

重度脳性麻痺児とそのご家族を支援するとともに
産科医療の質の向上をめざした制度です



2017年10月1日発行
第 5 号

産科医療補償制度ニュース



産科医療補償制度異議審査委員会の役割について

(異議審査委員会 大野耕策委員長)

制度の運営状況

特集

補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況
および小児在宅ケア・小児在宅移行支援について

(日本医師会 常任理事 温泉川梅代先生、日本看護協会 常任理事 吉川久美子先生)

ここが聞きたい

診断医の先生から見た産科医療補償制度

(倉敷成人病センター 小児科主任部長 御牧信義先生)

Information 産科医療補償制度の掛金の財源について 等



人の安心、医療の安全 JQ
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

産科医療補償制度異議審査委員会の役割について

産科医療補償制度 異議審査委員会委員長
独立行政法人労働者健康安全機構 山陰労災病院 院長
大野 耕策



産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とそのご家族の経済的負担を補償するため、平成21年に創設されました。9年目を迎えた今年の7月末までに2,094人が補償対象となっています。一方、補償対象外となったのは619人でした。

本制度における異議審査委員会は、審査委員会で補償対象外となり、審査委員会の審査結果に対して不服のある家族が不服申立をされた場合に再審査を行う委員会です。異議審査委員会は、審査委員会とは異なる産科、新生児科、小児神経科、リハビリテーション科の専門医および法律家等から構成されており、専門知識をもって審査にあたっています。つまり、補償認定においては、異議審査委員会と審査委員会が車の両輪をなす役割を担っています。

不服申立を行う理由は様々ですが、医学的な判断が難しい事案や、審査結果に対して家族が感情的に納得できないという事案が含まれています。異議審査委員会では、審査委員会とは異なるメンバーで審議を行いますが、審査委員会と同じ基準を基に補償可否を判断しますので、審査結果が審査委員会と同じになることが多いのですが、再び補償対象外となった事案に対しては、家族に納得していただける回答や家族への伝え方も含めて議論しています。また、医学的判断が難しい事案の場合など、時には補償可否判断が変わることもあります。その場合も、審査結果が変わった理由を、どうしたら家族に伝わりやすいかを議論しています。

このような審議を行う異議審査委員会ですが、本制度が創設されてから今年の7月末までに115件を審議し、このうち3件が、補償対象となりました。

脳性麻痺の子どもを介護する家族に接することの多い医師として、個人的には、できれば補償対象としてあげたいという思いがあり、辛い思いをすることもあります。異議審査委員の立場として、補償約款に基づき公平な判断をしています。

末筆となりましたが、産科医療補償制度にご協力いただいています医療関係者および制度の関係者に感謝いたします。今後も異議審査委員会の判定が適正であるよう努力していきますので、引き続きご支援をよろしくお願いいたします。

制度の運営状況

産科医療補償制度は、本制度に加入している分娩機関で生まれた児が、分娩に関連して重度脳性麻痺となり、所定の要件を満たした場合に、児とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発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ます。

1. 加入分娩機関数

(平成29年7月末現在)

分娩機関数	加入分娩機関数	加入率(%)
3,259	3,256	99.9%

分娩機関数は日本産婦人科医会および日本助産師会の協力等により集計

2. 審査

(平成29年7月末現在)

児の生年	審査件数	補償対象 ^{※1}	補償対象外		継続件数	補償申請期限
			補償対象外	再申請可能 ^{※2}		
平成21年	561	419	142	0	0	申請受付終了
平成22年	523	382	141	0	0	//
平成23年	502	355	147	0	0	//
平成24年	459	341	109	7	2	平成29年の満5歳の誕生日まで
平成25年	312	239	43	28	2	平成30年の //
平成26年	244	194	31	16	3	平成31年の //
平成27年	165	146	6	12	1	平成32年の //
平成28年	18	18	0	0	0	平成33年の //
合計	2,784	2,094	619	63	8	—

※1 「補償対象」には、再申請後に補償対象となった事案や、異議審査委員会にて補償対象となった事案を含む。

※2 「補償対象外(再申請可能)」は、審査時点では補償対象とならないものの、将来、所定の要件を満たして再申請された場合、改めて審査するもの。

平成27年1月の制度改定に伴い、平成31年までの間は改定前後の2つの補償対象基準が並存しております。

このため、補償対象基準が正しく理解され、補償申請が漏れなく行われるよう、周知に取り組んでいます。本年6月には、補償対象外となった事例等を新たに追加した「産科医療補償制度 補償対象に関する参考事例集(2017年6月改訂版)」を作成し、分娩機関、診断協力医等への配布や、ホームページへの掲載を通じて、補償対象となる脳性麻痺の基準の理解がさらに深まるよう取り組んでいます。

3. 原因分析

平成29年7月末までに、1,505件の原因分析報告書を送付しています。本制度の透明性の確保や産科医療の質の向上を更に図ることを目的に、原因分析報告書の「要約版」(個人や分娩機関が特定されるような情報は記載していない)を本制度ホームページに掲載し公表しており(平成29年7月末時点、1,463件)、また、産科医療の質の向上に資する研究を促進するため、原因分析報告書の「全文版(マスキング版)」について、所定の要件を充たした利用申請があった場合に、一定の手続きを経て、利用申請者に開示しています。

4. 再発防止

「第8回 再発防止に関する報告書」の取りまとめに向けて、「胎児心拍数陣痛図の判読について」「遷延分娩について」のテーマについて、審議を行っています。また、本年12月末までに、平成21年出生児の原因分析報告書が全て公表される見通しであることから、平成21年出生児の取りまとめについても検討し、平成30年3月を目処に公表する予定です。



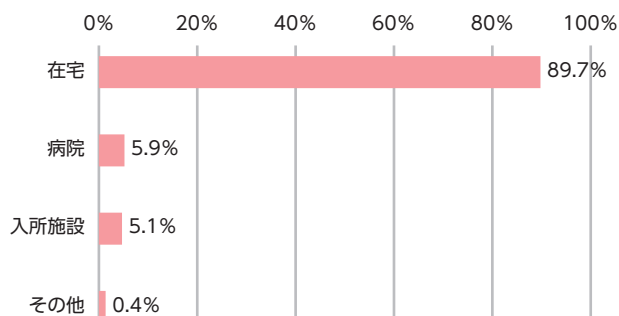
特集

補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況および小児在

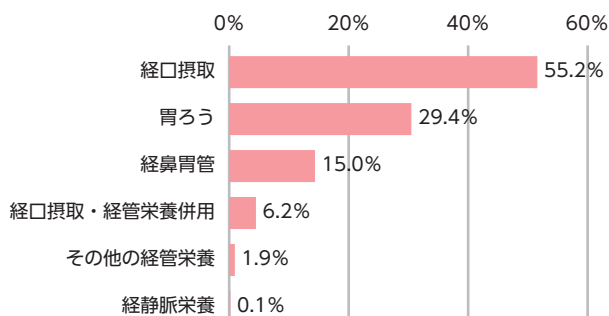
1. 本制度の補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況について、実態を取りまとめましたのでご紹介します。
 この中で、在宅が約9割であり、食事や排泄等の状況が分かりました。こうした情報は、定期的に公表していきます。

(調査対象 1,282件(平成28年12月末時点))

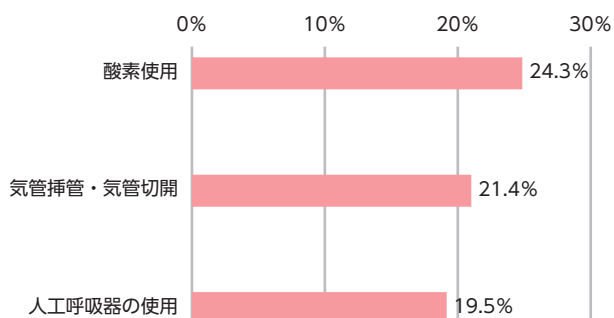
1年間の主な生活場所



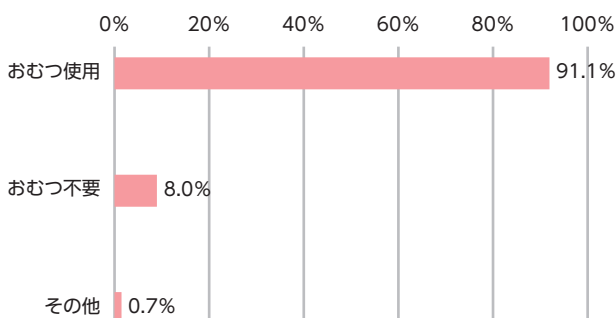
食事の状況



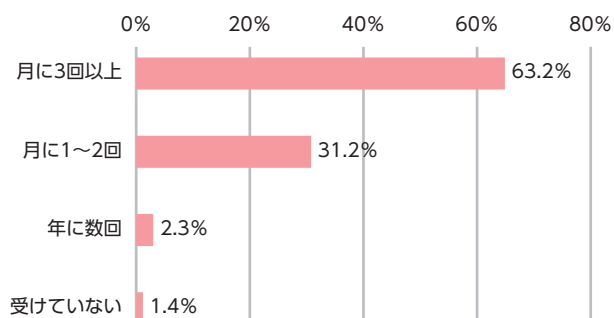
酸素や人工呼吸器の使用状況等



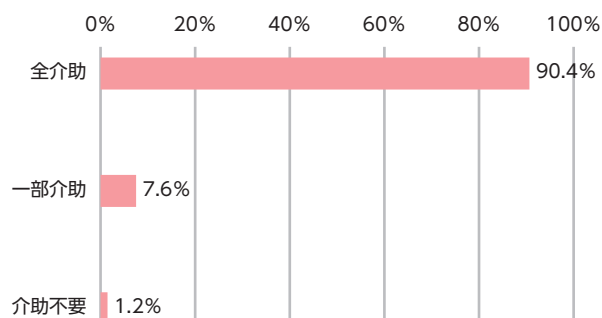
排泄の状況



リハビリテーションの状況



洗面・更衣の状況



※本データは、平成28年12月末までに提出された補償分割金請求用診断書のうち、診断日が平成28年1月～12月までの1,282件を対象に、補償分割金請求用診断書に記載されている項目を集計したものです。
 ※複数の箇所に回答があった場合は、いずれも集計対象としているため、割合が100%になっていない場合がある。
 ※回答がなかった場合は、対象件数1,282件には含めているが、各項目の件数には含めていない。

詳細は、本制度ホームページの「第36回産科医療補償制度運営委員会(2017年2月1日開催)の会議資料」の18～23ページをご参照ください。

(http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/documents/committee/obstetric_meeting_36.pdf)

在宅ケア・小児在宅移行支援について

2. 最近の小児在宅が増加する実態を受けて、日本医師会と日本看護協会において、小児在宅ケア・小児在宅移行支援の取組みがされておりますのでご紹介します。

小児在宅ケアにかかる医師会が果たすべき役割について

人工呼吸器や胃ろうなど医療的ケアを必要とする子どもたちが、NICU等を退院し、在宅で療養するケースが増えています。推計では、全国に17,000人いるとされています。

こうした子どもたちへの支援が求められており、平成28年、児童福祉法等の一部が改正され、医療的ケアを要する子どもたちが適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとされました。

日本医師会では、平成28年度より「小児在宅ケア検討委員会」を設置し、小児在宅ケアにかかる課題と対応策、医師会が果たすべき役割について検討しています。

最も大きな課題は、小児の在宅ケアを担う人材が少ないことです。成人の在宅医療と異なり医療依存度が高いため、各地域では、小児用人工呼吸器の取扱い等に関する実技講習会を行うなどして、人材育成に取り組んでいます。

また、家族への支援も重要です。レスパイトのための短期入所や、通所系サービスの充実が必要であり、先般、厚生労働省で行われた関係団体のヒアリングでも要望したところです。

医療だけでは解決できない問題が多く、保健・福祉・教育・保育など幅広い職種の連携が重要です。地域でお子さんの成長を見守っていく、地域包括ケアシステムの構築に向け、引き続き検討を進めてまいります。



公益社団法人 日本医師会
常任理事
ユノ カメ ユメヨ
温泉川 梅代 先生

小児在宅移行支援に関する教育プログラムについて

わが国の出生数はこの30年で減少しているものの、周産期医療体制の整備と医療技術の進歩により未熟児や低出生体重児の救命率は向上し、在宅で医療的ケアを受けながら生活している児が増加しています。

NICU/GCU に入院する児の在宅移行支援を行うには、医療機関に勤務する看護職が、医療的ケアを必要とする子どもとその家族の支援に必要な知識と「暮らしの場」のイメージをもつことが必要です。しかし、小児在宅移行支援に関する整備された教育プログラムを持ち、実施している施設は少ないのが実状です。

日本看護協会の周産期医療体制の推進検討委員会等では、平成28年度に「NICU/GCUにおける小児在宅移行支援パスと教育プログラム」(以下プログラムとする)を開発しました。平成29年度は、そのプログラムの試行事業を実施しました。

プログラムは、10テーマの講義・演習・実習から成り立っています。受講対象者は、総合および地域周産期母子医療センターで勤務する助産師・看護師とし、全国から178名が参加しています。6月に前期の研修が終了し、実習をさみ11月に後期の研修を行います。

この研修の受講修了者が、各施設で小児在宅移行支援の指導者となり推進していくことが期待されます。



公益社団法人 日本看護協会
常任理事
ヨシカワ クミコ
古川 久美子 先生

小児在宅移行支援 指導者育成試行事業プログラム

(http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170622131040_f.pdf)



本制度の補償申請にあたっては、専門の診断医の先生方に作成いただいた「補償請求用専用診断書」が必要となります。この診断書は記載する事項も多く、作成するのは大変ですが、補償可否を判断するにはなくてはならないものです。

このため、診断医の先生方にはとても重要な役割を担っていただいています。

今回は、これまでに多くの診断書を作成され、また、診断書作成にあたって多くの医療スタッフと連携し効率的に取り組まれるなど、倉敷成人病センターで先進的な取組みをされている小児神経専門医の御牧信義先生にお話を伺いました。

Q：診断書作成で大変なことはありますか？

A： 複数の医療機関にかかるお子さんが多い中、私は診断書作成を「お子さんの歴史を紡いでいく作業」と考えています。

お子さんやご家族等にとって決して短くはない補償申請に至るまでの時間を診断書に凝縮することで、お子さん一人ひとりの歴史が浮かび上がるようにしたいと思っていますが、そのためには事実をきちんと書くことが大切です。その際、カルテ内容やサマリーなどの事実を分娩機関等からいただけるかがとても重要です。

この「分娩に関連する情報」をまとめることは、とても手間がかかり大変なことであるとよく分かりますので、分娩機関等の先生や事務の方には本当に頭が下がる思いです。これまで私がいただいた情報は、先生方のお子さんへの思いがストレートに伝わってくるものばかりでした。診断書作成は大変な作業ですが、先生方のお子さんへの思いを感じて、その思いをバトンにしてつなげる作業は、うれしいことです。そんな思いで診断書を書いています。



一般財団法人 倉敷成人病センター
小児科主任部長
ミ マキ ノブヨシ
御牧 信義 先生

Q：診断書作成にあたり、大切にしていることはありますか？

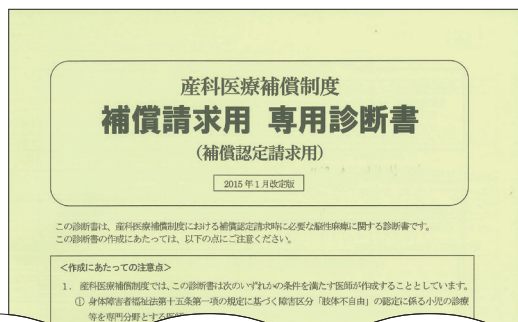
A： 医療をチームで行うことが当たり前になっている現在、多職種が関わり診断書を作成することが大切だと思います。

私たちの場合は、問診は医師や看護師が、神経学的診察は医師が中心に行っていますが、その際は必ず、理学療法士さんや作業療法士さんと一緒に所見を確認しながら進めています。また、写真撮影や動画撮影ではリハビリスタッフが手伝ってくれます。さらに、私がまとめた診断書を事務の方がチェックしてください。

このように診断書作成にあたって、それぞれの専門スタッフがそれぞれの立場で専門的知識を総動員して、診断書をまとめていきます。一人のお子さんに多職種が関わることで、複数の医療スタッフが多く

のことを学ばせてもらえ、医療スタッフもお互いに声掛けすることにより、診断書作成の過程で横方向の一体感が生まれてきます。短い時間で診察をしなければならないことも多いですが、正確な記載のためには、多人数の目で観察することが大切だと実感しています。

医師の立場で言えば、多職種が関わり診断書を作成することで、医師の仕事量も減るためとても助かります。診断書の作成は、多くの職種がピースとして組み合わさって、作り上げられていると考えています。



Q：診断医をしていて良かったことがありますか？

A：これまで重度脳性麻痺の原因が分からず、苦しんでいたであろうお子さんご家族にとって「無過失補償制度である産科医療補償制度」が少しでも助けになっているのであれば、それこそうれしく思いますし、よかったなと思えます。

補償対象となった場合は、診断書作成に関係したスタッフそれぞれの思いが1つの結論に到達したという意味で、みんな一緒に喜ぶたい気持ちにもなりますし、次も頑張ろうとのモチベーションにもなります。

Q：御牧先生にとって産科医療補償制度とは何ですか？

A：「苦労されているお子さんご家族を支えたい」という思いを実現出来る現実的方法の一つであることはもちろんそうなのですが、その思いを紡ぐために、医療スタッフをつなぐ大切なコミュニケーション手段でもあると思っています。

この制度を作ってくださった多くの方の思いを、診断医として、他の人たちに横方向でつなげていくこと、そして縦方向、つまり世代を超えるSustainable(持続可能)なシステムとして、長く続くことを願っています。

Information

■産科医療補償制度の掛金の財源について



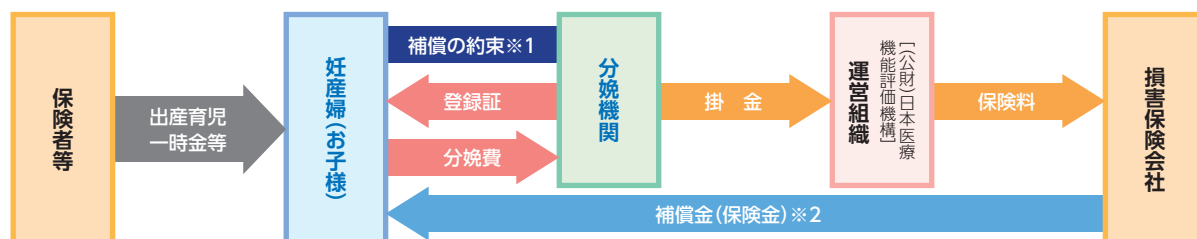
産科医療補償制度の掛金は誰が負担しているのでしょうか？
分娩機関でしょうか？妊産婦でしょうか？

本制度は分娩機関が加入する制度ですので、補償に向けた掛金は分娩機関が支払います。

しかし、その財源は出産育児一時金等となっており、加入分娩機関で出産された場合(22週以降の分娩)には、出産育児一時金等に掛金相当額(1.6万円)が加算されるため、分娩機関や妊産婦には実質負担がない仕組みになっています。



制度の仕組み



※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、運営組織が加入分娩機関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。

■「補償対象に関する参考事例集」の改訂について

産科医療補償制度 補償対象に関する参考事例集	
産科医療補償制度では、 補償対象基準 （一般審査の基準または個別審査の基準）、 除外基準 、 重症度の基準 の3つの基準をすべて満たす場合、補償対象となります。 ※補償対象基準は発の出生した年により異なりますので、ご注意ください。なお、除外基準および重症度の基準については出生年による相違はありません。	
2014年12月31日までに出生した児	2015年1月1日以降に出生した児
【一般審査の基準】	
出生体重 2,000g以上かつ 在胎週数 33週以上	出生体重 1,400g以上かつ 在胎週数 32週以上
【個別審査の基準】	
在胎週数が28週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）に該当すること （一）低酸素状態が持続して胎動胎心音中の代償性アシドーシス（酸血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満） （二）胎児心拍数で2分間において極度異常のあった症例で、産後、死亡となるような低酸素状態が胎動胎心音、胎児心拍数、子宮破綻、子癇、胎盤剥離等によって起こり、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、心拍数変動の消失が認められる場合 イ 突発的に持続する徐脈 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	在胎週数が28週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）に該当すること （一）低酸素状態が持続して胎動胎心音中の代償性アシドーシス（酸血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満） （二）胎児心拍数で2分間において極度異常のあった症例で、産後、死亡となるような低酸素状態が胎動胎心音、胎児心拍数、子宮破綻、子癇、胎盤剥離等によって起こり、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る場合 イ 突発的に持続する徐脈 ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈 ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈 ニ 心拍数変動の減少を伴った高度徐脈 ヘ サイノリアルバートン ト アブガースコア1分値が3点以下 ※心拍数変動の減少を伴った高度徐脈

多くの関係者に「補償対象となる脳性麻痺の基準」を十分ご理解いただけるように、以前から「補償対象に関する参考事例集」を作成し、公表しておりますが、このたび、「補償対象に関する参考事例集」を改訂し、「補償対象外となった事例」や「本制度で定める『脳性麻痺』の定義に関する事例」を追加いたしました。

脳性麻痺児の診断や補償申請の検討の際にご活用ください。

「補償対象に関する参考事例集（2017年6月改訂版）」のPDF版を本制度ホームページに掲載しています。

詳しくはこちら！

▶▶▶▶ <http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/documents/exam/pdf/SANKOUJIREI201706.pdf>

■「再発防止に関する報告書」パワーポイント版を是非ご活用ください

「再発防止に関する報告書」パワーポイント版を作成し、本制度ホームページに掲載しています。

研修会等でスライドとして使用することができますので、是非ご活用ください。

本制度ホームページ

産科医療補償制度の資料・報告書

- 数値的・疫学的分析
 - 第7回報告書 各種表
 - 過去分一覧へ
- テーマに沿った分析
- 新生児管理
 - その他
- 産科医療の質の向上への取組みの動向
 - 第7回報告書
 - 全文 148～178ページ
 - 各種Excel表
- 再発防止委員会からの提言集、リーフレット・ポスター
- 再発防止に関する報告書(全文)
 - 第7回報告書
 - 過去分一覧へ
- 再発防止に関する報告書(パワーポイント版)
 - 第7回報告書
 - 過去分一覧へ
- 「脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図」のリンク先

再発防止に関する報告書(パワーポイント版)

第7回 再発防止に関する報告書

再発防止委員会からの提言（掲示用）

○再発防止委員会では、2016年12月末までに公表した1,191件を分析対象として「第7回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」を作成した。その中で第4章の「テーマに沿った分析」では、2つのテーマを設け、再発防止策等として、再発防止委員会からの提言をより多量に示す。再発防止委員会からの提言をより多量に示す。再発防止委員会からの提言をより多量に示す。

分析の対象②

第7回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書について

公益財団法人日本医療機能評価機構 Japan Council for Quality Health Care

【編集後記】

今回は、診断医の御牧先生、日本医師会の温泉川先生、日本看護協会の吉川先生にご寄稿いただきました。ありがとうございました。改めて、本制度は多くの関係者の皆様に支えていただきながら運営されていることを感じました。引き続き、多くの方々のご指導を賜りながら、しっかり本制度を運営してまいりたいと思います。（小林誠）

