

# 「周産期医療の質と安全の向上のための研究」

## NICU-INTACT 予後評価マニュアル

厚生労働科学研究 地域医療基盤開発推進研究  
指定研究 「周産期医療の質と安全の向上のための研究」(主任研究者 楠田 聡)

分担研究「アウトカムの評価」班

Version 2013/04/02

## 目次

I. はじめに	2
II. INTACT の定義	3
III. 予後評価までの流れ	4
IV. フォローアップ外来の実施	5
V. 転居時の紹介	6
● INTACT—フォローアップ先変更 連絡シート	7
VI. 修正 1 歳 6 か月(18 か月～24 か月未満)のフォローアップ	8
VII. 暦 3 歳(36 か月～42 か月未満)のフォローアップ	13
VIII. 問診用紙	18
IX. ITQOL(乳幼児の生活の質の尺度)	19
X. 評価シート	
● 1 歳 6 か月のフォローアップ評価シート	20
● 3 歳のフォローアップ評価シート	25
XI. 脳性麻痺	
● 診断のフォローチャート	30
● GMFCS 分類(修正 1 歳半、3 歳)	31
XII. 自閉症スペクトラムの行動上の特徴	32

## I はじめに

本研究の目的は、総合周産期母子医療センターおよび地域周産期母子医療センターにおいて、周産期医療質向上プログラム(試験介入)の実施により、対照施設群の児と比較して試験介入施設群の児のアウトカムが向上するかどうかを検証することである。児のアウトカムとして臨床的に最も重要と考えられることは単なる死亡率の改善のみならず、神経学的予後についても改善が得られることであり、そのため 3 歳での障害なき生存(intact survival)を主要評価項目とする。

そのほかの評価項目として、児の予後に関する項目は、表1のとおりであり、これらを正しく評価することは本研究の最重要課題である。このマニュアルを参考にして研究参加施設の共通の評価方法で評価なされなければならない。

表1 児の予後に関する評価項目

主要評価項目	副次評価項目
3 歳での障害なき生存 (intact survival)	生後 28 日までの死亡
	1 歳までの死亡
	修正 1 歳半までの死亡
	修正 1 歳半での障害なき生存
	暦 3 歳までの死亡
	暦 3 歳での神経学的評価
	生活の質 (Quality of Life)

## II Intact survival の定義

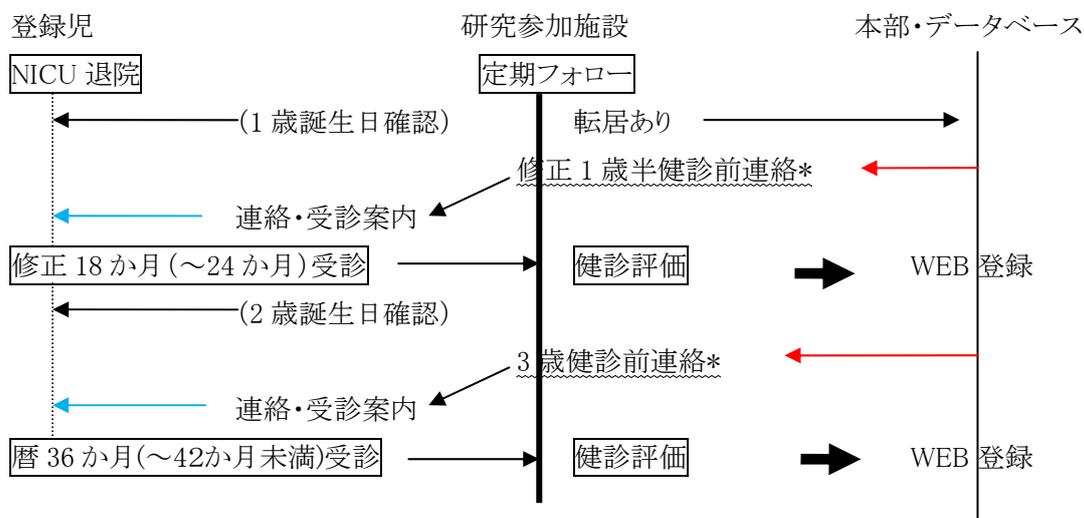
定義は、「死亡、重度神経学的障害(SND)、神経学的障害(NDI)がないこと」である。  
 具体的には表2に示した合併症の有無と程度に従って判定する。神経学的障害の他に身体的障害の有無と程度についても判定する。

重度神経学的障害(SND)あるいは神経学障害(NDI)のいずれにも相当しない生存を intact survival という。その他の重要な障害の有無は副次評価項目に含まれる。

表2 Intact survival の定義

Criteria for disability	重度神経学的障害 (SND)	神経学的障害 (NDI)
	以下の項目のいずれか1つ	以下の項目のいずれか1つ
運動機能	CP あり GMFCS の level 3,4,5	CP あり GMFCS の level 2
発達・認知能	DQ < 55 (一般の-3SD 未満)	DQ 55~70 (一般の-2SD~-3SD)
視機能(両眼)	全盲または光の弁別が可能	眼鏡などによる調整が必要で眼鏡を使っても正常視力には矯正できない
聴覚	補聴器を使用しても聞こえない (閾値 90dB 以上)	補聴器により矯正される (閾値 40~90dB)
その他の重要な障害	重度障害	障害
	以下の項目のいずれか1つ	
呼吸	人工呼吸または酸素を必要	運動機能の制限
消化器	TPN, NG, PEG feeding	特別の栄養、ストーマ
腎機能	透析または移植待ち	特別食を要する腎機能障害

### III 予後評価までの流れ



#### 健診前連絡\* フォローアップアラートについて

フォローアップ健診年齢の約2カ月前に研究支援室から担当医に以下のようなメールが送信されます。

施設名：\*\*\*\*\*病院・新生児科  
 担当者：\*\*\*\*\*先生

日頃、「周産期医療の質と安全の向上のための研究」(INTACT プロジェクト)にご協力いただきまして、有難うございます。  
 貴施設よりエントリーされたお子さんのフォローアップにつきまして、下記、ご確認のほどよろしくお願い申し上げます。

<平成〇年〇月に修正1歳6カ月(または3歳)を迎えるお子さん>

- ・生年月日、在胎週数、出生体重(の順に記載)
- 健診期間(〇〇〇〇年1月1日～3月31日(6月30日))
- ・
- ・
- ・

<平成〇年〇月に3歳を迎えるお子さん>

- ・生年月日、在胎週数、出生体重(の順に記載)
- 健診期間(〇〇〇〇年1月1日～3月31日(6月30日))
- ・
- ・
- ・

以上の〇名になります。

評価マニュアルに沿ってご評価いただき、またその情報の登録につきまして、引き続きよろしくお願い申し上げます。

平成〇年〇月

東京女子医科大学母子総合医療センター  
 周産期研究事業支援室

## IV フォローアップ外来の実施

修 18 か月、暦 36 か月に評価のためのフォローアップを行う。

### 1) 実施場所: 研究参加各施設

転居等で受診不能の場合、次ページの手順に従い、紹介を行う

- ① INTACT 研究参加施設
- ② 総合/地域周産期施設でマニュアルに沿った評価が可能な施設

### 2) 実施担当者: 研究参加施設のフォローアップ担当医と心理士

### 3) 外来内容: 従来のフォローアップと同様に行う。必須内容

問診用紙、ITQOL の記入と回収

身体計測

身体合併症: 呼吸、消化器、腎機能

神経学的合併症: CP, GCMFS, 視機能、聴覚

発達検査: 心理士による新版 K 式検査を原則

どうしても実施できない場合は、主治医判定の根拠を明確にする。

### 4) フォローアップの評価結果は、対象児の INTACT 研究登録施設 (元の NICU) が責任をもって行う

## V 転居時の紹介

### 患者転院・転居に伴うフォローアップ先変更時の手順

#### 【原則】

- できるだけINTACT参加施設に紹介をすすめる。
- 保護者に紹介もとの施設 (INTACT 施設) で、紹介先でもフォローアップの継続 (1 歳半、3 歳で予定された内容のフォローアップをうけること)、フォローアップ結果を紹介もと施設に紹介先施設から診療情報提供 (紹介) に対する「返事」あるいは診療情報提供書 (保険診療) として送付してもらうことについて説明する。
- 紹介状に、
  - ①INTACT対象児であること
  - ②予後評価マニュアルに沿って修正1歳半、3歳は評価していただくこと
  - ③研究参加の書面による同意が得られていることを明記する。
- 紹介先が決まったら、必ず研究支援室に連絡シート(次のページ)をメール([nicu-intact.ae@twmu.ac.jp](mailto:nicu-intact.ae@twmu.ac.jp))もしくは FAX 03-5269-7444 (直通) する。

#### A)INTACT参加施設に紹介する場合:1)→2)

- 1) フォローアップ担当者のリストから、直接依頼、紹介する。
- 2) 紹介後、支援室に連絡シートをメールもしくはFAXする。

#### B)INTACT参加施設には紹介できない場合:1)→2)→3)→4)

- 1) 支援室に、自宅住居地 (都道府県、市町村など) を連絡する。保護者からの希望施設があれば記載する。
- 2) 支援室は、フォローアップ体制について、問い合わせ等で確認した上で、候補施設について情報提供する。
- 3) 紹介状に、①、②、③に加え、
  - ④研究支援室から予後評価マニュアルが送られてくることも記載する。
- 4) 紹介先、フォローアップ依頼先が決まったら、連絡シートを支援室にメールもしくはFAXする。

#### ※いずれの場合も、

紹介先施設から、紹介に対する「返事」として予後評価結果を送付してもらう。

最初に症例を登録したNICUでフォローアップデータを登録する。

## INTACT—フォローアップ先変更 連絡シート

E-mail: nicu-intact.ae@twmu.ac.jp FAX: 03-5269-7444			
フォローアップ先変更時の連絡シート			
施設名			
連絡者名			
連絡者メールアドレス			
患者 ID ( <span style="background-color: yellow;">ケタの数字</span> )			
紹介先施設名			
紹介先・担当医師名			
紹介先・担当医師メールアドレス (不明時は不明と記載)			
記入日	年	月	日
※転院・転居時でも、フォローアップ先に変更がない場合、ご連絡は不要です。			

上記につきまして、ご不明な点などございましたら、下記までご連絡下さい。

東京女子医科大学母子総合医療センター 周産期研究事業支援室

松田 直子 西田 俊彦 三ツ橋 偉子

電話代表 03-3353-8111、電話直通&ファックス 03-5269-7444

e-mail nicu-intact.ae@twmu.ac.jp

## VI 修正 1 歳 6 か月(修正 18 か月～修正 24 か月未満)のフォローアップ

問診用紙(必須)および ITQOL(必須) 下記のいずれかの方法で記入してもらい回収する

- ① 外来で待っている間に書いてもらう
- ② 発達検査を行う時に、心理士が渡して記入してもらう
- ③ 事前に郵送して記入してもらってきてもらう(事前郵送可能な施設のみ)

評価シート 1～5 (項目 1～53)

必須入力項目、自動計算項目、特別な場合のみ、一般項目、紙提出の場合のみの項目

必須入力項目が欠けていると、INTACT の判定ができません！

評価シート 1 フォローアップの実施 (NICU 死亡退院症例はフォローアップ入力画面がありません)

1. NICU 入院中か 入院中/退院 いずれかにチェック

2. フォローアップ実施の有無 いずれかにチェック

修正 18 か月～24 か月未満に実施→あり

上記期間内に受診なし →なし

2. 1 なしの場合の理由を選択入力

退院後死亡の場合、死亡日を入力

他施設に入院・入所中の場合、施設名を記入

他院/他施設でのフォローの場合、フォロー先を記入

その他の場合、理由を記入

2. 2 自施設または他施設に入院・入所中の場合、

重度神経学的障害(SND)(評価シート内の赤のボックスに相当)の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

神経学的障害(NDI)(評価シート内のオレンジのボックスに相当)の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

3. フォローアップ実施日 日付を入力

4. フォローアップ施設名 フォローアップ施設の変更があった場合のみ記入

5. フォローアップ時年齢 自動計算

6. 匿名化番号

7. 性別

8. 出生在胎週、日

9. 出生体重

## 評価シート2 脳性麻痺(CP)の臨床評価

### 10. CPの有無 なし/あり/不明 以下の定義に基づきいずれかにチェック

#### 定義

脳性麻痺の言葉の意味するところは、運動と姿勢の発達の異常の1つの集まりを説明するものであり、活動の制限を引き起こすが、それは発生・発達しつつある胎児または乳児の脳の中で起こった(生後4週以内に起こったあるいは発生した)非進行性の障害に起因すると考えられる。脳性麻痺の運動障害には、感覚、認知、コミュニケーション、認識、それと/または行動、さらに/または発作性疾患が付け加わる。

#### 10.1 ありの場合、(30 ページ)の CP 診断フローチャートに従って型を診断

痙直性

アテトーゼ

その他(ディストニア、失調性を含む)

分類不能

不明

##### 10.1.1 痙直性の場合、CP 診断フローチャートに従って障害部位を診断

#### 10.2 推測されるCPの原因 PVL/IVH/その他・不明 から選択チェック、その他の場合は内容を記入

### 11. 運動機能の評価(GMFCS分類) レベル1～5の数字を記入

レベルの診断には(31 ページ)の GMFCS 分類(1歳半用)を参照

#### 12. 水頭症に対するシャントの有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

#### 13. けいれんの有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

##### 13.1 けいれん有りの場合 けいれん時の発熱の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

##### 13.2 最後におこったけいれん 日付(年月で可)を記入

##### 13.3 現在の抗けいれん薬服用の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

#### 14. その他の神経学的障害について記入 自由記載

### 評価シート3 発達の評価

15. 発達検査の実施の有無            はい/いいえ いずれかにチェック
- 15.1 いいえの場合の理由            いずれかの理由にチェック、その他の場合は内容を記入
16. 実施した発達検査名    新版K式発達検査かその他か。その他の場合は検査名を記入
17. 新版K式発達検査の全領域DQ値            修正月齢で評価した数値で記入
18. P-M(姿勢・運動領域) DQ 修正月齢 数値で記入
19. C-A(認知・適応領域) DQ 修正月齢 数値で記入
20. L-S(言語社会領域) DQ 修正月齢 数値で記入
21. その他の検査法による全領域DQ/IQ            修正月齢で評価した数値で その他の検査法の場合のみ記入
22. その他の検査法 下位項目名とスコア(数値) 修正月齢 数値で記入
23. その他の検査法 下位項目名とスコア(数値) 修正月齢 数値で記入
24. その他の検査法 下位項目名とスコア(数値) 修正月齢 数値で記入
25. その他の検査法 下位項目名とスコア(数値) 修正月齢 数値で記入
26. その他の検査法 下位項目名とスコア(数値) 修正月齢 数値で記入
27. 発達評価            修正年齢で判定。評価方法が検査によるのか、主治医によるのかを区別した上で 1つのみ選択してチェック

(表3)

判定	検査判定	主治医判定
正常発達	DQ >85	3か月未満の遅れ
ボーダーライン	DQ 70-84	3か月以上 6か月未満の遅れ
遅滞	DQ 55-69	6か月以上 9か月未満の遅れ
重度遅滞	DQ <55	9か月以上の遅れ
不明		不明

28. 主治医判定の発達評価の根拠 自由記載

## 評価シート4 感覚機能障害とコミュニケーション能力

29. 眼鏡の使用の有無                    はい/いいえ/不明    いずれかにチェック

30. 視力 眼鏡を使用の場合はつけた状態で評価。日常生活への支障の程度を判定するもので、眼科医の判定は必須ではない。以下のいずれかをチェック

正常またはほぼ正常

眼振がある、または近くの大きな動きはわかる(≒障害あるがみえる)

光のみまたは全盲

不明

31. 斜視の有無                            はい/いいえ/不明    いずれかにチェック

32. 補聴器の使用の有無                はい/いいえ/不明    いずれかにチェック

33. 聴力                    補聴器使用の場合はつけた状態で評価。耳鼻科医の判定は必須ではないが、聴力がわかる場合は聴力に基づき判定する。

正常またはほぼ正常

補聴器で補正可能(40-70dB まで)

補聴器でも完全には不能(70-90dB まで)

補聴器でもほとんど聞こえない(>90dB)

不明

34. 何らかのコミュニケーションの困難さの有無                    はい/いいえ/不明    いずれかにチェック

聴力障害のみの理由による場合は除く(不明にチェック)、精神発達遅滞、自閉性障害、などの理由は問わない。

35. 簡単な命令の理解 「おもちゃをちょうだい」などの簡単な命令を、言葉のみで理解可能、言葉と動作で理解可能、全く理解できない、不明のいずれかから選択してチェック

36. 言語表出    有意語の数をチェック

37. 行動の評価    外来診察時、発達検査時の様子から判定する

多動: 同年齢の子どもに比していじるしく落ち着きがない

視線をあわさない、そらす→PDD 等の自閉性スペクトラム障害を疑わせる症状としてチェック

その他の行動の特徴(例: 全く人見知りをしない、回るものにこだわるなど)がある場合は記入する。

## 評価シート5 身体的問題

38. 呼吸機能 問題なし  
呼吸機能障害のために運動制限  
酸素または人工呼吸が必要 いずれかの判定をチェック
39. 呼吸器感染の反復の有無  
1年に2回以上の入院を必要とするかにより はい/いいえ/不明 いずれかにチェック
40. 気管支喘息の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
41. 気管切開の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
42. 在宅酸素の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
43. 人工呼吸器使用の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
44. 腎機能 問題なし  
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 いずれかの判定をチェック
45. 摂食・消化器機能 問題なし  
特別の食餌(栄養剤)を経口摂取  
経口摂取不能 いずれかの判定をチェック
46. NGチューブまたは胃瘻 はい/いいえ いずれかにチェック
47. 経静脈栄養(TPN)の実施 はい/いいえ いずれかにチェック
48. ストーマの有無 はい/いいえ いずれかにチェック
49. 体重 SD スコアは自動計算
50. 身長 SD スコアは自動計算
51. 頭囲 SD スコアは自動計算
52. 血圧
53. その他の障害や問題と日常生活への影響など 自由記載

総合判定:原則 事務局で記入

神経学的障害

重度障害(SND):赤のボックスに相当するものが1つ以上

障害(NDI):オレンジのボックスに相当するものが1つ以上

その他の障害

重度:紫のボックスに相当するものが1つ以上

あり:うす紫のボックスに相当するものが1つ以上

## VII 暦3歳(36か月～42か月未満)のフォローアップ

問診用紙(必須)および ITQOL(必須) 下記のいずれかの方法で記入してもらい回収する

- ① 外来で待っている間に書いてもらう
- ② 発達検査を行う時に、心理士が渡して記入してもらう
- ③ 事前に郵送して記入してもらってきってもらう(事前郵送可能な施設のみ)

評価シート1～5 (項目1～53)

必須入力項目、自動計算項目、特別な場合のみ、一般項目、紙提出の場合のみの項目

必須入力項目が欠けていると、INTACTの判定ができません！

評価シート1 フォローアップの実施(NICU死亡退院症例はフォローアップ入力画面がありません)

1. NICU入院中か 入院中/退院 いずれかにチェック

2. フォローアップ実施の有無 いずれかにチェック

暦36～42か月未満に実施→あり

上記期間内に受診なし →なし

2.1 なしの場合の理由を選択入力

退院後死亡の場合、死亡日を入力

他施設に入院・入所中の場合、施設名を記入

他院/他施設でのフォローの場合、フォロー先を記入

その他の場合、理由を記入

2.2 自施設または他施設に入院・入所中の場合、

重度神経学的障害(SND)(評価シート内の赤ボックスに相当)の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

神経学的障害(NDI)(評価シート内のオレンジボックスに相当)の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

3. フォローアップ実施日 日付を入力

4. フォローアップ施設名 フォローアップ施設の変更があった場合のみ記入

5. フォローアップ時年齢 自動計算

6. 匿名化番号

7. 性別

8. 出生在胎週、日

9. 出生体重

## 評価シート2 脳性麻痺(CP)の臨床評価

### 10. CPの有無 なし/あり/不明 以下の定義に基づきいずれかにチェック

#### 定義

脳性麻痺の言葉の意味するところは、運動と姿勢の発達の異常の1つの集まりを説明するものであり、活動の制限を引き起こすが、それは発生・発達しつつある胎児または乳児の脳の中で起こった(生後4週以内に起こったあるいは発生した)非進行性の障害に起因すると考えられる。脳性麻痺の運動障害には、感覚、認知、コミュニケーション、認識、それと/または行動、さらに/または発作性疾患が付け加わる。

#### 10.1 CPありの場合、(30 ページ)の CP 診断フローチャートに従って型を診断

痙直性

アトーゼ

その他(ディストニア、失調性を含む)

分類不能

不明

##### 10.1.1 痙直性の場合、CP 診断フローチャートに従って障害部位を診断

#### 10.2 推測されるCPの原因

PVL/IVH/その他・不明 から選択チェック、その他の場合は内容を記入

### 11. 運動機能の評価(GMFCS分類) レベル1～5の数字を記入

レベルの診断には(31 ページ)の GMFCS 分類(3歳用)を参照

#### 12. 水頭症に対するシャントの有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

#### 13. けいれんの有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

##### 13.1 けいれん有りの場合 けいれん時の発熱の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

##### 13.2 最後におこったけいれん 日付(年月で可)を記入

##### 13.3 現在の抗けいれん薬服用の有無 なし/あり/不明 いずれかにチェック

#### 14. その他の神経学的障害について記入 自由記載

### 評価シート3 発達の評価

15. 発達検査の実施の有無            はい/いいえ  いずれかにチェック
- 15.1  いいえの場合の理由             いずれかの理由にチェック、その他の場合は内容を記入
16. 実施した発達検査名     新版K式発達検査かその他か。その他の場合は検査名を記入
17. 新版K式発達検査の全領域暦年齢DQ値     暦月齢で評価した数値で記入
- 17.1  新版K式発達検査の全領域修正年齢DQ値     修正月齢で評価した数値で記入
- 注)暦月齢、修正月齢  両方の評価が必須(心理士に計算を依頼する)
18. P-M(姿勢・運動領域) DQ     暦月齢  数値で記入
- 18.1  P-M(姿勢・運動領域) DQ     修正月齢  数値で記入
19. C-A(認知・適応領域) DQ     暦月齢  数値で記入
- 19.1  C-A(認知・適応領域) DQ     修正月齢  数値で記入
20. L-S(言語社会領域)     DQ     暦月齢  数値で記入
- 20.1  L-S(言語社会領域)     DQ     修正月齢  数値で記入
21. その他の検査法による全領域DQ/IQ             暦月齢で評価した数値で  その他の検査法の場合のみ記入
22. その他の検査法  下位項目名とスコア(数値)     暦月齢  数値で記入
23. その他の検査法  下位項目名とスコア(数値)     暦月齢  数値で記入
24. その他の検査法  下位項目名とスコア(数値)     暦月齢  数値で記入
25. その他の検査法  下位項目名とスコア(数値)     暦月齢  数値で記入
26. その他の検査法  下位項目名とスコア(数値)     暦月齢  数値で記入
27. 発達評価             暦年齢で判定。評価方法が検査によるのか、主治医によるのかを区別した上で1つのみ選択してチェック

(表4)

判定	検査判定	主治医判定
正常発達	DQ >85	6か月未満の遅れ
ボーダーライン	DQ 70-84	6か月以上 11か月未満の遅れ
遅滞	DQ 55-69	11か月以上 16か月未満の遅れ
重度遅滞	DQ <55	16か月以上の遅れ
不明		不明

28. 主治医判定の発達評価の根拠  自由記載

## 評価シート4 感覚機能障害とコミュニケーション能力

29. 眼鏡の使用の有無 はい/いいえ/不明 いずれかにチェック

30. 視力 眼鏡を使用の場合はつけた状態で評価。 日常生活への支障の程度を判定するもの。以下のいずれかをチェック

正常またはほぼ正常

障害あるがみえる(指数弁)

近くの大きなもののみみえる(手動弁)、

光のみ(光覚弁)または全盲

不明

注1 「光覚弁」とは、暗室にて被検者の眼前で照明を点滅させ、明暗が弁別できる視力をいう

2 「手動弁」とは、検者の手掌を被検者の眼前で上下左右に動かし、動きの方向を弁別できる能力をいう。

3 「指数弁」は、検者の指の数を答えさせ、それを正答できる最長距離により視力を表す

31. 斜視の有無 はい/いいえ/不明 いずれかにチェック

32. 補聴器の使用の有無 はい/いいえ/不明 いずれかにチェック

33. 聴力 補聴器使用の場合はつけた状態で評価。耳鼻科医の判定は必須ではないが、聴力がわかる場合は聴力に基づき判定する。

正常またはほぼ正常

補聴器で補正可能(40-70dB まで)

補聴器でも完全には不能(70-90dB まで)

補聴器でもほとんど聞こえない(>90dB)

不明

34. コミュニケーションの困難さの有無 はい/いいえ/不明 いずれかにチェック

聴力障害のみの理由による場合は除く(不明にチェック)、精神発達遅滞、自閉性障害、などの理由は問わない。

35. 理解力1 直近の経験の想起 「今日だれときたの」などの簡単な質問を行う。

言葉のみで理解可能/言葉と動作で理解可能/全く理解できない/不明 いずれかにチェック

36. 理解力2 日常の応答 「お名前は?」「何歳ですか?」の2つを質問。

両方またはどちらかを答える/指などを使って答える/どちらも答えない/不明 いずれかにチェック

37. 有意言語表出 二語文以上/単語のみ/有意語なし/不明 いずれかにチェック

38. 多動の評価 外来診察時、発達検査時の様子から判定する

多動:同年齢の子どもに比していじるしく落ち着きがない。ADHD とその疑いも含む

39. 自閉性スペクトラム障害の評価 (32 ページ) 自閉症スペクトラム障害を疑う症状を参考に判定する

主治医判定か専門医判定かを明確にする

## 評価シート5 身体的問題

40. 呼吸機能 問題なし  
呼吸機能障害のために運動制限  
酸素または人工呼吸が必要 いずれかの判定をチェック
41. 呼吸器感染の反復の有無  
1年に2回以上の入院を必要とするかにより はい/いいえ/不明 いずれかにチェック
42. 気管支喘息の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
43. 気管切開の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
44. 在宅酸素の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
45. 人工呼吸器使用の有無 はい/いいえ いずれかにチェック
46. 腎機能 問題なし  
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 いずれかの判定をチェック
47. 摂食・消化器機能 問題なし  
特別の食餌(栄養剤)を経口摂取  
経口摂取不能 いずれかの判定をチェック
48. NGチューブまたは胃瘻 はい/いいえ いずれかにチェック
49. 経静脈栄養の実施 はい/いいえ いずれかにチェック
50. ストーマの有無 はい/いいえ いずれかにチェック
51. 体重 SD スコアは自動計算
52. 身長 SD スコアは自動計算
53. 頭囲 SD スコアは自動計算
54. 血圧
55. その他の障害や問題と日常生活への影響など 自由記載

総合判定:原則 事務局で記入

神経学的障害

重度障害(SND):赤のボックスに相当するものが1つ以上

障害(NDI):オレンジのボックスに相当するものが1つ以上

その他の障害

重度:紫のボックスに相当するものが1つ以上

あり:うす紫のボックスに相当するものが1つ以上

## VIII 問診用紙(1歳6か月、3歳共通)

問診表

施設 ID

ID

以下の質問の当てはまる□にチェックをいれて、( )には記入をお願いします。

1 お子さんの主な養育者(一番長い時間お子さんに接し、身の世話をしている方)は、誰ですか？

- 母親                       母親以外 (具体的に記入して下さい)  
( )

2 主な養育者の方が、日常、話している言葉は？

- 日本語                       日本語以外

3 お子さんは、NICUを退院後、入院した経験がありますか？

- なし                       あり ( 回)                      入院病名
- |   |
|---|
| 1 |
| 2 |
| 3 |

4 お子さんは現在、集団保育に入っていますか？

- なし                       あり  
 保育園、 幼稚園、 その他( )

5 お子さんは、家族メンバー(父親、母親、兄弟姉妹)との離別あるいは死別の経験がありますか？

- なし                       あり 誰と? ( )

6 これまでの子育て中のご両親の健康状態は、いかがでしたか？

- 母親  健康                       不安定  
父親  健康                       不安定

7 これまでの子育て中、ご家庭の経済状況は安定していましたか？

- 概ね安定していた     不安定だった

8 お子さんのご両親(血縁)は、高校卒業以後の進学がありますか。

- 母親  なし                       あり  
父親  なし                       あり

9 お子さんの主な養育者の方にお尋ねします。家族について感じていることについて、以下の質問にお答え下さい。

- 1) 何か困ったとき、家族はあなたの助けになりますか。                       ない     ときどき     いつも  
2) あなたは家族と、話し合ったり苦労をわかち合うことに満足していますか。                       ない     ときどき     いつも  
3) あなたがなにか新しいことをしようとしているとき、家族は助けになりますか。                       ない     ときどき     いつも  
4) あなたの感情(怒り、さびしき、愛など)に、家族は応えてくれますか。                       ない     ときどき     いつも  
5) 一家だんらんの時間がありますか。                       ない     ときどき     いつも

10 本日の診察でお聞きになりたいことをご記入下さい。

# IX ITQOL(乳幼児の生活の質の尺度) (1歳6か月、3歳共通)

9セクション 47問 記入にかかる時間5~10分

1 ページ目

**乳児と幼児のクオリティ・オブ・ライフ (生活の質) についてのアンケート(ITQOL-SF47)**  
**親用の記入フォーム (短縮版) - SF47 JAPANESE (JAPAN)**

ID番号 年 月 日

今日の日付

**指示:** このアンケートはあなたのお子様の心と体の健康状態をおうかがいするものです。アンケートの回答は非公開情報として取り扱われます。正しい答えや間違った答えはありません。回答に困る場合は、一番近い回答を選んでください。全ての質問にお答えください。青または黒のボールペンをご使用ください。

正しい印の付け方:

**セクション1: お子様の全般的な健康状態について**

	極めて良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない
1.1. 全般的にお子様の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/>				

**セクション2: お子様の身体的な能力について**

	とてもむずかしかった	むずかしかった	少しむずかしかった	むずかしくなかった	まだしていない
2.1. お子様の年齢と能力を考え、健康上もしくは学習能力上の理由によって次にあげる項目を行うことはどのくらいむずかしかったですか。					
a. 食事 (授乳/離乳食/普通食)	<input type="checkbox"/>				
b. 睡眠	<input type="checkbox"/>				
c. 物をつかむ	<input type="checkbox"/>				
d. 歯返りを打つ	<input type="checkbox"/>				
e. 遊ぶ	<input type="checkbox"/>				
f. よちよち歩き、または歩く	<input type="checkbox"/>				

# 1歳6か月～2歳のフォローアップ評価シート 1

## フォローアップの実施

NICU死亡退院症例はフォローアップ入力画面はありません

NICU入院中か	入院中 <input type="text"/>	退院 <input type="text"/>	必須 <input type="text"/>
			自動計算 <input type="text"/>
フォローアップ実施の有無	あり <input type="text"/>	なし <input type="text"/>	

### なしの場合の理由

下記のBOXの中で1つをチェック

死亡(退院後)	<input type="text"/>	死亡の日付け	<input type="text"/>
		死亡時の月齢	暦 <input type="text"/> か月
病院入院中	<input type="text"/>	入院・入所先名	<input type="text"/>
重症心身障害児施設入院中	<input type="text"/>		
その他の療育施設入所中	<input type="text"/>	フォロー先	<input type="text"/>
乳児院入所中	<input type="text"/>		
他院/他施設でのフォロー	<input type="text"/>	理由を記入	<input type="text"/>
受診希望なし	<input type="text"/>		
行方不明・音信不通	<input type="text"/>		
その他	<input type="text"/>		
不明	<input type="text"/>		

### 入院・入所中の場合、神経学的重度障害(SND)の有無

神経学的障害(NDI)の有無

下記のBOXの中で1つをチェック

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

## フォローアップ実施

実施日

施設名  (フォローアップ施設の変更があった場合のみ)

フォローアップ時年齢

暦	<input type="text"/>	歳	<input type="text"/>	か月
修正	<input type="text"/>	歳	<input type="text"/>	か月

## 児情報 **以下については、入力画面はありません。**

紙提出の場合のみ

匿名化番号

性別 男

女

出生在胎 週 日

出生体重  g

# 1歳6か月～2歳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 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"/>
アトーゼ	<input type="checkbox"/>
ディストニア	<input type="checkbox"/>
失調性	<input type="checkbox"/>
分類不能	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

痙直型の場合は下記の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(GMFCFS分類)

(レベルの診断にはフローチャートを参照)

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 つかまって立ち上がり、家具につかまって数歩歩く。18か月から2歳の間に歩き、歩行補助具を必要としない
- 2 一人で坐位保持可能、肘這いまたは四つ這いが可能、つかまり立ちができる場合もある
- 3 腰を支えると床上での坐位は保っている。寝返りし前方へ肘這いする。
- 4 頭部をコントロールできるが、床上で坐るためには体幹を支持してもらう必要がある。
- 5 腹臥位および坐位で、頭部と体幹の抗重力的な肢位を保持することができない。寝返りできない

### 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

# 1歳6か月～2歳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

- 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

下記のBOXの中で1つをチェック


## 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

修正年齢で評価  
total DQ

修正年齢で評価  
total DQ

下位項目 P-M   
C-A   
L-S

下位項目名	スコア

## 発達評価

下記のBOXの中で1つをチェック

正常発達 (DQ >85 or 3か月未満の遅れ)

検査評価

主治医判定

ボーダーライン (DQ 70-84 or 3か月以上6か月未満の遅れ)

遅滞 (DQ 55-69 or 6か月以上9か月未満の遅れ)

重度遅滞 (DQ <55 or 9か月以上の遅れ)

不明

主治医判定の発達評価の根拠

# 1歳6か月～2歳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

正常またはほぼ正常	<input type="checkbox"/>
眼振がある、または近くの大きな動きは分かる	<input type="checkbox"/>
光のみ判別あるいは全盲	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
補聴器により補正可能(40-70dBHL)	<input type="checkbox"/>
補聴器により完全には補正不能(70-90dBHL)	<input type="checkbox"/>
補聴器でもほとんど聞こえない(>90dBHL)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

### 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)

#### 理解力

簡単な命令(「おもちゃをちょうだい」など)を理解できますか 下記のBOXの中で1つをチェック

言葉のみでの理解可能	<input type="checkbox"/>
他の方法(ジェスチャーなど)も使った理解可能	<input type="checkbox"/>
全く理解できない	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

#### 言語表出

有意語の表出は？

下記のBOXの中で1つをチェック

3語以上	<input type="checkbox"/>
1～2語	<input type="checkbox"/>
なし	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

#### 行動(落ち着き)

下記のBOXの中で1つをチェック

正常	<input type="checkbox"/>
多動(同年齢の児に比して著しく落ち着きがない)	<input type="checkbox"/>
視線があわない・視線をそらす	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> (内容)
不明	<input type="checkbox"/>

# 1歳6か月～2歳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)	<input type="checkbox"/>
運動機能制限	<input type="checkbox"/>
酸素または人工呼吸が必要	<input type="checkbox"/>

呼吸器感染の反復(入院を必要とする)  
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)	<input type="checkbox"/>
何らかの治療を要する障害	<input type="checkbox"/>
透析または移植を必要とする障害	<input type="checkbox"/>

### 摂食・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)	<input type="checkbox"/>
特別の食餌(栄養剤)を経口摂取	<input type="checkbox"/>
経口摂取不能	<input type="checkbox"/>

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	(測定できれば)	

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)	<input type="checkbox"/>
重度障害(SND)	<input type="checkbox"/>
障害(NDI)	<input type="checkbox"/>
上記なし	<input type="checkbox"/>

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

# 3歳(36か月～42か月未満)のフォローアップ評価シート 1

## フォローアップの実施

NICU入院中か否か	入院中 <input type="checkbox"/>	退院後 <input type="checkbox"/>	必須項目 <input type="checkbox"/>
フォローアップ実施の有無	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	自動計算 <input type="checkbox"/>

### なしの場合の理由

下記のBOXの中で1つをチェック

死亡(退院後) <input type="checkbox"/>	死亡の日付け <input type="text"/>	死亡時の月齢 <input type="text"/> 暦 <input type="text"/> か月
(NICU外)病院入院中 <input type="checkbox"/>	重症心身障害児施設入院中 <input type="checkbox"/>	その他の療育施設入所中 <input type="checkbox"/>
乳児院入所中 <input type="checkbox"/>	他院/他施設でのフォロー <input type="checkbox"/>	受診希望なし <input type="checkbox"/>
行方不明・音信不通 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>

死亡の日付け  日付入力  
 死亡時の月齢  暦  か月  
 ↑自動計算

入院・入所先名

フォロー先名

理由を記入

### 入院・入所中の場合、神経学的重度障害(SND)の有無

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

上記のBOXの中で1つをチェック

### 神経学的障害(NDI)の有無

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

上記のBOXの中で1つをチェック

## フォローアップ実施

実施日  日付入力

施設名  フォローアップ施設が変わった場合のみ

フォローアップ時年齢  暦  歳  修正  歳  
 ↑自動入力

か月  か月  
 ↑自動入力

紙提出の場合は必須

## 児情報

以下については、入力画面はありません。

匿名化番号

性別 男

女

出生在胎 週  日

出生体重  g

# 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 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

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這い
- 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

- 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

下記のBOXの中で1つをチェック


### 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"/>

下位項目名	スコア
total DQ	<input type="text"/>

### 発達評価

下記のBOXの中で1つをチェック

	(暦年齢で) 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

正常またはほぼ正常	<input type="checkbox"/>
障害はあるが見えている	<input type="checkbox"/>
近くの大きな動きのみ見える	<input type="checkbox"/>
光のみ判別あるいは全盲	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
補聴器により補正可能(40-70dBHL)	<input type="checkbox"/>
補聴器により完全には補正不能(70-90dBHL)	<input type="checkbox"/>
補聴器でもほとんど聞こえない(>90dBHL)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

### 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	<input type="checkbox"/>
他の方法(ジェスチャーなど)も使った理解可能	<input type="checkbox"/>
全く理解できない	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

「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

下記のBOXの中で1つをチェック

多動性は？

正常	<input type="checkbox"/>
多動*	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

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

自閉性は？

(別紙: 自閉症スペクトラムを疑う症状を参照)

正常	<input type="checkbox"/>
自閉性スペクトラム疑い(専門医)	<input type="checkbox"/>
自閉性スペクトラム疑い(主治医)	<input type="checkbox"/>
自閉症(専門医)	<input type="checkbox"/>
自閉症(主治医)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

# 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"/> 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

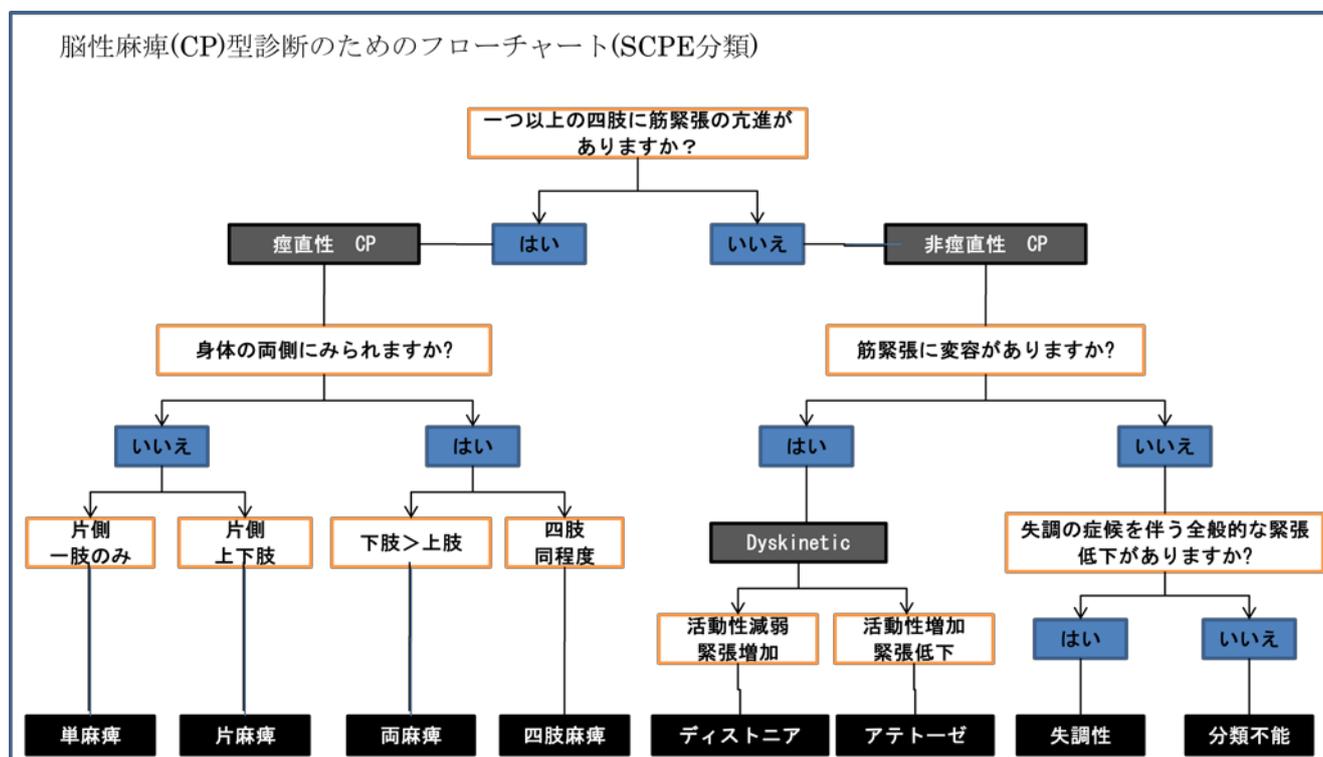
#### その他の(身体的)障害

下記のBOXの中で1つをチェック

- 重度
- あり
- なし

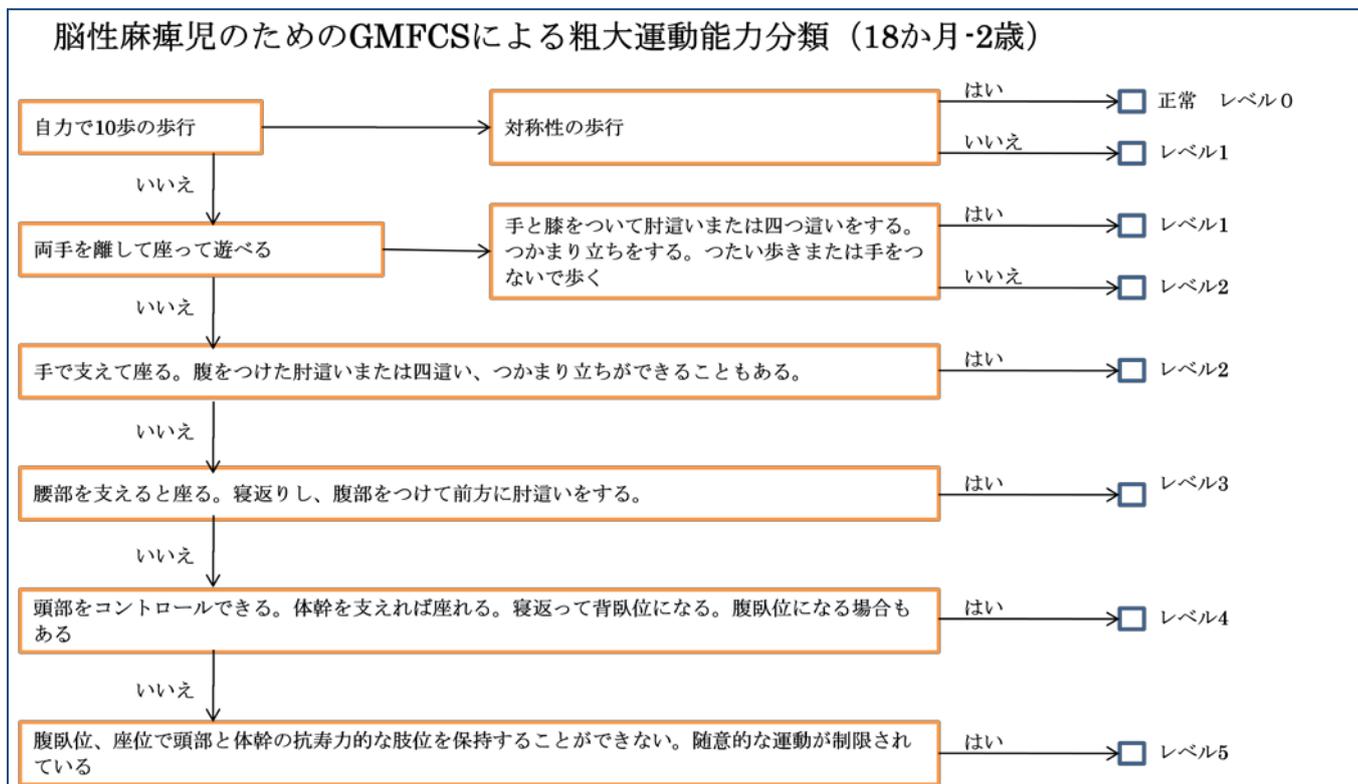
# XI 脳性麻痺

## 診断のフォローチャート



# GMFCS 分類

修正 18 か月用



## 暦 3 歳用

**表 脳性麻痺児のためのGMFCSによる粗大運動能力分類（2-4歳）**  
脳性麻痺がなく、運動機能に制限がない場合は0とする

レベル	自力による最も好まれる移動手段	可能な運動	困難な運動
1	歩行補助具なしの歩行	歩行	多くの場合、歩行開始は1歳6か月～2歳 将来予測される運動制限（速度、バランス、運動協調性）
2	歩行補助具を使つての歩行 つたい歩き 手と膝をついた交互性パターンでの四つ這い	つかまり立ちができる 助けなく座位、座位から他の姿勢をとれる	両手での物の操作時の座位の保持が困難
3	肘這い、下肢の交互のない四つ這い	割座（正座の状態でも足を外にして、お尻を地面に付けたままの座り方） 安定した平面につかまって、短い距離のつたい歩き 歩行器をもって助けてもらって短い距離の歩行	助けなく座位をとることは困難
4	寝返り、腹をつけた肘這い、下肢の交互のない四つ這い	手で支持した座位 座位と立位には適合機器（座位保持いすなど）が必要	
5	自力による移動は困難	座位と立位には適合機器（座位保持いすなど）が必要	頭部や体幹の抗重力的な肢位の保持が困難

## XII 自閉症スペクトラム障害

### 自閉症スペクトラムの行動上の特徴

1. 視線があいにくい(自分から要求のあるときは除く)
2. 会話が続きにくい(質問の意図にそった返答ができない。話がそれやすい)
3. 同年代の子どもと年齢相応の友達関係がもてない(お遊戯にすすんで参加したり、他の子どもたちの働きかけに積極的にこたえたりすることができない)
4. 人にかかわられた時の対応が場にあっていない
5. 初めてのことが苦手だったり、やり方や順番が変更になると混乱する
6. 極端に熱中したり、一般的にはあまり興味を持たれないことに熱中することがある