

第1回「産科医療補償制度 審査委員会」次第

日時：平成21年6月12日（金）
16時00分～18時00分
場所：山の上ホテル 海の間

1. 開 会

2. 委員紹介

3. 産科医療補償制度事業管理者挨拶

4. 委員長挨拶

5. 議 事

- 1) 産科医療補償制度について
- 2) 審査委員会および審査について
- 3) 「診断書作成の手引き」について
- 4) その他

6. 閉 会

[資料]

- 財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度
審査委員会規則 . . . 資料1
- 産科医療補償制度に係る診断書および診断書作成
の手引きに関する報告書 . . . 資料2
- 補償申請のご案内 . . . 資料3

1) 産科医療補償制度について

(1) 制度の経緯

分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つであるといわれている。このため、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障害等が生じた患者に対して救済し、紛争の早期解決を図るとともに、事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みである「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」が平成18年11月29日に与党「医療紛争処理のあり方検討会」によって公表された。

厚生労働省、日本医師会等から、公正中立な第三者機関として病院機能評価事業や医療事故情報収集等事業に取り組んでいる当機構に、運営組織を設置してほしいとの要請があったことから、当機構において産科医療補償制度（以下「本制度」という。）の創設に向けて準備委員会を設置し、調査、制度設計等について検討を行った。

具体的には、平成19年2月より産科医療補償制度運営組織準備委員会（委員長：近藤純五郎氏）を12回開催し、平成20年1月23日に「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」（以下「報告書」という。）が取り纏められ、当機構理事長に提出された。また、その間、産科医療補償制度調査専門委員会（委員長：鴨下重彦氏）を5回にわたり開催し、「産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書」がまとめられ、前述の準備委員会に提出されて、報告書に反映された。

その後、平成20年3月21日に、当機構として本制度の運営組織の受け入れを正式に決定し、同年6月27日に報告書に沿って「標準補償約款」を策定した。当機構では、本制度の引受け損害保険会社による保険商品の開発を経て、分娩機関に本制度加入を働きかけ、同年10月1日より加入分娩機関における妊産婦情報の登録を開始し、平成21年1月1日より制度を開始した。

(参考) 主な動き

- H18. 11. 29 「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」の公表
（自由民主党政務調査会、社会保障制度調査会、医療紛争処理のあり方検討会）

- H19. 2. 23 「第1回産科医療補償制度運営組織準備委員会」の開催
- H19. 4. 13 「第1回調査専門委員会」の開催
- H19. 12. 21 機構の理事会・評議員会において、運営組織受け入れの準備体制に着手することについて了承
- H20. 1. 23 「第12回産科医療補償制度運営組織準備委員会」を開催し、報告書(案)について審議。報告書の取り纏め
- H20. 3. 21 機構の理事会・評議員会において、本制度の運営組織受け入れを決定
- H20. 5. 22 「医療紛争処理のあり方検討会」において、本制度の開始時期を平成21年1月とすること等の方針を確認
- H20. 6. 27 機構の理事会・評議員会において、「標準補償約款」の承認
- H20. 7. 3 保険商品として金融庁より認可取得
- H20. 7. 14 「第1回産科医療補償制度運営委員会」の開催(委員長:上田茂理事)
- H20. 9. 12 社会保障審議会医療保険部会において、出産育児一時金を35万円から38万円に3万円引き上げることの了承
- H20. 9. 26 医療情報の提供のあり方等に関する検討会において、①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」および②「医療機関が広告できる項目」に、本制度の加入を追加することの了承
- H20. 10. 1 本制度加入機関において、妊産婦情報の登録の開始
- H20. 11. 5 中央社会保険医療協議会総会において、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、本制度加入を算定条件に追加することの了承
- H20. 12. 17 「第2回産科医療補償制度運営委員会」の開催
- H21. 1. 1 本制度開始

(2) 制度の概要

ア. 基本的な考え方

分娩に関連して発症した重度の脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、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た。

産科医療の崩壊を一刻も早く阻止する観点から、民間保険を活用して早急な立ち上げを図った。

制度未加入の分娩機関で出生した児は補償対象とならないため、原則として全ての分娩機関が本制度に加入する必要がある。

イ. 補償の仕組み

分娩機関と妊産婦・児との間で取り交わした補償約款にもとづいて、当該分娩機関から当該児に補償金を支払う。分娩機関は補償金を支払うことによって被る損害を担保するために、運営組織である当機構が契約者となる損害保険に加入する。

当機構は補償内容について標準補償約款を策定し、各分娩機関はこれに即して補償約款を定める。

ウ. 補償対象者

補償の対象は、制度加入分娩機関の管理下における分娩により、「出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上」または、「在胎週数28週以上で分娩に際し所定の要件に該当した状態」で出生した児に、身体障害者障害程度等級1級または2級相当の重度脳性麻痺が発症し、当機構が補償対象として認定した場合とする。

エ. 除外基準

以下の事由によって発生した脳性麻痺は、補償の対象から除く。

- ① 児の先天性要因（両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常）
- ② 児の新生児期の要因（分娩後の感染症等）
- ③ 妊娠若しくは分娩中における妊婦の故意又は重大な過失
- ④ 地震、噴火、津波等の天災又は戦争、暴動等の非常事態

また、児が生後6か月未満で死亡した場合は、補償対象として認定しない。

オ. 補償の水準

補償水準は、看護・介護を行う基盤整備のための準備一時金として600万円を、毎年の補償分割金として120万円を20回、合計で2,400万円を、児の生存・死亡を問わず給付する。以上により総額は3,000万円となる。

カ. 補償申請

児（保護者）は、原則として児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までの間に分娩機関に補償の申請を依頼し、分娩機関が当機構に認定審査の申請を行う。

ただし、極めて重度であり診断が可能な場合は、児の生後6か月以降に申請することができる。

キ. 審査・原因分析・再発防止

① 審査

補償対象か否かは運営組織である当機構が一元的に審査する。具体的には、医学的専門知識を有する小児科医、産科医等による書類審査の結果を受けて「審査委員会」が審査し、それに基づき当機構が補償対象の認定を行う。

② 原因分析

紛争の防止・早期解決のために、「原因分析委員会」の「部会」において医学的観点から産科医、助産師が事例の分析を行い、その結果を産科医、助産師および学識経験者等を中心に構成される「原因分析委員会」の本委員会において審議のうえ、分娩機関と児・家族にフィードバックする。

③ 再発防止

「再発防止委員会」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、将来の脳性麻痺の発症の再発防

止等、産科医療の質の向上を図る。

ク. 補償金と損害賠償金の調整

分娩機関に損害賠償責任がある場合は、本制度から支払われる補償金と損害賠償金が二重給付されることを防止するために調整を行う。

医学的な原因分析の結果、分娩機関に重大な過失が明らかであると思料される場合は、弁護士等を委員とする「調整委員会」において調整を行うための審議を行う。

ケ. 制度の見直し

遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し適宜必要な見直しを行う。

コ. 国の支援および連携

本制度の運営や普及等について、様々な支援が行われている。

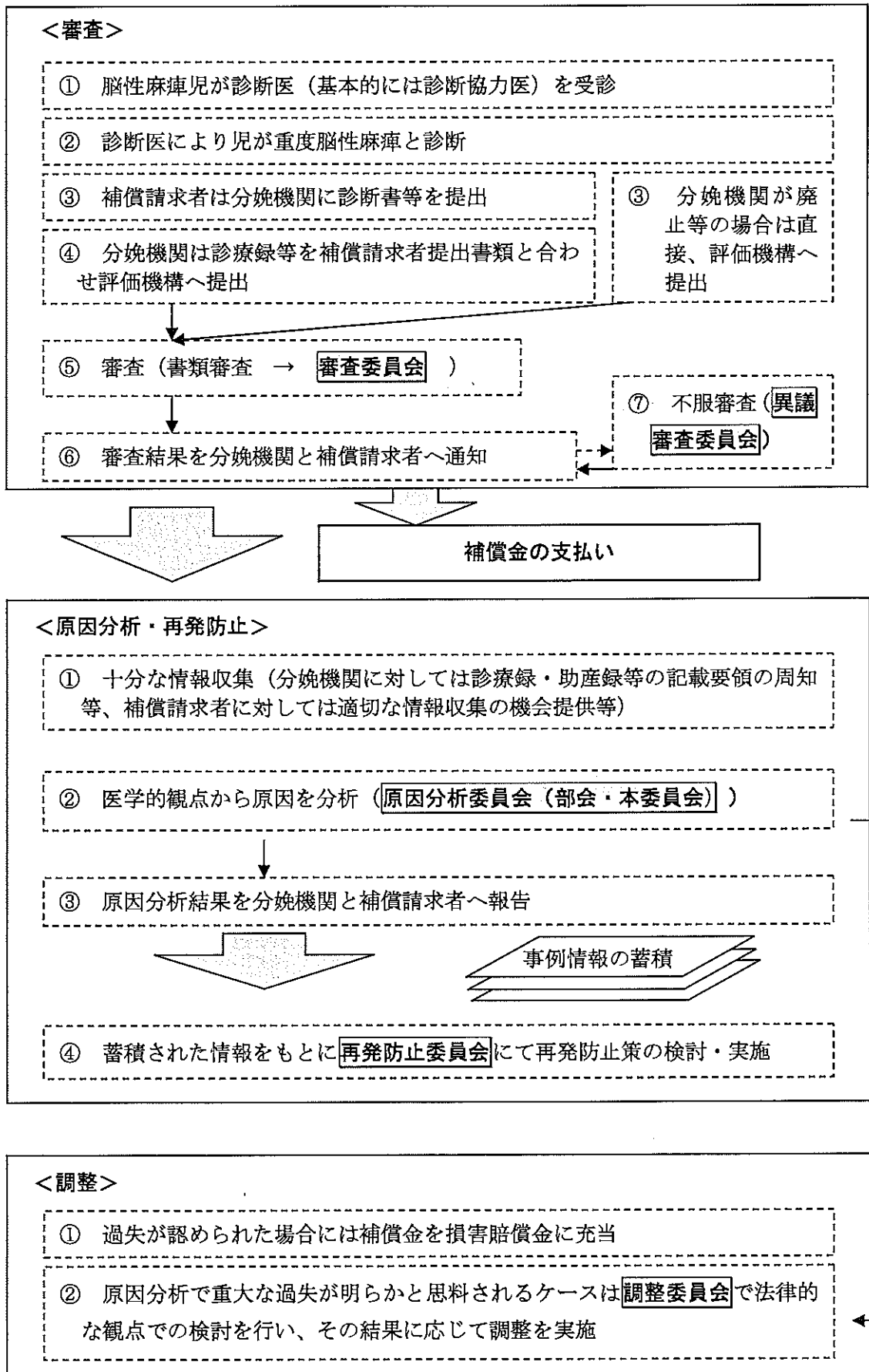
(3) 制度の運営体制

本制度を機能的、効率的かつ安定的に運用していく観点から、以下のとおり6つの委員会を設置する。

- ① 運営委員会 : 制度全般の企画調整および維持、発展を目的として運営全般について審議する。
- ② 審査委員会 : 速やかに補償金を支払うために補償対象か否かについて医学的な観点から審査を行う。
- ③ 原因分析委員会 : 医学的に原因分析を行い、その結果を当事者へフィードバックする。
- ④ 再発防止委員会 : 原因分析結果を踏まえた再発防止策の検討や情報公開内容の審議等を行う。
- ⑤ 異議審査委員会 : 補償審査についての異議、不服について、その内容等を踏まえ、再審査を行う。
- ⑥ 調整委員会 : 原因分析を行った結果、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、補償金の調整（求償）を行うことについての審議を行う。

審査、原因分析・再発防止の流れと関連の各委員会

運営委員会（制度全般の企画調整および維持、発展を目的として運営全般を審議）



2) 審査委員会および審査について

(1) 審査委員会の役割

- 本制度においては、補償対象となる重度脳性麻痺児およびその家族への速やかな補償は、脳性麻痺発症の原因分析とあわせて、最も重要な機能の一つと位置付けている。審査委員会は、運営組織の諮問に応じて補償対象に関する事項を審議する。
- 具体的には、審査委員会は、補償請求者および分娩機関から提出された診断書や診療録・助産録、検査データ等の情報を基に、個々の事案について補償対象に該当するか否かの審議を行う。運営組織は、審査委員会の審議結果を受けて機関決定の上、補償請求者および分娩機関に対して、補償対象と認定したか否か、および補償対象と認定しなかった場合はその理由を通知する。

(2) 審査委員会の運営

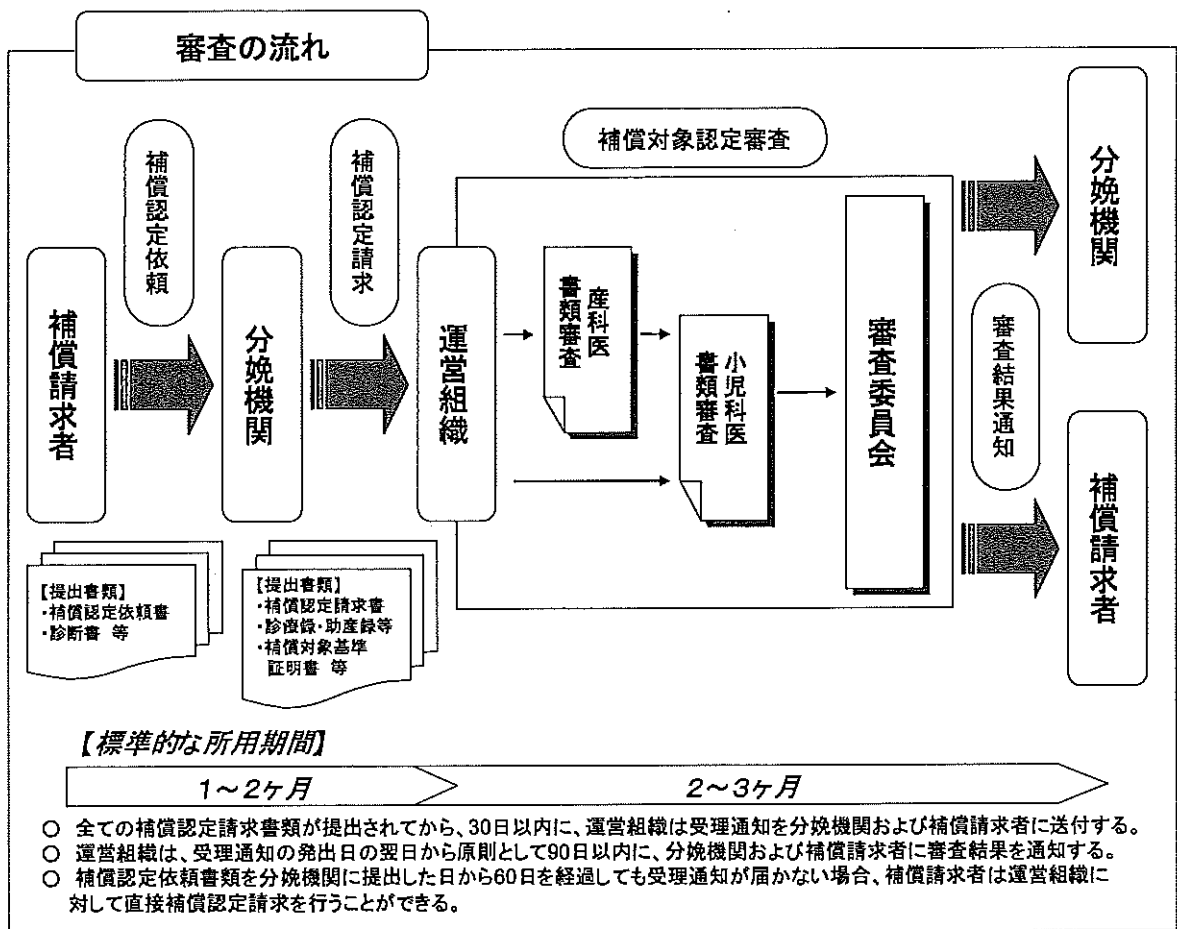
- 審査委員会は、審査委員会規則により運営する。

※資料1・・・財団法人日本医療機能評価機構産科医療補償制度審査委員会規則

- 委員会の審議は、個人情報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。それ以外の場合は公開とする。但し、非公開で審議を行う場合であっても、審査の透明性および公平性等に配慮し、審議件数および補償対象、補償対象外とされた件数等の概要を、委員会開催の都度、公開する。
- また、本制度全体の円滑な運営に資するよう、一定の期間集積した審査結果を、本制度の運営委員会に報告する。具体的には、審議件数等に加え、補償対象と判断した場合の事例の状況や、補償対象と判断しなかった場合の理由等につき、個人情報に配慮した形で報告することを予定している。

(3) 審査の流れ

- 効率的に補償対象可否を審査し、速やかな補償を実現するとともに、審査の正確さを確保するため、運営組織において小児科医および産科医による一次審査（以下、「書類審査」という。）を行い、その結果を基に審査委員会において審査を行う。



(審査の開始)

- 分娩機関からの補償認定請求書類一式が運営組織に届いた後、運営組織事務局において補償認定請求に必要な書類が全て揃っていることを確認し、補償約款に基づき「受理通知書」を分娩機関および補償請求者に発出し、審査を開始する。

(書類審査)

- 補償対象基準の該当項目が「児の出生体重が 2,000 グラム以上、かつ在胎週数 33 週以上」である場合は、原則として小児科医による書類審査を行う。小児科医は、主として①本制度の障害程度等級区分 (A 1 - B 3) に該当する重度脳性麻痺であるか否か、②除外基準に該当する疾患の有無、およびそれらと重度の運動障害との関係につき、確認を行う。
- 補償対象基準の該当項目が個別審査基準である「在胎週数が 28 週以上であり、かつ低酸素状態を推測させる所定のデータが認められる」場合は、補償対象基準を満たすか否かを検討する必要があることから、産科医が先に書類審査を行い、小児科医の書類審査をこれに続いて行う。産科医は、血液ガス分析値や胎児心拍数モニターの波形のデータ等より、補償対象基準につき確認を行う。

- 産科医および小児科医による書類審査の結果を受けて、全ての事案につき審査委員会において審議を行い、補償対象の可否を決定する。

(審査委員会)

- 審査委員会は、書類審査の結果に基づき補償の可否につき審議を行い、補償対象または補償対象外いずれかの判断を行う。補償対象外と判断する場合は、その理由を示すとともに、診断時期尚早や検査データ不足等の理由により、将来の適切な時期に再申請が行われることが適当と認められる場合には、その旨を示す。
- 審査委員会は、主に補償対象基準を満たす状態で出生したこと、先天性要因や新生児期の要因等、補償約款第4条に規定する要因が重度脳性麻痺の要因でないこと、同第2条第3号で規定する重度脳性麻痺に該当すること等につき審議を行い、補償の可否を決定する。
- 補償対象基準を満たすことについては、分娩機関の証明につき、診療録や検査データ等に基づき確認する。なお、在胎週数28週以上で、在胎週数33週未満または出生体重2,000g未満であり、所定のデータが存在しない場合は、原則として補償対象基準を満たすと認めない。分娩機関において、補償対象基準を満たすと認められる特段の理由がある場合は、審査委員会において個別に審査を行う。
- 児の先天性要因や新生児期の要因に相当する疾病等の存在が診断上明らかであり、かつ重度の運動障害の主な原因であることが明らかな場合は、分娩以外の要因による脳性麻痺であるため、原則として補償対象としない。審査委員会においては、主としてそれらの疾患等の存在が明らかか否か、およびそれらの疾患等の存在が運動障害の主な原因であることが明らかか否かにつき、個別に審査を行う。
- 脳性麻痺の重症度に関しては、専用の診断書において年齢毎の発達段階等を考慮した動作所見に関する診断が行われる。審査委員会においては、主として診断書に記載された情報等を基に、本制度の補償対象とする重度脳性麻痺に該当するか否か、審査を行う。

(審査結果の通知)

- 運営組織は、審査委員会の審議結果を受けて機関決定の上、補償請求者および分娩機関に対して、補償対象と認定したか否か、および補償対象と認定しなかった場合はその理由を記載した「審査結果通知書」を分娩機関および補償請求者に送付する。

- 補償請求者において審査結果に不服がある場合には、補償約款第6条に基づき、不服審査手続きに従って再審査請求を行うことができる。再審査請求が行われた事案については、運営組織内に設置する異議審査委員会において審議を行う。

- 異議審査委員会において補償対象とすることが妥当と判断された場合は、異議審査委員会の判断を優先し、運営組織において補償対象と認定するとともに、補償対象と判断された理由につき審査委員会にフィードバックする。

3) 「診断書作成の手引き」について

(1) 補償請求用専用診断書

- 本制度は重度脳性麻痺児とその家族に対する速やかな補償を目的の一つとして、早期かつ正確な診断が行われ、速やかな補償と適正かつ公平な審査を実現できるよう、「産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会（委員長：鴨下重彦氏）」において、本制度専用の診断基準および診断書の検討が行われた。
- 同検討会において、補償認定請求時に使用する診断書および毎年の補償分割金請求時に使用する診断書が作成され、平成20年11月28日に「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」として取りまとめられ、平成20年12月に開催した本制度の第2回運営委員会に報告された。
- 補償認定請求時に使用する診断書として作成された「補償請求用専用診断書（補償認定請求用）」（以下、「専用診断書」という。）については、同検討会の下に設置した「産科医療補償制度診断書作成マニュアルに関するワーキンググループ（座長：岡明氏）」において、関係団体等からの改善に向けた提案等を踏まえ改めて検討が行われ、最終的に取りまとめた専用診断書を本年3月に開催した第3回運営委員会に報告し、決定した。
- なお、補償分割金請求時に使用する診断書として作成された「補償請求用専用診断書（補償分割金請求用）」に関しては、一部改定の上、本年秋口を目途に本委員会に報告することを予定している。

(2) 診断書作成の手引き

- 専用診断書を使用し、円滑かつ適切に診断が行われるよう、前記ワーキンググループにおいて、診断書を作成する医師を対象とした手引きの作成について検討が行われ、「産科医療補償制度に係る診断書および診断書作成の手引きに関する報告書」として取りまとめられた。

※資料2・・・産科医療補償制度に係る診断書および診断書作成の手引きに関する報告書

- 本手引きは、専用診断書の特性を踏まえ、早期に、年齢毎の発達を考慮しながら将来の永続的な重症度につき正確な診断を行えるよう、また先天性要因や分娩後の要因と運動障害との関係が記入されるよう、本制度上の基本的な考え方や診断項目毎の診断書の作成要領等が記載されている。
- 手引きの検討にあたっては、診断書作成に関与する関係団体や、専用診断書を用いた診断への協力を予めご了承いただいた診断協力医より、改善に向けた多くの意見や提案をいただいた。今後も実際に診断が行われる中で、関係者と適切に連携を行い、必要と思料される場合は本委員会に諮り手引きの見直しを検討する。
- なお、診断協力医に対しては、6月7日に説明会を開催し、本手引きをもとに本制度の仕組みや診断要領等につき説明を行っており、今後は手引きの確定版を案内し、必要に応じて改めて説明会を開催する等、継続して診断要領等の周知に努める。また、診断協力医以外で診断が可能な医師に対する制度周知と診断への協力依頼も、継続的に進める。

4) その他

(1) 診断書料一部補助のあり方について

- 第2回運営委員会において、専用診断書の診断書料の取り扱いについて、診断書料は診断書を作成する医療機関からの請求に応じて補償請求者（患者家族）が負担し、審査の結果補償対象外となった場合に限り、運営組織がその一部を補償請求者に対して補助することを報告した。
- 補助の方法や額等に関して、専門家の見解等を踏まえ、専用診断書の作成に必要な時間や負担、安定的な運営等の観点から総合的に検討した結果、審査委員会において、補償対象外と判断された場合に、運営組織は診断書料の一部として1万円を補償請求者に対して支払うことが適切と考える。
- なお、補償申請の受付開始後も継続的に情報収集を行い、円滑な診断および補償請求に資するよう、必要に応じて診断書料補助のあり方を見直す。

(2) その他

- 補償請求者が円滑に診断を受け補償申請を行なうことができるよう、補償申請の流れや必要な手続き等につきわかりやすく説明した冊子として「補償申請のご案内」を作成し、本年4月より分娩機関に対して配布を開始した。また、補償申請に必要な各種書式を作成し合わせて配付する等、補償申請の開始に向けた準備を円滑に進めている。

※資料3・・・補償申請のご案内

財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度審査委員会規則（案）

（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4条の規定に基づき、産科医療補償制度審査委員会（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補償対象に関する事項を審議する。

（組織等）

第3条 委員会は、15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、委員長が招集する。

- 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。
- 4 委員は、当該委員が利害関係者となる事項の審議に参加することができない。審議事項に係る利害関係者の範囲については、委員長の判断するところによる。

（会議の公開）

第5条 個人情報保護する必要がある事項等の審議を行う場合は非公開とする。それ以外の場合は公開とする。

（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。委員を退いた後においても同様とする。

（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 一部改正 平成21年 7月 1日

産科医療補償制度に係る診断書および診断書作成の手引きに関する報告書
(案)

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
産科医療補償制度診断書作成マニュアルに関するワーキンググループ
平成21年6月

目 次

はじめに

I. 産科医療補償制度 補償認定請求用 専用診断書

II. 診断書作成の手引き

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、早期に制度開始に至ったことは、今後の周産期医療提供体制の確保のために大変意義のあることと考える。

本制度は、分娩に関連して発症した重度の脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、同種の事例の発生の防止に役立つ情報を提供すること等によって、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。

このように速やかに補償を行うためには、脳性麻痺の重症度等を早期に、かつ正確に診断することが必要であることから、「産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会」が設置され、その中で補償申請の際に必要な診断書について検討を行ってきた。本検討会では、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、脳性麻痺の診断と病型分類、および脳性麻痺の重症度、除外基準に該当する疾患等の記載欄を盛り込んだ診断書の様式を新たに作成し、平成20年11月に「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」として取りまとめた。その報告書は、平成20年12月17日に開催された、本制度第2回運営委員会において報告された。

本検討会において取りまとめた「産科医療補償制度補償請求用専用診断書」については、小児科医やリハビリテーション科医等、実際に診断にあたる医師のご理解とご協力のもとに作成されることが重要であり、また、診断書作成にあたっての留意点等を整理し、それらの医師に提供することによって、円滑な診断を図る必要があることから、本検討会のもとに「産科医療補償制度診断書

作成マニュアルに関するワーキンググループ」を設置して、「専用診断書」について、前述の観点から再度検討を行うとともに、診断書作成にあたっての留意点等をまとめた手引きの作成について検討を行った。

ワーキンググループにおいて、関係者の皆様のご意見も反映しながら、改めて検討して取りまとめた「専用診断書」は、平成21年3月25日に開催された、本制度第3回運営委員会において審議され、承認された。この「専用診断書」については、なおいくつかの課題が指摘されているものの、それらの点については、実際に運用していく中で適宜必要な見直しを加えていくこととしたい。

また、「診断書作成の手引き」は、脳性麻痺の重症度と除外基準に関する判断基準、および診断書の記入要領等について、その考え方等を記載するとともに、適宜図を加えるなどして分かり易さにも配慮して取りまとめた。この「診断書作成の手引き」についても、実際に診断にあたる医師にとって一層使い易いものとなるよう引き続き検討し、版を重ねて行くことが望まれる。

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、日本小児神経学会産科医療補償制度検討委員会・須貝研司委員長、および日本リハビリテーション医学会・里宇明元理事長をはじめ、関係者の皆様にご指導いただいた。ここに深く感謝するものである。

本検討会および本ワーキンググループの成果が、産科医療補償制度の円滑な運営に資することを願っている。

I. 産科医療補償制度 補償認定請求用 専用診断書

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認定請求時に必要な、脳性麻痺に関する診断書です。作成に際しては、以下の点にご注意ください。

<作成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が作成することとしています。
 - 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. 児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までに診断してください。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ヶ月から診断してください。
3. 生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合は、本診断書の9頁及び10頁の「神経学的所見及び臨床経過」もあわせて記入してください。
4. 作成に際しては、「診断書作成マニュアル」を参考にしてください。
5. 不明な点等がありましたら、以下のお問い合わせ先までご照会ください。

補償の可否についての最終的な判断に関しては、産科医療補償制度の運営組織である財団法人日本医療機能評価機構が審査委員会において審査を行い、補償対象の認定を行います。

【診断書作成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 審査・補償担当

TEL : 03-5217-3188

受付時間 : 9 : 00 ~ 17 : 00 (土日祝日除く)

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

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

--

(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	男・女
				(歳	ヶ月)	
住所	〒		電話				
保護者氏名							

① 診断 (脳性麻痺)

痙直型 アテトーゼ型 失調型 低緊張型 混合型 その他 ()

② 等級区分: 「A1」「A2」「A3」「B1」「B2」「B3」のうち、永続的な状態として該当すると思われる項目の□にレ点を記入してください (複数選択可)。最終判断は審査委員会で行います。

産科医療補償制度障害程度等級表

	[1] 上肢不自由	[2] 下肢不自由	[3] 体幹不自由
A	<input type="checkbox"/> A1 両上肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> A2 両下肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> B1 1) 両上肢の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> B2 両下肢の著しい障害	<input type="checkbox"/> 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

③ 現在の身体測定値

・体重 (kg) ・身長 (cm) ・頭囲 (cm)

④ 新生児期からの障害の経過・現症

(生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合、本欄ではなく、9頁「神経学的所見及び臨床経過」の所定欄に記入してください。)

⑤ その他参考となる合併症

・知的障害 無 有 (精神発達 歳 ヶ月相当)

・合併症 無 有 [呼吸障害 嚥下障害 その他 ()]

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。)

⑦ 日常生活及び介助の状況

⑧ その他の特記事項

⑨ 除外基準（臨床所見及び検査結果より、該当する項目の□にレ点を記入してください。）

下記の各項目について、疾患等の有無を選択してください。これらの疾患等が**重度の運動障害の主な原因でない**と推定される場合は（ ）内の□にレ点を記入してください。

先天性要因について「有」を選択した場合は、疾患名を〔 〕内に記入してください。また、脳奇形が「有」の場合は、両側性の広範な脳奇形の有無を選択してください。

なお、これらの疾患等と重度の運動障害との関係についての最終判断は審査委員会で行います。

1. 先天性要因

- 1) 脳奇形 無 有 [疾患名：]
 *両側性の広範な脳奇形 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 染色体異常 (G-バンドによる)
 *染色体検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *染色体検査を実施していない場合 染色体異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) 遺伝子異常
 *遺伝子検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *遺伝子検査を実施していない場合 遺伝子異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 先天性代謝異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) 先天異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

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 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 脳炎 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) その他の神経疾患 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 虐待 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) その他の外傷等 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

上記のとおり診断する。

あわせて頭部画像フィルムまたは電子媒体のコピー (CT・MRI・エコー)、検査結果 (脳波・血液データ等) を別紙に付す。

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 低緊張型脳性麻痺

その他 ()

* 低緊張型脳性麻痺の場合に、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、脊髄性または末梢神経障害、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。

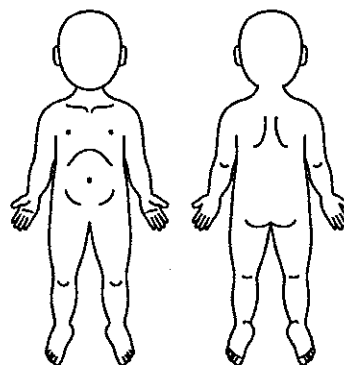
* 腱反射等の状況については必ず記入してください。

()

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、斜線を記入してください。



3) 反射異常（該当する箇所に○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・活動の状況及び所見（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	腹臥位で頭部を垂直に挙上できる（3秒以上）	
5	床の上で、後方から腰を支えると坐位を保持できる（腰部を両手で軽く支えてやると、手をつかずに、坐位を5秒以上保持できる）	
6	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	
7	介助して坐らせると、床に手をつけ、ひとりで坐る（5秒以上保持できる）	
8	介助して坐らせると、手をつかずに、ひとりで坐る（3秒以上）	
9	自分で、臥位から坐位へ起き上がる	
10	手をつかずに、ひとりで坐って、45度後方の玩具に手を伸ばせる	
11	四つ這いをするが、下肢を交互に動かさず、パニーホップやシャフリング（いざり這い）をする	
12	机等につかまって立ち上がる	
13	下肢を交互に動かして、四つ這いをする	
14	こたつや手すり等につかまって、伝い歩きができる（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、介助なしに移動する	
17	介助があれば、階段を上がれる	
18	下肢装具をつけずに、支持なしで、立位を保持できる（3秒以上）	
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10歩、歩ける	
20	下肢装具をつけずに、10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	
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) 「下肢・体幹運動に関する項目」についての備考欄

3) 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 (明らかな反射は除く)		
2	手を口に持っていく		
3	手を開くことができる		
4	玩具等を少しの間、握って遊ぶ		
5	顔に掛けたハンカチをとる		
6	近くのを手を伸ばしてつかむ		
7	玩具等を持ちかえる		
8	哺乳瓶を自分で持てる		
9	小さなもの (乳児向けボーロ等) を親指と人差し指の指先でつまむ		
10	スプーンが持てる (3秒以上)		
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		

4) 「上肢運動に関する項目」についての備考欄

5) 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写真貼付欄にのりづけしてください (複数枚可)。なお、写真の裏面に必ず氏名、生年月日を記入してください。

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

頭部画像検査については、以下に所見を記入の上、あわせてフィルムまたは電子媒体のコピーを添付してください。染色体検査、血液検査、その他の検査については、以下に記入するか、または検査データ等のコピーを貼付してください。コピーを貼付した場合、記入する必要はありません。

検査が未実施の場合は、その理由を必ず所定欄に記入してください。

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
	. .	
	. .	
	. .	

2. 染色体検査（Gバンド検査）

実 施 年 月 日	結 果 (核型)
. .	

* 染色体検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。

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 ($\times 10^4/\mu\ell$)	. .	
肝機能	AST (GOT) (IU/ℓ)	. .	
	ALT (GPT) (IU/ℓ)	. .	
	LDH (IU/ℓ)	. .	
	アンモニア ($\mu\text{g}/\text{d}\ell$)	. .	
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)	. .	

*血液検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。
 （一項目でも実施していない場合は、記入してください。）

4. 上記の検査以外に実施した検査（クレアチンキナーゼ（CK）、アイソザイム、血清銅、脳波、頭部エコー等があれば、その日付また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

以下の各項目に記入の上、あわせてNICUサマリー等、診断・治療に関する記録の概要のコピー、及び頭部エコー、脳波、聴性脳幹反応等の検査結果を添付してください。

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、該当する項目の口にレ点を記入してください。

「有」を選択した場合は、() 内に程度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 ()

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

*検査結果・所見等には実施年月日が、写真には、氏名・生年月日が
記入されていることを確認し、貼付してください。

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

*検査結果・所見等には実施年月日が、写真には、氏名・生年月日が
記入されていることを確認し、貼付してください。

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

*検査結果・所見等には実施年月日が、写真には、氏名・生年月日が
記入されていることを確認し、貼付してください。

II. 診断書作成の手引き

2009/06/11 版

産科医療補償制度

補償認定請求用 専用診断書

診断書作成の手引き



財団法人 日本医療機能評価機構

目次

はじめに	1
I. 専用診断書の概要	
(1) 診断書の位置づけ	2
(2) 診断書を作成できる医師の条件	2
(3) 診断書の種類	2
II. 診断書作成にあたっての留意事項	
(1) 本制度の特徴	4
(2) 診断書作成にあたっての基本的な考え方	4
(3) 診断時期	5
(4) 重度の運動障害についての判断目安	6
(5) 除外基準についての判断目安	7
III. 「補償認定請求用 専用診断書」の作成	
(1) (総括表) 脳性麻痺診断書：総括-1・総括-2・総括-3	9
(2) 脳性麻痺の状況及び所見：所見-1・所見-2・所見-3	14
(3) 検査結果：検査-1・検査-2	19
(4) 神経学的所見及び臨床経過：重症-1・重症-2	21
診断書記入例 [1]	23
診断書記入例 [2]	33
<参考>	
診断書作成に関するQ & A	45

はじめに

産科医療補償制度（以下「本制度」という。）は、財団法人日本医療機能評価機構（以下「機構」という。）を運営組織として2009年1月に創設されました。

本制度は、分娩に関連して発症した重度の脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、同じような事例の発生の防止に役立つ情報を提供すること等によって、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おります。

このように速やかに補償を行うためには、脳性麻痺の重症度等を早期に、かつ正確に診断することが必要であることから、補償申請の際の診断書については、独自の診断項目を設け、本制度の専用診断書（以下「診断書」という。）としました。

本手引きは、本制度における専用診断書の診断基準をはじめ、診断書を作成する上での留意点等をまとめたものです。診断書作成にあたりましては、本手引きに従って、診断、記載されるようお願いいたします。

お問い合わせ

診断基準および診断書作成に関してご不明な点等がございましたら、下記までご照会ください。

財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度 審査・補償担当
電話番号：03-5217-3188
受付時間：午前9：00～午後5：00（土日祝日除く）

*産科医療補償制度については、本制度のホームページでもご確認いただけます。

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

I. 診断書の概要

(1) 診断書の位置づけ

本診断書は、補償請求者（児またはその保護者）が、分娩機関に補償認定を依頼する際に必要な書類であり、脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する医師（後記「(2) 診断書を作成できる医師の条件」参照）によって作成されます。

補償請求者は、本診断書および補償認定依頼に必要なその他の書類を分娩機関に提出します。分娩機関は、補償請求者から提出された書類に、診療録等の書類を添えて、本制度の運営組織である機構に提出します。機構は、機構内に設置した、周産期医療の専門家である小児科医、新生児科医、産科医、および学識経験者等から構成される審査委員会において、提出された書類をもとに審査を行い、補償対象の認定を行います。

(2) 診断書を作成できる医師の条件

補償認定請求用診断書を作成できる医師については、本制度における補償の対象や金額等につき定めた標準補償約款において、次のいずれかの条件を満たす医師と規定しています。

- 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*
- 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

※具体的には、身体障害者福祉法第十五条第一項の規定による、身体に障害のある者の診断を担当する医師として、「肢体不自由」の診断について指定を受けている医師で、小児の診療を専門としている医師または成人とともに小児の診療も専門分野としている医師です。

(3) 診断書の種類

本制度においては、補償請求者が補償認定依頼を行い、機構が補償対象と認定した場合、総額3000万円の補償金が支払われます。補償金は、児の介護の基盤整備のための資金として、準備一時金600万円と、児が20歳になるまでの看護や介護のための資金として、毎年1回支払われる補償分割金120万円（20回分）に分かれております。

診断書には、補償認定依頼を行う際に必要な「補償認定請求用」（青表紙）と、毎年補償分割金請求をする際に必要な「補償分割金請求用」（白表紙）の2種類がありますので、記載い

ただく際にはご注意ください（表参照）。

	種類	用途
①	補償認定請求用 (青表紙)	補償請求者が補償認定依頼を行う際に必要な診断書です。(補償認定依頼が可能な時期は、児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までの間です。この申請時期に合わせて診断を行ってください。ただし、極めて重症であって診断が可能と考えられる場合は、生後6ヶ月から診断することができます。)
②	補償分割金請求用 (白表紙)	補償対象の認定を受けた補償請求者が、毎年(児が20歳になるまで)補償分割金を請求する際に必要な診断書です。

なお、本手引きは、上表①の補償認定請求用専用診断書を作成する上での留意事項等をまとめたものです。

II. 診断書作成にあたっての留意事項

(1) 本制度の特徴

本制度は、①分娩に関連して発症した重度の脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償することを目的のひとつとしていることから、可能な限り早期に診断を行う必要がある、②年齢ごとの発達も考慮しながら、将来も永続的な状態として重度であることについて、正確に診断を行う必要がある、③全ての障害を対象とする身体障害認定基準と異なり、対象を脳性麻痺に特化している、の3点が特徴であり、これらの点を考慮して診断を行い、審査を行う必要があります。

本制度における重症度については、身体障害者福祉法の身体障害認定基準（身体障害者手帳の障害等級）そのものによるのではなく、本制度としての専用の診断書および診断基準によるものとします。

具体的には、早期に、将来実用的な歩行が不可能な児、およびある程度の歩行が可能であっても上肢の著しい障害がある児を補償の対象とする視点から、本制度独自の診断基準に基づき、審査を行います。

	本制度の診断基準	身体障害認定基準
対象となる障害	○対象を脳性麻痺に特化	○全ての障害を対象
再認定の有無	○補償対象と認定した場合、再認定は行わない(等級の変更による補償金の支払い停止や減額は行わない)	○再認定がある
診断の時期	○1歳(極めて重症な場合は6ヶ月)から5歳になるまでの間のできるだけ早い時期に診断	○主として18歳以上の者の診断を想定、乳幼児に係る障害認定は概ね3歳以降に行う



早期に、正確に脳性麻痺に特化して診断を行うため、既存の身体障害者障害程度等級用の診断書によるものではなく、本制度専用の診断書を作成し、この診断書および診断基準に基づいて審査を行う。

(2) 診断書作成にあたっての基本的な考え方

本制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対して補償金を支払う制度です。

具体的には、制度設計について審議を行った産科医療補償制度運営組織準備委員会の議論を受けて、標準補償約款において、在胎週数33週以上かつ出生体重2000g以上であること、または在胎週数28週以上で分娩時に低酸素状況があった可能性が高いとみられる審

査基準を満たすことをもって、分娩に関連したと判断することとしています。

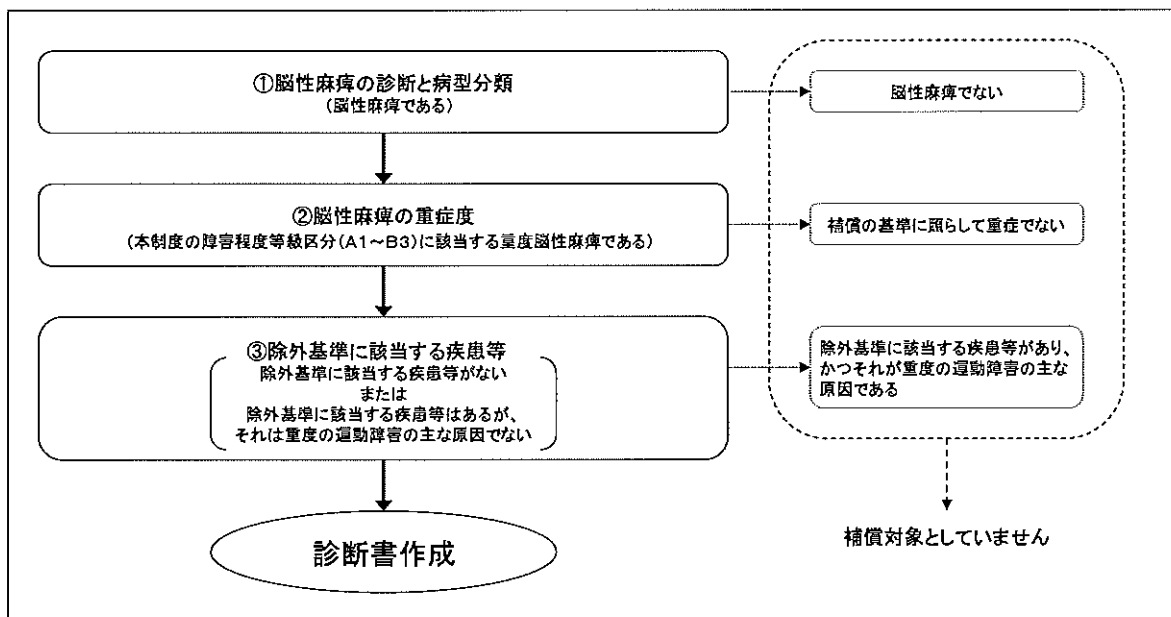
本診断書においては、主に①本制度の障害程度等級区分（A1～B3）に該当する重度脳性麻痺であること、②除外基準に該当する疾患の有無、およびそれらと重度の運動障害との関係について診断していただきます。

本手引き7頁「(4) 重度の運動障害についての判断目安」および8頁「(5) 除外基準についての判断目安」を参考に、補償の対象とならない可能性が高いと判断された場合は、その旨家族にご説明ください。

補償の可否についての最終的な判断に関しては、機構が審査委員会において審査を行い、補償対象の認定を行います。

なお、脳性麻痺の定義は、標準補償約款に基づき、「受胎から新生児期（生後4週間以内）までの間に生じた児の脳の非進行性病変に基づく、出生後の児の永続的かつ変化しうる運動又は姿勢の異常をいいます。ただし、進行性疾患、一過性の運動障害又は将来正常化するであろうと思われる運動発達遅滞を除きます。」とします。

診断書作成まで(イメージ)



(3) 診断時期

補償請求者が分娩機関に対して補償認定依頼を行うことができる時期は、児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までの間です。この申請時期に合わせて診断を行ってください。なお、満5歳の誕生日が近い場合は、所要期間等を考慮して診断を行ってください。また、極めて重症であって診断が可能と考えられる場合は、生後6ヶ月から診断することができます。

診断の時期に関しては、8頁「(5) 重度の運動障害についての判断目安」を参考にしてく

ください。この判断目安に基づき、重度脳性麻痺であると診断できない場合や、除外基準に関する診断が難しい場合には、診断可能な時期を待って行うこととし、家族へもその旨ご説明ください。

なお、低緊張型脳性麻痺の場合、または上肢障害で補償認定依頼を行う場合は、早い年齢では診断や障害程度の判定が困難であるため、3歳以降に診断を行ってください。

(4) 重度の運動障害についての判断目安

1) 下肢・体幹

下肢・体幹における「重度の運動障害をきたすと推定される」状態とは、将来実用的な歩行が不可能と考えられる状態です。また、「実用的な歩行」とは、装具や歩行補助具（杖、歩行器）を使用しない状況で、立ち上がって、立位保持ができ、10m以上つまらずに歩行し、さらに静止することを全てひとりでできる状態です。

各年齢において、将来実用的な歩行が可能か否かについての判断は、以下に示す年齢ごとの判断目安を参考にしてください。具体的には審査委員会において審査しますが、各年齢において以下の基準を満たす場合、将来実用的な歩行が可能と考えられるため、補償対象とならない可能性が極めて高くなります。

なお、2歳未満の早産児の診断にあたっては、修正月齢を考慮してください。

<下肢・体幹に関する判断目安>

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

2) 上肢

ある程度の歩行が可能であっても、上肢の著しい障害がある児については補償の対象とします。両側上肢機能の著しい障害としては、握る程度の簡単な動き以外はできない状態を想定しています。ただし、上肢障害で補償認定依頼を行う場合は、早い年齢では診断や障害程度の判定が困難であるため、3歳以降に診断を行ってください。

上肢における「重度の運動障害をきたすと推定される」状態の判断目安は以下のとお

りです。具体的には審査委員会において審査しますが、以下の基準を満たす場合、補償対象とならない可能性が極めて高くなります。

<上肢に関する判断目安>

障害のある上肢	補償対象とならない可能性が高い児の状態
一上肢の障害	障害側で、診断書5頁に示す項目の動作・活動が1つでも可能である
両上肢の障害	原則的に、自分の意思で物をつかみ、動かすことができる

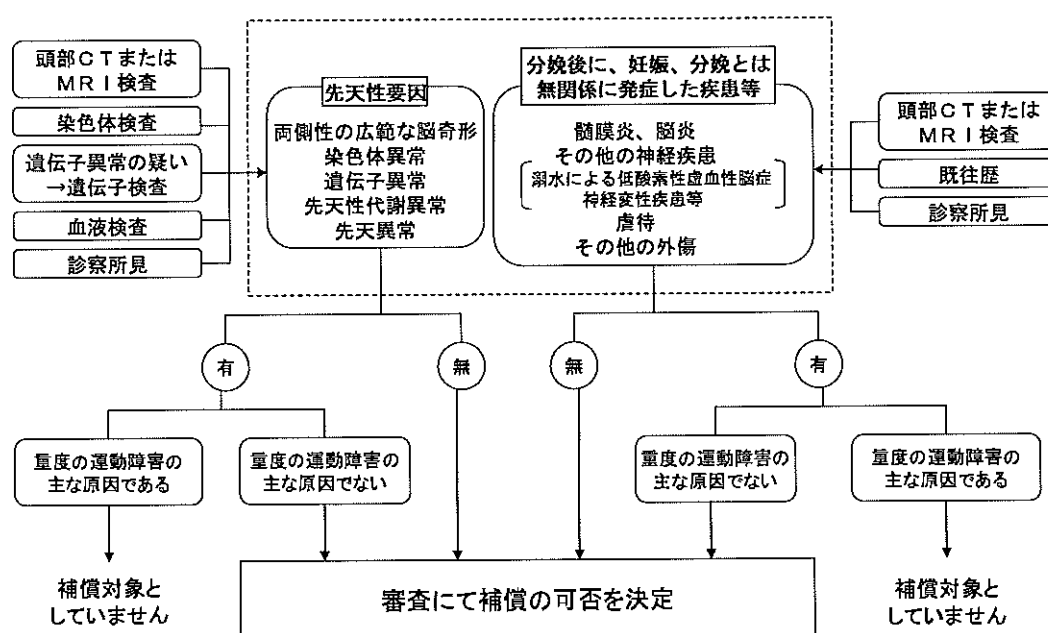
(5) 除外基準についての判断目安

本制度では、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対して補償することとしているので、分娩と関連しない他の要因（先天性要因、または分娩後に、妊娠、分娩とは無関係に発症した疾患等）が重度の運動障害の主な原因である場合は、補償対象としていません。

本診断書では、「分娩に関連した脳性麻痺であるか」について診断を行うのではなく、「除外基準に該当する疾患の有無、およびそれらと重度の運動障害との関係」について診断を行うものです。

なお、診断書に記載している疾患等に該当する場合であっても、一律に補償の対象外とするのではなく、具体的には、審査委員会において審査を行い、補償対象の認定を行います。

図1 除外基準について（イメージ）



Ⅲ. 「補償認定請求用 専用診断書」の作成

この診断書は、補償請求者が補償認定依頼を行う際に必要な診断書です。

ご注意

■診断時期

補償請求者が分娩機関に対して補償認定依頼を行うことができる時期は、児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までの間です。この申請時期に合わせて診断を行ってください。

なお、満5歳の誕生日が近い場合は、所要期間等を考慮して診断を行ってください。

児の満1歳の誕生日（極めて重症であって診断が可能と考えられる場合は、生後6ヶ月）から満5歳の誕生日まで

以下の場合は3歳以降に診断を行ってください。

- 低緊張型脳性麻痺の場合
- 上肢障害で補償認定依頼を行う場合

■年齢区分による診断項目

診断を行う児の年齢が1歳未満の場合は、以下のとおり重症1および重症2を追加していますのでご注意ください。

6ヶ月以上1歳未満の場合（診断書1頁から10頁）

総括1・総括2・総括3・所見1・所見2・所見3・検査1・検査2・重症1・重症2

1歳以上の場合（診断書1頁から8頁）

総括1・総括2・総括3・所見1・所見2・所見3・検査1・検査2

(1) (総括表) 脳性麻痺診断書：総括-1・総括-2・総括-3

① 診断 (脳性麻痺)

脳性麻痺の病型について、該当するものを選択してください。

アテトーゼ型には、錐体外路系のアテトーゼ、舞踏病様運動、パリズム、ジストニア等の症候を中心とした脳性麻痺が含まれます。

② 等級区分

診断書5～6頁「動作・活動の状況及び所見」の判定を行った上で、児の障害程度について、永続的な状態として該当すると思われる等級区分を選択してください (複数選択可)。ただし、上肢障害で補償認定依頼を行う場合は、3歳以降に診断を行ってください。

なお、選択していただいた等級区分についての最終判断は、審査委員会における審査の結果を受けて、機構が行います。

●下肢および上肢における全廃とは、「すべての機能が使えないこと」とします。

●下肢における著しい障害とは、「実用的な歩行」が不可能な状態、またはそれより重度な下肢機能の障害とします。ここで言う「実用的な歩行」とは、装具や歩行補助具 (杖、歩行器) を使用しない状況で、立ち上がって、立位保持ができ、10m以上つかまらずに歩行し、さらに静止することをすべてひとりでできる状態です。

●両上肢における著しい障害としては、握る程度の簡単な動き以外はできない状態を想定しています。

③ 現在の身体測定値

診断書の記載日より1ヶ月以内の測定値を記入してください (原則として、体重、身長、頭囲の3項目を同一日に測定)。

④ 新生児期からの障害の経過・現症

出生時の状況や障害の程度等 (特に姿勢や移動) について、経過および現在の状況を記入してください。出生時を含めた新生児期の状況については、家族からの情報等、わかる範囲の情報を参考に記入してください。

なお、生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合は、診断書9頁「神経学的所見及び臨床検査」の所定欄に記入してください。その際、本欄の記入は不要です。

⑤ その他参考となる合併症

●知的障害がある場合は、精神発達の相当年齢を（ ）内に記入してください。

また、判定方法がわかれば、「⑧その他の特記事項」欄に記入してください。

●合併症がある場合は、その内容について（ ）内の該当する項目を選択してください。

また、脳性麻痺以外の疾患で合併しているものがある場合は、「その他」に記入してください。視覚・聴覚障害がある場合も、「その他」に記入してください。

<例>てんかん

⑥ 治療及びリハビリテーションの状況

治療およびリハビリテーションについて、開始時期から現在までの状況を記入してください。また、虐待等を疑う所見がある場合は、その所見を記入してください。

<例>PT、OT等の関わり、親子で通っている教室等

⑦ 日常生活及び介助の状況

日常生活および介助の状況について記入してください。

<例>室内での移動状況、食事の方法、車椅子・バギーの使用等

⑧ その他の特記事項

障害の程度や予後等について、特記すべき事項があれば記入してください。

また、次項の「⑨除外基準」に該当しないと判断された理由等について、特記すべき事項があれば、本欄に記入してください。

<例>

●妊娠中に母体の感染症はあったが、そのことによる脳の形態異常はみられない。

●新生児期に感染症の症状が確認されたが、産道感染等、分娩と関連する可能性が考えられる。

●「⑨除外基準」に該当する疾患等はあるが、臨床所見等より医学的に判断し、その疾患等による重度の運動障害ではないと考えられる。

⑨ 除外基準（8頁図1参照）

検査結果や臨床所見から、該当する疾患等があると判断される場合は「有」を選択し、それ以外は「無」を選択してください。また、「有」を選択した場合は、この疾患等と重度の運動障害との関係についても診断してください。

なお、該当する疾患等がある場合であっても、一律に補償の対象外とするのではなく、具体的には、審査委員会における審査の結果を受けて、機構が補償対象の認定を行います。

1. 先天性要因

児の先天性要因（両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常）が主な原因となる重度の運動障害については、補償対象としていません。

脳奇形には、滑脳症、多小脳回、裂脳症、水（頭）無脳症、先天性水頭症等が該当します。なお、片側性の広範な脳奇形であり、それが重度の運動障害の主な原因である場合は、補償対象とならない可能性が極めて高くなります。

1) から5) に該当する疾患について、「有」を選択した場合は、〔 〕内に疾患名を記入してください。また、この疾患が重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は（ ）内の口にレ点を記入し、診断書2頁「⑧その他の特記事項」欄にその理由等を記入してください。

<例>「ダウン症に、明らかな脳性麻痺の症状が加わっており、脳性麻痺の影響で本制度に相当する障害が出ている」等

1) 脳奇形

該当する疾患がある場合は、両側性の広範な脳奇形であるかについても診断を行い、有無を選択してください。

片側性の広範な脳奇形がある場合は、疾患名を記入し、「*両側性の広範な脳奇形」の「無」を選択してください。また、この疾患が重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は（ ）内の口にレ点を記入し、診断書2頁「⑧その他の特記事項」欄にその理由等を記入してください。

2) 染色体異常（図2参照）

染色体検査（Gバンド検査）を実施している場合は、その結果に基づいて、疾患の有無を選択してください。

染色体検査を実施していない場合については、以下をご参照ください。

ア) 臨床所見等から、染色体異常なしと判断し、検査を行わなかった場合は、「染色体異常を示唆する所見」の「無」を選択し、診断書7頁「2. 染色体検査（Gバンド検査）」

の所定欄にその旨を記入してください。

イ) 臨床所見等から、染色体異常が疑われ、「染色体異常を示唆する所見」の「有」を選択し、染色体検査が必要と判断されたが、家族の同意が得られないために検査を行わなかった場合は、診断書7頁「2. 染色体検査 (Gバンド検査)」の所定欄にその旨を記入してください。ただし、機構の審査委員会において補償対象と認定できない場合や、検査による確認を要請される可能性がありますので、ご理解の上、家族へご説明ください。

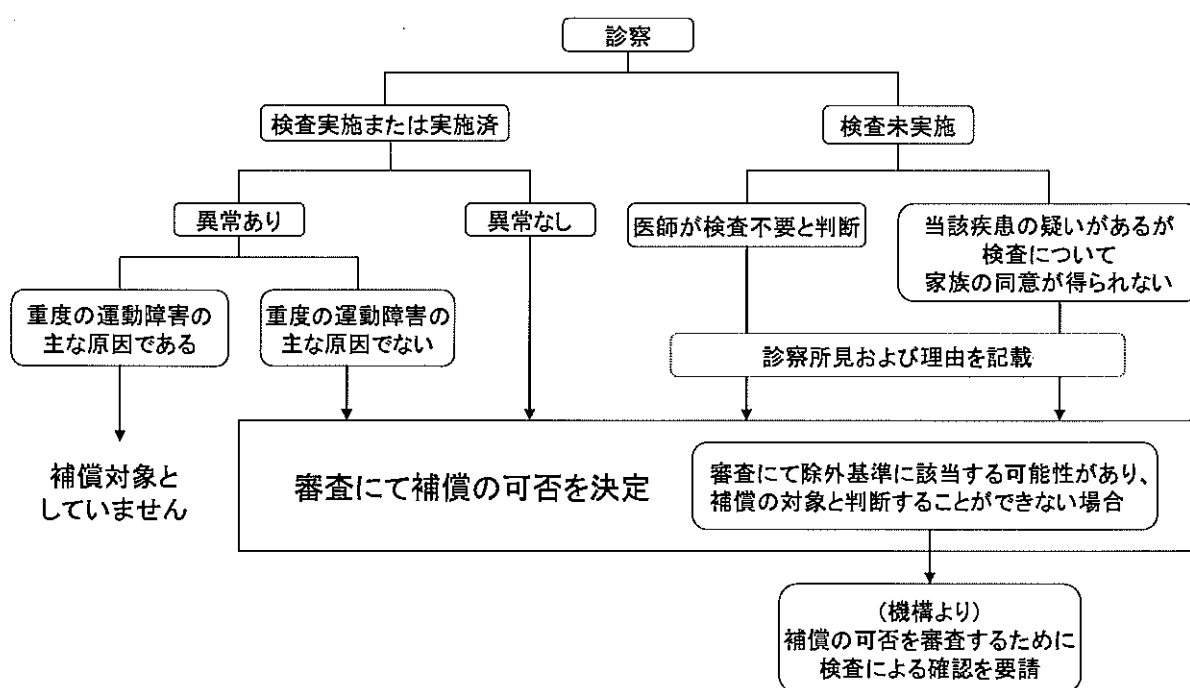
3) 遺伝子異常

遺伝子検査を実施している場合は、その結果に基づいて、疾患の有無を選択してください。

特に該当する特定の疾患が疑われず、遺伝子検査等を実施していない場合には、「遺伝子異常を示唆する所見」の「無」を選択してください。

臨床所見等から遺伝子異常が疑われ、「遺伝子異常を示唆する所見」の「有」を選択し、遺伝子検査が必要と判断されたが、家族の同意が得られないために検査を行わなかった場合については、上記2) 染色体異常のイ) をご参照ください。

図2 染色体異常・遺伝子異常について(イメージ)



2. 分娩後に、妊娠、分娩とは無関係に発症した疾患等

分娩後に、妊娠、分娩とは無関係に発症した髄膜炎、脳炎、その他の神経疾患（例：溺水による低酸素性虚血性脳症、神経変性疾患等）、虐待、その他の外傷（例：交通事故による脳外傷等）等が主な原因となる重度の運動障害については、補償対象としていません。ただし、分娩後に発症した感染症等であっても、その原因について、妊娠、分娩との関連が明らかに否定できない場合は、一律に補償の対象外とするのではなく、具体的には、審査委員会において補償の可否を決定します。

診察の結果、明らかに分娩と無関係に発症したと考えられる場合は、「有」を選択してください。なお、「妊娠、分娩とは無関係に発症した」ことを判断する基準を日数や期日で提示することは、分娩がどれくらいの期間まで障害の発生に影響を及ぼすのかが解明されていないこともあり、困難です。上記の疾患等に該当しないが、分娩との関連が疑われる疾患等がある場合は、疾患等の有無は選択せず、診断書2頁「⑧その他の特記事項」欄に記入してください。

*虐待の項目については、障害児に対する虐待が問題となっており、それによる障害の重症化等が考えられるため、項目を設けました。

(2) 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

1) 運動障害

低緊張型脳性麻痺の場合は、脳性の運動障害であるかどうか（診察内容、画像診断、検査データ等）、また、脊髄性または末梢神経障害、神経筋疾患等による運動障害でないと考える所見・理由および腱反射の状況を〔 〕内に必ず記入してください。

なお、低緊張型脳性麻痺の場合は、早い年齢では診断や重症度の判定が困難であるため、3歳以降に診断を行ってください。

2) 麻痺部位

該当するものを選択し、発現部位を図に斜線で示してください。発現部位が不明瞭な場合は、その部位について記入してください。

3) 反射異常

該当する箇所に○を記入してください。

「バビンスキー反射」の検査が困難な場合は、他の病的反射の所見も記入することができます。その際、検査した反射名を記入してください。

4) 姿勢異常

姿勢異常がある場合は、()内に詳細を記入してください(27頁の記入例参照)。

5) 関節拘縮

関節拘縮がある場合は、()内に部位を記入してください。

<例>両側股関節、両側足関節等

2. 動作・活動の状況及び所見

各項目について、診察の場で観察した所見を記入してください。ただし、明らかにできると判断される項目については、実際に動作の確認を行わず「○」とすることもできます。

判定は「○」または「×」のいずれかで記入してください。それぞれの動作・活動が「完

全にできる」場合は「○」とし、それ以外は、部分的に動作・活動が達成されている場合も含め、「×」とします。

審査における重症度の判定の際にも必要となりますので、必ず記入してください。

1) 下肢・体幹運動に関する項目

各項目について、以下の点に留意しながら判定を行ってください。

No	項 目	判定にあたっての留意点
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）	床や診察台の上での坐位だけでなく、母親等の膝の上での、体幹のみを支えてもらったの坐位姿勢でもよい。
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	腹臥位で頭部を垂直に挙上できる（3秒以上）	上肢の位置は問わないが、予め前腕で支持する姿勢をとらせ、頭部を挙上しやすくした方がよい。姿勢をとった後は、子どもの体から手を離し、玩具等で誘って自分で頭を上げるように促す。頭部を垂直に挙上した後は、崩れずにその姿勢を少なくとも3秒間保持できる。
5	床の上で、後方から腰を支えると坐位を保持できる（腰部を両手で軽く支えてやると、手をつかずに、坐位を5秒以上保持できる）	
6	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	項目11ができていれば、肘這いをしなくてもこの項目は○としてよい。
7	介助して坐らせると、床に手をつけ、ひとりで坐る（5秒以上保持できる）	
8	介助して坐らせると、手をつかずに、ひとりで坐る（3秒以上）	ひとりで坐位姿勢が保持できるかどうかをみる。
9	自分で、臥位から坐位へ起き上がる	
10	手をつかずに、ひとりで坐って、45度後方の玩具に手を伸ばせる	手をつかずに坐位姿勢が保持でき、さらに45度後方の玩具に手を伸ばすことができる。手を伸ばしても、バランスを崩して手をついてしまう場合は×とする。

11	四つ這いをするが、下肢を交互に動かさず、バニーホップやシャフリング（いざり這い）をする	バニーホップとは、下肢の交互運動を伴わずに弾みをつけて座った姿勢を保ちながら前方に移動すること。シャフリング（いざり這い）とは、坐位の姿勢で臀部を滑らせながら動く動作で、坐位のまま下肢の屈伸運動を繰り返しながら、臀部を床上で滑らせるようにして移動すること。いずれも通常の発達では見られない動きであり、見られない場合は×とする。
12	机等につかまって立ち上げられる	机等につかまり引っぱるか、机の上に手をついてずり上がり、足に体重をかけて直立した姿勢をとる。立ち上がった後、机に寄りかかってもよい。
13	下肢を交互に動かして、四つ這いをする	
14	こたつや手すり等につかまって、伝い歩きができる（5歩以上）	どちらかの足を横に動かすことを1歩とする。こたつがない場合は、同程度の低い机を使用してもよい。
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	歩行補助具とは、歩行器、クラッチ、杖等を指す。下肢装具は含まない。
16	歩行補助具を使って、介助なしに移動する	
17	介助があれば、階段を上がれる	階段とは、通常の建物の標準的なもの（踏面30cm、蹴上げ（1段の段差）16cm程度）とする。
18	下肢装具をつけずに、支持なしで、立位を保持できる（3秒以上）	支持なしとは、他人の手や歩行補助具、机等に寄りかからないことを指す。
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10歩、歩ける	支持なしとは、他人の手を持ったり、歩行補助具を用いたりしないことを指す。
20	下肢装具をつけずに、10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	歩く際に、歩行補助具を使用せず、介助は受けない。
21	床から立ち上がり立位をとる	床から立ち上がる際に、床面や自分の体の一部（膝等）に手をつくか、支えるための安定した平面（机やいす等）を使ってもよい。立ち上がった後は、支持面に寄りかからず、手を離しても立位を保持できる。
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) 「下肢・体幹運動に関する項目」についての備考欄

下肢・体幹運動について、患児の特徴等があれば記入してください。

3) 上肢運動に関する項目

各項目について、以下の点に留意しながら判定を行ってください。

No	項 目	判定にあたっての留意点
1	手にふれたものをつかむ（明らかな反射は除く）	手は予め開いておき、検者の指、玩具等を手掌面に触れさせる。反射とは、把握反射等である。
2	手を口に持っていく	自分の手を口まで持っていく。口に触れなくても、口の近くまで手を動かせれば○とする。
3	手を開くことができる	自発的に手を開くことができる。
4	玩具等を少しの間、握って遊ぶ	玩具等をしっかり握って、3秒以上持っていられれば○とする。必ずしも玩具等を振らなくてもよい。
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	玩具等を見せて誘ってもよい。
7	玩具等を持ちかえる	
8	哺乳瓶を自分で持てる	
9	小さなもの（乳児向けボーロ等）を親指と人差し指の指先でつまむ	指全体でつかむ場合は×とする。
10	スプーンが持てる（3秒以上）	どんな持ち方でもよい。把持して、3秒以上落とさない。
11	リモコンのボタンを押せる	リモコンは机の上に置いてあってもよい。
12	知っているものを見て指でさす	
13	なぐり書きをする	紙を子どもの前に置き、鉛筆を持たせると、ぐるぐる丸などを書く。
14	積み木を1つ積める	子どもの前に3cm角前後の大きさの積み木を2つ置き、重ねてみせる。まねをして2つ重ねることができれば○をつける。
15	積み木を2つか3つ積める	積み木を4つ置き、3つ以上重ねて置ければ○をつける。
16	お箸が持てる	子ども用の箸を手で保持できればよい。持ち方は問わない。

4) 「上肢運動に関する項目」の備考欄

上肢運動について、患児の特徴等があれば記入してください。

5) 姿勢や移動状況の写真

全身の状態（坐位、臥位等）や移動の状況（寝返り、這行、つかまり立ち、装具を付けての歩行等）等、日常生活の様子がわかる写真を「写真及び検査データ貼付欄」に貼付してください。貼付する際には、写真裏面に、児の氏名と生年月日、および撮影年月日を必ず記入してください。

医師が撮影したもの、または家族が撮影したもの、どちらの写真でも良いです。家族には、下記のように撮影する際の留意点等を示し、診断医を受診する際に写真を持参するようご協力をお願いしています。家族が持参した写真の中から適切と思われる写真を貼付してください。

<添付文書『診断を受けるにあたってのお願い』 抜粋>

■ 診断書に添付するお子様の写真の撮影について

産科医療補償制度では、補償申請の際に必要な専用診断書に、お子様の生活の様子がわかる写真を添付していただくこととしています。この写真は、診断や審査において、お子様の全身の状態（座った姿勢、寝た姿勢など）や移動の状況（寝がえり、はいはい、つかまり立ち、装具をつけての歩行など）から、お子様の病状をみるために提出していただくものです。

写真の撮影については、医師または家族のどちらが行っても良いこととしています。ご家族にて事前に撮影された写真を持参していただきますと、その中から診断医が適切な写真を選択し、診断書に添付します。診断書の作成には時間を要する場合がありますので、診断が円滑に行われるよう、ご協力をお願いいたします。なお、写真を持参された場合でも、診断医の判断により、改めて撮影をお願いする場合や医療機関にて再度撮影する場合がありますので、診断医の指示に従っていただきますようお願いいたします。

以下の点にご留意の上、全身の状態および移動の状況をそれぞれ数枚ずつ撮影してください。

- 姿勢など、全身の状態が確認できるよう、できるだけ薄着の状態
- お子様の普段の全身の姿勢（座った姿勢、寝た姿勢など）
- 移動の状況（寝がえり、はいはい、つかまり立ち、装具をつけての歩行など）が確認できる場面

(3) 検査結果：検査-1・検査-2

脳性麻痺の診断および除外基準に関する診断を行うにあたり、頭部画像検査（CTまたはMRI）は必ず行ってください。診断書作成以前に撮影している場合は、新たに行う必要はありません。その他の検査についても、原則、医師が医学的に必要と判断する検査は行ってください。なお、診断のために必要な検査が行われていない場合、機構より資料等の追加提出を求めることや、問い合わせを行うことがあります。

1. 頭部画像検査（必須）

頭部画像検査については、所定の欄に実施年月日と所見を記入し、あわせてフィルムまたは電子媒体のコピーを添付してください。添付の際には、撮影年月日を明記してください。

3回以上実施している場合は、生後から早期、中期、最近の代表的な3回分を記入し、添付してください。「画像上は、除外基準に該当しないことが明らかである」と判断できる場合は、直近のものだけでも良いです。ただし、審査委員会において、画像が不鮮明等の理由により、再提出を求める場合があります。

読影所見の提出は任意とします。ただし、読影所見のみの提出は認められませんのでご注意ください。

2. 染色体検査（Gバンド検査）

検査を実施している場合は、実施年月日および結果を記入し、検査レポートの所見部分のコピーを必ず貼付してください。

検査を実施していない場合は、その理由を所定の欄に必ず記入してください。

3. 血液検査

除外基準に該当しないこと等の確認を行います。これまで検査された中で、最近の代表的なデータを記入してください。また、診断書に示す血液検査項目について、1項目でも実施していない場合は、その理由を所定の欄に必ず記入してください。

なお、検査データを貼付する場合、本欄の記入は不要です。

4. 検査項目にない検査を実施した場合

脳性麻痺および除外基準に関する診断にあたって、上記の検査以外に実施した検査があ

る場合は、その結果を必ず全て記入してください。

<例> X線撮影（頭部、脊椎、股関節等）、血液（CK等）

(4) 神経学的所見及び臨床経過：重症-1・重症-2

生後6ヶ月から1歳未満での申請の場合は、この項目について記入してください。

1. 重度脳性麻痺に関する診断・治療経過サマリー

出生時の状況を含め、どのような身体所見、画像・検査データ等をもとに重度脳性麻痺と診断したかを記入してください。また、治療等に関する現在までの経過について記入してください。出生時を含めた新生児期の状況については、NICU等からのデータやサマリー、また、家族からの情報等を参考に記入してください。

2. 診断日における中枢神経系の所見

各項目について、「有」を選択した場合は、()内に具体的な状態を記入してください。程度の記入が難しい場合は、有無の選択のみで良いです。

- 6) 瞳孔反応：左右差の有無等を記入してください。
- 1 1) 嚥下障害：唾液が飲みこめる等を記入してください。
- 1 2) 薬物使用：中枢神経系の重症度を示すような薬剤を記入してください。
- 1 5) 気管内挿管・気管切開：気管内挿管については、経鼻挿管や経口挿管等、気管切開については、単純切開や分離手術等を記入してください。
- 1 7) 経管栄養：経鼻留置経管栄養、間歇的経管栄養（口腔ネラトン法）、胃瘻、経鼻空腸カテーテル栄養、腸瘻等を記入してください。また、経管栄養のみなのか、経口摂取と経管栄養を併用しているかについても記入してください。

3. その他

重度脳性麻痺の診断にあたって、脳波や聴性脳幹反応等の検査を行っている場合は、その実施年月日および検査結果を記入してください。

脳波については、発作波の有無・頻度や低電位等、重症度を示す所見等を記入してください。

診 断 書 記 入 例 [1]

(1頁～8頁)

(総括表) 脳性麻痺診断書

氏名	フリガナ ニホン イチロウ	生年月日	西暦	2009年 1月 1日	①・女
	日本 一郎				
住所	〒101-0061		電話	090-1111-1111	
	東京都千代田区三崎町1-4-17				
保護者氏名	日本 太郎				

① 診断 (脳性麻痺)

痙直型 アテトーゼ型 失調型 低緊張型 混合型 その他 ()

② 等級区分: 「A1」「A2」「A3」「B1」「B2」「B3」のうち、永続的な状態として該当すると思われる項目の□にレ点を記入してください (複数選択可)。最終判断は審査委員会で行います。

産科医療補償制度障害程度等級表

	[1] 上肢不自由	[2] 下肢不自由	[3] 体幹不自由
A	<input type="checkbox"/> A1 両上肢の機能を全廃したもの	<input checked="" type="checkbox"/> A2 両下肢の機能を全廃したもの	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> B1 1) 両上肢の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> B2 両下肢の著しい障害	<input type="checkbox"/> 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

③ 現在の身体測定値

・体重 (12.0 kg) ・身長 (80.0 cm) ・頭囲 (47.0 cm)

④ 新生児期からの障害の経過・現症

(生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合、本欄ではなく、9頁「神経学的所見及び臨床経過」の所定欄に記入してください。)

胎生40週0日、出生体重3000g、身長50cm、常位胎盤早期剥離による重度新生児仮死(Apgar1分1点、5分4点)にて出生し、直ちに〇〇総合病院 NICU に搬送された。低酸素性虚血性脳症に対して頭部冷却、人工呼吸管理2週間、抗けいれん剤の投与などの治療が行われ、2ヶ月後に退院した。頭部MRI検査では、両側の脳基底核の異常を指摘され神経後遺症が残る可能性を説明された。その後の発達は定頭8か月、寝返り1歳2か月と運動発達の遅れを認められ、療育訓練を4か月より行っている。現在、粗大運動は座位の自力での保持は不可能で、移動は主に寝返りにて移動している。頸部体幹のジストニアおよび四肢の不随意運動を認めている。摂食障害あり、ペースト程度の固さのものを中心に摂取しているが、誤嚥性と思われる肺炎の罹患歴あり。

⑤ その他参考となる合併症

- ・知的障害 無 有 (精神発達 2歳 0ヶ月相当)
- ・合併症 無 有 [呼吸障害 嚥下障害 その他 (てんかん)]

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。)

4か月時より、県立△△療育センターにてPT指導を開始し、現在はPT指導とOT指導を交互に週に1回の頻度で行っている。そのほか、STによる摂食の評価および指導を3か月に1回程度の頻度で行っている。また、〇〇保健所での子育てグループに月2回、母子で参加している。栄養および感染などの全身状態は〇〇総合病院小児科にてフォローを受けている。

⑦ 日常生活及び介助の状況

生活は食事・排せつも含め全介助の状態、屋外での移動は本児用に作成したバギーを使用している。

⑧ その他の特記事項

痙性麻痺に加えて頸部体幹のジストニアが強く、座位の保持などの平衡機能の障害が強く認められている。

⑨ 除外基準（臨床所見及び検査結果より、該当する項目の□にレ点を記入してください。）

下記の各項目について、疾患等の有無を選択してください。これらの疾患等が**重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は**（ ）内の□にレ点を記入してください。

先天性要因について「有」を選択した場合は、疾患名を〔 〕内に記入してください。また、脳奇形が「有」の場合は、両側性の広範な脳奇形の有無を選択してください。

なお、これらの疾患等と重度の運動障害との関係についての最終判断は審査委員会で行います。

1. 先天性要因

- 1) 脳奇形 無 有 [疾患名：]
 *両側性の広範な脳奇形 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 染色体異常 (G-バンドによる)
 *染色体検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *染色体検査を実施していない場合 染色体異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) 遺伝子異常
 *遺伝子検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *遺伝子検査を実施していない場合 遺伝子異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 先天性代謝異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) 先天異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

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 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 脳炎 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) その他の神経疾患 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 虐待 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) その他の外傷等 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

上記のとおり診断する。

あわせて頭部画像フィルムまたは電子媒体のコピー (CT・MRI・エコー)、検査結果 (脳波・血液データ等) を別紙に付す。

西暦 2011年 5月 1日

医療機関の名称 ○○病院

所在地 東京都××区△△町123

電話番号 03-0000-xxxx

診療担当科名 小児科 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。

2) 運動障害

痙性麻痺 不随意運動 運動失調 低緊張型脳性麻痺

その他 ()

* 低緊張型脳性麻痺の場合に、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、脊髄性または末梢神経障害、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。

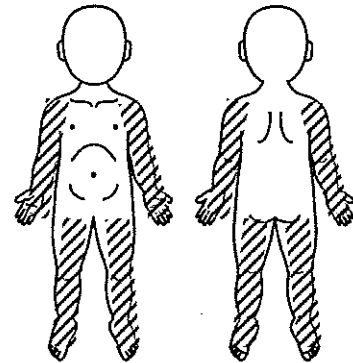
* 腱反射等の状況については必ず記入してください。

()

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、斜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 (頸部、体幹)

5) 関節拘縮 無 有 (部位： 両側足関節、両側股関節)

2. 動作・活動の状況及び所見（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	腹臥位で頭部を垂直に挙上できる（3秒以上）	○
5	床の上で、後方から腰を支えると坐位を保持できる（腰部を両手で軽く支えてやると、手をつかずに、坐位を5秒以上保持できる）	○
6	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	×
7	介助して坐らせると、床に手をつけ、ひとりで坐る（5秒以上保持できる）	×
8	介助して坐らせると、手をつかずに、ひとりで坐る（3秒以上）	×
9	自分で、臥位から坐位へ起き上がる	×
10	手をつかずに、ひとりで坐って、45度後方の玩具に手を伸ばせる	×
11	四つ這いをするが、下肢を交互に動かさず、バニーホップやシャフリング（いざり這い）をする	×
12	机等につかまって立ち上がる	×
13	下肢を交互に動かして、四つ這いをする	×
14	こたつや手すり等につかまって、伝い歩きができる（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、介助なしに移動する	×
17	介助があれば、階段を上がれる	×
18	下肢装具をつけずに、支持なしで、立位を保持できる（3秒以上）	×
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10歩、歩ける	×
20	下肢装具をつけずに、10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	×
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) 「下肢・体幹運動に関する項目」についての備考欄

座位の保持は自力では不可で、食事などの際には本児用の座位保持椅子を使用しているが、不随意運動のために座位保持椅子でも長時間は不可の状態である。

3) 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 (明らかな反射は除く)	○	○
2	手を口に持っていく	○	○
3	手を開くことができる	○	○
4	玩具等を少しの間、握って遊ぶ	○	○
5	顔に掛けたハンカチをとる	○	○
6	近くのを手を伸ばしてつかむ	○	○
7	玩具等を持ちかえる	○	
8	哺乳瓶を自分で持てる	○	○
9	小さなもの (乳児向けボーロ等) を親指と人差し指の指先でつまむ	○	×
10	スプーンが持てる (3秒以上)	○	○
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	×	×

4) 「上肢運動に関する項目」についての備考欄

5) 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写真貼付欄にのりづけしてください (複数枚可)。なお、写真の裏面に必ず氏名、生年月日を記入してください。

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

頭部画像検査については、以下に所見を記入の上、あわせてフィルムまたは電子媒体のコピーを添付してください。染色体検査、血液検査、その他の検査については、以下に記入するか、または検査データ等のコピーを貼付してください。コピーを貼付した場合、記入する必要はありません。

検査が未実施の場合は、その理由を必ず所定欄に記入してください。

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
MRI	2009・2・11	両側大脳基底核および大脳白質の信号異常。
CT	2009・6・1	脳溝の軽度拡大、軽度大脳委縮の疑い。
MRI	2010・4・1	大脳基底核(被殻)および視床の信号異常、大脳皮質の委縮。

2. 染色体検査（Gバンド検査）

実 施 年 月 日	結 果 (核型)
2008・1・20	46XY(正常男性型)

*染色体検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。

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 ($/\mu\ell$)	2011・4・20	5000
	RBC ($\times 10^4/\mu\ell$)	2011・4・20	500
	Hb (g/dℓ)	2011・4・20	13.5
	PLT ($\times 10^4/\mu\ell$)	2011・4・20	25
肝機能	AST (GOT) (IU/ℓ)	2011・4・20	25
	ALT (GPT) (IU/ℓ)	2011・4・20	25
	LDH (IU/ℓ)	2011・4・20	256
	アンモニア ($\mu\text{g}/\text{d}\ell$)	2011・4・20	50
血液ガス分析	該当に○を付す		動脈 <input checked="" type="radio"/> 静脈
	pH	2011・3・1	7.350
	pO ₂ (mmHg)	2011・3・1	60
	pCO ₂ (mmHg)	2011・3・1	40
	HCO ₃ ⁻ (mEq/ℓ)	2011・3・1	24
	Base Excess (mEq/ℓ)	2011・3・1	+1
	Anion Gap (mEq/ℓ)	2011・3・1	12
乳酸 (mg/dℓ)		2011・4・20	15.0
ピルビン酸 (mg/dℓ)		2011・4・20	0.5
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)	・	・

* 血液検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。
（一項目でも実施していない場合は、記入してください。）

重度新生児仮死の既往があり、それによる低酸素性虚血性脳障害が明らかであり、神経学的な異常や画像上の所見もそれに矛盾しない所見である。脳障害をきたすアミノ酸代謝異常の可能性はないと考えられ、また採血が困難な児でアミノ酸分析に必要な検体の採取が難しいことから、血漿アミノ酸分析は施行していない。

5. 上記の検査以外に実施した検査（クレアチンキナーゼ（CK）、アイソザイム、血清銅、脳波、頭部エコー等があれば、その日付または年齢と検査結果を必ず記入してください。）

CK 2011・3・1 120(U/ℓ)

脊椎レントゲン検査 2011・3・1 胸椎後側彎

股関節レントゲン検査 2011・3・1 左股関節脱臼

診 断 書 記 入 例 [2]

(1頁～10頁)

(総括表) 脳性麻痺診断書

氏名	フリガナ ニホン イチロウ	生年月日	西暦 2009年 1月 1日 (0歳 7ヶ月)	男・女
	日本 一郎			
住所	〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17		電話	090-1111-1111
	保護者氏名 日本 太郎			

① 診断 (脳性麻痺)

痙直型 アトローゼ型 失調型 低緊張型 混合型 その他 ()

② 等級区分: 「A1」「A2」「A3」「B1」「B2」「B3」のうち、永続的な状態として該当すると思われる項目の□にレ点を記入してください (複数選択可)。最終判断は審査委員会で行います。

産科医療補償制度障害程度等級表

	[1] 上肢不自由	[2] 下肢不自由	[3] 体幹不自由
A	<input checked="" type="checkbox"/> A1 両上肢の機能を全廃したもの	<input checked="" type="checkbox"/> A2 両下肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> B1 1) 両上肢の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> B2 両下肢の著しい障害	<input type="checkbox"/> 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

③ 現在の身体測定値

・体重 (5.0 kg) ・身長 (60.0 cm) ・頭囲 (36.0 cm)

④ 新生児期からの障害の経過・現症

(生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合、本欄ではなく、9頁「神経学的所見及び臨床経過」の所定欄に記入してください。)

⑤ その他参考となる合併症

- ・知的障害 無 有 (精神発達 歳 ヶ月相当)
- ・合併症 無 有 [呼吸障害 嚥下障害 その他 (てんかん)]

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。)

生後4か月まで、〇〇県立病院NICUにて入院加療を行い、全身状態が安定しており退院した。排痰困難による慢性呼吸不全あり、経鼻カニューレより酸素投与および去痰剤などの吸入を適宜行っている。全身痙攣発作に対して抗てんかん薬投与を行い、その他筋弛緩薬、去痰剤、気管支拡張剤なども併用している。2週間に1回、△△病院小児科受診の際に、リハビリ受診を行っている。

5か月時に気管支炎にて1週間△△病院小児科に入院加療されている。

⑦ 日常生活及び介助の状況

全身の麻痺による寝たきりで、体位交換も含め全介助の状態である。経口摂取は不可で、経管栄養にて栄養剤の注入を行い、気道症状に対して適宜口鼻腔吸引を行っている。移動はバギーにて行っている。周囲への関心は認めず、音および視覚的な刺激に対する反応は明らかではない。全身の強直発作を1日1回程度認める。

⑧ その他の特記事項

全身筋緊張が著明に亢進した重度の四肢麻痺の状態である。嚥下困難、排痰困難を伴い慢性呼吸不全の状態である。重度知的障害を伴っている。

口蓋裂等の奇形を認めるが、中枢神経系については脳奇形の合併は認められておらず、先天性な要因が重度の運動障害の原因ではないと判断される。

⑨ 除外基準（臨床所見及び検査結果より、該当する項目の□にレ点を記入してください。）

下記の各項目について、疾患等の有無を選択してください。これらの疾患等が**重度の運動障害の主な原因でない**と推定される場合は（ ）内の□にレ点を記入してください。

先天性要因について「有」を選択した場合は、疾患名を〔 〕内に記入してください。また、脳奇形が「有」の場合は、両側性の広範な脳奇形の有無を選択してください。

なお、これらの疾患等と重度の運動障害との関係についての最終判断は審査委員会で行います。

1. 先天性要因

- 1) 脳奇形 無 有 [疾患名：]
 *両側性の広範な脳奇形 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 染色体異常 (G-バンドによる)
 *染色体検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *染色体検査を実施していない場合 染色体異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) 遺伝子異常
 *遺伝子検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *遺伝子検査を実施していない場合 遺伝子異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 先天性代謝異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) 先天異常 無 有 [疾患名：口蓋裂、左耳介低形成]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

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 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 脳炎 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) その他の神経疾患 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 虐待 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) その他の外傷等 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

上記のとおり診断する。

あわせて頭部画像フィルムまたは電子媒体のコピー (CT・MRI・エコー)、検査結果 (脳波・血液データ等) を別紙に付す。

西暦 2009年 8月 5日

医療機関の名称 ○○病院

所在地 東京都××区△△町123

電話番号 03-○○○○-××××

診療担当科名 小児科 医師氏名 ●● ▲▲ ⑧

[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。

3) 運動障害

痙性麻痺 不随意運動 運動失調 低緊張型脳性麻痺

その他 ()

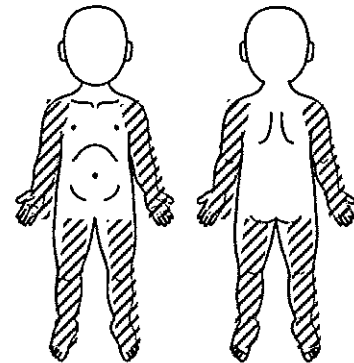
* 低緊張型脳性麻痺の場合に、脳性であると考えられる所見・理由を記入してください。また、脊髄性または末梢神経障害、神経筋疾患（脊髄性筋萎縮症、筋ジストロフィー、先天性ミオパチー等）による運動障害ではないと考える所見・理由を記入してください。

* 腱反射等の状況については必ず記入してください。

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、斜線を記入してください。



3) 反射異常（該当する箇所に○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 (頸部、体幹)

5) 関節拘縮 無 有 (部位 :)

2. 動作・活動の状況及び所見（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	腹臥位で頭部を垂直に挙上できる（3秒以上）	×
5	床の上で、後方から腰を支えると坐位を保持できる（腰部を両手で軽く支えてやると、手をつかずに、坐位を5秒以上保持できる）	×
6	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	×
7	介助して坐らせると、床に手をつけ、ひとりで坐る（5秒以上保持できる）	×
8	介助して坐らせると、手をつかずに、ひとりで坐る（3秒以上）	×
9	自分で、臥位から坐位へ起き上がる	×
10	手をつかずに、ひとりで坐って、45度後方の玩具に手を伸ばせる	×
11	四つ這いをするが、下肢を交互に動かさず、パニーホップやシャフリング（いざり這い）をする	×
12	机等につかまって立ち上がれる	×
13	下肢を交互に動かして、四つ這いをする	×
14	こたつや手すり等につかまって、伝い歩きができる（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、介助なしに移動する	×
17	介助があれば、階段を上がれる	×
18	下肢装具をつけずに、支持なしで、立位を保持できる（3秒以上）	×
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10歩、歩ける	×
20	下肢装具をつけずに、10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	×
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) 「下肢・体幹運動に関する項目」についての備考欄

定頸、寝返りは不可で、体幹の反りかえりを認める。

3) 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 (明らかな反射は除く)	×	×
2	手を口に持っていく	×	×
3	手を開くことができる	×	×
4	玩具等を少しの間、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	玩具等を持ちかえる	×	
8	哺乳瓶を自分で持てる	×	×
9	小さなもの (乳児向けボーロ等) を親指と人差し指の指先でつまむ	×	×
10	スプーンが持てる (3秒以上)	×	×
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	×	×

4) 「上肢運動に関する項目」についての備考欄

5) 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写真貼付欄にのりづけしてください (複数枚可)。なお、写真の裏面に必ず氏名、生年月日を記入してください。

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

頭部画像検査については、以下に所見を記入の上、あわせてフィルムまたは電子媒体のコピーを添付してください。染色体検査、血液検査、その他の検査については、以下に記入するか、または検査データ等のコピーを貼付してください。コピーを貼付した場合、記入する必要はありません。

検査が未実施の場合は、その理由を必ず所定欄に記入してください。

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
CT	2009・1・5	基底核・視床を含む大脳のびまん性の脳浮腫像あり、皮質と白質の境界は認めない。
MRI	2009・2・10	大脳脳溝の開大と両側脳室および第3脳室の著明な拡大があり、大脳のびまん性の委縮像あり、嚢胞性の脳軟化の所見である。
	. . .	

2. 染色体検査（Gバンド検査）

実施年月日	結果(核型)
2008・5・25	46XY(正常男性型)

* 染色体検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。

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 (/μℓ)	2011・5・25	5000
	RBC (x10 ⁴ /μℓ)	2011・5・25	500
	Hb (g/dℓ)	2011・5・25	13.5
	PLT (x10 ⁴ /μℓ)	2011・5・25	25
肝機能	AST (GOT) (IU/ℓ)	2011・5・25	25
	ALT (GPT) (IU/ℓ)	2011・5・25	25
	LDH (IU/ℓ)	2011・5・25	256
	アンモニア (μg/dℓ)	2011・5・25	50
血液ガス分析	該当に○を付す		動脈 <input checked="" type="radio"/> 静脈
	pH	2011・5・25	7.350
	pO ₂ (mmHg)	2011・5・25	60
	pCO ₂ (mmHg)	2011・5・25	40
	HCO ₃ ⁻ (mEq/ℓ)	2011・5・25	24
	Base Excess (mEq/ℓ)	2011・5・25	+1
	Anion Gap (mEq/ℓ)	2011・5・25	12
乳酸 (mg/dℓ)		2011・5・25	15.0
ピルビン酸 (mg/dℓ)		2011・5・25	0.6
血漿アミノ酸分析	異常高値 (アミノ酸名)	2011・5・25	なし
	異常低値 (アミノ酸名)	2011・5・25	なし

*血液検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。
 (一項目でも実施していない場合は、記入してください。)

6. 上記の検査以外に実施した検査（クレアチンキナーゼ（CK）、アイソザイム、血清銅、脳液、頭部エコー等があれば、その日付また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

以下の各項目に記入の上、あわせてNICUサマリー等、診断・治療に関する記録の概要のコピー、及び頭部エコー、脳波、聴性脳幹反応等の検査結果を添付してください。

1. 重度脳性麻痺に関する診断・治療経過サマリー

胎生42週0日、胎児心拍異常あり吸引分娩にて出生。羊水混濁あり、重度新生児仮死（APGAR1分1点、5分4点）認められた。口腔内吸引および酸素投与にて自発呼吸認められたが、チアノーゼが持続し、〇〇県立病院NICUに搬送された。入院時、自発呼吸は弱く、100%酸素マスクにて酸素飽和度80-90%で、血液ガスではpH6.9と著明なアシドーシスあり、直ちに気管内挿管の上、気管内洗浄および吸引を施行後、人工呼吸管理を開始された。胸部レントゲンでは両肺野に索状陰影あり。四肢の自発運動なく、生後10時間より痙攣発作を認め、PBの投与が行なわれた。日令1以降に、CK2000台の上昇あり。人工呼吸管理4週間施行された後、生後6週に抜管された。流涎、嚥下困難あり、頻回の吸引にて気道確保を行うとともに、経管栄養が行われた。退院時、定頸や追視なく、四肢は深部腱反射亢進あり、病的反射の出現も認められた（詳細はNICUサマリー参照）。

全身状態が安定したため、生後4か月時に、家族が注入、酸素投与、吸引などの手技を習得の上で退院した。退院後、自宅に近い△△病院小児科を紹介され、リハビリも含めた診療が継続されることになった。

5か月時に、発熱、多呼吸、酸素飽和度の低下あり、気管支炎の診断で△△病院小児科に入院加療されている。

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。

「有」を選択した場合は、() 内に程度を記入してください。

- | | | | | |
|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----|
| 1) 意識障害 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 程度（覚醒睡眠のリズムなし。刺激への反応に乏しい。） | () |
| 2) 自発運動 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度（自発的な動きは反りかえる動き程度。） | () |
| 3) 除脳硬直 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度（ | () |
| 4) 除皮質硬直 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 程度（痛み刺激などに対して除皮質姿位をとる。） | () |
| 5) 痙攣 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 程度（1日1回程度短い強直発作あり。） | () |
| 6) 瞳孔反応 | | | | |
| ○散瞳（散大） | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 程度（左右とも6mm程度。） | () |
| ○固定 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 程度（両側ほぼ正中に固定。） | () |
| ○対光反射 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度（ | () |
| 7) 注視 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | () |
| 8) 追視 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | () |
| 9) 咽頭反射 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 程度（咽頭刺激にても咽頭反射なし。） | () |
| 10) 自発呼吸 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 程度（ | () |

- 11) 嚥下障害 無 有 程度 (流涎が著明で、唾液によるおせこみあり。) 不明
- 12) 薬物使用 無 有
種類 [抗けいれん剤(PB)、筋弛緩薬(ダントリウム)、去痰剤、気管支拡張剤]
- 13) 酸素使用 無 有 量 (100) % (1) 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 (経鼻胃管)

3. その他 (脳波、聴性脳幹反応等)

脳波 2009.4.3 両側後頭部に高振幅徐波および多棘波を認める。

聴性脳幹反応 2009.2.4 V波の両側潜時の遅れあり。

診断書作成に関するQ & A

Q 1 除外基準に該当する疾患等があった場合は、すべて補償の対象外となるのか。

A 1 除外基準に該当する疾患等がある場合であっても、一律に補償の対象外とするのではなく、具体的には、審査委員会において審査を行い、補償対象の認定を行います。診断医には、臨床所見等から、除外基準に該当する疾患等があり、かつこれらの疾患等が重度の運動障害の主な原因であるか否かを診断していただきます。

Q 2 Gバンド検査では判定できない染色体異常はどのように対応するのか。FISH検査を実施してもよいのか。

A 2 本制度において、除外基準に該当する染色体異常は、Gバンド検査の範囲内で診断できる疾患としています。ただし、原則、医学的に必要と判断される検査は実施いただくこととし、実施した場合は、その結果や所見を必ず記入してください。

Q 3 診断書を作成するにあたり、検査が不十分な場合は、追加検査を行うのか。

A 3 診断書を作成するにあたり、頭部画像検査(MRIまたはCT)は必須としていますので、診断書作成時まで実施されていない場合は、追加検査が必要となります。その他の検査については、診断される医師の判断にお任せしますが、原則、医学的に必要と判断される検査は実施してください。また、実施した場合は、その結果や所見を必ず記入してください。なお、補償の可否を審査するため、機構より、追加の検査による確認を要請することがあります。

Q 4 初診の患者等、検査の情報がない(得られない)場合はどのように対応すればよいか。

A 4 診断書を作成するにあたり、頭部画像検査(MRIまたはCT)は必須としていますので、診断書作成時まで実施されていない場合は、新たに検査が必要となりますが、他の医療機関にて検査を実施している場合には、その画像をもとに診断書を作成することも可能です。その他の検査については、診断される医師の判断にお任せしますが、原則、医学的に必要と判断される検査は実施してください。また、実施した場合は、その結果や所見を必ず記入してください。

家族に対しては、「補償申請のご案内」にて、以下のように診断書取得の際の注意点をあらかじめお知らせしています。

<補償申請のご案内 5頁 抜粋>

■診断書の取得についてのご注意

○この制度は、脳性麻痺のお子様やそのご家族の経済的負担を速やかに補償することを目的のひとつとしていますが、この制度の補償に関して正確な診断を行うため、障害の程度や状態によってはお子様が一定の年齢に達してからでないと診断ができない場合があります。診断ができる時期については、専門の診断医の助言に従い、診断医が診断可能と判断するまでお待ちいただきますようお願いいたします。

○診断書の作成にあたり、いくつかの検査が必要となる場合があります。脳性まひに関する診察や検査を受けた医療機関と異なる医療機関で診断書を作成してもらう場合は、診断が円滑に行われるよう、診察や検査を受けた医療機関から紹介状を入手し、診断書を作成してもらう医療機関にお渡しいただくことが望まれます。

なお、過去の診察や検査の結果が不明な場合、改めて検査が必要になることや、診断に時間を要することもありますので、ご留意いただきますようお願いいたします。

また、医療上必要と判断される検査を受けていない場合、運営組織において追加資料の提出をお願いする場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

Q 5 提出する頭部画像フィルムは何枚必要か。

A 5 診断の根拠となった所見のわかる画像を最低限の枚数提出していただければ良いです。

Q 6 補償対象と認定された児が、成長・発達の過程で障害の程度が改善し、歩行可能となった場合はどうなるのか。

A 6 本制度は、そのようなことがないように、年齢ごとの発達も考慮しながら、将来も永続的な状態として重度であることについて、正確に診断が行えるよう、本制度独自の診断基準に基づいて診断を行うこととしています。仮に、補償対象と認定された児が、成長・発達の過程で歩行可能となった場合でも、補償金の支払停止や減額は行いません。

Q 7 診断の時期は5歳までとなっているが、診断時期が遅くなっても補償額に差はないのか。

A 7 補償申請期間である、児の満5歳の誕生日までに補償申請が行われれば、診断の時期による補償金額の差はありません。例えば、4歳6か月の時点で補償対象として認定された場合には、一時金600万円に加えて、補償分割金600万円（0歳時分～4歳時分：120万円×5）の合計1200万円が支払われ、その後、19歳まで毎年120万円、合計3000万円が支払われます。

Q 8 診断は児の満5歳の誕生日の当日までに行えばよいのか。

A 8 標準補償約款では、補償請求者(患者家族等)が分娩機関に、補償対象の認定を受けるために診断書およびその他の必要書類を提出する期限が満5歳の誕生日であると規定されています。したがって、実務的には、必ずしも満5歳の誕生日当日で間に合うとは限らないため、個々の事情に応じた余裕をもった対応が望まれます。

Q 9 最も早期の診断として生後6ヶ月で診断する場合、誕生日が月の末日の児は6ヶ月後のいつの診断となるのか。

A 9 6か月後の月の応答日（同じ日付の日）または末日のうち、早い方の日となります。

例1：誕生日 4月30日の場合 → 10月30日

例2：誕生日 8月31日の場合 → 2月28日（または29日）

Q 10 本制度では「診断協力医」以外は診断できないのか。

A 10 本制度では、補償請求者（児およびその保護者）の利便性の向上を図るため、補償申請の際に使用する診断書の作成にあたる医師を「診断協力医」として予め登録し、補償請求者に対して近隣の診断協力医を案内できるようにしています。この手引き等により本制度の診断書の作成についてよくご理解された診断協力医が診断を行うことが望まれますが、診断協力医以外でも、本文3頁「I-（2）診断書を作成できる医師の条件」に該当する医師であれば、診断することができます。

委員名簿

【産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会 委員名簿】

- ◎ 鴨下 重彦 小児学研究振興財団 理事長
- 岡 明 杏林大学大学院医学系研究科 小児科学分野 教授
- 鈴木 文晴 東京都立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)

【産科医療補償制度診断書作成マニュアルに関するワーキンググループ 委員名簿】

- ◎ 岡 明 杏林大学大学院医学系研究科 小児科学分野 教授
- 朝貝 芳美 信濃医療福祉センター センター長
- 北住 映二 日本肢体不自由児協会 心身障害児総合医療療育センター むらさき愛育園長
- 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
- 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
- 根津 敦夫 社会福祉法人 十愛療育会 横浜療育センター センター長
- 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

- ◎ 座長 (委員の記載は五十音順)

産科医療補償制度

補償申請のご案内

財団法人 日本医療機能評価機構

はじめに

●産科医療補償制度について

産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性まひのお子様とそのご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性まひが発症した原因の分析を行い、再発防止に資する情報を提供することにより、紛争の防止や早期解決、および産科医療の質の向上を図ることを目的とする制度です。

●日本医療機能評価機構について

この制度の運営組織である財団法人日本医療機能評価機構は、国民が適切で質の高い医療を受けられるようにと、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価する第三者機関として1995年に設立された法人であり、産科医療補償制度の運営事業の他、医療機関の機能評価、医療安全に関する各種事業を行っております。産科医療補償制度においては、公正で中立な第三者機関として、補償対象の認定や補償金支払いのための保険金請求手続き、原因の分析等の制度の運営を行います。

●「産科医療補償制度 補償申請のご案内」について

この「産科医療補償制度 補償申請のご案内」は、産科医療補償制度の補償申請をいただくうえで必要なことがらを説明したものです。補償対象となる場合などの詳細については、P.13の標準補償約款をあわせてご参照ください。

このご案内をよくお読みいただき、必要な書類をお取りそろえのうえ、請求手続きを行っていただきますようお願いいたします。

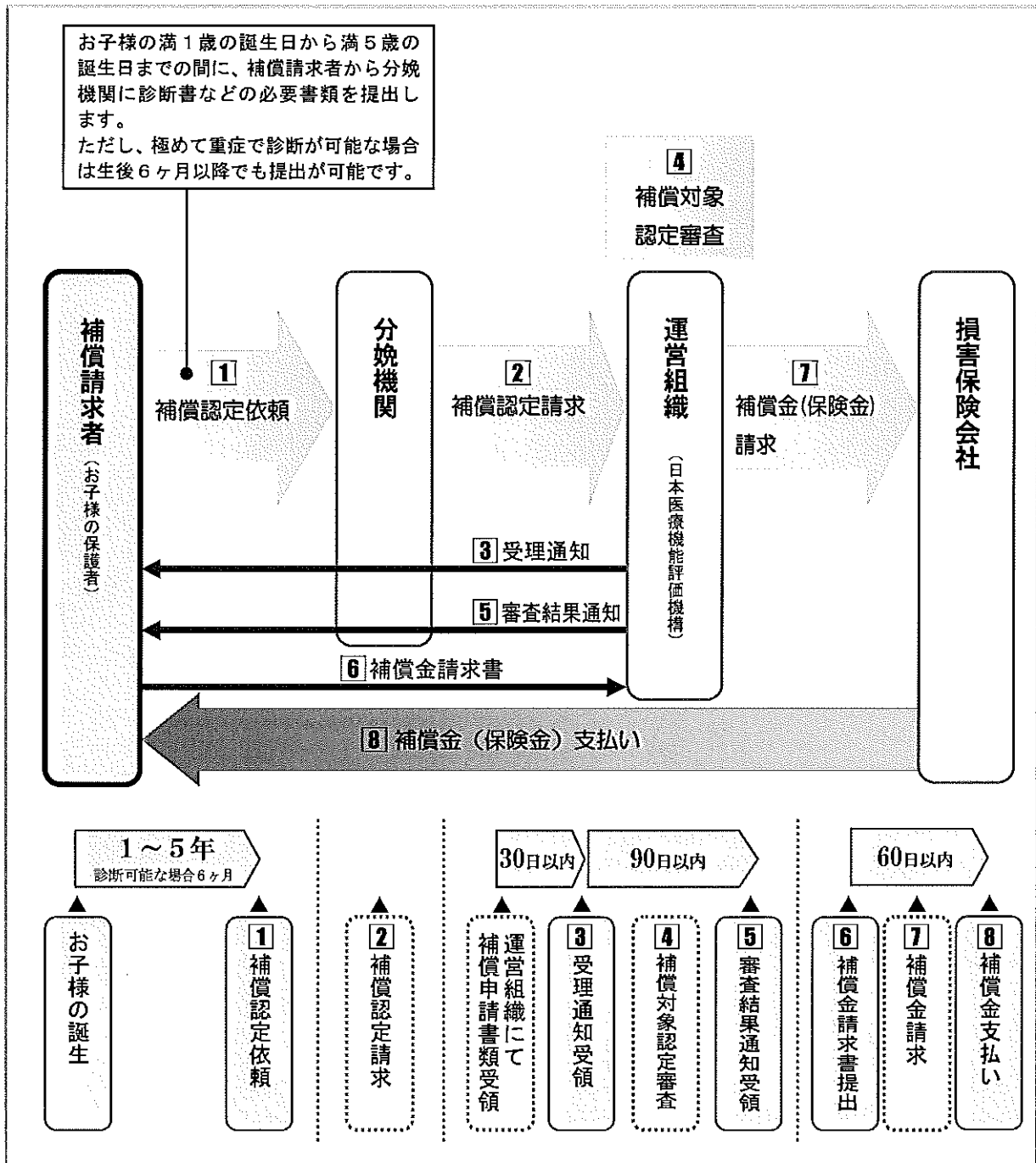
なお、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせ窓口【産科医療補償制度審査・補償専用お問い合わせ窓口：03-5217-3188（午前9時～午後5時 土日・祝日除く）】にご連絡ください。

もくじ

I. 補償申請の全体像（申請の全体的な仕組みについて）	P.1
II. 補償申請の手続き（申請の具体的な手続きや必要な書類について）	P.4
III. 補償申請後の流れ（申請後の流れについて）	P.9
IV. 補償申請手続きに関するQ&A	P.11

I. 補償申請の全体像 (申請の全体的な仕組みについて)

1. 補償申請から補償金支払いまでの流れ



2. 補償申請期間（補償申請を行うことができる期間）

補償を申請できる期間は、以下の通りです。

お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日まで

※ただし、極めて重症で専門の医師により診断が可能と判断された場合は、生後6ヶ月から申請することができます。

※補償申請の時期につきましては、お子様の状態を診察し診断書を作成する専門の医師の助言に従ってください。

3. 補償請求者の範囲（補償申請を行うことができる人）

補償を申請することができるのは、脳性まひのお子様の親権者または未成年後見人であって、お子様を現に監護している方です。

監護とは、お子様の身の回りの世話をすることであり、この制度においては看護や介護のための費用を負担することなども含むこととしています。

4. 補償金額（補償対象の場合、支払われる金額）

補償の対象と認定された場合は、以下の金額が補償金として支払われます。

補償内容	補償金額
準備一時金 ※看護・介護を行うための基盤整備のための資金	600万円
補償分割金 ※看護・介護費用として毎年定期的に給付	総額 2,400万円 <年間120万円を20回給付>

5. 補償の対象（どのような場合に補償金が支払われるか）

この制度では、制度に加入している分娩機関でのお産により次の基準を満たし、運営組織が補償の対象として認定した場合、補償金をお支払いします。

補償の対象となる場合

以下の①と②を共に満たし、運営組織が補償の対象として認定した場合、補償の対象となります。

① 重度の脳性まひであること

運営組織が定めた重度の脳性まひの障害程度基準によって、身体障害者障害程度等級の1級または2級に相当すると認定された場合をいいます。

この制度では、脳性まひによる運動障害について、早期かつ正確な診断を行うため、独自に定めた診断書、およびそれに伴う判断基準により障害程度の判定を行います。したがって、身体障害者障害程度等級そのものによるものではありません。

② 出生時の状態が以下のいずれかであること

1. 体重が2,000g以上であり、かつ、妊娠33週以上のお産で生まれていること
2. 妊娠28週以上であり、かつ、次の(1)または(2)に該当すること
 - (1) 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見が認められる場合(pH値が7.1未満)
 - (2) 胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次のイからハまでのいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合
 - イ 突発性で持続する徐脈
 - ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈
 - ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈

補償の対象とならない場合

以下に該当する場合は補償の対象となりません。

1. お子様の先天性要因による脳性まひ(両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常)
2. お子様の新生児期の要因による脳性まひ(分娩後の感染症等)
3. 妊娠もしくは分娩中における妊婦の故意または重大な過失による脳性まひ
4. 地震、噴火、津波等の天災または戦争、暴動等の非常事態による脳性まひ
5. お子様が生後6ヶ月未満で死亡した場合

Ⅱ. 補償申請の手続き (申請の具体的な手続きや必要な書類について)

補償を申請するときは、補償請求者からお産をした分娩機関に対して必要な書類をそろえて提出していただき、分娩機関が運営組織に補償申請を行います。

具体的には、次の流れに沿って①～⑤の資料をすべてそろえて、お産をした分娩機関にご提出ください。

補償申請の流れ

ステップ1 診断書の取得



専門の医師が診断可能と判断したら、同封の「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)」を、専門の医師に作成してもらってください。

【取得する書類】

①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)

⇒P.5

ステップ2 ご提出書類の準備



診断書を入手したら、補償請求者にて以下の書類をご作成ください。

【記入する書類】

②補償認定依頼書
③同意書

⇒P.6

⇒P.7

【コピーする書類】

④母子健康手帳の写し(2枚)
⑤登録証の写し

⇒P.8

ステップ3 分娩機関に提出

すべての書類がそろったら、お産をした分娩機関に書類一式をご提出ください。

ご提出書類の記入・取得要領

ステップ1 診断書の取得

①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）（1式）

- ・専門の医師が診断可能と判断したら、同封の「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）」を作成してもらってください。
- ・次のいずれかの条件を満たす医師が、この診断書を作成することができます。

- 身体障害者福祉法第15条第1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
- 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

- ・この条件を満たし、あらかじめ診断への協力をご了解いただいた医師を、「診断協力医」として運営組織のホームページに一覧を掲載していますので、ご参照ください。

【産科医療補償制度ホームページ】

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

- ◇トップページから「診断協力医」－「診断協力医一覧」をクリックしてご確認ください。
- ◇ホームページを閲覧できない方は、運営組織（03-5217-3188）までお問い合わせください。

- ・診断書取得費用は、補償請求者のご負担となります。

■診断書の取得についてのご注意

- この制度は、脳性まひのお子様やそのご家族の経済的負担を速やかに補償することを目的のひとつとしていますが、この制度の補償に関して正確な診断を行うため、障害の程度や状態によっては、お子様が一定の年齢に達してからでないと診断ができない場合があります。診断ができる時期については、専門の診断医の助言に従い、診断医が診断可能と判断するまでお待ちいただきますようお願いいたします。
- 診断書の作成にあたり、いくつかの検査が必要となる場合があります。脳性まひに関する診察や検査を受けた医療機関と異なる医療機関で診断書を作成してもらう場合は、診断が円滑に行われるよう、診察や検査を受けた医療機関から紹介状を入手し、診断書を作成してもらう医療機関にお渡しいただくことが望まれます。
なお、過去の診察や検査の結果が不明な場合、改めて検査が必要になることや、診断に時間を要することもありますので、ご留意いただきますようお願いいたします。
また、医療上必要と判断される検査を受けていない場合、運営組織において追加資料の提出等をお願いする場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

ステップ2 ご提出書類の準備

②補償認定依頼書（1枚）

- ・同封の「産科医療補償制度 補償認定依頼書（別表第二書式）」に、下の記入例の青字の箇所をすべて記入の上、ご署名・ご捺印ください。

お産をした分娩機関の名前
をご記入ください。

(分娩機関名)
〇〇分娩機関 御虫

産科医療補償制度 補償認定依頼書 (別表第二書式)

妊産婦氏名	日本 花子	妊産婦管理番号 *	1234567890
フリガナ	ニホシ ハナコ	性別	♀・女 生年月日 2009年1月1日
患者氏名	日本 一郎	患者との関係	妊産婦・未成年後見人
フリガナ	ニホシ イチロウ		
補償請求者(代表者)の氏名	日本 太郎		
フリガナ	ニホシ タロウ		
補償請求者(代表者)の居住地	東京都千代田区三崎町1-4-17		
	電話番号	099 - 1111 - 1111	

○ 本制度による補償認定を、必要書類を添えて依頼します。

2010年1月1日

(補償請求者)

(父) 日本 太郎 (印)

(母) 日本 花子 (印)

* 「産科医療補償制度 登録証」の妊産婦管理番号をご記入ください。
* 補償請求者は、患者が未成年のため患者の保護者である親権者又は未成年後見人となります。

補償認定依頼書類を分娩
機関に提出する日をご記
入ください。

以下の項目につきご記入ください。

- 妊産婦のお名前
- 妊産婦管理番号
 - *お産の前に分娩機関から交付された「産科医療補償制度 登録証」に記載された番号をご記入ください。
- 患者（お子様）のお名前、性別、生年月日
- 補償請求者の代表者のお名前
 - *補償請求者の代表の方を一人選び、代表の方のお名前をご記入ください。
- 補償請求者と患者（お子様）との関係
- 補償請求者のご住所、電話番号

補償請求者全員のご署名・ご捺印をお願いいたします。

*親権者が複数の場合、お子様の父と母の双方のご署名・ご捺印が必要です。

③個人情報に関する同意書（1枚）

- ・この「同意書」は、補償申請に際して運営組織にお子様や保護者の方の情報を提供いただくことおよび必要な範囲において記載の範囲の関係者に対して個人情報を提供することにつき、同意をいただくものです。補償金お支払い可否の審査や、補償金のお支払いを行うにあたっては、お子様の診断内容等に関する情報が不可欠なので、この同意書も必ずご提出ください。
- ・同封の「同意書」の内容をご確認いただき、下の記入例の青字の箇所をすべてご記入の上、補償請求者にてご署名・ご捺印ください。

同 意 書

(運営組織)
財団法人日本医療機能評価機構 御中

私（患者）は、産科医療補償制度に関して、運営組織（財団法人日本医療機能評価機構）が私及び私の保護者並びに親族の個人情報（過方に取得したものを含みます。）を補償対象の認定、補償金の支払い等を行うために自ら利用するほか、次の各号に掲げる目的のためにそれぞれ次の各号に定める者に対して個人情報の提供を行うことに同意します。

- 一 補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関（引当保険会社を含む）等の運営組織（財団法人日本医療機能評価機構）の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
- 二 補償金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引当保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供すること

2010年 1月 1日

〔ご注意〕親権者が複数（父と母）である場合、代理人欄には患者の父と母の双方のご署名・ご捺印をお願いいたします。親権者が1名の場合には、1名のご署名・ご捺印をお願いいたします。

同意者 (患者)	住所	〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17	
	氏名	日本 一郎	
	生年月日	平成 2009年 1月 1日	
代理人 (保護者)	住所	〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17	
	氏名	日本 太郎	(印)
	氏名	日本 花子	(印)

※ 同意者（患者）が未成年のため、同意者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、保護者が親権者又は未成年後見人の場合に「レ」点を記し、ご署名・ご捺印をお願いいたします。

この書類に記入された日
をご記入ください。

患者（お子様）のご住所、
お名前、生年月日をご記
入ください。
保護者による代筆で結構
です。

保護者（補償請求者）と
患者（お子様）との関係
を「レ点」で記入の上、
補償請求者全員のご署
名・ご捺印をお願いいた
します。

④母子健康手帳の写し（2枚）

- ・母子健康手帳のうち、「1ページ目」と「8ページ目」のコピーをご提出ください。

【1ページ イメージ】

【8ページ イメージ】

⑤登録証の写し（1枚）

- ・お産の前に分娩機関から交付された「産科医療補償制度 登録証」のコピーをご提出ください。
- ・登録証を紛失された場合は、お産をされた分娩機関にお申し出ください。

ステップ3 分娩機関に提出

①から⑤のすべての必要な書類がそろったことを下の表を使用して確認し、お産をした分娩機関にすべての書類をご提出ください。

必要書類	作成者	チェック
①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)	診断医	
②補償認定依頼書	請求者	
③個人情報に関する同意書	請求者	
④母子健康手帳の写し	請求者	
⑤登録証の写し	請求者	

◇補償の対象となった場合、別途P.10記載の書類のご提出をお願いいたしますので、あらかじめご了承ください。

◇ご提出いただいた書類は返却できません。必ずコピーをおとりください。(コピーをとった上で、チェック欄にチェックしてください。)

Ⅲ. 補償申請後の流れ (申請後の流れについて)

分娩機関に対して補償認定依頼書類を提出した後は、分娩機関から運営組織に補償認定の請求を行い、運営組織において補償可否の審査を行います。

1. 分娩機関から運営組織への補償認定請求

- 補償請求者からすべての補償認定依頼書類を受け取った分娩機関は、診療録または助産録の写し等の分娩機関にて作成する書類を添えて、運営組織に対して補償認定の請求を行います。

2. 受理通知

- すべての補償認定請求書類が提出され、書類に不備や不足がないことが確認できたら、運営組織はすべての書類が運営組織に到着してから 30 日以内に、「受理通知書」を補償請求者と分娩機関に送付いたします。
- 分娩機関に補償認定依頼書類をご提出されてから 60 日を過ぎても「受理通知書」が届かない場合は、分娩機関または運営組織にご相談ください。

3. 審査・審査結果の通知

- ご提出いただいた書類をもとに、運営組織において補償の可否について審査を行います。審査は、脳性まひに関する医学的専門知識を有する産科医や小児科医および学識経験者などから成る審査委員会において公正中立に行われます。
- 運営組織は、審査委員会の審査結果を受けて、補償の可否について「審査結果通知書」にて補償請求者と分娩機関にご連絡いたします。「審査結果通知書」は、「受理通知書」の送付日から原則として 90 日以内に送付いたします。

補償対象となる場合	補償対象と認定した旨の審査結果を文書で通知するとともに、補償金の請求案内を行います。
補償対象とならない場合	補償対象外とした旨の審査結果・理由を文書で通知します。不服審査手続きについてもあわせてご案内します。

*審査委員会で、現段階では正確な判断ができないことやデータ不足などの理由により補償対象か否か判定できない場合は、判定を保留とした旨とその理由を運営組織より通知いたします。後日、必要なデータなどがそろった段階で改めて審査を行います。

- 審査の結果、補償対象外となり、審査結果に不服がある場合は、運営組織が定める不服審査手続に従って再審査請求を行うことができます。
- 詳細については、補償対象外の場合の審査結果通知書の送付にあわせてご案内します。

4. 補償金の請求

- 審査の結果、補償の対象と認定された場合、以下の書類を運営組織に提出し、補償金を請求していただきます。

■補償金請求時に運営組織に提出する書類

- ① 補償金請求書
- ② 補償金請求に関する同意書
- ③ お子様の戸籍謄本または戸籍抄本
- ④ 補償請求者の印鑑証明

- ご提出書類の取得方法や記入要領などの詳細は、審査結果通知に同封してお送りする『補償金請求のしおり』をご覧ください。

IV. 補償申請手続きに関するQ & A

Q1

登録証をなくしてしまいました。コピーを送ることができないのですが、どうしたらよいですか。

A

登録証を交付してもらった分娩機関にご相談ください。分娩機関で保管している控えのコピーを代わりとしてご提出いただくことで結構です。

Q2

里帰りでお産をしたので、ふたつの分娩機関から登録証をもらっています。補償申請書類は、どちらの分娩機関に提出すればよいですか。

A

お産をされた里帰り先の分娩機関に提出してください。登録証も、里帰り先の分娩機関で交付されたもののコピーをご提出ください。

Q3

この制度では脳性まひが発症した原因の分析も行うと聞きましたが、その結果を知ることができますか。また、そのために何か提出する資料等がありますか。

A

この制度では、審査の結果補償の対象となった場合は、運営組織に設置する「原因分析委員会」において医学的な観点で脳性まひの発症について原因分析を行い、その結果をご家族と分娩機関に報告することとしています。原因分析に際して、分娩の経過などについてご家族のご意見などがあればご提出いただくことが可能です。詳細は、審査の結果補償の対象となった際のご連絡に同封してご案内します。

Q4

補償認定依頼書類一式をそろえて分娩機関に提出しましたが、受理通知が送られてきません。どうしたらよいですか。

A

書類に不足があり分娩機関で書類をそろえている可能性があります。まずは書類を提出した分娩機関にご確認ください。

Q5

補償認定依頼書類一式をそろえて分娩機関に提出しましたが、状況を尋ねても分娩機関が協力してくれません。どうしたらよいですか。

A

万一分娩機関が補償申請に協力いただけず、補償認定依頼書類一式を分娩機関に提出して60日以上が経過しても受理通知が届かない場合は、補償請求者から運営組織に直接補償申請を行うことができます。運営組織の問い合わせ窓口までお問い合わせください。

また、万一分娩機関が解散した場合なども、運営組織に直接申請いただくことが可能なので、運営組織にご相談ください。

Q6

請求してから審査の結果がわかるまで、どのぐらいかかりますか。
また補償金はいつ頃支払われるのですか。

A

原則として受理通知を運営組織から送付した日（受理通知の右上の日付）の翌日から90日以内に、運営組織において審査を行い、審査の結果を通知します。

審査結果が補償対象の場合には、補償金請求に必要な書類一式を運営組織にお送りいただき、原則としてすべての書類が届いてから60日以内に補償金が支払われます。

Q7

分娩機関に損害賠償を請求しようと考えています。この制度の補償請求と損害賠償請求の両方を請求することができますか。

A

損害賠償請求と補償請求の両方を行うことはできますが、どちらの請求を先に行っても、仮に分娩機関が損害賠償責任を負う場合、この制度でお支払いする補償金は損害賠償金に充当されるため、損害賠償額と補償金を重複して受け取ることはできません。

Q8

専用診断書ではなく、身体障害者手帳を申請するための診断書で代用できますか。

A

この制度では、重度の脳性まひについて早期かつ正確な診断を行うため、専用診断書により独自に定めた産科医療補償制度障害程度等級を用いて障害程度の判定を行なうこととしています。身体障害者手帳を申請するための診断書など、専用診断書以外での書類による代用はできません。お手数ですが、専門の医師が作成した専用診断書を提出してください。

●産科医療補償制度 標準補償約款

産科医療補償制度補償約款

(目的)

第一条 この補償制度は、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みます。)により胎性障害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により、軽率の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的とします。

(用語の定義)

第二条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによります。
 一 「分娩」とは、胎児及び胎盤等が母体外に排出されることをいひ、帝王切開による場合も含みます。
 二 「胎性障害」とは、受胎から新生児期(生後4週間以内)までの間に生じた児の胎性非進行性疾患に基づく、出生後の発達の系統的かつ変化しうる運動又は姿勢の異常をいひます。ただし、進行性疾患、一過性の運動障害又は発育正常化するのであると思われる運動発達遅滞を除きます。
 三 「胎性非進行性疾患」とは、身体障害者福祉法施行規則に定める身体障害者障害程度等級一級又は二級に相当する胎性障害をいひます。
 四 「運営組織」とは、産科医療補償制度の運営を行う者として当院が指定する者をいひます。
 五 「廃止」とは、医療法に基づき(医療、診療所又は助産所(以下「分設機関」といいます。))が廃止され、かつ、分設機関の開設者が死亡し、又は解散した場合(その他これに準ずる場合も含みます。)をいひます。なお、次に掲げる場合には、それぞれ次に定める日に廃止されたものとみなします。
 イ 補償請求者が当初の約款において第六条第一項の書類を当院に提出することができない場合補償請求者が当初に書類を提出しなかった日から六月を経過した日
 ロ 当院が破産手続開始決定を受けた場合破産手続開始の日
 六 「保護者」とは、児の親権者又は未成年後見人であって、当該児を現に監護する者をいひます。
 七 「補償請求者」とは、この規程に基づき補償の請求を行う児又はその保護者をいひます。
 八 「産後日」とは、児の誕生日(出生日を含みます。)の属する月の初日をいひます。
 九 「胎性障害に関する専門的知識を有する医師」とは、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察等を専門分野とする医師又は日本小児科医学会の定める小児科専門医の認定を受けた医師をいひます。

(当院の支払責任)

第三条 当院は、当院の管理下における分娩により別表第一の基準を満たす状態で出生した児に要する胎性障害が発生し、運営組織がこれをこの補償制度に基づく補償対象として認定した場合は、その児に対し、この規程の定めるところにより補償金を支払います。
 2 当院は、この規程にない、補償金の支払いに関する業務の一部を運営組織に委託します。
 3 当院が廃止された場合は、運営組織が第一項の補償金の支払責任を引き継ぎ、当院はその支払責任を免れるものとします。
 4 運営組織は、補償金の支払責任の履行を確保するため、当院及び運営組織を被保険者とする損害保険契約を締結します。

(補償対象としない場合)

第四条 運営組織は、次に掲げるいずれかの事由によって発生した胎性障害については、この制度の補償対象として認定しません。
 一 児の先天的要因(両側性の広範囲脳畸形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常又は先天異常)
 二 児の新生児期の要因(分娩後の感染症等)
 三 妊娠若しくは分娩中における妊婦の故意又は重大な過失
 四 地震、噴火、津波等の天災又は戦争、暴動等の非常事態
 2 運営組織は、児が生後六月未満で死亡した場合は、この制度の補償対象として認定しません。
 (補償金の種類並びに支払額、支払回数及び支払時期)
 第五条 第三條第一項に規定する補償金(以下「補償金」といいます。)は、次表に定める準備一時金及び補償分割金とします。

補償金の種類	一回当たりの支払額	支払回数	支払時期
一 準備一時金	六百万円	一回	運営組織が第七條第一項の規定に基づいて提出されるべきすべての書類を受領した日から原則として六十日以内
二 補償分割金	二百二十万円	二十四回	毎年、産後日又は運営組織が第七條第三項の規定に基づいて提出されるべきすべての書類を受領した日のいずれか遅い日から原則として六十日以内

2 前項の規定にかかわらず、当院は、準備一時金を支払うとき、補償分割金の支払いを停止し、準備一時金の支払日に補償分割金の一回当たりの支払額に相当する補償金の回数を算出して、準備一時金を補償請求者に支払います。
 3 児が死亡した場合は、その相続人は、児の死亡の事実その賠償金に必要事項を運営組織に通知するものとします。
 4 当院は、児の死亡の事実を知った時から前項の通知がなされるまでの間、補償金の支払いを停止します。
(補償対象の認定手続)
 第六条 補償請求者が第三條に定める補償対象として認定を受けようとする場合は、補償請求者は、別表第二に掲げる書類を当院に提出するものとします。
 2 当院への認定申請書は、児の週一般の誕生日から満五歳の誕生日までの間とします。ただし、胎性障害に関する専門的知識を有する医師によって児が重度胎性障害であるとの診断がなされた場合は、児が生後六月に達した日以降、補償請求者は、前項の規定に従って当院に認定申請書類を提出することができます。
 3 当院は、第一項の規定により提出された書類に別表第三に掲げる書類を添えて、運営組織に対してこの制度による補償に係る認定を請求します。
 4 運営組織が前項の請求を受けた場合、運営組織は、すべての必要書類が到着した日から三十日以内に補償請求者及び当院に受理通知を提出し、受理通知の発出日の発日から起算して原則として九十日以内に運営組織内に設置する産科医、小児科医及び学識経験者等によって構成される審査委員会において補償対象に該当するかどうかを審査した後に、補償請求者及び当院に対し、認定に係る審査結果通知を提出するものとします。
 5 補償請求者は、前項の審査結果に不服がある場合は、運営組織が定める不服審査手続に従って再審査請求を行うことができます。
 6 当院が廃止された場合は、補償請求者が第一項に規定する書類の提出を行った日から六十日を経過しても第四項の受理通知が届かない場合は、補償請求者は、第一項の規定にかかわらず、運営組織に対し別表第二に掲げる書類を提出し、補償対象としての認定を請求することができるものとします。
(補償金の請求手続)
 第七条 補償請求者が前条に規定する手続により運営組織から補償対象として認定を受けた場合は、補償請求者は、別表第四に掲げる書類を運営組織に提出するものとします。
 2 運営組織は、別表第四のすべての書類を受領した日から原則として六十日以内に当院に代わり補償請求者に準備一時金を支払うものとします。
 3 補償請求者は、毎年支払われるべき補償分割金を受け取るに当たり、別表第五又は別表第六に掲げる書類を運営組織に提出するものとします。
 4 運営組織は、産後日又は別表第五若しくは別表第六のすべての書類を受領した日のいずれか遅い日から原則として六十日以内に当院に代わり補償請求者に補償分割金を支払うものとします。

当院	登録証記載の通り
運営組織	財団法人 日本医療機能評価機構

(損害賠償金との関係)

第八条 補償対象となる胎性障害について当院又はその使用人その他当院の業務の補助者が補償請求者に対して損害賠償責任を負う場合は、当院が既に支払った第二条第一項の補償金は、優先して当該損害賠償金に充当されるものとします。
 2 前項の場合において、補償請求者が当院又はその使用人その他当院の業務の補助者から損害賠償金を受領したときは、補償請求者は、その金額を限度として補償金に対する権利を失うものとします。
 3 当院が支払った補償金が第一項の規定により使用人その他当院の業務の補助者が負うべき損害賠償金に充当されたときは、当院は、その充当された額について、補償請求者がこれら者に対して有する権利を取得するものとします。
 4 第一項の損害賠償金(損害賠償金に充当された補償金を含みます。)の額が第五条第一項に規定する補償金の総額を下回る場合は、当院が補償請求者に対して支払う補償金の額は、第五条第一項の規定にかかわらず、その差額とします。当院が補償金を支払う責任は、支払われた補償金(損害賠償金に充当された補償金を除きます。)の合計額が当該産科に達した時に終了するものとします。

(妊婦の登録及び転院の場合の取扱い)

第九条 当院は、当院が妊娠管理を行うすべての妊婦に対して、当院の管理下における分娩により出生した児がこの補償制度の対象となることを示す登録証を交付します。
 2 妊婦は、当院以外の分娩施設において分娩する場合は、前項の登録証を当該分娩施設に提示し、当該分娩施設の管理下における分娩により出生した児がこの補償制度の対象となるかどうかを登録するものとします。
 3 妊婦が当院から当院以外の分娩施設へ転院した場合又は当院の管理下以外で分娩する場合、当院は、第三條第一項に規定する当院の補償金の支払責任を免れるものとします。
(運営組織)
 第十条 運営組織は、補償対象として認定した胎性障害について、運営組織内に設置した産科の専門家及び学識経験者等によって構成される原因分析委員会において胎性障害が生じた原因を分析し、当院及び補償請求者に報告するものとします。
 2 運営組織は、分析した個々の原因を体系的に整理・蓄積し、広く社会に公開することにより、将来の胎性障害の再発防止等、産科医療の質の向上を図るものとします。

(個人情報等の取扱い)

第十一条 当院及び運営組織は、この規程の運用に当たり、補償請求者及びその家族の個人情報(過去に取得したものを含みます。)を補償対象の認定、補償金の支払い等を行うために自ら利用するほか、次の各号に掲げる目的のためにそれぞれ次の各号に定める者に対して個人情報を提供を行うことがあります。なお、法令により、保健医療等に係る特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。
 一 補償金の支払いの目的として、医療機関、金融機関等の当院又は運営組織の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
 二 補償金に係る財政的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引当保険会社及びその委託委託先に対して個人情報を提供すること

別表第一 補償対象基準(第三條第一項関係)

出生した児が次の一又は二に掲げるいずれかの状態であること
一 出生体重が二、〇〇〇グラム以上であり、かつ、胎齢週数が三十三週以上であること
二 胎齢週数が二十八週以上であり、かつ、次の(一)又は(二)に該当すること
(一) 低酸素状態が持続して胎前産前血中の代償性アシドーシス(酸性血症)の所見が認められる場合(pH値が七・一未満)
(二) 胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった産例で、通常、前兆となるような低酸素状態が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子宮・胎盤出血等によって起こり、引当後、次のイからハまでのいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数経緯変動の消失が認められる場合
イ 突発的に持続する低酸素
ロ 子宮収縮の50%以上出現する異常一過性徐脈
ハ 子宮収縮の50%以上出現する変動一過性徐脈

(注)胎齢週数の週数は、妊娠週数の週数と同じです。

別表第二 補償対象の認定を受けようとするときに補償請求者が当院に提出するもの(第六條第一項、第二項関係)

次の一から五までの書類を当院に提出すること
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 児の胎性障害の発症等の程度を証明する胎性障害に関する専門的知識を有する医師の診察書
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

別表第三 補償対象の認定を請求するときに当院が運営組織に提出するもの(第六條第三項関係)

次の一から六までの書類を運営組織に提出すること
一 運営組織が別に定める認定請求書
二 胎歴簿又は胎歴簿及び検査データの写し
三 出生証明書
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胎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

別表第四 初めに補償金の支払いを請求するときに補償請求者が運営組織に提出するもの(第七條第一項、第二項関係)

次の一から四までの書類を運営組織に提出すること
一 運営組織が別に定める補償金請求書
二 児の戸籍簿本又は戸籍抄本
三 当該児の保護者の印捺証明
四 一から三までのほか運営組織が必要と認めた書類

別表第五 補償分割金の支払いを請求するときに補償請求者が運営組織に提出するもの(次表に掲げる場合を除きます。)(第七條第三項、第四項関係)

次の一から三までの書類を運営組織に提出すること
一 運営組織が別に定める現況確認書兼補償金請求書
二 児の胎性障害に関する診断書
三 一及び二のほか運営組織が必要と認めた書類

別表第六 補償分割金の支払いを請求するときに補償請求者が運営組織に提出するもの(児が死亡した場合)(第七條第三項、第四項関係)

次の一から五までの書類を運営組織に提出すること
一 運営組織が別に定める現況確認書兼補償金請求書
二 運営組織が別に定める死亡報告書(印刷請求時のみ提出し、それ以降の請求にあっては提出は不要です。)
三 児の死亡診断書の写し(印刷請求時のみ提出し、それ以降の請求にあっては提出は不要です。)
四 児の戸籍簿本(印刷請求時のみ提出し、それ以降の請求にあっては提出は不要です。)
五 一から四までのほか運営組織が必要と認めた書類

補償申請手続き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

 **03-5217-3188**

受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日除く）