

第28回「産科医療補償制度運営委員会」

—第19回制度見直しの検討— 次第

日時： 平成25年11月27日(水)
10時00分～12時00分
場所： 日本医療機能評価機構 9階ホール

1. 開 会

2. 議 事

- 1) 第27回運営委員会の主な意見について
- 2) 補償申請期間について
- 3) 産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書(案)について
- 4) 産科医療補償制度の見直しに係る検討結果の取りまとめ(案)について
- 5) 補償申請に係る状況について
- 6) その他

3. 閉 会

1) 第27回運営委員会における主な意見

【第26回運営委員会の主な意見について】

<補償申請の促進に係る取組み等の状況について>

- 医療機関から補償対象外と言われたが、機構に問い合わせたところ実は補償対象であったというようなケースがあれば、運営委員会に情報として出してほしい。

【補償対象となる脳性麻痺の基準について】

(1) 一般審査の基準

<在胎週数>

- 本制度の見直しの目的は、拡大ありきではなく、5年間の実績を踏まえて、現状に合わせることを考える。見直しをするにあたっては、保護者の納得はもちろん、保険者、社会の納得が必要と考える。
- 資料「在胎週数1週ごとの脳性麻痺の発生率の推移」において、2006年から2009年の在胎週数31週と32週の脳性麻痺の発生率を比較すると、31週の発生率が、1,000対10くらい高くなっている。制度創設時との比較では31週の発生率が9分の1に減ったということであるが、直近の32週との比較でも大きな有意な差があると思う。
- 在胎週数32週以下の事案等に対して個別審査が行われており、その結果を踏まえて、在胎週数の基準を決めることが、納得がいくのではないかと。
- 個別審査は一般審査とは考え方が異なっている。個別審査基準は分娩機関でも把握されているため、補償対象とならないと考え申請さえ行われていない児が存在している。一方、補償対象とならない可能性が高くても藁にもすがらうような気持ちで申請されている児が含まれている。分母の数がはっきりしない中、資料「(参考)個別審査における在胎週数ごとの審査結果の割合」で該当率を見ることは統計的に正しいとは言えないのではないかと。
- 資料「(参考)個別審査における在胎週数ごとの審査結果の割合」について、個別審査基準は審査をしてみないと補償対象となるかどうか分からない事例もあり、該当率が100%となっている在胎週数が多いことからすると、補償申請数がまだまだ少ないことを示すと考える。すべての在胎週数の該当率80%くらいになるまで医療機関に申請促進のための周知を行うべきである。また、Nの数が少ない中、割合を出すことは違和感がある。
- 個別審査は低酸素状態の有無が条件として付いているため、資料「(参考)個別審査における在胎週数ごとの審査結果の割合」をもって一般審査の基準

を議論するのは適当ではない。

- 資料「(参考) 個別審査における在胎週数ごとの審査結果の割合」は、個別審査を行った結果、何週以上であれば100%に近く認定されているかということが分かる非常に意味のある資料であり、この実績も考慮して線を引くべきである。
- 在胎週数31週の根拠としては、最新の2006年から2009年の31週の発生率が1,000対13.2であり、創設時に根拠とした在胎週数33週ごろの発生率とほぼ同じで、かつ、この4年間で、現行の基準になっている在胎週数33週と統計的に検定したところ、32、31週までは有意差がなく、30週から統計的には明らかな違いがあることから、31週ということまでまとまってきたと考えている。
- 直近の在胎週数33週の脳性麻痺発生率が1,000対3.4、34週が1,000対3.8にまで下がってきていることを考えると、制度創設当時の34週の1,000対13.3と直近の31週の1,000対13.2を比較するのではなく、創設時からの5年間の変化を踏まえて、現行の基準となっている33～34週の直近の発生率が1000対4弱を基準に考えるべきではないか。
- 周産期医療の進歩により脳性麻痺の発生率が減少してきている。制度創設時の発生率との比較ではなく、周産期医療の進歩により減少した後の直近の発生率を基準に検討することは、周産期医療の進歩にネガティブな影響を与えるので、反対である。
- 資料における脳性麻痺発生率は1,000対の数字であるため、1,000対13.2は100分率とするとわずかに1%程度ということであり、99%の児は未熟であったとしても正常な状態で生まれるということである。1%程度の中のわずかな数字の差に振り回されるのではなく、統計的な有意差がどこで識別されるかで判断すべきである。
- 統計というのは完璧なものではないが、1例、2例といった発生頻度のところを普遍化するには、資料「在胎週数別脳性麻痺発生率の統計的分析」が一番信頼できるデータであり、これにもとづく判断が適当である。
- 資料「在胎週数別脳性麻痺発生率の統計的分析」は統計処理もされており、一番説得力があると思うので、在胎週数31週を強く推したい。
- 直近の6年間の数字で見ると、在胎週数31週、32週、33週は似たような傾向で30週は異なると思う。特に31週、32週は直近2年間の脳性麻痺の発生はゼロであり、統計的にも、数字を目の子で見ても31週で線を引くのが適当である。
- 在胎週数31週と32週は並列で提案されており、どちらも適当との案が出されており、理論的には様々な論拠がある。色々なステークホルダーがいるので、最終的にどうなるかは別にして、学問的・統計的な見地からは在胎週数31週のほうがベターと考える。

<出生体重>

- 資料「(参考) 個別審査における出生体重ごとの審査結果の割合」の 1,600g～2,000g で 6 件が個別審査基準に該当していないが、理由は何か。
- 胎児心拍数モニターとガスの片方のみしか該当しないケースが 2 件、低酸素の所見が見られないケースが 4 件である。

(2) 個別審査の基準

- 常位胎盤早期剥離の事例についても、どの程度剥離したら、当該疾患となるのか、はっきりしていない点があり、個別審査基準の改定案の(二)の疾患名の「等」が必要と考えている。胎児発育遅延については、個別の事例の低酸素の状況を見ながら、個別審査基準の改定案の(二)の疾患名の「等」に含まれるか判断することになると考える。
- 胎児心拍数モニターの判読は、基本的には産科ガイドラインに従うものと考えている。
- 個別審査基準の改定案の(二)の疾患名に「双胎間輸血症候群」が新たに入っていることは、双胎の場合の問題で、かつ低酸素状況が分娩に近いところにあった例を対象にしようという考え方にもとづき対応したものである。
- 個別審査基準の在胎週数の見直しについて、医学的に明確な線引きを行うことは難しい。在胎週数 26 週は未熟性による割合が(100 人/1,000 人)であり、線が引けるかもしれない。
- 審査委員会においては、個別審査基準の改定案の見直しを依頼した。個別審査基準の在胎週数の見直しについては、議論の対象としておらず、今後、審査委員会において議論いただくものの、将来的な見直しの課題としたい。

(3) 補償申請期間

⇒「2) 補償申請期間」に記載

【支払方式について】

- 有期年金払方式が良いのではないかと。補償金は児の家族を経済的に支援するものである。紛争防止という観点から、児の死亡後は、残った家族へ見舞い金という形で、残額の半分を支払う方法はいかがか。
- 現行の支払方式で不都合ないと思う。児の死亡後は介護にかかる負担は不要となるが、精神的ダメージに対する補償は必要である。医薬品副作用被害救済制度では死亡給付があるが、本制度でこのような制度設計がないため、新たな制度設計が必要となり、今回の見直しの範囲を超えるのではないかと。

- 死亡後の残額一括払は、児の虐待等を危惧する観点から同意できなかったが、死亡後の分割払は紛争防止の意味からも続けるべきであり、現行どおりでいいと思う。
- 制度開始から5年しか経過していないため予想できないことも多いが、3,000万円を一時金として先払いするほうが、一番不公平感がないのではないかと。今後の検討課題としてほしい。
- 補償対象者数が予想外に伸びて補償原資が足りなくなるなど、今後新たな課題が発生した際に、再度支払方式について検討したい。

2) 補償申請期間について

a. 前回運営委員会（平成 25 年 11 月 13 日開催）の主な意見

【案 1（極めて重症で診断が可能な場合は生後 3 ヶ月から申請可能とする）を支持する主なご意見】

- 補償申請期間を 3 ヶ月に変更した場合も、補償申請がなされる件数がそれほど増加することはない、診断医や診療現場の混乱を招くことはないのではないか。
- 紛争防止や再発防止の観点から、早期に診断が可能な児については、補償申請を可能とするべきではないか。
- 準備委員会報告書においては、6 ヶ月で診断が可能なので補償申請期間を 6 ヶ月と決定した経緯にあり、医学的調査専門委員会におけるアンケートにおいて 20 名の診断医が 3 ヶ月で診断が可能としているのであれば、補償申請期間を 3 ヶ月に変更すべきではないか。

【案 2（補償申請期間の見直しを行わない）を支持する主なご意見】

- 重度脳性麻痺児の状態が同じであっても、早期に診断する医師と診断しない医師がいるようであれば、早期に診断する医師に負担が偏るなど、診療現場の混乱を招くのではないか。
- 補償申請期間が 6 ヶ月であることに大きな問題がないようであれば、制度の安定性を考えて、現行どおりでよいのではないか。
- 補償申請期間の 6 ヶ月は極めて重症な場合の例外規定であり、相当の根拠がなければそれを 3 ヶ月に変更するべきではないのではないか。

【その他のご意見】

- 診断時期を 3 ヶ月に変更するということは、児の運動障害を判断するのではなく、頭部画像所見等から将来、歩行が不可能である重度脳性麻痺となることを予測できる脳障害が発生していることを判断することになる。
- 重度脳性麻痺児の状態が同じ場合、ほぼ全ての診断医の診断が可能な時期が 6 ヶ月であり、診断が可能な医師と不可能な医師が分かれるのが 3 ヶ月位である。
- 補償申請期間を 3 ヶ月とした場合、脳性麻痺となる脳障害を診断するということであるが、脳性麻痺を診断するとすればどのような基準が必要か検討すべきである。
- 補償申請期間を変更することは、最終的には、死亡した児に対して補償するか、原因分析を行うかといった問題である。死亡した児は診断時期をどの

時期で区分しても問題があり、そのような事例の補償や原因分析をどうするかは、今後の重要な課題として整理すべきではないか。

- 補償申請期間を6ヶ月と決めた経緯および根拠と、補償申請期間を3ヶ月に変更することが検討課題となった経緯がどのようなであったか、確認してから議論すべきではないか。
- 医学的調査専門委員会においては、生後6ヶ月時点の診断書を作成した診断医20名強に確認しているが、400名強の診断協力医がどのように考えているか確認する必要があるのではないか。

b. 前回運営委員会の主な意見を踏まえた確認結果

- 現行の補償申請期間は、制度創設時に、産科医療補償制度調査専門委員会における検討結果を踏まえ、産科医療補償制度運営組織準備委員会において議論され決定された経緯にある。また、補償申請期間の見直しの検討を行うことについては、医学的調査専門委員会において議論を行った経緯にある。経緯の詳細は、資料1のとおりである。

資料1 補償申請期間の設定に関する経緯

- より早期の脳性麻痺の診断の可否、および診療現場への影響等も含めた申請期間の早期化の是非等について、より広く確認を行うため、審査実務を担う審査委員会の委員および診断協力医412名へのアンケート調査を行った。
- 審査委員会の委員の見解は資料2、アンケート調査の集計結果は資料3のとおりである。

資料2 産科医療補償制度における補償申請期間について

資料3 重度脳性麻痺の診断時期等に関するアンケート調査

c. 見直し内容（案）

<案1>

【見直し内容】

補償申請期間は、児の生後1歳から5歳の誕生日まで。ただし、極めて重症で診断が可能な場合は生後3ヶ月から申請可能とする。

【見直しの必要性和根拠】

- ・ 現行の補償申請期間の始期である生後6ヶ月は、重度脳性麻痺の診断が可能となる時期についての専門家の見解を踏まえ設定したものであり、より早期の診断が可能であれば、児の看護・介護に係る経済的負担の早期軽減の観点より、補償申請期間の始期を変更することが望ましい。
- ・ 補償申請期間の始期を変更することに伴い、重度脳性麻痺児が生後3ヶ月から5ヶ月に死亡した場合も補償対象となり、そのことによる紛争防止・早期解決と、原因分析・再発防止の効果が高まる可能性がある。

＜案2＞

【内容】

補償申請期間の見直しは行わない。

【必要性和根拠】

- ・ 重度脳性麻痺の診断が可能とは言え、そのような時期に診断が可能な程に重症度が高い場合、未だ入院中で在宅介護等へ移行できていないことが多いと見られ、児の看護・介護に係る経済的負担を速やかに軽減する必要性は必ずしも高くないと考えられる。
- ・ 生後3ヶ月に診断が可能となる重度脳性麻痺事例において、生後3ヶ月から生後5ヶ月にどの程度死亡例があり、どの程度紛争化するかを示すデータが存在しないことから、今後、それらの状況を確認の上で実施の是非を検討すべきと考えられる。
- ・ 仮に診断後、運動障害が顕在化する以前に死亡した場合、脳性麻痺の定義に合致しないことも想定され、生後1ヶ月や2ヶ月等で死亡した脳障害の例との整合性が取れない可能性がある。

○ 補償申請期間を変更することについては、

- ①案1および案2について、委員よりそれぞれご意見をいただいていること
 - ②審査委員会委員に確認の結果、慎重な意見が多いこと
 - ③診断協力医へのアンケート調査においても、「必要である」および「必要でない」の意見が二分していること
- を踏まえ、以下のような事務局案としたい。

＜事務局案＞

診断協力医へのアンケートの結果でも、医学的調査専門委員会での調査結果と同様、3ヶ月で診断する場合は、基本的に動作・姿勢を確認できる時期の前における診断となるため、早期診断専用の専門的な検査項目や診断基準を設ける必要があることが明確になっている。

3ヶ月での診断の導入に関しては、これらに係る医学的な検討に加えて、その必要性についての総合的な判断も必要となる。

また、児が早期に死亡した場合の取扱いについてどのように考えるかといった点についても、議論を深める必要がある。

よって、本課題についてはより慎重に対応するため、現時点では現行の基準とし、今後、診断に係る情報収集に努め、状況を精査することとし、重要な課題として整理する。

3) 産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書(案)について

- 産科医療補償制度の見直しに向けた検討に際しては、補償対象者数の推計値等のデータの収集・分析を待たずとも議論が可能な、原因分析のあり方、調整のあり方、紛争の防止・早期解決に向けた取組み等について先行して議論を行い、その結果を、見直しに係る第一段階の報告書である「産科医療補償制度 見直しに係る中間報告書」として本年6月に取りまとめたところ。
- その後、本年7月に「産科医療補償制度医学的調査専門委員会」から報告された補償対象者数の推計値等のデータの収集・分析の結果等を踏まえ、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準、剰余金の使途等について議論を行ってきた。
- これまでの議論を踏まえ、見直しに係る第二段階の報告書の案として、「産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書(案)」を整理した。

資料4 産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書(案)

- 本日の議論の結果を踏まえ、社会保障審議会医療保険部会に報告し、同部会において議論が行われる。

4) 産科医療補償制度の見直しに係る検討結果の取りまとめ (案)

について

- 補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準・支払方式、剰余金および掛金の取扱いなどについての運営委員会における議論を踏まえ、制度見直しに係る検討結果を資料5のとおり整理した。

資料5 産科医療補償制度の見直しに係る検討結果の取りまとめ (案)

- 今後、事務局にて必要な整理を行い、社会保障審議会医療保険部会に報告し、同部会において議論が行われる。

5) 補償申請に係る状況について

(1) 補償申請等の状況について

①報告件数（補償申請書類の請求件数）

- 以下のとおり、報告件数は、3月以降、昨年比で大幅に増加している。特に9月までの3ヶ月間は急速に増加していたが、10月以降についてはやや落ち着いてきた状況である。

(平成25年11月25日現在)

平成25年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	参考
全体	31件	24件	36件	43件	68件	46件	53件	72件	95件	90件	64件	平成24年平均： 月23.3件
平均：月56.5件（1月～11月）												
内 平成21年 生まれ	5件	4件	12件	10件	15件	15件	19件	25件	36件	33件	20件	平成24年平均： 月4.2件
平均：月17.6件（1月～11月）												

②申請件数（補償申請の受付件数）

- 補償申請書類を請求してから、運営組織に補償申請書類が提出されるまでには平均5.8ヶ月を要していることから、補償申請を受け付けるまでには時間差があるが、7月以降、増加傾向を示している。

(平成25年11月25日現在)

平成25年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	参考
全体	17件	23件	17件	20件	23件	22件	37件	34件	35件	32件	36件	平成24年平均： 月17.0件
平均：月26.9件（1月～11月）												
内 平成21年 生まれ	2件	5件	5件	2件	6件	3件	6件	10件	12件	14件	10件	平成24年平均： 月3.0件
平均：月6.8件（1月～11月）												

③対象件数（補償対象者数）

- 上述のとおり、申請件数が徐々に増加していることから、これに比例して補償対象者数も9月以降増加傾向を示している。

平成 25 年	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	参考
全体	13 件	10 件	13 件	16 件	24 件	23 件	22 件	7 件	48 件	32 件	1 件	平成 24 年 平均： 月 14.4 件
平均：月 20.8 件（1 月～10 月）												
内 平成 21 年 生まれ	0 件	0 件	4 件	6 件	2 件	6 件	3 件	3 件	4 件	10 件	1 件	平成 24 年 平均： 月 2.4 件
平均：月 3.8 件（1 月～10 月）												

資料 6 補償申請等の状況について

(2) 今後の補償申請等の見込み等について

- 平成 21 年出生児に関し、これまでに補償対象となった件数および申請準備中等の件数について、11 月 25 日現在の状況は以下のとおりである。

【平成 21 年出生児に係る平成 25 年 11 月 25 日現在の状況】

補償対象者の確定件数	225 件
審査中の件数 (※1)	33 件
申請準備中の件数 (※2)	183 件
保護者からのアンケートによる申請予定件数 (※3)	4 件
合計 (参考)	445 件

- ※ 1 児または保護者から運営組織に申請が行われ補償可否の審査を行っているところであり、今後補償対象となる可能性がある件数
- ※ 2 保護者や分娩機関において脳性麻痺に係る診断書等の申請に必要な書類を準備しているところであり、今後補償申請が行われる見込みのある件数、および一旦補償申請が行われたものの、その時点では将来の障害程度の予測が難しいため、適切な時期に再度診断を行うことで補償対象となる可能性がある件数
- ※ 3 8 月より肢体不自由児施設等の入所・通所施設を通じ、平成 21 年出生児の保護者を中心に個別に補償申請を促す取組みを実施しており、確実に補償申請が行われるよう、アンケート方式(任意)にて制度への申請状況を保護者より提出していただいている。
これまでに提出されたアンケートの中でこれから申請予定と回答された 27 件の内、既に補償申請書類の請求が行われた 23 件を除いた件数。

- また、平成 21 年出生児に関し、これまでに補償対象となった件数および申請準備中等の件数について、誕生日毎の状況は以下のとおりである。

【平成 21 年出生児の誕生月毎の件数】

(平成 25 年 11 月 25 日現在)

誕生月	計	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
補償対象者の確定件数	225	19	16	16	21	23	18	22	16	22	22	20	10
審査中の件数	33	3	2	4	4	2	4	1	3	5	0	3	2
申請準備中の件数	183	16	11	19	12	12	16	24	12	17	18	12	14
保護者からのアンケートによる申請予定件数	4	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0
計	445	38	29	39	37	38	38	47	33	44	41	35	26

- 報告件数（補償申請書類の請求件数）は収束し、これまでのような前月を上回る増加はないと仮定した場合、今後の補償申請等の見込みイメージは、**資料 7**のとおりである。

見込み 1 : 11 月は 11/25 現在 + α (比例)、12 月は横ばい。

年明け以降は毎月 1/12 ずつ減少。

見込み 2 : 11 月は 11/25 現在 + α (比例)、12 月は今年 11 ヶ月間の平均値。

年明け以降は毎月 1/12 ずつ減少。

資料 7 今後の補償申請等の見込みについて【参考イメージ】

(3) 補償申請の促進に関する取組みについて

- 平成 21 年 1 月生まれの児については、補償申請期限まであと約 1 ヶ月となることから、11 月から 12 月上旬かけて、あらためて加入分娩機関、関係団体、福祉施設、行政等の協力のもと各種取組みを実施している。

【医療関係者等に補償対象の考え方等を正しく理解してもらうための取組み】

日本産婦人科医会		
12 月上旬	申請漏れ防止に向けた会長名レターを会員(約 12,000 名)に送付予定。	参考資料 1
日本助産師会		
11 月 1 日	機関誌「助産師 11 月号」に、「補償対象となった参考事例」が掲載された。	参考資料 2

12月上旬	申請漏れ防止に向けた会長名レターを会員（約9,400名）に送付予定。	参考資料3
加入分娩機関		
12月上旬	8月に作成した「補償対象となった参考事例」の追補版として、新たに「重症度に関する参考事例」を作成し、加入分娩機関に送付予定。	参考資料4

【脳性麻痺児の保護者に本制度を認知してもらうための取組み】

入所・通所施設等		
11月下旬～ 12月上旬	全国肢体不自由児施設運営協議会（59施設）、日本重症心身障害福祉協会（124施設）、国立病院機構重症心身障害協議会（74施設）、新生児医療連絡会（281施設）、全国児童発達支援協議会（398施設）の会員施設（合計1,064施設）に再度依頼文を発送し、期限が迫る中、今一度、平成21年生まれの脳性麻痺児の保護者へ制度について案内いただくよう依頼している。	参考資料5
新聞記事		
11月13日	読売新聞に保高委員の編集委員記事として本制度の補償申請期限等について掲載いただいた。	参考資料6
新聞広告		
11月18日 ～11月26日	8月に続き2回目となる補償申請期限に関する広告を全国紙5紙、ブロック紙3紙、地方紙8紙に掲載した。	参考資料7
テレビ広告		
12月16日 12月17日	以下の番組において、申請期限に関するCMを放送予定。 12/16 主治医が見つかる診療所（テレビ東京系） 12/17 みんなの家庭の医学（テレビ朝日系）	
ラジオ広告		
12月2日～ 12月31日	ニッポン放送（全国33局ネット）にて、平日の夕方に毎日1回、申請期限に関するCMを放送予定。	
インターネット		
11月1日	リスティング広告を開始。 ヤフー、グーグルの検索サイトにおいて、「脳性麻痺」等のキーワードで検索すると、本制度のホームページアドレスが広告欄に掲載される。	参考資料8

12月上旬	補償申請期限、フリーダイヤル等を紹介するスマートフォン用のサイトを作成予定。	
厚生労働省		
11月11日	社会・援護局 障害保健福祉部の「障害保健福祉関係主管課長会議」において、各都道府県等の障害保健福祉主管課の職員に、各市区町村の障害者手帳の窓口等を通じた本制度の補償申請期限等の周知について、あらためて徹底いただいた。	
12月上旬	社会・援護局 障害保健福祉部の「身体障害認定等に係る担当者会議」において、各都道府県等の身体障害者手帳の担当者に、窓口を通じた本制度の補償申請期限等の周知について、あらためて協力を依頼する予定。	

- なお、補償申請の促進に関し、これまでに取組んだ内容に関しては、**資料8**のとおりである。

資料8 補償申請の促進に係るこれまでの取組みについて

【 資 料 一 覧 】

- 補償申請期間の設定に関する経緯 資料1
- 産科医療補償制度における補償申請期間について 資料2
- 重度脳性麻痺の診断時期に関するアンケート調査 資料3
- 産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書 (案) 資料4
- 産科医療補償制度の見直しに係る検討結果の取りまとめ (案) 資料5
- 補償申請等の状況について 資料6
- 今後の補償申請等の見込みについて【参考イメージ】 資料7
- 補償申請の促進に係るこれまでの取組みについて 資料8
- 申請漏れ防止に向けた日本産婦人科医会長名レター 参考資料1
- 機関誌「助産師11月号」記事 参考資料2
- 申請漏れ防止に向けた日本助産師会長名レター 参考資料3
- 重症度に関する参考事例 参考資料4
- 入所・通所施設向けの補償申請期限に係る案内 参考資料5
- 読売新聞 保高委員掲載記事 参考資料6
- 補償申請期限に関する新聞広告 参考資料7
- インターネットリスティング広告 参考資料8

補償申請期間の設定に関する経緯

- 制度創設時の重度脳性麻痺の診断時期に関する産科医療補償制度調査専門委員会および産科医療補償制度準備委員会の検討経緯は以下のとおり。

産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書（平成19年8月）（抜粋）

（2）診断の時期

身体障害者等級のうち、1，2級に相当する重度の脳性麻痺児であれば、概ね1歳6ヶ月頃までには小児神経学の専門家による診断が可能になると考える。

また、症状は年齢によって変化していくこともあるので、重症度の診断については留意が必要である。

第5回産科医療補償制度調査専門委員会（平成19年11月16日開催）（要約）

- 調査専門委員会および調査者から、特に重症である症例については早期診断が可能との見解を得た。また、診断時期については5週以降、3ヶ月以降、6ヶ月以降などの意見を得た。

第10回産科医療補償制度準備委員会（平成19年11月28日開催）（資料抜粋）

2）診断の時期等について

- 確実に診断を行うためには、基本的に生後1年以降とすることが望ましい。ただし、全く寝たきりであるような重症の場合は生後6ヶ月以降で診断は可能であるため、生後6ヶ月以降1年未満については複数の小児神経の専門医による等、一定の診断要件を踏まえて判断することが望ましい。

産科医療補償制度準備委員会報告書（平成20年1月23日）（抜粋）

申請の開始時期については、原則として脳性麻痺の確実な診断が行われる生後1年以降とする。

ただし、極めて重症の場合は、生後6か月で診断が可能となる場合があるため、一定の要件、例えば複数の脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する小児科医による診断等を満たす場合には、生後6か月以降においても申請可能とする。

一方、正確な診断を行うために、生後3年程度まで経過を見なければ診断できない場合もある。

- 本制度の見直しにかかる産科医療補償制度医学的調査専門委員会における検討経緯は以下のとおり。

産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書（平成 25 年 7 月）（抜粋）

<今回の検討>

アンケート調査結果から、医学的には 6 ヶ月未満での早期診断は可能と考えられる。早期診断の時期としては生後 3 ヶ月が目安と考えられる。生後 1 ヶ月での診断も可能とする見解もあるが、早産児の診断における修正月齢の考慮等との関連では、一般的な基準とするには無理がある。

生後 6 ヶ月未満での早期診断を取り入れる場合には、今回のアンケート調査結果等を参考として、具体的にその必要条件を定めるなど慎重に検討を進める必要がある。

早期診断により生後 6 ヶ月未満での補償対象を認める場合は、補償期間中に児が死亡する事例の増加につながるので、そのことによる本制度との関係の整理も含めた検討が望まれる。

産科医療補償制度 運営委員会
委員長 小林 廉毅 殿

産科医療補償制度における補償申請期間について

平成 25 年 11 月 27 日
産科医療補償制度 審査委員会
委員長 戸苺 創

産科医療補償制度運営委員会からの依頼にもとづき、審査委員会において、補償申請期間について委員の意見をとりまとめましたので、報告します。

1. 3ヶ月で重度脳性麻痺の診断書の作成が可能かどうかについて
 - ・一部の極めて重度の障害である場合は可能であるが、それ以外は不可能であるとの意見であった。
2. 3ヶ月で判断することが可能な場合の必要な検査項目等について
 - ・可能である場合については、修正月齢 3 ヶ月であること、出生時の状況、臨床経過、病歴や頭部画像所見で脳性麻痺であることが確認できること、除外基準による診断も可能であること等の要件が不可欠との意見であった。また、この時期の児の運動スキルはあまりないので、重症度の判断には専門的知識を要するとの意見があった。
3. 「生後 3 ヶ月以降」に変更した場合のメリットとデメリット
 - ・メリットとしては、3 ヶ月以降 6 ヶ月までの死亡例を対象とすることで公平性の観点で改善できることや補償金の支払が早まること等の意見があった。
 - ・デメリットとしては、まず上記 2. のとおり診断が難しいことから診断医の負担が増加すること、児が重度の脳性麻痺であることを早期に保護者に宣告することになることから慎重であるべきとの意見や、一部の最も重症である事例のほかは補償対象外（再申請可能）となることから再度申請をしなければならず保護者の手数も増えるとの意見等があった。

以上、審査委員会の委員の意見は、補償申請期間を生後 3 ヶ月以降にすることには慎重な意見が多かった。

以上

補償申請期間の見直しについての審査委員会委員の主なご意見

項目	主なご意見
<p>1. 3ヶ月で本制度の重度脳性麻痺の診断書の作成が可能か</p>	<p>○一部の重症例では可能である。</p> <p>○基本的に、脳性麻痺と判別できる最初の徴候が出るのが、6カ月なので、中等症から軽症例は無理と思うが、重症例であれば、可能かもしれない。その場合、頭部画像の添付は必須と思う。また、これはあくまでも修正月齢(予定日から計算)の場合であるが、特に個別審査のお子さんは、やはり出生から6カ月程度経過した後ということに、結局はなってしまうと思う。</p> <p>○極めて重度であり、かつ、経過と状態および頭部画像所見から、出産時の低酸素症によると明らかに考えられる児については可能と考える。具体的には、自発運動がほとんどない、人工呼吸器治療を必要とする、嚥下障害が強く経管栄養を必要とする、出産時の低酸素症が明らかである、頭部画像所見で重度な多嚢胞性脳軟化症の所見が明らかである、などの状態や所見が全て揃っていれば可能である。しかしそれ以外では、不可能と考える。不可能であることの基本的な理由は、極めて重度であるケース以外は、6ヶ月未満の月齢では、最終的な重症度の判断が不可能であることである。</p> <p>また、筋疾患でも、乳児早期には、自発運動がほとんどなく人工呼吸器治療や経管栄養を要するケースがあるので、状態が上記のようなきわめて重度であっても、頭部画像所見が上記の明瞭な所見があることが必須と考える。</p> <p>○重症例では可能であるが、現在何度か検討の末に承認とさせている例などは、仮に、蓋然性の理論を展開しても診断は不可能と考える。つまり、軽症例をこの時点で否定することが困難となり、重症例以外のほとんど全てを再審査対象とせざるを得ないと思う。となると、3ヶ月早く承認することよりも、3ヶ月から6ヶ月の時点で亡くなる事例を拾うことが目的となるように思う。</p> <p>○これまでに診断をした医師へのアンケートでは、重症例については可能であるとの意見が多かったことも踏まえて、可能であると思う。なお、脳性麻痺の診断で、最重症の脳障害があり将来重度の脳性麻痺となることが確実であると判断された場合ということになる。その場合に、修正月齢で3か月であること、病歴や頭部画像所見などで脳性麻痺であることが確認されると同時に除外診断についても判断が可能な場合、臨床的にも人工呼吸器あるいは気管切開・経管栄養が必要である等最も重症であることが必須の条件であると思う。</p>
<p>2. 3ヶ月で判断することが可能な場合、必要な検査項目は何か</p>	<p>○出生時の状況、臨床経過、症状、頭部画像所見。</p> <p>○重症度を判別する側からすると、この時期のお子さんに可能になっている運動スキルはないので、運動障害の判断は微妙な部分を診断することから専門的知識を要する。また、映像で運動パターンを見る以外に、判断材料が無いので動画・ビデオを必ずつけていただくということになると思う。</p> <p>○恐らく重症例はOn respiratorで寝たきり状態かと思う。問題はそれ以外の軽症事例で、まだ脳性麻痺の症状が出ていない事例が多いので、スチールあるいは動画からの判断は簡単ではないと思う。</p>

3. 本制度の補償申請が可能な時期を現行の「生後6ヶ月以降」から「生後3ヶ月以降」に変更した場合、そのことについてのメリット・デメリットについて

【メリット】

○3-6カ月の間の死亡例に対する給付が可能になる。

○これまでの審査例でも、6か月までに死亡した児は呼吸不全などを伴う最重症例であると思われ、やはり補償対象ではないことには公平性の点で問題が指摘されており、それが改善できると思う。

○対象拡大というイメージが出ることで、3ヶ月以降6ヶ月までの死亡例が対象に出来ること、6ヶ月以降も生存される事例はその分補償金が早く支払われるということ。

○出産時の低酸素症による重度脳性麻痺であることが明白であり、本来は補償の対象となるべきお子さんであっても、6ヶ月以前に死亡した場合に、補償が受けられないのは、この制度での補償金が、育児へのサポートという「保障」だけでなく、「補償」という意味を大きく持っていることから考えて、不合理である。

○原因分析の観点からも、このようなケースも対象とされることが必要である。

○早期から救える対象が増すこと、また産科医の過失が問われることが減ること。

【デメリット】

○「3ヶ月では将来重度脳性麻痺になる可能性のある脳の障害をMRIなどで診断しているものである」とされているところから、脳性麻痺が発症していないのに補償対象とするのは問題がある。

○月齢3からにすることによって、児が死亡したあと保証金が家族に支払われるケースが増えることになる。この場合支払われる金員の性格は児や家族の経済的負担を補填するという性格を離れて、家族への慰謝料的な性格を持つことになる。これは本制度の無過失補償の性格から逸脱するものとなる。

○診断医の負担が増える。

○申請がさらに煩雑になると、一定の数の症例が、対象外・再審査可能の対象になると思う。

○「お子さんが重度の脳性麻痺である」可能性を早期に宣告することは、御両親の気持ちを考慮して、慎重であるべきである。補償申請のために診断することとは、「重い脳性麻痺となる」ことを、宣告することと同じである。診断の難しさの問題の他に、このような基本的な意味から問題があり、3～6ヶ月での診断は、一般的には妥当でないと考える。

また、身障手帳診断指定医、小児神経科専門医が、その地域に少数しかいない場合もあり、診断書作成を誰がどこで行うかという問題も、乳児早期であるほど大きくなる。まだ入院中であるお子さんで、その病院に診断書作成資格のある医師がいない場合、診断書作成資格のある医師がわざわざその病院に出向かなければいけないという可能性も考えられる。

○仮に生後3ヶ月以降となった場合でも極めて限定的な場合への、例外的な扱いとすべきであると考える。

○審査上、重症例のみすぐに承認出来ても、それ以外は再審査になることから、保護者の手続き上の負担も増え、制度の審査システム全体としてもその作業はかなり増えることとなる。

○運用の仕方によっては軽症の者の申請の判断はできないので、再申請対象が増す可能性があること。

重度脳性麻痺の診断時期に関するアンケート調査

○「重度脳性麻痺の診断時期」を「生後6ヶ月以降」から「生後3ヶ月以降」に変更することが「可能か否か」および「必要か否か」について、産科医療補償制度の診断協力医のうち機構にてメールアドレスを把握している方に、メールによるアンケート調査をおこなった。調査結果は以下のとおり。

調査対象 機構にてメールアドレスを把握している診断協力医 412名

回答があった方 124名（調査対象の30%）

調査期間 2013年11月15日～25日

質問1. 仮に、本制度の補償申請が可能な時期を「生後3ヶ月以降」とした場合、重度脳性麻痺となる脳障害と診断し本制度の診断書の作成は可能でしょうか。

1. 可能である 80名/124名（65%）

2. 可能でない 41名/124名（33%）

【可能でない場合の主な理由】（理由を記載した方は40名、件数は重複有り）

- ・ 診断時期を早めて不確定な診断を行うより、6ヶ月以降の診断が望ましい。（23件）
- ・ 一般の染色体検査以外の精査等には十分な期間があるとは言えない（4件）
- ・ 早産児等の未熟性がある児については、診断が困難と考える。（3件）

※なお、一般的には可能ではないが、最重症等は3か月でも診断できるとの記載が18件あった。

質問2. 質問1の「可能である」とご回答の場合に、ご判断に必要な検査項目等は何ですか。

検査項目	回答数（割合）
妊娠・分娩経過、新生児期の治療経過	79名/80名（99%）
意識レベル・刺激への反応	74名/80名（93%）
自発運動の様子	75名/80名（94%）
筋緊張異常	73名/80名（91%）
呼吸状態	60名/80名（75%）
嚥下障害・経管栄養	69名/80名（86%）
頭部画像所見	78名/80名（98%）
その他の項目	脳波や ABR 検査など

質問3. 本制度の補償申請が可能な時期を「生後6ヶ月以降」から「生後3ヶ月以降」に変更することについて、必要か否かいずれかに○印を入力してください。

1. 必要である 56名/124名 (45%)

【必要である主な理由】(理由を記載した方は53名、件数は重複有り)

- ・在宅医療への移行の準備等に利用できる。(16件)
- ・3ヶ月で診断が可能であるため、待つ必要がない。(14件)
- ・6ヶ月未満に死亡する重症仮死例等に補償が可能である。(14件)

2. 必要ではない 64名/124名 (52%)

【必要ではない主な理由】(理由を記載した方は60名、件数は重複有り)

- ・重症度など慎重な診断を行う方がよい(23件)
- ・家族の障害受容や愛着形成を育むためには、3ヶ月では早すぎる。(11件)
- ・6ヶ月未満の児が死亡した問題は別で検討すればよい。(9件)
- ・3ヶ月に診断時期を早める理由が分からない。(7件)
- ・3ヶ月以前に重度脳性麻痺と診断されるような児であれば、入院中である可能性が高く、負担はない。(5件)
- ・診断が困難な症例が増えると、診断医の負担増の可能性はある。(3件)

産科医療補償制度の制度見直しの検討結果について（案）

公益財団法人日本医療機能評価機構

1. 産科医療補償制度運営委員会における制度見直しの検討経緯

- 産科医療補償制度は、早期に創設するために限られたデータをもとに設計されたことから、創設時にまとめられた「産科医療補償制度準備委員会報告書」において、「遅くとも5年後を目処に、本制度の内容について検証し、補償対象者の範囲、補償水準、保険料の変更、組織体制等について、適宜必要な見直しを行う」とされた。
- このため、産科医療補償制度運営委員会（以下、「運営委員会」という）において、平成24年2月から制度見直しに向けた論議を開始し、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途、原因分析のあり方、調整のあり方、紛争の防止・早期解決に向けた取組み等を見直しに係る検討課題として挙げた。
- これらの検討課題のうち、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等の検討に先立ち、小児神経科医、リハビリテーション科医、産科医、新生児科医、疫学等の専門家から構成される「産科医療補償制度 医学的調査専門委員会」（以下、「医学的調査専門委員会」という）を設置し、補償対象者数の推計および制度見直しの検討にあたって必要な脳性麻痺発症等に関するデータの収集・分析等を行い、その結果は平成25年7月に「産科医療補償制度 医学的調査専門委員会報告書」として運営委員会に報告された。
- この報告等にもとづき、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準、掛金の水準等について運営委員会で議論した結果を、以下のとおり報告する。

2. 補償対象となる脳性麻痺の基準について

(1) 補償対象となる脳性麻痺の基準の見直し

運営委員会において、制度創設時の経緯を踏まえ、制度の趣旨の範囲内で現行の基準の見直しの要否について検討を行った。具体的には、創設以来約5年にわたる制度運営の中で明らかになった課題や医学的に不合理な点の

是正、新たに得られたデータにもとづく適正化の観点で、見直す上で必要な医学的根拠等を踏まえ、検討を行った。

検討の結果、見直しが必要と考えられる事項についての検討結果の概要は、以下のとおりである。(詳細は、「産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書」(別添1) のとおり)

① 一般審査の基準

<在胎週数の基準>

本制度の在胎週数の基準は、制度創設時に「通常の妊娠・分娩」の範囲について、脳性麻痺の発生率が異なる在胎週数に着目し、現行の「在胎週数 33 週以上」と設定した経緯にある。

このことを踏まえ、今般の制度見直しにおいても、制度創設時と同様に、「脳性麻痺の発生率が異なる在胎週数」に着目し、近年の周産期医療の進歩等によりその週の変化を検証したところ、次のとおりであった。

「脳性麻痺の発生率が異なる在胎週数」について、2006 年から 2009 年における在胎週数 32 週の脳性麻痺の発生率(出生 1,000 対 4.3 人)は、同時期の 33 週や 34 週における発生率(出生 1,000 対 3.4 人、3.8 人)と大きな差はないように見える。他方、在胎週数 31 週の発生率(出生 1,000 対 13.2 人)は 32 週の約 3 倍、30 週の発生率(出生 1,000 対 35.7 人)は 31 週の約 3 倍である。

このことを統計学的な観点から確認するため、前述の在胎週数 33 週における脳性麻痺の発生率と各週における脳性麻痺の発生率との間の統計学的な有意差を検定したところ、在胎週数 30 週以下については統計学的な有意差があるものの、31 週、32 週においては 33 週との有意差は認められないとの結果であった。

この考えに立つと、在胎週数の基準について現行の「在胎週数 33 週以上」から「在胎週数 31 週以上」へ見直すことが適当と考えられる。

一方で、これまでの制度運営実績を重視し、個別審査として補償申請が行われた事例において補償対象と判断された事例の割合の観点からは、在胎週数 32 週以降の申請事例では高い割合で補償対象とされており、「在胎週数 32 週以上」への見直すことの根拠はより確実であるとの意見もあった。

これらのことから、当委員会としては、在胎週数の基準について現行の「在胎週数 33 週以上」から少なくとも「在胎週数 32 週以上」へ見直す必要性は極めて高く、「在胎週数 31 週以上」へ見直すことが望ましいと考える。

【関連資料】別添 2～別添 5

<出生体重の基準>

本制度の出生体重の基準は、在胎週数の基準と同様、制度創設時に「通常の妊娠・分娩」の範囲について、脳性麻痺の発生率が異なる出生体重に着目し、現行の「出生体重 2,000g 以上」と設定した経緯にある。

このことを踏まえ、今般の制度見直しにおいても、制度創設時と同様に、「出生体重の発生率が異なる体重群」に着目し、その体重の変化を検証したところ、次のとおりであった。

「脳性麻痺の発生率が異なる出生体重」について、出生体重 1,400g～1,500g 未満群における脳性麻痺の発生率と、100g ごとの体重群における脳性麻痺の発生率との間の統計学的な有意差を検定した結果、出生体重 1,400g 未満については統計学的な有意差があるものの、1,400g 以上においては 2,000g 以上との有意差は認められないとの結果であった。

また、在胎週数の基準の見直しの結果にもとづき、これまでに個別審査として補償申請が行われた事例において補償対象と判断された事例の割合の観点からは、「在胎週数 31 週以上かつ出生体重 1,400g 以上」「在胎週数 32 週以上かつ出生体重 1,400g 以上」の場合は、1,400g 以上で高い割合で補償対象とされているため、1,400g 以上の児を一般審査の対象として一律補償対象としても、本来補償対象とすべきでない事例の紛れ込みが多く含まれる可能性は低いと考えられる。

したがって、出生体重の基準については、現行の「出生体重 2,000 g 以上」から、「出生体重 1,400 g 以上」とすることが適当と考えられる。

【関連資料】 別添 6～別添 8

② 個別審査の基準

<個別審査の基準>

現行の基準は、分娩中の低酸素状況を示す指標として、臍帯動脈血ガス分析値および胎児心拍数モニター上の所定の所見に限定しており、それらは母体や胎児、新生児の救命等の緊急性等によっては必ずしも常に、十分に取得されていない事例がある。

この課題に対しては、低酸素状況をきたす可能性のある疾患等が認められ、引き続き求められる所見としてアプガースコア（1 分値が 3 点以下）、生後 1 時間以内の児の血液ガス分析値（pH 値が 7.0 未満）のいずれかの所見が認められる場合を加えることが適当と考えられる。

なお、低酸素状況をきたす可能性のある疾患等については、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双体間輸血症候群も現行基準に

記載されている常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇と同様に胎児低酸素状況を引き起こす特殊な病態であることから、これらの病態が認められる場合を加えることが適当と考えられる。

また、胎児心拍数モニターにおいては、低酸素状況であっても現行の基準の胎児心拍数パターンを示さない事例がある。

この課題に対しては、胎児心拍数モニターの所見において、胎児心拍数パターンと心拍数基線細変動の消失との関係を、現行の「かつ要件」から「または要件」に変更し、さらに、心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈およびサイナソイダルパターンを加えることが適当と考えられる。

なお、編集・監修日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会「産婦人科診療ガイドライン産科編」作成委員会において、上記の所見を認めた場合は、出生前および出生時の児の状態が極めて悪いと考えられ、これらの所見は分娩中の低酸素状況の存在を示唆する指標として妥当であるとされている。

具体的な改定案は、以下のとおりである。(変更箇所＝下線部)

<個別審査基準(見直し後)>

在胎週数が28週以上であり、かつ、次の(一)又は(二)に該当すること

- (一) 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見が認められる場合(pH値が7.1未満)
- (二) 低酸素状況が常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合
 - イ 突発性で持続する徐脈
 - ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈
 - ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈
 - ニ 心拍数基線細変動の消失
 - ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈
 - ヘ サイナソイダルパターン
 - ト アップガースコア1分値が3点以下
 - チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値(pH値が7.0未満)

【関連資料】別添9

また、先天性要因や新生児期の要因等の除外基準、重症度の基準についても検討を行ったが、これらの基準の見直しは行わないとの結論に至った。

(「補償申請期間」については、本日の審議結果を踏まえ、追記)

(2) 基準見直し後の補償対象者数

① 補償対象者数の推計値

〈在胎週数 31 週の場合〉年間 635 人(※1) (推定区間(※2) 481 人～789 人)

〈在胎週数 32 週の場合〉年間 571 人(※1) (推定区間(※2) 423 人～719 人)

※ 1 日本全国における、補償対象となる重度脳性麻痺児の年間出生数

※ 2 統計的に見た 95%信頼区間

② 補償対象者数の推計値の根拠

本年 7 月の医学的調査専門委員会による現行制度における補償対象者数の推計は、沖縄県において 1998 年～2007 年に出生した脳性麻痺の全例について、補償対象に該当するか否かの判断を行い、一般審査(※3)、個別審査(※4)のそれぞれについて、「沖縄県における補償対象となる脳性麻痺の発生数」、「沖縄県における出生数」、「2009 年の全国における出生数」より、全国における補償対象者数の推計値を算出した。

また、沖縄県における上記脳性麻痺の発生数を、2009 年の全国の発生数にあてはめるに際しては、統計学的観点から誤差を考慮する必要があるため、真の予測値が含まれると考えられる区間について、二項分布の正規近似を用いた方法により、推計値の 95%信頼区間を算出した。

その結果、現行制度における補償対象者数の推計値は 481 人、95%信頼区間は 340 人～623 人であった。

基準見直し後の補償対象者数の推計に際しても、医学的調査専門委員会による現行制度における補償対象者数の推計と同様、一般審査(※3)と個別審査(※4)に分けて、推計値および推定区間を算出した。

一般審査については、沖縄県において 1998 年～2007 年に出生した脳性麻痺の全例について、補償対象に該当するか否かの判断を行い、「沖縄県における補償対象となる脳性麻痺の発生数」、「沖縄県における出生数」、「2009 年の全国における出生数」より、全国における補償対象者数の推計値を算出した。個別審査基準については、分娩時の状況についてより詳細な情報を確認する必要があることから、宮崎県において 1998 年～2010 年に出生した児を対象とした宮崎大学の調査研究におけるデータも活用した。

具体的な算出方法は、**別添 10**のとおりである。

※ 3 在胎週数 31 週以上 (32 週以上) かつ出生体重 1,400g 以上

※ 4 在胎週数 31 週以上 (32 週以上) かつ出生体重 1,400g 未満、または在胎週数 28 週以上かつ 31 週未満 (32 週未満) で所定の条件を満たした場合

3. 補償水準・支払方式について

運営委員会において、現行の3,000万円という補償水準が脳性麻痺児およびその家族の看護・介護に係る経済負担の軽減のための一助と、紛争の防止・早期解決に照らして一定程度の効果を生み出しているか否かなどについて議論を行った。

また、「児の生涯にわたり補償する方式（終身年金払方式）」および「20年間の補償ではあるが、児の死亡時には補償金の支払いを打ち切る方式（有期年金払方式）」の導入の是非について議論を行った。

いずれの論点についても、議論の結果、現状を維持することとなった。

検討結果は、「産科医療補償制度 見直しに係る最終報告書」(別添1)のとおりである。

4. 掛金水準等について

平成27年1月以降の掛金水準等について、①現行制度において必要な保険料水準、②見直し後制度において必要な保険料水準、③剰余金からの充当額について検討を行い、以下のとおり算出した。(別添11)

① 現行制度において必要な保険料水準：2.2万円程度

- 平成25年7月の医学的調査専門委員会による推計を踏まえた、現行制度における補償対象者数推計の上限である623人をもとに算出
〈算出式〉推定区間上限623人×3,000万円+事務経費29.6億円
=約216.5億円 216.5億円÷100万分娩≒2.2万円

(参考) 事務経費については、仮に平成26年見込み額と同額として算出
(平成27年以降の事務経費については、今後改めて算出する)

② 見直し後制度において必要な保険料水準：

〈在胎週数31週の場合〉：2.7万円程度

〈在胎週数32週の場合〉：2.5万円程度

- 前記の補償対象者数推計の上限である789人(31週)、719人(32週)をもとに算出

〈算出式〉

(在胎週数31週の場合)

推定区間上限789人×3,000万円+事務経費29.6億円=約266.3億円

266.3億円÷100万分娩≒2.7万円

(在胎週数 32 週の場合)

推定区間上限 719 人×3,000 万円+事務経費 29.6 億円=約 245.3 億円
245.3 億円÷100 万分娩≒2.5 万円

(参考) 事務経費については、仮に平成 26 年見込み額と同額として算出
(平成 27 年以降の事務経費については、今後改めて算出する)

③ 剰余金からの充当額

- ・ 剰余金の額は、補償対象者数を仮に毎年 481 人とすると、平成 21 年契約から平成 26 年契約の 6 年分で合計約 800 億円。
- ・ 長期安定的な制度運営の観点で、剰余金が枯渇した際の掛金への影響を考慮し設定することが望ましい。
- ・ 充当期間および充当額については、今後の社会保障審議会医療保険部会の議論も踏まえ、保険料水準が確定する段階で決定する。

(参考)

- ・ 充当期間 20 年とした場合の充当額 : 0.4 万円程度
- ・ 充当期間 15 年とした場合の充当額 : 0.5 万円程度
- ・ 充当期間 10 年とした場合の充当額 : 0.8 万円程度

5. 平成 26 年 1 月の保険契約における事務経費等について

第 69 回社会保障審議会医療保険部会に報告した方針のとおり、平成 26 年 1 月の保険契約において、以下の見直しを行うこととしている。

- ① 剰余金の返還の最低水準：医学的調査専門委員会による現行制度における補償対象者数推計の推定区間の下限値は 340 人であり、制度創設時と同様に補償対象者数の推計の下限値より剰余金の返還の最低水準を設定すると 340 人となる。

一方、同報告書において補償対象者数を最も少なく見積もった場合の推定区間の下限値として 278 人が示されており、本制度の公的性格等に鑑み、現行の 300 人から 278 人とする。

- ② 剰余金の運用益：補償原資に剰余が生じた場合、保険会社から運営組織に返還される剰余分に、返還までの期間の運用益相当額が付加されて返還される仕組みとする。

なお、運用益相当額の算出方法等については、第三者の有識者から構成される「産科医療補償制度 運用利率に関する検討会議」において検討を行った結果より、**別添 12**のとおりとする。

③ 制度変動リスク対策費：医学的調査専門委員会による現行制度における補償対象者数推計の推計値より、500 人の見込みから 481 人の見込みに変更し算出する。

制度変動リスク対策費は、

(1) 医療水準向上等に伴い脳性麻痺児の生存率が統計データ取得時点より上昇するリスク

(2) 統計データ母数が少ないため推計値が大幅に外れるリスク

(3) 20 年間の長期にわたる補償金支払い業務に伴う予想できない事務・システムリスク

等の予想できないリスクに対応する費用であり、このうち、(2)については、今回の推計結果により低くなったと考えられるが引き続き 5% の範囲内で残っている他、(1)の「医療水準向上等に伴う脳性麻痺の生存率の上昇リスク」や(3)の「事務・システムリスク」は依然として存在しており、481 人にもとづき設定する。

<算出式>

102 万 7,000 分娩×保険料 29,900 円×(481 人÷800 人)×5%≒約 9.2 億円

上記を踏まえた、平成 26 年 1 月の保険契約における事務経費の額を含めた、平成 21 年から平成 26 年の保険契約における事務経費等の推移は、別添 13のとおりである。

なお、平成 27 年 1 月以降の保険契約における取扱いについては、見直し後制度の補償対象者数推計値等も踏まえ、改めて検討を行うこととする。

産科医療補償制度 検討資料

平成25年10月16日産科医療補償制度運営委員会
ヒアリング資料

作成

東京大学大学院医学系研究科

(産科医療補償制度医学的調査専門委員会委員)

岡 明

-
1. 本制度設計時の早産児での脳性麻痺の発生頻度と「未熟性」の区別の考え方

平成19年 産科医療補償制度の制度設計時
33週以下の早産児での脳性麻痺の頻度が高率

- 産科医療補償制度は1998年から2001年の脳性麻痺の発生率等の資料を元に制度設計された。

設計当時の在胎週数別脳性麻痺発生率(出生1000人対)
(産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書 平成19年8月)

在胎週数	岡山調査者(母種)	小寺澤調査者(母種)
— 27週	127.0	187.5
28週—31週	119.0	142.9

平成19年の本制度調査専門委員会の医学的調査では、33週以下の早産低出生体重児として出生した児1000人に対し脳性麻痺は100人以上(10%以上)と高頻度

早産児での脳性麻痺の内訳は脳室周囲白質軟化症(Periventricular Leukomalaica: PVL)によるものが主で、小寺澤調査者は32週未満の早産児24名の内20名がPVLと報告している。

平成19年 産科医療補償制度設計時
33週以下の早産児の脳性麻痺の頻度が高いことを以て
「未熟性による」脳性麻痺として分類して作業

平成19年本制度調査専門委員会 補償対象を検討

- 当時の早産低出生体重児での脳性麻痺を調査
- 胎生33週未満での高い発生率に基づいて、「調査結果より成熟児と未熟児との間で脳性麻痺のリスクは大きく異なっている」と報告



- 33週未満という区分を作成
- こうした早産低出生体重児の脳障害は「未熟性」に伴うものと分類して補償対象の検討作業を行った。

ただし、医学的に「未熟性による脳障害」という明確な基準はなく、未熟児においても成熟児と同様に、低酸素虚血、出血、感染などが脳障害の原因であり、基本的に同じ病態である。「未熟児について出生体重や在胎週数により基準を設定することは適当でない」ということも委員会報告書では強調されている。

II. 本制度運営開始後の早産児での脳性麻痺の発生頻度の変化: 脳室周囲白質軟化症の減少

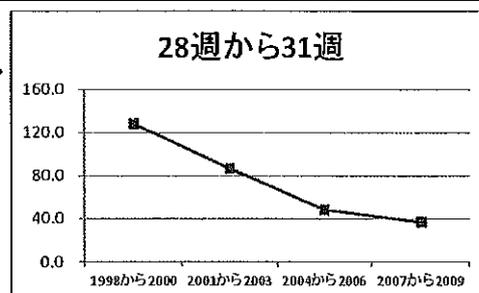
産科医療補償制度開始後の脳性麻痺の発生状況 沖縄県での脳性麻痺の発生頻度の推移

産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書データ

在胎週数	27週以下			28週から31週			32週から36週			37週以上		
	CP数	総出生	発生率	CP数	総出生	発生率	CP数	総出生	発生率	CP数	総出生	発生率
1998から2000	20	177	113.0	45	352	127.8	23	3258	7.1	24	46642	0.5
2001から2003	28	182	153.8	30	347	86.5	18	3086	5.8	27	46476	0.6
2004から2006	18	153	117.6	16	333	48.0	19	3107	6.1	30	45453	0.7
2007から2009	20	167	119.8	14	380	36.8	7	3131	2.2	31	46481	0.7

発生率は出生1000人対

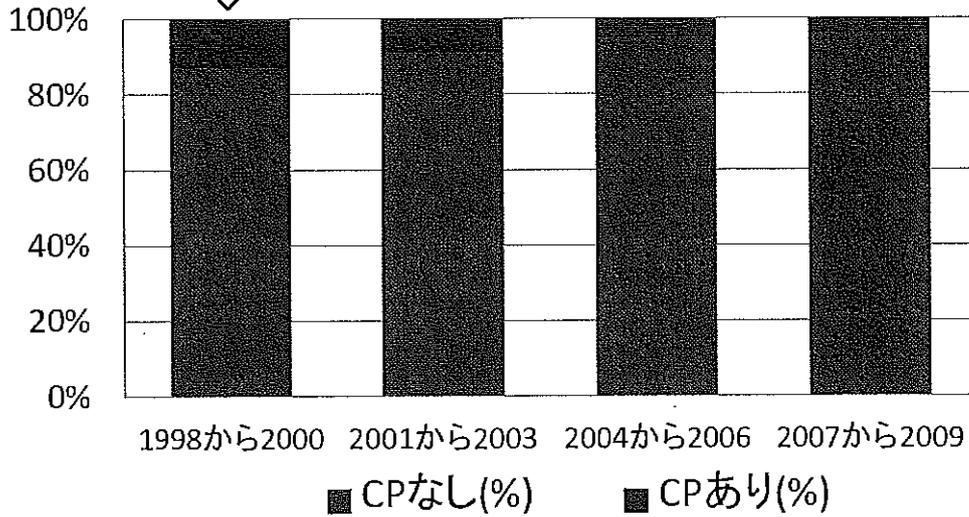
2000年以降は28週から31週の早産児として出生した児の脳性麻痺の発生率は著明に減少してきたことが、今回の調査で明らかとなった。



28週から31週の早産児が脳性麻痺となる可能性は低下

本制度立ち上げ
時の調査対象

産科医療補償制度医学的調査専門委員会調査



- 28週以上の早産児のほとんどは脳性麻痺ではなくなっている。
 - この週数で出生した児は、脳障害の蓋然性が高いとは言えなくなっている。
- ⇒ こうした周産期医療状況の変化により、「未熟性」によって脳性麻痺になったという説明は適切ではなくなっている。

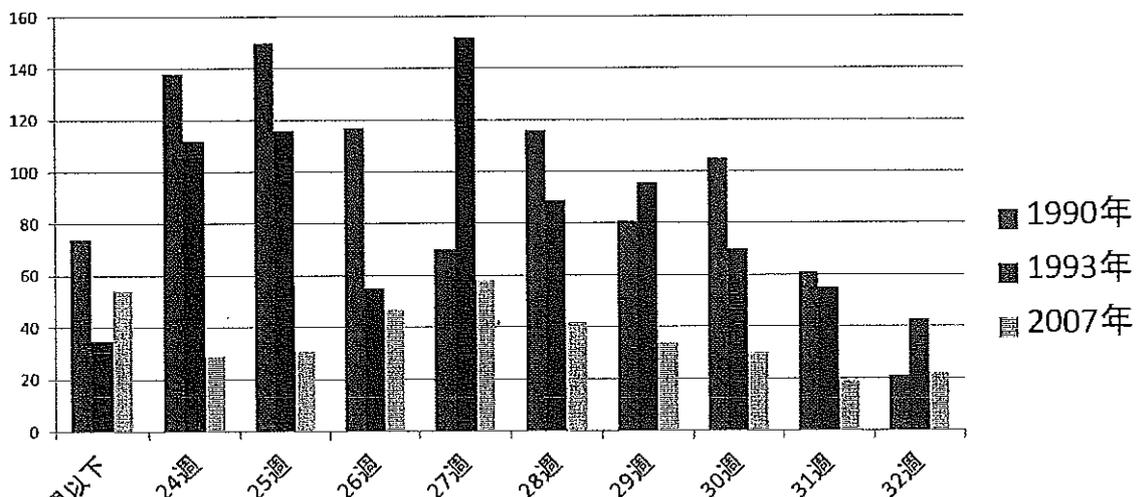
背景：早産低出生体重児の脳性麻痺の原因であった PVLは激減している

Original Article

Pediatric Neurology 47 (2012) 35

Periventricular Leukomalacia is Decreasing in Japan

33週未満の早産児でのPVLの発生率(全国調査、生存児1000人対)



1990年、1993年：Fujimoto S, 1998

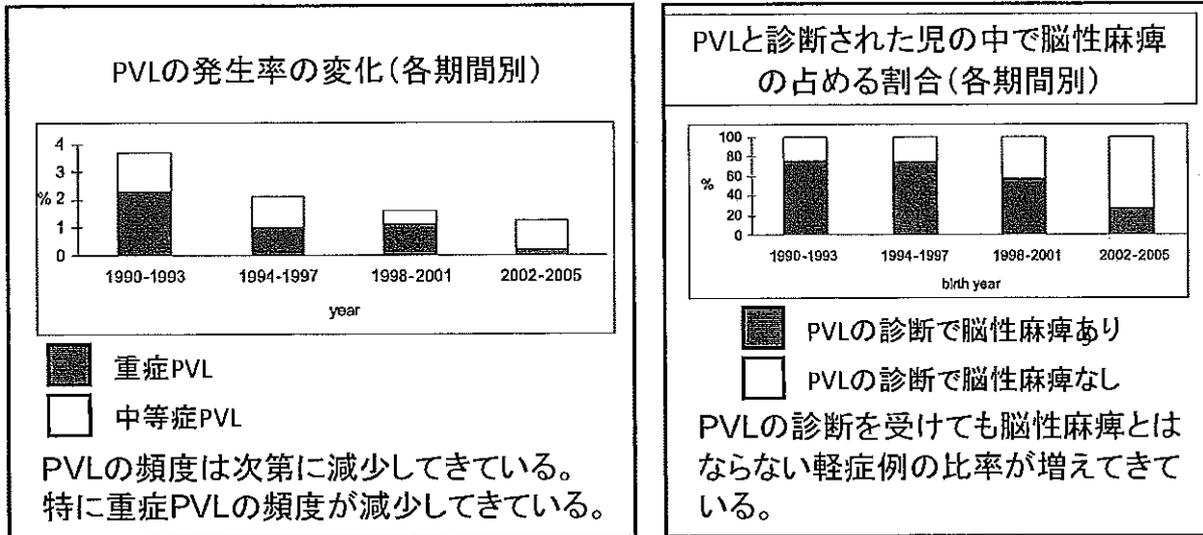
2007年：Sugiura T, 2012

海外でも2000年以降、早産低出生体重児での脳障害、特に重症PVLの減少が報告

Decreasing Incidence and Severity of Cerebral Palsy in

Prematurely Born Children (J Pediatr 2011;159:86-91).

オランダ 1990年から2005年に出生した早産児全3287人を対象とした単施設後方視研究



我が国で認められている早産児での脳性麻痺の減少傾向は、国際的な周産期医療の進歩によるPVLの減少と神経予後の改善と考えられる。

制度設計時の「未熟性」要因と周産期医療の現状 脳室周囲軟化症(PVL)について

平成19年本制度設計時

「未熟性」の要因

- ①頭蓋内出血(主に脳室内出血)
- ②脳室周囲白質軟化症(PVL)
- ③呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)

を考慮

平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書

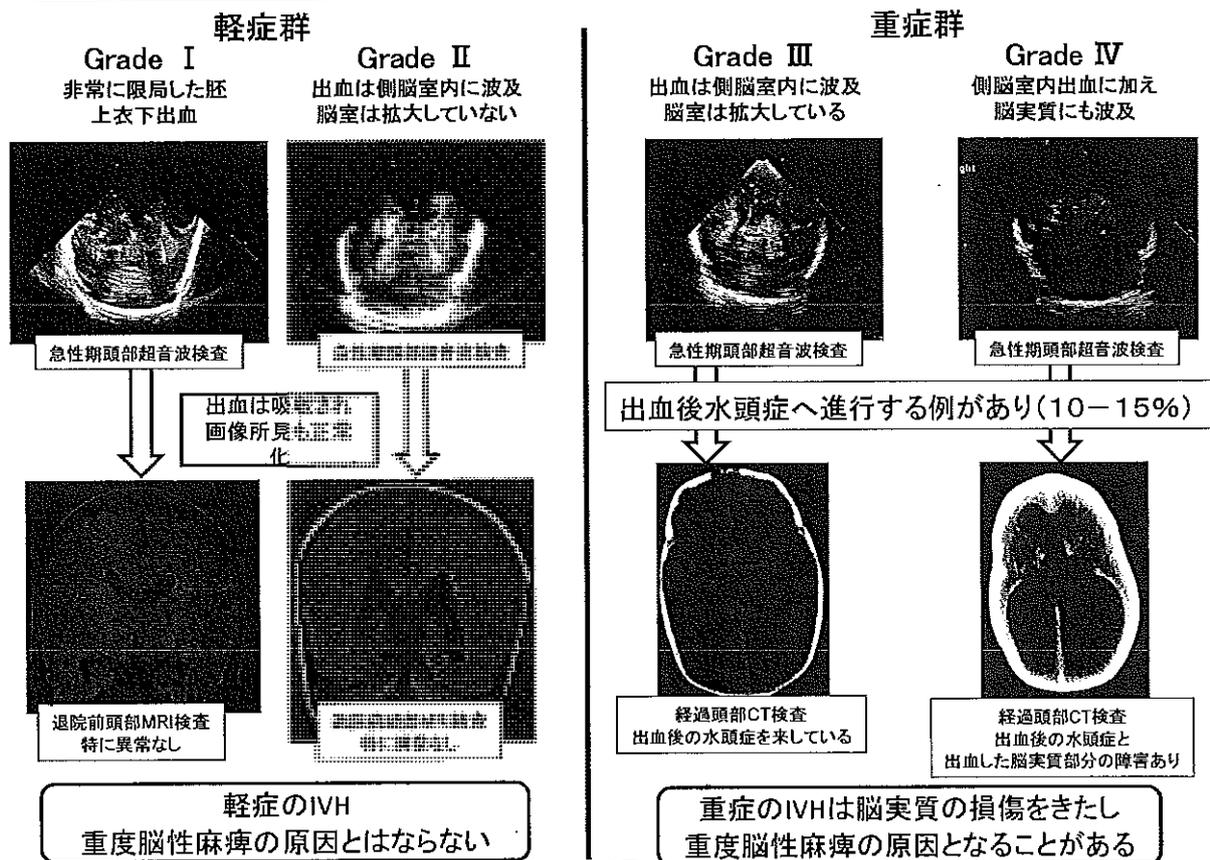
脳室周囲白質軟化症の発生頻度が減少



胎生28週から31週での脳性麻痺の発生頻度が著明に減少

III. 頭蓋内出血(脳室内出血:IVH)と脳性麻痺の関連について

早産児に見られる脳室内出血の重症度と予後について

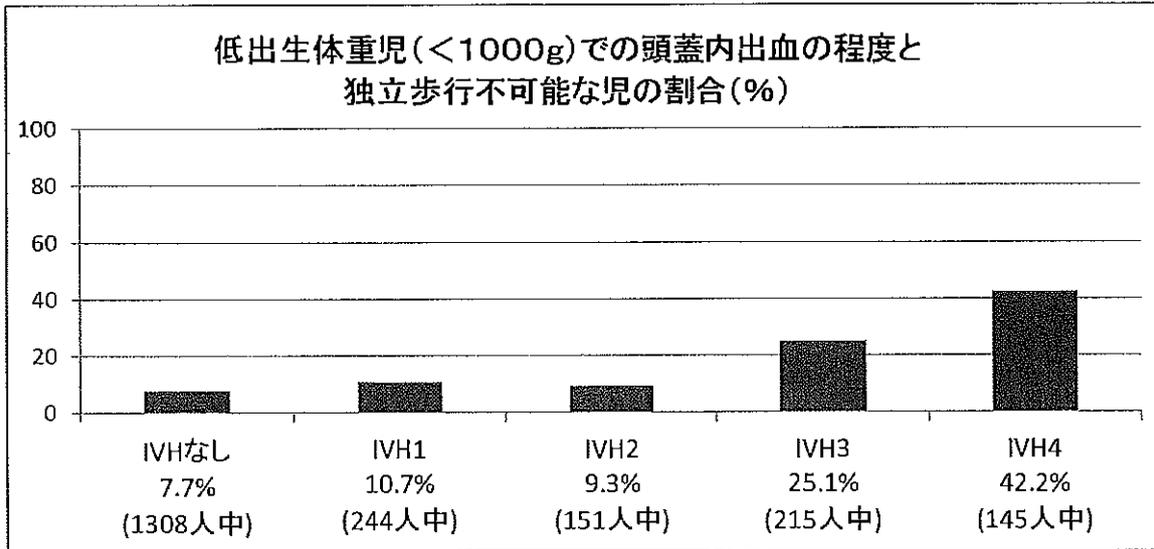


早産児での軽症の頭蓋内出血(IVH1/2)は
歩行不能な重度脳性麻痺の原因ではない 1

Clinical Data Predict Neurodevelopmental Outcome Better than Head
Ultrasound in Extremely Low Birth Weight Infants

J Pediatr 2007;151:500-5

アメリカ National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network
コホートでの多施設後方視 的研究
1998~2001年に1000g未満で出生した児、18~22か月の時点で評価

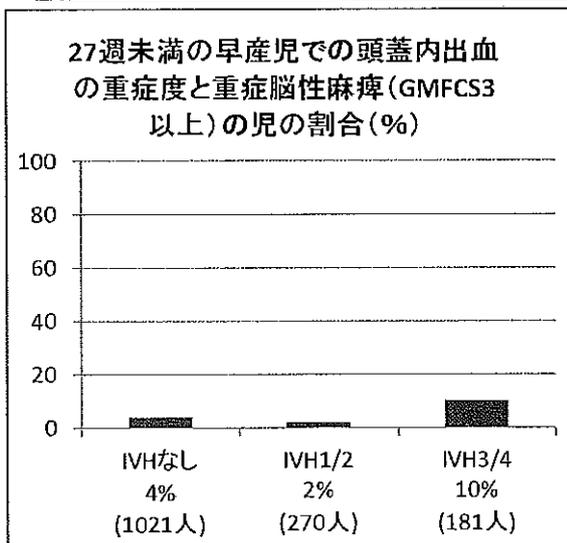


早産児での軽症の頭蓋内出血(IVH1/2)は
歩行不能な重度脳性麻痺の原因ではない 2

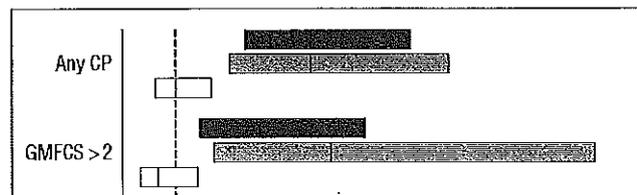
Neurodevelopmental Outcomes of Extremely
Low-Gestational-Age Neonates With Low-Grade
Periventricular-Intraventricular Hemorrhage

J Pediatr 2007;151:500-5

アメリカ National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network
コホートでの多施設前方視 的研究
2006~2008年に胎生27週未満で出生した児1472人、18~22か月の時点で評価



頭蓋内出血と神経発達のおッズ比(95%信頼区間)

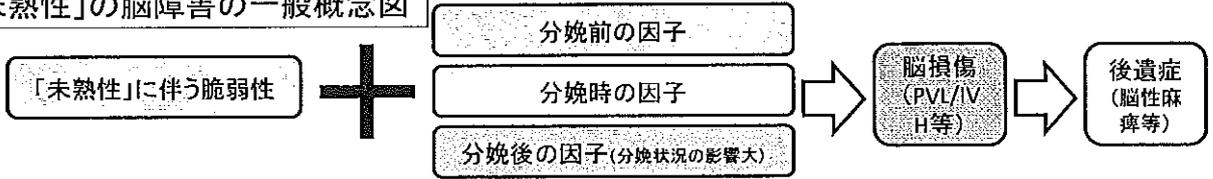


■ IVH3/4 vs IVHなし
 ■ IVH3/4 vs IVH1/2
 □ IVH1/2 vs IVHなし

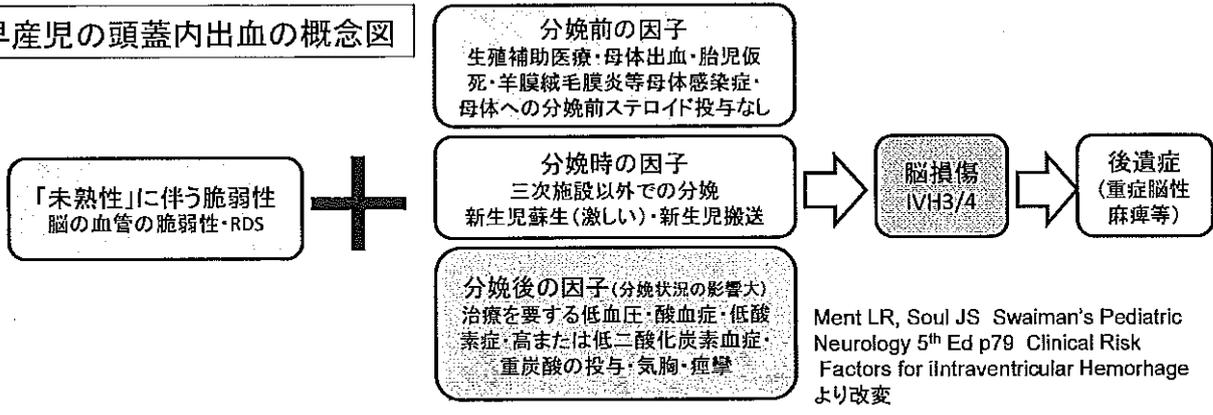
軽症頭蓋内出血(IVH1/2)は脳性麻痺および重度
の脳性麻痺(GMFC3>2)と関連が認められない。
IVH1/2(対IVHなし)のおッズ比は脳性麻痺1.00(0.61-1.64)、重症
0.66(0.32-1.39)。

「未熟性」の脳障害は「未熟性に伴う脆弱性」以外の分娩前および分娩時の状況の要素が関係している

「未熟性」の脳障害の一般概念図



早産児の頭蓋内出血の概念図



早産児の頭蓋内出血のほとんどは出生後72時間以内に発生し、約半数以上は出生後24時間以内に発症する。児の脆弱性だけでなく仮死など分娩状況を含む多くの臨床的なイベントが関連している。

制度設計時の「未熟性」要因と周産期医療の現状
頭蓋内出血について

平成19年本制度設計時
「未熟性」の要因
①頭蓋内出血(主に脳室内出血)
②脳室周囲白質軟化症(PVL)
③呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)
を考慮
平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書

重度脳性麻痺の原因となるのは重症の頭蓋内出血(IVH3/4)
↓
胎生28週以上では重症の頭蓋内出血(IVH3/4)は極めて稀
そうした例では仮死等の分娩時の状況も発症には関与

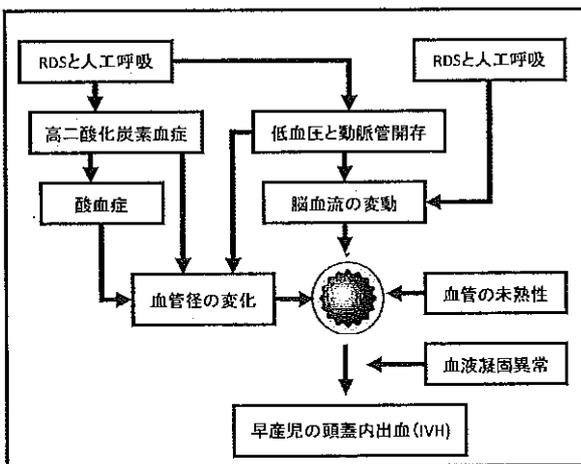
IV. RDS(呼吸窮迫症候群)と脳性麻痺の関係

周産期医療の進歩: RDS治療および循環管理の進歩
RDSが脳障害に関与するリスク因子への介入により予防が行われている

早産児の頭蓋内出血とRDS

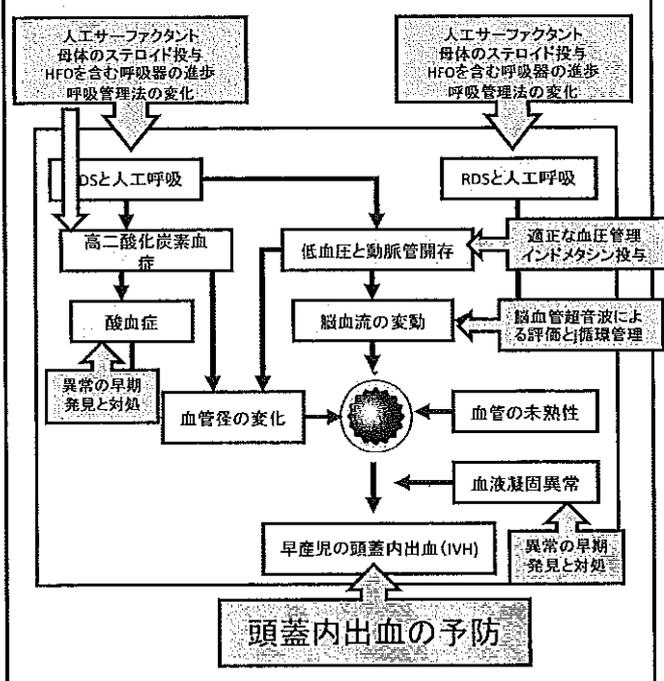
RDSを含む呼吸障害は脳障害のリスクファクターとされてきている

Robertson's Textbook of Neonatology 4th Ed 2005 p1153;
Fig 41.32 Interaction of factors involved in the genesis of GMH IVHより



周産期医療の進歩によりRDSは治療管理が可能となり脳障害の直接の原因とはみなされなくなっている

周産期医療の介入による脳障害の予防
(頭蓋内出血の場合)



制度設計時の「未熟性」要因と周産期医療の現状 RDSについて

平成19年本制度設計時

「未熟性」の要因

- ①頭蓋内出血(主に脳室内出血)
- ②脳室周囲白質軟化症(PVL)
- ③呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)

を考慮

平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書

RDSは治療管理が可能で呼吸不全を予防できる
二次的な脳循環への負荷も管理が可能になってきている



RDSが脳性麻痺の直接の原因とは見なされない

V. 結語 制度見直しについての提言

制度発足後の周産期医療の進歩と変化
28週以上早産児でのPVLが減少し脳性麻痺も著明減少
今回補償対象の週数区分の見直しが必要

平成19年本制度設計時
33週未満で脳性麻痺の頻度が高い
⇒33週未満を「未熟性」による脳障害と区分して作業

本制度発足後
周産期医療の成果として頻度が高かったPVLが減少

平成25年医学的調査専門委員会調査
胎生28週から31週で出生した児での脳性麻痺の発生率に著明な減少(沖縄での調査で実証)

実情に対応した週数区分の見直しが必要
現状に対応し例えば在胎28週以上を原則として対象とするのが妥当

制度設計時と現在の「未熟性」に関する状況の変化

平成19年本制度設計時
「未熟性」の要因として頭蓋内出血(主に脳室内出血)、脳室周囲白質軟化症(PVL)、呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)を考慮
平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書

頭蓋内出血(IVH)
●軽症の頭蓋内出血(IVH1/2)は重度脳性麻痺には関係しない。
●重症の頭蓋内出血(IVH3/4)は28週以上では頻度は極めて少ない。
●頭蓋内出血は分娩前および分娩時の状況に大きく影響され、分娩との関連は否定できない。

PVL
●我が国を含めた先進国では著明に減少してきている。
●結果として28週から31週の早産児の脳性麻痺の発生率が著明に減少している。

RDS
●治療薬の普及、新生児用呼吸器の進歩など周産期医療の進歩あり。
●治療可能な疾患であり、管理も容易になっている。

現状では28週以上ではこうした要因の脳障害への関与は非常に小さくなってきている
「未熟性」の要因として考慮したこうした因子の状況の変化から週数区分の見直しが必要

産科医療補償制度の補償対象基準見直し(案)

現行 早産児は補償対象が限定されている

一般審査

出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上

個別審査

在胎週数28週以上 かつ

胎児心拍数モニターや臍帯血pHにより低酸素状態にあることが認められる場合

見直し後

早産児もより広く補償対象とする

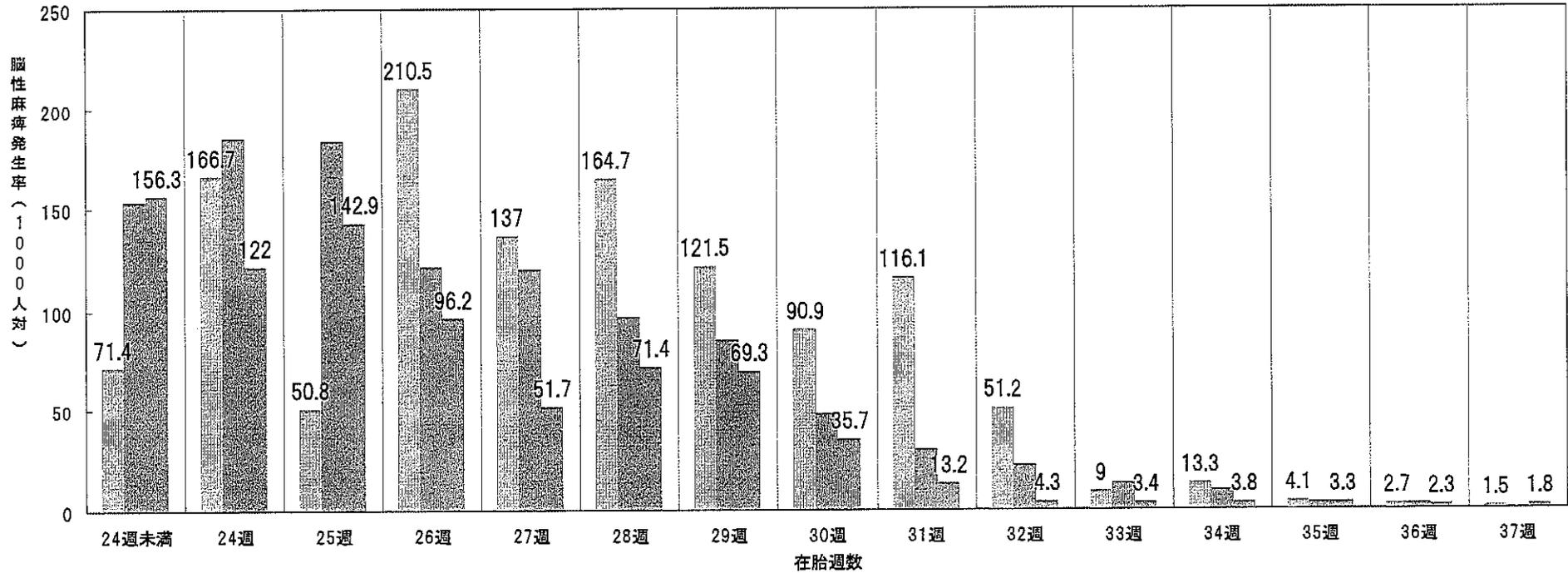
<理由>

- ・ 28週から32週は、制度立ち上げの時点で脳性麻痺の頻度が高いことを以て「未熟性」による脳障害と分類された。周産期医療の進歩により、28週以上の早産児での脳性麻痺の発生頻度が減少した変化を踏まえると、この週数で出生した脳性麻痺を「未熟性」によるという説明は適切ではなくなっている。
- ・ 例えば、在胎週数28週以上を一律一般審査とする、あるいはすべての児を対象とすることが医学的に妥当と考える。

在胎週数1週ごとの脳性麻痺発生率の推移

(沖縄県の1998年から2009年出生児に係るデータより)

■ 1998年から2001年 ■ 2002年から2005年 ■ 2006年から2009年



元データ(分子は脳性麻痺数、分母は出生数)

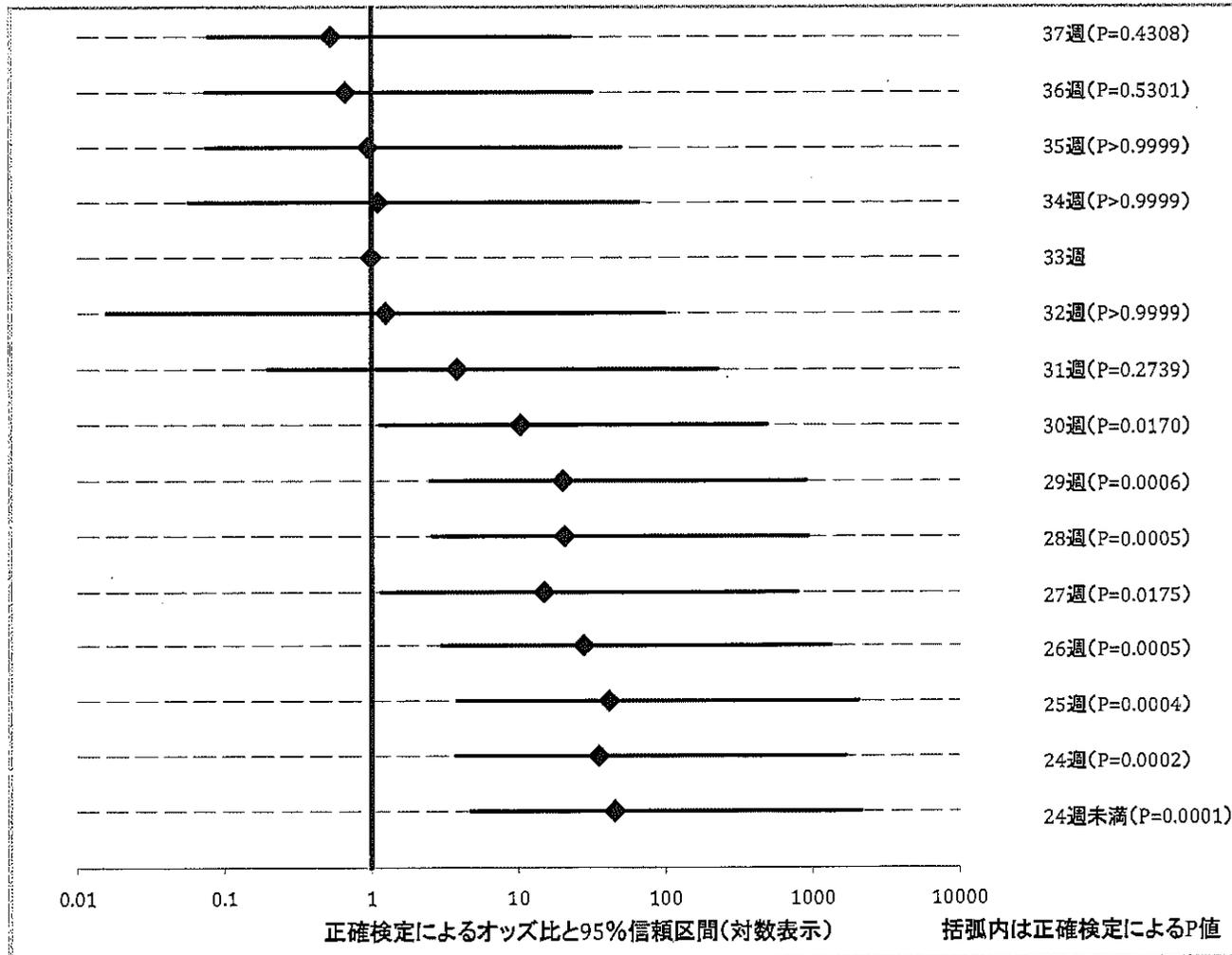
	24週未満		24週		25週		26週		27週		28週		29週		30週		31週		32週		33週		34週		35週		36週		37週	
	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母		
1998年から2001年	2	28	6	36	3	59	12	57	10	73	14	85	13	107	12	132	18	155	11	215	3	335	7	528	4	986	6	2,228	9	5,955
2002年から2005年	4	26	5	27	7	38	5	41	10	83	9	93	8	94	6	125	4	131	5	219	4	299	5	501	3	907	7	2,237	5	5,888
2006年から2009年	5	32	5	41	4	28	5	52	3	58	7	98	7	101	5	140	2	151	1	231	1	290	2	521	3	914	5	2,167	12	6,562

別添3

在胎週数別脳性麻痺発生率の統計的分析

(33週の脳性麻痺発生率と他の週との比較)

- ・沖縄県の2006年から2009年出生児に係るデータをもとに、各週における脳性麻痺発生率と33週の脳性麻痺発生率の間に統計的な有意差があるか、統計学的検定を行った。
- ・統計学的検定には、危険差を0.05とし、標本数が少ない場合に用いられる正確検定を用いた。(統計解析ソフトはStata11を使用)
- ・オッズ比とは、ある事象の起こりやすさを2つの群で比較して示す統計学的な尺度で、1に近づくほど比較対照とした33週との違いが小さいことを示す。
- ・偶然誤差の影響を加味するため、95%信頼区間にて幅を持たせた分析としている。
- ・在胎週数37週から31週までの発生率は33週と統計的な有意差があるとは言えない結果となった。



別添4

個別審査における在胎週数ごとの審査結果の割合

(平成21年1月1日～平成25年10月4日現在)

(在胎週数)

	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	計
補償対象件数	4	1	4	4	12	9	7	6	2	3	3	1	56
審査結果の 確定件数	7	5	5	6	12	10	7	7	2	3	3	1	68
該当率(%)	57.1	20.0	80.0	66.7	100.0	90.0	100.0	85.7	100.0	100.0	100.0	100.0	82.4

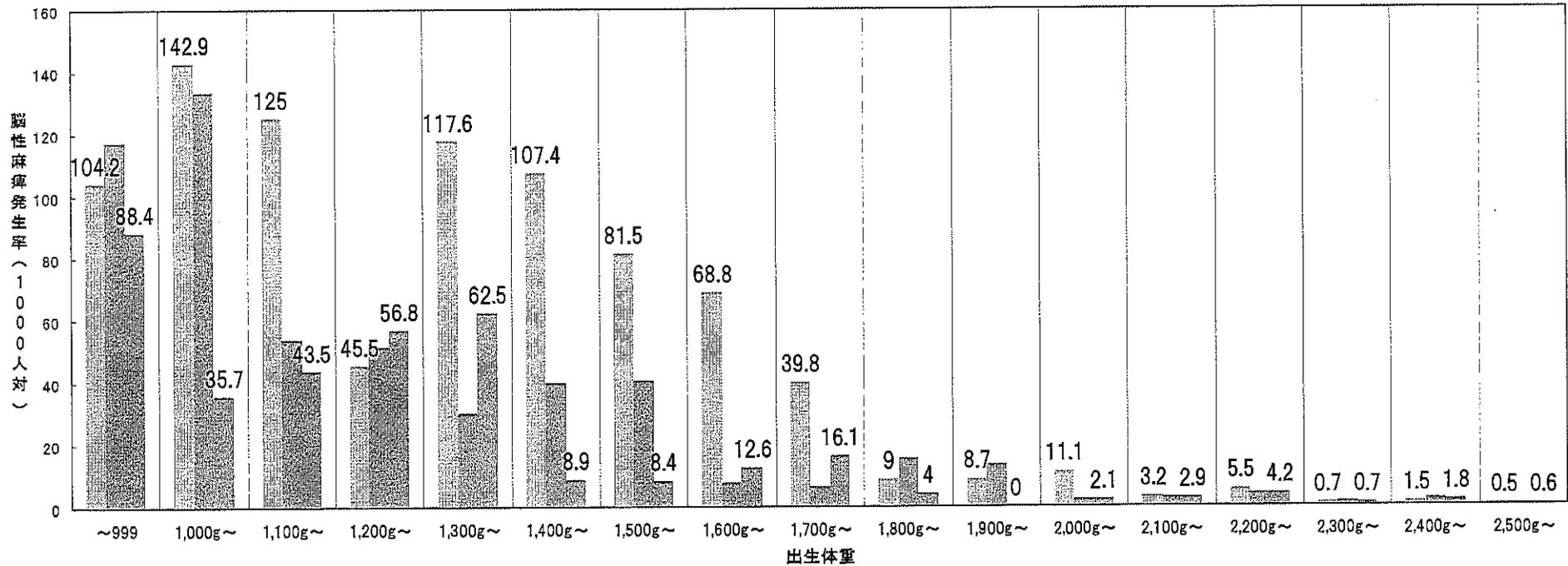
※審査結果が「補償対象外(再申請可能)」となった件数については、補償対象件数、審査結果の確定件数の
双方から除外

別添5

出生体重100gごとの脳性麻痺発生率の推移

(沖縄県の1998年から2009年出生児に係るデータより)

■ 1998年から2001年 ■ 2002年から2005年 ■ 2006年から2009年



元データ(分子は脳性麻痺数、分母は出生数)

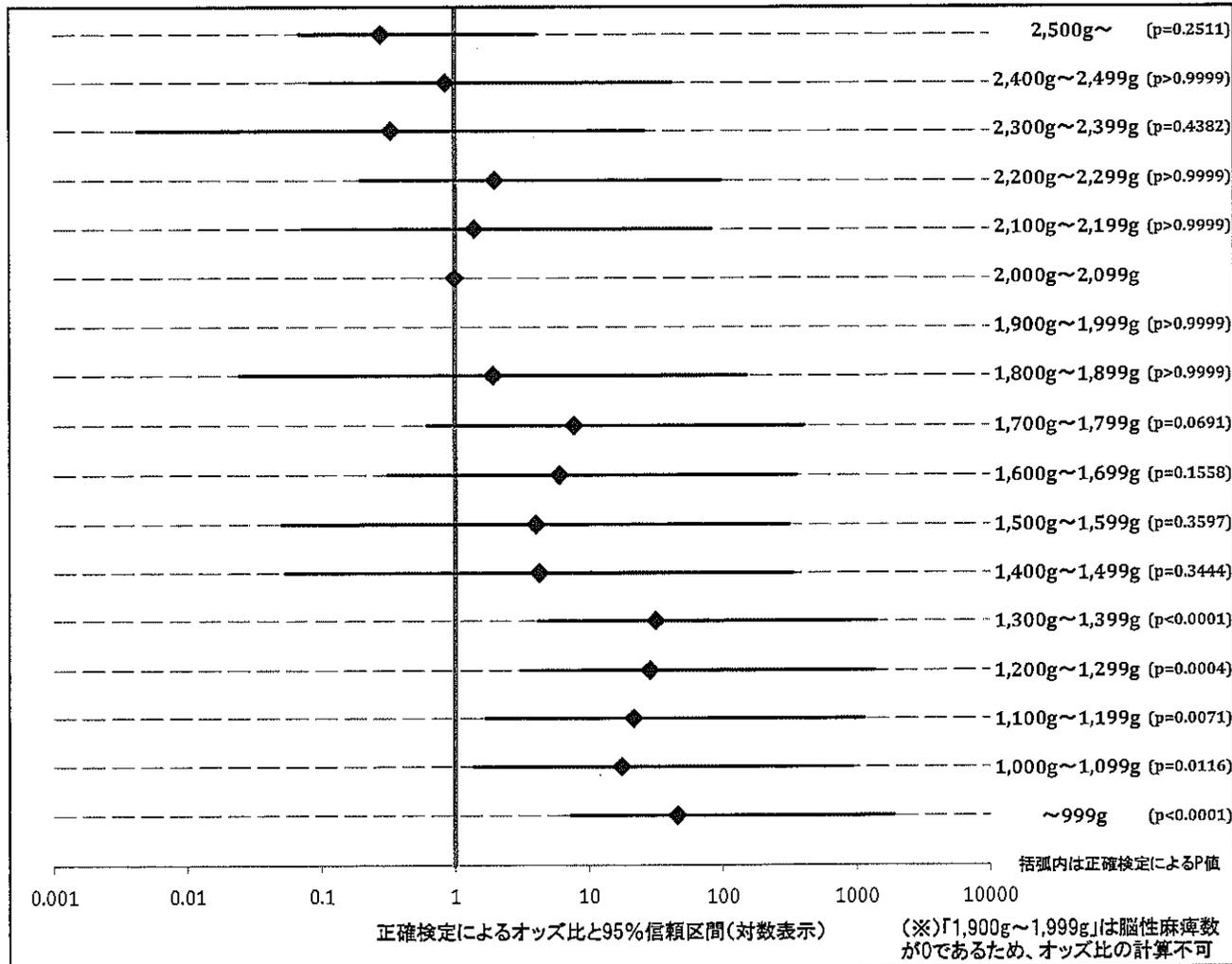
	~999g		1,000g~		1,100g~		1,200g~		1,300g~		1,400g~		1,500g~		1,600g~		1,700g~		1,800g~		1,900g~		2,000g~		2,100g~		2,200g~		2,300g~		2,400g~		2,500g~	
	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母	分子	分母		
1998年から2001年	27	259	10	70	8	64	4	88	12	102	13	121	11	135	11	160	8	201	2	222	3	346	5	452	2	631	5	905	1	1,335	3	1,983	32	60,596
2002年から2005年	27	230	10	75	4	74	5	97	3	99	4	100	5	124	1	127	1	160	4	262	4	299	1	428	2	660	4	901	2	1,406	5	2,000	34	58,457
2006年から2009年	22	249	3	84	3	69	5	88	8	128	1	112	1	119	2	159	3	186	1	247	0	341	1	477	2	679	4	957	1	1,428	4	2,228	35	59,179

別添6

出生体重別脳性麻痺発生率の統計的分析

(2,000gの脳性麻痺発生率と他の体重との比較)

- ・沖縄県の2006年から2009年出生児に係るデータをもとに、各体重における脳性麻痺発生率と2,000gの脳性麻痺発生率の間に統計的な有意差があるか、統計学的検定を行った。
- ・統計学的検定には、危険差を0.05とし、標本数が少ない場合に用いられる正確検定を用いた。(統計解析ソフトはStata11を使用)
- ・オッズ比とは、ある事象の起こりやすさを2つの群で比較して示す統計学的な尺度で、1に近づくほど比較対照とした2,000gとの違いが小さいことを示す。
- ・偶然誤差の影響を加味するため、95%信頼区間にて幅を持たせた分析としている。
- ・出生体重1,400gまでの発生率は2,000gと統計的な有意差があるとは言えない結果となった。



別添7

個別審査における出生体重ごとの審査結果の割合

(平成21年1月1日～平成25年10月4日現在)

※審査結果が「補償対象外(再申請可能)」となった件数については、補償対象件数、審査結果の確定件数の双方から除外

(総数)

(出生体重)

補償対象件数	0	2	3	5	3	5	1	5	9	5	15	1	0	2	56
審査結果の確定件数	1	3	4	5	3	5	1	4	11	7	16	1	0	2	69
該当率(%)	0	66.7	75.0	100.0	100.0	83.3	100.0	75.0	81.8	71.4	93.8	100.0	0	100.0	82.4

(33週以上)

補償対象件数	0	0	0	2	0	4	0	2	5	5	13	0	0	0	31
審査結果の確定件数	0	0	0	2	0	4	0	2	6	5	14	0	0	0	33
該当率(%)	—	—	—	100.0	—	100.0	—	100.0	83.3	100.0	92.9	—	—	—	93.9

(32週以上)

補償対象件数	0	0	1	2	0	5	1	4	6	6	15	1	0	2	43
審査結果の確定件数	0	0	1	2	0	5	1	4	7	6	16	1	0	2	45
該当率(%)	—	—	100.0	100.0	—	100.0	100.0	100.0	85.7	100.0	93.8	100.0	—	100.0	95.6

(31週以上)

補償対象件数	0	0	1	2	1	5	1	6	7	6	15	1	0	2	47
審査結果の確定件数	0	0	1	3	1	5	1	6	9	6	16	1	0	2	51
該当率(%)	—	—	100.0	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	77.8	100.0	93.8	100.0	—	100.0	92.2

(30週以上)

補償対象件数	0	0	2	2	2	5	1	6	9	6	15	1	0	2	51
審査結果の確定件数	0	0	2	3	2	5	1	7	11	6	16	1	0	2	56
該当率(%)	—	—	100.0	66.7	100.0	100.0	100.0	85.7	81.8	100.0	93.8	100.0	—	100.0	91.1

別添8

《産科医療補償制度審査委員会 個別審査基準改定案》

現行基準	改定案	参考
<p>■別表第一 補償対象基準（第三条第一項関係）</p> <p>二 在胎週数が28週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）に該当すること</p> <p>（一）低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満）</p> <p>（二）胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次のイからハまでのいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合</p> <p>イ 突発性で持続する徐脈</p> <p>ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈</p> <p>ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><参考></p> <p>【出典】米国産婦人科学会、 「Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy」</p> <p>【内容】脳性麻痺を起こすのに十分なほどの急性の分娩中の出来事を定義</p> </div>	<p>■別表第一 補償対象基準（第三条第一項関係）</p> <p>二 在胎週数が28週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）に該当すること</p> <p>（一）低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満）</p> <p>（二）低酸素状況が常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合</p> <p>イ 突発性で持続する徐脈</p> <p>ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈</p> <p>ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈</p> <p>ニ 心拍数基線細変動の消失</p> <p>ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈</p> <p>ヘ サイナソイダルパターン</p> <p>ト アプガースコア1分値が3点以下</p> <p>チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値（pH値が7.0未満）</p>	<p>1) 前提病態および胎児心拍数陣痛図の基準について</p> <p>【出典】</p> <p>① 産婦人科診療ガイドライン産科編作成委員会意見書</p> <p>② 日本産婦人科学会/日本産婦人科医会、産婦人科診療ガイドライン産科編2011. CQ411. Answerおよび表Ⅱ・Ⅲ</p> <p>【内容】</p> <p>○ 突発的に胎児低酸素状況を引き起こす特殊な病態（常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等）では、診断次第急速遂娩となることから、胎児心拍パターンにおいてAnswer2の基準を満たす以前に娩出となり脳性麻痺となる児が存在する。しかし、それらの病態により脳性麻痺となった児は例外なく、出生前ならびに出生時の状態が極めて悪いことから、児の状態が悪かったことを証明するための条件として、産科医療補償制度の個別審査基準改定案では二（二）ーイ～チを設定している。</p> <p>○ 胎児心拍数陣痛図に関する二（二）ーイ～へはいずれも同ガイドラインのレベル4以上であり、重篤な低酸素状態が進行している状態と解釈される。</p> <p>○ また、二（二）における、前提病態（常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等）は日本産科婦人科学会として「妊娠28週以降であれば、診断次第あるいは強く疑った時点で急速遂娩すべきである」と考える。</p> <p>2) アプガースコアについて</p> <p>【出典】新生児医療連絡会、NICUマニュアル第4版、2007.</p> <p>【内容】アプガースコア1分値3点以下を重度仮死とする</p> <p>3) 生後の児の血液ガス分析値について</p> <p>【出典】茨聡、日本脳低温療法学会公認テキスト 新生児・小児のための脳低温療法、2011.</p> <p>【内容】脳低温療法の適応基準におけるアシドーシスの基準：臍帯血もしくは生後60分以内に計測した血液ガス検査（動脈血、静脈血、末梢毛細血管）でpHが7.0未満</p>

*現行基準からの変更点を赤字で記載

産科医療補償制度 審査委員会
委員長 戸蒔 創 殿

意見書

2013年11月25日

編集・監修日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会
「産婦人科診療ガイドライン産科編」作成委員会
委員長 水上 尚典（北海道大学教授）

現在、進められている産科医療補償制度見直しの議論の中での、在胎週数28週以上33週未満分娩例の個別審査基準見直しについて産科医療補償制度審査委員会委員長より意見を求められましたので、産婦人科診療ガイドライン産科編作成委員会としての意見を申し述べます。

結論：産科医療補償制度審査委員会 個別審査基準改定案二（二）は妥当と
考えます。

以下「」内はその改定案二（二）となります。

「低酸素状況が常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合

- イ 突発性で持続する徐脈
- ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈
- ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈
- ニ 心拍数基線細変動の消失
- ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈
- ヘ サイナソイダルパターン
- ト アプガースコア1分値が3点以下
- チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値（pH値が7.0未満）

妥当と判断した意見は以下の通りです。

産婦人科診療ガイドライン—産科編 2011（以下、「ガイドライン」）は evidence

と consensus に基づき標準的産科診断・治療を示すことを目的に作成されています。evidence がある場合はそれに基づいて、それがない場合には consensus に基づいて予後改善のための医師の行動変容を期待して記載しています。ガイドライン CQ411 の Answer 1 と 2 は、evidence と consensus (米国ならびに日本の専門家の) に基づいて記載されています。Answer 1 の条件を満たした胎児は健康であり、Answer 2 (すなわちレベル 4~5) の条件を満たした胎児は既に病変が形成されている可能性も高いこととなりますが、臨床的に重要なのは、Answer 1 と 2 の間にある胎児の状態をすぐに娩出が必要か、あるいはもう少し待てるかを判断することが求められています。そこで、それらの緊急度を示す指標として、CQ411 中に表 II~III で示しています。これら胎児心拍数陣痛図の基準においてレベル 4 とされた場合は、急速遂娩の準備、あるいは急速遂娩の実行と新生児蘇生の準備を勧めています(レベル 5 の場合は急速遂娩の実行)。

一方、産科医療補償制度における個別審査基準見直しに際しては、同ガイドラインを踏まえて検討する必要があると考えます。すなわち、現在の産科医療補償制度の個別審査現行基準では Answer2 の条件を満たした場合のみを基準として求めています。しかし、突発的に胎児低酸素状況を引き起こす特殊な病態(常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等)では、診断次第急速遂娩となることから、胎児心拍パターンにおいて Answer2 基準を満たす以前に娩出となり脳性麻痺となる児が存在します。しかし、それら病態により脳性麻痺となった児は例外なく、出生前ならびに出生時の状態が極めて悪いことから、児状態が悪かったことを証明するための条件として、個別審査基準改定案にある二(二)ーイ~チを設定し、これらのいずれかを認めた場合には個別審査基準としています。なお、胎児心拍数陣痛図に関する二(二)ーイ~へはいずれも同ガイドラインのレベル 4 以上であり、重篤な低酸素状態が進行している状態と解釈されます。また、二(二)における、前提病態(常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、ならびに急激に発症した双胎間輸血症候群(TTTS)等)は日本産科婦人科学会として「妊娠 28 週以降であれば、診断次第あるいは強く疑った時点で急速遂娩すべきである」と考えている病態と考えます。

以上

見直し後の補償対象者数の推計に関して

別添10

一般審査基準の見直し(在胎週数31週以上かつ出生体重1,400g以上) + 個別審査基準の見直し

【推計の考え方】

- 補償対象となる脳性麻痺の基準を見直した場合の補償対象者数について、基本的には「産科医療補償制度 医学的調査専門委員会」が現行制度における補償対象者数の推計を行うに際して使用したものと同一のデータを活用し、同一の考え方で推計を行った。
- より高い精度で推計値を算出するために、地域別調査の個々の事例について、補償対象となるか否かを一例ごとに判定し、その結果をもとに当該地域の補償対象者の割合を算出し、全国の出生数に乗じた。
- 具体的には、沖縄県のデータについて、児を一般審査と個別審査の基準となる在胎週数と出生体重(※1)で区分し、それぞれにおいて補償対象者の割合を算出し(以下の①のEに記載のとおり、一般審査の区分では出生1000対0.51、個別審査の区分では出生1000対19.0)、それを2009年の全国の出生数に乗じた(以下の②のGに記載のとおり、一般審査は542人、個別審査は93人)。
- 個別審査については、個別審査基準の観点で補償対象に該当するか否かの判断について、宮崎大学の調査研究におけるデータ(※2)を活用した。

※1 一般審査の在胎週数・出生体重区分・・・「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g以上」
 個別審査の在胎週数・出生体重区分・・・「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g未満、または在胎週数28週以上かつ32週未満」

※2 宮崎県において1998年～2010年に出生した脳性麻痺(脳性麻痺疑いを含む)274例のうち、「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g未満、または在胎週数28週以上かつ32週未満」の31例(宮崎大学 鯨島 浩 氏の判読による)のうち、11例が個別審査基準に該当し、かつ除外基準に該当せず補償対象と判断された(35.5%)。沖縄県のデータに比べ分娩時の低酸素状況に関する情報がより豊富であるため、「個別審査の対象となる在胎週数・出生体重の重度脳性麻痺のうち、個別審査基準に該当し、かつ除外基準に該当せず、補償対象となる割合」の算出について活用し、沖縄県のデータへのあてはめを行ったもの。
 なお、宮崎県のデータは重症度が不明であるものの、「個別審査の対象となる在胎週数・出生体重の重度脳性麻痺」に掛け合わせているため、大きな不整合はないと考えられる。

①沖縄県の調査結果の整理(使用データは1998年から2007年の10年間)

	一般審査の 週数・体重区分	個別審査の 週数・体重区分	合計(参考)
A: 沖縄県での当該10年間の出生数	164,457人	1,156人	165,613人
B: Aのうち脳性麻痺児数(全数)	169人	84人	253人
C: Bのうち重症度該当者数	102人	55人	157人
D1: Cのうち、除外基準非該当者数	84人	—	84人
D2: Cのうち、個別審査の低酸素基準に 該当し、かつ除外基準非該当の人数	—	22人	22人
E: D(1または2)/A(有効数字5桁)	出生1000対0.51	出生1000対19.0	出生1000対0.64



②沖縄県の調査結果による全国ベースの推計値算出

	一般審査の 週数・体重区分	個別審査の 週数・体重区分	合計(参考)
F: 全国における2009年出生数	1,061,971人	4,870人	1,066,841人
G: 審査区分別推計人数(E×F)	542人	93人	635人



医学的調査専門委員会の推計値……………542人+93人=635人 (481人～789人(※))

※補償対象者数推計値の635人は、沖縄県の脳性麻痺の発生率を2009年の全国の出生数にあてはめて算出していることから、統計学的に見て全国における補償対象者数の真の予測値が含まれる可能性が高いと考えられる区間として、二項分布の正規近似を用いて得た95%信頼区間。

見直し後の補償対象者数の推計に関して

一般審査基準の見直し(在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g以上) + 個別審査基準の見直し

【推計の考え方】

- 補償対象となる脳性麻痺の基準を見直した場合の補償対象者数について、基本的には「産科医療補償制度 医学的調査専門委員会」が現行制度における補償対象者数の推計を行うに際して使用したものと同一のデータを活用し、同一の考え方で推計を行った。
- より高い精度で推計値を算出するために、地域別調査の個々の事例について、補償対象となるか否かを一例ごとに判定し、その結果をもとに当該地域の補償対象者の割合を算出し、全国の出生数に乗じた。
- 具体的には、沖縄県のデータについて、児を一般審査と個別審査の基準となる在胎週数と出生体重(※1)で区分し、それぞれにおいて補償対象者の割合を算出し(以下の①のEに記載のとおり、一般審査の区分では出生1000対0.44、個別審査の区分では出生1000対16.3)、それを2009年の全国の出生数に乗じた(以下の②のGに記載のとおり、一般審査は472人、個別審査は99人)。
- 個別審査については、個別審査基準の観点で補償対象に該当するか否かの判断について、宮崎大学の調査研究におけるデータ(※2)を活用した。

※1 一般審査の在胎週数・出生体重区分…「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g以上」
 個別審査の在胎週数・出生体重区分…「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g未満、または在胎週数28週以上かつ32週未満」

※2 宮崎県において1998年～2010年に出生した脳性麻痺(脳性麻痺疑いを含む)274例のうち、「在胎週数32週以上かつ出生体重1,400g未満、または在胎週数28週以上かつ32週未満」の31例(宮崎大学 鮫島 浩 氏の判読による)のうち、11例が個別審査基準に該当し、かつ除外基準に該当せず補償対象と判断された(35.5%)。沖縄県のデータに比べ分娩時の低酸素状況に関する情報量がより豊富であるため、「個別審査の対象となる在胎週数・出生体重の重度脳性麻痺のうち、個別審査基準に該当し、かつ除外基準に該当せず、補償対象となる割合」の算出について活用し、沖縄県のデータへのあてはめを行ったもの。
 なお、宮崎県のデータは重症度が不明であるものの、「個別審査の対象となる在胎週数・出生体重の重度脳性麻痺」に掛け合わせているため、大きな不整合はないと考えられる。

①沖縄県の調査結果の整理(使用データは1998年から2007年の10年間)

	一般審査の 週数・体重区分	個別審査の 週数・体重区分	合計(参考)
A: 沖縄県での当該10年間の出生数	164,203人	1,410人	165,613人
B: Aのうち脳性麻痺児数(全数)	150人	103人	253人
C: Bのうち重症度該当者数	91人	66人	157人
D1: Cのうち、除外基準非該当者数	73人	—	73人
D2: Cのうち、個別審査の低酸素基準に該当し、かつ除外基準非該当の人数	—	23人	23人
E: D(または2)/A(有効数字5桁)	出生1000対0.44	出生1000対16.3	出生1000対0.58



②沖縄県の調査結果による全国ベースの推計値算出

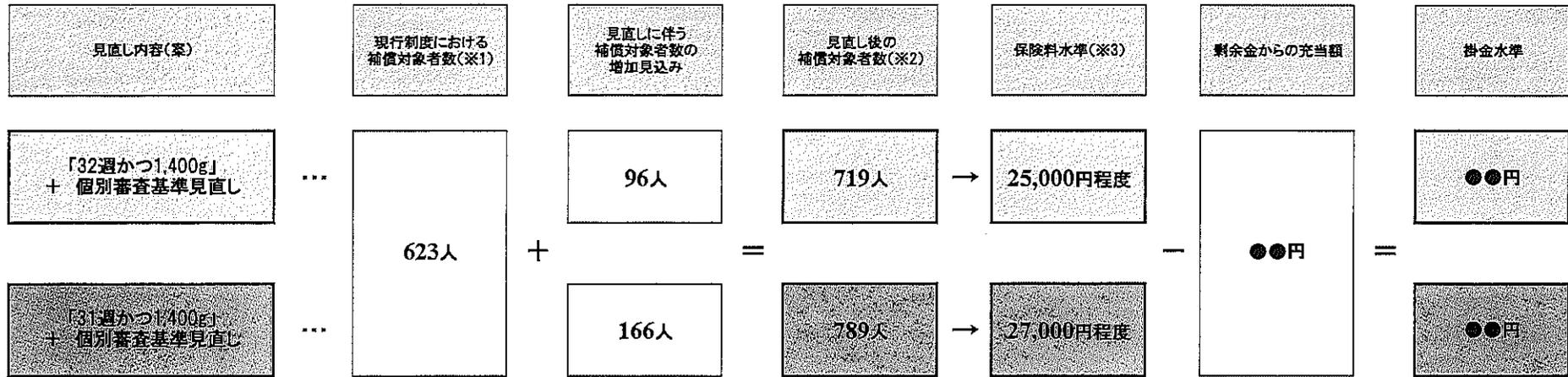
	一般審査の 週数・体重区分	個別審査の 週数・体重区分	合計(参考)
F: 全国における2009年出生数	1,060,859人	5,982人	1,066,841人
G: 審査区分別推計人数(E×F)	472人	99人	571人



医学的調査専門委員会の推計値……………472人+99人=571人 (423人～719人(※))

※補償対象者数推計値の571人は、沖縄県の脳性麻痺の発生率を2009年の全国の出生数にあてはめて算出していることから、統計学的に見て全国における補償対象者数の真の予測値が含まれる可能性が高いと考えられる区間として、二項分布の正規近似を用いて得た95%信頼区間。

補償対象となる脳性麻痺の基準の見直し（案）と補償対象者数・保険料水準・掛金水準への影響



「産科医療補償制度 運用利率に関する検討会議」について

(1) 概要

補償対象者数が一定数を下回った場合に運営組織である日本医療機能評価機構に保険会社から返還される剰余金について、現行では返還までの期間の運用益相当額が考慮されていないが、平成 26 年以降の保険契約において運用益相当額を含む金額を返還する算出方法に見直すこととされた。そのため、有識者から構成される「産科医療補償制度 運用利率に関する検討会議」を設置して、産科医療補償制度の趣旨等を踏まえた適切な運用のあり方および運用益相当額の算出方法等について 11 月 18 日と 11 月 22 日の 2 回にわたって検討を行った。

(2) 委員名簿

(◎座長)

氏名	所属・役職
荒川 進	あらた監査法人 パートナー
荒巻 淳	有限責任監査法人トーマツ ディレクター
◎岩本 康志	東京大学大学院・経済学研究科 教授
藤木 雅彦	タワーズ・ワトソン株式会社 ディレクター

(3) 会議の実施

概要	開催日
第 1 回運用利率に関する検討会議（審議）	11 月 18 日
第 2 回運用利率に関する検討会議（取りまとめ）	11 月 22 日

(4) 検討結果

別紙「剰余金の運用利率設定の考え方について」のとおり。

以上

平成 25 年 11 月 22 日
運用利率に関する検討会議

剰余金の運用利率設定の考え方について

1. 剰余金の運用方法

- 保険会社では、複数年にわたる保険契約に対応する資産について、将来、保険金や返戻金等を確実に支払うため、保険金や返戻金等の支払時期に運用資産の償還期限が合うよう、国債などの債券を中心に運用する、いわゆる ALM (Asset Liability Management / 資産・負債総合管理) が行われている。補償金を 20 年にわたり給付し補償対象者数確定後に剰余金を返戻する本制度の運用は、ALM による管理に馴染む。
- 剰余金の運用方法は、国債のほか株式、投資信託などが考えられるが、公的性格の強い本制度においては、ALM を前提に、信用度および流動性が高い日本国債をベースとした運用方法を運用益相当額算出の前提とすることが適切である。

2. 運用利率の決定方式および水準

- 剰余金を返還するまでの約 5.5 年間の運用利率の決定方式につき、日本国債をベースとした ALM 運用を前提として、主として市場金利変動リスクの負担のあり方や事務ロードの多寡等を踏まえて比較検討を行ったが、本制度においては「保険料計上時点の市場金利の実績値を用いて事後的に運用利回りを設定する方式」により運用利率を決定する方式が適切である。
- 具体的に平成 26 年契約では、平成 26 年 3 月～平成 27 年 2 月の各月の残存期間 5.5 年国債利回り（月末 5 営業日の平均利回り）の平均値を元に運用利率が決定される。

運用利率の指標となる基準金利（国債の利率）は、流通市場における固定利付国債の実勢価格に基づいて財務省が算出し公表している主要年限毎の半年複利金利を元に割引債の金利に変換した利率とする。運用利率については、基準金利から税負担コストや投資経費を控除して決定される。

（参考） 2013 年 10 月末時点の金利を基準に試算すると、剰余金を返還するまでの約 5.5 年間の運用利率（年率）は、0.14%となる。

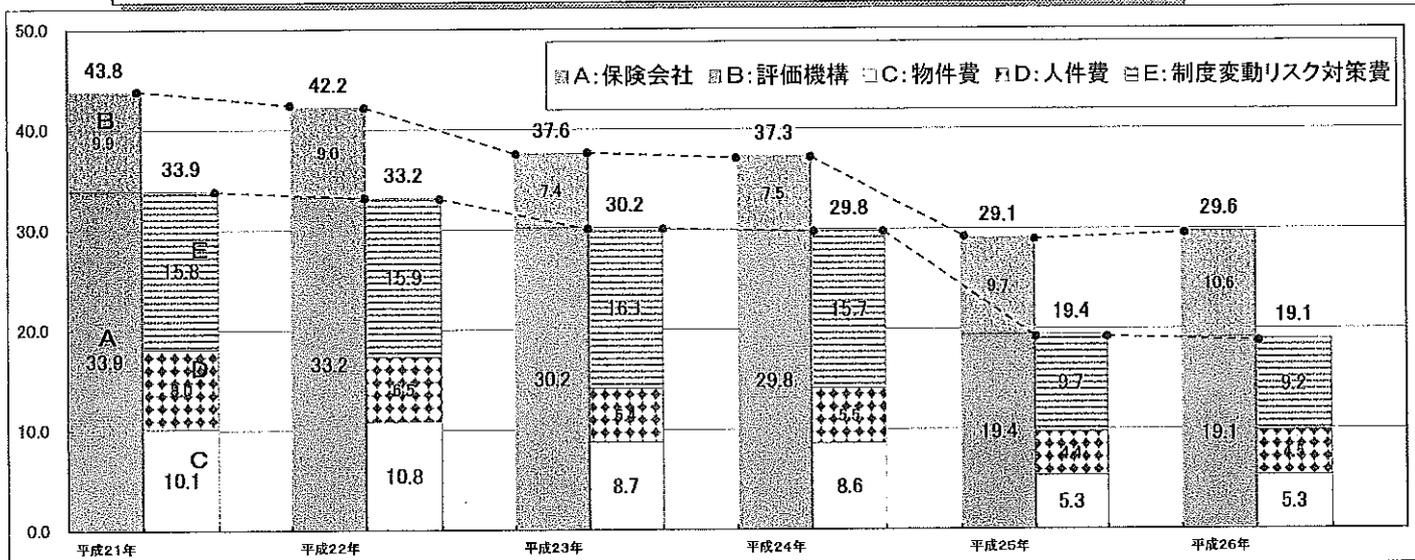
以上

$$\text{運用利率} = \text{基準金利 (注1)} - \text{税負担コスト (注2)} - \text{投資経費 (注3)}$$

- (注1) ○ 保険料計上時点の市場金利の平均値。平成26年1月始期契約の場合、平成26年3月～平成27年2月※1の各月の残存期間5.5年※2国債利回り（月末5営業日の平均利回り）の平均値。
- ※1：運営組織は、毎月末日までに、前1ヶ月間における対象分娩数を集計し、保険会社に通知している。保険会社は、通知に基づき算出した当該1ヶ月分の保険料を運営組織に請求し、運営組織はこれを支払っている。この通知から保険料の支払いまでに、2ヶ月を要している（保険会社が平成26年1月に出生した児に対応する保険料を領収するのは、平成26年3月となる）。保険料を請求してから支払われるまでの2ヶ月間のタイムラグを踏まえ、保険期間より2ヶ月間遅れた時点の利回りをもとに基準金利を算出する。
- ※2：保険収支が確定し剰余金を返還する時期は、保険期間末日より約5年経過時点となる。従って、運用可能な期間は、保険期間末日に産まれた児に対応する保険料については約5年間だが、保険期間初日に産まれた児に対応する保険料については約6年間となる。保険期間の1年間における各月毎の出生数が均等な場合、運用期間は平均約5.5年間となる。
- (注2) ○ 保険会社は、本保険の保険料の計上に伴い、財務会計上、責任準備金及び支払備金を積み立てている。
- 上記のうち、支払備金の一部については、保険会社の税務会計上、損金算入ができない（有税での積立となる）ことから、法人税等の支払により、運用資金の残高が減少することになる。このため、残高減少の利率への影響を税負担効果として勘案する必要がある。
- (注3) ○ 保険会社が、積立保険等の予定利率を設定するにあたって想定する投資経費と同等の投資経費を見込む。

産科医療補償制度の収支状況

別添13



単位: 億円

項目	制度の前提・見直しの状況	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
保険料収入 (①+②) (掛金対象分娩数)	・ 補償対象者数を年間800人と見込んで掛金30,000円(保険料29,900円)を設定。 ・ 掛金のうち100円は、分娩機関が廃止等した場合に補償責任を引き継ぐための費用。	315.3 (1,054,262)	323.8 (1,083,086)	318.0 (1,066,145)	313.5 (1,048,785)	311.6 (1,042,000)	307.1 (1,027,000)

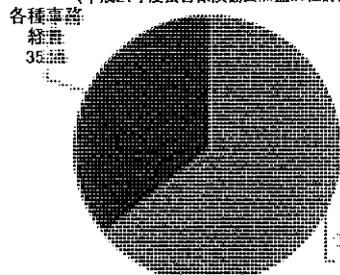
※1 掛金対象分娩数の予測にもとづく見込み

純保険料 (補償原資) ①		271.5 (86.1%)	281.6 (87.0%)	280.4 (88.2%)	276.2 (88.1%)	282.5 (90.7%)	277.5 (90.4%)
給付金支給実績 <平成25年10月末時点> (補償対象者数)		65.7 (219人)	57.9 (193人)	42.9 (143人)	21.0 (79人)	—	—
支払備金 <平成25年10月末時点>	・ 平成21年6月に、補償原資に剰余が生じた場合、保険会社から運営組織に返還される仕組みを導入。 ・ 返還される剰余金に、運用利息は含まれない。(平成26年契約からは運用利息相当額が付加されて返還される予定。) ・ 剰余金返還の最低水準として補償対象者数推計の下限値である300人を設定。(平成26年契約からは最低水準を278人とする予定。)	205.8	223.7	237.5	255.2	—	—

項目	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
付加保険料 (事務経費) ②	43.8 (13.9%)	42.2 (13.0%)	37.6 (11.8%)	37.3 (11.9%)	29.1 (9.3%)	29.6 (9.6%)
評価機構	9.9 (3.1%)	9.0 (2.8%)	7.4 (2.3%)	7.5 (2.4%)	※2 9.7 (3.1%)	※2 10.6 (3.4%)
保険会社	33.9 (10.8%)	33.2 (10.3%)	30.2 (9.5%)	29.8 (9.5%)	19.4 (6.2%)	19.1 (6.2%)
物件費	10.1 (3.2%)	10.8 (3.3%)	8.7 (2.7%)	8.6 (2.8%)	5.3 (1.7%)	5.3 (1.7%)
人件費	8.0 (2.5%)	6.5 (2.0%)	5.4 (1.7%)	5.5 (1.7%)	4.4 (1.4%)	4.5 (1.5%)
制度変動リスク対策費	15.8 (5.0%)	15.9 (4.9%)	16.1 (5.1%)	15.7 (5.0%)	9.7 (3.1%)	9.2 (3.0%)

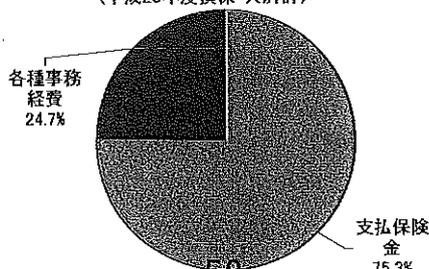
※2 実績見込み

損保決算概況における支出構成割合
(平成24年度損害保険協会加盟26社計)



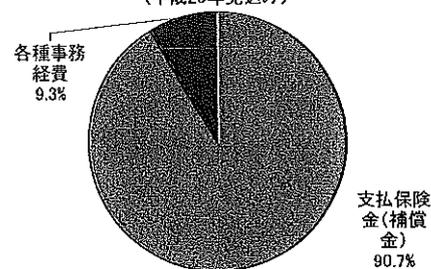
「日本損害保険協会 平成24年度損保決算概況について」より

自賠責保険における支出構成割合
(平成23年度損保・共済計)



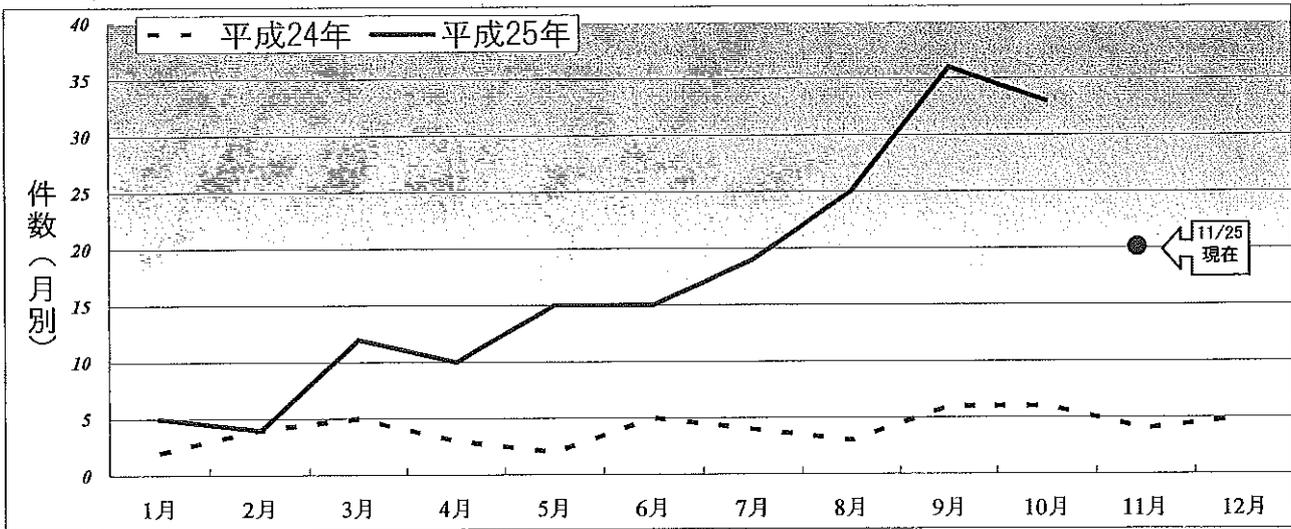
「平成25年1月開催 自賠責審議会資料」より

産科医療補償制度における支出構成割合
(平成25年見込み)

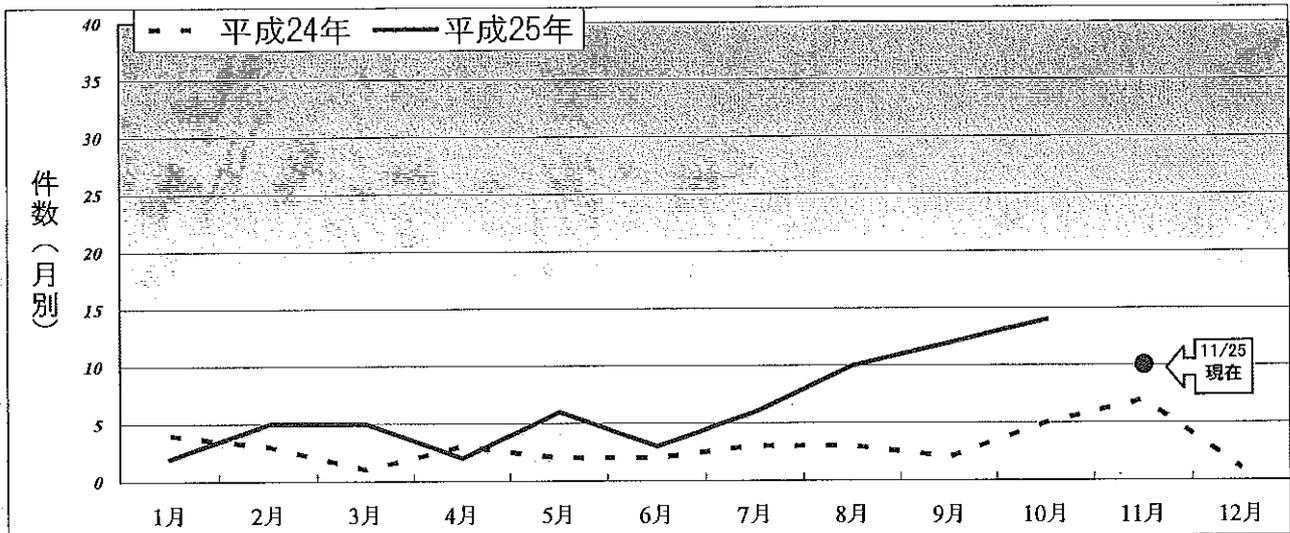


補償申請等の状況について（平成21年生まれ）

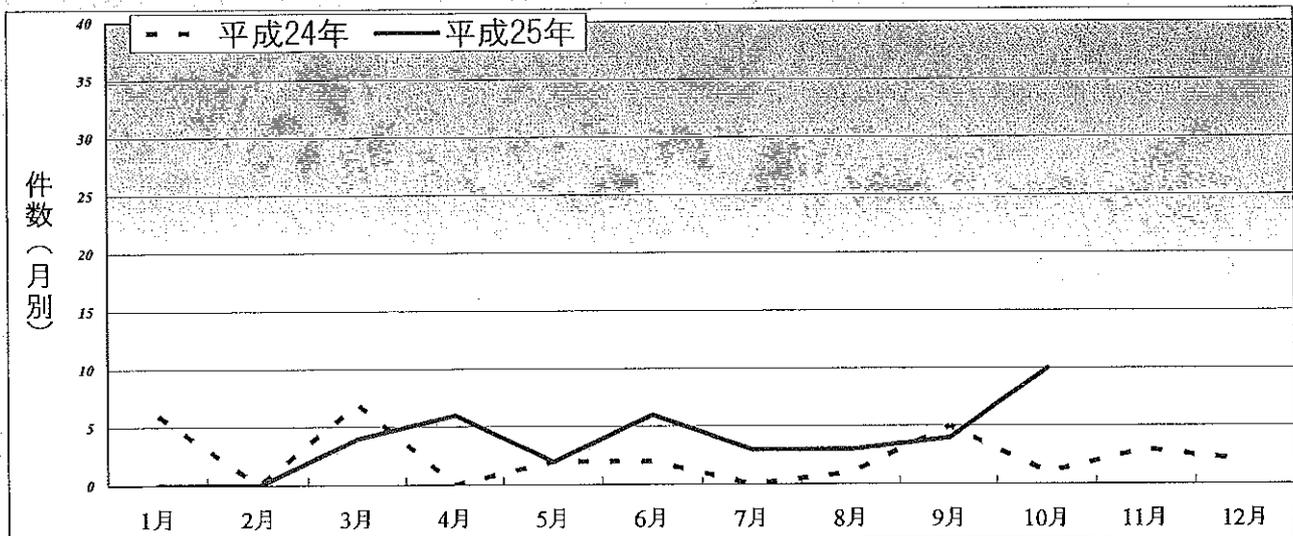
報告件数（補償申請書類の請求件数の推移（平成21年生まれ））



申請件数（補償申請書類の受付件数の推移（平成21年生まれ））

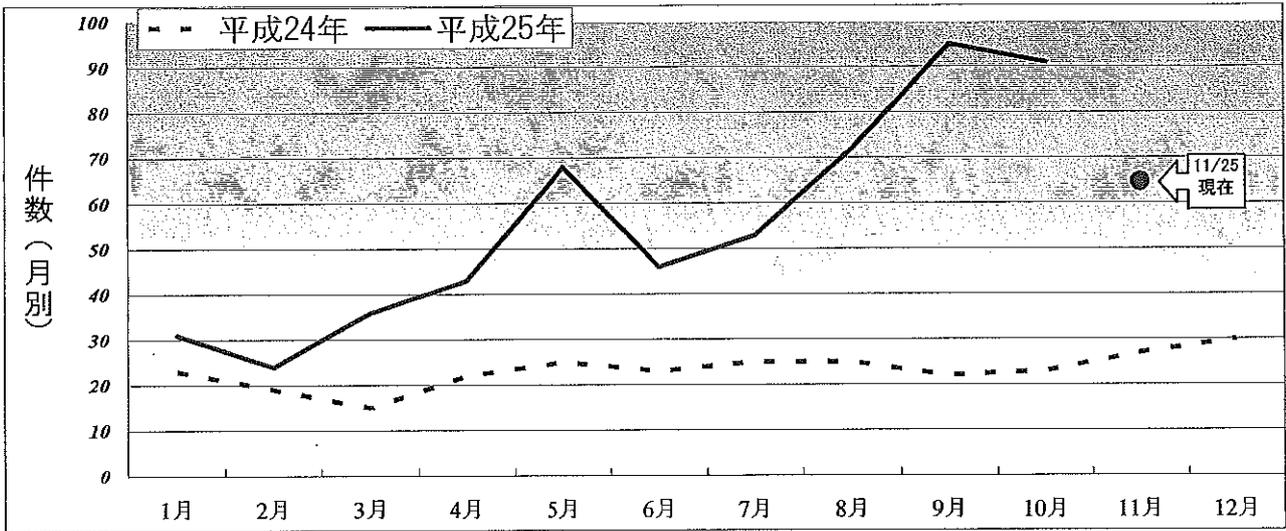


対象件数（補償対象者数の推移（平成21年生まれ））

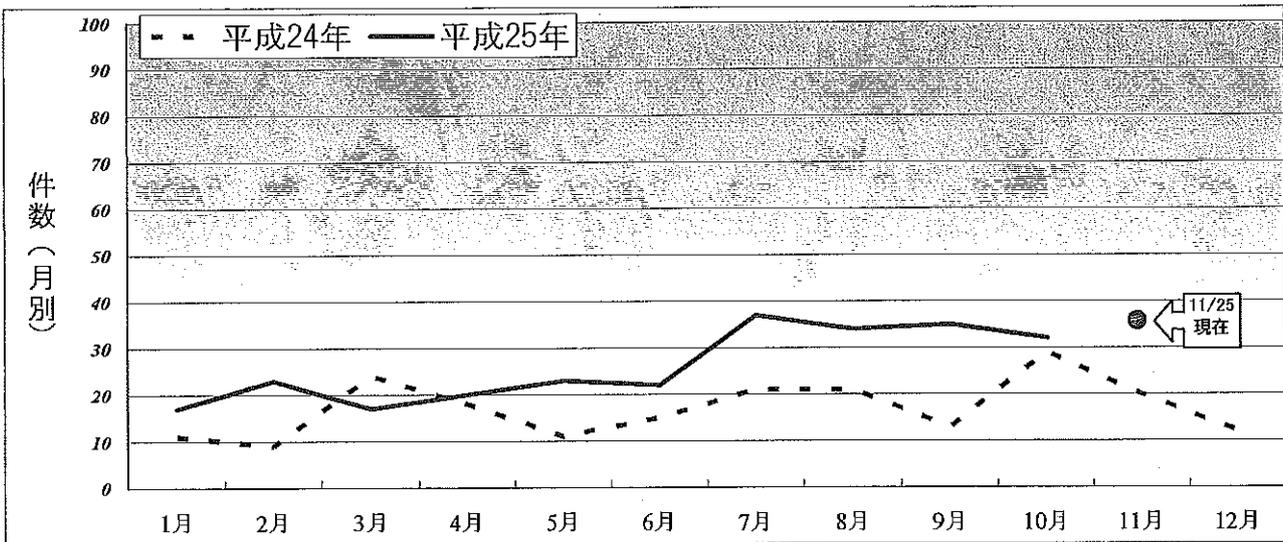


補償申請等の状況について（全出生年）

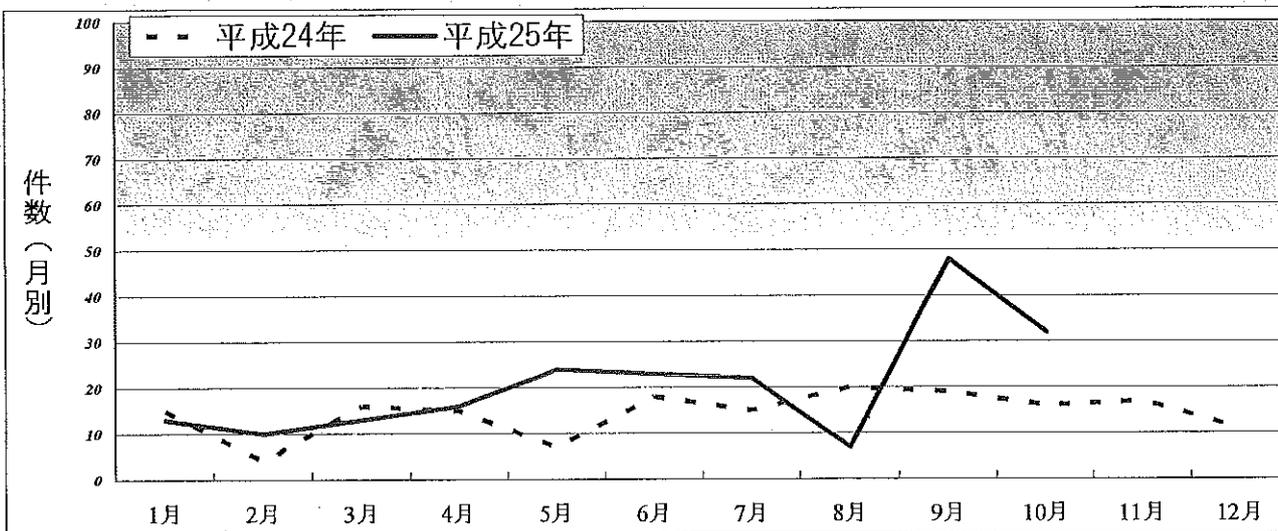
報告件数（補償申請書類の請求件数の推移（全出生年））



申請件数（補償申請書類の受付件数の推移（全出生年））



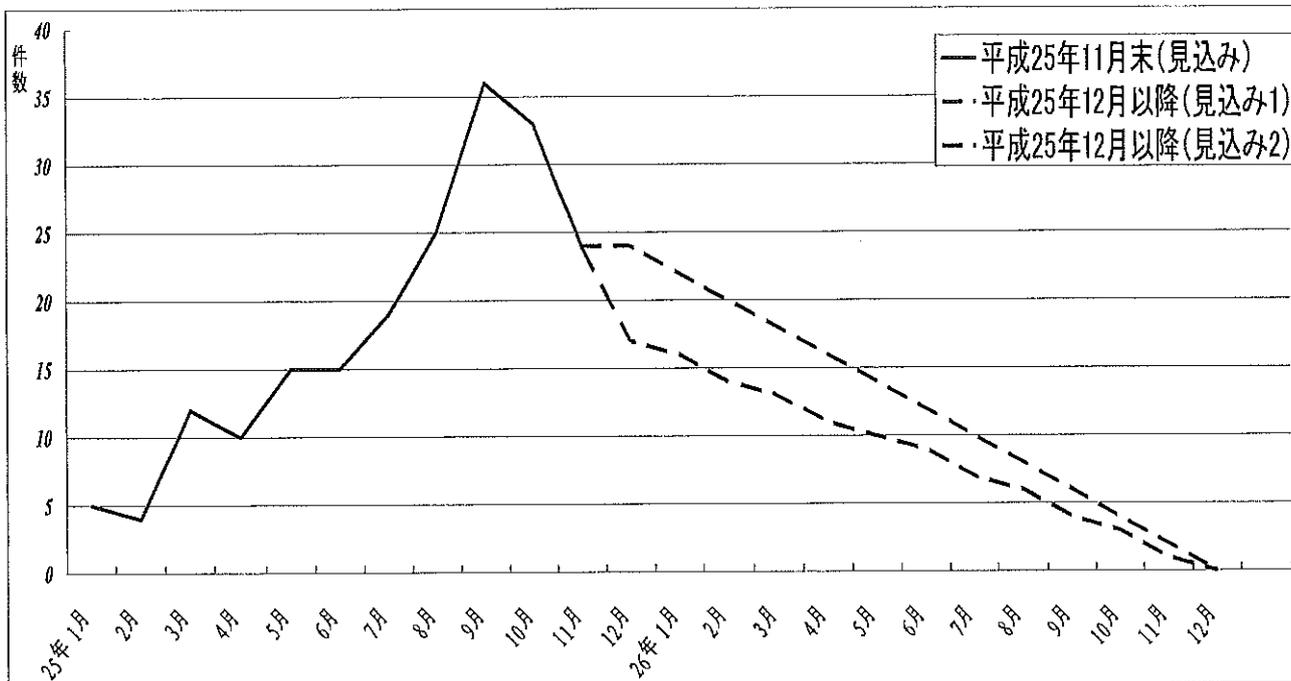
対象件数（補償対象者数の推移（全出生年））



<平成21年生まれ>

今後の補償申請等の見込みについて【参考イメージ】

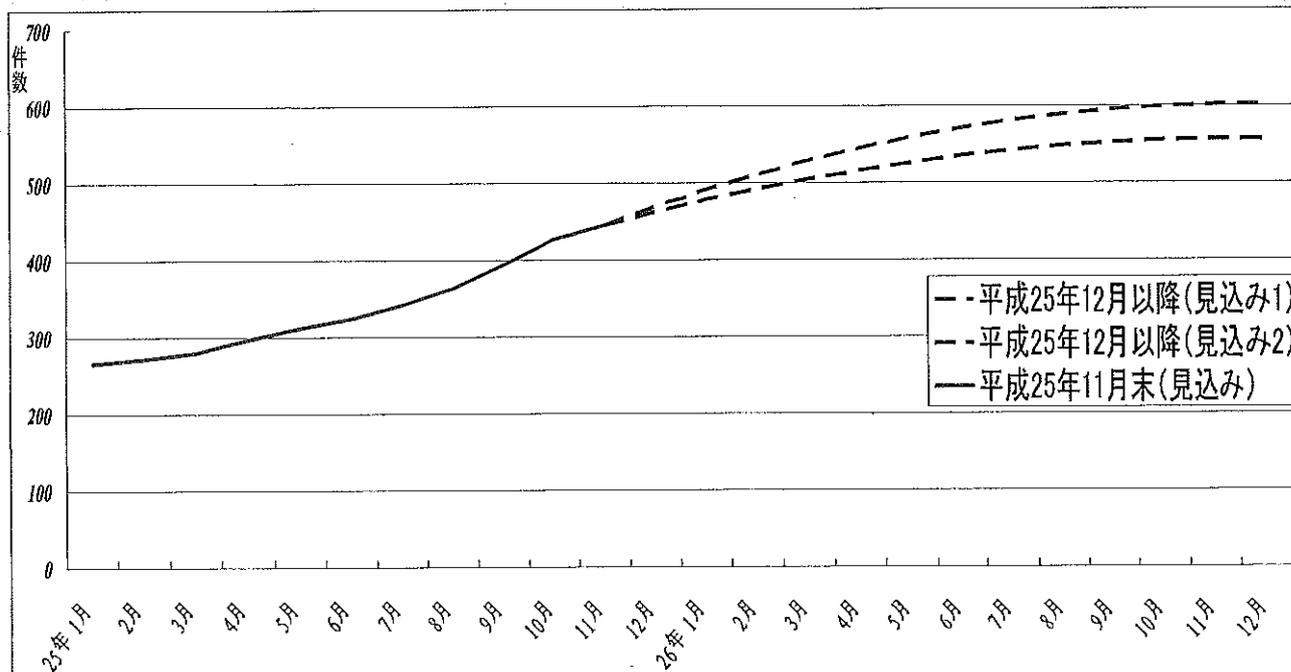
今後の報告件数（補償申請書類の請求件数）の月別推移見込み



見込み1: 11月は11/25現在+ α (比例)、12月は横ばい。年明け以降は毎月1/12ずつ減少。
 見込み2: 11月は11/25現在+ α (比例)、12月は今年11ヶ月間の平均値。年明け以降は毎月1/12ずつ減少。

今後の補償申請の見込み

〔11月末見込み（補償対象者の確定件数+審査中の件数+申請準備中の件数+保護者アンケート）+今後の報告件数の累計推移見込み〕



※注意: 以下の要素は加味されていない。

・これまでの実績では、報告件数(補償申請書類の請求件数)の内、約85%が申請に至っている。また申請された事案の内、審査の結果約90%が補償対象となっている。

補償申請の促進に係るこれまでの取組みについて

対象	取組み内容	時期
産科医療関係者 ・日本産婦人科医会 ・日本産科婦人科学会 ・日本助産師会 ・日本助産学会 ・日本看護協会 ・加入分娩機関	【日本産婦人科医会】	
	・学術集会において、「産科医療補償制度の補償対象の範囲について」と題した文書が配布・説明された。	平成24年10月
	・日本産婦人科医会ホームページに、「産科医療補償制度の補償対象の範囲について」と題した文書が掲載された。	平成24年10月
	・日本産婦人科医会報に、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成24年11月 平成25年1月
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年2月
	・日本産婦人科医会ホームページに、補償対象となった参考事例が掲載された。	平成25年8月
	・「補償対象となった参考事例」が会員に送付された。	平成25年9月
	【日本産科婦人科学会】	
	・学術集会において、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが配布された。	平成25年5月
	・学会ホームページに、補償対象となった参考事例および補償対象の範囲と考え方に関する文書が掲載された。	平成25年8月
	【日本助産師会】	
	・日本助産師会理事会・代表者会議において、「産科医療補償制度の補償対象の範囲について」と題した文書が配布・説明された。	平成24年11月
	・日本助産師会の機関誌「助産師」に、「補償対象の考え方と参考事例」と題した文書が掲載された。	平成25年2月
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年2月
	・学術集会において「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが配布された。	平成25年5月
	・日本助産師会ホームページに、補償対象となった参考事例が掲載された。	平成25年8月
	・「補償対象となった参考事例」が会員に送付された。	平成25年10月
	【日本助産学会】	
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年4月
	【日本看護協会】	
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年3月
	【加入分娩機関】	
	・「産科医療補償制度の補償対象の範囲について」と題した文書を送付した。	平成24年10月
	・「産科医療補償制度の補償対象について」と題した文書を送付した。	平成24年12月
・産科医療補償制度Webシステムのインフォメーション画面に、補償申請期限の周知に関する注意喚起文書を掲載した。	平成25年1月	
・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシおよびポスターを送付した。	平成25年2月	
・補償対象となった参考事例および補償申請の事務に携わる担当者向けの文書を送付した。	平成25年8月	

対象	取組み内容	時期
脳性麻痺児に関わる機会が多い医療関係者 ・日本小児神経学会 ・日本リハビリテーション医学会 ・日本未熟児新生児学会 ・日本周産期・新生児医学会 ・日本小児科医会 ・日本小児科学会 ・日本小児総合医療施設協議会 ・日本重症心身障害学会	【日本小児神経学会】	
	・日本小児神経学会ホームページに、「補償対象の考え方と参考事例」と題した文書が掲載された。	平成24年10月
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年2月
	・学術集会において、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが配布された。	平成25年5月
	・日本小児神経学会ホームページに、補償対象となった参考事例および補償対象の範囲と考え方に関する文書が掲載されるとともに、会員へメール送信された。	平成25年7月
	【日本リハビリテーション医学会】	
	・日本リハビリテーション医学会ホームページに、「補償対象の考え方と参考事例」と題した文書が掲載された。	平成24年11月
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年2月
	・日本リハビリテーション医学会ホームページに、補償対象となった参考事例および補償対象の範囲と考え方に関する文書が掲載されるとともに、会員へメール送信された。	平成25年8月
	【日本未熟児新生児学会】	
	・日本未熟児新生児学会ホームページに、「補償対象の考え方と参考事例」と題した文書が掲載された。	平成24年11月
	・学術集会において、「診断協力医レター第3号」が配布・説明された。	平成25年2月
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年3月
	・補償対象となった参考事例、補償対象の範囲と考え方に関する文書、申請期限に関するチラシが会員に送付された。	平成25年8月
	【日本周産期・新生児医学会】	
	・日本周産期・新生児医学会ホームページに「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが掲載された。	平成25年1月
	・学会シンポジウムにおいて、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが配布された。	平成25年1月
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年2月
	・学術集会において、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが配布された。	平成25年7月
	・日本周産期・新生児医学会ホームページに、補償対象となった参考事例および補償対象の範囲と考え方に関する文書が掲載されるとともに、会員にメール送信された。	平成25年7月
【日本小児科医会】		
・日本小児科医会ホームページに、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが掲載された。	平成25年8月	
【日本小児科学会】		
・日本小児科学会ホームページに、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが掲載された。	平成25年3月	
・日本小児科学会報に、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年4月	
・学術集会において、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが配布された。	平成25年4月	
【日本小児総合医療施設協議会】		
・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが協議会員に送付された。	平成25年3月	
・補償対象となった参考事例が会員に送付された。	平成25年8月	
【日本重症心身障害学会】		
・学術集会において、「補償対象となった参考事例」等が配布された。	平成25年9月	

対象	取組み内容	時期
脳性麻痺児に関わる機会が多い医療関係者 ・日本重症心身障害福祉協会 ・国立病院機構重症心身障害協議会 ・全国肢体不自由児施設運営協議会 ・新生児医療連絡会 ・全国児童発達支援協議会 ・診断協力医 ・その他	【日本重症心身障害福祉協会】	
	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが会員に送付された。	平成25年3月
	・協会の会員施設を通じ、補償対象と考えられる児の保護者に制度の案内を行った。	平成25年8月
	【国立病院機構重症心身障害協議会】	
	・制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知のために、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが協議会員に送付された。	平成25年3月
	・協議会の会員施設を通じ、補償対象と考えられる児の保護者に制度の案内を行った。	平成25年8月
	【全国肢体不自由児施設運営協議会】	
	・制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知のために、「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシが協議会員に送付された。	平成25年3月
	・協議会の会員施設を通じ、補償対象と考えられる児の保護者に制度の案内を行った。	平成25年8月
	【新生児医療連絡会】	
	・連絡会の会員施設を通じ、補償対象と考えられる児の保護者に制度の案内を行った。	平成25年8月
	【全国児童発達支援協議会】	
	・協議会の会員施設を通じ、補償対象と考えられる児の保護者に制度の案内を行った。	平成25年9月
	【全国重症心身障害日中活動支援協議会】	
	・協議会の会員施設を通じ、補償対象と考えられる児の保護者に制度の案内を行った。	平成25年10月
	【診断協力医】	
	・「診断協力医レター第3号」を全診断協力医に送付した。	平成24年10月
・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシを全診断協力医に送付した。	平成25年5月	
・「診断協力医レター第4号」を全診断協力医に送付した。	平成25年10月	
【その他】		
・「小児科学レクチャー」に、制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年1月	
・「助産雑誌」に、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年9月	

対象	取組み内容	時期
脳性麻痺児の保護者	・「産科医療補償制度の申請期限は満5歳の誕生日までです」と題したチラシおよびポスターを市区町村の母子健康手帳交付窓口・福祉手当申請窓口に送付した。	平成25年2月
	・厚生労働記者会および厚生日比谷クラブに、補償申請期限の周知に関する文書を配布した。	
厚生労働省による取組み	・厚生労働省より、制度周知の協力に関する事務連絡文書が自治体および関係団体等に対して発出された。	平成25年4月
	・厚生労働省の広報誌「厚生労働」に、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	
	・厚生労働省ホームページに、制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年4月
	・全国重症心身障害児(者)を守る会の会報誌に、制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年5月
	・全国社会保険協会連合会の会報誌に、制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年4月
	・補償申請期限の周知に関して、ラジオ広告を行った。	平成25年3～5月
	・制度概要、補償申請期限の周知に関して、各新聞に記事が掲載された。	平成25年4月
	・本制度ホームページに、補償対象の考え方、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年4月
厚生労働省による取組み	・政府広報オンラインに、制度の紹介や補償申請手続き等が掲載された。	平成25年6月
	・厚生労働省ツイッターにて、補償申請期限等の記事が配信された。	平成25年6月
	・全国69紙に、補償申請期限の周知に関する政府広報が掲載された。	平成25年7月
	・厚生労働省の広報誌「厚生労働」に、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年8月
	・読売新聞「論点」に、補償申請の促進に関する記事が掲載された。	平成25年8月
	・全国主要紙に、補償申請期限の周知に関する突出し広告を掲載した。	平成25年8月
	・制度概要、補償申請期限の周知に関して、各新聞に記事が掲載された。	平成25年9月
	・全国肢体不自由児(者)父母の会連合会の会報誌に、制度概要、補償対象の考え方、補償申請期限の周知に関する文書が掲載された。	平成25年10月

重要

平成 25 年 12 月吉日

会員各位

公益社団法人 日本産婦人科医会
会長 木下 勝之

産科医療補償制度 補償申請漏れ防止に向けたお願い

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は本会の事業運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、「産科医療補償制度」の補償申請期限は児の満5歳の誕生日までであり、補償対象と考えられる脳性麻痺児が、満5歳の誕生日を過ぎたために補償を受けられなくなる事態は、何としても防がなくてはなりません。

会員の皆様には以下の点について改めてご留意くださいますようお願い申し上げます。

■満5歳の誕生日を過ぎてからの補償申請は受付できません。

平成21年生まれの児は、平成26年1月より順次補償申請期限を迎えることとなります。例えば平成21年1月1日生まれの児は平成26年1月1日が申請期限となります。満5歳の誕生日を過ぎてからの補償申請は受付することができないため、平成21年1月生まれの児については、早急に補償申請手続きを行っていただく必要があります。

■今一度、「参考事例」、「補償対象の範囲と考え方」をご確認ください。

本年9月に会員の皆様へ「産科医療補償制度 補償対象となった参考事例」を当会より送付しましたが、この中では「分娩中の異常や出生時に仮死がない場合でも補償対象となった」、「先天性や新生児期の要因がある場合でも補償対象となった」という事例など、補償対象外と思われるような事例でも補償対象となっているケースがあることが紹介されています。「産科医療補償制度 補償対象となった参考事例」は当会の会員専用ホームページにも掲載しています。

また、産科医療補償制度ホームページにおいて、補償対象基準や対象とならない基準（除外基準）等を記載した「補償対象の範囲と考え方」が紹介されています。

会員の皆様におかれましては、あらためて「参考事例」および「補償対象の範囲と考え方」をご確認ください。

■申請漏れが生じないように丁寧な対応と確認の徹底をお願いします。

万一、「分娩中の異常や仮死がないと補償対象とならない」、「先天性や新生児期の要因があると補償対象とならない」、「満5歳の誕生日を過ぎても補償申請の受付はできる」といった説明を行ったことにより申請漏れが生じた場合には、脳性麻痺児とその家族が補償を受けられなくなるだけではなく、その家族との間でトラブルとなる可能性があります。

実際にこのような説明を行っていたケースがありましたので、申請について相談を受けた場合は早計に判断せず確認の徹底をお願いします。

なお、現在制度の見直しに関する議論が行われており、補償対象基準等が変更となる可能性があります。変更後の基準等は平成27年1月以降に出生した児に対して適用されますので、ご注意ください。よろしくお願いします。

■不明点等があれば制度専用コールセンターまで連絡してください。

補償申請漏れを防止するために、補償対象と考えられる児がおられましたら、補償申請をぜひおすすめください。また「このようなケースは補償対象となるのか」といった疑問や、補償対象となる範囲の詳細および具体的な手続きなどに関する不明点等がありましたら、産科医療補償制度ホームページをご覧ください。どうか、産科医療補償制度専用コールセンターへご相談ください。

なお、以下の資料を同封させていただきます。

- ・産科医療補償制度 補償対象となった参考事例
- ・産科医療補償制度 重症度に関する参考事例
- ・補償対象の範囲と考え方

敬具

産科医療補償制度専用コールセンター

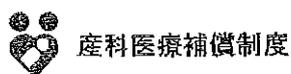
フリーダイヤル 0120-330-637 受付時間：午前9時～午後5時（土日祝除く）

産科医療補償制度ホームページ

産科医療補償制度

検索

<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>



産科医療補償制度

平成25年8月12日
公益財団法人日本医療機能評価機構

申請期限は満5歳の誕生日までです

産科医療補償制度 補償対象となった参考事例

補償対象外と思っていないませんか？ 迷っていませんか？

ぜひご相談ください

産科医療補償制度の申請期限は、満5歳の誕生日までです。補償対象と考えられる児が満5歳の誕生日を過ぎたために、補償を受けることができなくなる事態が生じることのないよう、運営組織である日本医療機能評価機構では、現在、補償申請の促進に努めているところです。

しかしながら、今般とりまとめられた医学的調査専門委員会報告書によると、補償対象者数の推計値は年間481人とされ、本制度が創設された平成21年に生まれた児における現時点（平成25年7月末）の補償対象者数208人を大きく上回っています。そのことから、補償対象と認定される可能性がある児が、いまだ多く申請されずに残っているものと考えられます。

本制度の補償対象の範囲と考え方にご理解いただけるよう、補償対象となった参考事例をご紹介します。これをご参考に、これまで補償対象外と思っておられた事例についても、専用コールセンター（TEL：0120-330-637）までお気軽にお問い合わせください。

このような事例も補償対象となっています

◇分娩中の異常や出生時の仮死がない場合でも・・・

在胎週数33週以上かつ出生体重2,000g以上の場合は、分娩中の異常や出生時の仮死が認められなくても、参考事例①、参考事例②のように補償対象となった事例があります。

◇先天性の要因がある場合でも・・・

児の先天性の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかな場合は補償対象となりませんが、先天性の要因に該当する疾患等があっても、それが重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は、参考事例③から参考事例⑧のように、補償対象となった事例があります。

◇新生児期の要因がある場合でも・・・

分娩後に、新生児期の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかな場合は補償対象となりませんが、分娩後に発症した感染症などがあっても、妊娠や分娩とは無関係に発症したことが明らかでない場合は、参考事例⑨から参考事例⑩のように補償対象となった事例があります。

[お問い合わせ先] 産科医療補償制度専用コールセンター

フリーダイヤル 0120-330-637 <受付時間:午前9時～午後5時(土日祝日除く)>

産科医療補償制度 参考事例

「補償対象」の一例として、ご理解しやすいように参考事例を作成しました。
実際の審査は審査委員会において個別に審査します。

一般審査(在胎週数33週以上かつ出生体重2,000g以上)について

ご留意いただきたい事項		参 考 事 例	
1	分娩中の異常や出生時の仮死がない場合でも、補償対象となる可能性がある。	事例①	在胎週数39週、出生体重3,300g、仮死なく出生。分娩前後に特に異常はなかった。入院時の小児科診察で異常なく退院。1ヶ月健診時に頭囲の発育不良を認めたため、頭部CTを施行したところ多嚢胞性脳軟化症を認めた。明らかな先天性の要因、新生児期の要因は認めず、また頭部画像所見からは分娩中の低酸素等の影響を否定できないことから、除外基準には該当しないと判断された。
		事例②	在胎週数38週、出生体重3,000g、仮死なく出生。1ヶ月健診時に体重増加不良を認め、以後、発達遅滞も認めた。また、生後6ヶ月頃に軽度のおてんかんを発症した。てんかんについては容易にコントロール可能であり、重度の運動障害の主な原因とは言えないと判断された。また、脳性麻痺の発症時期は特定できず、明らかな先天性の要因、新生児期の要因は認めないことから、除外基準には該当しないと判断された。
2	脳奇形等があっても、分娩中の要因による影響があると考えられる場合は補償対象となる可能性がある。	事例③ (脳奇形)	在胎週数40週、出生体重3,100g、吸引分娩で出生。重症新生児仮死を認めた。分娩後の診断は常位胎盤早期剥離であった。頭部に孔脳症があったが、分娩時には常位胎盤早期剥離があり、画像所見は低酸素・虚血を呈した状態に矛盾しないとされた。孔脳症の発症時期は正確には分からず、またそれが重度の運動障害の主な原因であることが明らかではないため、除外基準には該当しないと判断された。
		事例④ (染色体異常)	在胎週数36週、出生体重2,300g、常位胎盤早期剥離疑いのため緊急帝王切開で出生。重症新生児仮死を認め、頭部画像検査では低酸素・虚血を示す所見を認めた。染色体検査において21トリソミーを認めたが、分娩中の状況や頭部画像所見等から判断すると、この染色体異常が重度の運動障害の主な原因であるとは言えず、除外基準には該当しないと判断された。
		事例⑤ (先天異常)	在胎週数37週、出生体重2,800g、胎児機能不全のため緊急帝王切開で出生。重症新生児仮死を認めた。先天性心疾患を認めるが、出生時の仮死状態に先天性心疾患の影響が加わった状況であると考えられることから、先天性心疾患が重度の運動障害の主な原因であることが明らかではないため、除外基準には該当しないと判断された。
3	脳奇形等があっても、その程度や部位等によっては除外基準に該当せず、補償対象となる可能性がある。	事例⑥ (脳奇形)	在胎週数40週、出生体重2,900g、経膈分娩で出生。新生児仮死を認めた。頭部画像検査では先天性下垂体低形成を認めたが、これが重度の運動障害の主な原因とは言えず、除外基準には該当しないと判断された。

4	何らかの先天異常が疑われる場合でも、明らかな疾患等が特定できない場合は、補償対象となる可能性がある。	事例⑦	在胎週数38週、出生体重2,800g、仮死なく出生。外表奇形、精神運動発達遅滞、難治性てんかんがあることから、先天性要因の可能性が考えられたが、確定診断には至らなかった。運動障害の主な原因として明らかな先天異常等は認めず、除外基準には該当しないと判断された。
5	分娩後の感染症等があったとしても、それが妊娠・分娩と無関係に生じたことが明らかでない場合は、補償対象となる可能性がある。	事例⑧	在胎週数33週、出生体重2,600g、仮死なく出生。分娩機関においてTTTS(双胎間輸血症候群)の疑いありと診断された。出生前の胎内での慢性的な血流障害の影響も考えられるが、出生時の脳の形態異常は明らかでなく、出生前後の急性の循環障害による脳障害であると考えられることから、除外基準には該当しないと判断された。
6	重症度に関して、動作・活動の状況や所見を総合的に判断し、将来の実用的歩行獲得の可能性が低いと考えられる場合は、補償対象となる可能性がある。	事例⑨(感染症)	在胎週数39週、出生体重3,300g、仮死なく出生。入院中は特に異常を認めず退院したが、日齢12に全身状態悪化を認めたため受診。GBS感染による髄膜炎、敗血症と考えられた。36週時の母体の膣分泌物培養検査ではGBS陽性であった。分娩後に発症した髄膜炎、敗血症であるが、感染経路は特定できず、母体が妊娠後期にGBS陽性であったこと等から考えると、分娩と無関係に発症した髄膜炎、敗血症であることが明らかとは言えないため、除外基準には該当しないと判断された。
		事例⑩(呼吸停止)	在胎週数39週、出生体重3,200g、仮死なく出生。早期新生児期(※)に起こった呼吸停止による脳障害から、重度の運動障害が生じた。重度の運動障害の主な原因は出生後に生じた呼吸停止と考えられたが、総合的に審議した結果、この呼吸停止が分娩とは無関係に起こったことが明らかであるとは言えず、除外基準には該当しないと判断された。 (※)これまでに、生後4日目に呼吸停止が発生して補償対象となった事例がある。
		事例⑪(てんかん)	在胎週数38週、出生体重2,800g、仮死なく出生。日齢7～日齢10頃より顔面けいれん様のエピソードを認め、生後1ヶ月に大田原症候群と診断された。大田原症候群に関する遺伝子検査は陰性であった。分娩後に発症した大田原症候群であるが、先天性の要因となり得る脳の形態異常や遺伝子異常は認められず、分娩と無関係に発症したことが明らかとは言えないため、除外基準には該当しないと判断された。
		事例⑫	在胎週数39週、出生体重3,400g、仮死なく出生。3歳時の診断において、つかまり立ちが可能とされていたが、これは上肢の力で代償していると考えられること、また交互運動を伴う四つ這いが不可能であることから、将来の実用的な歩行獲得の可能性は低いと判断された。

個別審査(在胎週数28週以上で所定の低酸素状況)について

1	前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等、分娩時の具体的なエピソードがない場合でも、補償対象となる可能性がある。	事例⑭	在胎週数32週、出生体重1,800g。胎動減少の自覚あり、胎児心拍数モニタおよびエコー所見よりNRFSと診断され緊急帝王切開となった。新生児仮死を認めた。補償対象基準の二(二)に記載されている前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等の具体的なエピソードはなかったが、胎児心拍数モニタでは、心拍数基線細変動の消失および子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈を認め、基準に該当すると判断された。
2	<p>分娩中の低酸素状況を証明するデータがない場合でも、以下の①～③をすべて満たしていると判断できる場合は、補償対象となる可能性がある。</p> <p>①緊急性に照らして考えると、データが取れなかったことにやむを得ない合理的な理由がある。</p> <p>②診療録等から、低酸素状態が生じていたことが明らかであると考えられる。</p> <p>③もしデータがあれば、明らかに基準を満たしていたと考えられる。</p>	事例⑮	在胎週数31週、出生体重1,700g。自宅にて分娩が急速に進行し、救急車を要請した。救急隊が医師の電話による指示のもと介助を行い(分娩機関管理下)、児を娩出した。胎児心拍数モニタは施行できず、臍帯動脈血採取もできなかった。分娩機関に提出された消防署長名の文書によると、現場での活動として、「口腔および鼻腔の吸引、臍帯結紮、臍帯切斷等を電話による医師の指示の基に実施する」との記載があり、また新生児の観察として、「心拍触知不能、自発呼吸なし、筋緊張なし(全身)、刺激(吸引時)に対する反射興奮性なし、顔色チアノーゼ、アプガースコア0点を確認する」との記載があった。この文書等をもとに審査したところ、分娩中に所定の低酸素状況が生じていたことは明らかであり、基準に該当すると判断された。
		事例⑯	在胎週数32週、出生体重1,600g、ドプラによる徐脈確認後、ただちに緊急帝王切開となった。新生児仮死を認めた。胎児心拍数モニタは施行できず、臍帯動脈血のpH値は7.1以上であったが、胎盤の病理検査結果等から常位胎盤早期剥離と診断されており、またアプガースコアからは重度仮死であり、吸引やバッグ・マスク、気管挿管等の蘇生に対する反応が悪かった。頭部画像においても低酸素状況を示す所見を認めたこと等から、分娩中に所定の低酸素状況が生じていたことは明らかであり、基準に該当すると判断された。
3	補償対象基準に該当する胎児心拍数パターンは認められない場合でも、分娩中の低酸素状況が生じていたことが明らかと判断される場合、補償対象となる可能性がある。	事例⑰	在胎週数33週、出生体重1,800g、母体の脳出血による心肺停止後約2時間に緊急帝王切開で出生。新生児仮死を認めた。心肺停止時にドプラにて確認した胎児心拍数は60bpm程度であった。臍帯動脈血pH値は7.1以上であり、母体心拍再開後、帝王切開前の胎児心拍数モニタでは心拍数基線細変動の消失は認めるものの、補償対象基準二(二)に該当する胎児心拍数パターンは認められなかったが、母体入院時の血液ガス分析値では強いアシドーシスを認めたことから、胎児への影響も考えられるとして補償申請された。 分娩前の胎児心拍数モニタの所見は基準を満たしていないが、母体の心肺停止により胎児は低酸素血症、酸血症に陥っていたと考えられ、母体心肺停止時にドプラで確認された徐脈を胎児心拍数モニタにて記録できていたら、心拍数基線細変動の消失を伴う持続する徐脈であった可能性が極めて高いと考えられることから、基準に該当すると判断された。
4	PVLがあっても、臍帯動脈血pH値または胎児心拍数モニタの所見が基準に該当すれば、補償対象となる可能性がある。	事例⑱	在胎週数30週、出生体重1,200g、常位胎盤早期剥離の診断にて緊急帝王切開で出生。新生児仮死を認めた。生後2ヶ月の頭部MRIにてPVLを認めた。臍帯動脈血pH値は7.1未満であり、補償対象基準に該当すると判断された。

重要

平成 25 年 12 月 吉日

会員各位

公益社団法人 日本助産師会
会長 岡本 喜代子

産科医療補償制度 補償申請漏れ防止に向けたお願い

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は本会の事業運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、「産科医療補償制度」の補償申請期限は児の満5歳の誕生日までであり、補償対象と考えられる脳性麻痺児が、満5歳の誕生日を過ぎたために補償を受けられなくなる事態は、何とすることも防がなくてはなりません。

会員の皆様には以下の点について改めてご留意くださいますようお願い申し上げます。

■満5歳の誕生日を過ぎてからの補償申請は受付できません。

平成21年生まれの児は、平成26年1月より順次補償申請期限を迎えることとなります。例えば平成21年1月1日生まれの児は平成26年1月1日が申請期限となります。満5歳の誕生日を過ぎてからの補償申請は受け付けることができないため、平成21年1月生まれの児については、早急に補償申請手続きを行っていただく必要があります。

■今一度、「参考事例」、「補償対象の範囲と考え方」をご確認ください。

本年9月に会員の皆様へ「産科医療補償制度 補償対象となった参考事例」を当会より送付しましたが、この中では「分娩中の異常や出生時に仮死がない場合でも補償対象となった」、「先天性や新生児期の要因がある場合でも補償対象となった」という事例など、補償対象外と思われるような事例でも補償対象となっているケースがあることが紹介されています。「産科医療補償制度 補償対象となった参考事例」は当会の会員専用ホームページにも掲載しています。

また、産科医療補償制度ホームページにおいて、補償対象基準や対象とならない基準（除外基準）等を記載した「補償対象の範囲と考え方」が紹介されています。

会員の皆様におかれましては、あらためて「参考事例」および「補償対象の範囲と考え方」をご確認ください。

■申請漏れが生じないように丁寧な対応と確認の徹底をお願いします。

万一、「分娩中の異常や仮死がないと補償対象とならない」、「先天性や新生児期の要因があると補償対象とならない」、「満5歳の誕生日を過ぎても補償申請の受付はできる」といった説明を行ったことにより申請漏れが生じた場合には、脳性麻痺児とその家族が補償を受けられなくなるだけではなく、その家族との間でトラブルとなる可能性があります。

実際にこのような説明を行っていたケースがありましたので、申請について相談を受けた場合は早計に判断せず確認の徹底をお願いします。

なお、現在制度の見直しに関する議論が行われており、補償対象基準等が変更となる可能性があります。変更後の基準等は平成27年1月以降に出生した児に対して適用されますので、ご注意ください。

■不明点等があれば制度専用コールセンターまで連絡してください。

補償申請漏れを防止するために、補償対象と考えられる児がおられましたら、補償申請をぜひおすすめください。また「このようなケースは補償対象となるのか」といった疑問や、補償対象となる範囲の詳細および具体的な手続きなどに関する不明点等がありましたら、産科医療補償制度ホームページをご覧ください。どうか、産科医療補償制度専用コールセンターへご相談ください。

なお、以下の資料を同封させていただきます。

- ・産科医療補償制度 補償対象となった参考事例
- ・産科医療補償制度 重症度に関する参考事例
- ・補償対象の範囲と考え方

敬具

産科医療補償制度専用コールセンター

フリーダイヤル 0120-330-637 受付時間：午前9時～午後5時（土日祝除く）

産科医療補償制度ホームページ

産科医療補償制度

検索

<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>

産科医療補償制度 重症度に関する参考事例

(平成25年8月12日発行『補償対象となった参考事例』追補版)

補償申請期限まであと1ヶ月を切りました

(※制度が開始した平成21年1月初旬に生まれた児の場合)

脳性麻痺児の保護者が分娩機関に対して補償申請できる期間は、児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです(極めて重症で診断が可能な場合は生後6ヶ月以降から)。

産科医療補償制度が始まった平成21年1月に生まれた児の場合、補償申請期限まであと1ヶ月を切りました。

補償対象者数の推計値の年間481人に対し、現時点(平成25年11月末)での平成21年生まれの補償対象者数は235人に留まっています。運営組織が把握している申請準備中の人数を含めても、いまだ補償対象と認定される可能性のある児が申請されないまま残っているものと考えられます。

皆さまの身近に補償対象と認定される 可能性のある児はいませんか？



次のようなケースでも、条件を満たせば補償対象となる可能性があります。
念のためもう一度ご確認ください。

- ◎ 分娩中の異常や出生時の仮死がなかった
- ◎ 出生後に呼吸停止を起こして低酸素状況に陥った
- ◎ 母体や児の処置に緊急性を要し、低酸素状況を証明するデータを取ることができなかった
- ◎ 染色体異常がある
- ◎ 何らかの先天異常が疑われている(確定診断がついていない)
- ◎ 出生後に発症した感染症がある
- ◎ 介助や補装具があれば歩くことができる

本制度は、「分娩に係る医療事故」による重度脳性麻痺を補償対象としていますが、「出生時に仮死がある場合」や「産科管理に過失がある場合」を補償対象の要件としていたわけではありません。

実際には過失があるか否かの判断は難しいことから、本制度は、過失の有無を問いません。また、個別の事案ごとに「分娩に関連した」かどうかを審査するのではなく、「補償約款に示される基準に該当するか否か」について審査し、該当する場合に、それをもって「分娩に関連した」と判断することとして、補償対象と認定しています。そのため、補償対象となることは、分娩に問題があったということではありません。

本年8月にも『補償対象となった参考事例』をご案内しましたが、本制度の補償対象となる基準について理解をより深めていただくため、今回は重症度の考え方について、補償対象となった参考事例、補償対象外となった参考事例を追加でご紹介します。

参考事例

●「補償対象」となった事例

	ご留意いただきたい事項	事例No.	参考事例
1	2歳時点において一人で坐位姿勢の保持が可能であっても、総合的に判断し、将来の実用的歩行獲得が困難と考えられる場合は、補償対象となる可能性がある。	事例①	2歳時の診断において、ずり這いでの前方への移動、つかまり立ちは可能であるが、坐位保持は不可能であり、日常生活には全面的な介助を要する。体幹機能が悪く、長坐位は不可能。将来の実用的歩行獲得が困難と判断され、補償対象と判定された。
		事例②	2歳時の診断において、関節拘縮は認めないが、下肢は尖足傾向。自力での体位変換は不可であるが、坐位にさせると坐っていられるようになってきている。生活はほぼ全介助を要する。寝返り不可、下肢に尖足、筋緊張亢進を認めることから、将来の実用的歩行獲得が困難と判断され、補償対象と判定された。
2	3歳時点において四つ這い、あるいは床から立ち上がって立位になることが可能であっても、活動状況を撮影した動画も含め総合的に判断し、将来の実用的歩行獲得が困難と考えられる場合は、補償対象となる可能性がある。	事例③	3歳時の診断において、介助があれば階段を上がれるとの診断であったが、診断書とともに提出された動画の活動状況からは下肢関節の障害程度が強く、将来の実用的歩行獲得が困難と判断され、補償対象と判定された。
		事例④	3歳時の診断において、交互性のある四つ這いが不可能であることから、将来の実用的歩行獲得は困難であると判断されたこと、また左上肢の機能は全廃ではないものの補助的に使うことも困難であると判断されたことから重症度の基準を満たすと判断され、補償対象と判定された。

●「補償対象外（再申請可能）」※となった事例 ※次ページ下参照

3	補償申請の時点で、将来の障害程度の判定が困難と判断される場合は、補償対象外（再申請可能）となる可能性がある。	事例⑤	2歳時の診断において、姿勢異常、関節拘縮を認めた。割り坐による独坐可能、這い這いにはならず、上肢運動は左右差を認める（右<左）。物によっては、持ち替えが可能。現時点では将来の運動障害の程度の予測が困難であり、診断時期尚早と判断され、補償対象外（再申請可能）と判定された。再申請可能年齢は4歳0ヶ月以降とされた。
		事例⑥	3歳時の診断において、坐位を獲得できていることや交互の四つ這いが可能であることから、将来の実用的歩行獲得の可能性が考えられるものの、現時点では診断時期尚早と判断され、補償対象外（再申請可能）と判定された。再申請可能年齢は4歳6ヶ月以降とされた。
4	3歳以降の上肢障害のみでの補償申請であっても、麻痺部位等との総合判断により、障害程度の判定が困難と判断される場合は、補償対象外（再申請可能）となる可能性がある。	事例⑦	3歳時の診断において、実用的歩行が可能であることから、下肢・体幹機能については補償対象外と判断された。上肢機能については片麻痺であり、現時点では将来の障害程度の予測が難しいことから診断時期尚早と判断され、補償対象外（再申請可能）と判定された。再申請可能年齢は4歳0ヶ月以降とされた。
5	3歳以降の低緊張型の補償申請であっても、合併症等との総合判断により、障害程度の判定が困難と判断される場合は、補償対象外（再申請可能）となる可能性がある。	事例⑧	3歳時の診断において、低緊張型、坐位不可能との診断であったが、重度知的障害を伴う精神運動発達遅滞と考えられた。今後の精神発達とともに動作・活動の状況の改善が見込まれることから、現時点で障害程度の判定が困難なため補償対象外（再申請可能）と判定された。再申請可能年齢は4歳6ヶ月以降とされた。

●再申請の結果、「補償対象」となった事例

6	補償対象外（再申請可能）と判定され、適切な時期に再申請された時点で、将来の実用的歩行獲得が困難と考えられる場合は、補償対象となる。	事例⑨	2歳時の診断において、アテトーゼ型で知的障害を伴うタイプであると考えられ、坐位の状況からは不随意運動があり体幹のコントロールが悪い状態、下肢の交互性の動きが取れている可能性もあるが、判断が難しかった。小さなものをつまむ動作ができず上肢障害もあると考えられた。その時点では将来の実用的歩行獲得および上肢障害の判断が困難であり、補償対象外（再申請可能）と判定された。3歳時の再申請では、提出された診断書・動画より、四つ這いはスムーズであるが、立位のバランスが悪く下肢の運動パターンが不良なことなどから、将来の実用的歩行獲得が困難と判断され、補償対象と判定された。
		事例⑩	2歳時の診断において、割り坐による独坐可能。上肢運動に関して、左右差あり。物によっては、持ち替えが可能な診断。その時点では身体障害者障害程度等級1級または2級相当の重度脳性麻痺とは判断できないため、補償対象外（再申請可能）と判定された。4歳時の再申請では、独坐は可能。四つ這い、立位は不可。上肢はほぼ片手のみ使用。使用できる片手も、積み木は積めるが、スプーンでご飯をすくうことができない状態。前回の補償申請時点から運動機能の発達がほとんど見られていないとの診断結果や、動画で確認できる運動の状態を総合的に判断し、将来の実用的歩行獲得は困難であると判断され、補償対象と判定された。
		事例⑪	1歳時の診断において、腹臥位で頭部を挙上できる（3秒以上）の診断。体幹のジストニアや痙性の影響も考慮し、動画の提出を追加依頼し確認したが、その時点では将来の運動発達の予測が困難と判断され、補償対象外（再申請可能）と判定された。4歳時の再申請では、つかまり立ち、伝い歩きまで可能となったが、実用的な移動は四つ這いと寝返り。動画より、伝い歩きは不安定であり、頸部は後屈していることが多い。歩行器を使用して、不安定な歩行の状態であると判断され、補償対象と判定された。

●「補償対象外」となった事例

7	補償申請の時点で、将来の実用的歩行獲得の可能性が高いと考えられる場合は、補償対象外となる可能性がある。	事例⑫	3歳時の診断において、三肢麻痺の診断。坐位から立位可、独歩可であるが、片足を引きずりながらの歩行。早歩きは可能であるが、走行不可の状態。片上肢は軽い物を持つことができ、補助的に使用することも可能であるとの診断。提出された動画からも、装具を使用しないで歩行が可能であり、将来の実用的歩行獲得の可能性が高く、また片上肢の運動障害も身体障害者障害程度等級4～5級相当と判断され、補償対象外と判定された。
		事例⑬	4歳時の診断において、痙直型片麻痺で、本制度の定める障害程度等級表に該当する項目なしとの診断。歩行時、片踵が浮き、歩行時には片上肢が屈曲位になる。上肢運動は左右差なく、日常生活動作は年齢相当の介助のみ要す。片上肢の障害程度は、診断書所見よりも重症である可能性はあるものの、身体障害者障害程度等級1級または2級相当の重度脳性麻痺には該当しないと判断され、補償対象外と判定された。

「補償対象外（再申請可能）」とは？

審査を行った結果、その時点では補償対象とならないものの、将来所定の要件を満たして再申請されて、改めて審査を行い補償対象と認定できる可能性がある場合、「補償対象外（再申請可能）」という判定になります。例えば、審査の時点では、身体障害者障害程度等級1級または2級相当の重度脳性麻痺に該当すると判断できないものの、一定の期間が経過すれば判断ができると考えられる場合は、再申請にあたって再度診断を受ける適切な時期についてお伝えします。

一方、審査の時点で基準を満たさないと判断した場合は、「補償対象外」となります。

■産科医療補償制度における「重症度」に関する考え方■

本制度では、身体障害者手帳の障害程度等級そのものによる判定は行わず、早期に正確な診断を行うために独自に専用診断書および判断基準を定めており、重度の運動障害については、「下肢・体幹」と「上肢」それぞれの障害の程度によって基準を満たすか否かを総合的に判断することとしています。

<下肢・体幹に関する判断目安>

将来実用的な歩行*が不可能と考えられるか否か ※補装具や歩行補助具（杖、歩行器）を使用しない状態で、立ち上がって、立位保持ができ、10メートル以上つかまらずに歩行し、さらに静止することをすべてひとりのできる状態のこと

年齢	補償対象とならない可能性が高い児の状態
6ヶ月から1歳未満	重力に抗して頸部のコントロールができる
1歳から1歳6ヶ月未満	寝返りを含めて、体幹を動かすことができる
1歳6ヶ月から3歳未満	一人で坐位姿勢が保持できる
3歳から4歳未満	床から立ち上がって立位になる、あるいは四つ這い等の移動が可能である
4歳から5歳未満	安定した歩行ができる

<上肢に関する判断目安> *上肢の診断のみで補償申請を行う場合は、3歳以降の診断が必要

一上肢（片腕）のみの障害では機能が全廃*しているか否か ※すべての機能が使えない状態のこと
 両上肢（両腕）の障害では握る程度の簡単な動き以外が不可能か否か

障害のある上肢	補償対象とならない可能性が高い児の状態
一上肢	障害側で、診断書6頁に示す項目の動作・活動が1つでも可能である
両上肢	原則的に、自分の意思で物をつかみ、動かすことができる



実用的歩行が可能であっても、上肢の著しい障害があれば、総合的に判断して補償対象となる可能性があります。

[お問い合わせ] 産科医療補償制度専用コールセンター
 フリーダイヤル **0120-330-637** 午前9時～午後5時（土日祝除く）

[ホームページ] [産科医療補償制度](http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/) <http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>

平成 25 年 11 月末日

〇〇協議会
 会員施設 施設長 様

公益財団法人日本医療機能評価機構
 理事・産科医療補償制度事業管理者
 上田 茂

《産科医療補償制度》
 補償申請の促進について（御礼およびお願い）
 ー 申請期限まであと1ヶ月です ー

平素は産科医療補償制度の運営につきまして、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

本制度の周知にあたりましては、先般送付させていただきました「〇〇施設を通じた補償申請の促進について（お願い）」により、本制度の補償申請期限等について脳性麻痺児の保護者の方にご案内いただき、誠に感謝申し上げます。

おかげさまで、本制度に関するお問い合わせや補償申請書類の請求が大幅に増加しており、本制度が開始した平成 21 年生まれの児の 10 月末時点の補償申請者数（既に補償対象となった人数および現在補償申請の準備を行っている人数）は、427 人となっております。

本制度の見直しの検討にあたり「医学的調査専門委員会」において現行制度の補償対象者数の推計を行ったところ、推計値は年間 481 人（推定区間：340～623 人）とされており、皆様のご協力により推定区間内の件数が見込める状況になったものと考えております。

一方、本制度の補償申請期限は満 5 歳の誕生日までであり、平成 21 年 1 月生まれの児については、補償申請期限まであと 1 ヶ月となっております。補償対象と考えられる児が、補償申請期限を過ぎたために補償が受けられない事態が生じることがないように、今一度、平成 21 年生まれの脳性麻痺児の保護者の方に、同封しましたチラシをお渡しいただくなど申請の促進をお願いできれば幸いに存じます。

引き続き、本制度の運営にご支援賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

お問合せ先

公益財団法人日本医療機能評価機構
 産科医療補償制度運営部（担当：〇〇、〇〇）
 Tel：03-5217-2357

平成 25 年 11 月 13 日
読売新聞 朝刊・夕刊

脳性まひ支援より厚く

産科医療補償制度

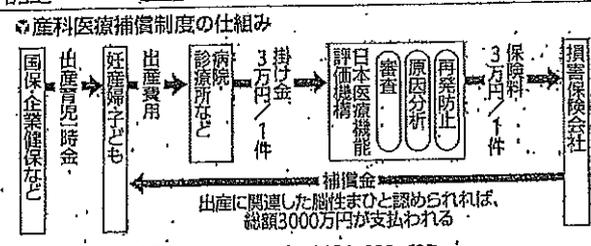
出産に関連して発症した脳性まひの原因を調査することでも、重度の脳性まひ児を経済支援する「産科医療補償制度」がスタートして5年。最初の制度見直しが議論されている。医師と患者の信頼関係を保つ意義ある仕組みとして、さらに前進させるべきだ。



委員 風高 芳昭

産科医療補償制度とは、健康保険が妊婦に支給する出産育児一時金のうち3万円を掛け金として、「日本医療機能評価機構」が民間

の保険会社と契約を結び、重度の脳性まひになった子どもに総額3000万円を補償する仕組みだ。先天性の場合などを除き、医療機関に過失があったかどうかに関係なく補償される。一方で脳性まひを発症した原因の調査も行い、再発防止の取り組みを生かす。



出産に関連した脳性まひと認められれば、総額3000万円が支払われる

相談専用電話番号(フリーダイヤル) 0120-330-637
制度のホームページアドレス <http://www.senka-hp.jp/qhco.or.jp/>
掛け金は国保を運営する市町村や企業の健

保額などが、出産育児一時金を以前より3万円増額する形で負担している。健保を介して全国民が関与する公的制度でありながら民間保険の枠組みを用いるという、いわば第3セクター方式だ。行政が直接携わる形では特定の障害や病気のみに支援する制度は作り難く、根拠となる法律の整備にも時間がかかるため、こ

の方式を採った。それ自体は先駆的な試みとして評価できよう。現実、産科に対する医療訴訟は減少しつつある。ただし3セク方式であるがゆえに、発症時から予定されていた「5年目の制度見直し」の議論がやや難航している。悩ましいのは、補償対象となる脳性まひ児の数が、現時点で予想より

かなり少ないことだ。5年前、脳性まひの発症データが十分でない状況で制度創設が急がれる中、補償対象となる子は年8000人と推計された。ところが保険契約条件の申請期限(満5歳の誕生日前日)99年生まれを見ると、申請準備中を含めても427人しかなかったことが判明している。掛け金を負担する企業健

保などは「保険設計時の見通しが過大だった。掛け金の額を引き下げるべきだ」としている。保険契約の見直しなのだから、うなずける主張だ。しかし、医療の信頼を守るための公的制度の面を重視すれば、掛け金は現状維持し、むしろ脳性まひ児への支援策を拡充する方が建設的ではないか。制度はまだ確立しなかった段階であり、当面は縮小より発症の方向で見直しを進めるべきだろう。

もう一つ問題なのは、申請数が予想を下回っている原因が、制度の周知不足にあることだ。創設から丸5年となる年明け以降、知

ちぎりに満5歳の目を迎える脳性まひ児のケースが生じるかもしれない。「申請は5歳の誕生日まで」という民間保険の契約条件を延長するのは難しい。早い子はあともうすぐで申請期限が切れるのだ。制度を運営する日本医療機能評価機構は、専用の相談電話番号や説明ホームページ、図を設けている。脳性まひ児の家族は必ず一度、問い合わせしてほしい。救われるべき事例をすべ

参考資料7

**産科医療補償制度の申請期限は
5歳の誕生日まで**

（平成21年1月生まれのお子様は
あと1か月で申請期限を迎えます。）

○脳性まひのお子様とご家族を支援する
制度です。

○基準を満たすと補償金が受けられます。

産科医療補償制度運営組織
公益財団法人 日本医療機能評価機構

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 (平日9時～17時)
詳しくは、産科医療補償制度 検索

11月20日 読売新聞

**産科医療補償制度の申請期限は
満5歳の誕生日まで**

（平成21年1月生まれのお子様は
あと1ヶ月で申請期限を迎えます。）

○脳性まひのお子様とご家族を支援する
制度です。

○基準を満たすと補償金が受けられます。

産科医療補償制度運営組織
公益財団法人 日本医療機能評価機構

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 (平日9時～17時)
詳しくは、産科医療補償制度 検索

11月21日 朝日新聞

**産科医療補償制度の申請期限は
満5歳の誕生日まで**

（平成21年1月生まれのお子様は
あと1ヶ月で申請期限を迎えます。）

○脳性まひのお子様とご家族を支援する
制度です。

○基準を満たすと補償金が受けられます。

産科医療補償制度運営組織
公益財団法人 日本医療機能評価機構

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 (平日9時～17時)
詳しくは、産科医療補償制度 検索

11月22日 毎日新聞
11月20日 北海道新聞

**産科医療補償制度の
申請期限は
満5歳の誕生日まで**

（平成21年1月生まれのお子様は
あと1ヶ月で申請期限を迎えます。）

○脳性まひのお子様と
ご家族を支援する制度です。

○基準を満たすと
補償金が受けられます。

産科医療補償制度運営組織
公益財団法人 日本医療機能評価機構

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 (平日9時～17時) 詳しくは、産科医療補償制度 検索

11月20日 日本経済新聞

**産科医療補償制度の申請期限は
満5歳の誕生日まで**

（平成21年1月生まれのお子様は
あと1ヶ月で申請期限を迎えます。）

○脳性まひのお子様とご家族を支援する
制度です。

○基準を満たすと補償金が受けられます。

産科医療補償制度運営組織
公益財団法人 日本医療機能評価機構

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 (平日9時～17時)
詳しくは、産科医療補償制度 検索

811月19日 産経新聞

**産科医療補償制度の申請期限は
満5歳の誕生日まで**

（平成21年1月生まれのお子様は
あと1ヶ月で申請期限を迎えます。）

○脳性まひのお子様とご家族を支援する
制度です。

○基準を満たすと補償金が受けられます。

産科医療補償制度運営組織
公益財団法人 日本医療機能評価機構

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 (平日9時～17時)
詳しくは、産科医療補償制度 検索

11月20日 中日・東京新聞
11月20日 西日本新聞
11月20日～26日 地方紙8誌



+You 検索 画像 地図 Play YouTube ニュース Gmail もっと見る ▾

ログイン

Google

脳性麻痺



ウェブ 画像 地図 ショッピング もっと見る ▾ 検索ツール

約 879,000 件 (0.14 秒)

脳性麻痺に関連した広告

広告

[産科医療補償制度のご案内 - sanko-hp.jcqh.or.jp](http://sanka-hp.jcqh.or.jp)

[中国鍼で](#)

www.sanka-hp.jcqh.or.jp/ ▾ 0120-330-637

www.nann

脳性麻痺のお子様を支援する制度。申請期限は5歳の誕生日までです。

特殊な電気
30年脳性麻

[脳性麻痺 - Wikipedia](#)

中央区金

ja.wikipedia.org/wiki/脳性麻痺 ▾

03-5524

脳性麻痺(のうせいまひ、英: Cerebral palsy, CP)は、受精から生後4週までに何らかの原因で受けた脳の損傷によって引き起こされる運動機能の障害をさす ... 脳性 麻痺の原因は脳障害の病因発生の時期に応じて、胎生期・周産期・出生後に分けられる。

[小学生対](#)

概要 - 原因 - 対策 - 分類

www.tokyc

脳性まひや
療育の新規

[脳性麻痺 の画像検索結果 - 画像を報告](#)

82

参考資料8