

社会福祉・医療事業団子育て支援基金助成事業

# 乳幼児の事故に関する調査報告 乳幼児の口腔容積調査報告

平成14年3月

社団法人 日本家族計画協会

# 乳幼児の事故に関する調査報告

縁園こどもクリニック  
院長 山中龍宏

# 地域における 小児の事故サーベイランス事業の試み

## 目 次

要 旨	3
はじめに	3
1. 事故サーベイランス	3
2. 事故の情報収集用シートの作成	3
3. 対象と方法	3
4. 結 果	3
5. 考 察	4
6. おわりに	4
7. 文 献	4

## 要　旨

不慮の事故の予防を考えるためには、まずははじめに事故の実態を把握する必要がある。得られたデータの中から、重症度、頻度、後遺症発生率の高い事故を優先的に取り上げ、科学的な予防活動を展開しなければならない。その予防活動の評価は、事故発生件数の減少、重症度の軽減を証明することである。このためには、事故の発生状況を継続的に把握するサーベイランスが必要であり、そのサーベイランスを地域において継続的に行なうことが可能か否かについて検討した。その結果、調査対象の年齢層を厳密に区切って調査を継続していくべきは、事故の予防活動を評価することができることがわかった。同時に、事故予防の指導を行った群を設定したが、調査期間が短く、評価することはできなかった。

### はじめに

近年、乳幼児や小児の死亡率は著しく改善された。1960年以降現在まで、1-19歳の死因の第1位は「不慮の事故」となっている。これらは先進諸国ではみな同じ傾向であり、現在、「事故」は小児の健康に関わる最も重要な問題となっている（1）。

事故について考える場合、

- 1) 事故が起こる前の「予防」を主な研究とする立場
- 2) 事故が起こった時点を主な研究とする立場（蘇生法、搬送システムなど）
- 3) 事故が起こった後について研究する立場（治療、リハビリなど）

の3つがある。

以前より、事故は起こってしまった後では遅く、未然に防止することが大切であると指摘されてきたが、積極的な予防対策を考えるために、事故の実態を正確に把握し、分析することが不可欠となる。しかし毎日、膨大な数の事故が発生しており、その情報を継続的に収集することはたいへんむずかしい（2, 3）。

北欧、オーストラリア、アメリカ、カナダなどでは、事故サーベイランス事業が行われている（4-6）。そこで、わが国における事故の情報収集システム、すなわち事故サーベイランスを地域において構築できるか検討し、さらに事故予防活動を行って、その効果について判定することを試みた。

### 1. 事故サーベイランス

不慮の事故の情報を収集する場合にはいろいろな問題点がある。事故は、種類の多さ、発生件数の多さ、事故の原因や程度が一件一件異なっていることなど、その実

態を正確に把握することはむずかしい。

事故サーベイランスの最終的な目的は、事故の予防であり、重症度が高く、頻度が高く、後遺症の発生率が高い事故で、解決方法があるものから優先的に予防活動を開拓すべきである。この点からは、中等症、重症の事故が集まる「病院」がサーベイランスの定点として望ましく、欧米では救急外来を定点として事故のサーベイランスが行われている（6）。

医療機関を受診するシステムが異なっているわが国において、医療機関で継続的に事故・中毒の情報収集を行うことはむずかしい（7-11）。

そこで、健診の場や、母子保健推進員の家庭訪問の機会に事故の情報を収集するシステムを考えた。

### 2. 事故の情報収集用シートの作成

図1に示したような事故の情報記入用紙（A4版）を作成した。事故には、いろいろな程度があるが、家庭での処置だけで軽快した事故まで含めると膨大な数になってしまうので、不慮の事故のために医療機関を受診した事故についてのみ収集することにした。

収集した項目は、記入年月日、氏名、生年月日、性、医療機関を受診した事故の経験の有無、事故発生日時、事故発生場所、事故のきっかけ、事故に至った経緯、傷害名、傷害部位、傷害の程度である。

### 3. 対象と方法

富山県、長野県、佐賀県、山口県の各行政機関、母子保健推進員協議会に事故の調査を依頼した。調査は2001年夏から2002年2月にかけて行った。富山県では、3-4か月健診のときに第1回目の調査を行い、指導する群には、誤飲チェック1個、誤飲防止のルーラー1枚、ならびに「目で見る子どもの事故予防」の冊子を配布した。また、対照群についても事故の調査を行った。

### 4. 結　果

富山県では、3-4か月健診での調査数は302人であった。生後3-4か月までの事故の経験数は13件（4.3%）であった。指導が行われた群の調査は、生後8-11か月の時点で行われていた。対照群451件の調査年齢の中心は1歳8か月で1歳未満の児はいなかった。そのため、指導効果を比較検討することはできなかった。対照群の事故の経験数は110件（24.7%）であった。指導群の生後11か月までの事故の経験数は29件（9.6%）であった。

長野県の調査数は36人であった。生後3-4か月までの事故の経験者は0であった。

佐賀県では、指導群83人、対照群89人の調査が行われたが、それぞれ年齢幅が大きく、解析することはできなかった。

山口県では、指導群125人、対照群110人の調査が行われたが、ここでも年齢幅が大きくて、データの解析はできなかった。

## 5. 考 察

小児の事故は発達に伴って発生する。したがって、月齢の幅をそろえて調査しないと、データとして解析することができない。例えば、生後3-4か月と7-8か月では、事故の発生頻度、事故の内容は大きく異なっている。

今回の結果をみると、年齢が進むにつれ、医療機関を受診するような事故の経験数が、4.3%から9.6%へ、さらに1歳6か月の時点では24.7%へと増加していくことがわかった。1歳6か月の時点の24.7%という値は、今までに報告されている各地からのデータと全く同じである。これらから、日本中、どこの地域でも同じ頻度で小児の事故が発生しているといつてよい。

各地で調査を行ったが、今後は、調査対象の年齢幅を厳密にして調査する必要がある。具体的には、どの地域でもチェックポイントとされている、生後3-4か月、1歳6か月、3歳の時点を選んで調査することが適当であろう。また、指導群については、その効果判定には最低1年間の観察期間が必要である。

さらに、調査件数が10-30人の地区ではデータのばらつきが大きく、そこだけでの調査ではデータの解析はできないこともわかった。

## 6. おわりに

サーベイランスシステムの必要条件としては、広範囲からの情報であること、継続性があること、信頼性のある情報であること、有用な情報であること、などがあげられる。さらに、日常業務の負担にならず簡便に入手できること、かかる費用が安いことなどが十分条件と思われる。これらの条件の上に、ひとつの地域に基盤をおき医療機関を受診した事故の情報を継続的に収集することが望ましい。

このシステムの運用によって得られた情報を解析し、具体的な解決方法がある事故を取り上げ、予防対策を展開し、その評価をする作業を繰り返していくれば、小児の不慮の事故の(1)頻度、(2)重症度、(3)後遺症を軽減することが可能となる。

現在、わが国においては、有効な小児の事故の予防活動は全く行われていないといつても過言ではない。「予

防」と称されている活動は、科学的には効果が認められていないものばかりである。効果のある予防活動のためには、地域の住民に直接働きかけ、指導した結果を科学的に評価する必要がある。今回の調査によって、今後の予防活動のアウトラインを描くことができたと考えている。

## 7. 文 献

- 1) 山中龍宏：子どもの誤飲・事故を防ぐ本。東京、三省堂、1999.
- 2) 山中龍宏、他：小児の事故と中毒－焼津市における実態と今後の対策－。小児科診療、51：533-538、1988.
- 3) 山中龍宏、他：小児の事故・中毒データ入力専用プログラムの開発。小児保健研究、53：455-461、1994.
- 4) 山中龍宏：オーストラリアの事故サーベイランスシステムについて。厚生省心身障害研究「地域・家庭環境の小児に対する影響等に関する研究」平成3年度研究報告書、p.210-214、1992.
- 5) Harrison J. et al. : Injury surveillance in Australia. Acta Paediatr. Jpn. 35 : 171-178, 1993.
- 6) 山中龍宏：事故のサーベイランス。小児科臨床、51：418-426、1998
- 7) 山中龍宏：事故の情報収集システム（事故サーベイランス）。小児科診療、59：1579-1587、1996
- 8) 山中龍宏、他：地域二次病院における小児の事故についての検討－救急外来日誌の分析－。厚生省心身障害研究「地域・家庭環境の小児に対する影響等に関する研究」平成元年度報告書、p.157-160、1990.
- 9) 山中龍宏：小児の事故・中毒サーベイランス事業の定点についての検討。厚生省心身障害研究「生活環境が子どもの健康におよぼす影響に関する研究」平成4年度研究報告書、p.113-116、1993.
- 10) 山中龍宏：地域の基幹病院における事故の情報収集システム。厚生省心身障害研究「生活環境が子どもの健康におよぼす影響に関する研究」平成5年度研究報告書、p.156-162、1994.
- 11) 山中龍宏：継続的に収集した事故の情報内容についての検討。厚生省心身障害研究「生活環境が子どもの健康や心身の発達におよぼす影響に関する研究」平成6年度研究報告書、p.157-162、1995.

# 事故経験チェックシート

都道府県名  
市町村名

記入年月日 平成 年 月 日 調査回数 ( 1回目 2回目 )  
お子さんのお名前 ( 男 女 ) 平成 年 月 日生まれ

★お子さんは、今までに（2回目の人には前回の調査から）事故やけがなどで医療機関を受診したことがありますか。（例：たばこを飲んだ・頭をぶつけた・やけどをした・窒息・おぼれた・いろいろなけがなど。受診して何も治療を受けなかった場合も含みます）

1. いいえ → 質問はこれで終わりです。
2. はい → 以下の質問 Q1から Q8にお答え下さい。

★「はい」と答えた方のみ、Q1～Q8の質問にご回答ください。

Q1.事故があったのはいつですか。

平成 年 月 日 または 歳 か月頃（午前 午後） 時頃

Q2.受診した医療機関はどこですか。（名称：）

Q3.事故が起きた場所はどこですか。

1. 家庭（実家、友人の家を含む） 2. 店舗など 3. 保育所・幼稚園 4. 公園
5. 道路 6. 公共施設 7. 海・山・川などの自然環境 8. その他（）

—SQ1.建物の中の場合、次のどこですか。

1. 階段 2. 浴槽・風呂場 3. 台所 4. 食堂 5. 玄関 6. 居間 7. 洗面所
8. ベランダ 9. 寝室 10. 縁側 11. その他（）

Q4.事故のきっかけは何ですか。

1. 誤って飲み込む（食べる） 2. ころぶ 3. 落ちる 4. 切る 5. 刺す 6. はさむ
7. ぶつかる 8. 触る 9. こぼす 10. 刺される（毛虫など） 11. ひっぱる 12. 噫まる
13. 交通事故 14. 不明 15. その他（）

Q5.事故が起こったとき、どのような状況でしたか。状況や経緯について、できるだけ詳しく記入してください。

---

Q6.どんな傷害でしたか。(重症度が高いと思われる項目を1つだけ選び、○をつけてください)

1. 骨折
2. 脱臼
3. ねんざ
4. すり傷・打ち身
5. 刺傷・切り傷
6. 窒息など
7. 鼻・耳に物を入れる
8. おぼれ
9. やけど
10. 感電
- 11.誤飲
- 12.ひじが抜ける
- 13.虫刺され
- 14.その他 ( )

Q7.障害を受けた部位はどこですか。(重症度が高いと思われる項目を1つだけ選び、○をつけてください)

- <頭部> 1. 頭 2. 顔 3. 目 4. 耳 5. 口・歯 6. 鼻・のど 7. 首  
<体幹> 8. 食道 9. 気道 10.胸 11.腹 12.背中 13.腰・お尻 14.性器  
<四肢> 15.腕・肩 16.手のひら・手首 17.手の指 18.足(足首より上) 19.足(足首より下)  
<その他> 20.全身 21.障害の部位なし(誤飲など) 22.その他

Q8.どのような治療をしましたか。

1. 治療をしなかった
2. その日で治療が終わった
3. 通院した(回)
4. 入院した(日)

# **乳幼児の口腔容積調査報告**

朝日大学歯学部小児歯科学講座

教 授 田 村 康 夫

# 1歳児、2歳児における 最大開口量の検討

## 目 次

1. 研究の目的	9
2. 研究項目	9
3. 研究方法	9
4. 研究期間	9
5. 研究組織	9
6. 研究発表等	9
7. 研究成績	9
8. 総 括	10
9. 文 献	10
10. 表および図	11

## 1. 研究の目的

乳幼児の誤飲・誤嚥事故は小児に発生する事故の中で高い頻度を占めている。本教室では、乳幼児の誤飲・誤嚥事故を予防することを目的として、3歳以上的小児を対象に最大開口量および頭部X線規格写真を基として誤飲チッカーを開発した<sup>1)</sup>。しかしながら平成12年度厚生労働省による報告<sup>2)</sup>では、乳児期から既に誤飲・誤嚥事故が認められていることから、より低年齢児を対象とした誤飲・誤嚥事故予防対策が必要であると考えられる。しかしそのための3歳未満児の開口量については不明であった。

そこで本研究では、誤飲・誤嚥事故予防対策のための基礎データ収集を目的として、1歳児および2歳児を対象に最大開口量の測定を行った。さらに最大開口量と全身的成长発育の関連についても検討した。

## 2. 研究項目

1. 1歳児、2歳児、さらに6か月ごとに分けた各年齢群における最大開口量の比較および性差について
2. 最大開口量と身長、体重との相関について
3. 本教室での3歳児以上の最大開口量との比較
4. 1、2歳児の口径シミュレーション

## 3. 研究方法

調査は、平成13年6月から10月にかけて本学附属病院小児歯科、N歯科医院（兵庫県伊丹市）およびO歯科医院（愛知県小牧市）に来院した小児のうち、本研究の目的と安全性を説明し、調査に対し協力の得られた1歳以上3歳未満の男児86名、女児100名、合計186名の小児を対象とした。

診査には、最大開口量のほかに年齢、身長、体重、萌出歯、かみ合わせ（咬合）状態、口腔習癖、開閉口時の顎の側方偏位についても調査した。診査票を図1に示す。収集した資料は1歳児、2歳児に分け、さらに6か月ごとの年齢群に分けて比較検討した。各年齢群の人数構成を（表1）に示す。

最大開口量の計測は被験児を歯科用いすにのせ、座位あるいは仰臥位にて自発的最大開口を行わせ、本教室にて考案した開口量測定器（図2）を用いて上下顎乳中切歯切端間距離を測定した（図3）。

各年齢群における最大開口量の平均値の比較を行うと共に性差についても検討した。さらに各年齢群において身長、体重との相関を求め最大開口量に与える全身的成长発育の影響についても検討を行った。

また、これまでに収集した各年齢における最大開口量とあわせて、年齢の増加に伴う推移を調べた。

統計処理はt検定および回帰分析を用いた。

## 4. 研究期間

平成13年6月～10月

## 5. 研究組織

研究代表者：田村 康夫	（朝日大学歯学部教授 小児歯科学講座）
研究責任者：田村 康夫	（朝日大学歯学部教授 小児歯科学講座）
研究分担者：飯沼 光生	（朝日大学歯学部助教授 小児歯科学講座）
長谷川信乃	（朝日大学歯学部講師 小児歯科学講座）
研究協力者：永石 恵子	（朝日大学歯学部研究生 小児歯科学講座）
落合 慶信	（朝日大学歯学部研究生 小児歯科学講座）
峯田 淑江	（朝日大学歯学部大学院生 小児歯科学講座）

## 6. 研究発表等

峯田淑江、永石恵子、落合慶信、桑原康生、藤原弓子、長谷川信乃、田村康夫、：乳幼児における最大開口量、第40回日本小児歯科学会大会、千葉、2002（6月）、発表予定。

## 7. 研究成績

各年齢群の被験児数、身長、体重について表1～3に示す。

### 1. 各年齢群における最大開口量

最大開口量の平均値は、男児では1歳児28.2mm、2歳児33.6mm、女児では1歳児27.7mm、2歳児33.8mmであり、いずれも1歳から2歳にかけて有意に増加していた（表4、図4）。また1歳児、2歳児ともに性差は認められなかった。

6か月ごとの年齢群に分けた場合、男児では、1歳～1歳5か月児28.3mm、1歳6か月～1歳11か月児28.1mm、2歳～2歳5か月児31.7mm、2歳6か月～2歳11か月児34.9mmであり（図5）、1歳～1歳5か月と1歳6か月～1歳11か月児の間でわずかに減少していたが、1歳6か月～1歳11か月から2歳～2歳5か月児と、2歳～2歳5か月から2歳6か

月～2歳11か月児において有意な正の相関がみられた。

女児では、1歳～1歳5か月児27.0mm、1歳6か月～1歳11か月児28.1mm、2歳～2歳5か月児32.1mm、2歳6か月～2歳11か月児34.9mmであり、いずれも増齢とともに開口量は増加しており、1歳6か月～1歳11か月から2歳～2歳5か月児と、2歳～2歳5か月から2歳6か月～2歳11か月児において有意な正の相関がみられた。6か月ごとの年齢群に分けた場合においても、いずれの年齢群でも性差は認められなかった。

## 2. 最大開口量と身長、体重との相関について

最大開口量と身長との関係について検討すると、2歳男児、1歳女児、2歳女児において有意な相関が認められた。また最大開口量と体重間においても、2歳男児、1歳女児、2歳女児において有意な相関が認められた。(表5、図6)

6か月ごとの年齢群に分けた場合では、最大開口量と身長において、2歳6か月～2歳11か月の男児、1歳6か月～1歳11か月、2歳～2歳5か月、および2歳6か月～2歳11か月の女児において有意な相関が認められた。また最大開口量と体重において2歳6か月～2歳11か月の男児、2歳～2歳5か月の女児において有意な相関が認められた。(図7)

## 3. 本教室での3歳児以上の最大開口量との比較

これまでに本教室で調査した、3歳児から中学3年生までの最大開口量の結果に加え、今回の1、2歳児の開口量結果を追加すると、図8に示すように男子・女子ともに1歳を出発点に増齢的に増加している様相が明らかになった。特に1歳から3歳にかけて増加率が大きくなっていた。

## 4. 1、2歳児の口径シミュレーション

1、2歳児とも性差が認められなかったことから、両年齢群とも男子と女子を合わせた平均値を求めた。

その結果、最大開口量の平均は、1歳児が27.9mm、2歳児が33.7mmであった(表6)。これらの結果と3歳児口径シミュレーションから得られた値、つまり男子と女子の最大開口量の平均38.0mmを基に、最大開口量の比を求ることによりさらに各々の計測点(図9)の値を算出した。その結果、表6に示すように1歳児、2歳児の各計測点はそれぞれ、口蓋部の奥行き(AB)が25.6mmと31.0mmで、下顎での奥行き(CD)が31.9mmと38.6mmで、咽頭部の高さ(BC)は17.8mmと21.6mmであった。また上顎切歯からの最深部までの距離(AC)は38.3mmと46.2mmであった。

## 8. 総括

口腔内は可動性の軟組織に富むため、乳幼児の正確な口径を求ることは困難である。そこで我々は3歳児のX線規格写真と最大開口距離からシミュレーションにより3歳児の口径を算出した<sup>1)</sup>。そして今回、さらに1、2歳児の最大開口量を測定し、同様にシミュレーションにより1、2歳児の口径を算出した。これらの値は、開口量以外は実測値ではないが、口径を正確に測定する方法の見当たらない現状では、臨床的にも有用な結果と考える。

## 9. 文獻

- 1) 飯沼光生、他：頭部エックス線規格写真に基づく幼児口径の計測と誤飲・誤嚥防止チェッカーの開発、小児歯誌、39：766、2001.
- 2) 乳幼児誤飲、たばこ半数、厚生労働省調べ、生後6～11か月に集中、日本経済新聞 平成13年12月28日付
- 3) 山口和史、他：成長に伴う小児の最大開口量の変化、小児歯誌、31：911～918、1993.

10. 表および図

表 1 被験児数

	n	男児 平均年齢	n	女児 平均年齢
1歳－1歳5か月	8	14.8	8	15.4
1歳6か月－1歳11か月	9	19.6	17	20.8
1歳児計	17	17.3	25	19.1
2歳－2歳5か月	27	26.4	31	26.8
2歳6か月－2歳11か月	42	32.2	44	33.0
2歳児計	69	29.9	75	30.5

(月)

表 2 被験児の身長

	男児				女児			
	平均	S.D.	Max	Min	平均	S.D.	Max	Min
1歳－1歳5か月	76.1	3.7	80.0	70.0	74.0	4.0	80.0	68.0
1歳6か月－1歳11か月	80.3	3.6	86.0	75.0	80.4	2.5	85.0	77.0
1歳児計	78.3	4.1	86.0	70.0	78.4	4.3	85.0	68.0
2歳－2歳5か月	85.0	3.3	91.0	78.5	84.5	4.7	92.0	70.0
2歳6か月－2歳11か月	91.2	4.0	99.0	84.0	89.8	4.4	100.0	78.0
2歳児計	88.8	4.8	99.0	78.5	87.6	5.2	100.0	70.0

(cm)

表 3 被験児の体重

	男児				女児			
	平均	S.D.	Max	Min	平均	S.D.	Max	Min
1歳－1歳5か月	10.0	1.4	12.3	8.0	9.4	1.1	11.0	8.0
1歳6か月－1歳11か月	10.4	1.4	12.6	8.5	10.7	1.1	13.0	9.0
1歳児計	10.2	1.3	12.6	8.0	10.3	1.2	13.0	8.0
2歳－2歳5か月	11.7	1.3	14.5	9.0	11.4	1.6	15.0	8.0
2歳6か月－2歳11か月	13.2	1.7	17.8	10.5	12.8	1.5	18.0	10.0
2歳児計	12.6	1.7	17.8	9.0	12.2	1.7	18.0	8.0

(kg)

表 4 各年齢における最大開口量

	男児					女児				
	n	平均	S.D.	Max	Min	n	平均	S.D.	Max	Min
1歳－1歳5か月	8	28.3	5.1	38.0	23.0	8	27.0	2.1	30.0	24.0
1歳6か月－1歳11か月	9	28.1	3.3	35.0	24.0	17	28.1	3.7	35.0	21.0
1歳児計	17	28.2	4.1	38.0	23.0	25	27.7	3.3	35.0	21.0
2歳－2歳5か月	27	31.7	4.0	40.0	23.0	31	32.1	4.4	42.0	20.0
2歳6か月－2歳11か月	42	34.9	3.5	41.0	28.0	44	34.9	3.8	46.0	27.0
2歳児計	69	33.6	4.0	41.0	23.0	75	33.8	4.3	46.0	20.0

(mm)

表5 最大開口量と身長、体重との相関

身長	男児					女児				
	n	r	t 値	p 値	有意差	n	r	t 値	p 値	有意差
1歳－1歳5か月	8	0.43	1.18	0.28	N.S.	8	0.22	0.56	0.59	N.S.
1歳6か月－1歳11か月	9	-0.14	-0.37	0.72	N.S.	17	0.58	2.77	0.014	*
1歳児計	17	0.15	0.61	0.55	N.S.	25	0.41	2.15	0.042	*
2歳－2歳5か月	27	0.04	0.22	0.82	N.S.	31	0.65	4.60	8E-05	***
2歳6か月－2歳11か月	42	0.42	2.93	0.0056	**	44	0.37	2.56	0.014	*
2歳児計	69	0.44	4.05	0.0001	***	75	0.57	5.93	9E-08	***

体重	男児					女児				
	n	r	t 値	p 値	有意差	n	r	t 値	p 値	有意差
1歳－1歳5か月	8	0.21	0.54	0.61	N.S.	8	0.51	1.43	0.20	N.S.
1歳6か月－1歳11か月	9	0.01	0.02	0.99	N.S.	17	0.38	1.59	0.13	N.S.
1歳児計	17	0.12	0.46	0.65	N.S.	25	0.42	2.21	0.38	*
2歳－2歳5か月	27	0.14	0.71	0.49	N.S.	31	0.56	3.64	0.0011	**
2歳6か月－2歳11か月	42	0.39	2.70	0.01	**	44	0.25	1.66	0.10	N.S.
2歳児計	69	0.42	3.74	0.0004	***	75	0.48	4.64	1E-05	***

\* : p<0.05   \*\* : p<0.01   \*\*\* : p<0.001   N.S. : Not Significant

表6 1, 2歳児の口径シミュレーション結果

	A-D	A-B	B-D	B-C	A-C	C-D
3歳	38.0	34.9	47.4	24.3	52.1	43.5
2歳	33.7	31.0	42.0	21.6	46.2	38.6
1歳	27.9	25.6	34.8	17.8	38.3	31.9

(mm)

図1 診査表

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

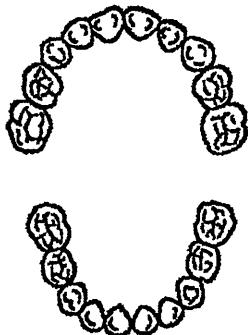
生年月日 平成 年 月 日

1 現在歯

診査日 平成 年 月 日

診査時年齢 歳 ヶ月

現身長 cm、現体重 kg



2 咬合状態

・正常咬合 ・不正咬合 ・上顎前突 ・下顎前突 ・切端咬合 ・過蓋咬合

・開咬（部位） ） ・交叉咬合（部位） ） ・前歯叢生

・その他（ ）

3 習癖 有・無

・指しやぶり ・おしゃぶり ・吸唇癖 ・舌癖（ ） ・その他（ ）

4 顎機能検査

(1) 開口距離 mm

(2) 顎の偏位

開閉口路

R L

---

図2 開口量測定器

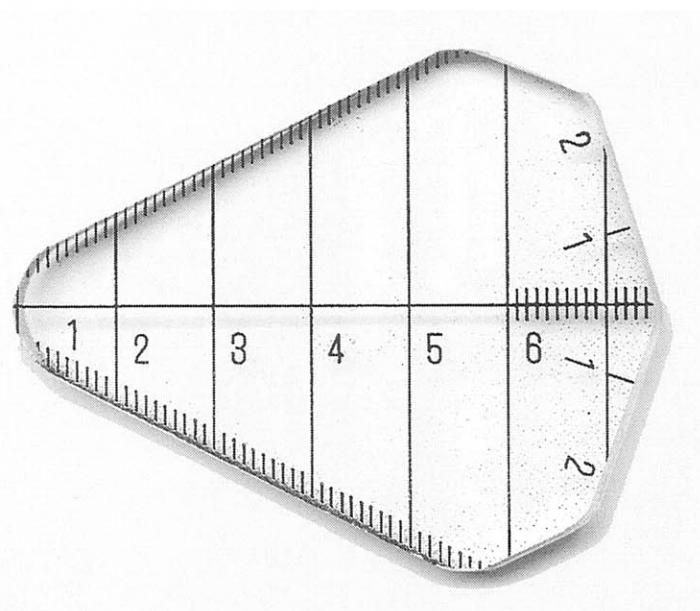


図3 測定風景

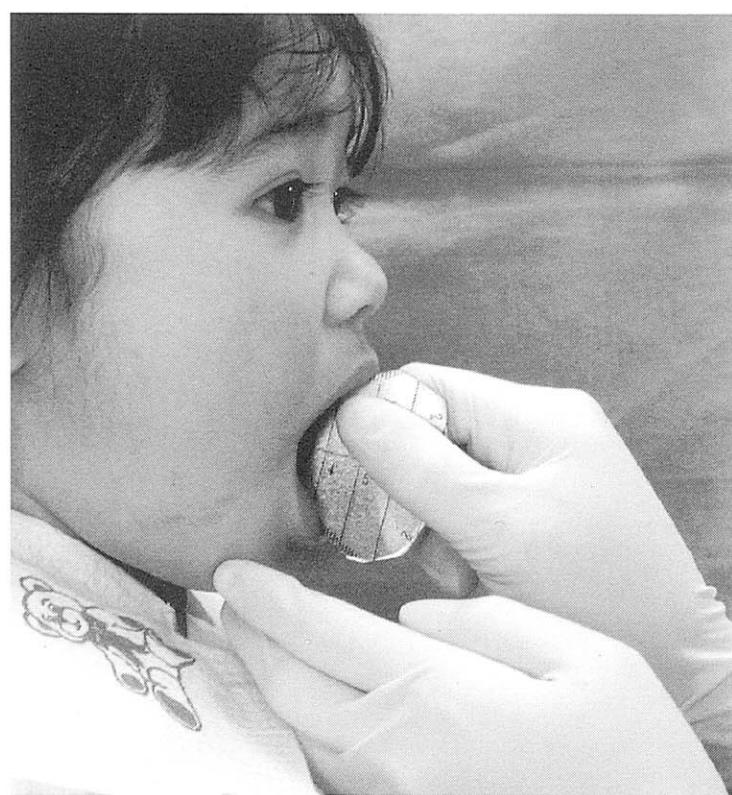


図4 1, 2歳児の最大開口量の比較

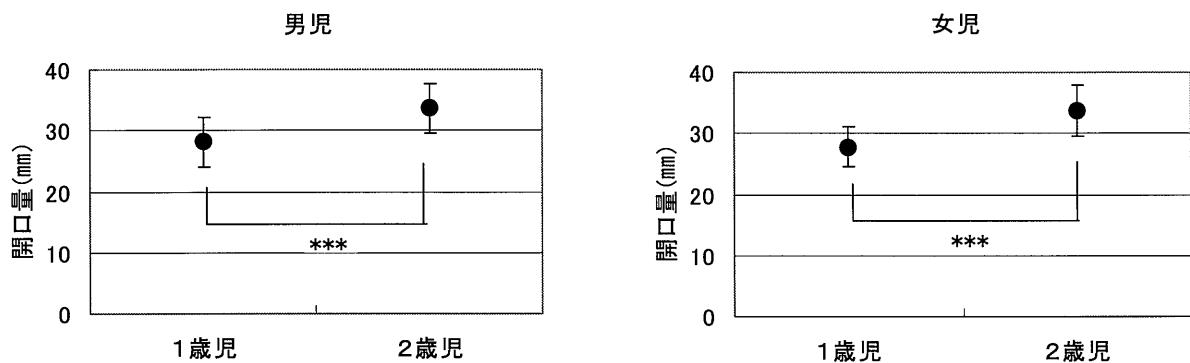
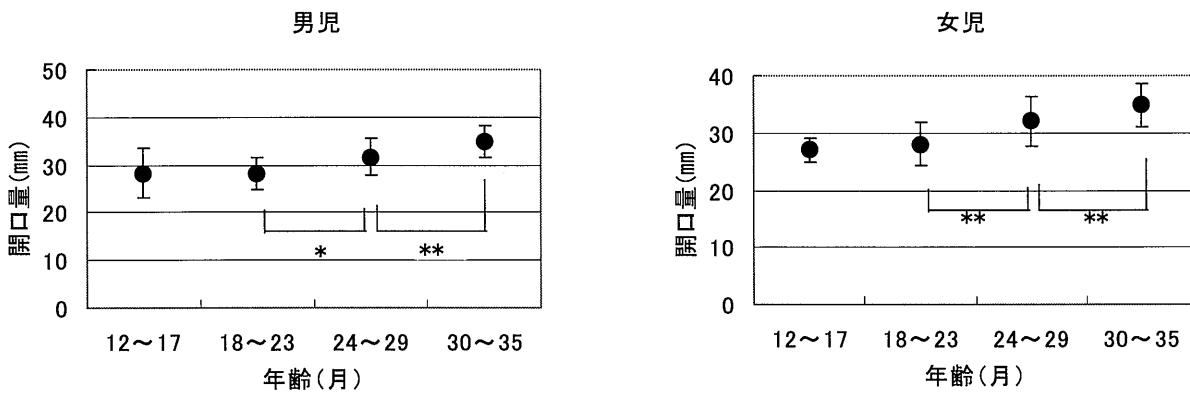


図5 6か月ごとの年齢群における最大開口量の比較



— S.D.

\* :  $p < 0.05$ 、\*\* :  $p < 0.01$ 、\*\*\* :  $p < 0.001$

図6 最大開口量と身長、体重との相関

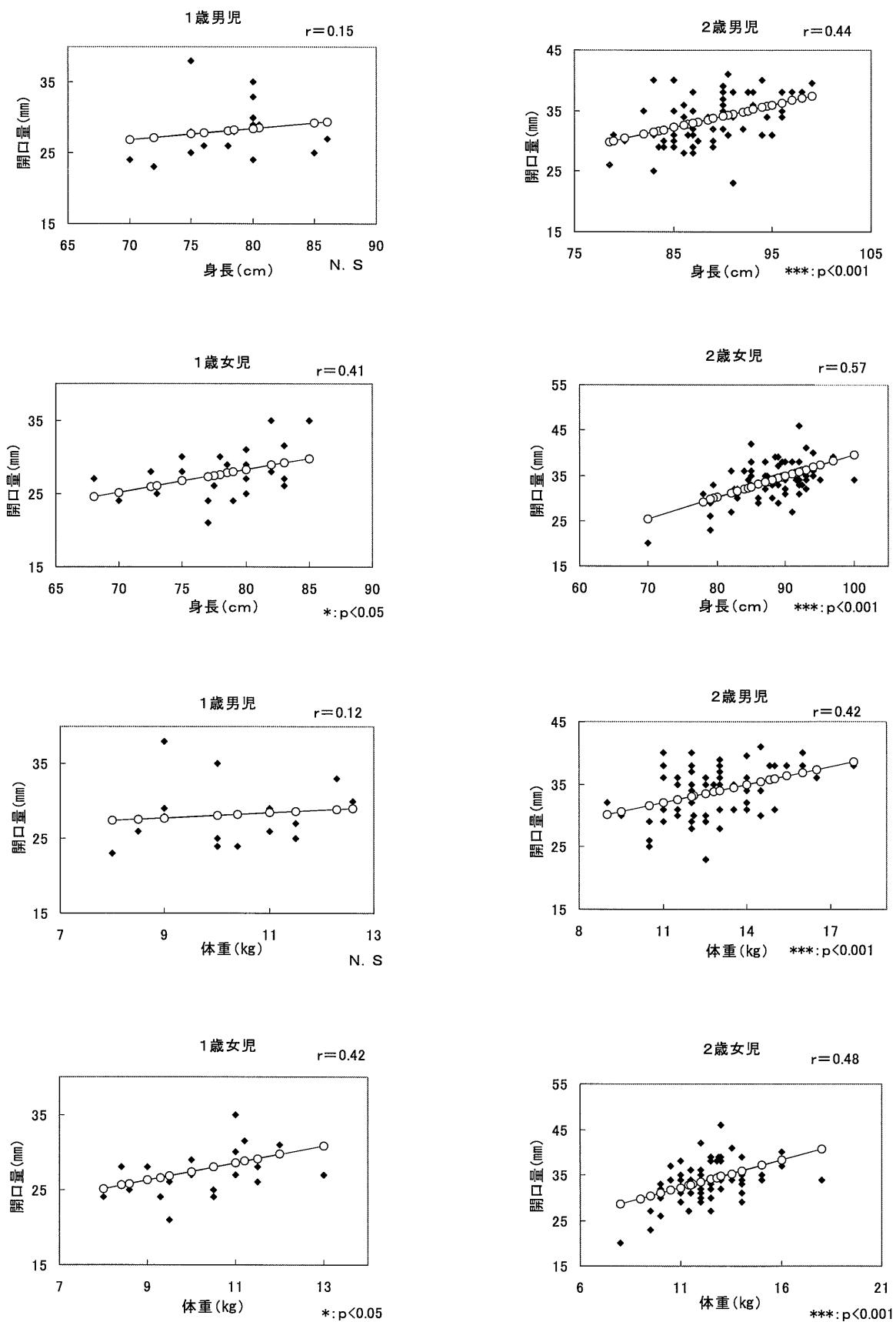
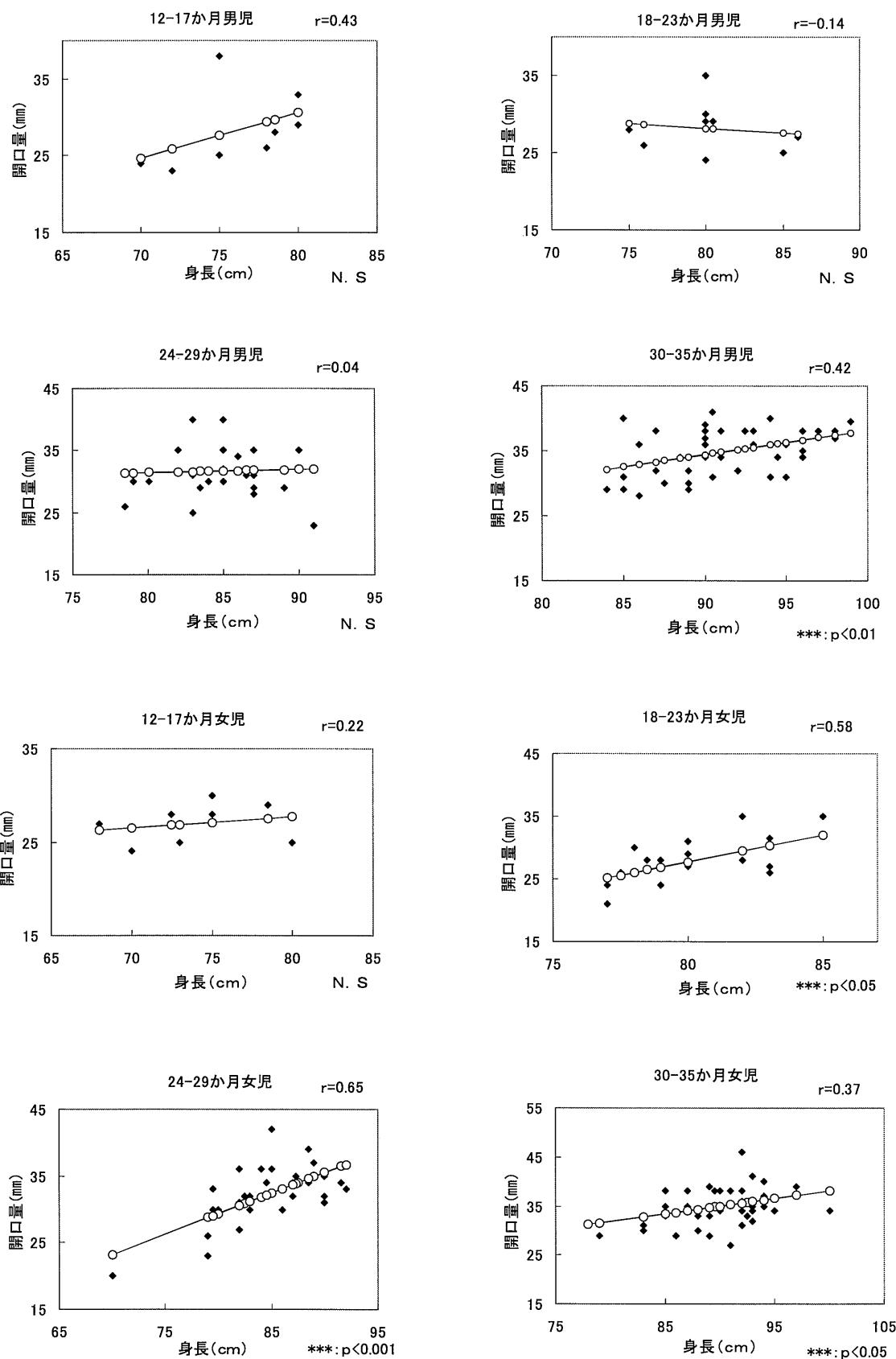


図7 6か月ごとの年齢群における最大開口量と身長、体重との相関



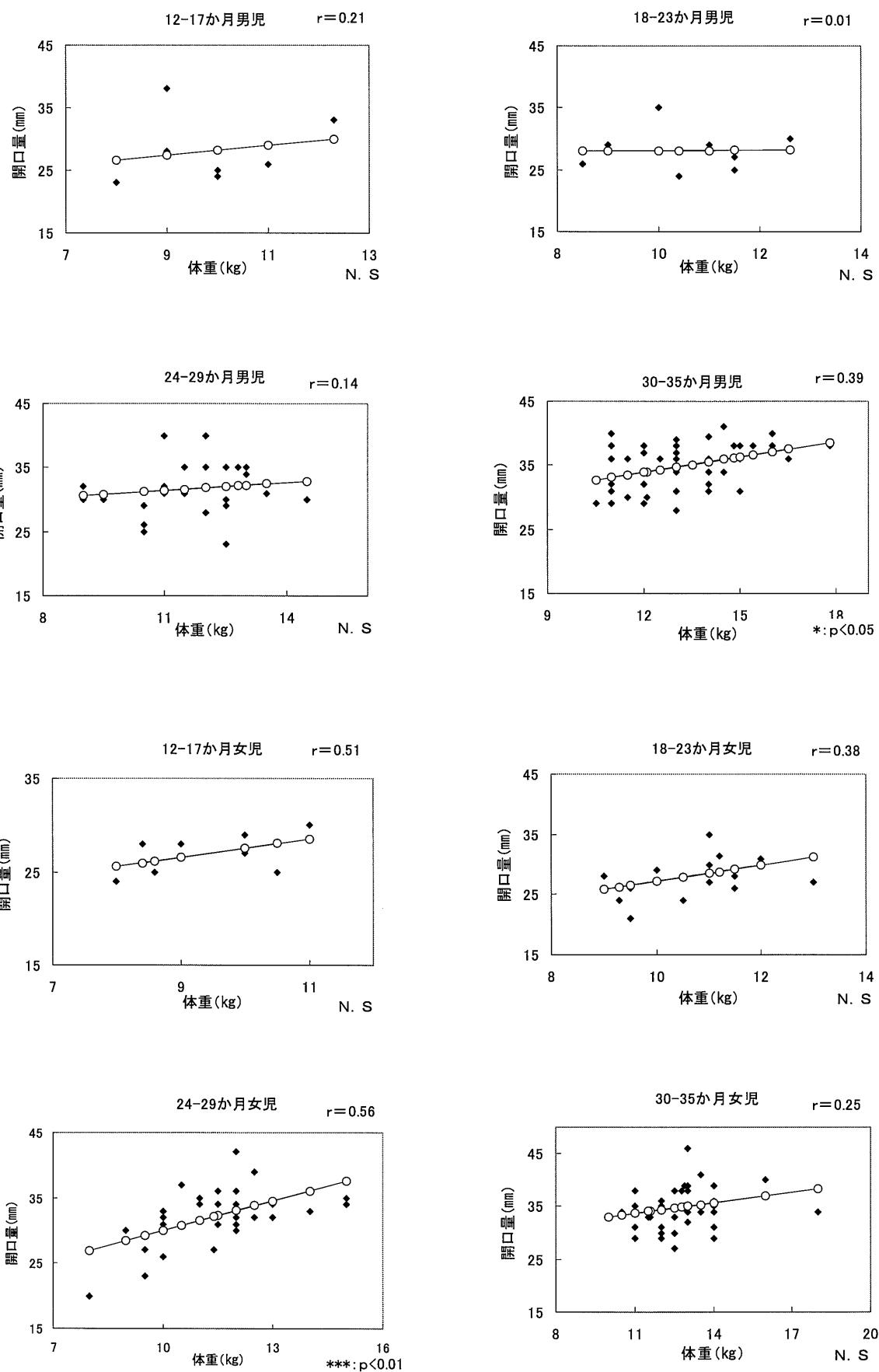


図8 最大開口量の年齢による推移

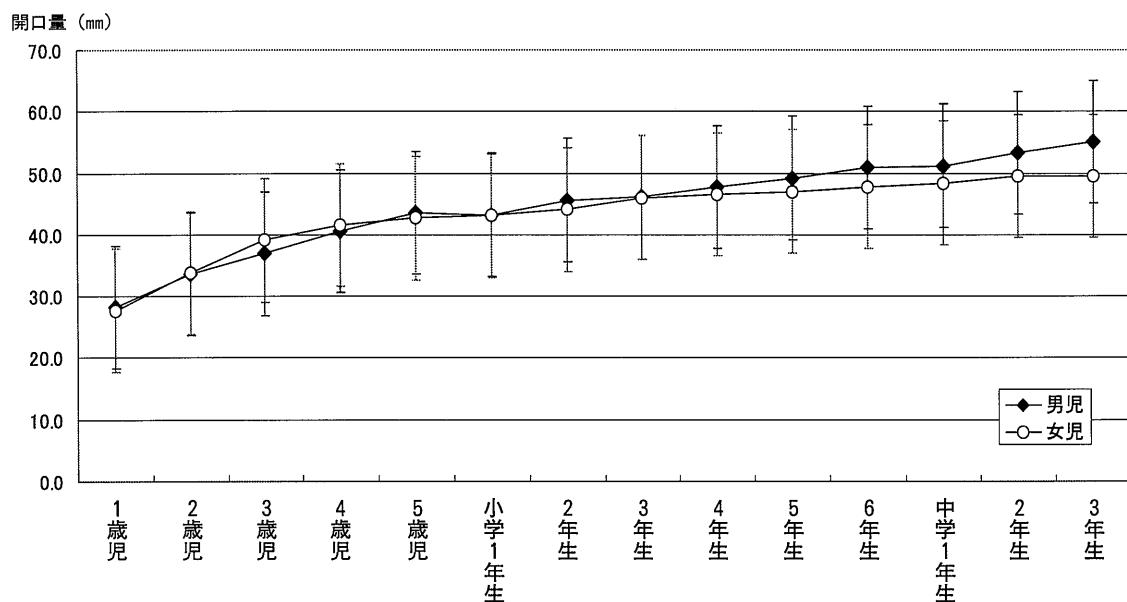


図9 計測点

