

「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）について

平成 21 年 11 月 2 日
障害保健福祉委員会 担当理事 朝貝芳美

財団法人日本医療機能評価機構から、補償分割金請求用診断書の様式が確定した旨連絡がありました。

産科医療補償制度補償金については準備一時金として初回に 6 百万円を給付し、以後、補償分割金として総額 2 千 4 百万円を分割して 20 歳まで定期的に給付されることになっていきます。この制度は、平成 21 年 1 月からスタートし、認定審査会で認定が始まっています。

産科医療補償制度補償請求用専用診断書には初回認定の時の「補償認定請求用」と年 1 回 20 歳まで分割金を請求する今回の「補償分割金請求用」があります。

「補償認定請求用診断書」は小児神経科専門医か 15 条指定医で小児を扱っている医師が書くことになっていますが、「補償分割金請求用の診断書」は医師であれば誰でも書けることになっています。

なお、診断書作成の際は「補償分割金請求用の診断書作成にあたっての留意事項」を参考に記入してください。この診断書については実際に運用していく中で、適宜、必要な見直しを行うことになっており、ご意見があればリハ医学会事務局までご連絡ください。

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、補償請求者（児またはその保護者）が、児が20歳になるまでの補償分割金を請求する際に毎年提出するものであり、財団法人日本医療機能評価機構より補償対象と認定された児の状況の確認等を行うものです。なお、補償対象と認定された児については、成長・発達の過程で障害程度が改善した場合でも、補償金の支払停止や減額は行われません。

本診断書作成にあたっては、以下の点にご注意ください。

<作成にあたっての注意点>

- 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、継続的に児を診ている医師が作成することを推奨していますが、これらに該当しない医師による作成も可能です。
 - 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専門医の認定を受けた医師
- 作成に際しては、裏面の「補償分割金請求用診断書作成にあたっての留意事項」をご参照ください。
- ご不明な点等がありましたら、以下の問い合わせ先までご照会ください。

【 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)

<医師・医療機関記入欄>

患者 氏名	フリガナ	生年 月日	西暦 年 月 日 (年 ケ月)	男・女
住 所	〒		電 話	
保護者 氏名				

この1年間の主な生活場所について、該当する場所にレ点を記入してください。

在宅（通所を含む） 病院 入所施設 その他（ ）

① 脳性麻痺病型 病型がわかる場合は記入してください。																																	
<input type="checkbox"/> 痙直型 <input type="checkbox"/> アテトーゼ型 <input type="checkbox"/> 失調型 <input type="checkbox"/> 低緊張型 <input type="checkbox"/> 混合型 <input type="checkbox"/> その他 ()																																	
② 合併症等 該当するものにレ点を記入してください。																																	
<input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 知的障害 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度) <input type="checkbox"/> その他の病名 ()																																	
③ 現在の身体測定値 体重 (kg) 身長 (cm) 頭囲 (cm)																																	
④ 現在の障害程度及び粗大運動状況 ○または×のいずれかを記入してください。																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>項目</th> <th>判定</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>下肢を交互に動かして、四つ這いをする</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>歩行補助具を使って、介助なしに移動する</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>床から立ち上がり立位をとる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>手すりを使わずに、4段、階段を上がる (同じ段に足をそろえずに)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>近くのものを手を伸ばしてつかむ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>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</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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度後方の玩具に手を伸ばせる		3	下肢を交互に動かして、四つ這いをする		4	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)		5	歩行補助具を使って、介助なしに移動する		6	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		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	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	
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度後方の玩具に手を伸ばせる																																
3	下肢を交互に動かして、四つ這いをする																																
4	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)																																
5	歩行補助具を使って、介助なしに移動する																																
6	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																																
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	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																																

⑤ 治療及びリハビリテーションのこの1年間の状況 該当するものにレ点を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 薬物使用 (<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 筋弛緩薬 <input type="checkbox"/> 抗潰瘍薬等 <input type="checkbox"/> 向精神薬等 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 気道処置 (加湿・吸引等) <input type="checkbox"/> 気管挿管・気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 数時間)	
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回 <input type="checkbox"/> 月に3回以上	
リハビリテーション <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回 <input type="checkbox"/> 月に3回以上	
[]	

⑥ 日常生活及び介助の状況 該当するものにレ点を記入してください。(複数回答可)												
<table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="2">食事</td> <td><input type="checkbox"/>経口 [<input type="checkbox"/>介助なし <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>鼻腔経胃 <input type="checkbox"/>胃ろう <input type="checkbox"/>腸ろう <input type="checkbox"/>他の経腸 <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">排泄</td> <td><input type="checkbox"/>おむつ不要 [<input type="checkbox"/>介助なし <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>おむつ使用 <input type="checkbox"/>人工肛門 <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>洗面・更衣</td> <td><input type="checkbox"/>介助なし <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>移動手段</td> <td><input type="checkbox"/>車椅子・バギー <input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>補装具 <input type="checkbox"/>その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">[]</td> </tr> </tbody> </table>	食事	<input type="checkbox"/> 経口 [<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助]	<input type="checkbox"/> 鼻腔経胃 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 他の経腸 <input type="checkbox"/> その他	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ不要 [<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助]	<input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他	洗面・更衣	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 車椅子・バギー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他 ()	[]	
食事		<input type="checkbox"/> 経口 [<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助]										
	<input type="checkbox"/> 鼻腔経胃 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 他の経腸 <input type="checkbox"/> その他											
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ不要 [<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助]											
	<input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他											
洗面・更衣	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助											
移動手段	<input type="checkbox"/> 車椅子・バギー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他 ()											
[]												

⑦ その他の特記事項			
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
[<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条指定医 (肢体不自由) <input type="checkbox"/> 小児神経専門医 <input type="checkbox"/> その他]			

補償分割金請求用診断書作成にあたっての留意事項

* 診断書は、原則として本人を診察して記入してください。

① 脳性麻痺病型

脳性麻痺の病型がわかる場合は、レ点を記入してください。

② 合併症等

呼吸障害、嚥下障害、てんかん、知的障害がある場合は、レ点を記入してください。また、その他の合併症等（胃食道逆流症、反復する肺炎、股関節脱臼、脊柱側弯等）がある場合は、「その他の病名」に記入してください。

なお、知的障害の程度の判定を行う際、療育手帳をお持ちの場合は、その判定を参考にしてください。

療育手帳をお持ちでない場合は、下記をご参照ください。

	軽度 (IQ 51~70)	中等度 (IQ 36~50)	重度 (IQ 21~35)	最重度 (IQ 20 以下)
5歳以下	<ul style="list-style-type: none"> 日常会話はどうにかできる。 数の理解は少し遅れている。 運動機能の目立った遅れはみられない。 身のまわりの始末はだいたいできるが不完全。 	<ul style="list-style-type: none"> 言語による意思表示はいくらくことができる。 数の理解に乏しい。 運動の遅れが目立つ。 身のまわりの始末は部分的に可能。 集団遊びは困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 言葉がごく少なく、意思の表示は身ぶり等で示す。 ある程度の感情表現はできる（笑ったり、怒ったり等）。 運動機能の発達の遅れが著しい。 身のまわりの始末はほとんどできない。 集団遊びはできない。 	<ul style="list-style-type: none"> 言語不能。 最小限の感情表現（快、不快等）。 歩行が不能またはそれに近い。 食事、衣類の着脱等はまったくできない。
6歳から11歳	<ul style="list-style-type: none"> 普通の学級における学習活動についていくことは難しい。 身辺処理はだいたいできる。 比較的遠距離でも1人で通学できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常会話はある程度可能。 数の理解が身につき始める。 身辺処理はだいたいできるが不完全。 ゲーム遊び等の集団行動はある程度可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 言語による意思表示はある程度可能。 読み書きの学習は困難である。 数の理解に乏しい。 身近なものの認識や区別はできる。 	<ul style="list-style-type: none"> 言語は数語のみ。 数はほとんど理解できない。 食事、衣服の着脱等1人ではほとんどできない。 1人遊びが多い。
12歳から17歳	<ul style="list-style-type: none"> 小学校3~4年生程度の学力にとどまる。 抽象的思考や合理的判断にかける。 身辺処理は普通児並みにできる。 基本的な作業訓練は可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> 小学校2~3年生程度の学力にとどまる。 身辺処理はだいたいできる。 簡単なゲームの決まりを理解する。 単純な作業に参加できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 身辺処理は部分的に可能。 身近な人と遊ぶことはできるが長続きしない。 ごく簡単なお手伝いはできる。 	
18歳以上	<ul style="list-style-type: none"> 小学校5~6年生程度の学力にとどまる。 抽象的思考や合理的判断に乏しい。 事態の変化に適応する能力は弱い。 職業生活はほぼ可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 簡単な読み書きや金銭の計算ならばできる。 適切な指導のもとで対人関係や集団参加がある程度可能。 社会的な決まりはある程度理解できる。 単純作業に従事できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常会話はある程度できる。 ひらがなはどうにか読み書きできる。 数量処理は困難。 身辺処理はだいたいできる。 単純作業にある程度従事できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 会話は困難。 文字の読み書きはできない。 数の理解はほとんどできない。 身辺処理はほとんど不可能。 作業能力はほとんどない。

* 発達障害の程度の指標 [厚生省の知的障害児(者)実態調査(1975)における知的障害の程度に関する判定資料]

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してください。

④ 現在の障害程度及び粗大運動状況

各項目について、できるだけ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。

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
2	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	手をのばせても、バランスを崩して手をついてしまう場合は×とする。
4	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。
7	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）に手をつかか、支えるための安定した平面（机やいす等）を使ってよい。
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）	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。

⑤ 治療及びリハビリテーションのこの1年間の状況

該当するものにレ点を記入してください。

また、PT、OT等の関わりや、親子で通っている教室等、直近1年間の治療及びリハビリテーションの状況を〔 〕に記入してください。痙攣発作の有無や入院の既往（病名を含む）等についても、わかる範囲で記入してください。

⑥ 日常生活及び介助の状況

該当するものにレ点を記入してください。（複数回答可）

食事の方法として中心静脈栄養療法をしている場合は、「□その他」にレ点を記入してください。

なお、「介助なし」とは、動作において、身体への直接的な介助を必要とせず、一人でできる状態とし、「全介助」とは、動作において、全面的に身体への直接的な介助が必要な状態とします。「介助なし」または「全介助」に該当しない場合は、「一部介助」を選択してください。声かけや見守りがあればできる場合や、自助具を使用すれば一人でできる場合も「一部介助」に含まれます。

⑦ その他の特記事項

障害程度や予後、新たに判明した診断等について特記すべき事項があれば記入してください。