

保育所・幼稚園における 健康管理マニュアル



兵庫県医師会・兵庫県

保育所・幼稚園における 健康管理マニュアル

兵庫県医師会 編集

目 次

I 保育所・幼稚園とその健康管理基準

1. 保育所の目的と役割	1
2. 幼稚園教育の目的と役割	1
3. 保育所、幼稚園での管理基準	2
4. 保育所、幼稚園児の健康管理	2
1) 保育所の健康管理	2
2) 保育多様化対策事業の健康管理	3
3) 幼稚園の健康管理	4
5. 嘱託医・園医の職務	5

II 乳幼児の発育（成長と発達）とその判断基準

1. 発育評価の目的	7
2. 身体計測法と計測値の評価	7
1) 身長	7
2) 体重	7
3) 頭囲	8
3. 乳幼児期の精神・運動発達	8
1) 発達の評価	8
2) 運動発達の評価（Key month、Key age）	8
3) 発達検査法	9
4. 発育判断上の注意	10

III 乳幼児の健康状態の把握

1. 健康の観察に役立つもの	11
2. 一般状態の観察	11
1) 顔色や顔の表情	11
2) 機 嫌	11
3) 運動（活発性）	11
4) 体位（姿勢）	11
5) 食 欲	11
6) 体 温	12
7) 呼 吸	12
8) 脈 拍	13

9) 睡 眠	13
10) 排尿および尿異常	13
11) 排便および便の性状	14
12) 鼻汁・鼻出血・咳	14
13) 皮膚所見	14
14) 体 重	15
15) 身 長	15
16) 視 覚	15
17) 聴 覚	16

IV 乳幼児期における心の発達とひずみ

1. 乳幼児の心の発達	17
1) 乳児の心の発達	17
2) 幼児の心の発達	17
2. 心の発達の評価	18
1) アタッチメントの評価（母子関係の評価）	18
2) 各月齢別心の発達チェックポイント	18
3. 心の健全発達を考慮した保育法	22
1) 乳児期（ヨチヨチ歩き期 toddler age）	22
2) 幼児期	22
4. 心の発達にひずみがみられたときの取り扱い方	23
1) アタッチメントの形成・心理社会的発達に対する対策	23
2) 社会性の発達に対する対策	23
3) 耐性の発達に対する対策	23
4) 社会的親不適格者の対策	24
5. 乳幼児虐待	24
1) 虐待が疑われる症状	25
2) 虐待しやすい親の条件	25
3) 初期対応	25
6. 発達障害	26
1) 自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder, A S D）	26
2) 注意欠陥多動性障害 （Attention Deficit /Hyperactivity Disorder, A D H D）	27
3) 学習障害（L D）	28

V 健康診断と保健指導

1. 一般的事項	29
----------	----

1) 入所・就園時健康診断	29
2) 定期健康診断と指導	30
3) 母子健康手帳	33
2. 眼 科	33
就園時健康診断	33
3. 耳鼻咽喉科	34
就園時健康診断	34
4. 歯 科	35
1) 幼児の歯・口の健康	35
2) 歯・口の健康診断法と健康診断票	36
3) 幼児期のう歯	36

VI 乳幼児期の栄養

1. 乳幼児栄養の特性	39
2. 母乳栄養	39
1) 母乳栄養の利点	39
2) 母乳の分泌と哺乳量	39
3) 母乳栄養の進め方	40
3. 人工栄養および混合栄養	40
1) 調 乳	40
2) 授 乳	40
3) 混合栄養	41
4. 離 乳	41
1) 離乳の進め方	41
2) ベビーフード	42
3) フォローアップ・ミルク	42
5. 幼児の栄養	43
1) 幼児期栄養の特徴	43
2) 食事摂取基準	43
3) おやつ	44
4) 偏食・むら食い・少食	44
6. アレルギーと食事	45

VII 保育所・幼稚園園児の保育環境

1. はじめに	47
2. 保育室	47
1) 通風・換気	47

2) 気温・湿度・採光・照明・日照など	47
3. 衣服・寝具	48
1) 子どもの衣服の特徴	48
2) 適切な衣服の条件	48
3) 衣服の着脱	48
4) 寝 具	48
4. 便所および排泄のしつけ	49
1) 便所の清掃・消毒	49
2) 排泄のしつけ（トイレットトレーニング）	49
5. プール	50
1) プールに起因する感染症	50
2) プールの水質基準および維持管理	50
3) 子どもの体の管理	50
4) プール使用時の安全のために	51
5) 溺水の際の救急処置	51
6. その他	51
1) 砂場	51
2) おもちゃ・遊具	51
3) 子どもとテレビ・メディアとの関わりについて	52

VIII 乳幼児期に多い症状・疾患への対応

子どもの観察ポイント「か・き・く・け・こ」	53
1. 急性疾患	53
1) 発 熱	53
2) 発 疹	55
3) けいれん	55
4) 呼吸困難	56
5) 咳・喘鳴	56
6) 嘔吐・下痢	57
7) 脱 水	58
8) 腹 痛	59
9) 頭 痛	59
2. 乳幼児突然死症候群（SIDS：Sudden Infant Death Syndrome）	59
1) ハイリスク因子	60
2) 突然死の発症生理	60
3) うつぶせ寝とSIDSの関係	60
4) その他の危険因子とSIDSの関係	60
5) SIDSの予防	61

3. 慢性疾患	61
1) アレルギー性疾患	61
2) 心疾患	64
3) 腎疾患	64
4) 中枢神経疾患	65
5) 主な皮膚疾患	69
6) その他（主な外科疾患）	70
4. 視覚障害	72
1) 小児の視覚障害	72
2) 眼鏡	72
3) 就学までに必要な処置	73
5. 聴覚障害	73
1) 先天性難聴	73
2) 後天性難聴	73
3) 滲出性中耳炎	74
4) 耳垢栓塞（耳あか）	74

IX 感染症とその予防対策

1. 小児の集団において予防すべき感染症	75
2. 出席停止と臨時休業	75
3. 乳幼児に多い感染症	76
1) 第二種の感染症	76
2) 第三種の感染症	77
4. 感染症予防についての嘱託医・園医の役割	80
5. 消毒	80
1) 手指の消毒	80
2) 器具と室内の消毒	81
3) 衣類や寝具の消毒	81
6. 予防接種	81
1) 定期接種	81
2) 任意接種	82

X 事故と救急処置

1. はじめに	85
2. 救急蘇生法	85
1) 心肺蘇生法	85
2) 止血法	85

3. 各種事故の処置	86
1) 各種外傷と熱傷	86
2) 異物誤飲	87
3) 気管異物	87
4) 消化管異物	88
5) 溺水	88
6) 熱中症	88
7) アナフィラキシー	88
4. 事故防止と安全教育	89

XI 資料編

図1 乳幼児（男子）身長発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	91
図2 乳幼児（女子）身長発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	92
図3 乳幼児（男子）体重発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	93
図4 乳幼児（女子）体重発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	94
図5 乳幼児（男子）胸囲発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	95
図6 乳幼児（女子）胸囲発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	96
図7 乳幼児（男子）頭囲発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	97
図8 乳幼児（女子）頭囲発育パーセントイル曲線（平成22年調査）	98
図9 幼児の身長別体重曲線（男子）（平成22年調査）	99
図10 幼児の身長別体重曲線（女子）（平成22年調査）	100
図11 デンバー式発達スクリーニングテスト（乳児期）	101
図12 デンバー式発達スクリーニングテスト（幼児期）	102
表1 被虐待児通告書（医療機関用通告シート）	103
表2 乳幼児事故防止安全チェック（兵庫県小児科医会）	105

I

保育所・幼稚園と その健康管理基準



1. 保育所の目的と役割

保育所は、保育に欠ける乳幼児が生涯にわたる人間形成の基礎を培う極めて重要な時期に、その生活時間の大半を過ごす所である。そこで保育所では、家庭や地域社会と連携を密にして家庭養育の補完を行い、子どもの心身の健全な発達が助長されるように援助することを基本としている。保育所はその際、子どもの健康と安全を守り、一人ひとりの子どもの欲求を適切に満たし、情緒の安定した生活ができる環境を用意し、子どもが信頼感と安定感を得て、自己の能力を十分に発揮できるようにすることが必要である。また、保育の実践において、養護と教育を不可分一体とし、豊かな人間性を持った子どもを育成するところにその特性がある。

さらに、昨今の地域や家庭の養育機能低下に対応するため、保育所が子育て相談・指導を行うなど、地域の子育て支援センターとしての役割も担うことになった。

子どもは豊かに伸びていく可能性をその内に秘めている。その子どもが、現在を最もよく生き、望ましい未来を作り出す力の基礎を培うことが保育の目標である。

2. 幼稚園教育の目的と役割

幼稚園は幼児を保育し、適当な環境を与えて、その心身の発達を助長することを目的としている。

幼稚園教育の役割を考えるにあたり、まず、幼児期の発達の特性がおさえられなければならない。幼児期は、大人への依存を基盤として自立に向かう時期であり、その過程で、幼児は生活や遊びの中で具体的な体験を通して世の中で生きるための最も基本となることを獲得していく。

そのためには、幼稚園では、幼児の主体的な遊びを十分に確保し、以下の3つの事項を考慮する必要がある。

- ① 幼児が遊びの中で主体性を発揮し、生きる力の基礎を培う。
- ② 幼稚園と家庭が連携し、一人ひとりの育ちを促す。
- ③ 家庭では体験できない新たな世界との出会い、幼児の自立に向けた基盤を育成する。

こういったことが幼稚園教育の広い意味での役割といえることができる。

また、幼稚園での教育はその後の学校教育全体の基盤を養う役割を担っていることも忘れてはならない。

さらに、幼児教育のセンターとしての役割を家庭や地域との関係において果たすことも期待される。

保育所・幼稚園を含めた乳幼児保健と学校保健は一連のものであり、決して切り離せないものである。現在は厚生労働省と文部科学省に所管が分かれており、多少連携の悪いところもあるが、一人の子どもに対して、乳幼児期を担当する嘱託医・園医と、その後あがる小学校や中学校、高等学校の学校医との連携、養護教諭や保健主事との連携も必要である。

3. 保育所、幼稚園での管理基準

保育所は、保護者が労働に従事したり、あるいは疾病にかかっているなどのため家庭において十分保育することができない乳幼児を、家庭の保護者に代わって一般家庭と同様に保育をすることを目的とする児童福祉施設であり、入所した児の心身の健全な発達を図る役割を持っている。入所対象の年齢は0歳から就学までの乳幼児で、現在の所管は厚生労働省である。

幼稚園は、幼児に適当な環境を与えて、その心身の発育、発達を助長することを目的とする、3歳児から就学までの幼児を入園させる教育施設であり、「健康」、「人間関係」、「環境」、「言葉」、「表現」の5領域について教育を行う。現在の所管は文部科学省である。

平成24年6月に成立した、子ども・子育て関連3法では、平成27年度をめどに内閣府に設置される子ども・子育て本部が就学前の乳幼児の保育・教育について一元の実施体制を整備する事となっている。

4. 保育所、幼稚園児の健康管理

現代は少子化と女性の就労率の増加などによって、育児環境の大きな転換期であるといえる。保育所や幼稚園に通う乳幼児が増え、4歳児の9割弱、5歳児の9割強が1日の大半をこの2つの施設で生活している現実がある。このため家庭外における就学前児の医学的健康管理が以前にも増して重要となってきた。

現在の園児の健康診断では、疾病や異常を発見するだけでなく、心身の健康のひずみを思わせる変化や、異常とまでいかなくても若干気になる状態、すなわちソフトサインをとらえて両親に不安感を持たせないようにサポートしたり、問題のある親には助言したり、親同士の交流の機会を設けるなど健康管理のあり方にも大きな変化が生まれている。

保育所・幼稚園の健康管理は生涯の健康管理の一環であって、周産期、乳幼児健康診査などの地域保健などととも学校保健との連携が大切である。

1) 保育所の健康管理

(1) 日常の保育における保健活動

(i) 子どもの健康状態の把握

登所時において、子どもの健康状態を観察するとともに、保護者から子どもの状態について報告を受けるようにする。保育中に異常が発見された場合には、保護者に連絡するとともに、嘱託医やその子どものかかりつけ医と相談するなど、適切な処置を講ずる。

(ii) 発育・発達状態の把握

子どもの発育・発達状態の把握は、保育の方針の決定や子どもの健康状態を理解する上で必要であるので、体重、身長、頭囲、胸囲などの計測を定期的に行う。

(iii) 授乳・食事

乳幼児の食事は生涯の健康にも関係し、順調な発育・発達に欠くことができない重要なものであり、個々の子どもの状態に応じて摂取法や摂取量などが考慮される必要がある。特に最近は食物アレルギーを持つ乳幼児が増加している事から除去食の提供などに

ついてかかりつけ医や家庭と連絡をとることが大切であり、異常がみられたときには、適切な処置を行う。

(iv) 健康習慣・休養・体力づくり

歯ブラシ・コップを用意して虫歯の予防に努める。また子どもの疲労に注意して、適切な休養がとれ心身の安静が保てるような環境設定に配慮する。

子どもは健康の維持増進が必要であり、保育の中で積極的に体力づくりを導入するよう配慮する。

(2) 健康診断

入所に際しては、事前に個々の健康状態や疾病異常の有無を把握するとともに、入所後は定期的に嘱託医と話し合いながら診察、計測、検査などを通して子どもの健康状態や発育・発達状態、疾病の有無の把握などに努めるべきである。健康診断の結果は保育に活用するだけでなく、家庭に連絡し、保護者が子どもの状態を理解するためにも利用されるべきである。

(3) 感染症と事故防止

感染症にかかった場合には、厚労省による「保育所における感染症対策ガイドライン」に従って対応する。また、交通事故などの予期せぬできごとは、子どもの発達上の特性から頻度が高く、それによる子どもの心身への影響は重大である。このため、事故防止は保育の大きな目標であることを認識する必要がある。

2) 保育多様化対策事業の健康管理

わが国においては、女性の高学歴化、自己実現意欲の高まり等から女性の社会進出が進んでいる。この傾向に対応するため、乳児保育、延長保育、夜間保育、長時間保育、病後児デイケア、企業内保育、また別の支援体制として障害児保育、一時保育等が実施されてきた。また、核家族化、連帯意識の希薄化、情報過多などによる育児不安に対応して、地域住民の育児相談が乳幼児健全育成事業として、また、保育所の保育機能を活用して、育児支援が地域保育センター活動事業として実施されている。

(1) 病児・病後児デイケアの健康管理

病児・病後児デイケアを利用する年齢は、0歳と1歳で半数を占め、疾患別利用件数をみると感冒様症候群が半数を占めているが、インフルエンザ、水痘、おたふくかぜなども含まれている。

病児・病後児デイケアを管理運営する医師は、必ずしもデイケアを受ける子どものかかりつけ医とは限らない。かかりつけ医からの医師連絡票を通して現在の状態や特に気をつけるべき事項を把握するとともに、家族からも詳しい情報を得るようにする。

デイケア内では、他の疾患に対する感染防御に努め、定期的に体温、脈拍、呼吸数、食欲、機嫌、排便・排尿などをチェックするとともに、急変時における医師の診察および親への連絡がスムーズに行えるような体制づくりも大切である。

(2) 障害児保育の健康管理

障害児を保育する場合は、個々の障害の種類、程度に応じた保育ができるように、障害児一人ひとりの実態をよく知り、家庭、かかりつけ医、専門機関との連携を密にすること

も忘れてはならない。また、他の子どもや保護者に対して障害に関する正しい認識ができるよう指導することも必要である。障害児と一緒にいることは、他の子ども達にとって、助け合いや弱者の理解ができるよい機会になる。

障害児の保育にあっては、経験のある保育士、保健師、看護師の配置が必要であることはもちろんであるが、障害児の保育に携わる保護者、園長、嘱託医・園医、かかりつけ医、理学療法士、言語療法士、心理療法士などのすべての職種との密な連絡、連携を保ち、適切な対応をとらなければならない。障害児は他の乳幼児に比較して、感染に弱く、急変することも考えられるので、救急対策を考慮するとともに、入所前にできるだけ予防接種を受けておくよう指導することもかかりつけ医の重要な役割である。

3) 幼稚園の健康管理

幼稚園は、保育所と異なり就園児の多くは4歳、5歳児であるが、近年は3歳児保育が実施されるようになった。幼稚園は保育所が乳幼児の保護、育成を目的とするのとは異なり、幼児教育が目的であり、健康管理は学校教育法ならびに学校保健安全法で規定されている。また、平成18年より保育所と幼稚園の両方の機能を持つ「認定こども園」制度が始まり、0歳から就学前の保育と教育を行う施設が整備されている。平成25年4月の時点で兵庫県には全国で最も多い93の認定こども園がある。

(1) 入園時健康診断

保育所における入所時の健康診断は、児童福祉施設最低基準で、小学校における就学時健康診断は学校保健安全法第4条で規定されているが、幼稚園では入園時健康診断は義務づけられていない。しかし、幼児は妊娠中・出生時の影響がかなり薄れてきてはいるものの、その影響が無視することはできず、さらに発育・発達の著しい時期であり、それに伴う心身の健康上の問題が発生しやすい年齢であることを考慮し、集団生活を営む上で支障となる健康状態の異常を発見し、入園までに改善、治療するよう助言し、健康な幼稚園生活が送れるように指導することが大切である。

(2) 定期健康診断

学校保健安全法第6条で、毎学年定期に児童生徒、学生または幼児の健康診断を、また、必要に応じて臨時の健康診断の実施が規定されている。

健康診断の内容としては、①健康調査②予診的項目③検査④診察がある。健康調査に関しては、妊娠時と出生時の状況を含む生育歴と発達状態に伴う問題を把握することが重要で、既往歴とともに予防接種歴を正確に把握し、急変時に対応するためのかかりつけ医の確認もしておく必要がある。身体計測を含む予診的項目や尿検査などの臨床検査、内科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科的な診察は学校における健康診断に準じた扱いとなる。

(3) 健康管理

幼児の健康管理の中心的役割は、あくまでも家庭が担うべきであるが、その幼児が集団生活を営んでいる場合には、その生活が営まれる場における健康管理も重要で、幼児期という特性を踏まえた上で健康管理の充実を図る必要がある。健康診断の結果から、一人ひとりの健康状態と疾病の有無、異常を把握し、適切な事後措置を行い、園児の健康維持・増進に努めなければならない。そのためには、日頃から園医は園長、教諭、保健師、看護

師などすべての関係者と密接な連携を保ち、園児の日常の体調観察に留意することが求められている。

(4) 環境管理

環境管理については、学校保健安全法およびその施行規則で規定されている。幼稚園児は顕著な発育、発達が見られる時期にあり、保育を行っている生活の場から大きな影響を受けやすく、発育、発達が阻害されることがあるので、公衆衛生的環境の保持が大切である。その詳細については、学校環境衛生の基準に記載され、照度、照明、騒音、換気、飲料水、プールなどの基準が示されている。

5. 嘱託医・園医の職務

嘱託医・園医については、保育所は児童福祉施設最低基準で、幼稚園は学校保健安全法で規定されている。

保育所ならびに幼稚園の保健（健康）管理の責任者は所長・園長であり、嘱託医・園医は行政および所長・園長の委嘱によるものであるが、その選定にあたっては地域保健の立場から地域医師会がそれぞれの設置者からの要請に応え、よく子どもを診なれている医師を推薦する方式が望ましい。

嘱託医の職務については、保育所では明確に規定されていないが、学校保健安全法に準じてされるべきとされ、幼稚園と同様、園児の発育、発達が阻害されることがなく、健やかに園生活を営み、健康を維持・増進することを目的としている。

嘱託医・園医の主な職務は下記の通りである。

- ① 入園時健康診断の実施（ただし、幼稚園は規定されていない。多くは嘱託医・園医を含めた地域医療機関で実施されている。）
- ② 定期健康診断ならびに臨時健康診断の実施。保育所は年2回、乳児保育は随時、幼稚園は年1回
- ③ 保健ならびに環境の管理と整備
- ④ 園児の登園停止、解除、休園についての勧告
- ⑤ 疾病の発見、予防と健康の増進（予防）
- ⑥ 健康診断と疾病についての事後措置と報告
- ⑦ 園児の健康記録の記載
- ⑧ 事故の予防と対策
- ⑨ 救急処置と対策
- ⑩ 年間保健計画の検討と企画参加
- ⑪ 職員の健康診断
- ⑫ 保護者ならびに職員の健康教育
- ⑬ 地域保健との連携の検討など

嘱託医・園医の職務の主軸は、何といても医師という専門職のみが行い得る健康診断と、その結果に基づいて行われる事後措置、および健康相談である。

Ⅱ

乳幼児の発育 (成長と発達)と その判断基準



1. 発育評価の目的

発育評価の主な目的は、乳幼児の身体・精神の成熟が正常範囲にあるかどうかをチェックすることである。

異常の疑いがあると判定される乳幼児の率は、境界児を含め10%以下に収まるのが妥当と思われる。発育の評価に際して断定的な表現や中途半端な説明で、親の不安をあおることは極力避けなければならない、親に対する説明には十分な配慮が求められる。

2. 身体計測法と計測値の評価

発育の評価には客観性と再現性が求められる。身体計測は、どのような発育状態であるかを正確に教えてくれるので、これを各年・月齢別の標準値と比較して評価するというのが一般的である。

1) 身長

【計測法】

2歳未満の乳幼児は、仰臥位にて乳幼児身長計を用いて計測し、0.1cm単位で記録する。

2歳以上の幼児は一般の身長計を用いる。立位で足のつま先を30度くらいに開き、背筋を伸ばして、頭部、背と殿部、踵を尺柱に接するようにして計測する。(パーセンタイル曲線は資料編P.91・92図1、図2に示す。)

身長計測値だけでなく、1年間に何センチ伸びているかが重要で、標準の身長よりかなり低い子どもでも、年齢相応の伸びが認められ、成長曲線のパターンにも問題がなければ心配はないと考えてよい。

事後措置の必要なケース：①同一年齢集団の身長と比べて著しく低い(通常、2標準偏差以上のずれ)、さらには1年間の計測値に比して増加不良の子ども(4.5cm以下)、②身長の伸びが大きすぎる者などを対象とする。

2) 体重

【計測法】

2歳未満の乳幼児は、全裸で乳幼児体重計を用いて、最低計測単位10gまで計測する。幼児は一般体重計を用い0.1kg単位で記録する。(パーセンタイル曲線は資料編P.93・94図3、図4に示す。)

事後措置の必要なケース：①体重増加不良や減少のみられる場合、②身長の割に体重が過大あるいは体重増加の著しい場合である。②では、体重増加の経過をチェックするとともに、身長別体重パーセンタイル曲線から求めた肥満度(%) (資料編P.99・100図9、図10)を求める。肥満度を判定する基準は、+30%以上は「ふとりすぎ」、+30～+20%以上は「ややふとりすぎ」、+20～+15%以上は「ふとりぎみ」、+15～-15%未満は「ふつう」、-15～-20%未満は「やせ」、-20%以下は「やせすぎ」とする。

幼児期以降の肥満は思春期以降の肥満に関連する悪性肥満が多く、動脈硬化や高脂血症など

の生活習慣病にもつながりかねず、幼児期の肥満予防の重要性が指摘されている。

3) 頭囲

【計測法】

眉間（前頭結節）と外後頭隆起（後頭結節）を結ぶ水平面の周径を巻尺を用いて、0.1cm単位で計測する。

事後措置の必要なケース：頭囲が小さい（該当月年齢の3パーセント値以下）場合は、在胎・出生歴や既往歴・発達歴とともに、大泉門の閉鎖状態、顔貌の異常、他の奇形の有無、精神発達遅延の有無などをチェックし、疑問のある症例では小児神経専門医の判断を仰ぐようにする。特に早産児では、頭囲の発達がその後の発達と相関する傾向が認められるので、経過観察を厳密にする。

頭囲が大きい（該当月年齢の97パーセント値以上）場合は家族性の大頭であることが多く、本人の体格とともに両親やきょうだいなどの実状を参考にして判断する。顔貌や頭の形の他、在胎歴や出生時の状況、発達歴、簡単な精神運動発達検査の結果を参考にして、水頭症や骨形成不全症などの鑑別を行う。

判定は、月年齢別頭囲パーセントイル曲線（資料編P.97・98図7、図8）を使って行うが、大泉門の大きさは、表Ⅱ-1を参考にするとよい。

表Ⅱ-1 月齢別大泉門の大きさ

月齢	1～3	4～6	7～9	10～12	13～15	16～18
大きさ(cm)	2.1	2.2	2.4	1.8	0.9	0.3

3. 乳幼児期の精神・運動発達

1) 発達の評価

変化が著しい乳幼児期においては特に、形態的な大きさのみならず、機能面での発達の現状を正しく把握することが大切である。この時期は個人差も大きく、評価のための適当な尺度や正確な評価技術などが求められる。

乳幼児期の精神・運動発達の評価として、①運動発達②反射の発達③知能発達が重視されるが、情緒発達と生活習慣の自立、社会性の発達についての観察も必要である。満1歳までは、寝返りやお座りなど粗大運動発達が、1歳を超えると、微細運動発達や言語、社会性の発達の評価が中心となる。乳児期においては、運動発達が精神発達と比例して成熟する傾向が強く、それだけ運動発達の評価が重視される。

精神機能の評価としては、正常の発達過程にあるかどうかと、異常徴候の有無が大切で、これらは発達テストや知能テストによって知ることができる。

2) 運動発達の評価（Key month、Key age）

神経学的発達の評価法としては、どの月齢でどのような項目をチェックすべきかを定めた月齢別チェックリストを理解しておくことが重要であり、発達上の問題点を最も判別しやすい月

齢・年齢（Key Month・key age）発達診断学的に重要な意味を持っている。

発達のチェックで、同月齢・年齢の乳幼児の何パーセントが達成できているかを示す率を通過率（合格率）と呼び、粗大運動発達のチェックは、通常90%の通過率が指標とされる。

首のすわり（頸定）、お座り、つかまり立ちや歩行などは運動発達の目安に好都合な上、これらの判定には特別な技術が不要で評価しやすいこともあって、4か月（頸定）、7か月（お座り）、10か月（つかまり立ち、パラシュート反応の出現）がkey monthとして選択されている。

1歳6か月がKey ageとなっているのは、①満1歳では、運動発達の明確な指標がなく、歩行という明確な指標がある1歳6か月の方が評価をしやすい②難聴、斜視や視覚障害などは、1歳すぎまでに確認し対応する必要がある③知的障害や自閉症などの疑いをもたれる子どもなどの早期発見と早期治療④行動・情緒面の問題点、生活習慣の自立、社会性の発達などのチェックと指導は、遅くとも2歳までに行う必要がある等の理由によるものである。

順調に発育しているかどうかの判定や、異常の早期発見・対策は乳幼児健診の大きな目的である。特に、出生前や出生時の原因に基づく異常やリスク児は、遅くとも3～4か月以内に発見し対応することが大切であり、Key month・Key ageでのチェックは慎重に行う必要がある。通過率90%の月齢になってもその動作が不可能である場合には、もう1か月経過観察するか、専門医の診察を受けた上での精密検査、治療が必要か等の判断を健診医が下さなければならない。表Ⅱ-2に示す月齢別発達遅滞リスク予想情報を参考にされたい。

表Ⅱ-2 各年齢（月齢）の発達歴で、発達遅滞のリスクとする情報

1か月	泣き声・哺乳力・おむつ交換時の手足の動きなどが弱い。
4か月	頸座がまったくできない、視線があわない、あやしても笑わない。
6か月	頸定がない、指しゃぶりしない、音にふりむかない。
9か月	寝返りしない、小さなオモチャをすぐ落とす、立位で体重を支えない、名前を呼んでもふりむかない、人に声をかけてこない。
1歳	座位を保持できない、オモチャをつかもうとしない、四つ這いをしない、自ら立ち上がらない、バイバイができない、コップを自分でもって飲めない、物のやり取り遊びができない。
1歳6か月	歩かない、ことばが2つ以上でてこない、他児に興味を示さない、簡単なことば要求を理解しない。
3歳	10cmほどの高さの段を手を使わないで上がれない、箸かスプーンで食事ができない、ひとり遊びばかりする。排尿を知らせない、2語文がでない、名前がいえぬ。

(0歳の内容は早期産児ではリスクとされないものがある)
(各内容はその月（年）齢でほぼ90%以上の通過率を示している)

資料：竹下研三「乳幼児健診ノート」1988

3) 発達検査法

集団の中から、精神機能の発達に問題のある乳幼児をスクリーニングで選別する評価法には、日本版デンバー式発達検査法がよく使われる（資料編P.101・102図11、図12）。

4. 発育判断上の注意

乳幼児健診は、正常と思われる集団の中から、発育や発達に疑義のあるものをスクリーニングする作業であって、診断をつけることではない。正常か異常か判定に迷うことも少なくないが、問題になりやすいのは境界児の取り扱いであろう。

境界の定義は一定していないものの、①身長や体重などの計測値や、予定などの個々の発達項目の標準からの偏り②寝返りをしない等、ある所見が意味のあるものかどうか曖昧で解釈に迷う場合③健診の結果、正常か異常かの判断が下せず、「疑い」の判定をしたケースなどに使用される場合が多く、経過観察を行った後で判定することが大切である。

在胎週数、出生体重や不当軽量児かどうか、仮死・無呼吸やけいれん等の新生児期の異常、新生児・乳児期の哺乳状態、原因不明の頻回嘔吐の有無、泣き声の異常、頭囲の発達の経過など、異常に結びつきやすいこれらの生育歴などを参考に判断するように心がけ、異常の疑いの強いものは、時機を失することなく精密検査や専門医への紹介を行って障害の予知・予防を心がけるべきである。

乳幼児期の発達は個人差も大きく、境界児の多くは適切な養育環境のもとで正常発達に復することから、経過観察は必須である。断定的な判断で家族に無用の不安を与えることは避けねばならず、健診票の整備や事後措置の徹底など、乳幼児の健全発達の支援を可能とする体制を整備することが肝要と思われる。

Ⅲ

乳幼児の 健康状態の把握



1. 健康の観察に役立つもの

子ども達の異常を知るためには、その子ども達の健康に関する情報を集めておくことが必要である。予防接種歴、家族構成、家庭環境や保護者の職業は参考資料となる。また、園の周辺や他の地域で流行している病気はないか情報を集めておくことも大切である。

理由の曖昧な欠席や登所・登園時刻の不規則が目立ったとき、不潔な体や下着、治療も受けていない病気や傷など、また、子どものことについて話したがない家族の態度なども観察の対象になる。

2. 一般状態の観察

病気で休んでいた子どもが久しぶりに登所・登園した時には、病名を聞き、医師の診察を受けていたか、症状はなくなっているか、服薬中かなどを聞き、緊急時の連絡方法を確認しておくべきである。

1) 顔色や顔の表情

顔は一見して多くの情報を教えてくれる。健康であれば目は輝き、皮膚の色・つやは美しいが、もし異常、痛み、不快、不安があれば顔つきはいつもと違って精彩を欠いている。

疑問が生じたとき、体の他の部分に変化がないか、熱はないか注意し、必要に応じて保護者、嘱託医・園医と相談し、かかりつけ医への受診を勧めなければならない。

2) 機嫌

多少の微熱、咳、鼻汁などがあっても機嫌がよければあまり心配せず、経過を観察してよい。逆に不機嫌であると、何か少しでも異常はないかといった気配りが大切である。

3) 運動（活発性）

子どもの中には活発な子、おとなしい子がいて、それぞれ個性的に運動している。日頃の観察で、いつもとの違いや奇異を感じたら注意すべきである。乳幼児の運動発達は、発育するにつれ個人差が出てくる。ぎこちない動きでも、時間がたてば着実に上手になる場合が多い。

4) 体位（姿勢）

いわゆる悪い姿勢は、習慣的な不良姿勢によるものが多い。幼児期ではあまり問題にはならないが、泣いたり、痛みなどを訴え、急に不自然な格好を取れば異常である。

急に上肢を動かさずかばうようにしていると肘内障、腹痛を訴え腰をかがめて歩いていると虫垂炎のこともある。

5) 食欲

食欲は誰もが関心を持ち、食欲がなければ心配になる。その日の健康状態を判断する指標の一つである。

子どもの食欲は様々である。少ししか食べない子どももいれば、たくさん食べる子どももいて、体調がよければその子どもなりに気持ち良く食べている。普段と異なる食欲不振は、それ自体緊急を要するものではないが、乳幼児以降感染症か消化器疾患によるものが多いので、発熱や腹痛、下痢、嘔吐、口内痛、耳痛などに注意する。

6) 体温

正常な体温とは、一つの温度値ではなく、ある程度の範囲として理解される。一般に体温は、朝低く、夕方に高く、就寝中は低い日内変動があり、季節による多少の違いや個人差も存在する。その体温の日内変動の幅は0.5～1.0℃である。

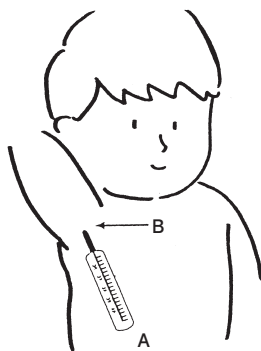
(1) 子どもの体温

健康な小児は、新陳代謝が盛んで活発なため、成人よりも高体温である。子どもの場合、37.5℃未満で機嫌よく食欲があれば平熱と考えてよい。また低体温については、35.0℃以上あればまず問題ないが、四肢が冷たく元気がない場合は保温が必要である。

(2) 体温の測定法

体温は一般的には腋窩温を測定している。体温を身体中心部の温度とすれば、体腔でない腋窩は、それに近い状態にして測定しなければならない。水銀体温計は水銀槽部だけでなく、目盛部分も腋窩から上腕部の間に挟むようにし、肘をかかえて動かさないようにして測定する。(図Ⅲ-1) 電子体温計も同じ様にして、ブザーが鳴るまで測定する。

図Ⅲ-1 体温計の正しいはさみ方



A:良い B:良くない

7) 呼吸

乳児の呼吸は横隔膜を主とした腹式呼吸で、気道の構造も未発達で、鼻がつまりやすくゼーゼーいやすい。3歳頃から肋間筋などが発達し、胸式呼吸が加わるようになり7歳頃までに併合型になる。小児の呼吸数は成人より多い。子どもの安静時の呼吸数を表Ⅲ-1に示す。

表Ⅲ-1 子どもの呼吸数(安静時)

新生児	40～50回/分
乳児	30～40
幼児	20～30
学童	18～20
成人	16～18

軽いかぜと思われても、そのうち肺炎に似た細気管支炎、オットセイの鳴き声、犬の吠える声に似た咳をする急性喉頭炎、ゼーゼー、ヒューヒューが聞かれる喘息発作などに移行することもあるので注意したい。なお今まで元気であった子どもが突然激しくせき込み呼吸困難になれば、異物が気管に入った疑いがあり、ただちに専門医を受診すべきである。こうした事故を防ぐため、日ごろから小さいものを口に入れないよう、お菓子でもピーナッツなど豆類はなるべく与えないように配慮したい。乳児の睡眠時無呼吸発作はよくみられるが、ほとんどは回復し何事もなく寝ている。

8) 脈拍

脈拍は手軽に心臓の動きを知る方法として知られ、一般に手首の内側（とう骨動脈）の拍動を数えている。同時にリズムや強さにも注意する。脈拍は一分間の数を数えてあらわす。安静時の脈拍は表Ⅲ-2に示すとおりであるが、脈拍数が異常に多いのを頻脈、少ないのを除脈、リズムの乱れを不整脈と呼ぶ。

脈拍数は体温が1℃上がると1分間に10～20増えるので、発熱時は頻脈になり、呼吸困難のときにも頻脈になる。また脈の遅くなる病気（房室ブロックなど）もある。

表Ⅲ-2 子どもの脈拍数（安静時）

		(正常上限)
新生児	120～160回/分	170回/分
乳児	120～140	160
幼児	90～120	130
学童	80～90	110
成人	60～70	90

9) 睡眠

人間は体内時計により1日の生活リズムをとっているが、この体内時計を正しく調整するためには、朝に2時間できるだけ明るい部屋で過ごし、夕方からは部屋の照明を落とす必要がある。一日の合計睡眠時間は、新生児はおよそ15～20時間、3か月児では14～15時間、6～12か月児で12～13時間、幼児期10～12時間、学童期で9～10時間である。

昼寝の時間は1歳頃で1～2時間であったのが、3歳頃では1時間ほどになり、昼寝を必要とする子どもとしない子どもに分かれてくる。

10) 排尿および尿異常

子どもは3歳頃から、ある程度の随意排尿が出来るようになるが、5歳を過ぎてようやくいつでも多少の排尿が出来るようになる。しかし就学前の幼児でもわずかな昼寝のお漏らしや夜尿が見られることがあり、それは必ずしも異常ということにはならない。

子どもの排尿の訓練は、しっかり歩けるようになり、おまるが利用されるようになる1歳6か月頃から開始する。昼間のおむつがとれるのは3歳頃であり、以前よりやや遅くなっている。

夜尿は眠っている間に尿をする状態で、昼寝のときでも夜尿といい、男児は女児の約2倍にみられるといわれている。5歳までになくれば問題ないが、他の発達が正常なのに夜尿があれば親は心配する。しかし、子どもは濡れたふとんでも平気でいられる。心配のあまり排尿のしつけを厳しくして逆に悪い結果を招くこともあるため、「起こさず、あせらず、しからず」の3原則が要点である。その他、子どもの外陰部は不潔になりやすく、女児は外陰部炎症、男

児では鬼頭包皮炎を起こしやすいので、正しいトイレトレーニングの教育が必要である。包茎であるのを心配して無理な翻転を試みようとするが、その必要はない。ただ包皮口が狭く、排尿時包皮が風船のようになったり、尿線が糸の様に細いとか散乱したりする場合には泌尿器科で相談するとよい。

11) 排便および便の性状

便のしつけは、便意を感じ何かのサインがみられる1歳から2歳頃になって行えばよく、あまり早くから始めても効果は上がらない。3歳頃にはトイレに連れて行けば一人でできるようになり、4歳になると一人で勝手に排便が出来る。しかし、遊びに夢中になっていれば、ときにもらすことがある。これは特に病的なものではなく、強く叱ることは避けるべきだ。

便秘は3～4日以上排便のないことを指すが、幼児期では排便習慣が十分に得られてないため、回数だけでなく機嫌不良や食欲不振、腹痛などの異常があれば便秘として対応しなければならない。急な下痢や腹痛があれば、排便時の便の観察は大切である。便性として水様便、泥状便、顆粒便など、量として大量・少量など、色として白っぽい、黒褐色、血便など、臭気として酸臭、生臭い、腐敗臭などは診断の手助けになるので、おむつに残し、受診のとき持参するのがよい。頻回な下痢は脱水状態になりやすく医師への受診を早めに指導する。

12) 鼻汁・鼻出血・咳

日常よく見るものとして鼻汁、鼻出血、咳があげられる。鼻汁やくしゃみはいわゆる「鼻かぜ」の始まりといわれる。しかし、この中にはアレルギー性鼻炎もあってかぜとの区別は難しい。鼻汁が膿性になれば化膿菌の感染や副鼻腔炎も考えて、経過によっては医師の治療が必要である。

鼻出血は幼児でしばしばみられる。ほとんどが鼻中隔前部の傷によるもので簡単に止血する。鼻出血が止まり難いときに他に何らかの異常を感じたら専門医の検査を勧めたい。

咳は呼吸器の気道粘膜が刺激されて起こる。感染や気道の圧迫、科学的刺激、神経性のものまである。夜間に家庭で症状が強まる場合は喘息や異型肺炎、クループといった疾患もあるので、昼間の些細なことも保護者に連絡しておくとうい。

13) 皮膚所見

皮膚は内臓の鏡といわれている。おむつの交換時や衣類の着脱の機会をみて全身の皮膚の様子を観察したい。発赤、発疹、湿疹、外傷など思いがけず発見することがあり、感染症を早期に見つけ他人への感染防止に役立つこともある。

リング病（伝染性紅斑）は頬の発赤だけでなく、四肢のレース状発疹も裸になればわかる。水痘疹は頭部にもみられ、全身、特におむつの当たる所などにあって、時間単位で増加していく。手足口病はこすってもつぶれない小さな水疱が手掌、足底にみられる他、殿部、ひざに好発している。しょう紅熱は、お酒に酔った人の様に全身が赤くなる。とびひ（伝染性膿か疹）は水疱の中に膿を持ち、破れて広がっている。蕁麻疹は痒がる子どもを裸にすると、地図状に隆起した発疹を見つけることができる。よく見かけるのにミズイボ（伝染性軟属腫）がある。ウイルスの感染が原因で、破れて周囲に広がり、数が増えたりする。

皮膚の所々に出血斑（斑状、点状）を見れば紫斑病（血小板減少性、アレルギー性）を考え、感染症のものを含め保護者に連絡し、かかりつけ医への受診を指示する必要がある。

青あざを見ると、打撲の跡など子どもから原因を聞き出すことができるものもあるが、中には不自然なものもあり、それが被虐待児症候群であったりすることもあるのでよく注意しておく。

乳児の殿部に発赤やただれをみることがある。おむつ皮膚炎（おむつかぶれ）やカンジダなどの寄生菌性紅斑で、下痢などのときに多くみられ、適切な治療が求められる。

頭髮を見ると素早く動くアタマジラミを見つけることがある。そのときは、毛髪の根元に小さい白い丸い卵も見つかるが、他人に感染するので早めに治療する必要がある。その他脱毛異常もあるのでよく観察したい。なお、従来健康のために乾布まさつや日光浴を勧めることがあったが、皮膚をあまり強く擦ると荒れが目立ち、日光浴を長時間すると紫外線の害を受けるので、なるべく避けるようになった。

14) 体重

発育、成長には個人差があり、日常の生活に問題がない限りあまり数値を気にせず、その成長を温かく見守っていききたい。肥満は成人後に高脂血症、心筋梗塞、高血圧症、糖尿病や脂肪肝などを伴う率が高いので、幼児の頃からの問題としてとらえられている。食生活の欧米化と運動不足がその原因とされ、家庭での生活環境を検討するよう助言が必要である。

15) 身長

低身長はあまり食べない子どもに多く、3歳までは成長ホルモンの分泌よりも毎日の食事からの栄養が関係している。4歳以降は1年間に約5～6cmほど伸びているが、この頃からは成長ホルモンが関係している。成長ホルモンの不足は他の子どもとの身長差を生じてくるので、同じ年頃の子どもの中で目立って小さく感じたら、そのまま放置せず嘱託医・園医に相談してみる必要がある。

16) 視覚

視機能は8歳までにほとんど発達を終わるが、特に6歳までは未熟で、わずかでも視覚の妨げになる原因があれば視機能の発達が阻害される（幼年型視覚）。視機能の発達を阻害する因子は、網膜への光刺激の遮断または減弱である。角膜の混濁、白内障、眼瞼下垂などがこれにあたる。たとえ混濁が軽度でも、片眼性の場合には特に予後のよくないことが多い。不用意な片眼帯もこれにあたり、いずれも生後18か月までの乳幼児では予後不良である。

斜視は片眼で見ているので、使用していない目が弱視になる。

3歳までの視機能の評価は極めて困難であるが、視機能障害の早期発見、早期治療は重要である。乳幼児の生活の中で、テレビ・ビデオはすでに必要なものとなっているが、その視聴行動を観察することにより視覚障害を見つけることが可能である。

☆視覚障害児

- ① テレビの方向を見ないでじっと聞いている
- ② リズムに合わせて身体を動かすがその動かし方が正常児と異なる

- ③ 外部からの音（テレビ以外の音）の方を見ない

☆弱視

- ① テレビは見るが注視時間が非常に短い
- ② 目の前で手を振ったり目を押したりなど独特の行動がある
- ③ 極端に近くで見る
- ④ 天井の蛍光灯を見る

☆眼球運動障害（麻痺・斜視）

- ① テレビ注視時の顔面の位置、姿勢、顔面の動きに特徴がある
- ② テレビを見るとき、特に斜位になる

日常生活の中で気づくことがあれば参考にして専門医に相談することを勧めたい。

17) 聴覚

周囲の者が日頃から子どもを注意深く観察していることが、難聴の発見の基本の一つである。またテレビの視聴行動により、やはり聴覚障害を見つけることが可能である。

☆高度・中度難聴児

- ① テレビ・ビデオのスイッチ遊びが非常に多い
- ② 注視時間が短い
- ③ 特に動きのある場面に興味を持つ
- ④ テレビを見ていないと場面の変化に気づかない
- ⑤ テレビを見るきっかけがテレビの音なく指さしによる
- ⑥ ものまねがうまく、画面の人まねだけでなく、ものの動きにも同調する
- ⑦ 親からの働きかけ（コミュニケーション）に動作が多い

年齢に応じて様々な聴力検査法が開発されているが、難聴が疑われる場合は、できるだけ早期に専門医の手に委ねられなければならない。

IV

乳幼児期における 心の発達とひずみ



1. 乳幼児の心の発達

子どもの心の問題点を理解するためには、正常な心の発達を知る必要がある。

乳幼児の心の発達は、母親から大いに影響を受け母親もまた父親から影響を受けている。乳幼児の心の発達を評価する場合は、これらを考慮しなければならない。

心の健全育成のためには、心の問題に早く気づくことが一番の治療で、予防が何より大切である。

最近では子どもの虐待が問題となっている。医師や保育者は早期発見すべき立場であるだけでなく、今後、積極的に治療にも関わることを期待されている。

1) 乳児の心の発達

乳児の心の発達は母親の心の状態や養育態度と非常に関係している。

(1) 妊娠中の母親の気持ち

望んでいた妊娠なのか、否定的な妊娠なのかで赤ちゃんに対する期待と愛情が違う。

(2) 新生児期の早期接触

母親の新生児との早期接触は母性を誘発するのに必要であり、新生児の母親との接触は聴覚、視覚、触覚、嗅覚などの感覚が十分刺激され神経発達を促される。

(3) アタッチメントの形成

アタッチメント（特定の人物との間に形成される情愛の絆）の形成により乳児の心に養育者に対する信頼感が生じる。また母子相互作用もアタッチメントの形成に重要である。

(4) 母子相互作用

2～3か月になると、お母さんがあやすと赤ちゃんが反応して笑うなど、お互いのやりとりがみられるようになる。これを母子相互作用と呼ぶ。

赤ちゃんの心が育つためには、赤ちゃんが出す信号に適切に応える必要がある。

2) 幼児の心の発達

(1) 幼児期前半（1～3歳）－自律性の獲得

この時期みられる特徴は母親を基地としての探索行動である。信頼関係をもとにして、しつける側は、子どもが失敗しても焦らず、怒らず、励まし、ほめることが必要である。

(2) 幼児期後半（3～6歳）－第一反抗期 自主性（自立性）の獲得

いろいろなことを学習し、社会の決まりを覚え、自我の形成に重要な時期である。何でも好きなようにやらせることが重要である。親の役割は子どもを危険から保護することである。

(3) 心の発達と家庭教育

道徳教育、耐性や基本的生活習慣のしつけなど、家庭で行うべきしつけを家庭教育とよぶ。現在の家庭教育では道徳教育と耐性のしつけがなされていないことが問題である。

(4) 心の発達と遊び

人間の基本的行動は幼児期に獲得される。そしてこれらの行動の大部分は、遊びにより獲得される。

遊びの意義は「①自主性を育てる②社会性を育てる③基本的行動の獲得」で、自由に十分に遊ばせることにより子どもは心身ともに健全に育つ。

2. 心の発達の評価

1) アタッチメントの評価（母子関係の評価）

(1) 心のひずみがあるときの子どもの症状

- ① 両親や環境に興味が無い。母親の顔を見ても嬉しがらない、抱かれたがらない。母親がいなくなっても後追いをしない。周りに興味あるものがあっても関心を示さない。
- ② 刺激にあまり反応しない。声をかけても、玩具を見せても反応しないか、反応が弱い。
- ③ 頻回に不機嫌でなだめ難い。
- ④ 気が散りやすい。一つのことで遊ばない。
- ⑤ 内向性。
- ⑥ いつも抱かれていたがる。

(2) 母子関係の評価

母子関係の評価のために、子どものアタッチメント行動や、母親の応答性・母性行動等を観察する。

① 子どもの行動と母親の態度

a. 乳児の場合：

〈乳 児〉

- i 他人に抱かれたときに泣き出し、母親が抱き取ったときに泣きやむ。
- ii よその人よりも母親により頻繁に、より容易に微笑したり言葉を発したりする。
- iii 母親にしがみついたり、顔を埋めたりする。

〈母 親〉

- i 子どもの要求や状態にあわせて応答する。
- ii 子どもの不安を軽減するような働きかけをする。

b. 幼児の場合

〈幼 児〉

- i 母親から離れあたりの物事を探索したり、他の子どもや大人と交渉したりする。
- ii 不安を感じると母親のもとに戻り、しがみついたり、目で母親を確認する。

〈母 親〉

- i 子どものテンポにあわせたり、探索行動を促すように言葉かけや温かい眼差しなどで働きかける。
- ii 乳児と同様に、子どもの愛着行動に対して、敏感にそして適切に応答する。

2) 各月齢別心の発達チェックポイント

(1) 各月齢別心の発達チェックリスト

i 3～4か月（4か月が望ましい）〈発達の間診項目（4か月）〉

- ① 首はすわっていますか

- ② ガラガラを持たすと遊びますか
- ③ 衣服の袖や、机の端など手に触れたものをつかみますか
- ④ あやすとよく笑いますか
- ⑤ 物を水平方向ばかりでなく、上の方へも追いますか
- ⑥ あお向きから横向きに半分寝返りますか

〈心の発達チェックリスト（3～4か月）〉

- ① 誰があやしてもよく笑いますか
- ② 人に対して特に興味を示しますか
- ③ 相手をしてあげると喜びますか
- ④ 赤ちゃんは可愛いですか
- ⑤ 赤ちゃんと遊ぶのは好きですか
- ⑥ 赤ちゃんを産んでよかったと思いますか
- ⑦ お父さんは育児に協力してくれますか

解説：3か月になるといろいろなものの内、特に人に反応を示すようになる。3～4か月の子どもは誰があやしても顔中を口にしてよく笑う。④～⑥は母親の養育態度や状態に関するもの、⑦は父親に関するものである。

ii 6～7か月〈発達の間診項目（7か月）〉

- ① お座りしますか
- ② 寝返りをうちますか
- ③ 欲しいものがあると手を伸ばして取りますか
- ④ 人が食べているものを見ると欲しがりますか
- ⑤ 食卓をかき回し、何でも口に持っていきますか
- ⑥ 立たせると、足をついて少し体重を支えますか

〈心の発達チェックリスト（6～7か月）〉

- ① お母さんのことがわかっているようですか
- ② お母さんが抱っこすると胸に顔をうずめて、しがみついたりして、喜びますか
- ③ お母さんが「いらっしやい」をすると、身体を乗り出して抱かれたがりますか
- ④ 人見知りをしますか
- ⑤ 赤ちゃんは可愛いですか
- ⑥ 赤ちゃんと遊ぶのが好きですか
- ⑦ お母さんの身体や気持ちの状態は良好ですか
- ⑧ お父さんは育児に協力してくれますか
- ⑨ お父さんはお母さんの話をよく聞いてくれますか

解説：6か月になると、養育者が区別でき、特別な反応を示すようになる。そのことについての質問が①～④である。母親に関するものが⑤～⑦、父親が⑧、⑨である。

iii 9～10か月〈発達の間診項目（10か月）〉

- ① つかまり立ちをしますか
- ② ハイハイをしますか
- ③ つたい歩きをしますか

④ 「オテテパチパチ」「ニギニギ」「バイバイ」などの大人の言葉を理解して動作を
しますか

⑤ 「マンマ」と言って食事の催促をしますか

⑥ 「イケマセン」と言うと手を引っ込めて顔を見ますか

⑦ 落としたものを探しますか

〈心の発達チェックリスト（10か月）〉

① お母さんの後を追いますか

② お母さんが戻ってくると嬉しそうな顔をしますか

③ 赤ちゃんは可愛いですか

④ 赤ちゃんと遊ぶのが好きですか

⑤ お母さんの身体や気持ちの状態は良好ですか

⑥ お父さんは育児に協力してくれますか

⑦ お父さんは精神的に支えてくれますか

⑧ お父さんはお母さんの話をよく聞いてくれますか

解説：乳児の心の発達としては後追い行動の有無と、戻ってきたときの様子をチェック
する。③～⑤はお母さんに関する質問、⑥～⑧はお父さんに関する質問である。

iv 12～17か月〈発達問診項目（15か月）〉

① 歩きますか

② 階段を這って上がろうとしますか

③ 積み木を一つ積もうとしますか

④ 小さいものをコップやビンから出したり入れたりして遊びますか

⑤ 幼い子どもを見ると近づいて衣服などに触りますか

⑥ 意味のある単語（言葉）を言いますか

⑦ 人形や人に食べさせて喜びますか

⑧ おもちゃの自動車を押ししたり、人形を抱っこしたりして遊びますか

⑨ 「バイバイ」などの動作をしますか

〈心の発達チェックリスト（15か月）〉

① なついている人が部屋から出て行くと、その後を追おうとしますか

② お母さんが離れて戻ってきたときにとても喜びますか

解説：子どもの心の発達は養育者に対する後追い行動をチェックする。

* 幼児期の母親と父親に関する質問は共通であるので最後に記載する。

v 18～23か月〈発達問診項目（18か月）〉

① 転ばないで上手に歩けますか

② 手を軽く持つと階段が上がれますか

③ 積み木を二つか三つ積みみますか

④ 鉛筆を持ってなぐり書きをしますか

⑤ おもちゃの自動車をブーブーと言って押ししたり、人形を抱っこしたりして遊びま
すか

⑥ 絵本を見て、知っているものを指さしますか

⑦ パパ、ママ、マンマなど意味のある言葉を言いますか

⑧ 名前を呼ぶと振り向きますか

〈心の発達チェックリスト（15～23か月）〉

① 何か怖いことがあると、お母さんにしがみつきますか

② お母さんが立ち去ろうとすると、泣いたり声をだしたりして後を追いますか

③ 活発でイキイキしていますか

④ 公園などでお母さんがそばにいと安心して遊んでいますか

解説：後追い行動とイキイキとして活発に遊ぶことと、探索行動をチェックする。

vi 2歳〈発達問診項目（2歳）〉

① 同じくらいの子とも、一緒にいて遊ぶのを喜びますか

② 馴染みのない人に出会うと、初めはお母さんなどにしがみついたり、後ろに隠れたりしても、馴れてくるとその人と遊ぶようになりますか

③ お母さんがそばにいれば、一人で遊ぶことができますか

解説：アタッチメントに関する行動様式は年齢により多少異なるが、養育者との結びつきに関するものである。母子分離が可能となる前の行動である。

vii 3歳〈発達問診項目（3歳）〉

① 三輪車がこげますか

② 足を交互に出して大人のように階段が上がれますか

③ 積み木でトンネルや門が作れますか

④ 丸が描けますか

⑤ ハサミを使おうとしますか

⑥ 昼間のおむつは取れていますか

⑦ あまりこぼさないでご飯を食べますか

⑧ 「これなあに」「だあれ」「どうして」などと、しきりに尋ねますか

⑨ 「いくつ」「お名前は」が答えられますか

⑩ 赤、青などの色がわかりますか

⑪ パジャマの下の方の大きなボタンがはめられますか

〈心の発達のチェックリスト（3歳）〉

① お母さんといろいろなお話をするのが好きですか

② お母さんから離れて遊ぶことができますか

③ 具合が悪いときはお母さんにくっついてありますが、それ以外はベタベタ甘えなくなりましたか

④ 子どもらしくイキイキした表情で楽しく遊びますか

⑤ 何でも自分でやりたがりますか

解説：母子分離ができていることと、第一反抗期にみられる親の言うことをあまり聞かないで、何でも自分の思うようにやりたがる行動と、親に馴れた人ばかりでなくいろいろなもので、一人でよく遊ぶかをチェックする。

viii 幼児の母親、父親に関する項目

〈母親の気持ち・状態〉

- ① 子どものことが煩わしいことがありますか
 - ② 子どもを育てることに負担を感じますか
 - ③ お母さんの身体や、気持ちの状態は良好ですか
 - ④ お母さんは子どもと一緒にいると楽しいですか
- 〈父親の態度・夫婦関係〉

- ① お父さんは育児に協力してくれますか
- ② お父さんは精神的に支えてくれますか
- ③ お母さんはお父さんに「いってらっしゃい」「おかえりなさい」を言いますか
- ④ お父さんの身体や、気持ちの状態は良好ですか

解説：母親、父親の養育態度、夫婦関係などで何か問題があったときは、その理由を尋ね、相手はその理由を話すようなら、内容を十分に聞くようにする。尋ねられない限り、こちらの意見を言わない方がよい。話すことにより気持ちが楽になることと、問題点が把握でき、支援の糸口がつかめる可能性があるからである。相手を受容することが支援の第一歩である。

3. 心の健全発達を考慮した保育法

1) 乳児期（ヨチヨチ歩き期 toddler age)

この時期は乳児の大人に対する信頼感を得ることが第一である。

- ① 乳児の担当者を決め、決まった人が保育するようにする。
- ② 乳児の出すシグナルに適切に対応する。
- ③ 6か月以前の乳児には、語りかける、見せる、抱くなどの刺激やスキンシップを十分に与える。
- ④ 一貫した養育態度で接するようにする。乳児が因果関係がわかるよう配慮する。
- ⑤ 乳児と遊ぶことや、乳児を世話することに喜びを持って行う。
- ⑥ 保育中に少しでもよいことや進歩したことがあったら母親に話し、ともに乳児の発達を喜ぶ。

2) 幼児期

次のことに配慮して保育を行う。

(1) しつけ

- ① しつけは幼児との信頼関係ができてから行う。
- ② しつけは年齢ではなく、子どもの発達状態に応じて行う。
- ③ 失敗しても怒らず、励まし、うまくいったときはほめる。決して焦らない、無理にしつけない。
- ④ 母親と連絡を取りながら家庭と並行して行う。
- ⑤ 両親を含めて、幼児の周りの人が幼児にして欲しいことを率先して行う。

(2) 遊び

- ① 遊ぶ場所が危険でないことに配慮する。

- ② 遊ぶ範囲に危険なものや、いじられて困るものは置かない。
 - ③ 大人と一緒に遊ぶ、子ども同士で自由に遊ばすことをバランスよく行う。
 - ④ 教えるよりも、子どもの興味や意志を尊重して自由に遊ばせる。
 - ⑤ ビデオや映画を見せるより、遊びを通して社会性や自主性の発達を考慮する。
 - ⑥ けんかや、困ったことがあるときは特別なことがない限り、子ども自身で解決させるようにする。
- (3) その他一般的なこと
- 他の子どもと比較して子どものことを保護者に言わない。良いところをほめ、保護者に伝える。

4. 心の発達にひずみがみられたときの取り扱い方

年齢が大きくなるほど心の発達のひずみを矯正するのは困難で時間がかかるので、予防が最大の対策である。子どもの心の発達は母親の養育態度・父親の態度・夫婦関係とに関係しているので、子どもと接するチャイルドヘルスプロフェッショナルは、心の発達とそれに必要な親の養育態度を知り、その重要性を絶えず親に伝える必要がある。

1) アタッチメントの形成・心理社会的発達に対する対策

子どもが親や周囲の人に信頼感を持つように育て直しをする。最初は子どもを受け入れることから始める。やがて「赤ちゃんがえり」し非常にわがままとなる。重症なネグレクトの場合は、こうしている内に目が合い笑顔の反応が出はじめ、アタッチメントの形成と心理社会的な発達がなされていく。

2) 社会性の発達に対する対策

- ① ある年齢まではきょうだいを同室にし、お互いが関係し合うよう一緒にして育てる。
- ② 他人の子どもをお互いに預かりっこし、お互いの子ども同士を自由に遊ばせる。
- ③ 子どもの育つ力を尊重する。すなわち子どもに自由を与える。
- ④ 勉強は学校に任せ宿題に口出しをしない。友達同士の自由な戸外遊びをさせるようにする。
- ⑤ 楽しいスポーツ、遊びとしてのスポーツをやらせる。

3) 耐性の発達に対する対策

- ① 物を必要以上に与えない：食物、衣服、おもちゃなど。
- ② 子どもが挫折場面や困難場面に遭遇した場合、安易に保護せず見守るようにする。
- ③ 本来、その年齢で子どもが自分でできることは自分でさせる。世話をし過ぎないようにする。
- ④ 何でも子どもの要求に応じるのではなく、不当な要求は毅然とした態度でしりぞけ、我慢させる。
- ⑤ 何かちょっとしたことでもよいから、子どもができる仕事を見つけ、手伝いをさせる。

⑥ 叱るべきときは本気で叱る。また、その子なりに進歩したり、良いことをしたときはほめてやる。

⑦ 親自身が①～⑥の実践にあたって養育行動に一貫性を持つこと。

親がなすべきことは、無用の口出しと過干渉を避け、子どもの自由を保障してやることである。

4) 社会的親不適格者の対策

社会的親不適格者には、表Ⅳ－1に示すような要因がある。親としての能力に欠けるか、知識はあっても子育てができない親達である。保健・福祉・医療・教育が連携して支援しなければならない。場合によっては子どものために乳児院などに子どもを収容するか、里親を見つけることが必要である。

表Ⅳ－1

1. 親個人の病気および弱点 1) 10代の母親 2) 慢性の身体上・精神面の病気 3) 知的障害、教育の欠陥 4) 人格の障害 5) アルコール、薬物濫用、中毒
2. 社会的・経済的支援システムの欠如 1) 貧困 2) 不穏な夫婦関係 3) 社会の援助を受けられない 4) 保育の手が限られている
3. 子育てにおける過剰負担 1) 慢性疾患または障害のある子ども 2) 大家族 3) 多胎 4) 気難しい子ども

5. 乳幼児虐待

乳幼児虐待は①身体的虐待②ネグレクト③心理的虐待④性的虐待に分けられるが、すべて子どもの養育不全のあらわれであり、予後は不良で適切な援助なしに改善することは困難である。子どもは虐待の多彩な症状を呈するが、その中から虐待の可能性を疑うことが大切である。それゆえ、子どもと接する職種に携わる人々は乳幼児虐待が疑われる状況についての知識を持つことが望まれる。

虐待を発見したときは児童福祉法第25条により通告の義務が課せられている。

兵庫県では、医師が通告する場合被虐待児通知書を使うことになっている。
(被虐待児通知書および通告先は資料編 P103. 表 1 参照)

1) 虐待が疑われる症状

(1) 子どもの身体面

- ① 多数の新旧の外傷・熱傷がある
- ② 反復する外傷や中毒性事故がある
- ③ 多発骨折
- ④ 原因不明の硬膜下血腫や眼底出血
- ⑤ 原因不明の低身長、発育不全などの成長障害
- ⑥ 原因不明の腹部臓器損傷
- ⑦ 股に何か挟まったような変な歩き方をする（性的虐待、女兒）
- ⑧ 入院、入所後は新しい外傷ができない
- ⑨ 保護者の訴えと臨床症状が矛盾している

(2) 子どもの行動面

- ① 持続する過食や食行動の異常
- ② 激しい攻撃性
- ③ 痛覚刺激に鈍感または無反応
- ④ こちらの働きかけに反応があまりみられず、最低必要な表面的で一方向的対人関係
- ⑤ 家族からの隔離に無反応
- ⑥ 保護者に対する恐怖や回避行動
- ⑦ 反復する単独での非行行為

(3) 保護者について

- ① 外傷があるのに受診や相談の時期が遅い
- ② 問題の症状の重症度に合わない態度：重症なのに深刻さが感じられない
- ③ 状況説明に一貫性がない
- ④ 情報提供に躊躇や抵抗する

保育所・幼稚園では子どもの問題行動の激しさに注意が奪われ、背景にある虐待が見逃されやすいので注意しなければならない。

2) 虐待しやすい親の条件

- ① 子どもの時代に自らも虐待されている。精神疾患や知的障害、子どもへの感情移入困難
- ② 生活上のストレス（過大な育児負担、経済的困窮、夫婦不和など）
- ③ 社会的孤立
- ④ 親にとっては気に入らない、育てにくい子ども

この4条件が揃ったときに虐待が起こりやすい。

3) 初期対応

虐待は保育所・幼稚園のみで単独で対応することは不可能である。虐待の可能性が疑われた

ら、こども家庭センター（児童相談所）や保健所にただちに相談すべきである。虐待者は自ら援助を求めることは少なく、関係機関に知れることをおそれているため、医療機関への受診を勧めるときも「症状に対する治療や検査のために必要」と、さりげなく勧める。医療機関を受診するときは、前もって医療機関に事情を説明しておくことと、保健所やこども家庭センター（児童相談所）と相談し医療費がかからないようにする配慮も必要である。

また入所施設に措置できるこども家庭センター（児童相談所）や、家庭訪問、援助ができる保健師がいる保健所に連絡し、治療ネットワークを作るようにする。

次の3点を主眼として援助の方法を模索する。①密接な公的援助を作り、社会的孤立を解消する②育児負担の軽減③社会資源を総動員して生活のストレスを軽減する。

入院自体は育児負担の軽減になるが、生活調整をしなければ退院後の再発は必須である。

6. 発達障害

平成17年に施行された発達障害者支援法において、発達障害とは「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されているが、各障害の名称や概念などは時代とともに少しずつ変化しているのが現状である。つまり、脳の何らかの機能異常による行動やコミュニケーションなど社会適応面における障害であり、福祉や教育の現場での適切な支援と対応によっては、日常生活上の困難も軽減しうることが期待されている。本項では、代表的な障害である、1) 自閉症スペクトラム障害（ASD）、2) 注意欠陥多動性障害（ADHD）、3) 学習障害（LD）について、簡単に解説する。

1) 自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder, ASD）

自閉症とは、社会性・コミュニケーション・想像力の3つの障害を主症状とし、近年増加傾向にある。最近では、自閉症には知的な面でも高い～低い、症状の面でも強い～弱いと、連続性（スペクトラム）があることから、自閉症の行動特性を認める障害を包括して「自閉症スペクトラム障害」として扱うようになっている。カナタイプと呼ばれる古典的な自閉症は早ければ言葉が出始める1歳6か月、できれば3歳の健診で指摘されて適切な療育へと繋げられるべきである。また、5歳以降に集団生活における行動特性から高機能（IQが70以上）自閉症として気づかれる者も多い。これは、乳幼児健診では異常なしで通過したけれど、保育所や幼稚園での社会適応が難しく、家庭や保育・教育の現場で様々な問題を抱えているようなケースである。自閉症スペクトラム障害でよく認められる症状について、表Ⅳ-2のチェックリストに示す。症状が幾つかそろえば障害というわけではなく、あくまでその児の行動やコミュニケーションの問題が社会生活上、本人や周囲の困難を引き起こしている場合に診断され、適切に対応されるべきである。

表Ⅳ－２ 自閉症スペクトラム障害の症状 チェックリスト

- 他者の目を見ること、視線を合わせる事があまりない
- 物や環境、自分で決めたルールに対してこだわりが強く、融通がきかない
- 感情の表現や理解に困難があるので、表情をつくること、他者の表情を読むことが苦手
- 難しい言葉もオウム返し、コピー&ペーストのように使えるが、話の内容がかみ合わない
- 抽象的な指示や表現、比喩や例え話、皮肉やお世辞が理解できない
- 身ぶり手ぶりなど感情を込めて会話をするのが下手で、しばしば抑揚のない話し方をする
- 好きなものに没頭し、自分の世界に入って固まってしまうことが多い
- 場の雰囲気が読めず、集団での指示に従えないので、行事の際に登園などを嫌がる
- ぴょんぴょん跳ぶ、くるくる回る、手をたたく、ひらひらさせるなどの常同行動がある
- 感覚（触覚・味覚・聴覚・視覚）が敏感すぎたり、逆に鈍感すぎたりする
 - (例) 手をつなぐ、体に触れられるのが嫌い、逆に痛みを感じにくい場合もある
 - ・食べ物好き嫌いが異常に激しい
 - ・大きな音がすると自分の耳を手で塞ぐが、ビニール袋のカシャカシャ音は好き
 - ・木漏れ日のチラチラした光や、雨や流水のキラキラ、くるくる回るものに執着する
 - ・数字や記号に関心が強く、国旗や昆虫など特定の狭い分野ではもの知り博士になれる

2) 注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, ADHD)

ADHDでは不注意（注意力の不足）、多動性（落ち着きのなさ）、衝動性（行動をコントロールすることの難しさ）などの行動特性がある。それぞれの症状の現れ方の強さにより3つの型に分けられるが、もの忘れが多く、気が散りやすく、物事に集中できないタイプは不注意型、会話や集団行動ですぐに割り込む、部屋を飛び出すなどの衝動性やじっとしてられなくて動き回るなどの多動性が強く出るタイプが多動・衝動型で、全ての症状があれば混合型とされている。主な症状のチェックリストを表Ⅳ－3に示す。これらの症状が複数の場所で認められ、6か月以上続いており、社会生活に困難がある場合にADHDと診断する。元気な幼少児には多動傾向はよく認められるので保護者も障害であることに気がつかず、適切な対応がされないまま、高学年になって二次障害が出てきて初めて診断されることもある。行動をつねに叱責されたり、否定されたりするので、自尊感情が育たず、自信を持ってない、友達と上手く遊べない、キレやすく、学業不振となることも多い。治療として6歳以上では薬剤が使用されることもあるが、まずは行動療法としてソーシャルスキルトレーニングなどが大切である。

表Ⅳ－3 注意欠陥多動性障害の症状 チェックリスト

- 細かいことに注意がいかないので、不注意な誤りを繰り返す
- 注意力が持続せず、課題や活動を途中で投げ出してしまう
- 順序立てたものごとを行うことが困難である
- 直接話しかけられても聞いているように見えない
- ゲームのルールを自分の都合に合わせて無視する
- 課題や活動に必要なものをよく失くしてしまう
- 外からの刺激で気が散りやすい
- 忘れものが多く、約束が守れない
- 落ち着いてじっとしてられない
- そわそわ手足を動かし、座っていても もじもじしている
- 席に座っておくべき場所ですぐに席を離れる
- 指示に従って行動することができない
- 質問が終わる前にだしぬけに答えてしまう
- 順番を待つことが苦手で、すぐに割り込む
- 友だちに頻繁にちょっかいを出すので、仲の良い友だちができてにくい
- かんしゃくを起こし、周囲との言い争いやけんかが絶えない

3) 学習障害 (LD)

学習障害とは、全般的な知的発達に遅れはなく、会話は普通にできるものの、読む、書く、計算する、さらには、聞く、話す、推論するなどの能力の習得と使用に著しい困難を示す状態のことをいう。文科省の定義では、小学校低学年においては一学年以上、高学年では二学年以上の遅れを認めた時にLDを疑うこととなっている。

ASDやADHDなど他の発達障害に合併することも多く、最も多いとされる読み書き障害(ディスレクシア)は早期発見や早期介入によって一定の改善効果があるとされている。表Ⅳ－4にディスレクシアの症状のチェックリストを示す。

表Ⅳ－4 ディスレクシアの症状 チェックリスト

- 文字をひとつひとつ拾って読む
- 単語あるいは文節の途中で区切ってしまう
- 読んでいるところを確認するように指で押さえながら読む
- 文字間や行間を狭くするとさらに読みにくくなる
- 文末を自分で適当に変えて読んでしまう
- 「わ」と「は」、「お」と「を」のように耳で聞くと同じ音の表記に誤りが多い
- 「め」と「ぬ」、「は」と「ほ」、「雷」と「雪」のように形態的に似ている文字の誤りが多い
- 画数の多い漢字に誤りが多い
- 鏡文字を書くことが多い



健康診断と 保健指導



保育所や幼稚園の健康診断は、楽しく安全に集団生活を送れるように支援することが重要である。疾病の早期発見、「しつけ」を含む生活指導、精神・情緒・健全な社会性の発達への指導、予防接種の奨励なども必要であろう。保育者の個々の事情も考慮しなければいけない。そのためには、医師、歯科医師、保育士、幼稚園教諭、保健師、看護師、栄養士など多くの職種の人々の連携が大切である。

1. 一般的事項

1) 入所・就園時健康診断

幼稚園に入園する場合の健康診断は、法的に義務づけられているわけではないが、集団生活を始めるにあたって、健康状態をチェックしておくことは重要なことである。特に、きょうだいの数が少ない最近の幼児にとって、時間が短いとはいえ、協調性がある程度要求される幼稚園生活は、未体験の要素が多く心身ともに体調を崩しやすいので、入園に際してはかかりつけ医の意見も参考にしたい。

就園時健康診断の具体的内容には一定の決まりはないが、入園前の健康状況を把握するための健康調査（表V-1）と園医による健康診断（表V-2）を行うことが望ましい。

一方、保育所などについては児童福祉施設最低基準の中で、入所時と年2回の健康診断が義務づけられている。保育所の入所時や定期健康診断では、前述の健康調査票を活用した上、各年齢に合った乳幼児健康診査内容で実施されることが望ましい。

表V-1 健康調査票

入	発育	出産	正常・異常（ ）	
	状況	体質	じんま疹が出る [いいえ・はい-食べ物（ ）・薬（ ）]	
		歩行	歩き始めた時期（ 歳 月）	
		言語	有意語の出た時期（ 歳 月）	
園 前 の 状 況	予 防 接 種	BCG・三混（1・2・3回終了・追加完了）・生ポリオ（1回・2回） 不活化ポリオ（1・2・3回終了・追加完了）・四混（1・2・3回終了・追加完了） ロタウイルス（1・2・3回終了）・ヒブ（1・2・3回終了・追加完了） 小児肺炎球菌（1・2・3回終了・追加完了）・MR（I・II期） 日本脳炎（1・2回終了・追加完了）・水痘（1・2回終了）・おたふくかぜ B型肝炎（1・2・3回終了）		
		病 歴	突発性発疹・百日咳・麻しん・水痘・風しん・おたふくかぜ・手足口病・リンゴ病 中耳炎・川崎病・アトピー性皮膚炎・喘息・けいれん（熱性・無熱性）・心臓病・腎臓病 その他（ ）	
			現在かかっている病気	
入園後にかかった主な病気				
備 考				

表V-2 健康診断票

氏名	男・女 平成 年 月 日生						
住所	〒						
電話							
身長	cm	体重	kg	頭囲	cm	胸囲	cm
1. 診察所見							
体格	1. 大柄	2. 普通	3. 小柄				
栄養状態	1. 肥満	2. やや肥満	3. 普通	4. やや痩せ	5. 痩せ		
皮膚	1. 正常	2. 異常	()				
頭部・顔	1. 正常	2. 異常	()				
目	1. 正常	2. 異常	()				
視力障害	1. なし	2. 疑い	()	3. あり	()		
耳鼻咽喉	1. 正常	2. 異常	()				
聴力障害	1. なし	2. 疑い	()	3. あり	()		
口腔	1. 正常	2. 異常	()				
胸郭	1. 正常	2. 異常	()				
脊柱	1. 正常	2. 異常	()				
心雑音	1. なし	2. あり	a. 機能性	b. 病的	()		
腹部	1. 正常	2. 異常	()				
精神・神経学的所見	1. 正常	2. 境界	3. 異常	()			
運動機能	1. 正常	2. 境界	3. 異常	()			
その他の所見:							
2. 尿検査 潜血 () 蛋白 () 糖 ()							
3. 総合評価 1. 異常なし 2. 要治療 3. 治療中 4. 経過観察 ()							
4. 助言・指導事項							
平成 年 月 日							
医師:							印

2) 定期健康診断と指導

定期健康診断は、幼稚園では学校保健安全法で年1回、保育所などに関しては設置基準で年2回行うことが定められている。

定期健康診断は、園児の健康状態を把握するだけでなくその子どもの発育・発達を知る上でも重要な手がかりとなるので、小児科の専門的知識を持つ園医や嘱託医によってなされるべきであり、健診用のカルテ（健康管理カード）を作り健康の維持・管理に役立てることも重要で

ある。

定期健康診断の内容は、出生時からの既往歴と前回の健康診断から今回までのできごと、予防接種、現在心配なことなどの健康調査とともに、身体計測、発達状態のチェック、できれば視力・聴力などの検査と医師による診察が主なものである。

健康診断で疑いが生じた場合には、医師は主導的立場で速やかに保育所や幼稚園の管理者、園児の直接担当者、家族に結果を説明し指導するとともに、事後措置が必要なときにはその指示や紹介状を作成し、保護者、管理者、嘱託医・園医、かかりつけ医が協調して積極的に問題を解決する姿勢が求められる。

保護者への問診を含めた健康調査を事前に実施する場合には、保護者が持っている不安、訴えを十分に聞き出せる項目を作ることが大切である。そのためには、保護者の養育態度、栄養問題、子どもの睡眠、心の安定状態、家庭環境なども視野に入れ、さらには小児虐待などにも配慮した問診内容が必要である。次に短時間に効果的な健康診断ができるよう、各年齢別に健康診断の要点と保健指導の要点をまとめた。

(1) 3～4か月児

この時期に至るまでの身体発育は非常に顕著で、体重はおよそ出生時の約2倍まで増えている。精神運動機能発達も目立ち、正常な乳児では首がすわる、目で動くものを追う、声を出すことも盛んになり、あやすと笑うなどが認められる。特に首のすわりが重要で、この時期になってもまだ首がすわっていない場合には、神経学あるいは発達上に異常の疑いがある。

この時期の保健指導は、体重増加の程度が問題となることが多いが、先天性心疾患等の疾患の有無を検討した後、出生時の影響が残っていること、個人差が大きいことなどをよく説明して、経過観察のみを指示し、保護者に余計な負担をかけない配慮も必要である。

さらに、保育所に入所する（した）乳児では、接種可能な予防接種はすませるように指導することも忘れてはならない。

(2) 6～7か月児

この時期の運動機能面では、座る、寝返りができるようになる。身近にある玩具に手をさしのべるなどができるようになる。

離乳は本格的になって、1日2回食となり夜の授乳は不要となることが多い。

先天性免疫の消失に伴い、いろいろな感染症に罹患しやすくなり、病気でかかりつけ医にかかる機会が多くなる。

大人にいろいろ要求したり、人見知り、夜泣き等で家族を困らせることが増える時期でもある。

肥満は疾病によるものかの確認をし、それ以外の肥満傾向児に対しては、哺乳量や離乳食の量の制限は必要ない。

多くの場合、乳児期の肥満傾向は幼児期以降解消されることが多く、成人肥満につながることは少ない。

(3) 9～10か月児

9か月を過ぎると、行動範囲も広くなり、何でも口に入れてしまうので、養育者は事故防止に注意し、乳児から目を離さないようにしたい。熱いものなどを乳児に少し触れさせ

て、経験を積ませることも事故防止に役立つ。

この時期90%の9か月児はずり這い、四つ這いができるようになるが、ハイハイには個人差が大きく、ハイハイしないでつたい歩きをする乳児もいるので、ハイハイしない場合は他の発達項目に注意して経過を見ればよい。

離乳食は、生後9か月頃から1日3回食にし、歯ぐきで潰せる固さのものを与えるが、乳児の食欲、摂食行動、成長・発達パターンあるいは地域の食文化、家族の食習慣などを考慮した無理のない離乳の進め方を指導することが大切である。

(4) 1歳6か月児

一人歩きが上手にでき、自発的になぐり書きをし、意味のある単語を2～3語以上言え、積み木を2～3個重ねたり、コップで水が飲めるようになる時期である。

1歳6か月になっても一人で歩けない場合には、脳性麻痺や微細脳障害症候群、ミオパチー、シャフリングベイビーなどの可能性があるので、専門医を紹介する必要がある。また、この時期は少なくとも一つは意味のある単語を理解できるはずなので、これが不可能な場合には精神遅滞や難聴を疑って精密検査を受けるようアドバイスをする。

幼児期に入ると、身体面の異常はすでに発見されていることが多いので、むしろ保健指導面が重要となる。食事は幼児食になっているが、遊び食いをする頃であり、偏食の注意とともにしつけの面での指導も重要となる。しかし、食事は楽しい時間であることが大切で、過度の注意はかえって弊害を招くことになる。トイレットトレーニングを始める時期でもあるが、これも無理強いにならないように進めるべきである。

行動範囲が広くなり、感染症にかかりやすくなる年齢になるので、少なくとも1歳を過ぎたらなるべく早く麻しん・風しん混合ワクチンなどの予防接種をすることの指導も忘れてはならない。

(5) 3歳児

飛び回って遊ぶなど体もしっかりし、子ども同士遊べるなど社会性も伸びてくる反面、なお自己主張や反抗も強く、よい子どもになったり手のかかる子どもになったりする時期といえる。この時期の健康診断は、幼児の集団生活に入る準備（適応性）をチェックする目的がある。

3歳児には情緒障害・心因性の疾患が増えてくるので、親子関係や育児上の歪みなどを詳細に聴き、問題があればこれを支援することも必要となる。

身体面の異常や疾病はすでに発見されていることが多いので、すでに発見されている障害がある場合には、経過観察も含めた比較調査をすることになる。

新たな調査として、尿検査が行われる。検査項目は潜血、蛋白、糖等である。検尿によって発見される可能性のあるものでは病的な意義が少ないものとしては家族性良性血尿、無症候性蛋白尿、病的なものでは慢性腎炎、ネフローゼ症候群、低形成腎、異形成腎、遺伝性腎症（デント病、アルポート症候群等）、糖尿病がある。

(6) 5～6歳児

5歳児健診では、先天性心疾患、難聴、斜視など今までの健診での見落としに注意するとともに、5歳児で新たに発見されやすい疾患である、発達障害、低身長、尿路疾患、糖尿病、肥満などに特に気を付けて診察する必要がある。

3) 母子健康手帳

母子保健法は、妊娠した者は速やかに市町村に届出をすること、市町村は妊娠の届出をした者に対して母子健康手帳を交付することを定めている。

健康を確保する上でまず必要なものは、医療情報である。情報には自分の健康についての記録と疾病や一般的な健康についての知識などがあり、その多くは医療機関に保存されるが、母子健康手帳には、妊婦あるいは乳幼児自らが、記録されたノートを保持しているという特徴がある。

身長や体重等の成長の記録を自ら図表に記入することにより、より経過を実感としてとらえることができ、健康に対する自覚を高める効果もある。

健康診断や保健指導の際には、妊娠・出産の状況から出生後の発育、疾病罹患等の記録が重要な情報となる。そのため、健康診断に従事する者は、身体計測だけでなく、栄養方法と栄養状態、疾病・異常の有無などを正確に記録し、指導事項についてもできる限り詳細に記録しておく必要がある。

養育者に対しても、保護者の欄に疾病の罹患、成長・発達について気づいたことを習慣的に記録しておくよう指導することも大切である。保育所・幼稚園の健康診断では、保護者がその場に行かないことが多いので、母子健康手帳を利用して問診をしたり、健診の結果を母子健康手帳に記入することで園と保護者双方に園児の健康状態に対する共通認識が高まる。

さらに、医師は母子健康手帳を積極的に活用し、個々のデータを成長曲線などにプロットして、保護者へのビジュアル的な指導材料としての利用価値を高めて欲しい。

母子健康手帳は健康診断や予防接種のときだけでなく、病気で医療機関を受診する場合も持参し、“個人が持ち歩くカルテ”として活用することが望ましい。

2. 眼 科

就園時健康診断

眼科健診の目的は、目の疾病または異常の有無を診査し、目の健康状態および視機能の発達を把握し、円滑な保育の実施に資するとともに、健康と視機能の発達について保護者の認識と関心を深めることにある。

健診時に保護者に発育歴を含めて問診しながら、母親の態度なども観察し健診を進行させる。あらかじめ保護者に問診内容を知らせることによって健診を円滑に運ぶことができる。

小児、ことに乳幼児期は、視覚発達の重要な時期にあたるために保育所・幼稚園における健診は非常に大切である。この時期は視力の発達途上にあり、それを妨げる原因を早期に発見し早期治療が必要となる。屈折異常の内、遠視、乱視、斜視、不同視に注意を要する。また先天異常にも注意する。斜視についていえば、目をぱっちり開いたフラッシュを使ったクローズアップの顔写真などを持参させると、診断の助けになる。

問診の一例を示す(表V-3)。

表V-3 乳幼児眼科健診における問診項目

＜問診項目＞

- ① まぶたの形や大きさに変わりがありますか。左右同じように目を開けることができますか。
- ② 涙や目やにがよく出ますか。
- ③ 黒目に濁りがありますか。黒目が異常に大きい、または異常に小さいと感じたことはありませんか。
- ④ 虹彩（茶目）の色、瞳孔（ひとみ）の色が変わっていると感じることはありませんか（ひとみの色が白く見える、光って見えるなど）。
- ⑤ 光をまぶしがって目を閉じたり、目を細めたりすることはありますか。
- ⑥ 目が見えていない、またはよく見えていないと思うことはありますか。
- ⑦ 目の動きがおかしいと感じることはありますか。
- ⑧ 片方の黒目が内側または外側を向いていると思ったことはありますか。
- ⑨ 自分の手に持っているものを見ようとしたときに、黒目が強く内側に寄ると思ったことはありますか。
- ⑩ 光の強い戸外で片目をつむったり、目を細くしたりしますか。
- ⑪ テレビを見るとき画面に近寄っていくことはありますか。
- ⑫ ものを見るとき目を細くしたり、横目で見たりしますか。
- ⑬ ものを見るとき首を傾けて見ますか。

以上の問診項目でひっかかるものがあれば、眼科専門医を紹介する。

次に、機能的な面の観察について述べる。機能検査の重要性は述べたが、保育所での就園時の機能面でのチェックは、通常の保育で視機能の発達が正常に行われることを期待できるのか、何らかの医療の介入が必要なのか、医療の及ばない欠陥が存在するかによって、今後の保育の方向づけ（弱視児、盲児教育の必要性も含めて）を目的として持っているわけである。しかし、一度の検査で決定できないことも多い。健康相談、臨時・定期健診などを利用して、二度、三度と時間をかけて検査しなければならないことが多い。

3. 耳鼻咽喉科

就園時健康診断

この年齢の時期にかかりやすく、全身的にも影響の大きい疾患は、副鼻腔炎、扁桃腺肥大である。これらと関連して合併しやすい滲出性中耳炎は多発しやすく、重症化するとコミュニケーション障害となる。コミュニケーション障害の中で、最も注意を要するのが中等度以上の感音難聴である。しかしこの難聴は3歳児健診でチェックされるので、これを受診しているかどうかを確認するのも就園時健診の大切な課題である。

この年齢での第二の問題点は、聴覚の検査が幼児ゆえに特別な工夫を要することである。

ここでは就園時の特徴を記す。

- (1) アンケート調査（母子健康手帳も参考にする）

事前に保護者からアンケートをとっておくとよい。その理由は検査で得られた所見の裏

づけ、軽重の判断に役立つからで、一般的な小児科の項目の他には少なくとも次のような項目を加えるとよい。

- ① 呼びかけて返事をしなかったり、テレビの音を大きくすることがありますか
- ② 言葉に遅れがありますか
- ③ いびきをかいったり、眠っているとき呼吸が苦しそうですか
- ④ ふだん口を開けていますか
- ⑤ 現在耳鼻科にかかっていますか、その病名は何ですか
- ⑥ 3歳児健診を受けましたか

(2) 検査

1) 耳の検査

検査の中心は鼓膜所見である。しかし耳垢栓塞は鼓膜の視診を妨げるので、できるだけ除去するが、手間を要するものは耳垢栓塞として事後措置にまわす。

鼓膜の視診では滲出性中耳炎の所見が多いが、急性では薄い発赤程度のもの、慢性では混濁していて、正常所見との区別が難しいこともある。急性中耳炎は発赤が強く、ときに鼓膜が膨隆する。

2) 鼻の検査

鼻の所見は滲出性中耳炎の予後やアデノイドの有無とも関連して重要であるが、鼻炎、副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎などの鑑別は健診では難しいことが多い。

3) 口腔、咽頭、口蓋の検査

検査の中心は咽頭、特に扁桃である。2度以上の肥大は肥大所見とする。3度肥大は絶対的に事後措置へまわす。

口蓋は粘膜下口蓋裂を見逃さないようにする。

(3) 耳・鼻・口腔・咽頭の所見の総合判定と事後措置

総合所見より、次のような事後措置のいずれに該当するかを決める。

- ① 耳鼻科専門医に紹介する
- ② 注意して経過を観察する
- ③ 異常なし

4. 歯 科

1) 幼児の歯・口の健康

幼稚園の入園時、保育所の入所時に、歯科医師による歯・口の健康診断が法的に定められているものではないが、定期健康診断について幼稚園は学校保健法で、保育所は児童福祉法で行われている。就学前の幼児の歯科保健で最も重視されるのは、う歯と歯肉炎である。従来の歯科健康診断では、これらの疾患を早期に発見し治療勧告するという疾病志向が強かった。平成7（1995）年の学校健康診断の改正に伴い、歯・口の健康診断もかなり改正された。ヘルスプロモーションの理念に従い、う歯、歯肉炎については、要観察歯（CO）・歯周疾患要観察者（GO）が導入され、事後措置として保健指導や定期的観察のための臨時健診などを重視するようになった。その他、歯垢の観察、歯列・咬合・顎関節の診査、そして保健調査、学校保健委員

(2) う歯と間食

う歯発生の条件の中で、歯質の状態はそれほど大きな影響を与えない。一般には、歯質と栄養の関係とがよく指摘されているが、極端な栄養不足でない限りほとんど問題にされない。う歯発生の条件で最も影響が強いのは、砂糖を中心とする炭水化物食品のとり方である。砂糖消費量とう歯のかかり方とが関係が深いことは疫学的に報告されている。したがって、う歯予防の第一は、砂糖消費量を全体的に減少させることである。しかし、う歯罹患のリスク因子は砂糖の消費量だけでないことも知られている。第一は、糖質を食事にとるより間食時にとると、う歯は増加する。食事のときは刺激唾液が分泌し、食物そのものが歯の汚れを清掃する。夜間就寝前に食べると危険が増加する。睡眠時は唾液の分泌が減少し、そのために歯の表面に作られた酸が一定量に保たれるためである。第二は、糖質を含む食品をだらだらと頻回にとると増加する。それは、もとのpHに戻りかかった歯垢の酸が糖質をとると再び低下し、常に歯の表面に酸があつて脱灰している状態になるためである。そこで、次の間食まで一定の時間をおくことが必要である。すなわち規則的に間食を与えることである。第三は、歯に付着しやすく口の中にいつまでも糖質が残りやすい性質の間食類が、特に臼歯のう歯を発生させる。

(3) 歯の清掃について

幼児の歯の清掃は、幼児用の小さい歯ブラシを使用する。歯垢は隣在歯との陥凹部や隣接面、歯と歯肉との境界部、歯の溝に多く付着する。そこで、歯ブラシの毛先をこの部位にしっかりと当て、歯ブラシを小さく振動させて丹念に歯垢を取り除く。歯ブラシを大きく動かすと歯と歯の間のへこみに毛先が当たりにくいので、きれいに磨けない。

年齢が進むにつれて少しずつきれいに磨く方法を教えていくと、幼児は徐々に自分の歯をうまく磨けるようになってくる。一般に前歯の唇面（外側の面）、下の歯のかみあわせの面は磨きやすいので、これらの部位がきれいになっているかどうかで歯磨きの上達の日安とすることができる。

歯の舌面（内側の面）は磨きにくい。とくに上の歯の舌面は幼児がきれいに磨くのは極めて困難である。このような部位の清掃状態は保護者がチェックし、仕上げ磨きをするとよい。

子ども用歯磨剤は味、香りが子ども向けに作られており、フッ素などのう歯予防用の成分が配合されているものが多い。歯を磨き、洗口してうまく吐き出すことができるようになったら使うとよい。

5～6歳になると、第2乳臼歯の後方に第1大臼歯が萌出してくる。保護者が注意していなければ見過ごすことがある。萌出途中の第1大臼歯は高さが低く、前方の歯と一緒にきれいに磨けない。そこで他の歯と同じ高さになるまで工夫して、この歯の咬合面（かみあわせの面）を特にていねいに磨くことが必要になる。

(4) COの事後措置について

平成7年の学校健康診断の改定で歯科健診について特に注目されるのは、前述したCO・GOの導入であろう。健全歯に可逆性のあるCO歯を通じて、幼児・児童に自主的な予防行動を養うための保健教育を行うことをねらいとしている。COの事後措置は、学校歯科医の専門的指導を受けながら、養護教諭を中心にして学校関係者が対応することが求

められている。その第一は、学校での保健指導によりC O菌に対し歯ブラシを用いた特殊な清掃法を行うことである。その他、欧米諸国で広く行われているフッ素洗口などが集団に行われれば非常に効果的である。

VI

乳幼児期の栄養



乳幼児の栄養は、すべて大人に負っており、とくに乳幼児の発達に大いに関わっている医師や保育者は、栄養について十分な知識を持っていることが必要である。栄養を考える場合、その内容・量の不足のみでなく、過剰にも注意を払うことが必要である。

1. 乳幼児栄養の特性

乳幼児は身体的のみならず、精神的にも未熟であり、次のような特性を考慮して栄養を与えることが大切である。

- ① 栄養は発育のために必須であり、必要量が多い。
- ② 摂食、消化吸収機能が未熟である。
- ③ 感染に対する防御能が弱い。
- ④ 疾病罹患による栄養への影響が早く、かつ、強くあらわれやすい。
- ⑤ 小児期ことに乳幼児期の栄養、食生活は、自ら知識をもって選択するものではなく、親や施設から受動的に与えられるものであり、人格形成や食習慣の確立にも大きく関与するものである。

2. 母乳栄養

1) 母乳栄養の利点

母乳栄養は乳児期の栄養法で最も優れている方法である。

- ① 消化、吸収されやすく代謝の負担が少なく、しかも栄養効率が高い。
- ② 母乳には感染防御のための多くの因子が含まれており、母乳栄養児の方が感染罹患率が低い。
- ③ 人工栄養にみられる牛乳アレルギーの心配がない。
- ④ 乳児を抱いて授乳することにより、母子ともに精神的な安定感を、母親には育児に対する自信を与える。
- ⑤ 乳幼児突然死症候群（SIDS）の発症頻度は、母乳栄養児の方が有意に低いことが、疫学的に明らかになっている。

2) 母乳の分泌と哺乳量

母乳の分泌量は個人差、さらに日差もあり、搾乳量では不確実で、15分授乳後の乳児の体重で測定される。哺乳量の目安を表VI-1に示す。

表VI-1 哺乳量の目安

月 令	1 回量(ml)	1 日量(ml)
1 週	60~70	400~500
1 カ月	100~120	600~700
2 カ月	150~160	700~800
3 カ月	160~180	800~900
4 カ月以降	180~200	900~1000

3) 母乳栄養の進め方

- ① 出生後なるべく早くから授乳を試みる。
- ② 生後1か月くらい経つと、母乳の分泌量も多くなり授乳時間も定まって、多くは3時間おきとなり、2～3か月頃から3時間半～4時間おきとなる。夜間は時間が延びてくる。授乳時間は親が決めるのではなく、原則として乳児が欲しがるときに与える自律哺乳とする。母乳の分泌がよければ授乳間隔は自然と定まっていき、定まらないときは母乳不足に注意する。

1回に飲む時間は、母乳の分泌がよければ15分以内である。30分以上乳房を放さなければ母乳不足と考える。
- ③ 母乳の分泌がよければ、離乳が完了するまで母乳でよい。5か月頃までは母乳のみでよいが、その後は離乳食で栄養を補う必要がある。離乳が順調に進行し、母親に断乳の意義の認識があれば、満1歳の断乳は強行することはないが、母子関係のため1歳半を過ぎても母乳を続けようとするのは、栄養上も、子どもの自律心の育成のためにも好ましくない。
- ④ 努力しても母乳が不足するか出ないとき、あるいは哺乳量が十分にもかかわらず体重増加が不良なときには、混合栄養か人工栄養に切り替える。母乳にこだわって発育を不良にしてはならない。

3. 人工栄養および混合栄養

牛乳は母乳と比べて栄養学的に大きな問題を有していたが、母乳に近づけるための種々の改良が重ねられた結果、現在の育児用調製粉乳は組成が母乳に近似し、さらに母乳の欠点を補充しており、安心して使用できるものとなっている。

1) 調乳

調乳は乳児期全体を通して単一処方である単一調乳で行われている。調乳濃度は製品により異なり、保育所などで集団調乳するときには注意を要する。国産品では添付のスプーンを使えば、どの製品でも1さじで20ml（5さじで100ml）の割で調乳すればよい。家庭では授乳のたびに調乳してただちに飲ませるが、病院や保育所では1日分を調乳し、煮沸消毒して冷蔵保存をして使用することが多い。

哺乳瓶と乳首は煮沸消毒か薬物消毒が必要である。煮沸消毒は哺乳瓶で約10分間、乳首では約3分間行う。薬物消毒の場合はミルクの残りや、薬物の残留がないようによく洗うことが大切である。調乳するときの湯の温度は50℃ぐらいである。はじめに湯を哺乳瓶に入れるが、振りやすいように必要量の3分の2ぐらい入れ、静かに振って溶かし、最後に残りの湯を必要量まで加える。

2) 授乳

授乳間隔と授乳回数は、母乳栄養に準じて乳児の好むように与える。おおよその目安としては、0か月児では1日8～6回、1～2か月児では6回、3～5か月児では5回であり、1日6回では3時間半、5回のときは4時間の間隔となる。一回量（ml）の目安は生後1週頃は60

～70（1日量400～500）、1か月頃は100～120（600～700）、2か月頃は150～160（700～800）、3か月頃は160～180（800～900）、4か月以後は180～200（900～1000）である。調乳したミルクは体温程度に冷まして授乳する。

3) 混合栄養

混合栄養は母乳が不足しているときや、仕事の都合などで母親が授乳できないときに人工栄養を母乳と併用して利用するものである。母乳不足のときでも、できるだけ母乳を吸わせて乳房に刺激を与えて乳汁分泌を促進し、授乳後に不足分を人工栄養で補うようにする。母親が仕事に出ているときは、出勤前と帰宅後に母乳を与える回数を多くする。

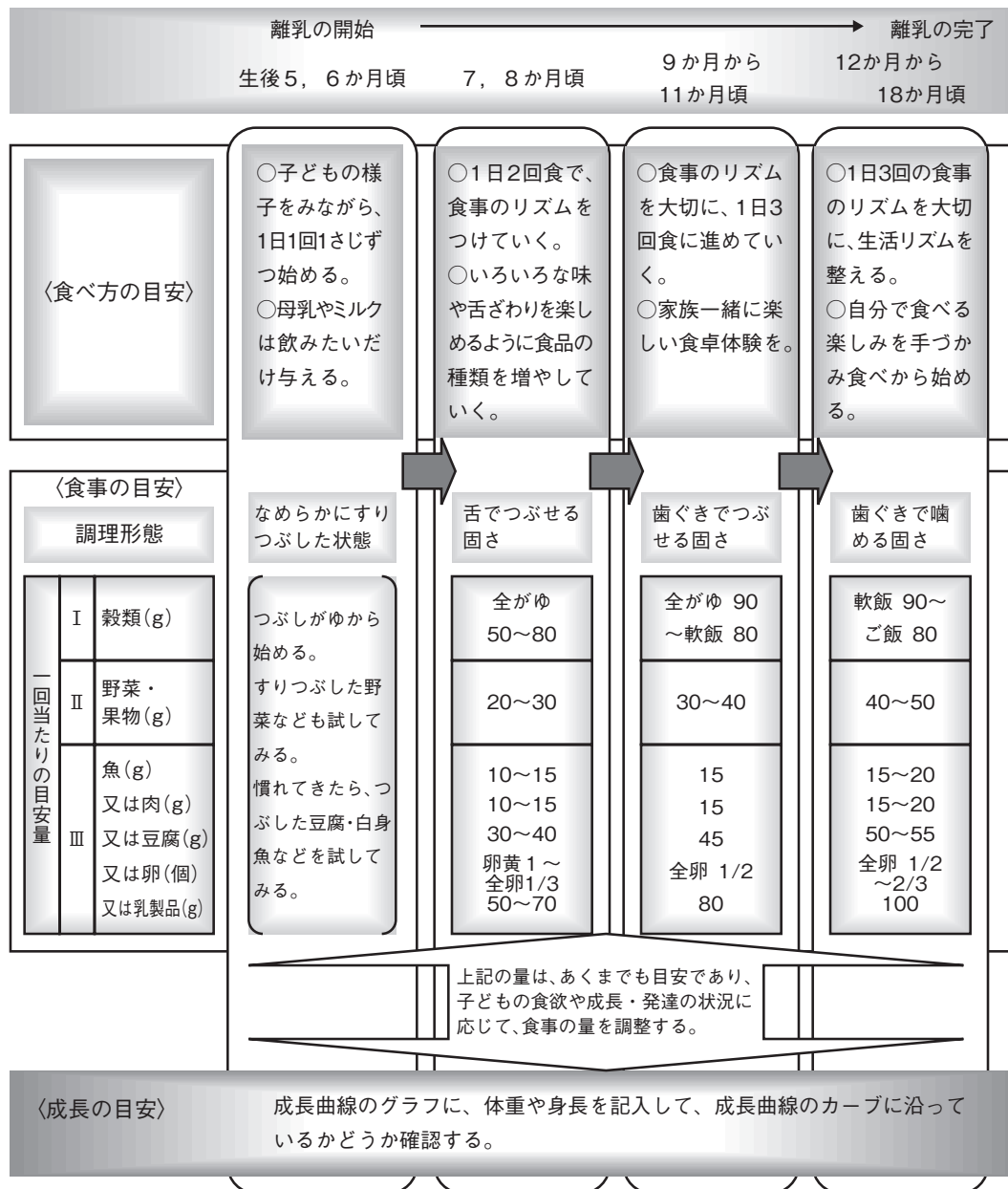
4. 離乳

離乳は乳汁栄養から固形物である幼児食への移行の過程であり、乳汁を吸うことから、食物を噛み潰して飲み込むことへの機能的発達過程である。離乳に関する標準的な手引きとしては、平成19年3月に厚労省が作成した「授乳・離乳の支援ガイド」が一般的である。

1) 離乳の進め方

離乳の進め方は、乳児の咀嚼機能の発達に合わせて、食品の種類や量、献立や調理方法を変えていく。厚労省の「授乳・離乳の支援ガイド」に記載されている離乳の進め方の目安を表VI-2に示す。

表Ⅵ-2 離乳食の進め方の目安



2) ベビーフード

離乳食の食品として調理されて市販されているものである。ウェットタイプとドライタイプがあり、前者はレトルト食品や瓶詰め等の液状または半固形状のものでそのまま食べられる。後者は粉末状、顆粒状、フレーク状、固形状であり水や湯を加えて元の形状にして食べる。

3) フォローアップ・ミルク

生後9か月から幼児期にかけての栄養補給の目的で調整された牛乳代替品であり、育児用粉

乳とは全く別物である。離乳食が順調に進まず鉄不足のリスクが高い場合などに使用できる。

5. 幼児の栄養

1) 幼児期栄養の特徴

幼児期は、乳児期に比べ身体発達は緩慢化するものの、発育のための栄養は依然として必要であり、さらに活動も活発となるためにエネルギーも必要である。成人に比して多くのたんぱく質、カルシウム、鉄が必要とされる。三度の食事だけでは十分に栄養が摂取されないので、おやつ・間食を与える。食生活を含む生活習慣の基礎を獲得していく時期でもあり、食物に対する好み、偏食や肥満、やせなどの問題も出てくるので、将来の生活習慣病予防のため表VI-3に示すような配慮が必要となる。さらに、う歯（虫歯）の発生する時期でもあり、糖分の過剰摂取には十分な注意が必要である。

表VI-3 生活習慣病予防のための食事注意事項

・雑食にする	・食品数を1日30品以上、週に100品以上
・低食塩	・砂糖を取り過ぎない
・カルシウムを十分に	・食物繊維を十分に
・硬いものも与える	・偏食しない
・味付けをおいしく	・間食も適切に位置づける
・食卓に空腹で向かわせる	・食事を楽しく

2) 食事摂取基準

平成19年度から従来の栄養所要量に代わって「食事摂取基準」が制定され、各栄養素の摂取目標が示されるようになった（表VI-4）。

表Ⅵ-4 乳幼児の食事摂取基準

		0～5カ月	6～11カ月		1～2才		3～5才	
		男女	男女		男	女	男	女
たんぱく質 (g/日)	目安量	10	15(6-8ヵ月) 25(9-11ヵ月)	推奨量	20	20	25	25
カルシウム (mg/日)	目安量	200	250	推奨量	400	400	600	550
鉄 (mg/日)	推奨量	0.5	(男) 5.0 (女) 4.5	推奨量	4.0	4.5	5.5	5.5
リン (mg/日)	目安量	120	260	目安量	600	600	800	700
食塩 (g/日)	目安量	0.3	1.5	目安量	4.0未満	4.0未満	5.0未満	5.0未満
カリウム (mg/日)	目安量	400	700	目安量	900	800	1000	1000
ヨウ素 (μg/日)	推奨量	100	130	目安量	50	50	60	60
ビタミンA (μg RE/日)	目安量	300	400	推奨量	400	350	450	450
ビタミンD (μg/日)	目安量	2.5	5.0	目安量	2.5	2.5	2.5	2.5
ビタミンE (mg/日)	目安量	3.0	3.5	目安量	3.5	3.5	4.5	4.5
ビタミンK (μg/日)	目安量	4	7	目安量	25	25	30	30
ビタミンB1 (mg/日)	目安量	0.1	0.3	推奨量	0.5	0.5	0.7	0.7
ビタミンB2 (mg/日)	目安量	0.3	0.4	推奨量	0.6	0.5	0.8	0.8
ビタミンC (mg/日)	目安量	40	40	推奨量	40	40	45	45

3) おやつ

おやつは栄養補給の意味だけでなく、子どもの楽しみとしても大切である。普通は1日のエネルギーの10～15%、150～200kcalとされるが、おやつのために次の食事が食べられないようでは問題で、栄養価計算よりは次の食事までにお腹が空くように調整すればよい。

おやつとしては市販の菓子類が多いが、糖分の多い菓子やジュース類は食欲を低下させたり、う歯の原因となり、最も多いスナック菓子はエネルギー、食塩、脂肪の過剰摂取をきたしビタミンB1欠乏症が現代病の一つとして指摘されている。おやつとしては、牛乳や乳製品、果物が適している。

4) 偏食・むら食い・少食

ニンジンやタマネギなど特定の食品を食べなくても、他の野菜を食べて健康に育っていれば偏食と考えなくてよい。偏食は母親の主観によることが多く、親にも偏食があることが多い。

むら食いや少食については、健康に育っていれば食事を強要せず、食事環境を考慮するなど、食事に興味を持たせるように仕向ける。

6. アレルギーと食事

食物アレルギーによる疾患としては、アトピー性皮膚炎やじんましんが知られているが、アナフィラキシーショックにより死亡することもある。

食物アレルギーと診断された場合には、原因食品の除去が治療の原則となる。入所・入園時の健康調査の一環として、食物アレルギーの有無の調査が大切である。確実かつ重症な場合には、原因食品が絶対口に入らないよう、厳重な管理が必要である。

保育所における食物アレルギー対応の原則を次に示す。

- ① 食物アレルギーのない子どもと変わらない安全・安心な保育所生活ができるように配慮する。
- ② アナフィラキシー症状が発生した時、全職員が迅速、かつ適切に対応できる体制を作っておく。
- ③ 職員、保護者、主治医・緊急対応医療機関が十分に連携する。
- ④ 食物除去の申請には主治医が作成する生活管理指導表が必要である（診断時＋年1回の更新）
- ⑤ 食物除去は完全除去を基本とする。
- ⑥ 鶏卵アレルギーでの卵殻カルシウム、牛乳アレルギーでの乳糖、小麦での醤油・酢・麦茶、大豆での大豆油・醤油・味噌、ゴマでのゴマ油、魚でのかつおだし・いりこだし、肉類でのエキスなどは除去の必要がないことが多いので、摂取不可能な場合のみ申請してもらう。
- ⑦ 除去していた食物を解除する場合は親からの書面申請で可とする。
- ⑧ 家で摂ったことがない食物は基本的に保育所では与えない。

VII

保育所・幼稚園 園児の保育環境



1. はじめに

保育所・幼稚園は、子どもが最初に経験する集団での保育、教育を受ける場である。そこに通う子どもは、まずこの環境に適応して生活していかなければならない。

また子どもの活動や態度は環境とのかかわりによって作られていくものであり、子どもは環境に適応することにより発達していく。すなわち、乳幼児の発達にとり環境は極めて重要な要因といえる。

2. 保育室

子どもの生活の場となる施設の衛生管理は重要な事柄である。

1) 通風・換気

居室または保育室などにおいて多数の乳幼児が長時間入っていると、しだいに室内の空気は汚染され、温度や湿度も高くなり、ちり、細菌、二酸化炭素などが増す。したがって、新鮮な空気を供給するために、常に室内の通風、換気などに特別の注意を払う必要がある。特に暖・冷房時においては換気に配慮する。

2) 気温・湿度・採光・照明・日照など

生活に快適な条件は季節、住居、被服、年齢などによって違いはあるが、室温20℃、湿度65%程度が暑くも寒くもない快適な状態である。

(1) 暖房

室内温度が12℃くらいになったら暖房を行うことが望ましい。乳幼児が自由に行動できるためには、18℃あればよいといわれている。暖房器具については、暖房効率や湿度の保持、室内環境や安全性に留意して配置することが必要である。

(2) 冷房

乳幼児の場合は冷房の温度は26℃までとし、外気との温度差を3～4℃とする。大体、大人が涼しさを感じるよりも1℃程度高くしておくのがよいとされている。冷房時には、乳幼児の衣服はその部屋の温度に合うように調節する必要がある。特に昼寝のときなど、冷え過ぎないように衣服、タオルケットなどに配慮したい。

扇風機を使う時は、乳幼児から少なくとも2m以上離して、直接持続的に風が当たらないように注意する。できれば扇風機の風が部屋全体にまんべんなく届くように、風を天井や壁に当てて扇風機の首の部分回しながらやわらかい空気が循環するように工夫する。

(3) 採光・照明

室内の明るさは必要にして十分な照度、安定して光にむらがない、無色の光線、十分拡散して強い影を作らない、光源の位置が正しくまぶしさを与えないなどに配慮する。

(4) 日照

日が当たらない環境での育児は、紫外線が不足し、カビや細菌の汚染なども考えられ不健康である。したがって、乳幼児の保育施設は十分な日照が得られることが重要である。

3. 衣服・寝具

1) 子どもの衣服の特徴

子どもは心身ともに未熟で、体温の調節機能が成人に比べて劣るので、衣服が健康に与える影響も少なくなく、気温の変化あるいは運動に応じて衣服の調節に気を配る必要がある。一般的に6か月を過ぎた子どもは成人に比べて新陳代謝が盛んであり、活動による体温の発生も大きく、同時に発汗などによって体温の放散も上手になって環境への適応力もついてくるので、なるべく薄着をさせることが望ましい。

2) 適切な衣服の条件

衣服の最内層の温度は、外気温のいかんにかかわらず常に32℃、湿度は50%程度であるとされている。

適当な衣服の条件として呼吸運動や血液循環を妨げず、やわらかく軽くて余裕のある服が望ましい。また、下着類は吸湿性・通気性に優れているものがよい。用途としては、運動着・遊び着は軽快かつ伸縮性に富むもの、夏物は通気性に優れ、冬物は保湿性に富むものが適している。

子供の発育や発達に考慮する必要もあり、子供の身体の大きさに合ったサイズのもので、自分で着脱できるデザインが望ましく、ひもや金具などが付いた危険なデザインは避ける。また丈夫で洗濯がしやすく、経済的なものがよい。

3) 衣服の着脱

(1) 通園着と在所中の服装

季節や天候によって防寒具、雨具、日よけなどの衣類をしっかりと身につけて通所・通園するように指導する。乳児は体温調節機能などが十分に発達していないので、これを怠ると疾病の原因を作りやすい。子どもを保育所に受け入れたならば、これらの衣服を脱がせて在所に適した軽装にさせるべきである。

(2) 着脱のしつけ

1歳を過ぎれば、衣服を自分で脱ごうとする。

このような兆しが見えたときには、時間や手間が多少かかってもなるべく自分でさせるように、自分でしたことをほめてやるようにすべきであり、着脱の自立の意欲をそぐような態度をとってはならない。

4) 寝 具

乳児は通常ベッドを用いる。ベッドは柵付きの安全性の高いものを選ぶ。組立式の場合、止めネジがゆるんでいないか、ベッドの柵が低すぎて転げ落ちたりしないか、ベッドの柵の周りにものをかけていないか、乳児はよく柵をなめたりするので、汚れていないかなど安全性と清潔について毎日チェックする。

敷布団は硬めのものでよく、やわらかすぎると寝返りしてうつぶせになったとき呼吸が妨げられたり、沈みがちになり脊柱が曲がるので好ましくない。

掛け布団は夏はタオルケット1枚でよく、冬は軽い毛布、薄い掛け布団を用いる。呼吸を妨げないよう、なるべく軽いものを用意する。乳児の睡眠中は皮膚毛細血管が拡張し、血圧は低下して発汗する。そのため、枕や布団が湿気をおびることも少なくない。状況に応じて布団の調節が必要である。

4. 便所および排泄のしつけ

便所は排泄する場所として日常生活に欠くことのできない施設である。多数の子ども達が利用するので、衛生管理に十分留意する必要がある。

1) 便所の清掃・消毒

(1) 清掃

便所は多数の子どもが何回も使用するので汚れやすく、清掃を怠ると不潔のために尿素から分解生成したアンモニアが悪臭を発生するので、清掃用具を備えて毎日清掃を行い、清潔を保つことが大切である。

(2) とびらの取っ手の消毒

多数の子どもが使用する所では、手指の汚染を防止することが衛生上最も重要な問題である。感染予防のためには、大便所の中に手洗い施設を設けることが望ましいが、これの有無にかかわらず便所の管理として、とびらの取っ手を内外とも毎日1回以上0.02%に希釈した次亜塩素酸ナトリウム溶液を用いて消毒を行う。

(3) 専用手洗い・消毒の設備

便所には、用便後の手洗い・消毒のための設備が必要である。

手洗い器は、洗った手が再汚染されない構造のものでなければならない。このため衛生的水洗式、フラッシュ弁式、レバー方式またはパイプ流水式がよい。

用便後は必ず手洗いを行う習慣を在所・在園中に身につけさせることが必要である。この際、各自用のタオルとタオル掛けを用意したい。また、ペーパータオルの利用も考えたい。

2) 排泄のしつけ（トイレトレーニング）

一般的には大体2歳までに便や尿の予告ができ、2歳をすぎれば昼間のおむつがとれて自分で排尿でき、排尿後の手洗いもできるようになる。3歳前後で夜間のおむつがとれるようになり、3歳半で排尿の自立、そしておよそ4歳半で便の後始末も可能になる。しかし、排便のしつけはいつから始まるかではなく、子どもの発達に伴って見られる行動に対して保育者が手をさしのべることである。子どもの発達には個人差があり、当然排泄の神経支配の発達も個人差があることを忘れてはならない。

本格的なしつけは2歳頃からは行うことになるが、そのときのポイントは、

- ① 決まった時間に決まった場所で、決まった人が「シーシー」とか「ウン」と声をかける
- ② 快適な場所で、冬など便器を暖かくする

- ③ 失敗しても怒らず、成功したらほめる
- ④ 便座にかける時間は長くないように、そして嫌がるときは決して無理強いをせず、焦らない
- ⑤ トイレを汚い、怖い所と思わせないように、明るく、清潔にそして臭いが強かったりしないように配慮する

などである。

5. プール

保育所や幼稚園におけるプールは、水泳用としてよりも暑い夏の水遊び用として設備されている場合が多い。したがって、大型のビニール製のプールを数個用意して遊ばせる方式で、水泳用のいわゆる温水プールを整備している所・園は全体的に極めて少数である。

なお、プールは衛生上の管理を誤るといろいろな疾病の感染源となりうるので注意が必要である。

1) プールに起因する感染症

最も代表的なものは、咽頭結膜熱（プール熱）、流行性角結膜炎、腸管出血性大腸菌感染症などである。これらの感染症の予防のためには、水泳後の洗顔、うがい、プールの塩素消毒、そして流行すればプールの使用を禁止することも必要である。

プールで感染する皮膚疾患としては、伝染性膿痂疹（とびひ）、伝染性軟属腫（ミズイボ）がある。以上の病気についてはⅩ章に詳しく述べてあるので参照願いたい。

2) プールの水質基準および維持管理

先に述べたように、保育所・幼稚園におけるプールには、本格的なプールは少なく、通常大型のビニールプールによるものが多く、水道水を必要に応じて入れ替えるので、小学校におけるような厳格な水質基準は決められていない。しかし、できるかぎり通常のプールに準じて管理することが望ましい。

3) 子どもの体の管理

(1) 医師によるチェック

プール利用の季節になると、所・園の依頼を受けて嘱託医・園医やかかりつけ医を受診し、プールに入ってよいか診断書を希望して来院することが多い。

なお、次の疾患のある子どもについてはプールは禁止する。

- ① 耳や目の疾患および伝染性皮膚疾患がある
- ② 病後すぐ
- ③ 外傷がある
- ④ 著しく虚弱である
- ⑤ 有熱者や下痢症状がある
- ⑥ 心臓病、腎臓病などで専門医より水泳を禁止されている

- ⑦ その他プールが始まる前の時期に、蟻虫卵（+）の子どもに対しては駆虫しておくこと

(2) プール使用前後の注意

[使用前]

- ① 排尿は必ずさせ、鼻汁をかみとらせる
- ② 水着などはよく洗ったものを着用させる
- ③ 水に入る前に準備体操を行う
- ④ シャワーで身体各部を洗わせる
- ⑤ 腰洗い槽で消毒する
- ⑥ 便所に行ったときは必ず手・足・局部を洗浄消毒させる

[使用中]

- ① プール内で手鼻をかんだり、つばを吐いたり放尿することを禁じる

[使用后]

- ① シャワーで身体をよく洗わせる
- ② 洗顔とうがいをさせる
- ③ 頭、身体の水分をできるだけ早くタオルで拭い乾燥させる

4) プール使用時の安全のために

①準備体操をする②子どもから絶対目を離さない（ビニールプールでも溺水事故は起る）③使用前、人数を確認する④合図や指示を守らせる⑤その他、プール日誌に遊泳人員、時間、水温、気温などを記入する

5) 溺水の際の救急処置

溺水を発見したら水から引き上げ、すぐに心肺蘇生を始める。詳細はX章を参照願いたい。

6. その他

1) 砂場

1歳を過ぎて歩行が可能になるとともに行動範囲は拡大して、同時に探索活動も急速に広がり好奇心も強くなる。この頃に、砂、石、水、泥などの自然に触れることは重要である。幼児にとって砂場は自分だけのイメージの世界で遊ぶことができ創造性を高める。同時に開放感を味わって友達との楽しいつながりを生じ、心の安定を促すものとして、砂場は保育所・幼稚園には必須の整備すべき環境の一つといえよう。

砂場には、イヌやネコが好んで排便をするので、子ども達が利用する前によく点検して糞便を取り除く。また砂場をときどき掘り返して日光消毒することなど慎重な配慮が望まれる。

2) おもちゃ・遊具

乳幼児のおもちゃの選択にあたって、美しい音色で快い音を出すもの、色彩は豊かでしかもどぎつくないもの、目で追える程度の動きのあるもの、大きさや精巧さは発育に合ったもの等、

これらがすべて加味されたものが適当である。同時に先が尖ったりせずに安全で、すぐに壊れたりしないような丈夫なもの、たとえ口に入れても有害でない衛生的なもの、誤飲しないためにある程度の大きさがあるもの、実用的、経済的なものを選ぶ。

3) 子どもとテレビ・メディアとの関わりについて

日本小児科学会は子どものテレビの見方について次のように提言している。

- ① できるだけ（2 m以上）離れて見る
- ② 明るい部屋で見る
- ③ 何らかの異常を感じたら画面から目をそらす
- ④ 寝不足、疲労、便秘を避け、体調不良時には見ない
- ⑤ 長時間にわたり見続けない

発育途上の子どもが、長時間テレビを見ることや、ゲーム・携帯・ネットなどのメディアと長時間にわたり関わることは、肉体的、精神的な発育に大きな弊害をもたらすので、十分な注意と配慮が必要である。また日本小児科医会も、“2歳まではテレビを消してみませんか”という呼びかけをし、親も子どもメディア漬けにならないよう、子どもと共に過ごす時間を大切にしよう提言している。

VIII

乳幼児期に多い 症状・疾患への対応



乳幼児期の子どもは病気になってもそのつらい症状を自分で的確に表現することは困難である。よって、乳幼児を観察している周囲の者が疾病の発症をできるだけ早期に気づく必要がある。そのため、子どもの疾病を理解し、子どもの状態を正確に判断し、素早く対応できるよう心がけていくことは大切なことである。

また、子どもの疾病の管理は、その年齢や環境によって大きく違ってくる。同じ疾患でも重症度により管理が違いうように、個人ごとに個体差があることを念頭に置き、個々の発達および罹患した疾病を正確に記録しておくことが、保育上の貴重な資料となることを忘れないようにしたい。

子どもの観察ポイント「か・き・く・け・こ」

子どもがいつもと違う、なんだか様子がおかしいと感じる時は、子どもの状態を正確に観察し、その症状から病気であるかどうかの判断をする必要がある。子どもの一般状態の観察についてはⅢ章にまとめてあるが、日頃から以下のような点に注意して保育するように、保護者へも指導する。

か：顔つき・顔色

子どもは正直なので、病気は顔にでる。新生児でも重症の疾患の場合は顔つきが陰しくなる。表情はどうか、眼力があるか、顔色が悪くないかは子どもを観察する際の最も大切なポイントである。

き：機嫌

機嫌が悪くて親から離れられない、理由もなくずっと泣いている、いつもと泣き方が違うなど、不機嫌というだけで、じつは中耳炎や尿路感染症、鼠径ヘルニアの嵌頓などの疾患が隠れていることもある。

く：食い気（食欲）

子どもは病気になると途端に食欲が落ちて、食べられなくなる。さらに重症になると、水分も取れなくなる。乳児では体重の割に水分必要量が多いので、元の病気が何であれ、普段の半分以下の哺乳量が続くと容易に脱水に陥ってしまう。

け：元気

子どもは健康な時は元気に動き回っているのが普通である。急にじっとして動かなくなった、眠いわけでもないのにぼんやりとしている場合は発熱の有無や呼吸の状態など全身をチェックするように心掛ける。

こ：呼吸

子どもは重症の疾患になると呼吸が浅く、速くなることが多い。普段よりも呼吸数が多く、努力呼吸をしているような場合、直ちに正確な診断と適切な処置が必要である。

1. 急性疾患

1) 発熱

子どもの発熱の特徴として、①子どもは体温調節機能が未熟なので、熱は上がりやすく、冷

めやすい。よって、高体温にもなりやすいが、適切な処置により効果的に下げることができる。②一般に、平熱より1℃以上高い場合を発熱とみなすことが多いが、発熱の経過を熱型表につけて観察すると原因疾患の推測に役立つことがある。③低体温の場合でも重症の疾患やショック状態が隠れていることがある。とくに、生後3か月までの乳児の高熱や低体温は重症細菌感染症のことがあり、要注意である。

子どもの発熱の主な原因を表Ⅷ-1にまとめるが、感染症による発熱が最も多い。感染症の中では、感冒、いわゆる「かぜ症候群」であるウイルス感染症が多いが、細菌感染症のこともある。乳幼児期は細菌やウイルスに対する抵抗力が弱く、集団生活をしていれば感染の機会も多くなる。生後6か月以後、母体からの免疫もなくなり、多くの病原体に対して抵抗する力が弱くなる。保育所・幼稚園における発熱の繰り返しに保育者も悩まされるが、抵抗力がついてくれば発熱の機会は次第に減少していく。1歳前後で生まれて初めて38℃以上の発熱があり、機嫌は比較的良好な場合は、突発性発疹の可能性が高い。生後2か月から接種できる肺炎球菌やヒブ、さらに4種混合（DPT-IPV）などの予防注射は大切なので、必ず入園前の健診でワクチン接種歴を確認しておく。感染症以外としては、川崎病や周期性発熱疾患なども忘れてはならないが、悪性腫瘍や膠原病の初発症状としての発熱も稀ではあるが留意する必要がある。

発熱に対する処置としては、発熱を認めたら室温や冷暖房の状態、着せ過ぎなどをチェックし、涼しくして経過をみる。かぜ症状がなければ、水分を与えて少し冷やすだけで体温は下がってくることも多い。38℃以上になれば頭部を氷枕や冷却シートなどで冷せばよいが、児が嫌がる時には強制はしない。それでも下がりきらない場合は頸部や腋窩、鼠径部など数点を十分に保冷する。急激に体温が上昇する際に寒気を訴えることがあるが、そのときは身体を暖める。発熱の治療は発熱の原因疾患に対する治療が最優先されるべきであり、解熱剤は根本的な治療薬ではない。患児の苦痛を一時的にやわらげることを期待して使用される場合もあるが、1日1, 2回までの頓用が最良の投与方法である。保育中に発熱を認めた場合は、合併症状の有無を可能な限り探索し、汗をかいたらよく拭き、着替えさせ、水分をこまめに補給する。38℃以上の高熱が持続するようであれば、保護者へ電話等で連絡し、迎えがあるまで何回か体温を測定し、記録に残しておく。児の状態によっては医療機関への受診を勧める。

表Ⅷ-1

発熱のおもな原因	主要な疾患
感染症	呼吸器（上気道炎、気管支炎、肺炎）泌尿器（膀胱炎、腎盂炎） 消化器（胃腸炎）脳神経（髄膜炎、脳炎）敗血症 その他の全身の感染症（麻疹、風疹、突発性発疹、咽頭結膜熱）
脱水	嘔吐下痢症
自己免疫疾患、膠原病	若年性特発性関節炎 SLE リウマチ熱 川崎病 周期性発熱疾患
内分泌系	甲状腺機能亢進症 中枢性尿崩症
心因性、詐病	心身症 代理によるミュンヒハウゼン症候群
その他	熱中症 不適切な環境 医原性（予防接種副反応、手術）

2) 発疹

小児で発疹を伴う主な疾患を表Ⅷ-2に示す。小児では伝染性の疾患も多く、感染症の全身症状のひとつとして出現するものと、単独の皮膚疾患として出現するものがある。

発疹には原発疹と続発疹がある。

① 原発疹：斑（紅斑・紫斑・色素斑）、丘疹、結節、水疱、膿疱、膨疹など。

② 続発疹：びらん、潰瘍、膿瘍、亀裂、鱗屑、痂皮など。

子どもで多いのは、湿疹、接触性皮膚炎、おむつかぶれ、汗疹、蕁麻疹などであるが、感染症に伴う場合は特有の発疹や熱型になる。アレルギー性紫斑病の際の点状出血も発疹と間違われやすいので注意が必要である。看護の要点としては、発疹の部位・状態を観察して、伝染性疾患か否かをまず判断し、水痘や麻疹・風疹などの感染力が強い疾患が疑われる場合は他の児と隔離して保育する。発疹が時間とともに増えているか、どこから出始めたか、痒みや痛みはあるか、他に症状はあるか、なども観察する。発疹の出た皮膚は充血し、損傷を受けやすいため、皮膚の保護と清潔が大切である。体温が高くなったり、汗をかいたりすると痒みが増すので、保育の環境や寝具に気をつける。掻痒感を伴い、乳幼児でどうしても掻いてしまう場合、爪は短く切り、手袋を用いたり、掻痒部を冷やしたり、軽く撫でてやるのが効果的である。

表Ⅷ-2

発疹の主な原因	疾患
ウイルス感染症	麻疹 風疹 突発性発疹 水痘 伝染性紅斑 手足口病 伝染性軟属腫 ジアノッティ病 カボジ水痘様発疹症
細菌感染症	溶連菌感染症 伝染性膿痂疹 瘰癧
真菌感染症	陰部白癬 カンジダ皮膚炎 鷺口瘡
その他の感染症	マイコプラズマ 疥癬 ツツガムシ病
感染症以外で留意する疾患	川崎病 薬疹 多型滲出性紅斑 接触性皮膚炎 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 膠原病や悪性腫瘍に合併する皮疹

3) けいれん

けいれんとは全身または一部の筋肉の不随意で発作的な収縮の繰り返しのことをいう。乳幼児期、とくに生後5か月から2歳くらいまでが最も起こしやすく、脳炎や髄膜炎など、重篤な疾患の一症状のことがあり、要注意である。また、脳神経疾患以外にも低血糖や電解質異常、薬物中毒、先天性代謝異常、外傷など、けいれんの原因は多岐にわたる。さらに、乳幼児では、けいれんと間違いやすい病態や疾患もあるので、まず本当にけいれんかどうか、正確な情報の収集に努める。問診のポイントとしては、①けいれんの性状（身体の全体か一部か、硬直性か間代性か、意識の有無、持続時間、頻度、出現時の状況、誘因の有無）、②随伴症状（発熱、嘔吐、下痢、頭痛、視覚症状、麻痺）、③基礎疾患の有無（既往歴、家族歴、周産期歴、発達歴）などがある。以下に代表的な疾患を挙げ、簡単に説明する。

① 熱性けいれん 38℃以上の急な発熱に伴って乳幼児（主に6か月～5歳）に生じるけいれんで、単純型の場合、発作は通常1回だけのことが多く、数分以内で

治まり、発達にも影響しない。けいれんが何回も起こる、持続時間が長い、左右非対称である場合は複雑型とされ、軽快後も脳波検査が必要である。

- ② 乳児良性けいれん 乳児におこる無熱性の全身けいれんで、原因疾患がなく、脳波検査でも異常を認めず、発達も正常である。
- ③ 胃腸炎に伴う無熱性けいれん ウイルス性胃腸炎に伴っておこる無熱性のけいれんで、群発する場合がある。脱水や低血糖などに続発するけいれんでない場合をいう。
- ④ 泣き入りひきつけ・憤怒けいれん 乳幼児に多く、強い啼泣に伴い、呼吸停止、意識消失、四肢のけいれんをきたすが、すぐに回復する。予防は良好である。
- ⑤ てんかん 脳神経細胞の異常放電によっておこる疾患であり、多彩な臨床像を持つ。抗てんかん薬による治療が必要であるが、予後は疾患によって異なる。詳細は [68ページを参照のこと](#)。

けいれん時の対処であるが、発作時には静かに寝かせ、顔は横に向け、吐物などによる窒息を避ける。けいれん中に舌を噛むことはまず無いので、割り箸や布などを口の中に入れるべきではない。発作が5分以上続く場合はすぐに救急車を要請して、止痙のための適切な処置を施す必要がある。何度も熱性けいれんをおこす児には、予防として発熱時にジアゼパム坐薬を使用するのが一般的である。

4) 呼吸困難

呼吸困難とは正常な呼吸機能が障害された場合に生ずる状態である。乳幼児では、息苦しい感覚を正確に表現できないので、客観的に判断する必要がある。症状としては、顔面蒼白、呼吸促迫、鼻翼呼吸、下顎呼吸、努力呼吸、チアノーゼ、呻吟、季肋部・肋間腔の陥凹、苦悶表情、無呼吸を呈するが、呼吸数、心拍数、SpO₂に注意しながら、呼吸障害の原因を究明する。主な原因としては、①気道狭窄（アデノイド、扁桃肥大、舌根沈下、クループ、喉頭軟化症、気管狭窄、気管支炎、細気管支炎、喘息、気道異物）、②換気面積の減少（肺炎、無気肺、気胸、横隔膜ヘルニア、縦隔腫瘍）、③換気能力の低下（横隔神経麻痺、側弯、高度肥満）④その他（心不全、高度貧血、過換気症候群、ショック、薬物中毒）などがある。

対処として、応急的には、衣服、寝具を軽くして、体位は上半身を高くする。起座位にすることもよい。全身状態をよく勘案して、適切な治療を急ぐことが賢明な対応である。

5) 咳・喘鳴

咳は気道内の分泌物や異物などを取り除く正常な反射作用、生体の防御反応である。咳の性状から湿性と乾性に分けられ、3週間以上続く場合を遷延性、8週間以上を慢性咳嗽とする。咳をしている子どもを見たら、①咳はいつから始まったか、②発熱や鼻汁、鼻閉、呼吸困難など他の症状はあるか、③食物アレルギー、気管支喘息の既往はあるか、④1日のうちでいつ頃が多く出のかなどをチェックする。考えられる疾患には鼻咽頭炎、気管支炎、肺炎、百日咳、クループ症候群、肺結核、気管支喘息、心因性などが挙げられる。治療として、鎮咳剤の投与

による鎮静には賛否両論あるが、まずは鑑別診断を正確に行い、原因を見極めることが大切である。対処としては、痰が切りやすくなるよう十分に水分を与え、咳きこみが続く場合は背中をさすったり、タッピングを行う。保育室内の温度や湿度に留意し、空気の清浄を心がける。

喘鳴は、喉頭、気管、気管支、細気管支などの気道が狭窄されたために生じる呼吸音の異常を総称したもので、ゼーゼー、ヒューヒュー、ゼロゼロなどと表現される。喘鳴は気道狭窄の部位により吸気性（上気道由来）と呼気性（下気道由来）に分けられるが、疾患の合併により両方が混在することも多い。吸気性喘鳴をきたす疾患には先天性喘鳴、鼻腔狭窄、アデノイド肥大、喉頭軟化症、仮性クループ、喉頭蓋炎などがあり、呼気性喘鳴をきたす疾患には細気管支炎、気管支喘息などがある。また、気道異物などの不慮の事故や食物アレルギーによるアナフィラキシーでも急な喘鳴をきたすことがあり、保育中の事故防止には十分に配慮する必要がある。チアノーゼや意識障害をきたしたり、呼吸困難が強い場合は、生命の危険を伴う場合があるので、緊急的な処置が必要になることを念頭に入れて観察すべきである。

6) 嘔吐・下痢

小児は軽い刺激に対しても容易に嘔吐する。最も多いのは、啼泣や咳嗽などの末梢刺激による反射性嘔吐である。原因として、消化器系の疾患（急性胃腸炎、胃食道逆流症、肥厚性幽門狭窄症、腸重積、虫垂炎など）以外にも、中枢性疾患（脳腫瘍、水頭症、脳炎、髄膜炎、頭蓋内出血）、内分泌疾患（周期性嘔吐症、糖尿病、先天性代謝異常、肝炎、膵炎）、泌尿器系疾患（尿路感染症、ネフローゼ症候群、尿毒症）、その他、食物アレルギー、薬物中毒、心因性的のものもある。嘔吐が突発的か、咳や吐き気などの前駆症状があったか、食事・授乳との時間的な関係、不適当な食品がなかったかを調べる。また、吐物に血液や胆汁が混入しているか、嘔吐の回数、吐物の量、単なる溢乳か噴水様嘔吐かもよく問診することが大切である。随伴症状として、発熱・下痢・腹痛・腹部膨満・食欲不振・吐き気・頭痛・機嫌などを確認する。頭を強く打った後に嘔吐を繰り返し、意識混濁を認める場合は、至急に脳神経外科のある病院を受診させる。

下痢は腸液の過剰分泌と大腸の水分の吸収不全が主な原因で、急性の場合、感染性下痢症が多いが、食物アレルギーや抗生剤などの薬剤によるものも留意する。感染性下痢症では、便の性状、血液や粘液の混入の有無、発熱や腹痛の程度により、細菌性かウイルス性を判断する必要があるが、異常な便は便培養の検体として保管しておく。以下に急性胃腸炎について、簡単に説明する。

- ① ウイルス性胃腸炎 晩秋から初冬にかけて流行するロタウイルスやノロウイルスによるものが最も多い。激しい嘔吐、発熱で発症し、白色の水様下痢便をきたす。潜伏期は1～3日で、重症の脱水症をきたすこともあるので、適切な輸液、食事療法が大切である。
- ② 細菌性胃腸炎 発熱、嘔吐、粘液便や血便、激しい腹痛をきたすことが多い。生肉の摂取による食中毒として発病することが多く、確定診断には便培養による菌の同定が必須である。起因菌としては、カンピロバクター、サルモネラ、病原性大腸菌などがあり、病原性大腸菌O-157などによる腸管出血性大腸炎では溶血性尿毒症症候群を併発し、死亡することもある。

嘔吐下痢が繰り返される場合、まず腹部を暖め、制吐剤の投与などの処置を行う。脱水症状に留意しながら、適切な時期に少量からの経口補液もしくは経静脈的に輸液を選択すべきであり、重症の場合は入院管理が必要である。感染性胃腸炎の場合、吐物や下痢便のオムツの処理には注意する必要がある。健康な他の児に二次感染しないように留意し、手洗いはもちろんであるが、使い捨ての手袋やビニール袋を用い、汚れた場所は次亜塩素酸ナトリウム50倍希釈液を含ませた雑巾で清拭する。

7) 脱 水

乳幼児はささいな原因で水または電解質の異常をきたしやすく、体液の不足・電解質バランスがくずれた状態になりやすい。脱水には主として水分の欠乏した高張性脱水と、電解質が欠乏した低張性脱水、さらに両者を混合した等張性脱水がある。原因としては、発熱、嘔吐、下痢、食事・水分の摂取不足、不適当な調乳、熱傷などがある。脱水の重症度の臨床的評価を表Ⅷ-3に示すが、年齢に応じた水分所要量を基本に補給量を決定する。

乳 児 = 1日 150ml/kg

幼 児 = 1日 100ml/kg

軽度の脱水の場合には、経口補液剤などを用いて自宅治療が可能であるが、意識障害を伴う重症の脱水では輸液療法のため入院が必要となる。

表Ⅷ-3

所見と症状	軽度脱水	中等度脱水	重症脱水
全身状態： 乳幼児	渴：清明：落ち着きのなさ	渴：落ち着きのなさあるいは不活発、しかし触ると易刺激性、あるいは傾眠	傾民：ぐったり、冷たい、発汗、四肢チアノーゼ：昏睡にもなる
年長児と成人	渴：清明：落ち着きのなさ	渴：清明：立位で低血圧	通常意識がある：知覚はある：冷たい、発汗、四肢チアノーゼ：指と足のしわ：筋のけいれん
橈骨脈	正常の数と大きさ	速くて弱い	速くて、弱い、ときには触れない
呼吸	正常	深い、速いこともある	深くて速い
大泉門	正常	陥没	非常に陥没
収縮期血圧	正常	正常あるいは低い	90mm以下：たぶん測定できない
皮膚弾性	つまんですぐもどる	つまんでゆっくりもどる	つまんで非常にゆっくりもどる(2秒以上)
眼	正常	陥没(判定できる)	著明に陥没
涙	みられる	なし	なし
粘膜	湿っている	乾いている	非常に乾燥
排尿	正常	量の減少と色が濃くなる	数時間みられない：膀胱は空
体重減少(%)	4～5%	6～9%	10%あるいはそれ以上
体液喪失推定量	40～50ml/kg	60～90ml/kg	100～110ml/kg

資料：世界保健機構の指針より改変（塙嘉之：中山健太郎ほか監訳「ネルソン小児科学」H P J 出版局、1986）

8) 腹 痛

子どもの急な腹痛もよく認める症状の一つであるが、腹痛の部位により、ある程度原因を推測することができる。すなわち、臍より上部では胃腸、肝胆膵、呼吸器、心臓の疾患、臍周囲では小腸、大腸、心因性の疾患、下腹部では虫垂、直腸、泌尿器、卵巣、鼠径部の疾患のことが多い。その他の症状として、発熱や嘔吐の有無、便の性状や回数などを問診するが、左側上下腹部の急性腹症では便秘に伴うものがほとんどであり、浣腸により排便できれば痛みはすぐに消失する。以下に、見逃してはならない、重要な疾患を説明する。

- ① 腸重積症 生後6か月～2歳までの乳幼児に好発する。急に激しく泣きだし、嘔吐、イチゴゼリー状の鮮血便、腹部腫瘤を認める。診断には超音波検査が有用で、疑いがあれば、透視下で高圧浣腸による診断的治療を緊急的に行う。
- ② 虫垂炎 小児の虫垂炎は6歳頃から好発年齢であるが、痛みが右下腹部に限局していない場合もあり、確定診断には血液検査や超音波検査が必要である。最近では急性期には開腹せず、腹腔鏡による待機手術も行なわれている。
- ③ 精巣捻転 新生児期と思春期に多く、陰囊部の突然の激しい痛みで発症する。ねじれた睾丸を放置すると壊死することもあるので、泌尿器科医による専門的な診断と速やかな外科的処置が必要である。
- ④ アレルギー性紫斑病 アレルギー性機序により血管が障害を受ける疾患で、3～7歳に好発する。種々の感染症に続発し、下腿部の紫斑や点状出血、関節痛などを伴う。腎炎などの合併症もあり、超音波検査で十二指腸壁の肥厚を認める。症状が強い場合は入院加療が必要である。

9) 頭 痛

子どもの頭痛は、経過が急性か慢性か、性状として拍動性があるかどうか、さらに強度や持続時間などによって評価される。大きく分けると、①片（偏）頭痛、②緊張型頭痛、③二次性頭痛、④慢性頭痛などに分類される。原因として最も多いのは感染症による発熱や疲れ、寝不足などに伴うものであるが、最近では、眼精疲労（近視、TVゲームなどのメディア中毒）によるものや精神的な要因による慢性の頭痛も増加している。また、稀ではあるが脳腫瘍、モヤモヤ病などの脳血管障害による二次性頭痛も考慮する必要がある。問診では、単に頭痛の性状や強さだけでなく、実際の生活でどの程度の支障をきたしているのかを見極めることが大切である。保育中の急な頭痛への対応としては、発熱や嘔吐など他の症状の有無をチェックし、軽い痛みであれば氷枕などの処置で様子を観察しながら、十分に休養させる。

2. 乳幼児突然死症候群

(SIDS : Sudden Infant Death Syndrome)

乳幼児突然死症候群（SIDS）はそれまで元気だった乳幼児が、事故や窒息ではなく眠っている間に突然死亡してしまう病気であり、日本での発症頻度はおよそ出生6,000～7,000人に1人と推定され、生後2か月から6か月に多い。平成23年には全国で148人がこの病気で亡くなっている。SIDSは日本における乳児死亡の第3位にランクされる。乳幼児突然死症候群

(SIDS) 診断ガイドライン (第2版) (平成24年10月) ではSIDSは除外診断であり、剖検により死因となる所見が見られなければSIDSと診断するが、剖検されない場合はSIDSの診断は不可能であるとされている。もし、保育所や幼稚園で乳幼児の心肺停止に遭遇すれば直ちに救急車により病院に搬送する。そして不幸にして死亡が確認されれば担当医に警察に異状死の届け出を行い、司法解剖あるいは行政解剖を実施してもらうように要請する。このような場合、保育所や幼稚園の不注意による窒息事故かSIDSか、あるいは他の死亡につながる原因があったのかが問題となるケースが多い。後のトラブルを避けるためにも剖検を施行して死因を明らかにする事は重要である。

平成9年に厚生労働省が本症候群の発症原因について疫学調査を実施した結果、うつぶせ寝(3倍)、保育者の喫煙(4.7倍)、非母乳保育(4.8倍)などの育児環境が危険因子としてあげられた。これらの啓発により発生数は年々減少傾向にある。

1) ハイリスク因子

これまでに判明した新生児、乳児のハイリスク因子は、①児が異常に泣くか、おとなしすぎる②胎内発育障害の児③哺乳力の弱い児、体重増加不良の児④第2子に多い⑤新生児期に多呼吸、頻脈、チアノーゼ、嘔吐などが認められるなどであるが、これらの状態はいずれも常に十分な管理が必要で、母親はもちろんのこと、保育する保育士もまた細心の注意のもと、救急管理を習得しておくことが求められる。

2) 突然死の発症生理

しかし、以上の危険因子の有無にかかわらず、健康な赤ちゃんが突然死亡することをもってSIDSと診断される。その原因は未だ定かでないが、呼吸中枢をコントロールする脳幹部の発達の微細な遅れのため、睡眠時に起こる生理的範囲の無呼吸から覚醒する反応が遅延して低酸素血症となり、この状態がさらに呼吸中枢を抑制し、死亡すると考えられている。

3) うつぶせ寝とSIDSの関係

本症候群はその解剖学的特徴から上気道の閉塞、吐物などによる窒息を含まないとしている。しかしうつぶせ寝との関係では、①やわらかいマットに埋まること②クッションにより再呼吸が抑制され息を止めて低酸素血症になること③高体温になりやすい④子どもの状態を最もよく観察できる顔が見えない⑤子どもがよく眠ること、子どもの顔が見えないので保護者がそばを離れがちになることが指摘されており、子どもを失った母親がそのいずれかに常に悩み続けることになる。

4) その他の危険因子とSIDSの関係

受動喫煙はそのニコチン作用により一過性の高血圧、低酸素血症をもたらすことにより、SIDSとの関係が示唆されている。さらに本症の誘因としては軽度の上気道感染や分泌物などによる気道狭窄が考えられており、最近では、この他に乳幼児が一人で放置されている育児環境がSIDSの危険性を増しているともいわれている。

5) SIDSの予防

先に述べたように、主たる三つの危険因子（うつぶせ寝、親の喫煙、非母乳保育）を除くことによってSIDSは半減するが、①ハイリスク児、もしくはSIDSを体験した母親に授かった次の子どもについてはモニタリングや十分な生活環境が常に重要である②母親の喫煙を禁じるとともに、父親の喫煙と分煙も考慮する③母乳育児を円滑に進めるための母親へのエモーショナルサポートが極めて重要である④出生直後から可能な限り早期の母子同室、母子同床、添い寝の励行を支援する⑤うつぶせ寝は子どもが自分の力で寝返りができ、自然に頭を持ち上げて容易に呼吸が可能となるまでは禁止とすべきであり、その月齢は4～10か月である⑥着衣や寝具は暖めすぎないように調整する。添い寝など母子が常に接している育児環境がSIDSの予防になるという意見もある。

第X章図X-9に示すSIDS予防のためのポスターを参照していただきたい。

3. 慢性疾患

1) アレルギー性疾患

アレルギー性疾患には、気管支喘息やアレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎やじんましん、アレルギー性胃腸炎などがある。これらの疾患は、子どもの年齢によって出現頻度が異なってくる。

乳幼児期では、離乳開始頃からアトピー性皮膚炎やアレルギー性胃腸炎が多くなり、一方、2～3歳を過ぎた幼児期から気管支喘息やアレルギー性鼻炎が増加、さらに成長すると花粉症などが目立ってくる。

ここでは気管支喘息とアトピー性皮膚炎を取り上げることとする。

(1) 気管支喘息

1) 定義

喘息は気道狭窄・閉塞を示す、発作性の呼気性呼吸困難、喘鳴、咳の症状とする疾患である。自覚症状を訴えない乳幼児では、多呼吸、陥没呼吸などを認める。生理学的には高い気道過敏性が特徴である。

2) 小児喘息

小児喘息は喘鳴、呼吸困難などの臨床症状より判断することが多いが、その背景として、多くは環境アレルゲンによる慢性のアレルギー性炎症を伴う気道の過敏性が存在する。過敏性を刺激して発作の誘因となるものには、アレルゲンの他に、呼吸器感染、タバコや花火の煙などの汚れた空気、冷氣、ランニングなどの運動や台風などの気象、天候が知られている。乳幼児期には臨床症状が似ている細気管支炎との鑑別が重要となるが、喘息では検査でアレルギー反応が認められる場合が多く、その発症が6か月未満の乳児には少ないことなどの特徴がある。

3) 発作の程度と重症度

発作の程度は小発作、中発作、大発作の3段階に分類される（表Ⅷ-4）。その程度は主に呼吸状態で判定し、他の項目は参考事項とする。

表Ⅷ－４ 小児喘息の発作の程度

	呼吸の状態	生活の状態			
		遊 び	睡 眠	機嫌(会話)	食 事
小発作	軽い喘息がある 軽い陥没呼吸を伴うこともある	普 通	普 通	普 通 (普通に話をする)	普 通
中発作	明らかな喘息と陥没呼吸を認め、 呼吸困難がある	や 困	や 難	時々目を覚ます (話かければ返事をする)	や や 不 良
大发作	著明な喘息、呼吸困難、起座呼吸を呈し、時にチアノーゼを認める	不 能 またはそれに近い状態	不 能 またはそれに近い状態	不 良 (話かけても返事ができない)	不 良 またはそれに近い状態

- (注) 1. 発作程度は主に呼吸の状態で判定し、他の項目は参考事項とする。
2. 呼吸音減弱、意識障害(興奮、意識低下、疼痛に対する反応の減弱等)は危険な徴候である。

重症度は発作の程度と発作の頻度から、軽症、中等症、重症の3段階に分類する(表Ⅷ－5)。

表Ⅷ－5 小児喘息の重症度

発作の程度 発作の頻度	大发作	中発作	小発作	
1年に数回以内	中	軽	軽	軽：軽症(S ₁)
6か月に数回	重	中	軽	中：中等症(S ₂)
1か月に数回	重	重	中	重：重症(S ₃)

- (注) 1. 観察期間は1年以上とする。
2. 次の場合は発作のいかんにかかわらず重症とする。
a. ステロイド依存例(吸入ステロイド薬を除く)
b. 1年以内に意識障害を伴う大发作があった場合
3. 施設療法中のものは、その旨を記載する。
例：中等症(施設療法中)
4. 重症度を寛解S₀、軽症S₁、中等症S₂、重症S₃と略語を用いて表現してもよい。

観察期間は1年以上とし、ステロイド依存剤(吸入ステロイド薬を除く)と、1年以内に意識障害を伴う大发作があった場合は重症とみなされる。

4) 喘息発作に対する対応

臨床的には急性発作の症状を示し、病理学的には慢性炎症である気管支喘息を治療していくためには、かかりつけ医の存在が何よりも大切である。したがって、喘息発作への対応としては呼吸困難をきたさないように発作の早期治療と無症状が持続するまでの十分な治療継続が原則である。

発作の初期にはβ刺激剤の吸入が最も有効であり、第一選択薬である。小発作でもそ

の後数日間は気管支拡張剤を内服させる。中発作では、医療機関を速やかに受診させ、大発作への移行を防ぐことが必要で、吸入療法その他、気管支拡張剤の（点滴）注射が行われる。改善がみられない場合には入院治療を要し、無症状が持続するまで後療法を必要とする。大発作では救命救急処置が必要であり、可及的速やかな専門医療機関への移送が必要である。

5) 小児喘息の長期管理とQOL（生活／生命の質）

気管支喘息は、現在、病理学的には、持続性の炎症性疾患と定義されており、その治療の目的も、無発作状態をできるだけ長期に維持し、早く寛解・治癒に導くことにある。そのためには、発作の早期治療、予防的薬物治療法の継続の励行にあわせ、水泳などの運動療法やダニなどのアレルゲンを減らすことなど、生活環境の改善が重要であることは以前からいわれてきたとおりである。治療としては気管支喘息に効果があるとされる抗アレルギー薬やステロイドの吸入薬などが中心となる。

(2) アトピー性皮膚炎

1) 定義

アトピー性皮膚炎は、①掻痒感が強い②典型的な皮疹③慢性に経過④アレルギーの家族歴か遺伝歴を有するなどの特徴を有している皮疹に対して用いられる。

2) 症状

アトピー性皮膚炎は、生後2～3か月の乳児期から、1～2歳の幼児期早期に発症することが多い。乳児期や幼児期早期では、顔面を主とし、痒みの強い紅斑、丘疹が出現し、湿潤して痂皮を伴うことが多い。耳切れを見ることや体幹、四肢には貨幣状湿疹の所見がみられることもある。幼児期後半以後では、皮疹の湿潤傾向は減少し、痒みを伴った乾燥した苔癬化^{たいせんか}局面、丘疹が主体となり、好発部位は頸部、肩の他、四肢では肘や膝関節の屈側となる。皮疹がない皮膚でも、乾燥して梨の皮や鳥肌のようになっていることが多く、アトピー皮膚とかドライスキンと呼ばれる。アトピー性皮膚炎では、しばしばブドウ球菌などの細菌感染や、単純ヘルペスウイルス感染（カポジ水痘様発疹）などの合併症がみられる。

3) 治療

スキンケア、家ダニの除去などの環境整備や日常生活指導を基本とし、適切な外用剤の塗布、重症例では抗ヒスタミン剤や抗アレルギー剤の内服、さらに食物アレルギーが関与している場合には除去食療法が必要である。

- ① スキンケア：皮膚を清潔に保ち、垢や細菌などの刺激を少なくしてくれる低めの温度での毎日の入浴、外出から帰ったときの手洗いの励行である。使用する石けんやシャンプーは、特に問題がなければ普通のものでよい。
- ② 環境整備：ダニやカビが原因や増悪因子であることもあり、こまめな掃除、洗濯も大切なことである。
- ③ 外用剤：ドライスキンがある場合には、ワセリンなどの保湿剤の塗布は極めて有効である。ステロイド剤は極めて有効かつ有用な治療薬であり、いたずらに危険視するのは正しくない。ステロイド剤は4段階の強度に分類されており、大切なことは重症度、経過に合わせてこれらを使い分けることで、漫然と強いものを使用し続けにくいこ

とである。外用剤は1日2回の塗布を基本とし、軽くのばす程度で、強く擦り込むことは逆に刺激となりえるので注意が必要である。

- ④ 内服薬：痒みが強い場合や、重症者、食物アレルギーが関与している場合には、抗ヒスタミン剤や抗アレルギー剤が有効である。

4) 食物アレルギーとの関連

アトピー性皮膚炎と食物アレルギーが関係している場合がある。しかし安易に食事制限をするのではなく、検査等で食事との関連性を調べたうえで、必要に応じて行う。

2) 心疾患

(1) 川崎病

川崎病（急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群：MCLS）は4歳以下の乳幼児に好発する原因不明の疾患で、時に冠動脈瘤の後遺症が認められる。重篤な後遺症を認める場合は、専門医の指示に従う。一般的には軽い運動または中等度の運動を障害の程度により許可する。狭窄のない冠動脈瘤を有する5歳以下の乳幼児は運動制限の必要はない。

(2) 先天性心疾患

先天性心疾患の中で特に突然死を起こしやすいものは、重症大動脈弁狭窄症・原発性肺高血圧症・先天性冠動脈異常などである。

また、心不全があり治療を必要とする者、高度のチアノーゼを有する者は、原則的に運動を禁止とする。

(3) 後天性心疾患

ウイルス性心筋炎は感冒様症状を伴って発症し、頻脈・多呼吸などの心不全を伴うことが多く、危険な不整脈もしばしば認められる。突然死を起こしやすいので、治療後も運動制限をするなど注意が必要である。

(4) 不整脈疾患

心室性頻拍症・運動負荷により誘発される多源性の心室性期外収縮は、運動制限が必要である。

3) 腎疾患

(1) 乳幼児の腎尿路症状

腎症状として重視されているのは、①血尿②蛋白尿③浮腫④高血圧である。

(2) 乳幼児の腎尿路疾患

臨床病型からその発症頻度をみると、小児では成人に比べ原発性糸球体疾患が多く、逆に腎不全は少ない。小児でも乳幼児期に限ると、特発性ネフローゼ症候群、尿路感染症、急性糸球体腎炎、遺伝性疾患では家族性血尿症候群、Alport症候群、先天性ネフローゼ症候群などがあげられる。特発性ネフローゼ症候群は乏尿、浮腫に気づき、検尿で高度の蛋白尿、低蛋白血症があり診断される。尿路感染症は新生児期には男児に多いが、その後は女児に多い。感染を反復するものには尿路に形態異常を合併していることが多いので、その診断に有力な画像検査を施行する。遺伝性疾患については二親等くらいまでの詳細な家族歴の聴取が必要で、場合によっては検尿を行ってみる。家族性血尿症候群は現在まで

小学校入学前後に発症または発見される頻度が高くなっている。溶連菌感染後急性糸球体腎炎（PSAGN）はわが国をはじめ先進諸国では減少してきている。

集団検尿が広範に実施されているわが国では、暫定診断として、無症候性血尿・蛋白尿が多数発見されるようになってきた。これらの群の内容は単一疾患ではないだけに、経過観察が重要となってくる（表Ⅷ－6）。

表Ⅷ－6 無症候性蛋白尿、無症候性血尿および血尿・蛋白尿群を管理する上での目安

	無症候性血尿	無症候性蛋白尿	血尿・蛋白尿群
増悪進行	まれ	あり	多い
生活規制	ほとんどなし	ときにあり	あり
検 尿	3か月に1回	間歇的なものは2～3か月に1回 持続性のもは1か月に1回	1か月に1回
血液検査	年に1～2回	3～4か月に1回	3か月に1回
専門医受診を要する場合	1) 蛋白尿が合併してくる場合 2) 血液検査に異常を認めた場合 3) 肉眼的血尿をきたす場合	1) 血尿が合併してくる場合 2) 血液検査に異常を認めた場合 3) 蛋白尿が増加し、1日0.5～1.0gを超える場合	1) 増悪傾向が認められる場合 2) とくに蛋白尿が多い場合 3) 血液検査で異常を認める場合
備 考		一過性の蛋白尿や体位性蛋白尿を除外すること	ある程度以上の尿所見が見られれば専門医を受診させた方がよい

資料：日本公衆衛生協会「こどもの腎臓病ガイドⅡ」1989

(3) 腎・尿路疾患患児の治療・生活管理

わが国では腎・尿路疾患患児は幸いなことに従来より早期に発見、診断されるようになってきた。しかし、腎・尿路奇形、尿路感染症の多くは有効な治療により慢性腎不全への進行は阻止できるものがある一方、いまだに先天性ネフローゼ症候群、Alport 症候群などの治療には有効な治療法はない。ただ、基本的には疾病の進行は阻止できなくても、生活管理指導、的確な対症療法で腎不全に入る時期は遅延させることは可能である。具体的な生活管理は、主治医と相談するのが基本となる。

4) 中枢神経疾患

出生後または幼少児期における中枢神経障害に起因する疾病ないし症候群を呈する小児をいう。

1) 周産期のリスク因子

①低出生体重児（特に1,500g以下の極小未熟児）②仮死産児③重症黄疸児④新生児けいれん⑤その他治療を必要とした子どもは全例その問題に応じた精密検診が必要で、退院後も精密検診の繰り返し、発育発達の継続的観察の療育が要求される。

2) 中枢神経疾患とは

中枢神経疾患児は出生1,000対1.5が現状で、この内、純粋な脳性麻痺は0.5で他はすべて複合障害である。新生児医療の進歩は限りなくCPの減少をもたらすことから、今後は複合障害が大部分を占める。

(1) 脳性麻痺 (CP: Cerebral Palsy)

発達の過程に生じた大脳の非進行性病変に基づく、永続的な運動障害を総称する。

1) 原因

出生前のものは脳の形成異常が最も多く、ときには妊娠中の薬害、感染が原因と考えられるものがある。

出生時のものとしては脳の循環障害と全身性の低酸素症が重要で、生後1週未満の障害因子としては頭蓋内出血・低酸素症・アシドーシス・低血糖症・高ビリルビン血症を重視しなければならない。生後1週以後では各種の脳炎・髄膜炎がある

2) 病型

運動障害の分布、性質によって表Ⅷ-7、表Ⅷ-8のような型に分類される。

表Ⅷ-7 運動障害の分布による分類

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) 単麻痺：一肢だけ</p> <p>(2) 対麻痺：両側下肢だけ</p> <p>(3) 片麻痺：片側上下肢</p> <p>(4) 三肢麻痺：三肢、通常は両下肢と一側上肢</p> <p>(5) 四肢麻痺：四肢</p> <p>① 両側片麻痺：上肢の障害が下肢より強い。</p> <p>② 両麻痺：下肢の障害が上肢より強く、時に体幹や顔面もおかされる。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

表Ⅷ-8 運動障害の性質による分類

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) けい直型：伸展反射の亢進</p> <p>(2) アテトーゼ型：不随意的な非協調性筋緊張</p> <p>(3) 強剛型：屈伸両筋群の緊張亢進</p> <p>(4) 失調型：協調運動および平衡機能の障害</p> <p>(5) 振戦型：律動的な不随意運動</p> <p>(6) 無緊張型：深部反射の亢進を伴う筋緊張の低下</p> <p>(7) 混合型</p> <p>(8) 分類不能</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3) 治療

運動障害に対しては、発達の順序に従って訓練をするが、療育担当スタッフによって適切に進められることが重要である。また、てんかんを伴うものでは抗けいれん剤を与え、言語障害に対しては言語療法を行う。

4) 重症心身障害

身体的精神的障害が重複し、かつそれぞれが重度であるものをいう。

(2) 知的障害 (精神遅滞) (MR: Mental Retardation)

知能の発達が遅れ、正常な社会適応や身の処置が困難な状態をいう。その原因は多彩であるが、その子にとっては健全であるとの認識を持って、抱えている課題にかかわり、保護者を支援してその子が今より少しでも社会適応できる道を拓くように努めるべきである。

1) 原因

周生期の脳障害、乳幼児期の脳障害などがあるが、原因不明のものもある。

2) 症 状

知能障害の程度は知能指数（I Q）で計られるが、乳幼児ではその代りに発達指数（D Q）を用いる。

重度のものは言葉がほとんど言えず、身の回りの処理ができず、他人の助けが必要である。中等度では簡単な言葉言え、簡単な身の回りのことはできるが、記憶力や判断力が著しく劣っている。軽度の場合は環境によっては一人で生活できるが、抽象的な事柄の理解は困難である（表Ⅷ－9）。

表Ⅷ－9 程度による精神遅滞の分類

程 度	I Q	最終的知能年齢
軽 度	51～75	7～10
中等度	21～50	3～ 6
重 度	0～20	0～ 2

3) 治 療

I Q 40未満では訪問教育が主体となる。I Q 40以上の比較的軽度の場合は、養護学校や特殊学校で治療教育が行われる。この教育の目的は知能の向上を図ることではなく、日常生活に必要な生活習慣をよくみせ、まねさせ、身につけさせ、さらに将来社会人となったときに役立つような簡単な技能を習得させることである。

(3) ダウン症候群

ダウン症候群は新生児1,000人に1人の頻度で遭遇する染色体異常症である。

特徴的な顔貌、皮膚紋理所見、全身的な筋緊張等の身体所見により、新生児期に疑われることが多い。

精神遅滞は平均 I Q 20～50であり、原因のわかった精神遅滞では最も頻度が高い。合併症として先天性心疾患、消化器奇形、その他に眼症状、難聴、先天性甲状腺機能低下症などもある。

乳幼児期におけるダウン症の子どもたちへの対応は、他の子どもたちと早くから遊び、友達と交わることが障害を軽くする上で大切なことである。

(4) 言語障害

言語障害は言語発達遅滞、構音障害、そして吃音に分けて考えるとよい。

1) 言語発達遅滞

難聴に伴うもの、精神遅滞に伴うもの、脳性麻痺に伴うもの、幼児自閉症などに伴うもの、そして特発性の言葉の遅れがある。特に特発性のもは注意集中障害も多動も伴わない、言葉のみの遅れで、通常、4歳頃から発語し、就学年齢までに正常化する。

2) 構音障害

機能的、器質性、運動性障害がある。

3) 吃音

発語のけいれん様洪滞を主徴とする疾患で、発語の阻止状態は談話の開始にあたって起こることが多く、談話の途中でも起こる。この原因は心因的と考えられ、心理療法としては、せかさず・あせらせずに対応し、保護者は一方的、押しつけ的な発言をひかえ、子どもがゆっくり話しやすい言語環境を用意することが重要である。

(5) てんかん (Epi: Epilepsy)

てんかんとは脳神経細胞の異常放電によって起こる、反復性・発作性の運動・意識・知覚の異常および行動異常をいう。

1) 原因

出生前の遺伝的素因、脳の奇形、周生期の脳障害、出生後の脳外傷、脳血管異常、神経系の感染症などであるが、原因不明のことが多い。

原因の明らかなものを“症候性てんかん”、不明のものを“特発性てんかん”という。

2) 症状

- ① 大発作：発作は意識喪失で始まり、発作後は眠り込む。
- ② 欠神発作：前兆なしに起こる意識喪失発作。
- ③ ミオクローニー発作：四肢または体幹の筋が対称性に瞬時的にれん縮する発作。
- ④ 失立発作：発作的に起こる起立困難で転倒する。
- ⑤ 點頭てんかん：ウェスト症候群ともいう。乳児期に好発し、瞬間的に首の前屈、四肢の屈曲が起こる。脳波ではヒプスアリスミア。ACTHが有効。
- ⑥ レノックス症候群：短時間の四肢硬直、非定型的な欠神発作、姿勢保持障害などがあり、難治性である。
- ⑦ 焦点性発作：大脳皮質の一部に器質的病変があつて起こる。
- ⑧ 精神運動発作：発作性に自動運動・意識混濁・記憶喪失・興奮状態が出現する。
- ⑨ 自律神経発作：発作性に腹痛・嘔吐・頻脈・無呼吸などの自律神経症状が出現する。

3) 診断

脳波検査が有効な手段で、過半数の症例に「棘波・高振幅徐波・棘波徐波結合」などの異常が認められる。

4) 治療

抗けいれん剤の投与を長期にわたって行うが、時々血液検査・尿検査を実施して、副作用の早期発見に努めるべきである。

(6) てんかん以外のけいれん性疾患

1) 熱性けいれん

発熱の項参照。

2) その他の原因

脳の器質的病変である髄膜炎・脳炎・脳の奇形・出血などは常にけいれんの原因となる。また、低血糖症・低カルシウム血症・ビタミンB₆依存症なども考える。

5) 主な皮膚疾患

(1) 母斑

1) 血管腫

俗に「赤あざ」といわれ、次のようなものがある。

- ① サーモンパッチは皮膚から全く隆起しない境界鮮明な母斑で、項部・眼瞼・眉間・上口唇正中部などにあらわれ、そのほとんどが幼児期の終わり頃までに自然消滅する。
- ② 単純性血管腫は扁平な赤色斑で、レーザー治療が有効なことがある。
- ③ イチゴ状血管腫は生後数日ないし1か月の間に赤色の小さな丘疹として気づかれ、その後急速に増大し、表面がイチゴ状の紅色ないし暗赤色の皮膚面から隆起したやわらかい腫瘤となる。これは生後6か月頃までは大きくなるが大部分は5歳頃までに自然治癒する。
- ④ 海綿状血管腫は、皮下組織の深在性の血管腫で、自然治癒することが多い。巨大なものはカサバツハ・メリット症候群と呼ばれ、血小板減少症やDIC（播種性血管内凝固）症状を伴うことがあり、治療が必要である。

2) 色素性母斑

俗に「色あざ」といわれ、メラニン色素の沈着を伴った皮膚組織の発生異常で、色素沈着が浅いところであれば褐色に、真皮の浅層にあれば黒色に、真皮の深層にあれば青色に見える。現在のところ確立された治療法はない。

(2) 魚鱗癬

皮膚の角化が著しく、上皮の鱗片状落屑を生ずる先天性疾患である。

これには優性遺伝に基づく尋常性魚鱗癬があり汗腺・脂腺の分泌が少なく、症状は冬に増悪し、夏に軽快する。

(3) 汗疹（あせも）

暑い気候などが原因である。

水晶様汗疹（白いあせも）と湿疹化した赤く、痒みを伴う赤色汗疹が普通であるが、細菌感染を伴うと黄色膿疱性汗疹や、さらには多発性汗腺膿瘍となることがある。環境を涼しくすることなどでの予防が大切である。

(4) 湿疹類

1) アトピー性皮膚炎

アレルギー性疾患の項にすでに記載されているので参照されたい。

2) 脂漏性湿疹（皮膚炎）

生後1か月以内の新生児の頭皮、間擦部に油性の鱗屑^{りんしょう}、痂皮を生じるもので、眉毛部、前額部に好発するのが特徴である。予後は良好で1か月くらいで治癒する。

3) 小児乾燥型湿疹

2～3歳のやせた乳幼児に好発する。

4) 顔面単純性秕糠疹

俗に「はたけ」といわれるものである。

5) 接触皮膚炎

俗に「かぶれ」といい、接触した物質の直接の化学的・物理的刺激によるものとアレ

ルギーによって起こるものがある。

乳児にみられる「おむつかぶれ」「ヨダレかぶれ」、口の周りをなめ回す年長児にみられる「なめまわし皮膚炎」は一次刺激性皮膚炎である。またうるしなどによるかぶれ、ゴムによる皮膚炎、衣類・アクセサリー・化粧水などによるものがアレルギー性接触皮膚炎である。いずれも軟膏療法が用いられる。

(5) ストロフルス

乳幼児にみられる発疹で、虫ピンの頭ぐらいからアズキ大の薄く硬く赤い丘疹で、蚊・ノミなどに刺された後の遅延反応と考えられている。

(6) 伝染性軟属腫（ミズイボ）（第Ⅸ章「感染症とその予防対策」の項を参照のこと）

(7) 伝染性膿痂疹（とびひ）（第Ⅸ章「感染症とその予防対策」の項を参照のこと）

(8) 真菌症

1) 乳児寄生菌性紅斑

皮膚のカンジダ症で、乳児のおむつの当たる部分などに乾燥した紅斑が生じ、融合して周囲に拡大する。治療は抗真菌剤軟膏を使用する。

2) 口角びらん

5～6歳の小児に多く、口角にびらん亀裂を生じ、表面が灰白色の膜で覆われる。開口時に疼痛や出血を伴う。

3) 白癬

白癬菌によって生じ、抗白癬菌薬を使用する。

(9) 疥癬

ヒゼンダニの妊娠雌虫が皮膚の角質よりに侵入してトンネルを作る。

(10) シラミ（第Ⅸ章「感染症とその予防対策」の項を参照のこと）

(11) 虫刺され

シラミ以外の小動物としては、蚊、ノミ、ダニ類が問題となる。

(12) カポジ水痘様湿疹

単純ヘルペスウイルス感染症である。湿疹やアトピー性皮膚炎の部位に感染することが多い。水痘様の小水疱疹が局所に多発する。アシクロビルの軟膏塗布、経口投与が著効を示す。

6) その他（主な外科疾患）

乳幼児期にしばしば経験する外科的疾患の中で、家庭もしくは集団生活で急を要する疾患について簡単に記すことにする。

(1) 一般外科的疾患

1) 急性腹症

急性腹症とは、急激に発症し主として腹痛を主訴とし、しばしば外科的緊急処置が必要となる疾患の総称である。

腹痛に対して注意深い観察をし、診断がついた時点で、速やかな治療ができるように対応する。

2) ヘルニア

臍帯ヘルニアは出生後ただちに外科的管理を必要とする。臍ヘルニアは、1年足らずで自然に軽快することが多いが、巨大なものは圧迫処置をする場合もある。

また外鼠径ヘルニアは男子に好発する。

その主な症状は鼠径部の膨隆や陰嚢の腫大で、号泣・腹圧・立位などによって増大する特徴がある。腫瘍が容易に環納するかどうかで手術の適応の有無や時期を決定することは簡単ではない。ただし脱出した腹腔臓器が鼠径部や陰嚢内に脱出したまま、腹腔内に環納が不可能になった嵌頓ヘルニアでは手術が急がれる。

3) 腸重積

腸重積とは、腸管の一部が肛門側の腸管内に嵌入し、腹痛などを起こす疾患である。

3か月児から2歳までに多く、症状は腹痛（啼泣）、嘔吐、血便である。典型的な例では、突然激しく泣き始め、数分間泣き続けた後、数分から十数分ほどぐったりし、また泣くことを繰り返す。

本症は早期診断により内科的に治療可能なので、少しでも本症が疑われるならば、迷わず超音波や造影によって確定診断する。

治療としては注腸整復法を行なうが、数回試みても整復出来ない場合は外科手術を考慮する。

4) 急性虫垂炎と腹膜炎

乳幼児期、とりわけ4歳以下で本症の診断は至難である。年長児や成人では微熱、右下腹部痛、嘔吐などの症状で本症を念頭に診断を確定する必要がある。そのほとんどで白血球増多を認め、特有な腹部所見から診断され、手術による治療が基本となる。多くは小児科を受診し、外科転科となるが、新生児、乳幼児期では確定診断以前に症状が進行し、急性腹膜炎の形で発見されることもしばしばである。

(2) 脳外科的疾患

出生時すでに判断が可能な二分脊椎、二分頭蓋、水頭症、小頭症があるが、必要に応じた脳外科的手術が必要となる。

しかし家庭や集団生活で普通に経験することは、転倒や転落などによって生じる脳しんとう、脳挫傷、頭蓋骨折があり、ときには内臓損傷に発展することもある。仮に事故後に無症状であっても、その後どのような経過をたどって悪化するかは不明なので、場合によっては念のため脳外科医による検査を忘れてはいけない。

(3) 心臓血管外科的疾患

先天性疾患で手術を必要とするものは、継続的な心臓専門医による管理がなされ、その指示指導によって日常生活上の注意点をよく聞いておくことが大切である。

(4) 整形外科的疾患（運動器疾患）

1) 特発性脊椎側弯症

多くは原因不明のもので、整形外科的治療を必要とする側弯症が学校医による検診などで発見されるが、発症年齢はほとんどが思春期で、程度の強い場合には装具の着用が必要となる。

2) 先天性股関節脱臼

多くは出生時、新生児期にクリック・サインに注目することで発見されるが、生後数

か月以後の乳児では開併制限が目立ち、両下肢を正しく伸展位にすると患側肢が短縮している。腹臥位にすると、殿部皺壁^{でんぶしゅうへき}の左右非対称が認められる。

治療は早ければ早いほど可能で、新生児期にはフォン・ローゼンの副子、以後の乳児ではリーメンビューゲル法が用いられる。

3) 先天性内反足

三つの変形要素である①尖足②内転③内反が同時に存在し、その位置で拘縮状態にある先天性の変形である。この疾患では自然治癒はないことから、生後なるべく早期に矯正ギプス包帯法が行われる。

4) 骨折

小児の骨折は①連続性の保たれた折れ方をする②完全骨折であっても転位も少なく、仮骨形成は迅速で③自家矯正の傾向が顕著で、大きな変形や機能障害を残さず治癒する場合が少なくない。

小児に多い骨折は鎖骨骨折、上腕骨頸部骨折、上腕骨顆上部骨折、上腕骨内顆骨折、上腕骨外顆骨折、大腿骨骨幹部骨折があり、治療が必要となる。

5) 肘内障

乳幼児が急に手を引っぱられて、その後ほとんど上肢を動かさなくなるときは、本症が考えられる。橈骨と尺骨を結合させている輪状靭帯の一部が断裂し、橈骨が転位した状態であり、徒手整復を整形外科医によって行い治癒する。

4. 視覚障害

1) 小児の視覚障害

小児の視覚障害は、ほとんどが先天異常または先天異常に関連して発生するものである。

視覚の発達を妨げる原因となる異常は眼瞼下垂、眼瞼新生物（血管腫など）、にごりの強い角膜混濁や白内障などまた、片眼帯の使用もこれにあたる。これらが生後3～4か月から2歳を過ぎる頃までの感受性が高い時期に一致すると、予後は極めてよくない。

しかし、視機能の発達を妨げる因子の中で最も頻度が高いのは、斜視と屈折異常である。斜視はその半数に視力発達の障害が認められる。屈折異常の中で発達を妨げるものは、遠視、乱視、不同視である。近視は強度であっても発達の妨げとなることは比較的少ない。屈折異常の半数は遠視と乱視である。そのすべてに眼鏡装用が必要というわけではない。眼鏡装用によって網膜に鮮鋭な像を結ぶことができ、中枢に良質な視的情報を与えることにより視覚の発達を促す作用がある。

2) 眼鏡

3歳で成人に近い単眼視（視力）を示し、6歳では両眼視機能も成人に近い状態となる。良好な視力は網膜に鮮明な結像を、また両眼視にはそれぞれ良好な視力を持った両眼の視線が注視物に集中することが必要である。

結像障害の矯正には眼鏡を使用し、眼鏡で矯正不可能な場合（無虹彩など）コンタクトレンズを用いて補正する。

3) 就学までに必要な処置

就学までに処置が必要な異常として、斜視、眼瞼下垂、睫毛内反があげられる。

(1) 斜視

斜視は、早期に手術を要するものの他、間歇性外斜視、調節性内斜視などの手術適応者が存在する。斜視の矯正手術は両眼視機能の保持改善のためには早ければ早いほどよい。

(2) 眼瞼下垂^{がんけんかすい}

瞳孔を覆うほどの下垂ではないまでも、顎をあげ不自然な姿勢で見なければならぬ子どもに対しては、手術をしておくことが望ましい。

(3) 睫毛内反^{しょうもうないはん}（さかまつ毛）

角膜に強い障害が起こらないまでも、その程度により軽度の資料障害、目の痛み、疲労感などで勉強に支障を生ずることも少なくない。手術の適応のある子どもについては、就学前に手術すべきである。

(4) 眼鏡・コンタクトレンズ

強い遠視、乱視、不同視の幼児には可能な限り早期より眼鏡、コンタクトレンズの装用が必要である。

(5) その他

以上の他、先天白内障、緑内障の薬物療法などで観察中の患児も含めて、5歳になったら眼科主治医に改めて就学前手術の適応について意見を求めるのがよい。

5. 聴覚障害

ここでは、日常、比較的遭遇することの多い難聴をもたらす疾患について記す。

1) 先天性難聴

生まれたときからの難聴と、言葉の習得前の難聴が含まれる。遺伝性と非遺伝性（獲得性）とに分けられる。

少しでも難聴が疑われたら定期的に聴力をチェックし、難聴の疑いが濃ければ、早期に補聴器を装用させて、「聴こえ」の学習をさせる方向で指導することが必須である。

先天性難聴の中でも、伝音障害によるもの、あるいは伝音障害が加味されているものは医学的な施術が期待できる場合がある。手術適応年齢に達するまで補聴器装用によって言語獲得を促すことが必須である。

2) 後天性難聴

後天的に感音難聴をきたす疾患としては、髄膜炎、麻疹、流行性耳下腺炎（一側性が多い）、その他の高熱性疾患などがあげられる。

これらは概して両側性で、しかも高度の感音難聴を引き起こし、予後はほとんど不良である。したがって、一側性を除き早期に補聴器装用による聴覚の学習を促すことが最善の方法である。

3) ^{しんしゅつせい}滲出性中耳炎

中耳腔内に滲出液が貯溜する疾患で、幼児から小学校低学年までの児に多く発症する。

原因として、①急性中耳炎からの移行（特に薬物治療のみを行った場合）②耳管機能不良③アレルギーの関与など種々の説があるがまだ確定していない。

症状は、軽度から中等度の難聴が主であり、テレビの音を大きくする、呼んでも返事をしないなどのことがある。耳痛はないが、あっても軽度で短時間で消失し間歇的である。

治療は、誘因となっている鼻咽頭疾患の治療が大切で、必要に応じて鼓膜切開やチュービングを行う。

この疾患は、上記のごとく滲出液の貯溜が主な病態であり、排液により症状は劇的に改善される。しかし、再発を繰り返す点が問題である。そのため、子どもの日常の行動を注意深く観察し、難聴をはじめ上記のような変化があらわれたら、ただちに耳鼻咽喉科医の診察が必要となる。

4) ^{じこうせんそく}耳垢栓塞（耳あか）

耳垢は、本来、咀嚼と外耳道上皮の移動で自然排出されるものである。また、外耳道皮膚の保護のため必要なものである。しかし、軟性耳垢（いわゆるあめ耳）では耳垢が固まって外耳道を閉塞し難聴の原因となる。

軟性耳垢は家庭での除去はなかなか困難な場合が多く、無理に行くと外耳損傷や外耳炎を起すことがしばしばあるので、耳鼻咽喉科医による定期的除去（年に2回程度）が必要となる。

IX

感染症と その予防対策



1. 小児の集団において予防すべき感染症

乳幼児の集団において予防すべき感染症については、基本的には学校保健安全法の規定（対象疾患と出席停止期間）を準用する。しかし、2009年、2012年に「保育所における感染症対策ガイドライン」（www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku02.pdf）が厚生労働省から発行され、乳幼児においては一部学童とは対応が異なる所もあるので注意を要する。また文部科学省より2013年に「学校において予防すべき感染症の解説」も発行されているので参照願いたい（www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334054.htm）。

表IX-1 保育園における主な感染症と登園のめやす

①園内での感染症の集団発生や流行につながらない		B. 保護者の登園届が必要な感染症	
②子どもの健康状態が保育園での集団生活に適応できる状態に回復している		病名	登園のめやす
A. 医師の意見書が必要な感染症		溶連菌感染症	抗菌薬投与後1日経って
病名	登園のめやす	マイコプラズマ肺炎	激しい咳が止まって
麻疹（はしか）	解熱後3日して	手足口病	いつもの食事が食べられて
インフルエンザ	発病後5日経過し、解熱後3日して	伝染性紅斑（りんご病）	特に休園の必要ない
風疹	発疹が消失して	感染性胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノウイルス）	嘔吐、下痢が治まり、いつもの食事が食べられて
水痘（水ぼうそう）	水疱がすべて痂皮化して	ヘルパンギーナ	いつもの食事が食べられて
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	腫脹が発現した後5日経過して	R Sウイルス感染症	呼吸器症状が治まって
結核	感染のおそれがなくなって	帯状疱疹（ヘルペス）	水痘と同様
咽頭結膜熱（プール熱）	主な症状消失後2日して	突発性発疹	解熱してから
流行性角結膜炎	結膜症状が軽快して	C. その他	
百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌薬による治療が終了して	病名	登園のめやす
腸管出血性大腸菌感染症（O157など）	感染のおそれがなくなって	伝染性膿痂疹（とびひ）	湿潤な病巣が露出しない
		伝染性軟属腫（水いぼ）	いぼからの滲出液を覆って
		アタマジラミ	駆除対策を開始して

2. 出席停止と臨時休業

いわゆる学校感染症における出席停止の考え方としては、患者本人の健康回復が第一であるが、規則上は集団の場での流行の防止が目的である。このため出席停止期間は、病原体を多量に排泄していて、他人に容易に感染させる状態の期間が設定されている。臨時休業（いわゆる学校閉鎖や学年・学級閉鎖）は、出席停止と同じく感染症予防上の強力な措置である。どのような場合に臨時休業を行うべきかについては一律には定められていないが、一般的には欠席率が通常時よりも急速に高くなったとき、または罹患者が急激に多くなったときであるが、さらにその地域における感染症の流行状況を考慮の上、時期を失することなく行うことが必要である。また、隣接する施設で扱いが異なると混乱するので、地域ごとに医師会と施設関係者、教育委員会、行政関係者等が相談して方針を決めておくことが望ましい。

3. 乳幼児に多い感染症

小児期の主な感染症は学校感染症に指定されている。ここでは第二種と第三種の疾患と、「第三種その他の感染症」の例について、疾患の概要と出席停止期間について記載する。すべての疾患について言えることであるが、感染予防のための注意が、子ども達に差別的な感じを与えないように、十分注意することは極めて重要である。

1) 第二種の感染症

空気感染または飛沫感染が主体で集団の中で流行しやすい疾患である。出席停止期間の基準は感染症ごとに定められているが、病状により、医師が感染のおそれがないと認めたときは、この限りでない。

(1) インフルエンザ

インフルエンザウイルスの飛沫・接触感染による。潜伏期間は1～4日。平均2日。主に冬季(12月～3月)に流行する。急な発熱、頭痛、咽頭痛、全身倦怠感などの他、消化器症状を呈することも多い。肺炎、脳炎・脳症の合併症があると死に至るおそれがある。脳炎・脳症の合併は3歳以下に多い。発症日を0日と数え5日を経過し、かつ解熱した後3日(学童では2日)を経過するまで出席停止とする。

(2) 百日咳

百日咳菌の飛沫・接触感染による。潜伏期間は5～12日。独特な咳が特徴。乳児では無呼吸発作や肺炎、脳症などの合併で生命にかかわることがある。幼児期後半以降では症状は軽く、成人でも罹患する。特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌薬による治療が終了するまでは出席停止とする。

(3) 麻疹

麻疹ウイルスの空気・飛沫感染による。極めて感染力が強い。潜伏期間は7～18日。感染力が最も強いのは発疹出現前のカタル期である。高熱と特有の発疹が特徴で、肺炎、脳炎等の合併症による死亡や後遺症があり、今日でも小児にとって怖い感染症である。解熱した後3日を経過するまでは出席停止とする。

(4) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)

ムンプスウイルスの飛沫・接触感染による。潜伏期間は12～25日。唾液腺、特に耳下腺の腫脹が特徴。合併症として無菌性髄膜炎が多く(およそ2%)、難聴の原因としても注意を要する。膵臓炎の合併もある。耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、全身状態が良好になるまで出席停止とする。

(5) 風しん

風しんウイルスの飛沫・接触感染による。潜伏期間は14～23日。バラ紅色の発疹とリンパ節の腫脹(特に耳後部と頸部)を特徴とする。まれに血小板減少性紫斑病、脳炎の合併をみる。妊娠初期の風しん感染は、子どもに先天性風しん症候群発症のおそれがある。赤い発疹が消失するまで出席停止とする。

(6) 水痘(みずぼうそう)

水痘ウイルスの空気・飛沫感染あるいは皮膚病変に存在するウイルスとの接触により感

染する。潜伏期間は10～21日。紅斑、丘疹、水疱、膿疱、痂皮の順に進行する発疹が混在するのが特徴で、脳炎などを合併するおそれがある。すべての発疹が痂皮になるまで出席停止とする。

(7) 咽頭結膜熱（プール熱）

アデノウイルスが病原体で、飛沫感染の他、結膜からも接触感染する。潜伏期間は2～14日。発熱、咽頭炎、結膜炎を主症状とする。ウイルスは糞便中には1週間以上にわたって排泄されることがある。予防には、手洗い、うがいなどの一般的な注意と励行が大切である。主要症状が消失したのち2日を経過するまでは出席停止とする。

(8) 結核

結核菌による全身性感染症であるが、肺に病変を起こすことが多いため、その病巣から排泄される菌による空気感染が主である。潜伏期間は2年以内で特に6か月以内に多い。乳幼児では家族内感染が多いが、園内感染事例もあり教職員の健康管理も重要である。結核は決して過去の疾患ではない。病状により医師が感染のおそれがないと認めるまで出席停止とする。

(9) 髄膜炎菌性髄膜炎

髄膜炎菌によって引き起こされる急性化膿性髄膜炎で、飛沫・接触感染する。潜伏期間は4日（2～10日）。高熱、痙攣、意識障害、頭痛、嘔吐、点状出血斑で発症する。未治療の場合には50%が死に至り、早期診断、治療がされても5～10%が発症後24～48時間以内に死亡する。劇症型ではショックと多臓器不全を引き起こす。日本では1970年以降発生数は減少している。病状により医師が感染のおそれがないと認めるまで出席停止とする。

2) 第三種の感染症

飛沫感染が主体ではないが、放置すれば集団の場で流行が広がってしまう可能性がある疾患である。出席停止の基準は、病状により医師が感染のおそれがないと認めるまでである。

(1) コレラ

コレラ菌の経口（糞口）感染である。潜伏期間は1～3日。東南アジア等からの帰国者に感染がみられる。突然の激しい水様性下痢と嘔吐ではじまり、脱水を惹起する。流行地に渡航した場合は生水や氷、生の魚介類、生野菜、カットフルーツなどの生鮮食品に注意を払い、手洗いの励行が重要。治癒するまで出席停止が望ましい。

(2) 細菌性赤痢

赤痢菌の経口（糞口）感染で感染者の便を感染源とする。潜伏期間は1～3日。発熱、腹痛、下痢、嘔吐などが急激に現れる。帰国者に多いが国内でも集団発生がみられ、乳幼児や高齢者では重症化し、死に至る場合もある。治癒するまで出席停止が望ましい。

(3) 腸管出血性大腸菌感染症

ベロ毒素を出す病原大腸菌（O-157など）の経口（糞口）感染で、接触感染もある。潜伏期間は1～8日。感染しても無症状のケースから、激しい腹痛と下血便を伴う出血性大腸炎を呈するケースまでである。溶血性尿毒症症候群（HUS）、脳症などを合併（約6～7%）すると死に至ることがある。予防方法は、手洗いの励行、消毒（トイレ等）、食品の十分な洗浄と加熱である。有症状者では、医師が感染のおそれがないと認めるまで出

席停止とする。無症状保菌者の場合にはトイレで排泄習慣が確立している5歳児以上では登所・登園可能。5歳未満の子どもでは2回以上連続で便培養が陰性になれば登所・登園可能である。

(4) 腸チフス、パラチフス

腸チフスはサルモネラチフス菌、パラチフスはサルモネラパラチフスA菌による経口(糞口)感染である。潜伏期間は7～14日。持続する発熱、発疹(バラ疹)などで発症する。重症例では腸出血や腸穿孔がある。パラチフスは腸チフスより症状が軽いことが多い。治療するまで出席停止が望ましい。

(5) 流行性角結膜炎

アデノウイルスにより角結膜炎を呈する疾患である。飛沫・接触感染で潜伏期間は2～14日。プールやタオルなどの共用で感染することが多い。角膜に傷が残ると視力障害を残すおそれがある。予防には手洗い、タオルなど目に触れるものを共用しないなどの注意が大切である。プール閉鎖が必要となることもある。医師が感染のおそれがないと認めるまで出席停止とする。

(6) 急性出血性結膜炎

主としてエンテロウイルスにより、結膜下出血を起こすのが特徴である。飛沫・接触・経口(糞口)感染であり、感染力が強い。潜伏期間は1～3日。目の分泌物に触れない注意が必要で、手洗いを励行し、洗面具やタオルなどの共用を避けることが大切。医師が感染のおそれがないと認めるまで出席停止とする。

(7) その他の感染症

第三種の「その他の感染症」は、学校で通常見られない流行が起こった場合に、必要があれば校長が学校医の意見を聞き、第三種の学校感染症としての措置を講ずることができる疾患である。ここに例として7疾患を上げるが、これらの感染症に罹患したとしても直ちに出席停止の対象になるということではない。施設長と嘱託医・園医が相談の上判断していただきたい。また、地域単位で統一した見解をまとめておくことが望ましい。

a) 溶連菌感染症

A群β溶血性連鎖球菌(溶連菌)による感染症で、扁桃炎など上気道感染症、皮膚感染症、猩紅熱など多様な症状を示す。飛沫・接触感染であり、潜伏期間は2～5日(皮膚感染症は7～10日)。合併症として、リウマチ熱、急性腎炎などがある。予防はうがい、手洗いなどである。適切な抗菌薬治療が行われれば、ほとんどの場合24時間以内に感染性を抑制できるので、治療開始後24時間以上を経て、熱もなく全身状態がよければ登所・登園は可能である。

b) ウイルス性肝炎

肝炎を起こすウイルスには、A～E型肝炎ウイルスの他サイトメガロウイルスやEBウイルスなどがあるが、小児集団で配慮を要するのは、糞口感染するA型肝炎である。感染予防は手洗いなどの一般的な注意でよい。潜伏期間はA型肝炎で15～50日で肝機能が正常化するまでは安静と治療が必要である。B、C型肝炎では、無症状の病原体保菌者(キャリア)が発見されることがあるが、血液を介さない限り他人への感染は考えられないので、出席停止の必要はない。

c) 手足口病

病原体は主としてコクサッキーウイルスA群、エンテロウイルス71型で、主に飛沫感染であるが糞便中にもウイルスは排泄される。潜伏期間は3～6日。流行は夏に多い。発熱、口腔・咽頭に痛みを伴う水疱・潰瘍、手、足末端や殿部の発疹、水疱を生じるのが特徴である。一般的な予防の心がけしかない。回復期の乳幼児のおむつの扱い方に注意し、子ども達の手洗いも励行させる。解熱して元気になれば、周囲への感染力は弱くなるので登所・登園は可能である。

d) 伝染性紅斑（リンゴ病）

ヒトパルボウイルスB19による、飛沫感染をする疾患である。潜伏期間は17～18日。かぜ症状に引き続いて頬の紅斑、四肢伸側にレース状の紅斑があらわれる。紅斑は一旦消失しても再発することもある。一般には軽症の疾患であるが、溶血性貧血の患児では急速に貧血が進むことがある。ウイルスの排泄期間は発疹が出現する1～2週間前の数日間であり、発疹に気づいたときには感染力はないため出席停止の必要はない。

e) ヘルパンギーナ

病原体は、主としてコクサッキーウイルスA群である。飛沫感染が主であるが、糞便中にもウイルスは排泄される。潜伏期間は3～6日。突然の発熱、咽頭の発疹、水疱・潰瘍が特徴である。感染源となりうる程度の咽頭からのウイルス排泄は、発症後2～3日なので、解熱して元気になれば登園できる。

f) マイコプラズマ感染症

マイコプラズマの飛沫感染による。咳がひどく、長期にわたるのが特徴。予防は一般的なかぜ対策しかない。潜伏期間は2～3週間。感染力の強い急性期が終わって、症状が改善し全身症状がよくなれば登所・登園可能。

g) ウイルス性胃腸炎

嘔吐と下痢が突然始まることが特徴の疾患であり、病原体はロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルスなどが代表的である。主として経口（糞口）感染であるが、飛沫・接触感染も重要である。流行は冬に多い。潜伏期間は1～3日。一般的な予防法しかない。下痢、嘔吐が強く、脱水の心配のある間は安静と治療に努めることが当然であるが、症状が回復し全身状態がよくなれば登所・登園可能である。

以下の3疾患は、出席停止の措置が必要でない感染症の例である。

h) アタマジラミ

病原体はアタマジラミ。ケジラミとは異なる。症状は頭の痒みを訴える程度である。少数の場合は卵を探して取り除く。アタマジラミ駆除剤を使用する場合もある。タオル、くし、ブラシの共用を避け、衣類、シーツ、枕カバー、帽子などを熱湯で洗う。潜伏期間は気づかれるまでに1か月程度とされる。頭髪をていねいに観察し、虫卵を発見したら一斉に駆除することが効果的である。出席停止の必要はない。

i) 伝染性軟属腫（ミズイボ）

伝染性軟属腫ウイルスによる皮膚感染症で、幼児期に好発する。半球状に隆起し、中心が凹んだ、光沢のある粟粒大～米粒大のいぼである。いぼの白い内容物中にウイルス

があり、それが付着するといぼを生ずる。免疫ができてくると自然に消失する。直接接触感染の他に、器物を介しての間接接触感染もありうる。プールでのビート板や浮き輪、タオルなどの共用はしないのがよい。出席停止や水遊びの禁止の必要はない。

j) 伝染性膿痂疹（とびひ）

主として黄色ブドウ球菌や溶連菌による皮膚感染症で、紅斑、膿水疱、びらん、痂皮をつくる。潜伏期間は2～10日。接触感染であり、夏に多い。抗菌剤を用いた治療と、皮膚の清潔が基本的に大切である。出席停止の必要はないが、プールや入浴は罹患者とともにしないなどの注意が必要である。患部が他の子どもの皮膚に直接触れ合うことのないような配慮が望ましい。

4. 感染症予防についての嘱託医・園医の役割

保育所・幼稚園での感染症予防については、嘱託医・園医の医学的判断に基づく指導・助言が求められる。この場合、乳幼児の年齢的、社会的背景を念頭におき、施設関係者、保護者、行政関係者、地域医師会等との緊密な連携を保つことが大切である。

- ① それぞれの地域での流行状況を把握し活用する。
- ② 出席停止、治療、回復後の登所・登園については、保護者の理解と協力を得られるように努力することが必要である。
- ③ ひとりの患児の発見時にはすでに他の子どもに感染させている場合が少なくない。接触した子どもの取り扱いについては、潜伏期に相当する日数だけ慎重に観察を続け、発病の有無を確かめる必要がある。
- ④ 保育所・幼稚園における感染症への諸対策、出席停止や出席許可、また園・クラスの閉鎖やその解除にあたっては、同じ地域内で措置がばらばらであるのも混乱のもとになるので、医師会内での意見調整や施設関係者、教育委員会、行政関係者との連携をとることが必要である。
- ⑤ 保護者ならびに職員への感染症についての保健指導も大切である。さまざまな機会を通じて生活指導や予防接種に関する教育を行い、職員も含めた予防接種歴・罹患歴の把握と記録の保管、更新に努めるよう指導する。

5. 消毒

消毒は病原体を殺す、あるいは感染のおそれがない程度に減らすことであるが、あまり神経質になりすぎることも無益である。

1) 手指の消毒

液体石けんを用いて手の隅々まで洗い、その後流水でよく洗い流す。タオルの共用はせず、できるだけペーパータオルを使用する。手洗いののち手指消毒用アルコールを使用するのも推奨される。

2) 器具と室内の消毒

病原体で汚染された物品は、不要なものであれば消毒後ポリエチレンの袋等に密封し、ごみとして出す。廃棄しない場合、洗えるものは消毒薬に漬けた後、流水で洗浄し日光消毒する。洗えない物は消毒薬で拭き日光消毒する。消毒液としては、次亜塩素酸ナトリウム、逆性せっけんあるいは消毒用アルコールを使用する。次亜塩素酸ナトリウムは市販の塩素濃度6%の塩素系漂白剤を200~300倍希釈して使用するが、金属には使用できない。金属には逆性せっけんあるいは消毒用アルコールを使用する。室内の消毒が必要な場合には、消毒液ですすいだ雑巾で床やベッドなどをよく拭く。ただしノロウイルスの汚染が考えられる場合は次亜塩素酸ナトリウムの50倍希釈液（通常より高濃度である）を使用する。ふとんや絨毯などが嘔吐物等で汚染された場合は丁寧に拭き取った後、スチームアイロンなどで加熱消毒する。

3) 衣類や寝具の消毒

衣類や布おむつは洗濯後よく乾燥させることが大切で、特に日光に当てることが有効である。病原体（特にノロウイルス）汚染のおそれのある衣類や布おむつは、ビニール袋に入れて保護者に持ち帰ってもらい、次亜塩素酸ナトリウム液（前述）に30分以上漬けた後で洗濯するか、漂白できない衣類は熱湯による消毒をするように説明する。寝具は週1回ぐらいは日光に当てたい。

6. 予防接種

予防接種には国が時期を決めて接種を勧めている「定期接種」と、法律上、接種勧奨されていない「任意接種」がある。任意接種のワクチンも感染対策上重要なものであり、受けても受けなくてもよいという意味ではない。

1) 定期接種

小児の定期接種は2013年現在、結核（BCG）、ポリオ、ジフテリア（D）百日咳（P）破傷風（T）、麻しん、風しん、日本脳炎、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）の11種である。（ヒトパピローマウイルス感染症は当マニュアルでは省略する。）

① BCG

BCGは生ワクチンで乳幼児の髄膜炎などの重症結核の予防に有効であり、1歳未満（5~8か月未満を推奨）に接種する。

② ポリオ

ポリオは世界的にはまだ根絶に至っていない。単独不活化ポリオワクチン（IPV）あるいはDPT-IPV（DPTとの混合ワクチン）が使用される。

③ DPT

百日咳は現在でも流行があり、乳児期に罹患すると重症化するため、乳児期早期に接種を済ませることが望ましい。ジフテリアはわが国ではほとんどみられなくなった。破傷風は怪我をした場合、常に罹患のおそれがあり、予防接種で基礎免疫をつけておく必要がある。

る。不活化ワクチンのDPTあるいはDPT-I PVが使用される。

④ 麻しん

麻しんは現在でも流行が認められる。接種は1歳で1回、就学前の1年間（幼稚園、保育園の年長児）に追加1回であるが、1歳になったらなるべく早く接種したい。通常、麻しん風しん混合ワクチン（生ワクチン）を使用する。

⑤ 風しん

風しんは小児期での合併症の被害は少ないが、妊婦の罹患による先天性風しん症候群の予防が重要である。通常は麻しん風しん混合ワクチンを使用し、1歳で1回、就学前の1年間（幼稚園、保育園の年長児）に1回と合計2回接種する。

⑥ 日本脳炎

現在日本脳炎の患者発生は少ないが、病原ウイルスは毎夏、東北地方以南で全国的に証明されており油断はできない。接種開始時期としては3歳からが標準的な接種年齢である。

⑦ Hib感染症（インフルエンザ菌b型感染症）

小児の細菌性髄膜炎、敗血症、喉頭蓋炎、肺炎などの重症感染症の原因菌である。不活化ワクチンで生後2か月からの早期接種が望ましく、年齢により接種回数が異なる。

⑧ 小児の肺炎球菌感染症

Hibと同様に細菌性髄膜炎、肺炎、敗血症などの重症感染症の原因菌である。不活化ワクチンで、生後2か月からの早期接種が望ましく、年齢により接種回数が異なる。

2) 任意接種

現在わが国で小児を対象として実施されているのは、おたふくかぜ、水痘、ロタウイルス、A型肝炎、B型肝炎、インフルエンザワクチンである。

① おたふくかぜワクチン

接種は1歳以後で麻しんと風しんのワクチン終了後にできるだけ早く行う。有効率は90%程度と考えられる。2回接種が推奨されている。副反応は少ないが、まれに無菌性髄膜炎をおこす。

② 水痘ワクチン

接種は1歳以後で、麻しん、風しんのワクチン終了後にできるだけ早く行う。1回接種後に罹患してしまう頻度が20%ほどあり、2回接種が推奨されている。副反応はほとんどない。

③ ロタウイルスワクチン

ロタウイルスは乳幼児の急性ウイルス性胃腸炎の代表的な原因である。生の経口ワクチンが2種類発売されており、接種回数が2回のもものと3回のものであるので注意する。いずれのワクチンも生後6か月までに接種を終了する。

④ A型肝炎

60歳以下の日本人のほとんどは免疫を持っておらず、海外旅行や長期滞在時には小児への接種が強く勧奨される。1歳以上を対象に3回接種する。

⑤ B型肝炎

出産時の母子感染は予防対策が整備され現在ではほとんど見られなくなったため、家庭

内感染、性行為が主な感染原因となる。幼児期にうつるとキャリア（一生ウイルスを持ち続ける）になりやすく、慢性肝炎、肝硬変、肝がんに進行する恐れがあるためワクチンによる予防が必要である。不活化ワクチンを3回接種する。生後2か月から接種可能である。

⑥ インフルエンザワクチン

現行ワクチンは発症を完全に阻止することは困難とされるが、重症化を防止するとされている。生後6か月以上から接種できる。



事故と救急処置



事故による死亡は乳児の死因の第2位、幼児の死亡の第1位である。この事実を乳幼児保健関係者はぜひ知っておくべきであり、広く保護者にもPRする必要がある。さらに乳幼児と接するものは誰でも、事故について十分に理解し、その処置が行えることが重要である。不幸な事故を予防するための方法についてもその基本を知り、各々の現場で積極的に取り組む必要がある。資料編につけた乳幼児事故防止安全チェックリスト（資料編P.105・106表2参照）は、乳幼児の発達段階に応じて注意すべき事項を集め、保護者の安全教育の教材になるものである。同時に保育所、幼稚園においても有用な情報であり現場でも活用していただきたい。

1. はじめに

乳幼児の事故は、いろいろな外傷や熱傷、異物の誤飲、気管異物、熱射病、溺水などきわめて多様で、思いもよらぬところでも思いもよらぬことが起こりうると常々考えておく必要がある。思わぬ事故に備えて、嘱託医・園医、近くの医療機関、医師会、消防などとの緊急連絡網を前もって完備しておくことが大切である。

2. 救急蘇生法

心肺蘇生法と止血法を合せて救急蘇生法という。

1) 心肺蘇生法

人間の脳は数分間血液（酸素の供給）が途絶えると回復不可能なダメージを受ける。したがって、心肺停止に遭遇した時は即座に心マッサージ、人工呼吸を開始せねばならない。

気道の確保

顎先挙上法、下顎挙上法で気道の確保を行う。

(1) 胸骨圧迫心マッサージ

心マッサージは胸骨下半分を100回／分（1秒に約2回）の早さで、幼児では片手、乳児では指で圧迫する。圧迫の深さは幼児では3～5cm、乳児では1.5～2.5cmである。

(2) 人工呼吸

気道が確保されても自発呼吸が認められない場合、人工呼吸を開始する。口対口、口対鼻、口対口鼻のいずれかの方法でこどもの胸が少し膨らむ程度に吹き込む。

2) 止血法

出血量が多いと頻脈、血圧の低下や顔面蒼白などの症状があらわれ、生命の危険がある。

(1) 直接圧迫止血法

外出血が多い場合には、出血部位にガーゼを当て、圧迫して止血をはかる。

(2) 止血帯法

四肢の太い血管損傷による出血や広範囲の出血で、直接圧迫で止血困難な場合、出血部位の中樞側を包帯などで緊縛することにより止血をはかる。止血帯は組織の損傷を考慮して、なるべく太いものを選ぶ。そして30分ごとに1～2分間緊縛をゆるめ血流を再開する。

3. 各種事故の処置

1) 各種外傷と熱傷

(1) 切創・擦過創・刺創などの創傷処置

- ① 傷口を水道水でよく洗う
- ② 傷口を清潔なガーゼか布で覆う
- ③ よく出血する場合はこの上から圧迫する
- ④ 深い傷の場合は、以上の処置をしてなるべく早く医療機関に送る

(2) 指や手・足の切断創

切断された先の部位を氷詰めにし、前述の処置をした上で救急車を呼ぶなどして、なるべく早く切断肢の縫合可能な医療機関に直行する。

(3) 四肢の打撲傷・関節の捻挫・脱臼・骨折など

局所を安静に保ち、水で冷やす。骨折の疑いがあれば、副木あるいは副木の代わりになるようなもので固定する。

(4) 頭部外傷

呼吸、意識レベルの異常、吐き気、嘔吐、四肢麻痺などがある場合には直ちに医療機関に搬送する。このような症状がなく、経過観察を行う際には、頭痛、意識状態の変化（機嫌の良し悪し、元気さ、目の輝き、顔色などの所見）、手足の動き、などに注意する。

上記いずれの症状も認められない場合、通常受傷後24時間を経過すれば、頭蓋内にさほど重大な障害はないものと考えてよい。

(5) 腹部外傷

腹部の打撲では、肝臓や消化管などの損傷、腰背部の打撲では腎臓損傷を伴うことがある。腹痛、腰痛、血尿、嘔吐などの出現に注意する。

特に呼吸困難、血圧低下、ショック症状、腹膜刺激症状の明らかなものは、早急に専門医療機関に搬送する。

(6) 胸部外傷

胸部の打撲では、多くの場合保存的処置で対応できるが、何本もの肋骨骨折あるいは骨折端による肺損傷（血痰、皮下気腫、血胸、気胸などをきたす）が疑われるときには緊急を要する。

(7) その他の外傷

転落やプールの飛び込みなどで脊髄損傷（特に頸髄）が疑われる場合には、極力局所の安静を保って、医療機関に担送する。

眼外傷、眼内異物、鼻腔異物、外耳道異物などは、それぞれ直接専門医療機関を受診させる。

(8) 熱傷

ただちに20～30分間流水で冷やし、その後清潔なガーゼか布で包んで医師の診察を受ける。

乳幼児熱傷の特徴は、皮膚が薄いため深部まで傷害されることが多く、適切な初期治療が必要である。

2) 異物誤飲

誤飲する異物は表X-1の右欄に示すように多種多様である。保育所・幼稚園では、これらのものを乳幼児の手の届くところに置かないように注意する。

誤飲事故が起こった場合には、何をいつ飲んだか、量はどのくらいか、飲んだあとどのような処置をしたか、飲んでからの症状などが処置をする上で重要な事項である。判断の困難な場合には、大阪中毒110番電話サービス（072-727-2499）で問い合わせる。

表X-1 異物誤飲直後の対応法

少量（ <u>1g・1ml・未満</u> ）ではほとんど無害なもの	食用油、酒、冷蔵庫用脱臭剤、保冷剤、マッチの先端、ろうそく、インク、クレヨン、絵の具、えんぴつ、消しゴム、墨汁、粘土、糊、せっけん、おしろい、口紅、クリーム、ベビーオイル、乳液、ベビーパウダー、歯磨き剤、シリカゲル、ヘアートニック、線香、蚊取マット、花火、靴墨、体温計の水銀
水を飲ませる ・吐かせるもの	台所用洗剤、洗濯用洗剤、せっけん、シャンプー、リンス、クレンジング、タバコ、アルコール、化粧水、整髪料、香水、オーデコロン、ナフタリン、しょうのう
牛乳を飲ませる ・吐かせないもの	トイレ用洗剤、排水パイプ用洗剤、タイル用洗剤、漂白剤、脱臭剤
なにも飲ませない ・吐かせないもの	灯油、ガソリン、ベンジン、シンナー、殺虫剤、接着剤、除光液（マニキュア落とし）

資料：兵庫県「乳幼児の事故対策マニュアル」1996

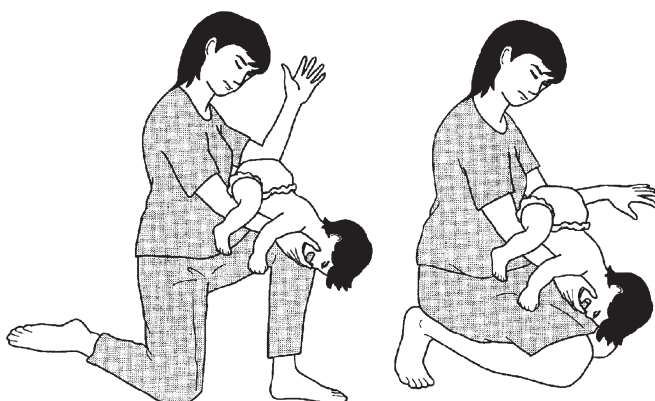
3) 気管異物

気管内異物の主なものは、ピーナッツなどの豆類やこんにやくゼリーのようなもの、おもちゃのキャップなどであるが、乳幼児が口に入れるものは、食物をはじめすべて異物になりうる。気管異物の症状は、突然の激しい咳、喘鳴、呼吸困難、チアノーゼなどである。

咽喉頭異物により窒息状態となった場合には、ただちに異物の除去を図らねばならない。異物が口の奥に触れる場合には指で掻き出すが、その際逆に押し込まないように十分な注意が必要である。指での除去が無理な場合には、背部叩打法（図X-2）で除去する。

すなわち、子どもの顔を下向きにし、術者の前腕の上のせ大腿で支える。顎を手のひらで固定し肩甲骨の間を手のひらで5回強く叩く。これを繰り返す。

図X-2 背部叩打法



4) 消化管異物

消化管異物となる固形物の主なものは、硬貨が最も多く、おもちゃ、ボタン型電池、日用品、食品も含まれる。

5) 溺水

溺水による死亡は、平成20年の調査では不慮の事故の中でも、乳児では窒息に次いで第2位、1歳以降でも各年齢層で交通事故に次いで第2位を占めている。溺水の場所は、浴室、洗濯機、ビニールプール、バケツ、水槽など身近なところが多い。

意識不明の溺水患者の処置は、一次救命処置である心肺蘇生そのものである。現場での蘇生の成否が予後を大きく左右する。また、意識や呼吸が正常であった場合でも、半日から1日後に肺水腫や脳浮腫を生じることがあるので、専門医療機関に搬送を必要とする。

6) 熱中症

直射日光下などの高温環境で体温の調節障害をきたし、高体温、電解質異常などをきたした病態をいう。換気の悪い部屋、自動車内などの環境、運動の程度、帽子の有無、着せすぎなどの状態とその時間、発汗の程度と水分摂取に関連して発症する。

現場での処置としては、風通しのよい、温度と湿度の低い場所に移動させ、衣服をゆるめ、できるだけ早く医療機関に搬送する。

7) アナフィラキシー

全身性のアレルギー反応をアナフィラキシーという。急速に進行し、ショックなど重篤な状態になることもあり、迅速な処置を要する。声の掠れや喘鳴、嘔吐などが出現したときには緊急に医療機関を受診する必要がある。以前にアナフィラキシーを起こすなどして、抗ヒスタミン薬やエピペン®をあらかじめ用意している児には速やかに使用する。また、食物アレルギーの既往などの情報を職員全員が共有し、誤食などに十分注意するとともに、緊急時の処置についても周知徹底しておく。

4. 事故防止と安全教育

乳幼児の事故の頻度は高く、ときには命を失うことがある。したがって、事故予防は非常に大切であり、そのための安全対策が必要である。子ども達の周囲には多くの危険が待ち受けている。子どもの事故につながる環境因子は極力取り払わなければならないし、保護者や子ども達への安全教育が徹底されなければならない。そのため、乳幼児を持つ保護者向けに兵庫県小児科医会作成の「乳幼児事故防止安全チェックリスト」（資料編P.105・106表2参照）の配布が望ましい。また、乳幼児の窒息と間違えられやすい乳幼児突然死症候群（SIDS）については、母親への注意のため母子健康手帳に掲載されるようになったが、より広く知らせるために、図X-3のようなポスターの掲示が望まれる。

図X-3（厚生労働省HPから引用）

乳幼児突然死症候群

SIDSから赤ちゃんを守りましょう

SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) = 乳幼児突然死症候群とは
 それは3歳以下の子供が、寝ている最中に不明の原因で死亡することです。原因は、まだわかっていません。総数では、1歳未満の0歳～1歳の子供に1人の割合で死亡してきています。原因は、まだわかっていません。総数では、1歳未満の子供に1人の割合で死亡してきています。

SIDSから赤ちゃんを守るための3つのポイント

- 1 うつぶせ寝は避ける**
 うつぶせ寝が、あおむけ寝に比べてSIDSの発症率が高いという研究結果がでています。医学上の理由で必要なとき以外は、赤ちゃんの顔が見えるあむむけに寝かせよう。また、赤ちゃんを一人にしないことや、寝かせ方に対する認識をすることは、窒息や誤飲、けがなどの事故を未然に防ぐことにつながります。
- 2 たばこはやめる**
 両親が喫煙する場合、両親が喫煙しない場合よりSIDSの発症率が高くなるというデータがあります。妊婦自身が禁煙することはもちろん、妊婦や乳児のそばでの喫煙も避けるよう、身近な人の協力が必要です。
- 3 できるだけ母乳で育てる**
 母乳で育てられている乳児は、人工乳の乳児と比べてSIDSの発症率が低いといわれています。人工乳がSIDS発症率を低くすわけではあありませんが、できるだけ母乳で育てよう。

SIDS対策強化月間

厚生労働省

SIDSから赤ちゃんを守るための3つのポイント

原因が解明されていないSIDSですが、この3つのポイントを守ること、発症の可能性を小さくできることがこれまでの研究で明らかになっています。

- 1 うつぶせ寝は避ける**
 うつぶせ寝が、あおむけ寝に比べてSIDSの発症率が高いという研究結果がでています。医学上の理由で必要なとき以外は、赤ちゃんの顔が見えるあむむけに寝かせよう。また、赤ちゃんを一人にしないことや、寝かせ方に対する認識をすることは、窒息や誤飲、けがなどの事故を未然に防ぐことにつながります。
- 2 たばこはやめる**
 両親が喫煙する場合、両親が喫煙しない場合よりSIDSの発症率が高くなるというデータがあります。妊婦自身が禁煙することはもちろん、妊婦や乳児のそばでの喫煙も避けるよう、身近な人の協力が必要です。
- 3 できるだけ母乳で育てる**
 母乳で育てられている乳児は、人工乳の乳児と比べてSIDSの発症率が低いといわれています。人工乳がSIDS発症率を低くすわけではあありませんが、できるだけ母乳で育てよう。

乳幼児突然死症候群(SIDS)について
<http://www.mhlw.go.jp/toukyo/nodomo/sids.html>

乳幼児突然死症候群(SIDS)に関するお問い合わせ先
http://www.mhlw.go.jp/toukyo/nodomo/sids_guide.html

お問い合わせ先
 乳幼児突然死症候群(SIDS)については、各都道府県・自治体の母子健康相談センター、保健センターなどでご相談が出来ます。

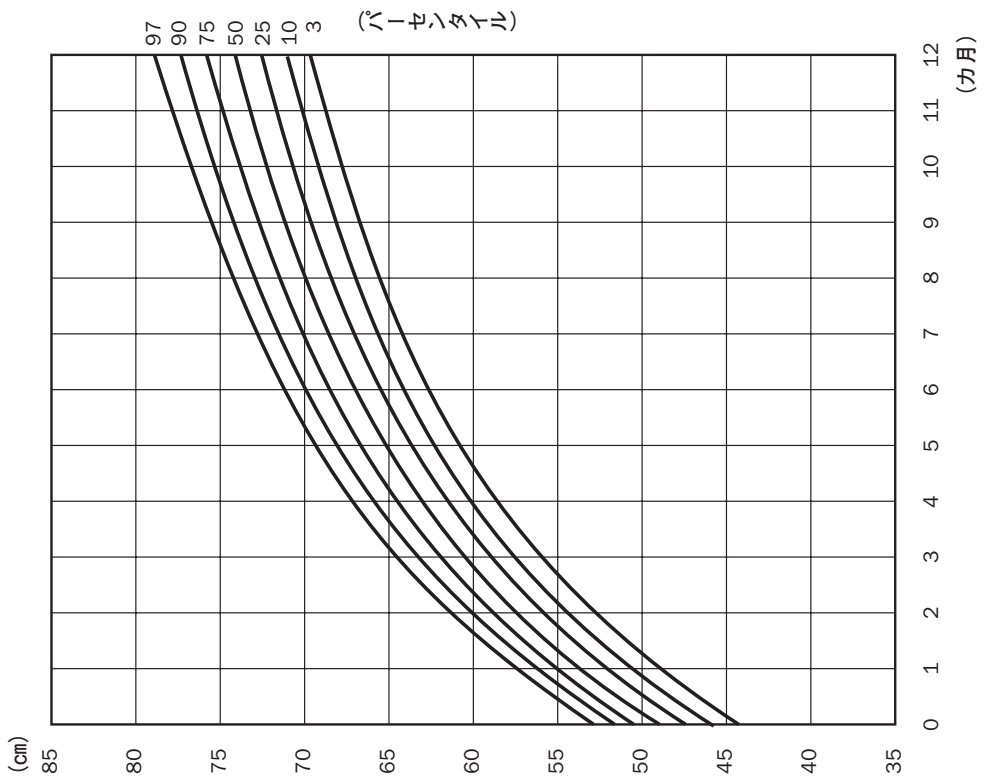
XI

資 料 編



図1 乳幼児(男子)身長発育パーセントイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

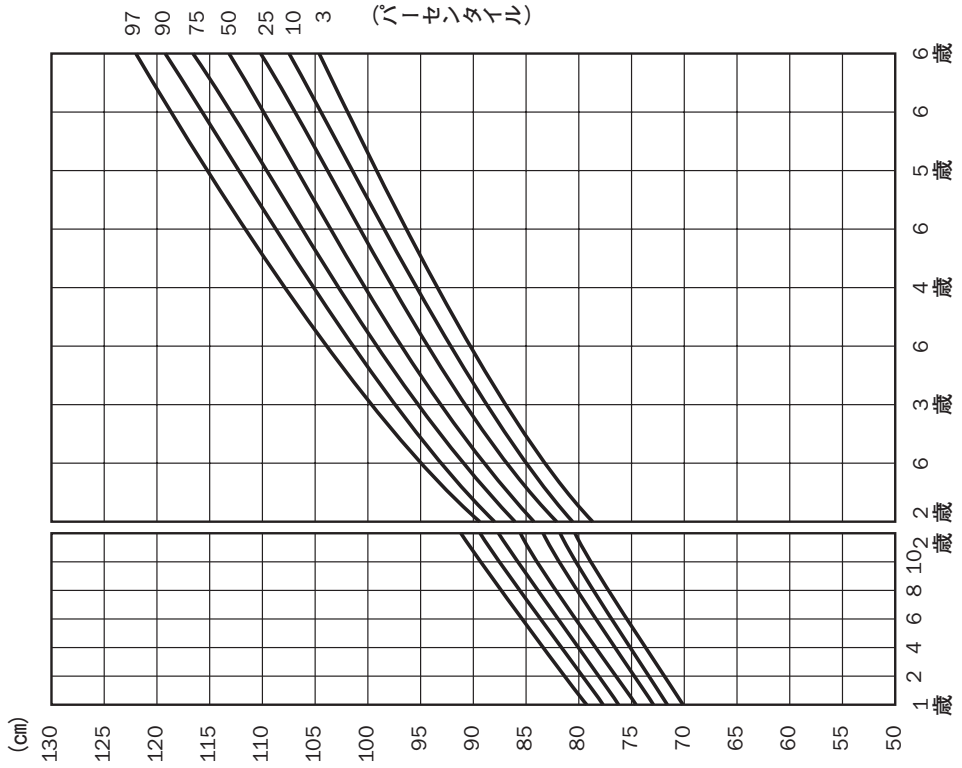
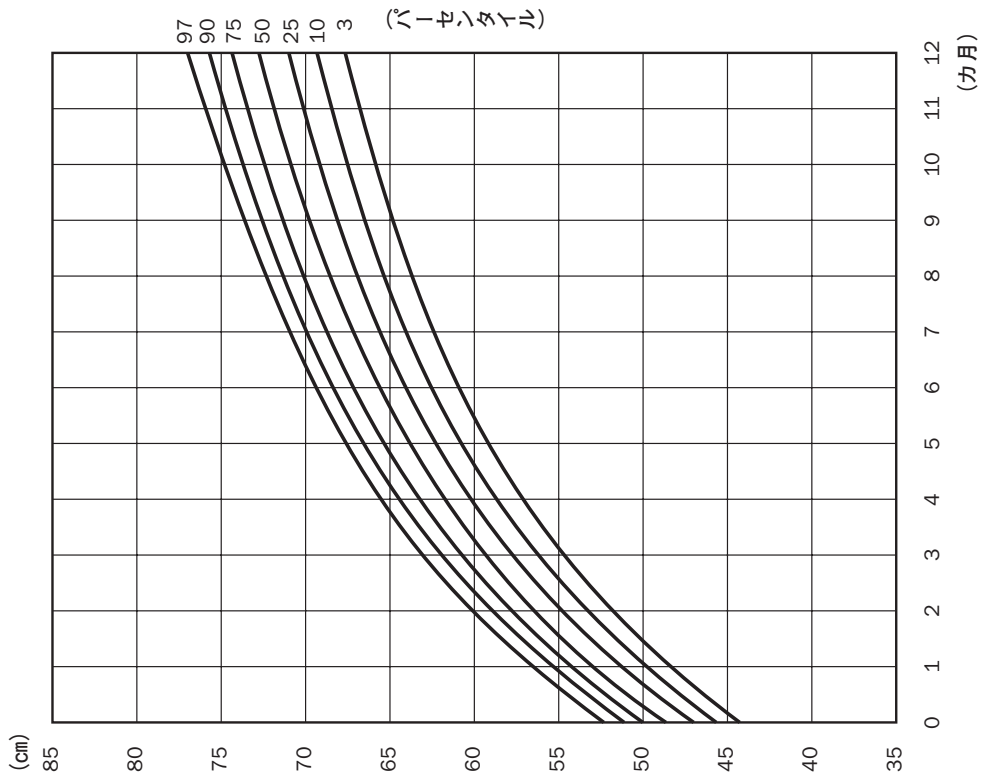


図2 乳幼児(女子)身長发育パーセントイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

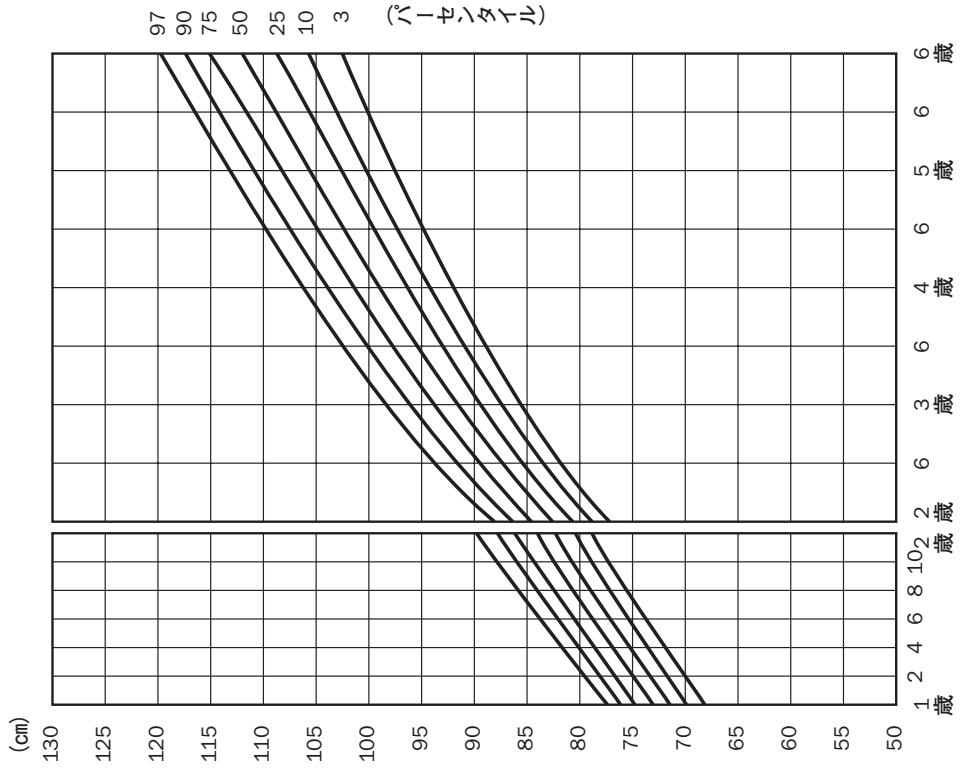
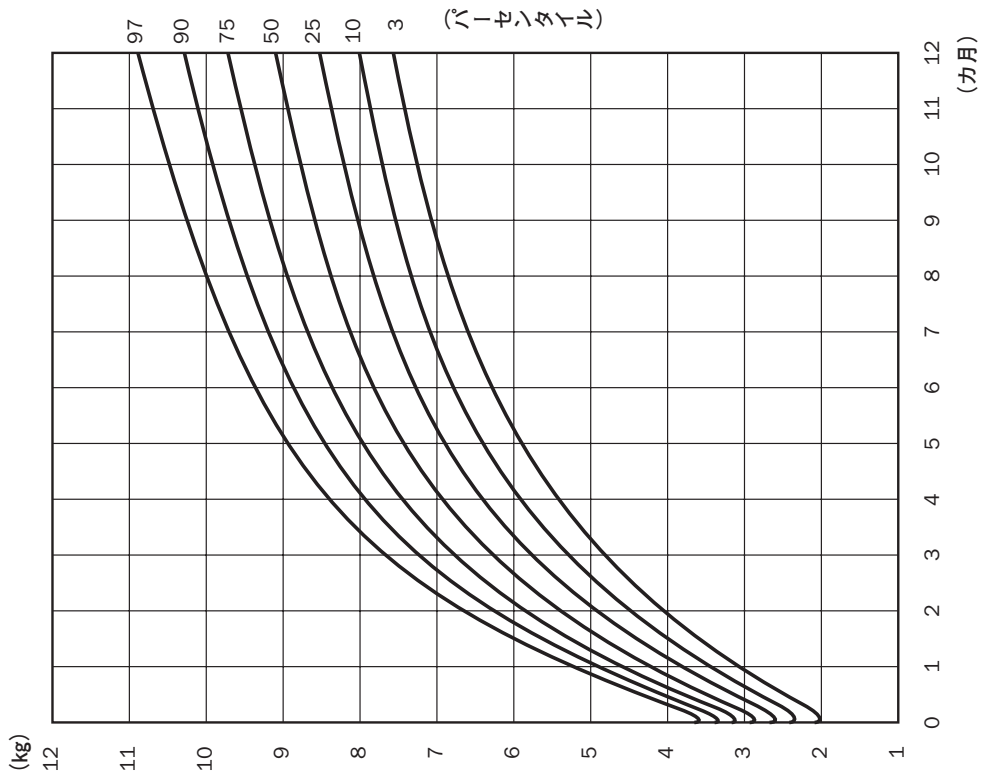


図3 乳幼児(男子)体重発育パーセントイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

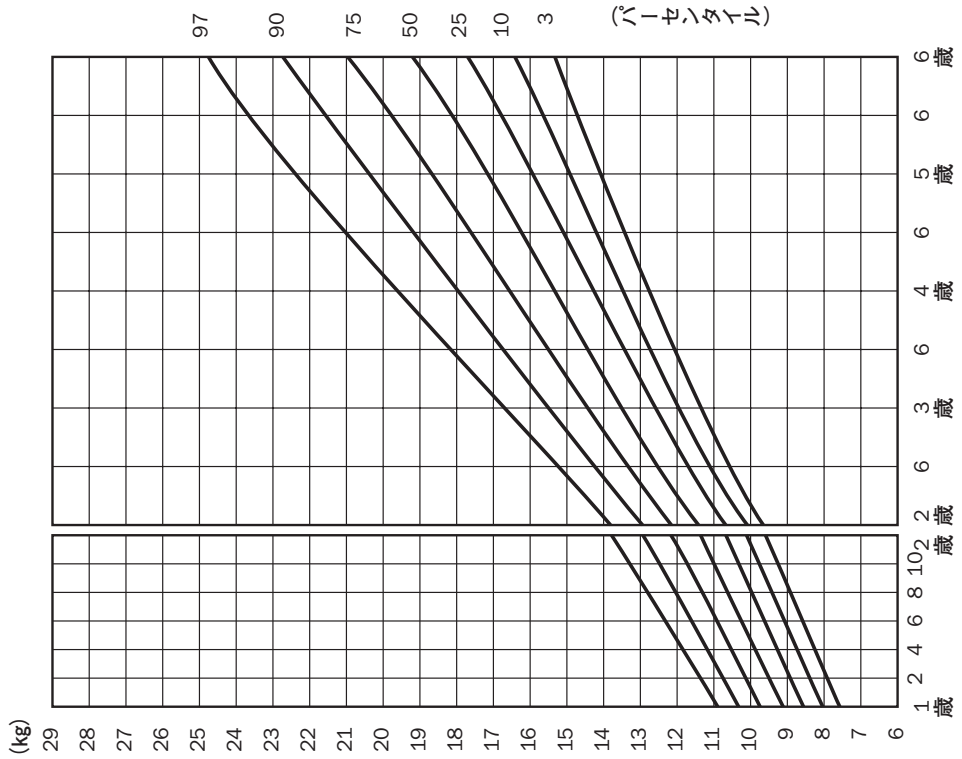
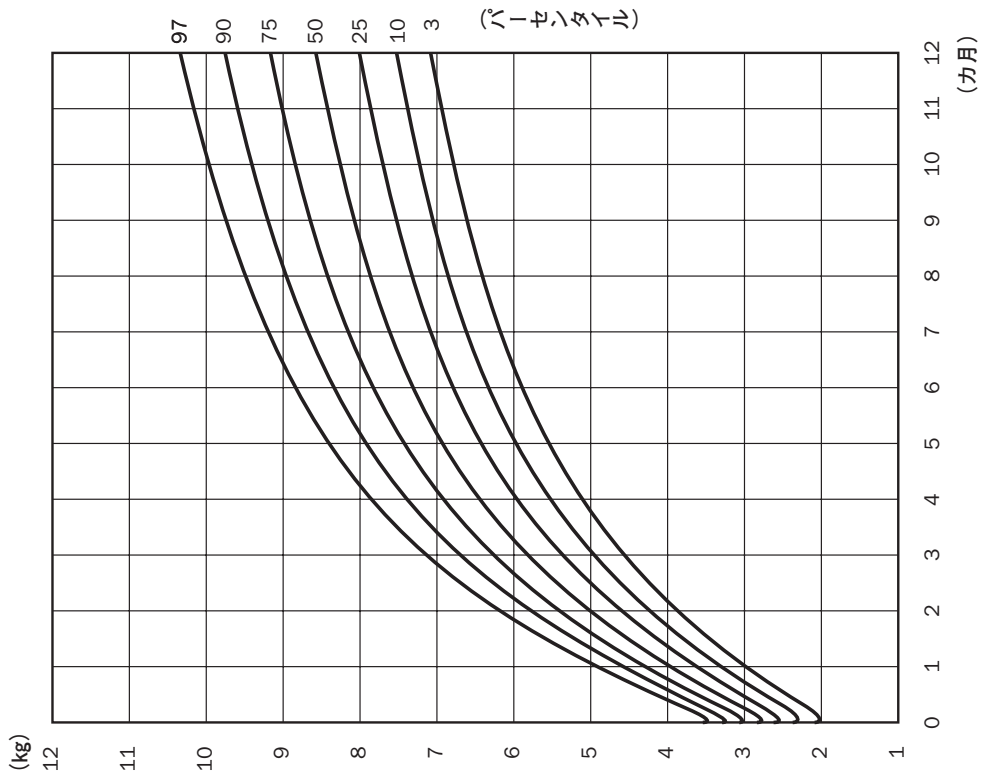


図4 乳幼児(女子)体重発育パーセンタイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

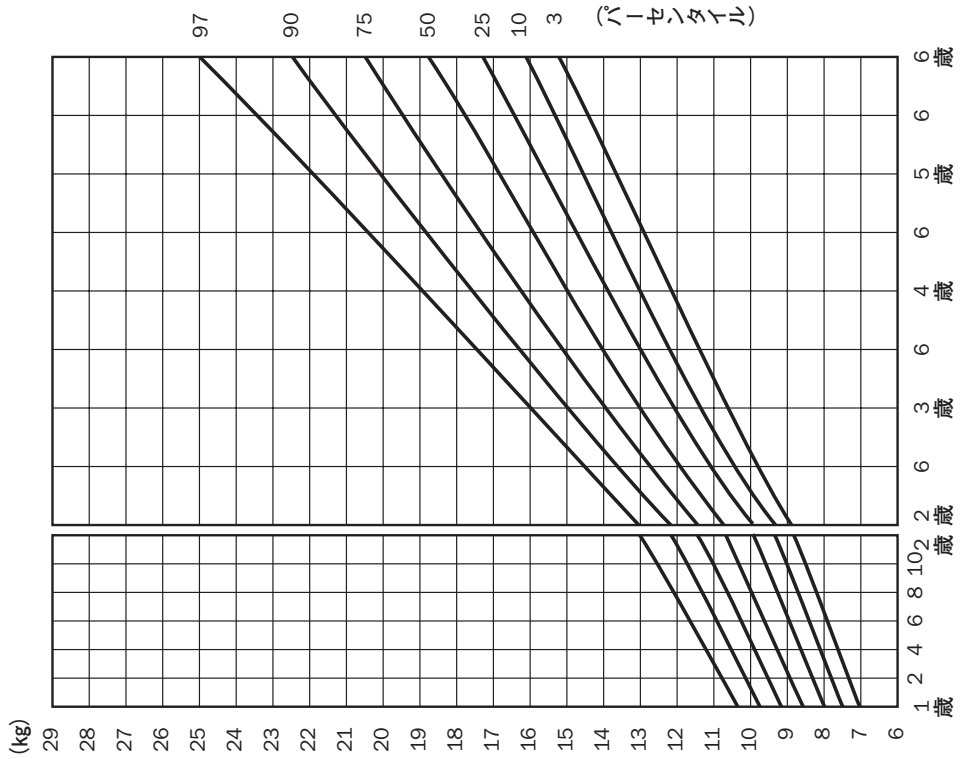
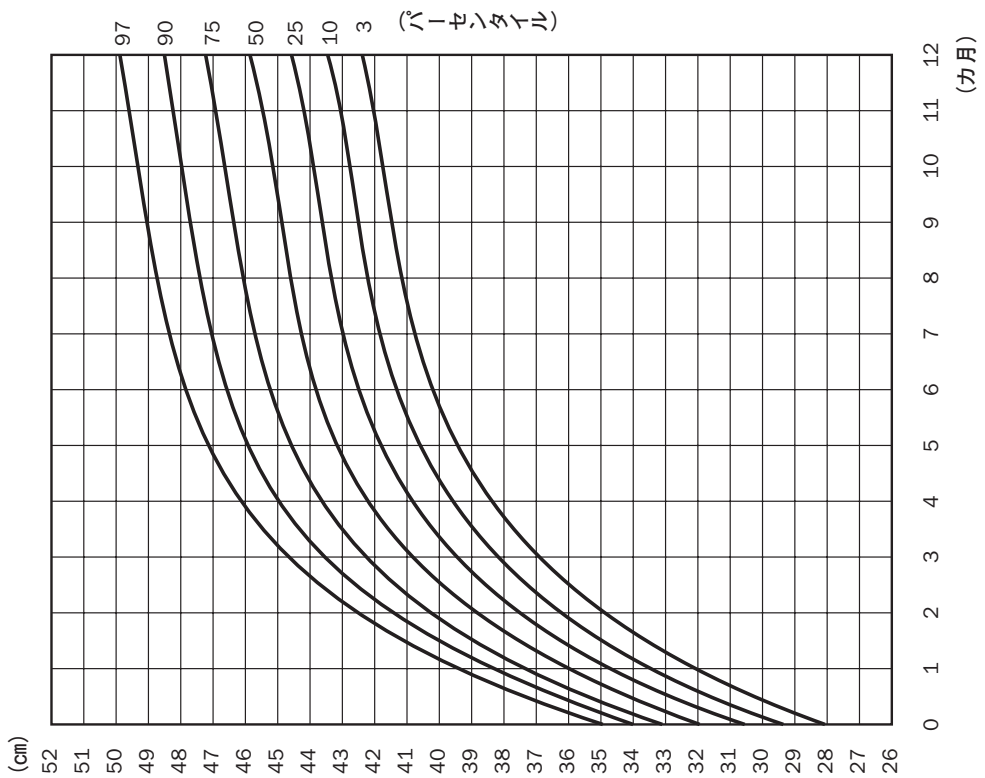


図5 乳幼児(男子)胸囲发育パーセンタイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

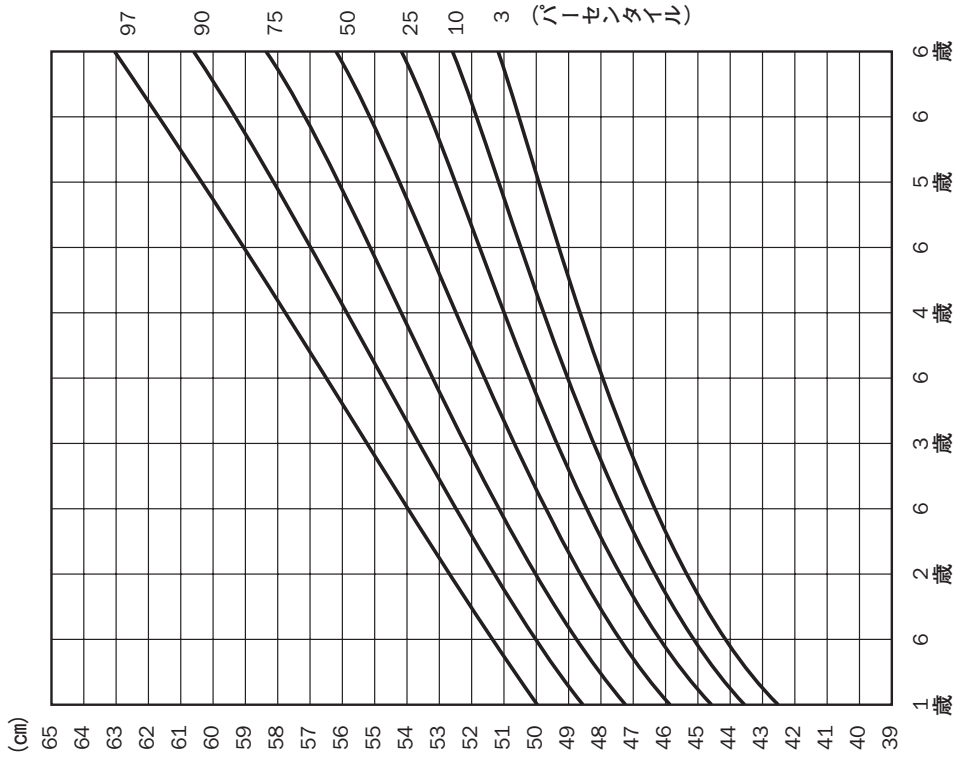
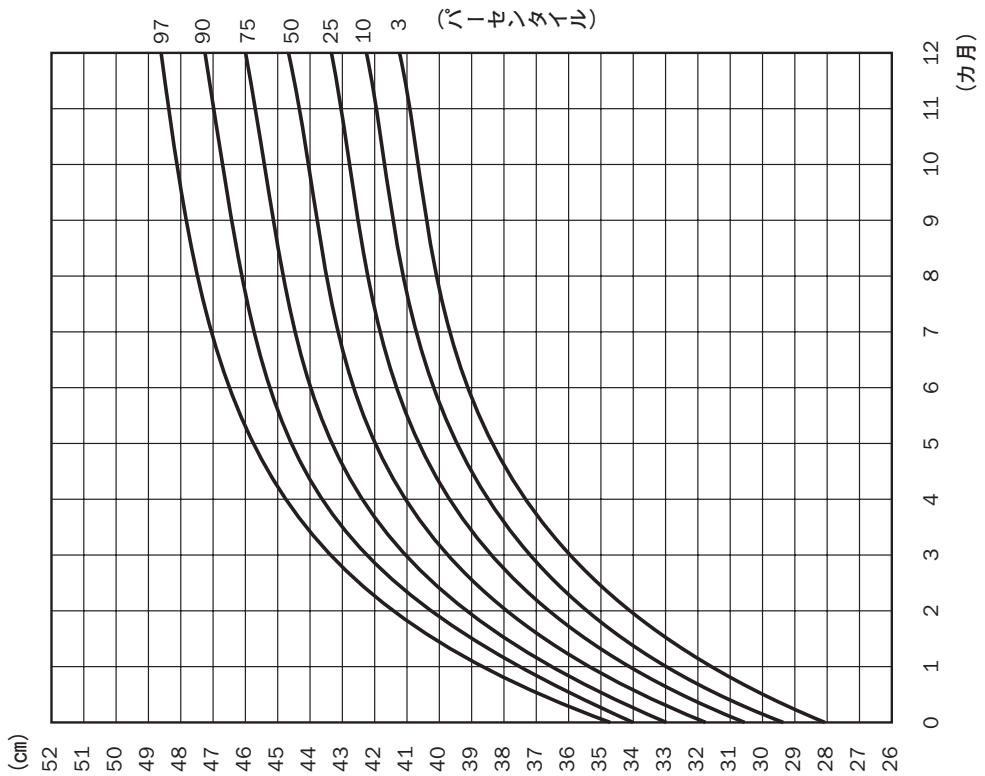


図6 乳幼児(女子)胸囲发育パーセントイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

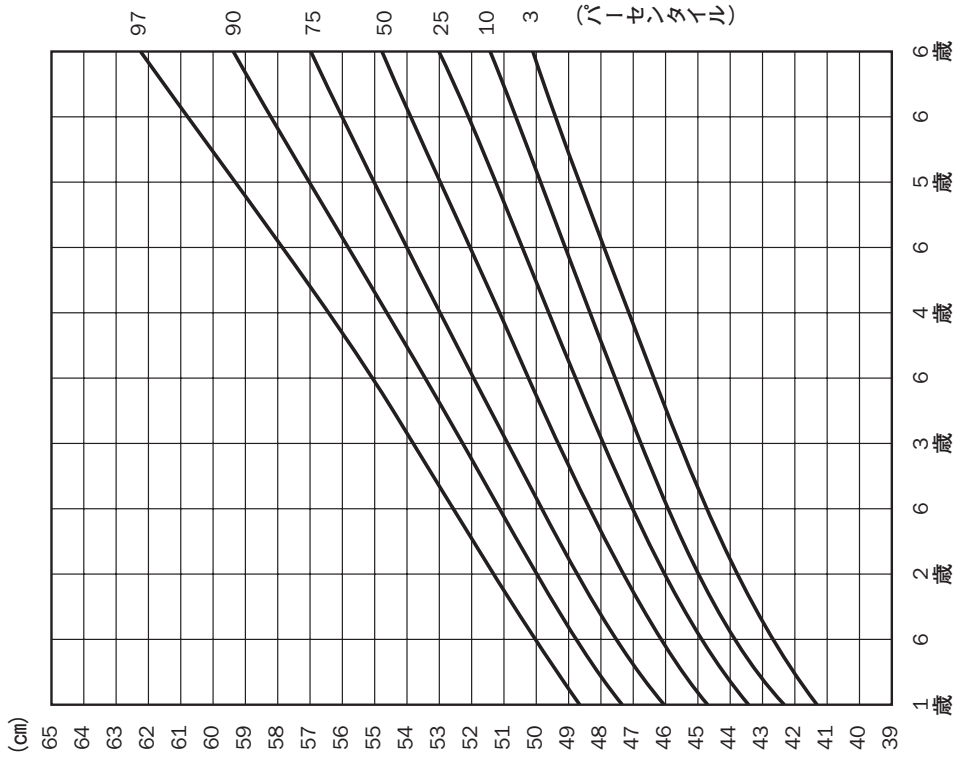
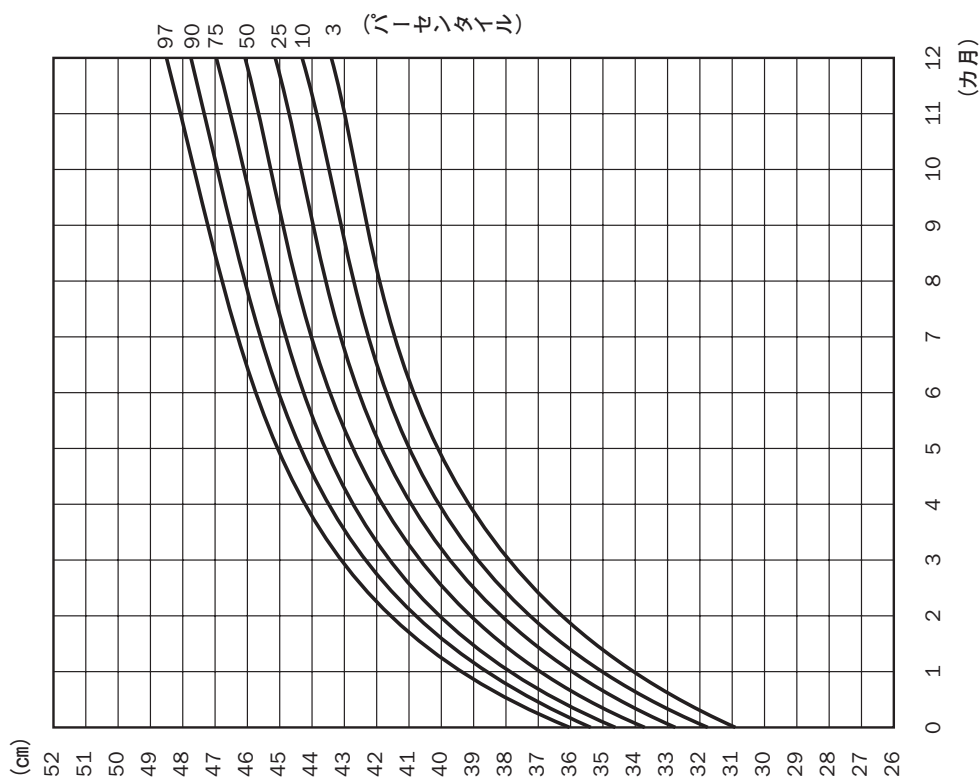


図7 乳幼児(男子)頭圍發育パーセントイル曲線(平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

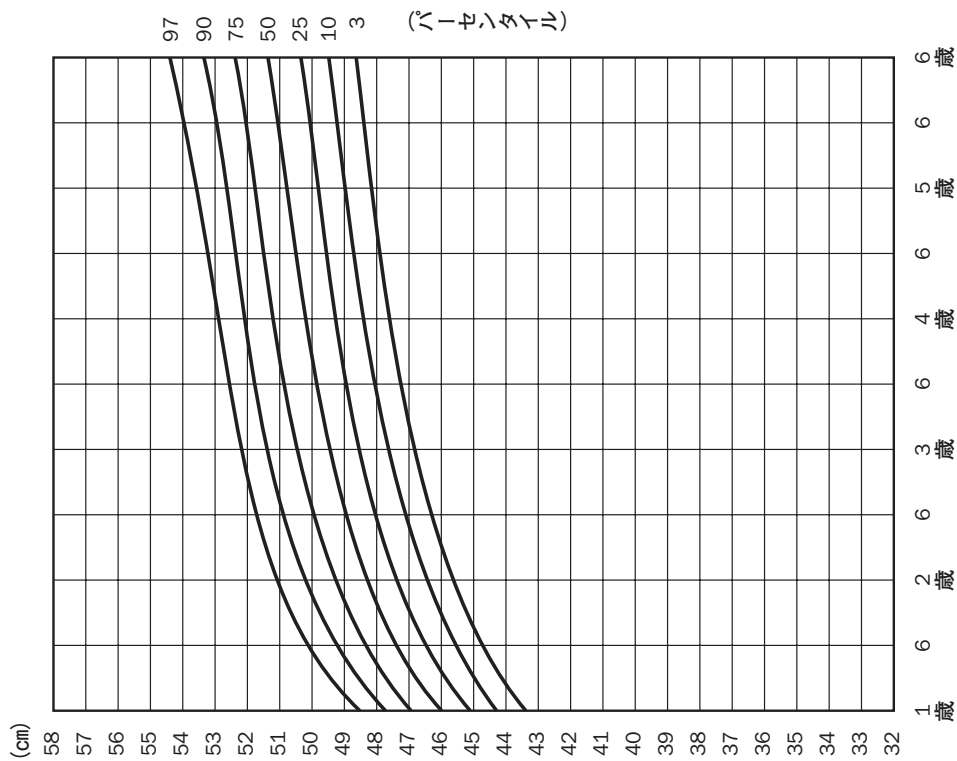
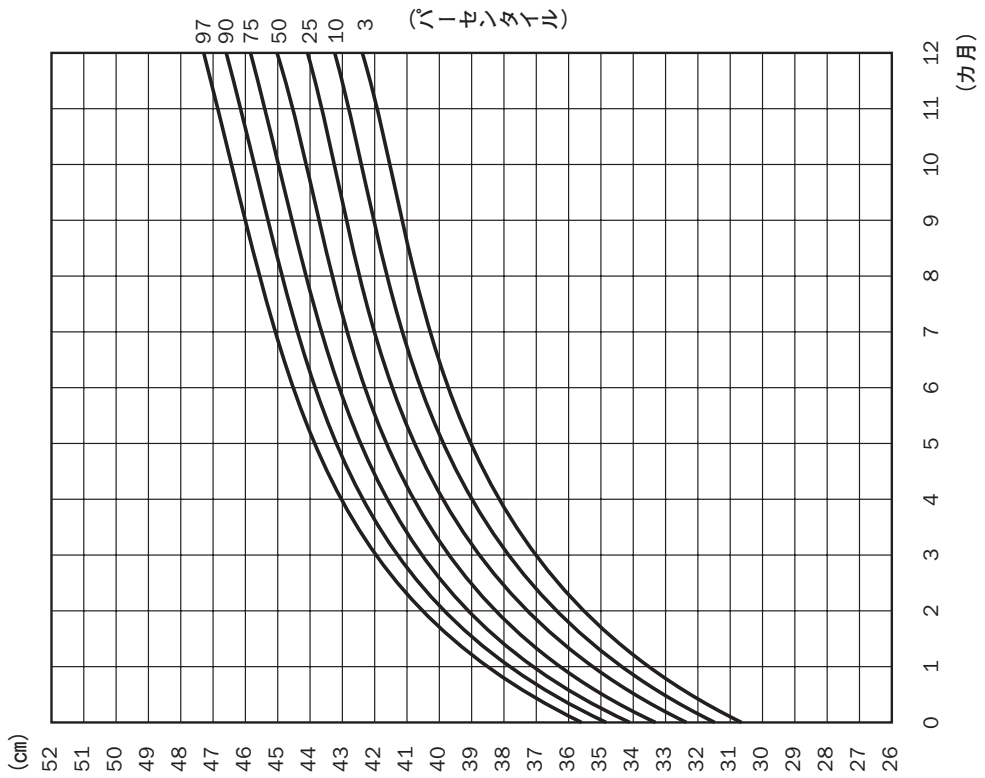


図8 乳幼児(女子)頭囲発育パーセントイル曲線 (平成22年調査)

<乳児>



<幼児>

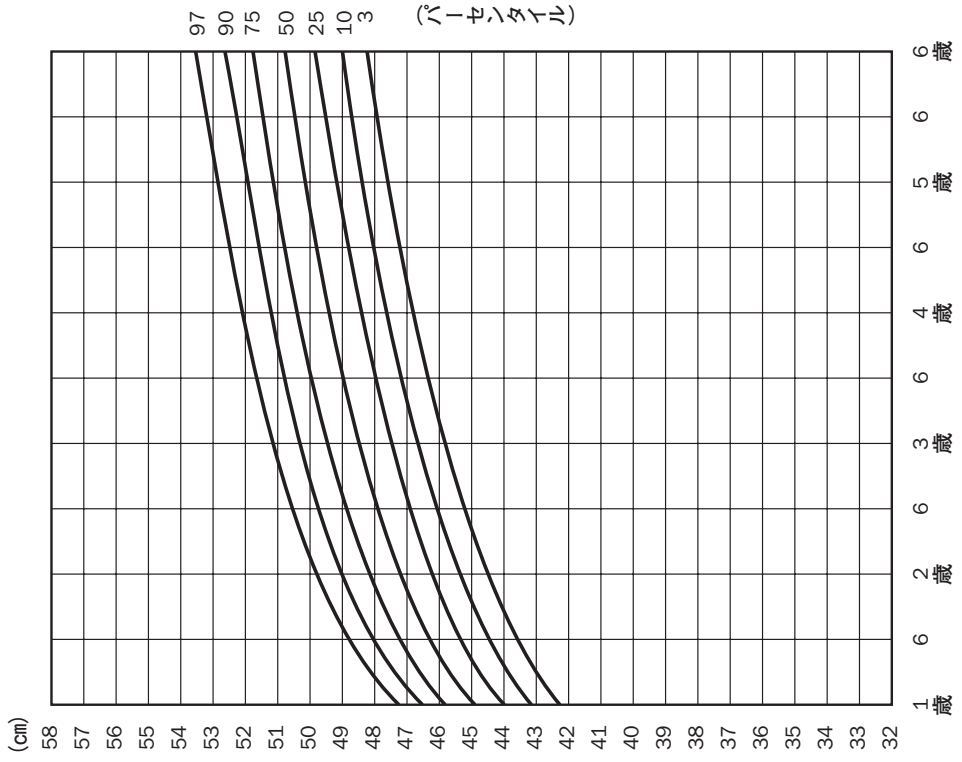


図9 幼児の身長別体重曲線(男子)(平成22年調査)

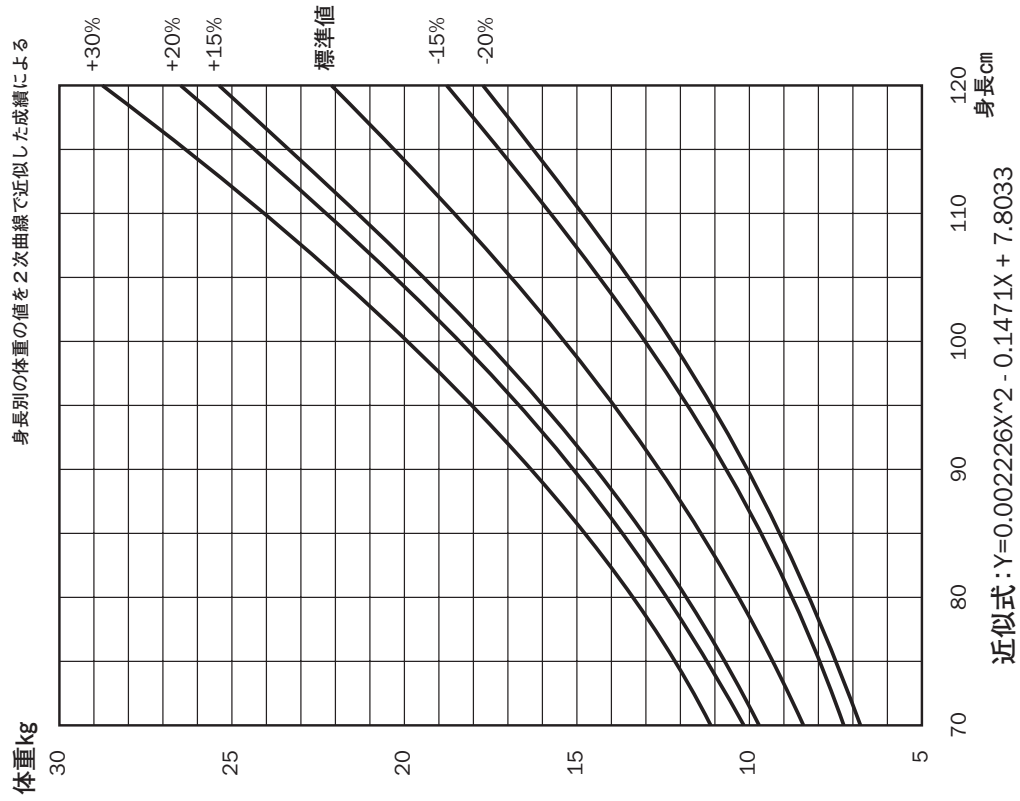


図10 幼児の身長別体重曲線(女子)(平成22年調査)

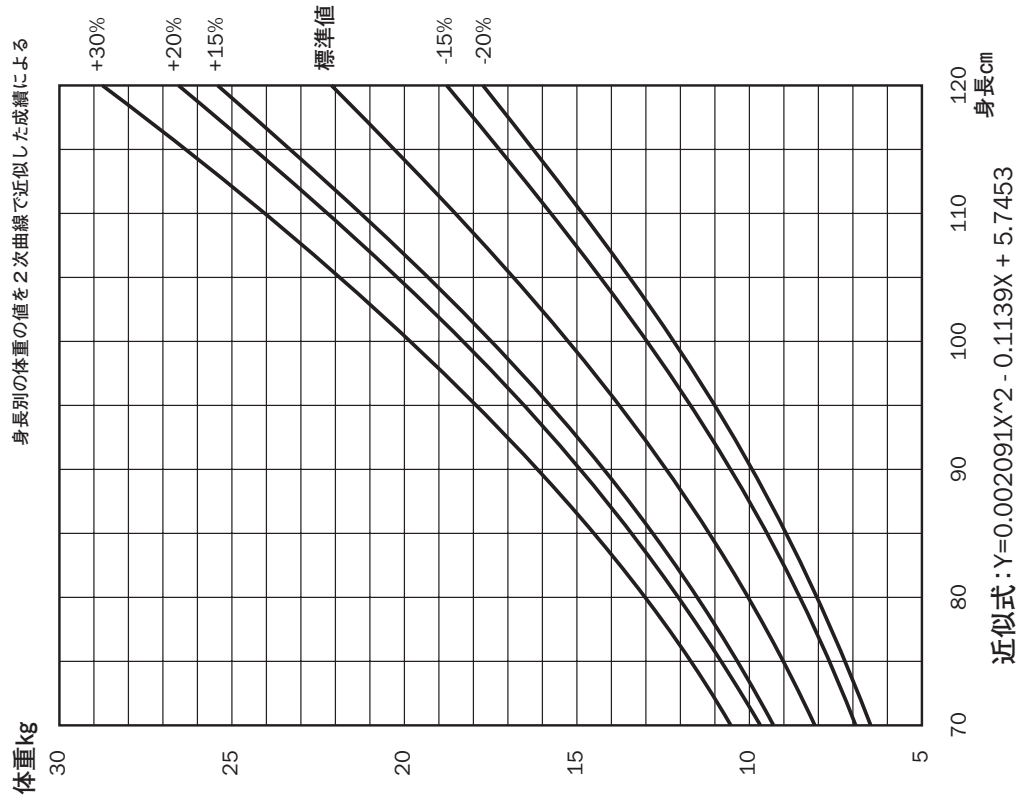
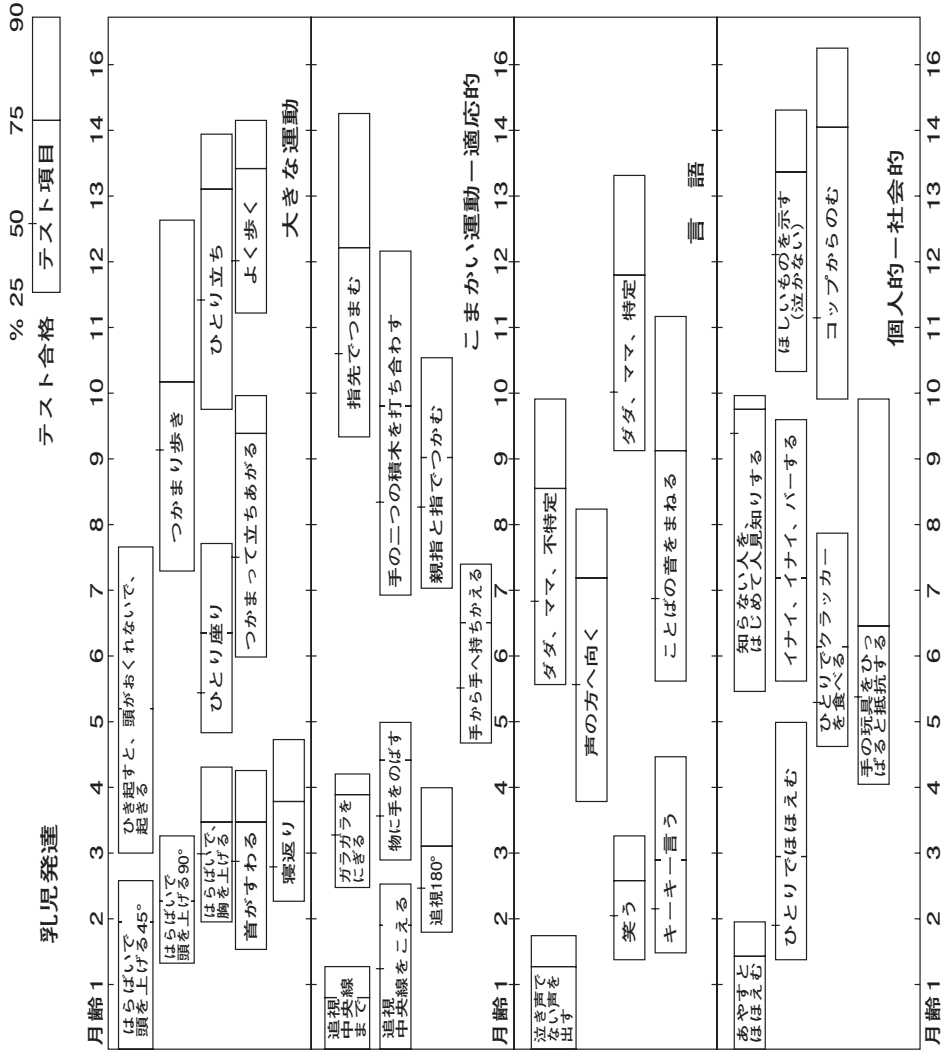
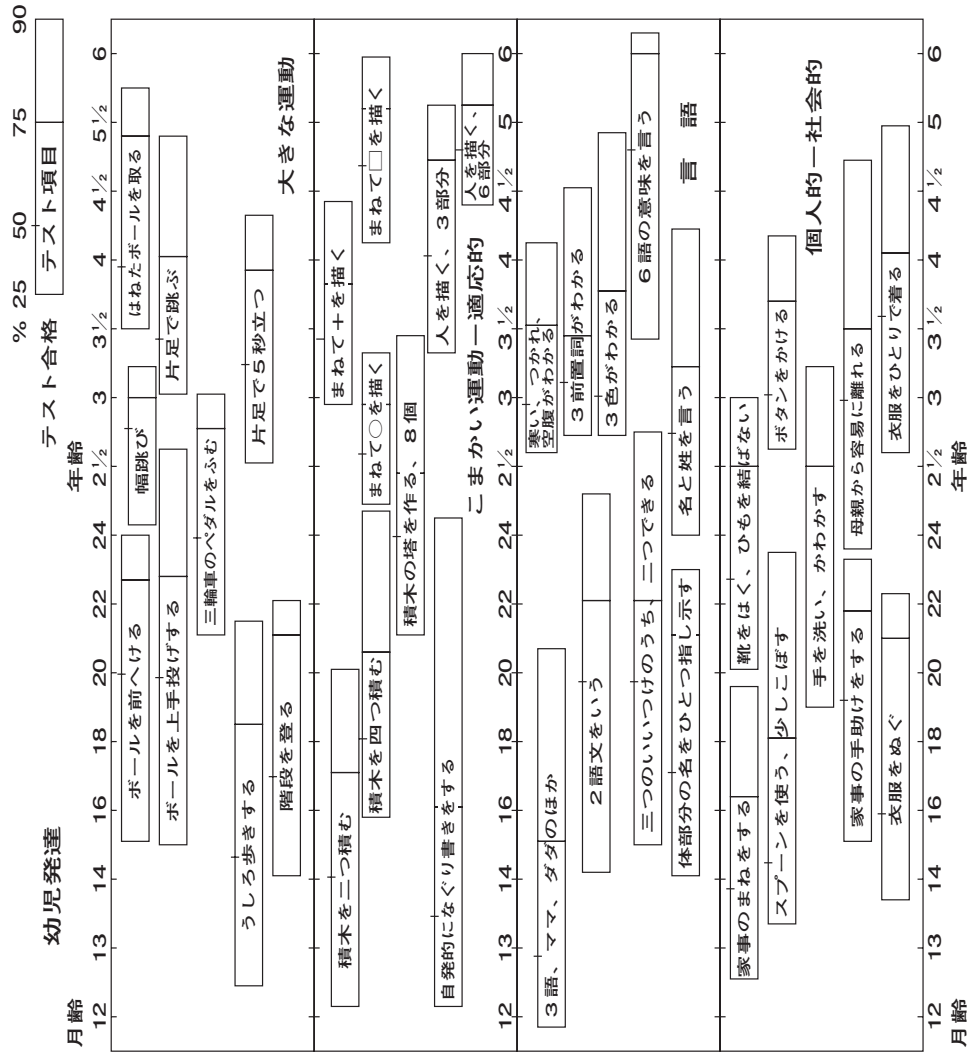


図11 デンバー式発達スクリーニングテスト(乳児期)



出典：上田礼子著・W.K.Frankenburg原著：日本版デンバー式発達スクリーニング検査（増補版）、医歯薬出版株式会社、1983。

図12 デンバー式発達スクリーニングテスト(幼児期)



出典：上田礼子著・W.K.Frankenburg原著：日本版デンバー式発達スクリーニング検査（増補版）、医歯薬出版株式会社、1983。

表1 被虐待児通告書(医療機関用通告シート)

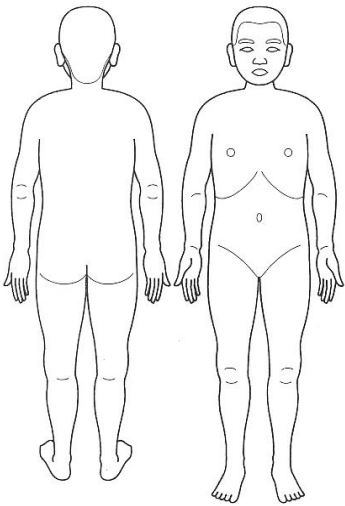
医療機関用通告シート

平成 年 月 日

被虐待児通告書

_____ 子ども家庭センター所長様

医療機関名 _____
 電話番号 _____
 担当医師名 _____ (印)

児童氏名		男・女	H・S 年 月 日 (歳 か月)
住 所	〒 _____		
保護者氏名		続柄	
通告の理由		通告について養育者は (○をつけてください) ・了解している ・了解していない ・知らせていない ※ 但し通告については養育者の 了解がなくても守秘義務違反には該当しない。	
所見の概要 (児童の症状・身体状況等) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>			

通告先一覧	中央子ども家庭センター	Tel 078-923-9966	Fax 078-924-0033
	西宮子ども家庭センター	Tel 0798-71-4670	Fax 0798-74-2538
	川西子ども家庭センター	Tel 072-756-6633	Fax 072-756-6006
	姫路子ども家庭センター	Tel 079-297-1261	Fax 079-289-1895
	豊岡子ども家庭センター	Tel 0796-22-4314	Fax 0796-24-0484
	神戸市子ども家庭センター	Tel 078-382-2525	Fax 078-382-1902

※ 通告書の不足につきましてはコピーしてご使用いただくか、上記子ども家庭センターへご請求願います。
 (裏面にもご記入ください)

虐待症例チェックリスト

虐待が疑われる症例については、以下のチェックで確認してください。
虐待症例については、この通告書で子ども家庭センターへ通告してください。

*該当する項目、疑わしい項目の□の中に (☑) をつけてください。

1 被虐待児に対するチェック

<p>(1) 全身</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 低身長 (-2SD 以下) <input type="checkbox"/> 低体重 (-2SD 以下) <input type="checkbox"/> 内臓出血 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 原因不明の脱水症状 <input type="checkbox"/> 繰り返す事故の既往症 <input type="checkbox"/> 不衛生 (垢まみれ・酷いにおい・つかぶれ) 	<p>(3) 耳</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 鼓膜裂傷 <input type="checkbox"/> 耳介の腫脹 (耳たぶを頻りに引っ張られて生じる) <p>(4) 鼻</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 鼻骨骨折 <p>(5) 眼</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 眼のまわりの痣 <input type="checkbox"/> 眼球損傷 (前目房の出血、眼底出血) <input type="checkbox"/> 眼外傷 (白内障、網膜剥離、水晶体脱臼等) <input type="checkbox"/> 眼窩内側骨折 	<p>(8) 骨</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 新旧混在する骨折 <input type="checkbox"/> 多発性骨折 <input type="checkbox"/> 乳児の長管骨骨折 <input type="checkbox"/> 肋骨骨折 (胸部圧迫、シェイキング等) <input type="checkbox"/> 捻転骨折 (胸部圧迫) <input type="checkbox"/> 中毒 (薬剤、化学物質等による)
<p>(2) 皮膚</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 多数の打撲や傷 <input type="checkbox"/> 多数の小さな傷 <input type="checkbox"/> 不審な傷 (ベルト、紐、絞首、歯形、つねり痕、爪痕、櫛、ハンガー、その他 ()) <input type="checkbox"/> 不自然な火傷、熱傷 (タバコ、アイロン、熱湯) 	<p>(6) 口腔</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 口周囲の打撲、裂傷 <input type="checkbox"/> 口唇小帯、舌小帯 <p>(7) 頭</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 (硬膜下、くも膜下) <input type="checkbox"/> 頭蓋骨骨折 <input type="checkbox"/> 脳挫傷 	<p>(9) 胸腹部</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 内臓損傷、内臓破裂 (腎臓、肝臓、脾臓) <input type="checkbox"/> 溺水、窒息 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <p>(10) 泌尿器生殖器</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 性器、肛門周囲の外傷 (男児にもあるので注意) <input type="checkbox"/> 若年者の妊娠、中絶、出産 (性的暴力の存在に考慮) <input type="checkbox"/> 反復性尿路感染症
<p>(11) 心理面</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 極端なおびえ <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 大人の顔色をうかがう <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 無感動 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 円形脱毛症 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 遺尿 <input type="checkbox"/> 遺糞 <input type="checkbox"/> 反復性疼痛 (頭痛、腹痛など) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍などの心身症 <input type="checkbox"/> 触れられることを異常に嫌がる <input type="checkbox"/> 動きがぎこちない <input type="checkbox"/> 自分からの発声や発語が少ない <input type="checkbox"/> 養育者がいる時といない時で動きや表情が極端に違う 	<p>(12) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 予防接種がほとんど接種されていない <input type="checkbox"/> 母子手帳がほとんど記載されていない <input type="checkbox"/> 母子手帳を紛失している 	

2 養育者に対するチェック

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 体罰を正当化する <input type="checkbox"/> 子どもの扱いがぎこちない <input type="checkbox"/> 発症から受診までの時間が長い <input type="checkbox"/> 説明が不自然 (つじつまが合わない、あやふや、内容がよく変わる、受傷の原因を他者の責任にする) <input type="checkbox"/> 外傷の程度、予後、治療方法等に無関心である <input type="checkbox"/> 説明に対して納得をせず、転院を繰り返す <input type="checkbox"/> 挑発的態度、被害的態度、衝動的行動が多い 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 明確な異常がないのに、種々の訴えを繰り返し、頻りに受診する。 <input type="checkbox"/> 人の接し方が下手で、度々トラブルを起こす <input type="checkbox"/> 外来を中断する。 <input type="checkbox"/> 重症であるにもかかわらず、入院を拒否する <input type="checkbox"/> 入院しても、すぐに帰ってしまう <input type="checkbox"/> 面会や電話での問い合わせがほとんどできない <input type="checkbox"/> 面会は短時間で、子どもと接触しない <input type="checkbox"/> 子どもの安全に配慮しない
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3 他に気づいたこと

表2 乳幼児事故防止安全チェック


兵庫県小児科医会作成

*チェックが多いほど危険です。

4ヶ月児安全チェック	9～10ヶ月児安全チェック
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>部屋の中はあまり整理整頓されていない。 <input type="checkbox"/>赤ちゃんの敷布団は柔らかめのものを使用している。 <input type="checkbox"/>赤ちゃんを家に一人置いて外出することがある。 <input type="checkbox"/>車の中に短時間でも赤ちゃんを一人にしていることがある。 <input type="checkbox"/>チャイルドシートを使用していない。 <input type="checkbox"/>車のドアを閉めるときに赤ちゃんの位置を確認していない。 <input type="checkbox"/>寝ている赤ちゃんの上に、物が落ちてくる。 <input type="checkbox"/>暖房の熱が赤ちゃんに直接触れる。 <input type="checkbox"/>赤ちゃんのまわりにタバコや小物を置いていることがある。 <input type="checkbox"/>入浴中の赤ちゃんから目を離すことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>タバコが入っているバッグを赤ちゃんの手の届く場所に置いている。 <input type="checkbox"/>ボタン電池、硬貨、指輪などの小物を手の届く場所に置いている。 <input type="checkbox"/>ピーナッツや飴玉等を手の届く場所に置いている。 <input type="checkbox"/>ビニール袋を手の届く場所に置いている。 <input type="checkbox"/>ポットや炊飯器などを手の届く場所に置いている。 <input type="checkbox"/>つかまり立ちさせるときは、赤ちゃんのそばについていない。 <input type="checkbox"/>チャイルドシートは使用していない。 <input type="checkbox"/>入浴中に赤ちゃんから目をはずす。 <input type="checkbox"/>お茶、コーヒー、味噌汁、カップラーメンなどをテーブルに置いている。 <input type="checkbox"/>赤ちゃんがお座りしているとき、そばに角や縁のつがったものがある。
1歳6ヶ月児安全チェック	3歳児安全チェック
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>熱い鍋やアイロンを子どもの手が届く場所においている。 <input type="checkbox"/>タバコが入っているバッグを子どもの傍に置いている。 <input type="checkbox"/>ドアを開閉するとき、子どもの手や足の位置を確認していない。 <input type="checkbox"/>チャイルドシートを使用していない。 <input type="checkbox"/>車の発進、車庫入れ、乗り降りの際に子どもの安全を確認していない。 <input type="checkbox"/>ビニール袋やラップを子どもの手の届く場所に置いている。 <input type="checkbox"/>カミソリ、包丁、はさみ等の刃物類を使用後にすぐに片付けない。 <input type="checkbox"/>子どもが一人でお風呂場にはいれる。 <input type="checkbox"/>浴槽のお湯を抜いていないことがある。 <input type="checkbox"/>階段や玄関など段差のある場所に子どもが一人で行くことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>浴室の床やタイルは滑りやすい。 <input type="checkbox"/>いつも子どものいる位置を確認していない。 <input type="checkbox"/>ベランダや窓の側に踏み台になるものを置いている。 <input type="checkbox"/>車のドアを閉めるとき、子どもの指をはさまないか確認していない。 <input type="checkbox"/>自動車に乗るときはチャイルドシートを使用していない。 <input type="checkbox"/>水遊びをするときは大人がつきそっていない。 <input type="checkbox"/>ストーブやヒーターなどは子どもが触れないようにガードをしていない。 <input type="checkbox"/>アメ、餅などをあげるとき、喉につまらせないように注意していない。



*チェックが多いほど危険です。

<p>台所・リビング安全チェック</p>	<p>寝室安全チェック</p>
<p><input type="checkbox"/>部屋はあまり整理整頓されていない。</p> <p><input type="checkbox"/>角のとがったテーブルや家具がある。</p> <p><input type="checkbox"/>包丁などを子どもが開けられる場所に保管している。</p> <p><input type="checkbox"/>ポット・炊飯ジャーなどを、子どもの手の届く場所に置いている。</p> <p><input type="checkbox"/>ガスコンロなどは、子どもが点火できる。</p> <p><input type="checkbox"/>テーブルクロスを使用している。</p> <p><input type="checkbox"/>ストーブやヒーターは子どもが触れることができる。</p> <p><input type="checkbox"/>こたつやホットカーペットで寝かせることがある。</p> <p><input type="checkbox"/>たばこや灰皿を、子どもの手の届く場所に置いている。</p> <p><input type="checkbox"/>薬品などは、子どもが触れる場所に保管している。</p> <p><input type="checkbox"/>誤飲の危険がある小さなものは、きちんと片づけていない。</p>	<p><input type="checkbox"/>ベビーベッドの柵は下げていることがある。</p> <p><input type="checkbox"/>ベビーベッドの柵とマットレスの間に隙間がある。</p> <p><input type="checkbox"/>ベビーベッドに、顔を覆うものや、ひものついたものがある。</p> <p><input type="checkbox"/>赤ちゃんの布団は、柔らかすぎるものを使用している。</p> <p>階段・ベランダ・窓安全チェック</p> <p><input type="checkbox"/>ベランダや窓の近くに踏み台になるようなものを置いている。</p> <p><input type="checkbox"/>子どもが1人でベランダに出ることがある。</p> <p><input type="checkbox"/>階段に転落を防止するための対策をしていない。</p> <p><input type="checkbox"/>歩行器を段差のある所で使用している。</p> 
<p>お風呂・洗面所周辺安全チェック</p>	<p>自転車安全チェック</p>
<p><input type="checkbox"/>浴室の床やタイルは滑りやすい。</p> <p><input type="checkbox"/>シャワーから、いきなり熱湯が出てくる。</p> <p><input type="checkbox"/>お風呂や洗濯機のお湯を抜いていない。</p> <p><input type="checkbox"/>子どもが1人でお風呂場に入れる。</p> <p><input type="checkbox"/>洗濯機周辺に踏み台になるものを置いている。</p> <p><input type="checkbox"/>洗剤や化粧品などは、子どもが触れる場所に保管している。</p>	<p><input type="checkbox"/>曲がり角・交差点などでの安全確認をしないことがある。</p> <p><input type="checkbox"/>子どもを自転車に乗せたまま、その場を離れることがある。</p> <p><input type="checkbox"/>子どもにはヘルメットをかぶせないことがある。</p>
<p>自動車安全チェック</p>	<p>その他</p>
<p><input type="checkbox"/>チャイルドシートを着用しないことがある。</p> <p><input type="checkbox"/>パワーウィンドウを操作するとき、子どもの様子を確認しない。</p> <p><input type="checkbox"/>車のドアを閉めるとき、指を挟まないように確認しない。</p> <p><input type="checkbox"/>車の中に短時間でも子どもだけ残すことがある。</p>	<p><input type="checkbox"/>子どもを一人にして外出することがある。</p> <p><input type="checkbox"/>子どもの腕を強く引っ張ることがある。</p> <p><input type="checkbox"/>子どもがペン、歯ブラシ、ハシなどを口にくわえて走ることがある。</p>

