

制度解説編

補償申請解説編

事務取扱編

本ハンドブックでは、補償申請の手続きを中心に記載しております。その他、制度解説や事務取扱などに関しましては、別編のハンドブックにてご確認くださいませようお願ひいたします。

## 産科医療補償制度ハンドブック

# 補償申請解説編

2026年3月改訂〈第8版〉



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

# 全分冊のご紹介

産科医療補償制度ハンドブックは、以下の3分冊から構成されております。  
また、原因分析については原因分析の解説をご覧ください。

## 産科医療補償制度ハンドブック

- 制度解説については **制度解説編** をご覧ください。
- 補償申請については **本ハンドブック** **補償申請解説編** をご覧ください。
- 事務取扱については **事務取扱編** をご覧ください。

## 原因分析

原因分析については **産科医療補償制度** **原因分析の解説** をご覧ください。

# 産科医療補償制度ハンドブック 補償申請解説編

## 本書の見方

- **I. 補償申請の手続き**では、手続きの流れにあわせて5色のインデックスで区別しています。



- 補償申請に必要な書類を**①②③④⑤**と**⑥⑦⑧⑨**のマークで区別しています。

補償請求者 が準備する書類	分娩機関 が準備する書類
① 補償認定依頼書	⑥ 補償認定請求書兼出産証明書
② 個人情報に関する同意の確認書	⑦ 補償対象基準に関する証明書
③-1 補償請求用 専用診断書	⑧ 審査結果のお知らせに関する回答書
③-2 頭部画像データ	⑨-1 児に関するすべての診療録、検査データ等
③-3 児の撮影動画	⑨-2 母の今回の分娩に関するすべての診療録、検査データ等
④ 母子健康手帳の写し	⑨-3 全ての胎児心拍数モニター
⑤ 登録証の写し	

- 補償請求者や分娩機関等を表すアイコンとして下の4つで表現しています。



- 注意を表すマークです。



# 目次

<b>I. 補償申請の手続き</b>	2
① 補償申請手続きの全体像	2
1.1 補償申請手続きの流れ	2
1.2 補償認定請求に必要な書類	4
② 具体的な手続き	6
1 補償申請書類の取り寄せ	6
1.1 補償申請の相談を受けたとき	6
1.2 補償申請書類の請求	7
1.3 補償申請書類の受領	11
2 補償請求者（児またはその保護者）による「補償認定依頼」	12
2.1 補償申請期間内であることの確認	12
2.2 補償請求者が準備する書類の確認	13
3 分娩機関による「補償認定請求」	18
3.1 分娩機関が準備する書類の作成	18
3.2 補償認定請求に必要な書類の作成	19
3.3 補償認定請求に必要な書類の記入例およびご説明	23
📄 ダウンロード方法	
「6補償認定請求書兼出産証明書」	23
「7補償対象基準に関する証明書」	24
「8審査結果のお知らせに関する回答書」	25
4 運営組織による「補償対象認定審査」	30
4.1 審査の流れ	30
4.2 審査結果の通知	30
5 「補償金（保険金）の支払い」	32
準備一時金および補償分割金の支払い	32
③ 補償申請手続きに関するQ & A	34
<b>II. 補償対象と補償金額</b>	36
① 補償対象	36
② 補償金額	37
<b>III. 損害賠償請求を受けた場合の対応</b>	38
① 損害賠償請求を受けた場合	39
1.1 運営組織への通知	39
1.2 医師賠償責任保険等の保険会社への通知（事故報告）	39
1.3 訴訟・示談対応上留意すべき事項	39
1.4 損害賠償責任の有無と損害賠償額の運営組織への通知	39
1.5 既払補償金相当額の本制度への返還（損害賠償責任を負担される場合）	39
② 損害賠償金との調整	40
③ 調整検討委員会へはかる場合	43

# I. 補償申請の手続き

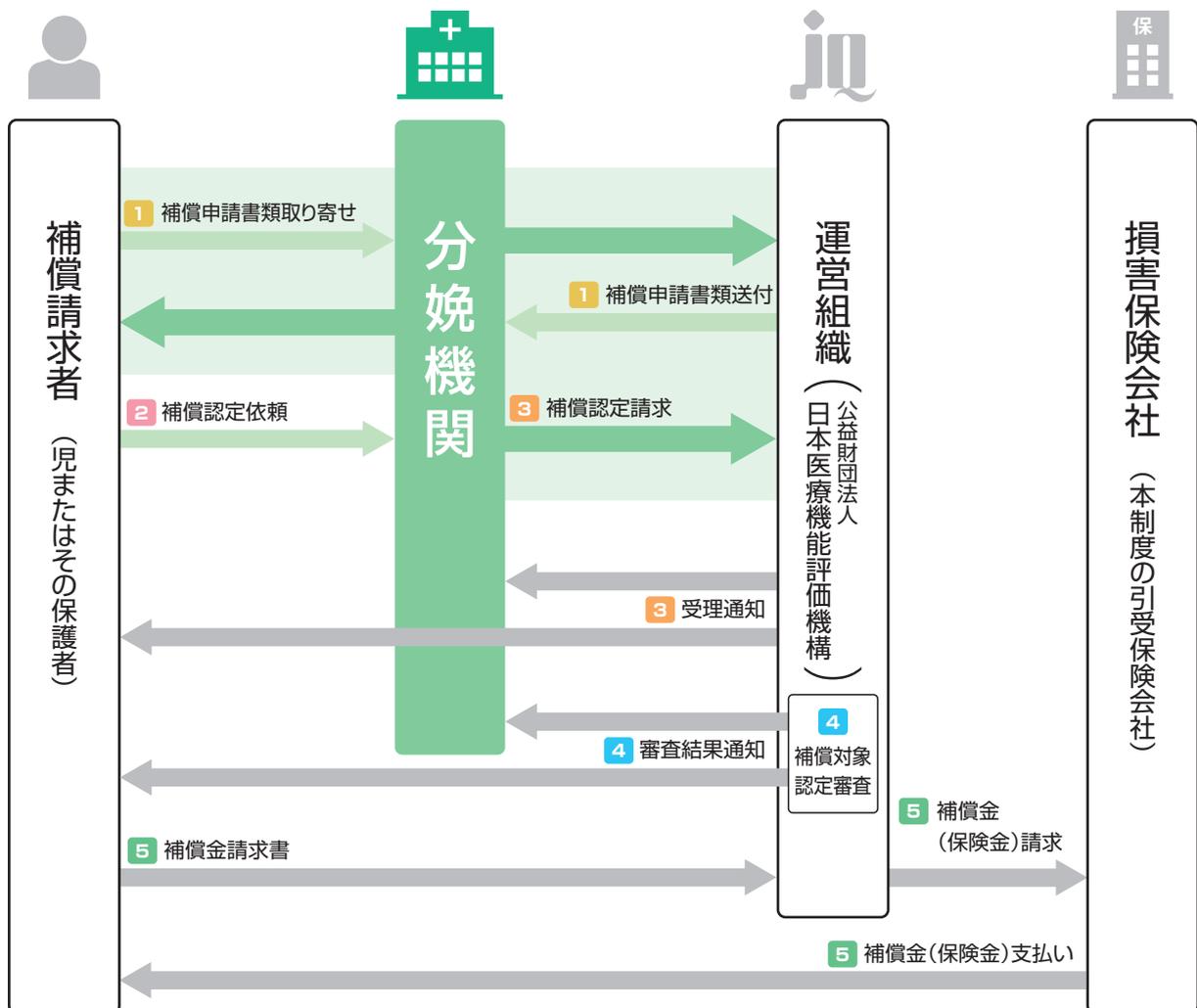
## 1 補償申請手続きの全体像

補償請求者（児またはその保護者）からの補償認定の依頼に基づき、分娩機関が運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）に対して、補償認定を請求します。

補償対象と認定された場合、運営組織は補償請求者から補償金請求書類を取り寄せ、損害保険会社に補償金（保険金）を請求し、損害保険会社から補償請求者に補償金（保険金）が支払われます。

### 1.1 補償申請手続きの流れ

※以下の 1 ～ 5 は右ページの各項目に該当しています。



### 2 「補償認定依頼」と 3 「補償認定請求」の違いについて

2 「補償認定依頼」とは…補償請求者が、「補償請求者が準備する書類」をそろえ、分娩機関に提出することをいいます。

3 「補償認定請求」とは…分娩機関が、「補償請求者が準備する書類」と「分娩機関が準備する書類」をそろえ、運営組織に提出することをいいます。

満5歳の誕生日まで

30日以内

原則として  
90日以内原則として  
60日以内

## 1 補償申請書類の取り寄せ



&lt;P.6参照&gt;

- 補償請求者から補償申請の意向を受けましたら、産科医療補償制度ネットワークシステム(略称:産科ネット)より「補償申請書類一式」を取り寄せてください。この中から「補償請求者が準備する書類」をお渡してください。

## 2 補償請求者による「補償認定依頼」



&lt;P.12参照&gt;

- 補償請求者が分娩機関に対して、診断書等の「補償請求者が準備する書類」を提出し、補償認定の請求を依頼します。

## 3 分娩機関による「補償認定請求」



&lt;P.18参照&gt;

- 分娩機関は、「補償請求者が準備する書類」とあわせて、補償認定請求書等の「分娩機関が準備する書類」を運営組織に提出して、補償認定を請求してください。
- 運営組織は、必要書類を受領すると、分娩機関および補償請求者に受理通知を発送します。

## 4 運営組織による「補償対象認定審査」



&lt;P.30参照&gt;

- 補償対象の可否は運営組織にて一元的に審査を実施し、審査結果を分娩機関および補償請求者に通知します。

## 5 「補償金(保険金)の支払い」



&lt;P.32参照&gt;

- 補償対象と認定された場合、運営組織が、補償請求者から補償金請求書等の必要書類を取り寄せ、保険会社に対し補償金(保険金)を請求し、保険会社から補償請求者に補償金(保険金)が支払われます。

## 1.2 補償認定請求に必要な書類

産科医療補償制度の補償申請には、次の書類が必要です。

### 補償請求者が準備する書類

●分娩機関を通じて、運営組織より取り寄せ

1

補償認定依頼書

2

個人情報に関する同意の確認書

3

補償請求用 専用診断書

(補償認定請求用)

+

- 「頭部画像データ等の検査データ」
- 「児の全身写真または動画」

●補償請求者ご自身で写しを用意

4

母子健康手帳の写し

「出生届出済証明」と  
「出産の状態」が記載されたページ

5

登録証の写し

妊産婦ご自身のスマートフォンにて妊産婦登録し、  
上記画像の登録証が交付されている場合には、登  
録証の写しの提出は不要です。

# 分娩機関が補償認定請求に必要な書類

必要書類

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

分娩機関で不備・不足がないか  
確認して運営組織へ提出

## 分娩機関が準備する書類

### ●産科ネットに必要項目を入力しダウンロード

⑥

補償認定請求書兼  
出産証明書

⑦

補償対象基準に関する証明書

⑧

審査結果のお知らせに  
関する回答書



ダウンロード方法  
P21参照

※2021年12月31日までに  
出生した児の場合には、  
ご提出ください。

### ●分娩機関で電子データを用意

⑨

診療録または助産録および検査データ等

1. 児に関する全ての診療録、検査データ等
2. 母<sup>\*</sup>の今回の分娩に関する全ての診療録、検査データ等
3. 全ての胎児心拍数モニター

※「母」は「妊産婦」のことを示す

1 補償申請書類の取り寄せ

2 補償請求者による「補償認定依頼」

3 分娩機関による「補償認定請求」

4 運営組織による「補償対象認定審査」

5 補償金の支払い

## 2

## 具体的な手続き

### 1

### 補償申請書類の取り寄せ



#### ポイント

- 補償申請者から補償申請の相談を受けたときは、以下1.1記載の確認事項をご確認ください。
- 産科ネットより、「補償申請書類一式」をご請求ください。(詳しくはP.7～)
- 運営組織から書類到着後、補償請求者が準備する書類を速やかに補償請求者にお渡しください。

#### 1.1 補償申請の相談を受けたとき

補償申請の相談を受けたときは、以下3点をご確認ください。

##### (1) 補償請求を行える者かどうか

補償請求を行える者は、本制度の補償対象となる児またはその保護者(親権者または未成年後見人)です。  
※本制度の補償金の受給権者は児であり、児の保護者(親権者または未成年後見人)が児の法定代理人として補償請求を行います。

##### (2) 補償申請を行うことができる期間かどうか

補償請求者から分娩機関への補償申請ができる期間は、児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までの間です。ただし、極めて重症で診断が可能な場合は、生後6ヶ月以降から申請できます。

満5歳の誕生日を過ぎてからの補償申請は受け付けることができません。補償請求者は、満5歳の誕生日までに、必要書類を取り揃え、分娩機関に提出する必要があります。

##### (3) 補償対象基準を明らかに満たさない場合に該当しないかどうか

児が補償対象基準を明らかに満たさない場合に該当しないかどうかご確認ください。出生した児が在胎週数28週未満の場合等、補償対象基準を明らかに満たさない場合は分娩機関から補償請求者に対して運営組織への請求前に補償対象外である旨ご説明をお願いします。

補償対象基準については、P.36以降の「Ⅱ. 補償対象と補償金額」等をご参照ください。

## 1.2 補償申請書類の請求

### ● 事案管理番号が発番されていない場合

(1) 産科ネットにログインし、「事案登録」ボタンをクリックし、事案登録ワークフローを起票してください。



(2) 妊産婦管理番号を入力し、「引込」ボタンをクリックします。→P. 9へ

事案登録情報			
事案管理番号	分娩機関名	分娩機関管理番号	
分娩機関担当部署	分娩機関電話番号	分娩機関内線番号	分娩機関メールアドレス
分娩機関担当者(姓)	分娩機関担当者(名)	分娩機関担当者(カナ)	分娩機関担当者(カナ)
妊産婦氏名	妊産婦氏名カナ	妊産婦管理番号	引込
児姓	児名	児姓カナ	児名カナ
児性別	児生年月日	在胎週数	出生体重
補償対象基準			

※妊産婦管理番号が不明な場合はP. 8参照

## 妊産婦管理番号が不明な場合

1. 「検索」ボタンをクリックします。

事案登録ワークフロー

事案登録情報

事案管理番号	分娩施設名	分娩施設内線番号	分娩施設管理番号
分娩施設担当部署	分娩施設電話番号	分娩施設担当部署(姓)カナ	分娩施設メールアドレス
分娩施設担当部署(姓)	分娩施設担当部署(名)	分娩施設管理番号	分娩施設担当部署(名)カナ
妊産婦氏名	妊産婦氏名カナ	妊産婦管理番号	検索
児姓	児名	児姓カナ	児名カナ
児性別	児生年月日	在胎週数	出生体重
検索対象基準			

2. 妊産婦検索画面で、妊産婦の「姓」「名」をカタカナで入力し、「検索」ボタンをクリックします。

妊産婦検索

検索条件

妊産婦氏名 (カナ)

姓: シンサ

名: テスト

閉じる 検索

3. 検索結果より、該当の妊産婦を「選択」ボタンをクリックします。

検索結果

全24件中 1件目 ~ 20件目表示中

選択	妊産婦管理番号	妊産婦氏名	生年月日	電話番号
選択	0123456789	審査 テスト9	1988/12/27	090-2222-2222
選択	0123456789	審査 テスト6	1988/09/22	090-2222-2222
選択	0123456789	審査 テスト1 5	1989/09/02	090-2222-2222
選択	0123456789	審査 テスト1 6	1995/12/30	090-2222-2222

4. 妊産婦管理番号が表示されていることを確認し、「引込」ボタンをクリックします。

事案登録ワークフロー

事案登録情報

事案管理番号	分娩施設名	分娩施設内線番号	分娩施設管理番号
分娩施設担当部署	分娩施設電話番号	分娩施設担当部署(姓)カナ	分娩施設メールアドレス
分娩施設担当部署(姓)	分娩施設担当部署(名)	分娩施設管理番号	分娩施設担当部署(名)カナ
妊産婦氏名	妊産婦氏名カナ	妊産婦管理番号	引込
児姓	児名	児姓カナ	児名カナ
児性別	児生年月日	在胎週数	出生体重
検索対象基準			

(3) 分娩機関名・分娩機関管理番号・妊産婦氏名・妊産婦氏名カナが表示されます。

事案登録ワークフロー					
事案登録情報					
事案管理番号		分娩機関名	機関テスト病院	分娩機関管理番号	0123456789
分娩機関担当部署		分娩機関電話番号		分娩機関内線番号	
分娩機関担当者(姓)		分娩機関担当者(名)		分娩機関担当者(姓)カナ	
妊産婦氏名	高宮 テスト9	妊産婦氏名カナ	シンサ テスト9	妊産婦管理番号	0123456789
児姓		児名		児姓カナ	
児性別		児生年月日	yyyy/mm/dd 日	在胎週数	週
補償対象基準				出生体重	g

(4) 必要情報を入力します。

事案登録ワークフロー					
事案登録情報					
事案管理番号		分娩機関名	機関テスト病院	分娩機関管理番号	0123456789
分娩機関担当部署		分娩機関電話番号		分娩機関内線番号	
分娩機関担当者(姓)		分娩機関担当者(名)		分娩機関担当者(姓)カナ	
妊産婦氏名	高宮 テスト9	妊産婦氏名カナ	シンサ テスト9	妊産婦管理番号	0123456789
児姓		児名		児姓カナ	
児性別		児生年月日	yyyy/mm/dd 日	在胎週数	週
補償対象基準				出生体重	g

#### 必須入力項目

担当部署、電話番号、分娩機関担当者の姓名、分娩機関担当者の姓名(カナ)、  
児の姓名※、児の姓名(カナ)※、児の生年月日、児の在胎週数、児の出生体重

※児の姓名、児の姓名(カナ)は、この時点で判明していない場合空欄。

(5) 入力完了後、申請ボタンをクリックします。

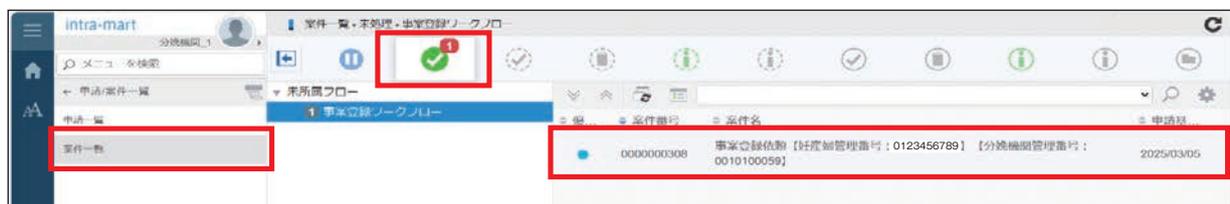
事案登録ワークフロー					
事案登録情報					
事案管理番号		分娩機関名	機関テスト病院	分娩機関管理番号	0123456789
分娩機関担当部署	産科課	分娩機関電話番号	03-0000-0000	分娩機関内線番号	
分娩機関担当者(姓)	分娩	分娩機関担当者(名)	太郎	分娩機関担当者(姓)カナ	ブンベン
妊産婦氏名	高宮 テスト9	妊産婦氏名カナ	シンサ テスト9	妊産婦管理番号	0123456789
児姓		児名		児姓カナ	
児性別		児生年月日	2023/05/10 日	在胎週数	40 週
補償対象基準	2022年基準			出生体重	3,000 g

(6) 「事案管理番号発番」画面が表示されますので、「申請」ボタンをクリックします。

・ 補償申請書類の請求は完了です。運営組織より「補償申請書類一式」が到着するまでお待ちください。

#### 事案管理番号が発番されている場合

案件一覧・未処理より該当事案を選択し、登録内容をご確認の上、P. 9～P. 10の(4)(5)(6)に沿って操作してください。



### 1.3 補償申請書類の受領

運営組織から分娩機関に「補償申請書類一式」を送付します。この中の「補償請求者にお渡しする書類」を、分娩機関より補償請求者にお渡しください。

運営組織から送付する「補償申請書類一式」

補償請求者にお渡しする書類

- ①補償認定依頼書
- ②個人情報に関する同意の確認書
- ③補償請求用 専用診断書

⇒補償請求者にて作成する書類

- ・同封書類 一覧
- ・補償申請のご案内
- ・診断を受けるにあたってのお願い



#### 「③補償請求用専用診断書」について

本制度では補償約款において、児の脳性麻痺の障害等級の程度を証明する専用診断書は、脳性麻痺に関する専門的知識を有する医師<sup>\*</sup>の診断によるものと規定しています。

※脳性麻痺に関する専門的知識を有する医師とは、次のいずれかの条件を満たす医師と規定しています。

- (1) 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
- (2) 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

- ・補償請求者から相談を受けた際には、専用診断書は本制度の規定に該当する医師に診断していただくようご説明をお願いします。
- ・本制度の規定に該当する医師で、あらかじめ診断への協力をご了解いただいた医師を、本制度の「診断協力医」として登録しています。その一覧表を産科医療補償制度ホームページに掲載していますので、ご案内ください。

ホームページ

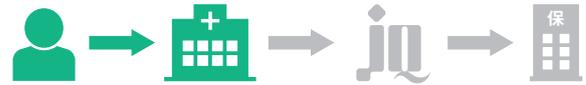
<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>

産科医療

検索

## 2

## 補償請求者(児またはその保護者)による「補償認定依頼」



### ポイント

- 補償申請期間内であることを確認のうえ、補償請求者が準備する書類に不備や不足がないかご確認ください。

### 2.1 補償申請期間内であることの確認

補償請求者が分娩機関に対して補償申請を行うことができる期間は、以下のとおりであり、この期間内に、「補償認定依頼」をすることが必要となります。



補償申請期間について

**児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです。**

ただし、極めて重症で診断が可能な場合は、生後6ヶ月から申請することができます。

補償申請期間内に、補償請求者は必要書類を取り揃えて分娩機関に提出し「補償認定依頼」を行うことが必要になります。満5歳の誕生日を過ぎてからの補償認定依頼は受け付けることができません。

## 2.2 補償請求者が準備する書類の確認

補償請求者は以下の必要書類を取り揃え、分娩機関に提出します（児の満5歳の誕生日までである必要があります）。

分娩機関は、補償請求者から必要書類を受領した際、書類に不備や不足がないことをご確認ください。

**補償請求者が準備する書類**

●分娩機関を通じて、運営組織より取り寄せ

**1**

補償認定依頼書



**2**

個人情報に関する同意の確認書



**3**

補償請求用 専用診断書



(補償認定請求用)

+

- 「頭部画像データ等の検査データ」
- 「児の全身写真または動画」

●補償請求者ご自身で写しを用意

**4**

母子健康手帳の写し



「出生届出済証明」と  
「出産の状態」が記載されたページ

**5**

登録証の写し



妊産婦ご自身のスマートフォンにて妊産婦登録し、  
上記画像の登録証が交付されている場合には、登録証の写しの提出は不要です。

## 書類確認のポイント

※書式、フォーマットは変更されることがあります。

①②③④⑤の書類について不備や不足がないかご確認ください。

### ① 補償認定依頼書

・補償請求者が必要事項を記入し、署名をしますので、もれなく記載されているかご確認ください。

(分娩機関名)  
○○分娩機関 〇〇

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 <sup>*1</sup> (または産科医療補償制度管理番号)	1234567890	
フリガナ	ニホン イチロウ	性別	(男) 女	生年月日 20××年×月×日
患者の氏名	日本 一郎	いづれかに○印を お願いたします。		
フリガナ	ニホン タロウ	患者との関係	(親権者) 未成年後見人	
補償請求者(代表者)の氏名	日本 太郎	いづれかに○印を お願いたします。		
フリガナ	トウキョウトチヨダクカンダミサキチウ1チヨウメ4バン17ゴウ トウヨウビル			
補償請求者(代表者)の現住所	〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 東洋ビル			
	電話番号	090-1111-1111		

○ 産科医療補償制度による補償認定を、必要書類を添えて依頼します。

→ 2000年 0月 0日<sup>\*2</sup> (補償請求者<sup>\*3</sup>)

(父) 日本 太郎 (自署)  
(母) 日本 花子 (自署)

\*1 「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。  
登録済み妊産婦管理番号が記載されている場合は、そちらの番号をご記入ください。  
なお、転院されている場合などで、番号が不明の場合は、登録されている番号を分娩機関にご確認ください。

\*2 本依頼書の記入日は、補償請求用専用診断書の作成日以降としてください。

\*3 補償請求者は、患者が未成年のため患者の保護者(親権者または未成年後見人)となります。

●「補償認定請求書兼出産証明書」の妊産婦管理番号と同じ番号になっているかご確認ください。

●補償認定依頼日(書類作成日)が、③補償請求用 専用診断書を含めすべての書類が揃った日以降の日付となっているかご確認ください。

## ② 個人情報に関する同意の確認書

- ・ 補償請求者が必要事項を記入し、署名をしますので、もれなく記載されているかご確認ください。

**個人情報に関する同意の確認書**

(運営組織)  
公益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(公益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(過去に取得したものを含みます。)を、次の①から④に掲げる個人情報の取得、提供を行うことについて、同意の有無を回答します。

① 運営組織が、補償対象の認定、補償金の支払い、脳性麻痺が生じた原因の分析、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、本制度の目的を達成するために取得し、自ら利用すること  
② 補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関(引受保険会社を含む)等の運営組織(公益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  
③ 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、引受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  
④ 今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求用診断書を作成した診断医に対して個人情報を提供すること

同意有無の回答は、下記のいずれかにチェック「レ」印を記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	全て同意します。
<input type="checkbox"/>	①、②、③に関して同意します。ただし、④のみ同意しません。
<input type="checkbox"/>	①、②、③に関して同意しません。

※ ①、②、③の同意を拒否された場合は、補償認定の手続きに入ることができません。  
※ ④については、診断医に個人情報を提供することにより、今後の補償認定請求用診断書の作成に当たり診断の質の向上につながるものです。同意されない場合でも、補償認定等を行う上で不利益が生じることはありません。

(ご注意) 親権者が複数(父と母)の場合、代理人欄には患者の父と母の双方のご署名をお願いします。

20〇〇年 〇月 〇日

同意者 (患者)	住所	東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 東洋ビル	
	氏名	日本 一郎	
	生年月日	20××年 ×月 ×日	
代理人 (保護者) 自署欄	住所	東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 東洋ビル	
	氏名	(父)	日本 太郎 (自署)
		(母)	日本 花子 (自署)
<input checked="" type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年後見人		* 親権者が1名の場合は、以下の□にレ点を記入ください。 <input type="checkbox"/> 親権者は、代理人(保護者)欄に記入した1名のみです。	

注) 同意者(患者)が未成年のため、同意者氏名欄は保護者が代筆し、保護者が親権者又は未成年後見人の場合に「レ」印を記し、ご署名をお願いします。

● □にレ点が入力されているかご確認ください。

● 児の親権者が複数(父と母)の場合は、代理人欄に父と母の双方の署名があるかご確認ください。

● ! 児の親権者が1名の場合は、該当するいずれかの代理人(保護者)自署欄に署名のうえ、□にレ点が入力されているかご確認ください。

### ③ 補償請求用 専用診断書（補償認定請求用）

- ・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または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の診断による所定の診断書を提出します。
- ・児の診断時期は、児の満1歳の誕生日（極めて重症で、診断可能な場合は生後6ヶ月）から満5歳の誕生日までです。

**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）

2020年4月改定版

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。  
 この診断書の作成にあたっては、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す医師が作成することとしています。
  - 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専門医の認定を受けた医師

上記の条件を満たす医師であらかじめ診断への能力をご了解いただいた医師を「診断協力医」として登録していますが、診断協力医に登録していない医師でも上記の条件を満たす医師であればこの診断書を作成することができます。
- 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。
- 低緊張型脳性麻痺または上肢のみの障害で補償認定請求を行う場合は、原則として、3歳以降の診断に基づき作成してください。
- 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連絡ください。

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公益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】**  
 公益財団法人日本医療機能評価機構  
 産科医療補償制度運営部 審査課  
**TEL: 03-5217-8188**  
 受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日除く）

---

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

--	--

B-205 (9/2010420)

●「頭部画像検査データ」、「児の全身写真または動画」が添付されているかご確認ください。

## ④ 母子健康手帳の写し（各1枚）

- 母子健康手帳のうち、「出生届出済証明」および「出産の状態」が記載されたページの写しが提出されているかご確認ください。

出生届出済証明のイメージ

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
父		年 月 日生(歳)	
子の保護者		年 月 日生(歳)	
居住地	電話		
	電話		
	電話		

\*\*\*\*\* 出生届出済証明 \*\*\*\*\*

子の氏名	男・女
出生の場所	都道府県 市区町村
出生の年月日	年 月 日

上記の者については 年 月 日  
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

出産の状態が記載されたページのイメージ

このページは産後なるべく早く記入してもらいましょう。

\*\*\*\*\* 出産の状態 \*\*\*\*\*

妊娠期間	妊娠 週
娩出日時	年 月 日 午 前 後 時 分
分娩の経過(母児の状態)	顔位 骨盤位 その他( ) 特記事項
分娩所要時間	出血量 少量・中量・多量( ml)
性別・数	男・女・不明 : 単・多(胎)
出生時の児の状況	体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm
特別な所見・処置	新生児仮死 → (死亡・蘇生)・死産
証明	出生証明書・死産証書・出生証明書及び死亡診断書
出生の場所名	
分娩取扱者氏名	医師 助産師 その他

•8

## ⑤ 登録証の写し

- 分娩機関が交付した登録証（妊産婦用）の写しが提出されているかご確認ください。
- 補償請求者が「妊産婦用」を紛失している場合は、「分娩機関用(控)」の写しをご用意ください。
- 妊産婦ご自身のスマートフォンにて妊産婦登録し、下記画像の登録証が交付されている場合には、登録証の写しの提出は不要です。

2021年4月 改訂版 妊産婦用

●補償対象 以下の1～3すべてを満たす場合、補償対象となります。

1 2015年(平成27)年までに妊娠し、2022年(令和4)年に届出した妊婦  
2 妊娠期間(週)が36以上、出産時体重(kg)が25以上、または分娩時(分娩)が36以上であること  
3 身体障害者等級第1級(知的障害)または第2級(知的障害)の認定を受けていること

●補償内容 補償金は、産後一時金と補償金(出産後)の2種類があります。

●補償申請期間 お子様の満1歳6か月(令和5年3月31日)までです。ただし、補償金(出産後)は、申請から起算して1年以内(令和5年3月31日)に申請する必要があります。

●補償申請方法 補償申請書(妊産婦用)を分娩機関から取り寄せて記入し、分娩機関に提出してください。

産科医療補償制度 登録証

登録証が交付されたことを確認してください。

●記入事項 大切に保管してください。記入してこの登録証をお返しします。

●この登録証は 母子健康手帳にはさみ込むなど、出産後5年間 大切に保管してください。

●届出以外の分娩機関へ 転院した場合は、転院先の分娩機関に必ずこの登録証をお返しください。

記入者: 分娩機関名 分娩機関管理番号

お問い合わせ先  
産科医療補償制度専用コールセンター  
TEL 0120-330-637 受付時間: 午前9時～午後5時(土日祝日・年末年始を除く)  
公益財団法人 日本産科医療補償制度 産科医療補償制度事務局  
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 TEL: 03-5561-1111 FAX: 03-5561-1112

産科医療補償制度 スマート妊産婦登録システム

登録証

登録証が発行されました

以下の情報を母子健康手帳に記録してください

産科医療補償制度

登録証

妊産婦管理番号 (ログインID) S123456789

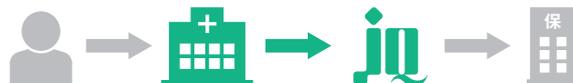
登録証交付日 2026-03-10

分娩機関名 テスト機構産婦人科

分娩機関管理番号 0123456789

分娩予定年月日 2026-09-10

### 3 分娩機関による「補償認定請求」



#### ポイント

- 「補償請求者が準備する書類」と、「分娩機関が準備する書類」をあわせて、運営組織に補償認定請求を行います。
- 分娩機関が準備する書類には産科ネットからダウンロードする書類、アップロードする書類があります。書類によって提出方法が異なりますので、ご注意ください。

#### 3.1 分娩機関が準備する書類の作成

### 分娩機関が準備する書類

●産科ネットに必要項目を入力しダウンロード

**6**

補償認定請求書兼  
出産証明書



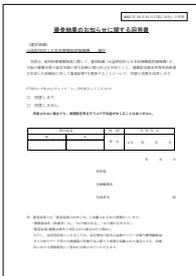
**7**

補償対象基準に関する証明書



**8**

審査結果のお知らせに  
関する回答書





ダウンロード方法  
P.21参照

※2021年12月31日までに  
出生した児の場合には、  
ご提出ください。

●分娩機関で電子データを用意

**9** 診療録または助産録および検査データ等

1. 児に関する全ての診療録、検査データ等
2. 母\*の今回の分娩に関する全ての診療録、検査データ等
3. 全ての胎児心拍数モニター

※「母」は「妊産婦」のことを示す

## 3.2 補償認定請求に必要な書類の作成

### 書類提出の流れ

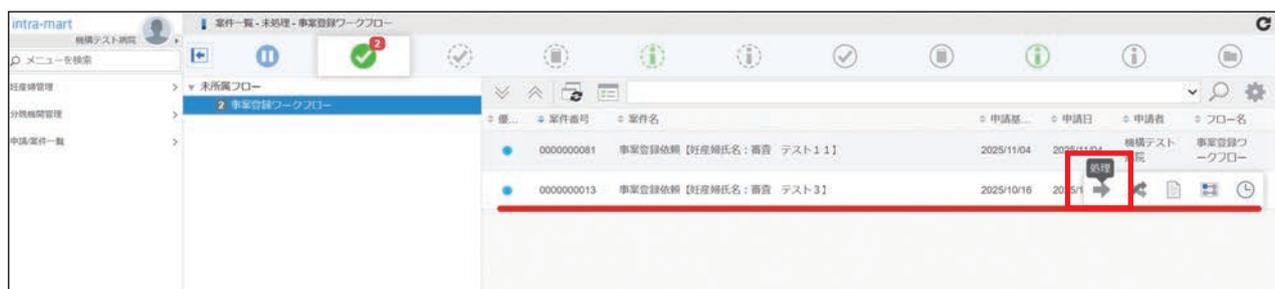


### ●678の準備

(1) 産科ネットにログインし、「未処理



(2) 案件一覧・未処理より「事案登録ワークフロー」を選択し、該当事案の▶処理ボタンをクリックします。



(3) 左側の「補償認定請求」タブへ⑥⑦⑧の必要情報を入力します。入力中の一時保存も可能です。

### 事案登録ワークフロー

#### 事案登録情報

事案管理番号	25999	分娩機関名	タミーデータ 北海道 病院 0010100059		分娩機関管理番号	0010100059	
分娩機関担当部署	北海道病院所属部署	分娩機関電話番号	050-9999-9999	分娩機関内線番号	1234	分娩機関メールアドレス	sample@test.co.jp
分娩機関担当者(姓)	北海道タントウ	分娩機関担当者(名)	タミー病院	分娩機関担当者(姓)カナ	ホツカイドウタント	分娩機関担当者(名)カナ	タミービョウイン
妊産婦氏名	白羽根 タミー	妊産婦氏名カナ	シラハネ タミー	妊産婦管理番号	1234567890		
児姓	白羽根	児名	太郎	児姓カナ	シラハネ	児名カナ	タロウ
児性別	男	児生年月日	2023/03/03	在胎週数	30 週	出生体重	2200 g
補償対象基準	2022年基準						

一時保存
確定

補償認定請求

補償認定請求添付資料

#### 補償認定請求書兼出産証明書

分娩機関名	タミーデータ 北海道 病院 0010100059		分娩機関管理番号	0010100059	
妊産婦姓	白羽根	妊産婦名	タミー	妊産婦管理番号	1234567890
妊産婦姓カナ	シラハネ	妊産婦名カナ	タミー		
児姓	白羽根	児名	太郎	児性別	男
児姓カナ	シラハネ	児名カナ	タロウ	在胎週数	30 週
アプガースコア1分値	不明	アプガースコア5分値	不明	脐帯動脈血ガス分析値	実施あり
				pH	5.000

**保護者（補償請求者）**

姓	白羽根	名	タミー
姓カナ	シラハネ	名カナ	タミー
郵便番号	1000005	市区郡町村	千代田区
都道府県	東京都	市区郡町村カナ	チヨダク
電話番号	03-1234-5678	丁目番地	神田三崎町1-4-17
		丁目番地号カナ	カンダミサキチヨウ1-4-17
建物名号室		建物名号室カナ	

**医師賠償責任保険または助産所賠償責任保険**

有無  有  無  保険会社名 テスト保険会社

**補償認定請求時点における損害賠償金支払の有無**

有無  有  無  支払済の損害賠償額

産科医療補償制度による補償認定を、必要書類を添えて請求します。
 \* 日医A会員の場合は「日医A会員」とご記入ください。

上記の妊産婦が当院の管理下における分娩により上記の児を出産したことを証明します。

補償対象と認められた場合、補償金支払期間を通じて、当院が補償請求者から損害賠償請求を受けた時、または当院の被用者その他の補助者が補償請求者から損害賠償請求を受けたことを知った時は、加入契約第二十五条に基づき、遅滞なく保険額に対してその旨を通知します。

補償対象基準に関する証明書（複数に該当する場合、該当する全ての...にレ点を付けてください） ※必須

備考

#### 審査結果のお知らせに関する回答書 ※必須

当院は、産科医療補償制度に関して、産科組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）が、今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求用診断書を作成した診療医に対して審査結果※を提供することについて、同意の有無を回答します。

同意します
  同意しません
  同意されない場合でも、補償認定等を行う上と不利益が生じることはありません。

※審査結果とは「審査結果のお知らせ」に記載される次の情報をいいます。「補償請求者（保護者）名」、「お子様の氏名」、「お子様の生年月日」、「審査結果（補償対象外と判定された場合はその理由）」ただし、本問の結果につきましては、特定理由に胎児心拍数モニター記録や胎動脈血ガス分析のデータ等の分娩機関の医療行為に関する情報が記載された場合にのみ、診断医に対する情報提供にご意向を反映させていただきます。

※児の出生年、在胎週数により個別審査となる場合は、上記画面と一部表示が異なります。

個別審査の場合は、個別審査の補償対象基準に該当する項目（(一)、(二) イ～チまで）に必ずチェックを入れます。

20

## ●678の書類のダウンロード、署名・捺印および12345678の郵送

### (1) 678の書類のダウンロード、署名・捺印

- ・右上の「補償認定請求添付資料」タブで、添付資料の一覧が表示されます。
- ・画面中央の「入力した内容を印刷用に出力」をクリックし6「補償認定請求書兼出産証明書」7「補償対象基準に関する証明書」8「審査結果のお知らせに関する回答書」（2021年12月31日までに出生した児の場合）をダウンロードし印刷します。
- ・印刷した678の入力内容を確認の上、書類に署名・捺印します。

No.	書類種類	有/無	添付/郵送	ファイル	分娩機関コメント
1	補償認定依頼書	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
2	個人情報に関する同意の確認書	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
3-1	補償請求費用診断書	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
3-2	顔部画像データ	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
3-3	児の撮影動画	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
4	母子健康手帳の写し	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
5	登録証の写し	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
6	補償認定請求書兼出産証明書	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
7	補償対象基準に関する証明書	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		
8	審査結果のお知らせに関する回答書	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	●添付 ●郵送		

### (2) 12345678の郵送

補償認定請求添付資料タブにて提出資料の有無を選択します。各提出書類に関し、運営組織へ申し送り事項がある場合には、右側の分娩機関コメントに入力します。

提出資料については、補償請求者が準備した書類も含め不備や不足がないことをご確認ください。

No.	書類種類	有/無	添付/郵送	ファイル	分娩機関コメント
1	補償認定依頼書	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
2	個人情報に関する同意の確認書	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
3-1	補償請求費用診断書	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
3-2	顔部画像データ	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
3-3	児の撮影動画	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
4	母子健康手帳の写し	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
5	登録証の写し	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
6	補償認定請求書兼出産証明書	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
7	補償対象基準に関する証明書	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		
8	審査結果のお知らせに関する回答書	<input type="radio"/> 無 ●有	●添付 ●郵送		

## ●9のアップロード

- (1) 診療録または助産録および検査データ等をアップロードし、添付を選択してください。  
 郵送での提出の場合は郵送を選択してください。  
 各提出書類に関し、運営組織へ申し送り事項がある場合には、右側の分娩機関コメントに入力します。

No.	書類種類	有/無	添付/郵送	ファイル	分娩機関コメント
9-1	児に関する全ての診療録、検査データ等	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 添付 <input type="radio"/> 郵送	<input type="text" value="ここをクリックしてファイルを選択"/>	
9-2	母の今回の分娩に関する全ての診療録、検査データ等	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 添付 <input type="radio"/> 郵送	<input type="text" value="ここをクリックしてファイルを選択"/>	
9-3	全ての胎児心拍数モニター	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 添付 <input type="radio"/> 郵送	<input type="text" value="ここをクリックしてファイルを選択"/>	

- (2) 「9に関する項目については、当院に保管のある全ての資料を提出します」に必ず  を入れます。  
 すべてのデータが揃っていることを再度ご確認の上、上記に  を入れてください。この  にて、すべてのデータが提出されたとみなし、審査を進めさせていただきます。

に関する項目については、当院に保管のある全ての資料を提出します ※必須



「確認」ボタンをクリックします。

### 事案登録ワークフロー

事案登録情報

事案管理番号	25999	分娩機関名	タミーデータ 北海道 病院 0010100059		分娩機関管理番号	0010100059	
分娩機関担当部署	北海道病院所属部署	分娩機関電話番号	050-9999-9999	分娩機関内線番号	1234	分娩機関メールアドレス	sample@test.co.jp
分娩機関担当者(姓)	北海道タントウ	分娩機関担当者(名)	タミー病院	分娩機関担当者(姓)カナ	ホッカイドウタント	分娩機関担当者(名)カナ	タミービューウィン
妊産婦氏名	白羽根 タミー	妊産婦氏名カナ	シラハネ タミー	妊産婦管理番号	1234567890		
児姓	白羽根	児名	太郎	児姓カナ	シラハネ	児名カナ	タロウ
児性別	男	児生年月日	2023/03/03	在胎週数	30 週	出生体重	2200 g
補償対象基準	2022年基準						

ワークフローの事案登録は完了です。  
 連絡事項がある場合はコメント欄に入力します。

基本情報

案件番号	0000000308
案件名	事案登録情報【妊産婦管理番号:1234567890】【分娩機関管理番号:0010100059】
申請先	タミーデータ 北海道 病院 0010100059_1
申請年月日	2025-03-05
申請日	2025-03-05
処理者*	分娩機関_1
担当機関*	分娩機関
優先度	標準
コメント	<input style="width: 100%;" type="text"/>

### 3.3 補償認定請求に必要な書類の記入例およびご説明



ダウンロード方法  
P.21 参照

## ⑥ 補償認定請求書兼出産証明書

- ・ 事案登録ワークフローに必要事項を入力の上、ダウンロードしてください。
- ・ 押印が必要となります。

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

産科医療補償制度 補償認定請求書 兼 出産証明書 (別表第三書式)

事案管理番号		*****	
分娩機関名	テスト産婦人科	分娩機関管理番号	*****
妊産婦氏名	日本 花子	妊産婦管理番号	*****
フリガナ	ニホン イチロウ	性別	男
児の氏名	日本 一郎	生年月日	20××年×月×日
出生体重	■■■■ g	在胎週数	■■ 週
アプガースコア1分値	■	アプガースコア5分値	■
臍帯動脈血ガス分析値	実施あり	pH	■■■■
フリガナ	ニホン タロウ		
保護者(補償請求者)の氏名	日本 太郎		
フリガナ	〒101-0061 トウキョウトチヨダクカンダミサキチョウ		
保護者(補償請求者)の現住所	〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17		
	電話番号	090-xxxx-xxxx	
医師賠償責任保険または助産所賠償責任保険の有無	有 保険会社名 △△損害保険株式会社		
補償認定請求時点における損害賠償金支払の有無	無		

○ 産科医療補償制度による補償認定を、必要書類を添えて請求します。  
○ 上記の妊産婦が当院の管理下における分娩により上記の児を出産したことを証明します。  
○ 補償対象と認定された場合、補償金支払期間を通して、当院が補償請求者から損害賠償請求を受けた時、または当院の使用人その他業務の補助者が補償請求者から損害賠償請求を受けたことを知った時は、加入規約第二十五条に基づき、遅滞なく運営組織に対してその旨を通知します。

▶20○○年 ○月 ○日

〒101-△△△△  
所在地 東京都千代田区□□町△-△  
電話番号 03-△△△△-△△△△  
分娩機関名 テスト産婦人科  
役職 院長  
代表者名 テスト 太郎

\*1 本証明書の記入日は、保護者(補償請求者)から提出された補償認定依頼書の記入日以降とさせていただきます。  
\*2 法人の場合は、法人印、公印でご捺印ください。個人の場合は、代表者の個人印でご捺印ください。

●産科ネットに入力した項目が印字されます。内容に間違いがないか必ずご確認ください。

●補償認定依頼日(補償請求者からすべての書類が提出された日)以降の日付(同日可)としてください。

●分娩機関の所在地/電話番号/分娩機関名/役職/代表者の氏名(ゴム印でも結構です)をご記入ください。

●法人の場合は、法人印、公印でご捺印ください。  
●個人の場合は、代表者の個人印でご捺印ください。

## ⑦ 補償対象基準に関する証明書



ダウンロード方法  
P.21参照

- ・ 事案登録ワークフローに必要な事項を入力の上、ダウンロードしてください。
- ・ 押印が必要となります。
- ・ 本書式は、補償対象基準に関して分娩機関が証明する書類です。

本書式は、産科医療補償制度の加入者として補償認定請求の主体となる分娩機関が運営組織に対し提出する書類です。  
(標準補償約款第六条第三項 別添第三「運営組織が別に定める補償対象基準に関する証明書」)  
記入欄に必要な事項を記載して、補償対象基準(一般審査の基準または個別審査の基準)のうち該当するいずれかの□に  
し点を付し、それを証明するための資料として診療録・助産録・検査データ等をご提出ください。

産科医療補償制度 補償対象基準に関する証明書

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

児が産科医療補償制度の補償対象基準に関して下記の状態が発生したことを証明します。

20〇〇年 〇月 〇日  
所在地 東京都千代田区〇〇町△-△  
分娩機関名 テスト産婦人科  
役職 院長  
代表者名 テスト 太郎

児の氏名(フリガナ)		性別	生年月日
姓 ニホン	名 イチロウ	男	20××年 ×月 ×日
日本	一郎		

・2022年1月1日以降に出生した児

(一般審査の基準) 在胎週数(妊娠週数)が28週以上である。

・2021年12月31日以前に出生した児

(一般審査の基準) 出生体重が1,400g以上であり、かつ、在胎週数(妊娠週数)が32週以上である。  
 (個別審査の基準) 在胎週数が28週以上であり、かつ、次の(1)又は(2)に該当する。

個別審査の基準にし点を付した場合は、以下について記入してください。  
(複数に該当する場合、該当する全ての□にし点を付してください。)

(1) 低酸素状態が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス(酸血症)の所見が認められる場合  
(pH値が7.1未満)

(2) 低酸素状態が常在胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児身体閉塞性血腫、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合

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

※ 産後1時間以内の児の血液ガス分析値が7.0未満である場合は、産後1時間以内の血液ガス分析値を掲載されているかご確認ください(検体撮影は問いません)。  
検査を実施されていない場合は、産後1時間以内の検査結果を掲載する旨を記載してください。ご提出ください。

注)上記を証明する検査データ等の資料が提出されない場合、原則として補償対象と判断することができません。なお、検査データ等の資料が提出できない場合でも補償対象基準に該当すると判断できる理由があるなど、特段の事情があるときは、以下の【備考】欄にご記入ください。

【備考】

● 補償認定依頼日(補償請求者からすべての書類が提出された日)以降の日付(同日可)としてください。

- 分娩機関の所在地/電話番号/分娩機関名/役職/代表者の氏名(ゴム印でも結構です)をご記入ください。
- 法人の場合は、法人印、公印でご捺印ください。
- 個人の場合は、代表者の個人印でご捺印ください。

● 産科ネットに入力した項目が印字されます。内容に間違いがないか必ずご確認ください。



ダウンロード方法  
P.21参照

## ⑧ 審査結果のお知らせに関する回答書

※2021年12月31日までに出生した児の場合には、ご提出ください。

- ・ 事案登録ワークフローに必要事項を入力の上、ダウンロードしてください。
- ・ 押印が必要となります。
- ・ 本書式は、診断医に「審査結果のお知らせ」を送付することに関する回答書です。
- ・ 審査結果とは「審査結果のお知らせ」に記載される次の情報をいいます。

「お子様の氏名」、「お子様の生年月日」、「審査結果(補償対象外と判定された場合はその理由)」

2021年12月31日以前に出生した児用

### 審査結果のお知らせに関する回答書

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

当院は、産科医療補償制度に関して、運営組織(公益財団法人日本医療機能評価機構)が、今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求専用診断書を作成した診断医に対して審査結果<sup>※</sup>を提供することについて、同意の有無を回答します。

(下記のいずれかにチェック「レ」印を記入してください)

同意します。  
 同意しません。

同意されない場合でも、補償認定等を行う上で不利益が生じることはありません。

児の氏名		性別	生年月日
ニホン	イチロウ	男	20××年 ×月 ×日
日本	一郎		

20〇〇年 〇月 〇日

所在地 東京都千代田区〇〇町△-△

分娩機関名 テスト産婦人科

役職 院長

代表者名 テスト 太郎

※ 審査結果とは「審査結果のお知らせ」に記載される次の情報をいいます。  
「保護者(補償請求者)氏名」、「児氏名」、「児生年月日」、「審査結果(補償対象外と判定された場合はその理由)」  
ただし、本回答結果につきましては、判定理由に胎児心拍数モニター記録や臍帯動脈血ガス分析のデータ等の分娩機関の医療行為に関する情報が記載された場合にのみ、診断医に対する情報提供にご意向を反映させていただきます。

●産科ネットに入力した項目が印字されます。内容に間違いがないか必ずご確認ください。

●補償認定依頼日(補償請求者からすべての書類が提出された日)以降の日付(同日可)としてください。

●分娩機関の所在地/分娩機関名/役職/代表者の氏名(ゴム印でも結構です)をご記入ください。  
●法人の場合は、法人印、公印でご捺印ください。  
●個人の場合は、代表者の個人印でご捺印ください。

## ⑨診療録または助産録および検査データ等

以下の1～3に関する保管しているデータを全て提出してください。

1. 児に関する全ての診療録、検査データ等
2. 母\*の今回の分娩に関する全ての診療録、検査データ等
3. 全ての胎児心拍数モニター

\*「母」は「妊産婦」のことを示す

- ・提出書類は返却しませんので、原本ではなく、データのアップロードまたは電子媒体(紙の写しも可)を提出してください。
- ・申請後の審査の段階、補償対象と認定された場合に行われる原因分析の段階で、必要に応じてデータ等の書類の追加提出をお願いすることがあります。
- ・1～3については以下の資料を含みます。留意点をご確認の上ご提出ください。

提出書類	書類の名称	提出時の留意点
9-1 児に関する全ての診療録、検査データ等	入院診療録 (医師記録・看護記録)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生後、NICU等に入院している場合は、出生時の蘇生の詳細、治療や処方、診断の記載された退院までの全ての診療録をご提出ください。長期入院で全ての診療録のご提出が困難な場合には、生後1ヶ月までの診療録をご提出ください。</li> <li>・体温・血圧等が経過表で表示されている場合には、入力値の一覧もご提出ください。</li> </ul>
	外来診療録	生後1ヶ月までに退院されている場合には、1ヶ月健診等の退院後の記録もご提出ください。
	検査結果報告書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液検査・血液ガス分析・細菌培養検査は退院もしくは生後1ヶ月までの分をご提出ください。</li> <li>・頭部MRI、頭部CTはすべての検査結果報告書をご提出ください。</li> <li>・脳波検査については波形データではなく、報告書をご提出ください。</li> </ul>
	診療情報提供書	生後、他の医療機関へ新生児搬送されている場合は、自院での記録のほか、搬送先からの診療情報提供書や医師サマリー等をご提出ください。
	医師サマリー	医師サマリーを作成されている場合にはご提出ください。
	生後1時間以内の血液ガスデータ	<p>【2021年12月31日までに出生した児で、「出生体重1,400g以上かつ在胎週数32週以上」に該当しない場合はご提出ください】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生後1時間以内に新生児搬送されている場合は、お手数ですが、搬送先に生後1時間以内に血液ガス分析(検体は動脈血、静脈血、末梢毛細血管のいずれでもよい)を実施されているかご確認いただき、検査が実施されている場合は、搬送先から検査結果報告書をお取り寄せのうえ、ご提出ください。</li> <li>・また、ご提出の際は、検査日時および検体種別が記載されていることをご確認のうえ、ご提出ください。実施が無い場合には、「分娩機関コメント」にご入力ください。</li> </ul>

提出書類	書類の名称	提出時の留意点
9-2 母の今回の分娩に関する全ての診療録、検査データ等	外来・入院診療録 (医師記録・助産記録・看護記録)	<ul style="list-style-type: none"> <li>今回の妊娠に関する初診から1ヶ月健診までの医師および助産師の診察内容や妊婦健診の記録、それに伴う判断・処置・処方分かる記録をご提出ください。管理入院中も含まれます。</li> <li>体温・血圧等が経過表で表示されている場合には、入力値の一覧もご提出ください。</li> <li>妊産婦の基本情報が記載された問診票もご提出ください。</li> </ul>
	分娩に関する記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>分娩経過表（パルトグラム）、助産録、分娩記録をご提出ください。分娩経過表（パルトグラム）が表で表示されている場合は、可能でしたら入力値もご提出ください。</li> <li>補償認定請求書兼出産証明書の「アプガースコア」の数値と一致していることをご確認ください。</li> <li>分娩誘発や帝王切開の場合は、説明内容と同意書もご提出ください。</li> <li>帝王切開の場合には、手術記録、麻酔記録もご提出ください。</li> </ul>
	検査結果報告書	外来・入院中の血液検査、尿検査、胎児MRI、膈分泌物培養検査、胎盤病理組織学検査等の検査結果報告書をご提出ください。
	診療情報提供書および返書	他の医療機関からの転院や、妊娠中の他院受診、産褥搬送がある場合は、診療情報提供書や返書、前医の経過の記載された診療録等（胎児心拍数モニター含む）をご提出ください。
	医師サマリー	医師サマリーを作成されている場合にはご提出ください。
	児娩出時の臍帯動脈血ガス分析データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>補償認定請求書兼出産証明書の「臍帯動脈血ガス分析pH」の数値と一致していることをご確認ください。ご提出の際に、検査日時の明記を確認のうえ、検体種別（臍帯動脈血のデータであること）を「分娩機関コメント」にご入力ください。</li> <li>なお、実施がない場合にも、「分娩機関コメント」にご入力ください。</li> </ul>
9-3 全ての胎児心拍数モニター	外来・入院中に実施した全ての胎児心拍数モニター	<ul style="list-style-type: none"> <li>●多胎妊娠の場合</li> <li>いずれの波形が、補償申請する児の線であるか、必ず「分娩機関コメント」にご入力ください。</li> <li>●紙で提出の場合</li> <li>原寸大、3cm/分でA4サイズに1段で出力してください。ご提出いただく際に原本のように1枚に繋げていただく必要はありません。例えばA4サイズに複数枚コピーしたもの等をご提出ください。</li> <li>原本の記録速度が3cm/分以外の場合で保存データから再出力可能な場合は、記録速度3cm/分のものもあわせてご提出ください。</li> <li>胎児心拍数の波形が判読可能な状態であるか（印字の濃度）をご確認のうえ、ご提出ください。</li> <li>妊産婦氏名、実施日時が明記されていることを確認のうえ、ご提出ください。</li> </ul>

●多胎同時申請の場合、9-2および9-3は事案管理番号が小さい方の児でご提出ください。重複分の提出は不要です。



## ■個人情報の取り扱いについて

- ・ 児とその保護者及び親族の個人情報については、運営組織(公益財団法人日本医療機能評価機構)が、補償対象の認定、補償金の支払い、原因分析、再発防止等、本制度の目的を達成するために自ら利用するほか、補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関(引受保険会社を含む)等の運営組織の業務委託先や提携機関に対して提供し、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、引受保険会社及びその業務委託先に対して提供します。また、分娩機関と保護者の同意がある場合は、今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求用専用診断書を作成した診断医に対して個人情報(審査結果)を提供します。

## ■受理通知

- ・ 運営組織は、すべての必要書類を受領し書類に不備・不足がないことを確認できた場合は、書類を受領後30日以内に受理通知書を分娩機関および補償請求者に送付します。

I. 補償申請の手続き

1 補償申請書類の取り寄せ

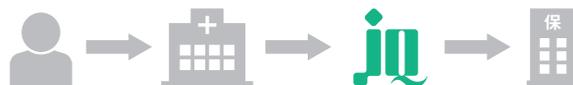
2 補償請求者による「補償認定依頼」

3 分婉機関による「補償認定請求」

4 運営組織による「補償対象認定審査」

5 補償金の支払い

## 4 運営組織による「補償対象認定審査」



### ポイント

- 運営組織にて補償対象認定審査を行います。
- 審査結果通知書は、補償認定請求書類の受理通知書の発出日の翌日から原則として90日以内に発出します。

### 4.1 審査の流れ

#### (1) 書類審査 <一次判定>

分娩機関から受領した補償認定請求書類に基づき審査担当の産科医および小児科医が各項目を審査します。

#### (2) 審査委員会 <最終判定>

運営組織では、この分野に精通する産科医、小児科医および学識経験者等から構成される審査委員会を毎月定期的で開催します。審査委員会では、審査対象事案について上記の書類審査による一次判定の結果を審議し、最終判定を行います。

審査の段階でさらに追加データ等の書類の提出をお願いすることがありますので、その場合はご協力くださいますようお願いいたします（産科医療補償制度加入規約 第二十四条）。

### 4.2 審査結果の通知

運営組織は、審査委員会の審査結果に基づき、審査結果通知書にて補償請求者および分娩機関に審査の結果を通知します（補償請求者の同意が得られた場合は、診断医に対しても審査結果通知を行います）。審査結果通知書は、補償認定請求書類の受理通知書の発出日の翌日から原則として90日以内に発出します。

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、補償請求者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)	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。補償請求者には不服申立についてもあわせて案内します。

※審査委員会において、当該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ることにより、改めて審査を行い補償対象と認定できる可能性がある場合は「補償対象外（再申請可能）」となり、その旨および所定の要件等をあわせて案内します。

なお、再申請につきましても、補償申請に関する手続きは、分娩機関が主体となって行っていただきます。補償請求者から再申請のご要望があった場合、当機構へ「再申請である」旨を必ずお伝えいただき、補償申請書類一式（再申請用）をお取り寄せください。

※審査委員会の審査の結果、補償対象外となった場合については、補償請求者に対し運営組織より診断書取得にあたっての費用の一部補助として1万円（定額）が支払われます。

## 参 考

### ■ 異議審査

- ・ 本制度では、補償請求者が審査委員会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きに従って再審査請求（不服申立）を行うことができます。
- ・ 不服審査手続きの詳細については、運営組織が補償対象外の審査結果通知書にあわせて補償請求者に案内します。
- ・ 運営組織では、不服申立を受け付けた場合は、産科医、小児科医および学識経験者等から構成される異議審査委員会を開催し、補償対象か否かにつき改めて審議を行います（審査委員会と異議審査委員会の委員は重複しません）。
- ・ 異議審査委員会での審査結果については、分娩機関および補償請求者に通知します。

1 補償申請書類の取り寄せ

2 補償請求者による「補償認定依頼」

3 分娩機関による「補償認定請求」

4 運営組織による「補償対象認定審査」

5 補償金の支払い

## 5 「補償金(保険金)の支払い」



### ポイント

- 補償金（保険金）の支払いにつきましては、運営組織が、補償請求者より直接必要書類を取り寄せ、支払い手続きを進めます。

- ・補償対象として運営組織から認定を受けると補償金の支払い手続きへと進みます。
- ・補償金の支払いに関しては、補償約款第三条第2項および加入規約第二十三条第1項の規定により、補償金支払いに関する事務は運営組織に委託されています（分娩機関に補償金支払い手続きを行っていたことはありません）。

### 準備一時金および補償分割金の支払い

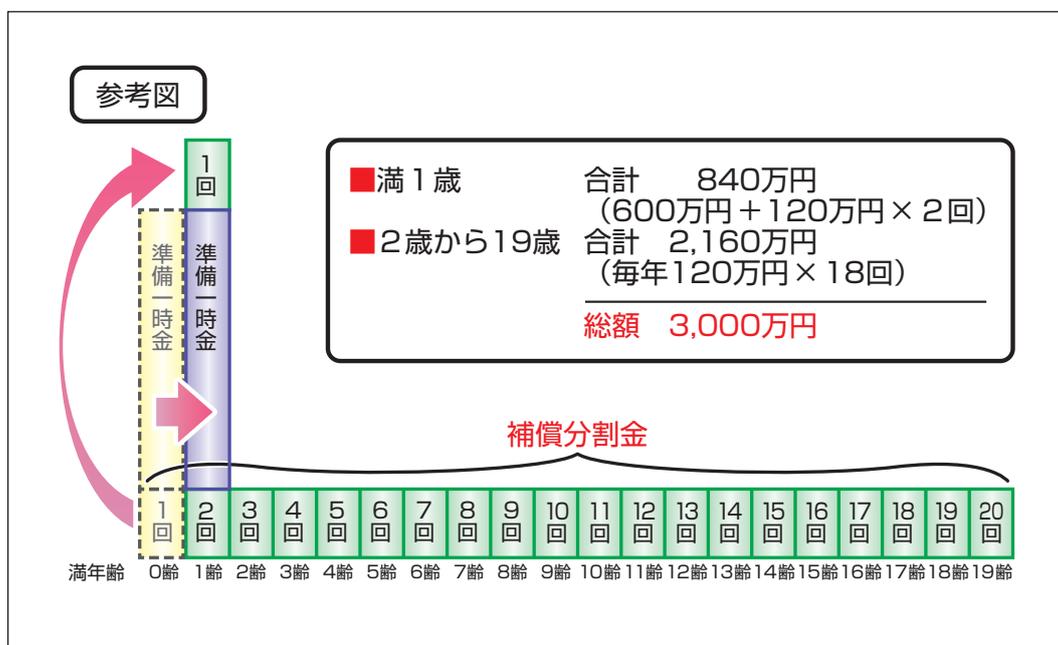
- ・運営組織が補償対象と認定した場合、最初に児の看護・介護を行うための基盤整備のための資金として準備一時金600万円が支払われます。なお、その際には支払いの時点で経過していた年数に応じてそれまでの期間の補償分割金もあわせて支払われます。
- ・本制度は、児の生死にかかわらず、補償分割金を毎年120万円（年1回払い）支払います。

※詳細は産科医療補償制度標準補償約款をご参照ください。

## 【補償金の支払時期と支払額の例】

準備一時金の支払い時点では、準備一時金と補償分割金の一回当たりの支払額に準備一時金の支払日に到来していた確認日（児の誕生日（出生日を含みます。）の属する月の初日）の回数に乗じた額の合計金額を支払います。補償分割金は毎年、その年の分割金を支払います。

たとえば、満1歳で補償対象として認定された場合の補償金の支払時期と支払額は参考図のとおりです。



## 参 考

## ■ 児が死亡した場合

- ・ 児が死亡した場合の補償金の支払い先は児の相続人の代表者となります。
- ・ 児の相続人から児の死亡の事実その他補償金の支払いに必要な事項を運営組織に通知いただくこととしています（運営組織は児の死亡の事実を知った時からこの通知があるまでの間、補償金の支払いを停止します）。
- ・ 死亡後も毎年120万円を補償分割金の残回数分給付します。

## 3

## 補償申請手続きに関するQ&amp;A

## Q1

補償請求者から誰に診断してもらえばよいか相談を受けた場合、どうしたらよいですか？

## A

補償約款では、診断医を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または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に限定しています。よってこれらの医師に診断してもらうよう説明してください。なお、本制度の規定に該当する医師で、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」として運営組織ホームページに一覧を掲載していますのであわせてご案内ください。

ホームページ

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

産科医療

検索

## Q2

補償請求者から児が生後6ヶ月に達する前に補償を請求された場合、どうしたらよいですか？

## A

補償約款では児が生後6ヶ月に達する前に補償認定申請書類を分娩機関へ提出することを認めていません（書類を取り寄せすることはできます）。補償約款で認められた時期まで待つよう説明してください。また、児が生後6ヶ月に達する前に、補償請求者に補償認定申請書類を渡す際には、生後6ヶ月以降に診断を受けるよう説明してください。

## Q3

在胎週数28週未満で出生した児の保護者から補償を請求された場合、どうしたらよいですか？

## A

補償約款別表第一に掲げる補償対象基準に明らかに該当しないため、補償対象とならない旨を説明してください。

## Q4

補償請求者が当院の交付した登録証を紛失したため、その写しが提出されなかった場合、どうしたらよいですか？

## A

分娩機関で保管している登録証の控えのコピーを提出してください。登録証の控えがない場合は、産科ネットの「妊産婦情報詳細画面」を印刷して提出してください。  
登録証の控えがない場合は、運営組織にご照会ください。

Q5

多胎を同時に申請する場合は、それぞれの児に妊産婦の診療録の写しを提出する必要がありますか？

A

妊産婦（母）の診療録の写しは申請する児のうち、片方の児のみ提出してください。なお、胎児心拍数モニターも同様です。

Q6

審査の結果、補償対象外となった場合に当院が不服申立を行うことができますか？

A

本制度では、不服審査手続きは補償請求者に対してのみ認めていますので、分娩機関からは不服申立を行うことはできません。

Q7

補償請求者から当院に補償金請求書が提出されることがありますか？

A

本制度では、補償対象と認定された以降の補償金の支払いに必要な業務は運営組織が行います。したがって補償金請求書の提出先は運営組織であり、分娩機関に提出されることはありません。

Q8

「補償申請書類一式」を補償請求者が運営組織に直接請求することはできますか？

A

原則として「補償申請書類一式」は分娩機関が運営組織に請求します。その後、分娩機関から補償請求者にお渡しいただくとともに、補償請求の流れや必要書類についてご説明をお願いします。

Q9

当院ではなく当院勤務の医師だけが損害賠償請求を受けた場合も本制度との調整を行うのですか？

A

その場合も調整の対象となりますので、損害賠償請求の事実を知った場合は、速やかに運営組織に連絡してください。

# Ⅱ. 補償対象と補償金額

## 1 補償対象

2015年～2021年12月31日までに出生した児と2022年1月1日以降に出生した児では、**1. 補償対象基準**が一部異なります。

### ★2015年から2021年までに出生した児に適用

産科医療補償制度では、運営組織が補償対象として認定した場合、補償金をお支払いします。

補償対象と認定されるためには、補償約款第二条第一項第二号に規定された「脳性麻痺」の定義に合致し、「補償対象基準（一般審査の基準・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必要があります。

#### 1. 補償対象基準

次の①または②いずれかの基準を満たして出生したこと

① **一般審査の基準** 出生体重が1,400グラム以上であり、かつ、在胎週数が32週以上であること

② **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) 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満）

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

イ 突発性で持続する徐脈

ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈

ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈

ニ 心拍数基線細変動の消失

ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈

ヘ サイナソイダルパターン

ト アプガースコア1分値が3点以下

チ 生後一時間以内の児の血液ガス分析値（pH値が7.0未満）

（注）在胎週数の週数は、妊娠週数の週数と同じです。

#### 2. 除外基準

先天性や新生児期等の要因によらない脳性麻痺であること

- 一 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、先天性代謝異常又は先天異常）※<sup>1</sup>
  - 二 児の新生児期の要因（分娩後の感染症等）※<sup>2</sup>
  - 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
- このほか、児が6ヵ月未満で死亡した場合は、補償対象となりません

※<sup>1</sup> 「先天性要因」の存在が明らかでない場合や、先天性要因が存在してもその先天性要因が重度の運動障害の主な要因であることが明らかでない場合は、除外基準には該当しません。

※<sup>2</sup> 「新生児期の要因」とは、分娩後に、分娩とは無関係に発症した疾患等（感染症、髄膜炎、脳炎、その他の神経疾患、虐待、その他の外傷など）をいいます。新生児期の要因の存在が明らかでない場合や、新生児期の要因が存在してもその新生児期の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は除外基準には該当しません。

#### 3. 重症度の基準

身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること

重症度の判定は、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程度等級）を参考にしていますが、身体障害認定基準そのものによるのではなく、産科医療補償制度の専用の診断書および診断基準によるものとしています。

## ●2022年1月1日以降に出生した児に適用

産科医療補償制度では、運営組織が補償対象として認定した場合、補償金をお支払いします。

補償対象と認定されるためには、補償約款第二条第一項第二号に規定された「脳性麻痺」の定義に合致し、「補償対象基準（個別審査を廃止し、一般審査に統合）」、「除外基準」、「重症度の基準」の3つの基準をすべて満たす必要があります。

### 1. 補償対象基準

次の基準を満たして出生したこと

**在胎週数が28週以上であること**

### 2. 除外基準

先天性や新生児期等の要因によらない脳性麻痺であること

- 一 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、先天性代謝異常又は先天異常）<sup>\*1</sup>
  - 二 児の新生児期の要因（分娩後の感染症等）<sup>\*2</sup>
  - 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
- このほか、児が6ヵ月未満で死亡した場合は、補償対象となりません

※1 「先天性要因」の存在が明らかでない場合や、先天性要因が存在してもその先天性要因が重度の運動障害の主な要因であることが明らかでない場合は、除外基準には該当しません。

※2 「新生児期の要因」とは、分娩後に、分娩とは無関係に発症した疾患等（感染症、髄膜炎、脳炎、その他の神経疾患、虐待、その他の外傷など）をいいます。新生児期の要因の存在が明らかでない場合や、新生児期の要因が存在してもその新生児期の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は除外基準には該当しません。

### 3. 重症度の基準

**身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること**

重症度の判定は、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程度等級）を参考にしていますが、身体障害認定基準そのものによるのではなく、産科医療補償制度の専用の診断書および診断基準によるものとしています。



補償対象となる脳性麻痺の基準の詳細や、実際に審査を経た事例をもとにして作成された参考事例については、別冊の「補償対象となる脳性麻痺の基準の解説」や「補償対象に関する参考事例集」をご覧ください。

## 2 補償金額

補償金額は、出生年にかかわらず、一律以下の金額となります。

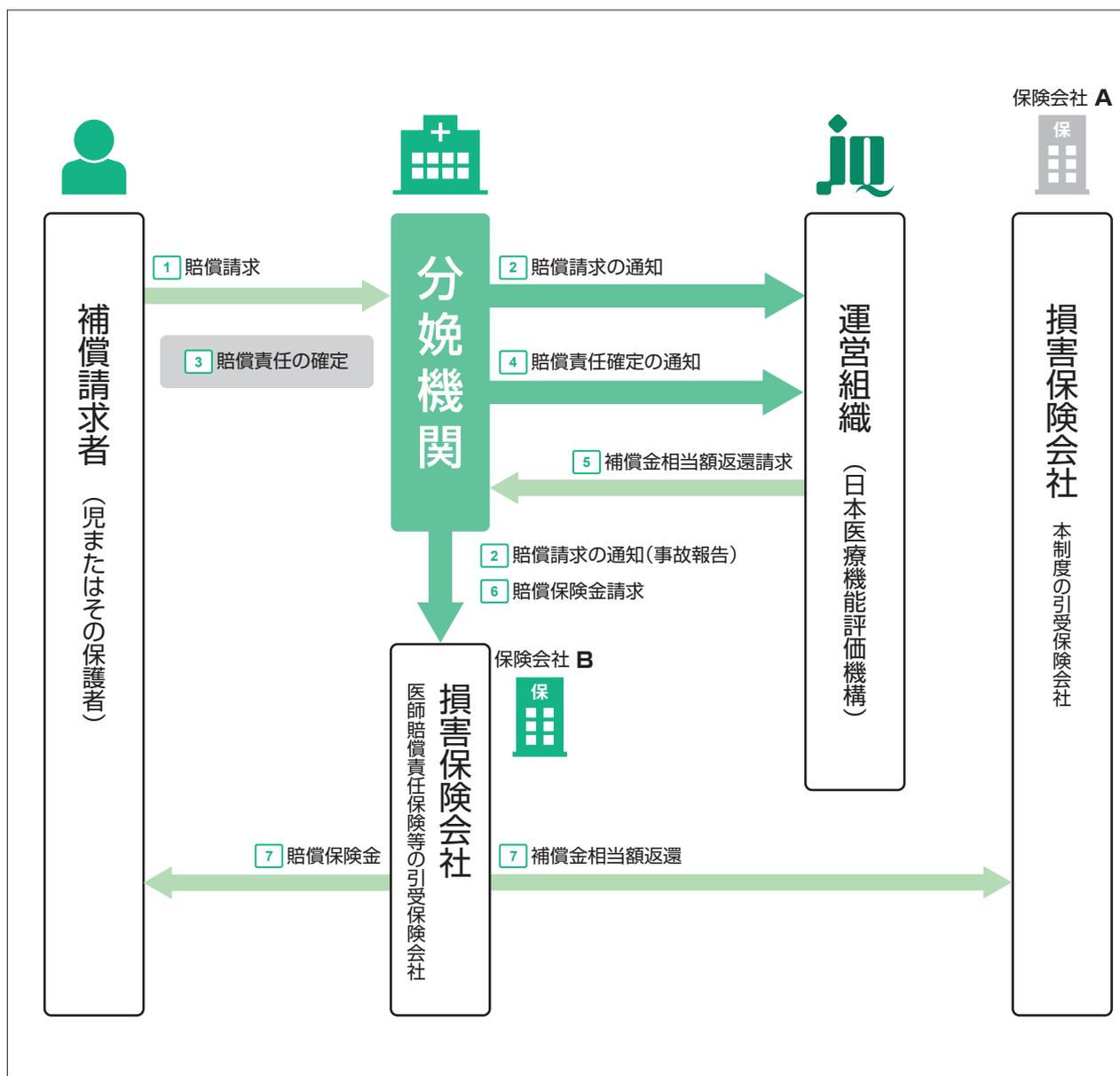
補償内容	補償金額
<b>準備一時金</b> ※看護・介護を行うための基盤整備のための資金	<b>600万円</b>
<b>補償分割金</b> ※看護・介護費用として毎年定期的に支給	<b>総額2,400万円</b> <年間120万円を20回給付>

## Ⅲ. 損害賠償請求を受けた場合の対応

本制度の補償金と損害賠償金は重複して支払われません。このため、分娩機関が法律上の損害賠償責任を負担する場合<sup>\*</sup>、補償金と損害賠償金の調整が行われます。既に補償金が支払われている場合には、既払補償金相当額を本制度に返還いただくこととなります。

※示談、裁判外による紛争解決（ADR）、または裁判上の和解・判決等の形式を問いません。

### 賠償請求と調整の流れ



※上記は分娩機関が医師賠償責任保険等に加入している場合の調整の流れです。分娩機関が医師賠償責任保険等に加入していない場合は、分娩機関から直接補償金相当額を返還していただくこととなります。なお、補償金相当額の返還を行うのは分娩機関であり、補償請求者から補償金を返還いただくものではありません。

## 1 損害賠償請求を受けた場合

損害賠償請求（証拠保全を含む）を受けた場合は、ただちに運営組織へご連絡ください。

### 1.1 運営組織への通知

以下の場合、分娩機関は、補償請求者が登録されていた事実と損害賠償請求日（証拠保全がなされた場合は、その日）をただちに運営組織に通知してください。

訴訟あるいは訴外にかかわらず

- ①分娩機関が、補償請求者から損害賠償請求を受けた場合※
  - ②分娩機関の使用人その他業務の補助者が、補償請求者から損害賠償請求を受けたことを分娩機関が知った場合
- ※証拠保全を受けた場合も含まれます。

#### 【加入規約（抜粋）】

（損害賠償を請求された場合）

第二十五条 加入分娩機関が、補償請求者から損害賠償請求を受けた場合（証拠保全された場合を含む。以下同様とする。）またはその使用人その他業務の補助者（以下「使用人等」という。）が補償請求者から損害賠償請求を受けたことを知った場合は、加入分娩機関は、補償請求者が登録されていた事実および損害賠償請求日（証拠保全がなされた場合は、その日）をただちに機構に通知しなければならない。

2. 前項の損害賠償請求が解決した場合、加入分娩機関は、解決内容を客観的に示す書類を添えて、ただちに機構に通知しなければならない。

### 1.2 医師賠償責任保険等の保険会社への通知（事故報告）

加入している医師賠償責任保険・助産所賠償責任保険の保険会社に事故報告を行うに際して、「産科医療補償制度」に加入していることを通知してください。

### 1.3 訴訟・示談対応上留意すべき事項

- ・訴訟対応に際し、既に補償請求者が本制度の補償金を受領している場合は、既払金があることを必ず主張してください。既払金を主張することにより、仮に賠償を命じられた場合に、補償請求者が既に受領している補償金が賠償額の一部として認定され、賠償責任額からこれを差し引いた額が今後支払うべき賠償額として認められることとなります。
- ・訴訟外で調停や示談等により解決を図る場合にも、これと同様に対応してください。

### 1.4 損害賠償責任の有無と損害賠償額の運営組織への通知

- ・損害賠償責任の有無、および損害賠償責任を負担される場合は損害賠償の額について確定しましたら、その結果を運営組織に速やかに通知してください。
- ・分娩機関勝訴等で、損害賠償責任がないことが確定した場合も、運営組織へ通知してください。

### 1.5 既払補償金相当額の本制度への返還（損害賠償責任を負担される場合）

- ・損害賠償責任を負担される場合は、ご通知いただいた内容に基づき、損害賠償額に充当された既払補償金相当額を本制度にご返還いただきます。

## 2 損害賠償金との調整

損害賠償責任を負うこととなり損害賠償額が確定した場合、損害賠償金と本制度から支払われる補償金との調整を行います。

### ケース1

#### 本制度の補償金を支払い後、損害賠償金を支払う場合

##### A 損害賠償金が3,000万円（本制度の補償金総額）以上の場合

既に支払った本制度の補償金は、全額損害賠償金に充当され、補償請求者の本制度の補償金請求権は失われます。分娩機関は運営組織の指示に従い、既に支払われた本制度の補償金相当額（全額）を返還します。

##### B 損害賠償金が3,000万円（本制度の補償金総額）未満の場合

既に支払った本制度の補償金は、損害賠償額を限度に損害賠償金に充当されます。損害賠償金の本制度の補償金総額を下回る場合は、損害賠償金を限度として補償請求者の本制度の補償金請求権が失われ、差額が本制度の補償金として支払われます。分娩機関は運営組織の指示に従い、損害賠償金に充当された本制度の補償金相当額を返還します。

### ケース2

#### 損害賠償金を支払い後、本制度の補償金を請求する場合

##### A 損害賠償金が3,000万円（本制度の補償金総額）以上の場合

補償請求者の本制度の補償金請求権は失われ、本制度の補償金請求はできません。

##### B 損害賠償金が3,000万円（本制度の補償金総額）未満の場合

損害賠償金の本制度の補償金総額を下回る場合は、支払った損害賠償金を限度として補償請求者の本制度の補償金請求権は失われ、差額が本制度の補償金として支払われます。

本制度の補償金 損害賠償金	受領開始後	受領開始前
	3,000万円以上	ケース1-A 既に支払われた本制度の補償金は全額損害賠償金に充当されます。分娩機関は、既に支払われた補償金相当額（全額）を運営組織の指示に従い返還します。
3,000万円未満	ケース1-B 既に支払われた本制度の補償金は、損害賠償額を限度に損害賠償金に充当されます。分娩機関は、損害賠償金に充当された補償金相当額を運営組織の指示に従い返還します。	ケース2-B 本制度の補償金総額と損害賠償金との差額を、本制度の補償金として支払います。

## 【加入規約（抜粋）】

## （損害賠償金との調整）

第二十六条 加入分娩機関が損害賠償責任を負った場合は、加入分娩機関は、産科医療補償責任保険普通保険約款の規定により、損害賠償金に充当された補償金相当額を損害保険会社に医師賠償責任保険等への加入の有無にかかわらず返還しなければならない。なお、医師賠償責任保険等へ加入している場合は、当該医師賠償責任保険等の保険金請求手続きに合わせて本制度への返還手続きを行うよう努めなければならない。

2 加入分娩機関の使用人等が損害賠償責任を負った場合は、使用人等はその賠償金に充当された補償金について損害保険会社に返還しなければならない。この場合において加入分娩機関は、機構および損害保険会社に協力し、当該補償金返還に必要な措置を講じなければならない。

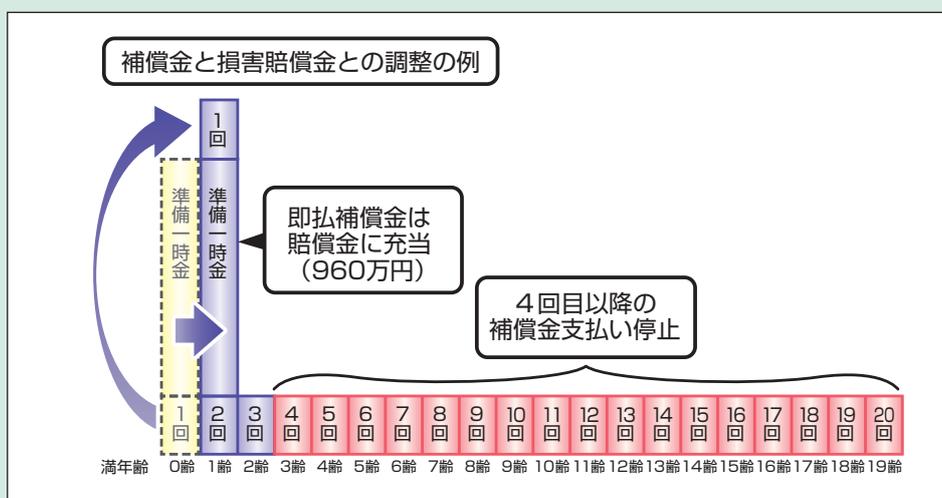
## 参考

### 損害賠償金との調整のイメージ

#### (ケース1-Aの場合)

たとえば、満2歳時点で分娩機関の損害賠償責任が明らかになり、損害賠償額5,000万円を負担した場合は次のとおりに整理されます。

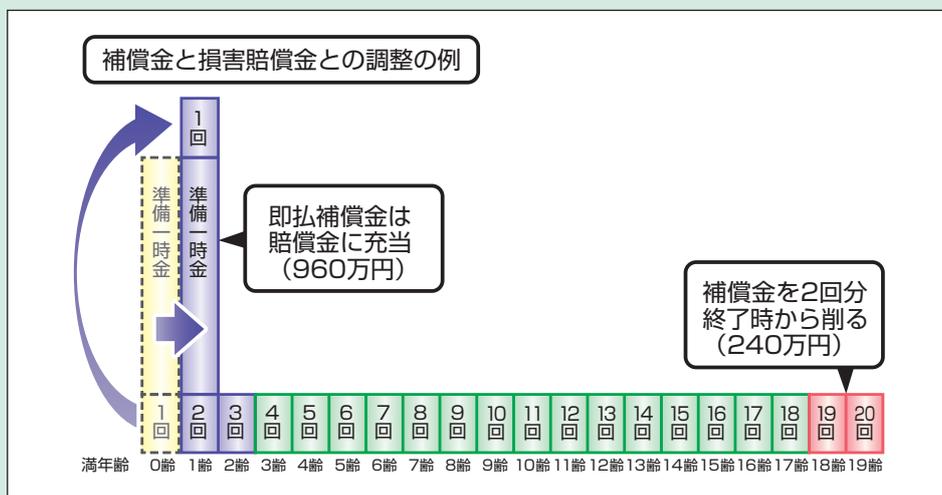
- ①支払済みの補償金（一時金600万円+分割金120万円×3回分=960万円）は損害賠償金に充当されます。
- ②分娩機関は、損害賠償額5,000万円と①により損害賠償金に充当された額との差額（5,000万円-960万円=4,040万円）を補償請求者に支払う必要があります。
- ③②の4,040万円が支払われた場合には、補償金の残額（3,000万円-960万円=2,040万円）については、補償金の請求権が失われます。
- ④分娩機関は、損害賠償金に充当された補償金相当額（960万円）について、運営組織の指示に従い返還します。



#### (ケース1-Bの場合)

たとえば、満2歳時点で分娩機関の損害賠償責任が明らかになり、損害賠償額1,200万円を負担した場合は次のとおりに整理されます。

- ①支払済みの補償金（一時金600万円+分割金120万円×3回分=960万円）は損害賠償金に充当されます。
- ②分娩機関は、損害賠償額1,200万円と①により損害賠償金に充当された額との差額（1,200万円-960万円=240万円）を補償請求者に支払う必要があります。
- ③②の240万円が支払われた場合には、240万円については、補償金の請求権が失われます。
- ④分娩機関は、損害賠償金に充当された補償金相当額（960万円）について、運営組織の指示に従い返還します。



### 3 調整検討委員会へはかる場合

補償対象と認定された事案については、周産期医療の専門家である産科医、小児科医、助産師等から構成される原因分析委員会において、医学的な観点から脳性麻痺発症の原因分析を行います。

原因分析は分娩機関の過失の有無を判断するものでなく、医学的な観点で行っており、その結果、分娩機関またはその使用人、その他分娩機関の業務の補助者の診療行為等が、一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかであるケースについては、本制度加入規約第二十七条に基づき、運営組織は医療訴訟に精通した弁護士等から構成される調整検討委員会へ諮るとともに、その旨を分娩機関および補償請求者に通知します。

調整検討委員会においては法律的な観点から検討を加え、運営組織はその結論を得て、当該分娩機関との間で補償金と損害賠償金の調整を行います。調整検討委員会において、分娩機関やその使用人等に重度脳性麻痺についての損害賠償責任があることが明らかであると認められた場合で、既に支払われた本制度の補償金があるときは、分娩機関は運営組織の指示に従い補償金相当額を返還しなければなりません。

なお、「一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかであるとされた場合」とは、「極めて怠慢な医療行為」、「著しく無謀な医療行為」、「本来の医療とは全く無関係な医療行為」等が該当します。

#### 【加入規約（抜粋）】

（一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかである場合）

第二十七条 機構が内部に設置した専門家による原因分析に関する第三者委員会（以下「原因分析委員会」という。）により、当該重度脳性麻痺について加入分娩機関における診療行為等が、一般的な医療から著しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかであるとされて機構が別に設置する医療訴訟に精通した弁護士等を委員とする委員会（以下「調整検討委員会」という。）へ諮った場合は、機構は、速やかに当該加入分娩機関および補償請求者にその旨を通知することとする。

2 調整検討委員会が当該重度脳性麻痺について加入分娩機関およびその使用人等に損害賠償責任があることが明らかであると認めたときは、加入分娩機関は、紛争解決に向けた対応に努め、正当な理由がある場合を除き、前条に規定する補償金返還措置を講じなければならない。



お問い合わせ先

産科医療補償制度専用コールセンター

 **0120-330-637**

受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日・年末年始除く）

産科医療補償制度ホームページ

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

産科医療

検索



産科医療補償制度ハンドブック  
**補償申請解説編**