

3歳(36か月～42か月未満)のフォローアップ評価シート 2

脳性麻痺(CP)の臨床評価

障害判定に必須

CPの有無

下記のBOXの中で1つをチェック

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input checked="" type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

(診断のフローチャートを参照して型を診断)

ありの場合

下記のBOXの中で1つをチェック

痙直性	<input type="checkbox"/>
アトニーゼ	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
分類不能	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

→

痙直性の場合下記のBOXの中で1つをチェック

四肢麻痺	<input type="checkbox"/>
両下肢	<input type="checkbox"/>
片麻痺	<input type="checkbox"/>
単麻痺	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

推測されるCPの原因は？

下記のBOXの中で1つをチェック

PVL	<input type="checkbox"/>
IVH	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

記入

運動機能の評価(GMFCS分類)

(レベルの診断には表1を参照)

粗大運動機能のレベルを記入、機能制限の全くない例は0を記入して下さい。

レベル  (数字で記入)

1	歩行補助具を使わないで歩く (歩行の開始の多くは18か月から2歳)
2	制限を伴って歩く 家具につかまってつたい歩き、歩行補助具を使って歩行が移動手段、交互性/パターンの四つ違い
3	肘這い、下肢の交互のない四つ這いで移動、テーブルにつかまって短い時間のつたい歩きができる
4	寝返り、腹をつけた肘這いで移動。座位・立位保持にはいすやスタンディングボードなどが必要
5	自力による移動は困難。座位、立位は適合機器や補完的な技術を使っても完全には代償されない

水頭症に対するシャントの有無

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

けいれん

退院後これまでにけいれんを起こしたことはありますか

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

以下「あり」の場合

そのときに発熱はありましたか

はい	<input type="checkbox"/>
いいえ	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

最後におこったけいれんはいつ頃ですか

現在抗けいれん薬の治療を受けていますか

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

その他の神経学的障害について記入

3歳(36か月～42か月未満)のフォローアップ評価シート 3

発達の評価

障害判定に必須

発達検査を実施しましたか?  はい  いいえ

実施されてなければその理由を記入下さい 下記のBOXの中で1つをチェック

- 正常発達(主治医)のため実施せず
- 発達遅滞(主治医)のため実施せず
- 合併する障害のため実施せず
- 試みたが完了できず
- 保護者の拒否
- その他

発達検査

実施した発達検査  
 新版K式検査  はい  その他

	検査名を記入	
	暦年齢	修正年齢
total DQ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
下位項目		
P-M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C-A	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L-S	<input type="text"/>	<input type="text"/>

発達評価

	(暦年齢で)	下記のBOXの中で1つをチェック	
		検査評価	主治医判定
正常発達 (DQ ≥ 85 or 6か月未満の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ボーダーライン (DQ 70-84 or 6か月以上11か月未満の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
遅滞 (DQ 55-69 or 11か月以上16か月未満の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
重度遅滞 (DQ < 55 or 16か月以上の遅れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
不明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

主治医判定の発達評価の根拠

3歳(36か月～42か月未満)のフォローアップ評価シート 4

感覚機能障害とコミュニケーション能力

障害判定に必須

視覚機能

眼鏡を使用していますか  はい  いいえ  不明

視力(眼鏡使用の場合はつけた状態で)

下記のBOXの中で1つをチェック

弱視、近くの大きな動きのみ見える(手動弁～指動弁に相当、眼振がある)

正常またはほぼ正常  
光のみ判別あるいは全盲  
不明

斜視がありますか  はい  いいえ  不明

聴覚機能

補聴器を使用していますか  はい  いいえ  不明

聴力(補聴器使用の場合はつけた状態で)

下記のBOXの中で1つをチェック

正常またはほぼ正常  
補聴器により補正可能(40-70dBHL)  
補聴器により完全には補正不能(70-90dBHL)  
補聴器でもほとんど聞こえない(>90dBHL)  
不明

コミュニケーション能力

何らかのコミュニケーションの困難さがありますか(発達遅滞、発達障害を含む)

はい  いいえ  不明  
(聴力障害のみは除く)

「直近の経験を問われて想起できる」→今日だれときたの？

下記のBOXの中で1つをチェック

言葉のみでの理解可能  
他の方法(ジェスチャーなど)も使っての理解可能  
全く理解できない  
不明

「日常的な応答ができる」→お名前は？ 何歳ですか？

両方またはどちらかを答える  
指などを使って答える  
名前、年齢ともいえない  
不明

有意語の表出は？

2語以上の文  
単語のみ  
有意語なし  
不明

行動

多動の有無

多動\* 同年齢の児に比して著しく落ち着きがない、ADHD、ADHD疑いも含む

自閉の有無

(別紙:自閉症スペクトラム障害を疑う症状を参照)

下記のBOXの中で1つをチェック

正常   
多動\*   
不明

下記のBOXの中で1つをチェック

正常   
自閉症スペクトラム障害疑い(専門医)   
自閉症スペクトラム障害疑い(主治医)   
自閉症スペクトラム障害(専門医)   
自閉症スペクトラム障害(主治医)

3歳(36か月～42か月未満)のフォローアップ評価シート 5

身体的問題

障害判定に必須

呼吸機能

下記のBOXの中で1つをチェック

- 問題なし(医療なし)
- 運動機能の制限あり
- 酸素または人工呼吸が必要

呼吸器感染の反復(入院を必要とする)  
定期的治療を要する気管支喘息

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

気管切開  
在宅酸素  
人工呼吸器使用

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

腎機能

下記のBOXの中で1つをチェック

- 問題なし(医療なし)
- 何らかの治療を要する障害
- 透析または移植を必要とする障害

消化器機能

下記のBOXの中で1つをチェック

- 問題なし(医療なし)
- 特別の食餌(栄養剤)を経口摂取
- 経口摂取不能

NGチューブ または胃瘻	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
TPN	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
ストーマ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

身体発育

体重	<input type="text"/>	kg	事務局で記入	<input type="text"/>	SD
身長	<input type="text"/>	cm		<input type="text"/>	SD
頭囲	<input type="text"/>	cm		<input type="text"/>	SD
血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg		

その他の障害や問題と日常生活への影響などについて

総合判定(事務局で記入)

神経学的障害の合併

下記のBOXの中で1つをチェック

- 死亡(D)
- 重度障害(SND)
- 障害(NDI)
- 上記なし

その他の(身体的)障害

下記のBOXの中で1つをチェック

- 重度
- あり
- なし

資料 2

**NICU-INTACT 3 歳（暦 36 か月以上 42 か月未満） 予後評価**

**受診不能例（脱落例）の電話またはメールによるインタビューガイド**

NICU-INTACT のアウトカム評価において、できるだけ脱落を少なくして正確な予後を明らかにすることは重要です。しかしながら、様々な理由で病院での予後評価が不能な場合脱落例となりますが、電話、メール、郵送などでコンタクトをとり、様子を聞き取ることで生命予後や重篤な障害の有無を把握することが可能です。

登録対象例が期間内に受診（予定）がない場合には、電話、メール等でコンタクトをとっていただき受診を促していただくとともに、やはり受診不能の場合には、協力が得られればインタビューをお願いします。電話やメールは相手の顔が見えないため、患者さんとの関係に十分に配慮し、以下のインタビューガイドを参照してたずねてください。

ガイドですので、臨機応変に変更・削除をして下さい。

\*\*\*\*\*

電話またはメールでの冒頭で。

- ⑤ ○○病院の○○です。○○さんには NICU-INTACT 研究に参加同意をいただいていたのですが、3 歳の受診が未受診となっています。○○ちゃんはお元気でしょうか？○月中の受診は可能でしょうか？

受診できない、希望しない場合→脱落例として受診なし・脱落症例報告書に記入

- ⑥ 当院での健診を受診していただくのが一番よいのですが、受診が難しいようでしたら、病院でお聞きする内容の一部を電話で（メール）で伺ってもよろしいでしょうか？5分程度の時間がかかります。わかる範囲でお答えいただければ結構ですので、ご協力をお願いします。  
→協力不可の場合、「質問を郵送してお答えいただくことも可能ですが、ご自宅に郵送してもよろしいですか？」  
→協力不可の場合は終了

- ⑦ 電話で協力可能の場合、以下の質問（電話等による予後調査票）をたずねる。

1. （電話では省略）お子さんの今日現在の年齢を教えてください。
2. お子さんは元気でいらっしゃいますか？病院や療育施設に入院中ではないですか？
3. 養育者はどなたですか？ 両親、母親、父親、その他
4. お子さんの最近の体重を教えてください。いつ頃はかりましたか？
5. お子さんに何らかの障がいがありますか？  
（→ありの場合）具体的に教えてください。
6. 現在何らかの医療的ケアを受けていますか？ 気管切開、経管栄養、人工呼吸器、在宅酸素、胃瘻栄養、などです。

7. 視力障害がありますか？  
(→ありの場合) どちらかの目が見えていないといわれたことがありますか？
8. 補聴器を使用していますか？
9. 医師または理学療法士に脳性麻痺といわれたことがありますか？
10. 補助なしで 10 歩以上歩けますか？補助すれば 10 歩以上歩けますか？  
(→歩けていなければ) 補助なしで座れますか？支えれば座れますか？
11. 名前や年齢が言えますか？
12. 「今日誰と来たの？」など簡単な質問が理解できますか？
13. 積み木を 6 個以上つめますか？
14. 二語以上の文(おとうさん仕事、おなかついた、あっちいこうなど)を話しますか？  
(話せない場合) 意味のある言葉が話せますか？
15. 大きい小さいがわかりますか？

最後に

⑧ ご協力ありがとうございました。

\*\*\*\*\*

本部への報告は、

- 受診なし・脱落症例報告書に記入(脱落の理由と電話等によるコンタクトの有無について)して下さい
- 電話でのインタビューの際には、手元に電話等による予後調査票を準備して聞きながらチェックして下さい。ID 番号と調査日を記入した上で、報告書とともに NICU-INTACT 事務局に郵送(またはメール添付で送信)をお願いします。
- 郵送調査の場合、自施設への返信用の封筒をつけて保護者調査票を送って下さい。調査票には ID 番号を記入しておくことを忘れずに。

資料 3

電話/メール/郵送による予後調査 (産36か月以上～42か月未満)		患者ID
		調査日
1 お子さんの今日現在の年齢を教えてください。(電話の場合は不要)	( )歳( )か月	
2 お子さんは病院や療育施設などに入院中ではないですか？(元氣とわかっている 2' 入院中の場合、どちらに入院中ですか？ いる場合は不要)	<input type="checkbox"/> 入院していない <input type="checkbox"/> 入院中	→ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> その他( )
3 養育者はどなたですか？ご両親ですか？(わかっている場合は不要)	<input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 母親のみ <input type="checkbox"/> 父親のみ <input type="checkbox"/> 両親以外	
4 お子さんの最近の体重を教えてください。いつ頃はかりましたか？	( )Kg ( )年( )月頃	
5 お子さんに何らかの障がいがありますか？ 5' (ありの場合)具体的に教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ ( )
6 現在次のような医療的ケアを受けていますか？ 気管切開、経管栄養、人工呼吸器、在宅酸素、胃腸栄養、など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素(HOT) <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> その他	→ ( )
7 視力障害がありますか？ 7' (ありの場合)どちらかの目が見えていないといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
8 補聴器を使用していますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
9 医師または理学療法士に脳性麻痺といわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
10 補助なしで10歩以上歩けますか？補助すれば10歩以上歩けますか？	<input type="checkbox"/> 補助無しで歩ける <input type="checkbox"/> 補助して歩ける	
10' (補助しても歩行不可能の場合)補助なしで座れますか？支えれば座れますか？	<input type="checkbox"/> 補助しても歩けない <input type="checkbox"/> 補助しても座れない	→ <input type="checkbox"/> 補助無しで座れる <input type="checkbox"/> 補助して座れる <input type="checkbox"/> 補助しても座れない
11 名前や年齢が言えますか？	<input type="checkbox"/> はい両方またはどちらかがいえる <input type="checkbox"/> 言葉では言えないが指などを使って答える <input type="checkbox"/> 名前、年齢ともにいえない <input type="checkbox"/> 不明	
12 「今日誰と来たの？」など簡単な質問が理解できますか？	<input type="checkbox"/> 言葉のみで理解可能 <input type="checkbox"/> 他の方法(ジェスチャーなど)も使って理解可能 <input type="checkbox"/> 理解できない <input type="checkbox"/> 不明	
13 積み木を6個以上つめますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
14 二語以上の文(おとうさん仕事、おなかすいた、あっちいこうなど)を話しますか？ 14' (話せない場合)意味のある言葉が話せますか？	<input type="checkbox"/> 2語以上の文 <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 有意語なし <input type="checkbox"/> 不明	
15 大きい小さいがわかりますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	

Parental Interview and Reporting Questionnaire (at 36 to 42 months of age)		Patient ID
		Interview Date
1 Please provide age of your child at interview/questionnaire	( ) yrs ( ) months old	
2 Is your child currently in admission to the hospital or medical facilities? 2' If yes, please provide name of the facility.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Rehabilitation center/ Chronic care <input type="checkbox"/> Others( )	
3 Who is/are primary caregiver(s)?	<input type="checkbox"/> Two parents <input type="checkbox"/> Mother only <input type="checkbox"/> Father only <input type="checkbox"/> Other than parent	
4 Please provide recent weight of your child. date of measurement	( ) Kg ( ) / ( ) month / year	
5 Does your child have any disabilities or handicaps? 5' If yes, what is the problem?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → ( )	
6 Does your child currently need any medical support as followings?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Nasogastric feeds <input type="checkbox"/> Ventilation <input type="checkbox"/> Oxygen <input type="checkbox"/> Gastrostomy <input type="checkbox"/> Others → ( )	
7 Does your child have a visual impairment in one or both eyes? 7' If yes, have you ever been told that your child is blind in one or both eyes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> Not blind <input type="checkbox"/> Yes, one eye <input type="checkbox"/> Yes, both eyes	
8 Does your child wear hearing aids now?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
9 Have you ever been told by a health-care provider that he/she has cerebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
10 Can your child walk ten steps with or without holding on to anyone or anything? 10' If no, can he/she sit with or without support?	<input type="checkbox"/> Yes, without support <input type="checkbox"/> Yes, with support <input type="checkbox"/> No → <input type="checkbox"/> Yes, without support <input type="checkbox"/> Yes, with support <input type="checkbox"/> No	
11 Does your child say his/her "first name" and "year of age"?	<input type="checkbox"/> Yes, both or either <input type="checkbox"/> No, but gestures with fingers <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure	
12 Does your child understand simple questions like "whom did you come with today"	<input type="checkbox"/> Yes, in words <input type="checkbox"/> Yes, with words and gestures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure	
13 Can your child build blocks more than six?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure	
14 Does your child use a two-word utterance like "where dada? want bottle, more cc" If no, does your child use meaningful single-words like "car" "dog"?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, but use single-words <input type="checkbox"/> No, no meaningful word <input type="checkbox"/> Unsure	
15 Does your child understand the difference of between "big and small" ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure	

Thank you for answering these questions.



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
河野由美	周産期母子医療センターネットワークデータベース解析からみた極低出生体重児の予後	日本小児科学会雑誌	118(4)	613-622	2014

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
「周産期医療の質と安全の向上のための研究」

平成 26 年度  
総括・分担研究報告書

平成 27 年（2015）3 月  
研究代表者 楠田 聡

東京女子医科大学母子総合医療センター  
〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1  
TEL/FAX 03-5269-7344

