

第2回「産科医療補償制度運営委員会」次第

日時：平成20年12月17日（水）
午後3時00分～5時00分
場所：評価機構 大会議室

1. 開 会

2. 議 事

1) 第1回運営委員会

- (1) 第1回運営委員会の主な意見
- (2) 第1回運営委員会での意見に関連する事項

2) 産科医療補償制度の動向について

- (1) 加入状況について
- (2) 第1回運営委員会以降の産科医療補償制度に関連した動向について

3) 審査、原因分析、再発防止について

- (1) 審査について
- (2) 原因分析について
- (3) 再発防止について

4) 運営経費について

5) そ の 他

3. 閉 会

1) 第1回運営委員会

(1) 第1回運営委員会の主な意見

1. 制度の経緯、概要並びに運営体制について

- 親の虐待で児が死亡した場合、親が離婚した場合、養子縁組した場合などの補償金の受給権者について、予め整理しておく必要がある。
- ①児が死亡した場合の請求権者、②補償申請者が誰に対して不服申立を行うのか、③誰が求償するのか、以上3点について制度開始前に法的に整理しておくべき。
- 制度見直しの際には、補償金額を抑えるなどにより、補償対象を広げることについて検討してほしい。
- 審査委員会と異議審査委員会での異なった場合の結論の調整など、それぞれの委員会の関係、位置づけについて予め整理しておく必要がある。
- 審査体制について、適切に診断するために、各地域における専門医の確保が重要であり、複数の診断医による診断を行うのかなどを検討するべき。
- 制度の周知並びに傍聴者以外の方が情報取得できるよう、運営委員会の資料と議事録は、準備委員会と同様ホームページにおいて公開するべき。また、他の委員会についても、透明性の確保の観点から、個人情報に十分配慮等したうえで情報公開することが望ましい。

2. 当面の主な課題について

①診断基準作成

- 診断書作成段階が補償可否を決定する重大な要素であり、制度発足後混乱しないよう、各地域において重症度等を適切に診断出来る医師を予めリストアップするなどの体制構築が重要。

②原因分析

- 原因分析については医学的に分析を行い、その結果問題があればその旨報告書に記載するべきだが、遡及的ではなく、その時点でどうするべきだったかという視点で分析することが今後の再発防止や産科医療の質の向上という点で重要である。
- 従来、事実経過の認識相違が紛争の原因となっていた傾向があり、制度開始を機に、事実経過の適切な記載が重要であることを周知、徹底してほしい。
- 原因分析結果の報告書について、例えば医学的に論争があることや、複数の考え方があることなど、患者の立場の方が素朴に疑問に思うことについても紹介することが納得感のある報告書になると考える。また、このような疑問は法的評価の前提として弁護士が着眼することとも一致するため、報告書

を作成する原因分析委員会に法律家を入れてほしい。

- 原因分析結果の報告書について、妊産婦を主とした一般国民の目線でわかりやすく、信頼できるものにしてほしい。
- 患者の立場の方が納得感を得られる報告書にするために、専門用語をわかりやすく翻訳する役割を果たせる方を原因分析委員会の委員に加えてほしい。
- 原因分析結果の報告書について、わかりやすくすることも必要だが、簡単にするのではなく、必要な部分では専門用語を用いるなど適切で十分な情報の掲載は必要である。

③普及啓発

- 普及啓発にあたっては、本制度で補償対象とならない脳性麻痺の児及び家族に対して誤解されるようなことが無いよう、表現等に留意すべき。
- 本制度の補償対象とならない事例に対しても、医療機関として防ぐことが出来なかったということをきちんと説明するべきであり、このような適切な対応を行うことの重要性を本制度においても医療機関に促すべき。
- 臨床を行う産科医等の間では、本制度と医療関連死とが混同されているケースがあり、制度周知に当たってはこの点についても留意が必要である。

3. 上記以外の主な意見

- 民間保険の活用にあたり、制度が破綻しないように、まずは加入率を高めることが重要である。また、20年もの間補償金を支払い続けることから、継続性のリスクヘッジが必要であり、複数の保険会社による引受が望ましい。
- 標準補償約款第3条の「当院の管理下における分娩」について、当院に到着する前の分娩はどうなるのか。善意で緊急搬送を引き受けた救急病院が対応に困らないように具体的なケースを整理すべき。

(2) 第1回運営委員会での意見に関連する事項

1. 児が死亡した場合等の補償金の請求権

- 本制度における補償金の受給権者は児であり、児の保護者（親権者又は未成年後見人）が児の法定代理人として補償請求を行う。
- 親が離婚した場合は親権のある親が、養子縁組の場合は養親に親権が移るため養親が補償請求者となる（受給権者が児であることは変わらない）。
- 児が死亡した場合の補償金の受給権は、民法の規定に基づき法定相続人に相続される。なお、民法で規定される相続人の欠格事由や推定相続人の廃除に該当し相続権を失うことが決定された場合には、その決定に従う。

2. 補償申請者が不服申立を行う相手

- 「3) 審査、原因分析、再発防止について」に記載の通り、不服申立の相手は運営組織となり、不服申立の結果にも不服がある場合は、関係法令による対応（裁判等）によることとなる。

3. 求償（調整）の主体

- 本制度において調整の要否に係る判断を行うのは、原因分析委員会及び調整委員会が設置される運営組織であり、調整の主体は運営組織と考えている。重過失案件に対し分娩機関が補償金の返還に応じない場合の法的対応も運営組織が主体となって行うことを想定しているが、具体的な対応は本制度引受保険会社と検討していく。

4. 当院の管理下の分娩

- 管理下とは、分娩機関が自らの医学的管理の下に分娩を取り扱った場合を指し、複数の分娩機関が管理する場合は、基本的に（分娩取扱いの対価である）分娩料を徴収する分娩機関の管理下にあるものとして補償されるものと考えられる。
- ただし、自宅や緊急搬送中の分娩等については、関与する分娩機関、娩出時の状況等に従い、児の不利益とならないよう、個別に検討を行って決定する。

2) 産科医療補償制度の動向について

(1) 加入状況について

平成20年12月16日現在

区 分	分娩機関数	加入分娩機関数	加入率 (%)
病 院	1, 190	1, 188	99.8
診 療 所	1, 655	1, 632	98.6
助 産 所	424	401	94.6
合 計	3, 269	3, 221	98.5

注) 分娩機関数について

病院・診療所・・・平成20年12月16日現在、日本産婦人科医会調査数
助産所・・・平成20年12月16日現在、日本助産師会調査数

(2) 第1回運営委員会以降の産科医療補償制度に関連した動向について

1. 社会保障審議会医療保険部会 (9月12日)

本制度発足と同時に21年1月より出産育児一時金を引き上げる(35万円→38万円:掛金相当額の3万円の範囲)ことが審議され了承された。

上述を踏まえ、12月12日までに政省令が改正(公布)された。あわせて、生活保護制度における出産扶助並びに入院助産制度においても同様の対応がなされるよう、国から地方自治体等に対し、通知等発出される予定。

※参考資料

:「○ 平成20年12月5日

・健康保険法施行令等の一部を改正する政令の施行について」

「○ 平成20年12月12日

・健康保険法施行規則及び船員保険法施行規則の一部を改正する省令の施行について」

2. 医療情報の提供のあり方等に関する検討会 (9月26日)

医療機能に関する情報提供制度および医療広告における産科医療補償制度の取り扱いが審議され、次のことが了承された。(11月4日より)

○ 都道府県がホームページ等を通じて行う医療機能に関する情報提供の項目

に本制度の加入状況を追加すること

- 医療機関が広告できる項目に本制度加入を追加すること

※参考資料

：「○ 平成20年11月4日

- ・医療機能情報提供制度の実施に当たっての留意事項の改正について
- ・医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項の一部を改正する件
- ・「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」の改正について」

3. 中央社会保険医療協議会総会（11月5日）

ハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩管理加算の施設基準に、本制度への加入を算定条件に追加することが、①特例措置であること、②原因分析・再発防止の運営について中医協へ適宜報告することの2点の付帯条件をつけることでした。

※参考資料

：「○ 平成20年11月28日

- ・基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
- ・ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の算定要件の改正について」

4. 制度の周知・広報活動

- 機構より8月18日付けで都道府県等に対し、母子健康手帳交付時の制度紹介等についての協力依頼文書を発出した。更に、「全国保健師等ブロック研修会」においても協力依頼を実施。
- 8月以降、妊産婦向けの周知活動の一環として、本制度加入分娩機関に対して、本制度に加入していることを証するプレート加工した「加入証」を機構より送付。
- 10月以降、当機構ホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>) において制度を分かりやすく解説した妊産婦向けコンテンツや、都道府県別の本制度加入分娩機関一覧等を掲載。
- 11月下旬以降、政府広報として、新聞突き出し広告（以下参照）、政府広報オンライン及び女性誌等で本制度について紹介。更に、機構より妊産婦向け情報誌に対し、広告掲載（政府広報の転載）。
※別紙1・・・女性誌等への掲載イメージ
- 既に作成・配布しているリーフレットに加えて、妊産婦向けの制度紹介ビラを作成し、12月下旬に加入機関へ送付する予定。
※別紙2・・・妊産婦向け制度紹介ビラのイメージ
- その他



来年1月から

「産科医療補償制度」が始まります

厚生労働省

妊婦の皆様が安心して出産できるように、分娩機関が加入する制度です。加入機関でお産すると、万一、分娩時の何らかの理由により重度の脳性まひとなった赤ちゃんにご家族の経済的負担が和らぎます。

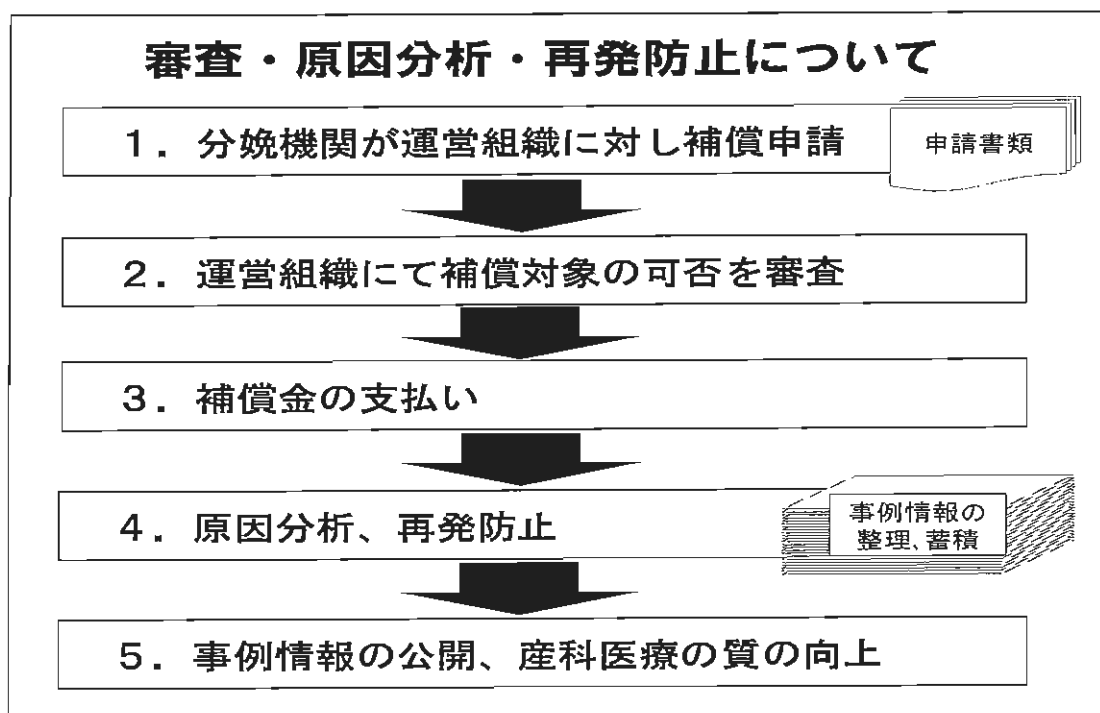
詳しくは、(財)日本医療機能評価機構HP

(<http://www.sanka-hp.jedhc.or.jp/>) をご覧ください。

- 11月25日 産経新聞
- 11月26日 朝日新聞
- 11月27日 北海道新聞、東京・中日新聞、西日本新聞
- 11月28日 読売新聞
- 11月30日 毎日新聞

3) 審査、原因分析、再発防止について

<審査・原因分析・再発防止の全体像>

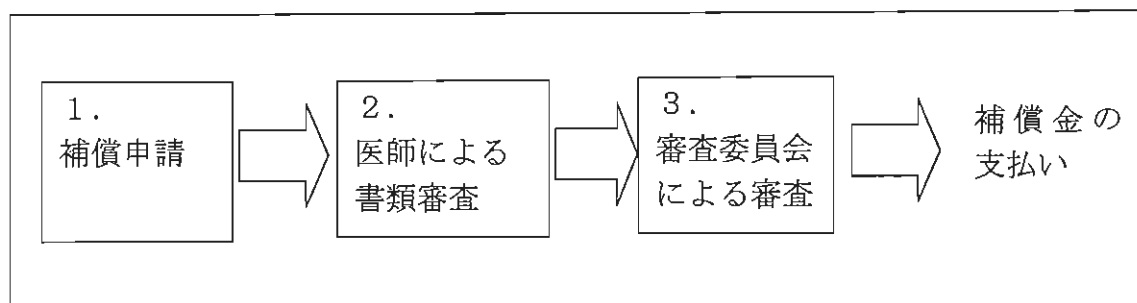


(1) 審査について

1. 基本的な考え方

- 審査の手順は、速やかな補償を目的として、効率的かつ適切な仕組みとする。
- 重度脳性麻痺の場合には、早期に診断ができるよう、専用の診断項目を設け、それに対応した専用の診断書を作成する。
- 補償請求者（児の家族等）が診断を受ける際の利便性等を考慮して、「診断協力医」の仕組みを設ける。

2. 審査の主な手順



①「1. 補償申請」に必要な書類は以下のとおり

補償請求者が準備する書類（標準補償約款 別表第二）

- 一 運営組織が別に定める補償認定依頼書
- 二 当院が交付する登録証の写し
- 三 児の脳性麻痺の障害等級の程度を証明する脳性麻痺に関する専門知識を有する医師の診断書
- 四 母子健康手帳の写し
- 五 一から四までのほか運営組織が必要と認めた書類

分娩機関が準備する書類（標準補償約款 別表第三）

- 一 運営組織が別に定める認定請求書
- 二 診療録又は助産録及び検査データの写し
- 三 出産証明書
- 四 別表第一の補償対象基準を満たすことを証明する書類
- 五 医師賠償責任保険又は助産所賠償責任保険の保険証券又は加入者証の写し
- 六 一から五までのほか運営組織が必要と認めた書類

②「2. 医師による書類審査」について

- 小児科医：診断書の記載内容を中心に審査を行う。相当程度の審査件数が想定されるため、評価機構に小児科医を数名確保する。
- 産科医：在胎週数28週以上であり、出生体重が2,000グラム以上かつ在胎週数33週以上の条件に該当しない場合に、心拍数の状況等が補償対象基準に該当するか否かの審査を行う。相当程度の審査件数が想定されるため、評価機構に産科医を数名確保する。

③「3. 審査委員会による審査」について

書類審査の結果を受けて、補償の可否を決定する。審査委員会は産科医、小児科医および学識経験者等10名程度で構成する。審査内容の特性上、委員会は非公開とする。

3. 診断書

生後6か月以降の乳幼児に対して、早期に正確な重症度や先天性の要因等の診断ができるよう、専用の診断項目を設け、それに対応した専用の診断書を作成する。なお、審査の結果補償対象外となるケースについては診断書料の一部負担を検討する。

※資料1・・・『産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会報告書』

4. 診断する医師

- 標準補償約款第二条において以下のとおり診断する医師を規定しているが、補償請求者がそれらの医師の診断を受ける際の利便性を図るために、あらかじめ該

当する医師に対して協力を募り、診断に協力する意向のある者を「診断協力医」として委嘱し、本制度のホームページ等で紹介する。

身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師又は日本小児神経学会の定める小児神経科専門医の認定を受けた医師

- 本制度の診断基準に従って診断を行うために、運営組織は診断協力医に対して、診断に係る研修や必要となる情報提供等を行う。
- 診断協力医については関係団体を通じた募集活動を行うこととし、地域的な偏在等に配慮するために可能な限り多くの医師への委嘱を目指す。
- 本制度では診断協力医以外の診断を除外するものではないが、出来る限り診断協力医の仕組みの普及に継続的に努める。

5. 審査結果に不服がある場合の対応

- 審査結果に不服がある場合、補償請求者は運営組織に対して再審査を申し出ることができる。
- 運営組織では産科医、小児科医および学識経験者等10名以内で構成する異議審査委員会において改めて審査を行うこととする。なお、審査委員会と異議審査委員会の委員は重複しない。
- 審査内容の特性上、委員会は非公開とする。
- 審査委員会と異議審査委員会の審査結果が異なった場合は、異議審査委員会の審査結果を優先することとする。なお、異議審査委員会の審査結果に不服があるケースに関しては、特段の不服対応の仕組みを設けないため、関係法令による対応となる。

(参考)

審査について「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」より

- 補償対象であるか否かは一元的に運営組織において審査する。
- 補償申請者は分娩機関であり、児（代理人を含む。）からの申請依頼にもとづいて、分娩機関が申請を行う。
- 申請にあたっては、児（代理人を含む。）が脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する小児科医から受け取った診断書や、分娩機関が作成する専用の申請書類等が速やかに提出される必要がある。
- 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か月以降においても申請可能とする。
- 脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する産科医、小児科医が申請書類にもとづき書類審査を行い、この結果を受けて、「審査委員会」で最終的に補償可否を決定する。
- 審査委員会は、審査件数に応じて毎月の定期的な開催を基本とする。審査委員会では書類審査において判断が困難であった事例を中心に審査を行う。委員会メンバーはこの分野に精通する産科医、小児科医、および学識経験者を中心に構成する。
- 審査内容に異議・不服がある場合の再審査等の要請に対応するための仕組みが必要である。

(2) 原因分析について

1. 基本的な考え方

- 分娩機関から提出された診療録・助産録等、および児・家族からの情報にもとづいて医学的な観点で分析し、発症した重度脳性麻痺の原因について、児・家族、および分娩機関の理解を深めるとともに、産科医療の質の向上を図ることを目的とする。
- 具体的には、十分な情報収集に努めるとともに、運営組織に原因分析委員会を設置し、原因分析委員会において周産期医療の専門家が中心となって事例を分析し、報告書を取りまとめ、児・家族と分娩機関へ報告する。
- 補償の対象となる者を年間800件程度と見込んだ場合、1か月約70件、1週間で17件程度の事例の原因分析を行う必要があることから、効率的な原因分析を行うために、原因分析委員会の中に分科会を設置する。

2. 情報収集

- 原因分析を適切に行うためには、分娩に係る診療内容等の記録の正確性が重要であり、かつ資料として忠実に提出される必要があることから、診療録・助産録等の記載事項について、制度開始前に分娩機関に十分に周知徹底する。また、必要に応じて診療録・助産録等の記載事項の見直しを行って、適切な資料が提出されるよう改善を図る。

※資料2・『産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録等の記載事項に関する検討会報告書』

- 児・家族からの情報収集については、医師から受けた説明および疑問に関する意見等があれば文書により情報提供するよう、審査結果の通知に合わせて案内し、補償金請求書類と合わせて提出することなどにより情報収集を行う。
- 原因分析のために必要と判断した場合には追加して情報収集を行う。
- 診療録等の記載内容が不十分なために原因分析が困難な場合は、報告書の中で記載内容が不十分であることを強く指摘し、該当する分娩機関及び医師、助産師に改善のための指導を実施する。

3. 原因分析委員会について

①委員会の構成

- 原因分析は、周産期医療の専門家が医学的な観点で事例を検証・分析することから、原因分析委員会の委員は、周産期医療の専門家である産科医、小児科医、助産師を中心とする。また、児・家族、国民等にとっても分かりやすく、信頼できる報告書の内容とするために、法律家、医療を受ける立場の有識者も委員に含め、あわせて15名程度で構成する。
- 審議を十分かつ効率的に行うために、原因分析委員会の分科会を設け、各分科会単位で医学的な観点で事例を検証・分析する。分科会単位の構成は、原因

分析委員会の一部の委員（3名程度）及び専門委員として産科医、助産師、法律家を加え、合計6名程度とする。また、1週間に17件程度の分析を行うことを想定し、概ね6つの分科会を設置する（1つの分科会で3件程度対応）。

②原因分析の手順

※P12の図1のとおり

4. その他

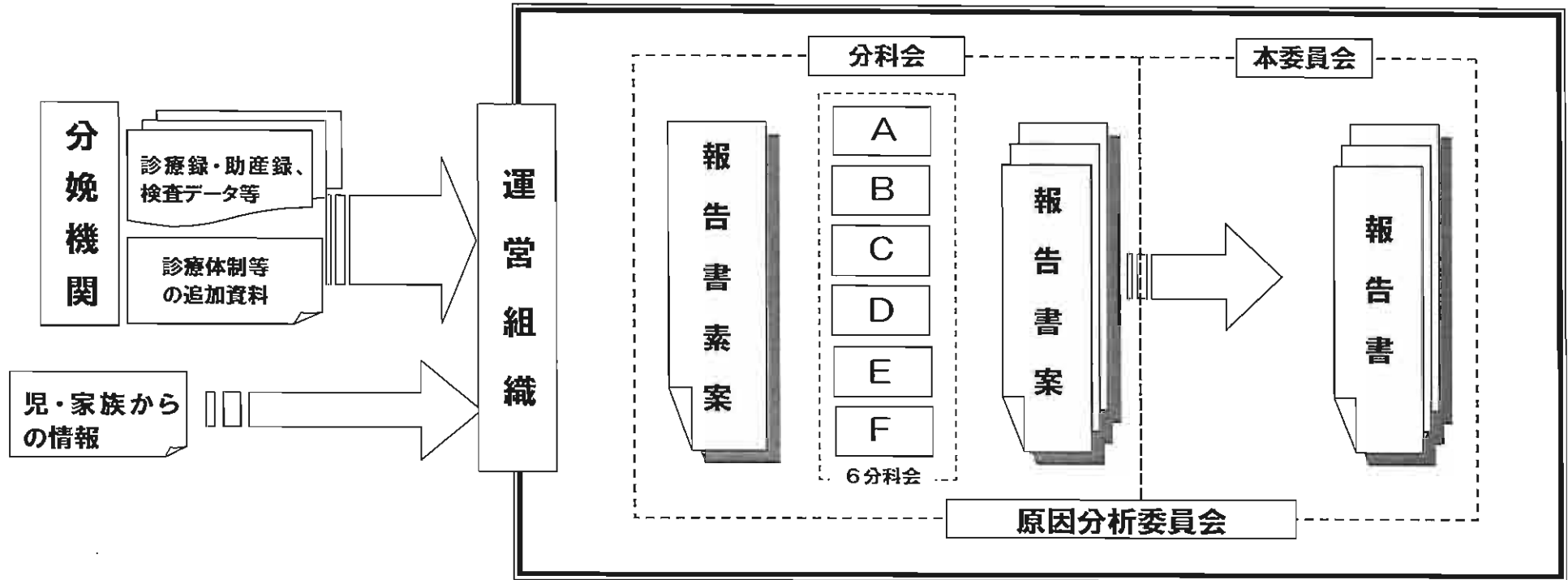
原因分析委員会で、医学的な観点から原因分析を行った結果、分娩機関に重大な過失が明らかであると思料されるケースについては、運営組織は医療訴訟に精通した弁護士等を委員とする調整委員会に諮って、法律的な観点から検討し、その結論を得て、当該分娩機関との間で補償金と損害賠償金の調整を行うものとするが、調整委員会の具体的な運営等に関しては、今後検討する。

（参考）

原因分析について「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」より

- 運営組織において、十分な情報収集にもとづき専門家が医学的な観点で事例を検証・分析する。
- その結果を分娩機関と児・家族にフィードバックすることにより、紛争の防止・早期解決を図ることを目的とする。
- 原因分析を適切に行うためには、分娩に係る診療内容等の記録の正確性が重要であり、かつ資料として忠実に提出される必要があるため、分娩機関から運営組織への書類やデータの提出を制度化すべきである。
- 提出書類の種類、標準的に必要となる記載事項、提出要領等は、本制度が開始される前に、各分娩機関に十分に周知徹底しなければならない。
- 更に、十分な情報収集の観点から、児・家族からの情報提供を促進すべきである。

原因分析の手順



<運営組織事務局>

- 運営組織の産科医等が診療録・助産録、検査データ、その他資料の整理や事例の概要作成等を行い、報告書素案作成に協力する。

<原因分析委員会分科会>

- 分科会の委員である産科医、助産師が報告書素案を作成する。
- 報告書素案をもとに医学的な観点で審議し、報告書案を作成する。
- 産科医等は医学的評価を行い、法律家等は、論点整理をすることや、報告書が児・家族にとって分かりやすい内容となるようにする。

<原因分析本委員会>

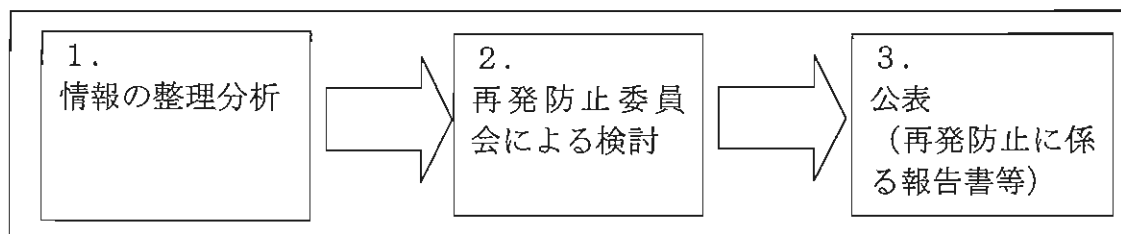
- 報告書案をもとに医学的な観点で審議し、報告書を作成する。
- 各分科会において議論・懸案となった事例について重点的に審議する。
- 再発防止や産科医療の質の向上のため、個人情報特定できないよう十分配慮した上で、原因分析報告書を公表する。

(3) 再発防止について

1. 基本的な考え方

原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し分析を行って、将来の同種事例の発生の防止に役立てるなど、産科医療の質の向上を図ることを目的とする。

2. 再発防止の主な手順



①「1. 情報の整理分析」について

原因分析を行った事例の中の重要な項目を統計として整理するとともに、脳性麻痺発症の原因や背景要因等を抽出し事例の類型化を行うことなどにより、再発防止策の案を検討する。

②「2. 再発防止委員会による検討」について

将来の同種事例の発生の防止に役立つ再発防止策の検討を行う。再発防止委員会の委員は、周産期医療の専門家である産科医、小児科医、助産師および医療を受ける立場の有識者、弁護士、医療安全に精通した研究者、関係団体の代表等とし、15名程度で構成する。

③「3. 公表」について

将来の同種事例の発生の防止に資する情報を提供することを目的として、再発防止に係る報告書を定期的に発行することなどにより、広く社会に公表する。

(参考)

再発防止について「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」より

- 運営組織において、原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し、広く社会に公開することにより、将来の同種の医療事故の再発防止等、産科医療の質の向上を図ることを目的とする。
- 再発防止策の検討にあたっては、広く一般的に共有できる再発防止策に加え、特定の分娩機関に向けた施策についてもあわせて検討する。
- 具体的な施策は「報告書の定期的発行」「関係団体や行政機関と連携・協力した研修会の開催」「ガイドライン、マニュアルの作成」「国の実施する再教育制度との連携」等が挙げられる。

4) 運営経費について

1. 収支の基本的な考え方について

平成21年の1年間に生まれた児に係る保険料で、同年に生まれた補償対象となる児に対する補償金と、制度を運営するための経費を賄う。

事務コストについては、以下のとおり見込んでいる。

(事務コスト)	52.4億円
1 システム開発等経費(5年間限り)	4.2億円
分娩機関・妊産婦登録システム開発費等の償還分 準備経費	
2 妊産婦登録・審査等経費	41.6億円
(1) 妊産婦情報管理経費	27.5億円
契約管理経費(人件費、物件費) システム関係維持・管理経費	
(2) 審査、支払等経費	14.1億円
人件費、委員会(運営、審査、異議審査、調整)経費、 事務所、機器等借料、支払等事務経費、	
3 長期分割金管理等経費	6.6億円

なお、(社)日本損害保険協会による協会加盟会社の平成19年度決算概況では、保険料収入に占める給付の割合は62.8%となっており、事務コスト等は約4割となっている。しかしながら、産科医療補償制度においては、詳細な制度設計などを国が支援し、加入分娩機関への説明や募集を日本医師会、日本産婦人科医会、日本助産師会の協力を得ることで代理店経費を節減することなどにより、保険料収入の8割以上を給付に充て、17%程度の事務コストに抑えている。

(平成20年11月17日社会保障審議会医療保険部会への回答(抜粋))

2. 事務コストのうち運営組織において必要となる経費の見込額について

(P16「運営経費収支見込みについて(概算)」参照)

- ① 平成20年度 . . . 458百万円
平成20年度における運営組織に係る事務コストについては、
・制度立上げのための準備経費(ポスター、リーフレット作成などの広報経費、各都道府県における制度説明会経費、ハンドブック作成等の加入手続に関する事務経費)

- ・分娩機関、妊産婦や分娩情報を管理するためのシステム開発、維持経費
 - ・加入分娩機関の登録や問い合わせに対応するためのコールセンター等の外部委託費
- 等を主として計上。

② 平成21年度 ・・・1, 247百万円

平成21年度における運営組織に係る事務コストは、平成20年度に計上している委託費等の経費の平年度化以外に、平成21年7月以降開始される審査（補償申請）及び原因分析委員会等の運営のために必要となる医師・助産師等の人件費・会議費等を主として追加的に計上。

3. 収支（決算）状況等の公表について

本制度の収支状況については、当運営委員会に報告するとともに、公表することとし、社会保障審議会医療部会及び医療保険部会にも適宜報告し、透明性の高い運営を行うこととする。

さらに、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、掛金、組織体制等について適宜必要な見直しを行う。

運営経費収支見込について（概算）

単位（百万円）

科目	平成20年度 (H20.4.1~H21.3.31)	平成21年度 (H21.4.1~H22.3.31)	備考
1. 収入の部			
（1）保険事務手数料収入	442	1,141	
（2）その他	16	106	分娩機関廃止に伴う保険料立替経費
収入合計（A）	458	1,247	
2. 支出の部			
（1）人件費等	106	184	給与・報酬等、福利厚生費、社会保険料 H20年18名 ⇒ H21年40名程度を想定
（2）会議諸費	15	181	審査、原因分析等に係る会議費、旅費交通費、会場借料、諸謝金
（3）印刷製本費、発送料等	29	41	印刷製本費、通信運搬費 (100万件のリーフレット、ピラ発注業務等)
（4）事務所借料等	41	41	賃借料、光熱水料
（5）事務所拡張経費	0	154	会議室、書類庫等(H21.10~)
（6）委託費	134	273	妊産婦登録事務、コールセンター、集金代行等
（7）システム保守・開発費	87	154	システム保守料、ソフトウェア改修費
（8）保険料立替経費	16	106	分娩機関廃止に伴う保険料立替経費
（9）予備費	6	38	分割金等支払に係る経費
（10）その他	24	76	消耗什器備品、消耗品費、租税公課、雑費等
支出合計（B）	458	1,247	
当期収支差額（A-B）	0	0	

より質の高い産科医療を目指して

産科医療補償制度が はじまります。



妊婦の皆様が安心して産科医療を受けられるように、分娩機関が加入する制度です。この制度に加入している分娩機関でお産すると、万一の時に補償の対象となります。



平成21年1月スタート



- ♥ 産科医療補償制度は、分娩時のなんらかの理由により重度の脳性まひとなった赤ちゃんをご家族の経済的負担を速やかに補償する制度です。
- ♥ 原因分析によって将来の同種事例の防止に役立つ情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ります。
- ♥ 平成21年1月以降に生まれた赤ちゃんから対象となり、所定の要件を満たした場合、一時金600万円と分割金2,400万円が補償金として支払われます。

♥ 産科医療の崩壊を一刻も早く阻止するために、民間の損害保険を活用して立ち上げられた制度です。

♥ 加入している分娩機関にはシンボルマークの付いた加入証が掲示され、対象となる妊婦の皆様には「登録証」が交付されます。

「産科医療補償制度」お問い合わせ窓口

財団法人 日本医療機能評価機構
TEL:03-5800-2231 受付時間:午前9時～午後5時(土日祝除く)

◆ 本制度に加入している分娩機関などの詳しい情報は、右記をご覧ください。 <http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>



政府広報 | 厚生労働省

東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL:03-5253-1111

【この広報に関するお問い合わせは】

厚生労働省 医政局 総務課医療安全推進室 TEL:03-5253-1111(代表)

～より質の高い産科医療を目指して～

産科医療補償制度のご案内

健康で元気な赤ちゃんが無事に生まれてきてほしいという妊産婦とご家族の願いをかなえるために、医師や助産師は全力で取り組んでおります。しかしながら、予期せぬことにより、障害を持って生まれてくる赤ちゃんがいることも事実です。万が一、赤ちゃんに、分娩に関連して重度の脳性まひが発症した場合には、赤ちゃんとそのご家族をサポートしたいという思いから、当院は「産科医療補償制度」に加入しています。

産科医療補償制度とは

分娩に関連して発症した重度脳性まひの赤ちゃんとその家族に経済的補償を速やかに提供することに加えて、重度脳性まひ発症の原因分析を行い、将来の同種事例の防止に役立つ情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決、産科医療の質の向上を図ります。妊産婦の皆様が安心して産科医療を受けられるように、当院が民間の損害保険に加入して補償する制度です。

補償対象について

- ◎2009年1月1日以降に出生した児のうち、右の基準を満たす児が補償の対象となります。
- ◎なお、出生体重、在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数28週以上の児については、「個別審査」により補償となることがあります。（詳しくは登録証裏面の補償約款「別表第一」をご確認ください。）
- ◎先天性要因、新生児期の要因は、本制度の補償対象となりません。

- 1 出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上
- 2 身体障害者等級1・2級相当の重症者

補償内容について

分娩に関連して発症した重度脳性まひと認定された場合には、準備一時金600万円と補償分割金2,400万円の補償金（総額3,000万円）をお支払いします。

看護・介護を行うための基盤整備のために

看護・介護費用として、毎年定期的に給付

準備一時金 **600** 万円



補償分割金 総額 **2,400** 万円
(年間120万円を20回)

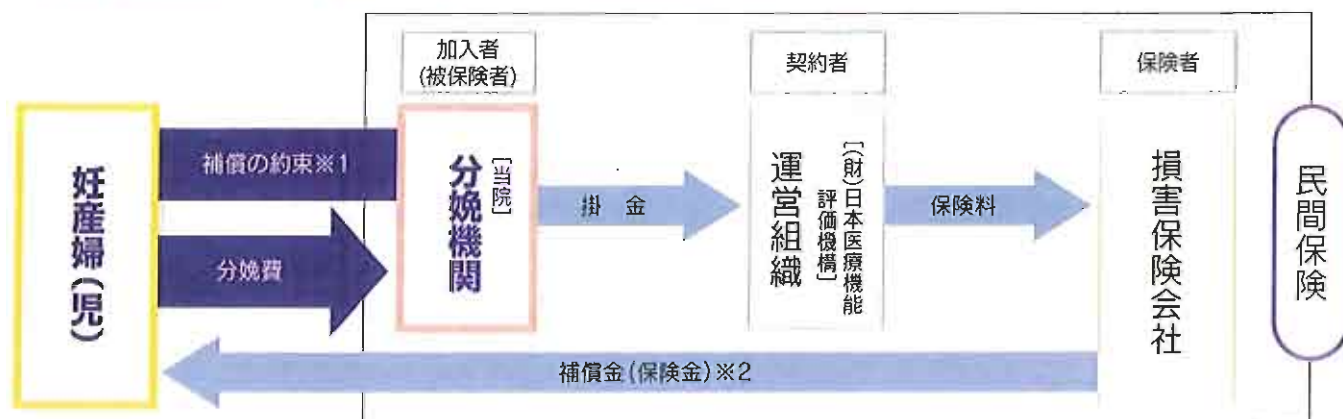
妊産婦の皆様へのお願い

- ◎この制度に加入している当院では、妊産婦の皆様はこの制度の対象となることを示す「登録証」を交付します。必要事項のご記入などについてご協力をお願いします。（裏面に補償約款が印字されています。）
- ◎「登録証」は、母子健康手帳に挟み込むなどして、出産後5年間は大切に保管してください。



制度の仕組みについて

補償の機能

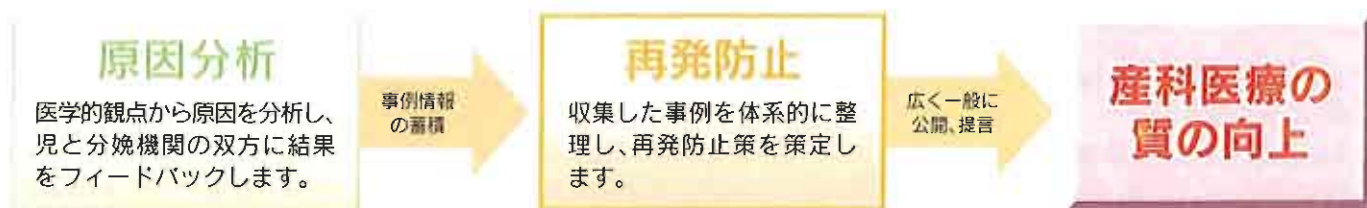


※1：運営組織が定めた標準補償約款を使用して補償の約束をします。

※2：運営組織にて補償対象と認定されますと、運営組織が当院の代わりに保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われます。

- ◎本制度は当院が加入する制度です。従いまして、補償に向けた掛金は当院がお支払いするものです。
- ◎これに伴いまして、掛金相当分の分娩費の引上げを実施いたしますが、当院で出産された場合（22週以降の分娩）には出産育児一時金35万円に3万円が加算されることから、妊産婦の皆様のご負担は軽減されます。

原因分析・再発防止の機能



補償申請について

- ◎補償申請は、原則として、脳性まひの確実な診断が行われる生後1年以降に行うことができます。ただし、極めて重症の場合には、生後6ヶ月以降で診断が可能となる場合があるため、所定の要件を満たせば生後6ヶ月以降においても申請を行うことができます。
- ◎なお、補償請求者(児)が生後6ヶ月未満で死亡した場合には、脳性まひと診断することが困難であるため、本制度の補償対象として認定されません。
- ◎申請にかかる具体的な手続きについては、出産された分娩機関または運営組織である財団法人日本医療機能評価機構（電話：03-5800-2231）にご確認ください。

その他注意事項

- 1) 産科医療補償制度に加入している分娩機関での出産が、本制度の補償対象となります。転院される場合には、転院先の分娩機関が本制度の加入分娩機関かどうか(財)日本医療機能評価機構のホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>) で事前にご確認ください。
※本制度に加入していない分娩機関で出産された場合には、補償対象となりませんのでご注意ください。
- 2) 分娩機関に過失が認められ損害賠償金が支払われる場合、補償金と損害賠償金を二重に受け取ることはできません。補償金と損害賠償金の調整が行われます。
- 3) 制度に関する詳細は、補償約款、(財)日本医療機能評価機構のホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>) をご確認ください。

【産科医療補償制度についてのお問い合わせ先】

産科医療補償制度専用コールセンター

電話:03-5800-2231 受付時間:午前9時～午後5時(土日祝除く)



このマークは産科医療補償制度のシンボルマークです

財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営委員会規則

(目的)

第1条 この規則は、財団法人日本医療機能評価機構（以下「機構」という。）寄附行為第34条ならびに機構寄附行為施行規則第3条の規定に基づき、産科医療補償制度運営委員会（以下「委員会」という。）の組織及び運営に関する事項を定めることを目的とする。

(審議事項)

第2条 委員会は、執行理事の諮問に応じて、産科医療補償制度の運営に関する事項を審議する。

(組織等)

第3条 委員会は、20人以内の委員をもって組織する。

- 2 委員は、学識経験者の中から理事長が委嘱し、その任期は2年以内とする。ただし、再任を妨げない。
- 3 補欠又は増員により委嘱された委員の任期は、前任者又は現任者の残任期間とする。
- 4 委員のうち1人を委員長とし、理事長が指名する。
- 5 委員長は会務を総理する。
- 6 委員長は、あらかじめ委員長代理を指名しておくことができる。

(議事運営)

第4条 委員会は、執行理事が招集する。

- 2 委員会は、委員の過半数の出席がなければ、開会することができない。
- 3 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(会議の公開)

第5条 委員会の審議は、公開とする。但し、個人情報等を保護する必要がある事項等を審議する場合は、非公開とすることができる。

(守秘事項)

第6条 委員は、非公開の委員会の審議の内容を他に漏らしてはならない。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、産科医療補償制度運営部において処理する。

(雑則)

第8条 この規則に定めるもののほか、委員会の運営等に関し必要な事項は、理事長が別に定めることができる。

附 則

- 1 この規程は平成20年 4月 1日から施行する。
- 2 この規程の変更は平成20年12月17日から施行する。

産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会報告書

財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会
平成20年11月28日

目 次

はじめに	1
1. 診断基準の基本的な考え方	2
2. 身体障害者福祉法による身体障害認定の考え方	2
3. 診断基準作成の必要性	4
4. 診断基準作成の考え方	4
5. その他	6
<別 紙>	
診断書の内容構成	7
産科医療補償制度補償請求用専用診断書 補償認定請求用	
○表紙	8
○（総括表）脳性麻痺診断書	9
○脳性麻痺の状況及び所見	11
○検査結果	14
○神経学的所見及び臨床経過	16
○写真及び検査データ貼付欄	18
産科医療補償制度補償請求用専用診断書 補償分割金請求用	
○表紙	20
○診断書	21
<資 料>	
1. 第5章肢体不自由 I 障害程度等級表	22
2. 第1章総括的事項 I 身体障害認定基準	23
3. 第5章肢体不自由 II 身体障害認定基準	27
4. 第5章肢体不自由 III 身体障害認定要領	38
5. 身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害用）	42
6. 身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害用）	45
7. GMFCS-E & R Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised	48

はじめに

産科医療補償制度は、平成21年1月1日より開始されることとなった。産科医療の厳しい現状に対応するため、本制度の創設の検討が行われ、早期に制度開始の運びとなったことは、産科医療にとって大変意義のあることと考える。

「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」においては、分娩に係る医療事故（過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む）により、脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償することや、身体障害者等級の1級及び2級に相当する者を補償の対象とすること、申請の開始時期は、原則として、脳性麻痺の確実な診断が行われる生後1年以降とするが、極めて重症の場合は、生後6ヶ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ヶ月以降においても申請可能とすること、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こと、等が記載されている。

このように、本制度における補償を円滑に進めるためには、脳性麻痺に関して早期に、かつ正確に診断することが求められる。そこで、現行の身体障害認定の仕組みを参考にしつつ、早期の、かつ正確な認定に資するよう、診断基準を検討した。脳性麻痺に関する診断にあたっては、小児科医やリハビリテーション科医等の役割が重要である。

産科医療補償制度標準補償約款では、補償認定請求時及び補償分割金請求時に、脳性麻痺に関する診断書を提出することとしているため、診断基準を盛り込んだそれぞれの診断書の様式を作成した。

本報告書の作成にあたっては、日本小児神経学会（大澤真木子理事長）、日本リハビリテーション医学会（里宇明元理事長）のご協力をいただいた。

本検討会の成果が、本制度の円滑な運営に資することを願うものである。

1. 診断基準の基本的な考え方

身体障害者等級の1級又は2級に相当する脳性麻痺の重症度を判断するために、まず、身体障害者福祉法による身体障害認定の考え方について、本制度との関連を中心に整理した。

本制度の重症度の診断は、身体障害者福祉法による身体障害認定の考え方に基づくことが適当と考えられたが、速やかに補償を目指す本制度の特性から、診断基準を新たに作成し、それに伴い診断書の様式も新たに作成する必要があると整理した。

新たに作成する診断基準は、「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」の趣旨に即して下肢、体幹の障害に注目したものとし、生後6ヶ月以降満5歳までの乳幼児の診断に適切な内容とした。

2. 身体障害者福祉法による身体障害認定の考え方

身体障害者福祉法に関する「身体障害認定基準及び認定要領」の内、本制度における診断基準に関連する項目は以下のとおりである。

[以下、「第1章総括的事項 I 身体障害認定基準 第1総括事項」より抜粋（資料2）]

- 1) 意識障害を伴う身体障害者についても、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目することによって障害認定を行うことは可能であること。なお、意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うものであること。

2) 乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこと。

3) 第2の個別事項の解説は、主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害認定の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。

4) 治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想されるときは、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要とあれば適当な時期に診査等の結果によって再認定を行うこと。

[以下、「第5章肢体不自由 II 身体障害認定基準 1 総括的解説」より抜粋（資料3）]

5) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものであること。

[以下、「第5章肢体不自由 III 身体障害認定要領 1 診断書の作成について」より抜粋（資料4）]

6) 身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則第5条に定める別表5）においては、肢体不自由を、上肢、下肢、体幹及び乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害に区分していること。

7) 乳幼児期以前に発現した脳原性運動機能障害については、専用の別様式診断書「脳原性運動機能障害用」を用いることとし、その他の上肢、下肢、体幹の障害については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」を用いること。

[以下、「第5章肢体不自由 III身体障害認定要領 2障害程度の認定について」より抜粋(資料4)]

8) 脳原性運動機能障害は、脳原性障害の中でも特に生活経験の獲得という点で極めて不利な状態に置かれている乳幼児期以前に発現した障害について特に設けられた区分であること。

3. 診断基準作成の必要性

重症度については、身体障害者等級の1級又は2級に相当するか否かの診断を行うため、基本的には身体障害者障害程度等級表(資料1)及び現行の身体障害認定基準及び認定要領(資料2、資料3)の考え方に基づくことが適当と考えられる。

しかし、本制度では、速やかに補償することを目的の一つとしているため、生後6ヶ月以降という比較的早期の段階に注目した診断基準であること、現行の身体障害認定のうち、肢体不自由(脳原性運動機能障害を含む)の2級と3級とを区別する基準が必ずしも明確でないことから、その点に係る判断に考慮した診断基準であること、また、本制度では、再審査、再認定による重症度判定の変更を想定していないため、早期に実施しても、できるだけ正確な重症度判定ができる診断基準であることが求められている。

したがって、新たな診断基準を作成することとし、それに伴い診断書の様式も新たに作成した。

4. 診断基準作成の考え方

生後6ヶ月から満5歳までの児に対する診断書の様式を作成するにあたっての考え方

は以下のとおりである。

「身体障害者障害程度等級表」の、「肢体不自由 障害程度等級表」を参考として、「産科医療補償制度障害程度等級表」を作成した。また、それに伴って本制度に適した診断書の様式を作成した。

新しく作成する診断書の様式は、本制度の申請時期である生後6ヶ月から満5歳までの全ての期間に適用することとし、現行の診断書・意見書は使用しない。

本制度では、生後6ヶ月以降満5歳まで乳幼児が申請することとなるため、診断にあたっては、児の発達を加味する必要がある。現在、脳性麻痺児の運動機能障害の評価に使用されているGMFCS(Gross Motor Function Classification System) (資料7)は、客観性があり、長期データもあることから、予後判断に使用できるので、GMFCSを参考に、「下肢・体幹運動に関する項目」を作成した。一方、上肢の運動機能障害の評価は、「遠城寺・乳幼児分析発達検査表(九大小児科改訂版)」等を参考に、「上肢運動に関する項目」を作成した。

生後6ヶ月から満1歳までについては、より慎重に判断する必要があることから、神経学的所見及び臨床経過の提出も求める。

また、除外基準を判断するために必要な検査は、診断にあたって過度の負担が生じないような項目とした。

5. その他

重度脳性麻痺に対しては、適切な医療やリハビリテーション、生活介助等が行われていることが重要であり、また、障害児に対する虐待が大きな問題となっていることから「治療及びリハビリテーションの状況」、「日常生活及び介助の状況」の項目を設けた。

本制度の申請にあたっての診断が適切に行われるように、診断に携わる医師に対する診断書記載マニュアルの作成及び研修を行う必要がある。

別 紙

診断書の内容構成

1. 診断書の構成

(1) 補償認定請求用

- | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|
| 1) (総括表) 脳性麻痺診断書 (2枚) | 総括 - 1 | 総括 - 2 | |
| 2) 脳性麻痺の状況及び所見 (3枚) | 所見 - 1 | 所見 - 2 | 所見 - 3 |
| 3) 検査結果 (2枚) | 検査 - 1 | 検査 - 2 | |
| 4) 神経学的所見及び臨床経過 (2枚) | 重症 - 1 | 重症 - 2 | |
| 5) 写真及び検査データ貼付欄 (2枚) | | | |

(2) 補償分割金請求用

診断書 (1枚)

2. 診断書運用方法

(1) 申請される児が満1歳以上の場合

総括 - 1 総括 - 2 所見 - 1 所見 - 2 所見 - 3 検査 - 1 検査 - 2 の
合計7枚を使用する。

(2) 申請される児が生後6ヶ月以上満1歳未満の場合

総括 - 1 総括 - 2 所見 - 1 所見 - 2 所見 - 3 重症 - 1 重症 - 2
検査 - 1 検査 - 2 の合計9枚を使用する。

(3) 補償分割金請求の場合、「診断書 (補償分割金請求用)」を使用する。

産科医療補償制度

補償請求用 専用診断書

(補償認定請求用)

この診断書は、産科医療補償制度における補償請求時に必要な、脳性麻痺に関する診断書です。記入に際しては、以下の点にご注意いただきますようお願いいたします。

<ご記入にあたっての注意点>

1. 産科医療補償制度では、この診断書は次のいずれかの条件を満たす医師に記入いただくものとしています。
 - ① 身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師
 - ② 日本小児神経学会の定める小児神経科専門医の認定を受けた医師
2. 診断書への記入は、原則、患者の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までに診断した内容を記入してください。ただし、重度脳性麻痺であるとの診断が可能な場合は、生後6ヶ月を経過した以降に診断した内容を記入いただくことが可能です。
3. 生後6ヶ月から満1歳の誕生日までに診断する場合は、本診断書の8枚目及び9枚目の「神経学的所見及び臨床経過」も合わせて記入してください。
4. ご記入に際してご不明な点等がございましたら、以下の問い合わせ先までお問い合わせください。

【診断書記入に関するお問い合わせ先】

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 審査・補償担当

TEL : 03-5217-3188

受付時間 : 9 : 00 ~ 17 : 00 (土日祝除く)

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

B-205 (1) 08.12-5,000

(総括表) 脳性麻痺診断書

氏名	フリガナ	生年 月日	西暦	年 月 日 (歳 ヶ月)	男・女												
住所	〒		電話														
保護者 氏名																	
<p>① 診断（脳性麻痺） <input type="checkbox"/>痙直型 <input type="checkbox"/>アテトーゼ型（ ） <input type="checkbox"/>混合型（ ）</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/>失調型 <input type="checkbox"/>その他（例：弛緩型等 ）</p>																	
<p>② 等級区分：「A1」「A2」「A3」「B1」「B2」「B3」のうち該当する項目に○を記入してください（複数可）。</p> <p style="text-align: center;">産科医療補償制度障害程度等級表</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 30%;">上肢不自由 [1]</td> <td style="width: 30%;">下肢不自由 [2]</td> <td style="width: 35%;">体幹不自由 [3]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="padding: 2px;">[A1] 両上肢の機能を全廃したもの</td> <td style="padding: 2px;">[A2] 両下肢の機能を全廃したもの</td> <td style="padding: 2px;">[A3] 体幹の機能障害により座っていることができないもの</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="padding: 2px;">[B1] 1) 両上肢の機能の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの</td> <td style="padding: 2px;">[B2] 両下肢の機能の著しい障害</td> <td style="padding: 2px;">[B3] 1) 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2) 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの</td> </tr> </table>							上肢不自由 [1]	下肢不自由 [2]	体幹不自由 [3]	A	[A1] 両上肢の機能を全廃したもの	[A2] 両下肢の機能を全廃したもの	[A3] 体幹の機能障害により座っていることができないもの	B	[B1] 1) 両上肢の機能の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの	[B2] 両下肢の機能の著しい障害	[B3] 1) 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2) 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの
	上肢不自由 [1]	下肢不自由 [2]	体幹不自由 [3]														
A	[A1] 両上肢の機能を全廃したもの	[A2] 両下肢の機能を全廃したもの	[A3] 体幹の機能障害により座っていることができないもの														
B	[B1] 1) 両上肢の機能の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの	[B2] 両下肢の機能の著しい障害	[B3] 1) 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2) 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの														
<p>③ 現在の身体測定値</p> <p style="padding-left: 40px;">・体重（ kg） ・身長（ cm） ・頭囲（ cm）</p>																	
<p>④ 新生児期からの障害の経過・現症</p> <p style="padding-left: 20px;">（生後6ヶ月以上から満1歳未満で申請の場合、本欄ではなく「(重症用)神経学的所見及び臨床経過」の欄に記入してください。）</p>																	
<p>⑤ その他参考となる合併症</p> <p style="padding-left: 40px;">・知的障害 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（精神発達 歳 ヶ月相当）</p> <p style="padding-left: 40px;">・合併症 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（<input type="checkbox"/>呼吸障害 <input type="checkbox"/>嚥下障害 <input type="checkbox"/>その他（ ））</p>																	
<p>⑥ 治療及びリハビリテーションの状況（虐待等を疑う所見があれば記入してください。）</p>																	
<p>⑦ 日常生活及び介助の状況</p>																	

⑧ その他の特記事項

⑨ 除外基準の項目（検査結果より、該当する項目の□にレ点を記入してください。）

* 下記の疾患等が新生児期・乳児早期からの運動障害について明らかな原因と推定される場合、「有」を選択してください。

* 除外診断に関する検査結果について検査-1及び検査-2に記入してください。

* 画像診断の検査結果のコピーを添付してください。

* 検査が未実施である場合には、検査を実施しない理由を検査-2の「2. その他」に記入してください。

1. 先天性要因

1) 両側性の広範な脳奇形

- | | | |
|-------------|----------------------------|-----------------------------|
| (1) 滑脳症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| (2) 多小脳回 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| (3) 裂脳症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| (4) 水（頭）無脳症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| (5) その他 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有（ |

2) 染色体異常（G-バンドによる） 無 有（

* 染色体検査未施行の場合 染色体異常を示唆する所見 無 有

3) 遺伝子異常 無 有（

* 遺伝子検査未施行の場合 遺伝子異常を示唆する所見 無 有

4) 先天性代謝異常 無 有（

5) 先天異常 無 有（

2. 分娩後に、妊娠、分娩とは無関係に発症した疾患等

- | | | |
|-------------|----------------------------|----------------------------|
| 1) 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 2) 脳炎 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3) その他の神経疾患 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4) 虐待 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 5) その他の外傷 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

上記のとおり診断する。

併せて画像（CT・MRI・頭部エコー）、検査（脳波・血液データ等）結果を付す。

西暦 年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

診療担当科名 科 医師氏名

Ⓢ

[身体障害者福祉法第15条指定医（肢体不自由） 小児神経科専門医]

脳性麻痺の状況及び所見

1. 神経学的所見、その他の機能障害の所見

*該当する項目の□にレ点を記入し、()内には所見・理由を記入してください。

1) 運動障害

痙性麻痺 不随意運動 運動失調 弛緩性麻痺

その他 ()

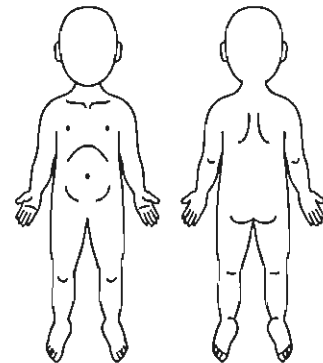
*弛緩性麻痺の場合に、脳性であると考えられる所見・理由を記入してください。また、脊髄性又は末梢神経障害、神経筋疾患（脊髄性筋萎縮症、筋ジストロフィー、先天性ミオパチー等）による運動障害ではないと考える所見・理由を記入してください。

()

2) 麻痺部位

四肢麻痺 両麻痺 両側片麻痺 対麻痺 三肢麻痺 片麻痺 単麻痺

*麻痺の発現部位に、横線を記入してください。



3) 反射異常（該当する箇所○を記入してください。）

	無		有	
	右	左	右	左
バビンスキー反射				

	消失		減弱		正常		亢進	
	右	左	右	左	右	左	右	左
上腕二頭筋								
上腕三頭筋								
膝蓋腱反射								
アキレス腱反射								

4) 姿勢異常 無 有 ()

5) 関節拘縮 無 有 (部位:)

2. 動作・活動の診察所見（可能—○ 不可能—×を記入）

1) 下肢・体幹運動に関する項目

No	項 目	判 定
1	頸がすわる（坐位で胸部を支えてもらって、頭を真っ直ぐに上げ3秒以上保持できる）	
2	横向きに半分寝返りをする（臀部と肩甲骨のいずれもが、床面から離れる）	
3	寝返りをする（背臥位から腹臥位へ：左右いずれかの一方ができれば可）	
4	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	
5	床の上で、後方から腰を支えると坐位を保持できる	
6	介助して坐らせると、床に手をつけ、ひとりで坐る（5秒間、保持可能）	
7	腹臥位で頭部を垂直に挙上	
8	自分で、臥位から坐位へ起き上がる	
9	手をつかずにひとりで坐る（3秒以上）	
10	手をつかずにひとりで坐って、45度後方のおもちゃに手を伸ばせる	
11	四つ這いするが、下肢を交互に動かさず、バニーホップやいざり這いする	
12	下肢を交互に動かして、四つ這いする	
13	机につかまって立ち上がれる	
14	こたつや手すりなどにつかまって伝い歩きできる（5歩以上）	
15	歩行補助具（杖、歩行器）を使って移動するが、方向転換時に介助を要する	
16	歩行補助具を使って、移動する。介助は不要	
17	大人の介助があれば、階段を上がれる	
18	支持なしで、10歩、歩ける	
19	支持なし（装具もなし）で10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	
20	支持なしで立位を保持できる（3秒以上）	
21	床から立ち上がり立位をとる	
22	手すりを使って、4段、階段を上がれる（同じ段に足をそろえずに）	
23	手すりを使わずに、4段、階段を上がれる（同じ段に足をそろえずに）	

2) 上肢運動に関する項目

No	項 目	判 定	
		右	左
1	手にふれたものをつかむ (反射は除く)		
2	手を口に持っていく		
3	手を開くことができる		
4	ガラガラを少しの間、握って遊ぶ		
5	顔に掛けたハンカチをとる		
6	近くのものを手を伸ばしてつかむ		
7	おもちゃ等をもちかえる		
8	哺乳瓶を自分で持てる		
9	小さいものを親指と人差し指でつまむ		
10	スプーンが持てる		
11	リモコンのボタンを押せる		
12	知っているものを見て指でさす		
13	なぐり書きをする		
14	積み木を1つ積める		
15	積み木を2つか3つ積める		
16	お箸が持てる		
17	はずむボールをつかむ		
18	鉄棒などにぶらさがる		

3) 姿勢や移動状況 (坐位、臥位、車椅子移乗等) が確認できる全身の写真を裏面に必ず氏名、生年月日を記入し、写真貼付欄にのりづけしてください (複数枚可)。

注: 写真は、医師が適切に選択し、焼き付けた写真を原則としますが、医師が必要であると判断した場合は動画も可とします。

検 査 結 果

*検査結果の検査項目が記載されている、検査データ等を検査貼付欄に貼付した場合、記入する必要はありません。

1 - 1. 頭部画像検査 (3回以上実施した場合には生後から早期、中期、最近の代表的な3回分を記入してください。)

頭部画像検査名 (MRI又はCTを記入)	実 施 年 月 日	所 見
	. . .	
	. . .	
	. . .	

1 - 2. 染色体検査 (Gバンド検査)

実 施 年 月 日	結 果 (核型)

1-3. 血液検査（最近の代表的なデータを記入してください。）

血液検査内容		実施年月日	検査結果
血算	WBC ($/\mu\ell$)	. .	
	RBC ($\times 10^4/\mu\ell$)	. .	
	Hb (g/dl)	. .	
	PLT ($\times 10^4/m\ell$)	. .	
肝機能	AST (GOT) (IU/l)	. .	
	ALT (GPT) (IU/l)	. .	
	LDH (IU/l)	. .	
	アンモニア (mg/dl)	. .	
血液ガス分析	該当に○を付す		動脈・静脈
	pH	. .	
	pO ₂ (mmHg)	. .	
	pCO ₂ (mmHg)	. .	
	HCO ₃ ⁻ (mEq/l)	. .	
	Base Excess (mEq/l)	. .	
	Anion Gap (mEq/l)	. .	
乳酸 (mg/dl)		. .	
ピルビン酸 (mg/dl)		. .	
血漿アミノ酸分析	異常高値 (アミノ酸名)	. .	
	異常低値 (アミノ酸名)	. .	

2. その他

1) 上記の検査を実施しなかった場合には、その理由を必ず記入してください。

2) 上記の検査以外に実施した検査（クレアチンキナーゼ (CK)、血清銅、アイソザイム等）があれば、その日付又は年齢と検査結果を必ず記入してください。

神経学的所見及び臨床経過

*生後6ヶ月以上から満1歳未満で申請の場合のみ記入

*検査（頭部エコー、脳波、聴性脳幹反応等）結果及び治療・診断（NICU退院サマリーのコピー等）を一緒に提出してください。

1. 重度脳性麻痺に関する診断・治療経過サマリー

2. 診断日における中枢神経系の所見について、該当する項目の□にレ点を記入してください。

- | | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|--------|
| 1) 意識障害 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 2) 自発運動 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 3) 除脳硬直 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 4) 除皮質硬直 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 5) 痙攣 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 6) 瞳孔反応 | | | |
| ○散瞳（散大） | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| ○固定 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| ○対光反射 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 7) 注視 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 8) 追視 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 9) 咽頭反射 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |
| 10) 自発呼吸 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度 () |

- 11) 嚥下障害 無 有 程度 () 不明
- 12) 薬物使用 無 有 種類 ()
- 13) 酸素使用 無 有 量 () % () l/min
 夜間酸素使用 無 有
- 14) 気道処置 (加湿・吸引等) 無 有
- 15) 気管内挿管・気管切開 無 有 種類 ()
- 16) 人工呼吸器の使用 無 有
- 17) 経管栄養 無 有 種類 (例：胃瘻等)

3. その他 (脳波、聴性脳幹反応等)

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

産科医療補償制度

補償請求用 専用診断書

(補償分割金請求用)

この診断書は、産科医療補償制度における補償分割金請求時に必要な、脳性麻痺に関する診断書です。記入に際しては、以下の点にご注意いただきますようお願いいたします。

<ご記入にあたっての注意点>

1. 産科医療補償制度では、この診断書は次のいずれかの条件を満たし、かつ継続的に児の状態を診察している医師の記入を推奨しています。
 - ① 身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師
 - ② 日本小児神経学会の定める小児神経科専門医の認定を受けた医師
2. ご記入に際してご不明な点がございましたら、以下の問い合わせ先までお問い合わせください。

【診断書記入に関するお問い合わせ先】

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 審査・補償担当

TEL : 03-5217-3188

受付時間 : 9 : 00 ~ 17 : 00 (土日祝除く)

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

B-206 (1) 08.12・5,000

氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日	男・女

住所	〒	電話	
----	---	----	--

保護者氏名	
-------	--

① 脳性麻痺病型 (病型が分かれば記入してください。) その他の病名 ()

② 現在の障害程度及び粗大運動状況 (判定の欄に○:できる、×:できない、を記入してください。)

No	項目	判定
1	寝返りをする (背臥位から腹臥位へ:左右いずれかの一方ができれば可)	
2	手をつかずにひとりで坐って、45度後方のおもちゃに手を伸ばせる	
3	下肢を交互に動かして、四つ這いする	
4	こたつや手すりなどにつかまって伝い歩きができる (5歩以上)	
5	歩行補助具を使って移動する (方向転換時に介助は不要)	
6	支持なし(装具もなし)で10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	
7	床から立ち上がり立位をとる	
8	手すりを使わずに、4段、階段を上がれる (同じ段に足をそろえずに)	
9	近くのものを手を伸ばしてつかむ	
10	リモコンのボタンを押せる	
11	はずむボールをつかむ	

③ 治療及びリハビリテーション状況

④ 日常生活及び介助の状況

⑤ その他特記事項

⑥ 現在の身体測定値 体重 (kg) 身長 (cm)

上記のとおり診断する。

西暦 年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

診療担当科名 科 医師氏名 (印)

(身体障害者福祉法第15条指定医 (肢体不自由) 小児神経科専門医 その他 ())

資 料

第5章 肢体不自由 I 障害程度等級表

	肢体不自由				
	上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	
				上肢機能	移動機能
1級	1. 両上肢の機能を全廃したもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両下肢の機能を全廃したもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの
2級	1. 両上肢の機能の著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 4. 一上肢の機能を全廃したもの	1. 両下肢の機能の著しい障害 2. 両下肢の下腿の2分の1以上で欠くもの	1. 体幹機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの
3級	1. 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3. 一上肢の機能の著しい障害 4. 一上肢のすべての指を欠くもの 5. 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1. 両下肢をショパール関節以上で欠くもの 2. 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3. 一下肢の機能を全廃したもの	体幹機能障害により歩行が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの
4級	1. 両上肢のおや指を欠くもの 2. 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの 4. 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの 7. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 8. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能を著しい障害	1. 両下肢のすべての指を欠くもの 2. 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3. 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 4. 一下肢の機能を著しい障害 5. 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 6. 一下肢が股関節に比して、10センチメートル以上又は屈伸の長さの10分の1以上短いもの		不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
5級	1. 両上肢のおや指の機能を著しい障害 2. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を著しい障害 3. 一上肢のおや指を欠くもの 4. 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 5. 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を著しい障害 6. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を著しい障害	1. 一下肢の股関節又は膝関節の機能を著しい障害 2. 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 3. 一下肢が股関節に比して6センチメートル以上又は屈伸の長さの15分の1以上短いもの	体幹の機能を著しい障害	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの
6級	1. 一上肢のおや指の機能を著しい障害 2. ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3. ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1. 一下肢をヒール関節以上で欠くもの 2. 一下肢の足関節の機能を著しい障害		不随意運動・失調等により上肢の機能が劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能が劣るもの
7級	1. 一上肢の機能の軽度の障害 2. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 3. 一上肢の手関節の機能の軽度の障害 4. ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を著しい障害 5. 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6. 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1. 両下肢のすべての指の機能を著しい障害 2. 一下肢の機能の軽度の障害 3. 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 4. 一下肢のすべての指を欠くもの 5. 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6. 一下肢が股関節に比して3センチメートル以上又は屈伸の長さの20分の1以上短いもの		上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの
備考	<p>1. 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、1級うえの級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、該当等級とする。</p> <p>2. 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。</p> <p>3. 異なる等級について2以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上の級とすることができる。</p> <p>4. 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第1指骨間関節以上を欠くものをいう。</p> <p>5. 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。</p> <p>6. 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長（上腕においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの）をもって計測したものをいう。</p> <p>7. 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。</p>				

第1章 総括的事項

I 身体障害認定基準

第1 総括事項

1 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）は、身体障害者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであること。従って、加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害についても、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目することによって障害認定を行うことは可能であること。なお、意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うものであること。

2 法別表に規定する「永続する」障害とは、その障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。

3 乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うこと。

また、第2の個別事項の解説は主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想されるときは、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要とあれば適当な時期に診査等によって再認定を行うこと。

4 身体障害の判定に当たっては、知的障害等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は、法の対象として取り扱って差し支えないこと。なお、身体機能の障害が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定することは適当ではないので、この点については、発達障害の判定に十分な経験を有する医

師（この場合の発達障害には精神及び運動感覚を含む。）の診断を求め、適切な取扱いを行うこと。

5 7級の障害は、1つのみでは法の対象とならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合又は7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものであること。

6 障害の程度が明らかに手帳に記載されているものと異なる場合には、法第17条の2第1項の規定による診査によって再認定を行うこと。正当な理由なくこの診査を拒み忌避したときは、法第16条第2項の規定による手帳返還命令等の手段により障害認定の適正化に努めること。

第2 個別事項

六 2つ以上の障害が重複する場合の取扱い

2つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定する。

1 障害等級の認定方法

(1) 2つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

合 計 指 数	認 定 等 級
18 以 上	1 級
11 ～ 17	2 〃
7 ～ 10	3 〃
4 ～ 6	4 〃
2 ～ 3	5 〃
1	6 〃

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合

計したものとする。

障 害 等 級	指 数
1 級	18
2 級	11
3 級	7
4 級	4
5 級	2
6 級	1
7 級	0.5

イ 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が2か所以上あるときは上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

（例1）

}	右上肢のすべての指を欠くもの	3 級	等級別指数	7
	〃 手関節の全廃	4 級	〃	4
			合 計	11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの	3 級	等級別指数	7
---------------	-----	-------	---

(例2)

⎧	左上肢の肩関節の全廃	4級	等級別指数	4
	〃 肘関節 〃	4級	〃	4
	〃 手関節 〃	4級	〃	4
			合 計	12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

2 認定上の留意事項

(1) 音声機能障害、言語機能障害及びそしやく機能障害の重複については1の認定方法を適用しない。

(2) 体幹機能障害と下肢機能障害は原則として1の認定方法を適用してさしつかえないが、例えば、神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものとする。

(3) 聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、1の認定方法を適用してさしつかえない。

例えば、聴力レベル100dB以上の聴覚障害（2級指数11）と音声・言語機能の喪失（3級指数7）の障害が重複する場合は1級（合計指数18）とする。

(4) 7級の障害は、等級別指数を0.5とし、6級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

3 上記により認定される障害等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、地方社会福祉審議会の意見を聞いて別に定めるものとする。

第5章 肢体不自由

II 身体障害認定基準

1 総括的解説

(1) 肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的能力ではない。

例えば、肢体不自由者が無理をすれば1 kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1 km歩行可能者とはいえない。

(2) 肢体の疼痛又は筋力低下等の障害も、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取り扱う。

具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

b 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの

(3) 全廃とは、関節可動域（以下、他動的可動域を意味する。）が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2以下に相当するものをいう（肩及び足の各関節を除く。）。

機能の著しい障害とは、以下に示す各々の部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値（概ね90度）のほぼ30%（概ね30度以下）のものをいい、筋力では徒手筋力テストで3（5点法）に相当するものをいう（肩及び足の各関節を除く。）。

軽度の障害とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値（概ね90度で足関節の場

合は30度を超えないもの。)又は、筋力では徒手筋力テストで各運動方向平均が4に相当するものをいう。

(注4) 関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評価する。

(4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表わしたものであるもので、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。

(5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられているように、肢体不自由で、7級相当の障害が2つ以上ある時は6級になるので参考として記載したものである。

(6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節については、2の各項解説に定めるところによる。

(7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

2 各項解説

(1) 上肢不自由

ア 一上肢の機能障害

(ア) 「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指の全ての機能を全廃したものをいう。

(イ) 「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

a 機能障害のある上肢では5kg以内のものしか下げることができないもの。

この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよい

b 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したもの

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

a 精密な運動のできないもの

b 機能障害のある上肢では10kg以内のものしか下げることのできないもの

イ 肩関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域30度以下のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域60度以下のもの

b 徒手筋力テストで3に相当するもの

ウ 肘関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域10度以下のもの

b 高度の動揺関節

c 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域30度以下のもの

b 中等度の動揺関節

c 徒手筋力テストで3に相当するもの

d 前腕の回内及び回外運動が可動域10度以下のもの

エ 手関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

オ 手指の機能障害

(ア) 手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。

- ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。
- ② おや指、次いでひとさし指の機能は特に重要である。
- ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。

(イ) 一側の五指全体の機能障害

- ① 「全廃」(3級)の具体的な例は次のとおりである。字を書いたり、箸を持つことができないもの
- ② 「著しい障害」(4級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 機能障害のある手で5kg以内のものしか下げることのできないもの
 - b 機能障害のある手の握力が5kg以内のもの
 - c 機能障害のある手で鋏又はかなづちの柄を握りそれぞれの作業のできないもの
- ③ 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 精密なる運動のできないもの

- b 機能障害のある手では10kg以内のものしか下げることのできないもの
- c 機能障害のある手の握力が15kg以内のもの

(ウ) 各指の機能障害

① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。

- a 各々の関節の可動域10度以下のもの
- b 徒手筋力テスト2以下のもの

② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。

- a 各々の関節の可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

(2) 下肢不自由

ア 一下肢の機能障害

(ア) 「全廃」(3級)とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。
具体的な例は次のとおりである。

- a 下肢全体の筋力の低下のため患肢で立位を保持できないもの
- b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で立位を保持できないもの

(イ) 「著しい障害」(4級)とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うずくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- a 1 km以上の歩行不能
- b 30分以上起立位を保つことのできないもの
- c 通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらねばできないもの
- d 通常の腰掛けでは腰掛けることのできないもの
- e 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 2 km以上の歩行不能
- b 1時間以上の起立位を保つことのできないもの
- c 横座り是可以するが正座及びあぐらのできないもの

イ 股関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 各方向の可動域(伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域)が10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

ウ 膝関節の機能障害

(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 膝関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- d 高度の動揺関節

(イ) 「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの
- c 中等度の動揺関節

(ウ) 「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域90度以下のもの
- b 徒手筋力テストで4に相当するもの又は筋力低下で2 km以上の歩行ができないもの

エ 足関節の機能障害

(ア) 「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域5度以内のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 足関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- d 高度の動揺関節

(イ) 「著しい障害」(6級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以内のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの
- c 中等度の動揺関節

オ 足指の機能障害

(ア) 「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

下駄、草履をはくことのできないもの

(イ) 「著しい障害」(両側の場合は7級)とは特別の工夫をしなければ

下駄、草履をはくことのできないものをいう。

カ 下肢の短縮

計測の原則として前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

キ 切断

大腿又は下腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測する。従って、肢断端に骨の突出、癒痕、拘縮、神経断端腫その他の障害があるときは、その障害の程度

を考慮して、上位の等級に判定することもあり得る。

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能にはそれら各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすには、四肢体幹の麻痺、運動失調、変形等による運動機能障害である。

これらの多くのものはその障害が単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは、四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障害の程度を総合して判定するのであるが、この際2つの重複する障害として上位の等級に編入するには十分注意を要する。例えば臀筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として2つの2級の重複として1級に編入することは妥当ではない。

ア 「座っていることのできないもの」(1級)とは、腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。

イ 「座位または起立位を保つことの困難なもの」(2級)とは、10分以上にわたり座位または起立位を保っていることのできないものをいう。

ウ 「起立することの困難なもの」(2級)とは、臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人又は柱、杖その他の器物の介護により初めて可能となるものをいう。

エ 「歩行の困難なもの」(3級)とは、100m以上の歩行不能のもの又は片脚による起立位保持が全く不可能なものをいう。

オ 「著しい障害」(5級)とは体幹の機能障害のために2km以上の歩行不能のものをいう。

(注5) なお、体幹不自由の項では、1級、2級、3級及び5級のみが記載され、その他の4級、6級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的及び客観的に表現し難いので、このように大きく分けたのである。3級と5級に指定された症状の中間と思われるものがあつた時も、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである。

(注6) 下肢の異常によるものを含まないこと。

(4) 脳原性運動機能障害

この障害区分により程度等級を判定するのは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によつてもたらされた姿勢及び運動の異常についてであり、具体的な例は脳性麻痺である。

以下に示す判定方法は、生活関連動作を主体としたものであるので、乳幼児期の判定に用いることの不適当な場合は前記(1)～(3)の方法によるものとする。

なお、乳幼児期に発現した障害によつて脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者で、前記(1)～(3)の方法によることが著しく不利な場合は、この方法によることができるものとする。

ア 上肢機能障害

(ア) 両上肢の機能障害がある場合

両上肢の機能障害の程度は、紐むすびテストの結果によつて次により判定するものとする。

区 分	紐むすびテストの結果
等級表1級に該当する障害	紐むすびのできた数が19本以下のもの
等級表2級に該当する障害	紐むすびのできた数が33本以下のもの
等級表3級に該当する障害	紐むすびのできた数が47本以下のもの
等級表4級に該当する障害	紐むすびのできた数が56本以下のもの

等級表 5 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 6 5 本以下のもの
等級表 6 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 7 5 本以下のもの
等級表 7 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 7 6 本以上のもの

(注 7) 紐むすびテスト 5 分間にとじ紐(長さ概ね 43cm)を何本むすぶことができるかを検査するもの

(イ) 一上肢の機能に障害がある場合

一上肢の機能障害の程度は 5 動作の能力テストの結果によって、次により判定するものとする。

区 分	5 動作の能力テストの結果
等級表 1 級に該当する障害	—
等級表 2 級に該当する障害	5 動作の全てができないもの
等級表 3 級に該当する障害	5 動作のうち 1 動作しかできないもの
等級表 4 級に該当する障害	5 動作のうち 2 動作しかできないもの
等級表 5 級に該当する障害	5 動作のうち 3 動作しかできないもの
等級表 6 級に該当する障害	5 動作のうち 4 動作しかできないもの
等級表 7 級に該当する障害	5 動作の全てができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの

(注 8) 5 動作の能力テスト

次の 5 動作の可否を検査するもの

- a 封筒をはさみで切る時に固定する
- b さいふからコインを出す
- c 傘をさす
- d 健側の爪を切る
- e 健側のそで口のボタンをとめる

イ 移動機能障害

移動機能障害の程度は、下肢、体幹機能の評価の結果によって次により判定する。

区 分	下 肢・体 幹 機 能 の 評 価 の 結 果
等級表 1 級に該当する障害	つたい歩きができないもの
等級表 2 級に該当する障害	つたい歩きのみができるもの
等級表 3 級に該当する障害	支持なしで立位を保持し、その後10m歩行することはできるが、椅子から立ち上がる動作又は椅子に座る動作ができないもの
等級表 4 級に該当する障害	椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に座る動作に15秒以上かかるもの
等級表 5 級に該当する障害	椅子から立ち上がり、10m歩行し再び椅子に座る動作は15秒未満でできるが、50cm幅の範囲を直線歩行できないもの
等級表 6 級に該当する障害	50cm幅の範囲を直線歩行できるが、足を開き、しゃがみこんで、再び立ち上がる動作ができないもの
等級表 7 級に該当する障害	6 級以上には該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの

第5章 肢 体 不 自 由

Ⅲ 身体障害認定要領

1 診断書の作成について

身体障害者障害程度等級表においては、肢体不自由を上肢、下肢、体幹及び乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害に区分している。したがって、肢体不自由診断書の作成に当たっては、これを念頭に置き、それぞれの障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

(1) 「総括表」について

ア 「障害名」について

ここにいう障害名とは、あることにより生じた結果としての四肢体幹の障害を指すもので、機能欠損の状態、あるいは目的動作能力の障害について記載する。即ち、ディスファンクション又はインペアメントの状態をその障害部位とともに明記することで、例を挙げると、①上肢機能障害（右手関節強直、左肩関節機能全廃）、②下肢機能障害（左下肢短縮、右膝関節著障）、③体幹運動機能障害（下半身麻痺）、④脳原性運動機能障害（上下肢不随意運動）等の書き方が標準的である。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

病名がわかっているものについてはできるだけ明確に記載することが望ましい。即ち、前項の障害をきたした原因の病名（足部骨腫瘍、脊椎損傷、脳性麻痺、脳血管障害等）を記載することである。例えば、右手関節強直の原因として「慢性関節リウマチ」と記載し、体幹運動機能障害であれば「強直性脊髄炎」であるとか「脊椎側弯症」と記載する。さらに、疾病外傷の直接原因については、右端に列挙してある字句の中で該当するものを○印で囲み、該当するものがない場合にはその他の欄に直接記載する。例えば、脊髄性小児麻痺であれば疾病に○印を、脊髄腫瘍の場合にはさらにその他に○印をした上で、（ ）内には肺癌転移と記載する。なお、そ

の他の事故の意味するものは、自殺企図、原因不明の頭部外傷、猟銃暴発等外傷の原因に該当する字句のない場合を指すものであり、()内記載のものとは区別する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

初発症状から症状固定に至るまでの治療の内容を簡略に記載し、機能回復訓練の終了日をもって症状の固定とする。ただし、切断のごとく欠損部位によって判定の下されるものについては、再手術が見込まれない段階に至った時点で診断してよい。現症については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」等の所見欄に記載された内容を摘記する。

エ 「総合所見」について

傷病の経過及び現症の結果としての障害の状態、特に目的動作能力の障害を記載する。

例：上肢運動能力、移動能力、座位、起立位等

なお、成長期の障害、進行性病変に基づく障害、手術等により障害程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

オ 「その他参考となる合併症状」について

他に障害認定上参考となる症状のある場合に記載する。

(2) 「肢体不自由の状況及び所見」について

ア 乳幼児期以前に発現した脳原性運動機能障害については、専用の別様式診断書「脳原性運動機能障害用」を用いることとし、その他の上肢、下肢、体幹の障害については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」を用いる。ただし、痙性麻痺については、筋力テストを課すのは必要最少限にすること。

イ 障害認定に当たっては、目的動作能力に併せ関節可動域、筋力テストの所見を重視しているので、その双方についての診断に遺漏のないよう記載すること。

ウ 関節可動域の表示並びに測定方法は、日本整形外科学会身体障害委員会及び日本

リハビリテーション医学会評価基準委員会において示された「関節可動域表示並びに測定法」により行うものとする。

エ 筋力テストは徒手による筋力検査によって行うものであるが、評価は次の内容で区分する。

- ・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような体位では自動可能な場合（著減）、又はいかなる体位でも関節の自動が不能な場合（消失）……………×
- ・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合（半減）……………△
- ・検者の手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合（正常）、又は検者の手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合（やや減）…○

オ 脳原性運動機能障害用については上肢機能障害と移動機能障害の双方につき、一定の方法により検査を行うこととされているが、被検者は各動作について未経験のことがあるので、テストの方法を事前に教示し試行を経たうえで本検査を行うものとする。

2 障害程度の認定について

(1) 肢体不自由の障害程度は、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由及び脳原性運動機能障害（上肢機能・移動機能）の別に認定する。

この場合、上肢、下肢、体幹の各障害については、それらが重複するときは、身体障害認定基準の障害が重複する場合の取扱いにより上位等級に認定することが可能であるが、脳原性運動機能障害（上肢機能・移動機能）については、肢体不自由の中で独立した障害区分であるので、上肢又は下肢の同一側に対する他の肢体不自由の区分（上肢・下肢・体幹）との重複認定はあり得ないものである。

(2) 上肢不自由は、機能障害及び欠損障害の2つに大別され、それぞれの障害程度に応

じ等級が定められている。

機能障害については、一上肢全体の障害、三大関節の障害及び手指の障害の身体障害認定基準が示されているので、診断書の内容を基準によく照らし、的確に認定する。

欠損障害については、欠損部位に対する等級の位置付けが身体障害者障害程度等級表に明示されているので、それに基づき認定する。

(3) 下肢不自由は、機能障害、欠損障害及び短縮障害に区分される。

機能障害については、一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足指の障害の身体障害認定基準に照らし、診断書の記載内容を確認しつつ認定する。

欠損障害及び短縮障害については、診断書における計測値を身体障害者障害程度等級表上の項目に照らし認定する。

(4) 体幹不自由は、高度の体幹麻痺をきたす症状に起因する運動機能障害の区分として設けられているものであって、その原因疾患の主なものは脊髄性小児麻痺、強直性脊椎炎、脊髄損傷等である。

体幹不自由は四肢にも障害の及ぶものが多いので、特に下肢不自由との重複認定を行う際には、身体障害認定基準にも示されているとおり、制限事項に十留意する必要がある。

(5) 脳原性運動機能障害は、脳原性障害の中でも特に生活経験の獲得という点で極めて不利な状態に置かれている乳幼児期以前に発現した障害について特に設けられた区分である。

その趣旨に即して、適切な障害認定を行う必要がある。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (障害用)

氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	男・女
住所	〒		電話				
① 障害名 (部位を明記)							障害の状況及び所見別紙のとおり
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷 戦災、疾病、先天性、その他 ()						
③ 疾病・外傷発生年月日	年	月	日	場所			
④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む。)							
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日							
⑤ 総合所見							
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]							
⑥ その他参考となる合併症状							
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 平成 年 月 日							
病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名							
科 医師氏名 印							
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入すること。]							
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない							

- 注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を具体的に記入してください。
- 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて障害の状況及び所見について問い合わせる場合があります。
- 3 下欄には、記入しないでください。

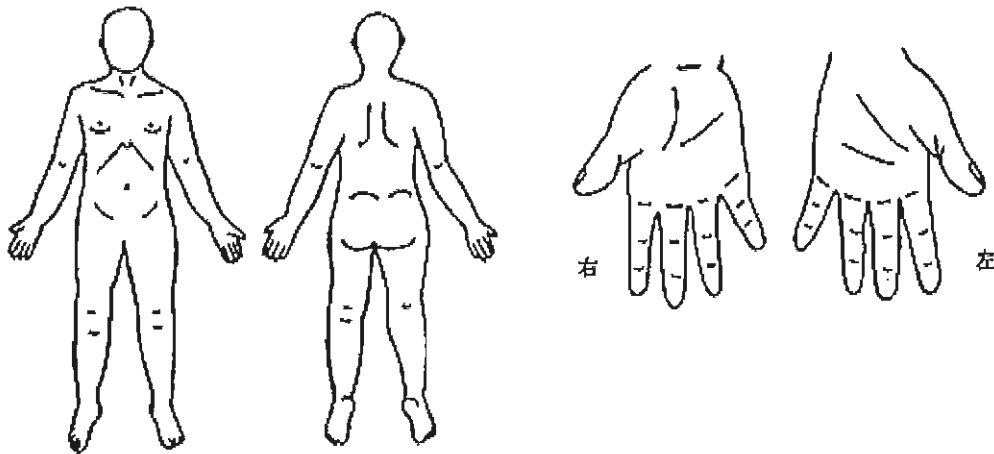
障 害 名		障害・不自由	級	項
	重複 障害	障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項

肢体不自由の状況及び所見

1 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○でかこみ、下記空欄に追加所見記入。）

- (1) 感覚障害（下記図示） (有（感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚）・無)
- (2) 運動障害（下記図示） (有（弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他）・無)
- (3) 起因部位 (脳・脊髄性・末梢神経・筋肉・骨関節・その他)
- (4) 排尿・排便機能障害 (有・無)
- (5) 形態異常 (有・無)

参 考 図 示



x 変形 切離断 感覚障害 運動障害 (注) 関係ない部分は記入不要

計測法：

- 上肢長：肩峰 → 橈骨茎状突起
- 下肢長：上前腸骨棘 → (脛骨) 内果
- 上腕周径：最大周径
- 前腕周径：最大周径
- 大腿周径：膝蓋骨上縁上 10 cm の周径（小児等の場合は、計測位置を欄外に併記すること）
- 下腿周径：最大周径

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握力	

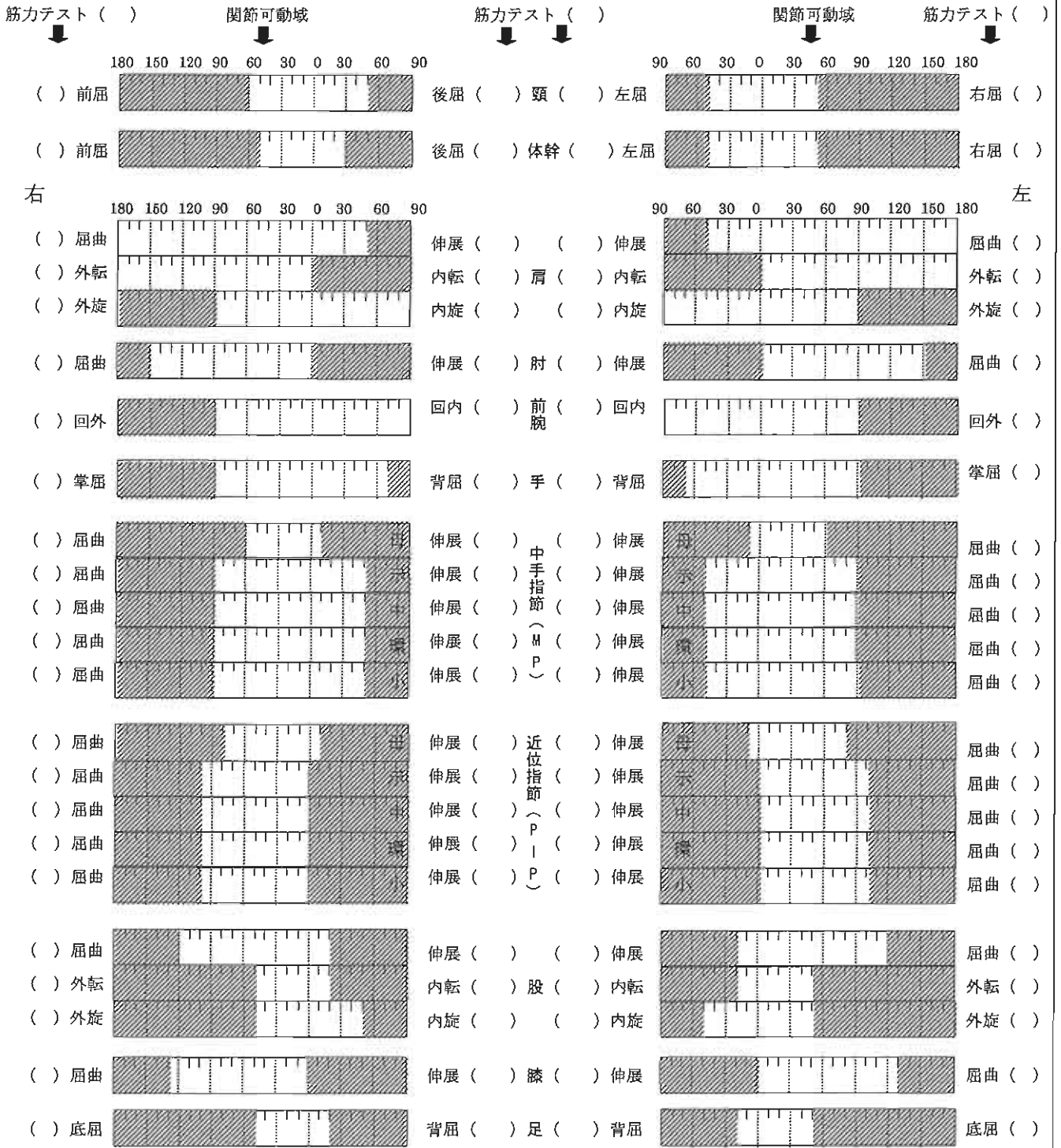
2 動作・活動 自立-○ 半介助-△ 全介助又は不能-x,

寝返りする	排泄のあと始末をする	顔を洗いタオルで拭く
足をなげ出して座る	(箸で) 食事をする (スプーン, 自助具)	タオルを絞る
椅子に腰かける	コップで水を飲む	背中を洗う
立つ(手すり, 壁, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具)	シャツを着て脱ぐ	二階まで階段を上って下りる (手すり, 杖, 松葉杖)
家の中の移動(壁, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具, 車椅子)	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	屋外を移動する(家の周辺程度)(杖, 松葉杖, 車椅子)
洋式便器にすわる	ブラシで歯をみがく(自助具)	公共の乗り物を利用する

注1 () に掲げる補助具等を用いて評価するときは、該当する字句を丸で囲むこと。

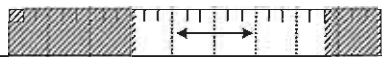
2 身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されますので () 内の字句が ○ で囲まれている場合は、原則として自立していないという解釈になります。

3 関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)



参考意見

- 注:
1. 関節可動域は、他動的な可動域を原則とする。
 2. 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
 3. 関節可動域の図示は、 \leftarrow \rightarrow のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線 (〰) を引く。
 4. 筋力については、表 () 内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失または著減 (筋力0, 1, 2該当)

5. △印は、筋力半減 (筋力3該当)
 6. ○印は、筋力正常またはやや減 (筋力4, 5該当)
 7. (PIP)の項母指は (IP) 関節を指す。
 8. DIP その他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
 9. 図中ぬりつぶした部分葉は、参考的正常範囲外の部分で、反脹膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。
- 例示
- (×) 伸展  屈曲 (△)

総括表 身体障害者診断書・意見書 (障害用)

氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	男・女			
住所	〒						電話			
① 障害名 (部位を明記)							障害の状況及び所見別紙のとおり			
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷 戦災、疾病、先天性、その他 ()									
③ 疾病・外傷発生年月日	年	月	日	場所						
④ 参考となる経過・現症 (エックス線及び検査所見を含む。)										
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日										
⑤ 総合所見										
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]										
⑥ その他参考となる合併症状										
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 平成 年 月 日										
病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 診療担当科名										
科 医師氏名 印										
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入すること。]										
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない										
注 1 障害名の欄には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を具体的に記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて障害の状況及び所見について問い合わせる場合があります。 3 下欄には、記入しないでください。										
障 害 名							障害・不自由	級	項	
	重 複 障 害							障害・不自由	級	項
								障害・不自由	級	項
								障害・不自由	級	項
								障害・不自由	級	項

脳原性運動機能障害用

(該当するものを○でかこむこと)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

< 紐むすびテスト結果 >

- 1 度目の 1 分間 _____ 本
- 2 度目の 1 分間 _____ 本
- 3 度目の 1 分間 _____ 本
- 4 度目の 1 分間 _____ 本
- 5 度目の 1 分間 _____ 本
- 計 _____ 本

イ 一上肢機能障害

< 5 動作の能力テスト結果 >

- a 封筒を鋏で切る時に固定する (可能 ・ 不可能)
- b さいふからコインを出す (可能 ・ 不可能)
- c 傘をさす (可能 ・ 不可能)
- d 健側の爪を切る (可能 ・ 不可能)
- e 健側のそで口のボタンをとめる (可能 ・ 不可能)

2 移動機能障害

< 下肢・体幹機能評価結果 >

- a つたい歩きをする (可能 ・ 不可能)
- b 支持なしで立位を保持しその後
10m 歩行する (可能 ・ 不可能)
- c 椅子から立ち上り 10m 歩行し再
び椅子に坐る _____ 秒 (可能 ・ 不可能)
- d 50m 幅の範囲内を直線歩行する (可能 ・ 不可能)
- e 足を開き、しゃがみこんで再び
立ち上る (可能 ・ 不可能)

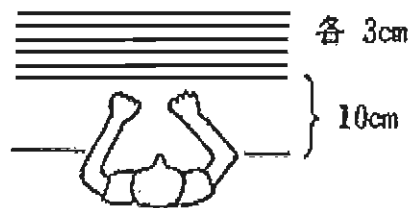
(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア 紐むすびテスト

事務用とじ紐（概ね 43cm 規格のもの）を使用する。

① とじ紐を机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。



② 被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽くひとむすびする。

(注) ・上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

・手を机の上に浮かしてむすぶこと。

③ むすび目の位置は問わない。

④ 紐が落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。

⑤ 紐は検査担当者が随時補充する。

⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

イ 5動作の能力テスト

a 封筒を鋏で切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で鋏を用い封筒を切る。

患手を健手で持って封筒の上に乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。鋏はどのようなものを用いてもよい。

b さいふからコインを出す。

さいふを患手で持ち、空中に支え（テーブル面上ではなく）、健手でコインを出す。ジッパーをあけてしめることを含む。

c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のままでよい。肩にかついではいけない。

d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り（約10cm）で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e 健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被害者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

CanChild Centre for Childhood Disability Research
Institute for Applied Health Sciences, McMaster University,
1400 Main Street West, Room 408, Hamilton, ON, Canada L8S 1C7
Tel: 905-525-9140 ext. 27850 Fax: 905-522-6095
E-mail: canchild@mcmaster.ca Website: www.canchild.ca

GMFCS – E & R
Gross Motor Function Classification System
Expanded and Revised

GMFCS - E & R © Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007
CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

GMFCS © Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi, 1997
CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University
(Reference: *Dev Med Child Neurol* 1997;39:214-223)

INTRODUCTION & USER INSTRUCTIONS

The Gross Motor Function Classification System (GMFCS) for cerebral palsy is based on self-initiated movement, with emphasis on sitting, transfers, and mobility. When defining a five-level classification system, our primary criterion has been that the distinctions between levels must be meaningful in daily life. Distinctions are based on functional limitations, the need for hand-held mobility devices (such as walkers, crutches, or canes) or wheeled mobility, and to a much lesser extent, quality of movement. The distinctions between Levels I and II are not as pronounced as the distinctions between the other levels, particularly for infants less than 2 years of age.

The expanded GMFCS (2007) includes an age band for youth 12 to 18 years of age and emphasizes the concepts inherent in the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). We encourage users to be aware of the impact that **environmental** and **personal** factors may have on what children and youth are observed or reported to do. The focus of the GMFCS is on determining which level best represents the **child's or youth's present abilities and limitations in gross motor function**. Emphasis is on usual **performance** in home, school, and community settings (i.e., what they do), rather than what they are known to be able to do at their best (capability). It is therefore important to classify current performance in gross motor function and not to include judgments about the quality of movement or prognosis for improvement.

The title for each level is the method of mobility that is most characteristic of performance after 6 years of age. The descriptions of functional abilities and limitations for each age band are broad and are not intended to describe all aspects of the function of individual children/youth. For example, an infant with hemiplegia who is unable to crawl on his or her hands and knees, but otherwise fits the description of Level I (i.e., can pull to stand and walk), would be classified in Level I. The scale is ordinal, with no intent that the distances between levels be considered equal or that children and youth with cerebral palsy are equally distributed across the five levels. A summary of the distinctions between each pair of levels is provided to assist in determining the level that most closely resembles a child's/youth's current gross motor function.

We recognize that the manifestations of gross motor function are dependent on age, especially during infancy and early childhood. For each level, separate descriptions are provided in several age bands. Children below age 2 should be considered at their corrected age if they were premature. The descriptions for the 6 to 12 year and 12 to 18 year age bands reflect the potential impact of environment factors (e.g., distances in school and community) and personal factors (e.g., energy demands and social preferences) on methods of mobility.

An effort has been made to emphasize abilities rather than limitations. Thus, as a general principle, the gross motor function of

children and youth who are able to perform the functions described in any particular level will probably be classified at or above that level of function; in contrast, the gross motor function of children and youth who cannot perform the functions of a particular level should be classified below that level of function.

OPERATIONAL DEFINITIONS

Body support walker – A mobility device that supports the pelvis and trunk. The child/youth is physically positioned in the walker by another person.

Hand-held mobility device – Canes, crutches, and anterior and posterior walkers that do not support the trunk during walking.

Physical assistance – Another person manually assists the child/youth to move.

Powered mobility – The child/youth actively controls the joystick or electrical switch that enables independent mobility. The mobility base may be a wheelchair, scooter or other type of powered mobility device.

Self-propels manual wheelchair – The child/youth actively uses arms and hands or feet to propel the wheels and move.

Transported – A person manually pushes a mobility device (e.g., wheelchair, stroller, or pram) to move the child/youth from one place to another.

Walks – Unless otherwise specified indicates no physical assistance from another person or any use of a hand-held mobility device. An orthosis (i.e., brace or splint) may be worn.

Wheeled mobility – Refers to any type of device with wheels that enables movement (e.g., stroller, manual wheelchair, or powered wheelchair).

GENERAL HEADINGS FOR EACH LEVEL

LEVEL I - Walks without Limitations

LEVEL II - Walks with Limitations

LEVEL III - Walks Using a Hand-Held Mobility Device

LEVEL IV - Self-Mobility with Limitations; May Use Powered Mobility

LEVEL V - Transported in a Manual Wheelchair

DISTINCTIONS BETWEEN LEVELS

Distinctions Between Levels I and II - Compared with children and youth in Level I, children and youth in Level II have limitations walking long distances and balancing; may need a hand-held mobility device when first learning to walk; may use wheeled mobility when traveling long distances outdoors and in the community; require the use of a railing to walk up and down stairs; and are not as capable of running and jumping.

Distinctions Between Levels II and III - Children and youth in Level II are capable of walking without a hand-held mobility device after age 4 (although they may choose to use one at times). Children and youth in Level III need a hand-held mobility device to walk indoors and use wheeled mobility outdoors and in the community.

Distinctions Between Levels III and IV - Children and youth in Level III sit on their own or require at most limited external support to sit, are more independent in standing transfers, and walk with a hand-held mobility device.

Children and youth in Level IV function in sitting (usually supported) but self-mobility is limited. Children and youth in Level IV are more likely to be transported in a manual wheelchair or use powered mobility.

Distinctions Between Levels IV and V - Children and youth in Level V have severe limitations in head and trunk control and require extensive assisted technology and physical assistance. Self-mobility is achieved only if the child/youth can learn how to operate a powered wheelchair.

© Palsano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston, 2007 Page 2 of 4

Gross Motor Function Classification System – Expanded and Revised

(GMFCS – E & R)

BEFORE 2ND BIRTHDAY

LEVEL I: Infants move in and out of sitting and floor sit with both hands free to manipulate objects. Infants crawl on hands and knees, pull to stand and take steps holding on to furniture. Infants walk between 18 months and 2 years of age without the need for any assistive mobility device.

LEVEL II: Infants maintain floor sitting but may need to use their hands for support to maintain balance. Infants creep on their stomach or crawl on hands and knees. Infants may pull to stand and take steps holding on to furniture.

LEVEL III: Infants maintain floor sitting when the low back is supported. Infants roll and creep forward on their stomachs.

LEVEL IV: Infants have head control but trunk support is required for floor sitting. Infants can roll to supine and may roll to prone.

LEVEL V: Physical impairments limit voluntary control of movement. Infants are unable to maintain antigravity head and trunk postures in prone and sitting. Infants require adult assistance to roll.

BETWEEN 2ND AND 4TH BIRTHDAY

LEVEL I: Children floor sit with both hands free to manipulate objects. Movements in and out of floor sitting and standing are performed without adult assistance. Children walk as the preferred method of mobility without the need for any assistive mobility device.

LEVEL II: Children floor sit but may have difficulty with balance when both hands are free to manipulate objects. Movements in and out of sitting are performed without adult assistance. Children pull to stand on a stable surface. Children crawl on hands and knees with a reciprocal pattern, cruise holding onto furniture and walk using an assistive mobility device as preferred methods of mobility.

LEVEL III: Children maintain floor sitting often by "W-sitting" (sitting between flexed and internally rotated hips and knees) and may require adult assistance to assume sitting. Children creep on their stomach or crawl on hands and knees (often without reciprocal leg movements) as their primary methods of self-mobility. Children may pull to stand on a stable surface and cruise short distances. Children may walk short distances indoors using a hand-held mobility device (walker) and adult assistance for steering and turning.

LEVEL IV: Children floor sit when placed, but are unable to maintain alignment and balance without use of their hands for support. Children frequently require adaptive equipment for sitting and standing. Self-mobility for short distances (within a room) is achieved through rolling, creeping on stomach, or crawling on hands and knees without reciprocal leg movement.

LEVEL V: Physical impairments restrict voluntary control of movement and the ability to maintain antigravity head and trunk postures. All areas of motor function are limited. Functional limitations in sitting and standing are not fully compensated for through the use of adaptive equipment and assistive technology. At Level V, children have no means of independent movement and are transported. Some children achieve self-mobility using a powered wheelchair with extensive adaptations.

BETWEEN 4TH AND 6TH BIRTHDAY

LEVEL I: Children get into and out of, and sit in, a chair without the need for hand support. Children move from the floor and from chair sitting to standing without the need for objects for support. Children walk indoors and outdoors, and climb stairs. Emerging ability to run and jump.

LEVEL II: Children sit in a chair with both hands free to manipulate objects. Children move from the floor to standing and from chair sitting to standing but often require a stable surface to push or pull up on with their arms. Children walk without the need for a handheld mobility device indoors and for short distances on level surfaces outdoors. Children climb stairs holding onto a railing but are unable to run or jump.

LEVEL III: Children sit on a regular chair but may require pelvic or trunk support to maximize hand function. Children move in and out of chair sitting using a stable surface to push on or pull up with their arms. Children walk with a hand-held mobility device on level surfaces and climb stairs with assistance from an adult. Children frequently are transported when traveling for long distances or outdoors on uneven terrain.

LEVEL IV: Children sit on a chair but need adaptive seating for trunk control and to maximize hand function. Children move in and out of

chair sitting with assistance from an adult or a stable surface to push or pull up on with their arms. Children may at best walk short distances with a walker and adult supervision but have difficulty turning and maintaining balance on uneven surfaces. Children are transported in the community. Children may achieve self-mobility using a powered wheelchair.

LEVEL V: Physical impairments restrict voluntary control of movement and the ability to maintain antigravity head and trunk postures. All areas of motor function are limited. Functional limitations in sitting and standing are not fully compensated for through the use of adaptive equipment and assistive technology. At Level V, children have no means of independent movement and are transported. Some children achieve self-mobility using a powered wheelchair with extensive adaptations.

© Palkano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston, 2007 Page 3 of 4

BETWEEN 6TH AND 12TH BIRTHDAY

Level I: Children walk at home, school, outdoors, and in the community. Children are able to walk up and down curbs without physical assistance and stairs without the use of a railing. Children perform gross motor skills such as running and jumping but speed, balance, and coordination are limited. Children may participate in physical activities and sports depending on personal choices and environmental factors.

Level II: Children walk in most settings. Children may experience difficulty walking long distances and balancing on uneven terrain, inclines, in crowded areas, confined spaces or when carrying objects. Children walk up and down stairs holding onto a railing or with physical assistance if there is no railing. Outdoors and in the community, children may walk with physical assistance, a hand-held mobility device, or use wheeled mobility when traveling long distances. Children have at best only minimal ability to perform gross motor skills such as running and jumping. Limitations in performance of gross motor skills may necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports.

Level III: Children walk using a hand-held mobility device in most indoor settings. When seated, children may require a seat belt for pelvic alignment and balance. Sit-to-stand and floor-to-stand transfers require physical assistance of a person or support surface. When traveling long distances, children use some form of wheeled mobility. Children may walk up and down stairs holding onto a railing with supervision or physical assistance. Limitations in walking may necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports including self-propelling a manual wheelchair or powered mobility.

Level IV: Children use methods of mobility that require physical assistance or powered mobility in most settings. Children require adaptive seating for trunk and pelvic control and physical assistance for most transfers. At home, children use floor mobility (roll, creep, or crawl), walk short distances with physical assistance, or use powered mobility. When positioned, children may use a body support walker at home or school. At school, outdoors, and in the community, children are transported in a manual wheelchair or use powered mobility. Limitations in mobility necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports, including physical assistance and/or powered mobility.

Level V: Children are transported in a manual wheelchair in all settings. Children are limited in their ability to maintain antigravity head and trunk postures and control arm and leg movements. Assistive technology is used to improve head alignment, seating, standing, and and/or mobility but limitations are not fully compensated by equipment. Transfers require complete physical assistance of an adult. At home, children may move short distances on the floor or may be carried by an adult. Children may achieve self-mobility using powered mobility with extensive adaptations for seating and control access. Limitations in mobility necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports including physical assistance and using powered mobility.

BETWEEN 12TH AND 18TH BIRTHDAY

Level I: Youth walk at home, school, outdoors, and in the community. Youth are able to walk up and down curbs without physical assistance and stairs without the use of a railing. Youth perform gross motor skills such as running and jumping but speed, balance, and coordination are limited. Youth may participate in physical activities and sports depending on personal choices and environmental factors.

Level II: Youth walk in most settings. Environmental factors (such as uneven terrain, inclines, long distances, time demands, weather, and peer acceptability) and personal preference influence mobility choices. At school or work, youth may walk using a handheld mobility device for safety. Outdoors and in the community, youth may use wheeled mobility when traveling long distances. Youth walk up and down stairs holding a railing or with physical assistance if there is no railing. Limitations in performance of gross motor skills may necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports.

Level III: Youth are capable of walking using a hand-held mobility device. Compared to individuals in other levels, youth in Level III demonstrate more variability in methods of mobility depending on physical ability and environmental and personal factors. When seated, youth may require a seat belt for pelvic alignment and balance. Sit-to-stand and floor-to-stand transfers require physical assistance from a

person or support surface. At school, youth may self-propel a manual wheelchair or use powered mobility. Outdoors and in the community, youth are transported in a wheelchair or use powered mobility. Youth may walk up and down stairs holding onto a railing with supervision or physical assistance. Limitations in walking may necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports including self-propelling a manual wheelchair or powered mobility.

Level IV: Youth use wheeled mobility in most settings. Youth require adaptive seating for pelvic and trunk control. Physical assistance from 1 or 2 persons is required for transfers. Youth may support weight with their legs to assist with standing transfers. Indoors, youth may walk short distances with physical assistance, use wheeled mobility, or, when positioned, use a body support walker. Youth are physically capable of operating a powered wheelchair. When a powered wheelchair is not feasible or available, youth are transported in a manual wheelchair. Limitations in mobility necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports, including physical assistance and/or powered mobility.

Level V: Youth are transported in a manual wheelchair in all settings. Youth are limited in their ability to maintain antigravity head and trunk postures and control arm and leg movements. Assistive technology is used to improve head alignment, seating, standing, and mobility but limitations are not fully compensated by equipment. Physical assistance from 1 or 2 persons or a mechanical lift is required for transfers. Youth may achieve self-mobility using powered mobility with extensive adaptations for seating and control access. Limitations in mobility necessitate adaptations to enable participation in physical activities and sports including physical assistance and using powered mobility.

© Palisano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston, 2007 Page 4 of 4

産科医療補償制度に係る診断書作成に関する検討会 委員名簿

- ◎ 鴨下 重彦 小児医学研究振興財団 理事長
- 岡 明 東京大学大学院医学系研究科 小児科学分野 准教授
- 鈴木 文晴 東京都東大和療育センター 副院長
- 當山 真弓 沖縄小児発達センター
- 芳賀 信彦 東京大学大学院医学系研究科 リハビリテーション医学分野 教授

<協力者>

近藤 和泉 藤田保健衛生大学 藤田記念七栗研究所

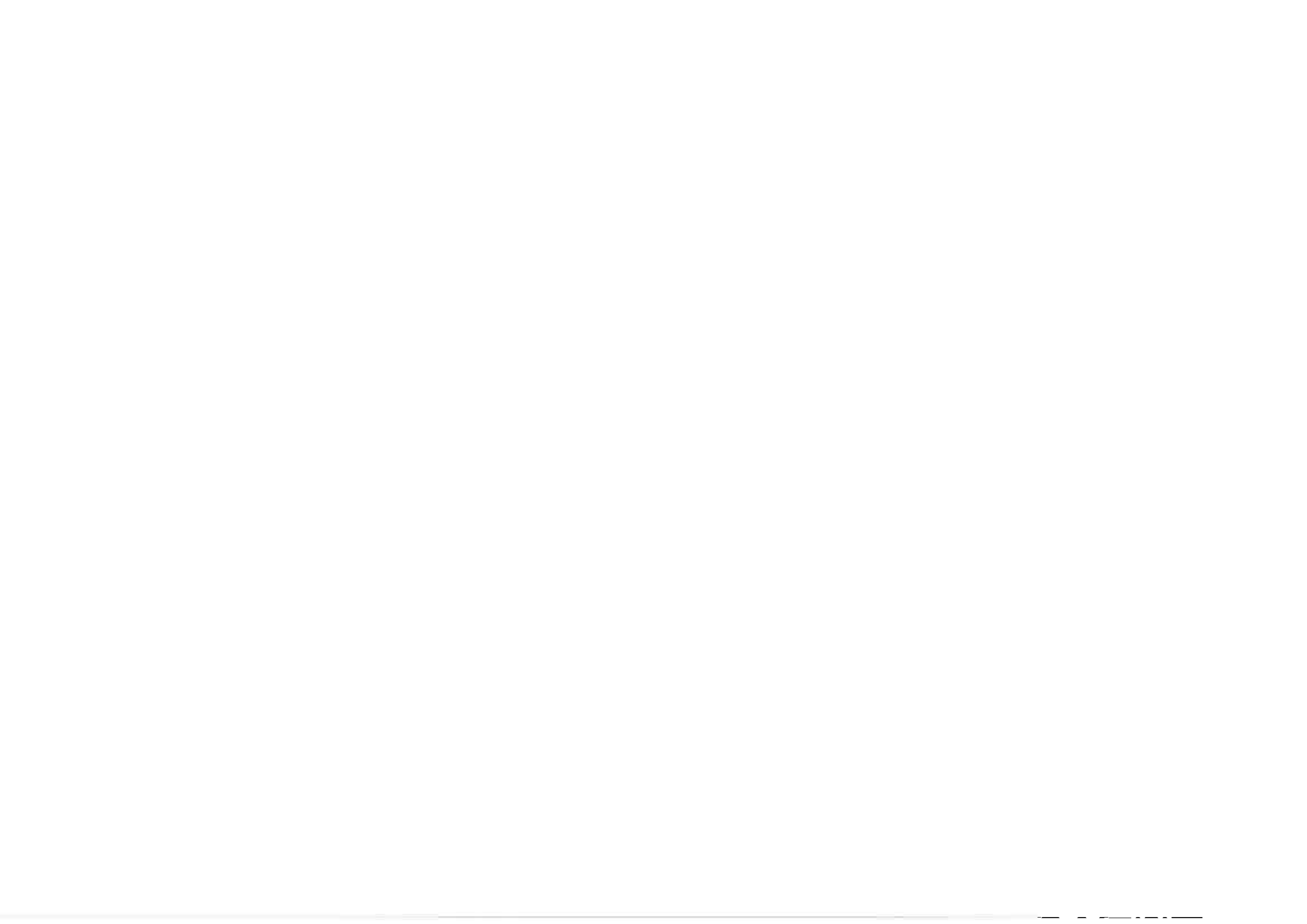
リハビリテーション研究部門 教授

- ◎ 委員長 ○委員長代理 (委員の記載は五十音順)

産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る
診療録・助産録等の記載事項に関する報告書

財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度原因分析・再発防止に係る検討会

平成20年11月25日



はじめに

産科医療補償制度（以下「本制度」）は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族に、速やかに経済的補償を提供することに加えて、事例の原因分析を行い、将来の同種事例の防止に役立つ情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決、産科医療の質の向上を図ることを目的として創設されました。

本制度の創設に向けて、財団法人日本医療機能評価機構に産科医療補償制度運営組織準備委員会が設置され、産科医療に従事する関係者、患者の立場の有識者、法律家等、様々な立場の委員により議論が行われ、平成20年1月、産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書が取りまとめられました。

この報告書において、原因分析を適切に行うためには、分娩に係る診療内容等の記録の正確性が重要であり、かつ資料として忠実に提出される必要がある、と示されています。さらに、提出書類の種類、標準的に必要となる記載事項、提出要領等は、本制度が開始される前に、各分娩機関に十分に周知徹底しなければならない、と要請されています。

これを受けて、財団法人日本医療機能評価機構に設置された「産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る検討会」において、本制度の原因分析・再発防止の検討の際に必要な診療録・助産録等の記載事項について整理しました。

これらの項目を正確に記載することにより、原因分析および再発防止の検討の際に有意義な資料となり、さらに、産科医療の質の向上につながることを期待します。

産科医療補償制度の審査、原因分析・再発防止の検討の際に必要な診療録・助産録等の記載事項

1. 各書類の記載事項

診療録・助産録等の記載事項を、別紙に示します。

別紙に示した内容は、医師法および保健師助産師看護師法に定められた事項や、日本産婦人科医会発行の研修ノート、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会監修の産婦人科診療ガイドライン（産科編）、日本助産師会発行の助産所開業マニュアルおよび助産所業務ガイドライン、妊婦定期健康診査に関する厚生労働省通知等を参考にし、診療録・助産録等の記載事項についてまとめたものです。

2. 留意事項

別紙に示した内容は、診療録・助産録等に記載する基本的項目です。

なお、妊娠経過記録の記載事項として、「健診記録」に『内診所見』を挙げていますが、健診において常に内診の実施を求めているものではありません。

助産所においては、掲げた項目全てを記載するものではなく、助産所での分娩対象外となっている異常妊娠経過を有する妊娠等に関する記載は必要ありません。また、新生児記録中の臍帯動脈血ガス値に関しても記載の必要はありません。

診療録・助産録および検査データ等の記載事項

I. 診療録・助産録

1. 外来診療録・助産録

1) 妊産婦に関する基本情報

- (1) 氏名、年齢、身長、体重、嗜好品（飲酒、喫煙）、アレルギー等
- (2) 既往歴
- (3) 妊娠分娩歴：婚姻歴、妊娠・分娩回数、帝王切開の既往等

2) 妊娠経過記録

- (1) 分娩予定日決定方法と不妊治療の有無
- (2) 健診記録：健診年月日、妊娠週数、子宮底長、腹囲、血圧、尿生化学検査（糖・蛋白）、浮腫、体重、胎児心拍数、内診所見、問診（特記すべき主訴）、保健指導等
- (3) 母体情報：産科合併症の有無、偶発合併症の有無等
- (4) 胎児および付属物情報：胎児数、胎位、発育、胎児形態異常、胎盤位置、羊水量、胎児健康状態（胎動、胎児心拍数等）等
- (5) 転院の有無：転送先施設名等

2. 入院診療録・助産録

1) 分娩のための入院時の記録

- (1) 母体所見：入院日時、妊娠週数、身体所見（身長、体重、血圧、体温等）、問診（主訴）、内診所見、陣痛の有無、破水の有無、出血の有無、保健指導等
- (2) 胎児所見：心拍（ドップラーまたは分娩監視装置の記録）、胎位等
- (3) その他：本人家族への説明内容等

2) 分娩経過

- (1) 母体所見：陣痛（開始時間、状態）、破水（日時、羊水の性状、自然・人工）、出血、内診所見、血圧・体温等の一般状態、食事摂取、排泄等
- (2) 胎児所見：心拍（異常所見およびその対応を含む）、回旋等
- (3) 分娩誘発・促進の有無：器械的操作（ラミナリア法、メトロイリナーゼ法等）、薬剤（薬剤の種類、投与経路等）等
- (4) その他：観察者の職種、付き添い人の有無等

3) 分娩記録

娩出日時、娩出方法（経膣自然分娩、クリステレル圧出法、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開）、分娩所要時間、羊水混濁、胎盤娩出様式、胎盤・臍帯所見、出血量、会陰所見、無痛分娩の有無等

4) 産褥記録

母体の経過：血圧・体温等の一般状態、子宮復古状態、浮腫、乳房の状態、保健指導等

5) 新生児記録

(1) 新生児出生時情報：出生体重、性別、アプガースコア、体温・脈拍・呼吸等の一般状態、臍帯動脈血ガス値^{※注}、出生時蘇生術の有無（酸素投与、マスク換気、気管挿管、心マッサージ、薬剤の使用等）等

※注：個別審査対象の児に必要であり、他の児についても検査することが望ましい。

- (2) 診断：新生児仮死(重症・中等症)、MAS、RDS、IVH、頭血腫、先天異常、症候性低血糖、核黄疸、感染症、新生児けいれん等
- (3) 治療：人工換気、薬剤の投与（昇圧剤、抗けいれん剤等）等
- (4) 退院時の状態：身体計測値、栄養方法、哺乳状態、臍の状態、退院年月日、新生児搬送の有無、搬送先施設名等
- (5) 新生児代謝スクリーニング結果
- (6) 新生児に関する保健指導

3. その他

分娩経過表（パルトグラム）、手術記録、看護記録、患者に行った説明の記録と同意書、他の医療機関からの紹介状等。

II. 検査データ

外来および入院中に実施した血液検査・分娩監視装置等の記録（コピー可）。

以上

産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る検討会 委員名簿

- 是 澤 光 彦 三楽病院産婦人科 部長
- 石 渡 勇 石渡産婦人科病院 院長
- 岡 本 喜代子 日本助産師会 副会長
- 関 沢 明 彦 昭和大学医学部産婦人科 准教授
- 高 橋 恒 男 横浜市立大学附属市民総合医療センター 教授
- 塚 原 優 己 国立成育医療センター周産期診療部産科 医長
- 中 井 章 人 日本医科大学多摩永山病院 副院長
- 松 田 義 雄 東京女子医科大学産婦人科 教授
- 委員長（委員の記載は五十音順）

- 平成20年11月17日
 - ・第30回社会保障審議会医療保険部会において委員より寄せられた質問事項とその回答

・・・P1

関連通知等

- 平成20年11月 4日
 - ・医療機能情報提供制度の実施に当たっての留意事項の改正について（事務連絡）
- ・医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項の一部を改正する件（厚生労働省告示第507号）：官報（抜粋）
- ・「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」の改正について（通知）
- ・産科医療補償制度に基づき支払われる補償金の所得税法上の取扱いについて（照会）

・・・P7

・・・P18

・・・P19

・・・P21

- 平成20年11月 6日
 - ・産科医療補償制度に基づき支払われる補償金の所得税法上の取扱いについて（回答）※国税庁からの回答

・・・P25

- 平成20年11月28日
 - ・基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第530号）：官報（抜粋）

・・・P26

- ・ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の算定要件の改正について（通知）

・・・P27

- 平成20年12月 5日
 - ・健康保険法施行令等の一部を改正する政令の施行について（通知）

・・・P33

- 平成20年12月12日
 - ・健康保険法施行規則及び船員保険法施行規則の一部を改正する省令の施行について（通知）

・・・P37

第30回社会保障審議会医療保険部会において
委員より寄せられた質問事項とその回答

平成20年11月17日

「議題1 出産育児一時金制度の見直しについて（産科医療補償制度関連）」に
関する質問及びその回答

【照会先】

（回答の内容及び産科医療補償制度について）

医政局総務課 03-5253-1111（内線 2515）

（出産育児一時金の見直しについて）

保険局保険課 03-5253-1111（内線 3247）

問1 産科医療補償制度において、リスクを高めに見積もっているのではないか。

(答)

産科医療補償制度における損害保険の運営においては、分娩機関の加入率と脳性麻痺の発生率の2つの変動リスクがあります。

本制度は、法律によって加入を義務付けた制度でなく任意加入の制度であり、十分な財源が確保されるか否かは加入率次第であることから、国としても様々な加入促進策を講ずることにより全加入を目指しております。

また、発生率については、補償対象者を概ね500～800人程度と見込んでいますが、この推計値は、産科医療補償制度調査専門委員会の医学的調査報告書における脳性麻痺の年間発生数推計値「2,300～2,400人程度」を基に、①出生体重、在胎週数、②在胎週数に係る個別審査基準、③重症度、④除外基準（先天性要因等）を踏まえて算出したものです。さらに、これらの数値は地域性のある、かつ、限定された範囲のデータに基づいているため、補償対象者は800人をベースに、データ不足による不確定要素を一定程度補正しております。

事務コストについては、年間100万人規模の個人情報管理し、20年に渡る補償を行うための分娩機関・妊産婦登録システムの開発及び維持に要する費用、制度の運営や審査等に要する費用、補償金の支払い業務を行うための事務費・人件費などが必要となります。

(社)日本損害保険協会による協会加盟会社の平成19年度決算概況では、保険料収入に占める給付の割合は62.8%となっており、事務コスト等は約4割となっています。しかしながら、産科医療補償制度においては、詳細な制度設計などを国が支援したり、加入分娩機関への説明や募集を日本医師会、日本産婦人科医会、日本助産師会の協力を得ることで代理店経費を節減することなどにより、保険料収入の8割以上を給付に充て、17%程度の事務コストに抑えております。

事務コストの内訳は、別添1のとおりとなっております。

本制度の収支状況については、外部有識者によって組織され、公開により開催される「産科医療補償制度運営委員会」に報告するとともに、公表することとしており、医療部会及び医療保険部会にも適宜報告し、透明性の高い運営を行うこととしております。

さらに、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こととされております。

問2 1年間の経緯として、剰余・欠損が出た場合の処理方法如何。

(答)

産科医療補償制度は、補償申請の受付期間を原則満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までとし、児が20歳になるまで補償金を分割して支払う制度です。(極めて重症の場合は生後6か月から受付)

そのため、当該1年間に生まれた児が満5歳の誕生日を迎える日までは対象者の数が確定せず、補償に必要な額も確定しません。その間、保険料は、今後支払いが見込まれるもの(支払備金)として積み立てられます。(別添2参照)

平成21年の1年間に生まれた児からの申請が締め切られる平成26年12月31日になれば、補償する児の数が確定し、平成40年までの収支も正確に見込むことができるようになります。この場合、もし脳性麻痺の発生率が見込みより低ければ、剰余が生じることになり、損害保険会社の収益となりますが、逆に発生率が高ければ、欠損が生じることになり、損害保険会社が経済的な負担を負うことになります。

これらの決算状況を踏まえ、遅くとも5年後を目処に制度の見直しを行うこととしており、仮に5年を待たずに剰余が大きく見込まれることになれば、医療部会及び医療保険部会にも適宜報告し、早期に制度を見直すことも考えられます。

問3 補償対象が脳性麻痺に限られている理由。

(答)

補償の対象については、

- 1) 脳性麻痺の児は、一定の確率で不可避的に生じることから保険の仕組みが馴染むこと
 - 2) 思いがけず重度の障害児を持った親が、その原因の究明や障害に対する補償を求めて医師等に対する医療訴訟を起こすことが多いこと
- を踏まえ、まずは、制度の早期実現を図る観点から、産科における脳性麻痺だけを対象とすることとされたところです。

問4 現場で起こっている医療事故の全体像の中で、産科補償制度の位置付け。

(答)

医事関係訴訟事件の診療科目別の状況を見ると、平成18年既済件数987件のうち、産婦人科は161件と内科、外科に次いで3位ですが、医師1,000人当たりの件数では、産婦人科の件数が16.8件と1位で、2位の整形外科・形成外科の2.5倍となっています。

さらに、この産婦人科の中でも、一定の確率で脳性麻痺が発生し、産婦人科訴訟の大部分を占めているとの現状から、脳性麻痺を対象とした補償制度を創設することとしたものです。

これまで、産婦人科に限らず他の診療科も含めて医療事故が起きた場合、医師等に過失が認められれば、医師賠償責任保険等により被害者を救済する仕組みはありましたが、医師等の過失が認められなければ救済がされないのが現状です。このため、過失の有無を巡って、裁判で長期に争われる傾向があったため、脳性麻痺児の救済と紛争の早期解決を図るための仕組みとして、無過失の場合に補償する仕組みを創設することとなったものです。基準を満たしていれば補償金は支払われますが、過失が認定された場合は求償する仕組みです。

なお、他の診療分野への拡大については、この補償制度の運営状況を踏まえて検討していくべき課題であると考えております。

問5 早期の紛争予防に資する理由を明らかにすべき。

(答)

補償金を払うだけの仕組みであれば、補償金が訴訟原資となって、かえって訴訟が増えるとの指摘もあります。この制度では、過失の有無が明らかになる前の段階で早期に補償するとともに、これまで訴訟に発展する大きな要因であった発生原因について、第三者である運営組織が調査・分析して報告することとしており、これにより両者の認識の違いが埋まることにつながるものと考えられます。

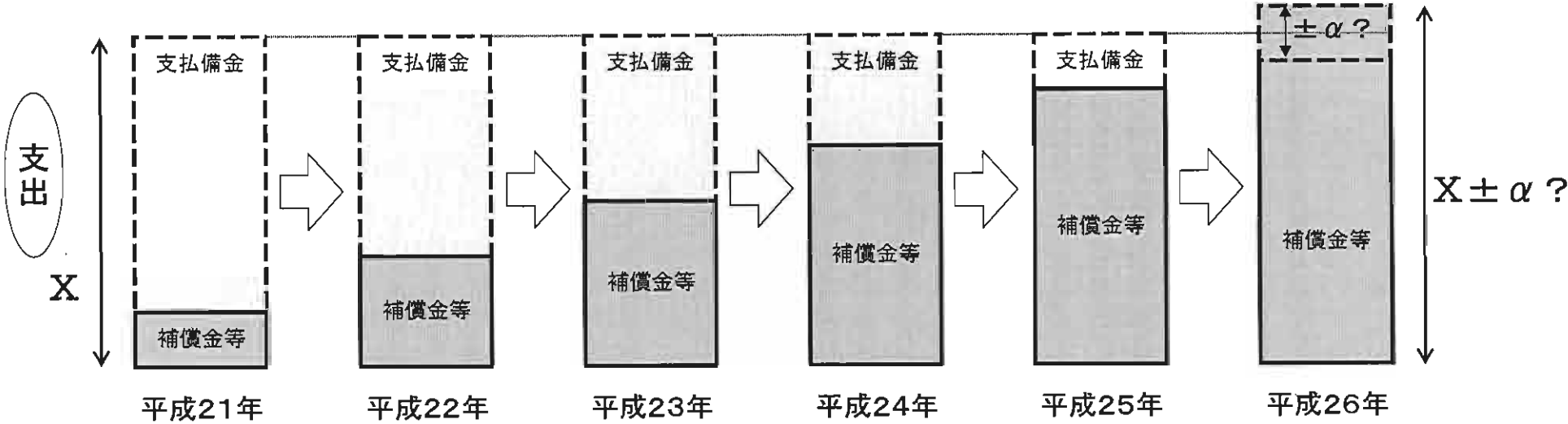
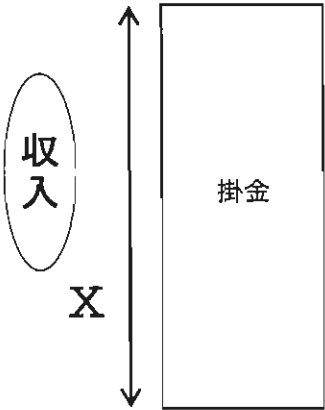
これらのことにより、紛争の防止・早期解決につながるのではないかと考えております。

事務コストについて

1	システム開発等経費（5年間限り） 分娩機関・妊産婦登録システム開発費等の償還分 準備経費	4. 2億円
2	妊産婦登録・審査等経費	41. 6億円
(1)	妊産婦情報管理経費 契約管理経費（人件費、物件費） システム関係維持・管理経費	27. 5億円
(2)	審査、支払等経費 人件費、委員会（運営、審査、異議審査、調整）経費、 事務所、機器等借料、支払等事務経費、	14. 1億円
3	長期分割金管理等経費	6. 6億円
		計 52. 4億円

産科医療補償制度における保険収支(イメージ)

〔平成21年に生まれた脳性麻痺児の補償は、
同年に集められた掛金より支払われます。〕





事 務 連 絡
平成20年11月4日

各都道府県医政主管部局 御中

厚生労働省医政局総務課

医療機能情報提供制度の実施に当たっての留意事項の改正について

平素から大変お世話になっております。また、医療行政の推進につきまして、日々御協力いただき、厚く御礼申し上げます。

平成21年1月1日より財団法人日本医療機能評価機構（以下「評価機構」という。）を運営組織として産科医療補償制度が開始されることに伴い、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成20年厚生労働省令第156号）により、標記制度において病院、診療所又は助産所が都道府県に対して報告する事項として、診療科名に産婦人科、産科又は婦人科を有する医療機関及び助産所については、新たに『財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無』という項目が追加されたところです（省令改正の概要については別添資料2「新旧対照表」を参照）。

今般、産科医療補償制度の実施に伴う所要の法令の改正等に併せて、「医療機能情報提供実施に当たっての留意事項について」（平成19年9月25日事務連絡）の添付資料を別添資料1のとおり改めましたので（改正箇所は黄色に塗った部分）、その内容を御確認いただき、標記制度の円滑な運用に向けて引き続き御尽力いただきますようお願いいたします。

添付資料

（別添1）本編資料【各医療機関別】（省令別表第1に記載された事項及び留意事項）

（別添2）医療法施行規則（昭和23年厚生労働省令第50号）新旧対照表

医療機関の医療機能に関する情報【病院】

別添1

1.管理・運営・サービス・アメニティに関する事項	詳細	記載上の留意事項
(1)基本情報		
1 病院の名称		
2 病院の開設者		
3 病院の管理者		
4 病院の所在地		
5 病院の案内用の電話番号及びFAX番号		
6 診療科目		医療法第6条の6に基づく診療科名を指す。
7 診療科目別の診療日		
8 診療科目別の診療時間		標榜している診療科目毎の診療を行う時間を記載
9 病床種別及び届出又は許可病床数		医療法第7条第2項に規定する病床種別(一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の別) 医療法の規定に基づき許可を受けた又は届け出た総病床数及び病床種別病床数(一般病床数、療養病床数、精神病床数、感染症病床数、結核病床数)
(2)病院へのアクセス		
10 病院までの主な利用交通手段		病院等の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から病院等までの主な交通手段、所要時間等を記載
11 病院の駐車場	(i)駐車場の有無	敷地内及び隣接地(概ね徒歩5分圏内)に駐車場を保有しているかどうか。
	(ii)駐車台数	(i)の駐車場について、駐車可能な普通乗用車等の台数を記載
	(iii)有料又は無料の別	(i)の駐車場の有料・無料の区別を記載(有料の場合、料金を記載することも差し支えない。)
12 案内用ホームページアドレス		患者や住民が閲覧可能なホームページを有している場合にURLを記載
13 案内用電子メールアドレス		患者や住民が連絡、相談等を行うことができる電子メールアドレスを有している場合にはそのアドレスを記載
14 診療科目別の外来受付時間		
15 予約診療の有無		
16 時間外における対応		別表1の1)
17 面会の日及び時間帯		
(3)院内サービス・アメニティ		
18 院内処方の有無		外来患者に対して、病院内で処方が行われているかどうか。
19 対応することができる外国語の種類		
20 障害者に対するサービス内容		別表1の2)
21 車椅子利用者に対するサービス内容		別表1の3)
22 受動喫煙を防止するための措置		別表1の4)
23 医療に関する相談に対する体制の状況	(i)医療に関する相談窓口設置の有無	
	(ii)相談員の人数	医療に関する相談窓口を設置している場合の、窓口対応を行う医療ソーシャルワーカー等の相談員の人数(※非常勤も含む。非常勤を含む場合には常勤換算により記載)
24 入院食の提供方法		別表1の5)

25	病院内の売店又は食堂(外来者が使用するものに限る。)の有無		
(4)費用負担等			
26	保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類		別表1の6)
27	選定療養	(i)「特別の療養環境の提供」に係る病室差額料が発生する病床数及び金額	
		(ii)「予約に基づく診察」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額	
		(iii)「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額	
		(iv)「病床数が200以上の病院について受けた初診」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額	
		(v)「病床数が200以上の病院について受けた再診」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額	
28	治験の実施の有無及び契約件数		薬事法(昭和35年法律第145号)に規定する治験を実施しているかどうか。実施している場合は、報告を行う年度の前年度の治験実施に係る契約件数
29	クレジットカードによる料金の支払いの可否		
30	先進医療の実施の有無及び内容		病院において、健康保険法(大正11年法律第70号)により厚生労働大臣の定める評価療養のうち、先進医療を実施しているかどうか。実施している場合は先進医療の内容(ただし、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において、字数制限を定めることができる。)
2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項			
(1)診療内容、提供保健・医療・介護サービス			
31	医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類及びその種類毎の人数		別表1の7) 該当する資格を保有する医療従事者(非常勤を含む)が在籍している医療機関は当該専門資格を保有する医療従事者の人数(非常勤を含む場合には常勤換算により記載)をその種類毎に記載すること
32	保有する施設設備		別表1の8)
33	併設している介護施設		別表1の9)※同一敷地内に併設されているもの
34	対応することができる疾患・治療の内容		別表2
35	対応することができる短期滞在手術		別表1の10)①(日帰り手術)
			別表1の10)②(1泊2日手術)
36	専門外来の有無及び内容		病院内において、設置している特定の患者、部位、疾患、治療を対象とする専門的外来を設置しているかどうか。設置している場合、医療法に基づき、広告が可能な患者特性や治療方法に限る。また、名称を記載する部分については、都道府県が定める様式において、字数制限を設けることができる。
37	健康診査及び健康相談の実施	(i)健康診査の実施の有無及び内容	内容については、「乳幼児検診」、「胃がん検診」等、対象者や部位を付記することは差し支えなく、「人間ドック」という表現も差し支えない。ただし、医療法に基づき、広告が可能なものに限る。また、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において字数制限を設けることができる。
		(ii)健康相談の実施の有無及び内容	内容については、「がんに関する健康相談」、「生活習慣病に関する健康相談」、「歯の健康相談」等、対象者や部位を付記することは差し支えない。ただし、内容については、医療法に基づき、広告が可能なものに限る。また、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において字数制限を設けることができる。
38	対応することができる予防接種		別表1の11)
39	対応することができる在宅医療		別表1の12)
40	対応することができる介護サービス		別表1の13)

41	セカンド・オピニオンに関する状況	(i) セカンド・オピニオンのための診療に関する情報提供の有無	診療報酬点数表に基づき、診療情報を提供しているかどうか。(主治医がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供すること)
		(ii) セカンド・オピニオンのための診察の有無及び料金	患者がセカンドオピニオンを求めて受診した場合に、そのための診察を行い、セカンドオピニオンを行っているかどうか。また、セカンドオピニオンを自費診療としている場合の料金
42	地域医療連携体制	(i) 医療連携体制に関する窓口の設置の有無	「地域医療連携室」など、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための窓口を設置しているかどうか。
		(ii) 地域連携クリティカルパスの有無	退院後に患者が治療を受ける医療機関の間で共有する、治療開始から在宅復帰までの全体的な治療計画を導入しているかどうか。
43	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無		退院後の相談窓口として、病院等以外の保健医療サービス又は福祉サービスを提供している事業所又は施設との連携についての窓口を設置しているかどうか。
3. 医療の実績、結果に関する事項			
44	病院の人員配置	(i) 医療従事者の人員数	別表1の14) 常勤者の数と非常勤者について「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数とを足しあわせた数について記載する。なお、担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上する。
		(ii) 外来患者を担当する医療従事者の人員数	(i) の医療従事者のうち、主として外来患者を担当するもの(病棟担当と分けられない場合、重複計上可)
		(iii) 入院患者を担当する医療従事者の人員数	(i) の医療従事者のうち、主として入院患者を担当するもの(外来担当と分けられない場合、重複計上可)
45	看護師の配置状況		病院の病床別のそれぞれの看護師実質配置の状況(1対〇) (計算方法)各病床別の1日平均患者数÷看護師及び准看護師数(常勤換算) ※「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」及び別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき算出すること
46	法令上の義務以外の医療安全対策	(i) 医療安全についての相談窓口の設置の有無	病院内に常設される患者相談窓口を設置し、患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保しているかどうか。
		(ii) 医療安全管理者の配置の有無及び専任又は兼任の別	当該病院における医療に係る安全管理を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行う者を配置しているかどうか。 また、専任は、医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事していることをいい、兼任は専任以外の場合をいう。
		(iii) 安全管理部門の設置の有無及び部門の構成員の職種	専任の医療に係る安全管理を行う者及びその他必要な職員で構成され、医療に係る安全管理のための委員会等で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を行う部門を設置しているかどうか。
		(iv) 医療事故情報収集等事業への参加の有無	医療法施行規則に基づく事故等分析事業(事故等事案に関する情報又は資料を収集し、及び分析し、その他事故等事案に関する科学的な調査研究を行うとともに、当該分析の結果又は当該調査研究の成果を提供する事業)に参加しているかどうか。
47	法令上の義務以外の院内感染対策	(i) 院内感染対策を行う者の配置の有無及び専任又は兼任の別	当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行う者を配置しているかどうか。 また、専任は、院内感染対策の推進に関する業務に専ら従事していることをいい、兼任は専任以外の場合をいう。
		(ii) 院内感染対策部門の設置の有無及び部門の構成員の職種	専任の院内感染対策を行う者及びその他必要な職員で構成され、院内感染対策のための委員会等で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の院内感染対策を行う部門を設置しているかどうか。
		(iii) 院内における感染症の発症率に関する分析の実施の有無	対象を定め、継続的・定期的に集計・解析し、何らかの形で医療機関における院内感染対策の取組として活用しているかどうか。なお、分析結果そのものについては記載しないこと。
48	入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無		入院診療計画を策定するにあたり、院内において患者の治療の状況に応じた部門間等の連携体制をとっているかどうか。
49	診療情報管理体制	(i) オーダリングシステムの導入の有無及び導入状況	別表1の15) 検査、処方や予約に係る業務をオンライン上で指示したり、検査結果を検索・参照できるシステム(オーダーエントリーシステム)の導入の有無及びその導入範囲(例:検査及び処方まで導入)
		(ii) ICDコードの利用の有無	「ICDコードの利用」とは、ICD(※)コードに基づいた診療情報管理を行っていること。 ※ICD(疾病及び関連保健問題の国際統計分類):異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較等を行うことを目的に、世界保健機関(WHO)より提示されている分類。
		(iii) 電子カルテシステムの導入の有無	
		(iv) 診療録管理専任従事者の有無及び人数	専任の診療記録を管理する者を配置しているかどうか。

50	情報開示に関する窓口の有無		病院内に常設される情報開示の手続き等を行う窓口を設置し、患者等からの診療情報等の情報に関する相談、開示請求に応じられる体制を確保しているかどうか。
51	症例検討体制	(i) 臨床病理検討会の有無	当該病院内において定期的に実施している臨床病理検討会(CPC)があるかどうか。
		(ii) 予後不良症例に関する院内検討体制の有無	当該病院内において予後不良症例に関する検討を行う体制(M&M)があるかどうか。
52	治療結果情報	(i) 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数その他の治療結果に関する分析の有無	例えば、死亡率、再入院率など、当該病院における患者に対する治療結果に関して何らかの分析を行っているかどうか。なお、分析結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数その他の治療結果に関する分析結果の提供の有無	「治療結果に関する分析結果の提供」は、治療結果に関する分析の結果について、患者等の求めに応じて提供しているかどうか、または、年報やホームページで提供しているかどうか。
53	患者数	(i) 病床の種別ごとの患者数	「病床の種別ごとの患者数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の入院患者延数をそれぞれ暦日で除した数を記入する。
		(ii) 外来患者数	「外来患者の数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の外来患者延数を実外来診療日数で除した数を記入する。この場合、外来患者数に在宅患者数は含めない。
		(iii) 在宅患者数	「在宅患者の数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の在宅患者延数を実在宅診療日数で除した数を記入する。
54	平均在院日数		報告する年度の前年度の【在院患者延数/(1/2×(新入院患者数+退院患者数))】(病床種別)
55	患者満足度の調査	(i) 患者満足度の調査の実施の有無	患者に行う病院に対する満足度についてのアンケート等を実施しているかどうか。ただし、調査結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 患者満足度の調査結果の提供の有無	(i)のアンケート等の結果を、患者等の求めに応じて提供するかどうか。
56	(財)日本医療機能評価機構による認定の有無		(財)日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、認定証を発行されているかどうか。
57	診療科名に産婦人科、産科又は婦人科を有する病院にあつては、(財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無		(財)日本医療機能評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入しているかどうか。

医療機関の医療機能に関する情報【診療所】

1.管理・運営・サービス・アメニティに関する事項	詳細	記載上の留意事項
(1)基本情報		
1 診療所の名称		
2 診療所の開設者		
3 診療所の管理者		
4 診療所の所在地		
5 診療所の案内用の電話番号及びFAX番号		
6 診療科目		医療法第6条の6に基づく診療科名を指す。
7 診療科目別の診療日		
8 診療科目別の診療時間		標榜している診療科目毎の診療を行う時間を記載
9 病床種別及び届出又は許可病床数		医療法第7条第2項に規定する病床種別(一般病床、療養病床の別)
		医療法の規定に基づき許可を受けた又は届け出た総病床数及び病床種別病床数(一般病床数、療養病床数)
(2)診療所へのアクセス		
10 診療所までの主な利用交通手段		病院等の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から病院等までの主な交通手段、所要時間等を記載
11 診療所の駐車場	(i)駐車場の有無	敷地内及び隣接地(概ね徒歩5分圏内)に駐車場を保有しているかどうか。
	(ii)駐車台数	(i)の駐車場について、駐車可能な普通乗用車等の台数を記載
	(iii)有料又は無料の別	(i)の駐車場の有料・無料の区別を記載(有料の場合、料金を記載することも差し支えない。)
12 案内用ホームページアドレス		患者や住民が閲覧可能なホームページを有している場合にURLを記載
13 案内用電子メールアドレス		患者や住民が連絡、相談等を行うことができる電子メールアドレスを有している場合にはそのアドレスを記載
14 診療科目別の外来受付時間		
15 予約診療の有無		
16 時間外における対応		別紙1の1)
17 面会の日及び時間帯		
(3)院内サービス・アメニティ		
18 院内処方の有無		外来患者に対して、診療所内で処方が行われているかどうか。
19 対応することができる外国語の種類		
20 障害者に対するサービス内容		別紙1の2)
21 車椅子利用者に対するサービス内容		別紙1の3)
22 受動喫煙を防止するための措置		別紙1の4)
23 医療に関する相談員の配置の有無及び人数		医療ソーシャルワーカー等の相談員を配置している場合にはその人数を記載(※非常勤も含む。非常勤を含む場合には常勤換算により記載)

(4)費用負担等		
24	保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の診療所の種類	別紙1の5)
25	選定療養	(i)「特別の療養環境の提供」に係る病室差額料が発生する病床数及び金額
		(ii)「予約に基づく診察」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額
		(iii)「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額
26	治験の実施の有無及び契約件数	薬事法(昭和35年法律第145号)に規定する治験を実施しているかどうか。実施している場合は、報告を行う年度の前年度の治験実施に係る契約件数
27	クレジットカードによる料金の支払いの可否	
2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項		
(1)診療内容、提供保健・医療・介護サービス		
28	医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類及びその種類毎の人数	別紙1の6) 該当する資格を保有する医療従事者(非常勤を含む)が在籍している医療機関は当該専門資格を保有する医療従事者の人数(非常勤を含む場合には常勤換算により記載)をその種類毎に記載すること
29	併設している介護施設	別紙1の7)
30	対応することができる疾患又は治療の内容	別紙2
31	対応することができる短期滞在手術	別紙1の8)①(日帰り手術)
		別紙1の8)②(1泊2日手術)
32	専門外来の有無及び内容	診療所内において、設置している特定の患者、部位、疾患、治療を対象とする専門的外来を設置しているかどうか。設置している場合、医療法に基づき、広告が可能な患者特性や治療方法に限る。また、名称を記載する部分については、都道府県が定める様式において、字数制限を設けることができる。
33	(i)健康診査の実施の有無及び内容	内容については、「乳幼児検診」、「胃がん検診」等、対象者や部位を付記することは差し支えなく、「人間ドック」という表現も差し支えない。ただし、医療法に基づき、広告が可能なものに限る。また、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において字数制限を設けることができる。
	(ii)健康相談の実施の有無及び内容	内容については、「がんに関する健康相談」、「生活習慣病に関する健康相談」、「歯の健康相談」等、対象者や部位を付記することは差し支えない。ただし、医療法に基づき、広告が可能なものに限る。また、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において字数制限を設けることができる。
34	対応することができる予防接種	別紙1の9)
35	対応することができる在宅医療	別紙1の10)※同一敷地内に併設されているもの
36	対応することができる介護サービス	別紙1の11)
37	セカンド・オピニオンに関する状況	(i)セカンド・オピニオンのための診療に関する情報提供の有無 診療報酬点数表に基づき、診療情報を提供しているかどうか。(主治医がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供すること)
	(ii)セカンド・オピニオンのための診察の有無及び料金	患者がセカンドオピニオンを求めて受診した場合に、そのための診察を行い、セカンドオピニオンを行っているかどうか。また、セカンドオピニオンを自費診療としている場合の料金
38	地域医療連携体制	(i)地域連携クリティカルパスの有無 退院後に患者が治療を受ける医療機関の間で共有する、治療開始から在宅復帰までの全体的な治療計画を導入しているかどうか。
39	地域の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無	退院後の相談窓口として、病院等以外の保健医療サービス又は福祉サービスを提供している事業所又は施設との連携についての窓口を設置しているかどうか。

3. 医療の実績、結果に関する事項			
40	診療所の人員配置	(i) 医療従事者の人員数	別紙1の12) 常勤者の数と非常勤者について「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数とを足しあわせた数について記載する。なお、担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上する。
41	看護師の配置状況		有床診療所の病床別のそれぞれの看護師実質配置の状況(1対〇) (計算方法)各病床別の1日平均患者数÷看護師及び准看護師数(常勤換算) ※「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」及び別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき算出すること。
42	法令上の義務以外の医療安全対策	(i) 医療事故情報収集等事業への参加の有無	医療法施行規則に基づく事故等分析事業(事故等事案に関する情報又は資料を収集し、及び分析し、その他事故等事案に関する科学的な調査研究を行うとともに、当該分析の結果又は当該調査研究の成果を提供する事業)に参加しているかどうか。
43	法令上の義務以外の院内感染対策	(i) 院内での感染症の発症率に関する分析の実施の有無	対象を定め、継続的・定期的に集計・解析し、何らかの形で医療機関における院内感染対策の取組として活用しているかどうか。なお、分析結果そのものについては記載しないこと。
44	電子カルテシステムの導入の有無		
45	情報開示に関する窓口の有無		診療所内に常設される情報開示の手続き等を行う窓口で、患者等からの診療情報等の情報に関する相談、開示請求に応じられる体制を確保しているかどうか。
46	治療結果情報	(i) 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数その他の治療結果に関する分析の有無	当該診療所における患者に対する治療結果に関して行う分析を行っているかどうか。なお、分析結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数その他の治療結果に関する分析結果の提供の有無	治療結果に関する分析の結果について、患者等の求めに応じて提供しているかどうか。
47	患者数	(i) 病床種別ごとの患者数	「病床の種別ごとの患者数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の入院患者延数をそれぞれ暦日で除した数を記入する。
		(ii) 外来患者数	「外来患者の数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の外来患者延数を突外来診療日数で除した数を記入する。この場合、外来患者数に在宅患者数は含まない。
		(iii) 在宅患者数	「在宅患者の数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の在宅患者延数を突在宅診療日数で除した数を記入する。
48	平均在院日数		報告する年度の前年度の【(在院患者延数÷(1/2×(新入院患者数+退院患者数))】(病床種別)
49	患者満足度の調査	(i) 患者満足度の調査の実施の有無	患者に行う当該診療所に対する満足度についてのアンケート等を実施しているかどうか。ただし、調査結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 患者満足度の調査結果の提供の有無	(i)のアンケート等の結果を、患者等の求めに応じて提供するかどうか。
50	診療科名に産婦人科、産科又は婦人科を有する診療所にあつては、(財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無		(財)日本医療機能評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入しているかどうか。

医療機関の医療機能に関する情報【助産所】

1.管理・運営・サービス・アメニティに関する事項	詳細	記載上の留意事項
(1)基本情報		
1 助産所の名称		
2 助産所の開設者		
3 助産所の管理者		
4 助産所の所在地		
5 助産所の案内用の電話番号及びFAX番号		
6 就業日		助産所において業務を行っている曜日及び休業日等を記載
7 就業時間		助産所において業務を行っている時間を記載
(2)助産所へのアクセス		
8 助産所までの主な利用交通手段		助産所の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から助産所までの主な交通手段、所要時間等を記載
9 助産所の駐車場	(i) 駐車場の有無	敷地内及び隣接地(概ね徒歩5分圏内)に駐車場を保有しているかどうか。
	(ii) 駐車台数	(i)の駐車場について、駐車可能な普通乗用車等の台数を記載
	(iii) 有料又は無料の別	(i)の駐車場の有料・無料の区別を記載(有料の場合、料金を記載することも差し支えない。)
10 案内用ホームページアドレス		患者や住民が閲覧可能なホームページを有している場合にURLを記載
11 案内用電子メールアドレス		患者や住民が連絡、相談等を行うことができる電子メールアドレスを有している場合にはそのアドレスを記載
12 面会の日及び時間帯		
13 外来受付時間		
14 予約の有無		
15 助産所の業務形態		別紙1の1)
16 時間外における対応の有無		就業時間以外における対応が可能かどうか。
(3)院内サービス・アメニティ		
17 対応することができる外国語の種類		
18 障害者に対するサービス内容		別紙1の2)
19 車椅子利用者に対するサービス内容		別紙1の3)
20 受動喫煙を防止するための措置		別紙1の4)
(4)費用負担等		
21 クレジットカードによる料金の支払いの可否		

2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項			
(1) 診療内容、提供保健・医療・介護サービス			
22	家族付き添い室の有無		出産等の際して、付添者が待機できる部屋があるかどうか。
23	妊産婦等に対する相談又は指導		別紙1の5)
3. 医療の実績、結果に関する事項			
24	助産所の人員配置	(i) 医療従事者の人員数	別紙1の6) 常勤者の数と非常勤者について「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数とを足しあわせた数について記載する。なお、担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上する。
25	分娩取扱数		報告する年度の前年度の分娩件数
26	妊産婦等満足度の調査	(i) 妊産婦等満足度の調査の実施の有無	妊産婦等に対し、助産所の満足度に関するアンケート等を実施しているかどうか。ただし、調査結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 妊産婦等満足度の調査結果の提供の有無	(i) のアンケート等の結果を患者等の求めに応じて提供しているかどうか。
27	(財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無		(財)日本医療機能評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入しているかどうか。

<p style="text-align: center;">新</p>	<p>別表第一（第一条関係）</p> <p>第三 医療の実績、結果等に関する事項</p> <p>一 医療の実績、結果等に関する事項</p> <p>イ 病院</p> <p>(1) (13) (略)</p> <p>(14) 診療科名に産婦人科、産科又は婦人科を有する病院にあつては、財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無</p> <p>ロ 診療所</p> <p>(1) (10) (略)</p> <p>(11) 診療科名に産婦人科、産科又は婦人科を有する診療所にあつては、財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無</p> <p>ニ 助産所</p> <p>(1) (3) (略)</p> <p>(4) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無</p>
<p style="text-align: center;">旧</p>	<p>別表第一（第一条関係）</p> <p>第三 医療の実績、結果等に関する事項</p> <p>一 医療の実績、結果等に関する事項</p> <p>イ 病院</p> <p>(1) (13) (略)</p> <p>ロ 診療所</p> <p>(1) (10) (略)</p> <p>ニ 助産所</p> <p>(1) (3) (略)</p>

○厚生労働省告示第五百七号

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第六条の五第一項第十三号及び第六条の七第一項第九号の規定に基づき、平成十九年厚生労働省告示第八号（医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告する事ができる事項の件）の一部を次のように改正する。

平成二十年十一月四日

厚生労働大臣 舛添 要一

第四条中第十六号を第十七号とし、第十五号を第十六号とし、第十四号の次に次の一号を加える。

十五 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款を定め、それに基づく補償を実施している旨

第六条中第十四号を第十五号とし、第十三号を第十四号とし、第十二号の次に次の一号を加える。

十三 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款を定め、それに基づく補償を実施している旨



医政発第1104005号
平成20年11月4日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」の改正について

平成21年1月1日より財団法人日本医療機能評価機構（以下「評価機構」という。）を運営組織として産科医療補償制度が開始されることに伴い、平成20年11月4日付で、「医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項の一部を改正する件」（平成20年厚生労働省告示第507号）（以下「改正告示」という。）が公布されたことを踏まえ、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」（平成19年3月30日医政発第0330014号医政局長通知）について、下記のとおり改めることとしたので通知する。

貴職におかれては、これらの内容について十分に御了知頂き、併せて、管下保健所設置市、特別区、関係団体等に対し、周知をお願いする。

記

改正告示により、病院、診療所及び助産所について、「財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨」が広告可能となったところである（告示改正の概要については別添資料2「告示新旧対照表」参照）が、これらは、評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入していること、当該制度に基づく補償を実施していることを広告できるようにする趣旨であり、その際、評価機構が定めた当該制度のシンボルマークを利用しても差し支えないこととする（本ガイドラインの改正内容については別添資料1「ガイドライン新旧対照表」を参照）。

なお、評価機構以外の者が運営組織として別に制度を開始した場合には、告示等について改正することとする。

医業、歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）（平成19年3月30日医政発第0330014号医政局長通知）新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

新	旧
<p>(13) 法第6条の5第1項第13号関係 ア～シ (略) ス 広告告示第4条第15号関係 <u>「財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨」については、評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入していること、当該制度に基づく補償を実施していることを広告できるようにする趣旨であること。その際、評価機構が定めた当該制度のシンボルマークを利用しても差し支えないこと。</u> <u>(例) ・〇〇病院（産科医療補償制度加入機関）</u> <u>・当院は妊婦の方に安心して出産していただけるよう産科医療補償制度に加入しており、もしも重度の脳性麻痺となった赤ちゃんが生まれ、一定の要件を満たしている場合には、所定の補償金をお支払いします。</u> セ 広告告示第4条第16号関係 (略) ソ 広告告示第4条第17号関係 (略)</p>	<p>(13) 法第6条の5第1項第13号関係 ア～シ (略) ス 広告告示第4条第15号関係 (略) セ 広告告示第4条第16号関係 (略)</p>



医政総発第1104001号

平成20年11月4日

国税庁課税部審理室長

大久保 修身 殿

厚生労働省医政局総務課長

深田 修

産科医療補償制度に基づき支払われる補償金の所得税法上の取扱いについて（照会）

産科医療補償制度（以下「本件制度」といいます。）は、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図る仕組みです。

本件制度においては、産科医療補償制度補償約款の規定に基づき、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児に対して一定の補償金（以下「本件補償金」といいます。）が支払われることになっています。

そこで、本件補償金については、所得税法第9条第16号及び所得税法施行令第30条に規定する非課税所得として取り扱って差し支えないか伺います。

なお、本件制度の概要及び本件補償金が非課税所得として取り扱われる理由は、下記のとおりです。

記

1 本件制度の概要

（1）本件制度の仕組み

- ① 分娩を取り扱う病院、診療所及び助産所（以下「分娩機関」といいます。）は、本件制度の運営組織である日本医療機能評価機構（以下「運営組織」といいます。）が損害保険会社との間で締結する産科医療補償責任保険契約への被保険者としての加入を運営組織に申請します。

（注）「産科医療補償責任保険契約」とは、保険契約者を運営組織、被保険者及び保険金受取人を分娩機関として、分娩機関が自院の管理下における分娩で脳性麻痺の児が出生した場合（無過失である場合に限り）に保険金を受け取る損害保険契約です。

- ② 妊産婦は、出産を予定している分娩機関が本件制度に加入しているか否か、また、本件制度の補償内容を確認します。その上で分娩機関は、自院で出産を予定してい

る妊産婦の情報を運営組織に登録します。

- ③ 分娩機関は、運営組織を通じて損害保険会社に保険料を支払います。この保険料は、分娩費用の一部として最終的に妊産婦が負担することとなります。
- ④ 出生した児が脳性麻痺となった場合には、産科医療補償制度補償約款の規定に基づき分娩機関が児に対して本件補償金を支払います。この場合、本件補償金には、分娩機関が産科医療補償責任保険契約に基づいて支払を受ける保険金（以下「本件保険金」という。）が充てられます。

（２）本件補償金の額

準備一時金（600万円）と補償分割金（120万円×20回）の合計額（3,000万円）となります。

（３）本件補償金の支払方法

- ① 脳性麻痺となった児又はその保護者は、運営組織に対して本件補償金の支払を請求します。
- ② 運営組織は、分娩機関から保険金請求の業務委託を受け、損害保険会社に対して本件保険金の支払を請求します。
- ③ 分娩機関は、本件保険金を本件補償金に充てるために、別添の「産科医療補償責任保険金請求書」により、脳性麻痺となった児名義の金融機関の口座を本件保険金の支払先に指定します。
- ④ 損害保険会社が、指定された口座に本件保険金を振り込むことにより、本件補償金の支払が履行されます。

（４）損害賠償金との調整

本件制度においては、分娩機関が妊産婦又は児に対して損害賠償責任を負う場合には、保険金は支払われないこととされています。しかしながら、損害賠償責任を負うかどうか判明するまで相当の期間を要することから、通常は、その間に既に本件補償金が支払われています。このため、分娩機関が損害賠償責任を負う場合には、既に支払われた本件補償金は分娩機関が妊産婦又は児に対し支払うべき損害賠償金に充てられます。この場合、分娩機関は、既に支払われた本件補償金（本件保険金に相当する金額）を損害保険会社に対し返還する義務を負うこととされています。

２ 本件補償金が非課税所得として取り扱われる理由

（１）非課税所得とされる損害保険金等

損害保険契約に基づき支払を受ける保険金及び損害賠償金（これらに類するものを含

む。)で、心身に加えられた損害に基因して取得するものは、非課税所得とされています(所法9①十六)。これには、損害保険契約に基づく保険金及び生命保険契約に基づく給付金で、身体の傷害に基因して支払を受けるものその他これらに類するものが含まれるものとされています(所令30本文・一)。

(2) 本件補償金について

本件制度は、次の理由から損害保険契約に類するものと認められますので、本件補償金は「損害保険契約に基づき身体の傷害に基因して支払を受けるものに類するもの」として、非課税所得として取り扱うのが相当と考えられます(所法9①十六、所令30本文・一)。

① 本件制度においては、分娩機関が運営組織を通じて損害保険会社に支払う保険料は、分娩費用の一部として、最終的に妊産婦が負担することになります。また、分娩機関は、運営組織が損害保険会社との間で締結する産科医療補償責任保険契約への被保険者としての加入を運営組織に申請することになっています。これにより、分娩機関は本件保険金を本件補償金に充てるために、脳性麻痺となった児名義の金融機関の口座を本件保険金の支払先に指定し、損害保険会社から児に対して、直接、本件補償金が支払われることになります。これら一連の手続は、被保険者及び保険金受取人を児とする損害保険契約と同視することができます。

② 損害保険契約においては、保険価額(損害額)を超えた保険契約は無効とされており(旧商法631)、また、同一の目的物について数個の損害保険契約が併存する場合に、これらの契約の保険金の額の合計額が保険価額(損害額)を超過するときは、保険金の額の調整が行われることになっています(旧商法632)。本件制度では、分娩機関が妊産婦又は児に対して損害賠償責任を負う場合には本件保険金(本件補償金)は支払われず、本件補償金と損害賠償金が重複して支払われることはないから、損害保険契約に類する契約であると考えられます。

(注) 損害賠償責任を負う場合には、既に支払われている本件補償金に相当する金額が損害賠償金の額から控除されます。

以上

チ ャ ッ ク シ ー ト

(同業者団体等照会用)

このチェックシートは、「取引等に係る税務上の取扱い等に関する照会（同業者団体等用）」を提出するに当たって、照会の内容等が文書による回答の対象であるかどうかを確認していただくための「一般的な事項」をまとめたものです。

確認が終わりましたら、照会文書と併せて提出してください。

項 目	チェック欄
(1) 照会者の構成事業者が行う取引等に係る照会である。	はい・ いいえ
(2) 国税（関税、とん税及び特別とん税を除く。以下同じ。）に関する法令の解釈・適用その他税務上の取扱いに関する照会である。	はい・ いいえ
(3) 特定の事業者の個別の取引等に係るものでなく、同様の業種・業態に共通する取引等に係る照会で、多数の納税者から照会されることが予想されるものである。	はい・ いいえ
(4) 照会の申出の際に、審査に必要な資料を提出している。	はい・ いいえ
(5) 照会内容の審査に必要な追加的な資料や翻訳文の提出に同意する。	はい・ いいえ
(6) 照会者名、照会内容及び回答内容が公表されることに同意する。	はい・ いいえ
(7) 照会者名、照会内容及び回答内容が公表されることについて、取引等の関係者の了解を得ること、並びに仮に関係者間で紛争が起こった場合には、照会者の責任において処理することに同意する。	はい・ いいえ
(8) 調査等の手続、徴収手続、酒類等の製造免許若しくは酒類の販売業免許又は酒類行政に関係する照会ではない。	はい・ いいえ
(9) 取引等に係る税務上の取扱い等が、法令、法令解釈通達あるいは過去に公表された質疑事例等において明らかになっていない。	はい・ いいえ
(10) 事実関係の認定が伴う照会ではない。	はい・ いいえ
(11) 照会に係る取引等は、法令等に抵触しない又は抵触のおそれがないものである。	はい・ いいえ
(12) 照会に係る取引等について、関係者間等で紛争中ではない又は紛争のおそれがない。	はい・ いいえ
(13) 照会に係る取引等は、税の軽減を図ることを主要な目的として行われるものではない。	はい・ いいえ
(14) 一連の組み合わせられた取引等の一部のみの照会ではない。	はい・ いいえ

(注) このチェックシートのすべての項目に該当する場合であっても、審査の結果、文書による回答がなされない場合もあります（詳細につきましては、国税局等の窓口でご相談ください。）。

照会者	所在地	〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2
	団体等の名称 及び代表者名	厚生労働省 医政局総務課長 深田 修 印



課審4-198

課個2-24

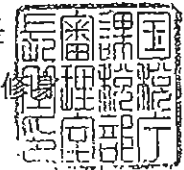
平成20年11月6日

厚生労働省医政局総務課長

深田 修 殿

国税庁課税部審理室長

大久保



産科医療補償制度に基づき支払われる補償金の所得税法上の
取扱いについて（平成20年11月4日付医政総発第1104001
号照会に対する回答）

標題のことについては、御照会に係る事実関係を前提とする限り、貴見のとおりで
差し支えありません。

ただし、次のことを申し添えます。

- (1) この文書回答は、御照会に係る事実関係を前提とした一般的な回答ですので、
個々の納税者が行う具体的な取引等に適用する場合には、この回答内容と
異なる課税関係が生ずることがあります。
- (2) この回答内容は国税庁としての見解であり、個々の納税者の申告内容等を拘束
するものではありません。

○厚生労働省告示第五百三十号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、平成二十一年一月一日から適用する。

平成二十年十一月二十八日

厚生労働大臣 外添 要一

第八の三十一の(1)に次のように加える。

ハ 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

第八の三十二の(1)に次のように加える。

ホ 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

第十一に次のように加える。

七 平成二十年十二月三十一日において現にハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算を算定する保険医療機関については、平成二十一年三月三十一日までの間に限り、第八の三十一の(1)のハ又は第八の三十二の(1)のホに該当するものとみなす。



保医発第1128002号
平成20年11月28日

地方厚生（支）局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の算定要件の改正について

本日、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（厚生労働省告示第530号。以下、「改正告示」という。）が公布され、平成21年1月1日から適用されることである。

改正告示の内容等については以下のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、支払審査機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

1 改正告示の内容

平成21年1月1日より、区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算及び区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の算定要件に、財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していることを加えることとしたこと。

ただし、平成20年12月31日において当該加算に係る届出が受理されている保険医療機関については、平成21年3月31日までの間に限り、財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施しているものとみなすものであること。

2 改正告示の適用に伴う「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305002号）の一部改正について

（1）改正告示の適用に伴い、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を別紙のとおり改正し、平成21年1月1日から適用する。

（2）経過措置の対象となる保険医療機関の届出について

平成20年12月31日現在においてハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算の届出を行っている保険医療機関については、平成21年3月31日までの間は経過措置の対象となるが、平成21年4月1日以降も当該加算を算定する場合には、別添7の「基本診療料の施設基準等に係る届出書」及び産科医療補償責任保険加入者証の写し等、財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の書類を提出すること。よって、様式13の2、様式20及び様式38の提出は不要であること。

- 1 「第4 経過措置等」の1の次に次のように加える。
 - 1の2 第2及び第3の規定にかかわらず、平成20年12月31日現在においてハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算の届出が受理されている保険医療機関については、平成21年4月1日以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要であること。
- 2 「別添3」の「第22の2」の1に次のように加える。
 - (4) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- 3 「別添3」の「第23」の1に次のように加える。
 - (5) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- 4 「別添7」の様式38を次のように改める。

〔ハイリスク妊娠管理加算
ハイリスク分娩管理加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 年間分娩件数

年間分娩件数	件
--------	---

[記載上の注意]

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

	氏名	診療科	勤務形態
1			常勤・非常勤
2			常勤・非常勤
3			常勤・非常勤
4			常勤・非常勤
5			常勤・非常勤

※ ハイリスク妊娠管理加算では、1名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する医師、ハイリスク分娩管理加算では、3名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師を記載すること。

4 常勤の助産師

	氏名
1	
2	
3	
4	
5	

5 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書（産科医療補償責任保険加入者証の写し等）を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。

(参考)

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(平成20年3月5日保医発第0305002号)の一部改正について

改正後	改正前
<p>第4 経過措置等</p> <p>1 (略)</p> <p><u>1の2 第2及び第3の規定にかかわらず、平成20年12月31日現在においてハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の届出が受理されている保険医療機関については、平成21年4月1日以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要であること。</u></p> <p>2～4 (略)</p> <p>別添3 入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>第22の2 ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準</p> <p>(1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。</p> <p>(3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。</p> <p><u>(4) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。</u></p> <p>2 届出に関する事項 ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。</p>	<p>第4 経過措置等</p> <p>1 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>別添3 入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>第22の2 ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準</p> <p>(1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。</p> <p>(3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。</p> <p>2 届出に関する事項 ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。</p>

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。
ア(略)
イ(略)
- (5) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の2及び別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び助産師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)並びに勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届出ること。
- (4) (略)

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。
ア(略)
イ(略)

2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の2及び別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び助産師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)並びに勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届出ること。
- (4) (略)



保発第1205002号
平成20年12月5日

健康保険組合理事長 殿

厚生労働省保険局長

健康保険法施行令等の一部を改正する政令の施行について

健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成20年政令第371号。以下「令」という。）が本日公布され、平成21年1月1日から施行されることとされたところである。

改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、その運用にあたっては十分に留意の上、被保険者等への周知を図る等遺憾なきを期されたい。

記

第1 改正の趣旨及び主な内容

平成21年1月1日より一定の出産に係る事故について補償金の支払に備えるための仕組み（産科医療補償制度（別添））が開始されることに伴い、出産費用の上昇が見込まれることを踏まえ、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）等において所要の改正を行い、同日より、出産育児一時金等の支給額を見直すものである。

第2 改正の具体的内容

1 健康保険法施行令の一部改正（令第1条及び附則第2条関係）

出産育児一時金及び家族出産育児一時金の金額を、病院、診療所、助産所その他の者であって、次に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、一の保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、35万円に3万円を超えない範囲内で保険者が定める額を加算した額とすること。

一 病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故（※）が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための一定の保険契約が締結されていること。

二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供の適正かつ確実な実施のための措置を講じていること。

(※) 一定の出産に係る事故で、出生した者が当該事故により重度の脳性麻痺にかかったもの。

2 船員保険法施行令（昭和28年政令第240号）の一部改正（令第2条及び附則第3条関係）

上記1の改正に準じた改正を行うこと。

3 その他関係政令の一部改正（令第3条及び第4条並びに附則第4条及び第5条関係）

国家公務員共済組合法施行令（昭和33年政令第207号）及び地方公務員等共済組合法施行令（昭和37年政令第352号）につき、上記1の改正に準じた改正を行うこと。

(別添)

産科医療補償制度について

1. 産科医療補償制度の概要

産科医療補償制度は、出産に係る医療事故（過誤を伴う事故および過誤を伴わない事故の両方を含む。以下同じ。）により脳性麻痺となった者及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的としている。

2. 補償制度の仕組み

分娩機関と妊産婦との契約に基づいて、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった者に補償金を支払う。

分娩機関は、補償金の支払いによる損害を担保するため、運営組織が契約者となる損害保険に加入する。

補償金が支払われた個々の事例について、専門家が医学的観点で検証・分析し、その結果を分娩機関・脳性麻痺となった者及びその家族にフィードバックする。

原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し、広く社会に公開することにより、将来の同種の医療事故の再発防止等、産科医療の質の向上を図る。

原因分析の結果、分娩機関に損害賠償責任がある場合は、補償金と損害賠償金の調整を行う。

健康保険法施行令等の一部を改正する政令をここに公布する。

御名 御璽

平成二十年十二月五日 内閣総理大臣 麻生 太郎

政令第三百七十一号

健康保険法施行令等の一部を改正する政令 内閣は、健康保険法(大正十一年法律第七十号)...

健康保険法施行令の一部改正

第一条 健康保険法施行令(大正十五年勅令第...

健康保険法施行令の一部改正

第三十六条に次のただし書を加える。

ただし、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産である...

健康保険法施行令の一部改正

第一条に規定する保険契約に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る))に係る事故(厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となつたものをいう。次号において同じ)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

情報の収集、整理、分析及び提供の適正かつ確実な実施のための措置を講じていること。

(船員保険法施行令の一部改正)

第二条 船員保険法施行令(昭和二十八年政令第二百四十号)の一部を次のように改正する。

第十二条に次のただし書を加える。ただし、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産である...

健康保険法施行令の一部改正

第一条に規定する保険契約に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る))に係る事故(厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となつたものをいう。次号において同じ)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

健康保険法施行令の一部改正

二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

第一条に規定する保険契約に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(総務省令で定める基準に該当する出産に限る))に係る事故(総務省令で定める事由により発生したものを除く)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、総務省令で定める程度の障害の状態となつたものをいう。次号において同じ)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて総務省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で財務省令で定める額を加算した金額とする。

(地方公務員等共済組合法施行令の一部改正)

第四条 地方公務員等共済組合法施行令(昭和十七年政令第三百五十二号)の一部を次のように改正する。

第二十三条の四に次のただし書を加える。ただし、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産である...

健康保険法施行令の一部改正

第一条に規定する保険契約に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る))に係る事故(厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となつたものをいう。次号において同じ)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

健康保険法施行令の一部改正

二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

第一条に規定する保険契約に關し、被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で被保険者が定める額を加算した額とする。

健康保険法施行令の一部改正

一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(総務省令で定める基準に該当する出産に限る))に係る事故(総務省令で定める事由により発生したものを除く)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、総務省令で定める程度の障害の状態となつたものをいう。次号において同じ)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて総務省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

て、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて総務省令で定める要件に該当するものが締結されていること。

(船員保険法施行令の一部改正)

第二条 この政令の施行の日(以下「施行日」という)前に出生した被保険者若しくは日雇特別被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者に係る健康保険法の規定による出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

(船員保険法施行令の一部改正)

第一条 この政令は、平成二十一年一月一日から施行する。

(健康保険法施行令の一部改正)

第一条 この政令の施行の日(以下「施行日」という)前に出生した被保険者若しくは日雇特別被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者に係る健康保険法の規定による出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

(健康保険法施行令の一部改正)

第一条 この政令の施行の日(以下「施行日」という)前に出生した被保険者若しくは日雇特別被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者に係る健康保険法の規定による出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

(健康保険法施行令の一部改正)

第一条 この政令の施行の日(以下「施行日」という)前に出生した被保険者若しくは日雇特別被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者に係る健康保険法の規定による出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

(健康保険法施行令の一部改正)

第一条 この政令の施行の日(以下「施行日」という)前に出生した被保険者若しくは日雇特別被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者に係る健康保険法の規定による出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

(健康保険法施行令の一部改正)

第一条 この政令の施行の日(以下「施行日」という)前に出生した被保険者若しくは日雇特別被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者に係る健康保険法の規定による出産育児一時金又は家族出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

総務大臣 鳩山 邦夫 財務大臣 中川 昭一 文部科学大臣 塩谷 立 厚生労働大臣 舛添 要一 内閣総理大臣 麻生 太郎



保発第1212003号
平成20年12月12日

健康保険組合理事長 殿

厚生労働省保険局長

健康保険法施行規則及び船員保険法施行規則の一部を改正する省令の施行について

健康保険法施行規則及び船員保険法施行規則の一部を改正する省令（平成20年厚生労働省令第169号。以下「改正省令」という。）が本日公布され、平成21年1月1日から施行されることとされたところである。

改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、その運用にあたっては十分に留意の上、被保険者等への周知を図る等遺憾なきを期されたい。

なお、この通知においては、健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成20年政令第371号。以下「改正令」という。）による改正後の健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）を「政令」、改正省令による改正後の健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）を「規則」と略称する。

記

第1 改正の趣旨及び主な内容

平成21年1月1日より一定の出産に係る事故について補償金の支払に備えるための仕組み（産科医療補償制度）が開始されることに伴い出産費用の増加が見込まれることを踏まえ、改正令が12月5日に公布されたところであるが、政令及び改正令により改正された船員保険法施行令（昭和28年政令第240号）から委任された事項を定めるため、健康保険法施行規則及び船員保険法施行規則（昭和15年厚生省令第5号）の改正を行うもの。

第2 改正の具体的内容

（1）健康保険法施行規則の一部改正（改正省令第1条関係）

1 出産育児一時金及び家族出産育児一時金の支給に関する手続（規則第86条及び第97条関係）

出産育児一時金及び家族出産育児一時金（以下「出産育児一時金等」という。）の支給の申請において、3万円加算した額の支給を受けようとする場合には、保険者が3万円の加算対象となる出産であるかを認める際に必要となる書類を添付

しなければならないこと。

2 政令第36条第1号に規定する特定出産事故に係る政令からの委任事項（規則第86条の2から第86条の5まで関係）

ア 政令第36条第1号の、産科医療補償制度に係る保険契約の補償対象となる出産の基準を、体重が2000g以上であり、かつ、在胎週数が33週以上であること又は在胎週数が28週以上であり、かつ、厚生労働大臣が定めるものに該当することとしたこと。（規則第86条の2関係）

イ 政令第36条第1号の、産科医療補償制度に係る保険契約の補償対象となる事故から除くものを、天災、事変その他の非常事態及び出産した者の故意又は重大な過失により生じたものとする事としたこと。（規則第86条の3関係）

ウ 政令第36条第1号の、産科医療補償制度に係る保険契約の補償対象となる脳性麻痺の障害の状態の程度を身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号の1級又は2級に該当するものとしたこと。（規則第86条の4関係）

エ 政令第36条第1号の産科医療補償制度に係る保険契約の要件を、病院等に対し、当該病院等が3000万円以上の補償金を出生した者等に対して適切な期間にわたり支払うための保険金が支払われるものであることとしたこと。（規則第86条の5関係）

3 政令第36条第2号に規定する措置に係る政令からの委任事項（規則第86条の6関係）

政令第36条第2号に規定する措置を、特定出産事故に関する紛争の防止又は解決を図るとともに、特定出産事故に関する情報の分析結果を体系的に編成し、その成果を広く社会に提供するため、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供について、これらを適正かつ確実に実施することができる適切な機関に委託することとしたこと。

(2) 船員保険法施行規則の一部改正（改正省令第2条関係）

上記（1）の改正に準じた改正を行うこと。