 35		湿疹		
	D 36		血管腫		
	D 37			アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎
	D 38		傷跡、打撲痕等	傷跡、打撲痕等	傷跡、打撲痕等
	D 39		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	D 40	股関節	なし		
	D 41		開排制限		
	D 42		その他 ( )		
	D 43	循環器系疾患	なし		
	D 44		心雑音		
	D 45		その他 ( )		
	D 46	呼吸器系疾患	なし		
	D 47		異常あり ( )		
	D 48	消化器系疾患	なし	なし	なし
	D 49		腹部腫瘤	腹部腫瘤	腹部腫瘤
	D 50		そけいヘルニア	そけいヘルニア	そけいヘルニア
	D 51		臍ヘルニア	臍ヘルニア	臍ヘルニア
	D 52		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	D 53	泌尿生殖器系疾患	なし	なし	なし
	D 54		停留睪丸	停留睪丸	停留睪丸
	D 55		外性器異常		
	D 56		仙骨皮膚洞・腫瘤		
	D 57		その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
	D 58	先天異常	なし	なし	なし
	D 59		異常あり ( )	異常あり ( )	異常あり ( )
	D 60	その他の異常	なし	なし	なし
D 61	異常あり ( )		異常あり ( )	異常あり ( )	



表 S-2. 疫学的検討によるスクリーニング対象疾病

カテゴリ	3～4か月児健診		1歳6か月児健診		3歳児健診	
	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病
身体的 発育異常	P2 低身長	(-) ①	P2 低身長	SGA*1性低身長 [1]	P2 低身長	SGA*1性低身長 [1] 成長ホルモン分泌不全症 [2]
	P4 体重増加不良	低出生体重児 ② 育児過誤 ③ 子ども虐待 (児童虐待) ④ 嚥下障害 ⑤	P3 高身長 P4 やせ	(-) [2] 低出生体重児 [3] 育児過誤 [4] 子ども虐待 (児童虐待) [5] 食物アレルギー [6]	P3 高身長 P4 やせ	(-) [3] 低出生体重児 [4] 育児過誤 [5] 子ども虐待 (児童虐待) [6] 食物アレルギー [7]
	P5 体重増加過多	(-) ⑥	P5 肥満	原発性肥満 [7]	P5 肥満	原発性肥満 [8]
	P6 大頭	水頭症 ⑦	P6 大頭	(-) [8]		
	P7 小頭	(-) ⑧	P7 小頭	(-) [9]		
	D2 笑わない	発達遅滞 ⑨ 聴覚 (聴力) 障害 ⑩				
	D4 声が出ない	発達遅滞 ⑨				
精神的 発達障害	D3 指示理解の遅れ	発達遅滞 [10] 自閉スペクトラム障害 [11] 聴覚 (聴力) 障害 [12]	D3 指示理解の遅れ	発達遅滞 [10] 自閉スペクトラム障害 [11] 聴覚 (聴力) 障害 [12]	D3 指示理解の遅れ	発達遅滞 [9] 自閉スペクトラム障害 [10] 聴覚 (聴力) 障害 [11]
	D5 発語の遅れ	発達遅滞 [10] 言語発達遅滞 [13] 自閉スペクトラム障害 [11] 聴覚 (聴力) 障害 [12]	D5 発語の遅れ	発達遅滞 [10] 言語発達遅滞 [13] 自閉スペクトラム障害 [11] 聴覚 (聴力) 障害 [12]	D5 発語の遅れ	発達遅滞 [9] 言語発達遅滞 [12] 自閉スペクトラム障害 [10] 聴覚 (聴力) 障害 [11]
	D6 多動	発達遅滞 [10]	D6 多動	発達遅滞 [10]	D6 多動	発達遅滞 [9]
	D7 視線が合わない	発達遅滞 ⑨ 視覚 (視力) 障害 ⑩	D7 視線の合いにくさ	自閉スペクトラム障害 [11] 視覚 (視力) 障害 [14]	D7 視線の合いにくさ	自閉スペクトラム障害 [10] 視覚 (視力) 障害 [13]
	D8 吃音		D8 吃音		D8 吃音	言語発達遅滞 [12]

\*1 SGA, small-for-gestational age

(表 S-2 の続き)

カテゴリ	3～4 か月児健診		1歳6か月児健診		3歳児健診	
	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病
運動発達異常	D11	頸定の遅れ	運動発達遅滞 ⑫ 脳性麻痺 ⑬			
	D12	物をつかまない	発達遅滞 ⑨ 脳性麻痺 ⑬			
	D13	姿勢の異常	運動発達遅滞 ⑫ 脳性麻痺 ⑬			
神経系の異常				D14 胸郭・脊柱の変形	D14 胸郭・脊柱の変形	D14 胸郭・脊柱の変形
				D15 歩行の遅れ	漏斗胸 [15] 側弯症 [16] 運動発達遅滞 [17] 脳性麻痺 [18]	漏斗胸 [14] 側弯症 [15]
				D16 歩容の異常	脳性麻痺 [18]	脳性麻痺 [16]
				D17 O脚	くる病 [19]	くる病 [17]
感覚器の異常	D20	筋緊張の異常	運動発達遅滞 ⑫ 脳性麻痺 ⑬			
	D21	反射の異常	運動発達遅滞 ⑫ 脳性麻痺 ⑬			
	D24	追視をしない	発達遅滞 ⑨ 視覚 (視力) 障害 ⑩ 先天緑内障 ⑭ 先天白内障 ⑮ 網膜芽細胞腫 ⑯			
	D25	斜視	斜視 ⑰			
医師記入				D27 眼位の異常	D27 眼位の異常	D27 眼位の異常
				D28 視力の異常	斜視 [20] 視覚 (視力) 障害 [14]	斜視 [18] 視覚 (視力) 障害 [13]
						弱視 [19] 遠視 [20] 近視 [21]
				D29 聴覚の異常	聴覚 (聴力) 障害 [12]	聴覚 (聴力) 障害 [11]

(表 S-2 の続き)

カテゴリー	3～4 か月児健診		1 歳 6 か月児健診		3 歳児健診	
	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病	医師診察標準項目	スクリーニング対象疾病
血液疾患	D32 貧血	鉄欠乏性貧血 ⑮				
	D35 湿疹	湿疹*2 ⑲				
皮膚疾患	D36 血管腫	乳児血管腫 ⑳ 海綿状血管腫 (静脈奇形) ㉑ 単純性血管腫 (毛細血管奇形) ㉒				
	D37 傷跡、打撲痕等	子ども虐待 (児童虐待) ④	D37 アトピー性皮膚炎 皮膚炎	アトピー性皮膚炎 [21]	D37 アトピー性皮膚炎 皮膚炎	アトピー性皮膚炎 ㉒
股関節	D41 開排制限	発育性股関節形成不全症 ㉓	D38 傷跡、打撲痕等	子ども虐待 (児童虐待) [5]	D38 傷跡、打撲痕等	子ども虐待 (児童虐待) [6]
循環器疾患	D44 心雑音	先天性心疾患*3 ㉔				
消化器疾患	D49 腹部腫瘍	神経芽腫 ㉕ Wilms 腫瘍 ㉖	D49 腹部腫瘍	神経芽腫 [22] Wilms 腫瘍 [23]	D49 腹部腫瘍	神経芽腫 ㉓ Wilms 腫瘍 ㉔
	D50 そけいヘルニア	そけいヘルニア ㉗	D50 そけいヘルニア	そけいヘルニア [24]	D50 そけいヘルニア	そけいヘルニア ㉕
泌尿生殖器疾患	D51 臍ヘルニア	臍ヘルニア ㉘	D51 臍ヘルニア	臍ヘルニア [25]	D51 臍ヘルニア	臍ヘルニア ㉖
	D54 停留精巣	停留精巣 ㉙	D54 停留精巣	停留精巣 [26]		
外生殖器異常	D55 陰嚢水腫	陰嚢水腫 ㉚				
		精索水腫 ㉛ 陰唇癒合症 ㉜				
D56 仙骨皮膚洞・腫瘍	潜在性二分脊椎症 ㉝					

\*2 アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、皮脂欠乏性湿疹、接触性皮膚炎など；\*3 先天性心疾患の治療・管理状況を確認

## 3～4 か月児健診

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P2)低身長】

スクリーニング対象疾病：① (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・家族歴など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)
	計測値	乳児身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	特異顔貌、小奇形等。
	手技	引き起こし反射等で、筋緊張異常や発達を評価。
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般的には、3パーセントイル(-2SD)以下の場合を低身長と定義する。</li> <li>・計測値を乳児身体発育曲線に記載する。3パーセントイル(または-2SD)以下である場合は、成長率、周産期異常の有無、成長過程における身体のプロポーション、体重増加などを含めて判定する<sup>1,2)</sup>。</li> <li>・体重増加不良が先行していることが明らかな場合は、摂食状況を確認する。</li> <li>・3～4 か月児健診までに把握されていない遺伝子疾患(N Noonan 症候群、Turner 症候群、Down 症候群など)にも注意して診察する。</li> <li>・乳児の身長は計測しにくいとため、測定誤差が生じることがある。身長が適切な条件で測定されているかにも注意すべきである<sup>3)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。</li> <li>・この時期に低身長のみで把握される疾患は少ないが、早期に把握して経過を適切に追うことで、器質的疾患の見逃しを防ぐことが可能となる。</li> </ul>	
発症頻度	-	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低身長を手がかりにして早期診断しなければ、重大な結果をもたらす疾患を見落とさないことが重要である。しかし、低身長は、連続的に分布している集団の計測値を一定の基準で分けて定義しているため、一般小児の中に一定の頻度で存在する。体格が小さいことを気にしている保護者に無用な心配を与えない説明も同時に求められる<sup>3)</sup>。出生時からの経過などから総合的に異常所見ではないと判断する場合は、小児の体格には幅があること、「標準的なカーブに沿って成長している」ことが大切であることを伝えると良い。</li> <li>・医療機関を紹介とせずに経過を追う場合は、経過を追う意義について、適切な情報を伝えて指導することが重要である。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)体重増加不良】

スクリーニング対象疾病：② 低出生体重児

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・家族歴など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)
	計測値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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する。</li> <li>・前回の体重測定日からの日増を算出する。</li> </ul>
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3パーセンタイル未満、または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)を2つ以上横切るときは精査を要する。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<sup>4)</sup>。</li> <li>・プロットした曲線が主要曲線の傾きよりも水平方向に傾斜してきた場合も体重増加不良が示唆される。</li> <li>・低出生体重児が抱えるリスクは一律ではないため、健診対象児がどのような低出生体重児であるかを正確に評価する必要がある<sup>5)</sup>。</li> <li>・一般的に、出生後できる限り早期に在胎期間別出生時体格標準値<sup>6)</sup>に近づけるのが望ましいとされるが、体重増加をむやみに急がずに母乳を中心に使用する<sup>7)</sup>。</li> <li>・低出生体重児の身体発育は、遺伝的素因・子宮内の発育状況・合併症の有無などにより規定されるため、乳児期に個々の将来を予測することは容易ではない。一般的には、出生体重が小さいほどcatch upするのに時間を要し、2歳でcatch upしない子どもは学童期まで小柄なことが多い<sup>8)</sup>。</li> <li>・発達の評価は修正月齢を用いる<sup>9)</sup>。特に在胎週数の短い子ども(在胎28週未満)では、2～3歳まで修正月齢を用いる。後期早産児(在胎34週以降～37週未満)は、新生児期に正期産児と同様の管理をされていることがあるが、頸定の遅れなどがみられることがある。乳幼児健診で保護者に過剰な不安を与えないよう留意する必要がある。後期早産児では、1歳頃には修正月齢を使用する必要はなくなるが多い。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。</li> <li>・出生体重が小さいほど、修正月齢を用いても発育値を下回ることが多く、catch upは遅くなる。しかし、乳幼児健診で介入することは、児の成長発達だけでなく親子を支援する効果が期待できる。</li> </ul>	
発症頻度	正期産児に占める低出生体重児の割合 <sup>8)</sup> ：6.0%	

保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低出生体重児や早産児の保護者は自責の念をもつものが少なくない<sup>7)</sup>。多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。</li> <li>・医療機関を紹介とせずに経過を追う場合は、成長曲線の作成や経過を追う意義について、適切な情報を伝えることが重要である。</li> <li>・摂食嚥下機能の発達が遅い例があり、小児歯科医師や言語聴覚士等との連携も考慮する<sup>9)</sup>。</li> </ul>
-----------	---

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)体重増加不良】

スクリーニング対象疾病：③ 育児過誤

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・予防接種歴</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> <li>・母子健康手帳に保護者が記載した言葉は、育児不安などを推測する重要な手がかりになる<sup>10)</sup>。</li> </ul>
	計測値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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する。</li> <li>・前回の体重測定日からの日増を算出する。</li> </ul>
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3パーセンタイル未満、または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）を2つ以上横切る場合は精査を要する<sup>4)</sup>。</li> <li>・体重が標準体重の60%未満であることは、重度栄養障害の指標となる<sup>11)</sup>。また、身長や頭囲を含めた成長曲線の評価を行う。</li> <li>・体重増加不良は体が必要としている栄養より、摂取する栄養が少ない不均衡によって生じる栄養障害である。その原因として①栄養摂取量不足、②栄養吸収障害、③エネルギー消費亢進や利用障害などがある<sup>11, 12)</sup>。器質的疾患を含む子どもの要因だけでなく、保護者の要因、相互関係の要因、育児環境の要因が考えられる。</li> <li>・既に支援をしている事例では、事前カンファレンスの情報を医師と共有して、診察や保健指導で対応する。一方、医師は事後カンファレンスに参加できない場合が多いため、診察で把握した所見は保健師に伝える連携が重要である。</li> <li>・医療機関委託で健康診査を実施している場合も、親子の心理社会的リスクを把握した場合は市町村と情報共有しながら支援を行える体制を構築すべきである。</li> </ul> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重増加不良の 50～80%は器質的疾患がない、栄養摂取量の不足による状態である<sup>11)</sup>。しかし、体重増加不良が認められた場合は、まず全般的な月齢に随伴する発達の評価等が重要である。さらに、問診と診察で系統別に器質的疾患の疑いを評価する。器質的疾患が否定できない場合は、医療機関を紹介とする。</li> <li>・期待される体重増加<sup>13)</sup>：0～3 か月、25～30 g/日；3～6 か月、15～20 g/日</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。しかし、授乳期から離乳期は、アタッチメント（愛着）形成や心の発達の課題への適切な対応が求められるため、身体的発育異常を契機として支援的介入を行うことが求められる。
発症頻度	failure to thrive 全体として 3～4% <sup>13)</sup>
保健指導上の重要性	体重増加不良に至る子どもの保護者には、体重増加が得られないことや、思うように摂取してくれないことへの悩みや罪悪感を感じる場合や、育児環境が整備できないなかで工夫をしている場合がある <sup>11)</sup> 。さらに、これらの保護者が感じる「育てにくさ」が、誤った育児情報や複数の支援者からの一貫性がない意見により増強していることもある。保健医療従事者が保護者に寄り添い、要因に合わせた支援をすることで、保護者が対応方法を理解し実践することができ、少しずつ自信を持つようになる <sup>11, 14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)体重増加不良】

皮膚疾患【(D38)傷跡、打撲痕等】

スクリーニング対象疾病：④ こども虐待（児童虐待）

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・予防接種歴</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> <li>・皮膚所見の発生経緯</li> <li>・母子健康手帳に保護者が記載した言葉は、育児不安などを推測する重要な手がかりになる<sup>10)</sup>。</li> </ul>
	計測値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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する。</li> <li>・前回の体重測定日からの日増を算出する。</li> <li>・頭囲拡大の有無</li> </ul>
	検査等	-
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷跡、出血斑、打撲痕等の有無、発生部位、色調、形状など</li> <li>・着衣の状態など</li> </ul>
	手技	-



判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3パーセンタイル未満、または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）を2つ以上横切る場合は精査を要する<sup>4)</sup>。</li> <li>・医学的にも法的にも、子ども虐待（児童虐待）を疑う場合は、ただちに適切な対応が必要である。</li> <li>・市町村が妊娠期からハイリスクケースとして把握している場合があり、多職種間で対象事例について情報共有する。事前カンファレンスの情報を医師と共有して、診察や保健指導で対応する。一方、医師は事後カンファレンスに参加できない場合が多いため、診察で把握した所見は保健師に伝える連携が重要である。</li> <li>・発達の評価だけでなく、頭囲計測、体表面視診等で身体的虐待を疑う所見の有無を把握し、親子の関係性を観察する。身体所見がある場合は、発生時期や状況を保護者に確認する。視診では、特に目立たない臀部や大腿内側の所見、複数の外傷や外傷跡、明らかな皮膚の汚れ、ステロイド忌避による重度のアトピー性皮膚炎を伴う場合などは、虐待の可能性を考える。</li> <li>・期待される体重増加<sup>13)</sup>：0～3か月、25～30 g/日；3～6か月、15～20 g/日</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	子ども虐待（児童虐待）を疑う場合は、ただちに市町村の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など、組織としての対応を行うことが重要である。
発症頻度	-
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の疑いがある場合に乳幼児健診で介入することは、児の安全や健やかな成長を担保するだけでなく、育児上の困難等について助けを求めている保護者を支援することになる。</li> <li>・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、妊娠期からの切れ目のない支援のためにも乳幼児健診が重要な役割を担う。</li> <li>・受診者の異常発見だけでなく、未受診者対応の標準化を考えた、多機関や市町村間連携の構築による対策が重要である<sup>14)</sup>。</li> </ul>

カテゴリ【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)体重増加不良】

スクリーニング対象疾病：⑤ 嚥下障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・授乳後の喘鳴の有無</li> <li>・腹部膨満を認める場合は放屁過多の有無</li> <li>・呼吸困難、呼吸器感染の既往など</li> </ul>
	計測値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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する。</li> <li>・前回の体重測定日からの日増を算出する。</li> </ul>
	検査等	-
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹部：腹部膨満</li> <li>・口腔：高口蓋</li> </ul>
	手技	-

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3 パーセンタイル未満、または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）を2つ以上横切る場合は精査を要する<sup>4)</sup>。</li> <li>・期待される体重増加<sup>13)</sup>：0~3 か月、25~30 g/日；3~6 か月、15~20 g/日</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。しかし、離乳期の摂食機能だけでなく、2歳前後から構音障害が問題になることもあり、早期把握と早期介入が必要である。</li> <li>・授乳時に児を sniffing position にさせることで、嚥下が改善することが多い。</li> </ul>
発症頻度	不明（failure to thrive 全体として 3~4% <sup>13)</sup> ）
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2歳前後から構音障害が問題になることもあり、早期把握と早期介入が必要である。</li> <li>・嚥下障害は離乳が進まない原因になり、離乳食後期で窒息するリスクも増えるため、早期介入が必要である。</li> <li>・低出生体重児および早産児では専門医や言語聴覚士等による支援が必要になることがあり、多職種間の連携を視野に入れて保健指導を行う<sup>108)</sup>。（低出生体重児について参照）</li> </ul>

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P5)体重増加過多】

スクリーニング対象疾病：⑥ (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安など</li> </ul>
	計測値	乳児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・97 パーセンタイル以上、または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）を2つ以上横切る場合は精査を要する<sup>4)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。乳児期の過体重は学童期以降の肥満に移行しないが <sup>15, 16)</sup> 、授乳方法や保護者の不安に対する保健指導の意義がある。	
発症頻度	-	
保健指導上の重要性	乳児の体重増加過多は、歩行の開始などの運動機能の発達によって、体重が標準範囲に近づくことが多い <sup>17)</sup> 。また、乳児期の過体重は学童期以降の肥満に移行しない <sup>15, 16)</sup> 。このため、標準体重が設定されてなく、肥満とする体格区分も使用しない。しかし、乳児期の過体重に関する保護者の質問や、泣きやまない乳児の対応として授乳回数が頻回になるケースもある。育児不安に寄り添いながら、授乳を含めた適切な育児支援を提供する意義がある。	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P6)大頭】

スクリーニング対象疾病：⑦ 水頭症

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・既往歴など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)
	計測値	乳児身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭囲97パーセンタイル以上、または曲線を2つ以上横切るときは精査を要する<sup>4)</sup>。なお、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。</li> <li>・低出生体重児でみられる相対的な頭囲拡大では、胸囲と比較する<sup>18)</sup>。</li> <li>・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もあるが、背景に様々な疾患が疑われることがある。</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)	
発見の臨界期・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨界期は明確でないが、治療が遅れることで生命に危機が生じる場合や知的予後に影響する場合がある<sup>19)</sup>。</li> <li>・全身性先天異常合併例では20%、合併しない例では47%。中枢神経系、全身性ともに先天異常を合併しない例では63%が正常もしくは軽度遅延を示し、合併症のない例では良好な発達が期待できる<sup>20)</sup>。</li> </ul>	
発症頻度	10,000出生あたり3人前後 <sup>21)</sup>	
保健指導上の重要性	治療可能な先天性水頭症の早期発見により生命予後、発達予後を改善することが可能 <sup>20)</sup> 。	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P7)小頭】

スクリーニング対象疾病：⑧ (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・既往歴など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)
	計測値	乳児身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	特異顔貌、頭蓋骨形態異常
	手技	-

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭囲 3 パーセントイル未満は精査を要する<sup>4)</sup>。なお、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。</li> <li>・狭義の小頭症は脳の発達不全によるものであるが、広義には全頭蓋縫合早期癒合症が含まれる<sup>22)</sup>。全頭蓋縫合早期癒合症は、その他の頭蓋縫合早期癒合症と比較すると頭蓋変形が目立たないため、頭囲から疑う場合は医療機関を紹介すると良い。</li> </ul> <p>(精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)</p>
発見の臨界期 ・介入効果	狭義の小頭症の臨界期は明確ではない。一方、頭蓋縫合早期癒合症を疑う場合は、生後 6 か月以内に形成外科あるいは脳神経外科に紹介することが望ましい <sup>22)</sup> 。
発症頻度	-
保健指導上の重要性	健診の間では、頭囲だけでなく「頭の形」に関する保護者からの相談が少ない。頭蓋変形が多いのは、寝癖によって後頭部に生じる斜頭変形である <sup>22)</sup> 。典型例では、後頭部が扁平になっている側の耳介が前方にシフトしているため、頭部を上からみると平行四辺形に変形している。この場合は、頸定後に脳が増大するにつれて自然に改善することが多い。「ヘルメット治療」が一部の医療機関で行われているが、治療は自費診療である。なお、頭蓋縫合早期癒合症を疑う頭蓋変形(例：矢状縫合早期癒合による舟状頭)がある場合は、医療機関の紹介となる。

カテゴリー【診察所見項目】：精神発達障害【(D2)笑わない、(D4)声が出ない、  
(D7)視線が合わない】  
運動発達異常【(D12)物をつかまない】  
感覚器の異常【(D24)追視をしない】

スクリーニング対象疾病：⑨ 発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・あやしても笑わない</li> <li>・あやしても声を出さない</li> <li>・視線が合わない</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	-
手技	<p>(1) 精神発達障害</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>	

	<p>(2) 運動発達異常</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動発達：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。手に触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、頤が肩より高い位置で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<sup>23)</sup>。</li> <li>・神経系：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。原始反射である Moro 反射、手の把握反射は消失している。</li> </ul>
判定と対応	<p>(1) 精神発達障害</p> <p>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。</p> <p>(2) 運動発達異常</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動発達：仰臥位で頭は一方を向いたままで動かさない（強い非対称性緊張性頤反射肢位）、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、頤定は未完了である<sup>23)</sup>。頤部と体幹の軸が一致していれば、頤定と判断する。90度まで引き起こし前後に首を軽く揺すった時に、頭部が大きく揺れて立ち直りできない場合も頤定していない。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。頤定が未完了の場合、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。</li> <li>・神経系：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（蛙肢位）、強い非対称性緊張性頤反射肢位、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）、頭部が後屈し下肢が伸展する反り返り（緊張亢進）がみられるのは異常所見である<sup>24)</sup>。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。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</li> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> <li>・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<sup>14)</sup>。</li> </ul>

発症頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障害として、1,000 人に 4 人<sup>26)</sup></li> <li>・自閉スペクトラム症として、5 歳までの ICD-10 に基づいて診断した自閉症の累積罹患率は 1 万人あたり 27.2 人<sup>27)</sup></li> </ul>
保健指導上の重要性	<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>

カテゴリー【診察所見項目】：精神発達障害【(D2)笑わない】、感覚器の異常【(D29)聴覚の異常】  
スクリーニング対象疾病：⑩ 聴覚（聴力）障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・あやしても笑わない</li> <li>・あやしても声を出さない</li> <li>・視線が合わない</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・新生児聴覚スクリーニング検査の方法と結果、リファア時の再検結果</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	聴覚発達チェックリスト <sup>29)</sup>
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聴性行動</li> <li>・未把握の遺伝性難聴に特有の所見がないか留意。</li> </ul> <p>(例) BOR 症候群：耳瘻孔・頸部瘻孔 van der Hoeve 症候群：青色強膜 Waardenburg 症候群：部分白子症・内眼角離解・鼻根部過形成</p>
	手技	-
判定と対応	<p>・「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<sup>29)</sup>。なお、健聴では 3 か月以降の項目のいくつかには「○」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。</p> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>	

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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精密聴覚検査機関に通院していない児は精密検査が推奨される。これらのいずれにも該当しない児では、月齢に従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検するように促す。なお、後迷路性難聴は、OAE では正常反応を示すため偽陰性となる。</li> <li>・先天性難聴の多くは内耳性難聴であるが、前庭機能の異常が併発すると頸定が遅れることがある。未頸定の場合には、難聴の可能性も考慮する。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	<p>聴覚障害は、早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障害による音声言語発達等への影響が最小限に抑えられることから、その早期発見・早期育を図るために、全ての新生児を対象として新生児聴覚検査を実施することが重要である<sup>30)</sup>。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・早期発見により早期支援が開始された聴覚障害児の言語能力が3歳では健聴児に近い<sup>31)</sup>。</li> <li>・障害部位により、治療法の適応や効果が異なる。</li> </ul>
発症頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1,000 出生あたり 1 人<sup>32)</sup></li> <li>・正常新生児からの両側聴覚障害は 1,000 出生あたり 1 人<sup>33)</sup></li> </ul>
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</li> <li>・言語発達、遺伝性疾患の有無などに関する保護者の不安に対する、多職種による家族支援が望まれる。</li> <li>・ムンプス難聴を予防するためには、聴覚障害の有無にかかわらず、1歳以降のワクチン接種を勧奨する意義がある<sup>34)</sup>。</li> </ul>

カテゴリー【診察所見項目】：精神発達障害【(D7)視線が合わない】

感覚器の異常【(D24)追視をしない】

スクリーニング対象疾病：⑪ 視覚（視力）障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・あやしても笑わない</li> <li>・乳幼児の目に関する問診<sup>35)</sup></li> </ul>
	計測値	-
	検査等	片眼性眼疾患の検出 <sup>36)</sup> 眼位検査 <sup>36)</sup>
	視診等	視診：異常徴候の検出（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 <sup>37)</sup> 。
	手技	<ul style="list-style-type: none"> <li>・固視検査（視反応の左右差を検出）：ペンライトや興味をひく玩具を使用して固視と追視を観察する。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、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、他眼に重症眼疾患がある可能性が高い。</li> <li>・眼位検査：ペンライトを両眼にあてて角膜からの反射を観察。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。次に、片眼ずつ遮閉して他眼の動きを観察。他眼の位置ずれが起これば斜視と判定。</li> </ul>
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。	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨界期：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<sup>24)</sup>。</li> <li>・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<sup>35)</sup>。両眼視の獲得を目標に、乳児内斜視では 1～2 歳頃までの早期手術が推奨されている<sup>38)</sup>。また、精密な立体視の獲得には、生後 6 か月までの眼位矯正が必要と考えられている。</li> </ul>	
発症頻度	弱視有病率：2.9%（先天白内障、先天緑内障、先天眼底疾患、網膜芽細胞腫：1～2 万人に 1～3 人） <sup>39)</sup>	



保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。
-----------	--

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D11)頸定の遅れ、(D13)姿勢の異常】  
神経系の異常【(D20)筋緊張の異常、(D21)反射の異常】

スクリーニング対象疾病：⑫ 運動発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・あやしても笑わない</li> <li>・あやしても声を出さない</li> <li>・視線が合わない</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	-
	手技	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動発達：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。手に触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、頸が肩より高い位置で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<sup>23)</sup>。</li> <li>・神経系：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。原始反射である Moro 反射、手の把握反射は消失している。</li> </ul> <p>（精神発達については、精神発達障害のカテゴリーの疾患参照）</p>
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動発達：仰臥位で頭は一方を向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<sup>23)</sup>。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揺すった時に、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。</li> </ul> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>	

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経系: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(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)、頭部が後屈し下肢が伸展する反り返り(緊張亢進)がみられるのは異常所見である<sup>24)</sup>。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。 (精神発達については、精神発達障害のカテゴリーの疾患参照)</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</li> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup></li> <li>・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<sup>14)</sup></li> </ul>
発症頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障害として、1,000人に4人<sup>26)</sup></li> </ul>
保健指導上の重要性	<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D11)頸定の遅れ、物をつかまない(D13)、  
(D13)姿勢の異常

神経系の異常【(D20)筋緊張の異常、(D21)反射の異常】

スクリーニング対象疾病：⑬ 脳性麻痺

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・あやしても笑わない</li> <li>・あやしても声を出さない</li> <li>・視線が合わない</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	-
	手技	<p>・運動発達：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。手に触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、頸が肩より高い位置で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<sup>23)</sup>。</p> <p>・神経系：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。原始反射である Moro 反射、手の把握反射は消失している。</p>
判定と対応	<p>・運動発達：仰臥位で頭は一方を向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<sup>23)</sup>。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揺すった時に、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。</p> <p>・神経系：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（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）、頭部が後屈し下肢が伸展する反り返り（緊張亢進）がみられるのは異常所見である<sup>24)</sup>。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。</p>	

発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</li> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup></li> <li>・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<sup>14)</sup></li> </ul>
発症頻度	国内：1,000 出生あたり 1.7 人、海外：1,000 出生あたり 3 人 <sup>40, 41)</sup>
保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。

カテゴリ【診察所見項目】：感覚器の異常【(D24) 追視をしない】

スクリーニング対象疾病：⑭ 先天緑内障

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・極端にまぶしがすることはありますか</li> <li>・涙が多いか（流涙）</li> <li>・まぶたがピクピク動くか（眼瞼けいれん）</li> <li>・黒目が白くにごる（角膜混濁）</li> <li>・黒目がかなり大きく見える（角膜径拡大）</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・流涙</li> <li>・眼瞼痙攣</li> <li>・角膜混濁</li> <li>・角膜径拡大</li> </ul>
	手技	-
判定と対応	乳児の早発型発達緑内障では、高眼圧による角膜混濁のため、流涙、羞明、眼瞼痙攣、明所で顔を伏せる、母親に顔をこすりつけるなどの行動がみられる <sup>42)</sup> 。早期の手術が第一選択となるため、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期 ・介入効果	長期経過は発症年齢・原因・病型・合併症の有無などにより異なるが、一般的に視力予後は不良である <sup>42)</sup> 。しかし、生後 2～8 か月の間に手術を受けたものは成績が良く、それ以降は年齢に伴い悪化する <sup>43)</sup> 。治療しなければ失明する病態であり、視覚特別支援学校の約 4%の生徒が緑内障によると報告されている <sup>43)</sup> 。したがって、視力予後や QOL を高めるためには、健診で早期発見する意義が高い。	
発症頻度	1～10 万出生に 1 人 <sup>42-44)</sup>	

保健指導上の重要性	早発型発達緑内障の第一選択は手術となる。複数回の手術を要する場合もあり、視力予後を向上させるために眼圧の長期管理を要する <sup>42, 43)</sup> 。また、他の先天異常を伴う場合もある。したがって、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。
-----------	--

カテゴリー【診察所見項目】：感覚器の異常【(D24)追視をしない】

スクリーニング対象疾病：⑮ 先天白内障

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・瞳が白くみえたり、光ってみえたりすることはないですか</li> <li>・視線が合いますか</li> <li>・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</li> <li>・眼が揺れることはないですか</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	瞳孔の白濁 斜視 眼振
	手技	-
判定と対応	<p>水晶体が広範囲に混濁した例は把握しやすいが、混濁が軽度である例や水晶体後方に限局する場合は早期発見が難しい<sup>45)</sup>。しかし、数週間の治療の遅れによって、視力予後が大きく変わる<sup>46)</sup>。保護者の訴えも注意深く聞き、少しでも疑われる例は医療機関を紹介とする。</p>	
発見の臨界期 ・介入効果	<p>片眼では生後6週、両眼では生後12週までに手術を行う<sup>46)</sup>。それ以降は、混濁の程度や視機能への影響を検討し慎重に手術適応を決める。一方、片眼性で混濁が軽度の場合は、視覚刺激遮断による弱視の可能性を考えて、弱視治療を先に行うことがある。生後数か月から2歳頃までが、視覚感受性が高い期間である。このため、視力予後やQOLを高めるためには、3～4か月児健診で早期発見する意義が高い。</p>	
発症頻度	<p>小児1万人あたり1.7人（国内年間約200例）<sup>47, 48)</sup></p>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病態や発見時期によって、早期に手術を行う場合や弱視治療を優先する場合、定期的に視力を確認しながら安全に眼内レンズを挿入できる年齢まで待機する場合もある<sup>46)</sup>。したがって、ケースに応じた、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが望まれる。</li> <li>・先天白内障の原因は多岐にわたるが、25%は遺伝性とされ、子宮内感染による場合もある<sup>46)</sup>。疾患に対して母親が自責の念を抱くことも想定されるため、支援的な対応が求められる。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：感覚器の異常【(D24) 追視をしない】

スクリーニング対象疾病：⑩ 網膜芽細胞腫

発見手段	問診	・瞳が白くみえたり、光ってみえたりすることはないですか ・視線が合いますか
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	瞳孔の白濁 斜視
	手技	ペンライト等による異常反射の確認
判定と対応	大部分の症例は、眼球の中で白色の腫瘍が増大することによる白色瞳孔や、夜間に眼が光る（猫目）で把握される <sup>49)</sup> 。問診や視診で少しでも疑われる例は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期 ・介入効果	遺伝性、両眼性では1歳前に、非遺伝性、片眼性では2歳頃までに発生することが多い。腫瘍が眼球内にとどまっているかで、予後は大きく異なる <sup>49)</sup> 。したがって、3～4か月児健診で早期発見する意義が高い。	
発症頻度	16,000 出生に 1 人 <sup>49)</sup>	
保健指導上の重要性	<p>・眼球内にある腫瘍の治療法は、眼球摘出と保存療法に分かれる<sup>49)</sup>。最近では化学療法が進歩して、眼球を保存できる機会は増えている。しかし、腫瘍性疾患であること、化学療法が可能なケースでも、治療に伴う合併症や再発を早期発見するための経過観察によって、保護者の不安は危惧される。したがって、保健職による寄り添った支援を提供することが望まれる。</p> <p>・遺伝性の発症もあるため、疾患に対して母親が自責の念を抱くことも想定される。したがって、保護者への支援的な対応が求められる。</p>	

カテゴリー【診察所見項目】：感覚器の異常【(D25) 斜視】

スクリーニング対象疾病：⑪ 斜視

発見手段	問診	・視線が合いますか ・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
	計測値	-
	検査等	眼位検査 <sup>36)</sup>
	視診等	-
	手技	眼位検査：ペンライトを両眼にあてて角膜からの反射を観察。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。次に、片眼ずつ遮閉して他眼の動きを観察。他眼の位置ずれが起これば斜視と判定。
判定と対応	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。斜視のある児は、早急に眼科での精密検査をすすめる <sup>36)</sup> 。	

発見の臨界期 ・介入効果	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 <sup>35)</sup> 。両眼視の獲得を目標に、乳児内斜視では1～2歳頃までの早期手術が推奨されている <sup>38)</sup> 。精密な立体視の獲得には、生後6か月までの眼位矯正が必要と考えられている。したがって、3～4か月児健診で斜視を把握する意義が高い。
発症頻度	2～6% <sup>38)</sup>
保健指導上の重要性	医療機関を紹介する際には、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが望まれる。

カテゴリー【診察所見項目】：血液疾患【(D32)貧血】

スクリーニング対象疾病：⑱ 鉄欠乏性貧血

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	一部の市町村で血中Hb濃度を測定
	視診等	全身の皮膚色、眼瞼結膜の色調、点状出血斑・紫斑の有無
	手技	-
判定と対応	皮膚や眼瞼結膜の蒼白、複数の点状出血斑や紫斑がある場合は、医療機関を紹介する。	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は明確に定義できないが、乳児期の鉄欠乏が神経発達に影響することが報告されていることから、介入効果が期待できる<sup>50)</sup>。</li> <li>・満期産児や標準体重出生児では、生後6か月未満の鉄欠乏性貧血は起こりにくい。一方で、近年は鉄含有量が多い調製粉乳や鉄剤内服により減少傾向にあるが、早産児や低出生体重児では母体からの鉄移行が不十分であるために生後4～5か月頃に貧血を生じやすい。</li> </ul>	
発症頻度	約10% <sup>51)</sup>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母乳育児は鉄欠乏を生じやすいため、離乳開始時期と鉄の供給源となる食品を積極的に摂取するなど、離乳の進行を踏まえた助言が望ましい<sup>52)</sup>。</li> <li>・早産児・低出生体重児では貧血に対して鉄剤の内服を要する例もあり、離乳開始時期と鉄の供給源となる食品を積極的に摂取するなどの助言が望ましい<sup>13)</sup>。</li> <li>・乳児期の鉄欠乏が神経発達に影響することが報告されていること、小児期の成長に伴う鉄の需要量を考慮すると、乳児後期以降の鉄欠乏性貧血の1次予防として離乳食や幼児食における鉄の供給源となる食品の摂取に関する情報提供を行うことが重要である。</li> </ul>	

[次頁に続く]

保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者からの質問として、鉄の供給源として市販されているフォローアップミルクの使用に関する内容が少なくない。フォローアップミルクは母乳代替食品ではないため、離乳が順調に進んでいる場合は、摂取の必要はない。離乳が順調に進まないなど鉄欠乏のリスクが高い場合や、適切な体重増加がない場合には、医師に相談した上で、必要に応じてフォローアップミルクを活用すること等を検討する<sup>52)</sup>。</li> </ul>
-----------	---

カテゴリー【診察所見項目】：皮膚疾患【(D35)湿疹】

スクリーニング対象疾病：⑱ 湿疹

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常のスキンケア方法</li> <li>・医療機関受診の有無など</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	頬、額、頭部の露出部や頸部、腋窩、肘窩、膝窩などの間擦部、さらに胸腹部、背部、四肢、臀部の皮膚所見
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既医療となっている例が多いが、スキンケアが不十分な例や不適切な例がある。該当する場合は、適切な医療機関を紹介する。</li> <li>・保護者の中には、「湿疹がアトピー性皮膚炎であるのかどうか」を気にかりにしている場合がある。アトピー性皮膚炎は湿疹の一つであり、専門医等が診察するとアトピー性皮膚炎と診断できることが多い<sup>135)</sup>。しかし、乳幼児健診は診断を行う場ではない。3～4 か月児健診では、保護者の気持ちに配慮しながら、湿疹に共通する適切なスキンケアの保健指導を行い、診断は医療機関にゆだねるのが望ましい<sup>53)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生後 6 か月までの可能な限り早期に、スキンケアおよびステロイド外用薬を中心とした薬物療法で寛解させることが望ましい<sup>54)</sup>。</li> <li>・湿疹がある児に食物アレルギー、気管支喘息等のアレルギー疾患の発症確率が高いこと、寛解後に生後 6 か月頃より微量でも加熱鶏卵を開始することが鶏卵アレルギー予防に推奨（食物アレルギー発症を疑う場合は医師の指導による）されていることなどから、早期に適切なスキンケアを行うことは有用である<sup>53)</sup>。</li> </ul>	
発症頻度	18.9% <sup>55)</sup>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・湿疹とアレルギー性疾患の関連性が指摘されており、適切なスキンケアを早期に行う意義がある<sup>53)</sup>。</li> <li>・保護者のなかには、標準的なステロイド外用薬を用いた薬物療法に対する誤った知識や不安があるために、スキンケアが不十分になる場合がある。また、標準的な治療や指導を行わない医療機関も存在する。多職種によって保護者の不安や育児環境などに寄り添った支援的な保健指導を行う。</li> </ul>	



カテゴリー【診察所見項目】：皮膚疾患【(D36)血管腫】

スクリーニング対象疾病：⑳ 乳児血管腫、㉑ 海綿状血管腫（静脈奇形）、

㉒ 単純性血管腫（毛細血管奇形）

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病変の出現時期</li> <li>・増大傾向の有無など</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	色調や隆起、腫瘤の有無
	手技	-
判定と対応	<p>[乳児血管腫]</p> <p>従来は主に経過観察としたが、早期治療によって瘢痕形成を防ぐため、プロプラノロール（ヘマンジオール<sup>®</sup>）の内服やレーザー治療の適応となることがある<sup>56,57)</sup>。早期に、専門医療機関に紹介することが望ましい。</p> <p>[海綿状血管腫（静脈奇形）]</p> <p>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。</p> <p>[単純性血管腫（毛細血管奇形）]</p> <p>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。稀に神経皮膚症候群としてみられるため、疑う所見は医療機関を紹介する。</p>	
発見の臨界期・介入効果	<p>[乳児血管腫]</p> <p>早期治療により瘢痕化を防ぐことが可能である。</p> <p>[海綿状血管腫（静脈奇形）]</p> <p>乳幼児健診以前に把握されやすい大型病変を除くと緊急性はないが、保護者の整容的不安に対応する意義がある。</p> <p>[単純性血管腫（毛細血管奇形）]</p> <p>稀な神経皮膚症候群を除くと緊急性はないが、保護者の整容的不安に対応する意義がある。</p>	
発症頻度	乳児血管腫 <sup>56)</sup> ：0.8-1.7%、単純性血管腫（毛細血管奇形） <sup>56)</sup> ：0.3%	
保健指導上の重要性	<p>[乳児血管腫]</p> <p>増殖性病変であり、保護者の不安に対する適切な助言が望ましい。近年、治療方針が大きく変化しており、これまでの主な治療方針に関する情報との混乱が保護者に生じる可能性がある。適切な助言により、不安を解消する意義がある。</p> <p>[海綿状血管腫（静脈奇形）]</p> <p>整容的側面について、保護者の不安に対する適切な助言が望まれる。</p> <p>[単純性血管腫（毛細血管奇形）]</p> <p>整容的側面について、保護者の不安に対する適切な助言が望まれる。</p>	

カテゴリー【診察所見項目】：股関節【(D41)開排制限】

スクリーニング対象疾病：② 発育性股関節形成不全

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・性別</li> <li>・家族歴</li> <li>・分娩時の胎位など</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	一部の市町村で超音波検査によるスクリーニングを実施
	視診等	大腿皮膚溝または鼠径皮膚溝の非対称
	手技	水平面から 20 度以上の開排制限
判定と対応	<p>以下のいずれかに該当する場合は、医療機関を紹介とする。</p> <p>1) 股関節開排制限</p> <p>2) 女兒、血縁者の股関節疾患、骨盤位分娩、大腿皮膚溝または鼠径皮膚溝の非対称大腿皮膚溝（深く、大腿内側から後面に達する左右差を陽性）のうち 2 つ以上に該当する場合<sup>58)</sup></p>	
発見の臨界期・介入効果	発見の臨界期は生後 6 か月までとされる。発見遅延例では、手術・長期リハビリが必要であり、臨界期に発見する必要がある。	
発症頻度	0.1～0.3%程度 <sup>59)</sup>	
保健指導上の重要性	M字型開脚にして下肢の自由な動きを妨げない「コアラ抱っこ」や、向き癖への対応などの指導で、予防が可能である。	

カテゴリー【診察所見項目】：循環器系疾患【(D44)心雑音】

スクリーニング対象疾病：④ 先天性心疾患

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・授乳方法、回数</li> <li>・既往歴</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	体重増加不良を伴う場合がある
	検査等	-
	視診等	チアノーゼなどの顔色や顔貌、呼吸パターンなど
	手技	聴診
判定と対応	<p>心音の聴診では雑音だけでなく音の異常にも注意する。無害性心雑音もあるが、心雑音を聴取し異常と疑った場合は医療機関への紹介が重要である。心雑音以外にも、視診では顔貌と呼吸パターンに注意し、問診では妊娠・周産期歴と家族歴などから先天性心疾患発生の危険因子がないかを確認する<sup>60)</sup>。</p>	
発見の臨界期・介入効果	<p>発見の臨界期は疾患や異常の程度によるが、早期把握によって合併症を防ぐことなどにより予後を良好にする意義がある。1 か月児健診などで見逃されたケースを把握する意義もある。</p>	
発症頻度	先天性心疾患全体で 1%程 <sup>61)</sup>	

保健指導上の重要性	心雑音の中には無害性心雑音の場合があり、心雑音があると保護者に伝えるだけでは過剰な不安を与えるため、医療機関を紹介とする場合は目的や意義の説明を十分に説明することが求められる <sup>60, 61)</sup> 。
-----------	--

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D49)腹部腫瘍】

スクリーニング対象疾病：㉕ 神経芽腫

発見手段	問診	お腹が張ってきましたか？
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	腹部全体を触診
	手技	-
判定と対応	初期はほとんど無症状であるが、腹部に発生した場合は腹部腫瘍として発見されることが多い <sup>62)</sup> 。該当する場合は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期・介入効果	一般に、神経芽腫は年齢、病期などの予後因子から悪性度を判定し、治療の選択を行っている <sup>62)</sup> 。1歳未満の神経芽腫の大多数は悪性度が低く、最小限の抗腫瘍療法が奏功する例が多い。しかし、乳児期の神経芽腫でも、骨や遠隔リンパ節への転移を伴う場合などは、強い治療が必要になる。したがって、健診による適切な発見と専門的診断を受ける意義が高い。	
発症頻度	7000出生に1人（神経芽腫の約40%が乳児期） <sup>63)</sup>	
保健指導上の重要性	乳児期の神経芽腫は、5年生存率が95%を超えるが、少数例ではあるが、 <i>MYCN</i> 増幅例では治療成績が悪い <sup>62)</sup> 。また、治療成績にかかわらず、腫瘍性疾患に対する保護者の不安は大きいと考えられる。健診では疑い例として医療機関への紹介となるが、健診時の説明だけでなく治療中も含めて保護者の不安を考慮した支援的なかかわりが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D49)腹部腫瘍】

スクリーニング対象疾病：㉖ Wilms 腫瘍

発見手段	問診	お腹が張ってきましたか？
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	腹部全体を触診
	手技	-
判定と対応	無症状の腹部腫瘍として発見されることが多い <sup>62)</sup> 。該当する場合は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期・介入効果	近年、Wilms 腫瘍（腎芽腫）の治療成績は著しく向上している <sup>64)</sup> 。また、Wilms 腫瘍（腎芽腫）の10%は多発奇形症候群に発生するため、各症状について対応を要する場合もある。したがって、健診による適切な発見と専門的診断を受ける意義が高い。	

発症頻度	約 1 万人に 1 人 (Wilms 腫瘍 (腎芽腫) の 75% が 3 歳までに発症) <sup>64)</sup>
保健指導上の重要性	Wilms 腫瘍 (腎芽腫) は、全病期の 5 年生存率が約 90% と良好な成績が得られている <sup>64)</sup> 。しかし、再発腫瘍症例や晩期障害に対する医療には、改善の余地が残されている。このため、治療成績にかかわらず、腫瘍性疾患の治療に対する保護者の不安は大きいと考えられる。健診では疑い例として医療機関への紹介となるが、健診時の説明だけでなく治療中も含めて保護者の不安を考慮した支援的なかかわりが望まれる。

カテゴリ 【診察所見項目】：消化器系疾患 【(D50) そけいヘルニア】

スクリーニング対象疾病：⑳ そけいヘルニア

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そけい部の膨隆を把握した時期、還納</li> <li>・過去の健診・受診での指示内容など</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	視診・触診によりそけい部、陰囊、陰唇の腫脹がないか確認
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視診、触診で腫脹を把握し、医療機関 (地域の事情を考慮すべきであるが、小児外科) を紹介とする。多くは腸管が脱出しており、還納時に「グジュグジュ」とした腸管を押し戻す感触がある <sup>65)</sup>。大網の脱出であれば一塊とした腫瘤様、卵巣の脱出であれば小指頭大の腫瘤として触知される。</li> <li>・男児では精巣・精索水腫と鑑別ができない場合があり、判断に迷う場合も医療機関を紹介とする <sup>66, 67)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期・介入効果	自然閉鎖の可能性が低く、嵌頓のリスクがある。乳児期では、手術の可否を決定する時期として生後 9 か月が目安とされており <sup>68)</sup> 、3~4 か月児健診で介入する意義がある。	
発症頻度	小児の 1~4% (そのうち両側発生は 10%) <sup>65)</sup>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低出生体重児や早産児では、鞘状突起が開存している傾向があること、腹壁が脆弱であることから、鞘状突起の閉鎖が遅れるとそけいヘルニアが容易に出現する。保護者は医療機関から手術時期の説明を受けている場合が多いと想定できるが、低出生体重児や早産児を育児することと手術に対する不安について寄り添った、支援的な対応が望まれる。</li> <li>・生後 1~2 か月の乳児ではヘルニア嚢が薄いため手術難度が高く、全身麻酔合併症リスクが高い。このため、1 か月健診などで把握されている場合は、嵌頓例などを除いて手術待機となることが多い。該当するケースでは、手術に対する不安について寄り添った、支援的な対応が望まれる。</li> <li>・新規把握例について医療機関を紹介とする場合は、受診予定日より前に、そけい部の膨隆が固く容易に還納できない場合は、直ちに小児外科を受診することを伝える <sup>65)</sup>。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D51)臍ヘルニア】

スクリーニング対象疾病：㊸ 臍ヘルニア

発見手段	問診	・出現時期 ・啼泣による変化など
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	視診・触診による大きさ、性状の評価など
	手技	-
判定と対応	生後 3 か月頃まで大きくなるが、90%前後の臍ヘルニアは腹部の筋肉が発育してくる 1 歳頃までに自然に軽快する <sup>69)</sup> 。しかし、ヘルニア門が大きい (2cm 以上) 場合には、ヘルニアが残存しやすいとの報告もある <sup>70)</sup> 。保存的圧迫療法 <sup>69)</sup> が行われることもあり、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。	
発見の臨界期・介入効果	圧迫療法の開始時期は生後 2 か月前後が適切であり、生後 6 か月以降ではその効果は低くなる <sup>69)</sup> 。したがって、3～4 か月児健診で医療機関への紹介の必要性を評価する意義がある。	
発症頻度	4～10% <sup>69)</sup>	
保健指導上の重要性	<p>・臍ヘルニアは自然治癒傾向が高いが、保護者からの相談が多い所見である。圧迫療法は効果がないと考えられ廃れたが、2000 年頃からヘルニア門の早期閉鎖や余剰皮膚を軽減する効果が再評価されている<sup>69)</sup>。保護者からの相談に対しては、症状や対応方法に関する不安に寄り添った対応が望まれる。なお、2014 年度からは、「臍ヘルニア圧迫指導管理料」として保険収載がされている。</p> <p>・低出生体重児では腹筋が未発達であるため、発生頻度が高い<sup>7, 69)</sup>。低出生体重児の保護者には、その育児に伴う不安をもつ者が少なくない<sup>7)</sup>。したがって、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。</p>	

カテゴリー【診察所見項目】：泌尿生殖器系疾患【(D54)停留睾丸】

スクリーニング対象疾病：㊹ 停留精巣

発見手段	問診	-
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	-
	手技	両側陰嚢内に精巣を触知できるか、できない時はそけい部から軽く圧迫し触知できるかを確認 <sup>66)</sup> 。
判定と対応	全く精巣を触知しない場合には医療機関に紹介する <sup>66)</sup> 。経時的に陰嚢内に降りる場合もあるが、生後 6 か月児で精巣が陰嚢底部に下降していない場合は、手術適応について医療機関に紹介するのが好ましい <sup>192)</sup> 。	

発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1歳前後から2歳までの手術が望まれる。</li> <li>・停留精巣の早期発見により、父性獲得率が改善する可能性がある<sup>71)</sup>。適切な時期に精巣固定術を受けることで、腫瘍発生リスクは一般集団を越えないと報告されている。また、手術により陰嚢内に精巣が存在することで、腫瘍発生時の診断・治療の遅れが回避できる。</li> </ul>
発症頻度	出生時約4%、生後3か月で自然下降により約1%に低下 <sup>72)</sup>
保健指導上の重要性	経過観察とする場合は、再評価する時期や見通しなどについて明確に指導することが必要である。

カテゴリー【診察所見項目】：泌尿生殖器系疾患【(D55)外性器異常】

スクリーニング対象疾病：⑩ 陰嚢水腫、⑪ 精索水腫、⑫ 陰唇癒合症

発見手段	問診	<p>[陰嚢水腫・精索水腫] 発症時期、大きさの変動</p> <p>[陰唇癒合症] 陰唇の癒合（保護者が発見することは難しい）</p>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	<p>[陰嚢水腫] 陰嚢腫大</p> <p>[精索水腫] 鼠径部膨隆</p> <p>[陰唇癒合症] 薄い粘膜状の皮膚による癒合</p>
	手技	<p>[陰嚢水腫] 透光性</p> <p>[精索水腫] 用手整復不可</p>
判定と対応	<p>[陰嚢水腫・精索水腫]</p> <p>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、医療機関を紹介する<sup>66,67)</sup>。</p> <p>[陰唇癒合症]</p> <p>医療機関を紹介する。</p>	
発見の臨界期 ・介入効果	<p>[陰嚢水腫・精索水腫]</p> <p>そけいヘルニアを合併した陰嚢水腫・精索水腫は早期に把握して、医療機関を紹介する必要がある<sup>66,67)</sup>。</p> <p>[陰唇癒合症]</p> <p>乳児早期は無症状であり、保護者が発見することは難しいため、乳幼児健康診査で発見することが望ましい。局所エストロゲン外用あるいは鈍的剥離により、改善が期待できる<sup>73)</sup>。</p>	
発症頻度	<p>[陰嚢水腫] 1-2%<sup>72)</sup></p> <p>[陰唇癒合症] 0.86%<sup>73)</sup></p>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そけいヘルニアの合併がない陰嚢水腫・精索水腫では、そけいヘルニアのような嵌頓リスクがないこと、1歳6か月から2歳までには自然治癒が期待できることを説明する<sup>74)</sup>。</li> <li>・陰唇癒合症については、清潔保持による再発予防について、保護者に対する適切な助言が望まれる<sup>73)</sup>。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：泌尿生殖器系疾患【(D56)仙骨皮膚洞・腫瘤】

スクリーニング対象疾病：㊸ 潜在性二分脊椎症

発見 手段	問診	-
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	仙尾部皮膚陥凹の位置や深さ
	手技	-
判定と対応	<p>腫瘤などの皮膚所見がある例、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はない<sup>66)</sup>。</p>	
発見の 臨界期 ・介入効果	<p>外科的治療の適応例は発症前に行うことが望ましいが、脊髄係留症候群の発症時期は症例により異なるため、臨界期は定義できない。 外科的治療により、排尿障害などを予防することが可能である。</p>	
発症頻度	<p>国内<sup>75)</sup>：潜在性二分脊椎全体として20% 海外<sup>76)</sup>：皮膚所見として新生児の約5%</p>	
保健指導上の 重要性	<p>医療機関を紹介する際には、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。</p>	

## 1歳6か月児健診



カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P2)低身長】

スクリーニング対象疾病：[1] SGA (small-for-gestational age) 性低身長

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重及び身長</li> <li>・摂食状況</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	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する。
	検査等	-
	視診等	顔貌異常や小奇形、身体のプロポーションなど（染色体異常、骨系統疾患などの器質的疾患の存在を考慮して）。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SGAの定義に身長を加えるかは見解が一致していないが、WHOのICD-10、日本小児科学会、日本産婦人科学会では、身長と体重が10パーセンタイル未満の状態と定義している。SGAのうち暦年齢2歳までに身長が-2SD以上にならない場合を、SGA性低身長とする<sup>77)</sup>。一方で、一般的には、3パーセンタイル（-2SD）以下の場合を低身長と定義する。</li> <li>・1歳6か月児健診時の計測値だけではなく、乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）で成長の経過を評価する。計測値や成長率だけでなく、周産期異常の有無、身体のプロポーション、体重増加などを含めて、健診としての判定を行う<sup>1,2)</sup>。</li> <li>・体重増加不良が先行していることが明らかな場合は、摂食状況を確認する。</li> <li>・染色体異常や骨系統疾患、内分泌疾患などによる低身長（Turner症候群、Prader-Willi症候群、軟骨無形成症、甲状腺機能低下症など）も考慮が必要。染色体異常や内分泌疾患では、低身長に成長率低下を伴うことが多い<sup>3,78)</sup>。</li> <li>・幼児の身長は計測しにくいとため、測定誤差が生じることがある。身長が適切な条件で測定されているかにも注意すべきである<sup>3)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SGA性低身長症では治療開始条件を満たせば、成長ホルモン（GH）治療を開始できる<sup>79)</sup>。また、3歳前後でGH分泌試験を行い、GH分泌不全性低身長を併存していないか確認する。</li> <li>・SGA性低身長症児は低身長だけでなく、生活習慣病や軽度の発達遅滞などの合併が認められること、QOLが低いことなどの課題がある<sup>77)</sup>。低身長をきたす疾患はSGA性低身長症だけではなく、稀な疾患の鑑別を含めた精査や治療の適応を評価する必要がある。</li> <li>・このため、1歳6か月児健診でSGA性低身長症を疑う場合は、早期に把握して医療機関を紹介あるいは確実に経過を追うことで、SGA性低身長症の対応やその他の器質的疾患の見逃しを防ぐことが可能となる。</li> </ul>	
発症頻度	2.3%～10% <sup>72)</sup>	

保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低身長を手がかりにして早期診断しなければ、重大な結果をもたらす疾患を見落とさないことが重要である。しかし、低身長は、連続的に分布している集団の計測値を一定の基準で分けて定義しているため、一般小児の中に一定の頻度で存在する。体格が小さいことを気にしている保護者に過剰な心配を与えない説明も同時に求められる<sup>3)</sup>。出生時からの経過などから総合的に異常所見ではないと判断する場合は、小児の体格には幅があること、「標準的なカーブに沿って成長している」ことが大切であることを伝えると良い。</li> <li>・医療機関を紹介とせずに経過を追う場合は、経過を追う意義について、適切な情報を伝えて指導することが重要である。</li> <li>・成長ホルモンの分泌を促すサプリメントやカルシウム製剤などが、身長を伸ばす効果があるように宣伝されているが、これらには効果がない<sup>80)</sup>。不安には傾聴しながら、子どもの健全な成長に重要なことは、適切な食事、運動、睡眠であることを含めて説明すると良い<sup>3)</sup>。</li> </ul>
-----------	---

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P3)高身長】

スクリーニング対象疾病：[2] (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重及び身長</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	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する。
	検査等	-
	視診等	顔貌異常や小奇形等（染色体異常を考慮する場合）。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身長が97パーセンタイル以上の状態を指す。1歳6か月児健診時のみではなく、成長曲線で判定する。急激な変動がみられないことも、正常と判定する要件である<sup>12)</sup>。身長が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<sup>81)</sup>。</li> <li>・多くは器質的原因がない、体質性、家族性高身長である<sup>82)</sup>。Marfan症候群やKlinefelter症候群、その他の稀な疾患の可能性を考慮して診察する必要がある。</li> </ul>	
発見の臨界期・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。</li> <li>・基礎疾患の存在を疑う症例をスクリーニングする意義がある。</li> </ul>	
発症頻度	<p>(参考)</p> <p>Marfan症候群<sup>83)</sup> 1/5000人</p> <p>Klinefelter症候群<sup>84)</sup> 1/1000人（男性のみ）</p>	
保健指導上の重要性	体質性、家族性高身長は経過観察となる。経過観察や医療機関を紹介とする場合は、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】

スクリーニング対象疾病：[3] 低出生体重児

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・家族歴</li> <li>・摂食状況、生活習慣など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)
	計測値	乳幼児身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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場合は、体重増加不良とする。成長曲線に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<sup>12)</sup>。</li> <li>・低出生体重児が抱えるリスクは一律ではないため、健診対象児がどのような低出生体重児であるかを正確に評価する必要がある<sup>5)</sup>。</li> <li>・低出生体重児の身体発育は、遺伝的素因・子宮内の発育状況・合併症の有無などにより規定される。一般的には、出生体重が小さいほどcatch upするのに時間を要し、2歳でcatch upしない子どもは学童期まで小柄なことが多い<sup>5)</sup>。</li> <li>・発達の評価は修正月齢を用いる<sup>5)</sup>。特に在胎週数の短い子ども(在胎28週未満)では、2～3歳まで修正月齢を用いる。</li> </ul>	
発見の臨界期・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。</li> <li>・出生体重が小さいほど、修正月年齢を用いても発育値を下回ることが多く、catch upは遅くなる。しかし、乳幼児健診で介入することは、児の成長発達だけでなく親子を支援する効果が期待できる。</li> </ul>	
発症頻度	正期産児に占める低出生体重児の割合 <sup>8)</sup> ：6.0%	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低出生体重児や早産児の保護者は自責の念をもつものが少ない<sup>7)</sup>。多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。</li> <li>・子どもに発達の遅れがある場合、親は「育てにくさ」を感じやすい<sup>28)</sup>。「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が重要であり、「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<sup>14)</sup>。</li> <li>・摂食嚥下機能の発達が遅い例があり、小児歯科医師や言語聴覚士等との連携も考慮する<sup>9)</sup>。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】

スクリーニング対象疾病：[4] 育児過誤

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・予防接種歴</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> <li>・母子健康手帳に保護者が記載した言葉は、育児不安などを推測する重要な手がかりになる<sup>10)</sup>。</li> </ul>
	計測値	乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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場合は、体重増加不良とする。成長曲線に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<sup>12)</sup>。</li> <li>・体重が標準体重の60%未満であることは、重度栄養障害の指標となる<sup>11)</sup>。また、身長や頭囲を含めた成長曲線の評価を行う。</li> <li>・体重増加不良は体が必要としている栄養より、摂取する栄養が少ない不均衡によって生じる栄養障害である。その原因として①栄養摂取量不足、②栄養吸収障害、③エネルギー消費亢進や利用障害などがある<sup>11, 12)</sup>。器質的疾患を含む子どもの要因だけでなく、保護者の要因、相互関係の要因、育児環境の要因が考えられる。</li> <li>・既に支援をしている事例では、事前カンファレンスの情報を医師と共有して、診察や保健指導で対応する。一方、医師は事後カンファレンスに参加できない場合が多いため、診察で把握した所見は保健師に伝える連携が重要である。</li> <li>・医療機関委託で健康診査を実施している場合も、親子の心理社会的リスクを把握した場合は市町村と情報共有しながら支援を行える体制を構築すべきである。</li> <li>・体重増加不良の50～80%は器質的疾患がない、栄養摂取量の不足による状態である<sup>11)</sup>。しかし、体重増加不良が認められた場合は、まず全般的な月齢に随伴する発達の評価等が重要である。さらに、問診と診察で系統別に器質的疾患の疑いを評価する。器質的疾患が否定できない場合は、医療機関を紹介とする。</li> </ul>	

発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。しかし、授乳期から離乳期は、アタッチメント（愛着）形成や心の発達の課題への適切な対応が求められるため、身体的発育異常を契機として支援的介入を行うことが求められる。
発症頻度	1歳6か月児で肥満度-15%未満：約1% <sup>85)</sup>
保健指導上の重要性	体重増加不良に至る子どもの保護者には、体重増加が得られないことや、思うように摂取してくれないことへの悩みや罪悪感を感じる場合や、育児環境が整備できないなかで工夫をしている場合がある <sup>11)</sup> 。さらに、これらの保護者が感じる「育てにくさ」が、誤った育児情報や複数の支援者からの一貫性がない意見により増強していることもある。保健医療従事者が保護者に寄り添い、要因に合わせた支援をすることで、保護者が対応方法を理解し実践することができ、少しずつ自信を持つようになる <sup>11, 14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】、皮膚疾患【(D38)傷跡、打撲痕等】  
スクリーニング対象疾病：[5] こども虐待（児童虐待）

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・予防接種歴</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> <li>・皮膚所見の発生経緯</li> <li>・母子健康手帳に保護者が記載した言葉は、育児不安などを推測する重要な手がかりになる<sup>10)</sup>。</li> </ul>
	計測値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。</li> <li>・頭囲拡大の有無</li> </ul>
	検査等	--
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷跡、出血斑、打撲痕等の有無、発生部位、色調、形状など</li> <li>・着衣の状態など</li> </ul>
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重が3パーセント未満で、成長曲線を外れて体重増加が停滞または減少する場合は、体重増加不良とする。成長曲線に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<sup>12)</sup>。</li> <li>・医学的にも法的にも、子ども虐待（児童虐待）を疑う場合は、ただちに適切な対応が必要である。</li> </ul> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>	

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村が妊娠期からハイリスクケースとして把握している場合があり、多職種間で対象事例について情報共有する。事前カンファレンスの情報を医師と共有して、診察や保健指導で対応する。一方、医師は事後カンファレンスに参加できない場合が多いため、診察で把握した所見は保健師に伝える連携が重要である。</li> <li>・発達の評価だけでなく、体表面視診等で身体的虐待を疑う所見の有無を把握し、親子の関係性を観察する。身体所見がある場合は、発生時期や状況を保護者に確認する。視診では、特に目立たない臀部や大腿内側の所見、複数の外傷や外傷跡、明らかな皮膚の汚れを伴う場合などは、虐待の可能性を考える。</li> <li>・アトピー性皮膚炎の重症患者では、やせを合併することがある。この背景には、保護者がステロイド忌避によって適切な医療機関を受診しない医療ネグレクトに該当する場合もある。健康診査で発見した場合は、多職種が連携して保護者の不安に寄り添いながら、適切な医療機関につなげる。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	子ども虐待（児童虐待）を疑う場合は、ただちに市町村の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など、組織としての対応を行うことが重要である。
発症頻度	-
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の疑いがある場合に乳幼児健診で介入することは、児の安全や健やかな成長を担保するだけでなく、育児上の困難等について助けを求めている保護者を支援することになる。</li> <li>・妊娠期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、妊娠期からの切れ目のない支援のためにも乳幼児健診が重要な役割を担う。</li> <li>・受診者の異常発見だけでなく、未受診者対応の標準化を考えた、多機関や市町村間連携の構築による対策が重要である<sup>14)</sup>。</li> </ul>

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】

スクリーニング対象疾病：[6] 食物アレルギー

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生体重</li> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・原因とされる食物、除去の根拠と程度、さらに除去指示者</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> </ul>
	計測値	乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	アトピー性皮膚炎の有無、程度
	手技	-

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重が3パーセント未満で、成長曲線を外れて体重増加が停滞または減少する場合は、体重増加不良とする。成長曲線に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<sup>12)</sup>。</li> <li>・食物除去や乳・魚の除去は、体重増加不良だけでなく身長低下をきたすことがある<sup>86,87)</sup>。体重だけでなく、体格のバランスとして評価する。</li> <li>・食物アレルギーの食事指導の大原則は「正しい診断に基づく必要最小限の食物除去」であり、感作のみを理由とするなど、安易な食物除去は推奨されない。正しい診断に基づかない除去や判断に迷う場合は、専門医へ紹介する<sup>53)</sup>。</li> <li>・アトピー性皮膚炎の合併例では、皮膚症状に対する保護者の不安が過剰な食物除去に至ることがある<sup>88)</sup>。皮膚症状があり過剰な食物除去がされているケースでは、スキンケア指導<sup>53)</sup>とともに適切な医療機関につなぐ。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。しかし、授乳期から離乳期は、アタッチメント（愛着）形成や心の発達の課題への適切な対応が求められるため、身体的発育異常を契機として支援的介入を行うことが求められる。
発症頻度	5-10% <sup>89)</sup>
保健指導上の重要性	身体的発育異常を呈さない例でも、乳幼児期に医師の診断に基づかない食物除去を行っている保護者は少なくない <sup>90)</sup> 。食物アレルギーは育てにくさを感じる子の要因の一つであるため、保護者は全般的な育児不安をもつ傾向がある <sup>91)</sup> 。不安に寄り添い適切な医療につなげることが、児の健康的な成長と育児支援に必要である。

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P5)肥満】

スクリーニング対象疾病：[7] 原発性肥満

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> </ul>
	計測値	乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	
	視診等	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。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満度15%以上が続く場合は体格の評価を肥満とする<sup>13)</sup>。成長曲線に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。</li> <li>・頻度は少ないが、二次性肥満を示唆する所見がある場合は精査が必要であり、医療機関に紹介とする。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。食生活の改善や二次性肥満の早期発見および介入を行う意義がある。	

発症頻度	1歳6か月児：約4% <sup>85)</sup> 、2歳6か月児：約10% <sup>92)</sup>
保健指導上の重要性	1歳6か月児から3歳児のBMI増加量で示すことができる幼児早期のearly adiposity reboundが、その後の肥満発症に関連することが示唆されている <sup>93)</sup> 。すべての親子を対象とした食生活や生活習慣に関する保健指導が必要である。

カテゴリ【診察所見項目】：身体的発育異常【(P6)大頭】

スクリーニング対象疾病：[8] (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・既往歴など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリの疾患参照)
	計測値	乳幼身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭囲が97パーセンタイル以上、あるいは成長曲線を外れて急激に増加する場合は異常と判定する<sup>12)</sup>。</li> <li>・進行性の拡大や大泉門閉鎖遅延など、器質的疾患を疑う所見があれば医療機関を紹介とする。</li> <li>・家族性大頭症は多くみられるが、あくまでも除外診断である<sup>18)</sup>。</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリの疾患参照)	
発見の臨界期・介入効果	臨界期は原因疾患により異なるが、早期に把握して経過を適切に追うなどの対応によって、器質的疾患の見逃しを防ぐことが可能となる。	
発症頻度	-	
保健指導上の重要性	医療機関を紹介する場合や経過を追う場合は、その意義について、適切な情報を伝えて指導することが望まれる。	

カテゴリ【診察所見項目】：身体的発育異常【(P7)小頭】

スクリーニング対象疾病：[9] (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・既往歴など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリの疾患参照)
	計測値	乳児身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	特異顔貌、頭蓋骨形態異常
	手技	-
判定と対応	頭囲3パーセンタイル未満は精査を要する <sup>4)</sup> 。なお、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。 (精神発達・運動発達については、各カテゴリの疾患参照)	



発見の臨界期 ・介入効果	臨界期は明確でないが、精神発達遅滞、脳性麻痺などを伴う場合は、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。さらに、社会性発達については早期支援が予後を改善する。
発症頻度	-
保健指導上の 重要性	精神発達遅滞、脳性麻痺などを伴う場合は、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D3)指示理解の遅れ、(D5)発語の遅れ、(D6)多動】  
スクリーニング対象疾病：[10] 発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・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。「大人のまねをするか」、「玩具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</li> <li>・育児上の困りが無いかどうか</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	<p>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。</p> <p>行動観察の工夫の一例を示す。</p> <p>子どもを直接診察する前に、子どもが興味を示しそうな玩具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。</p> <p>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）、玩具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）行動が見られるかどうか。</p> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>

発見手段	手技	<p>(1) 知的発達</p> <p>①言語理解</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・絵の指差し（応答の指差し）</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語指示に従う</li> </ul> <p>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「ないないしてください」（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。</p> <p>②言語表出</p> <p>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。</p> <p>(2) 社会性・行動の発達</p> <p>①社会性の発達</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・共同注意の確認</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やりとりの成立</li> </ul> <p>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。</p> <p>②行動の発達</p> <p>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。</p>
------	----	---

判定と対応	<p>(1) 知的発達</p> <p>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聴覚障害、②精神発達遅滞、③コミュニケーションの発達の遅れ（自閉スペクトラム障害）、④養育環境の問題の可能性を考える必要がある。聴覚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（玩具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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 社会性・行動の発達</p> <p>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（自閉スペクトラム障害）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。</p> <p>(3) 情緒行動</p> <p>新規場面で玩具のみに興味を示し、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。</p>
発見の臨界期 ・介入効果	<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> <li>・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<sup>14)</sup>。</li> </ul>

発症頻度	知的障害として、1,000人に4人 <sup>26)</sup>
保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D3)指示理解の遅れ、(D5)発語の遅れ  
(D6)多動、(D7)視線の合いにくさ】

スクリーニング対象疾病：[11] 自閉スペクトラム障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・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。「大人のまねをするか」、「玩具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</li> <li>・育児上の困りがないかどうか</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	<p>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。</p> <p>行動観察の工夫の一例を示す。</p> <p>子どもを直接診察する前に、子どもが興味を示しそうな玩具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ことにより、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。</p> <p>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）、玩具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）行動が見られるかどうか。</p>

発見 手段	手技	<p>(1) 知的発達</p> <p>①言語理解</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・絵の指差し（応答の指差し）</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語指示に従う</li> </ul> <p>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「ないないしてください」（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。</p> <p>②言語表出</p> <p>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。</p> <p>(2) 社会性・行動の発達</p> <p>①社会性の発達</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> </ul> <p>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、「おちゃん、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・共同注意の確認</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やりとりの成立</li> </ul> <p>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。</p> <p>②行動の発達</p> <p>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。</p>
----------	----	--

判定と対応	<p>(1) 知的発達</p> <p>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聴覚障害、②精神発達遅滞、③コミュニケーションの発達の遅れ（自閉スペクトラム障害）、④養育環境の問題の可能性を考える必要がある。聴覚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（玩具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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 社会性・行動の発達</p> <p>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（自閉スペクトラム障害）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。</p> <p>(3) 情緒行動</p> <p>新規場面で玩具のみに興味を示し、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。</p>
発見の臨界期 ・介入効果	<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> <li>・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<sup>14)</sup>。</li> </ul>

発症頻度	ICD-10に基づいて診断した5歳までの累積罹患率 <sup>27)</sup> :1万人あたり27.2人
保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】: 精神的発達障害【(D3)指示理解の遅れ、(D5)発語の遅れ】

感覚器の異常【(D29)聴覚の異常】

スクリーニング対象疾病:[12]聴覚(聴力)障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・聞こえに関する問診票<sup>94)</sup></li> </ul>
	計測値	
	検査等	参考:発達検査等
	視診等	
	手技	(知的発達、社会・行動発達、情緒行動については、精神的発達障害の他疾患の該当項目を参照)
判定と対応	<p>問診結果について、「聞こえに関するプロトコール」にしたがって、パスとリファアを判定する<sup>94)</sup>。リファアとした場合には地域の幼児聴覚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。</p> <p>(知的発達、社会・行動発達、情緒行動については、精神的発達障害の他疾患の該当項目参照)</p>	
発見の臨界期・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聴覚障害は、早期に発見され適切な支援が行われた場合には、音声言語発達等への影響が最小限に抑えられる。早期発見・早期育を因るために、全ての新生児を対象として新生児聴覚検査を実施することが重要である<sup>30)</sup>。</li> <li>・早期発見により早期支援が開始された聴覚障害児の言語能力が3歳では健聴児に近い<sup>31)</sup>。</li> <li>・障害部位により、治療法の適応や効果が異なる。</li> </ul>	
発症頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1,000出生あたり1人<sup>32)</sup>。</li> <li>・正常新生児からの両側聴覚障害は1,000出生あたり1人<sup>33)</sup>。</li> </ul>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</li> <li>・ムンプス難聴を予防するためには、聴覚障害の有無にかかわらず、1歳以降のワクチン接種を勧奨する意義がある<sup>34)</sup>。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D5)発語の遅れ】

スクリーニング対象疾病：[13] 言語発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・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。「大人のまねをするか」、「玩具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</li> <li>・育児上の困りがないかどうか</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	<p>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。</p> <p>行動観察の工夫の一例を示す。</p> <p>子どもを直接診察する前に、子どもが興味を示しそうな玩具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。</p> <p>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）、玩具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）行動が見られるかどうか。</p>
手技	<p>(1) 知的発達</p> <p>① 言語理解</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・絵の指差し（応答の指差し）</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語指示に従う</li> </ul> <p>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「ないないしてください」（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。</p>	

[次頁に続く]



発見手段	手技	<p>②言語表出</p> <p>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。</p> <p>(2) 社会性・行動の発達</p> <p>①社会性の発達</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・共同注意の確認</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やりとりの成立</li> </ul> <p>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。</p> <p>②行動の発達</p> <p>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。</p>
判定と対応		<p>(1) 知的発達</p> <p>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聴覚障害、②精神発達遅滞、③コミュニケーションの発達の遅れ（自閉スペクトラム障害）、④養育環境の問題の可能性を考える必要がある。聴覚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。</p> <p>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（玩具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。</p> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>

判定と対応	<p>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。</p> <p>(2) 社会性・行動の発達</p> <p>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(自閉スペクトラム障害)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。</p> <p>(3) 情緒行動</p> <p>新規場面で玩具のみに興味を示し、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。</p>
発見の臨界期 ・介入効果	<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> <li>・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<sup>14)</sup>。</li> </ul>
発症頻度	知的障害として、1,000人に4人 <sup>26)</sup>
保健指導上の重要性	<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D7)視線の合いにくさ】

感覚器の異常【(D28)視力の異常】

スクリーニング対象疾病：[14] 視覚（視力）障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・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。「大人のまねをするか」「玩具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</li> <li>・育児上の困りがないかどうか</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	片眼性眼疾患の検出 <sup>36)</sup> 眼位検査 <sup>36)</sup>
	視診等	視診：異常徴候の検出（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 <sup>37)</sup> 。
	手技	固視検査（視反応の左右差を検出）：ペンライトや興味をひく玩具を使用して固視と追視を観察する。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、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、他眼に重症眼疾患がある可能性が高い。 眼位検査：ペンライトを両眼にあてて角膜からの反射を観察し、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。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。 （知的発達、社会・行動発達、情緒行動については、精神的発達障害の他疾患の該当項目参照）
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。 （知的発達、社会・行動発達、情緒行動については、精神的発達障害の他疾患の該当項目参照）	
発見の臨界期・介入効果	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 <sup>24)</sup> 。したがって、1歳6か月児健診で把握する意義が高い。	
発症頻度	弱視有病率 2.9%（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） <sup>39)</sup>	

保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。
-----------	--

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D14)胸郭・脊柱の変形】

スクリーニング対象疾病：[15] 漏斗胸

発見手段	問診	家族歴（家族内集積性があり、男児に多い） <sup>95)</sup>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	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 <sup>96)</sup> 。
	手技	-
判定と対応	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 <sup>96)</sup> 。2～3歳までには消失することがあるが、整容的な問題もあるため保護者の精査希望にも配慮する。	
発見の臨界期・介入効果	臨界期は明確ではない。成人の漏斗胸患者では肺機能が低いとする報告はあり、幼児期の外科的治療による肺機能の向上を示唆する報告がある <sup>95,97)</sup> 。一方で、日常生活に支障がある患者はほとんどいないとする意見もある <sup>95)</sup> 。また、容姿が他の子どもと異なることが、親子に与える心的負担は大きいことが報告されている <sup>95,98)</sup> 。稀に基礎疾患を合併する例があることも含めて、健診で医療機関を紹介する意義はある。	
発症頻度	約 1/1000 人 <sup>99)</sup>	
保健指導上の重要性	胸郭変形による心肺機能への影響や、特に男性は人前で上半身裸になる機会もあることから、整容面を不安と感じる保護者もいる <sup>95)</sup> 。これらの不安に対して、適切な対応が望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D14)胸郭・脊柱の変形】

スクリーニング対象疾病：[16] 側弯症

発見手段	問診	・既往歴 ・家族歴 ・側弯症に気づいた時期など
	計測値	乳幼身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）に身長、体重をプロットする。
	検査等	-
	視診等	背面から体幹前屈位で棘突起の配列や肋骨隆起をみる <sup>96)</sup> 。
	手技	-

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身を診てから局所を診ることが大切である<sup>100</sup>。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<sup>96</sup>。脊柱の側弯は、背面から体幹前屈位で棘突起の配列や肋骨の高さの左右差をみる<sup>100</sup>。</li> <li>・側弯だけでなく、後弯（胸腰椎移行部や腰椎に角状の背側への突出）や前弯は医療機関へ紹介する<sup>96</sup>。</li> <li>・幼児期からみられる症候性側弯症は、その程度により全く治療を要さないものから幼児期の手術が必要なものまで存在するため、その疑いがある場合は医療機関を紹介とする<sup>101, 102</sup>。</li> <li>・特発性側弯症は、その診断された時期により異なった傾向をとる。幼児期を含む10歳以下に発症する側弯症では、思春期に発症する側弯症よりも神経系の異常を認める頻度が高いことが報告されている<sup>103</sup>。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	臨界期は原因により異なる。幼児期からみられる側弯症は重症化する場合や合併症を有する場合があるため <sup>101</sup> 、早期に把握して医療機関で精査をする意義がある。
発症頻度	先天性側弯症：約0.1% <sup>102</sup> （参考：発症が多い思春期女児で1～2% <sup>101</sup> ）
保健指導上の重要性	側弯は姿勢が悪いために生じるものではない。年齢や原因に応じて治療法や予後が異なるが、健診は原因を確定することを目的としていない。健診では、医療機関を紹介とする際の保護者の不安に寄り添いながら、対応することが望まれる。

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D15)歩行の遅れ】

スクリーニング対象疾病：[17] 運動発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・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。「大人のまねをするか」「玩具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</li> <li>・育児上の困りがないかどうか (診察時に保護者から離れることができない場合は、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を問診する)</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未歩行</li> <li>・ハイガード歩行、歩幅の左右不均衡</li> </ul>

発見手段	手技	<p>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。</p> <p>(A) 粗大運動発達</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上手に歩くことができるかどうかで判定する。</li> <li>・おむつのみで歩かせて診察室に入らせる。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。</li> </ul> <p>(B) 巧緻運動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・玩具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。</li> <li>・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で判定。</li> <li>・指の使い方、両手の協調、手と目の協調に注目する。</li> </ul>
判定と対応		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果		<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> </ul>
発症頻度		知的障害として、1,000人に4人 <sup>26)</sup>
保健指導上の重要性		<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D15)歩行の遅れ、(D16)歩容の異常】

スクリーニング対象疾病：[18] 脳性麻痺

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・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。「大人のまねをするか」、「玩具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</li> <li>・育児上の困りがないかどうか</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・診察時に保護者から離れることができない場合は、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</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未歩行</li> <li>・歩く様子をみる（ハイガード歩行、歩幅の左右不均衡、動揺性歩行、墜下性歩行、尖足歩行）</li> </ul>
	手技	<p>(A) 粗大運動発達</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上手に歩くことができるかどうかで判定する。</li> <li>・おむつのみで歩かせて診察室に入らせる。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。</li> </ul> <p>(B) 巧緻運動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・玩具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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>指の使い方、両手の協調、手と目の協調に注目する。</p> <p>（知的発達、社会性・行動の発達については、該当項目を参照）</p>
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・歩容の異常として、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。</li> </ul> <p>（知的発達、社会性・行動の発達については、該当項目を参照）</p>	

発見の臨界期 ・介入効果	臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。 ・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ <sup>25)</sup> 。
発症頻度	国内：1,000 出生あたり 1.7 人、海外：1,000 出生あたり 3 人 <sup>40, 41)</sup>
保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D17)O脚】

スクリーニング対象疾病：[19] くる病

発見手段	問診	・食生活を含む生活習慣 ・既往歴など
	計測値	乳幼身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）に身長、体重をプロットする。
	検査等	-
	視診等	・歩行の遅れの有無や歩容の確認 ・前額部突出の有無 ・胸郭や脊柱の変形の有無を確認
	手技	膝関節の離解の程度
判定と対応	<p>・子どもの下肢の内・外反アライメントは成長により変化し、標準的には生後1歳6か月～2歳頃まではO脚で、その後にX脚となり、7歳頃で成人の下肢アライメントに近くなる<sup>104)</sup>。</p> <p>・立位又は仰臥位で左右の足関節内果部をつけた状態で、両膝関節に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<sup>94)</sup>。4横指以上の例は、医療機関へ紹介する。</p> <p>・低身長、左右の膝形態の差異、動揺歩行、胸郭や脊柱の変形がある例は、医療機関へ紹介とする。</p>	
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は明確に定義できない。しかし、生理的O脚、くる病、Blount病などの鑑別には単純X線撮影などが必要であり <sup>104)</sup> 、成長障害の進行予防や早期治療のため、1歳6か月児健診で把握する意義がある。	
発症頻度	国内疫学調査 <sup>105)</sup> ：9/100,000	
保健指導上の重要性	<p>・VD欠乏症のリスク因子として、日光照射不足、母乳栄養、食物アレルギーに対する不適切な食事制限があるため、保護者に対する適切な保健指導が必要である<sup>106)</sup>。</p> <p>・くる病の把握だけでなく、生理的なO脚、X脚に関する保護者の不安への対応も必要である。</p>	



カテゴリー【診察所見項目】：感覚器の異常【(D27)眼位の異常】

スクリーニング対象疾病：[20] 斜視

発見手段	問診	・視線が合いますか ・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
	計測値	-
	検査等	眼位検査 <sup>36)</sup>
	視診等	-
	手技	眼位検査：ペンライトを両眼にあてて角膜からの反射を観察。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。次に、片眼ずつ遮閉して他眼の動きを観察。他眼の位置ずれが起これば斜視と判定。
判定と対応	斜視には様々な種類があり、原因によって治療が異なる <sup>38)</sup> 。緊急性のある眼疾患や全身疾患に起因する場合もある。斜視のある児は、早急に眼科での精密検査をすすめる <sup>36)</sup> 。	
発見の臨界期・介入効果	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 <sup>24)</sup> 。乳幼児に起きる斜視の治療目標は、正常両眼視機能の獲得であり <sup>38)</sup> 、早期に適切な医療につなげる意義がある。	
発症頻度	2～6% <sup>38)</sup>	
保健指導上の重要性	医療機関を紹介する際には、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。ケースに応じた、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：皮膚疾患【(D37)アトピー性皮膚炎】

スクリーニング対象疾病：[21] アトピー性皮膚炎

発見手段	問診	・日常のスキンケア方法 ・医療機関受診の有無など
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	頬、額、頭部の露出部や頸部、腋窩、肘窩、膝窩などの間擦部、さらに胸腹部、背部、四肢、臀部の皮膚所見
	手技	-
判定と対応	<p>・既医療となっている例が多いが、スキンケアが不十分な例や不適切な例がある。該当する場合は、適切な医療機関を紹介する。</p> <p>・かゆみが強い湿疹が特徴的な場所（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、慢性、反復的な経過がある場合はアトピー性皮膚炎の可能性を考える<sup>107)</sup>。しかし、湿疹の原因は多様なので、健診の場で診断はせず、基本的なスキンケアの指導<sup>53)</sup>を行い、適切な医療機関の受診をすすめる。</p>	

発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は明確に定義できない。しかし、アトピー性皮膚炎がある児に食物アレルギー、気管支喘息等のアレルギー疾患の発症確率が高いことから、適切なスキンケアを行うことは有用である <sup>53)</sup> 。
発症頻度	9.8% <sup>107)</sup>
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・湿疹とアレルギー性疾患の関連性が指摘されており、適切なスキンケアを早期に行う意義がある<sup>53)</sup>。</li> <li>・保護者のなかには、標準的なステロイド外用薬を用いた薬物療法に対する誤った知識や不安があるために、スキンケアが不十分になる場合がある。また、標準的な治療や指導を行わない医療機関も存在する。多職種によって保護者の不安や育児環境などに寄り添った支援的な保健指導を行う。</li> </ul>

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D49)腹部腫瘍】

スクリーニング対象疾病：[22] 神経芽腫

発見手段	問診	お腹が張ってきましたか？
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	腹部全体を触診
	手技	-
判定と対応	初期はほとんど無症状であるが、腹部に発生した場合は腹部腫瘍として発見されることが多い <sup>62)</sup> 。該当する場合は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期 ・介入効果	一般に、神経芽腫は年齢、病期などの予後因子から悪性度を判定し、治療の選択を行っている <sup>62)</sup> 。1歳以降では、診断時にすでに腫瘍が切除不能と判断される例や、骨・遠隔リンパ節への転移を伴う例が75%を超えるため、強い治療が必要になる。したがって、健診によって少しでも早く発見して、専門的診断や治療を受けることが望まれる。	
発症頻度	7000出生に1人（神経芽腫の約40%が乳児期、大部分が乳幼児期） <sup>63)</sup>	
保健指導上の重要性	幼児期に発見される神経芽腫は、乳児期と比較すると進行例やMYCN増幅例が多い <sup>62)</sup> 。また、病期にかかわらず、腫瘍性疾患に対する保護者の不安は大きいと考えられる。健診では疑い例として医療機関への紹介となるが、健診時の説明だけでなく治療中も含めて保護者の不安を考慮した支援的ななかかわりが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D49)腹部腫瘍】

スクリーニング対象疾病：[23] Wilms 腫瘍

発見手段	問診	お腹が張ってきましたか？
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	腹部全体を触診
	手技	-
判定と対応	無症状の腹部腫瘍として発見されることが多い <sup>62)</sup> 。該当する場合は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期・介入効果	近年、Wilms 腫瘍（腎芽腫）の治療成績は著しく向上している <sup>64)</sup> 。また、Wilms 腫瘍（腎芽腫）の10%は多発奇形症候群に発生するため、各症状について対応を要する場合もある。したがって、健診による適切な発見と専門的診断を受ける意義が高い。	
発症頻度	約1万人に1人（Wilms 腫瘍（腎芽腫）の75%が3歳までに発症） <sup>64)</sup>	
保健指導上の重要性	Wilms 腫瘍（腎芽腫）は、全病期の5年生存率が約90%と良好な成績が得られている <sup>64)</sup> 。しかし、再発腫瘍症例や晩期障害に対する医療には、改善の余地が残されている。このため、治療成績にかかわらず、腫瘍性疾患の治療に対する保護者の不安は大きいと考えられる。健診では疑い例として医療機関への紹介となるが、健診時の説明だけでなく治療中も含めて保護者の不安を考慮した支援的なかわりが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D50)そけいヘルニア】

スクリーニング対象疾病：[24] そけいヘルニア

発見手段	問診	・そけい部の膨隆を把握した時期、還納 ・過去の受診での指示内容など
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	視診・触診によりそけい部などの腫脹がないか確認
	手技	-
判定と対応	視診、触診で腫脹を把握し、医療機関（地域の事情を考慮すべきであるが、小児外科）を紹介とする。多くは腸管が脱出しており、還納時に「グジュグジュ」とした腸管を押し戻す感触がある <sup>65)</sup> 。大網の脱出であれば一塊とした腫瘤様、卵巣の脱出であれば小指頭大の腫瘤として触知される。	
発見の臨界期・介入効果	自然閉鎖の可能性が低く嵌頓のリスクがあるため、健診で介入する意義がある。	
発症頻度	小児の1~4%（そのうち両側発生は10%） <sup>65)</sup>	
保健指導上の重要性	医療機関を紹介とする際は、受診予定日より前に、そけい部の膨隆が固く容易に還納できない場合は、直ちに小児外科を受診することを伝える <sup>65)</sup> 。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D51)臍ヘルニア】

スクリーニング対象疾病：[25] 臍ヘルニア

発見手段	問診	・出現時期 ・治療経過など
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	視診・触診による臍ヘルニアおよび余剰皮膚の大きさ、性状の評価など
	手技	-
判定と対応	90%前後の臍ヘルニアは腹部の筋肉が発育してくる1歳頃までに自然に軽快する <sup>69)</sup> 。1～2歳を超えてもヘルニアが残っている場合や、ヘルニアは治っても余剰皮膚が飛び出したままの場合（臍突出症）、保護者の希望がある場合は医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期 ・介入効果	1～2歳を超えてもヘルニアが残っている場合や、余剰皮膚が飛び出したままの場合（臍突出症）は、外科的治療が必要になる場合がある <sup>69)</sup> 。したがって、1歳6か月児健診で医療機関への紹介の必要性を評価する意義がある。	
発症頻度	4～10% <sup>69)</sup>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関を紹介する際には、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。</li> <li>・低出生体重児では腹筋が未発達であるため、発生頻度が高い<sup>7,69)</sup>。低出生体重児の保護者には、その育児に伴う不安をもつ者が少なくない<sup>7)</sup>。したがって、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：泌尿生殖器系疾患【(D54)停留睾丸】

スクリーニング対象疾病：[26] 停留精巣

発見手段	問診	-
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	-
	手技	両側陰嚢内に精巣を触知できるか、できない時は鼠径部から軽く圧迫し触知できるかを確認。
判定と対応	精巣を触知しない場合や挙上したままの場合は、医療機関へ紹介とする。	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1歳前後から2歳までの手術が望まれる。</li> <li>・停留精巣の早期発見により、父性獲得率が改善する可能性がある<sup>71)</sup>。適切な時期に精巣固定術を受けることで、腫瘍発生リスクは一般集団を越えないと報告されている。また、手術により陰嚢内に精巣が存在することで、腫瘍発生時の診断・治療の遅れが回避できる。</li> </ul>	
発症頻度	出生時約4%、生後3か月で自然下降により約1%に低下 <sup>72)</sup>	
保健指導上の重要性	医療機関を紹介する際には、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。	



## 3 歳児健診

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P2)低身長】

スクリーニング対象疾病： SGA (small-for-gestational age) 性低身長

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重及び身長</li> <li>・摂食状況</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	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する。
	検査等	-
	視診等	顔貌異常や小奇形、身体のプロポーションなど（染色体異常、骨系統疾患などの器質的疾患の存在を考慮して）。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SGAの定義に身長を加えるかは見解が一致していないが、WHOのICD-10、日本小児科学会、日本産婦人科学会では、身長と体重が10パーセントイル未満の状態と定義している。SGAのうち暦年齢2歳までに身長が-2SD以上にならない場合を、SGA性低身長とする<sup>77)</sup>。一方で、一般的には、3パーセントイル(-2SD)以下の場合を低身長と定義する。</li> <li>・3歳児健診時の計測値だけではなく、乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）で成長の経過を評価する。計測値や成長率だけでなく、周産期異常の有無、身体のプロポーション、体重増加などを含めて、健診としての判定を行う<sup>1,2)</sup>。</li> <li>・体重増加不良が先行していることが明らかな場合は、摂食状況を確認する。</li> <li>・染色体異常や内分泌疾患などによる低身長（Turner症候群、Prader-Willi症候群、甲状腺機能低下症など）も考慮が必要。染色体異常や内分泌疾患では、低身長に成長率低下を伴うことが多い<sup>3,78)</sup>。</li> <li>・幼児の身長は計測しにくいいため、測定誤差が生じることがある。身長が適切な条件で測定されているかにも注意すべきである<sup>3)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SGA性低身長症では治療開始条件を満たせば、成長ホルモン（GH）治療を開始できる<sup>79)</sup>。また、3歳前後でGH分泌試験を行い、GH分泌不全性低身長を併存していないか確認する。</li> <li>・SGA性低身長症児は低身長だけでなく、生活習慣病や軽度の発達遅滞などの合併が認められること、QOLが低いことなどの課題がある<sup>77)</sup>。低身長をきたす疾患はSGA性低身長症だけではなく、稀な疾患の鑑別を含めた精査や治療の適応を評価する必要がある。</li> <li>・このため、3歳児健診でSGA性低身長症を疑う場合は、医療機関を紹介することで、SGA性低身長症の対応やその他の器質的疾患の見逃しを防ぐことが可能となる。</li> </ul>	
発症頻度	2.3%～10% <sup>72)</sup>	

保健指導上の重要性	<p>・低身長を手がかりにして早期診断しなければ、重大な結果をもたらす疾患を見落とさないことが重要である。しかし、低身長は、連続的に分布している集団の計測値を一定の基準で分けて定義しているため、一般小児の中に一定の頻度で存在する。体格が小さいことを気にしている保護者に過剰な心配を与えない説明も同時に求められる<sup>3)</sup>。出生時からの経過などから総合的に異常所見ではないと判断する場合は、小児の体格には幅があること、「標準的なカーブに沿って成長している」ことが大切であることを伝えると良い。</p> <p>・成長ホルモンの分泌を促すサプリメントやカルシウム製剤などが、身長を伸ばす効果があるように宣伝されているが、これらには効果がない<sup>80)</sup>。不安には傾聴しながら、子どもの健全な成長に重要なことは、適切な食事、運動、睡眠であることを含めて説明すると良い<sup>3)</sup>。</p>
-----------	---

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P2)低身長】

スクリーニング対象疾病： 成長ホルモン分泌不全症

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重及び身長</li> <li>・摂食状況</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	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する。
	検査等	-
	視診等	重症型では、前額部突出、鞍鼻、鼻根部平定といった特異顔貌を呈する。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般的には、3パーセンタイル（-2SD）以下の場合を低身長と定義する。</li> <li>・3歳児健診時の計測値だけではなく、乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）で成長の経過を評価する。3パーセンタイル（または-2SD）以下である場合は、成長率、周産期異常の有無、身体のプロポーシオン、体重増加などを含めて、健診としての判定を行う<sup>1,2)</sup>。</li> <li>・体重増加不良が先行していることが明らかな場合は、摂食状況を確認する。</li> <li>・染色体異常や内分泌疾患などによる低身長（Turner症候群、Prader-Willi症候群など）も考慮が必要。染色体異常や内分泌疾患では、低身長に成長率低下を伴うことが多い<sup>3)</sup>。</li> <li>・幼児の身長は計測しにくいいため、測定誤差が生じることがある。身長が適切な条件で測定されているかにも注意すべきである<sup>3)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期・介入効果	成長ホルモン分泌不全は、重症型や未治療の例では低身長だけでなく体脂肪増加、脂質異常症などにより、動脈硬化性疾患のリスクが高まる <sup>17)</sup> 。また、その他の下垂体ホルモンの分泌不全を伴う複合型下垂体機能低下症や、器質的疾患が原因である例も存在する。従って、早期に医療機関に紹介する意義が高い。	
発症頻度	1万人あたり、男児2.14人 女児、0.71人 <sup>106)</sup>	



保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期発見・早期介入によって、小児期の QOL が改善するだけでなく、将来の生活習慣病の予防や器質的疾患の見逃しを防ぐ意義がある<sup>21)</sup>。</li> <li>・低身長を手がかりにして早期診断しなければ、重大な結果をもたらす疾患を見落とさないことが重要である。しかし、低身長は、連続的に分布している集団の計測値を一定の基準で分けて定義しているため、一般小児の中に一定の頻度で存在する。体格が小さいことを気にしている保護者に過剰な心配を与えない説明も同時に求められる<sup>3)</sup>。出生時からの経過などから総合的に異常所見ではないと判断する場合は、小児の体格には幅があること、「標準的なカーブに沿って成長している」ことが大切であることを伝えると良い。</li> <li>・成長ホルモンの分泌を促すサプリメントやカルシウム製剤などが、身長を伸ばす効果があるように宣伝されているが、これらには効果がない。不安には傾聴しながら、子どもの健全な成長に重要なことは、適切な食事、運動、睡眠であることを含めて説明すると良い<sup>3, 80)</sup>。</li> </ul>
-----------	---

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P3)高身長】

スクリーニング対象疾病：③ (-)

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重及び身長</li> <li>・家族歴など</li> </ul>
	計測値	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する。
	検査等	-
	視診等	顔貌異常や小奇形等（染色体異常を考慮する場合）。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身長が 97 パーセントイル以上の状態を指す。3歳児健診時のみではなく、成長曲線で判定する。急激な変動がみられないことも、正常と判定する要件である<sup>12)</sup>。身長が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<sup>81)</sup>。</li> <li>・多くは器質的原因がない、体質性、家族性高身長である<sup>82)</sup>。Marfan 症候群や Klinefelter 症候群、その他の稀な疾患の可能性を考慮して診察する必要がある。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。</li> <li>・基礎疾患の存在を疑う症例をスクリーニングする意義がある。</li> </ul>	
発症頻度	<p>(参考)</p> <p>Marfan 症候群<sup>83)</sup> 1/5000 人</p> <p>Klinefelter 症候群<sup>84)</sup> 1/1000 人（男性のみ）</p>	
保健指導上の重要性	体質性、家族性高身長は経過観察となる。経過観察や医療機関を紹介とする場合は、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】

スクリーニング対象疾病：4 低出生体重児

発見 手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・家族歴</li> <li>・摂食状況、生活習慣など</li> </ul> (精神発達・運動発達については、各カテゴリーの疾患参照)
	計測値	乳幼児身体発育曲線(平成12年調査に基づく発育曲線)と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満度-15%未満が続く場合や、体重が正常範囲内であっても、急激な変動がある場合は経過観察とする<sup>8)</sup>。体重が正常範囲内であっても、体格のバランスに留意する必要がある。</li> <li>・低出生体重児が抱えるリスクは一律ではないため、健診対象児がどのような低出生体重児であるかを正確に評価する必要がある<sup>5)</sup>。</li> <li>・低出生体重児の身体発育は、遺伝的素因・子宮内の発育状況・合併症の有無などにより規定される。一般的には、出生体重が小さいほど catch up するのに時間を要し、2歳で catch up しない子どもは学童期まで小柄なことが多い<sup>5)</sup>。</li> <li>・発達の評価は修正月齢を用いる<sup>5)</sup>。特に在胎週数の短い子ども(在胎28週未満)では、2~3歳まで修正月齢を用いる。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発見の臨界期は、明確に定義できない。</li> <li>・出生体重が小さいほど、修正月年齢を用いても発育値を下回ることが多く、catch up は遅くなる。しかし、乳幼児健診で介入することは、児の成長発達だけでなく親子を支援する効果が期待できる。</li> </ul>	
発症頻度	正期産児に占める低出生体重児の割合 <sup>8)</sup> ：6.0%	
保健指導上の 重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低出生体重児や早産児の保護者は自責の念をもつものが少なくない<sup>7)</sup>。多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。</li> <li>・子どもに発達の遅れがある場合、親は「育てにくさ」を感じやすい<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</li> <li>・摂食嚥下機能の発達が遅い例があり、小児歯科医師や言語聴覚士等との連携も考慮する<sup>9)</sup>。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】

スクリーニング対象疾病：5 育児過誤

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・予防接種歴</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> <li>・母子健康手帳に保護者が記載した言葉は、育児不安などを推測する重要な手がかりになる<sup>10)</sup>。</li> </ul>
	計測値	乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	-
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満度-15%未満が続く場合や、体重が正常範囲内であっても、急激な変動がある場合はやせとする<sup>8)</sup>。体重が正常範囲内であっても、体格のバランスに留意する必要がある。</li> <li>・体重が標準体重の60%未満であることは、重度栄養障害の指標となる<sup>11)</sup>。また、身長や頭囲を含めた成長曲線の評価を行う。</li> <li>・体重増加不良は体が必要としている栄養より、摂取する栄養が少ない不均衡によって生じる栄養障害である。その原因として①栄養摂取量不足、②栄養吸収障害、③エネルギー消費亢進や利用障害などがある<sup>11, 12)</sup>。器質的疾患を含む子どもの要因だけでなく、保護者の要因、相互関係の要因、育児環境の要因が考えられる。</li> <li>・既に支援をしている事例では、事前カンファレンスの情報を医師と共有して、診察や保健指導で対応する。一方、医師は事後カンファレンスに参加できない場合が多いため、診察で把握した所見は保健師に伝える連携が重要である。</li> <li>・医療機関委託で健康診査を実施している場合も、親子の心理社会的リスクを把握した場合は市町村と情報共有しながら支援を行える体制を構築すべきである。</li> <li>・体重増加不良の50～80%は器質的疾患がない、栄養摂取量の不足による状態である<sup>11)</sup>。しかし、体重増加不良が認められた場合は、まず全般的な月齢に随伴する発達の評価等が重要である。さらに、問診と診察で系統別に器質的疾患の疑いを評価する。器質的疾患が否定できない場合は、医療機関を紹介とする。</li> </ul>	

発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。しかし、授乳期から離乳期は、アタッチメント（愛着）形成や心の発達の問題への適切な対応が求められるため、身体的発育異常を契機として支援的介入を行うことが求められる。
発症頻度	（参考）1歳6か月児で肥満度・15%未満：約1% <sup>85)</sup>
保健指導上の 重要性	体重増加不良に至る子どもの保護者には、体重増加が得られないことや、思うように摂取してくれないことへの悩みや罪悪感を感じる場合や、育児環境が整備できないなかで工夫をしている場合がある <sup>11)</sup> 。さらに、これらの保護者が感じる「育てにくさ」が、誤った育児情報や複数の支援者からの一貫性がない意見により増強していることもある。保健医療従事者が保護者に寄り添い、要因に合わせた支援をすることで、保護者が対応方法を理解し実践することができ、少しずつ自信を持つようになる <sup>11, 14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】、皮膚疾患【(D38)傷跡、打撲痕等】  
スクリーニング対象疾病：⑥ こども虐待（児童虐待）

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・周産期歴</li> <li>・出生体重</li> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・予防接種歴</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> <li>・皮膚所見の発生経緯</li> <li>・母子健康手帳に保護者が記載した言葉は、育児不安などを推測する重要な手がかりになる<sup>10)</sup>。</li> </ul>
	計測値	・乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	--
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷跡、出血斑、打撲痕等の有無、発生部位、色調、形状など</li> <li>・着衣の状態など</li> </ul>
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満度・15%未満が続く場合や、体重が正常範囲内であっても、急激な変動がある場合はやせとする<sup>81)</sup>。</li> <li>・医学的にも法的にも、子ども虐待（児童虐待）を疑う場合は、ただちに適切な対応が必要である。</li> <li>・市町村が妊娠期からハイリスクケースとして把握している場合があり、多職種間で対象事例について情報共有する。事前カンファレンスの情報を医師と共有して、診察や保健指導で対応する。一方、医師は事後カンファレンスに参加できない場合が多いため、診察で把握した所見は保健師に伝える連携が重要である。</li> </ul> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>	

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発達の評価だけでなく、体表面視診等で身体的虐待を疑う所見の有無を把握し、親子の関係性を観察する。身体所見がある場合は、発生時期や状況を保護者に確認する。視診では、特に目立たない臀部や大腿内側の所見、複数の外傷や外傷跡、明らかな皮膚の汚れを伴う場合などは、虐待の可能性を考える。</li> <li>・アトピー性皮膚炎の重症患者では、やせを合併する。この背景には、保護者がステロイド忌避によって適切な医療機関を受診しない医療ネグレクトに該当する場合もある。健康診査で発見した場合は、多職種が連携して保護者の不安に寄り添いながら、適切な医療機関につなげる。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	子ども虐待（児童虐待）を疑う場合は、ただちに市町村の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など、組織としての対応を行うことが重要である。
発症頻度	-
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の疑いがある場合に乳幼児健診で介入することは、児の安全や健全な成長を担保するだけでなく、育児上の困難等について助けを求めている保護者を支援することになる。</li> <li>・妊娠期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、妊娠期からの切れ目のない支援のためにも乳幼児健診が重要な役割を担う。</li> <li>・受診者の異常発見だけでなく、未受診者対応の標準化を考えた、多機関や市町村間連携の構築による対策が重要である<sup>14)</sup>。</li> </ul>

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P4)やせ】

スクリーニング対象疾病： 食物アレルギー

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生体重</li> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・原因とされる食物、除去の根拠と程度、さらに除去指示者</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> </ul>
	計測値	乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	アトピー性皮膚炎の有無、程度
	手技	-

判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重が3パーセント未満で、成長曲線を外れて体重増加が停滞または減少する場合は、体重増加不良とする。成長曲線に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<sup>12)</sup>。</li> <li>・食物除去や乳・魚の除去は、体重増加不良だけでなく身長低下をきたすことがある<sup>86,87)</sup>。体重だけでなく、体格のバランスとして評価する。</li> <li>・食物アレルギーの食事指導の大原則は「正しい診断に基づく必要最小限の食物除去」であり、感作のみを理由とするなど、安易な食物除去は推奨されない。正しい診断に基づかない除去や判断に迷う場合は、専門医へ紹介する<sup>53)</sup>。</li> <li>・アトピー性皮膚炎の合併例では、皮膚症状に対する保護者の不安が過剰な食物除去に至ることがある<sup>88)</sup>。皮膚症状があり過剰な食物除去がされているケースでは、スキンケア指導<sup>53)</sup>とともに適切な医療機関につなぐ。</li> </ul>
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。しかし、授乳期から離乳期は、アタッチメント（愛着）形成や心の発達への適切な対応が求められるため、身体的発育異常を契機として支援的介入を行うことが求められる。
発症頻度	5-10% <sup>89)</sup>
保健指導上の重要性	身体的発育異常を呈さない例でも、乳幼児期に医師の診断に基づかない食物除去を行っている保護者は少なくない <sup>90)</sup> 。食物アレルギーは育てにくさを感じる子の要因の一つであるため、保護者は全般的な育児不安をもつ傾向がある <sup>91)</sup> 。不安に寄り添い適切な医療につなげることが、児の健康的な成長と育児支援に必要である。

カテゴリー【診察所見項目】：身体的発育異常【(P5)肥満】

スクリーニング対象疾病： 原発性肥満

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂食状況、生活習慣</li> <li>・育児の支援者や情報源</li> <li>・育児不安</li> <li>・保護者の生活や既往歴など</li> </ul>
	計測値	乳幼児身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）と肥満度曲線に計測値をプロットする。
	検査等	-
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・視診で肋骨や鎖骨が見えないくらいの体格では、おおよそ20%程度の肥満度となる。</li> </ul>
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満度15%以上が続く場合は体格の評価を肥満とする<sup>13)</sup>。成長曲線に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。</li> <li>・頻度は少ないが、二次性肥満を示唆する所見がある場合は精査が必要であり、医療機関に紹介とする。</li> </ul>	

発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は、明確に定義できない。食生活の改善や二次性肥満の早期発見および介入を行う意義がある。
発症頻度	参考：2歳6か月児：約10% <sup>92)</sup>
保健指導上の 重要性	1歳6か月児から3歳児のBMI増加量で示すことができる幼児早期の early adiposity rebound が、その後の肥満発症に関連することが示唆されている <sup>93)</sup> 。すべての親子を対象とした食生活や生活習慣に関する保健指導が必要である。

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D3)指示理解の遅れ、(D5)発語の遅れ、(D6)多動】

スクリーニング対象疾病：⑨ 発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・日常生活の中で遊びや会話におけるやり取りが成立する、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べるなどを確認する。</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	-
	手技	<p>(1) 認知発達</p> <p>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。</p> <p>②電車の絵を見せて、その長短を尋ね指差しさせる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 言語発達</p> <p>①子どもに名前と年齢を尋ねて答えさせる。</p> <p>②今日は誰と一緒に来たのかを尋ねて答えさせる。</p> <p>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。</p> <p>④6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。</p>

判定と対応	<p>(1) 認知発達 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。高低が理解できない、あるいは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。</p> <p>(2) 言語発達 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、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、あるいは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スペクトラム障害を疑う必要があるので留意する。</p>
発見の臨界期 ・介入効果	<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> <li>・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<sup>14)</sup>。</li> </ul>
発症頻度	知的障害として、1,000人に4人 <sup>26)</sup>
保健指導上の重要性	子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている <sup>28)</sup> 。「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重要であり、「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 <sup>14)</sup> 。

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D3)指示理解の遅れ、(D5)発語の遅れ、(D6)多動、(D7)視線の合いにくさ】

スクリーニング対象疾病： 10 自閉スペクトラム障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・日常生活の中で遊びや会話におけるやり取りが成立する、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べるなどを確認する。。</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	-



発見手段	手技	<p>(1) 認知発達</p> <p>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。</p> <p>②電車の絵を見せて、その長短を尋ね指差しさせる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 言語発達</p> <p>①子どもに名前と年齢を尋ねて答えさせる。</p> <p>②今日は誰と一緒に来たのかを尋ねて答えさせる。</p> <p>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。</p> <p>④6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。</p> <p>(3) 情緒行動</p> <p>待合での遊びの状況や診察時の行動観察</p>
判定と対応		<p>(1) 認知発達</p> <p>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。高低が理解できない、あるいは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。</p> <p>(2) 言語発達</p> <p>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、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、あるいは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スペクトラム障害を疑う必要があるので留意する。</p> <p>(3) 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かったりする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。</p> <p>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あったりする場合では医師を見ることができず会話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かめるとよい。</p>

発見の臨界期 ・介入効果	<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> <li>・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<sup>14)</sup>。</li> </ul>
発症頻度	ICD-10 に基づいて診断した 5 歳までの累積罹患率 <sup>27)</sup> : 1 万人あたり 27.2 人
保健指導上の重要性	<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D3) 指示理解の遅れ、(D5) 発語の遅れ】

感覚器の異常【(D29) 聴覚の異常】

スクリーニング対象疾病：11 聴覚（聴力）障害

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・日常生活の中で遊びや会話におけるやり取りが成立する、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べるなどを確認する。</li> <li>・聴覚に関わる問診<sup>109)</sup></li> </ul>
	計測値	-
	検査等	<p>ささやき声検査（家庭）<sup>109)</sup></p> <p>（ティンパノメトリー、指こすりテスト、信号音による聞き取りテストなど自治体によって行われる場合がある。）</p>
	視診等	-
	手技	（認知発達、言語発達の手技については、同カテゴリー疾患参照）
判定と対応	<p>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ァーとする。</p> <p>（認知発達、言語発達の判定については、同カテゴリー疾患参照）</p>	

発見の臨界期 ・介入効果	<p>聴覚障害は、早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障害による音声言語発達等への影響が最小限に抑えられることから、その早期発見・早期育を図るために、全ての新生児を対象として新生児聴覚検査を実施することが重要である<sup>30)</sup>。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・早期発見により早期支援が開始された聴覚障害児の言語能力が3歳では健聴児に近い<sup>31)</sup>。</li> <li>・障害部位により、治療法の適応や効果が異なる。</li> </ul>
発症頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1,000出生あたり1人<sup>32)</sup>。</li> <li>・正常新生児からの両側聴覚障害は1,000出生あたり1人<sup>33)</sup>。</li> <li>・滲出性中耳炎：2歳までに60%<sup>110)</sup></li> </ul>
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気づきやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</li> <li>・家庭でのささやき声検査について、正確で分かりやすいマニュアルを配布することが、見逃しをなくすために重要である。</li> <li>・ムンプス難聴を予防するためには、聴覚障害の有無にかかわらず、1歳以降のワクチン接種を勧奨する意義がある<sup>34)</sup>。</li> </ul>

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D5)指示理解の遅れ、(D8)吃音】

スクリーニング対象疾病：12 言語発達遅滞

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・日常生活の中で遊びや会話におけるやり取りが成立する、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べるなどを確認する。</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	-
	手技	<p>(1) 認知発達</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>②電車の絵を見せて、その長短を尋ね指差しさせる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <p style="text-align: right;">〔次頁に続く〕</p>

発見手段	手技	<p>(2) 言語発達</p> <p>①子どもに名前と年齢を尋ねて答えさせる。</p> <p>②今日は誰と一緒に来たのかを尋ねて答えさせる。</p> <p>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。</p> <p>④6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。</p> <p>(3) 吃音</p> <p>スムーズに発話できない</p>
判定と対応		<p>(1) 認知発達</p> <p>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。高低が理解できない、あるいは4色のうちいくつかが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。</p> <p>(2) 言語発達</p> <p>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、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、あるいは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。</p> <p>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スペクトラム障害を疑う必要があるので留意する。</p>
発見の臨界期・介入効果		<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>111)</sup>。</li> <li>・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<sup>112)</sup>。</li> <li>・吃音では、放置することで二次的行動がみられるようになる<sup>109)</sup>。</li> </ul>
発症頻度		<p>知的障害として、1,000人に4人<sup>26)</sup></p> <p>吃音：発症率5%程度、有病率約1%<sup>111)</sup></p>
保健指導上の重要性		<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>

カテゴリー【診察所見項目】：精神的発達障害【(D7)視線の合いにくさ】

感覚器の異常【(D28)視力の異常】

スクリーニング対象疾病：13 視覚（視力）障害、19 弱視、20 遠視、21 近視

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> <li>・日常生活の中で遊びや会話におけるやり取りが成立する、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べるなどを確認する。</li> <li>・目に関するアンケート<sup>112)</sup></li> </ul>
	計測値	-
	検査等	視力検査（家庭で実施） <sup>112)</sup>
	視診等	異常徴候の検出 <sup>36)</sup>
	手技	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眼位検査：斜視の検出<sup>36)</sup></li> <li>・眼球運動検査：ペンライトや興味をひく玩具を使用して眼球運動障害の有無をみる。</li> </ul> （認知発達、言語発達の手技については、同カテゴリー疾患参照）
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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<sup>39, 113)</sup>。</li> <li>・視力検査：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。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視力0.5が確認でなかった児、検査ので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する必要がある。</li> </ul> （認知発達、言語発達の判定と対応については、同カテゴリー疾患参照）	
発見の臨界期 ・介入効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神的発達に関する臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</li> <li>・感覚器の異常に関する臨界期としては、視力発達の感受性は3歳以下（とくに1歳6か月頃まで）が高いため<sup>114)</sup>、3歳児健診で把握する意義がある。</li> </ul>	
発症頻度	弱視有病率2.9% <sup>39)</sup>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気づきやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</li> <li>・家庭での視力検査について、正確で分かりやすいマニュアルを配布することが、見逃しをなくすために重要である<sup>115)</sup>。</li> </ul>	

[次頁に続く]

保健指導上の重要性	<p>・保護者には、民間で行われている「近視に対する眼のトレーニングは効果があるのか」などの質問をする者もあるが、視力回復を謳う民間療法には医学的な根拠がない<sup>116)</sup>。また、「眼鏡をすると近視が速く進行する」という誤解も見受けられるが、適切に処方された眼鏡を使用することで眼位を安定に保ち、両眼視機能を十分に発揮することが可能になる。保護者の不安をくみ取りながら、正確な情報を伝えることが望まれる。</p> <p>・近年は、スマートフォンやゲームなどのメディアを子どもが長時間使用することで、言語発達、生活習慣、肥満や睡眠などに影響を及ぼすことが報告されている<sup>117)</sup>。視力の異常の有無にかかわらず、乳幼児のメディア使用は「心身の発達に必要な時間と経験を奪う」という視点で、保護者に正確な情報を伝え、メディアに頼らない子育てを支援することが求められる。</p>
-----------	--

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D14)胸郭・脊柱の変形】

スクリーニング対象疾病：14 漏斗胸

発見手段	問診	家族歴（家族内集積性があり、男児に多い） <sup>95)</sup>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	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 <sup>96)</sup> 。
	手技	-
判定と対応	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 <sup>96)</sup> 。2～3歳までには消失することがあるが、整容的な問題もあるため保護者の精査希望にも配慮する。	
発見の臨界期・介入効果	臨界期は明確ではない。成人の漏斗胸患者では肺機能が低いとする報告はあり、幼児期の外科的治療による肺機能の向上を示唆する報告がある <sup>95, 97)</sup> 。一方で、日常生活に支障がある患者はほとんどいないとする意見もある <sup>95)</sup> 。また、容姿が他の子どもと異なることが、親子に与える心的負担は大きいことが報告されている <sup>95, 98)</sup> 。稀に基礎疾患を合併する例があることも含めて、健診で医療機関を紹介する意義はある。	
発症頻度	約 1/1000 人 <sup>99)</sup>	
保健指導上の重要性	胸郭変形による心肺機能への影響や、特に男性は人前で上半身裸になる機会もあることから、整容面を不安と感じる保護者もいる <sup>95)</sup> 。これらの不安に対して、適切な対応が望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D14)胸郭・脊柱の変形】

スクリーニング対象疾病：15 側弯症

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既往歴</li> <li>・家族歴</li> <li>・側弯症に気づいた時期など</li> </ul>
	計測値	乳幼身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）に身長、体重をプロットする。
	検査等	-
	視診等	背面から体幹前屈位で棘突起の配列や肋骨隆起をみる <sup>96)</sup> 。
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身を診てから局所を診ることが大切である<sup>100)</sup>。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<sup>96)</sup>。脊柱の側弯は、背面から体幹前屈位で棘突起の配列や肋骨の高さの左右差をみる<sup>100)</sup>。</li> <li>・側弯だけでなく、後弯（胸腰椎移行部や腰椎に角状の背側への突出）や前弯は医療機関へ紹介する<sup>96)</sup>。</li> <li>・幼児期からみられる症候性側弯症は、その程度により全く治療を要さないものから幼児期の手術が必要なものまで存在するため、その疑いがある場合は医療機関を紹介とする<sup>101, 102)</sup>。</li> <li>・特発性側弯症は、その診断された時期により異なった傾向をとる。幼児期を含む10歳以下に発症する側弯症では、思春期に発症する側弯症よりも神経系の異常を認める頻度が高いことが報告されている<sup>103)</sup>。</li> </ul>	
発見の臨界期・介入効果	臨界期は原因により異なる。幼児期からみられる側弯症は重症化する場合や合併症を有する場合があるため <sup>101)</sup> 、早期に把握して医療機関で精査をする意義がある。	
発症頻度	先天性側弯症：約0.1% <sup>102)</sup> （参考：発症が多い思春期女児で1～2% <sup>101)</sup> ）	
保健指導上の重要性	側弯は姿勢が悪いために生じるものではない。年齢や原因に応じて治療法や予後が異なるが、健診は原因を確定することを目的としていない。健診では、医療機関を紹介とする際の保護者の不安に寄り添いながら、対応することが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D16)歩容の異常】

スクリーニング対象疾病：16 脳性麻痺

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族歴</li> <li>・妊娠期・周産期歴</li> <li>・発達のマイルストーンによる発達レベル</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	参考：発達検査等
	視診等	歩容の異常について：歩く様子を見る（ハイガード歩行、歩幅の左右不均衡、動揺性歩行、墜下性歩行、尖足歩行、うちわ歩行）
	手技	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・粗大運動：手と足を交互に振って歩くことができる。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。</li> <li>・微細運動：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。</li> </ul>
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。 <ol style="list-style-type: none"> <li>①歩行が不安定、左右への重心の動揺がある</li> <li>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</li> <li>③真似て○が描けない</li> <li>④親指と人指し指でつまむことができない</li> </ol> </li> <li>・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、尖足歩行などの異常があれば、医療機関へ紹介する。</li> <li>・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、成長ととも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。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	<p>臨界期は明確でないが、適時適切な発見と支援との連携が望まれる。社会性発達については早期支援が予後を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の母子保健部門から適時適切に障害児支援部門に情報を提供し、障害種別に応じた適切な支援につなぐ<sup>25)</sup>。</li> </ul>	
発症頻度	国内：1,000 出生あたり 1.7 人、海外：1,000 出生あたり 3 人 <sup>40, 41)</sup>	
保健指導上の重要性	<p>子どもに発達障害などの発達の遅れがある場合、親の「育てにくさ」として気付きやすいことが指摘されている<sup>28)</sup>。「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重要であり、「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<sup>14)</sup>。</p>	



カテゴリー【診察所見項目】：運動発達異常【(D17)O脚】

スクリーニング対象疾病：17 くる病

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食生活を含む生活習慣</li> <li>・既往歴など</li> </ul>
	計測値	乳幼身体発育曲線（平成12年調査に基づく発育曲線）に身長、体重をプロットする。
	検査等	-
	視診等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行の遅れの有無や歩容の確認</li> <li>・前額部突出の有無</li> <li>・胸郭や脊柱の変形の有無を確認</li> </ul>
	手技	膝関節の離解の程度
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの下肢の内・外反アライメントは成長により変化し、標準的には生後1歳6か月～2歳頃まではO脚で、その後にX脚となり、7歳頃で成人の下肢アライメントに近くなる<sup>104)</sup>。</li> <li>・立位又は仰臥位で左右の足関節内果部をつけた状態で、両膝関節に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<sup>94)</sup>。4横指以上の例は、医療機関へ紹介する。</li> <li>・低身長、左右の膝形態の差異、動揺歩行、胸郭や脊柱の変形がある例は、医療機関へ紹介とする。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は明確に定義できない。しかし、生理的O脚、くる病、Blount病などの鑑別には単純X線撮影などが必要であり <sup>104)</sup> 、成長障害の進行予防や早期治療のため、1歳6か月児健診で把握する意義がある。	
発症頻度	国内疫学調査 <sup>105)</sup> ：9/100,000	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・VD欠乏症のリスク因子として、日光照射不足、母乳栄養、食物アレルギーに対する不適切な食事制限があるため、保護者に対する適切な保健指導が必要である<sup>106)</sup>。</li> <li>・くる病の把握だけでなく、生理的なO脚、X脚に関する保護者の不安への対応も必要である。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：感覚器の異常【(D27)眼位の異常】

スクリーニング対象疾病：18 斜視

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視線が合いますか</li> <li>・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</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	眼位検査 <sup>36)</sup>
	視診等	-
	手技	眼位検査：ペンライトを両眼にあてて角膜からの反射を観察。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。次に、片眼ずつ遮閉して他眼の動きを観察。他眼の位置ずれが起これば斜視と判定。

判定と対応	斜視には様々な種類があり、原因によって治療が異なる <sup>38)</sup> 。緊急性のある眼疾患や全身疾患に起因する場合もある。斜視のある児は、早急に眼科での精密検査をすすめる <sup>36)</sup> 。
発見の臨界期 ・介入効果	ヒトの両眼視機能は5歳頃までに発達する <sup>38)</sup> 。乳幼児に起きる斜視の治療目標は、正常両眼視機能の獲得であり、早期に適切な医療につなげる意義がある。
発症頻度	2～6% <sup>38)</sup>
保健指導上の重要性	医療機関を紹介する際には、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。ケースに応じた、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが望まれる。

カテゴリー【診察所見項目】：皮膚疾患【(D37)アトピー性皮膚炎】

スクリーニング対象疾病：22 アトピー性皮膚炎

発見手段	問診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常のスキンケア方法</li> <li>・医療機関受診の有無など</li> </ul>
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	頬、額、頭部の露出部や頸部、腋窩、肘窩、膝窩などの間擦部、さらに胸腹部、背部、四肢、臀部の皮膚所見
	手技	-
判定と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既医療となっている例が多いが、スキンケアが不十分な例や不適切な例がある。該当する場合は、適切な医療機関を紹介する。</li> <li>・かゆみ強い湿疹が特徴的な場所（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、慢性、反復的な経過がある場合はアトピー性皮膚炎の可能性を考える<sup>107)</sup>。しかし、湿疹の原因は多様なので、健診の場のみで診断はせず、基本的なスキンケアの指導<sup>53)</sup>を行い、適切な医療機関の受診をすすめる。</li> </ul>	
発見の臨界期 ・介入効果	発見の臨界期は明確に定義できない。しかし、アトピー性皮膚炎がある児に食物アレルギー、気管支喘息等のアレルギー疾患の発症確率が高いことから、適切なスキンケアを行うことは有用である <sup>53)</sup> 。	
発症頻度	13.2% <sup>107)</sup>	
保健指導上の重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・湿疹とアレルギー性疾患の関連性が指摘されており、適切なスキンケアを早期に行う意義がある<sup>53)</sup>。</li> <li>・保護者のなかには、標準的なステロイド外用薬を用いた薬物療法に対する誤った知識や不安があるために、スキンケアが不十分になる場合がある。また、標準的な治療や指導を行わない医療機関も存在する。多職種によって保護者の不安や育児環境などに寄り添った支援的な保健指導を行う。</li> </ul>	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D49)腹部腫瘍】

スクリーニング対象疾病：23 神経芽腫

発見手段	問診	お腹が張ってきましたか？
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	腹部全体を触診
	手技	-
判定と対応	初期はほとんど無症状であるが、腹部に発生した場合は腹部腫瘍として発見されることが多い <sup>62)</sup> 。該当する場合は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期・介入効果	一般に、神経芽腫は年齢、病期などの予後因子から悪性度を判定し、治療の選択を行っている <sup>62)</sup> 。1歳以降では、診断時にすでに腫瘍が切除不能と判断される例や、骨・遠隔リンパ節への転移を伴う例が75%を超えるため、強い治療が必要になる。したがって、健診によって少しでも早く発見して、専門的診断や治療を受けることが望まれる。	
発症頻度	7000出生に1人（神経芽腫の約40%が乳児期、大部分が乳幼児期） <sup>63)</sup>	
保健指導上の重要性	幼児期に発見される神経芽腫は、乳児期と比較すると進行例やMYCN増幅例が多い <sup>62)</sup> 。また、病期にかかわらず、腫瘍性疾患に対する保護者の不安は大きいと考えられる。健診では疑い例として医療機関への紹介となるが、健診時の説明だけでなく治療中も含めて保護者の不安を考慮した支援的なかわりが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D49)腹部腫瘍】

スクリーニング対象疾病：24 Wilms 腫瘍

発見手段	問診	お腹が張ってきましたか？
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	腹部全体を触診
	手技	-
判定と対応	無症状の腹部腫瘍として発見されることが多い <sup>62)</sup> 。該当する場合は、医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期・介入効果	近年、Wilms 腫瘍（腎芽腫）の治療成績は著しく向上している <sup>64)</sup> 。また、Wilms 腫瘍（腎芽腫）の10%は多発奇形症候群に発生するため、各症状について対応を要する場合もある。したがって、健診による適切な発見と専門的診断を受ける意義が高い。	
発症頻度	約1万人に1人（Wilms 腫瘍（腎芽腫）の75%が3歳までに発症） <sup>64)</sup>	
保健指導上の重要性	Wilms 腫瘍（腎芽腫）は、全病期の5年生存率が約90%と良好な成績が得られている <sup>64)</sup> 。しかし、再発腫瘍症例や晩期障害に対する医療には、改善の余地が残されている。このため、治療成績にかかわらず、腫瘍性疾患の治療に対する保護者の不安は大きいと考えられる。健診では疑い例として医療機関への紹介となるが、健診時の説明だけでなく治療中も含めて保護者の不安を考慮した支援的なかわりが望まれる。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D50)そけいヘルニア】

スクリーニング対象疾病：25 そけいヘルニア

発見手段	問診	・そけい部の膨隆を把握した時期、還納 ・過去の受診での指示内容など
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	視診・触診によりそけい部などの腫脹がないか確認
	手技	-
判定と対応	視診、触診で腫脹を把握し、医療機関（地域の事情を考慮すべきであるが、小児外科）を紹介とする。多くは腸管が脱出しており、還納時に「グジュグジュ」とした腸管を押し戻す感触がある <sup>65)</sup> 。大網の脱出であれば一塊とした腫瘤様、卵巣の脱出であれば小指頭大の腫瘤として触知される。	
発見の臨界期 ・介入効果	自然閉鎖の可能性が低く嵌頓のリスクがあるため、健診で介入する意義がある。	
発症頻度	小児の1～4%（そのうち両側発生は10%） <sup>65)</sup>	
保健指導上の重要性	医療機関を紹介する際は、受診予定日より前に、そけい部の膨隆が固く容易に還納できない場合は、直ちに小児外科を受診することを伝える <sup>65)</sup> 。	

カテゴリー【診察所見項目】：消化器系疾患【(D51)臍ヘルニア】

スクリーニング対象疾病：26 臍ヘルニア

発見手段	問診	・出現時期 ・治療経過など
	計測値	-
	検査等	-
	視診等	視診・触診による臍ヘルニアおよび余剰皮膚の大きさ、性状の評価など
	手技	-
判定と対応	90%前後の臍ヘルニアは腹部の筋肉が発育してくる1歳頃までに自然に軽快する <sup>69)</sup> 。1～2歳を超えてもヘルニアが残っている場合や、ヘルニアは治っても余剰皮膚が飛び出したままの場合（臍突出症）、保護者の希望がある場合は医療機関を紹介とする。	
発見の臨界期 ・介入効果	2歳を超えると自然治癒は期待できない <sup>69)</sup> 。ヘルニアが残っている場合や、余剰皮膚が飛び出したままの場合（臍突出症）は、外科的治療が必要になる場合がある。したがって、3歳児健診で医療機関への紹介の必要性を評価する意義がある。	
発症頻度	4～10% <sup>69)</sup>	
保健指導上の重要性	・医療機関紹介の際は、過剰な不安を保護者に与えない説明が求められる。 ・低出生体重児では腹筋が未発達であるため、発生頻度が高い <sup>7, 69)</sup> 。低出生体重児の保護者には、その育児に伴う不安をもつ者が少なくない <sup>7)</sup> 。したがって、多職種による切れ目のない寄り添った支援を提供することが求められる。	

- 1) 横谷 進. 「乳幼児健診の新たな視点」成長. 東京小児科医会報 2010; 28: 26-32.
- 2) 岡部一郎. 「症候からみた小児の診断学」低身長. 小児科診療. 2007; 70: 243-246.
- 3) 伊藤純子. 「乳幼児健診-診察のポイント&保護者の疑問・相談にこたえる」低身長. 小児科. 2017; 58: 968-671.
- 4) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 19.
- 5) 前川喜平、他（編）乳幼児健診における境界児. どう診てどう対応するか. 診断と治療社 2010; 85-91.
- 6) 日本小児科学会新生児委員会. 新しい在胎期間別出生時体格標準値の導入について. 日本小児科学会雑誌 2010; 114: 1271-1293.
- 7) 低出生体重児保健指導マニュアル. 平成 24 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）「重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究」2012.
- 8) 国立大学法人山梨大学. 平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「「健やか親子 21（第 2 次）」中間評価を見据えた調査研究」事業報告書. 2019; 27. [http://sukoyaka21.jp/pdf/01\\_H30\\_zentai\\_report\\_2019.04.03.pdf](http://sukoyaka21.jp/pdf/01_H30_zentai_report_2019.04.03.pdf) (2020-03-01 アクセス確認)
- 9) 山本祐士、他. 大学病院小児歯科における摂食嚥下障害児の初診時実態調査. 小児歯科学雑誌 2018; 56: 12-18.
- 10) Matsuda Y et al. Exploratory analysis of textual data from the Mother and Child Handbook using the text-mining method: Relationships with maternal traits and post-partum depression. The Journal of Obstetrics Gynaecology Research 2016; 42: 655-60.
- 11) 前川貴伸. 「小児外来：どう診るか、どこまで診るか」体重増加不良（乳幼児）. 小児科臨床 2019; 72: 1067-1072.
- 12) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 41-42.
- 13) 乳幼児身体発育評価マニュアル. 平成 23 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）「乳幼児身体発育調査の統計学的解析とその手法及び利活用に関する研究」2012. <https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/hatsuiku/index.files/katsuyou.pdf> (2020-03-01 アクセス確認)
- 14) 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」2018.
- 15) Koyama S et al. Association between timing of adiposity rebound and body weight gain during infancy. The Journal of Pediatrics. 2015; 166: 309-12.

- 16) 菊池透. 「乳幼児健診-診察のポイント&保護者の疑問・相談にこたえる」肥満予防. 小児科. 2017; 58: 972-977.
- 17) 日本小児医療保健協議会. 栄養委員会. 小児肥満小委員会. 幼児肥満ガイド. 2019; 10. [http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/2019youji\\_himan\\_G\\_ALL.pdf](http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/2019youji_himan_G_ALL.pdf) (2020-03-01 アクセス可能)
- 18) 宇佐美憲一. 「子どものあたま、かお、くびの病気～コンサルのタイミング」大頭. 小児科診療. 2019; 82: 997-1002.
- 19) 内藤寿七郎. 乳児における頭囲の異常増加率の分析検討-水頭症のスクリーニングを行うための基準として-. 日本総合愛育研究所紀要 1968; 5: 105-112.
- 20) 山崎麻美. 先天性水頭症の分子生物学的メカニズム解明と治療法開発. 厚生科学研究費補助金特定疾患対策研究事業平成 13 年度総括・分担研究報告書 2002; 1-3.
- 21) 佐藤真理. 「小児疾患診療のための病態生理 2」成長ホルモン分泌不全性低身長症. 小児内科 2015; 47: 314-317.
- 22) 小室裕造. 「子どものあたま、かお、くびの病気～コンサルのタイミング」頭蓋骨変形・小頭. 小児科診療. 2019; 82: 991-996.
- 23) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 8.
- 24) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 9.
- 25) 厚生労働省. 今後の障害児支援の在り方について(報告書)～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～ 2014. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000050945.html> (2020-03-01 アクセス確認)
- 26) 内閣府. 障害者白書. <https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/index-w.html> (2020-03-01 アクセス確認)
- 27) Honda H, et al. Cumulative incidence of childhood autism: a total population study of better accuracy and precision. *Developmental medicine and child neurology* 2005; 47: 10-18.
- 28) 秋山千枝子. 医療機関における発達障害関係の状態-三鷹市の母子保健. 平成 20 年度厚生労働省障害者保険福祉推進事業. 障害者自立支援調査研究プロジェクト「いま、発達障害は増えているのか」2009; 12-14. <https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu-report-DB/db/20/052/report.pdf> (2020-03-01 アクセス確認)
- 29) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 25.
- 30) 厚生労働省. 新生児聴覚検査の実施について. (雇児母発第 0129002 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知) [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3287&](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3287&)

dataType=1&pageNo=1 (2020-03-01 アクセス確認)

31) Yoshinaga-Itano C, Sedney AL et al. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics* 1998; 102: 1161-1171.

32) 難病情報センター. 先天性難聴. <https://www.nanbyou.or.jp/entry/2289> (2020-03-01 アクセス確認)

33) 三科潤、他. 自動聴性脳幹反応 (AABR) を用いた全出生時を対象とする新生児聴覚スクリーニングの検討. 全出生時を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究」厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)「全出生児を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究」分担研究報告書 258-265.

34) 守本倫子、他. 2015～2016年のムンプス流行時に発症したムンプス難聴症例の全国調査. *日本耳鼻咽喉科学会会報* 2018; 121: 1173-1180.

35) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」 2018; 21.

36) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」 2018; 22-23.

37) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」 2018; 10.

38) 仁科幸子. 「小児疾患診療のための病態生理 3」斜視. *小児内科* 2016; 48: 1035-1040.

39) 宮田学、他. 成人弱視治療の可能性. *眼科* 2010; 52: 191-202.

40) 脳性麻痺児の実態把握に関する疫学調査報告書. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 脳性麻痺時の実態把握に関する疫学調査プロジェクトチーム. 2018. <http://www.sankahp.jcqh.or.jp/documents/report/index.html> (2020-03-01 アクセス確認)

41) Graham HK, et al. Cerebral palsy. *Nature Reviews. Disease Primers* 2016; 2: 15082.

42) 沖本聡志、他. 「小児疾患診療のための病態生理 3」緑内障. *小児内科* 2016; 48: 1059-1063.

43) 木内良明. 「小児科医が知っておきたい子どもの目の病気」緑内障. *小児科* 2013; 54: 853-862.

44) 難病情報センター. (15) 眼科疾患分野 | 先天性緑内障 (平成 24 年度). <https://www.nanbyou.or.jp/entry/3255> (2020-03-01 アクセス確認)

45) 野村耕治. 「小児科医が知っておきたい子どもの目の病気」白内障および水晶体の異常. *小児科* 2013; 54: 845-852.

46) 土屋陽子. 「小児疾患診療のための病態生理 3」白内障. *小児内科* 2016; 48: 1056-1058.

- 47) 難病情報センター. 眼科疾患 | 先天白内障 (平成 23 年度).  
<https://www.nanbyou.or.jp/entry/2432> (2020-03-01 アクセス確認)
- 48) Sheeladevi S, et al. Global prevalence of childhood cataract: a systematic review. *Eye* 2016; 30: 1160-1169.
- 49) 東範行. 「小児疾患診療のための病態生理 3」網膜疾患-未熟児網膜症、家族性滲出性硝子体網膜症、網膜芽細胞腫、網膜変性症 (ジストロフィ). *小児内科* 2016; 48: 1064-1069.
- 50) 佐々木万里恵、他. 乳児期の鉄欠乏について. *神経発達、神経症状を中心に. 小児科臨床* 2019; 72: 193-197.
- 51) 沖縄県小児保健協会. 乳幼児健康診査実施報告. 2017. <http://www.osh.or.jp> (2020-03-01 アクセス確認)
- 52) 授乳・離乳の支援ガイド. 「授乳・離乳の支援ガイド」改訂に関する研究会. 2019.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04250.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04250.html) (2020-03-01 アクセス確認)
- 53) 小児のアレルギー疾患 保健指導の手引き. 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「アレルギー疾患に対する保健指導マニュアル開発のための研究」2019. <https://allergyportal.jp/> (2020-03-01 アクセス確認)
- 54) 日本小児アレルギー学会. 鶏卵アレルギー発症予防に関する提言. 2017.  
<https://www.jspaci.jp/uploads/2017/06/teigen20170616.pdf> (2020-03-01 アクセス確認)
- 55) Hidano A et al. Statistical survey of skin changes in Japanese neonates. *Pediatric Dermatology* 1986; 3: 140-144.
- 56) 血管腫・血管奇形・リンパ管奇形診療ガイドライン. 平成 26~28 年度厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業 (難治性疾患政策研究事業) 「難治性血管腫・血管奇形・リンパ管腫・リンパ管腫症および関連疾患についての調査研究」 2017.
- 57) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」 2018; 13.
- 58) 乳児健康診査における股関節脱臼一次健診の手引き. 平成 27 年度日本医療研究開発機構研究費成育疾患克服等総合研究事業 「乳幼児の疾患疫学を踏まえたスクリーニング等の効果的実施に関する研究」 2015.
- 59) Yamamuro T, Ishida K. Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1984; 184: 34-40.
- 60) 神保詩乃. 「Well Baby のための乳幼児健診」乳幼児健診での心疾患スクリーニングのポイント. *小児内科* 2018; 50: 911-914.
- 61) 山川 勝. 「小児科診療に強くなる! 知って欲しい診断のポイントとコツ」心臓疾患. 知っておくべき重大徴候. *内科* 2009; 104: 543-550.



- 62) 池田均、他。「小児科医が見逃したくない外科系疾患」腹部固形腫瘍. 小児科診療. 2008; 71: 669-674.
- 63) 家原知子。「小児疾患診療のための病態生理 3」神経芽腫. 小児内科 2016; 48: 983-987.
- 64) 越永従道。「小児疾患診療のための病態生理 3」腎芽腫 (Wilms 腫瘍). 小児内科 2016; 48: 988-992.
- 65) 池田均、他。「見逃したくない境界領域の疾患」鼠径ヘルニア. 小児科. 2014; 55: 1939-1945.
- 66) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 28-29.
- 67) 葦澤融司. 鼠径ヘルニア. 五十嵐隆 (編) 小児科診療ガイドライン-最新の診療指針-. 総合医学社. 2017; 267-269.
- 68) 日本ヘルニア学会ガイドライン委員会. 鼠径部ヘルニア診療ガイドライン 2015. 金原出版. 2015; 90. [http://jhs.mas-sys.com/pdf/sokeibuhernia\\_guideline2015.pdf](http://jhs.mas-sys.com/pdf/sokeibuhernia_guideline2015.pdf) (2020-03-01 アクセス確認)
- 69) 奥山宏臣。「乳幼児健診-診察のポイント&保護者の疑問・相談にこたえる」でべそ. 小児科. 2017; 58: 1149-1152.
- 70) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 52.
- 71) 浅沼宏. 停留精巣. 五十嵐隆 (編) 小児科診療ガイドライン-最新の診療指針-. 総合医学社. 2017; 405-408.
- 72) Berkowitz GS, et al. Prevalence and natural history of cryptorchidism. Pediatrics 1993; 92: 44-49.
- 73) 松川泰廣、他. 乳児早期の陰唇癒合. 日本小児外科学会誌 2008; 44: 655-660.
- 74) 古村眞。「見逃したくない境界領域の疾患」精巣・精索水腫、停留精巣. 小児科 2014; 55: 1947-1952.
- 75) 森山徳秀、他. 阪神地区での脊柱検診の現状と潜在性二分脊椎の疫学的検討 (第 3 報). 小児の脳神経 2011; 36: 542-544.
- 76) Kriss VM, Occult spinal dysraphism in neonates: assessment of high-risk cutaneous stigmata on sonography. American Journal of Roentgenology 1998; 171: 1687-92.
- 77) 位田忍。「小児疾患診療のための病態生理 2」SGA 性低身長症. 小児内科 2015; 47: 318-321.
- 78) 北中幸子。「小児外来: どう診るか、どこまで診るか」低身長. 小児科臨床 2019; 72: 1109-1112.

- 79) 日本小児内分泌学会、日本未熟児新生児学会. SGA 性低身長症における GH 治療のガイドライン. 日本小児科学会雑誌. 2007 ; 111 : 641-646
- 80) 日本小児内分泌学会. 「身長を伸ばす効果がある」と宣伝されているサプリメント等に関する学会の見解. 2013. <http://jspe.umin.jp/public/kenkai.html> (2020-03-01 アクセス可能)
- 81) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」 2018; 59-60.
- 82) 前田潤、他. 「症候からみた小児の診断学」高身長、過成長. 小児科診療 2007; 70: S247-S250.
- 83) 難病情報センター. マルファン症候群 <http://www.nanbyou.or.jp/entry/4792> (2020-03-01 アクセス可能)
- 84) 難病情報センター. クラインフェルター症候群 <http://www.nanbyou.or.jp/entry/639> (2020-03-01 アクセス可能)
- 85) 徳田正邦. 尼崎市の幼児肥満に関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金 (循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)「幼児期・思春期における生活習慣病の概念、自然史、診断基準の確立及び効果的介入に関するコホート研究」 分担研究報告書 2008; 119-123.
- 86) 飯田純代、他. 皮膚症状の変化を食物摂取と関連づけて不安が募り、患児の栄養摂取量不足をきたした家族に対する管理栄養士の介入. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌 2017; 15: 13-18.
- 87) 海老澤元宏、他 (監修) 食物アレルギー診療ガイドライン 2016. 協和企画.
- 88) 厚生労働省. 平成 27 年度乳幼児栄養調査. 2016. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html> (2020-03-01 アクセス可能)
- 89) 弓気田美香. 食物アレルギーのある乳幼児をもつ母親の育児ストレス. 小児保健研 2017; 76: 462-469.
- 90) 池田奈由、他. 祖父母と同居する子および一人っ子における過体重・肥満の傾向と年齢に伴う変化に関する検討. 平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)「21 世紀出生児縦断調査等の高度利用による家庭環境等と子どもの健やかな成長との関連に関する学際的研究」 分担研究報告書. 2016; 25-34.
- 91) Arisaka, O et al. Increase of body mass index (BMI) from 1.5 to 3 years of age augments the degree of insulin resistance corresponding to BMI at 12 years of age. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 2017; 30: 455-457.
- 92) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」 2018; 48-49.
- 93) 近藤知史、他. 「見逃したくない境界領域の疾患」漏斗胸. 小児科. 2014; 55: 1927-1937.

- 94) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 47.
- 95) 久山寿子、他. 小児漏斗胸に対する Nuss 法術後の肺機能評価. 日本小児呼吸器学会雑誌 2018; 29: 8-12.
- 96) 青木稔、他. 漏斗胸手術後 10 年以上経過例のアンケート調査による遠隔成績. 臨床胸部外科 1992; 12: 456-459.
- 97) 山本真弓. 「乳幼児健診において外から見てわかる疾患」漏斗胸. 小児科診療 2012; 75: 213-218.
- 98) 西須孝、他. 「症候からみた小児の診断学」胸郭・脊柱・体型の異常. 小児科診療 2007; 70: S261-S263.
- 99) 松本守雄. 「学校保健の今、気になる話題」児童生徒の脊柱側弯症. 小児保健研究 2014; 73: 265-268.
- 100) 柳田晴久. 「日常診療で役立つ小児整形外科の知識」症候性側弯症. 小児科診療 2015; 78: 529-535.
- 101) 岡田英次朗. 「日常診療で役立つ小児整形外科の知識」特発性側弯症. 小児科診療 2015; 78: 523-528.
- 102) 稲葉裕、他. 「日常診療で役立つ小児整形外科の知識」O 脚・X 脚. 小児科診療 2015; 78: 497-503.
- 103) Matsuo K et al. Prevalence and risk factors of vitamin D deficiency rickets in Hokkaido, Japan. *Pediatrics International* 2009; 51: 559-62.
- 104) 『小児内科』『小児外科』編集委員会共編. 「小児疾患診療のための病態生理 1」ビタミン D 欠乏性くる病. 東京医学社. 2014; 791-795.
- 105) 日本皮膚科学会、日本アレルギー学会. アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会. アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2018. 日本皮膚科学会雑誌 2018; 128: 22431-2502.
- 106) 小児慢性特定疾病情報センター. 成長ホルモン分泌不全性低身長症. <https://www.shouman.jp/> (脳の器質的原因があるものとないもので分けて記載されている | 2020-03-01 アクセス可能)
- 107) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 65.
- 108) American Academy of Family Physicians et al. Otitis media with effusion. *Pediatrics* 2004; 113: 1412-1429.
- 109) 国立障害者リハビリテーションセンター. <http://www.rehab.go.jp/ri/kankaku/kituon/> (2020-03-01 アクセス可能)

- 110) 乳幼児健康診査身体診察マニュアル. 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」2018; 63-64.
- 111) 日本弱視斜視学会. <https://www.jasa-web.jp/general/3sai-guide> (2020-03-01 アクセス可能)
- 112) 横山吉美. 「小児疾患診療のための病態生理 3」弱視. 小児内科 2016; 48: 1046-1050.
- 113) 公益社団法人. 日本眼科医会. 園医のための眼科健診マニュアル. 2019; 19. <https://www.gankaikai.or.jp/school-health/> (2020-03-01 アクセス確認)
- 114) 中山百合. 「小児疾患診療のための病態生理 3」屈折異常. 小児内科 2016; 48: 1041-1045.
- 115) 佐藤和夫. 乳幼児期におけるメディアの影響. 日本小児科医会会報 2017; 53: 18-23.

## 執筆者一覧

### 乳幼児健康診査に関する疫学的・医療経済学的検討に関する研究班

---

#### 研究代表者

山崎 嘉久                      あいち小児保健医療総合センター

#### 研究分担者

秋山 千枝子                      医療法人社団千実会あきやま子どもクリニック  
小倉 加恵子                      国立成育医療研究センターこころの診療部  
田中 太郎                        東邦大学健康推進センター  
鈴木 孝太                        愛知医科大学医学部衛生学講座  
佐々木 溪円                      実践女子大学生生活科学部

#### 研究協力者

岡島 巖                        愛知医科大学医学部衛生学講座  
平澤 秋子                      あいち小児保健医療総合センター

---

データヘルス時代の乳幼児健康診査事業企画ガイド

～生涯を通じた健康診査システムにおける標準的な乳幼児健康診査に向けて～

#### 【別添資料】

疫学的検討に基づいた乳幼児健診におけるスクリーニング対象疾病

発行日                      令和2年3月

監著・発行者                山崎 嘉久

編著                        佐々木溪円

発行所                      〒474-8710 愛知県大府市森岡町七丁目 426 番地  
あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室

TEL : 0652-43-0500      FAX : 0562-53-0504

E-mail : hoken\_center@mx.achmc.pref.aichi.jp

