

- 現状と今後の課題. 発達障害医学の進歩
2004;16:61-68
- 4) 三科潤: 長期予後から見た成育限界—発達面から— 小児科 46(13) 2101-2105, 2005
- 5) 三科潤: 病院でのフォローアッププログラム 周産期医学 35(4) 483-489, 2005
- 6) 三科潤: 低出生体重児の長期予後 日本産科婦人科学会雑誌 58(9): 127-131, 2006
- 7) 三科潤: 新生児聴覚スクリーニングとその対応. 心と体の健診ガイド—乳児編—第2版, 日本小児科学会・日本小児保健学会・日本小児科医会編, 東京, 小児医事出版社, 2006 ;43-47.
- 8) 三科潤: 新生児聴覚スクリーニングの現状と今後の課題 小児保健研究 66(1); 3-9, 2007
- 9) 河野由美, 三科潤: 在胎 25-34 週の高胎極低出生体重児の予後—同在胎期間の単胎極低出生体重児との比較— 日本周産期・新生児医学会雑誌 41(4): 746-749, 2005
- 10) 河野由美, 三科潤: 合併症妊娠の分娩時期と成育限界 周産期医学 36(9): 1079-1084, 2006
- 11) 河野由美, 三科潤: 低出生体重児の身体発育 周産期医学 36(suppl): 737-739, 2006
- 12) 河野由美, 三科潤: 低出生体重児の長期予後 周産期医学 36(suppl): 740-742, 2006
2. 学会発表
- 1) 三科潤: 新生児聴覚スクリーニング. 第32回日本マス・スクリーニング学会教育講演, 仙台, 2004
- 2) 三科潤: 低出生体重児の成長と発達. 第18回小児成長障害研究会, 東京, 2004
- 3) Mishina J.: Newborn hearing Screening in Japan. The first Japan-China-Korea Pediatric Forum. Tokyo. 2004
- 4) Mishina J.: Newborn hearing Screening in Japan. The 5th Asia-Pacific Regional Meeting of International Society for Neonatal Screening. Shanghai. 2004
- 5) 三科潤: 低出生体重児の長期予後 第58回日本産科婦人科学会学術講演会 横浜, 日産婦誌 58(2), 270, 2006
- 6) Mishina J & Tada H: The Influence of NHS to the Educational Facilities in Japan. The 2006 Conference of Newborn Hearing Screening, Como (Italy). The Book of Abstract of the NHS 2006, p196, 2006
- 7) Mishina J: Early Hearing Detection and Intervention in Japan. The 6th Meeting of the International Society for Neonatal Screening (workshop), Awaji & Tokushima (Japan). Abstract of the ISNS2006, p82, 2006.
- 8) 河野由美, 三科潤, 篁倫子, 他: 在胎 22-27 週の早産児の在胎週数別長期予後 第109回日本小児科学会総会, 東京, 日

児誌 110(2), 201, 2006

9)河野由美, 三科潤, 藤村正哲:総合周産期母子医療センターにおけるフォローアップ体制の構築 第42回日本周産期・新生児医学会学術集会 宮崎, 日本周産期・新生児医学会雑誌 42(2) 390, 2006

10)河野由美, 三科潤, 藤村正哲:極低出生体重児のフォローアップにおけるドロップアウト例, 他施設フォロー例の検討 第51回日本未熟児新生児学会 埼玉, 日本未熟児新生児学会雑誌 18(3), 475, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

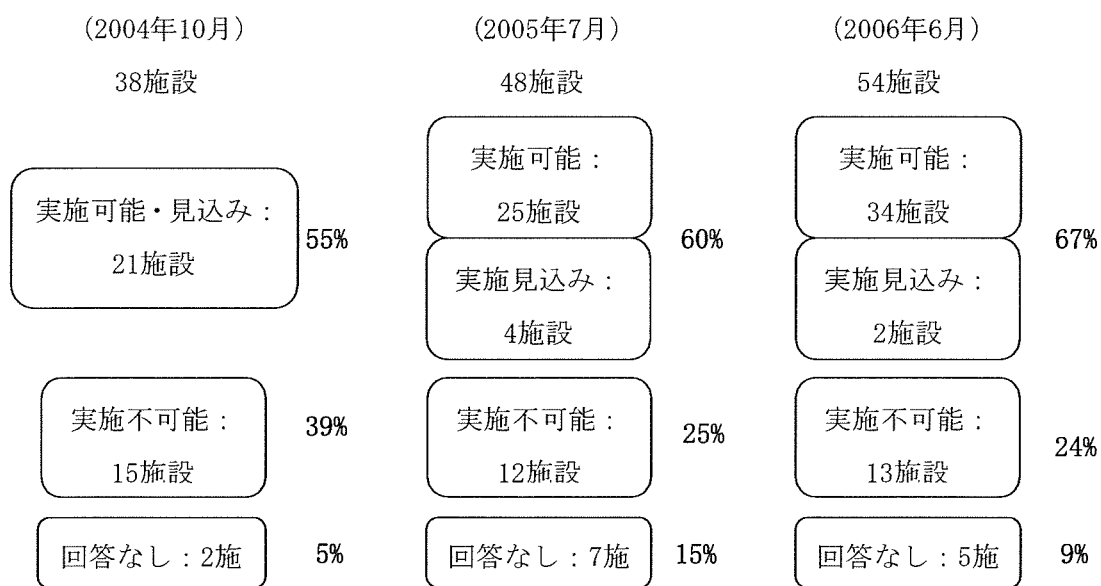
表1 アウトカム指標のためのフォローアップ健診プロトコール

対象： 総合周産期母子医療センターを退院した出生体重 1500g 未満のすべての児

方法： ハイリスク児フォローアップ研究会健診用紙（3歳用）に従う。

新版 K 式発達検査法を行う。3歳-3歳半頃に実施する。

図1 総合周産期母子医療センターにおける、統一プロトコールによるフォローアップ実施状況



雑誌					
発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	日本小児科学会雑誌	108(12)	1449-1453	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	日本医師会雑誌	132(5)	688	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	日本小児科学会雑誌	108(12)	1449-1453	2004
三科 潤	病院でのフォローアッププログラム	周産期医学	35(4)	483-489	2005
三科 潤	長期予後から見た成育限界一発達面から	小児科	46(13)	2101-2105	2005
三科 潤	新生児聴覚スクリーニングの動向	日本マス・スクリーニング学会誌	15(3)	13-17	2005
三科 潤	低出生体重児の長期予後	日本産科婦人科学会雑誌	58(9)	127-131	2006
三科 潤	新生児聴覚スクリーニングの現状と今後の課題	小児保健研究	66(1)	3-9	2007
河野由美, 三科潤, 渡辺由美, 三とよ子, 本間洋子, 佐藤紀子	極低出生体重児の歩行開始時期の検討	未熟児新生児誌	16(2)	86-92	2004
河野由美, 三科潤	フォローアップ, 予後(研修医のための周産期医療ABC-新生児編)	周産期医学	34(8)	1293-1297	2004
河野由美, 三科潤, 板橋家頭夫	育児不安軽減を目的とした低出生体重児の運動発達指標の作成	小児保健研究	64(2)	258-264	2005
河野由美, 三科潤, 原仁, 他	在胎25-34週の多胎極低出生体重児の予後一胎期間比較	日本周産期・新生児医学会雑誌	41(4)	746-749	2005
河野由美, 三科潤	多胎児の予後	周産期医学	35(7)	988-992	2005
河野由美, 三科潤	合併症妊娠の分娩時期と成育限界	周産期医学	36(9)	1079-1084	2006
河野由美, 三科潤	低出生体重児の身体発育	周産期医学	36(suppl)	737-739	2006
河野由美, 三科潤	低出生体重児の長期予後	周産期医学	36(suppl)	740-742	2006
本間洋子	総合周産期母子医療センター開設が地域周産期医療に与えた影響の解析	日本新生児学会雑誌	40	40-45	2004
本間洋子	新生児の感染症 慢性肺疾患(CLD)と微生物	小児科診療	67	469-474	2004
本間洋子	<i>Ureaplasma</i> と新生児感染	日本新生児未熟児学会誌	17	15-20	2005
本間洋子	先端医学講座 喘息発症とウレアプラズマ感染症	アレルギーの臨床	25	662-665	2005
本間洋子	【お母さんに自信をもってもらいたい! 家族とともにすすめるディベロプメンタルケア】 ディベロプメンタルケアとは	Neonatal Care	18	572-576	2005
本間洋子	未熟児フォロー中の急性疾患への対応	小児科診療	68	409-414	2005
本間洋子	前期破水による感染と胎児・新生児の予後	周産期医学	35	381-386	2005
高田哲	軽度発達障害児によくみられる症状	小児内科	39	171-173	2007
高田哲	LDとADHD	健康な子ども	413	30-31	2007
高田哲	【周産期医療と児童虐待予防】医療施設と地方自治体の連携 兵庫県	周産期医学	36	1013-1018	2006
高田哲	けいれんの治療と管理 けいれんに関する知識 家庭, 学校でのけいれんへの対処	小児内科	38	244-247	2006
高田哲	特別支援教育と養護教諭のかかわり方	健康な子ども	401	15-19	2006
高田哲, 伊藤斉子	高機能発達障害児に対する「心の理論」高次テストの開発とその臨床応用に関する研究	神緑会学術誌	21	149-151	2005
高田哲	周産期スクリーニングへの新しい考え方と進歩:1歳半および3歳児健診のポイント	周産期医学	35	1289-1293	2005
高田哲	脳梁欠損の診断と予後	日本醫事新報	4231	88-90	2005

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

アウトカムを指標としベンチマーク手法を用いた質の高いケアを提供する

「周産期母子センターネットワーク」の構築に関する研究

総合研究報告書

「2000年出生の超低出生体重児3、6歳時予後の全国調査」

分担研究者 上谷良行 兵庫県立こども病院小児科部長

主任研究者 藤村正哲 大阪府立母子保健総合医療センター総長

研究要旨

2000年出生超低出生体重児3歳時予後全国調査結果の解析を行った。脳性麻痺は16.3%と前回調査と差はなかった。総合発達評価では19.6%が異常判定で、前回に比して上昇していた。両眼失明の頻度は0.6%と前回より減少していた。総合発達評価異常判定の危険因子として出生体重750g未満、男児であることが挙げられ、視力障害の危険因子としては出生体重750g未満が挙げられた。施設規模と予後との関係では、出生体重750g未満の症例に限ると脳性麻痺発症頻度が施設規模で差が認められる傾向があり、施設の規模はやはり予後に影響する可能性がある。また、6歳時予後についても現在調査票の回収を行っている。

I. 2000年出生の超低出生体重児3歳時予後の 全国調査集計結果

A. 研究目的

我が国においては、出生数の減少が顕著で大きな社会問題にまで発展しているなかで、出生体重2500g未満の低出生体重児、中でも出生体重1000g未満の超低出生体重児の出生数は1980年の1490人から2000年には2866人と約2倍に増加している。その反面、低出生体重児の新生児死亡率は出生体重500から1000gの児においても1980年には55.3%の新生児死亡率が1995年には15.2%と大きく低下していることが明らかになった。このことは超低出生体重児で救命

される児の絶対数が著明に増加することを意味していることから、これらの児の予後について関心が高まった。そこで1990年出生の超低出生体重児の3歳における予後の全国調査が1993年に実施され、はじめて我が国における現状が明らかになった。この結果を踏まえ、1995年に実施された日本小児科学会新生児医療調査小委員会による調査に登録された超低出生体重児を対象に3歳時予後についての全国調査が再び実施され、1990年出生児に対する調査結果との比較検討がなされた。引き続き昨年度、2000年出生超低出生体重児に関して3歳時予後の全国調査を再度実施したので、その結果を解析した。

B. 研究方法

調査対象は（表 1）のごとくである。2000 年に我が国で出生した 1000 g 未満の超低出生体重児 2866 人のうち、日本小児科学会新生児医療調査小委員会が 2001 年に実施した 2000 年出生のハイリスク新生児全国調査に登録された超低出生体重児 2798 人について、本研究班で 3 歳時の予後調査を実施した。この 2798 例のうち生存退院した症例のある全国主要新生児医療 282 施設を対象に調査したところ、180 施設（63.8%）より回答を得た。生存退院症例数は 1771 例で、そのうち 960 例の調査票を回収した（54.2%）。この 960 例のうち退院後に死亡した 28 症例および転居転院で追跡不可能となった症例、健診時期が 30 ヶ月未満や健診項目が記入されていなかった症例等 142 症例を除外した 790 症例について最終的に検討対象とした。

調査方法は、基本的に前回、前々回の全国調査と同様に実施した。調査項目は、a) 身体計測値；身長・体重・頭囲、b) 脳性麻痺の有無及び部位分類、c) 視力障害・聴力障害・てんかんの有無、d) 在宅酸素療法、反復性呼吸器感染症、喘息の有無、e) 行動異常、f) 総合発達評価である。今回は行動異常として自閉傾向を見る参考のために名前を呼んで振り向く、視線をあわせるか否かを問うた。また、総合発達評価については、従来と同様に日常生活に大きな支障を来すかどうかに主眼を置いて脳性麻痺・視力障害・精神発達遅滞の 3 項目で行った（表 2）。精神運動発達評価は遠城寺式乳幼児分析的発達検査を用い、対人関係・発語・言語理解の 3 項目の項目別 DQ を修正月齢で判定した。遠城寺式乳幼児分析的発達検査が実施できなかった症例は、津守・稲毛式あるいは新版 K 式など他の発達評価方法を用いて判定した主治医評価を採用

した。解析は歴年齢 30 ヶ月以上の判定のあるもののみを対象とした。

C. 研究結果

1. 予後調査の背景（表 3）

男女比は 0.86 : 1 で女兒が多く、平均在胎週数は 26.7 週、平均出生体重は 783 g であった。1990 年、95 年出生児を対象として実施した前々回、及び前回調査に比して院内、院外出生の比率では院外出生の比率が低下している。これは院内出生の内、母体搬送の占める割合が上昇していることによると考えられる。さらに多胎の占める頻度も 23% と急激な上昇が見られた。

2. 障害発生率の推移（表 4、5）

① 総合発達評価

総合発達評価において境界と判定された症例の比率は 18.2%、異常は 19.6%）であった。今回の結果は 1990 年出生児を対象とした前々回の調査結果（境界：10.9%、異常：14.1%）、1995 年出生児を対象とした前回調査結果（境界：14.9%、異常：14.9%）に比して境界、異常判定とも増加していた。

② 脳性麻痺

790 例中 129 例（16.3%）に脳性麻痺がみられたが、そのうち 64 例 50% は自立歩行が不可能な脳性麻痺であった。この結果は前回調査と大きな差はない結果であったものの、前々回調査時の頻度に比べて有意に増加していた。

③ 視力障害

両眼とも失明したものは 0.6% で、前々回調査に比べて有意に減少していた。片眼失明はなく、弱視と診断された児も 6.1% で、過去の調査に比べて変化はなかった。

④ 聴力障害、てんかん

聴力障害は 2.4%、てんかんは 3.7% に認めら

れたが、過去の調査結果と差は認められなかった。

⑤呼吸器疾患

在宅酸素療法を実施しているものは 5.1% に認められ、前回、前々回調査よりやや増加傾向であった。呼吸器感染症を繰り返す症例は 4.4% と過去の調査より明らかに減少していた。喘息は 7.2% にみられ、大きな頻度の変化はなかった。このように前回調査と同様に慢性肺疾患と関連して呼吸器系の問題点を残している症例が依然として多いことが明らかとなった。

3. 体重群別障害発生の比較 (図 1、2、3)

出生体重 750 g 以上と未満に分けて障害の発生率について比較した。まず出生体重 750 g 未満の症例数は 310 例であり、全体の 39.2% を占めている。この数字は過去二回の 27.2%、32.2% より有意に高い数字であり、出生体重の小さい未熟性の強い症例の占める割合が大きいという背景があることを念頭に置いて全体の解析結果を判断する必要がある。

総合発達評価では、750 g 未満群で明らかに境界、異常判定の頻度が高くなっている (図 1)。これは過去 2 回の調査と同様の傾向ではあるが、750g 未満の児の異常、境界発生頻度が著明に高いことが注目される。脳性麻痺の頻度は 750 g 未満群でやはり高い傾向にあった (図 2)。1995 年出生児に対する調査では逆に 750g 以上の児において頻度が高く、その推移について注目されていた。1990 年出生児の調査では、今回と同様に 750g 未満の児において明らかに脳性麻痺の頻度は高かった。視力障害全体の頻度は 750 g 未満群で有意に高く、過去二回の調査結果と同様であった (図 3)。しかし両眼失明の頻度はやや低下傾向にあると考えられた。

4. 施設規模による総合発達評価、脳性麻痺の頻

度の比較 (図 4、5)

超低出生体重児の年間入院数が 20 例以上である施設を A ランク、19-10 例の施設を B ランク、10 例未満の施設を C ランクとして、施設の規模により総合発達評価での異常・境界発生率を比較すると、全体でも施設規模による差は認められず、出生体重 750g 未満と以上に分けて検討しても差は認められなかった (図 4)。一方、脳性麻痺の頻度に関しては全体では施設規模による差は認めなかったものの、出生体重 750 g 未満の症例で比較すると A ランクの施設では、B、C ランクの施設に比して脳性麻痺の発生頻度は有意差はないものの低い傾向にあり、施設の規模もある程度予後に影響することが再確認された (図 5)。

5. 総合発達異常評価、脳性麻痺及び視力障害発生の危険因子 (表 6、7、8)

総合発達評価が異常もしくは境界であることの危険因子についてロジスティック解析を実施したところ、危険因子としては出生体重が 750g 未満であること、男児であることが挙げられた (表 6)。脳性麻痺に関しては明らかなものは指摘できず、全体重群では施設規模が危険因子にはならなかった。視力障害に関してはやはり出生体重 750g 未満であることが危険因子として挙げられた。

D. 考察

今回 2000 年出生超低出生体重児の 3 歳時予後の全国集計を過去 2 回に引き続いて実施し、その解析を行った。

過去に比べて総合発達評価で異常と判定される率が上がっていることが明らかとなったが、脳性麻痺の頻度が著明に増加していることはなく、両眼失明の率が下がっていることを考えると、

精神発達上の問題をかかえた児の頻度が明らかに増加しており、それが総合発達評価での境界、異常の頻度を上昇させる要因になっていると考えられる。今回の検討対象となった児は過去 2 回の調査に比べて有意に平均出生体重が少ないこと (783±141g vs 810±133g vs 825±113g) より、未熟性の強い児が多い集団を見ていることも予後を悪くする要因のひとつと考えられる。実際、出生体重 750g 未満と以上で比較しても総合発達評価は過去に回の調査に比べて明らかに 750g 未満群で境界・異常判定の頻度が高くなっており、その影響は大きい。さらに総合発達評価を悪化させる危険因子として出生体重 750g 未満であること、男児であることが挙げられ、極めて未熟性の強い 750g 未満の児の発達予後を改善することが最も重要な課題であろう。脳性麻痺に関しては、前回調査で 750g 以上の児の方が 750g 未満の児より頻度が高かったが、今回の調査では前回と異なり、750g 未満の児の方が頻度が高かった。しかし、危険因子としては体重の因子は挙がってこなかった。また、視力障害ではやはり出生体重は危険因子として挙がっており、視力予後に関しても体重の要素は大きな因子であることが再確認された。

施設の規模と予後との関連については、以前の調査での成績によると、規模の大きな施設の方が予後に関する指標が良いことが示されているが、今回の成績でもその傾向が確認された。脳性麻痺に関して、特に出生体重の少ない重症な症例に限って検討すると、750g 未満の症例では規模の大きな施設での発生率が一番低く、規模が小さくなるにつれて発生率が上昇することが示された。総合発達評価ではその傾向は見られなかったため、精神発達と運動発達ではその障害発症要因に差がある可能性があると考えら

れた。

今後はより小さな児の予後を改善するためにさらなる施設の集約化が望まれる。

E. 結論

2000 年出生超低出生体重児 3 歳時予後の全国調査の集計結果について解析を行った。その結果、総合発達評価で境界もしくは異常と判定される児の頻度が増加していたが、脳性麻痺の頻度はあまり変化なく、両眼失明の頻度は低下していた。出生体重の小さい児の頻度が増加していることがその大きな要因であると考えられる。今後特に出生体重の小さな児の予後を改善することが、全体の予後を改善するポイントであり、総合周産期母子医療センター導入の推進によるさらなる施設の集約化など、そのための方策を考える必要がある。

最後に本調査にご協力いただいた全国の新生児医療施設の方々に深謝致します。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 上谷良行、中村肇:超低出生体重児の予後. 産婦人科治療 91、56-63 2005
- 2) 上谷良行:全国調査からみた極低出生体重児の予後. 日本周産期・新生児医学会雑誌 41(4)、758-760 2005
- 3) 上谷良行:極低出生体重児の発達評価. 小児の精神と神経 44 (1) 29-30 2004

2. 学会発表

- 1) 上谷良行:シンポジウム「Intact Survival からみた極低出生体重児の予後」全国調査からみた極低出生体重児の予後 第 41 回日本周産

期新生児医学会学術集会 2005年7月 福岡

II. 2000年出生超低出生体重児6歳時予後全国調査中間集計結果

A. 研究目的

超低出生体重児の著明な救命率の向上によりその長期予後に関心が高くなってきた。これまで厚生省心身障害研究および厚生科学研究を通して1990年出生の超低出生体重児3歳時、6歳時および9歳時予後について縦断的に全国調査を実施し、そこで超低出生体重児の予後に関して多くの問題点があり、それに対する方策の必要性を指摘してきた。さらに1995年出生超低出生体重児に関しては3歳時予後及びその縦断的調査として6歳時予後全国調査を実施し、現状を明らかにするとともに、1990年出生超低出生体重児6歳時予後と比較してその推移を明らかにしてきた。今回2000年出生超低出生体重児3歳時予後の全国調査の縦断的調査として6歳時予後全国調査を実施し、周産期医療の問題点を検討し、さらに適切な援助を行うための基礎資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

2000年出生超低出生体重児3歳時予後全国調査で検討対象となった790例を対象として、対象症例を持つ104施設に以下の調査を実施した(表9)。基本的には1995年出生超低出生体重児6歳時予後調査と同様の内容とした(調査表参照)。すなわち健診を実施し(不可能な場合は電話による聞き取り調査も可とした)、フォローアップ状況・就学状況・身体所見・運動発達・知能発達・微細運動行動発達・視力障害・聴力障害・てんかんなどの異常について調査し

た。

各調査は倫理面、プライバシー保護に十分配慮して行った。

C. 研究結果

1. 調査票の回収

現在のところ、対象104施設中32施設(30.8%)より回答を得ている。対象症例全体では790症例中179症例(22.7%)が回収された。

2. 調査中間集計結果(表10、11)

1) 現在のフォローアップ状況は、

死亡	1%
自施設にて実施	78%
他施設にて実施	7%
消息不明	14%

であった(図6)。

2) 就学状況は

普通学級	61%
障害児学級	9%
養護学校	7%
未定	23%

であった(図7)。

3) 健診実施状況

自施設で健診された症例は115例、他の医療機関では5例、電話による問診は49例であり、約60%しか他施設を含めた医療機関での健診による回答が得られなかった。

4) 障害発生率(表10、11)

質問項目に沿って運動発達、知能発達など、項目別に現在までの集計結果を表に示した。過去2回の6歳時予後調査、および3歳時予後との比較も表に示したが、あくまでも現在までの回収段階での集計結果である。

D. 考察

これまでの回収率が23%程度であり、出来るだけ回収率を上げることが調査研究の精度向上に不可欠である。前回の調査では最終的に70.8%のフォローアップ率であったことより少なくとも前回の調査とほぼ同様の回収率を確保し、前回と同等の quality の調査が実施できることが期待される。

E. 結論

2000年出生超低出生体重児の6歳時予後調査を実施した。回収率がまだ23%と低い段階であるが、今後回収率を上げ、縦断的・横断的な解析を進めることにより今後新生児医療を推進し、これらの児に対して適切な援助を行うための基礎資料となることが望まれる。

表1 調査対象

年	1990	1995	2000
ELBW数	2291	2610	2866
全NICU数	265	283	282
回答NICU数	182	146	180
NICU退院数	1208	1088	1784
3歳 follow up	853	757	790

表2 3歳時の総合発達評価の判定基準

異常：1) 2) 3) のいずれかに該当するとき

- 1) 自立歩行が不可能な脳性麻痺
 - 2) 両眼失明
 - 3) 精神発達遅滞；2項目のDQ<70+1項目のDQ<80
-

境界：1) 2) 3) のいずれかに該当するとき

- 1) 自立歩行が可能な脳性麻痺
 - 2) 片眼失明
 - 3) 精神発達遅滞；1項目のDQ<70+1項目のDQ<80
または3項目のDQ<80
-

正常：上記に該当しないとき

DQ：遠城寺式の対人関係・発語・言語理解で評価

表3 超低出生体重児3歳時予後調査の背景

	1990	1995	2000
調査数	853	757	790
男：女	401：452	341：416	367：423
院内：院外 (母体)	584：269 (373)	641：116 (457)	688：102 (535)
多胎	145 (17%)	130 (17%)	179 (23%)

表4 超低出生体重児の障害発生率の比較(1)

	1990	1995	2000
総合発達評価			
境界	10.9%	14.9%	18.2%
異常	14.1%	14.9%	19.6%
脳性麻痺	12.0%	14.3%	16.3%
視覚障害			
両眼失明	2.2%	1.2%	0.6%
片眼失明	0.6%	0.7%	0.0%
弱視	5.5%	5.0%	6.1%

表5 超低出生体重児の障害発生率の比較(2)

	1990	1995	2000
聴力障害	2.2%	2.1%	2.4%
てんかん	4.3%	3.8%	3.7%
反復性呼吸器感染	11.1%	8.1%	4.4%
喘息	8.0%	9.2%	7.2%
在宅酸素療法	3.6%	3.7%	5.1%

表6 総合発達評価の危険因子のオッズ比

	OR	95%信頼区間	P
NICUラックB+C vs A	1.113	0.826-1.500	0.482
出生体重<750g vs >750g	2.268	1.679-3.063	<0.0001
母体搬送(+) vs (-)	0.730	0.528-1.009	0.057
男児 vs 女児	1.760	1.306-2.371	<0.0002
単胎児 vs 多胎児	0.971	0.682-1.382	0.869

表7 脳性麻痺の危険因子のオッズ比

	OR	95%信頼区間	P
NICUランクB+C vs A	1.239	0.846-1.817	0.271
出生体重<750g vs >750g	1.271	0.866-1.864	0.220
母体搬送(+) vs (-)	0.836	0.551-1.276	0.398
男児 vs 女児	1.044	0.714-1.526	0.825
単胎児 vs 多胎児	0.742	0.482-1.142	0.175

表8 視力障害の危険因子のオッズ比

	OR	95%信頼区間	P
NICUランクB+C vs A	1.027	0.625-1.685	0.917
出生体重<750g vs >750g	2.085	1.270-3.422	<0.004
母体搬送(+) vs (-)	1.035	0.620-1.789	0.849
男児 vs 女児	0.699	0.421-1.160	0.166
単胎児 vs 多胎児	0.625	0.365-1.070	0.087

図1 体重群別総合発達評価の推移

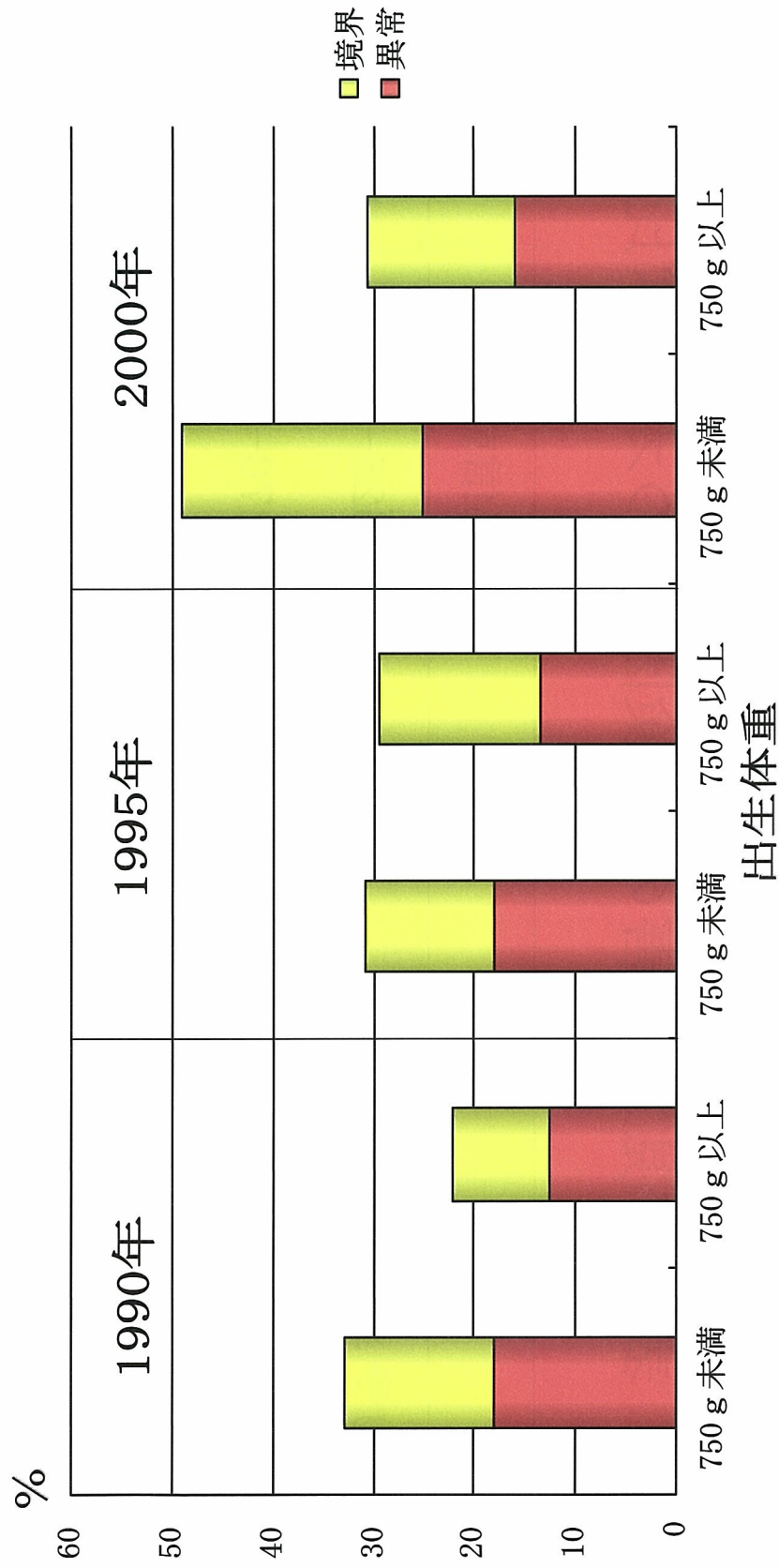


図2 体重群別脳性麻痺の頻度の推移

